

看 護

嚥下障害を有する脳卒中患者の 基礎的嚥下訓練の有効性

桑原 範和* 丹羽 潤** 佐々木広子*
石田 裕子* 富樫 夏美* 吉田 未子*
原口 浩一**

The Effect of Basic Swallowing Training for Stroke Patients with Swallowing Disturbance

Norikazu KUWAHARA, Jun NIWA, Hiroko SASAKI
Yuko ISHIDA, Natsumi TOGASHI, Sueko YOSHIDA
Kohichi HARAGUCHI

Key words : Ingestion Swallowing disturbance
Stroke Nursing of rehabilitation

はじめに

これまで嚥下障害を有する患者に対して摂食試行を開始する基準については、いくつか発表されているが^{1,2,3,4)}、当院では言語聴覚士がいないことと確定診断のための造影検査が容易にできないことなどから、嚥下障害に対する包括的なりハビリテーションが確立されていなかった。そのため看護師個々の曖昧な判断基準で、摂食試行が開始されていた。

今回、私達は嚥下機能に関する独自の評価表を作成し、嚥下障害を持つ脳卒中患者の嚥下機能を評価し、訓練を開始した。効果的な基礎的嚥下訓練を行なうことで円滑な摂食試行を開始することが出来たので報告する。

対象と方法

平成15年7月28日から平成17年1月17日までに市立函館病院4階南病棟に直接入院したかあるいはHCUから当病棟に転入し、留置した胃管から経管を行なっている脳卒中患者30名を対象とした。年齢は43～90歳(平均年齢68.1歳)である。嚥下チーム内で嚥下機能における看護の観察点を検討し、文献から^{1,2,3,4)}嚥下機能を先行期・準備期・口腔期および咽頭期の4ステージに分類し、医師と相談の上類似した項目を統合し、覚醒してい

る。呼吸が平静である。3日以内に37.5以上の発熱がない。唾液の分泌があり飲み込める。頸部の前屈ができる。口の開閉ができる。舌の動きがある。咳嗽反射がある。嘔気・嘔吐がない。の9項目からなる当科独自の「経口訓練前の評価表」(表1)を作成した。さらに摂食に至るまでのフローチャート(表2)を作成した。これらを用いて現時点の嚥下機能を把握し、障害を認めた期の訓練(表3～6)⁵⁾を行い、訓練1週間後に再評価した。

表1

経口訓練前の評価表		
	評価項目	x
1	覚醒している	
2	呼吸が平静である	
3	3日以内に37.5以上の発熱がない	
4	唾液の分泌があり飲み込める(先行期)	
5	頸部前屈ができる(先行期)	
6	口の開閉がある(準備期)	
7	舌の動きがある(準備期・口腔期)	
8	咳嗽反射がある(吸引, 咽頭刺激など)(咽頭期)	
9	嘔気様・嘔吐がない(咽頭期)	

*市立函館病院 4階南病棟～嚥下チーム

**市立函館病院 脳神経外科

表2

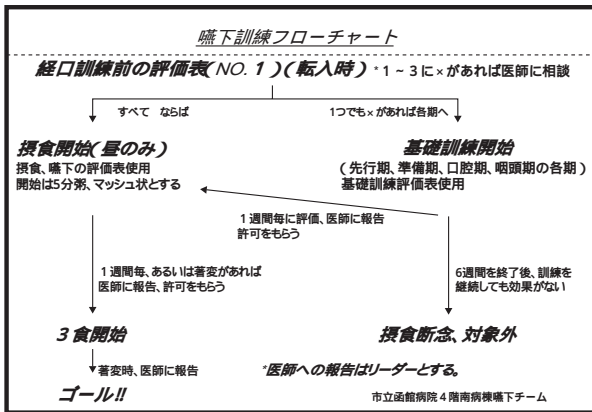


表3

各期の訓練内容

1. 先行期

- ・関節可動域訓練 (頸部ROM訓練)
- ・口腔清拭



表4

2. 準備期

- ・口唇突出運動
- ・口の開閉
- ・頬部の運動



表5

3. 口腔期

- ・舌の運動 (突き出す, 上下左右)
- ・構音訓練 (口唇音: パ、バ、マ、舌尖音: タ、ダ、ナ、ラ、舌背音: カ、ガ)を発声する訓練)



表6

4. 咽頭期

- ・口腔内冷却刺激 (アスマッサージ)
- ・摂食類似刺激 (冷水を綿棒、スプーンにつけ口唇、舌、頬の裏、軟硬口蓋、歯齦を刺激嚥下反射を誘く)



結 果

30例中14例は評価表のすべてをクリアしており、基礎的嚥下訓練を必要とせず摂食試行に移行できた。9例は、バイタルサインや意識状態に問題があるため主治医の許可が下りなかった。残りの7症例(表7)は各期に一つ以上の障害を認めたため、基礎的嚥下訓練を実施した。最終的に30名中21名(70%)が摂食試行に移行できた。

表7

基礎的嚥下訓練をした 7例の疾患および障害期			
1.	脳梗塞	81歳 男性	先行期, 準備期
2.	内頸動脈剥離術後	48歳 男性	咽頭期
3.	脳梗塞	90歳 女性	咽頭期
4.	脳梗塞	79歳 男性	準備期, 口腔期, 咽頭期
5.	脳梗塞	78歳 男性	先行期, 咽頭期
6.	脳出血	67歳 男性	口腔期
7.	脳出血	68歳 女性	準備期, 口腔期

症 例

症例1 51歳女性。
 診 断: 破裂脳動脈瘤。嚥下評価でいずれの期もクリア。
 現病歴: 平成16年9月9日大量に嘔吐した状態で発見され救急搬送された。
 既往歴: 高血圧。
 経 過: JCS100にて入床, 緊急手術となった。2日目に胃管を留置し経管食を開始した。入床30日目にはJCS3で, 命令反応があり, 発語も聞かれるようになったため嚥下機能評価を行なった。いずれの期にも障害がなく, 直ちに摂食試行を開始した。32日目に5分粥マッシュ状を開始したところ, むせなく嚥下ができた。39日

目に昼のみ全粥を開始したが食後に嘔吐が見られるようになり、44日目一時中止した。しかし、本人の摂食希望は強く47日目に5分粥マッシュ状を再開した。再開後は時々嘔吐見られたものの嚥下機能に問題はなかった。嘔吐の原因は胃管であると考え、抜去すると徐々に嘔吐が減少し54日目にはほぼ全量を摂取出来た。

症例2 79歳男性。

診 断：脳梗塞(右中大脳動脈領域)。嚥下評価で準備期、口腔期および咽頭期が障害。

現病歴：平成15年7月11日右視力低下を自覚。7月29日左片麻痺、言語障害が出現し、翌日緊急入院となった。

既往歴：糖尿病

経 過：JCS200にて入床。4日目に胃管を留置し、経管食開始した。27日目にJCS 3まで回復し摂食試行を開始した。しかし翌日、発熱し中止となった。45日目には解熱したため嚥下機能を評価した。口の開閉と舌の運動ができず、咳嗽反射が减弱していった。また唾液の飲み込みも悪く、うまく発声ができなかったため、準備期、口腔期、咽頭期に障害があると判断し訓練を開始した。準備期訓練により口唇突出運動、口の開閉および頬部の運動が可能となった(表4)。口腔期は独語が多く訓練が出来ず、発熱のため中止となった。中止後24日目に再評価し、口腔期と咽頭期を重点とした訓練を再開した。44日目には舌の突き出しと舌の上下左右運動など口腔期の訓練が可能となり(表5)、同時に咽頭期の訓練も行った。45日目より摂食試行を開始した。順調に3食摂取までステージアップできた。

症例3 48歳男性。

診 断：右内頸動脈狭窄(内頸動脈内膜剥離術後)。嚥下評価では咽頭期が障害。

現病歴：平成16年8月18日左片麻痺出現にて当院に搬送され、入床。入床3日目で麻痺が改善、意識状態は清明となる。画像上、右内頸動脈狭窄認め、9月13日右内頸動脈内膜剥離術施行した。

既往歴：特記すべきことなし。

経 過：手術翌日より食事を再開したが、2日目に嚥下障害出現し、中心静脈高カロリー輸液が開始となった。しかし、術後10日目より発熱があり、CRP上昇と白血球増加がみられ、腹部エコーとCTより胆嚢炎が疑われた。抗生剤とグロブリン製剤等の投与を行い、症状は軽快した。同日胃管を留置し、経管食を開始した。16日目に状態の改善が見られたため、嚥下機能を評価した。咽頭期に障害があり、口腔内冷却刺激と摂食類似刺激などの訓練を開始した(表6)。1週間後に再評価し、少量のプリンでもむせがないことから24日目には5分粥マッ

シュ状を開始した。26日目に本人よりむせはないが、喉の奥にひっかかるような気がするとの訴えあり、空嚥下、横向き嚥下を再指導し経過観察した。固形物の嚥下に問題なかったため翌日より全粥3食としたが、水分でむせがありトロミ剤を使用した。内服も錠剤で服用しづらいため、市販の液状オブラートをを使用した。2週間ほどの訓練で嚥下機能はほぼ回復し、最終的な機能評価を耳鼻科に依頼し、嚥下透視造影検査を行なった結果、全く誤嚥は認められず退院となった。

考 察

これまで我々は嚥下障害がある患者に対して、看護師個々の曖昧な判断基準で摂食試行を開始していた。その結果、そのまま食事摂取が可能になる患者もいれば、全身状態が悪化しやむを得ず中止することも少なくなかった。そこで我々は摂食試行前に経口訓練が可能かどうか独自に作成した評価表を用いて、現段階の患者の嚥下機能を具体的に評価した。方法としては嚥下機能を先行期、準備期、口腔期、咽頭期の4期に分け、障害されている期を確定して基礎的嚥下訓練を実施することとした。その結果、30名中21名(70%)が摂食試行へと移行できた。基礎訓練を必要とした7名中4名(57.1%)で、3食ともに摂取が可能となった。高率に摂食に移行できた要因は評価の段階で、意識レベルが1桁であることと発熱がないなどバイタルサインに問題が少ない患者を対象としたためであると考えられた。しかし今後は看護師のアセスメントだけではなく、嚥下透視造影検査(videofluorography)などの検査を行い、嚥下機能を正確に評価した方が良いと示唆された。

才藤栄一⁶⁾らはハビリテーションの視点から嚥下障害イコール“食べることの障害”すなわち摂食の障害という観点でとらえることが有用であると報告している。すなわち患者が個人としてできること、手助けが必要なことを区別して、改善や援助を図ることが重要であると指摘している。今回の症例2については舌の動きを強化することで容易な嚥下につなげることができた。また症例3では本人の訴えに傾聴し、食事の変更や嚥下方法の指導などコミュニケーションを通じた訓練を行なうことで良好な結果が得られた。しかし症例1のように嘔吐に対する看護介入が不足していたことから円滑な摂食試行ができなかった症例も経験した。

結 論

摂食試行前に嚥下障害の評価表を用いて、患者の状態を把握、評価した。その結果、基礎的嚥下訓練を行ない円滑な摂食試行へと移行できた。

文 献

- 1) 森 和美：経口訓練を始める基準 + 嚥下リハビリテーション，病棟でできる摂食・嚥下障害の間接訓練のポイント，総合脳神ケア1，2002，3，12-19.
- 2) 首藤弘美：脳血管障害患者における嚥下障害に対する食事開始時期の判断基準を求めて，アルメイダ医報，1998，23，129-132.
- 3) 矢守麻奈：ステップ方式で学ぶ摂食・嚥下リハビリテーション，日総研出版，東京，1999.
- 4) 藤島一郎：口から食べる嚥下障害 Q & A，中央法規出版，東京，1998，p168-170.
- 5) 加藤順一：看護師のための摂食・嚥下アセスメントマニュアル，日総研出版，東京，2003，p63-73.
- 6) 才藤栄一，向井美恵，半田幸代ほか：摂食・嚥下リハビリテーションマニュアル，JNN スペシャル NO，52，1996，8，194-197.