

第2回「嚥下障害診療センター」ミーティング

平成26年5月28日(水) 17:30～ 山崎記念館1階ホール

2. 症例検討

嚥下障害に対する 外来リハビリテーションが 有効であった症例

耳鼻咽喉科・頭頸部外科

鮫島靖浩



症例提示

症例 87歳 男性

主訴 嚥下困難

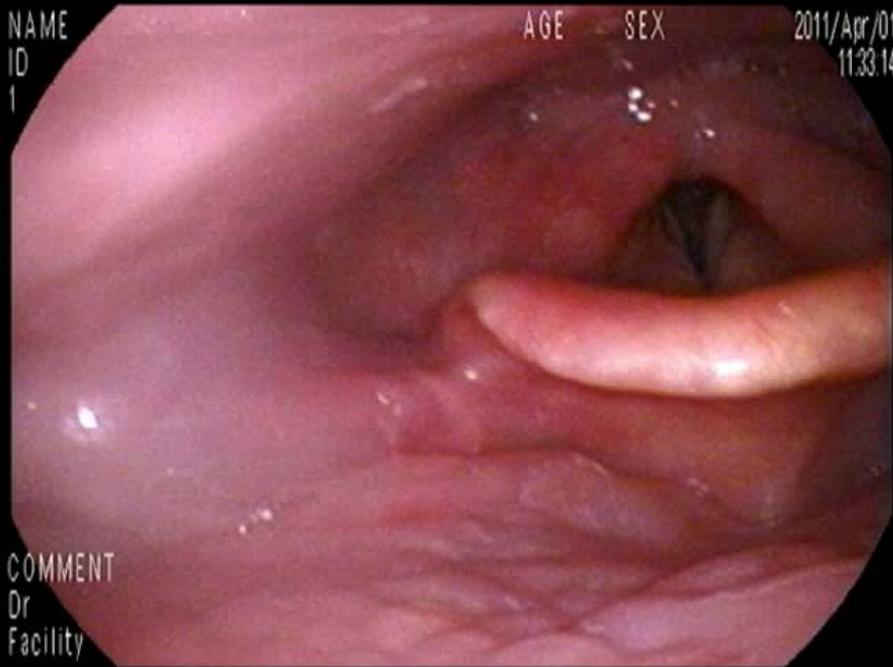
既往歴

- 2006年、中咽頭癌に対し、TPF同時併用放射線化学療法
原発巣は消失し、残存頸部リンパ節に対して右頸部郭清術
再発は認めないが口腔乾燥あり
- 2006年、右大腿部の平滑筋肉腫で手術
- 2008年、再発のため右下肢切断、右幻肢痛でペインクリニック

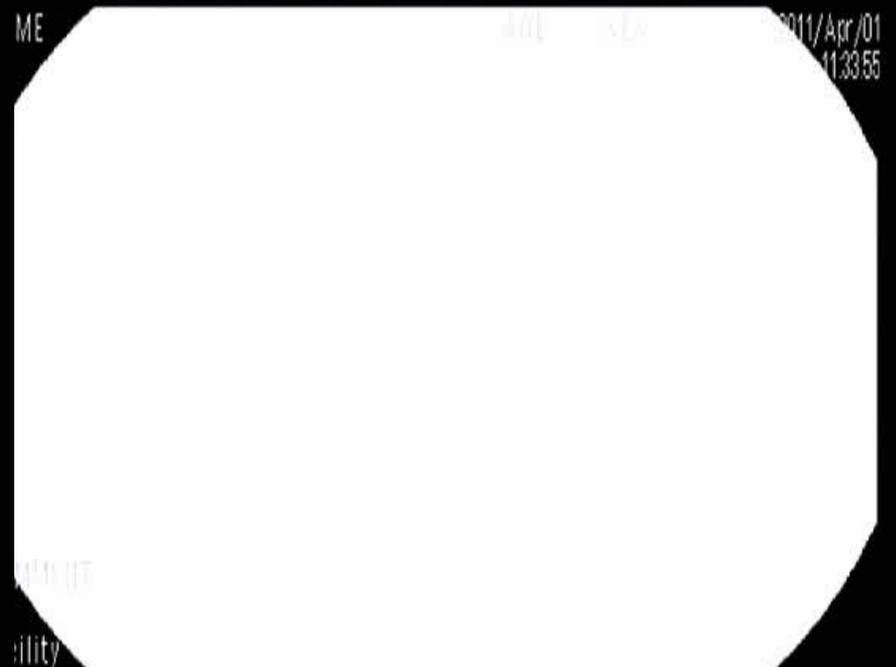
現病歴

- 中咽頭癌の治療後の経過観察中を3ヶ月毎におこなっている。
- 2011年、2カ月前より水やお茶でむせることが多くなった。
- 食事は普通食を20分で食べており、体重減少や発熱はなかった。

喉頭所見と嚥下内視鏡検査



口腔乾燥
咽頭反射低下
脳神経麻痺なし



色素水による嚥下内視鏡検査
嚥下中の喉頭侵入と誤嚥

誤嚥に対する代償的アプローチ

コップで水を飲ませてみると、
上を向いて流し込むように飲み込み、せき込みが見られた。

本人は上を向いた方が飲みやすいと信じていた。

飲み込むときに軽くうつむかせて飲ませると
大変飲みやすくなりむせも消失した。

食事も水分で流し込んでいたので、
あんかけ、とろみ付、絹ごし豆腐、山芋などを勧めた。

2年後

2013年、肺炎のため近医に入院した。

退院3か月後に来院した。

発熱はなかったが痰に食物が混じると訴えた。

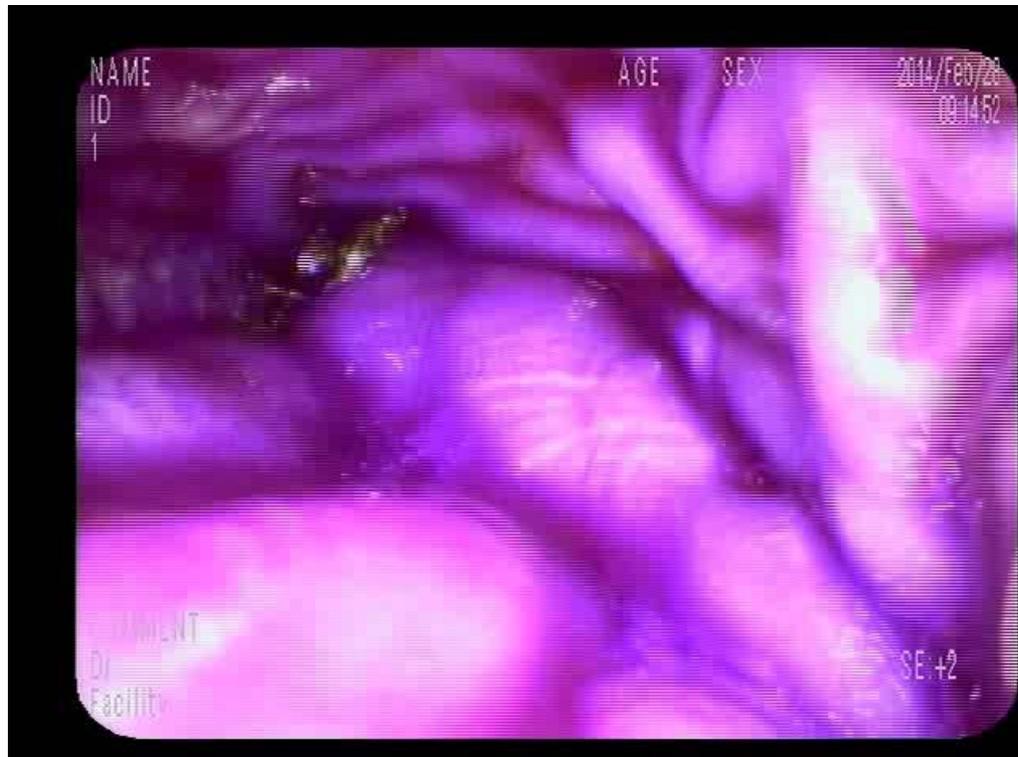
喉頭、下咽頭に唾液貯留なく喉頭蓋の触診で反射がみられた。
食後の十分な排痰とうがい、口腔衛生を指導した。

誤嚥性肺炎対策

- ・口腔衛生
- ・食事中および食後の排痰

さらに 1年後

2014 発熱や肺炎はなかったが、飲み込みが悪くなり、むせも多くなったため来院。
食事は軟飯と市販の嚥下食。
嚥下内視鏡検査では唾液貯留はないが、咳反射・声門閉鎖反射は減弱し、
嚥下反射の惹起は高度遅延、咽頭クリアランスは中等度の障害、
喉頭侵入と軽度の誤嚥を認めた。



治療的アプローチ法による嚥下訓練

足が不自由で車いすのため、
頭部挙上訓練としてShaker法の代わりに岩田ら³⁾の頸部等尺性収縮手技と
藤島ら⁴⁾の嚥下おでこ体操を指導した。



頸部等尺性収縮手技(岩田)



嚥下おでこ体操

額に手を当てて抵抗を加え
おへそをのぞきこむ。

嚥下おでこ体操(藤島)

さらに 2か月後

自覚的に嚥下困難は改善し、
嚥下内視鏡検査でも明らかに喉頭侵入や誤嚥は消失して
咽頭クリアランスも改善した



嚥下のリハビリテーション

代償的アプローチ法

現状の嚥下機能を最大限に活用して誤嚥のリスクを最小限にする

- 1) 嚥下姿勢の調整: 上向き嚥下 → 頸部前屈位
- 2) 食形態の調整: 市販の嚥下食の活用

治療的アプローチ法

麻痺や障害部位に働きかけて、嚥下機能の代償や補強・改善を目指す

- 1) 嚥下反射惹起促通: 咽頭冷刺激
- 2) 嚥下関連器官の機能訓練: 舌の可動訓練、構音訓練
プッシング法、ブローイング法
頭部挙上訓練法 (Shaker法)
- 3) 咽頭期嚥下の改善・強化訓練: 息止め嚥下法、Mendelsohn法
アンカー強調嚥下法、tongue holding法
- 4) 嚥下パターン訓練

頭部挙上訓練法 (Shaker法)



頭部挙上持続運動 1分
休憩1分をはさみ3回



頭部挙上反復運動 1回/1秒 30回

1日3回 6週間

Shaker R: Am J Physiol 1997

高齢者で、喉頭前方移動が増大、食道入口部前後径が増大、嚥下時のUES圧が低下。

Shaker R: Gastroenterology 2002.

食道入口部開大に問題がある経管栄養患者で
喉頭前方移動が増大、UES開大、誤嚥の改善、経口摂取可能。

Shaker法の代替法

頸部等尺性収縮手技 岩田義弘 2010



毎食事前に4～6秒、3回行う

嚥下おでこ体操(藤島式嚥下体操セット)



嚥下おでこ体操

額に手を当てて抵抗を加え
おへそをのぞきこむ。



まとめ

- 中咽頭癌治療5年後より生じた嚥下障害、誤嚥に対して
外来リハを実施し、3年間経口摂取を継続している。
- リハビリテーションとして
代償的アプローチとして嚥下姿勢の指導、食形態の指導をした。
治療的アプローチとして頭部挙上訓練が有効であった。
誤嚥性肺炎対策として口腔衛生と排痰指導をした。