

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻名	ページ	出版年
西間三馨、小田嶋博	ISAAC(International Study of Asthma and Allergies in Childhood) 第Ⅰ相試験における小児アレルギー疾患の有症率	日本小児アレルギー学会誌	16 (3)	207-220	2002
占部和敬	アトピー性皮膚炎 「福岡市での健診とアンケート」調査	福岡県保険医ニュース	631	1-9	2003
Hide M., 他	IgE-mediated Hypersensitivity Against Human Sweat Antigen in Patients with Atopic Dermatitis	Acta Derm Venereol	82	335-340	2002

(倫理面への配慮)

本研究の過程で取り扱った個人情報については、漏洩することのないように主任研究者が責任を持って保護致します。

20020824

以降 P.41-P.70までは雑誌/図書に掲載された論文となりますので、
P.39の「研究成果の刊行に関する一覧表」をご参照ください。

アトピー性皮膚炎治療ガイドライン

1999

平成8年度厚生省長期慢性疾患総合研究事業アレルギー総合研究
および平成9・10年度厚生科学研究

分担研究

「アトピー性皮膚炎治療ガイドラインの作成」より

本ガイドラインは現在ともすれば混乱しがちなアトピー性皮膚炎の治療に関して、その概要を示すものであって必ずしも個々の治療法の詳細を示すものではない。なお、本ガイドラインはアトピー性皮膚炎の診療にかかわる臨床医を広く対象として作成されたものである。

アトピー性皮膚炎の概念

アトピー性皮膚炎は増悪・寛解を繰り返す、掻痒のある湿疹を主病変とする疾患であり、患者の多くはアトピー素因を持つ。（付表1）

本ガイドラインの要点

1. 診断

上記の概念に従い、類似の症状を示す他の湿疹・皮膚炎群などを鑑別し、適切な診断がなされなければならない。

2. 皮膚症状の評価

治療法の選択にあたっては、皮膚症状の適切な評価が必要である。

3. 治療の基本

原因・悪化因子の検索・対策、スキンケア、薬物療法は個々の患者において適切に組み合わせて行う。

1) 原因・悪化因子の検索と対策

各患者にかかわる原因・悪化因子は多岐にわたるため、各患者ごとにそれらを把握し、除去等の対策が必要である。

2) スキンケア

本症患者には様々の皮膚機能異常があり、それらが皮膚炎の発症および増悪に深くかかわることが知られている。これらの皮膚機能異常の補正のために適切なスキンケアが必要である。

3) 薬物療法

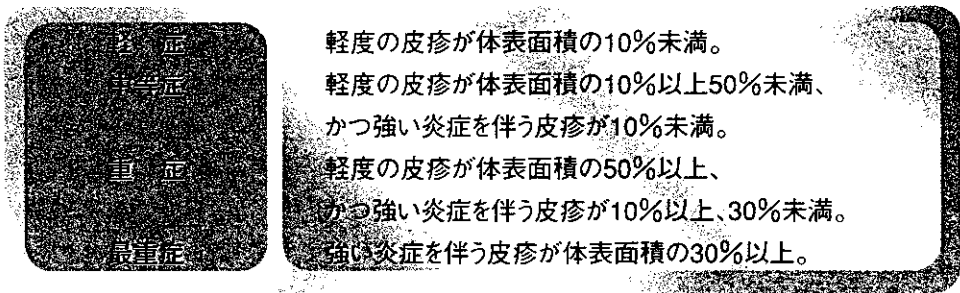
炎症を抑制するためには適切な薬物療法が必要である。

診断基準について

本邦における診断基準には、日本皮膚科学会基準(付表1)と厚生省心身障害研究班基準(付表2)がある。前者は全年齢を対象とし、後者は小児を対象としたものであるが、両者は大筋において矛盾するものではなく、日常診療においてはいずれかの基準に基づいて診断する。

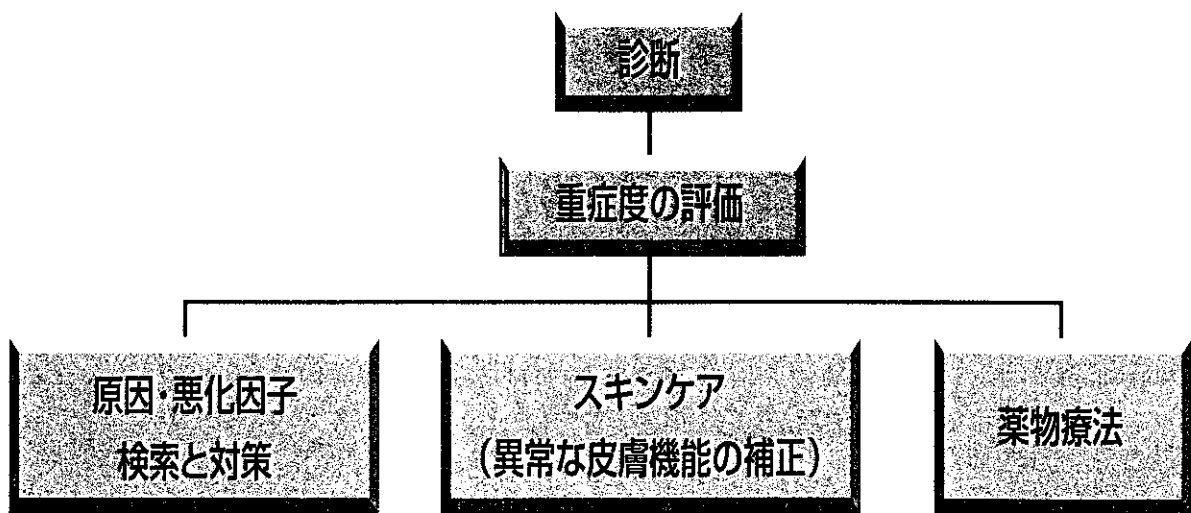
重症度のめやす

現在アトピー性皮膚炎の重症度評価にはいくつかの基準が提唱されているが、その判定には熟練を要求されるため、ここでは治療のためのめやすとして下記の重症度を定める。

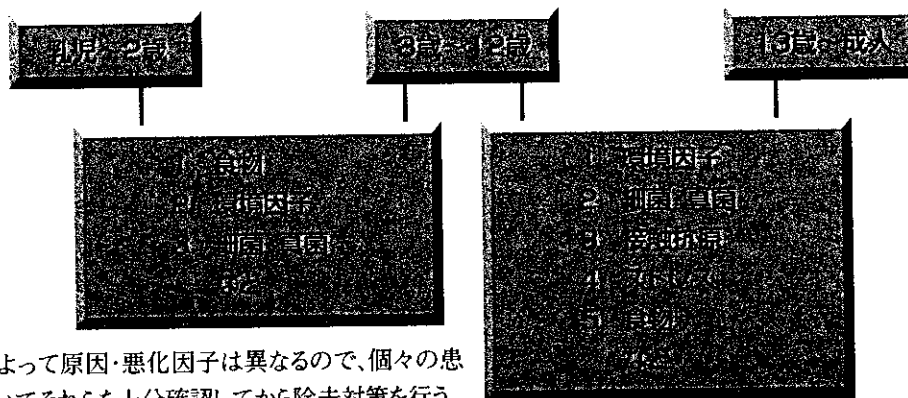


*軽度の皮疹:軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変
**強い炎症を伴う皮疹:紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変

治療ガイドラインの概要



原因・悪化因子



注) 患者によって原因・悪化因子は異なるので、個々の患者においてそれらを十分確認してから除去対策を行う。

スキンケア(異常な皮膚機能*の補正)

1. 皮膚の清潔

毎日の入浴、シャワー

- 汗や汚れは速やかにおとす
 - 石鹸・シャンプーを使用するときは洗浄力の強いものは避ける
 - 石鹸は残らないように十分にすすぐ
 - 強くこすらない
 - 痒みを生じるほどの高い温度の湯は避ける
 - 入浴後にほてりを感じさせる沐浴剤・入浴剤は避ける
 - 患者あるいは保護者には皮膚の状態に応じた洗い方を指導する
 - 入浴後には、必要に応じて適切な外用剤を塗布する
- など

2. 皮膚の保湿

保湿剤

- 保湿剤は皮膚の乾燥防止に有用である
 - 入浴・シャワー後は必要に応じて保湿剤を塗布する
 - 患者ごとに使用感のよい保湿剤を選択する
 - 軽微な皮膚炎は保湿剤のみで改善することがある
- など

3. その他

- 室内を清潔にし、適温・適湿を保つ
 - 新しい肌着は使用前に水洗いする
 - 洗剤はできれば界面活性剤の含有量の少ないものを使用する
 - 爪を短く切り、掻破による皮膚の傷害を避ける
- など

*アトピー性皮膚炎における主な皮膚機能異常

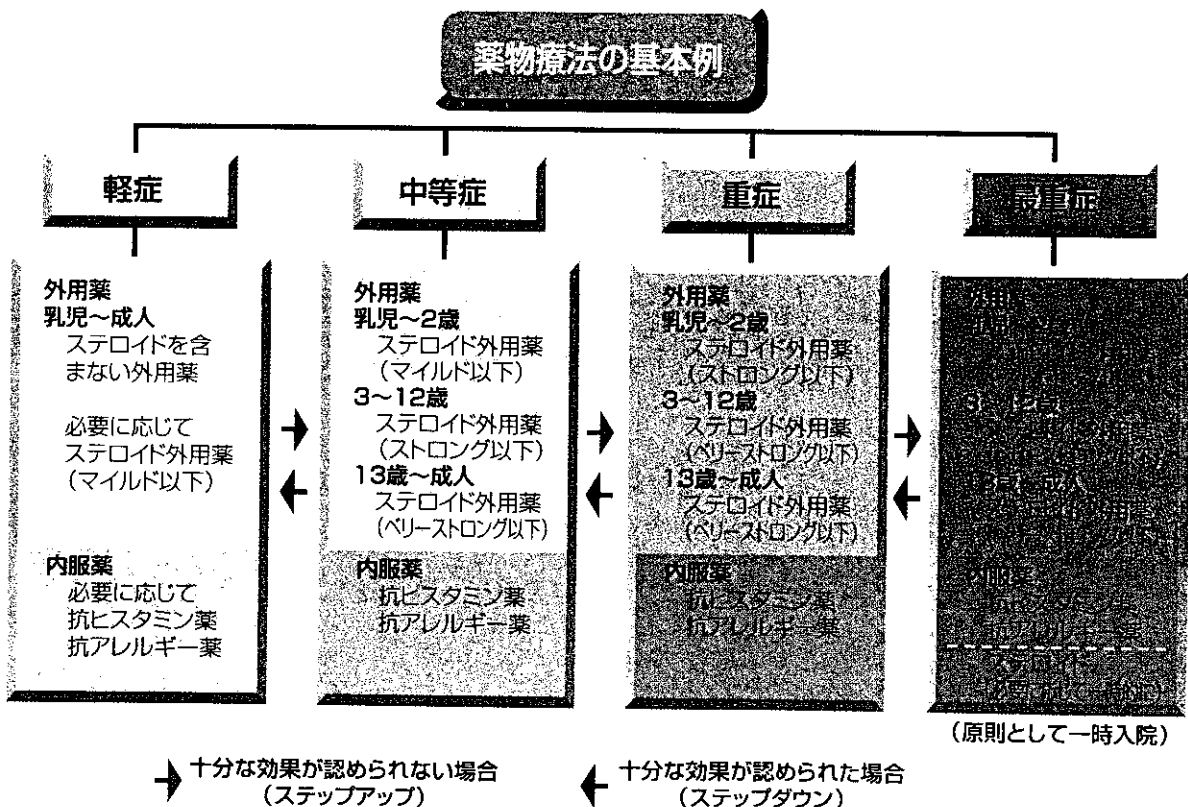
● 水分保持能の低下

● 痒みの閾値の低下

● 易感染性

薬物療法の基本

1. 外用薬の種類、強度、剤型は重症度に加え、個々の皮疹の部位と性状および年齢に応じて選択する。
2. 顔面にはステロイド外用薬はなるべく使用しない。用いる場合、可能な限り弱いものを短期間にとどめる。
3. 必要に応じて抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬を使用する。
4. 1週間をめぐり重症度の評価を行い、治療薬の変更を検討する。



経過中の注意事項

- 1.アトピー性皮膚炎は、伝染性膿痂疹、カポジ水痘様発疹症、伝染性軟属腫などの感染症を合併しやすいため、これらの早期発見に努め、速やかに適切な処置を行う。
- 2.眼病変（特に白内障、網膜剥離など）の合併に注意する。眼を強くこする、あるいは叩くなどの外傷性要因は眼病変の発生・悪化につながる可能性があるので留意する。
- 3.外用薬により接触皮膚炎をおこす可能性もあるので、症状が遷延・悪化する場合は注意する。
- 4.このガイドラインは一般的なめやすであり、個々の患者によってはこの限りではない。
- 5.このガイドラインに従って1か月程度治療しても皮疹の改善がみられない場合は、専門の医師または施設への紹介を考慮する。

付記

今後新しい治療法が開発されて、その有用性が明らかにされれば、順次修正・追加していくものとする。

【付表1】 日本皮膚科学会「アトピー性皮膚炎の定義・診断基準」

アトピー性皮膚炎の定義(概念)

「アトピー性皮膚炎は、増悪・寛解を繰り返す、痒疹のある湿疹を主病変とする疾患であり、患者の多くはアトピー素因を持つ。」

アトピー素因：①家族歴・既往歴（気管支喘息、アレルギー性鼻炎・結膜炎、アトピー性皮膚炎のうちいずれか、あるいは複数の疾患）、または②IgE抗体を産生し易い素因。

アトピー性皮膚炎の診断基準

1.痒疹

2.特徴的皮疹と分布

①皮疹は湿疹病変

- 急性病変：紅斑、湿潤性紅斑、丘疹、漿液性丘疹、鱗屑、痂皮
- 慢性病変：浸潤性紅斑・苔癬化病変、痒疹、鱗屑、痂皮

②分布

- 左右対側性 好発部位：前額、眼囲、口囲・口唇、耳介周囲、頸部、四肢関節部、体幹
- 参考となる年齢による特徴
乳児期：頭、顔にはじまりしばしば体幹、四肢に下降。
幼小児期：頸部、四肢屈曲部の病変。
思春期・成人期：上半身（顔、頸、胸、背）に皮疹が強い傾向。

3.慢性・反復性経過（しばしば新旧の皮疹が混在する）

：乳児では2ヵ月以上、その他では6ヵ月以上を慢性とする。

上記1、2、および3の項目を満たすものを、症状の軽重を問わずアトピー性皮膚炎と診断する。そのほかは急性あるいは慢性の湿疹とし、経過を参考にして診断する。

除外すべき診断

- 接触皮膚炎
- 脂漏性皮膚炎
- 単純性痒疹
- 疥癬
- 汗疹
- 魚鱗癬
- 皮脂欠乏性湿疹
- 手湿疹
(アトピー性皮膚炎以外の手湿疹を除外するため)

臨床型(幼小児期以降)

- 四肢屈側型
- 四肢伸側型
- 小児乾燥型
- 頭・頸・上胸・背型
- 痒疹型
- 全身型
- これらが混在する症例も多い

診断の参考項目

- 家族歴
(気管支喘息、アレルギー性鼻炎・結膜炎、アトピー性皮膚炎)
- 合併症
(気管支喘息、アレルギー性鼻炎・結膜炎)
- 毛孔一致性丘疹による鳥肌様皮膚
- 血清IgE値の上昇

重要な合併症

- 眼症状（白内障、網膜剥離など）
：とくに顔面の重症例
- カボジー水痘様発疹症
- 伝染性軟属腫
- 伝染性膿痂疹

付表2. アトピー性皮膚炎の診断の手引き (厚生省心身障害研究)

I アトピー性皮膚炎とは

アトピー性皮膚炎とは、主としてアトピー素因のあるものに生じる、慢性に経過する皮膚の湿疹病変である。このため、本症の診断に当たっては、いまだ慢性経過の完成をみていない乳児の場合を考慮し、年齢に対する配慮が必要である。

注 アトピー素因とは気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎の病歴または家族歴を持つものをいう。

II アトピー性皮膚炎の主要病変

1) 乳児について

- a) 顔面皮膚または頭部皮膚を中心とした紅斑または丘疹がある。
耳切れが見られることが多い。
- b) 患部皮膚に掻は痕がある。

注 紅斑：赤い発疹、丘疹：盛り上がった発疹、掻は痕：掻き傷の痕跡

2) 幼児・学童について

- a) 頸部皮膚または腋窩、肘窩もしくは膝窩の皮膚を中心とした紅斑、丘疹または苔癬化病変がある。耳切れが見られることが多い。
- b) 乾燥性皮膚や秕糠様落屑を伴う毛孔一致性角化性丘疹がある。
- c) 患部皮膚に掻は痕がある。

注 苔癬化：つまむと硬い、きめの粗い皮膚
秕糠様落屑：米のとぎ桶の皮の断片

III アトピー性皮膚炎の診断基準

1) 乳児について

II-1) に示す病変のうちa)、b)の双方を満たし、[別表]に示す皮膚疾患を単独に罹患した場合を除外したものをアトピー性皮膚炎とする。

2) 乳児・学童について

II-2) に示す病変のうちa)あるいはb)、及びc)の双方、並びに下記のイ)、ロ)の条件を満たし、[別表]に示す皮膚疾患を単独に罹患した場合を除外したものをアトピー性皮膚炎とする。

- イ) 皮膚に痒みがある。
- ロ) 慢性(発症後6か月以上)の経過をとっている。

[別表] 以下に示す皮膚疾患を単独に罹患した場合はアトピー性皮膚炎から除外する。

- 1) おむつかぶれ 2) あせも 3) 伝染性膿痂疹(とびひ) 4) 接触皮膚炎(かぶれ)
- 5) 皮膚カンジダ症 6) 乳児脂漏性皮膚炎 7) 尋常性魚鱗癬(さめはだ) 8) 疥癬
- 9) 虫刺され 10) 毛孔性苔癬

● 付表3. ● 主なステロイド外用薬の臨床効果分類の1例

薬効	一般名	代表的な製品名
I群 ストロンゲスト	プロピオン酸クロベタゾール 酢酸ジフロラゾン	デルモベート ジフレール、ダイアコート
II群 スーパーストロング	フルオシノニド フランカルボン酸モメタゾン ジプロピオン酸ベタメサゾン 酪酸プロピオン酸ベタメサゾン ジフルプレドナート ブデソニド 吉草酸酢酸ジフルコルトロン アムシノニド ハルシノニド プロピオン酸デキサメタゾン 酪酸プロピオン酸ヒドロコルチゾン	トプシム、シマロン フルメタ リンデロンDP アンテベート マイザー ブデソン ネリゾナ、テクスメテン ビスターム アドコルチン メサデルム バンデル
III群 ストロング	吉草酸デキサメゾン プロピオン酸デプロドン 吉草酸ベタメサゾン 吉草酸酢酸プレドニソロン フルオシノロンアセトニド プロピオン酸ベクロメタゾン	ボアラ、ザルックス エクラー リンデロンV、ベトネベート リドメックス フルコート、フルゾン プロバデルム
IV群 マイルド	トリアムシノロンアセトニド ピバル酸フルメタゾン デキサメタゾン プロピオン酸アルクロメタゾン 酪酸ヒドロコルチゾン 酪酸クロベタゾン	レダコート、トリシノロン ロコルテン オイラゾンD アルメタ ロコイド キンダベート
V群 マイルド	酢酸ヒドロコルチゾン プレドニソロン メチルプレドニソロン 酢酸メチルプレドニソロン 酢酸デキサメタゾン	コルテス プレドニソロン メドロール ヴェリタームメドロール デキサメタゾン

本ガイドライン作成協力者

青木敏之	大阪府立羽曳野病院副院長、皮膚科部長
秋山一男	国立相模原病院臨床研究部部長
今山修平	九州大学医学部皮膚科講師
小澤 明	東海大学医学部皮膚科教授
倉繁隆信	高知医科大学小児科教授
河野陽一	千葉大学医学部小児科教授
高路 修	広島大学医学部皮膚科助手
坂根 剛	聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター内科教授
下条直樹	千葉大学医学部小児科助手
田中洋一	長崎大学医学部皮膚科講師
玉置邦彦	東京大学医学部皮膚科教授
鳥居新平	愛知学泉大学家政学部教授
中川秀己	自治医科大学医学部皮膚科教授
中山秀夫	中山皮膚科クリニック院長
西間三馨	国立療養所南福岡病院院長
古江増隆	九州大学医学部皮膚科教授
古川福実	浜松医科大学皮膚科助教授
眞弓光文	福井医科大学小児科教授
溝口昌子	聖マリアンナ医科大学皮膚科教授
森田栄伸	広島大学医学部皮膚科講師
山下直美	帝京大学医学部内科助教授
山本一哉	愛育病院皮膚科部長
○山本昇壯	広島大学医学部皮膚科教授 (○は分担研究者)

本ガイドラインは、厚生科学研究費補助金を得て行った研究成果としてとりまとめられたものである。また、本ガイドラインの内容については、研究班の総意を反映したものであり、厚生省の見解や政策を示したものではない。

アトピー性皮膚炎治療ガイドライン

2001

A GUIDELINE FOR THE TREATMENT
OF ATOPIC DERMATITIS

2001

平成8年度厚生省長期慢性疾患総合研究事業アレルギー総合研究
および平成9-12年度厚生科学研究

分担研究

「アトピー性皮膚炎治療ガイドラインの作成」より

本ガイドラインは現在ともすれば混乱しがちなアトピー性皮膚炎の治療に関して、その概要を示すものであって必ずしも個々の治療法の詳細を示すものではない。なお、本ガイドラインはアトピー性皮膚炎の診療にかかわる臨床医を広く対象として作成されたものである。

アトピー性皮膚炎の概念

アトピー性皮膚炎は増悪・寛解を繰り返す、掻痒のある湿疹を主病変とする疾患であり、患者の多くはアトピー素因を持つ。(付表1)

本ガイドラインの要点

1. 診断

上記の概念に従い、類似の症状を示す他の湿疹・皮膚炎群などを鑑別し、適切な診断がなされなければならない。

2. 皮膚症状の評価

治療法の選択にあたっては、皮膚症状の適切な評価が必要である。

3. 治療の基本

上記の評価に基づき、個々の患者において原因・悪化因子の検索・対策、スキンケア、薬物療法を適切に組み合わせて行う。患者には治療に関する情報を十分に伝え、良好なパートナーシップを構築する。

1) 原因・悪化因子の検索と対策

各患者に関わる原因・悪化因子は多岐にわたるため(4頁)、各患者ごとにそれらを把握し、除去等の対策が必要である。

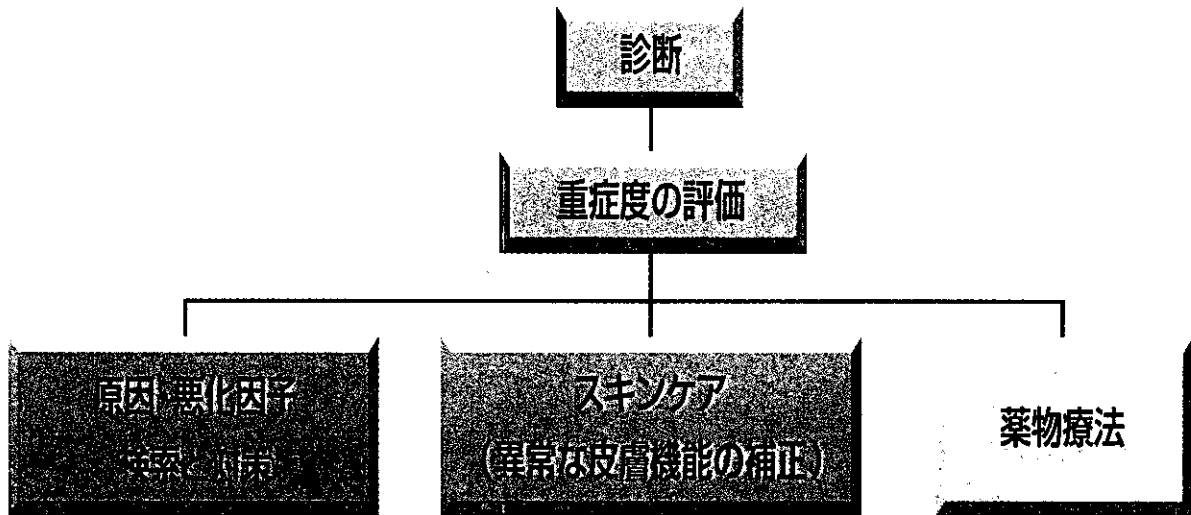
2) スキンケア

本症患者には様々の皮膚機能異常があり(4頁)、それらが皮膚炎の発症および増悪に深くかかわることが知られている。これらの皮膚機能異常の補正のために適切なスキンケアが必要である。

3) 薬物療法

炎症を抑制するためには適切な薬物療法が必要である(5頁)。

治療ガイドラインの概要



診断基準について

本邦における診断基準には、日本皮膚科学会基準(付表1)と厚生省心身障害研究班基準(付表2)がある。前者は全年齢を対象とし、後者は小児を対象としたものであるが、両者は大筋において矛盾するものではなく、日常診療においてはいずれかの基準に基づいて診断する。

重症度のめやす

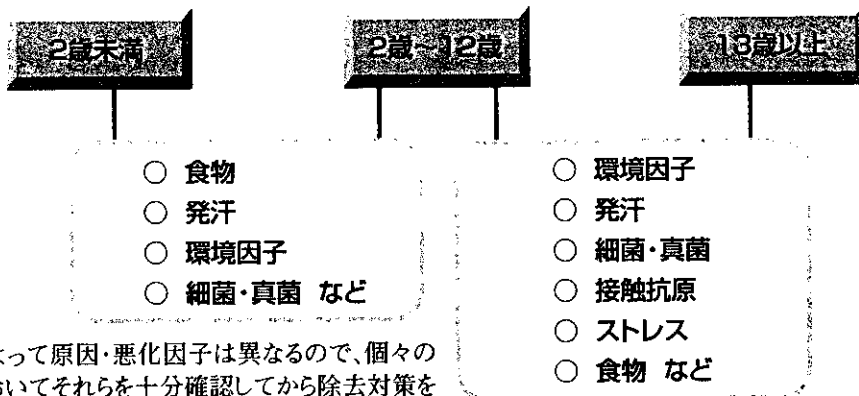
現在アトピー性皮膚炎の重症度評価にはいくつかの基準が提唱されているが、その判定には熟練を要求されるため、ここでは治療のためのめやすとして下記の重症度を定める。

- 軽 症:面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。
- 中等症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満にみられる。
- 重 症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満にみられる。
- 最重症:強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上にみられる。

*軽度の皮疹:軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変(付図1、2、3参照)

**強い炎症を伴う皮疹:紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変(付図4、5、6参照)

原因・悪化因子



注1) 患者によって原因・悪化因子は異なるので、個々の患者においてそれらを十分確認してから除去対策を行う。

スキンケア(異常な皮膚機能*の補正)

1. 皮膚の清潔

毎日の入浴・シャワー

- 汗や汚れは速やかにおとす。しかし、強くこすらない
- 石鹸・シャンプーを使用するときは洗浄力の強いものは避ける
- 石鹸・シャンプーは残らないように十分にすすぐ
- 痒みを生じるほどの高い温度の湯は避ける
- 入浴後にははでりを感じさせる沐浴剤・入浴剤は避ける
- 患者あるいは保護者には皮膚の状態に応じた洗い方を指導する
- 入浴後には、必要に応じて適切な外用剤を塗布する など

2. 皮膚の保湿

保湿剤(付表4)

- 保湿剤は皮膚の乾燥防止に有用である
- 入浴・シャワー後は必要に応じて保湿剤を塗布する
- 患者ごとに使用感のよい保湿剤を選択する
- 軽微な皮膚炎は保湿剤のみで改善することがある など

3. その他

- 室内を清潔にし、適温・適湿を保つ
- 新しい肌着は使用前に水洗いする
- 洗剤はできれば界面活性剤の含有量の少ないものを使用する
- 爪を短く切り、なるべく掻かないようにする など

*アトピー性皮膚炎における主な皮膚機能異常

●水分保持能の低下

●痒みの閾値の低下

●易感染性

薬物療法の基本

1. ステロイド外用薬の強度、剤型は重症度に加え、個々の皮疹の部位と性状および年齢に応じて選択する(付表3)。
2. ステロイド外用に際して、次の点に留意する。
 - ①顔面にはステロイド外用薬はなるべく使用しない。
用いる場合、可能な限り弱いものを短期間にとどめる。
 - ②長期使用後に突然中止すると皮疹が急に増悪することがあるので、中止あるいは変更は医師の指示に従うよう指導する。
 - ③強度と使用量をモニターする習慣をつける。
3. 症状の程度に応じて、適宜ステロイドを含まない外用薬を使用する。
4. 必要に応じて抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬を使用する。
5. 1～2週間をめぐり重症度の評価を行い、治療薬の変更を検討する。

