

---



---

シンポジウム

---



---

## 各科領域における Intensive Care

Intensive Care in Sngical Fields

第 418 回新潟医学会

日 時 昭和61年 5 月 17 日 (土) 午後 2 時から  
会 場 新潟大学医学部研究棟第 II 講義室

司 会 下地恒毅 (麻酔科)

演 者 遠藤 裕 (麻酔科), 松岡東明 (立川病院循環器科), 金沢 宏 (第二外科), 真部一彦 (第一外科), 大沢  
義弘 (小児外科), 吉沢浩志 (産科), 亀山茂樹 (脳外科)

発言者 松原要一 (第一外科)

### 1) 救急領域における Intensive Care

—救急蘇生とチーム医療の立場から—

新潟大学医学部麻酔学教室 (主任: 下地恒毅教授) 遠藤 裕

Intensive Care in Emergency Care Unit

—from the standpoint of resuscitation and team care—

Hiroshi ENDOH

*Department of Anesthesiology, Niigata University, School of Medicine*

*(Director: Prof. Koki, SHIMOJI)*

Emergency Care Unit (ECU) in Niigata University Hospital was opened for 'the third degree' emergency treatment and intensive care of critically ill patients in Niigata prefecture the 1st December, 1980. Two hundred and twenty-two patients have been admitted to the ECU in these five years. The diseases treated in the ECU were divided into six categories: circulatory failure (42.3%), postoperative intensive care (18.9%), multiple

---

Reprint requests to: Hiroshi Endoh,  
Department of Anesthesiology,  
Niigata University, School of Medicine  
Niigata City, 951 JAPAN

別刷請求先: 〒951 新潟市旭町通 1 番町  
新潟大学医学部麻酔学教室 遠藤 裕

trauma (11.3%), respiratory failure (6.3%), severe burn (5.9%), intoxication (4.5%), neurological disturbance (4.1%), miscellaneous (6.8%). The average duration of emergency care was 3.8 days, with mortality rate of 19%. The patients admitted in the ECU were transported to sixteen clinical departments after the intensive treatment.

Through these experiences in ECU, it was stressed that the close communication among staffs of the related departments was crucial for the advancement of patient care in the ECU.

We are grateful to the related staffs for their valuable suggestions and assistances in the ECU.

Key Words: emergency care unit, clinical statistical analysis

救急部, 臨床統計

新潟大学医学部附属病院救急部は新潟地域の第三次救急医療施設として、重症呼吸不全・循環不全・薬物中毒・意識障害・外傷など重篤な病態にある患者の治療を目的として、昭和55年12月に開設された<sup>1)</sup>。

今回、過去5年間の救急部入室患者統計について報告し、本院救急部の特徴につき考察する。

### 1. 過去5年間の救急部の患者統計

昭和55年12月1日から昭和60年12月31日までの救急部入室全症例数はのべ222名で、各科別救急部入室患者数は第一内科(92名)、整形外科(20名)、第二内科(19名)、皮膚科(16名)、第一外科(15名)、麻酔科(13名)、第二外科(13名)、耳鼻科(9名)、泌尿器科(5名)、産婦人科(4名)、精神科(4名)、脳外科(3名)、小児科(3名)、小児外科(3名)、第三内科(2名)、放射線科(1名)であり、16診療科におよんでいた。また、その平均在室日数は3.8日、在室中の死亡症例数は41例(19%)であった。

救急部入室患者の疾患別分類は、頻度の高い順に循環不全症例が94例(42.3%)、術後管理症例が42例(18.9%)、外傷症例が25例(11.3%)、呼吸不全症例が14例(6.3%)、熱傷症例が13例(5.9%)、中毒症例が10例(4.5%)、意識障害(低酸素脳症など)症例が9例(4.1%)であった。また、これら範疇に入らない症例が15例(6.8%)を占めていた。

循環不全を主訴に救急部入室となった症例(94症例)の疾患名とその割合は急性心筋硬塞(63.8%)、大動脈瘤(12.8%)、不整脈(9.6%)、心筋炎・心筋症(5.3%)であった。

術後管理を目的として救急部入室となった42症例の診療科別割合は整形外科(26.2%)、第二外科(19%)、耳鼻科(16.7%)、第一外科(14.3%)、第二内科(7.1%)、産

婦人科(7.1%)、皮膚科(4.8%)であった。ただし、第二内科の3症例はすべて、肺胞蛋白症の肺洗浄後の入室である。

術後管理症例の救急部入室理由は大手術後(31%)、術前から呼吸機能が悪く、術後の予防的呼吸管理を目的として入室した症例(23.8%)、虚血性心疾患の合併した症例の術後で予防的に入室した症例(7.1%)、術後呼吸不全例(26.2%)には、抜管後の喉頭浮腫2例(いずれも子供)、明らかに術中の麻薬投与が過量と考えられた2例が含まれている。術後管理症例の平均在室日数は2.8日、死亡例は1例であった。

外傷症例25例の中には、いわゆる一次救急的外傷も含まれており、また個々の症例において外傷スコア等を算出していない為、治療成績等を他施設と比較することは出来ない<sup>2)3)</sup>。

呼吸不全症例(14症例)の疾患名とその割合は気管支喘息の急性増悪例(21.4%)、ARDS症例(14.3%)、肺塞栓症(14.3%)、肺炎症例(14.3%)、悪性疾患(14.3%)、その他(21.4%)であった。呼吸不全症例の平均在室日数は4.8日、死亡率36%であった。気管支喘息重積症3例はすべて成人例であり、気管内挿管、人工呼吸器などの管理なしに、軽快した例であった。ARDSは2症例に認められ、1例は扁桃膿瘍から縦隔炎を併発、敗血症に陥った症例である。もう1例は肝硬変にて加療中、軽い誤飲より敗血症を併発した症例であり、いずれも死亡した。

肺塞栓症の2症例はいずれも術後患者で1例は整形外科病棟にて突然呼吸困難を訴え、救急部入室となった。幸い内科的治療により軽快した。他の1例は市内病院で手術中潜在性の肺塞栓の為、心停止に陥った症例である。肺炎症例2例はいずれも間質性肺炎の急性増悪例であった。

熱傷症例13例はいずれも burn index 20 以上の重症熱傷であった。小児症例は入浴中の受傷であり、全例生存例である。成人症例では受傷面積50%以上では生存例はなかった。

中毒症例10例では、パラコート中毒が5例で最も多く、いずれも自殺症例であった。4例に人工呼吸、全例に血液透析が施行された。中毒症例の死亡例はすべてパラコート中毒の患者であった。5例中3例は救急部入室中、1例は救急部退出後病棟にて肺水腫を併発し死亡した。一酸化炭素中毒2例はプロパンガスによるものであり、いずれも後遺症を残さず救命出来た。薬物中毒3症例は睡眠剤、向精神薬によるもので、これらも全例後遺症を残さず救命出来た。

意識障害症例9例はすべて蘇生後の患者である。全例にバルビチュレート療法<sup>4)5)</sup>が施行されたが、生存症例3例中2例は脳死、1例は全盲を残し、バルビチュレート療法の限界を示唆している。

## 2. 考 察

本院救急部は、新潟地域における救急医療体制の一環として二次施設では処置困難な重症患者に対する高度あるいは特殊診療のためのいわゆる第三次救急施設であり、地域医療に協力するとともに、大学病院としての救急体制を確立するために設置された。

しかし、過去5年間の救急部の運営状況を観ると、種々の問題点が挙げられる。患者統計で示したように、救急部入室全症例数は5年間222症例で、これは他の大学の救急部と比較してかなり少ない。この理由として、救急部専任の医師(副部長)、および看護婦がそれぞれ僅か1名であること。また、救急部のスペースが狭く病床が2床あるにも拘らず、現スタッフおよびスペースでは物理的に1床しか使用できないこと。加えて、極めて重症な患者を扱う場合が多く、長期入室症例(最長18日)があると救急部における管理を余儀なくされ、他の症例を収容出来なくなる、などが考えられる。これは本院には、集中治療部が未だ開発されていないためである。他大学においては、救急部と集中治療部を有する施設が多く、長期集中管理が必要となった場合、集中治療部に収容することが可能な為、救急部の病床の回転がよく、本来の三次救急施設としての機能を充分に果たしている。本院

においても、集中治療部の開設が待たれる。

また、救急部入室患者の疾患内容は患者統計で示したように多種多様である。重症熱傷、パラコート中毒、多臓器不全症等は1診療科で対処出来る疾患ではなく、複数の診療科に渡る横のチーム医療が必要である。この点に関しては、本院では各科において救急当番医がすでに決められており、緊急の場合においても、診療協力を信頼でき、円滑な診療が可能であった。

## 3. 結 語

1) 昭和55年12月1日～昭和60年12月31日間の救急部入室患者222名の臨床統計につき報告した。

2) 救急部入室患者の後方科は臨床16科におよび、種々な疾患の入室を認めた。

3) 重症呼吸不全・循環不全・熱傷・中毒・外傷症例・多臓器不全症などの治療は多くの科にまたがり、これら疾患の治療には各科間の緊密なチームワークがさらに必要であると考えられた。

最後に、これら救急患者の診療にあたり、御協力を頂いた関連各科の諸先生方、看護婦さん方に深く感謝いたします。

## 参 考 文 献

- 1) 丸山洋一, 下地恒毅: 新潟大学救急部. 新潟県医師会会報, 429: 26~27, 1985.
- 2) 小川 龍: ショックの定量的評価法. ショック・スコアの提案. 救急医学, 3: 329~332, 1979.
- 3) 宮野英範: 出血性ショック. 救急医学, 3: 621~629, 1980.
- 4) Safar, P.: Resuscitation after global brain ischemia-anoxia. Crit. Care Med., 6: 215~220, 1978.
- 5) 西邑信男, 矢野正実: 頭部外傷におけるバルビタール療法. 救急医学, 3: 307~312, 1979.
- 6) Monafu, W.W.: The treatment of burn shock by the intravenous and oral administration of hypertonic lactated saline solution. J. Trauma, 10: 575~580, 1970.