

亀田呼吸器流 救外の呼吸不全診療ポイント 2026

初期研修医はこれをおさえる！

更新日 2025/12/28

1 ABCDの確認と初期治療

A : Airway 声をかけて**返事の有無**を確認，発声困難・嘔声・stridor → **上気道閉塞**の可能性

B : Breathing 呼吸数，SpO₂，呼吸音を確認．酸素化と換気に分けて呼吸を評価．

酸素化：**SpO₂**（PaO₂）を評価 → **酸素投与**（目標SpO₂ 90%[PaO₂ 60mmHg]以上）

換気：**意識**レベル（PaCO₂）を評価 → **換気補助**（NPPV、挿管）（目標pH 7.25以上）

C : Circulation 血圧と脈拍を確認，**頸静脈怒張**の有無，心音聴取．

ショックを伴う場合

→ 緊張性気胸，心タンポナーデ，心筋梗塞，肺血栓塞栓症，敗血症性ショック

D : Dysfunction of CNS GCSで評価

呼吸器疾患患者の意識障害で高CO₂血症によるナルコーシスが挙げられる

PaCO₂ **15**mmHg以上の上昇で傾眠（=外部からの刺激があれば覚醒する状態）

PaCO₂ **35**mmHg以上の上昇で昏睡（=外部からの刺激に完全に反応しない状態）

2 原因疾患の検索：

病歴聴取：**発症様式**、発症状況，**随伴症状**，既往歴，生活歴（喫煙、粉塵暴露），薬剤歴

検査：血液検査（血算生化，凝固），**血ガス**，**エコー**（肺，心など），胸部X線・CT

3 臓器別の鑑別法：呼吸困難は「呼吸器・心臓・その他」の3つに分けて鑑別診断を考える！

呼吸器

気道→急性喉頭蓋炎、喘息、COPD
肺→実質（肺炎）、間質（間質性肺炎）
血管→肺塞栓、肺高血圧
胸郭→胸水、気胸、神経筋疾患

心臓

うっ血性心不全
急性冠症候群
心タンポナーデ

その他

血液・代謝→代謝性アシドーシス、貧血
心因性→過換気症候群
シャント→ASD、肺動静脈瘻、肝肺症候群

4 頻度が高い疾患と見逃してはならない疾患

頻度が高い疾患

心不全：頸静脈怒張，ラ音，下腿浮腫，**心拡大**

肺炎：発熱，咳嗽，X線で**浸潤影**

COPD増悪：wheeze，X線で他疾患除外

喘息発作：喘息既往，**wheeze**

過換気症候群：SpO₂が保たれる，四肢しびれ

見逃してはならない疾患

上気道閉塞：発熱，**嚥下痛**，流涎→急性喉頭蓋炎

急性冠症候群：**胸痛**，心不全症状，ECG，CKMB

肺血栓塞栓症：**Wells criteria**で評価

心タンポナーデ：X線，心エコー

緊張性気胸：気胸患者がショック，気管変位

間質性肺炎の急性増悪：**びまん性スリガラス**

5 原因疾患の治療

心不全→利尿薬など，喘息→SABA吸入，気胸→胸腔ドレーン，肺炎→抗菌薬 など

6 挿管人工呼吸・NPPVの適応はあるか？

リザーバー10L/分でもSpO₂ 90%以上を保てない → ネーザルハイフロー，NPPV考慮

pH 7.25未満のPaCO₂上昇 → **換気補助**目的にNPPVか挿管人工呼吸

NPPVの失敗例・除外基準該当例，酸素化・換気不十分，気道確保必要 → 挿管人工呼吸

＊クリニカルパール「**気管挿管を考慮し始めたこと自体が挿管の適応である**」