

第23回長崎救急医学会 プログラム・抄録集



日時： 2015年9月5日（土）

会場： 長崎県島原病院 別館1階 研修ホール

本館3階 会議室

会長： 松尾 繁年（長崎県島原病院 院長）

第 23 回長崎救急医学会開催にあたってのご挨拶

会長 松尾 繁年

(長崎県島原病院 院長)

第 23 回長崎救急医学会を平成 27 年 9 月 5 日（土）に長崎県島原病院（島原市）にて開催いたします。通常は長崎市、県央、県北などの持ち回りで開催されてまいりましたが、田崎教授はじめ役員会のご推薦により、今回初めて当院が担当することとなります。メインテーマを「地域の連携で救急医療を支える」とし、地域で抱える救急医療の問題などを Discussion できればと考えています。今回は、なるべく多くの演題を募集したいとの考えで、一般演題、ランチョンセミナー、特別講演の構成といたしました。島原の地での開催であり演題が集まらないのではと危惧しておりましたが、一般演題は予想に反し多方面から 38 題の応募がありました。内訳は看護部門が 15 題、研修医を含む医師部門が 19 題、消防他パラメディカルが 4 題となっております。ランチョンセミナーは井上病院の井上健一郎先生にお願いいたしましたところ、快く引き受けていただきました。また、特別講演は島原の貴重な火山災害での経験をもとに当院の徳永副院長に講演をお願いしております。

島原市での開催でもあることから、一般社団法人島原市医師会、一般社団法人南高医師会には多大のご支援をいただきました。

また、関連企業、医薬品メーカーにも協力をいただき感謝申し上げます。

本学会が、参加されるそれぞれの職種の方々の活発な議論を通して、有意義な学会となるよう期待します。

学会参加者へのご案内

1. 当日受付

<受付時間・場所> 10:00~17:00 長崎県島原病院 別館1階ロビー

<参加資格> 医療関係者(病院施設職員・救急隊)

<参加費> 無料

2. ランチョンセミナー整理券配布について

受付にて、整理券を配布いたします。(10:00~11:00)

※当日のみの配布です。整理券がなくなり次第、配布を終了いたします。

3. 医薬品・機器展示

<時間・場所> 10:00~17:00 長崎県島原病院 別館1階ロビー

4. 本学会は、長崎県医師会承認、生涯教育講座です。

5. その他

○会場はすべて禁煙です。喫煙は所定の場所をお願いいたします。

○会場内で呼出音のある携帯電話のご利用はご遠慮ください。

電源を切るか、マナーモードの設定をお願いいたします。

6. 長崎県島原病院の地図は下記のとおりです。



<住所>

長崎県島原病院 別館1階研修ホール

〒855-0861 島原市下川尻町7895

TEL: 0957-63-1145 (代)

FAX: 0957-63-4864

<自家用車> 長崎自動車道諫早ICから国道251号線 約40km (約60分)

当院の駐車場: 約100台、駐車料金無料

<バス> 長崎空港→島鉄バス【島原港行】(約1時間45分)→島原港下車→徒歩(約5分)

<電車> 諫早駅→島鉄【島原外港行】(約60分)→島原外港駅下車→徒歩(約3分)

座長・演者の方へのご案内

<特別講演の座長・演者の方へ>

発表概要につきましては、下記「一般演題演者の方へ」と同様です。
その他、詳細につきましては別途、事務局よりご連絡いたします。

<一般演題座長の方へ>

- ①ご担当セッション開始予定の30分前までに、座長受付にて受付をお済ませください。
開始15分前までには、学会会場の右手前方の次座長席にお越しください。
- ②演題発表時間は、1演題につき発表6分・討論3分です。セッション時間を厳守した進行をお願いいたします。

<一般演題演者へ>

発表はすべてPowerPointによるPC発表のみとなります。プレゼンテーションは、発表データ持込による発表を原則とします。万一に備えて、必ずバックアップデータをお持ちください。
学会会場に用意するパソコンはWindowsです。使用するアプリケーションはPowerPoint2013のみとさせていただきます。MACは準備できません。

[発表について]

- ①学会会場へお越しになる前に、必ずご自身でPC受付に発表データの入ったメディアをご持参いただき、所定の機器で動作確認を行ってください。
- ②開始15分前までには、学会会場の左手前方の次演者席にお越しください。
- ③登壇と同時に、スライドショーの1ページ目を主催者側で表示します。演題にセットされているキーボードとマウスを使用し、発表者ご自身で操作してください。画面は演者上のモニターでも確認できます。
- ④演題発表時間は、1演題につき発表6分・討論3分です。発表時間を厳守してください。
- ⑤発表演者は、発表セッションの座長統括終了するまで、学会会場内でお待ちください。

[PC受付]

発表セッションの60分前までに、PC受付にて動作確認を行ってください。
なお、PC受付が混雑している場合は、時間帯の早い演者の受付を優先させていただきます。

<メディア持込の場合の注意点>

- ・受付可能なメディアはCD-R、DVD-R（CD-RW、DVD-RW 不可）もしくはUSBメモリでお願いします。その他メディアは使用できません。
- ・CD-R、DVD-Rへの書き込みの際は、ファイナライズ（セッションのクローズ・使用したセッションを閉じる）作業を必ず行ってください。この作業が行われなかった場合は、データを作成したPC以外ではデータを開くことができなくなることがあります。予め、データを作成したPC以外でもデータを開くことができることをご確認ください。
- ・OS標準のフォントをご使用ください。（MSゴシック、MS明朝、Arial、Century等）
- ・動画は、Windows Media Playerで再生可能なものに限定いたします。特殊コーデックをご使用にならないようご注意ください。
- ・プレゼンテーションに他のデータ（静止画・動画・グラフ等）をリンクさせている場合は、必ずほかのデータも一緒に保存してください。
- ・ウイルス感染を防ぐため、最新のウイルス駆除ソフトでチェックしてください。
- ・お預かりいたしましたデータは、学会終了後、責任を持って消去いたします。

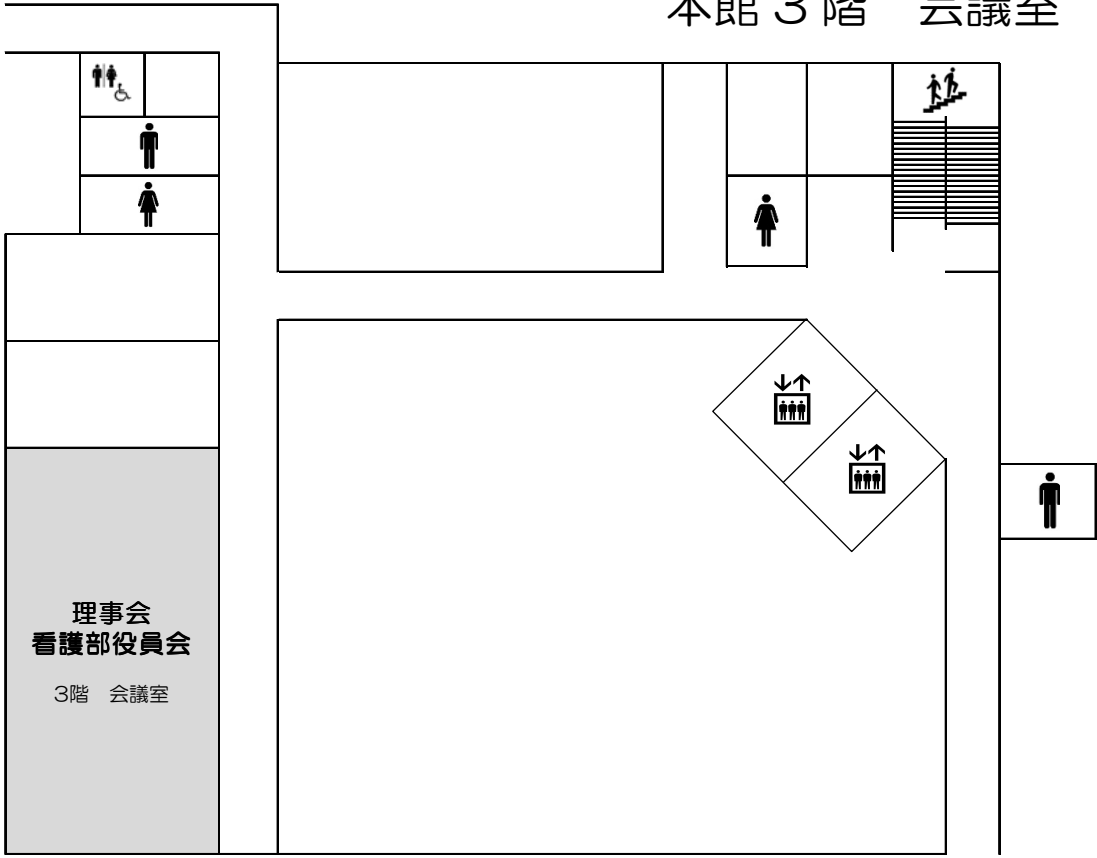
会 場 案 内 図

別館1階 研修ホール

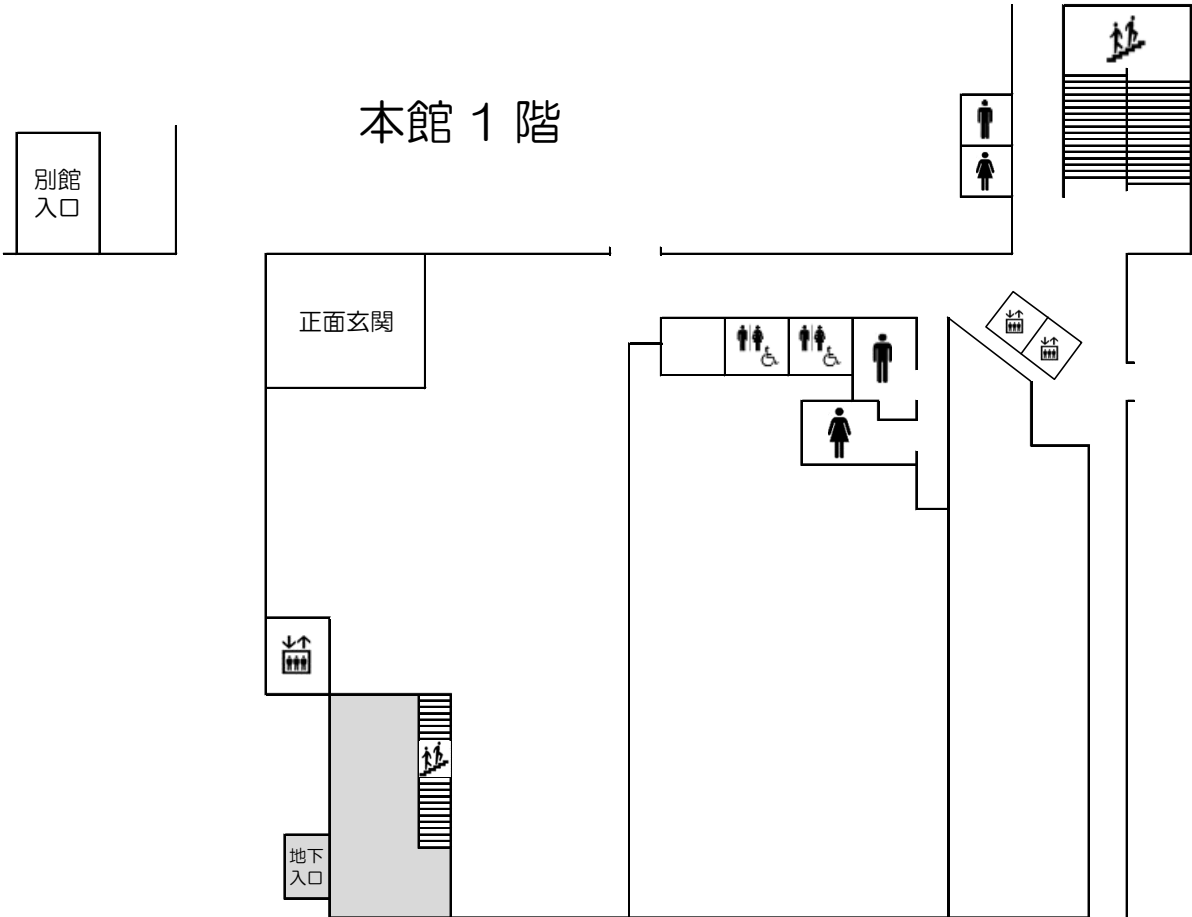


会場案内図

本館3階 会議室



本館1階



タイムテーブル

別館 1階 研修ホール	
11:00~11:05 開会挨拶	会長 松尾繁年
11:05~12:05 一般演題 A	座長：木下明敏 A-1 長崎みなとメディカルセンター 小寺厚志 A-2 長崎みなとメディカルセンター 小寺厚志 A-3 長崎県上対馬病院 馬込省吾 A-4 長崎大学病院 山下彩 A-5 佐世保市立総合病院 宮副祥一 A-6 長崎大学病院 畑田真実
12:05~12:50 ランチョンセミナー	座長：福井洋 井上病院 理事長 井上健一郎
12:50~13:00 総会	
13:00~13:50 特別講演	座長：松尾繁年 長崎県島原病院 副院長 徳永能治
13:55~14:55 一般演題 B	座長：東 尚 B-1 長崎大学病院 山口友貴 B-2 長崎みなとメディカルセンター 藤田有紀子 B-3 諫早総合病院 児島正純 B-4 柴田長庚堂病院 藤原康子 B-5 諫早総合病院 中嶋宏 B-6 長崎県島原病院 金子龍太郎
15:00~16:00 一般演題 D	座長：高山隼人 D-1 長崎大学病院 竹内潤 D-2 長崎大学病院 福島達也 D-3 長崎大学病院 赤城和優 D-4 長崎労災病院 中村利秋 D-5 長崎大学病院 田代美由紀 D-6 長崎県島原病院 藤井美緒
16:05~17:05 一般演題 F	座長：徳永能治 F-1 長崎県島原病院 宗 剛平 F-2 南島原消防署 布津分署 松本裕基 F-3 長崎医療センター 木室里依子 F-4 長崎北徳州会病院 鬼塚正成 F-5 長崎医療センター 日宇健 F-6 済生会長崎病院 城島五穂
17:05~17:10 閉会挨拶	会長 松尾繁年
17:30~20:00 ながさき救急看護セミナー 「急変対応シミュレーション」 <主催> 長崎救急医学会看護部会 長崎救急看護認定看護師会	
本館 3階 会議室	
10:00~10:50 長崎救急医学会 理事会	
14:00~14:50 一般演題 C	座長：清水輝久 C-1 長崎みなとメディカルセンター 平田亮介 C-2 佐世保中央病院 谷口拓司 C-3 長崎大学病院 張岳輝子 C-4 佐世保市立総合病院 中野真由美 C-5 長崎大学病院 川上綾
14:55~15:45 一般演題 E	座長：戸北正和 E-1 南島原消防署 布津分署 中村良樹 E-2 長崎県島原病院 木村美智留 E-3 長崎大学病院 竹山孝二 E-4 長崎大学病院 本田智治 E-5 北松中央病院 正木康寛
15:50~16:40 一般演題 G	座長：吉田智恵美 G-1 長崎医療センター 山口夢津美 G-2 佐世保市立総合病院 小林望 G-3 諫早総合病院 下村文美恵 G-4 長崎大学病院 松永亜希子
17:30~18:30 長崎救急医学会 看護部門役員会	
別館 1階 ロビー	
10:00~17:10	医薬品・機器展示 ・日本光電九州株式会社 ・フィッシャー&ハインケルヘルスクア株式会社 ・フクダ電子西部北販売株式会社

プ ロ グ ラ ム

◆ 開会挨拶

会長 松尾繁年

◆ 一般演題 A (11:05~12:05) 60分

座長：木下 明敏 (長崎県島原病院 副院長)

- A-1. 敗血症に伴う低アルブミン血症に対するアルブミン製剤投与は、血清アルブミン値の改善に有効だったか? ~10症例の検討~
長崎みなとメディカルセンター 集中治療科
○小寺厚志
- A-2. 尿路感染症から敗血症、播種性血管内凝固(DIC)へ進展した超高齢者(96歳)の1救命例
長崎みなとメディカルセンター 集中治療科
○小寺厚志
- A-3. 著明なフィブリノーゲン低下をきたしたツシママムシ咬傷の1例
長崎県上対馬病院
○馬込省吾、山口健一、長谷川泰三、立花一憲
- A-4. 急激な血圧変動を認めた重症フグ中毒の1例
長崎大学病院 救命救急センター、医療教育開発センター
○山下彩、田島吾郎、井山慶大、山木智博、山野修平
猪熊孝実、平尾朋仁、野崎義宏、山下和範、田崎修
- A-5. 極度の低栄養状態で搬送され、橋中心髄鞘崩壊症(Central Pontine Myelinolysis:CPM)を来した症例
佐世保市立総合病院 救命救急センター 救急集中治療科
○宮副祥一、槇田徹次、山口栄一郎、松平宗典
- A-6. 意識障害とICU acquired weakness を呈した一例
長崎大学病院 救命救急センター¹⁾、医療教育開発センター²⁾
○畑田真実^{1) 2)}、平尾朋仁¹⁾、山野修平¹⁾、井山慶大¹⁾、上木智博¹⁾、田島吾郎¹⁾
猪熊孝実¹⁾、野崎義宏¹⁾、山下和範¹⁾、田崎修¹⁾

◆ ランチョンセミナー (12:05~12:50) 45分

座長：福井 洋 (社会医療法人 長崎記念病院 理事長)

「地域医療構想と救急医療」

社会医療法人 春回会 井上病院 理事長 井上健一郎

◆ 総会 (12:50~13:00) 10分

◆ 特別講演 (13:00~13:50) 50分

座長：松尾 繁年 (長崎県島原病院 院長)

「普賢岳火砕流の急性期対応を振り返って」

長崎県島原病院 副院長 徳永能治

◆ 一般演題 B (13:55~14:55) 60分

座長：東 尚 (長崎県島原病院 外科診療部長)

B-1. 外傷全身 CT 撮像時における上肢の位置が画像に及ぼす影響について

長崎大学病院 医療技術部 放射線部門

○山口友貴、久保川陽子、永江純、大村梨夏、道越恭江、福田徹

B-2. 地域連携を目指した NOAC 適用使用への取り組み

長崎みなとメディカルセンター 市民病院 薬剤部¹⁾、看護部²⁾、救急科³⁾

○藤田有紀子¹⁾、佐道紳一¹⁾、増山純二²⁾、黒坂升一³⁾、嵩下英次郎³⁾

B-3. 救急車で搬送途中にドクターヘリを要請し救命し得た急性冠症候群の 1 例

諫早総合病院 循環器内科

○児島正純、重光良香、吉田尚広、山口研児

B-4. 雲仙普賢岳噴火災害を経験して ～看護師として・被災者として学んだこと～

柴田長庚堂病院

○藤原康子

B-5. 当院における災害訓練の現状と今後の課題

諫早総合病院 災害対策委員会

○中嶋宏、森勇介、大宮弘司、飛田光太郎、鳥山正信、村谷良昭

B-6. 当院のBCPに基づく災害対策と訓練後の課題

長崎県島原病院 看護部

○金子龍太郎、東村千代子

◆ 一般演題 C (14:00~14:50) 50分 ※本館3階会議室

座長：清水 輝久 (福田外科医院)

C-1. Jリーグの試合における心肺蘇生法普及活動について

長崎みなとメディカルセンター 市民病院

救急科 ○平田亮介、黒坂升一、嵩下英次郎

看護部 湯川恵美子、石井美保子、増山純二、藤田圭子

C-2. 二次救急病院における院内トリアージ導入までの現状調査と取り組み

佐世保中央病院 外来 救急外来看護課

○谷口拓司

C-3. 三次医療施設における救急外来院内トリアージの現状と課題

長崎大学病院 救命救急センター

○張岳輝子

C-4. 飛び込み分娩症例の救急隊との合同検討会を通して

佐世保市立総合病院

○中野真由美、松井望

C-5. 救急外来初療室で緊急手術に携わる看護師の意識

長崎大学病院 救命救急センター

○川上綾、中村恵理、張岳輝子、徳永和代、宮原静、戸北正和

◆ 一般演題 D (15:00~16:00) 60分

座長：高山 隼人 (長崎医療センター 救命救急センター)

D-1. てんかん発作を契機に寛骨臼骨折を発症した1例

長崎大学病院 外傷センター¹⁾、救命救急センター²⁾

○竹内潤¹⁾、宮本俊之¹⁾、福島達也¹⁾、田口憲士¹⁾、水光正裕¹⁾、田崎修²⁾

D-2. 当院における四肢開放骨折治療戦略について

長崎大学病院 外傷センター

○福島達也、宮本俊之、田口憲士、竹内潤、水光正裕

D-3. 凝血性血胸に移行した外傷性血気胸の1例

長崎大学病院 救命救急センター

- 赤城和優、山野修平、井山慶大、上木智博、猪熊孝実
田島吾郎、平尾朋仁、野崎義宏、山下和範、田崎修

D-4. 腹部鈍的外傷により急激な経過を辿ったアルコール性肝硬変を合併した1症例

長崎労災病院 救急集中治療科¹⁾、外科²⁾、麻酔科³⁾

- 中村利秋¹⁾、原貴信²⁾、卜部繁彦³⁾、江頭崇³⁾、辻史子³⁾、寺尾嘉彰³⁾、福崎誠³⁾

D-5. 脾温存脾体尾部切除術(Warshaw 術)を行った脾損傷(Ⅲb)の1例

長崎大学病院 救命救急センター 移植・消化器外科*

- 田代美由紀、猪熊孝実、井山慶大、上木智博、山野修平、田島吾郎
平尾朋仁、野崎義宏、山下和範、大野慎一郎*、曾山明彦*、北里周*
日高匡章*、黒木保*、江口晋*、田崎修

D-6. 地方基幹病院における重症型肝損傷の経験

長崎県島原病院

- 藤井美緒

◆ 一般演題 E (14:55~15:45) 50分 ※本館3階会議室

座長：戸北 正和 (長崎大学病院 救命救急センター)

E-1. 妊婦 CPA 含む交通事故多数傷病者事案 (症例) について

南島原消防署 布津分署

- 中村良樹

E-2. 救急外来の受入体制強化における一考察

長崎県島原病院

- 木村美智留

E-3. 複数傷病者に対しドクターヘリ・ドクターカー同時に出動した1症例

長崎大学病院 救命救急センター

- 竹山孝二、宮田佳之

E-4. ドクターカーの複数傷病者事例における看護師の役割

～看護師単独搬送を行った二症例を振り返って～

長崎大学病院 救命救急センター

- 本田智治、宮田佳之

E-5. 透析患者の急変対応事例から学んだことと血液浄化センターの今後の方向性

北松中央病院 看護部¹⁾、循環器内科²⁾、腎臓内科³⁾

○正木康寛¹⁾、伊勢守¹⁾、白壁フミ子¹⁾、前田太三¹⁾、濱道尚子¹⁾

福井純²⁾、中沢有香³⁾、久原拓哉³⁾

◆ 一般演題 F (16:05~17:05) 60分

座長：徳永 能治 (長崎県島原病院 副院長)

F-1. 当院における脳卒中ホットラインの現状と脳卒中診療について

長崎県島原病院 脳神経外科

○宗剛平、平山航輔、野田満、徳永能治

F-2. 脳卒中ホットラインの使用状況と今後の活用

南島原消防署 布津分署

○松本裕基

F-3. 日本紅斑熱を併発していた急性硬膜下血腫の1例

長崎医療センター 救命救急センター¹⁾、総合診療科・総合内科²⁾、脳神経外科³⁾

○木室里依子¹⁾、窪田佳史¹⁾、日宇宏之¹⁾、古川愛子¹⁾、中原知之¹⁾

鳥巢藍¹⁾、白木春香¹⁾、増田幸子¹⁾、大野直義²⁾、日宇健³⁾

山田成美¹⁾、中道親昭¹⁾、高山隼人¹⁾

F-4. 内頸動脈閉塞に対してバイパス術後、抗凝固療法中の出血性ショック

長崎北徳州会病院 脳神経外科

○鬼塚正成、中村稔

F-5. 遠隔画像診断システムとドクターヘリを駆使した離島発症の急性期血行再建

“Drip Ship and Retrieve”の可能性

長崎医療センター 脳神経外科¹⁾、神経内科²⁾、救命科³⁾

○日宇健¹⁾、福田雄高¹⁾、岩永洋²⁾、中道親昭³⁾、日宇宏之³⁾、

小野智憲¹⁾、牛島隆二郎¹⁾、戸田啓介¹⁾、高山隼人³⁾、堤圭介¹⁾

F-6. Warfarin 内服中に発症し激的な経過をとった脳内出血の一例

済生会長崎病院 脳神経外科 臨床研修*

○城島五穂*、原口渉、北川直毅

◆ 一般演題 G (15:50~16:40) 50分 ※本館3階会議室

座長：吉田 智恵美 (長崎県島原病院 看護師長)

G-1. NMC - SHOT 立ち上げに関する看護部の関わり

長崎医療センター 救命センター

○山口夢津美、平原拓馬、野口みどり

G-2. 院内救命救急クリニカルラダー作成への取り組み

佐世保市立総合病院

○小林望

G-3. CAM - ICU (せん妄評価法) 導入後の現状と今後の課題

諫早総合病院 ICU・救急外来室

○下村文美恵、森勇介、松尾信子、平野富美子

G-4. 経口摂取が出来ない患者に対する口腔ケア方法の検討 ～口腔内洗浄と清拭の違い～

長崎大学病院 国際医療センター¹⁾、救命救急センター²⁾、口腔外科³⁾

○松永亜希子¹⁾、吉岡佳世¹⁾、川上悦子¹⁾、戸北正和¹⁾

山野修平²⁾、田崎修²⁾、林田咲³⁾

◆ 閉会挨拶

会長 松尾繁年

抄 録

▽ 特別講演

▽ ランチョンセミナー

▽ 一般演題 A

一般演題 B

一般演題 C*

一般演題 D

一般演題 E*

一般演題 F

一般演題 G*

※ 会場 本館3階会議室

特別講演

普賢岳火砕流の急性期対応を振り返って

徳永 能治

長崎県島原病院 副院長

平成3年6月3日16時8分雲仙普賢岳で43名の犠牲者を出す大規模火砕流が発生した。そのうち搬送可能であった17名の全身熱傷を主体とする患者受け入れを経験したのもその前後の対応を振り返り報告する。

普賢岳災害は、記録によると1792年、普賢岳噴火の地震活動に伴い、当院の背景に位置する眉山山体が崩落し、土砂が有明海に流れ込んで大津波を起こし、対岸の肥後（現在の熊本県）を含め約15000人が亡くなる大災害があった。記録はないが地質学的にはその数百年前にも火砕流の痕跡をとどめている。

経過：平成2年11月17日198年ぶりに山頂より立ちのぼる噴煙が出現した。同年12月19日長崎県島原温泉病院では「雲仙噴火活動対策要領」の制定し、①対策本部の設置、②警戒宣言が出されたときの対応、③避難勧告が出されたときの対応、④対策班編成と任務を検討した。平成3年2月26日島原市災害警戒本部により「眉山崩壊に備えた特別避難計画」が作成された。

平成3年5月20日地獄跡火口に溶岩ドームが出現した。平成3年5月26日と29日に火砕流が起これ、この火砕流で水無川上流・砂防ダム作業員の一人が軽い火傷を負った。火砕流の映像が初めて公開された。平成3年5月31日「島原病院講堂に救護所を設置」ベッド5台とタタミ30枚の用意が完成した。島原温泉病院「普賢岳噴火に伴う緊急医療救護対策要領」を決定し、①負傷者が多発し、特別な医療救護対策が必要な時には対策本部を設置（常岡副院長を班長）、②「緊急医療救護対策班」の設置、③臨時病室（救護所）の設置、③対策本部員等の連絡網が作られた。

平成3年6月3日大規模火砕流発生。外は暗闇になる。16時20分「火砕流発生、被災者有り」の連絡が入る。全医師を外来へ緊急招集。外来看護婦は救急対応準備、救護所の開放。病棟看護婦は、ストレッチャー、救急カート、点滴スタンド、血圧計などを外来へ移動。対応可能な者全員が外来へ駆けつける。16時30分17名の被災者搬入。救急処置を行うために、気管切開が必要な者は手術室へ、他は外来処置室と講堂へ分散して処置行う。当日、実際に被災者を運んだ車は、普通ライトバン、ポンプ車、自家用車、軽トラック、普通ワゴン車、消防車、救急車であった。総員159名による救急処置ができた。救護班班長は、直ちに行うべき救急処置を気道確保、血管確保、尿道カテーテル留置、洗浄・冷却とした。気道損傷の判定し気道損傷の無い4名を生命の危険が無い患者と判定、最初に後方病院へ転送した。残り13名は一見して生命の危険がある重傷者で、救急処置後に搬送可能な患者は後方

病院へ転送し、搬送中の生命維持が困難な患者は当院で治療継続の方針とした。救急処置が順調になされた要因として、①事前に救護対策の準備・確認がなされていた。②月曜日で本院の手術予定日でなく、医師の力が結集でき、すぐに手術室が使用できた。③看護婦の日勤と準夜の勤務交代時間帯であった。④一日の業務終了時間帯で、全職員が一斉に応援体制に入れた。⑤負傷者の病態が皆全身熱傷と気道損傷であり、治療内容が素早く手順化されたことがあげられる。患者の特定法として、搬入順に各患者に番号を付けた。処置をしながら名前の確認。医事係は外部情報で搬入者名を得た。名前が判明した人は、熱傷をまぬがれた皮膚や、ルート固定テープに名前を書いて誤認を避けた。救急処置後 17 時 30 分患者移送開始 19 時 22 分 12 名搬送完了。2 名病棟入院。3 名リカバリールームへ。翌 6 月 4 日更に 2 名を後方病院へ搬送。臨時の ICU ユニットとして看護配置をしていたリカバリールームの患者 2 名を病棟へ転床。ICU ユニット閉鎖。

搬入された 17 名の被災者は、気道損傷が無かった 4 名について 2 名は 3 度熱傷で植皮が必要な深い熱傷であったが生命の危険は無かった。他の 2 名は軽症。転送を頼んだ最初の救急車に 4 名一緒に乗って貰う。その他のほとんどの患者は、熱傷面積が広く、気道の熱傷を伴っており、予後不良であった。

結語：上記経験を通し災害医療においては、①院内外指揮系統の確立、情報の共有。②院内外緊急時連絡体制の確立。③患者搬送交通手段の確保。④災害時対応要員の確保。⑤平常時災害想定訓練⑥医療消耗品、備蓄品の供給体制の整備。⑦医師応援派遣体制の整備。⑧慢性期に向けた支援体制等を念頭に置き包括的な対策を事前に考えておくことが必要と感じられた。

略 歴

昭和 58 年 3 月 31 日	長崎大学医学部卒業
昭和 58 年 6 月 1 日－昭和 59 年 5 月 31 日	長崎大学医学部附属病院研修医
昭和 59 年 6 月 1 日－昭和 61 年 8 月 15 日	国立長崎中央病院研修医
昭和 60 年 6 月 1 日－昭和 63 年 5 月 31 日	長崎県立島原温泉病院
昭和 61 年 8 月 16 日－昭和 63 年 5 月 31 日	長崎大学医学部附属病院医員
昭和 63 年 8 月 1 日－平成元年 8 月 14 日	長崎大学医学部助手
平成元年 8 月 15 日－平成 4 年 6 月 1 日	長崎県立島原温泉病院医員
平成 4 年 6 月 2 日－平成 6 年 7 月 31 日	北九州市立八幡病院脳神経外科部長
平成 6 年 8 月 1 日－平成 15 年 6 月 1 日	長崎大学医学部附属病院講師
平成 15 年 6 月 2 日－平成 16 年 3 月 31 日	長崎県立島原病院脳神経外科診療部長
平成 16 年 4 月 1 日－平成 17 年 3 月 31 日	長崎県立島原病院医療局長
平成 17 年 4 月 1 日－平成 21 年 3 月 31 日	長崎県立島原病院副院長兼医療局長
平成 21 年 4 月 1 日－現在に至る	長崎県島原病院副院長、高次脳卒中センター長 地域医療支援センター長

専門医

<資格>医学博士、日本脳神経外科学会専門医・指導医、日本医師会認定産業医、臨床研修指導医、日本癌治療認定医機構暫定教育医

<役職等>長崎大学医学部非常勤講師、長崎県国民健康保険審査委員、長崎県メディカルコントロール検討委員会委員、NPO 法人地域の包括的医療研究会理事、日本リハビリテーション病院・施設協会理事 同医療介護連携委員会委員長等

ランチョンセミナー

地域医療構想と救急医療

井上 健一郎

社会医療法人 春回会 井上病院 理事長

昨年のいわゆる医療介護総合確保法案の成立により日本の医療制度は大きく変わりつつある。この中で、各地域ごとに将来の医療需要を予測してこれに適応した医療提供体制を作るといふ地域医療構想を策定する事になっている。

具体的には2014年11月に各医療機関よりその医療機関の機能に関わる詳細なデータが提出され1ヶ月間の全入院のレセプトデータが全国で集約され、これらのデータをもとに各地域（医療圏）の医療需要とその将来予測さらに高度急性期、急性期、回復期、慢性期と4機能に分けた“必要病床数”も示されることになっている。こういったデータをもとに長崎県の救急医療体制の検討を行う必要がある。

長崎県では平成5年から救急搬送に限ってはああるが搬送7日目の診断名、転帰などを集約する仕組みがある。このデータをもとに2025年の救急医療の予測を行い、どう対応すべきかをディスカッションできればと考える。

略 歴

昭和55年3月	長崎大学医学部卒業
昭和55年6月	東京都立墨東病院
昭和58年6月	東京女子医大消化器病センター
昭和59年1月	医療法人春回会 井上病院
平成13年4月	特別医療法人春回会 井上病院院長就任
平成24年3月8日	社会医療法人春回会 理事長就任

専門医

日本消化器内視鏡学会指導医、日本消化器病学会専門医・指導医
日本内科学会認定内科専門医・指導医、超音波学会専門医・指導医
全日本病院協会常任理事、全日本病院協会長崎県支部長、長崎実地救急医療連絡会副代表

一般演題 A

A-1

敗血症に伴う低アルブミン血症に対するアルブミン製剤投与は、血清アルブミン値の改善に有効だったか？～10症例の検討～

長崎みなとメディカルセンター市民病院
集中治療科

○小寺厚志

【目的】

敗血症症例での低アルブミン（ALB）血症に対するALB補充療法により、血清ALB値が上昇したかどうかを調査した。

【対象と方法】

「対象」2014年4月・5月に、集中治療部で管理した敗血症16症例のうち、低ALB血症に対してALB製剤を投与し、生存の転帰を得た10症例を対象とした。ALB製剤は、5%あるいは20%製剤を使用し、3日間のみ連続投与とした。

「方法」対象症例において、ALB製剤投与期間中の血清ALB値を調査し、投与前値、1回目投与後値、2回目投与後値、3回目投与後値の推移を調査し、統計学的な有意差を検討した。

【結果】

対象症例の年齢は77歳（54～96歳）で、性別は男性5例、女性5例であった。元疾患は、穿孔性腹膜炎6例、肺炎2例、尿路感染症1例、子宮瘤膿腫1例であった。投与したALB製剤は、5%製剤7例、20%製剤3例であった。

血清ALB値は、投与前値2.1g/dl（1.3～3.3g/dl）、1回目投与後値2.2g/dl（1.8～2.6g/dl）、2回目投与後値2.2g/dl（1.8～3.0g/dl）、3回目投与後値2.2g/dl（1.8～2.6g/dl）であり、血清ALB値に統計学的な有意差は認められなかった。

【考察・結語】

敗血症における低ALB血症に対するALB製剤の投与の有用性は明らかにならなかった。今後さらに、データ収集を重ねる予定である。

A-2

尿路感染症から敗血症、播種性血管内凝固（DIC）へ進展した超高齢者（96歳）の1救命例

長崎みなとメディカルセンター市民病院
集中治療科

○小寺厚志

【はじめに】

高齢化社会に伴い、当院のICUでも、約25%が80歳以上の高齢者で、そのうち約15%が90歳以上である。今回、尿路感染症から敗血症、播種性血管内凝固（DIC）へ進展した超高齢者において、集学的治療により救命できたので報告する。

【症例】

96歳の女性。尿路感染症にて近医で加療中であったが、症状悪化のため当院へ転院した。意識状態はGlasgow Coma Scale（GCS）；E3V4M4，心拍数；115回/分，血圧；128/68mmHg，呼吸回数；27回/分，体温；39.0℃であった。白血球数；24,000/mm³，血小板数；56,000/mm³，CRP；17.07mg/dl，プロカルシトニン；100ng/ml以上，BUN；38.1mg/dl，Cre；1.39mg/dl，PT-INR；1.34，d-dimer；19.1μg/mlであった。尿所見は、外観上の混濁；2+，白血球；3+で、腹部CT検査にて、左水腎症と左尿管拡張を認めた。W-Jカテーテルの尿管内留置、輸液、メロペネム1.0g/day，レボフロキサシン250mg/day，トロンボモジュリン12,800単位/day，γグロブリン5,000mg/dayの集学的治療にて、状態は安定し、第18病日に近医へ転院した。

【結語】

敗血症に対しては、可及的速やかな集学的治療が必須であり、近隣医療機関の迅速な協力も重要と考えられた。

著明なフィブリノーゲン低下をきたした ツシママムシ咬傷の1例

長崎県上対馬病院 内科

○馬込省吾、山口健一、長谷川泰三、立花一憲

【背景】本邦のママシには全国に広く生息するニホンママシと対馬固有種であるツシママムシの2種が存在する。毒性は類似していると考えられており、ツシママムシ咬傷にもニホンママシ毒素を用い精製した抗毒素血清を用いることがある。今回、ニホンママシ咬傷では通常みられない著明なフィブリノーゲン低下をきたしたツシママムシ咬傷の症例を経験したので報告する。

【症例】84歳、男性。

【現病歴】2015年5月、山中での作業中に右示指、中指に刺されるような痛みを感じた。同部位に腫脹、疼痛が出現したため近医を受診したところ、ママシ咬傷を疑われたため当院に紹介となった。

【入院時現症】バイタルサインに異常なし。右示指・中指基節部に牙痕様の創を認め、手関節より末梢は腫脹し暗紫色を呈していた。

【入院時検査】Plt $18.5 \times 10^4/\mu\text{l}$, PT-INR 1.97, APTT 37.9秒, フィブリノーゲン $<50\text{mg/dl}$

【入院後経過】牙痕数、腫脹の程度よりママシ咬傷を疑った。重症度はGrade IIであったため抗毒素血清を使用せず、局所洗浄と抗菌薬、破傷風トキソイドを投与し経過観察とした。徐々に腫脹範囲が拡大し、低フィブリノーゲン血症に起因すると思われる牙痕からの自然出血がみられたためママシ抗毒素血清及びFFPを投与した。ママシ抗毒素血清投与後も低フィブリノーゲン血症は遷延したが、第4病日より上昇に転じ、腫脹も軽減したため第7病日に退院となった。【結論】ツシママムシとニホンママシでは毒性が異なる可能性があり更なる検討が望まれる。

急激な血圧変動を認めた重症フグ中毒の1例

長崎大学病院 救命救急センター
医療教育開発センター

○山下彩、田島吾郎、井山慶大、上木智博
山野修平、猪熊孝実、平尾朋仁
野崎義宏、山下和範、田崎修

【症例】症例は80歳男性。コモンフグの肝臓を摂取した15分後より口唇のしびれを自覚、次第に四肢のしびれも出現し救急要請された。来院時、意識清明だが発語は困難で、血圧193/98 mmHg、脈拍120/分、呼吸は25/分で浅く努力様であった。瞳孔径は両側3.5mmで対光反射を認めた。また、四肢麻痺を認め、指先のみ少し動かせる程度であった。自発呼吸が困難であったために気管挿管し、人工呼吸器管理を開始した。フグ摂取から3.5時間後に両側瞳孔散大固定し、収縮期血圧200 mmHg台の血圧上昇と頻発する期外収縮を認め、4時間後に自発呼吸は消失した。約40時間後に自発呼吸は回復し、約74時間後から血圧は150/80mmHg程度で安定した。回復期に霧視とふらつきを認めたが次第に改善し、第7病日に退院となった。

【結論】コモンフグの肝臓による重症フグ中毒の症例を経験した。重症フグ中毒では、呼吸状態だけでなく循環動態の変動も念頭に置いて治療を行う必要があると考えられた。

極度の低栄養状態で搬送され、橋中心髄鞘崩壊症(Central Pontine Myelinolysis:CPM)を来した症例

佐世保市立総合病院

救命救急センター 救急集中治療科

○宮副祥一、榎田徹次、山口栄一郎、松平宗典

CPM は教科書的には低ナトリウム血症の急激な補正に伴い発症しやすいといわれている。

今回我々は、搬入時血中ナトリウム濃度 119mEq/l、等張生理食塩液にて補正し、10 時間後 125mEq/l、34 時間後 131mEq/l と緩徐に補正したにも関わらず、後日四肢の振戦などの神経症状を呈し、頭部 MRI にて CPM と診断された症例を経験したので報告する。

既往歴：発症 3 ヶ月前に妊娠 23 週 6 日にて当院産婦人科へ緊急入院。緊急帝王切開を行ったものの死産となった。この際軽度の血小板減少を認め、他に異常所見ないため術後 6 日で自宅退院となった。以前アルコール依存症を疑われたが、精神科への受診はなし。

現病歴：3 日前から摂食不能となり動けなくなったため救急要請された。意識障害、低体温、徐脈を認め、救命救急センターへ搬送となった。画像検査では明らかな異常所見は認めないものの、検査データ上、電解質異常、高度の貧血を認め、ICU にて全身管理を開始した。入院後、意識レベルは急速に改善し、経口摂取も可能となったため第 5 病日に ICU 退出となった。その後リハビリ介入し、ADL の拡大を図ったが、振戦などの神経症状の改善に乏しく、ウェルニッケ脳症も疑われたため、頭部 MRI を施行したところ CPM と思われた。非典型的症例と考えられるため文献的考察を含め報告する。

意識障害と ICU acquired weakness を呈した一例

長崎大学病院 救命救急センター¹⁾

長崎大学病院 医療教育開発センター²⁾

○畑田真実^{1) 2)}、平尾朋仁¹⁾、山野修平¹⁾

井山慶大¹⁾、上木智博¹⁾、田島吾郎¹⁾

猪熊孝実¹⁾、野崎義宏¹⁾、山下和範¹⁾

田崎修¹⁾

症例は 54 歳、女性。転倒後の左上腕骨骨折にて近医より当院紹介、同日骨接合術を施行した。術翌日より湿性咳嗽と呼吸苦あり、胸写では右下肺野浸潤影を認め、誤嚥性肺炎として抗生剤投与を開始した。その後さらに呼吸状態悪化し浸潤影が両側肺へ拡大したため、ARDS の診断にて人工呼吸器管理となった。APRV モードでの管理や敗血症、DIC の合併などで全身管理に苦慮したが、抗生剤・ステロイド等を使用し約 1 ヶ月の経過で人工呼吸器を離脱した。離脱後、四肢の著明な筋力低下と意識障害を認めた。頭部 MRI は異常なく、臨床経過および電気生理学的検査結果から ICU-acquired weakness(ICUAW) の病態と考えられた。その後のリハビリテーションにより四肢筋力、意識レベルともに改善傾向が見られ、入院 108 日目に近医へ転院した。

ICU における重症患者に発症する神経筋障害は ICUAW とよばれ、QOL 低下や死亡率上昇に影響を及ぼすため近年注目されている。今回われわれは、骨折術後の肺炎より ARDS を続発し、その後 ICUAW を生じた一例を経験した。本例の発症リスク因子としては長期間の人工呼吸器管理や鎮静剤の使用とそれに伴う長期不動化、敗血症、高血糖、ステロイド使用が挙げられた。なお本例では一過性の意識障害も合併したが、通常 ICUAW のみでは意識障害を来さないため、ICUAW に加え ICU-acquired delirium(ICUAD)や長期臥床に伴う認知機能低下といった別の病態の関与も考えられた。本症例の経過および ICUAW の病態・診断・治療・予防策等につき、文献的考察を加えて報告する。

一般演題 B

B-1

外傷全身 CT 撮像時における上肢の位置が 画像に及ぼす影響について

長崎大学病院 医療技術部 放射線部門

○山口友貴、久保川陽子、永江純、大村梨夏
道越恭江、福田徹

【背景・目的】外傷全身 CT 撮像時において上肢挙上が困難な場合、上肢を体幹の横において撮像すると上肢からのアーチファクトによりノイズが多い画像となる。当院では患者の状態を考慮しながら上肢を体幹から斜め前方に離して撮像を行っている。近年、外傷全身 CT 時に上肢挙上が困難な場合、バックボードの高さを利用し上肢を体幹より背側に下ろして撮像する報告がある。当院では X 線吸収の少ない着脱式のフラット天板を CT の寝台に敷き、その上にバックボードを乗せて撮像しているため、上肢を体幹より背側に下ろすことが可能となる。CT 撮像時に、上肢からのアーチファクトが画像に及ぼす影響について上肢の高さを変えて検討した。

【方法】水ファントムと自作上肢ファントム・脊椎ファントムを用いて、上肢ファントムの高さを 5 段階に変化させ撮像を行った。1) 高さ 5 パターンの標準偏差 (SD) を測定した。2) 高さ 5 パターンそれぞれの画像と、上肢ファントム無しの画像でサブトラクションし画像評価を行った。

【結果】上肢挙上が困難な場合は、上肢を体幹より背側に下ろして撮像することで、アーチファクトの影響が少ない画像が得られると示唆された。

B-2

地域連携を目指した NOAC 適正使用への 取り組み

地方独立行政法人長崎市立病院機構

長崎みなとメディカルセンター 市民病院
薬剤部¹⁾・看護部²⁾・救急科³⁾

○藤田有紀子¹⁾、佐道紳一¹⁾、増山純二²⁾
黒坂升一³⁾、嵩下英次郎³⁾

ワルファリンはおよそ 50 年にわたり唯一の抗凝固薬として血栓塞栓症の治療および予防として臨床現場で使用されてきた。そのワルファリンに代わる非ビタミン K 拮抗型経口抗凝固薬 (non-vitamin K antagonist oral anticoagulants; NOAC) が発売され 4 年が経過した。NOAC はワルファリンとは異なる作用機序で抗凝固作用を発揮し、食事の影響を受けない、ワルファリンに比べて併用薬の影響を受けにくい、血液検査によるモニタリングが不要といった使い勝手の良さで当院でも年々処方数が伸びている。しかし、その一方で、腎機能障害など注意が必要な点もあり、脳内出血や虚血性イベントを発症させないためにも、それぞれの薬剤の特徴を正確に知っておくことが肝要である。実際、当院の救急外来を受診した NOAC 服用中の患者の中にも NOAC の種類や投与量が適切でない場合も少なくない。そこで、今回、当院で採用している NOAC 4 種の減量基準・ワルファリンやヘパリンからの切り替え方法など、医師から問い合わせが多い項目をポケット版のカードに作成し、NOAC を使用している医師に配布した。また、NOAC の地域連携に関する報告は他県ではあるものの長崎県での報告はない。そこで、脳出血や虚血性イベントを発症させないためにも調剤薬局にも同様のカードを配布し、院内の連携だけではなく地域連携も行ったので結果も併せて報告する。

救急車での搬送途中にドクターヘリを要請し 救命し得た急性冠症候群の1例

JCHO 諫早総合病院 循環器内科

○児島正純、重光良香、吉田尚広、山口研児

症例は69歳女性。主訴は呼吸苦、喘鳴。高血圧、糖尿病の治療中であったが平成〇年7月上旬より倦怠感や労作時の呼吸苦を自覚、次第に増悪するため7月12日夜間に近医を受診、肺炎の疑いで同院に緊急入院となった。入院後も更に症状が増悪するため、翌日早朝に当院へ紹介あり転院の方針となった。午前7時15分に救急車で搬送開始となったが、車内で徐々にバイタルサインが悪化、搬送時間が約1時間と長距離であることから、救急車内から7時31分にドクターヘリを要請した。7時58分にRPでフライトドクターが接触、傷病者はショックバイタルの状態であり、その場で気管内挿管を施行、昇圧剤投与など行った後にヘリで搬送となった。8時25分に当院到着、来院時の心電図でST上昇を認めており、急性冠症候群に伴う肺水腫が疑われた。IABP挿入下に緊急冠動脈造影を施行、多枝病変を認め冠動脈ステント留置術を施行した。術後はICUに入室しIABP以外に人工呼吸器、CHDF、体外式ペーシングを併用し治療を継続、徐々に状態は改善し全てを離脱した第11病日にICUを退室した。第26病日に行った慢性期造影ではステント内に問題なく、第33病日に独歩で軽快退院となった。本症例は到着時間に差は無いものの、搬送途中にドクターヘリを要請することで約30分も早く医師が接触できた事が、救命に大きな役割を果たしたと思われた。

雲仙普賢岳噴火災害を経験して ～看護師として・被災者として学んだこと～

医療法人済家会 柴田長庚堂病院

○藤原康子

はじめに

平成3年6月3日、島原病院在籍中に未曾有の災害に見舞われた。それから、24年経過した今、記憶は風化されようとしている。「災害は忘れた頃にやってくる！」もう一度当時を振り返って、看護師として・子供を持った母としての行動を振り返り、学んだことをまとめてみた。

1. 被災の実際

大災害1回目の6月3日は、日勤のリーダーだった。被災者がどんどん運ばれてくる中でトリアージされた4名の患者を1台の救急車に乗せて、後方病院へ転院させた。2回目の6月8日は、準夜勤務だった。1回目と違って、応援のスタッフが少ない中での対応はとても大変だった。3回目は噴石が飛んでくる中を深夜勤務に出かけたが、翌6月12日は、「普賢岳の山体が膨張している」と、報道陣が島原半島から撤退してしまった。

その後、9月15日には大野木場小学校が消失する位の大火砕流があり、台風17.19号の被害では、島原鉄道が完全に遮断された。

2年後には土石流で自宅が埋まり、1年間の避難生活を余儀なくされた。

2. まとめ

昨今、全国各地で地震や噴火災害等おこっているが、災害はいつおこるか分からない。今回の経験で、私はトリアージの重要性、災害予測の重要性、全国各地からの支援の有難さ。またこれを後世に語り継ぐことの重要性を痛感した。

当院における災害訓練の現状と今後の課題

JCHO 諫早総合病院 災害対策委員会

○中嶋宏、森勇介、大宮弘司、飛田光太郎
鳥山正信、村谷良昭

【目的】

当院は、災害拠点病院の指定を受けている。平成 25 年度より災害時の対応力強化のため、災害マニュアルに基づいた多数傷病者受入訓練を開始した。そこで、災害訓練の現状と今後の課題を得たため報告する。

【方法】

平成 25 年度に平日午前の震度 6 強地震発生を想定し、実働訓練を初めて実施。DMAT を中心としたメンバーで構成される災害対策委員を各エリアに配置し、トリアージや本部運営等を全職員対象に行った。

平成 26 年度は、実働訓練前に、災害医療の基礎知識の講義後、地震発生時の受入机上訓練を実施。その二ヶ月後に多数傷病者受入実働訓練を実施。それぞれの訓練終了後にはアンケートを実施し、現状の把握と今後の方向性を示唆した。

【結果】

各訓練 100 名前後参加(看護学生 36 名含む)の中、災害対策委員を各エリアのアドバイザーとして配置する事で、大きな混乱もなく対応出来ていた。アンケートでは自分の役割が理解できた 81%、今後も訓練の継続が必要である 94%、情報伝達がうまく行えなかった 65%、災害マニュアルの内容を知っている 17%との結果が出た。

【考察・結語】

今回の訓練を通し、災害に対する職員の意識向上や継続した訓練の必要性を知る事が出来た。今後の課題として、災害マニュアルの見直しと周知徹底、実用的な情報伝達法の検討を行っていききたい。また災害時の対応がスムーズに行えるよう、近隣医療関連施設との情報交換なども積極的に行う事も検討していききたい。

当院の BCP に基づく災害対策と訓練後の課題

長崎県島原病院 看護部

○金子龍太郎、東村千代子

【はじめに】

阪神・淡路大震災を機に H8 年に厚生省より発令された災害拠点病院の整備が、全国で進められた。H23 年東日本大震災を契機に災害対応力の更なる強化を目指し、H25 年に BCP (Business Continuity Plan) の考えに基づいた病院災害対応計画作成の手引きが発行された。同手引きを基に当院の集団災害マニュアルも修正し、災害訓練を実施した。その現状と課題を報告する。

【実施と結果】

H25 年度より本格的に災害対策部会を立ち上げ、院内集団災害マニュアル(以下マニュアル)を BCP の考えに基づき修正を行った。特に、発災直後の部署の確認方法と備蓄についての見直しをすることができた。また、災害訓練は平成 18 年から毎年行っており、平成 26 年度は当院が地震で被災した設定を初めて行った。院内対応を優先的に、特に災害対策本部の強化を重点に置いて訓練を実施した。訓練開始から各部門より被害状況を本部へ報告、被災者受け入れ状況等のクロノロジーを活用して、災害対策本部の初動を確認した。実施後、災害対策本部としての役割や、現場との連携がうまく取れなかったことが課題となった。

【考察】

マニュアルのさらなる活用、災害対策本部の役割の明確化と、現場との連携の強化を図っていく必要性を感じた。今後は地域との連携も不可欠である。そのためには、活用しやすく行動レベルまで具体化したマニュアルの修正と災害時対応の知識が豊富な人材の育成が必要不可欠であると感じた。

一般演題 C

C-1

Jリーグの試合における心肺蘇生法普及活動について

長崎みなとメディカルセンター 市民病院

救急科 ○平田亮介、黒坂升一、嵩下英次郎
看護部 湯川恵美子、石井美保子
増山純二、藤田圭子

2013年の発表によると我が国における目撃のある心停止患者における一般市民によるAEDの使用率はわずか3.7%である。2004年に一般市民によるAEDの使用が解禁されてから約10年が経過し、国内に40万台超が設置されているが、使用率に関しては中々上昇してこない。この理由としては、AEDの使い方がわからないという項目が最多であり、まだまだ浸透していないのが現状である。

今回我々は、Jリーグの試合（V・ファーレン長崎対京都サンガF.C.）において、一般市民に対する心肺蘇生法の普及活動を行ったので報告する。内容はスタジアム外のテントにおける心肺蘇生法の体験コーナーの設置およびスタジアム内における心肺蘇生法のデモンストレーションの実施であり、体験終了後にアンケートを記入して頂き理解度を調査した。当日は合計188名（大人105名、子供83名）が体験コーナーを訪れ、体験後のアンケート（回収率39%）では90%を超える方々が今後実践できるとの回答であった。

今回はわずか2時間程度の活動であったが、多くの方に参加して頂き、一定の成果をあげることができたと思われる。今後も様々なイベントにおいて同様の活動を行い、心肺蘇生法の啓蒙およびAEDの利用率の向上につとめていきたい。

C-2

二次救急病院における院内トリアージ導入までの現状調査と取り組み

社会医療法人財団白十字会 佐世保中央病院
外来 救急外来看護課

○谷口拓司

【はじめに】

二次救急病院の来院患者は初期・二次救急患者が主ではあるが、時には三次救急対応患者が来院することもあり、緊急度の高い患者から軽症者まで渾然一体になって患者が来院する。救急輪番日によっては来院数のばらつきはあるが、救急車で搬送される患者も多く、来院する順番で診察をしては、救える生命を救えないことにもなりかねない。今回、現状調査の結果から、院内トリアージ導入までの取り組みや今後の課題について報告する。

【方法】

平成26年度1月期の救急外来にウオークイン・救急車で来院した患者の緊急度をJTASの緊急度を基に判定し現状を分析する。

【院内トリアージ導入までの経過】

当院の救急患者の現状と院内トリアージ導入について部門報告会で伝達関連部署に対して院内トリアージについて伝達講習会実施。院内トリアージ業務マニュアルの作成。

院内トリアージ問診票の導入。

救急外来スタッフに対し個別にOJT（On the job Training）で伝達講習実施。

院内救急対応情報共有システム（トリアージシステム）開発の着手。

【今後の課題】

院内トリアージを導入するにあたり、救急外来の業務改善や個人の意識改革が必要。また、トリアージの質の担保の為にもトリアージナースの育成や継続的な教育体制の構築、システム開発が必要と考える。

三次医療施設における救急外来院内トリアージの現状と課題

長崎大学病院 救命救急センター

○張岳輝子

近年、高次医療機関へ夜間・休日に患者が集中し緊急度・重症度の高い患者の診察が遅れてしまうなどの社会的問題になっている。A病院は三次救急医療機関であり、二次救急病院では対応できない重篤な救急患者の対応を担っているが、A病院救急外来においても同様の現象があり、電話相談や直接来院の対応に時間を費やし、緊急度の高い患者の治療や緊急血管造影検査介助、ハリーコール対応に影響を及ぼしている現状があった。2005年に作成した「電話トリアージ」と、4段階に緊急度を区分した独自の院内トリアージシステムを実施してきたが、導入前と現状は変わらず、区分後の再評価や、患者に対して安全に待てる時間を保証することができないなどの問題点があった。2010年に日本救急医学会、日本臨床救急医学会、日本救急看護協会、日本小児科救急医学会が合同で作成した「緊急度判定支援システム：CTAS2008日本版/JTASプロトタイプ」はトリアージの標準化による信頼性、妥当性の向上、適切な緊急判定による重症救急患者への早期診療開始などが期待され多くの施設が導入している。A病院においても、2012年度の診療報酬改訂を受け、2013年4月より、救急車搬送以外の来院患者に対し、JTASを取り入れた院内トリアージの再構築を行った。そこで、過去2年間の取り組みと、課題が明らかになったので報告する。

飛び込み分娩症例の救急隊との合同検討会を通して

佐世保市立総合病院

○中野真由美、松井望

はじめに

今回産科未受診の飛び込み分娩症例を経験した。症例を元に救急隊・医療者合同で症例検討会を行い、知識の共有や情報交換を行うとともに、迅速で適切な情報共有が重要であることを再確認することができたため報告する。

事例紹介

産科未受診の10代の女性。腹痛と出血で救急車要請。ホットラインでの受け入れとなり、救急隊からは“産科未受診で妊娠週数不明の10代女性、腹痛と出血、破水の可能性あり”との情報で15分後に患者到着。到着後確認すると下着内に児・胎盤がすでに娩出していた。

結果

本症例を元に救急隊と小児科・産科・救命科医師、助産師、看護師合同で症例検討会を開催した。救急隊の現状や現場での詳細を共通認識した上で、看護師・産科医が得たい情報、妊娠週数不明の場合や破水後の搬送時の対応を救急隊へ提示した。また、ホットラインは救命医が受けるため、その後看護師や産科医師が追加で情報収集したい場合の連絡方法を検討した。その中で患者接触時から初療室搬入、入院・退院の一連の流れは患者の社会復帰を見据えた救命の連鎖であり、各々が次に引き継ぐことがゴールではないこと、そのために救急隊と医療者間での迅速かつ、適切な情報の共有が非常に重要であることを再認識できた。

救急外来初療室で緊急手術に携わる看護師の意識

長崎大学病院救命救急センター

○川上綾、中村恵理、張岳輝子
徳永和代、宮原静、戸北正和

救急外来初療室（以下、初療室とする）では診察を受け、緊急手術が必要であると判断された患者は、手術部の優先的受入れ体制により早期に手術を受けられるが、近年のダメージコントロール戦略の一つである蘇生的手術を初療室で行う事ができないかとの要望が聞かれるようになった。平成 23 年度病院改築により初療室に小手術室が設置されているが、稼働状況は殆どなく緊急手術に対応する体制ができていないのが現状であった為、初療室での緊急手術に対応するための準備・マニュアルの整備・教育が必要であると考えた。しかし救急患者受入れに加え、緊急手術に対応できる手術部経験の看護師は少なく、手術介助の基礎知識や技術の習得もされていない為、看護師からは「手術は手術室で行えばいい」「初療室で手術になったらどうしよう」「できればやりたくない」という意見が聞かれ、蘇生に必要な戦術に対する認識の低さを痛感した。そこで今回、初療室で緊急手術に携わる看護師に対して意識調査を行い、現状を把握すると共に、看護師の不安内容を明らかにすることで、今後の看護師の意識向上と意欲的に従事することができる体制作りについて検討したので報告する。

一般演題 D

D-1

てんかん発作を契機に寛骨臼骨折を発症した 1例

長崎大学病院 外傷センター¹⁾
救急救命センター²⁾

○竹内潤¹⁾、宮本俊之¹⁾、福島達也¹⁾
田口憲士¹⁾、水光正裕¹⁾、田崎修²⁾

【はじめに】

てんかん発作を契機に寛骨臼骨折を発症した症例を経験したので報告する。

【症例】

53歳男性、精神発達遅滞があり福祉施設での入所中に暴力行為を繰り返したため精神科病院に入院となった。入院中に痙攣発作を起こした後より体動困難となり近医整形外科を受診し、寛骨臼骨折を指摘され加療目的にて当院紹介となった。初診時の primary survey は特記なく、secondary survey で左下肢の短縮および運動障害、X線およびCTにて寛骨臼骨折を認めた。いわゆる中心性脱臼を伴い、骨折の整復がなされなければ今後の日常生活の大きな支障をきたすため観血的骨折整復術を行った。術後は早期に車椅子移動となり、転院した。

【考察】

てんかんによる寛骨臼骨折は27例しか報告されておらず、本症例は極めて稀な症例である。寛骨臼骨折は本来高エネルギー外傷により発症する骨折で、通常の上肢外傷は交通外傷や転落外傷などである。しかし今回はベッドからの転落もなく、てんかん発作のみで起こった外傷であった。てんかんにより本骨折が発症することを知っていれば早期の発見につながり、治療が円滑に行える可能性が高い。治療は多くは保存療法か人工関節置換術である。保存療法は意思疎通が行えず危険と考えた。人工関節置換術では骨癒合が得られる前に歩行を開始すると早期に人工関節の破綻を来す可能性があり、治療を二期に分け今回は骨接合術を選択した。今後股関節の変形が進行した場合には人工関節を行う必要があると考えている。

D-2

当院における四肢開放骨折治療戦略について

長崎大学病院 外傷センター

○福島達也、宮本俊之、田口憲士
竹内潤、水光正裕

【はじめに】

四肢開放骨折は高エネルギー外傷によるものが多く、頭部や体幹部損傷の合併、局所でも粉碎骨折や軟部組織欠損を伴うことが多く、しばしば治療に難渋する。今回当院で治療した開放骨折症例の検討、治療戦略について報告する。

【対象と結果】

症例は2010年4月からの4年間で四肢開放骨折に対して治療を行った男性67、女性20の87例で、年齢は3～86（平均49）歳であった。検討項目として骨折部位、合併損傷の有無、開放骨折分類（Gustilo）、感染症対策、形成外科治療について調査した。

骨折部位は上肢10・下肢57・その他22例で下肢に多く、合併損傷ありが43例、Gustilo分類はtype1;10、2;27、3;50例で重症度が高い傾向にあった。感染症対策に早期の抗菌薬投与に努めたが（搬送後平均58分）、切断に至った症例も認めた。形成外科治療を要した症例は半数以上であった。

【考察】

開放骨折治療の成績向上には多方面からのアプローチが必須と考える。初期治療でのJATECアプローチに基づいた救命治療は必須であるが、それと同時に初期治療から四肢再建についての治療戦略を考え、実践していくことが機能予後向上に重要であると考えた。当院では全身管理治療、骨軟部組織治療、感染治療、精神科的ケア、理学療法、薬物治療など多職種における連携治療を行うことで、早期社会復帰、生命及び機能予後の改善に努めている。今後開放骨折や多発外傷など高エネルギー外傷の治療成績向上にはチーム治療が重要と思われた。

凝血性血胸に移行した外傷性血気胸の1例

長崎大学病院 救命救急センター

○赤城和優、山野修平、井山慶大、上木智博
猪熊孝実、田島吾郎、平尾朋仁、野崎義宏
山下和範、田崎修

【はじめに】

凝血性血胸に対して胸腔鏡下血腫除去術が有用とされる報告も有り、受傷から5日以内が望ましいという報告もあるが、多発外傷の急性期ではその判断は難しい。今回治療方針の決定に苦慮した凝血性血胸の一例を経験し、文献的考察を加え報告する。

【症例】

59歳女性。高さ30mの橋より墜落し受傷。著明な皮下気腫と緊張性気胸を認めショック状態で当院搬送となった。緊張性気胸に対して初療室で右第5肋間腋窩中線から胸腔ドレーンを留置するも気胸の改善に乏しく、追加で右第4肋間前腋窩線からも胸腔ドレーンの追加留置を行った。

CTでは気脳症、胸骨骨折、多発肋骨骨折、外傷性血気胸、右肩甲骨骨折、右上腕骨骨折、左腓骨骨折などを認め、下行大動脈周囲にも血腫を認め大動脈損傷も疑われた。胸腔ドレーンからの血性排液の持続と貧血の進行あり。14時間後再度造影CTを撮影したところ右鎖骨下動脈分枝からの出血と診断し動脈塞栓術にて止血術を行い循環動態は安定した。右上腕骨・左腓骨骨折は後に内固定を行い、右肩甲骨骨折は保存的加療とした。

胸腔ドレーン排液は減少し、気胸は改善したため受傷5日目に第4肋間のドレーンを抜去した。14日目の胸部CTで血胸は凝血性血胸となっておりドレナージ効果は無く、翌日第5肋間のドレーンも抜去した。凝血性血胸の血腫除去目的に手術加療を検討したが、最終的には保存的加療の方針とし良好な経過を得た。

腹部鈍的外傷により急激な経過を辿ったアルコール性肝硬変を合併した1症例

長崎労災病院

救急集中治療科¹⁾、外科²⁾、麻酔科³⁾

○中村利秋¹⁾、原貴信²⁾、卜部繁彦³⁾、江頭崇³⁾
辻史子³⁾、寺尾嘉彰³⁾、福崎誠³⁾

症例は、54才男性。既往歴は、アルコール性肝硬変、アルコール依存症。現病歴は、自家用車が電柱に衝突、前方が大破する単独事故における運転者であり、救急搬送されてきた。来院時のCT画像上、腹腔内出血を認めた。血液検査での異常値は、白血球上昇、血液濃縮、肝腎機能障害、代謝性アシドーシスを認めていた。循環動態は安定しており、輸液療法を継続しつつ、時間経過を考慮した造影CTによる再評価をおこなった。その結果、活動性出血は認めず、外科的、放射線科的な治療介入はせずに経過観察可能で、救急搬送後の全身状態は保たれていると判断していた。しかし、口渇、多飲、頻脈を認め、経過観察目的の入院とした。入院後より、腹部膨満感、腹痛を訴え、頻呼吸、頻脈、低血圧、末梢循環障害を呈し、あきらかな急激な全身状態の悪化を認めたため、ICUに緊急収容した。ICU収容時所見は、著明な呼吸、循環不全を認め、間もなく多量の嘔吐、意識消失をも認め、心肺蘇生を要した。この時点での血液検査にて、電解質異常、肝腎機能障害の増悪、代謝性アシドーシスを呈していた。ICU収容約4時間後に死亡に至った。その後、当院救急搬送時にすでにアルコール性ケトアシドーシスを呈していたことが判明した。結語：アルコール多飲歴のある救急搬送患者に関しては、アルコール性ケトアシドーシスも念頭においた初療内容とその後の慎重な評価と経過観察を要する。

脾温存腓体尾部切除術(Warshaw 術)を行った 腓損傷(Ⅲb)の 1 例

長崎大学病院

救命救急センター、移植・消化器外科*

○田代美由紀、猪熊孝実、井山慶大、上木智博
山野修平、田島吾郎、平尾朋仁、野崎義宏
山下和範、大野慎一郎*、曾山明彦*、北里周*
日高匡章*、黒木保*、江口晋*、田崎修

【症例】

症例は 34 歳の男性。軽トラックを運転中にガードレールへ衝突し受傷。搬送された近医で腹腔内出血、腓損傷が疑われたため、当院へ転院搬送となった。当院来院時、GCS 14(E4V4M6)、呼吸数 16 回 / 分、心拍数 110 回 / 分、血圧 100 / 70mmHg、体温 36.0 度。来院後すぐに O 型赤血球濃厚液とクリオプレシピテートの緊急輸血を開始し、気管挿管、中心静脈確保を行った。CT で腓体部の断裂と、主腓管の損傷、腓周囲の液体貯留を認めたため、緊急 ERCP を施行すると、腓体部で主腓管は断裂しており、腓液の漏出を認めた。腓損傷(Ⅲb)と診断し、緊急手術の方針となった。開腹すると、小網の裂傷と腓断裂を認めた。術中は終始バイタルサインが安定しており、脾動静脈切離し、脾温存腓体尾部切除術(Warshaw 手術)を施行した。腓頭側の断端は Endo GIA 60(黒)で切離閉鎖した。手術時間は 189 分、出血量は 2,950g。術後は特に合併症認めず、第 17 病日に退院となった。

【結語】

脾温存腓体尾部切除術(Warshaw 術)を行った腓損傷(Ⅲb)の 1 例を経験した。

地方基幹病院における重症型肝損傷の経験

長崎県島原病院

○藤井美緒

【はじめに】

外傷死亡の 12.6%が preventable trauma death (PTD) であり、その多くは初期診療の診療機能に依存しているとされる。中でも外傷性肝損傷は、制御不能の出血が直接死因となることが多く、初期対応として急速大量輸液や輸血を必要とする。当院での重症肝損傷症例の経験を通じて、地方中核病院において外傷症例に対してどのように対応すべきか、考察する。

【症例】

30 代女性。午前 4 時 30 分頃、軽トラック運転中に道路標識に衝突した。シートベルトは装着していなかった。意識障害、下腹部痛、嘔吐を認め、午前 5 時 10 分救急外来へ搬送された。既往歴なし。来院時明らかなショック所見を認めなかった。腹部 CT で肝左葉損傷、腹腔内出血を認めた。来院後 80 分で BP 82/55 mmHg と低下傾向となり、腹部 echo で肝表面・ダグラス窩の fluid の増加傾向を認めた。急速輸液で血圧の維持が困難であり、出血のコントロールが必要と判断し、緊急開腹手術を行った。葉間裂に沿って肝がほぼ分断され、中肝静脈が完全に離断された状態であった。肝外側区域+S4 下部を切除し、パッキングガーゼを装填した。複雑深在性損傷 Ⅲb (日本外傷学会臓器損傷分類)と診断した。術後、輸血療法と併用して、DIC、急性循環不全に対しての集中治療を行った。second look operation 後も胆汁漏が持続したが、ドレナージ・抗生剤投与にて軽快し、後遺症なく受傷 35 日目に自宅退院した。

【考察】

地方基幹病院では、救急専門スタッフ不足、不利な地理的条件の下で診療を行わねばならないこともある。外科系医師、コメディカルスタッフへの教育、血液供給体制の強化が必要である。また、地方基幹病院で重症外傷治療を行う際は、より早い段階で開腹/開胸の適応を検討し、時期を逸さず手術治療を考慮すべきである。

一般演題 E

E-1

妊婦CPA含む交通事故多数傷病者事案 （症例）について

南島原消防署 布津分署

○中村良樹

妊婦のCPAを含む交通事故多数傷病者症例を通じ、先着救急隊としての活動概要とその検討事項を報告する。

国道と自動車専用道路が交わる十字路交差点で4台の自動車が絡む交通事故が発生。第一出場隊は救急隊が3隊、消防隊が1隊、救助隊1隊で、先着救急隊1隊3名が覚知から8分後に現着した。

出場途中において、CPA傷病者は妊婦との情報があり、ドクターヘリを要請するも別件事案対応中で不可であった。

接触時、CPA（妊婦）に対し胸骨圧迫中であり、先着救急隊によりトリアージとCPA対応を開始。途中、ドクヘリ対応可能となり赤の傷病者を接触から21分後に直近二次病院へ収容する。

本事案は時間経過とともに活動変更を要したため困難を極めた。今後の多数傷病者の活動対応の一考になるよう症例報告する。

E-2

救急外来の受入体制強化における一考察

長崎県島原病院

○木村美智留

【はじめに】

平成26年度、交通事故によりA病院を受診した患者は208名であった。その外傷程度は軽傷から重症までさまざまである中、交通事故による妊婦のCPA症例を経験した。そのときの消防から病院への受入体制においていくつかの課題が明らかとなった。

【経過】

指令センターより「患者受入要請」が救急外来看護師へ入る。その内容は妊婦で、交通事故、CPA状態、受入要請であった。このとき、事故の状況を確認したが、詳細は不明とのことだった。外科救急担当医へ報告すると、産科がないため受入困難と判断され、医師は3次救急病院を勧めた。5分後、再度、「受入要請」が入った。追突事故であること、CPA状態が継続していること、ドクターヘリの到着に15分かかるという理由で、初期対応の要請であった。受入準備を開始し、外科医2名と麻酔科医1名、看護スタッフ5名で対応した。

【考察】

当院の課題として、次の2点が挙げられる。患者受入要請時の電話対応について一定の基準が必要

- ・救急隊からの電話は原則、各診療科救急担当医へ繋ぐと決定されているが、救急対応医が対応困難時は、救急外来看護師の対応とすることを周知、徹底しておくこと。
- ・その場合、救急外来看護師が受入可否を決定することはできないが、症例や緊急性によって対応可能なプロトコールを作成しておくこと。

重症外傷患者を受け入れる場合、院内における応援体制の基準を関連部署全体で話し合い、実践訓練を実施すること。

複数傷病者に対しドクターヘリ・ドクターカー 一同時出動した1症例

長崎大学病院 救命救急センター

○竹山孝二、宮田佳之

救命措置が必要な傷病者が発生した現場に少しでも早く医療従事者が接触し救急処置を行うことにより、救命率・社会復帰率向上を図る目的として当院でも平成24年度よりドクターカーが運用開始となった。要請件数は平成24年度54件、平成25年度108件、平成26年度193件と年々増加してきている。しかし、当院における複数傷病者への出動事案は少なく、現場での他医療機関との連携を行った事案の報告はない。

今回、交通事故による複数傷病者発生的事案でドクターヘリ・ドクターカーが同時要請された。ドクターカー運用開始して以降、初めてドクターヘリと共同で現場活動を行ったので今後の課題とともに報告する。

ドクターカーの複数傷病者事例における 看護師の役割

～看護師単独搬送を行った

二症例を振り返って～

長崎大学病院 救命救急センター

○本田智治、宮田佳之

当院では平成24年5月からドクターカーの運用が開始され、年間100例ほどの事案に出動し病院前救護にあたっている。しかし、これまでに複数傷病者対応を行った事案は過去5例のみである。病院前救護における現場は混乱しており、人的・物的資源の制限がある。そのため複数傷病者対応の場合には、現場での初期対応及び病院選定後に、看護師だけが救急車に同乗し搬送を余儀なくされる場合がある。

今回、交通事故により発生した複数傷病者の事案において、二度に渡り看護師だけで救急搬送を行った症例を経験した。それらの経験を振り返り、病院前救護活動における複数傷病者対応の中での看護師の役割について事例とともに報告する。

透析患者の急変対応事例から学んだことと血液浄化センターの今後の方向性

地方独立行政法人 北松中央病院

看護部¹⁾ 循環器内科²⁾ 腎臓内科³⁾

○正木康寛¹⁾、伊勢守¹⁾、白壁フミ子¹⁾

前田太三¹⁾、濱道尚子¹⁾

福井純²⁾、中沢有香³⁾、久原拓哉³⁾

血液透析中にみられる不整脈は、循環動態の変化により血液透析治療を障害し時に突然死の原因となることもある。誘引は心肥大や冠動脈疾患などの基礎心疾患があり、体液や電解質バランス、透析治療に伴う急激な変化が原因と考えられる。普段透析治療中の患者に対しての心電図モニター使用

は、透析中の経過や症状の有無などにより判断していた。

透析中の血行動態上の異常所見として多くみられるのは、体重増加に伴う時間所水量の増加から血液低下をきたすことである。その際には生食補液や除水量の調整、透析終了など迅速に対応しているが、今回、致死的不整脈による意識消失から AED 適応となった症例を 2 例経験した。異常発見時は血圧低下によるものと考えて対応したが、実際には不整脈によるものであった。

結果的に救命に至ることはできたが、それぞれの症例において反省点が多数あり、振り返りやミーティングを行った。その中でこれまでの急変対応に対する意識の改革を図り、今後の血液浄化センターにおける急変対応時の方向性を見出すことができたので報告する。

一般演題 F

F-1

当院における脳卒中ホットラインの現状と脳卒中診療について

長崎県島原病院 脳神経外科

○宗剛平、平山航輔、野田満、徳永能治

当院は島原半島唯一の高次脳卒中センターとして、島原市、南島原市、雲仙市の一部の広範な医療圏をカバーしており、脳卒中入院患者は年間平均約330人（脳梗塞72%、脳出血22%、くも膜下出血6%）である。当院で発症早期の脳卒中等の患者が円滑に搬送されることを目的として、平成20年4月より脳卒中ホットラインを導入し、圏域内の救急隊および医療機関から迅速な患者受け入れを行っている。救急隊と2ヶ月毎に脳卒中ホットライン症例検討会を行い、搬送症例を検証している。脳卒中ホットラインの適応項目は、①突然の顔面のゆがみ、②上下肢のとくに一側に限局したしびれや脱力、③突然の言語理解や会話の混乱、不明瞭な発語、④突然のかつてない激しい頭痛、⑤突然の繰り返す意識障害を伴う痙攣発作、の5つである。過去3年間に脳卒中ホットラインで搬入された患者の75%は脳卒中であった。脳梗塞のtPA静注療法を施行した40例中27例（68%）は脳卒中ホットラインで搬入された症例であった。また脳出血では67例中16例（24%）で緊急手術が施行され、くも膜下出血12例中10例（87%）で緊急手術が施行された。脳卒中ホットライン適応で搬送され結果的に脳卒中でなかった症例の症状として、構音障害のみや頭痛が多かった。現場での救急隊の的確な判断により脳卒中ホットラインが適切に使用され、迅速な治療につながっており、脳卒中ホットラインは脳卒中診療において有用であると思われる。

F-2

脳卒中ホットラインの使用状況と今後の活用

南島原消防署 布津分署

○松本裕基

全国的に脳卒中を疑う症状がある場合はすぐに救急車を要請するよう啓発活動がなされている。島原消防本部の管内人口111,872人に対し二次病院5施設、三次病院0施設、高次脳卒中センターが1施設であり、直近の脳卒中センターは島原半島外となっている。発症から一刻も早く治療を開始しないと重篤な後遺症が残る脳卒中だからこそ救急隊は先手を打たなければならない。

そこで島原消防本部では平成20年4月より島原病院脳神経外科医師と連携して脳卒中ホットラインを運用している。救急車を要請した傷病者がホットライン使用に該当する5項目の症状を呈している場合に、脳外科医師と救急隊が直接電話をし、詳細な症状をダイレクトに伝えることにより搬送時間の短縮や医療機関側の検査等の手配、治療に至るまでスムーズな流れを実現できるシステムである。

これまでの経緯として当消防本部の脳卒中ホットラインの使用状況紹介と、今後の運用に対する課題について検証する。

日本紅斑熱を併発していた急性硬膜下血腫の

1 例

独立行政法人国立病院機構長崎医療センター
救命救急センター¹⁾

同 総合診療科・総合内科²⁾

同 脳神経外科³⁾

○木室里依子¹⁾、窪田佳史¹⁾、日宇宏之¹⁾

古川愛子¹⁾、中原知之¹⁾、鳥巢藍¹⁾

白水春香¹⁾、増田幸子¹⁾、大野直義²⁾

日宇健³⁾、山田成美¹⁾、中道親昭¹⁾

高山隼人¹⁾

急性硬膜下血腫で離島より搬送された患者が、皮疹と発熱があり日本紅斑熱を併発していた症例を経験したので報告する

【症例】84歳女性、対馬市在住

【現病歴】2014年4月X-6日頃から体調不良あり次第に増悪。X日室内で倒れているのを発見され近医受診。急性硬膜下血腫を認めたため当院にへり搬送された。

【入院時現症・検査所見】体温 38.9°C、脈拍 106 回/分、血圧 162/100mmHg、呼吸数 20 回/分、SpO₂95%(酸素 3L)、GCS 4/4、左上下肢不全麻痺あり。全身性に癒合傾向のない 10mm 弱の皮疹を認めた。WBC12600/μl、CRP10.77mg/dl、PLT13.6 万/μl、AST64IU/l、ALT42IU/l、PT(INR) 1.10、FDP 33.9μg/ml 【経過・考察】明らかな感染巣不明ながら、術前であり CEZ・CTR 投与するも解熱得られず DIC 傾向は持続。発熱・皮疹よりリケッチア感染症を疑い MINO 開始し徐々に症状・血液検査改善した。入院 5 日目の血液検体で *Rickettsia japonica* IgG160 倍、17 日目で IgG640 倍以上、IgM640 倍と上昇認め日本紅斑熱と診断した。本症例では高熱と全身性紅斑からリケッチア感染症を疑い迅速に対応することができた。同様の所見を認めた場合は、地域性や病歴を考慮しリケッチア感染症を鑑別に入れることが重要である。

内頸動脈閉塞に対してバイパス術後、

抗凝固療法中の出血性ショック

長崎北徳洲会病院 脳神経外科

○鬼塚正成、中村稔

40 代女性、慢性心房細動、右内頸動脈塞栓症に対し t P A 治療が奏功せず血栓粉碎術を施行したが再開通が得られず、発症から 3 週間目に右浅側頭動脈—中大脳動脈バイパス術を施行した。術後ワーファリンを継続し自宅退院となり経過良好であったが子宮筋腫からの過多月経が多く、新規経口抗凝固薬に切り替えて経過をみた。貧血に対して鉄剤を投与して 1 年経過したが、出血性ショックを来して他院へ搬送、新たに右中大脳動脈穿通枝領域に脳梗塞をおこした。その後精査にて悪性新生物からの出血であることが判明した。

40 代の心房細動は罹病率が低く、近年ではアブレーション治療の対象となる症例もあるが、今回抗凝固療法中に外来で精査をしていれば出血性ショックに至ることは防げた可能性があり反省を踏まえて症例報告する。

遠隔画像診断システムとドクターヘリを
駆使した離島発症の急性期血行再建
“Drip, Ship and Retrieve”の可能性

Drip, ship and retrieve method for acute
ischemic stroke by helicopter transportation

国立病院機構長崎医療センター

脳神経外科¹⁾、神経内科²⁾、救命科³⁾

○日宇健¹⁾、福田雄高¹⁾、岩永洋²⁾、中道親昭³⁾

日宇宏之³⁾、小野智憲¹⁾、牛島隆二郎¹⁾

戸田啓介¹⁾、高山隼人³⁾、堤圭介¹⁾

【目的】

急性期脳梗塞は血管再開通までの時間が予後に影響する。当施設では1991年に遠隔画像診断システムを導入し、県下離島の主要10医療施設とネットワークを結んでいる。ヘリ搬送された急性期脳梗塞患者への“drip, ship and retrieve”法の可能性を検討した。

【対象・結果】

2010年-2015年5月までの期間で52例にtPA静注療法を行い、そのうち17例(32.7%)はヘリ搬送で来院した。13例(平均年齢72.1歳)で“drip and ship”法にて離島でのtPA投与後に当院へのヘリ搬送を行い、投与開始前の平均NIHSSは18であった。全例で症候性頭蓋内出血は認めず、予後良好群(退院時mRS 0-2)は38.5%であった。離島でのtPA投与を行い当院へ搬送後に脳血管内治療を行ったのは2例であり、いずれもドクターヘリで搬送を行い、各々TICI 2a, 2bの再開通が得られた。

【結語】

離島発症例は“drip and ship”法にて安全にtPA静注療法が行えることが実証された。さらなる機能予後改善には前病院到着からtPA投与開始までの時間短縮が今後の課題である。

“Drip, ship and retrieve”法を行った症例は時間的制約のため2例にとどまっており、可及的早期に当院への搬送を行うべく離島医療施設への啓蒙が重要である。

Warfarin内服中に発症し激烈な経過をとった
脳内出血の一例

済生会長崎病院 脳神経外科、臨床研修*

○城島五穂*、原口渉、北川直毅

【目的】

ワーファリン内服中に大出血を来した症例を経験したので報告する。

【症例】

症例は74歳男性、平成21年に心原性脳塞栓症にてワーファリン開始、PT-INR 1.69～2.11と治療域であった。6月某日起床時より右上肢麻痺をきたし発症1時間後に救急車来院、左前頭葉運動野に直径2cm(血腫量6.4ml)程度の脳内出血を認める。MRAでは症候性病変なく、来院時のPT-INR 2.12であり、厳重な血圧管理下にビタミンK 20mg投与し経過観察する。状態は変わりなく発症6時間の頭部CTでは血腫は大差なし、同時刻のPT-INR 1.92と延長しておりビタミンKを更に10mg追加する。発症10時間30分頃から麻痺は右下肢に広がり失語症出現、意識状態も悪化、頭部CTでは血腫は拡大し(血腫量64.4ml)ていた。発症12時間30分後より緊急手術となるが、PT-INR 1.65と延長しているためPPSB-HT 1000単位を使用、FFPも5単位併用し、術中の出血は軽度であった。術後出血なく意識は回復するが、右片麻痺・失語症は高度に残存し、第30病日に回復期リハビリ転院となった。脳梗塞の再発予防には第5病日よりヘパリン開始し、第9病日にはNOAC開始した。

【考察】

ガイドラインにもあるようにワーファリン内服中の脳内出血には第IX因子複合体(PPSB-HT)の迅速な投与が大切である。

一般演題 G

G-1

NMC-SHOT 立ち上げに関する看護部の 関わり

長崎医療センター 救命センター

看護師 ○山口夢津美、平原拓馬
野口みどり

長崎医療センターでは 2014 年 10 月 1 日より搬送依頼の際に、脳卒中が強く疑われる症例について早期介入、早期治療開始を目的に長崎医療センター脳卒中ホットライン（以後 NMC-SHOT）が開設された。

初療では看護師個人の経験年数やアセスメント能力で受け入れ準備にバラつきがあったため、NMC-SHOT の初療での準備に関するチェックリストを作成しマニュアルを明文化した。内容は、検体スピッツの固定・セット化、静脈路確保時の使用ルートの統一・部位指定、検査までの流れを作成し提示しておくことで、認識・行動の画一化を図ることが出来た。

フローチャートで連絡体制が整備され、NMC-SHOT が入ると同時に救急外来看護師や各科への連絡が入ることになった。患者到着前から準備を行うことが出来るようになり、救急外来看護師は病棟看護師と直接連絡を取り合い、病棟での入院準備・ベッドコントロールなど初療から入院までの流れがスムーズになった。また、救急車で来院する患者に対してだけでなく、一般外来患者の脳梗塞に対しても NMC-SHOT と同じ対応を行うことが出来、治療開始までの時間短縮に繋がられるようになっている。

2015 年 5 月までに NMC-SHOT で搬送された患者の内訳は全 66 例（脳卒中 54 例、てんかん 4 例、脳腫瘍 1 例、その他 7 例）であった。

今後、院内発症時の NMC-SHOT 活用に進達していく方針であり、救命センターだけでなく院内全スタッフへの周知や院内発症脳卒中患者の早期治療介入が課題である。

G-2

院内救命救急クリニカルラダー作成への 取り組み

佐世保市立総合病院

救急看護認定看護師 ○小林望

当院救命救急センターは、長崎県北地域において緊急度・重症度の高い患者が搬入される。当センターにおける昨年度の救急患者数は 9119 人、うち救急車搬入件数は約 3000 件、ドクターヘリ搬入は 68 件と救命救急センター開設に伴い 2 次～3 次レベルの重症患者は増加している。しかし一方で、救急患者の 65%がウォークイン患者であり、軽症患者の対応比率も依然として高い。そのため、初療に携わる看護師には多くの知識と確かな技術・実践能力が必要とされる。昨年度センター開設 3 年目を迎え、救命救急病棟と初療室を 1 看護単位とした新たな看護体制が開始となった。現在当院看護部は看護師としてのキャリア開発を図るものさしの一つとしてクリニカルラダーを導入し、人材育成を行っている。しかし、救急看護の分野に特化したものではなく、初療に関するスキルアップに活用できるものはない。

以上のことから、初療室に勤務する看護師の救急看護に必要な知識・技術・態度の習得状況を把握し、教育体制を整備することが必要であると考えた。そこで今回、日本救急看護学会が定めている「救急看護クリニカルラダー」を参考に、当院の現状に合わせた救命救急クリニカルラダーを作成した結果を課題とともに報告する。

CAM-ICU（せん妄評価法）導入後の現状と 今後の課題

JCHO 諫早総合病院 ICU・救急外来室

○下村文美恵、森勇介、
松尾信子、平野富美子

当院は、地域医療支援病院として、県央地区の急性期医療の提供を行なっている。平成 24 年 7 月から ICU(8 床)と救急外来を一看護単位とした新体制で稼働し、平均年間患者数 2101 名が ICU に入室している。入室患者の約半数が 75 歳以上であり、高齢者の入室が多い現状である。

ICU での看護は、突然の重症化や環境の変化、睡眠覚醒リズムの変調などから、せん妄を起しやすき環境にある。当初、せん妄に対し看護師が行っていたアセスメントは、患者の行動からの判断だけであり個々の主観に任されていた。そこで、平成 25 年 11 月から、「経験年数に関わらずスタッフが ICU 患者のせん妄に対してリスク回避の介入が出来る」「共通した判断が行える」を目的に CAM-ICU を導入した。導入後は点滴・ドレーンの自己抜去等のインシデント報告数が減少してきている反面、評価漏れが 25.2%と評価対象患者の 4 分の 1 を占めていた。今回、CAM-ICU 導入後の評価と今後の課題について分析した結果、せん妄に対するリスク回避とスタッフへの意識づけの機会となったので、報告する。

経口摂取が出来ない患者に対する口腔ケア方法 の検討 ～口腔内洗浄と清拭の違い～

長崎大学病院

国際医療センター¹⁾、救命救急センター²⁾

口腔外科³⁾

○松永亜希子¹⁾、吉岡佳世¹⁾、川上悦子¹⁾

戸北正和¹⁾、山野修平²⁾、田崎修²⁾、林田咲³⁾

【はじめに】

当病棟には、人工呼吸管理の患者や、嚥下機能、咳嗽反射機能に障害をもち経口摂取が困難な患者が多い。人工呼吸器関連肺炎や誤嚥性肺炎を予防する上で、口腔ケアは大変重要である。現在は、洗浄時の誤嚥リスクを考慮しブラッシングとスポンジによる清拭を実施している。しかし、清拭だけの方法で十分な効果を得られているか疑問であり、洗浄をしてはならないというエビデンスはない。本研究では、従来の清拭と洗浄する方法で口腔ケアを行い、口腔内の細菌数を浄の前前後で比較した。

【方法】

経口挿管中とその他経口摂取不可である患者各 10 名。清拭、水による洗浄、洗口液としてベンゼトニウム塩化物を使用しての洗浄をそれぞれ実施した。口腔ケア前後の患者の舌背と中咽頭から唾液を採取し細菌カウンターで細菌数を調べた。

【結果】

清拭では全症例で口腔内細菌数が不変、もしくは減少しても目標とする値までには至らなかった。経口挿管症例では、水による洗浄は、10 症例中 4 症例が目標とする値まで減少した。洗口液による洗浄は、10 症例中 4 例で目標とする値まで減少した。経口挿管していない症例では、水による洗浄は 10 症例中 1 症例、洗口液では、10 症例中 4 症例で目標とする値まで減少した。

【結論】

清拭による口腔ケアでは効果が得られなかった。また、洗浄による口腔ケアでも全てに効果が得られていないため、今後安全かつ効果が高い口腔ケア方法を検討していく必要がある。

医療機器展示企業および広告掲載企業一覧

【医療機器展示企業】

- ◆日本光電九州株式会社
- ◆フィッシャー&パイケルヘルスケア株式会社
- ◆フクダ電子西部北販売株式会社

【広告掲載企業】

- ◆武田薬品工業株式会社
- ◆大塚製薬株式会社
- ◆中外製薬株式会社
- ◆日本化薬株式会社
- ◆フクダ電子西部北販売株式会社