

	医師記録	看護記録																		
<p>4月23日 0病日</p>	<p>5:20 自宅トイレにて倒れているところを妻に発見され救急搬送 病院到着時 BP186/112mmHg JCSⅢ-300</p> <p>頭部 CT MRI 胸部 X - p</p> <p>血算 生化学 心電図</p> <p>CT 所見 右中大脳動脈梗塞 心電図 sinus rhythm 神経筋反射 右++ 左-</p> <p>6:00 t-PA 開始</p> <table border="1" data-bbox="351 884 837 1137"> <tr> <td>採血結果</td> <td>WBC</td> <td>7800</td> </tr> <tr> <td></td> <td>RBC</td> <td>590</td> </tr> <tr> <td></td> <td>PT</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td></td> <td>HDL</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td></td> <td>LDL</td> <td>182</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Na</td> <td>224</td> </tr> </table> <p>7:00 病棟へ</p>	採血結果	WBC	7800		RBC	590		PT	12		HDL	32		LDL	182		Na	224	<p>7:33 ストレッチャーにて入院 S「…は…い」 声掛けに反応があるが、場所や時間、状況など理解できていない様子見られる。 説明に対しても反応なし。</p> <p>モニター装着、DIV 更新する JCS I-2 BP166/92mmHg 頭痛嘔吐なし 膀胱留置カテーテル挿入し、Hr.流出良好 右前額部に軽度内出血あり 増強なし</p> <p>10:00 S:「い…た…く…な…い」 O: BP154/92mmHg 嘔吐なし JCS I-2 呂律困難な様子、左口角からの流延軽度あり。 右上肢 MMT 2 左上肢 MMT 0 左から話しかけると反応がなく、右側に移動すると反応あり、左側の吸い飲みにも気づかない様子。右側から介助する。</p> <p>14:00 S:「うご…か…し…にく…い。」 O: 意識レベルクリア 左上下肢脱力感あり、痺れあり 上肢 MMT 左2・右3</p>
採血結果	WBC	7800																		
	RBC	590																		
	PT	12																		
	HDL	32																		
	LDL	182																		
	Na	224																		

		<p>下肢 MMT 左1・右2 頭痛・嘔吐なし、流延なし 前額部の内出血増強なし 左上肢 edema A:意識レベル改善、再梗塞の兆候見られず。 P:計画続行。</p>
4月24日 1病日	<p>0:15 夜勤看護師より連絡あり。 夜間せん妄状態により、セルシンiv</p> <p>8:35 #1 右中大脳動脈梗塞 #2 HT #3 脱水 #4 夜間せん妄</p> <p>t-PA 開始後 24 時間経過 新たな梗塞なし。意識レベルクリア しかし左側からの反応弱い。 視野の欠損なし。構音障害あり。</p>	<p>0:18 大きな金属音あり、訪室するとベッド柵を外し、起き上がろうとしている。止めようとする「帰…ら…んと…」「な…ん…ね」と看護師の腕をつかもうとするよう動き見られる。入院中である旨などを話すが病状や現状を理解できていない様子。 当直医に相談し、診察。指示にてセルシンを臨時で投与する。</p> <p>3:00 入眠中。呼吸状態安定している。</p> <p>▷ 脳梗塞(共同問題) 標準看護計画立案 ▷ 看護計画 #1, #2, #3 計画立案</p>
4月25日 2病日	<p>13:10 本日から昼食開始するが、誤嚥あり。Spo2 低下。 午後から VF にて評価。</p> <p>VF 結果 誤嚥や喉頭侵入も見られない。 嚥下運動まずまず。</p> <p>挺舌時、麻痺側への軽度偏倚、構音障害見られるため、麻痺による口腔、舌の動きの問題か。 ST に摂食嚥下の評価依頼。 評価後食事再開。</p>	<p>12:00 S:「おな…か…すい…た…ね」 O: 食事を右側にセッティングし、左側の食事にも注意を向けるよう、声掛けを行いながら介助を行う。 ゆっくり咀嚼していたが、2口ほど摂取したところで突然顔色不良となる。Spo2 89%まで低下。スタッフコール、気道確保し吸引を行う。 直前に摂取した野菜など、少量吸引できる。医師に診察依頼。 A: 医師より誤嚥の可能性高いと。 P: 絶食し、VF となる</p>
4月26日 3病日	<p>10:00 ST による評価終了。 直接嚥下訓練・関節嚥下訓練開始。 昼より食事再開。</p>	<p>10:00 S:「日…が…な…が…い。」 O: 意識清明 頭痛嘔吐なし、構音障害あり 肺雑音、咳嗽なく呼吸状態安定している</p>

		<p>12:00</p> <p>S: 「す…い…た。」</p> <p>O: 本日昼食から食事再開。食事形態が変更となり、むせなくゆっくり咀嚼し、嚥下している。</p> <p>しかし口腔の左側に食物が残っている様子あり。</p> <p>口腔内の食物が無くなってから、次を口に入れるよう声をかける。</p> <p>食事に集中することで、体位が左に傾くことあり。また食事は、30分以上経過すると集中力が低下しスプーンで混ぜるだけで摂取できていない。</p> <p>A: 嚥下のリスクは高い。見守りが必要。</p> <p>P: 計画続行</p>
4月28日 5病日		<p>2:00 夜間良眠</p> <p>8:00</p> <p>S: 「あ…さ…食べ…れ…んね。」</p> <p>O: 食事中のむせなし。30分程かけてゆっくり咀嚼し摂取される。左側の食事残しなし。口腔内残渣なし。</p> <p>AP: 計画続行。</p>
5月1日 8病日		<p>6:00 S: 「お…な…か…が…苦し…い」</p> <p>O: 排便ー3日目。腹部膨満軽度あり。臨時でテレミンソフト座薬使用。すぐに反応便あり。普通便多量に排泄。</p> <p>▶看護計画#4 立案</p> <p>22:00 訪室すると、顔面紅潮みられ、体温 38.7℃ Spo2 92% 肺 air 入り弱め。末梢冷感なし。呼吸苦訴えなし。氷枕貼用。</p>
5月2日 9病日	<p>7:20 昨夜から発熱あり。</p> <p>血算 生化学 C-XP</p> <p>10:00 胸部 XP 肺炎像あり CRP やや高値 誤嚥による肺炎と考える</p>	<p>5:00 訪室時、入眠中。 Spo2 95% R=18 回/分 呼吸状態悪化見られず。体熱感、末梢冷感なし。</p> <p>7:00 医師の指示にて採血実施。</p> <p>10:20 右前腕にルート確保。持続的静脈内注射、抗生剤開始。アレルギー症状なし。</p> <p>13:00 T=37.1℃に低下。末梢冷感なし。 発汗多量にて枕・シーツ汚染あり。 シーツ交換・寝衣交換施行。 「き…も…ち…いい」と話される。</p>