

# 亀田呼吸器流 咳嗽診療のポイント 2026

## 初期研修医はこれをおさえる！

更新日 2026/1/11

### 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！

慢性咳嗽  
5大疾患

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

\*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）、アスペリン

麻薬性中枢性鎮咳薬：リン酸コディン（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

\*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

### 10 対症療法としての去痰薬の使い分け

アンブロキソール(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

