

II. 特別講演

「抗血小板抗体の測定と臨床的意義」

大阪大学輸血部・第二内科講師

倉田 義之 先生

2) 長岡市における平成5年救急現場心肺停止患者の心電図調査結果について

栗林 彰・水落 忠夫 (長岡市消防署
救急救命士)
市村 輝男 (同 救急隊長)
江部 克也 (長岡赤十字病院
循環器科)
佐藤 政二・岡部 正明 (立川綜合病院
循環器内科)
土田 桂蔵・高橋 正和 (厚生連中央綜合
病院循環器内科)

第28回新潟救急医学会

日 時 平成6年7月16日(土)

午後2時～

場 所 新潟大学医学部大講堂

一般演題

1) 救急隊到着時心電図記録の有用性

—冠攣縮性狭心症—

江部 克也・永井 恒雄 (長岡赤十字病院
循環器科)
脇屋 義彦 (同 救命救急
センター)
和田 寛治 (同 救命救急
センター)

救急隊到着時に心電図が記録され、その後当院救命救急センターに92年10月から93年12月に搬送された111例のうち、胸痛を訴えた35症例について検討した。主な原因疾患は、急性心筋梗塞12(34.3%)・労作性狭心症5(14.3%)・冠攣縮性狭心症7(20%)・頻脈性不整脈(発作性上室性頻拍・心室頻拍)3(8.6%)・心不全1(2.9%)などの心血管疾患であったが、他にも腸閉塞や呼吸不全等の多彩な疾患を含んでいた。冠攣縮性狭心症のうち2例では、病院到着時には自覚症状は消失しており、心電図も全く正常化していた。しかし救急隊到着時の心電図では、著明なST上昇と完全房室ブロックを呈しており、冠攣縮性狭心症の確定診断が可能だった。救急隊の到着時心電図記録は心肺停止症例以外にも、一過性の心電図変化を呈する症例において有用である可能性が示唆された。

心肺停止患者の救命については、これまでの報告で心室細動の場合にのみ最終的救命が期待されることから、救急現場で救急救命士が除細動を実施する体制となる前の平成5年1年間、救急現場における心室細動の頻度を明らかにし、救急救命士の活動効果を確実なものとするために心電図を調査した。

調査は、簡易心電計等により救急隊がCPR開始前に7秒間心電図を観察する方法により、心肺停止患者102例のうち81例を観察した。心室細動は6例(7.4%)で観察、発症状況がほぼ目撃された47例(約60%)に全ての心室細動例が含まれていた。バイスタンダーのCPRは、到着時心肺停止であった74例に対して12例(16.2%)であったが心電図別の差はなかった。蘇生は、81例中3例(3.7%)であったが1カ月以内に死亡となり、現場では電導取縮解離、心静止、自発呼吸出現時の記録で洞調律を観察し、病院到着までが非常に短い点が共通で、また、全て目撃者があった事例で、発見—CPR—治療のそれぞれが短時間のうちに始まることの重要性を確認する調査結果となった。

この調査継続中の平成6年5月31日自宅で突然倒れた62才の男性に対し、救急救命士が現場で除細動を実施、心拍再開、25日間の入院を経て、この調査の成果をふまえ、救急救命士の除細動による初めての社会復帰例を得た。

3) 小児腓外傷の診断と治療

八木 実・岩淵 眞
内山 昌則・内藤 真一
松田由紀夫・内藤万砂文 (新潟大学小児外科)
新田 幸寿 (新潟市民病院
小児外科)
三科 武 (鶴岡市立荘内病院
外科)

腓は腹部の最深部に位置するため損傷を受ける頻度は低いものの、一旦受傷すると損傷部位の診断や治療に難

改することが多い。今回我々は脾外傷自験例7例に対し受傷機転、診断経過、手術適応等につき比較検討した。受傷機転では全例心窩部を強打されており、自転車のハンドル2例、シーソー2例、自動車と衝突1例、兄弟喧嘩1例、運動中仲間と衝突1例であった。全例が男児で、年齢別では5歳から13歳迄で平均7歳であった。損傷程度別では脾挫傷が5例、脾断裂が2例で全例救命し得た。脾挫傷5例は心窩部腫瘍、高アマラーゼ血症とCTでの脾内血腫、嚢胞と診断された。そのうち3例が保存的治療開始後1週以内に腹膜炎や貧血の進行を認めた為、ドレナージ手術施行され、術後3例中2例にTPNで脾の安静を図った。術後ドレーンから脾液の流出を認め、ドレーン留置は平均33日と比較的長期にわたった。残り2例は保存的治療で仮性嚢胞化した。しかし、その後縮小傾向を認めず受傷後平均45日で内瘻化手術を要した。脾断裂の2例は13歳、7歳男児で各々左季肋部痛、心窩部痛で受傷後各々17時間、45分で来院し、後者はCTで脾頭部断裂が疑われた。13歳男児は高アマラーゼ血症や腹膜炎症状も認め受傷後28時間で手術施行した。脾尾部の完全断裂で脾尾部脾合併切除を施行した。7歳男児は出血性ショック状態で受傷後1.5時間で緊急開腹を施行した。脾頭部完全断裂の他、十二指腸球部完全断裂も伴っていた。脾を温存し消化管再建を行った。

【まとめ】脾外傷7例の治療経験から①受傷機転は様々であるが何れも上腹部を強打されていた。②CTによる画像診断が質的診断に有用であった。③脾挫傷の場合、保存的治療が優先されるが、貧血や腹膜炎様症状が認められた時はドレナージ手術の適応となった。④小児の脾頭部断裂例では脾管の修復は難しく消化管と吻合し、臓器温存に努めるべきである、と考えられた。

シンポジウム

「大動脈瘤の臨床」

司会 桜井 淑史 (新潟市民病院 胸部外科)

1) 胸部、腹部大動脈瘤の臨床

春谷 重孝 (立川総合病院心臓血圧センター)

最近5年間での上行大動脈瘤手術症例は16例で、病院死は3例、19%であった。死亡例は全て解離性大動脈瘤による緊急手術例で、破裂例を含めた真性上行大動脈瘤

に死亡例はなかった。弓部大動脈瘤手術は脳分離体外循環下に8例施行し2例の病院死であったが、破裂性弓部大動脈瘤2例に大腿動脈バイパスによる冷却下に胸骨正中切開行い2例とも救命し得た。下行大動脈瘤手術症例は17例で病院死3例、18%であった。真性大動脈瘤破裂の緊急手術例の成績は不良で、待期手術では、解離性、真性とも手術成績は良好であった。腹部大動脈瘤手術症例は80例で病院死5例、6.3%であった。死亡例は全て破裂性大動脈瘤に対する緊急手術例で、特に術前出血性ショック、腎不全合併症例の成績は不良であった。待期手術例には病院死はなかった。

2) 胸部、腹部大動脈瘤の臨床

諸 久永 (新潟大学第二外科)

高齢化に伴い、近年、大動脈瘤に対する手術症例の増加をみるが、その自然歴に関しては、真性胸部大動脈瘤では、弓部 0.56 cm/年と上行、下行に比し瘤増大速度は大きく、腹部大動脈瘤では、平均 0.28 cm/年で初期瘤径と瘤増大率は正の相関を示した。一方、解離例では、Stanford A型がB型に比し、著しく自然歴は不良であった。これらより、胸部大動脈瘤では、形態から6 cm以上、腹部大動脈瘤では4 cm以上が手術適応と考えられた。術中・術後管理上では、長時間体外循環、動脈壁の脆弱化に起因した事項が相互に関係し、種々の病態を形成しており、術後合併症としては、MOFが重篤であった。遠隔期では、新たな瘤形成、再解離等が問題となった。以上から、大動脈瘤の病態・病期・病型から、瘤の自然歴を踏まえた治療法の選択と術後の注意深い経過観察が重要である。

3) 緊急時の動脈瘤患者への対応…内科の対応

三井田 努 (新潟市民病院救命救急センター 循環器科)

救命センター7年間の大動脈解離54例について検討した。I型21例、III型33例でIII型が多数であった。初発症状は、胸背部痛が約90%にみられたが、I型では、意識障害、片麻痺、下肢痛を訴えるものがあり、III型では腹痛を主訴とするものがあり、診断を混乱させた。初診時診断は、I型の57%、III型の70%で正診が得られたが、それぞれ、38%、36%の症例で診断遅延があり、大動脈解離の早期診断には問題があった。画像診断の診断率は、