

摂食の尊厳 ——咽頭麻痺を考える

札幌市医師会

はまじま いづみ
浜島 泉

聞きなれないことばであるが、球麻痺のことである。この状態の時は、誤嚥を防止するため経口摂食禁止というのが常識である。しかし、これを克服する方法を提案したい、と同時に、さしせまって、気になることもあるので、それも訴えたい。

簡単に言ってしまうと、誤嚥を防ぎながら経口摂食することであり、方策というのは、喀出または自力吸引できないときは気管切開することである。気管切開をすれば、呼吸は、ここから可能なので、咽頭に停滞するものは、流動物で流しこむ、というものである。

気管カニューレには、いくつか種類があるが、カフ付き（ダブルチューブ）カニューレがおすすめ。

この方法には、メリットとデメリットがあるので、患者さんに勧める場合には、詳しい説明が必要である。誤嚥性肺炎を経験した人でも、肺炎が短期で治癒すれば深刻に受け止めない人がいるかも知れない。しかし、咽頭麻痺の不快感を実感していることも考慮し、誤嚥性肺炎の危険をも訴えて説得してほしい。メリットは、し好品を経口摂食できることである。経管栄養では味わえない味と噛み応えと食物の温度、香りが実感できることである。（図）

デメリットは会話に不自由することである。会話をするときには、内筒を抜くか、カニューレを抜いて口から呼吸できるようにすれば、声帯は働く。摂食中であれば、筆談もできる。複雑な仕組みになっているので、深く理解することが必要である。

職員の研修も大切である。経口摂食中は見守りをする必要がある。経管栄養のようにつなぎっぱなしにしては、不測のトラブルを防げない。摂食終了後に口腔内の残渣を確認する必要がある。内筒をはずして、咳をすることで確かめる。必要ならサクションする。それと、食事時間以外でも、摂食するときは、カフを充満することである。咽頭・喉頭の解剖生理学を履修した従事者にも改めて学習してもらおうとよい。

私が、このことを提案するには、私の経験がある。私は昭和40年代、50年代に脳神経外科の医師をしており、第4脳室腫瘍を摘出したときに、球麻痺（誤嚥）が単独で出現して、この方法を実施したことがある。会話も書字も歩行も可能であった。気管カニューレには、外筒と内筒のある複管カニューレ（カフ付きカニューレ）を使用したので、食事が終われば、会話が可能であった。

このシステムの適応は、意識、経口摂食意欲が保たれていることが必要条件である。喀痰の喀出ができる

となおよい。経管栄養を行っている人でも、条件がそろえば移行できる。拒食の患者は非適応である。診療内容の説明を受け止め、同意することが必要である。

適応をきめ説得する際には、嚥下カテストを行うとよい。流動性の造影剤では、嚥下できてしまうため、流動性の造影剤を、パンくずに浸したもので検査してみしてほしい。その後に、流動物で流し込んで追跡撮影してはどうか。

なぜ私が心配しているかということ、私は45歳の時に後下小脳動脈瘤でウォレンベルグ症候群となった。軽度だったので、さほど不自由はなかったのであるが、近年それが進行して、食べ物によっては、咽頭に停滞するので口腔内へ引き戻す、飲み物で流し込む、ということを行なっている。どのような物が停滞するかというと、パン、カステラ、せんべい、焼きざかな、かぼちゃ、じゃがいも、かずのこ、ブロッコリー、錠剤、などである。喀痰、咳込み、くしゃみなど、時にはむせるなども進んでいる。現在のところは、危険は回避されているが、風邪で咽頭炎を起こしたときに、最悪の事態になるのではないかと、恐れたことがあった。

私が、何人かの医療関係者に、この状態が進行した患者さんについて相談したところ、経験がない、ほかでもやっていない、経管栄養の方が危険を回避できる、気管切開すれば、会話ができなくなってしまう、病巣でないところにメスを入れるのはどうも、と言って尻込みする反応が多かった。

したがって、今回、この投稿をするにあたっては、私自身の障害が進行した時点で、引受けてくれる先を求める期待もある。

適応は狭く、時期も限定的かもしれない。選択肢として提示しても拒否されるかもしれない。しかし、脳血管障害や仮性球麻痺などでも適応になるケースがあるかも知れないので、人生会議ACP（終末医療の期待）に提示し、終末期の満足度のために医療の力量を拡大する選択肢としていただきたいと思い、問題提起することにした。

医療者が、患者の福祉、尊厳の維持に、十分取り組んでほしい。医学を精一杯活用して、最期の見えた患者にも、希望をもって暮らせるようにしてほしいのである。適応を設定するために、嚥下機能評価の進化が求められるかも知れない。

