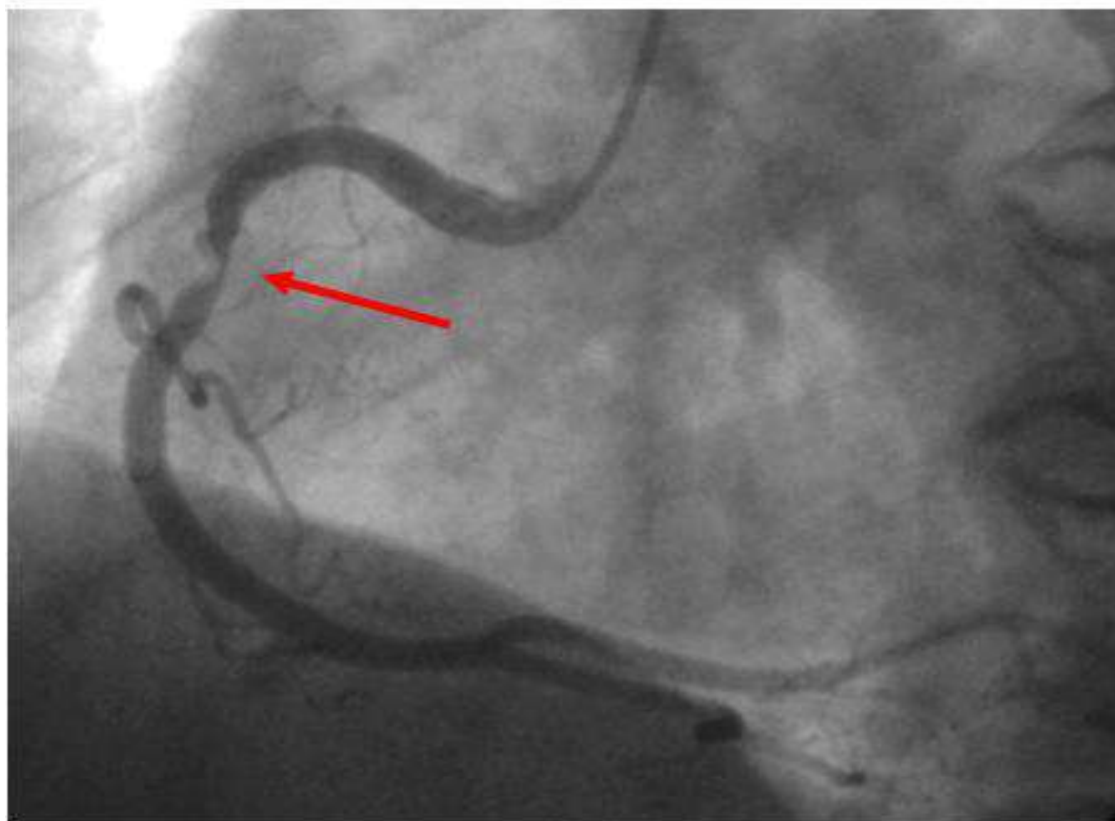
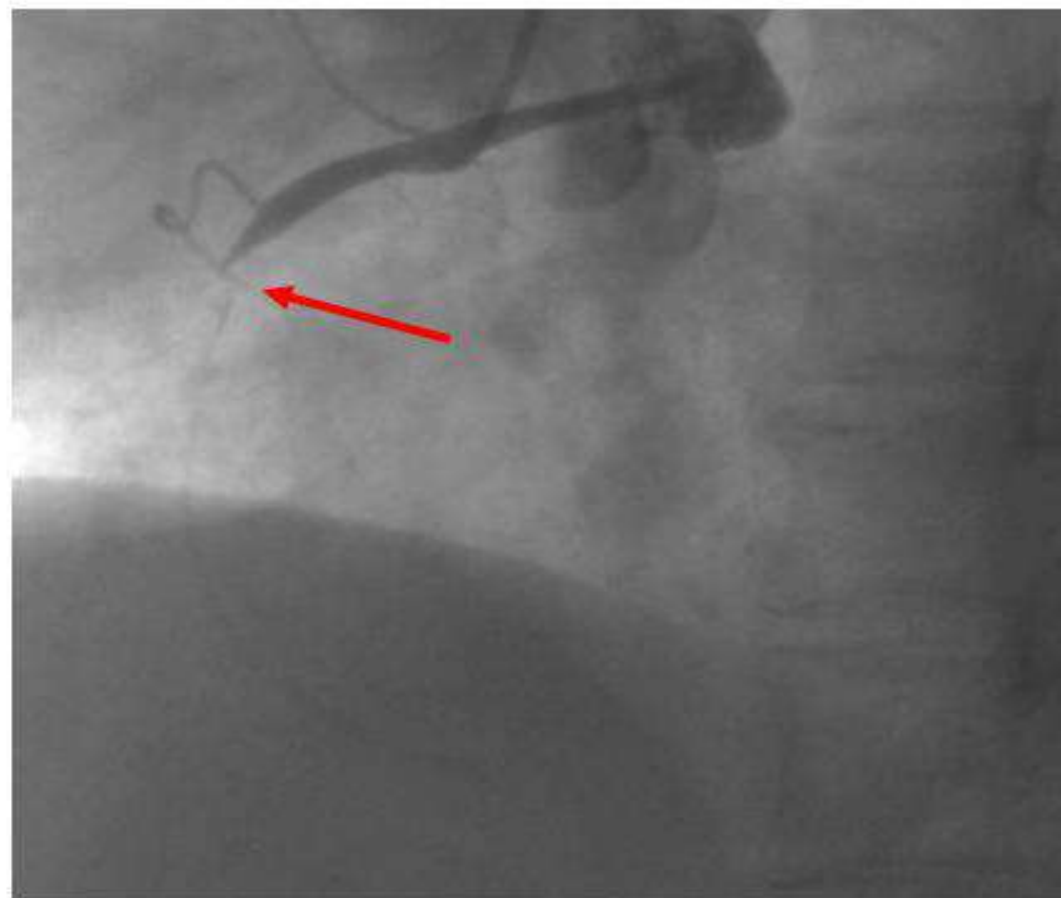


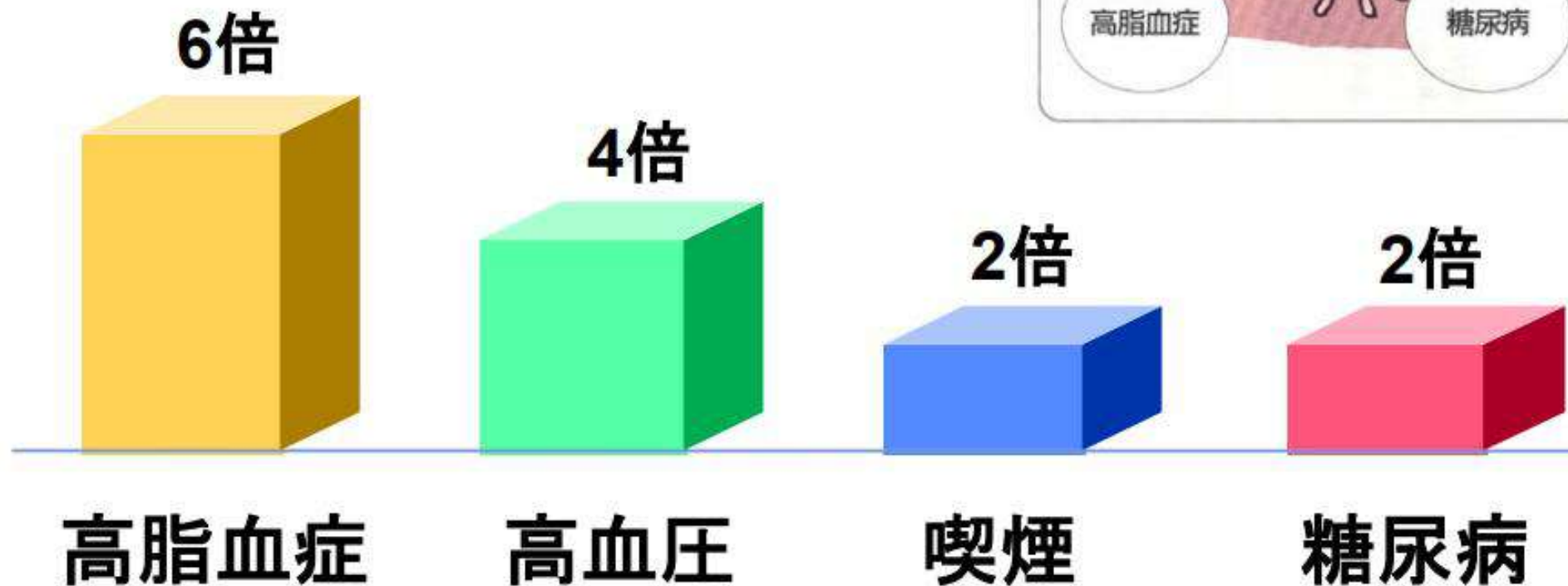
心臓の右の血管の**狭窄**
狭心症



心臓の右の血管の**閉塞**
急性心筋梗塞



40歳代の人が今後数年以内に
狭心症・心筋梗塞になる危険性
についてのアメリカでの調査結果



右心カテーテル検査

静脈からカテーテルを挿入し、大静脈・右心房・右心室・肺動脈脈の**圧測定**や**造影**、また**心拍出量**や**短絡量の測定**をします。さらに心筋症のような心臓の筋肉細胞（心筋細胞）の**病気の有無**や**程度を診断する**ために心臓内側の筋肉を摘んできて顕微鏡で調べる心筋生検が行われることもあります。

左心カテーテル検査

動脈からカテーテルを挿入し、大動脈・左心室などの**圧測定**や**造影**、また冠動脈の造影も行います。



PCIはなんの略？

経皮的 **Percutaneous**

皮膚を通して処置をする

冠動脈 **Coronary**

心臓に酸素や栄養分を送る動脈

インターベンション . . **Intervention**

細い管（カテーテル）を介して治療する

風船やステントを使って狭窄を来たした冠動脈を広げて血流を改善させます。

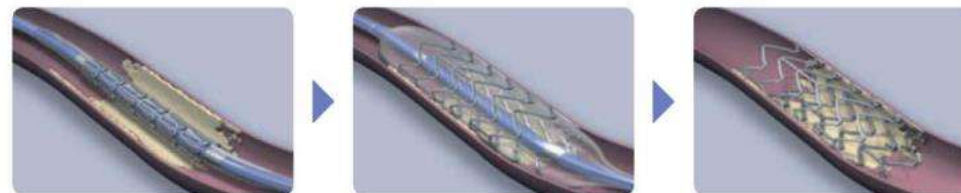
バルーン血管形成術

先端に特殊なバルーン（風船）が付いたカテーテルを冠動脈の狭くなった部位まで運び、バルーンを膨らませて冠動脈を内側から広げ、血流を確保します。バルーンはしぼんだ状態で体外へ抜き去られます。








冠動脈ステント留置術

ステントは金属製の網状チューブで、バルーン（風船）が付いたカテーテルに装着された状態で冠動脈の狭くなった部位まで運ばれます。バルーンを膨らめるとステントも広げられ、血流を確保します。その後、バルーンはしぼませた状態で体外へ抜き去られますが、ステントは広がったまま治療部位に留まり、血管を内側から支え続けます。



【導入する薬】

- ・抗血小板薬(アスピリンとクロピドグレル)  スtent閉塞予防
- ・ β 阻害薬(ビソプロロールorカルベジロール)  梗塞範囲↓、抗不整脈
- ・ACE-I/ARB(エナラプリルorカンデサルタン)  動脈硬化予防
- ・抗脂質薬(スタチン)  コレステロール退縮
- ・胃薬(PPI…タケプロン、ランソプラゾールなど)  胃潰瘍予防



服薬指導も大切！

循環器 教科書をみてみましょう。

急性心筋梗塞

PCI後 1日目 の患者は特に何に
注目しなければならない?????



【心筋梗塞の合併症】

- ・ステント血栓症
- ・心破裂(乳頭筋断裂、心室中隔穿孔)
- ・致死性不整脈(完全房室ブロック、心室細動/心室頻拍)
- ・心不全

胸苦、バイタル変化

+

モニター観察

-
- ・脳梗塞
 - ・せん妄

意識障害、麻痺

-
- ・カテーテル感染

発熱



特に胸部症状や不整脈あればすぐに主治医と相談

【心筋梗塞の合併症】

- ・ステント血栓症
- ・心破裂(乳頭筋断裂、心室中隔穿孔)
- ・致死性不整脈
- ・心不全

緊急カテーテル

緊急手術

除細動、ペースメーカー

酸素投与、利尿薬

- ・脳梗塞
- ・せん妄

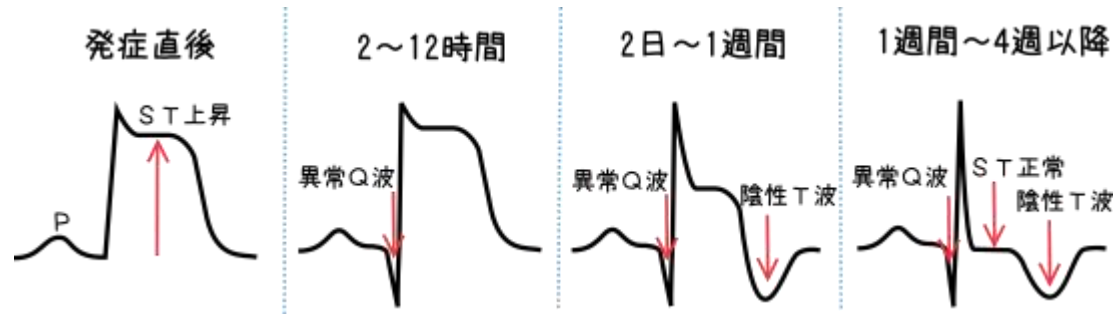
MRI±血栓回収カテーテル

向精神薬、環境整備

- ・カテーテル感染

血液培養→抗菌薬

実際にはPVC→非持続性心室頻拍でリドカイン持続静注が多い



心筋障害マーカー

CK-MB	心筋に多く存在する 蛋白	↑
トロポニン T	心筋に特異的に存在 する蛋白	↑
ミオグロ ビン	心筋や骨格筋に存在 する蛋白	↑
H-FABP	心筋に特異的に存在 する蛋白	↑



実習シミュレーション4.

遠賀さんの朝10時00分のバイタルサインは、体温37.2℃、脈拍100回/分（整）、モニター心拍数95、サイナスリズム、胸痛なし、呼吸22回/分浅表性呼吸、両下肺ファインクイックル聴取、胸郭運動左右差なし、SpO₂97%、呼吸困難感なし、血圧120/78mmHg、爪床、口唇チアノーゼなし、カテーテル挿入部からの出血なし、足背動脈触知左右差なし、皮下出血マーキングからの拡大なし。

Question5. これらの得た情報では何が異常で、その原因何だと考えますか？

実習シミュレーション4.

Surgical stress

(サージカルストレス：手術侵襲)

遠賀さんの朝10時00分、体温**37.2°C**、脈拍**100**回/分（整）、モニター心拍数**95**、サイナスリズム

胸痛なし、呼吸22回/分浅表性呼吸、
両下肺フアインクイックル聴取、

心収縮機能低下→心拍出量低下→循環血液量低下→交感神経緊張→頻脈

低心機能→左室機能低下→左心室圧負荷→
肺静脈圧上昇→肺うっ血→肺水腫→ガス交換障害
→低酸素血症

Question5. これらの得た情報では何が異常で、その原因
何だと考えますか？→**このままの状態が続くと**

実習シミュレーション6

実習1日目 バイタルサイン測定後、右下肢の屈曲禁止の指示は解除されました。

労作時の息切れが著名にみられるため、安静度は床上となりました。排泄は尿器でおこなっています。朝10時00分から12時00分までに250mlの尿量を観察しました。排便はありません。

Q. 排便はいつからない??
意図的な観察では何を観察しますか?このままだと?

「お腹が張った感じがします。」と話しています

Q.水分出納バランスはどうですか?

昼食は主食2割、副食1割 飲水は100mlでした。

食事摂取時、息切れがあり肩呼吸をしていました。「動くと苦しくて、食べれそうになし」と話しています。

Q.労作時の呼吸困難、頻脈はなぜおきますか?
どのような看護が必要でしょうか?

14時00分のバイタルサイン測定結果は

体温37.2℃、脈拍98回/分、モニターHR90回（APC散発）、胸痛なし、動機
血圧118/88mmHg、呼吸24回/分、

労作時呼吸困難感あり、両下肺ファインクイックル聴取、胸郭運動左右差なし、SPO₂

10時00分～14時00分の尿量は280ml、褐色尿

右大腿動脈カテーテル抜去部の皮下出血マーキング拡大なし、皮下血腫なし

実習シミュレーション7.

Question1. 実習2日目 朝の行動計画を
発表しましょう。

Question2. 朝状態観察の時間です。
まず、何から観察しますか？

Question3. 排泄に関する情報を明らかに

するためにどのような観察



実習シミュレーション8.

実習2日目の朝9時00分のバイタルサイン測定結果

体温36.8℃

脈拍78回/分（整）、モニターHR80、サイナスリズム、胸痛なし、胸部不快なし

呼吸18回/分 浅表性呼吸、肺音清明、SPO₂98%、呼吸困難感なし

血圧122/78mmHg、頭痛、嘔気なし

尿量2040ml/日

朝食主食5割 副食5割摂取

食事中軽度肩呼吸呈すが、昨日より軽減しています。

会話中、時折笑顔も見られるようになりました。

本日より安静度が室内歩行となり、トイレ歩行も見守りの元許可ができました。

術後発熱もあり、汗をかいているため皮膚のべたつきもあります。

しかし、労作時の息切れ、SPO₂低下が見られ、疲労感が認められています。

遠賀さんは

「昨日よりだいぶいいけど、動くときまだきつい。息もあがるしね。」

「もう歩いていいみたいだけど。早く退院したいし、どんどんうごいていいかな。」と話し



看護実践記録NO3 記載方法

※ 実習1日目記載する。

P→スクリーニングアセスメント→フォーカスアセスメント (E (S)→R)

診断／目標

看護計画

④ P: 問題
↓
A: Pを導く思考過程を記載する。

該当するカテゴリーを記載

< 記載ポイント >

○、は△が理由でおこっている。
このため□している。

このままだと、×を起こすこと
が考えられる。そのため、☆し

ていく必要がある。よって、
この診断をあげ看護介入していく。

関
連
図
で
全
体
像
の
可
視
化

ND:
に関連した□

○/○まで
LG:

○/○まで
1. SG:

○/○まで
2. SG:

問
題
リ
ス
ト
の
確
認

O-P
1.
2.
3.

T-P
1.
2.
3.

E-P
1.
2.
3.

看護実践記録
NO4とリンク

—— 実習2日目情報が追加されてからフォーカスアセスメント

	P →スクリーニングアセスメント→フォーカスアセスメント (E(S)→R)		診断/目標		看護計画	看護要約
--	---------------------------------------	--	-------	--	------	------

④ P: ショック
 「身体活動状況」について、高血圧、脂質異常症から冠動脈に動脈硬化巣が出現し、このプラーク拡大からRCA#1 75%、#3 75%、LAD#6 99%狭窄をCAGで認めた。狭窄改善を目的としたPCI後1日目であり、ベッド上安静で、右下肢屈曲禁止中である。これは、右大腿動脈を穿刺しており、A氏は、ワーファリン内服中であることや、カテーテル挿入時抗血小板薬や、抗凝固剤を使用するため、穿刺部位からの出血・血腫を起こさないためである。これらのことから、身体活動レベルは介助が必要であり、適切な状態であるといえない。PCI後は、圧迫固定解除後に、迷走神経反射症状が起こることがある。これにより、血圧低下、めまい、ふらつきを引き起こし転倒の恐れがある。また、労作時の呼吸回数増加などを認めており、現在の状況では身体活動低下から離床が遅れることも予測される。
 「活動耐性」については、呼吸機能データは異常をおこしている。労作時の呼吸困難、酸素投与でSpO2 95%、ファインクイックル聴取されている。

関連図で全体像を把握

RC:ショック
 ○/○まで
 LG:

問題リストの確認

- O-P
- バイタルサイン：脈拍、血圧変動の有無、発熱
 - 検査所見：心電図（不整脈の有無）、血液検査結果（CK、腎機能、肝機能、凝固系、血球数、Hb）、感染兆候の有無、胸部X線検査、心エコー法（左室駆出率）、心臓CT
 - 胸痛の有無、胸部不快感の有無、動悸の有無、程度
 - 呼吸状態 1) 呼吸数、2) 呼吸音、3) 胸郭の動き、4) チアノーゼの有無 5) SpO2値、6) 呼吸困難の有無 7) 動脈血酸素分圧8) 動脈血ガス分析
 - 穿刺部位の把握：疼痛・出血・血腫の有無
 - 穿刺部位より末梢側の循環の状況：動脈触知の有無、皮膚色、冷感の有無、しびれの有無、感覚障害の有無
 - 穿刺側の安静状況
 - 水分出納
 -



遠賀さんの状態を明らかにするためにほかにどのような情報が必要ですか？
チャットに書き込んでみましょう。