

研究講座

「食医のススメ 日常臨床に役立つ 摂食・嚥下障害の診断と治療」①

大阪大学歯学部附属病院 顎口腔機能治療部 医長 野原 幹司

第1回 歯科と栄養と嚥下

はじめに

今、摂食・嚥下リハビリテーション(以下嚥下リハ)に対するneedsが高まっています。この10数年で、嚥下障害に関する学会が組織され、臨床レベルも飛躍的に上昇しました。病院ではさまざまな診療科で、さまざまな職種が参加した嚥下リハが行われるようになってきています。しかしながら、在宅や施設では、嚥下機能が回復していても経管栄養が継続されている症例や、悪化しても誤嚥性肺炎になるまで気付かれないといった症例が散見されます。退院後の症状の変化に対応されずに「退院時のまま治療が止まっている」のです。

では在宅や施設で嚥下障害を診るのは誰が適任でしょうか？私は、日本全国に数多く、往診が盛んな歯科が適任であると考えています。何より、歯科医師は嚥下を含む口腔機能の専門家です。在宅や施設の嚥下障害の症例は、放置されていると言っても過言ではありません。歯科は、歯だけではなく「食べることを全般的に診る「食医」としての役割を求められているのです。

しかしながら、嚥下リハは歯学・医学教育に無かったため、実際に始めようと思っても、どうしていいかわからないという声をよく聞きます。この講座では、3回にわたり、歯科の、歯科による、歯科のための嚥下リハについて、私たちが行っている臨床を交えて、明日からでも実践できる内容を説明します。少しでも嚥下臨床に興味を持って頂き、「食医」を目指される先生が増えることを望みます。

(この講座では「嚥下」を「摂食・嚥下」と同義として記載します)

1. 歯科と栄養

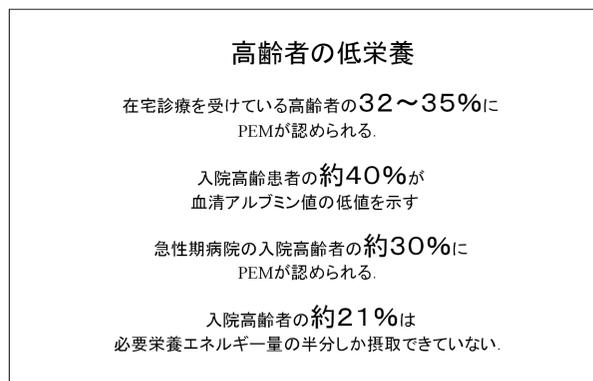
I. 高齢者の栄養

嚥下治療の目的の1つは栄養摂取です。はじめに近年問題となっている高齢者の栄養について説明します。

日本はまさに高齢社会から超高齢社会へと移行しつつあります。この高齢化のスピードは他に例を見ないため、さまざまな問題が生じています。その中の大きな問題が医療費の高騰ですが、その原因の1つとして高齢者の低栄養が考えられています。

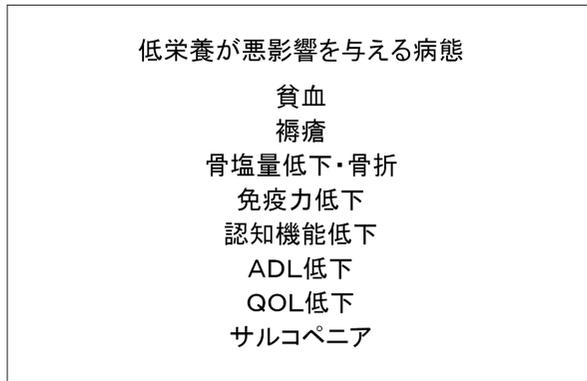
高齢者の低栄養に関しては、数多くの報告があります。代表的なものを表に示します(図1)¹⁾。

図1 高齢者の低栄養



これらの報告からも分かるように、高齢患者の約3~4割が低栄養を呈しています。入院高齢者の5人に1人が必要栄養エネルギー量の半分しか摂取できていないというのも、驚くべき調査結果です。では、低栄養が高齢者にどのような悪影響を与えるのかということを示したのが図2です。低栄養が貧血や骨塩量低下・骨折に影響するのは想像できますが、それ以外にもさまざまな病態の原因となります。

図2 低栄養が悪影響を与える病態



II. 低栄養と歯科治療

このように数々の悪影響を与える低栄養ですが、関係の強い要因としては、多剤服用、独居、うつ症状、嚥下障害、歯科疾患の5つが挙げられています。ここで注目すべきことは、歯科が直接関与する疾患が5つのうち2つを占めているということです。すなわち、高齢者に数々の悪影響を与える低栄養という状態を改善するために、歯科の関与は必須であり、そのことを歯科医療者も知っておく必要があります。

低栄養の要因となる歯科疾患を実際に治療することが、高齢者にとってどれだけ効果があるかを検討した報告があります²⁾。施設入所の高齢者に対して、訴えの有無に関わらず「歯科医師が診て治療が必要」と判断した症例を全て治療した結果、歯科治療をすることにより栄養状態が改善し、意識レベルやADLも改善しました。この結果は、歯科疾患を治療することが、高齢者の栄養状態を改善するための有効な手段であるということを実践で示した貴重なものです。

日々の臨床では、歯科治療は「歯科疾患を治すこと」に目が行きがちです。しかしながら、とくに高齢者では「歯科疾患は低栄養の原因になること」、「歯科治療は栄養改善の治療であること」を頭に置いて治療をする必要があると思います。

2. 歯科と嚥下

I. 嚥下障害の歴史

高齢者の栄養改善において、歯科が対応すべきもう1つが嚥下障害です。もちろん、嚥下障害は低栄養だけでなくQOLの低下や誤嚥性肺炎、窒息などの原因にもなり、高齢者にとっては非常に問題となる障害です。

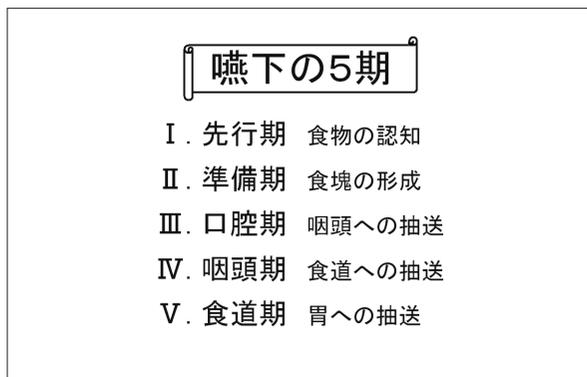
今となっては嚥下障害の重要性は周知のこととなっていますが、1995年までは嚥下障害の学会もなく学問として確立されていませんでした。臨床においても、嚥下リハが医療として認められたのは1994年に「摂食機能療法」が保険項目に採用されてからであり、非常に若い分野であることが分かります。

この摂食機能療法は歯科からの申請により採用され、それを医科が流用したという数少ない保険項目です。「食べる」ということに対する治療が歯科から発信されたという歴史は、歯科医療者は心に留めておくべきだと思います。

II. 嚥下とは

嚥下障害を考える前に、まず正常な嚥下について説明します。嚥下は一般に「先行期、準備期、口腔期、咽頭期、食道期」の5つの期に分けられます(図3)。

図3 嚥下の5期



①先行期：食物を認知してから口に入れるまでの期です。認知機能や意識レベルが低下していると先行期が障害されます。手を動かして食物を口に入れる、口唇で取り込む、といった動作も先行期に含まれます。

②準備期：口に取り込まれた食物を粉砕、唾液と混合し飲み込みやすい形にまとめ上げる(食塊形成)期です。咀嚼もここに含まれます。

③口腔期：準備期で形成された食塊を口腔から咽頭へと運ぶ期です。「口腔」とついていますが咀嚼は含まれません。

④咽頭期：咽頭の食塊を食道へと運ぶ期です。喉頭が前上方に挙上して食道入口部が弛緩し、同時に喉頭が収縮して食塊を食道へと押し込みます。この時、披裂部と喉頭蓋がフタをすることで、気管に食物が入らないようになっています。ここで誤って食塊が気管に入ると「誤嚥」になります。

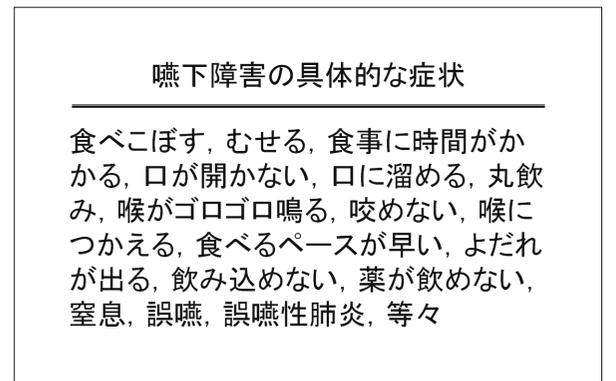
⑤食道期：食道に入った食塊を、食道の蠕動運動で胃へと送り込む期です。

以上が嚥下の5期と呼ばれるものです。実際の嚥下動作では5つの期が1つずつ順番に起こるのではなく、同時に起こることもあり、厳密には区別できないときもあります。しかしながら、漠然と嚥下を診ようとしても分かりにくいいため、この5期に分けるという考え方が重要です³⁾。

III. 嚥下障害とは

どうしても嚥下障害というと「誤嚥」にスポットが当たりますが、誤嚥だけが嚥下障害ではありません。嚥下の5期のいずれか、もしくは複数の障害された状態は、全て「嚥下障害」です(図4)。

図4 嚥下障害の具体的な症状



嚥下障害と聞くと誤嚥を思い浮かべられることや、歯科とはあまり関係がないと思われることがありますが、嚥下障害の多くは口に関するものであり、歯科の知識と技術無しでは改善が困難なものが多くあります。例えば「義歯の適合が悪くて食事に時間がかかる」というのも立派な嚥下障害です。歯科が貢献できる嚥下障害の治療は多くあります。歯科がもっと嚥下臨床に出ていくべきだと思います。

加えて、歯科衛生士も摂食機能療法を担う職種として厚生労働省の通達により明文化されました。これは嚥下障害を「担当してもよい」ではなく、急増する嚥下リハのニーズに対して「担当して下さい」という厚生労働省からの指示ではないのでしょうか？

以上、今回は歯科と栄養、嚥下障害との関わりについて説明しました。次回は具体的に歯科が行う嚥下治療について、口腔ケアと歯科治療の重要性について説明する予定です。

参考文献

- 1) 岡田希和子, 他: 高齢者における低栄養の実態, 歯界展望, 104: 358-366, 2004
- 2) 才藤栄一, 他: 健康な心と身体は口腔から, 日歯医学会誌, 24: 21-29, 2005
- 3) 野原幹司: 摂食・嚥下機能評価時の観察ポイント・検査, 訪問歯科診療ではじめる摂食・嚥下障害へのアプローチ, 医歯薬出版, 東京, 34-57, 2007

(つづく)