

45 失調の強い嚥下障害症例術後の治療経験

耳鼻咽喉科 鈴木康司 田内 光 第二機能回復訓練部 君嶋伸明

嚥下障害に対する外科的治療は、残存する喉頭機能を生かした上で嚥下動態の改善を図る嚥下機能改善手術と、喉頭摘出術に代表されるような喉頭機能を犠牲にして誤嚥を防ぐ誤嚥防止手術に分類される。このうち嚥下機能改善手術には様々な術式が考案されているが、その適応にはまだ不明確な部分も多く、手術法の選択の際に苦慮する事も少なくない。

今回我々は、他院にてこの嚥下機能改善手術の施された、極めて失調の強い患者に対して機能訓練を行う機会を得たのでその概略を紹介し、嚥下機能改善手術の適応に関して考察する。

症例は発症時 37 歳の男性で 2006 年 5 月 6 日右椎骨動脈瘤破裂によるクモ膜下出血を発症し、同日後頭蓋窩開頭にて trapping を施行され、6 月 14 日 VP shunt 術を施行されている。10 月 10 日当院神経内科にリハビリ目的に転院、四肢体幹運動失調高度および右 VII、IX、X、X II 麻痺を認め、下咽頭食道造影検査では嚥下運動不全型誤嚥を認めた。

この症例に対し手術を計画し、2007 年 1 月 18 日他院に転院、1 月 20 日咽頭弁形成術・右輪状咽頭筋切断術・喉頭挙上(下顎骨舌骨縫縮)術・咽頭縫縮術が施行され、術後リハビリ目的に 4 月 3 日当院再転院となった。四肢体幹の極めて強い運動失調のため座位の保持ができず、再建された咽喉頭を利用する随意運動も困難なため、気道保護を優先させて機能訓練計画を立てた。現在少量のゼリーの経口摂取は可能となったが、引き続き機能訓練を行っている。

輪状咽頭筋切断術+喉頭挙上術は嚥下機能改善手術として比較的多く選択される術式であるが、嚥下運動の反射性を下顎の随意運動で補うことを目的としており、術後の機能訓練には少なくとも当初はその随意運動は必須である。本症例のように極めて強い失調がある場合には、やみくもに手術を選択するよりも、気道保護を優先させ手術の時期を検討することが必要であると考えた。