



いびきと 睡眠時無呼吸症候群

平成15年10月25日(土曜日)開催



今回の講演者は
柴田クリニック院長
柴田修宏先生
です。

第26回健康教室は、耳鼻咽喉科「柴田クリニック」院長、柴田修宏先生にお越し頂き、いびきと睡眠時無呼吸症候群についてお話ししていただきました。

新聞記事から

山陽新幹線ひかり号の運転士が運転中に居眠りをした事故がありました。その後の調べで、その運転士は睡眠時無呼吸症候群(SAS)であることが判明しました。この事件をきっかけに睡眠時無呼吸症候群と言う病気が一般に注目されるようになり、居眠りが原因とされてきた交通事故や、単なる「さぼり」として非難を浴びていた仕事上の居眠りが、実はこの病気のせいであったとわかってきたのです。

睡眠時無呼吸症候群とは?

(Sleep Apnea Syndrome: SAS)

定義

睡眠中に10秒以上持続する無呼吸が1時間に5回以上、もしくは一晩(7時間)に30回以上出現するものをSleep apnea syndrome (SAS)と呼びます。単このびき中に呼吸が止まるというだけではSASとは言えません。また無呼吸と言っても大きく分けて二つあり、中枢型と言われる、無呼吸中に胸やお腹の運動も止まってしまふものと、鼻や口の気流は停止しているのに、胸やお腹は動いているという閉塞型があります。中枢型は脳からの呼吸命令が止まっている場合で、閉塞型は呼吸運動は起こっているのに、空気の通り道が物理的に塞がっている、いわば

表1. 昼間の眠気に関するチェック

～あなたはどんな時に眠くありませんか?～

「眠くならない」場合を0点、
「まれに眠くなる」を1点、
「時々眠くなる」を2点、
「頻繁に眠くなる」場合を3点として、
合計点数が10点を超える場合、
睡眠時無呼吸症候群の疑いがあります。

1. 座って本を読んでいる時
2. テレビを観ている時
3. 劇場や会議室で座っている時
4. 休憩なしで約1時間、車に同乗している時
5. 午後の自由な時間に横になっている時
6. 座って会話をしている時
7. アルコールなしの昼食後、座って安静にしている時
8. ドライブ中2～3分間駐車して休憩している時

表2. 無呼吸・低呼吸による重症度分類

$5 \leq \text{AHI} < 15$ 軽症
 $15 \leq \text{AHI} < 30$ 中等症
 $30 \leq \text{AHI}$ 重症

AHI = 1時間あたりの無呼吸・低呼吸の数

窒息状態というもので、臨床的に問題となるのは閉塞型のSASと言えます。

有病率

欧米では30～60歳の健常女性の9%、健常男性の24%に睡眠中の呼吸障害を認め、女性の2%、男性の4%がSASと言われています。一方、日本では、いびきをかく人は全国に200万人もいると言われており、そのうちの150～200万人がSASではないかと想定されています。男女別では、総人口に対して男性の32%、女性の0.5%がSASと考えられ、それほど珍しい病気ではないことがわかります。

症状

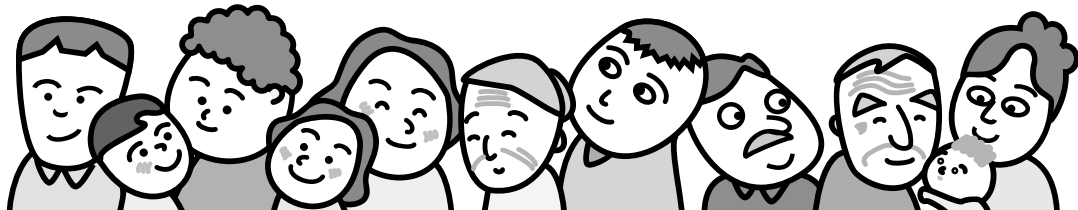
SASの症状の主なもの、大きないびき、昼間の眠気、起床時の頭痛・口渇、夜間の多尿、性格の変化・精神症状、不眠、

合併症

SASは、いわゆる成人病との関連が深いと言われていました。SASの人は心筋梗塞・脳卒中・高血圧を起こす確率が、SASでない人の2～4倍高いと言われており、逆に心筋梗塞を起こした人の30%、脳卒中を起こした人の50%、高血圧がある人の30～50%、糖尿病がある人の30%にSASがあるとされています。

診断

SASの診断は、問診(表1)、鼻咽腔フ





アイバーによる気道の解剖学的な異常の有無、レントゲン写真（顔面・頸部の側面写真）、終夜呼吸モニターによる無呼吸状態のチェック、などを総合的に判断して行います。

SASの重症度分類

SASの重症度に関しては、無呼吸の回数による分類が一般的です。（表2）実際の臨床では、この分類に加え、無呼吸時の酸素飽和度がどのくらい下がるかを目安として、重症度を判定し治療方針を検討します。

睡眠時無呼吸症候群の治療

(1) 保存療法

SASの方の多くは肥満を伴っています。従って肥満患者の場合は体重のコントロールが必要となります。また寝る時の姿勢によって、いびきや無呼吸は変化します。仰臥位になると舌根が下方へ引っ張られ、いびき、無呼吸は悪化します。従って、なるべく側臥位で寝るようにすることが大切です。Sleep Ballとは、背中の真ん中にテニスボールなどを固定しておき、仰臥位ではボールが背中当たって寝にくくするものによって、自然に側臥位になるように工夫したものです。また上半身を30〜60度挙上して寝るのもよいでしょう。また過度のアルコールは筋の弛緩現象を招き、気道の狭窄を引き起こしやすくなります。喫煙は、SASに限らず身体によくありませんが、SASにおいては鼻や咽など気道粘膜の炎症を招くため、粘膜の浮腫を引き起こし気道が狭くなる

こと、さらに酸素交換率が悪化するため、無呼吸時の酸素濃度低下を助長するので、禁煙することが必要です。

(2) 薬物療法・器具療法

いびきか睡眠時無呼吸症候群に効果があると言われていたものがありますが、特効薬と言われるようなものは残念ながらありません。またマウスピースのような歯科装置をはめることによって、気道を広げ、無呼吸を改善する方法もあります。

(3) 手術療法

鼻の手術：鼻中隔が変形している場合などは鼻中隔彎曲矯正術を行ったり、また鼻甲介切除術や鼻腔粘膜焼灼術（化学薬品塗布）によって、気道を広げ、呼吸をしやすくなる場合もあります。

のう手術：軟口蓋形成手術、扁桃摘出術・切除術などがあります。

(4) CPAP療法

CPAP（シーパップ）療法は1981年からSASの治療に導入された治療法で、有効性と安全性の面から、現在ではSAS治療の第一選択となっています。CPAP(continuous positive airway pressure：持続的気道陽圧呼吸)とは、人工呼吸器の一種で、本体から、エアチューブ、鼻マスクを介して気道に圧力を送ることにより、気道の閉塞を防ぎ、呼吸の補助をする器械です。これを寝る時に使った、いびき・無呼吸の消失、血液ガスの改善（酸素濃度の上昇）、睡眠の質の向上、日中の眠気の消失など生活の質の改善、高血圧・狭心症など合併症の改善等の治療効果が期待できます。

SASにならないためには

SASは肥満と関連があることはすでにお話ししましたが、SASにならないためには、まず生活習慣の改善が必要です。生活習慣病の原因となる食へ過ぎ、飲み過ぎを避け、ストレッチをためないようにうまく解消してください。運動不足、睡眠不足はいけません。喫煙している方は、禁煙して下さい。食生活においては、1日30品目の食材を摂取するのを目標に、動物性脂肪よりも植物性脂肪を選び、砂糖は1日50g以下に、塩分も10g以下に抑えましょう。

これまで述べてきたように、SASは生活習慣病、特に肥満との関連が重要であることを知っておく必要があります。したがって前述したような生活習慣の改善に心がけ、自分の生活を見直すことが大事です。また例え肥満がなくても、顎の小さい方（日本人に多い）は気道の狭窄を起こしやすいので、注意が必要です。SASは決して珍しい病気ではありません。またきちんと治療を受ければコントロールが可能な疾患です。仕事上や、社会生活の上で不当な扱いを受けることはありません。疑わしい場合は是非チェックを受けるようにして下さい。

藤原内科の5年間のできごと

平成15年1月24日(土)開催
午後3時から(午後2時45分開場)

2F会議室にて

講演者は 藤原内科院長 藤原正隆です

おかげさまで、藤原内科も5周年を迎えることができました。あつと5年間の5年間でしたが、楽しかったこと、辛かったこと、新聞に載ったこと、ラジオ番組に出演したこと、いろいろなことがありました。でもやっぱり一番思い出に残っているのは、藤原内科に来て頂いた皆様です。病気が早く見つかって治療がうまくいき、元気にされている方、残念ながら不幸な転帰を取られた方。懐かしい顔が浮かびます。私の反省も含め、この5年間の振り返ってみたいと思います。どうぞお誘い合わせの上、奮ってご参加下さい。

医療法人祥正会

藤原内科

〒606-0864 京都市左京区下鴨高木町39の5 TEL:075(781)0976 FAX:075(706)3181
e-mail:in1021@poh.osaka-med.ac.jp URL:http://web.kyoto-inet.or.jp/people/mf_0618

Design: J Yasu