

神経筋疾患に伴う摂食嚥下リハビリテーション

近畿大学医学部附属病院

磯野千春

緩徐進行性である神経筋疾患では、摂食嚥下障害とディサースリアやそれに伴うコミュニケーション障害が合併することが多く、両領域を専門とする言語聴覚士はその対応に苦慮していると思われる。本セミナーでは代表的な神経筋疾患であるパーキンソン病 (Parkinson's disease: PD)、筋萎縮性側索硬化症 (Amyotrophic lateral sclerosis: ALS)、多系統萎縮症 (Multiple system atrophy: MSA) を対象に摂食嚥下障害の特徴とリハビリテーション (リハ) について解説する。本大会のテーマ「ディサースリアと摂食嚥下障害を同時に治療する技能を身につける」を念頭に、摂食嚥下障害とディサースリア、双方に効果的な介入についても述べる。

[PD] PD 患者の半数以上に摂食嚥下障害が見られる。口腔期は食塊形成不全や奥舌への移送障害、咽頭期は嚥下反射の遅延、咽頭収縮不良、舌骨・喉頭の挙上不良等を認める。食道期は蠕動運動の低下や食道入口部の開大不全、胃食道逆流を認める。抗 PD 薬の副作用 (ジスキネジア、口渇) や休薬に伴う悪性症候群も嚥下機能の低下を招く。薬剤調整とリハの並行が重要である。メトロノーム訓練やフィードバック訓練、音声言語訓練での声帯内転/声門閉鎖運動、呼気の加速を目的とした呼吸訓練も有効である。

[ALS] ALS において摂食嚥下障害はほぼ必発である。口唇、舌、咽喉頭の筋群が障害されるため口腔期では口唇閉鎖不全や食塊形成不全、奥舌への移送障害

等を、咽頭期では鼻咽腔閉鎖不全や咽頭収縮不良、舌骨・喉頭の挙上不良等を呈す。嚥下機能を評価する際は同時に上肢、頸部、体幹、呼吸筋の評価も行う。ALS では不顕性誤嚥も多いが、患者自ら工夫し代償手段を獲得していることもある。リハでは筋肉疲労しやすいため過度な運動は避け、代償方法の検討や嚥下調整食の選択が中心になる。

[MSA] 臨床型 (パーキンソニズム型/小脳型) により摂食嚥下障害の特徴は異なるが、進行に伴い錐体外路症状と小脳失調が混在する。口腔期は食塊形成不全や奥舌への移送障害等、咽頭期は舌根部の運動不良、咽頭の収縮不良、舌骨・喉頭の挙上不良等が見られ、主に錐体外路症状が関与する。声帯外転障害や中枢性無呼吸により気管切開を行う場合もあり、経口摂取の可否に影響する。リハの効果は乏しく、姿勢調整や嚥下調整食の導入が主体であるが、病初期には音声言語訓練や呼吸訓練を実施する。

■略歴

1995年3月 京都ノートルダム女子大学文学部卒業
1997年3月 神戸総合医療専門学校言語聴覚士科卒業
1997年～ 医療法人三成会病院
2000年～ 医療法人伊豆菰山温泉病院
2001年～ 近畿大学医学部堺病院
2018年～ 近畿大学医学部附属病院