<ショック>

ショックバイタルの患者が来たら、気分不良の有無を尋ねる

要は主要臓器障害の有無の確認が必要(ショックであることの確認)

脳血流の低下による症状は数秒単位で現れる

乏尿などを確認するのには時間がかかる

　 Baseline BPの30mmHg低下をショックの血圧とする

ティルトテスト

少なくとも3分間は臥位としてから測定

座位にして1分後に測定

座位にして3分後に測定

座位時の2回の測定でどちらかが陽性であればプレショックの可能性

頚静脈の診察

座位、立位では外頸静脈は見えない

臥位ならば外頸静脈は正常でも見える

臥位で見えなければ血管内ボリュームがかなり減少した状態

JVP 5-12cmが正常

胸骨角から内頸静脈拍動の頂点までの垂直距離を測定し5cm足す

胸骨角と右心房までの垂直距離はどんな体位でも5cm

ショックの鑑別に静脈圧は超重要

上昇していれば心原性か閉塞性

手背静脈の怒張

手背を上方に向け、心臓より低い位置に置いて怒張することを確認

1cmずつ上方に移動させ、虚脱するギリギリの位置で手の移動を止める

その高さと右心房までの距離を測定する

奇脈

吸気時に収縮期血圧が10mmHg以上低下すること

心タンポナーデ、喘息、COPDの急性増悪

悪寒の分類

悪寒戦慄 布団をかぶってもシバリング

敗血症を示唆

中等度悪寒 重ね着してもシバリング

RR > 30があれば敗血症を示唆

軽度悪寒 重ね着すればシバリングなし

PR < 120ならば敗血症はなさそう

閉塞性ショック

心タンポナーデ

重症肺塞栓

肺動脈が閉塞し、静脈血流は前に進まなくなる

緊張性気胸

動脈圧波形

敗血症性ショック

相対的循環血液量減少に伴う強い呼吸性変動

前末梢血管抵抗減弱による重複切痕の消失

<感染症>

デルタ心拍数20ルール

⊿HR/⊿BT > 20であれば細菌性感染症の可能性が高い

膀胱炎か腎盂腎炎か迷ったら

風邪か肺炎か迷ったら

普段の体温と血圧がわからなければ36.0℃、HR 70としておく

<呼吸>

Kussmaul呼吸を見たら呼気の匂いをチェック

りんごの匂い(アセトン臭)→DKA

尿匂→尿毒症

かび臭い刺激臭→肝性脳症

嫌気性臭→嫌気性菌感染症：歯周炎、膿胸、肺膿瘍

アルコール臭→アルコール性ケトアシドーシス

上腹部痛+頻呼吸(RR > 30)であれば胸腔内疾患などをまず考慮すべき

肺打診音

共鳴音：正常

濁音：胸水→肝臓の打診と同じ音

過共鳴音：肺気腫

鼓音：気胸→胃泡の打診と同じ音

呼吸数

こどもと老人では正常値が上昇する

30秒間で5以下なら60秒で測定するべき

<循環器>

Afの患者の心拍数を脈拍数で評価してはいけない

甲状腺機能亢進症+頻脈性心房細動

心拡大の有無をチェックする

甲状腺中毒性心筋症の可能性

βブロッカーで治療すると心原性ショックになる

スクラッチテスト

5LSBに聴診器を置く

外側から心臓へ皮膚を引っかく

心臓の境目に来ると突然音が大きくなる

この位置が肺と心臓の境目となる

肝臓でも使えるテクニック

<貧血>

眼瞼結膜

爪の色

掌と手掌線

手のひら全体がピンクであれば貧血はない

手のひらが蒼白でその後、蒼白となるのが貧血の進行を表す

<血圧>

マンシェットの幅は上腕の長さの2/3

マンシェットの長さは上腕演習の80%以上

痩せた人：小児用のカフ→低く出ないように

太った人：下肢用のカフ→高く出ないように

<体温>

37℃以上を発熱としていいのはこどもと青年くらい

老人の36.5℃はこどもの38℃に匹敵する

必ず平熱を患者に聞いておく

非感染症の発熱

心筋梗塞：3日後くらいから発熱する、狭心症では出ない

悪性腫瘍

膠原病

血腫

鑑別には発病何日目からの発熱かを聞く

患者が熱っぽいと訴えたら、どこが熱っぽいか必ず問診する

腋窩だけで判断するのは間違い

体温は体で一定ではない

<SpO2>

安静時呼吸困難は85%くらいでも出ないことあり

歩行時呼吸困難は90%くらいで出てくる

<参考文献>

バイタルサインでここまでわかる！OKとNG