

0-2-25

開腹歴のない大網癒着により引き起こされた絞扼性イレウスの1例

横浜市立みなと赤十字病院 外科

○長島 周平、小野 秀高、大山 倫男、藤原 大樹、杉田 光隆

【症例】50歳 女性

【主訴】腹部膨満

【現病歴】自閉症精神発達遅滞で施設入所中。来院7日前より排便なく、2日前から腹部膨満出現したか改善しないため救急要請となった。採血上軽度炎症所見のみで、腹部レントゲン、CTで結腸拡張所見を認めたが、明らかな穿孔、絞扼所見は認めなかった。大腸イレウス診断で、経肛門イレウス管挿入を試みたが、挿入困難のため経鼻イレウス管留置による減圧で保存的加療の方針とした。2日後の腹部CTでは減圧効果弱く、再度経肛門イレウス管挿入を試みたが、挿入不能であったため、緊急手術の方針とした。

【経過】開腹すると漿液性腹水を認めたため可及的に吸引し腹腔内を観察すると大網が骨盤底に癒着し、S状結腸を2ヶ所締め付けていた。この絞扼を解除した後、経肛門内視鏡での漿膜損傷部位、絞扼による虚血部位が認められたためS状結腸切除+人工肛門造設術を施行した。

【結論】開腹歴のない大網癒着による絞扼性イレウスを起こした症例に対し絞扼解除術を施行した一例を経験した。開腹歴のない大網癒着による絞扼性イレウス、特に大腸イレウスであることは稀である。今回われわれは、希少な症例を経験したので確率的考察を含めて報告する。

0-2-26

嘔吐・腹痛が主訴であった異所性心房頻拍による頻拍原性心筋症の一例

熊本赤十字病院 診療部

○田崎 潤一、吉松 秀隆、武藤 雄一郎、平井 克樹、右田 昌宏、吉村 拓巳、角田 隆輔

【はじめに】異所性心房頻拍とは、心房内にある洞結節以外の異常自動能に起因する頻拍である。【症例】11歳女児【主訴】嘔気・嘔吐、腹痛【現病歴】来院4週間前、嘔吐、食欲不振あり前医受診。感染性胃腸炎として対応したが、症状改善を認めなかった。来院1週間前には腹痛も出現し、その後症状改善なく、当院受診。【既往歴】特記事項なし【身体所見】NIBP 118/66mmHg、HR 170/分、RR 27回/分、SpO₂ 97%、BT 36.7℃、全身状態不良、心音にてgallop rhythm 聴取、腸蠕動音減弱、臍周囲に圧痛あり。【血液検査】WBC 16720/ μ l、CRP 0.05 mg/dl、BNP 2121 pg/dl、Lac 2.4 mmol/l【心電図】HR 167 bpm、narrow QRS tachycardia【胸部Xp】CTR 56%、両側肺野透過性低下【心臓超音波検査】EF 18%、%FS 9.63、MR moderate、PE 14.6mm【経過】急性心筋炎、心筋症の急性増悪、先天性心疾患などを鑑別に挙げながら全身管理を行ったが改善なく、入院2日目に頻脈原性疾患を疑って循環器科へコンサルトしたところ、カテーテル検査が必要と判断された。ATPを急速静注後に房室ブロック来し、I₁aV₁誘導にて陰性P波認め、異所性心房頻拍との診断に至った。尚、異常自動能の元進は左房由来と考えられて不整脈に関しては薬物治療を回避し、入院4日目にカテーテルアブレーション施行した。HR 100bpm前後、sinusとなりEFも徐々に回復し、入院6日目に抜管。その後は経過良好であり、後日退院となる。【考察】心耳起源の心房頻拍は自覚症状が乏しく、診断が遅れやすい。少しでも異所性心房頻拍疑った際には、心拍数やP波の形態が大切である。治療法は年齢によって異なり、今回のカテーテルアブレーションは良い適応であった。重篤な心不全を来している患者の中には、嘔気のような一般的な主訴で来院するケースも多く、注意が必要である。

0-2-27

急性冠症候群の病態を呈した重症大動脈弁狭窄症の一例

長岡赤十字病院 循環器内科

○海發 茜、久保田 直樹、五十嵐 聖、保屋野 真、桑野 浩彦、藤田 俊夫、江部 克也

【症例】79歳女性。77歳時に軽度大動脈弁狭窄症を初めて指摘された。その後、約1年間に3回の失神のエピソードがあり、当院に2回救急搬送されていたが、いずれも神経調節性失神や低血糖と診断されていた。半月ほど前から労作時の胸痛を自覚しており、安静で改善していた。20XX年11月下旬デジサービス利用後、嘔気・嘔吐、全身倦怠感があり、1時間以上続く、締め付けられるような胸痛が出現したため、当院へ救急搬送された。心電図上、I、II、V3-6誘導でST低下を認め、心エコーではびまん性壁運動低下を認めた。トロポニンTが陽性であり、急性冠症候群を疑い、緊急カテーテル検査を施行した。冠動脈造影では有意狭窄を認めなかったものの、大動脈の高度石灰化を認め、左室-大動脈の同時圧較差88mmHgで、重症大動脈弁狭窄症と診断された。高度心不全もあり、交互脈を呈していた。手術の方針とし、ICU入院の上、心不全治療を開始した。心不全治療により、心電図上ST変化も改善した。第21病日に大動脈弁置換術を施行され、心機能も改善し退院となった。

【考察】重症大動脈弁狭窄症で、急性冠症候群の病態を呈した症例を経験した。重症大動脈弁狭窄症と心筋虚血の関連について考察し、報告する。

0-3-01

心停止患者に抗けいれん薬投与後、速やか覚醒した蘇生後脳症の一例

高松赤十字病院 救急科

○伊藤 辰哉、井 陽輝

【はじめに】今回我々は心停止後の蘇生後脳症の患者に抗てんかん薬を投与し自力歩行可能となった症例を経験したので報告する。

【症例】患者は63歳男性、庭で心停止状態で発見された。救急隊による除細動にて自己心拍再開し当院へ救急搬送された。ICU入院とし低体温療法を施行したが、復温後も昏睡状態が続いた。脳波では明らかなけいれんは無かったが非けいれん性てんかん重積状態(NCSE)を疑いバルプロ酸の投与を開始した。投与翌日には自覚開眼が出現し、その後立位可能となった。入院から3ヶ月後リハビリ目的に転院した。

【考察】脳は異常興奮を押さえることを目的の一つとして低体温療法が広まっているが、心停止患者の予後はよくない。復温後のけいれんを目にすることは多いが、明らかなけいれんが無くても脳の異常興奮が続いている可能性がある。それを抑えることで脳のダメージを軽減できる可能性がある。

【結論】抗けいれん薬投与にて速やかに覚醒した心停止蘇生後患者の一例を経験した。心停止蘇生後で覚醒遅延が続く患者の場合、NCSEも考慮する必要があると思われる。

0-3-02

心肺停止に陥った健側肺発症の緊張性気胸—緊急対応時にこの常識は本当？—

深谷赤十字病院 呼吸器外科

○小椋山 律

【症例】61歳・男性

主訴：突然の呼吸困難・意識消失

現病歴(時系列)：9:02自宅で突然の呼吸苦出現し動けなくなる。9:06救急隊現着時、呼吸停止。バッグによる人工呼吸で再開するも微弱なため、補助換気を行いつつ搬送。9:23当院搬送。9:28心停止。挿管、蘇生を行いつつポータブル写真撮影。9:31緊張性気胸と判明。同時に対側肺の含気低下も判明。9:35前胸壁を切開して胸腔を開放。9:40開放創からトロッカーを挿入留置。9:50血圧・呼吸・脈拍等安定化。10:15気管チューブ抜管。11:30救急病棟へ入院。入院5日目リーク消失。入院16日目手術施行。術後併発した器質性肺炎による呼吸不全を起すも軽快。PTSDと思われる精神的不穏に対応しつつ術後43日退院。

【まとめ】1)搬送時心肺停止に陥った緊張性気胸を経験した。2)左右呼吸機能比が9:1の健側に生じた緊張性気胸であった。3)蘇生と同時に撮影したポータブル写真は単純で速やかに施行できる検査であり、まず活用すべきであろう。2)「注射針1本でも突き刺して胸腔を開放させれば、過度な胸腔内圧は減圧されるので、穿刺すれば高いはずは安心である」細く長い開放通路では減圧は不十分であり、緊急度が高い場合こそ直接小切開するべきではないだろうか。局麻の必要もなく容易に行える処置である。→これら1)2)についてどう考えられるか、症例提示をさせていただきます。

【常識に対する疑問】1)「緊急を要する際には、理学所見のみで気胸と判断し、Xpを待つことなくドレナージを行えることが望ましい」現場としては負担となる常識。前歴不明の胸部左右差のある症例にこの常識は危険。いっぽうポータブル写真はシンプルで速やかに施行できる検査であり、まず活用すべきであろう。2)「注射針1本でも突き刺して胸腔を開放させれば、過度な胸腔内圧は減圧されるので、穿刺すれば高いはずは安心である」細く長い開放通路では減圧は不十分であり、緊急度が高い場合こそ直接小切開するべきではないだろうか。局麻の必要もなく容易に行える処置である。→これら1)2)についてどう考えられるか、症例提示をさせていただきます。

0-3-03

過疎地で外傷を扱う医師はJATECにおけるPrimary surveyと蘇生の能力が求められる

小清水赤十字病院 総合診療科

○太田 圭

【はじめに】北海道斜里郡は人口約2万人に当院を含めた100床規模の病院が2か所あるが、北見赤十字病院救命救急センターまでは救急車にて1時間程度を要する。救急科専門医はオホーツク医療圏(約30万人)では確認できた範囲では2名であった。したがって多発外傷症例は多くないが、それらのほとんどは救急を専門としない外科系医師または内科医師が初療を担当しており、Preventable Trauma Deathは多数発生していると思われる。しかしながら、このたび経験した症例は救急科専門医が初療を行い救命したが、JATECにおける「Primary surveyと蘇生」さえ確実に実施できれば、専門科にかかわらず同様の良好な転帰であったと推察された。

【症例】30歳男性。車同士の衝突で路外に車ごと転落した。通報と同時にドクターヘリ要請。救急隊現着時にはJCS200、血圧測定不能、橈骨動脈が微弱触知でショックが疑われた。当院搬入と同時に心肺停止となったが、緊張性気胸を疑い留置針にて脱気後、すみやかに蘇生した。ヘリ搬送後の集中治療で軽快退院の最終転帰となった。

【考察】過疎地域では重症多発外傷の最終的な搬送先が遠隔地であるため、やむを得ず外傷に不慣れな直近施設に収容依頼がある。本症例では緊張性気胸さえ診断できれば手技自体は胸腔穿刺後にドレナージを行うという内科医であっても極めて単純なものであり、実施できなかった場合の転帰は死亡であった。したがって過疎地域で勤務する外傷を扱う医師はJATEC全コースを受講することが本来は望ましいが、人員や時間的余裕のない小規模施設では受講が困難である。しかし、その最初の段階である「Primary surveyと蘇生」を実施できるだけでも高次医療機関への搬送に時間的余裕をもたらすことが可能となり、その理解は過疎地域にある施設では重要であると思われる。