

- 臨床 -

食道入口部開大不全に対して手術とリハビリテーションを行い経口摂取に至った一例

安達大雅¹ 大瀧祥子¹ 井上 誠² 山田好秋³¹新潟大学医歯学総合病院 摂食・嚥下機能回復部 (主任: 山田好秋 部長)²新潟大学大学院医歯学総合研究科 口腔生命科学専攻 摂食環境制御学講座 摂食・嚥下リハビリテーション学分野 (主任: 山田好秋 教授)³新潟大学大学院医歯学総合研究科 口腔生命科学専攻 摂食環境制御学講座 口腔生理学分野 (主任: 山田好秋 教授)

A case report of combinational approach of surgery and rehabilitation resulting in oral intake in a patient with severe dysphagia

Taiga Adachi¹, Sachiko Ootaki¹, Makoto Inoue², Yoshiaki Yamada³¹Niigata University Medical and Dental Hospital (Chief: Yoshiaki Yamada)²Division of Dysphagia Rehabilitation, Department of Oral Biological Science, Course for Oral Life Science, Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences (Chief: Prof. Yoshiaki Yamada)³Division of Oral Physiology, Department of Oral Biological Science, Course for Oral Life Science, Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences (Chief: Prof. Yoshiaki Yamada)

平成 19 年 10 月 17 日受付 10 月 17 日受理

Key words : 球麻痺 (Bulbar paralysis), 延髄梗塞 (Medulla infarction), 輪状咽頭筋切断術 (Cricopharyngeal myotomy), 摂食・嚥下リハビリテーション (Dysphagia rehabilitation), チームアプローチ (Team approach)

Abstract : We report a patient who has suffered from severe dysphagia with cricopharyngeal dysfunction, a hypertonic cricopharyngeus muscle, after brain stem infarction. He got nourishment by gastrostomy for two years after the first attack. He had come to be able to take meals by oral attributed to the combination of orofacial and pharyngeal surgery and dysphagia rehabilitation.

The 56 years old man caught subarachnoid hemorrhage caused by ruptured neurysm of vertebral artery, and also caught right medulla infarction causing incurable bulbar paralysis and severe left side palsy. The patient visited our clinic one year after the attack. We found that the cricopharyngeal dysfunction was developed in the first videofluoroscopic examination of swallowing (VFG). Since more than a year had past from the attack, it was obvious that this was not the case of dysphagia rehabilitation but the surgical correction should be chosen at that time. We, therefore, introduced him to the otolaryngology and he underwent the surgery of cricopharyngeal myotomy and laryngeal suspension two years after the attack. Eight days after the operation the rehabilitation was started since it was found that the upper esophageal sphincter (UES) opened efficiently in the second VFG. Then, in the process of rehabilitation, it was clarified that chin forward lead to opening the UES by using the VFG and videoendoscopy. As a result of continuous training, he had come to be able to eat foods by oral, taking meals with his family. In this case, both of surgical operation in otolaryngology and rehabilitation were essential for the improvement. This case strongly suggested that multi-occupational cooperation may be important to treat a patient with severe dysphagia.

抄録 : 今回、我々は脳幹梗塞後遺症により食道入口部開大不全を伴う嚥下障害を生じ、2年余りの完全経腸栄養の時期を経て、耳鼻科での外科手術の後に当科にてリハビリテーションを行い、経口摂取が可能となった症例を経験したので、その概要について報告する。

患者は56歳男性で椎骨動脈乖離性動脈瘤破裂によりくも膜下出血を来し、その後右延髄梗塞を合併して球麻痺、

重度左麻痺が残存した。当初より嚥下造影検査時には食道入口部開大不全が明らかであり、経口摂取は困難と判断されて発症4ヶ月後に胃瘻造設された。経口摂取やリハビリテーションを希望して発症から1年後に当科を初診された時点でも症状の改善はみられず、リハビリテーションの適応ではないと判断した。外科的対応を主眼において当院耳鼻科を紹介し、同科にて発症後約2年後に輪状咽頭筋切断術と喉頭挙上術を行った。術後8日目より当科にてリハビリテーションを再開した。その後の嚥下造影検査結果では下顎を上前方に突き出して食道入口部を開く代償法が有効であった。この代償法の獲得訓練を行い、全粥半固形食を摂るまでに回復した。完全経腸栄養の状態から家庭で食事ができるまでに至った意義は非常に大きいと考える。本症例は耳鼻科による外科手術とその後の当科におけるリハビリテーションによる新たな摂食方法の獲得のどちらが欠けてもこのような改善が期待できなかったケースとして、多職種連携の重要性を実証したものと見える。

【 緒 言 】

脳血管疾患の急性期では30～40%の割合で嚥下障害を伴い、慢性期にまで障害が残るのは10%以下であると報告されている¹⁾。急性期には回復例も多く機能訓練を続けることが望ましいとされている²⁾ものの、難治例の中にはリハビリテーションだけでは効果が上がらないことがあり、発症から長期化した症例では外科的な嚥下機能改善術を併用することで効果を得られたという報告が散見される³⁾⁵⁾⁹⁾。さらに外科的介入例においても、術後はリハビリテーションによる機能回復が必要となる。このような場合、一診療科のみではすべての問題を解決することはできず、外科的治療やリハビリテーション、食事指導などを含めた医療、介護、家族の協力など複合的なチーム体制が望まれる。今回、我々は脳幹梗塞後遺症により食道入口部開大不全を伴う嚥下障害を生じ、2年余りの完全経腸栄養の時期を経て、耳鼻科での外科手術の後に当科にてリハビリテーションを行い、経口摂取が可能となった症例を経験したのでその概要について報告する。

【 症 例 】

患 者：56歳，男性。

初 診：2006年4月19日。

摂食に関する主訴：唾液だけでも飲み込めるようになりたい。

原因疾患：右延髄梗塞

既往歴：うつ病。2003年より加療されており、開業医から抗うつ剤を処方されていた。

現病歴・経過：2005年4月9日椎骨動脈乖離性動脈瘤破裂によりくも膜下出血を来し新潟市内の総合病院にて入院加療を受けた。12日後の4月21日に右延髄梗塞を合併して球麻痺，重度左麻痺が残存した。同院にて施行された嚥下造影検査時には食道入口部開大不全が明ら

かであり、経口摂取は困難と判断され経管栄養が開始された。発症から3ヵ月後の7月8日，回復期のリハビリテーションを目的に転院し嚥下訓練が継続されたが機能の回復は見られず，2005年8月8日胃瘻造設された。また，くも膜下出血発症前からうつ病で加療されていたが，丁度この頃精神症状の悪化から精神科への入院などを繰り返した。2006年4月19日経口摂取に向けたリハビリテーションを希望して新潟大学医歯学総合病院加齢歯科外来を受診した。



図1 初診時嚥下造影検査画像
食道入口部(矢頭)が開大せず，下咽頭に貯留した食塊は全く食道へ流入しない。食塊の喉頭侵入(矢印)も見られる。

経 過：初診時，唾液を嚥下することができず唾液を吐き出すための容器を常に携帯していた。初診時のスクリーニング検査では，顔面や舌の運動機能について特記すべき異常所見は見られなかった。嚥下を指示した際に喉頭挙上は不良で，直後に唾液と思われる漿液性の分泌物を吐き出していた。頸部聴診では喉頭挙上に同調した弱い嚥下音が聴取された。これらの所見から嚥下反射が不完全なものであることが推測された。他，右側顔面に感覚がない感じがする，息苦しさを感じるなどの患者本人の訴えがあった。同年9月4日に実施した嚥下造影検査では，食道入口部開大不全により食塊が食道へ全く