

亀田呼吸器流 COPDのポイント2024

初期研修医はこれをおさえる！

1 COPDとは？

タバコ煙など有害物質の吸入によって生じ、呼吸機能検査で閉塞性換気障害を呈する肺疾患。

2 COPDの疫学は？

世界の死因の4位。推定COPD患者数530万人だが、総患者数は36万人で多くが未診断。

3 COPDをどんな時に疑う？

長期喫煙歴（20pack years[=1日20本を20年]以上など）のある患者が呼吸器症状を訴えるならCOPDを疑う。20 pack yearsなら20%でCOPD、60 pack yearsなら70%でCOPD！

4 COPDの診断基準 以下の全てを満たすとき

- 1 長期の喫煙歴などの暴露因子があること
- 2 気管支拡張薬吸入後のスパイロメトリーでFEV1/FVCが70%未満であること
- 3 他の気流閉塞を来しうる疾患を除外すること

喫煙歴20 pack years以上の患者が呼吸器症状を訴えたら積極的にスパイロメトリーを行う！

5 安定期COPDの長期薬

長時間作用性抗コリン吸入薬（LAMA）→ 気管支拡張薬

長時間作用性β2刺激吸入薬（LABA）→ 気管支拡張薬

吸入ステロイド（ICS）→ 好酸球性炎症をおさえる

LAMA→LAMA/LABAの順に治療が強くなる。通常LAMAからスタート

喘息合併例、末梢血好酸級数 $\geq 300/uL$ 、増悪回数2回/年以上の時にICS/LABA/LAMAを考える

ICSは流動的に判断する。肺炎を起こしたらICS離脱を考える

6 デバイスの使い分け（私見）

ドライパウダー製剤は吸気流速が必要なので、高齢者は吸えない場合がある

COPDは高齢者が多いので、原則としてエアータ입（p-MDI，ソフトミスト）を用いる（70～75歳未満ならドライパウダー製剤もOK）

7 救急外来でのCOPD増悪の診断

COPD患者が呼吸器症状の増悪を認め、他疾患（肺炎，心不全，気胸，肺塞栓など）が否定的ならCOPD増悪と診断する。

8 救急外来でのCOPD増悪治療

ABCアプローチ（A:抗菌薬，B:気管支拡張薬，C:ステロイド）

A：抗菌薬の適応

細菌感染を疑う場合（=喀痰の膿性化，CRP陽性），重症例（=人工呼吸管理）

市中肺炎に準じて薬剤選択

外来 AMPC/CVA+AMPC（オーグメンチン+サワシリン）

入院治療 CTRX（セフトリアキソン）（非定型病原体を考慮するならAZM併用）

* ウイルス感染単独を疑うなら抗菌薬は不要

B：サルブタモール（ベネトリン®）0.4ml+生食 5ml吸入

C：プレドニゾロン 30-40mg 内服1日1回 5日間

or メチルプレドニゾロン 40-80mg+生食 50m 1日1回点滴（入院時）