

薬剤による摂食嚥下障害の実態調査と危険因子の分析 — 摂食嚥下認定看護師・臨床薬剤師と介護者の連携による早期発見と対応マニュアルに向けて —

野崎 園子 氏

兵庫医療大学リハビリテーション学部
医療科学研究科 教授

桂木 聡子 氏

兵庫医療大学薬学部
講師

要旨

【目的】高齢者の療養において、不穏・譫妄・うつ症状・不眠などに対して向精神薬が処方されることがあるが、時に重篤な摂食嚥下障害を引き起こす。一方、軽度な摂食嚥下障害でも、処方薬の内服困難をきたし、薬効に影響を及ぼす場合もある。しかし、その実態についての調査研究は少ない。本研究では、薬剤性摂食嚥下障害の病態と経過および発症の背景を探ることを目的として、実態調査をおこなった。【方法】摂食嚥下障害を専門としている医療職231名に、薬剤性摂食嚥下障害についてアンケートによる後ろ向き調査をおこなった。【結果】アンケート回答のうち、薬剤性摂食嚥下障害の経験があると答えたのは153名であった。患者の年齢は8割が70歳以上、摂食嚥下障害を引き起こした薬剤は、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬、抗けいれん薬、抗うつ薬、認知症薬で、薬剤のうち最も多いのは、リスペリドンであった。投与量はほぼ常用量。摂食嚥下障害発症までの日数は7日以内が最も多く、投薬中止から回復までの日数は14日以内が多く、回復しなかったとの回答もあった。症状は、食事時の眠気、動作緩慢、誤嚥、むせ、流涎、口腔内残薬、薬の嚥下動作ができない、であった。【結論】高齢者は常用量の向精神薬でも、重篤な摂食嚥下障害を引き起こすことがある。今回の調査では、摂食嚥下障害発症までの期間が1週間、回復までの期間が2週間であることが判明した。この期間の慎重投与と臨床的観察が薬剤性摂食嚥下障害の合併症予防に寄与すると考えられる。

<研究の背景、目的>

高齢者の療養において、不穏・譫妄・うつ症状・不眠などに対して向精神薬が処方されることがある。向精神薬のうち、非定型抗精神病薬・抗うつ薬・抗不安薬は、処方される頻度が高いが、時に重篤な摂食嚥下障害を引き起こす。摂食嚥下障害は誤嚥性肺炎や栄養障害を合併して予後決定因子となる。一方、軽度な嚥下障害でも、処方薬の内服困難をきたし、薬効に影響を及ぼす場合もある。われわれは、リスペリドンの常用量投与により摂食嚥下障害を発症し、重篤な誤嚥のため胃ろう造設した症例を経験した。

向精神薬が錐体外路症状や筋弛緩作用・傾眠を引き起こすことは知られているが、投与量や臨床経過についての実態調査は見当たらない。本研究では、摂食嚥下障害認定看護師や摂食嚥下障害に関わる医療職に調査を依頼し、薬剤性嚥下障害の病態と経過および背景因子を探ることを目的とした。そのデータに基づき薬剤性摂食嚥下

障害の予防・対応への啓蒙をめざす。

<研究方法>

研究の種類：調査研究

方法：摂食嚥下障害を専門としている医療職231名に、薬剤性摂食嚥下障害の経験についてアンケートによる後ろ向き調査を行った。

薬剤による摂食嚥下障害発症の定義は、投与開始後2週間以内に食事時の眠気、振戦、動作緩慢、薬の嚥下動作ができない、流涎、口腔内残薬、誤嚥、むせなどの症状を発症した場合とした。

1) 薬剤性摂食嚥下障害の経験の有無 2) 患者背景 3) 投薬が必要とされた病態 4) 薬剤の種類と投与量 5) 摂食嚥下障害が発症するまでの投与期間 6) 投与中止後に投与前の状態に回復するまでの期間についての回答を解析した。

<倫理的配慮>

本研究は、兵庫医療大学倫理審査委員会の承認を得て行った。

調査票の回答は匿名とした。回答者には、文書により本研究の内容と個人情報保護について説明し、同意した場合のみ、調査票を記載するように依頼した。

<結果>

薬剤性摂食嚥下障害の経験があると答えたのは

看護師	104/127(82%)
薬剤師	7/56(13%)
その他の医療職	42/48(87%)

であった(表1)。

表1 薬剤性摂食嚥下障害の経験
(職種が判明しているもの)

	回答数	あり	なし	「あり」の割合(%)
薬剤師	56	7	49	13
看護師	127	104	23	82

薬剤性摂食嚥下障害の経験があると答えた医療職の回答について、以下に示す。

患者の年齢は70歳以上が全体の76%であった(表2)。

表2 薬剤性摂食嚥下障害患者の発症年齢

50歳以下	11
50歳代	2
60歳代	25
70歳代	53
80歳代	61
90歳代	9

薬剤による摂食嚥下障害の症状(複数回答)は食事の眠気が最も多く、次いで動作緩慢、誤嚥、むせが約半数であった(表3)。

表3 薬剤性摂食嚥下障害の症状
(複数回答あり)

食事時の眠気	124
動作緩慢	70
誤嚥	67
むせ	66
流涎	46
口腔内残菜	42
薬の嚥下動作ができない	32
振戦	23

摂食嚥下障害に最初に気付いたのは看護師が129件と圧倒的に多く、本人が気付いたとの回答は、わずか8件であった(表4)。

表4 最初に気付いたのはだれか

看護師	129
家族	14
介護士	10
本人	8
セラピスト	5
医師	1
教員	1
薬剤師	1

摂食嚥下障害を引き起こした薬剤の種類としては、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬(ベンゾジアゼピン系・非ベンゾジアゼピン系)、抗けいれん薬、抗うつ薬、認知症治療薬であり、薬剤の上位6位はリスペリドン、ハロペリドール、クエチアピン、チアプリド、アルプラゾラム、ジアゼパムであった(表5、表6、表7、表8、表9)。

表5 薬剤性摂食嚥下障害 上位6位

リスペリドン	76
ハロペリドール	13
クエチアピン	6
チアプリド	6
アルプラゾラム	5
ジアゼパム	5

表6-1 摂食嚥下障害を引き起こした
抗精神病薬-1

一般名	販売名
リスペリドン	リスバダール®
クエチアピン	セロクエル®
オランザピン	ジブレキサ®
オランザピン	ジブレキサザイティス®
メチルフェニデート	リタリン®
チアプリド	グラマリール®
ペロスピロン	ルーラン®
パロキセチン	パキシル®

表6-2 摂食嚥下障害を引き起こした
抗精神病薬-2

一般名	販売名
フルボキサミンマレイン酸塩	ルボックス®
クロフプロマジン	コントミン®
レボメプロマジン	ヒルナミン®
ベクタミン	ベクタミン®
ハロペリドール	セレネース®
スルピリド	ドグマチール®
ミアンセリン	テトラミド®

表7-1 摂食嚥下障害を引き起こした抗不安薬

一般名	販売名
ゾピクロン	アモバン [®]
ゾルピデム	マイスリー [®]
エチゾラム	デパス [®]
アルプラゾラム	コンスタン [®]
フルニトラゼパム	ロヒプノール [®]
プロマゼパム	レキソタン [®]
ジアゼパム	セルシン [®]
ロフラゼパムエチル	メイラックス [®]

表7-2 摂食嚥下障害を引き起こした睡眠薬

一般名	販売名
プロチゾラム	レンドルミン [®]
ロルメタゼパム	エバミール [®]
リルマザホン	リスミー [®]
フルニトラゼパム	サイレース [®]
ニトラゼパム	ベンザリン [®]
クアゼパム	ドラル [®]
フェノバルビタール	フェルバルビタール [®]

表8 摂食嚥下障害を引き起こした

抗けいれん薬

一般名	販売名
フェニトイン	アレピアチン [®]
バルプロ酸ナトリウム	デパケン [®]
クロナゼパム	リポトリール [®]

抗うつ薬

一般名	販売名
デュロキセチン	サインバルタン [®]
ミルタザピン	リフレックス [®]
トラゾドン	レスリン [®]

表9 摂食嚥下障害を引き起こした

認知症治療薬

一般名	販売名
ドネペジル	アリセプト [®]
メマンチン	メモリー [®]

その他

一般名	販売名
ミダゾラム	ドルミカム [®]
プレガバリン	リリカカプセル [®]
ラメルテオン	ロゼレム [®]
ピベリデン	アキネトン [®]
クロミフェンクエン酸塩	セロフェン [®]

薬剤のうち最も多いのは、リスペリドン76件であった。

投与量はほぼ常用量。

投与された理由としては、不穏、不眠、不定愁訴、パニック、自閉症であった(表10)。

表10 投薬された理由(複数回答あり)

不穏	120
不眠	46
不定愁訴	1
パニック	1
自閉症	1

服薬開始後、摂食嚥下障害出現までの期間はほとんどが1週間以内(表11)

表11 服用開始後、摂食嚥下障害発症までの期間(判明しているもの)

1-3日	49
4-7日	34
8日以降	5

また、服薬中止から嚥下障害回復までは、2週間以内であった。一方、回復しなかったとの回答が、3件あった(表12)。

表12 服薬中止から摂食嚥下機能回復までの期間

1-3日	34
4-7日	28
2週間以内	20
数週間から半年	5
回復せず	3

<考察>

薬剤性の摂食嚥下障害としては、定型抗精神病薬を投与された22944名中543名が肺炎を発症した報告¹⁾や、抗精神病薬の投与群の方が、非投与群に比して嚥下機能が悪かったとの報告がある²⁾。

一方、今回の調査研究で最も多くの報告があった、非定型抗精神病薬のリスペリドンについては、摂食嚥下障害の症例報告³⁾など、報告は極めて少なく、臨床における実態調査研究は見当たらない。

われわれは、非定型抗精神病薬(リスペリドン)の少量を投与後、まもなく重篤な摂食嚥下障害を発症して胃ろう造設となり、投与中止後も遷延した症例を経験した。その後の研究で、リスペリドンを投与された54名の高齢者の24%で嚥下障害を認め、その摂食嚥下動態は錐体外路症状であることが判明したが、発症背景は明らかにできなかった(平成22年度日本摂食嚥下リハビリテーション学会研究助成)。

これらの摂食嚥下障害は医原性であり、高齢者の安定した在宅療養を妨げるものである。すなわち、他の内服薬の服用を困難にして治療効果を減弱させ、食生活の質を低下させるとともに、肺炎や低栄養などの重篤な合併症を引き起こす。

<現時点でのまとめ>

高齢者には、療養中に不穏・譫妄・うつ・不眠のため向精神薬の処方が必要であることが少なくない。今回の結果より、向精神薬による摂食嚥下障害は、常用量でもおおむね1週間以内に発症し、中止すれば服薬2週間以内に回復するが、中には回復せず、不幸な転帰をとるものもあることが判明した。

つまり、摂食嚥下障害を引き起こす可能性のある薬剤の投与後は、1週間以内は常に摂食嚥下障害の発症に留意し、早期発見に努めるとともに、摂食嚥下障害の程度に応じて、食形態調整や経口摂取中止など、誤嚥予防に努めるべきである。以上のことについて、医療職・介護職・家人が共通認識を持ち、連携することにより、安定した在宅(または入所)療養継続やリスク管理に寄与することができる。

<本研究の限界>

本調査研究は、医療職の経験に基づく調査であり、診療録の確認はおこなえていない。診療録には摂食嚥下障害の発症や背景について、詳細な記載がないことが多く、後ろ向き調査研究での限界である。

今後は、前向き研究として、本研究で摂食嚥下障害の発症頻度が高いと考えられた薬剤について、詳細な経過観察によるデータ収集をおこなっていく予定である。

<文献>

- 1) Wilma Knol MD, et al. Antipsychotic Drug Use and Risk of Pneumonia in Elderly People. JAm Geriat Soc, 56:661-6, 2008
- 2) Rudolph JL et al. Antipsychotics and oropharyngeal dysphagia in hospitalized older patients. J Clin Psychopharmacol. 2008;28(5):532-5.
- 3) Stewart JT. Dysphagia associated with risperidone therapy. Dysphagia. 2003 ;18(4):274-5.