

## P-137

### 骨粗鬆症性椎体圧潰により脊髄麻痺を生じた3手術例

高知赤十字病院 整形外科

○十河 敏晴<sup>1</sup>、内田 理<sup>2</sup>、住友淳一郎<sup>3</sup>、遠藤 哲<sup>4</sup>、  
高橋 習徳<sup>5</sup>

【目的】高度骨粗鬆症により多発椎体骨折を来し、その挙句脊髄麻痺を来し、治療に難渋した3例の経験を紹介する。  
【対象】症例1 77歳 女性TH12椎体圧潰による脊髄麻痺あり。多発椎体骨折あり。症例2 79歳男性 Th11椎体圧潰による脊髄麻痺、多発椎体骨折、腰部脊柱管狭窄症合併あり。症例3 68歳のパーキンソン病の女性 L1椎体圧潰による馬尾神経麻痺、多発椎体骨折あり。  
【結果】3例とも手術治療し、術前車椅子レベルであったのが、何とか杖歩行レベルまで麻痺は改善した。いずれの例も高度骨粗鬆症がbaseにあり、術前、術後共にPTH製剤を使用した。全て他院からの紹介患者であったので、急速な進行性の脊髄麻痺でなかったため、術前術後3WほどのPTH製剤投与をお願いし、手術入院時持込していただいた。手術方法に関しては、いずれも椎体圧潰部にcleftが存在したため、CPCを用いたvertebroplasty施行後、脊柱管内突出骨片をpedicleより椎体側にairtomeで削り込み、前方にintractorにて打ち込み脊髄徐圧を行った。片側のfascet podicle が温存できた例では後側方固定を追加した。Pedicle径は全体に概して細く、強度的には軟弱なアンカーであったので、ネスブロンテープでのsublaminar tapingを併用した。

## P-139

### 診断に苦慮した化膿性椎間板炎の1例

静岡赤十字病院 救命救急センター・救急科<sup>1</sup>、  
静岡赤十字病院 整形外科<sup>2</sup>

○榎田 司<sup>1</sup>、中島 大輔<sup>2</sup>、中田 託郎<sup>1</sup>、青木 基樹<sup>1</sup>、  
大岩 孝子<sup>1</sup>

要旨：今回我々は激しい腰部痛で救急外来を受診し、診断に難渋した1例を経験したので報告する。症例は30代女性。既往に子宮筋腫及び尿管狭窄症があり、また入院9ヶ月前から歯科治療を行っていた。入院6日前より突然、L4/5付近の腰部痛が出現し、近医泌尿器科を受診した。急性腎盂腎炎の診断でLVFX経口投与されるも、痛みが増強したため当院救急外来を受診し、精査目的に入院となった。血液検査で軽度の炎症反応上昇、髄液検査で軽度の細胞数上昇を認めるが、腹部CT検査や胸椎・腰椎MRI検査などの画像検査では明らかな異常所見を認めなかった。抗菌薬治療は行わず、鎮痛剤による経過観察のみで疼痛は改善を認めたため、入院13日後に退院し、その後外来でフォローとなった。症状から化膿性椎体・椎間板炎が疑われたため、入院22日後に再度腰椎MRI検査を行ったところ、L4/5椎間板及び上下椎体にT1 強調像で低信号・T2強調像で高信号を示す病変を認め、化膿性椎間板炎の診断に至り、抗菌薬治療を開始した。化膿性椎間板炎ではMRI検査が診断の確定に有用であるが、本症例のように症状出現後から1週間を経過しても所見が陰性の場合には診断が困難となる。同様の症例報告などを検討し、化膿性椎間板炎の診断について考察する。

## P-138

### 高齢者の骨折の受傷機転と排尿障害の関連についての聞き取り調査

那須赤十字病院 整形外科

○吉田 祐文<sup>1</sup>、鈴木 拓<sup>2</sup>、松丸 聡<sup>3</sup>、山内 俊之<sup>4</sup>、  
武田 和樹<sup>5</sup>、加藤 敦史<sup>6</sup>、岩瀬 剛健<sup>7</sup>

【目的】高齢者の骨折の受傷機転にはトイレに関連するものが少なくないとの印象を持っていたが、どの程度の頻度であるかは認識していなかった。ロコモティブ症候群の予防に取り組むに当たり排尿障害の問題は避けて通れない可能性があるため、我々は骨折の受傷機転と排尿障害の関連についての聞き取り調査を行った。  
【対象】2009年6月に当科で診療を行った60歳以上の症例のうち、現在骨折の治療を行っているか、過去に当科で骨折の治療歴がある症例のうち、受傷時の108例（男性38例、女性70例）が対象である。  
【方法】骨折の受傷機転につき、および過活動膀胱症状質問票を使用して頻尿や尿意切迫感についても、さらに受傷時はトイレの行き帰りではないかについても、直接の聞き取りを行った。明確に回答が得られた症例のみを対象として組み入れた。  
【結果】転倒が67例（62%）、交通事故18例（17%）、転落13例（12%）、その他10例（9%）であり、転落のうちの10例（15%、全体に対しては9%）がトイレの行き帰りでの転倒であった。全体108例のうち22例（20%）が過活動膀胱であり、トイレの行き帰りで転倒した10例のうちの4例（40%）が過活動膀胱であった。年代別にはトイレの行き帰りでの上乗は60代ではなく、70代で5例、80歳以上で5例であり、高齢者に多かった。  
【考察】高齢者では骨折した症例の9%がトイレの行き帰りで転倒していた。ロコモティブ症候群の症例を減らすために我々整形外科医は転倒の予防や丈夫な骨を作ること以外にも排尿障害にとり組む必要があることを示唆している。

## P-140

### 院内急変時における看護師の実態調査と今後の課題

岡山赤十字病院 院内救急対策小委員会

○難波 純子<sup>1</sup>、斎藤 博則<sup>2</sup>、小林 浩之<sup>3</sup>、岩崎 衣津<sup>4</sup>、  
加藤 礼子<sup>5</sup>、渡辺恵津子<sup>6</sup>、山崎 由美<sup>7</sup>、本行 祥子<sup>8</sup>、  
平井 淳子<sup>9</sup>、和田 浩則<sup>10</sup>、横松 秀信<sup>11</sup>、國次 晶子<sup>12</sup>

【背景】当院は急変時の対応のため平成8年よりコードブルー運用を開始、平成18年より院内救急対策小委員会のもと1コードブルー訓練・研修会の開催、2心肺蘇生訓練、3院内AED・救急カートの整備を行ってきた。以前我々は心停止患者の第一発見者の8割が看護師であり、看護師の迅速な初期対応が蘇生成功に大きく左右することを報告した。  
【目的・方法】蘇生現場で重要な役割を担う看護師に対し、コードブルー運用方法と蘇生時に必要なスキルに関する実態をアンケート調査した。  
【結果】コードブルー認知度は99%、AED使用手順認知度は87%と共に高率であった。急変時の対応の中で、薬剤の効用・BVM・挿管介助などの手技に約40%の看護師が不安要素があるとしている。「コードブルーをかけにくい理由」として「コードブルーをかけるか主治医をコールするべきか迷う」が51%「心停止以外でかけてよいか迷う」と「DNRかどうか確認できていない」が共に35%であった。これらを1群（1~5日目看護師）と2群（6日目以上看護師）と比較検討すると、全ての項目において1群の方が高率を示している。  
【考察】コードブルーを起動後、早急な人員召集と物品の確保、迅速かつ質の高いCPRが行える体制作りのためには、質の高い看護師教育が重要となる。蘇生教育をしていく上で、苦手とする知識やスキルに対し重点的に指導する事が重要である。高度な気道確保を通常業務でしていない一般病棟の看護師に対してはBVM換気のスキルに重点をおく必要もあるのではないかと考えられた。また、コードブルーをかけにくい理由によって埋もれたであろう院内急変に対し、適正なコードブルー運用ができる体制作りが求められると考える。