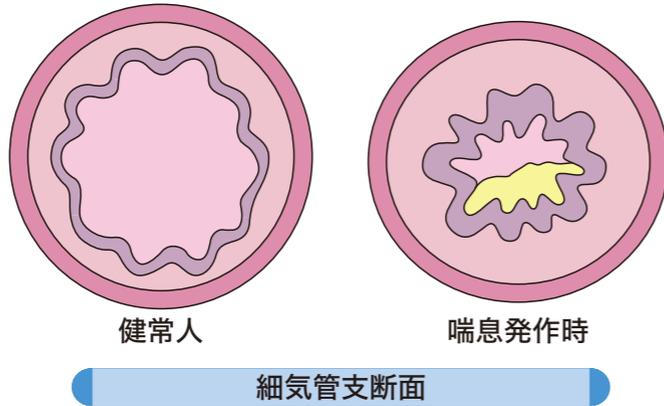


9

気管支喘息

喘息発作や症状悪化に関する危険因子



細気管支断面

気管支喘息（以下、喘息）は、気道の慢性炎症、気道過敏性亢進、可逆性の気道狭窄などの特徴をもつ慢性閉塞性呼吸器疾患である。発作時には、気管支平滑筋収縮や粘膜浮腫、気道分泌物増加などが起こる。

気管支内腔の直径は、健康成人では10～15 mmだが、喘息患者では、普段6～8 mm、発作時は2 mmほどになり、呼吸困難感を生じる。

発作と非発作を繰り返し、非発作時には症状を認めない。

全身管理

- ・気管支喘息の病状を内科主治医に確認
- ・最終発作の時期
- ・発作の誘因の確認
- ・処方薬の確認（処方内容と服用確認）
- ・アレルギーの有無の確認

喘息の危険因子

さまざまな因子が、喘息の発作や症状悪化に関係している。

■ 個体因子

遺伝子要因、アレルギー素因など

■ 環境因子

アレルゲンの存在（ダニ、花粉など）、大気汚染、喫煙、薬物

歯科においては、レジンモノマーやユージノール、根管治療薬剤も刺激となる。

治療法

■ 発作時

気管支拡張薬（吸入 β_2 刺激薬）を基本とし、副腎皮質ステロイドの全身投与やアミノフィリンの点滴投与を行う。

小児の喘息発作強度の判定基準

		小発作	中発作	重症	呼吸不全
呼吸状態	ぜん 喘 めい 鳴	軽度	明らか	著明	減少または消失
	陥没呼吸*1	なし～軽度	明らか	著明	著明
	呼気延長	なし	あり	明らか	著明
	起坐呼吸*2	横になれる	座位を好む	前かがみになる	
	チアノーゼ*3	なし	なし	可能性あり	あり
呼吸数		軽度増加	増加	増加	不定

*1 陥没呼吸：吸気時に、胸骨の上や前胸部、みぞおちあたりが凹むこと。

*2 起坐呼吸：仰臥位では、心臓への血流量が増加し呼吸困難が出現するため、坐位を好む状態

*3 チアノーゼ：血液中の酸素濃度が低下して、皮膚や粘膜が青紫色に変化すること。

（日本アレルギー学会 監：喘息予防・管理ガイドライン2015、協企画より）

■ 重篤な発作

酸素吸入、アドレナリン投与、気管挿管、人工呼吸が必要な場合がある。

■ 非発作時

吸入ステロイド薬を基本とし、ロイコトリエン拮抗薬、テオフィリン徐放薬、 β_2 刺激薬などを併用投与

診療時の注意事項

- ・内科的にコントロールされている時期に処置を行い、精神的ストレスを与えないように短時間で終了する。
- ・最近の発作、発作時の状況や投薬内容を事前に確認し、処置中は各種モニターを装着する（とくに、パルスオキシメーターは有用で、呼吸音、呼吸回数、チアノーゼの有無を確認する）。
- ・気管支拡張薬（ β_2 刺激薬）使用患者では、アドレナリンを含む薬物の使用を避ける（歯科用局所麻酔薬に含まれるアドレナリンとの併用注意）。
- ・アスピリン喘息患者では、非ステロイド性消炎鎮痛薬（NSAIDs）や、歯科局所麻酔に含有する防腐剤で発作が誘発されることがあり、成人喘息の10～20%にみられる。投薬時には注意が必要である。



吸入ステロイドと使用法の一例

発作出現時

■ 小発作、中発作

水分摂取、腹式呼吸、喀痰排出、持参している発作時用の薬物を投与する。

経過観察により、場合によっては専門医に対診する。

■ 大発作

意識、呼吸を確認する。

酸素吸入（気管挿管が必要なときもある）、静脈路確保、早急に専門医に搬送する。