

日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red

Cross Kyushu International College of

Nursing

胸痛にまつわるエトセトラ胸痛アセスメントの第一歩!

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2016-02-20 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 城田, 智之, 小池, 伸享 メールアドレス: 所属:
URL	https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/464

日本赤十字九州国際看護大学学術情報リポジトリ

タイトル	胸痛にまつわるエトセトラ胸痛アセスメントの第一歩!
著者	城田 智之, 小池 伸享
掲載誌	救急看護トリアージのスキル強化, 4(3) : pp 26-31.
発行年	2014.
版	publisher
URL	http://id.nii.ac.jp/1127/00000439/

<利用について>

- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの著作権は、執筆者、出版社(学協会)などが有します。
- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの利用については、著作権法に規定されている私的使用や引用などの範囲内で行ってください。
- ・著作権に規定されている私的使用や引用などの範囲を超える利用を行う場合には、著作権者の許諾を得てください。
- ・ただし、著作権者から著作権等管理事業者(学術著作権協会、日本著作出版権管理システムなど)に権利委託されているコンテンツの利用手続については各著作権等管理事業者に確認してください。

胸痛にまつわるエトセトラ 胸痛アセスメントの第一歩！

前橋赤十字病院 高度救命救急センター

城田智之 救急看護認定看護師

しろた ともゆき ●2001年群馬大学医学部附属病院に入職。2002年同院ICU・救急部所属。2008年前橋赤十字病院に入職。高度救命救急センター配属、初療室勤務。2014年救急看護認定看護師資格を取得。



小池伸享 係長／救急看護認定看護師

こいけ のぶゆき ●1998年前橋赤十字病院入職。同院高度救命救急センター所属。高度救命救急センター所属として、手術部、HCUを経て、現在初療室に勤務。2008年救急看護認定看護師資格取得。



Point

胸痛を訴える患者では、4killer chest painすなわち急性冠症候群（ACS（急性心筋梗塞，不安定狭心症）），大動脈解離，肺血栓塞栓症，緊張性気胸の4つを常に意識して，これらを除外する。

患者に接した最初の数秒間で，視覚（目で見て）・聴覚（耳で聴いて）・触覚（手で触って）を使って，患者の緊急度・重症度を判断する。

胸痛のみを訴えて受診する患者は少ないため，随伴症状（悪心・嘔吐，咳嗽，呼吸困難，発熱，動悸など）を詳しく聴取し，診断に結び付ける。

広く，大事なことは緊急性の高い重症疾患を初期診療の時点で見破ることです。

見逃してはいけない疾患：

4killer chest pain

◎急性冠症候群（ACS）

突然の冠動脈内腔の閉塞または狭窄により引き起こされる症候群を言います。急性心筋梗塞，不安定狭心症，心原性突然死が含まれます。胸痛は，締め付けられる感じや圧迫される感じなどと表現されることが多いです。胸痛は肩，腕，もしくは下顎などに放散することがあります。

危険因子として，糖尿病・高血圧および脂質異常症の既往歴，喫煙歴，そして心臓病の家族歴があります。心原性ショックを呈していれば重症度は一目瞭然ですが，一見安定しているようでも，救急室で突然の心室細動に移行する可能性があるため，油断することはできません。

◎大動脈解離

大動脈内膜の亀裂により中膜が2層に剝離し，長軸方向に真腔と偽腔に解離した状態を言います。突然の胸痛に加え，背部痛を呈していることが多いです。胸痛と背部痛の始まる順番は，大動脈解離の位置によって変わってきます。発症早期に心タンポナーデ，大動脈弁閉鎖不全症，急性左心不全，大動脈破裂，急性心筋梗塞，脳・腸管・腎虚血などの致死的合併症を併発するこ

胸痛の特徴

生命に直結する臓器である心臓や肺のある胸に痛みを感じた時，人は誰もが不安な気持ちになります。胸痛のために医療機関を受診する患者は意外なほど多いです。胸痛とは，胸郭に発生する痛みのことを言い，痛みの由来は胸郭表面，胸郭内臓器，あるいは腹部臓器などです。胸痛を来す原因には，心臓，大動脈，肺などの生命に直結する器官に疾患を有している場合も少なくないです。

胸痛を訴える患者では，4killer chest painすなわち急性冠症候群（acute coronary syndrome：ACS〈急性心筋梗塞，不安定狭心症〉），大動脈解離，肺血栓塞栓症，緊張性気胸の4つを常に意識して，これらを除外するために積極的に病歴，身体所見を取る必要があります。また，胸痛は胸部の疾患以外でも起こり得るため，肺や心臓だけでなく，整形外科・心因性・胸壁・消化管の疾患なども見落とさずに鑑別する必要があります（表1）。

胸痛の患者から考えられる危険な疾患

胸痛を訴える患者から考えられる疾患の幅は

表1 急性の胸痛を来す主な疾患

心疾患	急性心筋梗塞, 狭心症, 心膜炎, 心臓弁膜症
脈管系疾患	急性大動脈解離, 肺血栓塞栓症, 胸部大動脈瘤, 肺高血圧
呼吸器疾患	肺炎, 気胸, 気管支炎, 膿胸, 胸膜炎, 縦隔炎
消化器疾患	逆流性食道炎, 突発性食道破裂, 食道痙攣, アカラシア, 胃十二指腸潰瘍, Mallory-Weiss症候群, 胆石症, 胆嚢炎, 急性膵炎
整形外科疾患	肋骨骨折, 脊椎腫瘍, 肋軟骨炎, 脊椎圧迫骨折, 頸椎ヘルニア, 脊椎炎, 肋間筋痙攣
胸壁疾患	乳腺炎, 带状疱疹, Tietze症候群
心因性疾患	不安定神経症 (パニック障害), 過換気症候群
その他	带状疱疹, 筋肉痛

とがあり、死亡率が極めて高い疾患です。

◎肺血栓塞栓症

肺血栓塞栓症の場合、小さいものは胸痛のみしか認められず、初期診療では診断が困難であることが多いです。広範囲の血栓症では、酸素飽和度が低下し、チアノーゼが認められます。また、ほとんどの肺血栓塞栓症の原因が深部静脈血栓症であるため、深部静脈血栓症の危険因子があるかどうかが問診の重要ポイントです。長期臥床、手術、悪性腫瘍、エストロゲン製剤内服などの有無について尋ねます。

下肢静脈血栓症では下肢が腫脹し、圧痛を伴うことが多いので、視診・触診が手がかりとなります。自覚症状は、労作時の息切れ、胸痛、咳、失神、胸内苦悶感などです。

◎緊張性気胸

気胸は肺の一部が破れ、その外側にある胸腔に空気が漏れたり、肺を圧迫したりしてしまう状態です。胸痛は突然発症し、胸痛以外に咳を呈していることが多いです。緊張性気胸は、気胸により心血管系を圧迫して、静脈還流ができなくなった状態です。心タンポナーデと同様に、緊張性気胸では心外閉塞性ショックを呈します。緊張性気胸は救急医療における急死の原因の一

つであり、対応が遅れれば心停止に至る恐れがあります。

頻度の高い胸痛を伴う疾患

◎逆流性食道炎

通常、胃と食道の境には弁の働きをする括約筋があるため、一度胃に入ったものは食道に戻ることはありません。ところがこの括約筋が緩んでいると、胃の中のものが食道に逆流してきます。胃の粘膜は、塩酸からなる胃液に比較的強くできています。しかし食道は、括約筋の弁に守られているため、一般に塩酸にさらされることはまれです。

ところが、食道裂孔ヘルニアという括約筋の緩んだ状態では、胃の中のものはすぐ食道に戻ります。横になったりゲップが出たりした時などに胃液が戻ってくると、酸に弱い食道粘膜はひとたまりもありません。みぞおちから胸板の辺りにかけての痛み、胸痛や胸やけが特徴的です。

◎肺炎

肺炎は、肺組織がウイルスや細菌などの影響で炎症を起こしてしまう病気のことです。肺炎は、発症原因や発病した場所によって、市中肺炎、院内肺炎、細菌性肺炎、非定型肺炎、真菌性肺炎、誤嚥性肺炎などに分類されます。

肺炎の症状には、激しい咳、高熱、倦怠感、痰の増加、胸痛、呼吸困難などがあります。高齢者が発症した場合、咳や胸痛を伴わないことがあります。これらの症状は、肺炎として分類される病気の共通項であり、種類によってはさらに悪化することがあります。

◎気胸

今まで無症状であった人が突然呼吸困難を発症し、咳嗽で悪化する胸痛を訴えることが多く、一般に発熱はなく若いやせ型の男性に多いです。病歴上、以前に気胸の既往を持つ症例も数多く認めます。自然気胸では一般に緊急性は少ない

ですが、緊張性気胸では高度の呼吸困難を生じ重篤となります。

◎不安神経症

不安神経症というのは、さまざまな神経症の中でも一番多いタイプの神経症です。俗に言う不安は、人は誰でも日常よく感じることがあります。不安神経症という病気で生じる不安は、理由や対象がはっきりとせず、我慢することができずと同時に、言葉ではなかなか表現しにくく、他人に理解してもらえません。突然、非常に強い不安感や恐怖感が起こり、それに伴って身体反応として、心臓がドキドキしたり、息が苦しくなって胸が詰まりそうになったりします。そのほか、冷や汗をかいたり震えが出たりして、自分は死ぬのではないかと思うほどの強い恐怖感に襲われます。

ここが重要!

現場では、胸痛を呈する患者の原因疾患として肺炎の占める割合は高いです。肺炎では発熱、咳が認められ、通常は突然発症することは少ないです。心不全では胸痛のほかに呼吸苦があることが多く、肺副雑音の存在も特徴的です。また頻度は高くありませんが、突発性食道破裂の存在を忘れてはいけません。突発性食道破裂では、嘔吐後突然の胸背部痛を呈します。

救急での初期評価

まず、最初の2～3秒で、見て、聞いて、外観（見かけ）、呼吸仕事量（努力性か）、循環・皮膚色などを迅速に観察し、緊急度や重症度の高い病態、すなわち処置や蘇生をただちに行う病態かどうかを見極めます。呼吸状態（呼吸運動、呼吸に伴う異音など）、末梢循環動態（皮膚の蒼白、チアノーゼ、冷汗・冷感など）および外見・意識状態（苦悶様、呼びかけに無反応

表2 ショックの5P

- ①蒼白 (Pallor)
- ②虚脱 (Prostration)
- ③脈を触れない (Pulselessness)
- ④冷汗 (Perspiration)
- ⑤呼吸不全 (Pulmonary deficiency)

など) から、生命の危険につながる徴候の有無を判断します。ショックの5Pを参考に、ショックの有無も判断します (表2)。

胸痛を訴える患者への問診

胸痛は日常診療において頻度の高い症状で、その原因により治療方針が異なるので、効率的な鑑別が重要です。胸痛を訴える病気でもとりわけ緊急対応を要するのは、前述のように、急性冠症候群、大動脈解離、肺血栓塞栓症、緊張性気胸です。

胸痛患者が来たら、すぐに簡単な問診とバイタルサインを取り、まず循環不全や呼吸不全がないか確認します。心臓性と思われる胸痛が持続している場合は、詳細な問診よりもまず心電図を取る必要があります。得られた情報から、緊急度と重症度の判断を短時間で行うことが要求されます。

胸痛のみを訴えて受診する患者は少ないため、随伴症状（悪心・嘔吐、咳嗽、呼吸困難、発熱、動悸など）を詳しく聴取し、診断に結び付けなければなりません。胸痛は必ずしも痛みとして自覚するわけではなく、「胸が重苦しい」「胸が押さえ付けられる感じ」などと表現されることが多く、「息が詰まる」「息が苦しい」など呼吸困難感として表現されることもあります。また、胸痛は死への恐怖を抱き、心理的にも不安定になるため、冷静に対応し精神面への対応にも心掛ける必要があります。

胸痛の随伴症状として、冷汗、皮膚湿潤、呼

表3 OPQRST法

O : Onset	発症様式, 時間
P : Provocation / Palliative factor	増悪 / 寛解因子
Q : Quality	痛みの性質
R : Region / Radiation / Related symptom	部位 / 放散痛 / 関連症状
S : Severity / Symptom	疼痛の程度 / 随伴症状
T : Time / Treatment	時間 (持続時間・経過) / 治療 (何を治療したか)

吸困難感, 悪心・嘔吐などがありますが, これらは痛みによる自律神経の亢進が原因で起こります。そのため, 問診でOPQRST法(表3)やSAMPLE聴取(表4)などの病歴聴取法を活用し, 症状の詳細と生活歴や既往歴などを確認することが大切です。

ここが重要!

OPQRST法やSAMPLE聴取などと一緒に, 表5に示すようなことに注意して問診を行うことで, 胸痛の重症度・緊急度を判断します。

胸痛を訴える患者の アセスメント

バイタルサインが安定している場合には詳細な問診を行い, 循環器疾患のみならず呼吸器・消化器・整形外科的疾患の可能性を考慮します。胸部の視診, 聴診, 触診で異常がないか調べます。多くの症例で病歴聴取と身体所見により, 胸痛の鑑別診断が可能です。

視診

胸痛を主訴の患者の視診で最も大事なことは, 「パッと見, 重症かどうか」です。発症直後の心疾患や大血管疾患では, 患者は概して苦悶様の表情をしています。この時には, 徐脈・頻脈あるいは高血圧・低血圧などのバイタルサインの異常を伴っていることが多いです。

表4 SAMPLE聴取

S : Symptoms	症状
A : Allergy	アレルギー歴
M : Medication	内服薬
P : Past medical history & Pregnancy	既往歴と妊娠
L : Last Meal	最終食事
E : Events	現病歴

表5 問診の注意点

年齢と性別	40歳以下の女性は, 動脈硬化の狭心症や心筋梗塞の可能性が低い
喫煙歴	動脈硬化が起こりやすいので, 心血管系の疾患を疑う姿勢が必要
既往歴	高血圧: コントロール不良だと大動脈解離のリスクが高い 糖尿病: 動脈硬化が起こりやすい
発症前の体位	長時間の同一体位後の胸痛は, 肺血栓塞栓症を念頭に置く
その他	虚血性胸痛であっても, 高齢者・女性・糖尿病患者では痛みの部位を特定できないことが多く, 痛みがないこともある

◎冷汗

冷汗は有用な患者からの情報です。重症であれば, 肉体的にストレスがかかり, 交感神経が亢進しているため, 冷汗が観察されることが多いです。

◎チアノーゼ

チアノーゼは, 口唇や爪床が青紫色に見えることです。中心性と末梢性に分けられます。前者は重症呼吸不全, 心不全に伴う肺水腫や肺動脈塞栓症で認められ, 動脈酸素飽和度の低下が確認できます。後者は末梢循環不全などで認められ, 動脈酸素飽和度の低下は認められません。

◎頸静脈怒張

頸静脈怒張は, 右心系への静脈還流の異常で起こります。右心不全のほか, 慢性呼吸不全, 心タンポナーデ, あるいは緊張性気胸などでも認められます。

◎貧血

貧血になると顔面が蒼白になり、眼瞼結膜の色は貧血の予測には有用で、消化管出血を疑う場合には重要な観察項目になります。

◎四肢の浮腫や変色

下肢の浮腫は心不全や腎不全の時に認められ、脛骨の前面を圧迫することで観察します。うっ血を伴った下肢の腫脹は、深部静脈血栓症の際に観察されます。深部静脈血栓症は肺血栓塞栓症の原因なり得ます。また、四肢がどす黒く変色して、末梢が青白くなっている場合は動脈閉塞の可能性があります、急性大動脈解離の際に見られることがあります。

◎胸部の観察

皮膚の腫瘍や感染の有無を観察します。帯状疱疹では極めて強い胸痛を訴えることがあり、重篤な内臓疾患と見間違えることがあります。

聴診

聴診所見では呼吸音と心音が重要になります。呼吸音の聴診では、呼吸音の低下が大事な所見です。緊張性気胸の際には、片側性の呼吸音が低下します。そして、副雑音に注意が必要です。中枢気道の狭窄では、吸気性喘鳴が聞かれることがあり、重症喘息発作などにおける末梢気道の閉塞では、呼気性連続副雑音（wheeze）が聞かれます。肺炎や肺水腫など、末梢気道や肺胞の水分が貯留している場合は、粗い断続性副雑音（coarse crackles）が聞かれます。

心音での最も大事な所見は心音の減弱です。この所見があれば、極めて重症の可能性があります。心タンポナーデ、緊張性気胸で認められます。

触診

四肢の冷感や末梢の縮まった状態は心不全や心筋梗塞などで見られ、血圧が保たれていてもショックに陥っている可能性

があります。同時に、脈も微弱になっていることがあります。緊急性が高いです。

四肢の末梢の脈を触知して左右の差があれば、大動脈解離の可能性を考えます。緊張性気胸で皮下気腫を伴った場合は、握雪感という特徴的な触診所見を観察できます。胸部の触診にて、自発痛がないのに軽く触って痛みがある場合は、皮膚層での痛みである可能性が高いため、緊急性を要する可能性は低いです。消化器疾患（胃潰瘍、急性膵炎、胆石症など）は、腹部の特徴的な部位で圧痛を認めることが多いですが、問診上は胸痛を訴えることが多いです。

アセスメント時の注意点

急激に出現し、15分以上続く強い胸痛は、致死的な病態が考えられます。特に急激に出現した鋭く、裂けるような胸背部痛で、その疼痛部が移動する場合は、急性大動脈解離を考え、進行する意識障害や心タンポナーデによる循環動態に影響を及ぼす可能性があります。

また、長時間の同一体位後に発症した胸痛で呼吸困難を伴う場合は、肺血栓塞栓症が疑われ、肺血栓塞栓症の領域が広範囲に及ぶと、呼吸障害、循環障害によりチアノーゼ、頻脈、血圧低下などの症状を呈し、生命が危険な状態となります。肺血栓塞栓症のリスクファクターは、骨盤四肢外傷、長期臥床、妊娠、経口避妊薬、癌などです。

交通事故や労働災害、スポーツなどで胸部を強く打った後の胸痛、呼吸困難感や緊張性気胸の可能性が高く、循環不全に陥ることがあります。また、暴飲暴食後に嘔吐し、続いて強い胸痛を訴えた場合は、突発性食道破裂などを考えます。胸痛で刺すようなズキズキする痛みは、心血管系の症状ではないことが多く、肋間神経に沿うものは肋間神経痛や帯状疱疹のことが多

く、緊急度・重症度は低いです。

ただ、軽症の場合でも、社会問題が要因となる不安神経症の場合は、多科にわたる診察が必要になります。

ここが重要!

腹部臓器からの放散痛で、発症2~3日以内の極端な脂肪食摂取と大量飲酒があり、上腹部に非拍動性腫瘤を触知する場合は、急性膵炎の可能性にあります。急性膵炎は劇症化することがあり、その場合はショック、呼吸困難、意識障害、出血傾向を伴うので注意が必要です。

また、胆石症は脂肪食摂取後の右上腹部から背部にかけての痛みのため、発症状況、腹部症状、既往歴などから疑うことができます。

引用・参考文献

- 1) 日本医療教授システム学会監修，池上敬一他編著：患者急変対応コースfor Nursesガイドブック，中山書店，2008.
- 2) 日本救急医学会監修：標準救急医学（第4版），医学書院，2009.
- 3) 今明秀医学監修，平尾明美他：ナーストリアージ，中山書店，2012.
- 4) 大友康裕編：救急患者のフィジカルアセスメント，メディカ出版，2011.

執筆後記



最初に患者に接するのは看護師であることが多いため、患者に一番身近な看護師が、患者の生命の危険につながる徴候や異常を早期に発見して対応しなければなりません。特に胸痛を訴えてくる患者は、一次から三次までさまざまです。そのため、患者の緊急度・重症度を判断するためには、問診がしっかりできるコミュニケーション技術などが必要になってきます。

看護師に必要なケアと根拠を!

実際の
機材で
学ぶ

CHDFを中心とした 血液浄化療法と トラブル対応

基礎固め → 異常の早期発見に
つながる観察力 = ケアに自信!



吉田 豊氏

済生会熊本病院 臨床工学部
副技師長/血液浄化室



名古屋

14年 11/1 (土)
日総研ビル

東京

14年 12/6 (土)
日総研 研修室
(廣瀬お茶の水ビル)

参加料/税込 本誌購読者 16,000円 一般 19,000円 [時間] 10:00~16:00

プログラム

1. 現場でのケアに必要な分だけ厳選理解!
血液浄化療法の仕組みと安全管理
●これだけ知っておこう! 血液浄化法の原理と種類と用語の理解 ほか
2. 実際の機材で学ぶ 急性血液浄化中の
トラブル対処! ~看護師に求められる適切なケア
●血圧低下の原因と対応 ●体温の低下と加温・加湿 ほか
3. 症例から学ぶ! 血液浄化療法のケアポイント

詳しくはスマホ・PCから 日総研 13850 で検索!

豊富な救急症例で実践的! 自信がつく!

救急外来の初期対応と アセスメントに基づいた 救急看護とトリアージ

二次救急を中心に的確な処置・対応を学ぶ



高西弘美氏

社会医療法人愛仁会 高槻病院
救急看護認定看護師

大阪

14年 10/18 (土)
田村駒ビル

福岡

14年 12/20 (土)
日総研 研修室
(第7岡部ビル)

参加料/税込 本誌購読者 16,500円 一般 19,500円 [時間] 10:00~16:30

プログラム

1. 救急外来におけるウォークイン患者への対応
電話トリアージ/来院時トリアージ(第一印象と問診の重要性) ほか
2. 救急搬送前情報のアセスメントとポイント
救急隊情報からの患者の状態予想 ほか
3. 緊急時に迅速な対応ができる救急外来へ
4. 救急外来で活用するフィジカルアセスメント
5. 症状からのアセスメントと対応 頭痛/胸痛/呼吸困難 ほか
6. 生命危機患者の特徴と家族への対応と実際
7. より実践的に! 事例を用いた救急搬送患者シミュレーション

詳しくはスマホ・PCから 日総研 13852 で検索!