

では溺水が多かった。

予後は、74人中30人が死亡し、12人に重度の後遺症を認めた。疾患としては、神経系、不慮の事故の予後が不良であった。

2) 幼児の外傷性胃破裂の1例

松田由紀夫・岩淵 眞
大沢 義弘・内山 昌則
内藤 真一・八木 実
橋本 毅久・野村 達也 (新潟大学小児外科)

小児の腹部鈍的外傷による胃破裂は極めて稀であるが、最近外傷性胃破裂の1例を経験した。症例は2才9月の男児、主訴は腹痛、平成5年4月19日朝食より1時間後祖父と乗っていたトラクターが横転し、ハンドルで心窩部を打撲。腹痛、嘔吐で近医を受診し、腹部単純レ線とCTにて消化管穿孔、肝損傷が疑われ当科に紹介。受傷より7.5時間後に開腹、腹腔内には緑褐色液と食物残渣が多量にあり、肝には被膜下血腫、胃大弯上部に3cmの破裂を認めた。胃破裂部は2層に縫合し閉鎖、胃瘻を加え、洗浄後ドレーンを挿入した。腹水の細菌培養では α 、 γ -溶血性連鎖球菌、セラチア(霊菌)、偏性嫌気性グラム陰性桿菌等が検出された。術後発熱が続き、28日目に再開腹し大網の膿瘍を取り除いた。初回手術より65日目に退院となった。

3) ピップエレキバンによる腸閉塞の1例

飯沼 泰史・新田 幸壽 (新潟市民病院
小児外科)
佐藤 雅久・小田 良彦 (同 小児科)
名古屋 聡 (新潟済生会第二
病院小児科)

今回我々は、磁気治療器具として知られているピップエレキバンを誤飲した結果腸閉塞となり、手術を余儀なくされた興味ある1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。症例は1歳1ヶ月の女児。ピップエレキバンの誤飲による腸閉塞の診断で、当院小児科へ平成5年5月6日入院し、症状が増悪したため翌日摘出術を施行した。手術所見では、トライツ靱帯から60cmの部分の空腸とパウヒン弁から40cm口側の回腸が、内癒化しており、この内癒の間に他の小腸が内ヘルニアとなっていた。この内癒は、エレキバンの磁力で互いに引き寄せられた小腸同志が、エレキバンで挟まれて接着し、磁力によって徐々に圧挫されて形成されたと考えられた。本症例は極めて希なケースとして考えられるが、

今後もし起こり得ることが十分が予想され、エレキバンの誤飲に対しては、他の磁石の誤飲とは異なった対処をしなければならぬと痛感させられた。

4) 多発外傷患者における大量輸血後の出血・凝固障害の成因

吉川 恵次 (新潟大学附属病院
救急部)
佐藤 一範・斉藤 憲 (同 集中治療部)
本多 忠幸

目的：多発外傷患者への大量輸血後に見られる出血・凝固障害の発生に希釈性血小板減少(DT)、希釈性凝固障害(DC)、および播種性血管内凝固症候群(DIC)の三者がどの程度関与しているのかを明らかにする目的で、以下の検討を行った。方法：当救急部に入室した患者8例(ISS:18~36, median 26.5)における輸血量、一次水分出納、ショック持続時間、血小板値、各種DIC指標などについて検討した。結果：①. 血小板最低値(受傷後2病目に集中)と総輸血量との間に有意の負の相関を認めた($p < 0.05$)。回帰式より、総輸血量が約8,000ml以上に及んだ場合血小板値が $5 \times 10^4 / \text{mm}^3$ 以下に低下すると予測された。血小板最低値と受傷後2病日朝までの累積一次水分出納の間にも負の相関傾向を認めた。②. PT, APTTなど凝固因子に関する検査項目の異常は軽度であった。③. 大量輸血例ではいずれもDIC指標の異常を認めた。

結語：本病態下の出血凝固障害の発生機序としては、DT, DICが主体であり、DCの関与は少ないものと考えられた。

5) 当院救急部・集中治療部における院内感染対策の評価

水野 幸子・吉川 恵次 (新潟大学救急部)
当院救急部・集中治療部での細菌汚染拡散の状況を調査し、院内感染(特にMRSA)対策について検討した。1993年1月と4月にICUのスタッフ入口、患者入口、患者ベットサイド、排気口、汚物処理室など15箇所の細菌検査を行った。

1月の検査結果から、スタッフによる汚染の可能性があると認められ、4月以降感染対策を強化した(入室時ガウンの殺菌線消毒ロッカー装置による殺菌。ベット、モニター類をテグー液で拭く。集塵マットの1日2回のは

ぎとり、外部搬入機器をテゴー液で拭く.)、これによってコロニー数の減少、病原性 *Staphylococcus aureus* の消失などの効果が得られた。現在の感染対策は十分であると思われる。

シンポジウム

「救急医療における医師および救急隊員教育の問題点」

司会 和田 寛治 (長岡赤十字病院
救命救急センター)

1) 消防学校の教育

曾我 光雄 (新潟県消防学校
教務課)

新潟県消防学校における救急隊員の教育訓練については、救命率の向上を図るために救急隊員の行う応急処置等の範囲が拡大されたことに伴い、平成3年度から従来の救急科を救急Ⅰ課程(135時間)とし、新たに救急Ⅱ課程(115時間)を設けました。

隊員は、Ⅱ課程を受講することにより、経鼻エアウェイによる気道確保、喉頭鏡、鉗子等による異物除去等の9項目の応急処置等が可能となりました。

Ⅱ課程の教育については、当校の救急教育に全面的に協力をいただいている、新潟救急医学会から幹事の先生を講師に仰いでいるところです。

また、病院実地研修については、新潟市民病院救命救急センターと医療法人仁愛会、新潟中央病院の2か所をお願いし、救急患者の対応、治療の実例等について研修を受けています。

Ⅱ課程の修了者は、3回実施、121人となっており、平成5年度は2回、108人を予定しています。

当校としては、救命率の向上のために今後とも救急隊員の教育訓練の充実に努めてまいりますので、関係各位の格段の御支援、御協力を賜わりたく、お願い申し上げます。

2) 救急救命士の体験から

弦巻 和美 (新潟市西消防署)

早いもので、救急救命士の資格を得て1年がすぎました。

私にとって隊員教育と言われるものは、救急隊員とし

ての資格を得る為、135時間の教育を受講しただけにすぎない、他には一切ないのである。文字どおり1次救命処置を主体として、搬送業務に専念していたのです。

これでは欧米のパラメディックやサミュールとは比較にならないと、スタートした救急救命士制度に伴う研修へ、推薦されたのです。

平成3年8月に救急救命中央研修所へ入校しました。短期間研修のためカリキュラムもハードである、テスト、テストで追いまくられ、気持ちに寸分の余裕も持てない、「これでもか、これでもか、」と詰め込みです。授業中の医学用語、どれを取りあげても初めてで、辞書とニラメッコの毎日でした。

二期生からのⅡ課程教育や教本など、私達には無かったのです。この教本を完全にマスターすることこそ、救命士を目指すステップである。

3) 学生および研修医の教育

吉川 恵次 (新潟大学救急部)

医学生および研修医の救急医学教育について、その現状と問題点を述べ、また、現在全国的に実施に移されつつある医学教育改革における救急医学教育の意義、位置づけについても言及した。押し並べて全国国立大学救急部でのマン・パワー不足は非常に深刻であり、現在、学生、研修医の実践的な救急医学教育に十分寄与出来ない状態である。すべての医学生、研修医に対し、救急医学教育は必要である。その目的は、救急プライマリ・ケア能力の養成、また、主として将来重症救急患者の診療に携わることになる研修医に対しては重症救急患者管理能力の養成ということになる。さらに、講義を主体とした知識伝授型から、患者と接することを重視する方向への医学教育改革の中において、救急医学教育は、単に救急患者と接した場合の診断能力や技能の修得に役立つに留まらず、優れた医師としての態度、人間性を育むと同時に、問題解決能力の育成にも大きく資するものと思われる。解決すべき問題点としては、不十分なカリキュラム、教育の場の確保の困難性、指導医不足、研修医、指導医の待遇、研修期間中における講座、診療科間の自由な行き来の困難性、など多くが残されている。これらのうち一つでも解決されなければ、学生、研修医教育はなかなか軌道に乗らないほどにそれぞれが解決困難な問題である。

学生、研修医とも救急医学の研修を希望するものは多い。未来の医療を担う優れた医師、救急医療、救急患者に十分な理解と思いやりを持つ医師の育成のため、これ