



# 日本離床研究会通信 VOL.4

平素より当会の活動にご理解を賜り、ありがとうございます。

日本離床研究会は皆様に早期離床の最新情報をお届けするため“研究会通信”を作成し配信いたしております。ベッドサイドにおける診療・ケアに、是非、お役立てください。併せて、教育講座のご案内も同封いたしました。ご査収くださいませ。

## What's New

### 人工呼吸器装着患者に対する早期離床はADLの自立を早める

日本離床研究会 曷川元



素晴らしい文献が出ました。権威ある医学誌「Lancet」に離床に関する画期的なEBMが掲載されたのです。ペンシルバニア大学のSchweichertらは、72時間以上の人工呼吸器装着患者に対し、可及的早期から関節可動域練習、体位変換を開始し、積極的に端座位・立位へとすすめた群と、PT・OTの介入なく通常のケアのみ行った群を比較し、無作為化対照試験(RCT)を行いました。その結果、早期介入群は、通常のケア群に比べて、人工呼吸器からの離脱が早く、ADLの自立も早かった、と結論づけています。

人工呼吸器が長く装着される重症患者さんは、バイタルケサインも不安定であり、これまで積極的な介入は遠慮がちであった施設が多いかと思います。しかし、しっかりと安全に離床させる基準を作りチームとして介入ができれば、重症患者であっても有効なアプローチが実現するのです。

この文献や当会公式テキスト(実践早期離床完全マニュアル P145)を参照し各施設での介入基準を話し合い、積極的に介入する必要があるのではないのでしょうか？

引用文献: Schweickert et al: Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial, Lancet 373: 1874-1882, 2009

## 離床まめ知識

背臥位から前傾側臥位への体位変換を行ったら酸素化が改善した、という経験を持つ方は多いことでしょう。この理由として「換気血流比不均等の是正」という説が有力とされていましたが、近年、疑問視されるようになりました※)。では、どうして酸素化は改善されたのでしょうか？

背臥位から前傾側臥位になると横隔膜を圧迫していた腹部臓器はお腹側に移動し、背中側の広い面積を誇る横隔膜が活発に動ける状態になります。また、胸郭においては自分の体重の圧から背中側が解放され、拡張ができるようになります。その結果、虚脱して空気の入りにくかった背側の肺胞がしっかり開きやすくなり酸素化が改善するのだと考えられます。

※) 日本離床研究会ホームページ メールマガジン参照

体幹は過度に屈曲・伸展していないか

体幹は前傾しているか

支持具は体の前面全体を支えているか

枕が下側の腕に乗っていないか



前傾側臥位チェックポイント

### その他の前傾側臥位チェックポイント

#### 気道確保

☐ 頸部が過度に前後屈していないか

#### 顔面の除圧・枕の高さ

☐ 顔・耳介に過度な圧がかかっていないか

☐ 頸部の側屈がないか

#### 肩甲帯と前傾角度

☐ 上側の肩峰が下側より前にあるか

☐ 肩甲帯が過度に外転していないか

#### 上肢の位置

☐ 下側の上肢は圧迫されていないか

#### 体幹の角度

☐ 体幹が過度に伸展していないか

#### 腰部と前傾角度

☐ 上側の大転子が下側より前にあるか

☐ 下側の大転子は除圧できているか

#### 下肢の位置

☐ 上側の下肢は屈出しているか

☐ 下側の腓骨頭は除圧できているか

## 術前の介入について

**Q** 術前からの介入を当院でも検討していきたいと考え、今回の研修を受けました。患者さんに理解、納得していただき不安などを共有するには時間を要すると思いますがどれくらいの時間を目安に介入しているのか教えてください。また、各々の先生方で術前指導のポイントがあればお願いします。

**A** 術前からの介入、素晴らしい取り組みだと思います。まず介入時期ですが、時期は各々の施設で変わってくると思います。外来で手術が決まった時からすぐに介入する施設もありますし、入院時より介入する施設もあります。一般的には、入院された当日、もしくは翌日から介入している施設が多いのではないのでしょうか。

外来から指導を開始する場合には、自宅で自主訓練できるようパンフレット等を作成し指導したあと入院後再度介入するか、もしくは外来通院（週2～3回）して頂き、入院後再度介入するのもよいでしょう。入院後の介入の場合は、手術までの時間が限られているため、他の検査やインフォームのスケジュールを把握し、その合間を縫って指導をしなくてはなりません。

介入時間は指導できる回数によって変わってきますが、1回しか指導できないのであれば15～20分程度は欲しいところです。必要性を説明→術後の動き方の指導の流れだけでも、これくらいはかかってしまうと思います。もし外来や病棟の看護師さんで複数回指導できるチャンスがあれば、その都度、1つの項目を5分くらいで指導していくのもよいでしょう。不安の共有など精神的サポートも兼ねているのであれば、短時間で頻繁にアプローチを行うほうが現実的かもしれません。

術前指導のポイントはいかに術後、スムーズに目的が達成できるかを考えて行うことです。限られた時間内に効率的に行うため私が指導のポイントとしていることは、1) 術後における離床の必要性を理解して頂くこと、2) 言葉だけの説明ではなく、視覚的（写真・絵・ビデオ等を用いる）・具体的に行うこと、3) デモンストレーションを行い繰り返し実施すること、4) 関わるスタッフの情報の共有、指導の統一です。最も重要なことは、1) の術後における離床の必要性を理解して頂くことです。どんなに時間がなくてもこれだけは理解していただき、時間の余裕に合わせて、2)～3)を行ってみてください。呼吸器合併症対策に有用なことを理解していただくだけでも離床のスピードは違ってくる可能性があります。具体的指導法は講座資料、完全マニュアルを参照していただき、疼痛を惹起させない起き上がり（完全マニュアルP180）やACBT（P168）などを各施設で話し合い、組み合わせて指導してみてください。

教育講座「胸部外科・消化器外科における術前・術後の早期離床」講座より

## 教育講座のご案内

2010年4月から5月までに開催予定の教育講座です。現場で活躍されている先生方を講師に迎え、実践に即した内容でおおくりします。お誘い合わせの上、是非ご参加下さい。

| 日時     | 講座名                                                 | 会場                | 受講料<br>(税込) |
|--------|-----------------------------------------------------|-------------------|-------------|
| 4月 10日 | 心臓血管外科術後の早期離床<br>～急性期における介入戦略とその展望～                 | 自治労会館（札幌）         | 12,800円     |
| 10・11日 | 実技・理論講座「早期離床の基礎」BASIC<br>「症別別にみる適切な離床時期の見極めとそのポイント」 | さいたま市民会館（埼玉）      | 各8,400円     |
| 11日    | 苦手を克服！循環機能の評価と早期離床（臨床編3）<br>「手足の冷感編」                | 高槻現代劇場（大阪）        | 4,800円      |
| 24～25日 | ICU・超急性期における重症患者の基礎評価<br>(2日間)                      | 福岡国際会議場（福岡）       | 19,800円     |
| 25日    | 苦手を克服！循環機能の評価と早期離床（臨床編1）<br>「ドキドキ編」                 | ウィルあいちホール（愛知）     | 4,800円      |
| 5月 8日  | 苦手を克服！循環機能の評価と早期離床（臨床編3）<br>「手足の冷感編」                | 仙台市太白区文化センター（仙台）  | 4,800円      |
| 9日     | 苦手を克服！循環機能の評価と早期離床<br>基礎・評価編1日講座                    | 埼玉会館（浦和市）         | 9,800円      |
| 15日    | 早期離床のリスク管理<br>～「起こしたから悪くなった」といわれないために～              | 福岡市立中央市民センター（福岡市） | 4,800円      |
| 15～16日 | わかる！読める！胸部レントゲン写真読影の実際<br>(2日間)                     | 兵庫県私学会館（神戸市）      | 19,800円     |