The 42nd

Miyazaki Association for

Emergency Medicine

第４２回

宮崎救急医学会

プログラム・抄録集

● 日時 ●

平成 25 年 8 月 24 日（土）

13：00～19：00

● 会場 ●

宮崎リハビリテーション学院

● 会長 ●

鶴 田 和 仁

（潤和会記念病院 院長）

第 42 回宮崎救急医学会 事務局

潤和会記念病院

宮崎市大字小松 1119 番地 TEL 0985-47-5555

E-mail qq42@junwakai.com

プログラム

開会の挨拶（13：00　～　13：05）

潤和会記念病院　名誉院長　呉屋朝和

一般演題１：救急搬送・薬剤管理（13：05～13：45）

座長　藤元総合病院　救急看護認定看護師　橋口　梢

１－１．ドクターヘリで出動した複数傷病者の搬送を通しての学び
宮崎大学医学部附属病院　救命救急センター　日吉　麻紀、他

１－２．高速道路上での多数傷病者事故について
都城市消防局　東郷　浩治、他

１－３．判断に迷った高齢者の頭部外傷
宮崎市消防局　西部出張所　三田井　巧

１－４．当院救急搬送された頭蓋内出血患者の服用薬剤比較検討
潤和会記念病院　薬剤部　日髙　大輔、他

１－５．救急における薬剤師の役割
医療法人社団孝尋会　上田脳神経外　薬剤部　井之上　優子、他

一般演題２：精神・リハビリ（13：50～14：22）

座長　宮崎大学医学部附属病院　救急看護認定看護師　井上　昌子

２－１．救急蘇生現場に立ち合った患者家族の悲嘆反応から見えたこと
ー救急におけるグリーフケアの有効性ー
藤元総合メディカルシステム　藤元総合病院　橋口　梢、他

２－２．クリティカルケア領域における意思決定支援
～看護師のコミュニケーションスキルとは～
潤和会記念病院　集中治療室　高橋　瑞枝、他

２－３．救急外来と一般外来から入院したせん妄患者の唾液アミラーゼ値の比較
潤和会記念病院　看護部　押川　汐里、他

２－４．脳卒中急性期リハビリテーションの意義と問題点
医療法人社団孝尋会　上田脳神経外科　リハビリテーション部　諸井　孝光、他

一般演題３：教育（14：25～14：49）

座長　潤和会記念病院　集中治療室　師長　山本　直美

３－１．院内メディカルラリーの効果と課題

宮崎善仁会病院　救急外来　黒金　真由美、他

３－２．外来スタッフの災害に対する意識向上に向けて
　　－アクションカードに着目して－

都城市郡医師会病院　久寿米木　久美子、他

３－３．本市消防局における病院前救急医療の生涯教育の取組みについて

宮崎市消防局　佐藤　光夫

【休憩　14：50　～　15：00】

【総会　15：00　～　15：10】

特別講演（15：10　～　16：10）

司会者　宮崎大学医学部附属病院　救命救急センター　センター長　落合　秀信

「ビッグデータと災害医療」

日本医科大学大学院医学研究科外科系救急医学分野　准教授
日本医科大学付属病院　高度救命救急センター　布施　明

一般演題４：頭部の外傷・救急搬送（16：15～16：55）

座長　潤和会記念病院　麻酔科　医長　成尾　浩明

４－１．非破裂性解離性脳動脈瘤における頭痛の意義
医療法人社団孝尋会　上田脳神経外科　上田　孝、他

４－２．救急隊の重症度判断、鑑別診断の精度について
宮崎大学医学部附属病院　救命救急センター　長野　健彦、他

４－３．６月の県立宮崎病院における救急搬送の検証
宮崎大学医学部　松村　圭祐、他

４－４．ICU 患者の口腔内トラブルに対する歯科医介入の現状
宮崎大学医学部附属病院　歯科口腔外科・矯正歯科　有村　慶一、他

４－５．医師が現場で行う病院選定　Is J turn justified?
宮崎大学医学部附属病院　救命救急センター　安部　智大、他

一般演題５：胸部の救急疾患（16：58～17：46）

座長　宮崎大学医学部附属病院　集中治療部　准教授　谷口　正彦

５－１．モービルＣＣＵにて心嚢ドレナージを行い救命し得た１例
宮崎市郡医師会病院　循環器内科　木村　俊之、他

５－２．胸腔鏡下緊急手術を施行した特発血気胸の３例
宮崎大学医学部附属病院　第二外科　帖佐　英一、他

５－３．気管損傷の２例
都城市郡医師会病院　救急科　榮福　亮三、他

５－４．レジオネラ肺炎の２例
都城市郡医師会病院　救急科　川名　遼、他

５－５．初発症状が一過性意識障害と麻痺で胸背部痛が無かった急性大動脈解離の一例
潤和会記念病院 集中治療部　高江　将史、他

５－６．無痛性大動脈解離の症例検討
宮崎善仁会病院　救急総合診療部　佐々木　良子、他

一般演題6：腹部の救急疾患・整形疾患（17：50～18：46）

座長　宮崎大学医学部附属病院　救命救急センター　副センター長　金丸　勝弘

6－1．当院における腎損傷症例の検討
宮崎大学医学部附属病院　卒後臨床研修センター　村社　瑞穂、他

6－2．下部消化管穿孔による急性汎発性腹膜炎の予後の検討
県立日南病院　外科　川野　綾子、他

6－3．イレウスを来した腸管子宮内膜症の１例
宮崎生協病院　坂口　亮介、他

6－4．摂食障害女性の腹痛症例
医療法人　宏仁会　海老原総合病院　米澤　勤

6－5．切断指再接着後の断端壊死に対する再建の適応
宮崎江南病院　形成外科　石田　裕之、他

6－6．距骨脱臼骨折の治療経験
宮崎大学医学部附属病院 整形外科/救命救急センター　日吉　優、他

6－7．当科における寛骨臼後壁骨折に対する治療経験
宮崎大学医学部附属病院 整形外科/救命救急センター　山口　洋一郎、他

閉会の挨拶（18：50～18：55）

潤和会記念病院　集中治療部・救急部部長　濱川俊朗

一般演題 1	13：05～13：45
救急搬送・薬剤管理	座長　藤元総合病院 救急看護認定看護師　橋口　梢

1－1. ドクターヘリで出動した複数傷病者の搬送を通しての学び

○日吉　麻紀(ひよし　まき)、田中　勉、吉田　亜希子、長﨑　玲子
宮崎大学医学部附属病院　救命救急センター

今回、現場での情報共有の重要性を再確認した複数傷病者の搬送を経験したので報告する。
私達は「交通事故。男性1名を救出中」という要請を受け医師1名、看護師1名で出動した。悪天候のためヘリは現場から約 15 km地点に着陸し、現場移動の車内で傷病者2名の連絡を受けた。2名共ヘリ搬送が必要な重症者と想定し、患者搬送方法を医師と検討した。以下に傷病者2名の対応を示す。
傷病者1名は骨盤骨折を疑い医師1名、看護師2名で本院へヘリ搬送した。もう1名は筋区画症候群疑いであり、救急車で近くの病院に医師1名が同乗し搬送することにしたが、救出後から興奮傾向であったため、看護師は医師に「患者診療録・看護記録」を用いて情報を伝え、パニックを起こすことなく搬送できた。
限られた情報と時間の中で、迅速で安全な処置・搬送を行うには、的確な情報収集と多職種とのコミュニケーション力が必要であり、患者情報の共有に繋げることの重要性を再認識した。

1－2. 高速道路上での多数傷病者事故について

○東郷　浩治(とうごう　ひろはる)[1)]、小牧　尚平[2)]、岩松　智弘[2)]、永田　洋[2)]、榮福　亮三[3)]、名越秀樹[3)]
1)都城市消防局　北消防署、2)同　警防救急課
3)都城市郡医師会病院　救急科

平成 25 年 1 月 29 日午前 6 時 30 分頃、宮崎自動車道上り 40.4 キロポストで車両 3 台による交通事故が発生した。覚知 6 時 36 分、要請内容「高速道路で車両火災」。6 時 41 分消防隊、救助隊、救急隊車両 4 台で出動。6 時 42 分ドクターカー要請。6 時 52 分現着時は車両 2 台が炎上中で、傷病者 4 名(黒 1 名、赤 1 名、黄 1 名、緑 1 名)であった。消火活動、傷病者の観察・処置を行い、8 時 08 分全ての傷病者を医療機関に搬送した。
事故発生が早朝で、現場が高速道路上という特異な場所であり、車両火災、多数傷病者と活動を困難にする条件が多く存在した。今回我々は事故概要、現場活動内容、活動における問題点などを報告する。

1－3. 判断に迷った高齢者の頭部外傷

○三田井　巧(みたい　たくみ)
宮崎市消防局(西部出張所)

私の勤務する西部出張所は、国富町・綾町・旧高岡町・宮崎市の一部を管轄しています。
西部出張所の昨年の救急件数が1230件(消防局全体:14751件)。高齢者の救急搬送率が消防局管内で最も高く、搬送した1066人中64%が65歳以上の高齢者の搬送となっています。
この中で、昨年私が経験した高齢者の頭部外傷について紹介します。
12月午後7時半過ぎ、「70代男性が路上に倒れている」と通行人から救急要請。接触時、酩酊状態ながら受答え可能、外傷:顔面の打撲擦過傷及び鼻出血、本人から「躓いて転倒した、国富町本庄の施設に入所している。」と聞き出せたが、飲酒もしくは認知症のためか、主訴がなく多弁、支離滅裂で問診が困難な状態であった。この状態が、頭部外傷によるものなのか、飲酒によるものなのか、認知症によるものなのかで判断に迷った症例です。

1－4. 当院救急搬送された頭蓋内出血患者の服用薬剤比較検討

○日髙　大輔(ひだか　だいすけ)、髙松　秀和、井上　智恵
潤和会記念病院　薬剤部

頭蓋内出血患者の発症や予後は様々な要素で決まる。特に降圧薬(AH)、抗凝固薬(AC)、抗血小板薬（AP）は重要と考える。救急搬送された患者の服用中のこれら3系統に関して調べ、予後との関係を比較した。
【対象】当院に救急搬送された頭蓋内出血患者：158人（平均年齢：71.7歳、男：87人、女：71人)。期間は2012年1月～12月。
【方法】後向き研究，調査項目：疾患、予後、 AH、AC、APそれぞれの薬剤名。
【結果】外傷性頭蓋内出血：33人、脳内出血：75人、クモ膜下出血：32人、慢性硬膜下血腫：16人、出血性脳梗塞：2人であった。生存：133人（AH+AC+AP：3人、AH+AC：2人、AH+AP：12人、AC+AP：1人、AH単独：36人、AC単独：0人、AP単独：2人、無し：77人）であった。死亡：25人（AH+AC+AP：1人、AH+AC：1人、AH+AP：2人、AC+AP：0人、AH単独：3人、AC単独：2人、AP単独：1人、無し：15人）であった。AHはカルシウム拮抗剤やARBなどであった、ACはワルファリン、APはアスピリン、シロスタゾールなどであった。生存者の40%および死亡者の28%がAHを服用していた。また生存者の5%、死亡者の16%がACを服用していた。そして生存者の14%、死亡者の16%がAPを服用していた。
以上の結果から、これらの薬剤を服用している患者の予後を比較検討する。

1－5. 救急における薬剤師の役割

○井之上　優子(いのうえ　ゆうこ)[1)]、河野　史子[1)]、宮崎　紀彰[2)]、上田　孝[3)]
1)医療法人社団　孝尋会　上田脳神経外科　薬剤部、2)麻酔蘇生科、3)脳神経外科

【はじめに】
救急領域での薬剤師が期待される業務は、患者情報の収集、処方監査、処方支援、薬効や副作用の有無確認、医師や他のコメディカルへの薬剤情報提供、服薬指導、TDMと処方設計、感染管理、栄養管理、急性薬物中毒に関する情報提供や分析、医薬品管理など多岐にわたる。
今回は当院での薬剤師の取り組みを報告することとする。

【当院での取り組み】
1. 持参薬識別
2. 患者やご家族への持参薬関連の確認とアレルギーや副作用歴の確認
3. 検査値確認、薬歴・病歴確認と処方監査
4. 注射のセット
5. 看護師への相互作用、配合変化等の情報提供
6. 各スタッフへの注意事項の周知
7. 救急薬剤の医薬品管理

【今後の課題】
急性期においては、迅速かつ的確な判断、情報提供が必要とされる。薬剤師の職能を生かすべく更なる自己研鑽に努め、積極的に関わっていくことが必要である。

一般演題２	13：50～14：22
精神・リハビリ	座長　宮崎大学医学部附属病院 救急看護認定看護師　井上　昌子

２－１．救急蘇生現場に立ち会った患者家族の悲嘆反応からみえたこと

―救急におけるグリーフケアの有効性―

○橋口　梢(はしぐち　こずえ)、藤本　雪美、福森　千恵子、持田　和江、荒武　昌代、
森下　さゆり
藤元総合メディカルシステム　藤元総合病院

キーワード：悲嘆・グリーフケア・患者家族

救急の現場での終末期ケアにおいて、患者家族は突然の喪失体験から、激しい悲しみや情緒的苦しみといった様々な感情を表す。これらの患者家族の悲嘆作業を援助することは、救急看護の重要な役割である。

今回、当院の救急外来スタッフは、救急外来で心肺停止の状態となり、救急蘇生を要し看取りのケアを行った患者家族と関わった。患者家族のニーズを知るためのコミュニケーションを図り、蘇生現場に立ち会うことを希望した患者家族に対し、リンデマンの悲嘆プロセスを用いた介入を行った。

グリーフケアとして、救急蘇生現場に立ち会うことの有効性を事例検討により明らかにすることができたので報告する。

２－２．クリティカルケア領域における意思決定支援

～看護師のコミュニケーションスキルとは～

○高橋　瑞枝(たかはし　みずえ)、川添　聡子、池田　めぐみ、山本　直美
潤和会記念病院　集中治療室

【患者】60 代、男性
【生活歴】1 年半前より体調不良だったが、病院受診せず引きこもっていた。
【現病歴】意識障害で救急搬送。敗血症で ICU 入室。
【ICU 経過】家族が人工呼吸管理や透析、心肺蘇生を望まなかったため輸液と抗菌薬投与を開始。入室 4 日目に敗血症は軽快したが、腎機能が悪化。家族に持続的血液濾過透析法を再度説明し導入。入室 9 日目に意識が回復すると内服を含む治療を拒否したため、意思決定支援の看護介入を開始した。
【看護介入】治療を拒否する意思を尊重し共感したうえで、医師に確認し内服薬や流動食を一時中止した。検査や治療に対しての不安や恐怖は、患者の過去の体験を傾聴したうえで必要性を説明し家族にも説得を依頼した。
【結果】患者が気持を表出でき、治療を受け入れる事ができた。15 日目に一般病棟へ退室した。
【考察】ICU 入室患者で治療を拒否する場合、患者自身の精神的苦悩を理解し介入する事が重要と考えた。

2－3. 救急外来と一般外来から入院したせん妄患者の唾液アミラーゼ値の比較

○押川　汐里(おしかわ　しおり)、井好　昭博
潤和会記念病院　看護部

【目的】救急外来と一般外来から入院した患者とでは、ストレスが異なると考える。ストレスはせん妄の発症要因の一つである。また、ストレスで唾液アミラーゼ(sAMY)は上昇する。せん妄状態の早期介入のため、入院形態に違いのあるせん妄患者のsAMY の変化を明らかにする。
【対象】せん妄患者 4 名。救急入院 2 名。一般入院 2 名。
【方法】Intensive Care Delirium Screening Checklist(ICDSC)が合計4点以上をせん妄とし、sAMY を 24 時間毎に測定した。ICDSC 合計 3 点以下で終了した。
【結果と考察】せん妄の期間は A:21 日、B:15 日、C:5 日、D:9 日で救急入院の方が長かった。全員がストレスと判断されるsAMY 31KU/L 未満だった。sAMY は救急入院の A は 3~4 日毎に 2~4KU/L、B は毎日 2~4KU/L で変動。一般入院の C と D は 2KU/L で変動はなかった。救急入院は一般入院と比べ緊急性や環境の変化が大きく、せん妄の長期化とsAMY の変動があったと考えた。

2－4. 脳卒中急性期リハビリテーションの意義と問題点

○諸井　孝光(もろい　たかみつ)[1)]、上田　正之[1)]、古澤　光[1)]、河野　美香[1)]、
簑田　亜希子[1)]、渡邊　智恵[1)]、野津手　恵子[1)]、内田　里香[1)]、宮崎　紀彰[2)]、上田　孝[3)]

1)医療法人社団　孝尋会　上田脳神経外科　リハビリテーション部、2)麻酔蘇生科、
3)脳神経外科

【はじめに】
脳卒中急性期における早期リハビリテーション(以下、早期リハ)重要性については、脳卒中治療ガイドラインにおいても報告されている。この早期リハに関わる各種スタッフの果たす役割は非常に大きい。
【目的】
脳卒中ユニットでのリハおよび治療成績についての報告は多い。脳卒中急性期におけるリハビリテーションの重要性を再認し、その問題点と当院における取組みを紹介する。
【当院での取り組み】
当院も急性期医療に携わる病院として開院 6 年目を迎え、スタッフの充実とともに早期リハ実践に取り組んでいる。早期リハの重要性が叫ばれる一方で患者一人ひとりに合わせたテーラーメイド医療も重要とされている。当院では毎朝の回診時、医師に看護師・セラピストが同行し、全身状態やリハの進行度などの情報を共有し、同時にリスク管理を行っている。更に、患者様の個別性を踏まえた独自の基準を設けている。

一般演題３	14：25～14：49
教　　育	座長　潤和会記念病院　集中治療室 師長　山本　直美

３－１．院内メディカルラリーの効果と課題

○黒金　真由美（くろかね　まゆみ）、甲斐　千裕、岩部　仁
宮崎善仁会病院　救急外来

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、競い合いながら患者急変対応について学ぶ研修会として、2011 年から院内メディカルラリーを開催し 3 年目になる。今年は、院外からもチャレンジャーとスタッフを募集し、内容を改善しながら、今後も定期的に継続していく予定である。

今回、院内メディカルラリーの研修効果と今後の課題を把握する目的で、過去 2 回の参加者 10 名に対し、院内メディカルラリーを契機として、実際に急変対応に対する意識や実践力に変化が生じたのかについてアンケートを実施した。記述された内容を分析した結果、研修の効果と今後の課題を見いだすことができたので報告する。

３－２．外来スタッフの災害に対する意識向上にむけて

―アクションカードに着目して―

○久寿米木　久美子（くすめぎ　くみこ）、竹下　由美、中堂薗　明人
都城市郡医師会病院

近年、世界各地で様々な災害が発生しており、我が国でも東日本大震災の記憶が新しい。また近々おこるといわれる「南海トラフ巨大地震」での C 県の死者は 42,000 人と最悪の事態が想定される。A 病院の位置する B 市は、これまでも様々な風水害による被害を経験しており、2011 年には新燃岳の噴火があり降灰による被害に見舞われた。

災害拠点病院である A 病院は 2008 年より災害看護委員会を中心に学習会や訓練等を行っている。また 2010 年にアクションカードを作成したが、実際に使用しての訓練と評価は出来ていない。

今回、アクションカードの作成から数年が経過し、スタッフの災害に対する認識も薄れていることから、スタッフにアクションカードに関する聞き取り調査を行った。その結果、現在のアクションカードでは内容が抽象的であり実際の災害時は使い難いとの意見が多かった。これらのことより、具体的に行動内容を追加した外来独自のアクションカードの見直しを行ったのでここに報告する。

3－3. 本市消防局における病院前救急医療の生涯教育の取組みについて

○佐藤　光夫（さとう　みつお）
宮崎市消防局

私たち救急隊員は、病院前救急医療に必要な医療知識と処置技術をもち、心停止のみならず、高エネルギー事故や内科的救急などの傷病者に対して的確に観察・判断・処置ができることが必要とされています。そのため、日々進歩していく救急医療についての継続的な教育・訓練は不可欠なものです。

特に、救急救命士には、2001 年に総務省消防庁から 2 年間で 128 時間以上の教育が望ましいとの指針が示され、宮崎地区メディカルコントロール協議会の指導のもと再教育プログラムを作成して、病院実習やシミュレーション訓練等を実施するなど研鑽を重ねスキルアップを図っているところです。

今回は、その中から、救急隊と潤和会記念病院との間で行われている症例検討会など、本市消防局の「Off-JT 教育」の取組みについて報告いたします。

【休憩　14：50　～　15：00】

【総会　15：00　～　15：10】

特別講演	15：10～16：10
	司会　宮崎大学医学部附属病院 救命救急ｾﾝﾀｰ　ｾﾝﾀｰ長　落合秀信

ビッグデータと災害医療

布施　明
日本医科大学付属病院　高度救命救急センター

≪ 抄録 ≫

2011 年の東日本大震災では被災地内での情報が被災地外に伝わらず災害医療活動も困難を極めました。我々も発災当日の夜（発災 8 時間後）には仙台まで陸路でいち早く到達したにもかかわらず、被災地の情報がないため当日夜半から活動を開始することができませんでした。その後、日本 DMAT や東京都救護班として急性期から災害医療活動を行っていましたが、その活動は「竹槍戦法」の類いであったと言わざるを得ません。また、東日本大震災に伴う東京電力福島第一原子力発電所事故では、いわき市の医療が崩壊寸前となった時に有志の医師による協力により何とか医療崩壊を免れました。情報がうまく活用されない、共有びされないということは災害医療全体がかかえる課題です。同様の反省は、医療ばかりではなく災害対策に関わる分野全般にあります。

このような状況に対する反省と 3.11 以降のビッグデータに関する長足の進歩により災害におけるビッグデータの活用は今、新しい時代を迎えています。地域ごとの滞留者数の推定、道路復旧状況のリアルタイムでの把握などはすでに運用が可能な状況になってきています。

一方、災害医療においてもビッグデータをうまく活用することができればきわめて有用であるにもかかわらず、災害時にビッグデータを医療面でどのように活用するのかに関しては未だ未整備の状況にあります。東日本大震災での災害医療活動は最前線からの情報がなく、発災直後より被災地域の情報収集をいかに行なうかについては大きな課題となっています。

本課題に対応するため、ビッグデータを利活用し災害時の医療活動に必要な情報を提供できるシステムの構築が始まっています。そのための 3 ステップは以下になります。ステップ1. 項目の抽出（どのようなビッグデータが災害時医療活動に必要なのか？）、ステップ2. データマイニング技術の開発（どのように抽出するのか？）、ステップ3. データの可視化（抽出し、加工されたビッグデータをどのようにディスプレイするのか？）。

現在、SNS に投稿されるテキストは膨大な数にのぼっていますが、災害時にはその中から効果的に災害医療、特に救命にかかわるテキストを抽出することが必要になります。東日本大震災では Tweeter などの SNS による情報共有は一定の効果があったことが知られていますが、この膨大な数のテキストの中から災害医療に必要な情報を抽出することが最も重要な部分になります。報道機関ではすでに災害報道に必要なデータマイニングを内製しているところもあり、その知見を参考にしながら災害医療に必要なデータマイニング手法を開発していく必要があります。抽出されたデータは位置情報などとマッシュアップされてはじめて有用な情報となります。そのシステム構築も喫緊の課題です。

ビッグデータを利活用した情報収集が可能となれば、新たな災害医療のあり方を提示できるようになります。そして、このような手法は地震に加えて集中豪雨などの自然災害、テロリズムなどの人為災害にも応用することが可能です。

災害医療における運用だけではなかなか実装できるものとなりません。このシステムを可能な限り「普段使い」できるシステムとして運用できることが必要です。「普段使い」を考えていくうえで、行政サービスについてネット上で住民が問題をピックアップし、対応できる住民がその問題を解決するという「Government 2.0」の視点を強く意識することが肝要です。

ビッグデータの利活用は多くの分野で今まさに日進月歩の速さで急速に広まってきています。手探りの状況であった（超）急性期～亜急性期の災害医療活動においてもビッグデータの利活用がひとりでも多くの命を救うための効果的な情報収集手段なることが望まれます。

一般演題４	16：15～16：55
頭部の外傷・救急搬送	座長　潤和会記念病院　麻酔科 医長　成尾　浩明

４－１．非破裂性解離性脳動脈瘤における頭痛の意義

○上田　孝(うえだ　たかし)[1)]、宮崎　紀彰[2)]、近藤　隆司[3)]、矢野　英一[3)]、小城　亜樹[3)]、小田　憲紀[3)]、黒木　修平[3)]、黒木　詠治[3)]
1)医療法人社団孝尋会　上田脳神経外科　脳神経外科、2)麻酔科、3)放射線科

(目的)突然の激しい頭頚部痛で発症し、CTでくも膜下出血を認めない場合、診断に苦慮する場合がある。しかし、その痛みの性状、他の随伴する症状などから非破裂性解離性脳動脈瘤と診断することは、必ずしも困難ではない。
(対象と方法)平成19年7月～25年5月までの6年間で当院で経験した非破裂性解離性脳動脈瘤は23例、26血管で、女性10名、男性13名、年齢は38歳から82歳であった。
(結果)罹患血管はICA3例、ACA2例、MCA1例、VA18例、5x-BA2例。頭痛の後にくも膜下出血に至ったのは1例、脳梗塞に至ったのは2例であった。頭痛の性状は拍動性11例、首・肩凝り5例、目の奥の痛み3例、咽頭部痛5例、随伴症状は耳鳴り2例、手足のしびれ8例、嘔気3例、めまい2例、意識消失1例などであった。
(結論)頭痛の診断はCTのみでは難しい場合も多く、特に本症の診断には頭・頚部領域を広く撮影するMRI／MRAが診断上は必須と言える。

４－２．救急隊の重症度判断、鑑別診断の精度について

○長野　健彦(ながの　たけひこ)[1)]、山田　祐輔[1)]、宗像　駿[1)]、安部　智大[1)]、長嶺　育弘[1)]、今井　光一[1)]、山下　真治[1)]、白尾　英仁[1)]、松岡　博史[1)]、金丸　勝弘[1)]、落合　秀信[1)]、廣兼　民徳[2)]、雨田　立憲[3)]、濱畑　貴晃[4)]
1)宮崎大学医学部附属病院　救命救急センター
2)宮崎善仁会病院　救急総合診療部
3)宮崎県立宮崎病院　救急科
4)宮崎市消防局

ICLS,BLS,JPTEC など病院前救護の教育コースが普及し、心肺蘇生法の統一化、外傷診療の標準化によって病院前救護のレベルは上がったといえる。しかし、内科救急の標準化は進んでおらず、救急隊員個人の経験に依存する部分が大きい。現在、宮崎市消防局と宮崎大学救命センターが協力し救急隊を対象とした病院前内科救急救護コースを独自に作成中である。今回、コース開催前の救急隊の重症度判断、鑑別診断の精度を把握するために救急外来に搬送してきた救急隊にその場でアンケートを実施した。アンケートでは、救急隊が判断した重症度、鑑別疾患名、病院前で実施した応急処置について記載してもらった。また、同じ患者について担当医に、医師が判断した重症度、確定疾患名、病院前で必要と思われた応急処置についてアンケートを実施し、救急隊と医師の解答の一致率を解析した。現時点での救急隊の内科救急における重症度判断力、鑑別診断力についてアンケート結果をもとに考察し報告する。

4－3. 6月の県立宮崎病院における救急搬送の検証

○松村　圭祐(まつむら　けいすけ)[1)]、青山　剛士[2)]、雨田　立憲[3)]
1)宮崎大学医学部6年
2)県立宮崎病院　救命救急科

6月にクリニカルクラークシップで県立宮崎病院(以下当院)での臨床実習を行う際、1ヶ月間の当院への救急搬送状況や重症区分を、救急隊観察カードならびに当院カルテから調査集計した。所要時間を調査した項目は、①覚知から医療期間到着、②現場到着から医療期間到着、③現場到着から現場出発(＝現場滞在時間)、④収容から現場出発の4項目である。

①と③に関しては、総務省消防局の報道資料で発表された全国平均と比し、平均よりも短時間であった。しかし重症区分に分けた平均では、重症度合と所要時間の短縮には、あまり相関性は見られなかった。

所要時間の評価においては、救急隊の直接的活動時間以外に、車内収容後の搬送先決定までの時間、つまり医療機関の受入状況が影響する可能性があることに留意しなくてはならない。更なる所要時間短縮のためにも、救急隊と医療機関との連携の質をより一層高めていく必要がある。

4－4. ICU患者の口腔内トラブルに対する歯科医介入の現状

○有村　慶一(ありむら　けいいち)[1)]、谷口　正彦[2)]、須江　宣俊[2)]、長濱　真澄[2)]、
越田　智広[2)]、與那覇　哲[2)]、矢野　武志[2)]、押川　満雄[2)]、恒吉　勇男[2)]、迫田　隅男[1)]
1)宮崎大学医学部附属病院　歯科口腔外科・矯正歯科、2)集中治療部

ICU患者に対する口腔ケアは、VAP(人工呼吸関連肺炎)の予防に効果的であると報告されている。また免疫力の低下した重症患者への口腔ケアは、全身状態の悪化を防ぐ上でも重要である。宮崎大学附属病院ICUでも独自の口腔内観察シートを用いて、看護師、歯科医師、歯科衛生士が協力して口腔ケアを行っているが、その際、様々な口腔内トラブルを発見し、歯科的処置を必要としている。今回は、最近1か月間に経験した、歯科的処置を行った4症例について報告する。①挿管チューブの固定源にミニスクリューを埋入した症例、②挿管チューブ留置による潰瘍形成症例、③口腔カンジダ症を発症した長期ICU入室症例、④交通外傷での歯牙破折・歯牙固定症例。

さらに救急・ICU領域で、今後どのような形での医科・歯科連携が望ましいかを、実際にICUで研修を行った歯科医の立場で考察する。

4－5. 医師が現場で行う病院選定 Is J turn justified?

○安部　智大（あべ　ともひろ）、宗像　駿、山田　祐輔、長嶺　育弘、長野　健彦、
山下　真治、白尾　英仁、今井　光一、松岡　博史、金丸　勝弘、落合　秀信
宮崎大学医学部附属病院　救命救急センター

宮崎県ドクターヘリが就航し、1年が経過した。2013年6月末までに、464件出動した。そのうち、医療介入がされていない現場出動は246件であった。現場ではフライトドクターが患者を診察し、搬送先病院を選定している。現場からの搬送先は宮崎大学附属病院が189件、宮崎大学病院以外が56件であった（不搬送1件）。基地病院以外へ搬送した症例の転帰を調査し、搬送先選択が適切であったかを検討し、報告する。

一般演題５	16：58～17：46
胸部の救急疾患	座長　宮崎大学医学部附属病院 集中治療部　准教授　谷口　正彦

５－１．モービル CCU にて心嚢ドレナージを行い救命し得た１例

○木村 俊之(きむら としゆき)、栗山 根廣、松山 明彦、足利 敬一、小岩屋 宏、
相良 秀一郎、古堅 真、仲間 達也、井上 洋平、福島 裕介、緒方 健二、西野 峻、
柴田 剛徳
宮崎市郡医師会病院　循環器内科

症例は 66 歳女性。意識消失発作、一過性四肢麻痺にて日南市内の病院に救急搬送となった。搬送後に血圧 60mmHg 台のショック状態を呈し、心エコー図検査、胸部造影 CT 検査にて心タンポナーデ合併の急性大動脈解離(Stanford A 型)と診断された。緊急開胸術の適応として当院紹介となり、モービル CCU にて搬送を行った。搬送中の車内にて、心嚢穿刺を行い血性心嚢液およそ 100mL をドレナージし、当院到着後に直ちに上行大動脈置換術を施行した。術後は大きな合併症を認めず、第 45 病日に当科退院となった。

StanfordA 型の急性大動脈解離は発症から 1 時間あたりの死亡率が 1～2%と極めて予後不良の疾患である。心タンポナーデ合併症例に対し、モービル CCU にて搬送中処置を行い、搬送リスクを軽減し救命し得た貴重な症例と考え、報告する。

５－２．胸腔鏡下緊急手術を施行した特発血気胸の３例

○帖佐 英一(ちょうさ えいいち)、富田 雅樹、綾部 貴典、白崎 幸枝、中村 都英
宮崎大学医学部附属病院　循環呼吸・総合外科

特発血気胸に対する緊急胸腔鏡下手術を 3 例経験したので報告する。症例1は 33 歳。男性。胸背部痛を主訴に近医受診。胸部エックス線写真・胸部 CT で右肺の虚脱と胸水貯留を認め、直ちに胸腔ドレナージが施行された。血性胸水の排出を認め、Hb15g/dl から 9.4g/dl まで低下し、当院へ緊急搬送。同日胸腔鏡下に緊急手術を行った。症例2は 41 歳、女性。背部痛にて近医受診。左気胸の診断で、胸腔ドレナージを施行された。血性の排液を 2.5L 認め、緊急血管造影にて止血試みたが止血できず、輸血行いながら当院搬送。同日胸腔鏡下に緊急手術を行った。症例3は 18 歳、男性。右胸痛のため近医受診。右血気胸の診断で、胸腔ドレナージ術を施行された。血性胸水の排出を多量に認め、貧血が進行しショック状態となったためドクターヘリにて当院へ搬送。同日胸腔鏡下に緊急手術を行った。3 例とも肺尖部壁側胸膜に出血部位を確認し電気凝固やクリッピングにて止血を行うことが可能であった。

5－3. 気管損傷の2例

○榮福　亮三(えいふく　りょうぞう)、名越　秀樹
都城市郡医師会病院　救急科

鈍的気管損傷、鋭的気管損傷それぞれ1例を経験したので報告する。

症例1　77歳　男性　軽トラックを運転中に操作を誤りガードレールに衝突し受傷された。救急隊現着時はJCS1であったが搬送途中に意識状態の悪化JCS300、呼吸状態の悪化を認めた。救急外来にて気管挿管施行、全身CTにて気管損傷と診断された。3次病院への転院準備中に状態悪化し死亡された。

症例2　73歳　男性　自宅で木を伐採中に過って自分の頚部を切ったとのことで近医を自力で受診された。創部からエアリークが認められ気管損傷疑いにて当院へ紹介となった。頚部輪状軟骨付近から右外側に約20cmの深い傷を認めたが活動性の出血は認めなかった。創部からのエアリークを認めていたが呼吸状態は安定していた。造影CTにて血管損傷のないことを確認し局所麻酔下に創部からの気管損傷部を確認し気道確保目的に気管チューブを挿入した。約3週間後に気管チューブを抜去、創部は自然閉鎖し軽快退院された。

5－4. レジオネラ肺炎の2例

○川名　遼(かわな　りょう)、名越　秀樹
都城市郡医師会病院　救急科

症例1は80歳女性。平成25年4月1日、肺炎の診断で近医入院。呼吸不全があり4月3日当科紹介。P/Fは120,WBC;17200, CRP;40.4。胸部X線、CTで両肺野に浸潤影及び間質影を認めた。重症肺炎と診断し、人工呼吸管理(気管挿管)、抗生剤(TBT/PIPC+TEIC+IPS)、Sivelestat sodium、Methylpredonisolone、γ-globulin 等を開始した。尿中レジオレラ抗原提出したところ陽性で第5病日より抗生剤をPZFX+ISPに変更した。第10病日に人工呼吸器から離脱し、第35病日には軽快転院となった。

症例2は87歳女性。平成25年4月10日、全身倦怠感を主訴に当院搬送。P/Fは150,WBC;15900,CRP;25.2。胸部X線、CTで両肺野に浸潤影を認めた。問診で症例1と同施設利用がありレジオネラ肺炎を考え人工呼吸管理(NPPV)、抗生剤(PZFX)、Sivelestat sodium、γ-globulin 等を開始した。衛生環境研究所での遺伝子検査ではレジオネラ菌が検出された。第7病日に人工呼吸器から離脱し、第38病日に軽快転院となった。今回、デイケア施設での感染と考えられるレジオレラ肺炎の2例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

5－5. 初発症状が一過性意識障害と麻痺で胸背部痛が無かった急性大動脈解離の一例

○高江　将史(たかえ　まさふみ)、山本　紗子、中村　禎志、成尾　浩明[1)]、濵川　俊朗[1)]
1)潤和会記念病院　麻酔科　集中治療部

[患者]80 代、女性
[既往歴]高血圧
[現病歴]夕方、台所で倒れている患者を家族が発見し救急要請した。救急隊到着時に GCS:13 点で失禁と頚静脈怒張があった。
[来院時所見]BT:35℃、BP:76/48mmHg、SpO2:80%で四肢冷汗と右不全麻痺を認めた。心電図では平低 T 波を認めた。トロポニン T は陰性だった。胸部単純レ線で異常所見はなく頭部 MRI で出血や脳梗塞はなかった。
[経過]ICU 入院後、低血圧が持続するためドパミン投与を開始した。症状が改善したため翌日朝に一般病棟に退室した。昼頃より前胸部痛を訴え 5 時間後に心肺停止となり CPR を行ったが死亡した。心エコーで心タンポナーデがあり胸部 CT で上行大動脈解離を認めた。
[考察]急性大動脈解離の 4%に胸背部の激痛がなく意識障害や麻痺などの症状を示すことがある。意識障害や麻痺があり頭部画像の所見がない場合には、急性大動脈解離も考慮する必要がある。

5－6. 無痛性大動脈解離の症例検討

○佐々木　良子(ささき　りょうこ)、廣兼　民徳、牧原　真治、青木　真悟、佐々木　朗、明利　聡瑠、南　智也、山口　智子
宮崎善仁会病院　救急総合診療部

大動脈解離とは、患者の生命を左右する重篤な疾患であるため、救命のためには早期診断が重要である。初発症状としては胸背部痛が代表的症状であるが、非特異的な症状を呈することも多い。2005 年～2013 年までに当院で急性大動脈解離と診断された 20 症例中、胸痛以外の初発症状で来院した症例を検討し報告する。

症例① 74 歳、女性。失神発作で近医を受診し、頭部 CT・MRI を施行されたが、異常所見なく帰宅となった。同日再び失神発作、腰痛を認め当院救急搬送となった。CT で大動脈解離と判明し、医師会病院に転院搬送となった。

症例② 98 歳、男性。倦怠感、左肩～左腕の痺れ・疼痛の訴えがあり、近医を受診し、頭部 CT・MRI では明らかな異常所見なく帰宅となった。同日、意識消失しCPAにて当院救急搬送となった。CT で心タンポナーデを伴う大動脈解離が判明。心嚢穿刺施行するも、来院から 1 時間後死亡確認となった。以上 2 症例について、反省点を含めて検討し報告する。

一般演題6 腹部の救急疾患・整形疾患	17：50～18：46 座長　宮崎大学医学部附属病院 救命救急ｾﾝﾀｰ　副ｾﾝﾀｰ長　金丸　勝弘

6－1．当院における腎損傷症例の検討

○村社　瑞穂（むらこそ　みずほ）、白尾　英仁、宗像　駿、山田　祐輔、安部　智大、長嶺　育弘、長野　健彦、山下　真治、今井　光一、松岡　博史、金丸　勝弘、落合　秀信
宮崎大学医学部附属病院　救命救急センター

【はじめに】当院へ搬送された腎外傷の診断、治療について検討した。
【対象と方法】2012 年 4 月1日から 2013 年 6 月 30 日までの約1年間に当院で入院治療をした腎外傷患者 9 例を対象とした。それぞれの症例において受傷機転、重症度、治療、転帰について検討した。
【結果】造影 CT による日本外傷学会腎損傷分類 2008 では、Ⅰ型 0 例（0%）、Ⅱ型 1 例（11.1%）、Ⅲ型 8 例（88.9%）であった。受傷原因は、交通外傷が 4 例で最も多く、次いで転落が 3 例、転倒が 2 例であった。全例が保存的治療で治癒可能であった。その内訳は腎盂バルーンカテーテル留置1例、止血剤投与のみが 2 例、TAE7 例であった。
【結語】Ⅲ型の高度損傷であっても、血腫の進行性増大がなくバイタルサインが安定していれば保存的に経過観察できる症例も存在することが確認された。

6－2．下部消化管穿孔症例の術前予後判定因子と術後合併症の検討

○川野　綾子（かわの　あやこ）、宮原　悠三、田代　耕盛、松田　俊太郎、帖佐　英一、市成　秀樹、峯　一彦
県立日南病院　外科

下部消化管穿孔症例は高齢者に発症することが多く、ほとんどの症例で急性汎発性腹膜炎を合併する。患者を救命するためには緊急手術が必要となり、さらに術後は集中治療管理を要し術後管理に難渋する症例が多い。患者予後を予測し、より的確な治療を行うことが重要であるが、予後を予測する因子や起こりうる合併症については明らかになっていない部分も多い。

我々は、当院の 2008 年 1 月より 2013 年 4 月までに緊急手術を施行した下部消化管穿孔 24 例を検討して、患者の予後を規定する因子および術後合併症を考察する。術前予後判定因子として、年齢、術前合併症、穿孔の原因、バイタルサイン、手術までの時間、穿孔部位、エンドトキシン吸着療法の有無などを検討する。また、術後合併症として、術後死亡、術後感染症などを評価し、より効果的な治療法について検討する。

6－3. イレウスを来した腸管子宮内膜症の１例

○坂口　亮介(さかぐち　りょうすけ)[1)]、中島　徹[1)]、高橋　聡[1)]、遠藤　豊[1)]、中島　努[2)]、錦　健宏[3)]
1)宮崎生協病院　内科、2)外科
3)県立宮崎病院　外科

症例は 46 歳、女性。生来健康。検診目的の上部消化管造影検査を受けた後から腹部不快感が出現した。排便は認めたものの腹部症状は改善せず 3 日後に当院を受診した。腹部単純写真で S 状結腸までの大腸拡張とバリウム残存、それより肛門側の同所見途絶を認めた。入院後保存的に経過をみていたが 3 日後も改善していなかったので S 状結腸の閉塞を疑い下部消化管内視鏡検査を施行した。S 状結腸の高度狭窄と周囲粘膜の浮腫、発赤を認めた。腸重積を疑い、緊急手術の適応と判断し、当院では緊急手術を行えないため転医とした。返書によれば、開腹すると回盲部の軽度狭窄と S 状結腸の高度狭窄を認め、段階的に回盲部切除術、S 状結腸切除術を施行した。病変の組織診断はどちらも子宮内膜症であった。腸管の異所性子宮内膜症は比較的稀であり、若干の考察を加えて報告する。

6－4. 摂食障害女性の腹痛症例

○米澤　勤(よねざわ　つとむ)
医療法人宏仁会　海老原総合病院

27 歳女性、帝王切開での出産後 4 か月で、腹痛を主訴に救急搬送される。腹部膨満著名で腹部 CT 腹腔内をほぼ占拠する拡張して巨大な胃と内容物をみとめた。

胃洗浄を試みたが、種々の理由で上手くいかず、入院の上 4 日間の胃ドレナージにより軽快した。

改善後の胃内視鏡では特に通過障害を認めず、元々ベースに摂食障害のある症例で、精神的問題があると思われた。

6－5. 切断指再接着後の断端壊死に対する再建の検討

○石田　裕之(いしだ　ひろゆき)、梅田　基子、弓削　俊彦、大安　剛裕
宮崎江南病院　形成外科

当科では受傷時に圧挫が強いものや切断レベルが指尖部に近いものなど、再接着の適応が少ない症例に対しても、患者の希望があれば再接着術を施行している。
再接着を行った症例に於いて、生着せずに断端部に壊死を認めた場合は壊死部分の切除と再建が必要であるが、切断部位や組織欠損の量などで再建方法は異なってくる。
今回我々は再接着後に断端部の壊死を呈した症例に対して、再建方法の検討を行ったため、これを報告する。

6－6. 距骨脱臼骨折の治療経験

○日吉　優(ひよし　まさる)[1)]、帖佐　悦男[1)]、坂本　武郎[1)]、渡邊　信二[1)]、濱田　浩朗[1)]、関本　朝久[1)]、池尻　洋史[2)]、中村　嘉宏[2)]、船元　太郎[2)]、岡村　龍[1)]、山口　洋一郎[1)]
1)宮崎大学医学部附属病院　整形外科、2)救命救急センター

【はじめに】
距骨骨折は比較的稀な骨折であるが、その治療経過において無腐性壊死や変形性足関節症などの合併症を生じることがある。今回、交通外傷に伴う距骨完全脱臼の 2 例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。
【症例1】
51 歳女性、交通外傷にて受傷。足部変形･腫脹示したが開放創はなかった。X 線にて内果骨折に距骨頸部骨折を伴った完全脱臼を示した。徒手整復行うも整復困難であり、同日観血的脱臼整復ならびに骨接合行った。術後12週から部分荷重開始、術後3年の現在、明らかな骨壊死、変形性関節症示していない。
【症例 2】
30 歳男性、バイク運転中転倒し受傷。X 線にて距骨頸部粉砕骨折を伴った脱臼骨折を示した。徒手整復困難と判断し、同日経内果骨切りを施行した上で脱臼整復ならびに骨接合行った。術後12週から部分荷重開始、無腐性壊死示していないものの、変形性変化示し、鏡視下デブリードメントを必要としたが臨床経過は良好である。
【考察】
距骨骨折は足部骨折の3ー6%と比較的稀であるが、その完全脱臼骨折はきわめて稀である。距骨の解剖学的な血流の特性から無腐骨性壊死の合併症を生じ、治療に難渋することが多い。今回の距骨脱臼骨折は、可及的早期の脱臼整復ならびに骨接合により良好な経過が得られていると推測された。

6－7. 当科における寛骨臼後壁骨折に対する治療経験

○山口　洋一郎(やまぐち　よういちろう)[1)]、帖佐　悦男[1)]、坂本　武郎[1)]、渡邊　信二[1)]、濱田　浩朗[1)]、関本　朝久[1)]、池尻　洋史[2)]、中村　嘉宏[2)]、船元　太郎[2)]、岡村　龍[1)]、日吉　優[1)]
1)宮崎大学医学部附属病院　整形外科、2)救命救急センター

【はじめに】
寛骨臼骨折は高エネルギー、多発外傷に合併することが多いばかりか適切な時期に適切な外科的治療がなされないと非常に予後が悪いとされる。股関節の脱臼骨折は後壁骨折を伴う事が多く寛骨臼骨折のなかでも比較的頻度の高い骨折であり、股関節の不安定性に伴い、股関節脱臼による坐骨神経麻痺、大腿骨頭壊死、変形性股関節症など成績不良因子を示す。今回我々は股関節脱臼骨折に伴う後壁骨折の治療経験について検討したので報告する。
【対象および方法】
対象は 2008 年から 2012 年までに当科で治療した 12 例で男性 6 例、女性 6 例、年齢は 16 歳から 59 歳、平均 45.2 歳であった。経過観察期間は 10ー48 ヶ月平均 23.5 ヶ月であった。
【結果･考察】
Judet&Letournel 分類では単純後壁骨折 9 例、後壁骨折＋後柱骨折 2 例、後壁骨折＋T 型骨折 1 例であり、3 例に骨頭骨折を合併した。後壁骨折に股関節脱臼伴ったものは 8 例、全例同日非観血的に脱臼整復行った。手術は KocherLangenbeck approaches 用い、スプリングプレートもしくは Butress plate 用いた骨接合行った。術後レントゲン評価で anatomical なものは 8 例、変形性変化示す2例を除きおおむね良好であった。成績不良例は骨頭骨折を合併し、骨片摘除を行った2例であり最終的に人工関節に置換した。寛骨臼側の解剖学的整復の獲得のみならず、骨頭整復による股関節全体の Biomechanical な安定性獲得の重要性が示唆された。