

＜シンポジウム 22—1＞難治性嚥下障害に対する治療戦略

難治性嚥下障害に対する治療戦略

—総論，リハビリテーション，手術—

藤島 一郎

(臨床神経 2011;51:1066-1068)

Key words : 嚥下障害, 薬物治療, リハビリテーション, 手術

超高齢社会の到来や高度医療の進歩などにより嚥下障害をもって生活する患者が激増している。ここでは筆者の日常診療を通じて難治性嚥下障害に対する治療戦略の総論, 薬物, リハビリテーション, 手術などにつき概説する。

1 治療戦略総論

難治性嚥下障害というばあい、脳卒中や頭頸部根治術後などのように障害自体は原則的に進行しないものと、ALSや進行性核上性麻痺などのように進行するもの、さらに重症筋無力症などのように症状が病状に応じて変動するものを分けて考える必要がある。また高齢者でくりかえす誤嚥性肺炎に難渋することがある。これには嚥下筋そのものの萎縮・減少(嚥下筋のサルコペニア)という要素を考えなければ理解できないし、対処するためには予防がもっとも重要になる。

Table 1 に嚥下障害の治療戦略をまとめた。嚥下障害の治療はまず原疾患の治療をしっかりおこなうことが大前提である。使用する薬剤は嚥下に悪影響を与えるものを極力控え、好影響を与えるものを使用する。並行してリハビリテーション(以下リハ)をおこなうが、機能訓練、代償法、環境改善を疾患や障害に応じて使い分ける。薬剤やリハで改善しないばあいは手術の選択肢がある。

2 薬物

誤嚥性肺炎の予防として、嚥下反射や咳反射が惹起されやすくなる薬物が報告されている。作用としては脳のドーパミン代謝と末梢神経から分泌されるサブスタンス P を介すると説明されている。代表として ACE 阻害薬、アマンタジンがある¹⁾。脳卒中の再発予防に使用される抗血小板剤としてのシロスタゾールはサイクリック AMP を上昇させ、嚥下機能を改善することにより誤嚥性肺炎の発症を予防するとされている²⁾。食品にふくまれるカプサイシンも同様の作用があるとされたり、黒こしょうの香りも大脳皮質(島)に働いて嚥下を改善するとされている³⁾。漢方の半夏厚朴湯も嚥下を改善するとされている。また、六君子湯は食道下部から胃の蠕動を改善し

て胃食道逆流 (GER) を予防するということが知られている⁴⁾。なお、慢性気道感染ではマクロライド系抗菌薬(エリスロマイシン, クラリスロマイシン)などの長期少量投与がおこなわれることがある。抗菌作用以外にモチリン作用があり、GER を予防し micraspiration の予防効果があるとされている。

薬物は研究データ上では確かに嚥下に好影響を与えていると思われるが、筆者の臨床経験で効果が実感できることはあまりない。むしろ向精神薬、抗不安薬、抗けいれん薬、抗コリン薬など嚥下に悪影響を与える薬をできるかぎり減量することの方が重要であると考えている。

なお特殊な方法として輪状咽頭筋弛緩不全に対してボツリヌス毒素の局所注射治療がある⁵⁾。適応を選べば有効であるが、本邦では保険適応がない。

3 リハビリテーションと手術

リハビリテーション(以下リハ)で大切なことは予後予測である。脳卒中急性期などのように機能回復が期待できる嚥下障害であれば積極的に機能訓練をおこなうし、神経筋疾患で機能回復が期待できないか、進行することが予想されるばあいは代償法を主体においた訓練や対処法をおこなう⁶⁾。さらにリハでは経口摂取の希望を叶えられない場合やコントロールできない誤嚥があるときなどは外科的な方法を選択することになる⁷⁾。リハをおこなう場合は有効性と限界を熟知しておかねばならない。

紙面の都合で咽頭期に話を絞り、問題となる症候とリハ、手術について述べる。誤嚥や食塊通過障害がある場合には Table 2 に示したようなリハをおこなう。しかし、訓練でも誤嚥がコントロールできなかつたり、食塊通過が不十分であれば手術を考慮することとなる。リハをどれくらいの期間実施するかについて一律に決めることはできない。脳卒中であれば発症から六カ月間は回復が望めるので、これがある程度の目安になる。その他の疾患や慢性期症例に関して筆者の場合は「2,3週ごとに評価して、改善がある間は訓練を継続するという方針」で診療している。手術を選択した場合でも、術後は経口摂取のための指導・訓練をおこなう必要がある。また、気管

Table 1 嚥下障害の治療戦略.

正確な病態評価と予後予測	
原疾患の治療	
薬物 リハビリテーション	悪影響を与えるものを減量・中止 嚥下に好影響を与える薬剤使用 改善する可能性がある障害→機能訓練 改善しない障害 →代償法中心 環境改善
手術	機能改善手術 誤嚥防止手術

Table 2 咽頭期障害に対するリハビリテーションと手術.

	リハビリテーション*	手術
誤嚥	息こらえ嚥下法 呼吸リハ 全身体力増強	声門閉鎖術 気道食道分離術, 喉頭摘出術
食塊通過障害	バルーン法 頭部挙上訓練	喉頭蓋管形成術 輪状咽頭筋切断術 喉頭挙上術**

*リハ共通：食品調整, 摂食体位の調整 (頸部回旋, 一側嚥下法など)

**輪状咽頭筋切断術と同時におこなうこと (棚橋法) がある

切開術は誤嚥を完全に防止できないが, 誤嚥物を咯出し, 呼吸管理・肺炎治療には有利であるため, リハと並行して実施することがある.

手術の時に配慮すべき点は, しばしば気管切開が必要となることと, 音声機能を失う術式がある点である. ただし, 最近では喉頭蓋管形成術など音声機能を温存できる手術や喉頭を失ったり, 気道食道分離術を受けたばあいでも気管食道 (TE) シヤントを作りプロボックス®という特殊なカニューレを使用することで従来の食道発声や人工喉頭より手軽で明晰な音声えられるようになっている.

文 献

- 1) Teramoto S, Yamamoto H, Yamaguchi Y, et al. ACE inhibitors prevent aspiration pneumonia in Asia, but not Caucasian, elderly patients with stroke. *Eur Respir J* 2007;29:218-219.
- 2) 篠原幸人, 小川 彰, 鈴木則宏ら, 編. 嚥下性肺炎の予防. 脳卒中治療ガイドライン 2009. p. 118-119.
- 3) 海老原孝枝. 島皮質と嚥下運動. *Clinical Neuroscience* 2010;28:404-405.
- 4) 加藤士郎, 岩崎 鋼. 病態を考慮した漢方薬による誤嚥性肺炎の治療方法. 漢方と最新治療 2010;19:333-339.
- 5) Moerman MB. Cricopharyngeal Botox injection: indications and technique. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;14:431-436.
- 6) 藤島一郎, 柴本 勇. 疾患・病態による摂食・嚥下障害の経過の違い (4つのタイプ分類). 藤島一郎, 柴本 勇, 監修. 摂食・嚥下障害患者のリスクマネジメント. 東京: 中山書店; 2009. p. 12-16.
- 7) 堀口利之. 嚥下障害の外科的治療. *リハビリテーション医学* 2005;42:216-222.
- 8) 鹿野真人, 長谷川博, 渡邊 睦ら. 高度誤嚥に対する喉頭蓋管形成術. *耳鼻と臨床* 2004;50:47-53.

Abstract**Treatment and management for severe dysphagia: medication, rehabilitation and surgery**

Ichiro Fujishima, M.D.

Department of Rehabilitation Medicine, Hamamatsu City Rehabilitation Hospital

Treatment and management for severe dysphagia consist of medication, rehabilitation and surgery. It is important to understand the prognosis of causative disease and dysphagia. The use of drug for dysphagia is restrictive and not so effective. Rehabilitation is widely applied. Restorative training is for acute cerebrovascular disorders and compensatory methods are used for chronic stage and/or progressive dysphagia. Surgical intervention, such as cricopharyngeal myotomy and laryngeal suspension is directed to get functional recovery. On the other hand tracheoesophageal diversion and laryngeal closure and so on are intended to prevent evere aspiration.

(Clin Neurol 2011;51:1066-1068)

Key words: dysphagia, medication, rehabilitation, surgery
