発症から長期経過した遷延性意識障害を呈する脳損傷症例に対する摂食・嚥下の取り組み

馬田慎也[1)], 田部路人[1)], 多々見ゆい[1)], 松田淳子[2)] , 稲岡秀陽[1)]

1）医療法人同仁会（社団）介護老人保健施設マムクオーレ

2）大阪行岡医療大学 医療学部

キーワード：覚醒状態・摂食嚥下・生活期リハビリテーション

目　的

摂食嚥下障害は，誤嚥性肺炎は引き起こし，高齢者のQOLを著しく低下させる因子の一つである[1)]．特に，意識障害を呈したケースでは，摂食嚥下練習自体に誤嚥のリスクを伴うため，積極的な介入の報告はほとんど見当たらない．

今回,発症後2年経過するも覚醒状態が安定せず経鼻からの栄養摂取で生活され，日常生活活動が全介助状態であった遷延性意識障害を有する左右硬膜外膿瘍摘出術後の症例に対して，経口での摂食行為に対するアプローチを試みた．介入の結果，覚醒状態が改善し，経口での食事摂取が行え，日常生活活動への参加が向上する経験が得られた為，報告する．

症例紹介

60歳代女性．平成11年左脳梗塞を発症．覚醒状態は良好で日常生活は自立されていたが,平成26年に左右硬膜外膿瘍摘出術を施行後，意識障害が出現し，日常生活全般に介助が必要となった．その後，転院を繰り返し，平成27年6月当施設に入所となった．

入所から約9か月間は，覚醒が不安定であることから前医からの方針を引き継ぎ，楽しみ程度の経口摂取をミキサー食で行い，主要な栄養摂取と与薬，水分摂取の9割程度は経鼻より行っていたが，家人の強い経口摂取への希望と，覚醒状態が良好な際にはパンなどの固形物をむせなく摂取することが可能であった為，経口での食事摂取の可能性を探ることとした．

平成28年3月に関連病院での嚥下内視鏡検査を施行し，誤嚥のリスクは残存するが嚥下力はある程度は保たれているという医師の見解が得られた為，カンファレンスを開催し，家人同意のもと，施設として経口から一口大の食事摂取を開始する事となった．

倫理的配慮，説明と同意

症例本人及びご家族様には発表の趣旨を説明し，写真の掲載を含め承諾を得た．

理学療法評価

介入開始時，覚醒状態は，Glasgow coma scale(以下 GCS)はE1V2M3であった．食事姿勢は普通型車椅子座位にて行った．食事中に姿勢の崩れはあったものの，適宜修正を行った．摂食・嚥下機能は覚醒状態の変動により能力に変動はあるが,開口が難しい場面が多く，また口唇閉鎖が不十分であり，舌運動も乏しかった．食事中に左口腔内の歯茎と頬の間に中等度～多量の残渣が見られていた．四肢の運動機能はBrunnstrom stageにて左上肢・手指・下肢はⅤレベル，右上肢・手指・下肢はⅢレベルであった．身辺動作は重度介助が必要であったが,設定をすれば手でパンを持つ反応がみられ,移乗動作時に足を踏み出す反応がみられた．また，覚醒状態の改善を目的とした長下肢装具を利用した歩行練習は2人介助にて重度介助が必要であり，排泄はオムツ内にて実施し，便は泥状の性状であった．

経口摂取の問題点

① 覚醒度低下・閉眼状態.

② 自発的な開口困難(図1).

③ 取り込み後の口唇閉鎖不全.

④ 舌運動低下(口腔内感覚低下疑い)による左口腔内残渣多量.

図1 自発的な開口困難

理学療法介入

介入期間は，平成 28 年 3 月から 5 月までの 2 ヵ月間，従来の個別リハビリに加え，食事場面の介入を行った．介入当初は理学療法士(以下 PT)が毎食付き添い，姿勢や介助，リスク管理の方法を介護職・看護師に繰り返し説明しながら実施した．その後，PT の介入は昼食やおやつ時のみに減少した．

食事場面では言葉かけや匂い刺激などから，食物へ興味を向けさせ(図 2)，口角を刺激し，開口させる方法にて実施した(図 3)．また口唇閉鎖と舌運動を促すこと(図 4)，左頬上の残渣を舌上に戻し,左頬の感覚-運動が改善することを目的に介入を行った(図 5)．随時食形態・性状を変化させ，ムセ込みや残渣量をモニタリングしながら介入を行った．

図 2 食事に興味を向けさせる

図 3 開口を促す

図 4 口唇閉鎖と舌運動を促す

図 5 左頬の残渣を舌上に戻す

運動療法場面では，週 3～5 回程度，覚醒状態の改善を目的に 2 人介助にて歩行練習を実施し，体性感覚，聴覚等，多様な感覚入力が得られるようにリズムやかけ掛けをつけながら歩行練習を実施した．

他職種，家族とも協業し，運動療法の時間をはじめ，トイレ誘導やその他の生活時間はできるだけ一定時間に行うようにし，生活リズムの形成も意識した．

結　果

GCS は E4V2M4 まで改善し，日中の開眼時間が延長した．また，食事摂取量は常に 7 割程度は摂食できるようになり一日の必要カロリーは全て経口にて摂取が出来るようになった．当初 1 時間以上かかっていた食事時間は，40～50 分程度に短縮した．また，左口腔内の残渣はほぼ認めなくなり，言葉かけのみで開口がみられるようになった．能動的活動も増え，手におやつを誘導すると自ら口腔に運ぶ場面やスプーンを把持して自ら口に運ぶ場面(図 6)がみられるようになった．移乗動作時には足を踏み出す事が増え，参加頻度が向上した．歩行練習時には，長下肢装具なし，一人介助にて練習可能になるなど，最大能力が向上した(図 7)．また，整容動作時には，櫛を持たせると髪をとく事が可能になった．トイレにて排尿する機会が増え，便は安定した性状に変化した．

図 6 スプーンで食事を運ぶ

図 7 一人介助での歩行

考　察

本症例は，覚醒度・能動性の低下より，先行期・口腔期の口唇・舌・口腔内の知覚に対して探索活動が低下しており，嚥下障害に繋がっていたと考える．

遷延性意識障害の症例に対して，覚醒状態の改善の為，感覚刺激が大切であるといわれ，運動療法場面でも立位や歩行などの介入を通して改善を促す努力を行うことが有効とされている[2)]．今回，感覚刺激の重要性と刺激入力の量を重視した上で，狭義の理学療法の枠にとらわれず，口腔機能と食事場面の介入を行ったことで，能動的な食事がみられた.その結果，摂食・嚥下機会の向上につながり,覚醒度の向上が図れたと考える．食事場面でみられた，覚醒度・能動性の向上が日常生活にも波及し，様々な場面で参加量の拡大がみられた．今回，長く実現できなかった「口から食べる」能力を再獲得し，経口摂取により覚醒度や能動性が改善された為に，生活リズムの構築にも部分的ながら成功できたと考える．

文　献

1） 才藤栄一：摂食・嚥下障害の治療戦略．リハビリテーション医学 41：404－408, 2004

2） 関和則:脳卒中患者の下肢電気刺激による皮質覚醒応答と機能的利得との関連．リハビリテーション医学 27：277-285，1990