



2013年6月5日放送

「咳嗽に関するガイドライン第2版のポイント」

長崎大学 第二内科准教授
松瀬 厚人

咳嗽診療の問題点

咳嗽は、呼吸器の専門医のみならず、多くの臨床医が診療現場で遭遇する頻度が極めて高い疾患です。世界中で受診理由として最も頻度が高い症候の一つとする報告もあります。胸部の聴診でラ音が聴取される場合や、胸部X線で異常が認められる場合の咳嗽の診断や治療は比較的容易な場合もありますが、これらの異常を伴わずに、各種の鎮咳薬が無効で、長く続く咳嗽は、患者自身と診療に当たる医師の双方にとって非常に頭の痛い問題です。困ったことにはこのような慢性の咳嗽患者が近年増加傾向にあるようです。

咳嗽は元来、気道内に侵入した異物を外界に排除するための生体防御反応であり、原因疾患の部位や重症度によらず、気道内の咳受容体を刺激する疾患はすべて咳嗽の原因となります。頻度としては、呼吸器・循環器疾患が多いものの、胃食道逆流症のような消化器疾患や心因も原因となることがあります。次に原因疾患の重症度を考えると、急性咳嗽の原因疾患として最も頻度が高い普通感冒、いわゆる風邪は、自然治癒する極めて予後良好な疾患ですが、一方で、肺癌や間質性肺炎のような予後不良で重篤な疾患も咳嗽の原因となります。治療の観点からみると、現在臨床で使用できる鎮咳薬は原因疾患に非特異的に咳中枢を抑制する中枢性鎮咳薬であり、眠気や便秘などの副作用が多い割に効果が期待できない場合も多く経験されます。また、特に急性咳嗽の場合、咳嗽が改善すれば患者さんは再受診しないため、鎮咳薬が効いたのか、自然に軽快したのか不明で、治療効果のエビデンスが築かれにくい分野とすることもできます。このように現在の咳嗽診療にはいくつかの問題点が潜在しており、非専門医が経験だけで対応していたのではカバーできない分野が非常に多いというのが実情でした。

診療ガイドライン

現在の咳嗽診療には問題点も多い半面、咳嗽の診療ガイドラインが存在すれば、大きな助けとなることは間違いありません。世界的にはすでにいくつかの咳嗽診療ガイドラインが出版されていました。ここで問題なのは、欧米と我が国では、臨床の場でもっとも対応に苦慮する機会が多い慢性咳嗽の原因疾患が異なることが挙げられます。胸部聴診やX線で異常を認めず、8週間以上持続する成人の慢性咳嗽の原因として、欧米では従来から3R、すなわち、Rhinitis(鼻炎、後鼻漏)、Reflux(胃食道逆流)、Reactive airway(咳喘息、喘息)の頻度が高いとされてきました。一方、我が国では、施設によっても差がありますが、咳喘息は欧米同様頻度が高いものの、その他として、欧米ではほとんど報告のないアトピー咳嗽と副鼻腔気管支症候群の頻度が高いとされ、欧米のガイドラインをそのまま我が国にあてはめるには無理がありました。以上のような経緯を踏まえて、2005年に当時の我が国の実情に合った初版の『咳嗽に関するガイドライン』が出版されました。初版のガイドラインでは、一般臨床医と、呼吸器の専門医との両者を対象として、代表的な慢性咳嗽の原因疾患に対して、一般診療においても使用可能な治療的診断法を示した簡易診断基準と呼吸器の専門施設においてのみ施行可能な特殊な検査法を要し、臨床研究などの患者選択に使用可能な厳格な診断基準の2つが示されていました。

ガイドライン第2版

『咳嗽に関するガイドライン』の初版が出版されてから5年以上が経過し、咳嗽診療および診療ガイドラインの在り方について若干の動きが生じてきました。一つに初版のガイドラインが出版された当時は、咳嗽診療のエビデンスとなるような研究は乏しかったのですが、徐々に蓄積が進んできました。さらには、一時期、外注会社の抗体価の検査が数か月待ちとなるなどの混乱を呼び社会現象とまでなった成人百日咳の問題などが初版のガイドラインでは十分に扱いきれていませんでした。何よりも、初版のガイドラインは、診療ガイドラインに求められる体裁を成していなかったことから、2010年になって、日本呼吸器学会において、咳嗽に関するガイドライン第2版作成委員会が組織され、その後、約2年間に及ぶメール会議と全体会議を重ねながらの改訂作業が開始されました。Medical Information Network Service (MINDS)において、診療ガイドラインとは、『医療者と患者が特定の臨床状況で適切な判断を下せるように支援する目的で、体系的な方法に則って作成された文書』と定義されており、国際的に標準的な方法とされている「エビデンスに基づいた医療 (EBM: evidence-based medicine)」に沿って作成することが推奨されています。第2版のガイドラインでは、エビデンスに基づく診療ガイドラインの作成手順に可能な限り従って作業が進められました。すなわち、医療者が咳嗽診療の現場で直面する問題をクリニカル・クエスチョン (clinical question) として提示し、これに対するエビデンス検索を行い、答えの形で推奨文を作

成しました。各推奨文には EBM のレベルに基づいた推奨度を示し、推奨の根拠となるエビデンスレベルを、我が国と欧米とに分けて示しました。推奨が実臨床で使用される場合を想定して、検査と治療に関しては保険適応の有無も記載しています。また、初版のガイドラインでは代表的な咳嗽の原因疾患に対して、専門医レベルの特殊な検査を要する診断基準と、非専門医レベルの簡易診断基準の二つの診断基準を設けていたましたが、第2版では、より実臨床で応用していただくことを期待して、特殊な検査を要さない診断基準のみに統一することにしました。また、初版では扱われていなかった、インパルスオシロメトリーや呼気 NO 測定等の新しい検査法、咳嗽の評価法等の記載も加えられています。

咳嗽診療のポイント

ここから、改訂ガイドラインに沿って、咳嗽診療のポイントを述べてみたいと思います。咳嗽患者を診る場合、咳嗽を適切に分類することは治療方針を決定する上で重要です。咳嗽は喀痰の有無により、喀痰を伴う湿性咳嗽と伴わない乾性咳嗽に分類されます。湿性咳嗽が生じる機序は、気道内の喀痰を排除しようとする生体防御反応であり、その治療は喀痰を減らすことです。喀痰を減らさずに鎮咳だけを行うと、喀痰の貯留により肺炎が発症する危険性があります。一方の乾性咳嗽は疾患特異的に鎮咳治療を行うことが重要です。もう一つの重要な分類は持続期間による分類です。咳嗽は洋の東西を問わず、持続期間により、3 週間以内の急性咳嗽、3 から 8 週間の遷延性咳嗽、8 週間以上の慢性咳嗽に分類されます。急性咳嗽の多くが、上気道炎などの感染症が原因であり、遷延性、慢性と持続期間が長くなるにつれて感染症の頻度は低下し、咳喘息や胃食道逆流症な

咳の分類 —痰の有無—

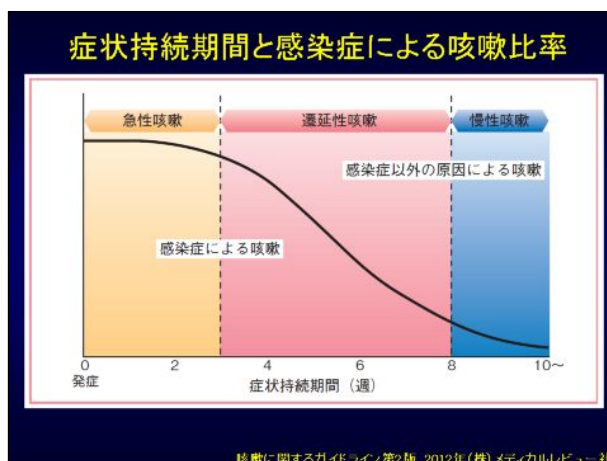
- ◆ 喀痰を伴う湿性咳嗽
 喀痰を排出するための生理的咳嗽
 = 治療は、痰を減らすこと。
- ◆ 喀痰を伴わない乾性咳嗽
 咳嗽のみが苦痛となる病的咳嗽
 = 疾患特異的な治療を考慮

咳嗽に関するガイドライン 2005年版(第1版)(株)吉林舎
 咳嗽に関するガイドライン第2版 2012年(株)メディカルレビュー社

咳の分類 —持続期間—

- ◆ 急性咳嗽 : < 3週間
- ◆ 遷延性咳嗽 : 3 ~ 8週間
- ◆ 慢性咳嗽 : 8週間 <

咳嗽に関するガイドライン 2005年版(第1版)(株)吉林舎
 咳嗽に関するガイドライン第2版 2012年(株)メディカルレビュー社



どの頻度が増加します。従って慢性咳嗽に抗菌薬の投与を続けることは、副鼻腔気管支症候群のような特殊な場合を除き意味がありません。勿論、急性咳嗽の中に非感染性疾患の病初期が含まれている可能性も考慮して診療を行うことも重要です。

慢性咳嗽の原因疾患

ここで我が国の代表的な慢性咳嗽の原因疾患について述べたいと思います。

副鼻腔気管支症候群は、8週間以上続く呼吸困難発作を伴わない湿性咳嗽患者で、副鼻腔炎を示唆する所見が認められ、14、15員環マクロライド系抗菌薬や去痰薬による治療が有効な咳嗽です。

咳喘息は、成人の慢性咳嗽で最も頻度が高く、通常の喘息と違って喘鳴や聴診上 wheeze を認めず、それ自体には鎮咳効果のない気管支拡張薬（ β 刺激薬またはテオフィリン製剤）が有効な咳嗽で、時に末梢血や喀痰中の好酸球増多や咳嗽が夜間～早朝に強いなど喘息と同じような特徴を示すことがあります。一旦診断がついたら通常の喘息と同じく吸入ステロイドによる治療が必要です。

アトピー咳嗽も我が国で頻度が高い慢性咳嗽であり、咳喘息に類似した臨床像を示しますが、気管支拡張薬は無効で、ヒスタミンH1拮抗薬や吸入ステロイド薬が有効とされています。

感染後咳嗽は、かぜ症候群が先行し、遷延性咳嗽あるいは慢性咳嗽を生じる他疾患が除外でき、自然軽快傾向がある場合に診断されます。

おわりに

成人慢性咳嗽対応の診療の基本として最も重要なことは、喫煙など明らかな誘因があ

欧米と我が国における慢性咳嗽の原因疾患の頻度 (%)

著者 (報告年/国)	咳喘息/喘息	鼻炎/後鼻漏	胃食道逆流症	COPD	アトピー咳嗽	感染後咳嗽	副鼻腔気管支症候群	不明
Poe RH (1989/米国)	28	21	4	6		9		12
O'Connell F (1994/英国)	10	34	32			10		27
Niimi A (2004/英国)	26	14	10					40
藤村(2005/日本)	36		2		25		17	
松本 (2009/日本)	55		7		15	6	8	4
山崎 (2010/日本)	54		5	15		11	7	9

最多
日本にない～少ない
欧米にない

咳嗽に関するガイドライン第2版 2012年(株)メディカルレビュー社

慢性咳嗽の各原因疾患に特徴的(特異的)な病歴

- **咳喘息**: 夜間～早朝の悪化(特に眠れないほどの咳や起坐呼吸)、痰が切れると楽になるとの訴え、症状の季節性・変動性
- **アトピー咳嗽**: 症状の季節性、咽喉頭のイガイガ感や掻痒感、アレルギー疾患の合併(特に花粉症)。
- **副鼻腔気管支症候群**: 慢性副鼻腔炎の既往・症状、膿性痰の存在
- **胃食道逆流症**: 食道症状の存在、会話時・食後・起床直後・体動後の悪化、亀背の存在
- **感染後咳嗽**: 上気道炎が先行、徐々にでも自然軽快傾向(持続期間が短いほど感染後咳嗽の可能性が高くなる)。
- **慢性気管支炎**: 現喫煙者の湿性咳嗽
- **ACE阻害薬による咳**: 服薬開始後の咳

慢性咳嗽の各原因疾患の特異的治療薬

- **咳喘息**: 気管支拡張薬
- **胃食道逆流症**: プロトンポンプ阻害薬またはヒスタミンH2拮抗薬
- **副鼻腔気管支症候群**: マクロライド系抗菌薬
- **アトピー咳嗽**: ヒスタミンH1拮抗薬
- **慢性気管支炎**: 禁煙
- **ACE阻害薬による咳**: 薬剤中止

ればそれを除去した上で、胸部X線、聴診、喀痰検査などで重篤な疾患を除外することです。特に、生命に関わる肺癌と感染性のある肺結核の除外は重要です。その後で、詳細な病歴の聴取により頻度の高い疾患（副鼻腔気管支症候群、咳喘息・アトピー咳嗽、感染後咳嗽など）の臨床診断を行います。治療効果が得られない場合や一旦効果があっても再度増悪する場合には、呼吸器専門病院への紹介を忘れてはなりません。最近、咳喘息の概念の普及とともに、漫然と吸入ステロイドの投与が続けられている症例に遭遇することがあります。治療開始後は必ず効果を判定し、効果が得られれば、治療薬の減量・中止を考えておくことも重要です。