

第49回

宮崎救急医学会

プログラム・抄録集

日時:平成29年2月18日(土)13:00~18:30

会場:宮崎大学医学部 講義実習棟2階

会長:落合 秀信

宮崎大学医学部病態解析医学講座

救急・災害医学分野 教授

— 第49回宮崎救急医学会事務局 —

宮崎大学医学部病態解析医学講座

救急・災害医学分野

〒889-1692 宮崎県宮崎市清武町木原 5200

Phone:0985-85-9547,Fax:0985-85-9105

E-mail:qq-saigai@med.miyazaki-u.ac.jp

プログラム

開会の辞(13:00 - 13:05)

第 49 回宮崎救急医学会 会長 落合 秀信

一般演題 1:救急教育・研修 (13:05 - 13:37)

座長 宮崎大学医学部附属病院 看護部 藤浦 まなみ

1-1. A 法人介護職員を対象とした急変時対応の実態調査～効果的な救急対応研修に向けて～

医療法人昭和会 黒瀬病院 昭和苑 井上 昌子

1-2. 急変時シミュレーション演習の取り組み

宮崎大学医学部附属病院 看護部 救命救急センター 田中 勉、他

1-3. 救急ネットワーク宮崎で開催した POT(Paramedic Orbital Training) 研修会について

救急ネットワーク宮崎 事務局 川畑 葵、他

1-4. 内因性重症意識障害に対する病院前気管挿管の効果について

宮崎大学医学部 医療人育成支援センター 長野 健彦、他

一般演題 2:病院前救急診療体制・災害医療 (13:37 - 14:10)

座長 宮崎大学医学部附属病院 救命救急センター 金丸 勝弘

2-1. 常備消防本部と非常備消防町村との意見交換会に参加して

宮崎大学医学部附属病院 看護部 救命救急センター 川添 麻紀、他

2-2. 当科におけるドクターヘリ受け入れの現状と検討

宮崎江南病院 形成外科 高橋 美保子、他

2-3. 2016 熊本地震における救護活動報告

宮崎大学医学部附属病院 看護部 救命救急センター 内窪 百合奈、他

2-4. 『ふるまい！宮崎』における救護活動

宮崎大学医学部附属病院 救命救急センター 中村 仁彦、他

学生・研修医セッション(14:10 - 14:45)

座長 宮崎大学医学部附属病院 救命救急センター 佐々木 朗

1. 全国医学生 CPR 選手権に参加する意義について

宮崎大学医学部 医学科 3年 中村 彩美、他

2. 低学年医学生における救急医療への早期暴露の効果について

宮崎大学医学部 医学科 3年 平山 慎吾、他

3. Tiger Cave Course で救急研修は変わったか？

宮崎大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター 後庵 篤、他

4. 性行為中に発症した脳卒中に関する検討

宮崎大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター 岩佐 一真、他

【休憩 14:45 - 14:55】

【総会 14:55 - 15:05】

パネルディスカッション:

「熊本地震への支援活動を通して見えた宮崎県の災害医療に関する課題を検証する」

(15:05 - 16:15)

座長 宮崎大学医学部附属病院 救命救急センター 長嶺 育弘
特別アドバイザー 東北大学病院 総合地域医療教育支援部 教授 石井 正

パネラー

1. 行政の立場より 宮崎県庁福祉保健部 医療薬務課 徳地 清孝
2. DMAT の立場より 都城市郡医師会病院 救急科 白尾 英仁
3. JMAT の立場より 宮崎善仁会病院 救急総合診療部 廣兼 民徳
4. JRAT の立場より 宮崎市立田野病院 リハビリテーション科 黒木 洋美
5. DPAT の立場より 宮崎大学医学部臨床神経学講座 精神医学分野 三好 良英
6. 薬剤師の立場より 宮崎県薬剤師会 災害対策・流通委員会 落合 晋介

特別講演(16:15 - 17:15)

座長 宮崎大学医学部附属病院 救命救急センター 長嶺 育弘

「東日本大震災時における災害対応経験とその後の取り組み

Medical response to the Great East Japan Earthquake and our efforts to prepare for future disasters」

東北大学病院 総合地域医療教育支援部 教授 石井 正

【休憩 17:15 - 17:25】

一般演題 3: 院内救急体制・外傷治療戦略(17:25 - 18:00)

座長 都城市郡医師会病院 救急科 名越 秀樹

3-1. 脳神経外科救急医院における病棟医療事務の役割

医療法人社団 孝尋会 上田脳神経外科 医事課 田村 朋美、他

3-2. 意識障害プロトコール、上田脳神経外科方式について 外来看護師の役割

医療法人社団孝尋会 上田脳神経外科 外来看護部 後藤 知絵美、他

3-3. 多発外傷におけるチーム医療への取り組み～救命から機能温存のために～

宮崎大学医学部附属病院 整形外科 日吉 優、他

3-4. 外傷に伴う四肢長管骨広範囲骨欠損に対する治療戦略

宮崎大学医学部附属病院 整形外科 川越 秀一、他

一般演題 4: 中枢神経(18:00 - 18:25)

座長 宮崎善仁会病院 救急総合診療部 牧原 真治

4-1. 急性期脳血管疾患患者に認知神経リハビリテーションを行った症例のうつ・情動変化について

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 河野 美香、他

4-2. 脳出血後の慢性期に移行した患者に対する NICD プログラムの効果について

医療法人社団 孝尋会 上田脳神経外科 看護部 大塚 清美、他

4-3. B-PAS(Basi-parallel anatomical scanning)を用いた解離性脳動脈瘤の診断について

医療法人社団 孝尋会 上田脳神経外科 放射線部 平田 大悟、他

4-4. 特発性脳血管攣縮症候群の頭痛

医療法人社団 孝尋会 上田脳神経外科 脳神経外科 上田 孝、他

閉会の辞 (18:25 -18:30)

第49回宮崎救急医学会 会長 落合 秀信

一般演題 1: 救急教育・研修 (13:05 - 13:37)

座長 宮崎大学医学部附属病院 看護部 藤浦 まなみ

1-1. A 法人介護職員を対象とした急変時対応の実態調査 ～効果的な救急対応研修に向けて～

○井上 昌子(いのうえ しょうこ)

医療法人昭和会 黒瀬病院 昭和苑

【目的】A 法人介護職員の急変対応研修のニーズを把握し、効果的な救急対応研修を企画・実施する。

【方法】A 法人に勤務する介護職員 24 名を対象に質問紙による調査

【結果】急変対応経験のある職員は8名で、「意識消失」9例、「心肺停止」3例、行動は、「応援を呼んだ」8名、「意識の確認をした」7名、自己評価は「どちらかといえば出来なかった」6名、「どちらかといえば出来た」3名であった。学びたい事は、「反応の確認」15 人、「気道内異物除去」14 名、「連絡・報告」14 名、「気道確保」13 名であった。

【考察】急変時の対応が適切であったと感じている職員は少なかった。急変対応経験が少く急変対応の知識や技術が十分でない事が要因と考える。効果的な救急対応研修を行うには、一次救命処置を含めた総合的な研修が必要である。

1-2. 急変時シミュレーション演習の取り組み

○田中 勉(たなか つとむ)、吉田 亜希子、中山 雄貴、藤浦 まなみ

宮崎大学医学部附属病院 看護部 救命救急センター

当救命救急センターは、救急・集中治療領域の経験年数が3年未満の看護師が 82%を占めている。そこで、看護師の救急看護に対するスキルアップを目的としたシミュレーション演習を企画・実施した。演習の対象は、フライトナースおよび副看護師長、指導者を除く看護師 32 名。シミュレーション事例は、「胸痛発作で来院し、心停止に至る事例と人工呼吸器装着患者の事例」とした。演習は、当院の卒後臨床研修センターの高機能シミュレーターを使用し、約 1 時間 4～7 名ずつ全員が受講するまで同じ内容で 12 回開催した。受講者は、クリニカルラダーに基づき、あらかじめ、知識を習得し、他者評価を受けた上で演習に参加するようにした。

結果、受講した看護師からは、「急変する前の兆候を見抜けるようになった」「急変時の看護師の役割が理解できた」などの意見が得られた。

シミュレーション演習を行ったことで、実際に急変を予測して行動できたり、呼吸器のトラブル対応が以前より早くなっており、看護師のスキルアップにつながっている。

1-3. 救急ネットワーク宮崎で開催した POT(Paramedic Orbital Training) 研修会について

○川畑 葵(かわばたあおい)、土屋 秀太、野邊 将馬、松野 隆一郎、亀川 晃、桜田 紘也、福元 優輝、東郷 浩治、荒川 誠、山口 徹

救急ネットワーク宮崎 事務局

救急ネットワーク宮崎(会員数205名)は、宮崎県内の救急隊員で組織された任意の団体で、定期的に研修会などを行っている。今回、一般財団法人救急振興財団 救急救命東京研修所へ依頼し平成28年10月14日(土) 宮崎県消防学校において救急救命東京研修所の教授(医師)と教官(救急救命士)が来県し、POT(Paramedic Orbital Training)研修を開催した。多種多様化する救急業務の中で、救急救命士の知識・技術の向上を目的とした教育の必要性を感じたため、ここに報告する。

1-4. 内因性重症意識障害に対する病院前気管挿管の効果について

○長野 健彦(ながの たけひこ)¹⁾、中村 仁彦²⁾、佐々木 朗²⁾、宮崎 香織²⁾、安部 智大²⁾、西元 裕二²⁾、長嶺 育弘²⁾、森定 淳²⁾、今井 光一²⁾、遠藤 穰治²⁾、松岡 博史²⁾、金丸 勝弘²⁾、落合 秀信²⁾

宮崎大学医学部 1)医療人育成支援センター 2)附属病院 救命救急センター

【背景】内因性疾患による意識障害に対する気管挿管の適応は明確ではなく、特に病院前気管挿管の効果については明らかにされていない。今回、ドクターヘリで診療を行った内因性疾患による重症意識障害患者において、病院前気管挿管の効果について検討した。

【方法】対象は2012年4月～2016年11月にドクターヘリによる診療を行った内因性重症意識障害(GCS \leq 8)患者とした。主要評価項目は退院時のmodified Rankin Scale(以下 mRS)、副次評価項目は退院時 GCS、入院3日以内の誤嚥性肺炎の発生率、人工呼吸器管理期間とし、後方視的に調査した。

【結果】対象患者は33例であった。病院前気管挿管群は26例、病院前非気管挿管群は7例であった。2群間の退院時 mRS、退院時 GCS、誤嚥性肺炎の発生率、人工呼吸器管理期間に有意差はなかった。

【結語】内因性疾患による重症意識障害に対する病院前気管挿管は、気管挿管をしない群と比べて神経学的予後、誤嚥性肺炎の発生率、人工呼吸器管理期間の改善に寄与していなかった。

一般演題 2: 病院前救急診療体制・災害医療 (13:37 - 14:10)

座長 宮崎大学医学部附属病院 救命救急センター 金丸 勝弘

2-1. 常備消防本部と非常備消防町村との意見交換会に参加して

○川添 麻紀(かわぞえ まき)¹⁾、藤浦 まなみ¹⁾、吉田 亜希子¹⁾、杉富 寛之¹⁾、川越 咲希¹⁾、長嶺 育弘²⁾、落合 秀信²⁾

宮崎大学医学部附属病院 1)看護部 救命救急センター 2)救命救急センター

ドクターヘリ・防災ヘリ活動の救急活動や災害発生時の協力体制を推進するために、当センターの医師・看護師は、防災救急航空隊と共に常備消防本部(以下、常備)・非常備消防町村(以下、非常備)と意見交換会(以下、会)を行っている。平成 28 年度 11ヶ所(常備 7ヶ所、非常備 4ヶ所)の会に、フライトナース 3名、ドクターカーナース 5名を含む 10名の看護師が参加した。

常備及び非常備共に特性があり、地域ごとに工夫しヘリを活用していた。非常備の救急業務は役場職員が担っており、違いはさらに顕著であった。全国で初めて民間に委託している美郷町では、救命士が標準的な業務を行っていた。諸塚村では村独自の要請基準を作成し効率的な運用を試みていた。

県内の救急業務は地域毎に違いがあることを実感した。県全域をカバーしている病院前診療に携わる看護師は、県内の救急業務の違いを把握し地域に合わせ、事案毎に対応を行なう必要があると考える。

2-2. 当科におけるドクターヘリ受け入れの現状と検討

○高橋 美保子(たかはしみほこ)、伊藤 綾美、小山田 基子、土居 華子、大安 剛裕

宮崎江南病院 形成外科

2012年1月から2016年12月までの5年間における当科でのドクターヘリの受け入れ件数は計24例(男性21例、女性3例、このうち男性1名が異なる外傷にて2回搬送されている)、年齢は2~80歳(平均44.87歳)であった。受傷内容は、上肢外傷23例(手指挫創1例、手指開放骨折4例、手指完全切断13例、手掌挫減創2例、前腕挫創1例、上腕切断2例)、下肢外傷(足趾切断1例)であった。手外科認定施設である当院では、仕事上の男性の上肢外傷の件数が多かった。入院期間は0~119日間(平均58.7日)と、重症症例が多く長期リハビリの必要性があり入院が長期化する一方で入院が要らない症例も見られた。搬送元は、宮崎県内22例(五ヶ瀬3例、延岡5例、日向3例、美郷1例、西都1例、宮崎市1例、小林2例、都城1例、日南2例、串間2例、)、鹿児島県内2例(牧園1例、指宿1例)と広範囲に渡った。これらについて課題および対応策などの検討を行ったため報告する。

2-3. 2016 熊本地震における救護活動報告

○内窪 百合奈(うちくぼ ゆりな)、田中 勉、藤浦 まなみ

宮崎大学医学部附属病院 看護部 救命救急センター

平成 28 年 4 月熊本県で震度 6 弱の地震が発生した。今回、日本赤十字宮崎県支部との合同チームとして、発災後 23 日目の 5 月 7 日から 5 月 9 日まで、広安西小学校、広安小学校、益城中央小学校、エミナーズの 4 箇所の救護所で活動を行ったので報告する。

被災地は、急性期を脱し亜急性期の段階となり、ライフラインの復旧に伴ない近隣病院が診療を再開していた。救護所や避難所・巡回診療は縮小・閉鎖される時期であり、実際にチームで救護所を巡回したところ、感冒症状を自覚する被災者が多く、感染予防などの保健指導を主に行うこととなった。また、高齢者や車中泊で過ごす被災者が多く、DVT 予防のための体操や生活指導を行った。余震が続く生活の中、様々なストレスを抱えている被災者に対しては、思いを傾聴し寄り添いながら不安の軽減に努めていった。

今回の救護活動を通して、身体的なケアに加え、心のケアを行うことが看護師の重要な役割であることを学んだ。

2-4. 『ふるまい！宮崎』における救護活動

○中村 仁彦(なかむら まさひこ)¹⁾、西元 裕二¹⁾、吉田 亜希子²⁾、長嶺 育弘¹⁾、松岡 博史¹⁾、落合 秀信¹⁾

宮崎大学医学部附属病院 1)救命救急センター 2)看護部 救命救急センター

【はじめに】炎天下でのイベントにて多数の熱中症患者が発生し、救護班として現場で活動する機会を得たため報告を行う。

【活動内容】平成 28 年 7 月 17 日、大淀川河川敷での食フェスにて熱中症患者が多数発生したとのことで、消防より情報提供を受けた。消防と協議の上で当院より医師 2 名・看護師 1 名を救護班として現場に派遣を行った。救護班到着時には既に現場指揮所が立ちあがっており、30 名程度の傷病者が救急隊にてトリアージされていた。重症に関しては救護所内のベッドに、軽症は冷房をかけたバスにて休ませている状態であった。イベント責任者と協議し、さらなる混乱を防ぐため、ステージイベントの中断を提案し了承を得た。最終的に現場では 44 名を診察し、6 名を医療機関に救急車にて搬送を行った。

【考察・結果】炎天下でのイベントにも関わらず医療救護班の準備が不十分な状態であった。現場での医療介入に加え医師が現場に行ったことでリスクを適切に判断し、イベントを中断させることでさらなる混乱を未然に防ぐことが可能であったと考える。

学生・研修医セッション(14:10 - 14:45)

座長 宮崎大学医学部附属病院 救命救急センター 佐々木 朗

1. 全国医学生 CPR 選手権に参加する意義について

○中村 彩美(なかむら あやみ)¹⁾、長野 健彦²⁾、中村 仁彦³⁾、佐々木 朗³⁾、宮崎 香織³⁾、安部 智大³⁾、西元 裕二³⁾、長嶺 育弘³⁾、森定 淳³⁾、今井 光一³⁾、遠藤 穰治³⁾、松岡 博史³⁾、金丸 勝弘³⁾、落合 秀信³⁾

宮崎大学医学部 1)医学科3年 2)医療人育成支援センター 3)附属病院 救命救急センター

2015年度より日本救急医学会主催の全国医学生 CPR 選手権が開催されている。本選手権は医学生全学年を対象とした1チーム6人による競技会であり、予選ブロックを勝ち抜いたチームにより決勝大会を行う。競技内容は成人の心肺停止に対するBLSを基本とし、BVM、ポケットマスク、フェイスシールドを用いた3種類のCPRにより点数を競うものである。当学医学生も初年度より参加しており、2016年度には決勝進出も達成した。

本選手権の目的は医学生に救急医療に興味を持ってもらい、また医学生間の交流を深めるものである。今回、本選手権に参加した12人を対象にアンケートを行い、選手権に参加して救急医学への興味に変化があらわれたかについて報告する。

2. 低学年医学生における救急医療への早期暴露の効果について

○平山 慎吾(ひらやま しんご)¹⁾、長野 健彦²⁾、中村 仁彦³⁾、佐々木 朗³⁾、宮崎 香織³⁾、安部 智大³⁾、西元 裕二³⁾、長嶺 育弘³⁾、森定 淳³⁾、今井 光一³⁾、遠藤 穰治³⁾、松岡 博史³⁾、金丸 勝弘³⁾、落合 秀信³⁾

宮崎大学医学部 1)医学科3年 2)医療人育成支援センター 3)附属病院 救命救急センター

日本の医学部教育の1学年、2学年のカリキュラムは基礎科目講義や基礎医学講義から成り立ち臨床現場に触れる機会は少なく、医学生の動機を維持するのが難しいとされている。宮崎大学医学部では1学年時に医師、看護師、その他のコメディカルの仕事を見学、体験する早期体験実習を行っているが、年に1度であり、継続的な暴露は行われていない。

当院救命救急センターでは、2015年度より低学年の医学生が中心となり、希望者による救命救急センター見学実習を行ってきた。病棟内や外来診療の見学を中心とした実習であるが、これまで29人の見学受け入れを行い、低学年の医学生の動機付けに役立っていると考えられる。また、熊本地震時には宮崎大学SCUで医学生がボランティアとして働くなど志の高い医学生を育成するきっかけにもなっている。今回、救命センター見学実習を行った医学生を対象としたアンケートを行い、継続した早期暴露の効果について検討したため報告する。

3. Tiger Cave Course で救急研修は変わったか？

○後庵 篤(ごあん あつし)¹⁾、島津 志帆子¹⁾、長野 健彦²⁾、中島 孝治¹⁾²⁾、小松 弘幸¹⁾²⁾、落合 秀信³⁾

宮崎大学医学部 1)附属病院 卒後臨床研修センター 2) 医療人育成支援センター
3)附属病院 救命救急センター

宮崎大学医学部附属病院臨床研修プログラムでは、2016 年度より、大学病院を中心にある程度の重症度を有する急性期疾患全般への初期対応と全身疾患管理を濃密に研修する目的で設計された「Tiger Cave Course(以下、TCC)」という研修コースを新設し初年度より2名の研修医がTCCで研修を開始している。TCCの理念を実現するため、1年次救急研修期間が3ヶ月から4ヶ月に延長され、通年の救急外来当直研修を行っている。また、ACLSやJPTECなど救急医療に関わる教育コースの受講料は大学病院が負担し、TCC研修医が積極的に多くのコースを受講できるように配慮している。

これらの TCC の救急研修プログラムの変更により、実際の救急医療の経験がどのように変化したかを調べるため、担当した重症患者数、対応した救急車台数、救急外来当直回数、受講した教育コース数について調査し、TCC研修医と他の自主デザイン研修プログラムの研修医とで比較したため報告する。

4. 性行為中に発症した脳卒中に関する検討

○岩佐 一真(いわさ かずま)¹⁾、安部 智大²⁾、長野 健彦³⁾、落合 秀信²⁾

宮崎大学医学部 1)附属病院 卒後臨床研修センター 2)附属病院 救命救急センター
3)医療人育成支援センター

【はじめに】出血性脳卒中は、血圧の急激な上昇が発症の契機となる。性行為中は血圧が上昇すると言われており、性行為中は出血性脳卒中の契機となると考えられる。性行為中に発症した脳卒中について調査した。

【対象と方法】対象は平成24年4月から平成28年7月末までに、性行為中に発症したと考えられる急性疾患の症例のうち、当院に搬送された、あるいは、当院ドクターヘリおよびドクターカーにて病院前診療を行った症例とした。調査項目としては、年齢、性別、発生状況、発症から救急要請までの時間、病院前での意識レベル、診断とした。

【結果】対象症例は3例。平均年齢は61.6歳、男性2名、女性1名であった。発生場所は全例がホテルで発症しており、全て婚姻外の相手との性行為中の発症であった。発症から救急要請までは平均6分40秒であった。救急隊接触時の意識レベルはGCSで6点が2例、3点が1例であった。脳血管障害の内訳としては脳出血2例、くも膜下出血1例であった。

【考察】過去の動物実験などの報告では性行為は血圧が上昇することが報告されており、脳卒中のリスクがある成人においては注意が必要となる。さらには、男性、婚姻外の相手といった因子は予後不良な脳血管障害のリスクとされている。今回の我々の症例においても同様の結果であった。

【結語】性行為中に脳卒中が発症したと疑われる症例では、重症例を考えた病院前活動が必要である。

パネルディスカッション:

「熊本地震への支援活動を通して見えた宮崎県の災害医療に関する課題を検証する」

(15:05 - 16:15)

座長 宮崎大学医学部附属病院 救命救急センター 長嶺 育弘
特別アドバイザー 東北大学病院 総合地域医療教育支援部 教授 石井 正

パネラー

1. 行政の立場より 宮崎県庁福祉保健部 医療薬務課 徳地 清孝
2. DMAT の立場より 都城市郡医師会病院 救急科 白尾 英仁
3. JMAT の立場より 宮崎善仁会病院 救急総合診療部 廣兼 民徳
4. JRAT の立場より 宮崎市立田野病院 リハビリテーション科 黒木 洋美
5. DPAT の立場より 宮崎大学医学部臨床神経学講座 精神医学分野 三好 良英
6. 薬剤師の立場より 宮崎県薬剤師会 災害対策・流通委員会 落合 晋介

平成28年4月14日・16日に発生した熊本地震に対して、宮崎県内からも多くの医療関係者が支援を行った。

Disaster Medical Assistant Team (DMAT)をはじめ、大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会 (JRAT)、日本医師会災害医療チーム (JMAT)、日赤救護班、全国知事会などの多数の救護班チーム、災害派遣精神医療チーム (DPAT)、宮崎県薬剤師会など多数の組織が、その専門性を活かしつつ支援を試みた。

自らが所属する組織での活動の成果を感じる一方で、他組織が、どのような活動を行い、どのような成果につながっているのかは不透明な部分がある。

また、今回の熊本地震に対しての活動から、各組織の課題・改善点も浮き彫りになっていると思われる。

宮崎県は、南海トラフ大地震にて4万人近くの犠牲者が想定されている。今回の熊本震災への活動を振り返り、組織毎の課題を検証し、全ての組織間で共有することは、宮崎県の災害医療全体の質を向上させ、南海トラフ大地震発生時の減災につながるのではないかと考えている。

各組織代表のパネリストに加え、会場の皆様の活発なディスカッションを期待している。

一般演題 3: 院内救急体制・外傷治療戦略(17:25 - 18:00)

座長 都城市郡医師会病院 救急科 名越 秀樹

3-1. 脳神経外科救急医院における病棟医療事務の役割

○田村 朋美(たむら ともみ)¹⁾、森山 桂美¹⁾、小森 良美¹⁾、青木 由光代¹⁾、河野 史子¹⁾、政木 祐美¹⁾、井上 貴絵¹⁾、野川 智絵¹⁾、稲嶺 泰代¹⁾、児玉 裕子¹⁾、福嶋 美景¹⁾、大岩根 麻紀¹⁾、福島 真由美¹⁾、宮崎 紀彰²⁾、上田 孝³⁾

医療法人社団 孝尋会 上田脳神経外科 1) 医事課 2) 麻酔蘇生科 3) 脳神経外科

当院の平成27年度入院患者数は、595名で、内84%の方が救急車搬送を含む緊急入院となっています。平均在院日数も12日と短いため、入院入力担当は迅速な会計処理と診療報酬請求に対する高度な知識が必要とされています。

患者様・保険者に正しく医療費を請求するために、各種伝票と指示・記録の照合を徹底して行っています。

そして、何よりも各部署との連携を強めることが、緊急入院・退院時の患者様に正確でスムーズな会計が行えることにつながっています。

私達が日々行っていることを御報告させていただきます。

3-2. 意識障害プロトコール、上田脳神経外科方式について 外来看護師の役割

○後藤 知絵美(ごとう ちえみ)¹⁾、田中 浩行¹⁾、八谷 雅美¹⁾、丸山 由芳¹⁾、佐伯 京子¹⁾、村上 陽子¹⁾、川崎 弥生¹⁾、古小路 有希¹⁾、時吉 渚¹⁾、落合 知美¹⁾、上田 孝²⁾、宮崎 紀彰³⁾

医療法人社団孝尋会 上田脳神経外科 1) 外来看護部 2) 脳神経外科 3) 麻酔蘇生科

【はじめに】当院は開院して9年を迎えた脳神経外科専門医院で、平成27年度年間外来患者総数30,204名、外来初診患者数5,768名、救急搬送患者数549件、入院患者数595名であった。外来専属看護師は9名で、それぞれ業務分担し、通常外来診療や救急対応に従事している。救急搬入されてくる患者の中には意識障害を伴う患者も多く、救急隊からの詳細な情報や家族から日頃の生活情報が大切になる。従来は救急患者の意識障害の程度を評価する指標としてJCSを使用しているが、JCSだけでは患者の十分な評価ができない事が多くみられる。今回、当院独自の意識障害プロトコール・上田脳外科方式を取り入れ、実施したので報告する。

【方法】救急搬入されてくる患者に対し、救急担当看護師が意識障害プロトコール・上田脳外科方式(宮崎地区メディカルコントロール協議会作成の意識障害プロトコール改編)を参考に評価する。本プロトコールの特徴は呼吸・循環・血糖・代謝異常などの全身状態の把握をフローチャート方式で展開することにある。

【結果・結論】宮崎地区メディカルコントロール協議会作成のプロトコールを参考に当院独自の意識障害プロトコールを作成し、その応用を試みた。フローチャートに沿って評価する中で、問題点を抽出して改良を加えた。救急搬入された患者の病態に応じて迅速かつ的確に診察・検査・治療が進み、患者様や家族への説明も含めて同時並行的に実施される。その中心は救急担当・調整担当看護師が担っている。

3-3. 多発外傷におけるチーム医療への取り組み～救命から機能温存のために～

○日吉 優(ひよし まさる)¹⁾、帖佐 悦男¹⁾、中村 嘉宏¹⁾、七島 篤志²⁾、河野 文彰²⁾、落合 秀信³⁾、金丸 勝弘³⁾、恒吉 勇男⁴⁾

宮崎大学医学部附属病院 1)整形外科 2)外科 3)救命救急センター 4)麻酔科

救命救急センターが設立後、当院に運ばれる重症多発外傷患者は増加し、その病態・受傷部位は複雑であり、単一科での対応は困難である。各損傷部位に対する適切な治療と共に、呼吸・循環・集中治療室での集中治療管理を含めた全身管理が重要となり、複数科にわたる治療が必須となる。複数科が共通認識の基に有機的にチームとして機能すればその治療効果が高まるものと思われる。

通常、一般的には救命センターに搬送された患者は救急医が接触し、その損傷部位により各科を要請するという形がとられているが救急、各科がどのような考えでどのような方針で治療にあたっているのかを話し合える場がなかった。そこで今年度より各科が何を考えどういう治療方針で治療にあたっているのかを話し合える場として外傷カンファレンスを開催している。今回、複数科にわたる多発外傷例を提示すると共に当院での外傷治療向上のための取り組みを報告する。

(医師の少ない地方の病院では救命センターに複数科の専属医を集簇させることは難しいが救急医を筆頭に各科との連携・共通認識の共有を図り診療・治療レベルを向上させることが重要である。)

3-4. 外傷に伴う四肢長管骨広範囲骨欠損に対する治療戦略

○川越 秀一(かわごえ しゅういち)¹⁾、帖佐 悦男¹⁾、池尻 洋史¹⁾、中村 嘉宏¹⁾、日吉 優¹⁾、川野 啓介¹⁾、三股 奈津子¹⁾、落合 秀信²⁾

宮崎大学医学部附属病院 1)整形外科 2)救命救急センター

四肢外傷や開放骨折後の骨髓炎に伴い、しばしば四肢長管骨の広範囲の骨欠損を生じる症例に遭遇することがある。骨欠損に伴い四肢の短縮、変形を生じ、四肢の機能低下を生じるため、機能再建のためには骨欠損部位の再建が必要となる。しかし、その再建には困難を極めることが多い。

以前から Bone Transport による仮骨延長法や遊離血管柄付き骨移植術などが行われてきたが、近年 Masquelet が報告した、Induced membrane を用いた Masquelet 法の有用性が多数報告されている。

今回、外傷に伴う大腿骨開放骨折後の広範囲骨欠損、ならびに脛骨開放骨折後の骨髓炎による広範囲骨欠損に対して Masquelet 法を用いて治療を行った症例を経験したため、骨欠損に対する再建法を紹介すると共に、近年我々が行っている再建法を報告する。

3-3. 多発外傷におけるチーム医療への取り組み～救命から機能温存のために～

○日吉 優(ひよし まさる)¹⁾、帖佐 悦男¹⁾、中村 嘉宏¹⁾、七島 篤志²⁾、河野 文彰²⁾、落合 秀信³⁾、
金丸 勝弘³⁾、恒吉 勇男⁴⁾

宮崎大学医学部附属病院 1)整形外科 2)外科 3)救命救急センター 4)麻酔科

救命救急センターが設立後、当院に運ばれる重症多発外傷患者は増加し、その病態・受傷部位は複雑であり、単一科での対応は困難である。各損傷部位に対する適切な治療と共に、呼吸・循環・集中治療室での集中治療管理を含めた全身管理が重要となり、複数科にわたる治療が必須となる。複数科が共通認識の基に有機的にチームとして機能すればその治療効果が高まるものと思われる。

通常、一般的には救命センターに搬送された患者は救急医が接触し、その損傷部位により各科を要請するという形がとられているが救急、各科がどのような考えでどのような方針で治療にあたっているのかを話し合える場がなかった。そこで今年度より各科が何を考えどういう治療方針で治療にあたっているのかを話し合える場として外傷カンファレンスを開催している。今回、複数科にわたる多発外傷例を提示すると共に当院での外傷治療向上のための取り組みを報告する。

(医師の少ない地方の病院では救命センターに複数科の専属医を集簇させることは難しいが救急医を筆頭に各科との連携・共通認識の共有を図り診療・治療レベルを向上させることが重要である。)

3-4. 外傷に伴う四肢長管骨広範囲骨欠損に対する治療戦略

○川越 秀一(かわごえ しゅういち)¹⁾、帖佐 悦男¹⁾、池尻 洋史¹⁾、中村 嘉宏¹⁾、日吉 優¹⁾、川野 啓介¹⁾、
三股 奈津子¹⁾、落合 秀信²⁾

宮崎大学医学部附属病院 1)整形外科 2)救命救急センター

四肢外傷や開放骨折後の骨髄炎に伴い、しばしば四肢長管骨の広範囲の骨欠損を生じる症例に遭遇することがある。骨欠損に伴い四肢の短縮、変形を生じ、四肢の機能低下を生じるため、機能再建のためには骨欠損部位の再建が必要となる。しかし、その再建には困難を極めることが多い。

以前から Bone Transport による仮骨延長法や遊離血管柄付き骨移植術などが行われてきたが、近年 Masquelet が報告した、Induced membrane を用いた Masquelet 法の有用性が多数報告されている。

今回、外傷に伴う大腿骨開放骨折後の広範囲骨欠損、ならびに脛骨開放骨折後の骨髄炎による広範囲骨欠損に対して Masquelet 法を用いて治療を行った症例を経験したため、骨欠損に対する再建法を紹介すると共に、近年我々が行っている再建法を報告する。

一般演題 4: 中枢神経(18:00 - 18:25)

座長 宮崎善仁会病院 救急総合診療部 牧原 真治

4-1. 急性期脳血管疾患患者に認知神経リハビリテーションを行った症例のうつ・情動変化について

河野 美香(かわの みか)¹⁾、黒木 聡子¹⁾、上田 正之¹⁾、古澤 光¹⁾、諸井 孝光¹⁾、渡邊 智恵¹⁾、
内田 里香¹⁾、宮崎 紀彰²⁾、上田 孝³⁾

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

発症直後の患者は落ち込む人が多く見られるが、リハビリの内容が、うつ・情動にどのように影響し変化があるかを調べた。

平成 28 年 8 月 1 日～同年 11 月 1 日の期間において、脳血管疾患(脳梗塞・脳出血)で意識レベルクリアな作業療法の指示が出た全ての患者に、脳卒中感情障害スケール(うつスケール JSS-D・情動障害スケール JSS-E)と、脳卒中運動機能障害重症度スケール(JSS-M)を用い、認知神経リハビリテーションを行った群(症例 12 例)とそうでない群(症例 15 例)の、発症初日の評価と 1～2 週間後の評価を比較した。

平均点の差は JSS-D の認知神経リハなし-0.5 あり-1.6、JSS-E の認知神経リハなし-0.7 あり-1.3、JSS-M の認知神経リハなし-1.0 あり-4.7 だった。

当院では、リハビリや看護師の対応の工夫だけでなく、毎朝、医師の回診が行われ、コメントもあり、患者だけでなく職員も安心して治療に打ち込める環境であることが、患者のうつ・情動の改善に関与していると考えられる。

4-2. 脳出血後の慢性期に移行した患者に対する NICD プログラムの効果について

○大塚 清美(おおつか きよみ)¹⁾、齊藤 容乃¹⁾、上田 正之²⁾、黒木 聡子²⁾、渡邊 智恵²⁾、金丸 江理子¹⁾、和泉 美千代¹⁾、宮崎 紀彰³⁾、上田 孝⁴⁾

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

脳血管疾患リハビリテーションは、発症から6か月以内しか診療報酬が算定できないため、6か月を過ぎると、医学的な継続リハビリが打ち切られてしまう。

しかしながら、学習や経験で脳細胞のシナプス結合が変わり、運動や行動に変化が現れるという脳の可塑性により、生活機能の回復の余地はあると考える。

そこで今回、脳出血発症後8ヶ月が経過しほぼ寝たきりとなっている70歳女性を対象に、身体的変化に対して生理学的、病理学的視点からアセスメントを行いながら、生活行動を自立へと導くための看護プログラム(NICD:Nursing to Independence for the Consciousness disorder and the Disuse syndrome Patient=「意識障害・寝たきり[廃用症候群]患者への生活行動回復看護技術」)を実践し、生活行動の回復にかかわった症例について報告する。

4-3. B-PAS(Basi-parallel anatomical scanning)を用いた解離性脳動脈瘤の診断について

○平田 大悟(ひらた だいご)¹⁾、相村 崇成¹⁾、小田 憲紀¹⁾、小城 亜樹¹⁾、矢野 英一¹⁾、近藤 隆司¹⁾、宮崎 紀彰²⁾、上田 孝³⁾

医療法人社団 孝尋会 上田脳神経外科 1)放射線部 2)麻酔蘇生科 3)脳神経外科

症例は59歳男性。平成24年に激しい後頭部痛を訴え、当院外来を受診、頭部MRI及びMRA検査を施行した結果、右椎骨動脈に解離性脳動脈瘤を認めた。

その後、平成28年3月右小脳梗塞を発症、同年12月、再度、頭部MRI及びMRA検査を施行した際は、MRAにて右椎骨動脈の描出が不良となっていた。

この為B-PASを追加撮像することにより右椎骨動脈瘤の描出が可能となった。

B-PASとはBasi-parallel anatomical scanningの略であり、Heavy-T2WIで椎骨動脈から脳底動脈を撮像し、撮像後ネガティブ反転することで血管構造を把握しやすくする方法である。

通常、頭部血管を撮像する際、MRA(Time of Flight)のみでは、左右の椎骨動脈のいずれかが低形成なこともあり動脈解離であるのか低形成であるのか鑑別が困難な事も多い。

その際、B-PASを追加撮像する事により解離もしくは血栓形成が起きていることの確認が可能となる。

今回は、本法が有用であった症例を経験したので若干の文献的検討を加え報告する。

4-4. 特発性脳血管攣縮症候群の頭痛

○上田 孝(うへだ たかし)¹⁾、宮崎 紀彰²⁾、近藤 隆司³⁾、矢野 英一³⁾、小城 亜紀³⁾、小田 憲紀³⁾、相村 崇成³⁾、平田 大悟³⁾

医療法人社団 孝尋会 上田脳神経外科 1)脳神経外科 2)麻酔科蘇生科 3)放射線部

特発性(非外傷性、非くも膜下出血性)多発脳血管攣縮症候群を呈した4症例の頭痛の特徴について報告する。症例は24歳から63歳(平均47歳)の全例女性である。診断はMRAにて行い、全例脳内主要血管の攣縮性狭窄を認めた。

【症例1】来院3日前に便秘のために浣腸した際、下腹部痛と頭痛が生じた。その後も頭痛は続き、当日は性交中に雷鳴様の頭痛が生じ救急搬送。

【症例2】1ヶ月前から拍動性頭痛があり、近医で片頭痛と診断され頭痛薬を内服。2週間前、筋肉トレーニング中に激しい頭痛が生じて来院。

【症例3】2週間前から頭痛。頭痛薬を投与されていた。当日性交中に死ぬかと思う位の激しい頭痛。

【症例4】6日前から激しい咳込みを繰り返し、鎮咳・鎮痛剤を投与されていた。当日転げ回る程の激しい頭痛で来院した。

本症の発症時の頭痛の特徴、診断、治療について報告する。