

### 3. 急性減圧症治療について

杉山弘行\*<sup>1)</sup> 神山喜一\*<sup>2)</sup>

(<sup>\*1)</sup>都立荏原病院脳外科  
(<sup>\*2)</sup>同 高気圧酸素治療室)

【目的】最近、我々は急性減圧症に症状別分類を用い、酸素再圧治療適応としてダイバーの日常生活上の障害を取り入れ、酸素再圧治療の初回に US Navy テーブル6以上を施行するといった、急性減圧症治療に新たな試みを行ったので、報告する。

【方法】症状別分類としての Francis & Smith の分類は①四肢の疼痛②その他の感覚異常③感覚麻痺を含む四肢運動障害④中枢神経障害(めまい、意識障害、排尿障害、痙攣など)⑤全身倦怠感等から成り立っている。補助診断としてダイビング後48時間以内に発症していること、減圧症を起こすダイビングあるいは行動要因があること、発症後2週間以内であること、血液・胸部写真などの一般検査が正常であることなどを取り上げた。酸素再圧治療の適応に関しては、ダイバーの日常生活上の障害があること、発症後4週間以内であること等を取り上げた。この方法を平成9年度より半年間施行し、その結果について検討した。

【結果】この施行期間中、減圧症外来を訪れたダイバーは、37人であった。このうち、14人が酸素再圧治療の適応がなかった。酸素再圧治療を受けた23人のうち、15人(65%)が完治した。

【結論】我々の診断・治療法の利点は、症状別分類であるために症状診断が簡単である、補助診断条件があるために急性減圧症診断が確実である、四肢の感覚異常など減圧症と診断があっても治療を要しない場合もある、テーブル6あるいは6Aを行ったために、初回酸素再圧治療で症状回復が不十分ということはなかった。我々のような診断・治療法を用いることにより、急性減圧症の診断・治療が客観化され、診断医の間での差がなくなり、治療医の裁量による治療結果が異なる可能性がなくなった。

### 4. 重篤な呼吸不全を来したが救命し得た減圧症例

松田範子\*<sup>1)</sup> 恩田昌彦\*<sup>1)</sup> 森山雄吉\*<sup>1)</sup>

徳永 昭\*<sup>1)</sup> 松倉則夫\*<sup>1)</sup> 樋口勝美\*<sup>1)</sup>

高崎秀明\*<sup>1)</sup> 小野寺浩之\*<sup>1)</sup> 吉村成子\*<sup>1)</sup>\*<sup>2)</sup>

布施 明\*<sup>3)</sup> 弥富俊太郎\*<sup>3)</sup>

(<sup>\*1)</sup>日本医科大学第一外科  
(<sup>\*2)</sup>吉村せいこクリニック  
(<sup>\*3)</sup>日本医科大学高度救命救急センター)

【目的】当施設では減圧症例の増加に伴い、再罹患例や重症例も増加している。今回、我々は重篤な呼吸不全症例を経験したので報告する。

【症例】症例は24歳男性インストラクターで、本年6月15日、急浮上した生徒を救助しようと水深24mから30秒で浮上。浮上後30分より左手足のしびれが生じ、感覚も消失。直ちにO<sub>2</sub>吸入し、近医に救急車にて搬送、減圧症の診断のもと入院。入院時すでに左手足のしびれは軽快していたが、HBOを16日と17日に3ATA、90分/日施行したが、低酸素血症の改善を認めず、17日深夜本院に転送。症状および理学的所見、胸部X-P像からチョークスと診断、翌朝HBOをT-6'で施行。終了後2時間room airにて血液ガス値を測定したところ、PaO<sub>2</sub>:46.9、PaCO<sub>2</sub>:38.7で低酸素血症持続し、O<sub>2</sub>吸入を再開。胸部X-P上、両側下肺野～中肺野にかけて間質性陰影が著明で胸水の貯留も認め、呼吸不全の診断のもと、気管内挿管しPEEPをかけたが、ショック状態持続し胸水も増加したため、19日集中治療室に転室となった。胸水は、黄色い粘稠度の高い液体で、血液成分は認めなかった。21日には低酸素血症も改善、22日に抜管。23日に再びHBOをT-5'で施行し、24日には酸素吸入も不要となり、食事や歩行も正常となった。25日にもHBOを同様に施行、全身状態も著明に改善、27日には外科病棟に戻り、その後の検査でも異常なく7月5日無事完治退院した。

【考察】減圧症の治療に際し、軽症のベンズ症状でも、胸部X-Pや酸素分圧および血液の濃縮状態など入念にチェックし、初期より補液等の全身管理の重要性が示唆された。