第39回 宮崎救急医学会

プログラム・抄録集

■日　時　平成24年 2月11日(土)
13：30～18：30

■会　場　宮崎県立延岡病院

■会　長　楠元　志都生
（宮崎県立延岡病院）

第39回宮崎救急医学会　事務局
宮崎県立延岡病院
延岡市新小路2-1-10　TEL.0982-32-6181
E-mail：99igakukai@pref-hp.nobeoka.miyazaki.jp

プログラム

開会の辞　13:30～13:35

第39回宮崎救急医学会 会長　楠元志都生

一般演題1　13:35～14:03

座長 県立宮崎病院 脳神経外科兼救命救急科 医長　落合　秀信

1. 下肢のデグロービング損傷2例の経験

宮崎江南病院 形成外科　塩沢　啓

2. 当院におけるドクターカー出動5年間252件の検討

メディカルシティ東部病院 外傷救急センター　榮福　亮三

3. 宮崎大学救急部の「在り方」の検証

宮崎大学医学部附属病院 救急部　金丸　勝弘

4. 多発外傷を伴った重症頭部外傷の臨床的分析と治療における問題点について

県立宮崎病院 脳神経外科兼救命救急科　落合　秀信

一般演題2　14:05～14:33

座長 宮崎善仁会病院 副院長　廣兼　民徳

1. 地震発生時のアクションカード作成～初動体制の見直しを通して～

県立延岡病院 ICU　高橋祐美子

2. 「社会復帰率の向上に向けて」バイスタンダーCPRの重要性

延岡市消防本部　新名　崇伸

3. 手術室における防災対策(地震)への取り組み
～手術室災害(地震)マニュアルに沿った防災訓練を実施して～

県立延岡病院 手術室　谷口　藍

4. 高度救助隊と災害医療チームとのconfined space rescue合同訓練について

県立宮崎病院 災害対策チーム　落合　秀信

一般演題3　14:35～14:56

座長 黒木病院 院長　牧野　剛緒

1. 高齢者における特発性食道破裂の1例

県立宮崎病院 外科　西田　卓弘

2. ワルファリンによる出血合併症を来した当院救急患者における臨床的検討

宮崎善仁会病院 救急総合診療部　宮原　悠三

3. 当院における時間外消化管出血輪番制の症例検討

黒木病院 外科　牧野　剛緒

一般演題4　14:58～15:26

座長 県立延岡病院 救急病棟　横山　幸子

1. 院内メディカルラリーの実践と効果

宮崎善仁会病院 救急外来　黒金真由美

2. 災害発生時における統括DMATの役割と今後の課題
～九州地区緊急援助隊訓練を振り返って～

県立宮崎病院　図師　智美

3. 当院での災害チームの取り組みと今後の課題

宮崎善仁会病院 救急外来　髙橋　良誠

4. 救命救急センターで勤務する看護師の不安軽減への取り組みと課題

県立延岡病院 救急病棟　甲斐　亘

一般演題5　15:28～15:56

座長 県立延岡病院救急センター長　竹智　義臣

1. 非イオン性ヨード造影剤による遅発性ショックを生じた1例

県立宮崎病院 脳神経外科　落合　秀信

2. 救急外来で経験した急性喉頭蓋炎の2症例

県立延岡病院 耳鼻咽喉科(現･産婦人科)　田上　佳世

3. 広範囲脳梗塞を合併した急性Ａ型大動脈解離の1救命例

県立宮崎病院 研修医　平良　彰浩

4. Autopsy imagingの有用性について

県立延岡病院 研修医　山下　享芳

休　　憩　15:56～16:05

総　　会　16:05～16:15

パネルディスカッション　16:20～17:20

座長 宮崎大学医学部地域医療学講座　長田　直人

宮崎県における心肺蘇生後管理の現状

パネラー　1. 県立延岡病院 救急センター　山内弘一郎
2. 宮崎市郡医師会病院 循環器内科　仲間　達也
3. 宮崎大学医学部附属病院 救急部　白尾　英仁
4. 都城市郡医師会病院 循環器内科　名越　秀樹

特別講演　17:30～18:30

座長　宮崎大学医学部地域医療学講座　長田　直人

軽度低体温療法（脳低温療法）の現状と課題

山口県立総合医療センター 院長　前川　剛志

閉会の辞　18:30～18:35

第39回宮崎救急医学会 会長　楠元志都生

一般演題1　13:35～14:03

座長 県立宮崎病院 脳神経外科兼救命救急科 医長　落合　秀信

1-1. 下肢のデグロービング損傷2例の経験

○ 塩沢啓、大安剛裕、津田雅由、川浪和子
宮崎江南病院 形成外科

下肢の高度軟部組織損傷のひとつであるデグロービング損傷は、剝脱された皮膚軟部組織が連続性を保つため損傷の程度が過少評価されがちである。しかし筋膜上で剝脱された組織は、その組織に至る穿通枝(血管)との連続性が断たれているため血流が損なわれており、さらに末梢側を茎とした皮弁になっていることも多く、治療に難渋する損傷の一つである。我々は、交通外傷により下肢のデグロービング損傷を生じた2例を経験した。症例の経過とともに、若干の文献的考察を加え報告する。

1-2. 当院におけるドクターカー出動5年間252件の検討

○ 榮福亮三
メディカルシティ東部病院 外傷救急センター

平成19年4月にそれまで療養型病院であった当院は30床の急性期病床の運用を開始し外傷救急センターという看板をあげ、救急患者の受け入れとドクターカーの運用を開始した。平成19年の要請件数が15件、その後年々増え、平成23年は11月までに101件の要請があり約5年間で252件に達した。当初は都城管内を運用範囲としていたが、平成20年から大隅曽於、霧島市、西諸地区からの要請にも出動した。出動スタッフは医師、看護師、救急コーディネーター、4WDの緊急自動車に最大5名、最小2人で出動した。365日24時間運用を目標としているが、休日時間外の要請は35％であった。休日時間外は医師、救急コーディネーターは自宅で待機し、常に消防無線を聞きながら救助トーンがなると病院へ向かうという体制で対応した。我々のドクターカー運用の目的は早く患者に接触することで防ぎえる死を撲滅することである。現場、救急車内での処置によりABCをより早く安定させ、また患者状態を早く把握することで、病院到着後の治療がスムーズに早く開始でき救命につながったと考える。

1-3. 宮崎大学救急部の「在り方」の検証

○ 金丸勝弘[1)]、白尾英仁[1)]、今井光一[1)]、伊達晴彦[1)]、松田俊太郎[2)]、長田直人[1,2)]
1) 宮崎大学医学部附属病院救急部
2) 同 地域医療学講座

【はじめに】宮崎ドクターヘリ始動とともに期待される当院の役割は、緊急性を有し複数科の診療を要する重症外傷患者への対応であろう。宮崎市消防局の報告でも外傷は病院選定に苦慮する原因の第1位であった。この事実も踏まえ、重症外傷患者への対応を積極的に行うことが当院救急部の『使命』と認識し、現在進行形で活動している。今回、救急部の活動の「在り方」を検証した。

【方法】平成21年度以降で当院ICUに入室した外傷患者数を調査し今年度実績と比較検討した。

【結果】該当患者数は、平成21年度38名、平成22年度43名、今年度73名であった。さらに今年度は、転院搬送を含め県内9消防本部全域からの収容実績があった。

【考察】重症外傷患者への対応は、当院救急部の『使命』だと明確に認識することで、県内全域からの収容実績に至った。現在の「在り方」に満足することなく、各消防各医療機関との連携をすすめ、期待に応える中で役割を全うしたい。

1-4. 多発外傷を伴った重症頭部外傷の臨床的分析と治療における問題点について

○ 落合秀信
県立宮崎病院 脳神経外科・救命救急科

【目的】多発外傷を伴った重症頭部外傷の治療における問題点について検討したので報告する。

【対象と方法】過去5年間に演者個人が入院主治医として治療にあたった頭部外傷症例298例のうち、頭部以外にもAIS 3以上の損傷を伴いISS 16以上であった多発外傷症例58例。内訳は、男性34例、女性14例、年齢は50.8±20.6歳。それら症例において、臨床的特徴、治療予後、治療における問題点について検討した。

【結果】受傷機転としては、交通事故が39例(67.2%)で、転落が19例(32.7%)であった。受傷時飲酒していた症例は13例(22.4%)であった。平均ISSは31.1 ±11.9であった。合併損傷としては、胸部外傷(46.5%)が最も多く、次に骨盤脊椎外傷(32.7%)、四肢外傷(25.8%)、腹部外傷(15.5%)の順であった。出血性ショックを伴っていた症例は11例(18.9%)であった。治療予後としては、GR 41例(70.6%)、MD 5例(8.6%)、SD 3例(5.1%)、Dead 9例(15.5%)でISSと予後とは相関が認められた。一方、出血性ショックを伴っていた症例では、積極的なショック対策にも関わらず、生存は5例(45.4%)であり、死亡例ではショック対策中やショック離脱後に強い頭蓋内圧亢進を生じた症例がほとんどであった。

【結論】多発外傷による出血性ショックを伴う頭部外傷症例では、ショックに伴う多量の輸液や血圧低下による脳虚血の進行、ショック離脱に伴う脳充血などによると思われる頭蓋内圧亢進の進行がみられることがあり、これをどうするかが今後の治療における課題と思われた。

一般演題2　14:05～14:33

座長 宮崎善仁会病院 副院長　廣兼　民徳

2-1. 地震発生時のアクションカード作成～初動体制の見直しを通して～

○ 高橋祐美子、染矢美津紀、矢津田裕子
県立延岡病院 ICU病棟

当病院は県北部の中核病院であり、平成９年に災害拠点病院として指定を受けた。現在院内の防火訓練は年１回行われているが各病棟より２名程度の参加であり、ＩＣＵ内での避難訓練は行われていない状況である。また、院内マニュアルにはＩＣＵ等特殊な環境下での行動レベルのマニュアルがない。そこで、災害発生時の初期評価から二次評価までのアクションカードを作成し、ＩＣＵ内でのスタッフの役割行動を明確にしたいと考え、1)災害対策の現状把握、２)宮崎県災害医療活動マニュアルや院内のマニュアルを参考に、ＩＣＵでの災害発生時の一連の流れを初期評価・一次評価・二次評価に分類しアルゴリズムを作成、3)アルゴリズムに沿って、初期評価から二次評価までのアクションカードを作成したので報告する。

2-2.「社会復帰率の向上に向けて」バイスタンダーCPRの重要性

○ 新名崇伸
延岡市消防本部 消防第1課 救急１係 救急救命士

延岡市でのH22年からH23年7月までの救急事案で、除細動実施症例は24件、その内社会復帰出来た症例が8件となっている。今回の社会復帰症例により、早期除細動の重要性はもとより、バイスタンダーによる有効なCPRの重要性を再認識した。

今回、目撃から除細動まで35分、病院到着まで77分、という時間経過があったにもかかわらず、バイスタンダーCPRによって社会復帰できた症例を報告する。

2-3. 手術室における防災対策(地震)への取り組み
～手術室災害(地震)マニュアルに沿った防災訓練を実施して～

○ 谷口藍、甲斐良子、荒牧ふみ
県立延岡病院 手術室

当病院付近は海抜6mであり、構造躯体は耐震等級1である。耐震等級１とは建築基準法で「極めて稀に発生する地震(震度6強~震度7程度)に対して倒壊・全壊しない程度」と定められている。東日本大震災は、国内観測史上最大のM9.0(最大震度７)に達し、10mを超す超巨大津波に襲われた。地震は予期せぬ状態で起こり、また手術中という特殊な環境のなか、患者の安全を迅速に確保しなければならない。

当手術室には、手術室災害(地震)マニュアルが存在する。しかし、その知識だけで、地震発生時に十分な対応がとれるのか大きな不安を感じていた。マニュアルに沿い地震対策防災訓練を実施し、改善点を明確にすることで今後の防災対策に役立つ結果を得たので、報告する。

2-4. 高度救助隊と災害医療チームとのconfined space rescue合同訓練について

○ 落合秀信[1)]、河野次郎[1)]、沖水利佳[1)]、湯地真世[1)]、柚下香織[1)]、有山朝深[1)]
押川拓矢[1)]、小早川泰彦[1)]、川越理範[2)]、小山英昭[2)]、日高勝義[2)]
1) 県立宮崎病院 災害対策チーム
2) 宮崎北消防署東分署高度救助隊

災害現場において医療チームが実際に瓦礫内に入り医療活動を行う機会は減少してきている。しかしながら挫滅症候群など、医療チームが救助隊と合同で瓦礫内に入り救出にあたらなければならない事例は確実に存在する。その際、救助隊との連携や現場での指揮、通信手段、そして瓦礫内に入る際の安全や装備などがとても重要となってくる。当院災害医療チームでは平成22年12月より不定期で、実際の災害を想定し、高度救助隊と合同でconfined space rescue訓練を行っている。これまで行ってきた訓練を提示し、訓練を通して得られた医療従事者側より見た知見などについて報告する。

一般演題3　14:35～14:56

座長 黒木病院 院長　牧野　剛緒

3-1. 高齢者における特発性食道破裂の1例

○ 西田卓弘、中村豪、鈴木聡一、松永壮人、別府樹一郎、上田祐滋
県立宮崎病院 外科

症例は82歳男性。既往歴は高血圧と心房細動。朝食後に嘔吐を認め、間もなく胸痛が出現したため家族が救急車を要請した。虚血性心疾患を疑われ、循環器関連病院に搬送されたが、心電図、経胸壁心エコー図で虚血性心疾患の所見を認めなかった。大血管精査のための胸部造影CT検査で左胸腔内の液体貯留、縦隔膿瘍・気腫を認め、食道破裂を疑われた。上部消化管造影検査で下部食道左壁から縦隔への造影剤の漏出を認め、特発性食道破裂と診断された。当院に搬送され、症状発症から7時間後に左開胸術、開腹術を行った。横隔膜直上の下部食道左側壁に約5cmの破裂部を認めた。破裂部を縫合閉鎖し、さらに大網で被覆した。左胸腔内に縦隔沿いと横隔膜上にドレーンを留置し、腹部には胃瘻を造設し手術を終了した。術後は、3日間左胸腔内を生理食塩水で持続洗浄した。経過は良好で、術後8日目にICUを退室した。

3-2. ワルファリンによる出血合併症を来した当院救急患者における臨床的検討

○ 宮原悠三[1,2]、牧原真治[1]、長野健彦[1]、廣兼民徳[1]
1)宮崎善仁会病院　救急総合診療部
2)宮崎大学医学部地域医療学講座

今日、ワルファリンによる抗凝固療法は心房細動患者における血栓塞栓症や深部静脈血栓症の予防に広く用いられており、その有効性は確立されていると言ってよい。その一方で、ワルファリン内服中の患者において頭蓋内出血を初めとする出血合併症のリスクが常に懸念される。今回我々は、当科を受診したワルファリンによると考えられる出血合併症を来した症例を通し、ワルファリン使用の有益性と危険性、その適応について検討すべく、若干の文献的考察を加え報告する。

3-3. 当院における時間外消化管出血輪番制の症例検討

○ 牧野剛緒、土持有貴、工藤俊介、力武幹司
黒木病院

2008年10月、県立延岡病院の消化器科医が退職し、時間外の消化管出血の受け入れができなくなった。その為、2009年2月より４病院、県立延岡病院、延岡市医師会病院、共立病院、当院が輪番制で時間外の消化管出血症例を受け入れることになった。その後2011年8月まで２年7カ月間に213例の受け入れがあり、その内当院で経験した73症例を検討した。上部消化管では胃潰瘍13例、マロリーワイス症候群11例、食道静脈瘤出血7例、十二指腸潰瘍５例等であり、下部消化管では結腸憩室炎9例、下部消化管出血６例、虚血性結腸炎4例等であった。年齢は16歳から91歳。平均年齢69.0歳、男女比は39:34であった。症状は吐血25例、血便25例、タール便15例、吐血+タール便5例であった。胃内視鏡的止血法はエタノール局注+トロンビン散布7例、EVL4例、クリップ+トロンビン3例、エタノール局注2例であった。輪番制は患者を断れなく、また、重症の際に直ちに第2次、3次救急の医療機関に搬送することができない。今後、県立延岡病院の消化器科医を確保し、県北で医療が完結できるようにお願いしたい。

一般演題4　14:58～15:26

座長 県立延岡病院 救急病棟　横山　幸子

4-1. 院内メディカルラリーの実践と効果

○ 黒金真由美、岩部仁、四宮陽子、藤崎珠代
宮崎善仁会病院 救急外来

当院は開院当初よりＢＬＳ、ＩＣＬＳの講習会に取り組み実践できるように努めてきた。今回、日頃の取り組みに対しての技術の確認と評価を目的として院内メディカルラリーを実施した。院内メディカルラリーとは医療チームが院内の様々な場所で人形や模擬患者を使ったシミュレーションに挑戦し競い合いながら楽しく実践的に患者急変時や緊急時の対応について学ぶことである。方法として３人１組でチームを作りシナリオを４症例とレントゲン画像と心電図の判断をクイズ形式で出題し採点し競い合った。また前後でアンケート調査を行い取り組みに対しての意識や意欲の変化と効果を抽出し今後への課題を見出すことができたためここに報告する。

4-2. 災害発生時における統括DMATの役割と今後の課題 ～九州地区緊急援助隊訓練を振り返って～

○ 図師智美、清博美、本田美紀、落合秀信
県立宮崎病院

【はじめに】近年、日本国内外において大規模災害の発生が相次いでおり、宮崎県においても新燃岳噴火に伴う地すべりや日向灘沖地震の発生が懸念されている。今回、九州地区緊急援助隊訓練実施に伴い、宮崎県における県庁内本部および現場統括DMATの役割を経験する機会を得た。統括DMATの役割を経験する機会は少ないため、県内DMAT隊員間で情報を共有し、縦と横の関係を強化することが重要である。

【目的】訓練参加を通じて得られた情報を基に、宮崎県庁内本部および受け入れ病院内における統括DMATの役割と今後の課題を明らかにする。

【考察】統括DMATは参集した県内外のDMATの活動を円滑にし、援助を必要とする病院・施設等への派遣を調整することであるが、その他、他部門との連携等について考察を行ったのでここに報告する。

4-3. 当院での災害チームの取り組みと今後の課題

○ 髙橋良誠、黒金真由美、甲斐千裕
宮崎善仁会病院

東日本大震災や県北延岡では竜巻による自然災害で多数の傷病者が発生した。全国的に年間を通して様々な災害や交通事故が多数報道されている。宮崎市でも、いつ港や空港、一般･高速道路での事故や地震･洪水等による自然災害が発生するか分からない。そこで、当院と市民の森病院に勤務する全職員を対象に災害に関するアンケート調査を実施した。その結果を基に、第１回目に災害医療と看護、トリアージの講義と訓練。第2回目にＨＭＩＭＭＳ（大規模災害の医療対応）の講義とゾーニング訓練。第3回目に院内エマルゴの演習を企画、実施したので、その成果をここに報告する。研修参加者は12名。日時は、第1、2回目は平日の勤務終了後17:30～19:00まで、第3回目は土曜日の13:30～17:00まで行った。

4-4. 救命救急センターで勤務する看護師の不安軽減への取り組みと課題

○ 甲斐亘、吉玉久美子、堀口陽子、安田佳美、尾崎徳美
県立延岡病院 救急病棟

当院は県北部の中核病院として二次･三次救急を担っており昼夜を問わず救急患者を受け入れている。救急病棟看護師は救命救急センターと救急病棟を兼務している。そのため、救急病棟に従事する看護師には幅広い分野にわたる看護の知識や技術が要求される。これまで、各転任者に対してエルダーナースを選任し、病棟業務については救急病棟用のチェックリストを基に習熟度を評価してきた。しかし、救命救急センターは教育システムがなく、転任者から業務に従事することに対し様々な不安の声が聞かれた。そのため、現在救急病棟で使用しているチェックリストを見直すと、救命救急センター業務に関する内容が不足していた。そこで、転任者が抱える不安の内容を明らかにして救命救急センター業務を追加したチェックリストを作成した。その結果、不安の軽減と今後の課題を得たので報告する。

一般演題5　15:28～15:56

座長 県立延岡病院救急センター長　竹智　義臣

5-1. 非イオン性ヨード造影剤による遅発性ショックを生じた1例

○ 落合秀信[1,2]、松元文孝[1]、奥隆充[1]
1)県立宮崎病院 脳神経外科
2)救命救急科

症例は66歳女性。右内頚動脈眼動脈分岐部の巨大動脈瘤に対する術前検査のために脳血管造影を施行。検査は右大腿動脈穿刺でballon occlusion試験まで施行。使用した非ヨード系造影剤は約150mlで、検査時間約1.5時間程度で特に問題なく終了した。しかしながら検査終了約1時間後より嘔吐が出現し、検査終了約3時間後には血圧が60mmHg台まで低下した。穿刺部位による後腹膜血腫の発生を疑い腹部CT検査を行うも特に異常を認めなかった。そのため造影剤による遅発性ショックを疑い、ドーパミン並びにステロイドの投与を開始したところ、血圧は120mmHg台まで改善し、翌日にはドーパミンも終了可能であった。非イオン性ヨード造影剤による遅発性ショックは稀であるが、対処が遅れると重篤になる可能性も考えられたために、若干の文献的考察を加え報告する。

5-2. 救急外来で経験した急性喉頭蓋炎の2症例

○ 田上佳世[1]、福留真二[2]、鳥原康治[2]
1) 県立延岡病院 産婦人科・周産期科
2) 耳鼻咽喉科

【緒言】急性喉頭蓋炎は、一般的な上気道症状である咽頭痛、嚥下痛などを主訴に受診するが、急速に進行し、気道閉塞状態から死の転帰となることもある疾患である。今回、救急外来で経験した急性喉頭蓋炎の2症例について報告する。

【症例1】83歳　男性　喉の違和感を主訴に近医耳鼻咽喉科より当院救急外来を紹介受診。喉頭ファイバーを施行し、急性喉頭蓋炎と診断。保存的治療により改善し、入院4日目に軽快退院。

【症例2】69歳　男性　呼吸困難を主訴に当院へ救急搬送。直ちに、急性喉頭蓋炎を疑い喉頭ファイバーが施行され、急性喉頭蓋炎と診断。緊急気管切開の予定とした。しかし、手術室搬入前に呼吸停止となり、救急外来にて輪状甲状間膜切開を施行。その後、定型的中気管切開術を施行した。入院6日目には喉頭蓋の腫脹は消失し気管カニューレ抜去、入院9日目に軽快退院。

【まとめ】救急外来を受診した急性喉頭蓋炎の2症例を経験し、1例は保存的加療で軽快、1例は気管切開を要した。同疾患を疑った場合には速やかな耳鼻咽喉科へのコンサルトが重要である。

5-3. 広範囲脳梗塞を合併した急性A型大動脈解離の1救命例

○ 平良彰浩、向原公介、西田卓弘、林哲也、松本和久、金城玉洋
県立宮崎病院 心臓血管外科

症例は71歳の女性。突然の意識消失(JCS 300)、左片麻痺を主訴に救急搬送された。前医で頭部CTを施行され出血はなく脳梗塞が疑われた。胸部CTでは上行大動脈にentryを認める最大径50mmの急性A型大動脈解離を認めた。心のう液貯留は認めなかったため、脳梗塞に対する薬物治療、血圧コントロールを行った。その後、意識レベル(JCS1)、神経学的所見の改善を認めた。第17病日の頭部CTで脳浮腫所見も改善し、第35病日に超低体温循環停止を用いて上行大動脈置換術を施行した。術後経過は良好であり、術後20日目にリハビリ目的に転院となった。

広範囲脳梗塞を合併した急性A型大動脈解離の1救命例を経験したので、若干の文献的考察を含め報告する。

5-4. Autopsy imagingの有用性について

○ 山下享芳、猪山裕治、竹智義臣
県立延岡病院

【序論】死因の検索として体表検案後に解剖という流れから、体表検案→Ai(Autopsy imaging)→解剖という流れが出現した。現在、解剖率は3%をきっており、死亡時医学検索は不十分な状況である。問題点を含めてAiの有用性について調べた。

【方法】2010年7月22日～2011年7月22日までに救急外来に来院し、最終的に死亡した199人を対象に調査を行った。追跡項目としては年齢、性別、最終診断名とした。

【結果】当院の最終的に死亡した199人の平均年齢は62歳。Aiによる死因では、脳出血29人、大動脈瘤破裂14人、溺水4人、心タンポナーデ4人、外傷性ショック2人、その他3人、原因不明136人、自殺3人。

【考察】当院のAiで死因を特定できた数は62人(31%)であった。Aiで診断できる疾患は脳挫傷、頚椎骨折、血胸、腹水、脳出血、くも膜下出血、心タンポナーデ、大動脈瘤破裂である。Aiのみで死因を特定するのが難しい疾患は、縊頚、虚血性疾患、肺水腫、肺動脈血栓塞栓症、中毒がある。

パネルディスカッション　16:20～17:20

座長 宮崎大学医学部地域医療学講座　長田　直人

宮崎県における心肺蘇生後管理の現状

パネラー　1. 県立延岡病院 救急センター　山内弘一郎

2. 宮崎市郡医師会病院 循環器内科　仲間　達也

3. 宮崎大学医学部附属病院 救急部　白尾　英仁

4. 都城市郡医師会病院 循環器内科　名越　秀樹

特別講演　17:30～18:30

座長　宮崎大学医学部地域医療学講座　長田 直人

演題:「軽度低体温療法(脳低温療法)の現状と課題」

講師:山口県立総合医療センター　院長　前川　剛志

【内容】軽度低体温療法による脳保護は1940年代から検討されてきたが、再び注目されたのは1990年前後にマイアミ大学のグループが動物実験で証明したことによる。2002年に心室細動患者の多施設無作為臨床試験により本治療法の有効性が実証され、心肺蘇生法のI-aレベル(推奨)となっている。本講演では心肺停止、新生児仮死、頭部外傷などの患者に対する軽度低体温療法の現状と課題、具体的な実施方法、合併症対策などについて自験例を含めて述べる。