

回復期リハビリテーション病棟における  
回復遅延群ギランバレー症候群を発症した一例

似鳥 藍子<sup>1)</sup>、馬場 志<sup>2)</sup>、山田 隆介<sup>1)</sup>

1) 新座病院リハビリテーション科

〒352-0023 埼玉県新座市堀ノ内 3-14-30

2) 新座志木中央総合病院リハビリテーション科

〒352-0001 埼玉県新座市東北 1-7-2

要旨：ギランバレー症候群(以下 GBS)の予後は回復良好とされていたが、近年では回復が遅延するという報告がある。しかし、その回復遅延群とされた症例でも長期的なリハビリテーションの介入により、回復を認めているという報告もある。しかしながら、そのような個人の経過を追った症例報告は現在において少ない。今回、我々が経験した回復遅延群の GBS は、他院から当院へ転院した直後は身体機能は低く、基本動作においてはほぼ全介助であり、退院先は施設方向であったが、当院入院 3 カ月以降に著明な回復が認められ、自宅退院へ至った症例であった。転院初期の予測とは違う経過をたどった症例の経過を知る事が出来、そして回復期リハビリテーションという限られた期間がある中では、回復期に限らず、長期的な介入が可能となる様、退院後のフォローや地域・家族との連携の重要性を改めて知る事が出来た。

キーワード：ギランバレー症候群、回復遅延群、回復期リハビリテーション

## 【はじめに】

GBSは上気道炎、下痢などの先行感染に引き続き、1～3週間後に四肢筋力低下が生じ、発症数週間～数カ月で自然回復する一般的には予後良好な疾患であるとされている。しかし、近年では、回復が遅延する例がみられるとの報告がある<sup>1)</sup>。予後が不良である要因として、電気生理学的検査により、脱髄による神経伝達速度の遅延、伝導ブロックが生じる脱髄型か、または、一次的に軸索が障害される軸索型かで分類され、一般的には軸索型が予後不良となりやすいとされているが、過去の調査では軸索型は回復に時間は要すが予後は必ずしも悪いわけではない、との報告もある<sup>2)</sup>。また、遅延する症例であっても長期間のリハの介入により身体機能の改善または向上を認める例を挙げ、長期的視野にたったリハビリテーション（以下リハ）が必要である報告されている<sup>3) 4)</sup>。しかし、そのような症例個人の経過を報告した文献は現在の時点で、非常に少ないと感じた。今回、回復遅延群と分類したGBSに対しリハを実施し、自宅退院までの介入を経験したので、当院での入院経過とそれについて、若干の考察加え、ここに報告する。

## 【症例紹介】

男性70歳代。H21.1月上旬に下痢にて他院に受診し入院した。同月中旬に全身脱力症状が出現し歩行が困難となりGBSの診断を受けた。転院し免疫グロブリン大量投与を開始した翌日、呼吸筋筋力が低下し6 l/min 酸素療法を開始した。発症後30日目、肺炎を発症した。発症後35日目、症状は改善し酸素吸入は終了となった。前院でのリハは1月下旬4月上旬にかけて実施された。その後、リハ目的にて当院回復期病棟へ転院。当院では理学療法、作業療法、言語聴覚療法を5カ月間かけて実施された。なお、本人には本報告の趣旨を説明し書面での署名、了解を得た。

## 【初期評価 入院時】

MMTは上肢1～2レベル、下肢2～3レベル、頸部・体幹2レベル。表在・深部感覚ともに軽度鈍麻。セルフケア全介助。経鼻経管栄養であった。軽度の構音障害が認められた。臥床傾向、易疲労著明であり、基本動作は全介助～中等度介助、歩行は腋窩軽介助にて可能だが、膝折れと体幹動揺をみとめた。本症例の入院時のFIMは運動項目16点、認知項目35点、合計51点であった。なお、入院時からの退院後の経過は表1に記した。

## 【中間評価 入院3ヶ月目】

MMTは段階には変化はなかったが、運動の中で触診にて大腿四頭筋、内側広筋の筋収縮向上をみとめ、初期に困難であった背臥位での頸部挙上保持が可能となった。離床時間は延長し、車椅子上で一日を過ごすことが多くなってきた。起立は自力にて可能な日もあるが、疲労時や座面が低い時には介助を要した。階段昇降練習では膝折れがあったが軽介助～見守りで実施となった。歩行ではサークルを使用することで膝折れはほぼ消失し、終始見守りで移動可能となり、看護師、家族に対し歩行練習の指導をし、理学療法士以外との歩行機会を増やしていった。3ヶ月目カンファレンスでは、ご家族の希望もあり退院先は施設から自宅へと変更となった。

## 【最終評価 入院5ヶ月目 退院月】

MMTは下肢4～5レベル、体幹3レベル。食事は嚥下機能が改善し、経口摂取となり、自助具使用にて見守りで可能となった。寝返り・起立は自立し、起き上がりは電動ベッドを使用しギャッチアップを行うことで自立した。歩行は前輪歩行器を使用し棟内自立、独歩で自室内自立、階段昇降は手すり使用にて見守り、床から起立は一部介助となった。リハでは、自宅生活をふまえた日常生活動作の安定化を目標として介入した（階段昇降、床上動作指導、浴槽

出入り動作指導、屋外歩行、バランス訓練を実施)そして当院入院5ヵ月目にて自宅退院となった。

#### 【退院後】

当院退院後2日目には上肢の機能回復を目的に他院の外来リハを週2回のペースで実施となった。また、退院3ヵ月後では、歩行は時折膝折れがあるも自制内で、独歩にて屋外自立レベルであり、介助を要するのは、上肢の使用が出来ない事による着替えやシャワー浴といった、セルフケアの介助レベルは入院時と同様に介助が必要であった。

#### 【考察】

GBSにおいて、回復遅延群と判断する基準としては、様々な見解があるが、間嶋らは予後不良因子として、40歳以上、極期に完全麻痺のもの、1ヵ月と2ヵ月時点での起座・起立能力障害と握力の回復障害で予後予測をしている(表2)<sup>5)</sup>。また、回復レベルの定義としては、発症6ヵ月以内の完全回復を「早期回復群」、発症1年以内のほぼ完全回復を「中間群」、発症1年以上経過してもなお、筋萎縮を伴う筋力低下が残存するのを「回復遅延群」、としている。本症例は、発症3ヵ月を経過している時点で当院へ転院しており、起座・起立はほぼ全介助であり、握力の向上も見られなかった事から、「回復遅延群」と分類した。故に当院入院時、当初は予後不良であると考え、退院先は家族の介護も困難と予測され、家族も施設退院を希望されていた。しかし、本症例においては発症後5ヵ月目(入院3ヶ月目)以降においても、身体機能の回復をみとめた。表1に記されているFIMの推移では、自立度の向上が見られている。介助量軽減により、家族からの自宅退院を希望する声が聞かれ、当初の施設退院の予定から自宅退院へ向けて介入することが出来た。自宅退院が決定したことで、基本動作自立を目標とした動作訓練や、環境設定のために家屋評価

を実施し、退院へと繋げる事が出来た。本症例においては、結果として、当初予測したような「回復遅延群」とは異なった経過をたどった症例であったと言える。このように「回復遅延群」と分類しても、回復を認めた症例に関して以下のようなものが報告されている。継続したリハの介入により、「回復遅延群」とされたGBSが、プラトーとされている発症2年<sup>1)</sup>経過後にも筋力増強を認め、発症4年間は筋力の回復が期待できる段階にあるとされ<sup>2)</sup>、また、退院時には移乗困難、歩行困難であった症例が在宅リハの介入にて発症1年半後に移乗自立、両側ロフトランド杖で屋外歩行可能となった<sup>6)</sup>、といったものや、回復遅延群GBS10症例のうち、9症例が2~16年間の間に歩行能力が向上した<sup>1)</sup>、歩行能力低下がある回復遅延患者の8症例のうち、発病6ヵ月以内に3例、発病1年以上で4例が杖や装具を使用し歩行可能になった<sup>7)</sup>、という報告が過去にはされている。これらの事からも、「回復遅延群」は回復期リハ病棟における入院期間を超えた後でも、緩やかな回復を認める可能性がある事が考えられる。しかし、回復段階には個人差があり、退院時には、それらを考慮し継続したリハを提供し、勧めていくべきであると考え。また、そして身体機能向上のみだけでなく、実際の生活に必要な動作能力や、社会復帰、本人・家族の心理的サポートなど個人にあったアプローチ・対応も必要であると考え。

#### 【まとめ】

本症例のように、回復遅延群のGBSの中には、個人差はあるも緩やかに身体機能の回復を示す症例もあり、リハとの長期的な関わりが重要である事が示唆される。また、本症例におけるリハを経験した事で、回復期リハ病棟で関わっていく立場としては、退院後も継続したリハが行われるように、家族・地域・施設との連携を取っていく重要性を再認識することが出来た。

今後の課題として、今後、GBSと関わっていく中で、GBSの傾向を知る重要な情報となるよう更なる経過を追っていきたい。

【引用文献】

1) 山鹿 眞紀夫、高木 克公：ギランバレー症候群のリハビリテーション リハ・アプローチ. JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION 3(5)p390 - 395. 1994.

5

2) 青柳 陽一郎、椿原 彰夫：ポリニューロパチー. 総合リハ. 34 (4) p343 - 349. 2006.

4

3) 本白水 博、松尾 洋史：長期間にわたり運動機能回復を認めたギランバレー症候群の一症例. 理学療法 湖都 (28) p39 - 43. 2008

4) 川手 信行、水間 正澄、市川 博雄、他：ギラン・バレー症候群、慢性炎症性脱髄性多発ニューロパチーの治療とリハビリテーション.

JOURNAL OF CLINICAL

REHABILITATION 14(7)p620 - 627. 2005.

7

5) 間嶋 満、池田 信明、上田 敏：ギラン・バレー症候群の予後推定因子. リハビリテーション医学. 18 (6) p357 - 358. 1981. 11

6) 牛越 浩司、青木 啓成、植西 ちあき、他：在宅理学療法へ移行した遅延型ギランバレー症候群の治療経験. 理学療法学 学会特別号 (第 29 回青森) . p338. 1994

7) 尾花 正義、江藤 文夫：Guillain-Barre 症候群患者の臨床特徴と予後－「早期回復患

者」と「回復遅延患者」との比較. リハビリテーション医学 31 (8) p555 - 558. 1994. 8

表1 当院入院時から退院時にかけての評価、ADL動作、FIMの推移

		初期	3ヶ月	5ヶ月
MMT	上肢	1~2	n. c.	3~4
	下肢	2~3	※筋収縮感 の強度	4~5
	体幹	2		3
握力	(右/左)	共に0 kg	n. c.	5kg/1kg
基本動作	寝返り	中等度~全介助	n. c.	自立
	起き上がり	中等度~全介助		自立
	立ち上がり	2人介助		自立
FIM	移乗	1	3	7
	移乗(浴槽等)	1	n. c.	5
	移動	1	5	6
	※移動形態	腋下介助	サークル歩行	前輪歩行器
	階段	1	n. c.	5
	M/C/T	16/35/51	30/35/65	66/35/101
治療プログラム	関節可動域拡大 筋力強化 持久力向上 介助量軽減	基本動作練習 ADL練習	ADL練習	

表2 間嶋らの予後推定基準<sup>5)</sup>

1. 発病初期

- 1) 初病年齢 30 歳以上で極期に不全四肢麻痺→早期回復群の可能性大
- 2) 初病年齢 40 歳以上で極期に完全四肢麻痺→回復遅延群の可能性大

2. 発病後 1 ヶ月

- 1) 起座・起立が自立し、かつ握力の回復あり→早期回復群となる
- 2) 起座・起立が不能で、かつ握力の回復なし→回復遅延群の可能性大

3. 発病後 2 ヶ月

- 1) 起座・起立が自立し、かつ握力の回復が著明→早期回復群となる
- 2) 起座・起立が自立しているが、握力の回復なし→中間群となる
- 3) 起立が不能で、かつ握力の回復なし→回復遅延群となる