

今月のハイライト

■ 脳卒中患者の肺炎の治療法は

特に老人では自覚症状が乏しく、炎症反応も弱いことが多いので、全身状態に注意し、感染の徴候があるときには適切な抗生物質の選択が必要となる。さらに、動脈血ガス分析の結果から酸素投与の必要性の検討、気道分泌物の排泄を促すための体位交換、背部のタッピング、ネブライザーの使用、口腔・咽頭の分泌物の頻回の吸引、脱水による喀痰粘稠化を防止するための適切な輸液等が必要である。(石山 隆氏ら, 1013 頁)

■ 脳卒中慢性期の降圧剤は

血液濃縮を来しやすい利尿剤や心拍出量低下的な β 遮断剤はその適応を十分に考慮して必要最小限度とし、血管拡張的なCa拮抗剤やACE阻害剤、 α 遮断剤の使用、あるいはその併用で降圧を図ることが望ましい。さらに老人では起立時の血圧低下に拮抗する交感神経反射も低下しているので α 遮断剤も少なめとする。(川平和美氏ら, 1021 頁)

■ 片麻痺患者の狭心症は

単なる前胸部の圧迫感、不快感、または動悸というような訴えが多く、これだけで狭心症と診断することは難しい。テレメーター心電図またはホルター心電図を撮っていて、ST降下の増強所見がその症状と時間的に一致する時のみ狭心症と診断可能である。疑わしい症状のときは叱咤激励するのではなく、一時休息させるのが正しい方法である。(中村 昭氏, 1027 頁)

■ 脳卒中患者の糖尿病、高脂血症の食事療法で注意を要するのは

後遺症のため経過観察中に運動量が変化することである。入院して訓練中に歩行能力が改善して消費エネルギーの増加やインスリン感受性に変化がみられる場合や、逆に退院後外来通院中に歩行距離、歩行時間の減少やADLの低下とともに消費カロリーが減ることがある。これを放置すると肥満や糖代謝異常の悪化につながり、ADLのさらなる悪化を引き起こすという悪循環におちいることがある。(石原健造氏, 1033 頁)

■ 脳卒中患者の尿路管理について

急性期を過ぎた症例では、留置カテーテルは早期に抜去すべきと考えるが、尿路感染症、膀胱尿管逆流症、男性の場合は前立腺肥大症や前立腺炎などの合併症に注意する必要がある。多くの脳卒中症例を扱う病院では、排尿障害治療を専門とする泌尿器科医は必要であるとする。(山田 薫氏ら, 1039 頁)

■ 神経疾患による長期臥床患者の食事性低血圧

神経疾患により経管栄養を摂取する3か月以上の臥床患者について、食事の前後で血圧と脈拍の変動を検討したところ、食後に収縮期血圧の低下と脈圧低下がみられ、食事時間を20分と40分に変えて比較すると、20分で食事摂取したほうが収縮期血圧の低下が著明であった。(横山絵里子氏ら, 1044 頁)