

第 37 回
宮崎救急医学会

プログラム・抄録集

- 日時 平成 23 年 2 月 19 日 (土)
13 : 00 ~ 18 : 10
- 会場 宮崎県医師会館
- 会長 廣兼 民徳
(宮崎善仁会病院
救急総合診療部部长・副院长)

第 37 回宮崎救急医学会 事務局
宮崎善仁会病院 総務課

連絡先

〒 880-0834 宮崎市新別府町江口 950-1
TEL:0985-26-1599 Fax:0985-26-1533

プログラム

開会の辞 13:00 ~ 13:05

第37回宮崎救急医学会 会長 廣兼民徳

一般演題Ⅰ 教育啓蒙 (2題) 13:05 ~ 13:20

座長 宮崎善仁会病院 院長 関屋 亮

1. 市民向けの蘇生講習として多人数一斉 CPR + AED 講習法は有用か?
宮崎大学医学部地域医療学講座 ○松田俊太郎 黒木友絵 外山公司 長田直人
宮崎 ICLS 普及委員会 廣兼民徳
2. 心肺蘇生法のガイドライン 2010 について
宮崎善仁会病院 救急総合診療部、日本救急医学会 I C L S 企画委員九州地区幹事
○廣兼民徳

一般演題Ⅱ 救急医療 (2題) 13:20 ~ 13:35

座長 宮崎市立田野病院 外科 吉岡 誠

1. 当院における脳低温療法
都城市郡医師会病院 ○名越秀樹 小山彰平 隅専浩 岩切弘直 熊谷治士
2. 当院における過去2年間の消化管出血の検討
串間市民病院 内科1、外科2、宮崎大学地域医療講座3 ○早川学1, 3
井上龍二1 中西千尋1 相良誠二1 藤原利成1 牧野智礼1 高屋 剛2
長沼志興2 新名一郎2 谷口智隆2 黒木和男1

一般演題Ⅲ 外傷・外科 (2題) 13:35 ~ 13:50

座長 県立宮崎病院 外科 上田 祐滋

1. 重症手の外傷における当科の治療方針について
宮崎江南病院 形成外科 ○加治木 智子 大安 剛裕 塩沢 啓 川浪 和子
2. 現場から手術室へ 緊急手術を行った3例について
メディカルシティ東部病院 外傷救急センター ○榮福亮三 堀之内千夏子
内山圭

一般演題Ⅳ 脳外科 (4題) 13:50 ~ 14:20

座長 潤和会記念病院 脳外科部長 森山 拓造

1. 脳神経外科緊急手術の看護部体制 (対応) について
手術室主任 ○金丸江理子 田中浩行 和田奈穂 下川洋二 黒木ひとみ
大塚清美
2. 急性期脳梗塞に対する t-PA を用いた新しい治療体系
医療法人社団 孝尋会 上田脳神経外科 ○上田 孝

3. うっ血乳頭で発症し、画像所見にて脳室拡大を認めなかった脳室腹腔シャント機能不全の1例

県立宮崎病院脳神経外科¹、神経内科²、眼科³ ○落合秀信¹ 米山 匠¹
松野岳志² 田代研之² 湊誠一郎² 松本識子³

4. 痙攣重積の加療中に薬剤性過敏症症候群ならびに血球貪食症候群を生じ、治療に難渋した1例

県立宮崎病院 脳神経外科¹、皮膚科²、血液内科³、精神科⁴ ○落合秀信¹
米山 匠¹ 井上知宏² 古結英樹² 河野徳明³ 吉野未来⁴

一般演題V 航空救急(2題) 14:20 ~ 14:45

座長 宮崎大学医学部附属病院 救急部 准教授 伊達 晴彦

1. 当院救急ヘリポートを使用した緊急運航4例

メディカルシティ東部病院 外傷救急センター ○内山圭 堀之内千夏子
榮福亮三 東秀史

2. 宮崎県防災救急航空隊の現状と課題

宮崎県防災救急航空隊 隊員 ○加藤 啓一郎

総会 14:45 ~ 14:55

パネルディスカッション 14:55 ~ 16:05

「地域における救急医療と医学教育について」

司会 宮崎大学地域医療学講座 教授 長田 直人

パネラー

1. 県立延岡病院 麻酔科、救命救急センター副センター長 山内 弘一郎
2. 宮崎生協病院 内科 高田 慎吾
3. 宮崎善仁会病院 救急総合診療部 長野 健彦
4. 県立宮崎病院 脳外科医長 落合 秀信
5. 県立日南病院 外科 中尾 大伸
6. 宮崎大学地域医療学講座 松田 俊太郎

休憩 16:05 ~ 16:10

特別講演 16:10 ~ 17:10

座長 宮崎善仁会病院 副院長 廣兼 民徳

「救急室 (ER) における研修」

沖縄県立中部病院 地域救命救急科 部長 雨田 立憲 (あめだ たつのり)

一般演題Ⅵ 災害医療 17:10 ~ 17:35

座長 都農町国保病院 院長 立野 進

1. 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 ○高橋良誠 川越千春 黒木賀奈子 平野可菜子

2. 平成22年度緊急消防援助隊九州ブロック合同訓練に参加して

都城市郡医師会病院 DMAT ○名越秀樹 竹松昇 堂領秀一 竹下由美

首高広美 古川亜利紗 前田潤

3. MCLSに参加して

都城市消防局 警防課 ○小河原 聖一 廣兼 民徳 牧原 真治

河野 太郎 池田 真二

MCI (Mass casualty incident: 多数傷病者発生事故) カンファレンス

17:35 ~ 18:05

司会 宮崎善仁会病院 救急総合診療部 牧原 真治

宮崎市消防局 警防課 田口 直樹

交通外傷による多数傷病者発生の経験と反省および今後の対応について

○ 宮崎市消防局 長友 正

閉会の辞 18:05 ~ 18:10

宮崎善仁会病院 副院長 廣兼 民徳

特別講演

演題「救急室（ER）における研修」

地域の救急医療体制の崩壊及び医師研修制度の大きな変化がこの10年間に生じている。その中で救急医療と研修医教育を病院の柱と位置付けている沖縄県立中部病院救急室(ER)の歴史的経過及び現在の医療体制と研修医教育の現状を振り返りシートを中心に述べ、ERは軽症から重症まで科を問わず種々の患者が入り交じり混沌とした中で診察している。このERでの診療・教育は当院の研修医にとっては、修羅場でありストレスがかかる場である。しかし困った症例・重症例・ピットフォールの症例等を通して上級医や専門各科の上級医より種々の助言・アドバイス時には厳しい叱責を受けることにより如何に学ぶべき場であるかを示し、指導医の関わり方等を述べる予定である。また、ERでの教育体制は病院・地域の中でのそのERの位置付けや役割・患者数(層)などにより変化すべきであるが、ERでの医療の質の標準化が看護師の教育にも重要であり病院全体の医療の質の向上に役立ち、また同様に初期研修医からERで救急隊とのコミュニケーションをとることによりMC等を通して地域の救急医療の標準化につながる可能性がある。

パネルディスカッション

14:55～16:05

「地域における救急医療と医学教育について」

司会 宮崎大学地域医療学講座 教授 長田 直人

1. 「救急医療と研修医教育」－宮崎県立延岡病院における取り組み－

県立延岡病院 麻酔科、救命救急センター副センター長
山内 弘一郎

平成16年度に開始し、22年度に改訂された「卒後臨床研修医制度」に従って、本院は基幹型・協力型（宮崎大学、熊本大学）研修病院として、今日に至っている。陸の孤島と称される「宮崎県北地区」にあって、一刻を争う「救急医療」は、本院に課せられた重要な任務である。

平成22年度の改訂以降、本院での「救急」研修を以下の通りとした。

[平日日勤帯]

- ①本院に搬送される全ての救急車症例に、救急専門医と共に診療対応
- ②各診療科へ患者移行後も引き続き一環した診療行為に従事
- ③救急車対応がない時間帯は、手術室で麻酔科研修

[救急当直体制；夜間、休日（土・日・祝日）]

常勤当直医（内科系、外科系）との合同当直による診療科の垣根を越えた連携体制

現在、平成24年度のスタートを目指して、「宮崎県立病院合同プログラム」を策定中である。宮崎県内の3県立病院（宮崎・延岡・日南）を一定期間ずつ研修するプログラムで、「救急」研修は延岡病院が担当する。

2. 宮崎生協病院の初期臨床研修と一次救急

宮崎生協病院 内科 ○高田 慎吾、日高 明義、遠藤 豊、
植野 茂美、平元 良英、浜田 暁子
宮崎生協病院外科 山岡伊智子、宮崎生協病院小児科 上野 満

宮崎生協病院は124床の病院です。救急車台数月に約60台、20時～翌朝8時30分の外来受診者数は月に約200人です。当院は2005年に初期臨床研修指定病院に認定され、これまで2006年1人、2007年2人、2009年1人、2010年2人の合計6人の初期研修医を受け入れてきました。現在、3名の初期研修医と2名の後期研修医が登録されています。

当院の研修の特徴は毎日問診、毎日診察を合言葉に少ない受け持ち患者さんでじっくり研修することと、離島診療所で研修できることです。研修医はプログラムの内科研修期間中に週に一回の午後の一般外来、副当直として時間外の外来と、毎日の日勤帯の救急車対応で一次救急の研修を始めます。そういう中で初期診療から入院治療、退院後のフォローまで研修医がかかわることができるように配慮します。また当院で治療できない疾患については他医療機関との連携の中で救急医療を研修しています。さらに初期研修プログラムの救急・外科の研修を研修協力施設で行います。

3. ER型救急における研修医教育について

宮崎善仁会病院 救急総合診療部
○長野 健彦、牧原 真治、廣兼 民徳

医師不足により地域医療が崩壊していることは周知の事実であり宮崎県も例外ではない。新臨床研修制度により医師数の格差が大きくなり地域で働く医師は地域で育てあげなければならず研修医教育は益々重要視されている。プライマリケアは地域に求められる医療であるがその教育の場は少ない。ERは内科、外科といった主要科目の疾患や集中治療が必要な重症患者だけでなく、様々な主訴の軽症患者が受診し教育の素材に溢れている。それらを的確に評価し初期治療を行い研修医に伝えることでERはプライマリケアの優れた教育の場となるのである。当院ERでは研修制度が定める経験すべき症候をほぼすべて経験できる。また院内でALS、JATECなどの講習会を行い、診断学や症候学に重点を置いた問題解決型の症例検討会や大学の協力を得て臨床解剖実習も行っている。将来の地域医療の救世主として、プライマリケアに通じ広い裾野を持った医師を育てることは重要であり、ER型救急はその礎として活用できる。

4. 当院における救急医療と医師育成

県立宮崎病院 脳神経外科・救命救急科¹、同内科・卒後臨床研修委員会²
落合秀信¹ 上田 章²

当院における、救急医療に対する医師育成について報告する。当院には毎年10名前後の研修医が研修に来られるが、彼らの救急医療に対する熱意は非常に高い。当院では救命救急センターが各科相乗りの方針をとっているために、まず研修科において救急患者の治療に参加し、診断、初期治療の方法ならびに手技、入院治療、そして退院まで担当医として経験し必要な知識と手技を習得する。また、週に1回は救命救急センターで研修科にとらわれることなくほぼ全科にわたる救急疾患について指導医のもとに初期治療から専門科へ受け渡すまでの対応についての研修を行っている。救命センターでの診療に疑問を持った症例については定期的に開催する救急カンファレンスでフィードバックを行っている。また、on the job trainingのみならず、院内ICLS研修会や院内災害訓練、院内DMAT研修などのoff the job trainingも充実しており、これらに参加することにより、最新の心肺蘇生法や災害時の対応、外傷の治療などについても習得できるようにプログラムを行っている。今後は救命救急センターがもっと充実し、さらに魅力的な研修ができるような体制作りを課題としている。

5. 県立日南病院における救急医療の研修—研修を振り返って

県立日南病院外科

○中尾 大伸、峯 一彦、市成 秀樹、帖佐 英一
田代 耕盛、皆川 明大、村嶋 隆哉

当院は南那珂地区の2次救急施設として年間約1000台（平成21年度）の救急車受け入れを行っている。当院には救急専門医はおらず、日中は各科で直接対応、夜間は当直医1人体制で診療にあたる。夜間救急に関しては、内科・外科・整形外科・脳神経外科・小児科・産婦人科は毎日各科1人が待機する体制をとっており、当直医からの診察依頼を受けて診療にあたる。当院での救急診療における臨床研修は、日中は所属部署での研修を行い夜間当直として月4回程度、当直医とともに診療にあたるという体制で行われている。当院での臨床研修におけるメリットとしては、当直医とともに初期診療・診断のための検査を行い、その結果を受けて専門医へのコンサルト・専門医による初期診療・処置などを一連の流れとして研修できるシステムにあると考えられる。今回は、臨床研修医として経験した印象に残った症例も交えて発表する。

6. 地域医療に不可欠な救急医療における研修医教育

宮崎大学地域医療講座

○松田 俊太郎、長田 直人

交通機関が十分に整備されていない宮崎県で、都市部に匹敵する救急医療体制を構築することは難しい。また、消防本部が設置されていない市町村が全国に40箇所あるが、そのうち、宮崎県は7町村に本部がなく、全国でも2番目に消防による救急医療体制が遅れている地域である。ここに勤務する医師は、通常診療に加えて、頻度は少ないが3次の救急医療にも従事する。過去7年間で、30歳未満の若手医師が31%、30歳代が12%減少する中、宮崎市近郊でも、夜間には救急に対応する医師が極端に不足する状況である。

県内唯一の医学部を有する宮崎大学は、医学生および研修医の教育に多大な責務がある。これまでの宮崎大学医学部付属病院は救急部の病床を十分に確保できなかったが、平成24年度には病床数20床を有する救命救急センターが設置され、平成25年度にはドクターヘリが導入予定である。今後、救急に関心のある医学生および研修医の教育の場となり、広域救急医療体制の充実に貢献しなければならない。

宮崎県の救急医療に精通した研修医を育成することは、救急部に協力する地域医療学講座の役割の1つである。宮崎大学の3次救急と各地域での2次救急を研修できるよう、当講座は、若手医師にとって地域における橋渡しの役目を果たす必要がある。

一般演題Ⅰ 教育啓蒙 (2題) 13:05 ~ 13:20

座長 宮崎善仁会病院 院長 関屋 亮

1. 市民向けの蘇生講習として多人数一斉 CPR + AED 講習法は有用か？

宮崎大学医学部地域医療学講座 ○松田俊太郎 黒木友絵 外山公司 長田直人
宮崎 ICLS 普及委員会 廣兼民徳

(はじめに) 宮崎大学学園祭で、宮崎県ではじめてのミニアンを利用した多人数一斉 CPR + AED 講習会を実施した。同様の講習会は全国各地で開催されているが、その有効性について検討した報告は少ない。(目的) 多人数一斉 CPR+AED 講習会の開催方法、結果および受講生のアンケート結果を考察して有効性を検討する。(方法) 講習会は寄付金により開催された。事前登録者数 131 人のうち参加者数は 128 人、当日参加講習者数は 135 人。講習時間は 2 時間で、指導者 1 人に受講生 6 人のグループで、講習を実施した。(結果) 講習直後のアンケートでは満足度も高く (94%)、心肺蘇生に自信を持って (84%)、啓蒙活動の意欲も高かった (96%)。講習終了 1 か月後のアンケートの回収率は低かったが、自己復習率が高く (94%)、実際に受講者が家庭、職場で啓蒙活動を実践していた (78%)。

(考察と結語) 市民は、気軽に参加できる講習会を望んでおり、今回の講習法は十分な効果を得ることができた。一方で講習会の継続に必要な財源および人材確保には自治体の協力などが必要であると考えられた。

2. 心肺蘇生法のガイドライン 2010 について

宮崎善仁会病院 救急総合診療部、日本救急医学会 I C L S 企画委員九州地区幹事
○廣兼民徳

心肺蘇生法は国際蘇生連絡協議会 (International Liaison Committee on Resuscitation:ILCOR) でその信頼性を高めるために定期的なガイドラインの改定が行われている。2000 年、2005 年、と改訂を受けてきたが、今回、2010 年の改訂を受け、日本のガイドラインも改定が進められている。現在、最終版ではないがドラフト版が日本蘇生協議会 (Japan Resuscitation Council: JRC) から発行された。今回、2011 年 1 月 15 日に名古屋で I C L S シンポジウムが開催され、改訂で何が変わったかをディスカッションされたので報告する。主な改正点を以下に箇条書きにする。

- ① 救命の連鎖を、成人も小児も統一した。
- ② 一般市民の BLS
 - ・気道確保はなくなった
 - ・人工呼吸は無くなりただちに胸骨圧迫から蘇生を開始
 - ・通信指令員は CPR の指導をするべき (通報者は CPR の指示をうける)
- ③ 日常業務の BLS は ALS に記載された
 - ・BVM 使用を推奨 (訓練すべし)
 - ・ALS に引き継ぐことを前提
 - ・気道確保して呼吸を確認する (一般と違う、AH A と異なる)
- ④ ALS
 - ・2005 とほぼ同じアルゴリズム
 - ・血管収縮薬は考慮とトーンが下がった
- ・抗不整脈薬も考慮
 - アミオダロン>ニフェカラン
 - >>リドカインはやむ終えない場合のみ
- ・呼気 CO₂ センサーを使用するべき (波形が出ることを推奨)
- ⑤ 心拍再開後
 - ・吸入酸素濃度の適正化を図る
 - 100% は良いことばかりでない
 - ・低体温療法が強調された
- ⑥ 教育と普及
 - ・チーム蘇生が強調された
 - ・BLS / ALS は半年おきには何らかの訓練をした方がよい
 - ・BLS はビデオ学習でも可能である
 - ・胸骨圧迫のみの学習でも良い

一般演題Ⅱ 救急医療 (2題) 13:20 ~ 13:35

座長 宮崎市立田野病院 外科 吉岡 誠

1. 当院における脳低温療法

都城市郡医師会病院

○名越秀樹 小山彰平 隅専浩 岩切弘直 熊谷治士

国際蘇生連絡協議会 (ILCOR) ガイドライン 2010 において、「院外での VF による心停止後、心拍再開した昏睡状態患者に対して、低体温療法をすべきである」と表記され、脳低温療法は院外心肺停止症例における確立した治療となってきた。

当院では平成 16 年から院外心肺停止に対し積極的に脳低温療法を施行し、平成 22 年は 9 症例に脳低温療法を行った。そのうち急性冠症候群と診断した院外心肺停止 6 症例においては生存率 50%、社会復帰率 50%という結果であった。

今回我々は当院での脳低温療法適応基準、プロトコル等を提示し、入院直後より脳低温療法、緊急 PCI を行い社会復帰しえた症例報告を行う。

2. 当院における過去 2 年間の消化管出血の検討

串間市民病院 内科¹、外科²、宮崎大学地域医療講座³

○早川学^{1,3} 井上龍二¹ 中西千尋¹ 相良誠二¹ 藤原利成¹ 牧野智礼¹

高屋 剛² 長沼志興² 新名一郎² 谷口智隆² 黒木和男¹

当院にて 2009 年 1 月～2010 年 12 月の 2 年間の消化管出血症例を検討した。

61 例の上部消化管出血、33 例の下部消化管出血を経験し、全例に緊急内視鏡検査を施行した。上部症例の平均年齢 69 歳 (男女比 3:2)、原因疾患は胃・十二指腸潰瘍 42.6%、胃炎 19.6%、胃・食道静脈瘤破裂 11.4%、逆流性食道炎 9.8%、胃癌 1.6%、その他 14.7%であった。それらの内 27 例 (44.2%) に内視鏡的止血術を要し、初回治療での止血成功率 79.2%、2 度の止血処置での成功率 17.4%、外科的手術例 4.3%、転院搬送例 3.7%であった。下部症例の平均年齢 68 歳 (男女比 4.5:5.5)、原因疾患は虚血性大腸炎 27.3%、憩室出血 15.1%、大腸癌 12.1%、不明 21.1%、その他 21.1%であった。4 例 (12.1%) に内視鏡的止血術を要し、初回治療での止血成功率 75.0%であった。

南那珂地区では消化管出血に対応できる医療施設が限られており、今後も当院での早急な対応、更には内視鏡的治療困難例における外科的治療・塞栓術適応の適切な判断と、周囲機関との連携構築が必要であると考えられた。

一般演題Ⅲ 外傷・外科 (2題) 13:35 ~ 13:50

座長 県立宮崎病院 外科 上田 祐滋

1. 重症手の外傷における当科の治療方針について

宮崎江南病院 形成外科

○加治木 智子 大安 剛裕 塩沢 啓 川浪 和子

当院は宮崎県内唯一の形成外科認定施設で、マイクロサージャリーが可能な数少ない施設のひとつでもあるため、指切断に代表される手の外傷患者が県内各地より数多く紹介され、治療を行っている。平成22年6月～8月の3ヶ月間では、指切断7例11指、手切断2例、手の挫減2例、前腕切断2例(完全1例、不全1例)、前腕の動脈損傷を伴う外傷2例を経験した。症例を呈示し、当科の治療方針について報告する

2. 現場から手術室へ 緊急手術を行った3例について

メディカルシティ東部病院 外傷救急センター

○榮福亮三 堀之内千夏子 内山圭

当院は救急災害現場へのドクターカー派遣を積極的に行っている。今回、現場で処置を行いその後手術室まで搬入した3例について報告する。

症例1:83歳、男性。軽トラックを運転中に電柱に衝突し受傷、ショック状態でありドクターカー要請となる。腹腔内出血、肝損傷、右多発肋骨骨折、左大腿骨開放骨折の診断にて事故発生から約2時間で緊急開腹手術を施行した。

症例2:83歳、男性。軽トラックを運転中に意識消失し前方に停止中の普通車に衝突し受傷、ハンドルと座席の間に挟まれ救出に時間を要すとのことでドクターカー要請となる。肝損傷、腸管損傷、胸骨骨折、肺挫傷の診断にて事故発生から約90分で緊急開腹手術を施行した。

症例3:47歳、男性。軽自動車を運転中に普通車と正面衝突し受傷された。多数傷病者ありドクターカー要請となる。患者はショック状態であり腹腔内出血、腸管損傷の診断にて事故発生から約90分で緊急開腹手術を施行した。

Preventable trauma deathを防ぐには迅速で適切な初療とそれに続く根治的治療を迅速に行うことと考える。今回の3症例は最終的には救命できなかったが、現場でのprimary surveyから迅速に診断、処置ができ手術室まで搬入できたと考える。

一般演題Ⅳ 脳外科 (4 題) 13:50 ~ 14:20

座長 潤和会記念病院 脳外科部長 森山 拓造

1. 脳神経外科緊急手術の看護部体制 (対応) について

手術室主任 ○金丸江理子 田中浩行 和田奈穂
下川洋二 黒木ひとみ 大塚清美

上田脳神経外科は平成19年7月に19床の有床診療所として開院し、夜間や休日診療等の救急搬送にも24時間対応をしています。患者の特性は、脳卒中の超急性期が大半であり、緊急手術を要することもたびたびあります。19年度は手術の総件数が80件、20年度は103件うち緊急手術が43件、21年度は114件うち緊急手術が23件となっています。主な緊急手術の種類は、局所麻酔での所要時間30分程度の穿頭血腫除去術から全身麻酔でのクモ膜下出血による開頭クリッピング術所要時間3時間~4時間、予定手術が未破裂脳動脈瘤クリッピング術、脳腫瘍開頭摘出術と多岐に及んでいます。手術室のスタッフは、病棟看護師の特定のスタッフで対応をしています。

今回、当院における3年間の緊急手術での看護部の対応を振り返り、現状報告と今後の課題について報告をいたします。

2. 急性期脳梗塞に対するt-PAを用いた新しい治療体系

医療法人社団 孝尋会 上田脳神経外科 ○上田 孝

【目的】 t-PA 静注療法導入前と導入後での急性脳梗塞の治療成績の違いを検討した。【方法】 対象は心原性脳梗塞128例、アテローム血栓性梗塞266例、ラクナ梗塞216例の計610例である。治療開始3週後のmRSが0-1(軽症以上の改善)の割合と1ヶ月以内の再発例の検討を行った。【結果】 mRSが0-1と改善を示した割合はt-PA単独35%、t-PA + Ed 46%、t-PA + Oz 75%、t-PA + Ar 80%、t-PA + Oz + Ar 73%、t-PA + Ar + Ed 37%、t-PA + Oz + Ed 63%、t-PA + Oz + Ar + Ed 69%、Oz単独44%、Oz + Ed 44%、Ar単独16%、Ar + Ed 49%であった。初発後1ヶ月以内の再発率は心原性9%、アテローム血栓性8%、ラクナ梗塞6%。治療薬剤別の再発率はt-PA単独9%、t-PA + Ed 7%、t-PA + Ar + Ed 4%、t-PA + Oz + Ar 3%であった。

【結論】 t-PA 静注療法は従来の治療薬に比べ有効であった。急性期から亜急性期にかけての再発の抑制にはエダラボン、アルガトロバン、オザクレルなどを適宜組合せて併用することが効果的であった。

3. うっ血乳頭で発症し、画像所見にて脳室拡大を認めなかった脳室腹腔シャント機能不全の
1例

県立宮崎病院脳神経外科¹、神経内科²、眼科³

○落合秀信¹ 米山 匠¹ 松野岳志² 田代研之² 湊誠一郎² 松本識子³

症例は27歳男性。水頭症のために1歳時と6歳時に脳室腹腔シャント手術を受けている。平成22年11月頃より頭痛ならびに視力低下を自覚されたために近医眼科を受診され、両側うっ血乳頭を指摘された。頭蓋内圧亢進が疑われ当科を紹介受診。当院来院時、頭痛、嘔吐、視力低下を認めた。シャント機能不全を疑い頭部MRI検査を行うも明らかな脳室拡大は認めなかった。しかし髄液検査では髄液圧の著明な上昇を認めた。画像上脳室拡大は認めなかったものの頭蓋内圧亢進の原因としてシャント機能不全を強く疑い、シャント再建手術を施行した。術後症状は消失した。脳室腹腔シャント機能不全は水頭症の再燃を生じ通常は画像所見で脳室の拡大を認める。しかしながら幼少時に脳室腹腔シャントを受けた場合しばしば脳室は狭小化しており、また脳コンプライアンスの低下よりシャント機能不全を生じた場合も脳室の拡大は認めず発見が遅れ突然死の原因となりうることもある。今回このような症例を経験し注意が必要と思われたので文献的考察を加え報告する。

4. 痙攣重積の加療中に薬剤性過敏症候群ならびに血球貪食症候群を生じ、治療に難渋した
1例

県立宮崎病院 脳神経外科¹、皮膚科²、血液内科³、精神科⁴

○落合秀信¹ 米山 匠¹ 井上知宏² 古結英樹² 河野徳明³ 吉野未来⁴

薬剤性過敏症候群 (Drug-induced hypersensitivity syndrome, DIHS) は、薬剤が原因となり潜伏しているウイルス (HHV-6) の再活性化が関与する重症中毒疹であり、皮疹のみならずなく肝障害や腎障害などを生じ重篤な経過をたどるために速やかな対応となる疾患である。今回我々は、難治性てんかんの重積状態で搬送され、発作のコントロール中にDIHSを生じ、さらにその結果HHV-6/HSV/EBVの活性化を生じ血球貪食症候群を併発したと思われる1例を経験した。DIHSはカルバマゼピンやフェニトイン、フェノバルビタール、ゾニサミドなどの抗けいれん剤が原因薬剤となることが多く、抗けいれん剤投与中は注意が必要であると思われたために症例を提示し報告する。

一般演題V 航空救急 (2題) 14:20 ~ 14:45

座長 宮崎大学医学部付属病院 救急部 准教授 伊達 晴彦

1. 当院救急ヘリポートを使用した緊急運航4例

メディカルシティ東部病院 外傷救急センター

○内山圭、堀之内千夏子、榮福亮三、東秀史

当院では平成22年4月に屋上ヘリポートを備えた新病棟が完成し、同年8月には、国土交通省大阪航空局から各運航機関に対しヘリポートの使用が許可された。屋上ヘリポートは中型双発エンジンヘリコプターが離着陸可能である。現在、宮崎県防災救急航空隊、鹿児島県防災航空隊、海上保安庁鹿児島航空基地のヘリコプターがそれぞれ緊急運航、訓練に離着陸を行った。平成22年8月から平成23年1月までの緊急運航は、現場から当院への搬送が2例、当院から高次施設への搬送が2例の計4例であった。また、現場活動での1例については、ホイストによる患者吊り上げと共に医師の吊り上げ後、ヘリに添乗し当院へ搬送となった。狭隘な機内での医療処置は若干の制限があるものの、搬送時間は大幅に短縮されたことにより、移動中の急変によるリスクの軽減が図られると思われた。

2. 宮崎県防災救急航空隊の現状と課題

宮崎県防災救急航空隊 隊員 ○加藤 啓一郎

宮崎県防災救急航空隊が発足し、運航開始から6年が経過した。これまで活動していく中で多くの課題が出てきており、改善してきているが、今年度はその中でも長年解決されていない課題（ヘリポート整備・揚収中のCPR中断・燃料備蓄庫）を少しでも解決するように行動している。今回の発表により、航空隊の概要と活動等を医療従事者にも知って頂き、今後の活動がスムーズに行えるものと期待している。

一般演題VI 災害医療 17:10 ~ 17:35

座長 都農町国保病院 院長 立野 進

1. 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

○高橋良誠 川越千春 黒木賀奈子 平野可菜子

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回目にチームビルディングと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。

2. 平成22年度緊急消防援助隊九州ブロック合同訓練に参加して

都城市郡医師会病院 DMAT

○名越秀樹 竹松昇 堂領秀一 竹下由美 首高広美 古川亜利紗 前田潤

平成22年10月8日、9日、平成22年度緊急消防援助隊九州ブロック合同訓練が鹿児島県薩摩川内市で開催された。訓練想定は「鹿児島県北部を中心とするM7.0、薩摩川内市内で震度6強、さつま町内では震度6弱を観測。大きな被害が発生し、人的・物的被害が拡大している模様」。宮崎県からは当院DMATとメディカルシティ東部病院DMATが参加した。当院DMATは統括DMATの指示のもと、鹿児島大学DMAT、長崎DMAT3隊で橋梁崩壊事故現場に入り、長崎市消防局と協力し現場活動を行った。

平成23年度の緊急消防援助隊九州ブロック合同訓練は宮崎で開催される予定である。今回我々は訓練のDMAT活動内容や、CSCATTTに準じて当院DMAT隊員の感想や問題点等を報告する。

3. MCLSに参加して

都城市消防局 警防課

○小河原聖一 廣兼民徳 牧原真治 河野太郎 池田真二

MCLSとはMass Casualty Life Supportの頭文字を取ったもので、日本集団災害医学会が公認する我が国の多数傷病者への医療対応標準化トレーニングコースである。このコースは医師、看護師、救急隊、救助隊、警防隊、自衛官、警察官及び海上保安官等といった災害現場でそれぞれ連携を必要とする者を受講対象にしており、それぞれが災害等で多数傷病者が発生したときの実施すべき医療について理解を深め、避け得る災害死を回避することを目的に開発されたものである。

コース内容は多数傷病者対応概論などの講義から始まり、模擬患者を使つてのトリアージ（START法）の実践や救護所の運営等の机上シミュレーションからなる一日コースである。今回、平成23年1月8日に第6回MCLS試行コース（佐賀コース）が開催されスタッフとして参加する機会を得たので報告する。

MCI (Mass casualty incident: 多数傷病者発生事故) カンファレンス

17:35 ~ 18:05

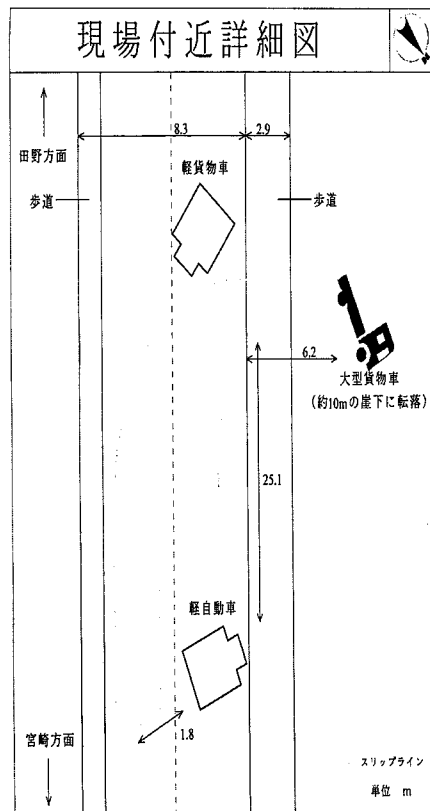
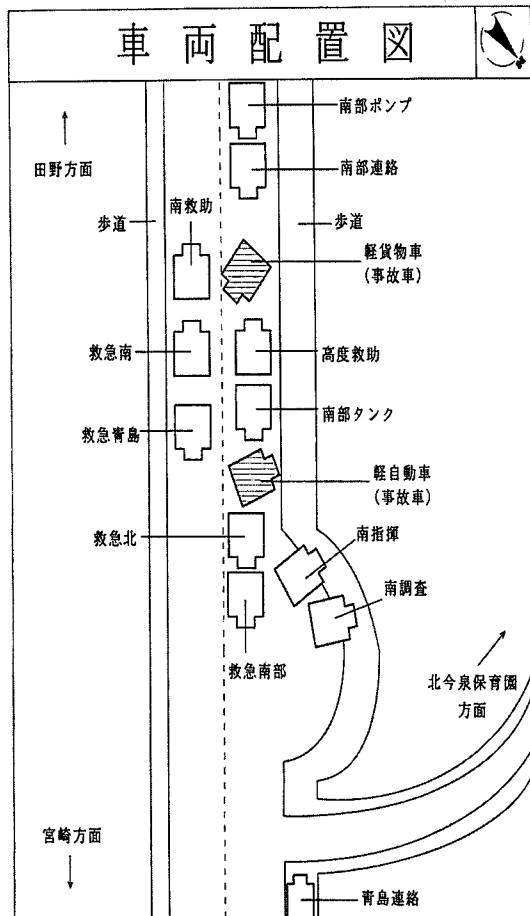
司会 宮崎善仁会病院 救急総合診療部 牧原 真治
宮崎市消防局 警防課 田口 直樹

交通外傷による多数傷病者発生経験と反省および今後の対応について

○宮崎市消防局 長友 正

平成22年10月15日(金)7時52分覚知した、宮崎市清武町国道269号線上で大型トラックと軽乗用車等3台が衝突し、大型トラックが道路脇の竹林に転落するなど、負傷者が複数発生した高エネルギー事故について救急救助活動を報告する。

今回の事案で、最先着隊として活動を行ったが、先着隊の役割である「傷病者トリアージ・状況把握・情報収集・病院選定」に専念することの重要性を再認識させられたとともに、今後、局内の活動マニュアルを確立させ、指揮隊・救助隊・救急隊それぞれの役割を明確にすることにより、迅速かつ的確な活動を行う必要があると思われる。



清武町今泉における交通事故

時刻	⑤ 南部救急車	① 南救急車	南救助工作車	南部タンク車	④ 南部連絡車	南調査車	南指揮車	② 青島救急車	③ 北救急車	備考
7時52分	南救急車	南救急車	南救助工作車	南部タンク車	南部連絡車	南調査車	南指揮車	青島救急車	北救急車	
7時54分	南救急車	南救急車	南救助工作車	南部タンク車	南部連絡車	南調査車	南指揮車	青島救急車	北救急車	
7時56分	南救急車	南救急車	南救助工作車	南部タンク車	南部連絡車	南調査車	南指揮車	青島救急車	北救急車	
7時57分	南救急車	南救急車	南救助工作車	南部タンク車	南部連絡車	南調査車	南指揮車	青島救急車	北救急車	
7時59分	現場救急指揮実施	南救急車	南救助工作車	南部タンク車	南部連絡車	南調査車	南指揮車	青島救急車	北救急車	12分
8時04分	南救急車	南救急車	南救助工作車	南部タンク車	南部連絡車	南調査車	南指揮車	青島救急車	北救急車	東高度救助車
8時06分	南救急車	南救急車	南救助工作車	南部タンク車	南部連絡車	南調査車	南指揮車	青島救急車	北救急車	
8時08分	南救急車	南救急車	南救助工作車	南部タンク車	南部連絡車	南調査車	南指揮車	青島救急車	北救急車	
8時09分	南救急車	南救急車	南救助工作車	南部タンク車	南部連絡車	南調査車	南指揮車	青島救急車	北救急車	
8時12分	南救急車	南救急車	南救助工作車	南部タンク車	南部連絡車	南調査車	南指揮車	青島救急車	北救急車	
8時13分	南救急車	南救急車	南救助工作車	南部タンク車	南部連絡車	南調査車	南指揮車	青島救急車	北救急車	
8時14分	南救急車	南救急車	南救助工作車	南部タンク車	南部連絡車	南調査車	南指揮車	青島救急車	北救急車	
8時15分	南救急車	南救急車	南救助工作車	南部タンク車	南部連絡車	南調査車	南指揮車	青島救急車	北救急車	
8時17分	南救急車	南救急車	南救助工作車	南部タンク車	南部連絡車	南調査車	南指揮車	青島救急車	北救急車	
8時20分	南救急車	南救急車	南救助工作車	南部タンク車	南部連絡車	南調査車	南指揮車	青島救急車	北救急車	
8時29分	南救急車	南救急車	南救助工作車	南部タンク車	南部連絡車	南調査車	南指揮車	青島救急車	北救急車	
8時38分	南救急車	南救急車	南救助工作車	南部タンク車	南部連絡車	南調査車	南指揮車	青島救急車	北救急車	
8時40分	南救急車	南救急車	南救助工作車	南部タンク車	南部連絡車	南調査車	南指揮車	青島救急車	北救急車	
8時45分	南救急車	南救急車	南救助工作車	南部タンク車	南部連絡車	南調査車	南指揮車	青島救急車	北救急車	
8時55分	南救急車	南救急車	南救助工作車	南部タンク車	南部連絡車	南調査車	南指揮車	青島救急車	北救急車	
9時45分	南救急車	南救急車	南救助工作車	南部タンク車	南部連絡車	南調査車	南指揮車	青島救急車	北救急車	
9時58分	南救急車	南救急車	南救助工作車	南部タンク車	南部連絡車	南調査車	南指揮車	青島救急車	北救急車	

南救急隊 ① 19歳・女性・A病院・重症(脳挫傷・骨盤骨折・出血性ショック) 軽乗用車 運転手 問合せ 1回
 青島救急隊 ② 61歳・男性・B病院・重症(CPA) 軽トラック 助手席 問合せ 2回
 北救急隊 ③ 33歳・男性・C病院・重症(急性硬膜外血腫疑) 軽トラック 運転手 問合せ 1回
 南部連絡車 ④ 54歳・男性・D整形・軽症(両下腿打撲) 歩行者 問合せ 0回 指令課選定
 南部救急隊 ⑤ 62歳・男性・E病院・重症(多発外傷) 大型トラック 運転手 問合せ 0回 指令課選定