

[学会記録 I]

第23回東日本歯学会学術大会 定例講演会

『脳血管障害患者と口腔機能』

医療法人 禎心会病院 リハビリテーション部
副部長 小橋 透 先生

脳血管障害によって口腔機能に障害をきたし、構音障害や嚥下障害を生じることがあります。構音障害や嚥下障害のリハビリテーションにおいては歯科医師の協力が不可欠であると考えます。言語聴覚士の立場からその必要性について述べさせていただきます。

構音障害について

軟口蓋が麻痺すると鼻から息がもれてしまい「かきくけこ」が「はー、いー、ふー、へ、ふぉー」といった声になってしまいます。この対応法として、軟口蓋挙上装置 (palatal lift prosthesis) を使用します。これを装着することによって軟口蓋機能を代償、賦活化し、構音障害の改善をはかります。使用するのはできるだけ早い時期がよいと考えています。言語聴覚士が依頼を躊躇していることもあって、関心を持っていただける先生が少ないと感じています。

嚥下障害について

口腔機能の保全が全身の健康に与える影響について解明されつつある現在、歯科医師にも摂食・嚥下障害のリ

ハビリテーションに関心を持っていただきたいと考えます。なかでも在宅の嚥下障害者の診断、評価について協力していただきたいと思います。

診断、評価の有力な方法として内視鏡検査 (Videoendoscopy: VE) があります。現在は耳鼻咽喉科医やリハビリテーション科医が主に行っていますが、口腔ケアの指導も考慮しますと、歯科医師にも積極的に行っていただきたいと考えます。

内視鏡検査は、以下の利点があります。いつでも、どこでも、繰り返し行える。X線被曝の心配がない。必要に応じて長時間の観察が可能である (嚥下反射が遅延していて嚥下が起るかわからない症例でも、安心して観察を続けることができる)。咽喉頭の運動・知覚がわかりやすい。模擬食品を作る必要がない。

今後、構音障害や嚥下障害の方に対して歯科医師と言語聴覚士が良好な協力関係を築いていければと考えています。