

## B-1-34 救急・集中治療部門で継続管理している在宅人工呼吸療法患者2例

帝京大学医学部附属市原病院集中治療センター

富永陽介

救急車にて高度救命センターに搬送され、高次医療を受け、重度の後遺症を残した患者は転院となることが多いが、転院先は必ずしも家族の希望やQOLを満足させるものではない。一方、在宅医療が全ての患者家族にとって最適とも限らず、肉体的にも精神的にも多大な介護労力を強いているのも事実である。

我々が行っている医療、HMVの新しい試みについて報告する。

症例1、70歳女性、洗濯物を干そうとして縁側から転落、第二頸髄損傷。四肢・呼吸麻痺の状態であり、気管切開下に3年前からHMVを導入している。写真はICUでハローベストを装着し管理されていた時ものである。



気管切開をしているが、この患者さんは声を出すことが可能である。カニューレカフを抜き、1回換気量を900MLと高めに設定し、声帯側に逃げる気流を利用することにより可能となった。このことがQOLの

向上に貢献していることは言うまでもない。訪問看護はほぼ、毎日、医師の往診は3週間毎、ショートステイを3~4ヶ月おきに1回二週間程度行うことをプログラムし実行している。

退院し、自宅に戻れたが、それだけでなく、さらなるチャレンジとして外出することを試みた。最近では軽量かつバッテリーが長く保てるタイプの呼吸器も利用できるようになっている。

症例2、54歳の男性、縊首により心肺停止状態で病院へ搬送されその後、植物状態となった。中枢性低換気の状態であり、6年前より気管切開下にHMVを導入している。

訪問看護は平日連日、医師往診月1回、ショートステイ月一回一週間程度で医療サポートしている。誤嚥を防ぐために気管食道分離術を施行することで誤嚥性肺炎のリスクが無くなった。

在宅移行当初、家族に呼吸器回路外れ・リーキに関し、機械不調時のアンビューバッグによる用手換気やカニューレ挿入も練習させ、教育した。幸い、危険な事故はいずれの症例でもないが、長期に療養が及び指導内容どおり、実施できるか不安もあり、定期的な危機管理シミュレーションが必要かもしれない。

在宅医療は家へ帰せばそれでおわりとするのではなく工夫次第でHMV患者でも外へ連れ出しが可能であり、今秋症例2で温泉旅行を予定中です。呼吸器装着患者の外出については乗り越えなくてはならないハードルがたくさんあるが、医師同伴で外出させることで患者および家族の気分転換が図れるものと思っている。