

第13回のテーマ

小児のフィジカルアセスメント：呼吸機能のアセスメント

● I. フィジカルアセスメントの基礎知識

1. フィジカルアセスメントとは

フィジカルアセスメントは、頭からつま先までの**身体の状態**を**系統的**に把握し査定することであり、ヘルス・アセスメントの重要な部分を占めています¹⁾。健康歴の問診も含めて視診・触診・打診・聴診の技術（フィジカルイグザミネーションによる身体状態の診察）を用いて**身体状態の評価**を行います。

・子どもの日常の変化を捉え、急変を防ぐためにもフィジカルアセスメントは重要です。

2. 診察の方法と順番

①頭尾法：頭から足に向けて、頭・顔・胸腹部・筋骨格系・神経系の順番に、一緒にアセスメントできることをまとめながら実施します。これは、打診や触診により腸の動きや腸音が影響されるためです。

②外表的などころから深部を観察：問診・視診・触診等の方法を用いながら、アセスメントを実施します。その後、物品を用いてより詳細な観察を行います。子ども・家族が気にしている異常な部分を問診・視診した後、気になるところのアセスメントを詳細に実施します。

③アセスメントの順番は、通常は①問診→②視診→③触診→④打診→⑤聴診、
腹部の場合は、①問診→②視診→③聴診→④打診→⑤触診で実施します。

● II. 呼吸のフィジカルアセスメント

1. 小児の特徴

- ・頭頸部：後頭部が大きいので、仰臥位では頭部が前屈する。舌が大きく舌根沈下が起こりやすいため、肩枕を的確な位置に挿入し、スニッピングポジションが有効。
- ・胸部：主たる呼吸筋の横隔膜は平坦化しており、吸気時の換気効率が悪い。肋骨が水平に近いので、吸気時の可動域小さく、1回換気量が少ない。筋力が未熟なため疲労しやすい。胸部のコンプライアンスが高い。
- ・喉頭・気管：喉頭は高く（小児C 3～4、成人C 4～7）、漏斗状。気管は細く短く、組織が柔らかい。気道が過敏で気道閉塞が起こりやすい。

2. 呼吸のフィジカルアセスメント（視診）（図1参照）

・呼吸のパターン（周期性呼吸、無呼吸、頻・徐呼吸、過・減呼吸、多・小呼吸等）呼吸様式（呼吸の深さや数）をみます。

3. 呼吸のフィジカルアセスメント（聴診）（図2参照）

・副雑音の有無や種類、吸気・呼気バランス、呼吸音の大きさ、左右差に注目します。呼吸音の聴診は左右対称に1か所1呼吸ずつ（吸気・呼気）行います。

図1 <シルバーマンスコア陥没指数>

	胸と腹の動き(シーソー呼吸)	肋間筋の陥凹	肩状突起部の陥凹	鼻孔の拡大	呼吸時のうめき
0点					
1点	呼吸時に上胸部の上昇が遅れる	ややと見える	ややと見える	軽度	胸郭部で聞こえるうめき
2点	シーソー運動	著明	著明	著明	耳に聞こえる胸郭部のうめき

0～1点：正常 2～4点：呼吸窮乏 5点以上：重症

出典：立岡弓子編著：新訂版 周産期ケアマニュアル第3版,サイオ出版,2020.
「胎外生活不適応状態へのケア③」

図2

	前面	背面
正常音		
聴診部位	①②③④	①②③④
気管(支)音	①②③④	該当なし
気管支肺動脈音	⑤⑥	気管支肺動脈音 ①②③④
肺動脈音	⑦⑧⑨⑩	肺動脈音 ⑤⑥⑦⑧

出典：看護roo！イラスト集より「正常呼吸音の聴取部位と対応表」

Point

- ①「どこが痛いのか」「どんなふうに苦しいのか」子ども自らが苦痛や症状を訴えられない場合も多いです。そのため、看護師は常日頃から子どもの様子をよく観察し、普段と違うちょっとした変化に気づき、見落とさないことが大切です。
- ②子どものフィジカルアセスメントは、発達の観点から解剖学的・生理学的に子どもならではの特徴があります。また、診察する順序は、比較的小子どもに不安を与えることがない項目から行い、痛みや苦痛を与えるような項目は診察の終わりの方で行います。
- ③フィジカルアセスメントにあたっては、子どもと家族に目的や方法を十分に説明し同意を得ます。看護師は子どもに不安や恐怖を与えないように接近し、協力できる準備ができた子どものサインを捉え、発達段階の特徴を踏まえて関わります。
- ④診察の過程では、家族からの情報だけでなく、子ども自身から情報を得てアセスメントしていくことを重視します。子どもの気持ちを尊重し、子どもが積極的に参加できるようにすすめることが重要です。

文献 1) 小野田千枝子監修, 土井まつ子, 梶山委都子, 仲井美由紀編：こどものフィジカル・アセスメント, 金原出版株式会社, 2006.