

レクチャーマラソン 2-6-1-H

非専門医のための外来での喘息マネージメント

Management of outpatients with bronchial asthma for general internists

松村医院 松村 榮久



松村 榮久

Yoshihisa Matsumura

Yoshihisa Matsumura, Matsumura Clinic

対象者 医師, 後期研修医 (卒後3年以上), 初期研修医 (卒後1-2年目)

Target Doctor, Senior Resident (3+years after graduation), Resident (1-2 years after graduation)

気管支喘息は頻度の高い疾患であり、一般内科医が診察することも多い。発作性の喘鳴、咳嗽、呼吸困難を特徴とするが、その本態は慢性の気道炎症である。抗炎症治療が必須であり、治療不足は喘息死に至る危険がある一方、経時的には気道のリモデリングから徐々に低肺機能に至る疾患である。発作はしばしば自然に軽快するため、喘息という疾病は治療不足になりがちである。治療のゴールは喘息発作を予防すること、日常生活が支障なく送れること、肺機能を正常に保つことであり、このことを患者と共有する必要がある。

外来患者に対する薬物治療は至ってシンプルである。1) 吸入ステロイド薬 (ICS) もしくは長期間作用性 β 2刺激薬 (LABA: long acting beta2 agonist) との合剤 (ICS/LABA) を早期より十分量を使用する。医療機関を受診する喘息患者のほとんどは中等症持続型かもしくはそれ以上であり、ICSの中等量 (フルチカゾン 400 μ g、ブデソニド 320-400 μ g) またはそれ以上から開始する。2) 発作時は短時間作用性 β 2刺激薬 (SABA, short acting beta2 agonist) 吸入を30分～60分間に3回まで行い、無効の場合は受診を、いくらか有効だが不十分のときはステロイド内服を併用する。3) アスピリン喘息は成人喘息の約10%に存在し、アスピリンだけではなく市販の風邪薬、外用薬を含む全てのNSAIDsの使用に注意する。4) ロイコトリエン受容体拮抗薬 (ATRA) はレスポナーとノンレスポナーに明瞭に分かれる。約60～70%の症例がレスポナーであり、多くの場合数日から1週間以内に効果が判明する。ノンレスポナーに対して漫然と使用すべきではない。ATRA以外のいわゆる抗アレルギー剤には見るべき効果がない。

ピークフロー自己測定は、発作頻度の多い患者には特に有用である。自己測定をしない患者においても、毎回の外来診察時にピークフローを簡易器具で測定することで、治療状態を医師・患者間で「可視化」しながら「共有」でき、より良いコントロールが可能となる。

Detail:

Bronchial asthma is very popular, and many general internists treat asthmatic patients. It is a disease characterized by attack of wheeze, cough and dyspnea, and a disease of chronic inflammation of airway. Treatment for airway inflammation is essential, otherwise lethal asthmatic attack may occur, and remodeling of airway and decline of pulmonary function may be gradually developed. As asthmatic attack improves spontaneously so often, there is a tendency to be treated insufficiently among many patients. The goal of therapy is prevention of asthmatic attack, enjoying daily life and keeping normal pulmonary function, and the patients and doctors need to own this goal in common.

The treatment of outpatient with asthma is very simple. First, inhaled corticosteroid (ICS) or ICS/LABA (long acting beta2 agonist) should be used early and continuously. Most patients who visit clinic or hospital, the severity of asthma is considered moderate persistent or more, so initial dose of ICS is, for example, 400mcg of fluticasone, 320-400mcg of budesonide or more. The second is that short acting beta2 agonist (SABA) is used three times within 30 to 60 minutes, when asthmatic attack happens. If beta agonist is not effective, the patient needs to visit clinic, and is any effective but not enough, oral corticosteroid is considered. The third is that we need to consider the possibility of aspirin-induced asthma (AIA). The incidence of AIA is about 10% of adult asthma, and we should be careful about NSAIDs including OTC drugs and compress. The last is that anti-leukotriens receptor antagonist (ATRA) is an complementary drug to ICS, and the response rate is 60 to 70%. The effect appeared within several days to one week in most cases. ATRA should not be used to non-responder patients for a long period. Anti-histamine drugs and anti-thromboxane A2 antagonists are not effective.

Self-monitoring of peak expiratory flow (PEF) using simple instrument is very useful especially in patients with unstable asthma. Alternatively, measurement of PEF in a consultation room is also helpful. Patients and doctors can see and understand the condition of asthma in common, and they will get good asthmatic control.