

【嚥下指導とリハビリテーション その3】

西山耳鼻咽喉科医院(横浜市南区)
東海大学非常勤教授
藤田保健衛生大学客員准教授
横浜市立大学非常勤講師/北里大学非常勤講師

西山 耕一郎

■はじめに

日本は超高齢社会になり在宅嚥下障害例が増加し、介護者は嚥下障害の対応から避けて通れない所まできています。“水”に代表される液体は、咽頭を通過するスピードが速いので一番誤嚥を起こし易く、嚥下機能が低下すると液体や食物等を誤嚥して肺に入り、誤嚥(嚥下)性肺炎を発症します。

嚥下障害の最優先事項は誤嚥性肺炎であり、85歳以上の高齢者の肺炎による死亡率は若年成人の1,000倍以上であり、90歳以上の男性では死因の第1位です。高齢者の誤嚥性肺炎の特徴は症状が乏しいので、発見が遅れ気味で、繰り返し、完治は難しいのですが…個々の症例の病態に対応した適切な嚥下指導や嚥下訓練(リハビリテーション)を行えば、口から食べるのを続けられる症例をしばしば経験します¹⁾。

【軽度嚥下機能低下例の対応法】

経口摂取は概ね問題無く行えるが、時にムセを認める症例や、ムセを自覚しなくても食後に痰が増える例です。このような症例は“嚥下指導²⁾”(表1)が中心となります。嚥下造影検査(VF)か嚥下内視鏡検査(VE)による検査が推奨されます。テレビを観ながらの“ながら食い”や“早食い”や“丸飲み”は止めさせ、食事に集中して意識して飲む(嚥下の意識化)、下部頸椎から曲げる“頸部前屈嚥下”や、一口量は少なめに、複数回嚥下、ムセたら十分に咳をして出すことを指導します。家族が嚥下中に“話しかける”のも止めさせます。誤嚥を防ぐためには、“のど仏を上げる”訓練として、シャキア法³⁾、嚥下おでこ体操⁴⁾(図1)、頸部等尺性収縮手技⁵⁾(図2)を指導しますが、可能であればSTに依頼することをお勧めします。“誤嚥しても出せれば

表1.軽症例の対応法 : 西山:高齢者の嚥下障害診療メソッド

嚥下指導⇒食べ難い食物は避ける
ながら食い・早食いは止めさせる
頸部前屈嚥下・嚥下の意識化
一口量は少な目に
ムセたら十分に咳をして出す
嚥下おでこ体操・
頸部等尺性収縮手技等
⇒ST依頼
カラオケ・呼吸排痰訓練・全身の運動を推奨
義歯不適合 ⇒歯科依頼

図1:嚥下おでこ体操

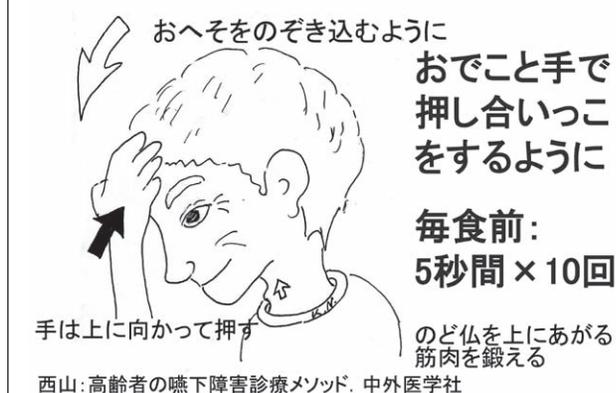
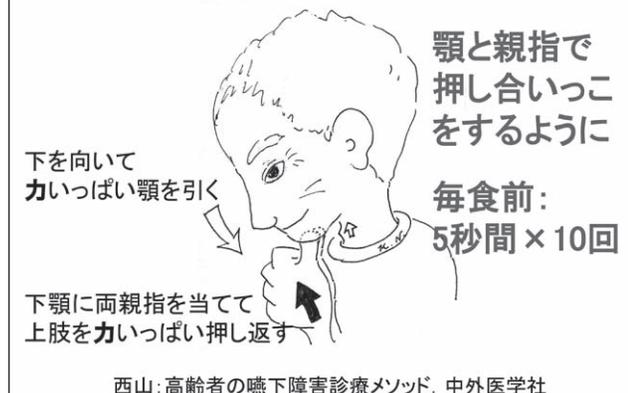


図2:頸部等尺性収縮手技



肺炎の発症を減らせる”ので、呼吸排痰訓練としての吹き戻し(図3)や、ペットボトルを利用したブローイング訓練や、ハフイング(発声せずに息を吐く呼吸法)や発声訓練、歌唱、カラオケ(ピッチが高い歌)を推奨し、全身の運動として散歩等を推奨します。義歯不適合は歯科依頼を行います。



図3：吹き戻し
 ペットボトル製ブローイング
 毎食前：10秒×10～20回

【中等嚥下機能症例の対応法】

経口摂取はある程度は可能ですが誤嚥のリスクがあり、食餌内容の制限や肺炎や気管支炎に対する気道管理、補助栄養法などが必要な症例です。前記の軽度嚥下機能低下例に対する嚥下指導に以下の項目を追加します(表2)。VFかVEによる画像診断が必要です。個々の症例に合った誤嚥のリスクを減らせる食事形態⁶⁾を硬さ、付着性や凝集性などに留意して指示します。液体にはトロミ剤(増粘剤)を薄いトロミ濃度(フレンチドレッシング程度か、トンカツソース状)か、中間のトロミ濃度(ポタージュ状か、ヨーグルト状)の使用を指示します。嚥下機能に適合した食事形態の指示は、嚥下食ピラミッド⁷⁾や学会分類2013⁸⁾を参考にします。全粥L4かミキサー食L3を指導しますが、嚥下機能によってはゼリー寄せL2や、ヨーグルトL2、プリンL1を指導する場合があります。全粥の離水で誤嚥する場合は、酵素粥(L3: ソフトアップ粥[®]・スベラカーゼ粥[®])が良く、最近では市販品で良い物が出ています。栄養士に、食事形態の指導も含めて相談することをお勧めします。痰が多い場合には去痰薬や気管支拡張薬の投与と、発熱や咳や膿性痰がある場合には抗菌薬の投与も考慮します。嚥下指導として、“息こらえ嚥下”、“複数回嚥下”、咽頭残留がある場合には“交互嚥下”を指導し、全身状態が落ち着いていれば、シャキア法³⁾、嚥下おでこ体操⁴⁾、頸部等尺性収縮手技⁵⁾を指導します。STに、嚥下指導と嚥下リハビリとしてメンデルソン法等を依頼します。また誤嚥のリスクを減らす食事姿勢として、頸部前屈、頸部回旋、背上げ角度45～60度(リクライニング・体幹角度調整)等をVFにて検討します。さらに食事前後の口腔ケアは歯科衛生士に依頼し、呼吸排痰訓練は理学療法士に依頼します。

表2：中等症例の対応法：

気管支炎&肺炎⇒去痰薬&抗菌薬を処方
 食事形態と姿勢はVF・VEにて確認
 お粥・ミキサー食・液体にトロミ ⇒栄養士依頼
 背上げ角度は60～90度
 嚥下指導&嚥下リハビリ
 (複数回嚥下、交互嚥下、息こらえ嚥下等)⇒ST依頼
 食後の口腔ケア ⇒Ns・歯科衛生士依頼
 全身状態により⇒呼吸排痰訓練 ⇒PT依頼
 ⇒全身の運動を推奨

【重度嚥下機能低下症例の対応法】

経口摂取は困難か不可な症例です。重症例は、肺炎と栄養障害で生命の危機に瀕しているため、基本的には専門病院にて管理します。その具体的な対応として誤嚥性肺炎と栄養管理を優先し、抗菌薬と去痰薬を投与し、食物誤嚥に対して禁食を考慮する場合には入院管理となります。

【飲み込みを良くするリハビリテーション法】

飲み込みの機能を良くする一番のリハビリテーション法についてある高名な先生は、『飲み込みの運動を繰り返す事』と主張されています。また別な高名な先生は、『飲み込みに関連する筋肉の筋トレである』と主張されています。嚥下運動は、嚥下反射と随意運動の繊細な組み合わせでタイミング良く、喉頭が前上方に運動するためには筋力は必須だと思います。

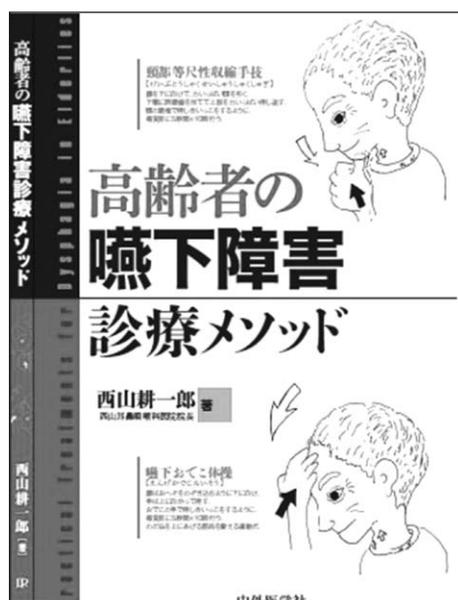
【まとめ】

前回は申し上げましたが、嚥下機能は体力と関連します。日頃から体力を落とさないように、三食食べて十分な栄養を摂ること、よく歩き、よく喋り、規則正しい生活を心がけることが大切だと思います。高齢者の体力は個人差が大きいので、嚥下機能の個人差が大きな理由は、この辺にあるのではと考えております。

嚥下障害は全身疾患の成れの果ての結果生じるので、肺炎や栄養管理や認知症の対応は医師しかできないので医師が中心となり全身的に対応すべきです。ところが口腔領域のみや、栄養領域のみに限定した、やや片寄った取り組みを散見します。嚥下障害の対応は多岐にわたり、多職種(医師、歯科医師、看護師、言語聴覚士(S T)、栄養士、歯科衛生士、理学療法士(P T)、介護士、ケアマネージャー(M S W等)がそれぞれの専門領域で十分に力を発揮し助け合う正しい、バランスの良いアプローチが必要となります。また個々の嚥下障害例の病態を正確に診断し、病態に対応した適正な治療を行うことが必要です。高齢者の嚥下機能は限界がありますが、最後まで口から食べ続けることができるお手伝いができればと思います。

【文献】

- 1) 西山耕一郎、永井浩巳、臼井大祐、他：嚥下障害に対する外来での対応法の試み。日耳鼻113:587-592, 2011.
- 2) 西山耕一郎：嚥下障害：私の治療戦略。肥塚泉編。すぐに役立つ外来耳鼻咽喉科疾患診療のコツ。東京：全日本病院出版会；2008:p.165-174.
- 3) Shaker R, et al : Augmentation of deglutitive upper esophageal sphincter opening in the elderly by exercise. Am J Physiol, G1518-G1522, 1997.
- 4) 杉浦淳子、藤本保志、他：頭頸部腫瘍術後の喉頭挙上不良を伴う嚥下障害例に対する徒手の頸部筋力増強訓練の効果。日摂食嚥下リハ会誌, 12(1):69-74, 2008.
- 5) 岩田義弘、寺島万成、他：高齢者に対する頸部等尺性収縮手技(chin push-pull maneuver)による嚥下訓練～自己実施訓練の効果～。耳鼻と臨床 巻:56号:Suppl.2:S195-201.
- 6) 藤谷順子：誤嚥を少なくする食事についての助言。日医雑誌138:1755-1758, 2009.
- 7) 金谷節子：ベットサイドから在宅で使える嚥下食のすべて。医歯薬出版；2006:23-26頁
- 8) 藤谷順子、他：日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013:
<http://www.jsdr.or.jp/wp-content/uploads/file/doc/classification2013-manual.pdf>



高齢者の嚥下障害診療メソッド

西山耕一郎 著
中外医学社 発行
B5判 122
定価(本体4,104円 + 税)

85歳以上の肺炎による死亡率は若年成人の1,000倍であり、90歳以上男性の死因の第1位が肺炎である。そしてその大多数を誤嚥性肺炎が占める。しかし、高齢者においては「ムセ」など、誤嚥の特徴は非常に乏しく、これを見逃してしまう例が後を絶たない。本書では、地域医療において活躍し、数多くの嚥下障害患者を診療してきた著者が、そのノウハウを惜しみなく伝授する。耳鼻咽喉科医はもちろん、高齢者に接するすべての医療者の必携書。※書店・インターネット等でご購入下さい。