

表 8 特に留意すべき経口薬の副作用と禁忌疾患

抗ヒスタミン薬（第2世代の一部は除く）： 傾眠、運転能力低下、口渇、頻尿、不整脈、禁忌として緑内障、前立腺肥大

抗TX薬： 肝障害、出血傾向

抗LT薬： 肝障害、Churg-Strauss症候群

経口ステロイド薬： 副腎萎縮、緑内障、感染症増悪、糖尿病、消化性潰瘍、白内障、精神病、血栓症、心筋梗塞など

外用薬：経口薬で見られる抗ヒスタミン薬、ステロイド薬による副作用が著しく軽減し作用も早いといった特徴があるが、副作用として、鼻内刺激感、鼻乾燥感、鼻症状誘発、鼻出血、頭痛など

点鼻用血管収縮薬： 1週間程度の使用に止める。長期使用はリバウンド反応を引き起こし、薬剤性鼻炎の大きな原因となる。小児では生食で倍希釈して使用。ただし、2歳未満では禁忌

表 9 薬剤相互作用として特に注意すべき点

抗ヒスタミン薬（第2世代の一部除く）： アルコール、鎮静・催眠薬・三環系抗うつ薬、MAO阻害薬、一部の薬剤とエリスロマイシン

抗TXA2薬： 抗血栓症薬

鼻噴霧用ステロイド薬： 経口ステロイド薬、また喘息用吸入ステロイド薬との併用では投与量に注意

血管収縮薬： MAO阻害薬（禁忌）

表 10 通年性アレルギー性鼻炎の治療

重症度	軽症	中等症		重症	
病型		くしゃみ・鼻漏型	鼻閉型	くしゃみ・鼻閉型	鼻漏型
治療	①第2世代抗ヒスタミン薬 ②遊離抑制薬 ①, ②いずれか一つ	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 ①, ②, ③のいずれか一つ 必要に応じて①または②に③を併用する	①LTs拮抗薬 ②TXA ₂ 拮抗薬 ③局所ステロイド薬	局所ステロイド薬 + 第2世代抗ヒスタミン薬	局所ステロイド薬 + LTs拮抗薬またはTXA ₂ 拮抗薬 必要に応じて点鼻用血管収縮薬を治療開始時の5~7日間に限って用いる
				鼻閉型で鼻腔形態異常を伴う症例では手術	
		特異的免疫療法 抗原除去・回避			

症状が改善してもすぐには投薬を中止せず、数ヶ月の安定を確かめて、ステップダウンしていく。

表 11 花粉症に対する治療指針

重症度	初期療法	軽症	中等症	中等症	重症・最重症	重症・最重症	
病型			くしゃみ・鼻漏型	鼻閉型または鼻閉を主とする完全型	くしゃみ・鼻漏型	鼻閉型または鼻閉を主とする完全型	
治療	① 遊離抑制薬 ② 第2世代抗ヒスタミン薬 ③ LTs拮抗薬 ①, ②, ③のいずれか一つ	①第2世代抗ヒスタミン薬 ②鼻噴霧用ステロイド薬 ③ 眼用抗ヒスタミン薬または遊離抑制薬 ①, ③で治療を開始し、必要に応じて②を追加	第2世代抗ヒスタミン薬 + 鼻噴霧用ステロイド薬	LTs拮抗薬 + 鼻噴霧用ステロイド薬 + 第2世代抗ヒスタミン薬	第2世代抗ヒスタミン薬 + 鼻噴霧用ステロイド薬	鼻噴霧用ステロイド薬 + LTs拮抗薬 + 第2世代抗ヒスタミン薬 必要に応じて点鼻用血管収縮薬を治療開始時の7~10日間に限って用いる 鼻閉が特に強い症例では経口ステロイド薬4~7日間で治療開始することもある	
		点眼用抗ヒスタミン薬 または遊離抑制薬			点眼用抗ヒスタミン薬、遊離抑制薬 またはステロイド薬		
		鼻閉型で鼻腔形態異常を伴う症例では手術					
		特異的免疫療法					
		抗原除去・回避					

Ⅲ アトピー性皮膚炎

1. はじめに

アトピー性皮膚炎は湿疹であり、慢性湿疹と急性湿疹がみられ、年齢によって症状が変化
する。アトピー性皮膚炎の定義・概念は「アトピー性皮膚炎は増悪、寛解を繰り返す、瘙
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」¹⁾である。本
症の診断においてはこの概念を踏まえて、類似の症状を示す他の湿疹・皮膚炎群などを鑑別し、
適切に診断することが重要である。

本症は個体要因（遺伝要因）に環境要因が加わって発症する。角層の機能異常が病態生理
の特徴であり、具体的には水分保持機能の低下、痒みの閾値の低下、易感染性がある。また、
近年 IgE が関与しないアトピー性皮膚炎が注目されており、内因性・外因性のアトピー性
皮膚炎という考え方が提唱されている。血清 IgE 高値、特異的 IgE 抗体の存在、末梢血好酸球
増多が外因性の特徴であり、内因性では IgE が関与しないとされる。よって血清 IgE 値が正
常であることは本症を否定するものではない。そのほかの原因・悪化因子としては年齢によ
る違いはあるものの、食物、発汗、物理刺激、環境因子、細菌・真菌、接触抗原、ストレス
などが考えられている。

治療は原因除去、スキンケア、薬物療法の 3 つが基本となる。ただし、本症の病態の複雑
さや、その病態に影響する生活環境の多様さなどから治療に難渋する場合には、個々の患者
においてさらに適切な治療を考慮する必要がある。よって、その場合には専門医と連携して
治療にあたることが望ましい。

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、瘙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。」

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(2) IgE 抗体を産生し易い素因。

厚生労働科学研究による「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 2005」

2. 早期診断基準

①瘙痒、②特徴的な皮疹と分布、③慢性・反復性経過が診断の基本項目であり、3 つすべて
を満たすものが症状の軽重を問わずアトピー性皮膚炎と診断される（表 1-1）。

アトピー性皮膚炎の皮疹は、痒みのある湿疹病変であり、急性病変と慢性病変が混在する。
皮疹は全身のどこにでも生じるが前額、眼囲、口囲・口唇、耳介周囲などが好発部位である
²⁾。ただし、年齢による心身の発達と生活環境の変化に伴い、皮疹の好発部位や特徴は異なる。
経過は乳児期では 2 ヶ月以上であり、ほかの年齢層の 6 ヶ月以上より短いことに注意が必要
である。また、他の湿疹・皮膚炎群の疾患を鑑別することが必要である（表 1-2）。

表 1-1 アトピー性皮膚炎の診断基準

①	瘙癢
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。	

診断の参考項目	臨床型（幼小児期以降）
<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・眼症状（白内障、網膜剥離など） ・とくに顔面の重症例 ・カポジ水痘様発疹症 ・伝染性軟属腫 ・伝染性膿痂疹

厚生労働科学研究による「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 2005」

表 1-2 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）
--

厚生労働科学研究による「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 2005」

小児期、特に2歳未満の患者を早期に診断するために、6つの平易な質問から構成された問診表が役立つ^{3,4)}。質問表の判定方法は、質問1~5すべてに対して「はい」と答えた2歳未満の方のうち約60%、2歳以上の方は約50%がアトピー性皮膚炎である。

表 1-3

以下の質問にお答えください。もっとも近いものに○をつけてください。

1. あなたのお子さんはこの1年間に「皮膚のかゆい状態」がありましたか（1年以上前から引き続きかゆい場合も 「はい」とお答えください）。ここで「かゆい」とは、しきりに皮膚をひっかいたり、こすったりしていることです。

1) はい 2) いいえ

以下、質問1で「はい」と答えた方は質問2以降の質問に、「いいえ」と答えた方は質問3以降の質問にお答え下さい。はっきりしない時もいちばん近いものに○をつけてください。

2. いままで、あなたのお子さんの「皮膚のかゆい状態」は、肘（ひじ）のくぼみ、膝（ひざ）のくぼみ、足首のまわり、首のまわり、目のまわり、頬（ほほ）のどこかに現れましたか。

1) はい 2) いいえ

3. あなたのお子さんの両親、兄弟、姉妹にアトピー性皮膚炎、喘息（ぜんそく）、アレルギー性鼻炎（びえん）・結膜炎（けつまくえん）・花粉症にかかっている方がいらっしゃいますか。ここで「喘息」というのは「ゼーゼー」「ヒューヒュー」という息苦しい発作がひとしきり続くことをさします。また「アレルギー性鼻炎・結膜炎」というのは鼻汁を伴うくしゃみまたは目のかゆみが続くことです。

1) はい 2) いいえ

4. この1年間、あなたのお子さんの皮膚は全体的に乾燥肌（カサカサ）になっていますか。

1) はい 2) いいえ

5. あなたのお子さんは今日現在、肘（ひじ）のくぼみ、膝（ひざ）のくぼみ、足首のまわり、首のまわり、目のまわり、耳のまわり、頬（ほほ）、前腕または下肢の外側のどこかの皮膚に湿疹（皮膚が赤くなり、

表面にふけ、かさぶた、みずぶくれ、かき傷などがみられたりすること）ができていますか。

1) はい 2) いいえ

6. あなたは、年齢が2歳以上ですか？2歳未満ですか？

1) 2歳以上 2) 2歳未満

3.重症度の判定基準

皮疹の判定には熟練が要求されるため、厚生労働科学研究による「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン2005」では、治療のための目安として下記の重症度の目安を定めた(表2-1)¹⁾。軽度の皮疹と強い皮疹の区別をして、強い皮疹の体表面積を求めることができれば判定できる。皮疹は付図(図2-1)を参照する。日常診療では簡便なフローチャート(表2-2)を利用されるとよい。このなかで体表面積の推計方法として患者にも容易に算定でき、全年齢に対応した「手掌法」を載せた。

表 2-1 重症度の目安

<p>軽 症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>* 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)</p> <p>** 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)</p> <p>厚生労働科学研究による「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン2005」</p>
--

表 2-2 重症度を把握するための質問表

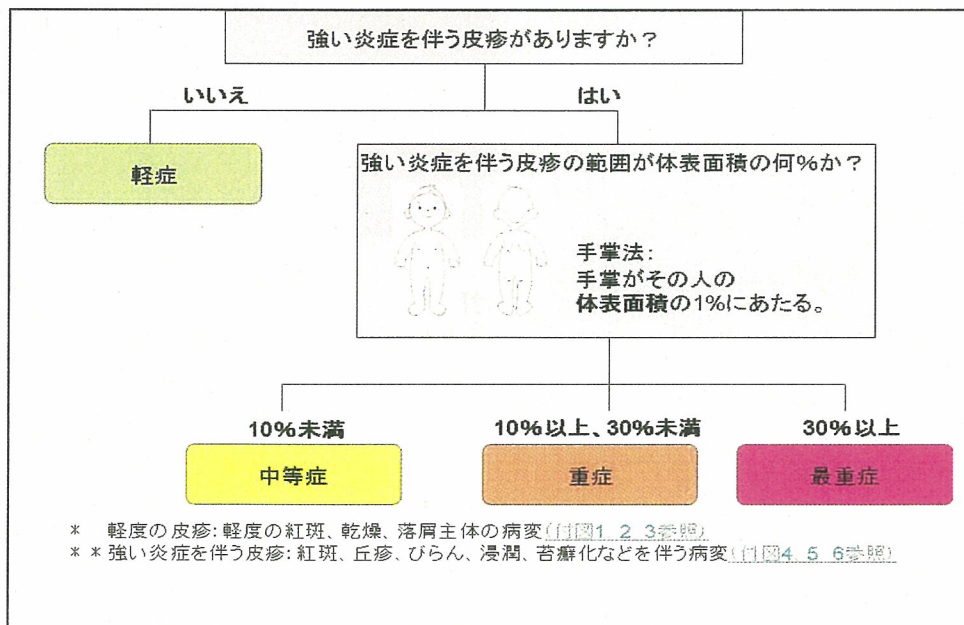


图 2-1

付图 1



付图 4



付图 2

付图 5



付图 6

付图 3



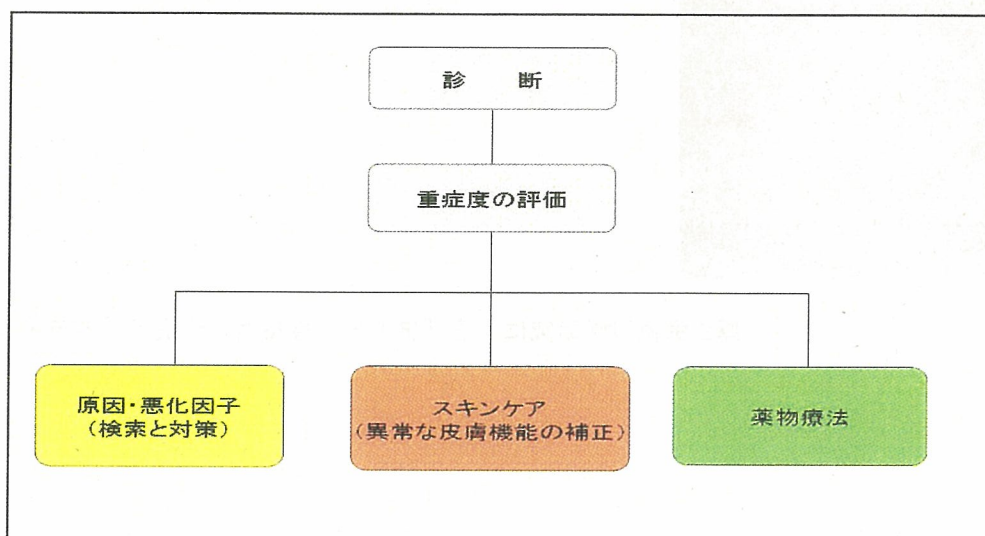
厚生労働科学研究による「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 2005」

4. 早期治療の指針

治療の基本は①原因・悪化因子の検索と対策、②皮膚機能以上の補正（スキンケア）、③薬物療法の3点からなる（図3-1）。

診断例においては、3つの治療を平行して行い、治療方針について定期的に見直す。アトピー性皮膚炎が疑われるが、皮疹の持続期間が短く診断基準を満たさない場合、前述の重症度分類の中等症以上であれば湿疹・皮膚炎群として治療を行い、スキンケアを励行させる。また、軽微な皮膚炎であってもスキンケアを開始しながら注意深く経過を観察することが望ましい。

図3-1

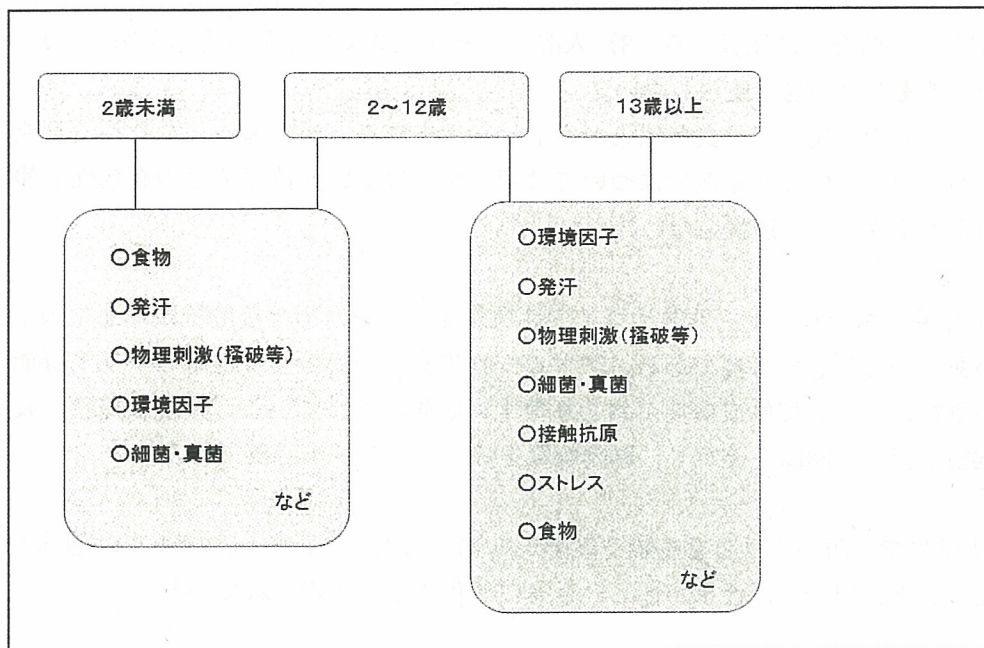


厚生労働科学研究による「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン2005」

①悪化因子の検索と対策

原因・悪化因子は、年齢、患者、環境や生活スタイルにより異なるので、個々の患者のおかれている状況を把握し対策を講ずることが重要である（図3-2）。

図 3-2



厚生労働科学研究による「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 2005」

食物：食物が乳幼児期には原因・悪化因子のひとつとして認められる。その検索には、1) 詳細な問診、2) アレルゲン検査を行い疑わしいアレルゲンが検出されたら、3) 除去試験、4) 誘発試験（アナフィラキシーを伴う場合は行わない）を総合して食物アレルゲンを確定する。

発汗：発汗はアトピー性皮膚炎の重要な原因・悪化因子である。シャワー等で洗い流すことが症状の改善につながる⁵⁾。シャワーや入浴は汗の成分を洗い流すのみならず皮膚表面のほこり・花粉などのアレルゲンさらには細菌を洗い流すことから重要である。原則として石鹸を使用し十分泡立てて用い、汗の成分を皮膚に残さないようにすることを心がける。

物理性刺激（搔破を含む）：前述の汗以外に衣類、大気の乾燥、毛髪、成人での化粧品などがあげられるが、また搔破は皮膚バリア機能を破壊し、症状をますます悪化させる⁶⁾。化粧品、シャンプー、石鹸については各個人の皮膚の状況が異なるので毎日の生活の中で適切なものを選択していくことが大切である。皮膚にあわなければ変更してみることを試みる。

環境因子：ダニや室内塵などのアレルゲン、特定時期の花粉アレルゲン、ホルムアルデヒド、トルエン等の有機溶媒も問題となる。ダニについては血液検査、皮膚テスト、などにより特異的 IgE が証明されることが多い。これらの結果が陽性になっても原因・悪化因子になるとは限らないが、問診上、例えば大掃除のときの悪化があれば可能な限り屋内のダニを減らす工夫が必要である。花粉については、その飛散シーズンに眼周囲の病変の変化がみられる。また、ホルムアルデヒド等は紅斑として出現することが多い。

細菌・真菌：アトピー性皮膚炎患者の皮表からは黄色ブドウ球菌が高頻度に検出され、それが皮膚炎の悪化因子のひとつである。アトピー性皮膚炎の黄色ブドウ球菌対策の基本は 1) 局所に感

染症状がみられない場合は、まず外用で皮膚症状の改善をはかる。2) 感染症があれば抗菌療法を行う。MRSA への菌交代に注意する。3) 入浴、シャワーにより皮膚の清潔を保つ。4) ポピド
ンヨード液など消毒液は安易に使用しない。

カンジダ属、マラセチア属などの真菌感染がアトピー性皮膚炎の悪化因子となりうる可能性が推測されているが、その機序や重要性については明らかではない。抗真菌薬の有効性も報告されているが、通常の治療として選択しない。

接触抗原：外用薬（ステロイド、非ステロイド性抗炎症薬）を含めた接触抗原が悪化因子となっていることがあるので注意が必要である。アトピー性皮膚炎の患者では皮膚のバリア機能の低下と長期の外用継続により、接触皮膚炎がおこりやすい状態になっている。接触皮膚炎が疑われる場合、貼付試験を行って診断を確定し、原因物質を除去することが必要である。

ストレス：小学生では腹が立つときや親や教師から叱られたとき、中、高校生では勉強が忙しいときや腹が立つとき、成人では仕事が忙しいときに悪化すると報告されている⁷⁾。

②皮膚機能以上の補正（スキンケア）

スキンケアにおいて重要なことは、皮膚を清潔にした上で保湿・保護することによって、外的な刺激を避けて皮膚の安静を保つことである¹⁾（表 3-1）。スキンケアの実際として、保湿性の高い親水性軟膏や吸水性軟膏の外用、保護作用のある油脂性軟膏（狭義の軟膏）の外用、黄色ブドウ球菌叢を抑えるためにシャワーや入浴などによる皮膚の洗浄および必要に応じた外用処置を行う。炎症や痒みが強いときにはスキンケアに加えて抗炎症作用や止痒効果のある外用薬を併用することが必要となる。また、皮膚の状態に合わせた石鹸・シャンプーなどの選択および入浴やシャワーの後のスキンケア外用剤の塗布など、家庭でできる日常的なスキンケアが大切である。

表 3-1 アトピー性皮膚炎のスキンケアの実際

<p>1. 皮膚の清潔</p> <p>毎日の入浴・シャワー</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 汚れは速やかに落とす。 ・ 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・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薬を塗布する。 など
<p>2. 皮膚の保湿・保護</p> <p>保湿・保護を目的とする外用薬</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保湿・保護を目的とする外用薬は皮膚の乾燥防止に有用である。 ・ 入浴シャワー後には必要に応じて保湿・保護を目的とする外用薬を塗布する。 ・ 患者ごとに使用感のよい保湿・保護を目的とする外用薬を選択する。 ・ 軽微な皮膚炎は保湿・保護を目的とする外用薬のみで改善することがある。 など
<p>3. その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 室内を清潔にし、適切・適湿を保つ。 ・ 新しい下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、なるべく搔かないようにする。 (手袋や包帯による保護が有用なことがある) など

厚生労働科学研究による「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 2005」

③薬物療法

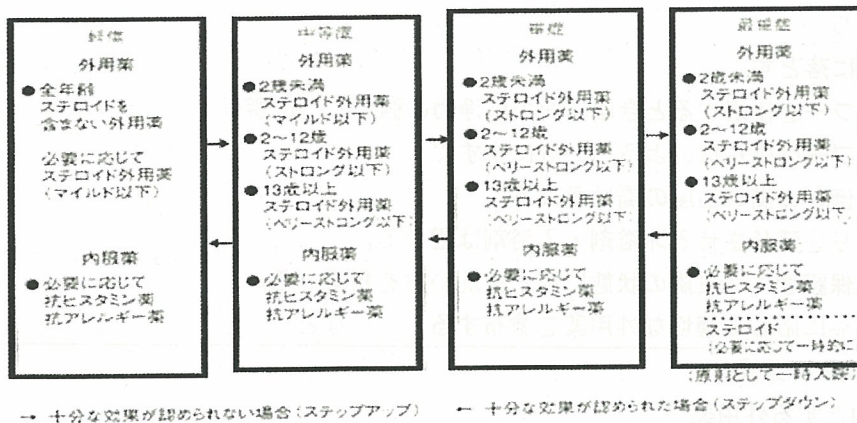
外用療法は保湿剤を中心としたスキンケア（前項を参照）とステロイド外用薬、免疫抑制外用薬を中心とした炎症制御に分けられる。

ステロイド外用薬はアトピー性皮膚炎治療の中心となる外用療法であり、皮膚症状の程度、部位、年齢に応じて適切なランクのステロイド外用薬を使用する¹⁾（表 3-1、表 3-2）。ステロイド薬 外用時には副作用の有無に常に留意し、診察なしの投薬や治療評価なしの投薬は避ける。患者には副作用について十分な説明を行う。タクロリムス軟膏（0.1%プロトピック軟膏、0.03%プロトピック軟膏・小児用）の使用には、いくつかの注意事項が示されており、患者に説明し承諾し同意を得た上で使用する。

また、スキンケアや軽症例の治療には皮膚の保湿・保護を目的とする外用薬を使用する。ステロイド外用薬と保湿・保護剤の混合は本来の効力に影響を及ぼす場合があり、それぞれ単独で使用するのが望ましい。

抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬の内服は外用療法と併用して、またその補助として用いられる。

表 3-1 アトピー性皮膚炎の薬物療法の基本例



厚生労働科学研究による「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 2005」より引用、改変

1) ステロイド外用薬の使用法

- ステロイド外用薬のランクの剤型の選択

湿潤面には軟膏基剤を使用するのが原則とするが、紅斑、丘疹病変に対し夏季にはクリーム基剤を用いるなど、ある程度患者の使い心地や好み、部位を考慮して使用する。痒疹や苔癬化病変にはテープ剤が有効であるが、細菌、真菌感染などに注意する。

- ステロイド外用に際しての留意点

皮膚症状の重症度と部位、年齢に応じてステロイド外用薬を選択する必要がある¹⁾ (表 3-1、表 3-2)。ステロイド外用薬と副作用について患者に十分な説明を行い、注意しながら使用する⁸⁾ (表 3-3)

経皮吸収の盛んな顔面、頸部などに関しては極力ステロイド外用薬は使用すべきではなく、用いるとしても急性病変に対して1週間程度の短期間の使用に留め、漸減、間歇投与、タクロリムス軟膏への変更などを考えるべきである。

ステロイド外用薬は原則的に1日2回(朝/夕:入浴後)使用する。外用量の目安として、finger tip unit が提唱されている^{1,9-12)} (図 3-1、図 3-2)。1FTUは径5mmのチューブから押し出される、成人の人差し指の指腹側末節部に乗る軟膏量であり、概ね0.5gに相当する。

表 3-2 ステロイド外用薬の使用法と注意点

<p>①ステロイド外用薬の選択 強度(クラス)、剤型は重症度に加え、個々の皮疹の部位、性状、年齢に応じて選択する。</p> <p>②ステロイド外用薬使用時の注意点</p> <ul style="list-style-type: none"> ●顔面にはなるべく使用しない。使用する場合可能な限り弱いものを、短期間使用する。 ●外用による副作用は使用期間が長くなるにつれておこりやすい。 ●強度と使用量をモニターする習慣をつける。 ●長期使用中に突然中止すると皮疹が急に増悪することがあり、中止、変更は医師の指示に従う。 ●急性増悪した場合はステロイド外用薬を必要かつ十分に短期間使用する。 <p>③症状の程度を評価して、適宜ステロイド外用薬を含まない外用薬を使用する。 タクロリムス軟膏は用法に従う。</p> <p>④1～2週間をごとに重症度の評価を行い治療薬の変更を検討する。</p> <p>⑤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。</p>
--

厚生労働科学研究による「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 2005」より引用、改変

表 3-3

<ul style="list-style-type: none"> a) 瘡癩様皮疹、毛のう炎と酒さを含む b) 眼瞼および口囲皮膚炎 c) 表皮真皮の萎縮、皮膚の脆弱性 d) 創傷治癒遅延 e) 臀部肉芽腫 f) 紫斑 g) 毛細血管拡張と紅斑 h) 皮膚線条 i) 色素脱失 j) 多毛症 k) 皮膚糸状菌感染の隠蔽あるいは増悪 l) 二次感染あるいは存在する感染の増悪 m) 接触皮膚炎 ((1)保存剤あるいは基剤の他の成分によることがある。(2)コルチコステロイド分子によることがある。類似構造を持ったコルチコステロイド分子との交叉反応することがある。) n) その他

図 3-1 1Finger Tip Unit (FTU)

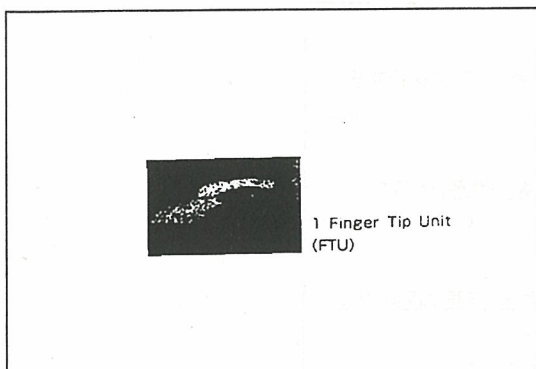


図 3-2 ステロイドの外用量の目安 (FTU)

	0.03%	0.1%	0.5%	1%	2%
小児	0.5-1.0g	1.0-2.0g	1.5-3.0g	2.0-4.0g	3.0-6.0g
2-6歳児	1.0-1.5g	1.5-2.0g	2.0-3.0g	3.0-4.0g	4.0-6.0g
7-12歳児	1.5-2.0g	2.0-3.0g	3.0-4.0g	4.0-6.0g	6.0-9.0g
13-15歳児	2.0-3.0g	3.0-4.0g	4.0-6.0g	6.0-9.0g	9.0-12.0g
成人	2.5-3.5g	3.5-5.0g	5.0-7.5g	7.5-10.0g	10.0-15.0g

2) 免疫抑制外用薬の使用法

タクロリムス軟膏は原則的には顔面などステロイド外用薬の副作用の出やすい部位やステロイド外用薬の効果がみられない病変部に使用する。

現在 16 歳以上に 使用可能な 0.1%軟膏と、2~15 歳の小児用の 0.03% 軟膏が発売されている。使用上の注意として外用開始時、灼熱感などの刺激のみられることと皮膚の局所感染症を悪化させる可能性があげられる。刺激感の使用開始数日で消失することが多いが、ときに灼熱感などで使用できない場合もあるため外用開始次期には部位を限定して、その少量を試験的に使用するなどの指導が必要である。外用は原則 1 日 1 回入浴後に行うが、最大 1 日 2 回までとする。また、腎障害、妊娠中、魚鱗癬様紅皮症、2 歳以下の乳幼児、光線療法中の患者には安全性の点より使用できない。必要に応じて腎機能を測定しておくことが望ましい。

3) 抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬の使用法

外用療法補助として、炎症の制御や痒みの抑制のために用いる。ガイドライン記載されている内服療法は、抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬中心であり、軽症から重症にわたってどのような症例でも必要に応じて使用を推奨している。かなり、炎症が改善してステロイド外用が不要になっても通常スキンケアとともに抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬は続けた方がよい場合が多い。ただし、最重症例では短期間ステロイド内服を併用することも必要なことがあるが、入院の投与することが望ましい。

文献

- 1) 河野陽一,山本昇壯監修.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9~16年度厚生労働科学研究:アトピー性皮膚炎治療ガイドライン2005.冊子.2005.
- 2) Aoki T, Fukuzumi T, Adachi J, Endo K, Kojima M. Re-evaluation of skin lesion distribution in atopic dermatitis. Analysis of cases 0 to 9 years of age. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*. 1992; 176: 19-23.
- 3) Williams HC, Burney PG, Pembroke AC, Hay RJ. The U.K. Working Party's Diagnostic Criteria for Atopic Dermatitis. III. Independent hospital validation. *Br J Dermatol*. 1994;131(3):406-16.
- 4) 佐伯秀久. 改良調査票の学童AD調査における有用性の評価・症状経過追跡質問表の作成. H15年度厚生労働科学研究費補助金 免疫アレルギー疾患予防・治療研究事業の分担研究 p8-10
- 5) 望月博之, 滝沢琢己, 荒川浩一, 他. アトピー性皮膚炎に対する小学校でのシャワー浴の有用性. *日本小児科学会誌* 2003; 107:1342-6.
- 6) 青木敏之. アトピー性皮膚炎とかゆみ. *医学のあゆみ* 2001;197:605-8
- 7) 太田展生: アトピー性皮膚炎における精神神経系の関与. *小児科* 1997;38:1479~87.
- 8) Drake LA, Millikan LE. The antipruritic effect of 5% doxepin cream in patients with eczematous dermatitis. Doxepin Study Group. *Arch Dermatol*. 1995; 131(12): 1403-8
- 9) Long CC, Finlay AY. The finger-tip unit--a new practical measure. *Clin Exp Dermatol*. 1991; 16(6): 444-7.
- 10) Long CC, Mills CM, Finlay AY. A practical guide to topical therapy in children. *Br J Dermatol*. 1998; 138(2): 293-6.
- 11) 斉藤隆三. 外用の仕方「スペシャリストとしての外用薬の使い方」. 西岡清編. 皮膚科診療プラクティス12. 東京: 文光堂; 2002. p 29-36.
- 12) 古江増隆. ステロイド軟膏適正使用ガイドライン. *アレルギー・免疫* 2004; 11: 1046-53.

IV 食物アレルギー

1. 早期診断

食物アレルギーに関連した最も大きな根底の問題は医療機関における対応すなわち医師ごとの考え方の違いにある。医療機関での対応の違いが発生する根底の問題点は「アレルギー疾患に関する理解の不足」と「食物アレルギーの診断と治療における混乱」の大きく2つに分けられる。アレルギー疾患に関する理解不足は、食物アレルギーと乳児アトピー性皮膚炎との関連性、食物アレルギーの全体像の把握、抗原特異的 IgE 抗体の汎用と無理解があげられる。また診断と治療における混乱は、初期治療の難しさ、抗原特異的 IgE 抗体への過剰な依存があげられる。食物アレルギーの治療は「原因食品の必要最小限の除去」が唯一であり、適切な診断が求められている¹⁾。しかし、現実には診療に当たる医師の意見の違い、たとえば「乳児のアトピー性皮膚炎において食物アレルギーの関与を頭から否定するケース」、「耐性化の可能性を考慮せず IgE 抗体のみを診断指標とした過剰な食物除去の指導」、「重症例で医師・保護者とも過剰な除去に陥ってしまうケース」などを臨床現場でしばしば経験する。それらがなぜ発生するのかと言えば①医師の食物アレルギーへの正しい理解がなされていないこと、②小児期の食物アレルギーの多くが発症してくる乳児期の乳児湿疹、乳児アトピー性皮膚炎と食物アレルギーの関係が整理されていないこと、③IgE 抗体に対する正しい理解のない一般医が抗原特異的 IgE 抗体検査を汎用していること、④食物負荷試験が十分に広まっていないこと、⑤適切な病診連携が図られていないことが上げられる。食物アレルギーの診療は感染症等の一般診療よりはるかに時間がかかり一般臨床医などにとってはその対応に苦慮している現状があると思われる。そして乳児期の食物アレルギーの初期症状は頭皮や顔面からは始まる「湿疹」なので、如何に乳児湿疹や食物アレルギーの関係しない乳児のアトピー性皮膚炎と鑑別するかが早期診断の鍵となる^{2,3)}。食物アレルギーの診断をする上で、全体像を理解しておくことは食物アレルギーの診療に携わる医療従事者にとって必須のことである。その理解の助けになるものとして厚生労働科学研究班による「食物アレルギーの診療の手引き2005」の症状と臨床型分類が簡潔にまとめられており理解の助けになるので表1, 2を引用し示した¹⁾。また患者、保護者からの確かな情報を得ることができるよう、平易な質問から構成された問診表を作成した(表3)。

表1 食物アレルギーにより引き起こされる症状

- ①皮膚粘膜症状：
 - 皮膚症状：痒痒感、じんましん、血管運動性浮腫、発赤、湿疹
 - 結膜症状：眼結膜充血・浮腫、痒痒感、流涙、眼瞼浮腫
 - 口腔咽頭症状：口腔粘膜・口唇・舌の違和感・腫張、喉頭絞扼感、喉頭浮腫、嗄声、喉の痒み・イガイガ感
 - ②消化器症状：
 - 腹痛、悪心、嘔吐、下痢、血便
 - ③呼吸器症状：
 - 上気道症状：くしゃみ・鼻水・鼻づまり
 - 下気道症状：呼吸困難、咳嗽、喘鳴
 - ④全身性症状：
 - アナフィラキシー：2臓器以上にわたる症状
 - アナフィラキシーショック：(頻脈、虚脱状態(ぐったり)・意識障害・血圧低下)
- 食物アレルギーの診療の手引き2005より

表2 臨床型分類

臨型	発症年齢	頻度高値	耐性獲得(麗)	アナフィラキシーの麗性	食物アレルギーの機
新児 消器症	新児期	牛乳 育用粉)	(+)	(+)	IgE非機型
食物アレルギー関与する乳児アトピー性皮膚炎 *	乳期	鶏卵乳小麦大豆	多(++)	(+ ~ (++)	主にIgE依型
即型症 (じんましんアナフィラキシーなど)	乳期 ~ 成期	乳児期： 鶏卵乳小麦 そば類 学童成： 甲類魚類 果類そば ピナツ など	鶏卵乳小麦大豆 (+) その他多く (+ ~ (±))	(+)	IgE依型
特殊型 食物性アレルギーアナフィラキシー (FEIAn/FDEIA)	学童 ~ 成期	*慢性の下痢などの消化器症状、 全ての乳児アトピー性皮膚炎に 小麦、そば、イネなど	低蛋白血症を合併する例がある。 (+)	食物が関与しているわけではない。	IgE依型
特殊型 口腔アレルギー症群 (OAS) **	幼期 ~ 成期	**花粉症、ラテックスアレルギー 果物・野菜	食物アレルギーの診療の手引き2005より (+)	(+)	IgE依型

表 3 早期診断質問表

- 新生児のお子さんをお持ちの方で
 - ・ 母乳や育児用粉乳を飲ませることで血便や下痢などの症状を認めたことがある。
 - ・ 下痢が遷延し体重増加不良を認める。
- 乳児の慢性の湿疹でお悩みの保護者の方に
 - ・ 顔面から始まる癢痒の強い湿疹が2ヶ月以上継続している。
 - ・ ある食品を経母乳的、あるいは本人が直接摂取することで数時間から1日、2日を経て湿疹が出現したことや既存の湿疹が増悪したことがある。
- すべての年齢層で
 - ・ ある食品を摂取した後、2時間以内になんらかの症状*が出現したことがある。
- 小学生以上の方で
 - ・ 小麦製品、魚介類を摂取後、2～4時間以内に運動したことでなんらかの症状*が出現したことがある。
- 花粉症のひどい方で
 - ・ 生の果物や野菜を摂取した後、口腔内の違和感など、なんらかの症状*が出現したことがある。

* 「なんらかの症状」とは「3. 食物アレルギーにより引き起こされる症状」を参照

2. 重症度の判定基準

摂取アレルゲンの量や年齢によっても出現する症状が異なり、授乳期には母乳中の微量な (μg レベル = 10^{-6}g 以下) アレルゲン (ペプチド) が関連して慢性的な痒みを伴う湿疹 (顔面から始まることが多い) を呈すること多く、離乳期以降本人が直接食物 (g レベル) を摂取すると、幼児・学童・成人でじんましん・紅斑などの皮膚症状や呼吸困難などの急激な反応 (即時型症状) が出現することが多くなる。

アナフィラキシーへの対応 (重症度の判定)

食物アレルギーの症状として出現した場合で、表1に示すような症状が皮膚・粘膜や呼吸器や消化器に出現する。アナフィラキシーとは食物、薬物、ハチ毒などが原因で起こる、即時型アレルギー反応のひとつの総称である。皮膚、呼吸器、消化器など2臓器以上に症状がわたる時、アナフィラキシーと呼ぶ。時に血圧低下などのショック症状を引き起こす (アナフィラキシーショック)。

アナフィラキシーショックは即時型症状に引き続き血圧低下により脱力状態に陥り、緊急に対応しないと生命に影響を及ぼす場合もあるので注意が必要である。表4に食物によるアナフィラキシーの臨床的重症度を示す。この臨床的重症度を一般医も熟知しておくことで、症状出現時の早期対応を行うことが可能であり、治療が遅れることによる重症化を防ぐことができる。

表 4 食物によるアナフィラキシーの臨床的重症度

Grade	皮膚	消化器	呼吸器	循環器	神経
1	限局性痒感、発赤、じんましん、血管性浮腫	口腔内痒感、違和感、軽度口唇腫脹	—	—	—
2	全身性痒感、発赤、じんましん、血管性浮腫	上記に加え、悪心、嘔吐	鼻閉、くしゃみ	—	活動性変化
3	上記症状	上記に加え、繰り返す嘔吐	鼻汁、明らかな鼻閉、咽頭喉頭の痒感／絞扼感 嘔声、犬吠様咳嗽	頻脈 (+15/分)	上記に加え、不安
4	上記症状	上記に加え、下痢	嚥下困難、呼吸困難、喘鳴、チアノーゼ	上記に加え、不整脈、軽度血圧低下	軽度頭痛、死の恐怖感
5	上記症状	上記に加え、腸管機能不全	呼吸停止	重度徐脈、血圧低下、心拍停止	意識消失

食物アレルギーの診療の手引き 2005 より

※アナフィラキシーに対する注意点

- (1) アナフィラキシーの症状の進行は早く、エピネフリン投与を基本とした迅速な対処が必要である。
- (2) 症状の進行経過を見るためにも、少なくとも1時間は安静にして、注意深く観察する必要がある。
- (3) 気管支喘息の存在はアナフィラキシーショックの重篤化の危険因子なのでコントロールを十分に行う。
- (4) 一部の食物(ピーナッツなど)によるアナフィラキシーでは、経過中に二相性反応が見られることがあるため、症状出現後4時間までは診療所・病院内にて経過観察することが望ましい。
- (5) 自施設での対応が困難であれば、有床医療機関へ搬送すること推奨される。

3. 早期治療

食物アレルギーは患者ごとのオーダーメイドの医療が要求される。食物アレルギー患児ごとに原因となる食物も異なれば、食物アレルギーが治っていく時期、パターンも異なるのである^{4,6)}。基本的には“症状が誘発される原因食物を除去すること”が唯一の治療方法であり(表5)、そこに到達するためには経時的にフォローしていく正確な診断が不可欠なの