

意識障害

主訴・現病歴

90歳代 女性

【主訴】
意識障害

【現病歴】

6月下旬より黒色便があり、クリニックを受診し2回便潜血を実施したところ潜血陽性を認めた。血液検査でHb:9.2（前回Hb:10.2）であり半年前のHbと比べて軽度低下を認めた。

受診当日の朝に覚醒が悪く、臨時往診でバイタルサインは正常ではあったが眼瞼結膜の蒼白を認めたため精査が必要と判断し外来受診を指示され当院を受診した。外来到着時に意識障害があり総合受付から救急外来へ受診となった。

既往歴・内服歴・生活歴

【既往歴】

高血圧症

脂質異常症

脳梗塞（2001年）

大腸癌（2007年内視鏡手術）

血管性認知症（2012年）

下肢静脈血栓症（2019年）

【生活歴】

介護度：要介護3

食事：自立

移動：屋内歩行器、屋外車椅子

入浴：一部介助

有料老人ホーム入所中

【内視鏡歴】

上部：8年前（便潜血陽性にて実施）

⇒ 消化管出血ありクリッピング

下部：3年前（ポリープ切除）

【内服歴】

テプレノンカプセル100mg 分2 朝夕食後

ガランタミン臭化水素酸塩 8mg 分2 朝夕食後

アピキサバン 5mg 分2 朝夕食後

ルピプロストンカプセル48μg 分2 朝夕食後

酸化マグネシウム1000mg 分2 朝夕食後

エルデカルシトール0.75μg 分1 朝食後

カンデサルタンシレキセチル8mg 分1 夕食後

アムロジピンベシル酸塩5mg 分1 夕食後

レンボレキサント5mg 分1 眠前

メマンチン塩酸塩10mg 分1 眠前

バイタルサイン、身体所見

【First impression】

顔色不良、呼名での開眼なし

【Primary survey】

A : 発語一、上気道狭窄音一、口腔内分泌物一

B : 呼吸促迫一、胸郭左右差一、呼吸補助筋使用一

C : 冷感+、橈骨動脈圧減弱一、左右差一、CRT5秒

D : 痛み刺激で開眼あり、瞳孔不同一、対光反射迅速、眼位の偏位一

E : 外傷なし

【バイタルサイン】

GCS : E2/V1/M4 JCS : III-200

HR : 81bpm整 NIBP : 120/58mmHg RR : 18回/分 Spo2 : 99% (RA)

KT : 36.6°C 血糖値 : 125mg/dL

バイタルサイン、身体所見

【超音波検査】

RUSH exam : vEF : 50%、心嚢液貯留一、AS一、D-shape一、asynergy一、
IVC虚脱+、腹腔内出血一、胸水一、大動脈解離・瘤一、多数のBline一

【身体所見】

頭頸部 : 眼瞼結膜蒼白+、黄染一、頸部リンパ節腫脹一、頸静脈怒張一
瞳孔2.0mm、対光反射迅速、眼位正中位

口腔 : 舌咬傷一、口腔内分泌物一

胸部 : 胸郭拳上左右差一、呼吸音清、ラ音一、心音純、心雑音一

腹部 : 平坦軟、腸蠕動音減弱+、圧痛一

四肢 : 浮腫一、発赤一、関節の腫脹・発赤一、冷感+、Mottling一

直腸診 : 黒色便付着

鑑別疾患

【Problem list】

ショック



- ◆ 心原生ショック
- ◆ 循環血液量減少性ショック
- ◆ 閉塞性ショック
- ◆ 血液分布異常性ショック

意識障害



- A: アルコール・不整脈・大動脈解離
- I: インスリン（低血糖/高血糖）
- U: 尿毒症
- E: 脳症・内分泌疾患・電解質・てんかん
- O: 薬物・低酸素症
- T: 外傷・低/高体温・脳腫瘍
- I: 感染症
- P: 精神疾患
- S: 脳血管障害・痙攣重積・失神・ショック

黒色便



- ◆ 食道潰瘍
- ◆ 胃食道静脈瘤
- ◆ 胃潰瘍
- ◆ 十二指腸潰瘍

【検査】

- 血液検査（血算、生化学、凝固、クロスマッチ、血型、静脈血液ガス分析）
- 心電図
- 頭部CT、胸腹骨盤造影CT

⇒ 消化器内科へ内視鏡検査含めてコンサルテーション

血液検査

【生化学】

TP	5.1	g/dL	Cl	115	mmol/L
Alb	3.1	g/dL	Ca	8.8	mg/dL
CPK	27	U/L	IP	4.8	mg/dL
CK-MB	4	U/L	Mg	2.4	mg/dL
LDH	124	U/L	CRP	0.1	mg/dL
AST	13	U/L	hsTnl	7.0	pg/mL
ALT	8	U/L	eGFR	50.839	mL/min /1.73m ²
ALP	70	U/L			
γ-GT	9	U/L			
T-Bil	0.4	mg/dL			
BUN	38.2	mg/dL			
Cre	0.79	mg/dL			
Na	149	mmol/L			
K	4.6	mmol/L			

【血算】

WBC	5450	μL
NEUT	72.6	%
EOSINO	0.2	%
BASO	0	%
MONO	3.5	%
LYMPH	23.7	%
RBC	131	10 ⁴ μL
Hb	3.4	g/dL
MCV	84.7	fL
MCH	26.0	pg
MCHC	30.6	g/dL
RDW	19.0	%
Hct	11.1	%
Plt	19.9	10 ⁴ μL

【Vガス】

pH	7.376
pCO2	44.5
pO2	21.0
Na	150
K	4.4
Cl	114
Gl	125
Lac	1.4
HCO3	26.1
BE	0.9
AG	14.6

【凝固】

PT	14.5	sec
PT-INR	1.12	
APTT	27.9	sec
D-ダイマー	0.6	μg/mL

画像検査・心電図

【心電図】

HR:80bpm 洞調律、ST-T:V3~5 ST低下あり、異常Q波なし、陰性T波なし

【頭部CT】

頭蓋内病変なし

【胸腹骨盤部造影CT】

胸水なし、十二指腸憩室あり、腹水なし、消化管腫瘍なし
造影剤の血管外漏出なし

鑑別疾患

【Problem list】

ショック



- ◆ 心原生ショック
- ◆ 循環血液量減少性ショック
- ◆ 閉塞性ショック
- ◆ 血液分布異常性ショック

意識障害



A:アルコール・不整脈・大動脈解離
I:インスリン（低血糖/高血糖）
U:尿毒症
E:脳症・内分泌疾患・電解質・てんかん
O:薬物・低酸素症
T:外傷・低/高体温・脳腫瘍
I:感染症
P:精神疾患
S:脳血管障害・痙攣重積・失神・ショック

黒色便



- ◆ 食道潰瘍
- ◆ 胃食道静脈瘤
- ◆ 胃潰瘍
- ◆ 十二指腸潰瘍

高度貧血

消化管出血

ERでのマネジメント

- ERスタッフとC・Dの異常を共有
- RUSH examを実施し状態把握、適宜検査オーダー
- 細胞外液（30ml /Kg）の急速投与
- 血液製剤投与（4単位）
- 医師と役割分担し家族への状況説明と処置に関する説明
- 消化器内科への入院依頼と内視鏡検査に関するプランニング

消化管出血

- 出血源がTreitz靭帯より口側のものを上部消化管出血、肛門側のものを下部消化管出血と定義
- 消化管出血の原因となる消化管疾患として胃・十二指腸潰瘍、胃食道静脈瘤破裂などがある
- 胃・十二指腸潰瘍はH.pyloriとNSAIDsの使用が2大原因
- 胃・十二指腸潰瘍のリスク因子として、高齢、潰瘍の既往、抗血栓薬を使用する基礎病下の存在、NSAIDsの使用、H.pylori感染など
- 上部消化管出血患者のリスク評価としてGlasgow-Blatchfordスコアがある
初療でのリスク評価が可能

NPとしての関わり

- 救急患者の診療では迅速かつ簡便で要点を押さえた系統的アプローチが重要
- 視診や簡便な病歴聴取、触診、聴診でおおよその重症度や緊急性を評価し、スタッフと共有が必要
- NPとして医師と協働し役割分担
 - ・ 身体診察の実施
 - ・ 検査の代行入力
 - ・ 代行での診療科へのコンサルテーション
 - ・ 家族への問診や病態説明
 - ・ 入院までのマネジメント
 - ・ 前医への診療情報提供依頼（詳細な内視鏡検査歴に関して）

離島・へき地で働くNPとして

- 初期対応や緊急度・重症度の評価など系統的アプローチが求められる
- 島内に複数の医療機関がある場合は、役割分担ができるが、島内に1つしかない病院・診療所では医療資源や医療人材の不足もあり、島外搬送となるケースが多い
- 血液製剤の供給に時間を要すること
- 生まれ育った場所で最後を迎えたいという島民が多い
- 家族への病状説明以外にACPの介入が必要となることもある