

日本医師会雑誌 第137巻・特別号(2)

生涯教育シリーズ—75

THE JOURNAL OF THE JAPAN MEDICAL ASSOCIATION

呼吸器疾患 診療マニュアル

監修・編集

工藤翔二

編集

相澤久道／大田 健／川崎一輝／弦間昭彦／酒井文和

中田紘一郎／永武 毅／貫和敏博



日本医師会

監修・編集・執筆者紹介

監修・編集



工藤 翔二 くどう しょうじ
複十字病院院長／日本医科大学名誉教授

編集 (50音順)



相澤 久道 あいざわ ひさみち
久留米大学医学部内科学講座呼吸器・神経・
膠原病内科部門主任教授



酒井 文和 さかい ふみかず
埼玉医科大学国際医療センター画像診断科教授



大田 健 おおた けん
帝京大学医学部内科学講座呼吸器・アレルギー
学教授



中田 紘一郎 なかた こういちろう
中田クリニック院長



川崎 一輝 かわさき かずてる
国立成育医療センター第一専門診療部呼吸器
科医長



永武 毅 ながたけ つよし
桜みちクリニック院長



弦間 昭彦 げんま あきひこ
日本医科大学内科学講座呼吸器・感染・腫瘍
部門主任教授



貫和 敏博 ぬきわ としひろ
東北大学大学院医学系研究科呼吸器病態学
分野教授

執筆 (執筆順)

清家 正博 せいけ まさひろ
日本医科大学内科学講座呼吸器・感染・腫瘍部門講師

高瀬 真人 たかせ まさと
日本医科大学多摩永山病院小児科講師

村田 朗 むらた あきら
御茶ノ水呼吸ケアクリニック院長

梅原 実 うめはら みのる
うめはらこどもクリニック院長

芦澤 和人 あしざわ かずと
長崎大学医学部・歯学部附属病院がん診療センターセンター長

望月 博之 もちづき ひろゆき
群馬大学大学院医学系研究科小児科学准教授

杉山 幸比古 すぎやま ゆきひこ
自治医科大学内科学講座呼吸器内科学部門教授

掛屋 弘 かけや ひろし
長崎大学医学部・歯学部附属病院感染免疫学講座(第二内科)講師

河野 茂 こうの しげる
長崎大学医学部長／大学院医薬学総合研究科感染免疫学講座教授

藤田 次郎 ふじた じろう
琉球大学医学部感染病態制御学講座教授

宮本 京介 みやもと けいすけ
慶應義塾大学医学部呼吸器内科助教

石坂 彰敏 いしざか あきとし
慶應義塾大学医学部呼吸器内科教授

木村 弘 きむら ひろし
奈良県立医科大学呼吸器・血液内科教授

井上 壽茂 いのうえ とししげ
住友病院小児科診療主任部長

患者の訴えと問診からどう迫るか

中田 紘一郎

呼吸器症状を訴えて外来を受診する患者の診察に当たり、どのような点に注目して問診し、診断を進めるかについて解説する。本稿では一般診療で主訴として頻度の高い咳嗽、喀痰、労作時息切れの3つの呼吸器症状からアプローチする。

咳嗽

咳嗽を訴える患者の問診に当たっては発症と経過が急性か慢性か、喀痰を伴うか否か、喀痰の性状はどうか、随伴症状（咽頭痛、発熱、鼻汁、喘鳴、呼吸困難）、誘因（気温・気圧の変化、会話、運動、飲食、ストレス）、好発時期（日内変動、季節性）を確認する。また、喫煙歴、アレルギー性疾患の既往歴、粉じん吸入歴、ペット飼育歴、家族歴の聴取も重要である。

「咳嗽に関するガイドライン」では持続期間により、発症後3週間以内の急性咳嗽、3～8週間の遷延性咳嗽、8週間以上の慢性咳嗽に分類している。

1. 急性咳嗽

急性咳嗽で最も頻度の高いのはかぜ症候群である。発熱、咽頭痛、鼻閉、鼻汁、関節痛を随伴することが多く、問診と身体所見のみで診断は容易である。急性の咳嗽、喀痰と高熱が持続し胸部聴診で断続性ラ音を聴取する場合は肺炎が疑われる。胸部単純X線写真で浸潤影を認め、白血球増多、CRP上昇など炎症所見があれば診断は確定する。マイコプラズマ肺炎やクラミジア肺炎では頑固な乾性咳嗽が続き、聴診所見やX線所見が乏しく診断が困難なこともあるので、注意を要する。また、嘔気を伴うような激しい咳嗽が続き胸部筋肉痛や肋骨骨折を

伴う場合は百日咳を疑う。発作性の喘鳴や呼吸困難を伴う咳嗽では気管支喘息を疑う。

2. 遷延性咳嗽、慢性咳嗽

わが国では慢性咳嗽の3大原因は咳喘息、アトピー性咳嗽、副鼻腔気管支症候群とされている。咳喘息とアトピー性咳嗽の症状には、①喀痰を伴わない乾性咳嗽、②会話、エアコンの冷氣、タバコの煙、線香、香水などが刺激となって咳嗽が誘発される、③咳嗽は夜間や早朝に頻発することが多い、④アトピー素因の存在、などの特徴があるので、問診に際してこれらのポイントを確認することが大切である。ただし、症状のみでこれら2疾患を鑑別することはできない。咳喘息では気管支拡張薬が有効で、アトピー性咳嗽ではヒスタミンH₁受容体拮抗薬に鎮咳効果が認められるので、診断的治療を行い鑑別する。

喀痰

喀痰は呼吸器疾患のありふれた症状の1つであり、喀痰を生じる疾患は、呼吸器感染症、COPD、肺癌、循環器疾患など多岐にわたる。これらの疾患から生じる喀痰はその発生機序によって色、性状、量などが異なるので、これらに関する問診は病態の解析および治療上極めて重要である。

1. 喀痰の色

無色透明痰は毛細血管からの漏出や気管支腺からの過分泌によるもので、気管支喘息や肺水腫で見られる。黄色痰は、細菌感染が加わり好中球など多くの細胞成分が混じて黄色の膿性痰となったものである。血痰は、気道や肺の出血によって生じる血液を混じた痰である。点状や線状に血液を混

じたり全体が血液で占められたり、出血量によってさまざまである。

2. 喀痰の性状

泡沫性痰、漿液性痰、粘液性痰、膿性痰に分けられる。

3. 喀痰を生じる疾患の鑑別

● 感染性呼吸器疾患

肺炎の痰は粘液性膿性を呈し、一般に量は少ない。時に血液が混じることがあるが一過性で量も少ない。肺膿瘍では肺組織の壊死のため多量の膿性痰を喀出し、強い腐敗臭を伴う。肺真菌症では血痰を生じることが多く、時に大量の咯血を見る。気管支拡張症の痰量は拡張の程度によりさまざまであるがインフルエンザ菌や緑膿菌が原因菌となって膿性痰を生じ、血痰の頻度も高い。膿胸では気管支胸膜瘻を形成すると、膿胸腔に貯留した膿が大量に喀出される。嫌気性菌が原因菌となることが多く、強い悪臭を伴う。

● COPD

COPDでは痰は必発ではない。少量の痰が見られることがあるが、少量の痰でもそれを喀出するために強い呼吸困難が生じる。

● 気管支喘息

夜間から早朝にかけての咳き込みを伴う喀痰が特徴的である。痰は唾液様の漿液性で泡沫を伴い、発作の程度が強くなると量が増加するが、重篤な大発作では気管支内の分泌物は粘液栓を形成して痰は喀出されなくなる。

● 肺癌

末梢型肺癌では喀痰を伴うことはほとんどないが、中枢型の扁平上皮癌や小細胞癌では血痰を伴うことが多い。また、細気管支肺胞上皮癌では大量の漿液性痰を認めることがある。

● 循環器疾患

肺水腫では、喘鳴や呼吸困難を伴い泡沫性漿液性痰を喀出し、血液を混じて鮮紅色

を帯びることもある。肺梗塞では呼吸困難や胸痛を伴い、血痰を喀出することがある。

労作時息切れ

労作時息切れを訴える患者の大半は呼吸器疾患や心疾患で占められているが、その他、血液疾患や神経疾患によっても労作時息切れが生じる。

1. 息切れの起こり方

発熱、咳、喀痰、胸痛など、なんらかの前駆症状があつてから比較的短時日のうちに息切れを生じるものとして細菌性肺炎、過敏性肺炎、気胸、胸膜炎などがある。

一方、COPD、特発性間質性肺炎、肺結核後遺症などは徐々に労作時息切れが出現する。これらの疾患では安静時に息切れを自覚することは少ないが、歩行や階段昇降などの運動負荷が加わると息切れが生じる。

2. 随伴症状

息切れに先行あるいは随伴する症状についての問診は鑑別診断をする上で重要である。

胸痛は心筋梗塞、肺血栓塞栓症、胸膜炎、気胸など、血痰は肺水腫、気管支拡張症、肺癌など、喘鳴は気管支喘息、COPD、びまん性汎細気管支炎、肺水腫など、浮腫は各種肺疾患に基づく右心不全、心疾患、腎疾患など、ばち指は特発性肺線維症などが考えられる。

3. 発症までの背景因子

既往歴、喫煙歴、職業歴、住宅環境、ペット飼育などについての問診は必須である。既往歴として膠原病、肺結核、神経疾患などがあれば息切れを直接説明し得る場合があり、また、高血圧、心筋症、心筋梗塞、弁膜疾患などの既往歴があれば、それによる左心不全が疑われる。また、環境の変化によって息切れが軽快したり増悪したりする場合は過敏性肺炎が考えられる。ペット飼育についての問診も重要で、鳥類飼育はオウム病や過敏性肺炎の診断に結びつく。