

エビデンスと臨床経験に基づく くも膜下出血の離床開始基準

離床推進ファシリテーター 脳血管グループ
山田 航平

成田赤十字病院

くも膜下出血 (subarachnoid hemorrhage: 以下 SAH) の発症後 2 週間までは、脳血管攣縮・遅発性脳虚血などの脳障害、循環不全や呼吸不全などの重篤な合併症を生じることがあり、離床の際に難渋するケースが少なくない。

本邦の脳卒中ガイドライン 2021 において SAH の離床に関してエビデンスが高い報告はないとされている。また、AVERT STUDY(A Very Early Rehabilitation Trial) に代表されるような脳卒中の早期離床トライアルにおいても SAH は除外されており、SAH 患者の早期リハビリテーションの有効性は明確ではない。

そこで、我々のグループでは SAH 患者の早期離床のエビデンスを構築するため、SAH 患者に対する離床基準案を作成した。基準は重症患者の離床基準に加えて、意識レベルや神経症状の有無をより注視することが SAH の離床の重要な点だと考えている。また脳血管攣縮を評価する経頭蓋ドプラ (Transcranial Doppler : TCD) や頭蓋内圧 (intracranial pressure : ICP) モニターがある施設においてはこれら进行评估すると、より SAH の臨床評価として有用となる。

今後、脳血管グループでは離床基準を完成させ、SAH の離床に関して多施設間研究を行い、その安全性・妥当性を明確にすることで SAH の離床を推進していきたいと考えている。本基準案をもとにした、臨床研究に携わりたい方は、是非とも離床学会脳血管グループに参加いただきたい。

くも膜下出血 離床開始基準案 ※付き項目は評価実施可能な場合は参照

項目・指標	基準・状態
破裂動脈瘤の治療	クリッピング術、コイル塞栓術など根治治療が完了している
意識	声かけに対して開眼が可能、指示理解が可能
神経症状	神経学的に安定している (運動麻痺、失語症、てんかん発作などの神経症状増悪がない)
体温	<38度
平均血圧	≥80 かつ ≤110 mm Hg
心拍数	≥40bpm かつ ≤130 bpm
呼吸数	>5回/分、≤40回/分
酸素飽和度 (SpO ₂)	≥90%
脳血管検査所見* (血管造影、CTA、MRA等)	新規の脳血管攣縮所見が無い もしくは 積極的治療介入が必要な脳血管攣縮所見が無い
TCDによる脳血流評価*	Lindegard ratio ≤ 3.0 もしくは MCA MFV ≤ 120 cm/s
頭蓋内圧*	≤15mmHg

CTA : CT angiography, MRA : Magnetic resonance angiography
TCD : Transcranial doppler