

広範囲熱傷患者に対する可及的早期介入により主婦業復帰を促すことができた一例

東京医科大学八王子医療センター リハビリテーション部

○ 作業療法士 小関未歩^{コセキミホ}

【はじめに】

今回、広範囲熱傷にて四肢運動障害を呈する症例を担当し、早期からの機能回復とそれぞれの回復過程においてできるADL動作より介入していった結果、主婦業復帰へと促すことができたのでここに報告する。

【症例紹介】

40代、女性。3人の子供との4人暮らしで、病前は料理以外の家事を行う。広範囲熱傷（顔面、両上下肢、Ⅱ度、26%）。平成22年9月30日家の掃除をしていた所、誤ってカセットボンベのスイッチを押し爆発。当院搬送時JCSⅠ-1、気道熱傷なし、全身管理目的にICU入室。その後、敗血症ショックにて挿管、レスピ管理となり、気管切開術施行。四肢はデブリし、2回の植皮術施行（両上下肢）。2日後よりリハビリ開始。12月末自宅退院となり、その後外来OT継続となる。

【初期評価】

意識レベル清明。四肢保護中、左上肢～手指は掌側シーネ固定。両上肢浮腫、感覚鈍麻と痺れあり。ROM右肘屈曲100度、手関節掌背屈70度制限、full-Grip不可能。筋力低下あり。リハビリに対し意欲的で、痛みに対する耐久性あり。基本動作軽介助、ADL食事自助具使用にて軽介助、他全介助。ご本人のニードは、身辺動作自立。

【治療経過】

第1期：植皮後、全身状態が落ち着くまでの時期

廃用症候群予防、皮膚性拘縮・変形予防を目的に関節可動域訓練、筋力訓練実施。右上肢の関節可動域訓練を中心に進め、食事、ナースコール使用等での右手使用を図る。ご本人・ご家族にベッド上でできる運動を指導。

第2期：閉鎖療法中、離床の時期

座位訓練実施、離床を促す。創の状態や感染に注意しながら、時間と強度を徐々に増やし関節可動域改善、筋力強化、車椅子上でのADL動作介助量軽減を図り、車椅子乗車での食事可能、介助にてトイレ動作開始となる。

第3期：表皮化、積極的なリハビリ時期

左上肢固定offとなり、ROM開始。左肘屈曲90度、手指MP屈曲50度、PIP・DIP屈曲10度で皮膚性制限あり。バイブラバス開始。歩行・ADL動作自立を図り、左手使用困難も右手使用にてトイレ動作自立となる。

第4期：瘢痕形成、退院前・退院後の時期

自宅退院に向けて試験外泊し、入浴動作、床上動作訓練、自主練習定着を図る。左上肢の補助的な使用可能、背中の洗体動作にて困難さもあるも、その他自立し、自宅退院。左手手指のROM制限残存したため、退院後外来OT継続。瘢痕抑制、full-Grip可能、洗濯・掃除・食器洗い動作可能を目的に進める。感覚軽度鈍麻残存、full-Grip困難も筋力・握力向上、ADL動作自立、洗濯・掃除・食器洗い等APDL動作も可能となる。

【考察】

熱傷患者は、治療が長期にわたるため、慢性期の機能障害や心理問題を予測して、それぞれの時期に適切な援助を行うことが重要である。今回、可及的早期よりご本人・ご家族への指導や協力を促しながら、それぞれの時期に応じた上肢機能の回復とADL動作を行うことで、ご本人の能力を最大限に引き出し、主婦業復帰へと促すことができたと考える。しかし、同時に退院時手指屈曲制限が残存したため、スプリントを検討していれば、もっと早期に機能向上、主婦業復帰が得られたのではないかとこの反省点も挙げられる。急性期の熱傷患者においては、救命処置が優先され、手指機能に対する配慮が乏しくなることが多いが、手指機能は社会復帰に大きく影響するため、他職種と連携し、早期介入への必要性を広めていく必要がある。また、受傷部位や数度にわたる皮膚移植によっては外見上の問題も有するため、精神心理的な配慮や支援も必要である。現在ご本人は、主婦業復帰を越えて、自動車運転の仕事復帰まで見据えるようになっており、その人自身の今後の可能性までも広げる意味で、改めてOTとして早期から機能的・整容的・精神的な管理に介入する必要があると考える。