

ワンランク アップした 急変時への対応法

編：道又元裕 杏林大学医学部付属病院 看護部長 露木菜緒 杏林大学医学部付属病院 集中ケア認定看護師

目次

急変対応のエビデンスと臨床知

a) 総論

- 急変の総論 (呼吸が重要) 杏林大 道又 元裕
- BLS 兵庫医大 清水 真幸
- ACLS 杏林大 西尾 宗高
- 緊急対応システム (METS, コードブルー, RRT など) 北里大 森安 恵実
- 病院外施設における急変対応 習志野済生会病院 鎌田あゆみ
- バイタルサインからみた急変の考え方 獨協医大 浅香えみ子

b) 一般病棟でもよく遭遇する急変への対応 (症状別)

- 意識レベルの変調 杏林大 露木 菜緒
- けいれん発作 杏林大 高橋ひとみ
- 窒息 帝京大 平山 幸枝
- 頭痛・めまい 岐阜市民病院 吉田 南
- 不 穩 鈴鹿中央総合病院 岡根 利津
- 嘔 吐 鳥取大 中本 有史
- 吐 血 杏林大 植木 玲
- 腹 痛 山形大 佐藤 萌
- 転倒・転落 山形大 須賀 恭子

c) 急性・重症病態における急変対応

- 人工呼吸器装着中患者の急変 (PIP 上昇, TV 低下など) 東京ベイ 戎 初代
- ショック時の対応：出血 岐阜大 佐藤 尚徳
- ショック時の対応：敗血症 東海大八王子病院 剣持 雄二
- ショック時の対応：(心原性) ACS 榊原記念病院 長尾 工
- 心不全の急性増悪 (左右) 榊原記念病院 山形 泰士
- 脳卒中对応 杏林大 蛭沢 志織
- II型呼吸不全患者の急性増悪、対応 東北薬科大 日野 真弓
- 医原性の急変 (人工呼吸器のスタンバイモード) 大阪府三島救命救急C 米倉 修司
- 気管切開チューブの予定外抜去 杏林大 松田 勇輔
- 脳室ドレーン予定外抜去 那覇市立病院 里井 陽介
- 胸腔ドレーン予定外抜去 岩手県立中央病院 松村 千秋

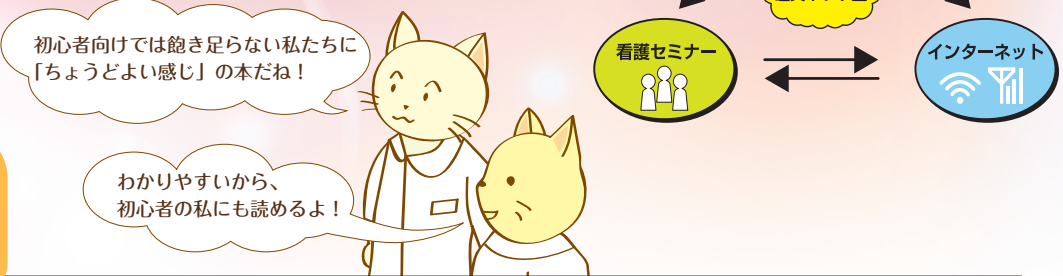
d) 知っておきたい急変についての知識

- 急変対応とチームステップス (教育含む) 浜松医療C 笠原 真弓
- 急変時に用いる薬剤の知識 前橋赤十字病院 小池 伸享
- 急変事例の振り返りからみた対応 (カンファレンス) 高槻病院 高西 弘美
- 急変対応に関する文献レビュー (海外事情) 筑波大 櫻本 秀明

※都合により内容の一部が変更になる場合がございます。

日常の看護業務の「深いところ」を知りたい人のための雑誌 ワンランク上を目指したい全てのナースのために！

- 先輩ナースの日常の**臨床知(経験知)**が学べます。
- 本誌は、**セミナー + インターネット**と連動しています。
- あなたからの**質問**をお受けします。



その看護業務がなぜ行われるのか、エビデンスに基づいた方法なのが、きちんとわかる記載

I. 急変対応のエビデンスと臨床知

意識レベルの変調

～適切な評価と対処で危機的状況を回避せよ！～



杏林大学医学部付属病院 (集中ケア認定看護師) 露木 菜緒

エビデンスと臨床知

エビデンス

- ☑ 意識レベルは開眼の有無、とくに瞬きが重要である。
- ☑ SpO₂ 測定で低酸素症は判断できない。
- ☑ 片方の腕 (または足) の麻痺や、構音障害、顔面の弛緩のいずれかをみとめたら脳卒中を疑う。

臨床知

- ☑ 脳ヘルニア徴候があった場合には、頭部を 30° 挙上させ頭蓋内圧の低下を図る。
- ☑ 慢性呼吸不全患者をみわけけるためには、視診で体型変化を観察することが重要。
- ☑ 不穏状態をみたら、まずは低酸素を疑う。

はじめに

● 急変という、突然の意識障害、呼吸停止、心停止、つまり CPA (cardio-pulmonary arrest: 心肺停止) ととらえることが多いと思いますが、意識障害は心肺停止でなくても起こります。意識障害の程度や原因はさまざまありますが、生命の危機的状況ととらえ、すみやかな対応が求められます。

意識障害患者の初期対応

● 意識障害の患者に遭遇したら、まずは、意識・呼吸・循環の確認で①、CPA 状態であれば意識障害の原因にかかわらず、すみやかに蘇生を開始します。CPA 状態でなくても、酸素投与、静脈路の確保など、呼吸・循環の安定を優先に行います。呼吸・循環が安定したあと、意識レベルの評価を行います (図 1)。

① p.00「BLS」の項参照。

② 丹下大祐: 脳卒中初期診療アルゴリズム, "ISLS コースガイドブック" (日本救急医学会, 日本神経救急学会 監), へるす出版, pp.19-22, 2006

著者プロフィール (露木菜緒)

浜松医科大学医学部付属病院にて ICU・救急部他勤務、同院副看護部長を経て、現在杏林大学医学部付属病院に勤務。2004 年集中ケア認定看護師の資格を取得。

- 意識レベルの評価方法には、代表的なものに JCS (Japan Coma Scale) 表 1 と GCS (Glasgow Coma Scale) 表 2 があります。
- JCS は開眼の有無で意識レベルを 3 段階にわけ、刺激しなくても開眼している状態を I 桁、刺激すると開眼する状態を II 桁、刺激しても開眼しない状態を III 桁とします。一般的に、意識障害患者に遭遇したときに、重症度をトリアージする場合に JCS を用います。自発的に開眼がみられない II 桁または III 桁に低下していれば急いで対応しなければならないと判断します。

エビデンス 1

意識レベルの評価では、開眼を重要視しています。正確には開眼ではなく、瞬きが重要です。瞬きの存在は意識の中核である脳幹網様体の機能が正常であることを意味しています。つまり、開眼していても自発的に瞬きがなければ覚醒しているとはいえません。逆に開眼していても自発的に瞬きがあれば覚醒していると判断します^②。たとえば、見当識はきちんと答えられるけれど、開眼すると嘔吐が出現し開眼できない状態のときなど JCS III 桁が迷います。このような状態のとき、瞬きができれば JCS 0 点となります。

- GCS は開眼・言語・運動の 3 項目で点数を付け、もっとも悪い状態はすべてのスコアが 1 点 / 合計 3 点となります。GCS は、呼吸・循環動態安定のための処置をした後、きちんと意識レベルを評価する場合に用います。GCS が 8 点以下や GCS の合計点が 2 点以上低下する急激な意識レベルの低下、瞳孔不同・片麻痺・クッシング現象 (高血圧をともなう徐脈) など脳ヘルニア徴候^③をともなう意識障害の場合は、すみやかに頭部 CT を行います。



臨床知 1

脳ヘルニア徴候があった場合は、体位は頭部を 30° 挙上させ静脈還流を促進させ、頭蓋内圧の低下を図ります。また、十分な酸素投与と気道確保をし、グリセリンなどの浸透性利尿薬を使用します。さらに、頭蓋内圧が高いと嘔吐のリスクもあるため、横向きにさせ誤嚥予防の体位をとります。そのほか、吸引などの刺激を避け、呼吸や痛みの管理を厳重に行います。脳ヘルニアが解除できなければ、外科的治療や脳室ドレナージなどを行います。脳ヘルニアは生命危機の状態ですから、脳ヘルニア徴候には十分な注意が必要です。

エビデンス 1

③ 若杉雅浩: 睫毛反射の重要性, "ISLS ガイドブック 2013—脳卒中初期診療のために" (日本救急医学会, 日本神経救急医学会, 日本臨床救急医学会 監), へるす出版, p.36, 2013

臨床知 1

エビデンスはなくても、ベテランナースが「臨床知 (経験知)」として知っている秘訣を記載