

P9-185

大動脈内バルーンポンプ装着患者のドクターヘリによる搬送経験

八戸赤十字病院 循環器科¹⁾、八戸市民病院 救急救命センター²⁾、青森市民病院 心臓血管外科³⁾

○盛合 美光¹⁾、後藤 巖¹⁾、木村 琢巳¹⁾、今 明秀²⁾、吉岡 勇気²⁾、高橋 賢二³⁾

H21年より青森県八戸市立市民病院にドクターヘリが配備された。ドクターヘリによる大動脈内バルーンポンプ (IABP) 装着患者の搬送は報告が少なく、搬送における問題点も様々あると思われる。今回、我々はドクターヘリによりIABPを装着した不安定狭心症患者の搬送を経験したので報告する。症例は70代男性、H21年4月中旬より安静時の胸部不快感が出現するようになった。H21年4月19日に約1時間持続する胸部不快感が出現するため救急外来を受診し、不安定狭心症の診断で入院となった。薬物治療で経過をみていたが安静時発作が頻回に出現するため、準緊急に心臓カテーテル検査を施行した。冠動脈造影では右冠動脈#1 90%、#4PD 90%、左前下行枝#5-#6 90%、左回旋枝#13 100%の重症三枝病変を認めた。ただちにIABPを装着し、冠動脈バイパス術目的に青森市立市民病院に搬送予定となった。八戸市立市民病院に相談しドクターヘリの使用許可がおりた。16時40分に当院の救急車に乗せ八戸市立市民病院まで搬送しドクターヘリに乗せ換えた。その際、IABPを縦に収容するとモニター画面が開かなかつたため、医者判断で横に倒して搬送した。青森県立保健大学キャンパスまで搬送し、青森市の救急車に乗せ換え17時40分に青森市立市民病院へ到着した。同日、冠動脈バイパス術を施行し、術後の経過は良好であった。搬送時間は約1時間であり、通常の救急車搬送に比べ約30分早かった。また搬送中のIABPに関する問題はなかった。しかし、患者の救急車およびドクターヘリへの乗せ降ろしが6回必要であり、さらにIABPを横にして搬送することに対するメーカー側の動作保証はなかった。事前の十分なシミュレーションが必要と考えられた。

P9-187

経カテーテル動脈塞栓術にて止血しえた大腸憩室の1例

京都第二赤十字病院 救急部

○檜垣 聡、巴里 彰吾、荒井 裕介、上野 健史、仲田 真由美、小田 和正、鬼頭 由美、鈴木 たえ、番匠谷 友紀、篠塚 健、飯塚 亮二、北村 誠、日下部 虎夫

【はじめに】近年、高齢化や食生活の欧米化に伴い、憩室出血は増加傾向にあるが大量出血をきたす大腸憩室は稀である。ほとんどは保存的治療で自然止血するとされるが、今回我々は大量出血からの大量出血に対し経カテーテル動脈塞栓術にて止血した1例を報告する。

【症例】症例は60歳男性、主訴は下血。既往歴は身体表現性疾患 (近医神経科にて約20種類の内服薬処方)。現病歴2009年2月某日、下血出現し救急要請、かかりつけ病院に搬入。搬入時血液検査にてHb:5.7mg/dlと貧血を認めたため消化管出血の疑いにて入院。

翌日にHb:4.7mg/dlと貧血の増悪を認めたため、精査加療目的に当院救命救急センター紹介となる。腹部造影CT検査にて上行結腸には大腸憩室が散見され造影剤のextravasation認められたため腹部血管造影検査施行。回結腸動脈のVasa rectaから造影剤のextravasation認められトネルドコイルにてTAE施行。翌日再度下血認めため腹部血管造影検査施行し前回とは別のVasa rectaからのextravasation認めため再度血管造影施行しTAE施行。

その後第3病日に大腸内視鏡施行し回腸末端より肛門側に約5cmの上行結腸に大腸憩室と周囲の粘膜に虚血性変化を認めるも、明らかな壊死性変化は認めず経過良好にて第16病日に前医転院となる。

P9-186

両大脳白質に異常信号みとめ高圧酸素療法を施行した一酸化炭素中毒の1例

京都第二赤十字病院 救急部

○荒井 裕介、檜垣 聡、巴里 彰吾、上野 健史、仲田 真由美、小田 和正、鬼頭 由美、鈴木 たえ、番匠谷 友紀、篠塚 健、飯塚 亮二、北村 誠、日下部 虎夫

【症例】18歳女性、主訴：意識レベル低下、耳が聴こえにくい、既往歴：特記事項なし、3月某日午後10時頃自宅マンションにて練炭と眠剤内服し約4時間後自宅で倒れているところ友人が発見し救急要請。搬入時意識レベルはI-1、見当識障害、耳の聴こえにくさを訴える。血液検査所見上CPK5488u/lと高値であり、一酸化炭素の直接障害と考えられる横紋筋融解症も合併、血液ガス分析ではroom airでPO₂ 93.3mmHg、COHb 26.4%、O₂Hb 71.2%、sO₂ 97.1%、酸素飽和度ギャップも認められた。その後酸素投与継続し頭部CT、頭部MRI施行、CT上は明らかな異常認めないもののMRIにて両側大脳白質に異常信号認めた。CO-Hbは2.2%まで低下していたが症状残存するため高圧酸素療法施行。その後症状消失し第4病日の頭部MRI上異常信号消失したため外来経過観察にて退院した。

今回われわれは両大脳白質に異常信号みとめ高圧酸素療法施行した一酸化炭素中毒の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

P9-188

外傷性横隔膜ヘルニアの1例

京都第二赤十字病院 救急部

○巴里 彰吾、飯塚 亮二、石井 亘、荒井 裕介、上野 健史、仲田 真由美、鬼頭 由美、小田 和正、鈴木 たえ、番匠谷 友紀、篠塚 健、檜垣 聡、北村 誠、日下部 虎夫

多発外傷にて救急搬入された患者に、外傷性横隔膜損傷を認め緊急開腹術施行した症例を経験したので文献的考察を加え報告する。症例は76歳女性横断歩道を歩行中、車にはねられ救急搬入された。搬入時E3V4M4、血圧141/60mmHg、脈拍122回/min、SpO₂85 (O₂ 10Lリザーバマスク)、呼吸数30回/minであった。胸部レントゲンにて左肺野透過性低下を認めた。胸腔ドレナージ施行後精査したところ頭部CTにて外傷性くも膜下出血、脳挫傷、脳出血を認めた。胸部腹部CTでは肋骨骨折などの胸部外傷は認めないものの左肺野に拡張した胃を認め外傷性横隔膜破裂と診断した。その他の各部X線では両側坐骨、恥骨骨折、左大腿骨骨折、脛腓骨骨折を認めた。外傷性横隔膜損傷に対しては、緊急開腹術施行した。開腹所見は胸腔に脱出した胃及び横行結腸、脾臓を認め、用手的に引き出したところ胃内に食物残渣が充満していた。横隔膜には約15cmの損傷を認めた。横隔膜損傷部を水平マットレス縫合と結節縫合で修復した。日本外傷学会の横隔膜損傷分類ではIIIb (I, R3) St, Lb, Spであった。術後経過順調であり、今後大腿骨などの手術予定である。