

経口摂取の継続により常食摂取が可能となった一例

公益財団法人脳血管研究所美原記念病院 小谷野陽平

I.はじめに

今回心原性脳塞栓症、アテローム血栓性脳梗塞を発症した患者に対して評価・訓練を実施し、常食の全量経口摂取へ至った症例について考察を加え報告する。

II.症例紹介

【症例】60代男性【診断名】心原性脳塞栓症【放射線学的所見】MRIにて右前頭葉側頭葉に高信号域を認める。【神経学的所見】左片麻痺、摂食嚥下障害、**dysarthria**【hope】普通の食事を食べたい。【現病歴】H28年7月、左上肢の麻痺と頭痛あり当院へ救急搬送。右前頭葉・側頭葉の梗塞の診断を受け入院。

III.初回評価<7月26日>

【全体像】意識レベル:JCS I-2。FIM:得点 25/126点(運動項目:16点、認知項目:9点)。基本動作に中等度介助を要す。簡単な日常会話可能だが、ベッド上での生活が主体であり環境によるコミュニケーション場面の制限があった。

【摂食嚥下機能】RSST:1回。MWST:ProIII。FT:Pro II。藤島式摂食・嚥下グレード:7。藤島式摂食状況のレベル:4。麻痺側の口腔内残渣、食べこぼしあり。食事中に時折噛込みを認める。自発的な咳嗽可能だが咽頭残留物喀出不良。元々総義歯作成済みであるが、義歯なしで常食を自力摂取していた。【発声発語器官】口唇・舌に左麻痺による運動範囲制限、舌巧緻性低下があり、送り込み動作の制限と口腔内残渣が認められる。【認知機能】MMSE:16/30点。

IV.問題点

【心身機能・構造】#1.嚥下反射惹起遅延 #2.咳嗽力低下 #3.口唇・舌筋力低下【活動】#1.食事中の噛込みあり #2.咽頭残留あり #3.気道防御力低下 #4.水分にロミが必要 #5.左口角からの食べこぼし #6.食物の取りこぼし【参加】#1.食事意欲の低下

V.目標

短期目標(1ヶ月):

安全にミキサー食を摂取出来る。

長期目標(3ヶ月):

常食を自己摂取可能。

ロミなし水分を摂取可能。

VI.訓練内容(初回評価時)

1.咽頭寒冷刺激 2.口腔内アイスマッサージ

3.顔面アイスマッサージ 4.呼吸・発声訓練

VII.経過【第1期(7月26日～9月31日)】

入院時は常食を自力摂取していた。経過にて痙攣発作と梗塞巣の拡大による嚥下機能の低下を認め、経鼻経管栄養となった。STは摂食嚥下機能向上と咳嗽力向上を目的に咽頭寒冷刺激と口腔・顔面のアイスマッサージ、呼吸・発声訓練を実施した。嚥下反射惹起遅延の改善を認めたため、ミキサー食の摂取が開始し経口摂取に栄養管理を移行した。

7月31日に左小脳梗塞の発症により喉頭挙上筋力の低下が認められ、禁食となった。経口摂取の可否を検討するためにVF検査を実施。頸部左回旋嚥下にて咽頭クリアランスの向上が認められたため、頸部左回旋嚥下による直接嚥下訓練を開始した。間接訓練は治療効果を認めたため、咽頭寒冷刺激、口腔・顔面のアイスマッサージを継続した。結果、直接嚥下訓練と咽頭寒冷刺激の実施により、嚥下反射惹起遅延の改善を認め、昼のみミキサー食とロミ水を摂取可能となった。8月29日に痙攣発作が再発した。この時点で食事摂取は継続可能であった。食事は前半自力摂取可能であったが、食べこぼしがあるほか後半には疲労があり食事摂取が停止する場面がみられた。STは耐久性向上を目的に、他職種と相談し離床頻度・時間の延長を促した。徐々に耐久性の向上を認め食事を全量自力摂取可能となった。このため9月13日に3食経口摂取へと移行したが、9月18日に痙攣発作が頸部まで広がり噛込みが増加したため、再度ST介入時のみ経口摂取へ変更した。この時点で痙攣発作中も自力摂取を継続して噛込みが認められた。STでは痙攣発作中の食事摂取を防止するため、食事方法を自力摂取から全介助に切り替えた。結果、痙攣発作があるものの経口摂取を継続可能となった。

【第2期(10月1日～11月14日)】

痙攣が頻発するため抗痙攣薬を増量し、痙攣発作が消失した。この時点で小脳梗塞発症時と比較し改善がみられたものの嚥下反射惹起遅延と喉頭挙上筋力低下に加え麻痺側の口腔内残渣、食べこぼしが認められた。食事は昼のみミキサー食とロミ水を介助にて全量摂取が可

能だが、嚥下反射惹起遅延と喉頭挙上筋力低下による咽頭期の問題で地込みが認められる場面があった。嚥下反射向上を目的に、通常のリハビリに加え病棟にもトミ付き冷水の摂取による咽頭寒冷刺激の実施を依頼した。また、喉頭挙上筋力向上を目的に、第1期の間接訓練内容に加えてベッド上でのshaker法を実施。当初は自力での頭部挙上が困難であったため介助にて実施したが、徐々に介助を減らし負荷量も調整した。上記訓練の結果、嚥下反射惹起と喉頭挙上筋力の向上により食事中の地込み軽減を認めたため、10月4日に自力摂取による3食経口摂取へ移行。その後経鼻経管栄養から経口へ栄養管理を完全に移行した。10月13日に全粥と副食サミへ食形態を変更し、顎回旋運動あり、食塊形成良好のため、翌日には食事形態を軟飯と粗サミへ変更した。Shaker法の継続による喉頭挙上筋力の向上がみられ10月20日には米飯と副食一口大を全量摂取可能となった。食事場面で取りこぼしが認められる状態であったが、口を大きく開けてスプーンから捕食するよう指示することで、食物の取りこぼし減少が認められた。米飯・一口大摂取開始時点で食物による地込みは軽快していたが、水分による地込みは残存しておりトミを要している状態であった。通常のリハビリと病棟でのトミ付き冷水摂取による咽頭寒冷刺激の継続により、嚥下反射惹起の更なる向上を認め徐々にトミを減量。11月2日に水分のトミを解除した。11月14日退院となる。

VIII.最終評価<11月12日>

【全体像】意識レベル:清明。FIM得点96/126点(運動項目:66点、認知項目:30点)。介助量:見守り下で基本動作可能。スタッフと口頭でコミュニケーションを取る様子が見られる。

【摂食嚥下機能】RSST:2回。MWST:ProIV。30ml水飲みテスト:ProII。FT:ProIV。藤島式摂食・嚥下グレード:9。藤島式摂食状況のレベル:9。麻痺側から少量の食べこぼしあり。【発声発語器官】口唇・舌共に左麻痺による運動範囲の制限、筋力低下あるが初回評価時と比較して運動範囲・筋力向上。明らかな送り込み動作の制限と口腔内残渣を認めず。【認知機能】MMSE:23/30点。

IX.考察

本症例では脳梗塞と痙攣発作により嚥下障害を認められた。痙攣発作後にもミキサー食とトミ水を摂取可能であった

が、小脳梗塞再発後は喉頭挙上筋力低下により経口摂取が困難な状態となった。元々生活動作が自立しており、食事も常食を摂取していた。症状として、嚥下反射惹起遅延、喉頭挙上筋力の低下、麻痺側の食物残渣、食べこぼしと嚥下後の地込みが見られている状態であった。本人からは、常食とトミの無い水分の摂取希望が聞かれていた。このためリハビリの目標として、常食とトミの無い水分を摂取が可能になることを挙げた。訓練として、咽頭寒冷刺激、口腔・顔面のアイスマッサージ、shaker法を中心とした間接訓練と頸部左回旋嚥下による直接嚥下訓練を実施した。また他職種と連携し離床頻度の増加と時間の延長を促したほか、ST介入時に以外にも病棟でトミ付き冷水の摂取による咽頭寒冷刺激の実施を依頼した。訓練に加え、他職種と連携を行った結果、退院時には常食とトミ無し水分を摂取可能となった。本症例は、元々常食を摂取しており、常食とトミ無し水分の摂取希望が度々聞かれていた。介入時当初から長期間に渡ってミキサー食を摂取している状況が続き、症例の食事意欲にも大きな影響がある状態であったが、退院するまでに食事に対する拒否は見られず、最後まで食事意欲を維持することができた。STはVF検査による食事可否の評価や痙攣時の食事方法検討などを行い、経口摂取を継続して実施してきた。本症例では、経口摂取を継続することで、食事摂取困難という負のフィードバックを症例に与えず、症例の食事意欲の更なる減少を防ぐことができたと考えられる。また、経口摂取を継続することで、徐々に摂食嚥下機能が改善していく様子を実感することができたと考えられる。これが正のフィードバックとなり、食事摂取のみでなく、直接訓練・間接訓練に対しても積極的に取り組むことが可能となったと考えられる。本症例にとって経口摂取の継続は、食事意欲低下を防ぐと共に、リハビリへの姿勢に対しても影響を与えたと考えられる。このことから、食事意欲は嚥下機能の向上に密接に関係していると考えられる。このためリハビリにおいては、嚥下機能のみでなく本人の食事意欲を意識して介入していくことが、摂食嚥下のリハビリにあたって重要なことであると考えられる。

