

日本赤十字九州国際看護大学学術情報リポジトリ

タイトル	脳血管障害患者の摂食・嚥下障害における看護
著者	小手川良江
掲載誌	臨床看護, 38(11) : pp 1505-1507.
発行年	2012.10
版	publisher
URL	http://id.nii.ac.jp/1127/00000320/

<利用について>

- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの著作権は、執筆者、出版社(学協会)などが有します。
- ・本リポジトリに登録されているコンテンツの利用については、著作権法に規定されている私的使用や引用などの範囲内で行ってください。
- ・著作権に規定されている私的使用や引用などの範囲を超える利用を行う場合には、著作権者の許諾を得てください。
- ・ただし、著作権者から著作権等管理事業者(学術著作権協会、日本著作出版権管理システムなど)に権利委託されているコンテンツの利用手続については各著作権等管理事業者に確認してください。

③脳血管障害患者の摂食・嚥下障害における看護

小手川良江 日本赤十字九州国際看護大学
Kotegawa Yoshie

はじめに

脳血管障害では、脳出血や脳梗塞によって脳組織が障害されることにより摂食・嚥下障害が起こる。脳の嚥下にかかわる部分が障害されると球麻痺、仮性(偽性)球麻痺となり、嚥下障害が起こる。脳幹部の延髄にある嚥下中枢が障害されると球麻痺が起こり、延髄より上の脳幹部や大脳が障害されると仮性(偽性)球麻痺が起こり嚥下障害となる。

意識障害がある場合は、意識レベルの低下や認識機能の低下から摂食障害が起こりやすい。意識レベルが低下すると、傾眠傾向となり、安全に経口摂取することができない。認識機能が低下すると食物やどのように食べるのかを判断することができずに摂食障害となる。脳血管障害が原因で摂食・嚥下障害が起きている場合は、嚥下にかかわる部分と意識にかかわる部分の両方が障害されていることも多く、患者の状態に合わせた看護が必要である。

また、食事には、栄養摂取という意味だけでなく、楽しみとしての意味もある。摂食・嚥下障害が起こると、目で見て匂いを嗅ぎ、自分で食べ、おいしさを感じるなどの楽しみを失っている場合が多い。患者が食事から栄養を摂取し、楽しみを得るためには、食べる機能を維持することが

重要である。

看護師は、患者の生活に多くかかわる。食事にかかわることも多いが、日々の業務や看護に追われ、ゆっくりと食事介助にかかわることができない状況もある。そのため、筆者は摂食・嚥下障害に対して十分に看護を提供することができていないように感じていた。そのようなときにB氏を受け持った。

B氏は今回の入院では摂食・嚥下障害がみられていたが、家族は不安をもちながらも家へ退院させたいという思いをもっていた。そのため、家族とともに摂食・嚥下についてかわり、退院へつなげることができた。今回、B氏の事例をとおして、施設における摂食・嚥下障害への看護を考えていく。

看護の実際

事例 事例紹介

B氏, 82歳, 女性。脳梗塞にて入院。

脳梗塞の再発を繰り返しており、今回は3回目の入院であった。栄養摂取に関しては、急性期は、中心静脈栄養が行われていたが、症状が安定したため、嚥下訓練が開始となった。B氏は、仮性(偽性)球麻痺を呈しており、構音障害、嚥下障害があった。また、左片麻痺と認識機能の低下があったが、覚醒は良好であり簡単な意思疎通は可能であった。摂食・嚥下の評価の結果、嚥下反射はあり誤嚥の危険性は少ないが、食物を咽頭に送ることが不十分であり、咽頭残留もみられる状況であった。

今回の入院前、B氏は長女夫婦と同居していた。左片麻痺があったが、意識レベルはクリアであり、セッティングすれば食事は自分で摂取できていた。家族は、自宅への退院を希望していたが、今回の発症にて、嚥下障害や認識機能の低下があるため、自宅で介護を行うことに不安を感じていた。長女は「今回は、母の意識がしっかりしていないのがショックでした。家に帰っても食物が詰まったりしないか心配です。家では何もできないので」「不安だが、家に帰らせてあげたい」と表出していた。

1 摂食・嚥下障害に関するアセスメント

B氏は、仮性(偽性)球麻痺であり、比較的しっかりと嚥下することができていた。しかし、食物を咽頭に送ることができないため、咽頭残留がみられる状況である。食べる行為は、①先行期(認知期)、②準備期(咀嚼期)、③口腔期、④咽頭期、⑤食道期の5つの段階に分けられる。脳血管障害によって脳組織が障害されることで5つの段階にさまざまな問題が起こる。

先行期では、食欲を感じることができない、空腹を感じることができない、道具を使うことができないなどの問題が生じることが多い。準備期では、開口、閉口、咀嚼や口唇の閉鎖が不十分になることで、麻痺側から水がこぼれるなどの状況になる。口腔期では、食物を咽頭へ送ることができないなどの状態になる。咽頭期では、嚥下反射に問題が生じ、嚥下の際に軟口蓋、喉頭蓋閉鎖のタイミングがずれて閉鎖が不十分になるなどの状況になる。その際に誤嚥

などの問題が起こる。食道期では、上下の食道括約筋や蠕動運動の障害によって問題が生じる。

B氏の場合、認識機能の低下により、食器を使って自分の口元に運ぶことができないため、準備期の問題があると考えられた。また、嚥下はできているが、食物を咽頭に送ることができないため口腔期にも問題があると考えた。

2 看護計画

1) 先行期への看護

B氏は覚醒良好であり、簡単な意思疎通は可能であったため、食行動に興味をもてるような環境をつくるように配慮した。病室は4人部屋であり、同室者のテレビなどで食事や飲み込むことに集中できなかったため、適宜カーテンを閉め、食事に集中できる環境を整えた。また、食事内容を声かけしながら、食事に興味をもてるようにかかわった。その結果、短時間であれば、食事に集中することができるようになり、しっかりと嚥下ができていた。

認識機能の低下により、食器を使うことができなかった。そのため、使いやすい食器の検討や自宅で使用していた食器を使うなどの工夫を行った。また、口へ運ぶ動作を繰り返すことで食事摂取方法を認識できるようにかかわっていった。B氏は左片麻痺があったが、入院前は右利きであったため、手にスプーンを持つことはスムーズに行えた。皿と口へ誘導することで、徐々に自分で摂取できるようになってきていた。

2) 口腔期への看護

食物の送り込みが悪い状態であったため、安全に経口摂取が行えることを目標とし、かかわった。摂食の際に食物の送り込みがスムーズになるように昼食時に間接的嚥下訓練を行い(表1)、食事をセッティングするようにした。

食事の際の体位は、重力を利用して食物を咽頭に送ることができるようにベッドを30°ギャッチアップし、食事介助を行うようにした。30°ギャッチアップで食事介助を行うと食物をスムーズに咽頭に送ることができていた。口へ運ぶ動作を介助し、口腔内に食物が残留していないかを確認した。食物の残留や誤嚥がないことを確認しながら、徐々

表1 B氏の間接的嚥下訓練

項目	実施内容
頸部の運動	<ul style="list-style-type: none"> 首を左右に倒す, 顔を左右に向ける 頭を前後に動かす 肩を上下に動かす
舌の運動	<ul style="list-style-type: none"> アイスマッサージ 舌の運動: 舌を突出し, 左右上下に動かす, 舌で左右の口角をなめる, 口唇の上下をなめる
顔面・口唇の運動	<ul style="list-style-type: none"> 口唇の突出し 口唇周囲のマッサージ 口唇を横に引いたりすぼめたりする 口に空気を溜めて左右の頬を交互にふくらませる

に60°までギャッチアップし, 自力で摂取できるようにセッティングを行った。ゆっくりではあるが, 自分でスプーンを使って, 食事を摂取することができるようになった。しかし, スプーンで摂取する1回量が多く, むせることもあったため, スプーンを小さいものに変更するなど, 食器も検討しながら摂食が自立できるように援助した。

3) 家族への指導

家族は, 食事による誤嚥や窒息に対する不安から, 食事介助を行うことに躊躇していた。そのため, B氏の摂食・嚥下障害について, どこに問題があるのかを説明した。

現在, 嚥下はスムーズに行えることや, 重力を利用して食物を咽頭に送りやすいようにしていることなどを説明すると「退院に向けて, 自分たちも介助ができるようになりたい」との反応があった。そのため, 昼食の介助を家族とともにしながら指導を行った(表2)。入院中に介助方法について理解できていたため, 退院の際, 家族からの不安の表出はなかった。

施設における摂食・嚥下障害への看護について

脳血管障害によって, 摂食・嚥下障害が起こっている患者を受け持つことは多い。しかし, 食事介助に時間がかか

表2 家族への指導内容

指導項目	指導内容
観察	<ul style="list-style-type: none"> 病状の変化はないか(体温, 脈拍, 咳, 排泄状況, 意識状態, 動き, 食欲など) 嚥下状況の変化はないか(むせの有無, 口腔内の残渣の有無など)
嚥下訓練	<ul style="list-style-type: none"> 頸部, 舌, 顔面・口唇の運動
食事介助の方法	<ul style="list-style-type: none"> しっかり覚醒していることを確認する テレビなどは消して食事に集中できる環境を整える 重力を利用して食物を咽頭まで送ることができるようにベッドを60°までギャッチアップする 1口の量が増えすぎないように小さいスプーンを使用する 1口ごとに嚥下を確認する 水分摂取をこまめに促す
緊急時の対処	<ul style="list-style-type: none"> 誤嚥した場合は, 食事を中断し, 落ち着くのを待つ 誤嚥が続く, 喘鳴が続くなどの場合は受診する 窒息(食事中に急に苦しそうな表情や声になる, 顔や口唇が青くなる)の場合はすぐに指で食塊をかき出す 改善しない場合は救急車を呼ぶ

ることや, 意識レベルや脳の障害部位によって摂食・嚥下障害もさまざまであることなどから苦手意識をもっている看護師も多い。しかし, 今回, B氏の事例をとおして, 摂食・嚥下状態について評価することや, どこに問題があるのかを明確にすることで, 看護の方向性も明確になると感じた。また, 入院中から家族とともに援助を行うことで, 家族は退院に向けた準備となり, 知識技術を身につけることができることを実感した。

参考文献

- 1) 藤島一郎: よくわかる嚥下障害, 改定第2版. 永井書店, 大阪, 2005.
- 2) 藤島一郎: 脳卒中の摂食・嚥下障害. 第2版. 医歯薬出版, 東京, 1998.
- 3) 折茂肇・監, 名倉博史, 東京老人医療センター・編: 高齢者の摂食嚥下障害ケアマニュアル; 生きる喜びと活力をもたらすために. メジカルビュー社, 東京, 1999.
- 4) 加藤順一・監, 兵庫県立総合リハビリテーションセンターリハビリテーション中央病院摂食嚥下障害研究会・編著: 看護師のための摂食・嚥下アセスメントマニュアル. 日総研, 名古屋, 2002.