ガイドライン：脳震盪の医療管理

スピリットプログラムへの適用

以下のガイドラインは一般的なものです。評価と参加への復帰は、州法または組織の方針に従って管理されることが肝要です。

本情報は、脳震盪やあらゆる傷害の評価や治療を目的としたものではなく、医療従事者への相談に代わるものではありません。脳震盪はそれぞれ異なるものであり、個別に対処する必要があります。USA Cheerは、脳震盪の疑いがある場合、かかりつけの医師または脳震盪のトレーニングを受けた専門医の診察を受けることを推奨します。

脳震盪について

脳震盪とは、頭部や身体への打撃によって引き起こされる外傷性脳損傷のことで、頭部と脳が急激に前後に動き、その結果、症状がすぐに現れる場合もあれば、数時間後に現れる場合もあります。

脳震盪の兆候と症状

選手が報告する症状

- 頭痛
- 吐き気
- バランスの問題やめまい
- ぼやけた視界
- 明るい光や大きな音への敏感さ
- 「鈍い」または「霧がかかった」感覚
- 睡眠パターンの変化
- 集中力の問題
- 記憶の問題

他者が観察する兆候

- 呆然としたり混乱した様子
- 腕の動きや振り付けを忘れる
- ダンスやルーティンのフォーメーションに混乱する
- 周囲（例：試合のスコア）に対する認識が不確か
- 不器用な動き
- 意識喪失
- 頭部への衝撃の直前または直後の出来事を忘れる
- 性格や行動の変化（イライラ、興奮、悲しみ）
- 頭を抱える、または転倒や衝撃後にゆっくり立ち上がる

これらの症状や兆候が見られる場合、脳震盪の可能性があるため、選手を活動から外し、医療機関に相談することが推奨されます。

脳震盪の管理

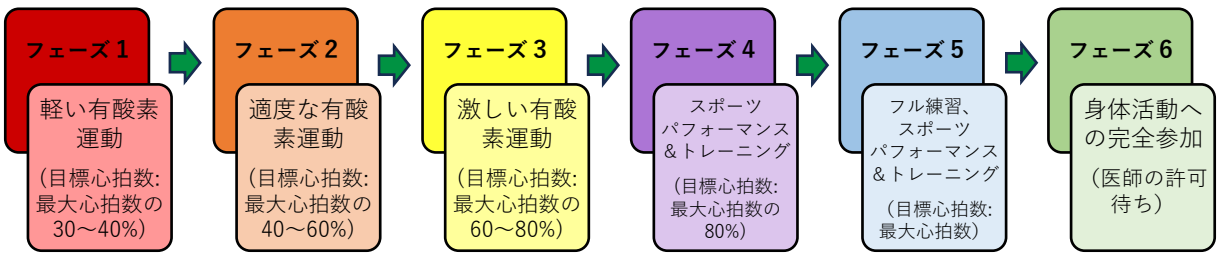
- 脳震盪後の医療管理は、選手が経験する症状に焦点を当てるべきです。
- 症状が完全に消失し、6段階の復帰プロトコルを完了し、脳震盪管理の経験を持つ医療機関による許可が得られるまで、復帰は許可されるべきではありません。
- プロトコルの進行は個別に決定され、頭部外傷/脳震盪の既往歴、症状の期間と種類、選手の年齢などの要因によって進行速度が異なる場合があります。
- 症状のレベルによっては、脳震盪から回復中の学生選手が学業の要求に対応することが非常にストレスになる場合があります。これらの個人には学業調整が必要です。
- 学業活動への再統合は、医療機関の指導のもと、症状が管理可能で適切な学業支援が提供される場合に行うべきです。
- 学業支援には、学校出席の変更、優先席、課題の短縮、締切の延長、頻繁な休憩などが含まれる場合があります。
- 脳震盪後のケアと回復は、医療提供者の学際的なチームによって最適に管理されます。チームのメンバーには、医師、アスレティックトレーナー、スポーツ神経心理学者、看護師、理学療法士が含まれることが多くあります。

一般的な推奨事項

脳震盪前	すべての参加者は、毎年の事前参加身体評価を受けるべきです。
	学校の運動プログラムまたは関連する医療センターがシーズン前のベースラインテスト（例：ImPACT、SCAT5など）を提供している場合、チームは可能な限りそのテストに参加し、脳震盪後のテスト解釈や復帰活動に役立てるべきです。
	すべてのチームは、脳震盪の診断と初期ケアのために特定された医療機関（医師または医師の脳震盪プロトコルのもとで働くアスレティックトレーナー）を持つべきです。

脳震盪後	**脳震盪の疑いがある選手は、直ちに活動から外されるべきであり、州法または組織の方針に従って医療機関による許可がない限り、事故当日に競技に復帰することは許可されるべきではありません。**
	医師および学際的チームのメンバーは、競技復帰プロトコルを通じて指導を提供し、身体活動および認知活動への復帰に関するあらゆる決定を下すものとする。ベースライン評価が実施された場合、選手は症状が消失した時点で、ベースラインスコアと一致するパフォーマンスを示すべきである。
	脳震盪と診断された後、選手は競技復帰プロトコルに従う必要があります。プロトコルは選手によって異なりますが、下図に示す一般的なガイドラインとCDCのガイドラインに従う必要があります。チアリーディングやダンスに特化した活動やエクササイズを含む競技復帰プロトコルの例を次のページに掲載しています。

- アスリートは、医療機関の許可を得て、学校などのスポーツ以外の活動に復帰し、以下に概説する参加復帰プロセスを開始すべきである。
- フェーズ1～6は、監督された練習環境で行われるべきである。
- アスリートは、各フェーズで最低1日は過ごさなければならない。
- アスリートは、現在のステップで新たな症状がない場合にのみ、次のステップに進むべきである。
- アスリートの症状が再発したり、新たな症状が現れたりした場合は、アスリートが無理をしすぎているサインである。アスリートはこれらの活動を中止し、アスリートの医療機関に連絡すべきである。さらに安静にして、脳震盪の症状がなくなったら、選手は前のステップに戻ることができる。



頭痛、バランス、視力、気分、認知、または頚部に持続的な問題がある競技者は、リハビリテーションの手順を作成し、監督できる専門的な訓練を受けた臨床医によって評価されるべきである（参加復帰プロトコルと混同してはならない）。

競技復帰プロトコル

医療機関がスピリットコーチおよびアドバイザーと連携して使用するためのものです。アスリートは、医療機関の許可を得て、学校などのスポーツ以外の活動に復帰し、以下に説明する参加復帰プロセスを開始する必要があります。

	活動レベル	機能的運動/競技活動
フェーズ 1	**軽い有酸素運動** **（目標心拍数：最大心拍数の30～40%）**	• トレッドミルでゆっくり歩く、または固定式自転車（15分） • サイドラインチアやダンスの動きの確認
フェーズ 2	**適度な有酸素運動** **（目標心拍数：最大心拍数の40～60%）**	• 固定式自転車、エリプティカル、またはトレッドミルでのジョギング（15分） • スピリット活動は、サイドラインでのチア／チャンツ／簡単なダンスに限定され、量は少ない • アームモーションを含みながら、ポジションの変化や頭の動きを行う • 軽い上半身のウェイトトレーニング（最大値の50%以下）
フェーズ 3	**激しい有酸素運動** **（目標心拍数：最大心拍数の60～80%）**	• 固定式自転車、エリプティカル、またはトレッドミルでのジョギング（20～30分） • 15ヤード（約13.7m）のスプリント（タンブリングパスのように） • 応援活動は、アームモーションを含むサイドラインのチア/チャンツ/ダンスに限定されるが、素早い頭の動きを導入し始める • ダンスの動きのマークスルー • 軽い下半身のウェイトトレーニング活動を開始（最大値の50%） • クランチ、腕立て伏せ、スクワットなどに参加してもよい • バランス/固有受容感覚運動
フェーズ 4	**スポーツパフォーマンス＆トレーニング** **（目標心拍数：最大心拍数の80%）**	• フルウェイトリフティング、アジリティ、コンディショニング活動 • 軽いタンブリング（手で支える活動）：側転、ラウンドオフウォークオーバー、ハンドスプリング • クレイドルキャッチ（バスケットトスやフリップは不可） • ベースとフライヤーの簡単なディスマウント • スタンツは、スポッターを加えた両足、胸の高さのスタンティングに限定 • タンブリングパスの間に最低2分間の休憩を取り、合計30分以内の参加 • 適度なダンス活動（3/4の力で） • サイドラインチア
フェーズ 5	**フル練習、スポーツパフォーマンス＆トレーニング** **（目標心拍数：最大心拍数）**	• ウェイトリフティング、アジリティ、コンディショニングの全活動 • スタンツは、単純化されたマウントとスポッターを加えた両足伸展レベルの活動に限定 • 体操は、基本的かつ適度のタンブリングパスに限定：1回のパスにつき、ひねりのない最大2回転（例：ラウンドオフ・バックタック） • タンブリングパスとパスの間に最低2分間の休憩を入れ、合計60分以内の参加 • 全ダンスへの参加 • サイドラインチア
フェーズ 6	**スポーツ／身体活動への完全参加** **（医師の許可待ち）**	• 高度なスタンツ、体操、ダンスを含む完全な参加／活動に戻る • 練習、試合、サイドラインでの試合活動に参加する可能性がある