

## 新たなる可能性への挑戦「急性期呼吸理学療法」

### 2 肺移植における理学療法の役割

<sup>1)</sup>兵庫医療大学大学院医療科学研究科, <sup>2)</sup>京都大学医学部附属病院,  
<sup>3)</sup>京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻  
玉木 彰<sup>1)</sup>, 大島 洋平<sup>2)</sup>, 長谷川 聡<sup>3)</sup>

1997年の臓器移植法の制定により、本邦において脳死ドナーからの臓器移植(心臓、肺、肝臓、腎臓など)が可能となった。そして本邦における肺移植1例目は、臓器移植法が制定された翌年である1998年に岡山大学で実施された生体肺移植であり、脳死ドナーからの肺移植は2000年3月に東北大学と大阪大学で実施されたのが初めてである。演者が勤務していた京都大学医学部附属病院では、2002年の生体肺移植から始まり、現在までに100例以上の脳死および生体肺移植術が施行され、多くの重症呼吸不全患者の生命予後だけでなく、身体機能や健康関連QOLなどの向上に寄与してきた。そしてこれまでに肺移植を受けられ全ての症例に対し理学療法介入を実施しており、術後は定期的な検診(3ヶ月、半年、1年、2年と、以後1年毎に実施)によって身体機能の評価を継続している。

過去の報告や我々の研究から、肺移植患者の機能的予後には術

前の身体機能が大きく関与しているため、移植前の理学療法介入が必須であることは言うまでもない。しかし我々の経験では、術前に理学療法を受けている患者は予想以上に少なく、これは肺移植待機患者に対する術前理学療法の重要性が医師だけでなく、実際に担当する理学療法士に対しても十分に浸透していないことが原因と考えられるため、今後の課題である。

肺移植後の介入は全身状態が許す限り可及的早期から開始することが望ましく、早期離床を目指していく。術後の機能的予後には、ICU滞在期間が関係していることから、術後における呼吸器合併症や廃用性症候群の予防が非常に重要となる。

以上の内容を含め、本シンポジウムでは、肺移植前後における理学療法介入の実際と術後の機能的変化に関する我々のデータを紹介する。

## 新たなる可能性への挑戦「急性期呼吸理学療法」

### 3 重症熱傷患者に対する理学療法

北里大学医療衛生学部リハビリテーション学科理学療法学専攻 木村 雅彦

集中治療領域における理学療法介入は対象の特性ならびに治療に対する反応性によっても大きく異なるが、その本質的な命題はひとえに合併症の予防ならびに身体機能の早期再獲得を図り、発生する障害を予測し最小化することである。

一般に外傷は急性発症しその一部には後遺障害を負う疾病として捉えられる。そのため早期から全身管理の一部を支援しつつ、また離床に際しての合併症にも十分な警戒を行いながら、のみならず将来の障害を最小化するための取り組みを積極的に行う必要がある。なかでも広範囲熱傷は究極の外傷あるいは究極の侵襲と称される病態であり、体表面積の70%を超える場合には呼吸循環動態の把握および生体制御に立脚した全身管理と損傷組織の再置換を図る移植術ならびに栄養療法や感染症対策をはじめとする支持療法に広く数多く開発されてきた先端医療技術を駆使するにもかかわらず、残念ながらその生存率は極めて低く、救命に成功した後にも重篤な障害を残し機能的予後の獲得には更に難渋する。しかし

これは重症熱傷患者が理学療法士にとって挑戦すべき対象であること理由にはほかならない。特に近年増加する高齢熱傷患者においてはその救命と障害の最小化は決して容易なことではないが、この困難な状況に適切な介入を行うことで、より良い機能的予後を獲得すべく挑戦することが我々の責務である。

そして、広範囲熱傷と同様に最先端の技術と集中治療が必要な放射線被曝(放射線熱傷)についても、被爆国でありかつ深刻な放射線災害を経験した我が国においては特にその関心は高い。高線量被曝者に対する理学療法介入の報告は極めて少なく、その障害予測には困難を極めるものの、免疫能と再生能を失った患者の集中治療においてもその病態安定に貢献し、ダメージコントロールを行いながら積極的に支援する必要がある。困難な対象において多職種が相互理解の上に連携してこそ初めて可能となる挑戦である。