

## パネルディスカッション 5 アマの中樞神経病変

合志清隆\*1) 玉木秀樹\*2) 奥寺利男\*3)

- \*1) 産業医科大学脳神経外科・高気圧治療部
- \*2) 玉木病院外科
- \*3) 秋田県立脳血管研究センター放射線科

【目的】アマ（海士）に見られる潜水事故の臨床症状と神経放射線学的画像診断の特徴について報告し、現在の潜水障害の分類や治療法について意見を伺うことを目的とした。【対象と方法】今回の検討内容は2つである。一つは山口県萩市の某地区において16名のカチド方式のアマで聞き取り調査を行ったもので、潜水プロフィールや素潜りによって起こる障害の臨床症状について検討した結果である。他の一つは頭部MRIによる画像診断であり、調査を行った地域の2症例のアマと、急性期に治療を行った他の2症例である。【結果】16名のアマのうち、脳卒中様の明らかな神経障害を経験していたのは9名であった。片側の運動麻痺は7例で片側性の感覚障害が4名であり、意識障害を経験したアマも1名いた。以上の明らかな神経障害とは別に、多幸症、めまい、吐き気などの症状を13名のアマが経験していたが、これらの症状は前記した神経障害に前駆するものではなかった。頭部MRIが撮像できたのは16名のうち4名のアマであり、神経障害を経験している2名では境界領域や穿通枝領域に多発性脳梗塞の所見が認められた。さらに、素潜りの最中に脳卒中様症状を起こした他の2症例において、急性期の頭部MRI画像でも同様の部位に脳梗塞の所見が認められた。【考察】素潜りによって潜水障害が引き起こされるが、臨床症状は中枢神経系に起因するものと考えられる。特に、多発性脳梗塞が惹起されていたが、脳の共通した部位の脳梗塞巣でガス気泡による脳塞栓症が疑われた。素潜りによる潜水障害をガス塞栓症と考えるならば、治療法は通常の高気圧酸素治療でよく再圧酸素治療は必要ないのではないだろうか。

## パネルディスカッション 6 減圧症の急性病態とクリティカル・ケア

山本五十年\*1) 中川儀英\*1) 加藤洋隆\*1)  
猪口貞樹\*1) 小森恵子\*2)

- \*1) 東海大学医学部救命救急医学
- \*2) 東海大学病院診療技術室

【目的】減圧症の急性病態は不明な点が多く、治療戦略上、極めて重要な全身管理については標準化されていない。今回、重症型減圧症の病態につき検討し、クリティカル・ケアの要点を明らかにした。

【対象と方法】減圧症105例の自験例のうち、重症型症例、脊髄型4例、呼吸循環型6例、AGE1例を対象として、急性病態につき検討した。

【結果と考察】①脊髄型は、来院時のヘマトクリット値が $53.4 \pm 4.5\%$ と異常に高く、1例はMRIで急性期の脊髄腫大と慢性期の出血が見られた。②呼吸循環型6例のうち、喀血が3例に見られ、4例は肺水腫が出現した。1例はブラックアウトから心肺停止に陥ったが社会復帰できた。1例は脂肪塞栓を伴う多臓器不全で死亡した。③AGE1例は心肺停止に陥ったが、発症1時間後に蘇生し救命できた。④死亡症例は、DIC、肝機能障害、腎機能障害、肺水腫、意識障害を合併し、卵円孔開存に伴う動脈脂肪塞栓が関与したと考えられた。

減圧症の急性病態は、①血管壁透過性亢進による血液濃縮と循環血液量減少、②肺循環の障害と肺水腫、③凝固系の活性化とDIC、④脊髄のうっ血、⑤脂肪塞栓等である。

【クリティカル・ケアの要点】①再圧治療、②呼吸管理：酸素投与、気胸に対する胸腔ドレナージ、肺水腫に対する呼吸管理、③循環体液管理：循環血液量減少に対する十分な輸液、④末梢循環障害に対するヘパリン、ウリナスタチンの投与、⑤脊髄障害に対するステロイド治療、⑥凝固線溶異常に対する薬物治療等である。脊髄障害やAGEによる脳障害に対する血栓溶解療法は、超早期以外は推奨できない。