

末梢神経障害はいろいろな原因で発症し、どのような施設に働くリハビリテーション関連職種にとっても適切な対応を迫られる病態です。また運動機能低下のみならず、感覚障害、自律神経障害、後遺症の問題などもあり、個々の症例について適切な評価と治療、内科・外科との連携の求められる疾患です。今回は、このような末梢神経障害の症例にわれわれが正しく治療的対応ができるように、専門家による解説をお願いしました。

■末梢神経障害の評価と治療法の最新のエビデンス

末梢神経障害の評価法としては電気生理学的検査が基本となるが、近年、超音波やMRIによる画像診断、また、デジタルビデオ画像解析による定量的評価などの意義が報告されている。リハビリテーションに関しては、運動療法が末梢神経障害の改善に寄与するかどうかについての研究やエビデンスが少なく、中枢性代償（皮質再構築）も含めて今後の研究が期待される。（大田哲生氏ら、311頁）

■脳神経領域の障害

脳神経障害は、脳血管障害や腫瘍によって単発性あるいは多発性に発生する。外来では、画像診断で病変が捉えられない糖尿病性脳神経障害とヘルペスウイルスが関与する単あるいは多発脳神経障害に遭遇することが多い。顔面神経麻痺のリハビリテーションでは、回復パターンの知識が不可欠であり、迷入再生とこれに伴う顔面神経核興奮性亢進による病的共同運動や顔面拘縮を予防、軽減して、できるだけ対称的な容貌を実現する。（栢森良二氏、319頁）

■上肢の障害；絞扼性障害

絞扼性症候群のなかでも最も発生頻度が高いのは手根管症候群である。各種評価法を用いて、筋力、可動域、自律神経機能、手指機能、さらにADLについて評価する。保存療法では、スプリント、モビライゼーションテクニック、交替浴、活動修正、患者指導を併用して行う。（中田真由美氏、327頁）

■上肢の障害；外傷性損傷

末梢神経縫合後の最大の問題は過誤神経支配であり、また、再生速度（約3週間、1日約1mm）に配慮したアプローチが必要である。縫合後早期は縫合部離開を避けて対応し、3週間後からは拘縮解離アプローチを開始する。筋力に応じて、拘縮解離、筋力訓練、神経・筋再教育、装具療法を併用し、脱過敏療法、知覚再教育といった知覚系の訓練も不可欠である。（奥村修也氏ら、333頁）

■ポリニューロパチー

ポリニューロパチーのリハビリテーションを考える場合、病態の自然経過が回復・固定型なのか、慢性進行型なのか、を見極めることが肝要である。ギラン・バレー症候群では脱髄型（AIDP）、軸索障害型（AMANとAMSAN）があり、重症例では疼痛や抑うつ症状にも配慮して急性期・回復期リハビリテーションを行う。慢性炎症性脱髄性ポリニューロパチー、critical illness polyneuropathyも摂食・嚥下障害まできたすことがあり、包括的リハビリテーションの必要な病態である。（青柳陽一郎氏ら、343頁）