

たばこ肺(COPD)の早期発見・早期治療の手引き

1. 診療体制
2. たばこ肺(COPD)ハイリスク者への早期受診勧奨(STEP1)
3. たばこ肺(COPD)の早期診断・禁煙指導・治療介入(STEP2)
4. 増悪期の対応
5. たばこ肺(COPD)フォローチーム内での紹介タイミング

1. 診療体制

山口県におけるたばこ肺(COPD)診療体制

たばこ肺(COPD)ハイリスク者: 喫煙歴がある40歳以上の成人

たばこ肺ハイリスク者への啓発・早期受診勧奨(STEP1)

山口たばこ肺スクリーニングチーム(チームS)

(自治体・保健所・健康診断を実施しているクリニック・病院・健診センター)

啓発資材(COPD-PSを含む)を活用した対象の選別・山口たばこ肺フォローチームへの受診を勧奨

たばこ肺(COPD)の早期診断・生活指導・治療介入(STEP2)

山口たばこ肺フォローチーム

チームFA: 専門的なCOPDの診断・評価・治療が可能な医療機関 (スパイロメトリー必須)

紹介(禁煙・生活指導、定期治療の継続)

紹介(受診勧奨、増悪時の入院対応)

チームFB: 生活指導・治療介入が可能な、かかりつけ医(スパイロメトリー不問)

自治体・保健所・医療機関・企業の連携

たばこ肺(COPD)スクリーニングチームとフォローチームの役割分担

チーム分類	役割	施設要件
たばこ肺スクリーニングチーム (チームS) COPDの診断・治療は難しいが 受診勧奨は可能な医療機関	特定健診・後期高齢者健診受診者を対象としたスクリーニング ↓ たばこ肺(COPD)ハイリスク者の選別 ↓ 山口たばこ肺フォローチームへの受診勧奨	健診を実施している ハイリスク者を選別できる 受診勧奨の資料を渡せる

チーム分類	役割	施設要件
たばこ肺フォローチームA (チームFA) COPDの診断と治療導入が 可能な医療機関	たばこ肺(COPD)ハイリスク者の受診 ↓ スパイロメトリーを含む臨床検査でたばこ肺(COPD)の確定診断 ↓ 薬物療法と患者指導(禁煙・運動・吸入など) 必要時はチームFBに紹介	COPDの診断・治療が可能 スパイロメトリーが必須

チーム分類	役割	施設要件
たばこ肺フォローチームB (チームFB) COPDの暫定診断と初期治療導入、 治療継続が可能な医療機関	①チームFAからのたばこ肺(COPD)治療継続依頼患者 ↓ 薬物療法と患者指導の継続 ↓ 治療方針の修正・増悪入院など必要時にはチームFAに逆紹介 ②たばこ肺(COPD)ハイリスク者の受診 ↓ スパイロメトリーを含まない臨床検査でたばこ肺(COPD)の暫定診断 ↓ 薬物療法と患者指導(禁煙・運動・吸入など) 必要時はチームFAに紹介	COPDの暫定診断・初期治療・ 患者指導・治療継続が可能 スパイロメトリーは不問

2. たばこ肺(COPD)ハイリスク者への 早期受診勧奨(STEP1)

たばこ肺(COPD)ハイリスク者への早期受診勧奨(STEP1)

山口たばこ肺スクリーニングチーム(チームS)

(自治体・保健所・健康診断を実施しているクリニック・病院・健診センター)

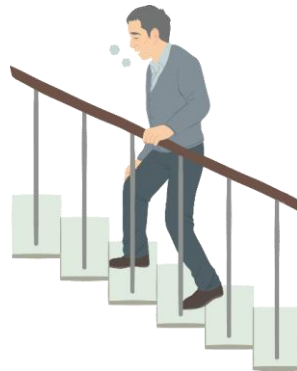
健診受診者、かかりつけ患者を対象に
たばこ肺ハイリスク者(喫煙歴がある40歳以上の成人)を選別

確認: COPD質問票(COPD-PS)で4点以上

たばこ肺フォローチームへの受診勧奨

たばこ肺(COPD)が疑われるハイリスク者

- 40歳以上で喫煙歴がある
- 徐々に進行する活動時の息切れや咳・痰がある
- 生活習慣病(特に高血圧や心血管疾患)を有している
- “風邪が治りにくい”や“風邪症状を繰り返す”ということがある



COPD質問票(COPD-PS)

COPD 集団スクリーニング質問票 (COPD-PS™)

この質問票は、ご自身、ご自身の呼吸、またご自身ができることについてお伺いするものです。
記入にあたり、以下の質問に対し、ご自身に最もあてはまる回答のボックス (□) に☒をつけてください。

1. 過去4週間に、どのくらい頻繁に息切れを感じましたか？

まったく 感じなかった	数回感じた	ときどき感じた	ほとんど いつも感じた	ずっと感じた
▼	▼	▼	▼	▼
□ ₀	□ ₀	□ ₁	□ ₂	□ ₂

2. 咳をしたとき、粘液や痰などが出たことが、これまでにありますか？

一度もない	たまに風邪や 肺の感染症に かかったときだけ	1か月のうち 数日	1週間のうち、 ほとんど毎日	毎日
▼	▼	▼	▼	▼
□ ₀	□ ₀	□ ₁	□ ₁	□ ₂

3. 過去12か月のご自身に最もあてはまる回答を選んでください。

呼吸に問題があるため、以前に比べて活動しなくなった。

まったく そう思わない	そう思わない	何ともいえない	そう思う	とてもそう思う
▼	▼	▼	▼	▼
□ ₀	□ ₀	□ ₀	□ ₁	□ ₂

4. これまでの人生で、たばこを少なくとも100本は吸いましたか？

いいえ	はい	わからない
▼	▼	▼
□ ₀	□ ₂	□ ₀

5. 年齢はおいくつですか？

35～49歳	50～59歳	60～69歳	70歳以上
▼	▼	▼	▼
□ ₀	□ ₁	□ ₂	□ ₂

得点の計算：各質問に対するご自身の回答の横にある数字を、以下の欄に記入してください。
数字を足して合計点を出してください。合計点は0から10までの間です。

↑1.の得点 + ↑2.の得点 + ↑3.の得点 + ↑4.の得点 + ↑5.の得点 = 合計点

COPD質問票の解釈

合計点が4点以上の場合

- **あなたはCOPDかもしれません。**
記入した質問票を医師に見せてください。
- COPDは**症状や悪化による救急受診をコントロールできる治療可能な疾患**です。
医師は呼吸機能検査で、あなたの呼吸の問題を調べてくれます。

合計点が0から3点でかつ、あなたが呼吸に問題があると感じている場合

- 記入した質問票を医師に見せてください。
- 医師はあなたの呼吸の問題がどのタイプのものか調べてくれます。

3. たばこ肺(COPD)の早期診断・ 禁煙指導・治療介入(STEP2)

たばこ肺(COPD)の早期診断・禁煙指導・治療介入(STEP2)

山口たばこ肺フォローチーム COPDの診断・治療が可能な医療機関

問診・身体所見・スパイロメトリー・胸部X線・血液検査・(胸部CT)・(心電図)

確定診断の基準

1. 長期の喫煙歴などの曝露因子があること。
2. 気管支拡張薬吸入後のスパイロメトリーで1秒率(FEV₁/FVC)が70%未満であること。
3. 他の気流閉塞を来しうる疾患を除外すること。

暫定診断の基準(スパイロメトリーがある場合)

1. 長期の喫煙歴などの曝露因子があること。
2. 症状がCOPDに矛盾しないこと。
3. 気管支拡張薬を吸入しない状態でのスパイロメトリーで1秒率が70%未満であること。

暫定診断の基準(スパイロメトリーがない場合)

1. 長期の喫煙歴などの曝露因子があること。
2. 症状がCOPDに矛盾しないこと。
3. 胸部CTで低吸収領域(肺気腫)があること。

COPDの特徴の確認

- 安静呼吸・強制呼出で呼気延長
- 胸部X線写真で過膨張所見
- 胸部CTで低吸収領域
- タイプ2バイオマーカー陰性

喘息の特徴の確認

- 症状の変動(日内・季節性)
- 40歳以前の気管支喘息の既往
- アレルギー性鼻炎の合併
- タイプ2バイオマーカー陽性

心不全の特徴の確認

- 浮腫の有無
- 胸部X線写真で心拡大
- BNP・NT-proBNPの上昇
- 心電図変化

たばこ肺(COPD)の確定診断、暫定診断

禁煙指導・薬剤治療介入

たばこ肺(COPD)の診断

確定診断の基準

1. 長期の喫煙歴などの曝露因子があること。
2. 気管支拡張薬吸入後のスパイロメトリーで1秒率(FEV₁/FVC)が70%未満であること。
3. 他の気流閉塞を来しうる疾患を除外すること。

日本呼吸器学会 COPD診断基準より

暫定診断の基準(スパイロメトリーがある場合)

1. 長期の喫煙歴などの曝露因子があること。
2. 症状がCOPDに矛盾しないこと。
3. 気管支拡張薬を吸入しない状態でのスパイロメトリーで1秒率70%未満であること。

暫定診断の基準(スパイロメトリーがない場合)

1. 長期の喫煙歴などの曝露因子があること。
2. 症状がCOPDに矛盾しないこと。
3. 胸部CTで低吸収領域(肺気腫)を確認すること

COPDの特徴の確認

- 安静呼吸・強制呼出で呼気延長
- 胸部X線写真で過膨張所見
- 胸部CTで低吸収領域
- タイプ2バイオマーカー陰性

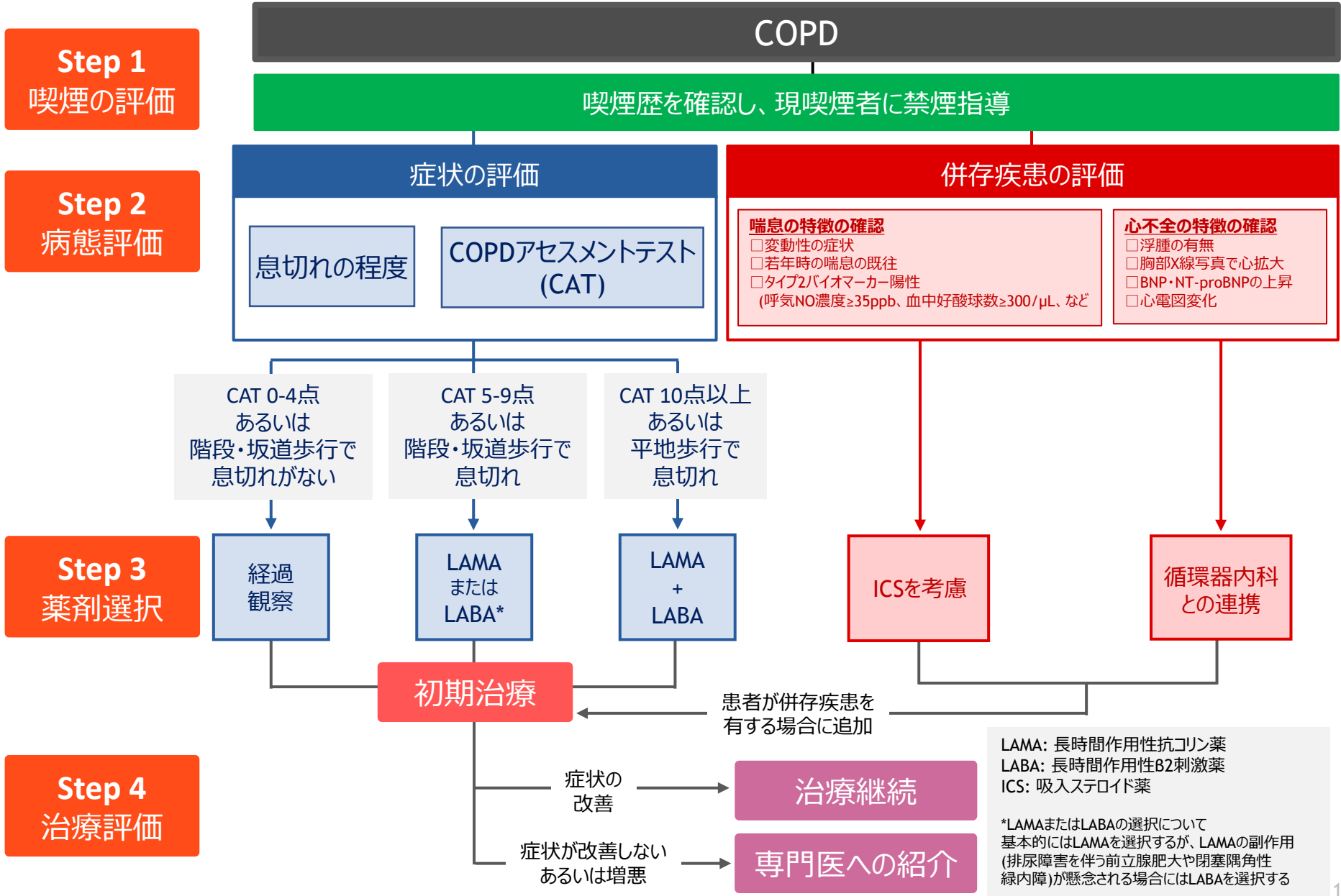
喘息の特徴の確認

- 症状の変動(日内・季節性)
- 40歳以前の気管支喘息の既往
- アレルギー性鼻炎の合併
- タイプ2バイオマーカー陽性

心不全の特徴の確認

- 浮腫の有無
- 胸部X線写真で心拡大
- BNP・NT-proBNPの上昇
- 心電図変化

たばこ肺(COPD)に対する初期治療



COPD患者の症状評価のための問診票:COPD assessment test (CAT)

あなたのお名前: 今日の日付:



あなたのCOPD(慢性閉塞性肺疾患)の状態は、いかがですか? COPDアセスメントテスト(CAT)をやってみましょう!

この質問表は、COPD(慢性閉塞性肺疾患)の状態が健康と日常生活にどのような影響を与えているか、あなたご自身と主治医の先生が知り、共有するものです。このテストによって、今のCOPDの状態を的確に先生に伝えられ、またテストの点数によって、あなたの状態により合った治療を行うことができるようになります。
下記の各項目に対して、あなたの現在の状態を最も適切に表している所に「✓」印を記入してください。各項目に対して、回答は1つのみ選択してください。

例: 私は、とても楽しい (0) (✓) (2) (3) (4) (5) 私はとても悲しい

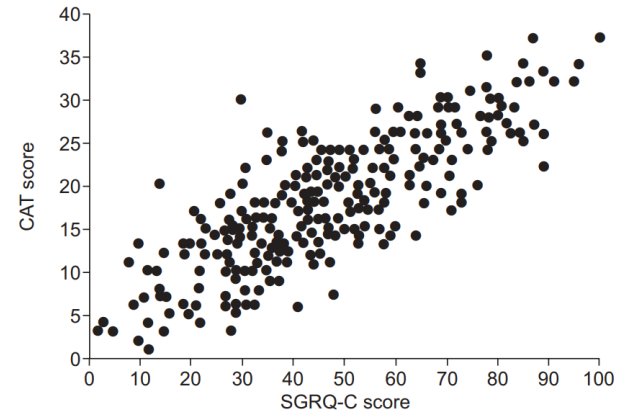
項目	0	1	2	3	4	5	点数
まったく咳が出ない							
いつも咳が出ている							
まったく痰が詰まった感じがしない							
いつも痰が詰まっている感じがする							
まったく息苦しくない							
非常に息苦しい							
坂や階段を上っても、息切れがしない							
坂や階段を上ると、非常に息切れがする							
家での普段の生活が制限されることはない							
家での普段の生活が非常に制限される							
肺の状態を気にせずに、外出できる							
肺の状態が気になって、外出できない							
よく眠れる							
肺の状態が気になって、よく眠れない							
とても元気だ							
まったく元気がない							

記入後は、先生にお渡しください。 総合点

©2009 GlaxoSmithKline企業グループ、無断複写・転載を禁じます。
Last Updated: February 23, 2012

- ◆ 8項目の評価(0~40点)
- ◆ 10点以上は症状が強い
- ◆ 症状を多面的に評価可能
- ◆ SGRQ(50項目の質問から構成されるQOL評価)と相関
- ◆ 治療効果判定にも有用

咳
痰
息苦しさ
息切れ
家での生活
外出の自信
睡眠
活力



Jones PW, al. Eur Respir J. 2009

ICS(吸入ステロイド薬)使用の目安

- 血中好酸球数や呼気NO濃度といったタイプ2炎症バイオマーカーを測定できない場合、喘息病態を支持する臨床徴候(症状の変動(日内・季節性)、40歳以前の気管支喘息の既往、アレルギー性鼻炎の合併)を確認し、ICS使用を考慮する。
- タイプ2炎症バイオマーカーを測定した場合、以下のチャートを用いてICSの使用を考慮する。

タイプ2炎症バイオマーカーと病歴に基づいた吸入ステロイド薬使用の選択基準

血中好酸球数 (BEC)	<100/μL	100-300/μL	≥300/μL
呼気NO濃度 (FeNO)	<20 ppb	20-35 ppb	≥35 ppb
喘息合併を疑う病歴 ・変動性あるいは発作性の呼吸器症状 ・40歳以前の喘息既往	△	○	○
COPD増悪歴 ・頻回に呼吸器症状の悪化に対する治療を強化 (気管支拡張薬、抗菌薬、全身性ステロイド薬、喀痰調整薬など)	×	△	○
感染症の懸念* ・反復する呼吸器感染症 ・肺結核や肺非結核性抗酸菌症の合併	×	×	△

○: 吸入ステロイド薬の使用を推奨する △: 吸入ステロイド薬の使用を考慮し得る ×: 吸入ステロイド薬の使用は避ける

*喘息を疑う病歴やCOPD増悪歴を根拠にICSを使用する場合でも、感染症の懸念については慎重に経過観察する。
呼吸器感染症を繰り返す場合には吸入ステロイド薬の中止、減量あるいは変更を考慮する。

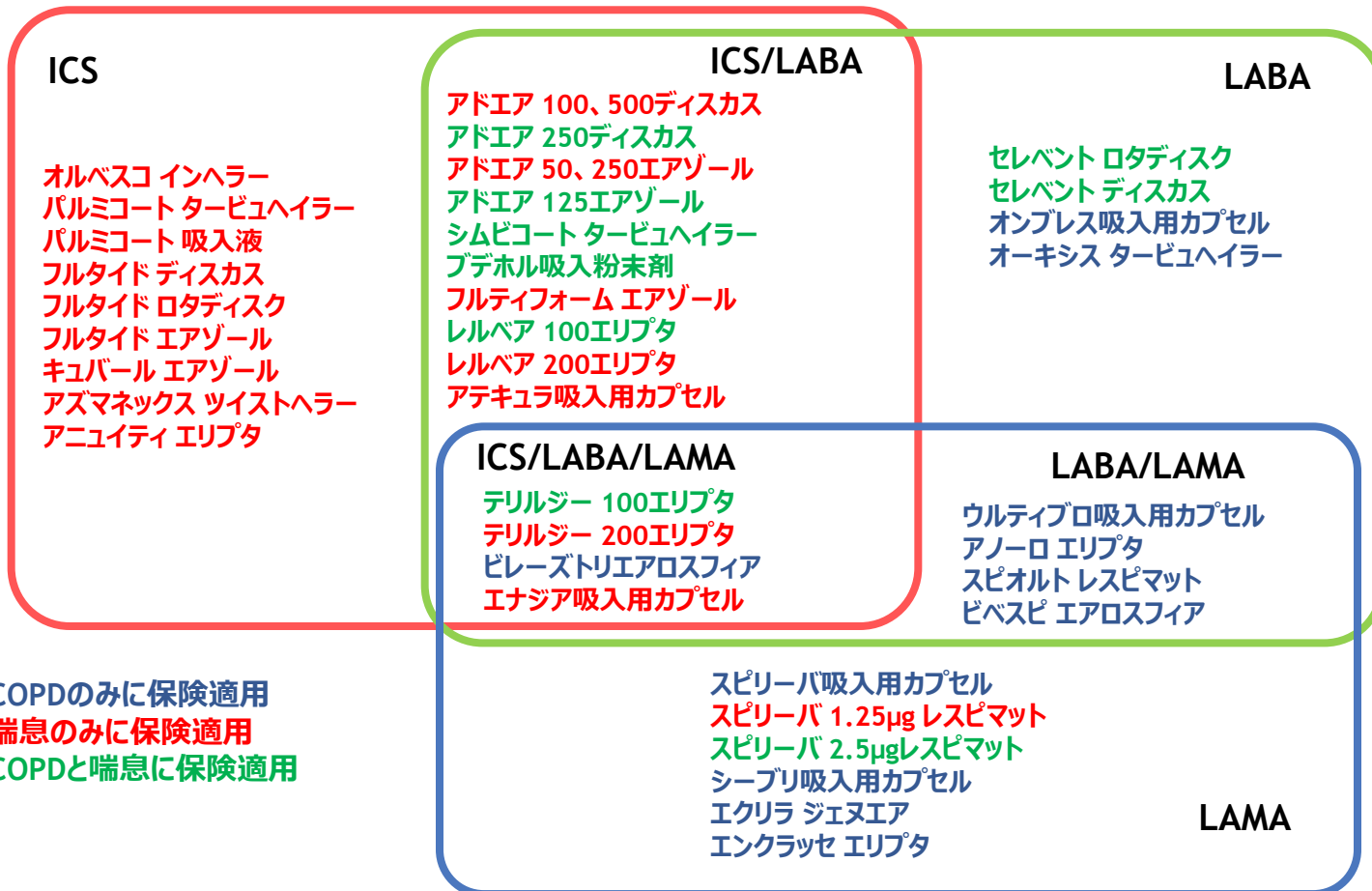
日本呼吸器学会 タイプ2炎症バイオマーカーの手引き, 2023

LABA、LAMA、ICS 治療薬一覧

LAMA: 長時間作用性抗コリン薬

LABA: 長時間作用性β2刺激薬

ICS: 吸入ステロイド薬



青字: COPDのみに保険適用

赤字: 喘息のみに保険適用

緑字: COPDと喘息に保険適用

吸入デバイスの基本原則

- 吸入デバイスを処方する際は、吸入手技の指導と訓練が重要である。
- 吸入デバイスは、単一のデバイス使用が望ましく、デバイス選択の際には患者の認知機能、筋力を考慮する。
- ドライパウダー式吸入薬(DPI)は、力強く深く吸入できる場合に適している。患者がデバイスから強く吸入できることを視覚的に確認する。
- エアゾール式吸入薬(MDI)は、吸入とデバイスのトリガー間の調整が必要であり、ゆっくり深く吸入しなければならない。患者がデバイスからゆっくり深く吸入できることを視覚的に確認する。吸入の同調が難しい場合には、吸入補助具(スパーサー)を使用させることが望ましい。

ドライパウダー式吸入薬 (DPI)吸入のポイント

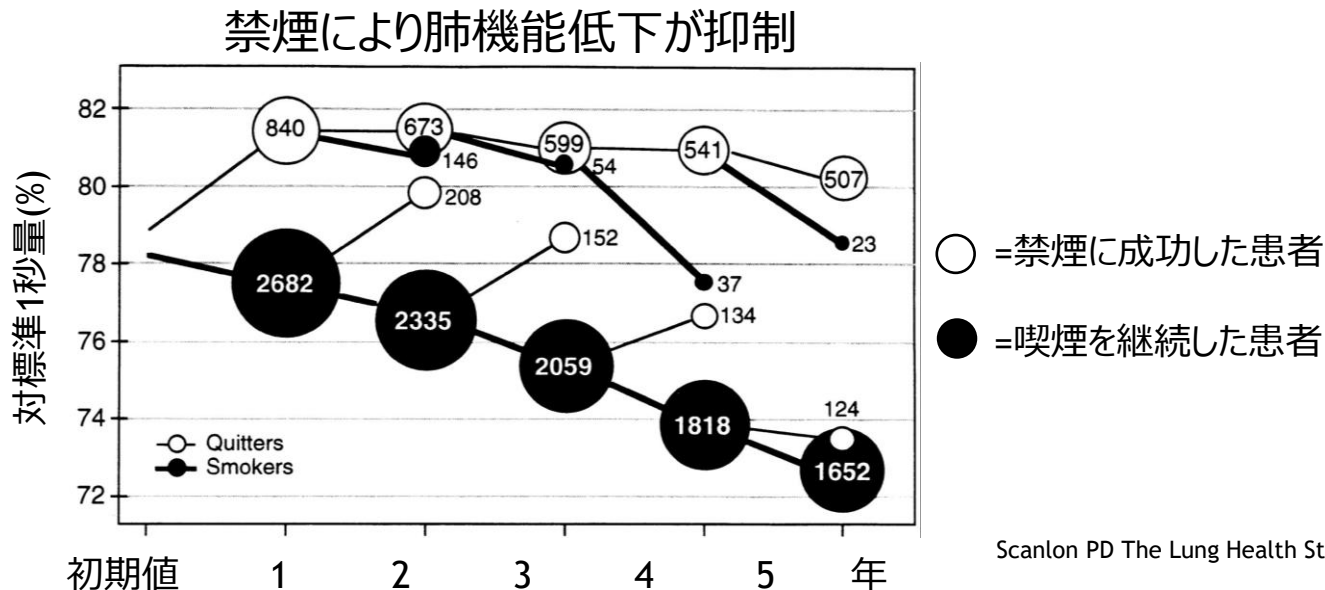
- 1.薬剤をセット (吸入デバイスにより異なる)
- ↓
- 2.息を自然に吐く
- ↓
- 3.早く深く吸入 (はやく！深く！)
- ↓
- 4.吸入後の息止め (3～5秒)
- ↓
- 5.うがい

エアゾール式吸入薬 (MDI)吸入のポイント

- 1.吸入器をよく振る
- ↓
- 2.息を自然に吐く
- ↓
- 3.アルミ缶を押すタイミングと吸入動作を同調させる
- ↓
- 4.ゆっくり深く吸入 (ゆっくり！深く！)
- ↓
- 5.吸入後の息止め (5秒以上)
- ↓
- 6.うがい

禁煙指導

- COPD診断後でも禁煙をすることで、症状の改善、肺機能低下の抑制、増悪・死亡率の減少が得られる。
- 全てのCOPD患者に禁煙指導を行うべきである。
- 禁煙外来への紹介のほかに、医師が短期間でも禁煙アドバイスを繰り返すだけでも禁煙成功率が上昇する。



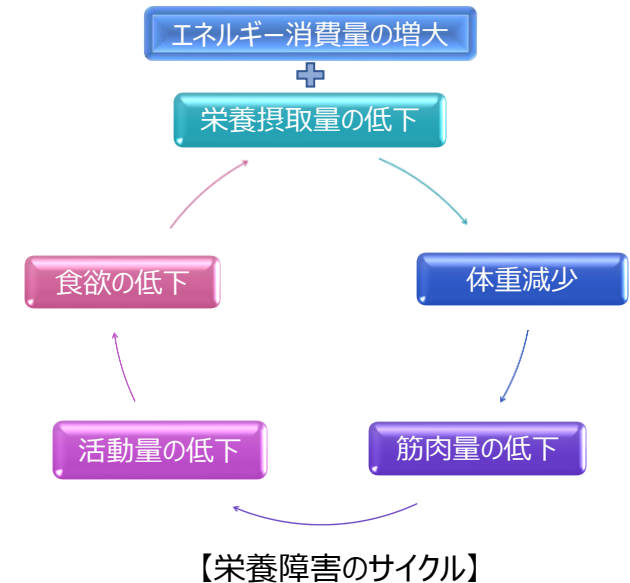
Scanlon PD The Lung Health Study. Am J Respir Crit Care Med. 2000.

生活指導

- COPD診断後は治療と共に患者のセルフケア能力を最大限に生かし、日常生活行動ができるように支援することが重要である。セルフケアの目標は増悪をしない、または増悪徴候に対して早期対応ができることである。
- 感染予防：風邪予防、ワクチン接種(肺炎球菌・コロナ・インフルエンザ)
- 体調管理：体温・血圧・体重の測定・喀痰の量や性状、息切れの変化、咳嗽の変化、浮腫の確認、食事摂取量、水分摂取量、排便の硬さ、運動量、睡眠時間
- 日常生活動作：呼吸が苦しくならないような動作の工夫
- 気分の状態：不安な気持ちや気分の落ち込み
- 生活リズムを日記に記入する。

栄養・食事療法

- COPDでは、多くの患者で体重減少を生じており、栄養障害が増悪の発症リスクとなる。
- COPD患者での栄養障害の原因として、以下の要因が挙げられる。
 - ①代謝の亢進：全身性炎症や呼吸筋酸素消費量の増大等による
 - ②食事摂取量の低下：食事の際の呼吸困難感や腹満感、消化器疾患の併存、抑うつ等による
- COPD患者が1日に必要な安静時エネルギー量は、健康な人の約1.2～1.4倍に亢進する。(ランニング1時間以上のエネルギーを更に消費する状態)
- 筋肉のタンパク量を保持するため、1～2g/kg/日程度のタンパク質摂取が必要であり、特に呼吸筋での利用が高いBCAA（分岐鎖アミノ酸）の摂取が推奨される。
- COPD患者では、エネルギーとタンパク質双方の摂取不足が多くみられ、このことが呼吸リハビリテーションの効果を減少させる負の要因となる。



食事療法のポイント

1. 高タンパク質、高エネルギーの食事を基本として、十分な栄養を摂取する
2. 体重減少をおこす前から、栄養不足を生じないように食事を摂ることが必要である
3. 栄養療法と並行して運動療法も実施し、筋肉増加を伴う体重増加を目指す
4. 糖尿病や脂質異常症などの慢性疾患を合併している患者においては、適正栄養量を考慮する

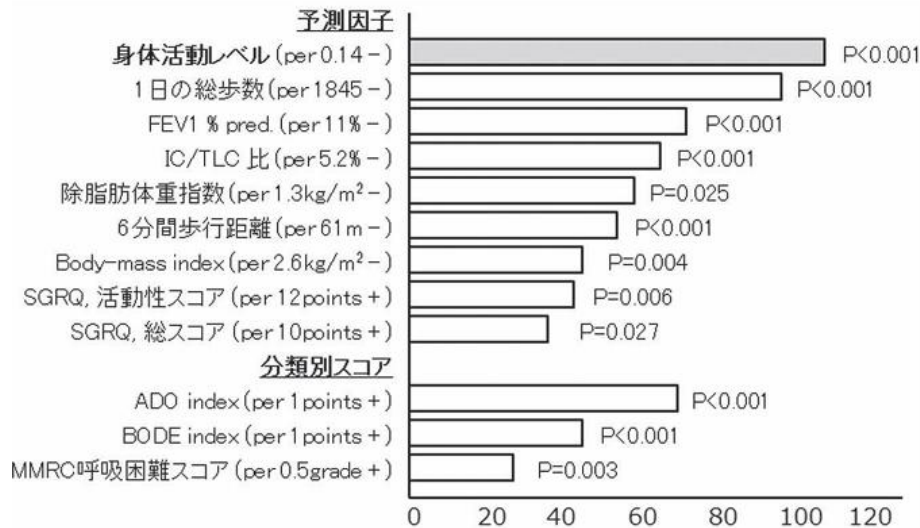
食事内容の工夫

- 3食をきちんと摂る習慣をつける。分割食として1食あたりの食事量を少なくし、間食を取り入れる。
- 少量で高エネルギーの食事として、油脂を多く含む食品や料理を活用する。
- BCAAの含有量が高いタンパク質食品（マグロ、サンマ、鶏肉、牛肉、卵、牛乳、チーズなど）を積極的に摂る。
- 食欲が無い場合には、BCAAを多く含む少量高カロリー・高タンパク質の栄養補助食品の活用も有効である。

呼吸リハビリテーション

- 呼吸リハビリテーションではコンディショニング・ADL指導・運動療法・患者指導の4本柱で構成され、特に身体活動量が生命予後に密接に関連する。
- 身体活動量の維持には運動による体力維持やADL指導による息切れの少ない動作方法の獲得が重要であると共に、在宅酸素療法日誌や万歩計などを活用した歩数・活動量のモニタリングが重要である。低下の兆しがあれば原因の評価および必要に応じた対策を行う（環境保全機構ではCOPD指導に対する教材が幅広く用意されており、患者教育に有効）。

COPDの全原因による死亡の相対的危険度



WaschkiB, et al. Chest2011;140:331-42.

● COPDの基礎知識・自己管理ツール

呼吸リハビリテーションマニュアル① COPDの基礎知識とセルフマネージメント [PDFあり] <input type="button" value="申込み"/>		呼吸リハビリテーションマニュアル② 効果的な呼吸方法 [PDFあり] <input type="button" value="申込み"/>	
呼吸リハビリテーションマニュアル③ 日常生活の工夫 [PDFあり] <input type="button" value="申込み"/>		呼吸リハビリテーションマニュアル④ 日常生活を考慮した運動療法 [PDFあり] <input type="button" value="申込み"/>	
呼吸リハビリテーションマニュアル⑤ 上手な痰の出し方 [PDFあり] <input type="button" value="申込み"/>		呼吸リハビリテーションマニュアル⑥ 栄養療法 [PDFあり] <input type="button" value="申込み"/>	
呼吸リハビリテーションマニュアル⑦ 在宅酸素療法と在宅人工呼吸療法 [PDFあり] <input type="button" value="申込み"/>		放っておくとコワイ肺の生活習慣病COPD [PDFあり] <input type="button" value="申込み"/>	
呼吸筋ストレッチ体操 (冊子、DVD) [PDFあり] <input type="button" value="申込み"/>			

環境保全機構HPより (<https://www.erca.go.jp/yobou/pamphlet/form/index.html>)

4. 増悪期の対応

COPDの増悪について

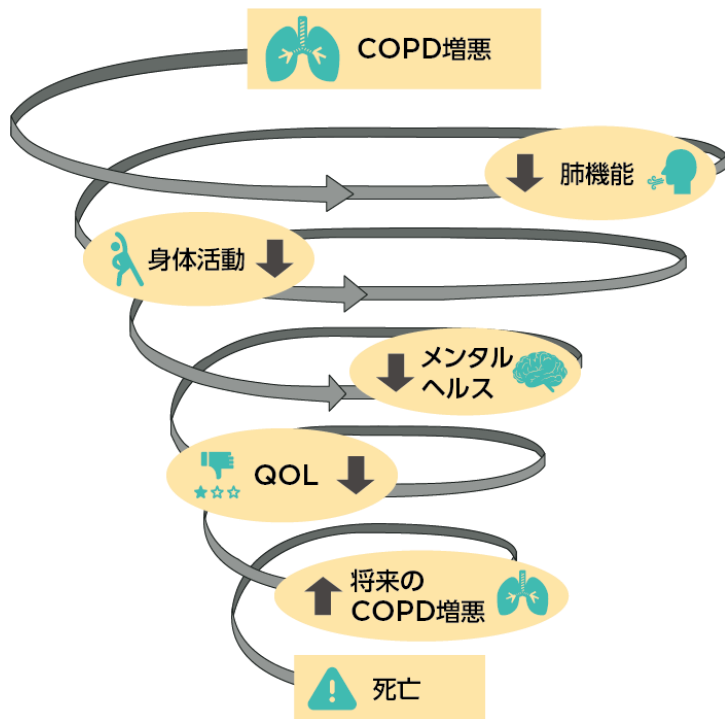
増悪の定義

息切れの増加、咳や痰の増加、胸部不快感・違和感の出現あるいは増強などを認め、安定期の治療変更が必要となる状態

COPD増悪の将来リスク

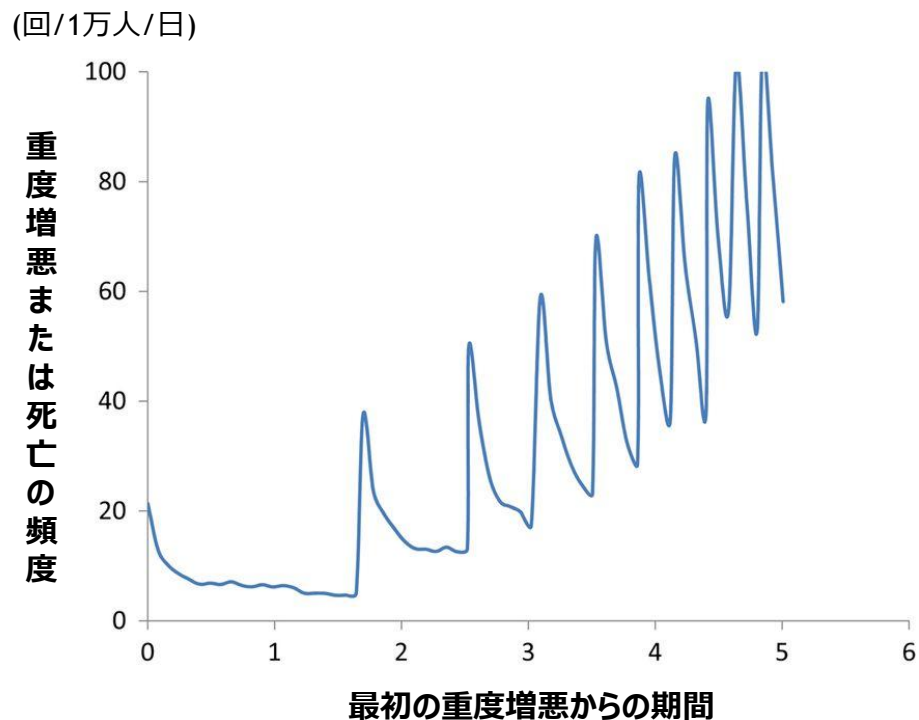
COPD増悪は肺機能や身体活動の低下につながり、メンタルヘルスやQOLにも悪影響を及ぼし、将来の増悪リスクや心血管イベントリスクを増加させる。これによりCOPD増悪の負のスパイラルがもたらされ、入院、要介護、死亡リスクを高める可能性がある。

COPD増悪の負のスパイラル



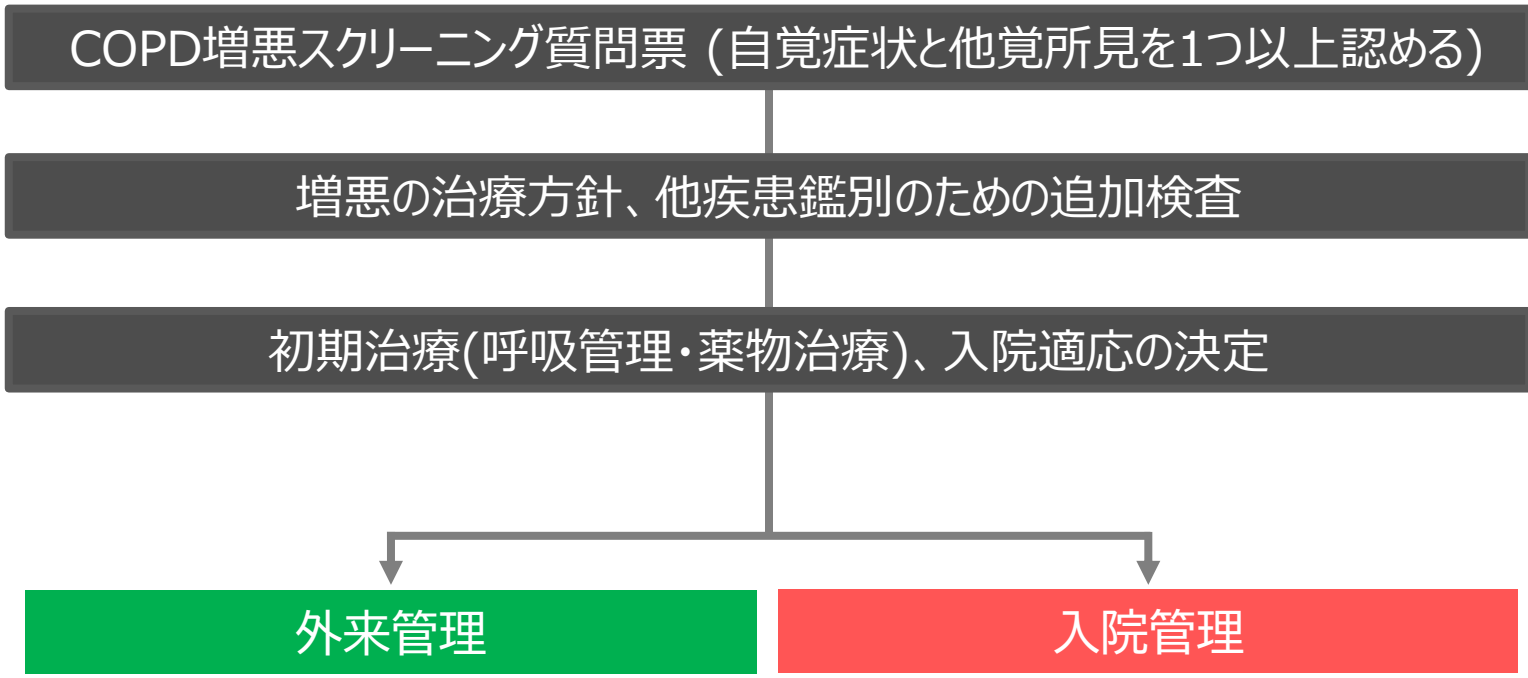
Hurst JR. Eur J Intern Med. 2020 73: 1-6.

COPD増悪後の増悪再発・死亡の頻度



Suissa S. Thorax 2012;67:957-963.

COPD増悪期の診断・治療フローチャート



COPD増悪スクリーニング質問票

以下の自覚症状と他覚所見が1つ以上みられる場合は、COPD増悪をおこしている可能性があるため、増悪の治療方針、他疾患鑑別のための追加検査へ進む

▼【患者記入欄】 過去・現在起こっている「増悪」を見逃さないための自覚症状

前回の受診から今日までの間で、以下に該当することが2-3日以上ありましたか？

<input type="checkbox"/>	動くとき息切れ（息がはけない、息が詰まる、空気が足りない感じ）がいつもより強い・回復が遅れる
<input type="checkbox"/>	いつもより咳や痰が増える、痰が切れにくい、いつもと痰の色がちがう
<input type="checkbox"/>	じっとしていても息が苦しい、息がゼーゼー、ヒューヒューいう
<input type="checkbox"/>	食欲が低下した
<input type="checkbox"/>	体がだるい、外出したくない、いつもできている日常動作（トイレ、着替え、入浴など）がしづらくなった

▼【医師記入欄】 現在起こっている「増悪」を見逃さないための他覚所見

<input type="checkbox"/>	いつもよりSpO ₂ が3～4%低下あるいは90%を下回る
<input type="checkbox"/>	いつもより息を吐く時間が長い、口をすぼめて呼吸している
<input type="checkbox"/>	聴診で肺野に雑音（ゴロゴロ、ヒューヒュー、グーグー）がある

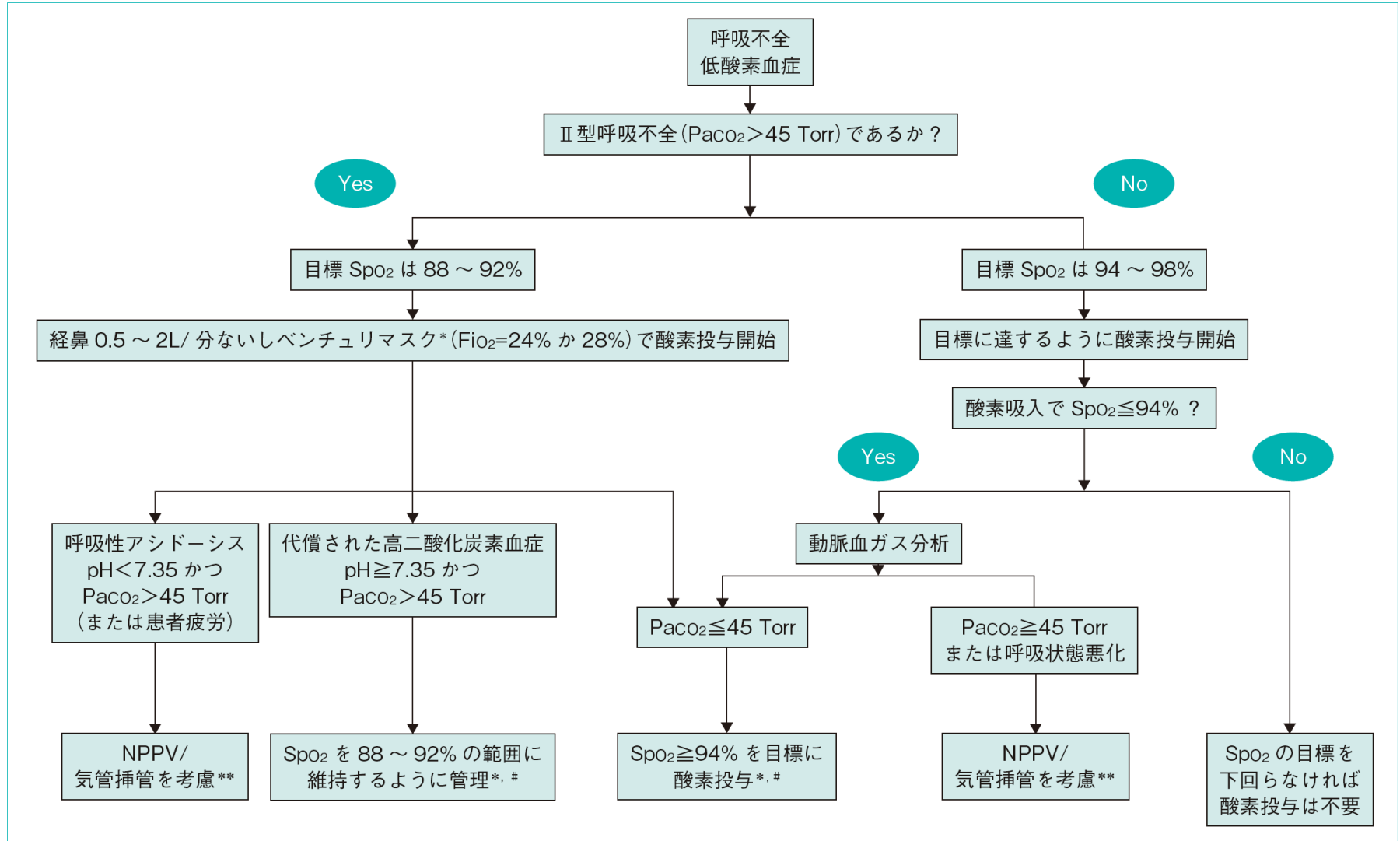
増悪の治療方針、他疾患鑑別のための追加検査

原則としてすべての患者に推奨される検査	必要に応じて行う検査
<ul style="list-style-type: none">● パルスオキシメトリー● 動脈血液ガス分析● 胸部単純X線写真● 心電図● 血液検査(血算、CRP、電解質、肝腎機能など)	<ul style="list-style-type: none">● 胸部CT● 喀痰培養、血液培養、肺炎球菌尿中抗原、プロカルシトニンなどの感染症検査● 血清BNP(NT-proBNP)、凝固能検査(D-ダイマーなど)、心臓超音波検査

- ・パルスオキシメトリー: 酸素投与の必要性の評価のために必要
- ・動脈血液ガス分析: 頻呼吸、呼吸困難症状が強い、チアノーゼ、意識障害がある場合は必須
- ・胸部X線写真: 肺炎、気胸、心不全などがいないかのチェックが必要
- ・心電図、血清BNP値: 心疾患の除外に必要
- ・D-ダイマー: 肺塞栓症の除外

COPD増悪時における呼吸管理

酸素療法の適応は、 $\text{PaO}_2 < 60 \text{ Torr}$ もしくは $\text{SpO}_2 < 90\%$ の場合であり、該当時は以下フローで対応する



COPD増悪の薬物治療

- 気管支拡張薬は全てのCOPD増悪患者に必要な治療であるため、SABA吸入は可能な限り早期に行う
- 気管支拡張薬に加え、抗菌薬とステロイド薬を個々の症例によって追加する

	対象	使用薬剤
Antibiotics 抗菌薬	痰の膿性化がある患者	<ul style="list-style-type: none"> ● 外来: 経口ペニシリン系薬、経口ニューキノロン系薬を5～10日間 ● 入院: 注射用β-ラクタム系薬/β-ラクタマーゼ阻害薬、第3・4世代セフェム系薬
Bronchodilators 気管支拡張薬	全ての患者	<ul style="list-style-type: none"> ● 短時間作用性β₂刺激薬(SABA)が第一選択 ● pMDIかネブライザーかで有効性に差なし ● 症状に応じて1～数時間毎に反復投与 ● 心循環系などの問題がなければ、30～60分毎に頻回投与も可 ● LAMA・LABAなど維持療法は継続する <p>■ 具体例</p> <p>メプチンエアー 2吸入 20分あけて3セットまで サルタノールインヘラー 2吸入 20分あけて3セットまで ベネトリン 0.2～0.4mL + 生理食塩水5～10 mL ネブライザー吸入 20分あけて3セットまで</p>
Corticosteroids ステロイド薬	高度気流閉塞がある患者 入院管理を要する患者	<ul style="list-style-type: none"> ● 経口投与・経静脈投与に効果に差はなし ● 投与期間は5～7日間 <p>■ 具体例</p> <p>プレドニン (5mg) 8錠分1 プレドニン 40mg + 生理食塩水 100mL 1日1回点滴 ソル・メドロール 40～125mg + 生理食塩水100mL 1日1回</p>

入院適応の決定・外来管理時のポイント

以下の項目を参考に、総合的に入院適応を判断する

入院の適応

- 安静時呼吸困難の増加、頻呼吸、低酸素血症の悪化、錯乱、傾眠などの著明な症状
- 急性呼吸不全
- チアノーゼ、浮腫などの新規徴候の出現
- 初期治療に反応しない場合
- 重篤な併存症（心不全、肺塞栓症、肺炎、気胸、胸水、治療を要する不整脈など）の存在
- 不十分な在宅サポート
- 高齢者
- 安定期の病期がⅢ期(高度の気流閉塞)

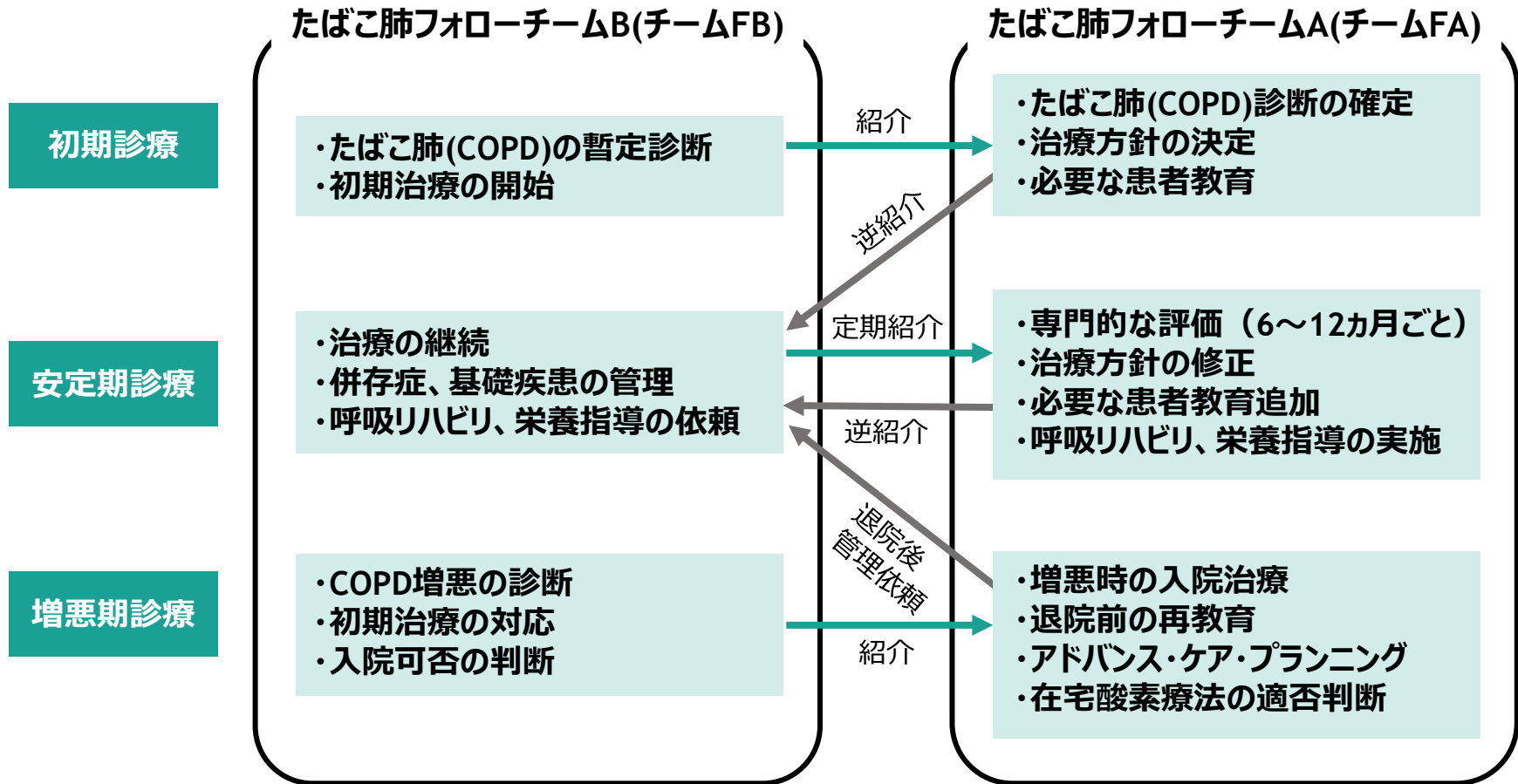
外来管理の際には以下の点に留意しながらフォローを行う

外来管理時のポイント

- 呼吸器症状が増悪する際には、再受診することを患者・家族に指導する
- 3日～7日後に再診を行い、増悪からの回復状況を確認する
- 増悪からの回復が乏しい場合には他疾患の鑑別や入院適応に関して再評価する
- 増悪から回復した際には、増悪要因を検討した上で治療の見直し(禁煙指導・ワクチン接種・吸入薬の治療強化など)を図る。必要に応じてたばこ肺フォローチームAへ紹介する

5. たばこ肺(COPD)フォローチーム内での 紹介タイミング

たばこ肺(COPD)フォローチーム内での紹介タイミング



チームFBはかかりつけ医として総合的に患者と関わる立場であり、たばこ肺ハイリスク者に対する受診勧奨を行う一方で、チームFAの後方支援としての役割も担う。

チームFAは治療の最適化、呼吸リハビリテーションの導入、増悪管理、在宅酸素療法の導入等の専門性の高い領域を担う。地域の特性を踏まえて双方が適宜補完しながら個々の患者に最適な医療を継続的に提供する。