

## P-163

### 血行再建と中足骨切断を同時に施行し救肢できた重症下肢虚血の一例

伊勢赤十字病院 形成外科<sup>1)</sup>、伊勢赤十字病院 循環器内科<sup>2)</sup>、伊勢赤十字病院 胸部外科<sup>3)</sup>

○中里 公亮<sup>1)</sup>、堀口 昌秀<sup>2)</sup>、稲垣 順大<sup>3)</sup>

【はじめに】重症下肢虚血（CLI）の治療には複数科の協力が必須であり、当院では循環器内科による血管内治療（EVT）後、早期に形成外科で外科的治療を行う体制を取っている。通常は2科の協力で治療可能な症例が多いが、総腸骨動脈の高度石灰化病変などEVT困難症例では胸部外科での血管内膜摘除やバイパスグラフトなどの治療が必要である。今回、総大腸動脈の高度石灰化病変のため、胸部外科による総大腸動脈内膜摘除と循環器内科によるEVT、形成外科による中足骨切断を同時に施行し、救肢できた重症下肢虚血の一例を経験したので報告する。【症例】66歳 男性。左第2趾の壊死のため当院循環器内科に紹介となった。両総大腸動脈の高度石灰化、左浅大腸動脈の高度狭窄を認め胸部外科での大腸動脈内膜摘除を行う予定であったが、術前の検査で大動脈弁狭窄症が見つかり、先に大動脈弁置換術を施行した。大動脈弁置換後、左足趾の壊疽がさらに進行した。総大腸動脈の高度石灰化があるため、胸部外科による総大腸動脈の内臓摘除と循環器内科による浅大腸動脈のEVT（ステント留置）と、形成外科での中足骨切断を同日に施行した。膝窩動脈以下は後日、さらにEVTを1回追加した。創部は一部離開したが生保的に治癒し現在は自力歩行している。【考察】血行再建が不十分であれば大切断となる可能性が高い症例であったが、3科での治療を同時に行うことで足部の皮膚壊死・感染を起こさず創治癒できた。また早期のリハビリも可能であった。

## P-165

### 腸結核による腹腔内膿瘍の2例

沖縄赤十字病院 救急部<sup>1)</sup>、内科<sup>2)</sup>、外科<sup>3)</sup>

○佐々木秀章<sup>1)</sup>、赤嶺 盛和<sup>2)</sup>、外間 雪野<sup>2)</sup>、川満 美和<sup>2)</sup>、仲里 秀次<sup>3)</sup>、田本 秀輔<sup>3)</sup>

腸結核による穿孔はまれであるが、今回それによる巨大腹腔内膿瘍の2例を経験した。

症例1：58歳男性 腹痛、食欲不振で他医受診、腹部単純レントゲンで鏡面像を認め救急紹介となった。理学所見では臍窩がひどく栄養状態不良、胸部に異常所見認めず、腹部は膨満し圧痛、反跳痛、筋性防御軽度あり。CTでは両側肺野に空洞を伴う粒状影、分枝状陰影が多発、腹部には鏡面像を伴う巨大な膿瘍を認めた。このため隔離の上で左右の腹部より12Frのドレーナージューブ挿入、茶色便汁様の多量の膿の流出をみた。喀痰よりガフキー1号、胃液よりガフキー6号で確定診断のち大学病院へ転院となった。抗結核薬多剤併用療法が行われ、腹部に関しては保存的にドレーナージのみで膿瘍改善し約4か月後に退院となった。

症例2：44歳女性 1か月からの腹痛と体重減少で外来受診した。腹部膨満、圧痛、反跳痛、筋性防御軽度あり。CTで両肺に辺縁不正な斑状ないし結節影がまん性にあり、腹腔内には一部鏡面像を伴う巨大な膿瘍を認めた。肺野はカルコイドモンスも疑われたが隔離の上で膿瘍に12Frドレーナージューブ挿入、効果が十分でないため3日後に30Frソフトドレーン挿入、大量の便汁様の膿の流出をみた。胃液塗抹では±、PCR陽性、3回目でもガフキー1号。腹水穿刺液からは塗抹蛍光法で1+であった。ドレーン挿入後解熱し大学病院へ転院、現在加療中である。

この2症例は腸結核穿孔であるがいずれも被包化された膿瘍を呈し、1例目は外科的には保存的治療で軽快した。2例目の経過も合わせて報告したい。

## P-167

### 救急病棟における早期離床の適応に関する文献検討

さいたま赤十字病院 看護部

○敷 亜里子

救急病棟における早期離床の適応に関する文献検討さいたま赤十字病院 看護部 看護師 敷 亜里子・植島 英理【目的】救急病棟における早期離床の適応について、文献を用いて明らかにすることにより、今後の早期離床の介入に役立てる。【方法】1.研究デザイン：文献検討2.研究期間：2016年5月～12月3.検索エンジン：医学中央雑誌Web版、Minds 診療ガイドライン【結果及び考察】救急病棟入院患者に対する共通する離床基準を明らかにするため、早期離床やリハビリテーションについて記載のある4つのガイドライン：「脳卒中治療ガイドライン2015」「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン2012改訂版」「日本版・集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不穏・せん妄管理のための診療ガイドライン2014」「リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン2016」について、それぞれの開始基準や中止基準の比較検討を行い、その共通項目を抽出した。文献検討を行った結果、離床開始時期の具体的な定義はなかったが、救急病棟における早期離床の開始基準として、呼吸・循環動態等のバイタルサインが安定していることが原則としてあげられ、その他、原因疾患の病態増悪がないことが共通点としてあげられた。中止基準については、「リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン」における「リハビリテーションの中止基準」ではほぼ網羅されていた。その他、疾患別の禁忌事項の有無については、個々の患者の全身状態を観察することが重要である。【結論】1. 救急病棟の全患者に共通する早期離床の開始基準はなかった。2. 各ガイドラインの共通する項目を基に、救急病棟における早期離床の適応と中止について一定の基準を見出すことが出来た。

## P-164

### 当院におけるフレイル Chest を伴う外傷性多発肋骨骨折6例の検討

高知赤十字病院 外科

○松岡 永、横田啓一郎、西岡 康平、甫喜本憲弘、山井 礼道、桑原 道郎、大西 一久、谷田 信行、浜口 伸正

（はじめに）胸部外傷で救急搬送される症例は多く、なかでも多発肋骨骨折を伴うものは多い。今回我々はフレイル Chest を伴う多発肋骨骨折に対しての治療経験について文献的考察を踏まえて報告する。（対象）2013年10月～2016年10月の3年間に当院集中治療室に入院した多発肋骨骨折患者84例のうちフレイル Chest を伴った6例を対象とした。（結果）受傷機転は交通事故4例、転落1例、狭圧1例。6例のうち2例は人工呼吸管理を要しなかった。4例は人工呼吸管理を要し、うち2例で親の肋骨整復術を施行した。手術を行わなかった2例では人工呼吸管理期間が43日間と12日間、集中治療室入院期間が15日間と11日間、手術した2例では前者は8日間と13日間、後者が8日間と12日間であった。手術する方の人工呼吸器管理期間、集中治療室入院期間が短い傾向がみられた。手術は第4病日と第8病日にチタン製ロッキングプレートによる肋骨固定術を行った。（考察）フレイル Chest に対する手術適応についてはいまだに一定の見解は得られていない。人工呼吸管理が43日間を要した症例を経験し、内固定術の限界を感じたことから、当院では人工呼吸管理を要するフレイル Chest については親の肋骨整復術の適応としている。手術時期については、全身状態が落ち着けば可及的早期がよいとされ、当院でもそれに従っている。肋骨固定具についてはチタン製ロッキングプレートが強度、多様性やコスト面で優れていると思われる。（結語）当院におけるフレイル Chest を伴う外傷性多発肋骨骨折の症例を検討した。早期手術が人工呼吸器管理期間や集中治療室入院期間を短縮させる可能性が示唆された。

## P-166

### ICU看護師のせん妄の看護実践に向けた取り組み

武蔵野赤十字病院 救命救急センターICU

○竹内 藍、高橋かえで、石田恵充佳

【背景と目的】ICU患者の長期予後に悪影響を及ぼすとされるPICS（Post-Intensive care syndrome）発症の原因は多岐にわたる。その原因の1つであるせん妄に対し、PADガイドラインやABCDEFバンドルの活用による予防的介入が重要視されている。しかし、当ICUではせん妄患者への看護計画は殆ど立案されていない現状であった。よって、せん妄リスク因子に基づいた計画を立案し、実践するための取り組みを行ったので報告する。【方法】1.せん妄リスク因子を抽出できるフローシートを作成し、せん妄の看護の標準化を目指したカンファレンスを実施した。2.調査時期2016年4月～2017年2月調査内容：実施前後のせん妄リスク因子の知識、記録内容、看護計画立案状況の変化を比較3.倫理的配慮：院内の看護研究推進委員会の規定に基づき処理をした。【結果】実施後のリスク因子の回答率は、宿主因子68%、重症疾患因子100%（ $p < 0.05$ ）、医原性因子84%であった。記録内容はガニエの理論を用いた知的技能の項目毎に分類すると、弁別64%、概念化55%（ $p < 0.05$ ）、ルール・原理91%、問題解決A（原因に関わらず応急対応した記録）55%、問題解決B（せん妄の原因を検索し対応した記録）32%であり、看護計画立案は24%であった。【考察】重症疾患因子の回答率や記録内容で「概念化」の項目の有意な変化があったのは、せん妄フローシートによるリスク因子の可視化やカンファレンスでの意識的な介入が、思考過程の整理や知識と臨床を繋ぐためのツールとして有効であったと考えられる。しかし、その他の項目の変化が有意でなかったことから、抽出したせん妄リスク因子への具体的な対応を考え、実践する能力を強化することが必要だと考えられる。今後は、問題解決の学習方法を検討し、せん妄の看護実践の標準化を目指したい。

## P-168

### 呼吸フィジカルアセスメント向上のための取り組みと課題

武蔵野赤十字病院 救命救急科

○境 真衣子、石田恵充佳、白石 祐亮、三田 桃子

【背景と目的】当ICUでは呼吸に関する看護記録が少なく、継続看護に難しさを感じていた。その要因として、副雑音の判別や呼吸状態変化の総合的な評価の複雑さから、呼吸のフィジカルアセスメントに苦手意識のあるスタッフが多いことが関連しているのではないかと考えた。そこで、当ICU看護師を対象に呼吸アセスメント能力向上の取り組みを行ったので報告する。【方法】1.2016年度に各1ヶ月間ずつ3回、医師の協力を得て呼吸音聴取訓練を実施した。聴取時はレントゲン所見評価と患者に必要な呼吸ケアを検討した。2.事例を元に呼吸不全の生理学やアセスメント方法、看護記録の充実の必要性について勉強会を行った。3.介入前後で呼吸に関する記録の変化を集計し、記載率を比較した。4.倫理的配慮：得た情報は院内の倫理規定に従い処理をした。【結果】介入前患者数45人、介入後患者数61人の看護記録を比較したところ、経過表への呼吸音に関する欄作成率は51%上昇、「呼吸音の左右差・副雑音の有無」の記載は41%上昇した。しかし「呼吸フィジカルアセスメントから介入・評価」の記載においては12%の上昇に留まった。【考察】呼吸音聴取訓練を繰り返し実施した事で、臨床で副雑音を判別するというスキル獲得に役立ち経過記録記載率の増加に繋がった。一方、呼吸音聴取に重点を置いた介入であったが、呼吸ケアに至った思考過程や実施したケアの効果の評価に関する記録の変化まで至らなかったと考える。継続看護には呼吸音を情報の一つとして捉え総合的に呼吸をアセスメントする必要がある。呼吸音聴取訓練を通じ、得た情報からアセスメントしたことをケアに活かし評価に繋げる為の学習を行い、実践と繋げる思考構築に向けた介入を検討する事を今後の課題とする。