

当直ハンドブック 2026

■ 総編集

国際医療福祉大学医学部救急医学教室 志賀 隆

■ 編集

名古屋市立大学病院救命救急センター 船越 拓

聖隸三方原病院救急科 真喜志 剛

大阪赤十字病院救急科 東 秀律

湘南鎌倉総合病院【湘南 ER】 山上 浩

University of Maryland Capital Region Health,

Department of Emergency Medicine

山内 素直

埼玉医科大学総合医療センター小児科 井上 信明

札幌医科大学総合診療医学講座 神野 敦

湘南鎌倉総合病院【湘南 ER】 関根 一朗

医療法人桜井医院 庄内緑地救急クリニック 安藤 裕貴

京都府立医科大学救急医療学教室 武部弘太郎

国際医療福祉大学医学部救急医学教室 千葉 拓世

1. 意識障害

最初の30秒でチェック

坂本 壮

以下の頻度が高い病態を想起する



※ stroke mimics: 低血糖, 大動脈解離, 痙攣/痙攣後など

上記を想起しつつ

1 バイタル確認+ルート採血し 血糖値チェック（血液ガスを確認）！

※特に収縮期血圧, 瞳孔に注目

※バイタルサインが不安定であればショックの対応

2 病歴聴取, 身体診察をする

※発症様式などを中心に病歴聴取, 左右差を意識した
身体診察

3 ベッドサイドで施行可能な検査 (心電図, 超音波)

4 頭部CT

One Point Advice

救急外来で最も頻度の高い症候の1つであり、鑑別は多岐にわたる。それが故にある程度決められたアプローチ法をもたなければ見逃しにつながる。また、高齢者では複数の要因が関与していることもあり、最終的に原因のリチェックを行い、その他の原因がないか確認する癖をつけるとよい。

■ 要点

- ▶ 意識障害患者で低血糖の否定は必須。また、ブドウ糖投与を要する患者ではビタミンB₁の投与も常に考慮する。
- ▶ 脳梗塞の初療は時間制約があり、焦りがちとなるが、stroke mimicsも意識して対応する。
- ▶ 薬剤による意識障害も珍しくない。内服薬は処方薬以外も確認する。

■ 注意を要する鑑別診断

- AIUEOTIPS に大動脈解離（Aortic dissection）、ビタミンB₁に代表されるビタミン欠乏（Supplement）表1 を加えて頭に入れておく。

表1 意識障害の鑑別疾患: AIUEOTIPS

A	Alcohol Aortic dissection	アルコール 大動脈解離
I	Insulin (hypo/hyper-glycemia)	低/高血糖
U	Uremia	尿毒症
E	Encephalopathy (hypertensive, hepatic) Endocrinopathy (adrenal, thyroid) Electrolytes (hypo/hyper-Na, K, Ca, Mg)	高血圧症/肝性脳症 内分泌疾患 電解質異常
O	Opiate or other overdose Decreased O ₂ (hypoxia, CO intoxication)	薬物中毒 低酸素
T	Trauma Temperature (hypo/hyper)	外傷 低/高体温
I	Infection (CNS, sepsis, pulmonary)	感染症
P	Psychogenic Porphyria	精神疾患 ポルフィリア
S	Seizure, Stroke, SAH Shock Supplement	てんかん、脳卒中 ショック ビタミン欠乏

■ オーダー

- 簡易血糖測定、血液ガス（SpO₂低下を認めない場合、一酸化炭素血症が否定的な場合には静脈血液ガスでも可）、採血、心電図、超音波、頭部CT、MRI & MRA、腰椎穿刺、脳波

■ アプローチ

- バイタルサイン 原因によらずABCの安定が最重要である。重度の意

2. 失神

最初の30秒でチェック

坂本 壮

以下の3つの病態を考える

①心原性（心血管性）失神

②起立性低血圧

③反射性失神



上記を想起しつつ

**1 バイタル確認+ルート確保+採血
(血液ガスも)+12誘導心電図!**

※完全房室ブロックなど明らかな心原性失神を疑う所見があれば循環器内科コンサルトするが、高K血症なども考慮する必要があり、血液ガスの確認も忘れない。

2 モニタリング下で詳細な病歴聴取と身体診察

※心原性（心血管性）失神らしい所見、出血に伴う起立性低血圧を特に意識する

3 リスク評価と追加検査

※Canadian Syncope Risk Scoreなど自施設で使用するリスクスコアを決めておく

4 時間を味方に付けて原因検索

One Point Advice

失神は診察時には無症状のことが多いが、危険なサインを見逃さずリスクを正確に見積もることが大切である。病歴聴取、身体所見は鑑別疾患を意識してとることが重要である。

■要点

- ▶ 失神は脳血流低下に伴う一過性の意識消失である。
- ▶ 病歴聴取に重きをおき、リスク評価を行う。
- ▶ 再発予防も意識したマネジメントを行う。

■注意を要する鑑別診断

□ 心原性失神、起立性低血圧、反射性失神に分類されるが、そもそも失神なのか（意識障害、失神以外の意識消失ではない）は意識してアプローチする必要がある。

具体的には表1の疾患を具体的に想起し対応する¹⁾。くも膜下出血や腹部大動脈瘤切迫破裂も失神を主訴に来院することがあり、心血管性失神としてHEARTS（表2）は頭に入れておくとよい²⁾。

表1 失神の分類 (Moya A, et al. Eur Heart J. 2009; 30: 2631-71¹⁾より改変)

分類		鑑別疾患
心原性 (心血管性) 失神	不整脈	徐脈/頻脈性不整脈、薬剤性不整脈
	器質的心疾患	大動脈弁狭窄症、閉塞性肥大型心筋症 大動脈解離、肺血栓塞栓症 etc.
	その他	くも膜下出血、腹部大動脈瘤切迫破裂 etc.
起立性 低血圧	一次性自律神経障害	自律神経障害、Parkinson 病 etc.
	二次性自律神経障害	糖尿病、尿毒症、アルコール性 etc.
	薬剤性起立性低血圧	アルコール、降圧薬、利尿薬 etc.
	循環血液量低下	出血、下痢、嘔吐 etc.
反射性 失神	血管迷走神経反射	精神的ストレス（恐怖、疼痛 etc.）
	状況失神	排尿、排便、咳嗽、食後
	頸動脈洞症候群	ひげ剃り、きつめの襟元 etc.

表2 心血管性失神として意識しておくべき具体的疾患: HEARTS

H	Heart attack (AMI)	急性心筋梗塞
E	Embolism (pulmonary thromboEmbolism)	肺血栓塞栓症
A	Aortic dissection	大動脈解離
	Abdominal Aortic Aneurysm	大動脈瘤切迫破裂
	Aortic stenosis	大動脈弁狭窄症
R	Rhythm disturbance	不整脈
T	Tachycardia (VT)	心室頻拍
S	Subarachnoid hemorrhage	くも膜下出血

3. 痙攣

最初の30秒でチェック

坂本 壮

以下の4つの病態を想起する

①Convulsive syncope
(痙攣性失神)

②急性症候性発作

③てんかん

④その他：PNESなど



上記を想定しつつ

1

バイタル確認+ルート確保+
採血（血液ガスも）！

※Vfなどによるconvulsive syncopeの可能性を考慮、

脈が触れなければ→CPR

用手的に気道確保、必要あれば酸素投与

2

鎮痙

ジアゼパム（セルシン[®]）orロラゼパム（ロラビタ[®]）静注

3 モニタリング下で病歴聴取と身体診察

目撃者から聴取、原因を意識した評価を行う。外傷検索。

4

原因検索

※原因に応じた追加検査

※重積の定義を満たす場合には急速飽和を考慮

12 指の外傷

中館聰子

One Point Advice

骨折以外にも挫創や動物咬傷を起こしやすい部位である。処置する場合は前後の感覚・運動と血流評価を行い、カルテに記録を残す。ERにて適切な処置を行い、後日専門家にフォローを依頼する。

■ 要点

- ▶ 切断指など、初療時から整形外科や形成外科の介入が必要となる場合がある。
- ▶ 単純な挫創や切創にみえて、腱損傷や神経損傷を伴っている場合があるため、翌日以降整形外科にフォローを依頼することが望ましい。

■ 鑑別診断

- Critical: 化膿性屈筋腱鞘炎, fight bite
- Common: 骨折, 挫創, 動物咬傷, 捻挫

第
6
章

外
傷

■ オーダー

- X線写真 図1



図1 X線写真

■ アプローチ

- 問診 受傷起点を確認する。人咬傷の場合は受傷起点を隠す場合がある。創傷治癒遅延のリスク因子として糖尿病や動脈硬化、ステロイドなどの免疫抑制薬内服があるか確認する。喫煙歴は切断指の生着率を下げる。

- **診察** 受傷部位遠位の運動、感覚、血流 (CRT: capillary refilling time < 2 sec, 橋骨動脈の触知) を評価する。処置を行った際は処置後も再評価する。
- **検査** X線写真は小児の骨折評価として健側と比較することが有効である。剥離骨折は見逃しやすいので注意する (ex. 骨性マレットフィンガー)。X線写真を撮影時には骨折のみでなく、ガラスや木片などの皮下異物の有無も確認する。
- **治療** 手指骨折: Buddy taping 図2 で固定し翌日整形外科受診を指示する。

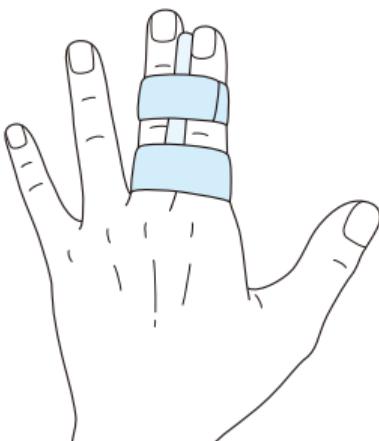


図2 Buddy taping

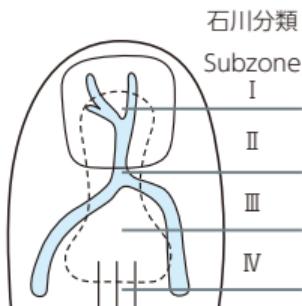


図3 切断指の石川分類

切断指: 形成外科/整形外科にコンサルトを行う。切断された部位は、ポリ袋に入れ、その袋をさらに氷を入れた袋に入れて、浸軟しないように包み冷やす。一般論として、石川分類の subzone I は動脈の再接合が困難であるが、subzone II よりも近位であれば動脈吻合が可能とされる図3。ただし、創部の状態や患者の基礎疾患などを考慮して再接着の適応の判断が行われる。開放骨折に準じて、破傷風予防や頸静脈的な予防的抗菌薬投与を行う。

指プロック (Finger web space block 法): 注射部をポビドンヨードまたはクロルヘキシジン溶液で消毒し、“みずかき”の部分に背側から 25 G針で 1%キシロカインを 2 mL ずつ (指 1 本に対し計 4 mL 程度) 注入する。まずは 1 mm 程度の浅い部位 (背側指神経) に注入し、そのまま骨に添わせて針を進め、深い部分 (掌側指神経) にも注入する。効果発現まで 5 分程度かかり、約 30 分間効果が持続する。疼痛緩和の方法として、9~10 mL の 1%キシロカインに 1 mL の炭酸水素ナトリウムを加える、ゆっくり注入するなどがある。エピネフリン入りキシロカインの指への使用は 2020 年に添付文書中の禁忌が削除されたが、特別な理由がない限り使用しない方が無難である。

動物咬傷: 第 12 章 6. 動物による咬傷 を参照

爪脱臼: 爪が剥がれた状態を爪脱臼と呼ぶ。脱臼した爪甲の形状が保た