偽膜性腸炎の有病率

劇症型→外科切除が有効：hemicoleもしくはtotal colectomy

鈍的多発外傷の場合は線溶系更新型DICが起こりやすい

内因系のDICよりも外因系の方がDICの進行スピートが速い

外傷全身CTの効率的読影：Trauma panscan

頭部：単純

頭頸部：Plain

胸腹部：Enhanced

外傷部位にfocusしたものを撮ってしまう

3段階読影：緊急度の高いものから読影していく

第一段階：FACT

頭部

大動脈弓部：左の肺動脈が出るレベルが多い、縦隔血腫、aortaの輪郭

肺：肺挫傷、気胸

Dougals：先ずは一番下のところから、癒着があると骨盤内に降りてきにくい、左右差の起こるような血腫が重要

骨盤

椎体周囲の筋肉内の血腫：腸腰筋、本来tight spaceなのに多発extra versationがあるということは凝固因子が破綻していく

腹部実質臓器+腸間膜損傷(目に飛び込んで来るような)

3分以内、患者がCT室を出るまでに判断するのが目的

次に誰を呼ぶのか

第二段階

EarlyとDelayを並べて見る

Earlyで見えない造影剤がDelayでは写っている→Extraversation、皮膜断裂などがあり

門脈損傷や肝静脈損傷を評価できる術はない

挫傷、血腫、骨折のあるところ

メカニズムを意識する：エネルギーが大事、高エネルギーなのに所見が薄いのはおかしい…

extraversatino：造影剤の漏れ、皮膜断裂

仮性動脈瘤：周囲の組織で破綻した血管が漏れ出ないことなど、Earlyでは映るが時間が経ってから撮影すると消えてしまう

Chance fracture：少なくとも第三段階までに

第三段階：緊急度の低いものも含めてくまなく

第二段階

Age：

若年者→弾性が高い、組織間が蜜→血腫が広がりにくい

高年者→組織が疎、弾性が低い、薬剤、既往歴

Bleeding points space：

数と大きさ：単発/多発、Ealryの造影範囲とLateの造影範囲の大きさでEarylからLateまでの出血量が推定できる

出血空間：組織の密さを考える、Tight：若年者筋肉、肝実質、Free：腹腔、胸腔、Loose：後腹膜、縦隔、被実質→脾臓は循環動態に応じてかなり変わるスポンジの様

→進行速度の差がわかる、凝固異常があるのであれば1ランク上げて考える、組織の密度から凝固破綻の可能性を想起する(Tightな組織なのに止まらない)→データが出てくるまでの間に

Coagulant：FDP/DD > 2、Fib

スポンゼルやコイルはある程度患者側の凝固能がないと意味がない

Drug/History：脳梗塞、心疾患、肝硬変など

Event to study time

Form of organ injury：損傷部位はFreespaceに接しているのか、皮膜断裂の損傷→gradeIII、Dougalsに血腫がる場合は腸間膜損傷もしくは皮膜断裂を疑う

Grade of Energy/GCS

Shock & Vital signs

Coronal：横隔膜、疑わしい病変部、腸管、脾臓など