

第9回 神奈川摂食・嚥下リハビリテーション研究会 報告書

横浜南地区世話人代表 廣瀬祐介

記録 鶴田

1. 概要

開催日時：2011年7月23日（土）13:30~17:30

会場：神奈川県総合医療会館（神奈川県横浜市）

テーマ：今こそ専門性を活かし力を集結しよう

参加者：185人

担当地区：横浜南地区（世話人代表 屏風ヶ浦病院 廣瀬祐介）

共催：アボットジャパン株式会社

展示企業：アボットジャパン株式会社、株式会社マルハニチロ食品、ラックヘルスケア株式会社、株式会社オーラルケア

2. 研究会報告

13:25 開会挨拶 横浜南地区世話人代表 屏風ヶ浦病院 廣瀬祐介

13:30 一般演題 座長：横浜市立脳血管医療センター リハビリテーション科
高橋素彦

① BIS モニタを用いた患者覚醒度に関する臨床的研究

発表者：海老名総合病院 NST・歯科口腔外科 石井良昌

[緒言]

NST 回診時に傾眠傾向や意識レベルの低い患者に対して様々な処置やケアが行われている場面に遭遇することがある。そのなかでも特に不適切な状態で行う口腔ケアや食事介助は誤嚥の危険性を高めるなど、安全な医療サービスの提供を阻害する大きな要因である。

今回海老名総合病院 NST では入院患者の安全かつ効率的、質の高いケアを行うために患者覚醒度を把握することが重要と考え、以下の臨床的研究（当院倫理委員会承認済）を行ったので報告する。

[方法]

客観的に患者の覚醒状態を把握するために日本光電（株）BIS モニタ A-3000 を用い、前額部に貼り付けたセンサで脳波を解析し、患者の鎮静度を BIS 値で表した。ICU での BIS ガイドラインから推測するのでは 100：覚醒・80：大声による呼びかけ、軽度の刺激や揺れに反応する・であるため BIS 値 70~80 が JCS 20~30 に相当すると考えた。BIS 値によって可視化された覚醒状態をモニタリングすることで入院という特殊環境下での患者の状態を把握する。

[対象] 当院入院患者 14 名（男性 9 名、女性 5 名）、平均年齢 83 歳（53~103 歳）で、BIS 測定時間は平均 11 時間 20 分間（6~24 時間）であった。

[結果] 全症例での BIS 値平均は 77 であった。ベッド上安静の患者が多いため、傾眠傾向が強く中等度の鎮静状態で入院していることが伺えた。

また時間帯別平均 BIS 値をみるとケアなどが比較的少ない 11 時台は 69、昼食時間の 12 時台は 75、そして体位交換やおむつ交換など清拭関連の時間が長い 14 時台は 81、と患者に接する時間に比例して BIS 値は上昇する傾向がみられた。

[まとめ]

認知症や高齢者など外的刺激に対する反応が低下している場合は、開眼状態や呼びかけによる反応だけでは覚醒状態を正確に把握することが難しい。しかしながらケアによる刺激が BIS 値の上昇、覚醒状態を上げることが示唆されるなど、本研究から BIS モニタによって覚醒状態を客観的に把握できる可能性が得られた。

② 上・側壁型中咽頭癌に対する手術症例の術後機能

発表者：東海大学医学部耳鼻咽喉科・頭頸部腫瘍センター 杉本良介

要旨

中咽頭は解剖学的、生理的に複雑で、病巣切除、再建後に様々な機能障害をきたす。側壁型および上壁型中咽頭癌に対する、切除手術症例の術後機能について検討した。2000年から2007年までに一次加療した中咽頭癌症例は79例で、初回治療として手術を選択した症例24例、化学療法、放射線治療の後に手術した症例5例、計29例を対象とした。切除部の再建は17例におこなわれ、症例により腹直筋皮弁、前腕皮弁、前外側大腿皮弁を選択した。これらの内、Gehanno法によって再建した症例を中心に術後の構音機能（問診、単音節明瞭度や会話明瞭度など）を評価した。また嚥下機能として食事の種類・時間や嚥下造影検査、嚥下内視鏡検査による鼻咽腔閉鎖機能、White outの有無、持続時間、咽頭残留などを指標として評価した。これらの結果から中咽頭癌の術後機能に関して、切除範囲、再建方法との関連について検討し、報告する。

③ 複数の施設の関わりにより経口摂取に結び付いた一症例

発表者：湘南病院 リハビリテーション室 粉川将治

【はじめに】

今回我々は複数の施設が関与し、1年ぶりに経口摂取が可能になった嚥下障害症例を経験することが出来たので報告する。

【症例】

68歳、男性、精神機能、ADLは問題なし。平成22年3月A病院にて右小脳腫瘍術後、高度の嘔声と嚥下障害が出現。正常圧水頭症を合併し、V-Pシャント施行。その後、経管栄養管理となる。同年6月、リハ目的でB病院へ転院し、並行してC病院にて耳鼻咽喉科的精査実施。右声帯は開大位で固定し、失声状態であった。同年8月と9月に誤嚥の軽減をも期待して右声帯注入術を実施した。しかし、声質に明らかな変化はみられず誤嚥も改善しないため同年9月にPEGを造設し、同年11月退院となった。同月にD病院にて甲状軟骨形成術I型を実施し、声質が著明に改善した。その後、嚥下リハ目的で当院へ紹介された。

【経過】

平成22年12月、VF（座位、濃いトロミ3cc、命令嚥下）施行。重度の混合型誤嚥を認めた。姿勢30度、頸部前屈、右横向き嚥下に設定することで誤嚥は消失した。さらにVEで同条件を確認するとVFでの評価時よりも右舌根から右下咽頭にかけて残留を多く認めたため左下一側嚥下を追加した。食形態はスライスゼリー、一口量は3ccまでとし、以上を本症例のBest swallowと設定した。設定された条件下で直接訓練を外来で毎日行い、間接訓練を追加して一週間経過を観察

した。経過良好につき自宅での直接訓練と間接訓練をメインに週一回の ST 外来と 2 カ月間隔で VF と VE をおこなった。7 月 4 日現在の Best swallow は座位、自力摂取、右横向き嚥下、一口量 5cc、全粥、トロミキザミ、水分はゼリーとなっている。経管栄養は 1 日 1 回朝の注入だけとなり、最終的には PEG 抜管を目指している。

【考察】

甲状軟骨形成術 I 型により誤嚥量を軽減出来たことが経口摂取に繋がられた大きな要因とみられるが、一施設のアプローチでは現在までの回復は難しかったと思われる。各施設が今出来ることを最大限行い、連携することで今回の成功に繋がったと考えられる。

④ 嚥下障害紹介症例の検討

発表者：西山耳鼻咽喉科医院 西山耕一郎

要旨

日本は超高齢化社会を迎え、嚥下障害症例は増加している。しかしながら嚥下障害の診療をする施設は多くない。そのため診療所でも、病院等から診療依頼を受ける場合があり、年々その数は増加している。そこで西山耳鼻咽喉科医院において、嚥下障害の診療依頼目的で、2006 年～2010 年の 6 年間に、紹介受診した 92 例を検討した。

紹介元の診療科及び職種は、内科（看護師を含む）が 41 例、耳鼻咽喉科が 26 例で共に半数が病院からの紹介であった。その他介護福祉士が 14 例、歯科が 4 例、言語聴覚師が 3 例、脳神経外科が 2 例、精神科が 1 例、放射線科が 1 例であった。受診目的は、嚥下機能評価が 78%、繰り返す肺炎の原因精査依頼が 10%、手術療法依頼が 11%であった。原因疾患は、骨折後や悪性腫瘍などの嚥下機能とは直接関係無い疾患が 21 例、加齢変化が 15 例、認知症が 14 例、神経筋疾患が 13 例、心因性が 3 例、膠原病が 1 例であった。病因期分類では、認知機能が 17 例、準備期が 24 例、口腔期が 12 例、咽頭期が 69 例、食道期が 16 例であった。紹介受診症例の 53%が誤嚥性の気管支炎を発症しており、さらに 23%が誤嚥性肺炎も発症しており、そのまま緊急入院となった症例も 4 例あった。低栄養にて積極的な栄養管理を要した症例も 8%あった。治療として、嚥下指導を行ったのが 52%であり、言語聴覚師による専門的なりハビリテーション依頼を行ったのは 10%、内科系主治医に誤嚥性肺炎や肺炎球菌ワクチン接種や PEG 管理を依頼した症例は 26%、歯科に虫歯や義歯を依頼したのは 5%であった。往診にて対応したのは 17%であった。

14:25 教育講演

座長：済生会若草病院 リハビリテーション科 園田明子

「摂食嚥下障害に対する呼吸リハビリテーション」

七沢リハビリテーション病院脳血管センター 理学療法科 小泉千秋先生

概要：

嚥下と呼吸は解剖学的に共通し無自覚に協調して働いている。嚥下障害は誤嚥や嚥下性肺炎の発症等で呼吸機能に大きな影響を与える。嚥下場面において特に重要な呼吸機能は安静呼吸の維持と喀出機能である。安静呼吸は横隔膜呼吸で換気効率がよく嚥下との協調が保たれる。喀出機能は咳嗽機能だけでなく粘液繊毛運動や換気も重要である。そのため、呼吸機能全般の機能向上

を目指して呼吸リハビリテーションが必要になる。

主な内容

○呼吸リハビリテーションの定義と呼吸理学療法との関係、○呼吸と嚥下の関係、○誤嚥による気管への影響、○嚥下障害者に対する呼吸リハビリテーションの目的、○呼吸リハビリテーションの評価項目と理学的所見の取り方（視診、触診、聴診、打診の方法）、○呼吸リハビリテーションの実際：喀出機能向上、咳嗽機能向上、強制呼出手技、換気機能向上、体位ドレナージ、姿勢筋緊張調整、リラクセーション、呼吸アシスト、咽頭残留喀出の工夫等



15:35 特別講演

座長：西山耳鼻咽喉科医院 西山耕一郎

「外来で実践する嚥下障害への対応 ―嚥下内視鏡検査でどこまで判断できるか」

尚寿会 大生病院 耳鼻咽喉科 大前 由紀雄先生

主な内容

○ 嚥下のプロセスを病態に応じて見直す。安全に嚥下するためには、治療法を考慮した病態の捉え方が必要。○口腔・咽頭の機能（食物を運ぶための通路）について理解する ○嚥下内視鏡にて喉頭の動きから嚥下状況を予測する ○誤嚥を見たときには症状判断ではなく病態診断が重要 ○嚥下内視鏡による症例提示とその対策：①嚥下後の咳 ②咽頭残留、喉頭流入 ③嚥下反射惹起遅延 ④咽頭期に左右差あり ⑤嚥下機能補強手術例



16:55 閉会挨拶

次回研究会紹介 横須賀地区代表世話人 横須賀市立市民病院 歯科口腔外科 三宅 哲