

# 石川島記念病院

症 例 概 要 患者：70代 男性

病名：左延髄梗塞

入院期間：令和3年1月 ～ 令和3年6月

経過：2017年脳腫瘍の後遺症で、高次脳機能障害が残存し、要介護3で訪問リハビリをうけていた。2020年12月にめまいを主訴に救急要請。一旦帰宅するが症状増悪に対し入院。左椎骨動脈解離による左延髄梗塞を認め保存的加療。歩行障害と重度嚥下障害が残存しており当院へ入院。多職種が連携し、3食経管栄養で入院されるも退院時には米飯・常菜・とろみなしの設定で退院することが可能になった。

## 内 容

この症例はワレンベルク症候群であり重度嚥下障害を認めたが、3食経管栄養であり、唾液でのむせを多く認め、唾液誤嚥レベルであり、唾が飲み込めず1日でボックスティッシュを1箱使い切るほど痰を出していた。また嚥下反射遅延や喉頭挙上範囲・筋力の低下を認め、前院で嚥下内視鏡検査（VE）の結果では、明らかな食道入口部開大不全は認めなかった。

この頃は嚥下障害の認識が乏しく、ご本人のこだわりも強かったため、嚥下練習の進みはゆっくりであった。日常生活は車椅子軽介助で全般的に促しが必要、認知機能はコース立方体検査でIQ60と低下があった。

まず、リハビリの中でゼリーの経口摂取から開始。3口程度摂取すると嚥下反射遅延を認めた。1か月後、当院で嚥下造影検査（VF）を実施。入院時に比べ喉頭挙上力は改善し30度、正中位でとろみ水（濃いとろみ）の練習も開始することが可能になった。

ゼリーと濃いとろみでの練習を1か月実施し30度、ペースト食、濃いとろみで昼食が開始。また、この段階で食後の吸引は必要なくなった。また安定して食べることができたため経管が離脱し、3食経口摂取となった。

その後、90度座位で摂取が可能となったところで、とろみ減量・食形態向上を段階的に評価を実施。その後とろみなしで、米飯・常菜が食べられるようになった。

一方、運動機能では、軽度の運動失調の影響でバランス障害や動作時のふらつきがあり、車いす軽介助レベルから、サークル歩行器歩行へ以降していったが、最初は拒否もみられリハビリ以外は自室に横になっていることが多くみられた。食事形態が上がってくるとともに、最初は、そぞう性嘔声もあり、口数も少なかったが、スタッフとも慣れてからは発話も増えて、リハビリへの意欲も高くなった。体力も向

上し、独歩ができるようになってからは積極的にスタッフと外出練習を繰り返し実施していた。その際、入院時から変わらず雪駄で歩かれていたが、特にバランスを崩すことはなくなり、屋内外ともに歩行自立が可能となった。

また、非言語性の知能検査（コース立方体テスト）はIQ108まで向上を認めた。

退院の際には、食事の面で、1口量が増えた時には時折、むせを認めたためゆっくりとしっかり嚙んで食べるように促すとともに、当院で提供されない食材も自宅では摂取するため、訪問リハビリ（ST）につなぎ食事評価・嚥下機能評価を依頼した。

ご本人からは、「はじめから思うとこんなに食べられるようになるとは思わなかった。」と嬉しそうに話をされていた。また前院の医師からも、「こんなによくなるとは思わなかった。」とのコメントを頂いている。今現在も1か月に1度は院長の外来診療には、お一人で来られている。

主治医、看護師、栄養科、相談員、薬局、リハビリなど多職種と定期的に連携を取り合ったことにより期限内にご本人、ご家族の希望通りの状態まで改善にいたることができた症例である。