

食道癌及び咽頭癌の治療後に重症肺炎を来した症例

済生会松阪総合病院 NST 管理栄養課¹⁾ リハビリテーション課²⁾ 看護部³⁾ 内科⁴⁾

西村萌¹⁾ 大洲有佳¹⁾ 松本由紀¹⁾ 角谷恵²⁾ 福浦正樹²⁾ 中井佐奈³⁾
福家洋之⁴⁾ 清水敦哉⁴⁾

【症例】70歳代男性。X年4月他院で早期胃癌に対し内視鏡的粘膜下層剥離術施行、1週間後左延髄外側梗塞を発症。同年5月胸部食道癌に対して胸腔鏡下胸部食道全摘術、腹腔鏡補助下胃管作成術、頸部食道胃管吻合術、9月下咽頭癌に対し放射線治療、9月食道吻合部バルーン拡張術、11月肺炎発症。同年12月咳嗽、嘔吐を主訴に当院受診し、誤嚥性肺炎にて入院となる。CTにて両側下葉の浸潤影と胃管内の著明な残渣貯留を認めたためNGチューブ挿入。第6病日より食事開始したが食後臥位での逆流症状を認めていた。第9病日食後に嘔吐し重症肺炎再燃、NGチューブ再挿入。第19病日CVC挿入し高カロリー輸液開始。Alb2.1g/dl、TLC560/ μ l、HGB11.0g/dl、T-Chol113 mg/dl、中等度栄養障害認めNST介入となる。BEE：990kcal、補正BEE：1090kcal、目標カロリー：1500kcal、蛋白約60～70gとし、TPNで栄養管理施行。第34病日目嚥下チーム介入しVE、VF結果に基づき直接+間接訓練施行しながら食事量アップ（1食→3食/日）をしたが再度嘔吐し、誤嚥性肺炎再燃。食道期に嚥下後の停滞・残留を認めるため、少量頻回食（5回/日）への変更と、水分との交互嚥下を徹底した。その後は嘔吐なく食形態も順調にアップでき、Alb3.2g/dl、TLC810/ μ l、T-Ch129 mg/dlへ改善し第71病日退院となる。

【考察】

本症例では嚥下障害に対して嚥下訓練および一回摂取量の調節が有用であった。嚥下障害の原因として咽頭癌放射線治療後による咽頭期の障害、食道癌術後の食道期の障害が考えられた。