

## 急変時の対応

平成 15 年 9 月 20 日

# 目次

第1章	はじめに	7	2.4.2	ワークアップの方法	30
1.1	この文書について	7	2.5	SPO2が低い	31
1.2	研修医が刑事告発される時代	8	2.5.1	そのSPO2低下は病的なものか?	31
1.3	訴えられにくい医療行為	10	2.5.2	ワークアップのやりかた	32
1.4	自分の身を守るためのチャートニング	11	2.6	とにかく、状態が悪い	33
1.5	医療ミスは人間関係の破綻から生じる	14	2.6.1	わからなかったら血液ガスをとる	33
1.6	引継ぎ時間帯は事故が起こる	17	2.6.2	何をしていたのか分からなかったらとりあえず挿管	35
1.7	cookbook medicine	17	2.7	血圧が高い	38
1.8	まとめ	18	2.7.1	高血圧性緊急症	38
1.9	参考:医療費について	18	2.7.2	アダラート舌下について	39
第2章	症状別の対処法	21	2.7.3	高血圧の対応の方法	39
2.1	研修医のABC	21	2.8	ショック状態	41
2.2	意識がおかしい	22	2.8.1	基本的な治療方針	41
2.2.1	意識障害の鑑別疾患	22	2.8.2	血圧低下の鑑別疾患	42
2.2.2	まずやること	23	2.9	脈が早い	44
2.2.3	上を呼ぶタイミング	24	2.9.1	まず行うこと	44
2.2.4	意識障害の患者で陥りやすいミス	24	2.9.2	鑑別診断	45
2.3	発熱	25	2.9.3	治療	45
2.3.1	鑑別疾患	26	2.10	脈がおそい	48
2.3.2	ワークアップの方法	26	2.10.1	鑑別疾患	48
2.3.3	上を呼ぶタイミング	27	2.10.2	緊急の治療を要する徐脈	49
2.3.4	抗生剤は何を使うか	27	2.10.3	対処	49
2.4	息が苦しい	29	2.11	痙攣発作	50
2.4.1	呼吸困難感の鑑別疾患	29	2.11.1	対処	50
			2.11.2	鑑別診断	51
			2.11.3	検査	51
			2.11.4	治療	52
			2.12	点滴が詰まった、抜かれた	53
			2.12.1	対処	53
			2.13	頭が痛い	55
			2.13.1	鑑別疾患	55

2.13.2 対処 . . . . .	55
2.14 胸が苦しい . . . . .	57
2.14.1 胸痛の鑑別 . . . . .	57
2.14.2 持続性胸痛の診断手順 . . . . .	57
2.14.3 専門家が来るまでの治療 . . . . .	59
2.15 腹痛 . . . . .	60
2.15.1 見逃すと死ぬ病気の鑑別 . . . . .	60
2.15.2 検査 . . . . .	61
2.16 気分が悪い . . . . .	62
2.16.1 鑑別疾患 . . . . .	62
2.16.2 検査について . . . . .	63
2.17 不隠 . . . . .	64
2.17.1 鑑別診断 . . . . .	64
2.18 運動麻痺 . . . . .	66
2.18.1 鑑別疾患 . . . . .	66
2.18.2 ワークアップの手順 . . . . .	66
2.19 喀血 . . . . .	67
2.19.1 鑑別疾患 . . . . .	67
2.19.2 対処 . . . . .	68
2.20 無尿・乏尿 . . . . .	70
2.21 嘔吐 . . . . .	72
2.22 痛み止めの禁忌症例 . . . . .	72
2.23 中断すると危ない薬 . . . . .	74
<b>第3章 知っておくと便利なこと</b> . . . . .	<b>77</b>
3.1 しゃっくり . . . . .	77
3.2 不眠 . . . . .	77
3.3 透析患者の救急 . . . . .	78
3.3.1 急性呼吸困難 . . . . .	78
3.3.2 低血圧 . . . . .	79
3.3.3 胸痛 . . . . .	79
3.4 末期ガン患者の急変 . . . . .	79

3.4.1 中枢神経系の救急 . . . . .	79
3.4.2 上気道の救急 . . . . .	79
3.4.3 救急心疾患 . . . . .	80
3.4.4 内分泌・電解質救急 . . . . .	80
3.4.5 感染症 . . . . .	80
3.5 血管疾患の覚え書き . . . . .	80
3.5.1 好酸球増多をきたす疾患 . . . . .	80
3.5.2 汎血球減少をきたす疾患 . . . . .	81

## 第4章 手早く外来をさばくには **83**

# 第1章 はじめに

## 1.1 この文書について

- これは、当院で実際に使っている、研修医用のマニュアルです。
- 最近の、研修医ですら刑事告発されている現状を踏まえ、“証拠として採用される”事を前提とした、カルテの書き方を強調しています。決して、“訴訟のリスク回避のためのマニュアル”、“自分に不利な証拠を書かないためのカルテの書き方”などとといった意味合いで、作成したものではありません。
- 本文の中に出てくる症例は、全て作り話です。全例が失敗症例ですが、これは研修医諸氏に実感をもって読んでもらえるよう、あえて失敗症例を挙げ、かつ不謹慎な表現を多用しています。あらかじめ、ご了承ください。
- これを読んで不快感を覚えた医療従事者、あるいは患者様もいらっしゃるかと思います。しかし、ここに出てくる症例は極端な例とはいえ、危機管理の行き届いている病院であっても、一定の確率で生じうる例だと考えています。
- このとおりに治療を行うと、健康保険が通らないケースが多いです。研修医にはまだレセプトに対する配慮は必要無いであろうと考えたこと、何よりも、筆者がまだ経験不足なため、健康保険までは考えが回らないためです。治療内容については、各施設の事情にあわせ、ご検討ください。
- 全ての内容は、一人の医者経験から勝手に書いたものに過ぎません。これを読んでいただいた先生方には、異論が多数ある

ことと思います。出来るかぎり訂正いたしますので、御指摘いただければ幸いです。

- “まず、診察の前に検査から”的な、頭の悪いマネージメントの方法論は、あえてそうしています。これは、レジデントが頭で考え、最小限の検査項目で診察することが出来た時代は、もう過去のものだと考えているからです。現在は、研修医が刑事告発の対象になる時代です。

## 1.2 研修医が刑事告発される時代

先日、杏林大学の研修医が、外傷で受診した患者に対して「当然取るべき処置を怠った」ということで、刑事告発されました。

それまでは、カルテの改ざん、同意なしの安楽死等、同業者が見ても一応納得できるケースにしか、刑事告訴は行われませんでした。今回のケースは、今までのものとは意味合いが違います。

詳しい経過はいろいろなところで報告されていますが、今回の刑事告発がマスコミに報道された時点で、救急外来での医療行為が非常なリスクを伴うことになりそうです。

組織は助けてくれない

今回の事例は、民事訴訟と刑事訴訟の、両方から告発されています。民事訴訟については、研修医個人と大学組織とを被告にしており、しっかりとした弁護士がついているようです。一方、刑事告発分については、あくまでも研修医個人の責任をつけてきています。

刑事告発は、法律の専門家集団である検察が行うものです。今回の事例は、検察側に公判を維持するのに十分な証拠があり、最終的にはその研修医を有罪に出来ると考えないかぎり、刑事告発には至らなかつたでしょう。

病院でなく個人が攻撃される

今回訴えられたのは、研修医個人です。たとえ上級レジデントと一緒に当直していても、彼らが全ての責任を肩代わりしてくれるのでないかぎり、裁判に臨むのは告発された研修医ただ一人です。

訴えられたのが自分だったとして、あなたは誰か知り合いの弁護士がいますか?優秀な弁護士についてもらうには、当然お金がかかります。医療従事者は比較的高収入ですが、公判中は仕事がなくなるかもしれません。自分の弁護人を選べないなら、裁判の条件は、その辺の失業者が起こした強盗事件と何ら変わりません。

告発する側にとっては医者はいいいカモ

患者を診察し、自分の思考過程を誰かに伝えるシステムとしては、現状の POS はとてもよく出来ています。

**S:Subjective** 患者の主観的な訴え

**O:Objective** 検査結果やバイタルなどの数値、聴診所見など

**A:Assessment** 医師の判断や思考過程の記載

**P:Plan** Assessment に基づく今後の予定や計画

この順でカルテを書くことを、習ったことの無い人はいないでしょう。

ところが、訴訟になることを考えた場合、現在の POS のカルテは、大いに問題があります。自分の考え方がカルテに明記されてしまっているため、あとで”本当はこう思っていなかった”などと、言い訳が出来ません。カルテは公文書です。相手方にも自由に閲覧できるため、いったん書いてしまったカルテについては、揚げ足をとる時間はいくらでも出来てしまいます。

”正しいチャーティング”は自分の首を締める

勝負事では、自分がどういう戦略で行くか、あらかじめ文書で相手に渡していたりしたら、勝負になりません。

POS の本場のアメリカでも、SOAP のうち”SO”までしか書かず、あとは処方のみ記載するカルテも多いといえます。これも、訴訟対策の一つです。

上腹部痛で朝 4 時に外来受診をした酔っ払いが、実際には下壁の心筋梗塞であった場合、A) 急性胃炎の疑い P)H2 ブロッカー処方とカルテに書いてしまったら、あとから言い訳が出来るでしょうか。

### 1.3 訴えられにくい医療行為

今の研修制度は、緊急脱出装置の使い方を教えずに、戦闘機の訓練を行うようなところがあります。必死になって飛ぶことを覚えても、トラブル一つであの世行きです。

- 50 歳女性。朝の 4 時に、”2ヶ月前の健診で、コレステロールが 234 だったから再検査してほしい”と歩いて来院
- 40 歳の男性が、突然倒れ、心肺停止状態で救急搬送

この 2 つの例では、もちろん前者のほうが症状は軽いでしょう。ところが、訴訟のリスクを考えた場合には、歩いて来院した人の方が、心肺停止状態で運ばれた人などよりもはるかに危険度が高いのです。こういった知識は、救急業務を長くやっていると自然に身につきますが、もちろん教科書には書いていません。

幸い、そういった人は、まだまだ少数です。”全ての患者は平等”とばかりに、そうした人に説教しても、相手に不快感を与えるだけで、場合によっては訴訟になり、自分の人生まで失ってしまうかもしれません。

”正しい治療”を強行しても誰も喜ばない

救急外来に来る患者の中には、単に”抗生剤がほしい””検査してほしい”という人がよくいます。

こうした患者に対して、抗生剤の投与は必要無いことを諭したり、検査のために午前中に来院するよう話したりすると、たいていトラブルの元になります。

実際、何とか患者を説き伏せて、“正しい治療”を行ったところで、

- 患者は、自分の望んだことをしてもらえず、不満足
- 当直医は睡眠時間が削られ、余計なエネルギーを浪費しただけ
- 病院自体は、検査によって得られた筈の収入が、研修医の説教でパー

と、誰の利益にもなっていません。唯一、その日の不要な検査がなくなったために、国民全体の無駄な医療費が、わずかにうくのかもかもしれません。しかしこれは、年間 30 兆円規模の国民総医療費から見れば、誤差の範囲です。当院の研修医が睡眠時間を削り、毎晩患者を怒らせても、医療費節減には全くつながりません。

本当に無駄な医療を減らしたいなら、検査の代金を夜間は 10 倍にするとか、いくらでも方法はあります。厚生省は悪役には絶対になりたくないでしょうから、こうなるとは思いませんが。こういった問題は本来、国が何とかすべきで、研修医個人がいくら逆らっても、自分の身が危うくなるだけです。

夜間診療中の、“検査してくれ”は、納得できなくても逆らわないほうが、自分のためです。

## 1.4 自分の身を守るためのチャージング

現在のカルテの書き方は、医師が安心して診療にあたれた、古い時代の産物です。

現在は、自分が悪いことをした、とは思っても見なかったことで、簡単に犯罪者にされてしまう時代です。泥棒が、自分の手口を全てビデオに記録して、窃盗に入った家に残していきますか？

我々のやっていることは、断じて犯罪行為ではないはずですが、特に訴訟のリスクの高い症例では、カルテの記載は慎重に行うべきです。

患者の訴えは、言われたことをそのまま書く

「よくなりました」「食欲も出てきました」「痛くないです」という、全く意味のなさそうな一言であっても、裁判になった場合の受け取られ方は違ってきます。

仮に自分が裁く側だったとして、ここに“n.p”としか書かれていなかったら、どうでしょうか。いくら、直前までの医師-患者関係はうまくいっていたと力説しても、そう思えるでしょうか。

透析患者に、食事がまずいと味噌汁をぶちまけられた挙句、「オレは一級障害者だぞ。てめえみたいな研修医が、その目は何だ。訴えてやろうか。」といわれた場合なども、言われた言葉をそのとおりに記載すべきです。

カルテに「患者とトラブルあり、暴言を吐かれた」だけでは、誰も事の深刻さを理解してくれません。

説明内容も話し言葉で

同様に、患者に説明したことも、話し言葉で記載すべきです。

“症状が重篤なことを説明、おそらく回復の見込みは無く、挿管せずに見取ることで合意された”だけの記載では、あとから「そんな話は聞いていない」「専門用語だけで何がしたいのかわからず、主治医の高圧的な態度から、ついサインをしてしまった」などといわれても、反論できません。

アセスメントには症状名を書く

アセスメント欄に“胃潰瘍疑い”と書いたり、“少なくとも心筋梗塞ではない”などと書くのは危険なことです。この欄に自分の考えた病名を書くことは、もはや救急外来レベルでは禁忌と考えるべきでしょう。

前者なら“2 日前からの心窩部痛”、後者なら“胸部の不快感”とでも書いて<sup>1</sup>おけば、万が一の際には、自分の弁護士と合理的な言い訳を

<sup>1</sup>翌日の外来担当医からは怒られるでしょうが

考える余地が出来るかもしれません。

特に、“精神疾患か?”などとカルテに記載する<sup>2</sup>のは自殺行為です。自分の人生を台無しにしたいなら、あえて止めませんが。

上級医は、下級生のアセスメントなど知りたくない

POS のもっとも大事な部分は、アセスメントであるとよく言われます。本当でしょうか。

上級レジデントになってみると分かりますが、下級生の書いたカルテでもっとも参考になるのが、毎日の患者の訴えと、検査データの写しです。だいたい、7~8年目あたりの医者が、1年目の研修医の“アセスメント”を見て、自分の考えを変えたいと思いませんか?

同じ病院の中なら処方を見れば、その医者が何を考えていたのか大体的見当はつきます。同じ病院の同じ科の医者同士なら、充実したアセスメントは必要ありません。

多分、“医者以外の人”の役に立つだけです。

日本のほとんどの病院では、カルテを書く人間と方針を決める人間が分業体制になっています。教科書的な“いいカルテ”と、“現場で役に立つカルテ”は、全く違うものです。

検査のオーダーも墓穴を掘りうる

検査をオーダーする場合は、一方でそれが自分にとって、不利な材料になるかもしれないことを認識しておくべきです。

何の気なしにとった単純写真で実は小さな肺癌が移っていた場合、家族は見逃しの責任を追及してくるかもしれません。

そのときの写真が患者のごり押しで、自分では全く撮るつもりがなかったものであったとしても、その人のことなど忘れた頃になって、“あのときの先生が大丈夫とிட்டから、咳が半年続いて体重が10kg減っても、我慢して病院にいけなかった”なんていわれたら、言い訳できますか?

<sup>2</sup>朝4時に来た、2週間前からの不眠の訴えなど、こう書きたくありませんか?

気管内挿管を単純写真で確認することすら危険

例えば小児のCPR症例で、途中胸部単純写真で食道挿管が疑われ、挿管しなおしたものの、奇跡的に救命できた子供がいたとします。

3年後に“あのときのCPRがおかしかったから、障害が残った”と告訴されたとしたら、どういう反論ができるでしょうか。ほとんどの病院では、胸部写真を撮影した時間と、再挿管に要した時間までは記録できていません。

相手方の検事が、食道挿管にも見える写真を振りかざし、勝ち誇ったように“これが原因で、原告の子供の障害を生じてないと、あなたは自信を持っていえますか?”などと問われたら、どう反論しますか?

## 1.5 医療ミスは人間関係の破綻から生じる

たとえ1年目の研修医が犯す医療事故でも、本人の実力が不足していたために生じたミスは、多分ほとんどありません。

冷や汗をかいた前胸部痛の患者を、バイタルもとらずにボルタレン<sup>3</sup>坐薬一つで帰宅させたら犯罪でしょう。しかし、普通は上級医と相談していませんか?

救急外来のベテランナースであれ、当直している他科の上級医であれ、日常の人間関係が健全であれば、それだけでミスは減ります。たとえ自分が地雷を踏んでしまっても、上級生やナース、薬剤師のレベルでフォローが入り、助かった例は過去にも多いのです。

一方、当直しているあなたが同僚ナースに暴言を吐いて<sup>4</sup>いたり、薬局に怒鳴り込んだりした日の当直は、こうした安全装置が全く働かないと思うべきです。

<sup>3</sup>当院では“毒薬”の代名詞

<sup>4</sup>病棟デビューと同時に電話機を破壊し、ゴミ箱を蹴破ったのは私です。反省しています。

### 機長の死亡した飛行機は墜落した

危機管理の学問がもっとも進んでいるのは、おそらく航空業界でしょう。フライトシミュレーターを用いた実験で、離陸後しばらくして、機長に死んでもらったらどうなるか、という実験があります。

前もって、機長役の人には気難しい人を演じてもらい、副操縦士が何を言ってもにらみつけるだけ、という状況にしておきます。離陸後30分ほどして、機長が突然の心臓発作で死んでしまった、という状況を作ると、副操縦士の大半は、墜落するまで操縦管を操作できなかったといいます。人間関係に変な緊張が入ると、せっかくの事故防止のシステムも、まともに働きません。

### 悪いことは必ず続く

例えば朝、研修医が遅刻し、上司にこっぴどく怒られたとします。

彼にとって、その日の業務は、非常なプレッシャーが付きまとうでしょう。

ショックから、処方薬の記載ミスを生じるかもしれないし、いつもだったら上司のアドバイスを受けるであろう、受け持ち患者の<sup>37.8</sup>の発熱を、怒られたその日は、相談できないかもしれません。

結果、深夜に患者が敗血症性ショックになったら、発熱を放置した、あなたの責任です。新聞には、

”発熱を放置し、敗血症を予見出来なかった研修医は、医師としての資質にいささか欠ける場所があったといわざるを得ない”

などというコメントが載せられるかもしれません。

### 本当の原因は絶対報道されない

この場合の、ミスの本当の原因は、研修医が遅刻したことで、今まで正常に機能していた、上司と部下とのコミュニケーションが破壊さ

れたことです<sup>5</sup>。

しかし、報道される内容は、”無知な研修医、また患者を死なせる”でしょう。

### 運の悪い日は本当にある

犠牲になりたくなければ、怒られた日にこそ、いつもよりも医療ミスの起こりやすい日と考え、回診の回数を増やし、上司との連絡を密にするべきです。一方で、侵襲的な手技などは、延ばせるものは日を変えたり、あるいは他の人間に手を代わってもらうほうがいいかもしれません。

同様に、病棟で新人ナースが泣かされた日、他の研修医が患者と大ゲンカをした日、上司が婦長とケンカをした日などは、医療事故のハイリスク日です。どんな形であれ、仕事場の人間関係がうまく機能しなくなった日は、気をつけるべきでしょう。

### 飲み会のある日は急変が多い

同様に、病棟の飲み会のある日、自分の個人的な約束事などがあり、早く帰りたい日に限って、患者は急変します。

こんな日に呼ばれても、酔った状態で患者の家族に面談しなくてはならず、印象は最悪です。

こうした事故もまた、自分のスケジュールが無用のプレッシャーになり、事故の原因になっています。

例えば、午後4時に患者が37度の発熱をしたり、嘔吐があったりした場合、そこから採血、胸の写真を見て判断すると、5時の電車に間に合わないかもしれません。こうしたときに、精査すべき状態を、解熱剤で様子を見たりしてしまい、治療方針に何らかの隙が生じる可能性が高いです。

飲み会のある日は、午後の患者の異常は、全面的に当直予定者をお願いするとか、4時の時点で予定をキャンセルするかして、自分に不

<sup>5</sup>元とはいえば、確かに遅刻した研修医が全て悪いのですが

要なプレッシャーをかける事態を全力で回避すべきです。

## 1.6 引継ぎ時間帯は事故が起こる

日勤帯から当直へ、あるいは当直時間帯から日勤へ患者を引き継ぐときは、事故が多くなります。これは古くからいわれていることですが、当直者はどうしても、日勤の医師に対する遠慮があります。この時間帯はバタバタしており、必要な検査を日勤に任せるのもためらわれ、どうしても危険は避けられません。

保険の問題はあるものの、例えば、当直隊の朝5時から、日勤帯の朝10時に来た初診患者については、その主訴にかかわらず全例採血にするとか、何らかの機械的なルールを設ければ、いくらかは危機回避ができるかもしれません。

当直医師同士の間関係も大切です。しかし、下級生からは”この人とは組みたくありません”などとは、口が裂けてもいえないでしょう。

その日当直の下級生を叱ってしまった上司は、自分の責任で他の下級生を当直に任命しなくてはならない、などといったルールを作ってもいいような気がします。実際やるのは、難しいでしょうが。

## 1.7 cookbook medicine

EBMは、その別名を、「tailor-made medicine」、あるいは「customized medicine」というように、個々の患者に最適な医療を「特注」しようと努力する医療が本来の姿です。<sup>6</sup>

これに対して、ガイドラインで示された医療内容を、杓子定規に患者に当てはめようとするのはcookbook medicine(料理本医療)と批判され、EBMの本来の目的を誤解した行為であるとされています。

しかし、全ての患者に同じ行為を行うことは、”訴訟から身を守る”観点からは、有効な方法です。

<sup>6</sup>理念なき医療『改革』を憂える～EBMに基づいたガイドラインの滑稽 李 啓亮

患者の各々の症状に応じて、考えるべき鑑別診断、そのために行う検査を病院ごとにまとめておけば<sup>7</sup>、安全性はかなり増すでしょう。

”研修医には、正しい医療行為を教えることが大切”という批判もきつとあるでしょうが、研修期間中は、なによりも”生き延びる”ことが第一です。

## 1.8 まとめ

- (S) は、極力話し言葉を書く。患者の雰囲気や伝わるように。
- (A) には症状名のみ記載し、病名はかかない。間違っても、自分の感想は書かない。
- 患者に説明した内容は、話した言葉をそのまま書く。なるべく内容を要約しないで書く。
- ”今日は運が悪いな”という日は、とにかく回りのスタッフの意見を聞く。怒られた上司でも、普段以上にアドバイスを求める。
- 自分がかかわっていなくても、病棟の雰囲気が悪くなった日には、危ないことはしない。
- 飲み会のある日や、何かの約束がある日の夕方に患者が変化した場合、全面的に当直にお願いするか、約束をキャンセルする。

## 1.9 参考:医療費について

相手が希望をしても、不必要と思われる検査、手技はたくさんあります。たとえば、若い男性の、軽い頭痛の訴えに対するCTスキャン、意識の無い、ねたきりの高齢者に対する胃瘻造設などです。

特に後者の場合など、話の持っていく方を間違えて、”この人には適応がない”などと話そうものなら、家族の怒りを買うことは必至です。

<sup>7</sup>出来れば弁護士などと相談して

こうしたケースでは、個々の医療行為によってかかる値段を知っておくと、少しは角が立たないかもしれません。例えば、”この患者さんに胃瘻を作って、老健施設で5年寿命が延びたとすると、大体700万円ぐらいかかりますが、いいですか?”などと話しておくのは、行ってもいいことなのではないでしょうか。

以下、主な検査、手技の値段を挙げてみます。全て3割負担のケースです。

生化スクリーニング採血 大体 2500 円

頭部単純 CT 3500 円

頭部 MRI 5200 円

単純写真 2 方向 800 円

腹部エコー 1700 円

心エコー 大体 3000 円

点滴 ラクテック 1 本、針やライン代込みで 330 円

人工呼吸器の使用 1 日 2200 円 (これに ICU 使用料や、モニター代が別途かかる)

CPR 挿管までいれて、大体 15000 円

胃瘻を入れた後 5 年生存、要介護 5 度で大体 400 万円 (かなり安い施設で、薬が無い場合)

実際には初診料、薬代等がかかり、支払い金額はもっとかかります。レジデントのうちからお金の話はどうかと思いますが、今後はこうした知識<sup>8</sup>もあったほうがいいでしょう。

---

<sup>8</sup>これを外来に張り出すと、無駄な検査が激減した。

## 第2章 症状別の対処法

### 2.1 研修医のABC

**A:avoid the case** 問題症例を避ける

**B:behind the nurse** ナースの陰に隠れる

**C:call the another doctor** 他の医者と呼べ

**D:deny the responsibility** 自分の責任を否定しろ

**E:escape from ER** ヤバかったら、ER から逃げ出せ

病棟ナースによる当直医のドクターコール、救急外来での患者の主訴を中心に、それに対してどう対処すべきかまとめました。

検査オーダーだらけで、かなり頭の悪い対処方法ですが、たぶん安全ではありません。

原因精査のために、検査を出しまくっている間に患者が死亡した場合、家族は納得してくれることが多いです。

一方、”正しい医療”をやろうとして、1 晩中つきっきりで見守り、一切の検査を出さなかったなら、たぶん、見舞いにも来なかったような遠縁の親戚が、あなたを訴えるでしょう。

### 2.2 意識がおかしい

74 歳女性。小腸閉塞にて IVH 中であつたが、不穩のため夕方自己抜去している。当直帯に入り、様子がおかしく、呼びかけても反応がないということでコールがあつた。

バイタルは正常。呼吸もしているが、反応はないという。すぐに CT スキャンをオーダーしたが、異常はなく、病棟に帰ってから採血をオーダーしたが、結果が帰ってくるまでの間も意識障害は遷延した。

40 分後の採血では、血糖値 23。幸い、障害は残らなかつたので家族には報告せず、問題にはならなかつた。

実は、ナースサイドでは低血糖の可能性を考えていたが、その研修医に夕方怒られたばかりで、言い出せなかつたという。

以後、意識障害の患者には、医師の相談なしで、血糖と SpO<sub>2</sub> の測定が行われるようになった。

#### 2.2.1 意識障害の鑑別疾患

- 見逃すと危険なもの
  - 低酸素血症
  - 低血糖
  - ショック
- 30 分程度なら遅れても良いもの
  - 高血糖、尿毒症、肝性脳症、高体温
  - てんかん発作、重症不整脈の回復後
  - 脳出血、脳梗塞

## いわゆる AIUEOTIPS の鑑別診断

1. A: アルコール
2. I: 糖尿病性昏睡、低血糖
3. U: 尿毒症
4. E: 脳症、てんかん<sup>1</sup>
5. O: 鎮静剤中毒
6. T: 外傷性の意識障害
7. I: 感染症。髄膜炎、脳炎など。
8. P: 精神疾患によるもの。
9. S: 失神発作

大事なのはその人が”意識障害である”と認識できるかどうか。

甲状腺機能低下症 (CK の上昇と高脂血症) と副腎不全 (低 Na, 高 K, 低血糖) も、頭において検査データを見ること。

## 2.2.2 まずやること

1. バイタルが安定しているかどうか、特に呼吸があるかどうか確認
2. 血液ガスを取り、低酸素があったら酸素開始
3. 血ガスをとった血液で、血糖も一緒に測る
4. これらがすべて正常であった場合は、KN1A でラインキープ、採血 (肝機能と電解質、腎機能、アンモニア)
5. 心電図モニターをつけ、頭蓋内疾患を疑うようなら CT をオーダー

<sup>1</sup>けいれんなどなくても、てんかんである可能性はある。

6. 必ずプロテクターを着け、患者さんと一緒に入る。

もちろん、病歴から原因が明らかなら、これに従う必要は無い。検査所見がすべて正常で、しかも意識障害が戻らなかった場合は、ラインと気道、心電図モニターを確保した上で様子を見る。

精神疾患やてんかん発作の既往が無ければ、次に行うのは腰椎穿刺であろう。

## 2.2.3 上を呼ぶタイミング

血ガス上低酸素血症があったらすぐに、また血糖値が正常であった場合は、採血をオーダーしたらすぐに上級生をコール。基本的には、意識障害になった患者は、下級生の手におえるものではない。

## 2.2.4 意識障害の患者で陥りやすいミス

- バイタル、血液ガス、血糖チェックを行わずに CT を施行、結局原因は低血糖で、不可逆的な脳障害が残った。
- 精神科疾患の既往がある患者が錯乱。八口ペリドール静注で様子を見るとおとなしくなったが、翌日の検査データで Na 116 と低下していた。
- 骨転移を生じているがん患者が意識障害。家族を呼んで”もうだめです”と話をしたところ、高 Ca 血症であった。
- 右の片麻痺に意識障害を合併して来院。”絶対脳出血だ”との確信で CT 施行。結局低血糖発作だった。
- 意識障害の患者が来院。血圧が 80 台であったが、まずは CT を施行。CT 上は何もなかったが、CT 室からの帰りの廊下で呼吸停止。結局敗血症性ショックで患者は死亡した。

原因のわからない意識障害は全例挿管

COPDのように、肺機能異常がある場合を除けば、短期間の気管内挿管は合併症を起こしにくい。原因のはっきりしない、遷延する意識障害の患者は、気道の保護を行う意味でも挿管の閾値は低くなる。

気管内挿管自体は、意識障害の治療に本質的なものではないが、何もしないよりは患者の家族の満足度は高い。

## 2.3 発熱

68才男性。

以前からの脳梗塞にて誤嚥がひどく、さらに洞不全症候群もあったためペースメーカーを挿入。手術後3日目であったが、疼痛もなく落ち着いていた。

本日になり、日中は37 台の発熱。上級レジデントは1日中カテに入っており、報告できずに様子を見ていたが、夕方になると熱は上昇し、意識もおかしくなってきた。慌ててワークアップを始めたが、すでにスタッフは全員帰宅後。

明らかな熱源は無い、という判断で抗生剤を使用せずに経過観察。翌朝にはショック状態となっており、ペースメーカー感染が否定しきれなかったため、抜去を余儀なくされた。

後から、”どうして呼ばなかった!”と件のレジデントから、大目玉を食った。”あんたが不必要に怖いからだろ”といいたかったが、黙っていた。

### 2.3.1 鑑別疾患

特に高齢者の場合、発熱の原因のほとんどは誤嚥を含む肺炎、尿路感染症、ライン感染と考えて良い<sup>2</sup>。

熱源の精査といいながら、我々が実際に行っているのは抗生剤を使用する口実さがしである。

解熱薬代わりに抗生剤を使っても上級医から”バカ”といわれるだけですむが、抗生剤を使わずに患者の敗血症を見逃したら、自分の人生を失うのが現在の日本である。

### 2.3.2 ワークアップの方法

1. まずは話を聞く。意識状態はどうか、バイタルは安定かどうか
2. ラインの古さを確認、穿刺して2日以上入っているラインは交換する
3. 血液培養を取る。1セットで良い。
4. 早く解熱剤を飲ませる。高齢者の場合、発熱させたま放置すると、心不全や低酸素血症を生じることがある。
5. 頭痛の有無、首の硬さ、痰やむせ込みの有無(どうせ聴診なんかしてもわかりっこない)、嘔吐や腹痛の有無、背中や肛門周囲の褥瘡の確認、尿の色を確認。
6. 尿検査を出すことは大事だが、採血は胆嚢炎、膵炎を疑ったので無い限り、急性期の診断には役に立たない。細菌感染症を疑うなら、採血の結果を待たずに抗生剤を使う。

患者が発熱しているとコールがあった場合、典型的な上気道炎の症状を呈しているので無い限り、”ウイルス性の風邪”ということで様子を見ることはまずない。当直帯でこれをやるなら、最低限、解熱剤を飲ませてから8時間後ぐらいに、もう一度回診すべきだ。

<sup>2</sup>入院中の患者の発熱は、何かの理由をこじつけてでも抗生剤を使うものである。特に高齢者は、後から何を言われるかわかったもんじゃない。

当直医の睡眠時間のためにも、翌朝の主治医を慌てさせないためにも、“人間関係の潤滑剤”として、抗生剤は使ったほうが角が立たない。社会的な適応で抗生剤を用いるのは、いかにも愚かしいが仕方が無い。

### 2.3.3 上を呼ぶタイミング

一通りのワークアップがすんでから。もっとも、ナースに呼ばれてから 30 分以内に、すべての手技が終了しているのが前提。

抗生剤の選択は、一人ではやらないように。

### 2.3.4 抗生剤は何を使うか

異論は非常に多いと思うが、入院患者では、うちのチームではほとんどの場合、以下の抗生剤しか使っていない。

- ロセフィン 2.0g 1 日 1 回+クラリス 2T/2X ~ すべての肺炎に
- PIPC 2.0g 1 日 3 回+クラビット 3T/3X ~ 緑膿菌感染を疑った場合
- パンスポリン 1.0g 1 日 3 回 ~ 単純性尿路感染<sup>3</sup>に

いかにも馬鹿丸出しの処方かもしれないが、欧米のガイドラインでも、だんだんこうした処方をリコメンドしつつある。多分、学問的な要因よりも、訴訟の圧力が働いたのだろう。

今は、サンフォードガイドライン<sup>4</sup>の和訳もすぐに出版されるようになった。これにしたがっているかぎりは、常に世界標準の抗生物質治療が出来る。

発熱患者で見逃しやすいのは、なんといっても感染性心内膜炎と髄膜炎である。例えば、以下のような形で見逃される。

<sup>3</sup>ガイドラインではキノロン系がファーストチョイスになっていることが多い。単に、自分が使い慣れているため。

<sup>4</sup>“熱病”の漢字で有名な抗生剤の教科書

- 原因不明の発熱が 3 日持続。“どうせ尿路感染だろう”と抗生剤内服で放置していたら、心不全を発症。心エコー上 IE の所見であった。
- いつもはもう少し元気であった高齢者が、“元気がない”とのコール。首はもともと硬かったので様子を見たが、結果として髄膜炎であった。

## 2.4 息が苦しい

初診の60歳の女性。10日前からひどい下痢が続き、嘔吐も頻回にあるということで来院。

本日になり呼吸が苦しくなり、動悸もひどくなったという。SpO<sub>2</sub> 97。バイタルは安定しているが、呼吸数は30回と上昇。胸部写真も正常。

”高齢者の過換気か?”などとカルテに書いて帰ってしまったが、2日後に救急搬送。結局、ケトアシドーシスで初発した糖尿病だった。

入院中に謝り倒したせいかな、トラブルにはならなかった。もしこのとき、患者が入院希望で断っていたら、トラブルを生じていたかもしれない。

以後、入院希望症例は全例採血してから判断している。上司からは”馬鹿”といわれているが、以降は同じ落とし穴にはハマっていない。

### 2.4.1 呼吸困難感の鑑別疾患

- 酸素濃度の低下するもの
  - 気胸
  - 肺炎、無気肺
  - 発熱する病気すべて
- 酸素濃度の低下しないもの
  - 胸水貯留
  - 貧血
  - 喘息、COPD

- 強膜炎、肋骨の痛みを呈する疾患
- アシドーシスを生じる疾患

血液中の酸素飽和度と、呼吸困難感とは一致しない

呼吸困難感とは、PaO<sub>2</sub>が低下した場合か、肺胞の拡がり方と胸郭筋の仕事量の乖離を生じた場合、アシドーシスが進行した場合に認識されるといわれている。

SPO<sub>2</sub>が正常だからといって、呼吸困難感を患者の心の問題と決めつけてはいけない。”データは正常だから、大丈夫です!”などと患者を叱ってしまい、後からトラブルになるケースは多い。

### 2.4.2 ワークアップの方法

1. 酸素飽和度がいくつであっても、まずは酸素投与を開始する。
2. バイタルが不安定であったり、重篤感のやけに強い場合には、とにかく人を集めておく。挿管になる可能性もある。
3. パルスオキシメーターだけではなく、必ず血液ガスを取る。あえてルームエアーで採血する必要はまったく無い。
4. 気胸と無気肺を念頭に置きながら、聴診。左右差が無いかどうか、喘鳴が無いかどうか。
5. 胸部単純写真をポータブルでオーダー。これで気胸と無気肺、胸水は分かる。
6. 患者が発熱していたり、原因の明らかな痛みを訴えていた場合にはすぐにそれを取り除く<sup>5</sup>。
7. 採血は、急性期の診断にはあまり役に立たない。患者が発熱があったり、写真で異常な陰影があった場合は参考になるが。

<sup>5</sup>要は痛み止め。NSAIDを用いると、別のトラブルの引き金をひくかもしれないので、アセトアミノフェンで。

とにかく、低酸素血症を見逃すことが一番怖いので、原因がはっきりするまでは酸素ははずさないこと。呼吸困難の原因がはっきりするか、症状が落ち着くまでは、ベッドサイドを離れてはいけない。

入院中の患者であれば、“原因のはっきりしない呼吸苦”ということで、ICUにおろし<sup>6</sup>てしまえば、当直医は安眠できる。

原因のはっきりしない呼吸困難では、以下のような落とし穴に注意。

- CT でないと分からない無気肺、気胸がある。原因が分からない重篤な呼吸困難は、夜間でも胸部単純 CT を撮るべきであろう。
- たとえ軽い疾患が疑われても、患者の呼吸苦が取れる前に“大丈夫だから”と突き放してはいけない。トラブルになる。
- まれだろうが、心筋梗塞、解離性大動脈瘤の患者が“呼吸困難”を主訴に来院したことがある。

## 2.5 SPO2 が低い

78歳の男性。肺サルコイドーシスの既往があり、外来フォロー中。最近咳がひどいということで来院。

呼吸数 24。SpO2 は 74 と著明に低下しているが、本人は苦しくは無いという。

まだ若かった頃、ビビリまくって呼吸器科の上級医を呼んでしまった症例。“君の脳も SpO2 低そうだね”と怒られた。

### 2.5.1 その SPO2 低下は病的なものか？

呼吸器系に異常が無い患者で、患者本人に自覚症状がまったく無い場合、SPO2 の低下には病的意義は無いことが多い。

<sup>6</sup>急変するかもしれないから、お願いお願いお願い、とナースを拝み倒す。

逆に、もともと酸素濃度が低い状態が続いていた患者(重症喘息の既往のある人、COPD、間質性肺疾患の患者など)の場合には呼吸困難に対する感覚が麻痺している。こうしたケースには、慎重なワークアップと酸素投与が必要。

### 2.5.2 ワークアップのやりかた

1. まずは話を聞く。呼吸困難感が無いかどうか、呼吸数、動悸の有無。
2. 病的な SPO2 低下と判断したら、とりあえず酸素開始<sup>7</sup>。
3. 血液ガスを取る。アシドーシスが無いかどうか、過換気になっていないかどうか。
4. CO2 が飛んでいるか、あるいは pH が下がっていた場合、胸部単純写真をオーダーする。無気肺、気胸、心不全の有無、肺動脈の太さをチェック。
5. 写真が問題無ければ、酸素投与を継続して様子を見る。この後、発熱を生じてくるかもしれない。

<sup>7</sup>機械的にカヌラ 3l と覚えておく。

## 2.6 とにかく、状態が悪い

28歳の会社員、柔道部主将が、突然の腹痛にて来院。腹を押さえて非常に痛がるが、腹部は平坦軟。圧痛もない。腹部写真、血液データも600程度のLDH上昇のみ。

激痛を訴えるのでとりあえずは入院にしたが、ナースルームでは”この根性なしが”などと研修医同士で笑っていた。夕になっても痛みは変わらず頻呼吸に。血液データを再検したところ、LDH1500と上昇。pH 7.29とアシドーシスになっていた。誰かが”腸が腐ってるんじゃない?”と言い出し、外科コンサルト。上腸間膜動脈閉塞症だった。

後から聞くと、ものすごい忍耐力の持ち主だったとの事。回復し、トラブルなく退院したが、心の中で謝った。このケースは外科と内科、どちらで入院するかもめており(どちらも取りたがらなかった)、これも病名発見が遅れた理由であった。

### 2.6.1 わからなかったら血液ガスをとる

原因がはっきりしなくても、重症感の強そうな患者であれば、とりあえず血液ガスを取ってみることを勧める。

pHが低い場合、すなわちアシドーシスが生じている場合には、体の中では非常に危険なことが起こっている可能性が高い。たとえ代償されていても、 $HCO_3^-$ やBEが低ければ(要は、代謝性アシドーシス)、それを見逃してはいけない。

逆に、血液ガスが正常であれば、まず向こう2時間は、患者は急変しないだろう。

- 最も考えやすいのは

- 敗血症

- 心原性ショック
- 多臓器不全
- 酸素負債(低酸素血症回復期)

- 以下のものも考えに入れる

- エピネフリン過剰
- 腸管梗塞(SMAの血栓)
- てんかん大発作
- 糖尿病性ケトアシドーシス

- 見落としてはならないもの

- ビタミンB1欠乏症

代謝性アシドーシスがあって、本人の重症感が強い場合は、何らかの重篤な循環不全(心不全でも、出血でも起こりうる)、敗血症、糖尿病性ケトアシドーシス、のどれかが隠れているかもしれない。逆に、循環不全を伴わない低酸素血症、貧血だけではアシドーシスを引き起こすことはまずない。

バイタルが落ち着いており、本人も重篤でないのにアシドーシスがある場合、上記のような重篤な原因疾患が除外されれば、下痢や嘔吐、腎機能低下、尿細管性アシドーシスなどを考える。

アニオンギャップの計算による代謝性アシドーシスの鑑別は、時間があるときには有用なのかもしれない。

アニオンギャップの計算

$$Na^+ - (Cl^- + HCO_3^-)$$

正常値は12。AG高値の病態は、乳酸アシドーシス、ケトアシドーシス、腎不全、サリチル酸中毒。AG正常のアシドーシスは、下痢、子宮S状結腸痙、尿細管性アシドーシス。

### 2.6.2 何をしていいのか分からなかったらとりあえず挿管

とにかく、状態が悪い。何かしないと患者さんが死んでしまうのは分かるが、何をしていいのか分からない、というときは、「できることを全部やる」のが正解である。

具体的に行うのは、以下のとおり。上級医を呼べるなら、もちろんすぐに呼ぶ。

#### ”汚い治療”のプロトコール

- とりあえず、気管内挿管して人工呼吸管理。  
SIMV 15 PEEP 5 PS 12 TV 450 FiO<sub>2</sub> 1.0 と機械的に覚えておく。
- セデーションは、血圧を下げない範囲で深めに。  
ドルミカム 5A+NS 40ml を 2ml/h など。
- 血圧が少しでも低かったら、カテコラミンを速やかに開始。  
カタボン 3A+NS 85ml を 7ml/h から開始など。
- 血液ガス上アシドーシスがあれば、  
 $HCO_3^-$  不足分 =  $0.25 \times \text{体重 (Kg)} \times (-\text{base excess} : BE)$   
でメイロンを点滴。
- 点滴は、血圧が低ければラクテック 100ml/h。  
血圧正常なら、ソルデム 3A を 60ml/h。
- ちょっとでも喘鳴が聞こえたと感じたら、サクシゾン を 200mg 静注。気持ちに余裕があれば、総合ビタミン剤を入れておくと、衝心脚気の治療も一緒にできるかもしれない。
- ここまで指示を出してから、採血とポータブルのレントゲン。  
できれば心エコーと腹部エコーもポータブルで頼む。
- 発熱があったら、血培をとってから第 3 世代セフェムを投入。

これは、「汚い治療」の典型だが、一応の意味はある。気管内挿管をすることで、とりあえずの呼吸の確保ができ、何よりも「患者さんが

苦しむ声を聞かなくてすむ」。これにより、少しだけ落ち着いて、原因を考える時間が作れる。

さらに、CO<sub>2</sub> が貯溜している状況ではメイロンの効果は薄い。挿管してしまうことで、こうした問題が回避できる。アシドーシスの原因がわからないまま補正をかけることには批判があるが、患者さんを死なせてしまっては元も子もない。

ステロイドの補充も、「馬鹿な」治療の代表のように言われるが、副腎不全によるショックを見逃すよりはましだ。

このリストに従うことで、多分 1 時間程度は時間を稼げる。この間、挿管された患者さんは苦痛を訴えることなく、家族からのプレッシャーも、一応治療行為がなされているため減っているだろう。こうして作られた「医師が冷静になれる時間」を最大限に生かして、スタッフドクターと相談し、今後の方針を決める。

#### 汚い治療は、実践的な治療でもある

原因がはっきりしている病気であれば、原因治療がもっとも優先されるのが常識である。しかし、臨床の現場では、原因がはっきりしなくても、患者さんの状態が悪くなる状況などいくらでもある。

このとき、「きれいな治療」を優先するあまり、とりあえず患者さんのバイタルを安定化させることをせず、原因究明に全力をあげてしまうことがよくある。実際の現場では、原因を調べるためには最低でも 1 時間以上はかかる。その間に何らかのアクションを起こさないと、患者さんは急変しうる。

ここにあげた時間稼ぎのための治療は、「汚い治療」として、教科書で紹介されることは少ないが、レジデントは絶対に知っていなくてはならない知識の一つだと思う。

これを行うには、最低限

- 気管内挿管が自信を持ってできる
- セデーション、筋弛緩剤の使い方をマスターしている
- カテコラミンのもっとも基本的な使い方をマスターしている

必要がある。要は、気管内挿管の知識と心肺蘇生の知識であるが、これは内科のもっとも大事な知識でもある。

## 2.7 血圧が高い

38歳女性。以前から血圧は高いことがあったという。本日頭痛があり、自宅で測った血圧が180あったということで、救急搬送。救急外来でアダラートを舌下させたところ、血圧は120台に低下。ところが今度は胸痛を訴えだし、心電図を取るとSTの上昇があった。CAGを行ったところ、やはり心筋梗塞。循環器内科のスタッフから、大目玉を食った。

幸い、アダラート舌下は比較的禁忌、などということは一般の人は知らず、”心筋梗塞の前兆だったんですね～。早く見つかってよかったですね”などとごまかし、無事に退院していただいた。

### 2.7.1 高血圧性緊急症

- 拡張期血圧が130mmHg以上
- 高血圧性脳症(意識障害、頭痛、悪心、嘔吐、局所神経症状)
- 解離性大動脈瘤
- 動脈瘤切迫破裂
- 脳出血
- 進行する腎不全に伴う高血圧
- 心不全

これだけ。後は、緊急に血圧を下げる適応にはならない。一晩ぐらいなら、放置しても問題にはならない。

### 2.7.2 アダラート舌下について

古くから行われていることではあるが、今では原則禁忌の手技。

血圧の下げ幅の制御が出来ないこと、本当の緊急を要する高血圧には効果が薄いこと、心筋虚血を招き、心筋梗塞の合併が多数報告されていることなどから。

### 2.7.3 高血圧の対応の方法

1. 緊急性の評価。意識障害や吐き気、麻痺の有無、胸痛や息苦しさがないかどうか、以前の血液データで、腎機能が悪くないかどうか。
2. 緊急性がありそうなら上級医をコール。シリンジポンプを用意しておく。
3. 緊急性がなさそうなら、基本的には放置でかまわない。ただし降圧薬を飲んでいる患者であるならば、増量を考慮する。
4. 痛みや、何らかの苦痛による高血圧であるならば、その解除(頭痛薬など)が先。
5. もし高血圧性緊急症を疑うなら、ICU 管理になる可能性が極めて高い。確定診断(胸部単純写真、血液ガス、CT など)を急ぐこと。

緊急を要する場合の、現在推薦されている降圧薬は以下のとおり。

- ニトロール原液;1/2A の静注で、血圧は 20 前後下がる。
- ミリスロール原液;2~3ml/h から開始。
- ペルジピン;小さな方のアンプル(2mg)を 1/2A ずつ静注。血圧は 20 前後下がる。
- ペルジピン 10mg+5%glu90ml を 3ml/h より開始。最大 18ml/h ぐらいまで使用。

- ヘルベッサー注 100mg(2A)+5%glu100ml を 5ml/h より開始。最大 15ml/h 程度。

亜硝酸剤は虚血性心疾患や心不全に、ペルジピンは脳疾患に、ヘルベッサーは大動脈瘤にそれぞれ用いる。必ず上級生と一緒に。

## 2.8 ショック状態

COPDの増悪にて入院。ICUで気管内挿管中。回復傾向であり、翌日抜管を計画していた矢先、急に血圧が50台に低下したということでコールがあった。

輸液にも、カテコラミンにも反応がなく、心エコーと胸部単純写真をオーダーする間にも血圧は低下、徐脈になった。

チームの下級生が聴診し、「緊張性気胸じゃないですか」と指摘したら、果たしてそのとおり。チェストチューブを挿入したら何事も無かったかのように落ち着いた。

自分の聴診技術に自身が無かったので、下級生にも「聴診所見なんて、今は意味は薄いんだよ」などと教えられていた矢先の出来事だった。

下級生の機転に助けられたが、自分の自尊心はかなり傷ついた。

### 2.8.1 基本的な治療方針

まずはその患者さんにおいて、低血圧が問題となっているのか、元から低いのかを評価する。

血圧が低いことが問題となっている患者さんを診た場合、まずは末梢ラインから生食、あるいはラクテックを全開で落とす。半分ほどが入っても血圧、あるいは症状の回復がない場合は、

- 輸液を継続
- イノバン 3A+生食 85ml を 5ml/h より開始
- O<sub>2</sub> を SpO<sub>2</sub> で 95 以上を目標に投与

を開始する。これで時間を稼ぎ、この間にショックの原因を考える。

### 2.8.2 血圧低下の鑑別疾患

これだけは、最低限考えるように。上3つは1時間ぐらいでだんだんと血圧が下がり、下3つはいきなりショックになる。

- 敗血症
- 脱水
- 消化管出血・腹腔内出血
- 心筋梗塞、心不全・心タンポナーデ
- 肺塞栓
- 緊張性気胸

病歴から、さっきまで元気だった人が突然ショックになったのか、もともと生きが悪い人が血圧低下を生じたのかをまず確認。

検査としては、組織の灌流傷害の程度を評価するために、血液ガス（アシドーシスを見る）は必須。できれば心エコー<sup>8</sup>も早期に行いたい。

鑑別診断を行うためにはさらに、胸部単純写真や心電図などを評価。出血性ショックが疑われるなら、胃洗浄、直腸診も。採血も、敗血症のルールアウトには役に立つ。出血やAAAを疑うなら、腹部エコーとCTを考慮。

ERでショックの患者さんを診た場合、ショックの回復がない状態でERを出てはいけない<sup>9</sup>。検査手技でショックが直ることはないので、CTを施行するとき以外は、外に患者さんを出さないように<sup>10</sup>。

<sup>8</sup>これ一つで出血や脱水、敗血症、心原性ショック、タンポナーデをルールアウトできる。

<sup>9</sup>エコーに言ってもらった先で、心肺停止を生じたことがある。

<sup>10</sup>胸部写真もエコーも、頼み込んで外来に機械を持ってきてもらう。

## 気管内挿管中の患者さんの血圧低下

特に気管内挿管中の患者においては会話が出来ないため、鑑別診断は困難である。

こうした患者においては

- 緊張性気胸
- 消化管出血
- 肺塞栓

を考え、ワークアップすること。血圧低下が来たら、すぐに胸部単純写真をオーダーする。教科書的には、聴診上緊張性気胸が疑われたら、迷わず前胸部にエラスター針を刺すよう教えている。

実際に、”迷わずに”それが出来るレジデントがいたら、是非会ってみたいものだ。自分には、その勇気は無い。

## 昇圧薬

以下の3つだけで良い。

- イノバン 3A+生食 85ml を 1ml/h で用いると、50kg の人で 1 $\gamma$  となる。低血圧が問題となる人では 5~7 $\gamma$  で用いる。最大量は 15 $\gamma$  程度。
- ドブトレックス 3A+生食 85ml を 1ml/h で用いると、50kg の人で 1 $\gamma$  となる。低血圧が問題となる人で用いることは少なく、心不全の治療で好まれる。  
低用量では血圧はむしろ減少し、血管拡張作用がある。5~7 $\gamma$  以上で用いると末梢血管収縮、強心作用を介して血圧が上昇する。
- ノルアド 1A+生食 19ml を 0.5~1ml ずつプッシュするか、ノルアド 3A+生食 97ml を 1ml/h で用いると、50kg の人で 0.01 $\gamma$  となる。持続で用いる際には、0.05~0.5 $\gamma$  程度で用いる。

## 2.9 脈が早い

84歳の独居の老人が、動悸がするという事で来院。当院整形外科にかかりつけ。

息切れ等はなく、発熱もないがドキドキすると。心電図も、モニター上は不整ではあるものの、明らかなST異常はなさそう。”心房細動”ということで、ジギタリスの内服で症状は軽減し、帰宅とした。

翌日、下血とショックということで、救急搬送。Hbは6.7と低下。穿孔性腹膜炎のため、緊急手術になってしまった。

入院後、家族から”何で最初入院させなかったのか”と詰問された。最初の来院時の血圧は、ショック状態ではなかったこと、来院時のHbは10.6と保たれていた、と説明し、下血したのは帰宅後であった、ということで納得していただいた。

”消化管出血の際には、血液データはすぐには変化しない”ということは、もちろん黙っていた。

## 2.9.1 まず行うこと

1. バイタルを確認。SPO2は正常か、発熱は無い、ショックになっていないかどうか。
2. 本人の自覚症状の評価。動悸感はあるか、脱水の兆候は無い、胸痛や息苦しさは無い。発症のしかたも聞く(突然発症かどうか)。
3. 12誘導を取る。
4. 病的な頻脈(120以上)であった場合はラインをキープ。いっしょに採血(BUN、CRE、CK、GOT、GPT、LDH、GLU、WBC、Hb)。

糖尿病のある人では、本人の自覚症状は症状は当てにならない。必ず 12 誘導を確認すること。

### 2.9.2 鑑別診断

見逃すと、怖いものから

- 肺塞栓の発症、低酸素血症
- 心不全、心筋梗塞、敗血症、消化管出血
- 高血糖、低血糖
- 脱水
- 発作性心房細動
- PSVT
- 期外収縮多発
- VT(当院では、まず見ることは無いだろう)

上から 4 つめまでは、原疾患の治療を行えば不整脈も解決しうる。下 4 つは特定の治療が必要。

### 2.9.3 治療

基本的には、上級医立会いの元で行う。頻脈の原因となったものの治療を並行して行わないと、不整脈はとまらない。

#### 洞性頻脈

上記鑑別疾患を行ったら、その治療のみ。酸素投与(カヌラ 3l 程度)、脱水の補正(状態が分からなかったら KN1A250ml を全開)、痛みの治療など。

#### 発作性心房細動、PSVT

病棟でコールがあった場合は、基本的にはワソラン静注のみで対処できる。ACLS はもともと健康であった人を対象に作られており、病人向けではない部分もある。

何であれ病的な状態の人では、ATP を用いても PSVT は再発する。交換神経過緊張状態の人であれば、ジギタリスは何の効果も無い。

1. 血圧が 100 以上あることを確認してから、ワソラン 1A を 2 分かけて静注。
2. 頻脈がコントロールされたら、ワソランを 1 錠服用させる。

#### 期外収縮多発

12 誘導上、PVC の形が一定であるか、正常な QRS との距離(coupling interval という)が一定であるかどうかを確認する。これらが一定であれば、リスクは低い。

ハイリスクであれば上級医コール。そうでなければ、無治療でかまわない。

リスクの低い PVC で本人が気になるようであれば、遮断薬の内服を考慮。出すときには必ず、上級生立会いの元で。

#### 心房細動

慢性のものであれば、原因の治療のみ行う。

発作性心房細動の場合、ワソランで脈拍のコントロールを行うと共に、発症 48 時間以内であれば薬物による除細動を考慮。

経口で簡単に行うことができるのは、プロノン 600mg/1X、またはタンボコール 300mg/1X の内服である。どちらも 1 回の経口投与で、24 時間以内に 70% 前後の患者で除細動が生じる。

プロノンは頻脈を生じることは少ないが、脈拍コントロールをする薬、たとえばワソランを併用してもよい。

ただし、禁忌の非常に多い薬なので必ず使ったことのある医師に適応の確認を取ること!

## 2.10 脈がおそい

救急外来に、45歳の下壁梗塞の人が搬送された。

ショック状態であり、血圧は80台。にもかかわらず、脈拍数も40しかない。

アトロピンやカテコラミンを開始すれば、心臓の負担を増してしまうかもしれず、心原性のショックに対して、生食全開を行っていいものなのかも分からない。かといって、このまま放っておくわけにもいかない。

”行くも引くも医療過誤だ”と目の前が暗くなったが、今から思えばやることは決まっていた。

要は、循環器科が来るまでの間、バイタルを正常な状態に保っておけばいいだけのこと。たとえ水を入れすぎ、肺水腫になっても、一時挿管、IABPになったとしても、心機能が回復すればすぐに必要無くなる<sup>11</sup>。むしろ、ERで何もせずに放置し、血管内の血栓を成長させてしまうほうが後々やっかいである。

### 2.10.1 鑑別疾患

- 血管迷走神経反射 (特に痛み、ストレスによる)
- 甲状腺機能低下症
- 完全房室ブロック
- 洞不全症候群
- 頭蓋内圧亢進を伴う低血圧

<sup>11</sup>このときは、右室梗塞の対処法は、知らなかった。

### 2.10.2 緊急の治療を要する徐脈

徐脈の治療はペースメーカー、薬物の両者があるが、心電図上以下があった場合は、緊急の治療の適応がある。

- 完全房室ブロック
- 左脚ブロックを伴う徐脈
- QT 延長を伴う徐脈
- 洞調律なら 3 秒、心房細動なら 5 秒以上の心停止
- 失神や意識消失、心不全を合併した徐脈
- 右脚ブロックに左軸偏位を合併した症例 (2 枝ブロックの可能性  
がある)

### 2.10.3 対処

どんな徐脈であっても、基本的にはペースメーカーが最も安全で確実、副作用が少ない。

薬物による治療はあくまでも一時的なものであり、また禁忌も多いため注意。

- テオドール内服・静注
- DOA を 5 程度で使用
- カルグート 3T/3X 内服
- プレタール 200mg/2X 内服
- イソプロテレノール静注

## 2.11 痙攣発作

26 歳の痩せ型の女性。最近、立ちくらみが多いということで来院。家族の話ではここ 2 年ほど引きこもっており、自宅で急に床に倒れることがよくあったという。バイタルは正常。心拍数も 50 台であった。

救急外来から家族が出て行こうとすると、いきなり目の前で全身の痙攣を生じて倒れた。こちらは完全に精神疾患と決めつけてしまっており、“いいかげんにしなさい!” と近寄ってみると、脈が触れない。

心電図モニターをつけると、心室細動になっていた。その後どうしたか、よく覚えていない。

研修医の脳波も Vf になっていたのだろう。救急外来ナースが気を利かせてくれ、すぐに循環器のスタッフが除細動を行い、後遺症無く心拍は再開した。心電図は著明な QT 延長を生じており、偏食から生じた低 Mg 血症が原因であった。

### 2.11.1 対処

けいれん発作が自然におさまればいいが、現在痙攣が続いている場合は以下のように対処。

1. まずは、何も考えずに O2 10l マスクの指示。心電図モニターをつける。
2. 心臓が動いていることを確認したら、抑えつけてラインキープ、セルシン 1A をワンショットで静注。
3. ホリゾン は、とりあえず痙攣が収まるまでいくつも使って可。呼吸が止まっても、挿管すれば良い。
4. 痙攣がとまったら、すぐにワークアップに入る。

5. CTなどに下りる場合、シリンジにセルシンを吸って携帯していくこと。

まだ一人しか見たことがないが、全身の脱力を伴う意識障害で、呼吸も保たれていた症例が、結局のところてんかん発作だった症例がある。“痙攣”を生じていなくても、てんかんは100%は否定できない。

### 2.11.2 鑑別診断

- ほとんどの痙攣は、陳旧性の脳出血や脳梗塞に伴って起きる。
- 痙攣閾値の低下する病態は、感染症、脱水、低酸素血症、電解質異常<sup>12</sup>など。
- ベースの疾患のはっきりしない痙攣は、髄膜炎の可能性を常に考えること。

どんな痙攣であれ、原因のはっきりしない初発の痙攣発作は血液検査一式、心電図モニター、頭部CT、腰椎穿刺を行う、と思ったほうが安全かもしれない。何よりも、入院の絶対適応である。

### 2.11.3 検査

痙攣が落ち着いているのが、大前提。

1. 血液ガス、採血(電解質、Mg、Caも)
2. 頭CT(単純で可)
3. 初発の痙攣で、出血などが無かったら腰椎穿刺

<sup>12</sup>特に Mg、Ca。

### 2.11.4 治療

症例は心室細動だが、以下は心原性のももの<sup>13</sup>が除外診断された後の話。

基本的には、セルシン静注で痙攣を止めたら、アレピアチンを開始。初回は500mg、以後1日一回250mgを静注で用いる。静注速度は1分間に50mg以内。

痙攣が重積化した場合はドルミカムの持続を考慮。ドルミカム5A+生食40を5ml/h程度から開始。呼吸停止必発なので、ICU管理が必要。

<sup>13</sup>通常不整脈の患者さんは“失神発作”を起こすが、“痙攣”で来院する人は少ない。

## 2.12 点滴が詰まった、抜かれた

敗血症性ショック、尿路感染症にて98歳の女性が入院。

もともと在宅 TPN を行っていたが、入院日の夕方に引き抜いてしまった。その日は大事な飲み会があったため、末梢からの点滴のみ開始。CV の再挿入は翌日行う予定にした。

翌朝行ってみると、本人の意識が悪い。ラインはキープされており、カテコラミンは続行中。

”意識障害”ということで、血糖値を取ってみると Low であった。

何で気がつかなかった!と当直医にキレようかとも思ったが、やめておいた。

### 2.12.1 対処

ただ刺しなおせば良い。それだけ。ただし、以下のものが落ちていた場合には、一刻も早い再開が必要。

- DOA、DOB、NA などのカテコラミン
- 亜硝酸剤
- TPN(インスリンを使用していなくても低血糖を生じる。糖を含んだ輸液を落としておく)
- 静注で用いている、インスリン

また、CV ラインが詰まった際、フラッシュを試みるのはかまわない。この際、必ず 1ml のシリンジを用いる<sup>14</sup>こと。ここで 10ml シリンジなどを用いると、力が伝わらないだけでなく、もし開通した場合に、すごい勢いで、生食が体内に入ってしまう可能性がある。

<sup>14</sup>pascal の原理

これを使ってもだめなら、潔くあきらめる。

## 2.13 頭が痛い

36歳の、糖尿病の男性。10日前より37.5度の微熱、左半分の頭痛を主訴に来院。

首は硬くはない。顔面の圧痛がある。CTを撮ったが異常は無く、痛み止めのみで帰宅。しかし症状は軽快せず、38度の発熱、軽度の意識障害を生じて帰ってきた。最終診断は、副鼻腔炎。最初に撮ったCTに、しっかり証拠が写っていた。

幸い、いい人だったので、何のトラブルも無く帰宅。しかし、外来でトラブっていたら、こちらに全面的に非があるケースであった。なまじ画像診断を行ってしまうと、時として自分に不利な証拠が残ることにもなる。

### 2.13.1 鑑別疾患

- くも膜下出血
- 髄膜炎
- 副鼻腔炎
- 片頭痛、筋緊張性頭痛、緑内障、CO中毒

### 2.13.2 対処

1. まずは問診。急激な発症でひどい頭痛ならSAHの可能性はある。
2. 嘔吐や吐き気の有無、意識の状態が不自然でないかどうか(髄膜炎・脳炎の可能性)。血圧と体温は必須。
3. 問診で出血、髄膜炎を疑ったならCTを取る。

4. 飲食店での発症や、酸欠の環境因子があった場合、血液ガスはとってみること(CO中毒が見つかることがある)。
5. リスクが低そうなら、鎮痛薬内服のみでかまわない。

忙しい外来業務中に頭痛の人がきた場合、問題になるのがCTを施行するかどうかである。病院によってはCTはすぐに施行できなかったり、あるいは緊急のオーダーを嫌がる場所があったりするが、基本的なスタンスは”迷ったらCT”である。

特に、脳出血を見逃して帰すと大問題になるため、たとえ重篤感のない患者であっても本人が”重篤”であると訴えた場合はCTを施行せざるを得ないと思う。

## 2.14 胸が苦しい

62歳の女性。以前より散歩をすると30分ぐらいで胸が苦しくなることがあったという。

ここ1ヶ月ほど、胸痛を自覚せずに歩ける距離が短くなったということで外来初診。今は症状はない。

この人に、外来でダブルマスター負荷を行ったところ、生理検査室で胸痛が止まらなくなり、意識が消失。全館ドクター招集の大騒ぎになってしまった。

すぐにCPRと緊急PTCAが、合併症なく行われ、無事退院。患者さんとその家族には、「危ないところでしたねー」「運がよかったですよねー」で押し通し、家族も喜んでいた。

Vfを引き起こしたのは自分だということは、当然黙っていた。

### 2.14.1 胸痛の鑑別

診察上、最も大切なものは問診である。  
まず大きく次の2種類に分類する。

- 持続性...重篤な疾患が多い。30分を境として区別する。
- 一過性・間欠性...狭心症がこの中に入ってくる

### 2.14.2 持続性胸痛の診断手順

1. 診察までにバイタルをチェックし、さらに心電図もとってもらっておく。
2. もしショック状態ならば、すぐに上級医をコールする。そしてライン確保、O<sub>2</sub>投与などショックの治療を行う。

3. そして、まずは心エコー、胸部単純写真、心電図をオーダーし<sup>15</sup>、次の疾患を鑑別する。

- 心タンポナーデ
- 緊張性気胸
- 心筋梗塞

4. 具体的には呼吸音の左右差の確認、静脈怒張の有無を見、その頃にはポータブル検査の技師さんたちが集まり始めているはず。後は、自分に全く知識が無くても、彼らが診断してくれる<sup>16</sup>。
5. ショック状態でなければ、次に解離性大動脈瘤を除外診断する。これも、病歴と単純写真所見、あるいは血液検査<sup>17</sup>などから推定可能である。疑わしければCTを撮ることで、確定診断可能。

除外できたら、少し安心して気胸、肺塞栓、心膜炎、胸膜炎、肺炎がないかどうか考える。

不安定狭心症は運動負荷禁忌

以下の症状は、循環器コールの絶対適応である。

- 安静時の胸痛(血管攣縮が疑われる場合も含む)
- 2週間以内に発症した労作時胸痛
- 増悪してくる労作時胸痛

この3つは、不安定狭心症である。診たときの胸痛が無く、心電図が正常でも心カテの適応になる。マスター心電図のような、運動負荷検査は禁忌である。

<sup>15</sup>すぐに呼んでも、15分はかかる。

<sup>16</sup>情けない話だが。

<sup>17</sup>急激な発症の割には、血小板減少、CRPの上昇がみられる。ミオシン重鎖が上昇するという報告もあるが...

### 2.14.3 専門家が来るまでの治療

心筋梗塞や解離性大動脈瘤であった場合、やることは上級医が来るまでのサポーターケアが中心となる。

1. 何をあいても、酸素はつけておく(カヌラ 3l 程度)
2. ラインをキープ。1号液や、ラクテックでかまわない。
3. 診断が確定した場合、塩モヒの皮下注射を積極的にいき、胸痛を止める。
4. 血圧が高い場合は速やかに降圧。目標は動脈瘤なら 120 台、心筋梗塞なら 140 台。静注の降圧薬を用いる。ニトロール静注が使いやすいと思う。
5. 心電図モニターは必ずつける。

病院によってまちまちであるが、緊急 PTCA になる可能性がある患者の場合、バルーンによる治療に加えてステントが入ることが多くなっている。このため、PTCA 前に小児用バファリン、プレタール<sup>18</sup>の内服を行ってもらうことも多い。

<sup>18</sup>パナルジンを第一選択にする施設も多い。

## 2.15 腹痛

慢性的な腹痛にて、何度も受診歴のある女性。

先日外来にて CF を行っており、腸粘膜の軽度の炎症を指摘されたのみであった。本日から腹痛が増悪。いつものことであるが、「いままでで一番痛い」という。

腹部聴診所見は腸音は少なく、圧痛もない。腹部はやや張っているものの、柔らかい。面倒なので何とか帰そうとしたが、どうしても入院させてくれと聞いて聞かない。点滴をつないで経過を見ていたが、状態は徐々に悪化。結局深夜に緊急回復になったが、大きな異常は無かった。しかし症状は手術後消失。以後、「腹腔内光線照射療法」という言葉が、当院に定着した。

俺のせいじゃねえ、と思った。

### 2.15.1 見逃すと死ぬ病気の鑑別

- SMA 血栓
- 消化管潰瘍の穿孔
- 腹膜炎
- 心筋梗塞

わからなかったら血ガスをとって、外科に相談するか決める。これ以外のもの、例えば腸炎や胃炎、腎梗塞や結石、胆嚢炎や胆石症といったものは、診断が遅れてもまだ許される。

逆に、ほっておくと死ぬような腹部症状は、アシドーシスが来る。これが無ければ、たぶんむこう 2 時間ぐらいは死なない。

もちろん、外科にコンサルテーションするのはアシドーシスが生じる以前に行うべきであるが、「原因ははっきりしないものの、血液ガ

スは正常だったので、慎重に経過観察した”と言い訳するのは、何もしないで様子を見るよりはましだと思う。

### 2.15.2 検査

話を聞いたらまずバイタル、触診・聴診。ショックであれば上記4つのどれかの可能性は高い。ガーディングは無いか、グル音はどうか。腹部が柔らかく、腸音がしない患者さんが重篤な腹痛を訴えていたら、SMA 血栓を疑う。

バイタルが安定しており、症状が重篤であれば腹部単純写真。具体的には、腹腔内のフリーエアーが無いか、小腸ガスが見えないかどうかを見る。

素人のやる腹部エコーでは、せいぜい胆石の同定と腹水の有無ぐらいしか分からない。

原因のはっきりしない、症状の軽快しない腹痛の患者を帰すと、必ずといっていいほどトラブルになる。最低でも点滴を行い、できれば採血検査で明らかな異常がないことを確認したほうが良い。

特に、若くて”元気そうな”腹痛患者が夜間にきた場合はハイリスクである。たとえ本人の都合で夜しか来られなかったのだとしても、本人はフルワークアップを望んでいることが多く、こういう人に昼間に来よう説教してもトラブルになるだけである。

## 2.16 気分が悪い

79歳の女性。一人暮らしで、病院嫌いであった。ここ2ヶ月ほどひどい腰痛があり、一人では買い物にも行けない状態であったものの病院には来なかった。

近所の開業医の往診を受け、貧血がひどいので詳しい検査を受けるように言われたが、無視しているという。

本日になり、昨夜から吐きどおしである、ということで救急搬送。救急車からおりるなり、”ここにだけは来たくなかった”という。

”じゃあ、帰れよ”と内心思ったが、点滴と採血を施行。そのときはHbが6台と低下している以外に大きな異常は無いと考えたため、帰宅。

しばらくしてやはり食べられないということで、再来。後から血液検査を見直すとTP10.2、alb2.8であり、この時点で多発性骨髄腫を疑うべきであった。

入院後、化学療法が施行されたが、原疾患の進行で患者さんは亡くなった。身内もいなかったため、トラブルにはならず済んだ。当院の生化学スクリーニングの項目にはCaが入っておらず、最初の採血で病名を思いつけなかった。

### 2.16.1 鑑別疾患

非常に漠然とした主訴だが、見逃すと怖いものがいくつかある。

- 腎不全、副腎不全、甲状腺機能低下症などの臓器障害
- 低血糖・高血糖
- ケトアシドーシス
- 高カルシウム血症 (悪性腫瘍の骨転移など)

- 低ナトリウム血症
- 頭蓋内疾患・胃腸疾患・肝炎

まず思いつくのは胃腸系、頭蓋内疾患であろうが、それ以外の内分泌的な原因を頭に入れておくこと。

### 2.16.2 検査について

本人の重篤感、病歴から詳しい検査をするかどうか決める。比較的症状が長く(3日以上)続いていたら、胃腸症状で済ませずに、一度採血をするように。

採血はCK、生化学スクリーニング(chol、Caも)、CRPをとる。肝機能が3桁になっていたり、WBCが3万になっている症例、CRPが15ある症例を見逃すことは、さすがに無いだろう。

逆に、血液生化学検査で見逃しやすいもので、危険なものは以下の3つぐらいしかない。

副腎不全 低Na、低血糖、高K(全てわずかな変化)、白血球減少と好酸球増多

甲状腺機能低下 高脂血症とCK上昇

多発性骨髄腫 TPの10以上の上昇と、Albの低下<sup>19</sup>

わけのわからない人に採血を取った場合、とりあえずこの3つが無いかどうかを、まず考える習慣をつけておくことよい。

下痢が続いているようなケースであっても、水様便が3から4日も続いているようだと、腎前性の腎不全を呈していることがある。

<sup>19</sup>当院のスクリーニング項目にはCaは入っていない

## 2.17 不隠

特に既往のなかった64歳の男性が、肺炎にて入院。ロセフィンの投与を受けている。今までは不穏などなかったが、この当直帯に入ってから急に怒りだし、暴れているという。息は荒いが、会話は可能。苦しくないですか、ときいても、”うるせえ””どっか行けこの馬鹿”としか言わない。話にならないので、押さえつけて”大丈夫ですからね~”などといいつつ、セルシンの静注を行ったが、おとなしくなると同時に徐脈になり、心停止になった。すぐに気管内挿管を施行。

胸部単純写真を撮ったところ、肺炎が悪化しており、重篤な低酸素血症を生じていた。幸い心拍は再開し、治療も奏効。

娘は”安定剤を静注して心停止になった”と聞いて随分怒ってたが、自分の父親が”うるせえ””どっか行けこの馬鹿”といっていた、という記事を見て、かなりショックを受けたらしい。以後は穏やかになった。

こちらが”何とかしようと思ったんです<sup>20</sup>が、話にならなくて...”と切り出すと、”父には何も伝えないでください”ということで、丸く収まった。

### 2.17.1 鑑別診断

高齢者の不隠は、意識障害に準じた鑑別診断が必要になってくる。具体的には

- 低酸素血症・低血糖・高血糖・ショック
- 発熱・感染症、特に髄膜炎や脳炎

<sup>20</sup>何とかしようとしたのが低酸素血症なのか、患者さんの口なのかで目的は違うが、うそは言っていない

- てんかん発作、重症不整脈の後
- 脳出血、脳梗塞

バイタル、血液ガス、血糖値をまず確認し、上記疾患が無いことを確認して初めて不隠の治療を考える。特に、今まで不隠の無かった人が急に不隠になった際には注意。

痴呆の強い高齢者の不隠に対して鎮静薬を用いることは、決して間違いではないと思う。しかし、最近のマスコミ報道の影響か、不用意に鎮静薬を処方していることが家族に知れると大騒ぎになることがある。

現在は、鎮静薬を用いる際には夜中であっても家族の同意を得、またトラブルになりそうな家族の場合は患者を速やかに個室に移し、夜通しついでしてもらうことにしている。

完全看護の建前では家族の付き添いは不要になっているが、医療従事者を全く信用しない家族の場合、仕方がないと思う。「我々の病院の実力ではご家族の希望する医療レベルを満たせないの、申し訳ないのですが付き添ってください。」と、転院も辞さない構えをお願いすると効果的。まず5日もすれば、家族も鎮静の必要を体で理解してくれるだろう。

## 2.18 運動麻痺

30歳の、糖尿病にてフォロー中の男性。右上下肢の麻痺があるということで救急搬送。来院時は意識がボーとしており、会話は可能なものの、いつもとは様子が違う。

慌ててCTを施行したが、年齢なりの脳であった。点滴キープを行っている、徐々に麻痺も回復。意識状態も正常化。血液データが返ってきてみると、低血糖であった。”

余計な訴えしやがって”と思ったが、やはり自分が悪かったのだろう。

### 2.18.1 鑑別疾患

脳梗塞がすべてと思っはいけない。

- 脳梗塞・TIA・脳出血などの頭蓋内疾患
- 低血糖・痙攣発作などの全身性疾患でも片麻痺は生じる。

### 2.18.2 ワークアップの手順

1. とりあえず、血糖は測る。
2. 神経学的所見を取る。これで梗塞部位を予想できないと、画像診断が解釈できない。5分以内に終了すること。
3. ラインをとる。KN1Aで可。
4. CTを撮る。出血との鑑別がもっとも大事であり、また撮影時間が短いことからこちらを優先する。必ずプロテクターを着用し、中に入る。
5. MRIは状態の落ち着いている患者さんのみ。中で嘔吐された場合、対処は非常に困難。MRI室の中では挿管も難しい。

治療は、病態に応じて。

## 2.19 喀血

85歳の女性。咳をすると血が混じったということで来院。独居であったために入院させたが、見た目は元気。

何気なく血液を採ったところ、Hbが6.5と低下。さらに腎機能が透析寸前まで悪化していた。胸部単純写真は、右上葉がすりガラス様。

家族を呼んだが、東京で工作中、ということで来たのは3日後。血漿交換、ステロイドの点滴を受けているのを見ていきなり激怒してしまい(何か事故があったと思ったらしい)、後の対応が大変だった。

”あんた少しは血管炎の勉強しろよ”、と思ったが、黙っていた。血管炎症候群の説明を分かってもらおうと努力したが、どうしても”自己免疫”の部分が分かってもらえない。ところが”癌より悪い病気です”と一言言うと、”そうでしたか。ありがとうございます”といきなりいい人になった。変に正確な話を心がけるより、”癌癌癌癌癌”といったほうが話が早いときもある。

### 2.19.1 鑑別疾患

吐血との鑑別を要する。咳と共に喀出され、真っ赤であれば喀血。そうでなければ吐血の可能性もある。喀血は少量で、すぐ止まるのことが多いが、例外はいくらでもある。

主なものを示す

- 気管支拡張症・気管支炎
- 肺癌

- 結核
- 全身性血管炎 (ANCA 関連血管炎や Wegener 肉芽腫など)
- 肺動静脈ろう

### 2.19.2 対処

喀血の際は、肺に血液を誤嚥しているかどうか重要。進行性の低酸素血症を生じることがある。

1. バイタルの確認。SpO<sub>2</sub> が保たれていれば、血液ガスは緊急にはいらない。逆に低酸素血症があった場合、挿管の準備をしてすぐに上級医をコール。ポータブルの写真をオーダー。喀血の場合、低酸素血症は進行する。
2. 胸部単純写真をとる。酸素が十分であれば、下におろしてかまわない。
3. 写真が何とも無かったら、止血剤の点滴と(胃潰瘍や喘息・腎不全の有無を確認の上) インダシン座薬 25mg の使用で様子を見る。
4. 胸部単純写真上、血液の誤嚥があった場合、予想以上に大量の出血を生じている可能性がある。酸素を十分量用い、上記の対処をした上で採血。翌日も写真とHbはフォローする。低酸素血症が進行してきた場合、健側の肺に片肺挿管を行い、気道をプロテクトする必要があるかもしれない。
5. いずれの場合でも、必ず上級医に報告すること。悪性腫瘍や陳旧性の結核が原因のことが多いため、その後の検査計画を決めなくてはいけない。
6. 落ち着いたら、翌日にでも待機的にCTを切る。
7. 症状が落ち着いたら、喀痰細胞診、症状が続くなら、一度はANCAのワークアップと尿蛋白のチェックを行うほうがいい。

特に血管炎を疑った場合は、必ず家族に”死ぬ可能性”をお話しておく必要がある。症状は急速に進行し、救命の手段はないに等しいため、あらかじめ話しておかないとトラブルになる。

## 2.20 無尿・乏尿

食欲不振にて入院している、87歳の胃瘻の入った男性。もう2ヶ月以上入院しているが、家族は引き取る気は無いらしい。ずっと落ち着いていたが、月初めのルーチンの採血を行ったところ、**BUN 50.3 CRE 5.2**と著明に上昇していた。ナースに確認すると、オムツ内の自尿はちゃんとあるという。脱水も、炎症反応の上昇も無く、原因がわからないため腹部エコーを施行。著明な膀胱の拡大と、水腎症を指摘された。

すぐに導尿を施行し、大量の尿を得た。それから5日ほどは、1日に**5000ml**近い尿があったが、徐々に正常化。腎気能も戻った。

一応家族に状況を報告。腎機能が落ち着くまで入院加療を続けます、という部分で大喜びされ、全くトラブルにならなかった。

それはそれで、ちょっと悲しかった。

- 無尿と乏尿は違う。進行する腎不全から無尿になることはまれ。
- まず真っ先に尿カテの閉塞、尿道の閉塞を疑う。下腹部が張っていないかどうか、腹部エコーで膀胱内尿は無いのか。
- 乏尿であった場合、血圧と脈拍の確認を行う。脱水以外に心不全、血圧の低下からも乏尿は生じる。疑ったら胸部単純写真、血液データのフォローを行う。
- バイタルの安定している乏尿患者であれば、腎前性でも腎性でも輸液の適応。ラクテックでかまわないので、1から2本を2時間程度かけて点滴。これで反応性に利尿が得られれば様子を見る。

- 血液データ上、BUN とクレアチニンの上昇が見られた場合、高齢者では脱水よりもカロリーの不足が原因となっていることが多い。水分バランスだけでなく、栄養の摂取状況にも注意。
- カロリーの不足がありそうなら、蛋白を制限して末梢静脈栄養を食事と併用すると良い。

## 2.21 嘔吐

18歳の高校生が、繰り返す嘔吐にて来院。プリンペランを2A 静注したところ、急にそわそわして走り出し、制止しても聞かなくなった。

バイタルは正常。意識もはっきりしてるが、急に気持ちが悪くなり、自分でもどうしていいかわからないという。

そばにいたお母さんは、もう不信感ありあり。

対処はどうする？

- どんな理由であれ、患者が嘔吐した場合にはまず右側臥位を取り、それ以上の嘔吐、誤嚥を防止する。
- 嘔吐の原因を調べる。頭蓋内圧亢進によるもの(出血、脳浮腫、髄膜炎)と、内分泌疾患によるもの(ケトアシドーシス、副腎不全)は必ず鑑別する。
- 何度も嘔吐が見られるなら、制吐剤の使用はかまわない。ただし1回に用いる量は、プリンペランで2A までにすること。特にセレネース内服中の人の場合、錐体外路症状やアカシジアが出ることもある。
- こうなった際の対処法は、ポララミンやアタPといった、抗ヒスタミン剤の静注である。

## 2.22 痛み止めの禁忌症例

34歳の喘息患者さんが、腰痛にて来院。風邪も引いており、”いつも飲んでいる”ボルタレンを処方してほしいという。

カルテを見ると、確かに整形外科からボルタレン SR が処方されており、今までは内服がきっかけで発作を生じたこ

とは無かったらしい。そこで、痛いときの屯用でボルタレンを処方。

4日後、本人が喘息発作で緊急入院。救急外来の研修医が”どうしてNSAIDなんか飲んだの”と患者さんを叱り、後から家族とトラブルになった。

余計なことを言った研修医に文句の一つもいってやるうかと思っただが、家族が怒っており、それどころではなかった。今までNSAIDを服用していたことを説明しても、”危険を分かっている、どうして出した”ともっと怒られる始末。病院長も交えた会談を何度か開き、ようやく納得してもらえた。

NSAIDの副作用として、

- 胃に穴があく
- 腎臓がつぶれる
- 喘息を引き起こす

の3つがあるのは有名。どれも、実際目にするのは少なく(特に、整形外来に来るような元気な人は)、少しなれた医者は、患者さんのためとばかりにNSAIDをよく処方する。

しかし、どの副作用をとっても致命的になる可能性があり、また痛みそのものは、取らなくても患者さんに恨まれるだけで、訴えられることは無い。

救急外来で、研修医が安心して出せる痛み止めはアセトアミノフェンだけ、と考えておいたほうがいい。”勇気が無い”と笑う向きも多いが、たかが腰痛で人生を失うのはごめんだ。

もっとも、アセトアミノフェンは、日本では喘息禁忌であり、喘息に使えるNSAIDであったソランタールも、近年喘息禁忌になった…。ソセゴンでも、使うしかないのか<sup>21</sup>?

<sup>21</sup>今、本当にどうしたらいいのかわからない

## 2.23 中断すると危ない薬

ACTH 単独欠損症 (PSL5mg/日) でフォローされている患者さんが、下痢と吐き気で外来を受診した。

気分が悪くて薬も飲めないということだったので、ラクテックとプリンペランを開始したが、1晩の点滴にもかかわらず、患者さんの具合はよくならなかった。

翌朝、患者の意識が悪いということでコールがあり、見に行くと血圧が低下。血糖値をはかると、43と低下していた。

IDDMにてインスリン使用中の、57歳男性。

腹にくる風邪をひいてしまったということで、救急外来受診、来院した時の血糖値は110と正常であったため、眠前のインスリンは使用せず、ラクテックの静注のみで経過を見た。症状が取れず、結局1晩救急外来キープ。

翌朝、調子がよくなるということで、血糖値をフォローしたところ359と上昇。血液ガス上もアシドーシスになってしまっていた。

安静時の胸痛にて内科入院歴があり、ヘルベッサの内服を行っていた患者。

今回、一過性脳虚血発作にて入院。入院時の血圧が140台と低かったため、すべての降圧薬の内服は中止された。

その後の経過は落ち着いていたが、入院3日目に胸痛を訴えた後にそのまま呼吸停止。心肺蘇生を試みたが拍動の再開はなかった。

- 副腎不全の患者のステロイド
- IDDM患者のインスリン

- $\beta$  遮断薬
- 血冠攣縮性狭心症患者の Ca 拮抗薬
- 抗 Parkinson 病薬や、精神科領域の薬<sup>22</sup>

は、急に中断すると致命的な合併症を生じることがある。中止したい場合であっても、出来れば1日だけでも半量投与し、翌日中止にするぐらいの配慮があったほうが安全。

副腎不全の患者、あるいはリウマチなどでプレドニンを長期間内服している患者では、感染症などで調子が悪くなるとステロイドの需要が増す。このとき、ステロイドの増量を図らないと、相対的な副腎不全を生じることがあり、注意<sup>23</sup>しないと低 Na 血症を生じたり、いきなり血圧が下がったりすることがある。

ステロイド系薬剤の急な中止で、ありがちなパターンは以下のとおり。

- リウマチの高齢者の食欲不振で、内服を中断した場合
- ステロイドを服用中の患者に、リファンピシン内服<sup>24</sup>を開始した場合
- リウマチの高齢者が、脳梗塞や消化管出血を生じた場合

こうした際にも、ハイドロコチゾンで 100mg 程度でかまわないので、補っておくとトラブルらない。

#### 急性期ホルモン補充療法

高齢者では、副腎や膵臓、脳下垂体といったホルモン系の内分泌機能が低下している。インスリンやステロイド、バソプレシンといった一部のホルモンは、抗ストレスホルモンとしても働いており、高齢者

<sup>22</sup> 中断で悪性症候群が生じることがある。

<sup>23</sup> 実際、どのぐらいの量を追加するかは、上司と相談してください。

<sup>24</sup> ステロイドの作用が極端に減弱する。結核以外にも、MRSA 消しやレジオネラ感染に使う。

の敗血症の際など、相対的に分泌不全状態になっていると考える医師もいる。

こうした患者に対して、“急性期ホルモン補充療法”と称してインスリン、ステロイド、バソプレシンを少量ずつ補う施設もあるという。

個々のホルモンについては、インスリンについては GIK 療法、ステロイドについては“stress dose”のステロイド補充、バソプレシンについてもカテコラミン抵抗性ショックに対する、少量バソプレシンの補充といった形で、こうした考えを支持する文献が出ている。

ただし、予後に関する大きなトライアルはなく、すべてをまとめてやったらどうなのか、どんな症例を対象に行ったらいいのかなど、わからないことはまだまだ山ほどある。

## 第3章 知っておくと便利なこと

### 3.1 しゃっくり

古くから用いられるものにプリンペランやコントミンがあるが、次のようなものも紹介されている。知っているると便利。

- 芍薬甘草湯 3P/3X
- リボトリール 0.5～1mg/夕
- ギャバロン 10mg/2X
- アダラート舌下投与

### 3.2 不眠

よく使う処方は、以下のようなもの。

- エバミール or アモバン or デパス 1T/眠前
- レスリン 25mg/眠前<sup>1</sup>
- レスリン 25mg+アモバン 1T/眠前
- セレネース 0.75mg+アタラックス P25mg/眠前
- セレネース 0.75mg+エバミール or アモバン 1T/眠前

高齢者の場合、ベンゾジアゼピン系単剤では、かえって不眠を生じる人がいる。この場合、3環系抗うつ薬や、抗精神病薬と併用するとよい。

<sup>1</sup>実際は、50mg 程度使わないと寝ない

不眠を伴った不眠の治療はやっかい

日中の不眠については、特に抑える必要は無い。重篤な疾患が除外診断された際の処方例は以下のとおり

- レスリン 25mg+アモバン 1T/眠前
- グラマリール 25～50mg+エバミール 1T/眠前
- セレネース 1～2mg+アタラックス P25mg/眠前
- セレネース 1～2mg+エバミール 1T/眠前
- コントミン 12.5～25mg/眠前
- コントミン 12.5～25mg+エバミール 1T/眠前

下に行くほど強力だが、副作用（過鎮静など）に注意。

### 3.3 透析患者の救急

透析患者は比較的限られた主訴で急変する。

透析を緊急に行う適応があるかどうかは鍵になるため、血液ガスと胸部単純写真は積極的に施行すること。

#### 3.3.1 急性呼吸困難

考えられる病態としては、

- 溢水による肺水腫。
- 心タンポナーデ（心嚢水による）
- 肺炎

胸部単純写真で鑑別可能。必ず血液ガスも。

溢水であれば、透析の適応。それまでのつなぎの治療としては、ニトロール静注、酸素投与等。CPAP マスクも良い適応になりうる。

### 3.3.2 低血圧

- 透析後の過除水
- 起立性低血圧
- 消化管出血
- 心タンポナーデ
- 敗血症

透析直後なら経過観察。もしも発熱があった場合、血培施行。肺炎、シャントの感染(ブ菌)、結核等を鑑別。透析患者の感染リスクは高い。

### 3.3.3 胸痛

心外膜炎、心筋梗塞は透析患者に多い。

心電図をチェックする必要があるが、高カリウム血症に伴うT波の異常は常に念頭に入れておくように。

## 3.4 末期ガン患者の急変

### 3.4.1 中枢神経系の救急

肺癌、乳癌に脳転移がよくみられる。拍動性頭痛、けいれん、進行する意識障害など。

脊髄圧迫による腰痛・背部痛、神経根痛、対麻痺などは、骨転移を起こす癌(肺癌、乳癌、前立腺癌、腎癌、悪性リンパ腫)でみられる。

いずれの場合も診断がついたら、デキサメタゾンの静注の適応。

### 3.4.2 上気道の救急

肺癌、悪性リンパ腫等の場合、上大静脈症候群が出現することがある。顔面、頸部の浮腫、表在血管拡張と呼吸困難で発症する。胸部XP

で確認。

### 3.4.3 救急心疾患

肺癌、悪性リンパ腫、胃癌、白血病等で心タンポナーデを生じることがある。胸痛、呼吸困難、脈圧低下、頸静脈怒張などから診断。

### 3.4.4 内分泌・電解質救急

副腎不全と高カルシウム血症を忘れないこと。両方とも不定愁訴(悪心、嘔吐)、起立性低血圧、腹痛、食思不振などで発症する。

SIADHも、よくみられる。脱力、意識傷害。血清浸透圧の低下と、尿ナトリウムの上昇が見られる。肺癌、悪性リンパ腫等で生じる。

### 3.4.5 感染症

癌患者は細胞性免疫機能が低下している。このためリステリア、ノカルジア、マイコプラズマ、カリニといった細胞内寄生性の近に感染を生じやすい。これらに対しては、ST合剤がしばしば奏効する。

化学療法などで顆粒球減少を生じている患者さんの場合は、好気性のグラム陰性桿菌の感染の可能性が極めて高い。緑膿菌をカバーし得る抗生剤の選択が必要。

顆粒球減少の患者では、肺炎があっても痰が作られない。症状も一切出ないことが多いので、発熱したら反射的に抗生剤を使用すること。

## 3.5 血管疾患の覚え書き

### 3.5.1 好酸球増多をきたす疾患

- 気管支喘息、アレルギー性肺アスペルギルス症
- 寄生虫感染症

- アレルギー性肉芽腫性血管炎
- サルコイドーシス
- 悪性リンパ腫
- 好酸球性血管性浮腫 (じんま疹様の症状)

### 3.5.2 汎血球減少をきたす疾患

- 再生不良性貧血や MDS
- 巨赤芽球性貧血
- 肝硬変・悪性リンパ腫・サルコイドーシス
- 粟粒結核・敗血症
- SLE
- DIC 末期

## 第4章 手早く外来をさばくには

ゆっくり診察していいなら事故はおきない

外来は1日3人まで、当直明けは必ず休暇が保証されるといった環境では、医療事故はゼロにはならないものの、激減するでしょう。

実際の外来は、

- 待たされてイラついている患者さん
- 机に積み上げられるカルテの山、
- 死にそうな思いで診察しているのに、横の外来ブースでマイペースでやっている、使えない同僚

などなど。ストレスでいっぱいです。

こうしたことが全て、外来担当医の判断を狂わせ、医療事故の引き金を引きます。

どこの病院でもそうでしょうが、外来診療は、出来高払いにはなっていない。ゆっくり診ても、早く診ても、給料は同じです。この結果、ノロノロ外来をする医者の方が医療事故が少なく、まじめにやっている医者が馬鹿を見るシステムが現場で出来上がってしまっているのも大きな問題と思いますが、それでも1日にやってくる外来患者の総数は一緒です。

お願いですから、もっと早く診て下さい…。

1時間待たされた人は1時間話を聞いてほしい

外来をゆっくりやると、当然患者さんは待たされます。

待ち時間が長かった人ほど、自分の話を長々と聞いてほしい傾向があります。このため、外来をゆっくりやるほど、患者さんの話の時間は長くなり、またそれを無理にさえぎろうとすると、トラブルの引き金を引いてしまったりします。

外来診療をする医師を増やし、1日の受付人数を絞れば済むことですが、もちろんそんなことは日本では無理です。何とかして、患者さんに怒られない範囲で、診察スピードを上げなくてはなりません。

外来の速さと顧客満足度は、ある程度まで両立できる

内科のスタッフレベルで、外来患者をさばくスピードは、2時間に40人が最低ライン<sup>1</sup>です。

レジデントの外来は、恐らくこの1/4のスピードもないでしょうが、患者さんの満足度は、スタッフが見た場合のほうが高いでしょう。

この差は何から来るのでしょうか。ひとつは主訴を書いたカルテが回ってきてから、鑑別疾患が思いつくまでの速さが圧倒的に早いこと、もうひとつは、患者さんが外来に入ってから、主訴が解決するまでの速さが早いことでしょう。

頭を使った外来は、同僚にも患者さんにも迷惑

典型的なレジデントの外来は、

1. カルテの患者記入用紙を眺め、何を聞こうか、どんな検査をするか考える
2. 少しの間、精神統一をする
3. マイクで患者を呼ぶ
4. 話を聞き、所見を取ってから原因を考え、必要なら検査

<sup>1</sup>本当に早い人は60人。こっちが40人ペースで悲鳴をあげている横で、初診を診てくれていたりします。

5. 最後にカルテを記載、「では、薬を出しておきますから」で、外来終了

6. 1に戻る

あたりでしょう。この手順のうち、(1)~(3)の時間は、患者さんにとっては全くの無駄でしかありません。

「患者さんのために一生懸命頭を使っている」というかもしれませんが、目に見えない労働は、患者さんにとっては全く無駄な待ち時間です。

早いスタッフの外来は、マイクで患者さんと呼んでから、初めてカルテを見ます<sup>2</sup>。呼んでから患者さんが来るまで30秒ほどの時間はあり、これをやるだけでも外来の回転は随分よくなります。

スタッフは、外来中はほとんど脊髄反射で治療をしています。外来診療は、ほとんどの主訴に対する鑑別疾患と、それに対する治療のパターンは決まっています。本来、頭を使う機会はほとんど無いはずですが。

待ち時間を治療時間にする

たとえば頭痛が1週間続き、吐き気があって食欲の落ちた人が外来に来たとします。

スタッフが外来をしていた場合、発熱、意識障害がなく、SAHや重篤な髄膜炎がないことを確認したら速やかに解熱鎮痛剤を内服させ、プリンペランなどの入った維持液を500ml程度点滴。その間に血液検査をオーダーするでしょう。

この間、採血が出るまでの1時間は、患者さんにとっても治療の時間になり、またその間に別の患者さんをさばくことができます。

<sup>2</sup>聞いてみたら告知されていない肝臓癌のターミナルの患者さんだったことがあったりして、ちょっと怖いですが。

治療と検査を併行しないと待つほうはつらい

外来の遅い医師は、患者さんの話を聞いた後で検査をオーダー、結果が出るまでは何もしません。

確かに、ある程度の診断がつかないうちから医療行為をするのは、理論的には正しくないかもしれませんが。しかし、患者さんにしてみれば、診察が終わったのに、いつまでも症状が取れないのは納得がいかないでしょう。

例えば発熱と食欲不振の患者さんの場合、採血をオーダーして、患者さんを1時間あまり待たせてから診察したとします。

たとえ結果に異常がなかったとしても、その時点での本人の症状は改善していません。それから解熱剤や点滴を行っても、患者さんの満足度は低く、何もせずに帰そうものなら、「あの医者は、散々検査だけして点滴もしてくれない」との評判が立つでしょう。

結果、診た人数が少ない割には、患者さんの満足度は低い、という結果になってしまいます。

待ち時間を減らすコツ

原因の分からない腹痛の患者さんにモルヒネを打つのは犯罪行為ですが、お互いの時間の節約のために、以下のことぐらいはしてもいいと思います。

- 頭痛の患者さんを診たら、意識障害や嘔吐がないことを確認したら速やかに頭痛薬を飲ませる。SAH、髄膜炎だけは見逃さないように。
- 発熱している患者さんが来て、採血などの検査をオーダーするならば、その間に点液と鎮痛薬の内服を行う。30分もすれば、とりあえず症状は良くなる。熱が無くなっても、熱源の同定に致命的な障害を生じることはない。
- 喘息でかかりつけている人が苦しいといって来たら、歩いて話せることを確認したらすぐに点滴、吸入。細かい病歴を聞かな

くても、結局やることは同じ。落ち着いて外来がすいたら、改めて話を聞けば良い。

- 胸が苦しいといって重篤感があったら、そのまま ER に振る!。もうその患者さんのことは忘れて、次の人を診れば良い。
- 腹痛の人に精査を行う場合にも、ラクテック等をつなぎながら、採血やエコーをオーダーする。それ自体に治療効果が期待できる場合もあるし、何よりも検査の待ち時間中、患者さんの満足度は上がる。吐き気があったらプリンペランを使う<sup>3</sup>のも可。
- 食欲が無い、調子が悪いといった漠然とした訴えの人は、話が長い傾向がある。話を聞きながら、なるべく点滴、採血の方向に話を持って行ってしまうと、点滴中に気持ちが落ち着き、採血が正常なのが確認できて安心して帰ってもらえる。精神科的な要素が強い人ほど、トラブルを避ける意味で採血の閾値は下げるほうが安全。
- 話の長い患者さんにあたった場合、患者さんの目線に足を向けて話を聞く。このベクトルがずれ始めると、相手は話のトーンを上げて、長い話がさらに早くなる。”検査をしましょう”と採血やエコーに振ってしまい、自分の時間を次の人に振るのもテクニックのうち(検査室は迷惑でしょうが)。

ほか、診察室に砂時計(2分計)を置くとか、診察室に患者さん用の椅子を置かない(本当にそういう病院がある)などもありますが、上記の範囲なら許されるのではないのでしょうか。

---

<sup>3</sup>腸閉塞を見逃したときはちょっと怖いですが...