

慢性咳嗽の  
プライマリ・ケア



おもろまちメディカルセンター  
久保田 徹

長引く咳にたいしてどのように診断していますか？

漫然と鎮咳薬を処方してはいませんか？以下の定義の慢性咳嗽では、我が国の三大疾患を考慮して診断治療にあたれば、9割以上の治療成功率があるとされています。

ガイドラインを参考に、具体的な診療方法を、提案してみます。

【咳嗽の定義】

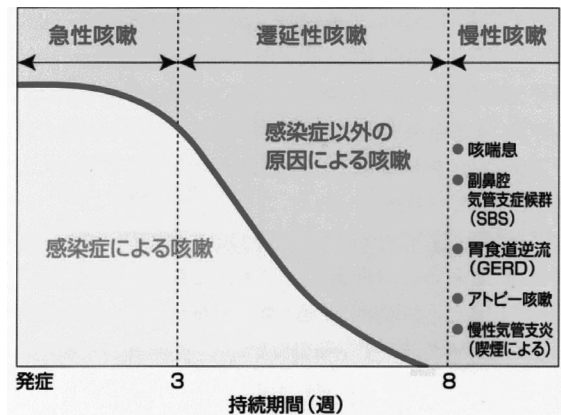
日本のガイドラインでは持続期間により、3つに分けます。

1. 急性咳嗽：3週未満
2. 遷延性咳嗽：3週～8週
3. 慢性咳嗽：8週以上

今回は、原因疾患が比較的単純な慢性咳嗽を中心に述べたいと思います。慢性咳嗽は、「咳嗽が唯一の症状として8週間以上持続し、胸部単純X線検査やスパイログラフィーなどの一般検査や身体所見では原因を特定できないもの」です。ポイントは、8週間以上持続する場合は感染症そのものが原因となることは、きわめて少ないということにあります。

【症状持続期間と感染症による咳嗽比率】

日本呼吸器学会「咳嗽に関するガイドライン」(2005)



【湿性咳嗽と乾性咳嗽】

湿性咳嗽は、痰を喀出するための防御反応として二次的におこりますが、乾性咳嗽は咳嗽そのものが病的に発症する一次的なものです。

乾性咳嗽の発症機序は以下の2つです。

1. 気道の咳感受性亢進によって発症（アトピー咳嗽、かぜ症候群後遷延性咳嗽、胃食道逆流症、ACE阻害薬の咳嗽）
2. 気管支平滑筋の収縮が引き金となって発症（咳喘息）

【慢性咳嗽の頻度】

三大疾患は、我が国では、咳喘息、アトピー咳嗽、副鼻腔気管支症候群で、この順に頻度が多いとされています。その他、慢性気管支炎、胃食道逆流症、2疾患による咳嗽、間質性肺炎、ACE阻害薬による咳嗽があります。

我が国における慢性咳嗽の原因疾患に関する文献報告

著者	診断 (%)			
	1	2	3	4
Fujimura	咳喘息 (44)	アトピー咳嗽 (36)	副鼻腔気管支症候群 (26)	胃食道逆流症 (2)
Shirahata	咳喘息 (42)	非特異的 (31)	副鼻腔気管支症候群 (7)	慢性気管支炎 (4)
Matsumoto	咳喘息 (55)	アトピー咳嗽 (15)	副鼻腔気管支症候群 (8)	胃食道逆流症 (7)

**【慢性咳嗽の診療方法】**

プライマリ・ケアレベルでは治療的診断を主体とすることになるものと思われます。

以下に、3つの診療方法を提案します。

1.病態を把握する一部の検査を利用する場合 (理想的)

○病歴と身体所見

咳の持続期間、乾性か、湿性か。後鼻漏、鼻汁、咳払いの自覚症状の有無と喫煙歴。アレルギー疾患の既往や家族歴。深夜早朝の喘鳴、咳による睡眠障害。ACE阻害剤の服用。身体所見では、副鼻腔炎を示唆する咽頭粘膜の敷石状の発赤や後鼻漏の有無。頸部聴診で強制呼吸時に聴かれるウィーズ。心不全や間質性肺炎での肺底部のファインクラックルやその他の異常所見。

○胸部X線写真の確認

○血液検査のオーダー

白血球数 (分画で好酸球増多の有無)、CRP、血沈など

○5%高張食塩水・気管支拡張薬ネブライザー吸入

胸部X線写真で結核が疑われる所見が無い場合に行います。

○喀痰採取

グラム染色、エオジノステイン (外注の細胞診で代用可。肺癌の保険病名が必要です。好酸球か好中球主体のいずれかで、アレルギー性 (咳喘息、アトピー咳嗽) ・非アレルギー性 (副鼻腔気管支症候群、慢性気管支炎) の気道炎症を区別します。上記の5%高張食塩水・気管支拡張剤の吸入では半数以上で喀痰採取が可能となる印象です。好酸球が認められれば、咳喘息かアトピー咳嗽のいずれかの可能性が高まります。

○治療的診断

慢性咳嗽の定義をみだし、湿性で鼻関連症状があれば、副鼻腔気管支症候群を疑い、マクロライド (エリスロマイシン 400mg 分2) を処方します。

乾性の場合、気管支拡張薬吸入にて咳嗽

が改善すれば、咳喘息と診断し、吸入ステロイド (フルタイド) と持続型の気管支拡張剤 (セレベントもしくはホクナリンテープ) を処方します。気管支拡張薬吸入が無効であれば咳喘息を完全に否定せずに、アトピー咳嗽をより疑って、抗ヒスタミン薬 (ジルテックなど) と持続型気管支拡張剤 (ホクナリンテープなど) を処方します。ただし、咳がよくなれば、持続型気管支拡張剤だけを一時休薬するように患者に指示します。その後に咳の増悪が起こることが明らかなら持続型気管支拡張剤を再開してもよいと説明しておきます。

○慢性咳嗽の治療的診断には、患者へのしっかりとした説明が重要です。なぜなら、治療無効を経て診断に至る仕組みの診療ですから。マイナス転じてプラスになることを必ず伝えます。

原因は主にアレルギー性 (咳喘息とアトピー咳嗽) と鼻 (副鼻腔気管支症候群)、胃食道逆流3つにほぼ限定されること。そのうち咳喘息だけが、治療せずに放置すると数年で30%がゼーゼーする気管支喘息になってしまうので、しっかりと診断した上で、咳嗽が落ち着いた後も数ヶ月間は辛抱強い治療継続 (吸入ステロイドやロイコトリエン拮抗薬) が予防に重要であることをお話しします。

○約一週後 (胃食道逆流症では2~4週後) に効果判定のため再来とします。

再来時に咳スコアが (治療前の咳のひどさを10点としたら) 何点かを聞きます。スコアが半分以下なら有効 (患者が満足していることが前提です) と考えます。また、気管支拡張剤を治療的診断として処方した場合、その効果をたずねます。気管支拡張剤の中止により再悪化があれば、咳喘息と診断し、吸入ステロイドと持続型気管支拡張剤を処方します。その後は症状が落ち着いた時点で、吸入ステロイドを残して辛抱強く通院してもらいます。

○治療的診断が無効の場合

胸部CTや喀痰細胞診、抗酸菌を含めた細

菌学的検査を行い、他の原因疾患の検索を行うのが理想的です。患者に、治療的診断にて効果が無い場合は、精査も必要である事を前もって話しておきます。その時点で専門医へ紹介してもよいです。もし、患者が精査を希望しない場合は、2疾患の合併を考慮した、治療の上乗せを行います。報告によると12.1%に上記3大疾患に胃食道逆流症を加えた組み合わせがあります。例えば、咳喘息と考えると、吸入ステロイドを使用してもなかなかよくなる場合、胃食道逆流症としての治療（プロトンポンプ阻害薬）を加えて2～4週間みます。これで咳嗽が消失してくれば咳喘息の治療（吸入ステロイド）を止めます。症状の再発があれば、咳喘息と胃食道逆流症の合併であったことが治療後診断となります。

2. 治療的診断が有効か無効かで段階的に治療する場合（中庸）  
上記1の方法の下線部位を省略します。

3. 治療を優先させる場合（現実的）  
初診から  
★持続型気管支拡張薬：咳喘息を想定（セレベント、ホクナリンテープなど）  
★ロイコトリエン拮抗薬：咳喘息を想定（キプレス、シングレア、オノン）あるいは吸入ステロイド（フルタイドなど）  
★ヒスタミンH1拮抗薬：アトピー咳嗽を想定（ジルテックなど）  
★マクロライド：副鼻腔気管支症候群を想定（エリスロマイシン400mg/日）を処方すると初回治療で9割の方に効き、名医と呼ばれるかもしれません。もし効果がなければ胃酸逆流症の治療（プロトンポンプ拮抗薬）を加えます。咳が改善した後に、一薬剤ずつ、数週間ごとに中止してもらいます。もし再発があれば、中止薬剤と対応する疾患が考えられま

すので、来院してもらう約束をします。咳喘息に対する治療（ロイコトリエン拮抗薬もしくは吸入ステロイド）を一番長く最後まで続けるように患者さんを、その理由とともに支援します。咳喘息としての治療期間は3～6ヶ月を目安としてください。咳喘息であれば、将来の気管支喘息への移行を減らす治療になるものと思われます。非専門の先生は、これでもいいのではないかと思います。

**【遷延性咳嗽：3～8週未満】**

2つに分けられます

1. 非感染性疾患（上述の慢性咳嗽の原因疾患）
2. 感染性疾患（かぜ症候群後遷延性咳嗽、感染症そのもの、慢性気道感染症）

《かぜ症候群後遷延性咳嗽》

遷延性咳嗽では、一番頻度が高く、かぜ症状が先行し、3週間以上続く乾性咳嗽です。自然軽快傾向にあり、慢性咳嗽の原因疾患に当てはまらない場合に考えます。気道過敏性の亢進が考えられています。中枢性鎮咳薬、ヒスタミンH1拮抗薬、麦門冬湯が有効とされます。

《百日咳》

欧米の報告と同様、我が国でも3週間以上の咳嗽の約2割が百日咳です。典型的症状は、上気道炎症状が先行して後、咳き込みで夜目覚める、発作性の咳、咳が止まらずに息苦しい、咳き込み後の嘔吐です。患者の周囲に長引く咳の人がいる場合は強く疑った方がいいです。詳細は省きますが、血清診断法があります。マクロライド系抗菌薬は発症から3週間以内でない有効性は証明されていません。しかし、周囲（ワクチン未接種の小児やハイリスクの人）への感染を防ぐ意味での除菌療法は発症後6～8週間を経ても妥当と考えられています。

他の原因疾患としてマイコプラズマ肺炎、クラミジア肺炎、頻度は少ないですが、気管支結核などがあります。