

# 急性期病院における嚥下障害

・岡崎市民病院耳鼻咽喉科 統括部長

笠井 幸夫

---

## 当院の紹介 650床

耳鼻咽喉科常勤医師数 3名 手術件数;340件(340名)  
(手術室利用分)

言語聴覚士 4名 (1名非常勤)

平均在院日数 15.3日

脳卒中症例 530例

(脳梗塞 365例 脳出血 122例 脳脊髄液減少症 43例)

---

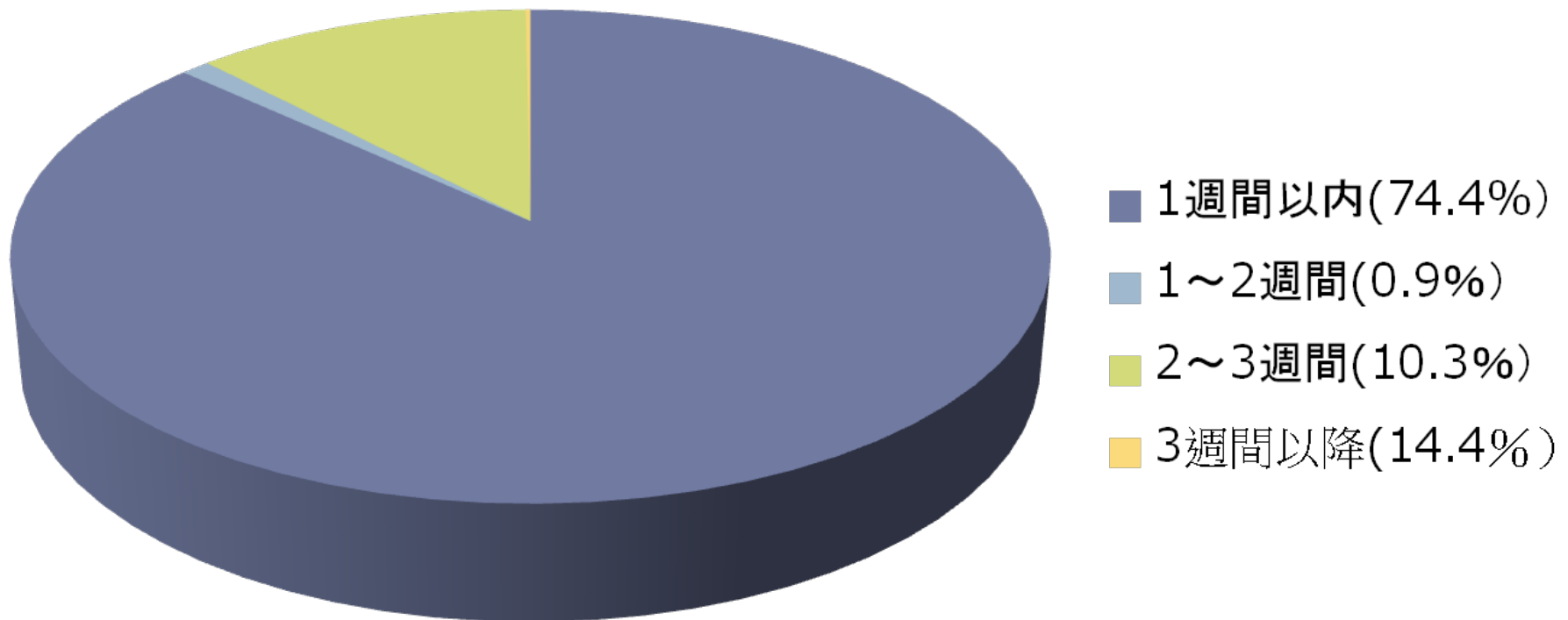


# 当院における脳卒中後の経口摂取状況

発症時嚥下障害：36.6%

発症3週間では85.6%経口摂取可能

食事を開始した時期(3食ミキサー1000kcal以上)



# 脳卒中全体の嚥下障害はどれくらい自然回復するものなのか **急性期の口腔ケアが大切**

---

Barer et al (1989) **一側性脳卒中** 発症1週間16%

発症1か月後 2% 6ヶ月後 0.2%

才藤ら(1991) **脳卒中全体** 急性期嚥下障害 30-40%

慢性期に残ったのは10%

Rogemannら(1985) **脳卒中全体** 慢性期にリハビリを

行ったが経口摂取不能であったのは6.6%

Gordonら(1987) 発症時 45.1%

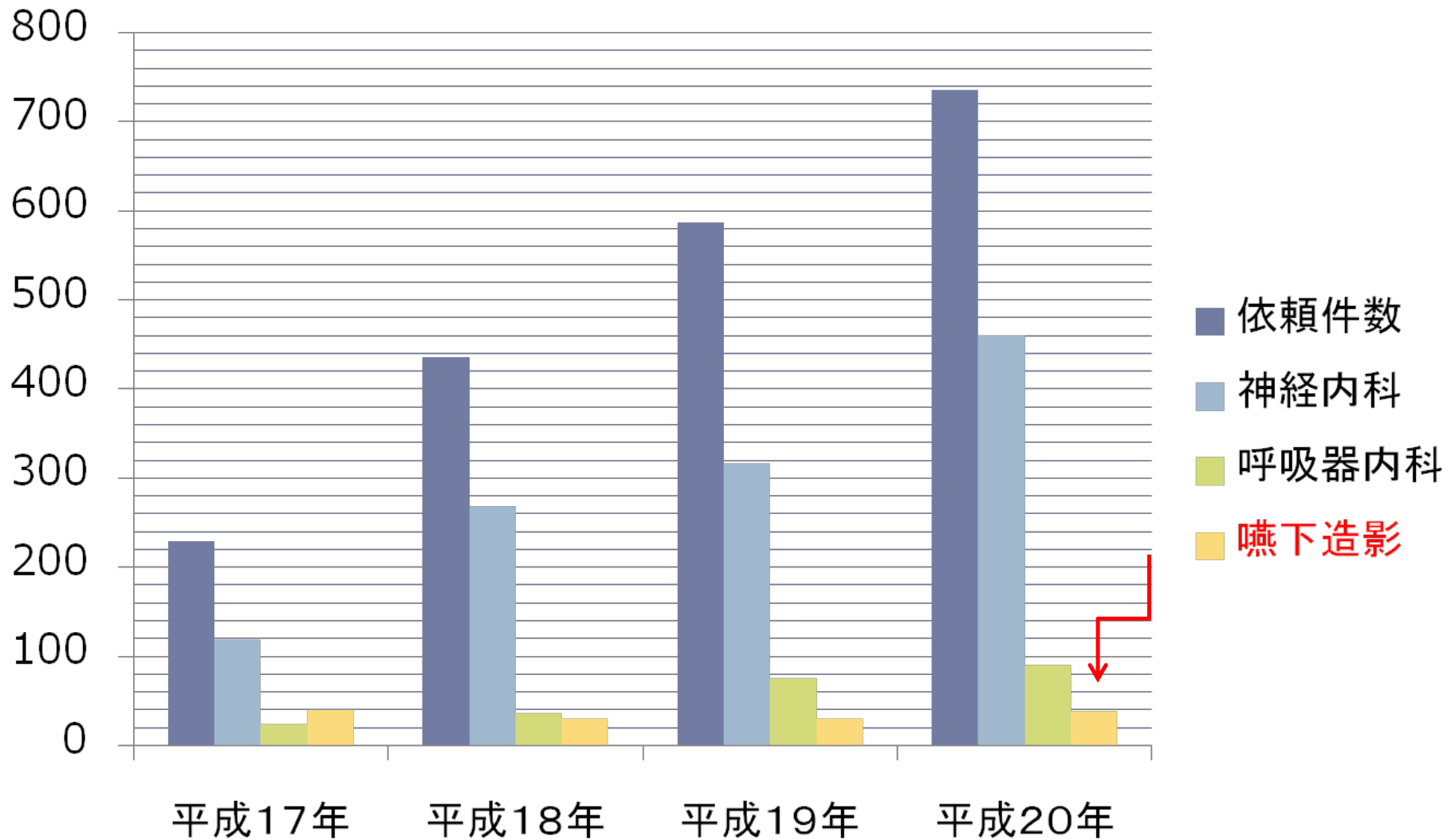
Kiddら(1995) 発症時 41.7%

巨島(2006) **3か月以内に79.6%**が経口摂取可能なレベル 多くは**2週間程度**で回復

---



# 当院における言語聴覚士依頼の推移



# 嚥下評価の流れ

主治医、看護師による評価 1) 改訂水のみテスト

2) food テストによる湿性音など

↓  
STによる評価

↓  
嚥下機能の評価依頼; 嚥下動態・病態 (耳鼻咽喉科)

↓  
STによる嚥下リハビリ → 手術

↓  
転院 (回復期リハビリテーション病棟、療養型病院) 自宅

↓  
脳卒中地域連携パスによる転院先退院時嚥下評価のCD

—ROMによるFeedback (PT OT ST)

# 当院における嚥下評価

## 情報収集

---



高次機能障害 認知レベル 覚醒レベル  
むせや咽頭の残留感 胃食道逆流など

スクリーニングテスト



反復唾液嚥下テスト(repetitive saliva  
swallowing test RSST) 改訂水のみテスト

嚥下内視鏡検査(耳鼻咽喉科外来初診時)



嚥下造影検査(Videofluorography:VF)



嚥下内視鏡検査(精査)

実際に食物を摂取させてファイバーにて嚥下機能を評価

---

# 嚥下摂食障害の臨床的重症度分類

---

誤嚥なし 1) 正常範囲

2) 口腔問題 主として口腔期障害あり

誤嚥あり 1) 機会誤嚥

2) 水分誤嚥

3) 食物誤嚥

4) 唾液誤嚥

---





**Process model**(咀嚼嚥下モデル; palmer JB) →

咀嚼時の嚥下様式は命令嚥下とは異なり、噛みながら飲んでいる

高齢者や嚥下障害者は嚥下反射開始前により深く咽頭に食塊を送り込む傾向にあり、液体含有が多いと著しい

## リクライニング

1) 口腔送り込み障害の代償的手段

頸部を進展せずに食塊を咽頭に送る

重力 口腔保持障害に注意

2) 誤嚥の代償的手段

頸部のリラクセーション 食道入口部の喉頭口の位置

咽頭停滞時間をかせぐ 梨状かの容積に注意

咀嚼嚥下検査(バリウム有  
コンビーフ 8g、コンビーフ4g  
バリウム5ml)



リクライニング効果を見る  
VF用椅子



# 症例 1 嚥下改善手術著明改善症例

---

## 72歳男性

平成18年2月に右**脳幹梗塞** 嚥下リハビリ行い、自宅で1年経過してラコールをむせながら経口摂取しており、誤嚥性肺炎の既往もあり、経管栄養および胃ろうは造設されておらず、身体障害者記載の目的にて神経内科より依頼された。平成19年3月15日 初診 唾液貯留は右側食道入口部にあり、喉頭侵入あり。声帯可動性は良好  
平成19年6月14日 喉頭挙上術(下顎甲状軟骨縫縮)および両輪状咽頭筋切除術施行した。  
術後常食経口摂取になった

---



# 症例 1 腦幹梗塞 術前VF

---



# 症例 1 (脳幹梗塞) 術後VF

---



## 症例 2

### 嚥下改善手術で改善が乏しかった症例

---

71歳 男性

平成20年1月27日 脚立より転倒し、意識消失 搬送され脳挫傷、外傷性クモ膜下出血にて入院。

入院後意識レベルは回復したが入院2日目に大量鼻出血あり、**外傷性仮性内頸動脈動脈瘤破裂**にて放射線科Drにより**左内頸動脈のコイリング**施行した。その後嚥下障害が遷延し、経管栄養のみでリハビリ目的にて転院した。

胃全摘後で腸ろう造設目的にて再入院時に嚥下障害残存 誤嚥性肺炎も発症した。平成21年6月24日 喉頭挙上術 (舌骨下顎縫縮術) 両側輪状咽頭筋切除術を施行した

---

# 症例 2 外傷性仮性内頸動脈動脈瘤破裂

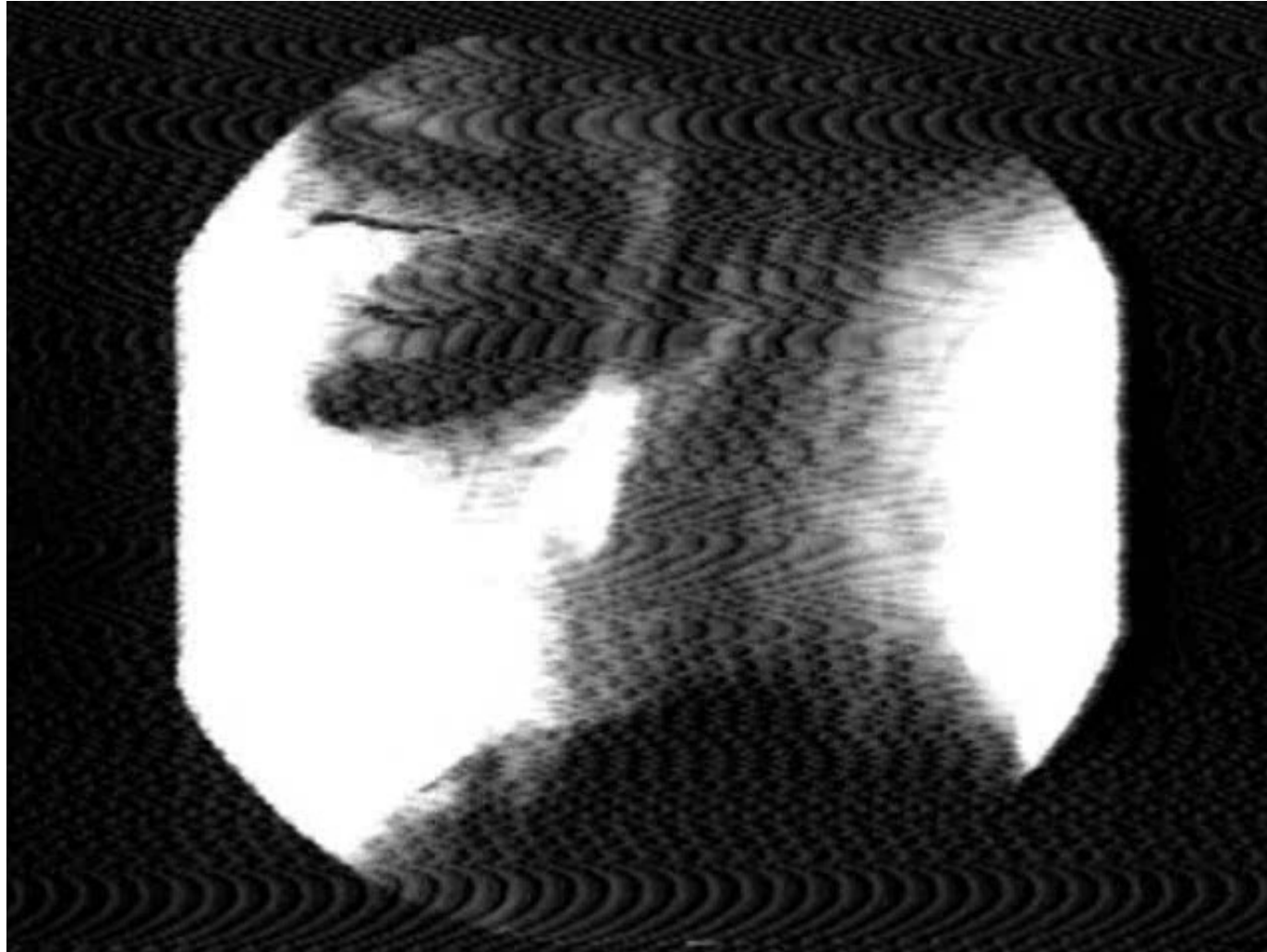
## 術前VF

---



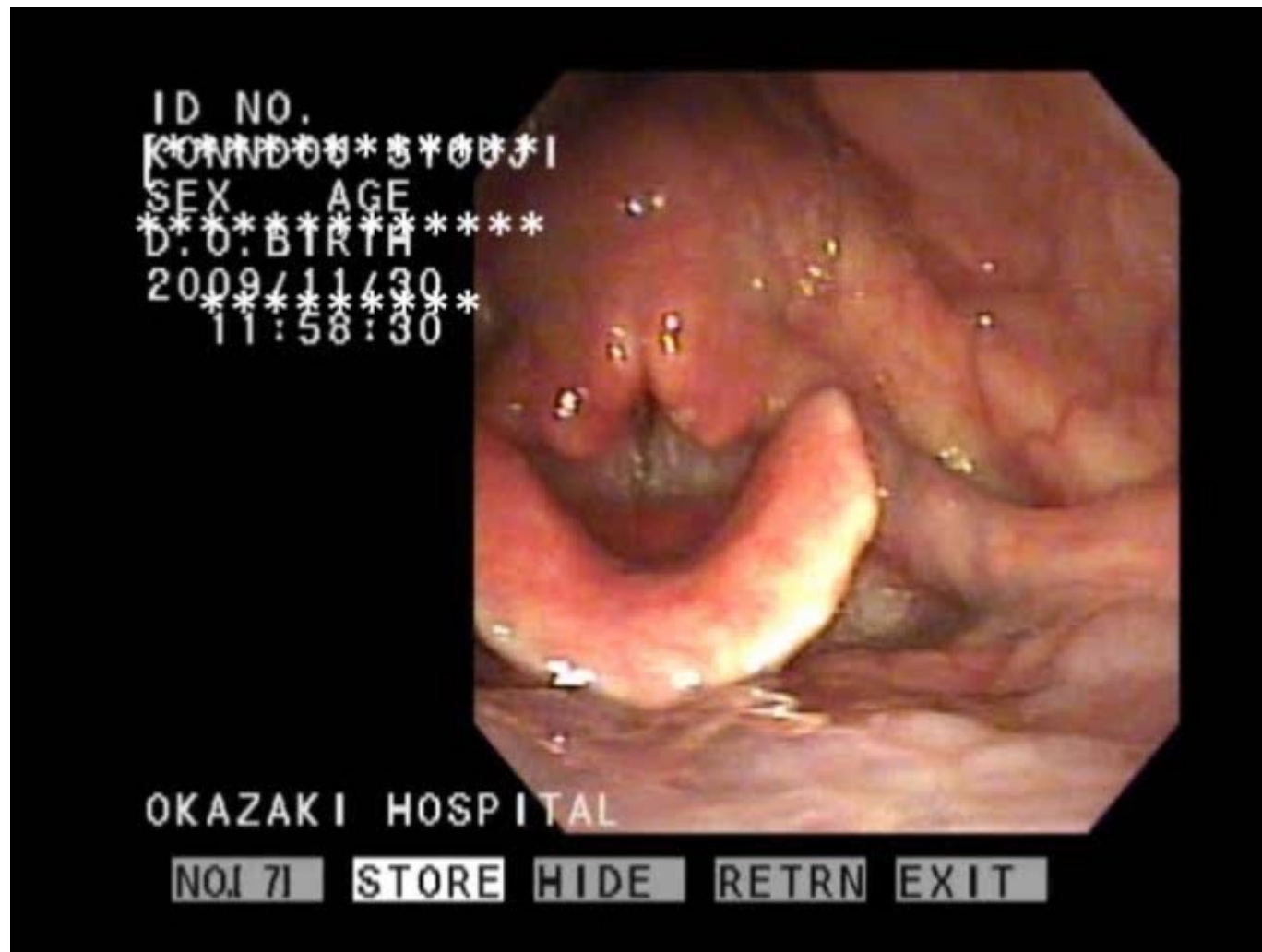
# 症例 2 外傷性仮性内頸動脈動脈瘤破裂 術後VF

---





# 症例 2 外傷性仮性内頸動脈動脈瘤破裂 術後嚥下内視鏡



## 症例2 反省点

---

1) 手術時期

2) 栄養管理 術前リハビリ

適切な手術時期であったか。胃全摘後で腸ろう造設されており体重が減少が著しく、**咽頭腔全体が拡大し嚥下圧が下がってしまった**。軟口蓋挙上装置も総入れ歯であり装着は困難であった。手術前の栄養管理および嚥下機能の廃用予防が重要で再認識された  
嚥下食は可能になったが、固形物は嚥下圧が小さく困難  
経口摂取のみでは十分な栄養は得られていない

---



## 症例 3 誤嚥防止手術症例

---

59歳 女性

平成17年10月28日 椎骨脳底動脈瘤の手術後脳幹部に  
広範囲出血あり 左Ⅶ 左Ⅹ 左ⅩⅡの麻痺と原因不明  
の開口障害あり 気管切開施行されるも誤嚥性肺炎を繰  
り返した。発症1年経過するも肺炎の再燃により転院の機  
会を失い、当科依頼された。

VF上著明な鼻咽喉閉鎖不全、口腔と軟口蓋付近をバリウ  
ムがいったりきたりしていた。まず喉頭気管分離術を行っ  
てさらに軟口蓋挙上装置 開口訓練を行い、輪状咽頭筋  
切除術および喉頭挙上術(喉頭舌骨下顎縫縮術 舌骨下  
筋群合併切除術)を施行した

---



# 症例 3 椎骨脳底動脈瘤の手術後

## 術前VF

---



# 症例3 術後嚥下内視鏡



## 症例 3 術後経過

---

術後2週間目には水分がスムーズに飲めるようになった

粘性のあるものは嚥下圧がかかりにくく困難であったが  
ヨーグルトは可能であった。

1日500m程度の水分摂取は可能であった。

---



# 急性期病院の役割は

---

- 1) 嚥下機能**廃用**予防と**口腔ケア**による肺炎発症予防
  - 2) 嚥下の適切な**評価**と二次病院への**リハビリ連携**
  - 3) 誤嚥性肺炎を繰り返すため転院の機会を失っている場合は誤嚥防止手術の検討
  - 4) 二次病院から嚥下の再評価や誤嚥防止手術や嚥下改善手術などのフィードバック 脳卒中パスの利用
  - 5) **NST** (Nutrition Support Team) の導入により栄養管理のための嚥下機能維持 (NST回診にST 1名含む)
- 

