

睡眠時無呼吸症候群の診断と治療のコツについて

御講演 金沢市立病院 呼吸器内科 中積 泰人先生

報告 市立敦賀病院 内科 高橋 秀房

今回初めて敦賀市で開催されましたが、敦賀市のみならず、嶺南全体から多数の先生方にご参加いただき、盛況裏に終わりました。

睡眠時無呼吸症候群（SAS）は北陸地区ではまだ認知度が低く、医療機関で管理されている患者は一部に過ぎず、放置されている患者を検査、治療に導くことが現在の課題である。居眠り運転で事故をおこした方や職場で居眠りを指摘されて受診するケースも増えている。運転を職業としている人は検診に簡易型PSGが組み込まれるようになってきた。

欧米では高度肥満に伴って発症するといわれているが、日本人は小顎症のため肥満でなくてもSASを発症するといわれている。

いびきを認める患者は多く、糖尿病、高血圧、慢性腎臓病など生活習慣病患者にはSASの合併が多いこともわかっている。心血管イベントや脳血管イベントが夜間に多いのはこの疾患と関連するともいわれている。高血圧症に合併したSAS患者にSASの治療をすることで血圧が改善したというエビデンスは数多くある。その他の生活習慣病でも同様のエビデンスが報告されている。

外来通院中の患者にこの疾患の紹介をして積極的に簡易型PSGを試みるのが重要である。簡易型の場合、Hypopnea index(HI)で評価をするが、HIの定義を3%の低下とし、多くの患者を拾い上げることが重要である。HIが40以上であれば、治療の適応である。20以上であれば精密PSG検査をおすすめして、診断をつけることが必要である。精密検査でAHI20以上が治療の対象になる。無呼吸には閉塞性以外にも中枢性や混合性があるので、簡易型でHI40以上の患者も精密検査はした方がよい。

治療は原則CPAPである。耳鼻科的手術もおこなわれるが、術後しばらくすると再発したり合併症が出たりして近年手術例は少なくなっている。マウスピースで咽頭の閉塞を防ぐ方法も保険適応であり、買い取りのため通院しなくて済むメリットがあるが、継続できないケースが多い。

自覚症状の強い患者はCPAPで睡眠が改善し、治療を中断することはまずない。しかし、症状の軽い患者はマスクが合わないなどの理由で脱落するひとがいる。数多くのマスクを用意して患者に選択してもらい、継続率を高めることが必要である。また最近のCPAPは圧を自動で設定するタイプのものが多いが、超重症例では圧が不十分のことがあり、CPAP装着中の無呼吸低呼吸の管理も重要であり、場合によっては患者に合わせて圧の設定を変更することも必要である。また、鼻の症状を訴える患者も多く、睡眠前に点鼻薬の投与をおこなうなどの工夫も必要である。

28年4月以降は3カ月に一度の通院で管理料が請求できることとなり、患者も治療が継続しやすい環境になってきている。認知度が十分とは言えないこの疾患の啓蒙活動をおこない、必要な医療が提供されるように努力が必要と感じられた。