

座長のコメント（講演要旨）

福井大学医学系部門内科学（3）分野 石塚 全

令和3年8月7日に開催された福井県内科医会学術講演会の特別講演2では国立病院機構七尾病院 名誉院長 藤村政樹 先生に「慢性咳嗽診療の進歩」についてご講演を賜った。藤村先生は咳嗽研究における日本の第一人者であり、日本咳嗽学会の設立時理事長を務められた先生である。本講演では先生が七尾病院、金沢大学を中心に行ってきた膨大な臨床研究データを基に、慢性咳嗽診療に関する先生の最先端のお考えをご教示いただいた。

先生の調査によれば、日本の全人口の10%の人が咳を自覚しており、そのうちの20%、すなわち2%の人が慢性咳嗽患者であるが、治療をあきらめている人も多い。これまでの慢性咳嗽の診断は治療効果判定に基づく治療的診断であったため、診断の客観性に乏しく、結果として診断のために患者にとって効果がない治療を受けなければならない場合も想定された。藤村先生の研究グループでは慢性咳嗽の診断的治療に基づく診断ではなく、病態的診断を行ってきた。先生が提唱され、世界的にも認知されているアトピー咳嗽は気管から太い気管支における好酸球性炎症であり、一方、咳喘息は中枢から末梢気道に及ぶ好酸球性炎症である。この2疾患は慢性咳嗽の原因として最も重要であるが、似て非なる疾患である。アトピー咳嗽は咳受容体感受性の亢進（上皮咳過敏症）、咳喘息は気管支平滑筋収縮に対する咳反応性の亢進（平滑筋咳過敏症）によって咳を生ずる疾患といえる。カプサイシン咳試験（カプサイシン吸入により咳を誘発する濃度を調べる試験）とメサコリン咳試験（メサコリンにより弱い気管支平滑筋収縮を起こすことで咳を誘発する試験）を行い、メサコリン咳試験が陽性ならば咳喘息、カプサイシン咳試験が陽性ならばアトピー咳嗽と診断される。欧米では咳喘息は気道過敏性が亢進していることが条件となるが、先生の咳喘息診断では気道過敏性亢進を必須としない。慢性咳嗽をきたす疾患として、咳喘息、アトピー咳嗽のほかに、典型的な喘息、副鼻腔気管支症候群、胃食道逆流症が挙げられるが、胃食道逆流症は単独で慢性咳嗽の原因になることは少ない。また、これらの疾患を複数合併することもあり、例えばアトピー咳嗽+咳喘息のように診断される。先生の病態的診断に基づく診断成功率は99.0%、治療成功率は97.3%であった。

具体的な治療薬として、アトピー咳嗽にはカルボシステイン、アゼラスチン、粒子の大きいフルチカゾンドライパウダー吸入の併用による導入治療、咳喘息

ではカルボシステイン、モンテルカスト、ブデソニド/ホルモテロール配合剤吸入、クレンプテロールの併用による導入治療が推奨される。

最後に藤村先生の提唱する新たな疾患概念として、小気管支粘液栓形成症候群についてご説明いただいた。この症候群は副鼻腔気管支症候群とは異なり、マクロライド療法が無効で、アレルギー性気管支肺真菌症に類似しているが、真菌が同定されない点が異なるとのことであった。今後、この症候群に関する臨床研究の進展が期待される。

現在、藤村先生を中心に日本咳嗽学会では咳嗽に関するガイドラインを作成、出版予定であり、私も日本喘息学会の会員として拝読するのが楽しみである。