

## 06

## しゃっくり(吃逆)

千葉俊美

Q1

しゃっくり(吃逆)はどのように発生するのでしょうか？

A1

- 吃逆とは、不随意かつ間欠的な横隔膜・肋間筋(吸気筋)の痙攣様収縮によりもたらされる一連の現象です。
- 急激な吸気をもたらし、直後に声帯が突如閉鎖することで独特の音が発生します。
- 自発呼吸において声門は、吸気時に開大し、呼気時に閉鎖方向に動き、呼吸ポンプと筋ポンプの運動と連動した活動を示します。しかし、吃逆では吸気中に声門は開大せず、閉鎖方向に向かいます。
- 吃逆中における声門閉鎖の機序として、声門開大筋である喉頭の後筋(後輪状披裂筋)の活動が抑制され、呼吸補助筋の外肋間筋や前斜角筋は横隔膜収縮に同期した筋電図活動が観察されています。
- 求心路は迷走神経・横隔神経知覚枝、延髄呼吸中枢を経て、遠心路は横隔神経運動枝を経て横隔膜・前斜角筋・外肋間筋を収縮させ、反回神経・迷走神経を介して声門閉鎖を生じさせていると考えられています。
- そして、反射中枢は延髄疑核近傍の網様体内にあるとされています。片側の横隔膜収縮によることがほとんどで、左側が多いと言われていますが、両側の攣縮も報告されています<sup>1)</sup>。

Q2

原因はどのように考えられているのでしょうか？

A2

- 吃逆は、その持続期間により次の3つに分類されています。
  - 吃逆発作(48時間以内)
  - 持続性吃逆(48時間を超え1カ月以内)

•難治性吃逆(1カ月を超える)

□→ 短時間の吃逆は、食べすぎや消化管閉塞、胃内視鏡検査中の過送気による胃拡張時に生じます。迷走神経腹腔枝の刺激によるものです。また、入浴や飲食物による大気や胃腸の急激な温度変化、飲酒、喫煙、感情ストレスなどによっても生じます。

□→ 48時間以上持続する吃逆で考慮すべき病態は、迷走神経または横隔神経の刺激、中枢神経系疾患、代謝性疾患または中毒・薬物、精神・心理的要因が挙げられています。

•心臓カテーテル後や急性心筋梗塞で起こる吃逆：迷走神経胸腔枝の刺激。

•横隔膜下膿瘍で起こる吃逆：横隔神経の刺激。

•癌患者で起こる吃逆：腸管閉塞による迷走神経刺激、縦隔腫瘍・リンパ節の神経への圧迫・浸潤、抗悪性腫瘍薬投与。癌末期では尿毒症の併発・感染など中毒性因子による中枢刺激。

### Q3 | 治療について教えてください。

A3

□→ 吃逆は呼吸と密接な関係があり、種々の条件下で頻度が増減します。呼気より吸気時に出現しやすく、過換気によって頻度は増加します。

□→ 逆に、深く息を吸い込んで止める息こらえ、CO<sub>2</sub>混合気の吸入などによりPaCO<sub>2</sub>を増加させることで頻度は減少します。

□→ 薬物療法としては、クロルプロマジン(25~50mg 静注)もしくはメトクロプラミド(10mg 静注)が用いられます。ハロペリドールは経口(5~10mg/日)でも筋注(5mg)でも使用できますが、吃逆に対する体系的な診療方針は定まっていません<sup>2)</sup>。

## まとめ

→しゃっくり(吃逆)は、声門閉鎖を伴う強力な不随意的痙性吸気努力の反復的現象と定義されています。図1<sup>2)</sup>に吃逆の診断・治療フローチャートを示します。

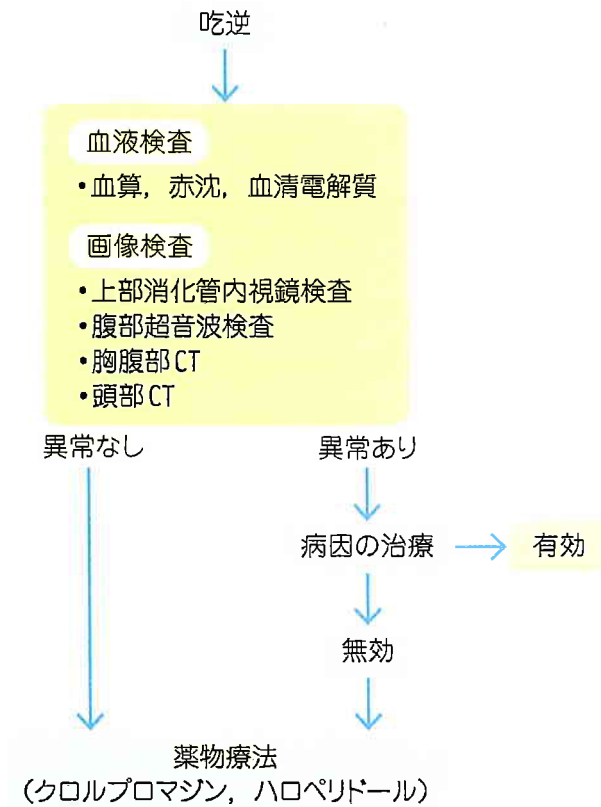


図1 ▶ 吃逆の診断・治療フローチャート

(文献2より改変)

## ●文献

- 1) 鈴木英雄, 他:呼吸と循環 37(2):137-145, 1989.
- 2) 大島 勉, 他:呼吸 14(6):604-610, 1995.