B9-3

離床へ向けてのリハビリテーションに際し、解離性大動脈瘤を合併した脳外傷患者の一例

○井戸 厚実[1]、槇林 優[2]、岩井 歩[2]、浅野 好孝[2]、篠田 淳[2]

[1]木沢記念病院 総合リハビリ部、[2]木沢記念病院 中部療護センター

【はじめに】重度脳外傷患者では、意識障害や運動障害、高次脳機能障害等が後遺する事が多い。今回、離床へ向けてのリハビリテーションに際し、リスクとして解離性大動脈瘤（以下、DAA）を合併した脳挫傷の症例を経験したので報告する。

【症例】50代女性。自転車で走行中に乗用車と衝突し受傷。脳挫傷、右急性硬膜下血腫、頭蓋骨骨折を認め開頭血腫除去術を施行。受傷15カ月後、当センターへ転院。転院時、意識はJCSI-3で呼名に対する反応なく、時に追視を認めた。麻痺はBRSにて右半身I、左半身III、CTにて解離性大動脈瘤StanfordB型（左鎖骨下動脈分岐部～両側総腸骨動脈）、最大周径35mmで全長に偽腔を認めた。DAAは慢性期であり、保存療法（降圧：収縮期140mmHg以下）となった。

【経過】入院時、リクライニング型車椅子を使用。当院転院時より理学療法と同時に言語療法、音楽療法を開始。受傷16ヶ月頃から追視や注視、左手指での意志表示が見られるようになり、作業療法も開始となった。理学療法にて頚部保持を端座位で開始。徐々に筋力・筋持久力等の向上が認められた為、端座位でon elbowとなり、体幹保持練習を開始。尚、リハビリ前には看護師と患者の状態について情報交換を行い、リハビリ前後には必ずバイタル測定を実施した。受傷26カ月頃より発語はないものの書字やうなずきといった意志疎通が図れるようになり、耐座位性向上により普通型車椅子で1時間程度テレビの視聴が可能となった。

【まとめ】本症例はDAAというリスクを合併していた。他部門と情報交換を行いリスク管理下で離床を行う事で、安全に患者の心身への刺激入力を行い、身体機能、認知機能の回復を手助け出来たものと考えられる。