

09-02

成人特発性気腹症の1例

京都第二赤十字病院 救急部

柳沢 洋、石井 亘、飯塚 亮二、市川 哲也、
瀧上 雅雄、小田 雅之、水谷 正洋、荒井 裕介、
小田 和正、篠塚 健、榊原 謙、檜垣 聡、
北村 誠、日下部 虎夫

【症例】86歳男性。主訴、腹部膨満感。

【既往歴】腹部大動脈閉塞症にて鎖骨下動脈 両大腿総脈bypass施行後、人工血管感染にて人工血管除去。除去後右下腹部に腹壁癒痕ヘルニア認める。また胸部大動脈瘤(8cm)認め経過フォロー中。

【入院時現症】当院心臓血管外科にて残存人工血管の感染フォロー中、腹部CTを施行したところ多量の腹腔内遊離ガスを認め、当科紹介となった。腹部全体は膨満していたが、圧痛、反跳痛および筋性防御は認めなかった。血液検査所見では、WBC16600 CRP8.15と炎症所見の上昇を認めた。腹部CT所見上、多量の腹腔内遊離ガスを認めたが、腹水の貯留は認めなかった。以上にて、成人特発性気腹症として保存加療し、第13病日軽快退院となった。

【考察】腹腔内遊離ガスは消化管穿孔を疑い、緊急手術の適応を決める大切な所見である。しかし、特発性気腹症は腹腔内遊離ガスを認めるものの明らかに消化管穿孔を認めない症例や原因不明のものをいう。また特発性気腹症の治療としては、保存加療にて予後良好とされているが、しばしば緊急開腹手術を施行している例も少なくない。今回、われわれは保存的加療にて軽快した成人特発性気腹症の1例を経験したため文献的考察を含めて報告する。

09-03

当院における院内救急対策小委員会の取り組みと今後の課題

岡山赤十字病院 院内救急対策小委員会

本行 祥子、齋藤 博則、松野 裕美、山根かえで、
渡辺恵津子、岩崎 衣津、小林 浩之、多田 羅 弘、
平井 淳子、武久 伸輔、国次 晶子

当院は救命救急センターを併設する500床の急性期病院である。年間の救急外来患者は、平成22年度は約33,000人であり、救急搬送は約4300人であった。救急患者の約10%が入院となっている。いったん入院した患者でも急変することも稀ではない。急変時の対応のため、平成8年よりコードブルーを院内緊急放送として開始したが、周知徹底されているとは言えず、記録も殆ど残っていないのが現状であった。平成18年より院内救急対策小委員会のもと、本格的にコードブルー運用を開始した。急変時の迅速な対応のためには、人と物の確保が重要である。コードブルー研修、事務職員に対するAED講習会、医療従事者向けの心肺蘇生講習会の定期開催により、事務職員も含め多くの人材確保が出来るようになった。また、救急カートの統一、各病棟へAEDの配備をした事により、物も充実してきている。平成18年から現在までコードブルーの件数は、年々増加しており、それに伴い、CPA症例も増加している。CPA発生の発見者は8割が病棟看護師である。今後はCPA対応向上のため、まずは病棟看護師を対象に、各部署でコードブルー訓練を行っている。また、院内CPA症例に対する蘇生の質を評価するため、現在の「コードブルー観察カード」の様式を見直し、院内ウツタイン様式の記録表を作成する予定である。

09-04

同日に搬送された、緊急開腹術を行い救命しえた交通外傷の2例

熊本赤十字病院 外科

秋岡 貴弘、日高 悠嗣、永末 裕友、木村 有、
林 亨治、横溝 博、平田 稔彦

当院救命救急センターでは、年間多数の交通外傷の救急搬送を受け入れているが、中には術前CT未施行での緊急開腹を要する症例も存在する。今回そのような緊急開腹止血を要した2例を同日に経験したので報告する。

【症例1】46歳、男性。某日早朝、自動車運転中に誤って電柱に衝突し受傷。FAST陽性、ショックバイタルで緊急開腹となった。回腸穿孔と腸間膜損傷を認め回盲部切除を施行。さらに術後CTで活動性出血が疑われたため同日再開腹による止血術を施行した。

【症例2】28歳、男性。症例1の同日昼、バイク単独事故にてヘリ搬送。FAST陽性、ショックバイタルで緊急開腹止血術を施行。肝実質の損傷と肝静脈損傷を認め、Damage Control Surgeryを施行した。以上、腹腔内大量出血に対する開腹術2例を経験した。両症例とも術前CTは施行せず、また共に大量輸血を必要とした。時間、マンパワーともに限られる中での診療であったが、両症例とも救命することができた。文献的考察を加えて報告する。

09-05

医師出動の現場において説得にもかかわらず遂行・目撃されたの高所墜落の1例

さいたま赤十字病院 救命救急センター 救急医学科

小宮 佑介、清水 敬樹、田口 茂正、石井 義剛、
関 藍、早川 桂、矢野 博子、熊谷純一郎、
五木田昌士、勅使河原勝伸、横手 龍、清田 和也

【症例】30歳代の男性。

【既往歴】統合失調症で精神病院に通院中。最近、妻を病気で亡くし精神的に不安定であった。

【現病歴】ホットラインで「マンションの11階から飛び降りようとしている男性がいるので、飛び降りたら収容をお願いしたい。」という収容要請があった。そのため当センターの判断で現場に医師出動した。到着時に警察の説得が続く中で男性はペランダの柵から飛び降りようとする仕草を繰り返していた。医師の到着50分程して男性はうつ伏せで飛び降り玄関の屋根に墜落した。屋根に救急隊が登り、CPAを確認した。CPRを開始し救急車に収容し、医師が気管挿管、胸腔ドレナージ、ライン確保を実施した。当センターに搬送したが反応なく死亡確認した。

【考察】本症例のように高エネルギー外傷が生じる前であれば現場への医師出動が望ましい。今回は11階という致死的な高さからの墜落で結果的には医学的介入の意味は低かった。しかし5階以下であれば現場での医学的介入は有用である。今回は当方の判断で医師出動したが、既に1時間経過していた。現時点での当地域の医師出動要請基準には傷病者が発生しないと原則としては認められない。しかしながら救急隊は、状況から次に生じうる状況及び外力を予測し速やかにMCを受けるべく対応をする必要がある。今回は特例とは言いながらも当方の出動宣言後には可及的速やかに医師出動した。また、現場での説得は今回警察が行なったがより専門性を持った「交渉人」のような立場の人材育成が必要とも感じた。それに加えて現場で消防、救急、警察、医師などが更なる協力を果たす必要性を痛感した。