

女性医師・歯科医師の会つどい

感想文

禁煙外来開設の
下準備に

女性医師・歯科医師の会は6月12日に協会会議室で、神戸支部と共催で、つどい「ドクターとナースの連携で明日からできる禁煙指導」を開催した。神戸大学大学院准教授の西村善博先生と神戸大学病院看護師の蓬萊節子氏を講師とし、66人が参加した。参加者の感想文を紹介する。



会場から多くの質問が寄せられた

今秋に禁煙外来の開設を予定しています。何から準備したらよいのか、暗中模索しています。そのような折だったため大変興味深く聴かせていただきました。西村先生の講演はポイントを押さえた、分かりやすい説明で、大変ためになりました。喫煙者も被害者、

タバコの害をあえて言わないなど、目からうろこが落ちる内容で禁煙指導の奥深さを感じました。軽いタバコのからくりの話も面白く拝聴しました。疾患についても基礎から幅広く教えていただき、最後まで聞き逃がしたくない内容ばかりでした。

後日、講演の内容を職員に伝達しました。職員間で情報を共有し、何を準備すべきか考えるいいきっかけになりました。小規模診療所のため、事務職員の協力も必要です。職員の一人ひとりがいいサポーターにならないと意思統一が難しいです。

石炭火力発電所問題を考える市民ネットワーク(代表・森岡芳雄協会理事)は、7月12日に神戸市交渉を行った。火発ネットから火発ネットは、神戸製鋼の公害対策や市の環境問題の取り組みについて質問し、同神戸火発所燃料の石炭からLNG(液化天然ガス)への転換などを求めた。神戸市は、神鋼との環境保全協定の運用により、発電所燃料などの詳細を同社に求め

は森岡理事ら12人が参加、神戸市からは環境評価共生推進室の西谷寛室長ら9人が応じた。

「公害なくせ」の運動さらに

尼崎大気汚染公害訴訟原告団の「尼崎公害患者・家族の会」は7月10日、尼崎総合文化センターで第39回定期総会を開催し、患者や家族など148人が参加した。協会からは森岡芳雄理事(環境・公害対策部長)が挨拶を送り、「環境ロード

さらなる運動を呼びかける松代表



さらなる運動を呼びかける松代表

同会は、道路公害をなくすために国・阪神高速道路会社に対して国道43号線・阪神高速3号線の大型車削減や規制を求めて運動をすすめる。その闘いは39年に及んでいる。運動によって、国道43号線から大型車を湾岸線に誘導する「環境ロードプライシング」実施および国道43号線交差点のバリアフリー化着工が実現している。

NPT再検討会議

参加記

核廃絶、世界に
訴え続けたい

て参加してきました。今回の再検討会議は「核兵器なき世界」を達成する」という文書が採択された画期的な会議でした。

しかし、世界は大きな「核兵器廃絶」への道を踏み出したとはいえない現実があります。今回の代表団の行動では、自由の女神の見えるバッテリー・パーク

核保有国に対して日本として何ができるかを、日本人一人ひとりが考えていくことが必要です。今回のNPT再検討会議では、日本からは総理大臣では

なく外務副大臣しか参加していないという事実がとても残念です。世界で唯一の被爆国の日本が、世界の核廃絶に関して果たすべき役割があるのではないのでしょうか。お金や自衛隊を派遣する以外の真の意味での国際貢献の道を日本は歩むべきだと感じました。

ニューヨークのアロッドウェイで行われたデモ・パレードにも参加しました。パレードの参加者の熱気とともに、ニューヨーク市民・アメリカ市民に核廃絶をアピールしてきました。しかし、日本の報道に比べ、現地での報道はあまりなく、意図的なものささを感じました。アメリカの現状を認識するとともに、核兵器廃絶への道の険しさを実感することになりました。

張する世界各地の青年と交流する機会に恵まれました。世界各地で反核運動は展開されており、その声は決して小さくないことを学ぶことができました。

私自身は「世界青年のつどい」において、「戦争は人災。だからこそ防ぐことができる」という内容のスピーチをする機会に恵まれました。反核平和の声を少しずつでも世界に訴えていくことが、私にできることなのだと思います。

今後反核医師の会での活動を中心に、地道に活動を続けていこうと決意を新たにしました。今回、参加するにあたってご援助いただきましたすべての皆様、この場を借りて厚くお礼申し上げます。ありがとうございました。

このたび、5月にニューヨークの地で行われたNPT再検討会議に、NPT日本原水協兵庫県代表団として



核廃絶のアピールをする筆者(中央後ろ)

核保有国に対して日本として何ができるかを、日本人一人ひとりが考えていくことが必要です。今回のNPT再検討会議では、日本からは総理大臣では

なく外務副大臣しか参加していないという事実がとても残念です。世界で唯一の被爆国の日本が、世界の核廃絶に関して果たすべき役割があるのではないのでしょうか。お金や自衛隊を派遣する以外の真の意味での国際貢献の道を日本は歩むべきだと感じました。

ニューヨークのアロッドウェイで行われたデモ・パレードにも参加しました。パレードの参加者の熱気とともに、ニューヨーク市民・アメリカ市民に核廃絶をアピールしてきました。しかし、日本の報道に比べ、現地での報道はあまりなく、意図的なものささを感じました。アメリカの現状を認識するとともに、核兵器廃絶への道の険しさを実感することになりました。

張する世界各地の青年と交流する機会に恵まれました。世界各地で反核運動は展開されており、その声は決して小さくないことを学ぶことができました。

私自身は「世界青年のつどい」において、「戦争は人災。だからこそ防ぐことができる」という内容のスピーチをする機会に恵まれました。反核平和の声を少しずつでも世界に訴えていくことが、私にできることなのだと思います。

今後反核医師の会での活動を中心に、地道に活動を続けていこうと決意を新たにしました。今回、参加するにあたってご援助いただきましたすべての皆様、この場を借りて厚くお礼申し上げます。ありがとうございました。

【尼崎市 井村 春樹】

石炭火力発電所神戸市交渉

住民の立場で神鋼に指導を

石炭火力発電所問題を考える市民ネットワーク(代表・森岡芳雄協会理事)は、7月12日に神戸市交渉を行った。火発ネットから火発ネットは、神戸製鋼の公害対策や市の環境問題の取り組みについて質問し、同神戸火発所燃料の石炭からLNG(液化天然ガス)への転換などを求めた。神戸市は、神鋼との環境保全協定の運用により、発電所燃料などの詳細を同社に求め

は森岡理事ら12人が参加、神戸市からは環境評価共生推進室の西谷寛室長ら9人が応じた。

「公害なくせ」の運動さらに

尼崎大気汚染公害訴訟原告団の「尼崎公害患者・家族の会」は7月10日、尼崎総合文化センターで第39回定期総会を開催し、患者や家族など148人が参加した。協会からは森岡芳雄理事(環境・公害対策部長)が挨拶を送り、「環境ロード

さらなる運動を呼びかける松代表

理事会
スポンサー

◇出席 21人
◇情勢 ①経済同友会の2009年度社会保障改革委員会は、介護保険制度に関する提言を発表。「要支援1・2」、「要介護1」の利用者に対するサービスは保険対象外とすることや、自己負担割合を1割から2割に引き上げること提案している。②在沖繩米海兵隊のグアム移転を巡り、アメリカから日本側に経費負担の増額を要求する書簡が先月中旬に送られてきたことが分かった。移転と無関係のインフラ整備に日本の資金が転用される恐れがある。

◇医療運動対策 参院選後、ラジオ関西への出演、景品付クイズハガキの実施

◇女性医師・歯科医師の会 原水禁世界大会に併せて開催される「核兵器をなくそう女性」つどい2010(8/5広島)に過去最高の15名の女性医師が賛同。(7月10日理事会より)

人事法務コンサル
社会保険労務士
ISR梨本事務所
労働条件・就業規則
(労働保険事務組合)
経営者会議
労務監査・給与計算

信頼・向上そして社会貢献

ホームページ www.isr-group.co.jp グループ代表 (CEO) 梨本剛久 078-360-6611 大代表

（市営地下鉄長田駅・袖



1. 概念・疫学

気管支喘息(以下喘息)は、気道の慢性炎症、種々の刺激に対する過敏性亢進、それらに基づいて生じる可逆性の気流閉塞を特徴とする疾患である(図1)。

本邦での有症率は増加しており、1996年の調査では成人で3.0%であるが、さらに高い有症率を示す調査結果もある。患者数の増加に関わらず発作入院や死亡数は減少しており、喘息死は1990年代中頃までの年間6000人前後から2008年には2348人まで減少した。

このことには、改訂が重ねられた成人・小児の喘息ガイドラインの普及と、それに伴う吸入ステロイド薬(ICS)の普及が寄与している。

2. 病因・病態生理・病理

気流閉塞を惹起する気道への刺激には、抗原と非抗原性のものがあり、喘息の発症や増悪に関わる(図1)。

最も感作頻度が高い抗原は、室内塵とその主要な抗原成分であるヒョウヒダニである。非抗原性の刺激にはウイルス感染、職業性物質、解熱鎮痛薬、運動、アルコールなどがある。

非アトピー喘息の気道病理像は基本的にはアトピー型喘息と同様で、好酸球・Tリンパ球・肥満細胞などの細胞浸潤、浮腫といった気道炎症のほか、長期の炎症持続に伴って生じ不可逆的気流閉塞の原因となる気道リモデリングの諸所見(基底膜肥厚、杯細胞増生、平滑筋増生肥大、気道壁肥厚など)も観察される。

3. 臨床症状

典型例では呼吸困難、咳嗽、喘鳴の3主徴が認められる。胸部の重苦しさ、痰、胸痛などもみられる。3主徴はそれぞれが喘息の唯一の症状となりうるし、喘鳴を呈する患者でも時期によって咳や呼吸困難のみを訴えることもある。

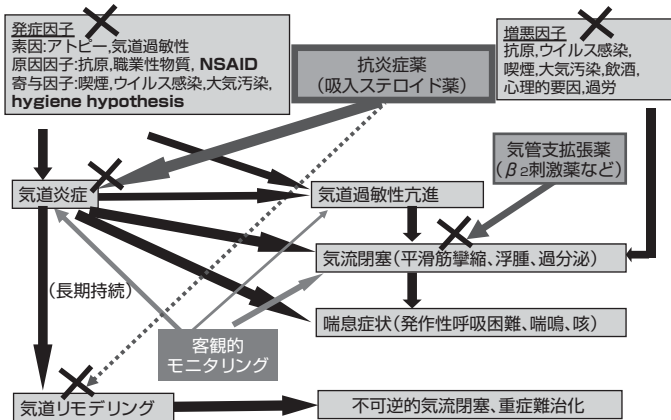
症状は発作性、間欠性に出現し、1日の内では夜間から早朝に増悪しやすい。曇天、雨天時の悪化や、季節の変わり目の増悪といった季節性もしばしば認める。このように様々な時間単位での変動性(＝良い時と悪い時とがある)と、自然にあるいは抗喘息治療により寛解することが診断の重要なポイントである。

原因・増悪因子を想定した問診が大切で、掃除や布団の上げ下ろしに伴う悪化(室内塵・ダニ)、ペット(ネコ、イヌ、ハムスターなど)の有無と接触による増悪、職業性曝露(化学薬品、小麦粉など)、薬剤服用歴(酸性NSAID、 β 遮断薬)、精神的要因、受動喫煙を含めた喫煙、住環境の変化、女性では月経、妊娠などの影響にも留意する(図1)。

4. 検査・診断

典型的な病歴が揃っていたり、診察時に明らかに喘鳴を認める場合には、診断は困難ではない。特に患者が発作で受診した場合には、病歴と身体所見のみで十分診断は可能である。受診時に症状が乏

図1 喘息の病態と治療の基本的な考え方(×は治療標的を示す)



しかったり典型的症状が揃わない軽症例(特に咳のみを訴える患者)、重喫煙歴があり慢性閉塞性肺疾患(COPD)のリスクを持つ患者、心疾患を有する患者などでは、注意深い鑑別診断が必要である。

スパイロメトリーによる気流閉塞の証明は、喘息の客観的診断の基本である。ガイドラインでは、FEV₁が低値を示したらその可逆性を評価することを推奨している。一般に短時間作用性 β_2 刺激薬吸入15～30分後にFEV₁ $\geq$ 12%かつ $\geq$ 200ml増加すれば有意な可逆性ありと判定する。気道可逆性は喘息に特徴的な病態であるが、リモデリング進行例などでは可逆性が乏しいことがあり、逆に不可逆性気流閉塞を特徴とするCOPDで15～20%以上の可逆性を示すこともあるため、可逆性の有無のみによる両者の鑑別は困難である。気流閉塞がないか軽度であれば、メサコリンなどの気管支収縮物質の吸入による易収縮性を評価する気道過敏性試験を考慮する。

特異的IgE抗体測定や抗原皮膚テストは、抗原感作の証明に有用である。また喀痰の好酸球増多は喘息に特異性の高い所見である。末梢血好酸球増多はより非特異的であるが、好酸球性気道炎症をある程度反映する。

第一選択の治療が喘息ではICS(後述)、COPDでは気管支拡張薬(抗コリン薬、 β 刺激薬、テオフィリン)であることから、両者を正しく鑑別して治療薬を選択する必要がある。喘息は新生児から超高齢者まであらゆる年齢層で発症するが、ほとんどの例が長期の喫煙を病因とするCOPDは、ほぼ中高年者の疾患である。また、喘息の症状は変動が大きく、特に夜間から早朝に悪化し、昼間には乏しいことが多く、COPDの症状は固定性で夜間や安静時には乏しく、労作時の息切れが特徴的である。うっ血性心不全、気管・気管支の腫瘍や結核などによる中枢気道狭窄も、鑑別の対象となる。

5. 咳喘息について

咳を唯一の症状とする喘息の亜型である。気流閉塞はないか軽微であるが、好酸球性炎症や気道リモデリングがみられ、喘息としての治療に反応する。一部の患者は典型的喘息に移行するが、早期からのICS治療の導入により移行頻度は減少する。

近年増加が指摘されている慢性咳嗽

図2 喘息治療薬の分類

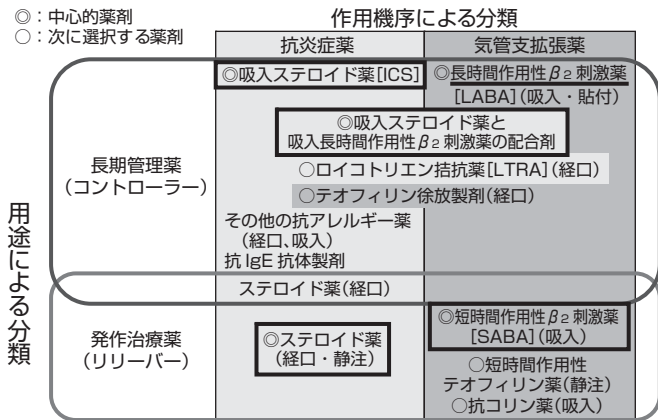


表1 コントロール状態の評価(文献1)

	コントロール良好 (すべての項目が該当)	コントロール不十分 (いずれかの項目が該当)	コントロール不良
喘息症状 (日中および夜間)	なし	週1回以上	コントロール不十分の項目 が三つ以上当てはまる
発作治療薬の使用	なし	週1回以上	
運動を含む活動制限	なし	あり	
呼吸機能 (FEV ₁ および PEF)	正常範囲内	予測値あるいは 自己最高値の80%未満	
PEFの日(週)内変動	20%未満	20%以上	
増悪	なし	年に1回以上	月に1回以上

表2 未治療患者の症状と目安となる治療ステップ(文献1)

	治療ステップ1	治療ステップ2	治療ステップ3	治療ステップ4
対象となる 症状	(軽症間欠型相当) ・症状が週1回未満 ・症状は軽度で短い ・夜間症状は月に2回未満	(軽症持続型相当) ・症状が週1回以上、 しかし毎日ではない ・月1回以上日常生活 や睡眠が妨げられる ・夜間症状は月2回 以上	(中等症持続型相当) ・症状が毎日ある ・短時間作用性吸入 β_2 刺激薬がほぼ毎日 必要 ・週1回以上日常生活や 睡眠が妨げられる ・夜間症状が週1回 以上	(重症持続型相当) ・治療下でもしばしば 増悪 ・症状が毎日ある ・日常生活が制限 される ・夜間症状がしばしば

表3 喘息治療ステップ(文献1)

	治療ステップ1	治療ステップ2	治療ステップ3	治療ステップ4
長期管理薬	吸入ステロイド薬 (低用量) 上記が使用できない場合下 記のいずれかを用いる LTRA テオフィリン徐放製剤 (症状が稀であれば必要なし)	吸入ステロイド薬 (低～中用量) 上記で不十分な場合に下 記のいずれか1剤を併用 LABA (合剤の使用可) LTRA テオフィリン徐放製剤	吸入ステロイド薬 (中～高用量) 上記に下記のいずれか 1剤、あるいは複数併用 LABA (合剤の使用可) LTRA テオフィリン徐放製剤	吸入ステロイド薬 (高用量) 上記に下記の複数併用 LABA (合剤の使用可) LTRA テオフィリン徐放製剤 上記のすべてでも管理不良の場合は 下記のいずれかあるいは両方を追加 抗IgE抗体 経口ステロイド薬
	追加治療 LTRA以外の 抗アレルギー薬	LTRA以外の 抗アレルギー薬	LTRA以外の 抗アレルギー薬	LTRA以外の 抗アレルギー薬
	発作治療 吸入SABA	吸入SABA	吸入SABA	吸入SABA

(胸部X-P・聴診で異常を示さない8週間以上持続する咳)の本邦における最多の原因疾患であり、副鼻腔気管支症候群、胃食道逆流症などが続く。上気道炎、気管支炎などとして看過しないよう留意が必要である。気管支拡張薬が咳に効くことが、診断の特異的所見である。

6. 治療

1) 目標

現在到達しうる管理・治療の目標は、気道炎症と気流閉塞を惹起する因子の回避・除去と、薬物療法による炎症の抑制と気道拡張とにより、気道過敏性と気流閉塞を軽減ないし寛解することである。その結果、可能な限り呼吸機能を正常化し、患者のQOLを改善し、健常人と変わらない日常生活が送れることを目指す。

2) 原因療法

抗原曝露、過労などの増悪因子の回避

は重要である(図1)。喫煙は、呼吸機能の低下とICSの効果減弱をもたらす。アトピー型喘息における原因抗原の抽出物による減感作療法(抗原特異的免疫療法)は、薬物療法と比べて効果は相対的に弱く、副作用のリスク、煩雑さなどもあるため適応例は限られる。

3) 薬物療法

喘息は長期の管理を必要とする慢性疾患であるが、経過中にしばしば発作が起きることから、長期管理薬と発作治療薬を組み合わせる治療を行う。薬剤は作用機序的には抗炎症薬と気管支拡張薬とに分類される(図2)。

昨年改訂された喘息予防・管理ガイドライン(JGL)2009においては、従来の重症度分類とは異なる、治療内容の強弱によって患者をステップ分類する「治療

(3面につづく)