

意識障害が長期間遷延したが発症 5 か月後に経腸栄養から離脱できたくも膜下出血の一例

○柊島孝則 1)、石井紀子 1)、松井恵 2)、水口卓也 3)、横関恵美 4)

1) 水無瀬病院 リハビリテーション部 言語聴覚科

2) 水無瀬病院 リハビリテーション部 作業療法科

3) 水無瀬病院 リハビリテーション部 理学療法科

4) 水無瀬病院 医師

【はじめに】意識障害は嚥下評価・訓練の阻害因子であり、誤嚥の危険因子となる。くも膜下出血発症後、意識障害が長期間遷延したが F ILS7 まで改善した一例を経験したので報告する。

【症例】80 代女性、Y 月くも膜下出血を発症し緊急入院となった。術後、髄膜炎と水頭症を合併し、神経症状の改善がないまま Y+4 カ月で当院に転院となった。初診時、GCS:E4V1M1、両上下肢に痙性麻痺（Brs 上肢Ⅲ、手指Ⅱ、下肢Ⅱ）があり、摂食嚥下状況は FILS1 であった。

【経過】入院時、開口不良、挺舌は不能で改訂水飲みテスト評価 3 であった。V F では口腔期障害と嚥下反射の軽度惹起遅延を認めたが、咽頭ク リアランスは良好であったため嚥下調整食コード 2 - 1 にて食事開始。Y+5 カ月、アマンタジンの内服 が開始されると GCS:E4V2M4 となり、口腔機能訓練を実施できるようになってきた。義歯を新調し、 干渉電流型治療器を使用した直接嚥下訓練も行い FILS6 となる。その後、てんかん重積を合併したものの抗てんかん薬を開始。GCS:E4V4M5 と意識障害が改善し FILS7 となった。両上下肢の運動麻痺は変化がなかった。

【考察】本症例は意識障害と両上下肢に重度の運動麻痺が残存し、錐体路病変による嚥下 機能への影響が疑われた。当院初診時に意識障害が残存していた状態で V F を実施し、段階的に直接嚥 下訓練を実施したことで嚥下障害の改善に至ったと考える。