

- 9) 安田繁伸, 出島健司, 安田 誠, 濱 雄光, 久 育男. スギ花粉症と大気汚染. 疫学調査の結果から. 耳鼻免疫アレルギー 2003; 21: 64-5.
- 10) 佐橋紀男. 2008年のスギ花粉前線. 日本花粉学会誌 2008; 1: 29-37.

#### REGIONAL DIFFERENCES IN THE PREVALENCE OF JAPANESE CEDAR-POLLEN ALLERGY

Koji Murayama<sup>1)</sup>, Kotaro Baba<sup>2)</sup> and Kimihiro Okubo<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>Japan Meteorological Bujines Support Center

<sup>2)</sup>Dokkyo Medical Club

<sup>3)</sup>Department of Otolaryngology, Nippon Medical School

**Purpose:** According to the 2008 survey conducted by Baba et al., the average prevalence of Japanese cedar-pollen allergy is 26.5% in Japan, although there are great regional differences in the prevalence of this disease. In this study, we investigated the causes of its regional differences.

**Methods:** Regional differences in the 2008 prevalence of cedar-pollen allergy in 47 prefectures, obtained by Baba et al., were examined in terms of the correlations with the following factors: mean cedar pollen count in each region, the pollen dispersal period, relative humidity in February and March, and the concentrations of SPM, NO<sub>x</sub> and O<sub>x</sub>. The pollen counts of cedar and cypress and the sum of these pollen counts were also measured.

**Results:** The prevalence of cedar-pollen allergy had the highest correlation with the pollen dispersal period, followed by the correlation with the pollen count and relative humidity in the order. There was no statistically significant correlation between the prevalence of cedar-pollen allergy and air pollutants such as SPM.

## 2009年におけるスギ花粉症に対する 第2世代抗ヒスタミン薬による初期療法の有用性 — JRQLQ No.1 を用いた QOL 評価 —

Okano Mitsuhiro Okubo Kimihiro  
岡野 光博\* 大久保公裕\*\*

\*岡山大学大学院医歯薬学総合研究科耳鼻咽喉・頭頸部外科学  
\*\*日本医科大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科

**Summary** 2009年におけるスギ花粉症患者に対してエピナスチン塩酸塩を花粉飛散開始前から投与した初期治療群と、飛散後から投与した発症後治療群において、日本アレルギー性鼻炎標準 QOL 調査票 (JRQLQ No.1) を用いた QOL 評価を行った。花粉飛散開始時において、初期治療群のほうが鼻の症状スコアおよび QOL スコアが有意に低く、花粉飛散期を通して初期治療群で低い傾向が認められた。本試験により、エピナスチン塩酸塩を用いたスギ花粉症患者への初期療法は、花粉の本格飛散期における症状改善および QOL の維持効果をもたらし、ベースライン治療として第2世代抗ヒスタミン薬による初期療法の有用性が、あらためて裏付けられた。

**Key Words** : スギ花粉症 / 初期療法 / エピナスチン塩酸塩 / 鼻噴霧用ステロイド薬 / 日本アレルギー性鼻炎 QOL 調査票 (JRQLQ No.1)

### はじめに

スギ花粉症は、本邦の季節性アレルギー性鼻炎の代表的な疾患であり、くしゃみ、鼻漏、鼻閉、流涙などの症状により、患者の Quality of Life (QOL) は著しく阻害され、日常生活に支障をきたすことも多い。スギ花粉症の全国平均有病率は、1998年には16.2%であったが、2008年には26.5%に増加したことが報告されている<sup>1)</sup>。花粉症の治療に関しては、鼻アレルギー診療ガイドライン<sup>2)</sup>に、「重症度に応じた花粉症に対する治療の選択」の表が示されており、花粉の本格飛散期における症状軽減を目的とした治療法のひとつに、花粉飛散予測日または症状が少しでも現れた時点で第2世代抗ヒスタミン薬の投与を行う初期療法

が推奨されている。

今回我々は、第2世代抗ヒスタミン薬であるエピナスチン塩酸塩 (アレジオン®錠) を試験薬として、スギ花粉飛散前から投与した群 (初期治療群) と飛散後から投与した群 (発症後治療群) における、患者の自覚症状および QOL の改善効果について、日本アレルギー性鼻炎 QOL 調査票 (JRQLQ No.1)<sup>3)</sup> を用いて評価を行い、スギ花粉症に対する抗ヒスタミン薬による初期療法の有用性を検証した。

### I. 対象と方法

#### 1. 対象

本試験は、岡山県の9施設 (小野田耳鼻咽喉科医院、小山医院駅前耳鼻咽喉科、さいとう耳鼻科、

耳鼻咽喉科菅田医院, てしま耳鼻咽喉科, 服部耳鼻咽喉科医院, ばば耳鼻咽喉科, 藤原耳鼻咽喉科医院, 本荘耳鼻咽喉科医院) および, 東京都北区の1施設(いがらしクリニック)の計10施設において, それらの施設の耳鼻科専門医を試験担当医師として実施した。

2009年1～5月に, 試験協力施設を受診した15歳以上のスギ花粉症患者(性別不問)を対象とした。ただし, 患者の選択基準を, 過去3年以内に実施したスギ花粉症に対する血液中特異的IgE(immunoglobulin E)抗体定量がクラス2～6を示す陽性であること, 本試験内容の説明を受け同意が得られた患者とした。患者が20歳未満の場合には, 保護者などの代諾者にも説明を行った。なお, 本試験は通常の治療によって得られるデータに基づく調査であるため, 試験担当医師が被験者に対して本試験の説明を行い, その後の被験者の調査票への回答をもって, 同意確認の記録とした。

また, 以下の症例は, 本試験の対象から除外した。すなわち, ①アレルギー性鼻炎以外の鼻・眼粘膜表面に病変が認められた患者, ②本試験開始前6カ月以内に, ステロイド薬の注射を受けた患者, ③気管支喘息などの下気道疾患を有する患者, ④アナフィラキシーの既往を有する患者, ⑤本試験薬に対して, 過去に過敏症の既往のある患者, ⑥妊娠, 授乳婦, 妊娠している可能性のある患者, あるいは試験中に妊娠を希望する患者, ⑦その他, 試験担当医師が本研究の参加に不適切と判断した場合。

なお, 本試験は当該試験実施施設の外部に設置された倫理委員会で審査・承認された後に, 施設長の許可を得るとともに, ヘルシンキ宣言に基づく倫理的原則, 「臨床研究に関する倫理指針」(2004年12月28日全部改正, 厚生労働省)を遵守して実施した。

## 2. 投与方法

スギ花粉飛散前から受診し, 試験薬投与を開始

した被験者を初期治療群, 飛散後に本格的な症状が出てから試験薬投与を開始した被験者を発症後治療群とした。

各試験協力施設を受診し, 同意の得られた被験者に, 受診時毎(約4週間毎)にJRQLQ No.1への記入を依頼した。試験担当医師は, 記載もないことを確認した上で, 当日回収した。受診後, 被験者は試験薬であるエピナスチン塩酸塩(アレジオン®錠, 以下, 試験薬)20mg 1日1回の服用を開始した。スギ花粉飛散開始日以降は, 症状に応じて鼻噴霧用ステロイド薬の併用を許可した。

試験期間中には, 本試験の評価判定に影響を及ぼす可能性のある薬剤, すなわち試験薬以外の抗ヒスタミン薬, 遊離抑制薬, ロイコトリエン受容体拮抗薬, プロスタグランジンD<sub>2</sub>・トロンボキサンA<sub>2</sub>受容体拮抗薬, 経口ステロイド薬などの併用は, 原則として禁止した。

## 3. 評価方法

JRQLQ No.1は, 計量心理学的手法を用いて妥当性が証明されており, 日本のアレルギー性鼻炎患者を対象に標準化されたものである。評価項目は, パートI:自覚症状(水っぱな, くしゃみ, 鼻づまり, 鼻のかゆみ, 目のかゆみ, 涙目の全6項目), パートII:QOL(日常生活, 戸外活動, 社会生活, 睡眠, 身体機能, 精神生活の6領域からなる全17項目), パートIII:総括的状态(1項目)から構成される。被験者は, 調査日前1～2週間の状態について, パートI, IIは, 0(なし)～4(非常に重い, ひどい)の5段階から選択し, パートIIIは, 1(晴ればれ)～5(泣きたい)の5つのface scaleから選択する。

統計解析にはt検定を用い, 有意水準は5%未満とした。

## II. 結果

花粉飛散開始日は, 1cm<sup>2</sup>あたり1個以上の花粉が2日連続して観察された最初の日とされてお

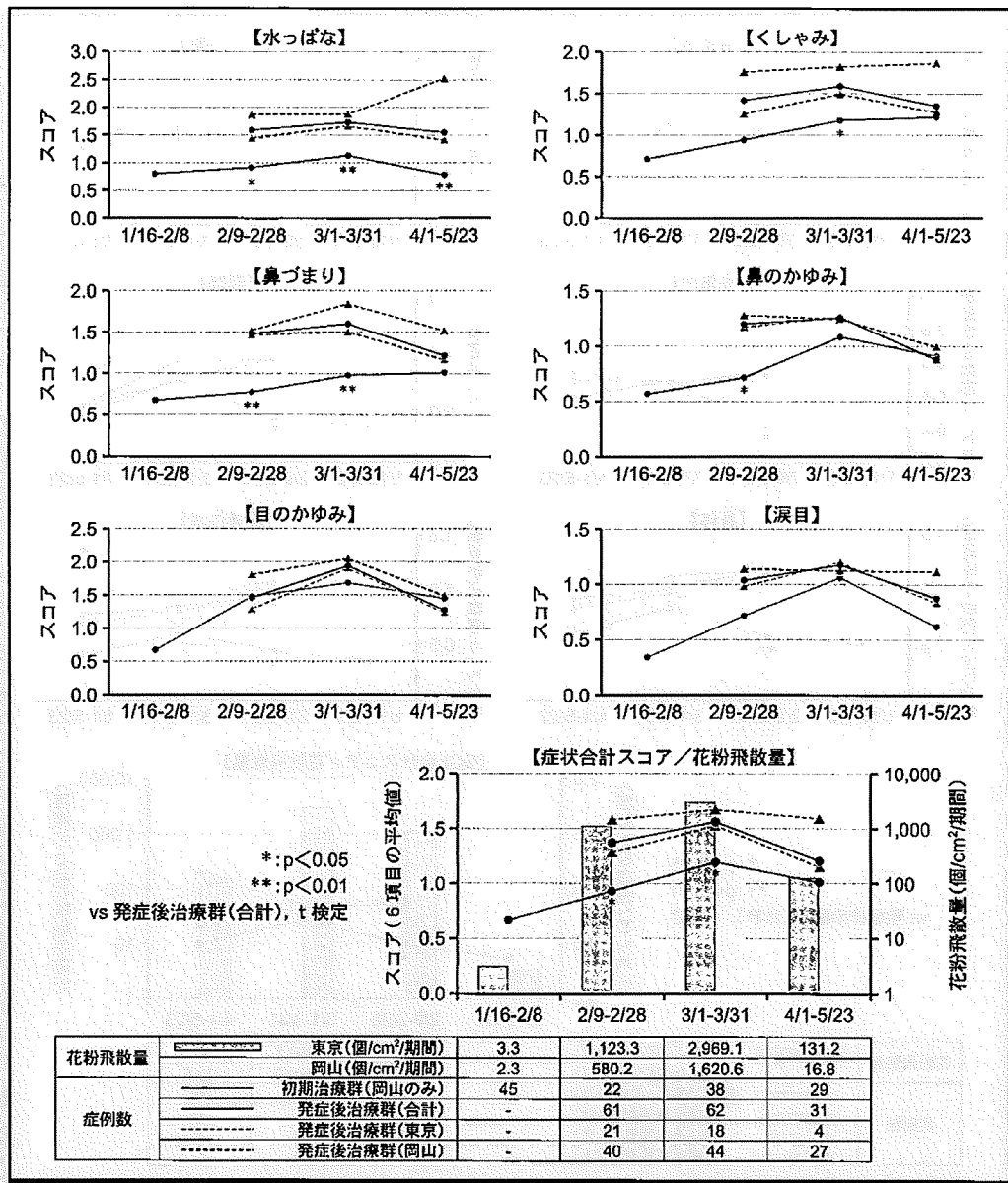


図1 JRQLQ No.1 I. 鼻・眼の症状の比較

花粉飛散開始時(2/9~2/28)において、水っぱな、鼻づまり、鼻のかゆみ、および症状合計スコアの平均スコアは、発症後治療群よりも初期治療群のほうが有意に低かった。

り、環境省花粉情報サイトによると、2009年のスギ花粉飛散開始日は、岡山県では2月10日、東京都北区では2月9日であった。したがって、

本試験において、1月16日から2月8日までに受診した被験者を初期治療群、2月9日以降に本格的な症状を訴えてから受診した被験者を発症後

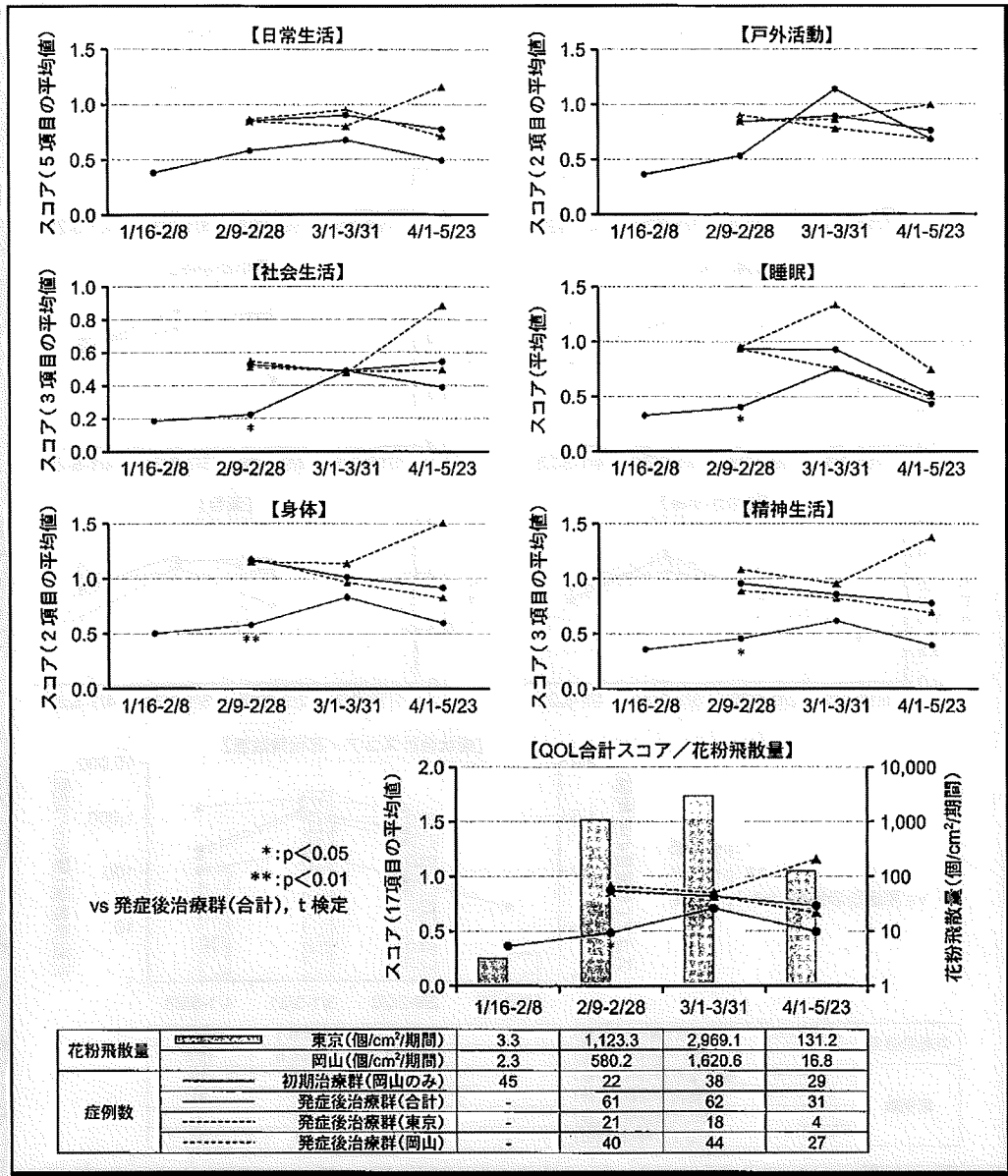


図2 JRQLQ No.1 II. QOL 質問項目の比較

花粉飛散開始時(2/9～2/28)において、社会生活、睡眠、身体、精神生活、およびQOL合計スコアの平均スコアは、発症後治療群よりも初期治療群のほうが有意に低かった。

治療群とした。初期治療群として45例、発症後治療群として86例、合計131例が本試験に登録したが、初回受診後4週間毎に来院しない症例が

あったため、各期間中に来院しJRQLQ No.1に記入した症例を対象として統計解析を行った(図に症例数を記載)。

1. 自覚症状

JRQLQ No.1 の鼻・眼の症状の程度に関する結果を図1に示す。花粉飛散開始時(2/9～2/28)の調査において、水っぱな、鼻づまり、鼻のかゆみ、および症状(合計スコア)の平均スコアは、発症後治療群よりも初期治療群のほうが有意に低かった。花粉飛散最盛期(3/1～3/31)の調査においては、水っぱな、くしゃみ、鼻づまり、および症状(合計スコア)の平均スコアが、初期治療群で有意に低かった。花粉飛散後期(4/1～5/23)の調査においては、水っぱなの症状スコアのみ有意差が認められた。

2. QOL

QOLに関する結果を図2に示す。花粉飛散開始時の調査において、社会生活、睡眠、身体、精神生活の4領域のQOLスコアおよび、QOL(合計スコア)の平均スコアは、発症後治療群よりも初期治療群のほうが有意に低かった。花粉飛散最盛期および花粉飛散後期の調査においては、両群

に有意差は認められなかった。

3. 総括的状态

face scale の平均スコアを図3に示す。いずれの期間においても、総括的状态スコアについて、両群間の有意差は認められなかった。

III. 考案

2009年版の鼻アレルギー診療ガイドライン<sup>2)</sup>が発刊され、改訂第6版となった。今回の改訂により、重症度に応じた花粉症に対する治療の選択に関して、初期療法に用いる治療薬に、プロスタグランジンD<sub>2</sub>・トロンボキサンA<sub>2</sub>受容体拮抗薬およびTh2サイトカイン阻害薬が加えられた。花粉症の初期療法では、花粉が本格的に飛散する前の無症状あるいは軽症の段階で薬剤の服用を開始するため、副作用が少なく、服用回数が少ないコンプライアンスの良い薬剤のほうが、患者の負担が軽いと考えられる。本試験薬のエピナスチン塩酸塩は、第2世代抗ヒスタミン薬のなかでも特

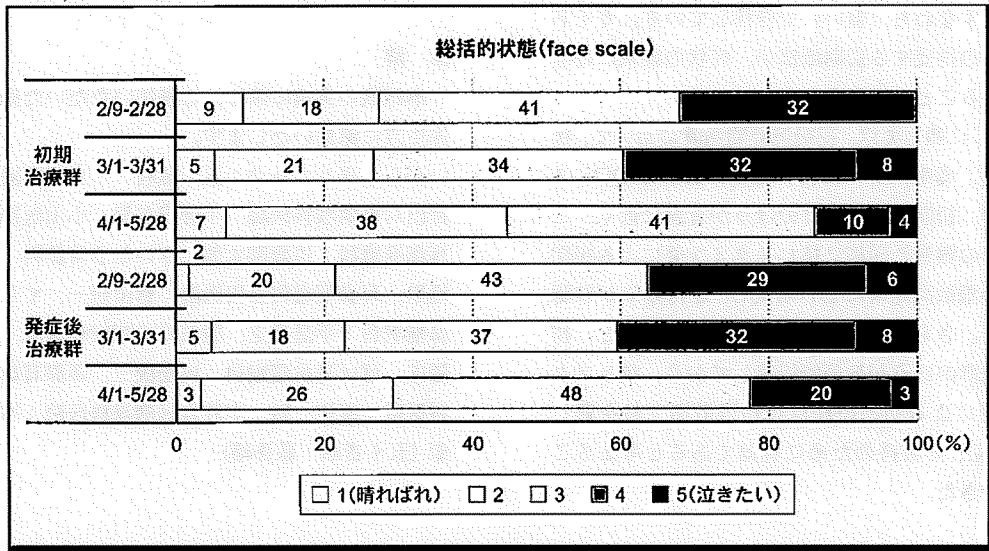


図3 JRQLQ No.1 III. 総括的状态 (face scale) の比較  
花粉飛散開始時(2/9～2/28)において、両群間に有意差は認められなかった。

に中枢への移行が少なく<sup>4)</sup>、鎮静作用の少ない薬剤であり<sup>5), 6)</sup>、その持続性により1日1回投与で臨床の有効性が認められている。エピナスチン塩酸塩を用いた花粉症の初期療法に関する報告は過去にもなされ、初期療法が花粉症の症状軽減に有用であることが示されている<sup>7), 8)</sup>。

本試験では、JRQLQ No.1を用いた評価により、自覚症状だけでなく、患者のQOLに対する効果についての検討も行った。まず、自覚症状については、花粉飛散開始時において、初期治療群のほうが発症後治療群よりも、水っぱな、鼻づまり、鼻のかゆみ、合計の症状スコアが有意に低く、飛散前に試験薬の投与を始めることで、症状発現が抑制されていることが示された。さらに調査期間を通して、初期治療群の症状スコアは、発症後治療群よりも低値で推移し、スギ花粉飛散最盛期の3月でも、水っぱな、くしゃみ、鼻づまり、合計の症状スコアが有意に低かった。スギ花粉飛散後の治療では、初期治療群・発症後治療群ともに症状スコアの差は徐々に小さくなったが、初期療法群では全経過を通じて全ての症状スコアが1.0前後、すなわち「軽い」で推移している。ガイドラインの推奨する初期療法が、症状の軽減に寄与していることが示唆された。

QOLに関しては、花粉飛散開始時において、社会生活、睡眠、身体、精神生活、合計のQOLスコアが、初期治療投与群のほうが有意に低く、これまでの報告と同様に抗ヒスタミン薬による初期療法の飛散開始時におけるQOL維持効果が確認できた。さらに合計のQOLスコアをみると、初期治療群のほうが低値で推移しており、抗ヒスタミン薬による初期療法は花粉飛散期全般を通して、QOLの維持のために有効であると考えることができた。

また、スギ花粉飛散後の治療では症状に応じて鼻噴霧用ステロイド薬の併用を許可していたことから、初期治療群・発症後治療群ともに症状スコア及びQOLスコアが徐々に低下していたことから、発症後治療のひとつとして抗ヒスタミン薬と鼻噴霧用ステロイド薬による併用療法の有用性が示唆された。

本試験により、エピナスチン塩酸塩を用いたスギ花粉症患者に対する初期療法は、花粉の本格飛散期における症状軽減と、QOLの維持効果をもたらすことが示され、特に花粉飛散開始時において、患者の鼻の症状（水っぱな、鼻づまり、鼻のかゆみ、合計）の軽減、およびQOL（社会生活、睡眠、身体、精神生活、合計）の維持に有効であり、あらためて、ガイドライン推奨の第2世代抗ヒスタミン薬服用による初期療法の有用性が裏付けられた。

利益相反なし。なお、本試験の調査主体は財団法人予防医学事業中央会であり、その依頼により本研究を行った。

#### 謝 辞

本試験の実施に際し、ご参加いただいた施設の先生方に深謝いたします。

いがらしクリニック：五十嵐利一・白坂邦隆、小野田耳鼻咽喉科医院：小野田友男、小山医院駅前耳鼻咽喉科：遠藤龍太郎、さいとう耳鼻科：齋藤雅里、耳鼻咽喉科菅田医院：菅田研一、てしま耳鼻咽喉科：手島裕之、服部耳鼻咽喉科医院：服部謙志、ばば耳鼻咽喉科：馬場雄三、藤原耳鼻咽喉科医院：渡辺 徹、本荘耳鼻咽喉科医院：本荘智康（五十音順・敬称略）

文献

- 1) 馬場廣太郎, 中江公裕: 鼻アレルギーの全国疫学調査 2008 < 1998 年との比較 > - 耳鼻咽喉科医およびその家族を対象として -. Prog Med 28 (8) : 2001-2012, 2008
- 2) 鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会 編: 鼻アレルギー診療ガイドライン-通年性鼻炎と花粉症- 2009 年版 (改訂第6版). ライフサイエンス, 東京, 2008
- 3) 奥田 稔, 大久保公裕, 後藤 稔ほか: 日本アレルギー性鼻炎 QOL 標準調査票 (2002 年度版). アレルギー 52 (補 1) : 21-56, 2003
- 4) 谷内一彦, 田代 学, 岡村信行: 中枢に移行しない第2世代抗ヒスタミン薬: PET による脳内移行性に関する研究. 西日本皮膚 71 (1) : 3-6, 2009
- 5) Tsujii T, Yamamoto E, Ohira T et al: Effects of sedative and non-sedative H1 antagonists on cognitive tasks : behavioral and near-infrared spectroscopy (NIRS) examinations. Psychopharmacology 194 (1) : 83-91, 2007
- 6) Tsujii T, Masuda S, Yamamoto E et al: Effects of sedative and non-sedative antihistamines on prefrontal activity during verbal fluency task in young children : a near-infrared spectroscopy (NIRS) study. Psychopharmacology 207 (1) : 127-132, 2009
- 7) 遠藤朝彦, 森山 寛, 山口展正ほか: 塩酸エピナスチン (アレジオン®) のスギ花粉症に対する初期治療効果の臨床的検討 - 飛散後投与との比較 -. 耳展 38 : 800-817, 1995
- 8) 増田佐和子, 鶴飼幸太郎, 竹内万彦ほか: スギ・ヒノキ花粉症に対する塩酸エピナスチン (アレジオン® 錠) の花粉飛散開始前および飛散開始後投与効果の検討. 耳展 42 : 663-671, 1999





## アトピー性皮膚炎診療ガイドライン改訂のポイント —薬剤評価・位置づけを中心に—



Kubo Chiharu  
久保 千春\*

\*九州大学病院病院長

### 4. 他科からの提言

#### 1) 心療内科から

##### はじめに

アトピー性皮膚炎は、最近では通常の皮膚科の治療に反応しにくい場合や、思春期以降も皮膚症状が持続する場合があります。これらの原因としてダニやハウスダストの増加、食生活の変化に加えてストレスの増加が考えられている。

アトピー性皮膚炎の発症や経過に心理的ストレスが関与していることは、臨床的に知られている。801人のアトピー性皮膚炎患者を追跡調査した結果、1/2~2/3の症例で、心理的ストレスが主たる悪化因子であったとする報告がある<sup>1)</sup>。また、阪神大震災によって大きな被害を受けた人ほどストレスが強く、アトピー性皮膚炎症状の増悪をみたという報告がある<sup>2)</sup>。

アトピー性皮膚炎では、皮膚の痒痒感などの不快感に加え、顔面を含む皮膚の露出部に病変が出現するために、外見的なコンプレックスを抱えることとなり、精神的によりいっそう不安定となる。そして、満足のいく社会生活や対人関係を保持していく上で、重大な障害となる場合も少なくない。

また、心理的因子とアトピーについての基礎研究については、神経線維と肥満細胞の連絡、アレルギー反応の条件づけ、脳とアレルギー反応、ストレスと気道炎症細胞、ストレスによる腸内細菌叢の変化とアレルギーなどが報告されている<sup>3)</sup>。

##### アトピー性皮膚炎の病因

アトピー性皮膚炎の病因は、ガイドラインにおいて

次のように記載されている<sup>4)</sup>。

- ①患者の個体要因に環境要因が加わって発症する。
- ②多くの患者はアトピー素因をもつが、この素因および本症の発症は遺伝する傾向が強い。
- ③多様な発症・悪化因子が推測されているが、それぞれの重要性は個々の患者によって異なる。
- ④本症の炎症はアレルギー機序のみならず非アレルギー機序によっても誘発される。

その1つとしてストレスが挙げられる。ところで、アトピー性皮膚炎の発症や経過に、心理的ストレスが関与していることは古くから知られている。

##### アトピー性皮膚炎の心理的関与

アトピー性皮膚炎の心理的関与<sup>5)</sup>について、以下のよう<sup>6)</sup>に3つのカテゴリーにまとめられる。これら3つのカテゴリーは相互に無関係でなく、しばしば依存し、相互に関連し合っている。

##### 1. ストレスによりアトピー性皮膚炎が発症、再燃、悪化、持続する症例

心理社会的ストレスが、アトピー疾患の悪化因子あるいは発症因子の1つとなっている場合である。この場合、生活上のライフイベントの変化(出産、結婚、離婚、転居、就職、転職、進学、近親者の病気や死など)や、日常生活のストレス(家庭、職場、学校での対人関係の問題、慢性的勉強、仕事の負担など)が疾患の発症や再燃に先行して見られる。また、心理状態(不安、緊張、怒り、抑うつなど)と症状の悪化との間に密接な相関が認められる。

## 2. アトピー性皮膚炎に起因する不適応を引き起こしている症例

アトピー性皮膚炎では、慢性再発性に経過し改善の見通しが立ちにくいことも多く、しばしば治療にかかる肉体的、精神的、時間的、経済的負担が大きい。それらによって、患者に著しい心理的苦痛や社会的、職業的機能の障害が生じ、心身医学的な治療の対象となる場合がある。症状として、睡眠障害、対人関係障害、社会的状況の回避や引きこもり、学業や仕事の業績の低下、抑うつ気分、不安などがみられる。

## 3. アトピー性皮膚炎の治療・管理への不適応を引き起こしている症例

心理社会的要因によって、医師の処方や指導の遵守不良などが引き起こされ、適切な身体的治療や管理を行うことが妨げられ、治療や経過に著しい影響を与えている。ステロイド治療をはじめとした薬物や、処置に対する不合理な不安・恐怖、症状のコントロールに対しての無力感、医療あるいは医療従事者に対する強い不信感などを認める。

心理的要因は、ある程度患者の背景について知らないときみえにくい。診療に当たっては、はじめから身体面だけでなく、心理社会面からも情報を得ることが大切である。一般にストレスをストレスとして認知せず、あたかも何事もなかったかのように振る舞い、ストレスに対して適切に対処していないものに重症化・難治化がみられやすく、ステロイド薬の離脱が困難になるものが多い。

心理的側面の評価に当たっては、心身医学の専門医以外の医師でも使用できる背景因子調査表が、アトピー性皮膚炎に対して開発され、心理社会的背景の情報を均一で高いレベルで把握できるようになっている<sup>5)</sup>。この調査表を用いると、一般臨床医でもアトピー性皮膚炎の心身症診断が可能になり、かつ発症と経過に関しての理解が深まり、各症例に合った包括的治療を選択できると思われる。表1にアトピー性皮膚炎の心身医学的診断基準を提示した。

## 治療

治療の基本は、個々の患者において発症・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で行う。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。

ストレスが関与しているような時には、心身両面か

らその病態を把握して、その治療目標と治療方針を決定することが必要である。通常の皮膚科の治療に並行して以下のような治療を行う。抗不安薬、抗うつ薬や睡眠薬などの向精神薬、漢方薬による薬物療法、生活指導および面接による支持的療法(カウンセリング)、および自律訓練法などが基本である。

### 1. 向精神薬

不安障害や気分障害を伴っている場合、またはそれらと交代して発作が起きている場合には、アトピー疾患の治療に抗不安薬や抗うつ薬を併用すると有効な場合がある。現在、最も多く使用されているベンゾジアゼピン系抗不安薬は、抗不安作用に加えて鎮静、筋弛緩作用をもつ。基本的には、少量から開始して様子を見ながら増量していくべきである。

Clotiazepam(リーゼ<sup>®</sup>)は副作用が少なく、血中半減期も短いので使いやすい。不安が強い場合には、etizolam(デパス<sup>®</sup>)、bromazepam(レキソタン<sup>®</sup>)、alprazolam(コンスタン<sup>®</sup>)、ソラナックス<sup>®</sup>)、lorazepam(ワイパックス<sup>®</sup>)などを用いる。Etizolam、bromazepamは焦燥感に対しても鎮静作用が強く、etizolamにはヒスタミン遊離抑制作用もあることが知られている。また、hydroxyzine(アトラックス<sup>®</sup>)は抗不安作用のほかに抗ヒスタミン作用、催眠作用も有している。抗うつ薬では、抗コリン作用や心毒性などの副作用が少ない選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)が推奨されている。

向精神薬は漫然と投与を続けると、患者は薬物依存の状態に陥ることがあり注意を要する。向精神薬の投与はあくまでも一時的、補助的手段にすぎないことを患者によく理解させ、そのような心理反応を生じさせている心理社会的因子の原因を探り、その対策を習得させるために、生活指導、心理療法が必要なことを納得させるようにする。また、患者の状態に応じて漢方薬を用いる場合もある。

### 2. 生活指導

食生活、飲酒や喫煙、運動などの生活習慣の指導を行う。また、休養、睡眠、遊びのバランスにも留意させる。生活指導を効果的に行うためには、患者の毎日の生活習慣や日課の点検、症状経過表などによる自己観察を行わせ、望ましい行動や努力には注目して賞賛するなどして、その行動の強化を図るようにする。

### 3. 面接による治療(カウンセリング)

一般的な心理療法の基本は、良好な患者・医師関係

表1 アトピー性皮膚炎の心身医学的診断基準

<p>A. ストレスによるアトピー性皮膚炎の発症, 再燃, 悪化, 持続(心身症)</p> <p>心理社会的ストレスがアトピー性皮膚炎の発症や再燃, 悪化, 持続に重要な役割を果たしている。以下のうち3つまたはそれ以上で示される。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 生活上の大きな出来事(ライフイベント)が皮膚炎の発症や再燃に先行してみられる。</li> <li>2) 日常的な心理社会的ストレスの増加や減少, 持続と皮膚炎の症状の悪化や軽快, 持続との間に密接な時間的関連がある。</li> <li>3) 清動状態(抑うつ, 不安, 緊張, 怒りなど)と皮膚炎の症状の悪化との間に強いあるいは頻繁な関連がみられる。</li> <li>4) ストレス状況あるいは抑うつ, 不安, 緊張, 怒り, 空虚感などによって, 掻破行動が誘発されることが皮膚炎の重要な悪化要因となっている。</li> </ol> <p>B1. アトピー性皮膚炎に起因する不適応</p> <p>アトピー性皮膚炎の皮疹による外貌の変化, 強い痒み, 慢性再発性に経過し改善の見通しが立てにくいこと, 治療にかかる肉体的/精神的/時間的/経済的負担が大きいことなどに反応して, 二次的に心理的苦痛や社会的, 職業的機能の障害が生じている。</p> <p>以下のうちの3つまたはそれ以上で示される。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 睡眠の障害</li> <li>2) 対人関係の障害</li> <li>3) 社会的状況の回避や引きこもり</li> <li>4) 学業や職業あるいは家事における業績の低下あるいは停滞</li> <li>5) 抑うつ気分</li> <li>6) 不安</li> </ol> <p>B2. アトピー性皮膚炎の治療・管理への不適応</p> <p>心理社会的要因によって医師の処方や指導の遵守不良などが引き起こされ, アトピー性皮膚炎に対する適切な身体的治療や管理を行うことが妨げられ, 治療や経過に著しい影響を与えている。</p> <p>以下のうちの2つまたはそれ以上で示される。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 薬物や処置に対する不合理な不安, 恐怖</li> <li>2) 症状のコントロールについての無力感</li> <li>3) 医療あるいは医療従事者に対する強い不信感</li> <li>4) 皮膚炎悪化に対する過敏あるいは過度の不安</li> </ol>
--

(文献5より引用改変)

に基づいた面接療法である。医師はまず患者の訴えや苦悩を十分に理解するよう努めねばならない。そのためには、温かい、受容的、共感的な態度で患者の話によく耳を傾けること(傾聴, listening)が必要である。その際、患者を批判することなく、患者の立場になって、その苦悩を人間的に理解しようとするのが大切である。

ことばの背後にある感情に焦点を合わせ、特に不安、緊張、イライラ、不満、怒り、悲しみ、失意、無力感など、抑圧されていた感情のエネルギーの発散(ventilation)が行われるようになる。

こうして面接過程が進むにつれ、患者の考え方、受けとめ方、ストレスの処理のしかた、日常生活や対人関係のあり方などの問題点を明確化(clarification)していき、心身相関や問題点の本質についての気づき(洞察, insight)を促すようにする。そして、患者が自主的に問題を解決していけるよう一緒に考え援助して

いく。こうした治療者の一貫した共感的、支持的な(supportive)アプローチにより、患者は次第にホメオスタシスが回復し、自信を取り戻して、環境によりよく適応できるようになる。場合によっては、患者の家族や職場環境などに対する働きかけ(環境調整, 家族療法)も必要である。患者が小児の場合は、患児の治療ばかりでなく、母親も含めた家族調整が重要であることが指摘されている。治療に抵抗性のアトピー性皮膚炎の小児においては、往々にして歪んだ母子関係が認められ、この関係を健全にすることによって、症状の改善とともに患児の母親からの精神的な自立をも促進されたことが報告されている。また、掻破という行為に焦点を当てた行動療法も有効であることが報告されている。

そのほかに自律訓練法、行動療法的技法(系統的脱感作, オペラント技法), 作業療法(絵画, フィンガーペインティング, 箱庭療法)などがある。これは非言語

的な治療法であり、言語的な治療に抵抗のある患者にとって、感情の発散やリラクセス、および自分の感情への気づきが起こる。

●●●  
●おわりに

ストレスがアトピー性皮膚炎の病態に関与していることが、臨床的・基礎的研究からも明らかになってきている。アトピー性皮膚炎の治療においては、ストレスによる不安、抑うつ、悲しみ、怒りなどの精神状態に対する対処が重要である。このことについては、近年の治療ガイドラインにも取り上げられている。

●●●  
●文 献

- 1) Laummintaуска K, Kälimo K, Raitala R, et al: Prognosis of atopic dermatitis. A prospective study in early adulthood. *Int J Dermatol* 1991; 30: 563-568.

- 2) Kodama A, Horikawa T, Suzuki T, et al: Effect of stress on atopic dermatitis: investigation in patients after the great hanshin earthquake. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 104: 173-176.
- 3) 久保千春: 心因とアレルギー、アレルギー 1996; 45: 1-4.
- 4) 古江増隆, 佐伯秀久, 古川福実ほか: 日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎診療ガイドライン2008. *日皮会誌* 2008; 118: 325-342.
- 5) 羽白 誠, 安藤哲也: アトピー性皮膚炎心身症診断・治療ガイドライン2006(小牧 元, 久保千春, 福土 審編), 協和企画, 東京, 2006; pp. 254-259.

*The Suggestion from Another Department of Medicine*  
*—Department of Psychosomatic Internal Medicine*

Chiharu Kubo\*

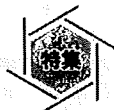
\*Kyushu University Hospital, Director

The pathogenesis of atopic dermatitis (AD) has been speculated as various inducing or aggravating factors. The significance of these factors depends on individual patient. The stress is pointed out as one of main factor of pathogenesis of AD. As the lesion appears on the surface of skin including face in addition to the unpleasantness with irritation of skin, the patients of AD have appearance complex. Therefore, they are psychologically unstable.

Psychosomatic treatment which is the combination physical and psychological treatment is important for the therapy of AD. Psychosomatic treatment has to piece out the biopsychological aspect of patient and determine the goal and principle of therapy. In addition to usual dermatological treatment, psychotropic drugs such as anxiolytics, anti-depressants and narcoleptics, teaching of life style, counseling and autogenic training are fundamental.

## 心因性咳嗽

Psychogenic cough



久保 千春  
KUBO Chiharu

咳嗽—その common で多様な疾患領域 Key words 心因性咳嗽 慢性咳嗽 心身医学療法 心理的要因

心因性咳嗽は「心理的要因により発作性あるいは持続的に続く乾性咳嗽である」と定義される<sup>1)</sup>。発症には心理的要因が関与している。日中に起こることが多く、夜間は少ない。小児、思春期の症例の報告が多いが、成人にもみられる。成人では女性に多いとの報告がある<sup>2)</sup>。

咳、とくに慢性咳嗽は安静の妨げや睡眠障害をきたすほか、時には嘔吐、上腹部痛を起こしたり、咽頭・胸壁の不快感・痛みをもたらすなど、体力を消耗させる。

### 病 態

心理的要因の関与はさまざまである。ストレスの強さは、ストレスの持続時間や程度と受け止める側の患者自身の性格や価値観、感受性、生活史、社会的状況などによって異なる。ストレスに対する自分の感情への気づきが乏しい失感情症や、自分の身体感覚への気づきが乏しい失体感症の人にみられる。とくに小児、思春期ではストレスに対して身体化しやすい。その1つとして心因性咳嗽が生じる。

### 診 断

発作性あるいは持続的に乾性咳嗽が生じ、咳嗽は睡眠中は消失する。咳嗽により日常生活や社会

九州大学病院 院長

生活が障害される。身体所見、画像所見、検査所見に明らかな異常を認めない、などによって診断される。また、治療的診断として、H1-拮抗薬、 $\beta$ 2-刺激薬、(マクロライド系)抗菌薬、ステロイド薬、プロトンポンプ阻害薬など、しばしば咳嗽を呈する基礎疾患や病態に対して有効な薬剤がいずれも無効であり、抗不安薬や抗うつ薬が奏効することがあげられる。

少なくとも3~8週間以上咳が続く慢性咳嗽疾患として、表1のような疾患が鑑別診断としてあげられる。

### 治 療

心因性咳嗽の治療は、鎮咳薬や気管支拡張薬は無効である<sup>3)</sup>。心理社会的因子の影響が多く認められ、その評価と治療が重要である。そのためには、患者を身体面、心理面、社会面から、全人的

0371-1900/09/¥50/頁/1COPY

表1 心因性咳嗽の鑑別すべき疾患

1. 気道の炎症：急性上気道炎，急性気管支炎，気管支喘息，咳喘息，マイコプラズマ肺炎，クラミジア肺炎
2. 胸膜への刺激：胸膜炎，胸水，気胸
3. 気道への刺激：乾燥，タバコ，塵を吸い込む，刺激性ガス，声帯の酷使，後鼻漏，気管・気管支異物
4. 肺疾患：間質性肺炎，過敏性肺炎，肺気腫，塵肺，肺癌，肺結核
5. 喉頭疾患：アレルギー性咽喉頭炎，喉頭痙攣
6. その他：胃食道逆流症，外耳疾患，迷走神経刺激，ACEアンジオテンシン変換酵素阻害剤(ACE阻害剤；降圧剤の一種)など

表2 心身医学療法(心身症の治療)

1. 病態の把握理解
2. 良好な患者-医師関係の確立(ラポールの形成)
3. 治療への動機づけ
4. 生活指導(食事，睡眠，運動，仕事，趣味)
5. 一般内科ないし臨床各科の身体療法
6. 向精神薬(抗不安薬，抗うつ薬，睡眠薬)
7. 心理療法
・面接による支持的療法(カウンセリング)
・専門的療法：自律訓練法，筋弛緩法，交流分析，行動療法，認知行動療法，バイオフィードバック療法，家族療法，ゲシュタルト療法，作業療法，箱庭療法など
・東洋的療法：森田療法，絶食療法，内観療法，太極拳，ヨーガなど

にとらえて行う心身医学療法が重要である。

### 1. 心身医学療法

心身医学的療法の基本を表2に示す。

良好な患者-医師関係を基に，まず身体療法を行う。不安，うつ，不眠を伴っている場合は，症状に応じて薬物を用いる。

そして睡眠，食事，運動などの生活指導も行う。これらの治療に加え，心理療法を行う。面接が主体であるが，患者の年齢や病態に応じていろいろな治療技法を選択する。また，体のほうから働きかける身心療法としての東洋医学的療法も併用されることがある。

不安，緊張，イライラ，抑うつ，不眠などの症状に対して，抗不安薬(ベンゾジアゼピン系)，抗うつ薬(三環系，四環系，SSRI：選択的セロトニン再取込阻害薬，SNRI：セロトニン・ノルアドレナリン再取込阻害薬，スルピリド)，睡眠薬(ベンゾジアゼピン系など)が適宜用いられる。一般に，向精神薬は患者の有する心身の症状をそのまま受容して，とりえず苦痛を和らげるために大いに役立つ。向精神薬を使用したこのようなアプローチにより，患者-医師関係の確立が容易になり，その後の治療が進めやすくなる場合が多い。ただし，これらの薬物も漫然と投与を続けると，患者は薬物依存の状態に陥ることがあり注意を要する。向精神薬の投与はあくまでも一時的，補助的手段にすぎないことを患者によく理解させ，そ

のような心理反応を生じさせている心理社会的因子の原因を探り，その対策を習得させるために，生活指導，心理療法が必要なことを納得させるようにすることである。

### 2. 面接による治療(簡易精神療法，カウンセリング)

一般的な心理療法の基本は，良好な患者-医師関係に基づいた面接療法である。面接は患者の問題を直接的に解決してあげるのではなく，患者が自らの力でそれを解決する，もしくは解決できるように成長するための援助過程である。医師はまず患者の訴えや苦悩を十分に理解するよう努めねばならない。そのためには，まず温かい，受容的，共感的な態度で患者の話によく耳を傾けること(傾聴 listening)が必要である。その際，患者を批判することなく，患者の立場になって，その苦悩を人間的に理解しようとするのが大切である。

ことばの背後にある感情に焦点を合わせ，とくに不安，緊張，イライラ，不満，怒り，悲しみ，失意，無力感など，抑圧されていた感情のエネルギーの発散が行われるようにする。

感情の発散の結果，心身ともに安定してくる。そして，面接過程がすすむにつれて，患者の考え方，他人の話の受けとめ方，ストレスの処理のしかた，日常生活や対人関係の問題点が明確化され

てくる。こうして心身相関や問題点の本質についての気づき(洞察)が促される。そして、患者が自主的に問題を解決していけるよう一緒に考え援助していく。こうした治療者の一貫した共感的、支持的なアプローチにより、患者は次第に心身のホメオスターシスを回復し、自信を取り戻して、環境によりよく適応できるようになる。場合によっては、患者の家族や職場環境などに対する働きかけ(環境調整、家族療法)も必要である。心因性咳嗽が多い小児や思春期の場合は、とくに家族や環境調整が重要である。そのほかに、自律訓練法、行動療法的技法(系統的脱感作法、オペラント技法)や、非言語的治療法である作業療法、遊技療法、箱庭療法、音楽療法などがある。また、絶食療法、内観療法、太極拳などのような東洋的治療法も取り入れられている。

このようにさまざまな治療法があるが、個々の患者の病状に応じて、あるいは治療者側の立場や

条件によって、適宜、取捨選択される。西洋的な心から体へ働きかける治療と東洋医学的な体から心へ働きかける治療の併用は効果的である。

### 3. ストレス対処

病気の予防や増悪にはストレスの対処が重要である。ストレス対処としては、まずストレスを自覚し、原因を明らかにすることである。そして自分で対処できるか否かを見極める。家族や代理者の支持も重要である。

ストレス対処法は、①ストレス場面を避ける。②適度に発散をする。③ストレス耐性をつける。発散やストレス耐性はリラクゼーション法を身につけることである。

リラクゼーション法としては、スポーツ、筋弛緩法、太極拳、マッサージ、自律訓練法、催眠、イメージ療法、バイオフィードバック法、音楽、絵画、芳香、温泉などさまざまなものがある。

#### 文 献

- 1) Fenichel O : The psychopathology of coughing. *Psychosom. Med* 5 : 181-184, 1943.
- 2) Mastrovich JD, Greenberger RA : Psychogenic cough in adults : A report of two cases and review of the literature. *Allergy Asthma Proc* 23 : 27-33, 2002.
- 3) 八塚麻紀, 吉内一浩 : 心因性咳嗽, *医学のあゆみ* 225(11) : 1168-1170, 2008.



