第15回日本Acute Care Surgery学会学術集会

ランチョンセミナー2 (LS2)

日時

2023年10月6日(金) 12:20～13:10

会場

第2会場 (グランドニッコー東京ベイ 舞浜 1F グランドボールルームD)

座長

安部 隆三 先生

大分大学医学部救急医学講座

演者

Hybrid ER導入によるAcute Care Surgeryの変革

庄古 知久 先生

東京女子医科大学附属足立医療センター 救急医療科 / Acute Care Surgeryセンター

敗血症性ショック ーAcute Care Surgeonの闘い方ー

小林 誠人 先生

鳥取県立中央病院 高次救急集中治療センター

共催：第15回日本Acute Care Surgery学会学術集会／東レ株式会社／東レ・メディカル株式会社

Hybrid ER導入によるAcute Care Surgeryの変革

庄古 知久　東京女子医科大学附属 足立医療センター
救急医療科 /Acute Care Surgeryセンター

新病院への移転に伴い、国内で13番目のHybrid ERシステム（HERS）を導入した。Dual room typeであり、HERS室を重症患者で使用中も別患者のCT撮影が隣室で実施できるため利便性が高い。当院のHERS入室の基準は①重症外傷、②ショック症例、③E-CPR適応（PCPS導入）とし救急隊が患者を直接搬入する。HERSで使用しているベッドはアンギオ用の幅が狭いものであり、安静保持が困難な小児は落下の危険が高く、適応外としている。HERSは患者が移動することなくアンギオ動脈塞栓や手術が出来るシステムであり、ここに注目が集まりがちであるが、超早期に診断し早く治療に繋げられることが最大のメリットであり、この点は重症外傷のみならず、重症の急性腹症患者の予後も改善することに寄与するはずである。Acute Care Surgeryにおいて、このHERSのメリットを享受するためには、診断後の治療開始を早くする努力、即ち早期に手術を開始できる体制を構築することにある。HERSを手術場として使用する基準は、初期診療で患者の安定化が図れず、手術室に移動すると心肺停止のリスクが高い場合のみであり、待てる患者はマンパワーと物品の揃った手術室にて可能な限り執刀するようにしている。早く手術室に入るためには、麻酔科医、手術室ナース、執刀する外科医、この３部門の都合が揃わなければならない。当院の麻酔科教室には緊急手術に対して最大限の協力体制を敷いてもらい、手術直接介助は当科の診療看護師（NP）または救命士（EMT）が担当することでクリアしている。体幹部外傷と急性腹症はAcute Care Surgeryセンターの医師が夜間でもすぐに参集し遅延なく執刀開始している。集中治療はもちろんacute care surgeonが術前術後を通じて一貫して実施する。Hybrid ER導入に付随した体制整備が大きな変革をもたらしている。ここに紹介する。

敗血症性ショック－Acute Care Surgeonの闘い方－

小林 誠人　鳥取県立中央病院　高次救急集中治療センター

Acute Care Surgeonは外科的治療を生業とするGeneralist, Intensivistである. 敗血症, 敗血症性ショックに対する治療は, 蘇生と共に手術, ドレナージによる感染巣制御に始まり, 集中治療による臓器障害の迅速な改善を目指すことにある. Acute Care Surgeonにとって避けて通ることが出来ない病態でもある.

生体は会社・企業と同じであり, “全体最適化”を達成するために“部分最適化”を行う. 敗血症性多臓器不全の“部分最適化”は感染巣制御および各障害臓器の機能改善に他ならず, SOFA scoreなどで評価される. “全体最適化”は感染によって惹起された細胞応答, 生体反応の制御であり, 各種モニタリング, 血液検査所見などで評価される. “全体最適化”を目指し, 蘇生を行いながら感染巣に対する外科的介入を行う. 生理学的評価, 凝固状態からDamage Control Surgery (DCS) , Open Abdomen Management (OAM) が選択されることもある. その後の集中治療では障害臓器の“部分最適化”を行い, 生体・患者の“全体最適化”に向かう. 抗生剤の使用は勿論, “部分最適化”の戦術として, 肺傷害：VV-ECMO, 循環障害：血管収縮薬, エンドトキシン吸着療法（PMX-DHP）, VA-ECMO, 腎障害：腎補助療法（RRT）, 肝障害：血漿交換療法, 凝固障害：DIC治療薬などが挙げられる.

戦術の1つである血液浄化療法, 特にPMX-DHPは, 循環動態の改善のみならず, 生体反応も制御し“部分最適化”から“全体最適化”をもたらす. この効果を引き出すためには導入のタイミングが鍵であり, 演者は主にノルアドレナリンの投与量による指標を提唱している.

敗血症治療は, 感染という外側からの攻撃のみならず, 生体反応という内攻にも目を向けるものである. “全体最適化”を目指した戦略を達成するために, どのような戦術をどのタイミングで適応するか？本講演ではAcute Care Surgeonである演者の（大いなる）私見と経験則を交え, ガイドラインに則した標準的治療にも（可能な限り）配慮しながら「敗血症性ショック－Acute Care Surgeonの闘い方－」について概説, 提言する.