

中田 紘一郎先生に聞く

COPD —早期発見と急性増悪防止— のキーポイント

「COPD」という疾患概念は既に1963年にバローズ(米)フレッチャー(英)らによって提起されています。その後さまざまな議論の結果、2001年にはGOLD(Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease)が発足、ガイドラインを発表して国際的に統一した考え方がほぼ確立されました。(2006年に改訂)

このCOPDを臨床の場でどのように取り扱うべきなのか、そのキーポイントを中田紘一郎先生に伺いました。



中田 紘一郎(中田クリニック院長)

従来日本の医療の中では、COPDに相当する疾患を「肺気腫」「慢性気管支炎」「末梢気道病変(細気管支炎)」などとして捉えてきました。このような従来の考え方とCOPDとはどのように関係するのでしょうか。

GOLDの“COPD”という提言の根底には、挙げられた三つの病態が別々にあるのではなく、関連し合っ「気流の制限」を引き起こしている、という考え方があります。つまり、気流制限の原因となる気道炎症は中枢から末梢までいろいろな部位に起こり得るのです。そして、炎症の原因のほとんどは喫煙である、と考えられています。

最近特にCOPDが注目されている理由の一つは、罹患者が非常に多く、しかもその大部分が治療を受けず放置されているということが疫学調査で明らかになってきたことです。日本人の調査は福地先生らのNICEスタディがありますが、罹患者530万人、その中で医療を受けている人はわずか34万人と報告されています。

未治療の患者さんを適切な医学管理下におくためには、早期発見と診断が大切であると思いますが、そのポイントはどのようなものなのでしょうか。

この疾患の発症リスクファクターの第一は喫煙です。教科書的にはそれ以外にも大気汚染やオキシダントなどが挙げられていますが、臨床の場の実感ではほとんど例外なく喫煙が関係しています。40歳以上の喫煙者が、慢性的な咳、痰、体動時の息切れなどを訴えたら、まずCOPDを疑うべきです。息切れで注意すべきは、かなり重症になっても安静時にはあまり息切れを感じませんが、わずかの体動でも息切れを感じるという特徴があることです。

このような訴えからCOPDを疑った場合は、スパイログラム検査を行います。もちろん、一般的な問診、単純X線写真などで感染症や循環器疾患などを除外する必要がありますが、その上でスパイログラムによって閉塞性障害が認められれば、COPDと診断してよいと思います。

逆に、単純X線写真は除外診断には有用でも積極的診断にはあまり有用とはいえません。かなり重症にならないと画像の変化は出てきませんので、単純X線写真で所見が無くてもCOPDを否定はできません。診断が難しい例にはCTが有用です。

COPDの管理と急性増悪の治療についてはどのようなことが考えられるのでしょうか。

COPDは年単位で徐々に進む病気ですが、既に破壊された肺組織を復元することはできません。従っ

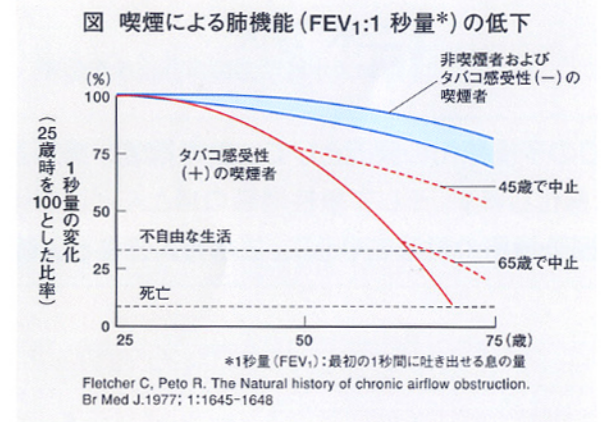
て、適切な管理によって進行を抑え、生命予後だけでなく生活予後、健全な社会生活を長く保たせるというのが、基本的な治療方針です。

禁煙がすべての治療に優先します。肺機能は喫煙していない人でも加齢とともに徐々に低下していきます。通常はその下がり方はゆっくりで、ヒトの平均寿命を超える十分な余裕があります。ところが喫煙に起因するCOPDは肺機能の低下を著しく加速します。平均余命のはるか手前で社会生活を不可能にし、さらには生命を尽きさせるのです。

ただ、禁煙すればその時点から機能の急速な悪化は抑止される、というエビデンスがあります。従って、喫煙者にはできるだけ早く禁煙させ、肺機能低下のスピードを減弱させれば、生活予後、生命予後が改善され、寿命を延ばすことができるのです。(図)

また、長く緩やかな経過の中で、急に肺機能を低下させ、予後を著しく縮めるのが急性増悪です。この急性増悪の原因のほとんどが感染であることが明らかになっており、この感染を防止することが、COPD管理の最も大切なポイントです。

そしてCOPDの患者さんは高齢者が多く、低栄養で体力が落ちている方が多いという事実から、最近では食事(栄養)、運動などへの配慮も強調されてきています。また、高齢者では誤嚥による肺感染のリスクが高くなります。誤嚥性肺炎の防止と治療も重要なポイントになるでしょう。



感染による急性増悪の予防と治療について具体的なポイントは何でしょうか。

急性増悪の実態については本誌3-6頁で二木先生と山谷先生が対談されていますのでご参照ください。ウイルス感染が細菌感染のトリガーとなること、細菌感染の原因菌のほとんどがいわゆる肺炎の三大原因菌(肺炎球菌、インフルエンザ菌、モラクセラ・カタラーリス)であるということなど記憶すべき点だと思います。また、高齢者の急性増悪防止については7-8頁に寺本先生が述べられていますのでご参照ください。

感染の予防に関しては、細菌感染に対してマクロライドが有効であるという事実が1980年代以降のびまん性汎細気管支炎の治療で実証されています。マクロライドにはライノウイルス抑制効果¹⁾や気道の過分泌抑制効果も報告²⁾されています。また、マクロライドがCOPD患者の風邪と急性増悪の頻度を減少させるという重要な報告³⁾もあります。

急性増悪に対しては外来レベルなら、上記の原因菌を想定し、ペニシリン系薬の高用量やレスピラトリーキノロンが用いられると思います。

また最近では長時間作用型気管支拡張薬(抗コリン薬、β₂-刺激薬)が慢性期の管理にも急性期にも有用であることが実証されています。症状を寛解し、従来「不治の病」といった暗いイメージに囚われがちだった患者さんの想いを明るい方向に向かわせ、治療への意欲を取り戻させる効果も得られています。

今後COPDの医療はどのような方向に向かうべきでしょうか。

最初に触れたようにこの疾患は数百万の潜在患者が存在すると考えられ、そのような状況を前提として医療を考えなければなりません。そこで、早期発見と、適切な生活指導やマクロライド少量長期療法などによって急性増悪を防止し、患者さんの社会生活を維持しながらCOPDをコントロールしていく必要があり、またそれが可能な時代になったと思います。早期、積極的な診断と医療介入が求められます。

[参考文献]

- 1) 日本臨床, Vol.65 No4:736,2007
- 2) Therapeutic Res, vol.19, No4:1257,1998
- 3) 化学療法の領域, vol.19, No4:666,2003