

RP01-01 突然発症の胸背部痛で来院し、心電図変化を認めた横隔膜ヘルニア胃嵌頓の1例

¹湘南鎌倉総合病院ER/救急総合診療科

寺根重弥¹, 川口剛史¹, 山本真嗣¹, 梅澤耕学¹, 山上 浩¹, 大淵 尚¹

【症例】91歳、女性【主訴】胸背部痛【現病歴】杖歩行、軽度認知症があるが意思疎通は可能。来院1時間前より突然の胸背部痛が出現し、救急要請となった。搬入時バイタルサインは血圧：右155/86mmHg、左168/114mmHg、脈拍：92回/分、呼吸数：22回/分、SpO₂：100%（酸素10L/分リザーバマスク下）、体温：36.1度であり、冷汗著明・疼痛強く不穏状態であった。身体所見上、左側腹部に限局した圧痛があり、また胸部レントゲンでは左横隔膜の挙上と縦隔偏位を認めた。大動脈解離を疑って造影CTを施行するも明らかな異常なく、経過中心電図にてII、III、aVfのST上昇が出現したため、急性冠症候群も考慮されたが、心エコー上明らかな壁運動低下・心筋酵素上昇なく否定と考えられた。その後も胸背部痛持続したため、精査治療目的に外科入院となった。痛みの原因として巨大横隔膜ヘルニアの可能性も示唆されたため、来院約20時間後に試験開腹となり、横隔膜ヘルニア胃嵌頓による下部食道・胃噴門部壊死の診断で下部食道+胃噴門部切除、胃管再建となった。術後代謝性アシドーシスの進行により入院第4病日に死亡した。【考察】横隔膜ヘルニア胃嵌頓は稀な一例であり、若干の文献の考察も含めて報告する。

RP01-02 心窩部痛を主訴に来院し、急性心膜炎と診断された一例

¹杏林大学医学部付属病院ATT科

荒川雅崇¹, 新井 舞¹, 植地貴弘¹, 佐野勇貴¹, 宮内弘子¹, 塚田雄大¹, 柴田茂貴¹, 小林敬明¹, 松田剛明¹, 野村英樹¹

【症例】来院2週間前に感冒様症状があり、心窩部痛を主訴に来院した33歳男性。心窩部違和感を自覚し前日より徐々に締め付けられるような痛みとなったため、近医を受診したが、心電図上異常はなく帰宅となった。来院当日、明け方に同様の症状が出現したため、再度近医を受診。胸部単純X線撮影したところ、胸膜炎の疑いでCDTR-PI処方され帰宅となったが、症状改善せず、微熱も加わったため、当院救急外来受診となった。来院時、吸気時と仰臥位で増強する心窩部痛を訴えており、血液検査上の炎症所見、心電図検査にて広範囲のST上昇がみられたため、心エコー検査を施行し、心嚢液貯留がみられたため急性心膜炎の診断で入院となった。入院後、コルヒチン、アスピリン内服行い経過を追ったが、発熱、症状出現なく経過。心電図異常も徐々に消失傾向を認め、循環動態も安定しているため、第4病日退院となった。【考察】急性心膜炎の診断には病歴、心膜摩擦音、血液検査による炎症所見、心電図などが重要な役割を果たす。また、心エコー検査は感度と特異度が高く、簡便で非侵襲的であるため、有用な検査となる。ただし、超急性期には明らかな心嚢液が描出されないこともあるということも念頭においておく必要がある。

RP01-03 低カリウム血症によりTorsades de pointeを呈した一例

¹福島県立医科大学附属病院高度救命救急センター

山國 遼¹, 矢野徹宏¹, 大久保怜子¹, 大野雄康¹, 鈴木 剛¹, 根本千秋¹, 塚田泰彦¹, 伊関 憲¹, 島田二郎¹, 田勢長一郎¹

今回我々は、低カリウム血症を来した大腿骨転子部骨折の患者がTorsades de pointes (TdP) をきたし頻回の除細動を要した一例を経験したので報告する。【症例】86歳、女性。【既往歴】慢性心不全、心房細動（ワーファリン内服中）、肺癌術後【現病歴】某日21時頃自宅で転倒後に左大腿痛が出現し救急隊により当院に搬送された患者。心電図では心拍数57分の心房細動、QT時間0.333秒であり、血液検査上1.9mEq/Lと低カリウム血症を認めた。X線検査にて大腿骨転子部骨折を認め、手術目的に入院となった。入院後に補液にて2mEq/hrのカリウム補正を行ったが14時頃意識消失、心電図上心室細動（Vf）を認めた。直ちに胸骨圧迫と除細動を行い蘇生。さらに14mEq/hrの補正に切り替えたが、16時にも再度Vfとなり、除細動後に中心静脈路を確保し補正量を上昇させた。その後カリウムは2.3mEq/Lと改善したが、18時、19時にも再度Vfとなり除細動を行った。翌日には3.2mEq/Lまで改善し、これ以後Vfは出現しなかった。発作時の心電図を後に診断するとTdPであることが判明した。【考察】TdPはQT延長症候群や電解質異常、薬剤性に引き起こされる。電解質異常では特に低Mg血症で起こることが知られているが、今回は正常範囲内であった。低K血症の患者においてもTdPには注意するべきと考えられる。

RP01-04 後下壁領域の急性心筋梗塞後に生じた心室中隔穿孔に対して待機的手術を行い救命し得た一例

¹久留米大学病院臨床研修センター、²久留米大学病院高度救命救急センター、³久留米大学病院心臓・血管内科、⁴久留米大学病院心臓血管外科吉賀 巧¹, 堀 賢介², 植田晋一郎², 林真貴子³, 福井大介², 福本義弘³, 田中啓之⁴, 坂本照夫²

84歳、男性。下行結腸癌に対して左結腸切除術を行われた。周術期に急性心筋梗塞を発症し当院へ転院となった。後下壁梗塞と診断し、血行動態は安定しており保存的加療を行った。しかし入院3病日目に心室中隔穿孔（VSP）を発症した。緊急冠動脈造影検査では右冠動脈は起始部で閉塞していた。右心カテーテル検査ではQp/Qs：1.5と上昇は軽度であった。心筋梗塞発症直後で中隔組織の脆弱性が懸念され、呼吸、循環動態は保たれており、腹部手術直後であることからVSPに対し内科的加療を先行しつつ、待機的に手術の必要性を検討する方針とした。人工呼吸器管理、後負荷軽減目的にIABPと血管拡張剤を使用し治療を継続した。しかし、経過中にVSP孔の拡大と循環動態の悪化が進行し、再度右心カテーテル検査を行ったところ、Qp/Qs：5.0と上昇していた。49病日目に冠動脈バイパス術及び心室中隔閉鎖術を行い循環動態は改善し、再穿孔も生じなかった。急性心筋梗塞後のVSPは循環動態が保たず緊急手術となることが多いが、急性期手術は心筋組織の脆弱性から再穿孔の危険性があるとされる。本症例では集中治療により呼吸循環動態を維持し、待機的手術を行うことが可能で良好な術後経過を得ることができたため報告する。

RP01-05 7回のドレナージ、集中治療、開心術の結果、救命しえた感染性心内膜炎を併発した腸腰筋膿瘍の一症例

¹平塚市民病院臨床研修医、²平塚市民病院救急科、³平塚市民病院外科、⁴平塚市民病院放射線科、⁵平塚市民病院心臓血管外科
増田香保里¹, 葉季久雄², 鯨井 大³, 金子 靖³, 福嶋友一², 前田 彰², 屋代英樹⁴, 井上仁人⁵, 花岡 毅², 金井歳雄³, 中川基人³

【はじめに】腸腰筋膿瘍による敗血症性ショック、DIC、感染性心内膜炎、多臓器不全を呈し、経過中に肺動脈塞栓、弁尖消失、右心不全に至るも、計7回の膿瘍ドレナージ、集中治療、開心術の結果、救命しえた患者を経験したので報告する。【患者】35歳の女性。だるさを主訴に救急搬送された。来院時はsevere sepsisの状態、急性期DICスコア8点であった。CT検査にて大腰筋内に膿瘍形成を認め、UCGでは三尖弁に疣贅の付着を認めた。ICU入室後はショック状態となり、気管挿管、血行動態モニタリングによる全身管理を要した。血小板数は2x10³/mm³であり、大腰筋膿瘍は血小板輸血後にCTガイド下ドレナージを施行した。後日判明した血液培養、膿汁培養いずれもMSSAが検出された。フォローアップCT検査の度に、他部位に膿瘍形成を認め、4回のCTガイド下、3回のオープンドレナージを要し、さらに感染性心内膜炎を併発しており長期間にわたる抗菌薬投与を要した。第299病日に人工弁による三尖弁置換術を施行、第321病日に軽快退院した。【考察】腸腰筋膿瘍に対するCTガイド下ドレナージは、DIC状態であっても合併症なく施行可能であった。ドレナージ、抗菌薬、血行動態モニタリングにより、感染性心内膜炎を併発した重篤な腸腰筋膿瘍の一症例を救命することができた。

RP01-06 抗凝固療法並びに血栓除去療法が無効で下肢切断せざるを得なかった、寒冷により増悪する静脈閉塞の一例

¹市立札幌病院救命救急センター、²市立札幌病院形成外科
野村太一¹, 佐藤朝之¹, 鈴木理穂¹, 黒川敬文¹, 堀内勝己², 斉藤智誉¹, 牧瀬 博¹

通常血栓性の血管閉塞には抗凝固療法や血栓除去術を施行する。今回、進行する下肢阻血に対し抗凝固療法、血栓除去療法が無効で、右股関節離断、左足部分切断及び壊死皮膚デブリードマンを施行せざるを得なかった症例を経験した。特異な経過のため病理学的、文献的考察を行い報告する。症例は61歳男性。寒冷暴露による手足の紫斑出現を自覚しており、血清反応陰性関節リウマチとして加療されていた。精査の過程で単クローン性免疫グロブリン血症があり、2012年骨髓生検にて形質細胞の上昇を認めた。2014年2月外泊から帰院後、右大腿部の疼痛を自覚、翌日右下垂足出現、翌々日大腿全体の冷感が出現した。血管の閉塞症状に対し、抗凝固療法、血栓除去術を施行も血流障害の改善を得られず、上記の経過となった。術後、寒冷暴露を回避し、血管閉塞の機転として疑われた免疫複合体の除去目的に血漿交換を施行したところ、病態は増悪しなかった。本症例は、免疫複合体による静脈の閉塞から始まり、血流の低下により動脈に血栓を形成する病態が推定された。閉塞物質は血栓では無いため、抗凝固療法、血栓溶解療法では病態を改善し得ず、切断に至った。稀であるが、血管閉塞の病変を見た場合、本症例の可能性を考えなければならない。

RP01-07 ワーファリン療法中に咽頭喉頭粘膜下血腫を来した一例

¹筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター/水戸協同病院救急科
渡辺 悠¹, 吉井雅美¹, 阿部智一¹

【症例】64歳男性【主訴】嚥下痛【現病歴】来院4日前に右足関節背側の発赤、腫脹、熱感、疼痛を主訴に当院受診。蜂窩織炎の診断でAMOX/CLAVを処方された。来院2日前から咽頭痛、嘔声、痰を認め再受診。咽頭炎の診断で対症療法としたが症状軽快せず、翌日再々診。【既往歴】非弁膜症性心房細動、心筋梗塞【内服】ワルファリン4.5mg、バイアスピリン(100)1T1×【来院時所見】意識清明、血圧123/58mmHg、脈拍100bpm、SpO297% (RA)、BT37.1℃。身体所見上咽頭後壁全体が著明な血腫、右足背に紫斑を認めた。検査結果ではHb6.2g/dl、PT-INR19.95【入院後経過】喉頭ファイバーで観察すると血腫は咽頭後壁から梨状窩に認められ、絶食管理の方針とした。PT-INRの上昇はビタミンKにて拮抗した。Hb低下は咽頭喉頭部と右足背以外に出血を疑わせる部位はなく、輸血にて対応した。第3病日に頸部前面皮下に血腫出現したが、ビタミンKと輸血にて咽頭喉頭血腫ともに徐々に消退し症状消失した。PT-INR上昇の原因は過量投与と抗生剤と考えられた。【考察】ワーファリンコントロール不良によるPT-INR延長を契機とした咽頭喉頭粘膜下血腫を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

RP02-01 過換気症状を呈して搬入されたpure sensory strokeの1例

¹藤田保健衛生大学坂文種報徳会病院救急科
詠田真由¹, 船戸悠介¹, 村瀬吉郎¹

【はじめに】四肢・顔面のしびれを愁訴に救急搬入され、過換気改善後に片側のしびれが残存したことから、pure sensory stroke (PSS) と判明した症例を経験したので報告する。【現病歴】40代男性。仕事中に顔面を含む右上下肢のしびれを生じ、次第に両側のしびれとなり救急搬入された。【現症】興奮状態であり悲観的な発言を繰り返していた。四肢および顔面に麻痺はなかったが両側手指はテタニーを呈しており、血液ガス分析では呼吸性アルカロシスを認めた。【経過】落ち着いて呼吸するように説得したが改善が見られず、ヒドロコキシジンの静脈内投与により鎮静した。しかし右側のしびれが持続し知覚鈍麻もあることがわかり、画像検査を施行したところ左視床に急性期脳梗塞の所見を認めた。【考察】本症例は脳卒中の一病型であるPSSにともなう知覚異常を契機に過換気となり、全身のしびれをきたしたものである。過換気の診療にあたっては、低酸素血症あるいは代謝性アシドーシスに対する代償としての過換気の可能性に留意することが重要である。一方で種々の身体疾患を契機に過換気が誘発されることもあり注意を要する。特に本症例では過換気によりPSSの症状がマスクされたことからERでの対応上反省すべき点があったと思われる。

RP02-02 妊娠16週で発症し保存的加療を行った脳塞栓症の1例

¹順天堂大学医学部附属浦安病院臨床研修センター、²順天堂大学医学部附属浦安病院産婦人科、³順天堂大学医学部附属順天堂医院脳神経内科、⁴順天堂大学医学部附属浦安病院救急診療科
杉野祥子¹, 笠原華子², 上野真一³, 宮元伸和³, 角 由佳⁴, 井上貴昭⁴, 田中 裕⁴

【はじめに】妊娠中の母体は、凝固系に傾いた状態にあり、脳血管障害のリスクが高いことは古くから知られている。また、近年早期診断および血栓溶解療法(t-PA)による治療効果が注目されている。今回、妊婦の脳梗塞症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。【症例】35歳女性(1経妊1経産)妊娠16週5日。突然の頭痛、左上下肢のしびれ、脱力を自覚し、発症から約1時間後に救急搬送となった。来院時、意識レベルはGCS:E4V5M6、左上下肢でBarre 徴候陽性・MMT4/5の筋力低下、左部分半盲を認めた。National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)は4点であった。頭部MRI拡散強調画像で右放線冠から視床、右後頭葉に散在する高信号域、頭部MRAで右後大脳動脈の描出の不良を認め、脳梗塞と診断した。発症4時間半以内であり、t-PA静注療法の適応基準は満たしたが、ご家族の希望により施行を見送った。抗血小板療法、抗浮腫薬投与を行い、第20病日に退院となった。退院時、左上1/4盲、左上肢体幹の感覚異常が残存したが、NIHSSは2点まで改善した。【結語】妊娠産褥期のt-PA療法の適応の判断は困難だが、治療による副作用の発生率、母体の神経障害の重症度を適切に考慮し、治療介入する必要があると考える。

RP02-03 めまいと嘔気にて発症し、急激な経過を辿った左後下小脳動脈梗塞の一例

¹京都大学医学部付属病院総合臨床教育・研修センター、²京都大学医学部初期診療・救急医学講座
月田和人¹, 西山 慶², 佐藤格夫², 鈴木崇生², 齋藤龍史², 小池 薫²

【はじめに】後下小脳動脈(Posterior inferior cerebellar artery, PICA)領域の小脳梗塞は、たとえPICA閉塞を伴う広範な梗塞であっても、症状がめまいだけ、さらに脳神経学的診察上も異常をみとめないことがあり、診断に難渋することがあると知られている。今回、我々は浮動性めまいと嘔気にて発症し、急激な経過を辿った左後下小脳動脈梗塞の一例を経験した。【症例】症例は77才、女性。既往歴に心房細動、高血圧、無症候性脳梗塞がある。X日に骨密度測定のため当院受診中、突然の浮動性めまいと嘔気を感じ当院救急外来受診となった。受診時高血圧を認めたが診察上脳神経学的異常はみとめず、救急外来にて経過観察していたが、症状が改善を認めないため頭部CT、MRIを施行したところ、左後下小脳動脈領域に急性期脳梗塞像をみとめ緊急入院となった。翌日には意識レベルが悪化し、緊急で気管挿管を施行し、再度頭部CT、MRI撮像したところ多発脳梗塞をみとめ、また急性水頭症を来していた。緊急で開頭内外減圧術を施行し一命を取りとめた。【考察】PICAの中には急激な経過をたどる症例も報告されており迅速な診断、治療と注意深い経過観察が必要とされる。文献的考察とともに報告する

RP02-04 高度の記憶障害をきたしたPosterior Reversible Encephalopathy Syndrome (PRES) の1症例

¹東京警察病院初期研修医、²東京警察病院救急科
虎澤誠英¹, 金井尚之², 栗田 直², 伊藤礼子², 鳥山亜紀²

症例は71歳男性。記憶障害を主訴に自分で救急要請し来院した。救急隊に自身の住所も言えず、病着時にも見当識障害や高度の記憶障害を認め、緊急入院となった。入院時MRIでは明らかな異常所見なく、腎機能障害および脱水と、HbA1c16.6の重度糖尿病を認めた。髄膜炎、薬物中毒、Wernicke脳症は否定的であった。第2病日には痙攣発作を認め、フェニトイン投与開始とした。見当識障害および記憶障害は改善せず、再度頭部MRI施行したところ、左後頭葉の瀰漫性腫脹と、同部位で拡散強調画像にて高信号を認めた。これらの所見から、一連の症状の原因としてPRESを考えた。PRESは様々な原因により脳後頭葉優位に浮腫が引き起こされ、痙攣発作や頭痛、意識障害・精神症状等を来すが、原因の除去により速やかに改善する一過性の病態である。本症例は、高血圧および重度糖尿病が基礎にあり、さらに腎機能障害・脱水が誘引となって細胞障害性の脳浮腫を引き起こしたと推測された。脱水の補正と血圧・糖尿病の是正により症状は軽快した。救急搬送時には画像上の所見は認めなかったが、その後画像所見が顕在化したことで診断がつき、速やかに軽快したPRESの1例を経験したので報告する。

RP02-05 当院ドクターカーで出勤し早期治療を開始できた成人インフルエンザ脳炎の一例

¹水戸済生会総合病院初期研修医、²水戸済生会総合病院救命救急科
高村慎太郎¹, 稲葉健介², 玉造吉樹², 福井大治郎², 遠藤浩志², 須田高之²

【はじめに】インフルエンザ脳炎は一般に6歳未満の発症が多く、成人での発症例はまれである。発症は急激で、特に痙攣は予後不良因子であり多臓器不全・DICに至ることが多い。今回、異常行動と痙攣で発症したが、社会復帰できた成人のインフルエンザ脳炎を経験したので報告する。【症例】58歳男性。仕事中に視野異常と異常行動出現。その後全身痙攣を生じたため救急要請、当院ドクターカー出勤、ジアゼパム・ミタゾラムで鎮静し当院へ搬送。病歴からウイルス性脳炎を疑い、ペラミビルなどの抗ウイルス薬を投与。精査の結果、A型インフルエンザ感染判明しインフルエンザ脳炎と診断。入院後は神経学的後遺症なく経過良好で、入院27日目に退院となった。しかし、退院12日目に痙攣を認め再入院、症候性てんかんの診断で当院脳外科に通院中である。現在は痙攣の再発なく、神経学的後遺症なく仕事に復帰している。【結語】今回、良好な転帰をみた成人のインフルエンザ脳炎を経験した。病歴からウイルス性脳炎を疑い、早期の抗インフルエンザ薬投与が効果的であったと考えられた。また、痙攣の持続は予後不良因子であるため、今回ドクターカーで出勤し、現場で早期に痙攣を止められたことが、社会復帰につながったと考えられた。

RP02-06 副鼻腔炎から直接波及した硬膜下膿瘍の一例

¹大阪市立総合医療センター救命救急部

丸山和歌子¹, 大川惇平¹, 森本 健¹, 濱中裕子¹, 重光胤明¹, 師岡誉也¹, 石川順一¹, 福家顕宏¹, 有元秀樹¹, 宮市功典¹, 林下浩士¹

【はじめに】脳膿瘍、硬膜下膿瘍は副鼻腔炎、中耳炎、感染性心内膜炎などから血行性、あるいは直接浸潤により脳内に膿瘍形成が生じたものである。今回副鼻腔炎から直接炎症が波及し、硬膜下に膿瘍形成をきたした症例を経験したので報告する。【症例】14歳女性。当院搬送前日に頭痛と嘔吐、左下肢の脱力を主訴に前医救急受診。前医搬送時よりGCS4-4-6と見当識障害、左半身の不完全麻痺があった。髄膜刺激症状、左半側空間無視の所見があり、前医のCT, MRIで硬膜下膿瘍があったため当院搬送。当院搬送時でも意識レベルに変化なく当院でのCTで脳浮腫増悪、midline shiftがあり挿管、各種培養提出し、抗生剤MEPM, VCM, CTRX投与開始。右前頭洞に骨欠損があり、そこからの炎症の波及が考えられた。第4病日、CT上膿瘍腔の拡大があり開頭ドレナージ術施行。ドレナージ時の膿培養でParvovirus.micra, Dilister.pneumosintesが検出されたため抗生剤をPCG, メトロニダゾールに変更。以降は神経所見増悪なく、第6病日のCTでは小脳テント下に新たな膿瘍病変があったが、大脳間裂の膿瘍腔の増大はなかった。第7病日に抜管。抜管後あった嚥下障害も徐々に改善し、発語も出現した。左半身麻痺は上肢はMMT3程度まで回復し、第15病日、一般病棟転棟となった。【結語】副鼻腔炎から直接波及し硬膜下に膿瘍病変がみられた症例を経験した。

RP02-07 特徴的な画像所見を呈した低酸素性脳症の一例

¹順天堂大学医学部附属浦安病院臨床研修センター, ²順天堂大学医学部附属浦安病院救急診療科

笹生樹里¹, 杉中見和², 中村有紀², 角 由佳², 井上貴昭², 田中 裕²

【症例】1歳9ヶ月男児、玩具誤飲による窒息で救急搬送された。救急隊接触時はあえぎ呼吸とチアノーゼを認めたが、搬送中に心肺停止となった。玩具除去およびCPRにより病後後まもなく自己心拍再開を認めた(初期波形PEA, Witness・Bystander CPRあり, 最大心停止時間9分)。頭部CTで脳浮腫を認め、脳保護目的に低体温療法(34度24時間, その後48時間で復温)を施行した。脳幹機能は異常なく第8病日に人工呼吸器から離脱し、全身状態の改善を得た。第12病日の頭部MRIで後頭葉優位の皮質(DWI高信号, ADCmap低信号)および基底核(T2WI・FLAIR高信号)に病変を認め、低酸素性脳症と診断した。退院時(第31病日)には、光覚弁程度の視力障害が残存したものの、退院1ヶ月後には視覚機能もほぼ正常に回復し、発達も年齢相当レベルとなった。【考察】低酸素性脳症では、後頭葉優位の皮質や大脳基底核・視床などの深部灰白質が障害をうけやすい部位とされており、本症例でも特徴的な画像所見を認めた。低酸素性脳症の病態を整理し、障害部位の選択性および画像所見の現れ方と神経学的予後の関連について文献的考察を行い報告する。

RP02-08 発熱・尿閉を主訴に来院し、脊髄炎尿閉症候群と診断した若年男性の1例

¹杏林大学医学部附属病院ATT科

須田秀太郎¹, 植地貴弘¹, 新井 舞¹, 佐野勇貴¹, 宮内弘子¹, 塚田雄大¹, 柴田茂貴¹, 小林敬明¹, 松田剛明¹, 野村英樹¹

【はじめに】原因不明の発熱と尿閉を認めた若年成人の症例を経験したので報告する。【症例】基礎疾患のない23歳の男性。原因不明の7日間持続する発熱と2日間の排尿困難の後に尿閉を認めたため当院を受診した。発熱と尿閉以外には特に身体所見を認めず、血液・尿検査では軽度炎症反応の上昇を認めるのみであり、胸部から大腿にかけて造影CT検査をしても炎症の原因は不明であった。項部硬直はないものの、脊髄に炎症があると判断し、腰椎穿刺を施行したところ、細胞数の増加を認めた。無菌性髄膜炎(脳脊髄液の細胞数増多)に尿閉を合併する症例は稀ではあるが、髄膜炎尿閉症候群(Elsberg症候群)として知られており、今回の症例も同様の疾患と考えられた。【考察】同症候群で尿閉をきたすメカニズムに関しては明らかには分かっていないが、無緊張型膀胱による割合が多く、尿閉などの神経学的異常は髄膜炎の治療により自然軽快し、後遺症を認めた症例は現段階では報告されていない。今回の症例のように基礎疾患のない若年に急性尿閉をみた場合は、稀ではあるが重要な無菌性髄膜炎の徴候であることを念頭に入れ、髄液検査の施行も考慮すべきと考える。

RP03-01 非けいれん性てんかんの診断にMRI装置によるArterial spin labeling法が有用であった1症例

¹横浜栄共済病院救急科

塚田幸絵¹, 竹本正明¹, 金 崇豪¹, 高橋哲也¹, 浅賀知也¹

【症例】75歳、男性。【主訴】意識障害【現病歴】ゲームをしている時突然に脱力、反応がなくなり救急要請された。【既往】2年前、脳梗塞。ADL問題なかった。【来院時現症】EIVIM5, 血圧195/124 mmHg, 脈拍81/min, 瞳孔2mm/2mm(+/+)。水平眼振を認めた。四肢をねじるような運動を認めた。【経過】意識障害の精査を行ったが、採血、心電図、胸部レントゲン、頭部CTには大きな異常は認めなかった。脳梗塞鑑別のためにMRIを行うこととしたが、非けいれん性てんかんの可能性を考え、Arterial spin labeling法(以下ASL)での撮影も行った。拡散強調画像では異常は認めなかったが、ASLでは右脳半球に血流増加所見が見られ、非けいれん性てんかんが疑われた。ジアゼパム5mgを静注したところ眼振及び四肢の動きは軽減した。入院し抗けいれん薬を投与したところ徐々に意識レベルが改善し、元の状態にまで改善し、第11病日に退院となった。【考察】ASLはMR灌流画像の一つで、造影剤を使わずに血流を測定する手法である。急性期脳梗塞や腫瘍に有効だが、けいれん後にも有効という報告もある。非けいれん性てんかんでは診断に難渋するケースが多いが、その診断の一助になることが示唆された。

RP03-02 ST上昇型の心電図を示したStanford B型大動脈解離の一例

¹済生会宇都宮病院救急科

佐藤貴絵¹, 藤井公一¹, 若佐谷敦¹, 宮武 諭¹, 小林健二¹

【症例】84歳、男性【主訴】胸痛【現病歴】突然の左前胸痛が出現したため当院へ救急搬送された。【来院時心電図】Ⅲ aVFでST上昇, V1-3に陰性T波を認めた。【経過】胸痛の主訴と心電図からSTEMIと診断し緊急カテーテル検査を施行したが、有意狭窄部位は認められなかった。胸痛の原因としては冠攣縮性狭心症の可能性が考えられた。入院後の胸痛発作に対し硝酸薬を使用するも症状の改善がなかったため大動脈解離を疑いCT検査を施行したところ、大動脈弓部遠位から腎動脈分岐部直上にわたるStanford B型大動脈解離を認めた。保存的加療にて順調に経過し、第16病日に退院した。【考察】急性大動脈解離では、ACS様の心電図変化を示すことがあるため急性心筋梗塞との鑑別を要する。2011年1月～2013年11月末日までに当院救急外来に搬送されたStanford B型大動脈解離44例の心電図を解析したところ、ACS様の心電図を呈したものが25%あり、ST上昇を示したものは9%にみられた。【結語】ST上昇型の心電図を示したStanford B型大動脈解離を経験した。

RP03-03 家族内発症した可能性のある劇症型A群溶血性連鎖球菌感染症の1例

¹国立病院機構災害医療センター臨床研修部, ²国立病院機構災害医療センター救命救急科

村瀬 真¹, 金村剛宗², 金子真由子², 神保一平², 諸原基貴², 伊東 尚², 岡田一郎², 霧生信明², 長谷川栄寿², 小笠原智子², 加藤 宏², 小井土雄一²

【症例】79歳男性。2日前から右眼周囲の腫脹・排膿、発熱と体動困難で当院救命救急センターに搬送となった。約1ヶ月前に妻がA群β溶連菌による顔面の壊死性筋膜炎で近医にて入院加療を受けたエピソードがあった。発熱・頻脈・頻呼吸および右眼瞼周囲の感染所見を認め、血液検査にて炎症反応上昇と腎機能低下を認めた。咽頭のA群β溶連菌迅速試験は陽性であった。敗血症、急性腎不全と診断し、全身管理を行った。起病菌はA群β溶連菌と考え抗生剤はPCGとCLDM, DRPMとし、第3病日までIVIGを使用した。またショック状態であったため、PMXとCHDFを施行した。第4病日に血液培養よりA群β溶連菌陽性が判明し、劇症型溶連菌感染症と診断した。第5病日に採取した血液培養では陰転化が得られた。第12病日に抜管・CHDF離脱し、第18病日にICU退室となった。【考察】劇症型溶連菌感染症を発症し救命しえた1例を経験した。劇症型溶連菌感染症の家族内発症は稀ながら報告が散見される。CDCは溶連菌感染患者の近親者へのルーティンの抗生剤予防投与は推奨していないが、近親者が免疫低下や外傷などの表皮のバリア破綻といったリスクを持つ場合には抗生剤予防投与を考慮してもよいと考える。

RP03-04 東京都内の飲食店で感染したと考えられるレプトスピラ症の1例

¹東京都立墨東病院初期臨床研修医, ²東京都立墨東病院救急診療科
坂谷朋子¹, 北村友喜宏², 杉山彩子², 照屋 陸², 岡田昌彦²

【症例】46歳男性【主訴】発熱・筋痛・黄疸【現病歴】都内飲食店に勤務している健康男性が、下肢筋痛・発熱を訴えて前医を受診した。血液検査で炎症反応高値・肝腎機能障害・高ビリルビン血症を指摘され、同日当院ERを紹介受診した。患者は鼠の糞尿との接触歴もあることから、レプトスピラ症を疑われ、当院感染症科に緊急入院となった。【経過】入院日から抗菌薬の投与を7日間行い、症状や血液検査異常が改善したため入院10日目に退院となった。入院時の検体を国立感染症研究所に提出したところ、PCR検査でレプトスピラ症と診断された。また、ペア血清から血清群も同定された。【考察】レプトスピラ症は河川や水田などにおいて、主に畜産類の尿で汚染された水の暴露により感染する例が多数を占めるが、都市部では下水道や鮮魚市場のような特殊環境での感染も報告されている。本症例は飲食店でネズミの尿を介したと考えられるレプトスピラ感染例であり、一般的な環境であってもレプトスピラ症に罹患し得ることを示唆している。また、典型的な症状・経過を呈しているにもかかわらず初期診療で見逃される場合があり、本疾患を鑑別に挙げて詳細に病歴聴取することが重要である。【謝辞】本発表にあたり、ご協力頂きました国立感染症研究所小泉信夫先生に感謝申し上げます。

RP03-05 ジスチグミン臭化物の長期内服によるコリン作動性クリーゼの一例

¹防衛医科大学校病院救急部
福村麻希子¹, 田中良弘¹, 磯井直明¹, 畑中公輔¹, 宮脇博基¹, 齋藤大蔵¹, 池内尚志¹, 阪本敏久¹

【背景】ジスチグミン臭化物（ウブレチド錠；以下U錠）は排尿障害に使用されるコリンエステラーゼ（ChE）阻害薬であるが、コリン作動性クリーゼの報告が稀に認められる。【症例】57歳男性。既往歴：55歳で右被殻出血、排尿障害。現病歴：意識障害、下痢、便秘を主訴に救急要請された。救急隊到着時は血圧60mmHg、脈拍83/min、喘ぎ呼吸でSpO₂59%であった。病院到着時には流涎、縮瞳が顕著で、II型呼吸不全に対し気管挿管を行った。体温33.6℃、胸部X線で両側肺炎を認めた。血液検査では白血球23900、アミラーゼ3523IU/L、ChE5IU/Lであった。ドーパミン（12g）とノルアドレナリン（0.3g）を投与したが血圧は上昇せず、徐脈と筋攣縮を認めたため、アトロピンを静注したところ著しい症状の改善を認めた。敗血症性ショックの併発だけでは病態を説明出来ず、有機リン毒物の既往もないため、U錠によるコリン作動性クリーゼと診断した。患者は第16病日に軽快退院した。【考察】U錠によるコリン作動性クリーゼは2009年12月までに本邦で261例報告されているが、発症時期の大半は内服開始2週間以内である。本症例は1年以上の長期内服後の発症であり、敗血症と肺炎の併発が病態をより複雑にした。

RP03-06 経時的血中濃度測定を行ったグリホサート中毒の1例

¹日本医科大学附属病院, ²日本医科大学千葉北総病院救命救急センター,
³日本医科大学法医学教室, ⁴日本医科大学付属病院高度救命救急センター
張替奈緒¹, 齋藤伸行², 松本 尚², 林田真喜子³, 横田裕行⁴

【背景】グリホサート（Glyp, ラウンドアップ®）はアミノ酸系除草剤で近年使用頻度が高く、中毒例が増加している。しかしGlyp中毒例でのGlyp体内動態と臨床症状に関連性についての報告は少ない。今回、我々は急性腎傷害を呈したGlyp中毒例の経時的Glyp血中濃度測定を行ったので報告する。【症例】72歳、男性。自殺目的にGlypを約30ml服用した。服用後、約2時間経過した後に救急搬送された。来院時、意識清明であり、嘔吐・下痢など消化器症状を認めるのみであったが、服用12時間後に、意識障害と呼吸不全、腎傷害の進行を認めた。この時点のGlyp血中濃度は60.7μg/mlと高値であった。人工呼吸、持続血液濾過透析により集学的治療を行い、服用後49時間後にはGlyp血中濃度は検出閾値以下まで低下した。第3病日覚醒を確認後、人工呼吸器を離脱した。消化器症状は3週間程度残存した。【考察】本症例はGlypの服用量が少なく臨床症状は軽度であったが、経過観察中に体内へ吸収され血中濃度が上昇した後に症状が顕在化していたことが確認できた。また、血中濃度が低下した段階で、臓器障害は改善した。【結語】初期症状の軽重に関わらず、薬物の血行動態を考慮した治療方針の決定が重要である。

RP03-07 三環系抗うつ薬中毒に対して、脂肪乳剤が有効であったと思われる一症例

¹製鉄記念室蘭病院初期研修医, ²北海道大学病院先進急性期医療センター
村上仁志¹, 水柿明日美², 方波見謙一², 小野雄一², 前川邦彦², 宮本大輔², 和田剛志², 柳田雄一郎², 早川峰司², 澤村 淳², 丸藤 哲²

【症例】43歳女性【現病歴】内服薬を過量摂取後、意識障害をきたしたため夫が救急要請。2次病院へ搬送されるも、三環系抗うつ薬中毒であり、痙攣重積、心電図上wide QRS、代謝性アシデミアが出現、対応困難とのことで当院へ紹介となった。前医で気道確保、抗痙攣薬投与、さらに脂肪乳剤が持続投与されながら転院搬送となった。なお内服した薬剤は多種類に及び合計60錠であった。【既往歴】統合失調症、うつ病があり、何度も急性医薬品中毒をおこしている。【現症、経過】来院時、誤嚥の影響と思われる呼吸不全を認めた。血圧は安定しているものの、再びwide QRSが出現、脂肪乳剤等の投与でnarrow QRSへと戻った。ICUにて呼吸、循環等の集学的治療を継続、並びに活性炭の繰り返し投与、脂肪乳剤の持続投与を行い徐々に全身状態は安定、かかりつけ医へ転院となった。【結語】三環系抗うつ薬中毒に対して、脂肪乳剤が有効であると思われる症例を経験した。薬物中毒に対する、脂肪乳剤の有効性についてはまだエビデンスが確立されていないが、若干の文献的考察を加え報告する。

RP03-08 前腕巻き込みにて受傷した開放骨折を含む複合損傷に対して超音波ガイド下腕神経叢ブロックを使用し初療を行えた症例

¹大阪府済生会中津病院医科研修医, ²大阪府済生会中津病院救急科
長谷川申治¹, 栗田晃宏²

【背景】四肢の開放骨折や広範囲損傷の処置は手術室を使用せざるをえない場合が多く、二次救急施設への受け入れの障壁となっている。また超音波ガイド下神経ブロックは四肢外傷の処置時には有効な除痛手段であるが、救急外来で行う施設はほとんどない。今回救急外来で超音波ガイド下に腕神経叢をブロックし、有効な初療が行えた症例を経験したのでここに報告する。【対象及び方法】38歳男性、金属シャフトを加工する機械に左上肢を巻き込まれ、当院に救急搬送となった。来院時左手背尺側に開放創を認め中手骨の骨片が露出、尺側の皮膚は皮下組織から剥離（デグロビング）していた。レントゲン上は、第5中手骨の骨折以外に手関節の骨折を認めた。痛みにて体位変換も困難な状態であったため超音波ガイド下に腕神経叢ブロックを施行し、十分に洗浄・ブラッシングを行い、中手骨を修復した後閉創した。当日はギプスシャワー固定とし、受傷後15日目に当院にて根治術、受傷後21日目に経過良好にて退院となった。【考察】超音波ガイド下神経ブロックは、合併症も少なく四肢外傷処置時の除痛手段として有効であると考えられる。しかし施行には一定の習熟度が必要であることから、救急外来で行っている施設はほとんどない。今後救急の分野で、超音波ガイド下神経ブロックが認知されることが望まれる。

RP04-01 亜硫酸ガスによると思われる化学性肺炎の一例

¹大分県立病院
岩崎直也¹, 山本明彦¹

症例は62歳男性、職業は製鉄業。パイプを切断した際に発生した黄色ガスを7-8分程顔面に浴び、吸入した。その後、咳嗽、顔面や目の疼痛が出現したため前医救急搬送された。胸部CTにて両肺にスリガラス影を認め、化学性肺炎が疑われたため当院へ救急搬送となった。来院時、SpO₂はroom airで96%、その他バイタルも安定していた。上気道狭窄や咽頭痛は認めなかった。顔面は全体的に紅斑、熱感があった。胸部CTでは両肺にびまん性にスリガラス影を認め、小葉内間質の肥厚を伴っていた。来院時の呼吸状態は悪くないものの、CT所見がARDS様であったため救命センター入院となった。糖尿病の既往があり、また喘鳴などの理学所見に乏しかったためステロイドやβ刺激薬の投与は要検討とし、酸素投与のみで経過観察した。入院2日目、酸素化増悪なく、顔面の紅斑も消褪したが、入院3日目に顔面に落屑を認め、化学熱傷の治癒過程と考えられた。入院4日目、胸部CT撮影したところスリガラス影は消失しており、その後も呼吸状態の増悪はなかったため、入院7日目に退院した。今回、我々は酸素投与のみで治癒した亜硫酸ガスによると思われる化学性肺炎を経験した。亜硫酸ガスによる化学性肺炎の報告例は希少であるため、若干の文献的考察を含めて報告する。

RP04-02 硫酸ミスト吸入によるARDSに対しPCPSを用いて救命し得た一例

¹長崎大学病院救命救急センター

岡本百々子¹, 山野修平¹, 平尾朋仁¹, 上木智博¹, 泉野浩生¹, 田島吾郎¹, 猪熊孝実¹, 山下和範¹, 田崎 修¹

【はじめに】硫酸ミストの吸入による重症呼吸不全は極めて稀で報告は無い。我々は硫酸ミストの吸入後にARDS, ショックとなりPCPSを用いて救命し得た症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。【症例】41歳男性。大型漁船の機関室内で、バッテリー液の枯渇した自動車用バッテリーに蒸留水を補充した。その際に発生した硫酸ミストを吸入。吸入直後は咳嗽と呼吸困難感を自覚していたが、しばらく作業を継続していた。症状は徐々に悪化して約3時間後には嘔吐も出現したため当院へ救急搬送となった。来院時、血圧89/65mmHg, 心拍数131bpm, 呼吸数48回/分, リザーバマスク15L/分でSpO₂は88%であった。人工呼吸管理を開始するも急激に呼吸不全と代謝性アシドーシスが進行。吸入から8時間後には、動脈血液ガス (FiO₂:0.9) はpH 7.129, PaCO₂: 71mmHg, PaO₂: 82mmHg, HCO₃: 22.6mmol/L, BE: -9mmol/Lまで増悪し、血圧はノルアドレナリン0.5 μg/min/kg投与しても平均動脈圧70mmHgを維持できなくなりPCPSを導入した。呼吸循環管理を行うとともにステロイドと抗菌薬を投与したところ状態は改善し、第4病日PCPSを離脱、第9病日に人工呼吸器を離脱した。その後、誤嚥性肺炎を合併するも軽快し第25病日に救命救急センターを退室となった。

RP04-03 アセチルサリチル酸中毒により内耳障害をきたした一例

¹君津中央病院, ²君津中央病院救急・集中治療科

矢崎めぐみ¹, 北村伸哉², 加古訓行², 五十嵐一憲², 今枝太郎², 田中久美子², 児玉義之²

症例は適応障害の既往がある24歳女性。衝動的にアセチルサリチル酸製剤を過量服薬し、自宅の風呂場で倒れていたところを家族に発見され、当院に救急搬送となった。来院時は服薬から8時間経過していたが、アセチルサリチル酸に換算すると14.2gと大量であったため、救急外来にて胃洗浄を施行した。来院時の血中サリチル酸濃度は62.6mg/dLであり、来院時より両耳の聴覚低下・耳閉感を訴えていた。第2病日に施行したオージオグラムにて、右35.0dB / 左30.0dB, AB gapなしと軽度の感音性難聴を認めた。血液検査上、腎機能障害、軽度の凝固障害を認めたが、急性血液浄化療法は要さずに輸液治療のみで血液検査所見は改善し、第5病日に退院となった。退院4日後の外来では、オージオグラムで右6.3dB/左6.3dBと改善を認めたが、依然として耳鳴り・右耳の耳閉感は残存していた。アセチルサリチル酸中毒では血中濃度が20mg/dL以上で第VIII脳神経障害としての難聴・めまいなどの症状が出現するとされているが、聴力障害は多くは可逆性であり、投薬中止後72時間以内に自然に改善するとされている。しかし、本症例のように1週間以上にわたり症状が残存する場合もあり、慎重な経過観察を要する。

RP04-04 持続的血液濾過透析法が有効であった急性メタノール中毒の1例

¹信州大学医学部附属病院高度救命救急センター

滝 美波¹, 秋田真代¹, 市川通太郎¹, 一本木邦治¹, 大石 奏¹, 高山浩史¹, 新田憲市¹, 今村 浩¹

【症例】16歳女性。【主訴】不穏, 意識障害。【現病歴】自宅で燃料用アルコール (メタノール95%) を飲み嘔吐 (来院1~2時間前)。興奮状態であるところを発見され当院へ救急搬送。来院時の意識レベルJCS3, 血圧123/78mmHg, 脈拍80回/分, 呼吸数24回/分。病歴, 浸透圧ギャップ開大から急性メタノール中毒と診断, 末梢静脈より10%エタノールの持続点滴を開始。来院時の血中メタノール濃度が中毒域 (20mg/dL) を超え著明高値との中間報告があり (最終報告で237mg/dL), 夜間であったため持続的血液濾過透析 (CHDF) を開始。2病日に血液透析を施行し, 血中濃度は透析前後で106.1mg/dLから39.4mg/dLへ低下。透析後CHDFを継続, 4病日に5.6mg/dLまで低下し離脱。意識レベル, 全身状態は良好であり, 6病日に自宅退院。退院後の眼科診察で視力障害は認めなかった。【考察】メタノール中毒では急性期に生じる代謝性アシドーシスや潜伏期を経て出現する視機能障害が問題となる。本例では飲用量は不明であり, 血中濃度高値が予測されたため可及的にCHDFを開始, 血液透析を併用し視機能障害を認めることなく軽快した。早期の血液浄化により良好な転帰となった。

RP04-05 複数の工業用品服用によるメタノール中毒の一例

¹国立病院機構北海道医療センター臨床研修部, ²国立病院機構北海道医療センター救命救急センター救急科

阿部宗一郎¹, 吉田真一郎², 七戸康夫², 塩谷信喜², 碓 光司²

【序言】著明な代謝性アシドーシスに対し, 急性血液浄化療法を選択し管理した複数工業用品服用症例を経験したので報告する。【症例】33歳, 女性。自宅で倒れているところを家人が発見し, 救急要請した。発見前日の行動は把握されていなかったが, 状況からエタノール250mlにウインドーウォッシャー液およびシンナーを混ぜて摂取したと考えられた。来院時GCS6 (E4V1M1), 静脈血液ガス分析ではpH6.99, BE-30mmol/Lと著明な代謝性アシドーシスを認めたため, 血液浄化療法を選択するとともに, 人工呼吸を含めた集中治療管理とした。【入院後経過】来院後約3時間よりHigh flow CHDFとHDを連続して施行し, pH 7.38, BE-3mmol/Lへ改善した。意識障害は, 血液浄化療法開始3.5時間後で従命あり, 15時間後でE3VTM5と改善がみられた。その後, 一時的な不穏・せん妄がみられ精神科治療を要した。第5病日の頭部CTでは両側基底核にLDAが認められたが, 重大な機能障害を遺さず独歩退院した。【考察】メタノール中毒に関しては速やかな溶質除去で病態の悪化を回避できたが, 選発性に有機溶剤の関連症状と思われる精神症状を呈した。薬物摂取量・時間が不明で迅速血中濃度測定も不可能であったが, 著しい代謝性アシドーシスに対して血液浄化療法を選択することは有用であった。

RP04-06 麻薬中毒による心原性ショックに対してPCPSを導入し救命し得た一例

¹奈良県総合医療センター (奈良県立奈良病院) 救命救急センター

齊藤夏彦¹, 伊藤真吾¹, 植山 徹¹, 北岡照一郎¹, 尾中敦彦¹, 中村達也¹

症例は37歳男性。意識障害を主訴に当センターへ搬送された。来院時のバイタルはGCS E1V1M4, 血圧68/46, 脈拍88回/分, 呼吸数25回/分, SpO₂ 95% (O₂ 10L投与下) であった。また尿検査ではオピオイド陽性であり, 所持品には灰白色の粉末が入った小分けされた袋があり, これも同様にオピオイド陽性であった。このことと他の疾患の除外により薬物中毒による意識障害と診断した。初期輸液への反応は悪く, ショック状態のままICU入室となった。ICU入室後も初療に継続して人工呼吸器管理, カテコラミン投与を含む循環管理を行っていたが, 肺水腫の出現と持続する血圧低下のため来院から約9時間後にPCPSを導入した。導入直後は一時心停止となるなど呼吸・循環の安定に難渋したが, 導入後14時間後頃から徐々に安定し, 第4病日にPCPSを離脱し得た。離脱後も大きな合併症は生じず, その後第8病日に抜管し, 第21病日に後遺症を残さずことなく独歩にて退院となった。本邦では違法麻薬による肺水腫・心機能低下等を来した症例の報告は少なく, PCPSを導入した報告例も稀である。オピオイドによる心肺機能の影響, 治療方針を含め若干の文献的考察を加えて報告する。

RP04-07 急性薬物中毒に対する胃洗浄の適応の判断に単純CTが有効である

¹愛知医科大学病院臨床研修センター, ²愛知医科大学病院救命救急科

山本 優¹, 中川 隆², 竹内昭憲², 井上保介², 三木雄雄², 野口裕記², 梶田裕加², 青木瑠理², 熊谷常康², 岩倉賢也², 寺島嗣明²

【背景】胃洗浄の適応は, 薬物を経口摂取したのち1時間以内の症例であるとされている。今回急性薬物中毒において, 胃内への薬物残留確認にCTを行い胃洗浄適応の判断に有用であったため報告する。【症例1】50歳男性。朝出勤後, 12時30分に車内で意識がない状態を同僚に発見され当院に緊急搬送された。15時胃洗浄施行し食物残渣少量のみ回収したが, TriageTMにて3種の薬物が陽性でありICU入室となった。第2病日の腹部単純CTで胃内に残留薬物と思われる高吸収域を認めたため, 胃洗浄を施行。同日もTriageTMで3種の薬物が陽性であった。その後徐々に意識の改善みられ, 第5日に抜管第8日に退院となった。【症例2】34歳男性。0時頃睡眠薬を内服し朝になって反応がなかったため, 7時30分に当院に緊急搬送された。胃洗浄は施行せず, ICU入室となった。11時腹部単純CT施行したところ, 薬物の胃内停留があったため, 胃洗浄を施行。第2病日には意識の改善を認め, 抜管し第4病日に退院となった。【結語】腹部単純CTにて胃内残留薬物を確認することは, 薬物摂取後10時間以上経過している場合でも胃洗浄適応の是非を判断する上で有用であった。

RP05-01 学生によるメディカルラー参加の意義

¹順天堂大学医学部, ²順天堂大学医学部附属静岡病院救急診療科, ³東京医療保健大学医療保健学部看護学科, ⁴自治医科大学医学部, ⁵首都医校救急救命学科, ⁶順天堂大学医学部医学教育研究室
長谷川一貴¹, 柳川洋一², 斎藤岳尋³, 守本陽一⁴, 大岡聖門⁵, 檀原 高⁶

【背景と目的】近年、救急・災害医療におけるシミュレーション教育の一つの形として多数のメディカルラー（以下MR）が開催されており、少数ながら医療系学生が参加可能なMRも開催され始めている。多くのMRが医療従事者への教育として行われることを踏まえると、学生であってもMRのようなシミュレーションを経験することには教育的価値があると思われる。本研究では学生の立場から、学生がMRに参加する意義を明らかにすることを目的とした。【方法】実際にMRに出場した学生の経験談や感想を基に考察を行った。【結果】学生がMRに参加する意義として以下の4点が考えられた。①MRが短期目標となり主体的な学習の動機に繋がる。②リアルな想定下で知識のアウトプットを経験することで、座学だけでは気づき難い学びが得られる。③多職種間、特に救急・災害医療に特徴的なプレホスピタルとインホスピタルの間の相互理解が深められる。④日常の中で緊急事態に遭遇した際に学生であっても行動できる「実践力」を身に付けられる。【結語】学生のMRへの参加には多くの意義があり、MRを通して日常の医学教育だけでは学び得ない事柄を経験できると考えられた。

RP05-02 都市部2次救急病院における救急初期研修プログラムの現状

¹国家公務員共済組合連合会大手前病院救急科
山本臨太郎¹, 甲斐沼孟¹, 伊藤秀彦¹, 久山 純¹, 中場寛行¹

【背景】初期研修制度では、救急は必須習得になっているが、病院毎にその研修内容には差がある。【目的】当院は年間約4100件の救急搬送を受ける都市部2次救急病院（405床）であり、当院の救急研修制度の現況を報告すると共に今後について考察する。【内容】当院の救急の特徴は高齢者や循環器疾患の割合が高い。研修期間は3ヶ月で、小回りの利く中規模病院の利点を生かし救急専従医師の指導下で確実な診断、各診療科へのコンサルト、専門的治療を迅速に行える様に心がけている。これら救急対応能力を養う為、研修早期から各診療科のspecialistによる救急レクチャーや一次・二次蘇生処置講習会を実施し、研修医全員参加を義務付けている。又、救急夜間当直について、初期は上級医の当直補助を担い、10ヶ月頃から、初期対応にあたる。【考察】救急レクチャーや講習会の研修医全員参加の義務化は各研修医間での救急診療能力の均等化に役立ち、早期に当直を経験する事は救急診療における診断能力向上に役立っている。【結語】当院の初期研修医は確実な診断に必要な検査の判断や各専門科への迅速なトリアージ能力、更に上級医の直接指導下で適切な治療方針の決定を習得できる。今後更なる救急研修の充実の為に病院全体での研修協力体制改善を図り研修医の救急対応能力を高めるようにしたい。

RP05-03 見えてきた利点・改善点！！救急体制拡充によって生じた研修教育の変化～当院初期・後期研修医へのアンケート～

¹京都市立病院
石坪昌恵¹, 森 一樹¹, 國嶋 憲¹, 小出 亨¹, 林 真也¹

【初めに】2013年の病院改築および専従医増員に伴い、当院救急室運営の変遷時期にある。救急車搬入台数や救急室受診患者が増加する中、救急研修内容にも変化と戸惑いがみられる。研修医側の意見を抽出したので報告する。【方法】①当院で初期研修を経験した当院常勤および専攻医を対象として、現行の救急業務について②初期研修医を対象として、救急研修制度についてアンケート調査を行った。【結果】医師53名の回答を得た。救急車搬入台数が増加したことによる人材、設備の不足や制度を問題とする回答が多かった。救急初期研修制度について、症例検討会やシミュレーション実習への要望が多かった。【考察】救急室の拡充に伴い診察室も拡大し、処置も行いやすくなった反面、スタッフ間でのコミュニケーションの取りにくさ、それに伴う作業効率の低下が指摘された。現行の状態の問題を解決するためには、スタッフ間での情報伝達方法や作業効率を上げる工夫が必要である。経験症例数は増えた反面、指導医との振り返り方、症例の情報共有、また初期診療以降の経験も工夫が必要である。研修医目線での提案が反映されるプログラム作りに一石を投じた。

RP05-04 役割の異なる2つの救命救急センターでの研修を通して

¹信州大学医学部附属病院高度救命救急センター
千葉見裕¹, 秋田真代¹, 望月勝徳¹, 今村 浩¹

たすき掛けプログラムにのっとり、同一市内にあるER型市中病院と大学病院の双方で初期臨床研修を行い、救急医療に携わった。一年目で研修を行ったER型市中病院は県内一の救急救命センター受診者数をもち、市内の二次～三次救急医療の中心病院である。Common diseaseを数多く診る中で、隠れた重症患者を見逃さないための目を養い、またマンパワーや設備が限られた中で悩み、考え、診断する経験ができた。二年目で研修を行った大学病院は県内唯一の高度救命救急センターであり、市中病院では頻度の少ない重症患者の初療を集中して経験することができ、救命が困難であろうと思われる症例を救命する現場にも関与することができた。また集中治療ケアユニットを有しており、初療に携わった患者の入院管理・治療・退院までのすべてに携わることができた。Common diseaseから集中治療が必要な重症患者まで広く関わっていく力を身につけることは研修医の課題である。地域医療を支える中核病院においても、卒後臨床研修の内容は病院間で大きく異なっているのが現状であり、そうした中でたすき掛けという制度を用いて役割の異なる2病院で研修を行い、こと医療の本質ともいえる救急医療分野に関して研修ができたことは非常に有用であった。

RP5-05 研修医が感じた「救急ワークステーション」

¹平塚市民病院救急科
澤頭聡美¹, 葉季久雄¹, 金井歳雄¹, 福嶋友一¹, 鈴木淳一¹, 前田 彰¹, 花岡 毅¹

【はじめに】救急科研修は施設により様々であり、研修医毎の救急医療に対する興味も多様である。進路に救急科を選択するか否かは、「初期研修で得た興味、経験」が必要である。【ひらつかER】当院は2次救急医療施設で、平成25年の実績は、救急搬送6200件、応需率97.2%であった。救急医・初期研修医は平日7時から23時の間、シフト制でERに常駐し、救急車で搬送される患者の診察を行っている。当院救急科の特色の1つは「救急ワークステーション」(WS)であり、消防本部の救急隊が平日8時30分から17時まで、院内に常駐している。キーワード方式で医師看護師が救急隊とともに現場へ出動しているが、2年目に救急科を選択した初期研修医も同乗している。WSは開始16か月で145症例を扱い、特に重症外傷、急性冠症候群、急性期脳梗塞の患者に対しては、病後直ちにdefinitive treatmentを行っている。【考察】WSによる救命率向上を目指した取組は、他施設にはない、救急診療経験であり、魅力ある研修プログラムであった。救急医療に興味を持つ初期研修医にとってはモチベーションの向上につながり、救急科を進路とした研修医がいた。WSなど、activeな救急診療は初期研修医の進路選択に寄与することが推測された。

RP06-01 総胆管結石性胆管炎に対するERCP/EST後に急性胆嚢炎を合併した1例

¹杏林大学医学部付属病院ATT科
澤井 梓¹, 植地貴弘¹, 新井 舞¹, 佐野勇貴¹, 宮内弘子¹, 塚田雄大¹, 柴田茂貴¹, 小林敬明¹, 松田剛明¹, 野村英樹¹

【はじめに】総胆管結石による急性胆管炎を発症し、その後の内視鏡的逆行性胆管膵管造影（ERCP）後に急性胆嚢炎を合併した症例を経験したので報告する。【症例】76歳女性。受診10時間前より右下腹部痛が、4時間前には40度の発熱が出現し当院へ来院した。来院時、左上～下腹部に圧痛を認めるのみで、反跳痛や右季肋部痛、Murphy徴候は認めなかった。血液検査上、炎症反応・肝胆道系酵素が上昇し、造影CTでは胆嚢に結石は複数認められるも炎症はなく胆管の拡張とその周囲の炎症を認め、MRIで下部胆管に結石を認めたため急性胆管炎の診断で同日入院となった。抗生剤による治療に加え、第3病日にERCPならびに乳頭切開術（EST）を施行した。その後、第6病日に右季肋部痛が出現し、その後血液検査上も炎症反応の上昇を認め、CTでも胆嚢壁肥厚とその周囲の炎症を認めたため、急性胆嚢炎の合併と診断し、経皮経肝胆道ドレナージを施行した。その後速やかに腹痛消失し炎症反応も改善に至った。【考察】ERCP後に胆嚢炎を合併する頻度は0.2～1.0%と報告されている。今回の症例では、ERCPの手法により上行性に細菌感染が起こり胆嚢炎を合併したのではないかと考えられる。

RP06-02 難治性肝性胸水に対する経頸静脈的肝内門脈 - 体循環短絡術 (TIPS) の1例

¹防衛医科大学校病院救急部, ²防衛医科大学校病院放射線科
河原 洋¹, 田中良弘¹, 磯井直明¹, 畑中公輔¹, 池内尚志¹, 阪本敏久¹,
山田謙太郎², 山本真由², 岡村哲平², 加地辰美²

【背景】 Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt (TIPS) は、門脈圧亢進症に起因する胃食道静脈瘤や胸腹水に対し、比較的低侵襲で迅速に門脈圧を低下させる有用な手段である。今回、TIPSにより難治性胸水が改善した症例を経験した。【症例】 63歳男性。主訴は呼吸困難。近医でアルコール性肝硬変とCOPDを治療中。呼吸困難感が増悪し、救急隊により当院に搬送された。胸部X線で右胸水を認めため、右胸腔ドレナージを施行し、一時的に症状は改善した。しかし、右胸水が1500 ml/日と多量でアルブミン投与により改善せず、第9病日にTIPSを施行した。穿刺針が肝を通過せず右肝静脈 - 右門脈枝シャントの作成を断念。第15病日にアプローチを変えてTIPSを再施行、下大静脈 - 門脈本幹シャントとなる10 mm径×60 mm長の金属ステントを留置した。平均門脈圧は30mmHg→18mmHgと低下、胸水も消失したため第19病日に胸腔ドレナージを抜去、第57病日に軽快退院した。【考察】 肝性胸水の機序には血漿浸透圧低下と胸腔内リンパ管圧上昇が考えられる。本症例はシャント造設により門脈圧の減少を図るTIPSが極めて有効であった。

RP06-03 閉塞性尿路感染症により高アンモニア血症をきたした症例

¹名古屋記念病院研修医, ²名古屋記念病院救急科
高木春菜¹, 露木涼子², 吉本純平²

【症例】 87歳女性。受診4日前より食欲低下があり、受診当日に刺激への反応や発語がみられなくなり当院へ救急搬送となった。来院時GCS E2V1M4, 呼吸・循環動態は安定していた。血中アンモニア値が278 μg/dLと高値を認めたが、腹部CT検査や血液検査からは肝硬変や門脈体循環シャントを示唆する異常は指摘されなかった。尿閉をきたしており、尿検査ではpH 8.5, 膿尿, 細菌尿を認めた。尿道カテーテル留置, MEPM投与したところ、入院翌日にはアンモニア値は63 μg/dLと正常となり、意識障害も速やかに改善した。尿培養検査からはウレアーゼ産生菌であるKlebsiella pneumoniaeが検出された。【考察】 救急搬送される意識障害の鑑別において、高アンモニア血症は重要な疾患の一つである。その多くは非代償性の肝硬変が原因であるが、ウレアーゼ産生菌によるアンモニアの過剰産生が原因となることがある。閉塞性尿路感染症において報告が散見されており、文献的考察を加えて報告する。

RP06-04 義歯誤飲による縦隔気腫に対して内視鏡的加療にて軽快した一例および当院における縦隔気腫の臨床的検討

¹相澤病院救命救急センター
水野雄太¹, 山本基佳¹, 菅沼和樹¹, 白井知佐子¹, 藤本和法¹, 松原千登勢¹,
鹿島 健¹, 上條剛志¹, 許 勝栄¹, 小山 徹¹

【背景】 2013年4月から2014年3月までに当院で縦隔気腫と診断された症例をまとめ、一例報告とともに検討した。【症例】 91歳, 男性。某日, 食事中に激しく咳込み嘔吐。翌日からの咽頭痛と食事摂取困難で近医受診。酸素飽和度60%でCTにて縦隔気腫を認め当院救急搬送。縦隔気腫と肺炎の診断で外科入院となった。第6病日のCTで食道入口部に義歯の存在を指摘。緊急上部消化管内視鏡で食道入口部から部分義歯が摘出された。第19病日の内視鏡再検査で食道入口部に潰瘍を認めるものの治療傾向であった。【対象・方法】 電子カルテ検索システムを用いて2013年4月から1年間, 当院で縦隔気腫と診断された14症例を抽出し、後ろ向きに検討した。【結果】 年齢14~92歳, 男性10名, 女性4名, 全例胸部CT施行, 特異性は14症例中3例, 経過は帰宅7例, 入院6例, 他施設への紹介が1例であった。【考察】 義歯による縦隔気腫について保存的加療の報告例は稀である。縦隔気腫は原因が特定できない場合も多く、本症例のように意思疎通が困難な高齢者では食道異物が診断のピットフォールとなりうる。症例を検討すると若年者と高齢者で二峰化がみられ、若年者には特異性が多く、高齢者では肺炎患, 消化管異物が多い結果となった。

RP06-05 食道癌術後に再建胃管の潰瘍穿通と心嚢穿破を生じたが救命し得た1例

¹川崎幸病院初期研修医, ²川崎幸病院救急・総合診療部
伊藤 博¹, 三枝弘志², 中山幹大²

【はじめに】 近年, 再建胃管潰瘍の報告が散見されるが、特に潰瘍穿孔例は難治性で生存率も低い。我々は食道癌術後に再建胃管穿通, 心嚢穿破した1例を報告する。【症例】 症例は72歳, 男性。中部食道癌で10年前に食道全摘術胸骨後胃管再建術を施行している。術後経過良好で、PPI内服を中止していた。胸部違和感を生じ外来受診し、PPIを再開したが改善なし、今日胸痛〜呼吸困難を生じ当院に救急搬送となった。来院時意識清明で、血圧103/63mmHg, 脈拍90bpm, 呼吸数20回, SpO2 96% (room air), BT36.4と血圧やや低めであった。血液検査は炎症反応の上昇と肝機能腎機能障害を認め、CTでは両側胸水, 心嚢液貯留, 一部心嚢内に空気像を認めることから再建胃管の穿通が疑われた。胃管造影検査では、心臓前面に造影剤の貯留を認めた。胃管造影後にCT検査を再検し、心嚢内に造影剤の漏出を認め、再建胃管の穿通と心嚢穿破の診断に至った。まず心嚢ドレナージを施行し、血圧上昇し循環動態改善した。穿通は局所に限局しており、絶飲食〜NGチューブドレナージを行った。第51病日より経口摂取可能となり、第62病日軽快退院した。【結語】 再建胃管の潰瘍穿通と心嚢穿破した一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

RP06-06 慎重な経過観察にて開腹手術を回避し得た腸管気腫症の1例

¹京都府立医科大学附属北部医療センター与謝の海病院救急科, ²京都府立医科大学救急医療学教室
田中一哉¹, 太田 凡², 隅田靖之¹

【症例】 88歳女性【現病歴】 糖尿病, 発作性心房細動, 心不全の治療目的で入院中, 腹部膨満感が出現した。腹痛なし。【身体所見】 意識レベル低下なし。体温37.2℃, 血圧106/59mmHg, 心拍数69bpm整。腹部膨隆・軟, 圧痛・反跳痛なし。腸蠕動音減弱。打診にて鼓音。筋性防御なし。【画像】 単純X線にて腸管気腫像, 腹部単純CTでは広範な小腸腸管壁の気腫性変化を認めた。腹腔内Free airは認められなかった。【経過】 重篤な感染症や虚血に伴う腸管壊死が懸念されたが、腹痛および腹膜刺激症状は認められず、動脈血での乳酸値上昇も認められなかった。腎機能低下のため、あえて造影腹部CTでの腸管壁虚血の評価は行わず、腸管造影にて良好な腸蠕動能を確認することにより保存的経過観察が可能と判断した。絶食輸液管理として、症状・身体所見を慎重に観察したところ、翌日には腹部膨満感が軽減し、5日後の腹部単純CTでは腸管気腫は消失した。【考察】 腸管気腫症は稀な病態で、成因として機械説, 細菌説, 肺原説, 化学説が挙げられており、消化管壊死・穿孔の疑いから緊急開腹手術も考慮される。しかし、保存的に軽快することもあり、全身状態, 身体所見, 各種検査から慎重な判断を要する。結果的に本例はα-グルコシダーゼ阻害薬が関与した腸管内圧上昇が主因と考えられた。

RP06-07 後腹膜血腫で発症し保存的加療中に十二指腸通過障害をともなったSAM (Segmental arterial mediolysis) の一例

¹JA長野厚生連篠ノ井総合病院臨床研修医, ²JA長野厚生連篠ノ井総合病院救急科, ³JA長野厚生連篠ノ井総合病院放射線科
神崎祐介¹, 竹重加奈子², 服部理夫², 関口幸男², 長谷川実³

49歳男性。起床後に突然の上腹痛が出現し当院に搬送された。腹部造影CTで後腹膜血腫と下降十二指腸動脈の不整を認めた。明らかな血管外漏出なく入院後、保存的に加療。入院後の画像所見で動脈瘤の形態が明らかとなり、SAM (Segmental arterial mediolysis) と診断した。十二指腸通過障害をきたし、経静脈栄養を併用した。塞栓術, 外科治療を検討したものの、SAMの血流動態変化に伴うと考えられる縮小を認め、保存的な経過観察の後に根治治療を再検討する方針とした。食事可能となった約1ヶ月後に退院した。SAMは比較的まれな疾患でありながら、出血性ショックなどの重篤な病態を来すことも多い。経過と経時的な形態変化を提示し、検討を行う。

RP07-01 歯根管治療薬によりアナフィラキシーショックをきたした一例

¹順天堂大学附属順天堂医院卒後臨床研修センター (R¹), ²順天堂大学附属順天堂医院救急科
小川麻里奈¹, 橋口尚幸², 山田京志², 井本成昭², 野村 取², 高木 陽², 渡邊 心², 相原恒一郎², 射場敏昭²

56歳, 女性。近医歯科でホルムクレゾールによる歯根管治療が行われた1時間後から掻痒感を自覚し, 4時間後に治療した歯科医院で治療薬剤を含む綿球除去と洗浄を施行された。その後も全身の膨疹, 掻痒感, 呼吸困難感を認めたため当院救急科を受診した。受診時, 意識清明, 血圧90/60mmHg, 脈拍74回/分, 四肢冷汗を認めショック状態であり, 現病歴からアナフィラキシーショックを疑った。ただちにエピネフィリンの筋注, 生理食塩水の急速輸液, 抗ヒスタミン剤, ステロイド投与を行ったところ全身の膨疹が消失し症状が軽快した。その後の検査でホルマリンRAST1.93UA/ml (class2)と陽性を示し, ホルムアルデヒドが原因と考えられるアナフィラキシーショックと診断した。歯科領域ではホルムアルデヒド含有製剤(ホルムクレゾール)は一般的に使用されており, 我々が検索した範囲では, 歯科領域, 皮膚科領域での症例報告を認めるのみであった。ER診療において, 歯科治療でショックに陥る原因として局所麻酔が有名であるが, 歯根管治療薬によるショックは一般的ではない。また, 数時間経過後に, さらに原因物質を除去後も症状が増悪しショックに陥る症例を経験し, ER診療で遭遇することの比較的多いアナフィラキシー症状を呈する症例に対しては, 注意深い観察, 治療, 説明が必要であると痛感した。

RP07-02 顔面浮腫と呼吸苦を主訴に搬送され, 気管挿管を要し診断に難渋した薬剤性過敏性症候群の一例

¹佐賀大学医学部付属病院卒後臨床研修センター, ²佐賀大学医学部付属病院救命救急センター
五反田香¹, 八幡真由子², 今長谷尚史², 三池 徹², 小網博之², 岩村高志², 井上 聡², 阪本雄一郎²

【はじめに】DIHS(薬剤性過敏性症候群)は顔面の紅斑・浮腫を特徴とする重症薬疹のひとつである。今回著明な顔面浮腫を主訴に搬送され, 診断に難渋したDIHSの一例を経験したので報告する。【症例】56歳男性。来院3日前より顔面腫脹出現。徐々に増悪し, 呼吸苦が出現したため救急車要請となった。【経過】来院時血圧79/45mmHg, 呼吸25/分, SpO299%, 脈拍125/分, 体温37.5℃。意識清明, 眼瞼浮腫にて開眼は不可能であった。頸部にいたる著明な腫脹と気道狭窄症状から気管挿管を行った。入院後体幹に皮疹の拡大を認めた。当初, 皮膚軟部組織感染症に伴う重症敗血症, 薬剤アレルギーなどが鑑別として考えられた。近医にて自家感受性皮膚炎に対しジアフェニルスルホンを開始・増量されていたことが判明, この時点でDIHSが強く疑われた。しかし症状・所見は非典型的であったため診断に苦慮したが, 第2病日に経過はDIHSに矛盾しないと判断され, ステロイドパルス療法を開始した。その後, 浮腫や皮疹は消退, 気道狭窄も軽快し第9病日に抜管, 第15病日皮膚科へ転科となった。【結語】頭頸部のみ腫脹を主訴に搬送され, 非典型的な経過から診断に難渋したDIHSの一例を経験したので, 文献的考察を加えて報告する。

RP07-03 感染と清涼飲料水の多飲を契機とした糖尿病性ケトアシドーシスの1例

¹杏林大学医学部付属病院ATT科
佐藤 俊¹, 植地貴弘¹, 新井 舞¹, 佐野勇貴¹, 宮内弘子¹, 塚田雄大¹, 柴田茂貴¹, 小林敬明¹, 松田剛明¹, 野村英樹¹

【症例】来院5日前より38度台の発熱, 倦怠感を認めていた。発熱は改善せず口渴を認め毎日2L程清涼飲料水を飲んでた。次第に嘔吐下痢も認めるようになり当院受診した。来院時心拍数130bpmと頻脈を認め, 口臭はアセトン臭を認めなかったが, Kussmaul呼吸様の深呼吸を認め清涼飲料水の多飲歴より糖尿病性ケトアシドーシス(DKA)の可能性を考慮し血ガス分析施行した。pH7.293, HCO3 12.7mmol/L, 血糖1249mg/dl, アニオンギャップ(AG)244mmol/Lと高血糖とAGの開大するアシドーシスを認めDKAと診断し, 生理食塩水と超速効型インスリンを投与した。1時間後にはpH7.331まで改善し, 6時間後には血糖は673mg/dl, 20時間後には275mg/dlまで改善した。また尿培養から大腸菌を認め, 先行感染は腎盂腎炎と考えられた。【考察】DKAは1型糖尿病の患者で生じると言われているが, インスリン分泌が保たれている患者でも感染や清涼飲料水多飲を契機としたDKAを起こし清涼飲料水ケトアシドーシスと呼ばれている。今回は, 腎盂腎炎による生体反応としての高血糖状態に加え, 清涼飲料水の多飲で極度の高血糖となりインスリン分泌ができなくなりDKAに至ったと考えられた。

RP07-04 診断に難渋した複数の要因による低Na血症の女性の1例

¹杏林大学医学部付属病院ATT科
平沼敦子¹, 植地貴弘¹, 新井 舞¹, 佐野勇貴¹, 宮内弘子¹, 塚田雄大¹, 柴田茂貴¹, 小林敬明¹, 松田剛明¹, 野村英樹¹

【症例】高血圧とうつ病でアルドステロン阻害薬, SSRIを内服中の59歳女性。水を多く飲んでも体調不良と頭痛が治らないと近医を受診し, 診察中に意識が徐々に悪化したため当院へと搬送となった。来院時の意識はE4V2M3, 7mm/7mmの散瞳, および肢を中心とした強直性間代痙攣を認めていた。採血結果ではNa118mmol/lと低く, 頭部CTや腰椎穿刺では, くも膜下出血や髄膜炎は否定的で低Na血症による症状と診断した。血清浸透圧は240mOsm/l, 尿浸透圧は338mOsm/lで水中毒は否定的と考え, 神経症状改善のため生理食塩水2Lの投与を行い, 4.5時間後にNa123 mmol/lまで改善したところで神経症状は改善した。橋中心髄鞘崩壊症(CPM)の発症を考慮し, その後は飲水制限などの緩徐なNa補正に努めたものの来院12時間後には139mmol/lまで急激に血清Naが上昇した。【考察】本症例では, アルドステロン阻害薬によるNa利尿, SSRIが原因と考えられる薬剤性SIADHによる水過剰に加え, 急激な飲水過多による細胞外液過剰が加わった複合的な原因による低Na血症と考えられ, 血清浸透圧や尿浸透圧検査で低ナトリウム血症の鑑別だけでなく, その後のNa補正も困難であった。

RP07-05 診断に苦慮した卵巣腫瘍の1例

¹杏林大学医学部付属病院ATT科
高山真梨子¹, 植地貴弘¹, 新井 舞¹, 佐野勇貴¹, 宮内弘子¹, 塚田雄大¹, 柴田茂貴¹, 小林敬明¹, 松田剛明¹, 野村英樹¹

【症例】既往の特にない51歳女性。右下腹部痛と嘔吐を主訴に当院救急外来を受診した。腹部所見では右下腹部に12cm程の腫瘍を触知し同部に圧痛を認めた。腹部CTでは内部が比較的均一で造影効果に乏しい15cm大の腫瘍を認め, 肝周囲に低吸収域を認めた。また, 双合診では臍高までおよぶ硬い腫瘍を, 経膈超音波検査では140×96mm大の腫瘍を認めていたが, 症状の自然軽快傾向を認め外来精査の方針となった。しかし翌々日に腹痛の増悪を認め再診となった。再診時の顔面は蒼白で, 38.5度の発熱を認めた。下腹部に反跳圧痛は認めないが, 以前よりも圧痛の増悪を認めた。血液検査ではWBC19000/μl, CRP30.3mg/dlと炎症反応の上昇とHb4.6g/dlと貧血を認め, 腹腔内出血を疑い造影CTを施行した。腫瘍は16×17cmと大きくなっており, 卵巣内血腫を疑い緊急手術となった。開腹時, 血性腹水を認め, 腫大した卵巣が捻転しており, 卵巣茎捻転と診断した。卵巣を損傷することなく卵巣を切除し, 術後経過は問題なく退院となった。また病理所見では卵巣良性腫瘍と腫瘍内出血であった。【考察】卵巣腫瘍は術前診断が困難な場合がある。本症例においても卵巣内の血腫と腫瘍を術前に診断することは困難であり, 文献的考察を加えて報告する。

RP07-06 治療に難渋した易出血性のシリコン肉芽腫の一例

¹独立行政法人国立国際医療研究センター病院
山本真也¹, 木村昭夫¹, 萩原章嘉¹, 佐々木亮¹, 小林憲太郎¹, 伊中愛貴¹, 稲垣剛志¹, 鈴木貴明¹

【はじめに】形成外科及び乳腺外科領域においてシリコン肉芽腫は様々な合併症を来すことが知られている。今回我々は両側臀部のシリコン肉芽腫が易出血性となり治療に難渋した一例を経験したので報告する。【症例】71歳の女性。左臀部の疼痛と腫脹で救急搬送された。既往に心筋梗塞あり抗血小板薬を内服中であった。バイタルは安定していたが, 左臀部に紫斑及び腫脹を認めたため造影CT施行。Extravasationを伴う血腫を認めRCC4単位輸血とTAEで左上殿動脈の止血施行。入院経過中に表皮の全層性壊死を認め, 肉芽腫を含め病変部のデブリードメント, 局所陰圧閉鎖療法で軽快したが, 壊死組織のデブリードメント施行の判断までに時間を要したため加療期間が長期となった。退院翌日に誘引なく右臀部に疼痛を認め, 再度救急搬送。今回は右内腸骨動脈分岐, 右上殿動脈領域から造影剤漏出を認め, 左臀部時と同様に, RCC8単位輸血とIVRで塞栓術施行した。今回においても前回同様の経過が予想されたため早期にデブリードメント及び局所陰圧閉鎖療法施行, 早期治療を得ることができた。【結語】易出血性の両側臀部シリコン肉芽腫の一例を経験した。輸血を要する出血となる可能性があり注意を要することに加え, 壊死の徴候が認められたときにはデブリードメント等の早期介入が必要なが示唆された。

RP08-01 間質性肺炎の急性増悪に対しステロイドパルス療法, PMX-DHP, 免疫抑制剤投与を行った一例

¹旭川医科大学病院卒後臨床研修センター, ²旭川医科大学医学部救急医学講座
原潤翔平¹, 小林厚志², 西浦 猛², 丹保亜希仁², 柏木友太², 小北直宏²,
藤田 智²

症例は59歳女性。2014年4月14日に前医より重症肺炎として当院に救急搬送, 同日ICU入院となった。呼吸状態は急速に悪化し, 入院第2病日には人工呼吸器管理を必要とした(P/F比:100程度)。入院後の精査で間質性肺炎の急性増悪と診断, ステロイドパルス療法を行い, シベスタットナトリウム水和物を投与を開始した。入院第3病日にはPMX-DHP (polymyxin-B direct hemoperfusion therapy: ポリミキシンB固定化繊維カラムを用いた直接血液灌流法)を施行した。入院第5病日で呼吸状態・画像所見の改善(P/F比:300以上)を認め, 人工呼吸器からの離脱が可能となった。しかしながら入院第6病日に呼吸状態が再び悪化したため再挿管し, 入院第7病日からステロイドパルス療法(2回目)および免疫抑制療法(タクロリムス経口投与・IVCY:エンドキサン静注療法)を開始した。その後, 間質性肺炎は改善せず呼吸状態の悪化(P/F比:100以下)を認めた。そして徐々に全身状態が悪化し, 入院第18病日に死亡確認となった。間質性肺炎の急性増悪は予後が非常に悪く, 各種治験に抵抗性のことが多い。今回我々はステロイドパルス・PMX-DHPに加えて免疫抑制療法を併用したにも関わらず, 救命しえなかった症例を経験した。その経過を文献的考察も加えて報告する。

RP08-02 急速の経過を辿ったEnterobacter市中肺炎の一例

¹大阪市立総合医療センター臨床研修部, ²大阪市立総合医療センター救命救急センター
林 美輝¹, 福家顕宏², 林下浩士²

【症例】63歳女性【現病歴】全身倦怠感・発熱を主訴に近医を受診したところ, SpO₂ 85%と低酸素血症の診断で前医へ紹介。前医で, 酸素療法開始したが症状改善無く, 血液検査所見からDICの進行と, 腎機能低下, 高K血症があり, 集中治療が必要と判断され, 同日, 当院へ転院搬送となった。【入院後経過】搬送時, 酸素10Lマスク投与下で呼吸回数30/分, SpO₂ 92%と呼吸不全の所見があった。胸部単純写で左下肺野に浸潤影があり, さらに乳酸値が4.4mmol/Lと上昇していたため, 肺を感染源とする重症敗血症と診断した。初期蘇生輸液と気管挿管および人工呼吸器管理とし集中治療を開始した。抗生剤はCTRX2g/日を投与し, 全身管理としてPiCCOモニタリング下での循環管理, 持続的血液浄化療法を行った。来院後18時間で急速な経過を辿り死亡された。その後, 病理解剖での血液培養と左肺下葉の培養で多剤耐性Enterobacter cloacaeが検出された。【考察】本症例は, 多剤耐性Enterobacter cloacaeを起炎菌とした市中肺炎であった。また, 集中治療にもかかわらず劇症の経過を辿った。このような症例は我々が渉猟しうる限り, きわめて稀であり, 今回若干の分権的考察を加えて報告する。

RP08-03 尿中抗原陰性であったが血清抗体価上昇により確定診断しえたレジオネラ肺炎の1例

¹加古川西市民病院救急科, ²加古川西市民病院内科
石川遼一¹, 切田 学¹, 西馬照明²

【背景】尿中迅速抗原は簡便な検査であるが, 感度は高くない。今回, 尿中抗原陰性であったが, 単一血清抗体価の高度上昇から確定診断したレジオネラ肺炎例を経験したので報告する。【症例】60歳台男性, 10日前に温泉に入浴していた。7日前から食欲低下と体動時呼吸苦があった。2日前から熱感を感じ, 40℃の発熱があったため救急搬入となった。搬入時, JCS3, 体温40.2℃, 脈拍119/分, 血圧107/73mmHg, 呼吸15/分であり, Plt7万/μL, FDP38 μg/ml, PaO₂ 65mmHg以外, 血液検査上に異常はなかった。また画像上の肺炎所見も尿検査上の感染症所見もなかったため, 経過観察入院となった。翌日の胸部Xpにて両肺野の透過性低下と胸部CTにて両肺に網状・浸潤影を認めた。尿中の肺炎球菌抗原陽性, レジオネラ抗原陰性であったが, 病歴や血液・画像所見からレジオネラ肺炎を否定できず, PZFXを投与した。徐々に解熱し, 呼吸状態は改善, 肺陰影も消失し, 第11病日に退院となった。第2病日の血清レジオネラ抗体価が256倍であったことよりレジオネラ肺炎と確定診断した。【考察・まとめ】尿中レジオネラ抗原が陰性であっても, 病歴や血液・画像所見からレジオネラ肺炎が疑われる時はその血清抗体を測定すべきである。

RP08-04 脾臓摘出後の肺炎球菌性髄膜炎の1例

¹杏林大学医学部付属病院ATT科
市川華理¹, 新井 舞¹, 植地貴弘¹, 佐野勇貴¹, 宮内弘子¹, 塚田雄大¹,
柴田茂貴¹, 小林敬明¹, 松田剛明¹, 野村英樹¹

【症例】75歳, 男性。68歳時に巨脾, 貧血の増悪を認めたため脾臓を摘出され, 肺炎球菌ワクチンは接種されていた。その後マンツル細胞リンパ腫の診断となり, 化学療法を経て完全寛解が得られていた。化学療法終了からは約11ヶ月経過していたが, 来院2日前より頭痛, その後発熱を認め救急搬送となった。来院時の意識レベルはJCS I-1, 体温38.1℃, 血圧118/59, 脈拍93回/分, 呼吸数18回/分とSIRSの基準を満たし, 身体診察上, 項部硬直, Kernig's 徴候陽性を認めた。血液検査上は白血球19,800/μl, CRP 26.3mg/dlと上昇を認め, この時点で髄膜炎が疑われた。腰椎穿刺の結果, 初圧20cmH₂O, 外観は黄色混濁であり, 細胞数4064/μl(多核球98%, 単核球2%), 糖0mg/dl(血糖112mg/dl), 蛋白543.4mg/dlと細菌性髄膜炎が疑われ, 尿中及び髄液中の肺炎球菌抗原は陽性であった。直ちにデキサメタゾンおよびメロベネム, バンコマイシンの投与を開始し, その後血液及び髄液培養でも肺炎球菌が同定された。【考察】脾臓摘出後重症感染症 overwhelming post-splenectomy infection (OPSI)の致死率は50~75%とされており, 速やかな抗菌薬投与が求められる。そのため, 脾臓摘出後の発熱をみた際は, 肺炎球菌や髄膜炎菌等, 莢膜を有する細菌の感染症は年頭に置く必要があると考えられた。脾臓摘出後の感染リスク等を含め, 文献的考察とともに報告する。

RP08-05 院外CPAで搬送も死亡退院となり, 死後に肺炎球菌敗血症と悪性リンパ腫が判明した一例

¹浦添総合病院救急総合診療部
千葉 卓¹, 八木正晴¹, 米盛輝武¹, 那須道高¹, 北原祐介¹

【症 例】既往歴のない69歳男性。屋外で倒れている所を発見され救急要請。最終生存確認は15分前。救急隊接触時に心肺停止確認され, CPR施行のまま搬送された。【入院経過】来院後は自己心拍再開とVfを繰り返し, 冠動脈造影したが優位狭窄はなく, 経皮的心臓補助法(PCPS), 大動脈バルーンパンピング, 即時的ペースメーカー留置され, ICU管理とした。ICU入室後は高カリウム血症の増悪と代謝性アシドーシスの進行に対して持続血液透析濾過法を施行した。胸部レントゲンで両側浸潤影が認められたためにセフトリアキソンを投与した。来院8時間後にPCPSのフローをとれず死亡を確認した。後の血液培養の4本中すべてからStreptococcus pneumoniaeが検出された。病理解剖にて左下葉大葉性肺炎, 左下葉胸膜下膿瘍が認められ, 傍大動脈リンパ節にはReed-Sternberg細胞様の多核細胞がみられ, 免疫染色にてCD30(+), CD15(+), CD20(+), であり, 悪性リンパ腫を示唆する所見であった。【まとめ】CPA蘇生成功し, 集中治療開始するも治療に対し反応乏しく死亡退院となった症例を経験した。劇症型肺炎球菌性肺炎は50-75%の致死率と高く, 脾臓摘出や鎌状赤血球症などの基礎疾患があると一層危険であると指摘されている。本症例は背景に悪性リンパ腫を疑う所見のちに判明し, この劇症型の病態をたどったと考えられる。

RP08-06 A群β溶血性連鎖球菌による両側化膿性膝関節炎により敗血症性ショックを来した一症例

¹大阪府立急性期・総合医療センター
松本錦之介¹, 川本匡規¹, 中堀泰賢¹, 藤見 聡¹

【序文】A群β溶血性連鎖球菌(以下A群β溶連菌)は, しばしば激症型の壊死性軟部組織感染症を引き起こし, 死亡率は極めて高い。A群β溶連菌による両側化膿性膝関節炎を来した症例を経験したので報告する。【症例】症例は74歳の男性で, 変形性膝関節症に対して複数回の関節注射歴があった。数日間の経過で増悪する両膝の疼痛と腫脹のため当センターに搬送された。来院時はSIRS4項目陽性, 輸液負荷に反応した昇圧も得られず敗血症性ショックを来した状態であった。経過, CT所見, 関節液の顕微鏡検査所見から化膿性膝関節炎と診断し, 病巣搔爬・ドレナージ術を施行した。十分な全身管理の上で, 病巣に対する持続ドレナージと抗生剤投与(LZD+PCG+DRPM)による保存的加療を行った。治療奏功し, 救命および患肢の温存を果たすことができた。【考察】A群β溶連菌による化膿性膝関節炎を両側で来したとする報告は, 渉猟し得た範囲ではなかった。激症型の壊死性軟部組織感染症を来した場合, 病巣管理を目的として患肢の切断を余儀なくされる場合も多いが, 一方で関節炎の場合は関節包を超えて組織感染が広がることは少なく, 保存的加療で救命できたとする報告も散見する。本症例でも両側大腿骨離断による侵襲とADL障害の著しさを考慮して保存的加療を選択し, 救命を果たせた。

RP09-01 髄膜炎と鑑別を要した Crowned dens syndrome の一例

¹福島県立医科大学会津医療センター、²福島県立医科大学医学部地域救急医療支援講座

牧 匠¹、矢野徹宏²、伊関 憲²

【はじめに】Crowned dens syndrome (CDS) とは、環椎椎歯突起周囲にピロリン酸カルシウムあるいはハイドロキシアパタイトの沈着による石灰化を伴い、急性の頸部痛をきたす症候群である。今回我々は、CT検査によって診断を得たCDSの一例を経験したので報告する。【症例】80歳の女性。既往歴：既往にパーキンソン病と陳旧性脳梗塞。某日食欲不振と歩行困難となり、自力で起床できず当院救急外来を受診した。身体所見では38度台の発熱を認め、頸部前屈時および回旋時の疼痛を認めたため、髄膜炎を疑い緊急入院とした。頭頸部CT検査を施行したところ、軸椎の突起の周囲に石灰化を認めたためCDSと診断した。NSAIDsの内服を開始すると症状は消失し、第6病日に退院となった。【考察】CDSは環椎椎に局限して生じた偽痛風によって発症する。石灰化像は環椎関節部の横靭帯や黄色靭帯の石灰化により生じると考えられている。高齢者女性に多発し、頸部痛や項部硬直、発熱を呈する。検査所見として白血球の増加やCRPの亢進が挙げられるが、確定診断には頸部CTで環椎椎の石灰化が必要である。治療にはNSAIDsを使用し、亜急性期にはコルヒチンやステロイドが有用である。CDSは稀な疾患ではなく、高齢者における炎症所見を伴う頸部痛の原因疾患の一つである。さらに、臨床所見は髄膜炎に類似しており、鑑別疾患として考慮すべきである。

RP09-02 腸球菌を起因菌とした多発骨髄炎の一例

¹社会医療法人財団慈恵会相澤病院

雨宮哲郎¹、山本基佳¹、大内謙二郎¹、神徳隆之¹、菅沼和樹¹、上條剛志¹、小山 徹¹

【序文】骨髄炎の起因菌の大部分は黄色ブドウ球菌や好気性グラム陰性桿菌であり、腸球菌が起因菌となることは稀である。今回は腸球菌による骨髄炎の一例を経験したため、その治療経過を報告する。【症例】74歳男性。来院1週間前より腰痛・両下肢脱力が徐々に出現。某日、起立時に突然腰痛・下肢脱力が増悪し当院救急搬送。来院時現症としては、呼吸・循環は安定。体温36.7℃。意識清明。近位筋優位に下肢筋力低下。採血上はWBC 13960/μL、CRP 11.5mg/dL。胸腹部造影CTで腸腰筋、腸骨、坐骨、左胸膜に膿瘍形成の疑いあり。胸腰椎単純MRIでTh7、L2に圧迫骨折、周囲に膿瘍形成の疑いあり。経胸壁心エコーにて疣贅なし。病的骨折の精査・加療目的で整形外科入院。入院時に採取した血液培養にてEnterococcus faecalisが検出され、入院後施行の腸骨骨髄生検においても同菌を検出。感染性心内膜炎も念頭に置いてABPC・GM併用にて加療を開始したが、その後施行した経食道心エコーでは疣贅を認めず。感染巣が多くドレナージ困難であり、高圧酸素療法を併用。【考察】特に基礎疾患のない患者に腸球菌感染による骨髄炎を発症するのは稀であり、文献的考察を加え報告する。

RP09-03 血糖コントロール不良患者に、突然、傍脊柱に膿瘍、炎症像を認めた一例

¹医療法人橘会東住吉森本病院救急・総合診療センター

松本翔平¹、池邊 孝¹、大野城太郎¹、八木 匠¹、馬野雅之¹、廣橋一裕¹

【症例】73歳、男性【主訴】腰痛【現病歴】来院1か月前より尿が濃いことを自覚し、来院前日より耐え難い腰痛を認めた。安静においても改善しないため、当院救急外来に来院された。【既往歴】前立腺肥大症【現症】表情苦悶様、腹部は平坦・軟で圧痛はなし。肋骨脊柱角叩打痛認めず。【検査】白血球数 12930/μl、CRP 39.1mg/dl、38.2℃の発熱あり。血糖値 288mg/dl、HbA1c 7.9%と糖尿病の既往を示唆。また、腹部単純CTにて水腎症は否定的だが、L4/5レベルの傍脊柱に不整な脂肪濃度の上昇を認めた。MRIにて椎体、椎間板に炎症像は認めない。【入院後経過】当初は尿路感染、白血癖からの炎症の波及を想定し抗菌薬投与していたが、血液培養にて non group A or B β Hemolytic Streptococcus を検出した。Duke 臨床的診断基準に従い、感染性心内膜炎疑診扱いで治療開始。感受性があるペニシリン G 2400万単位/日を投与し、軽快傾向にむかう。【まとめ】化膿性脊椎炎からの炎症の波及で、傍脊柱に及ぶということは一般的に広く知られている。ところが、今症例では、孤発の傍脊柱の炎症及び膿瘍を認めた。非常に稀な症例であり、今回の炎症の原因について若干の考察を加え、報告する。

RP09-04 腰痛を主訴に救急搬送された脊椎椎間板炎、椎体周囲膿瘍に肺血栓塞栓症を合併した一例

¹東京警察病院初期研修医、²東京警察病院救急科

木下真理子^{1,2}、栗田 直²、伊藤礼子²、鳥山亜紀²、金井尚之²

症例は88歳、女性。右腰・左肩の痛みと歩行困難のため来院した。搬送時、上肢血圧の左右差を認めたため、大動脈解離を疑い造影CTを施行したところ、左肺動脈本幹と右肺動脈の末梢に血栓を認め、さらに左側総腸骨静脈～膝窩静脈、右大腿静脈にも血栓を認めた。肺血栓塞栓症 (PE) の診断で抗凝固療法を開始した。第2病日にショック状態に陥った。39.4℃の発熱、白血球、CRP 高値から重症感染症を疑い、原因検索したところ、椎間板炎および椎体周囲膿瘍を認めた。この膿瘍が静脈の一部を圧排し続けたことで、血栓を形成しPEを起こしたと考えた。PEに対し抗凝固療法を施行し、血液培養で大腸菌が検出されたことから、椎間板炎および周囲膿瘍に関しては感受性のある抗生剤を使用した。経過中、出血性胃潰瘍を合併し、抗凝固剤の中断が必要と考え、下大静脈フィルターを留置した。第65病日の造影CTでは病変はほぼ消失し、第110病日に退院となった。【考察】本症例は腰痛、歩行困難を主訴に来院し、造影CTからPEと診断した。PEの原因が椎体周囲膿瘍による静脈圧迫であることは稀であるが、腰痛という主訴に立ち返れば、説明がつく。ひとつの結果にとらわれずにそこに至る原因を考えることは重篤な症例の治療に重要なことである。

RP09-05 27歳男性、急性腹症の一例

¹医療法人橘会東住吉森本病院救急・総合診療センター

馬野雅之¹、池邊 孝¹、大野城太郎¹、八木 匠¹、松本翔平¹、廣橋一裕¹

【症例】27歳、男性。【主訴】心窩部痛。【既往歴】十二指腸潰瘍。【現病歴】前日からの心窩部痛のため救急搬送。【現症】血圧110/80mmHg、脈拍96回/分、体温36.3℃。苦悶表情あり。腹部平坦、板状硬。心窩部に圧痛と反跳痛、筋性防御を認めた。【検査】腹部単純CTでfree airなし。十二指腸壁の肥厚を軽度認めたため、十二指腸潰瘍の再燃と診断したが、疼痛が強い事と腹膜刺激症状がある事から上部消化管穿孔も念頭に置き、同日入院のもと、NGチューブでの減圧、絶食とし、PPIおよび抗菌薬の静脈内投与を開始した。翌日腹痛の増強を認めたため再度腹部単純CTを撮った所、free airを認めた。以上より上部消化管穿孔および汎発性腹膜炎と診断し緊急手術となった。【手術】腹腔鏡視下にアプローチした。十二指腸球部前壁にピンホール状の穿孔を認め、十二指腸潰瘍穿孔と診断した。鏡視下に穿孔部を縫合閉鎖し、手術を終了した。【経過】術後10日目現在経過良好である。【考察】上部消化管穿孔では画像検査でfree airを認める事が診断の決め手になる。本症例では明らかなfree airを認めなかったが、理学所見から穿孔を念頭に置き、入院とした事が早期の手術を可能にした。【結語】明らかな消化管穿孔の画像所見が得られない場合もその可能性を考え、慎重に経過をみる事が重要と思われた。

RP09-06 入浴事故により熱中症による多臓器不全、DICを来した2症例

¹福島県立医科大学付属病院高度救命救急センター

中島拓郎¹、大久保怜子¹、大野雄康¹、鈴木 剛¹、根本千秋¹、塚田泰彦¹、伊関 憲¹、鳥田二郎¹、田勢長一郎¹

入浴事故により、DIC、多臓器不全を呈した2例を経験したので報告する。【症例1】72歳、男性。【現病歴】某日夜に浴槽で意識消失した状態で発見され、当院に搬送された。EIVIM4、血圧114/59 mmHg、脈拍100/min整、体温38.8℃であり、炎症反応の軽度上昇と軽度の肝・腎機能障害を認めた。第2病日に肝・腎機能は増悪し、第3病日にはさらに上昇し、DICを認めて抗DIC治療を開始した。その後はDICの改善していき、第10病日にはCHDFから離脱した。軽度の腎機能障害は残存するも全身状態は改善した。【症例2】61歳、男性。【現病歴】温泉に宿泊中に飲酒後入浴した。6時半頃湯船に浮かんでいるところを発見され当院に搬送された。JCS300の意識障害とショック状態であり、直ちに気管挿管、人工呼吸、中心静脈路確保と乏尿のためCHDFを導入した。血液検査では軽度の肝・腎機能障害を認めた。さらに凝固異常を認め、DICが疑われた。肝障害、腎機能障害の増悪があり翌日にはDICスコア8点であり抗DIC治療を行った。第3病日アシドーシスは更に進行し、第4病日に死亡となった。【考察】本症例で経験した多臓器不全、DICは熱中症の病態であり、長時間の入浴により熱ストレスを受けと考えられた。入浴時の適正湯温は40度であるが、長時間入浴することで熱中症を発症することを認識しなければならぬ。

RP09-07 背部広範囲熱傷に対し自家培養表皮移植を用い救命した一例

¹松戸市立病院救命救急センター

眞田彩華¹, 庄古知久¹, 成田知大¹, 千田 篤¹, 遠藤英樹¹

【はじめに】重篤な広範囲熱傷では皮膚欠損部の再建に苦慮をする。特に体圧がかかり植皮片がずれ易い背部熱傷は難渋する。自家培養表皮を用いた熱傷治療は深達度Ⅱ度およびⅢ度の合計面積が30% BSA以上の場合保険適応である。自家細胞を培養し製造された再生医療製品である培養表皮を使用し、良好な治療結果を得られたので報告する。【症例】66歳男性。自宅の火災現場から逃げ後れ、受傷後田んぼに転落。火災による広範囲熱傷のため当院救命救急に搬送された。頭部後面・背部全面・両下肢後面にⅢ32%度熱傷、顔面・背部・四肢にⅡ度11%熱傷と気道熱傷を認めた。Burn Indexは37.5%、Prognostic burn indexは103.5であった。気道熱傷もあり気管挿管、人工呼吸管理、大量輸液し、熱傷用ベッドにて当科で治療開始、その後急性腎不全となりCHDFも導入。10、11病日に両下肢の焼筋筋膜上切除、人工真皮植皮及び皮膚培養のための全層皮膚採取を行った。36病日には腹部・前胸部を患皮膚とし背部・両大腿後面に自家分層3倍から6倍メッシュ植皮を併用し、自家培養表皮を20枚移植した。植皮部にはトラフェルミン製剤スプレーを併用した。自家培養表皮の生着は特に臀部・両大腿にて良好であり、追加植皮することなく治癒した。熱傷手術の総数は4回であった。現在全身状態は良好でありリハビリ継続し入院中である。

RP10-01 Ⅲb型肝損傷に合併した左右肝内胆管断裂に対して左肝内胆管空腸吻合術が奏功した一例

¹済生会宇都宮病院救急診療科, ²同外科

金山拓亮¹, 山元 良¹, 松岡 義¹, 前島克哉¹, 石山正也¹, 藤井公一¹, 大木基通¹, 寺内寿彰¹, 富岡秀人¹, 宮武 諭¹, 加瀬健一¹, 小林健二¹

【目的】循環動態不安定なⅢb型肝損傷に合併した左右肝内胆管断裂に対して、左肝内胆管空腸吻合術が奏功した一例を経験したため報告する。【症例】41歳男性。自動車走行中に欄干に激突し救急搬送となった。病着時血圧84/60mmHgとショック状態であり、造影CTにてS4, 5, 7, 8のⅢb型肝損傷を認め、緊急手術にて肝周囲パッキング手術及び、肝動脈塞栓術をハイブリード手術にて施行した。48時間後にデパッキングし、胆嚢摘出術後に閉腹した。術後のERCP, MRCP, 造影CTにて、左右肝内胆管損傷及び、それに伴うbiloma形成と診断し、ENBD, PTCD, bilomaドレナージにて対応した。受傷から6か月後の検査にて右肝内胆管損傷は軽快を認めたが、左肝内胆管損傷は残存していた。左葉切除を予定したが、ICG17.7%であったため、肝機能を温存するため、術後7か月後に左肝内胆管空腸吻合術を施行した。術後10か月で全身状態良好にて退院となった。【考察】肝損傷における左右肝内胆管断裂に対して、左肝内胆管空腸吻合術を施行し、全肝機能を温存しえた症例を経験した。

RP10-02 開腹手術にて止血困難であった腹部刺創による後腹膜出血に対しIVRが有効であった一例

¹栃木県済生会宇都宮病院救急科

上野真史¹, 山元 良¹, 松岡 義¹, 前島克哉¹, 石山正也¹, 藤井公一¹, 大木基通¹, 富岡秀人¹, 宮武 諭¹, 加瀬健一¹, 小林健二¹

【背景と目的】出血性ショックを伴う腹部刺創は緊急開腹止血術の適応となるが、腰動脈等の動脈損傷からの出血を伴う場合、解剖学的理由等によりしばしば止血困難となる。今回我々は開腹手術にて止血困難であった腹部刺創による腰動脈からの後腹膜出血に対し、DCSとIVRを行い救命した症例を経験したので報告する。【症例】28歳男性。臍周囲を包丁にて4箇所自傷し他院へ搬送された。ショック状態であり緊急開腹術の方針となったが、対応困難にて当院へ搬送された。搬送までの待ち時間に施行した造影CT検査では下行結腸間膜・左大腰筋・左側腹壁損傷に伴う腹腔内出血及び腰動脈よりの後腹膜出血を認めた。当院到着後、手術室に直行し開腹手術を施行した。下行結腸間膜・左大腰筋・左側腹壁からの出血を止血したが、腰動脈からの後腹膜出血は視野確保困難にて完全な止血を得ることができなかった。そこでパッキングの後にIVRを手術室で行い止血を得た。術後20日で経過良好にて退院となった。【考察】循環動態不安定な腹部刺創に対し、開腹手術、IVRを施行し救命し得た一例を報告した。開腹手術にて止血困難な後腹膜出血に対して、術後のIVRが有効であると考えられた。

RP10-03 鈍的外傷による右鎖骨下動脈・椎骨動脈複合損傷の一例

¹防衛医科大学校病院救急部

横 陽平¹, 田中良弘¹, 磯井直明¹, 畑中公輔¹, 宮脇博基¹, 西川可穂子¹, 齋藤大蔵¹, 池内尚司¹, 阪本敏久¹

【背景】鎖骨下動脈は解剖学的に鎖骨と第一肋骨により二重に覆われているため、鈍的外傷による血管損傷が起きにくいと考えられている。交通事故により右鎖骨下動脈と右椎骨動脈を同時に損傷した一例を経験したため、長期予後を含めて報告する。【症例】21歳男性。主訴は両上肢の痺れ。バイク乗車中に衝突し、右椎骨動脈が触知不良のため、当院に救急搬送された。入院時血圧は左上肢で140/110mmHgと保たれていたが、右椎骨動脈の拍動は極めて微弱であった。造影CTで右鎖骨下動脈の狭窄を認めたため血管造影を施行したところ、右鎖骨下動脈に内膜損傷による狭窄、右椎骨動脈に血流の途絶を認めた。病変部より末梢は、右鎖骨下動脈で側副路により順行性に、右椎骨動脈でWillis動脈輪を介して対側より逆行性に、それぞれ血流が保たれていた。治療は保存的に抗凝固療法のみとしたが、脳梗塞や右上肢血行障害等の合併症もなく、右椎骨動脈の拍動も改善し、患者は軽快退院した。【考察】鈍的外傷による鎖骨下動脈損傷は全動脈損傷の1%と非常に稀である。本症例のように病変部より末梢の血流が側副路を介して保たれている場合には、保存的治療のみで血行再建術等の外科的治療を回避し得る。

RP10-04 演題取り下げ

RP10-05 バルーンカテーテルによる出血の制御と出血源の特定によって救命し得た大腿動脈刺創の1症例

¹市立札幌病院救命救急センター, ²市立札幌病院心臓血管外科

鈴木理徳¹, 方波見謙一¹, 佐藤朝之¹, 高氏修平¹, 斎藤智誉¹, 宇塚武司², 中村雅則², 渡辺祝安², 牧瀬 博²

62歳男性。孫のおもちゃを修理している際に、誤って刃渡り7cm、幅2cmのナイフを左大腿に刺し、直後から大量出血を認め救急要請となった。救急隊接触時、意識はJCS1、血圧92/62mmHgと比較的保たれていたが、現場では約1000mlの出血が想定され、救急車内にて創部圧迫を継続したが、さらに1000ml近くの出血を認め、ショック状態で当院救命救急センターへ搬入となった。大量輸液と輸血により一時的に血圧の上昇を認めたが、左大腿からの出血は多量で、効果的な圧迫止血ができない状態であった。そこで、透視下に右大腿動脈よりバルーン付きセロンカテーテルを挿入して選択的に左大腿動脈を閉塞したところ止血を得た。同部位より造影を行ったところ、左浅大腿動脈より出血しており、バルーンによる出血の制御を継続しつつ、心臓血管外科により動脈修復術を施行した。大腿動脈損傷は短時間に多量の出血を来し、対応が遅れると死に至るので、各施設であらかじめ対応について考慮しておく必要がある。今回、大腿動脈損傷に際して、バルーンカテーテルを使用することで、止血・視野確保が容易となり、良好な経過で回復した症例を経験したため、若干の文献学的考察を含め報告する。

RP10-06 交通外傷による胸椎椎体水平骨折離開にて死亡した一例

¹静岡県立総合病院救命救急センター, ²東京医科歯科大学附属病院救命救急センター

渡邊裕文¹, 竹内洋平¹, 稲垣小百合¹, 春田浩一¹, 宮川超平¹, 世良俊樹², 三宅章公¹, 登坂直規¹, 野々木宏¹

【はじめに】2013年, ある医療機関にて脊椎後弯症(亀背)を伴う患者の体位固定を図った際に腰椎への進展外力に起因する脱臼骨折による出血性ショックで死亡した事案が記憶に新しい。今回, 交通外傷による胸椎椎体の水平骨折から出血性ショックで死亡した, 脊椎後弯症症例を経験したので報告する。【症例】78歳, 女性。乗用車同士の衝突事故により近院に搬送された。前医で画像診断(右大量血胸, 肝損傷疑い, 骨盤骨折疑い)がなされたが, 初期輸液気療法に反応せず当院に転送となった。来院後, 緊急室開胸に至ったが, 第8胸椎椎体水平骨折が離開した状態で出血が制御できず外来にて死亡した。患者は全脊柱固定下に搬送され, 来院後も脊柱伸展位で処置が行われたが, このことが出血を助長した可能性も否定できない。同様の症例について文献検索を交え報告する。