

クリティカルケア 救急患者のアセスメント



2020年10月8日(木)

水戸医療センター

本日の講義内容

- 1 救急患者の特徴は
- 2 救急患者に必要なフィジカルアセスメント
- 3 緊急度と重症度の違いとは
- 4 トリアージの必要性について
- 5 医師への報告の方法を述べられる

救急患者の特徴ってなに？

1) 突然の発症

慢性疾患の患者では急激な状態の悪化
患者・家族の動揺、混乱、不安がある

2) 何らかの症状があり、診断されていない 状況のことが多い

3) 情報量が限られている

4) 患者・家族と医療者との信頼関係が 構築されていないことが多い

5) 患者の見た目と緊急度・重症度が異なることがある

6) 年齢・性別・国籍・社会背景などが多種多様である



救急患者を対応する看護師に求められている 知識・技術・能力

- 1) 緊急性を判断すること
優先順位を決定すること
- 2) 予測性をもった看護実践ができること
- 3) 必要な情報を的確に収集すること
(身体的・社会的問題含む)
- 4) 患者・家族への精神的ケアを行う
- 5) 倫理的視点を大事にする



救急の現場で評価する緊急度・重症度



救急の現場では…



緊急度

時間経過が生命の危険性を左右する程度

重症度

病態そのものが生命の危険性に及ぼす程度

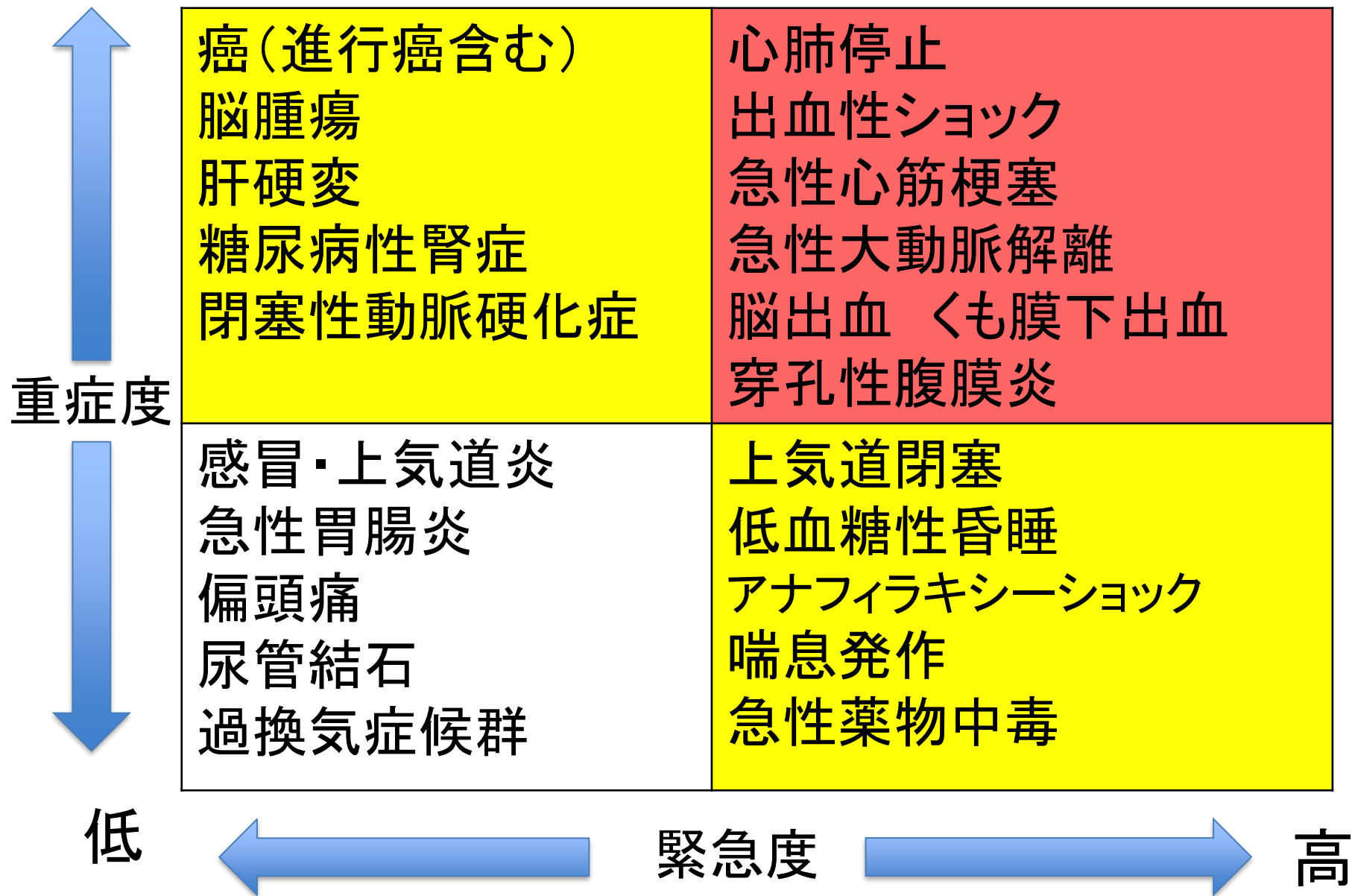
緊急度の定義

緊急度	定義
緊急	既に生理学的に生命危機に等しい病態 病態が増悪傾向にある
準緊急	2時間を目安とした時間経過が生命予後・機能予後に影響を及ぼす 病態
低緊急	上記には該当しないが、診察が必要な病態
非緊急	上記には該当せず、医療を必要としない状態

重症度の定義

重症度	定義
死亡	初療時において死亡が確認されたもの
重症	3週間以上の入院加療を必要とするもの
中等度	重症または軽症以外のもの
軽症	入院加療を必要としないもの
その他	医師の診断がないもの

高 内因性疾患・病態の重症度と緊急度



看護の現場でのトリアージ



レベル1—蘇生
レベル2—緊急
レベル3—準緊急
レベル4—低緊急
レベル5—非緊急

トリアージにおける5つのレベル

診察の優先順位をつける

看護の現場でのトリアージ

看護度・時間で行われること
などにより順位を決める



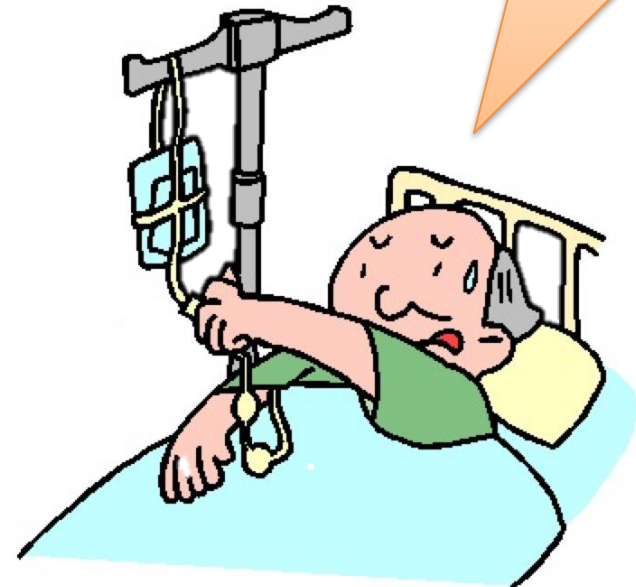
術後だから



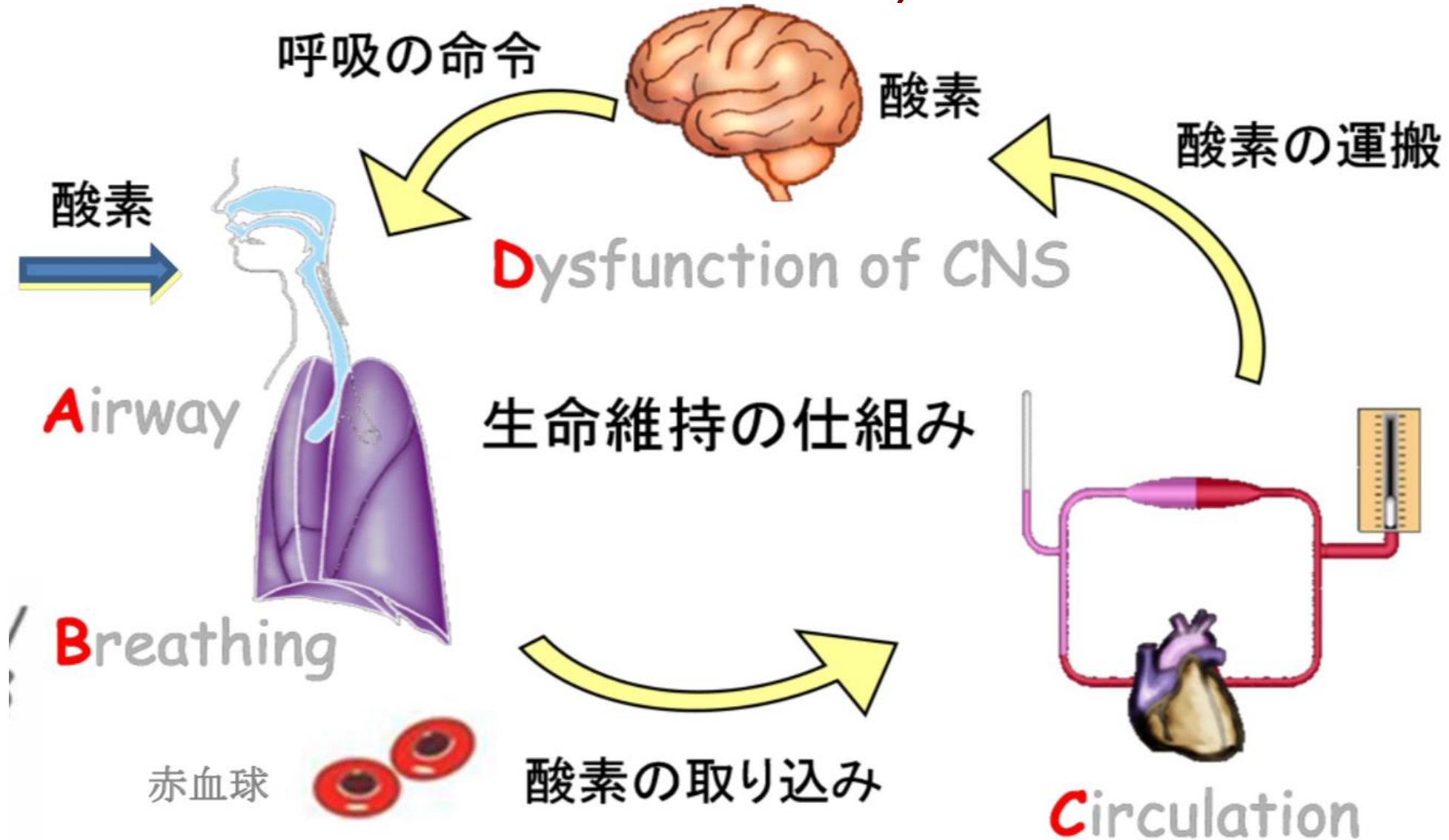
感染症だから

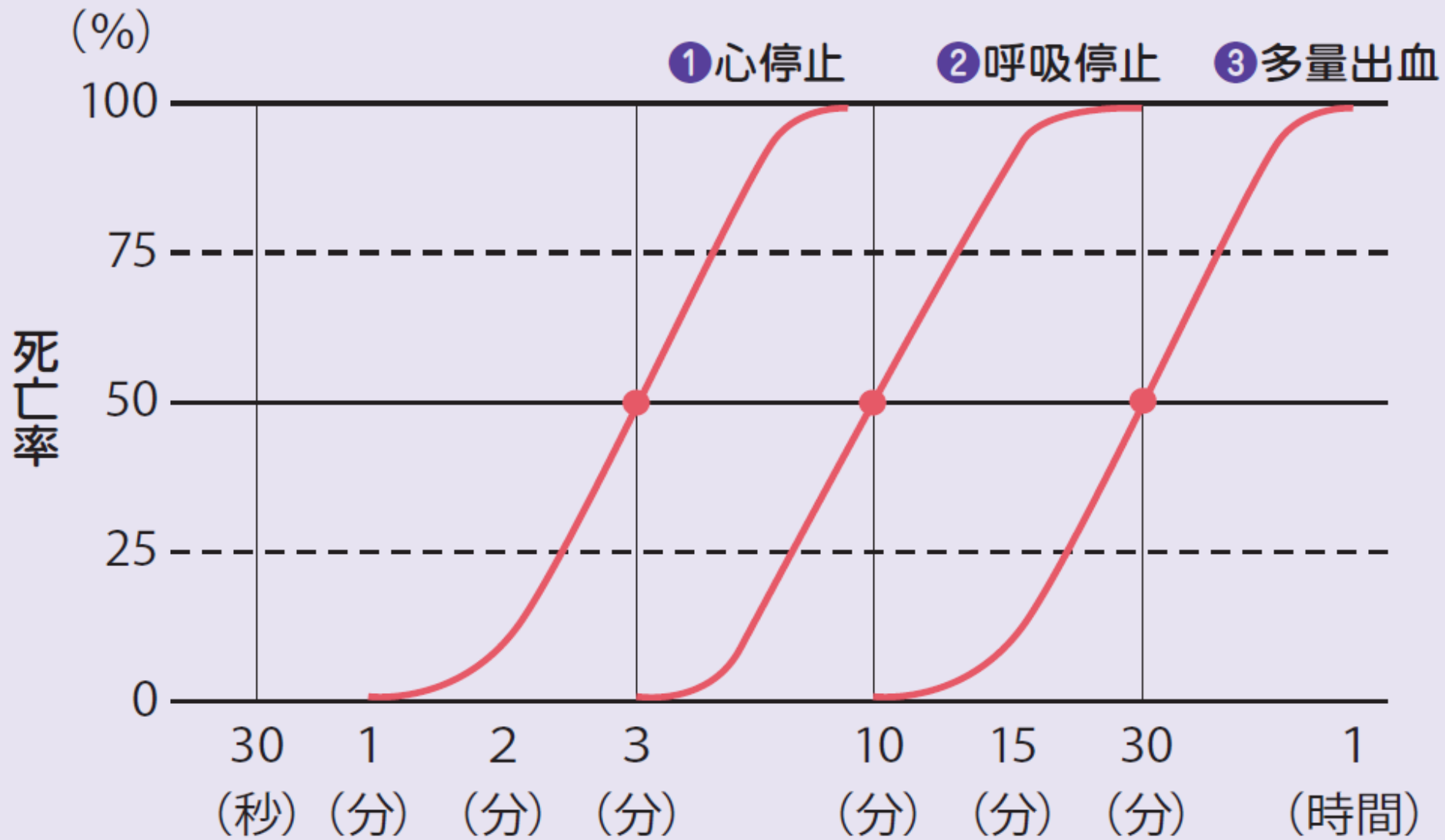


せん妄に
なりそう



生理学機能である 酸素循環 (ABCD) の破綻





① 心停止後、3分で50%が死亡

② 呼吸停止後、約10分で50%が死亡

③ 多量出血後、約30分で50%が死亡

その症状なにかあるかも！

多くの症例では

心停止の6～8時間前に

急変の前兆が認められている

早期の急変対応により予期せぬ死亡
を未然に防ぐことは可能

病態変化と急変時対応



ショックの5徴候(5P)

冷汗

perspiration

交感神経 ↑
→ 汗腺ひらく

顔面蒼白

pallor

全身の血管が収縮
血流 ↓
→ 冷・白



脈拍触知不能

pulselessness

心拍出量 ↓
その前にまず脈拍数昇

虚脱

prostration

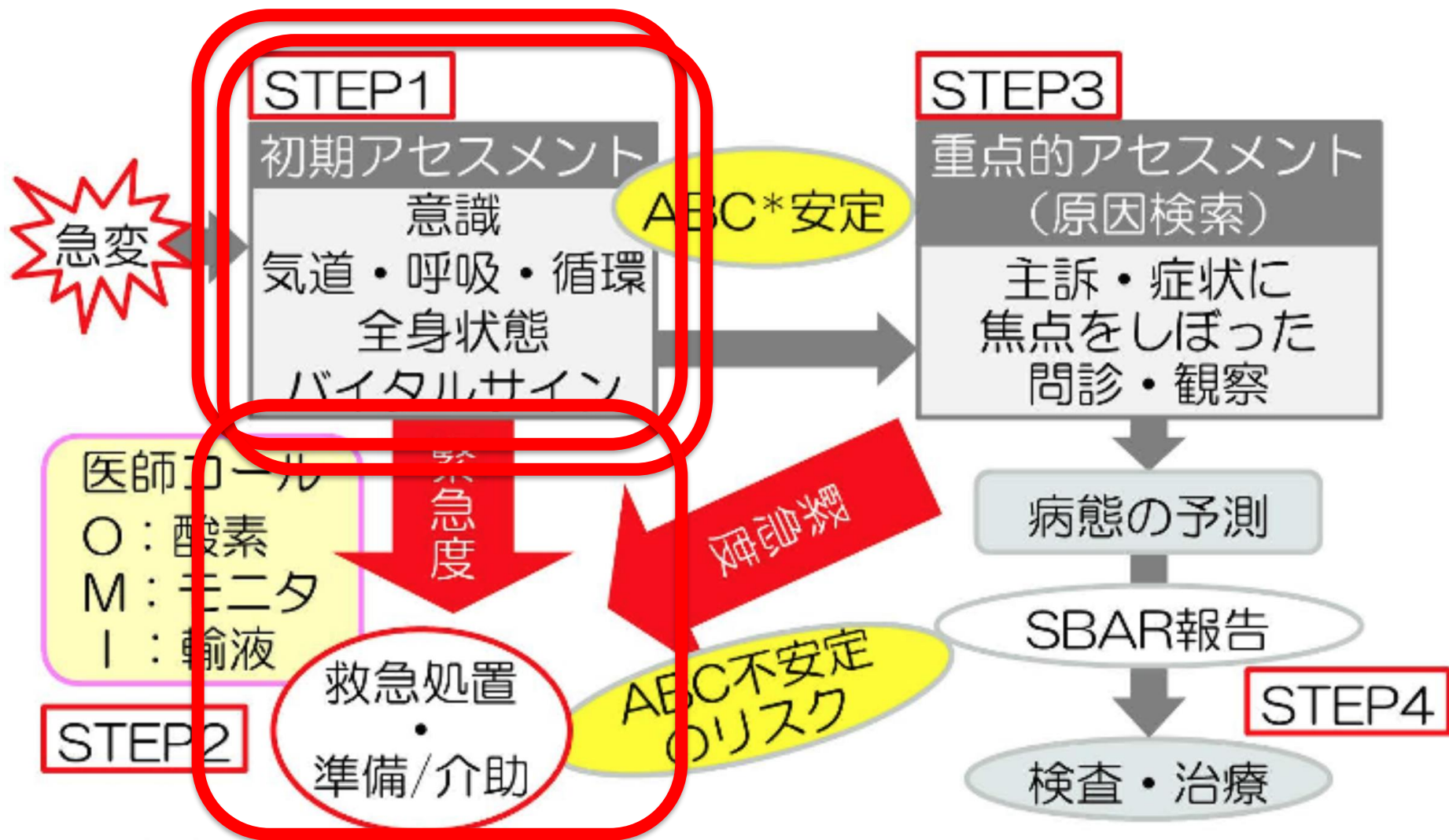
脳血流 ↓
無気力、不穏など

呼吸不全

pulmonary
deficiency

低酸素血症
代償で過換気へ

患者急変時のプロトコール



*A: 気道、B: 呼吸、C: 循環

初期アセスメントをしましょう



まずは**第1印象**はどうか？

パッと見た印象(状態)は？

出血・倒れている・匂い
患者の訴え・表情など

苦しそう
顔面蒼白
視線が合わない



看護師の第六感？

なんかへん？



長い経験から第6感で予測ができる
しかし、なぜそう思ったのかを明確に
は説明できない場合が多い

呼吸不全

循環不全
ショック

中枢神経
障害

代謝不全

STEP1 初期アセスメント

緊急度の判断をしましょう

D: 意識の観察

A: 気道開通の観察

B: 呼吸の観察

C: 循環の観察



正常ですか？異常ですか？

STEP1 初期評価アセスメント手順表

	評価	認識	行動
気道	発声の有無 狭窄音・喘鳴・ゴロゴロ音	開通 狭窄 閉塞	気道確保を行う 用手・エアウェイ 挿管
呼吸	回数・早いor遅い・リズム・深いor浅い・胸郭の動き・呼吸音・下顎が上下・呼吸補助筋を使った呼吸 SPO2<94%	正常 窮迫状態 不全状態	酸素 マスク・BVM 呼吸器
循環	蒼白・虚脱・冷や汗 頻脈・徐脈・弱い・リズム 血圧・	正常 代償機能 不全状態(ショック)	輸液 心電図 除細動
意識	JCS・GCS・AVPU 血糖値・瞳孔初見・麻痺の有無 痙攣	正常 異常:切迫するD	ペンライト・瞳孔計 血糖測定器

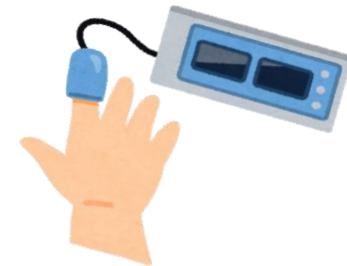
異常に気がつくには、正常がわかる事が大切！

STEP2 行動 救急処置の準備・介助



救急カートの中は日々点検していますか？
資機材は使いこなせますか？
すぐ使用できるようになっていますか？

情報収取を始めましょう
記録を開始します



STEP3 患者情報を集める・報告の準備

STEP1で評価した生理学的評価をふまえ
患者の訴え、症状に焦点を当て評価していく

B 「緊張性気胸」
「肺梗塞症」
「重症肺炎」
生理学的異常初見が
顕著に現れた状態

C 「ショック症状」
蒼白・虚弱・冷汗・呼吸不全・脈拍触知不能
「心不全」「致死的不整脈」
不穏・興奮・頸静脈怒張
胸部症状

D 「脳ヘルニア徴候」
GCS8点以下・JCS30以上
GCS2点以上の低下
瞳孔不同・麻痺・
クッシング徴候(血圧上昇・徐脈)

緊急処置の必要性の有無



パニック値

呼吸：頻呼吸→30回以上

徐呼吸→10回未満

脈拍：頻脈→120回以上

徐脈→60回未満

SPO2：92%未満

(ルーム94%以下)

血圧：収縮時血圧90mmHg
未満

体温：36°C未満

生命を脅かす状態の徴候

気道(A)：完全な気道閉塞

呼吸(B)：無呼吸、徐呼吸

著しい呼吸努力増加

循環(C)：脈拍触知不能、循環不良

低血圧、徐脈

神経学的所見(D)：

無反応、意識低下

切迫する脳ヘルニア徴候

全身観察(E)：重大な出血、

著しい低体温(34°C未満)

急性腹症に一致する腹部膨満

敗血症ショックに一致する

点状出血や斑点

STEP3 患者情報を集める・報告の準備

SAMPLEを用いる

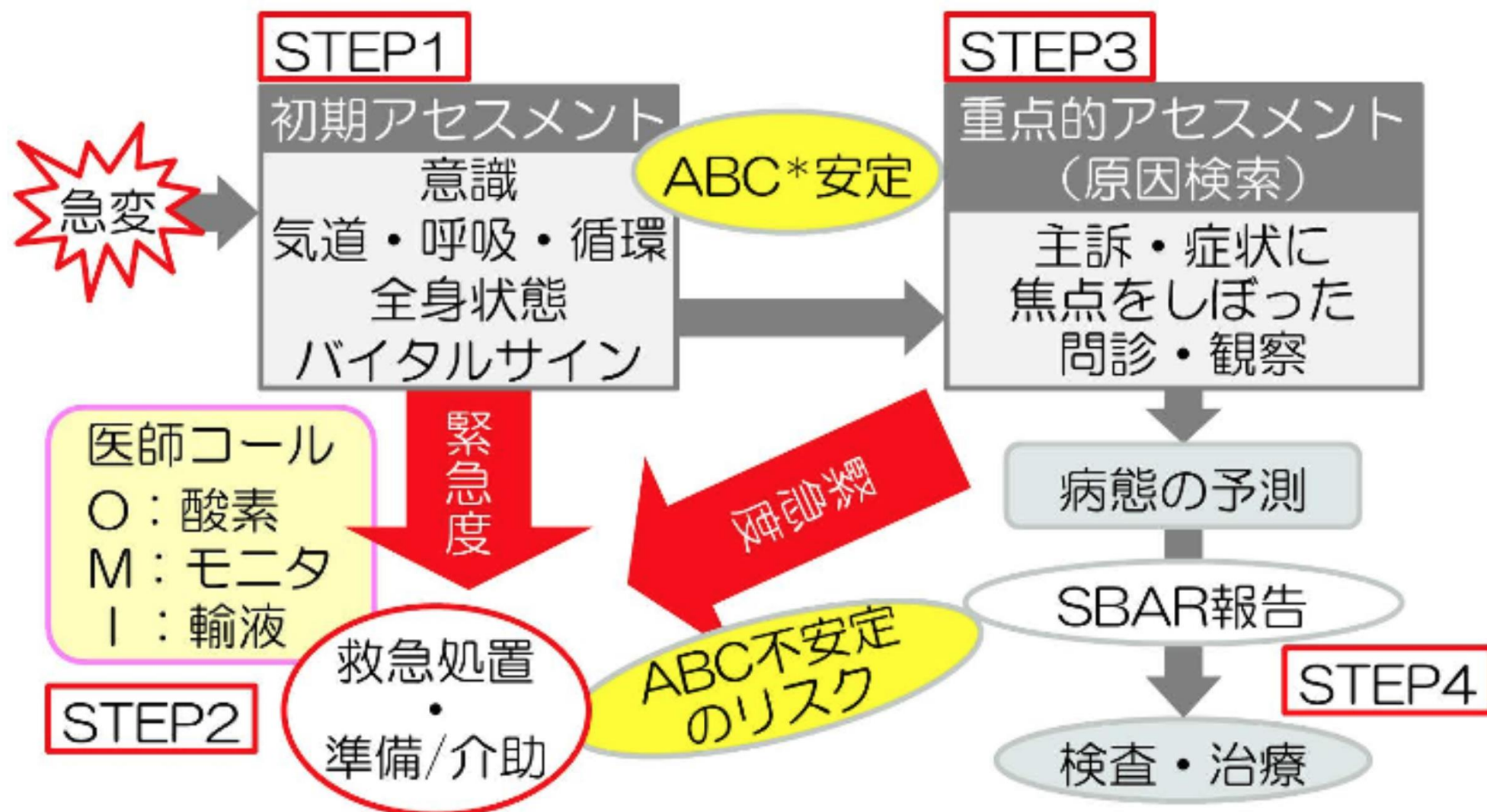
S ign and symptom	主訴
A llergy	アレルギー
M edication	内服薬
P ast medical history	既往歴
L ast meal	最後の食事
E vent	現病歴

STEP4 報告と精査・治療の決定

I-SBAR-Cで報告

報告者・対象者の同定 (Identify)	A病棟のタナカです、2病棟10号室のサクラさんについて報告です
状況 (Situation) 患者に起きていること	10号室のサクラさんですが 意識レベルの低下、呼吸の異常があります
背景 (Background) 患者の臨床的な背景・状況はなにか	サクラさんですが昨日、肺炎で入院しているかたです。 発熱があり抗生剤の治療を行なっている方です。 15時のラウンドでは変わりなかったのですが、先ほどナースコールが鳴り訪室すると落ち着きなく苦しいと訴えています SPO2は現在90%です
評価 (Assessment) 私の考える問題	低酸素状態と肺炎の悪化からくる呼吸状態の悪化の可能性を考えました
提案 (Request) 私の提案	レントゲンや血液ガス評価はいかがでしょうか？できれば診察をお願いしたいです
指示の復唱・確認 (Confirm)	検査出しの準備をして待っています

患者急変時のプロトコール



*A: 気道、B: 呼吸、C: 循環

あなたが病棟内の廊下を歩いていると
トイレの前で患者が倒れていました



Q1 まず行うべきことは？

第一印象として判断

不自然なところで倒れている
冷や汗が見られている

Q2 ステップ1に進みますか？

もちろん！

ちかくに寄ると、声かけで開眼する、呼吸は浅く、
立ち上がろうと動きだしたがすぐに倒れてしまう
手を触れると冷感・湿潤があった 脈拍は触れている



STEP1 初期評価アセスメント手順表

	評価	認識	行動
気道	声が出ている	開通	B評価に進む
呼吸	浅い・早い・SPO2 89% 呼吸音は正常 34回/分	窮迫症状	酸素投与(準備)
循環	脈拍触知大腿部でなんとか 末梢冷感湿潤あり 110回/分	代償性ショック末期	輸液準備(投与) 心電図
意識	JCS I -1 GCS: E3V3M5	切迫するDなし レベル低下	

異常に気がつくには、正常がわかる事が大切！

ケース1

Q3 次に進むステップは？ 2 or 3

STEP3に進んだ

病室へストレッチャーで移動しバイタル測定を行なった
バイタルはこの方にとって変化なし
意識レベルJCS2、GCS:E3V4M6

Q4 次に進む行動は？ ステップ4 or 回診まで待つ？

せっかくなので報告しましょう

この患者は脳梗塞でリハビリ中の60歳男性です
麻痺は改善されておりリハビリも歩行訓練をしています
既往歴はDM

<p>報告者・対象者の同定 (Identify)</p>	<p><u>所属 のあなたの名前です、部屋号室の患者名前さんについて報告です</u></p>
<p>状況 (Situation) 患者に起きていること</p>	<p>7東のイオンさんですが、約10分前にトイレ前で倒れているところを発見しました。 顔色が悪く、冷感湿潤があり、意識レベルがほぼ清明であった方が現見当意識症状があります</p>
<p>背景 (Background) 患者の臨床的な背景・状況はなにか</p>	<p>脳梗塞で治療中のかたです、リハビリを現在行なっている段階です</p>
<p>評価 (Assessment) 私の考える問題</p>	<p>倒れた原因が不明ですが頭部打撲の可能性ががあります。 見当意識障害があるたせいか、なぜ倒れていたのか、本人からは聞いていません</p>
<p>提案 (Request) 私の提案</p>	<p>継続観察で良いですか？それとも頭部CTをした方がよいでしょうか？</p>
<p>指示の復唱・確認 (Confirm)</p>	<p>経過観察します。2時間後のバイタル測定まで経過をみて意識レベル低下や麻痺の出現などが発見した場合はCT準備をして先生をコールします</p>



pixta.jp - 7235696

お疲れ様でした