

## 21. 急性減圧症と慢性潜水障害の鑑別診断

小浜正博 永井りつ子 喜納美津男

(沖縄南部徳洲会病院救急・高気圧治療部)

急性減圧症と慢性的な潜水障害は鑑別が困難で、診断的治療としての再圧治療を行うことがある。この鑑別を容易にし、無駄な再圧治療を防ぐには慢性的な潜水障害の診断基準が必要と考えられた。我々は、1998年3月～2001年8月までの3.5年間の治療症例139例について潜水プロフィール、再圧後の消失症状と残存症状を検討した。その結果、再圧により症状消失は113例、残存は14例、骨壊死は8例、治療拒否が4例であった。症状消失113例のうち13例で通常の潜水業務に復帰後、症状が出現した。これら13例は慢性的な潜水障害と考えられた。職種は、潜水漁師6例、インストラクター4例、水族館員2例、海洋工事者1例であった。潜水歴は8～35年、潜水深度は3～30m、潜水法はフーカ2例でスクーバ11例であった。慢性潜水障害の診断基準としては1. 急性減圧症の後遺障害の除外、2. 減圧症性骨壊死の除外、3. 再圧による症状消失、4. X-P、CT、MRI等の検査で異常のない筋関節部の異和感の存在の1～4項目に加えて、5. 副鼻腔炎、耳鳴、難聴、耳閉塞感など耳鼻科疾患の存在、6. 痺れ、ふらつき、構語障害などの中枢・末梢神経障害の存在、7. 原因不明の全身倦怠感や脱力感の存在の5～7の内1項目以上を満たす事が必要と考えられた。

## 22. 脊髄型減圧症で予想される脊髄内病変について

外川誠一郎\*<sup>1)</sup> 山見信夫\*<sup>1)</sup> 芝山正治\*<sup>2)</sup>  
中山晴美\*<sup>3)</sup> 眞野喜洋\*<sup>1)</sup>

\*<sup>1)</sup> 東京医科歯科大学医学部保健衛生学科  
\*<sup>2)</sup> 駒沢女子大学  
\*<sup>3)</sup> 牛久愛和総合病院

〔目的〕脊髄型減圧症を画像的に病理学的に診断することは難しい。まして脊髄内病巣の局在の調査はさらに困難を極める。今回の研究の目的はDANCALLの中より該当する事例について予想される脊髄内病巣の局在を把握することである。

〔対象〕1992年4月より2001年7月までのDAN Japanのホットラインで相談を受けた脊髄型減圧症と思われる症例を対象とした。悪心など脳型を疑わせる症状の有るものを全て除外し、さらに症状が下肢に限局する症例も問診だけでは脊髄内の病変局在診断は不可能なので除外した。

〔結果〕脊髄横断性障害により生ずる四肢麻痺は14例、灰白質の障害による1または2髄節の両側および片側麻痺は63例、白質の障害により生ずる片側性の病巣部より遠位に連続する麻痺は4例、灰白質の2個所以上の障害によるスキップする髄節性麻痺は8例であった。

〔考察〕脊髄型減圧症は栄養動脈のガス塞栓による虚血と髄内に生じた気泡による機械的圧迫により生じると類推される。横断性対麻痺は前脊髄動脈の閉塞と全周性に脊髄を圧迫する気泡、1から2の髄節性片側麻痺または両側麻痺は灰白質の障害、責任髄節より遠位の片麻痺は白質の障害で生ずる可能性が高い。今回の調査では髄節性の障害が多く、脊髄型減圧症は灰白質における気泡形成による障害が最も高頻度であることが予想された。