



神経疾患における嚥下障害

熊本大学大学院生命科学研究部 神経内科学分野

今村 美智恵, 池ノ下 侑, 村上 慶高, 中島 誠, 山下 賢, 安東 由喜雄

摂食・嚥下障害の原因と疾患

1, 器質性嚥下障害

(1) 搬送路の異常と周辺病変の圧迫による嚥下障害

炎症, 腫瘍, 腫瘤, 外傷, 異物, 奇形, 瘢痕狭窄

(2) 運動障害性嚥下障害

脳血管障害, 神経筋疾患(筋萎縮性側索硬化症, パーキンソン病, 重症筋無力症, 筋疾患など)

2, 機能的嚥下障害

(1) 嚥下時痛をきたす疾患: 急性咽頭炎, 多発口内炎など

(2) 心因性: ヒステリー, 拒食など

神経筋疾患に伴う摂食嚥下障害 診療のポイント

1, 経過は一過性か, 進行性か, 再発寛解を繰り返すのか

進行速度	疾患名
急速進行性	筋萎縮性側索硬化症(ALS)
緩徐進行性	パーキンソン病, 多系統萎縮症, 脊髄小脳変性症, 筋ジストロフィー等
変動型	多発性硬化症, 重症筋無力症, 症状変動のあるパーキンソン病等
急性発症後回復	ギランバレー症候群等

2, 認知機能障害や呼吸障害の有無

3, 診断は確定しているか

4, 根本的治療があるか

筋萎縮性側索硬化症(ALS)

- 上位、下位運動ニューロンが選択的に侵される運動ニューロン疾患のひとつ
- 典型例では一側上肢から始まり顔面筋、下肢へ数ヶ月～1年で進行、平均寿命は3-5年
- 球麻痺型では進行が早い
- どのタイプでも摂食嚥下障害は必発

ALSの摂食嚥下障害

口腔期: 食塊形成不全, 奥舌への移動不良

咽頭期: 喉頭挙上不全, 鼻咽腔閉鎖不全, 梨状窩残留, 食道入口部開大不全

食道期: 比較的末期まで障害なし

ALSの摂食嚥下障害

呼吸障害と摂食嚥下障害は並行して進行

野崎園子他, 臨床神経学 2003; 43: 77-83

定期的な呼吸機能の評価、体重測定、栄養状態、嚥下評価が必要

胃瘻造設の目安

➤CO ₂ 貯留が始まる前	PCO ₂ < 50 mmHg
➤呼吸不全を来す前	低リスク %FVC > 50%
	中リスク %FVC 30～50%
	高リスク %FVC < 30%

- 診断早期から胃瘻や呼吸管理の併用、誤嚥防止術などについて検討し、患者の理解や受容を援助することが大切
- 味わう楽しみを尊重する選択

パーキンソン病

- 錐体外路症状を示す進行性の神経変性疾患
- 4大徴候: 振戦, 筋強剛, 無動, 姿勢反射障害
- 治療: L-dopa, ドパミンアゴニストなどの薬物療法
- 摂食嚥下障害はパーキンソン病患者の半数以上

摂食嚥下の各段階に対するパーキンソン病の影響

先行期: うつ症状、認知機能障害、首下がり、上肢の振戦と筋強剛

口腔期: 舌、咀嚼運動障害、流涎、口渇

咽頭期: 嚥下反射遅延、咽頭蠕動減弱、喉頭蓋谷、梨状窩残留

食道期: 食道蠕動減弱、胃食道逆流

パーキンソン病における嚥下障害の特徴



前屈 頸部伸展位
喉頭蓋谷の狭小化、頸部筋緊張

- 自律神経障害による食事性低血圧

対応

◆原疾患の治療

投薬調整により嚥下関連筋の強剛、上肢運動障害の改善

On時に経口摂取ができるように食前に内服

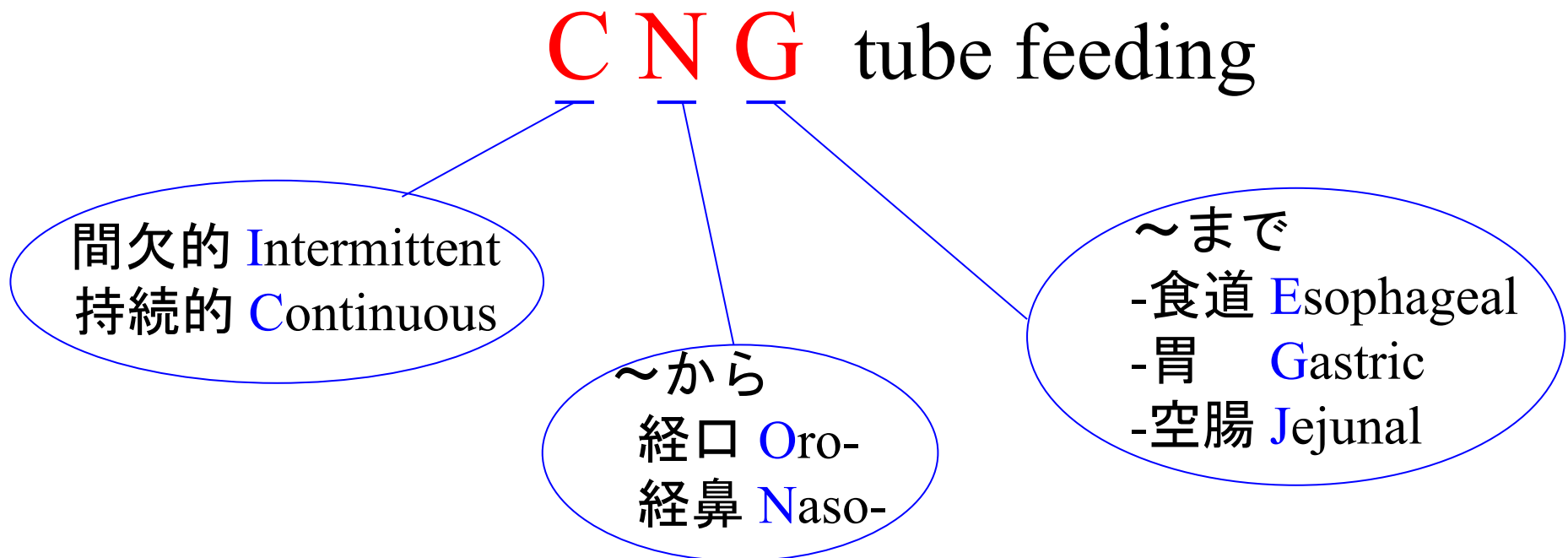
副作用の口腔内乾燥、ジスキネジアなどに注意

◆リハビリテーション

口唇、頬、舌の運動、マッサージ、嚥下体操

脳神経麻痺による摂食嚥下障害

- 原因は感染症，免疫学的機序，腫瘍，外傷などさまざま。
- 原疾患の治療と予後により，栄養手段を検討。
- 短期～中期的に改善する可能性があれば，チューブによる栄養剤投与とリハビリテーションを継続。



Wallenberg 症候群

- 延髄外側部の梗塞により発症
- めまい、嘔吐、嚥下障害、構音障害、小脳症状、同側顔面および反対側の四肢体幹の温痛覚障害
- 孤束核、疑核など嚥下中枢の直接障害による嚥下障害→嚥下筋群の弛緩・収縮に左右差
- 食道入口部開大不全が顕著
- 延髄病巣側への頸部回旋などの姿勢調整が必要
- バルーン法による間接訓練が有効
- 嚥下障害の予後は様々だが、多くは最終的に摂食可能

結語

- ✓ 神経疾患による嚥下障害は疾患により様々な経過をたどる
- ✓ 臨床経過に合わせて嚥下機能評価をおこない介入プランの検討が必要である
- ✓ 疾患ごとの嚥下障害の特徴と予後を把握し患者家族をサポートすることが重要である