

Ⅲ. 症例報告（記載様式）

※記載に際しては「症例報告（記載様式）記載要綱」及び記載例を参照。4例の症例報告のうち、侵襲的陽圧換気で治療中の患者を1例、および持続的腎代替療法での治療中の患者を1名以上含むものとする。

| タイトル | 患者番号 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 多職種協働によって持続的腎代替療法中に離床を実践することができた敗血症性ショックの1例 | |
| a) 患者基本情報（年齢、性別、身長、体重、病名、現病歴、経過、合併症、既往歴など） | |
| <p>【年齢】68歳 【性別】女性 【入院時の体格】身長：136cm、体重：60kg、BMI：32.4 【診断名（主病名）】穿孔性腹膜炎、敗血症性ショック、腹壁癒痕ヘルニア 【併存疾患】2型糖尿病 【過去の手術や治療歴】30歳に帝王切開。かかりつけ医はなく、内服薬もなし。 【現病歴】夫および息子（日中は就労）と同居し、ADLは自立しており、家庭内の役割として家事全般を担っていた。突然の激しい腹痛および呼吸困難のため体動困難となり、近医へ救急搬送となった。その後、穿孔性腹膜炎の診断にて当院転院となり、同日に緊急で小腸部分切除術および人工肛門造設術が施行された。術後は鎮静下に挿管人工呼吸管理となりclosed-ICU入室となった。抗菌薬投与ならびに持続的腎代替療法が開始された。術後第3病日（POD3）より理学療法が開始となった。</p> | |
| b) 評価（身体所見、神経・呼吸・循環・運動など各種機能など） | |
| <p>胸部単純X線写真では、左横隔膜角が鈍であり、同側横隔膜内側ならびに下行大動脈との辺縁がシルエットアウトされていた。呼吸状態は、経口挿管下で人工呼吸管理（CPAP/PS mode, FI_{O2}=0.35, PEEP=7cmH₂O）が行われ、P/F比は301と軽度の酸素化障害を認めた。循環動態は、高用量のカテコラミン製剤投与下に平均血圧60mmHgであった。また、右鼠径部よりFDLカテーテルが挿入され、持続的腎代替療法が施行中であった。理学療法開始時、鎮静剤投与下にRASS=-5であった。身体所見上、努力呼吸はなく、聴診にて両背側の呼吸音減弱を認めた。腹部は平坦で柔らかく、ストマ色調も良好であった。四肢・末梢は冷感あり、浮腫を認めた。運動機能に関しては、鎮静により自発運動はなく、触診にて筋緊張は弛緩していた。</p> | |
| c) 問題点 | |
| <p>【心身機能・構造】呼吸循環動態不安定、ICU-AWのリスク 【活動】ADL低下、基本動作能力低下、複数のライン・デバイス類による体動制限 【参加】終日臥床状態 【個人因子】高齢、肥満体型 【環境因子】夫（70歳代）、息子（日中は就労のため不在）と同居。</p> | |
| d) 目標 | |
| <p>短期目標（集中治療室退室時）：呼吸器合併症予防、廃用症候群の予防 長期目標（退院時）：ADL自立、自宅退院</p> | |
| e) 理学療法プログラム | |
| <p>理学療法開始時、呼吸障害は軽度であったものの、重篤な循環不全に加え、深鎮静にて管理がなされており、積極的な運動や離床は不可能であった。そのため、まずはベッド上にて呼吸器合併症および廃用症候群の予防を目標に両側への完全側臥位を中心とした体位管理と四肢の他動運動、下肢筋への電気刺激療法を適用した。呼吸器合併症を併発することなく、POD6に人工呼吸器離脱となり、カテコラミン製剤の投与なしでも循環動態は安定を認めた。覚醒状態はRASS=-1であったため、同日より端座位から離床を開始した。</p> | |
| f) 臨床経過とチーム医療内容 | |
| <p>POD6に人工呼吸器が離脱となり、理学療法は離床開始を立案した。その際、まだ持続的腎代替療法が施行中であったことから、集中治療室に離床の可否について確認し、その結果、離床許可が得られた。離床許可が得られた後は、予想されたリスクに応じて集中治療室のみならず看護師や臨床工学技士に協力を要請し、介入時間帯を事前に調整した。また、集中治療室が全身状態のモニタリング、看護師がライン・デバイス類の整理、理学療法士が症例の介助、臨床工学技士が持続的腎代替療法のモニタリングと、各職種の役割を明確にした上で離床を実践した。この時、本症例のMRC sum scoreは24点とICU-AWの診断基準を満たす重篤な筋力低下を認め、全介助下での端座位が限度であったが、股関節が屈曲位となったことで持続的腎代替療法の脱血不良アラームが作動したため、集中治療室の指示の下、臨床工学技士が血液流量の設定を落として対応した。その結果、以降はアラームが作動することなく、端座位姿勢を保持することができた。POD9に持続的腎代替療法が離脱となるまでは同体制での離床を継続し、有害事象を認めることはなかった。POD10にICUを退室となった。</p> | |
| g) 理学療法考察 | |
| <p>本症例では、重篤なICU-AWに加え、複数のライン類の存在や肥満体型、持続的腎代替療法施行中などが制限因子となり、理学療法士単独では安全な離床が困難な状況にあった。しかし、集中治療室や看護師、臨床工学技士と密に連絡を取り合い、リスクに応じて必要なマンパワーを確保したことで、安全に離床が実践できたと考える。</p> | |