



# 台灣聽力語言學會電子學報

The Speech-Language-Hearing Association, Taiwan

- 主題文章：日本牙醫師到宅醫療服務吞嚥障礙病人經驗分享
- 撰 稿 者：原田和昭



## 主題文章

### 日本牙醫師到宅醫療服務吞嚥障礙病人經驗分享



日本牙醫師—原田和昭醫師

**作者簡介：**

現任：

1. ハラダ歯科医院長
2. 九州歯科大学客座教授
3. 高雄醫學大學 口腔診斷科兼任副教授
4. Harada Kazuaki DDS PhD
5. 日本攝食吞嚥復健學會 (JSDR) 認定士

**● 前言**

咀嚼吞嚥障礙治療多需跨領域的整合，牙醫師的加入有其重要性。牙醫師接受六年的專業教育以及口腔各種相關知識訓練，咀嚼吞嚥過程中的口腔準備期和口腔期與牙科醫師服務的業務範圍重疊，一旦病患出現有口腔機能問題時，牙醫師可提供一些建議或協助。特別是針對因手術或是疾病造成口腔組織缺損或是功能不全的病患，其需要使用 PLP (palatal lift prosthesis), PAP (palatal augmentation prosthesis), Speech Aids, LAP (lingual augmentation prosthesis) 等裝置進行復健時，牙醫師與語言治療師的互助合作以提供多方專業服務。二十五年前日本咀嚼吞嚥復健學會 (JSDR) 成立時，大家即有此跨專業合作的共識。

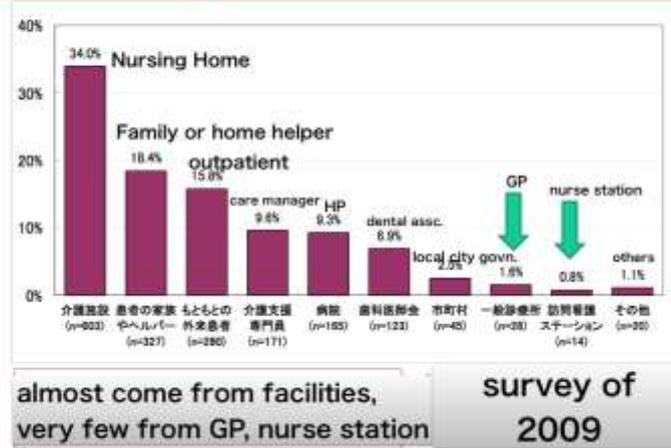
2017年，本人在西班牙巴塞隆納參加第一次的世界咀嚼吞嚥障礙高峰學會 (The First Word Dysphagia Summit) 時，所收集到的問卷調查結果顯示，目前僅在日本有牙醫師參與咀嚼吞嚥治療的服務。而這個現況也令各國學者羨慕不已，希望我們的服務經驗能分享給更多相關專業人員。

接下來將從個案服務前的轉介到後續提供服務的流程及方式，逐一向大家說明，最後會以一個到宅醫療實例來說明牙醫師在跨領域整合團隊的工作內容。

**● 轉介機制**

我服務的病人，有一部分是來自牙醫師公會轉介，特別是一些咀嚼吞嚥困難的病人或是伴隨有其他口腔問題的病人；另一大部分的病人則是透過個案管理師轉介來接受口腔機能復健指導；一般診所或牙科轉介比率反而是少的。

## Where p't come from?



表一：個案轉介來源及比例

接到轉介病人通知時，我們會使用轉介表格來蒐集相關的訊息，其包括有：(1)病人狀況，如：需提供照顧的程度、口腔症狀；(2)治療的需求，如：病人口腔照護、指導照護者進行口腔照護、牙科治療；(3)日常生活自理程度；(4)認知；(5)健康狀態；(6)服用藥物；(7)其他醫療介入人員相關資訊

### ● 到宅牙科診療實施原則

日本牙醫師公會制定的牙科診療實施原則是：

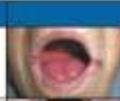
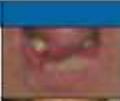
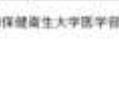
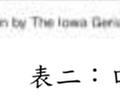
1. 牙科就診困難，如：行動不便，且居住距離診所半徑16公里以內的病人
2. 病患診療時間及次數：病患狀況穩定時是1星期1次，一次約30分鐘到一小時
3. 診療後向家屬及本人詳細說明診療內容
4. 治療以緊急處置為主，包括齒科病患、急性疼痛、出血、發炎、外傷、顎關節脫臼、補綴物破損、牙齒斷裂等
5. 基礎疾病突發變化時迅速聯絡主治醫師，必要時轉送醫院急救

### ● 事前準備

接到轉介通知後，我們必須先釐清病人目前的主要問題是什麼、緊急程度、可能需要的處置及相關器材的準備、訪問的路徑等，若病人狀況是屬於緊急案例則當天就會安排到宅服務。

在我們前往病人家中探訪前，所得知的病人口腔狀態資料多半是不完整或不正確的，故在日本我們建議使用固定的口腔評估表作為專業間的溝通工具。

**ORAL HEALTH ASSESSMENT TOOL(OHAT)** (Chalmers JM et al., 2005)

項目	0=健全	1=不良	2=病的
口唇	 正常、溼潤、ピンク	 乾燥、ひび割れ、口角の発赤	 腫脹や腫瘍、赤色斑、白色斑、潰瘍性出血、口角からの出血、潰瘍
舌	 正常、溼潤、ピンク	 不整、亀裂、発赤、舌苔付着	 赤色斑、白色斑、潰瘍、腫瘍
歯肉・粘膜	 正常、溼潤、ピンク、出血なし	 乾燥、光沢、紅暈、発赤 部分的な(1-6歯分)腫脹 歯歯下の一部潰瘍	 腫脹、出血(7歯分以上) 歯の動揺、潰瘍 白色斑、発赤、疼痛
唾液	 溼潤 唾液性	 乾燥、べたつく粘膜、少量の唾液、口は乾きやすい	 赤く干からびた状態 唾液はほぼなし、粘性の高い唾液、口は乾きやすい
残存歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	 歯・歯根のうち少なくとも1本は破折なし	 3本以下の歯、歯の破折、残根、咬耗	 4本以上の歯、歯の破折、残根、非常に強い咬耗 義歯使用無しで3本以下の残存歯
義歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	 正常 義歯、人工歯の破折なし 普通に装着できる状態	 一部位の義歯、人工歯の破折 毎日1-2時間の装着のみ可能	 二部位以上の義歯、人工歯の破折 義歯紛失、義歯不適合のため未装着 義歯接合剤が必要
口腔清掃	 口腔清掃状態良好 食渣、歯石、プラークなし	 1-2部位に食渣、歯石、プラークあり 若干口臭あり	 多くの部位に食渣、歯石、プラークあり 強い口臭あり
歯痛	 疼痛を示す言動的、身体的な兆候なし	 疼痛を示す言動的な兆候あり(顔を引寄せたり、口唇を噛む 食事しない、攻撃的になる)	 疼痛を示す身体的な兆候あり(頬、歯肉の腫脹、歯の破折、潰瘍、歯肉下腫瘍、言動的な兆候もあり)

日本語訳：藤田保健衛生大学医学部歯科 船尾浩一郎, with permission by The Iowa Geriatric Education Center available for download: <http://dentistry.fujita-hu.jp/revise/aug.09.2014>

表二：口腔評估表

● 病人狀況及治療方向

居家病人所遇到的口腔問題中，以假牙使用相關問題為多。病人主訴多為：牙齒疼痛難以進食、牙齒補綴物破損或掉落、牙肉腫脹或疼痛等。雖然多數病人主訴是以牙齒問題為主，但近年來專業間合作的服務面向希望不僅只針對病人口腔照護問題的解決，還能涵蓋到病人的咀嚼吞嚥復健、治療或是提供家屬必要的指導。

● 服務內容

針對吞嚥障礙病人，到宅醫療團隊提供的服務內容包括：一般牙科治療、咀嚼吞嚥治療及復健。治療過程中所需的牙科器具可向牙醫師公會借，如：攜帶型牙科治療機械、X光機，或是牙科醫師自備。

到宅醫療團隊成員必須定期參加個案討論會，每三個月由個案管理師在病人住家招開，會中各專業成員報告病人的身體狀況及問題、研討解決方法，必要時會將病人治療的記錄影片納入討論議程中，最後所有的討論內容會紀錄並整理出書面報告。

● 牙科醫師角色與個案分享

1. 個案簡介

79歲，女性

主訴：swallowing disorder

過去病史：

2002年：出現行走困難Walking disturbance

2007年10月：診斷有Parkinsonism

2008年6月：因Intraventricular Hemorrhage(IVH)急性期住院後轉至復健醫院接受復健，期間出現有反覆性吸入性肺炎，故接受Percutaneous Endoscopic Gastrostomy(PEG)處置

2009年3月：由復健醫院出院返家並持續接受長期照護服務

## 2. 吞嚥治療目標

可由口進食，並和家人一起享受用餐樂趣

## 3. 治療計畫

- (1) 提升口腔衛生(improve the oral hygiene)
- (2) 拔除下頷的牙根(extract lower residual roots)
- (3) 暫時補綴下頷牙根以預防感染(temporary filling for maxillary residual roots to prevent infection)
- (4) 製作一個新的下頷全口假牙，以恢復咀嚼功能(make a new mandibular full denture to restore the mastication function)
- (5) 透過吞嚥訓練以恢復口腔功能(restore the oral function through swallowing rehabilitation)

## 4. 每週到宅治療安排

- (1) 日間照護，3次，每次6小時
  - (2) 到宅護理師，3次，生命跡象及全身狀態檢查、協調排便、擦拭身體等
  - (3) 職能治療師，3次，進行個案身體復健
  - (4) 語言治療師，1次，進行構音訓練、咀嚼吞嚥訓練
  - (5) 牙科醫師及口衛師，1次，牙科治療、口腔照護
- 另有到內科醫院就診，每個月1次，進行個案血液檢查及全身狀態檢查

## 5. 牙科治療記錄

2009年4月9日：牙醫師首次到宅探訪

2009年6月18日~9月1日：拔除下頷牙根

2009年12月24日：裝上全口假牙



圖一：牙科醫師到宅檢查個案殘留牙根狀態

旧義齒

新下顎義齒



圖二：牙科醫師到宅為個案配置新假牙

## 6. 吞嚥訓練過程

2009年6月18日~9月1日：牙科治療、間接訓練提升口腔動作功能

2009年6月：第一次吞嚥攝影檢查，結果顯示個案可由口攝取少量食物

2009年9月~12月：由口進食練習，使用的食材質地分別為果汁加增稠劑、泥狀蔬菜、粥

2010年1月：每天與家人共進晚餐

2010年11月：進食時出現嗆咳，故至產業醫科大學進行第2次吞嚥攝影檢查

2010年12月：依第2次吞嚥攝影檢查結果調整個案進食策略

- (1) 坐立進食
- (2) 可由口進食的質地如：果凍狀食物、粥、稠狀軟質食物
- (3) 避免過黏的食物（馬鈴薯、南瓜）或硬的食物
- (4) 攝取液體時可用/不用增稠劑，但需用小湯匙餵食
- (5) 每次進食時間不超過15分鐘

## 7. 個案吞嚥功能

2010年12月：活用吞嚥攝影檢查結果並調整訓練方式，改善個案進食功能後續追蹤：

- (1) 7年以來未發生過吸入性肺炎
- (2) 身體動作機能改善
- (3) 家人在旁協助下，每日一次自行進食
- (4) 達成接案時設立的治療目標

這位79歲女性個案雖是透過PEG來攝取生活所需的營養，但透過跨專業醫療團隊的介入服務，讓該名個案能再度部分由口進食。針對這類型的在宅吞嚥復健個案而言，各專業人員以及牙科醫師間的合作是很重要的。我們希望藉由這樣成功的案例來鼓勵更多牙醫師的加入，提供在宅病人更全面醫療服務。

## ● Q & A

1. 配戴非固定式假牙的病患在中風急性期時，多半會將活動假牙取出。家屬或其他專業照護人員該如何處置病患假牙配戴問題？是否要再讓病患戴上假牙？什麼情形下建議戴或不戴假牙？

配戴假牙患者，在其中風急性期或病人意識不清的時候，醫療人員會考量患者假牙的零件部分（clasp鉤）、假牙的適合度（安定），以及顎骨狀況等而暫時將其活動假牙取出。然而若是患者口內有牙齒鬆動或是牙冠因故而有破損且形成尖銳角，這時讓病人裝戴假牙則可以避免口腔軟組織受損。

一般而言，待患者病情達穩定期且意識改善後，會鼓勵盡可能在白天裝戴假牙，以利咀嚼吞嚥訓練並避免口部動作肌肉使用頻率降低而導致口腔功能退化。夜間則需取下假牙並加以清潔、消毒以防止吸入性肺炎之危險。另外，根據過去研究的統計結果顯示，長者摔倒的風險和假牙的使用有負相關。

2. 針對使用鼻胃管進食的病患，要如何保持其口腔衛生清潔？

使用鼻胃管進食的病患實施口腔照護時必須注意的是誤吞的危險。進行口腔清潔的時間，建議可以在管灌進食之前或是隔一段時間後，以免引起嘔吐。晚間在就寢前協助病人進行口腔清潔，可讓患者覺得比較舒服且有利安眠。

病人一般常見有口腔乾燥、舌苔厚且硬，口腔粘膜細胞與污染物質混在一起而附著

於任何部位，在進行口腔照護時病人口腔感覺較敏感且易出血，因此，建議在幫病人進行口腔清潔時，先使用海綿棒沾潤滑劑（具有保濕功能的液體或軟膏）塗抹之後等2~3分鐘再開始清潔口腔，則比較不會擦傷病人的口腔粘膜。舌苔也是以同樣方法，使用舌頭刷或是海綿棒將舌苔清除。最後再使用沾有潤滑劑的棉棒將污染物擦乾淨，預防其流入喉頭方向。患者有時會因口腔真菌類感染或是藥物副作用引起口乾症，其易伴有舌頭疼痛，透過良好的口腔清潔可以改善及預防其症狀。

另外，假牙的清潔也不容忽視。假牙易成為真菌的溫床，所以在清潔假牙時可使用假牙用牙刷並以流動水沖洗，不要使用牙膏以免造成假牙表面出現小傷痕。部分假牙的金屬鉤配件容易留有食物殘渣，所以也必須細心清除乾淨。夜間就寢時取下假牙加以清潔後，將其浸在有假牙清潔劑的容器內，每週更換2~3次清潔藥劑以確保假牙清潔。

### 3. 在日本，中風病患轉介牙科醫師的相關發展及現況為何？

一般中風病人在急性期2個月之後開始復健治療。在恢復期5~6個月的復健治療之後轉到自宅、護理之家，或是老人院等繼續進行復健治療。跨領域整合是否有牙科參與，則視病人的個案管理師擬定的個案照護計劃與病人及家屬的意願而定。目前在日本，當病人有和咀嚼相關的口腔牙齒問題時，轉介至牙醫的情形尚不是很普遍，其原因乃是具有專業開業牙醫師還很少，且人才資源的情報系統在社區中尚未建構完備。但是最近幾年日本全國性的網頁上，已出現許多呼籲的聲浪，希望能夠處理咀嚼吞嚥障礙者的醫療機關能踴躍參與登記，以利於病患及家屬的需求。



## 編輯

發行單位：台灣聽力語言學會

發行人：葉文英

主編：曾尹霆

編輯顧問：曾進興

助理編輯：陳奕秀

網址：[www.slh.org.tw](http://www.slh.org.tw)

發行日期：2019.04.01

聽語學報：第八十五期

副主編：吳詠渝、陳孟好、席芸、  
姚若綺、鄭秀蓮、王靖歲、  
李善祺、薛偉明

美術編輯：李善祺