

風邪のあと長引く咳、増えている「咳喘息」

ゼーゼーと息苦しさが夜間から早朝にかけて発作性に起き、聴診すると Wheeze があるような気管支喘息症例の診断は容易ですが、喘鳴（聴診でも異常がない）や呼吸困難発作がなく慢性の咳嗽を主訴とする「咳喘息」が最近増えており、注意が必要です。風邪を引いた後になかなか咳が止まらなると訴えて受診するケースが多く、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、抗ロイコトリエン薬が有効です。咳喘息を放っておくと約 3 割が典型的な気管支喘息に移行すると言われています。咳喘息の診断基準は、日本呼吸器学会のガイドライン（2005 年度版）では、

1. 喘鳴を伴わない咳嗽が 8 週間以上持続（聴診上も Wheeze を認めない）
2. 喘鳴、呼吸困難などの喘息の既往がない
3. 8 週間以内に上気道炎に罹患していない
4. 気道過敏性の亢進
5. 気管支拡張薬が有効
6. 咳感受性は亢進していない
7. 胸部 X 線で異常を認めない

と示されており、気道過敏性亢進の参考値は、メサコリンに対する $D_{min} < 12.5 \text{ units}$ 、気管支拡張薬の効果は $\beta 2$ 刺激薬による評価が望ましい、喀痰中に好酸球増多を認める、肺機能検査では FEV1 は正常であるが、末梢気道の閉塞性障害（%V50, %V25 の低下）を認める場合が多い。気道過敏性試験（アストグラフ法）での D_{min} とは、メサコリンを低濃度から順に吸入し、呼吸抵抗が初期抵抗の 2 倍以上昇る濃度までの累積濃度を単位数に換算したもので、低いほど感受性（過敏性）が高く、正常では 30unit 以上、喘息では 1unit 以下が多い。気道の過敏性亢進を示唆する症状としては、温度変化で咳き込む、長話や電話口、閉所空間で咳き込む、香水や線香の匂い、ミント味の歯磨きで咳き込むなどです。寝床に入ってから咳がつくケースも多いのですが、日中の咳がひどくて夜間の咳は乏しい場合もあります。アレルギーの家族歴、現在鼻炎があるなども参考にします。咳喘息の病態は典型（通常）喘息と本質的な差はなく、病理学的にも慢性の好酸球性気道炎症があり、リモデリングの進展も存在し、適正な吸入ステロイド薬治療がなされなければ約 3 割が典型喘息に移行するとの報告があります。咳喘息の治療例を示します。吸入ステロイドが治療の基本です。フルタイドを $200 \sim 400 \mu\text{g} / \text{日}$ またはパルミコート $400 \sim 800 \mu\text{g} / \text{日}$ またはキューパール $200 \sim 400 \mu\text{g}$ あるいはオルベスコ $400 \mu\text{g} / \text{日}$ に、サルタノール吸入屯用あるいはセレベント $100 \mu\text{g} / \text{日}$ あるいはスピロペント 4 T / 日あるいはテオドール $200 \text{ mg} / \text{日}$ の併用を考慮する。シングレア 1T / 日

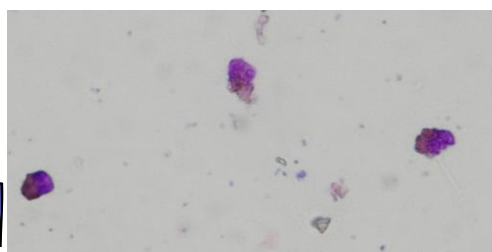
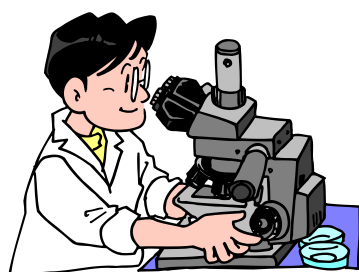
内服も有効なことがある。最近では、いきなりアドエアまたはシムビコートで導入するケースもあります。咳発作が強く、吸入ステロイドで効果が弱い時は経口プレドニン 20mg／日を 1～2 週間用い、症状の改善に伴い速やかに吸入ステロイドに移行します。



気道過敏性検査（アストグラフ）



呼気NO測定



喀痰中に好酸球を認める