

P1-73

誤嚥性肺炎を繰り返す患者の退院支援

静岡赤十字病院 看護部

○たかの のり
高野 実梨、八木 宣泰、増田 江美、田形 裕子、繁田 敏恵、尾留川弘依、牧野 仁美

【はじめに】A病棟では摂食嚥下障害看護認定看護師(以下、認定看護師とする)の指導のもと、研修・試験を受けた摂食嚥下認定コーチ(以下、認定コーチとする)が4名おり、日々嚥下機能の低下している患者に対し、嚥下評価と食事方法の検討、指導を行い患者の経口摂取をサポートしている。今回認定コーチが中心となり、嚥下機能低下による誤嚥性肺炎のため入院を繰り返している患者に対し、患者・家族の希望である自宅退院に向けた支援を行った。そこで、安全な食事摂取への家族指導や他職種連携など退院支援のあり方を考えることができたので、報告する。
【事例紹介】B氏85歳男性。A病院神経内科にパーキンソン病のため通院中。嚥下評価では、舌運動低下、項部硬直、口腔内乾燥、食事に集中しない事が問題として挙げられた。妻が理解しやすいようにイラスト入り説明文書を作り、良肢位の保持、食前後の口腔ケアと義歯洗浄、口腔内保湿について指導を行った。妻に指導し実践ができるようになったと判断したところで自宅で妻のサポート体制を作るため主治医、ケアマネジャー、訪問看護師、認定看護師、病棟看護師等を含めた他職種で話し合い、訪問看護を利用し食事の実況を診ていただくように調整した。退院日には訪問看護師や認定看護師が同行し、実際に在宅での食事の指導を行うように調整し退院となった。
【結果・考察】1ヶ月おきの外来で妻が入院中に指導し内容を家でも行っているが確認した。確実に実践できており肺炎の再燃なく経過している。摂食嚥下機能が低下した患者に対し個々の症例に適した支援内容を考え指導し、退院後も継続できるような環境を整えるため、地域のスタッフにつなげていくことが大切であると本症例から学んだ。

P1-75

重症肺炎患者のADL拡大への援助～人口呼吸器離脱成功の一症例～

清水赤十字病院 看護部

○よしだ りさ
吉田 理沙、岩館 菜由、大沼まゆみ、高橋 亜紀、寺原 勝好

【はじめに】当院の入院患者層の特色として地域柄、高齢者の入院が大多数を占めている。これにより、病院内での最期を迎える患者も少なくない。その中で今回は、重症肺炎により人工呼吸器装着となった高齢患者が呼吸器を離脱し、ADLの回復が得られたため、援助過程をここに報告する。【症例】90代男性、20XX年9月、呼吸困難を主訴に来院され、来院時意識レベルJCS200、重症肺炎からの敗血症ショックによる急性呼吸不全を認めため、気管挿管し、人工呼吸器管理とした。入院14日目に気管切開施行し、スピーチコミュニケーションが可能となり、入院47日目に人工呼吸器離脱となる。【経過】人工呼吸器離脱後本人から「外の景色が見たい」「コーラ飲みたい」などの希望があり、他職種と連携をとり早期からリハビリや嚥下訓練を施行した。倦怠感や呼吸困難のためリハビリを拒否することもあったが、本人の無理のない範囲でできることを検討し、離床へ向けチームで介入した。本人からは徐々に前向きな発言が増え、車イス移乗し病棟内散歩が可能となるまでに回復した。また痰の貯留に対して排痰ケアを行い、呼吸困難の軽減に努めた。食事についてはVFを施行し、その後嚥下訓練・評価を行いながら段階的に食形態を上げていった。経口摂取のみでは十分な栄養が摂れず、胃瘻からの経管栄養を併用しながらであったものの徐々に食事に對して意欲も向上し、満足感を得られるまでとなった。【考察】本症例では、早期より多職種が継続的なアプローチをしたことによりADLが向上し、本人の希望を叶えることに繋がった。しかし呼吸ケアについては、早期から看護師サイドでも積極的に介入する余地があったのではないかと考える。

P1-77

在宅療養中の結核患者から結核菌が再分離され対応に苦慮した症例

安曇野赤十字病院 ICT

○あかはね たかゆき
赤羽 貴行、大塚百合子、高橋 一豊、佐々木由美、床尾万寿雄

【はじめに】結核は1年間に約18,000人の患者が発症、約1,900人が死亡する感染症で罹患率の地域差も大きい。結核症と診断された場合、ICTの重要な業務に患者隔離、行政への届け出、専門病院への転院などがある。今回、専門病院を退院した肺結核患者が、在宅療養中(抗結核薬内服継続中)に当院外来受診した際に結核菌が分離され、保健所と専門病院と当院間で患者対応に苦慮した症例を経験したので報告する。
【経過】患者は87歳、女性。当院で入院加療し、軽快退院したが発熱、呼吸苦、胸痛を主訴に再入院となり、約1か月後の喀痰抗酸菌検査で塗抹検査陽性、結核菌遺伝子検査陽性となったため専門病院への転院。治療期間中、塗抹検査3回陰性と家族とのトラブルにより、就業制限を残したまま早期退院、在宅療養となった。その後当院外来を数回受診し、早期退院から約2週間後の外来受診時の抗酸菌検査で塗抹陽性、遺伝子検査陽性となり、専門病院に再入院を依頼したが抗結核薬継続内服のため死菌の可能性との回答で、保健所に相談した結果、培養検査結果で判断することとなった。その培養検査が5週間陰性となり専門病院再入院となり、7週間の治療後退院となった。その後は抗結核薬内服治療を在宅で継続し、当院呼吸器外来のフォローが継続中である。【考察】今回は結核菌消失が確定できずに退院したため、抗結核薬服用中の抗酸菌検査の判定に対応が左右され、塗抹・遺伝子検査陽性状態の患者を当院で外来受診する形になった。しかし、排菌の可能性が高いことが予め判明していたためスタッフの空気感染対策対応は出来ていた。在宅療法中の当院への頻回受診、過剰な電話相談、救急隊への救急搬送依頼、さらに救急隊から当院への問い合わせなどあり、対応に苦慮した症例であった。

P1-74

当院における続発性難治性気胸に対するEWSを用いた気管支充填術の治療経験

岡山赤十字病院 呼吸器内科

○きくお まこと
佐久川 亮、森田 絢子、中村 尚季、深松 伸明、塩尻 正明、細川 晃、別所 昭宏

【緒言】 EWSを用いた気管支充填術は難治性肺癆、気管支瘻に対する治療法として2013年に保険収載され、現在普及が進んでいる。当院ではEWSの開発施設として2000年より多くの症例を経験しており、適応疾患の中で最も頻度が高い続発性難治性気胸に対する当院における治療成績を報告する。【対象および方法】 当院では手術不能あるいは手術を回避したい続発性気胸症例のうち、適切な胸腔ドレーナージを施行しても十分な肺の拡張が得られない症例や気漏の量が多い症例に対して原則としてEWSを第一選択としている。2000年1月から2017年9月までにEWS充填を行なった続発性難治性気胸のべ113症例についてEWS充填後の気漏減少効果、胸腔ドレーン抜去率、合併症を後方視的に検討した。【結果】 症例は年齢中央値70歳(46-90歳)、男性102例、女性11例、肺基礎疾患として頻度が高いものは肺気腫64例、間質性肺炎29例(気腫合併肺線維症を含む)、肺癆9例であった。EWS充填3日後の気漏減少効果は、気漏停止31.9%(36/113)、減少45.1%(51/113)、不変23.0%(26/113)であった。非手術療法における胸腔ドレーン抜去率は70.8%(80/113)であった。頻度の多い合併症は閉塞性肺炎であり5.3%(6例)において認められた。多くの症例で抗菌薬投与によりコントロール可能であった。【結論】 EWSを用いた気管支充填術は、治療選択肢の限定される続発性難治性気胸における有用な治療選択肢の一つと考えられる。

P1-76

腹臥位療法により下側肺障害の改善を認めた誤嚥性肺炎の一症例

石巻赤十字病院 リハビリテーション課¹⁾、石巻赤十字病院 呼吸器内科²⁾

○きくち りょう
菊地 遼¹⁾、加藤 健人¹⁾、石田 雅嗣²⁾

1.はじめに今回、下側肺障害を呈した誤嚥性肺炎の一例に対し、呼吸理学療法、ADL練習に加え、病棟と連携し腹臥位療法を行った。その結果、効果的な排痰や呼吸機能改善、ADLの向上を認めたため、以下に報告する。2.症例紹介 ※X=入院日(以下同様)【性別・年齢】80歳代男性【既往歴】膵臓腫瘍等【入院前のADL】自立(シルバーカーで60m歩行)。施設入所中。【現病歴】X2日に誤嚥性肺炎を発症し呼吸不全を伴ったため、当院へ搬送。【画像所見】両下葉に浸潤影。【他部門情報】医師より腹臥位での体位ドレーナージの実施指示あり。3.経過X4病日より、腹臥位での体位ドレーナージを開始。腹臥位中、自己喀痰あり、SpO2向上。下側肺野の呼吸音増大を認めた病棟とカンファレンスを実施し、2回/日に頻度を増やすこととした腹臥位時の姿勢変換、ポジショニングについては写真を提示し方法を統一を図った。1か月ほど継続し、喀痰の減少およびX線画像の改善を認めた。ADLは、起居動作軽介助、歩行はシルバーカーにて15m接触介助となった。酸素化は室内気でSpO2>95%。X+37病日に転院した。4.考察腹臥位療法により、排痰を促し、酸素化能が改善した。要因として、まず下側肺障害であったこと、病棟と決められた時間で現性の高い腹臥位療法を行えたことが挙げられる。山内らは、下側肺障害は早期であれば短時間の腹臥位によって良好に改善され、その効果は持続する、と述べている。本症例は下側肺障害を呈しており、腹臥位療法は有効であったことが示唆される。さらに、病棟と連携し腹臥位の頻度を増やし、機能練習の時間を確保したことで、ADLの向上にもつなげられたと考えた。

P1-78

前立腺癌治療中に肺内多発空洞形成を伴った一例

石巻赤十字病院 呼吸器内科¹⁾、同病理科²⁾

○きとう
佐藤ひかり¹⁾、小野 祥直¹⁾、小野 学¹⁾、石田 雅嗣¹⁾、花釜 正和¹⁾、小林 誠一¹⁾、矢内 勝¹⁾、板倉 裕子²⁾、高橋 徹²⁾

77歳男性。非喫煙者。去勢抵抗性前立腺癌に対し当院泌尿器科で2013年11月より治療開始。2016年8月にアビラテロン1000mgとデキサメタゾン1mgに変更となり以後継続していた。2017年2月頃よりPSA上昇傾向あり、腫瘍再評価目的のCTで胸部異常影を認め精査目的に8月上旬当科紹介。湿性咳嗽と喀痰は認められたが発熱と息切れはなかった。胸部レントゲンで両側下肺野優位の多発結節影を認め、CTで両側に空洞を伴った多発結節影を認めた。真菌症、肺結核、非結核性抗酸菌症等の可能性を考え喀痰検査を施行したところ、塗抹検体からクリプトコッカスの菌体を認め、肺クリプトコッカス症と診断した。しかし、担痛状態であり、陰影の範囲が広く両側に渡り結節が多発していたことから、真菌症以外の鑑別も必要と考え、気管支鏡検査を施行した。気管支洗浄液検体で肺結核、非結核性抗酸菌症は否定され、肺組織内に多量のクリプトコッカス菌体を認めたが、悪性所見は認められず前立腺癌の肺転移は除外された。髄液検査は陰性だった。同年9月よりFLCZ200mg内服治療を開始し、有害事象なく経過した。肺クリプトコッカス症の画像所見は多発であり、画像のみでは診断が困難な場合も多い。免疫不全患者に合併することが多く、本症例のように担痛状態であり、かつ長期のステロイド治療を継続している症例に対しては鑑別を確実に行うことが重要と考えた。