

## II オートプシー・イメージング (Ai) で何がかわるか？—現状と課題

# 2. 救急医療・救急医学は Ai を古くから必須のものと認識していた

七戸 康夫 国立病院機構 北海道医療センター救命救急センター  
(日本救急医学会 診療行為関連死の死因究明等の在り方検討特別委員会 Ai 作業部会委員)

### 救急医学と Ai の関係

突然死、という言葉がある。外因死を含めると、年間死亡の10%弱を占めると言われる。そのうち、目撃者がある、あるいはさほど時間が経っていない(死体現象のない)傷病者の場合は、救急医療機関(多くが救命救急センター)へ救急搬送されることになる。これが心肺停止(cardiopulmonary arrest: CPA)と言われるもので、年間の搬送件数は全国で約10万件にもなる。その社会復帰率が数%であることを考えると、病院外で突然意識を失い、救急車で運ばれてそのままお亡くなりになる方が、年間に9万人程度存在するということになる。

CPAで搬入され、蘇生中に死因を判断できないまま死亡確認となった場合、監察医制度のない多くの地域では、警察により犯罪性がないと判断されれば担当医が検案を行うが、体表所見のみから死亡原因を決定するのは容易ではない。そのため、心肺蘇生を断念した後にCT

等を撮影し解剖の代替とすることが、以前から救急医療の現場で行われてきた。このように、患者を蘇生し得えず、死亡確認をせざるを得なかった後に、自分たちが気付かなかった原因がなかったのだろうか、わずかでも救命の可能性があったのではないかと謙虚に反省し、次の診療の機会に何とか生かそうとすることは、プロフェッショナルとして本質的な行為である。そして、オートプシー・イメージング(Ai)によって、いま自分が行った診断、診療行為の適応や妥当性、効果を目の当たりにすることになる。

救急医は、Aiにかかわる他の診療科の医師と立場を若干異にする。法医学や放射線科、病理に所属する医師は、あくまで“他から依頼されて”Aiにかかわるが、救急医はCPAか否かに依らず、自分が担当した患者に自らAiの必要性の判断を下す。その際、死亡前の血液検査所見や臨床経過を熟知し、死亡確認直後に撮像された画像を基に死因診断をするため、より確度の高い死因診断が行える環境にあると言える。例えば、

既往症や突然の心停止に至った経過、血液検査などの他の所見で一次死因診断がなされ、最後に画像診断の情報が付加される。すなわち、救急医が行う死因診断における死後画像は、それまでの一次診断を支持する、あるいは矛盾しない所見であることがほとんどであり、臨床経過で不明であった死因が明らかになるものは少なく、さらには、一次死因診断を覆す所見が得られることはまれである。

### 症例提示

#### 症例1

89歳、男性。咽頭がん手術後で永久気管孔あり。心筋梗塞の既往がある。体調不良を訴えてはいなかったが、自宅で突然に意識を消失し、救急要請された。救急隊到着時は心肺停止で、病着後も心拍再開なく死亡確認した(図1)。

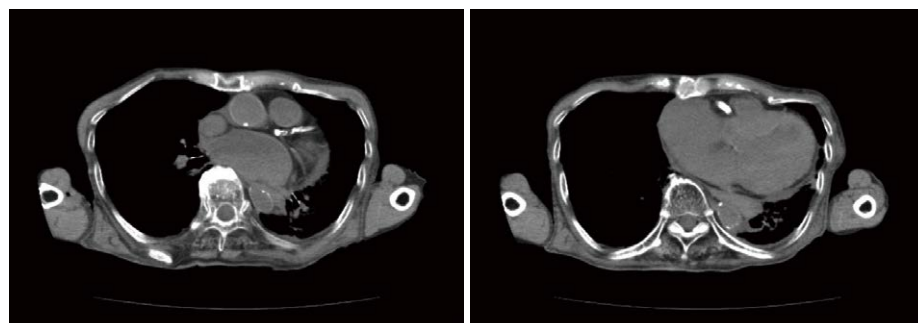


図1 症例1  
臨床経過はいわゆる突然死である。永久気管孔があり、嘔吐などによる気道閉塞は考えにくい。胸腹腔出血性病変、頭蓋内出血、大動脈解離がなければ、心臓突然死の可能性が高い。これらの陰性所見と冠動脈の著明な石灰化、心筋梗塞の既往が、心筋梗塞などの心臓突然死を死因として支持する。