

8

意識障害患者の 嚥下・口腔ケア

大野 綾¹⁾，大野友久²⁾，藤島一郎³⁾

1) 聖隷浜松病院 リハビリテーション科 主任医長，2) 聖隷三方原病院 リハビリテーション科 歯科 医長
3) 浜松市リハビリテーション病院 病院長

Point

- 1 誤嚥予防のため、摂食は意識障害のない状態で行うことが基本である。
- 2 意識障害患者で摂食を行う場合、本人・家族の承諾を得たうえで安全な条件にて行う。
- 3 口腔ケアは単なる「歯磨き」と捉えるのではなく、感染予防策の1つと捉える。
- 4 口腔ケアを実施する際は、ブラッシングなどの機械的清掃が重要である。

はじめに

意識障害下では誤嚥の危険性が高く、また誤嚥してもむせない「不顕性誤嚥」をきたしやすくなります。唾液誤嚥により、絶食でも肺炎を生じることがあります。肺炎のリスクを軽減するためには、十分な口腔ケ

アで口腔内を清浄に保つことが非常に重要です。安全に経口摂取や摂食訓練を開始するためには、意識状態がよいことが基本的な条件です。ただし、長期間持続する意識障害を改善させる目的で嚥下リハビリテ

ーションを行うこともあります。

本章では、摂食・嚥下障害と摂食・嚥下リハビリテーション（以下、摂食・嚥下リハビリ）に関して一般的な概要と意識障害の患者さんにおける嚥下と口腔ケアを述べます。

摂食・嚥下障害とは

「嚥下」とは、水分や食物を口に

取り込み、咽頭と食道を経て胃へ送

り込む運動です。この一連の運動に異常が生じることを「嚥下障害」と

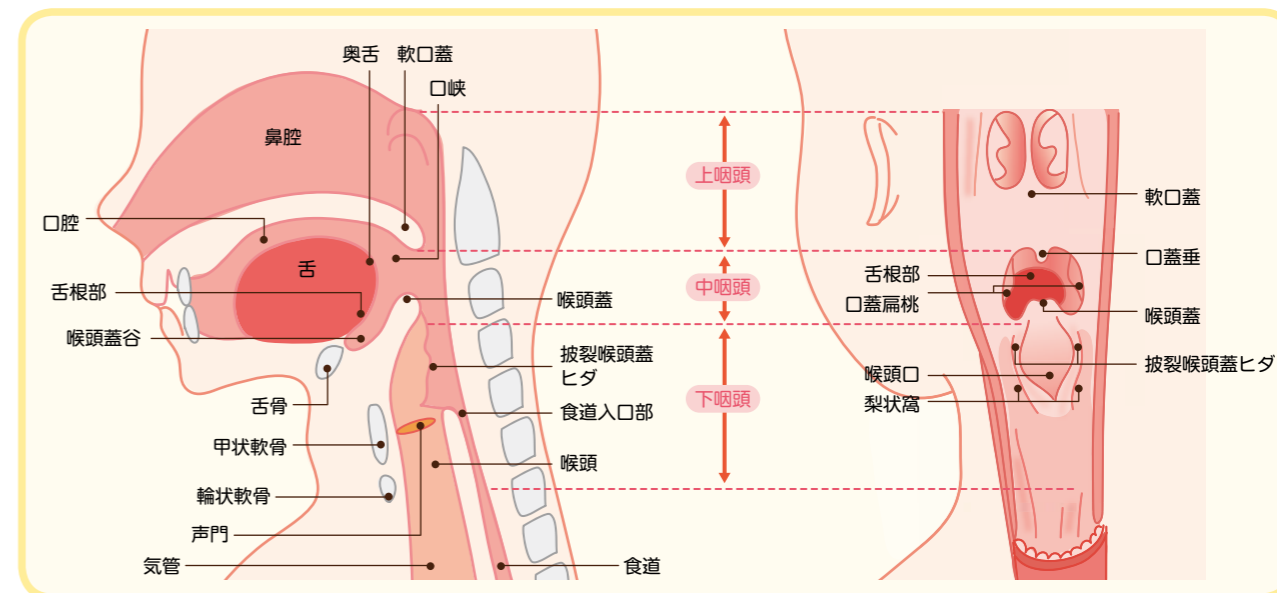


図1 嚥下に関わる解剖図(文献¹⁾より改変)

食塊の形成なども重要な段階であり、これらの異常も含めて「摂食・嚥下障害」といいます。

嚥下障害をきたすと十分な水分・栄養摂取ができず、脱水や低栄養の原因となります。また、食物や唾液などの気管内への誤嚥により肺炎を発症する危険性があります。口から食べられないことにより QOL の低下にもつながります。

摂食・嚥下障害の病態

図1 に、嚥下に関係する口腔・咽頭の解剖を示します。

摂食・嚥下は、食物を認知する「認知期（先行期）」、口腔内に取り込み（捕食）、咀嚼・食塊形成を行う「口腔準備期」、咽頭へ送り込む「口腔期」、嚥下反射そのものの「咽頭期」、食塊が食道を通過する「食道期」に分けられます。摂食・嚥下障害ではさまざまな原因でこれらの段階に異常を生じます。

脳卒中においては、急性期に高率に摂食・嚥下障害をきたします。急

表1 摂食・嚥下障害の原因

炎症	舌炎、口内炎、扁桃炎、扁桃周囲膿瘍、咽頭炎、喉頭炎、咽後膿瘍、食道炎
腫瘍	口腔腫瘍、咽頭腫瘍、喉頭腫瘍、食道腫瘍(悪性・良性)
手術後	
器質的原因	外部からの圧迫：頸椎症、腫瘍など
	食道狭窄、食道憩室、食道裂孔ヘルニア
	その他
機能的要因	中枢神経疾患：脳血管障害、脳腫瘍、頭部外傷、脳炎、パーキンソン病、筋萎縮性側索硬化症、多発性硬化症など
	末梢神経障害：ギラン・バレー症候群、反回神経麻痺など
	筋疾患：重症筋無力症、筋炎、筋ジストロフィーなど
	その他
心理的原因	神経性食思不振症、認知症、拒食、うつ病、うつ状態など
医原性障害	薬剤の副作用、経鼻チューブによる圧迫など

性期脳卒中患者さんの30～60%に嚥下障害を認めます。しかしその多くは数日～1か月程度で改善し、慢性期まで持続するのは10%程度とされています²⁾。脳卒中患者さんでは急性期に意識障害を合併していることが多く、この急性期に誤嚥や肺炎などのリスクをいかに回避するかが非常に重要です。

摂食・嚥下障害の原因

表1 に摂食・嚥下障害の原因を挙げます。このうち、とくに脳卒中

や脳外科疾患など中枢神経疾患では高率に意識障害を合併します。

摂食・嚥下障害の症状

一般的に「むせ」が嚥下障害の症状としてよく知られていますが、誤嚥と「むせ」は必ずしも一致しません。とくに意識障害の患者さんでは、誤嚥してもむせない「不顕性誤嚥(むせない誤嚥)」がしばしば問題となります。