12 リハビリテーション 重症熱傷患者に対して

木村雅彦
北里大学 医療衛生学部 講師

Point 1 熱傷に伴う運動機能障害を予測できる.

Point 2 全身管理中に生じうる合併症と運動機能障害を予測できる.

Point 3 リハビリテーションスタッフに治療のゴールを提示できる.

はじめに

究極の侵襲と称される重症広範囲熱傷は，高度専門施設への救急搬送体制の整備，急性期の呼吸循環・体液変動の制御技術，（超）早期手術，スキンバンクや培養皮膚・その他の人工材料などを積極的に活用する医療技術の進歩[1]によって，救命への挑戦が行われている．一方，「**障害なき救命**」をターゲットとして考えた場合は，そのリハビリテーション治療がきわめて重要である．日本熱傷学会の『診療ガイドライン』[1]には盛り込まれなかったが，重症広範囲熱傷に対するリハビリテーションはバイタルなケアである．

本章では，熱傷創ならびに全身管理中に生じうる合併症と身体機能制限を予測すること，そして**リハビリテーションチーム**としての治療方針を共有し，関連する専門職種に**治療のゴール**を統一見解として提示できるようになることを目標として，関連する知識の整理を図りたい．

1. 重症広範囲熱傷患者の障害像：究極の侵襲は必ず究極の障害を招くか

重症広範囲熱傷において，その影響は単に局所の組織病変のみにとどまらず，しばしば「究極」とも称される程度の侵襲と，その侵襲に対する劇的な生体反応に修飾された，より複雑な病態を呈する．また，急性期を脱してもなお，後遺障害を免れない臨床経過をたどる．熱傷創の治癒機序は，いわば瘢痕拘縮の形成と同義でもある．しかし，後遺障害なき救命を理想とし，困難なバランスを保ちつつ，救命と救肢のうえに，さらに運動機能や外貌についても貪欲に求めて積極的な予防的介入を図り，究極の侵襲がもたらす**障害を最小化**する必要がある（図1）．

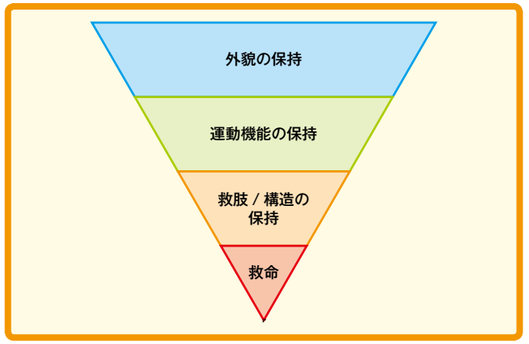

図1 後遺障害のない救命
後遺障害なき救命は困難なバランスの上に成り立つ．

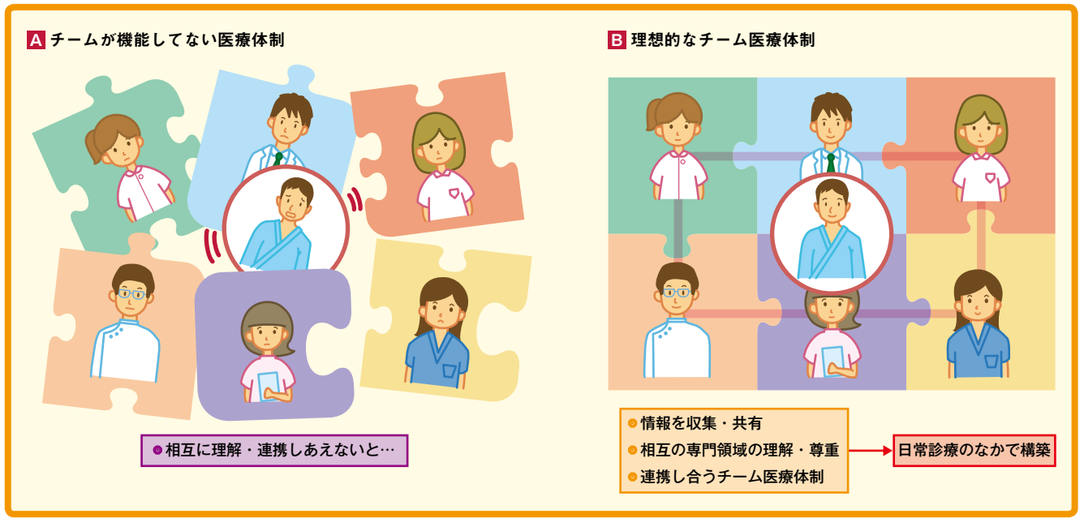

図2 リハビリテーションチームの構築
専門職が相互に理解し連携しあえるリハビリテーションを構築する必要がある[7]．

2. 熱傷チームにおけるリハビリテーション関連職種

リハビリテーション専門の職種には，**理学療法士**（**physical therapist**；**PT**），**作業療法士**（**occupational therapist**；**OT**），**言語聴覚士**（**speech therapist**；**ST**），**視能訓練士**（**orthoptist**；**ORT**）などが挙げられるが，とりわけ重症熱傷は特殊な病態であり，継続的かつ多職種による，集学的かつ多次元的なリハビリテーションの介入が必要である[2-7]．海外ではセラピストが厚く配置[2]されており，熱傷チームの職種構成（参加）率をみると，外科医 94%，PT 96%，看護師 96%，OT 93%，医療ソーシャルワーカー（medical social worker；MSW）91%，栄養士 89%，薬剤師 68%である[3]．日本では収容施設が限られ，さらに人員配置は欧米の熱傷センターに比肩するべくもないのが現状であるが，集学的な治療を要することからリハビリテーション専門職種のみならず，救急医学，形成外科，麻酔科，精神科といった医師，看護師，薬剤師，臨床検査技師，臨床工学技士，管理栄養士，MSW などからなる「**熱傷チーム**」には，多くの領域が有機的に相互に連携し合い，総合的な評価と介入の実践ならびに再評価を次の段階に活かすことができる総合力が求められる[4-7]．すなわち，情報を収集し共有したうえで，相互の専門領域の考え方を理解・尊重し，連携し合うチーム医療体制を日常診療のなかで構築する必要がある（図2）．