

第10回

# 日本咳嗽研究会 in 金沢 プログラム

日時：2008年11月1日(土)  
15:00～19:00

場所：金沢市アートホール  
金沢市本町2-15-1 (ポルテ金沢6階)  
TEL:076-224-1660

参加費：1000円

代表世話人：藤村政樹 (金沢大学大学院 細胞移植学呼吸器内科)

当番世話人：小川晴彦 (石川県済生会金沢病院 呼吸器内科)

共 催：日本咳嗽研究会 / エーザイ株式会社

## 日本咳嗽研究会の歩み

---

第一回	1999.10.23	東京	経団連会館	藤村政樹 (金沢大学)
第二回	2000.10.7	大阪	ホテルグランヴィア大阪	新実彰男 (京都大学)
第三回	2001.10.6	名古屋	エーザイ東海サポートセンター	内藤健晴 (藤田保健衛生大学)
第四回	2002.10.5	東京	エーザイ別館	内田義之 (筑波大学)
第五回	2003.10.4	新潟	ホテル日航新潟	藤森勝也 (新潟県立加茂病院)
第六回	2004.10.9	札幌	アートホテルズ札幌	田中裕士 (札幌医科大学)
第七回	2005.10.8	秋田	さとみ温泉 コンベンションホール泰山	塩谷隆信 (秋田大学)
第八回	2006.10.14	神戸	新神戸オリエンタルホテル	石田春彦 (前 神戸大学大学院 耳鼻咽喉・頭頸部外科、谷口耳鼻咽喉科)
第九回	2007.11.10	大阪	大阪国際会議場	東田有智 (近畿大学)
第十回	2008.11.1	金沢	金沢市アートホール	小川晴彦 (石川県済生会金沢病院)

---

# プログラム

15:00~15:10 〈開会の挨拶にかえて〉

座長 石川県済生会金沢病院 呼吸器内科 小川 晴彦 先生

— 日本咳嗽研究会10年の歩み — ..... 4

日本咳嗽研究会 代表世話人 金沢大学大学院 細胞移植学呼吸器内科 藤村 政樹 先生

〈一般演題〉 15:10~16:10 (発表5分、討論5分)

座長 石川県立中央病院 呼吸器内科 西 耕一 先生

1 「咳喘息患者に対する抗ロイコトリエン薬と長時間作用型 $\beta_2$ 刺激薬の効果比較」 ..... 5

東京女子医科大学第一内科 横堀 直子 先生

2 「マイコプラズマ感染症による咳嗽が遷延する機序解明へのアプローチ」 ..... 6

— 遷延咳嗽抑制に有用な鎮咳薬の検討 —

城西国際大学薬学部薬理学講座 渡邊 直人 先生

3 「咳喘息患者のimpulse oscillometry (IOS) 所見と健康関連QOL:  
軽症喘息患者との比較検討」 ..... 7

京都大学医学部 呼吸器内科 竹田 知史 先生

座長 神戸大学大学院医学系研究科呼吸器内科学 西村 善博 先生

4 「慢性咳嗽患者および健常人におけるメサコリン誘発咳嗽の検討」 ..... 8

金沢大学大学院 細胞移植学呼吸器内科 大倉 徳幸 先生

5 「慢性咳嗽で発症したブロンコレアの一例」 ..... 9

半蔵門病院アレルギー呼吸器内科 小柳 久美子 先生

6 「通年性アレルギー性鼻炎患者の後鼻漏と咳嗽」 ..... 10

藤田保健衛生大学医学部 耳鼻咽喉科 長島 圭士郎 先生

〈休 憩〉 16:10~16:20

〈Annual Review; Chronic cough up to date 2008〉 16:20~17:00

座長 熊本大学大学院医学薬学研究部環境分子保健学分野 高濱 和夫 先生

基礎 ..... 11

星薬科大学薬学部 薬物治療学教室 亀井 淳三 先生

座長 三重大学医学部 呼吸器内科 田口 修 先生

臨床 ..... 12

秋田大学医学部 保健学科 塩谷 隆信 先生

〈休 憩〉 17:00~17:10

<PRO&CON> 17:10~18:50

テーマ 慢性咳嗽の診断治療は的確に行われているか

1. ACは慢性咳嗽の診断治療に重要な疾患概念か？

座長 新潟県立柿崎病院 内科 藤森 勝也 先生

PRO . . . . . 13

富山市民病院 呼吸器内科 石浦 嘉久 先生

CON . . . . . 14

京都大学医学部 呼吸器内科 新実 彰男 先生

2. PNDSは慢性咳嗽の診断治療に重要な疾患概念か？

座長 藤田保健衛生大学医学部 耳鼻咽喉科 内藤 健晴 先生

PRO . . . . . 15

兵庫県立加古川病院 耳鼻咽喉科 阪本 浩一 先生

CON . . . . . 16

福井大学医学部 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 山田 武千代 先生

<閉会の挨拶にかえて> 18:50~19:00

座長 国立病院機構相模原病院副院長 臨床研究センター長 秋山 一男 先生

—アレルギー性気道疾患における環境真菌の重要性— . . . . . 17

第10回日本咳嗽研究会当番世話人 石川県済生会金沢病院 呼吸器内科 小川 晴彦 先生

\*会終了後情報交換会を準備いたしております。(会場：ホテル日航金沢 4階 鶴の間)

## (開会の挨拶にかえて) —日本咳嗽研究会10年の歩み—

金沢大学大学院 細胞移植学呼吸器内科 藤村政樹

日本咳嗽研究会は、第一回を1999.10.23に東京経団連会館で開催しましたが、今回、第10回を金沢で開催することになりました。「慢性咳嗽とその原因疾患」に対する考え方は、第一回の頃は参加者それぞれの経験と論文の読み方によってバラバラでしたが、本研究会の討論を通して基本的な土台が出来上がり、本研究会のコンセンサスレポートとして「慢性咳嗽の診断と治療に関する指針」を2001年に発刊し、2005年の日本呼吸器学会「咳嗽に関するガイドライン」発刊に繋がりました。このように本研究会の10年は、日本における慢性咳嗽の原因疾患に関する共通概念の確立にあったと思いますが、まだまだ達成できたとは言えません。現在の診断は「治療的診断」に基づいていますが、誰もが強い印象をもっている「著効症例」に執着してしまうと、治療抵抗性や難治性の症例を見失うこととなります。全世界的に「解剖学的診断」や「治療的診断」が推奨されていますが、他の領域がそうであるように、私たちは「病態学的診断」を、さらには「原因的診断」を目指さなければなりません。節目の第10回を迎えた本研究会は、まさに「最新のレビュー」と「問題点に関するPro and Con」を取り入れ、今後5～10年の発展を期する目的をもって企画されました。「咳の診療」、「咳の研究」に興味ある多数の医療者、研究者の参加をお待ちしています。

## 咳喘息患者に対する抗ロイコトリエン薬と長時間作用型 $\beta_2$ 刺激薬の効果比較

東京女子医科大学第一内科 横堀直子 玉置淳 永井厚志

咳喘息(CVA)は近年増加している疾患の一つであり、放置すれば30%前後が気管支喘息へ移行することから早期の治療介入が必要である。CVA治療の第一選択薬は現在、気管支拡張薬が用いられている。一方、抗ロイコトリエン薬の有効性については未だ十分に明らかにされていない。本研究では、CVA患者において、抗ロイコトリエン薬であるプラナルカストの効果を経年作用型 $\beta_2$ 刺激薬と比較検討した。対象患者はCVAと診断された年齢16歳以上の患者31名(男性 13名 女性 18名)であり、プラナルカスト群とキシナホ酸サルメテロール群の2群に分けた。プラナルカスト群は450mg/day 朝夕2回内服、キシナホ酸サルメテロール群は100 $\mu$ g/day 1日2回吸入を各群とも4週間投与し、咳点数、FEV1、PEF、喀痰中好酸球数・ECP、血液中好酸球数・ECPを測定した。プラナルカスト群では、キシナホ酸サルメテロール群と比較して咳点数とFEV1では有意な改善を認め、好酸球性炎症においても改善傾向を認めた。これらの結果より、プラナルカストは、咳喘息に対する第一選択薬として有効である可能性が示唆された。

# マイコプラズマ感染症による咳嗽が遷延する機序解明への アプローチ

## —遷延咳嗽抑制に有用な鎮咳薬の検討—

渡邊直人<sup>2) 1)</sup>、中川武正<sup>3)</sup>、宮澤輝臣<sup>1)</sup>

聖マリアンナ医科大学呼吸器・感染症内科<sup>1)</sup>

城西国際大学薬学部薬理学講座<sup>2)</sup>

白浜町国民健康保険直営川添診療所<sup>3)</sup>

【目的】マイコプラズマ感染症の咳嗽が遷延する機序を解明するために、末梢性および中枢性鎮咳薬ないしその併用投与による咳嗽抑制効果を比較検討し、それらの薬効よりアプローチを試みた。

【方法】マイコプラズマ気管支炎患者24名(男性5名、女性19名)を対象に、アジスロマイシン500mg/日の3日間投与に併用薬として、封筒法によりA群(7名、平均35歳)：麦門冬湯9g/日(末梢性鎮咳薬)、B群(9名、平均32歳)：ヒベンズ酸チペピジン60mg/日(中枢性鎮咳薬)、C群(8名、平均33歳)：両薬併用を各々2週間投与し咳嗽に対する抑制効果を咳点数で評価し比較検討した。また、喀痰採取可能だった9名につき喀痰中の好酸球比率を測定した。マイコプラズマ気管支炎の診断は咳嗽が主訴で、胸部X線上異常陰影を認めず、マイコプラズマPA抗体価が80倍以上に上昇している者とした。

【結果】A群とC群は咳点数(最高9スコア)が投与4日目で初めて有意に減少し、B群は投与7日目で有意に減少した。喀痰中に好酸球が検出された者が4例認められた。

【考察】喀痰中に好酸球が存在する症例が少なからず認められたこと、麦門冬湯が速やかに鎮咳効果を発揮したことからマイコプラズマ感染症による咳嗽が遷延する機序には喘息病態に近いアレルギー性炎症および気道収縮が関与している可能性が考えられる。

## 咳喘息患者のimpulse oscillometry (IOS) 所見と健康関連 QOL: 軽症喘息患者との比較検討

竹田知史 新実彰男 小賀徹 松本久子 伊藤功朗 山口将史 陣内牧子 大塚浩二郎  
小熊毅 中治仁志 井上英樹 三嶋理晃  
(京都大学 医学部 呼吸器内科)

【背景】咳喘息では喘息と同様に中枢および末梢気道の炎症が存在するが、IOS所見の詳細は不明で、健康関連QOLとその寄与因子も知られていない。

【対象と方法】咳喘息患者と、FEV<sub>1</sub>が同等の軽症喘息患者各57例(各々の平均%FEV<sub>1</sub>=106.8%, 105.6%)を対象に、IOSの全・中枢・末梢気道抵抗 (R5, R20, R5-R20) と末梢性容量性リアクタンス (X5)、呼気NO値、健康関連QOL (AQLQ, SGRQ)を評価し、両群の比較と、各群の健康関連QOLに対するIOSの中枢および末梢気道指標と呼気NO値の寄与を検討した。

【結果】咳喘息では軽症喘息と比較して健康関連QOLに有意差はなく、R5・R20・呼気NO値が有意に低かった。咳喘息ではR20がAQLQの2領域とSGRQの2構成要素・総スコアと、軽症喘息ではR20がAQLQ全てとSGRQの1構成要素以外とそれぞれ有意に相関し、各々で唯一有意な寄与因子であった。

【考察】咳喘息では、FEV<sub>1</sub>が同等の軽症喘息と比べて全および中枢気道抵抗が低く気道炎症も軽度であったが、健康関連QOLの障害の程度や寄与因子(中枢気道抵抗)は同様であった。咳喘息では、咳症状が健康関連QOLに影響を与えている可能性があるかもしれない。



## 慢性咳嗽患者および健常人におけるメサコリン誘発咳嗽の検討

金沢大学大学院 細胞移植学呼吸器内科 大倉徳幸、藤村政樹、徳田麗、片山伸幸、阿保未来  
金沢大学附属病院検査部 中出祐介

【目的】慢性咳嗽患者及び健常人におけるメサコリン(Mch)吸入による気管支平滑筋収縮と誘発咳嗽について検討する。

【対象と方法】咳喘息患者(CVA) 8名、アトピー咳嗽患者(AC) 6名、気管支喘息患者(BA) 10名、及び健常成人(NC) 20名を対象とした。部分および全フローボリューム曲線よりFEV1,MEF40,PEF40を測定した。MEF40、PEF40とはそれぞれ40%努力肺活量位での全フローボリューム曲線(MEF)と部分フローボリューム曲線(PEF)上の最大呼気流量(L/sec)である。Mch吸入負荷は2分間安静換気法で行い、PEF40が35%減少時のMch濃度(PC35-PEF40)および、FEV1が20%減少時のMch濃度(PC20-FEV1)の吸入中および吸入後30分間の咳嗽数を記録した。

【結果】NC, CVA, AC, BA群のPC35-PEF40の幾何平均値は、それぞれ6.12, 0.94, 12.9, 0.77 mg/mlであった。NC, CVA, AC, BA群のPC20-FEV1の幾何平均値はそれぞれ54.6, 3.07, 84.3, 1.82 mg/mlであった。NC, CVA, AC, BA群のPC-35PEF40濃度でのMch吸入中および吸入後30分間の咳嗽数の中央値はそれぞれ0.5, 61.5, 17, 0 回/32分であった。NC, CVA, AC, BA群のPC20-FEV1濃度でのMch吸入中および吸入後30分間の咳嗽数の中央値はそれぞれ10, 35.5, 16.5, 2.5 回/32分であった。

【考察】咳喘息患者は健常者に比べ気道収縮に対する咳嗽反応が亢進している。一方、喘息患者は健常者に比べ気道収縮に対する咳嗽反応が減弱していることが示唆された。

## 慢性咳嗽で発症したbronchioleの一例

小柳久美子<sup>1)</sup> 灰田美知子<sup>1)2)</sup> 高松富佐子<sup>1)2)</sup>

(半蔵門病院アレルギー呼吸器内科<sup>1)</sup> エパレク(環境汚染等から呼吸器患者を守る会)<sup>2)</sup>)

bronchioleは泡沫様と卵白様の二層性の痰が100ml/日以上喀出される病態である。1年以上続いた咳嗽が先行し、bronchioleの診断に至った症例を経験したので報告する。症例は39歳女性。2004年2月(37歳)にインフルエンザに罹患した後咳が止まらなくなり、近医で咳喘息の診断。吸入ステロイドを開始し近医に6週間入院したが改善しないため、2005年4月に当院を初診。気管支喘息の診断で内服薬も加えられたが仕事が忙しく病状が安定しないため6月に入院。ステロイド点滴にて咳は改善したが、7月半ば頃から痰の多さを訴えるようになった。蓄痰を指示したところ、180ml/日以上、上層部に白色泡沫様の部位が認められ、気管支生検では、杯細胞の増加と基底膜の肥厚、粘液の増加を認め気管支喘息とbronchioleと診断された。ステロイド点滴の継続で痰は120ml/日まで減少したが、副作用が多岐に渡ったためステロイドを漸減したところ痰量が改善せず、フロセミド吸入60mg/日を併用したことで喀痰量は4週後に40ml/日に改善した。痰を伴う慢性咳嗽の場合、痰培養や細胞診などの他に、蓄痰も行うことで診断が可能になる症例も含まれていると考えられる。

## 通年性アレルギー性鼻炎患者の後鼻漏と咳嗽

○長島圭士郎、内藤健晴、伊藤周史、三村英也、  
藤田保健衛生大学 医学部 耳鼻咽喉科学教室

通年性アレルギー性鼻炎において、くしゃみ、鼻漏、鼻閉の3大症状の他に咳嗽やノドのいがいが感などの咽喉頭症状も伴うことが知られている。今回我々は通年性アレルギー性鼻炎患者における後鼻漏の有無、咽喉頭症状の合併率、塩酸オロパタジンがこれらに対してどのように有効性を示すのかを検討した。

当科および関連病院・開業医で、問診・視診等にて通年性アレルギー性鼻炎と診断された55症例で検討した。患者にアレルギー日記を配布し自己評価による症状の種類と程度、および塩酸オロパタジン5mgの服薬状況を昼と夜の2記入させた。2週後に受診とし、担当医が再度症状や所見を記録した。症状スコアは、鼻症状は鼻アレルギー診療ガイドラインにそって5段階評価した。咳嗽は発作回数を5段階評価し、咳嗽の性状も記載させた。ノドのいがいが感、後鼻漏は強く感じる、少し感じる、感じないの3段階で評価した。

通年性アレルギー性鼻炎患者の67%が後鼻漏を自覚していたが、咳嗽と後鼻漏に有意な相関は認めなかった。鼻閉感と咳嗽に相関がないことや、抗ヒスタミン薬による咳嗽の治療効果が後鼻漏や咽喉頭異常感と若干異なった経過を示すことから、通年性アレルギー性鼻炎患者の咳嗽は、後鼻漏による直接的な影響や、鼻閉による口呼吸からくる乾燥の影響ではない別の機序による可能性が考えられた。またその咳嗽は抗ヒスタミン薬によって抑制されることから、喉頭アレルギーの可能性が推察された。

# Chronic cough up-to date 2008

## 基礎からのレビュー

亀井淳三 星薬科大学薬物治療学教室

慢性咳嗽に関する関心が高まっているにもかかわらず、有用な鎮咳薬は少ない。病態に応じて、より選択的に咳嗽反射を抑制するには、末梢性鎮咳薬が有用である可能性が指摘されているものの、末梢における咳嗽反射機構が十分に解明されていないのが現状である。現在までに想定されている咳のメカニズムは、多種多様で複雑である。最近、気道における咳の刺激情報を受容する感覚受容器として注目されているものに、機械的、化学的あるいは熱刺激など、多様式の刺激に反応するTRPV1 (transient receptor potential vanilloid 1) やTRPA1 (ankyrin transmembrane protein 1: ANKTM1) がある。また、電位依存性Na<sup>+</sup>チャネルのサブタイプであるテトロドトキシン抵抗性 (TTX-R) Na<sup>+</sup>チャネルのNav1.8が咳受容器の興奮性調節に関与するとの示唆もある。

そこで本シンポジウムでは、末梢における咳嗽反射機構におけるこれら受容体あるいはチャネルを中心とした咳の感受性調節に関するこれまでの知見を紹介し、慢性咳嗽の病態におけるこれら調節機構の変化およびこれらの役割から推測できる新たな治療薬の可能性についてレビューしたい。

## Chronic cough; up to date 「慢性咳嗽の臨床」

秋田大学医学部保健学科理学療法学専攻 塩谷隆信

2005年、日本呼吸器学会から「咳嗽に関するガイドライン」、欧米からはAmerican College of Chest Physician (ACCP)から1998年版を改訂するかたちで、2006年、「EBMに基づいた臨床実践ガイドライン」が発表された。さらに、近年の分子生物学的研究の進歩に伴い、咳嗽の末梢受容体、脳幹部の咳中枢までの咳嗽反射メカニズムなどが次々に明らかにされ、咳嗽診療に新しい展開が期待されている。

欧米ではCVA, PND, GERDが慢性咳嗽の3大原因疾患で全体の60~80%を占める。一方、本邦においては、慢性咳嗽のCVA, AC, SBSが3大原因疾患で全体の50~70%とその疫学には大きな相違がある。また、慢性咳嗽の診断法、治療法に関する報告は多いが、咳嗽に苦しむ患者のQOLに関する研究報告は少ない。

今回のレビューでは、1. 疫学に関して、Morris, AHおよびChung, KFの2008年の論文、2. 病因および3. 管理に関してPavord, ID & Chung, KFの2008年の論文をもとに概説する。さらに、慢性咳嗽の健康関連QOL評価法についてLeicester Cough Questionnaire (LCQ)とCough Quality of Life Questionnaire (CQLQ)の有用性に関する最近の文献を紹介する。さらにPNDに関する米英の相違、肺移植後患者の咳嗽反射に関する最新のトピックスにも触れる予定である。

本レビューが、慢性咳嗽診療の話題提供となり、および参加者の活発な討論が展開されることを期待する。

## アトピー咳嗽は慢性咳嗽の診断治療に重要な疾患概念か？； PROの立場から

富山市民病院呼吸器内科 石浦嘉久  
金沢大学附属病院呼吸器内科 藤村政樹

アトピー咳嗽とは、患者に何かしらのアトピー素因（過去，現在，未来にアレルギー疾患に罹った，罹っている，罹る可能性がある体質）ないし誘発喀痰中に好酸球が観察され，気管支拡張薬が全く無効な咳嗽を呈し，ヒスタミンH1拮抗薬とステロイド薬が有効な新しい疾患概念（eosinophilic tracheobronchitis with cough hypersensitivity associated with atopic constitutionの略）である。日本呼吸器学会や当研究会からの咳嗽に関するガイドラインに明確に定義され，ACCPのガイドラインにも記載されるなど，その存在は広く認知されている。欧米における非喘息性好酸球性気管支炎との異同が問題にはなるものの，乾性の慢性咳嗽においてアレルギーが関与する咳嗽を鑑別しない日常診療は本邦のみならず欧米においてもあり得ないことは既知の事実である。非喘息性好酸球性気管支炎を最初に報告したGibson自身が”Atopic cough”と題して，”It is less useful to consider eosinophilic bronchitis as a disease or a diagnosis of exclusion. Rather, it is a pattern of airway inflammation that is present in a number of common diseases and, when symptomatic, indicates a good response to an accessible treatment (inhaled corticosteroids)”. と報告（Gibson PG. Atopic cough. Thorax 2004; 59: 449.）していることを考慮すると，より厳密な概念を示すアトピー咳嗽こそが重要な疾患概念として認知されるべきであろう。

## アトピー咳嗽は慢性咳嗽の診断治療に重要な疾患概念か?: CON

京都大学呼吸器内科 新実彰男

アトピー咳嗽は、Fujimuraらが提唱した慢性咳嗽の一原因疾患である。他の原因疾患の合併例も含めた慢性咳嗽患者におけるその頻度は、Fujimuraらは36%と報告しているが、当科および関連施設での計5回の調査では3-16%、藤森らの遷延性乾性咳嗽患者の検討では12%であった。またアトピー咳嗽の診断名が登場しない報告も見られる。このようにアトピー咳嗽の頻度は必ずしも高いとはいえない。報告者や検討時期により頻度にばらつきがあることには、病態に関与する花粉等の抗原量の差など地域差の関与がまず考えられる。しかし疾患の定義や診断基準において、狭義のアトピー (common allergenへの感作) が証明されない症例にも「アトピー」咳嗽の診断名がつくこと、厳しい診断基準では咳感受性亢進の証明が必須であること (本検査の普及度ならびに診断的特異性の問題)、簡易診断基準でその使用による咳嗽消失が必須となっているヒスタミンH1拮抗薬やステロイド薬が本症の特異的治療薬ではないこと、などの点が本症の本態をややわかりづらくしており、感染後咳嗽などの患者にアトピー咳嗽の病名がつけられてしまう可能性も否定はできない。

しかしながら、アトピー咳嗽としか病名がつけられない症例 (抗原感作や咳の季節性などアレルギーの関与が示唆されるが、変動性の気流閉塞が全く見られず気管支拡張薬が無効の例) が存在することも確かである。アトピー咳嗽の診断名を用いる臨床医がそれぞれに思い描く本症の典型的臨床像が、微妙に異なっている可能性があり、本症の概念について今一度確認が必要かもしれない。

## PNDSは慢性咳嗽の重要な原因となりうるか？：PRO

兵庫県立加古川病院 耳鼻咽喉科 阪本浩一

後鼻漏症候群 (PNDS) は、欧米の報告では、慢性咳嗽の主要な原因の一つとされている。しかし、本邦では、副鼻腔炎の後鼻漏に対する報告がある程度で十分な認知がされているとは言い難いのが現況である。今回、PNDSの慢性咳嗽への関与について、重要な原因となりうるとの立場から報告したい。

慢性遷延性咳嗽を主訴に、兵庫県立加古川病院耳鼻咽喉科を受信した患者46名に関して、後鼻漏の関与について検討した。46例の内訳は男性18例、女性28例。年齢は、30歳から82歳、平均55.8歳であった。46例中、咳嗽のみを主訴としたもの30例。16例は何らかの鼻症状も訴えていた。このうち後鼻漏感を有するものは24例(52.2%)であった。視診あるいは咽頭スミア上、後鼻漏を認めたのは37例(80%)であった。このうち、視診上で後鼻漏が確認できた例は18例、咽頭スミアにて確認できたものは19例であった。自覚症状との関係は、後鼻漏感を認めた24例中23例で後鼻漏が認められた。その内の13例では、肉眼的に後鼻漏が確認された。一方、後鼻漏感のなかった22例中14例で後鼻漏が確認されたが、肉眼的に確認されたのは4例であった。後鼻漏を原因から検討すると、副鼻腔炎は5例で認められ、4例に後鼻漏感を認め、前例後鼻漏が確認された。また、33例がRAST検査陽性であり、その内17例に後鼻漏感を認め26例(12例肉眼的に確認)に後鼻漏を確認した。これらの症例より、従来咳嗽の原因とされている副鼻腔炎と並んで、アレルギー性鼻炎による後鼻漏の役割を明らかにする必要がある。治療経過含め慢性遷延性咳嗽の原因としての後鼻漏の重要性を示したい。



## —後鼻漏だけが咳の重要な因子ではない—（：CON）

山田 武千代 福井大学医学部耳鼻咽喉科頭頸部外科

後鼻漏の存在する患者で咳を自覚するのは3人に1人である。また、咳を自覚する場合は喘息を合併することも多い。後鼻漏の重要性を論ずる場合、咳の有無ばかりでなく、咳の程度がどの程度かを検討する必要もある。今回我々は、初診喘息患者で、咳及び喘息発作などによる重症度分類と鼻の症状、副鼻腔病変の有無について関係があるかどうかを検討した。後鼻漏は47.5 %で最も多く、45.0 %でくしゃみ、37.5 %で鼻閉、17.5 %で鼻漏、17.5 %で嗅覚障害がみられた。気管支喘息重症度と関係のある鼻症状はくしゃみ ( $p < 0.05$ ) であり、後鼻漏など他の症状では重症度による違いは認められなかった。気管支喘息では副鼻腔病変は73.2%に合併しており、気管支喘息重症度と篩骨洞陰影スコアには相関がみられた ( $p < 0.05$ )。篩骨洞陰影と関係のある症状は後鼻漏のみであった ( $p < 0.05$ )。花粉症でみられる咳の場合は乾性の咳がほとんどである。花粉症ピーク時にみられる咳を検討すると咳の有無と関係のある鼻症状は鼻閉であった。喘息患者では、後鼻漏の有無は、重症度とは直接関係はなかった。病態に応じて、咳と鼻症状、副鼻腔病変の関係を考えると、後鼻漏だけが咳の重要な因子ではないことが示唆された。

(閉会の言葉にかえて)

## —アレルギー性気道疾患における環境真菌の重要性—

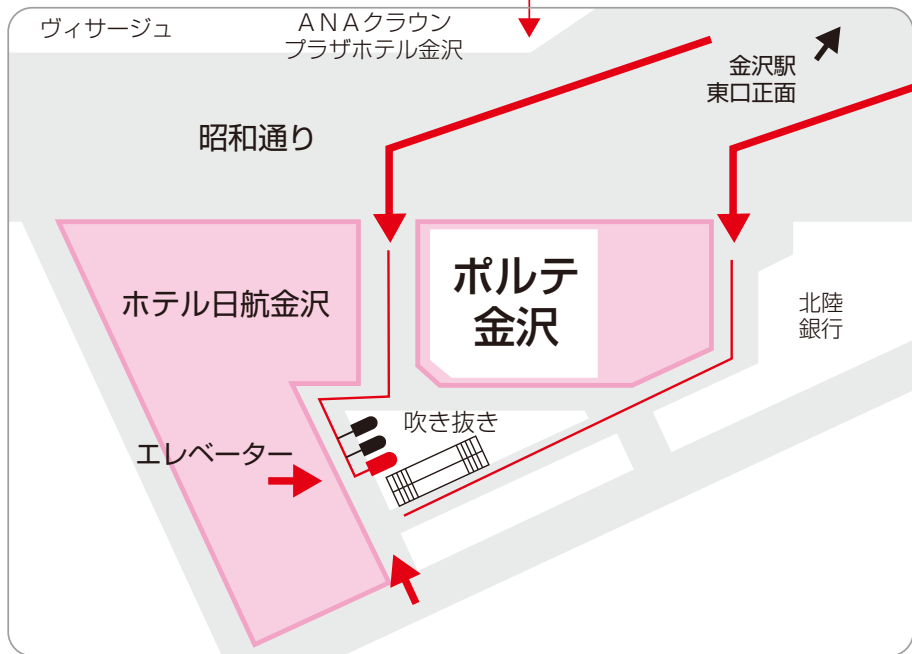
石川県済生会金沢病院 呼吸器内科 小川晴彦

真菌によるアレルギー性呼吸器疾患では、感染症とは異なり病巣局所に原因真菌の感染所見を認めないため、画像や血清学的な検討から間接的に診断されることが多い。ABPAを疑い、アスペルギルスに対するアレルギー反応を有するかどうか診断基準にあてはめるだけでは、種々の真菌によるアレルギー性気管支肺真菌症を診断することができない。ABPMの診断基準は一見煩雑であるが、気道における真菌アレルギーを基本病態と考え、1) 喀痰から同一真菌が繰り返し検出されること、2) 喀痰、BALFで好酸球増多を認めることを主所見とし、気道検体から培養同定された真菌抗原に対するアレルギー学的所見を参考所見とする。さらに、臨床所見としての気道所見、肺野所見を確認してゆけば、診断のプロセスは容易になる。我々が提唱したこのABPMの診断の手引きから、肺野所見をはずすと、そのまま難治性咳嗽Allergic fungal cough(AFC)の診断基準に応用できる。これまでに、Basidiomycetous fungi (BM) のひとつである*Bjerkandera adusta*はAFCを引き起こす環境真菌のひとつであることを報告してきたが、地球温暖化にともなう山野のきのこの群生により、今後さまざまなBMによるAFCが報告されることが予想される。近年注目されつつある難治性咳嗽Chronic idiopathic cough(CIC)の一部も、真菌アレルギーの視点から解明される可能性を残している。

■ JR金沢駅より金沢市アートホール、ホテル日航金沢へのアクセス  
赤の矢印で徒歩3分(雨天の場合は地下道よりアクセス可)



部分拡大図



金沢市アートホールへは、ポルテ金沢1階のエレベーターにて6階までお上がりください。エレベーター3台のうち、一番奥のエレベーターのみ6階直通です。

■ 金沢市アートホール 金沢市本町2-15-1 (ポルテ金沢6階) TEL:076-224-1660