

誤嚥防止手術後の重症心身障害者の長期臨床像について -当センター長期入所利用者25名からの検討-

P-105

水口浩一 渥美聡 福水道郎

東京都立府中療育センター 小児科

開示すべきCOIなし

諸言

- 重症心身障害者(重症者)の反復するコントロール不可能な誤嚥性肺炎などに対して、喉頭摘出術、喉頭気管分離・気管食道吻合術や喉頭気管分離術などの**誤嚥防止手術**が選択肢となる。
 - 誤嚥防止手術後のQOL改善効果は報告されているが、長期経過における問題点については検討されていない。
- 目的** 重症者の誤嚥防止手術後の長期経過、特に呼吸や摂食状況や、特有の合併症について後方視的に調査した。

Take Home Message

- 重症者に対する誤嚥防止術は、長期的にも呼吸状態の安定化には有効で、術後の経口摂取もある程度は期待できる。
- 誤嚥防止術前から術後の見通し**(① 空気嚥下症(新たな合併症)の出現、② 経口摂取の程度、③ 将来の人工呼吸装着の有無)などを、長期的な方針決定の一環として家族とも共有しておくとも良いかもしれない。

本発表は日本重症心身障害学会に掲載予定(2017年内)

結果

結果①(表1) 対象と背景

- 対象**: 以下を満たした**25名**
- ・府中療育センター長期入所利用中の重症者 かつ
 - ・2016年12月までに誤嚥防止手術を実施 かつ
 - ・年齢20歳以上 かつ ・術後5年以上

表1 症例の背景

症例の背景	
年齢(歳)	40 (22-57)*
性別(男性:女性)	11:14
基礎疾患	
周産期障害	17
先天異常	4
後天性脳障害	4
誤嚥防止術の適応	
誤嚥性肺炎の反復 (膿胸や肺膿瘍の既往)	21 (8)
蘇生事象による嚥下機能の回復困難	2
上気道閉塞による換気不全の増悪	1
胃食道逆流による誤嚥の予防	1
誤嚥防止手術時の年齢(歳)	24 (2-45)*
誤嚥防止手術後の観察期間(年)	16 (5-23)*
誤嚥防止手術の術式	
喉頭気管分離-食道気管吻合術	18
喉頭摘出術	6
喉頭気管分離術	1

*中央値(範囲)

結果③(表3、表4) 摂食の経過

- ・術後に18名で経口摂取可能になったが、**経管栄養を離脱した例はなかった**。
- ・長期経過では、**4名が経口摂取できなくなった**。
- ・経口摂取を再開できた18名のうち**12名で空気嚥下症**が出現し、胃管や胃瘻の開放、浣腸などによる腹部ガスの脱気が必要だった。
- ・空気嚥下症によるイレウスのため**4名で経口摂取量の減量**が必要となった
- ・空気嚥下症は、術後に**経口摂取できた症例**に生じていた。(表4)

表3 術後の経口摂取状況の推移(n=25)

摂取状況	手術直前	手術1年後	現在(2016年)
経口摂取可能	1	18	14
経口摂取不可能	24	7	11
経管栄養と併用	0	18	14
1食未満	0	7	6
1-2食	0	8	7
3食	1	3	1
経口摂取のみ	0	0	0

表4 空気嚥下症と術後の摂食程度 (n=25)

摂食状況	空気嚥下症	
	あり(n=12)	なし(n=13)
摂取なし	1*	8
1食未満	3	5
1-2食	7	0
3食	1	0

* 空気嚥下症によるイレウスの反復により経口摂取中止となった症例

結果②(表2) 呼吸の経過

- ・術後の気道感染症の罹患頻度は**有意に減少した**。
- ・**長期的にも**、術前と比較し**気道感染症の抑制効果を維持**していた。
- ・長期経過中に**4名で、加齢に伴う変形拘縮**による換気不全の進行や肺炎頻度の増加が理由となり、**人工呼吸器装着**となった。

表2 誤嚥性肺炎反復症例の誤嚥防止手術後の気道感染症予防効果 (n=20)

	術前1年間	術後1年間	2016年
気道感染症罹患回数 平均値±標準偏差(回/年)	4.9±5.4	0.7±2.0	2.0±2.4
		p=0.0038*	p=0.041**

*p<0.01, **p<0.05

結果④(表5) 術後経口摂取の障害因子

- ・**空気嚥下症に関連した腹部症状が最多**であった。
- ・呼吸状態の安定化や、筋緊張の改善、薬物調整による覚醒度の改善など、**重症者のトータルケア**も経口摂取の推進には必要と考えられた。

表5 経口摂取の障害因子(重複あり)

障害因子	症例数(n=17)
空気嚥下症による腹部症状 (腹部膨満、イレウス反復、胃食道逆流症)	10
意欲や覚醒度の低下	4
加齢や原病の進行	3
喘息発作の反復	1
筋緊張亢進	1