

摂食・嚥下障害

歯科・口腔外科 小野 敬一郎

はじめに

食べ物を食べる行為は普段何気なく行われているが、神経と筋肉の巧妙な連携のもとに行われている。高齢者に多い脳血管障害や脳変性疾患などで、これらの協調が壊されると、スムーズな摂食・嚥下運動が困難になり、誤嚥を引き起こす可能性が高くなる。誤嚥により肺炎を併発すると、全身の衰弱、栄養状態の悪化を招き、ますます嚥下が困難になるという悪循環を引き起こすことになる。

肺炎は日本人の死亡原因の4位を占める疾患で、高齢者になるほどその割合は高く肺炎で死亡する人の90%が65歳以上の高齢者である。誤嚥が原因の嚥下性肺炎が占める割合が多いと考えられている。脳卒中は年間40万人に発症し、嚥下障害の原因疾患の4割を占める。急性期から摂食・嚥下機能の評価を行い、適切な早期リハビリテーションを行うことが嚥下性肺炎の発症の予防になる。

摂食・嚥下の5つの段階

- ①先行期：食べ物を認知して口に取り込む。
- ②準備期：咀嚼して、飲み込みやすい状態の食塊を作る。
- ③口腔期：食塊を舌と口蓋を使って咽頭へ送り込む。
- ④咽頭期：食塊を咽頭から食道へ送り込む。
- ⑤食道期：食塊を食道から胃噴門部へ送り込む。

咽頭は、鼻から吸った空気が喉頭を経て肺へ向かう気道と、口から食べた食塊が食道を経て胃へと向かう消化管が交差する部位で、間違っても食塊が喉頭に進入すると、通常では咳反射が起こり食塊は咽頭に押し戻される。

嚥下反射は咽頭期に見られる反射で、食塊が咽頭に送り込まれることによって開始される。約1秒程度の短い時間で起こる。このときに重要なことは、喉頭が上前方に十分挙上される事である。喉頭は舌骨上筋群、舌骨下筋群の収縮により上前方への移動が可能になる(写真1, 2)。これにより、喉頭蓋が回転し、喉頭の入口が塞がれ、食塊の流入を防ぐことが可能になる。同時に、食道入口部が開き食塊が食道への送り込まれやすくなる。

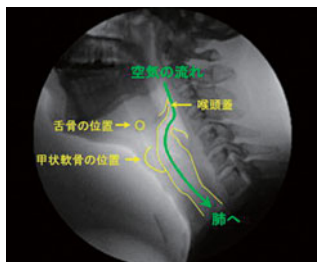


写真1 安静時

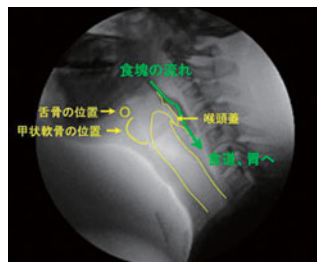


写真2 嚥下時

不顕性誤嚥

通常、誤嚥すると咳反射が起こり、むせることにな

るが、高齢者では咽頭や喉頭の知覚低下のため、むせが起こらず誤嚥してしまうことがある。また、就寝時の唾液の誤嚥は、高齢者では頻繁に起こることが確認されており、食前および就寝前の口腔ケアの重要性が強調される。

不顕性誤嚥は、高齢高血圧患者でみられやすい大脳基底核の脳血管障害を有する人に多く、その障害はこの部位にある黒質線条体から産生されるドーパミンを減少させ、咽頭・喉頭粘膜の知覚神経に含まれるサブスタンスPの含量を低下させ、嚥下反射および咳反射の低下から不顕性誤嚥を惹起する。不顕性誤嚥の予防策としてACE阻害薬が有用で、ACE阻害薬には肺炎のハイリスク高齢患者において肺炎の予防効果を有するとの報告がある。また、アマンタジン(抗パーキンソン病薬)、シロスタゾール(抗血小板薬)にもドーパミン分泌の維持、促進作用があり、末梢のサブスタンスPを維持するとの報告もある。

高齢者は炎症反応の低下があり、肺炎が起こっても、典型的な肺炎症状を呈さないこともあり、発見が遅れる場合がある。発熱などの典型的な症状に加え、むせ症状、いつもより元気がない、寝てばかりいるなど普段と様子が違う場合も肺炎を想起する必要がある。

代償法およびリハビリテーション

1) 姿勢の調整

リクライニング位か側臥位で頭部を軽く前方に屈曲し、オトガイと胸骨の間に拳が入るくらいの距離で顎を引く。一側性に咽頭部の麻痺がある場合は麻痺側に頸部を回旋することで麻痺側の梨状窩を狭め、健側に食塊が通過しやすくなる。

2) 食品調整

液体の場合にはとろみをつけることによって、嚥下のタイミングを合わせることが可能となる。

3) 口腔周囲筋運動訓練

会話や嚥下機能に係わる筋肉のストレッチや強化。

4) 気道防御：息こらえ嚥下

随意的な息こらえ嚥下は、嚥下前に気道を閉鎖することによって食べ物や液体の誤嚥を防ぐ方法である。嚥下直後に随意的に咳払いをすることによって声帯上の残留物を喀出させる。

5) 嚥下の延長：メンデルソン手技

舌骨と喉頭の挙上と咽頭収縮がピークに達したところで嚥下を停止させ数秒間維持した後、力を抜いて元の状態に戻す方法である。舌骨と喉頭の挙上持続時間と挙上量を改善させる。

6) 冷圧刺激

口蓋舌弓を冷たい刺激で触る。嚥下の惹起遅延、特に咽頭期遅延の改善に有効。