

集中治療室における治療と看護の目標

重症の場合、挿入されているカテーテル、薬剤などが多く、患者の状態も刻々と変化していきます。集中治療室の役割は、心筋梗塞後の不安定な血行動態（メモ1・図1）や心不全、致死性不整脈の管理だけでなく、カテーテル治療後の新たな合併症の監視や治療をすることです。そのなかで私たちの看護の目標は、カテーテル治療後の患者をスムーズに受け入れ、異常の早期発見に努め、確実に治療を行っていくこと、患者を安全に管理すること、早期回復に向けて多職種と協働したチーム医療を提供することにあると思います。

メモ 1 **心拍出量を規定する3つの因子：心収縮力、前負荷、後負荷**

心収縮力は心臓そのものの機能で、心筋梗塞後はこれが低下していることが多いといえます。前負荷とは、収縮する直前に心室にかかる負荷のことで、心臓に流入する血液の量（循環血液量）によって左右されます。後負荷とは、心臓から全身へ血液を送り出すときの抵抗のことで、末梢血管の収縮/拡張によって左右されます。これら3つの因子が相互に作用しあって、心臓は拍出量を一定に保つように調節しています。

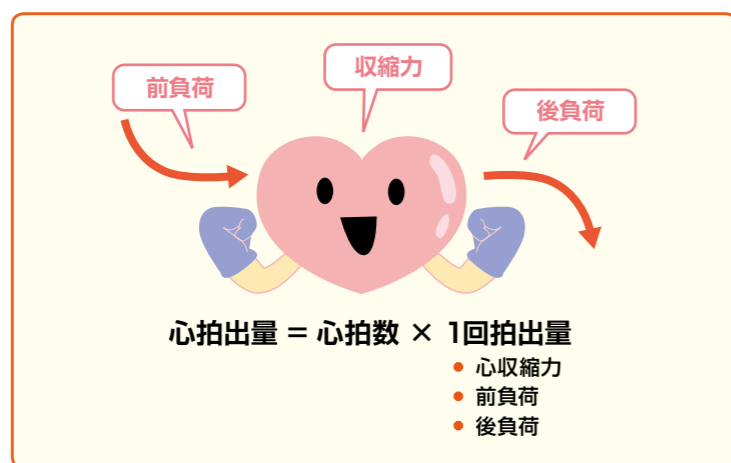


図1 心拍出量を規定する3つの因子

アセスメントと看護実践

患者はPCIなどの再灌流療法を行った後、急性期の状態を集中治療室にて過ごすこととなります。心筋や刺激伝導系の虚血、心ポンプ機能低下の影響でさまざまな合併症が起こりますが、梗塞部位や範囲、発症時期によって起こりうる合併症が異なります（メモ2・図2）。そのため、集中治療室では看護師のアセスメント力、観察力がとても大切です。合併症を未然に防ぐことにつながります。

以下に見逃してはいけない観察ポイントを項目ごとに挙げていきます。

モニター心電図

心筋梗塞治療後の患者には、心電図の装着が必要不可欠になります。常にリズムやST変化、またペースメーカー挿入時はペーシングスパイク波が確

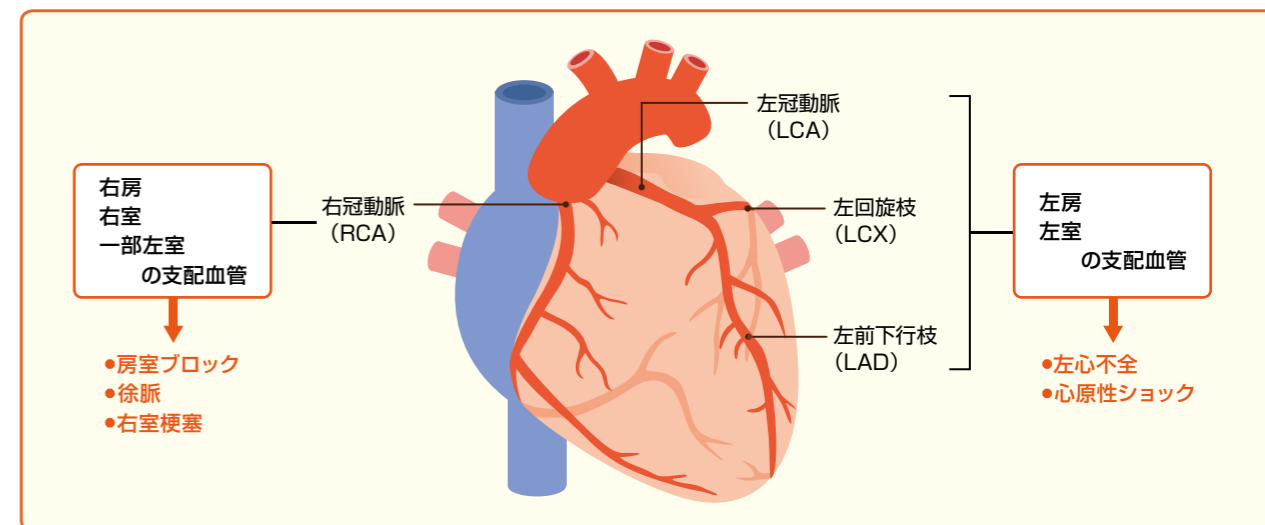


図2 冠動脈の走向と起こりやすい合併症

認できるように、観察しやすい誘導を選択します。

不整脈やST変化がみられたときは患者の自覚症状を確認するとともに必ず12誘導心電図をとり、前回のものと比較する必要があります。心筋梗塞の急性期では、カリウム値の変動により心室頻拍(VT)や心室細動(VF)が発生しやすいため、定期的な血液ガスの確認も必要です。閉塞血管が右冠動脈の場合（下壁梗塞）、完全房室ブロックや高度の洞性徐脈が起こりやすいため、とくに心電図変化には注意し異常の早期発見に努めます。

脱水状態や心機能低下があると心拍出量を保つために心拍数が増えることがあるので、その場合は血圧や水分バランス、静脈圧とともに医師にレポートする必要があります。

リハビリを行う際も心電図変化に注意し、無理のない範囲で行っていきます。

血圧

心機能が低下している場合や心不全も併発している場合は、血圧が低下することがあります。血圧の低下は末梢循環不全や腎血流低下、冠血流低下などを招きます。後負荷軽減目的の薬剤（血管拡張薬など）やβ遮断薬を使用する場合はとくに

メモ 2 **心筋梗塞後の合併症**

閉塞を起こした血管が心臓のどの部分を支配しているのかを理解することによって、起こりうる合併症をある程度予測することができます。右冠動脈(RCA)の閉塞の場合、右房、右室、一部左室の支配血管であるため、完全房室ブロックや高度の徐脈、右室梗塞が起こりやすいといえます。テンポラリーペースメーカーを予防的に使用するケースも少なくありません。左冠動脈から左回旋枝、左前下行枝の閉塞の場合、これらは左室を広範に支配している血管であるため、心原性ショックや左心不全が起こりやすくなります。心拍出量が保てない場合は、大動脈内バルーンパンピング(IABP)を挿入するケースもあります。

注意します。

また、血圧の上昇により後負荷が増大し、うっ血が生じることがあるため注意する必要があります。痛みやライン類などの苦痛による血圧上昇の可能性もあるため、その場合は速やかに対応します。

いずれにせよ血圧変動時はその要因をアセスメントし、適切に対応していく必要があります。

スワン・ガンツカテーテル

心機能が低下している場合、スワン・ガンツカテーテル（図3）を内頸静脈あるいは大腿静脈、鎖骨下静脈や尺側皮静脈より肺動脈まで挿入