

COPD・喘息を疑うとき

慶應義塾大学保健管理センター教授

森 正 明

（聞き手 中村治雄）

中村 森先生、今回は、先生にご企画いただいた、「COPD・喘息の最新情報シリーズ」、その合併もあるかと思いますが、そのシリーズの最初になります。

日常診療していて、どういう患者さんが来たらこれらの病気を疑うのか、その辺からちょっと教えていただけますか。

森 COPDとは、慢性閉塞性肺疾患で、以前、肺気腫とか慢性気管支炎とか呼ばれていたものの総称ですが、たばこが原因であることはよく知られていますので、まず考えるのは、40歳以上の方で喫煙歴があるということになると思います。

実際のところ、厚生労働省の統計では患者さんの数は20万人前後となっていますが、疫学調査では日本人では8.6%ぐらいの方が罹患しているということで、40歳以上で500万人以上、70歳以上では200万人以上いると推定されますが、むしろそれしか見つかっていない、多くのCOPDは隠れた状態にな

っていると思います。

症状としてよく知られているものは、慢性の咳や痰、息切れ、時には喘鳴、すなわち、ゼイゼイすることですが、多くの患者さんは咳や痰はたばこのせいと思っていて、受診に至らない。かなり目立つようになって風邪が治らないと受診される場合がありますので、治らない風邪の中にはそういうものを考えたほうが良いといわれています。

また、労作時の息切れでは、同年代の人と比べて、坂道や階段を上るときに自分は息切れすると感じられる方もいるかもしれません。また、逆に、自分はあまり階段を使いたくないと、無意識にエレベーターやエスカレーターを使ってしまうようなことが、症状として現れている患者さんもいるのではないかと思いますので、問診してみるのも発見につながるかもしれません。

また、重要などころでは、併存症が有名でして、併存症治療中の患者さんの20～30%にCOPDが隠れていると考えられています。すなわち、いろいろ

な別の病気を理由に治療されている患者さんの中にCOPDの患者さんが隠れていることを、かかりつけの先生方には着目していただきたいです。

例えば、栄養障害ですとか、骨粗鬆症、筋力低下という骨格筋の機能障害、あるいは心血管系疾患で心筋梗塞、狭心症、高血圧、脳梗塞、糖尿病などの疾患に併存していることが多いとされています。

また、そのほかに消化器系の疾患、あるいはうつ病のようなかたちで症状が出ている方とか、あるいは睡眠障害に隠れている場合もありますので、ぜひCOPDという疾患について心にとめておいていただければと思います。

中村 これは喘息かなという疑いを持つ場合はどうでしょうか。

森 同じ閉塞性の肺疾患でも、喘息はまた症状が少し違っていて、基本的には発作性の呼吸困難とか喘鳴とか、反復する咳などです。発作は特に夜間とか早朝などに出来ます。すなわち、可逆性の気流制限、元に戻る閉塞性の換気障害があるから、無症状のときもあれば、発作が出るときもある。あるいは、それが変動するのが一つ特徴になるかと思います。そういった訴えがある場合は喘息の可能性があると思われます。

また、気道過敏性が亢進していることから、運動や感染症、例えば風邪を引いたあととか、アレルゲンに曝露さ

れるとか、気象が変化するとか、ストレスによって発症するというような状況になると、喘息があるのではないかとと思われます。

そのほかに慢性の咳嗽、いわゆる8週間以上、咳がずっと続いているという訴えで来られる患者さんもいると思うのですが、研究調査にもよりますが、そういう慢性咳嗽の中の38~55%ぐらいが喘息あるいは咳喘息があり、日本では多いといわれています。

中村 それらに共通しているファクター、例えば炎症とカリモデリングなどはあるのですか。

森 基本的には、メカニズムは異なりますが、気道の慢性炎症が背景に存在する閉塞性の換気障害を呈する疾患という点では、ある意味似たような疾患であるともいえるのです。

中村 ACOSというのはいかがでしょうか。

森 ACOSとは、Asthma COPD Overlap Syndromeの略です。喘息とCOPDの鑑別が困難な症例が存在することは随分前からいわれていました。例えば、不可逆的な気流制限、元に戻らない気流制限のある喘息とか、喘息の既往がある患者さんが長い間喫煙していて、COPDになってしまっているとか、あるいはCOPDの中には好酸球による気道炎症を伴うような方もいて、この辺の分類というのは非常に難しく、

いまだ定義がきちんとされていないところもあるのです。

そんななかで、どうやらその両方がオーバーラップしている病気があるだろうと、2014年に国際的なガイドラインで、ACOSの診断に関する合同のドキュメントが発表されました。

臨床的に重要なポイントとしては、喘息単独、COPD単独よりも重症化しやすいこと、入院する確率が高いこと、そして予後が悪いことがいわれているので、現在、注目されている疾患です。

中村 そうしますと、いま森先生がおっしゃった症状を持った患者さんを私たちが診たとき、最低限どの検査をしておけばよいでしょうか。

森 まず、根本的な部分で閉塞性肺疾患の診断は呼吸機能検査で、1秒率が70%未満ということが確認できれば、理想的ですが、スパイロメーターをお持ちでない先生方もいますので、基本的にはこういった病気について常に心にとめておいていただきたいと思います。そして、そういった症状を患者さんの中から聞き出し、必要に応じて専門の病院にご紹介いただくという流れになるとと思います。

今回のシリーズは、そういったところも踏まえまして、最近の進歩している、特に治療に関しての吸入薬の進歩とか、COPD、ACOS、喘息について、それぞれ4回程度で、疫学とか病態、診断、治療と予後などに分け、専門の

先生方から解説いただくことを企画しました。

中村 高齢の患者さんを診ることが多いのですけれども、中には例えば緑内障を持っているような方もいらっしゃいます。喘息薬の中には、かなり緑内障にいけないものがありますね。

森 その辺が難しいところで、どれを優先するのかは、利益、不利益で、患者さんそれぞれに合わせたかたちで選択していく必要があるかと思います。

中村 お話を承っていますと、喘息はある程度コントロールができるかもしれませんが、もうすでにリモデリングなどを起こしたようなCOPD、ACOSになれば、先ほどお話しのように予後があまりよくない場合、どの程度まで改善できるものなのでしょうか。

森 肺の破壊が進んでしまうと、なかなか元通りというわけにはいきません。進行を抑制するというところで、禁煙はもちろん、感染症対策、そういった増悪因子を避けていって、なるべくQOLのよい状態に持っていただくといいかと思いますが。

中村 なかなか難しいかなと思いますが。

森 それだけに予防が重要視されて、「健康日本21」の第2次では、COPDをとにかく多くの国民の皆さんに知っていただこうと、認知率の向上を目指していると思います。

中村 喘息の予防というのは可能で

すか。

森 喘息は、基本的にはリモデリングを防ぐかたちになりますから、吸入ステロイド薬を中心に気道炎症を抑え

て、悪化させないことが重要ではないかと思います。

中村 どうもありがとうございました。