

■内部障害系理学療法 7

443 重度起立性低血圧症患者の Tilt Table での血圧変化

中村重敏¹⁾, 齋藤慎也¹⁾, 松岡文三¹⁾, 伊藤倫之 (MD)¹⁾, 美津島 隆 (MD)¹⁾

1) 浜松医科大学附属病院リハビリテーション部

key words Tilt Table・血圧・Shy-Drager 症候群

【はじめに】重度の起立性低血圧 (Shy Drager 症候群疑い) の理学療法を行う機会を得た。離床に難渋したが、薬物療法との併用により起立歩行が可能となった症例に対し Tilt table での起立負荷試験を行い、一知見を得たので報告する。

【症例紹介】78歳女性 身長150cm 体重56kg 診断名 Shy- Drager 症候群疑い

【現病歴】平成12年頃より血圧の低下がみられ、意識消失をしたことも月一回程度みられた。平成15年7月中旬に呂律が回らなくなり意識消失発作がみられた。8/13 当院での精査目的で内科に入院となった。

【身体所見】全体像：意識清明、明らかな運動麻痺なし、バイタル：BP131/74 HR77MMT；右左上肢4左右下肢5ー反射：腱反射 正常 病的反射：なし脳神経：問題なし

【経過】8/26 ベッドサイド理学療法開始8/28 腹帯を装着して60°ギャッジアップ10分9/4 ベッド上、長座位9分9/24 ベッド上長座位20以上可能9/29メルヒジン投薬 (昇圧剤) 10/15 Tilt table 開始10/28 平行棒内歩行5分間可能となる11/19 退院となる。

【方法】本症例に対しメルヒジン使用後に Tilt table で起立試験を行った。傾斜角度を3分ごとに0° 30° 60° 90° と上げるものと、1分ごとに Tilt table の角度を10° づつあげるもの各々について連続血圧計にてその際の血圧と心拍数を測定した。また座位からの起

立と、歩行を行い同様に血圧と心拍数を測定した。

【結果】起立角度30° 後半から血圧が落ち始め60° では収縮期血圧100以下となり90° に角度を上げると、瞬時に耐えられなくなった。また心拍応答は臥位での心拍数から10%程度の心拍数増加がみられた。角度を一分間に10° づつ上昇させた場合も40° から急激な血圧低下がみられた。立位保持では2分30秒で保持できなくなり、歩行では3分で歩行困難となった。血圧変化は立位より歩行のほうがより低下が少なかった。

【考察】Tilt table による運動負荷試験では傾斜角度30° までは血圧を維持できるがそれ以上の角度になると急激な血圧低下が起った。本症例は疾病のため自律神経機能低下により血管調節反応と心拍応答が生じずらく意識の消失を引き起こしていたと考えられる。歩行時には立位保持にみられたような急激な血圧低下はなく、心拍数も1分間90前後で運動開始時と終了時に変化はみられなかった。これは、歩行時には筋活動に伴う筋ポンプ作用により静脈還流が補助されたためと思われる。メルヒジンは血管収縮作用により血圧を上昇させる。本症例はメルヒジンにより血圧が上昇したため起立歩行が可能になったが、起立試験の結果より角度に適切に対応して血管収縮心機能を調節することが困難であることが明らかになった。その点をふまえて、5分以上の起立歩行は転倒の危険があることを指導した。

■内部障害系理学療法 7

444 therapist-driven-protocol の運用 — 診療科別担当制導入後の変化 —

田代尚範¹⁾, 鶴澤吉宏¹⁾, 黒木基夫 (MD)²⁾

1) 亀田総合病院リハビリテーション室, 2) 亀田総合病院呼吸器外科

key words 開胸肺切除術・診療科別担当制・therapist-driven-protocol

【はじめに】

当院では2003年4月から、業務効率の改善、他部門との連携向上、収益改善を目的に診療科別にPTを配属している。我々は呼吸器外科病棟を担当し、therapist-driven-protocolを作成し運用した。宮川によるとtherapist-driven-protocolとは医師・コメディカルによる適切な診断と治療に基づいた治療計画のもと、刻々と変化する患者に対し治療ガイドラインに沿った適切なケアを供給することとされ、ケアの質や効率の向上、医療費の軽減が期待されている。今回、このようなプロトコルを使用しその前後での治療効果の差を検討したので報告する。

【対象・検討内容】

2002年4月～2003年9月までに当院において肺癌根治術目的に開胸肺切除術を施行した47名を対象とした。診療科別担当制導入以前 (2002年4月～2003年3月) 22名を対照群とし、科別担当導入後 (2003年4月～同年9月) 25名をプロトコル使用群に分け比較した。対象者は精神機能に問題なく、術前のADLが自立し、術前指導を行ったものとした。また、2群間において年齢、性別、BMI、喫煙歴、肺機能、切除部位、麻酔・手術時間、出血・輸液量に差はなかった。プロトコル群はPT2名を専任とし、病棟に新たに携帯用酸素ボンベ・パルスオキシメーター

を用意し環境設定を行った。帰結評価は、術後回復期間 (坐位・歩行獲得日数・酸素療法実施期間・PT実施期間) と在院日数、肺合併症の有無、転帰先・退院時身体状況を調査した。

【結果】

2群間において坐位獲得日数に差は認めなかったが、術後病棟歩行獲得までの期間 (対照群3.3±2.0日/プロトコル群1.9±1.2日)、酸素療法実施期間 (10.7±4.1日/5.7±3.1日)、PT実施期間 (12.3±3.9日/8.3±4.9日)、在院日数 (31.9±9.0日/20.7±7.2日) はプロトコル群で有意に短縮した (p<0.05)。また転帰先は全症例自宅退院となり、身体機能は身辺動作・歩行とも自立していた。肺合併症の出現率に有意な差はみられなかった。

【考察】

therapist-driven-protocolの運用と環境調節を行うことで、各専門職の役割・責任が明確になった。また、他部門との情報共有が容易となり双方向から監視が行え、より安全に治療を遂行することが可能となった。これらのことが早期離床・歩行へとプログラムを円滑に進ませ、術後期間の短縮につながったと示唆される。