

表5 現在の治療を考慮した喘息重症度

現在の治療における患者の症状	現在の治療ステップ			
	ステップ1	ステップ2	ステップ3	ステップ4
ステップ1：軽症間欠型相当 ●症状が週1回未満 ●症状は軽度で短い ●夜間症状は月に1～2回	軽症間欠型	軽症持続型	中等症持続型	重症持続型
ステップ2：軽症持続型相当 ●症状は週1回以上、しかし毎日ではない ●月1回以上日常生活や睡眠が妨げられる ●夜間症状が月2回以上	軽症持続型	中等症持続型	重症持続型	重症持続型
ステップ3：中等症持続型相当 ●症状が毎日ある ●短時間作用性吸入 β_2 刺激薬がほとんど毎日必要 ●週1回以上日常生活や睡眠が妨げられる ●夜間症状が週1回以上	中等症持続型	重症持続型	重症持続型	重症持続型
ステップ4：重症持続型相当 ●治療下でもしばしば増悪 ●症状が毎日 ●日常生活に制限 ●しばしば夜間症状	重症持続型	重症持続型	重症持続型	最重症持続型

表6 JGL2006: 成人喘息の長期管理

	ステップ1	ステップ2	ステップ3	ステップ4
長期管理薬 ●: 使用 ○: 考慮	○喘息症状がやや多いときは(たとえば月に1～2回)、血中・喀痰中に好酸球増加のあるときは下記のいずれか1剤の投与を考慮 - 吸入ステロイド薬(低用量) - テオフィリン徐放製剤 - ロイコトリエン受容体拮抗薬 - DSCG - 抗アレルギー薬 ^①	●吸入ステロイド薬(低用量)連用 ●上記で不十分な場合は、下記のいずれか1剤を併用 ^② - テオフィリン徐放製剤 - ロイコトリエン受容体拮抗薬 - 長時間作用性 β_2 刺激薬(吸入/貼付/経口) ○DSCGや抗アレルギー薬の併用可	●吸入ステロイド薬(中用量)連用 ●下記のいずれか1剤、あるいは複数を併用 ^③ - テオフィリン徐放製剤 - ロイコトリエン受容体拮抗薬 - 長時間作用性 β_2 刺激薬(吸入/貼付/経口) ○Th2サイトカイン阻害薬の併用可	●吸入ステロイド薬(高用量)連用 ●下記の複数を併用 ^④ - テオフィリン徐放製剤 - ロイコトリエン受容体拮抗薬 - 長時間作用性 β_2 刺激薬(吸入/貼付/経口) ○Th2サイトカイン阻害薬の併用可 ●上記のすべてでも管理不良の場合 - 経口ステロイド薬の追加 ^⑤
発作時	短時間作用性吸入 β_2 刺激薬 ^⑥	短時間作用性吸入 β_2 刺激薬 ^⑦	短時間作用性吸入 β_2 刺激薬 ^⑧	短時間作用性吸入 β_2 刺激薬 ^⑨

ステップアップ：現行の治療でコントロールできないときは次のステップに進む。

ステップダウン：治療の目標が達成されたら、少なくとも3ヶ月以上の安定を確認してから治療内容を減らしてもよい。
以後もコントロール維持に必要な治療は続ける。

ii) 発作への対応

長期管理を実行していても、発作が出現することもあり、発作に対する適切な対応も長期管理とともに非常に重要である。とくに喘息死をゼロにするためには、長期管理による予防効果だけではなく、死亡の直接の原因である発作に対して、適切に対応することが必須である。

発作は、時と場所を選ばず出現するので、患者自身での対応を指導することが必要である。とくに医療機関を受診しなければならないと判断する基準を明らかにして指導することが重要である。JGL2006では、表7のように発作強度を分類しており、発作のために横になれない状態(中等度の発作)であれば医療機関を受診することを推奨している。とくに発作が重症化した経験のある患者、アドヒアランスの悪い患者では、担当医がCSの経口薬(例えばプレドニン)を渡しておき、30mgを目安に家庭で内服して受診するよう指導することも推奨されている。基本的には、通常の発作に対する家庭での治療をしても発作が収まらないときは、医療機関を受診し、もっと積極的で有効性の高い治療を施行しなければならないという認識を患者に持たせるよう指導する。

「発作に対する家庭での対応は、まず発作の強さを判定することから始まります。苦しくても横になれば軽度の発作で、主治医の処方した吸入 β_2 刺激薬の吸入あるいは経口の発作止めを頓服して下さい。目安として、吸入は1時間で15～20分毎に動悸を感じない限り継続、経口薬は30分後に1回追加可能です。それでも収まらないときや明らかに悪化するときは1時間にこだわらず、受診することをお勧めします。また苦しくて横になれない中等度や話が困難な高度の発作では、ただちに気管支拡張薬を服用して受診して下さい。中等度でも気管内挿管歴や入院歴がある場合、高用量吸入ステロイド薬や経口ステロイド薬を継続投与されている場合には、家庭で経口ステロイド薬を主治医の指示に従い内服し、直ぐに受診して下さい。」という内容の話をして指導することになる。このような内容を口頭で指導するだけでなく、記載した行動計画表(アクションプラン)を作成し手渡すことも、JGL2006の家庭での対応を実行するうえで必要である。

患者の受診後、その予後を左右する上で重要なのが医療機関での対応である(表8)。とくに中等度よりも重症の高度(話すのが困難で動けない)や重篤・エマージェンシー(意識障害、呼吸停止)に相当する場合は、救急隊、入院設備のある病院あるいは院内での救命救急部との連携が必要となる。そして適切な治療の実行には、各患者の平素の治療内容、発作時に施行する治療内容や治療に当たっての注意点を記した診療カード(ぜん息カード、図9、10頁)の作成が有用であると考えられる。カードに含まれる内容としては、処方されている治療薬、推奨される発作時の対応に加えて、喘息の発症時期、治療歴、入院歴、アスピリン喘息の有無、薬剤アレルギーの有無などである。