

# 簡単アンケート第 29 弾：脳外科 ICU

(2013 年 7 月実施)

J S E P T I C 臨床研究委員会

アンケート作成者：藤谷茂樹、津久田純平  
(東京ベイ・浦安市川医療センター)

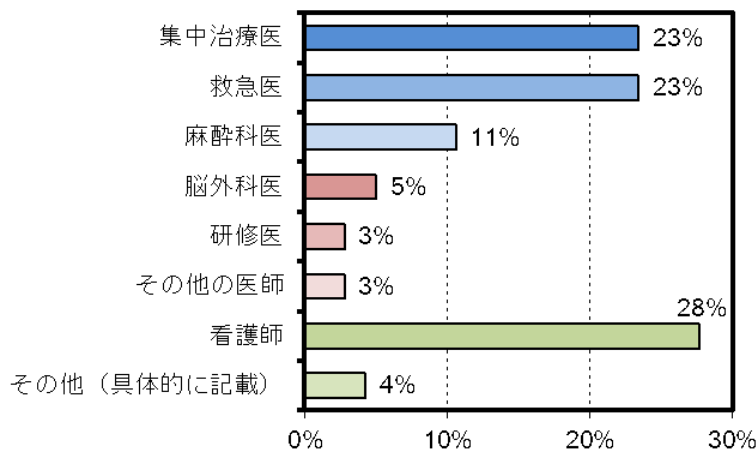
対象：ICU で脳外科患者に関わる医師もしくは看護師

目的：日本では、脳外科患者の ICU 管理は脳外科医のみで行っていることが多いように思われる。しかし、脳外科医は術後管理以外にも日々の外来や緊急・予定手術なども行っており、ICU での管理に十分な時間が割けない可能性がある。今回のアンケートでは ICU で脳外科患者に対してどのような管理が行われているかを知ること、脳外科医と ICU に関わる医師や看護師とがチーム医療を行い、脳外科医の業務軽減や患者管理の質の向上につなげることが目的である。

作成者：藤谷茂樹、津久田純平  
(東京ベイ・浦安市川医療センター)

回答者 141 名

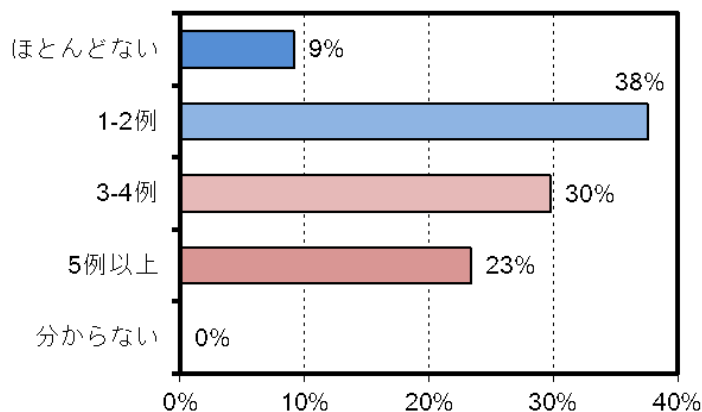
### 質問 1. あなたの職種は何ですか？



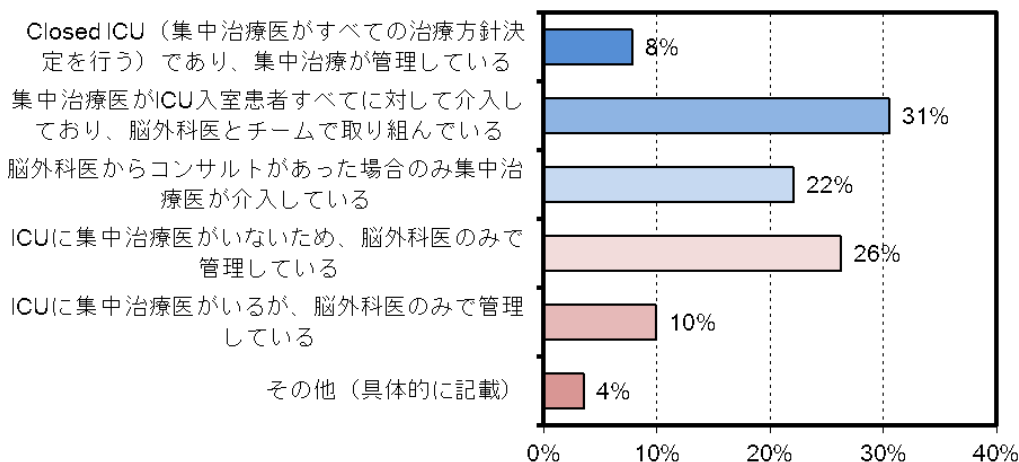
\*その他（具体的に記載）回答者 6 名

- 臨床工学技士 6 名

### 質問 2. あなたの施設の ICU では脳外科患者（術後や重症頭部外傷など）は週に何例の入室がありますか？



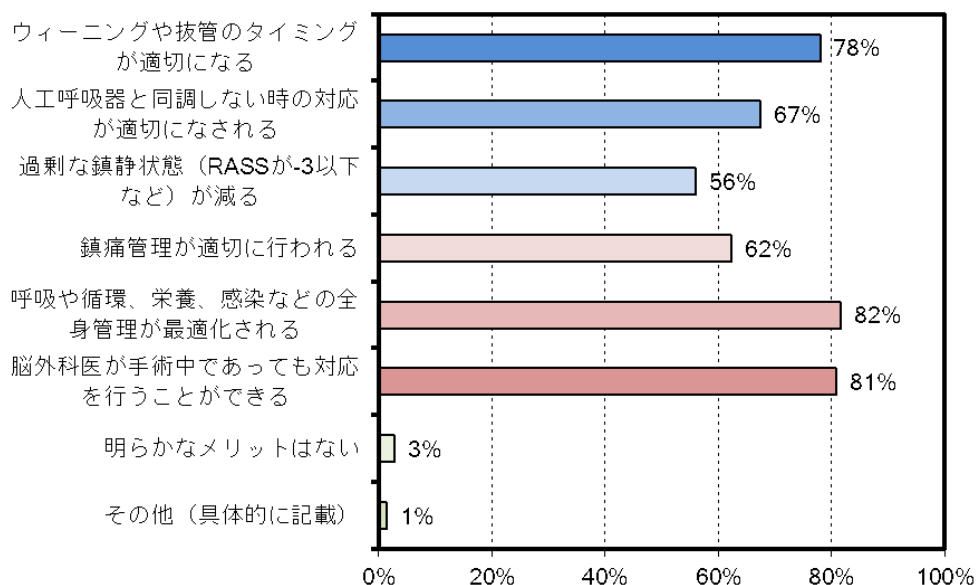
質問3. あなたの施設のICUでは脳外科患者（術後や重症頭部外傷など）の管理をどのようにされていますか？



\*その他（具体的に記載）回答者5名

- 救命センター所属医（専門は様々）が主治医、集中治療医がラウンドに参加しバックアップ。
- 内因性、外傷性を問わず手術後であれば脳神経外科が主科となり管理する。内因性で手術適応のないものであれば総合内科、外傷性で手術適応のないものであれば救急科が主科となる。
- ICUと救命救急センターは考え方が異なっており、術後管理目的での入室の場合は、脳外科医と麻酔科医が管理している。救急搬送された脳外科患者に関しては、術後急性期のみ脳外科医と救急医が協力して管理している。急性期を過ぎると、救急医のみの管理となる場合もある。救急医にも脳外科出身の医師がいる。
- 元々、脳神経外科集中治療室なため、脳神経外科医が管理している。院内に集中治療医がいない。
- 基本的には救急医 Dr で担当。ICUに入室した際には集中治療医も介入する。

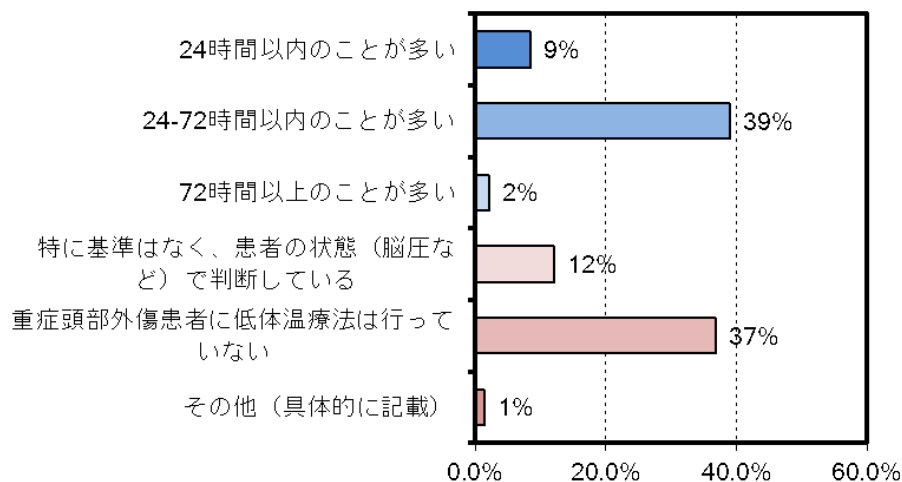
質問4. 人工呼吸管理を必要とする脳外科患者において、集中治療医が関与することで得られるメリットは以下のどのような事が挙げられると思いますか？（複数回答可）



**\*その他（具体的に記載）回答者 2 名**

- 脳神経外科のことを正しく理解して呼吸循環管理が出来ている「集中治療医」は少ない。集中治療医側もっと脳神経外科を真摯に学ぶべきである。
- 予後の改善が期待される。

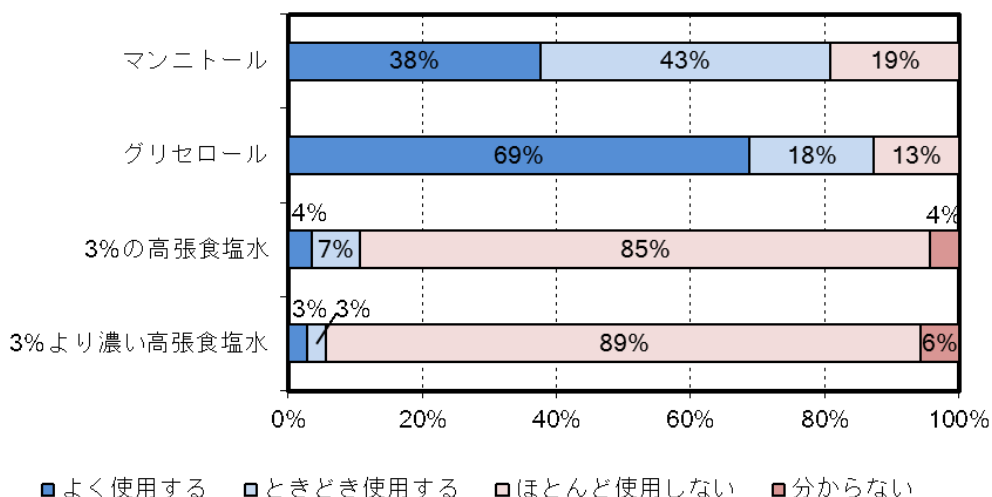
質問 5. あなたの施設の ICU で重症頭部外傷患者に対して低体温療法を行う際、低体温を維持する期間はどれくらいですか？



**\*その他（具体的に記載）回答者 2 名**

- 重症頭部外傷患者を受けないことがない。
- 重症頭部外傷はあまりきません。

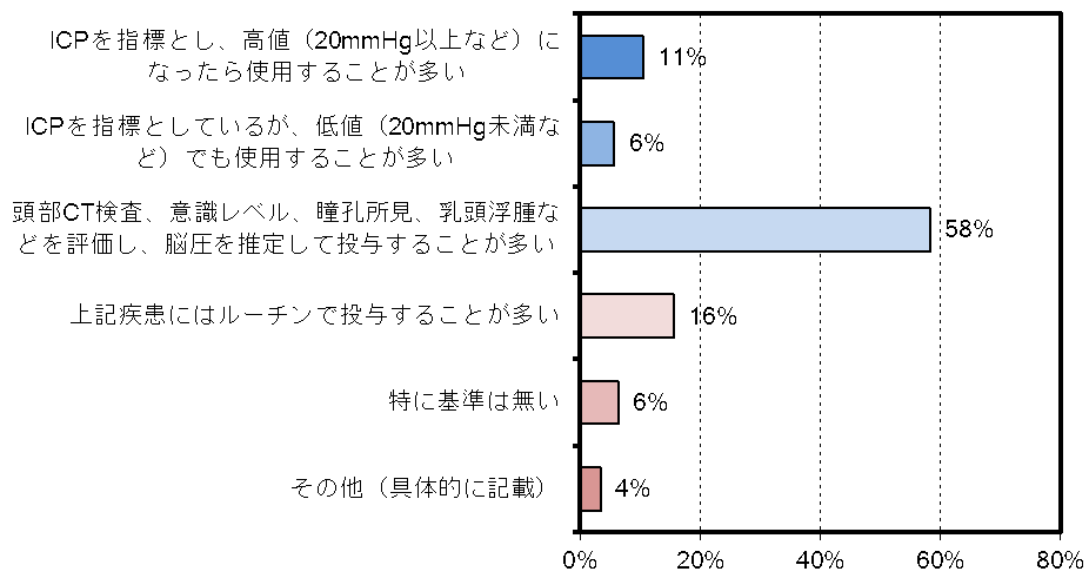
質問 6. あなたの施設の ICU で頭蓋内圧を低下させるために以下の薬剤を使用していますか？



**\*その他（具体的に記載）回答者 2 名**

- 3%食塩水の使用について集中治療医が必ずしも習熟し適切な使用が出来るとは思わない。
- 3%食塩水の代わりに 10%NaCl を代用

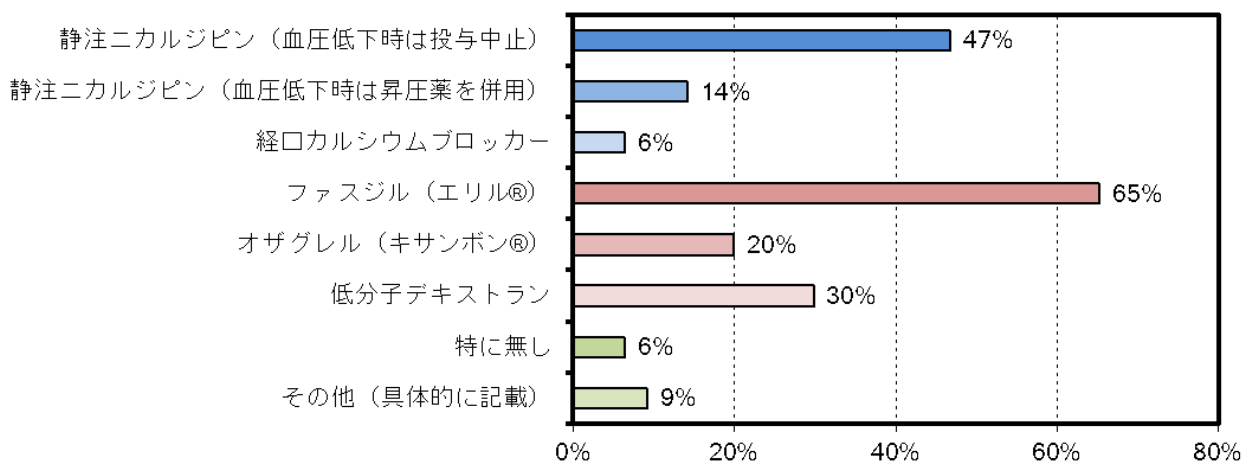
質問7. 腎機能が正常な重症頭部外傷や重症 SAH 術後に対して頭蓋内圧を低下させる薬剤を投与する際、どのような指標を使用していますか？



\*その他（具体的に記載）回答者 5 名

- 薬剤による頭蓋内圧低下は鎮静剤以外には使用しない。
- 救命センターのある病院だが ICP モニターが院内にない。
- 患者の状態は流動的であり、即時的に対応できる体制であることが最重要であり、こういった質問事項で何を調査したいのかすでに混乱する。
- ICP・画像・臨床所見のすべてを利用。上記薬剤を間欠的に投与するだけでなく、明らかな問題がなくても高張食塩水により、Na 値の管理目標を 140~150 mEq/L 程度にまで上げてしまう。
- 頭部外傷および SAH 術後に集中治療医は関与していないため不明。

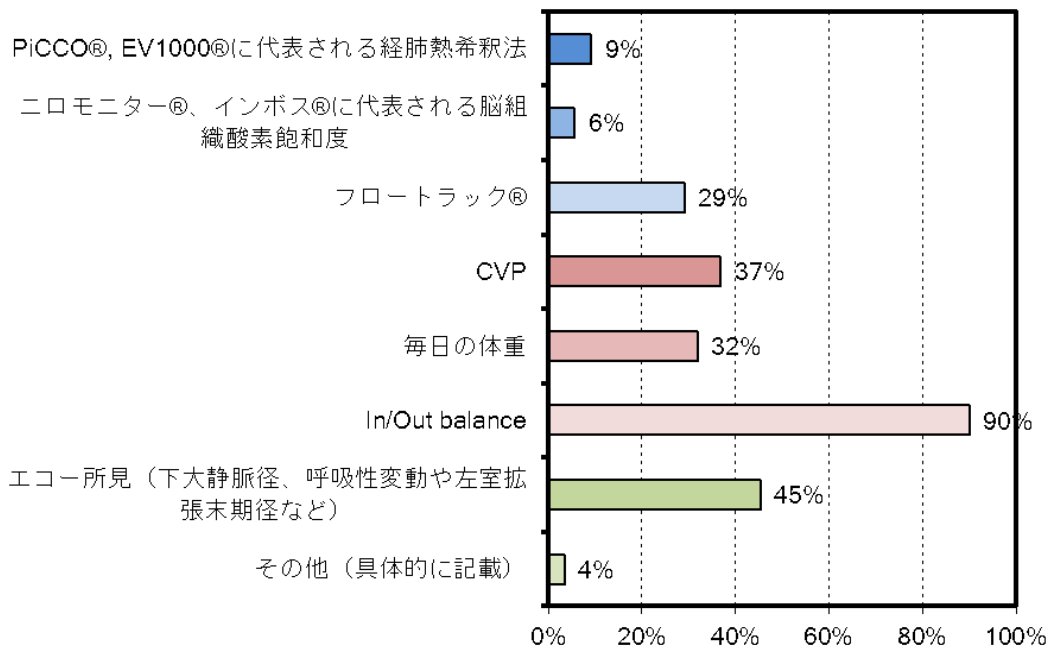
質問8. くも膜下出血後の血管攣縮予防のためにあなたの施設の ICU で用いられる薬剤はどれですか？（複数回答可）



**\*その他（具体的に記載）回答者 13 名**

- hypovolemia にしない
- 不明
- シロスタゾール（2名）
- 静注ヘルベッサ
- アルブミン製剤
- 知らない
- DOB
- 小児施設のため、動脈瘤破裂による SAH はほぼ皆無です。
- 小児施設のため、コメントを控えさせていただきます。
- 頭部外傷および SAH 術後に集中治療医は関与していないため不明
- 脳そう~脳室灌流
- ドブタミン、アルブミン、アスピリン、（中心静脈栄養）

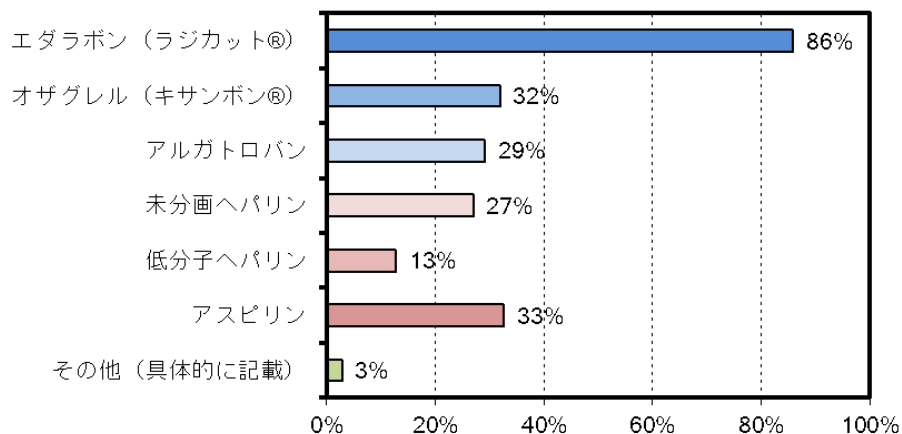
**質問 9. 重症頭部外傷や重症 SAH 術後の患者に対する循環動態モニタリングの際に用いている指標は何ですか？（複数回答可）**



**\*その他（具体的に記載）回答者 5 名**

- どれも参考になりにくいと思いつつ、悩みながら行なっています。
- 重症頭部外傷と SAH の観察の要点は双方で全く異なる。故に、この問題自体がやはり適切ではない。
- バイタルサイン
- 頭部外傷および SAH 術後に集中治療医は関与していないため不明。
- 血圧、尿量

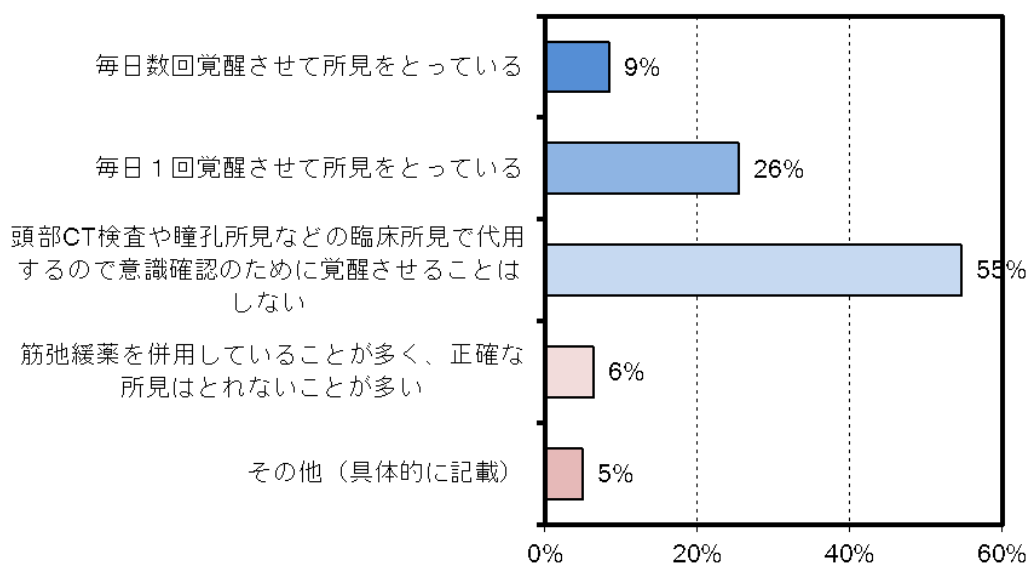
質問 1 0. あなたの施設の ICU で急性血栓性脳梗塞患者に使用される薬剤はどれですか？（複数回答可）



\*その他 (具体的に記載) 回答者 4 名

- tPA
- プレタール、プラビックス
- 頭部外傷および SAH 術後に集中治療医は関与していないため不明。
- 脳梗塞症例はほとんど入室がありません。

質問 1 1. 人工呼吸器管理下で鎮静剤が投与されている頭部器質的疾患患者の神経学的所見はどのようにとっていますか？



### \*その他（具体的に記載） 回答者 7名

- 自己抜管などの可能性がない限り、日中は Sedation vacation を行っており、日中に評価することが多いです。
- 症例による。
- 鎮静剤を投与した患者は覚醒させるさせないにかかわらず、神経学的所見による正確な経過観察は出来ない。
- light sedation のまま評価します。
- 出来る限り鎮静しないようにしている。
- 鎮静剤は基本投与せず、鎮痛をしっかりして所見をとれるようにする。
- 頭部外傷および SAH 術後に集中治療医は関与していないため不明。

質問 1 2. このアンケートについての御意見、今後のアンケートの案など、ご自由に記載してください。

### \*回答者 17名

- 今後のアンケート案として、集中治療室における初期研修医、後期研修医の役割に関して他施設においてどの程度まで診療に参加しているのか興味があります。
- メーリングリストにあったようなアンケートに怒りを感じる事が理解できない。不愉快であれば、参加しないという判断もあると思います。
- メーリングリストにあった「脳神経外科医の無知を顕在化させるためのアンケート」には思えなかった。
- 脳神経外科医がほぼ介入してみているので、詳しいことはよくわかりません。脳神経外科医も人によって“好み”があるようです。血管内治療か開頭か、スパイナルドレナージか脳室ドレナージか、など。
- 脳外科医とコラボレーションをする上で、腹を割った意見交換をすることが最も重要なことであると思われる。うまくいっている施設ではどのようなチーム医療をしているかを紹介することも必要かと思われる。少ない脳外科医で今後医療を続けていくには限界があり、その医療を強いる脳外科医が上層部にいる限り、疲弊する脳外科医のイメージが払拭できず、新たな脳外科医が育ちにくい状況が続くと思われる。脳外科医と集中治療医が協力して患者管理ができるようになってもらいたいものである。
- 特に脳外科の先生に方に対して失礼な調査のように思えませんが…。
- 脳神経外科医の無知を顕在化させるためのアンケートなのか、集中治療医の優位性を示すためのアンケートなのか、アンケートの趣旨が全く理解できないものであった。あるいは日本の慣習化された ICU 管理に対する問いかけなのか、北米のプロトコルが優れているものだとは思わない。すべて北米に追従すればいいというものではない。脳神経外科医も必死に術後管理を発展させてきた自負がある。集中治療医が神経集中管理に参画していきたいのであれば、もっと脳神経や神経学、脳神経外科手術について集中治療医も学ぶべきであろう。頭蓋内圧の管理だけが脳神経外科学ではない。ICU 側の驕りを感じる。極めて不愉快な調査である。
- うち PICU です。
- 長崎医療センター救命センターに勤務しています看護師です。当院の現状をアンケートに反映したつもりですが、これまで ICP 測定を行った場面をみたことがありません。どの程度の施設が行ってるか（病院の規模にもよりますが…）気になります。今回のアンケートを踏まえて参考にしたいと思っております。
- SAH の患者の対応で、入院後すぐに手術にならない場合の管理について施設ごとにどうされている



か知りたいです。当院では、ベースはプロポを投与し挿管管理で、咳嗽や体動時出現ごとにマスクュレートを頻繁に投与しています。血圧管理もどのようにされているのか知りたいです。

- 脳外科医は正直いって、頭しか見てない事が多い。呼吸管理とかはあまり関心がなく、適当。看護師が促さないとウィーニングしないとよくある。
- 本院の施設では脳室ドレナージの使用頻度は高くありません。逆に留置されることが稀なくらいです…。看護師ですが、脳室ドレナージの使用について他施設の状況も少し知ってみたい気持ちがあります。
- 脳外科として救急搬送の多い施設で働いていると、脳外科領域の疾患に関する集中治療のエビデンスなどを収集し、活用して全身管理を行うことはなかなか難しい部分があります(特に全身管理を担当する若手において)。全て全身管理をお願いすることはなくても、コンサルタントとしての集中治療医の存在があるとありがたいかと、いつも思います。
- 集中治療医が管理するのは全国的に珍しいのでしょうか。当たり前のように集中治療医が管理しておりますので、違和感なく行っております。脳外科の先生には基本的に手術に対応していただく形です。
- 当施設では、脳外科術後症例に関与することはありません。理由としては、脳外科医自身が集中治療及び、全身管理を軽視しているためそもそも依頼がないこと、また、今現在、内科系外科系重症患者に対する通常業務で集中治療医に十分な余裕はなく、こちらからの積極的な関与も行えない状況にあるからです。患者管理の質向上のために、集中治療医に関与する意味はあるのかもしれませんが、ただ、「脳外科医の業務軽減」のために関与するのは違うのでは？
- ICP センサ挿入の頻度なども知りたかったです
- 外科医は手術が本業なので、チームとして手術に集中可能な環境を作ることが必要と感じています。そのため、ICUなのに物事がタイムリーに進まなかったり、することもよくあります。ICUの患者と比較して、動きがゆっくりです。

以上