

再診・通院

各論Ⅱ-4

再診・通院患者の病態別の診かた

喘息

石井健男¹⁾ 木田厚瑞²⁾

1) 日本医科大学 呼吸ケアクリニック 講師
2) 日本医科大学 呼吸ケアクリニック 特任教授

Point 1 喘息の診断ができる。

Point 2 喘息の重症度の評価方法を説明できる。

Point 3 喘息の管理における重要な点は何か、説明できる。

Point 4 喘息治療のゴールを説明できる。

Point 5 喘息の薬物治療、およびその重症度との関係を説明できる。

はじめに

気管支喘息は、呼吸器疾患のなかでも外来診療で最もよく遭遇する疾患の1つである。しかし、症状は咳、痰、息切れであり、他の呼吸器疾患との類似点が多い。治療は、まずは正確な診断が基本であり、加えて**慢性閉塞性肺疾患 (COPD)** などの喘息類似の症状を呈する疾患の除外、重症度の判定が重要である。また、毎回の外来診察ごとに適切な病状の評価、治療・管理の見直し、改善を行うことが、症状や長期アウトカムの改善につながる。以下、『喘息予防・管理ガイドライン2009』などを参考にしながら、日常診療における患者の診かたについて、とくに成人の場合における診断および管理の仕方を中心に解説する^{1,2)}。

1. 気管支喘息の診断および重症度

『喘息予防・管理ガイドライン2009』による気管支喘息の定義および病態は以下のとおりである (図1・図2)¹⁾。
「成人喘息は気道の慢性炎症、可逆性のある種々の程度の気道狭窄と気道過敏性の亢進、そして、臨床的には繰り返して起こる咳、喘鳴、呼吸困難で特徴づけられる閉塞性呼吸器疾患である。気道狭窄は、自然に、あるいは治療することで可逆性を示す。気道炎症には、好酸球、リンパ球、マスト細胞などの炎症細胞、気道上皮細胞、線維芽細胞、気道平滑筋細胞などの気道構成細胞、および種々の液性因子が関与する。持続する気道炎症は、気道傷害とそれに引き続く気道構造の変化 (リモデリング) を惹起し、非可逆性の気流制限をもたらす、気道過敏性を亢進させる」

以上の定義に基づいて、正確に診断することが基本である。同ガイドラインに基づく診断の目安を表1に示す¹⁾。発作性の呼吸困難、喘鳴、咳などの症状があること、とくに夜間の強い咳が特徴となる。また、**アトピー素因**を有することが多く、その評価のためには好酸球の数および割合、血清中IgE濃度、ダニやハウスダストなどに対する特異的IgE抗体の存在を調べるためのプリックテスト、スクラッチテスト、皮内テスト、**放射性アレルギー吸着法**

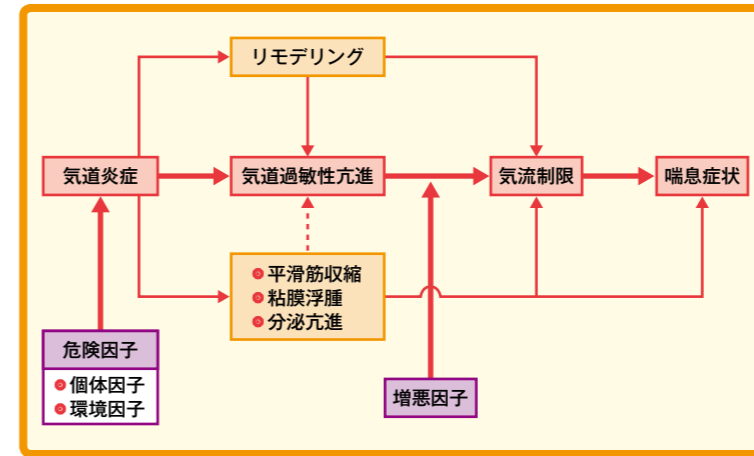


図1 喘息発症・増悪のメカニズム (文献¹⁾より引用)

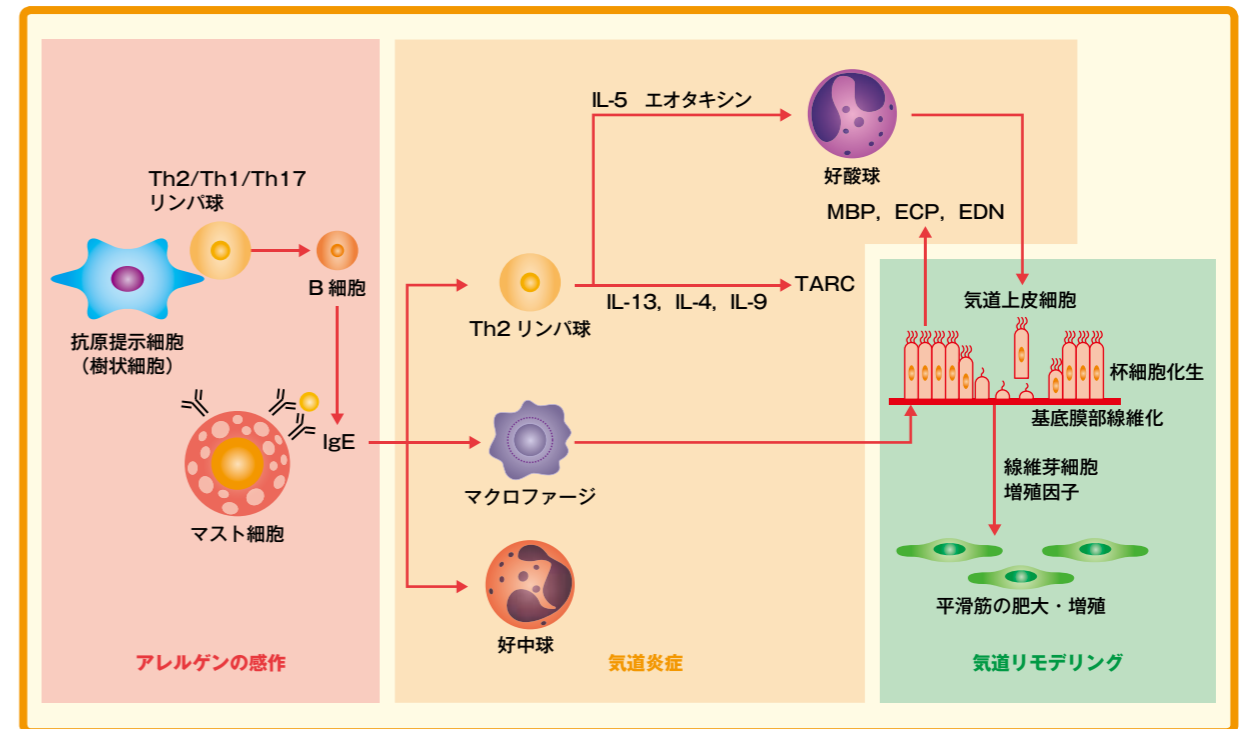


図2 喘息の病態 (文献¹⁾より引用改変)

IgE: 免疫グロブリンE, IL: インターロイキン, TARC: thymus and activation-regulated chemokine (Th2ケモカイン), MBP: major basic protein, ECP: eosinophil cationic protein, EDN: eosinophil-derived neurotoxin.

表1 成人喘息での診断の目安 (文献¹⁾より引用)

1. 発作性の呼吸困難、喘鳴、咳 (夜間、早朝に出現しやすい) の反復
2. 可逆性気流制限: 自然に、あるいは治療により寛解する。PEF 値の日内変動 20 %以上、 β_2 刺激薬吸入により 1 秒量が 12 %以上増加かつ絶対量で 200 ml 以上増加
3. 気道過敏性の亢進: アセチルコリン、ヒスタミン、メサコリンに対する気道収縮反応の亢進
4. アトピー素因: 環境アレルゲンに対する IgE 抗体の存在
5. 気道炎症の存在: 喀痰、末梢血中の好酸球数の増加、ECP 高値、クレオラ体の証明、呼気中 NO 濃度上昇
6. 鑑別診断、疾患の除外: 症状が他の心肺疾患によらない