

拡張型心筋症患者の心不全増悪による再入院予防にむけたチームアプローチの報告

小中 真由美¹⁾・柴田 賢一¹⁾・入谷 直樹¹⁾・亀島 匡高¹⁾・東田 雪絵²⁾・瀬木 晶子³⁾
 江原 真理子⁴⁾・山田 純生⁵⁾

1)名古屋ハートセンター リハビリテーション部

2)名古屋ハートセンター 看護部

3)名古屋ハートセンター 栄養科

4)名古屋ハートセンター 循環器内科

5)名古屋大学大学院医学系研究科(保健学)

Key words / 心不全, チームアプローチ, セルフモニタリング

【はじめに】拡張型心筋症と僧帽弁閉鎖不全症合併により重症心不全となり、入院が長期化した患者に対し、疾病管理指導を強化したため報告する。

【症例】54歳男性。水分や飲酒量過多による心不全増悪にて入院歴あり。入院時の心エコーでは左室駆出率 19.5%、左室拡張末期径 76.7mm と左室収縮力低下及び左室拡張が著明であり重度僧帽弁逆流を認めた。血液生化学検査では NT-proBNP 9740pg/ml と高値であり、CS 分類 2 であった。

【経過】心不全増悪のため当院へ救急搬送された。内科的治療では心不全コントロールがつかず入院 150 日目に僧帽弁置換術が施行された。翌日に補助循環装置離脱したが、呼吸状態が不良なため抜管は術後 5 日目、離床は術後 7 日目と遅延した。術後 52 日目よりエルゴメーターでの運動療法を開始し、術後 109 日目の心肺運動負荷試験では最高酸素摂取量 14.9ml/min/kg であった。術後 157 日目に自宅退院となり、外来リハビリへ移行した。

【指導】拡張型心筋症という病態から左室収縮能が大幅に改善

する可能性は低く、心不全増悪を繰り返していることから再入院リスクが高いと考えられた。カンファレンスにて問題点の検討を行い、看護師が心不全増悪因子の解説とセルフモニタリングの方法について、管理栄養士が食塩やアルコール摂取量について、理学療法士が活動強度や時間について具体的な目標値を提示して指導した。入院中と外泊時の食塩摂取推定量、身体活動量、脈拍数を患者自身が測定し、各職種から目標値を守れたかをフィードバックした。病院食以外の食塩摂取量の多さや適切な活動量を理解し、目標値を遵守できる生活を確認した上で退院となった。

【まとめ】低心機能かつ心不全増悪の危険性が高い患者に対し多職種による疾病管理指導を行った。心不全増悪による再入院予防のためには、自己管理が必要な項目を具体的に数値化し、セルフモニタリングの仕方と在宅生活での数値の確認が必要であると考えられた。

急性心筋梗塞後に心室中隔穿孔を合併し複数回手術を要した症例に対するリハビリテーションの経験

西川 大樹

名古屋第一赤十字病院 リハビリテーション科

Key words / 心室中隔穿孔, 心臓リハビリテーション, ディコンディショニング

【はじめに】心室中隔穿孔 (VSP) は急性心筋梗塞 (AMI) の 1~2% に発症する重篤な合併症である。1ヶ月以上の生存率は 20% と報告されており、早期の手術療法が推奨されるとともに術後早期からの心臓リハビリテーションが望まれる。しかし、VSP 術後の心臓リハビリテーションの報告は少ない。今回、我々は AMI 後に VSP を合併し閉鎖術を施行したがリークが残存し計 3 回の手術を要した症例に対して心臓リハビリテーションを行う経験を得たので報告する。【患者情報】53歳男性、既往として高血圧症、高尿酸血症がある。【経過】第 3 病日に他院にて VSP の診断を受け当院へ緊急搬送、VSP 閉鎖術および #6 冠動脈バイパス術を施行。第 5 病日より ICU にて理学療法介入を開始した。心室中隔にリークが残存 (Qp/Qs = 2.7) し心不全の悪化が認められたため第 11 病日に再手術。再度リーク残存が認められたが積極的離床は継続し第 22 病日に再々手術を施行した。翌日より第 28 病日

まで大動脈内バルーンパンピング (IABP) を挿入しておりベッド上でのリハビリを施行。第 29 病日に ICU 退室とともに座位練習を再開。第 30 病日より歩行練習を再開。第 35 病日に自宅退院を果たした。(FIM 106 点、BI 90 点) 【理学療法介入】リーク残存中には右心負荷軽減をはかる為、非侵襲性陽圧換気人工呼吸器の使用と座位保持による前負荷軽減を図った。医師と相談のもと積極的に離床を進め繰り返しの手術によるディコンディショニングを最小限にとどめる様に努めた。リーク消失後には一般的な心臓外科手術後と同様に段階的に離床を進めた。【まとめ】今回 VSP 手術後の心臓リハビリテーションを経験した。本症例は 3 回の手術を要したが、リーク残存中にもディコンディショニング予防を行うことで早期の退院を果たすことが出来たと思われる。

度重なる悪い知らせによる心情の変化に配慮を要した終末期がん患者を経験して

小野瀬 慎二 ・ 山口 順子 ・ 端谷 僚 ・ 細江 浩典

名古屋第二赤十字病院リハビリテーション科

Key words / 終末期, 目標設定, 多職種連携

【はじめに】がん発見後、度重なる悪い知らせを受け予後不良と告知された症例を担当した。短期間で心情が大きく変化し、患者への対応やリハビリテーション（以下、リハビリ）の目標設定に苦慮したので報告する。尚、症例には書面にて十分な説明を行い同意を得た。

【現病歴】60歳代女性。入院2ヶ月前より腰痛、下肢脱力が出現し徐々に進行したため当院紹介受診された。肺がん、多発脊椎骨転位疑いでX日入院となった。

【入院経過】X+4日、胸椎椎弓切除術が施行された。X+5日、理学療法を開始した。初回時、認知機能および上肢運動機能良好、下肢異常感覚あり、下肢筋力はMMT1-2と低下を認め、ADLは床上レベルであった。理学療法では車いす上ADL自立を目指した。X+18日、末期肺がん、余命1年の告知がされ「迷惑をかけながら生きる意味があるのか」など強い不安や喪失感が聞かれた。本人と方針を相談し「自分のことは自分でやりたい」という希望も踏まえ、病棟と連携して移乗・ベッド周囲

動作自立を目指した。X+24日、脳転移の告知がされた。死や痛みへの恐怖感が強まるものの「リハビリは前向きで楽しい」と希望を見出していた。この時期のADLは車いす移乗監視レベルであった。自宅退院を希望される一方で、家族の負担感を懸念されたため家族指導を並行した。また、他職種とともに在宅調整を進めた。X+32日、余命3-6か月と告知された。不安が強まる一方で「少しでも家族と過ごしたい」と話された。再度方針を本人と相談し、機能維持した上で自宅退院を目指した。環境整備、試験外泊を行い「やっぱり家はいい」と話され、X+48日自宅退院した。

【考察】本症例は度重なる悪い知らせにより、心理的变化が非常に大きかったものと想像できる。多職種と連携することで、心情の変化を見落とさずモチベーションを維持しリハビリを継続できた。そのため、本人、家族が納得のもと自宅退院が可能となったと考える。

頭蓋内血腫除去術施行後に下側肺障害を併発した症例に対する理学療法を実施し改善を認めた一症例

林 達也 ・ 田中 和彦 ・ 森田 啓介 ・ 佐久間 信伍

社会医療法人杏嶺会 一宮西病院 リハビリテーション科

Key words / 脳外科術後, 体位変換, 下側肺障害

【はじめに】下側肺障害に対する離床・体位変換は、不顕性誤嚥、肺炎等の呼吸器合併症が減少すると報告があるが、脳外科術後の頭蓋内圧亢進・不安定な循環動態での離床、体位変換は相対的禁忌となっている。今回、脳外科術後に下側肺障害を併発した症例に対し理学療法を実施し、効果が得られたので報告する。

【症例紹介】60代男性、被殻出血にて頭蓋内血腫除去術施行。術後、人工吸器管理となる。合併して右上葉無気肺、肺炎併発。

【理学療法初期評価】JCS:300. 安静度G-up30°. 触診にて背部胸郭可動性低下。聴診にて背側肺呼吸音減弱、水泡音を認めた。

【経過】第2病日より拘縮予防的に関節可動域訓練、呼吸器合併症の改善目的に循環動態に合わせ体位変換、離床、呼吸介助を実施した。聴診から背側肺貯留を認めたが、腹臥位、前傾側臥位、完全側臥位は血圧が不安定で困難であり、半側臥位での体位変換を実施した。介入を複数回とし、体位変換、2人介

助で端坐位を実施したが、体位変換により著名な血圧変動のため持続的な実施が困難であり、十分な胸水・肺炎の改善が得られなかった。第7病日より端座位、前傾側臥位の体位変換を施行でき、実施前後の効果として胸部X線上、両肺下葉透過性亢進を認め、第10病日、下側肺障害の改善を認めた。

【考察】肺炎予防や気道内分泌物の移動、換気血流不均衡の改善には離床、体位変換が推奨されるが、脳外科術後は頭蓋内圧亢進や不安定な循環動態等で体位変換に制限が生じてしまう。本症例は聴診から背側の痰貯留を認めたが、適切な体位変換は血圧が不安定のため困難であり、半側臥位での体位変換を選択した。循環動態が安定した際、速やかに前傾側臥位での体位変換・離床を実施でき、背側肺呼吸音増加、背部胸郭可動性向上を認めた。本症例から脳外科術後はリスク管理の下、離床・体位変換を実施し呼吸器合併症を予防することが重要と考える。

当院老年内科入院患者の入院状態に関する調査報告

柴田 篤志 ・ 兒玉 奈菜恵 ・ 森 友洋 ・ 眞鍋 朋誉 ・ 高木 優衣 ・ 栢本 あずさ
服部 紗都子 ・ 門野 泉

名古屋大学医学部附属病院リハビリテーション部

Key words / 後期高齢者, 在院日数, リハビリ依頼

【目的】

高齢者は若年者と比較すると予備体力に乏しい。そのため若年者であれば一過性となるような疾病であっても、それを契機に日常生活機能低下を招き、在院日数が延長となる可能性がある。そこでまず、現状を把握するため当院老年内科入院患者の入院状態に関する調査を行った。

【方法】

対象は、当院老年内科に入院しており 2014 年 4 月 1 日～6 月 30 日に退院した全患者 (n=64) とした。調査項目は年齢、主傷病、入院時併存傷病数、入院日、退院日、退院支援依頼日、リハビリテーション (以下、リハ) 依頼日、リハ開始日、リハ終了日、転機先とした。各項目より在院日数、入院よりリハ依頼日・リハ開始までの日数、入院より退院支援依頼までの日数、自宅復帰率を算出した。

【結果】

平均年齢が 84.95 ± 5.34 歳、主傷病+入院時併存傷病数は 2.15 ± 1.09 、平均在院日数は 21.88 ± 13.50 日、入院より退院支援依頼までの日数が 0.67 ± 1.99 日、入院よりリハ依頼までの

日数が 3.53 ± 3.33 日、入院よりリハ開始までの日数が 4.22 ± 3.64 日、リハ実施期間が 13.41 ± 13.50 日、自宅復帰率が 51.52% であった。

【考察】

高齢者の在院日数を短縮し早期退院へ導くことは、日常生活動作能力の維持に重要である。本調査の在院日数は、後期高齢者の全国平均在院日数 (44.16 ± 6.31 日、厚生労働省、2012 年) と比較すると、低値を示した。このように本調査の在院日数が低値を示した要因の一つとして、退院支援依頼の多くが入院日に行われていることが挙げられる。しかし、リハ依頼までの日数は入院日より 4 日程度を要していた。一般的に、入院後早期よりリハを開始することは早期退院に繋がるとされている。当院老年内科においても、リハ依頼までの日数を短縮することでリハ開始時期が早まる可能性があり、今後の課題である。

【まとめ】

当院老年内科入院患者の現状を調査した。今後、データを蓄積し在院日数を減少できるリハ介入やチーム医療について検討していきたい。

抗パーキンソン病薬が奏功せず、進行性核上性麻痺が疑われた症例への訪問リハビリテーション

宮地 庸祐¹⁾ ・ 猪田 邦雄²⁾ ・ 前田 健博³⁾ ・ 岩崎 靖⁴⁾

1) 三仁会春日井整形外科訪問看護ステーション

3) 三仁会春日井整形外科

2) 三仁会あさひ病院整形外科

4) 愛知医科大学加齢医学研究所

Key words / パーキンソン病, 進行性核上性麻痺, 訪問リハビリテーション

【はじめに】

パーキンソンニズムを主徴とする変性疾患にはパーキンソン病 (以下 P D)、線条体黒質変性症、進行性核上性麻痺、皮質基底核変性症などがあるが、病初期の正確な鑑別診断は困難な場合が多い。この中でも進行性核上性麻痺は、比較的病初期から姿勢の不安定性や易転倒性を呈することが多く A D L が障害されやすいため、早期の診断、医療・福祉サービス導入が重要とされている。今回、P D と診断されたが、症状進行が急速であり抗パーキンソン病薬 (以下抗 P D 薬) が奏功せず、進行性核上性麻痺が疑われた症例の訪問リハビリテーション (以下訪リハ) を経験したので、抗 P D 薬服用前後の臨床経過を報告する。

【症例情報】

82 歳男性。平成 25 年春より歩きにくさを感じ、10 月整形外科にて腰部脊柱管狭窄症の診断、訪リハ開始。徐々に歩行機能低下を認め、翌年 1 月神経内科にて精査、P D と診断、抗 P D 薬の内服開始。その後、投薬調整するも薬効なく 9 月初旬服用中止、パーキンソン症候群と診断。

【経過】

抗 P D 薬服用中止 2 カ月前の 7 月、伝い歩き・トイレ動作自立、介助下での自宅入浴可能。介入は屋内歩行や動線整備のアドバイスなどを行う。8 月、徐々にレベル低下を認め、転倒を繰り返す。立位バランス練習中心の介入に加え、転倒時の対応、車椅子導入、通所系サービスの提案を行う。また、転倒・不穏行動が散見された為、主治医への状態報告を行い、抗 P D 薬服用中止。9 月、車椅子レベルとなり、車椅子移乗・ベッド上動作練習及び介助指導を主に施行。10 月、レベル低下はないものの筋固縮の増加、臥床傾向が強くなる。介入は柔軟性改善や座位活動を中心に施行。

【まとめ】

通院による医療を受けることが困難な在宅神経変性疾患患者では、携わる医療職種による適切な病態把握と医療機関との連携が重要となる。また進行性の変性疾患の場合、症状進行に合わせた環境整備・個別的な訪リハが必要である。