症 例

重度嚥下障害を伴う感覚性失語症患者における音声表出 および経口摂取の回復

永積 渉¹⁾ 三枝 英人²⁾ 門園 修²⁾
山口 智³⁾ 小町 太郎⁴⁾ 伊藤 裕之¹⁾

要 約：誤嚥に伴う頻回の肺炎発症や、吸引回数の過多などの問題は、患者や家族、介護者の負担となる一方、音声言語によるコミュニケーションは、たとえ重度の感覚性失語となって有意味語が使用できない状態に陥ったとしても、感情に伴う発声、咄嗟時の発声などの心情の表出が行えるものであれば、重要な機能として回復、もしくは保存すべきものであるといえる。したがって、音声を永続的に奪う誤嚥防止術を施行することは、たとえその結果、経口摂取が可能となるとしても、嚥下障害に対する治療を徹底的に行っても改善が得られない場合以外には、まず目指すべき望ましい方向性とはいえない。今回、わたしたちは、重度の嚥下障害を伴う感覚性失語症の患者に対して、音声表出および経口摂取の回復を行いえた症例を経験したので、その治療経過を報告したい。

症例は48歳女性。1年前、左側中大脳動脈領域の動脈瘤破裂に対してクリッピングを受けると、その2ヵ月後に施行された頭蓋形成術中に未破裂の小脳動脈瘤が破裂した。これに対して後頭蓋窩開放・減圧術が施行されるも重度の嚥下障害が発症・遷延したため気管切開、胃瘻造設が施行された。その後在宅療養中であつたが、終日にわたり頻回な気管内吸引が必要な状態であつたため、誤嚥防止術の適応として当科紹介。これに対して、本症例の嚥下障害の病態を解明し、それに対するアプローチを徹底的に行ったところ、気管孔閉鎖が可能となり、さらに経口摂取、音声表出の回復が得られた。

索引用語：嚥下障害、感覚性失語、経口摂取、音声言語、誤嚥防止術

Recovery of Vocal Communication and Oral Intake in a Patient with Sensory Aphasia Accompanying Severe Dysphagia

Wataru Nagazumi¹⁾, Hideto Saigusa²⁾, Osamu Kadosono²⁾, Satoshi Yamaguchi³⁾,
Taro Komachi⁴⁾ and Hiroyuki Ito¹⁾

日本医科大学付属病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科¹⁾：〒113-8603 東京都文京区千駄木 1-1-5

東京女子医科大学八千代医療センター耳鼻咽喉科・小児耳鼻咽喉科²⁾：〒276-8524 千葉県八千代市大和田新田 477-96

日本医科大学武蔵小杉病院耳鼻咽喉科³⁾：〒211-8533 神奈川県川崎市中原区小杉町 1-396

日本医科大学千葉北総病院耳鼻咽喉科⁴⁾：〒270-1694 千葉県印西市鎌苅 1715

¹⁾Department of Oto-Rhino-Laryngology, Nippon Medical School Hospital: 1-1-5, Sendagi, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8603, Japan

²⁾Department of Oto-Rhino-Laryngology, Tokyo Women's Medical University Yachiyo Medical Centre: 477-96 Ohwadashinden, Yachiyo-City, Chiba 276-8524, Japan

³⁾Department of Oto-Rhino-Laryngology, Nippon Medical School Musashikosugi Hospital: 1-396 Kosugi-machi, Nakahara-ku, Kawasaki-City, Kanagawa 211-8533, Japan

⁴⁾Department of Oto-Rhino-Laryngology, Nippon Medical School Chibahokuso Hospital: 1715 Kamakari, Inzai-City, Chiba 270-1694, Japan

2016年10月7日受稿 2017年3月10日受理

Abstract: Problems associated with frequent pneumonia and excessive suction accompanying aspiration are the patient's own pain and the resulting burden on the family and care staff. Even if speech communication is not possible due to severe sensory aphasia, so long as the patient can utter vocalizations with emotion or quick voice, those important functions should be preserved. Therefore, surgical prevention for aspiration that will cause permanent vocal loss is not desirable even if it would enable recovery of oral intake. Here we report on the progress of our treatment of a patient with sensory aphasia accompanying severe dysphagia who recovered vocal communication and oral intake.

The case was a 48-year-old female. One year ago she underwent clipping of a left middle cerebral artery aneurysm. Two months later her cerebellar artery ruptured during cranioplasty. She underwent a decompressive craniectomy for the posterior fossa, but this was followed by severe dysphagia, and as those symptoms continued, she then underwent a tracheostomy and gastrostomy. She took home care after that but needed frequent suction all day long, so she was introduced to us for surgery to prevent aspiration. We elucidated the disease state of dysphagia in this case and undertook thorough treatment. Ultimately we were able to close the tracheal stoma and she recovered oral intake and vocal communication.

Key words: dysphagia, sensory aphasia, oral intake, vocal communication, surgical prevention for aspiration pneumonia

はじめに

音声言語によるコミュニケーションは重要な機能であり、それはたとえ失語症の状態となり、有意味語の使用はできなくとも、表情とともに喜怒哀楽や心情、咄嗟時の発声が行えるのであれば、重要な機能として保存すべきものである。一方、嚥下機能は、生命維持には本能的な機能であり、その回復は根源的な要求であるといえる。また、誤嚥による下気道の障害、頻回な吸引が必要などの問題は、患者とともに家族、介護者の大きな負担である。しかしながら、重度の感覚性失語症の患者であっても、音声を永続的に奪う誤嚥防止術を安易に行うことは、たとえその結果として経口摂取が可能になったとしても、決して目指すべき望ましい姿とはいえない。

今回私たちは、誤嚥防止術の適応と考えられていた重度嚥下障害を伴う感覚性失語症の患者に対して、嚥下障害の病態についての詳細な観察と分析の結果、気管孔を閉鎖したうえで、音声表出の再開、経口摂取の回復を達成できた一例を経験したので、その経過を文献的考察とともに報告したい。

症 例

症例：48歳女性

既往歴：高血圧

家族歴：特記すべきことなし

現病歴：2012年4月、左側中大脳動脈領域の動脈瘤破裂によるクモ膜下出血に対して他院脳神経外科にて緊急で開頭減圧、動脈瘤に対するclipping術が施行された。術後、右側片麻痺と感覚性失語症を発症したが経口摂取は可能であった。2012年6月に、同院脳神経外科で頭蓋形成術が施行された際、術中に未破裂の小脳動脈瘤が破裂し、後頭蓋窩開放・減圧術が施行された。術後、重度の嚥下障害を発症し遷延した。このため2週間後に気管切開、4週間後に胃ろう造設術が施行された。その後、近医リハビリテーション病院へ転院し、理学療法とともに口腔内器官運動の他動的運動や口腔内アイスマッサージ、少量のゼリーを用いての経口摂取訓練などが3ヵ月間、週5日実施されるも改善せず退院し、在宅療養へと移行した。在宅では介護保険サービスを利用しながら療養を続けるも、終日にわたって頻回な気管内および口腔内吸引が必要な状態であり、就労世代の患者の娘2人が退職のうえ、介護にあたっている状態であった。このため、誤嚥防止術の適応として発症から1年後の2013年4月に当院へ紹介され入院した。

当科入院時の所見：意識清明、車椅子座位は1時間程度可能であった。カフ付き気管カニューレ装用のうえ、胃ろうの状態であったが、これらを頻回に自己抜去するため両手に抑制用グローブが装着されていた。

理学所見：胸部聴診で右側下肺野を中心に湿性ラ音を聴取した。呼吸は胸式のもので、浅く頻回であった。腹部の聴診では腸蠕動音は微弱であり、打診で鼓音を聴取した。

神経学的所見：深部腱反射（上腕二頭筋/上腕三頭筋/膝蓋腱/アキレス腱）の亢進なし、右側で Barré 徴候陽性であった。関節固縮なし。下顎反射亢進なし。瞳孔不同および眼瞼下垂なし。角膜反射は左右正常であった。失語症のため指示理解が困難であり小脳症状の詳細は確認できなかったが、体幹失調は認めなかった。左方注視時に左向き眼振を認めたが、眼位と眼球の可動範囲は両側ともに異常を認めなかった。

神経心理学的所見：標準的な神経心理学的検査はすべてにおいて課題の理解が進まず施行困難であり、またカフ付き気管カニューレが挿入されていたため詳細な評価は不能であった。表情の変化に富み、アイコンタクトの取れることが多く、簡単な質問に対して頷きや首ふりによる反応を示すものの、その一貫性はなく、単語レベルの理解も難しい状態であると判断された。文字理解も同様に困難であり、重度の感覚性失語の状態と判断した。また、注意散漫の状態であり、課題に集中することも困難であった。さらに右側の視野方向からの反応が乏しく、右半側空間無視の状態であると考えた。一方、状況に対する反応は悪くなく、体位交換の際にみずからベッド柵につかまるといったことが可能であった。

耳鼻咽喉所見：咽頭後壁、軟口蓋、声帯にやや左側で強い両側性のミオクロヌスを認めた。中咽頭後壁の触診では左右差なく咽頭絞扼反射が誘発された。

両側下咽頭梨状陥凹には多量の泡沫状分泌液の貯留を認め、これらが溢れ出し気管内に常時流れ込み、気管切開孔より噴出し、頻繁に咳込んでいる状態であっ

た。また、左側優位で両側性の後頸部～肩帯筋群、両側性の舌骨上/下筋群・咀嚼筋群・顔面表情筋、オトガイ舌筋、茎突舌筋の筋緊張性亢進を認めた。なお、明らかな歯牙や咬合の異常は認めなかった。なお、気管切開は輪状軟骨下方が削除された状態で高位気管切開の状態であった。

血液学的所見：有意な異常所見を認めなかった。

頭部 CT 所見（図 1）：左側大脳半球および小脳の広範な低吸収域を認め、左側側脳室および第四脳室の拡大を認めた。後頭蓋窩の骨は欠損していた。

胸部単純 X 線所見（図 2a）：右側下肺野に陰影を認めた。

腹部単純 X 線所見（図 2b）：多量の腸管ガスを認めた。

頸部単純 X 線所見（図 2c）：気管カニューレが輪状軟骨下方を削除するようにして挿入されていることが確認された。

入院後の経過：以上の結果から、左側側頭葉～後頭葉、中脳左側、左側小脳半球、右側錐体路の障害が主体であり、嚥下運動を支配する延髄嚥下中枢の障害を含まず、皮質延髄路の障害はあっても片側性であり、軽度であると考えられた。本症例の嚥下障害の原因は、輪状軟骨を一部削除する高位気管切開と、頸部筋群、特に舌骨下筋群の過緊張による嚥下の喉頭挙上の制限が主原因と考えられた¹⁾。このため、まず、気管切開孔より上方に狭窄性病変のないことを確認したうえで、車椅子座位の状態で気管カニューレを抜去し、数分間経過を観察した。その結果、気管カニューレ抜去前には頻繁に咳き込み、気管切開孔より多量の泡沫状の分泌液が噴出していたものが、大幅に減少することがわかった。そこでスピーチカニューレに交換したところ、咳嗽時などに有響性音声聴取された。その後

図 1 当科初診時の頭部 CT 所見

図2 当科初診時の胸腹部・頸部単純X線所見

30分間問題なく経過したので、ベッドに戻し臥床させたところ、再度多量の泡沫状の分泌液が気管孔より噴出し、呼吸困難に陥った。そこで、気管内吸引後に再び座位とさせ、スピーチバルブを外すと呼吸は安定したが、スピーチバルブを再装着すると、呼吸困難が再燃することを繰り返した。気管孔より噴出する泡沫状の分泌液の性状をテストで調べたところ、pH 8.5とアルカリ性であることが判明したため、胆汁を含む胃食道逆流が咽喉頭レベルまで及び誤嚥していることが推定された。頸部筋群の過緊張は、右側片麻痺、後頭蓋窩骨欠損後の後頸部～肩帯筋群の過緊張以外に、喉頭杓組みを頸椎方向に押し付けるようにして胃食道逆流が咽喉頭レベルにまで達しないようにするために舌骨下筋群を始めとする頸部筋群の筋緊張を亢進させていることが考えられた²⁾。

そこで、ベッド上臥床時はベッドアップ30度を保つこととし、プロトンポンプ阻害剤 (lansoprazole 30 mg)、消化管運動改善薬 (mosapride citrate 15 mg) とともにメシル酸カモスタット (camostat mesilate 300 mg) を投与した。また、胃ろうから投与する濃厚流動食を半固形のものに変更した。また、便秘傾向であったので、排便コントロールを徹底するようにした。その結果、5日後には下咽頭梨状陥凹に貯留していた泡沫状分泌液の量は大幅に減少し、気管孔より噴出することもなくなったので、終日スピーチバルブの装着が可能になり、気管内吸引もほとんど不要となった。そこで、第1回目の嚥下造影検査を行った。

第1回目の嚥下造影検査の結果：検査は車椅子座位の姿勢で、血管造影剤を用いて行った。初めに20 ml程度の造影剤の入ったコップを患者に手渡したが、指示を理解できず、コップ内の造影剤を一気に口腔内へ送り込み誤嚥してしまった。そこで、その後は注射用

シリンジを用いて3 mlずつ口腔内へ造影剤を注入し検査を行った。嚥下前、舌は後上方に変位し、中咽頭の前後径は狭い状態にあった。嚥下時の舌骨の前上方への挙上運動は比較的良好であったが、挙上後舌骨は軽度下制してしまっていた。さらに、甲状舌骨間隙縮小時に舌骨はさらに下方へ牽引されてしまっていた。なお、下顎骨の閉口位での保持は可能であった。嚥下時の喉頭の挙上距離は約1椎体、上食道孔の開大幅も中等度以上に保たれていた。咽頭蠕動波の発現と伝播は正常であった。下咽頭梨状陥凹へ造影剤の残留を認め、軽度の喉頭下降期型誤嚥は認めた。なお、誤嚥に対する知覚は保たれ、その咯出は十分に可能であった。

以上のことから嚥下運動自体の障害はわずかであり、舌骨の挙上運動制限の主原因は輪状軟骨下端を削除した高位にある気管切開によるものと考えられたので、全身麻酔下に気管切開孔閉鎖術を行った (局所麻酔では安静の支持理解が難しかったため)。その結果、手術2週間後には頸部筋群の筋緊張が著明に軽減し、呼吸様式も胸腹式となり安定した。また、肩帯周囲筋群の過緊張が軽減したため左側上肢の運動能力も改善した。そこで、2回目の嚥下造影検査を行った。

2回目の嚥下造影検査の結果：1回目と同様に車椅子座位の姿勢で、血管造影剤を使用して行った。まず、注射用シリンジを用いて3 mlずつ口腔内へ造影剤を注入して検査を行ったところ、嚥下時の舌骨の挙上位での保持は改善し、上食道孔の開大もさらに良好となっていることが確認された。そこで、造影剤をコップに入れ、患者の口元に当ててみたが、にこやかに頷くだけで開口しようとし、開口するようジェスチャで指示するが開口しない、口元に当てたコップを傾けてようやく造影剤を口腔内に送り込んでも口腔外へこぼしてしまうという状態であった。また、口腔

内へため込んだ造影剤が一部下咽頭梨状陥凹へ流れ込み、喉頭挙上期型誤嚥を呈する現象も観察された。

このことから、今までの経過により、発現した場合の嚥下運動は改善したものの、嚥下障害が遷延しているのは、経口摂取行動に対する認知、いわゆる嚥下の先行期の障害が残存していることと、随意運動である口腔期嚥下の発現、口腔期から反射運動である咽頭期嚥下への円滑な移行が障害されているためと考えられた。しかし、造影剤をシリンジで口腔内へ注入した場合、コップを提示しただけの場合、コップを口に当て傾けて口腔内へ誘導した場合とでは、反応性が必ずしも一定しないことから、経口摂取行動に対する認知は完全には障害されていないと推察された。また、ジェスチャや身振りでの行動の修正が困難であり、注意散漫のため経口摂取に集中できる時間が短く、感覚性失語による理解困難に対する対応も必要と考えられた。一方で、患者の表情の変化を観察していくと、口腔内の温度感覚や味覚については比較的保たれていると推察された。

そこで、食事に集中できる環境を整理し、残存している認知機能を有効に活用しながら経口摂取訓練を進めることを目指した。具体的には、隣ベッドとの境となるカーテンを引いて、周囲からの刺激で注意散漫が起こらないような環境を作り、右半側空間無視に対して左側からの食事介助、さらに食物への注意・意識を集中させるために食器を患者本人にも持たせるようにした(図3)。そのうえで1日1食、昼食時に30分以内を目安に経口摂取訓練を行うこととした。なお、食事形態は咀嚼を要さないペースト状とし、一口量はティースプーン一杯程度とし、言語聴覚士(著者)により全介助で経口摂取訓練を開始した。介助の際には、スプーンを下口唇に軽く当て、開口を促したうえで、スプーンの先端を舌前方に載せ、上口唇を用いて口腔内に取り込めるようにした(図4)。その後の経過を以下に示す。

ST 介入 5 日目：食塊に注目できるようになり、食物が載ったスプーンの動きに合わせてみずから開口できるようになった。これとともに開口動作が模倣によりできるようになった。

ST 介入 6 日目：これ以上は要らないという食思の反応が観察されるようになり、食事終了後に自分でエプロンを外すなどの行動も観察された。この頃から、食後の口腔・咽頭内吸引量が減少した。

ST 介入 12 日目：食べたいものを指差ししたり、ゼリーやヨーグルトの蓋を開けようとするなどの行動

図3 食事介助時の環境整備

隣ベッドの境となるカーテンを引き、食事に集中できる環境を整備し、右半側空間無視があるため、介助者は患者の左側に座るようにした。

図4 食事介助の様子

スプーンを下口唇に軽く当て、開口を促した。その後、スプーンの先端を舌前方に載せ、上口唇を用いて口腔内に取り込めるようにした。食器も介助者とともに患者の左手で持つようにした。

が観察されるようになった。

ST 介入 14 日目：常食摂取が可能となり、摂取量も70%以上となった。拙劣ではあるが左手でのスプーン操作も可能となった。

そこで、家族に経口摂取の介助の方法を指導後、自宅退院した。退院後は、家族が食事介助に十分な時間が割けないときには、胃ろうからの経管栄養を行っているが、1日1食以上は常食を100%摂取できるようになった。また、テレビから流れてくる音楽に合わせて発声したり、簡単な挨拶程度の発語も可能になった。その結果、以前よりの表情の豊かさも相まって家族とのコミュニケーション能力も飛躍的に向上した。なお、退院6ヵ月後には口腔・咽頭内の吸引も不要になったとのことであった。

考 察

身体機能の障害に加えて、嚥下障害を有する患者の介護は、食事の準備や介助に掛かる時間と労力、口腔

内吸引、誤嚥時の対応など、家族や介護者にとって負担となる。経管栄養法のうち、胃ろうは嚥下障害患者の水分・栄養摂取、薬剤投与の代替ルートになるとともに、介護者の負担を減らすものでもあり、内視鏡的胃ろう造設技術の進歩とともに近年広く普及している理由でもある。造設された胃ろうは、寝た切り度ランクCのほぼ寝た切りに近い状態の患者であれば結局はそのまま使用を継続することになることが多い³⁾。しかし急性期からその後の回復期リハビリテーションを経て、少なくとも意識障害がなく、車椅子座位保持ができる状態にまでいたれば、消化管運動不全や呼吸循環不全などの合併症や基礎疾患の有無に影響されることもあるが、経口摂取再開への道を目指し、胃ろうからの離脱を模索することが望ましい。

一方、誤嚥性肺炎を反復する、頻回の気管内吸引を要する重度嚥下障害例に対して、喉頭気管分離術や喉頭摘出術で代表される誤嚥防止手術の施行が検討される場合がある。誤嚥防止術では永続的に音声機能を喪失し、嗅覚をはじめ上気道機能が低下するという欠点があるものの、吸引回数の減少、吸引量の減少、多少の経口摂取が可能になることから、家族および介護者のQOLに貢献しうることが指摘されている。しかし、この利点が強調されるあまり、本来は改善できる道がありながらも、安易に誤嚥防止術が選択されるという新たな懸念も指摘されている⁴⁾。したがって、患者ごとに原疾患の予後や病勢、全身的条件、社会的背景を十分に考慮する必要がある⁵⁾。

本症例は頻回の気管内吸引を要する重度嚥下障害患者であり、感覚性失語症状もあった。このため、上記に挙げられた誤嚥防止術の適応に合致するものとも考えられる。しかし、48歳と比較的若年であり、発症から1年程度しか経過していなかったことと、他に重篤な合併症がなく、安定した座位保持が可能であり、呼吸・循環機能も安定していたことから、その絶対的な適応とはいいがたい状態であった。また、嚥下障害発症の原因が、神経学的所見や画像所見からは説明がつかず、脳出血以外の要因が嚥下に不利な条件を演出しているものと考えられた。さらに感覚性失語症であっても、笑声や感嘆といった感情表出時の音声を喪失させるべきではないと考えた。そこで、まず嚥下障害の病態、嚥下に対して不利な条件を明らかにし、その解決を徹底的に目指すこととした。音声を保存したまま経口摂取を可能にすることが、たとえ誤嚥防止術による治療よりも時間を要することになったとしても有意義なものと考えられた。

本症例の嚥下障害の主要因は、輪状軟骨下端を削除する位置になされた高位気管切開と、頸部筋群の過緊張による嚥下時の舌骨の前上方への挙上運動の制限によるものと考えられた。頸部筋群の筋緊張性亢進には、右側片麻痺と後頭蓋窩の骨欠損に伴う影響とともに、胆汁を含む腸胃食道逆流に抗するための影響が考えられた。また、胸式の浅く頻回な呼吸により頸部筋群の代償的な筋緊張亢進も考えられた。これらに対して対応を行ったことで、まず気管切開孔の閉鎖が可能になり、嚥下運動の改善が得られた。その後の経口摂取再獲得へいたる過程については、右側半側空間無視、注意散漫、感覚性失語症状による指示理解困難が主要因と考えられた。ジェスチュアについての理解も困難であり、視覚性認知も低下していたものと考えられた。これらの認知機能の低下は、経口摂取行動の認知に悪影響し、嚥下の先行期と、随意運動である口腔期、さらに口腔期から反射運動である咽頭期嚥下への円滑な移行が障害される要因になっていたものと考えられた。また、一口量が多い場合や呼吸のタイミングによっては、咽頭期嚥下が発現する前に下咽頭に流れ込み、喉頭挙上期型誤嚥を呈する原因にもなっていたと考えられた。このため、リハビリテーションアプローチは経口摂取に対する認知、食事に対する注意をいかに高めるかを主眼に行った。具体的には非障害側であり、半側空間無視の影響の少ない左側上肢に食器を持たせることが経口摂取の認知を高め、食事に対する注意を向けることに有用と考え、実践に取り入れることにした。また、隣ベッドとの境となるカーテンを引き、食事に集中できる環境を設定し、右半側空間無視があると考えられたため患者の左側から介助を行う、直接訓練に要する時間を30分程度以内とするなど、身体疲労や注意集中度にも配慮しながら訓練を行った。そのうえで、手指および口唇・口腔粘膜の知覚を介した非言語的情報も提供しつつ促通を図った。その結果、経口摂取訓練開始から14日で常食摂取が可能となり、口腔内吸引回数も激減し、6ヵ月後には吸引は全く不要となった。また、発語は難しいものの、テレビから流れてくる音楽に合わせて声を出す、簡単な挨拶程度の発語が可能となるなど、家族とのコミュニケーション能力も向上した。さらに、呼吸様式が胸腹式で深い安定したものとなり、肩帯周囲筋群の過緊張が軽減したため左側上肢の運動能力も改善した。

本症例のように良好な経過を得られる症例は必ずしも多くないと思われるが、嚥下障害を誤嚥の有無の判定と、症状対応的な治療だけでなく、個々の症例に存

在する嚥下障害の真の原因、嚥下障害の改善に対して不利となっている要因を一つ一つ明らかにし、対応していくことが重要と考える⁵⁾。そのうえで、個々の症例に対して最も適切な対応、治療方針が得られるものと考えられる。一見、嚥下障害とは無関係と思われるも、本症例で認められた腸胃食道逆流の制御や便秘のコントロールなど、嚥下・呼吸運動に不利な要因については徹底的に排除することが重要であり、原因精査不十分のまま、画一的な嚥下訓練を施行するべきではないと考える⁵⁾。すなわち、嚥下障害は疾患ではなく、さまざまな経過とともに発生した障害であり、患者ごとにその発症の成り立ちは異なっているはずであり⁵⁾、個々の患者の嚥下障害の発症と、改善を阻害する因子につき、徹底的に追及し、アプローチすることが最も重要であると考えた。また、失語症の有無についても、たとえ意味語の発語が難しくとも、感情表現に伴う発声など含めすべての発声が失われているのではないので、簡単に言語機能の喪失と判断することは必ずしも妥当ではないと考えられる。

一方で、脳血管障害発症後のリハビリテーションへの医療保険算定期間が短く、状態が落ち着けば次の病院へと転院、さらに在宅医療もしくは施設という最近の医療情勢は、胃ろうの普及が近年新たな問題となっているように、誤嚥防止術が安易に選択されることに拍車を掛ける懸念がある⁶⁾。最近、誤嚥防止術のさまざまな術式が報告され⁷⁻⁹⁾、術後の長期生存、QOL改善などの利点が強調されているが、患者の長期生存に伴う介護者の高齢化や疾病罹患時の問題、これに伴う子育て世代への新たな負担などの問題も指摘されており¹⁰⁾、改めて誤嚥防止術の適応についても検討する必要があると考えられる。同時に最近の医療政策は、嚥下障害を有する患者と時間を掛けて対峙するといっ

た、医学の本質的な考え方の養成には不都合な状況になっているという懸念もある。今後に残された課題と考える。

利益相反自己申告：申告すべきものなし。

文 献

- 1) 豊島真理子, 三瀬和代, 西窪加緒里, 他：気管切開孔形成術を契機に嚥下機能の改善が得られたワレンベルグ症候群の1例. 音声言語医学, 50: 1-5, 2009.
- 2) 三枝英人：嚥下内視鏡検査と治療計画—耳鼻咽喉科の場合—, ENTONI, 147: 59-66, 2012.
- 3) 森 泰雄, 黄永信理, 大蝶修司, 他：難治性誤嚥の治療における喉頭摘出術—ランクCの寝たきり老人に対する経験—, 日気食会報, 43: 332-338, 1992.
- 4) 棚橋汀路：誤嚥と嚥下障害の治療, 耳展, 37: 365-370, 1994.
- 5) 三枝英人：嚥下障害に悩む患者をいかに診察し, 理解するべきか? 嚥下医学, 1: 31-35, 2012.
- 6) 安岡義人：喉頭気管分離術の普及とその危惧, 小児耳鼻, 32 (3): T-1-T-3, 2011.
- 7) 内田真哉, 足立直子, 西村泰彦, 他：声門下喉頭閉鎖術による誤嚥治療, 耳鼻臨床, 101: 121-126, 2008.
- 8) 鹿野真人, 桑畑直史, 高取 隆, 他：長期臥床症例に対する輪状軟骨鉗除を併用する声門閉鎖術, 喉頭, 20: 5-12, 2008.
- 9) 安岡義人, 二宮 洋, 紫野正人：喉頭気管分離術（気管弁法）の術式とその利点, 小児外科, 43: 283-287, 2011.
- 10) 伊藤裕之, 加藤孝邦, 長友秀樹, 他：当科における最近10年間の誤嚥防止術の統計ならびに誤嚥防止術の文献的考察, 日気食会報, 62: 315-321, 2011.

別刷請求先：〒113-8603 東京都文京区千駄木 1-1-5
日本医科大学付属病院耳鼻咽喉科・
頭頸部外科
永積 渉