

こんな場合は離床できない！？ エビデンス VS 臨床の勘

兵庫医科大学病院 足立拓也
広島大学病院 對東俊介

目的と内容

人工呼吸管理中の急性呼吸窮迫症候群（ARDS）患者を例にあげ、

- ①急性期の離床可否の考え方
- ②呼吸数、血圧、脈拍、意識レベルや体温などのバイタルサインと離床の判断基準の考え方
- ③抜管後の非侵襲的用圧換気や高流量式鼻カニューラ（high-flow nasal cannula）使用中の離床の考え方

のついで、エビデンスの側面および臨床経験の側面の両方から意見を出し合い、安全な離床を実現するために必要な考え方について議論を行う。

症例（入室翌日）

診断名：ARDS（急性呼吸窮迫症候群）
年齢：50歳、性別：男性

入室2日目

呼吸：

呼吸器：BIPAPアシスト

FIO₂ 0.6 P 26 PEEP 12 R 25

動脈血液ガス分析 PaO₂ 60 PaCO₂ 50

PaO₂/FIO₂ 100

循環：ABP 110/50mmHg HR 98bpm

意識：鎮静管理下 GCS E2VTM4

体温：37.8℃

臨床の勘



（新）早期離床・リハビリテーション加算
500点（1日につき）

- ・具体的な支援方策について計画を作成
- ・当該患者がICUに入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始



鎮静を浅くして積極的な離床として
端座位を開始

エビデンス



ARDS患者の死亡率を改善する介入

①呼吸器管理方法

(Low tidal volume、High PEEP)

②腹臥位管理（死亡率が半減）

(Guérin C, N Eng J Med, 2013)



死亡率改善のために
16時間以上の腹臥位を開始

症例（入室5日目）

診断名：ARDS（急性呼吸窮迫症候群）

年齢：50歳、性別：男性

入室5日目

呼吸：呼吸数31回/分、SpO₂ 89%

PaO₂ 58 FiO₂ 0.25

PaO₂/FiO₂ 232

循環：HR 121bpm ABP 100/70mmHg

意識：鎮静管理下 E4VTM6 RASS -1

体温：38.0℃

エビデンス



呼吸：
呼吸数31回/分、
SpO₂ 89%
循環：
HR 121bpm
ABP 100/70mmHg
意識：鎮静管理下
E4VTM6 RASS -1
体温：38.3℃

- 離床の開始基準**
離床を行わないほうが良い場合
- 強い倦怠感を伴う38.0度以上の発熱
 - 安静時の心拍数が50回/分以下
または120回/分以上
 - 安静時の収縮期血圧が80mmHg以下
(心原性ショックの状態)
 - 安静時の収縮期血圧が200mmHg以上
または拡張期血圧120mmHg以上
 - 安静時より危険な不整脈が出現している
(Lown分類4B以上の心室性期外収縮, ショートラン, RonT, モービッツII型ブロック, 完全房室ブロック)
 - 安静時より異常呼吸が見られる
(異常呼吸パターンを伴う10回/分以下の徐呼吸
CO₂ナルコーシスを伴う40回/分以上の頻呼吸)

臨床の勘



「評価を行うために離床を進める」
という考え方