

— 臨床 —

低酸素脳症発症後に嚥下障害を認めた一例

吉原 翠, 上村由紀子, 大口繭美, 砂田悠香子, 竹内千華子, 白石 成, 辻村恭憲, 井上 誠

新潟大学医歯学総合研究科 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; 井上 誠 教授)

Case report of dysphagia following hypoxic ischemic encephalopathy

Midori Yoshihara, Yukiko Uemura, Mayumi Ohkuchi, Yukako Sunada, Chikako Takeuchi, Naru Shiraishi, Takanori Tsujimura, Makoto Inoue

Division of Dysphagia Rehabilitation, Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences, (Chief Prof. Makoto Inoue)

平成 29 年 4 月 7 日受付 平成 29 年 5 月 14 日受理

Abstract

We herein report a case of dysphagia following hypoxic ischemic encephalopathy in a 69-year-old woman. She was admitted to Niigata University Medical and Dental Hospital for pneumothorax in November 2015. Six days after admission, she developed tension pneumothorax and cardiac arrest with hypoxic ischemic encephalopathy. The first swallowing function examination performed on 12 January 2016 showed disturbed consciousness (Japan Coma Scale = JCS I-3), insufficient oral hygiene, loss of occlusal support without a denture, impairment of respiratory force, and difficulty of tongue, face, and neck motion. The repetitive saliva swallowing test score was 0. On videoendoscopic examination 60 days after crisis, the secretion remained in the laryngopharynx without aspiration at rest. When the patient ingested thickened water, laryngeal penetration and post-swallow residue in the pharynx were observed. Based on these evaluation findings, the patient was diagnosed with dysphagia with anticipatory, oral, and oropharyngeal disorders. Oral care and indirect therapy were provided. When her respiration had stabilized, direct therapy was started using thickened water. On day 114, denture adjustment was completed and videofluoroscopic examination was performed. Mild penetration was observed during swallowing both water and mildly thickened water. Solid food remained on the posterior tongue and epiglottic vallecula after swallowing although the patient sensed this. Regular meals (once per day) were started. Tongue motion training was performed. Finally, the patient ingested three meals of rice gruel and semisolid side dishes per day.

[抄録]

低酸素脳症発症後に嚥下障害を認めた一例を報告する。

症例は 69 歳女性。2015 年 11 月より右気胸にて当院呼吸器感染症内科に入院した。入院 6 日目に院内で緊張性気胸を再発し、心肺停止に伴う低酸素脳症を発症した。発症 58 日目に意識レベルの改善を認め、嚥下機能評価のため当科初診となった。指示理解不良で意識レベルは JCS I -3 であり、口腔衛生状態は不良で、残存歯は少ないが義歯使用により咬合支持が得られる状態であった。発声・腹式呼吸は不可だった。顎舌顔面の感覚あるものの、舌運動は不良で、呼吸状態不良につき頬ふくらまし・吸引は不可だった。頸部運動は不良で、反復唾液嚥下テストは 0 回だった。介入 3 日目 (発症 60 日目)、嚥下内視鏡検査を実施した。安静時より咽頭に分泌物の貯留あり。とろみ摂取時には、喉頭侵入および咽頭残留があったものの誤嚥は認められなかった。先行期から嚥下咽頭期にわたる機能的嚥下障害と診断し、口腔ケア・間接訓練から介入を開始した。呼吸状態安定時のみ少量の直接訓練を実施した。介入 57 日目 (発症 114 日目) には、義歯調整を行った後に、嚥下造影検査を実施した。液体・ゆるめのとろみにて声門上まで喉頭侵入し、固形物は喉頭蓋谷及び舌背に残留を認めた。ティースプーン一杯量を摂取した際に、患者は咽頭残留を自覚できた。食事による訓練が可能と判断し、全粥・半固形食とろみ付きの食事を開始した。並行して舌運動訓練を実施し、最終的に全粥・半固形食を 3 食摂取可能となった。