

## SICU における患者診療のポイント

### ■ SICU 患者の定義

- 外科系患者の中で、以下の①または②を満たす患者
  - ① 急性、進行性の重要臓器機能不全を合併している。
  - ② 重要臓器の機能不全に陥る可能性があり、十分な観察（close monitoring）による早期発見・介入が有効であろうと考えらる。

### ■ SICU 患者の特徴

- 重症患者は急性かつ重症という点で、侵襲を受けた生体が回復していく過程が似ている。
- ICU 患者診療の 8 割は共通である。

### ■ 経由する場所

- 手術室（含むカテーテル検査室）：ほとんどが予定入室
- 救急室，病棟：ほとんどが緊急入室

### ■ 患者入室時の診療心得

- 患者の呼吸，循環動態の安定を第一に心がける。
- 同時進行で患者の病態把握や鑑別診断に努める。
- とくに緊急入室患者の場合には決定的治療（definitive therapy）に結びつくような診断的介入を積極的に行う。

### ■ チェックリストを使って ICU 入室時の情報を漏れなく聴取する（表 1, 2）

- 予定入室では、ICU 入室の理由、関連する既往歴およびそのリスク評価に関する情報を集める。
- 患者の身体的・精神的活動レベルをできるだけ具体的に聴取する。
- 手術に関連する情報（詰まる可能性のあるもの、破れる可能性のあるも

のではないか、手術は予定通り完遂できたか、その他術後管理に関わる重要ポイント、外科医の希望)を聴取する。

- 麻酔に関する情報(気道に関する情報、術中バランス)を聞き逃がさないようにする。
- 緊急入室ではとくに内科的な病歴聴取を大切にする(現病歴、既往歴、生活・社会歴、服薬歴、系統的レビュー)。
- 自ら病歴を聴取し、理学所見、検査所見を再度チェックして再評価を行う(“他人の言うことを鵜呑みにしない”ことは患者の安全を守る上で重要)。

## ■ 毎朝の SICU 回診の心得

- 回診シートを使用して毎朝の患者評価と計画の“型”をマスターする(表 3)。
- 1) 患者病歴サマリーをワンセンテンスで把握する。
    - 年齢・性別、診断・手術、ICU 入室の理由、POD XX (術後 XX 日) かつまたは ICU day YY (ICU 入室 YY 日)
 

例 1: 78 歳男性の A さん、大動脈弁狭窄症に対し大動脈弁置換術(弁の種類)を行い、観察目的に入室した POD 1 の患者。既往に高血圧、糖尿病あり、冠動脈は問題なく、心機能良好。

例 2: 19 歳男性の B さん、ICU day 27、オートバイ事故による多発外傷で脳挫傷、C6 頸損、多発肋骨骨折、肺挫傷、肝損傷、碑損傷を合併し保存的治療を行い、現在、遷延性意識障害、ARDS で人工呼吸中、気管切開術後 10 日目。
  - 2) 24 時間のイベント、とくに長期滞在の患者では、最近の主要な問題
 

例: A さんは、ここ数日血性 Na が 150mEq/l まで上昇し、昨日は経管から 5%ブドウ糖を 1000ml 投与し、24 時間の問題点は 39.6℃のスパイク熱がみられ…
  - 3) 所見
    - 忘れがちな事項
      - 累積水分バランスまたは累積体重変化

- ラインの挿入日

- 最終排便

4) プロブレムリストの作成

5) 評価と方針の関連箇所に記載する。

- 毎日同じ順番で行うと漏れがない。
- 縦軸（患者の全体像）、時間軸（病勢、炎症の経過）、重要臓器のトリアージ軸（その時点でどの臓器を最も優先して保護しなければならないか）を考える。
- その検査により治療方針が変わるかよく考え、検査計画を立てる。“何となくルーチンだから”という理由で検査をオーダーしない。
- EBM 的、医療経済的な思考回路をもつ。
- 忘れがちな事項
  - 抗菌薬を始めた理由（と標的）、投与期間、投与スケジュールは腎機能にふさわしいか
  - 深部静脈血栓予防
  - 漫然と続く内服薬の投与理由
  - リハビリテーションのオーダー

6) プレゼンテーション例：78歳男性 A さん。大動脈弁狭窄症に対し、大動脈弁置換術を行い POD 1。既往は前述の通り。術中は特に問題なく術後も全体として経過は良好で、入室 4 時間後抜管した。

(1) まず表 3 にしたがって、所見、プロブレムリストを述べる。

(2) 最後に臓器系統別に評価し、診療計画を立てる。以下その例：

- 中枢神経系に関しては、覚醒は良好で麻痺もなく、今後痛みに対してはフェンタニルの単回投与で対処する。
- 呼吸に関しては、現在マスク 5l で SpO<sub>2</sub> が 98 % と良好だが、術中と合わせて約 4l ポジティブ分が今晚あたりに血管内に戻ってくることが予測され、それに伴い酸素化が悪化するかもしれない。その場合には、血管内容量を評価した上で適宜フロセミドを使用し、酸素投与で SpO<sub>2</sub> が維持できなければ NPPV も考慮したい。
- 循環は、血管作動薬は必要なく、HR 80 の心房ペーシング中、mBP、

PA も良好，尿量も十分，乳酸も正常で循環は良好．心房細動予防目的で $\beta$ 遮断薬を再開したいが，自己 HR は 50 台と遅いので，より短時間作用のメトプロロールから開始し，心房ペーシングを継続したい．

- 腎泌尿器，電解質，水分バランス，本日朝 6 時までには術中と合わせて約 4l ポジティブ．血清クレアチニンはベースラインの 1.2mg/dl から本日朝は 1.5mg/dl まで上昇．動脈硬化も強く AS なので，本日は肺酸素化の悪化を認めない限り，循環を優先し，除水は緩徐に行う．カリウム投与マニュアルを継続し，適宜マグネシウムを補正．経口開始に伴い輸液は中止．
- 消化器・栄養は，本日昼から食事を開始．H<sub>2</sub> ブロッカーは経口に変更．
- 代謝・内分泌は，インスリン投与量も多くなりなく，血糖は 100 ~ 150mg/dl 程度と良好．インスリン持続静注から皮下注に変更．
- 血液凝固系は，ヘモグロビンが 8.3g/dl．これ以上貧血が進むようなら輸血を考慮．出血は落ちついているのでヘパリンの持続投与，ワルファリンおよびアスピリンを開始．DVT 予防はヘパリンも開始するので不要．
- 感染については，予防的セファメジンが継続中だが，術後 24 時間で終了予定．
- リハビリは本日室内歩行トライ．

## ■ 鑑別診断の三原則

- 1) 見逃すとすぐに命に関わるもの
- 2) 頻度が高いもの
- 3) よくわからない時は決まった順序で（例：頭からつま先，臓器系統別）

## ■ 緊急事態対処の三原則

- 1) 予測・予防が大切（“前兆のない急変はない”）
- 2) まずその場で可能な素早い対症療法から行う．
- 3) 対症療法を行いながら原因を探る．

表 1 手術室からの入室患者のチェック項目と評価

項目	キーワード, 具体例
<b>基礎的な術前情報</b>	
年齢, 身長・体重	
入室理由	管理か観察か, どの臓器不全か
病歴・既往歴	心, 肺, 腎, 肝, 脳, 糖尿病に関して情報を確実に
術前の内服, 使用薬剤	抗血小板薬, 抗凝固薬の中止とヘパリンブリッジングと再開予定, $\beta$ 遮断薬やスタチン(できるだけ早い再開を), ACE 阻害剤や ARB (周術期低血圧の可能性), ジギタリスやテオフィリン (周術期不整脈の可能性), ステロイド (補充の必要性は?)
アレルギー歴	
社会歴, 生活歴	喫煙と飲酒, 主治医の病状説明の内容, 家族との関係
術前の神経・精神状態	意識, 高次機能, 神経学的欠損, 病識, 性格, 慢性痛, 他
術前の身体機能状態・運動耐容能	METS, 駅の階段, 家の階段, 買い物, 家事, 平地歩行
<b>術後管理に不可欠な術前情報</b>	
狭いところ, 詰まるものはないか	手術で作成したグラフト血管, 冠動脈, 脳動脈, 末梢動脈, DVT, 腸管, 緑内障, 前立腺肥大
破れるもの, 裂けるものはないか	縫合部位, 動脈瘤, 動脈解離, プラ
<b>手術に関する情報</b>	
診断	術前とどこが違ったか
術式	術前とどのように変わったか
術中の特記所見	腫瘍の進展, 汚染, 出血の程度, 培養提出の有無
残った病変	つなげなかったバイパス, 完全に止められなかった逆流, 取り切れなかった腫瘍, 次回手術する予定の動脈瘤
創の状態	減張縫合, 開放創, 陰圧閉鎖療法[VAC], ガーゼパッキング, 皮弁の状態
ドレーンの種類と位置	予測されるドレナー液の性質, 量
執刀医として術後心配なこと, 希望, 予定	血圧管理, 再開創 (セカンドルック)・洗浄・創の閉鎖の予定, 創の安静度, 体位, 安静度
止血の自信	