

# AVERT III以降の脳卒中離床 最新エビデンスの臨床的解釈

熊谷総合病院 高野 利彦

## 【はじめに】

筆者が臨床を始めた頃、脳卒中患者の早期離床は、「脳卒中治療ガイドライン 2004」において、急性期から「積極的なリハビリテーション（離床を含む）を行う」と強く推奨されていた。この早期離床については、現在も推奨されていることに変わりはない。しかし、2015年に報告された、A Very Early Rehabilitation Trial（以下 AVERT）IIIにおいて、24時間以内の超早期離床に危険性が指摘され、脳卒中患者の早期離床の安全性が問われている。

今回は脳卒中患者の早期離床のエビデンスにおいてキーとなる、AVERT IIIを分岐点として、① AVERT III までのエビデンス、② AVERT III 以降のエビデンス、③臨床における脳卒中患者の早期離床の実際について解説する。

## 【AVERT IIIまでのエビデンス】

### 1) 脳卒中における早期離床の夜明け

まずは脳卒中における早期離床の歴史をみていく。1980年代半ば、スウェーデンで行われた脳卒中カンファレンスで初めて早期離床について議論された。そこから2000年までは早期離床について推奨する研究結果が続々と出ていく。Indredavik は早期離床が行われる脳卒中ユニットに入院中の患者は、一般病棟に入院している患者に比べて、自宅復帰率・在院日数・死亡率が有意に減少し、52週後の Barthel index や神経学的所見の有意な改善を示すことを初めて報告した<sup>1)</sup>。その後も Indredavik やその他の報告でも脳卒中の早期離床の有効性を支持している<sup>2-3)</sup>。このような研究結果と脳卒中治療ガイドラインの内容の下に、早期離床は良いとされ、

臨床でも実施されるようになった。

### 2) AVERT II 以降加速した超早期離床の流れ

AVERT II において、発症 24 時間以内の超早期離床は、安全を担保して行える介入方法であり、機能改善への有効性も期待できる<sup>4)</sup>と報告された。また、早期離床は入院コストを軽減させる<sup>5)</sup>ことや Barthel index などの日常生活のみならず自立歩行の獲得にも寄与する<sup>6)</sup>こと、重度の合併症の予防に寄与し、早期離床による神経学的所見、循環動態の増悪はなかった<sup>7)</sup>という報告がされた。これらの報告から、離床開始時期は早ければ早い方が良いということが常識となりつつあった。

## 【AVERT III以降のエビデンス】

### 1) AVERT IIIの衝撃

脳卒中患者に対する早期離床に追い風が吹き続ける中、2015年に発表された AVERT III にて衝撃的な転機を迎えた。超早期離床に有効性はないという内容であったからである。AVERT の研究グループは、2006年よりオーストリアをはじめ北欧5カ国で脳卒中患者2,104名を対象とする大規模調査を実施した。対象者は、脳卒中後24時間以内に座位や起立などの離床動作を行う超早期離床群 (n=1,054) と、一般病院で行われる通常ケア群 (n=1,054) にランダムに分けられ、発症後3か月後の転帰から超早期離床の効果を検証した。その結果、脳卒中の改善度をみる mRS (modified Rankin Scale) は、両群に有意差は認めなかったが、通常ケア群で改善する傾向がみられ (図1)、50m歩行の自立までの時間を比べると、両群間に有意差は認められず、重度の脳卒中、脳出血では超早期離床群で転帰が不良であった<sup>8)</sup>。