

気管支喘息の診断と治療

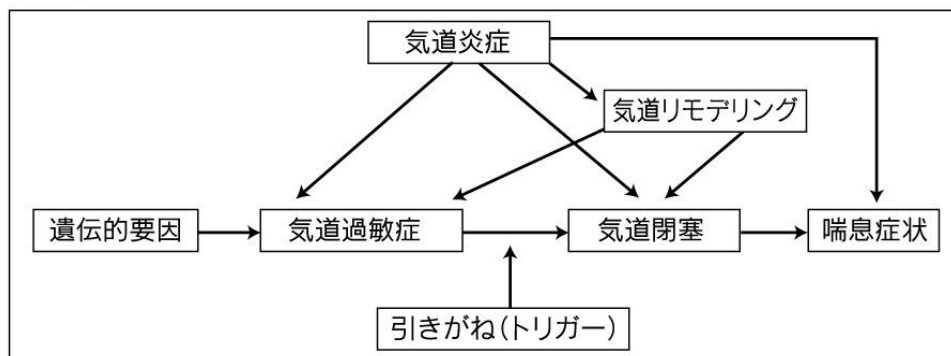
喘息を克服するために病気の正しい理解と自己管理を

わが国の喘息の有症率は約 50 年前には 1%程度でしたが、最近では成人喘息が 3～4%、小児喘息は 6～7%と急速に増加しています。中高年発症の成人喘息患者さんの多くにはアトピー素因はなく（非アトピー型）原因はいまだ不明です。気道感染、冷氣やたばこの煙などの吸入、急激な運動、過度の飲酒、ストレス、過労などが発作の誘因となり、風邪を契機に突然喘息発作が起きるケースが多いと思います。また、アレルギー性鼻炎を持っている人は喘息を発症しやすいことが近年分かってきました。喘息の症状として典型的な喘鳴（喉のヒューヒュー音）が夜間から早朝にかけて発作性に起き、仰向けでは眠れないが座ると楽になる（起座呼吸）などの症状があれば診断は容易ですが、高齢者で労作時の息切れのみが自覚症状の場合もあるので注意が必要です。さらに喘鳴や呼吸困難発作がなく慢性の咳嗽を主訴とする「咳喘息」が最近増えています。風邪を引いた後になかなか咳が止まらなると訴えるケースが多く、一般の鎮咳薬は無効で、気管支拡張薬（ $\beta 2$ 刺激薬やテオフィリン製剤）や吸入ステロイド薬が有効です。咳喘息を放っておくと約 3 割が気管支喘息に移行します。

気管支喘息の病態は慢性の気道炎症

気管支喘息は気道の慢性炎症性疾患です。治療は気管支拡張薬を主体とした急性発作時の対応だけでなく、吸入ステロイド薬を基本とした抗炎症療法の継続が不可欠です。患者自身の病気に対する正しい理解こそが良好な長期管理につながります。

(図.1)



重症度の判定とそれに応じた段階的治療

気管支喘息の治療目標は健常人と変わらない日常生活が送れること、正常に

近い肺機能を維持すること、喘息の症状がないこと、喘息死を回避すること、治療薬による副作用がないことです。重症度に応じた治療方針を基本にきめ細かなお薬の調節が必要です。段階的治療ではステップダウン方式を用い、最初に少し高めのステップ治療から開始（必要十分量の治療をまず行う）し、十分なコントロールが得られた段階から徐々にステップ治療を下げていくことをお勧めします。できるだけ早く苦しい喘息症状を鎮め、病状が安定すればお薬を減らしていくやり方は患者さんの治療意欲、治療継続のためにもよいと考えます。また毎日発作が継続し、夜が来るのが怖い程の重積発作状態の患者さんには、入院して集中治療を受けると共に自己管理の習得のための教育を行なうことが大切です（2 週間の気管支喘息治療、教育入院プログラムがあります）。病気を知ることによって自己管理の自信がつき、ほとんどの人は喘息の束縛から解放されます。

吸入ステロイド薬の普及で治療成果が飛躍的に向上

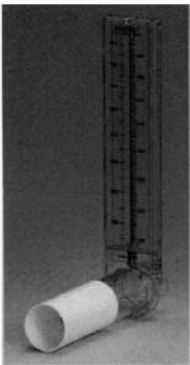
喘息治療薬は炎症を抑える吸入ステロイド薬を中心としたコントローラー（長期管理薬）と急性発作に対応する短時間作用性 $\beta 2$ 刺激薬の吸入を中心としたリリーバー（発作治療薬）に大別されます。コントローラーには吸入ステロイド薬（ICS）のほか、長時間作用性 $\beta 2$ 刺激薬の吸入（LABA）や経口のロイコトリエン拮抗薬（モンテルカストなど）があり、どちらも吸入ステロイド薬と併用する薬剤として有用性は確立しています。吸入ステロイド薬はいくつかの種類（フルチカゾン、HFAベクロメタゾン、ブデソニド、HFAシクレソニド、モメタゾン）があり、吸入手技も様々なので、適切な吸入方法の習得が何よりも大切です。吸入ステロイド薬の使用により声がかすれたり、軽い口腔内カンジダ症（のどのカビ感染）が見られることがありますが大抵うがいをしっかりすることや吸入ステロイドの種類を変えることで対処できます。最近では、ICSとLABAの配合薬（アドエア、シムビコート）が登場し、効果を発揮しています。吸入ステロイド薬の普及で喘息死も確実に減ってきていますし、発作増悪入院や夜間の救急受診も激減して、医療現場は大きく変わってきました。

重症化を防ぐためには日頃の自己管理が必要

1) ピークフローモニタリングの活用

中等症以上（ステップ 3 以上）で経過（罹病期間）の長い患者さんはご自分の重症度を過小評価する傾向にあります。良好な長期管理を得るには自覚症状だけでなく、呼吸状態の客観的な指標であるピークフロー値（最大呼気流量）に基づくセルフコントロールが必要です。ピークフロー値の測定はピークフローメーター（多種の機器あり）を用い、立った姿勢で行い、起床直後と就寝前の1日2回、2～3回吹いてその最高値を日記に記入します。症状がなくても毎

日測定して記録します。ピークフロー値がその人の自己ベスト値（あるいは標準予測値）の 80%以上に維持されていれば合格です。また朝と晩の値の差が 20%未満なら安定とみなします。値がいつもより上がらない（予測値の 60%近くまで落ち込んだなど）場合、前もって指示された対処法に基づき気管支拡張薬の使用や吸入ステロイドの増量、場合によっては経口ステロイドの頓服などを行います。病状を数値でセルフチェックでき、受診のタイミングも判断できるようになります。このようにピークフローモニタリングは自分で喘息を管理しているという実感を得られるのもメリットです。



自己管理のためのゾーン・システム

アセスピークフローメーター

- グリーンゾーン(ピークフロー値:自己ベスト値の80%以上)安全。喘息はコントロールされています。
- イエロ ゾ ン(ピ クフロ 値:自己ベスト値の50~80%未満)要注意。喘息症状が認められる。β2刺激薬の吸入、吸入ステロイド薬の増量、経口ステロイド薬の頓服などを行いグリーンゾーンに回復しなければ受診する。
- レッドゾーン(ピークフロー値:自己ベスト値の50%未満)危険。日常生活に支障が出る。β2刺激薬の吸入と経口ステロイド薬を服用して、早急を受診する。

2) A C T（喘息コントロールテスト）

自己記入式で、1ヶ月間の喘息の症状や発作の頻度などを評価する質問票があります。自分のコントロール状態が点数で分かり、通院時の医師とのコミュニケーションツールにもなります。活用することをお勧めします。

喘息死0作戦

気管支喘息は、病態を正しく評価し、適切に治療することで、健康人と同じ生活ができるようになります。治療しながらオリンピックに出る人もいれば、プロのスポーツ選手もいます。喘息があるからとあきらめないで、しっかりコントロールしましょう。ただし、侮っていると死につながる病気でもあります。正しく理解し、対処しましょう。