

Y4-40

便秘と診断された腎梗塞の1例

熊本赤十字病院 救急科

○西原 悠二、桑原 謙

【背景】腎梗塞は極めて稀な疾患であり、単独施設で50例以上を検討した論文はない。頻度が低く、症状が非特異的であるために診断が遅れることもしばしばであり、尿路結石症や腎盂腎炎と誤診されることが多い。腎梗塞の原因としては心房細動が最も多く、30000人の心房細動患者を13年間追跡した研究では2%に腎梗塞を合併したと報告されている。今回、右側腹部痛を主訴に救急外来をしたが便秘の診断で帰宅し、第4病日に腎梗塞の診断で入院となった1例を経験したので報告する。

【症例】81歳男性、既往は高血圧と脂質異常症。右側腹部の持続痛を主訴に24時間で救急外来を3回受診した。腹痛は比較的軽度で、血液検査 (LDH: 262U/l, Cre: 1.09mg/dl, eGFR: 50.2)、心電図、腹部エコー、腹部単純CTで異常所見を認めず、便秘の診断でいずれも帰宅した。第4病日、内科外来受診した際にLDH: 2350U/l, Cre: 1.55mg/dl, eGFR: 34.2と著明な悪化を認め、腹部造影CTでは右腎実質の造影効果不良があり腎梗塞の診断となった。同日内科入院となり、抗凝固療法を実施され第15病日に退院となった。退院時の腎機能はCre: 1.39mg/dl, eGFR: 40.7と改善傾向であった。入院中のホルター心電図では心房細動を認め、心房細動と動脈硬化が腎梗塞の原因と推察された1例であった。

【考察・結語】腎梗塞は症状が非特異的であるため診断が2日以上遅れることが多く、迅速に診断されるのは50%以下である。本症例は、初診時の心電図・採血等の各種検査で異常所見なく、診断が遅れたが生じた1例であった。腎梗塞の診断について、文献的考察を踏まえ、当院で過去10年間に経験した腎梗塞56例の検討を加えて報告する。

Y6-29

超緊急帝王切開術実施システムを運用して

姫路赤十字病院 看護部

○嶋田有生子、菊本 牧子、廣岡 美絵、太田 加代

当院では、速やかな超緊急帝王切開術実施にむけて一昨年から取り組みを行っている。一昨年前は産科病棟、婦人科病棟、GCU、NICU、ICU、手術室の看護職、産科医、小児科医、麻酔科医、また検査、事務部門の当直者を巻き込んでカンファレンスを行いスムーズな連絡方法の検討、業務の優先順位の統一などを行った。また、昨年はシミュレーションを数回実施することで、部門により超緊急帝王切開の認識が異なっていたことが明らかになり、より現実的に可能なマニュアルの作成を行うことができた。しかし、当院では手術室スタッフが24時間体制でなかったため、夜間のスタッフの確保や連携に課題が残っていた。2013年1月から手術室が当直体制となり、より速やかな超緊急帝王切開術が行えるようになった。当直体制となってから超緊急帝王切開術となったのは28週~38週の4例であった。4例中3例が当直勤務帯におこっていたが、発令から娩出までの所要時間は、20分、13分、21分、28分で、どのケースも30分以内で児の娩出に至ることができた。しかし、手術室当直は平日は2人体制であるが休日は1人体制であるので、休日は関連部署と連携をはかる必要があること、超緊急帝王切開術の発令の認識を統一できるようにカンファレンスをもつ必要があることなど課題が残る。できれば決定から15分以内に児娩出が確定なものとなるような運用システムを構築できるように今後も検討していかねばならない。4例のケースから見出した問題点や課題、今後の展望を報告したい。

10月18日(金)
要望演題
抄録

Y6-30

権利擁護委員会(虐待対策)の活動と今後の展望

名古屋第二赤十字病院 医療社会事業部 医療社会事業課¹⁾、
名古屋第二赤十字病院 小児科²⁾、
名古屋第二赤十字病院 救急科³⁾、
名古屋第二赤十字病院 麻酔・集中治療部⁴⁾、
名古屋第二赤十字病院 看護部(救急外来)⁵⁾、
名古屋第二赤十字病院 看護部(救急病棟)⁶⁾、
名古屋第二赤十字病院 看護部(小児病棟)⁷⁾、
名古屋第二赤十字病院 総務課⁸⁾、
名古屋第二病院赤十字病院 権利擁護こどもチーム⁹⁾、
名古屋第二病院赤十字病院 権利擁護成人チーム¹⁰⁾

○山田 優作^{1,9,10)}、塚川 敏行^{1,3)}、黒木 信之¹⁾、岩佐 充二^{2,9,10)}、
安藤 雅樹^{4,10)}、神原 淳一^{3,9,10)}、太田 有美^{7,9)}、上野 理恵^{7,9)}、
奥田 晃子^{5,10)}、花井 桂子^{6,10)}、浅井 知典⁸⁾

権利擁護委員会は虐待4法(児童虐待防止法、高齢者虐待防止法、障害者虐待防止法ならびにDV防止法)および臓器移植法に基づく小児臓器移植時の虐待有無の評価を担当している。本年4月までは「虐待防止対策委員会」としていたが、(1)「虐待」という言葉が持つ不要なイメージの払拭、(2)患者の権利を護ることを最優先に、養護者も支援する等を理由に名称変更を行った。「養護者も一生懸命やっておられ、虐待という気がひけるが、権利侵害はあると思う」という声に対し、主観だけに囚われず、客観的な事実をもって「権利擁護が必要か」という視点の定着化を目指す。委員は副院長・小児科医・救急科医ほか医師8名、看護副部長等看護職者3名、救急・小児等認定看護師6名・MSWおよび総務課で、こどもと成人でコアチームも設置している。

平成24年度は本委員会でもフローチャートの作成を行い、年度末に公表した。平成24年度は33件の症例登録があった。月平均2.75件。その内訳は児童17件(うち周産期4件)、高齢者14件、障害者1件、DV1件(ただし、障害者は10月1日以降)。平成25年度は5月30日現在で15件(児童8件、高齢者4件、障害者1件、DV2件)の登録があり、約3倍に増加している。今年度は院内トリアージを行う看護師や当直医師へのフィードバックを目指す。

Y6-31

危機的状況患者へのチーム医療での関わり

那須赤十字病院 看護部

○大島 優子、白石奈緒美、永水源太郎、池澤 里香、
荒井 明子、武田 和樹、吉田 祐文

〈はじめに〉突然の衝撃を受け入れられず混乱する患者に医療者が戸惑うケースは少なくない。今回、重傷であった糖尿病性壊疽の治療過程において混乱状態にあった患者に対し多職種により関わることで緩徐ではあったが受容し退院に至った症例を経験したので報告する。

〈症例〉1型糖尿病、40歳代女性。消化器症状で外科に入院するが自分で処置していた蜂窩織炎が増悪し整形外科転科となる。

〈経過と介入〉患者は下肢切断の可能性に対し強い喪失感から否認の態度であった。臨床心理士との面談は拒否されたため、臨床心理士・精神科医には医療者へ患者の対応方法についてアドバイスを依頼した。主治医による毎日の診察、薬剤師と精神科医は睡眠薬の選択と効果判定、作業療法士はリエゾンの役割、看護師は患者の話を傾聴共感し治療の介助と役割調整を行った。介入方法については、臨床心理士とフィングの危機的モデルを用いてその過程を一覧表にに対応方法の統一を図った。カンファレンスにより各々の関わりとその時々々の心理状況を考察しながら母・妻としての社会的側面も引き出すよう努めた結果、患者は抑鬱状態が改善し医療者に対して信頼感が生れた。また、疾病に対して受容と否認を繰り返しながら前向きな言葉が聞かれるようになった。その後創部回復と伴に退院を希望するようになり外出・外泊を重ねながら退院となった。

〈考察〉問題解決方法は危機的状況においても患者ごとに異なり、状況が重症である程医療者は心理状況を適確に理解する必要がある。チーム医療の多面的介入は、その人らしく危機的状況を乗り越える過程において効果的である。また、心理過程の理解と対応の統一は患者との信頼関係を築くだけでなく医療者の心理的負担軽減にも繋がると考える。