

いつもNSTの活動にご理解とご協力を頂きありがとうございます。

今年度初めてのNSTだより発行となります。

今回は、耳鼻咽喉科長、古瀬先生から、嚥下内視鏡（VE）についてのコラムを掲載しております。よりたくさんの方々のお目にかかる幸いです。

## ～ 耳鼻咽喉科

## 古瀬秀和先生からの コラム ～

### 嚥下内視鏡（VE）について

嚥下障害の診断には嚥下造影（VF）検査と嚥下内視鏡（VE）検査があります。

それぞれ利点と欠点があり相互に補完的な関係とされています。

表1 嚥下造影検査と嚥下内視鏡検査の比較

	嚥下造影検査	嚥下内視鏡検査
被曝	有	無
場所的制約	有	無
時間的制約	不利	有利
実際の摂食時評価	不可	可
準備期・口腔期の評価	可	不可*
咽頭期の評価	可	可
食道期の評価	可	不可



\* 固形物の咀嚼嚥下時に咽頭に送られてくる食塊の状態を見ることで、間接的に口腔内の食塊形成を評価することはできる。

日本嚥下リハビリテーション学会

耳鼻咽喉科外来で嚥下内視鏡検査を行っていますが、内視鏡システムを持っていければベッドサイドでも可能です。

嚥下内視鏡は実際に検査したい食べたいものをそのまま使って検査できるところがよいところです。

また交互嚥下や顎引き、右向き、左向きなどのリハビリ指導もその場で可能です。

また気管流入は嚥下内視鏡では観察できず、弱点と言われますが、嚥下後に咳払いさせ着色水が声門から出てくるか観察することで短所を補えます。

VEによる嚥下機能評価は**兵頭スコア**を使用します。  
合計スコアで嚥下機能正常、リスクあり、経口摂取困難を診断します。

- ①梨状陥凹、喉頭蓋谷への唾液貯留
  - ②咳反射
  - ③嚥下反射惹起
  - ④咽頭クリアランス
- を各4段階で評価します。

①の唾液貯留は嚥下前の唾液貯留状態を評価します。高度嚥下障害患者では、吸気時に梨状陥凹にたまった唾液が喉頭に流入しています。いわゆるのどのゼロゼロはこれにあたります。

②の咳反射は健常者ではファイバーが喉頭にあると激しくせき込みます。高度嚥下障害患者では咳反射は弱く麻酔もなしで気管内にファイバーが入っていきます。

③の嚥下反射惹起は例えば健常者では歯科治療中に唾液がのどにたまると嚥下したくなる状況です。高度の嚥下障害患者は唾液、食物がたまって嚥下反射が惹起されなくなります。

④の咽頭残留は文字通り嚥下反射が起きても食塊が梨状陥凹などに残留している状態です。高度嚥下障害では喉頭流入します。

以上を4段階で点数化して

- 4点以下 : おおむね嚥下良好
- 5-8点 : 誤嚥のリスクありSTなどの介入のもとでの直接訓練を行う
- 9点以上 : 間接訓練にとどめるか経口摂取不可能

の診断になります。

耳鼻咽喉科にご紹介頂いた患者さんはこのように評価し、お返事を差し上げています。

表2 兵頭スコア

① 喉頭蓋谷や梨状陥凹の唾液貯留
0: 唾液貯留がない
1: 軽度唾液貯留
2: 中等度の唾液貯留があるが喉頭腔への流入はない
3: 唾液貯留が高度で吸気時に喉頭腔へ流入する
② 声門閉鎖反射や咳反射の惹起性
0: 喉頭蓋や披裂部に少し触れるだけで容易に反射が惹起される
1: 反射は惹起されるが弱い
2: 反射が惹起されないことがある
3: 反射の惹起が極めて不良
③ 嚥下反射の惹起性
0: 着色水の咽頭流入がわずかに観察できるのみ
1: 着色水が喉頭蓋谷に達するのが観察できる
2: 着色水が梨状陥凹に達するのが観察できる
3: 着色水が梨状陥凹に達してもしばらくは嚥下反射が起きない
④ 着色水嚥下による咽頭クリアランス
0: 嚥下後に着色水残留なし
1: 着色水残留が軽度あるが2~3回に空嚥下でwash outされる
2: 着色水残留があり複数回嚥下を行ってもwash outされない
3: 着色水残留が高度で喉頭腔に流入する
誤嚥: なし、軽度、高度
随伴所見: 鼻咽腔閉鎖不全、早期咽頭流入
声帯麻痺: MPT: 秒
項目①~④の総計の点数
4点以下: 経口摂取は概ね問題なく行える
5~8点: 経口摂取は可能だが誤嚥のリスクがあり、食餌内容の制限、気道管理、補助栄養の併用などが必要
9点以上: 経口摂取は困難、不可
*意識レベルや認知機能は別途、考慮する必要あり