

# J A 広島総合病院

## 【救急・集中治療科】

### 【診療科の紹介】

平成 26 年度、当科は、表 1 に示すように総勢 5 名で救急・集中治療の診療行為を施行しました。また当院は日本救急医学会認定救急専門医研修施設でもあり、新専門医制度においても専門医研修施設となるよう申請をおこなっています。

表 1) 救急・集中治療科メンバー

| 氏名 (卒年)             | 役職                          | 資格                                     | 専門分野      |
|---------------------|-----------------------------|--|-----------|
| 吉田 研一<br>(昭 59 年卒業) | 地域救命救急センター長<br>救急・集中治療科主任部長 | 医学博士<br>日本救急医学会専門医<br>臨床教授 (広島大学 救急医学) | 集中治療・救急医療 |
| 櫻谷 正明<br>(平 18 年卒業) | 医員                          | 日本救急医学会専門医                             | 集中治療・救急医療 |
| 河村 夏生<br>(平 22 年卒業) | 医員                          | 日本救急医学会専門医                             | 集中治療・救急医療 |
| 平田 旭<br>(平 23 年卒業)  | 医員                          |  | 集中治療・救急医療 |
| 筒井 徹<br>(平 25 年卒業)  | 医員                          |  | 集中治療・救急医療 |

救急・集中治療科は、「内科系、外科系を問わず呼吸、循環、代謝そのほかの重篤な急性機能不全の患者を収容し強力かつ集中的に緊急治療・看護を行うことにより、その効果を期待する」部門です。

このたび、平成 23 年 4 月から地域救命救急センターとして、組織変更し、より患者さんへもわかりやすい救急体制が認可されました。地域に愛され信頼される急性期病院として、さらに設備と体制の整備をすすめていく計画です。御支援をよろしく申し上げます。

### 【診療実績】

平成 26 年度

年間救急搬送患者数 3318 台

年間救急来院患者数 5379 人

平成 26 年度の年間重篤患者数を表 2 に示す。

表 2) 救急・集中治療科実績 (厚生労働省報告)

# J A 広島総合病院

| 番号 | 疾病名       | 患者数 | 退院・転院 | 死亡  |
|----|-----------|-----|-------|-----|
| 1  | 病院外心停止    | 148 | 4     | 144 |
| 2  | 重症急性冠症候群  | 89  | 77    | 12  |
| 3  | 重症大動脈疾患   | 24  | 20    | 4   |
| 4  | 重症脳血管疾患   | 122 | 69    | 53  |
| 5  | 重症外傷      | 87  | 78    | 9   |
| 6  | 重症熱傷      | 2   | 2     | 0   |
| 7  | 重症急性中毒    | 27  | 27    | 0   |
| 8  | 重症消化管出血   | 62  | 59    | 3   |
| 9  | 重症敗血症     | 33  | 22    | 11  |
| 10 | 重症体温異常    | 8   | 7     | 1   |
| 11 | 特殊感染症     | 2   | 2     | 0   |
| 12 | 重症呼吸不全    | 55  | 32    | 23  |
| 13 | 重症急性心不全   | 67  | 53    | 14  |
| 14 | 重症出血性ショック | 7   | 4     | 3   |
| 15 | 重症意識障害    | 22  | 20    | 2   |
| 16 | 重篤な肝不全    | 6   | 1     | 5   |
| 17 | 重篤な急性腎不全  | 17  | 14    | 3   |
| 18 | その他の重症病態  | 6   | 4     | 2   |
| 合計 |           | 784 | 495   | 289 |

※上記のなかには敗血症、横紋筋融解症、各種ショックなど含まれない疾患もあります。

## 【研究活動】

### ① 重症感染症（敗血症）患者の救命率の向上

重症感染症（敗血症）は、細菌によって引き起こされた全身性炎症反応症候群（SIRS）です。細菌感染症の全身に波及したもので非常に重篤な状態であり、無治療ではショック、DIC、多臓器不全などから早晚死に至ります。もともとの体力低下を背景としていることが多く、治療成績も決して良好ではありません。当院でもその死亡率は高く、28-38%（2008-20015年）の患者さんが亡くなられています。

Surviving Sepsis Campaign Guideline 2012 では循環管理だけではなく感染対策、続発する臓器不全や周辺病態に対しての集中治療が示されています。当院では特に初期蘇生の循環管理について early goal-direct therapy (EDGT) を積極的に推し進めています。

なお EDGT を行う場合は大量輸液によって肺の酸素化が障害される場合があり、人工呼吸器管理となることがあります。当院では高頻度振動換気法を導入し、その治療成績を検討しています。

## ② 低温療法の導入

脳低温療法とは、脳が障害を受けた際に脳の障害がそれ以上進行することを防止するため、体温を低く保つ治療法です。通常、脳が重大な障害を受けた際には脳組織に浮腫が起こるほか、カテコールアミンやフリーラジカルなどが放出され、進行的に組織が破壊されていきます。救急の脳障害においては、この進行的な脳組織の破壊を抑制することで救命率・機能予後の向上が見込まれ、またそれを抑制する事が重要な課題となっています。

蘇生ガイドライン 2010 (ACLS 2010) でも脳低温療法が新たに加えられたことを契機に、当院でも水冷式ブランケットを用いて患者の体温を 34℃程度に下げること、代謝機能を低下させて、脳内での有害な反応の進行速度を抑え、蘇生後脳症の治療成績の向上に努めています。

## ③ オートプシー・イメージングの検討

オートプシー・イメージング (Autopsy imaging, Ai) とは、狭義では死亡時画像診断のことです。コンピュータ断層撮影 (CT) や核磁気共鳴画像法 (MRI) などによって撮影された死後画像により、死体にどのような器質的病変を生じているのかを診断することによって、死亡時の病態把握、死因の究明を目的とします。

当院では 2007 年よりオートプシー・イメージングを導入し画像診断部の支援のもとに、Ai 認定施設 (クラス A) となっています。救急搬送された患者のうち、340 例近くの Ai 施行にて、約 4 割の患者の死亡原因の診断・推定に役立ちました。

救急搬送される症例には、自宅での服毒自殺や幼児虐待などの外因死の可能性がある症例が含まれます。体表の情報からこれらを判断するには限界があり、Ai を取り入れることにより正確な判断が可能になる可能性があります。外因死などが疑われる場合には、所轄の警察署へ検視依頼を行っています。