

P-121

当院における肺切除術クリティカルパスのバリエーション検討

岡山赤十字病院 リハビリテーション科

武村元太郎、小幡 賢吾、片岡 昌樹、小西池泰三

【はじめに】当院では肺切除術のクリティカルパス（以下、パス）に対して、平成21年9月から理学療法士が介入するようになった。肺切除術には開胸術と胸腔鏡下肺切除術（以下、VATS）が施行されている。パスでの入院期間は10日程度であるが、なかには様々な理由で退院が遅延する症例が見受けられる。今回、パス施行例においてバリエーションとなった症例に対し、術前検査結果等をもとにその要因を検討したので報告する。

【対象と方法】対象は平成21年9月から平成22年6月までに当院で肺切除術を受けた55名（開胸術5名、VATS50名）で、パス通りに経過した症例（45名）をパス群、パスを逸脱した症例（10名）をバリエーション群とした。平均年齢はパス群61.6歳、バリエーション群71.2歳であった。測定方法は入院診療録から在院日数、身長、体重、BMI、肺機能検査（FVC・%FVC・FEV1・%FEV1）を後方視的に抽出。在院日数・FVC・%FEV1はt検定、BMI・%FVC・FEV1はマン・ホイットニー検定を用いた。

【結果】パス群の平均在院日数は11.0日、BMIの平均は23.4、FVCは2.8L、%FVCは95.9%、FEV1は2.2L、%FEV1は73.0%であった。バリエーション群の平均在院日数は21.0日、BMIの平均は21.9、FVCは3.0L、%FVCは97.1%、FEV1は1.9L、%FEV1は62.7%であった。在院日数（ $p < 0.01$ ）、%FEV1（ $p < 0.05$ ）において両群間で統計的有意差を認めた。なおバリエーション群の要因としては全例エアリークによるものであった。

【考察】今回の検討でバリエーション群の特徴として術前肺機能にて%FEV1の低下が示唆された。今後、術前の肺機能検査結果により%FEV1の低下を認める患者に対しては、術前での呼吸指導はもちろん、バリエーション症例に対してはそれに対応する呼吸方法の再指導が必要であると思われる。

P-123

AICA症候群に伴う難聴に注意障害の合併が疑われた症例

熊本赤十字病院 リハビリテーション科

池崎 寛人、前田 紗知、黒木はるか、立野 伸一、中島 伸一

【はじめに】前下小脳動脈症候群（以下、AICA症候群）は、全脳梗塞患者の0.9%にみられ、椎骨脳底動脈系の5.2%を占める。AICAはその末梢で迷路動脈を介して内耳へ血液を供給している為、内耳障害に起因した突発性難聴や回転性眩暈が出現することが多い。今回、AICA症候群に伴う難聴に注意障害の合併が疑われた症例を経験したので報告する。

【症例】男性、40歳代、右利き、大卒。現病歴：200X年5月末より回転性眩暈、平衡感覚の異常出現。数日後救急車で当院搬送。左突発性難聴の診断で耳鼻科入院。第19病日の頭部MRIにおけるDWI、FLAIRで両側小脳半球（左優位）、左小脳脚に高信号域を認め、神経内科受診。神経学的所見：構音障害、失調症、聴力障害、複視、右注視で水平性眼振。神経心理学的所見：注意障害。

【訓練経過】第22病日に訓練開始。不注意による転倒、課題上での見落とし、話題の展開の拙劣さ、聴き漏らしを認めた。第25病日にHDS-R施行。27/30点と成績低下を認め、軽度注意障害疑いがあったが、第29病日RCPM33/36点、第31病日KOHS IQ=110と好成績となり、前述の反応軽快。第32病日に施行したHDS-Rでは30/30点と改善していた。

【気導聴力の経過】第1病日右耳7.5dBHL、左耳48.7dBHLであったが、徐々に増悪し、第22病日右耳48.7dBHL、左耳45.0dBHL。その後、両耳ともに改善し、第36病日右耳22.5dBHL、左耳38.7dBHL。

【考察】本症例における注意障害の改善経過は、難聴の改善経過に同期していた。本症例の難聴の改善経過から、第24病日から第31病日にかけてAICAの血流循環が改善していることが推測される。難聴の改善に伴い注意障害も改善していることを考慮すると、本症例は大沢ら（2008）が報告しているように、小脳梗塞により前頭葉への脳血流代謝低下をきたし、注意障害を生じていた可能性が高いと考えられた。

P-122

HOT未導入COPD患者に対するリハビリ新規導入と継続へ向けた取り組み

高山赤十字病院 リハビリテーション課

土川 洋平、西尾 優、伊賀 真実、井口 華菜

【はじめに】COPD診断と治療のためのガイドライン（以下ガイドライン）では、呼吸リハビリは呼吸困難の軽減、運動耐用能の改善、健康関連QOLおよび、ADLの改善に有用で、薬物療法の効果に上乗せする事ができると言われている。今回、ガイドラインと当院の現状を照らし合わせ、問題点を検討したので報告する。【方法】呼吸器リハビリ担当スタッフに対し、COPDの病期分類によるリハビリ提供内容を、ガイドラインと照らし合わせ聞き取り調査を行った。

【結果】重症度の高い患者は、入院してリハビリを提供するケースが多く、比較的反リハビリが実施できていた。しかしHOT未導入COPD患者は、外来医師診察時にリハビリ導入回避が見られ、導入から継続まで一貫したリハビリが行えていなかった。

【考察】結果よりHOT未導入COPD患者に着目し、以下の点を考察した。患者は呼吸困難感も少なく自覚症状も乏しいため、リハビリに対するモチベーションが低い。患者は若年で、有職率も高い事が予想され、外来リハビリ通院を継続して行えない。

当院は地域医療を支える基幹病院としての役割を担っており、広範囲の患者を診療している。そのため、遠方の患者は通院が負担となり、継続した外来リハビリを行えない。

【まとめ】今回、HOT未導入COPD患者に対して、リハビリの導入・継続が行えておらず、薬物療法のみであることが分かった。今後、HOT未導入COPD患者のリハビリ導入・継続へ向けた取り組みとして、PT側からも積極的にオリエンテーションを行い、プログラムを提示する。在宅で行う自主トレ方法を紙面にて伝達。運動頻度確認のためのリハビリ日誌の配布。を行い、その効果を検証していく。

P-124

聴神経腫瘍術後に重度嚙下障害を呈し早期に改善した一症例

旭川赤十字病院 リハビリテーション課¹⁾、同脳神経外科²⁾

大橋 志奈¹⁾、須藤 涼子¹⁾、佐々木美穂¹⁾、清水 立矢²⁾、瀧澤 克己²⁾

【はじめに】聴神経腫瘍術後に重度嚙下障害を呈し、早期に大きな改善が得られた症例を経験したので報告する。

【症例】73歳男性。平成22年9月に右聴神経腫瘍摘出術が施行された。術後4日目にリハビリを開始した。＜初回評価＞意識清明。脳神経系：右外転・顔面・舌咽・迷走神経麻痺を認めた。運動・感覚系：異常なし。協調運動系：右上下肢に軽度失調あり。＜経過＞術後6日目：誤嚥性肺炎を併発し、高Na血症・CO2ナルコースで人工呼吸器が装着された。術後22日目：人工呼吸器を離脱した。VEにて右声帯が傍正中位で固定し、唾液・痰が声門下に流入するのを確認した。術後23日～：間接訓練・口腔ケアを実施した。術後23日：VFにて食道入口部の開大不全を認めるが、横向き&頷き嚙下で造影剤が食道通過することを確認した。術後24日～：ペースト食にて直接訓練を開始した。術後46日目：VEにて発声時に右声帯が僅かに動くことを確認した。術後53日目：VEにて造影剤が1回の嚙下でクリアランスされるのを確認しMZを抜去した。術後60日目：食形態をキザミとろみ食にUPした。術後61日目：退院調整のため転院された。

【考察】間接訓練はシャキア訓練・メンデルゾーン手技・口腔構音訓練で転院前日まで継続した。直接訓練は横向き&頷き&複数回嚙下を厳守し、一口量を少なく・摂取ペースも遅くした。1回ずつ確実に嚙下することを徹底し、嚙下ごとに咳嗽を促し咽頭残留の有無を確認した。本症例は術中操作で下位脳神経（迷走・舌咽）に接触したことから一時的に球麻痺に類似した重度嚙下障害を呈したと考えられた。しかし幸いにも脳神経は温存されていたこと、意識障害・高次脳機能障害が無く、経口摂取に対するモチベーションが高かったことも訓練効果を高める要因であったと示唆された。

10月20日(木)ポスター