

〈書類様式6〉第〇回心臓リハビリテーション指導士受験用 自験例報告書

※2 ページにまたがる場合は両面コピーで提出。2 ページ目は半分までを限度としてください。

症例番号 2
患者年齢 78

施設名 心臓リハビリテーション病院
性別 男性

申請者名 織田リハ子
指導責任者 心臓三郎

手書き不可



捺印

【診断名】慢性心不全急性増悪

【保険適応病名】慢性心不全 **急性期**・**前期回復期**・後期回復期・維持期] (複数選択可)

【既往歴】心筋梗塞、冠動脈バイパス術 (平成 10 年)、腎不全、高脂血症、耐糖能異常

【家族歴】なし

【経過・現病歴】

平成 11 年 5 月労作時の息切れが悪化し心不全の診断で入院。検査の結果バイパスグラフト閉塞が判明し虚血が示唆された。しかしこれ以上の侵襲的治療を希望せず、状態が安定した後職場復帰に向けた体力評価のため運動療法導入となった。

【評価】

①身体所見 身長 162cm 体重 58kg BMI22.1 血圧 138/80mmHg HR56bpm 整

②心機能 (ポンプ機能、不整脈、冠動脈狭窄)

心エコー所見：EF34%，心尖部から下壁にかけて severe hypokinesis

LVDd/Ds 60/51mm、IVST/PWT 14/13mm

不整脈：ホルター心電図にて PVC 散発 500 回/日

タリウム負荷シンチでは前壁中隔から下壁領域に不完全再分布、トレッドミル試験では、ステージ II で有意な ST 低下 (II、III、aVF、V5、V6 誘導) が認められるが胸痛はない。

③運動耐容能 (運動負荷試験結果)

心肺運動負荷試験：peakVO2 13.0mL/kg/min、HR121bpm SBP168mmHg 虚血性 ST 変化のため中止 (自覚症状なし)、AT 検出不可能

④冠危険因子：脂質異常症 TG261mg/dL、T-chol 249mg/dL

耐糖能異常 75gOGTT 血糖値 空腹時 87mg/dL、2 時間 152mg/dL

⑤その他：腎機能 UN 46mg/dL、Cre 2.35mg/dL、NYHA2 度

【その他リハビリ進行上考慮すべき点】内服：ワルファリン、バイアスピリン、ラシックス、ニトロール、シグマート 食事：1600Kcal 塩分 6g、職業：公認会計士

【運動指導と患者教育】

①運動処方 (強度、時間、頻度、期間)： AT 検出不可であったことから、ST 低下出現前の HR110 を上限とし、25 ワット×10 分間の自転車こぎから開始し最終的に 30 分間を 1 日 2 回行った。モニター心電図では異常所見は認められなかった。退院後は 1 か月毎に心肺運動負荷試験を実施している。半年後 peak VO2 は 21.5mL/kg/min まで改善し、国内旅行を楽しめるようにまで QOL が向上した。

②患者指導・教育：冠危険因子を多く有するため栄養指導を複数回実施した。退院前には自宅での運動療法のやり方、運動療法の効果と継続するための方法を指導した。

【心臓リハビリテーション考察】虚血を有する低心機能に対する運動療法指導例である。職場復帰の意志が強いが労作に対する不安があるため、虚血出現前の負荷強度を選択し監視型で実施した。理解力や家族の援助も十分で、現在仕事に復帰している。