

誤嚥性肺炎の予防に向けて

新たな取り組みが始動

(2024年8月)

厚生労働省の調査（2023年）によると、日本人の死因第6位である誤嚥性肺炎がいまだに増加を続けております。歯科医師の Yoneyama ら（Lancet 1999）が口腔ケアで誤嚥性肺炎が予防できると報告してから、歯科医師や歯科衛生士も介入し、口腔ケアによる予防は多職種を交えた摂食嚥下リハビリテーションに進化しております。

しかし、Shamoto ら（BMC Geriatrics 2020）が RCT を用いた研究で「現行の摂食嚥下リハビリテーションでは誤嚥性肺炎による入院や死亡を改善できない」と報告し、この論文は日本老年医学会のガイドライン（2024年）にも引用されております。

現行の摂食嚥下リハビリテーションは食事時の誤嚥に対応していますが、睡眠中に起こる誤嚥への対応は想定されていません。睡眠中の誤嚥を解決しない限り誤嚥性肺炎の予防は向上しないと考え、私たち（Akane Kohno, Sleep 2022）は睡眠中の誤嚥のメカニズムを解明しました。

誤嚥を可視化して評価するには特殊な睡眠ポリグラフ（改訂臨床睡眠検査マニュアル・歯科 P S G）を施行しますが、睡眠中の誤嚥を疑うすべての患者に施行することは医療経済的に不可能です。日本呼吸器学会の成人肺炎診療ガイドライン（2024年）では、誤嚥性肺炎の診断を誤嚥リスクから推定することが推奨され、そのリスクに、全身衰弱、長期臥床、脳血管障害、慢性神経疾患、経管栄養、頭頸部手術、鎮静薬、睡眠薬、抗コリン薬、胃食道逆流などが挙げられました。しかし私たちは、睡眠中の誤嚥と同じ起源を持つ睡眠時無呼吸症候群もリスクに加えるべきだと考えております。

誤嚥性肺炎を完全に予防するためには、睡眠中の汚染唾液などの誤嚥や誤吸入を改善しなければなりません。そのためには、従来の摂食嚥下リハビリテーションに睡眠時無呼吸症候群などの睡眠医療を加え「摂食嚥下・睡眠呼吸リハビリテーション」という考えが必要なのです。