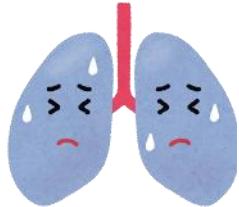




『誤嚥』との『ご縁』 ～誤嚥性肺炎のお話～

氷見で医療を行っていれば、誰しもにとって身近な『誤嚥性肺炎』。今日はこの疾患を、少し深く掘り下げていこうと思います。



◎「誤嚥性肺炎」の移り変わり

そもそも、『誤嚥性肺炎』が細菌性肺炎から切り離され、独立した疾患として扱われるようになったのは1960-1970年代と比較的最近です。さらに「嚥下機能や口腔環境の悪化により慢性経過で起こる肺炎」として日本で再定義されるようになったのは1980-1990年代とされています。そして、ここ最近では「感染症による肺炎」から、「生活機能低下の表現型」へと疾患概念が変わってきています。

◎「誤嚥性肺炎」＝「フレイルの急性増悪」という見方

Smithardらは高齢者における誤嚥性肺炎の本質は「生活機能の低下や認知障害の終末点である」と提唱しています。誤嚥性肺炎は単なる「誤嚥に起因する感染症」ではなく、「筋力低下や認知障害を含めた」フレイル“という全身の脆弱性を背景とし、それが急速に破綻することで肺炎という形で顕在化した状態(frailty-associated pneumonia)」であるという考え方です。

誤嚥性肺炎は「肺炎」なので、感染症として抗菌薬を使用しますが、それは一時的であり、生活環境とケア環境が変わらなければ再発を繰り返すことになります。

◎施設 vs 在宅

生活環境やケア環境はどのように整えるのが良いのでしょうか。

Shimizuらによる単施設の後ろ向き研究によれば、誤嚥性肺炎の予後は、施設入所の方が在宅よりも死亡率が低いとされています。これは食事形態や口腔衛生の維持など、専門職によるケアの質が担保されることが大きく寄与しており、この疾患における予後が臨床因子だけでなく、生活を支える「環境(居住場所)」に影響される可能性を示唆しています。

◎これからの誤嚥性肺炎：「治す医療」から「支える医療へ」意思決定支援がカギ

誤嚥性肺炎の治療において、これからは抗生素での炎症鎮静化よりも、本人の意思決定支援に主眼が移っていくものと想定されます。

「肺炎をどう治すか」ではなく、「人生をどう続けていくか」を一緒に考え、そしてそれを多職種による連携で支えていく方策を探ることが重要になるのではないでしょうか。



医療者として、患者さんとの「ご縁」を大事にして、丁寧に向き合うことがより一層、求められるようになりそうですね。（”誤嚥性肺炎だけに、、、”）

【記：総合診療科 滝川 陽希】



中心静脈カテーテル（CVC）挿入中の感染対策

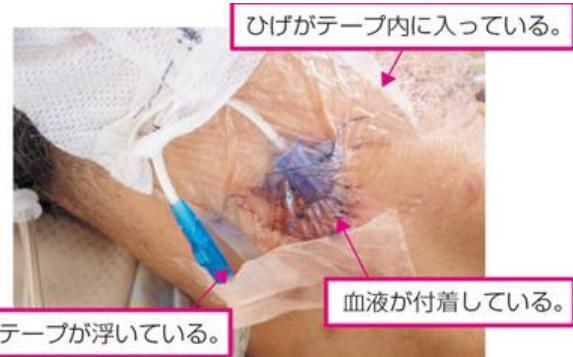
中心静脈カテーテル（CVC）とは大静脉（鎖骨下静脉・内頸静脉・大腿静脉など）に直接挿入するカテーテルで、薬剤投与や輸液管理、血液透析、中心静脈圧測定、栄養管理などに用いられます。挿入される対象としては重症患者、長期治療が必要な患者、末梢静脈確保が困難な場合などです。

中心静脈カテーテル（CVC）は血管に直接チューブなど異物を留置するために、病原体が体内に侵入しやすくなり感染リスクが高くなります。感染すると高熱や敗血症など、命に関わる状態になることがあるため、「日常管理の徹底」がとても重要です。しっかりと挿入部位を観察し正しい方法で管理することで、カテーテル関連血流感染（CLABSI）を大幅に減らすことができます。
そのため当院では、サーベイランス（監視・見守り）を実施し、感染が起きていないか、毎日看護師が挿入部の発赤、圧痛、排膿等が無いか観察し電子カルテに記録しています。

写真のような症状があった時は看護師に報告してください。

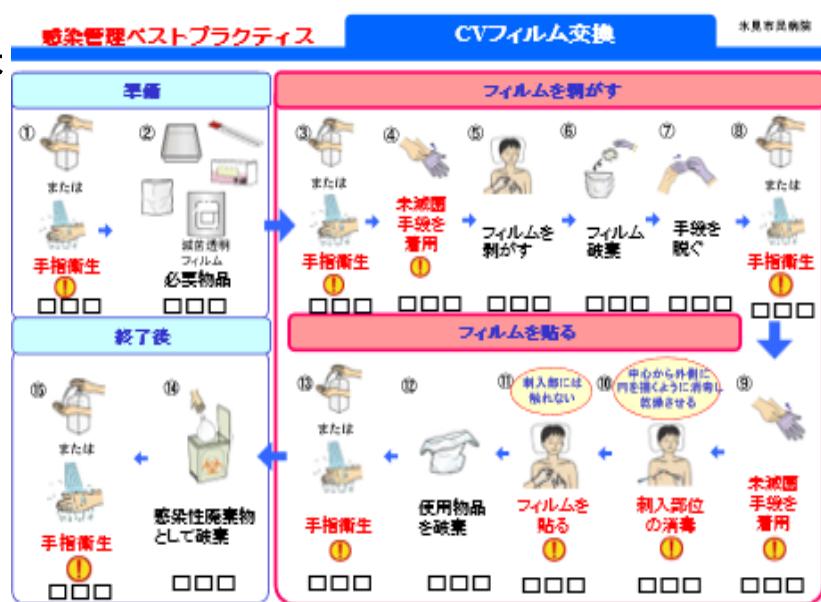


発赤・排膿がある。



INFECTION CONTROL 27巻9月号

看護部感染呼吸リンクナース会では
今年度、正しい方法で透明フィルム
ドレッシングの交換ができるように
手技統一を図るため勉強会を実施し、
感染対策強化に努めています



【記：看護部 田中恵里子】

金沢医科大学木見市民病院 ICT 発行