

日本赤十字九州国際看護大学/Japanese Red

Cross Kyushu International College of

Nursing

首が痛い

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: 小池, 伸享 メールアドレス: 所属:
URL	https://jrckicn.repo.nii.ac.jp/records/465

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	首が痛い
著者	小池 伸享
掲載誌	救急看護トリアージのスキル強化, 4(6) : pp 30-34.
発行年	2015.
版	publisher
URL	http://id.nii.ac.jp/1127/00000440/

<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。

首が痛い



50代 運転手として仕事をしている。
Y氏 男性 1週間前、玉突き事故に遭遇し、

頭部外傷、首の痛みがあり、警察より病院受診を勧められて自宅近所の病院を受診する。頭部CT、X線検査を施行され、軽い頸椎捻挫と言われ、そのほかには大きな問題はなく帰宅した。2日前より、肩こり、頸部痛が出現し、自宅にて様子を見ていたが症状の緩和が見られず、救急外来を受診した。

I トリアージ

◎来院時所見

第一印象：気道開通，会話可能，受け答えに問題なく，意識清明。呼吸促迫なし，ショック所見なし。

感染兆候：発熱所見なし。

〈バイタルサイン〉

呼吸：18回/分，SpO₂ 99%，呼吸努力なし，呼吸補助筋使用なし

循環：四肢末梢にショック所見なし，HR 88回/分

血圧：160/80mmHg右，158/77mmHg左

体温：37.0℃ **意識：**alert

既往：高血圧，高脂血症

《トリアージの見解》

あなたはどれを選択する？

軽症 (グリーン)

患者は頸部痛を有しており、症状は交通事故当日と同様のため、持続した頸部痛と判断する。そのほか、バイタルサインの異常所見としては血圧が正常より高値であるが、それに伴う症状はないため、これは高血圧の既往による反応である。

➡① (P.32) へ移動

前橋赤十字病院

高度救命救急センター 係長
救急看護認定看護師

看護学修士 (看護教育学) **小池伸享**

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。2008年救急看護認定看護師資格取得。



医学監修：救急医 **原澤朋史**

注意 (イエロー)

呼吸，脈拍は正常範囲内であるが，血圧は異常値である。ただ，そのほかのバイタルサインは安定しており，現在命に危険が迫っているとは言いがたい。浅在性，急性発症の痛みを伴っていることから，ここではイエローと判断する。

➡① (P.32) へ移動

重症 (レッド)

バイタルサインは許容範囲内の数値であるが，高血圧を伴う頸部痛は大血管疾患や頭蓋内疾患，脊椎疾患，気道閉塞を来す疾患などを連想するキーワードであり，緊急性が高い。そのため，早急な対応が必要であると考え，レッドと判断した。

➡④ (P.32) へ移動

II 頸部痛の性質を調査

トリアージ判定後，患者から詳細な情報を収集した。

所見：頸部に明らかな外傷なし，呼吸補助筋使用なし。前屈・後屈により痛みが増強する。嘔声，めまい，悪心，耳鳴り，聴覚障害，視力障害などのBarre-Lieou症状の訴えなし。そのほか，胸痛，下顎や肩への放散痛もない。上肢の麻痺，疼痛，感覚障害はないが，下肢に軽度の痺れ，感覚の違和感があるとのこと。

看護師：頸部の痛みはいつからですか？

Y氏：事故当日もあったのですが，痛み止めをもらって飲んでいる時は大丈夫でした。薬がなくなった2日前から徐々に痛くなりました。

看護師：首の痛みはどのように感じますか？

裂かれるような感じはありませんでしたか。

Y氏：首の後ろ全体です。ありません。

看護師：ほかに症状はないでしょうか。胸が痛い、肩やあごが痛いなど…。

Y氏：両足に少し痺れるような感覚と違和感があります。

看護師：右と左の左右差はないですか？ 両方一緒ですか。

Y氏：はい。両方の足です。

看護師：頭は痛くないですか。

Y氏：はい。痛みません。

看護師：おしっこがしづらいことはないですか。

Y氏：はい。出づらいかもしれませんが。

* * *

意識：GCS E4V5M6 alert

気道・呼吸：変化なし

脈拍：HR 110回/分

血圧：160 / 90mmHg, 左右差なし。心電図
II誘導にて洞調律。

体温：37.0℃

《再トリアージ》

あなたはどれを選択する？

軽症 (グリーン)

バイタルサインは許容範囲の数値である。Y氏は頸部に痛みを訴えているが、交通事故による漠然とした不定愁訴と判断する。また、下肢の痺れや感覚障害も、一時的に出現したいわゆる「むちうち」による症状と判断した。

→③ (P.32) へ移動

注意 (イエロー)

頸部痛はいわゆる「むちうち」による症状と判断し、下肢のしびれ、違和感も同様の原因によるものと判断した。バイタルサインの変化もないため、緊急性は低いと判断。しかし、尿閉ではないが、尿の出づらさもあり、1時間以内

の医師による診察が必要とし、医師の手が空き次第の診察とした。

→② (P.32) へ移動

重傷 (レッド)

高血圧を伴う頸部痛は、大血管疾患や頭蓋内疾患、脊椎疾患、気道閉塞を来す疾患などを考慮する。問診、観察の結果、大血管疾患、頭蓋内疾患、気道閉塞の可能性は高くない。しかし、脊椎疾患の可能性は高い。医師へ報告し、処置室へ移動後、モニタリングを継続した。

→④ (P.32) へ移動

Ⅳ検査結果

医師へY氏の状況を報告し、バイタルサインが安定しているため、頭部・頸部CTとX線検査を行った。頭部・頸部CTでは、交通事故受傷当日の所見と同様に大きな変化は認められなかった。さらに、神経学的所見を細かく観察した。

◎まとめ

- ・ Y氏は、交通外傷受傷後から頸椎捻挫による頸部痛を有しており、鎮痛剤を内服していたが、内服薬休薬後より疼痛が再燃してきた。
- ・ 前屈・後屈により痛みが増強する。
- ・ めまい、悪心、耳鳴り、聴覚障害、視力障害などのBarre-Lieou症状の訴えなし。
- ・ 上肢の疼痛、感覚障害はないが、下肢に軽度の痺れ、感覚の違和感があるとのこと。
- ・ 両足に少し痺れるような感覚と、違和感がある。
- ・ 尿閉ではないが、排尿障害を認める。
- ・ 胸、顎、肩などへの放散痛はない。
- ・ 上気道閉塞の所見はない。
- ・ バイタルサインは安定している。

《最終判断》あなたはどれを選択する？

頸椎捻挫によるもの

やはり頸椎捻挫による反応と考え、緊急性はないと判断し診察待機とする。

→Ⅳ (P.32) へ移動

神経学的所見はあるが緊急性はない

下肢の痺れ、違和感があり、排尿障害も認められるが、バイタルサインは安定しており、疼痛の具合から準緊急と判断した。症状の悪化があればすぐに訴えるよう伝え、診察待ちとする。

→Ⅳ (P.32) へ移動

早急な対応が必要である

高血圧を伴う頸部痛は、大血管疾患や頭蓋内疾患、脊椎疾患、気道閉塞を来す疾患などを考慮する。問診、観察の結果、大血管疾患、頭蓋内疾患、気道閉塞の可能性は高くない。しかし、脊椎疾患の可能性は高い。症状からは、頸椎捻挫とは別の疾患が考えられると判断し、早急な対応が必要である。

→④ (P.32) へ移動

Ⅳ最終アセスメント

これらの状況から、Y氏の頸部痛は交通事故受傷による頸椎捻挫、いわゆる「むちうち」の悪化による脊髄損傷、もしくは進行する脊髄硬膜外への出血により脊髄硬膜外血腫を来し、脊髄圧迫により障害が起こっている可能性が高い。そのため、頸部痛、下肢のしびれ・違和感に加え、尿の出づらさが出現してきていると考えられる。患者のバイタルサインの変化は見られていないが、機能的な予後不良の可能性が高いため、緊急度、重症度が高い状況であると判断する。

◎診断結果

Y氏は、頭頸部・胸部CT上、脳卒中、大血

管疾患所見はないものの、神経学的所見では下肢のしびれ、違和感に加え、尿の出づらさが出現していた。確定診断のためにMRIを施行したところ、脊髄硬膜外血腫が判明した。

①頸部痛を症状とする緊急性の高い疾患とは？

頸部痛を症状とする緊急性の高い疾患には、大動脈解離、脳底動脈解離などの血管疾患、脳卒中、脊椎疾患、喉頭蓋炎などの気道閉塞を来す疾患が挙げられる。以上を仮説とし、これらを識別するよう演繹的に情報収集を進めていく(仮説演繹法)。

→Ⅳ (P.30) へ移動

②尿の出づらさはどこからくる？

外傷により脊髄硬膜外に出血すると痛みのほかに、対麻痺、感覚障害、尿閉などの症状が見られる。この場合は、血腫を緊急に除去しなければならない。

→Ⅳ (P.31) へ移動

③頸部痛を症状とする緊急性の高い疾患とは？

頸部痛を症状とする緊急性の高い疾患には、大動脈解離、脳底動脈解離などの血管疾患、脳卒中、脊椎疾患、喉頭蓋炎などの気道閉塞を来す疾患が挙げられる。以上を仮説とし、これらを識別するよう演繹的に情報収集を進めていく(仮説演繹法)。

→Ⅳ (P.31) へ移動

④処置室へ移動し、医師の即時介入、継続モニタリングとする。

→解説 (P.32) へ移動

解説 「脊髄硬膜外血腫」「外傷性頸部症候群」ってどんな病気？

脊髄硬膜外血腫 (spinal epidural hematoma)

脊髄硬膜外への出血による。主な原因は、外傷による脊髄硬膜外静脈叢の損傷、血管奇形、動脈硬化、血液凝固異常などである。若年者では血管奇形によるもの、高齢者では動脈硬化

によるものなどが多い。下部頸椎から上部胸椎、下部胸椎に好発する。症状は、前者では肩の疼痛、後者は腰痛が見られるほか、対麻痺、感覚障害、尿閉が起こる。緊急の血腫除去が必要。

外傷性頸部症候群 (Sprain of Cervical Spine (Whiplash Injury))

外傷性頸部症候群の多くは、自動車運転中の衝突事故により、重い頭蓋が過屈曲、過伸展することによって生じる。

◎診察の要点

- ・頸髄損傷がないかどうか。
- ・どのような機序によって今回の損傷が生じたか。
- ・症状がいかなる病型に属するか (表)。
- ・X線所見と理学的・神経学的検査との対比はどうか。
- ・単純X線上は通常異常を認めない。

◎緊急検査

- ・神経学的検査 (脊髄損傷がないか、根症状はないか)
- ・X線撮影 (正面正中位, 側面正中位, 右斜位, 左斜位, 開口位, 側面前屈位, 側面後屈位)
※軟部組織にも注意する (咽喉部腫脹)
- ・CT, MRI (MRIは早期に行う)

◎緊急処置

脊髄損傷が推測される症例に対しては、絶対安静を保たせると同時に、過剰な検査を行わない。

◎頻度として多い症状

項部痛 (96.5%), 上肢の痛み・しびれ・脱力感 (89.9%), 頭重・頭痛 (39.3%), 肩・背・腰部痛とこわばり (39.3%), 悪心 (9.2%), 眩暈 (6.9%)

◎外傷性頸部症候群診療における注意

- ・外傷性頸部症候群の患者は、受傷時症状がなくても、2~3日後、頭重感、頸部の痛みなどを訴えて来院する 경우가多々ある。初診時にこのことを説明しておく。
- ・受傷約1カ月後から症状が出現し、頸部X線で異常所見 (椎間の狭小化・変形, 椎体のずれ, 彎曲の異常) を認める場合もある。

表 外傷性頸部症候群の病型分類

外傷性頸部症候群は症状により、次のように分類される。

1 頸椎捻挫型

頸椎および頸椎支持組織である靭帯, 筋, 筋膜, 椎間関節, 関節包, Luschka関節, 椎間板などの損傷に起因すると考えられる病型。頭痛, 頸椎運動制限, 頸筋・項筋の圧痛を示す。

2 神経根症状型

脊髄神経根の刺激症状によると考えられる病型。頸椎捻挫型の症状に加えて、末梢神経の分布に一致した上肢の知覚障害, 反射の低下・消失, 筋力低下などが見られる。

3 Barre-Lieou症状型

後頸部交感神経の刺激によって生じると思われる病型。頭重感, 頭痛, めまい, 耳鳴, 眼の疲労などの症状を示す。

4 根症状・Barre症状合併型

2と3の病型を合わせ持つ病型。症状も両者の症状を示す。

5 脊髄症状型

脊髄の損傷によると思われる病型。上肢・下肢の運動知覚障害, 腱反射亢進, 病的反射の出現などが認められる。

6 心因型

特に頸部に損傷, およびそれによる症状がないと思われるのに各種の症状を訴える。

- ・これらのことから、何らかの所見が認められた場合は、必ずMRIを撮り、器質的な損傷がないことを確認しなければならない。また、遅れて症状が出ることを患者に伝える。
- ・脊髄損傷が疑われる患者に対しては脊髄損傷の処置を行う。

◎頸椎X線読影上のポイント

正面像: 椎体の形状異常, 椎間腔の状態, 側彎, 横突起の骨折

側面像: 椎体の形状異常 (骨折), 椎体の配列異常 (直線化, 過前彎, 角状前彎, 過後彎, 角状後彎, 前方ずれ, 後方ずれ, 椎間の狭小化), 軟部組織異常 (咽喉後部腫脹), 棘突起骨折

斜位：後部関節の状態、椎間孔の状態
開口位：環椎と軸椎との相互関係、歯状突起の状態

なお、頸椎の生理的前彎異常、可動性の制限、椎体のずれなどの病的所見は、損傷を受けていない健常者にも見られ、特に加齢とともに認められることに注意する。

参考文献

- 1) Am. J. Emerg. Med. 117, 59～67 (1999).
- 2) 日本救急医学会, 日本救急看護学会, 日本小児救急医学会, 日本臨床救急医学会監修: 緊急度判定支援システムCTAS2008日本語版/JTASプロトタイププロバイダーマニュアル, へるす出版, 2011.
- 3) ヴァレリー G. A. グロスマン著, 高橋章子監訳: ナース

- のためのトリアージハンドブック, 医学書院, 2001.
 4) 奥寺敬編著: 患者さんのどんなサインも見逃さない! 救急外来トリアージ実践マニュアル, EMERGENCY CARE 2010年夏季増刊, P.8～19, 2010.

執筆後記



トリアージナースに最も必要な批判的思考法・臨床推論を高めていくには、経験的に考える思考と、論理的に考える思考をうまく使い分けることが必要です。緊急度判定を行う短い時間軸の中でその思考を発揮することが求められます。短絡的に現象をとらえることなく、常に「なぜか?」と考え続けることが永遠のテーマといえます。

新企画 なぜ正常から逸脱したのか、意味が分かる! 著者セミナー

アセスメントに必要な検査データの見方・解釈

後藤 順一氏
 河北総合病院 急性・重症患者看護専門看護師
 後藤氏の記事は7ページ

仙台 15年 5/17 (日) ショーケー本館ビル
福岡 15年 6/7 (日) 日総研 研修室 (第7岡部ビル)

名古屋 15年 7/12 (日) IMYビル
 [時間] 10:00～16:00

参加料 税込
 本誌購読者 15,500円
 一般 18,500円

プログラム

1. 検査データの基本 ●血算検査 ●生化学検査 ●凝固
2. 検査データが分かるようになるための学習法
 ●検査データを見てもいまいちピンとこない?
 ●正常値を暗記するのではなく、異常値になった検査データの項目を知るほか
3. 代表的な検査データの見方
 ●血算検査 例:赤血球が高値である場合のケース、赤血球が低下した場合のケース
 ●生化学検査
 <電解質>ナトリウム、カリウム、クロール、マグネシウムの異常値から分かること
 <代謝産物>異常値から代謝の過程に何らかの異常があることを知る (肝臓・腎臓など)
 <酵素>血中や尿中に出る異常値
 例:アミラーゼの血中放出から分かる膵臓障害
 ●<凝固>凝固・線溶の流れを理解する

詳しくはスマホ・PCから **日総研 14067** で検索!

重要なポイントのみを列挙!

呼吸療法認定士

第20回 受験対策

ここが出そうだ!

15年の出題傾向分析を踏まえた模擬試験を実施

吉田省造氏
 岐阜大学医学部附属病院 高次救命治療センター 病棟医長 / 血液浄化治療部門長 (医師)
 生体支援センター 呼吸療法支援チーム (RST) リーダー

齋藤正樹氏
 前・東京工科大学 医療保健学部 臨床工学科 非常勤講師
 臨床工学技士 / 呼吸療法認定士 / 透析技術認定士

大阪 15年 7/4 (土) 田村駒ビル
東京 15年 7/5 (日) 日総研 研修室 (廣瀬お茶の水ビル)

参加料/税込 本誌購読者 17,500円 一般 20,500円 [時間] 10:00～16:00

プログラム

1. 模擬試験(ミニテスト)実施
2. 出題傾向と学習の仕方
 出題されがちな項目解説と、模擬問題から自分の理解度・弱点を理解する!

●呼吸療法総論 ●呼吸管理に必要な解剖・生理 ●血液ガスの解釈
 ●肺機能とその検査法 ●呼吸不全の病態と管理 ●薬物療法 ●在宅人工呼吸
 ●呼吸リハビリテーション ●吸入療法 ●酸素療法
 ●人工呼吸器の基本構造・保守と医療ガス ●気道確保と気道管理
 ●人工呼吸とその適応・離脱 ●NPPVとその管理法
 ●開胸、開腹手術後の肺合併症 ●新生児・乳幼児の呼吸管理
 ●人工呼吸中のモニタ ●呼吸不全における全身管理 ●人工呼吸中の集中治療

詳しくはスマホ・PCから **日総研 14069** で検索!