

## 37. 脳血管疾患以外の高齢入院患者の嚥下機能に影響を与える因子の検討

笠岡第一病院リハビリテーション科<sup>1</sup>，笠岡第一病院脳外科<sup>2</sup>

○島本 友紀<sup>1</sup>，鈴木 哲<sup>1</sup>，渡辺 明良<sup>2</sup>

### 【はじめに】

嚥下障害に対する臨床研究では，脳血管疾患患者を対象にしたものが多い。しかし嚥下機能は認知機能や身体機能など多くの因子に影響を受け，加齢とともに低下することが報告されている。喉頭位置下降などの解剖学的変化や機能的変化を有し，潜在的嚥下障害者も少なくないという。また，心身機能の低下は疾患の治療に伴う安静臥床により拍車がかかる。そのため明らかな脳血管疾患の既往がない患者においても，嚥下障害のリスクに対する早期の評価，および適切な介入が必要である。しかし脳血管疾患以外の患者の嚥下障害のリスクと因子を検討した研究は見当たらず，いまだ明確ではない。

### 【目的】

急性期病院における脳血管疾患以外の患者に，嚥下障害のリスクがどの程度存在するかを改定版水飲みテストから検討し，同時に嚥下障害に影響する因子を検討することで，嚥下障害に対する予防および改善に有効な介入方法を検討する。

### 【対象と方法】

対象は 65 歳以上の入院患者のうち，脳血管疾患患者と中枢神経疾患の既往のある者を除く 70 例（男女比 1:1，平均年齢 80.5±7.6 歳）とした。

嚥下機能の評価として改定版水飲みテストを行い，3 以下のものをムセあり群，4 以上のものをムセなし群とした。カルテからは年齢，性別，現病歴，既往歴，食事形態を抽出

した。認知機能の評価には改定長谷川式簡易知能評価スケース（HDS-R）を使用した。頸部・体幹機能として日本整形外科学会の測定法を用いた頸部（曲屈，伸展，側屈）・肩甲帯（挙上，下制）の可動域測定を行い，座位保持能力は安定した端座位保持可能，背もたれありで安定した座位可能，の 2 段階で評価した。また，吉田ら<sup>1)</sup>の研究を参考に，オトガイ～甲状切痕間距離 GT，甲状切痕～胸骨上端間距離 TS， $GT/(GT+TS)$  で計算する相対的喉頭位置，舌骨上筋群筋力を 4 段階で示す GS グレードを使用した。

統計処理には SPSS(ver.16.0)を使用した。Willcoxon の順位和検定を使用し，ムセあり群とムセなし群で各測定評価項目を比較した。有意水準は 5%未満とした。

### 【結果】

改定版水飲みテストの結果，ムセありは 70 例中 8 例で 11%であった。

ムセあり群はムセなし群と比べて HDS-R が有意に低かった。また頸部・肩甲帯可動域では頸部屈曲方向への可動域にのみ有意な低下がみられた。舌骨上筋群筋力と座位保持能力においても，ムセあり群では有意に低い結果となった。しかし相対的喉頭位置に有意差はみられなかった。

### 【考察】

65 歳以上の脳血管疾患以外の患者の約 1 割に嚥下障害のリスクが存在した。

また，嚥下機能低下に影響する因子として，認知機能，頸部屈曲方向への可動域，座位保

持能力，舌骨上筋群筋力の関与が明らかとなった。

このことから脳血管疾患患者以外の嚥下障害の予防および改善には，座位保持能力の安定とともに舌骨上筋群の強化，頸部では伸筋群の伸長性を改善し屈曲方向への可動域を維持・向上することが有効である可能性が考えられた。

表：改訂水のみテストにおけるムセあり群とムセなし群の比較

	ムセあり n=8	ムセなし n=62	2群比較
年齢	81.6±11.6	80.3±7.1	
性別	男37%女63%	男52%女48%	
-----			
疾患内訳			
整形	12.5%	27.4%	
呼吸器	37.5%	16.1%	
循環器	0.0%	9.7%	
消化器内科	12.5%	3.2%	
泌尿器	12.5%	19.4%	
腎臓内科	12.5%	11.3%	
形成外科	0.0%	4.8%	
外科手術後	12.5%	8.1%	
-----			
認知機能	10.4±10.0	19.2±8.2	*
-----			
主食形態	2.0±0.8	2.6±0.5	
-----			
頸部可動域			
屈曲	27.5±11.6	37.7±8.6	*
伸展	36.3±16.9	37.3±10.5	
右側屈	15.6±8.6	21.5±6.9	
左側屈	17.5±7.6	20.5±7.2	
-----			
肩甲帯可動域			
挙上	17.5±11.6	17.7±6.9	
下制	3.1±2.6	4.8±2.5	
-----			
相対的喉頭位置	0.4±0.1	0.5±0.1	
-----			
舌骨上筋群筋力	1.9±1.0	3.6±0.6	*
-----			
座位保持能力	2.5±0.5	3.0±0.4	*

mean±SD \* : p<0.05

主食形態 1:ミキサー粥 2:粥 3:普通食

舌骨上筋群筋力 1:背臥位で頭部を挙上できない

2:可動域の1/3挙上可能

3:2/3挙上可能 4:完全挙上可能

※改訂水飲みテストは1～5gradeの5段階評価中，

5,4を問題なし，3～1を問題あり(ムセあり)とした。

## 【文献】

- 1) 吉田剛:中枢神経障害における座位姿勢と嚥下障害. 理学療法学 2006; 33: 226-230
- 2) 太田清人:嚥下障害に対する理学療法の効果とその限界. 理学療法 2001; 18: 128-132
- 3) 兵頭政光, 西窪加緒里, 飴矢美里, 三瀬和代. Jpn J Rehabil Med 2008; 45: 715-719
- 4) 横井輝夫, 加藤美樹, 長井真美子, 林美紀, 中越竜馬:要介護高齢者の加齢と摂食・嚥下障害との関連. 理学療法学 2004; 19: 347-350
- 5) 吉田剛, 内山靖:脳血管障害による嚥下運動障害者の嚥下障害重症度変化と嚥下運動指標および頸部・体幹機能との関連性. 日本老年医学会雑誌 2006; 43: 775-760
- 6) 吉田剛, 内山靖, 熊谷真由子, 宮澤千鶴:脳血管障害による嚥下運動障害の病態について. 理学療法学 2004; 31(Suppl): 241(抄)