

回復期における嚥下障害について

かがわ総合リハビリテーション病院 内科 医師 田中 哲也

キーワード：嚥下障害、脳血管障害、嚥下リハビリ

要 旨

回復期病棟において摂食・嚥下障害をきたす原因の多くは、脳卒中である。嚥下障害に対するリハビリとして、まずは全身状態の改善を図りつつ、総合的な機能評価を行ない最適な訓練の方法を決定する。嚥下訓練には基礎訓練と摂食訓練があるが、訓練には多職種が連携したチームアプローチが求められる。改善の望めない重症例に対しては手術的な手段も考慮される。

1. はじめに

摂食・嚥下障害をきたす疾患は多岐にわたるが回復期においては、脳卒中によるものが主である。脳卒中の嚥下障害は急性期には高頻度に見られるが、その多くは自然経過とともに改善し、遷延するものの大部分は脳幹障害や多発性(両側性)障害によるものである。また原疾患による障害だけではなく、加齢、発症前後の状態(高次脳機能障害、廃用、うつ状態、長期の経鼻胃管留置)や薬物などの影響も見逃せない。

脳血管疾患で生じる嚥下障害は、延髄の嚥下中枢が損傷されて生じる球麻痺と延髄の嚥下中枢より上位運動ニューロンが損傷されて生じる核上性障害に分けられる。核上性障害には、一側性の障害と両側性障害(偽性球麻痺)があるが、一側性の病変でも偽性球麻痺タイプの嚥下障害が生じるという報告もある。

2. 脳血管疾患で生じる嚥下障害

■球麻痺 (延髄は英語でbulb→延髄の麻痺 bulbar palsy→日本語訳で“球”麻痺)

中心症状は嚥下障害と構音障害。嚥下反射は起こらず、嚥下に関係する筋肉が弛緩性の麻痺となり、顔面神経や三叉神経支配の筋も一緒に侵されていることが多い。

代表的なワレンベルグ症候群(延髄外側症候群)では、嚥下障害は重度であるものの他の症状に乏

しいこともある。咽頭の動きの左右差や輪状咽頭筋の弛緩不全、咽頭の拳上不良、食道入口部の開大不全などがみられる。球麻痺による嚥下障害は基本的に難治性である。延髄梗塞の他に、筋萎縮性側索硬化症、多発性硬化症、ギランバレー症候群などが原因で生じることがある。

■偽性球麻痺 (延髄ではなく中枢が障害されているのに球麻痺に似た症状がある)

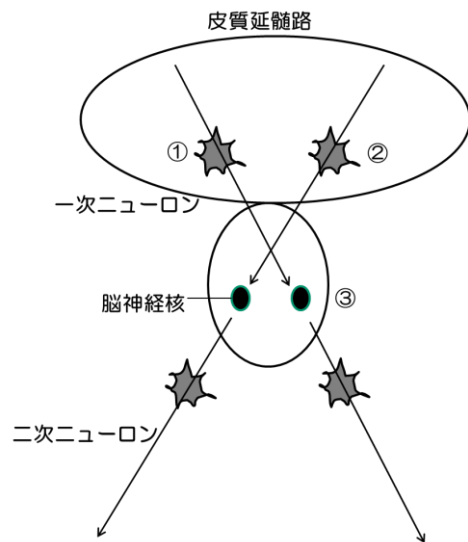
脳血管障害で嚥下障害のリハビリの対象となるのは、このタイプが最も多い。

多発性脳梗塞や複数回の脳出血など両側性に上位ニューロンが障害された場合の嚥下障害で、球麻痺との違いは嚥下反射(ゴクンとできること)が残っている点である。嚥下に関係する筋力低下や協調性の低下があり、咀嚼がうまくできなかつたり食塊を舌根部まで送り込めなかつたりする。さらに嚥下反射惹起遅延も起こりやすく、随意的な嚥下がしにくくなることもある。

■一側性の脳血管障害

左脳の病変では口腔期に障害があり、右脳の病変では咽頭期に問題があると言われている。症状は一過性であることが多い。

① or ②	一側性核上性障害
① and ②	両側性核上性障害(偽性球麻痺)
③	核性障害(球麻痺)



3. その他の嚥下障害

■小脳疾患

小脳病変による嚥下障害は報告が少なく、小脳の嚥下機能への直接的な関与は不明である。小脳梗塞患者の嚥下障害症例を経験するが、延髄病変などの他病変との合併により嚥下障害を生じている可能性が高い。眩暈が長く続く場合には、悪心や食思不振から臥床がちで十分な食量摂れず廃用が進行してしまうことがある。

■廃用による嚥下障害

高齢者や長期臥床患者など、全身の筋力低下や消耗状態に陥っている場合、意欲や注意力の低下に加え、嚥下反射の低下や咽頭の解剖学的な下垂が生じ、咽頭挙上より困難になりやすい。更に唾液減少による口腔乾燥や虫歯などで歯が弱り咀嚼力の低下を招くこともある。ビタミン B1 欠乏から生じる嚥下障害やビタミン B12 不足による偽性球麻痺も知られている。

4. 嚥下障害に対するアプローチ

まずは原疾患の治療と十分な口腔ケアが優先される。発熱や下痢など全身状態が良くなければリハビリも進まない。嚥下機能や意識レベルを下げる薬剤が含まれていることがあり、可能であれば中止する。嚥下に良いとされる薬剤(例えばシロスタゾール、ACE-I、アマンタジン等)も良く知

られているが、残念ながら臨床的に効果を実感することはあまりなく、むしろ誤嚥性肺炎の予防を期待して使用される。

<当院での嚥下リハビリの流れ>

嚥下障害あり

嚥下機能評価:

- | | |
|---|------------|
| ① | スクリーニングテスト |
| ② | 嚥下造影・嚥下内視鏡 |

摂食嚥下訓練:

- | | | | |
|---|------|---|------|
| ① | 基礎訓練 | ② | 摂食訓練 |
|---|------|---|------|

ゴール設定 : 修正・見直し

(1) 嚥下機能評価

原疾患の病態、摂食機能評価、フィジカルアセスメント、日常生活場面の観察およびスクリーニングテスト、嚥下造影検査 (VF ; videofluoroscopic examination of swallowing) や嚥下内視鏡検査 (VE ; videoendoscopic examination of swallowing) などにより総合的な評価を行って訓練の方法を決定する。

造影検査 (VF)

VF ; 口腔・咽頭・食道などの一連の動きの評価に優れる。被爆あり、検査場所も限定。

内視鏡検査 (VE)

VE ; 咽頭や咽頭残留の評価に優れる。

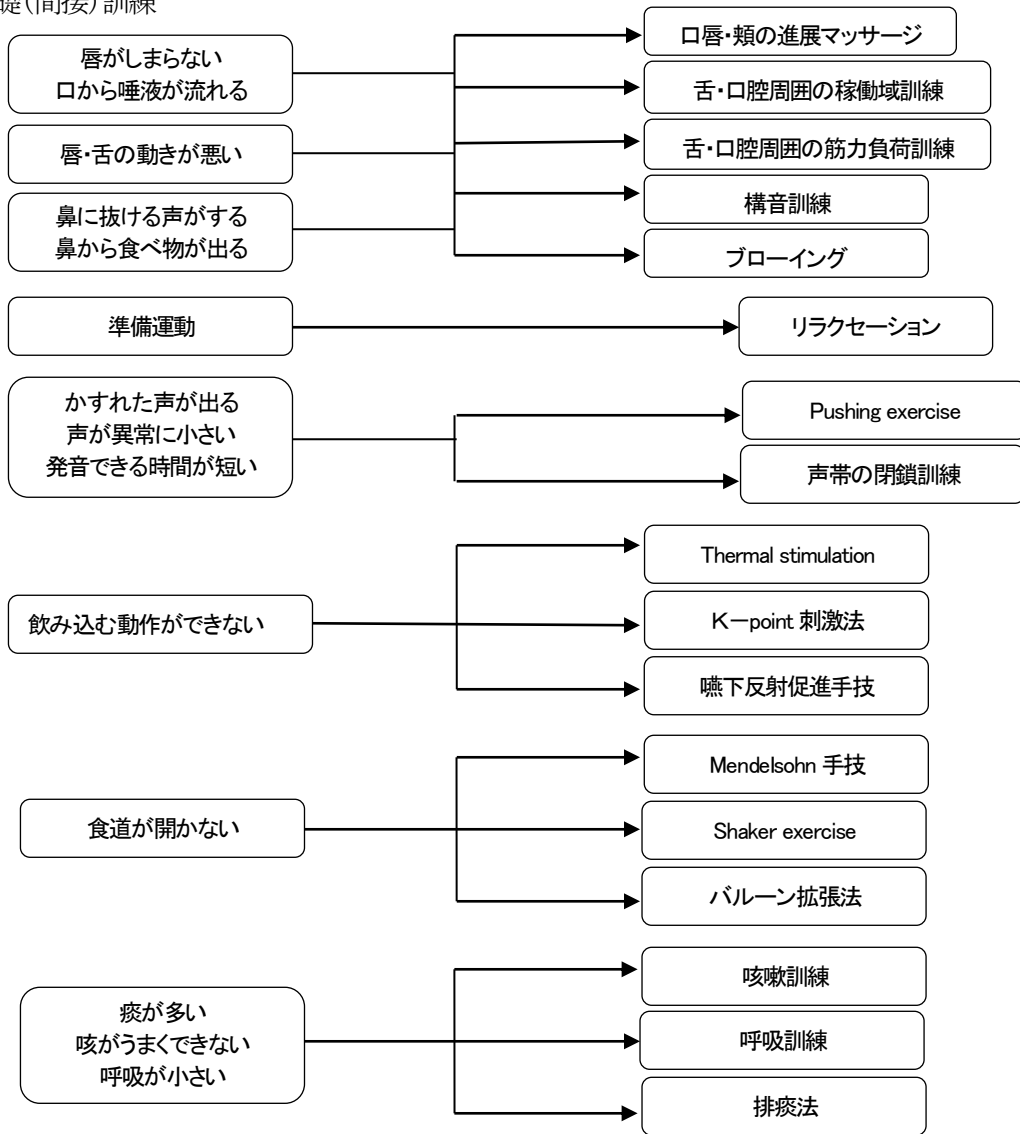
嚥下の瞬間が見えない。

ベッドサイドでの検査が可能

(2) 嚥下訓練

食事を用いない基礎(間接)訓練から食事を用いる摂食(直接)訓練、嚥下調整食の開始へと進行する。主な訓練方法は別表に示したが、効果を上げるためにはこれらに精通している必要がある。(概略のみ)

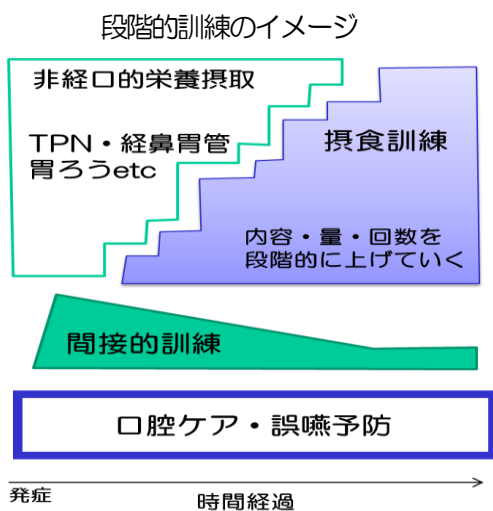
①基礎(間接)訓練



②摂食(直接)訓練

食べ物を使用する際には安全を確認しながら量や質を上げていく段階的摂食訓練と何らかの“工夫”を加えながら行う嚥下代償法の2通りのアプローチを行う。

i) 段階的摂食訓練



ii) 嚥下代償法

- ・嚥下の意識化(think swallow)
- ・頸部回旋/一側嚥下
- ・複数回嚥下/交互嚥下
- ・鼻つまみ嚥下
- ・Chin down(頭部屈曲位/頸部屈曲位)
- ・体幹角度調整

(3) ゴール設定

訓練を言語聴覚士に任せておくだけではなく、看護師や理学療法士、作業療法士、管理栄養士、歯科医師・歯科衛生士と連携したチームアプローチが大切である。検査(評価)→訓練→カンファレンスを繰り返しながら、退院後の生活を想定して目標と実際の訓練の進み具合を評価しながらゴールを設定する。残念ながら上記アプローチでも改善のみられない重症例に対しては手術的な手段も考慮する。

- ・胃瘻
- ・嚥下機能改善手術
(喉頭挙上術、輪状咽頭筋切除術など)
- ・誤嚥防止手術
(咽頭気管分離術、声門閉鎖術など)

回復期の限られた期間内に、個々の症例の問題点をどこまで解決できるか。退院後の課題を明確にして、如何にスムーズに維持期に繋がられるか。パスや評価のフローチャート、各職種の役割分担、VF/VE検査のプロトコールなどシステム全体の見直しを図るとともに、それぞれの訓練方法の適応や効果に対する評価が今後の課題である。

【引用・参考文献】

- 1) 藤島一郎:脳卒中の摂食・嚥下障害, 医歯薬出版株式会社, 1993
- 2) 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会作成マニュアル
訓練法のまとめ(改訂 2010)
- 3) 藤島一郎:疾患別に診る嚥下障害, 医歯薬出版株式会社, 2012
- 4) 馬場元毅、鎌倉やよい:脳からわかる摂食・嚥下障害, 株式会社学研メディカル秀潤社, 2013