

健康日本21(第二次)でCOPDをとりあげた理由 ～高齢者の肺の健康を守るために～



北海道大学大学院医学研究院・医学院
呼吸器内科学講座

教授 西村 正治

健康日本21とは、21世紀における日本人全般の健康増進の総合的な推進を図るために、基本的な事項を示して国民健康づくり運動を推進するために厚生労働省が目標として掲げているものです。第二次は平成25年度から平成34年度までの10年間の健康目標であり、第1～第5までの大目標の中に具体的な項目が掲げられています。第2目標は、「主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標」であり、その中の1項目として「COPDの認知度の向上」があります。

さて、COPDとはどんな病気でしょうか？いわゆる診断されていない疾患、あるいは診断されていても十分な治療を受けていない代表的な疾患の1つとして医療関係者の間では知られています。COPDとは chronic obstructive pulmonary disease の頭文字を略した病名です。日本語訳では慢性閉塞性肺疾患と呼ばれます。この日本語訳は意味がわかりにくいので、世界的に共通して使われる病名として日本呼吸器学会ではCOPDと呼ぶことにしました。しかし、このCOPDという病名はまだ一般の人々に広く認知されているとは言えません。そこで、健康日本21(第二次)ではこの認知率を平成25年時点での25%から10年後には80%にまで上げようという目標を立てたのです。認知率が上がれば自分自身や周囲の人をみてこの疾患ではないかと疑う人が増えます。結果として医療機関受診率も上がり、望ましい治療を受ける人も増えるだろうと考えたわけです。

COPDはかつて慢性気管支炎と肺気腫という2つの病名で説明されていました。慢性気管支炎とは太い気道(気管支)の炎症によって起こる分泌亢進状態、つまり、咳・痰の症状を起こします。一方、肺気腫とは気道の先にある肺胞と呼ばれる小さな空気の袋の壁が壊れていく病態で肺の末梢に気腔の拡大が起こります。この2つのいずれか、あるいは両者が合併した疾患で、かつ可逆性のない閉塞性換気障害を伴う疾患をCOPDと説明しました。閉塞性換気障害とは呼吸をする際の

息を吐きだすとき(呼気)の障害です。呼気の勢いがなくなり、ときには肺内の空気がうまく排出されないという現象を起こします。この閉塞性換気障害を検出するためにスパイロメトリーという検査を行います。大きく息を吸い込んだ後にいきなり息を吐きだし、最初の1秒間で吐き出した空気の量を1秒量(FEV1)と言います。最大限まで全部吐き出した空気量を努力性肺活量(FVC)と言います。このFEV1をFVCで除して割合で表示したものが1秒率(FEV1/FVC,%)です。気管支拡張薬を吸入した後にこの検査を行い、1秒率が70%未満であり、ほかの病気を除外できればCOPDと診断できます。

しかし、今日ではこのCOPDを慢性気管支炎や肺気腫という病名で呼ぶことは一般的ではありません。なぜなら、この病気の主たる病変は末梢気道(細気管支とも呼ばれます)にあり、この末梢気道病変と肺気腫がさまざまな割合で混在していることが上で述べた閉塞性換気障害の本質であるとわかってきたからです。そのため、慢性気管支炎という呼び方も肺気腫という呼び方も正しくこの疾患の本体を表現しているとは言えないのです。

COPDの主な症状は咳・痰・労作時息切れです。これら3つの症状が揃っていれば診断に至りやすいのですが、実際にはこれらの症状があまり目立たない患者、あるいは、自らその症状を訴えない患者も多くいます。COPDは長く喫煙を続けた高齢者に圧倒的に起こりやすい病気です。しかし、喫煙者でしばしばみられる咳・痰とすでにCOPDに罹患している患者との間でこの咳・痰の症状に必ずしも大きな差異はありません。また、労作時息切れは徐々に生じるため高齢になってみつかることが多いこの病気は、その訴えも患者は歳のせいと考えて医療機関を受診しないことも多いのです。

COPDの診断には上述したスパイロメトリー検査が必須です。胸部レントゲン写真は他の肺疾患を除外す

るために必ず撮らなければなりません。病気が相当に進行しないとCOPDと確定診断することはできません。肺癌検診などに使われる肺CT検査は肺気腫の診断には大変有効です。ときにはスパイロメトリーでCOPD診断ができるよりもずっと早くに肺気腫の存在を確認できます。ただし、肺CTであっても末梢気道病変の診断はできないので、やはり決め手はスパイロメトリー検査になります。

COPDが高齢者の健康に重要である理由は、これ自体が放置しておくときに重症化して、労作時息切れのために生活の制限が起こり、自宅でも酸素療法を必要とする状態に陥り、さらには生命の危険にも晒されるからです。実際、喫煙者の多い男性では日本人の死亡原因の疾患として第8位にあり、男性で13,000人、男女合わせて16,000人以上が毎年COPDで亡くなっています。一方、COPDは軽症～中等症であるからと言って油断するわけにはいきません。なぜなら、COPD患者は非喫煙健常者と比べるともちろんのこと、同等の喫煙歴を有する健康者と比べても肺炎罹患率が高く、肺癌合併率もはるかに高いのです。言うまでもなく、肺炎も肺癌も生命の危険を有する重大な疾患です。両者を合わせると毎年20万人以上の日本人が亡くなっている病気です。つまり、COPDは肺の健康という視点から、早期診断、早期治療が必要な病気と言えるでしょう。また、COPDは肺だけではなく全身他臓器にも影響すると言われており、実際、動脈硬化に伴う心臓・血管系の病気、骨粗鬆症、消化器疾患などの併存症も多いことが知られています。

さて、このCOPDではなぜ労作時息切れが起こるのでしょうか？肺気腫が生じ肺胞の壁が壊れれば肺の本来の働きである酸素を体内に取り込み、炭酸ガスを体外に排出するという働きが低下します。これが第一に考えられます。また、病気が進むと閉塞性換気障害のために空気が肺から十分排出されずに肺の過膨張という現象が起こります。そのため、呼吸運動を司る横隔膜が平坦で低位となり呼吸筋としての働きを阻害されることも一因と言われます。しかし、もっとも重要な息切れのメカニズムは労作に伴う動的過膨張と呼ばれる現象なのです。人は労作をすると呼吸は速く、かつ

深くなります。COPD患者ではこのときに最も不利な状況が起こるのです。呼吸を早く深くしようとすればするほど、息を吐く際の閉塞性換気障害が強まり空気が肺の外に出て行かなくなるのです。そのため、労作とともに肺はますます過膨張(膨らんだまま)となり、それが患者の息切れの主因となります。

COPD患者の薬物治療は近年著しく進歩しました。強力で長時間効果のある吸入用気管支拡張薬は患者の狭くなった気道を広げる働きがあり、上で述べた肺の過膨張を和らげることができるのです。かつては喘息とは違ってこのような気管支拡張薬はCOPDには効かないと信じられていたときもありました。しかし、強力な薬剤が現れて誰もがその効果を実感できる時代となりました。重症COPD患者に対しては在宅でも容易に行うことのできる酸素療法が全国どこでも行われています。肺炎の予防のために肺炎球菌ワクチンを打っていただき、毎年冬になる前にはインフルエンザワクチンも奨められます。肺癌の早期診断のため定期的に胸部レントゲン写真あるいは肺CT検査を行うべきです。

前述したようにCOPDは喫煙や大気汚染など吸入性の外因によって起こる病気です。本邦では重症患者の90%以上は長年の喫煙によるものと言われていています。したがって、もっとも重要なことは早期診断して喫煙を止めることです。この疾患が健康日本21の中で生活習慣病のひとつとして扱われているのもそのような理由からです。しかし、すでにタバコを止めている人、あるいは、間接喫煙しかないと思われる人にもCOPDはみつかります。そして、軽症～中等症で自覚症状があまりないからといって油断のできない疾患であることはすでに述べました。

COPDの認知率を上げるという健康日本21(第二次)の究極の目的は、早くに患者を見つけ、そして、適切な治療・管理をすることによって高齢者の肺の健康を守ることなのです。🐶