

亀田呼吸器流 咳嗽診療のポイント 2025

初期研修医はこれをおさえる！

1 咳嗽を見たら、まず**持続期間**で分類する

3週間未満なら**急性咳嗽**，3-8週間なら**遷延性咳嗽**，8週間以上なら**慢性咳嗽**である

2 持続期間別に**頻度の高い疾患**がある

急性咳嗽 かぜ症候群，**COVID-19**，**インフルエンザ**，肺炎

遷延性咳嗽 感染後咳嗽

慢性咳嗽 **咳喘息**，**GERD**，**COPD**，**後鼻漏**，アトピー咳嗽

喫煙，ACE阻害薬，肺がん，間質性肺炎，結核，非結核性抗酸菌症など

3 急性咳嗽では、まずCOVID-19とインフルエンザをルールアウト

急性咳嗽を見たら、流行期にはまず**COVID-19**と**インフルエンザ**をルールアウトする（抗原検査）

ルールアウトしたら、**咳嗽**，**咽頭痛**，**鼻汁**の3症状が同時に（最低2つ）あればかぜ症候群

かぜ症候群なら症状のピークを過ぎていたら胸部X線不要（対症療法）

下気道症状・全身症状・バイタルサイン異常・聴診所見異常があれば**肺炎**を疑い**胸部X線**を撮影！

4 急性咳嗽・遷延性咳嗽でも、**慢性咳嗽を呈する疾患**も鑑別に入れる

（実臨床では、咳が辛くて患者が**8週間も待ちきれずに受診する**）

5 慢性咳嗽は胸部X線で「異常を認めるもの」と「異常を認めないもの」に分けて鑑別診断を考える

胸部X線で**異常あり** → 肺がん，間質性肺炎，結核，非結核性抗酸菌，アスペルギルスなど

＊診断は、胸部CTを含む各種検査＋気管支鏡となるため、**呼吸器内科に紹介**する

6 胸部X線で異常を認めない時は、「**慢性咳嗽5大疾患**」を鑑別に挙げる

病歴で疑い、**診断的治療**が基本である。とにかく**病歴、病歴、病歴**！

咳喘息：病歴（**夜間・早朝、冷気で増悪**、季節性など）→**ICS/LABA**で診断的治療

GERD：病歴（**胸やけ、食後の増悪**、横になると増悪）→ **PPI**で診断的治療

後鼻漏：病歴（鼻閉・鼻汁、後鼻漏）→ 抗ヒスタミン剤、マクロライド、**耳鼻科**紹介など

COPD：喫煙歴（**20pack years以上**）とスパイロメトリーで診断→ **LAMA**処方

アトピー咳嗽：病歴（夜間・早朝に増悪、喉のイガイガ感）→抗ヒスタミン剤で診断的治療

慢性咳嗽
5大疾患

＊咳喘息の診断は、喘息診療実践ガイドラインの喘息診断に準拠して良い

＊最も疑わしい疾患から診断的治療をする．咳喘息＋GERDなど**複数の原因が混在**することもあり注意

7 胸部X線で異常を認めず、慢性咳嗽5大疾患も否定的の場合

ACE阻害薬を内服していないかチェック．内服していれば中止か変更を考える．

8 上記全ての対応を行っても、改善しない難治性咳嗽は、**呼吸器内科**に紹介する

（UCC（Unexplained chronic cough），CHS（Chough hypersensitivity syndrome），心因性咳嗽などがあるが、専門的であり研修医は知らなくていい）

9 **対症療法**としての鎮咳薬の使い分け

非麻薬性中枢性鎮咳薬：**デキストロメトルファン**（最も**エビデンス豊富**），アスベリン

麻薬性中枢性鎮咳薬：リン酸コデイン（**安易に出さない**．感染症による咳嗽には避ける
喘息に禁忌．便秘，眠気，嘔気の副作用に注意）

咳嗽に対する漢方：**麦門冬湯**（乾性咳嗽），清肺湯（痰が多い咳嗽）など

10 **対症療法**としての去痰薬の使い分け

アンブロキシール(ムコソルバン®) →**痰の切れ**を良くするイメージ

カルボシステイン(ムコダイン®)・フドステイン（クリアナール®）→**痰自体の量を減らす**イメージ

＊鎮咳薬の**在庫不足**がある場合は、基本的にあるものを使っていくしかない

＊対症療法薬は漫然と使い続けず落ち着いたら一旦終了すること

