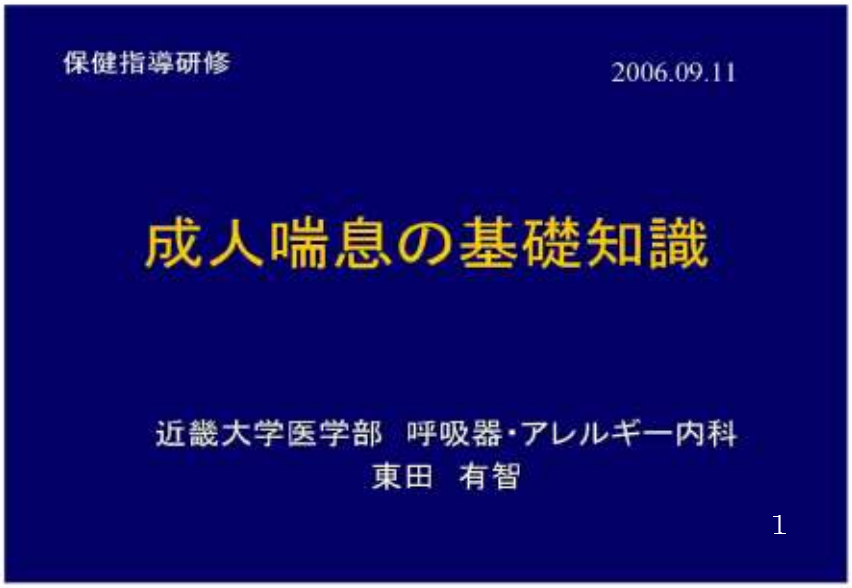
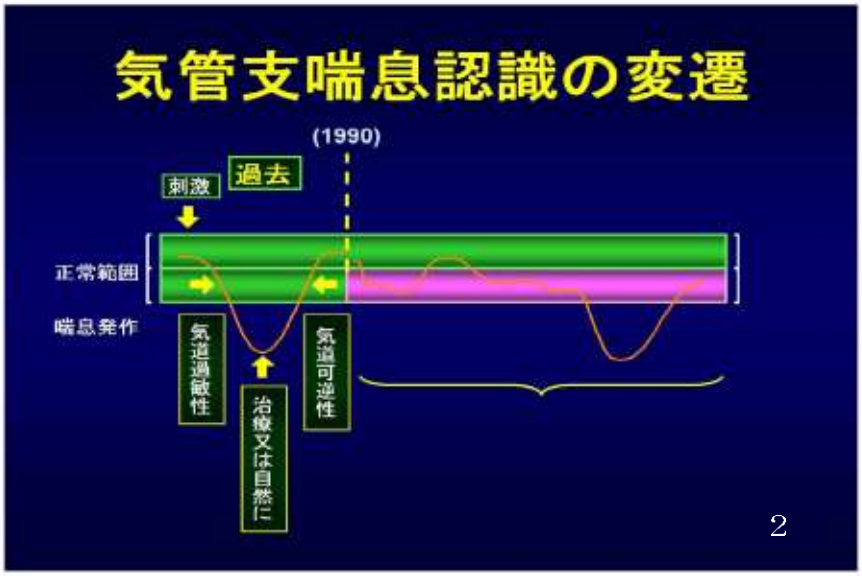
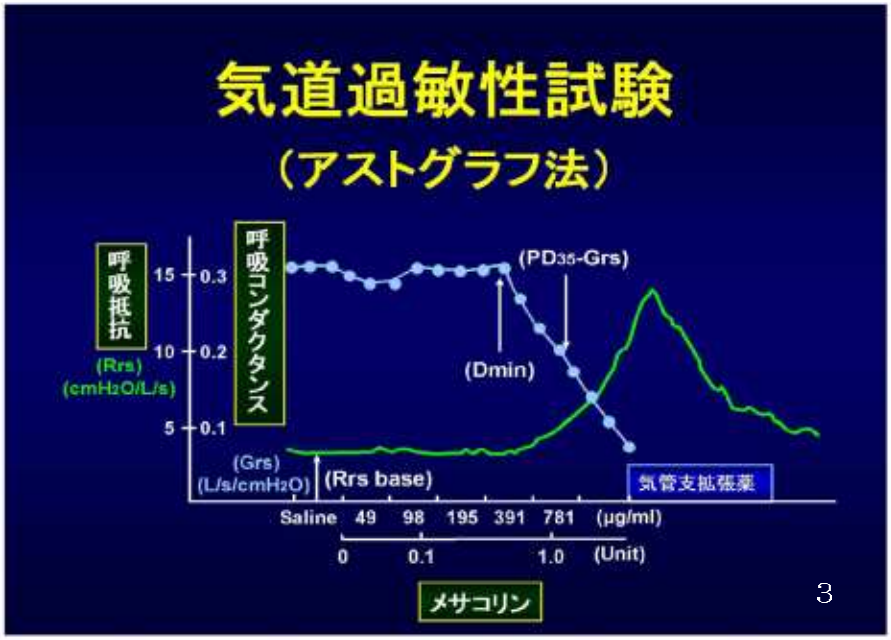
東田　有智先生　講義録（第１部）

（近畿大学医学部 呼吸器・アレルギー内科 教授）

「成人喘息の基礎知識」

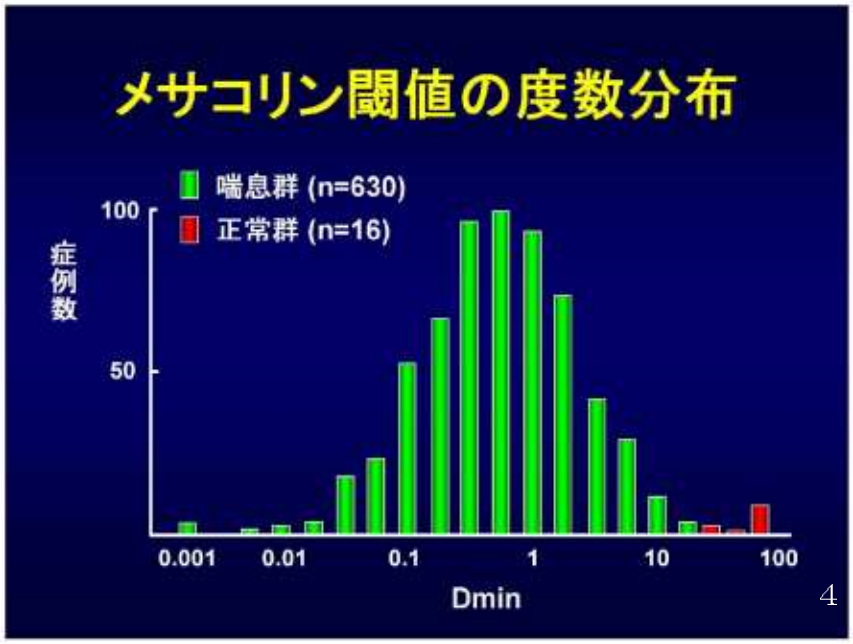






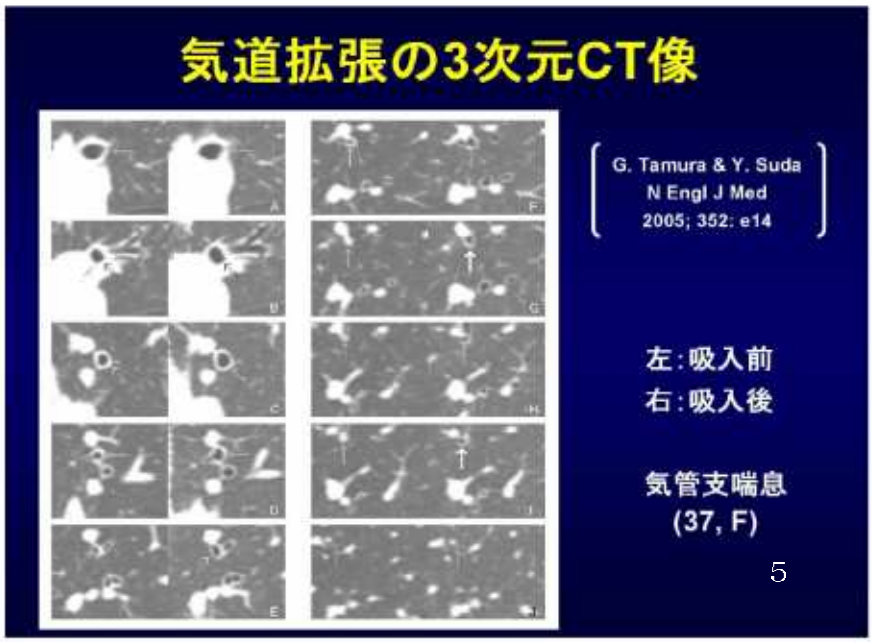
（スライド-１.２.３）

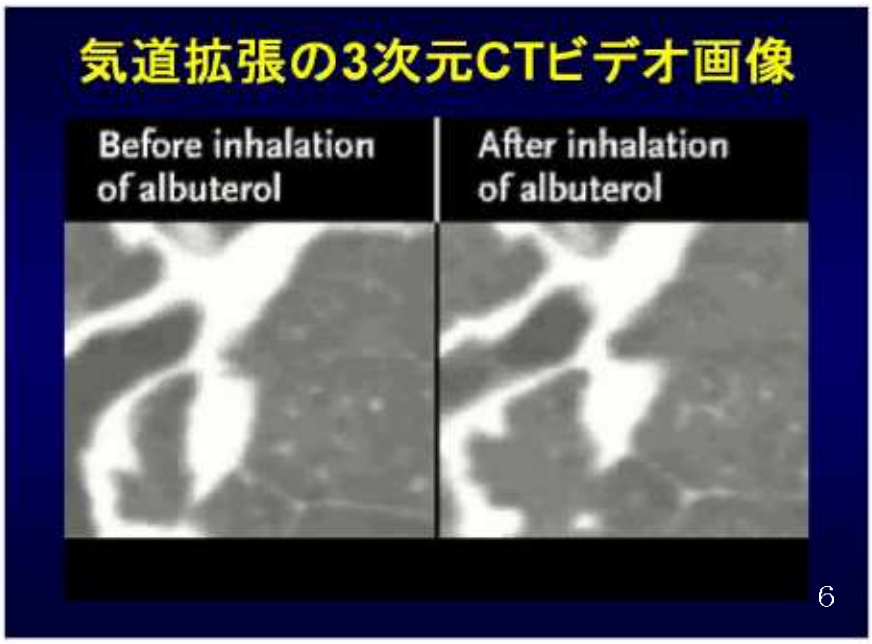
これは、我々がやる気道過敏性検査ということで、抵抗を測るわけです。細くなれば、抵抗は上がります。縦軸に抵抗。メサコリンというのは気管支収縮薬。それを吸わせて、抵抗が上がってきたら、倍になれば一応ここでとめるのですけれども、それで陽性とするわけですね。このように抵抗が上がってくる。それで、ここで拡張薬を入れると、すっとまた元に戻る。

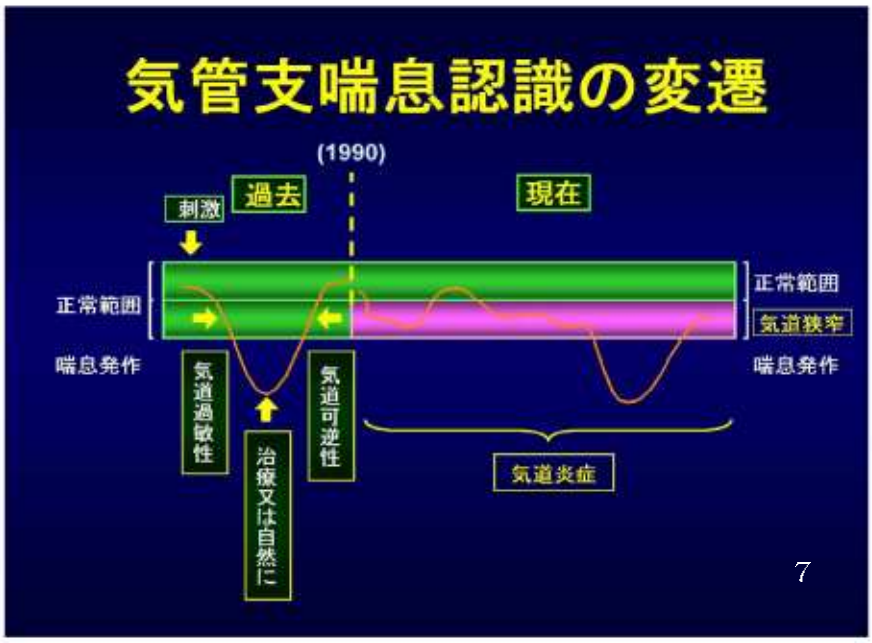


（スライド-4）

これがどの位過敏かというのは、赤が健常人、緑がぜん息。赤が、メサコリンの量で100。ぜん息というのは大体１前後に山がある。だから、大体 100倍近く過敏だと。過敏というと、２倍、３倍という感覚が皆あるのですけれども、そうではない。 100倍。100倍過敏であるから、タバコの煙でも、冷気でも収縮が起こる。それぐらい過敏なのです。だから、隣でタバコ吸われると、当然起こるわけですね。



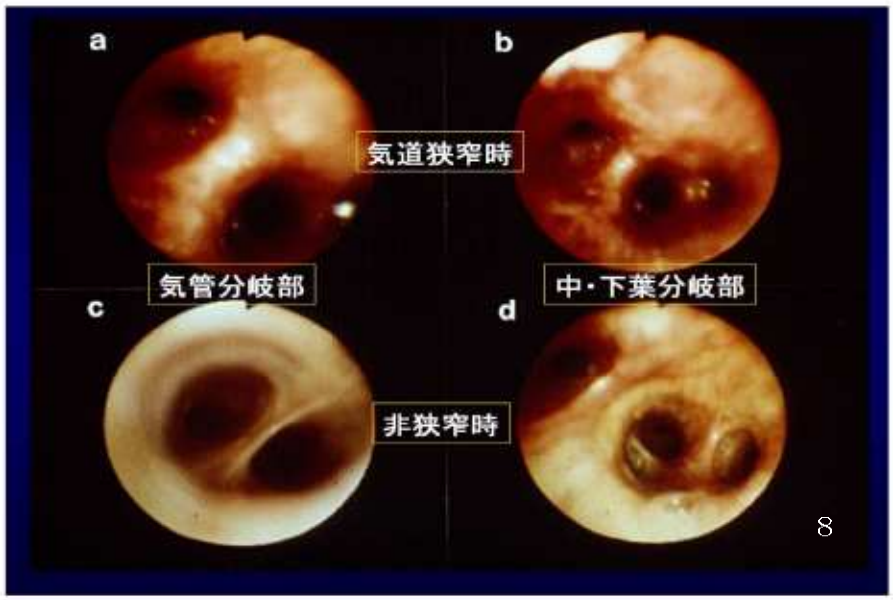




（スライド-5.6.7）

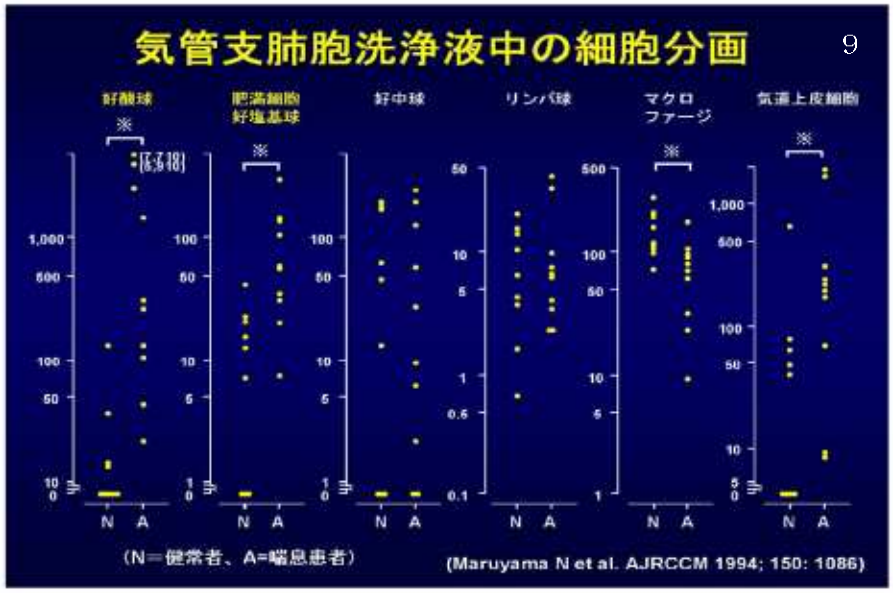
これは、初めての３次元ＣＴで拡張しているところと、収縮しているところをとらえたもの。こちら（左）は吸入する前、こちら（右）は拡張薬を入れた後ですね。太さが違いますね。こちらの方は太いでしょう。これは4次、5次、6次気管支です。わかりますね。同じ人で、拡張薬を使うと、広がっているところを実際画像で初めてとらえた。拡張薬を使うと広がるから、楽になる。楽になるから、その薬ばかり使う。

だから、90年以降、気道の炎症と、ここがはっきり分かったわけです。炎症がある、だから気管支炎なのだと。ぜん息というのは気管支炎がメインである。だから、炎症をとらないと、とにかく広げるだけでは、良くならない。



（スライド-8）

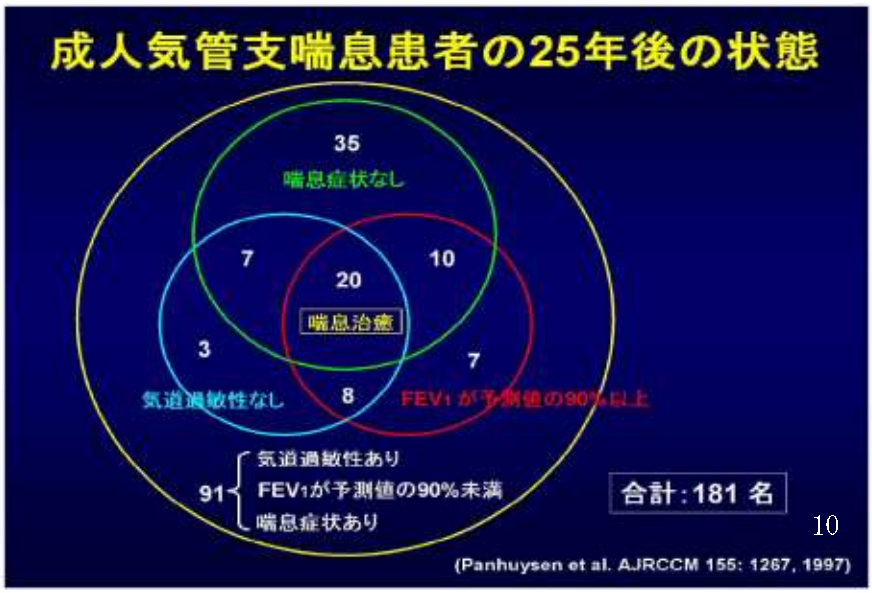
これ（a、b）が、気道がきゅっと収縮したところ。こちら（c、d）はもとに戻ったところ。これみていただければ、こちらが赤い。発赤が強い。より炎症が強いのですね。これ（c、d）は収縮を起こしてない。全くぜん息の症状がないところ。



（スライド-9）

（症状が）ないときにカメラを突っ込んで気管支を洗う。洗いますと、好酸球とか肥

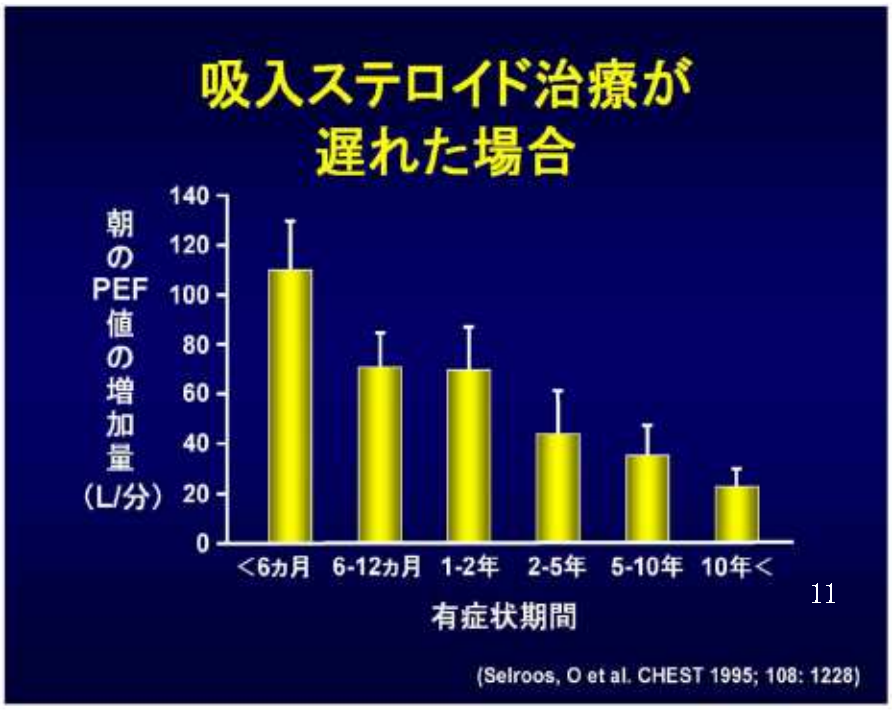
満細胞、こういう細胞がぜん息の患者というのは増加している。今の、発作がない状態でも、炎症細胞が集まっている。だから、症状がなくても、かなり炎症は持続している。症状がなくても、治療をやめると、すぐにまたもともとのぜん息の発作の方にいってしまうということなのですね。



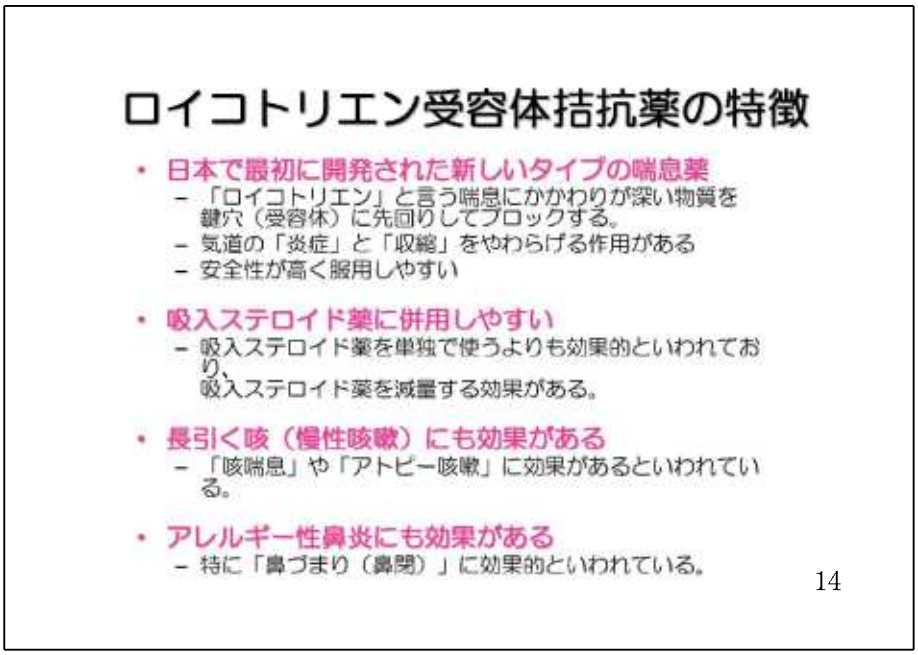
（スライド-10）

これは、ぜん息の患者、成人。子供は、グローアウト、６割、７割は治りますといわれていますけれども、あす、あさって小児科の話もあると思いますが、あれは、あくまでも症状は消えているだけ。成人ぜん息の方からいわせてもらえば。もうちょっと、小児科しっかりやれというのが、また末廣先生に怒られますけれども、いつもそういうディスカッションやっているのですけれども、良くなれば、すっとやめてしまう。

しかし、25年後の状態として、ぜん息というのは気道過敏性が高進している。肺機能は大体１秒量が落ちる。要するに閉塞性の肺障害。それに、ゼーゼー、ヒューヒューでしょう。この３つがなくなって初めて治癒なのです。 181名のうちの20名が、25年後の状態として治癒になる。だから、大体１割。成人ぜん息の１割は恐らく治る可能性がある。９割はちょっと難しいかなというのが、今の現状。


吸入ステロイド治療が
遅れた場合
朝のPEF値の増加量（L/分）
140
120
100
80
60
40
20
0
<6ヵ月
6-12ヵ月
1-2年
2-5年
5-10年
10年<
有症状期間
11
(Selroos, O et al. CHEST 1995; 108: 1228)

症状は氷山の一角に過ぎない
症状・発作
気道炎症
12



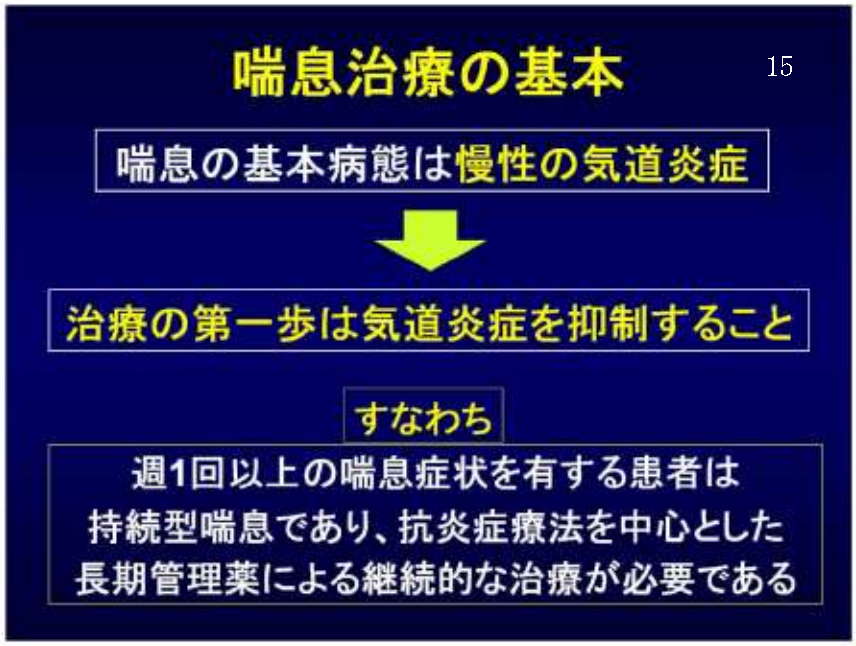
（スライド-11～14）

治療としては、先ほども申しましたように、気道の炎症があるということで炎症を抑えないと駄目。だから、今、この世の中で抗炎症作用の一番強いのはステロイドなのです。ステロイドというのは、飲み薬で飲めば当然、副作用が出ます。これはステロイドの主作用なのですね。すべての細胞をブロックしてしまうから、よくない。だから、今、吸入でやっているわけです。

吸入の場合はマイクログラムですね。普通、錠剤はミリグラム、1000分の１。だから

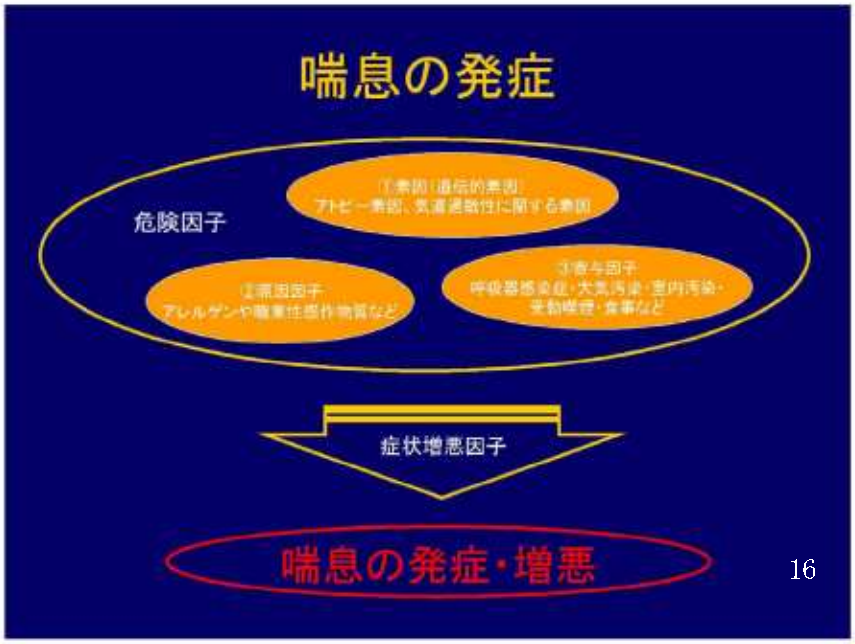
安全。ぜん息の場合はこの吸入ステロイドをいかに早く入れるか。ぜん息と診断されて６ヵ月以内に入れた場合と10年以上たってから入れた場合、これピークフローですけれども、肺機能の増加量がこれだけ違う。だから、今、早期介入、アーリーインターベンションとよくいわれるのですけれども、いかに早く入れるか。副作用のない薬であるから、診断、別にそこまでこだわらなくても、早目に入れて、症状がとれて、例えば、仮に１年後に、これはぜん息でなさそうだなということであっても、何のデメリットがあるか。常に、ぜん息というのは症状だけをみてて、ここの大きな炎症をとらえてない。だから、今まで１万、２万と死んでいた。

これは後でまた出します。



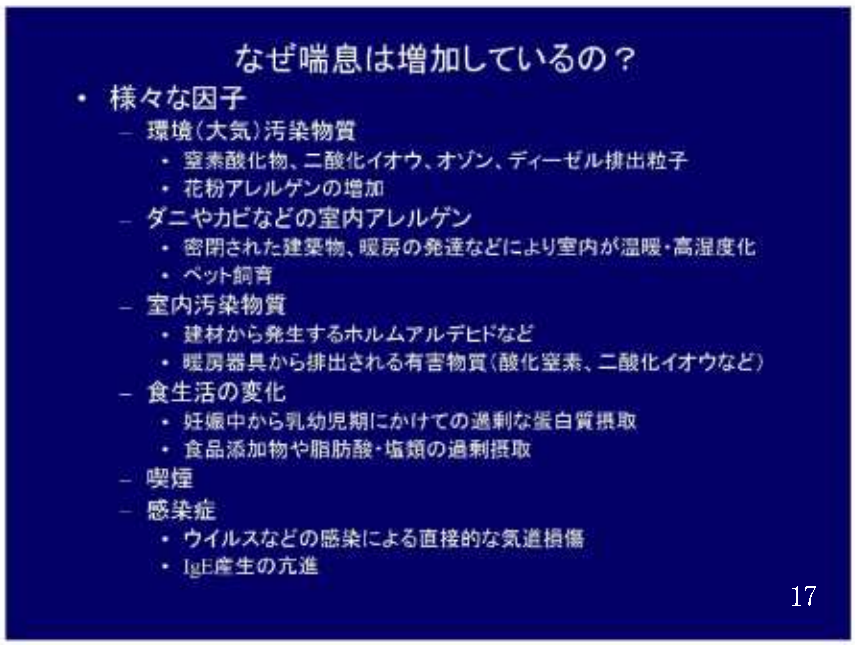
（スライド-15）

ぜん息治療の基本。これは慢性の気道炎症であるということで、第１選択薬は気道炎症を抑制する薬。すなわち、吸入ステロイド。それで、週１日以上のぜん息症状を有する患者。週１回、夜中でもゼーゼーいうと、これはもう、間欠型ではない。普通の人は、週１回、こんなことが起こるわけがない。だから、はっきりと、これは持続型ぜん息としてどんと治療やりましょう、ということですね。



（スライド-16）

これはぜん息の発症、危険因子。もちろん、アトピー素因。両親が２人とも何らかのアレルギーをもっているという場合に、子供がアレルギーになる確率は大体40％から60％。片親がアレルギーをもっている場合は大体30～40％出てきますので、恐らくやはり遺伝子は関与しているだろう。しかし、まだここというのはつかまえられてない。ぜん息というのはいろんな因子が加わって。レセプターを抑えたらいいとか、好酸球を抑えたらいいとか、研究レベルではいっぱいデータがあるんです。しかし、そこ１点だけ抑えても、ぜん息は絶対よくならない。だから、ステロイドは効く。すべてのところをどっと抑えてしまう。あくまでもこれはもう事実。病気ではなくて、ぜん息はシンドロームですね。

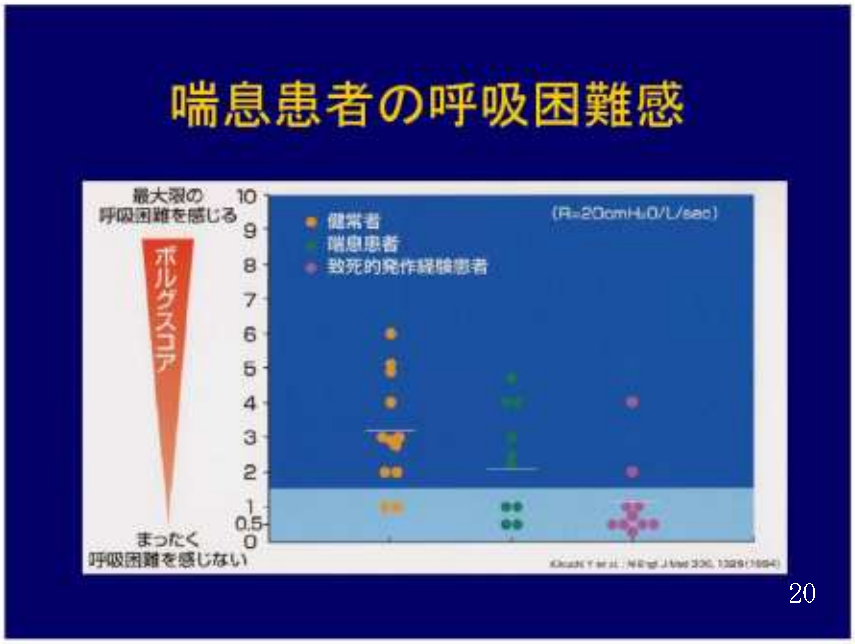


（スライド-17）

なぜ、ぜん息は増えているか。これはもう、一番の大きな原因は環境。特に、ここ（本日の会場）なんてすさまじいでしょう。ここにいて、きれいな感じがしますけれども、このジュウタンなんて最悪ですよ。ここの空気集めると、この浮遊物質の中にカビなんて物すごいあるのです。一見、環境の良さそうなところは絶対駄目。ここは余り飾り物はそんなに無いですけれども、観賞用の植物だとか、ああいう所はほこりが物すごく溜まっている。ああいうのは一番いかん。

だから、下は全部フローリングにする。今の家は密閉されているから、一見、環境は良い。冬は暖かくて、夏、冷房かけていいのですけれども、エアコンの中はカビだらけ。だから、エアコンをかけるときは大体５分間は窓を開けておく。もちろん、カーエアコンもですよ。車も、エアコンをかける時は大体５分間窓を開ける。そのようにしないと、あの中はカビだらけ、ほこりだらけ。とんでもない。

あと、室内の汚染物質。ダニ、カビ。食生活の変化。タバコ。これはもう、受動喫煙も含めて、ぜん息、アレルギーに対して物すごい悪いわけです。タバコを吸うことによって、ＩｇＥの産生が上がるというデータもきちっと出ているわけです。だから、周りにアレルギー素因のある人がいる家庭では、タバコを吸うこと自体、もってのほか。



（スライド-20）

もう１つは、呼吸困難感。呼吸困難というのは、あくまでも自覚症状で、息苦しいと感じることなのです。重症な人ほど、ここにありますように薄ピンク、致死的発作経験者。要するに重症ぜん息。救急車で運ばれたとか。こういう方は大体鈍る。息苦しさを余り感じない。だから、これ位だったら良いかということで、どうしても遅れ遅れになる。

ぜん息で亡くなっている人というのは大発作の経験者がほとんどです。１回経験したら、普通は懲りるのだけれども、懲りない。のど元過ぎれば……ぜん息の人は物すごく多い。感覚が鈍くなる。そういうので、遅れ遅れになる。

ぜんそく治療薬の位置づけ

21

成人喘息の薬物治療

コントローラー(長期管理薬)

気道の炎症を治療したり、気管支を長時間広げたりして、

発作のない状態を維持するための薬剤。

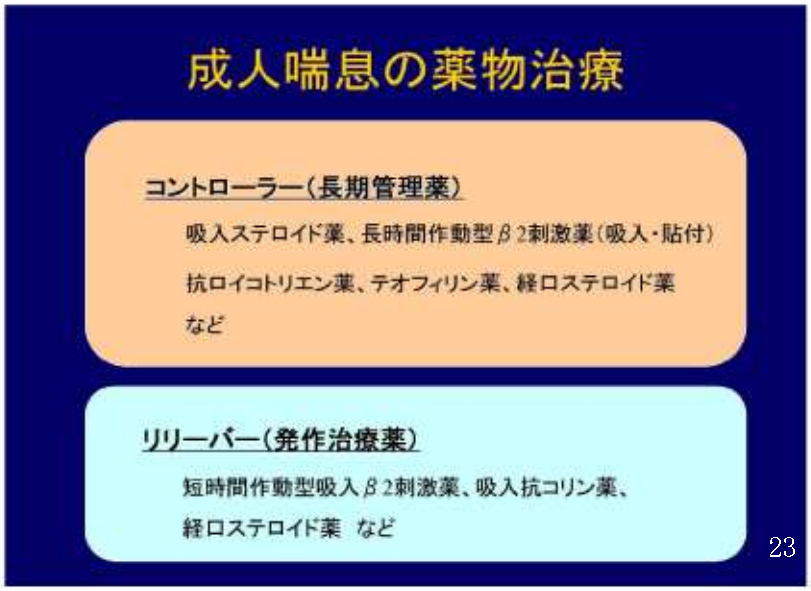
発作がなくても毎日規則正しく使用する。

リリーバー(発作治療薬)

発作を速やかに和らげるために症状があるときだけ使用

する薬剤

22



（スライド-21～23）

ぜん息は、先ほども申しましたように抗炎症薬が中心。これを使わないとぜん息は絶対によくなりません。気管支拡張薬を使うと、一時期、即座に拡張しますから、楽になる。しかし、もとの炎症は取れないので、こればかり使うと大変なことになる。後でその写真をみせます。

（スライド-24）

吸入ステロイドはこういう薬剤です。パウダー型のもの。日本はパウダー型が一番普

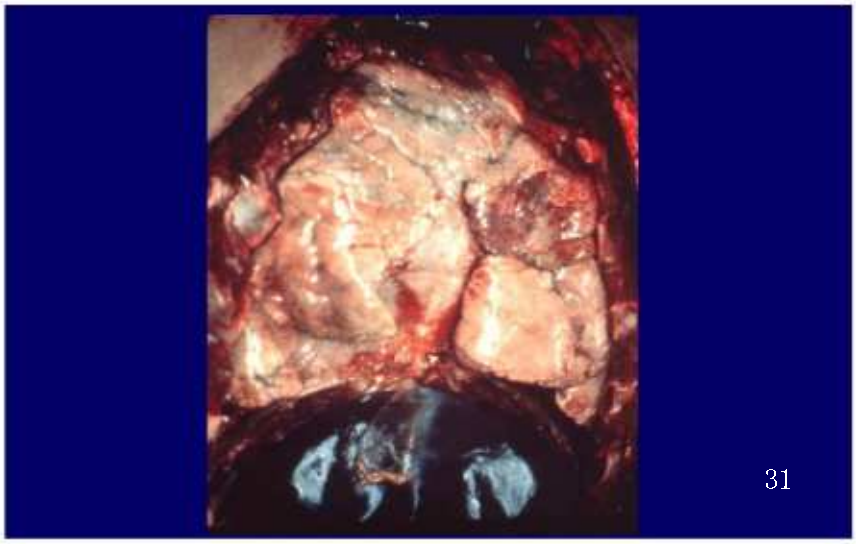
及している。なぜか。指導が楽。要するに、粉が無くなるまでとりあえず吸いなさいと。しかし、呼吸機能の悪い人は、自分で吸うというのは実際大変なんです。本来は、ＭＤＩ、これノンフロンタイプのものですけれども、押すと出る。出たものを吸う方が楽ですね。しかし、これはタイミングの問題とか、今まで補助器具に入れて吸っていたから、余計に邪魔くさい。で、皆止める。

だから、最初のＭＤＩの頃は余り普及しなくて、こっちになって初めてぐっと伸びた。今また頭打ちになっている。今後何を考えているかといったら、来年に出るのですけれども、拡張薬と合剤。１粒で二度おいしい。１回吸えば、拡張薬も入っているから、吸った時点で楽になる。それなら皆吸ってくれる。ということで、恐らく来年の夏頃市販されるようになる。今、その薬剤を売ってないのは日本と北朝鮮だけ。全世界全てで市販されているのですけれども、北朝鮮と日本だけは売ってない。

（スライド-25）

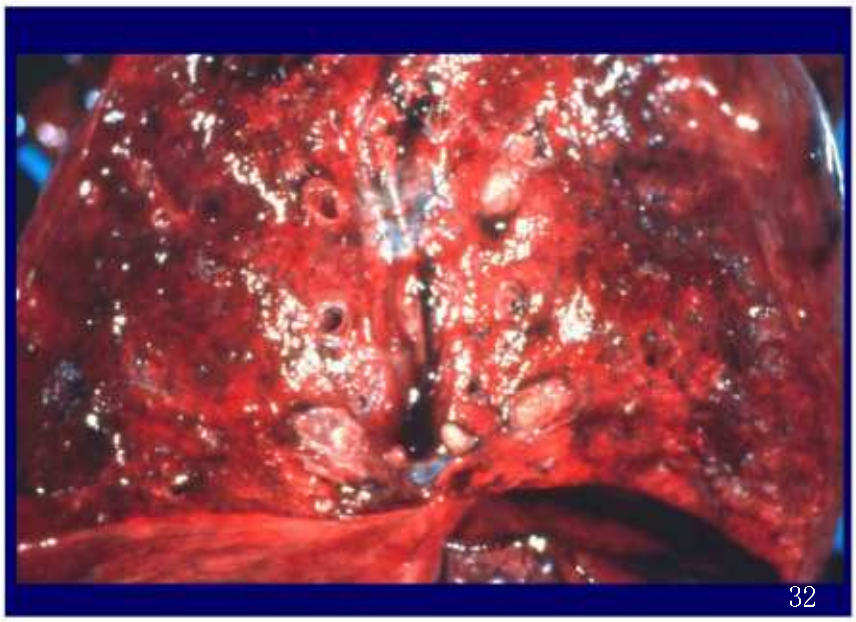
これが気管支拡張薬。主に、これはセレベントという、ロングアクティング、長時間作動型、１日２回でいいのですね。ベネトリンなどは子供たちにしょっちゅう使われている。奈良で母親が子供にちょっとずつ飲ませて殺したという。もう７～８年前ですか、ありましたけれども、こんなもの、１瓶飲んでも死にません。３年ほど前にある病院で

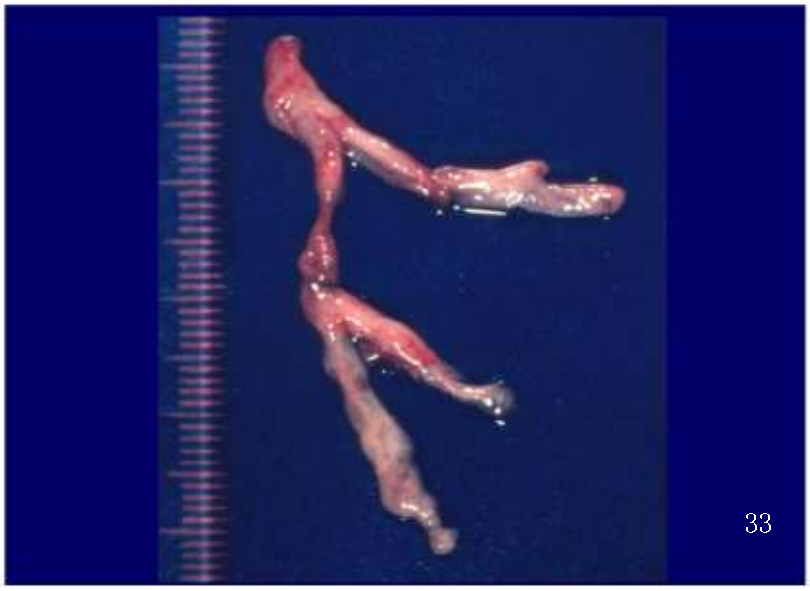
間違って子供が１瓶飲んでしまったが、カリウムが下がっただけで、死亡には至らなかった。



（スライド-31）

これがぜん息死。ちょっとグロテスクな写真にはなりますが、これは37歳の男性。一度大学に来られただけの人で、ここ数週間前から調子が悪い。気管支拡張薬のみで対応した。だんだん効きにくくなった。それで近所のホームドクターの先生のところに行ったのですけれども、玄関で息絶えた。これ二十数年前の話。うちの最後の死亡例。救急車で運ばれて来て、その時は心停止、呼吸停止ということで、蘇生したのですけれども、戻らなくて、解剖させていただいた。





（スライド-32.33）

これはちょうど開胸した時ですね。これ肺です。意外と、そんなに黒くなってない。余りタバコを吸ってない。これ気管支。こういうのが出てきた。「これ何と思いますか」と聞いたら、「気管支」という人がいるのですね。気管支の形はしているのだけれども、これは気管支じゃない。気管支の中に入った粘液栓、いわゆる痰。痰が全気管支に詰まっているわけです。それは苦しいわね。こんなの、１日ではならない。これはかなり時間がかかっている。

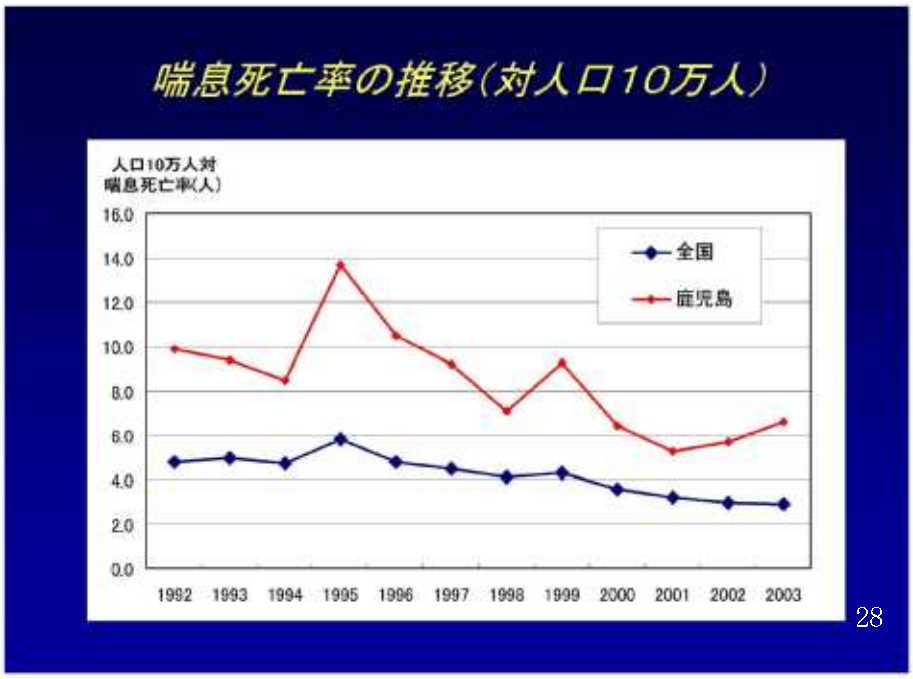
だから、拡張薬を使って、とりあえず気管は広がります。ちょっと楽になる。しかし炎症はとれてない。炎症がとれてなかったら、痰はいくらでも出てくる。また吸う。気管支は拡張する。その間に痰が徐々に増えてきているわけね。そのうちに、だんだん薬が奥に入らない。苦しい、苦しいと、どうも効果がなくなってきて、病院にかけ込むが、もう手遅れになっていた。

これが、成人のほとんどのぜん息死です。ぜん息死イコール窒息死。解剖してなかったら、ある医者は、これはβ２刺激薬の使い過ぎであったという、ばかげたことをいう者がいますけれども、β２刺激薬を使い過ぎると何が起こるかといったら、先程言ったようにカリウムが下がるとかね。だから、心臓には負担かかるわけです。そうしたら心臓死なわけね。とんでもない、これはあくまでも窒息死。これがほとんどだった。

β２刺激薬が悪いのではなくて――ここで勘違いする。あれを悪い悪いというと、あ

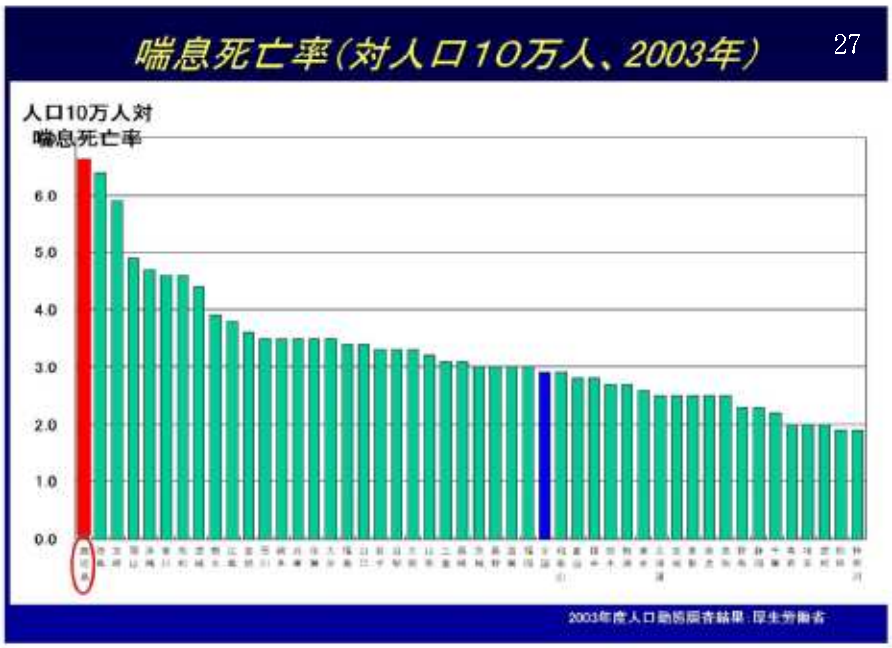
れが本当に毒みたいになってしまう。それも違うのです。本体が気道の炎症ということで、炎症を抑える薬を使わないと駄目ということなのです。それプラス、拡張剤を使うのは全然問題ないわけです。炎症を抑えたら収縮は起こらない。β２刺激薬、こういう拡張薬は要らなくなる。だから、β２刺激薬、拡張薬が必要な時というのは、炎症薬の不足なのです。そこを勘違いしている。

こういう組織がこう、収縮ですよ。粘液栓。ここに集まってきているのは、好酸球という炎症がありますね。



（スライド-28）

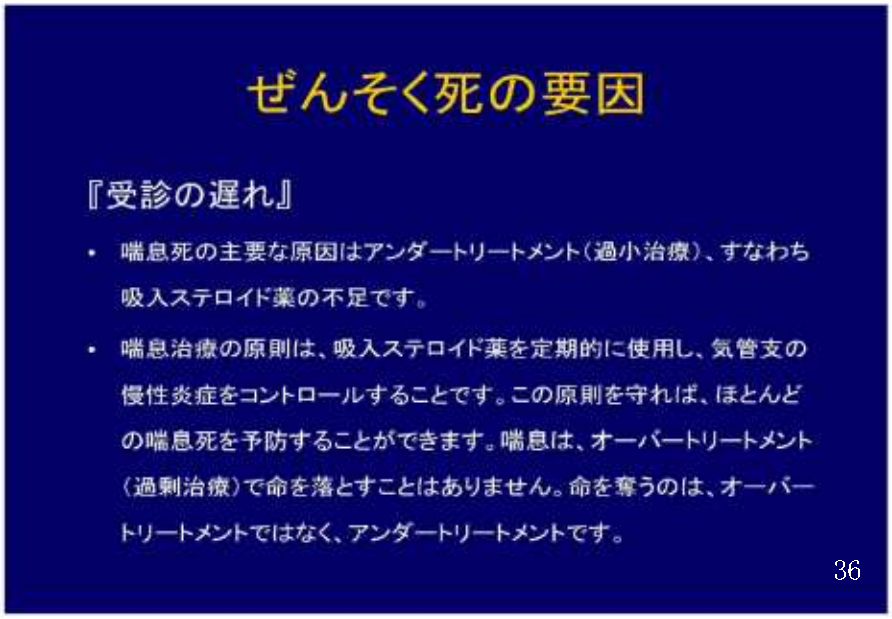
さっきのに戻りますけれども、これが、2003年度の時点での死亡。2003年で死亡が三千四百何例だったでしょうか。1995年で大体 7,000（人）。1995年に何が起こったか。阪神・淡路大震災。地震が起きたからぜん息でいっぱい死んだのではなくて、あの時、覚えてられるかどうか、インフルエンザが物すごい流行った。インフルエンザが流行る年というのは、ぜん息の死亡も増える。



（スライド-27）

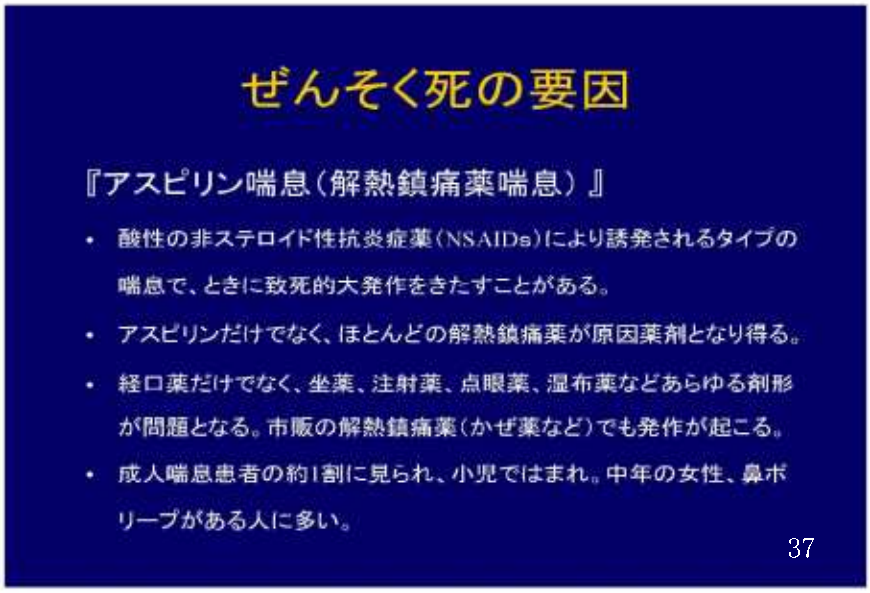
これは2003年で、そこから比べると半分以下になる。しかし喘息死亡率が高いのは、鹿児島、徳島、宮崎、岡山、沖縄、香川、高知、愛媛、熊本、広島、島根、これ、みんな西日本。大阪もここ。こっちはみんな東。ぜん息死に関しては西高東低。

なぜか。１つは、西日本にはぜん息、呼吸器疾患の専門医が圧倒的に少ない。うちの病院には今、レギュラーで来られている患者さんが 2,000（人）ちょっとです。 2,000人といったら、恐らく西日本で一番多い。患者の数では、日本でも恐らく３本の指に入ると思う。どこから来ているかといったら、山口、徳島、愛媛、島根、鳥取、そういうところから来ている。鹿児島も、呼吸器専門医、アレルギー専門医はほとんどいない。



（スライド-36）

ぜん息死の要因。これは受診の遅れ。ぜん息死の主な原因はアンダートリートメント、過小治療。すなわち、吸入ステロイド不足。これは間違いない。例えば、吸入ステロイド薬、この患者にフルタイドで 400μg必要であったと仮定する。その患者に 800μg1年間使っていた。それで何か起こりますか。ひょっとしたら、口腔内カンジダ症が出るかもしれない。しかし、命を落とすことは絶対ない。 400（μg）必要な患者に 200（μg）しか使わないから。フルタイドで 800（μg）というのはかなりの量です。一般の開業医の先生のところに来る患者さんで、そこまで必要な患者は恐らくいない。 200（μg）、 400（μg）だと思います。例えば 400μgを10年使って、まず何にも起こりません。うがいさえしていれば。 400μg、プレドニン５mg、10分の１以下。肺の中に入るのはその半分以下。うがいてして出してしまうから。だから安全に吸入できるということになります。



（スライド-37）

もう１つは、アスピリンぜん息。解熱鎮痛薬で起こるぜん息の内訳。まず、鼻が悪い人、最近においがわからなくなったというのは１つの目安ですね。子供にはアスピリンぜん息はほとんどない。要するに、後天的に獲得する病気です。成人になって、においがわからない。鼻茸がある。アスピリンぜん息の患者は、例えば、食用の着色料、黄色４号、黄色い粉、あれで起こします。インスタントカレーはみんな入っている。アスピリンぜん息のひどい人は、インスタントカレーを食べたら間違いなく起こす。本場のインドカレーは起こらない。にせか本物かすぐわかるということになります。

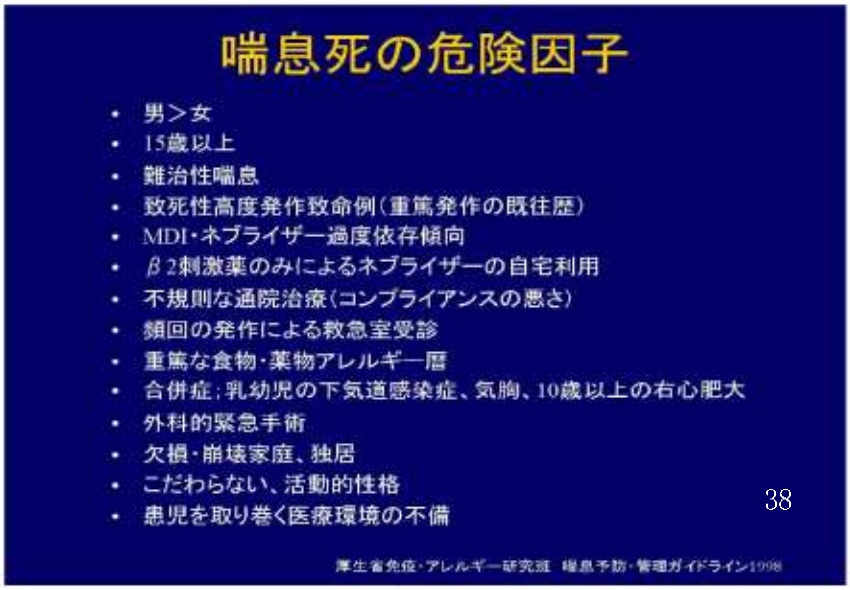
あとは、ぜん息の発作の時に使う静脈注射ステロイド、あれで発作が起きる。それは今、訴訟を起こしています。なぜ起こすか。ステロイドでは起こさない。あれ、水溶液でしょう。あれを水溶化するためにはリン酸エステルか、コハク酸エステルかにする。コハク酸エステルというのは、全例、アスピリン喘息の人はカビ。だから、コハク酸エステルといえば、タクシド、ソルコーゲン、ああいう薬をアスピリンぜん息の患者に急速静注をどーんとやると、大変なことになる。リン酸エステル型のものといえば、リンデロンとかデカドロン。だから、急性発作で飛び込んできた時に、問診もとれない、アスピリンぜん息かどうかわからない、そういう患者の場合は、リン酸エステル型のステ

ロイドを１時間以上かけて点滴静注するのが安全。これ、医者でも知らない人が大勢いる。現に今、それは訴訟を起こされている。

防腐剤、ビソルボンという去痰薬、あれ、吸入させたりするでしょう。あれ、アスピリンぜん息の患者に吸入させると悪くなります。そんな効く薬ではないから使いなさんな。ビソルボン吸入液は駄目。

蒸留水も駄目。浸透圧が低いものは駄目。だから、吸入させる場合、ベネトリンを希釈する場合何を使用するかというと、最低限生食で希釈して下さい。蒸留水でやったらとんでもない。蒸留水だと、物すごい気道に刺激物が入るから。ある病棟なんか、適当に蒸留水でぱあっとまぜて吸入させているところがある。とんでもない。そういうのもあります。これ、女性に多いのが特徴です。

だから、ＰＬ顆粒でももちろん。ＰＬ顆粒はアセトアミノフェンですね。それが50mg入っている。アセトアミノフェンも 500mg使うと起こす。50mgだから安全だけれども、中には、もっともっと非常に過敏な人もいるかもわからないので、使わない方が安全です。

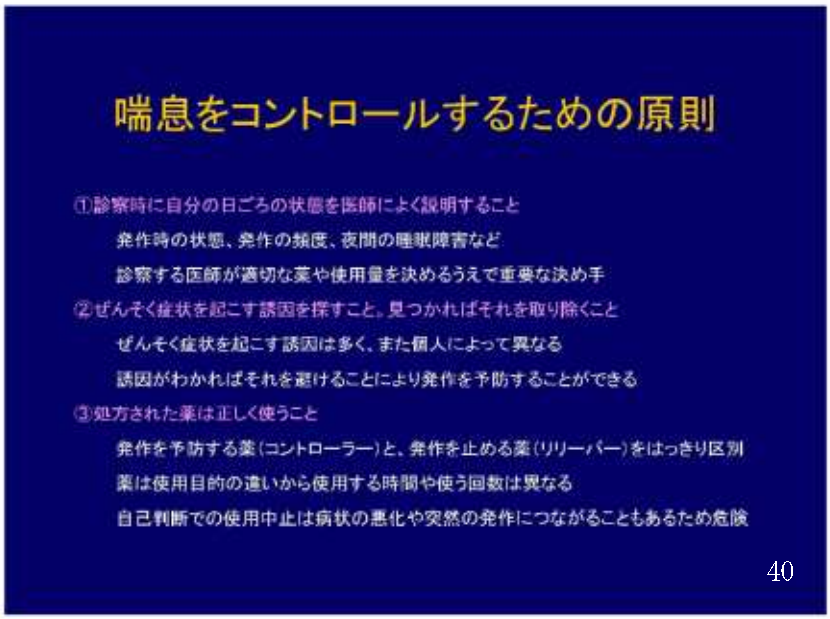


（スライド-38）

ぜん息死の危険因子。アスピリンぜん息は女性に多いと言いましたけれども、死ぬ人

は男の人に多い。大体30前後の独り者の男性に多い。独り者の男性がなぜ多いかといったら、きちっと薬やらないでしょう。タバコ吸う人多いでしょう。一回家出たら、布団敷きっぱなしでしょう。ダニを吸う。そういう人が圧倒的です。

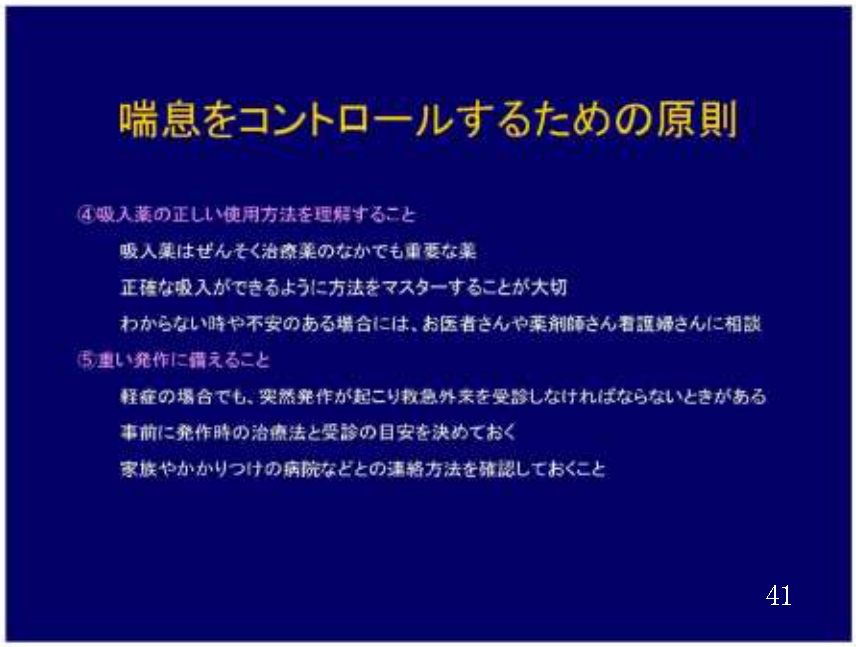
頻回の発作による救急室受診とか。不規則な通院。圧倒的に不規則な通院、コンプライアンスの悪さ。吸入ステロイドをきちっと吸っている人で、僕は今まで、ほかの施設でも死んだというのは余り聞かない。



（スライド-40）

診察時に自分の日ごろの状態を医師によく説明することがありますけれども、医者と患者はほとんど話をしてない。そういうアンケートをとると、実際何分ぐらい話ししますかといったら、１分が圧倒的に多い。そういうところでは、コメディカルの人がいかに威力を発揮するか。患者というのは医者にはちょっとしゃべりにくいみたいですね。

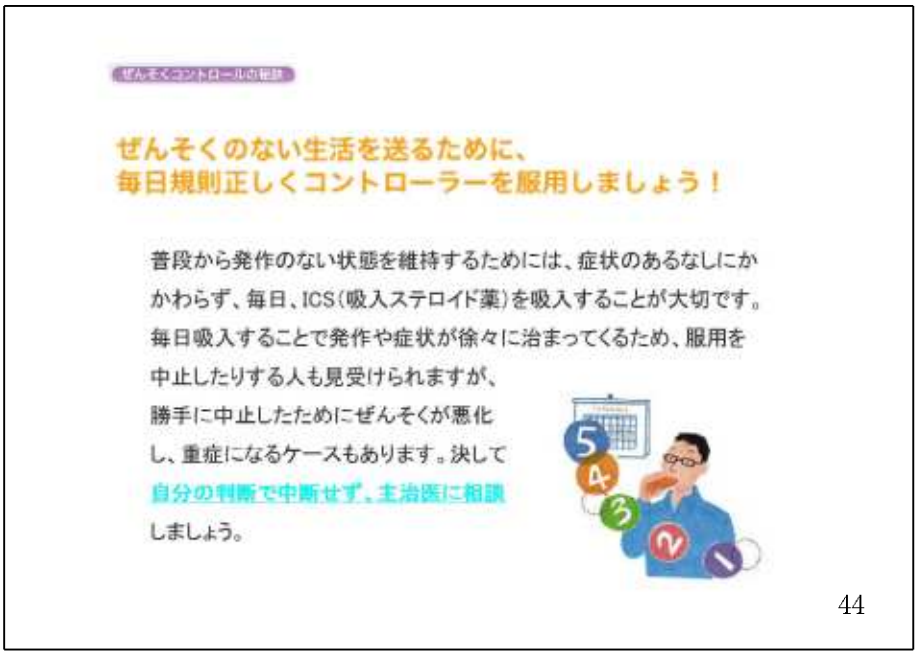
薬をきちっと使うということですよね。抗炎症薬を使うということ。



（スライド-41）

吸入薬の正しい使用方法を理解すること。これ、特に高齢者。高齢者は、最初に説明してちゃんと吸えているから、ずっとちゃんと吸えていると思ったら、大きな間違い。１年たったら、とんでもない吸い方をしている人が結構います。中には、うち（の病院）でもあったのは、キャップしたまま吸っていた。実際あるのですよ、本当に。だから、吸入ステロイドをある十分量出していて、調子が悪いというときは、僕は目の前で吸わせてみせる。本当に 400（μg）なら 400（μg）吸っているかどうか。まず吸えているか。キャップしたまま吸っている人がいるんです。それでずっと発作で、おかしいな、おかしいなと言っていたら、そういうことがあった。

重い発作に備えることとありますけれども、うちの施設では重症の人がどうしても多いので、大体フレドニゾロンだけ、体重あたり0.5mg/kg。60kgの人に30mg常時持ってもらっています。調子悪くなったら、それを飲んで来なさいと。道中何かあったらいかんですね。みんながみんな、救急車呼んで来ないから。ゲーゲー言いながら自分で運転して来る人がいるわけです。和歌山から山越えで。危ないものね、あれ。途中でうっとなったら……。実際そんなんして来る人がいる。だから、そういう時に飲んでもらう。ちょっとでも抑えながら。それを飲んだらすぐ来なさいと。



（スライド-44）

ぜん息のない生活を送るために、コントローラーを服用しましょうとありますけれども、ぜん息というのは、とにかく、通常の生活ができないと駄目なのですよ。昔は、子供でも、ぜん息があるから体育は見学ですと。あれは絶対間違い。ぜん息であっても、ちゃんと治療すれば普通の生活ができるわけです。全く普通の生活ね。

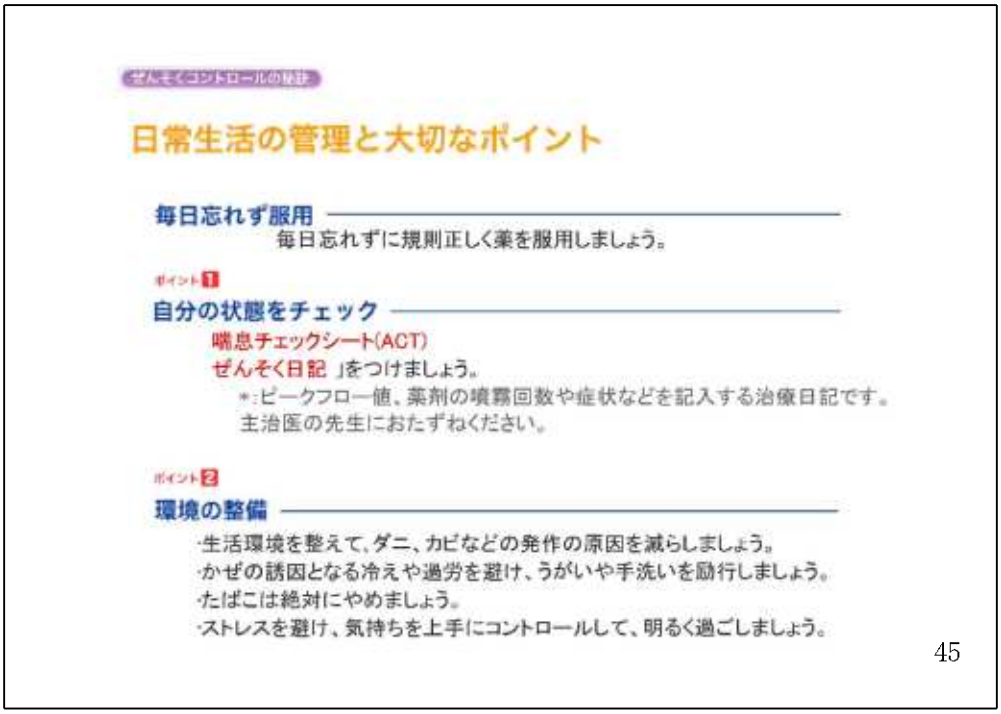
子供に多い、運動誘発ぜん息。ちょっと冷気を吸うと、当然 100倍過敏だから、冷気でも起こるわけです。ウインタースポーツにこたえるわけです。だけど、清水宏保、この間ちょっとコマーシャルやっていたでしょう。トリノオリンピック、グラクソのコマーシャル、実は、彼は金メダル取れるというあれであのコマーシャルを作った。そうしたら、もっとインパクトあったわけです。金メダルでばーんと出て。ぜん息でも金メダルとれますみたいな感じで。薬の名前は出してませんけれども、ここへアクセスしてくださいと。そうすると、薬の名前がだあっと出てくる。彼は昔からぜん息で、フルタイドとセレベント、あの２つを使って登録してある。しかしドーピングに引っかかりました。彼はそれでずっときている。コントロールすれば、トップアスリートにも十分なれるわけね。だから、普通でないと駄目。そこをちゃんと理解させる。

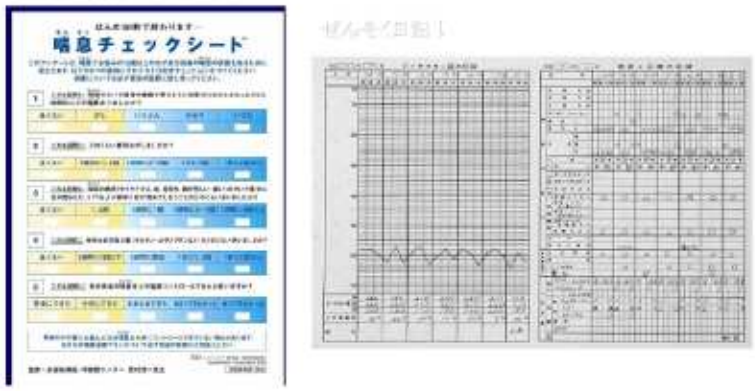
自分の判断で中断せず、主治医に相談しましょうと。実は、だれも相談しません。医者の講演会でも、吸入ステロイドをいかに減らすか、こういう薬を使いながら減らした

らいいのと違うかと。そんなもの、どうでもいいじゃないか。患者が勝手に減らすのだから。

そんなことよりも、吸わすことに精力使いましょうと僕はいう。絶対余ったらいいますよ。あるときに。最初は言わない。１本や２本余った位では言わない。そのうちに、「余ってないか」と、こちらが誘い水をかけてみると、「うーん、ちょっと」といったときは、もう10本以上余っている。それが普通なんですよ。あんな邪魔くさいこと、実際はやりにくいですよ。朝、晩きちっと。症状がなくなったら、どうしても……。

吸入ステロイドというのは、例えば、調子が良くなって、完全にコントロールできた場合、１週間や２週間吸わなくても発作は出ない。抗炎症作用が持続しているから。長い人は大体６ヵ月。だからみんな止めちゃう。血圧の薬は１日止めたら上がる。そこがちょっと違いますね。もう大丈夫だと思うのですね。ああ、忘れたと思っても、何もない。これ止められるのと違うかと思って、２～３日たって、ああ、大丈夫、大丈夫。そのうちに完全に忘れる。それが実情。





46

（スライド-45.46）

後でまた説明しますけども、チェックシート、ＡＣＴシート（Asthma Control Test）という簡単なもの。我々の施設ではピークフローメーターもちゃんとつけて、肺機能、きちっとデータをとって、それがいかに気道に反映してどうのこうのと、そういうデータを出す病院ですから。だから、すべての検査を出して、どの辺が妥当かというのを出しているわけです。一般の先生が、ピークフローとって肺機能、できるわけがない、患者みんな逃げていってしまう。同じように、これしなさい、しなさいでは、普及するわけがない。だから、いかに簡単にできるか。本当に簡単なものをもってきて、ピークフロー、肺機能とどれだけ相関するか出したのです。後で出ます。そうしたら、もうこういうのはつけないでいいわけです。こういうチェックシート、もう30秒です。

（スライド-47）

とにかく、かかりつけ医、ドクターをちゃんと見つけること。中には、こっち行ったり、あっち行ったりする人いるのですね。みんな言うことが違って、もう訳わからなくなって。それは決して良くない。もちろん、相性というのはありますからね。薬も相性がある。医者とも相性がある。ちゃんと相性を合わせて選んだら良い。みんな、ここの医者名医だからといって、そこへ行く必要はない。吸入ステロイドもそうなのです。いろんな種類がある。自分がどっち吸い易いか。医者側の好みでやったら駄目。患者が、こっちがいい、こっちだったら続けられそうだ、というものを出せばいい。

ぜんそく治療を十分に理解し、
目標へ向かって
上手にぜんそくを
コントロールしましょう。

48

ぜんそく治療の目標は？

49

ぜんそく治療の目標は？

ぜんそく治療の目標は、健康な人と変わらない生活

ぜんそく治療の目標は、ぜんそくをきちんとコントロールし、
健康な人と変わらない生活が送れるようになることです。
ぜんそく治療のガイドライン*では、治療の目標が示されている
ので、今の自分の状態と比べてみてください。
きちんと治療すれば健康な人と変わらない生活が待っている
ことを知っておきましょう。

*ガイドライン：専門医によって学問的なデータにもとづいて作成された、喘息の治療や管理・予防に関する目標が書かれている。担当医は、これを参考にして、個々の患者さんに最適な治療を行うことを推奨している。

50

ぜんそく治療の目標

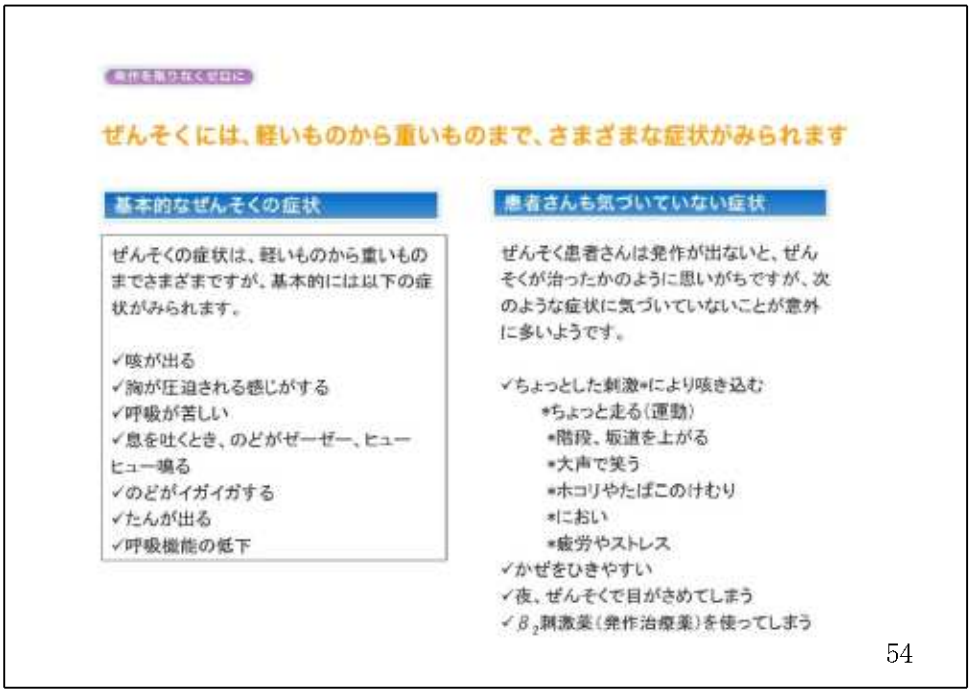
- 夜間症状を含めて慢性症状がほとんど(できれば全く)ない
- ぜんそく発作がほとんど(稀にしか)発生しない
- 救急外来を受診することがない
- β_2刺激薬(発作治療薬)の頓用をほとんど(できれば全く)必要としない
- 運動を含めて活動に対する制限がない
- ピークフロー値*の日内変動が20%未満である
- ピークフロー値*が正常(ほぼ正常)である
- 薬剤の副作用がほとんど(または全く)ない

*気道の空気の流れを測定した値で、自宅で器具を利用して簡単に測れる。
Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention
NHLBI Workshop; GINA〈2002〉日本語版、牧野荘平、大田健監修

51

（スライド-48～51）

ぜん息治療の目標は、健康な人と変わらない生活。症状が出たら駄目。細かいことはいいです。だから、常にコントロールさえすれば、全く普通の人と変わらない。これを強調したい。



（スライド-53.54）

こういう症状があったら駄目なんですよ。１ヵ月１回休みだとか、学校で体育休んだとか、これはもう全く駄目。ちょっとした刺激により咳き込むとか。咳だけで始まる、咳ぜん息というのがありますから。ゼーゼー、ヒューヒュー言わない。これは恐らくぜん息の始まりだと思います。風邪引いたときに、風邪が治ったんだけれども、咳だけな

んか続いているという人、いるでしょう。その人が、もしや鼻のアレルギー持っているとか、花粉症があるとか、その場合はぜん息である可能性が非常に高い。

そういう人の場合、例えば、咳止めの薬を使うのではなくて、気管支を広げる薬（気管支拡張薬）を１回吸わせてみる。それで咳がすっと治まるなら、これ、収縮による咳。そうしたら、ぜん息である可能性は非常に高い。その場合は、気管支拡張薬のみで治療を進めるのではなく、その場合は専門医のところに送って、本当にぜん息かどうか、確定診断をつけるか、あるいは通常の喘息治療を行う。

この疲労やストレス。ストレスかかったら、人間はほとんどが睡眠不足になる。過労、ストレス、それで体が調子悪いという時は、間違いなく睡眠不足。睡眠時間が物すごく短くなっている。これは絶対悪い。ストレスのかかってない人間はいませんからね。

（スライド-55）

ぜん息の治療は、「発作を抑える」から、「発作を出さない」。予防です。