

## かぜという状態を考える

「かぜ」症候群における医師の存在意義は、他疾患の鑑別・除外である。

—— 田坂佳千 「かぜ」症候群と抗菌薬 「今月の治療」13巻12号2005より

かぜの診療は難しい。コモンな疾患であるにもかかわらず、医師に対してこれくらい教育されてこなかった疾患も珍しい。「かぜ」の専門家も研究者も希有な存在である。コモンな病気なのに何も分かっていない、という空洞状態が作られている。

かぜは良性 (benign) な疾患で、国の予算を振り向けてでも研究して、というインセンティブが働いてこなかった。短期決戦の疾患で、じきに治ってしまう。慢性化することもなく、慢性かぜ症候群など言う概念はない。

米国のNIH (National Institutes of Health) で最も研究費を費やされてきたのが、がん、冠動脈疾患、そしてエイズであるという。かぜ症候群は、これらの疾患の持つ致死性とは対極にある。製薬会社的には、頻度の多いかぜの特効薬を創り出すインセンティブは充分にあると思うが、政府予算はつきにくい。研究者の気を引く、いわゆる「セクシーさ」もない。「セクシーさ」は、実は研究のインセンティブとしては大きなものを占めていると私は思う。

臨床医や研究者の立場においても、かぜをメインテーマにするインセンティブは小さいかもしれない。かぜをいくら上手に診療したからといって、だれもゴッドハンドとは呼んでくれない。私自身、かぜをたくさん診ているが、「いわゆる」かぜの専門家というわけではない。私を頼ってかぜ患者を紹介してくれる医師も、セカンドオピニオンを求めてやってくる患者も皆無である。当然、私よりもかぜ診療の経験値が多い医師は数え切れないほどいる。

では、経験値の多い診療医が「かぜのエキスパート」と呼べるかというと、それはそうとは限らない。その道20年のラーメン屋よりも開店半年のこだわりの店の方が美味しいことは珍しくない。大事なものはするつと目の前を容易に過ぎてしまう。気がつかないうちに年月も過ぎる。経験値は重要であるが、経験値は単なる時間の累積では測れない。

問題は、この疾患を何例見ているか、ではない。かぜ症候群をどのように理解し、どのように認識し、その周囲にある外的なものとも絡めて思考し、どのように対峙したらよいか戦略を立て、かといつて、決して思弁的な評論家チックな態度には陥らない。このように吟味していく過程が大事であると思う。

これは診療学的なストラテジーの問題なので、かぜの患者のサイトカインを測定したり、ウイルス培養をするのとも、また異なる戦略性や練度が必要になる。ここで試みたいのはかぜという疾患の「考え方」である。診断のプロセス、治療の戦略性を検証すると、何か見えてくるものはあるで

あろうか。

## なぜ症候群定義の過程

なぜ症候群に明解な疾患定義があるわけではない。上気道の急性カタル性炎症を指すことが多いが、咽頭炎、インフルエンザ、時に急性気管支炎を含まれて解説されていることすらある。気管支炎だと下気道感染症となるが、下気道感染もなぜに含めて良いものであるうか。

もっとも、厳密を極めていくと現場の雰囲気から外れた、学際的ではあるが誰にも利用できない無用の長物が出来上がってしまう。学術的な分類でいくと、病原微生物的な分類や、症候学的な分類が可能であろうが（そしてそれはその立場に立てば極めて重要な事項であろうが）、現場においてコロナウイルスが起こすかぜとライノウイルスが起こすかぜを峻別する必然性は（今のところ）乏しい。私は現場の臨床屋で、いわゆる学者ではないのでこの辺の議論には拘泥しない。

臨床屋として私が試みたいのは、実際の診療上役に立つ分類である。それはつまり、治療から考えた分類である。言い換えれば、その分類に応じて治療の方法が異なる、という意味である。診断に応じてパスウェイが異なればこそ、臨床医はその診断にこだわる事ができる。どんな診断名でもやることは同じ、であれば診断にこだわるのも単なる頑迷なオタク根性に墮してしまふ。

## かぜ症候群を欠けたパズルの一ピースととらえる

そういう意味でも、どのような診断が出ても同じ抗菌薬、同じ漢方薬、同じ咳止め痰止めの組み合わせ、では外来診療もいかにもやりがいが無い。診断のプロセスは治療のために存在し、治療は診断に素直に応じてこそ光り輝くものになる。診断と治療は表裏一体である。治療に工夫のない診断は単なる昆虫採集的余芸であり、診断を欠いた良質な治療など、存在しようがない。



かぜ症候群は、一つだけピースの抜けたパズルの、その欠けた部分のようなものだ。欠けたピースの部分には、そこには何も無い。何か明確な「もの」があるわけではない。

でも、私たちは、足りないミッシングピースがどんな形をしているか容易に分かるし、どのような絵柄もおおよそ見当を付けることができる。それは、周囲のピースのおかげである。

周囲を別のピースが固めているため、そこには「何もない」のにその形がしっかり浮かび上がってくるのである。周囲の絵柄から、何がそこに入るべきかも容易に想像がつく。見えないところであっても、周辺を固めることによりそれは「見える」。このイメージは福岡伸一氏の「生物と無生物のあいだ」（講談社）に紹介されていたタンパク質の説明で使われたものである。かぜにもピッタリくるイメージなので、ここでも使用した。

かぜについても同じように考えたい。ここでの「かぜ」は、私が理解するところのかぜである。それは、「対症療法」以外には治療方法が存在せず、対症療法だけで治ってしまう、上気道の感染症を指す。そういう漠然として曖昧な「もの」を「いわゆる」かぜと、ここでは呼ぼう。こう呼ぶわけは、それがもつとも治療に直結した実際的な分類だからである。

どうしてかというところ、このように考えれば、かぜに抗菌薬を使うか使わないか、という議論そのものが成り立たなくなるからである。抗菌薬を使わなくて良いものを、かぜとよぶ。原因微生物を定義する必要もない。それがコロナウイルスであれ、ライノウイルスであれ、治療者の立場からは特に変わりはない。かぜ症候群に抗菌薬は効くか、などと悩む理由はゼロになる。

「病原微生物」は感染症診断においては、原則的に極めて重要であり、決してないがしろにはいけない。しかし、原因微生物の無配慮な検索は、誤謬のリスクも孕んでいる。

例えば、肺炎球菌にしてもA群溶連菌にしても、そこから「検出された」だけでは病原微生物とは呼んではいけない。もちろん、咽頭や鼻腔から検出される $\alpha$ 連鎖球菌やヘモフィルズ属にはそもそも病原性はない。しかし、病原微生物と一般に称せられるものであれ、そうでないものであれ、我々は目に見える、検出される微生物に翻弄されやすい。

感染症の診断の際には、原因微生物をはっきりさせるのが原則だ。しかし、原則とは真理ではない。実情を曲げ、利便性を放棄してまで一般的に適応できる原則を、適応しづらい「例外事項」に