

# AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

Medicament News (1998.02) 1573号:1~3.

【かぜ症候群(上気道感染症)の治療指針】  
成人のかぜ症候群の治療  
—耳鼻咽喉科学的見地から—

原 瀧 保 明

# MEDICAMENT NEWS

第1573号 18 1998年2月5日(木) (昭和31年12月18日第三種郵便物認可) ©

発行所  
 株式会社 ライフ・サイエンス  
 発行人 市原 敬之  
 〒150-0001 東京都渋谷区神宮前5-53-67  
 コスモス青山  
 電話 03(3407)8963(代表)  
 購読料 1カ年 10,440円(税込) 円共  
 (毎月3回5・15・25日発行)

## 特集=かぜ症候群(上気道感染症)の治療指針

### 成人のかぜ症候群の治療 —耳鼻咽喉科学的見地から—

- “かぜ症候群” の概念 ● 治療の基本方針 ● 各上気道炎症状に対する治療指針 ● かぜ症候群の鑑別疾患



札幌医科大学医学部耳鼻咽喉科学講座講師 原 洵 保明

#### 1 “かぜ症候群” の概念

“かぜ” は日常診療において、最も頻繁に出会う疾患(または症状?)にもかかわらず、その明確な定義はない。通常は鼻腔、咽頭、喉頭などの上気道における急性カタル性炎症についての総称(症候群)としてとらえられている。したがって、“かぜ(症候群)”は必ずしも疾患名ではなく、上気道を専門分野とするわれわれ耳鼻咽喉科医の立場からいえば、急性鼻炎、急性(鼻)咽頭炎、

または急性(咽)喉頭炎などと呼ぶのが正しいといえる。

原因はその80~90%がウイルスであるとされており(表1)、欧米ではウイルス性の急性上(下)気道炎を“かぜ(症候群)”としている成書もある。従来、多くの内科学の成書では“かぜ(症候群)”を①普通感冒②非細菌性咽頭炎③咽頭結膜炎④インフルエンザ⑤急性気管支炎⑥異型肺炎——に分類し、解説しているが、本稿では耳鼻咽喉科学的見地から“かぜ(症候群)”をウイルス性急性上気道炎として、その治療法と鑑別疾患について述べる。

#### 2 治療の基本方針

症状の主流となるのは上気道の局所症状である(図1)。発熱、全身倦怠感などの全身症状を伴うこともあるが、通常は軽度である。その他、原因となる個々のウイルスに特異的な症状が出現することもある。ほとんどが1週間、長くても2週間で自然に治癒する。したがって、治療の基本は対症療法が主体となる。

全身療法としては安静または臥床安静が治癒の促進や併発症を防ぐ意味で重要である。食事は無刺激性の軟食にし、良質のタンパク質、ビタミンC、

さらに水分を十分とるように指導することも忘れてはならない。発熱に対しては、非ステロイド系の消炎鎮痛剤(メフェナム酸(ポンタール®)、ジクロフ

エナクナトリウム(ボルタレン®)などの経口投与で十分であるが、高熱に対してはそれらの坐薬を処方することもある。

#### 3 各上気道炎症状に対する治療指針

治療の主体は鼻、咽頭、喉頭の局所症状の対症療法である。通常、局所症状は程度の差はあっても、上気道全体にわたり、一部に限局することはむしろ少なく、その場合、急性鼻咽喉炎や急性咽喉炎などの傷病名が使われる。ここでは便宜上、鼻、咽頭、喉頭に分けて概説する。

##### 1. 急性鼻炎

いわゆる“鼻かぜ”である。症状はくしゃみ、水性鼻漏に始まり、鼻閉を

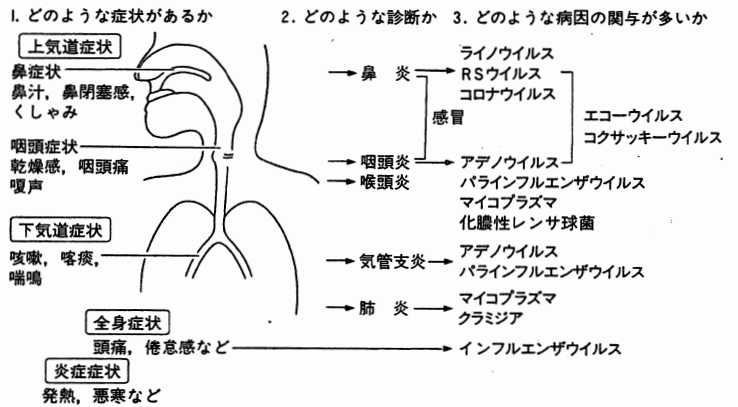


図1 急性気道炎の症状と病因<sup>2)</sup>

表1 かぜ(普通感冒)に関連するウイルス<sup>1)</sup>

ウイルス	タイプの数	好発季節
1. 高頻度		
1)ライノウイルス	1~100型以上	秋、仲春、夏
2)コロナウイルス	3型	冬
2. 中頻度		
1)パラインフルエンザウイルス	4型	秋、春
2)RSウイルス	1型	冬~早春
3)インフルエンザウイルス	3型	冬
3. 低頻度		
1)アデノウイルス	33型	四季を通ず
2)エンテロウイルス	60型以上	夏~秋
3)レオウイルス	3型	四季を通ず

## Page Guide

### 特集=かぜ症候群(上気道感染症)の治療指針

成人のかぜ症候群の治療/札幌医大・原洵保明……………1  
 小児のかぜ症候群の治療/帝京大・目黒英典……………4

#### <Short Topics>

H. pylori 感染診断におけるヘリテストの有用性/兵庫医大・福田能啓 ……10  
 徐放性去痰薬の使い方/山梨医大・西川圭一……………12  
 第4回日本末病システム学会印象記/国立循環器病センター・都島基夫……………14

伴う。数日の間に鼻汁は粘膿性から膿性に変化して1~2週間で軽快するのが普通である。治療の主眼は対症的に、主として鼻閉と鼻漏を軽減させることにある。

発症初期の鼻汁が水性である間は抗ヒスタミン剤 [フマル酸クレマスチン(タベジール®)、マレイン酸クロルフェラミン(ボララミン®)など] を投与し、消炎酵素剤 [塩化リゾチーム(ノイチーム®)、プロナーゼ(エンピナスPD®)など] を併用する。多量の膿性鼻漏や後鼻漏がみられる場合には細菌感染を併発している可能性が高く、ペニシリン系またはセフェム系の経口抗生剤を併用する。

鼻閉が強い時は、血管収縮剤を主成分とする点鼻薬(プリピナ®、トーク®、コルタイジン®など)を投与する。しかし、長期連用すると鼻腔粘膜の反動性充血により永続的な鼻閉になるので、注意を与えた上で、短期間の必要最小限の投与にとどめる。

2. 急性(非細菌性)咽頭炎

咽頭炎の症状は、異物感、痒痒感程度から激しい嚥下痛、放散痛を伴うもの、摂食困難まで多種多様である。しかし、患者は一様に“のどが痛い”と訴える場合が多いので、その内容を詳

しく聞いて痛みの程度を判断しなければならない。

“かぜ”による咽頭痛は比較的軽度で、異物感、痒痒感程度、または軽い嚥下痛であることが多い。局所所見としては咽頭粘膜の発赤程度で、粘膜の腫脹は軽度である。また、扁桃に白苔を伴い、粘膜の腫脹が強い場合は細菌性咽頭炎または扁桃炎を疑う。

発熱がなく、咽頭痛も軽微な場合には総合感冒薬(PLなど)とうがい薬(アズレン、ポピオンヨード液など)の投与のみで十分効果はある。咽頭粘膜の発赤が強く、腫脹を伴う場合には細菌性である(または合併した)可能性を考えて抗生剤を経口投与する。その際、非ステロイド系消炎鎮痛剤、抗プラスミン剤 [トラネキサム酸(トランサミン®)など] および消炎酵素剤 [セラプターゼ(ダーゼン®)など] を併用する。抗生剤は、鼻・咽頭・喉頭領域の急性細菌性感染症の起炎菌としてA群β連鎖球菌、黄色ブドウ球菌および肺炎双球菌が高頻度であることから、ペニシリン系(アンピシリン、アモキシシリン、バカンピシリンなど)またはセフェム系(セファクロル、セフロキサジンなど)の内服薬が第一選択となる。

局所処置としてはリンデロンA(または抗プラスミン剤を併用した)のネブライザーも効果的である。プロタルゴール液などの咽頭塗布も有効であるが、炎症が強い場合には咽頭痛を助長したり、出血する場合もあるので注意を要する。殺菌消毒用のトローチ(SP®, オラドール®)は用いるが、抗生剤含有トローチは黒毛舌や真菌感染を生じやすいので好ましくない。

3. 急性喉頭炎

嗄声(こえがれ)を主徴とする。しかし、多くの場合、咽頭炎を合併する(急性咽頭炎)ため咽頭症状も伴う。局所所見としては喉頭蓋、披裂部、仮声帯、声帯などの喉頭粘膜の発赤をみる。したがって、確定診断には喉頭の局所所見を耳鼻咽喉科的に喉頭鏡や喉頭内視鏡で直接観察することが必要である。急性咽頭炎と同様の投薬やネブライザー療法、沈黙などによって1週間程度で治癒する。

稀に軽度の吸気性喘鳴を伴うことも

あるが、喘鳴が強く呼吸困難を訴える場合には急性声門下腔炎(仮性クループ)や急性喉頭蓋炎の(または合併している)可能性がある。喘鳴が吸気時にみられる場合は気管支の病変を疑う。また、嗄声が1週間以上続く場合には声帯ポリープなどの良性疾患や喉頭癌などの悪性腫瘍の可能性を念頭に置く。

4. かぜ症候群の鑑別疾患

大部分の“かぜ”は上記の治療によって1週間程度で局所所見や症状は消退する。しかし、症状が遷延化したり、重症化する場合には他の疾患を考慮しなければならない。中には緊急性を要し、重篤な疾患もあり、診断したならば速やかに専門医を紹介すべきである。代表的鑑別疾患について概説する(表2)。

1. アレルギー性鼻炎

アレルギー性鼻炎においても主な症状はくしゃみ、水性鼻漏、鼻閉であるため、“鼻かぜ”を主訴として来院することが多い。また、その鼻症状は急性鼻炎の初期ときわめて類似しており、その鑑別は鼻症状だけでは困難なことがある。通常、急性鼻炎では鼻汁の性状が短期間に水様性→粘膿性→膿性と変化する。したがって、水性鼻漏が1週間以上続く場合はアレルギー性鼻炎を考慮に入れるべきである。朝起床時の発作的な発症や屋内での症状の増悪があれば、ダニや家塵による通年性アレルギー性鼻炎を疑う。また、毎年同時期の発症、屋外での症状の増悪や眼症状の随伴などがあれば花粉症を考

2. 副鼻腔炎

「鼻かぜ」を引きやすい」と訴える患者の中には、基盤に慢性副鼻腔炎を有し、その急性増悪である場合もしばしばみられる。副鼻腔炎では発症初期から鼻汁の性状は粘膿性または膿性であり、「鼻水がのどに降りてくる(後鼻漏)」と訴える場合が多い。また、急性副鼻腔炎では頬部の痛みや腫脹を伴うこともある。したがって、発症の初期から既に膿性であったり、1週間を経ても膿性鼻漏の減少傾向がみられない時には、副鼻腔炎も考慮すべきである。

3. 急性陰窩性扁桃炎

細菌性咽頭炎の所見が口蓋扁桃に強くみられる。すなわち、両側扁桃が発赤腫脹し、陰窩に一致して膿栓があり、時に癒合して膜様となる。重症例では圧痛を伴う頸部リンパ節腫脹がみられる。軽~中等度の場合には前述の細菌性咽頭炎と同様の治療で治癒するが、重症の場合には抗生剤の点滴中や脱水症による輸液も考慮する。また心、腎疾患を続発することもあるので全身管理をおろそかにしてはならない。

4. 扁桃周囲炎、扁桃周囲膿瘍

炎症が口蓋扁桃を越えて周囲組織に波及した場合の病態で、発熱、咽頭痛、嚥下痛の症状の他に含み声、斜頸、開口障害といった症状が出現する。膿は通常扁桃の上方に貯留する。したがって、前口蓋弓と軟口蓋が発赤、腫脹し半球状に膨張する。口蓋垂は浮腫状となり対側に偏位する。扁桃は内下方に押しやられるが、扁桃自体の炎症所見は軽度である場合が多い。治療の原則は抗生剤の投与(ペニシリン系とクリンダマイシンの2剤併用点滴静注)とそれに並行した穿刺または切開による排膿である。また、根治的には扁桃摘出術も適応となる場合が多い。膿瘍が拡大すると傍咽頭膿瘍から深頸部膿瘍に至り、早急な外科手術が必要となる。特に糖尿病合併例や高齢者では進行が早く急を要する。

5. 急性喉頭蓋炎

扁桃炎の局所所見が比較的軽微であっても、嚥下痛が特に強く、吸気性喘鳴や呼吸困難感を伴う場合にはこれを疑う。診断には喉頭鏡や内視鏡にて浮腫状に発赤、腫脹した喉頭蓋を直接観察する必要がある。呼吸困難が増大した場合には緊急気管切開も考慮しなければならない。

おわりに

“かぜ”は日常診療において最も頻繁に出会う疾患であり、その大部分は容易に完治する。しかし、“かぜ”と同様な症状であっても、中には緊急性を要する重篤な疾患が隠れている場合もある。また、「かぜは万病のもと」というがごとく、時には重篤な続発症を起こしたり、既往疾患を再燃または悪化させる。したがって、症状から容易に

表2 かぜ症候群と鑑別を要する耳鼻咽喉科疾患

- 1. 鼻症状を呈するもの
  - 1) アレルギー性鼻炎
  - 2) 血管運動性鼻炎
  - 3) 急性(慢性)副鼻腔炎
  - 4) 急性上咽頭炎
- 2. 咽頭症状を呈するもの
  - 1) 急性陰窩性扁桃炎
  - 2) 伝染性単核球症
  - 3) アプタ性口内炎
  - 4) 咽頭側索炎
  - 5) 扁桃周囲炎・膿瘍
  - 6) 急性喉頭蓋炎
  - 7) 咽頭痛
  - 8) 悪性リンパ腫
- 3. 喉頭症状(嗄声、喘鳴)を呈するもの
  - 1) 声帯ポリープ、ポリープ様変性
  - 2) 出血性声帯炎
  - 3) 声門下腔炎(仮性クループ)
  - 4) 反回神経麻痺
  - 5) 喉頭痛

“かぜ”と診断するのは危険であり、注意深く問診を取って局所や全身を十分に観察し、病態や重症度を正確に把握することが本疾患を扱う上で最も重要であるといえる。

文 献

- 1) Hall CB, et al : Upper respiratory tract infections. The common cold, pharyngitis, croup, bacterial tracheitis and epiglottitis. res-

piratory infections ; Diagnosis and Management. Pennington JE (ed), pp97-118, Raven Press, New York, 1988

平(編), p103, 新興医学出版社, 1990



- 2) 原耕平：急性気道感染症。肺炎。原耕