ハイリスクグループ

1. ステロイド薬の全身投与中あるいは中止したばかりである
2. 過去の1年間に喘息発作による入院の既往がある
3. 過去の1年間に喘息発作により救急外来を受診している
4. 喘息発作で気管内挿管をされたことがある
5. 精神障害を合併している
6. 喘息の治療計画に従わない

喘息死の危険因子

- 男＞女
- 15歳以上
- 難治性喘息
- 致死的高度発作致命例（重篤発作の既往歴）
- MDI・ネブライザー過度依存傾向
- β_2刺激薬のみによるネブライザーの自宅利用
- 不規則な通院治療（コンプライアンスの悪さ）
- 頻回の発作による救急室受診
- 重篤な食物・薬物アレルギー歴
- 合併症：乳幼児の下気道感染症
気胸
10歳以上の右心肥大
- 外科的緊急手術
- 欠損・崩壊家庭，独居
- こだわらない，活動的性格
- 患児を取り巻く医療環境の不備

資料６－２

JAPANESE PEDIATRIC GUIDELINE FOR THE TREATMENT AND MANAGEMENT OF ASTHMA 2005

小児気管支喘息
治療・管理ガイドライン
2005

日本小児アレルギー学会

小児気管支喘息の治療目標

- スポーツも含め日常生活を普通に行うことができる
- 昼夜を通じて症状がない
- β_2刺激薬の頓用が減少、または必要がない
- 学校を欠席しない
- 肺機能がほぼ安定している
- ＰＥＦが安定している

治療前の臨床症状に基づく発作型分類と治療ステップ

発作型	症状程度ならびに頻度	治療ステップ
間欠型	・年に数回、季節性に咳嗽、軽度喘鳴が出現 ・ときに呼吸困難を伴うこともあるが、β_2刺激薬の頓用で短期間で症状は改善し、持続しない	ステップ1
軽症持続型	・咳嗽、軽度喘鳴が1回/月以上、1回/週未満 ・ときに呼吸困難を伴うが、持続は短く、日常生活が障害されることは少ない	ステップ2
中等症持続型	・咳嗽、軽度喘鳴が1回/週以上、毎日は持続しない ・ときに中・大発作となり、日常生活や睡眠が障害されることがある	ステップ3
重症持続型1	・咳嗽、軽度喘鳴が毎日持続する ・週1～2回、中・大発作となり日常生活や睡眠が障害される	ステップ4-1
重症持続型2	・重症持続型1に相当する治療を行っていても症状が持続する ・しばしば夜間の中・大発作で時間外受診し、入退院を繰り返し、日常生活が制限される	ステップ4-2

現在の治療ステップを考慮した重症度（発作型）の判断

	現在の治療ステップ			
患者の症状・頻度	ステップ1	ステップ2	ステップ3	ステップ4
間欠型	間欠型	軽症持続型	中等症持続型	重症持続型
軽症持続型	軽症持続型	中等症持続型	重症持続型	重症持続型
中等症持続型	中等症持続型	重症持続型	重症持続型	重症持続型（難治・最重症）
重症持続型	重症持続型	重症持続型	重症持続型	重症持続型（難治・最重症）

現在の治療ステップを考慮した重症度（発作型）の判断

患者の症状・頻度（治療ステップ）	現在の治療ステップ ステップ1	ステップ2	ステップ3	ステップ4
間欠型（ステップ1） ・年に数回、季節性に咳嗽、軽度喘鳴が出現 ・ときに呼吸困難を伴うが、β_2刺激薬頓用で短期間で症状改善し、持続しない	間欠型	軽症持続型	中等症持続型	重症持続型
軽症持続型（ステップ2） ・咳嗽、軽度喘鳴が1回/月以上、1回/週未満 ・ときに呼吸困難を伴うが、持続は短く、日常生活が障害されることは少ない	軽症持続型	中等症持続型	重症持続型	重症持続型
中等症持続型（ステップ3） ・咳嗽、軽度喘鳴が1回/週以上、毎日は持続しない ・ときに中・大発作となり日常生活や睡眠が障害されることがある	中等症持続型	重症持続型	重症持続型	重症持続型 （難治・最重症）
重症持続型（ステップ4） ・咳嗽、軽度喘鳴が毎日持続する ・週1～2回、中・大発作となり日常生活や睡眠が障害される	重症持続型	重症持続型	重症持続型	重症持続型 （難治・最重症）

小児気管支喘息の長期管理に関する薬物療法プラン
（幼児　2～5歳）

	ステップ1 間欠型	ステップ2 軽症持続型	ステップ3 中等症持続型	ステップ4 重症持続型
基本治療	発作に応じた薬物療法	抗アレルギー薬 あるいは 吸入ステロイド薬 （考慮） （50～100μg/日）	吸入ステロイド薬 （100～150μg/日）	吸入ステロイド薬 （150～300μg/日） 以下の1つまたは複数の併用 ・ロイコトリエン受容体拮抗薬 ・DSCG ・テオフィリン徐放製剤 ・貼付β_2刺激薬 ・長時間作用性吸入貼付β_2刺激薬
追加治療	抗アレルギー薬	テオフィリン徐放製剤	以下の1つまたは複数の併用 ・ロイコトリエン受容体拮抗薬 ・DSCG ・テオフィリン徐放製剤 ・貼付β_2刺激薬 ・長時間作用性吸入貼付β_2刺激薬	

小児気管支喘息の長期管理に関する薬物療法プラン
（年長児　6～15歳）

	ステップ1 間欠型	ステップ2 軽症持続型	ステップ3 中等症持続型	ステップ4 重症持続型
基本治療	発作に応じた薬物療法	吸入ステロイド薬 （100μg/日） あるいは 抗アレルギー薬	吸入ステロイド薬 （100～200μg/日）	吸入ステロイド薬 （200～400μg/日） 以下の1つまたは複数の併用 ・ロイコトリエン受容体拮抗薬 ・テオフィリン徐放製剤 ・長時間作用性吸入貼付β_2刺激薬 ・DSCG ・貼付β_2刺激薬
追加治療	抗アレルギー薬	テオフィリン徐放製剤	以下の1つまたは複数の併用 ・ロイコトリエン受容体拮抗薬 ・テオフィリン徐放製剤 ・長時間作用性吸入貼付β_2刺激薬 ・DSCG ・貼付β_2刺激薬	経口ステロイド薬 （短期間・間欠考慮）

乳児喘息の長期管理に関する薬物療法

	ステップ1 間欠型	ステップ2 軽症持続型	ステップ3 中等症持続型	ステップ4 重症持続型
基本治療	なし （発作の程度に応じた急性発作時治療を行う）	抗アレルギー薬	吸入ステロイド薬 （100μg/日）	吸入ステロイド薬 （150～200μg/日） 以下の1つまたは両者の併用 ・ロイコトリエン受容体拮抗薬 ・DSCG吸入（2～4回/日）
追加治療	抗アレルギー薬	DSCG吸入 吸入ステロイド薬 （50μg/日）	以下の1つまたは両者の併用 ・ロイコトリエン受容体拮抗薬 ・DSCG吸入（2～4回/日） ・β_2刺激薬（就寝前貼付あるいは経口2回/日） ・テオフィリン徐放製剤（考慮） （血中濃度5～10μg/ml）	β_2刺激薬（就寝前貼付あるいは経口2回/日） テオフィリン徐放製剤（考慮） （血中濃度5～10μg/ml）

小児気管支喘息の長期管理に関する薬物療法プラン
（幼児　2～5歳）

	ステップ1 間欠型	ステップ2 軽症持続型	ステップ3 中等症持続型	ステップ4 重症持続型
基本治療	発作に応じた薬物療法	抗アレルギー薬*1 *5 あるいは 吸入ステロイド薬 （考慮） *2 (50～100μg/日)	吸入ステロイド薬*2 (100～150μg/日)	吸入ステロイド薬*2 *4 (150～300μg/日) 以下の1つまたは複数の併用 ・ロイコトリエン受容体拮抗薬 ・DSCG *5 ・テオフィリン徐放製剤*3 ・貼付β2刺激薬 ・長時間作用性吸入β2刺激薬*6
追加治療	抗アレルギー薬*1	テオフィリン徐放製剤*3	以下の1つまたは複数の併用 ・ロイコトリエン受容体拮抗薬 ・DSCG *5 ・テオフィリン徐放製剤*3 ・貼付β2刺激薬 ・長時間作用性吸入β2刺激薬*6	

*1 抗アレルギー薬：化学伝達物質遊離抑制薬、ヒスタミンH1拮抗薬、ロイコトリエン拮抗薬、Th2サイトカイン阻害薬に分けられる、DSCGと経口抗アレルギー薬を含む。
*2 吸入ステロイド薬：力価はFP（プロピオン酸フルチカゾン）あるいはBDP（プロピオン酸ベクロメタゾン）換算とする。
*3 テオフィリン徐放製剤の使用にあたっては、特に発熱時には血中濃度上昇に伴う副作用に注意する。
*4 ステップ4の治療で症状のコントロールができていないものについては、専門医の管理のもとで経口ステロイド薬の投与を含む治療を行う。
*5 DSCG吸入液をネブライザーで吸入する場合、必要に応じて少量（0.005～0.1mL）のβ2刺激薬と一緒に吸入する。
β2刺激薬は発作がコンとロールされたら中止するのを基本とする。
*6 DPIが吸入できる児

小児気管支喘息の長期管理に関する薬物療法プラン
（年長児　6～15歳）

	ステップ1 間欠型	ステップ2 軽症持続型	ステップ3 中等症持続型	ステップ4 重症持続型
基本治療	発作に応じた薬物療法	吸入ステロイド薬 (100μg/日) あるいは 抗アレルギー薬*1	吸入ステロイド薬*2 (100～200μg/日)	吸入ステロイド薬*2 *3 (200～400μg/日) 以下の1つまたは複数の併用 ・ロイコトリエン受容体拮抗薬 ・テオフィリン徐放製剤 ・長時間作用性吸入β2刺激薬 ・DSCG ・貼付β2刺激薬
追加治療	抗アレルギー薬*1	テオフィリン徐放製剤	以下の1つまたは複数の併用 ・ロイコトリエン受容体拮抗薬 ・テオフィリン徐放製剤 ・長時間作用性吸入β2刺激薬 ・DSCG ・貼付β2刺激薬	経口ステロイド薬 （短期間・間欠考慮）

*1 抗アレルギー薬：化学伝達物質遊離抑制薬、ヒスタミンH1拮抗薬、ロイコトリエン拮抗薬、Th2サイトカイン阻害薬に分けられる。DSCGと経口抗アレルギー薬を含む。
*2 吸入ステロイド薬：力価はFP（プロピオン酸フルチカゾン）あるいはBDP（プロピオン酸ベクロメタゾン）換算とする
*3 ステップ4の治療で症状のコントロールが出来ていないものについては、専門医の管理のもとで経口ステロイド薬の投与を含む治療を行う。

乳児喘息の長期管理に関する薬物療法

	ステップ1 間欠型	ステップ2 軽症持続型	ステップ3 中等症持続型	ステップ4 重症持続型
基本治療	なし （発作の程度に応じた急性発作時治療を行う）	抗アレルギー薬*[1]	吸入ステロイド薬*[4] (100μg/日)	吸入ステロイド薬*[4] (150～200μg/日) 以下の1つまたは両者の併用 ・ロイコトリエン受容体拮抗薬 ・DSCG吸入*[3]（2-4回/日）
追加治療	抗アレルギー薬*[1]	DSCG吸入*[2]*[3] 吸入ステロイド薬*[4] (50μg/日)	以下の1つまたは両者の併用 ・ロイコトリエン受容体拮抗薬 ・DSCG吸入*[3]（2-4回/日） ・β2刺激薬（就寝前貼付あるいは経口2回/日）*[5] ・テオフィリン徐放製剤（考慮）*[6]（血中濃度5-10μg/mL）	β2刺激薬（就寝前貼付あるいは経口2回/日）*[5] テオフィリン徐放製剤（考慮）*[6]（血中濃度5-10μg/mL）

［注意事項］

*[1] 経口抗アレルギー薬： ロイコトリエン拮抗薬、ヒスタミンH1拮抗薬、Ｔｈ2サイトカイン阻害薬、化学伝達物質遊離抑制薬。
　吸入抗アレルギー薬：DSCG吸入液

*[2] 経口アレルギー薬を使用している場合

*[3] 吸入液をネブライザーで吸入する。必要に応じて少量（0.05～0.1mL）のβ2刺激薬と一緒に吸入する。
　β2刺激薬は発作がコンとロールされたら中止するのを基本とする

*[4] BDP-pMDI、FP-pMDIはマスクつき吸入補助具を用いて吸入する。推奨用量はBDP、FP換算

*[5] β2刺激薬（貼付・経口）は症状がコントロールされたら中止するのを基本とする

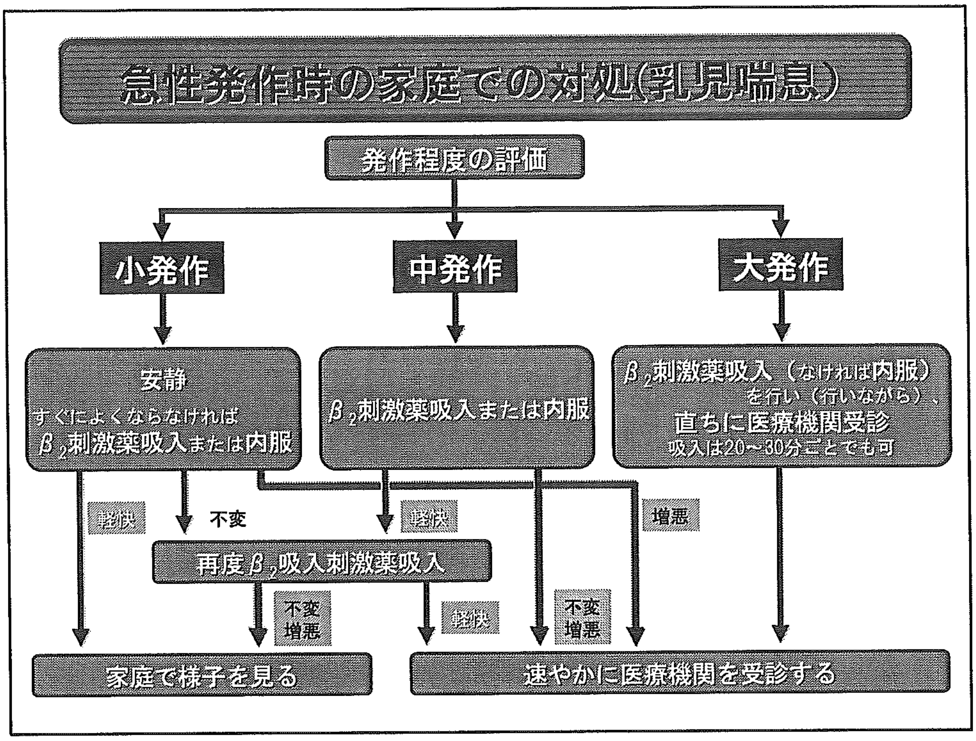
*[6] 6ヵ月未満の児は原則として対象とならない。適用を慎重にし、けいれん性疾患のある児には原則として推奨されない。
　発熱時には、一時減量あるいは中止するかどうか、あらかじめ指導しておくことが望ましい

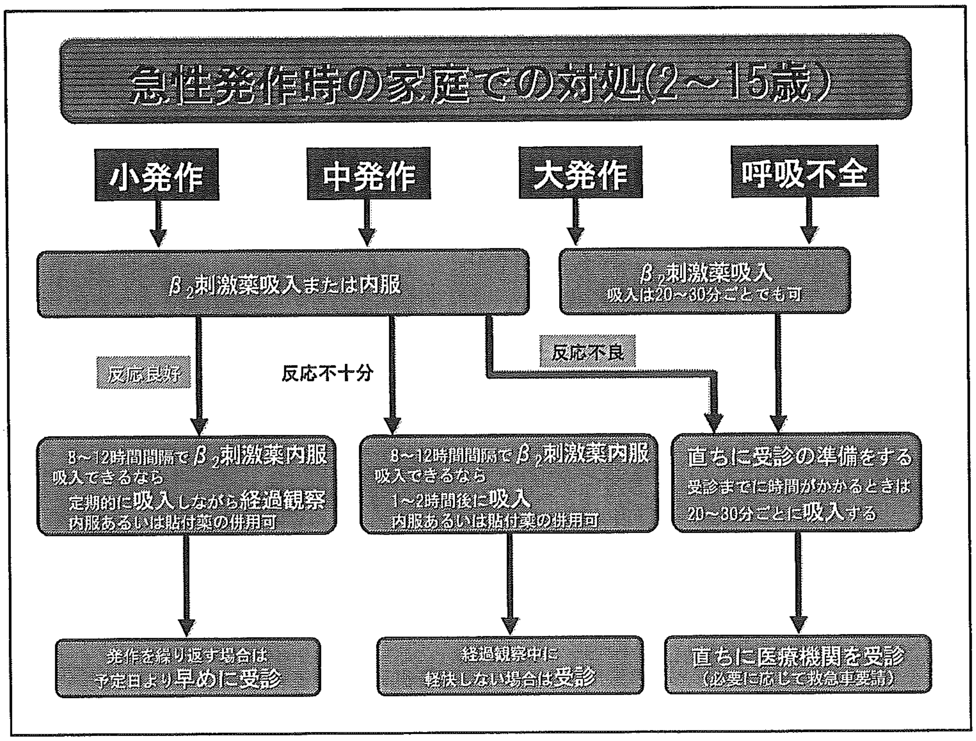
*[7] ステップ3以上の治療は小児アレルギー専門医の指導・管理のもとで行うことが望ましい。
　ステップ4の治療で喘息のコントロールが不十分な患者の治療は原則として専門医が行う

発作程度の判定基準

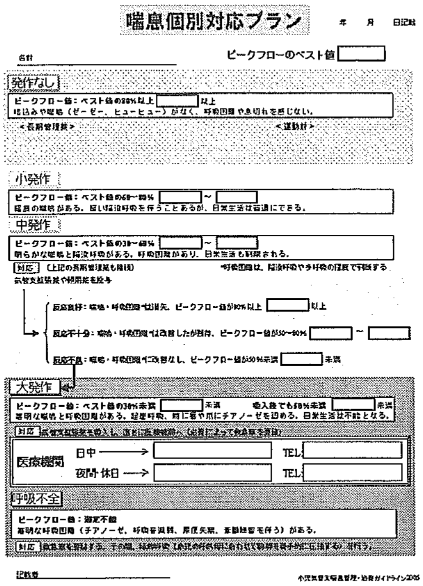
		小発作	中発作	大発作	呼吸不全
呼吸の状態	喘鳴	軽度	明らか	著明	減少または消失
	陥没呼吸	なし～軽度	明らか	著明	著明
	呼気延長	なし	あり	明らか	著明
	起坐呼吸	横になれる	座位を好む	前かがみになる	
	チアノーゼ	なし	なし	可能性あり	あり
	呼吸数	軽度増加	増加	増加	不定
呼吸困難感	安静時	なし	あり	著明	著明
	歩行時	急ぐと苦しい	歩行時著明	歩行困難	歩行不能
生活の状態	話し方	一文区切り	句で区切る	一語区切り	不能
	食事の仕方	ほぼ普通	やや困難	困難	不能
	睡眠	眠れる	時々目を覚ます	障害される	
意識障害	興奮状況	正	やや興奮	興奮	錯乱
	意識低下	なし	なし	ややあり	あり
PEF	吸入前	＞60%	30～60%	＜30%	測定不能
	吸入後	＞80%	50～80%	＜50%	測定不能
SpO_2（大気中）		≧96%	92～95%	≦91%	＜91%
$Paco_2$		＜41mmHg	＜41mmHg	41～60mmHg	＞60mmHg

判定のためにいくつかのパラメータがあるが、全部を満足する必要はない。


急性発作時の家庭での対処(乳児喘息)
発作程度の評価
小発作
中発作
大発作
安静
すぐによくならなければ
β2刺激薬吸入または内服
β2刺激薬吸入または内服
β2刺激薬吸入（なければ内服）
を行い（行いながら）、
直ちに医療機関受診
吸入は20～30分ごとでも可
軽快
不変
軽快
増悪
再度β2吸入刺激薬吸入
不変
増悪
軽快
不変
増悪
家庭で様子を見る
速やかに医療機関を受診する


急性発作時の家庭での対処(2～15歳)
小発作
中発作
大発作
呼吸不全
β2刺激薬吸入または内服
β2刺激薬吸入
吸入は20～30分ごとでも可
反応良好
反応不十分
反応不良
8～12時間間隔でβ2刺激薬内服
吸入できるなら
定期的に吸入しながら経過観察
内服あるいは貼付薬の併用可
8～12時間間隔でβ2刺激薬内服
吸入できるなら
1～2時間後に吸入
内服あるいは貼付薬の併用可
直ちに受診の準備をする
受診までに時間がかかるときは
20～30分ごとに吸入する
発作を繰り返す場合は
予定日より早めに受診
経過観察中に
軽快しない場合は受診
直ちに医療機関を受診
（必要に応じて救急車要請）

急性発作時の対処(喘息個別対応プラン)



喘息個別対応プラン　年　月　日記載

名前

ピークフローのベスト値

発作なし

ピークフロー値：ベスト値の80%以上　以上

咳込みや喘鳴（ゼーゼー、ヒューヒュー）がなく、呼吸困難や息切れを感じない。

＜長期管理薬＞　＜運動前＞

小発作

ピークフロー値：ベスト値の60～80%　～

軽度の喘鳴がある。軽い陥没呼吸を伴うこともあるが、日常生活は普通にできる。

中発作

ピークフロー値：ベスト値の30～60%　～

明らかな喘鳴と陥没呼吸がある。呼吸困難があり、日常生活も制限される。

対応（上記の長期管理薬も継続）　＊呼吸困難は、陥没呼吸や歩呼吸の程度で判断する

気管支拡張薬や頓用薬を投与

反応良好：喘鳴・呼吸困難*は消失、ピークフロー値が80%以上　以上

反応不十分：喘鳴・呼吸困難*は改善したが残存、ピークフロー値が50～80%　～

反応不良：喘鳴・呼吸困難*に改善なし、ピークフロー値が50%未満　未満

大発作

ピークフロー値：ベスト値の30%未満　未満　吸入後でも50%未満　未満

著明な喘鳴と呼吸困難がある。起座呼吸、時に唇や爪にチアノーゼを認める。日常生活は不能となる。

対応

医療機関　日中 →　TEL　夜間・休日 →　TEL

呼吸不全

ピークフロー値：測定不能

著明な呼吸困難（チアノーゼ、呼吸音減弱、意識障害を伴う）がある。

対応

記載者

小児気管支喘息治療・管理ガイドライン2005

医療機関での喘息発作に対する薬物療法プラン
(乳児　2歳未満)

発作型	小発作	中発作	大発作	呼吸不全
初期治療	β_2刺激薬吸入	β_2刺激薬吸入 （反復可） 酸素吸入 （SpO_2<95%で考慮）	入院 β_2刺激薬吸入反復 酸素投与 輸液 ステロイド薬静注	入院 イソプロテレノール 持続吸入 酸素投与 輸液 ステロイド薬静注反復
追加治療	β_2刺激薬吸入反復	（基本的に入院） ステロイド薬投与 （静注・経口） 輸液 アミノフィリン持続 点滴（考慮）	イソプロテレノール 持続吸入 ステロイド薬静注反復 アミノフィリン持続 点滴（考慮）	気管内挿管 人工呼吸管理 アミノフィリン持続 点滴（考慮） 麻酔薬（考慮）

医療機関での喘息発作に対する薬物療法プラン
（幼児　2〜5歳）

発作型	小発作	中発作	大発作	呼吸不全
初期治療	β_2刺激薬吸入	β_2刺激薬吸入反復 酸素吸入 （SpO_2<95%で考慮）	入院 β_2刺激薬吸入反復 酸素吸入、輸液 ステロイド薬静注 アミノフィリン持続点滴	入院 イソプロテレノール持続吸入 酸素吸入、輸液 ステロイド薬静注反復 アミノフィリン持続点滴
追加治療	β_2刺激薬吸入反復	ステロイド薬投与 （静注・経口） and / or アミノフィリン点滴静注・持続点滴 （小児喘息の治療に精通した医師のもとで行われることが望ましい） 外来で上記治療に対する反応を観察し、反応不十分な場合は入院治療考慮	イソプロテレノール持続吸入 ステロイド薬静注反復	イソプロテレノール持続吸入（増量考慮） アシドーシス補正 気管内挿管 人工呼吸管理 麻酔薬（考慮）

医療機関での喘息発作に対する薬物療法プラン
（年長児　6〜15歳）

発作型	小発作	中発作	大発作	呼吸不全
初期治療	β_2刺激薬吸入	β_2刺激薬吸入反復 酸素吸入 （SpO_2<95%で考慮）	入院 β_2刺激薬吸入反復 酸素吸入、輸液 ステロイド薬静注 アミノフィリン持続点滴	入院 イソプロテレノール持続吸入 酸素吸入、輸液 ステロイド薬静注反復 アミノフィリン持続点滴
追加治療	β_2刺激薬吸入反復	ステロイド薬投与 （静注・経口） and / or アミノフィリン点滴静注・持続点滴 反応不十分な場合は入院治療考慮	イソプロテレノール持続吸入 ステロイド薬静注反復	イソプロテレノール持続吸入（増量考慮） アシドーシス補正 気管内挿管 人工呼吸管理 麻酔薬（考慮）

急性発作時のアミノフィリン投与量の目安

	初期投与量	維持量
6ヶ月~1歳未満	3~4mg/kg*	0.4mg/kg/時
1歳~2歳未満	3~4mg/kg*	0.8mg/kg/時
2歳~15歳未満	4~5mg/kg あらかじめ経口投与されているときは 3~4mg/kg	0.8mg/kg/時
15歳以上	4~5mg/kg あらかじめ経口投与されているときは 3~4mg/kg	0.6mg/kg/時

初期投与は30分以上かけて点滴投与にて行う

*あらかじめテオフィリンが投与されているときには製剤の種類、
投与後の時間投与量などを考慮して適宜減量する

[監修]

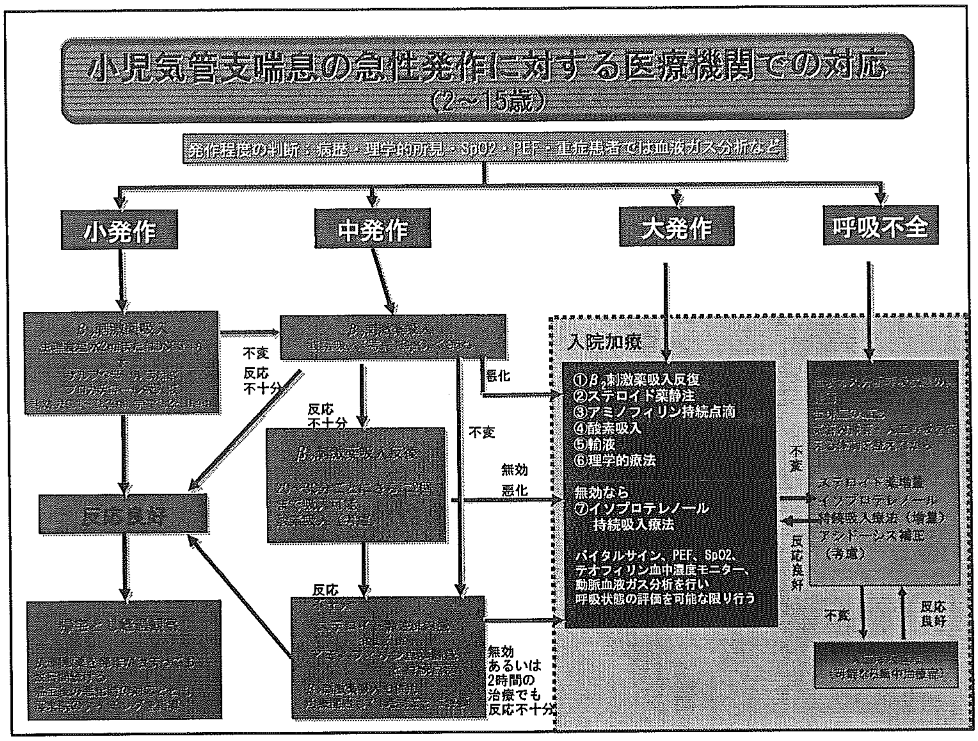
赤澤　晃

国立成育医療センター　総合診療部小児期診療科

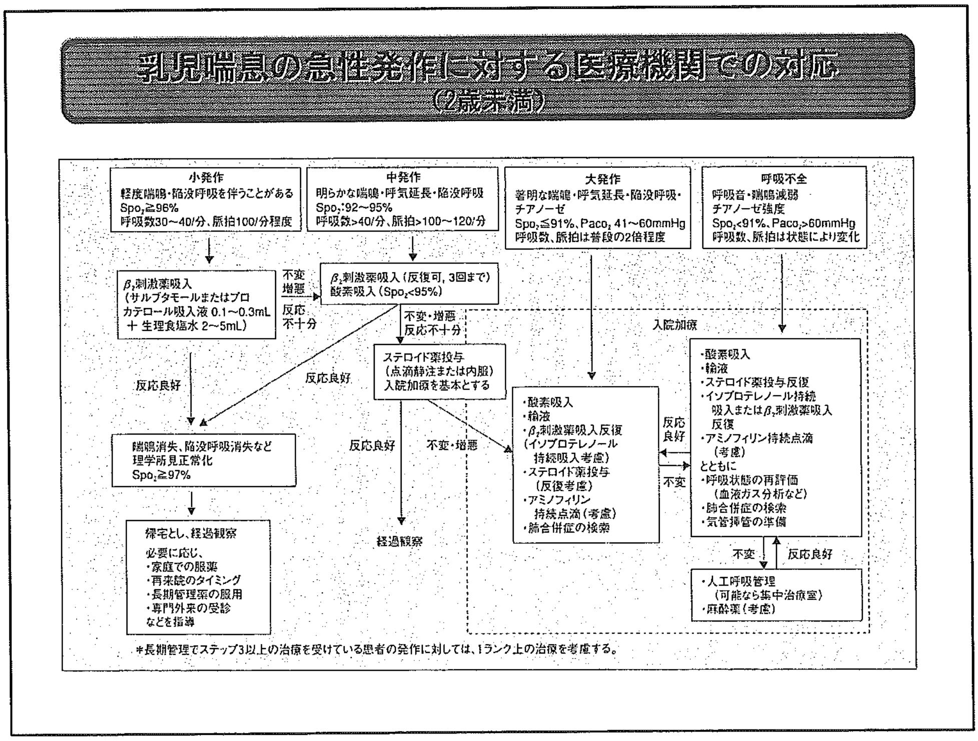
[協力]

二村　昌樹

国立成育医療センター　第一専門診療部アレルギー科



小児気管支喘息の急性発作に対する医療機関での対応
(2～15歳)
発作程度の判断：病歴・理学的所見・SpO2・PEF・重症患者では血液ガス分析など
小発作
中発作
大発作
呼吸不全
不変
反応
不十分
悪化
反応
不十分
不変
無効
悪化
反応
無効
あるいは
2時間の
治療でも
反応不十分
入院加療
①β2刺激薬吸入反復
②ステロイド薬静注
③アミノフィリン持続点滴
④酸素吸入
⑤輸液
⑥理学的療法
無効なら
⑦イソプロテレノール
持続吸入療法
バイタルサイン、PEF、SpO2、
テオフィリン血中濃度モニター、
動脈血液ガス分析を行い
呼吸状態の評価を可能な限り行う
不変
反応良好
不変
反応
良好



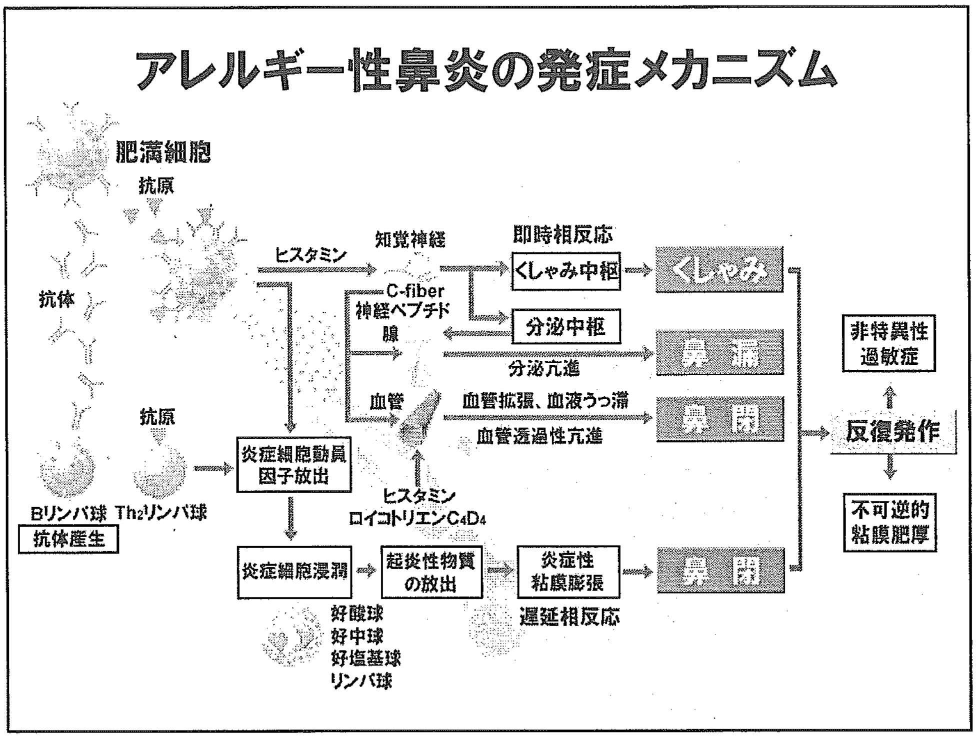
乳児喘息の急性発作に対する医療機関での対応
(2歳未満)
小発作
軽度喘鳴・陥没呼吸を伴うことがある
Spo2≧96%
呼吸数30～40/分、脈拍100/分程度
中発作
明らかな喘鳴・呼気延長・陥没呼吸
Spo2:92～95%
呼吸数>40/分、脈拍>100～120/分
大発作
著明な喘鳴・呼気延長・陥没呼吸・
チアノーゼ
Spo2≦91%、Paco2 41～60mmHg
呼吸数、脈拍は普段の2倍程度
呼吸不全
呼吸音・喘鳴減弱
チアノーゼ強度
Spo2<91%、Paco2>60mmHg
呼吸数、脈拍は状態により変化
β2刺激薬吸入
(サルブタモールまたはプロ
カテロール吸入液 0.1～0.3mL
＋ 生理食塩水 2～5mL)
不変
増悪
反応
不十分
β2刺激薬吸入(反復可, 3回まで)
酸素吸入(Spo2<95%)
不変・増悪
反応不十分
入院加療
反応良好
反応良好
ステロイド薬投与
(点滴静注または内服)
入院加療を基本とする
・酸素吸入
・輸液
・ステロイド薬投与反復
・イソプロテレノール持続
吸入またはβ2刺激薬吸入
反復
・アミノフィリン持続点滴
(考慮)
とともに
・呼吸状態の再評価
(血液ガス分析など)
・肺合併症の検索
・気管挿管の準備
・酸素吸入
・輸液
・β2刺激薬吸入反復
(イソプロテレノール
持続吸入考慮)
・ステロイド薬投与
(反復考慮)
・アミノフィリン
持続点滴(考慮)
・肺合併症の検索
反応
良好
不変
喘鳴消失、陥没呼吸消失など
理学所見正常化
Spo2≧97%
反応良好
不変・増悪
帰宅とし、経過観察
必要に応じ、
・家庭での服薬
・再来院のタイミング
・長期管理薬の服用
・専門外来の受診
などを指導
経過観察
不変
反応良好
・人工呼吸管理
(可能なら集中治療室)
・麻酔薬(考慮)
＊長期管理でステップ3以上の治療を受けている患者の発作に対しては、1ランク上の治療を考慮する。

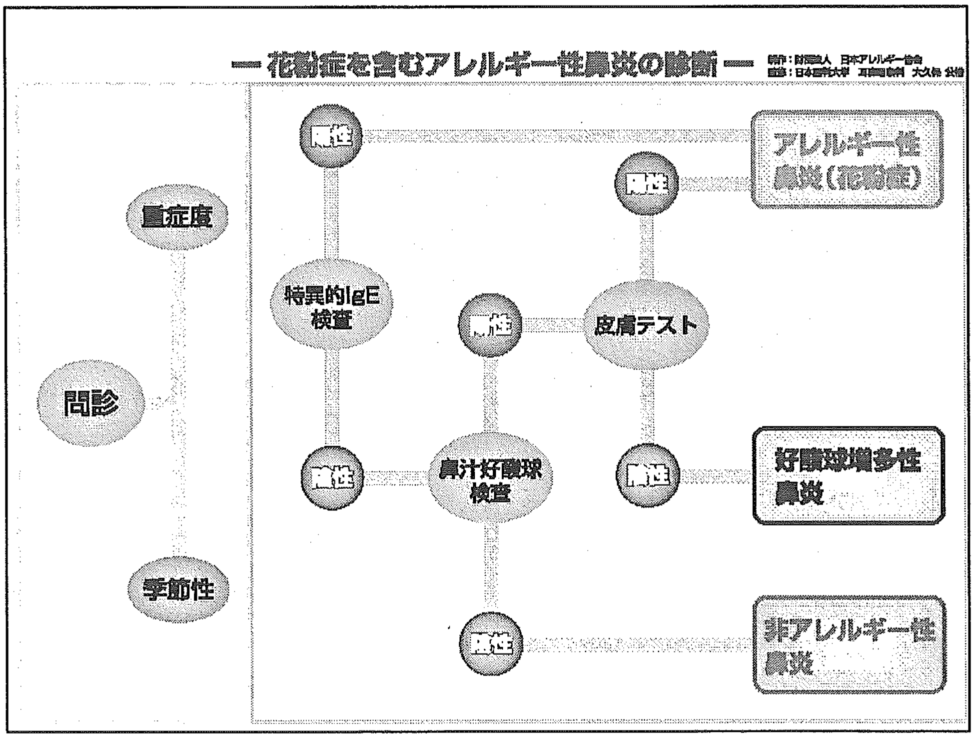
鼻アレルギー診療ガイドラインの使用方法

監修:
日本医科大学耳鼻咽喉科
大久保公裕

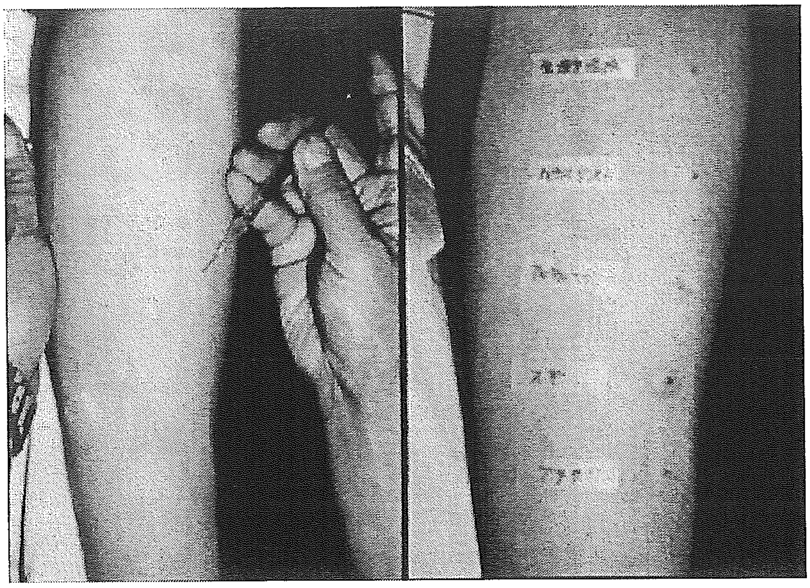
ガイドラインの見方

- アレルギー性鼻炎の発症メカニズム
- 検査から診断
- 治療の選択
  - 薬物療法(種類、効果発現時間、副作用)
  - 抗原特異的免疫療法(減感作療法)
  - 手術療法
- 特殊なケース
  - 妊婦
  - 小児


アレルギー性鼻炎の発症メカニズム
肥満細胞
抗原
抗体
ヒスタミン
知覚神経
C-fiber
神経ペプチド
腺
血管
即時相反応
くしゃみ中枢
分泌中枢
くしゃみ
分泌亢進
鼻漏
血管拡張、血液うっ滞
血管透過性亢進
鼻閉
非特異性
過敏症
反復発作
不可逆的
粘膜肥厚
抗原
Bリンパ球
Th2リンパ球
抗体産生
炎症細胞動員
因子放出
ヒスタミン
ロイコトリエンC4D4
炎症細胞浸潤
起炎性物質
の放出
炎症性
粘膜膨張
鼻閉
遅延相反応
好酸球
好中球
好塩基球
リンパ球

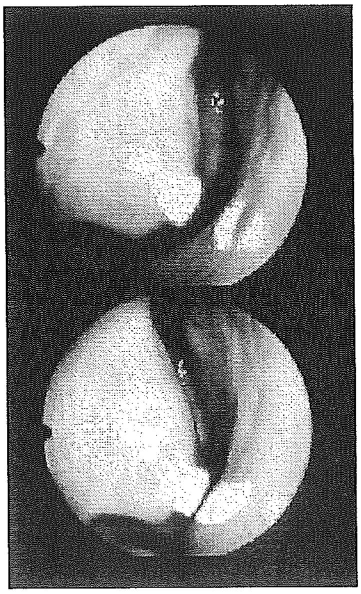

ー 花粉症を含むアレルギー性鼻炎の診断 ー
重症度
問診
季節性
特異的IgE
検査
皮膚テスト
鼻汁好酸球
検査
アレルギー性
鼻炎（花粉症）
好酸球増多性
鼻炎
非アレルギー性
鼻炎

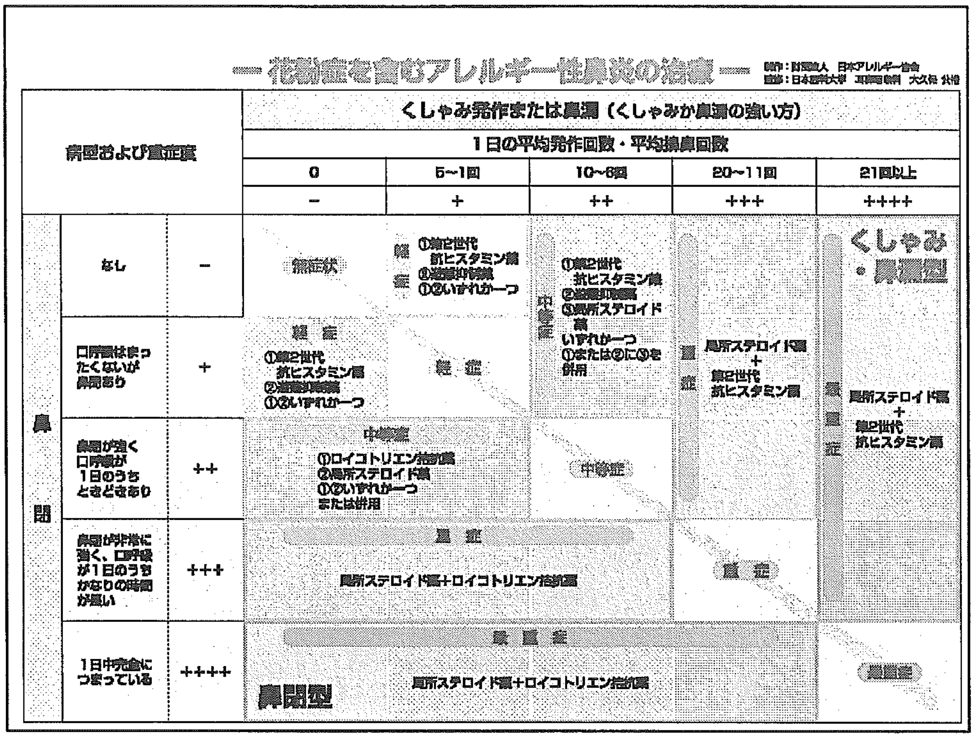
皮内テスト(皮膚テストのひとつ)



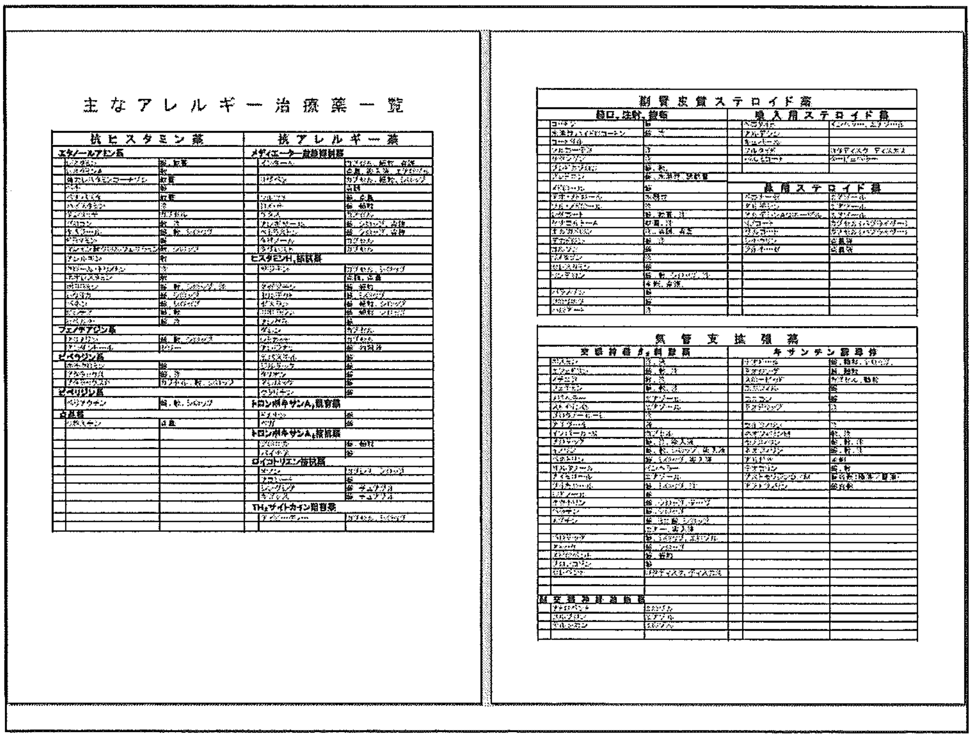
鼻抗原誘発検査

- 誘発開始直後
- 誘発5分後



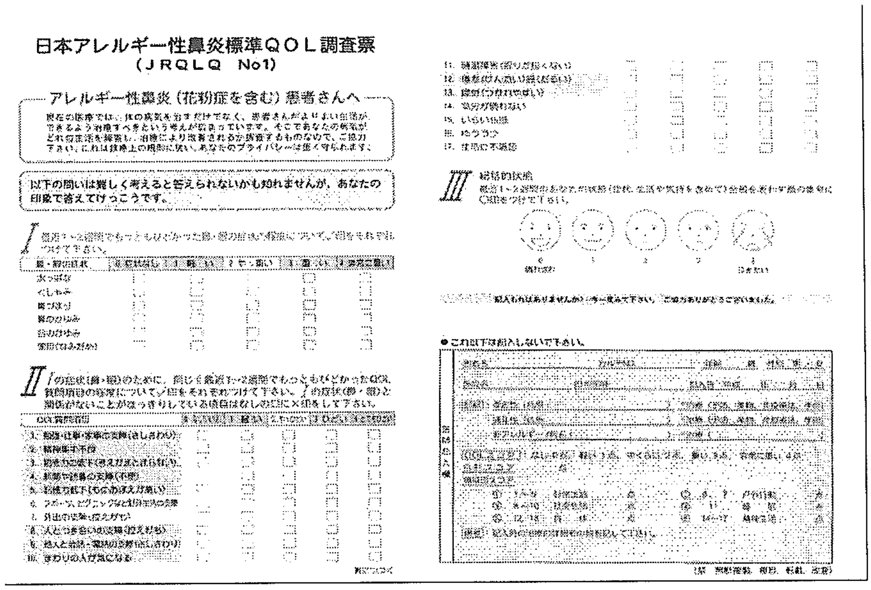


— 花粉症を含むアレルギー性鼻炎の治療 —
制作：財団法人 日本アレルギー協会
監修：日本医科大学 耳鼻咽喉科 大久保 公裕
病型および重症度
くしゃみ発作または鼻漏（くしゃみか鼻漏の強い方）
1日の平均発作回数・平均擤鼻回数
0
5~1回
10~6回
20~11回
21回以上
−
+
++
+++
++++
鼻閉
なし
−
口呼吸はまったくないが鼻閉あり
+
鼻閉が強く口呼吸が1日のうちときどきあり
++
鼻閉が非常に強く、口呼吸が1日のうちかなりの時間あり
+++
1日中完全につまっている
++++
無症状
軽症
①第2世代抗ヒスタミン薬
②遊離抑制薬
①②いずれか一つ
中等症
①第2世代抗ヒスタミン薬
②遊離抑制薬
③局所ステロイド薬
いずれか一つ
①または②に③を併用
重症
局所ステロイド薬
+
第2世代抗ヒスタミン薬
最重症
くしゃみ・鼻漏型
①ロイコトリエン拮抗薬
②局所ステロイド薬
①②いずれか一つまたは併用
局所ステロイド薬+ロイコトリエン拮抗薬
鼻閉型



主なアレルギー治療薬一覧
抗ヒスタミン薬
抗アレルギー薬
副腎皮質ステロイド薬
気管支拡張薬
キサンチン誘導体

JRQLQ調査票


日本アレルギー性鼻炎標準QOL調査票
(JRQLQ No1)

アレルギー性鼻炎（花粉症を含む）患者さんへ

以下の問いは難しく考えると答えられないかも知れませんが、あなたの印象で答えてけっこうです。

日本アレルギー性鼻炎標準QOL調査票（治療前）

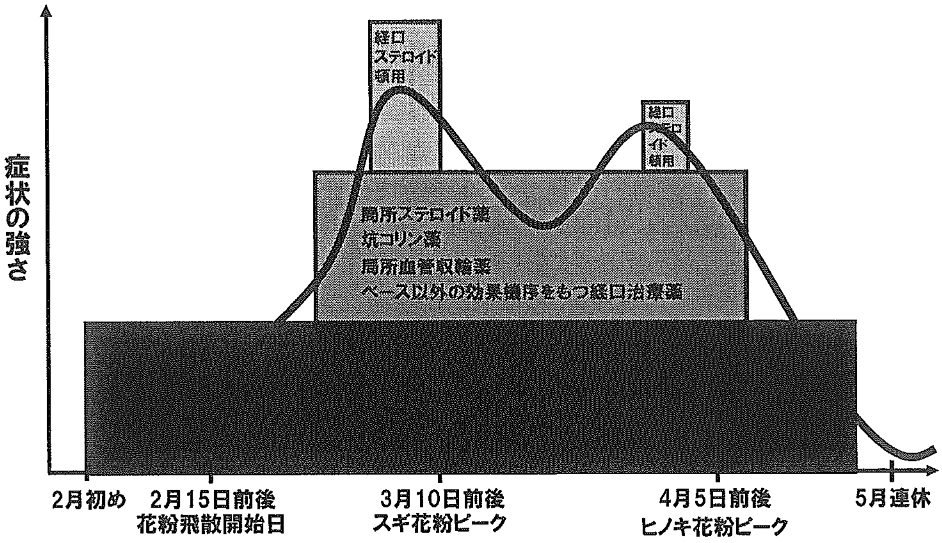
アレルギー性鼻炎（花粉症を含む）患者さんへ

日本アレルギー性鼻炎標準QOL調査票（治療後）

アレルギー性鼻炎（花粉症を含む）患者さんへ

花粉症の初期治療について

(大量飛散　3000～4000個以上/季節中)



薬を選ぶめやす(花粉症)

症状がでる前から治療を始める場合(予防的治療法、初期療法)

① 第2世代抗ヒスタミン薬

② ケミカルメディエーター遊離抑制薬

③ 抗ロイコトリエン薬

症例により、例年の症状の強さによって薬剤を選択する。

監修:馬場廣太郎:2005年版　鼻アレルギー診療ガイドラインダイジェスト
作成:アレルギー性鼻炎ガイドライン作成委員会(ライフ・サイエンス)

薬を選ぶめやす（花粉症）

症状強くなってから治療を始める場合(導入療法)

① **経口ステロイド薬**（糖尿病や消化性潰瘍などの合併症がない患者のみに使用。**ただし、1週間以内でやめる。**）
② **鼻噴霧用ステロイド薬**
③ **第2世代抗ヒスタミン薬**
④ **抗ロイコトリエン薬**

症状の強さにより、また症例ごとに**最盛期の症状**を想定して選択する。

監修:馬場廣太郎:2005年版 鼻アレルギー診療ガイドラインダイジェスト
作成:アレルギー性鼻炎ガイドライン作成委員会(ライフ・サイエンス)

薬を選ぶめやす（花粉症）

よくなった症状を維持するために(維持療法)

① **第2世代抗ヒスタミン薬**
② **鼻噴霧用ステロイド薬**
③ **ケミカルメディエーター遊離抑制薬**
④ **抗ロイコトリエン薬**

どれか1つ、または複数を症状の強さに応じて**花粉飛散終了**まで続ける。

監修:馬場廣太郎:2005年版 鼻アレルギー診療ガイドラインダイジェスト
作成:アレルギー性鼻炎ガイドライン作成委員会(ライフ・サイエンス)

薬物療法の副作用

薬物	副作用
第1世代抗ヒスタミン薬	眠気、全身倦怠、口渇など（喘息、排尿障害、緑内障、自動車運転禁忌）
第2世代抗ヒスタミン薬	肝・胃腸障害、眠気、薬によっては心筋障害など
経口ケミカルメディエーター遊離抑制薬	肝・胃腸障害、発疹、薬によっては膀胱炎など
抗ロイコトリエン薬	白血球・血小板減少、肝障害、発疹、下痢、腹痛など
抗プロスタグランディンD_2トロンボキサンA_2薬	出血傾向、肝障害、発疹、腹痛、頭痛など
全身ステロイド薬	感染の誘発、副腎皮質機能低下、糖尿病、消化性潰瘍、満月様顔貌、緑内障など（感染症、消化性潰瘍、高血圧、糖尿病、緑内障などに禁忌）
鼻噴霧用ステロイド薬	鼻刺激感、乾燥、鼻出血など
鼻噴霧用ケミカルメディエーター遊離抑制薬 抗ヒスタミン薬	鼻刺激感、薬により眠気など
点鼻血管収縮薬	習慣性、反跳現象、反応性低下など

監修：馬場廣太郎：2005年版　鼻アレルギー診療ガイドラインダイジェスト
作成：アレルギー性鼻炎ガイドライン作成委員会（ライフ・サイエンス）

特異的免疫療法（減感作療法）

原因となっている抗原を、少しずつ量を増やしながら注射していく方法。ショックなどの副作用がごくまれにあるので、注意深く反応を観察しながら行う。

監修：馬場廣太郎：2005年版　鼻アレルギー診療ガイドラインダイジェスト
作成：アレルギー性鼻炎ガイドライン作成委員会（ライフ・サイエンス）