

## 肺うっ血におけるフィジカルアセスメント (心不全の看護①)

鵜名山 峻一

心不全の症状は、その病態から主に「肺うっ血」(左心不全)、「体液貯留」(右心不全)、「低心拍出」の3つに分類されます。これらの症状は、心不全を初めて発症した初期段階から、増悪を繰り返す慢性期への移行に伴い、出現する特徴や重症度が変化していきます。

今回は、急性増悪時などにまず直面する「左心不全による肺うっ血」について解説します。

## 1) 左心不全による「肺うっ血」の病態生理

左心不全によって左室からの心拍出量が低下すると、行き場を失った血液が左房、さらには肺静脈へと滞り、肺静脈圧が上昇します。これにより、肺泡毛細血管の血液量が増加した状態が「肺うっ血」です。

うっ血が進行すると、血管内の水分が組織(間質や肺胞内)へ漏れ出す「肺水腫」へと進展します。水分貯留によってガス交換(酸素化)が阻害され、肺の広がりやすさ(コンプライアンス)も低下するため、患者は強い低酸素血症と激しい呼吸困難を自覚するようになります。

## 2) 重症度・時期に応じた呼吸症状の3ステップ

肺うっ血の程度(重症度)に応じて、出現する呼吸症状は以下のように変化します。初期の段階でこれらの早期徴候をキャッチすることが、看護実践において極めて重要です。

## 【初期・軽度】労作時呼吸困難

活動時に筋肉のポンプ作用で心臓へ戻る血液量(静脈還流量)が増加しますが、低下した左心機能では対応できず、一時的に肺うっ血が増強して息切れが生じます。

## 【中等度】発作性夜間呼吸困難

就寝後数時間で激しい息苦しさや咳嗽で目を覚まします。夜間に臥床(横になる)することで、日中に下肢に溜まっていた水分が血管内に再吸収され、静脈還流量が増加して肺うっ血が進行するために起こります。夜間の副交感神経優位による心拍出量低下も影響します。

## 【重度】起坐呼吸

横になると呼吸困難が悪化し、身体を起こすと軽減する重症のサインです。座位になることで重力により血液が下半身へ移動し、静脈還流量(心臓への負担)が減少して肺うっ血が一時的に軽減します。また、内臓が下がって横隔膜の圧迫が解除され、換気量が回復することも理由です。

## 3) ベッドサイドで行うフィジカルアセスメント

症状の段階を捉えるために、主観的情報(症状)と合わせて、以下の客観的情報を素早くアセスメントします。まず、問診では「いつ」「どのような時に」「どのような症状が」「どのくらい生じるのか」を具体的に確認し、続いて視診・触診で呼吸数・呼吸パターンの確認(頻呼吸、呼吸補助筋の作動、チアノーゼの有無)など、聴診では、肺胞内に水分が貯留すると、特に背側の下肺野で呼吸周期の終末に「細かい湿性ラ音(捻髪音)や粗い湿性ラ音(水泡音)」が聴取されます。うっ血の悪化に伴い、聴取範囲は下部から上部へと拡大することが多いです。そして、バイタルサインではSpO<sub>2</sub>(経皮的酸素飽和度)の低下、頻脈、血圧の変動を観察し、これらをもとにアセスメントします。

## 4) 看護実践につなぐ

これらの病態生理を踏まえ、看護師は患者の「歩くと息が切れる」「夜苦しくて目が覚める」といった主観的な言葉から、症状の誘因や出現時間帯、重症度を的確にアセスメントする必要があります。

労作時呼吸困難に対しては活動と休息のバランス調整を行い、夜間の呼吸困難や起坐呼吸に対しては、枕やクッションを用いた上半身の挙上(ファウラー位など)による療養環境の整備をします。これにより、静脈還流量をコントロールして心負荷を軽減し、呼吸困難の速やかな緩和を図ることが重要です。

さらに重要なのは、症状や身体所見、バイタルサインの「増悪や緩解していく過程」を継続して捉えることです。これら日々の変化と「体重の増減」や「患者固有の症状パターン」の推移を合わせて評価し、看護ケアに統合することで、一般的なセルフケア支援から「個性の高いセルフケア支援」へと繋げることができます。フィジカルアセスメントを点で捉えるのではなく、この一連のプロセスとして捉えることこそが、看護の質を向上させるとも大切な視点です。

次回は、「体液貯留におけるフィジカルアセスメント(心不全の看護②)」を予定しています。

## 参考文献

- ・小林繁樹 監修・編集 救命救急ビジュアルナースング 学研 2020 年
- ・山内豊明 フィジカルアセスメントブック 医学書院 第2版 2011 年
- ・一般社団法人日本脳卒中学会 脳卒中治療ガイドライン 2021[改訂] 2023]

- ・BeyondER 第2巻 第5号 2024 年
- ・一般社団法人日本救急医学会 医学用語解説集 WEB <https://www.jaam.jp/dictionary>