

咳喘息

東邦大学医療センター大橋病院呼吸器内科教授

松瀬 厚人

(聞き手 池脇克則)

咳喘息が疑われる患者さんに吸入剤を使用する場合、吸入ステロイド（ICS）単独でよいか、吸入ステロイドと長期間 β 刺激剤の合剤（ICS/LABA）を使うべきかご教示ください。

<兵庫県開業医>

池脇 松瀬先生、咳喘息についての質問ですが、まず、慢性咳嗽の解説をお願いします。

松瀬 咳は、分類の仕方が大きく2つあって、まず1つは痰があるかどうかで湿性と乾性という分け方をします。もう1つの大事な分け方が、咳が始まってからどれぐらい続いているのかという分類で、もちろん最も多い咳の原因は風邪、いわゆる急性の咳です。風邪の咳というのは、だいたい平均18~21日というデータがあるので、急性の咳嗽は3週間以内といわれています。逆に、慢性、風邪の後の感染後咳嗽を含んで、それが止まる一般的な期間は8週間といわれているので、8週間以上を慢性、そして3~8週間の間を遷延性と分類しています。

池脇 8週間以上の慢性咳嗽を呈している患者さんがいるときに、どう対処していくか、診断していくか、その中で咳喘息というものが含まれてくるのですね。

松瀬 そうですね。

池脇 基本はドライ、あまり痰が絡まない咳がほとんどなのでしょうか。

松瀬 そうですね。もちろん、乾性の咳でも、長く続くうちにじわっと痰が絡んでくる方はいるのですが、痰を出すための湿性の咳に比べると、臨床で多くて実際困るのは、痰が出てこない乾性の咳です。

池脇 慢性咳嗽の対処法について教えてください。

松瀬 大人が長く咳が続くといって病院に来るので、最低限、まず

胸のX線写真は必ず撮って、命にかかわる肺がんや人にうつす肺結核、ここはしっかり除外しないといけないと思います。もう一つ大事なことは、しっかり身体所見を取って、それも通常の深呼吸だけではなくて、例えば強制的な、息を強く吐くという聴診をして、ラ音がないか。そこで音が聞こえれば喘息という診断がつけられるので、胸部X線をしっかり撮って、しっかり身体所見を取る。もちろん問診をして、たばこを吸っていないかとか、何か薬をのんでいないかとか、そういう簡単にわかるものをまず除外してから次のステップに入っていくべきだと思います。

池脇 単なる深呼吸ではなくて強制的な呼吸をさせることは、必要なのでしょうか。

松瀬 喘息の聴診の基本は、ろうそくを吹き消すように、あるいは小児科では風車を吹くように、強い息を吐かせて音を聞く。そうすることで軽い喘鳴が聴取できることがあります。

池脇 1日の中でどういう時間帯で咳が起こるのかも重要なのでしょうか。

松瀬 はい。時間帯で典型的な病歴というのがあります。胃食道逆流の咳は昼間、会話中に多いといわれています。風邪の後に続く感染後咳嗽は、夜でも寝入りばな、なかなか咳で寝にくいことが多いといわれていますし、咳喘息は眠れるのだけれども、夜中とか

明け方に咳で目が覚める。COPDの痰を伴う咳は、夜寝ている間にたまってしまうので、朝起きたときに多いというように、典型的な場合には好発時間だけでも区別できることがあります。

池脇 疾患によって咳の出る時間帯が違うということですね。では、次のステップは何なのでしょう。

松瀬 簡単な検査でわかればもちろんいいのですが、現在の実臨床ではなかなか簡単に鑑別する検査法はないのです。咳のガイドラインでも、問診をして、身体所見を取って、病歴のうえからある程度頻度の高いものを見つけて、それに対して診断と治療を兼ねた処方をしていくとなっています。

池脇 治療前の診断というよりも、治療しながら診断していく。

松瀬 治療前診断を頻度の高いものから導き出しておいて、実際にそれをターゲットに治療してみて、止まるかどうかで、効果によって診断を確定し、維持療法に持っていく感じになります。

池脇 日本人の慢性咳嗽についてどういう疾患を考慮しておくべきでしょうか。

松瀬 代表的なものは、痰を伴わないタイプでは咳喘息あるいは胃食道逆流。慢性になることはあまりないともいわれているのですが、遷延性の代表格としては風邪の後の感染後咳嗽。そして、湿性の痰を伴う場合には、たば

こを吸う人であれば慢性気管支炎、そうでなければ副鼻腔気管支症候群、こういうものが多いといわれています。

池脇 百日咳についてはどうでしょう。

松瀬 もちろん、名前のとおり百日咳ですので、遷延性よりももう少し長引くことがあります。

池脇 ただ、この場合には抗体のチェックをすれば、ある程度ははっきりしますか。

松瀬 そうですね。ただ、抗体もあくまで補助診断ですし、簡易検査ではないのです。多くの場合、外注検査ですので、結果がわかるのが先になってしまいます。そういう意味では百日咳もなかなか判断が難しい咳です。

池脇 薬剤性に関しては、降圧剤のACE阻害薬が浮かぶのですけれども、どうでしょうか。

松瀬 有名なものはACE阻害薬と、βブロッカーでも咳が出る。そんなところでしょうか。

池脇 考えられる疾患をあげていただきました。その後ですけれども、治療しながら診ていくということで、どういう手順なのでしょう。

松瀬 例えば咳喘息を疑うのであれば、やはり喘息ですので、吸入のステロイド薬を中心とした治療になりますし、胃食道逆流であればプロトンポンプ阻害薬、副鼻腔気管支症候群であればマクロライド系の抗菌薬と、それぞ

れの疾患に特異的な治療薬によって診断的な治療を行っていくこととなります。

池脇 先生は言われませんでした。アトピー咳嗽も慢性咳嗽の鑑別に上がってきて、アトピー咳嗽と咳喘息の鑑別はβ刺激薬の反応性だとある本には書いてあるのですけれども、どうでしょう。

松瀬 咳喘息は気管支の収縮による咳ですので、気管支拡張薬が有効です。

アトピー咳嗽はそうではなくて、咳が出やすくなっている。受容体の感受性の亢進が原因の咳なので、気管支拡張薬は全く効きません。ただ、両者に吸入ステロイドは効きます。実臨床で、咳が長く出ると困って来た人に対して、まず気管支拡張薬を処方して、止まるかどうかを見ていたのでは、患者さんによってはすぐは止まらないということになりますので、実際は最初から吸入ステロイドを使うことも多くなっています。

池脇 質問は吸入ステロイド、ICS単独またはICSとLABAの合剤のどちらがよいのでしょうか、ということです。

松瀬 ICS単独ではなくて、ICS/LABAの合剤は、やはり効果が強いわけですから、患者さんにとっては症状が早くとれる、これが最大のメリットだと思います。一方、ICS単独でいくメリットは、今お話のあったアトピー咳嗽との区別、あとCOPDにもLABA

が効きますので、最初からICS/LABAをやってしまうと、原因がどれかわからなくなってしまう。もちろん、コストも合剤のほうが高いですから、そういうデメリットはあるので、早く咳を止めてあげたいのか、診断をはっきりしたほうがよいのかというのは、ケース・バイ・ケースだと思うのです。私は患者さんの症状を早くとってあげる意味で、ICS/LABAで始めていく方法は決して間違いではないと思います。ただ、症状が安定していったら、もちろん減量していったら、ICS単独に持っていけるものは、減量していくことが大事だろうと思います。

池脇 どちらを使うべきかというよりも、患者さんの症状に合わせて、患者さんが辛いようなら合剤でもいいと、そういう考え方ですね。

松瀬 はい。

池脇 長期的にはLABAを併用していても、ICS単独にするような方向ということですが、その次の疑問として、どのくらい治療したらいいのかについてはいかがでしょう。

松瀬 これも非常に難しい問題で、喘息はやめられないということになっています。咳喘息は、一応ガイドラインにもやめ方が書いてあって、症状が落ち着いてくれば減量や中止をいった

ん考えてみてもいいことになっていきます。ただし、咳喘息の3人に1人という頻度で、抗炎症治療をしっかりしないと典型的な喘息に移行してしまう人がいる。しかも、その移行は発症の1年目に多いといわれているので、初診の方に対しては、できれば1年、少なくとも一冬越えるまでは、咳が止まっても治療したほうがいい。1年以上、同じような薬でいって、最低限の薬で症状が落ち着いていけば、試しに一回やめてみるのも悪くないかもしれません。

池脇 咳喘息でも気道の炎症が起きているのだから、それを吸入を中心とした治療ですっかり解消させるのは思った以上に時間がかかるという理解でよいでしょうか。

松瀬 完璧に炎症を取って気道の過敏性をゼロにすることはできませんので、できるだけ長く続けたほうがいいのは間違いのないのですが、咳が止まってしまった人に吸入を続けろというのなかなか難しいかと思いますので、試しにやめてみる。ただ、やめるときには、もしかしたらぶり返すので、そのときには早く来院してくださいという一言を必ず言うようにしています。

池脇 どうもありがとうございます。