**ICU入出時の情報伝達**

|  |  |
| --- | --- |
| **ICUノート** | ICU day 1 |
| **患者名** |  |
| **主治医** |  |
| **Code Status** |  |
| **キーパーソン** |  |
| **主病名** |  |
| **サマリー** |  |
| **24時間のイベント** |  |
| **身体所見** |  |
| **検査所見** |  |
| **現在投与中の薬剤** |  |
| **By systemでの評価** |  |
| **本日やること** |  |
| **Disposition** |  |

**見本**

**ICU入出時の情報伝達**

|  |  |
| --- | --- |
| **ICUノート** | ICU day 1 |
| **患者名** | ○○○○さん，80 歳，男性 |
| **主治医** | ●●●● |
| **Code Status** | DNAR（胸骨圧迫，除細動なし），その他の治療制限なし |
| **キーパーソン** | 妻 |
| **主病名** | II型呼吸不全 |
| **サマリー** | 病院受診歴のない重喫煙歴のある80歳男性。2週間前からの労作時呼吸困難，入院3日前から徐々に増悪する鼻汁，咳嗽，膿性喀痰と発熱を認め，安静時呼吸困難が出現したため，当院救急搬送。COPD急性増悪として一般病棟入院となったが，夜間に呼吸状態が悪化し，NIV使用。忍容性が乏しく，気管挿管されICU入室。 |
| **24時間のイベント** | ・気管挿管後，意識状態改善・喀痰の量が多く，数時間に1回の吸痰が必要 |
| **身体所見** | バイタルサイン：体温38.5 ℃，血圧120/70 mmHg，脈拍70回/分　整，呼吸数12回/分，SpO2 95%人工呼吸器設定：PCV/FiO2 0.25/PEEP 8 cmH2O/吸気圧8 cmH2O/吸気時間0.8 秒/呼吸回数1分10回/1回換気量300 mLGCS：E4VTM6RASS：-1CAM-ICU：陰性頭頸部：眼瞼結膜蒼白なし，球結膜黄染なし，口腔内湿潤，頸静脈怒張なし心音：整呼吸音：全肺野にGrade 2の喘鳴あり，右下肺野に全吸気で水泡音あり，呼吸補助筋の使用なし腹部：平坦，軟，腸蠕動音あり，圧痛なし四肢：浮腫なし，皮疹なしバランス：＋300（In 1,200 mL/Out 尿900 mL） |
| **検査所見** | 血液検査：pH 7.32，PaCO2 58 mmHg画像検査：デバイスの位置異常なし，気胸なし，全体的に肺野透過性亢進，右下肺野に浸潤影あり排便：入院後からはない。 |
| **現在投与中の薬剤** | 静注：フェンタニル20 μg/時，セフトリアキソン1.0 g＋生理食塩水50 mL 1日1回（10時），メチルプレドニゾロン40 mg＋生理食塩水50 mL 6時間おき（6時，12時，18時，24時）皮下注：未分画ヘパリン5000単位1日2回吸入薬：サルブタモール1回8パフ1日4回（6時，12時，18時，24時）内服：ランソプラゾール15 mg 1日1錠　朝ライン類：挿管チューブ，経鼻胃管，左橈骨動脈ライン，左前腕末梢ライン20 G，右前腕末梢ライン20 G，尿道留置カテーテル |
| **By systemでの評価** | **神経**#意識障害気管挿管後に改善していることから，低酸素血症やCO2ナルコーシスの影響を疑う。せん妄の可能性はある。　Plan：毎日自発覚醒トライアル（SAT）施行。せん妄の評価をCAM-ICUで経時的に行う。せん妄の予防にリオリエンテーション，睡眠と排便のコントロール#ABCDEFバンドルA：フェンタニルでコントロール良好。　B：SAT は毎日1 回行う，自発呼吸トライアル（SBT）は呼吸不全で挿管直後であり行わないが，明日実施予定。　C：フェンタニルのみ，ベンゾジアゼピンは避ける。　D：ICU入室後からCAM-ICU陰性，引き続きCAM-ICUで評価継続。　E：リハビリ介入依頼済み。　F：妻はICU 入室後に面会済み，治療計画説明済み。**心血管**#特に問題なし**呼吸器**#II型呼吸不全　来院時，気管挿管前の動脈血液ガス分析でPaCO2＞60 mmHgであり，II型呼吸不全の診断。重喫煙歴，身体所見，画像所見，人工呼吸器でも気道抵抗の上昇を認め，COPD 急性増悪が最も疑わしい。COPD 急性増悪として下記治療を継続｡　A：セフトリアキソン1.0 g＋生理食塩水50 mL 1日1回　B：サルブタモール1回8パフ1日4回　C：メチルプレドニゾロン40 mg＋生理食塩水50 mL 6時間おき5日間の予定｡　肺炎による急性増悪を疑う。　血液・喀痰培養の結果は未着。培養結果によりde-escalationし，治療期間を決定する。呼吸不全に対する人工呼吸器管理であり，呼吸筋疲労の影響を考え，抜管は24時間後以降に検討を行う。SpO2の目標は89～93%。現行治療で改善がない場合には，抗菌薬を緑膿菌活性があるピペラシリン・タゾバクタム4.5 g 6時間おきに変更，サルブタモールを1日6回まで増量する。ICU入室までに十分な治療がなされていなかったために呼吸不全が増悪したと考えるが，改善が乏しい場合には，他の肺胞低換気をきたす疾患の鑑別が必要。意識障害をきたすような薬剤の使用歴なし。神経筋疾患を疑う病歴については未聴取。#右下葉市中肺炎の疑い　発熱，膿性喀痰，浸潤影から上記を疑う。血液・喀痰培養の結果，治療については上記の通り。**消化器・肝臓・栄養**#絶食管理中　明日抜管ができない状況であれば，経鼻胃管からの経管栄養を行う。**腎臓・電解質**#特に問題なし。**内分泌**#血糖管理糖尿病の指摘なし。血糖管理は，180 mg/dL未満で推移している。血糖値は，1日4検（6時，12時，18時，22時）。血糖値が180 mg/dL 以上になった場合には，本日はスライディングスケールインスリンを使用する。#ステロイド使用中　長期投与の予定はないため，予防は不要。**血液**#特に問題なし。**感染**#右下葉市中肺炎の疑い　呼吸器の項を参照。**その他**#病院未受診　ヘルスメンテナンス，社会的問題については，入院時カルテを参照。**予防**深部静脈血栓症予防：Paduaスコア6点であり，高リスク。ストレス潰瘍予防：48時間以上の人工呼吸器管理の可能性あり。PPI 投与。　人工呼吸器関連肺炎予防バンドル：適応あり。　リハビリテーション：理学療法士に呼吸器リハビリテーション依頼済。 |
| **本日やること** | ・吸入継続，ステロイド継続。・明日朝呼吸が落ち着いていれば，自発呼吸トライアル施行し抜管。・培養結果がでているか確認。感受性が判明すればde-escalation。 |
| **Disposition** | ICU |