

## 脳挫傷による摂食嚥下障害にアプローチした症例

三浦 ほの香<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〕今回、脳挫傷により摂食嚥下障害を呈した症例に対して、評価と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】50代女性 左利き【医学的診断名】左側頭葉脳挫傷，外傷性脳内血腫，外傷性くも膜下出血【現病歴】令和X年Y月Z日，酩酊状態で階段から転倒．言語障害を自覚し，Z+2日目に前医へ受診．頭部CTにて，左シルビウス裂のくも膜下出血，左側頭葉脳内血腫あり，当院へ転院．Z+3日目，覚醒低下と右麻痺を認め，脳内血腫の増大あり．同日，開頭血腫除去術，外減圧術を施行．【放射線学的所見】頭部CTにて，左くも膜下，側頭葉に高吸収域あり．【神経学的所見】右片麻痺，右顔面麻痺，摂食嚥下障害【神経心理学的所見】失語症，口部顔面失行，注意障害，右半側空間無視【既往歴・合併症】高血圧症，パニック障害【病前生活状況】ADL自立．独居．夫は他界し，子は2人．約20年前から農業を自営．日本酒3合/日，喫煙15本/日．

〔初回評価〕（発症6病日目～8病日目）【意識レベル】JCS10～30．複数回の声がけにより開眼する．【コミュニケーション】問いかけに対し，「あ」「うん」と発話みられる．

【発声発語器官】指示理解困難なため，観察で評価実施．口唇の横引きにて，右側可動域制限あり．それ以外は評価困難．【摂食嚥下機能】藤島摂食・嚥下能力グレード:Gr.3 RSST:実施困難 MWST:プロフィール4. WST:プロフィール2. FT:プロフィール3.

〔問題点〕【心身機能構造】#1意識障害 #2摂食嚥下障害（先行期～口腔期）#3口部顔面失行 #4全失語 #5パニック障害【活動】#6経口摂取困難 #7食形態の制限 #8他者への意思伝達制限【参加】#9食事の制限 #10家族や職場でのコミュニケーション制限

〔目標〕【短期目標】経鼻経管栄養を脱し，経口摂取開始（2週），3食経口摂取移行（4週）．口部顔面失行の軽減．【長期目標】常食経口摂取．

〔訓練プログラム〕1. コミュニケーション訓練 2. 口腔ケア 3. 発声発語器官の運動訓練 4. 顔面マッサージ 5. 口腔内アイスマッサージ 6. 咽頭寒冷刺激 7. 経口摂取訓練

〔臨床経過〕【第1期】（発症6病日目～19病日目）初回介入時，JCS10～30．前日の頭

部 CT にて、脳腫脹の悪化、両側肺炎があり、嚥下評価は実施できなかったが、口腔内アイスマッサージにて、嚥下反射が数回みられた。発症 8 病日目、嚥下評価を実施した。JCS3~10。常温水でムセはないが、右側から口腔外流出がみられた。FT では、スプーンでの視覚提示により開口動作は得られるが開口幅が狭く、奥舌挙上もみられ、取り込み不十分であった。送り込みや、嚥下反射惹起は可能だが、右側に中等量の口腔内残渣を認めた。そのため、翌日に全粥・刻み食・補助食品で経口摂取訓練開始を予定したが、覚醒不良で中止とした。発症 11 病日目、JCS3~10 であったため、補助食品で経口摂取訓練を開始したが、覚醒状態が安定せず、数口摂取し終了した。発症 12 病日目、意識レベルが JCS 20~30 に低下し、右眼瞼痙攣、右口角からの流涎がみられた。頭部 CT にて、左硬膜下、硬膜外に血腫を認め、緊急で開頭血腫除去術が施行された。この期間、全身状態の悪化を繰り返しており、血圧管理・安静度の制限がされていた。介入中は血圧測定や、適宜バイタルチェックを行い、バイタル変動があった際は看護師に情報共有をした。発症 15 病日目、意識レベルが JCS3 に改善し、再度、嚥下評価を実施した。トロミを付加した水分はムセないが、送り込みに時間がかかり、複数回嚥下を要した。FT では、舌での押しつぶしに時間を要した。同日、ミキサー食で経口摂取訓練開始を試みたが、覚醒不良で中止とした。また、経口から必要栄養量を確保できず、経鼻経管栄養が開始された。発症 17 病日目、前日に比べると覚醒向上しており、ミキサー食で経口摂取訓練を開始した。奥舌挙上は減少し、随意的に取り込みが可能となり、送り込みもスムーズであった。右側の口腔内残渣はあったが、自身で気づき、舌での取り除きが可能となった。数口摂取すると、閉眼傾向となってしまう、終了した。【第 2 期】（発症 20 病日目~31 病日目）発症 20 病日目、必要栄養量に満たない量であるが、提供したミキサー食を約 10 分で全量摂取可能となった。覚醒状態が安定し、摂取時間の短縮、食塊形成、送り込みの改善が確認されたため、発症 21 病日目、全粥・刻み食に食形態を変更した。変更直後は咀嚼時間が長く、飲み込みに時間を要し、提供量の 8 割を摂取するのに約 30 分かかっていたが、発症 23 病日目には約 15 分で全量摂取可能となった。看護師にも摂取状況を確認してもらい、食事介助時の留意点を伝え、経鼻経管栄養と併用しつつ、3食提供を開始とした。3食提供中、看護師と朝夕の摂取状況を情報共有しつつ、栄養士と相談しながら、提供量増加や、補助食品を使用していった。また、自己摂取も実施したが、耐久性低下、疲労感から手が止まってしまう、後半は介助で実施していた。そして、発症 31 病日目より、3食

経口摂取へ移行となった。

【最終評価】（発症 33 病日目）【意識レベル】JCS3. 【コミュニケーション】絵や写真，文字提示にて，理解促進されやすく，YES /NO 反応は比較的良好。単語レベルで自発話あるが，喚語困難や保続症状あり。【発声発語器官】著明な変化なし。【摂食嚥下機能】藤島摂食・嚥下能力グレード:Gr .6. 全粥・刻み食・補助食品を 3食経口摂取。

【考察】本症例は，左側頭葉脳挫傷，外傷性脳内血腫，外傷性くも膜下出血を発症し，意識障害，摂食嚥下障害，口部顔面失行，全失語を呈した症例である。介入当初から発症 18 病日目まで，悪化を含め全身状態が不安定であり，覚醒変動を繰り返していた。リハビリでは，全身状態に留意しながら，早期からの口腔内アイスマッサージ，咽頭寒冷刺激，経口摂取訓練などで口腔内に刺激を入れたこと，PT，OT の協力を得て離床を促したことで，覚醒向上や発声発語器官，嚥下機能の廃用予防に寄与したと考える。介入当初の経口摂取訓練時は，開口幅が狭く，奥舌挙上がみられ，取り込み不十分であったが，発症 17 病日目には改善された。これは，食事介助時に口頭，ジェスチャーでの動作教示や，リハビリで顔面マッサージを実施したこと，食形態を検討しながら経口摂取訓練を試みたことで，自然な嚥下口腔期動作の練習となり，動作の再獲得とともに，口部顔面失行が軽減されたと考える。また，長尾らは，食事開始の早期化を図るには，口腔ケア，嚥下機能評価，嚥下リハビリ，呼吸リハビリ，栄養サポート，ADL 低下・廃用予防などの包括的なケアが望ましく，入院早期から他職種が連携することは非常に重要であると考えられると述べている。

1) 本症例においても，他職種が連携し，包括的なケアを実施したことで，早期の経口摂取移行が可能となった。改めて，他職種連携の重要性を実体験することで感じられた。

#### 【参考文献】

- 1) 長尾恭史他：誤嚥性肺炎患者における早期経口摂取の検討：33巻5号，p 1133-1138，2018\_\_