

す。ウイルスの中で検出頻度の高いものはライノウイルス、コロナウイルスが多く、これに続くのがRSウイルス、インフルエンザウイルス、パラインフルエンザウイルス、アデノウイルスです。また、これらのウイルスには季節的流行の特徴があり、ライノウイルスは春と秋、RSウイルス、コロナウイルス、インフルエンザウイルスは冬に多い傾向があります。

症 状

ウイルス性上気道炎の症状としては、通常1～3日間の潜伏期を経て、初発症状として鼻汁や鼻閉、くしゃみなどの鼻症状や咽頭痛、倦怠感、発熱などの全身症状も認められるが、インフルエンザと異なり高熱となることは少ないといわれています。また、経過中に咳や痰が出てくることもあります。通常は1週間から10日程度で鎮静化します。米国内科学会の急性気道感染症ポジションペーパーでは、かぜ症候群（急性気道感染症）をその症状から、非特異的上気道炎型、急性鼻副鼻腔炎型、急性咽頭炎型、急性気管支炎型の4つに分類しています。

かぜ症候群の分類（米国内科学会ACPポジションペーパー）

| | |
|---------------|---|
| (1) 非特異的上気道炎型 | 鼻汁、鼻閉などの鼻症状、咽頭痛などの上気道症状、咳・痰などの下気道症状のいずれも認めるが、とくに目立った所見を欠く |
| (2) 急性鼻副鼻腔炎型 | 鼻症状が目立つ |
| (3) 急性咽頭炎型 | 咽頭症状が目立つ |
| (4) 急性気管支炎型 | 下気道症状が目立つ |

診 断

問診が最も重要であり、発症時期や経過、周辺に同様の症状を示す患者がいないかなど流行状況を確認します。確定診断は上記臨床症状とともに、病原微生物としてのウイルスの分離が基本ですが、特別な施設以外では行われることは少なく、日数も要するので日常臨床には不向きです。また、血清中の抗体価の上昇の確認もペア血清の採取までに約2週間を要するため、これも実際的ではありません。しかし、近年、インフルエンザウイルス、RSウイルス、アデノウイルス、A群β溶連菌、肺炎球菌などの同定には免疫クロマトグラフィーによる迅速診断キットが使用可能です。

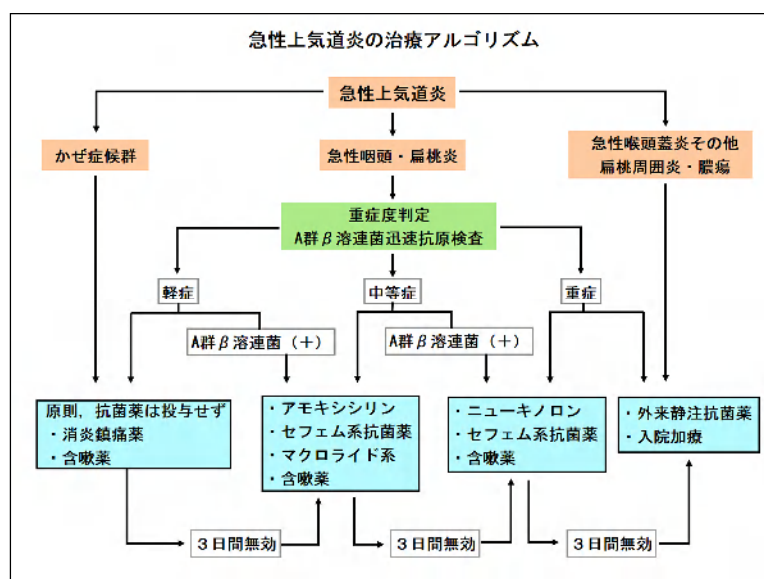
本疾患の場合は、むしろより重症な他疾患との鑑別が重要です。例えば、インフルエンザでは高熱、頭痛、強い全身倦怠感、関節痛などが顕著です。百日咳の場合では小児は痙咳と呼ばれる特徴的な激しい乾性咳嗽を呈することがあり、咳発作は比較的長期にわたります。さらに、マイコプラズマやクラミドフィラなどでも咳嗽は強く、経過も長引くことが多いといわれます。膿性鼻汁、喀痰、耳閉塞感の有無は急性副鼻腔炎、気管支炎、急性中耳炎などの合併症の診断に有用であり、鼻腔、咽喉頭、扁桃などの局所所見の観察や頸部リンパ節腫脹の有無の確認、胸部聴診なども忘れてはなりません。また、アレルギー性鼻炎との鑑別も重要です。アレルギー性鼻炎では、下鼻甲粘膜は蒼白で

腫脹することが多いですが、時に発赤していることもあります。すなわち、下鼻甲介粘膜の腫脹、発赤、くしゃみ、鼻水、鼻閉、咽頭痛などはかぜ症候群でもアレルギー性鼻炎でも起こりうる症状であるため、下鼻甲介粘膜の所見に加えて、花粉症の時期かどうか、眼や鼻の掻痒感を伴っているかどうか、などの確認、鼻汁スメア検査における好酸球増多、血中 IgE の高値などが参考となります。

治療

急性上気道炎の治療のアルゴリズムをスライド 4 に示します。

急性上気道炎は、概ねかぜ症候群、急性咽頭・扁桃炎、急性喉頭蓋炎・扁桃周囲炎・膿瘍などに分類でき、かぜ症候群の原因はウイルス、その他の疾患の原因は通常は細菌です。細菌感染症における治療薬の選択は、スライドを参照して下さい。



かぜ症候群の症状が軽度の場合は、罹患した患者の大部分は自宅療養で自然治癒するか、いわゆる風邪薬としての売薬を服用します。また一部の患者は医師による診断・治療を希望するか、あるいは重大な病気であることを心配して医療機関を受診します。そして医師は、来院した患者の半分以上に抗菌薬（抗生物質）を処方しているのが現状です。しかし、多くの感染症専門家は、このウイルス性上気道炎に対する抗菌薬の投与こそが耐性菌増加の原因となっていると指摘しています。すなわち、かぜ症候群は通常は自然治癒するものであり、風邪薬はウイルス感染そのものを治すものではないことを十分理解し、抗菌薬の濫用を避けなければなりません。したがって、かぜ症候群の治療の基本は、日常の患者に対する啓発と対症療法です。また、かぜ症候群の症状は不快なものです。それらはウイルス感染に対する生体防御反応として出現している場合もあるため、対症療法としての薬物が防御反応を抑制して治癒を遅らせることもあり得ます。よって、対症療法も過剰にならないよう、慎重に行う必要があります。

一般的な対症療法

- ・かぜ症候群は自然寛解する疾患であり、体調の管理が重要です。すなわち、体力を消耗しないように安静にし、バランスのとれた栄養補給と水分摂取、十分な睡眠をとる

ように指導します。

- 適度な加温と加湿（20℃前後で60～70%が望ましいとされる）も重要です。加湿により、鼻閉や咽頭乾燥感の軽減が期待できます。
- 発熱時には水分摂取を心がけます。体温上昇は感染したウイルスの増殖を抑制する効果も期待されるので、必ずしもクーリングは必要ではありません。水枕や冷却剤の額部貼付などは患者が気持のよい範囲で行えばよいのです。

薬物による対症療法

1) 発熱への対応

- 発熱は全身倦怠感や全身の消耗を引き起こすため、患者の苦痛や社会的用件に応じて解熱薬を適宜用います。
- 解熱薬として安全性が高く最も推奨されるのはアセトアミノフェンです。小児への投与も問題なく、妊婦投与への禁忌もありません。また、シクロオキシゲナーゼ（COX）に対する阻害効果は弱く、非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）としての副作用はありません。
- NSAIDs は抗炎症薬ですが解熱作用も有しています。イブプロフェンは胃腸障害が比較的少なく、解熱を期待して用いる NSAIDs として推奨されています。

解熱鎮痛薬

| | | | |
|--------------|-----|-------------------------|--|
| ピラゾロン系（ピリン系） | | スルピリン（メチロン）など | |
| アニリン系（非ピリン系） | | アセトアミノフェン（カロナール、アンヒバ）など | |
| NSAIDs | 酸性 | サリチル酸系 | アスピリン（アスピリン）、アスピリン・ダイアルミネート配合（バファリン）など |
| | | アントラニル酸系 | メフェナム酸（ボンタール）など |
| | | アリール酢酸系 | ジクロフェナク（ボルタレン）、インドメタシン（インダシン）など |
| | | プロピオン酸系 | イブプロフェン（ブルフェン）、ロキソプロフェンNa（ロキソニン）など |
| | | オキシカム系 | ピロキシカム（フェルデン）など |
| | 中性 | セレコキシブ（セレコックス）など | |
| | 塩基性 | チアミド塩酸塩（ソランタール）など | |

2) 咽頭痛への対応

- 咽頭痛に対して多く使用される鎮痛薬は、抗炎症作用を有する NSAIDs です。
- ジクロフェナクやインドメタシンは鎮痛効果に優れますが、体温低下や血圧低下などの副作用もあり、NSAIDs の使用は必要に応じての頓用が原則です。

3) くしゃみ、鼻水への対応

- アレルギー性鼻炎の場合と異なり、第二世代抗ヒスタミン薬の効果は明らかではありません。
- 欧米のメタ解析では第一世代抗ヒスタミン薬の有効性が示されていますが、眠気や口渇などの副作用を考慮すると必ずしも推奨されません。
- 一方、欧米ではクロモグリク酸ナトリウムやイプラトロピウムが有効との報告があり推奨されています。

4) 鼻閉への対応

- 鼻閉に対しては、点鼻血管収縮薬が有効です。

- ・点鼻血管収縮薬の局所投与は比較的即効性がありますが、連用によりリバウンドをきたすことがあり、鼻閉が高度な場合に限り、1日2～3回の投与に留めます。

5) 咳嗽への対応

- ・後鼻漏や痰を喀出するための咳嗽は、睡眠障害など日常生活に支障をきたさない限り、治療の対象とはなりません。
- ・咽頭、喉頭の粘稠度の高い分泌物は咳嗽を誘発するので、気道分泌物の粘度を減少させ喀出を容易にする目的でブロムヘキシン、アンブプロキソール、カルボシステインなどを必要に応じて用います。
- ・鎮咳薬は生理的な咳反射まで低下させる可能性があり、その使用はあくまでも必要に応じて短期間とします。

しかし、一般的なかぜ症候群の経過を越えて高熱が続いたり、膿性喀痰や膿性鼻汁がみられたり、扁桃に膿栓・白苔が付着したり、急性副鼻腔炎、急性中耳炎を合併する場合は、二次的細菌感染が疑われるため抗菌薬を投与します。また、高齢者や糖尿病などの基礎疾患を有する、いわゆるハイリスクグループに対しても、二次的細菌感染の予防のために抗菌薬を使用することがあります。さらに、頻度は低いのですが、細菌や非定型菌の同時感染の疑いがあれば、細菌ではA群β溶連菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌が多く、非定型菌ではマイコプラズマやクラミドフィラが多いため、菌種の同定とともにエンペリックにこれらの菌に有効な抗菌薬を使用することもあります。