

# OD患者の救急対応

研修医一年目 渡邊朱希恵

# 皆さん大嫌い自殺企図

前提として知っておいて欲しいこと

- ・ ODの半数は苦痛の緩和目的に行われる  
(苦痛緩和 72.6%,自殺企図 66.7%,絶望度合表示 43.9%)
- ・ 薬物による自殺既遂は4%程、縊首は60%前後  
→本当に死にたいなら縊首で既に死んでいる

救急外来に生きてきた時点で「生きたい」気持ちは1%はある

# 陰性感情の対処法

独自の苦痛緩和方法を用いている時点で他人に期待していない

→ 援助者に対して反抗的な態度をとりがち

→ 援助者に陰性感情が湧き上がる

管理的・批判的態度をとると自殺リスクがあがる

「自殺リスクの高い患者ほど援助者に挑戦的な傾向がある」



「この患者は自殺リスクが高いのだ」

# 飲まれがちな薬

## ①ベンゾジアゼピン系：よくある

運動失調・傾眠・呼吸抑制など。

他に中枢神経抑制薬の併用が無ければ死亡例は少ない

## ②バルビツール酸系：処方少ない

悪心・嘔吐、血圧低下、ショックなど。重症化しやすい。

手・臀部・膝の内側に水泡が出来る

## ③アセトアミノフェン

## ④アスピリン

嘔吐・過呼吸・耳鳴り・傾眠。呼吸性アルカローシスと代謝性アシドーシスが混合

# 飲まれがちな薬

## ⑤フェノチアジン系

心伝導系障害による低血圧、不整脈、錐体外路障害、悪性症候群、意識障害

## ⑥ブチロフェノン系

口渇、排尿障害、錐体外路障害、眼圧上昇など抗コリン作用症状  
意識障害、心電図でwide QRS不整脈、低血圧

市販薬 2022年調査では65.2%が市販薬

## ⑦コデイン含有：7割が使用

パブロン、ブロン、ベンザブロック、ルル、バファリン、龍角散

## ⑧デキストロメトルファン含有：2021年市販薬登場以降症例増加中

メジコン、コンタック、ベンザブロック

# OD患者の救急対応 基本にABCDE

ABCDE確認→身体診察、原因物質特定→吸収阻害→排泄促進  
→中毒センターに相談 解毒・拮抗薬→再発防止

## 薬物特定

- ・ 既往歴
- ・ 常用薬
- ・ 患者本人 ※同情的、批判的にならないように対応
- ・ 患者の家族

# ODの診断のための検査：AIUEOTIPS

## 血液検査

- ・血ガス
- ・生化学：肝酵素、腎機能、電解質、CK、CRP
- ・血算
- ・凝固
- ・血糖

## 画像検査

- ・胸部Xp：誤嚥性肺炎合併あり
- ・胸部CT：肺血栓塞栓症合併あり
- ・頭部CT：意識障害鑑別

# ODの診断のための検査：トライエージ

尿中薬物簡易スクリーニング検査

ベンゾジアゼピン系、アンフェタミンなどの検出可能

※通常量の内服で検査陽性になる

※抗精神病薬、SSRI,SNRIは調べられない

※保険適用外

※2020年末販売終了している



# 中毒に対しての治療

## ①吸収の阻害

- 1.胃洗浄：服用後1時間以内、あるいは1時間以上経過しても胃管から大量の薬塊が吸引されるような場合で検討
- 2.活性炭：意識障害あり咽頭反射消失時は気道確保後  
推奨：カルバマゼピン、フェノバルビタール、  
テオフィリン等毒性強いもの  
無効：アルコール類、アルカリ、フッ素、鉄、ヨード、無機酸など  
投与：18Fr以上の胃管を用いて1g/kg投与。意識あれば内服

# 中毒に対しての治療

## ②排泄の促進

1.血液透析：薬物の半減期 長、分子量 小、蛋白結合能 低

推奨：アスピリンおよびメタノール、エチレングリコールなどの  
アルコール類、リチウム、バルビツール酸系、カルバマゼピン

2.尿のアルカリ化：

推奨：アスピリン、フェノバルビタール中毒

投与：尿pHを7.5以上 炭酸水素Naを1~2ml/kg 適宜

# 中毒に対しての治療： 中毒センターへ問い合わせ

## 3.拮抗薬、解毒薬の投与

ベンゾ系：フルマゼニル 診断的に投与

作用時間短い 一度覚醒しても再び意識障害に陥ることある

投与：0.2~0.3mg iv 覚醒みられるまで繰り返す

総投与量 2 mgに達しても覚醒なければ他の原因検索

治療：呼吸抑制に対してアミノフィリン有効

禁忌：痙攣既往

三環系抗うつ薬等痙攣可能性がある薬物の内服

# 中毒に対しての治療

## 3.拮抗薬、解毒薬の投与

アセトアミノフェン：N - アセチルシステイン（NAC）

服用量が150mg/kg超えるときに考慮

投与:初期量 140mg/kg、以降70mg/kgを4hごとに17回投与

※体格 小、アルコール常飲者、低栄養、肝障害、

チトクロームP450酵素系誘導薬物内服者

繰り返しアセトアミノフェン服用者では服用量少なくとも検討

# 合併症治療：中毒症状よりも主体になる

代表的なもの

1.誤嚥性肺炎

2.圧挫症候群、肺血栓塞栓症

3.低体温：28°C以下では致死的不整脈・心停止

4.悪性症候群

# 精神科救急に行くべきか

小児患者(乳児～21歳)の救急入院判定：HEADS-ED

項目：家庭環境、教育状況、活動・友人関係  
薬物とアルコールの使用、自殺傾向、感情の乱れ  
現在の受けている治療

0～14点の合計スコアと0～2の自殺傾向スコアで判定

合計スコアが8以上および/または自殺傾向スコアが2のときは、  
精神科の診察および/または入院が必要であることが推奨

# 精神科救急に行くべきか

成人患者(8歳以上)の自殺リスク判定：ASQ

質問：以下4つの中で一つでも「はい」があった場合⑤の質問

- ①この数週間、あなたは死ねたらいいのにと思いましたか？
- ②この数週間、あなたは自分や家族のために死んだ方がマシだと思いましたか？
- ③この一週間、あなたは自殺しようと考えていましたか？
- ④あなたは今までに自殺しようとしたことはありますか？
- ⑤あなたは今、自殺することを考えていますか？

⑤が「はい」の場合はただちにメンタルヘルスの評価が必要、帰宅させない

# 最後に

ODは致死性の予測が難しいため、自殺企図目的か苦痛緩和目的か判別がつかない

→自殺企図か自己流対処療法かの区別は必要だが、  
全例自殺企図と捉えて対応すべき

ところが 帰宅時にさせる「自殺しない契約」には意味がない。  
契約の意味：**×**自殺の危険なし→**○**自殺したくなったら連絡する  
→救外スタッフではなく継続的な援助者と交わすことに意味がある



# 最後に

例：

今日は大変なことがあって、救急外来にくることになりましたね  
(患者の環境に理解を示して敵対心を和らげる)

主治医の先生とも約束していると思いますが、明日（次の受診時）  
までお薬を飲まずにいて、死なない約束はできそうですか（約束を  
思い出させる）

もしまた死にたくなったり、沢山の薬が必要になったら、  
精神科救急窓口の方に連絡してください。（契約実行）

# 参考資料

もしも「死にたい」と言われたら 自殺リスクの評価と対応  
松本俊彦 中外医学社 2021年5月25日 1版7刷

救急現場における精神科的問題の初期対応PEECガイドブック 改訂第2版  
日本臨床救急医学会 総監修 2020年5月15日第2版第3刷発行

和歌山大学 救急医療における急性薬物中毒

JACA 日本急性期ケア協会 オーバードーズの救急対応～身近に潜む中毒たち②～

A Systematic Review of Instruments to Identify Mental Health and Substance Use Problems  
Among Children in the Emergency Department

Amanda S Newton, et. al 2017 May;24(5):552-568. doi: 10.1111/acem.13162. Epub 2017 Mar 22.