

Sat. Nov 7, 2020

B会場

摂食機能療法専門歯科医師審査ポスター | ライブ

摂食審査ポスター G1

8:30 AM - 10:40 AM B会場

[摂食P-01] 訪問診療にて摂食嚥下障害患者に対し多職種連携で介入を行い摂食嚥下機能および栄養改善に寄与した一症例

○中澤 悠里¹ (1. 医療法人社団登豊会近石病院 歯科・口腔外科)

[摂食P-02] 転移性脳腫瘍の嚥下障害に対して多職種で経口摂取を可能にした1例

○東 倫子¹ (1. 岡山大学病院スペシャルニーズ歯科センター)

[摂食P-03] 脳出血後の胃瘻増設患者に対して病院から在宅ヘシームレスな連携により経口摂取を維持できた一症例

○奥野 健太郎¹ (1. 大阪歯科大学 高齢者歯科学講座)

[摂食P-04] 球脊髄性筋萎縮症患者の摂食嚥下外来での長期経過

○佐藤 茉莉恵¹ (1. 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 高齢者歯科学分野)

[摂食P-05] 口腔期を中心とした歯科的支援が嚥下リハビリテーションに有効だった症例

○野本 亜希子^{1,2} (1. 浜松市リハビリテーション病院、2. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 高齢者歯科学分野)

[摂食P-06] 右舌癌術後患者に対して上下口腔内装置を用いて摂食機能療法を実施した一例

○弘中 早苗^{1,2} (1. 九州歯科大学 老年障害者歯科学分野、2. 東京都健康長寿医療センター自立促進と精神保健研究チーム)

[摂食P-07] 脳出血後の胃瘻造設患者に対して訪問診療で経口摂取を試みた1例

○小林 健一郎¹ (1. こばやし歯科クリニック)

C会場

摂食機能療法専門歯科医師審査ポスター | ライブ

摂食審査ポスター G2

8:40 AM - 10:30 AM C会場

[摂食P-08] 視床出血後に気管切開、寝たきりとなった患者がリハビリテーションにより自力で経口摂取が可能となった一例

○横山 薫¹ (1. 仁厚会病院 口腔外科)

[摂食P-09] ワレンベルグ症候群患者への継続的リハビリテーションにより経口摂取可能になった症例

○田頭 いとゑ¹ (1. 東京医科歯科大学歯学部付属病院)

[摂食P-10] 中咽頭癌治療後の重度摂食嚥下障害患者に対する経口移行への取り組み

○小池 丈司¹ (1. 昭和大学歯学部スペシャルニーズ口腔医学講座口腔口腔リハビリテーション医学部門)

[摂食P-11] 外傷による術後の長期気管挿管後に来した嚥下機能低下に対し多職種でリハビリテーションを行った一症例

○宮本 佳宏¹ (1. 愛知学院大学高齢者歯科学講座)

[摂食P-12] 頸髄損傷の患者に対して多施設・多職種介入により摂食機能の維持が行えている一症例

○加地 彰人¹ (1. 医療法人 あき歯科医院)

[摂食P-13] 慢性期の摂食嚥下障害に対して多面的アプローチが有効であった一例

○内宮 洋一郎¹ (1. おおい歯科医院)

摂食機能療法専門歯科医師審査ポスター | ライブ

摂食審査ポスター G1

Sat. Nov 7, 2020 8:30 AM - 10:40 AM B会場

[摂食P-01] 訪問診療にて摂食嚥下障害患者に対し多職種連携で介入を行い摂食嚥下機能および栄養改善に寄与した一症例

○中澤 悠里¹ (1. 医療法人社団登豊会近石病院歯科・口腔外科)

[摂食P-02] 転移性脳腫瘍の嚥下障害に対して多職種で経口摂取を可能にした1例

○東 倫子¹ (1. 岡山大学病院スペシャルニーズ歯科センター)

[摂食P-03] 脳出血後の胃瘻増設患者に対して病院から在宅へシームレスな連携により経口摂取を維持できた一症例

○奥野 健太郎¹ (1. 大阪歯科大学 高齢者歯科学講座)

[摂食P-04] 球脊髄性筋萎縮症患者の摂食嚥下外来での長期経過

○佐藤 茉莉恵¹ (1. 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 高齢者歯科学分野)

[摂食P-05] 口腔期を中心とした歯科的支援が嚥下リハビリテーションに有効だった症例

○野本 亜希子^{1,2} (1. 浜松市リハビリテーション病院、2. 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 高齢者歯科学分野)

[摂食P-06] 右舌癌術後患者に対して上下口腔内装置を用いて摂食機能療法を実施した一例

○弘中 早苗^{1,2} (1. 九州歯科大学 老年障害者歯科学分野、2. 東京都健康長寿医療センター自立促進と精神保健研究チーム)

[摂食P-07] 脳出血後の胃瘻造設患者に対して訪問診療で経口摂取を試みた1例

○小林 健一郎¹ (1. こばやし歯科クリニック)

(Sat. Nov 7, 2020 8:30 AM - 10:40 AM B会場)

[摂食P-01] 訪問診療にて摂食嚥下障害患者に対し多職種連携で介入を行い 摂食嚥下機能および栄養改善に寄与した一症例

○中澤 悠里¹ (1. 医療法人社団登豊会近石病院歯科・口腔外科)

【緒言】

摂食嚥下リハを行う上で、多職種が連携し患者介入することの重要性は多く報告されている。今回、訪問診療にて摂食嚥下障害患者に対し、多職種連携にて介入したことで、摂食嚥下機能および栄養改善に至った症例を報告する。

【症例】

69歳、男性。既往に脳梗塞、糖尿病があり、「食べられない」という主訴にて訪問看護より依頼があった。独居にて生活しており、要介護度4であった。最近1年間で誤嚥性肺炎を2回繰り返し、経口摂取量および食欲低下を認めていた。初診時の食形態は、全粥・軟菜一口大、水分は薄とろみ水を自己摂取していた。脳梗塞発症時(2年前)より体重は20kg低下し、初診時のBMIは18.4と低栄養を認めた。上顎は無歯顎だが、義歯の使用はなかった。なお、本症例の発表について患者本人から文書による同意を得ている。

【経過】

初診時機能評価では低舌圧(20.5kpa)、構音障害(明瞭度2)があり、VEにて水分誤嚥、食物の咽頭残留多量・誤嚥を認めた。咽頭圧形成不全のみならず、義歯の不使用により食塊形成不良も呈していた。上記結果より、準備期、咽頭期障害による摂食嚥下障害、低栄養と診断し、義歯作成および食形態(全粥・ペースト食、中間とろみ水)の変更をした。しかし、介護士により、食形態の物性が統一できておらず、往診時に同席し調理方法の指導をした。担当者会議では、各サービスで相違が無いよう対面にて確認をし、特に、デイサービスと在宅での食形態に対し、懸隔が生じないよう十分な申し送りを行った。また、必要栄養量を補うため、訪問医に経口栄養剤(エンシュア HI®)の処方依頼を依頼した。介入35日後、義歯が完成し、構音障害に対して義歯口蓋にPAP形態を付与し、訪問STによる舌抵抗訓練などの間接訓練を開始した。介入63日後、VE再評価では咽頭残留量も減少し、BMI19.3まで改善した。本人は、食形態改善よりも、誤嚥性肺炎を発症しない生活を希望しているため、現状にて経過を観察している。各職種とは、連絡帳および電話にて適宜連絡をとっている。

【結果と考察】

本症例は、シームレスに多職種で介入を行ったことで肺炎兆候なく栄養改善に繋がったことが推察される。今後は、患者QOLを考慮し、食形態改善へ繋がるよう介入が必要である。そのためには、身体面だけでなく、精神面や社会面など多様な介入が重要であると考えられる。(COI開示なし)

(Sat. Nov 7, 2020 8:30 AM - 10:40 AM B会場)

[摂食P-02] 転移性脳腫瘍の嚥下障害に対して多職種で経口摂取を可能にした1例

○東 倫子¹ (1. 岡山大学病院スペシャルニーズ歯科センター)

【目的】

転移性脳腫瘍の治療に伴い嚥下障害を呈し経口摂取が困難になった症例に対して、多職種連携により経口摂取が可能になった一例を経験したので報告する。患者は胃瘻や経管栄養、中心静脈栄養などの代替栄養(末梢静脈栄養は行っていた)を拒否していた。

【症例の概要及び処置】

74歳男性。甲状腺癌術後肺転移、右小脳転移を認め、放射線療法（全脳照射）終了後より咽せることが多くなり、当科紹介された。初診時、ADL自立、意識清明、認知機能正常。栄養摂取困難により、経口と点滴（420Kcal）で700Kcal/日を摂取していた。BMIは15.09であった。口腔内所見は口腔乾燥あり、舌苔の付着多く、舌運動は良好。軟口蓋は右麻痺、カーテン徴候を認めた。16, 17, 26, 27, 36, 37, 46, 47は欠損、義歯なし。口腔清掃状態は歯茎部、隣接面にプラーク付着あり。初回VF所見より喉頭挙上不全、咽頭収縮不全、舌機能不全、食道入口部開大不全を認め、顎引き嚥下、左右頸部回旋の代償手技を行っても残留は消失せず、嚥下後誤嚥を認めた。経口摂取を一旦中止し、口腔ケアを開始した。食道入口部通過障害を認め、代償手技でも通過不十分、患者の耐久性はありと判断し、バルーン訓練を行うことにした。2回目VF検査で行い、2%とろみ2mlを摂取でき即時効果を認めた。STと連携して直接訓練で嚥下代償手技の練習と間接訓練（舌訓練、開口訓練）を開始した。その後VFで評価を行い、摂取できる食品を増やしていき、代償嚥下手技に慣れることで摂取時間は徐々に短縮が図れた。主治医主導の下、栄養管理については主治医、管理栄養士と相談し、管理栄養士に必要栄養量の算出を依頼し、病棟看護師にはとろみ調整を、理学療法士は歩行訓練や呼吸訓練など行っており、多職種連携を図った。

【結果と考察】

4回目のVFで訓練開始12日目に粥の摂取が確認され、食形態を嚥下調整食3に変更したところ、3食の経口摂取と補助食品（MCTアイス、補助栄養3本）、と点滴で1750Kcal摂取できた。

3食経口摂取が可能となったのはバルーン訓練と並行して直接訓練で嚥下代償手技の練習を行ったこと、多職種がそれぞれの役割で協力しあって可能となったものとする。(COI開示：なし)

(Sat. Nov 7, 2020 8:30 AM - 10:40 AM B会場)

[摂食P-03] 脳出血後の胃瘻増設患者に対して病院から在宅へシームレスな連携により経口摂取を維持できた一症例

○奥野 健太郎¹（1. 大阪歯科大学 高齢者歯科学講座）

【緒言】

病院など手厚い医療的ケアを提供できる環境下では、胃瘻増設後にも経口摂取の継続が可能となるが、在宅に戻るとマンパワー不足から経口摂取が中断を余儀なくされる場合もある。今回、脳出血に伴う嚥下障害に対して胃瘻増設された患者に対して、在宅に復帰後も、多職種連携が連携することにより、経口摂取を維持することができた症例を経験したので報告する。

【症例】

68歳男性。既往歴として、両足趾切断、高血圧、前立腺肥大がある。2年前に脳出血（左視床・脳室穿破）を発症し、VPシャント術を受け一旦退院するも、1年前にてんかん重積発作を発症し再入院となった。咽頭期嚥下障害を認めたため、胃瘻増設術を実施、その後、回復期病院へ転院し、半年間、言語聴覚士による嚥下リハビリテーションを行ったものの摂取量は増えず、ヨーグルト、クラッシュゼリーのカップ半量程度なら経口摂取可能な状態で退院となった。自宅でも引き続き経口摂取を維持することを目的に、訪問嚥下診療の依頼を受けた。なお、本報告の発表について患者の代諾者から口頭による同意を得ている。

【経過】

嚥下内視鏡検査を実施した結果、食事摂取前の所見としては、喉頭蓋谷、両側の梨状窩に泡沫状の唾液が貯留していた。クラッシュゼリーの摂取では、ゼリーが左右梨状窩に達すると嚥下反射が生じ、誤嚥なく嚥下可能であったが、嚥下後には左右の梨状窩と食道入口部に少量の残留を認めた。嚥下後の誤嚥は認めないものの、自発的な追加の嚥下は生じず、残留は改善されなかった。自宅にて経口摂取を継続する方針としては、主介護者である妻に、普段クラッシュゼリーの摂取を実施して頂き、その後に、経鼻腔的に吸引を実施し、残留したゼリーを吸引する方針を立てた。嚥下内視鏡検査下にて、妻による咽頭吸引の手技にて、残留ゼリーが全て吸引できることが確認できた。その後、誤嚥性肺炎は発症せず、経口摂取が継続できた。

【考察】

本症例では、多職種の連携により、胃瘻造設後にも経口摂取の持続が可能となった。本症例では、回復期病院の医科主治医を中心に、言語聴覚士によるVF検査を含めた嚥下機能に関する詳細な情報提供があり、その情報を在宅主治医、ケアマネージャー、訪問嚥下歯科医師と共有が可能となった。病院から在宅へ移行する際に、多職種連携によるシームレスな連携、胃瘻増設後であっても経口摂取を維持することが可能になったと考えられた。

(Sat. Nov 7, 2020 8:30 AM - 10:40 AM B会場)

[摂食P-04] 球脊髄性筋萎縮症患者の摂食嚥下外来での長期経過

○佐藤 茉莉恵¹ (1. 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 高齢者歯科学分野)

摂食機能療法専門歯科医師の審査が取り下げられたため、ポスターは非掲示といたします。

(Sat. Nov 7, 2020 8:30 AM - 10:40 AM B会場)

[摂食P-05] 口腔期を中心とした歯科的支援が嚥下リハビリテーションに有効だった症例

○野本 亜希子^{1,2} (1. 浜松市リハビリテーション病院、2. 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 高齢者歯科学分野)

【目的】

回復期リハビリテーション（リハ）病院で、舌接触補助床（PAP）作製などを行い、嚥下機能改善や意欲の向上に繋がった症例を報告する。

【症例の概要と処置】

74歳男性。20年前に左舌腫瘍部分切除術を施行され、後遺症なく経過していたが3年前にS状結腸癌、食道癌術後に体重が16kg減少した。当院入院2ヶ月前に右脳梗塞で重度左片麻痺、嚥下障害と構音障害が残存し、口から食べたいという主訴で当院に入院した。摂食嚥下状況はFILS(Food intake LEVEL scale) 4であり、構音は発話明瞭

度4（ときどきわかる言葉がある）であった。また廃用症候群と低栄養もあり、ベッド上で過ごすことが多かった。入院翌日の嚥下造影検査（VF）では、舌の運動不全があり口腔期はリクライニング位でも口腔通過時間が長く口腔内残留も認められ、咽頭期は比較的良好だったが、食道通過は時間を要した。また、上顎挺出歯による対合顎堤の潰瘍形成、う蝕、歯の欠損などがあり、口腔衛生状態は不良であった。初回VF後から直接訓練を開始していたが、構音障害による意思疎通困難によりリハ意欲は低く、誤嚥性肺炎も発症し、一時嚥下リハが中止となった。初回VF後から、口腔期改善のため抜歯や口腔衛生指導で口腔環境を整え上下義歯を作製開始し、上顎義歯はPAP形態とした。PAP完成後、発話明瞭度2（時々わからない語がある）へと改善し、意思疎通が改善したことで意欲的にリハに参加するようになり、身体・嚥下機能が改善した。またPAP装着により食事時間が短縮した。また、リハ科主治医や管理栄養士などとの多職種連携による栄養管理、言語聴覚士（ST）と連携し義歯およびPAPを使用した咀嚼訓練や嚥下リハを実施し、誤嚥性肺炎などのトラブル無く咀嚼訓練や段階的摂食訓練を行った。口腔衛生は作業療法士と歯科衛生士が連携して指導を行い、義歯も含めて自己管理できるようになった。

【結果と考察】

5ヶ月の入院後、入院時FIM (Functional Independence Measure)が31点から退院時74点に改善した。FILSは2から8に改善し座位で自己摂取可能で、患者満足度も高かった。早い段階から歯科が介入し、口腔環境や口腔期を改善し、さらにリハ科医師、ST、管理栄養士などと密に連携をとったことが身体・嚥下機能の改善に繋がったと考えられる

(Sat. Nov 7, 2020 8:30 AM - 10:40 AM B会場)

[摂食P-06] 右舌癌術後患者に対して上下口腔内装置を用いて摂食機能療法を実施した一例

○弘中 早苗^{1,2} (1.九州歯科大学 老年障害者歯科学分野、2.東京都健康長寿医療センター自立促進と精神保健研究チーム)

【緒言】

頭頸部腫瘍術後に発症する摂食嚥下障害は器質的障害に由来するものが多く、機能訓練等のみで機能回復することが困難な場合が少なくない。しかし、歯科的アプローチとして口腔内装置を使用することによって、機能回復が見込めると考えられる。今回、術後に発症した摂食嚥下障害に対して、上下口腔内装置を併用して摂食機能療法を実施し、経口摂取に至った舌癌の一例を経験したので報告する。

【症例】

75歳男性。現病歴：X-2か月、右舌縁部潰瘍の精査加療を目的に当院口腔外科受診。右舌癌と診断。X-7日入院。術前より食事困難感があり、X-6日に嚥下機能の精査目的に当科初診。なお、本報告の発表について患者本人から文書による同意を得ている。

【経過】

術前所見：食形態は全粥、キザミ食。RSST：6/30s。MWST：5。舌圧：8.8kPa。VE：液体10mlで誤嚥(-)。治療計画：術前より歯科衛生士による間接訓練指導。X日、舌亜全摘出術、右肩甲舌骨筋上頸部郭清術、腹直筋皮弁再建術、右下876抜歯術、気管切開術、施行。短期目標は直接訓練開始、長期目標は術前食摂取とした。X+7日、VE：咽頭に唾液貯留、間接訓練開始。X+20日、VE：咽頭の唾液貯留量は減少、液体3mlで喉頭侵入(+), ミキサー食による直接訓練開始。X+56日、3食ミキサー食摂取可能、経鼻経管抜去。X+78日、本人と家族に対して管理栄養士による栄養指導、退院。X+99日、舌接触補助床(PAP)を装着。X+182日、食塊の送り込みは改善がみられたものの、皮弁と歯列との間隙には残留があり、その間隙の封鎖を目的に人工舌床(LAP)を装着、舌圧6.6 kPa。X+308日、舌圧8.0kPa。VE：液体の喉頭侵入は認められたものの送り込みは改善され摂食嚥下機能は維持されていると考えられた。

【考察】

術前に摂食嚥下機能を詳細に評価したことにより、術後の摂食機能療法が円滑に実施された。また、器質的欠

損に対する口腔内装置の使用により、手術侵襲が大きい症例であったにもかかわらず、舌圧が術前相当に改善したことから、機能が概ね回復したと推察された。また、多職種連携により、シームレスな摂食機能療法が実施された。摂食嚥下障害患者においては、治療的アプローチに加えて日々の生活に寄り添う支援が重要であることを再認識する症例であった。（COI開示：なし）

(Sat. Nov 7, 2020 8:30 AM - 10:40 AM B会場)

[摂食P-07] 脳出血後の胃瘻造設患者に対して訪問診療で経口摂取を試みた 1例

○小林 健一郎¹ (1. こばやし 歯科クリニック)

【目的】

脳血管疾患後において嚥下障害は高頻度で出現する。今回、脳出血後の嚥下障害のため胃瘻造設した患者に訪問診療で経口摂取を試みた1例を経験したので報告する。

【症例及び処置】

83歳、女性。平成22年に脳出血の既往があり、経口摂取を行っていたが、平成28年に脳出血を再発し、嚥下障害が出現した。そのため胃瘻を造設後、退院し、特別養護老人ホームに入居した。家族より「口から食べさせたい」という要望があり、平成29年10月に当院が介入を開始した。初診時の身長は146cm、体重は62.9kgであり、BMIは29.5であった。ADLは、要介護度5、modified rank scale 5と身体障害を認め、認知症高齢者の日常生活自立度はⅣであり、認知機能低下も認めた。栄養は胃瘻より1200kcal摂取しており、経口摂取は行っていなかった。リクライニング45度で嚥下内視鏡(VE)を行なったところ嚥下反射遅延が顕著に認められ、摂食を繰り返すうちに少量の不顕性誤嚥を認めた。ホワイトアウトは観察され軟口蓋の閉鎖不全はなかったが、咽頭残留は喉頭蓋谷、梨状窩の両方に認められた。そのためアイスマッサージと嚥下関連筋群の筋力強化訓練を指導した。2ヶ月後にゼリーを検査食としてVEを行なったが、深い高頭侵入があり、間接訓練継続に止まった。4ヶ月後に、ゼリーを検査食としてVEを行なったところ、喉頭蓋谷に残留を認めるものの誤嚥、喉頭侵入なく摂取可能であったため、歯科衛生士が週1日訪問した際にゼリーを使用した直接訓練を指導した。以降、週1日のゼリー摂取を継続しており、誤嚥性肺炎の兆候なく経過している。

【結果と考察】

VEでホワイトアウトが観察されており、軟口蓋の閉鎖も可能であった。そのため、脳出血を繰り返しているが、偽性球麻痺は生じておらず、嚥下関連筋群の廃用症候群が原因であると考えられた。退院後も継続した摂食嚥下リハビリテーションが重要であることが示唆された。

摂食機能療法専門歯科医師審査ポスター | ライブ

摂食審査ポスター G2

Sat. Nov 7, 2020 8:40 AM - 10:30 AM C会場

- [摂食P-08] 視床出血後に気管切開、寝たきりとなった患者がリハビリテーションにより自力で経口摂取が可能となった一例
○横山 薫¹ (1. 仁厚会病院 口腔外科)
- [摂食P-09] フレンベルグ症候群患者への継続的リハビリテーションにより経口摂取可能になった症例
○田頭 いとゑ¹ (1. 東京医科歯科大学歯学部附属病院)
- [摂食P-10] 中咽頭癌治療後の重度摂食嚥下障害患者に対する経口移行への取り組み
○小池 丈司¹ (1. 昭和大学歯学部スペシャルニーズ口腔医学講座口腔口腔リハビリテーション医学部門)
- [摂食P-11] 外傷による術後の長期気管挿管後に来した嚥下機能低下に対し多職種でリハビリテーションを行った一症例
○宮本 佳宏¹ (1. 愛知学院大学高齢者歯科学講座)
- [摂食P-12] 頸髄損傷の患者に対して多施設・多職種介入により摂食機能の維持が行えている一症例
○加地 彰人¹ (1. 医療法人 あき歯科医院)
- [摂食P-13] 慢性期の摂食嚥下障害に対して多面的アプローチが有効であった一例
○内宮 洋一郎¹ (1. おおい歯科医院)

(Sat. Nov 7, 2020 8:40 AM - 10:30 AM C会場)

[摂食P-08] 視床出血後に気管切開、寝たきりとなった患者がリハビリテーションにより自力で経口摂取が可能となった一例

○横山 薫¹ (1. 仁厚会病院 口腔外科)

【緒言】当院では、低栄養・嚥下障害を有する入院患者に対し内科医師、歯科医師、歯科衛生士、看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士で構成される NST・嚥下カンファレンスを2週に1回行い、他職種連携チーム医療・リハビリテーションを行っている。今回、左側視床出血後に気管切開、寝たきりとなった患者に対し同チームによるリハビリテーションを介入したところ自力で経口摂取が可能となった一症例を報告する。

【症例】66歳、女性。2018年12月に左側視床出血発症し前院に緊急搬送、左右脳室ドレナージ施行され人工呼吸器管理となるも、自発呼吸可能となりカフ付き気管カニューレ装着、経鼻栄養となり、2019年2月当院へ入院となった。入院時、JCS I-2、不全四肢麻痺、栄養状態は BMI23.0、Alb3.9g/dlであった。同年3月に主治医より当科へ嚥下訓練の依頼があり摂食機能訓練介入開始となった。介入開始時、従命不確実で口唇閉鎖不能、舌・口唇運動不十分であり、RSST0回/30秒、MWST1点、OHAT5点、上下顎無歯顎であったが義歯を有していなかった。

【経過】まず、間接訓練として口腔ケア、嚥下誘発訓練、舌負荷訓練、口唇運動訓練を実施したところ嚥下反射が生じるようになったため、4月に VEを実施した。その結果、嚥下反射遅延するも誤嚥なく氷片嚥下可能であったため氷片嚥下訓練を追加した。また、頭部挙上訓練、排出訓練、発声訓練を行った。その後、ゼリーの少量摂取から徐々に摂取量の増加や食形態の変更を徐々に行ったところ、ムース食の摂取が可能となった。また、上下肢可動域訓練、手指運動訓練、座位保持訓練を行ったところ、車椅子への移乗やスプーンの使用が可能となった。気管カニューレはスピーチカニューレ、レティナへの交換を経て9月に抜去し、10月に上下総義歯を作製・装着、咀嚼訓練を経て全粥・キザミとろみ食を自力で摂取可能となり11月に退院した。

【考察】摂食嚥下障害だけでなく肺機能障害や四肢の麻痺など重篤な障害を合併する患者では、訓練すべき内容が多岐に渡っており、状態が急変することも多い。NST・嚥下カンファレンスで各職種の担当者がそれぞれの専門分野の観点から気づいた点をフィードバックし問題点を共有して訓練を進められたことで、気管カニューレ装着しながらも経口摂取訓練を安全に進めることができ良好な結果となったと思われる。

(Sat. Nov 7, 2020 8:40 AM - 10:30 AM C会場)

[摂食P-09] ワレンベルグ症候群患者への継続的リハビリテーションにより経口摂取可能になった症例

○田頭 いとゑ¹ (1. 東京医科歯科大学歯学部付属病院)

【目的】

延髄外側症候群では重度の嚥下機能障害を生じることがあり、急性期からの早期の摂食嚥下リハビリテーションの介入が望まれる。今回、発症早期から言語聴覚士とともに摂食嚥下リハビリテーション介入し、経口摂取可能になった1例を経験したので報告する。

【症例及び処置】

57歳男性。右延髄外側梗塞にて緊急搬送された。直後から右側顔面神経麻痺と構音障害、重度の嚥下困難の訴えがあった。発症後10日目の当科初診時の内視鏡下嚥下機能検査では、咽頭に多量の泡沫状唾液を認め、嚥下反射惹起を認めなかったため言語聴覚士とともに間接訓練を開始し、胃瘻造設となった後に回復期へ転棟となった。介入20日後に咽頭の唾液貯留量が著明に減少し嚥下機能の改善が示唆されたが、様々な代償法下でも

液体の食道入口部の通過はなかった。バルーンの引き抜き訓練を開始し、10mlまで到達したところで再評価を行ったところ、左側臥位頸部右回旋であればわずかな液体の通過を認めたため、液体少量での直接訓練を開始した。その後、バイオフィードバックでの嚥下の習得も行い、ペースト食も少量であれば通過するようになった。介入後93日目には正中位でも誤嚥なく摂取可能になったためペースト食を開始した。介入後142日後、刻み食で半量以上の栄養量を摂取できるが、摂食時の疲労感のため胃瘻も併用した状態で退院となった。退院後も当科と言語聴覚士との継続的なフォローを行っているところであり、摂食時の疲労感が減少しつつあり、胃瘻の使用は朝食時のみとなっている。

【結果と考察】

延髄外側症候群による嚥下障害はしばしば難治例となることが知られている。本症例では、本人の理解力やコンプライアンスが良好で、バルーン訓練を早期から開始できたこと、主治医から積極的な直接訓練への理解が得られたこと、言語聴覚士による連携を得られたためリハビリが奏功して経口摂取可能なレベルまで到達したと考えられた。患者の希望は、復帰したばかりの仕事が落ち着いてから経口摂取方法について考えたいとのことであり、今後は全量の経口摂取を目指すか検討していく予定である。

(Sat. Nov 7, 2020 8:40 AM - 10:30 AM C会場)

[摂食P-10] 中咽頭癌治療後の重度摂食嚥下障害患者に対する経口移行への取り組み

○小池 丈司¹ (1. 昭和大学歯学部スペシャルニーズ口腔医学講座口腔口腔リハビリテーション医学部門)

【緒言】

頭頸部癌患者では原発巣の進展度、部位によって治療後に重度の嚥下障害が出現し、経管栄養に依存することもある。当科では従命ならびに訓練の実施が可能で、かつ同居者の協力が得られる重度嚥下障害患者に対し、教育入院を実施し、VF・VE検査に加え連日5回以上の介入を行い、さらに訓練のビデオ記録を行い、退院後の自主リハビリに活用させるという入院プログラムを実施している。今回、中咽頭癌治療後で、治療機関から退院数か月後に経口摂取困難となり経管栄養のみとなった患者に対し、入院加療とその後の外来フォローアップを行い、全量経口摂取が可能となり、経管栄養からの離脱に至った一例を経験したので報告する。

【症例】

62歳、男性。2015年癌専門病院にて中咽頭癌(T2N1M0)の診断の下、RT(70Gy/35Fr)を施行した。2016年再発により気管切開術、左中咽頭癌切除術、左頸部郭清術、下顎辺縁切除術、腹直筋皮弁による咽頭再建術を施行した。その後経口摂取で退院したが、4か月後頃から嚥下機能が低下し、誤嚥性肺炎により再入院となり、胃瘻造設術を施行した。退院後、当科紹介受診となった。なお、本報告の発表は患者本人より同意を得ている。

【経過】

摂食嚥下機能のアセスメントを行い、より安全で確実な姿勢調整法の獲得のため入院加療を提案した。入院期間中、直接訓練は左体幹傾斜右頸部回旋姿勢とし、食形態は嚥下調整食2013年学会分類2-1に相当するものとした。間接訓練はバルーン拡張訓練、シャキアエクササイズ、頸部ストレッチ、開口訓練、徹底した口腔清掃指導を多職種で実施し、介入頻度は1日3回の直接訓練、1日5回の間接訓練とし、4日間で退院した。その後、患者とのラポールを保ちながら外来フォローアップを行い、多職種での介入を継続した。退院3か月後に食形態アップし、さらに退院5か月後には胃瘻栄養併用の常食へと移行した。退院から約2年後に経口摂取のみで60分前後での摂取が可能となり、経管栄養から離脱し得た。

【考察】

本症例において、全量経口摂取が可能となり、経管栄養から離脱し得たのは、当科介入初期に入院加療を実施し、退院後も患者とのラポールを保ち、アドヒアランスの向上に努めながら適切なりハビリテーションを遂行できたためと考えられた。

(Sat. Nov 7, 2020 8:40 AM - 10:30 AM C会場)

[摂食P-11] 外傷による術後の長期気管挿管後に来した嚥下機能低下に対し 多職種でリハビリテーションを行った一症例

○宮本 佳宏¹ (1. 愛知学院大学高齢者歯科学講座)

【目的】

今回われわれは、外傷による術後の長期気管挿管管理を行った後、嚥下機能の低下をきたした症例に対し、多職種で嚥下機能の評価とリハビリテーションによる介入を行い、嚥下機能の回復をした一例を経験したため報告する。

【症例の概要】

68歳、男性。自転車で転倒し入院。右肋間動脈塞栓術および後方固定術後、気管挿管による管理が長期に及んだため、嚥下機能の低下をきたした。既往歴に大腸癌肝転移、前立腺肥大症、糖尿病、心房細動があった。また、口腔状態は残根歯多数あり。└3動揺1度，┐12動揺2度。口腔衛生状態不良であった。

【処置と結果】

術後、主科から摂食嚥下チームに依頼があり、14病日に嚥下内視鏡検査（VE）実施した。姿勢は30度で喉頭侵入を認めなかったが、被裂間も含めて咽頭残留があり、摂食嚥下障害臨床的重症度分類（DSS）は3であった。平日昼のみ言語聴覚士（ST）にてペースト食を用いた直接訓練を開始した。歯科衛生士（DH）にて口腔ケア、頸部リラクゼーション、舌可動域・抵抗訓練を行うも易疲労のため休憩を挟みつつ実施した。また理学療法士（PT）、作業療法士（OT）にて上下肢、腸腰筋の筋力訓練および促通訓練を行った。35病日に2回目のVE実施。姿勢は60度で喉頭侵入無く、咽頭残留も無く、DSSは4に改善した。そのため、朝夕も自食で全粥・粒ありペースト食を開始した。経鼻経管栄養との併用のため満腹感が強くなかなか全量摂取には至らなかったが、摂取量の増加とむせや湿性嘔声、咽頭貯留音無く、56病日に経鼻経管栄養の抜去を行った。64病日でADLの改善に伴い急性期病棟から回復期病棟へ転棟となった。歩行訓練開始に伴い、78病日に摂取栄養量は1,350kcalから1,800kcalへ増量となった。99病日までに別の歯科医師による抜歯および歯科保存処置を行い、経過良好にて歯科のフォローは一旦中止となり、同日より食形態は常食となり、摂食状況は10割摂取で経過している。

【考察】

本症例では、初回評価時からSTによる直接訓練およびDHによる間接訓練の介入を行うことで、約1ヶ月の再評価時には嚥下機能の向上を認めた。本症例においては、多職種がそれぞれの専門性を以て適切にリハビリテーションに取り組んだことで3食常食自己摂取まで改善することができたと考えられた。

（COI開示：なし）

(Sat. Nov 7, 2020 8:40 AM - 10:30 AM C会場)

[摂食P-12] 頸髄損傷の患者に対して多施設・多職種介入により摂食機能の 維持が行えている一症例

○加地 彰人¹ (1. 医療法人 あき歯科医院)

【目的】

頸髄損傷、四肢麻痺を伴い、大腸癌にて入院中に誤嚥性肺炎を起こし、経口摂取困難と診断された患者に対し、多施設・多職種介入により摂食機能の維持が行えている症例について報告する。

[症例および処置]

初診時74歳男性。頸髄損傷、四肢麻痺、気管切開、慢性心不全、鬱血性心不全、嚥下障害、胃瘻造設後、膀胱瘻造設後、大腸癌術後、人工肛門造設、2型糖尿病、両側胸水回腸瘤の既往あり。カルボシステイン錠500mg、ピオフェルミンR散、ベシケアOD錠、ギャパロン錠、ネキシウムカプセル10mg、グラクティブ錠50mg、ツムラ大建中湯エキス顆粒、酸化マグネシウム、フェロミア錠50mgを服用。要介護5、認知症なく、意識レベル清明。大腸癌治療目的で近総合病院にて入院中、心不全、呼吸状態の悪化あり気管切開。また、誤嚥性肺炎を繰り返し、胃瘻造設管理開始。入院中、嚥下障害診断、ゼリー、ヨーグルト状の食品にて咽頭残留あるも嚥下可能と診断されるが、積極的な食事については困難であると診断され退院。退院後、当院訪問診療にて、嚥下機能評価実施。入退院を繰り返し体調悪化による廃用が原因で、舌運動機能による送り込み障害、唾液含む分泌物の貯留から嚥下障害を起こしていると診断。近総合病院主治医のフォロー、近医や訪問看護と訪問リハビリによる嚥下時の姿勢調整や食事の調理方法、排泄管理を含めた体調管理、近歯科主治医による口腔ケアと義歯調整、そして当院による口腔周囲筋の間接訓練を含めた嚥下訓練を行なった結果、おかゆ程度の食品は嚥下可能となり、その後、痙攣発作を起こすため、セルシンの服用開始により覚醒レベルが落ちる時あり、また入退院は数回あったものの、誤嚥性肺炎の発症もなく、現在まで楽しみ程度の経口摂取は継続維持されている。

[結果と考察]

近総合病院医科と近医、歯科主治医、訪問看護、訪問リハビリなど、多施設・多職種にて嚥下に関して介入をしたこと、そして何よりご自身やご家族の「口から美味しく食べ続けたい」という気持ちや、咀嚼嚥下できる義歯の調整・管理といった歯科主治医にも支えられ、現在、約2年間、楽しみ程度ではあるが、在宅にて経口摂取が継続している。今後は、経口摂取可能な期間の延長、口腔機能や嚥下機能の低下を予防するための食支援を継続する予定である。

(Sat. Nov 7, 2020 8:40 AM - 10:30 AM C会場)

[摂食P-13] 慢性期の摂食嚥下障害に対して多面的アプローチが有効であった一例

○内宮 洋一郎¹ (1. おおい歯科医院)

【目的】

脳血管障害後遺症による舌機能低下や鼻咽腔閉鎖不全のある摂食嚥下障害患者で、慢性期まで特別な対応をされてこなかった症例に遭遇した。KT（口から食べる）バランスチャート（KTBC）を使用して施設スタッフと問題を共有し連携をはかり、多面的なアプローチを行うことで、患者の主訴を解決できた一例を経験したので報告する。

【症例の概要と処置】

71歳，男性，老人施設入所者。脳梗塞，脳出血，胆のう炎，誤嚥性肺炎の既往あり。

令和元年6月に誤嚥性肺炎にて入院。退院後8月「とろみをなくしてほしい，ペースト食は食べたくない」という主訴により当院訪問歯科診療を受診。

施設スタッフと KTBCによる評価を行い、問題点の抽出と歯科と介護の情報共有を行なった。

訪問初診時、意識清明で、ADLは車いす自立移動、神経学的所見は右側口唇閉鎖やや不良、右側舌下神経麻痺、右側舌萎縮あり、軟口蓋挙上不良、Gag Reflex(-)、湿性嚥声あり、流涎あり、会話明瞭度は、時々わかる言葉がある、であった。口腔衛生状態は不良で歯石沈着を認め、解剖学的所見は高口蓋であり、舌が口蓋に接触不十分であり平均舌圧は2.6kPaであった。退院後の食形態は、ペースト食、とろみは濃いとろみであった。施設スタッフ立会のもと、VEによる嚥下機能評価を行なったところ、少量の不顕性誤嚥、喉頭蓋谷に咽頭残留を認めた。

介入は以下のアプローチを行った。

1訪問歯科衛生指導による口腔衛生管理と歯石除去

2PAP・PLPが一体となった補助床の作製

3補助床を装着して間接訓練(舌挙上訓練とメンデルソン手技)

4食事時、交互嚥下、嚥下後の咳払いの促しを施設スタッフに指導

【結果と考察】

PAP・PLP一体装置の装着による平均舌圧は9.6kPaで、再評価時のVEによる嚥下機能評価では、薄いとろみ付与で誤嚥なしであった。そこで食形態は、ミキサー食から一口大に変更した。初診から半年間、誤嚥性肺炎にならずに経過している。急性期や回復期に対応されずに慢性期をむかえる患者は他にもいると予想され、開業医レベルでも対応できるようにしていきたい。