

脳卒中急性期のリハビリテーション



▲リハビリテーション科 主任理学療法士 白木隆之

【はじめに】

脳卒中とは、医学的には「脳血管障害」と呼ばれ、脳の血管が詰まって組織の壊死をひき起こす脳梗塞と、脳の血管が破れる脳出血に大別されます。

ひと昔前までは、発症直後の脳血管障害は安静加療が重要とされてきました。しかし、最近では早期からのリハビリテーション（以下リハビリ）が、より良い回復につながるということが証明され、最も早い場合、入院したその日から治療と平行してリハビリが行われるようになりました。日本脳卒中学会の定める脳卒中治療ガイドラインでも、急性期からのリハビリは強く勧められています。

【脳卒中の症状は？】

どのような症状が現れるかは、

脳血管の損傷を受けた部位により異なります。

体の運動に関与する脳の部位に障害が起こると、手や足に力が入らないなどの運動麻痺が現れます。多くは脳の損傷を受けた部位と反対側の身体に麻痺が起こるのが特徴で、片麻痺や半身麻痺と呼ばれます。

また、運動麻痺と同様に半身のしびれや触覚、痛覚といった感覚障害が起こります。

その他には、言葉の理解や発話が出来なくなる失語症や、見えているのに外界の物体を認識できない失認、指示された行動が出来ない失行といった高次脳機能障害、食べ物の飲み込みが困難となる嚥下障害、便秘や失禁などの自律神経障害、感情失禁などの精神症状、意識障害と極めて多種多様です。

【なぜ急性期からのリハビリが重要なのか？】

治療での安静や麻痺により体の自由が奪われた結果、臥床時間が長くなると関節が硬くなる関節拘縮や筋肉が衰える筋萎縮、体を起こしたときに血圧が保てない起立性低血圧といった廃用症候群と呼

ばれる障害が現れます。さらに、誤嚥性肺炎、褥瘡などの合併症が起こるリスクも高くなります。

したがって、十分な全身の医学的管理の下、早期から適切なリハビリを行い臥床に伴う合併症を予防することが重要となります。

また、脳卒中で損傷した神経は興奮性が失われ、損傷された部位から先に伸びる神経まで変性が起こります。早期から手や足を動かすという刺激から神経の興奮性を高める事も重要で、脳内の神経ネットワーク再構築（壊れた神経は再生しませんが、その周囲の神経が代わりとして働く）を促すことにつながります。これらはより早い段階からの運動刺激が効果的といわれています。

【いつから？どんなことから始まるのか？】

多くは発症翌日からリハビリは開始されます。ただし、病状が極めて不安定であったり、脳動脈主幹部の高度狭窄・脳幹病変・心不全等の全身循環動態に関わる基礎疾患を有する場合は、これらのリスクに対する医学的管理の下にリハビリの開始時期や内容は決定されます。

まず、発症直後より病床で手足の関節を動かす練習と体位変換から始まります。

これは、意識がなく自分から動くことが出来ない場合でも行う基礎的なもので、大抵はこれがリハビリの第一歩となります。

次いで、意識状態が安定したら段階的に体を起こす練習が始まります。

脳卒中急性期においては、脳循環代謝（脳への血流調節）が不安定な時期があり、運動毎の血圧測定を行い、その変動が許容範囲内であるのか確認しながら進める必要があります。最初は寝返りから起き上がり、さらに座位練習へ展開し、車椅子での座位耐久練習へとつなげます。状態が安定していれば立位・歩行等の日常生活活動練習に進みます。また運動機能に対するリハビリと平行して、誤嚥性肺炎や低栄養状態の予防といった観点から摂食嚥下リハビリが行われます。

【おわりに】

今回は急性期といった短い期間のリハビリについてお話ししましたが、脳卒中による中枢性の障害は多種多様で急性期に続き、回復期・維持期と長期的なリハビリを必要とします。最終的な目標はO.T（生活の質）の向上にあります。