

Nursing for patient with dysphagia

・ Deglutition evaluation listing and use ・

西7階病棟 遠藤しのぶ 山谷明子 楠明希子 内田 緑 細田かず子

リハビリテーション部 言語聴覚士 原田真知子

要旨

嚥下評価表を作成し、ST と共に事例を通して患者の状態を評価したことで、嚥下状態の改善には、患者の状態の正確なアセスメント、看護師の訓練技術の向上、嚥下評価方法の統一が重要であることが示差された。

キーワード：嚥下障害・嚥下訓練・嚥下評価

I はじめに

脳、神経、筋疾患患者が70%をしめている当病棟では、嚥下障害のある患者が多く入院している。このような患者が嚥下機能を維持、回復するためには、看護師が嚥下機能を正しく評価する能力を持ち、効果的かつ継続的な訓練ができるように援助していく必要があると考えられる。

現在病棟で使用している嚥下評価表は、嚥下障害が改善したかどうか評価しにくいいため、あまり活用されていない。そのため、嚥下評価表を新しく作成し、使用したのでその結果を報告する。

II 研究方法

期間：平成17年7月～11月

対象：当病棟入院中の嚥下障害のある患者3名

方法：①嚥下評価表を作成

②嚥下評価表の活用・嚥下訓練方法の徹底

③対象患者3名に嚥下訓練を行い、訓練前後で嚥下状態の変化を比較する

倫理的配慮：患者と家族に研究の内容、プライバシーの配慮について説明し同意を得た

III 結果

嚥下評価表は、嚥下運動を先行期、口腔準備期、口腔期、咽頭期、食道期にわけ、各期の観察項目に「該当し訓練の必要がない場合」を0点、「非該当とするにはもう一歩で訓練の必要がある場合」を1点、「該当せず訓練の必要がある場合」を2点とし、嚥下障害を点数で評価できるようにした。

(資料1) 嚥下評価表に意識レベル・食事時間・食事形態・摂取量等を比較できるような項目を設け、訓練の効果を客観的に把握し、比較できるようにした。病棟看護師はペアを組んで実演しながら訓練し、レベルの統一を図った。(資料2)

また、評価表の観察項目毎に嚥下訓練を設定し、訓練用紙には訓練を実施することで得られる効果を記載した。(資料3)

資料1

嚥下訓練評価表

段階	チェックポイント	観察項目	/	/	/
先行期	覚醒	食事場を理解することができる。			
		食事時間に目覚めることができる。			
	認知機能	食物を認知できる。			
		食べ物を口に運ぼうとし、開口する。			
口腔準備期	下顎、舌、 口唇の協調	口唇を開けることができる。(3横指)			
		口唇を閉じて捕食できる。			
		食物が口からこぼれない。 構音障害がない。			
	咀嚼運動	咀嚼ができる。			
口腔期	頬の緊張	頬の内側に食物の貯留がない。			
	舌による送り込み	舌の上、下に食物の残留がない。 口唇から1cm以上舌を出せる。			
咽頭期	嚥下反射	食物を咽頭へ送り込むことができる。			
		喘鳴や咳込みがない。			
		食物の咽頭残留がない。			
		食物が鼻から逆流しない。			
		水分でむせがない。			
		唾液でむせがない。			
		半固形物でむせがない。			
		固形物でむせがない。			
食道期	姿勢保持	飲み込んだ後、声に変化しない。(ゴロゴロした音)			
		反唾液飲みテスト(口腔内を湿らせた後に空嚥下を30秒繰り返し3回できる。2回以下は異常)			
合計		頭部、体幹が安定している。			
		食物の逆流や嘔吐がない。			

判断基準：○—0点：訓練の必要なし。

△—1点：非該当とするにはもう一步。訓練の必要あり。

×—2点：当てはまらない。訓練の必要あり。

資料2

訓練の効果を評価するための指標

氏名 年齢 疾患名

意識レベル(G. C. S)			
食事摂取にかかった時間(分)			
食事形態			
食事摂取量(%)			
水分摂取量(ml)			
食事時の姿勢			
痰の量			
痰の状態			
①色			
②性状			
③食物残渣の有無			
食事時の様子			
①集中力			
②姿勢保持			
食事に対する患者の意識・思い 疲労感の変化など			

体重の変化			
体温(熱型)			
血液データ			
①CRP			
②WBC			

信州大学医学部附属病院

資料3

嚥下障害の訓練方法

* 2点 (×) または 1 (△) に該当した人が対象

段階		訓練方法
先行期	覚醒 認知機能	<ul style="list-style-type: none"> ・生活リズムを整える ・意識状態がよいときにアプローチする ・五感を刺激して覚醒をはかる ・口腔ケア ・アイスマッサージ ・リラクゼーション
口腔準備期	下顎、舌、 口唇の 調和 咀嚼運動	<ul style="list-style-type: none"> ・口唇をあけることができない (3横指) ⇒ 顎の運動 ・口唇を閉じて捕食できない ⇒ 口唇の運動 ・食物が口唇からこぼれる ⇒ アイスマッサージ、口唇の運動、ブローイング ・構音障害がある ⇒ 構音訓練 ・咀嚼ができない ⇒ 顎の運動
口腔期	頬の緊張 舌による 送り込み	<ul style="list-style-type: none"> ・頬の内側に食物の残渣がある ⇒ 頬の運動 ・舌の上、下に食物の残渣がある ⇒ 舌の運動 ・口唇から1cm以上舌をだせない ⇒ 舌の運動 ・食物を咽頭へ送り込むことができない ⇒ 舌の運動、息こらえ嚥下
咽頭期	嚥下反射	<ul style="list-style-type: none"> ・食物を咽頭へ送り込むことができない ⇒ 舌の運動、息こらえ嚥下 ・喘鳴や咳き込みがある。食物の咽頭残留がある。 ⇒ 咳嗽訓練、ハッフイング、腹式呼吸 ・食物が鼻から逆流する。 ⇒ ブローイング

事例展開

事例 I

M. T氏、32歳女性

病名：成人型 still 病、播種性カンジダ症、てんかん

現病経過：てんかん、精神発達遅延で近医小児科でフォローされていた。ADLは自立。平成17年

5月6日、38℃台の発熱と心不全のため5月18日当科入院。絶飲食。入院後、心不全悪化によりIVIG、パル療法を実施し、全身状態改善。6月上旬より、経口摂取（全粥、軟菜食）開始

となったが、7月下旬に38℃台の発熱出現。誤嚥性肺炎疑われ、ペースト食、全粥に変更。

9月2日、全身状態改善したため、リハビリテーション目的で転院した。

訓練期間：平成17年8月23日～8月30日

結果：嚥下上の問題点は「口腔準備期」の全項目、「咽頭期」の7項目、「口腔期」の2項目、「食道期」の1項目であった。多くの訓練が必要とされたが言語聴覚士(以下ST)とのカンファレンスの結果、口唇の運動、頸部の運動を実施した。

1週間後の評価では、「口腔準備期」の「口唇を開けることができる」の項目が2点から1点に改善し、「咽頭期」の項目も、「水分、唾液、半固形物、固形物でむせがない」の4項目が2点から1点に改善した。合計5点の改善があった。

また、摂取時間も30分から25分に短縮した。姿勢は全身状態の改善があったため、体位をG-up 60度からリクライニング車椅子70度に変更した。(表1)

表1 (事例 I)

	訓練前 (8/22)	訓練後 (8/30)
点数	30点	25点
レベル (GCS)	4. 5. 5~6	4. 4. 6
食事形態	全粥、ペースト食	全粥、ペースト食
摂取時間	30分	25分
摂取量	10割	9割
姿勢	G-up60度、前傾姿勢(後頸部に枕)	リクライニング車椅子70度(後頸部に枕)
痰の量、性状	白色水様	白色水様
集中力	閉眼することあり	食事意欲はあるがぼーっとする 閉眼することあり

事例Ⅱ

S・T氏 72歳男性

病名：橋部脳梗塞

現病経過：平成17年9月1日頃より、構音障害、歩行障害が出現していたが様子を見ていた。症状改善しないため、9月14日当科外来を受診。CT上橋部の脳梗塞が疑われ同日緊急入院となった。急性期は過ぎていたため、脳梗塞に対する点滴治療は行わず、STによる嚥下のリハビリテーションが9月20日より開始された。食事は入院日から全粥、軟菜食を摂取。9月16日より誤嚥性肺炎を併発し、抗生剤の点滴を行った。

訓練期間：平成17年9月15日～9月28日

結果：「口腔準備期」の1項目、「口腔期」の1項目、「咽頭期」の1項目に問題があり、構音訓練、息こらえ嚥下、頬の運動を開始した。1週間後に新たに追加となった訓練はアイスマッサージ、口唇の運動であった。

1週間後の評価では新たに「口腔準備期」の1項目に該当し、評価の点数が悪くなった。また、2週間後の評価でも新たに「咽頭期」の1項目に該当し評価がさらに悪くなった。

この患者の場合、訓練開始2日目に誤嚥性肺炎を併発し、全身状態の後退があった。しかし、患者本人からも嚥下訓練によって「しゃべりやすくなった」との言葉が聞かれ、構音障害は入院時に比べ改善した。また、入院当初は嚥下障害があるという病識がほとんどなかったが、積極的に嚥下訓練を行うようになり、患者自身の嚥下に関する意識が高まった。 (表2)

表2 (事例Ⅱ)

	訓練前 (9/15)	1週間後(9/22)	2週間後(9/28)
点数	5点	6点	7点
レベル (GCS)	4. 5. 6	4. 5. 6	4. 5. 6
食事形態	全粥、軟菜食	全粥、軟菜食	全粥、軟菜食
摂取時間	20分	20分	20分
摂取量	10割	10割	10割
姿勢	座位	座位	座位
痰の量、性状	痰がらみあり、透明	常に痰がらみあり	痰がらみあり、透明
集中力	集中している	集中している	集中している

事例Ⅲ

T・T氏、51歳男性。

病名：左皮殻出血

現病経過：平成17年、10月20日、バイク乗車時に走行中の車に衝突し転倒。京都市内の病院へ搬送され脳出血と診断され入院となった。脳保護、高血圧に対する保存治療が行われ、家族の希望で10月28日当科入院となる。11月1日よりSTによるリハビリテーションが開始。血圧はディオバン内服で100～130台で安定しており、麻痺も改善傾向であった。11月21日リハビリテーション目的で転院した。

訓練期間：平成17年10月29日～11月20日

結果： 「口腔準備期」の2項目、「口腔期」の2項目、「咽頭期」の5項目に問題があり、咳嗽訓練、ハッフィング、舌の運動、構音訓練を実施した。

この事例は、事例Ⅰ、Ⅱの経験を生かして、STと共に評価・カンファレンスをし、訓練内容や食事形態等を話し合いながら行った。評価の点数が1週間後には13点から16点と悪くなっているが、2週間後、3週間後には9点、0点と改善がみられた。(表3)

表3 (事例Ⅲ)

	訓練前 (10/29)	1週間後 (11/1)	2週間後 (11/8)	3週間後 (11/16)
点数	13点	16点	9点	0点
レベル (GCS)	4, 5, 6	4, 5, 6	4, 5, 6	4, 5, 6
食事形態	常食・全粥	常食・全粥	常食	常食
摂取時間				
摂取量	10割	10割	10割	10割
姿勢	端座位	端座位	端座位	端座位
痰の量、性状	なし	なし	なし	なし
集中力	集中している	集中している	集中している	集中している

考察： 事例Ⅰにおいて1週間で効果があった要因は、評価表から抽出した訓練方法と、適切な体位の工夫があった。また、同じ看護師が評価を継続できたことや、患者の身体的変化がなかったこともその効果を助けたと考えられた。

事例Ⅱは2週間で評価が後退している。評価を実施した日の食事内容の影響や評価した看護師が同じではなく、評価の基準が個々によって異なっていたことも考えられたが、誤嚥性肺炎の合併という患者の身体的変化が大きかったと考えられる。事例Ⅰと事例Ⅱより、患者の嚥下障害の程度を正確に把握し、誤嚥性肺炎を合併させないためには、評価条件の統一、看護師の技術の向上、レベルの統一を図ることが大切であると考えられた。事例Ⅲが3週間で嚥下障害の改善につながったのは、ST と共に評価することで専門的知識に基づいた評価が加わり、評価条件を統一できたことが考えられた。今回の嚥下評価表の作成により、ST と訓練内容や食事形態等のカンファレンスをもつ機会が増え、患者の状態に合わせた工夫を行うことができるようになった。そのことが、嚥下訓練の技術の向上と嚥下状態のアセスメントのレベルアップにつながったと考える。また、平成17年4月からSTの導入が開始となり、協働していく手段の一つとしても有効であった。

IV まとめ

1. 嚥下状態の改善には、患者の状態に応じた対策、看護師の訓練技術の向上・指導方法と評価方法の統一が重要である。
2. 患者の状態変化に応じながら ST と共に評価を繰り返し、訓練や食事形態等を工夫していくことがよりよい結果を生む。

V おわりに

嚥下評価表はSTと協働で、患者に関わる手段として、また、看護のレベルの統一のために有用である。しかしまだ症例が少ないためその有用性を十分に検証できていない。今後は多くの症例を経験し、改善を加えながら更に効果的な嚥下訓練を行っていきたい。

参考文献

- 1) 道健一：摂食機能療法マニュアル 医歯薬株式会社 2004
- 2) 鎌倉やよい：嚥下障害ナーシング フィジカルアセスメントから嚥下訓練へ 医学書院 74～123 2003