

他科の先生に  
知って欲しい

## 豆知識・・・耳鼻咽喉科編⑤

### 嚥下障害・嚥下性肺炎に対する手術があります

川崎医科大学総合医療センター

耳鼻咽喉科部長 秋 定 健



嚥下障害は誤嚥による肺炎、低栄養など生命にかかわる様々な問題を起こします。嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査など適切な診断と口腔ケアや嚥下訓練を中心とするリハビリテーションが重要です。

リハビリテーションでも改善しない嚥下障害の患者さん、また繰り返す嚥下性肺炎で生命の危機に瀕した患者さんに対して、私ども耳鼻咽喉科医は手術の治療を行うことができます。

手術は大きく二つに分かれます。一つ目は十分会話ができる患者さんで、音声を温存したうえで、嚥下機能を改善し、経口摂取を可能にする『嚥下機能改善手術』であり、代表的手術は喉頭挙上術、輪状咽頭筋切断術です。大脳皮質の出血や梗塞による偽性球麻痺（皮質延髄路障害）からの喉頭挙上期型誤嚥に対して喉頭挙上術を行い、Wallenberg症候群を代表とする脳幹梗塞による球麻痺（延髄嚥下中枢障害）からの喉頭下降期型誤嚥に対して輪状咽頭筋切断術を施行します。多くの患者さんには両手術を同時に行います。

二つ目は小児脳性麻痺や筋委縮性側索硬化症（ALS）、パーキンソン病、重症筋無力症などの神経・筋疾患や脳卒中で、嚥下惹起不全により嚥下運動不全型と称される高度な嚥下障害で嚥下性肺炎を繰り返す患者さんに行う気道と消化管を分離する『誤嚥防止手術』です。その代表的手術は喉頭閉鎖術、喉頭気管分離術、気管食道吻合術です。いずれも音声機能は廃絶となりますが可逆的です。さらに喉頭全摘出術を行えば喉頭がないことで食物の通過は良好となりますが、音声は不可逆的であり悪性腫瘍でもないのに拘わらず喉頭を摘出するという倫理的な側面があります。私どもは主として喉頭気管分離術、気管食道吻合術を行っています。あらかじめ気管切開術をしている場合は前者を選択し、切断した気管の口側は盲端とします。気管切開をしていない場合は、切断した気管の口側を食道に端側吻合することが可能となり、後者を選択します。

いずれの『嚥下機能改善手術』『誤嚥防止手術』も全身麻酔下に2時間半から3時間半で行えます。ただし、経口抗凝固薬を服用中の方が多く、術中術後出血のリスク回避のため、あらかじめ一定期間服用を中止していただく必要があります。有害事象・合併症は、『嚥下機能改善手術』では、直ちに良好な嚥下機能の獲得ができない場合もあり、術後のリハビリテーションも重要となることです。『誤嚥防止手術』では、縫合不全からの感染・唾液瘻が主ですがほぼ稀です。

適応となる患者さんがいらっしゃいましたら、是非ご紹介下さい。対応いたします。よろしく願い申し上げます。