

事例：56才 男性 ミトコンドリア脳筋症

結果：次のことから危機に陥った事がわかった。① 覚醒時に状況を正しく認識できなかった。② 社会的支持の妻や医療者がうまく働かなかった。③ 今までA氏が困難に直面したときの対処機制を医療者が把握できなかった。またせん妄状態になった誘因として患者と医療者の信頼関係、医療者の接し方、ICU での特種環境が関わっていた。しかし① 外泊という現実逃避した事で治療再開、健康回復という希望や新しい価値観を確立し、現実が受容できた。② 外泊し、愛の喪失を取り戻せ安心感を得て現実へと向かわせた。③ 今まで困難に直面したとき、一時的にそれから逃げるによりストレスが緩和し現実に向かわせた。本事例はこのようなプロセスを経て危機状況に陥りそして危機が回避した。

#### 5) ICU における患者への関わりを考える —ICU シンドローム予防の観点から—

黒田久美子・細山 都子 (新潟大学救急部)  
常木 弘美 (集中治療部)

1990年1月16日に発足した当院 ICU で、発足当初多発した ICU シンドローム発症には、看護婦の関わり方にも一因があると考え、今回「患者と接する」という観点から ICU シンドローム予防について考察した。① 発症率：当初30～15%/月、現在5%以下 ② タイムレコード全体の時間は延び、患者一人一人への関わる時間が平均化した。③ アンケートから「接するとは患者を尊び思いやりを持って看護することである。」①～③より「接する」の意識化・実践化がなされていると評価する。

患者にとって、看護婦の真心のこもった気配り、言葉、行動は、かけがえのない心の支えとなる。看護において「接する」とは、このような働きかけであると考え。ICU に入室してくる患者は重症で、死への不安、緊張、恐怖を持ちやすい。このような状況下で「患者と接する」ことの重要性は言うまでもない。患者の状態に左右されずどの患者に対しても、「接する」という実践化が必要である。今後も「患者と接する」時の重要性を意識し、入室前後を考慮した、精神面への援助の充実をはかりたい。

#### 6) 当科における夜間および休日急患来院の実態

金子 恭士・佐藤 光 (日本歯科大学新潟)  
土川 幸三・加藤 謙治 (歯学科第二口腔外科)  
杉木 道子・横山 涼子 (同 口腔外科病棟)

今回われわれは日本歯科大学新潟歯学部附属病院の第2口腔外科日当直において1981年1月1日より1990年12月31日までの10年間に休日および夜間急患来院した564症例について臨床統計的に検討した。

平均年間急患来院症例数は56.4症例であった。年齢別では20歳代が最も多く20.2%を占め、男女比は1.7:1で、男性に多かった。夜間急患来院の時間別分布については平日、休日ともほぼ同様でありピークは午後7時台が最も多かった。来院までの経路について紹介を介したものは13.1%であった。疾患別にみると、歯および歯周組織疾患が34.8%、外傷性疾患が30.3%と多く両方で全体の65.1%を占めていた。

全症例中、14.2%の症例に緊急入院を要し、そのうち43.7%は顎・顔面骨折の症例であった。

#### 7) 意識障害を伴った心疾患患者の救急活動について

星 芳信・高野 英樹 (小出郷消防本部)  
救急隊

1. 救急事例の概要 平成3年3月22日(金)、18時40分頃、自宅の居間において家族と夕食中の69才の男性が急に倒れたもの(本人は飲酒していた)。

2. 救急隊の活動 (1) 現場到着時の状況：「意識障害あり」との出場指令のため、手動引金式人工呼吸器(デマンドバルブ)を現場に携行したところ、傷病者はテーブルの横に仰臥位でおり、家族が不安そうに見つめていた。(2) 傷病者の観察および判断：ア. 外見観察、嘔吐なし。失禁；尿失禁あり、顔貌；やや赤色、無表情、冷汗あり。夕食中に意識を失ったことから、口腔内を確認したが、残飲等嘔吐物は確認されなかった。イ. 全身観察、意識レベル；300(3-3-9度方式)、脈拍；弱い、呼吸；浅く早い、瞳孔；対光反射鈍い。ウ. 既往歴、1年前胆石の手術、20年前脳梗塞で入院、現在若干の後遺症あり。以上のことから、気道確保と酸素投与を実施し、早急に医療機関に搬送する必要があると判断した。(3) 救急処置および搬送状況：救急車収容後、ただちに積載の加湿流量計付酸素吸入器より、酸素3L/minをフェイスマスクで投与し、脈拍、呼吸を観察しながら搬送した。病状に変化はみられなかった。

3. 救急活動の時間経過 18時41分：覚知, 42分：出場, 51分：現場到着, 容態観察, 家族からの状況聴取, 57分：車内収容, 現場出発, 酸素吸入の実施 (3L/min), 病状に変化なし, 19時08分：医療機関到着, 09分：医師引き継ぎ, 4. 傷病名, 程度 急性心不全, 死亡 (同日20時43分), 5. 反省点, 問題点 (1) 意識障害を伴う傷病者の場合, 呼吸, 脈拍, 瞳孔, 顔貌等で心疾患, 脳血管障害を区別判断する方法について, (2) 心電計および心電図伝送システムの有効性と問題点について, (3) 酸素吸入装置を使用する場合, 傷病者の状態等に応じた流量の設定について, (4) 目の前で心停止があった場合, 1分以内であれば前胸部叩打法を試みてよいといわれているが, この有効性について, (5) 飲酒の有無により, 心疾患, 脳血管障害時に現れるバイタルサインの変化の違いについて.

## 特別講演

### 「急性心筋梗塞症の診断と治療」

新潟大学医学部第一内科

山 添 優 先生

急性心筋梗塞の発症メカニズムは不明であるが, 冠動脈造影法の進歩, 血管内視鏡による研究により, 発症ごく早期に冠動脈内血栓が関与している例が大部分であることが明らかとなった。恐らく, 安定していた粥状硬化巣に破裂・亀裂・潰瘍が形成され急速に血栓形成から閉塞に至ると思われ, 冠スパズムの関与も推定される。

診断としては, 30分以上続く胸痛ないし胸部圧迫感が重要で, 12誘導心電図ではほぼ確診できる。入院までの管理としては, ① 致死的不整脈に対する対処, ② 早急なCCUへの移送が重要である。病院到着が早ければ死亡率は減ると考えられるが, CCUへの収容が遅れる原因として, ① 患者による遅れ, ② 医師による遅れ, ③ 患者輸送の遅れがあげられる。CCUでの治療としては, ① 不整脈治療, ② 梗塞巣拡大の防止, ③ 合併症の予防と治療などがあるが, CCUでの最大死因はポンプ失調であり, 慢性期予後は梗塞サイズにより決まることから, 最近では「梗塞サイズの縮小」に重点をおいて初期治療を行っている。「梗塞サイズの縮小」には, 早期冠動脈再開通が最も有効であり, 冠動脈内血栓溶解療法が行われてきたが, 最近経静脈性血栓溶解療法が可能となった。血栓溶解療法は, 発症から原則として6時間以内が適応であり有効性も高いが, 問題点として, ① 致死的な再灌流性不整脈 (心室頻拍, 心室細動) と ② 出血が

あげられており, 特に経静脈性血栓溶解療法では注意が必要である。血栓溶解療法の効果が不十分な場合には, 冠動脈形成術 (PTCA) も有効である。また冠動脈に対するカテーテル治療 (Coronary Intervention) として, 今後レーザ, ステント, アテレクトミーなどが期待される。

現在のところ, 急性心筋梗塞発症後できるだけ早く冠動脈造影を行い, 冠動脈閉塞部位と症状の確認をし, それに基づいた治療法を選択するのが望ましい。経静脈性血栓溶解療法を行う場合には, 電気的除細動の準備とCCUを有する施設との連絡が必要である。現状では急性心筋梗塞発症後, 病院到達前に死亡する患者がまだまだ多く, 心臓救急医療の充実が望まれる。

## 第34回新潟麻醉懇話会

### 第13回新潟ショックと蘇生・集中治療研究会

日 時 平成3年6月29日 (土)  
午前10時から  
会 場 新潟大学医学部  
有壬記念館2階

## 一般演題

### 1) PGE<sub>1</sub>による拡張型心筋症4例の麻醉管理

佐久間一弘・傳田 定平  
福田 悟 (新潟大学麻醉科)

拡張型心筋症は心筋の収縮力低下と左室充満圧の上昇を特徴とする。本症合併患者4例に対しPGE<sub>1</sub>を用いて麻醉管理し, 良好な結果を得たので報告する。

症例は66~77歳と高齢で, 術前の駆出率は27~40%と低下していた。麻醉法は酸素・笑気・エンフルレンまたはフェンタニル, 2例に硬膜外麻醉を併用した。全例にSwan-Ganz catheterを挿入した。麻醉導入前よりPGE<sub>1</sub>を使用した例では心係数  $3.2 \sim 5.31 \cdot \text{min}^{-1} \cdot \text{m}^{-2}$ , 末梢血管抵抗係数  $582 \sim 942 \text{ dynes} \cdot \text{sec} \cdot \text{cm}^{-5} \cdot \text{m}^{-2}$  と正常な値で推移した。他3例もPGE<sub>1</sub>投与開始後は安定した循環動態を示した。

PGE<sub>1</sub>は抵抗血管を拡張し後負荷を軽減する。また心拍出量を増大するため本症の循環管理に適していると考えられる。