

# 胸痛の訴えで受診され胸部CT で気管支拡張を認めた、咳が 持続した1症例

おおにし内科・小児科  
大西 敏雄

# 症例 50歳 男性

(主訴) 肺が痛い

(家族歴) 母 喘息

(生活習慣) 喫煙 7本/日、アルコール毎日

(既往歴) 尿管結石

(経過) X-2wから肺が痛い。耳鼻科でフスコデ、ポララミン、メプチンを処方されたが、朝に咳、痰がひどいとのことで平成30年8月X日当院受診。

(現症) BP122/74、SpO<sub>2</sub>=99%、BT=37.2度、HT=170cm、BW=50kg、BMI=17.3、心音および肺音 異常なし

気胸を疑うも胸部レ線で異常なし

吸気



呼気



吸気側面



## (検査所見)

WBC9100, 好中球71%, 好酸球8.5%, CRP8.54(5+), CPK309,  
GOT 26, GPT 18, LDH 225, CEA 3.6, SCC 1.1, NSE 15.9

心電図 V1 rSRパターン、肺性P

鼻腔細菌培養 コアグララーゼ陰性ブ菌(1+)

Chlamydophila pneumoniae EIA-IgG 168(+),

百日咳EIA PT-IgG 7, FHA-IgG 15, Mycoplasma PA 40未満

## (経過)

X+6日 咳がひどくて出勤途中の電車の中で咳がつかなくて降車、  
会社の健診でも喘息といわれた、剣状突起下部の痛みあり

CAM400mg分2、柴陥湯2.5g頓服、メプチン50mg分2他

X+16日 左胸の痛みあり、仰臥位でもみぞおちから左に痛みが動く

コピー ID:180248  
男

氏名:  
生年月日:

50 才

投薬:

cm

kg

mmHg

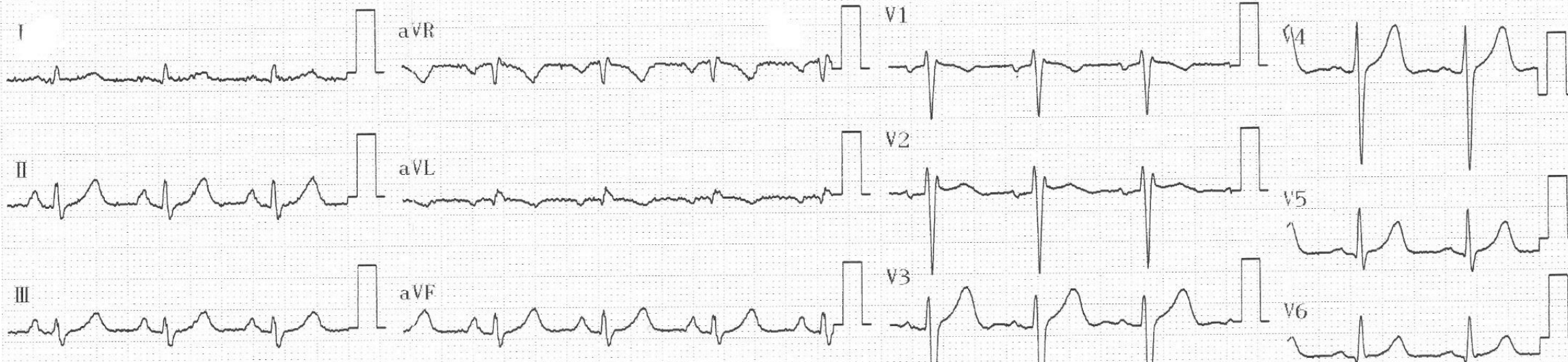
2018年 8月 1日 7:00 PM

86 bpm

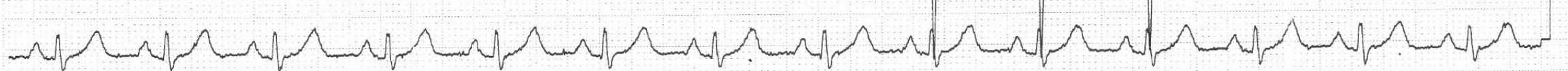
10mm/mV 25mm/s Filter: H60 d OFF 10mm/mV

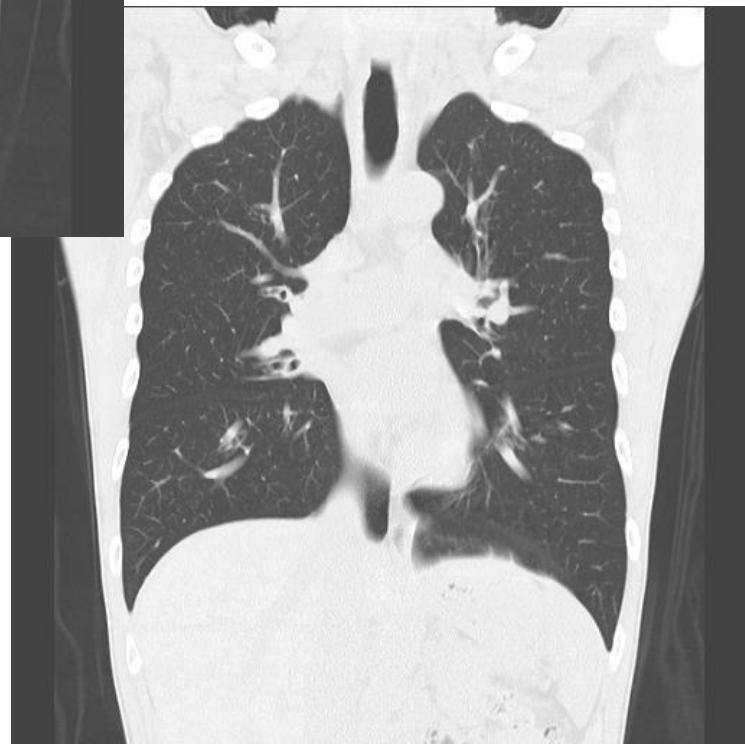
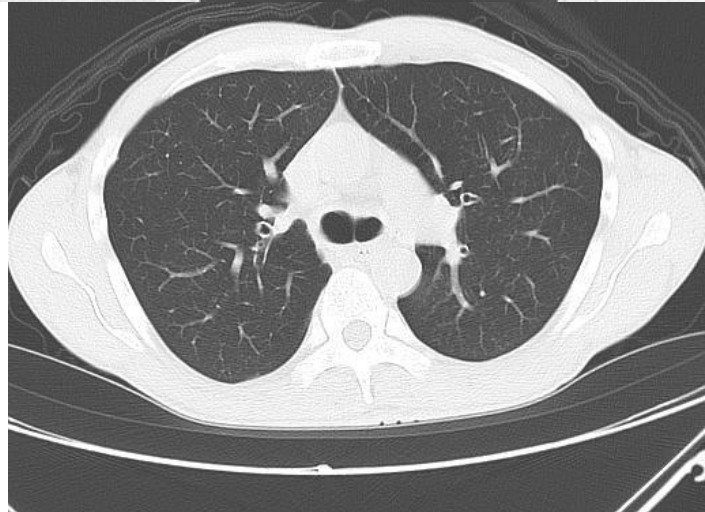
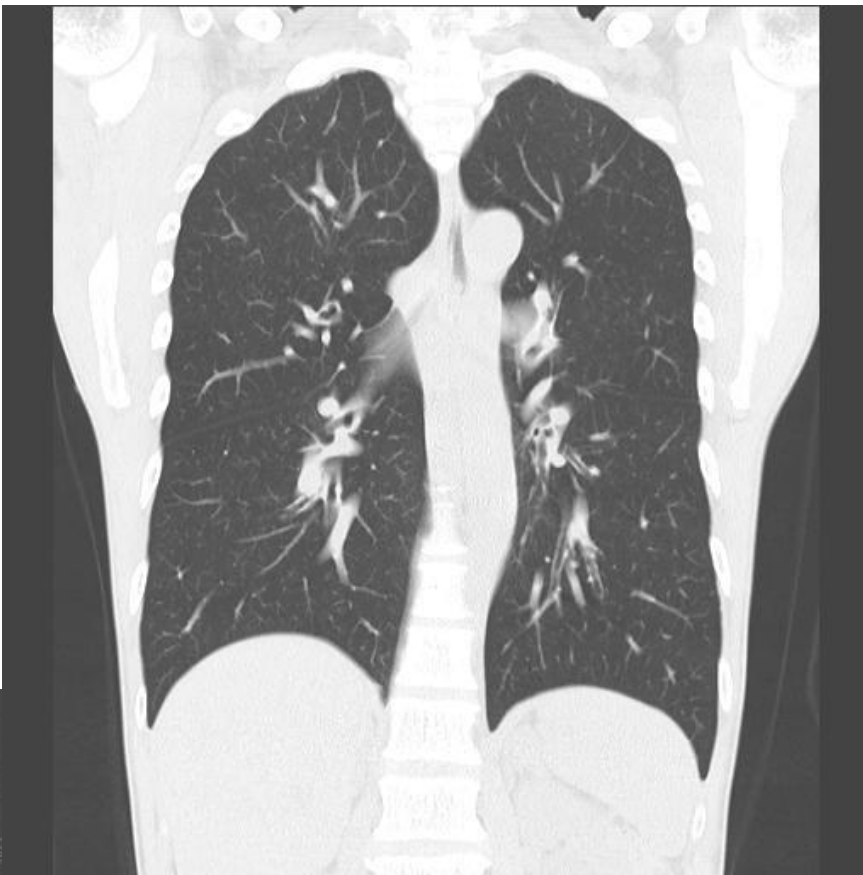
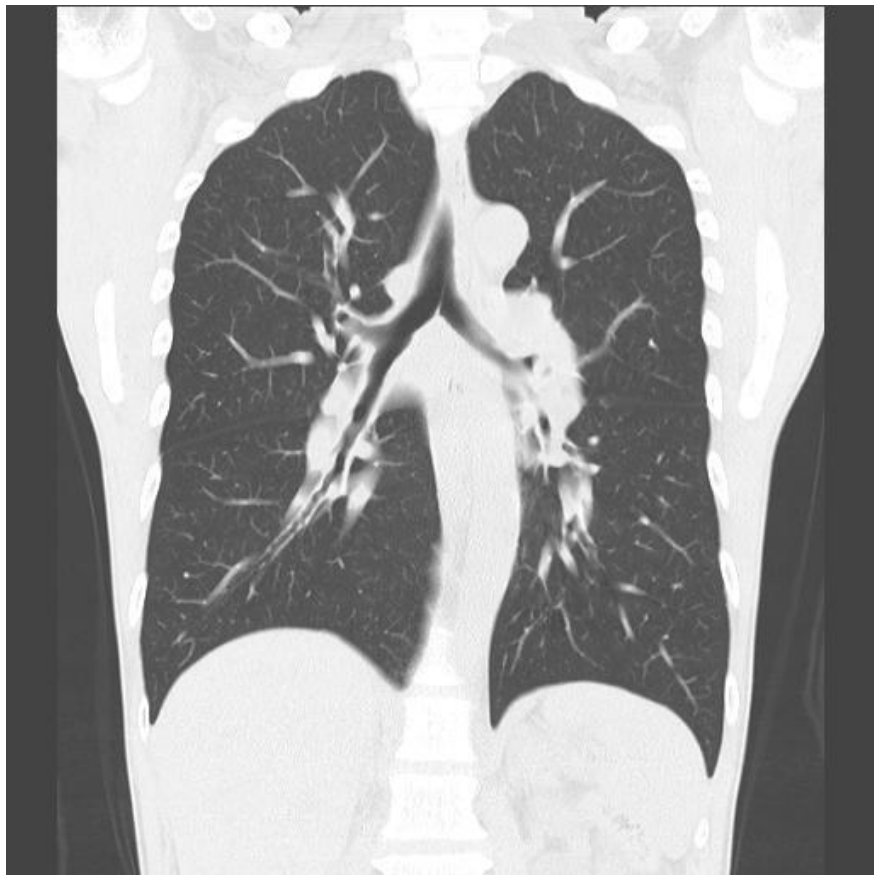
10mm/mV

10mm/mV



Rhythm [ II ] 10mm/mV

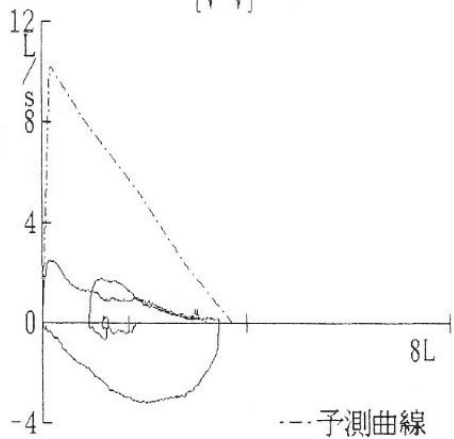




前

項目	測定値	予測値	%予測値
VC	L 3.63	3.75	96.8
IC	L 2.41		
TV	L 0.56		
IRV	L 1.85		
ERV	L 1.22	1.56	78.2
-----			
FVC	L 3.05	3.75	81.3
FEV1.0	L 1.43	3.20	44.7
FEV1%(G)	% 46.89	73.14	64.1
MMF	L/s 0.96	4.07	23.6
PEF	L/s 2.50	10.17	24.6

[V-V]



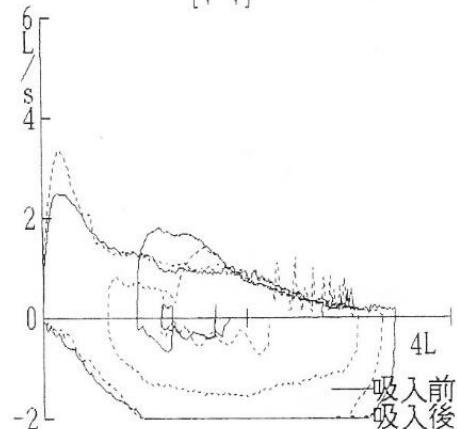
至温: 22.0 °C 湿度: 50.0 %

後

項目	測定値	B. D. 値	改善率
VC	L 3.63	*	-----
IC	L 2.41	*	-----
TV	L 0.56	*	-----
IRV	L 1.85	*	-----
ERV	L 1.22	*	-----
-----			
FVC	L 3.05	3.10	1.6
FEV1.0	L 1.43	1.48	3.5
FEV1%(G)	% 46.89	47.74	1.8
MMF	L/s 0.96	0.98	2.1
PEF	L/s 2.50	3.35	34.0

0 40 700

[V-V]

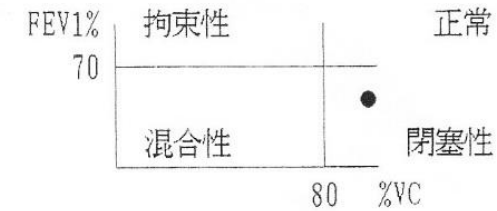


[評価]

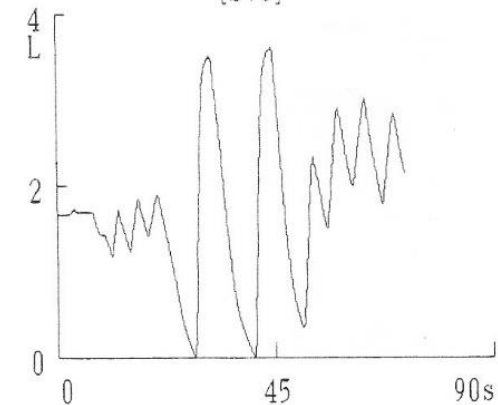
換気障害のパターン  
 : 閉塞性換気障害  
 程度 : 重度 I  
 気道可逆性 : 無し

COPDの病期分類  
 IV期: 極めて高度の気流閉塞

[換気分類図]



[SVC]



(経過) X+35日 少し動くと胸が苦しい。朝起きた時に痰を出そうとして苦しい。

## 呼吸機能検査実施

高度の気道狭窄であり、気道可逆性試験は陰性であった。

ACTスコアは12点であり、フルティフォーム250mgx2/日、メプチンエアー10 $\mu$ g、ムコソルバンを処方した。その後来院されず。

(考察) 胸痛、慢性咳嗽で診断に苦慮したが、腫瘍除外のための胸部CT検査により、気管支拡張、感染合併がみられ、喘息も鑑別疾患に教示された。本症例ほどの、高度の気道狭窄を呈した、FVCカーブを経験したことがない。リモデリングを来した喘息であるのか、COPDⅢ期(30%<%FEV1<50%)であるのか、ICS/LABAでいいのか、抗コリン剤が必要であったのか、患者がDOされたので悩ましい。

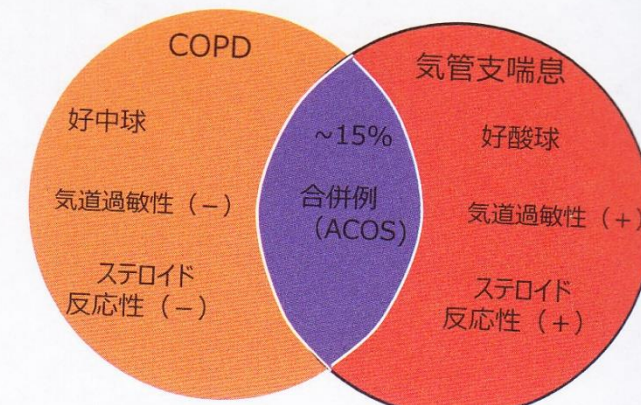
## ACOの重症度判定

ACO重症度	喘息重症度分類	COPD病期分類
グレード1	軽症間欠型 軽症持続型	I期 (%FEV <sub>1</sub> ≥ 80%)
グレード2	中等症持続型	II期 (50% ≤ %FEV <sub>1</sub> < 80%)
グレード3	重症持続型	III期 (30% ≤ %FEV <sub>1</sub> < 50%)
グレード4	最重症持続型	IV期 (%FEV <sub>1</sub> < 30%)

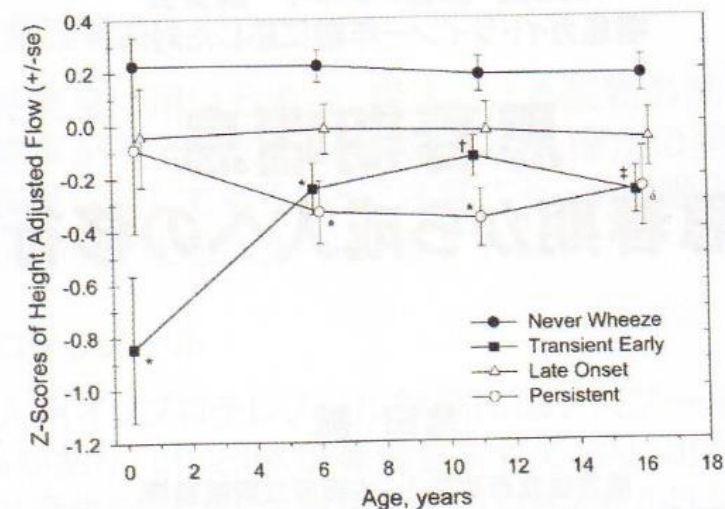
## ACOの重症度に応じた薬物治療

	グレード1	グレード2	グレード3	グレード4
基本治療	ICS(低用量)/LABA あるいは ICS(低用量)+LAMA	ICS(中用量)/LABA あるいは ICS(中用量)+LAMA	ICS(中~高用量)/LABA+LAMA	ICS(中~高用量)/LABA+LAMA
追加治療 (上記治療で効果不十分な場合に いずれか1剤あるいは複数 を併用する)	—	テオフィリン LTRA	テオフィリン LTRA (痰の多い場合) マクロライド 去痰薬	テオフィリン LTRA IgE抗体 IL-5抗体 経口ステロイド薬 酸素療法 (痰の多い場合) マクロライド 去痰薬
発作治療*1	吸入SABA頓用*2			

## COPDと喘息のオーバーラップ Asthma-COPD Overlap Syndrome: ACOS



## 思春期の呼吸機能は6歳までに規定される



Morgan WJ et al. Outcome of asthma and wheezing in the first 6 years of life  
Am J Respir Crit Care Med 172:1253-1258,2005