

NST（栄養サポートチーム）では、職員への栄養に関する情報提供を目的に、奇数月に院内グループウェアを利用して【NST栄養ひろば】を配信しています。

今回は、『当院における嚥下評価』についてご紹介します。

◆「当院における嚥下評価～耳鼻科医の視点から～」

今回の栄養ひろばは「嚥下評価」についてです。嚥下障害患者の割合は平成24年のある報告では一般病床の約13%と一定数おり、それが老健施設ともなると約45%と非常に高くなっています。（文献1）この割合は社会の高齢化、受診患者の高齢化とともに上昇することが示唆されます。

経口摂取は普段は意識せずに難なく行えるものの、全身状態の悪化により一旦損なわれると回復に非常に長い時間を要することがあり、自宅退院や社会復帰の妨げになっています。

ベッドサイドでできるスクリーニングとして反復唾液嚥下テスト(repetitive saliva swallowing test：RSST：30秒間に繰り返し唾液嚥下してもらい回数を測り、2回以下で嚥下障害を疑う)などがありますが、耳鼻科では嚥下障害が疑われる症例に関し、咽喉頭を中心とする評価を行っています。

経口摂取を直接的に評価できるものとして嚥下内視鏡検査(video endoscopy：VE)、嚥下造影検査(video fluorography：VF)があります。VE、VFとも嚥下動態を可視化できる検査ではありますが、それぞれの特徴があります。

VEは唾液も含めた咽喉頭のクリアランス、咽頭知覚、反射の惹起性、咽頭収縮や鼻咽腔閉鎖の程度などを観察でき、一般的な耳鼻科診察室で行えるという長所がある一方で、咽頭に内視鏡が留置された状態の検査であるため、嚥下時の違和感が大きいことや、嚥下している瞬間の誤嚥の像までは見えない場合があるという欠点があります。



嚥下造影検査：透視室で行います。

VFは透視室でバリウムを混ぜた水やゼリーや粥などを用いて行っています。代表的な食形態を確認できることや、どのタイミングで誤嚥が起ころのかを精査することができる一方で、検査食の準備や透視室の確保などの環境の準備が必要であり、行える検査数には限りがあります。そのため、ご紹介いただいた患者さんはまずVEを行い、スクリーニングをした上で、さらなる精査が必要な症例に対し専門外来(嚥下外来：木曜日)で行っています。



嚥下内視鏡検査：内視鏡を用いて診察室で行います。

こうした結果を加味しつつ、持続可能な嚥下を可能とするためのアドバイス（トロミや食形態について、姿勢について、摂食習慣についてなど）を行なっております。なお、明らかに高度な嚥下障害が疑われ

る場合は嚥下外来に直接ご紹介いただくことも可能です。ご不明な点がございましたら外来までお問い合わせいただければ幸いです。

しかしながら、嚥下機能は嚥下することによって維持される面も大きく、加齢や廃用によるサルコペニアの進行をできる限り防ぐようにリハビリテーションなどを含めた早期離床の支援を行うことが、嚥下機能を衰えさせないために大切だと考えられます。

また、いざ嚥下を再開するときのために、あるいは誤嚥性肺炎予防の観点からも口腔衛生を保つことも大切と考えられます。

(参考文献)

1. 摂食嚥下障害に係る調査研究事業報告書 - 国立長寿医療研究センター

www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/roken/cl_hokoku1_23.pdf

2. 嚥下障害診療ガイドライン 耳鼻咽喉科外来における対応 2012年版 金原出版

(文責 太田 淳)

◆「当院における嚥下機能評価の実際～言語聴覚士の視点から～」

私たち言語聴覚士が嚥下機能进行评估するときには、まず患者様の全身・栄養状態、舌・口唇・歯・軟口蓋などの口腔器官や唾液処理の状態、義歯の適合状況、発声、呼吸・咳嗽力など嚥下に関する機能全般の観察、そして認知機能の確認を行います。観察により患者様に適した検査法を選択し評価を進めます。スクリーニング検査としては反復唾液嚥下検査(RSST)、改訂水飲み検査(MWST)、水飲み検査(WST)、フードテストが挙げられます。これらはベッドサイドで行える簡便な検査です。検査手技は日本摂食嚥下リハビリテーション学会HPをご参照下さい。これらの検査を行う際には、姿勢や摂取方法、形態調整などの工夫を行うことで評価の幅が広がります。何らかの嚥下障害がある場合にはリハビリ、またVE・VF検査などの精査を進めていきます。少しでも早く患者様が食べたいものを安全に食べられるように、迅速に適切な評価を心がけています。

(文責 岩崎 さや香)