

Flow Chart—Manual of Emergency Care for Dentists

第4版

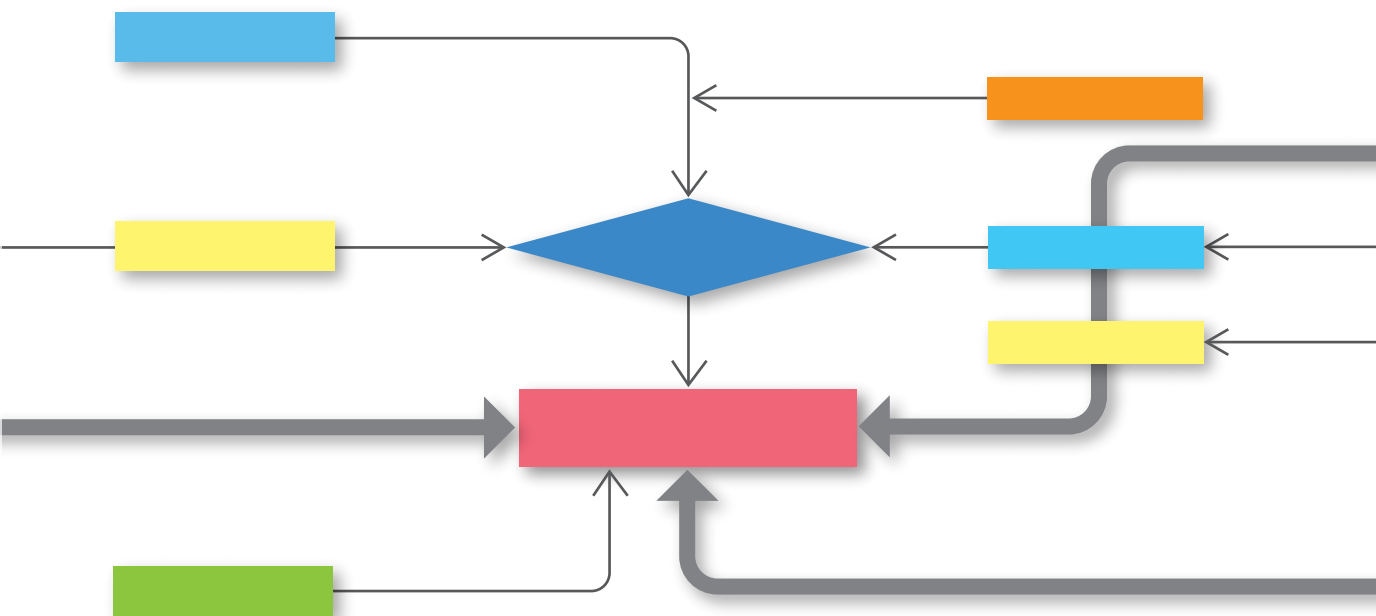
フローチャート式

歯科医のための 救急処置 マニュアル

DVD
ビデオ付

一次救命処置ガイドライン 2010
高血圧治療ガイドライン 2014
準拠

見崎 徹
伊東隆利 編
渋谷 鑛

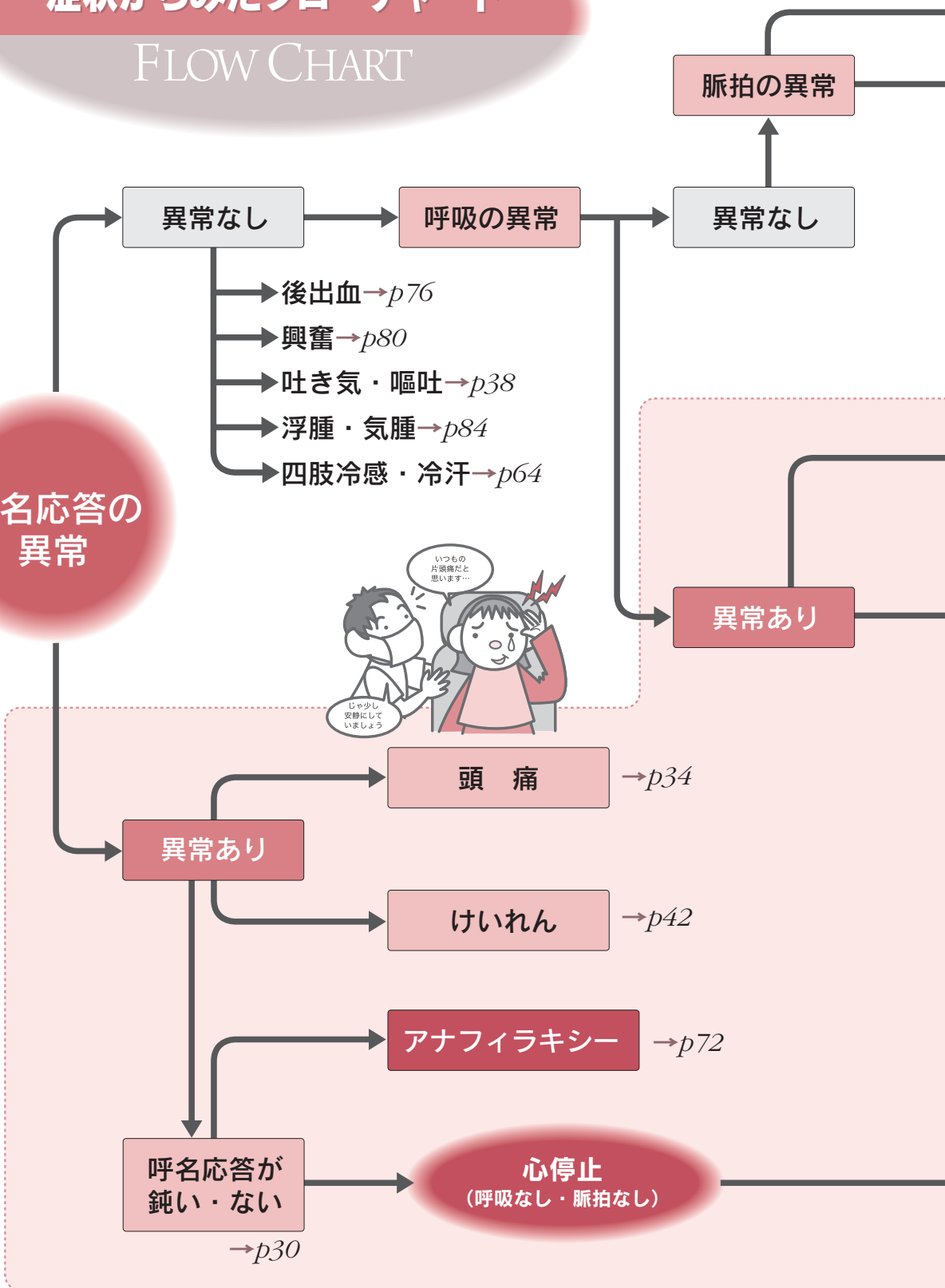


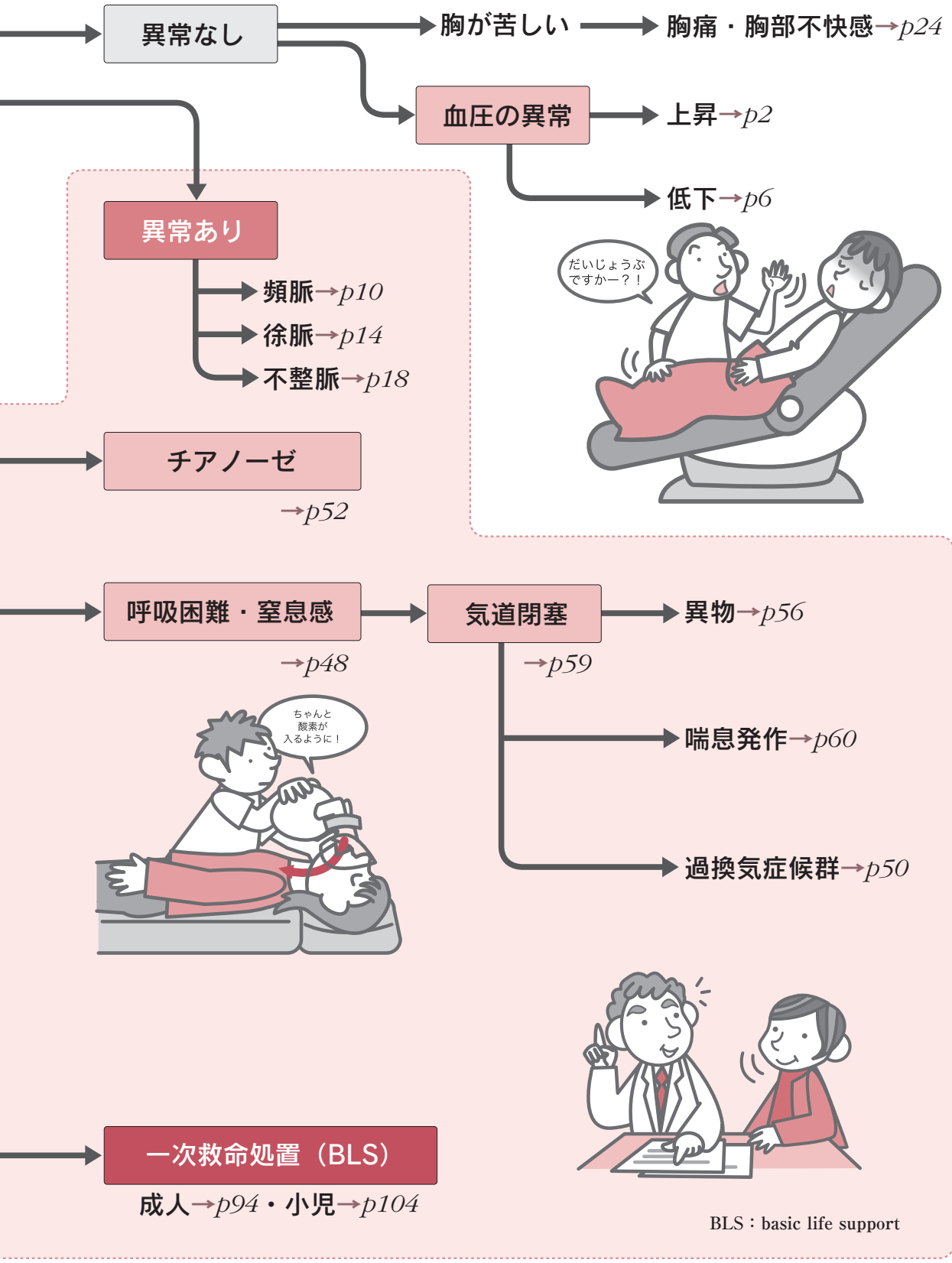
医歯薬出版株式会社

症状からみたフローチャート

FLOW CHART

呼名応答の異常





BLS : basic life support

15

ぜんそく(気管支喘息)発作が
みられたら

喘鳴、起坐呼吸などの呼吸苦がみられた状態。

対応を誤ると致命的なこともあるので、迅速かつ適切な対応を必要とする。



原因

日本では、人口の0.8～1.5%にみられ、そのうちの1/3は10歳以下で発症する。小児ぜんそくは思春期になると70～80%が自然に治癒するが、その半数は成人になって再発する。

1. 遺伝：気道過敏性とアトピー性素因(患者の60～80%を占める)が関与している。
2. アレルゲン(抗原)の吸入：ダニ、ハウスダスト、カビ、動物の毛や垢、花粉、木材の粉塵などを吸入することにより発症する。
3. 薬剤：アスピリン、インドメタシンなどの酸性解熱性鎮痛薬(NSAIDs)、β遮断薬、造影剤、消毒剤、歯科用レジンなどである。
4. 非特異的刺激：冷気、刺激性ガス、水泳以外の過激な運動、精神的ストレスなどでも誘発されることがある。



症状と対処法(図1, 表1)

ぜんそく発作の症状としては、気道狭窄に伴う喘鳴、呼吸苦、起坐呼吸などがある。患者が、ぜんそく発作を発症した後に、重症化したりぜんそく死に至らないようにするために、適切な対応が必要である。

ポイント

アスピリン喘息の特徴

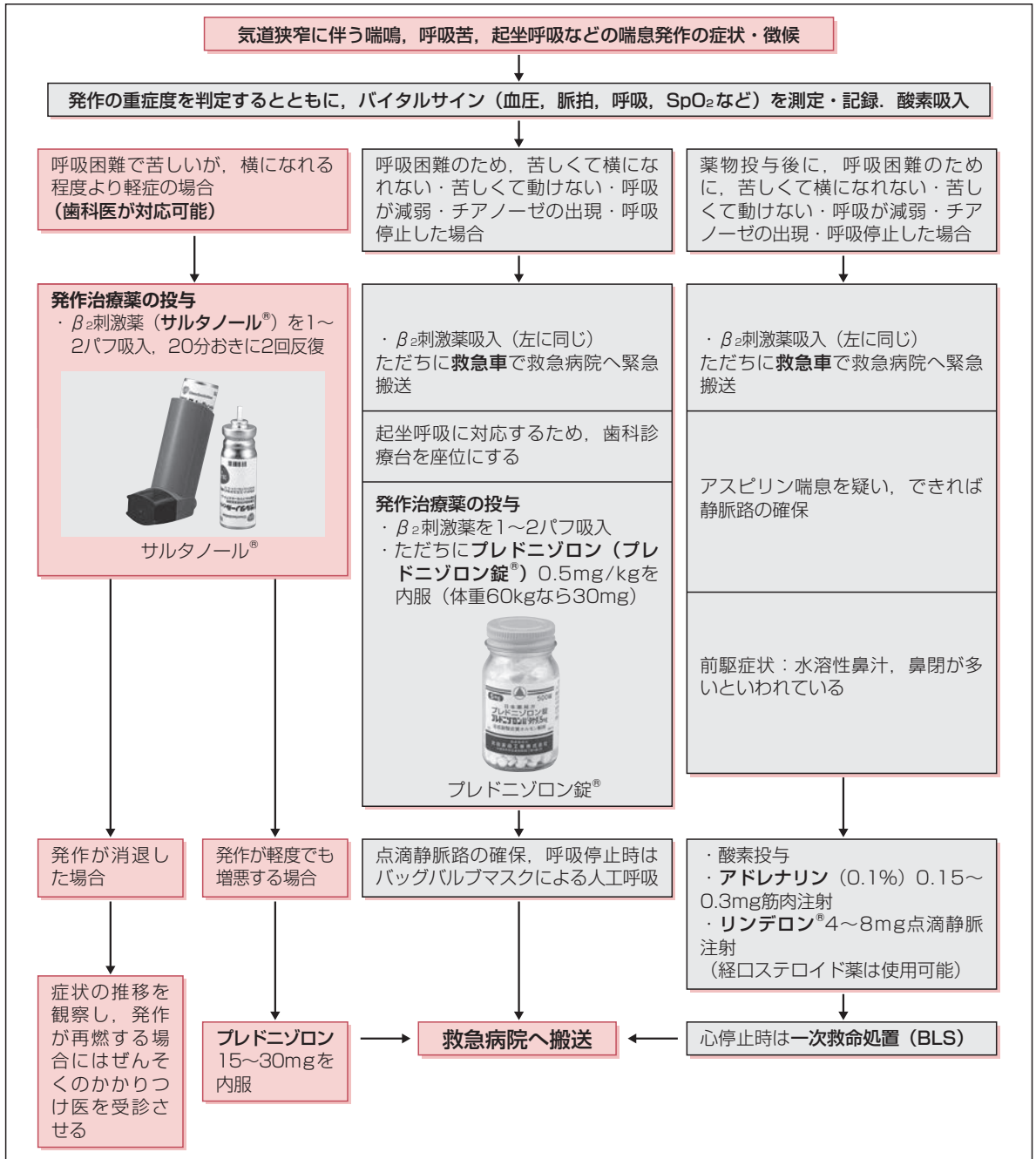
20歳代後半から50歳代前半に発症し、^{はなたけ}鼻茸、慢性副鼻腔炎、嗅覚障害を合併している頻度が高い。歯科では局所麻酔薬シタネスト-オクタプレシン[®]に含まれるメチルパラベンも発症の原因となるので、既往のある場合には使用を避ける。

アスピリン喘息発症時の治療薬は、アドレナリン、β₂吸入薬、テオフィリン薬、副腎皮質ホルモン薬である。特に、リン酸エステル型のメチルパラベンを含有しないリンデロン[®]を点滴静脈注射する。コ

ハク酸エステル型の製剤は使用しない。なお、アドレナリンは使用してもよいが、禁忌に注意したり、不整脈や心停止などを発症することがあるため、一般の歯科診療所では使用時の判断がむずかしい。ただちに救急搬送すべきである。

安全に投与できる鎮痛薬としては拮抗性鎮痛薬のペンタゾシン(ソセゴン[®]、ペンタジン[®])などがあるが、一般の歯科診療所では薬剤の管理が困難である。

(参考資料：厚生労働省ホームページ。重篤副作用別対応マニュアル平成18年11月)



呼吸器

図1 ぜんそく発作の症状と対処法

7

高血圧患者の見方

1. 『高血圧治療ガイドライン 2014』のポイント

高血圧の治療において、標準的な指針となる『高血圧治療ガイドライン』（日本高血圧学会発行）の第4版が2014年4月に発行された。前版（2009年）からのおもな変更点（抜粋）は以下の通りである。

- ◆診察室血圧よりも家庭血圧を重要視する。
- ◆若年・中年者高血圧の降圧目標を140/90mmHg未満とした。
- ◆糖尿病を合併した高血圧の降圧目標を130/80mmHg未満とした。
- ◆心疾患・脳卒中合併高血圧の降圧目標を140/90mmHg未満（**忍容性***があれば130/80mmHg未満をめざす）とした。
- ◆後期高齢者（75歳以上）の降圧目標を150/90mmHg未満（**忍容性**があれば140/90mmHg未満をめざす）とした。

診察室で測定される血圧と家庭や公共の施設などで測定する血圧は必ずしも一致しない。診察室および家庭における血圧測定の方法と注意点が、ガイドラインによってあらたに示されたので、それぞれ**表1**、**表2**に示す。また、診察室および家庭における高血圧の基準値を**表3**に示す。

*忍容性

薬物によって生じることが明白な有害作用（副作用）が、被験者にとってどれだけ耐え得るかの程度を示したものの。

*自由行動下血圧

自動血圧計を身体につけ、15～30分ごとに血圧を測ったもの。

*持続性高血圧

2. 高血圧の診断手順（図1）

高血圧の診断は診察室血圧と診察室外血圧（家庭血圧、自由行動下血圧*）により、正常血圧、白衣高血圧、仮面高血圧、持続性高血圧*の4つに分類できる。

白衣高血圧とは、診察室において精神的な不安や緊張が高まることにより、血圧（外来血圧）が家庭血圧より高くなる現象で、仮面高血圧は、診察室血圧は正常であるが家庭や職場で測定した血圧値が高血圧値を示す現象であり、逆白衣高血圧ともいう。高血圧の指摘を受けたことがなく、自覚症状がなかったり未治療の人でみられる。いわゆる職場高血圧や睡眠時無呼吸症候群の人にも多い。

仮面高血圧は、正常域血圧の人の10～15%、または140/90mmHg未満にコントロールされている降圧治療中の高血圧患者の約30%にみられる。未治療の仮面高血圧の心血管リスクは持続性高血圧と同程度である¹³⁾。コントロールが良好な状態における心臓病や脳卒中の起こりやすさを1とすると、持続性高血圧群では約2.17倍、仮面高血圧群では約2.63倍となる¹⁴⁾。仮面高血圧には診察室外で血圧が上昇している早朝高血圧（早朝血圧 \geq 135/85mmHg）、夜間高血圧（夜間血圧 \geq 120/70mmHg）、昼間高血圧（昼間血圧 \geq 135/85mmHg）が含まれる（**図2**）。

- ・血圧の測定部位として指用の血圧計は不正確である。手首血圧計は使用が容易であるが、水柱圧補正が困難であること、また手首の解剖学的特性から動脈の圧迫が困難である場合があり、不正確になることが多く、現状では家庭血圧測定には上腕用

表 1 診察室血圧測定法

1. 装置	①水銀血圧計, アネロイド血圧計による聴診法, または電子 (自動) 血圧計 ②カフ内ゴム囊の幅 13cm, 長さ 22~24cm のカフを用いる
2. 測定時の条件	①数分の安静後 ②測定前に喫煙, 飲酒, カフェインの摂取は行わない
3. 測定法	①カフの位置は, 心臓の高さに維持 ②カフの排気速度は 2~3mmHg/ 拍あるいは秒 ③聴診法ではコロトコフ第 1 相の開始を収縮期血圧, 第 IV 相を拡張期血圧とする
4. 測定回数	1~2 分の間隔をあけて少なくとも 2 回測定, この 2 回の測定値が大きく異なっている場合には, 追加測定を行う.
5. 判定	安定した値 (測定値の差がおおよそ 5mmHg 未満) を示した 2 回の平均値を血圧値とする.
6. その他の注意	①初診時には, 上腕の血圧左右差を確認 ②厚手のシャツ, 上着の上からカフを巻いてはいけない. 厚手のシャツをたくし上げて上腕を圧迫してはいけない ③同時に脈拍数も必ず測定し記録する

(日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編: 2014¹³⁾ を一部改変)

表 2 家庭血圧測定の方法

1. 装置	上腕カフ・オシロメトリック法に基づく装置
2. 測定環境	①原則として 1~2 分の安静後 ②測定前に喫煙, 飲酒, カフェインの摂取は行わない ③カフの位置は心臓の高さに維持
3. 測定条件 (1) 必須条件	①朝, 起床後 1 時間以内 排尿後 朝の服薬前 朝食前 座位で 1~2 分安静後
(2) 追加条件	②晩 (就寝前) 座位で 1~2 分安静後 指示により, 夕食前, 晩の服薬前, 入浴前, 飲酒前など. その他適宜, 自覚症状のある時, 休日昼間, 深夜睡眠時間など
4. 測定回数とその扱い	1 機会に原則として 2 回測定し, その平均を血圧値とする
5. 測定期間	できるかぎり長期間
6. 評価の対象	朝の測定値 5 日 (5 回) 以上の平均値 晩の測定値 5 日 (5 回) 以上の平均値
7. 評価	高血圧 朝・晩それぞれの平均値 \geq 135/85mmHg 正常域血圧 朝・晩それぞれの平均値 $<$ 135/85mmHg

(日本高血圧学会編: 2011¹⁵⁾ を一部改変)

表 3 異なる測定法における高血圧基準 (mmHg)

	収縮期血圧		拡張期血圧
診察室血圧	\geq 140	かつ / または	\geq 90
家庭血圧	\geq 135	かつ / または	\geq 85
自由行動下血圧			
24 時間	\geq 130	かつ / または	\geq 80
昼間	\geq 135	かつ / または	\geq 85
夜間	\geq 120	かつ / または	\geq 70

(日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編: 2014¹³⁾)