

C-13 呼吸療法認定士と病棟看護師の連携による慢性呼吸不全患者呼吸ケアの一例

岐阜大学医学部附属病院 集中治療部

○尾崎 圭 中口 節子

【はじめに】内科病棟看護師からの依頼で、3学会合同呼吸療法認定士（以下認定士と略す）の資格を持つ集中治療部看護師が、呼吸ケアの助言を行った。今回の事例において、認定士が関わった効果について報告する。

【症例と経過】76歳男性、肺結核後遺症、肺癌、肺切除後慢性呼吸不全。
Ferecher-Hugh-Jonesの呼吸困難重症度分類はV度。平成14年10月31日入院。同年12月17日肺切除術、術後呼吸不全にて、3日間集中治療室（以下ICUと略す）に入室し、人工呼吸器管理、気管切開術を受けた。ICU退室後、数回のウイーニングにて離脱、気管切開孔を閉鎖した。平成15年3月3日外科から内科に転科した。翌日より病棟看護師から認定士に、呼吸リハビリテーションの依頼があった。認定士が病室訪問を行い、栄養療法、嚥下訓練、呼吸リハビリテーションに対する助言を病棟看護師にした。患者は臥床状態から車椅子移乗となつたが、CO₂ナルコーシスを繰り返し、カンタム®によるNPPVを行つたが失敗し、挿管下人工呼吸器管理となつた。主治医は、気管切開を考えたが、受持ち看護師、病棟師長、認定士で話し合つた。話合いにより、新しく、BiPAP Vision®を使用し、NPPV導入を行つた。また、認定士は、NPPV導入までの挿管下人工呼吸管理中、医師、病棟看護師に助言し、腹臥位療法、PCVによる呼吸管理を行い、肺合併症の予防に努めた。NPPVに対しても否定的で、「実験台になつてはいるなど」と言われたが、医師・受持ち看護師・認定士らの説得によりNPPVを一週間で導入完了できた。その後患者は、退院への希望を話されたが、妻や受持ち看護師に自分で出来ることも依頼し、依存度が高かつた。コンサルテーション中、受持ち看護師や病棟看護師から「自分たちの力で気管切開をしなくともがんばれる」、「呼吸ケアの講習に参加したいがどのような講習会がよいか」という発言があつた。

【考察】

認定士が訪室し、患者の状態をアセスメント・評価することで、複合的な症状を抱えた患者の問題が明確化することができたと考える。一般に人工呼吸管理中の患者は、血行動態が安定していても重症患者であるという認識のためか、意識的に臥床状態の時間が多い。認定士が腹臥位を安全に行えるかどうか、人工呼吸器の換気様式の利点・欠点を踏まえて判断し、医師や受持ち看護師に提言する事ができた。それを実行したことでの抜管後、痰の貯留による再挿管・気管切開を回避し、NPPVへ移行できたと考える。NPPV導入に成功し、患者の発声が大きくなるにつれADLが拡大し、退院への希望を具体的に表現できるようになった。そのことが患者のQOL上昇につながったのではないかと考える。

更に、コンサルテーション中のへ発言から、受持ち看護師や病棟看護師は、呼吸ケアの重要性を再認識し、呼吸ケアへの関心が高まる機会となつた。

以上から、認定士がコンサルテーションを行うことは、呼吸ケアの質を向上し、患者のQOL向上につながると思われる。

【結論】

今回の事例から、認定士が関わる効果として

1. 患者の精神面を支持し、ケアの方向性を示唆するとともにケアの統一が出来るよう助言できることで、患者のADLが改善した。
2. 痰の貯留による再挿管・気管切開を回避し、NPPV失敗例もNPPV導入完了ができた。
3. 病棟看護師に、呼吸ケアの重要性を認識させ、関心を高めることができた。