

救急外来での系統的な診療方法

紫苑会 藤井病院(鞆の浦)内科

宇治徳洲会病院 救命救急センター非常勤

宮阪 英



一般外来

問診

診察

検査

診断・
治療

救急外来

Triage

Action

問診・
診察

検査・
診断

必要に応じて治療を平行しながら

救急外来での系統的診察方法 (内科救急編)

Step1: Triage

Step2: Action (stabilization)

Step3: 鑑別診断と情報収集

Step4: 臨床推論と検査

Step5: 特異的治療

Step6: disposition

※成人T&Aコース内容を改編

救急外来での系統的診察方法 (内科救急編)

Step1: Triage

Step2: Action (stabilization)

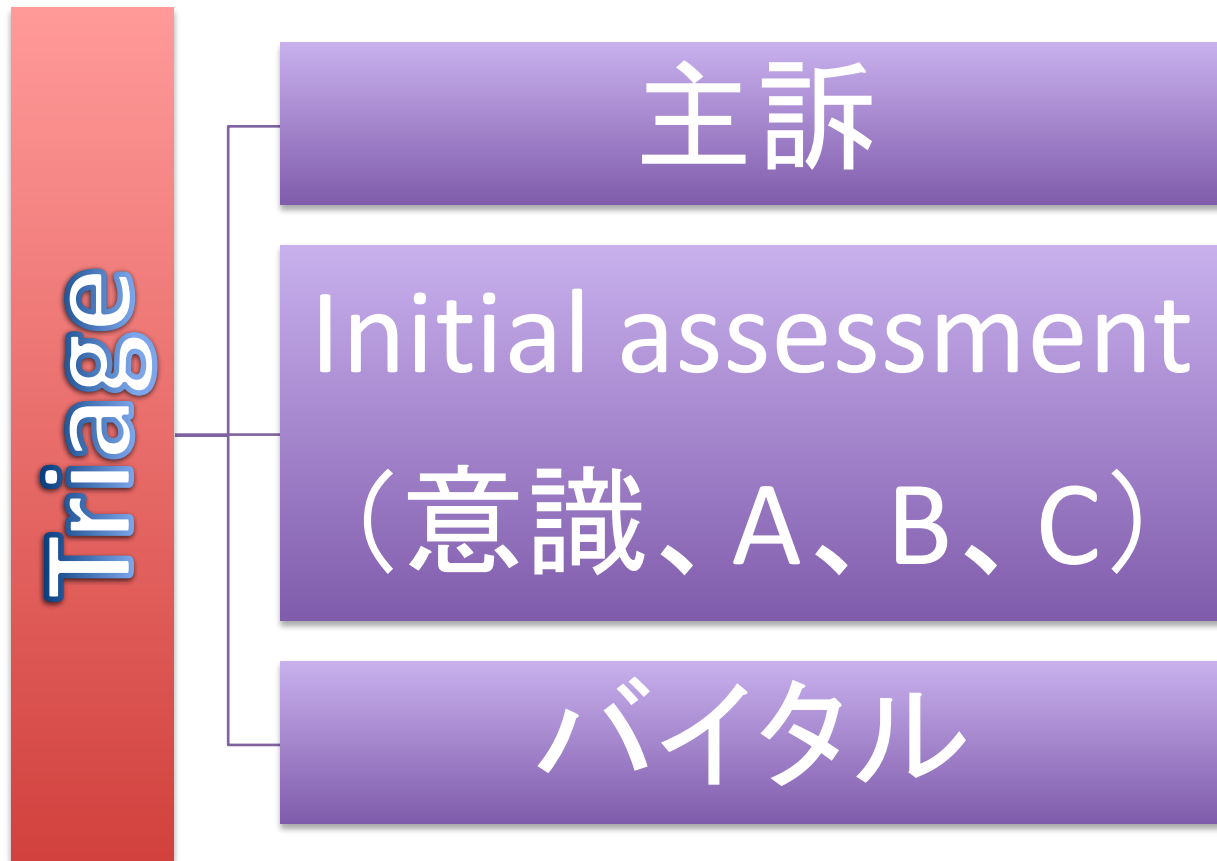
Step3: 鑑別診断と情報収集

Step4: 臨床推論と検査

Step5: 特異的治療

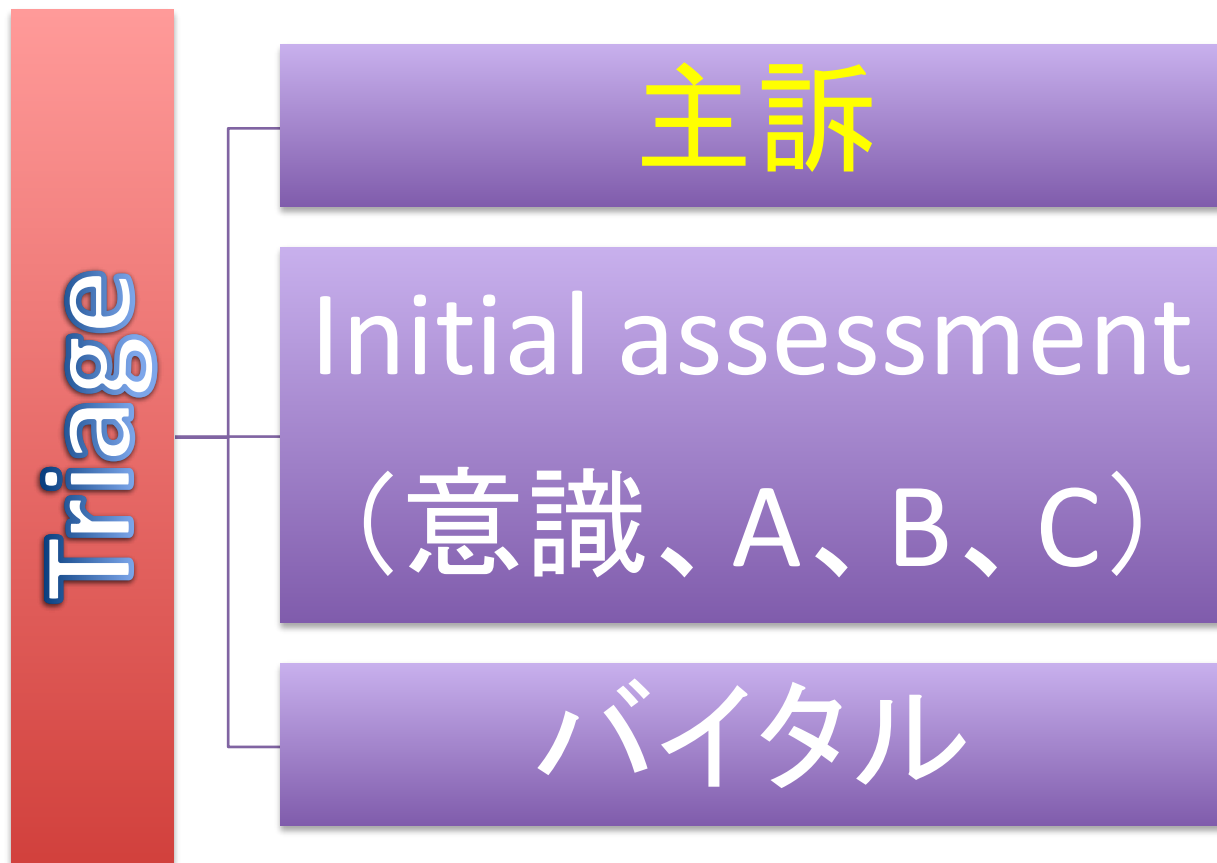
Step6: disposition

Step1 (Triage)



以上から不安定かどうか判断する。

Step1 (Triage)



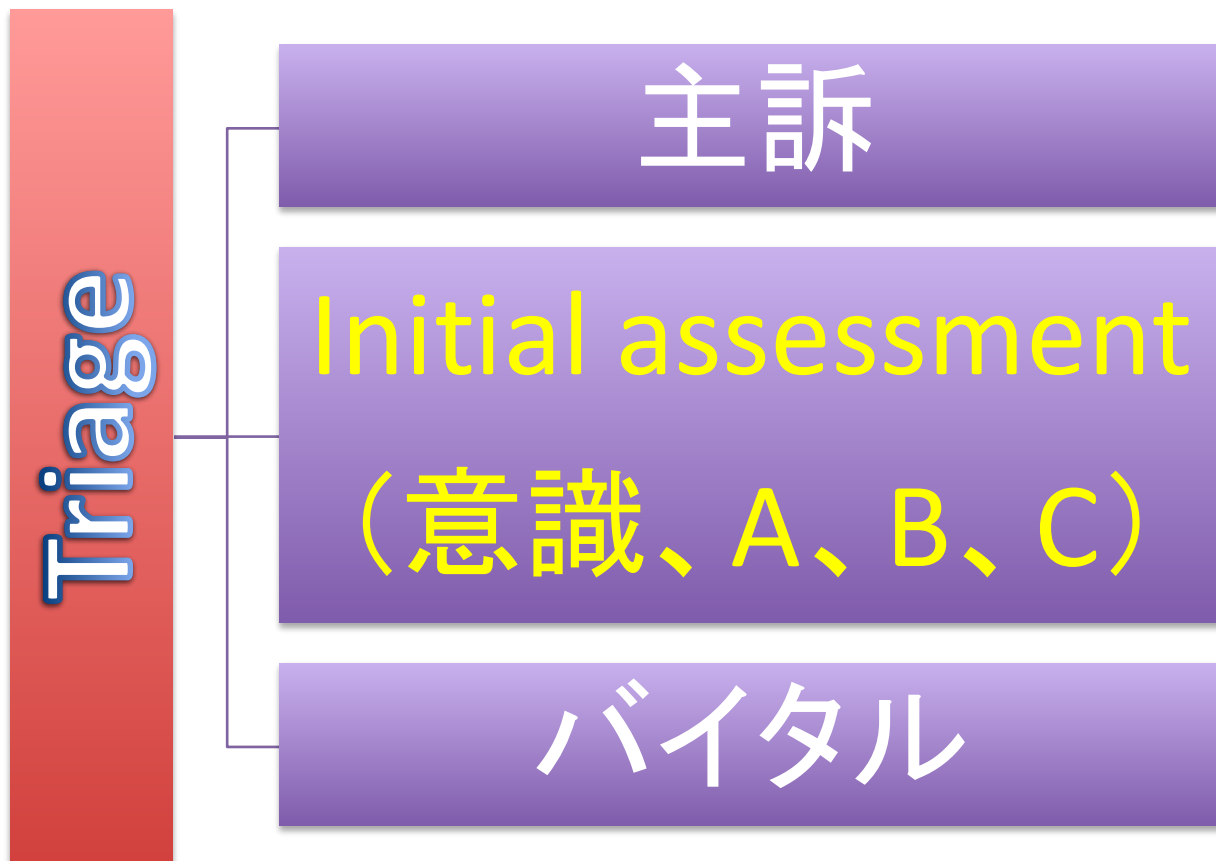
以上から不安定かどうか判断する。

主訴

- 突然発症の今までに経験したことない頭痛
- 冷や汗を伴う胸痛

これらはバイタルが安定していても
不安定と判断する

Step1 (Triage)



以上から不安定かどうか判断する。

Initial assessment (15秒)

○意識：呼びかけて会話できるか

○A: 会話可能か

声が出ない、いびき呼吸、嘔吐、stridor

○B: 呼吸数、努力呼吸の有無

頻呼吸、努力呼吸、無呼吸

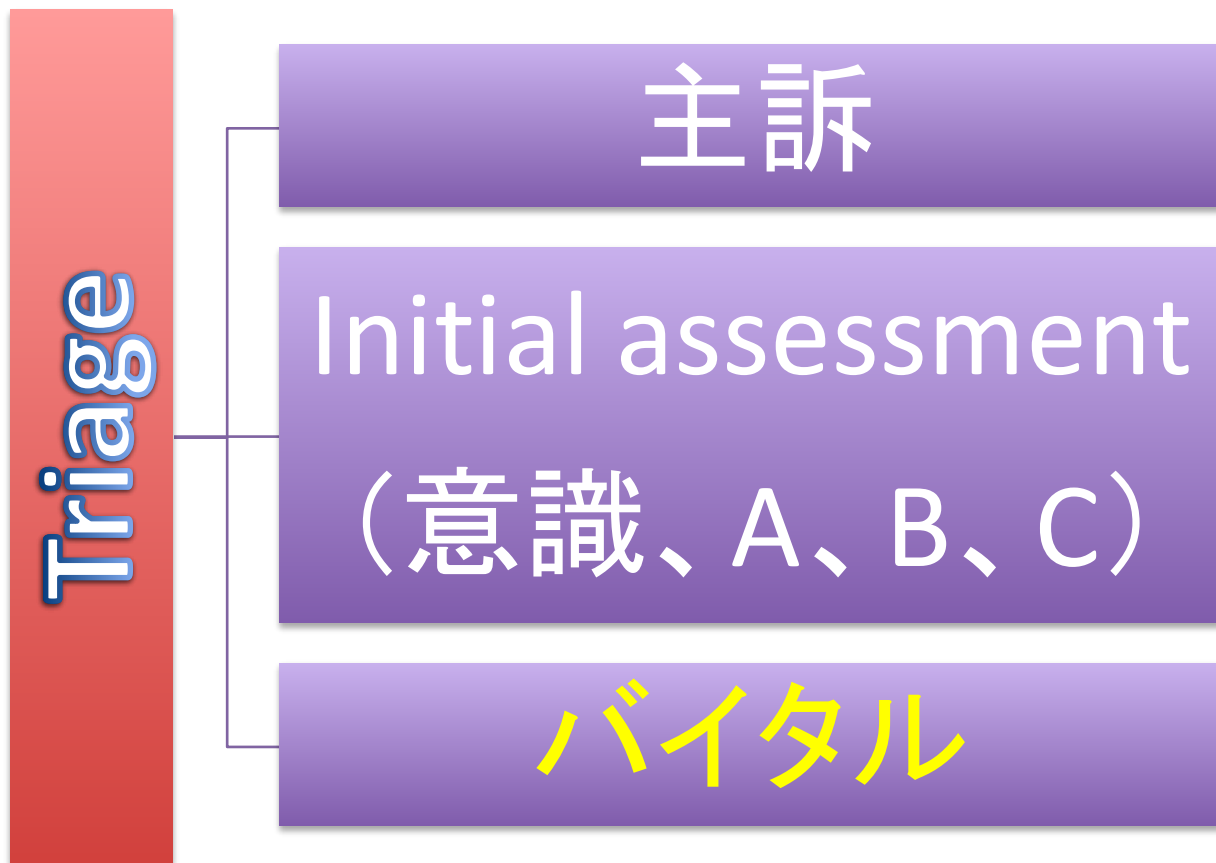
○C: 橈骨動脈の触れ方、冷感／冷汗の有無、CRT

橈骨動脈微弱で頻拍、冷感／冷汗あり
CRT延長

五感を使わないと

- SpO₂がうまく測定できない人を瞬時に低酸素か判断できない。
- 血圧計のエラーで出た低血圧の値をそのままショックと鵜呑みにしてしまう。
- もともと血圧が低い人がショックかどうか判断できない。

Step1 (Triage)



以上から不安定かどうか判断する。

バイタルサイン

○意識レベル:

○血圧 : 90以下

○脈拍 : 120以上、50未満 (正常60-100)

○呼吸数 : 30以上、8未満 (正常12-20)

○体温:

※血圧の異常などはすぐにわかるが
脈拍と呼吸数異常は見落としやすい

救急外来での系統的診察方法 (内科救急編)

Step1: Triage

Step2: Action (stabilization)

Step3: 鑑別診断と情報収集

Step4: 臨床推論と検査

Step5: 特異的治療

Step6: disposition

Step2 (Action=stabilization)

O : 酸素

M : モニタ

I : i.vルート

Step2 (Action=stabilization)

OMI以外の蘇生処置

A: 吸引・気道確保→エアウェイ→気管内挿管

B: 酸素投与以外に、気管内挿管や
緊急脱気(緊張性気胸)

C: 輸液以外に、輸血や
カルディオバージョン／ペーシング(不整脈)

救急外来での系統的診察方法 (内科救急編)

Step1: Triage

Step2: Action (stabilization)

Step3: 鑑別診断と情報収集

Step4: 臨床推論と検査

Step5: 特異的治療

Step6: disposition

Step3 (鑑別診断と情報収集)

緊急度(重症度)の軸と頻度の軸を考える。

例えば頭痛だと？

頭痛

緊急性(重症度)低い

緊急性(重症度)高い

頻度高

発熱に伴う頭痛
緊張型頭痛
片頭痛
副鼻腔炎
薬剤性頭痛

頻度低

アイスクリーム頭痛
三叉神経痛
【無視】

SAH
脳出血
髄膜脳炎
椎骨脳底動脈解離
緑内障
CO中毒
側頭動脈炎

Step3 (鑑別診断と情報収集)

緊急度(重症度)の軸と頻度の軸を考える。

例えば胸痛だと？

胸痛

緊急性(重症度)低い

緊急性(重症度)高い

頻度高

胸膜炎
帯状疱疹
肋間神経痛
気胸
GERD

頻度低

乳癌
恋の病
【無視】

心筋梗塞
大動脈解離
肺塞栓
緊張性気胸
特発食道破裂
消化管穿孔

Step3 (鑑別診断と情報収集)

緊急度(重症度)の軸と頻度の軸を考える。

例えば呼吸苦だと？

呼吸苦

緊急性(重症度)低い

緊急性(重症度)高い

頻度高

肺炎、気管支喘息
COPD急性増悪
心不全、気胸
貧血、代謝性アシドーシス
過換気症候群

頻度低

【無視】

気道閉塞
(異物、アナフィラキシー)
喘息重責
緊張性気胸
心筋梗塞
肺塞栓
不整脈

Step3 (鑑別診断と情報収集)

緊急度(重症度)の軸と頻度の軸を考える。

例えば失神だと？

失神＝頭は少ない

緊急性(重症度)低い

緊急性(重症度)高い

頻度高

神経調節性失神
薬剤性

頻度低

【無視】

心原性
(不整脈、AMI、AS)

血管性
(肺塞栓、大動脈解離)

循環血液量減少
(消化管出血
子宮外妊娠破裂)

Step3 (鑑別診断と情報収集)

緊急度(重症度)の軸と頻度の軸を考える。

例えば嘔吐だと？

嘔吐は多臓器に渡る

緊急性(重症度)低い

緊急性(重症度)高い

頻度高

急性腸炎
腎盂腎炎
単純イレウス
めまい
薬剤性

絞扼性イレウス
急性胆嚢炎
急性肝炎
心筋梗塞
髄膜脳炎
緑内障

頻度低

【無視】
船酔い

代謝性アシドーシス
(DKA、AKA)

Step3 (鑑別診断と情報収集)

2つ以上の主訴がある場合も同様。

例えば発熱＋意識障害だと？

発熱＋意識障害

緊急性(重症度)低い

緊急性(重症度)高い

頻度高

熱せん妄

頻度低

【無視】

敗血症
髄膜脳炎
ADEM
悪性症候群
熱中症
内分泌クリーゼ
薬物中毒

救急外来でつかない診断

- 救急外来で診断がつかないものは山ほどある
(腹痛は25%が診断つかない)
- 無理に急性胃腸炎などと診断をつけない。
- 緊急性の高いものを除外してフォローとすればよい。

Step3 (鑑別診断と情報収集)

緊急性(重症度)の高いものは

感度の高い問診・身体所見・検査で除外

頻度の高いものは

特異度の高い問診・身体所見・検査で確定

緊急性の高いものを除外するため

緊急性(重症度)低い

緊急性(重症度)高い

頻度高

発熱に伴う頭痛
緊張型頭痛
片頭痛
副鼻腔炎
薬剤性頭痛

頻度低

アイスクリーム頭痛
三叉神経痛
【無視】

SAH
脳出血
髄膜脳炎
椎骨脳底動脈解離
緑内障
CO中毒
側頭動脈炎

OPQRSTを用いて

O (Onset) : 発症様式

P (Provocative/Palliative factor) : 増悪寛解因子

Q (Quality) : 質

R (Region/Relative symptoms/Radiation)

: 場所 / 随伴症状 / 放散痛

S (Severity) : 程度

T (Time) : 時間経過

OPQRSTを用いて

O (Onset) : 突然

P (Provocative/Palliative factor) : 特になし

Q (Quality) : バットで殴られたような

R (Region/Relative symptoms/Radiation)
: 頭全体で、嘔吐あり

S (Severity) : 人生最悪の痛み

T (Time) : 全く軽快しない

痛み以外にもOPQRSTは使える (例:失神)

O (Onset) : 仰臥位で発症

P (Provocative/Palliative factor) : 労作時にも起こる

Q (Quality) :

R (Region/Relative symptoms/Radiation)

: 動悸を伴う

S (Severity) :

T (Time) : 1分程度で改善

SAMPLEを用いて

S (Symptoms) : 主訴

A (Allergy) アレルギー歴

M (Medication) : 服薬歴

P (Past history) : 既往歴

L (Last meal) : 最後の食事

E (Event) : 症状のきっかけ

身体所見

頭痛患者ですべき診察

- 角膜混濁の有無、瞳孔散大の有無
- 側頭動脈の硬結
- jolt accentuation (感度97%、特異度60%)
- 項部硬直
- 12神経

頻度の高いものを診断するため

緊急性(重症度)低い

緊急性(重症度)高い

頻度高

発熱に伴う頭痛
緊張型頭痛
片頭痛
副鼻腔炎
薬剤性頭痛

頻度低

アイスクリーム頭痛
三叉神経痛
【無視】

SAH
脳出血
髄膜脳炎
椎骨脳底動脈解離
緑内障
CO中毒
側頭動脈炎

問診(片頭痛)

POUND score

P (Pulsating) : 拍動性

O (hOurs) : 4-72hr

U (Unilateral) : 片側性

N (Nausea) : 嘔気

D (Disability) : 日常生活に支障

4点 : LR24、3点 : LR3.5、2点 : LR0.4

救急外来での系統的診察方法 (内科救急編)

Step1: Triage

Step2: Action (stabilization)

Step3: 鑑別診断と情報収集

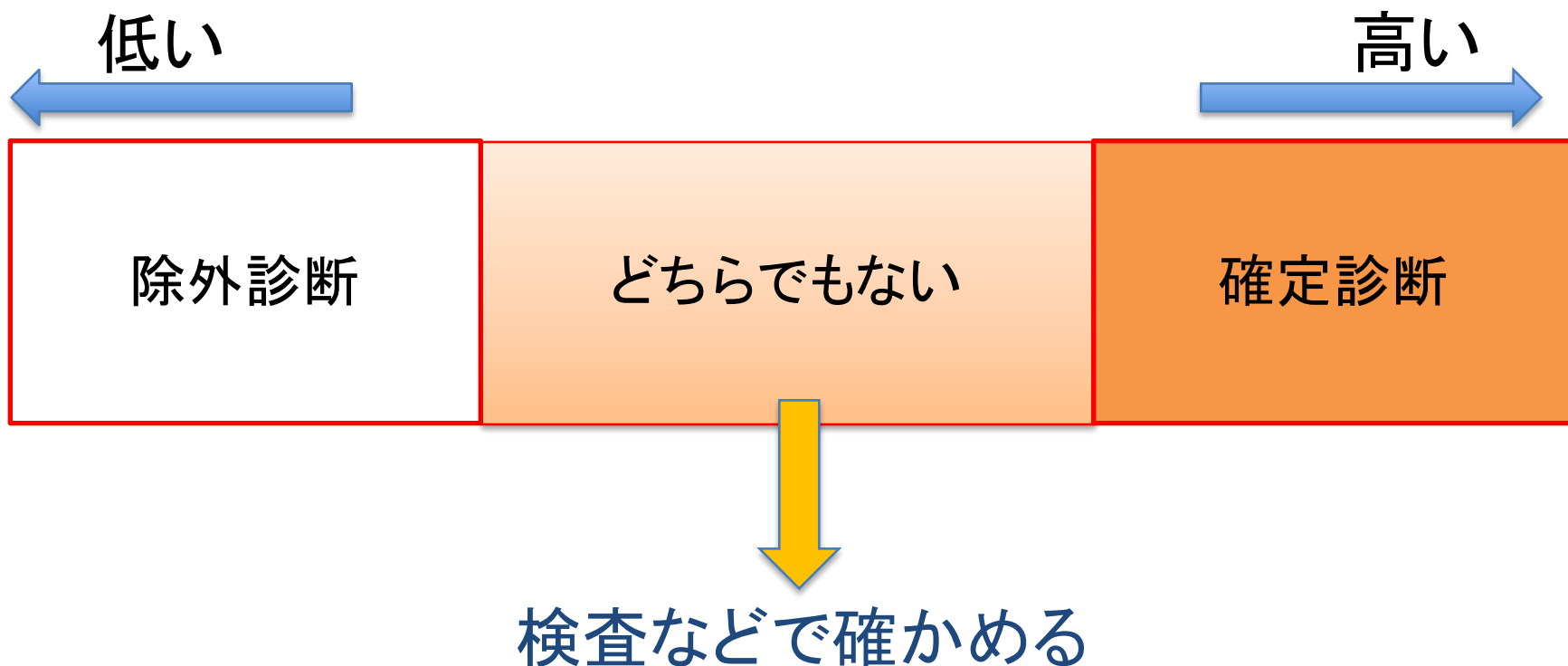
Step4: 臨床推論と検査

Step5: 特異的治療

Step6: disposition

Step4 (臨床推論と検査)

問診・身体所見から検査前確率が



大動脈解離（問診・診察・検査）

- ・大動脈痛（突然の裂けるような痛み）
- ・血圧左右差20mmHg
- ・胸部X線で上縦隔拡大8cm以上

3つそろえばLR66

2つあればLR5.3

1つもなければLR0.1

番外編：ショック

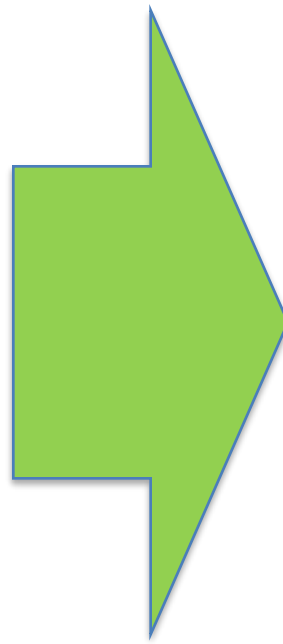
ショックは主訴ではないが

- ・系統的に診断
- ・系統的にどのショックか鑑別する。

ショックの診断

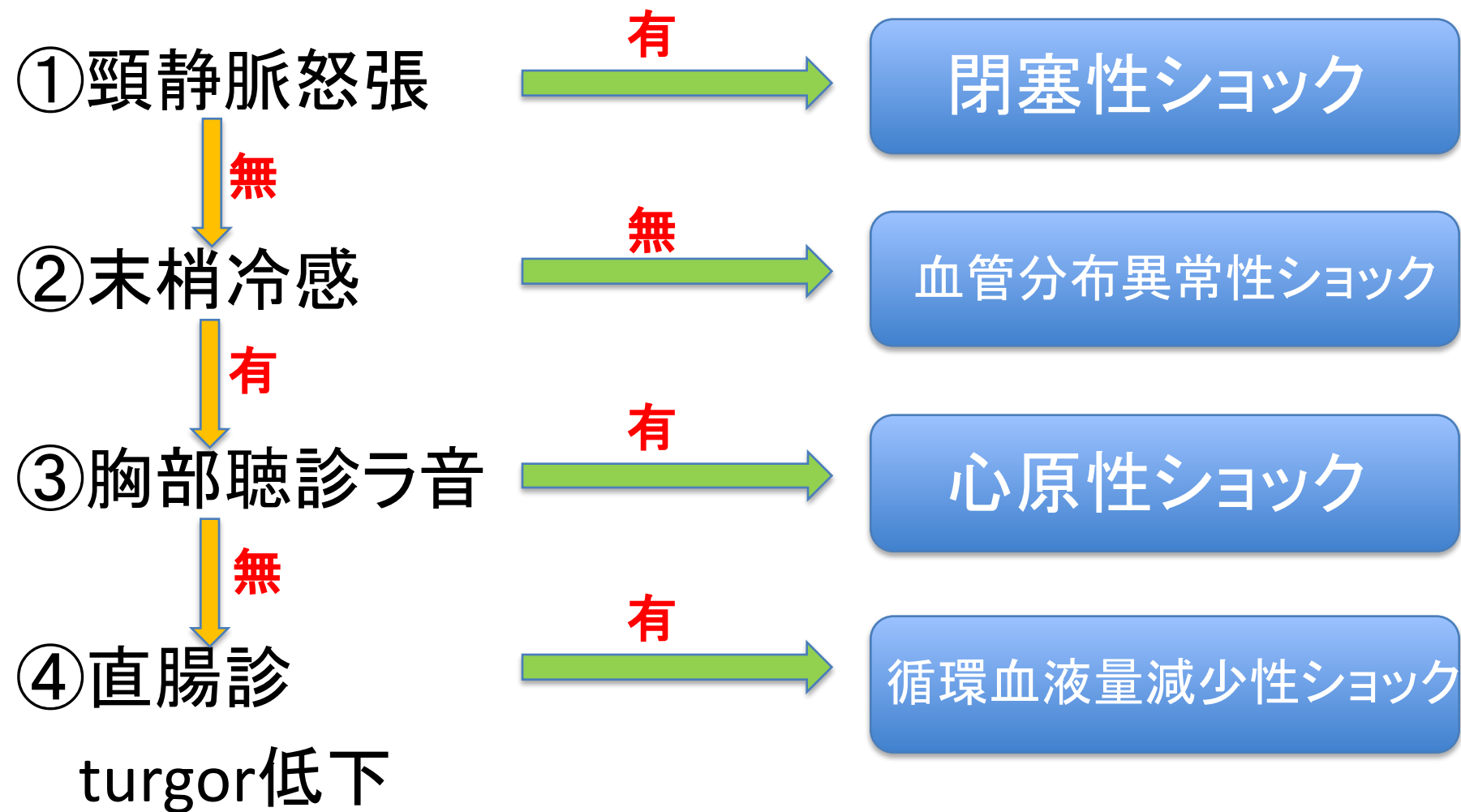
定義：末梢組織の循環不全
(血圧低下する前から始まっている)

- 血圧低下
- 頻脈
- 呼吸促迫
- CRT延長
- 末梢冷感
- 冷汗
- 意識レベル低下



総合的
に判断

ショックの鑑別



※ここにECG、エコー、血液ガスなどを組み合わせる

Take Home message

- A、B、Cを五感でとる (Initial assessment) くせを
- 不安定と判断したら、OMI
- 主訴ごとに緊急性(重症度)の高い疾患と、
頻度の高い疾患を頭に入れる。
- いろいろなevidenceを駆使しながら診断を
- 常に系統的に