

交通事故死亡者数はゼロがいい。 さらには後遺症軽減にも焦点を当てよう

救命救急センター医師からの提言

守谷 俊 Takashi MORIYA



日本大学医学部附属板橋病院救命救急センター科長

交通事故死には、図に示す如く、①事故発生時(事故現場)、②発生から2～3時間後(病院の初療室から手術室)、③数週間後(集中治療室や一般病棟)の三つのピークがある。

外傷学においては、順序だった診察を行い適切な処置をすれば助かっていると推定される外傷死亡症例を「preventable trauma death: PTD」と以前から定義されていた。2000年前半における日本の研究データでPTDは全外傷死亡例の約30%にも及んでおり、この結果は、驚くことに米国外傷センターの10～20年以上前における治療成績と同レベルであったことが報告された。その頃の海外学術誌コラムには「海外旅行で日本に行ったときには病気になっても絶対にケガをするな」と皮肉られた。このことは日本でケガをすると不幸にもPTDとなり、予想外に命を落とすであろうことを遠まわしに表現したものである。

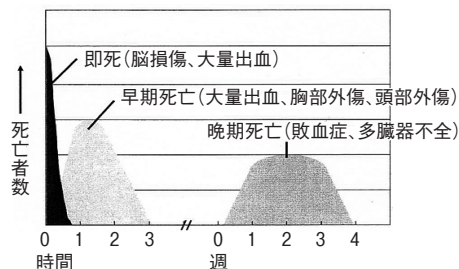
医療従事者はこの10年間、2番目と3番目のピークを少なくするための努力をしてきた。救命救急士もtrauma bypassやLoad&Goなどの病院前におけるハイレベルなテクニックによりたくさんの命を助けてきた。

患者の訴え(腕が痛いなど)から診察や検査を開始する手法、目立った外傷部位(挫創など)から治療を開始する方法、意識障害に対して診察の最初に頭部CTを行うことなどが、外傷診療の失敗に陥りやすい外傷診療の部分として挙げられ、最終的には日本版の外傷患者に対するABCDEFアプローチが考えられた。それは、気道(A)、呼吸(B)、血圧(C)、脈拍(C)、意識(D)、体温(E)の情報を順番に把握しながら患者の状態を診察していき、生命に危機が及ぶ外傷のみに対処する診察方法である。検査はレントゲン

写真2枚と超音波検査のみである。そうした診察方法で生命に危機が及ぶ外傷がないことを確認してから頭部より足先、そして背部をゆっくり診察していく。

救命救急センターの医師により2番目のピークの対応ができれば必然的に3番目も解決の方向に向かう。さらに最近では現場に医師が行って医療を行うDMAT活動というものがある。こうした活動は以前には全く関与していなかった1番目のピークにも医師が関与し始めた第一歩と考える。1番目は自動車の性能やシートベルト、ヘッドレスト等パーツの改善により現場で即死状態だった事案が現場や救急室で治療を行う状況に変化しているのかもしれない。そうした事案にわれわれは対応しているので重症事案が減少しているような実感は少ない。交通事故死は絶対ゼロにならないと断言する人もいるが、救急現場を仕切っているわれわれはゼロにしたいと思っている。

10年後には、交通事故死者ゼロを実現し、事故による後遺症をさらに少なくする医学工学的研究が主体となっていることを私は願っている。



出典 「外傷病院前救護ガイドライン」JPTCTMより。

1988年日本大学医学部卒。医学博士。現在は救命救急センターで年間約2,000件(外傷は400件)の患者受け入れを行っています。死亡事故や後遺症を如何に減らすかは、それぞれの分野の意見ではなく一つのチームで問題解決をしていく必要があると考えています。(会員/2001年会員就任)