

第18回
日本咳嗽研究会
プログラム

テーマ：咳嗽研究の将来展望

日時：2016年10月29日(土) 15:00 ~ 20:00

会場：KKR 京都くに荘（4階「比叡」）

参加費：1,000 円

代表世話人：藤村 政樹（独立行政法人国立病院機構七尾病院）

当番世話人：松本 久子（京都大学大学院医学研究科呼吸器内科学）





Kyorin 

He (play/plays)
☆ S 3人科
正



喘息治療配合剤 処方箋医薬品^注

薬価基準収載

フルティフォーム[®]

50エアゾール56吸入用・120吸入用 125エアゾール56吸入用・120吸入用

Flutiform[®] Aerosol

フルチカゾンプロピオン酸エステル/ホルモテロール fumarate水和物吸入剤
注)注意-医師等の処方箋により使用すること

効能・効果、用法・用量、禁忌、原則禁忌を含む使用上の注意等については添付文書等をご参照下さい。

杏林製薬株式会社

東京都千代田区神田駿河台四丁目6番地
(資料請求先:くすり情報センター)

作成年月:2015.10



フルティフォームの情報は、医療従事者向けWebサイト、キョーリンメディカルブリッジよりご覧いただけます。

<https://www.kyorin-medicalbridge.jp>

日本咳嗽研究会の歩み

第1回	1999.10.23	東京	経団連会館	藤村 政樹 (金沢大学)
第2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3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4回	2002.10.5	東京	エーザイ別館	内田 義之 (筑波大学)
第5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6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7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8回	2006.10.14	神戸	新神戸オリエンタルホテル (前 神戸大学大学院 耳鼻咽喉・頭頸部外科, 谷口耳鼻咽喉科)	石田 晴彦
第9回	2007.11.10	大阪	大阪国際会議場	東田 有智 (近畿大学)
第10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)
第11回	2009.11.14	名古屋	名古屋銀行協会	田口 修 (三重大学)
第12回	2010.11.13	福岡	福岡ファッションビル	前山 忠嗣 (福岡徳州会病院)
第13回	2011.11.5	東京	東京ステーションコンファレンス	亀井 淳三 (星薬科大学)
第14回	2012.11.10	熊本	三井ガーデンホテル熊本	高濱 和夫 (熊本大学)
第15回	2013.10.26	金沢	ホテル金沢	西 耕一 (石川県立中央病院)
第16回	2014.10.18	神戸	ホテルパールシティ神戸 (兵庫県立加古川医療センター耳鼻咽喉科)	阪本 浩一
第17回	2015.10.10	大阪	AP大阪駅前梅田1丁目(APホール)	平田 一人 (大阪市立大学)
第18回	2016.10.29	京都	KKR京都くに荘	松本 久子 (京都大学)

第18回 日本咳嗽研究会 プログラム

15:00 ~ 当番世話人あいさつ

<一般演題>

セッション1 15:05 ~ 16:45 (発表7分, 討論4分)

第1群

座長 東京アレルギー・呼吸器疾患研究所 渡邊 直人 先生

1. 「アレルギー性気道疾患による咳嗽の鑑別に関する取り組み」…………… 4
やわたメディカルセンター 片山 伸幸 先生
2. 「一般診療所における成人百日咳症例の臨床的検討」…………… 5
特定医療法人千住診療所、千住病院 荒木 潤 先生
3. 「慢性咳嗽患者の原因疾患と慢性咳嗽における閉塞性睡眠時無呼吸症候群の
関与についての検討」…………… 6
東京女子医科大学八千代医療センター 呼吸器内科 横堀 直子 先生

第2群

座長 大阪市立大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉科学 阪本 浩一 先生

4. 「診断に約2年を要した慢性咳嗽の1例」…………… 7
藤田保健衛生大学 医学部 耳鼻咽喉科学教室 村嶋 智明 先生
5. 「右鎖骨下動脈起始異常、Forestier症候群と自律神経機能異常が
関与したと考えられる慢性咳嗽の一例」…………… 8
半蔵門病院 灰田美知子 先生
6. 「喉頭蓋嚢胞を伴う慢性咳嗽で耳鼻咽喉科を受診した症例より」…………… 9
大阪市立大学大学院医学研究科 耳鼻咽喉科学 阪本 浩一 先生

第3群

座長 秋田大学大学院医学研究科 保健学専攻理学療法学講座 塩谷 隆信 先生

7. 「気管支平滑筋収縮による咳嗽反応に於けるPGI₂の役割」…………… 10
金沢大学附属病院 呼吸器内科 酒井 珠美 先生
8. 「食道への酸持続投与がもたらす嚥下誘発減弱」…………… 11
新潟大学大学院医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野 辻村 恭憲 先生
9. 「遷延性・慢性咳嗽における胃食道逆流症(GERD)の頻度、影響に関する検討」…………… 12
名古屋市立大学大学院医学研究科 呼吸器・免疫アレルギー内科学 市川 博也 先生

《休憩》 16:45 ~ 16:55

セッション2 16:55 ~ 17:50 (発表7分, 討論4分)

第4群

座長 新潟県立柿崎病院 藤森 勝也 先生

10. 「通年性アレルギー性鼻炎患者における咳嗽と呼気NOの関連について」…………… 13
福井大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 山田武千代 先生

11. 「気管支喘息と気候・天候等との関係についてのアンケート調査結果」…………… 14
東京アレルギー・呼吸器疾患研究所 渡邊 直人 先生
12. 「喀痰症状に寄与する因子の検討～ながはま0次予防コホート事業より～」…………… 15
京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 森本 千絵 先生

第5群

座長 京都大学大学院医学研究科 呼吸器内科学 長崎 忠雄 先生

13. 「非結核性抗酸菌症患者における咳関連QOLの検討」…………… 16
静岡県立総合病院 呼吸器内科 鈴木 貴人 先生
14. 「間質性肺疾患患者における咳嗽重症度の実態調査」…………… 17
京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻臨床看護学講座 佐藤 隆平 先生

《休憩》 17:50～18:00

<呼吸器若手医師のためのレクチャー>

- ① 18:00～18:25 座長 名古屋市立大学大学院医学研究科 呼吸器・免疫アレルギー内科学 金光 禎寛 先生

- 『アレルギー性気道疾患における担子菌の重要性を
はじめからていねいに』…………… 18
石川県済生会金沢病院内科 診療部長 小川 晴彦 先生

- ② 18:25～19:00 座長 静岡県立総合病院 呼吸器内科 白井 敏博 先生

- 『高齢者の咳嗽と嚥下性肺疾患症候群』…………… 18
東邦大学大学院医学研究科 リハビリテーション医学講座 教授 海老原 覚 先生

《休憩》 19:00～19:10

<特別講演>

- 19:10～19:55 座長 京都大学大学院医学研究科呼吸器内科学 松本 久子 先生

- 『難治性慢性咳嗽への挑戦：
疾患特異的病態と非特異的難治化病態へのアプローチ』…………… 19
名古屋市立大学大学院医学研究科 呼吸器・免疫アレルギー内科学 教授
新実 彰男 先生

- 19:55～閉会の辞 独立行政法人国立病院機構七尾病院 院長 藤村 政樹 先生

★会終了後、情報交換会をご用意しております。

アレルギー性気道疾患による咳嗽の鑑別に関する取り組み

片山 伸幸, 中村 暁子

やわたメディカルセンター

【背景】 遷延性・慢性咳嗽の原因疾患として、気管支喘息、咳喘息、アトピー咳嗽は重要であるが、その鑑別は必ずしも容易ではない。各疾患の病態生理の違いは明らかになってきているが、初診時に精密検査を行うことは難しく、通常は治療的診断が行われている。しかし、各疾患による咳嗽の臨床的な特徴を見出せれば、早期に診断が可能になるのではないかと考えた。

【目的】 アレルギー性気道疾患による遷延性、慢性咳嗽において、原因疾患を比較的簡便に鑑別できる方法を探索する。

【方法】 遷延性・慢性咳嗽にて受診した初診患者で呼吸機能検査、呼気一酸化窒素（FeNO）検査、カプサイシン咳感受性試験を施行した。問診で、咳が起こる自覚部位（胸か喉か）を確認し、聴診、look up test、強制呼気誘発咳嗽試験を行い、アレルギー性気道疾患が原因と診断した患者での検討を行った。

【結果】 FeNOは気管支喘息と咳喘息で上昇していた。アトピー咳嗽ではカプサイシン咳感受性の亢進が認められた。Look up testは気管支喘息では全例陰性だった。胸から咳がわいてくると自覚した場合、気管支喘息である確率が高かった。強制呼気誘発咳嗽は気管支喘息でのみ確認された。

【結論】 アレルギー性気道疾患の中で、喘息による咳のみが生理学的特徴が大きく異なることが分かった。FeNO、カプサイシン咳感受性検査に加えて詳細な問診、Look up test、強制呼気誘発咳嗽試験などを行うことで遷延性・慢性咳嗽の診断を早期に行うことが可能になると考えられる。

【キーワード】 自覚症状、FeNO、look up test、強制呼気誘発咳嗽

一般診療所における成人百日咳症例の臨床的検討

荒木 潤, 田中 光

特定医療法人千住診療所, 千住病院

【目的】 2013年6月～2016年8月までに経験した成人百日咳症例を臨床的に検討したので報告する。

【方法】 2013年6月から2016年8月までに当診療所を受診し一度でもPT-IgG抗体が100以上を示した例を対象とした。

【結果】 症例は29例, 女性20例, 男性9例, 年齢は15歳～82歳で平均41.3歳。初発から受診まで平均18.4日, 14症例は他医受診し, 2例は2カ所受診していた。5例は咳喘息を疑われ1例はプレドニゾロン内服させられていた。初発症状は咳(28/29), 咽頭痛(20/28), 発熱(7/28)で, 受診時の症状としてはスタカート様咳嗽(29/29), whooping(23/26), 咳嘔気, 嘔吐(22/26), 夜間不眠(22/29), 胸痛(8/29), 咳失神(3/29), 夜間咳嗽(18/25), 夜間息苦しさ(4/29)。理学所見では咽頭発赤を認めた。検査所見でWBC, リンパ球数, CRPは正常で, FeNO値は37ppb以上が18例中7例であった。治療はクラリスロマイシン, 鎮咳剤を併用。治療期間は平均18.1日。合併症で喘息が3例みられた。

【結論】 当診療所受診の半数の症例が他医を一度以上受診し, 治療歴があり, 咳喘息と間違えられたりしており, 発作性咳嗽, whooping, 咳嘔気・嘔吐など特徴的所見を認めた場合, 百日咳を疑って早期に診断し, 治療することが大切と思われた。

【キーワード】 成人百日咳

慢性咳嗽患者の原因疾患と慢性咳嗽における閉塞性睡眠時無呼吸症候群の関与についての検討

横堀 直子, 長谷川瑞江, 岡林 麻子, 桂 秀樹

東京女子医科大学八千代医療センター 呼吸器内科

【背景】近年, 閉塞性睡眠時無呼吸症候群 (Obstructive sleep apnea syndrome : OSAS) を原因とする慢性咳嗽の患者の報告が増加してきている。本邦の咳嗽に関するガイドラインでは, まだOSASは慢性咳嗽の原因疾患としては挙げられていないが, 慢性咳嗽患者におけるOSASの合併は, 33~68%と報告されている。今回, 咳嗽を主訴として受診した慢性咳嗽患者において, その原因疾患について検討し, 慢性咳嗽におけるOSASの合併頻度について検討した。

【方法】2012年7月から2015年7月の間に, 咳嗽を主訴に受診した患者で, 咳嗽が8週以上持続し, 胸部x線所見正常, 肺機能検査所見正常, 肺に器質的疾患のない患者において, その原因疾患について検討した。

【結果】35名が上記慢性咳嗽患者に該当した。慢性咳嗽の原因疾患について, 咳喘息(CVA)が19%と最も多く, 次に感染後咳嗽の遷延が10%と多かった。次に, OSAS, CVA+胃食道逆流症 (GERD), CVA+OSAS, GERD+OSASが9%であった。慢性咳嗽の原因が単一因子である患者は52%, 2因子である患者は34%, 3因子である患者は12%であった。また, 慢性咳嗽にOSASを合併する患者は, 34%であった。

【結語】OSAS合併慢性咳嗽患者は, これまでの報告と同様に高く, 慢性咳嗽の原因疾患として重要であると思われた。慢性咳嗽患者の約半数は多因子の原因疾患を有しており, 咳嗽の早期改善のためには, 関与する原因疾患を把握し各疾患に対する治療をすることが重要であると考えられた。

【キーワード】慢性咳嗽, 閉塞性睡眠時無呼吸症候群

診断に約2年を要した慢性咳嗽の1例

村嶋 智明, 内藤 健晴

藤田保健衛生大学 医学部 耳鼻咽喉科学教室

【はじめに】8週間以上持続する咳嗽は慢性咳嗽と定義される。このうち胸部レントゲン写真や胸部聴診上でも異常を呈さない原因不明な慢性咳嗽患者は増加傾向とされる。今回、慢性咳嗽、咽喉頭異常感を主訴に当科を受診し、診断に約2年を要した症例を経験したため報告する。

【症例】60代, 男性

【臨床経過】10か月前より持続する慢性咳嗽および咽喉頭異常感にて当院内科初診。受診時の胸部レントゲン写真は正常, 胸部聴診上で異常呼吸音は聴取されず, また呼吸機能検査では軽度閉塞性障害を認めるのみであった。内科では感染後咳嗽として加療され咳嗽は軽減傾向であったものの, 咽喉頭異常感の持続や咳嗽の再燃を認めたため, 耳鼻咽喉科領域の疾患否定のために当科紹介となった。

当科受診後の臨床経過の詳細については当日発表する。

【考察】咳嗽は医療機関を受診する主訴として最も多いとされ, 我々耳鼻咽喉科医もその診療に携わること少なくない。慢性咳嗽患者に遭遇した際には, 耳鼻咽喉科領域の慢性咳嗽の原因疾患となりうる後鼻漏症候群や喉頭アレルギーの他にも, 他疾患の合併を考慮して診療にあたる必要がある。

右鎖骨下動脈起始異常，Forestier 症候群と自律神経機能異常が関与したと考えられる慢性咳嗽の一例

灰田美知子¹⁾，笹本 圭吾¹⁾，鈴木 齋^{1,2)}，中島 淳³⁾

¹⁾ 半蔵門病院，²⁾ 虎ノ門病院さいたま診療所 放射線科，³⁾ 東大病院胸部外科

【緒言】 原因特定が困難な治療抵抗性咳嗽は咳受容体感受性亢進状態(cough hyper-sensitivity syndrome；CHS)による神経連鎖が問題となる。心因性咳嗽，習慣性咳嗽なども自律神経を介する身体疾患とする反面，副鼻腔気管支炎，声帯機能不全，胃食道逆流症による咳嗽も継続理由として咳受容体感受性亢進と，その背景の自律神経機能異常が問題となる。今回，Forestier 症候群 (Spondylosis hyperostotica)，右鎖骨下動脈起始異常による食道と気管支圧排，自律神経機能異常が関与した症例を経験したので紹介する。

【症例】 72歳女性。47歳頃に義母の介護を契機に咳込む様になり，その後，長期化し，様々な治療を試みたが無効であった。今回，高齢者良性強直性脊椎炎の一型である Forestier 症候群による頸椎狭窄部位に一致した箇所での食道通過障害で反射的に咳嗽が出現する事を嚙下造影で確認した。CT，MRIでは右鎖骨下動脈起始異常が気道背部を圧排しており，その関与も疑った。解剖学的には頸椎と周囲組織変形，血管による直接影響は考え難く，結果的には，頸部神経叢が交感神経幹などを刺激するための二次的機能異常を考えた。咳嗽治療も，多くの薬剤の中で，抗不安薬が最も有効であった。

【結語】 慢性咳嗽に関わる因子は，複数の事が多く関与しうる因子の解明は，重要である。

【キーワード】 咳受容体感受性亢進状態 (cough hypersensitivity syndrome；CHS)，慢性咳嗽，Forestier 症候群 (Spondylosis hyperostotica)，右鎖骨下動脈起派始異常

喉頭蓋嚢胞を伴う慢性咳嗽で耳鼻咽喉科を受診した症例より

阪本 浩一，井口 広義

大阪市立大学大学院耳鼻咽喉病態学

耳鼻咽喉科を受診する慢性咳嗽患者は，他院，内科などでの検査，投薬をすでに受けていることが多い。耳鼻咽喉科領域の咳嗽の原因として，喉頭アレルギー，後鼻漏症候群が重要である。しかし，喉頭に良性の腫瘤性病変を合併する場合には，症状の原因となる場合もあり注意が必要である。

今回，喉頭蓋嚢胞により慢性咳嗽を来した1例を経験したので，過去の喉頭蓋嚢胞例の経験を加えて経過と診断を中心に報告する。

症例は，39歳女性。咳嗽，呼吸困難感，咽頭痛にて近医受診，喉頭蓋嚢胞感染を指摘され当科紹介となった。患者は，以前より体調の悪化に伴い咳嗽の増悪を繰り返していた。既往歴として，アレルギー性鼻炎，パニック障害を認めた。

現症，鼻内は粘膜腫脹認め，粘稠な鼻汁，後鼻漏を認めた。咽頭は，舌根部の腫脹，喉頭蓋舌面の喉頭蓋嚢胞を認めた。喉頭蓋喉頭面に腫脹なく，喉頭声門に特に異常は認めなかった。副鼻腔，頸部CTでは，副鼻腔炎認めず，喉頭蓋喉頭面の腫脹を認めた。血液検査にて，軽度の炎症所見を認めるのみであった。

喉頭蓋嚢胞の腫脹に対して，抗生剤の点滴治療を行った。結果，炎症症状の改善に伴い疼痛，咳嗽は改善するも咽頭違和感改善せず。

RASTにてスギ，ヒノキ，カモガヤ，HD，ダニが陽性であった。

今回の症例では，鼻腔，喉頭のアレルギー症状に加えて，喉頭蓋嚢胞が咳嗽，咽喉頭異常感増悪の原因の一つになっていたと考えられた。本例では，今回紹介を受けるまで症状の経過中に喉頭の内視鏡診断を受ける機会が無く，喉頭蓋の嚢胞は発見されていなかった。咽喉頭の良性の腫瘤性病変は長期にわたって存在し症状の遷延化に関与している場合もあり喉頭の内視鏡診断の重要性が改めて感じられた。

気管支平滑筋収縮による咳嗽反応に於けるPGI₂の役割

酒井 珠美¹⁾, 原 丈介¹⁾, 山村 健太¹⁾, 阿保 未来¹⁾, 笠原 寿郎¹⁾, 藤村 政樹²⁾

¹⁾金沢大学附属病院 呼吸器内科, ²⁾独立行政法人国立病院機構七尾病院呼吸器内科

【背景】 モルモットにメサコリン (Mch) による気管支平滑筋収縮を誘導すると, 咳嗽が誘発され, 同時に気管支肺胞洗浄 (BAL) 液中に Prostaglandin I₂ (PGI₂) 代謝産物が増加する。PGI₂ は気管支平滑筋収縮により誘発される咳嗽反応に何らかの役割を担っている可能性がある。

【目的】 PGI₂ が気管支平滑筋収縮により誘発される咳嗽反応に与える影響を検討した。

【方法】 ナイーブモルモットを使用した。実験1: Mchを吸入させ, 気管支平滑筋収縮を誘導した後に, BALを行い, BAL液中のPGI₂代謝産物の濃度を測定し, 非収縮群と比較した。実験2: 3群 (生食投与群, PGI₂アナログ低用量投与群, PGI₂アナログ高用量投与群) にMchを吸入させ, 気管支平滑筋収縮の程度と誘発咳嗽数を測定した。実験3: 3群 (生食投与群, PGI₂受容体 (IP) アンタゴニスト低用量投与群, IPアンタゴニスト高用量投与群) に実験2と同様の検討を行った。

【結果】 PGI₂アナログ高用量投与群では気管支平滑筋収縮による誘発咳嗽数は減少した。一方, IPアンタゴニスト高用量投与群では, 気管支平滑筋収縮による誘発咳嗽数が増加した。

【考察】 PGI₂ は, 気管支平滑筋弛緩作用を持ち, 気管支平滑筋収縮による咳嗽反応を抑制することから, PGI₂アナログが咳喘息の治療的診断や治療に有用である可能性がある。

食道への酸持続投与がもたらす嚥下誘発減弱

辻村 恭憲^{1,2)}, 辻 光順^{1,2)}, Brendan J Canning²⁾, 井上 誠¹⁾

¹⁾新潟大学大学院医歯学総合研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野,

²⁾ジョンズホプキンス大学 喘息アレルギーセンター

【目的】胃食道逆流症（GERD）は、慢性咳嗽の原因の1つとして知られている（Tokayer, 2008）。GERDの原因および治療の標的としては、主に下部食道括約筋に焦点が当てられており、食道への酸刺激に伴い誘発される嚥下による防御機構（Bremner et al. 1993）は注目されていない。我々は、食道に対する酸の長時間曝露が、この防御機構を生じなくさせていると仮説した。本研究の目的は、食道への塩酸およびカプサイシン持続投与による嚥下誘発効果の検討である。

【方法】ウレタン麻酔下のHartley系雄性モルモットを用い、食道圧および舌骨上筋活動電位から嚥下を同定した。食道への塩酸（100 μ M）、カプサイシン（10 μ M）および蒸留水の持続投与（280 μ l/sec, 25min）による誘発嚥下回数を計測した。また非特異的TRPチャンネル阻害薬Ruthenium RedおよびASIC阻害薬であるDiminazeneによる塩酸およびカプサイシン嚥下誘発効果の変化を検証した。

【結果】食道への塩酸およびカプサイシン持続投与により誘発される嚥下回数は、蒸留水持続投与によるものより有意に少なかった。塩酸による嚥下誘発の抑制効果はRuthenium RedおよびDiminazene前投与により減弱し、カプサイシンによる嚥下誘発の抑制効果はRuthenium Red前投与により減弱した。

【考察】食道への持続的酸刺激は嚥下誘発を減弱し、これにはTRPV1およびASICが関与している可能性が示された。減弱された食道誘発嚥下を改善することは、GERDに伴う慢性咳嗽に対する新たな治療的アプローチとなりうるかもしれない。

遷延性・慢性咳嗽における胃食道逆流症（GERD）の頻度、影響に関する検討

市川 博也, 金光 禎寛, 土方 寿聡, 武田 典久,
福光 研介, 浅野 貴光, 竹村 昌也, 新実 彰男

名古屋市立大学大学院医学研究科 呼吸器・免疫アレルギー内科学

【背景】 胃食道逆流症（GERD）は、欧米では遷延性・慢性咳嗽の原因として高頻度だがアジアでは少ない。胃食道運動不全は遷延性・慢性咳嗽の病態生理に関与するが、咳への影響に関する報告は乏しい。

【目的】 遷延性・慢性咳嗽におけるGERDの頻度、影響を検討する

【対象と方法】 対象は2012年4月から2016年5月までに当院喘息・慢性咳嗽外来で治療後診断を行った非喫煙、遷延性・慢性咳嗽患者220名（女性149名、平均51歳）。GERD症状、咳関連QoLはFスケール質問票（FSSG）、Leicester咳問診票日本語版（J-LCQ）で評価した。

【結果】 遷延性・慢性咳嗽の原因疾患として咳喘息（CVA）が最多で（n=74）、次いでGERD（n=27）が多かった。71名が複数疾患を持ち、このうち62名でGERDを合併していた。CVA+GERD患者（n=52）はCVA患者に比べ有意にFSSGスコア高値、J-LCQ低値、咳消失までの期間が長期であった。また、運動不全症状のみ呈するCVA+GERD患者（n=12）はCVA患者に比べ有意に咳消失期間が延長し、消化管運動賦活剤の追加で咳消失期間は短縮された。

【結語】 GERDは本邦において遷延性・慢性咳嗽の原因疾患として頻度が高く、他疾患との合併が多い。胃食道運動不全は咳の難治化に関与している。

【キーワード】 遷延性・慢性咳嗽、胃食道逆流症、胃食道運動不全、消化管運動賦活剤

通年性アレルギー性鼻炎患者における咳嗽と呼気NOの関連について

山田武千代, 坂下 雅文, 意元 義政, 吉田加奈子,
齋藤 杏子, 木戸口正典, 藤枝 重治

福井大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科

アレルギー性鼻炎では下気道の症状がなくても好酸球の浸潤が認められ呼気NOが高いことが多い。また、喘息、咳喘息、アトピー咳嗽、喉頭アレルギーを合併することもある。今回は、GE analytical instruments Sievers 280iでNO濃度を測定し、通年性アレルギー性鼻炎の咳嗽と呼気NO濃度、鼻腔NO濃度、JRQLQ、JESS（Japanese version of the Epworth Sleepiness Scale）について検討した。通年性アレルギー性鼻炎では8割に咳嗽が認められ、咳嗽が認められた群では、咳嗽なし群に比べ、鼻腔NO濃度、JESSスコア、総鼻症状スコアは有意に高かった。JRQLQでは、精神集中不良、思考力の低下、気分不快感、いらいら感、ゆううつ感などが有意に悪かった。呼気NOが100ppb以上の症例では、100ppb未満の症例に比べて、咳スコア、血清総IgE、ハウスダストスコア、睡眠障害スコアは有意に高かった。JRQLQでは、勉強・仕事・家事の支障、精神集中不良、思考力の低下、新聞や読書の支障、記憶力低下、外出の支障、人につき合いの支障、睡眠障害、倦怠感、疲労感、気分不快感、いらいら感、ゆううつ感などが有意に悪かった。

気管支喘息と気候・天候等との関係についてのアンケート調査結果

渡邊 直人, 牧野 荘平

東京アレルギー・呼吸器疾患研究所

【背景】気管支喘息患者(BA)は気候・天候の変化や温度差などによりしばしば状態悪化(咳嗽, 喘鳴, 呼吸困難)する。

【目的】今回これらの変化によりどのくらいのBAが症状悪化を感じているかを調査した。

【対象】BA 126名 (M: 59, F: 67)。

【方法】3年以内の状況についてアンケート調査を行い解析評価した。

【結果】問1. 安定BAは95名(75.4%)であった。問2. 温度・気温差で悪化したBAが74名(58.7%)で, うち寒い時が61名(82.4%)であった。問3. 冷気により悪くなったBAが42名(33.3%), 砂埃21名(16.7%), 煙霧15名(11.9%)と回答した。問4. 天候で悪くなるBAが46名(36.5%)で, うち台風26名(56.5%), 雨17名(37.0%)の順に高かった。問5. 季節柄に悪くなるBAは78名(61.9%)で, 冬34名(43.6%), 秋33名(42.3%), 春30名(38.5%)の順で高かった。問6. 花粉症時期には32名(25.4%)が調子を崩し, 問7. PM2.5や黄砂がBA増悪に関与しているのは86名(68.3%)であった。

【結語】温度・気温差(特に寒い時)で悪化するBAは約6割認められ, 冷気によって約3割が調子を崩し, 季節で不安定に陥る割合は秋冬が高く, 春は花粉症の影響が含まれていた。

【考察】寒さ, 冷気や気圧変化, 季節柄の抗原が気道収縮を誘発させると考えられる。

【キーワード】気管支喘息, 咳嗽・喘鳴・呼吸困難, 気候・天候・気圧変化, 温度差, 花粉症, PM2.5と黄砂

喀痰症状に寄与する因子の検討 ～ながはま0次予防コホート事業より～

森本 千絵¹⁾, 松本 久子¹⁾, 長崎 忠雄¹⁾, 小熊 毅¹⁾, 出原 裕美¹⁾,
石山 祐美¹⁾, 砂留 公伸¹⁾, 金光 禎寛^{1,3)}, 伊藤 功朗¹⁾, 田原 康玄²⁾,
室 繁郎¹⁾, 新実 彰男^{1,3)}, 三嶋 理晃¹⁾

¹⁾ 京都大学大学院医学研究科呼吸器内科学, ²⁾ 京都大学大学院ゲノム医学センター,

³⁾ 名古屋市立大学大学院医学研究科呼吸器・免疫アレルギー内科学

【背景・目的】 明らかな呼吸器疾患がないにも関わらず、喀痰症状を訴える患者が少なからず存在する。実臨床では逆流性食道炎（GERD）症状を呈する症例で経験されることがあり、喀痰症状とGERD症状との関連を疫学的に検証する。

【方法】 長浜市の一般成人を対象とし、問診（F scale問診票を含む）、血液検査、呼吸機能検査などを施行し、日中・起床時の喀痰症状への寄与因子を解析した。

【結果】 9804名（平均53.5歳）から回答を得た。日中の喀痰症状は3139人（32.0%）、起床時の喀痰症状は1640人（16.7%）に認めた。いずれもアレルギー性鼻炎の関与はなかったが、喫煙歴、後鼻漏とともに、F scaleとの強い関連を認めた（ $p < 0.0001$ ）。日中の喀痰に対してF scale 8点以上は8点未満に比しオッズ比1.97（95% CI: 1.78～2.19）、喫煙歴はオッズ比1.47（95% CI: 1.31～1.66）で寄与した。起床時の喀痰に対しては、F scale 8点以上はオッズ比1.64（95% CI: 1.45～1.85）で寄与した。日中の喀痰、起床時の喀痰の両者で、酸逆流関連・運動不全症状は同等に寄与した。末梢血液像や一秒量との強い関連はなかった（ $p > 0.0001$ ）。

【結論】 喫煙と並びGERDが喀痰症状に寄与することが疫学的に示された。

【キーワード】 喀痰症状、逆流性食道炎

非結核性抗酸菌症患者における咳関連QOLの検討

鈴木 貴人, 遠藤 慶成, 渡邊 裕文, 田中 悠子, 下田由季子, 三枝 美香,
赤松 泰介, 山本 輝人, 宍戸雄一郎, 秋田 剛史, 森田 悟, 朝田 和博,
白井 敏博

静岡県立総合病院 呼吸器内科

【背景と目的】 咳嗽は非結核性抗酸菌症（NTM）患者の主要な症候の一つであり，診断の契機となる一方で患者のQOLを低下させ得る要因である。しかし，QOL低下の程度や臨床所見との関連は明らかでない。今回，NTM患者における咳関連QOLについて検討した。

【対象と方法】 対象は2015年10月から12月までに当院にNTM症として外来通院していた78名（男性24名，女性54名，平均年齢70（34-90）歳）。外来受診時にLeicester Cough Questionnaire（LCQ）日本語版（新実・小川訳），Cough and Sputum Assessment Questionnaire（CASA-Q）日本語訳（Boehringer Ingelheim），Fスケール問診票（FSSG）を実施した。咳関連QOLとGERDの有無，臨床所見との関連について検討した。

【結果】 受診時のLCQ合計点は平均17.79（満点21.00）と低下し，CASA-Qでも，咳症状平均72.97（満点100.00），咳インパクト平均90.71，痰症状平均79.17，痰インパクト平均91.99と障害されていた。GERDの合併は22人（27.8%）であった。LCQとCASA-Q，FSSGは有意な相関を認めた。CASA-QとFSSGは咳症状ドメインを除いて有意な相関を認めた。NTMにおいて線維空洞型，排菌陽性群で有意にLCQ合計点が低かった。GERD合併によるLCQ合計点の有意な低下は認めなかったが，治療介入群ではGERD合併が有意に多かった。

【結語】 NTM患者において咳関連QOLが低下しているが，線維空洞型や排菌陽性群で特に咳関連QOLが障害されていた。GERD合併は27.8%のNTM患者で見られ，治療介入群で特に多かった。

間質性肺疾患患者における咳嗽重症度の実態調査

佐藤 隆平¹⁾, 半田 知宏²⁾, 松本 久子²⁾, 久保 武³⁾,
池添 浩平²⁾, 谷澤 公伸⁴⁾, 陳 和夫⁴⁾, 平井 豊博²⁾

¹⁾ 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻臨床看護学講座,

²⁾ 京都大学大学院医学研究科呼吸器内科学講座,

³⁾ 京都大学大学院医学研究科放射線医学講座,

⁴⁾ 京都大学大学院医学研究科呼吸管理睡眠制御学講座

【背景】 間質性肺疾患において乾性咳嗽を合併する頻度は高く、咳嗽症状は肺機能の低下等の疾患重症度と関連していること、疾患進行度予測としても有用なマーカーであることが示されている。しかしながら、咳嗽重症度と関連する臨床指標は明らかになっていない。

【目的】 間質性肺疾患患者の咳嗽重症度を評価し、臨床指標との関連を検討する。

【方法】 2015年8月から2016年8月の間に京都大学医学部附属病院呼吸器内科外来を受診した間質性肺疾患患者のうち、特発性間質性肺炎、膠原病合併間質性肺炎、過敏性肺炎例を対象に、横断研究を行った。咳嗽の強度と頻度をVisual analog scaleで評価し、逆流性食道炎問診（Fスケール）点数も評価した。

【結果】 55名が登録され、1ヶ月以内の呼吸器感染症、鼻炎あるいは喘息併存例などの除外基準により36名（男性22名、61%）が解析対象であった。間質性肺疾患症例全体では咳嗽重症度と肺機能に関連はなかったが、特発性間質性肺炎患者群（17名）で咳嗽強度と%DLcoとの間に負の関係が認められた（ $r_s = -.538$, $p = 0.026$ ）。また、同患者群において咳嗽頻度はFスケール8以上の症例群で高くなる傾向がみられた（ $p = 0.068$ ）。

【結論】 更なる症例の蓄積が必要であるものの、特発性間質性肺炎において咳嗽重症度評価は病態重症度指標として有用である可能性が示唆された。

【キーワード】 間質性肺疾患, 咳嗽, 特発性間質性肺炎

1. アレルギー性気道疾患における担子菌の重要性をはじめからていねいに

小川 晴彦（石川県済生会金沢病院内科）

近年、屋外環境における「Mycelia」（菌糸体）の検出頻度は、最も検出率が高い環境真菌 *Cladsporium* 属をも凌駕することが明らかとなった。従来、気道検体から培養された「無孢子性白色カビ」は、一般の微生物検査室では菌種同定不能ゆえに「Mycelia」として分類されてきたが、分子生物学的手法の普及により、その中に *Schizophyllum commune*（スエヒロタケ）や *Bjerkandera adusta*（ヤケイロタケ）などの“糸状担子菌 filamentous basidiomycetes (BM)”が同定されるようになった。特に検出率の高い *B. adusta* は、慢性咳嗽の難治化因子であり Unexplained chronic cough (UCC) と関連するが、UCC に対する治療薬として推奨されつつある Central suppressant は、BM が喀痰から検出される“真菌関連慢性咳嗽 (FACC)”や、*B. adusta* による“アレルギー性真菌性咳嗽 (AFC)”には無効である。従って、CHEST Expert Cough Panel Report (2016) による難治性咳嗽 (“difficult to treat”) のアルゴリズムにおいても、Fungal colonization をいかに扱うか 議論がせまられる。

本レクチャーでは、アレルギー性気道疾患の気道検体から Mycelia を的確に分離培養する方法についても詳細に解説する。

2. 高齢者の咳嗽と嚥下性肺疾患症候群

海老原 寛（東邦大学大学院医学研究科 リハビリテーション講座）

肺炎に対するガイドラインが出版され改訂も重ねているが、肺炎死増加の勢いを止めることができていない。それらの基本コンセプトは、肺炎が発症する場所により肺炎の起炎菌がある程度特定され、それに対しどのように抗生剤を使うかのガイドラインとなっている。近年、高齢者肺炎の起炎菌として、口腔内ノーマルフローラである口腔レンサ球菌が注目されるようになってきたが、実は細菌の存在そのものが高齢者肺炎（通常型誤嚥性肺炎）の発症に関与が薄いことも考えられる。このような状況の中、高齢者肺炎のガイドラインはこれまでの抗生剤の使い方を中心に記したガイドラインから、高齢者の機能回復に主眼を置いたガイドラインにパラダイムシフトしなければならないと考えられる。そのためには Dementia → Dysphagia → Dystussia → Atussia → Pneumonia → Death という加齢の流れの把握が重要であると思われる。

難治性慢性咳嗽への挑戦： 疾患特異的病態と非特異的難治化病態へのアプローチ

新実 彰男

名古屋市立大学大学院医学研究科 呼吸器・免疫アレルギー内科学

慢性咳嗽の診断と治療には、Irwinらが提唱した anatomic diagnostic protocol, 即ち咳受容体と知覚神経線維の解剖学的局在から「原因疾患を想定し、それを治療する」戦略が用いられてきた。それに基づいて診断した本邦の慢性咳嗽の主要な原因疾患は、咳喘息、副鼻腔気管支症候群、GERD、アトピー咳嗽などであるが、現実には他疾患への合併が多いGERDを含む複数の原因疾患を想定して最大限治療しても改善不十分な患者は少なくない。また原因を明らかにし得ない unexplained cough も経験される。

講演では、かかる難治病態への演者らのアプローチ（咳喘息における「混合性炎症」、増加するGERDの幅広い咳病態への寄与[咳とGERDの悪循環、消化管運動不全の重要性]、咳と下気道リモデリング、上気道病態との関連など）を紹介し、近年提唱された cough hypersensitivity syndrome にも言及する。

Ruled writing area with horizontal dotted lines.



**OD錠
新発売**

気管支喘息治療薬・アレルギー性鼻炎治療薬
ロイコトリエン受容体拮抗薬

薬価基準収載

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意、用法・用量に関連する使用上の注意等の詳細につきましては、添付文書をご参照ください。

シングレア® OD錠10mg



製造販売元【資料請求先】
MSD株式会社

モンテルカストナトリウム口腔内崩壊錠

SINGULAIR®

〒102-8667 東京都千代田区九段北1-13-12 北の丸スクエア
<http://www.msdd.co.jp/>

2015年12月作成 SGA15AD193-1016



hvc
human health care

患者様の想いを見つめて、
薬は生まれる。

顕微鏡を覗く日も、薬をお届けする日も、見つめています。
病氣とたたかう人の、言葉にできない痛みや不安。生きることへの希望。
私たちは、医師のように普段からお会いすることはできませんが、
そのぶん、患者様の想いにまっすぐ向き合っていたいと思います。
治療を続けるその人を、勇気づける存在であるために。
病氣を見つめるだけでなく、想いを見つめて、薬は生まれる。
「ヒューマン・ヘルスケア」。それが、私たちの原点です。

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ



エーザイはWHOのリンパ系フィラリア病制圧活動を支援しています。

Better Health, Brighter Future



タケダから、世界中の人々へ。より健やかで輝かしい明日を。

一人でも多くの人に、かけがえのない人生をより健やかに過ごしてほしい。タケダは、そんな想いのもと、1781年の創業以来、革新的な医薬品の創出を通じて社会とともに歩み続けてきました。

私たちは今、世界のさまざまな国や地域で、予防から治療・治癒にわたる多様な医療ニーズと向き合っています。その一つひとつに答えていくことが、私たちの新たな使命。よりよい医薬品を待ち望んでいる人々に、少しでも早くお届けする。それが、いつまでも変わらない私たちの信念。

世界中の英知を集めて、タケダはこれからも全力で、医療の未来を切り拓いていきます。

www.takeda.co.jp

武田薬品工業株式会社



新薬で人々のいのちと健康に貢献します。

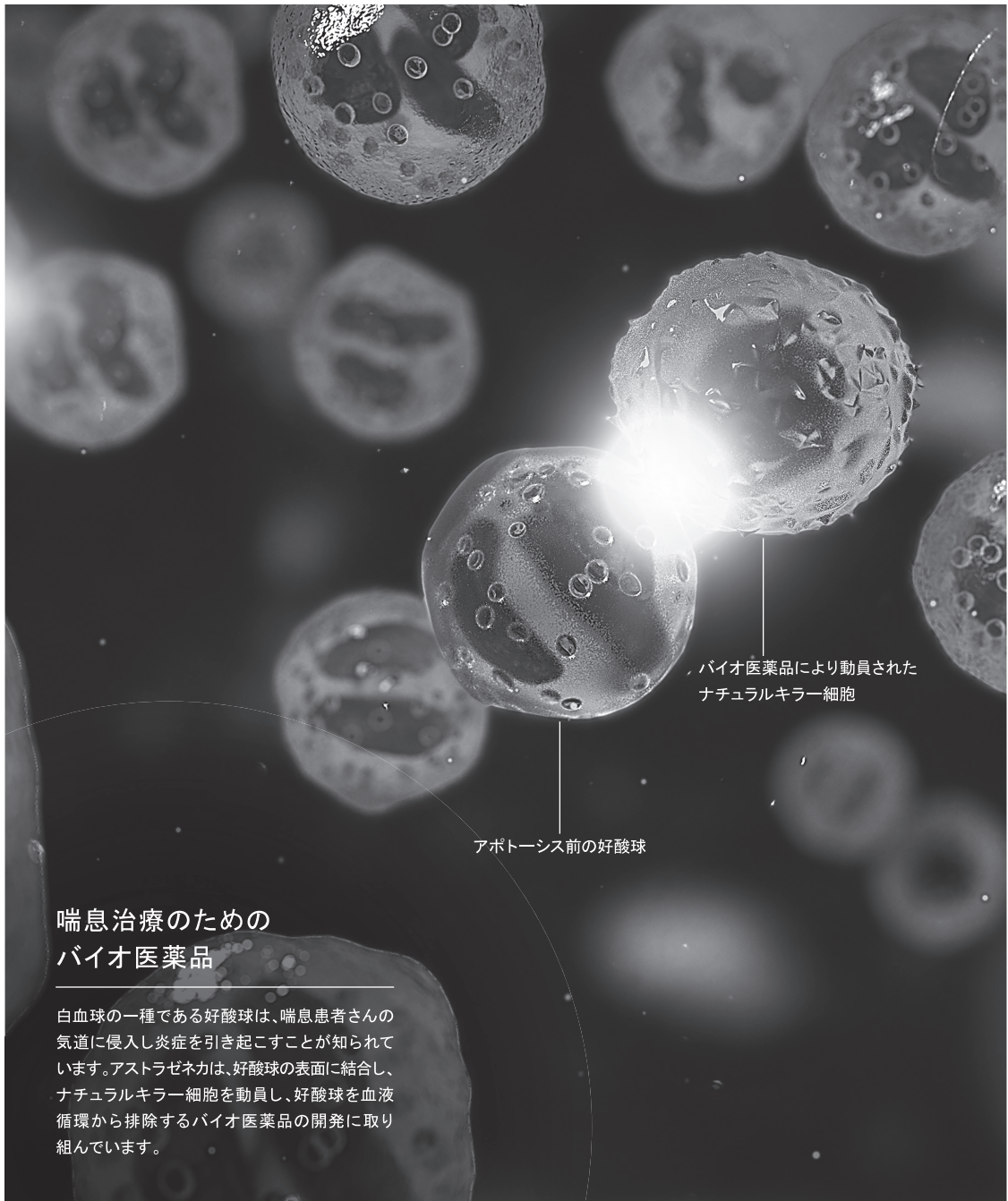
私たちノバルティス ファーマは、
分子標的薬や抗体医薬など最新の技術を生かして、
世界で140もの開発プロジェクトを進めています。
くすりを必要としている患者さんに、革新的な新薬を。
ノバルティス ファーマの新薬は、これからも進化を続けます。

 NOVARTIS

ノバルティス ファーマ株式会社

<http://www.novartis.co.jp/>

What science can do



バイオ医薬品により動員された
ナチュラルキラー細胞

アポトーシス前の好酸球

喘息治療のための バイオ医薬品

白血球の一種である好酸球は、喘息患者さんの気道に侵入し炎症を引き起こすことが知られています。アストラゼネカは、好酸球の表面に結合し、ナチュラルキラー細胞を動員し、好酸球を血液循環から排除するバイオ医薬品の開発に取り組んでいます。

Theravance
レルベア エリプタは米国 Theravance社と
共同開発した製品です。



RELVAR[®] ELLIPTA[®]



喘息治療配合剤

処方箋医薬品(注意-医師等の処方箋により使用すること)

薬価基準収載

レルベア[®] 100 エリプタ[®] 14・30 吸入用 200 エリプタ[®] 14・30 吸入用

RELVAR[®] ELLIPTA[®]

ビランテロールトリフェニル酢酸塩・
フルチカゾンフランカルボン酸エステル
ドライパウダーインヘラー

「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等は、添付文書をご参照ください。

製造販売元(輸入)・資料請求先

グラクソ・スミスクライン株式会社
〒151-8566 東京都渋谷区千駄ヶ谷 4-6-15

グラクソ・スミスクラインの製品に関するお問い合わせ・資料請求先
TEL : 0120-561-007(9:00-18:00/土日祝日および当社休業日を除く)
FAX : 0120-561-047(24時間受付)

改訂年月2015年4月(MKT)

まだないくすりを
創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。



www.astellas.com/jp/

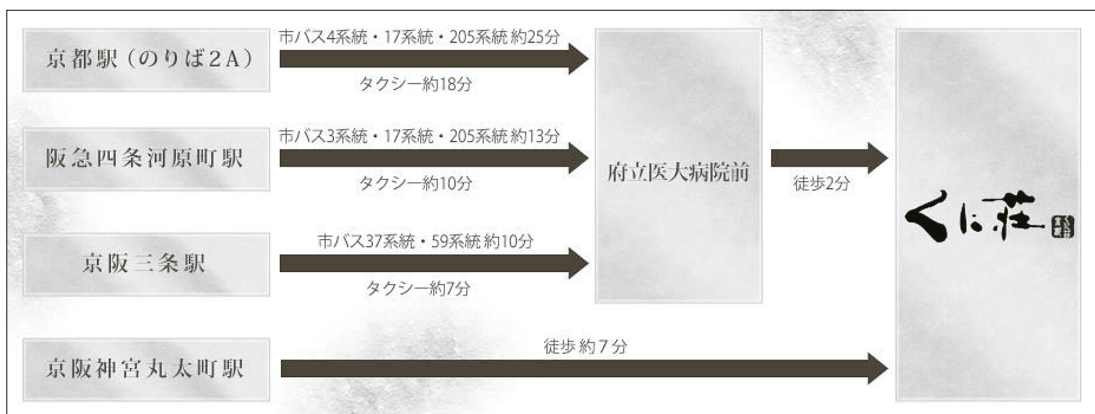
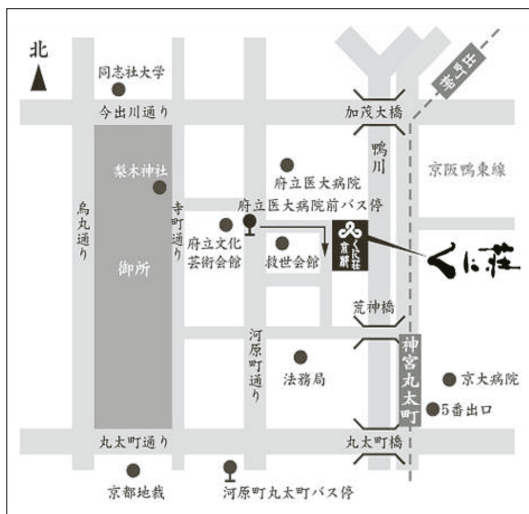
明日は変えられる。

 **astellas**
Leading Light for Life
アステラス製薬

～交通のご案内～

【KKR京都くに荘へのアクセス】

京都市上京区河原町通荒神口上る東入東桜町27-3 TEL：075-222-0092



第18回日本咳嗽研究会プログラム・抄録集

共催 日本咳嗽研究会
NPO 法人西日本呼吸器内科医療推進機構 (呼吸器若手医師のためのレクチャー)
アストラゼネカ株式会社 (特別講演)

印刷 ユニバース印刷



Boehringer
Ingelheim



COPD治療配合剤

薬価基準収載

スピオルト[®] レスピマッド[®]
28吸入

チオトロピウム臭化物水和物/オロダテロール塩酸塩製剤

SPIOLTO[®]
RESPIMAT[®]

処方箋医薬品（注意—医師等の処方箋により使用すること）

■「効能・効果」「用法・用量」「禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

製造販売元（輸入発売元） 日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
東京都品川区大崎2丁目1番1号
資料請求先：DIセンター

2016年3月作成



長時間作用性吸入気管支拡張剤
処方箋医薬品^注

スピリーバ[®] 1.25 μ g 薬価基準未収載
レスピマッド[®]60吸入

スピリーバ[®] 2.5 μ g 薬価基準収載
レスピマッド[®]60吸入

(チオトロピウム臭化水合物製剤) (注)注意-医師等の処方箋により使用すること

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書を参照してください。

製造販売元(輸入発売元)

日本ベリンガー・インゲルハイム株式会社
東京都品川区大崎2丁目1番1号
資料請求先:DIセンター

2016年9月作成

