

8 嚥下障害の診断とリハビリテーション (医療従事者向け)

「食べる」こと、「飲み込む」ことは生命の維持のみならず、生きる上で大きな楽しみです。食物を飲み込むためには、口腔、咽頭、喉頭や頸部の食道などに存在する多くの神経や筋肉の一連の共同運動が必要です。そのため、脳卒中、神経や筋肉の病気、口腔・咽頭・食道の病気などが原因となり、飲み込みの障害＝嚥下障害が生じます。また、人口構成の高齢化に伴い、加齢による嚥下障害がクローズアップされてきております。

当科では平成19年より嚥下外来(予約制)を開設し、(表1)に示したような患者さんについて、嚥下障害の検査、リハビリテーション(以下、リハ)、手術治療を行って参りました。急性期病院であるため脳血管疾患、誤嚥性肺炎など呼吸器疾患にて他科入院中の患者さんが半数以上を占めております。入院患者さんではリハを担当する言語聴覚士(ST)が予め嚥下状態を評価した後に、嚥下外来に紹介されます。

表1 嚥下検査施行例132症例の疾患別内訳
平成19年7月～平成22年8月

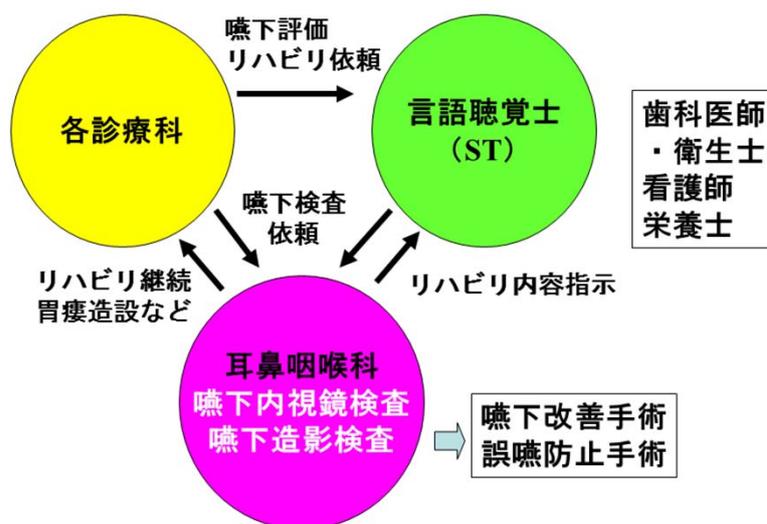
疾患	例数
呼吸器疾患	45
脳血管疾患	36
頭頸部癌術後	20
神経・筋疾患	8
循環器疾患	4
その他	19
総計	132

入院87名 外来45名

当院における嚥下障害に対する診療について(図1)に示しました。嚥下外来においては、嚥下に関する問診から始まり、ビデオ嚥下内視鏡検査(図2)をまず行います。各種形態の着色した食品を嚥下し、嚥下反射の起こり具合、嚥下の状況、喉頭・気管への流れ込みの有無などを調べる検査です。場合により、ビデオ嚥下造影検査(図3)を追加します。リハ担当のSTも検査に加わり、嚥下リハにて改善する見込みについて検討し、嚥下可能な食事の形態・体の位置などを調整します。嚥下リハにおいては歯科による専門的口腔ケアも重要です。嚥下の回復が著しく困難であることが予測される場合は、早期に代替栄養法(例:胃瘻造設・CVポート造設など)について主治医と相談して頂きます。当科の調査では嚥下内視鏡スコア(兵頭スコア)が9点以上の患者さんにおいては、退院あるいは転院後も経口摂食ができない患者さんが多くを占めました(図4)。また、嚥下障害の手術治療として、誤嚥性肺炎を反復されている患者さんに対する低侵襲な喉頭気管分離術を取り入れ、療養型病院からの紹介が増加しております。胃瘻増設術前の嚥下機能評価依頼にも対応しておりますのでご相談ください。

今後、嚥下障害の診断・治療に関しては益々ニーズが高まることが予測されます。診療レベルの向上を目指し、当科・STスタッフによる嚥下カンファレンスを定期的に行うとともに、各種学会・研究会などにて情報収集・情報発信を行っています。

図1 当院における嚥下障害診療



各診療科から耳鼻咽喉科・言語聴覚士に嚥下検査・リハビリテーションが依頼されると、耳鼻咽喉科医師と言語聴覚士が協同して検査と診療にあたります。また、歯科医師・歯科衛生士による専門的口腔ケア、看護師による口腔ケア、栄養士による食事形態と量の調整なども重要です。

図2 ビデオ嚥下内視鏡検査



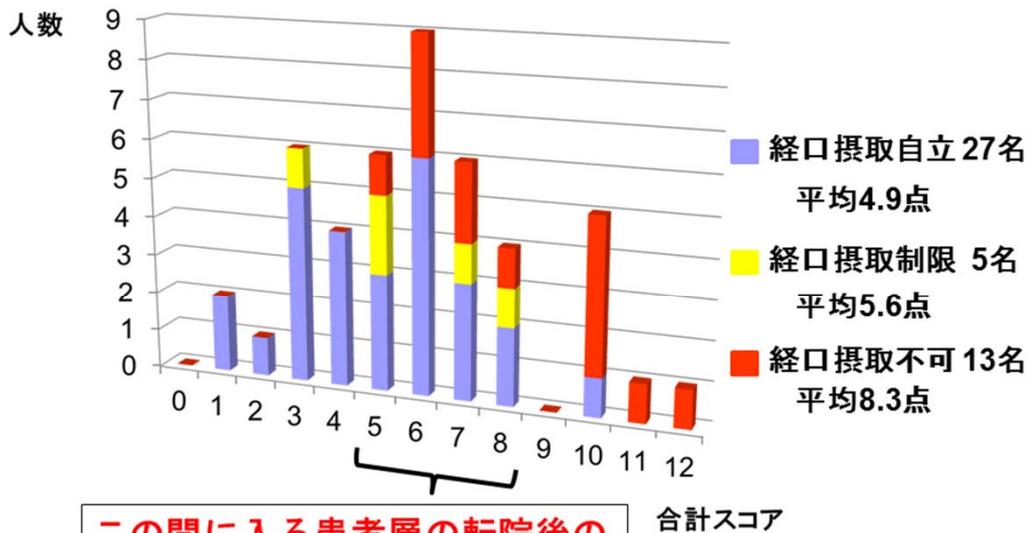
着色ゼリーを嚥下した画像です。

図3 ビデオ嚥下造影検査



バリウムを嚥下した画像です。

図4 嚥下内視鏡検査スコア評価



この間に入る患者層の転院後のフォローと嚥下リハビリが重要

嚥下内視鏡検査スコア評価を行った入院患者退院あるいは転院後の摂食状況を調査した。
 福田 篤、津布久 崇、松村 道哉、古田 康：嚥下内視鏡検査スコア評価による急性期入院患者の経口摂取状況予測の有用性、日本耳鼻咽喉科学会会報 117:1087-1092, 2014.