

O-10-39

当院における山岳救急症例の検討

高山赤十字病院 救命救急センター

○白子 隆志、加藤 雅康、浮田 雅人、白子 順子、前田 雅人

当院は岐阜県北部高山市に位置し、北アルプス登山の玄関口のひとつであるため、多くの山岳救急症例が受診する。近年、登山ブームに伴い山岳救急症例が増加しており、岐阜県医師会では全国に先駆けて平成27年度に山岳JMATが発足した。また、平成27年9月には御嶽山噴火災害には、当院DMATが山岳救助に派遣され治療に当たった。今回我々は、当院における山岳救急症例について検討したので報告する。

【対象と方法】平成24～26年度に当院で経験した山岳救急症例をretrospectiveに検討した。

【結果】山岳救急症例は92例で、内訳は登山84例、その他8例（労災・交通事故など）であった。現場は北アルプス穂高連峰周辺が最も多く60例（71%）、乗鞍岳12例（14%）、御嶽山6例（7%）であった。搬送方法は63例（75%）がヘリコプターであった。登山外傷は63例、平均年齢54.5歳（19-79）、男女比44:19であった。受傷者の住所は、岐阜県が10名（11%）、関東地区25名（27%）、岐阜を除く東海地区17名（18%）で、89%が県外であった。受傷原因は、墜落・滑落が最も多く32例（50%）、転倒17例（27%）、落石・噴石6例、遭難6例、熊外傷2例であった。受傷部位は、四肢骨盤が37例（59%）、頭頸部顔面が25例（40%）であった。入院症例は36例（57%）で平均在院期間は14日であった。

【結語】平成21～23年度の症例と比較して登山外傷は高齢化し、かつ増加傾向にあった。地形・天候の問題で救出・搬送・治療開始に時間を要し、四肢骨盤・頭頸部顔面外傷が多い特徴がある。山岳救助隊（警察）・救急隊・病院がヘリコプター搬送を利用した連携が重要であると考えられた。

O-10-41

過去3年間に於ける院内急変対応の現状と課題

石巻赤十字病院 救命救急センター¹⁾、石巻赤十字病院 院内急変対応委員会²⁾

○小林 ミチオ¹⁾、小野 義幸²⁾、丹野 正子²⁾、澁谷 多佳子²⁾、
追木 正人²⁾、椎葉 みづき²⁾、星 達也²⁾、亀山 勝²⁾、
遠山 昌平¹⁾、石橋 悟¹⁾

【はじめに】AHAガイドライン2015において、Medical emergency team (MET)による院内急変対応システムの運用は一般病棟における心停止の発生抑制に有効な可能性があると考えられた。当院では2011年12月より院内急変対応運用マニュアルを整備し、院内急変対応の方法として、急変対応チームのマンパワーを考慮し生理学的な要請基準をみたし「状態が急変・切迫した」ときのみに要請される「MET」および院内一斉放送である「コードブルー (CB)」を採用している。

【目的】当院における院内急変対応の現状と課題を明らかにすること。

【方法】2012年4月から2015年3月までの3年間の院内急変対応事例において、予期せぬ心臓停止患者についてretrospectiveに検討した。

【結果】CB要請件数は33件/27件/24件（2012年/2013年/2014年、以下同順）、MET要請件数は39件/53件/62件であった。CB・MET対応患者のうち予期せぬ心臓停止患者数は24人/26人/28人、患者1000人あたり1.85人/2.02人/2.26人、心拍再開率は67%/81%/61%であった。予期せぬ心臓停止患者のうち過去24時間以内に生理学的異常を呈していた患者は67%/77%/71%であり、生理学的異常を呈していたものの生体情報モニターが装着されていなかった患者は44%/20%/5%であった。

【考察】生体情報モニター装着率は上昇しているものの、心臓停止に至る患者数は減少していない現状が確認された。MET要請方法の再検討や早期警告システムの導入などにより、心臓停止前にさらなる医療対応が可能となるシステム構築が必要と考えられた。

O-10-43

当院における重症外傷搬入からの院内でのシステム構築

京都第二赤十字病院 救急科

○石井 亘、飯塚 亮二、神鳥 研二、宮国道太郎、平木 咲子、
大岩 祐介、岡田 遥平、榊原 謙、横野 諭

当院は併設型救命救急センターであり、手術室では通常予定手術を行っている。手術室は10室で稼働しており、年間約7500件以上の手術を行っている。重症外傷症例の治療に関しては、救急科が初療室、手術、IVR、集中治療をシームレスに行っている。われわれは、当院での重症外傷症例において、手術が必要な場合、初療室にて開胸術、開腹術や開頭術などを施行することもあるが、設備のそろった手術室での重症外傷に対する手術を行なうことにメリットがあると考え、様々な取り組みをしてきた。特に高エネルギー外傷などでの重症外傷症例搬入の場合、ショック状態を呈していることもあり、迅速なチーム連携による戦術、戦術の情報共有や迅速な治療が必要とされる。当院では、以前より重症外傷による院内での取り組みを実践しており、初療室での開胸、開腹術などだけでなく、手術室でも迅速な治療が行えるように、手術室での外傷セットを作成や、夜間・休日帯での外傷ルームを手術室に準備することなどを行うことで、重症外傷症例搬入に伴うスムーズな手術室での処置を可能にしてきた。また、初療室、手術室、ICUなどの連携をとることも重要であると考え、様々な部署が参加したoff-the-job trainingを実践してきた。こういった取り組みにより、重症外傷の搬入から治療までがスムーズに行え、情報共有に関しても得られるようになってきた。今回、その取り組みとその成果を検討したので症例を交えて報告する。

O-10-40

JMECC (日本内科学会認定内科救急・ICLS講習会)！北海道での展開を考える！

釧路赤十字病院 内科

○古川 真

平成16年から実施されている初期臨床研修制度では、救急医療への取り組みが重視され、ICLSを始めとした救急蘇生講習会が多くの施設でカリキュラムに含まれております。日本内科学会は、認定内科医資格認定試験の受験資格に、救急蘇生講習会の受講を要件としていますが、普段救急医療に接することの少ない内科医が心停止時のみならず、専門外の急病患者に対応するのは困難な状況にあります。そこで日本内科学会では「ICLS」を基礎に、独自の「内科救急」をプログラムに導入した講習会を実施しました。日本内科学会では「救急委員会」を組織し、本講習会の名称を「JMECC (ジェイメック: Japanese Medical Emergency Care Course、日本内科学会認定内科救急・ICLS講習会)」としました。現在認定内科医試験では救急蘇生講習会受講はJMECCを推奨しており、今後新・内科専門医制度では必須の受講となります。こうした状況にありながら、2014年まで北海道では医学大学での自主開催の動きがなく、このままでは北海道で内科医師を志す若い先生方が北海道内でJMECCを受講できなくなる可能性があります。当院では2006年より内科医師がCD(コースディレクター)を務めるICLSを年2回開催継続しており、JMECCを開催する基盤があるものと考え、北海道にJMECCが根付くよう2012年春より準備を進めてまいりました。まず2012年秋までに自分自身がJMECCインストラクターを取得し、2013年5月に第1回JMECC釧路コースを開催致しました。最初のコースは内科学会本部よりCDを招聘し、ICLSコースと同時開催し資材とインストラクター確保をしました。その後当院開催のICLSに併設する形で継続し、年2回継続的に、受講者の中からインストラクターを目指す方も出てきました。自身も2014年6月JMECCのCDとなり、現在北海道の医学大学・赤十字病院と協力し北海道でJMECCを継続的に開催しております。

O-10-42

脳梗塞急性期との鑑別に注意を要する疾患；特発性頸髄硬膜外血腫6例の検討

神戸赤十字病院 整形外科

○尾崎 修平、菊地 剛、武田 和也、水田 宜良、松宮 豊、
山下 良祐、金高 圭甫、中後 貴江、戸田 一潔、伊藤 康夫

【はじめに】特発性頸髄硬膜外血腫は突然の後頭部痛に引き続き急速に進行する脊髄障害を特徴とする疾患であるが、片麻痺を呈する症例も多く脳梗塞と誤って診断される場合がある。当院で加療した6例について報告する。

【対象と方法】対象は2015年4月以降に当院で診断した特発性頸髄硬膜外血腫6例を対象とした。男性2例、女性4例、平均年齢70.5歳(63-85歳)であった。臨床症状、治療法と経過について検討した。

【結果】初発症状は全例後頭部痛であったが運動麻痺出現後に医療機関を受診していた。他院より紹介となった1例は四肢麻痺を認めた。残る5例は片麻痺を認めたが、うち1例は救急外来受診後に四肢麻痺に移行した。他院からの紹介を除く5例はすべて脳神経担当医が初療を担当し、うち1例はrt-PA静注療法を開始された。運動麻痺が急速に改善した3例は保存的加療を選択したが、高度の運動麻痺を認めた3例は手術を施行した。術後運動麻痺は著明に改善したが、知覚麻痺は残存する傾向にあった。

【考察とまとめ】rt-PA静注療法適正治療指針において、適応外及び慎重投与項目に頸髄硬膜外血腫の記載はない。一方で同指針内には、患者が来院した後少くとも早く(遅くとも1時間以内に)rt-PA静注療法を開始することが望ましいと明記されている。大きな時間的制約がある中で、本疾患は急性に片麻痺を発症した症例における初療対応時のビットフォールと考えられる。rt-PA静注療法は血腫の増大を招き重篤な予後悪化をもたらす可能性があるため、本疾患を鑑別に含めて診断及び治療方針の決定を行うことが重要である。

O-10-44

胸部刺創により、胸骨正中切開および心筋縫合を要した一例

京都第二赤十字病院 救急科

○大岩 祐介、神鳥 研二、宮国道太郎、平木 咲子、岡田 遥平、
榊原 謙、石井 亘、横野 諭、飯塚 亮二

【症例】32歳女性

【主訴】胸部刺創

【既往歴】解離性障害、摂食障害

【現病歴】2014年某日早朝に突然走りだし自分の胸に包丁を刺している患者を両親が発見し、取り押さえて救急要請した。他院搬送され、左血気胸、心囊気腫認め胸腔ドレーン挿入され、緊急手術が必要と判断され当院転院となった。

【来院後の経過】意識状態は清明であったが、緊急手術のためストレッチャーにてそのまま手術室へ入室した。胸骨正中切開にて開胸し、左肺上葉損傷、心外膜損傷、左室損傷、左内胸筋損傷を認めたため、左上葉部分切除、左室縫合、左内胸筋縫合術を施行し手術を終了した。

【入院後の経過】入院後精神症状は落ち着いており、自殺企図は認めなかった。縦隔洞炎などの合併症も起こらず術後経過は良好であり、第9病日に精神科病棟へ転院となった。

【考察】当院は外傷専門医が常駐する救命救急センターであり、様々な外傷が運ばれてくる。今回の症例では胸部刺創により胸骨正中切開、心筋縫合を要する症例であったが、救急科にて緊急手術を行い、術後経過も良好であった。外傷医は腹部外傷だけでなく胸部外傷についての知識や技術を身に付けておく必要があると考えられる。この度貴重な症例を経験したことで報告する。

10月21日(金)
一般演題(口頭) 抄録