

嚥下障害と誤嚥への対応

天理よろづ相談所病院 総合内科

作成者シニアレジデント1 土橋直史

監修者シニアレジデント3 長野広之

総合内科 石丸裕康

分野: 栄養

テーマ: 鑑別診断、治療

症例 69歳女性

【主訴】発熱、食欲低下

【既往歴】パーキンソン病、関節リウマチ

【内服歴】MTX6mg、L-DOPA500mg他

【現病歴】

1週間前から継続する37度台の微熱と食欲低下を主訴に救急外来受診。MTXによる汎血球減少と尿路・呼吸器感染症の加療目的に入院。

症例経過

- 汎血球減少はMTX中止によって、また感染症はTAZ/PIPC(ゾシン)投与によって改善した。
- 一方、入院時からパーキンソン病による無動、固縮が強く飲食できない状態であったため、経鼻経管栄養を継続している。
- 現時点での嚥下機能の評価と今後の栄養摂取方法を検討することとなった。

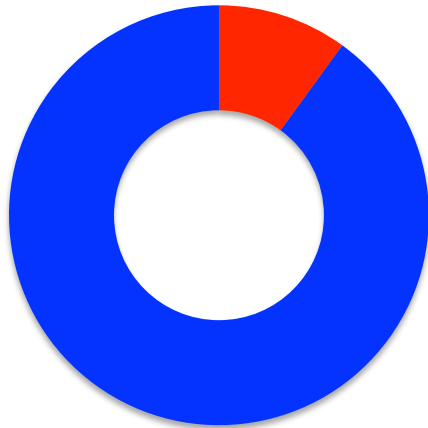
Clinical Question

1. 嚥下障害の原因とは？
2. 嚥下障害を疑う際の評価とは？
3. 嚥下障害時の対応は？
4. 長期栄養管理はどのように行う？

1.嚥下障害の原因とは？

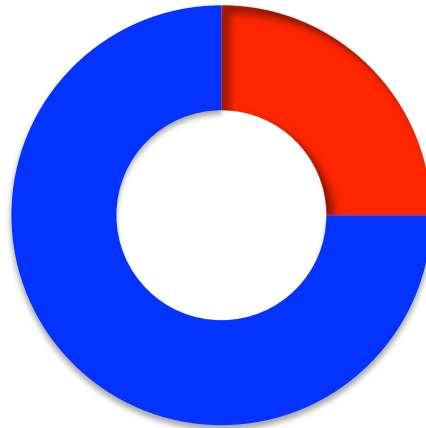
嚥下障害の頻度

50歳以上



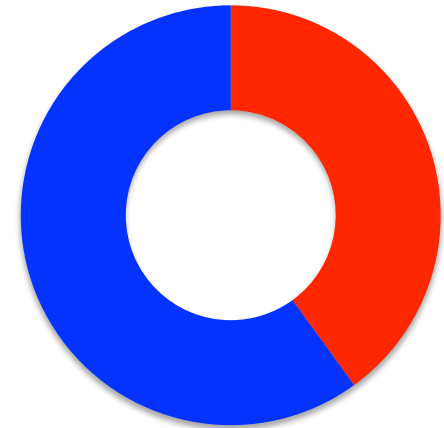
7-10%

入院患者



25%以上

介護施設



30-40%

**何らかの嚥下障害がある!!
原因検査が重要!!**

M R SPIEKER et al.

Am Fam Physician 2000 Jun 15;61(12):3639-3648

Differential Diagnosis of Dysphagia

- 病歴聴取により原因疾患の80-85%が特定できる。
- 嚥下前の症状(飲み込みづらさ、咳や鼻腔への逆流)→**口腔咽頭障害**
- 嚥下後の症状(つまる感じ)→**食道障害**
- 冷たい固形と水分で障害、緩徐進行→**神経筋疾患**
- やわらかい固形のみ障害、急性→**閉塞性疾患**

1)M R SPIEKER et al.

Am Fam Physician 2000 Jun 15;61(12):3639-3648

Differential Diagnosis of Dysphagia

Oropharyngeal
口腔咽頭障害

神経筋疾患：脳血管障害、アルツハイマー病
パーキンソン病、ALS、重症筋無力症、皮膚筋炎

閉塞性疾患：腫瘍、ツェンカー憩室、頸椎症、頭
頸部癌術後、放射線治療後

Esophageal
食道障害

神経筋疾患：びまん性食道痙攣、ナットクラッカー
症候群、強皮症、アカラシア

閉塞性疾患：腫瘍、狭窄(消化液、放射線、炎症)、
異物、縦隔腫瘍、血管による圧迫

Differential Diagnosis of Dysphagia

- 50歳以上、固形でよくつまる、急速に進行、体重減少→食道～噴門部腫瘍
- 慢性的胸焼け、ゆっくり進行→胃食道逆流、アカラシア
- 嚥下痛→食道炎
- 口渇感→薬剤、シェーグレン症候群
- 手術歴→術後狭窄
- 放射線治療歴→放射線性食道炎
- 薬歴→抗菌薬、NSAIDs抗コリン薬、抗ヒスタミン薬、降圧薬

1) M R SPIEKER et al. Am Fam Physician 2000 Jun 15;61(12):3639-3648

2) Up To Date Overview of dysphagia in adults

2.嚥下障害を疑う際の評価とは？

まずはベッドサイドで 可能なスクリーニングテスト

- 反復嚥下テスト(RSST): 30秒間に何回空嚥下ができるかを評価。
- 改訂水飲みテスト(MWST): 3mlの冷水を嚥下させ、5段階で評価。
- 食物テスト(FT): 茶さじ1杯(約4g)のプリン、お粥、液状食品を嚥下させ、5段階で評価。

水飲みテストではSpO₂モニターを併用すると感度が上昇する¹⁾。

Chong MS et al. Ann Acad Med Singapore 2003; 32: 790-4.

反復嚥下テスト(RSST)の評価

→30秒間に3回未満の場合にテスト陽性。

改訂水飲みテスト(MWST)、食物テスト(FT)の評価

1点:嚥下×, むせる and/or 呼吸切迫。

2点:嚥下○, 呼吸切迫。

3点:嚥下○, 呼吸良好、むせる and/or 湿性咳嗽and/or 口腔内残留中等度。

4点:嚥下○, 呼吸良好、むせなし、口腔内残留ほぼなし。

5点:4点の状態を追加空嚥下が30秒以内に2回可能。

→3点以下の場合にテスト陽性。

馬場 尊, 才藤 栄一. 日獨医報 第46巻 第1号17-25(2001)

向井美恵. 摂食・嚥下障害の理解とケア p34-p36 学研メディカル秀潤社

検査の目的①病態診断②治療反映

検査としては嚥下造影検査VF、嚥下内視鏡検査FEESがある。

- VFは口腔咽頭期～食道期まで観察でき、誤嚥の有無や程度を患者や家族に視覚的に提示することができる有用な検査法であるが、時間的、場所的制約や放射線被曝などの問題もある。
- FEESは粘膜や唾液の状態を直視下に評価でき、時間的、場所的制約や放射線被曝がない。
- 嚥下内視鏡検査は異常所見検出率において嚥下造影検査と高率に一致するとの報告もある。

日摂食嚥下リハ会誌 17(1):87-99, 2013

Langmore SECurr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2003; 11:485-9.

3.嚥下障害時の対応は

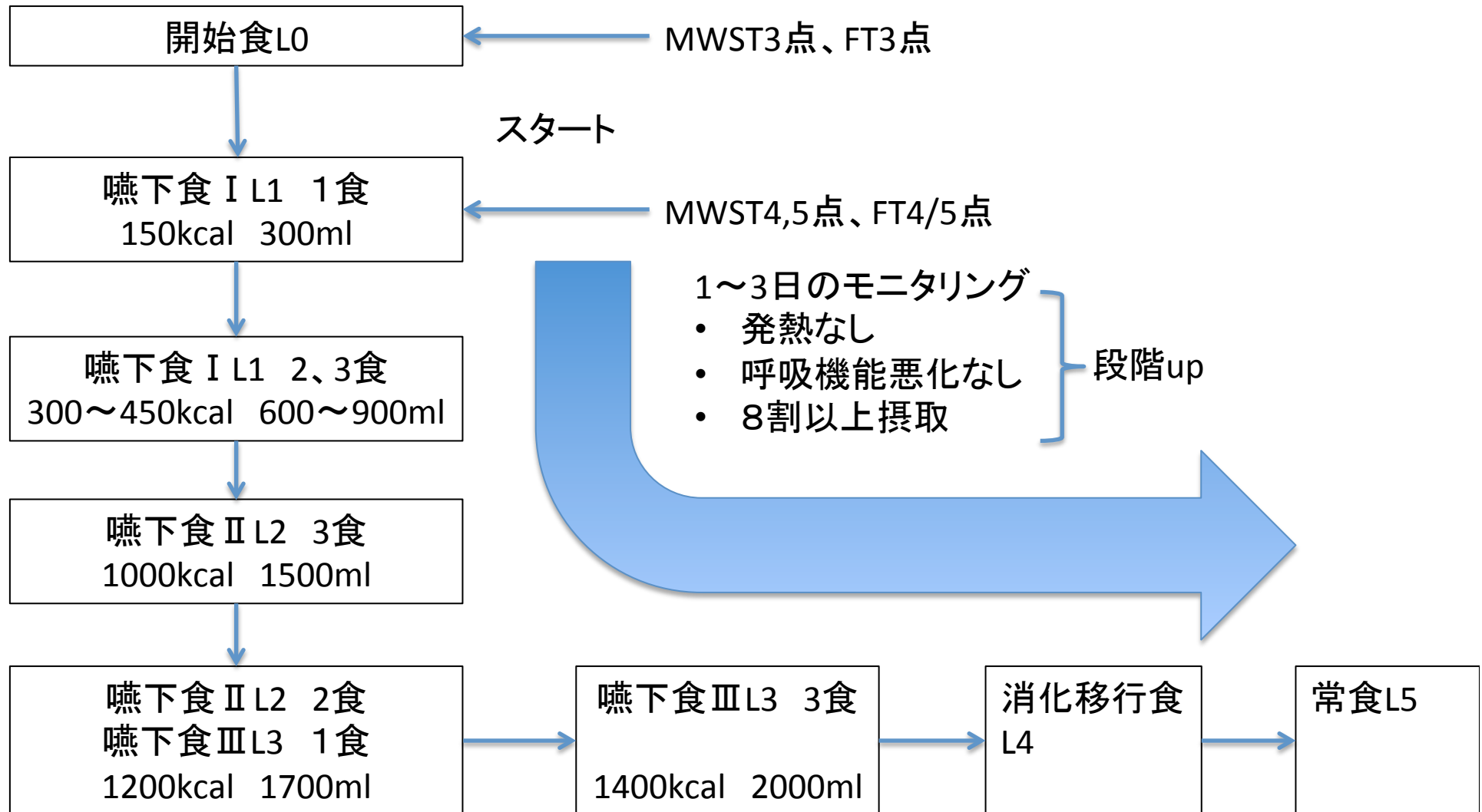
スクリーニング臨床的病態を重症度で評価

		説明	経管栄養	間接的訓練	直接的訓練	在宅管理
誤嚥なし	7正常範囲	摂食・嚥下問題なし。普通に食事可能。	不要	必要なし	必要なし	問題なし
	6軽度問題	摂食・嚥下に軽度問題あり。食事の工夫が必要。	不要	適応あり	ときに適応	問題なし
	5口腔問題	摂食・嚥下に中等度～重度問題あり。	不要	適応あり	適応一般施設や在宅で可能	可能
誤嚥あり	4機会誤嚥	誤嚥を認めるが誤嚥・咽頭残留防止手段にて十分に防止可能。	ときに間欠的経管栄養法併用	適応あり	適応一般施設や在宅で可能	可能
	3水分誤嚥	水分誤嚥を認め、誤嚥・咽頭残留防止手段では不十分だが、とろみなど食物形態効果は十分可能。	ときに間欠的経管栄養法・胃瘻併用	適応あり	適応一般施設で可能	可能
	2食物誤嚥	誤嚥を認め、食物形態効果は不十分。経口摂取は不可能で経管栄養が基本。	長期管理に胃瘻検討	適応あり	適応専門施設で可能	可能
	1唾液誤嚥	唾液の誤嚥を認め、最重度。外科的処置も考慮される。	長期管理に胃瘻検討	適応あり	困難	困難

本症例は3水分誤嚥と判断。

馬場 尊、才藤 栄一 摂食・嚥下障害の診断と評価
日獨医報 第46巻第1号17-25(2001)

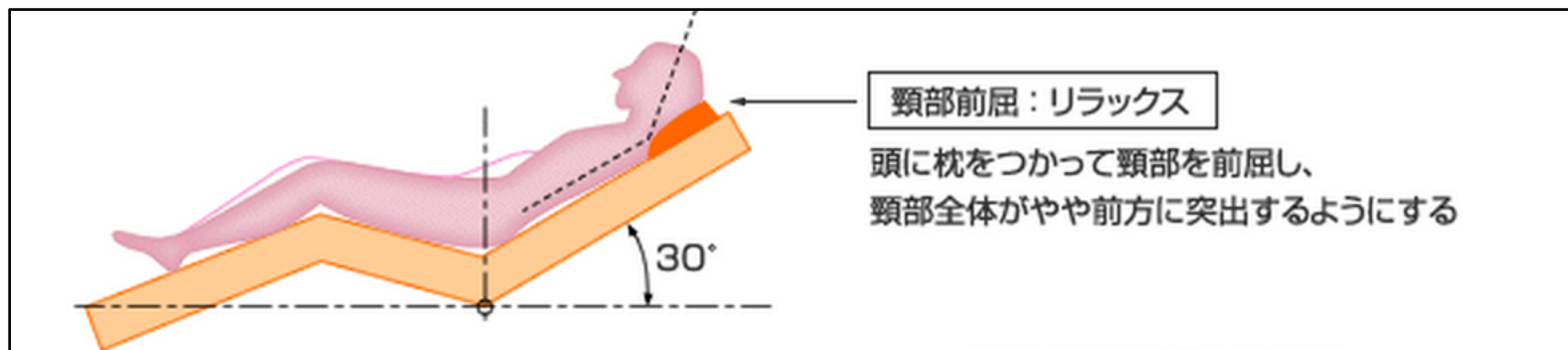
対応1食事内容の工夫



小山珠美. ビジュアルでわかる早期経口摂取実践ガイド p92-p105 日総研出版
向井美恵. 摂食・嚥下障害の理解とケア p92-p95 学研メディカル秀潤社

対応2食事方法の工夫

- 姿勢調整(リクライニング位): 体幹を後方に傾けることによって食物が咽頭後壁を伝うので誤嚥防止になる。



対応3誤嚥性肺炎の予防

- 口腔ケア：口腔ケア施行において肺炎の発症率が低下したとの報告があり、重要性が示唆されている。
- 薬物療法：嚥下障害のある高齢者へのACE阻害薬、脳梗塞の既往がある高齢者へのドパミン作動薬の有効性が報告されている。

4. 栄養管理はどのように行う？

反発性腹膜炎、腸閉塞、
難治性嘔吐下痢、麻痺
性イレウスは絶対適応

栄養療法

静脈栄養

腸が機能していない

経腸栄養

腸が機能している

経腸栄養

経口

経管

経鼻

消化管

第一選択は胃瘻
(PEG)

PEGについて

メリット

デメリット

抜去リスク↓

管理が容易

審美的利点

心理的抵抗感

合併症

介護施設でも管理可

外から見えない

本人、家族

出血、皮膚障害

PEGのエビデンスとガイドライン

- 急性期での胃瘻増設は経鼻経管栄養と比較して予後を改善しないとの報告がある¹⁾一方で、1ヶ月程度経過からのPEG造設群では、経鼻栄養群より栄養状態、生命予後良好との報告もある²⁾。

1)M S Dennis et al. Lancet. 2005 Feb 26-Mar4;365(9461):764-72.

2)Park RH et al. BMJ 1992;304:1406-9

- いくつかのガイドラインでは1ヶ月以上経口摂取が困難な場合に胃瘻造設を推奨しているものもある³⁾⁴⁾。

3)日本耳鼻咽喉科学会 嚥下障害診療ガイドライン 2012年版

4)日本脳卒中学会 脳卒中治療ガイドライン 2009年版

- 認知症患者の胃瘻を含めたAHN(人工栄養・水分補給)の適応に関しては議論の余地がある⁵⁾。

5)日本老年医学会誌 2012;49:126-129

症例経過

- 嚥下前の飲み込みづらさと既往歴から他の疾患を除外し、**パーキンソン病による嚥下障害**と診断された。
- MWST3点で嚥下障害が疑われ、FEESでは誤嚥しかける像が認められた。
- 食事訓練を開始したが、経口での食事摂取量はわずかであった。進行性の疾患であるため長期栄養管理を考慮してPEGを造設。その後療養病棟に転院となった。

Take Home Message

- 嚥下障害の原因検索には問診が重要である。
- 嚥下機能の評価にスクリーニングが有用である。
- 胃瘻は長期栄養管理に有用であるが適応は悩ましい。