

**RP1-1 ラクロスボールによる心臓振盪より救命された1症例**

<sup>1</sup>愛知医科大学病院卒後臨床研修センター, <sup>2</sup>愛知医科大学病院救命救急科  
浅田有理子<sup>1</sup>, 野口裕記<sup>2</sup>, 三木靖雄<sup>2</sup>, 小澤和弘<sup>2</sup>, 竹内昭憲<sup>2</sup>, 中川 隆<sup>2</sup>

【はじめに】運動中に心臓振盪を起こした報告は、近年散見される。今回、ラクロス練習中にボールが左胸部に直撃し、心臓振盪を起こし救命された症例を経験したので報告する。【症例】22歳、男性、大学内でのラクロス練習中、相手選手が近くより放ったボールが、左前胸部に当たり受傷。直後に意識消失した。現場の学生にて5分後に救急隊連絡、10分後に胸骨圧迫、AED装着し、心室細動にて除細動1回施行。その後、心拍再開し当院搬送。搬送時、循環呼吸は安定するも、意識JCS 300であり、鎮静下に気管挿管下人工呼吸管理施行し、12時間の脳低体温療法を施行した。復温し、鎮静終了後、意識改善、抜管に至った。【まとめ】ラクロス練習中に心臓振盪となり、蘇生後社会復帰例を経験した。ラクロスは、地上最速の球技とも言われ、ゴム製の硬いボールのみならず、タックルなどでも心臓振盪を来す恐れがある。これを防ぐための胸部のプロテクターの使用は推奨されているものの、動きにくい等の理由で使用されていないことが多い。本症例でも使用すれば、心臓振盪を防げた可能性が高かったと思われる。若干の考察を加え報告する。

**RP1-2 1時間のVfと死戦期呼吸を呈しながら良好な脳組織酸素飽和度と神経学的予後を示した1例**

<sup>1</sup>聖マリアンナ医科大学病院  
上村 悠<sup>1</sup>, 小山泰明<sup>1</sup>, 下澤信彦<sup>1</sup>, 和田崇文<sup>1</sup>, 箕輪良行<sup>1</sup>, 平 泰彦<sup>1</sup>

【背景】心臓停止患者では脳組織酸素飽和度が退院時の神経学的予後と強く相関することが報告されている。今回、Vfで死戦期呼吸が続いた心停止症例に、近赤外線分光装置であるNIRO-PulseでTOI（脳組織酸素飽和度）を連続測定し、心拍再開・独歩退院した1例を経験した。【症例】65歳男性。朝9時頃、路上で倒れているところを通行人が発見し救急要請。9:10救急隊到着時、死戦期呼吸を認めたが頸動脈触知せず心肺蘇生開始。モニターはVf、瞳孔6mm/6mmで対光反射なしであった。救急車内もVfが継続し、DC計2回施行しPEAに変化した。CPR継続しながら、9:41当院到着。ER到着時にNIRO-Pulse装着。TOIは両側60%であった。到着時もVfであり、ACLSに則りDC・エピネフリン・アミオダロンを行いPEAに変化した。瞳孔2mm/2mmで対光反射なしであったが、TOIは60%を維持でき、9:57自己心拍再開。蘇生後症候群に対してPCI（#2 100%）および脳低体温療法を行い、来院2日目で意識覚醒を確認。12日目に循環器内科転科となった。現在は注意力障害のみ残存している。【考察】約1時間のCPRを施行し、TOIが60%に維持されていた。Vfと死戦期呼吸は良好なTOIと神経学的予後を示唆すると考えられた。

**RP1-3 体外式心肺補助装置を用いた神経集中治療により60分以上の溺水・心停止から意識を回復した一例**

<sup>1</sup>山梨県立中央病院救命救急センター  
池田頌子<sup>1</sup>, 松本 学<sup>1</sup>, 岩瀬史明<sup>1</sup>, 井上潤一<sup>1</sup>, 小林辰輔<sup>1</sup>, 宮崎善史<sup>1</sup>, 加藤頼子<sup>1</sup>, 大嶽康介<sup>1</sup>, 萩原一樹<sup>1</sup>, 木下大輔<sup>1</sup>, 岩瀬弘明<sup>1</sup>

【はじめに】溺水による1時間以上の心停止状態から、ECLS（体外式心配補助装置）を用いた集中治療により救命し、意識を回復した溺水・偶発性低体温症の症例を経験したので報告する。【症例】16歳男性。氷の張った湖の水より水温5℃の水中に転落し、湖底に水没した。覚知61分後に救助されたが、心肺停止状態で初期波形は心静止だった。現場に医師を派遣しACLSを行い、心電図波形は心室細動へ変化した。膀胱温は30.3℃で、ECLSを導入した。循環停止時間は104分だった。復温後、電気的除細動を施行し自己心拍再開した。血液検査では、高K血症、高乳酸血症、代謝性アシドーシスを呈していた。大量の輸液・昇圧剤投与に反応せず循環不全が継続したため、36℃の積極的平温療法に変更した。第3病日にECLSを離脱し、第14病日に人工呼吸器を離脱した。第33病日に意識回復し、指示動作可能となった。第40病日にリハビリテーション病院に転院した。【考察】偶発性低体温症は長時間循環停止でも脳蘇生良好な可能性があり、積極的治療の適応だが、高K血症、アシドーシス、長時間心肺停止、溺水は予後不良因子と報告されている。本症例は予後不良因子が多数存在したが、意識を回復した。治療経過を報告し、至適治療法について考えたい。

**RP1-4 溺水CPAによる低酸素血症に対しECMOを導入し社会復帰に至った一例**

<sup>1</sup>君津中央病院, <sup>2</sup>千葉大学病院, <sup>3</sup>青葉病院  
泉水美有紀<sup>1</sup>, 北村伸哉<sup>1</sup>, 加古訓之<sup>1</sup>, 大谷俊介<sup>2</sup>, 島田忠長<sup>3</sup>, 五十嵐一憲<sup>1</sup>

溺水CPA後の低酸素血症に対してECMOを導入し、良好な神経学的転帰を得た症例を経験したので報告する。【症例】33歳男性。9月の釣りの最中に海へ転落した。12分後、救急隊到着時は友人により支えられ、水上に顔を上げていたが、次第に意識状態の悪化を認め、ドクターヘリ要請となった。転落から31分後、救出完了と同時にフライトドクター接触。不穏状態にあり、救急車内に搬入後間もなくCPAとなった。CPRの結果、10分後に呼吸・心拍が再開し、心停止後20分で病着となった。来院時はGCS3点の昏睡状態で、血中乳酸値は18.8mmol/Lと高値、P/F比は89と低値であり、CTでは両肺にびまん性浸潤影を認めた。ICU入室後、ただちにECMOを導入し、同時に脳保護を目的に脳低体温療法（24時間34℃を維持、3日で復温）を開始した。第6病日まではP/F比100程度の低酸素血症が遷延したが、翌日から急激にP/F比188と改善し、ECMOを離脱。GCSもE4VTM6となった。第11病日に抜管、翌日ICU退室となった。退室後は一時的な見当識障害はあったものの徐々に改善し、第47病日、CPCIで退院となった。【まとめ】溺水では低酸素に対する早期治療が転帰を左右すると考えられる。本症例では早期のACLSや、ECMOを含めた集学的治療により良好な転帰を得ることができた。

**RP1-5 PiCCOplus<sup>®</sup> モニタリング下にECMOを導入し救命し得た重症肺炎の1例**

<sup>1</sup>健和会大手町病院救急科（初期研修医）, <sup>2</sup>健和会大手町病院救急科  
玉崎庸介<sup>1</sup>, 前田 穰<sup>2</sup>, 三浦正善<sup>2</sup>, 西中徳治<sup>2</sup>

【はじめに】今回我々は、インフルエンザA（H3N2）が原因と考えられる重症肺炎をきたした若年成人に対し、PiCCOplus<sup>®</sup>でのモニタリング下に膜型人工肺（Extracorporeal membrane oxygenation, ECMO）を導入し、救命し得た1例を経験したので報告する。【症例】22歳男性。4日前からの感冒様症状と38℃以上の発熱、呼吸苦を主訴に来院した。受診時、体温38.6℃、脈拍120/分、血圧180/60mmHg、呼吸数76回/分、SpO<sub>2</sub>18%（室内気）。胸部X線およびCTにて全肺野に浸潤影を認め、重症肺炎の診断でICU入室となった。直ちに気管挿管の上、人工呼吸器管理となったがP/F比が60.3でありlung injury scoreが3.5であったためECMO導入となった。ARDSの併発が疑われ、第3病日よりPiCCOplus<sup>®</sup>にてモニタリングを行った。肺炎の原因精査にて、細菌・真菌感染と自己免疫疾患は否定的と考えられた。インフルエンザ迅速検査では陰性であったものの、血清PCR検査にてインフルエンザA（H3N2）抗体640倍と上昇を認めたため、インフルエンザA型の暫定診断のもと、第2病日より抗インフルエンザ薬ペラミビルを10日間投与した。第6病日には両肺野の浸潤影は改善傾向を示し、PVRIも4.7まで低下を認めた。第9病日に自己肺にてP/F比は156まで改善したためECMOを離脱し、第10病日に抜管となった。第13病日にICUから一般病棟へ転棟し、経過良好で第24病日に退院となった。

**RP1-6 血液浄化による高ナトリウム血症は正が植皮の生着に寄与した重症熱傷の1例**

<sup>1</sup>日立総合病院救命救急センター救急集中治療科  
大村鷹希<sup>1</sup>, 福田龍将<sup>1</sup>, 中村謙介<sup>1</sup>

【背景】広範囲熱傷では脱水を伴う高ナトリウム血症がしばしば見られる。Continuous Hemodialysis and Filtration CHDFを主とする血液浄化はその管理を容易とするが、抗凝固薬使用による出血傾向が問題となる。今回我々は高Na血症を呈した重症熱傷において、CHDF施行の有無で植皮の生着率が大きく変化した1例を経験した。【症例】50歳男性。ストーブのガソリンに引火して受傷し当院へ救急搬送された。体幹、左上肢、頭部に計35% III度熱傷あり。気道熱傷はなかったが、体幹熱傷により拘束性換気障害があり、挿管の上体幹に減張切開を行った。大量輸液を含む全身管理を行い、計5回のデブリドマン+分層植皮術を実施した。1回目の植皮生着率は15%程度、徐々に血清Na値が165mmol/lまで上昇し是正が困難であったためCHDFを導入した。2回目（CHDF導入翌日）の生着率は50%程度で、以後血清Na 145mmol/l前後に維持した結果その後の生着率は60%以上と良好であった。患者は4ヶ月で独歩退院した。【考察】熱傷における高ナトリウム血症は細胞内脱水を伴う高張性脱水の結果であり、CHDFを用いて適切な血清ナトリウム値で全身管理を行うことは、細胞内脱水を是正し植皮の生着を高めると考えられた。

## RP2-1 左側腹部痛を主訴として受診した急性虫垂炎の一例

<sup>1</sup>国家公務員共済組合連合会共済病院  
森田吉則<sup>1</sup>, 石川雅巳<sup>1</sup>

虫垂炎は、妊娠など併発した状態により圧痛点が変わることが知られている。我々は尿閉による膀胱拡張が原因で左側腹部痛を呈したと考えられる急性虫垂炎の一例を経験したので報告する。【症例】40歳、生来健康な男性。夜間、次第に増強する左側腹部痛を主訴に当院救急部へ救急搬送された。身体診察上、著明な腹部膨隆と腹部全体の圧痛、左肋骨脊椎角叩打痛を認めた。腹部エコーを施行したところ両側水腎症と膀胱の著明な拡張を認めたので尿閉として導尿を施行するも腹痛は軽快しなかった。次第に心窩部痛を訴えるようになったので改めて診察しなおしたところ、McBurney点にて圧痛を認めた。急性虫垂炎が疑われCTを施行したところ虫垂の腫大を認めた。カタル性虫垂炎と診断し保存的に加療していたが翌日データの増悪を認めたため外科的に切除し治療した。【考察・結語】主訴の左側腹部痛は拡張した膀胱に圧排された虫垂の偏移による疼痛と考えられるが、尿閉の痛みの可能性は否定できない。尿閉を併発することにより虫垂炎の診断が遅れる可能性があることを経験した。

## RP2-2 高流量CHDFが著効したアルコール性ケトアシドーシスの一例

<sup>1</sup>松戸市立病院救急救命センター  
粕谷忠道<sup>1</sup>, 吉川俊輔<sup>1</sup>, 八木雅幸<sup>1</sup>, 成田知大<sup>1</sup>, 幸本達矢<sup>1</sup>, 庄古知久<sup>1</sup>

【はじめに】アルコール性ケトアシドーシスは、大酒家で脱水、飢餓状態が続くことで発症し、的確な治療が行われなければ死に至ることもある。今回我々は高流量持続的濾過透析(CHDF)が著効したアルコール性ケトアシドーシスの一例を経験したので報告する。【症例】大酒家の76歳男性。意識障害を主訴に当院に救急搬送された。来院時、体温測定不能、血糖30mg/dl、血液ガス分析でpH 6.740、HCO<sub>3</sub> 3.8mEq/l、乳酸21.4mg/dl、AG 48.2mEq/lを認め、低体温、低血糖、乳酸アシドーシスを合併したアルコール性ケトアシドーシスを疑った。このためビタミン、糖質を投与し、大量輸液、重炭酸ナトリウムとノルアドレナリンの投与を行い、保温に努めた。しかし意識障害やアシドーシスは改善せず、バイタルは不安定で乏尿の状態が続いたため、ICUに入室しCHDFを導入した。透析液流量、排液流量共に5000ml/hと高流量CHDFを90分続け、その後共に200ml/hとした。CHDF導入後約12時間後にはアシドーシスは補正され、従命可能となった。血液生化学検査でβ-OH酪酸5629 μmol/lと著明な高値を認め、アルコール性ケトアシドーシスと診断した。第4病日にCHDFを離脱し、第18病日リハビリ目的に転院した。【考察】アルコール性ケトアシドーシスに対し、高流量CHDFは有効であると考えられた。本邦報告例の文献的考察を加えて報告する。

## RP2-3 脳梗塞治療中に発症したプロテインS欠乏症による肺動脈血栓症の1例

<sup>1</sup>八戸市立市民病院救急救命センター  
三戸 勉<sup>1</sup>, 今 明秀<sup>1</sup>, 濱館香葉<sup>1</sup>, 丸橋考昭<sup>1</sup>

【症例】79歳女性、意識障害を主訴に救急搬送。血圧183/76mmHg、脈拍61/分、呼吸数25/分、GCS13、失語あり。MRI/DWIにて左側頭頭頂前頭部に高信号認め、アテローム性脳梗塞の診断で治療開始。第6病日にトイレ歩行後失神し呼吸不全、ショックとなった。CTで両肺動脈に広範な血栓あり肺動脈血栓症(PTE)と診断。ヘパリン投与、経皮的心肺補助装置(VA-ECMO)、大動脈バルーンポンピング(IABP)挿入。PTEに対してウロキナーゼも投与開始。循環虚脱あり外科的血栓摘除術を考慮したが、第9病日に呼吸終末二酸化炭素濃度が上昇し、手術を見送った。第11病日にVA-ECMO、IABP離脱、第18病日に抜管。その後出血性脳梗塞を合併し、下大静脈フィルターを留置。mRS2で第78病日に転院。3ヶ月経過した現在PTEの再発はない。【考察】脳梗塞合併のPTEの頻度は0.51%と報告されている。本症例ではプロテインS(PS)欠乏症がPTE発症原因及び脳梗塞発症の一因と考えられた。循環虚脱を伴う急性広範囲型PTEに対してVA-ECMO下の内科的治療で手術を回避できた。【結語】PS欠乏症による脳梗塞合併の重症PTEをVA-ECMO、ウロキナーゼ、下大静脈フィルターを使用し救命した。

## RP2-4 出血性十二指腸潰瘍の経過中に後天性血友病Aの発症が疑われ、内視鏡的止血術に難渋した1例

<sup>1</sup>京都大学医学部付属病院  
稲垣真裕<sup>1</sup>, 大鶴 繁<sup>1</sup>, 長谷川功<sup>1</sup>, 森 智治<sup>1</sup>, 趙 晃済<sup>1</sup>, 武信洋平<sup>1</sup>, 鈴木崇生<sup>1</sup>, 西山 慶<sup>1</sup>, 佐藤格夫<sup>1</sup>, 小池 薫<sup>1</sup>

【はじめに】救急に携わる医師にとって、血止止血学の知識とその理解に基づくモニタリングは重要である。我々は難治性出血性十二指腸潰瘍の経過中に突然のAPTT延長を認め、後天性血友病Aの発症が疑われた症例を経験したため報告する。【症例】70歳男性。他院で胸椎圧迫骨折入院加療中に吐血し転院搬送となった。緊急内視鏡検査により十二指腸球部出血性潰瘍に対し止血術を施行。その後第10、15、22病日に同潰瘍より再出血し、計7回の内視鏡検査を要したが、幸い内視鏡的に出血をコントロールすることができた。経過中第15病日よりAPTTが75.5秒と突然延長したが、PTは正常値で乖離することから内因系凝固異常が疑われた。その後もAPTT延長が遷延し第34病日に内因系凝固因子活性を測定したところ、第VIII因子活性が18%と著明に低下しており後天性血友病Aの発症が疑われたが、第VIII因子インヒビターは検出されなかった。【考察】PT正常かつAPTT延長を示す救急領域の重要な病態に後天性血友病Aがある。各種凝固因子に対する自己抗体が発現し止血困難となる病態であり、救急医はその存在及び診断治療を認識しておく必要がある。致死性出血時には、遺伝子組換え活性型第VII因子製剤によるバイパス療法を考慮しなければならない。

## RP2-5 60ヶ所以上の全身筋肉内多発膿瘍を呈し6回の外科的排膿術を必要とした1例

<sup>1</sup>山梨県立中央病院救急救命センター  
鈴木 愛<sup>1</sup>, 岩瀬史明<sup>1</sup>, 井上潤一<sup>1</sup>, 小林辰輔<sup>1</sup>, 宮崎義史<sup>1</sup>, 松本 学<sup>1</sup>, 大嶽康介<sup>1</sup>, 加藤頼子<sup>1</sup>, 岩瀬弘明<sup>1</sup>, 萩原一樹<sup>1</sup>, 木下大輔<sup>1</sup>

我々は全身に60ヶ所を超える膿瘍形成が見られ、複数回の観血的排膿術を必要とした症例を経験した。稀な症例と思われるので報告する。【症例】47歳男性【既往歴】健康診断で高血糖の指摘あり。【現病歴】来院14日前から続く後頭部及び背部の腫脹および疼痛があり、来院数日前より四肢脱力感が出現し、歩行不能となったため救急車で当センターに来院した。後頭部に30cm×20cmの膿瘍を認め、画像所見で全身に63ヶ所の筋肉内膿瘍を認めた。膿瘍の治療として緊急外科的排膿術を施行し、抗菌薬の投与も開始した。経過中に計6回の外科的排膿術を施行し、術後の経過は良好であったため、抗菌薬を内服に変更して継続しながら第75病日に自宅退院した。【考察】筋肉内膿瘍に対する治療は外科的排膿術が一般的である。本症例では全身に膿瘍を認め敗血症も併発していると考えられたため、6回もの外科的排膿術に加え、3か月間の抗菌薬併用を12週間以上行うことで、術後に重篤な合併症や再感染を予防することができた。筋肉内膿瘍の多発例は、国内でも糖尿病などの易感染性を呈する患者において腸腰筋膿瘍からの波及した報告があるが、頸部膿瘍を初発とした60を超える数の膿瘍多発例は稀であり報告する。

## RP2-6 重篤な代謝性アシドーシスおよび化学性肺炎を来した界面活性剤中毒の2例

<sup>1</sup>大阪警察病院臨床研修医指導センター、<sup>2</sup>大阪警察病院救急救命科  
戸上由貴<sup>1</sup>, 島崎淳也<sup>2</sup>, 射場治郎<sup>2</sup>, 野口和男<sup>2</sup>, 渡瀬淳一郎<sup>2</sup>, 岸 正司<sup>2</sup>, 山吉 滋<sup>2</sup>

【症例1】83歳女性。自殺目的に家庭用洗濯洗剤を服用した。来院時の意識レベルはGCS:E4V3M5、呼吸・循環は安定していたが動脈血液ガス上著明な代謝性アシドーシスを認めた。来院直後に嘔吐・誤嚥により化学性肺炎を来したため挿管・人工呼吸管理を行った。集中治療を行ったが、重炭酸ナトリウム・輸液にて循環動態は一時安定したが、化学性肺炎による呼吸不全をコントロールできず来院24時間後に死亡した。【症例2】75歳女性。家庭用洗濯洗剤を誤飲して意識障害を来したため救急搬送となった。来院時は意識レベルGCS:E1V1M4、血圧80/37mmHg、脈拍49回/分、SpO<sub>2</sub>:96%、呼吸数:27回/分であり、動脈血液ガス上著明な代謝性アシドーシスを認めた。挿管・人工呼吸管理を行い、重炭酸ナトリウム投与および輸液にて代謝性アシドーシスは第2病日までに改善した。誤嚥に伴う化学性肺炎による呼吸不全が遷延した。第12病日に抜管し、第33病日に転院となった。【まとめ】上記2症例とも家庭用洗濯洗剤の主成分は界面活性剤である。界面活性剤による中毒は珍しいものではないが、代謝性アシドーシスや化学性肺炎などの致死的な症状を呈することがあるので注意が必要である。界面活性剤中毒について若干の文献的考察を加えて報告する。

**RP3-1 静脈性血管瘤に合併した深部静脈血栓症による肺血栓塞栓症の1例**

<sup>1</sup>北海道大学病院先進急性期医療センター  
伊原彩季<sup>1</sup>, 和田剛志<sup>1</sup>, 丸藤 哲<sup>1</sup>, 澤村 淳<sup>1</sup>, 早川峰司<sup>1</sup>, 菅野正寛<sup>1</sup>,  
柳田雄一郎<sup>1</sup>, 宮本大輔<sup>1</sup>, 小野雄一<sup>1</sup>, 山本 浩<sup>1</sup>

【症例】60歳代男性、呼吸困難と胸痛を訴えた後、意識消失し当院に救急搬送された。経胸壁心エコーではびまん性壁運動低下・左室虚脱所見と、心電図で完全右脚ブロック・II・III・aVFのST上昇を認めたため急性下壁梗塞の疑いで緊急冠動脈造影施行となったが、有意狭窄や閉塞の所見を認めなかった。同日造影CTを撮影したところ、両肺動脈の分枝に造影欠損領域認め、さらに心電図所見は肺血栓塞栓症（Pulmonary embolism：以下PE）に伴う右室負荷所見として矛盾しないため、PEの診断でICU入室となった。入院後経過としては血栓溶解療法と抗凝固療法を開始し、肺高血圧・心機能は共に改善傾向であった。PEの原因検索を行った所、MRIとCTで右膝窩静脈にφ4cmの静脈性血管瘤（Venus Aneurysm：以下VA）を認め、内部に血栓を示唆する造影欠損領域を認めたことから、VA内血栓がPEの原因であると判断した。IVCフィルター挿入後に、VAの根治手術として血管瘤切除と膝窩静脈パッチ形成術を施行した。VAは静脈の蛇行・延長を伴わない限局的な拡張性病変と定義され、静脈瘤とは異なる比較的稀な疾患である。特に膝窩静脈など下肢の静脈に生じたVAはPE合併率が高い。今回VAからPEを発症した症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

**RP3-2 救急外来を受診した特発性腹腔動脈解離の1例**

<sup>1</sup>砂川市立病院救命救急センター  
佐々木克幸<sup>1</sup>, 下嶋秀和<sup>1</sup>

【症例】高血圧、癒着性イレウスの既往がある41歳男性。突然の心窩部痛を自覚し、冷汗も認めたため救急搬送された。搬入時、血圧高値と頻呼吸、心窩部を中心とした圧痛を認め、急性腹症を鑑別疾患に挙げて採血、X線、単純および造影CTを行ったが、診断を特定するに至らなかった。時間経過とともに腹痛は軽快し、副交感神経抑制薬投与で症状の改善を認めたため帰宅とした。翌日痛みの残存があり、内科外来を受診。前日の造影CTで、腹腔動脈解離が指摘され、入院となった。肝動脈、脾動脈、左胃動脈は均一に造影されており、腹部エコーで血流の低下や流速の増大は認めなかった。入院後、保存的治療にて症状は改善し、8日後に退院となった。【考察】大動脈解離を伴わない腹腔動脈解離は稀であり、診断は難しいとされるが、近年のCT検査の普及と解像度の向上に伴い診断されることが多くなった。腹腔動脈解離として頻度が高いのは、カテーテル治療などに伴う医原性のものである。治療については未だ確立したプロトコルはないが、分岐動脈の血流が保たれていれば保存的治療で予後は良いとされる。【結語】今回我々は腹痛を契機に発症し、保存的に治療しえた腹腔動脈解離の一例を経験したので若干の文献的考察を加え、ここに報告する。

**RP3-3 スコポラミン投与後、一過性に腹痛が改善した孤立性腹部内臓動脈解離の2例**

<sup>1</sup>慶應義塾大学医学部救急医学  
西田有正<sup>1</sup>, 多村知剛<sup>1</sup>, 本間康一郎<sup>1</sup>, 堀 進悟<sup>1</sup>

孤立性腹部内臓動脈解離は比較的稀な疾患である。突然発症した上腹部痛のため救急搬送され、スコポラミンの投与の後に一過性に腹痛が改善したが、造影CTで孤立性腹部内臓動脈解離と診断した2例を経験したので文献的考察を加えて報告する。症例1は57歳の女性。歩行中に突然発症した上腹部の間欠痛で救急搬送された。スコポラミン静注後に腹痛は改善したが、腹痛が再燃し再度スコポラミンを投与しても腹痛が改善しないため、腹部造影CTを撮影し孤立性上腸間膜動脈解離と診断した。症例2は36歳の男性。仕事中に突然発症した上腹部持続痛で救急搬送された。病歴上先行する発熱と嘔吐、軟便があり、対症的にスコポラミンを投与した後に腹痛が軽快した。突然発症した腹部の持続痛であったため、大動脈緊急症を疑って造影CTを撮影し、孤立性腹腔動脈解離と診断した。2症例とも保存的治療で良好な転機を辿った。スコポラミンは動脈解離に対し鎮痛効果がなく、時期を同じくして動脈壁解離の進展が止まったことにより腹痛が改善したものと考えられた。スコポラミン投与後に腹痛が軽快した場合に鎮痛効果があったと誤認する可能性があること、突然発症し、発症直後から最大の腹痛を呈する患者では、動脈解離を疑って造影CTを撮影するべきと考えられた。

**RP3-4 起立性頭痛を認め硬膜下出血を伴った特発性低髄圧症候群の一例**

<sup>1</sup>東京大学医学部附属病院救急部  
田中恵理<sup>1</sup>, 園生智弘<sup>1</sup>, 小林宏彰<sup>1</sup>, 浅田敏文<sup>1</sup>, 和田智貴<sup>1</sup>, 井口竜太<sup>1</sup>,  
比留間孝広<sup>1</sup>, 軍神正隆<sup>1</sup>, 橋田要一<sup>1</sup>, 中島 勲<sup>1</sup>, 矢作直樹<sup>1</sup>

【背景】特発性低髄圧症候群（SIH）は、救急診療では見逃されやすく、硬膜下血腫を伴った場合には診断に至るまでの時間が延長するとの報告もある。今回我々は臨床徴候からSIHを疑いMRIにて診断に至った症例を経験したので報告する。【症例】生来健康な33歳女性。救急外来受診2日前より頭痛があり、症状の増悪と嘔吐を認めたため当院受診となった。意識清明であり、バイタルサインの異常や、明らかな神経学的異常所見はなく、起立時に増悪する激しい頭痛のみを認めた。習慣的な頭痛、外傷の既往はなかった。頭部単純CTにて軽度の硬膜下出血を認めたが、症状と徴候からSIHを疑った。脳脊髄MRIにて脳脊髄液減少に合致する所見を認め診断に至った。脳槽シンチで髄液漏出部位を同定し、ブラッドパッチを施行し症状の明らかな改善を認め合併症なく退院となった。【考察】SIHは起立性頭痛が特徴的であり、救急診療においては症状と徴候から同疾患を鑑別に挙げ、診断に繋げることが重要である。特に、硬膜下出血を伴う場合は誤診に繋がりうるため、硬膜下出血を伴うSIHの存在（SIHの16.4%）も認識しておく必要がある。SIHの症状と徴候の疫学的背景、およびその画像所見に関して文献的レビューをふまえて考察する。

**RP3-5 偶発性低体温症によって診断に難渋した頸髄損傷の2例**

<sup>1</sup>群馬大学大学院臓器病態救急学, <sup>2</sup>群馬大学医学部附属病院救命・総合医療センター  
澤田悠輔<sup>1</sup>, 金子 稔<sup>1,2</sup>, 青木 誠<sup>1,2</sup>, 村田将人<sup>1,2</sup>, 神戸将彦<sup>2</sup>, 萩原周一<sup>1,2</sup>,  
古川和美<sup>1,2</sup>, 中村卓郎<sup>1,2</sup>, 大山良雄<sup>2</sup>, 田村遵一<sup>2</sup>, 大嶋清宏<sup>1,2</sup>

【症例1】87歳、女性。＜主訴＞意識障害。＜既往歴＞認知症。＜現病歴＞側溝に落ちている状態で発見され救急搬送。＜現症＞GCS E3V4M5、腋窩温27.1℃、頭部と腰部に擦過傷あり。＜経過＞ICUへ入室し、加温輸液とブランケットで復温した。翌日、四肢運動障害を訴えたため、頸部MRIを施行したところ、頸椎（C4～C7）領域に脊柱管狭窄症を認め、頸椎過伸屈損傷に伴う頸髄不全損傷と診断し、保存的治療を行った。【症例2】50歳、男性。＜主訴＞意識障害。＜既往歴＞特記事項なし。＜現病歴＞飲酒し川で転倒した状態で発見され救急搬送。＜現症＞GCS E1V1M1、腋窩温26.9℃、体表面に明らかな外傷なし。＜経過＞CTで頸椎（C5）後方脱臼を認め、ハローベスト牽引、ステロイド大量療法を行った。ICUへ入室し血液透析装置を使用して復温したところ意識障害は改善した。第4病日、頸椎脱臼に対して脊椎後方固定術を施行した。【考察】2症例は転倒により頸髄を損傷し、寒冷環境で動けなくなったために低体温症となったと考えられた。2症例とも頸髄損傷の否定ができるまでは頸椎カラーを装着していた。偶発性低体温症では意識障害によって頸髄損傷の診断が困難になることを念頭に診療を行う必要がある。