

表I-3-5 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 ^{*7}	ステップ4 重症持続型 ^{*7}
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} (100 μg/日)	吸入ステロイド薬 ^{*4} (150~200 μg/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} (50 μg/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吸入 ^{*3} (2~4回/日) ・β ₂ 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5~10 μg/mL)	β ₂ 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5~10 μg/mL)
<p>[注意事項]</p> <p>^{*1} 経口抗アレルギー薬：ロイコトリエン受容体拮抗薬、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</p> <p>^{*2} 経口抗アレルギー薬を使用している場合</p> <p>^{*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トロールされたら中止するのを基本とする</p> <p>^{*4} BDP-pMDI、FP-pMDIはマスクつき吸入補助具を用いて吸入する。推奨量はBDP、FP換算</p> <p>^{*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</p> <p>^{*6} 6カ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</p> <p>^{*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</p>				

II アレルギー性鼻炎

鼻アレルギー診療ガイドラインに基づいて、アレルギー性鼻炎の診断基準、重症度の判定基準、及び重症度に合わせた早期治療の指針をまとめた。

1. 早期診断

ポイントは早期に本疾患を疑い適切に進めていくことであり、と同時に患者への啓蒙と診療者が正確な疾患概念を持つこと、抗原の検索を常に考慮することが重要である。アレルギー性鼻炎は発作性反復性のくしゃみ、水性鼻漏、鼻閉を3主徴とする鼻粘膜のI型アレルギー疾患であり、典型的な有症者の約95%で原因抗原が同定される。喘息やアトピー性皮膚炎といった他のアレルギー疾患とはI型アレルギー反応の占める重みが異なる。

○ 典型的な鼻症状（3主徴）を持ち、鼻汁好酸球、皮膚テスト、血清特異的IgE抗体が陽性、誘発テストが陽性であればアレルギー性鼻炎及びその原因抗原が確定となる。すなわち、有症者で鼻汁好酸球検査、皮膚テスト（または血清特異的IgE抗体検査）、誘発テストのうち2つ以上陽性ならアレルギー性鼻炎と確定できる。表II-1-1には特に、わが国特有ともいえるスギ花粉症の花粉飛散期の診断までのチャートを注意点とともに示す

○ 注意点

- ・ 抗原特異的IgE抗体の存在（感作陽性）は、必ずしも発症を意味するものではなく、原因抗原を意味しない。感作陽性者のアレルギー性鼻炎発症者の割合（発症率）は数%～50%と抗原、年齢などにより大きく異なる。
- ・ 花粉症の花粉非飛散期には花粉症症状はなく、鼻内所見正常、鼻汁好酸球陰性で誘発テストも陰性のことが少なくない。
- ・ 鼻汁好酸球検査は偽陰性のこともあり、一度の検査で陰性であってもアレルギー性鼻炎が疑われれば再検する。（但し、花粉症非飛散期には陰性）
- ・ 鼻内診察：前鼻鏡での鼻内診察は患者の負担が少なく、水性鼻汁分泌と共に通年性アレルギー性鼻炎では浮腫状蒼白な特徴的粘膜所見が得られることも多い。花粉症では、粘膜はむしろ発赤を呈することが多い。その他、鼻中隔湾曲や鼻ポリープ存在などの有無の確認など、その後の治療に影響を与える情報が入手出来る。
- ・ 血清総IgE値は高値を呈さないことも多く、抗原特異的IgE値との関連も低く、必須の検査ではない。
- ・ 血液中好酸球数も一定せず、鼻汁好酸球より測定の意義は低い。
- ・ 国内でのディスクを用いる誘発テストで入手可能なものはハウスダストとヨモギの2種の抗原のみである。
- ・ 薬剤による検査への影響
皮膚テスト：抗ヒスタミン内服薬は3日以上休薬が望ましい。

その他、精神安定薬、抗催吐薬、エフェドリン、エピネフリンなど交感神経刺激薬、

テオフィリンなども反応抑制作用を持つ。ステロイド軟膏を塗布したばかりの部位は避ける。

誘発テスト：上記に加え、鼻噴霧用ステロイドは1週間以上の休薬が望ましい。

鼻汁好酸球検査：鼻噴霧用ステロイド薬は1週間以上の休薬が望ましいが、他の薬剤についての影響は不明

- ・ X線検査、鼻腔通気度検査：必須ではない。
- 鑑別
 - ・ 特に感染性の鼻炎や非アレルギー性の鼻粘膜過敏症との鑑別が重要である。
 - ・ 他の鼻粘膜過敏性を持つ疾患との鑑別を表 II-1-2 に示す。アレルギー性鼻炎に比較すると圧倒的に頻度が低い。
 - ・ 感染性鼻炎、副鼻腔炎との鑑別を表 II-1-3 に示す。
 - ・ スギ花粉の飛散期には急性上気道炎罹患の多い時期でもある。特に合併した場合には花粉症そのものが増悪しているのか、上気道炎の影響なのか半別は困難である。
- 早期診断の問題点
 - ・ 誘発テストに一般に入手可能な抗原はハウスダスト、ヨモギ花粉のみである。
 - ・ 症状に関する質問用紙（問診票）で信頼できるものがない。ISAACのものでは偽陽性が多く適さない。
- 小児の診断
 - ・ 本人は症状を訴えない、あるいは訴えられないことがある。
 - ・ 保護者も喘息やアトピー性皮膚炎には敏感でも鼻症状には気づいていない、あるいは疾患として捉えていないこともある。
 - ・ 保護者には詳細な問診が重要である。
 - ・ 誘発テストは年少児では困難。
 - ・ 皮膚テストは痛みを伴う。採血だけで痛みの負担が少ない血清 IgE 検査をすすめる。
 - ・ 鼻汁中に好中球浸潤を認めることもあり、好酸球について再検が必要なことも少なくない。

表 I-1-1 花粉症の診断の流れ (シーズン中の患者)

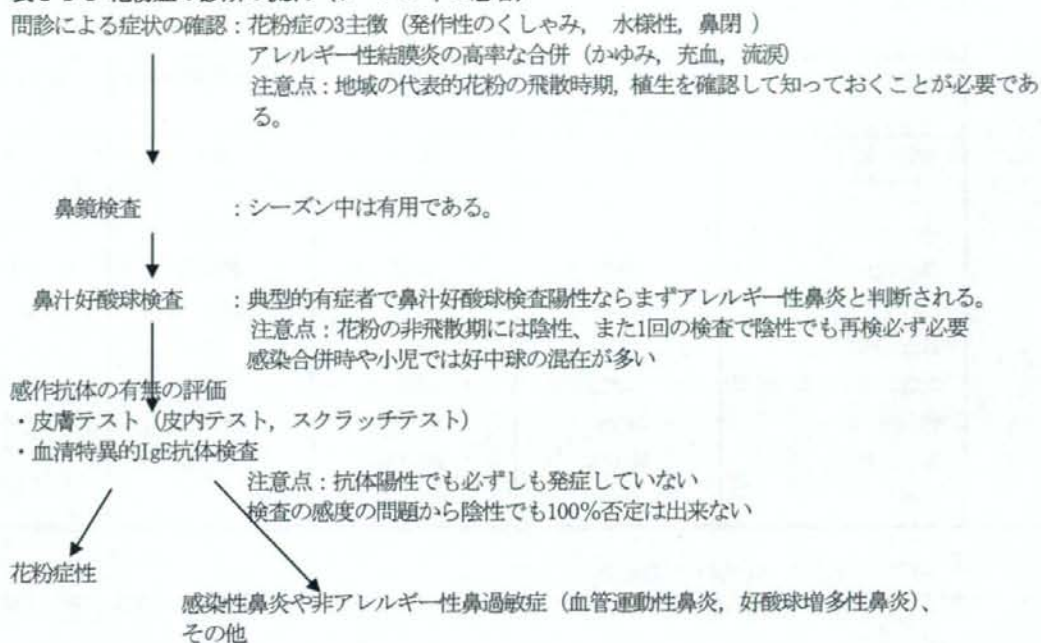


表 I-1-2 アレルギー性鼻炎と非アレルギー性非感染性鼻炎との鑑別

	アレルギー性		非アレルギー性**	
	通年性 アレルギー性鼻炎	花粉症	好酸球増多性鼻炎	血管運動性鼻炎
発症年齢	小児	青年* (10~20歳代)	成人	成人
性	♂ \geq ♀	♂ $<$ ♀	♂ \leq ♀	♂ \leq ♀
鼻症状	典型	典型	非典型	非典型
他のアレルギー合併	多い	多い	眼症状少ない	眼症状少ない
鼻汁好酸球	増加	増加	増加	陰性
皮膚テスト, 血清特異的IgE抗体	陽性	陽性	陰性	陰性
鼻過敏症	亢進	亢進	やや亢進	やや亢進
頻度	約60%	約50%	約2%	約7%

* 花粉症の発症は、低年齢化が最近認められている。

**非アレルギー性は成人発症が多く、鼻症状は非典型的で、アレルギー検査陰性からアレルギーと鑑別できる。

表 I-1-3 感染症とアレルギー性鼻炎との鑑別

		病因	発症	症状	鼻汁	鼻鏡視	全身症状	経過	随伴症
アレルギー性鼻炎	花粉症	アレルギー	花粉開花期発作性	くしゃみ 水性鼻汁 鼻閉 眼や鼻のかゆみ	多量 水性	発赤 腫長 水性鼻汁	寒気 頭痛	開花期中	眼 咽喉 皮膚症状
	通年性		気量/夜比 朝起時など 発作性			蒼白腫長 粘塊厚 水性鼻汁		通年性	喘息 アトピー性 皮膚炎 眼アレルギー
急性鼻炎	かぜ, 感染 急性伝染病	かぜ多 成因による	乾燥感 くしゃ み 鼻汁 鼻閉 頭痛	大量 水性・粘 膜性 脱離上皮細胞	発赤 腫長 浮腫	発熱, 頭痛, 全身倦怠感 咽喉痛	1~2週間	副鼻腔炎 咽喉頭炎 下気道炎	
急性・慢性 副鼻腔炎	急性副鼻腔 かぜ 感染 菌カリエス	成因による	頭痛 頬痛 歯 痛 (急性), 鼻 閉, 鼻漏, 嗅覚障害	粘膿性時に 悪臭	発赤 腫長 中鼻道腫大 膿汁	発熱, 頭痛 全身倦怠感 (急性)	1~2週間 (慢性)	同上, 稀に 眼症状, 頭蓋内合併症	

2. 重症度分類

○ アレルギー性鼻炎の3主徴でもあるくしゃみ発作、鼻漏、鼻閉の程度を表II-2-1のように分類される。くしゃみは1日の回数、鼻汁は1日の掻鼻回数、鼻閉は口呼吸の時間で分類される。重症度分類は、この症状程度に基づいて行われるが、くしゃみと鼻漏の程度は相関が大きく、どちらか強いほうを採用し、重症度分類が行われる(表II-2-2)。

- ・ アレルギー性鼻炎の重症度分類は、患者の重症度の評価のみならず、患者の治療効果、経過の評価、薬効など治療評価などにも用いられる。

参考：症状重症度から症状スコア、薬物スコアのスコア、症状薬物スコアが算定されている。

また、鼻内所見、アレルギー検査の程度分類、治療効果判定基準も別途定められている。

○ QOLによる重症度評価

QOLの向上を治療目標にするものとして日本人の文化、生活環境に合わせたアレルギー性鼻炎疾患特異的調査票(JRQLQ)が使われる。JRQLQによる患者の重症度評価と前述の客観的症狀程度分類に基づいた重症度分類には高い相関がみられる。

表 II-2-1 各症状の程度は以下とする

種類 \ 程度	++++	+++	++	+	—
くしゃみ発作 (1日の平均発作回数)	21回以上	20～11回	10～6回	5～1回	十未満
鼻汁 (1日の平均鼻数)	21回以上	20～11回	10～6回	5～1回	十未満
鼻閉	1日中完全に つまっている	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	鼻閉が強く、 口呼吸が 1日のうち、 ときどきあり	口呼吸は まったくない が鼻閉あり	十未満
日常生活の支障度*	全くできない	手につかないほ ど苦しい	(++++) と (++) の中間	あまり差し支え ない	十未満

*日常生活の支障度：仕事，勉学，睡眠，外出などへの支障

表 II-2-2 アレルギー性鼻炎症状の重症度分類

程度および重症度		くしゃみ発作または鼻漏*				
		++++	+++	++	+	-
鼻	+++	最重症	最重症	最重症	最重症	最重症
	+++	最重症	重症	重症	重症	重症
	++	最重症	重症	中等症	中等症	中等症
閉	+	最重症	重症	中等症	軽症	軽症
	-	最重症	重症	中等症	軽症	無症状

□ くしゃみ・鼻漏型

■ 鼻閉型

▨ 充全型

*くしゃみか鼻漏の強い方をとる。

従来の分類では、重、中等、軽症である。スギ花粉飛散の多いときは重症で律しきれない症状もおこるので、最重症を入れてある。

3. 早期治療

A. 治療の目標

治療の目標は、患者が

- ① 症状はないか、あっても軽度で日常生活に支障のない、薬もあまり必要ではない状態
 - ② 症状は持続的に安定していて忍性増悪があっても頻度は低く（年に数回、2 週程度）、遷延しない状態
 - ③ 抗原誘発反応がないか、または軽症の状態
- になることである（ガイドラインによる）。アレルギー性鼻炎の患者では抗原を反復して鼻粘膜に投与し、症状の発現を繰り返すことで鼻粘膜の過敏性が亢進し、症状が強くなっていくことが知られており、早期治療の必要性が指摘される。

B. 治療法

アレルギー性鼻炎の現在用いられている治療法を表 II-3-1 に示す。

- ・ 患者とのコミュニケーション：疾患、病状、治療の必要性、治療法について十分な説明を行い、患者との信頼関係を築くことが治療の第1歩となる。特に、アレルギー性鼻炎では原因抗原の除去、回避が重要で患者自身のセルフケアの持つ意義は大きい。アレルギー日記は病状の把握に非常に意義が高く、その必要性を患者が理解する必要がある。
- ・ 抗原除去と回避：I型アレルギー疾患ゆえ、その効果は大きい。特に早期治療では重要で患者へ充分説明することは意義が高い。スギ花粉症では、詳細な花粉飛散情報や予報についても入手が可能となっており、患者のセルフケアに役立たせたい。
- ・ 薬物治療：アレルギー性鼻炎治療薬の詳細については成書にゆずるが、投与する以上各薬剤の特徴は把握しておく必要がある（表 II-3-2）。また、代表的な薬剤の副作用、禁忌、相互作用も理解が必要である（表 II-3-3 と表 II-3-4）。
- ・ 抗原特異的免疫療法（減感作療法）：現在唯一根本治療と成り得る治療法であり、例え治療に至らなくとも使用薬剤を減らすことが7割以上の患者で認められており、その効果は10～15年以上の長期に及ぶ。但し、短所として稀とはいえ副作用があり、1000～2000回の注射に1回喘息症状、250万回に1回程度重いアナフィラキシー反応の誘導がみられるとされていること、投与後30分間は医師の管理下に置くことが必要であること、2年以上50回以上の通院が必要であること、無効例も少なからず存在する、といったことがある。適応は軽症含む全ての患者で、本治療の長所、短所を充分説明の上インフォームド・コンセントが得られたものである。
- ・ 手術治療：根本治療にはならず、再発は高率に認められる。しかし、鼻内に構造異常（鼻中隔湾曲、非可動的な強度の粘膜腫脹、ポリープなど）がある場合には薬の効果もなく、また効果がないのに漫然と保存的治療を続けることには問題があり手術治療の考慮が必要である。レーザー治療、後鼻神経切除術などの長期成績は不足しており、少なくとも3年以上の経過と検討が必要である。
- ・ 治療法の選択：鼻アレルギー診療ガイドラインの治療指針を示す。患者の病型（鼻閉が中心型とくしゃみあるいは鼻漏が中心のくしゃみ・鼻漏型に大別）と重症度に合わせた治療法が指針とし

て記載されている（表 II-3-5 と表 II-3-6）。薬剤の特徴を考慮して十分な量を投与し、症状の改善をみながらステップダウンをはかることが重要である。

- ・ 初期治療：特に花粉飛散開始時期が予想されるスギ花粉症では例え症状がなくても開始時期、あるいはその前でも症状の軽度の発現がみられた時点で薬物治療を開始することが推奨されている。繰り返す花粉暴露で、過敏性、症状の重症化が増強していくため早期に症状の増悪をはかることを目的としている。

C. 問題点

- ・ 正確で詳細な飛散花粉情報、予報の開発
- ・ 労力負担が少なく、リアルタイムでの飛散情報の提供が可能な自動花粉測定器の精度の著しい向上。
- ・ 現行の皮内投与による特異的免疫治療に変わる投与法の開発（例えば舌下減感作療法）
- ・ ガイドラインで示されている治療指針の検証。すべて十分なエビデンスがある訳ではない。また、ほとんどないものもあり、早急な検討が必要である。
- ・ 初期治療においてもいつから開始するのか、どのような薬剤の有効性が高く推奨されるのか明らかではない。
- ・ 抗体陽性未発症者は、抗体陽性者の半数以上を占めるが、発症の可能性は例え 50 歳代になってもなくなる。特に小児では長期にわたって発症の危険性が続く。この secondary intervention として抗原暴露の回避、薬物治療、免疫治療、プロバイオテックスなどが期待されるが十分なエビデンスはなく、早急な検討が必要である。

参考；鼻アレルギー診療ガイドライン—通年性鼻炎と花粉症—。鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会、改定第 5 版、ライフ・サイエンス社、東京、2005 年

表 II-3-1 治療法

①患者とのコミュニケーション
②抗原の除去と回避 ダニ：清掃，除湿，防ダニフトンカバーなど 花粉：マスク，メガネなど
③薬物療法 ケミカルメディエーター受容体拮抗薬（抗ヒスタミン薬，抗ロイコトリエン薬，抗プロスタグランジンD ₂ ・トロンボキサンA ₂ 薬）（鼻噴霧用，経口） ケミカルメディエーター遊離抑制薬（鼻噴霧用，経口） ステロイド薬（鼻噴霧用，経口） 自律神経作用薬（ α 交感神経刺激薬） その他
④特異的免疫療法（通常法，急速法）
⑤手術療法 凝固壊死法（高周波電気凝固法，レーザー法，トリクロール酢酸法など） 切除（鼻腔整復術，下鼻甲介粘膜広範切除術，鼻茸切除術など） Vidian神経切断術，後鼻神経切断術

表II-3-2 アレルギー性鼻炎治療薬の一般的特徴

◇抗ヒスタミン薬

即効性がある（特にくしゃみ，鼻汁）
鼻閉に効きにくい 眠気や口渇を伴うものがある

◇科学伝達物質遊離抑制薬，Th2サイトカイン阻害薬

効果発現に時間がかかる（数日から2週間）
鼻閉にもやや効果 眠気や口渇はない

◇抗ロイコトリエン薬，抗トロンボキサン薬

特に鼻閉に効果が高い
効果発現に時間がかかる（数日～4週間）

◇点鼻ステロイド薬

強力で鼻閉，くしゃみ，鼻汁に有効
刺激になることがある

◇漢方薬

効果はマイルドで発現に数日は必要
著効を示す患者がいる

表II-3-3 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世代の一部を除く）： 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：経口薬でみ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II-3-4 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世代の一部を除く）： 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 II-3-5 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	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
	①、②、③のいずれか一つ	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			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II-3-6 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充全型	くしゃみ・鼻漏型	鼻閉型または鼻閉を主とする充全型
治療	①遊離抑制薬 ②第2世代抗ヒスタミン薬 ③LTs拮抗薬	①第2世代抗ヒスタミン薬 ②鼻噴露用ステロイド薬 ③眼用抗ヒスタミン薬または遊離抑制薬	第2世代抗ヒスタミン薬 + 鼻噴露用ステロイド薬	LTs拮抗薬 + 鼻噴露用ステロイド薬 + 第2世代抗ヒスタミン薬	第2世代抗ヒスタミン薬 + 鼻噴露用ステロイド薬	鼻噴露用ステロイド薬 + LTs拮抗薬 + 第2世代抗ヒスタミン薬
	①、②、③のいずれか一つ	①、③で治療を開始し、必要に応じて②を追加				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

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、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」である¹⁾。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、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(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」

1. 早期診断基準

①痒疹、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 III-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ことが前額、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 III-1-2）。

表 III-1-1 アトピー性皮膚炎の診断基準

①	痒痒
②	特徴的皮疹と分布
(1)	<p>皮疹は湿疹病変</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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)	<p>分布</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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	<p>慢性・反復性経過（しばしば新旧の皮疹が混在する）</p> <p>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。</p>
<p>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。</p> <p>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。</p>	

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 ・カボジ水痘様発疹症 ・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 III-1-2 除外すべき診断

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

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(表 III-1-3)^{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 III-1-3 2歳未満の患者の早期診断のための問診票

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

2. 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 III-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 III-2-1)を参照する。日常診療では簡便なフローチャート(表 III-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 III-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(図 III-2-1の付図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(図 III-2-1の付図4、5、6参照)</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」

表 III-2-2 重症度を把握するための質問表

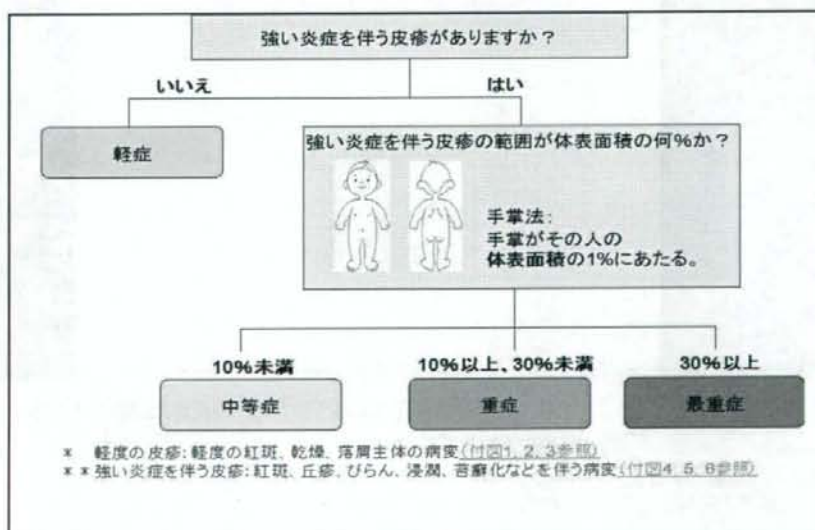


図 III-2-1 皮膚所見像

付図 1



付図 4



付図 2



付図 5



付図 3



付図 6



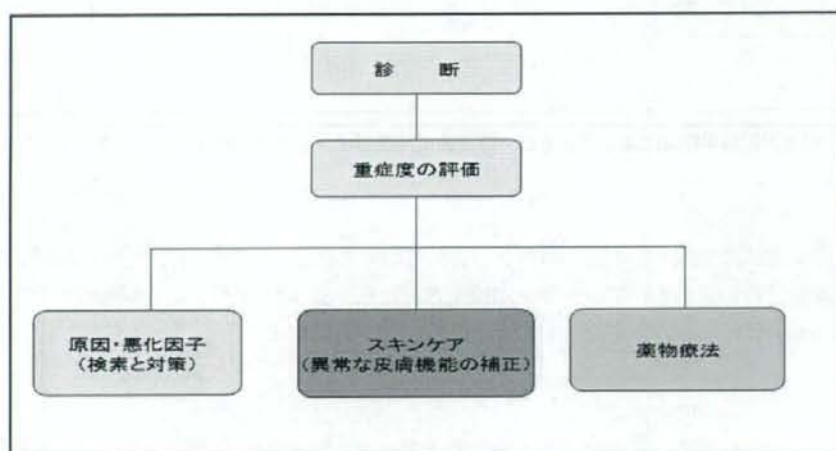
厚生労働科学研究による「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 2005」

3. 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 III-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 III-3-1 治療の基本



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」

A. 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 III-3-2）。