

3. COPD診療の最新知見

東北大学呼吸器内科学分野 一ノ瀬正和

慢性閉塞性肺疾患（chronic obstructive pulmonary disease：COPD）は、従来治療効果の低い疾患とみなされてきた。しかし、近年の長時間作用性気管支拡張薬の臨床応用に伴い、患者症状やQOLの改善といった現在の状態の改善のみならず、COPD増悪減少、疾患進行抑制、或いは死亡率低下といった患者の将来的なリスクも抑制することが明らかとなった。すなわち、「COPDは予防可能で治療可能な疾患」として捉えられる。治療効果はより早期で顕著なため、早期診断による禁煙指導、さらには薬物療法に呼吸リハビリテーションも加え、COPD患者の身体活動性を上げるような早期医療介入が望ましい。

COPDは咳、痰、労作時息切れといった症状が、かなり重症化しないと自覚されないことから看過されやすい。一方、COPD患者が併存症をもつことが多いことを考えれば、糖尿病や循環器疾患で通院中の患者の中にCOPD患者が多数潜んでいると思われる。実際、東北6県でのコホート研究では、40歳以上の呼吸器以外の慢性疾患で通院中患者の27%に閉塞性障害が認められた。40歳以上で喫煙歴があれば、一度はCOPDを疑ってみるべきである。

1) COPD患者の管理目標

COPD患者では喘息患者とは異なり常に固定性の気流閉塞があり、場合によっては正常化するような大きな可逆性を持った気管支喘息とは異なる。長時間作用性気管支拡張薬を中心としたCOPD治療は労作時息切れや咳痰などの患者症状の軽減に加え、増悪や死亡率まで抑制する可能性を示した。このような現状から、日本呼吸器学会COPDガイドラインでは疾患に対する管理目標に以下の6つをあげている。

①症状およびQOL（quality of life；生活の質）の改善

②運動耐容能と身体活動性の向上及び維持

③増悪の予防

④疾患の進行抑制

⑤全身併存症および肺合併症の予防と治療

⑥生命予後の改善

2) 禁煙

禁煙はCOPDの発症リスクを減らすだけでなく、疾患進行を抑制する最も効果的で経済的な方法である。受動喫煙もCOPDの発症や増悪の原因になる可能性があり、COPD患者を含め、すべての喫煙者に禁煙指導を行うべきである。

3) 薬物療法

気管支拡張薬がCOPD薬物療法の中心であり、抗コリン薬、β₂刺激薬、メチルキサンチンの3系統がある。具体的には、軽症のCOPDでは、症状の軽減を目的として、運動などの必要時に短時間作用性気管支拡張薬を使用する。ただし、COPD患者は息切れがあるにもかかわらず、労作（運動量）を減らしているために実際は存在する労作時息切れを実感せず、医師にも訴えないことが多いと考えられるため、注意深い問診が重要である。また、薬剤（気管支拡張薬）使用後に初めて息切れがあったことに気が付く患者がいる点にも注意が必要である。中等症以上の重症度のCOPD患者では、症状の軽減に加え、QOLの改善や運動耐容能の改善が重要な治療目標となり、長時間作用性気管支拡張薬の定期的な使用が推奨され、重症のCOPDにおいては複数の長時間作用性気管支拡張薬の併用を行う。

COPDの増悪は、閉塞性障害の進行や死亡率の増加原因となることから、その予防が重要であるが、長時間作用性気管支拡張薬は増悪頻度を減少させる。吸入用ステロイド（inhaled corticosteroid：ICS）もIII期（高度の気流閉塞）以上で増悪頻度の多い患者では、増悪頻度を減少させ、QOLの悪化の抑制が期待できる。

4) 非薬物療法

呼吸リハビリテーション，呼吸不全症例に対する酸素療法，補助換気療法等が挙げられる．特に呼吸リハビリテーションは，COPD患者の日常の

症状を緩和し，心身の状態を最適な状態に維持し，社会生活を一層有意義なものにするための包括的な医療であり重要である．

演者略歴

一ノ瀬正和（いちのせ まさかず）

〔略歴〕

1980年 3 月 東北大学医学部卒業
1982年 4 月 東北大学第一内科入局
1988年 1 月 英国立心肺研究所胸部内科留学
2001年 2 月 東北大学大学院 講師
2002年 9 月 東北大学大学院 助教授
2003年 5 月 和歌山県立医科大学第三内科学 教授
2012年 5 月 東北大学呼吸器内科学分野 教授

〔主な専門分野〕

呼吸器内科学
呼吸生理学
閉塞性肺疾患

〔主な学会活動歴〕

日本内科学会（東北支部長）
日本呼吸器学会（理事）
日本アレルギー学会（喘息ガイドライン専門部会部会長）
日本NO学会（理事）
日本呼吸ケア・リハビリテーション学会（代議員）
