

## ICU入室時

ICUノート	ICU day 1
患者名	〇〇〇〇さん, 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	<ul style="list-style-type: none"><li>・気管挿管後, 意識状態改善</li><li>・喀痰の量が多く, 数時間に1回の吸痰が必要</li></ul>
身体所見	バイタルサイン: 体温 38.5 °C, 血圧 120/70 mmHg, 脈拍 70 回/分 整, 呼吸数 12 回/分, SpO <sub>2</sub> 95% 人工呼吸器設定: PCV/FiO <sub>2</sub> 0.25/PEEP 8 cmH <sub>2</sub> O/吸気圧 8 cmH <sub>2</sub> O/吸気時間 0.8 秒/呼吸回数 1 分 10 回/1 回換気量 300 mL GCS: E4VTM6 RASS: -1 CAM-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, PaCO <sub>2</sub> 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 CO<sub>2</sub> ナルコーシスの影響を疑う。せん妄の可能性はある。

Plan：毎日自覚覚醒トライアル (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、自覚呼吸トライアル (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 PaCO<sub>2</sub> > 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。SpO<sub>2</sub> 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

ヘルスマンテナンス、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み。

---

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

---