

遷延性意識障害の状態から 経口摂取可能となった再発脳梗塞の症例

AOI七沢リハビリテーション病院

栄養科

管理栄養士 小野まゆみ

症例

【症例】72歳 男性

【既往歴】2型糖尿病、脳梗塞（平成26年2月）、左大腿頸部骨折術後、
高血圧症、悪性リンパ腫（平成25年）、脾摘後

【現病歴】

平成30年5月 左下肢の腫脹が出現

平成30年6月 **脳梗塞再発**のため、前院へ入院

左下肢は、壊死性軟部組織感染症と診断された

平成30年6月28日 敗血症発症により、**左下肢アンプテーション実施**

平成30年8月3日 嚥下評価にて経口摂取不可の状態と判断し、
胃瘻を作成

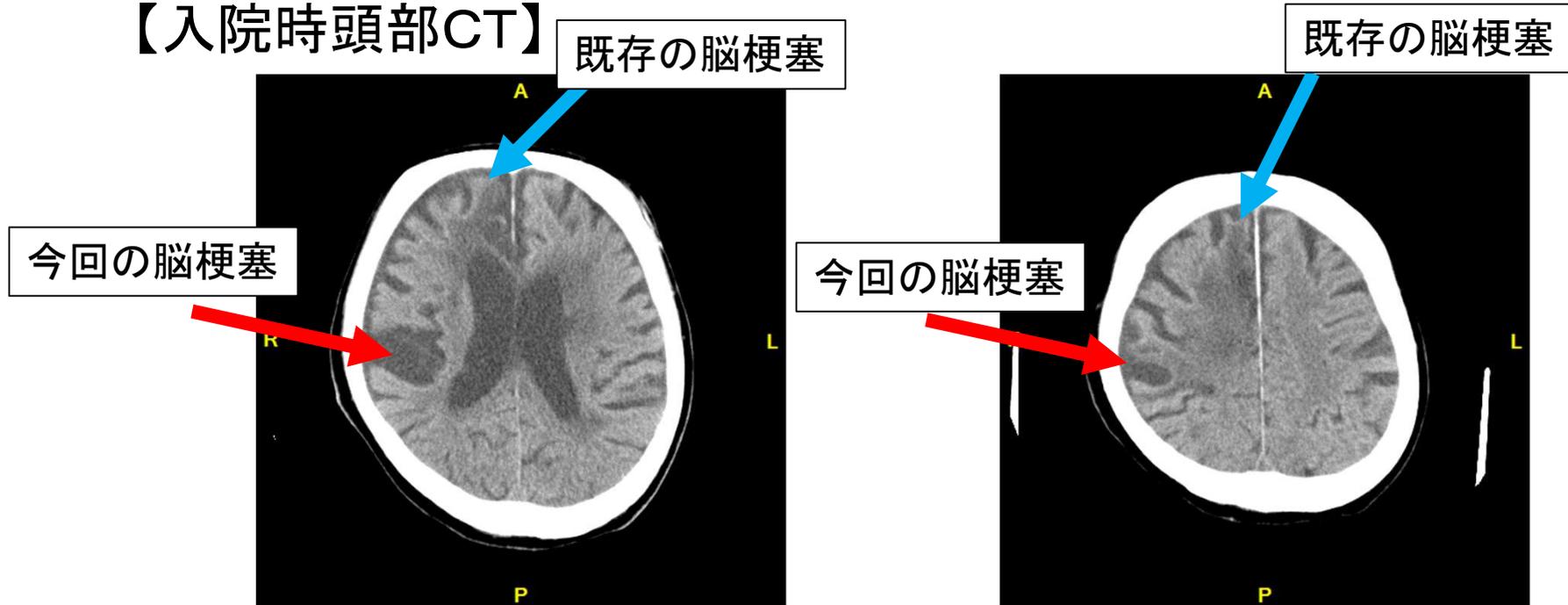
平成30年8月21日 当院へ入院

入院時所見

【身体状況】 身長173cm、体重測定不可、**左下腿切断**、JCS10、**ADL全介助レベル**、入院時**FIM22/126点**、**経管栄養法(PEG)**、**構音障害**、**左片麻痺**、**左顔面神経麻痺**

【検査数値】 Alb2.5g/dl FBS291mg/dl HbA1c6.4%

【入院時頭部CT】



入院後経過 Phase I ～経管栄養法開始～

- ▶対象期間：平成30年8月21日～9月下旬
 - ・平成30年8月21日 入院
 - ・意識レベル低下(JCS10)、及び意思疎通困難
 - ・摂食嚥下機能障害あり
 - ・3食経管栄養法(1246kcal、たんぱく質70g)にて
栄養管理を行うと共にインシュリン量を
14単位から6単位へ減量
 - ・左下腿切断面に3cm×3cmの褥瘡あり
 - ・9月下旬より、NST介入開始

入院後経過 Phase II ～昼のみ経口栄養法開始～

▶対象期間：平成30年10月上旬～10月中旬

- **昼のみ少量で経口栄養法**を開始
- **高エネルギー、高たんぱく質**を補給(1700kcal,100g)
- リハビリ以外にも、積極的に**車いす離床**を行う
- 覚醒状態改善傾向であり、経口開始時は食欲がある
発話が増えてきた

入院後経過 Phase III ～3食経口開始～

▶対象期間：平成30年10月中旬～11月上旬

・ST評価後、食事形態をペーストから**キザミ食へ変更**

・**提供エネルギー量の増加**（1900kcal、90g）

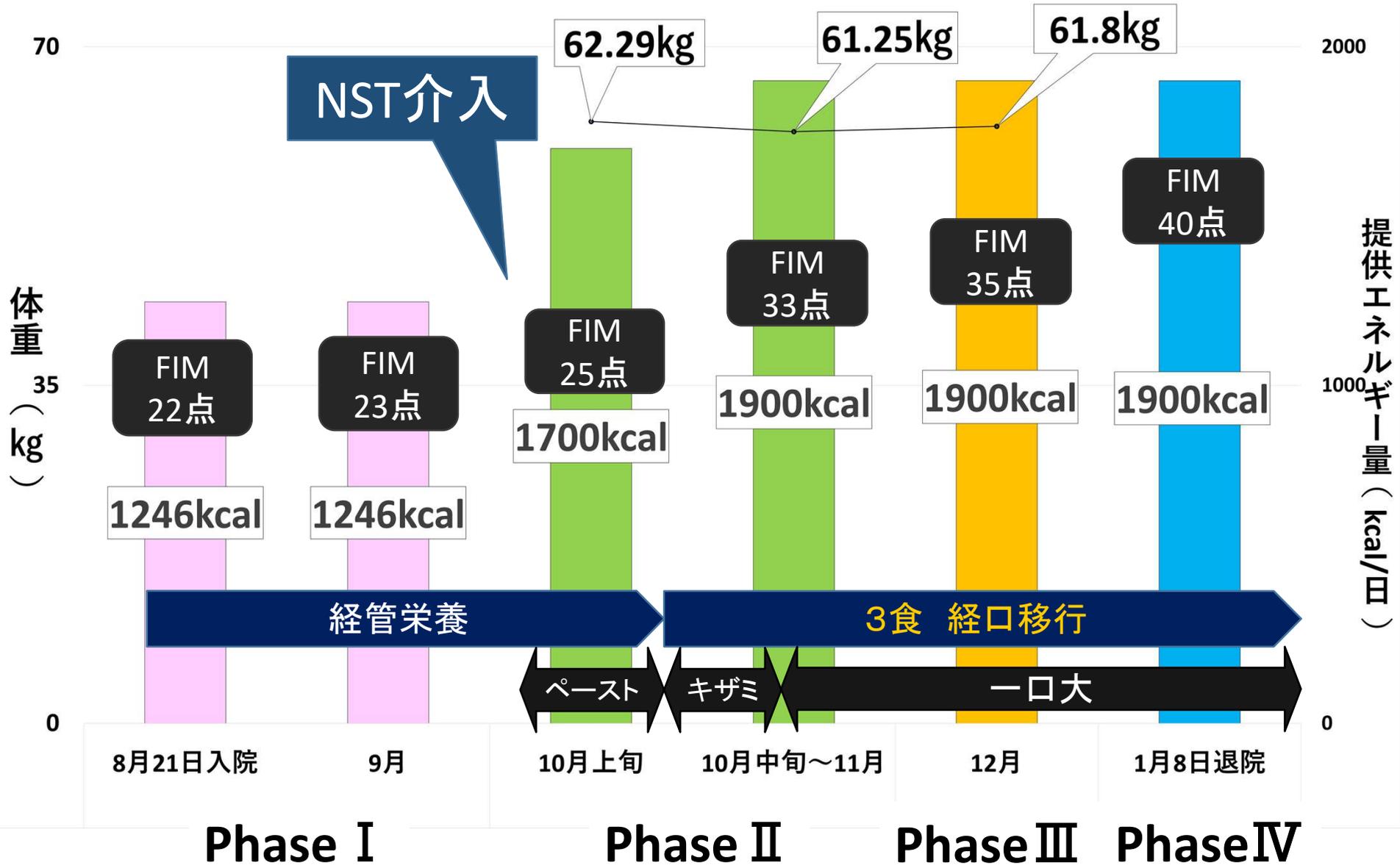
・経口栄養が主となるが、誤嚥リスクを考慮し

プロテインや不足分の水分補給に関してはPEGより摂取となる

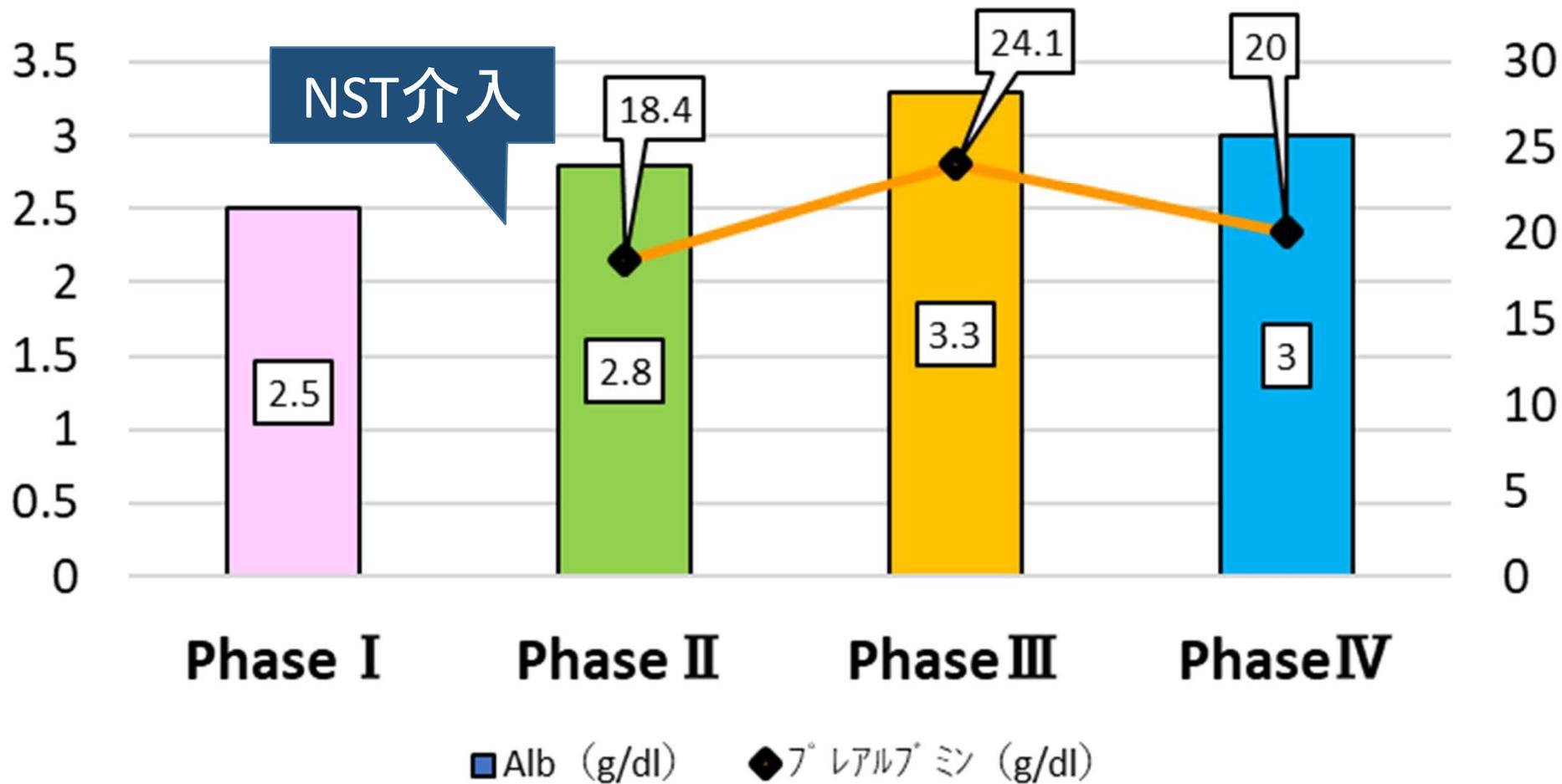
入院後経過 Phase IV ～退院～

- ▶対象期間：平成30年11月中旬～平成31年1月8日
 - ST評価後、副食の形態をキザミから**一口大へ変更**
 - **3食完全経口移行**（水分補給含む）
 - ADLの改善と共に、疲労も軽減してきた
 - ご本人より、食事に関する要望や感想が聞かれるようになる
 - 平成31年1月8日退院

提供エネルギー量、体重、FIM、食形態 経過

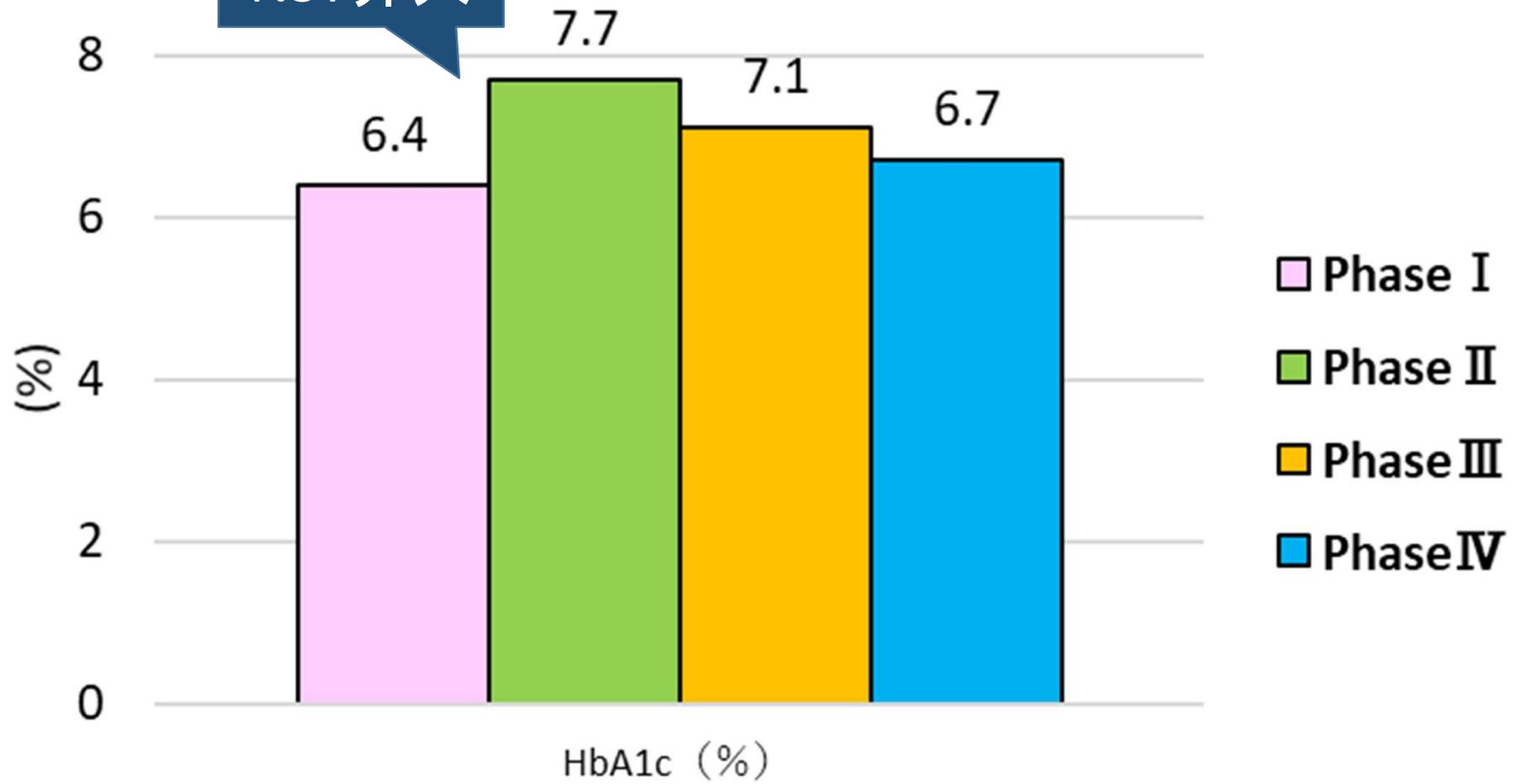


Alb値、ブ°リアルブ°ミン値変化

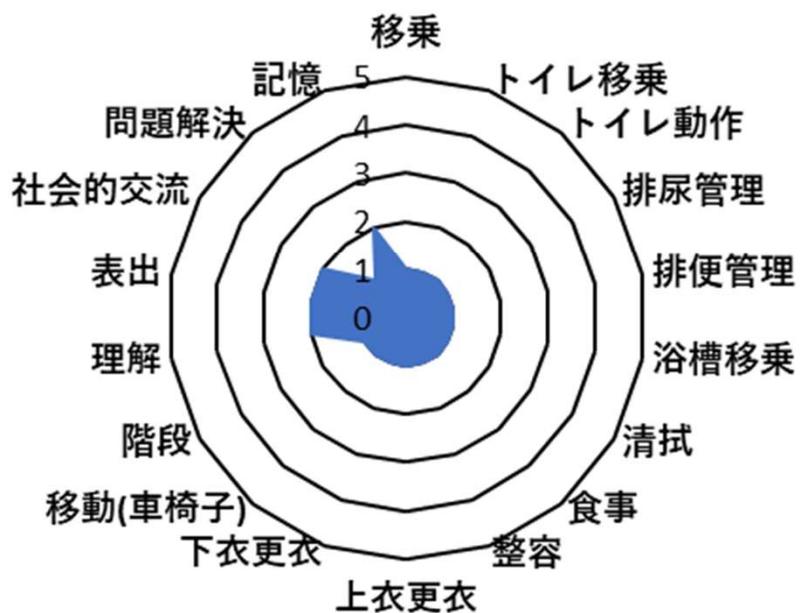


NST介入

HbA1c変化



入院時 F I M



退院時 F I M



22/126点

+18点

40/126点

考察

- ① 徹底した離床により意識レベルの改善に繋がった。
- ② 段階に応じた経口摂取のアレンジを行い、胃瘻から経口移行が可能となった。
- ③ ①②双方を並行して行うことにより、車椅子自走可能となる等、ADLの改善に繋がった。

結語

NSTとリハビリテーションスタッフとの協働作業による集中的ケアで、ADL改善に繋がることを実感できる一例であった。

同様の症例を複数経験し、
当院では摂食嚥下チームを立ち上げ、
初期からの常食化に取り組んでいる。