

— 臨床 —

口腔機能の改善が嚥下機能回復に寄与した一例

設楽仁子^{1,4)}, 手嶋謡子²⁾, 真柄 仁³⁾, 谷口裕重³⁾, 井上 誠^{3,4)}¹⁾新潟大学医歯学総合病院 総合臨床研修センター 歯科²⁾新潟大学医歯学総合病院 診療支援部 歯科衛生士部門³⁾新潟大学医歯学総合病院 摂食嚥下機能回復部⁴⁾新潟大学大学院医歯学総合研究科 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)

The improvement in the oral function contributed to the achievement of the recovery in swallowing function - Case Report-

Satoko Shitara^{1,4)}, Yoko Tejima²⁾, Jin Magara³⁾, Hiroshige Taniguchi³⁾, Makoto Inoue^{3,4)}¹⁾Niigata University Medical and Dental Hospital, General Clinical Training Center, Clinical Dental Training Courses²⁾Niigata University Medical and Dental Hospital, Department of Clinical Technology, Unit of Dental Hygienist.³⁾Niigata University Medical and Dental Hospital, Unit of Dysphagia Rehabilitation⁴⁾Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences, Division of Dysphagia Rehabilitation (Chief: Prof Makoto Inoue)

平成 26 年 9 月 26 日受付 平成 26 年 9 月 30 日受理

Abstract

We present a case involving a 79-year-old man who received postoperative care as an outpatient after surgical treatment of left small cell lung cancer and right non-small cell lung cancer in Niigata University Medical and Dental Hospital. Because the patient's vital conditions had suddenly worsened and were accompanied by a high fever on 19 March 2014, the patient was admitted to the hospital on an emergency basis on 22 March. The patient had pneumonia with a patchy shadow in the right inferior lung lobe and a swollen cystic liver with internal bleeding, as occur with stroke. The patient's general condition gradually improved after establishment of an intravenous drip with antibiotics and antipyretics. However, he frequently coughed when he attempted to orally ingest medicine; he was then admitted to the Unit of Dysphagia Rehabilitation.

The patient's general condition indicated undernutrition and high inflammatory marker levels. Thus, swallowing function examination was first performed and showed insufficient and poor oral hygiene with dry mucous membranes and a modified water swallow test score of 3b. On endoscopic examination 3 days after starting therapy, although pharyngeal residue remained after swallowing, clearance in the pharyngeal region was accomplished by adding swallowing of thickened water. Therefore, direct therapy was started by administering meals adjusted to a paste form on day 4. Prosthodontic insertion of complete dentures was commenced on day 15 to restore the patient's masticatory function and allow him to intake oral food. Videofluoroscopic examination on day 17 indicated that the patient's meals required thickening. The complete dentures were equipped in both jaws on day 28, and fitting adjustments were practiced several times. Reexamination of swallowing function on day 32 showed remarkable improvement in both the oral environment and swallowing function; the modified water swallow test score was 5. These improvements enabled the food consistency to be changed to solid food. On day 42, the second videofluoroscopic evaluation showed lower penetration than in the first trial. However, adjustment to a thickened meal was still required because swallowing of water caused silent aspiration. As the patient's oral health improved under our intervention, his swallowing function became satisfactory and stable. The patient was transferred to another hospital on day 43.

【抄録】

症例は 79 歳男性, 当院呼吸器内科に左小細胞肺癌 / 右非小細胞肺癌切除術後で通院中であったが, 2014 年 3 月 19

日から発熱を伴う全身状態悪化により3月22日に当院呼吸器内科に緊急入院となった。右下葉の斑状影を伴う肺炎、肝嚢胞の腫大と内部出血を認め、さらに脳梗塞を併発した。抗生剤、解熱剤投与にて徐々に全身状態改善みられ、内服を試みたところ、むせが頻回に認められたため、4月1日に摂食嚥下機能回復部に紹介された。

初診時、全身状態として低栄養、炎症傾向が継続しており、摂食機能評価では、口腔衛生状態は不良、改定水飲みテスト3b点であった。介入3日目の嚥下内視鏡検査実施では、咽頭残留はあるもの摂取方法や食形態の制限を行うことで誤嚥・喉頭侵入なく食事摂取可能と判断し、4日目よりペースト食にて食事を開始した。口腔機能の改善、食形態の改善を図るため、15日目に義歯の製作を開始、17日目には嚥下造影検査を施行し、液体のとりみ付け継続の必要性を確認した。28日目には上下全部床義歯を装着、数回の調整を行い、32日目に行った摂食機能評価では口腔衛生状態、口腔内乾燥は顕著な改善を認め、改定水飲みテスト5点に改善、食形態の食上げは可能と判断し、粥食を米飯に食上げた。42日目に実施した嚥下造影検査では、前回と比べ喉頭侵入量の改善は認められたものの、液体の多量摂取時には不顕性誤嚥を認めたため、液体に1%程度のゆるめのとりみを付けることを継続とした。当科介入中に、口腔機能の改善に伴い摂食嚥下機能が回復し、43日目に経過良好にて転院となった。

Key words:

摂食嚥下リハビリテーション (dysphagia rehabilitation), 口腔機能 (oral function), 口腔ケア (oral health care)

【緒 言】

日本の人口の高齢化は年々進行してきており、2013年の高齢者率は25%に達した。一方、長らく日本人の三大死亡原因であった悪性新生物、心疾患、脳血管疾患に対して、2011年には肺炎が脳血管疾患にとって代わり第3位となった¹⁾。このことは、日本人の肺炎で死亡した患者の90%以上が高齢者であること¹⁾、高齢者の肺炎の多くは嚥下障害に伴う食物・唾液などの誤嚥などによって引き起こされる誤嚥性肺炎であることなどが関係しているものと考えられる²⁾。

誤嚥に伴う窒息や肺炎を防ぐために経口摂取を回避した医療として、胃瘻などの経管栄養法が確立されている。しかし、経管栄養を選択するにあたっての機能評価や、摂食機能の回復を目指したりリハビリテーションなどが十分に行われていない現状が中央社会保険医療協議会から報告されており、安易な経管栄養の選択が医療費の負担増加だけでなく、患者の食べる楽しみを奪うという問題を浮き彫りにしている^{3,4)}。今後、ますます増加すると予想される嚥下障害患者に対する摂食嚥下リハビリテーションの重要性は明らかである。

摂食嚥下リハビリテーションの中でも、口腔機能の維持・向上は重要なリハビリテーションの手段と捉えられている。要介護高齢者に対して、日常生活の支援をするための公的保険制度としてスタートした介護保険が2006年に改正され、その際、介護予防サービスの中に口腔機能の向上が追加された。そこには、口腔感覚、唾液分泌、咀嚼機能、言語・構音機能などが含まれており、実際、口腔機能向上の取り組みが要介護高齢者の摂食機能改善に役立つという多くの調査報告がある⁵⁻⁸⁾。しかしながら、複雑な神経機構を有する摂食機能の障害に対して、口腔機能の向上がどのような働きをもつかについ

ては必ずしも明らかにされていない。今回我々は、全身疾患に伴う嚥下障害の改善に口腔機能が寄与したと考えられる症例を経験したので報告する。

【症 例】

患者：79歳 男性

主訴：内服時にむせる

原因疾患：左小細胞肺癌 / 右非小細胞肺癌切除術後、脳梗塞、認知症

現病歴：

当院呼吸器内科に肺癌術後で通院中であったが、2014年3月19日から発熱を伴う全身状態悪化により3月22日に当院呼吸器内科に緊急入院となった。右下葉の斑状影を伴う肺炎、肝嚢胞の腫大と内部出血を認め、さらに脳梗塞を併発。抗生剤ならびに解熱剤投与にて徐々に全身状態改善し、経口摂取再開に先立ち内服を試みたところむせが頻回に認められたため、4月1日に摂食嚥下機能回復部に紹介された。

経過：

4月1日

初診時摂食機能評価施行。血液検査では、アルブミン値2.0 g/dl、総蛋白6.8 g/dlであり低栄養状態が疑われ、C反応性蛋白(CRP)は14.26 mg/dlと重篤な炎症が継続していた。呼吸状態は不良でナザールにて酸素1 L/minが投与されていた。

口腔内は乾燥しており、舌には舌苔の付着が多量に認められた(図1・左)。指示理解不良のため正しい評価は困難、舌の可動域は概ね良好だが抵抗力弱く、顔面の運動は両側不良、右側の口角は下垂気味であった。軟口蓋反射消失、発声持続時間7秒、反復唾液嚥下テスト1回、改定水飲みテスト3b点(嚥下反射あり、むせあり)、嚥下前後で湿性音ないしは液体振動音を認めた。さらに