

発表概要

テーマ： 抜管後の早期経口摂取への支援

話題提供者

所属：獨協医科大学病院 集中ケア認定看護師

氏名：中山 麻実

嚥下障害は、WHO(世界保健機関)、国際疾病分類では「口腔から胃へと食物や液体を効果的に移送できない、誤嚥(食物・液体・錠剤が声帯を越えて 気管に入ること)のリスクを伴った状態」と定義され、広意義の嚥下障害は「腕が使えない、適切な体位が取れないなど、飲み込みに関連した様々な障害を意味する」と示されている。クリティカルケア領域では、近年「Postextubation dysphagia」、 「ICU acquired swallowing disorders」という言葉を目にする機会が増えている。抜管後の嚥下障害、安全に経口摂取を開始する支援について、先行研究を元に、自施設の取り組みについて発表した。

抜管後の嚥下障害に関する先行研究では、嚥下障害の頻度は3%～62%、挿管時間は124.8～346.6時間と示されている。そして、抜管後の嚥下障害が発生する要因は、気管チューブによる口腔・咽頭・喉頭の外傷、口腔・咽頭・喉頭の感覚障害、鎮静管理に伴う不動化、筋力低下、認知機能の障害、胃食道逆流、呼吸と嚥下の強調不全が関与しているということが明確になっている。加えて、2017年集中治療医学会から発表された「集中治療における早期リハビリテーション」の中でも、抜管後の摂食嚥下リハビリテーションを早期から行うことの有効性について提言されている。

当院では2018年度ICU入室患者総数のうち約52%が気管挿管を要しており、多くの患者が抜管後の嚥下障害の可能性が懸念されると予測した。その中の、2カ月間に実施された、反復唾液嚥下テスト(RSST)、改定水飲みテスト(MWST)の結果から、期間中に嚥下障害を認めた患者は8.5%存在した。関連要因は、心臓血管術後、低左心機能、深鎮静、不動、長期挿管管理、不穏、せん妄であった。意見交換の場では、ICU在室中から言語聴覚士による専門的評価及びリハビリテーション介入が行われている施設があることを認識した。当院の抜管後の嚥下評価は、看護師主体の実施であり知識や経験によって評価に差が出ている可能性が懸念される。今後は、評価の妥当性について検討していきたい。

総文字数 812 文字