

【はじめに】

横井らによると、脳卒中を有する者では、立位保持の可否が誤嚥の危険性を推測するのに重要と述べている。安定した坐位保持の獲得・立位保持時間拡大と嚥下機能改善を中心に介入し、経口摂取可能となった症例について以下に報告する。

【症例紹介】

70 歳代女性。現病歴：平成 27 年 10 月左脳出血発症し、他院で治療。171 病日に当院に転院。242 病日からリハビリ開始。既往歴：くも膜下出血、高血圧、骨粗鬆症。栄養状態：胃瘻での経管栄養。ご本人・ご家族様に今回の発表の趣旨を説明し同意を得ている。

【初期評価】

端坐位姿勢：円背姿勢で体幹軽度右回旋位。重心が後方偏位しており左後方に崩れる。立位保持：非麻痺側で平行棒把持。麻痺側尖足あり、麻痺側骨盤後方下制するが介助で 15 秒可能。Brunnstrom Recovery Stage(以下 BRS)：II・II・II。Range of motion(以下 ROM)：麻痺側足関節背屈・30°。嚥下・摂食スクリーニング検査：フードテスト(以下 FT)：4 点。

【介入方法と経過】

麻痺側足関節 ROM 訓練実施後に、ティルトテーブルで麻痺側荷重・支持訓練にて立位保持の再学習を繰り返し実施し、次第に麻痺側支持で片脚立位が可能となった。同時に立位姿勢の修正を実施し、平行棒内立位で自力姿勢修正し、立位保持可能となった。間接的嚥下訓練：頸部全体のリラクゼーション実施し、口唇・頬の伸展訓練、舌・口腔周囲・頸部の ROM 訓練を実施。頬の伸張性拡大した。嚥下時(咽頭期)の舌骨・甲状軟骨の挙上促進のための他動的な ROM 訓練を実施。唾液が溜まり嚥下するもむせ込みあったが、むせ込み軽減。さらに、病棟と連携し離床時間の確保を行った。

【再評価】

端坐位姿勢：円背姿勢変化見られないが、麻痺側臀部への荷重可能となり、後方へ崩れず座位保持自立。平行棒内立位保持：自力で姿勢修正行い 1 分可能。BRS：変化なし。ROM：麻痺側足関節背屈・10°。嚥下・摂食スクリーニング検査：反復唾液嚥下テスト(以下 RSST)：2 回。FT：5 点。栄養状態：経口摂取可能。昼：ミキサー食、朝夕：ゼリー。水分と他の栄養素を胃瘻使用。

【考察】

横井らの先行研究を基に活動レベルと嚥下機能改善に焦点を当てて介入した。足関節の ROM 改善、足底感覚入力と麻痺側へ重心移動、体幹筋の賦活を目的として反復的立位訓練を実施し、麻痺側下肢の支持性を高めた。結果、立位保持時間の拡大と坐位保持の安定性改善にも繋がった。咽頭期の舌骨・甲状軟骨の運動性が改善されたことで RSST 実施可能、むせ込み軽減し誤嚥リスクの軽減となった為、経口摂取可能になった。経管栄養と経口摂取とでは、単に栄養素を補給するだけではなく、咀嚼することで中枢神経を刺激し、覚醒度を上げ全身が活性化する効果もある。安定した坐位保持獲得により、日常生活の場がベッド上から病棟デイルームへ変わり、経口摂取可能となったことで食事の際、他患やスタッフとの交流が増え活動レベルの向上、リハビリテーション意欲を高め、QOL 向上に繋がったと考える。