

シンポジウム

1. 大学病院における高気圧酸素療法の
診療連携

—10年間の歩みと今後の問題点—

岡林清司 大谷美奈子 藤岡泰博
住田公昭 三上貴司 城山和久

(広島大学医学部付属病院救急部・集中治療部)

広島大学では、昭和55年に救急部ICUが整備されると同時に高気圧酸素療法を開始した。スペースおよび予算の関係で第一種装置の高気圧酸素装置を選択せざるをえず、ワンマンチャンパー1台をICUに隣接した小スペースに設置した。当初、一酸化炭素中毒をはじめとする救急疾患を主たる治療の対象にしていたが、広島市内に高気圧酸素装置を有する他の施設がないため（広島市から約30kmの呉市に4名収容可能装置を有する）、非救急疾患にも対象を拡大してきた。今回、過去10年間に当施設において行ってきた高気圧酸素療法を紹介し、現状の問題点を明らかにする。

過去10年間に高気圧酸素療法を施行した症例は68例で、施行延べ件数は403件であった。疾患は一酸化炭素中毒30例、ガス壊疽10例、頭部外傷5例、心停止後昏睡4例、突発性難聴5例、顔面神経麻痺2例、網膜動脈閉塞症などの眼科疾患4例、パージャーク病3例、動脈硬化症1例、下肢挫傷2例、骨髄炎1例、多発性硬化症1例であった。患者は9診療科にわたっていた。装置の作動はすべて救急部スタッフが行い、各診療科の主治医は記録や患者の観察などに協力するという体制をとってきた。現在までのところ、治療対象は主として救急患者であり、広島市の救急適応はほぼカバーできていると思われる。現在程度の施行件数であれば救急部スタッフが行いうるし、教育的効果も大きいと考えられている。一方で、より多くの非救急症例に高気圧酸素療法の恩恵を受けれるようにするには、宣伝啓蒙活動が必要であると考えられるが、その場合、現在のワンマンチャンパー1台と救急部スタッフによる運営体制ではもはや対応できなくなると予想され、地域医療としての高気圧酸素療法のあり方を検討する必要がある。

シンポジウム

2. 高気圧酸素療法の診療連携

伊藤範行*1) 勝本淑寛*2) 北沢幸夫*2)
野口照義*3)

*1)	千葉県救急医療センター集中治療科
*2)	同 高気圧酸素治療室
*3)	同 センター長

1. a) 高気圧酸素治療室(OHP)は、診療部に属し、集中治療部に位置する。集中治療部医師のうち、麻酔科医、特に麻酔指導医2名が、管理医的役割をし、コンサルタントを行っている。

管理医2名も集中治療部医師であり、完全なOHP専任医師では無い。

b) 管理医が治療適応を判断し、病状などから医師付添の要否を決定する。付添医師は、集中治療部、および当該科の医師から人選し交代に付添うが、個々の医師により、OHPの知識が異なるため、治療前に管理医から指示、注意を与える。

院内すべて患者の急変の際、院内一斉放送により、医師全員が急行するシステムがあり、OHPも例外では無い。管理医が、緊急減圧、あるいは保圧のまま応援医師を入れるかを指示し対処する。その責任は、不測の事故の種類により異なる。

c) 管理医制度が発足運用されれば、管理医に権限が与えられると同時に責任も明確になる。

2. 管理医2名が主に、他施設からの依頼、コンサルタントにあたっている。外来治療は、耳鼻科、眼科、血管外科領域が多く、これまでの依頼施設は比較的限られており、今後これらの他施設への広報活動も必要である。緊急入院治療を要する例は、一酸化炭素中毒、低酸素脳症などであるが症例は多くは無い。

治療に関する責任は、管理医および院内主治医である。治療方針、経過、転帰などに関し、紹介医と更に密接な連絡が必要。

3. 県内全域をカバーする三次救急医療施設ではあるが、実績は、千葉市および周辺地域が主な対象である。同地域にOHPは5施設にあるが、常時対応可能な施設は他に無い。現在の機能を維持発展させるためには、関係職員の増員充実も望まれる。