

事例紹介

事例：Cさん, 70歳代, 男性

Stanford A型の急性大動脈解離にて救急搬送され、上行弓部大動脈人工血管置換術を緊急で施行。術後より心機能低下を認め心不全を発症、食欲低下が続き1ヵ月で10kgの体重減少を認めている。その後一度退院し、胸部大動脈ステントグラフト治療（TEVAR）目的で再度循環器内科に入院した際、心不全に対する内服調整を実施している。心臓血管外科退院後からBNPは1500pg/mL前後で経過。循環器内科退院後は外来心不全治療を導入（週3回の外来ドブタミン点滴）し心不全管理を行うが、退院後1ヵ月でBNP3189pg/mLまで上昇し再度心不全増悪にて緊急入院となった。

〔心機能〕

- 左室駆出率（LVEF）：22%
- 左室拡張末期径（LVDd）/ 収縮末期径（Ds）：73/69mm

- 大動脈弁逆流（AR）：Ⅱ度
- 僧帽弁逆流（MR）：Ⅲ度
- 左房径（LAD）：55mm
- 三尖弁圧較差（TR-PG）：52mmHg
- 心室中隔厚（IVST）/ 左室後壁厚（PWT）：9/8mm

〔既往歴〕

高血圧

〔心不全関連内服薬〕

カルベジロール 2.5mg, エナラプリル 1.25mg, ピモベンダン 5mg, アゾセמיד 120mg, トルバプタン 7.5mg

〔CPX (図1)〕

心不全が安定した時期に実施。VO₂/W@AT: 8.1mL/kg/分, LOAD@AT - 1分: 40Watt, HR@AT: 81bpm, ΔVO₂/ΔLOAD: 4.16

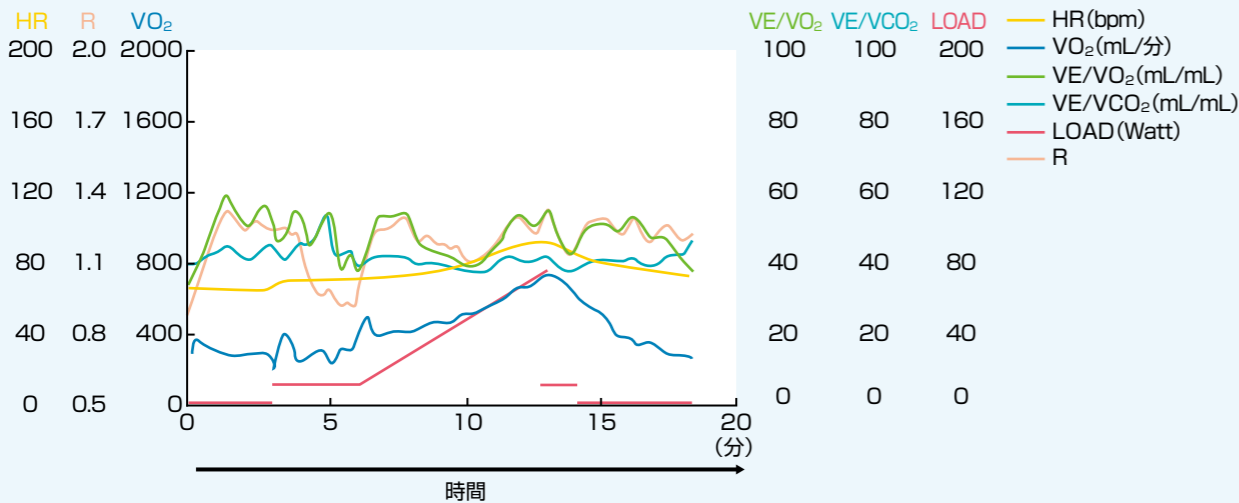


図1 CさんのCPX結果

入院時の心臓リハビリテーション

当院では、急性心不全リハビリプログラムに準じ200m歩行が問題なく行えれば、外来心リハに移行し有酸素運動を中心とした運動療法を実施しています（表1・表2・表3）。心不全が安定し主治医の許可が得られた時点でCPXを実施し、それまではBorg指数と運動負荷時の血圧・心拍数の上昇の程度で運動強度・運動時間を調整しています。

患者面談

患者さんの病態や病状は、カルテから情報収集が可能ですが、心不全患者さんの療養生活を支援

していくには病態・病状の把握だけでは不十分です。心不全は患者さんの生活の影響を受け増悪・寛解を繰り返す、また患者さんの生活そのものも心不全の影響を受けるので、生活に関する情報は欠かすことができません。これらの情報は患者さんとの面談で、患者さんの語りから得ていきます。面談では、主に①生活背景、②患者さんの行っていた心不全管理、③患者さんの心不全の体験と認識を確認します。

Cさんとの面談で得た情報は以下のとおりです。

① Cさんの生活背景

自宅は2階建て一軒家で12段の階段がある。個人で事業を行っており、仕事の関係もあって初

表1 来院から終了までの流れ

初回	2回目以降
①問診（表2参照）	①問診（表2参照）
②血圧左右差確認	
③座位・立位での血圧評価	
④心電図モニター装着	②心電図モニター装着
⑤集団で準備体操	③集団で準備体操
⑥有酸素運動（自転車エルゴメータ or トレッドミル） 運動開始前から血圧・心拍数・SpO ₂ ・不整脈・ペースング率など評価し、運動終了まで継続 Borg指数、心拍数、血圧で運動強度を適時調整	④有酸素運動（自転車エルゴメータ or トレッドミル） 運動開始前から血圧・心拍数・不整脈・ペースング率など評価し、運動終了まで継続* Borg指数、心拍数、血圧で運動強度を適時調整
⑦問題のない患者は心電図モニター除去	⑤問題のない患者は心電図モニター除去
⑧水分補給	⑥水分補給
⑨チューブエクササイズ	⑦チューブエクササイズ
⑩整理体操	⑧整理体操
⑪次回リハビリ予約・体調確認	⑨次回リハビリ予約・体調確認

*SpO₂モニターは台数が限られるため、慢性閉塞性肺疾患（COPD）の患者、僧帽弁閉鎖不全症の患者、肺高血圧症の患者、BNPが上昇傾向にある患者、体重が増加している患者で測定。