

神経筋疾患患者における誤嚥防止術

神経内科
天野 朋子、中島 誠

【症例】70歳台 男性

【主訴】仰臥位になると息苦しい、左手足が動かしづらい、飲み込みづらい

【現病歴】

約15年前：塩気→味覚全体の低下

その後嗅覚低下

7-8年前：上下口唇全体のしびれ

構音障害指摘

2-3年前：構音障害増悪、嚥下障害出現

両手の振戦出現
左上下肢の動かしづらさ出現
仰臥位による呼吸困難 流涎
1-2年前：嚥下障害増悪、食事形態変更
1年前：右手首の固縮指摘

【既往歴】左膝発育障害→手術、器質化肺炎、緑内障、糖尿病

【家族歴】父：肺結核で死去、母：肺炎で死去、姉と弟2人の4人兄弟、次男：脳梗塞で死去、三男：パーキンソン病??（歩行困難あるも嚥下や構音障害については不詳）

【生活歴】喫煙歴なし、飲酒歴なし、職業：以前聖職者、現在無職

【入院時一般内科学的所見】

身長：164.5 cm、体重：60.5 kg (約10 kg減/5年)、血圧：143/80 mmHg、脈拍：65 bpm、体温：36.4度、酸素飽和度：95% (RA)

≪頭頸部≫眼瞼・眼球結膜充血あり

≪皮膚≫全体的に乾燥

≪胸部≫両側女性化乳房(疑い)あり、呼吸音清

≪腹部≫腸蠕動音正常、便塊をふれる

≪四肢≫病的浮腫なし、両側足背動脈触知不良

【神経内科学的所見のまとめ】

- ① 知能、精神状態正常
- ② 球麻痺(構音障害、嚥下障害)
- ③ 顔面筋力低下(両側、やや左優位)
- ④ 舌萎縮、舌線維束性収縮
- ⑤ 舌左偏倚、口唇周囲の錯感覚と異常感覚
- ⑥ 両側上下肢固縮(左優位)
- ⑦ 両側上下肢振戦(上肢優位)
- ⑧ 全身筋萎縮(頸部～上腕、母子球筋、第1背側骨間筋)
- ⑨ 上下肢近位筋・左足趾筋力低下
- ⑩ 全腱反射減弱～消失、Palmomental・Rossolimo (+, +)
- ⑪ 自律神経障害(便秘、起立性低血圧傾向、ED)
- ⑫ 嗅覚障害、味覚障害



- 1) 下位運動ニューロン障害 (②③④⑧⑨⑩)
- 2) 錐体外路徴候 (⑥⑦⑪ ⑫?)
- 3) 左CNX II 障害、口唇周囲の異常感覚

【検査所見】
 ≪血液ガス≫pH 7.394, pCO2 40.0, pO2 74.1, HCO3 23.9, BE -0.4, SpO2 95.8%
 ≪肺機能検査≫%VC 72.3%, %FVC 75.4%, FEV1.0% 75.3%
 ≪心電図≫洞調律、ST変化なし
 ≪経胸壁心エコー≫EF=65.6%, W.N.L.
 ≪ホルター心電図≫洞調律、PACs散発、max 17連発
 ≪胸部CT≫両側肺下葉に炎症性瘢痕と思われる所見あり

≪神経伝導検査≫ホリニューロパチーを示唆する所見なし
 ≪反復刺激検査≫有意なWaning=重症筋無力症を示唆する所見なし
 ≪筋電図≫左前脛骨筋、第1背側骨間筋、僧帽筋、傍脊柱筋 (Th10) の検査
 僧帽筋以外の3筋で急性脱神経所見 (陽性棘波) あり、被検筋すべてで慢性脱神経所見あり
 ≪頭部MRI≫深部白質の虚血性変化と微小出血のみ
 ≪頸髄MRI≫髄内異常信号なし

≪臨床診断≫
運動ニューロン疾患

*** 入院時の食事形態 ***
 特軟菜食、副食きざみ、トロミ剤使用
 →嚥下中にせき込み、唾液をティッシュでぬぐいながら、1時間半以上時間をかけて摂取

*** 食事形態変更 ***
 嚥下訓練食2
 →食事が減った分、時間は短縮されるも1時間弱かかり、せき込みや唾液をティッシュでとる行為は変化なし

嚥下障害評価

検査項目

- 検査項目
 - 検査項目
 - 検査項目

検査項目

- 検査項目

嚥下のX線造影検査

検査項目

- 検査項目

検査項目

- 検査項目

検査項目

- 検査項目

検査項目

- 検査項目

誤嚥防止術を依頼した理由

進行性で根治治療法のない疾患である。よって、いずれは嚥下不可能となる時期がくることは確定である。
 誤嚥防止術により嚥下機能が改善することはない。
 しかし、

1. 本人は、可能な限り長く経口摂取を希望している
2. 本人、家族ともに可能な限り在宅療養を希望している
3. 唾液の気道内流入のため、仰臥位保持が困難であり、常に側臥位臥床となっている。側臥位臥床では、流涎が顕著で熟睡困難である

以上のことより、誤嚥防止術を依頼した。

Clinical Question **6-3** 6. 嚥下・栄養

経口摂取が困難になったときにはどう対処すればよいか

推奨

①経口摂取を中止または楽しみ程度とし、経腸栄養などを主栄養とする(グレードC1).

ALSガイドライン2013より

Clinical Question **6-2** 6. 嚥下・栄養

摂食嚥下障害にはどう対処すればよいか

推奨

①初期から摂食嚥下機能を評価し、介入・対処(リハビリテーション)を行う(グレードC1).

②進行期は、経腸栄養などによる栄養管理を行い、誤嚥対策として誤嚥防止術などを考慮する(グレードC1).

ALSガイドライン2013より

3) 誤嚥対策

①誤嚥防止術(声門閉鎖術、気管喉頭分離術、気管食道吻合術、喉頭摘出術)

重度の誤嚥がある場合や誤嚥があっても経口摂取を強く希望する場合には、耳鼻咽喉科医と連携して誤嚥防止術を考慮する。誤嚥防止術は誤嚥性肺炎のリスクを減らし、喀痰吸引回数の減少、夜間の良眠などQOLの向上に有効であり、患者と介助者の満足度が高い⁵⁾(エビデンスレベルIVb)。一方で、重症期の患者では術後経口摂取が可能になるとは限らない。

②気管切開

気管切開は、誤嚥などによる痰の増加に対し、吸引を容易にするため行われる。

参考：専門的な摂食嚥下対策についての相談は、日本摂食嚥下リハビリテーション学会や日本嚥下医学会など、摂食嚥下関連の学会に問い合わせるとよい。

ALSガイドライン2013より