



【ないかきゅうきゅう】

## 内科救急

～隠れた重症を  
見落とさないために

臨床研修医時代はもちろん、内科医になっても多くの方は救急外来で働く機会が多いのではないのでしょうか。

救急医療というと、多発外傷でショック状態となって救命救急センターに搬送される外科系救急が連想されてきましたが、実は内科系救急の割合が年々増加してきています。外科系救急と内科系救急では、感じる緊張感の性質が異なってきます。

本章では内科系救急の特徴について述べたいと思います。



### 内科系救急と外科系救急で異なる “緊張感”

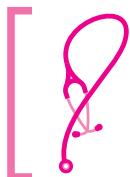
重症外傷では、迅速的確な判断や処置が要求されるという緊張感がありますが、病院前（受診する前）の段階で重症と判断され、救急車で搬送されるので、

「これから重症が搬送されるぞ!!」

という心の準備ができます。また、JATEC™ など初期診療の標準化が進み、治療方針を大きく誤ることは少なくなってきています。

一方、突然体調の異変を感じて救急受診する内科系救急では、歩

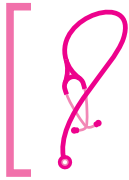
いて受診するような一見すると軽症に見える症例が、実は隠れた重篤な疾患であるかもしれないという外科系救急とは異なった緊張感があり、しかも、この隠れた重症を早期に発見するための方法を系統的に教わる機会が少なかったことが、内科系救急を敬遠してしまう原因になっているのではないかと推察されます。



## 隠れた重症の割合はどれくらい？

日本のいくつかの施設の調査では、  
「歩いて受診する人も救急車も何でも受け入れます」  
というスタイル（最近では ER 型救急とよばれています）の救急外来では、0.2～0.3%くらいと報告されています。つまり、歩いて救急外来を受診した患者の 300～500 人に 1 人は重症の可能性があるとということです。

300～500 人に 1 人という確率を聞いて、  
「よほど運の悪い人しかそんな不幸な事例には遭遇しないのではないか」  
と考えていませんか？ でも、このような病院で臨床研修をしている研修医は一晩に少なくとも 10 人の患者を診察するので、月に 4 回当直をすると年に 1 例はそのような隠れた重症に遭遇することになります。この隠れた重症の 1 例にいつ遭遇するかわからないという点では、内科系救急の診療は外科系救急の診療よりもストレスが大きなものかもしれません。しかし、怖がってばかりでは何も前に進まないのです、このような症例で大失敗しないための作戦を考えてみましょう。



## どのような疾患が隠れた重症になるのか？

最初に「まず、どのような疾患が軽症そうに救急外来を受診し、実は重症であったのか？」を調査するために、最近（2000年以降）の医事紛争事例を調査してみて、表1のような疾患があげられます。

**表1** 初診医の判断以上に重篤疾患であった例  
(過去の医事紛争事例より)

---

急性心筋梗塞
くも膜下出血
急性喉頭蓋炎
大動脈解離
腹部大動脈瘤
細菌性髄膜炎
子宮外妊娠破裂
消化管穿孔（大腸穿孔，虫垂炎穿孔，憩室炎穿孔，上部消化管穿孔など）
敗血症
肺塞栓症
糖尿病性ケトアシドーシス

---

ここに列挙されている疾患は、決してまれな疾患ではなく、正しく診断されれば治療に難渋することはなかったのではないかと予想されます（診断が確定した場合には、世の中には優れたマニュアルや教科書がありますから……）。

自分の救急診療の経験からも、例えば初診時に正しく診断されなかったくも膜下出血の事例は、

「突然発症の頭痛，その後意識障害！」

というような典型的な事例ではなく、

「なんか急に今頭が痛くなった，でも鎮痛薬を飲んだらよくなった，だけどやっぱり頭痛が続くから……」

というような病歴で受診したのではないかと思います（あるいは，発症後に意識消失をきたして，救急外来受診時には「頭が痛い」と言えなかった……とか……）．そのほかの疾患も，

「胃が痛い」と受診して上部消化管内視鏡をやっているうちに心停止して実は心筋梗塞だったとか，

「腰が痛い」というので「ぎっくり腰でしょう」といっていたら実は大動脈解離だったとか，

「尿路結石でしょう」といっていたら実は腹部大動脈瘤だったとか，


失神したという女性で，「立ちくらみでしょう」といっていたら実は子宮外妊娠破裂だったとか，

真夜中の医者が医者としての判断能力を失うような時間（！）に「喉が痛くて眠れない」といって受診し，咽頭や口蓋扁桃の発赤を認めないので鎮痛薬の処方だけで帰宅させて，実は急性喉頭蓋炎で窒息をきたしてしまった等々，書き出したらきりがありませんが，大体このようなパターンであると思われます．




## 救急外来でのアセスメントを誤ってしまうときのパターンは？

一見すると軽症に見える「隠れた重症」疾患の受診パターンを，自分の経験をもとに予想して述べましたが，では，このような事例に対して，どうして救急外来でアセスメントを誤ってしまうのでしょうか？ 過去の米国における調査では，救急外来受診時に入院とすべきであったにもかかわらず帰宅させてしまい，しか

も1週間以内に死亡してしまうようなアクシデントの発生率は約0.01%で、それらの症例には表2に示されるような特徴が認められると報告しています (  Ann Emerg Med. 2007; 49: 735-45).

**表2** 救急外来においてアセスメントを誤りやすい疾患の特徴

1. 非典型的な症状を呈する (典型) 疾患. まれな重篤疾患
2. 慢性疾患の急性増悪
3. バイタルサインの異常を軽視してしまう
4. 精神状態の異常, 精神疾患の既往



## 本書の目的は?

ここまで調べ、内科救急における失敗には一定のパターンがあるのではないかと考えるに至りました。このことを念頭に、次章から、我々が救急外来で遭遇することが多い症状 (一部は徴候) について、どのようにアプローチをしてゆけばよいのかを考えてみたいと思います。内容は、決して高度専門的なものではなく、むしろ内科救急診療に苦手意識をもっている人が大失敗しないためにはどうしたらよいのかというレベルです。

「こんな内容はすでに知っているよ!!」

という皆さんは、後輩にレクチャーなどをする際に、

「このようなことを口うるさく話している救急医もいるのだなあ」

と1つの参考意見として読んでいただければ幸いです。