

## 「結果に差がつく脳卒中後の経口摂取訓練」

長崎大学病院リハビリテーション部准教授 高島 英昭

嚥下障害の原疾患として最多のものは脳卒中であり、胃瘻の原因としてもその過半数が脳卒中である。脳卒中における正しい嚥下障害への対策は急務であるが、その実態や正しいリハビリテーション的介入法は知られていないように実はほとんど分かっていない。

脳卒中患者に胃瘻が造設される原因は神経学的重症度が高いことであるが、重症脳卒中患者は嚥下スクリーニングや嚥下造影などの検査を受けることができないためこれら重症者の嚥下機能についての調査はこれまですべてに行われていない。過去の実態調査では、脳卒中発症直後には約半数に嚥下障害が認められるが半年後までには約10%に自然に減少すると言われている。しかしながら、これらは発症当初に嚥下機能検査を受けることのできる軽症者を対象とした結果であり、胃瘻が必要となるような重症者を含んだ本当の嚥下障害の実態を反映しているとは言いがたい。

リハビリテーション的介入について、過去に行われた前向き比較試験は二つしかなく、その二つともが介入の有効性を示せていない。すなわち、脳卒中後の嚥下障害に対して「いつから」「どのように」経口摂取を開始すれば良いのか、エビデンスに基づいた介入法はまだ不明である。

現在、嚥下障害に対する介入のほとんどは亜急性期～回復期以降に本格的に開始される。生活期・在宅のはじまりは急性期であるが、発症直後の状態がしっかり落ち着いてから行われる現在のリハビリテーションは「手遅れ」と言って差し支えない。急性期で十分な検討もなされないままに「食べられない」と間違っただけで判断され胃瘻のまま最後まで見向きもされない脳卒中患者が多数埋もれている。一人でも多くの方が“食べる喜び”を取り戻せるように、急性期からの正しい嚥下障害・誤嚥性肺炎への対処法について述べる。

## 講師略歴

平成5年3月	長崎大学医学部卒業
平成5年6月	長崎大学医学部脳神経外科入局
平成6年6月	県西部浜松医療センター脳神経外科
平成9年6月	長崎大学医学部脳神経外科
平成12年6月	佐世保市立総合病院脳神経外科
平成17年4月	長崎医療センター脳神経外科
平成26年4月	産業医科大学リハビリテーション医学講座 学内講師
平成28年6月	産業医科大学リハビリテーション医学講座 講師
平成29年4月	長崎大学病院リハビリテーション部 准教授

## 所属学会

- 日本脳神経外科学会（専門医）
- 日本脳卒中学会（専門医）
- 日本脳神経血管内治療学会（専門医）
- 日本リハビリテーション医学会（認定臨床医）
- 日本摂食嚥下リハビリテーション学会