原因不明の嚥下困難感を訴える1症例

髙﨑昭博[1)]、板橋薫[2)]、田中響[3)]、池田学[4)]

1）熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学分野

2）熊本基幹型認知症疾患医療センター

3）熊本大学医学部附属病院神経精神科

4）熊本大学客員教授

はじめに

・当科では、器質的、機能的な嚥下障害に加え、心因的な要因による摂食・嚥下障害を扱うことも多い。

・今回、心因的な要因で嚥下困難感を訴えていると思われたが、実際に、咽頭クリアランスが低下しており、器質・機能的な低下も考えられる症例を経験した。

・経過について考察を加え、報告する。

症例：50代　女性

主訴：鼻部～咽頭部にかけての閉塞感
呼吸、嚥下の困難感

医学的診断名
＃身体症状症
＃大うつ病性障害、自殺企図後
＃熱傷（頭部～前額部、両下肢Ⅱ～Ⅲ度）

既往歴：後縦靭帯骨化症（OPLL）、脊柱管狭窄症
変形性膝関節症（30代に両側手術）
虫垂炎

身体症状症（Somatic Symptom Dysorder）について

（DSM-5の診断基準）	（典型的臨床像の特徴）
A.1つまたはそれ以上の、苦痛を伴う、または日常生活に意味のある混乱を引き起こす身体症状	①身体症状を繰り返し訴えて、症状を取り除くことを要求する。
B.身体症状、またはそれに伴う健康への懸念に関連した過度な思考、感情、または行動で、以下のうち少なくとも1つによって顕在化する	②症状を説明できるような医学的所見（診察、検査）に乏しく、その結果を説明しても患者はなかなか納得しない。
1)自分の症状の深刻さについての不釣り合いかつ持続する思考 2)健康または症状についての持続する強い不安 3)これらの症状または健康への懸念に費やされる過度の時間と労力	③身体症状にとらわれていて、日常生活や社会生活に支障をきたしている。 ④心理社会的問題を認めたがらないことが多い。
C.身体症状はどれ一つとして持続的に存在していないかもしれないが、症状のある状態は持続している(典型的には6か月以上)	⑤経過は慢性かつ変動的。

現病歴

X-3年	四肢のしびれ、歩行障害が出現しA病院にて頸椎OPLLの診断となったが、手術はせずに保存的加療となった。
X年4月	背部痛を生じ、臥床傾向となった。その時期の歩行は可能であり、食事摂取も行えていた（BMI：20.1））
X年6月	古い焼きそばを食べ嘔吐したあと、倦怠感の悪化を認め、咽頭部の閉塞感が気になるようになり、近医の耳鼻科を受診したが、異常なしの判断であった。
X年7月	呼吸困難の自覚があり近医内科にて肺機能検査を施行し、80歳程度の機能であったため吸入加療を行い、肺機能の回復を認めた。閉眼すると鼻部から咽頭部にかけて閉塞感があり姿勢を変えても改善を認めず、不眠となった。

現病歴

X年9月初旬	おにぎりを食べることはできたが、その他の食べ物で苦みを感じることがあり、痰や胃内容物が逆流しているように感じるようになった。また歩行障害の悪化も認めていたためにB整形外科を受診し頸椎MRIにて脊髄圧迫所見を認めたが、身体症状もあるため当院整形外科を紹介された。その際、身体症状の訴えや体重減少（BMI:16.9)を認めたことから、当科を紹介受診した。
	投薬治療を開始したが、内服後に腹部症状など身体的な副作用が出現した。副作用にめまいという記載があることを知り、転倒して頸椎を痛めるのではないかと不安になり当科病棟へ電話し、早期の外来受診を勧められたが、受診の同意は得られなかった。
	頸椎を激しく動かすなど衝動的な自傷行為があり、その後から左上下肢の麻痺が強くなり、呼吸困難、嚥下障害が悪化したと感じていた。
X年9月中旬	タオルで首を絞める自傷行為あり、口蓋垂の動きが悪くなり嚥下が悪化したように感じていた。
X年9月下旬	自宅に置いてあった灯油を両下肢にかけ、頭部に靴下で灯油をかけて自ら火をつけた。C病院に救急搬送され、同日当科へ医療保護入院となった。

入院後の経過

重篤な抑うつ状態（抑うつ気分、自殺企図、内的不穏）にあり、現実検討能力が著しく低下し病識もない状態であった。 「とにかく眠れない。目を閉じても周りの声が聞こえてくる。首の手術は栄養をつけてからといわれているが、眠れないので栄養がつくはずもなく、もう治療は手遅れかと思って…」	
10/4～	初回のデブリドマン・分層植皮術後から「足が腐っている」などの微小妄想の増悪を認める発言あり。加えて、被害妄想的な内容の妄想が出現。
10/5～	経管栄養を開始
10/11～	早朝～幻覚出現し、不穏となった。 その後、発語不明瞭となり、傾眠傾向。
10/19～	薬物治療により傾眠傾向や幻覚は改善したが、「私なんかが食べてはいけない」などの微小妄想は持続。
10/21～	皮膚科2回目の手術。術後に幻覚や傾眠などの症状はなく経過。妄想的な発言は減少し、内容はある程度は訂正可能になるなど改善傾向がみられた。本人の強い希望もあるため経管併用で食事を開始。

X年11月上旬　精神症状が落ち着く

☞食思が出てきたが、咽頭部の違和感の訴えあり。
「唾液を飲み込むときにゴックンでなくコクンとなる」

食形態：特軟菜流動食C（半量、全粥）※経管併用（MA-8、アバンド）
摂取量（平均）：主食 0.2／副食 0.2　　体重：36kg（BMI：15.4）

・Bed up60度、小スプーン使用して自力摂取可能。
・1口当たり反復嚥下を要す（1回嚥下のみではムセあり）。
→嚥下時に圧抜け音が聴取されたことから、嚥下圧がかかりにくく、咽頭クリアランスが低下していると思われた。開鼻声、気息性嗄声、声量の低下を認め、関連があると思われた。
・嚥下のタイミングは良好で、とろみなしでも摂取可能。
・食事耐久性は15分程度。

➡耐久性低いため、少量頻回の食事をすすめた（間食など）。
反復嚥下や交互嚥下など食事方法の指導をした。

X年11月下旬　下肢手術後

☞咽頭部の違和感の訴えなし。

食形態：特軟菜流動食B（半量、刻み）+補助食（160kcal/日）
摂取量（平均）：主食 0.2／副食 0.7
体重：33kg（BMI：14.1）

- Bed up60度、小スプーン使用して自力摂取可能。
- 意識的に、反復嚥下と交互嚥下を実施できておりムセはなし。(1回嚥下のみでは湿性嗄声となる)
- 嚥下時の圧抜け音は軽減している。
- 食事耐久性は25分程度。

X年11月下旬　下肢手術後

【耳鼻科所見】

・内視鏡検査の結果

→舌の委縮、咽頭クリアランスに若干の低下（ピオクタニン水嚥下で梨状窩貯留）を認めるが明らかな誤嚥なし。

➡60度以上の座位になり、顎引き嚥下で誤嚥はほぼ回避できると思われる。

考察

①嚥下困難感の訴えについて

・OPLLによる頸部の違和感が慢性的に存在していた。

・「眠れないと栄養がつくはずがない」と本人は思い込んでおり、抑うつによる食欲不振を咽頭の問題へ帰属したいという心理が働いた可能性あり。

・精神機能の改善に伴い訴えが消失

考察

②嚥下機能低下について

・咽頭クリアランス低下の背景には、鼻咽腔閉鎖機能、声門閉鎖機能の低下による嚥下圧形成の不十分さがあると考えられた。しかし、内視鏡検査で異常所見は認められなかった。

③身体症状症の患者の治療

・嚥下障害のみならず、身体科と連携をとり、定期的に身体評価を行っておくことの必要性があると思われる