

在宅嚥下障害患者への嚥下内視鏡検査(VE) 往診の経験(言語聴覚士 ST と共に)

○ 宇野 功¹ 藤岡 誠二² 倉橋 利成³(耳鼻咽喉科 うの医院¹ みどりヶ丘病院 ST² 水無瀬病院 ST³)

高齢化社会とともに開業耳鼻科医でも嚥下障害に関わる機会が増えてきた。脳血管障害、神経筋疾患等に併発する嚥下障害は、急性期であれば各種医療機関において、VF(嚥下造影検査)、VE(嚥下内視鏡)等の種々の客観的な検査や、多職種の専門家の関与のもとで評価がなされ、結果に基づいて加療、リハビリ、適正な嚥下食の提供等が望める。しかし、一旦慢性期となり在宅での加療となると、経過中に変化した嚥下の評価は bed side でのやや客観性に欠ける簡便な検査—水飲み試験や反復唾液嚥下テスト等—であったり、限られた職種の間一掛り付け医、訪問看護師—等でしかなく、制約のある状況下での評価が一般的である。今回我々(耳鼻科医、言語聴覚士)は、在宅の慢性期の嚥下障害患者に対して、VE(嚥下内視鏡検査)の往診を行い、より客観的評価に基づいた嚥下訓練、食選択を行ってみたいので報告した。

STと一緒に往診するメリットは、耳鼻科医は嚥下状況の評価は出来るがリハビリはSTのほうが専門家であり、二人で一緒に観察し、討論することで評価がより正確になる。

検討症例は平成22年4月より24年3月までにVE往診した15名で総計21回、平均年齢は74.3歳、原疾患は脳血管障害10例、神経筋疾患3例、肺線維症1例、咽頭がん放射線治療後1例であった。往診は医師からの依頼が2名、STから依頼が13名であり、依頼理由は①退院時からPEGで経管栄養であるが口からは食べられないか?と言うのが5例、②経口摂取中であるが、その嚥下状態を評価してほしい—例えばPEGを勧められているとか、最近食事中むせが多くなったとか、今の食事よりももう少し色々な物を食べたい、食べさせたいとか—が10例であった。

検査食は嚥下リード(ゼラチンゼリー)、とろみ水、着色水そして摂食している方は常時摂食しているものも嚥下してもらい評価した。

今回の嚥下評価は藤島の嚥下グレードと兵頭の着色水3mlによる嚥下内視鏡検査のスコアで行った。

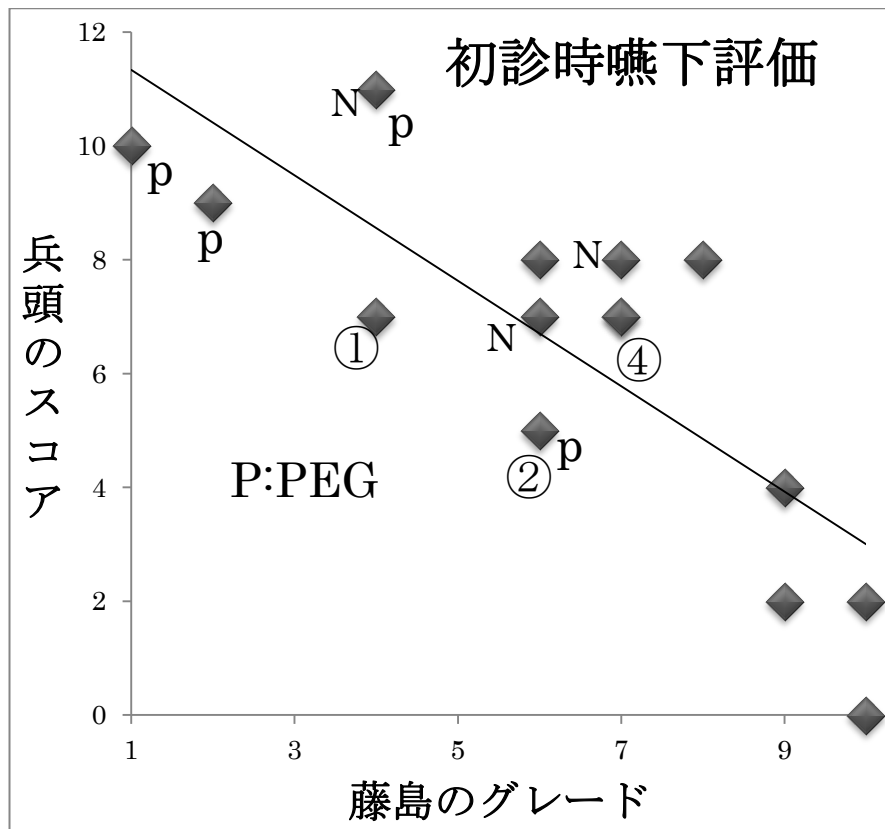


図 1 は症例の初診時の嚥下状況の兵頭スコアと藤島グレードをプロットしたものである。PEG の方のうち藤島のグレード 1 と 2 は摂食不可と判断、またグレード 10 もリハは施行せず。残り 11 名に VE の嚥下評価に従って、より適切な間接訓練を ST が指示し施行した。さらに症例①② は嚥下可能と判断し、直接訓練（嚥下食の開始）をおこなった。①は現在他疾患で入院となりリハが中止となっている。②は現在 PEG と経口摂取半々で摂食中である。また、症例③④はバルーン拡張法（導尿バルーンによる咽頭収縮筋の拡張）を行った。兵頭スコアがかなり悪い③PEG の 1 名は皮膚筋炎で咽頭収縮筋の拘縮が疑われるのと本人の摂食希望が強くまだ 70 歳という年齢から楽しみの摂食と拡張法を行いもう一名④は右不全麻痺と失語症の方で、摂食に強い関心のある方であった。③の方は訓練中脳血管障害の発症でリハは中止となり、④の方は左手で毎日のバルーン自己挿入拡張抜去まで出来るようになり、好きな餅等が食べられるようになったが、認知症の進行で失語症と相まってコミュニケーションが取りにくくなり、現在リハは中止となった。他にもこの 2 年間で病状の進行により PEG での経管栄養への移行が 2 名、経鼻胃管栄養への移行が 1 名あった。

まとめ

- ① ST と一緒に往診 VE を行う事で嚥下のより正確な評価が出来、リハの方針も立ち、栄養摂取の変更も多少は出来、患者側の満足度は多少ともあった。
- ② 患者側の種々の状況でリハが中止になることがあった。
- ③ 藤島のグレード 4 から 7, 8 あたりの患者さんは耳鼻科医や ST には出来ない食形態、投与形態の工夫をもう少し考えるべきではと考えた。