

National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)

開発の経緯

急性期における脳梗塞の梗塞巣の広がりや重症度の評価スケールとして開発されたものです。

評価の方法

急性期脳卒中患者に対して使用され、回復期以降での使用には適しません。評価には絵カードと記録表を用意し、合計点は 0-42 点です。意識障害が重度の場合、運動失調は評価できないため、最重症度は 40 点となります。

項目	スコア	項目	スコア	項目	スコア
1a 意識水準	0-3	4 顔面麻痺	0-3	7 運動失調	0-2
1b 意識障害-質問	0-2	5 右上肢運動	0-4	8 感覚	0-2
1c 意識障害-従命	0-2	左上半肢運動	0-4	9 最良の言語	0-3
2 最良の注視	0-2	6 右下肢運動	0-4	10 構音障害	0-2
3 視野	0-3	左下半肢運動	0-4	11 消去現象と注意障害	0-2

※注意点と欠点※

リストの順に施行し、逆に行った評点を変更することはできません。例えば、途中で回答が修正されても最初の回答の評点を採点します。また、評点は患者が出来たことを反映するため、評価者の出来るだろうという推測は含めません。記録は、記録用紙等を使用し検査中に随時記載します。検査の各項目で特に指示されている部分以外では、何度も命令するなどして患者を誘導してはいけません。

脳神経障害項目が少ない・言語機能の点数配分が高い・項目ごとの重みがない・軽微な障害は見落とされやすい・意識障害が存在すると重症度が高くなる等が指摘されています。

信頼性、妥当性

検者内信頼性は κ 係数で 0.69、test-retest ではさらに高く κ 係数で 0.66-0.77 と高い信頼性が報告されています。CT による梗塞巣の大きさと発症 3 か月後の帰結との相関では、梗塞巣の大きさと $r=0.69$ 、3 か月後の帰結と $r=0.79$ と、中等度以上の相関を認めています。

結果の活用方法

t-PA 療法の適応判断には必須となります。rt-PA 静注療法適正治療指針第 2 版 2012 では rt-PA の慎重投与の基準として NIHSS ≥ 26 点と示されています。柏木ら(2012 年)は、クモ膜下出血を除く脳卒中者 536 名の発症 1 週間以内の NIHSS を調査し、急性期病院からの転帰予測(自宅退院もしくは自宅以外への転院・退院の 2 群)について、カットオフ値を算出し、6 点でした。また、急性期から回復期病院転院後の転帰について 12 点であったと報告しています。この結果から、発症 1 週以内の NIHSS が 5 点以下では急性期病院から直接自宅退院の可能性、11 点以下であれば、回復期病院経由後の自宅退院の可能性が高いと予測されます。

使用例

PT開始時の NIHSS と歩行練習開始までの期間に正の相関があり、また、高次脳機能障害症例では歩行開始時期が遅くなることが報告されています(大塚ら、2013 年)。

【参考文献】

Brott T, et al.: Measurements of Acute Cerebral Infarction: A Clinical Examination Scale. Stroke 1989; 20: 864-870.