

### 3. 救急診療における高齢者のアセスメント・初期対応

岩田 充永

**要約** 救急診療における高齢者のアセスメントでは、ADLを把握する、痛みが軽度でも重篤な疾患の可能性のあることに留意する、せん妄を見逃さない、発熱が軽度でも重篤な感染症を否定しない、失神の原因評価を慎重に行う、薬剤の影響を考慮する、詳細なフォローアッププランを立てるなどの点に留意する必要がある。

**Key words** : ADL, 急性冠症候群, せん妄, 薬剤

(日老医誌 2011; 48:322-325)

日本の高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）は2005年に世界で初めて20%を超え、2010年には22.5%と予測を上回るスピードで増加している。高齢者人口の増加に伴い、高齢者の救急受診も増加し、救急外来で診療する医師にとって高齢者の救急受診の特徴を理解しておくことは必須のこととなった。本稿では、高齢者の救急診療におけるアセスメントの注意点を述べる。

#### アセスメントの注意点1:

##### 漠然とした訴えの受診で重症のことがある

高齢者の救急受診理由は漠然としていることが多く診療に難渋する上に、重症である割合が高い<sup>1)2)</sup>。過去の研究においても要介護高齢者が、「今日は起き上がることができない」、「食欲がない」、「自宅で介護できなくなった…」など非常に漠然とした訴えで救急室を受診し、その20~50%の症例で入院治療が必要な急性疾患(脱水、感染症、心不全など)が認められたという報告がある<sup>3)4)</sup>。高齢者の漠然とした訴えから重篤な疾患を見逃さないためには、高齢者本人あるいは介護者から「いつから、いつもと何が違うのか」をはっきりさせるために慎重に病歴聴取を行うことが必要で、具体的に基本的ADL(食事、移動、トイレ、着替え、入浴)に注目した問診が重要である。症状の進行を把握することにも難渋する場合は少なくないが、表1に示すような具体的で答えやすい

ような質問の仕方が重要である。

#### アセスメントの注意点2:

##### 痛みが強くないから重症ではない?

加齢に伴い自律神経系の機能が低下し、生体に緊急事態が発生してもカテコラミンの放出やカテコラミンに対する感受性が低下するため、疼痛閾値が上昇し、痛みを感じにくくなる。このため、急性冠症候群(ACS)や急性腹症(消化管穿孔・虫垂炎穿孔等)などが生じても若年者に比べて、痛みの訴えが軽度で、誤診や診断が遅れの原因となる。

高齢者におけるACSでは胸痛を伴って受診する割合は50%以下であると報告されており、表2に示すような特徴について理解しておく必要がある<sup>5)6)</sup>。

腹痛を呈する高齢患者のうち約半数は入院となり、3分の1は入院中に外科的な介入が必要となるという報告もあり、安易に便秘や過敏性腸症候群と診断するのではなく、救急外来では必ず血管疾患(急性心筋梗塞、腹部大動脈瘤、腸間膜虚血など)、腸管穿孔、腸管の絞扼(S状結腸軸捻症や閉鎖孔ヘルニアなど)、閉塞性疾患(悪性腫瘍による腸閉塞や閉塞性胆管炎など)を重篤な疾患を鑑別する必要がある<sup>7)</sup>。

#### アセスメントの注意点3:

##### 言動の異常は認知症によるもの?

高齢者が急な行動異常で救急外来を受診した場合は、安易に認知症と断定せずに、「いつから具体的にどのような症状が出現したのか?」必ず発症時期と進行を確認する必要がある。

表1 発症時期や進行スピードを把握するための質問方法

「今日の朝（昨日の夜）はいかがでしたか？」→時間単位での発症、進行（超急性） 緊急疾患の可能性高い
「昨日はいかがでしたか？」→日単位での発症、進行（急性） 救急疾患の可能性高い
「今週の初めはいかがでしたか？」→数日単位での発症、進行 感染症や慢性疾患の急性増悪の可能性高い
「先月はいかがでしたか？」→月単位での発症・進行
「お盆（お正月）の頃はいかがでしたか？」→数カ月単位での発症・進行

表2 高齢者における急性冠症候群の特徴

<ul style="list-style-type: none"> <li>・65歳以上の高齢者のACSで胸痛を呈するのは50%以下である</li> <li>・もっとも一般的な訴えは倦怠感・せん妄・上腹部圧迫感・発汗 etc 漠然としたものである</li> <li>・心電図もST上昇などの虚血性変化を示す割合が少なくなる</li> <li>・非典型的な症状の急性心筋梗塞は典型的発症の急性心筋梗塞の3倍の死亡率（治療開始の遅れ、ガイドライン遵守率の低下による）となる</li> </ul>
--

表3 注意を要する失神の兆候

【救急外来でチェックすべき項目】
バイタルサインの異常
心電図異常
急性冠症候群の兆候
心不全の兆候
貧血、便潜血
【救急外来で確認すべき病歴】
高齢
心疾患の既往
突然死の家族歴
前駆症状

認知症の原因は、アルツハイマー病や脳血管性認知症などが一般的だが、その発症と進行は月～年単位と比較的緩徐であるため、認知症が原因で救急外来を受診することは稀である。高齢者が急な行動異常で救急外来を受診する場合、時間～日単位の発症である場合が殆どであり、この場合は認知症ではなく、せん妄を考慮すべきである。せん妄は、「意識混濁を背景に注意力、見当識、認知機能、判断力が一過性に障害される病態」と定義され、心不全、心筋梗塞や敗血症など重症疾患の唯一の症状となる場合もあるので注意を要する。

急な言動異常をきたした高齢者の評価においては、もっとも重要なのがバイタルサイン（血圧、心拍数、呼吸数、体温）の評価である。バイタルサインに含まれる項目の中でも収縮期血圧、心拍数、体温は加齢や内服薬剤の影響を受けやすい指標であるが、呼吸数はこれらの影響を受けにくい指標で、体に重大な異変が発生すると早期から異常をきたすため重要な評価項目である。呼吸数の観察は、観察時間が短いと正確な呼吸数を測定することができないため、30～60秒かけて測定する必要がある。

あり、呼吸数20回/分以上（慢性呼吸器疾患患者では25回/分以上）あるいは8回/分未満を異常と判断する。ショックでは血圧低下よりも先に脳血流低下による症状（不穏・せん妄）や呼吸数増加が認められるといわれており、「高齢者の呼吸数増加+言動異常をみたらショックを疑う」という習慣をつけておくと、血圧低下をきたす前の早期の状態でショックを発見できる。

#### アセスメントの注意点4：発熱の程度は軽いので、重症感染症ではない？

加齢によって、基礎体温は低下し、外因性・内因性の発熱物質に対しての視床下部体温中枢の反応は低下するため、高齢者は感染症に罹患しても発熱しないことがある。重症感染症で救急外来を受診した高齢者の症状はADL低下やせん妄など漠然としたものである場合が多く、20～30%は正常範囲内の体温であったという報告あり、発熱だけを手がかりにしていると重症感染症見落とす危険がある<sup>8)</sup>。

要介護高齢者では、平常時の体温と心拍数を把握しておくことが重要で、発熱が軽度であっても、 $\Delta$ 心拍数（現在の心拍数－普段の心拍数）/ $\Delta$ 体温（現在の体温－普段の体温） $>20$ の場合は細菌感染の可能性が高くなることを認識しておく必要がある。

#### アセスメントの注意点5：失神の原因はTIA？

高齢者の失神は、重篤な疾患に起因することが多く若年者に比べて予後が不良である。失神（あるいは一過性意識消失）の原因を安易にTIA（一過性脳虚血発作）と診断して、心血管性疾患に起因する失神や出血性による循環血液量低下に起因する失神に関する精査がなされないことは大きな問題がある。確かに椎骨脳底動脈系の

表4 救急外来で頻繁に用いられる薬剤の危険な相互作用

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ NSAIDs+ACE 阻害薬, ARB, カリウム保持性利尿薬⇒高カリウム血症</li> <li>・ ACE 阻害薬, ARB+カリウム保持性利尿薬⇒高カリウム血症</li> <li>・ NSAIDs+キノロン系抗菌薬⇒けいれん</li> <li>・ ニトログリセリン+シルデナフィル (バイアグラ®) ⇒血圧低下</li> <li>・ ワーファリン+キノロン系抗菌薬, マクロライド, ST 合剤, NSAIDs ⇒ワーファリン作用増強</li> <li>・ 抗アレルギー薬+マクロライド⇒QT 延長症候群</li> <li>・ テオフィリン+マクロライド⇒テオフィリン中毒</li> <li>・ カルベネム系抗菌薬+バルプロ酸⇒バルプロ酸の血中濃度低下</li> <li>・ フルマゼニル (アネキセート®) +三環系抗薬⇒けいれん</li> <li>・ デキストロメトर्फアン (メジコン®) +SSRI ⇒セロトニン症候群</li> </ul>
--

表5 ある疾患には治療薬であっても、併存する別の疾患にとっては都合が悪いことがある

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 不整脈, パーキンソン病の治療で抗コリン作用のある薬を処方⇒緑内障や前立腺肥大症の症状が悪化</li> <li>・ 関節リウマチや変形性膝関節症に対して NSAID を処方⇒高血圧症の悪化, 心不全や腎機能障害が悪化</li> <li>・ 虚血性心疾患に抗血小板薬を処方, 心房細動でワルファリンを処方⇒胃潰瘍, 十二指腸潰瘍から出血</li> <li>・ 慢性心不全の治療にβ受容体遮断薬を処方⇒気管支喘息や肺気腫の症状が悪化</li> <li>・ 気管支喘息や肺気腫の治療にβ受容体刺激薬を処方⇒心不全患者の不整脈を誘発</li> </ul>
--

TIA ならば一過性意識障害をきたすことがあるが、必ず視覚など他の神経随伴症状を伴うので、神経症状の確認は必須である。

失神をきたした高齢者の評価においては、かならず①心血管性（不整脈、心筋症、弁疾患、心筋梗塞、大動脈解離）②起立性（大量出血による）③神経調節性④薬剤性、などの鑑別診断を念頭において表3に示すような所見を確認しつつ診療をおこなう必要がある。

また、失神して転倒し外傷を負った場合にも、生じた外傷ばかりに評価が集中してしまい、意識消失の評価がなされない危険があるため、「転倒して怪我をした」という症例では、「転んだときのことは覚えているか？」や「意識を失っていないか？」を確認することが重要である。

#### アセスメントの注意点6： 常用薬剤が救急受診と深く関連する

高齢者は糖尿病、高血圧症、心不全、脂質異常症、骨粗鬆症など多くの併存疾患のため多数の薬剤を内服している場合がある。「高血圧症・狭心症・心房細動などの治療で心拍数上昇を抑制する薬剤（β受容体遮断薬、ジギタリス等）を内服しているために、出血性潰瘍でも頻拍にならない」など内服薬剤が救急受診時の評価に影響を及ぼす危険がある。また、複数の医療機関から処方を受け処方内容全体を把握されておらず薬剤の副作用が救急外来受診の原因となる場合、反対に内服が確実にされていないことが原因で救急受診や時には入院にまで至る場合

も少なくない。以上のことから、高齢者の救急受診時には、①処方されている薬剤を全てリストアップする②現在の症状が、薬剤の副作用・相互作用による可能性は無いか検討する③薬剤の服薬状況を確認する、の3点は必須の確認項目となる。

救急受診時に新たに薬剤を使用する場合には、常用薬との相互作用による有害事象や、併存疾患への悪影響に留意する必要がある（表4、5）<sup>9)</sup>。

#### アセスメントの注意点7：病態が軽症でも 慎重なフォローアッププランが必要

高齢者の救急では病気や怪我の程度はそれ程重症ではない場合も、介護や見守り体制に留意し、帰宅後も高齢者が安全に生活できるか、内服治療は確実にできるか、再診の約束が守られるかなど生活面への配慮が必要となる。この配慮を怠ると、「発熱で受診した高齢者を帰宅させたら、ふらついて階段から転落して重症な頭部外傷を負ってしまった…」あるいは「内服薬を処方したにもかかわらず、認知症があって全く内服されていなかった」というような予測外の救急再受診の事態が発生する危険がある。高齢者を救急外来から帰宅させる場合、「この患者さんは帰宅後にどのような生活をおくるのか」という点も検討して転帰を決定することが重要である。

#### 参考文献

- 1) Iwata M, et al: Emergency department use by nonagenarian patients. *Geriatrics & Gerontology International*

- 2006; 6 (1): 25-31.
- 2) Iwata M, et al: Transfer of elderly patients from health care facilities to emergency departments: Prospective observational study of the emergency department in Japan. *Geriatrics & Gerontology International* 2003; 3 (4): 250-255.
  - 3) Boockvar KS, et al: Predictive value of nonspecific symptoms for acute illness in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 1111-1115.
  - 4) Rutschmann OT, et al: Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints. *Swiss Med Wkly* 2005; 135: 145-150.
  - 5) Alexander KP, et al: Acute coronary care in the elderly, part I: Non-ST-segment-elevation acute coronary syndromes: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology: in collaboration with the Society of Geriatric Cardiology. *Circulation* 2007; 115: 2549-2569.
  - 6) Alexander KP, et al: Acute coronary care in the elderly, part II: ST-segment-elevation myocardial infarction: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology: in collaboration with the Society of Geriatric Cardiology. *Circulation* 2007; 115: 2570-2589.
  - 7) *Avoiding Common Errors in the Emergency Department*, Lippincott Williams & Wilkins, 2010, p259-260.
  - 8) Caterino JM: Evaluation and management of geriatric infections in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 2008; 26: 319-343.
  - 9) 岩田充永: 高齢者の安全な薬物療法 (第25回) 医療機関で処方された薬剤の相互作用により救急受診を来した症例. *Geriatric Medicine* 2011; 49 (2): 255-257.

### 理解を深める問題

- 問題1. 高齢者の救急疾患の特徴で誤っているものはどれか.
- a 高齢者では急性冠症候群で胸痛を呈する割合が若年者に比べて低下する
  - b 高齢者では急性心筋梗塞ではST上昇を認める割合が若年者に比べて低い
  - c 胸痛を伴わない急性冠症候群では、胸痛を伴う場合よりも予後が良好である
  - d 高齢者の腹痛は、若年者に比較して痛みの程度が軽度でも重篤な疾患である可能性が高い
  - e 全身倦怠感やADL低下などを理由にした救急受診でも入院が必要となるような急性疾患が発見されることがある

- 問題2. 高齢者の救急診療について正しいものはどれか.
- a 高齢者の急な言動異常では、まず認知症を考慮すべきである
  - b 血圧が正常であれば、ショックは除外してよい
  - c 呼吸数の観察は数秒程度の観察で十分である
  - d 発熱が軽度であっても重症感染症の可能性はある
  - e せん妄では、原因検索よりも薬剤による鎮静を優先すべきである

- 問題3. 高齢者の救急診療について正しいものはどれか. 2つ選べ.
- a 常用薬剤が診察所見に影響を及ぼすことがある
  - b 血清クレアチニン値が正常であれば、薬剤投与量については特別な配慮は必要ない
  - c 高齢者の常用薬剤は情報収集が難しいため、救急外来で処方する薬剤が少ない場合は情報収集を断念してもやむを得ない
  - d 治療のために使用した薬剤が、併存疾患の病態を悪化させる危険がある
  - e 漢方薬であれば重篤な副作用の心配はない

- 問題4. 高齢者の失神で正しいものはどれか. 2つ選べ.
- a 高齢者の失神も若年者と同様に予後は良好である
  - b 高齢者の失神の原因としては一過性脳虚血発作が最も多い
  - c 心房細動も失神の原因となることがある
  - d 高齢者の失神で最初に行うべき検査は頭部CTである
  - e 外傷の症例であっても、失神を疑うことが必要である