

日本摂食嚥下リハビリテーション学会 eラーニング対応

第1分野

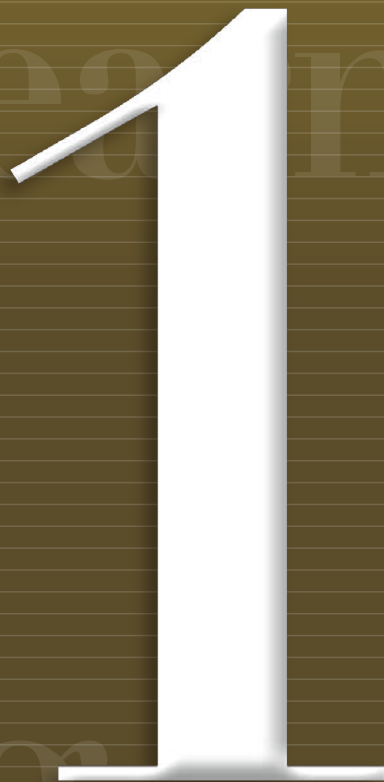
摂食嚥下リハビリ テーションの全体像

Ver.2

日本摂食嚥下リハビリテーション学会 編集



e-learning



医歯薬出版株式会社

摂食嚥下のリハビリテーション総論

Lecturer ▶ 椿原彰夫

川崎医療福祉大学学長

学習目標 Learning Goals

- 摂食嚥下とその障害の概念が理解できる
- 摂食嚥下障害の治療目的がわかる
- 急性期・回復期・生活期の流れが把握できる
- 摂食嚥下障害のチーム医療の重要性がわかる

▶ Chapter 1

摂食，嚥下，摂食嚥下障害とは何か？ → (eラーニング▶スライド2)

「摂食」とは食べる過程のすべてをいい、口のなかに食物を取り込んで(捕食)、噛み砕き(咀嚼)、飲み込んで(嚥下)、胃のなかへ送り込むという一連の動作を意味している。このうち、「嚥下(えんげ)」とは、食物をゴクンと飲み込む反射様の運動とそれに引き続く食道の蠕動(ゼンドウ)運動とからなる。日本摂食嚥下リハビリテーション学会では平成26年4月から食べる過程の全般を「摂食嚥下」(ナカマル省略)という用語に統一することとなった。咀嚼や嚥下などの食べる機能の障害は「摂食嚥下障害」と命名されるが、「摂食障害」とよばれることはない。それは精神疾患である拒食症や過食症のことが摂食障害と定義されているからである。「摂食嚥下障害」は簡略化して「嚥下障害」ともよばれているが、「嚥下」の機能のみが障害されているものを嚥下障害とよぶのではないことに注意してほしい。捕食や咀嚼の障害がある患者も含んでいる。英語では「dysphagia」とよばれる。

▶ Chapter 1の確認事項 ▶ eラーニング スライド2対応

- 1 「摂食，嚥下」と摂食嚥下障害の定義について理解する。

▶ Chapter 2

摂食嚥下障害と「正常」との境界は存在するのか？

→ (eラーニング▶スライド3)

健康な人でも高齢になるにしたがい、摂食時にむせることがある。しかし、生活にまったく支障のないこのような人々を、「摂食嚥下障害」と診断するようなことはない。健常者に対して嚥下造影を行った研究では、50歳未満の3人に1人、50歳以上の3人に2人で、瞬間的に造影剤入りの液状食品が喉頭前庭のなかに侵入する所見が認められるとの報告がある(図1)。したがって、摂食嚥下障害と「正常」との境界は決して明らかなものではなく、連続的な状態であるといえる。臨床的には、摂食嚥下障害が存在する、しないの2群に分類することが重要なのではなく、障害の程度を考慮して治療の必要性を検討し、障害に合わせた治療方法を選択することが重要となる。疫学研究等において、摂食嚥下障害の有無を識別する必要がある場合には、その定義を明らかにすべきである。一般的に、重症度分類を用いることによって、生活上において問題となる摂食嚥下障害を区分する手法が採られている。

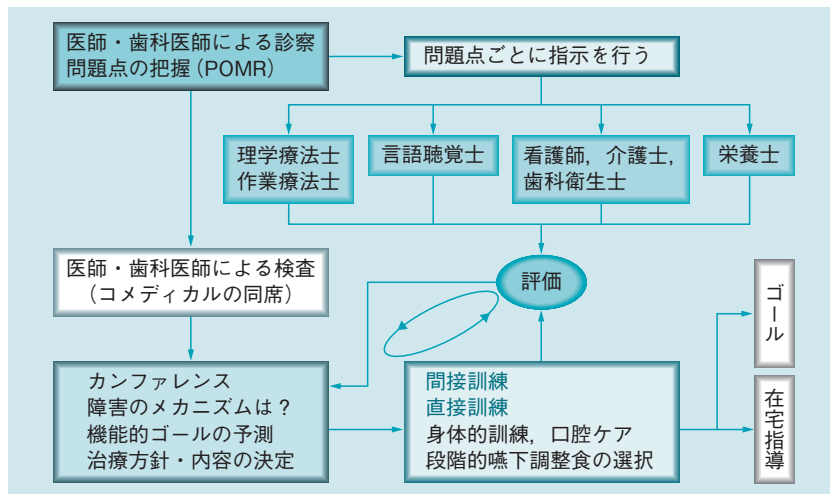


図4 回復期リハビリテーション

Chapter 8の確認事項 ▶ eラーニング スライド9対応

1 回復期における摂食嚥下リハビリテーションの流れを理解する。

▶ Chapter 9

摂食機能療法の効果に関する多施設共同研究³⁾

→ (eラーニング▶スライド10,11)

日本摂食嚥下リハビリテーション学会によって、摂食機能療法の効果に関する多施設共同研究が行われた。摂食嚥下障害を認める脳血管障害患者を対象として、摂食機能療法を行った患者(介入群)と行っていない患者(非介入群)の変化について比較した。機能障害レベルの評価である臨床的重症度分類(才藤ら)を使用したところ(図5)、介入群では治療開始前に比較して治療終了時に点数の著明な改善が認められた。しかし、非介入群では3か月間の身体的リハビリテーションの前後に統計的有意な変化は認められなかった。

また、能力障害レベルの評価である摂食状況レベル(藤島ら)を使用した場合も同様で、介入群では治療開始前に比較して治療終了時に点数の著明な改善が認められた(図6)。しかし、非介入群では3か月間の身体的リハビリテーションの前後に統計的有意な変化は認められなかった。以上の結果から、摂食機能療法は脳血管障害患者の摂食嚥下障害の治療として有効であると考えられる。この研究は、EBMの観点からエビデンスレベルはIIaに相当する。

▶ Chapter 10

生活期にある患者の状態は常に一定ではない!

→ (eラーニング▶スライド12)

回復期を終え生活期にある患者の摂食嚥下機能は、決して常に一定ではない。生き甲斐のある生活や摂食への意欲、体力の向上などによって、摂食嚥下機能が改善する可能性は少なくない。逆に、摂食量・

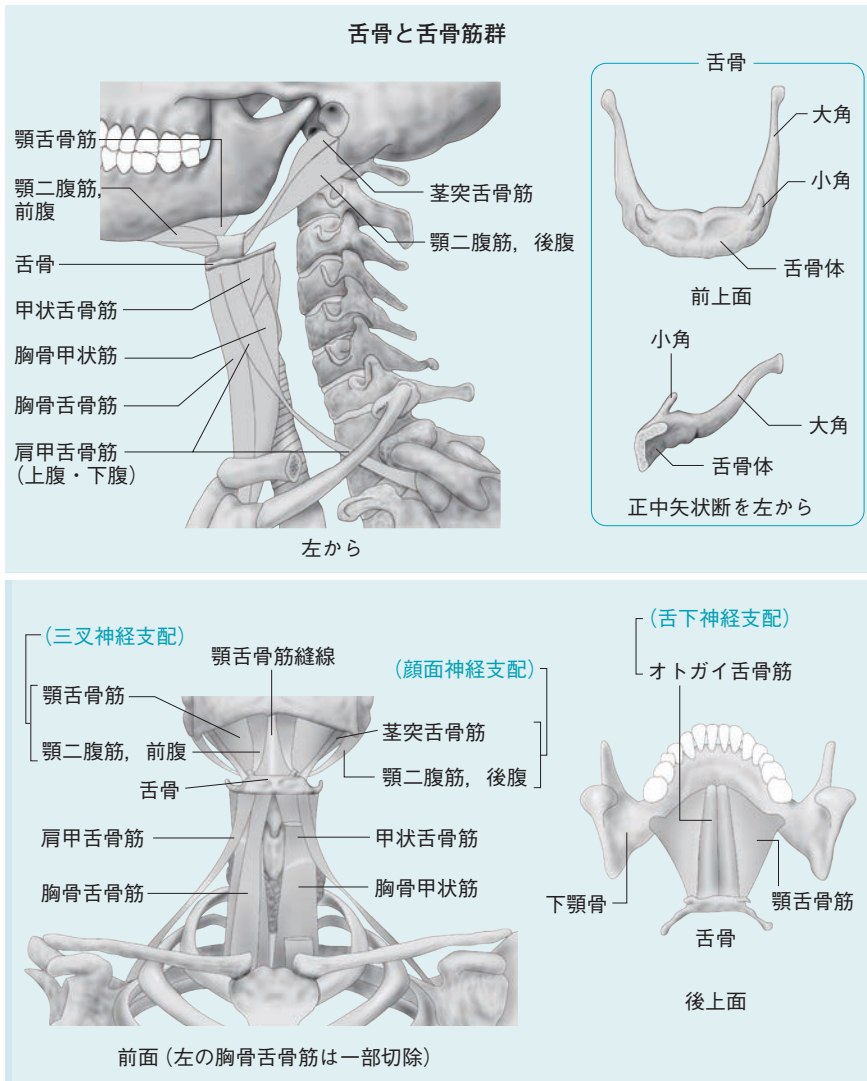


図4 舌骨と舌骨筋群

▶ Chapter 12 **舌 骨** → (eラーニング▶スライド13)

舌骨は、下顎と咽頭の間にあるU字形をした骨である(図4上)。舌骨は他の骨との関節構造をもたず、前方は顎二腹筋前腹・顎舌骨筋・オトガイ舌骨筋で下顎に、後方は顎二腹筋後腹・茎突舌骨筋で側頭骨の後外側壁(乳様突起, 茎状突起)に附着し、前後からハンモック状に吊り下げられている形となっている。下方は甲状舌骨筋・甲状舌骨靭帯によって喉頭とつながっており、舌骨が前上方に挙上すると喉頭も前上方に挙上する。舌骨筋は舌骨より上方に位置する舌骨上筋群(顎二腹筋, 茎突舌筋, 顎舌骨筋, オトガイ舌骨筋), 下方に位置する舌骨下筋群(胸骨舌骨筋, 肩甲舌骨筋, 胸骨甲状筋, 甲状舌骨筋)に分けられる。

▶ Chapter 12の確認事項 ▶ eラーニング スライド13対応

- 1 舌骨と舌骨筋群の解剖学的特性を理解する。

摂食嚥下各期の障害

Lecturer ▶ 薛 克良

特定医療法人順和長尾病院
リハビリテーション部部长

学習目標 Learning Goals

・ 摂食嚥下各期の障害（原因と病態）がわかる

本章では、5期モデル（参照▶P.44）をもとに摂食嚥下各期の概念、機能、役割、病態を解説する。

▶ Chapter 1

先行期の障害 → (eラーニング▶スライド4)

意識障害、認知症、情動障害、知的障害、高次脳機能障害などが存在すると先行期の障害として現れる。また、不随意運動や姿勢障害などによる食事動作の問題も含まれる(表1)。

大脳劣位半球障害の半側空間失認は、左側の見落としによる食事の食べ残しや、常に頸部が右を向き姿勢が崩れやすいことによる(右回旋で左側傾になりやすい)嚥下運動への悪影響がある。

大脳優位半球障害で現れやすい観念失行は、道具の使用手順がわからなくなり、食器の使用が困難になることがある。摂食障害の拒食症は、意識障害がないにもかかわらず食物をみてもまったく反応しなかったり、スプーンなどで食物を口に近づけても開口しないことがある。

▶ Chapter 1の確認事項 ▶ eラーニング スライド4対応

1 先行期に生じる問題と代表的な先行期障害を理解する。

▶ Chapter 2

準備期の障害(表2) → (eラーニング▶スライド6)

顔面神経麻痺などの口唇の麻痺で口唇の閉鎖障害は起こるが、脳血管障害などによる中枢性麻痺の場合は協調運動が悪く、とり込み時は口唇を閉じることができても、咀嚼時にこぼれ出てしまう。さらにストローでの液体摂取の場合はストローと口唇との間に隙間をつくらなければならないうえ、陰圧に耐える必要がある。

また、通常、口腔粘膜や舌の表面、咀嚼筋など咀嚼に関する器官に分布する感覚神経が働いて、咀嚼中の食塊の状態などの情報を脳に送り、咀嚼動作や舌の細かな動きを調節している。これが困難な場合、たとえば固形物に対する「すりつぶし咀嚼」やゼリーやペースト状のものに対する「押しつぶし咀嚼」などの判断に支障をきたし、食塊形成に影響が出る。

さらに、咀嚼運動、食塊形成がうまくできないと、食塊が口のなかでバラバラに広がってしまい、うまく次の「送り込み」につなげることができない。また、嚥下時には食物を丸のみすることになる。さらに咀嚼・食塊形成中は味覚を感じる過程でもあるため、これができないと食物の味を感じることも障害される。このような食塊形成の障害は舌の機能障害が強い疾患、たとえば仮性球麻痺や筋萎縮性側索硬化症、舌腫瘍の術後などに特徴的にみられる。