

総合研究奨励賞 (結城賞)



内藤 宏道

略 歴

2001年5月 岡山大学附属病院 麻酔科蘇生科 医員(研修医)
2002年6月 広島市立広島市民病院 麻酔・集中治療科
2004年6月 愛宕病院 麻酔科
2005年7月 津山中央病院 救命救急センター
2014年11月 ピッツバーグ大学救急医学教室 留学
2016年4月 岡山大学病院 救急科
2018年4月 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科
救命救急・災害医学講座 准教授
現在に至る

研究論文内容要旨

院外心停止から回復(心拍再開)しない患者に、補助心肺装置を取り付けて蘇生する方法(Extracorporeal cardiopulmonary resuscitation: ECPR)が先進的治療として多くの施設で行われるようになり、ECPRで救命できる患者が増えた。一方で、機械による心肺の補助治療を施行したものの、その後に、脳・心を含めた諸臓器の機能が回復せず、終末期に至る例がある。補助心肺を含めた生命維持装置の停止など治療撤退の決断をせざるを得ない場合があり、倫理的な問題となっている。本邦で行ったECPRの大規模研究の事後解析として、治療撤退の実態を検討した。

ECPRを行った1660例の患者のうち510人(30.7%)において、経過中に治療撤退の決定がなされていた。治療撤退の決定は第1病日に最も多く、中央値2日で行われていた。治療撤退決定の理由は、神経学的(脳機能)予後不良の予測(300/510 [58.8%])、心臓/肺予後不良の予測(105/510 [20.5%])、補助心肺装置の維持ができない(71/510 [13.9%])、合併症(10/510 [1.9%])、心停止前の併存症の悪化(7/510 [1.3%])であった。治療撤退例では30日生存率が低かった(治療撤退あり vs. 治療撤退なし: 36/506 [7.1%] vs. 386/1140 [33.8%]、 $p < 0.001$)。

本研究により、院外心停止でECPRを施行された患者の約三分の一の例で、入院中に治療撤退の決定が行われ、主に神経学的予後不良の予測が理由であったことが示された。心停止から72時間以内は、神経学的予後の予測が困難であることが報告されているにも関わらず、この期間内に治療撤退が決定されている例が多かった。心停止後、特に、ECPR後の治療撤退は慎重に行わなければならない。ECPR後の神経学的評価について、さらなる分析が必要である。