

## 左視床出血で失語症と嚥下機能低下を認めた症例へのアプローチ

荻野 真希<sup>1)</sup>

1) 公益財団法人脳血管研究所 美原記念病院 リハビリテーション部

[はじめに] 左視床出血により失語症・嚥下障害を呈した症例に対し、評価・訓練を行う機会を得たため考察を加えて報告する。

[症例紹介]

【症例】70歳代男性、右利き【医学的診断名】左視床出血【放射線学的所見】頭部CT画像にて左視床に高吸収域を認める【神経学的所見】右片麻痺、嚥下障害（口腔期—咽頭期）、構音障害、右顔面麻痺【神経心理学的所見】失語症、注意障害【既往歴】肺炎【現病歴】X年Y月Z日、自宅で倒れているのを発見され、当院へ緊急搬送。発症15病日目に回復期病棟へ転床【家族構成】妻（キーパーソン）と二人暮らし【病前の生活・ADL】自立

[初回評価]

【意識レベル】JCS I-3【言語機能】介入当初（発症16病日目）聴覚的理解：極簡単な従命理解ができる。しかし覚醒に変動があり、不確実な場面もみられている。自発話：氏名・挨拶語は可能。また、限定的な単語レベルの表出あるも、音韻性錯語や語性錯語が聞かれている。興奮時ではジャルゴン様の発話が見られた。

【摂食嚥下機能】藤島式摂食・嚥下グレード Gr.3、RSST：1回/30sec、MWST：Pro4、WST：規定量未滿につき評価困難（トロミあり）、FT：Pro4【発声発語器官】口唇に右麻痺による運動範囲制限、舌の巧緻性低下があり、右口唇から食べこぼしや口腔内残渣が認められる。【認知機能】MMSE（発症16病日目）実施困難

[問題点]

【心身機能・構造】#嚥下反射惹起遅延#口唇・舌の運動機能低下#発声発語器官機能低下#咀嚼力低下#咳嗽力の低下#注意力低下#耐久性低下#喚語困難#聴覚的理解の低下

【活動】#伝達能力の低下#右口角からの食べこぼし#咽頭残留

【参加】#コミュニケーション機会の減少

[目標]

短期目標(1ヶ月)：口腔内環境整備・安定して経口摂取ができる

長期目標(3ヶ月): 日常会話が可能・安全な形態にて安定した3食経口摂取が行える

[訓練内容] (初回評価時)

1. 会話練習 2. 口腔ケア 3. 発声練習 4. 口・舌の運動訓練 5. 間接訓練 6. 経口摂取練習 7. 呼称訓練 8. 書字訓練

[経過]

介入当初、主な栄養は経鼻経管栄養から摂取していた。介入開始時は傾眠が強く、離床やりハビリに対して拒否もみられていた。そのためベッド上にて口腔ケアや咽頭寒冷刺激などの間接訓練や嚥下評価を中心に実施。発症40病日目よりST介入時にヨーグルト1個を提供し、直接訓練を開始した。残存歯はなく、義歯の持ち込みがなかったため義歯未装着の状態を実施。開始時は覚醒のムラにより傾眠や拒否があった。介助にて摂取を促すも2、3口摂取後に首を振ったり「いない」と口頭にて表出があり、食事を拒否することが多くみられていた。他職種に相談を行い、嗜好が原因ではないかという話しになった。相談を元に発症54病日目より昼食時に粥ミキサー50gとヨーグルト1個へ変更した。自己摂取を促し、ムセ込みなく10分程度で完食する。摂取ペースが安定していたため、翌日より粥ミキサーを100g・副食ミキサー食1品半量を追加へ変更。主食は完食できたが、副食の摂取量はムラがみられた。口腔内残渣は僅かであった。発症66病日目、摂取量が安定してきたため副食ミキサー食を1品半量から全品半量へ変更。また、ご家族から義歯を預かり上下総義歯を装着し実施。中盤にムセ込みがみられるも自己嚥出ができ、15分程度で全量摂取。口腔内残渣も極僅かであり、食後に吸引するも少量の痰が引ける程度であった。安定して摂取できていたため発症70病日目より副食を半量から全量へ変更。発症71病日目に水分に付加していたトロミの濃度を中間のトロミから薄いトロミへ変更。食物と水分との交互嚥下時も、ムセ込みなく摂取できている。発症72病日目より粥ミキサーを粥へ変更。捕食時は右口角から食べこぼしあるも、捕食後の送り込みから嚥下までの一連の流れはスムーズであり口腔内残渣はみられない。発症73病日目より副食ミキサー食から極キザミへ変更。出汁トロミを付加することで食べこぼしなく捕食でき喫食量良好であった。発症75病日目、PT・OTの訓練によって耐久性があがり離床時間が延長されたため、病棟スタッフへこまめに水分を摂取してもらうように依頼した。発症77病日目、自己摂取時に掬いやすいようにワンプレート式に変更した。発症79病日目、全粥を200gまで増量し10分で完食できる。発症86病日目、昼食時のみであったが自己摂取にて喫食量

良好になってきたため、栄養補助ゼリーを併用しながら 3 食経口摂取を開始した。発症 93 病日目、副食の取りこぼしが減り食塊形成良好なため、極キザミからキザミへ変更。発症 96 病日目、3 食経口摂取に移行したことで、1 日の摂取量が増え空腹時間が短縮され、喫食量が減ってしまった。また、食事による離床の拒否がみられた。まず視覚的に量を減らすため、食塊形成、送り込みが安定してきていた主食を全粥から軟飯へ変更。副食をキザミから粗キザミへ変更した。視覚的に量を減らしたことで喫食量が増加した。さらに、退院先が施設予定だったが、全体的に介助量が減り食事も常食に近い食事形態を摂取可能になったことから、ご家族より自宅への退院が見込まれることとなった。本人はあまり口には出さなかったが、できれば家に帰りたいと発言していたため、しっかり食事を摂りリハビリや病棟での練習を続けることで自宅へ帰れるかもしれないと伝えた。その後本人の意欲が上がり、徐々に常食へと食事形態を上げ、栄養補助ゼリーを併用しなくても必要栄養量の摂取が可能となった。退院間近ではトロミ解除や麺、パンの評価を行い、食塊形成良好であり周囲に注意が逸れることなく摂取可能となった。配膳時にワンプレート式にするなどの工夫が必要であるが、セッティング後は 3 食自己摂取可能となった。また、職員に対しても積極的にコミュニケーションを図るようになった。

#### [最終評価]

【全体像】JCS I -2【摂食嚥下機能】藤島式摂食・嚥下グレード Gr.10 RSST:2 回/30sec MWST: Pro5 WST: 2【言語機能】自発話 17/20 聴覚的言語理解 9/10 復唱 10/10 呼称 7.8/10 読み 8.2/10 書字 8/10 行為・右 5/10 行為・左 10/10 構成 8.2/10 RCPM28/36 AQ87.6/100【発声発語器官】口唇に右麻痺による運動範囲制限は残存しているが、舌の巧緻性向上がみられた。右口唇からの食べこぼしや口腔内残渣は極僅かとなった。【認知機能】MMSE23/30 点

#### [考察]

本症例は、初期評価時は覚醒状態が不安定であり、リハビリに対して拒否がみられていたため介入困難であった。徐々に意識レベルの向上を認め、ヨーグルト 1 個から経口摂取を開始したが耐久性の低さから疲労感が強く摂取に拒否されることが多かった。そこで担当スタッフ間に相談をし、まず嗜好の問題があるのではと考え、粥ミキサーを昼食時に提供していくこととなった。結果として粥ミキサーや副食を提供することで自己摂取量が増えた。また、リハビリ時の運動量や日中の離床時間を増やすことで

摂取量を増やすことができないかという考えに至り日中の活動量が上がったことで徐々に摂取量を増やすことができた。さらにご家族から義歯が届き、食塊形成良好となり嚥下食から徐々に入院前の食事へと食事形態の向上が行えた。しかし、その後経鼻経管栄養を中止とし3食経口摂取へ移行したが、元々小食であることから摂取量が6～8割に止まり摂取量の増加が伸びずにいた。そこで段階的に常食へ食事形態を上げることで視覚的に量が減り、また、自宅退院が望めるようになったことで本人の意欲が上がったことで、概ね喫食量が8～10割と安定した。3食経口摂取へ移行できた要因としては、覚醒状態が安定したことでリハビリへの参加に拒否が少なくなった。間接的嚥下訓練や段階的な直接訓練、食事の環境調整を行うことで経口摂取が可能となった。耐久性の低下により後半疲労感がみられ、自己摂取が困難となる場面があったが、他職種と相談し、離床時間の延長を促したことで3食経口摂取が可能となった。また、食事場面以外でも水分や補助栄養ゼリーの摂取をSTだけでなく、多職種と連携をとりながら促した。多方面からアプローチしながら本人の覚醒状態や嗜好に合わせた食事形態を提供することで3食経口摂取に移行でき摂取量の増加に繋がると学んだ。嚥下機能のみならず多方面からのアプローチの重要性を学んだ。