



ギラン・バレー症候群とリハビリテーション

『ギラン・バレー症候群（以下 GBS）とは』

急性に症状が進行し、極期に達した後は徐々に改善する全身の末梢神経障害で、四肢の運動障害（手足の麻痺《⇒後述》や歩行障害など）を主症状とします。日本の統計では 10 万人あたり年間 1~2 人の発症と推定され、男性がやや多いと言われています。全ての年代で発症しうる病気です。

『症状』

まず、下痢などの胃腸症状や上気道炎といった感染症状が先行して、その後 1~4 週で手足の筋力が低下します（30%ほどは先行感染の症状がはっきりしません）。当初の症状は体の一部であっても（歩行障害が初発症状となりやすい）、その後、全身に進展します。顔面筋の麻痺、嚥下障害、構音障害（呂律がまわらずしゃべりにくい）、複視（物が二重に見える）などの症状がみられることもあります。しばしば腰痛などの痛み、触覚、痛覚、温度覚といった感覚の障害、しびれなどを伴いますが、概して運動障害より軽微です。症状は比較的急速に進行し、1~3 週（遅くとも 4 週以内）で極期に達した後は回復に向かいます。重症例では呼吸筋麻痺により人工呼吸器管理（本邦調査で 13.3%）を要することがあります。上記の運動・感覚障害に加え、徐脈、頻脈、不整脈、心拍変動異常、起立性低血圧、高血圧、排尿障害、発汗異常などの自律神経症状もみられます。

『原因』

感染に伴う免疫応答、すなわち病原体に対する抗体が自分の神経組織を侵害してしまう自己免疫機序によるとされています。感染病原体としてキャンピロバクター、EB ウイルス、サイトメガロウイルスなどが知られています。

『治療』

薬物療法として経静脈的免疫グロブリン療法と血漿浄化法が有効です。早期からの治療が症状改善に有用です。また、各障害に対する多面的リハビリテーション、すなわち、筋力の増強、耐久力の増大、関節可動域の維持・拡大、日常生活動作・歩行能力の獲得を目的とした運動療法、作業療法、さらに構音・嚥下障害に対する言語療法などが行われます。麻痺が重度の時は筋に過剰な負担がかからないよう運動負荷を調節します。時に、1 年以上の慢性期例においてもリハビリテーションが必要となります。

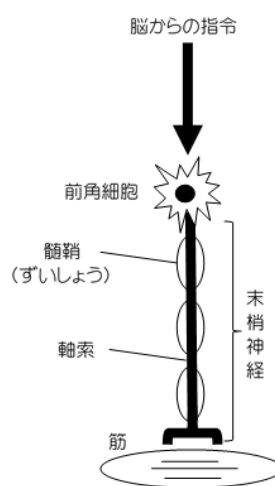
『予後』

一般的に予後は良好ですが、障害が残存する例や死亡例も少なからず存在します。予後不良の要因としては、極期での重症度、人工呼吸器の使用、高齢、先行感染としての下痢症状、急速な進行、神経伝導検査での筋活動電位の低振幅などが報告されています。

『当院での診療体制』

当院では神経内科、リハビリテーション科が連携して、各種薬物治療、リハビリテーション加療を行っています。

『運動麻痺とは』



筋の随意収縮は脳からの指令が脊髄の前角細胞に、そしてそこから末梢に伸びた神経線維(軸索)を介して筋肉に伝えられて生じます。この経路のどこかに障害があり、脳の指令が到達しなければ筋肉は動きません。これを麻痺といいます。脳卒中では脳の中で、また GBS では末梢神経の病変がこの経路を遮断してしま

います。末梢神経では軸索以外に軸索を鞘状に取り囲む髄鞘に病変が生じても麻痺が出現します。GBS では外敵である病原体に対して産生された抗体が軸索や髄鞘を壊してしまうことが知られています。

筆者紹介

とよくら みのる
豊倉 穰

1958 年生。神奈川県横浜市出身。1984 年東海大学医学部卒。

東海大学専門診療学系リハビリテーション科学教授。東海大学大磯病院リハビリテーション科医長、診療協力部長。

日本リハビリテーション医学会代議員・専門医・指導医、日本脳卒中学会専門医、日本臨床神経生理学会認定医、日本運動療法学会理事、日本高次脳機能障害学会評議員、日本義肢装具学会代議員。

