

手術療法

鼻づまりの強い人に対して、鼻の粘膜(下鼻甲介)を切除して小さくするのが基本。

最近ではレーザー手術など、血を出さずに外来でできる方法が普及してきた。



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)

妊婦の治療

■ 妊娠中は、アレルギー性鼻炎の症状が悪くなることもある。しかし、胎児に与える影響を考え、治療は慎重でなければならず、妊娠4カ月の半ばまでは、原則として薬物を用いることは避けたほうが安全である。

- まず、温熱療法、入浴、むしタオル、マスクによる薬を使わない方法をこころみる。
- どうしても薬が必要な場合は、
鼻噴霧用ケミカルメディエーター遊離抑制薬(インターールなど)
鼻噴霧用局所ステロイド薬
などを、最小量で用いる

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)

小児の治療

- 鼻の痒み、鼻閉が強いため、鼻こすりや顔面運動、顔面の変化(目のまわりのくま、鼻尖部に横に走るすじ)などがしばしばみられる。また、アデノイド、扁桃が大きい時期にあたり、いろいろな感染症に罹りやすいことも注意しなければならない。
- ダニアレルギーが多いので、ダニ駆除、回避を指導し、またペットに近づかないようにも指導する。
- 治療には医師と親のコミュニケーションが重要である。
- 薬物療法は成人に準ずる。しかし、専用薬剤が少なく、副作用にも注意する。

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)

ガイドラインにもとづく 蕁麻疹の治療

監修：広島大学 医歯薬学総合研究科（皮膚科学）
秀 道 広

●定義 **蕁麻疹と血管性浮腫**
急激に出現し、跡形なく消退する



血管性浮腫 ▲
皮膚深部～皮下・粘膜下
持続 <2-3 days(痒みなし)

蕁麻疹 皮膚表層 ■
(痒い) 持続 <24 hrs

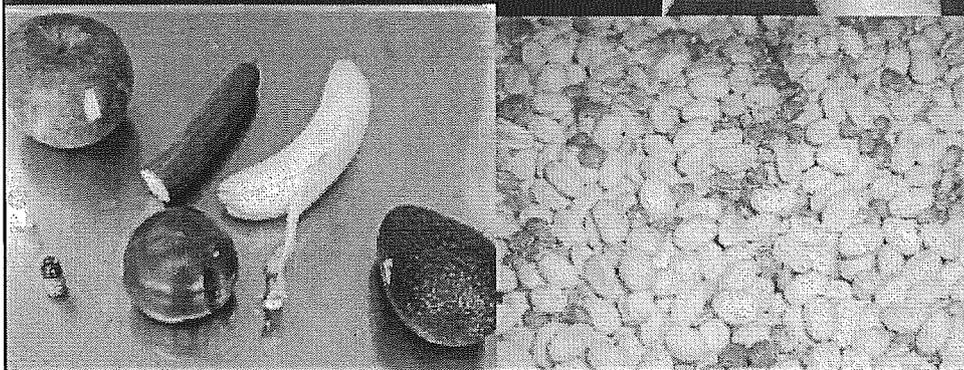
I型アレルギーによる蕁麻疹の例

- ラテックスアレルギー
- 口腔アレルギー症候群 (Oral allergy syndrome; OAS)
- 納豆によるLate onset anaphylaxis

血清中の抗原特異的IgEの証明

血清 (CAP-RAST, Ala-Stat, ルミネール, etc.)

皮膚テスト、ヒスタミン遊離試験、負荷試験、etc



食物依存性運動誘発アナフィラキシー

Food-Dependent Exercise-Induced Anaphylaxis (FDEIA)

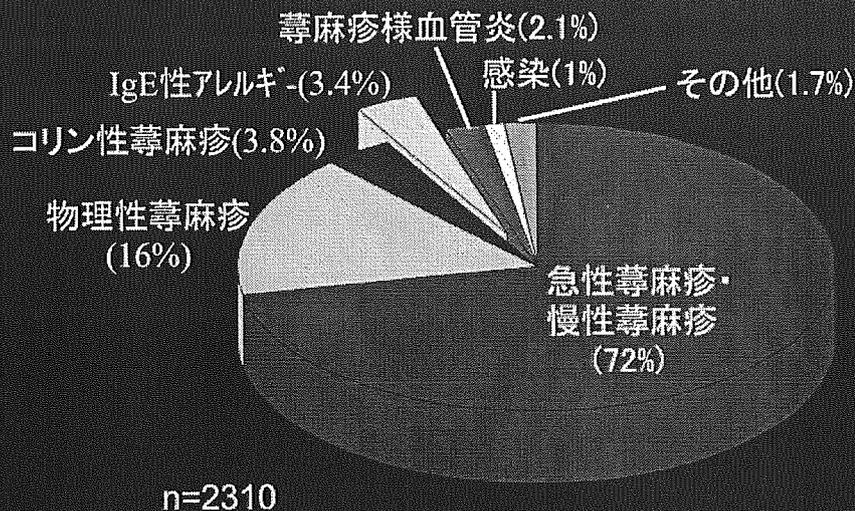
特定食物摂取後2～3時間以内に運動負荷が加わることにより生じるアナフィラキシー反応、ないしその疾患

我が国では、

- 原因では小麦、次いでエビ、果物など
- 年齢では10歳代の報告が多い
- しばしばアスピリンで増悪
- in vitro*の検査のみでは診断確定困難
- 確定診断は誘発試験による



外来蕁麻疹患者の病型別内訳



Champion RH. Br J Dermatol 119: 427-436, 1988

I型アレルギーによる蕁麻疹の診断

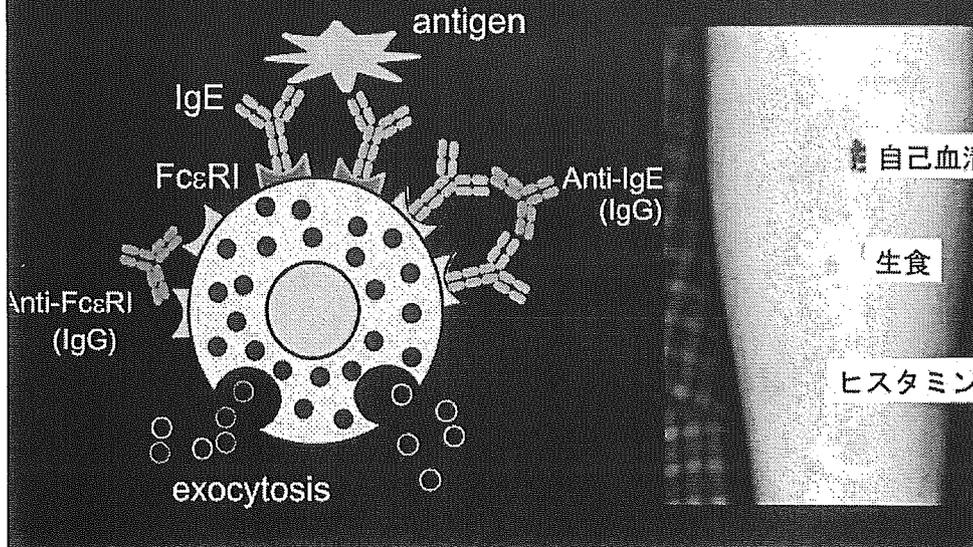
●まず、病歴、臨床症状からI型アレルギーの可能性を吟味・検討する(蕁麻疹症例の数%)

- 症状出現のタイミングが不規則である(何日も続けて同じようにできることはない)
- 皮疹出現に関連する特定の出来事がある(食事、行為、場所、etc.)
- 原因物質に曝露後、数分～数十分以内に症状が出現することが多い

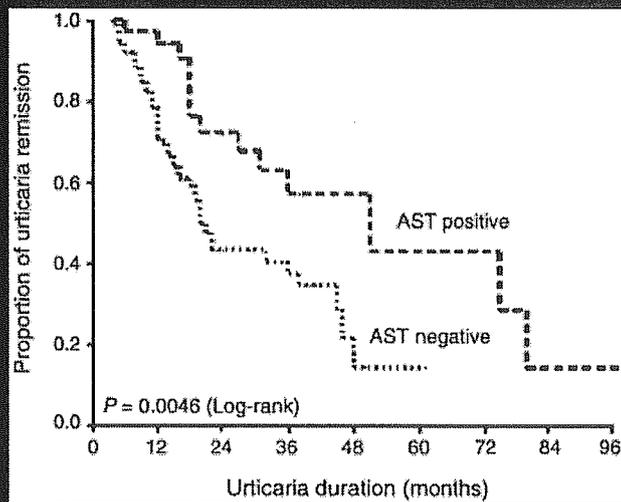
※例外：FDEIA, 抗原物質の吸収・放出に時間がかかるもの(納豆、ホルマリン含有歯根治療剤など)

蕁麻疹におけるマスト細胞/好塩基球の活性化機序

一部の慢性蕁麻疹



自己血清による皮内反応と蕁麻疹の予後の関係



Touhi F. et al. *Allergy* 59: 869-873. 2004

●病態

蕁麻疹におけるマスト細胞の活性化機序としては、抗原特異的IgEを介したI型アレルギーが広く知られているが、

自己抗体による抗原非依存的な高親和性IgE受容体の活性化機序もあり、

直接的な原因を特定できない症例は多い。

一方、マスト細胞の活性化にいたる機序は不明であるが、臨床的には表1に示すごとく種々の因子が蕁麻疹の病態に関与し得る。

蕁麻疹・血管性浮腫の病態メカニズム 日本皮膚学会 445-700-745-0001

蕁麻疹の病態に関与し得る増悪・背景因子

1. 感染(細菌、ウイルス、寄生虫など)
2. 疲労
3. 時刻(日内変動;夕方から明け方にかけて増悪)
4. ストレス
5. IgEまたは高親和性IgE受容体に対する自己抗体(慢性蕁麻疹)
6. アトピー性皮膚炎(コリン性蕁麻疹に対して)
7. 食物中の防腐剤、人工色素、サリチル酸(イントレランスに対して)
8. 食物中のヒスタミン(サバ、マグロなど)
9. 仮性アレルゲンを含む食品(豚肉、タケノコ、もち、香辛料など)
10. 薬剤

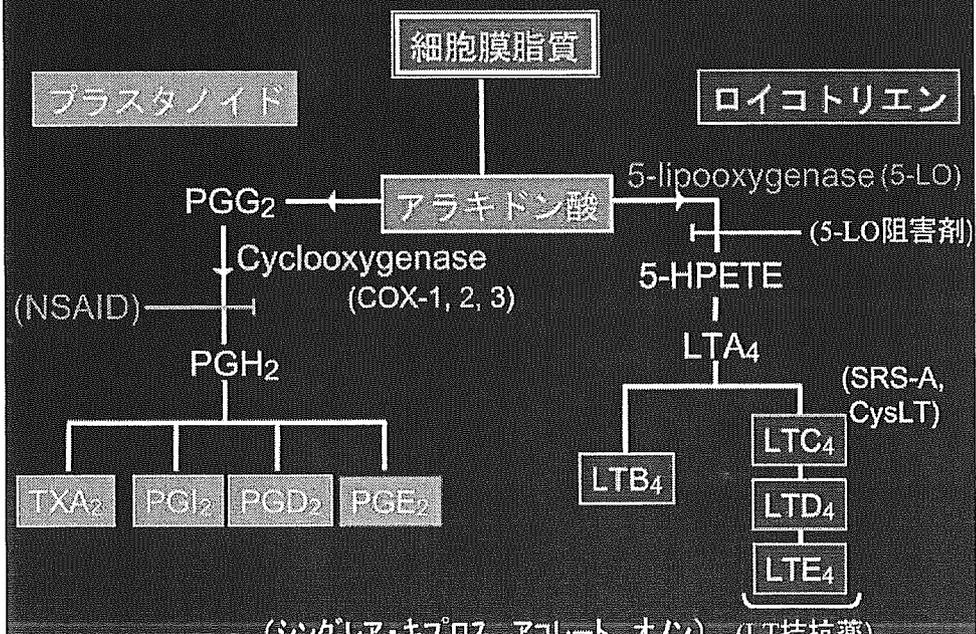
NSAIDs、防腐剤、コハク酸エステルなど→イントレランス
ACE阻害薬、ARB→血管性浮腫
造影剤など
11. 膠原病および類縁疾患(SLE、シェーグレン症候群など)
12. 寒冷凝集素(寒冷蕁麻疹に対して)
13. 蕁麻疹を伴う症候群
14. その他の内臓病変

蕁麻疹・血管性浮腫の病態メカニズム 日本皮膚学会 445-700-745-0001

アスピリン不耐症(イントレランス)

- アナフィラキシー反応様の臨床像
- 特異的IgEが関与しない
- 皮内テストには診断的価値なし(偽陰性が多い)
- しばしば他のNSAID、色素、防腐剤などにも過敏性が認められる
- 他のタイプの蕁麻疹に合併することあり
(慢性蕁麻疹の31.6%に合併との報告もあり
FDEIAでは特に合併頻度が高い)
- 抗ロイコトリエン薬の有効性が報告されている
- COX2選択的NSAIDsは相対的リスクが低い
(ハイペン/オステラック®、モービック®など)

アラキドン酸カスケードと合成酵素



アスピリン不耐症に対する静注用ステロイド

使用を避けるべきもの：コハク酸エステル製剤

1. ソル・コーテフ[®]、サクシゾン[®]
2. ソル・メドロール[®]
3. 水溶性プレドニン[®]

慎重に使用すべき薬剤：リン酸または酢酸エステル製剤

1. デカドロン[®] (リン酸デキサメタゾンナトリウム)
2. リンデロン[®] (リン酸ベタメタゾンナトリウム)
3. 水溶性ヒドロコト[®] (リン酸ヒドロコルチゾン)
4. ドージロン[®] (リン酸プレドニゾンナトリウム)
5. デポ・メドロール[®] (酢酸メチルプレドニゾン)
6. ハロアート[®] (酢酸ハロプレドン)

いずれもゆわく肌占治療法

●病型分類と臨床的特徴

I. 特発性の蕁麻疹

II. 特定刺激ないし負荷により 皮疹を誘発することができる蕁麻疹

III. 特殊な蕁麻疹または蕁麻疹類似疾患

蕁麻疹 治療法 皮膚科の診療ガイドライン 日本皮膚学会 445-700-745-0000

蕁麻疹の種類と診療の目標

多くの場合

特発性（個々の症状の誘発ができない～困難なもの）

- 原因の同定は期待できないが、
 - 症状の出現を（完全に）抑制することは可能
- 薬物療法中心

症状の誘発が可能なもの

- 原因（誘因）を特定することはできるが（誘因に曝された場合の）症状の出現を完全に抑制することはできない
 - 生命の危険に陥ることがあるのはこのタイプのものに多い。
- 誘因回避中心

I. 特発性の蕁麻疹

毎日のように出没し、特に夜間増悪する傾向がある。

1. 急性蕁麻疹（発症して1か月以内）

- 炎症を伴う疾患の先行～合併の可能性(28~62%)
- 数週間以内に治癒することが多い

2. 慢性蕁麻疹（発症して1か月以上経過）

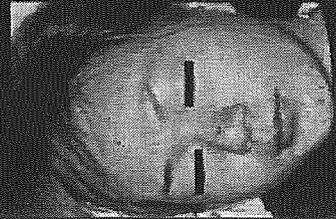
- 原因不明のことが多い
- 数週間～数ヶ月以上続くことが多い
- 血中に抗IgE、抗FcεRI自己抗体が証明される例あり

Ⅱ. 特定刺激ないし負荷により皮疹を誘発することができる蕁麻疹

3. 外来抗原によるアレルギー性の蕁麻疹(4を除く)
4. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー(における蕁麻疹)
5. 外来物質による非アレルギー性の蕁麻疹(6を除く)
6. 不耐症(イントレランス)による蕁麻疹
7. 物理性蕁麻疹 (機械性、寒冷、日光、温熱、遅延性圧、水)
8. コリン性蕁麻疹
9. 接触蕁麻疹

※生命の危険に陥ることがあるのはこのタイプのものが多い。

FDEIA誘発試験は入院の上、
ショックへの対応準備が必要



Ⅲ. 特殊な蕁麻疹または蕁麻疹類似疾患

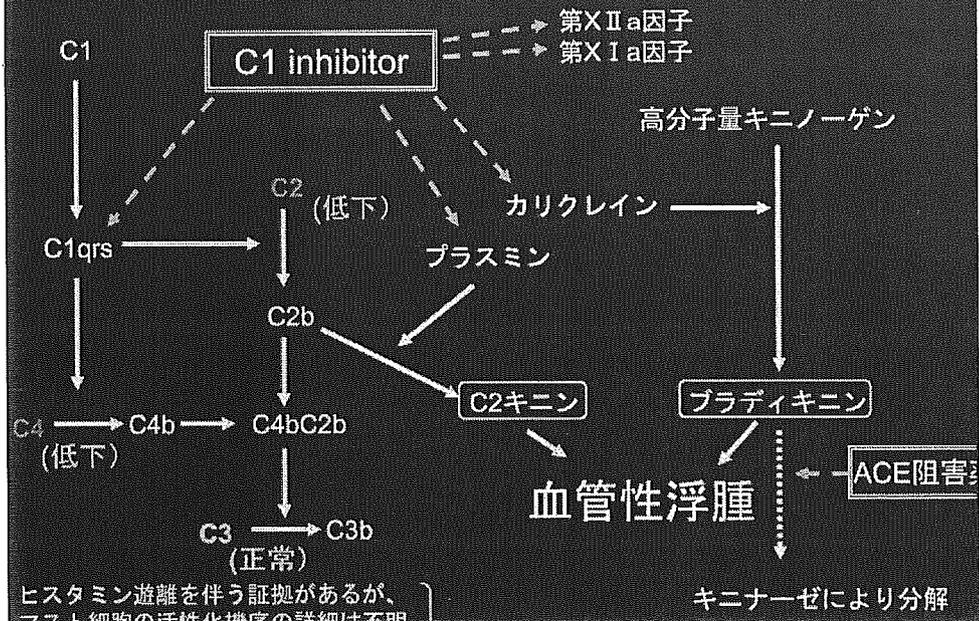
10. 血管性浮腫, angioedema

通常の蕁麻疹に伴うものと単独で表れるものがある
遺伝性のもものではC3→、C4 ↓ C1-INH活性 ↓



11. 蕁麻疹様血管炎
12. 振動蕁麻疹(振動血管性浮腫)
13. 色素性蕁麻疹(肥満細胞症)のダリエ徴候

血管性浮腫の分子反応機構



血管性浮腫の発症機序

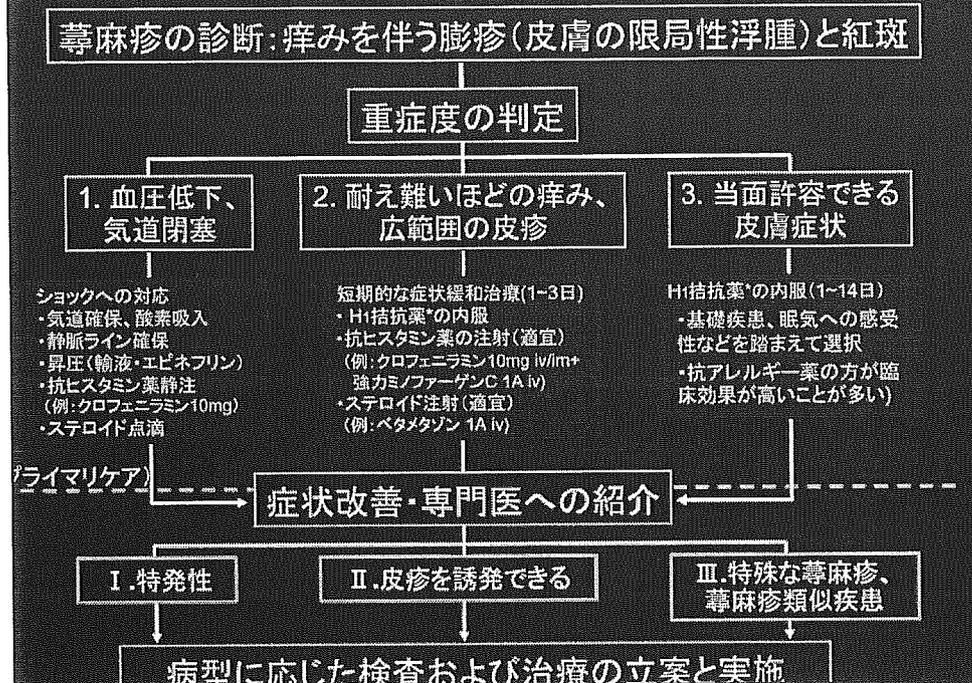
※通常の蕁麻疹と同様の機序によるもの

- 特発性
- I型アレルギー
- NSAIDs誘発性

※血管性浮腫に固有の機序(キニン代謝の関与)によるもの

- ACE阻害薬によるもの
- C1-INHの後天的低下によるもの
(消耗性、リンパ増殖性疾患、自己免疫性)
- C1-INHの先天的(遺伝的)低下によるもの
(表在性の蕁麻疹の合併なし)

蕁麻疹の診療手順の概要



●検査

1. 病型確定のための検査

蕁麻疹の病型は多くの場合個々の皮疹の性状と経過により高い確率で診断することができ、そのために一部の例外を除いて特別な検査を必要としない。

(病歴からは診断が確定できない場合、確定診断が重要な意味を持つ場合、など)

2. 原因検索のための検査

外来抗原によるアレルギー性の蕁麻疹では、I型アレルギーの一般的検査法を用いて責任抗原の同定を行う。

特発性の蕁麻疹では、表1に挙げた因子との関連を念頭において診察し、もし病歴および理学所見などから関連性が疑われる場合には、適宜その因子に関する検査を行ってその可能性を確認ないし除外することが必要である。

遺伝性血管性浮腫では、C3値正常、C4とC1-INH活性が低下していることが多い。

日本人の*Helicobacter pylori* 感染と蕁麻疹

抗H.ピロリ菌IgG抗体の検出頻度

	男/女	平均年齢(幅)	陽性率
慢性蕁麻疹	50(16/34)	48.2(25-75)	52.0%
健常人対照	100(32/68)	48.3(24-76)	48.0%

H.ピロリ除菌の蕁麻疹に及ぼす効果

	例数	CR	PR	NC	CR+PR (%)
除菌なし	7	0	1	6	14.3
除菌成功	17	6	5	6	64.7
感染持続	9	0	2	7	22.2

Fukuda S. et al. J Gastroenterol 39: 827-830. 2004

蕁麻疹は悪性腫瘍と関連があるか?

Chronic urticaria and cancer: an epidemiological study of 1155 patients (Swedish Cancer RegistryとのData比較)

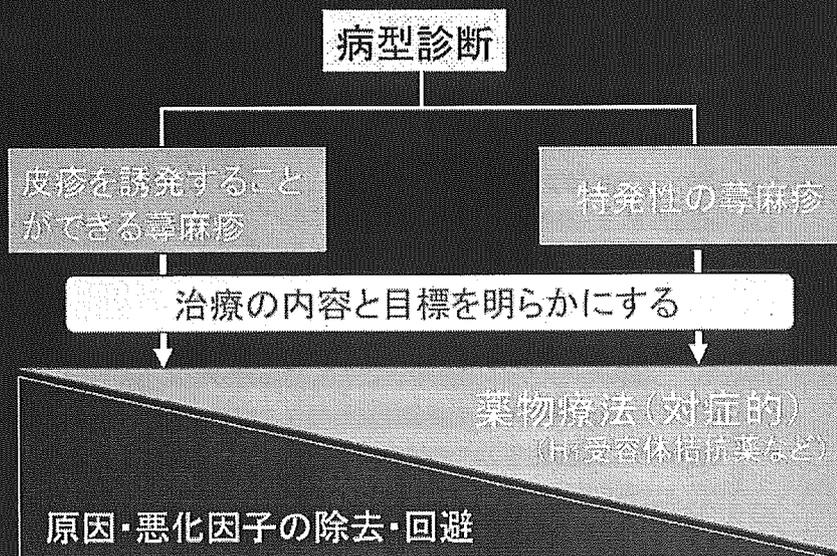
	Number of malignancy	
	Observed	Expected
All patients (n=1155)		
Females	23	26.8 NS
Males	13	14.2 NS
Total	36	41.0 NS
Cancer the same year as onset of urticaria or later		
Females	14	15.7 NS
Males	9	9.9 NS
Total	23	25.6 NS

Lindelöf B, et al. Br J Dermatol 123: 453-456, 1990

蕁麻疹の検査・紹介の心得

- 通常の蕁麻疹は、だからといってルーチンに行うべき確立した検査はない。
- ただし医師の診療により合併症、基礎疾患が除外される必要はあり、症状、経過に応じて血液検査などを行う意義はある。
- 原因が同定できると思って（患者に期待させて）むやみに検査をしてはならない。

● 治療：基本的な考え方



蕁麻疹に対するヒスタミンH1受容体拮抗薬の使い方

1. 数週～数カ月一度間歇的に出現する場合
症状の程度に応じて

軽微： -----経過観察

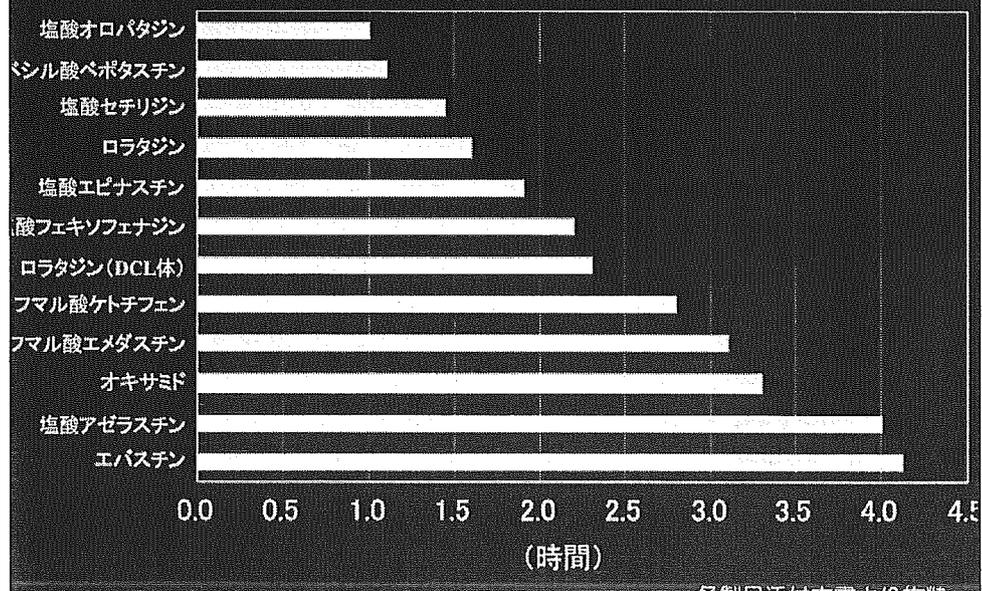
生活に支障がある： -----対症的内服

重篤または支障が大きい：--予防的(継続的)内服

2. 毎日ないしほぼ毎日出現する場合

予防的(継続的)内服

主な抗アレルギー薬の最高血中濃度到達時間



一般名	商品名	用法用量	食事の影響	倍量投与の効果	倍量投与の副作用
フマル酸クトチフェン	ザジテン	1mg×2(朝食後&就寝前)	データなし		変化無し
メキタジン	ニボラジン	3mg×2	空腹時では僅かに低値傾向	有意差無し	有意差無し
塩酸アゼラスチン	アゼラチン	2mg×2(朝食後&就寝前)	空腹時の方がやや高い傾向	効果不明	有意な増加無し
オキサミド	セルテクト	30mg×2(朝&就寝前)	データなし	有意差無し	安全性は、120vs30mgでは差有り
フマル酸エメグスチン	ダレン・レミカスト	1mg×2(朝食後&就寝前)	食後約10%高い	適正なし	適応なし
塩酸エビナスタチン	アレジオン	10mg~20mg×1	空腹時やや高い傾向(未検定)	増加傾向	変化無し
エバスチン	エバステル	5mg~10mg×1	空腹時に高い傾向	増加傾向	増加傾向(眠気)
塩酸セチリジン	ジルテック	10mg×1(就寝前)	空腹時やや高い(10%)	増加傾向	増加傾向
塩酸オロパタジン	アレロック	5mg×2(朝及び就寝前)	食後Tmax遅延、Cmax、T1/2は影響なしAUCは減少	効果ある傾向	有意差無し(n=1011, 330)
ベンジル酸ベホタスチン	クリオーン	10mg×2	無し	変化無し	変化無し
塩酸フェキソフェナジン	アレグラ	60mg×2	空腹時高(食後はAUC15%減、Cmax14%減)	増加傾向	変化無し(120 mg群n=93 240mg群n=85)
ロラタジン	クラリチン	10mg×1(食後)	空腹時低(p<0.05, n=12), Cmaxで約42%, AUCで約51%低下	有効性のデータなし	40mg単回、20mg1日1回5日間で異常所見なし

抗ヒスタミン薬の副作用

蕁麻疹に対する薬剤選択のポイント

1. ヒスタミンH₁受容体拮抗薬(抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬)の内服が基本
2. (経済的に問題なければ)まずは抗ヒスタミン薬よりも抗アレルギー薬
(その効果を見て)
3. 他にもう1-2種類の薬剤を試みる(薬剤の効果には個人差がある)
4. 内服薬の追加(多剤または単剤増量。副作用増加に注意)
(症状の程度により)
5. 補助的治療薬の追加

2. 毎日ないしほぼ毎日出現する場合

(特発性の蕁麻疹に対して)

①ヒスタミンH1拮抗薬(連続投与)

①至適用量、②他剤への変更、③増量

②補助的治療薬

H₂拮抗薬、漢方薬、抗不安薬^{*}、抗ロイコトリエン薬^{*}、
DDS^{*}、トラネキサム酸、グリルリチン製剤、など ^{*}保険適応なし
一部の症例では高い効果

③ステロイド[※]

※ 使用法、必要性、副作用を十分理解
した医師によること(小児には原則不使用)

④試行的治療[※]:免疫学的治療(シクロスポリン、プレドニン換 算量20mg/日以上ステロイド、など)、入院・安静、など

特発性蕁麻疹の重症度と治療目標設定のめやす

重症度 レベル	症 状	治療の追加、変 更の必要性	その後の治療目標
6	ショックないしそれに準ずる 症状	必須	レベル4以下まで の症状の制御
5	社会生活ができない	高い	
4	支障はあるが何とか生活で きる	QOL、治療の副作 用とその可能性、 費用、患者の好み などに基づく	治療薬による症状 の消失または気に ならない程度までの 軽快
3	不快ではあるが我慢できる		
2	症状はあるが気にならない		治療薬の漸減 ~中止
1	無症状	ない~低い	

蕁麻疹の症状は、直接生命に関わるものから社会生活上の支障をきたさない
ものまで様々であり、治療内容は症状の制御の必要度を考慮して決定する。

症状が軽くなってきたら

ステロイドを内服している場合

- 多少の症状の出没は許容
- できるだけ早く減量～中止

侵襲性が(少)ない治療の場合

- 十分症状の沈静化を確認できるまで治療の継続
(病悩期間により数日～2か月程度)
- 負担の大きい薬剤から減量・中止
- 無症状または時々ごく軽い症状がでるだけになったら頓服に切り替え

厚生労働科学研究費補助金(免疫アレルギー疾患予防・治療研究事業)

分担研究報告書

ガイドライン普及のための対策とそれに伴う QOL の向上に関する研究

分担研究者： 大田 健 帝京大学医学部内科学講座教授
研究協力者： 秋山一男 独) 国立病院機構 相模原病院臨床研究センター
センター長
足立 満 昭和大学医学部第一内科 教授
森川昭廣 群馬大学医学部小児生体防御 教授
西牟田敏之 独) 国立病院機構下志津病院 院長
高橋 清 独) 南岡山医療センター 院長
田村 弦 東北大学病院感染症・呼吸器内科 副科長
鈴木直仁 同愛記念病院アレルギー・呼吸器科 医長
有岡宏子 国立国際医療センター 総合外来医長

研究要旨

成人喘息のガイドライン 2003 版を基に、患者の意見を取り入れた 2006 年版の改訂作業を行い、それに整合性のある実用的なコメディカル向け喘息ガイドライン小冊子を作成している。これらの内容はネットにも掲載して啓発を推進する予定である。成人喘息の QOL 表(AHQ-JAPAN)の validation を行い、より信頼性の高い QOL 評価法が完成した。

A. 研究目的

喘息のガイドラインがどの程度認知され、実際の医療現場に活用されているかを把握し、ガイドラインと整合性を持ちかつ実用的な教材を作成し、講演会や IT などを通して啓発活動を展開する。そして、その成果を聴講者からの評価、患者の QOL をはじめとする治療効果の指標による客観的な評価を行い、今後のガイドラインの作成とその普及活動に関する指針を提言することを目的とする。

B. 研究方法

日本の喘息治療ガイドラインをもとに医師、看護師、薬剤師、患者などそれぞれの立場に即した内容の喘息の病態と治療に関するテキストを作成する。また日本独自の

QOL 評価のための質問表について有用性を確認する。IT への応用としては、患者向けの喘息ガイドライン解説集の作成に関与し、実際にネットで配信された後の結果を分析する。同時に医師、看護師、薬剤師などの各立場に即したテキストをもとに解説集を作成してネット上に公開し、その効果について評価する。

C. 研究結果

1) 日本のガイドラインは研究協力者のメンバーが中心となり大きな改訂作業が完成しつつある(表 1)。完成とともに各種テキストの作成が開始できるよう準備中である。ただし患者向けには改訂前の 2003 年版ガイドラインに沿って作成し、一部で患者からの評価を分析し今後備えている。今年