

脳卒中の急性期リハビリテーションの重要性について

脳脊髄・神経センター 脳神経外科

主任部長 島野裕史医師

リハビリテーション科 技師長 藤川 薫

後遺症で寝たきりになる原因の第1位の脳卒中。2010年のデータでは国内で年間29万1,000人が発症しています。治療とリハビリテーションを担う島野医師と藤川理学療法士に話を聞きました。

後遺症と切り離せない脳卒中

脳神経外科 島野医師

Time is brain.

脳卒中の治療はまさに時間との戦いです。脳卒中には脳出血やクモ膜下出血などの出血性脳卒中と、脳血管の閉塞による虚血性脳卒中とに大別され、それぞれの原因によって治療方法は様々ですが、一旦症状が現れたら一刻も早い診察と治療方法を選択しなければなりません。

脳内出血は開頭手術もしくは内視鏡で血腫を取り除き、クモ膜下出血は開頭手術による脳動脈瘤クリッピング術、血管内手術（カテーテル治療）によるコイル塞栓術などがあります。脳梗塞の場合は血栓を溶かすtPA静脈注射療法、血栓を回収するカテーテル治療などがあります。当センターでは脳神経外科専門医と脳血管内治療専門医がチームを組み、これらの多くの治療方法の中から患者さんに適切な治療を迅速に選択し、実践して多くの方の命を守ってきました。

ら、麻痺や制限される動作を回復するアプローチを始めなければなりません。これは脳の損傷部位周辺の神経は、傷ついた神経を補うように変化すると言われているため、体を動かすことで後遺症の程度は格段に違ってくるからです。つまり、急性期の的確なリハビリテーションが日常生活動作（ADL）改善に非常に重要なのです。

充実したスタッフ体制で在宅復帰を目指します

理学療法士 藤川 薫

現在、リハビリテーション科では理学療法士、作業療法士、言語聴覚士合わせて55名体制でリハビリテーションを行っています。リハビリは術後2ヶ月以内の急性期、そして回復期、維持期と移り、リハビリの内容が変わってきます。当院では従来の急性期病棟に加えて、3年前から回復期リハビリ病棟ができ、南河内では数少ない急性期・回復期の一貫したリハビリが可能な病院になりました。

実際には手術の翌日に医師からリハビリ内容は患者さんの脳の画像等を確認し、血



（左から）島野医師 藤川理学療法士

圧や脈拍、心電図などでリスク管理をしながらリハビリを始めます。つまり、集中治療室（ICU）ですでにリハビリが始まっているわけです。そして、患者さんの病状と初期評価を合わせ急性期リハビリの目標設定をします。一般的に回復期リハビリが様々な動作に対するアプローチであることに対して、急性期リハビリは運動機能にアプローチするもので、脳卒中理学療法診療ガイドラインにそ

って早期より座位や立位と歩行につなげるリハビリを行います。急性期病棟は病状が重い方が多く、訓練室でできるようなった日常生活動作（ADL）を、病棟でも実践し1日も早く回復期に移行できるように専門のリハビリスタッフ・看護師の充実をさらに図っていきたいと思っています。



当院敷地内の園庭でも歩行リハビリを行っています