

# コロナ禍における 痰の診かた

亀井三博（亀井内科・呼吸器科院長）

本コンテンツはハイブリッド版です。PDF だけでなくスマホ等でも読みやすい HTML 版も併せてご利用いただけます。

▶HTML 版のご利用に当たっては、PDF データダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶シリアルナンバー付きのメールはご購入から 3 営業日以内にお送り致します。

▶弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することで HTML 版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は <https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/> をご参照ください。

▶登録手続

1. コロナ禍で求められる喀痰診療とは? ————— p2
2. 喀痰が問題となる疾患 ————— p2
3. コロナ前の喀痰診療 ————— p3
4. コロナ禍の今ならどう診るか? ————— p16
5. 痰の治療をどうするか? ————— p19
6. 喀痰診療のポイント ————— p20

▶HTML 版を読む

日本医事新報社では、Web オリジナルコンテンツ  
を制作・販売しています。

▶Webコンテンツ一覧

# 1. コロナ禍で求められる喀痰診療とは？

---

1年前の丁度今頃、蒙古のように押し寄せた新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）の勢いはいまだ衰えず、コロナ禍の中、私達は様々な技術を封印せざるを得なくなりました。執筆時点の2021年2月現在も、常に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を鑑別診断に入れなければならない状況は続いています。

従来、当たり前のように行っていた喀痰診療における鑑別の肝ともいえるべき喀痰誘発による喀痰の観察、グラム染色、肺機能検査がいずれもエアロゾル発生の危険を伴うため、施行できなくなっています。また、対面での病歴聴取に時間をかけることもリスクとなり、その上聴診すらも封印せざるをえないときもあります。

しかし、私達はコロナばかりを恐れる余り、患者の命や生活を脅かす痰をもたらす様々な疾患、肺炎、気管支拡張症、結核、非結核性抗酸菌症を見過ごしてはならないのです。

本稿では、そんな時代にあって、いやそんな時代だからこそ、求められる喀痰診療の在り方をご紹介します。読者は、私と同じく診療所で働き、日々患者に向き合っておられる、プライマリ・ケアを担う先生方を想定しています。

いまだかつて経験したことのない制限のかかった診療の中で、本稿が少しでも先生方の喀痰診療の参考になれば幸いです。

## 2. 喀痰が問題となる疾患

---

喀痰には急に現れ出るものと、慢性的な経過の中で持続あるいは増悪・消退するものがあります。

私達は痰というと下からくるもの、つまり下気道を第一に思いがちですが、急性・慢性を問わず副鼻腔炎でも喉の奥に痰はたまり、アレルギー性

鼻炎でも上から下りてきた鼻汁が痰となって排出されます。「上からか？下からか？」は患者ばかりでなく、医師をも惑わせます。

総説・基本的な考え方は、日本呼吸器学会から発表された「咳嗽・喀痰の診療ガイドライン2019」<sup>1)</sup>を参照して頂くとして、症例を通じて筆者が普段いかに喀痰と向き合っているかをお話していきます。

まずコロナ禍に陥る前の症例を通じて、本来あるべき喀痰診療の在り方を提示いたします。その後、コロナ禍まっただ中の今ならどう診療するかをご紹介します。コロナ禍での痰の診方を読者の皆さんと考えてみたいと思います。

### 3. コロナ前の喀痰診療

#### 1 来院1回目(2016年1月12日)

主婦Iさん(63歳、女性。非喫煙)は、主治医が転勤となるため、喘息の治療を今後当院で受けたいと来院されました。どんなご事情なのでしょうか？ さっそく、お話を聴きました。



Iさん

10年前から花粉症に、3年前からは咳に悩むようになりましたが、痰で困ることはありませんでした。2年前に受診した病院では、咳は喘息によるものと言われシムビコート®〔吸入ステロイドと長時間作用型β刺激剤吸入の合剤(ICS/LABA)〕が処方されました。その年の冬、39℃の発熱に続き、ゼーゼーして咳も痰も出て、夜息苦しくて眠れなくなりました。同病院を受診したところ、肺炎および胸膜炎と言われ入院しました。無事良くなって退院しましたが、1年前の12月にも39℃の発熱に続き、咳痰が出て呼吸が苦しくなりやはり入院してしまいました。その頃から咳だけでなく痰が出るようになり、朝目が覚めると同時に痰がとめどなく出て、使ったティッシュペーパーでゴミ箱がいっぱいになるほどでした。痰の色は白から黄色で昼間も出ますが、咳痰のため夜眠れないことはありません。

現在の投薬を見ると、レルベア<sup>®</sup>200 (ICS/LABA) 10吸入 1日1回、シングレア<sup>®</sup>10mg 1錠1日1回、アレグラ<sup>®</sup>60mg 2錠1日2回、アンブロキソール15mg 3錠1日3回、そしてクラリス<sup>®</sup>200 2錠 1日2回、いずれも28日間ずつ投与されています。既往歴、家族歴について特に記すべきことはありませんでした。

## (1) 病歴から何を考えるか？

熱が出て入院されるまでの話では、主に咳で困っており、喘息としても矛盾しません。しかし、2年前の肺炎、そして1年前の発熱と咳痰のエピソード後から、慢性的に咳と痰、特に朝方の痰に悩むようになっていきます。咳はともかく、持続する喀痰は喘息の病歴としては違和感があります。

もちろん、喘息のコントロールがついていない段階や、発作時に黄色い痰が出ることはありますが、一時的であることが多く、Iさんのようにレルベア<sup>®</sup>200でまだコントロールしきれず、大量の痰が出ているのは喘息の経過としては、“あわない”と感じました。処方を見ると1年前の12月の入院以来、去痰剤とともにクラリス<sup>®</sup>200 2錠 1日2回で継続投与されていました。

残念ながら紹介状をお持ちでなかったので詳細は不明ですが、気管支拡張症などの慢性の気道病変があることを想定される処方になっています。

病歴から考えてみてもかなり痰の多い咳であり、感染を契機に慢性的な痰になっているようです。喘息に加えて、他の病態、たとえばびまん性汎細気管支炎 (diffuse panbronchiolitis : DPB)、気管支拡張症、やや痩せ型の女性ですので非結核性抗酸菌症の存在が加わっているかもしれません。あるいはもともと喘息ではなく、慢性気道病変を伴う疾患であるのかもしれない。

## (2) 理学所見

理学所見のポイントは、聴診所見でクラックルがあるか、喘鳴があるかを聴くことになります。

見ためから判断すると一見お元気そうです。理学所見の一部をお示します。

- ・体温36.5℃，酸素飽和度96%，脈拍68/分，血圧120/70mmHg，呼吸数15/分（これらのバイタル，特に呼吸数はコロナの時代にあっては非常に大切になります）
- ・心音：1音，2音正常，過剰心音なし
- ・肺：正常肺胞呼吸音，副雑音なし

### (3) 理学所見をとり終えて何を考えたか？

痰があふれるほど多いという病歴から，私はDPB\*，気管支拡張症を想定しました。おそらく，吸気早期から中期にかけてのクラックル<sup>2)</sup>が聴こえるであろうという予想はずれ，意外な結果となりました。朝たくさん痰が出た後だったからかもしれません。

痰が多いことから予想される喘息のコントロール不良を示唆する呼気時の喘鳴も聴かれませんでした。しかし，聴診時期によっては期待した所見が得られないことはままあるので，打ちひしがれる必要はありません。

たとえば，夜間息が苦しくてゼーゼーいていた喘息患者の喘鳴は，症状が落ち着いて来院した昼頃には聴こえないのは，普通のことです。大事なのは疾患を想定しながら，理学所見をとることにあります。そうすれば，期待した所見が得られなかったときでも，次のステップに進むことができます。

ここから先，原因を突き詰めて行くには検査が必要です。まずなんと言っても喀痰を得て，グラム染色ですぐ細菌の有無を含め喀痰像を見ること，また胸部X線，場合によっては胸部CTも必要になるかもしれません。画像検査で器質的な気道～肺病変の有無を確認できます。

肺機能検査では，フローボリュームカーブを見ることで，閉塞性換気障害の有無を評価します。肺機能検査は，診察机の上に常備してあるコンパクトな装置(図1)を用い，診察が終わったらというより，血圧を測るような感覚で，一連の診察の中で施行しています。