

フライマリ・ケアレクチャーシリーズ 2021/08/12

総合診療の登竜門

誤嚥性肺炎を深く正しく診る

総合内科×リハ医学の視点から

札幌医科大学 総合診療医学講座

佐藤 健太

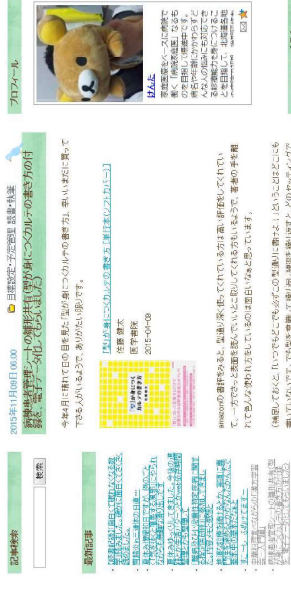
dr.kenta.sato@gmail.com

総合内科専門医、家庭医療専門医、リハビリ認定医、産業医

今日のテーマ

誤嚥性肺炎

Common diseaseを題材に
機能・障害の評価を理解しよう



誤嚥性肺炎は多い！

総合病棟にも、どこの病棟にも

できれば関わりたくない！

治らない、再発する、泥仕合感

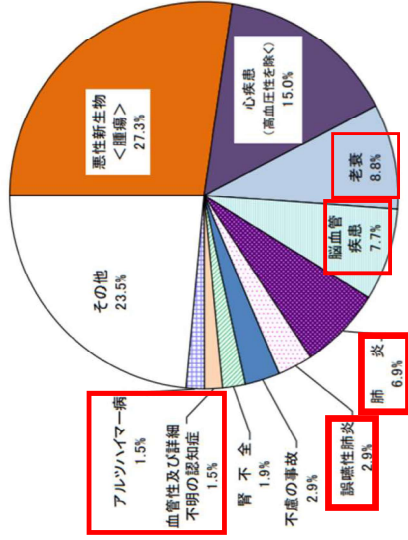
退院調整大変、在院日数が...

ちゃんと診れば楽しい

ちゃんと良くなれば嬉しい

ちよっとだけ**視点が変わる**
お話をします

図5 主な死因の構成割合（令和元年(2019)）



①肺炎の内科診断

②誤嚥のリハ診断

③リハ栄養で介入

④全体を診よう！

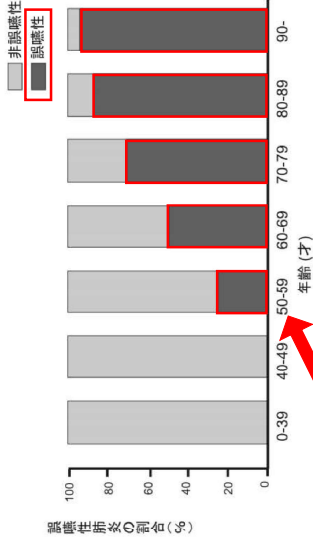
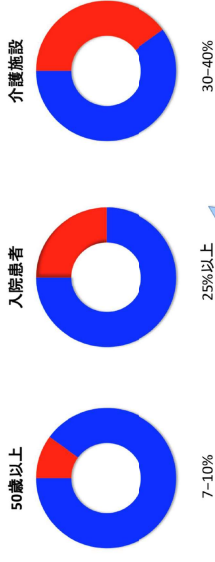


図1 肺炎入院患者における誤嚥性および非誤嚥性肺炎の年齢別割合
Teramoto S, Fukuchi Y, Sasaki H, et al. JAGS 56, 577-579, 2008

嚥下障害の頻度



何らかの嚥下障害がある!!
原因検査が重要!!

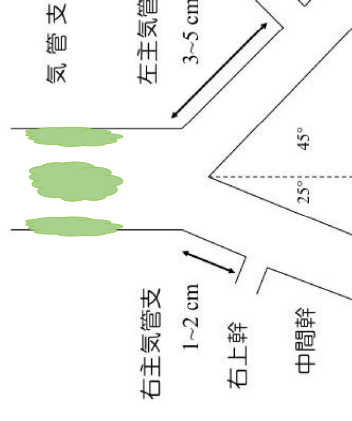
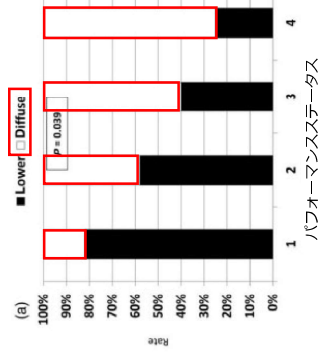
M R SPIEKER et al.
Am Fam Physician 2000 Jun 15;61(12):3639-3648

寝たきり患者肺炎の画像検査



Am J Med. 2010 Jan;123(1):88.e1-5.

ADLが悪いほどびまん性になる

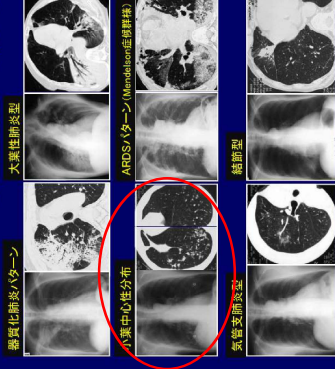


寝たきり患者の誤嚥性肺炎



- 下肺野・背側に多い
- ギャップアツプ痙攣れば下肺野に多い
- 体位変換頭張れば瀰漫性の分布になりえる

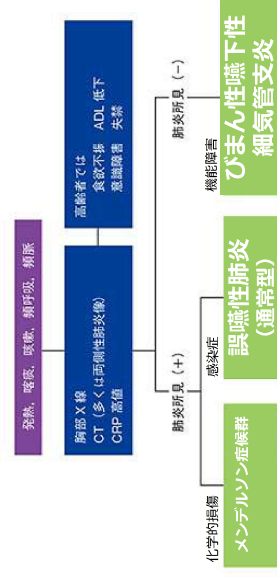
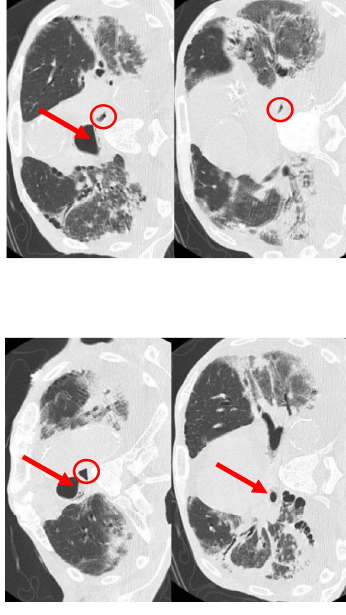
誤嚥性肺炎の画像は多彩である



呼吸器内科における嚥下性肺炎 熊本大学医学部附属病院呼吸器内科
<http://www2.kuh.kumamoto-u.ac.jp/ibimkoka/enge/data/md03/20140702b.pdf>

誤嚥性肺炎を直接疑うCT所見

気管・気管支内痰貯留 + 食道拡張・唾液二ホー



(日本呼吸器学会 医療・介護関連肺炎診療ガイドラインから引用)

びまん性嚥下性細気管支炎

DAB : Diffuse Aspiration Bronchiolitis



不顕性かつ慢性の経過
 明らかかな誤嚥エピソードなし
 咳・痰、発熱・CRP上昇、SpO2低下はまれ
 単純レントゲンではわからない
Fever work-up陰性

高分解能CTで以下の所見
 小葉中心性小粒状影 (結核注意)
 気管支壁肥厚・拡張 (慢性気管支炎様) でDAB様

治療は口腔ケア・誤嚥予防と抗菌薬はおまけ

呼吸器内科医 pulmonary.exblog.jp <https://pulmonary.exblog.jp/11457549/>

Clinical pearl

Xp陰性の誤嚥性肺炎様の病歴
 結核を疑ったけど塗抹陰性
 抗菌薬で下がらないCRP



DAB (不顕性誤嚥の遷延)

を疑ってみよう

①肺炎の内科診断

②誤嚥のリハ診断

③リハ栄養で介入

④全体を診よう！

20

救急外来の**ショック**だったら

迅速な輸液 + ノルアドレナリン！
だけでなく、**原因同定**と根治治療

循環器！、いればIntensivist？

よりは、**総合医が主治医**で他科と協力

全例もれなく高次医療機関へ？
でなく、**重症例・専門的事例に絞って**、
受け手の能力も考慮して搬送

総合病棟の**嚥下障害**だと、とたんに

迅速な絶食 + 最適な抗菌薬
だけで、**原因同定がない**ままのお茶濁し

呼吸器！、いればリハ医！！

になり、総合医は感染症以外関与せず

全例もれなく回リリハ・療養・施設へ！
原因の重症度や専門性にかかわらず
なんでも受けてくれるあの病院へ**丸投げ**

ショックも、**嚥下障害**も、
命に関わる重大な病態の一つ。
(救急のABCのうち、**A+B**に関わる)

しかも超Commonな主訴！
総合病棟は、嚥下障害でいっぱい

総合診療医が診断・治療できない
のは、けっこう**悔しい**と思うのです

でも

診断できると、けっこう**楽しい**

「**嚥下障害**」の原因も診断しよう

治せるものは治そう！

治らないものでも、うまく支えよう

嚥下障害も **3段階**で詰めていく

頻度の高いCommonな原因

解剖学的に分ける

病態生理で詰める

Commonな嚥下障害

廃用(肺炎・骨折) > 脳卒中 > 変性・悪性

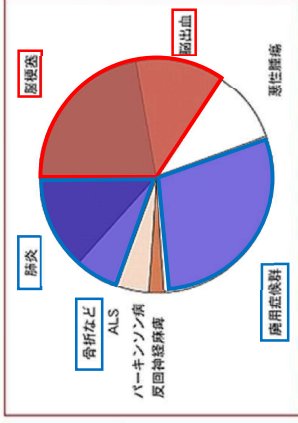


図1 摂食・嚥下障害患者の病態の割合 (n=192)
メタアナリシス <http://www.nmdf.or.jp/communitiedf/line/2.html>

頻度の高いCommonな原因

① 廃用性嚥下障害
肺炎、骨折、悪性腫瘍
→ リハビリしよう

② 脳卒中
→ 回復待とう

③ 神経変性疾患
≒ パーキンソン症候群
→ 治療しよう

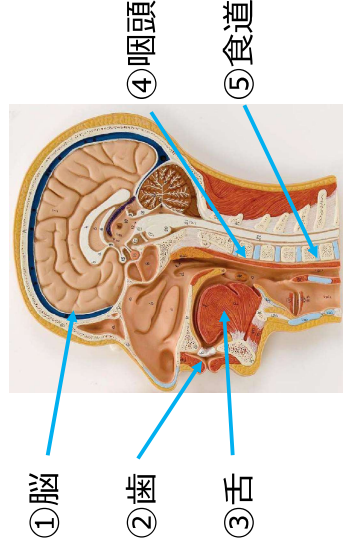
嚥下障害も **3段階**で詰めていく

頻度の高いCommonな原因

解剖学的に分ける

病態生理で詰める

嚥下障害の**解剖学的分類**

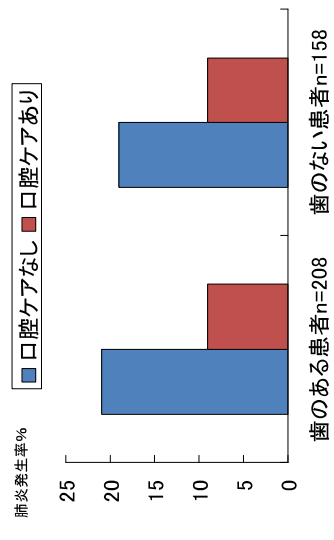


機能	該当病態
① 先行期 (認知期) 食べ物と認識し 集中力を維持	意識障害、せん妄、 認知症、眼・耳疾患
② 準備期 (咀嚼期) 咀嚼による 食塊形成	歯・歯肉疾患 唾液疾患
③ 口腔期 口腔から咽頭へ 送り込む	舌・口蓋・咽頭疾患
④ 咽頭期 咽頭から食道へ 送る複雑な反射	脳卒中 神経変性疾患
⑤ 食道期 器質的・機能的 な通過障害	食道癌、強皮症

① 先行期は自分で診る

- 原因は認知症・せん妄・意識障害など
意識障害の原因精査と対応
薬剤調整が重要
- STでも嚥下予後を悪く見積もりやすい
先行期障害
入院後早期
卒後年数3年以下
医師とのコミュニケーション不足

口腔ケアの肺炎予防効果



原因薬剤上位6位	服用開始後、症状増悪発症までの期間 (判断しているもの)	服薬中止から症状増悪発症までの期間 (回復までの期間)
リスペリドン	1-3日 76	1-3日 34
ハロペリドール	4-7日 13	4-7日 28
クエチアピン	8日以降 6	2週間以内 20
チアプリド	6	数週間から半年 5
アルプラゾラム	5	回復せず 3
ジアゼパム	5	

SlideShare Drug_and_dysphagia_2016
<https://www.slideshare.net/yoshisada1toyota/druganddysphagia2016-59758897>

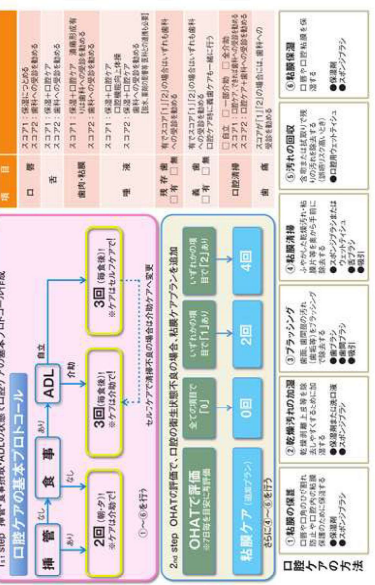
- 嚥下障害出現までは1週間以内
- 中止から回復までは2週間以内
- 回復しない例もある

OHA T Oral Health Assessment Tool

項目	0-軽度	1-中程度	2-重度
口唇	正常、潤滑、シワなし	乾燥、ひび割れ、口の乾燥	腫脹、硬結、出血、潰瘍、口瘡の出現、潰瘍
舌	正常、滑らか、舌苔なし	乾燥、舌苔、舌炎、舌の痛み	赤色、白色、黄色、黒色、腐敗、腫脹、出血、潰瘍、口瘡
歯肉	正常、ピンク色、腫れなし	腫脹、出血、潰瘍、口瘡	腫脹、出血、潰瘍、口瘡
歯	正常、人工歯の磨耗なし、歯肉に適合良好	人工歯の磨耗、歯肉に適合不良	人工歯の磨耗、歯肉に適合不良、人工歯の脱落
口腔清掃	正常、歯垢なし	歯垢あり	歯垢あり、歯石あり
歯周病	正常、歯肉に腫れなし	歯肉に腫れ、出血	歯肉に腫れ、出血、歯肉の退縮

岐阜県歯科医師会在宅歯科医療推進室 <http://renkei.gifukenshi.or.jp/ohat.html>

口腔ケアプロトコル!



嚥下障害の解剖学的分類

リハ医やSTじゃなくともできる

総合医の診断スキル

準備期の歯科評価
 咽頭期の水飲みテスト

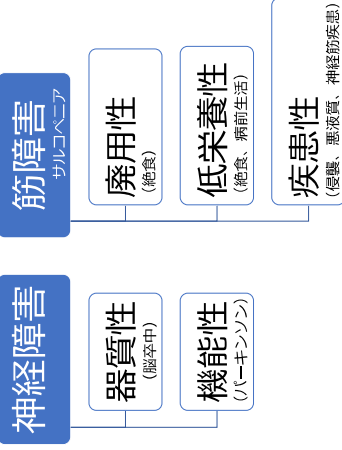
嚥下障害も 3段階で詰めていく

頻度の高いCommonな原因

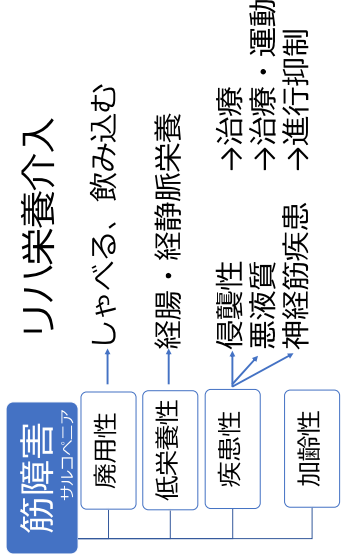
解剖学的に分ける

病態生理で詰める

嚥下障害の病態生理分類



嚥下障害の病態生理分類



嚥下障害の病態生理分類

リハ医やSTじゃなくてもできる

総合医や看護師でもできる



廃用・低栄養は病歴で

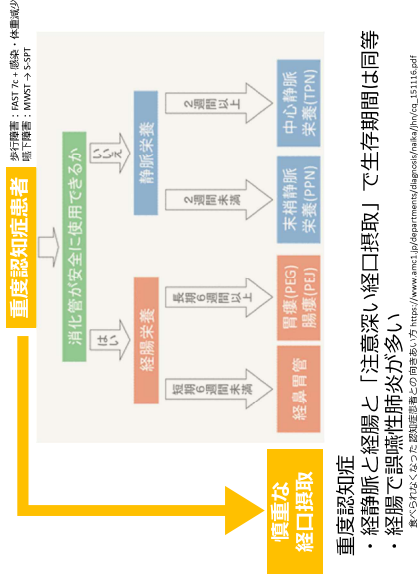
疾患診断は得意領域

①肺炎の内科診断

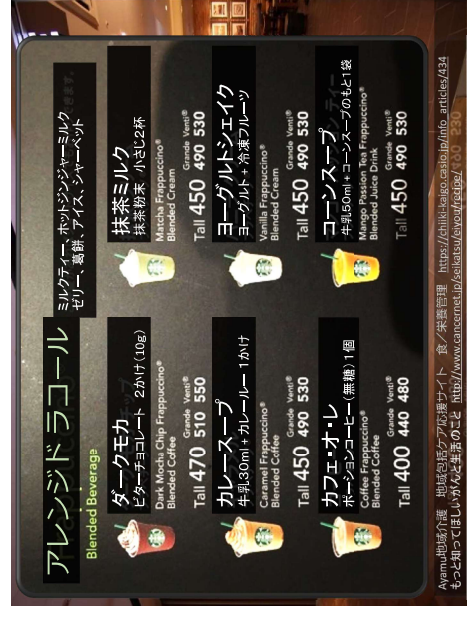
②誤嚥のリハ診断

③リハ栄養で介入

④全体を診よう！



嚥下食ピラミッド



①肺炎の内科診断

②誤嚥のリハ診断

③リハ栄養で介入

④全体を診よう！

68

誤嚥性肺炎 は呼吸器疾患じゃない！

超高齢社会における、**超Common**な疾患

= 深く診られるようになるべき疾患

誤嚥性肺炎は**Multimorbidity**

嚥下だけでなく精神・神内・歯科・耳鼻・消化器・呼吸器
ごらに併存症のケア (い不全、糖尿病、せん妄など)

非常に高度で、**専門性の高い疾患**

的難な感染症治療、リハ栄養や老年・緩和ケア、
専門科連携や多職種連携、臨床倫理判断

↓
高次医療機関で「もう終末期」と言われてても

「総合医が担当すれば」予後が改善する疾患



「高齢者診療で身体診察を

強化するためのエビデンス」

上田剛士 <https://amzn.to/3fVt59C>



「誤嚥性肺炎、診られませんか？」

谷口洋 <https://amzn.to/2Tcd4m9>

「高齢者リハビリテーション栄養」

谷口洋 <https://amzn.to/2Rwv53l>

「リハビリテーション栄養ケーススタディ」

<https://amzn.to/2Rwv53l>

若林秀隆

摂食・嚥下障害の評価 (簡易版)

日本摂食・嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会編

<https://www.isdr.or.jp/wp-content/uploads/files/doc/1F15-1-496-101.pdf>

75



「誤嚥性肺炎 だいたいま回診中！」

佐藤健太 (監修), 森川暢・大浦 誠 (編集)

<https://amzn.to/2Rwv53l>

「終末期の肺炎」

大浦 誠

<https://amzn.to/3bke1qM>

Gノート増刊

「これか総合診療流！

患者中心のリハビリテーション」

佐藤健太 <https://amzn.to/2Rwv53l>

「病院家庭医: 新たなSpeciality」

佐藤健太, 他 <https://amzn.to/3wrZ6sl>

「嚥下臓器障害の診かた、考えかた」

佐藤健太 <https://amzn.to/3451LW2>