

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

⑨ X線検査、鼻腔通気度検査：必須ではない。

### 3) 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。

- ① 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。
- ② 感染性鼻炎、副鼻腔炎との鑑別を表Ⅱ-1-3に示す。
- ③ 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判別は困難である。

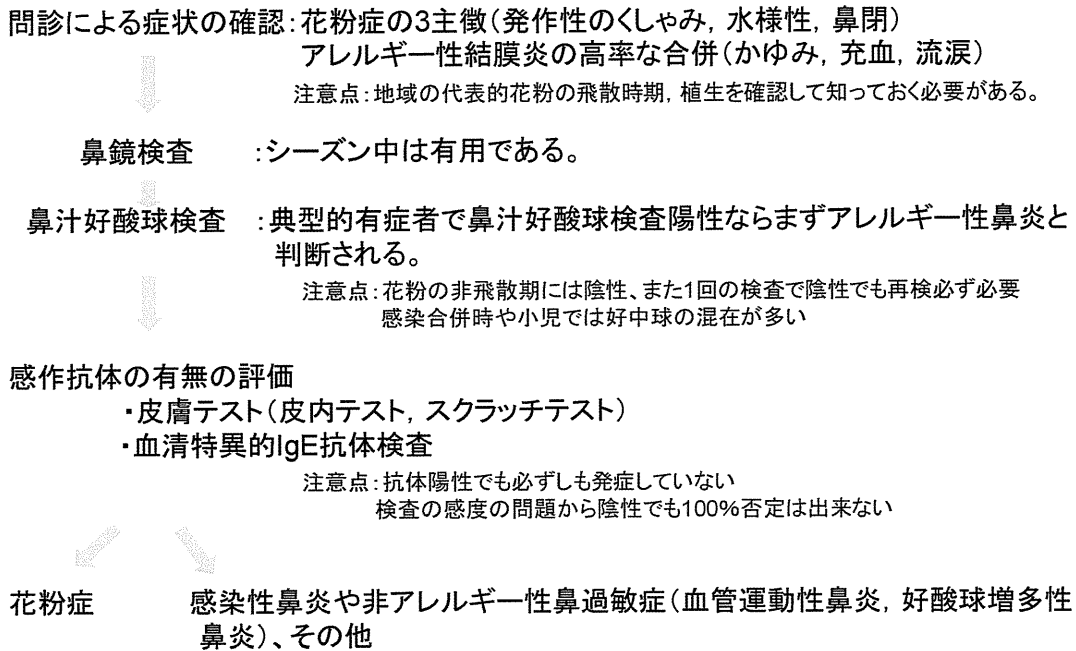
### 4) 早期診断の問題点

- ① 誘発テストに一般に入手可能な抗原はハウスダスト、ブタクサ花粉のみである。
- ② 症状に関する質問用紙（問診票）で信頼できるものがない。International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)のものでは偽陽性が多い。

### 5) 小児の診断

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 保護者には詳細な問診が重要である。
- ④ 鼻内所見と訴える症状、症状の強さが一致しないことも少なくない。
- ⑤ 誘発テストは年少児では困難。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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Ⅱ-1-1 花粉症の診断の流れ(シーズン中の患者)



表Ⅱ-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	♂≧♀	♂<♀	♂≦♀	♂≦♀
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%

\*最近は、花粉症の発症の低年齢化が認められている。

\*\* 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。

感染症とアレルギー性鼻炎との鑑別

		病 因	発 症	症 状	鼻 汁	鼻鏡所見	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(春,夏,秋,冬),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,腫脹,水性鼻汁	寒気,頭痛	開花期中	眼,咽頭,皮膚症状
	通年性		気温の変化,朝起床時など発作性			蒼白腫脹,粘膜肥厚,水性鼻汁		通年性	
急性鼻炎		かぜ,感染,急性伝染病	かぜが多い,成因による	乾燥感,くしゃみ,鼻汁,鼻閉,頭痛	多量,水性?粘膿性,脱離上皮細胞	発赤,腫脹,浮腫	発熱,頭痛,全身倦怠感,咽頭痛	1~2週間	副鼻腔炎,咽喉頭炎,下気道炎
急性・慢性副鼻腔炎		急性副鼻腔炎,かぜ,感染,歯カリエス	成因による	頭痛,頬部痛,歯痛(急性),鼻閉,鼻漏,嗅覚障害	粘膿性,時に悪臭	発赤,腫脹,中鼻道浮腫状膿汁	発熱,頭痛,全身倦怠感(急性)	1~2週間(急性)	同上,稀に眼症状,頭蓋内合併症

## 2. 重症度の判定基準

- 1) 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日の擤鼻回数,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,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。

2) 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 Japan Rhino-conjunctivitis Quality of Life Questionnaire (JRQLQ) が使われる。

## 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

現在の医療では、体の病気を治すだけでなく、患者さんがよりよい生活ができるよう治療すべきという考えが広まっています。そこであなたの病気がどれ位生活を障害し、治療により改善されるか調査するものなので、ご協力下さい。これは診療上の規則に従い、あなたのプライバシーは固く守られます。

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ください。

**I** 最近1~2週間でもっともひどかった鼻・眼の症状の程度について✓印をそれぞれつけて下さい。

鼻・眼の症状	0 症状なし	1 軽い	2 やゝ重い	3 重い	4 非常に重い
水っぱな	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
くしゃみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
鼻づまり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
鼻のかゆみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
目のかゆみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
涙目(なみだめ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**II** Iの症状(鼻・眼)のために、同じく最近1~2週間でもっともひどかったQOL質問項目の程度について✓印をそれぞれつけて下さい。Iの症状(鼻・眼)と関係がないことがはっきりしている項目はなしの口に×印をして下さい。

QOL質問項目	0 なし(いいえ)	1 軽い	2 やゝひどい	3 ひどい	4 とてもひどい
1. 勉強・仕事・家事の支障(さしさわり)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 精神集中不良	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 思考力の低下(考えがまとまらない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 新聞や読書の支障(不便)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 記憶力低下(ものおぼえが悪い)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. スポーツ、ピクニックなど野外生活の支障	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 外出の支障(控えがち)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 人とつき合いの支障(控えがち)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 他人と会話・電話の支障(さしさわり)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. まわりの人が気になる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

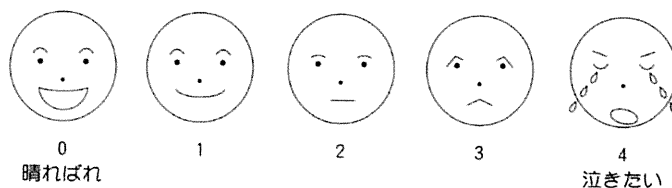
裏につづく

- |                    |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11. 睡眠障害(眠りが良くない)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. 倦怠(けんたい)感(だるい) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. 疲労(つかれやすい)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. 気分が晴れない        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. いらいら感          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ゆうつ            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. 生活に不満足         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



### 総括的状态

最近1~2週間のあなたの状態(症状、生活や気持ちを含めて)全般を表わす顔の番号に○印をつけて下さい。



記入もれはありませんか? 今一度みて下さい。ご協力ありがとうございました。

●これ以下は記入しないで下さい。

医師記入欄	患者名 _____ カルテNO. _____ 年齢 _____ 歳 性別: 男・女
	施設名 _____ 担当医師 _____ 記入日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	【診断】: 季節性(抗原: _____) *治療(予防、薬物、免疫療法、手術)
	通年性(抗原: _____) *治療(予防、薬物、免疫療法、手術)
	非アレルギー(病名: _____) *治療( _____ )
	QOLスコア : なし 0点、軽い 1点、中くらい 2点、重い 3点、非常に重い 4点
	合計スコア _____ 点
	領域別スコア
	① 1~5 日常生活 _____ 点      ② 6、7 戸外行動 _____ 点
	③ 8~10 社会生活 _____ 点      ④ 11 睡眠 _____ 点
⑤ 12、13 身体 _____ 点      ⑥ 14~17 精神生活 _____ 点	
【備考】: 記入時の治療の詳細その他を記して下さい。	

(禁 無断複製、複写、転載、改変)

Japan Rhino-conjunctivitis Quality of Life Questionnaire による患者の重症度評価と前述の客観的の症状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	+未満
鼻汁 (1日の平均? 鼻回数)	21回以上	20~11回	10~6回	5~1回	+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	口呼吸はまったくくないが鼻閉あり	+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	(+++)&(+)の間	あまり差し支えない	+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
	+	最重症	重症	中等症	軽症	軽症
閉	-	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. 早期治療の指針

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急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、早期治療が必要である。

#### 1) 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。

- ① 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を把握するうえで重要で、その必要性を患者が理解する必要がある。
- ② 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の十分な説明は欠かせない。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。
- ③ 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、相互作用についても理解が必要である（表Ⅱ-3-3 と表Ⅱ-3-4）。
- 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、例え治癒に至らなくとも7割以上の患者で使用薬剤を減らすことが認められており、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、といった問題点がある。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・コンセントを得る必要がある。
- ⑤ 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（鼻中隔彎曲，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を考慮する必要がある。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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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軽度の症状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。繰り返す花粉曝露で、過敏性、症状の重症化が増強していくため早期に症状の改善をはかることを目的としている。

## 2) 問題点

- ① 正確で詳細な飛散花粉情報、予報の開発が待たれている。
- ② 労力負担が少なく、リアルタイムでの飛散情報の提供が期待されている自動花粉測定器であるが、精度に問題があり、感度の向上、空中浮遊粒子との識別能の改善が必要である。
- ③ 現行の皮下投与による特異的免疫治療に変わる投与法の開発（例えば舌下免疫療法）
- ④ 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、ほとんど無いものもあり、早急な検討が必要である。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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らない。特に小児では長期にわたって発症の危険性が続く。secondary intervention としては抗原曝露の回避、薬物治療、免疫治療、プロバイオテクスなどが期待されるが十分なエビデンスはなく、レベルの高い検討が望まれている。

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 6 版、ライフ・サイエンス社、東京、2008 年

Bousquet. J. et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update. Allergy 2008;63 Suppl 86:8-160.

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D2・トロンボキサンA2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(a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

### ◇ 化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? 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世代の一部は除 ◇ : 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PDG<sub>2</sub>・TXA<sub>2</sub>薬 : 肝障害、出血傾向

抗ロイコトリエン薬 : 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PDG<sub>2</sub>・TXA<sub>2</sub>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指針

重症度	軽症	中等症		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第2世代抗ヒスタミン薬 ②遊離抑制薬 ③Th2サイトカイン阻害薬 ①、②、③のいずれか1つ	①第2世代抗ヒスタミン薬 ②遊離抑制薬 ③Th2サイトカイン阻害薬 ④鼻噴霧用ステロイド薬 ①、②、③、④のいずれか1つ。必要に応じて①、②、③に④を併用する。	①抗LTs薬 ②抗PGD <sub>2</sub> ・TXA <sub>2</sub> 薬 ③鼻噴霧用ステロイド薬 ①、②、③のいずれか1つ。必要に応じて①、②に③を併用する。	鼻噴霧用ステロイド薬 + 第2世代抗ヒスタミン薬	鼻噴霧用ステロイド薬 + 抗LTs薬または抗PGD <sub>2</sub> ・TXA <sub>2</sub> 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					

注1) 抗ヒスタミン薬は、第二世代を用いることが多いが、第一世代は値段が安い。早く効く、効いている時間が短い、などの特徴を生かして使用する。ただし、眠気が強い、尿の出が悪い、経内障、喘息のある人には使えないことに注意する。  
 注2) 遊離抑制薬=ケミカルメディエーター遊離抑制薬。  
 抗LTs薬=抗ロイコトリエン薬。  
 抗PGD<sub>2</sub>・TXA<sub>2</sub>薬=抗プロスタグランジンD<sub>2</sub>・トロンボキサンA<sub>2</sub>薬。  
 注3) 鼻づまりの強い場合、点鼻用血管収縮薬を1週間以内に限って使用。  
 注4) 薬を1種類にするか複数にするかは症状による。  
 注5) 症状が改善してもすぐに薬を中止せず、数カ月の安定を確かめて徐々に減らしていく。  
 注6) 重症例で上記薬剤に反応しない場合、経口ステロイド薬を短期間(1~2週間)使用しなければならないことがある。

(鼻アレルギー診療ガイドライン 2009)

表 II-3-6

花粉症に対する治療指針

重症度 病型	初期療法	軽症	中等症		重症・最重症	
			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第2世代 抗ヒスタミン薬	①第2世代 抗ヒスタミン薬	第2世代 抗ヒスタミン薬	抗LTs薬	鼻噴霧用 ステロイド薬	鼻噴霧用 ステロイド薬
	②遊離抑制薬	②鼻噴霧用 ステロイド薬	+	+	+	+
	③Th2サイト カイン阻害薬		鼻噴霧用 ステロイド薬	鼻噴霧用 ステロイド薬	第2世代 抗ヒスタミン薬	抗LTs薬
	④抗LTs薬 ⑤抗PGD <sub>2</sub> ・ TXA <sub>2</sub> 薬			+		+
		①と点眼で治療 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		第2世代 抗ヒスタミン薬
	①、②、③、 ④、⑤のいずれ か1つ	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			

注) 遊離抑制薬=ケミカルメディエーター遊離抑制薬  
 抗LTs薬=抗ロイコトリエン薬  
 抗PGD<sub>2</sub>・TXA<sub>2</sub>薬=抗プロスタグランジンD<sub>2</sub>・トロンボキサンA<sub>2</sub>薬

(鼻アレルギー診療ガイドライン2009)

### 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、癢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」である<sup>1)</sup>。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、癢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」

#### 1. 早期診断基準

①癢痒、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 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が前額、眼囲、口囲・口唇、耳介周囲などが好発部位である。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 か月以上であり、ほかの年齢層の 6 か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	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) ・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か月以上、その他では6か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"> <li>・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）</li> <li>・合併症（気管支喘息、アレルギー性鼻炎・結膜炎）</li> <li>・毛孔一致性丘疹による鳥肌様皮膚</li> <li>・血清 IgE 値の上昇</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・眼症状（白内障、網膜剥離など）</li> <li>：特に顔面の重症例</li> <li>・カポジ水痘様発疹症</li> <li>・伝染性軟属腫</li> <li>・伝染性膿痂疹</li> </ul>

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

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 (表 III-1-3) <sup>2,3)</sup>。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.いままでに、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）<sup>1)</sup>。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

軽症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみみられる。
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。
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。
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。
*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）
**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）

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

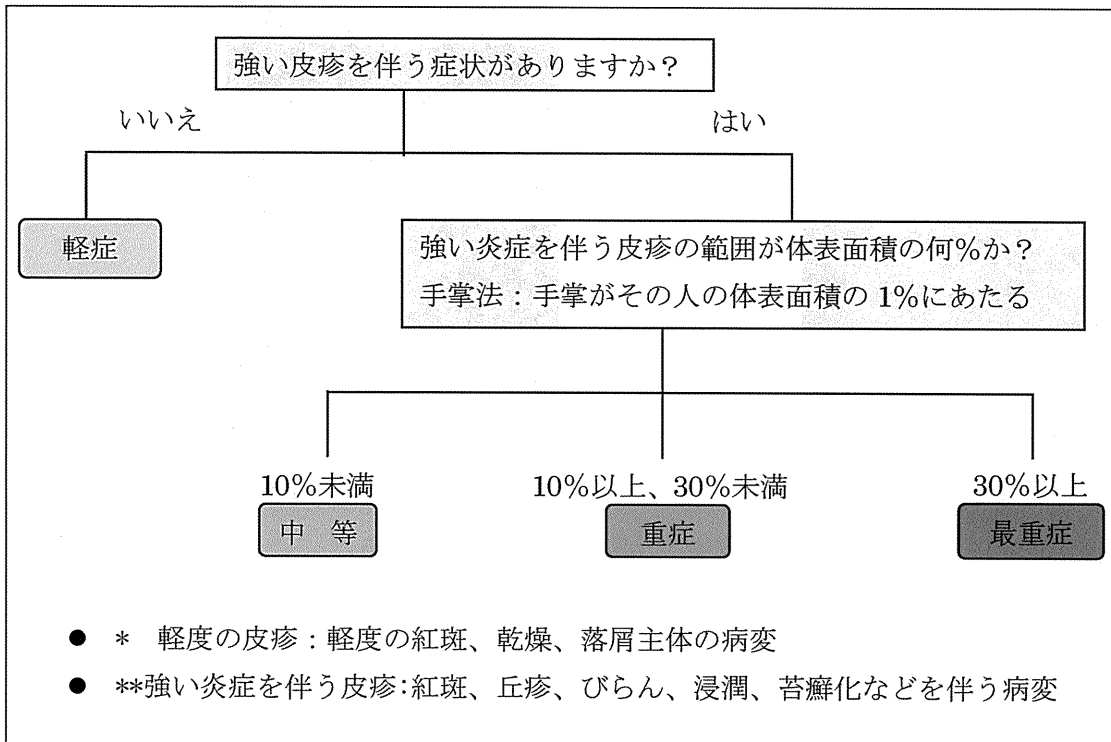
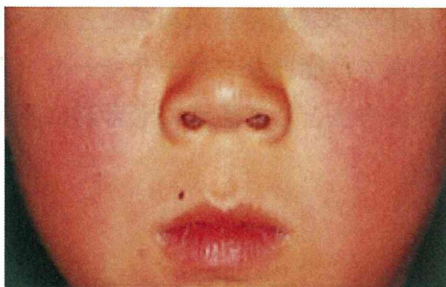


図 III-2-1 皮膚所見像

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」

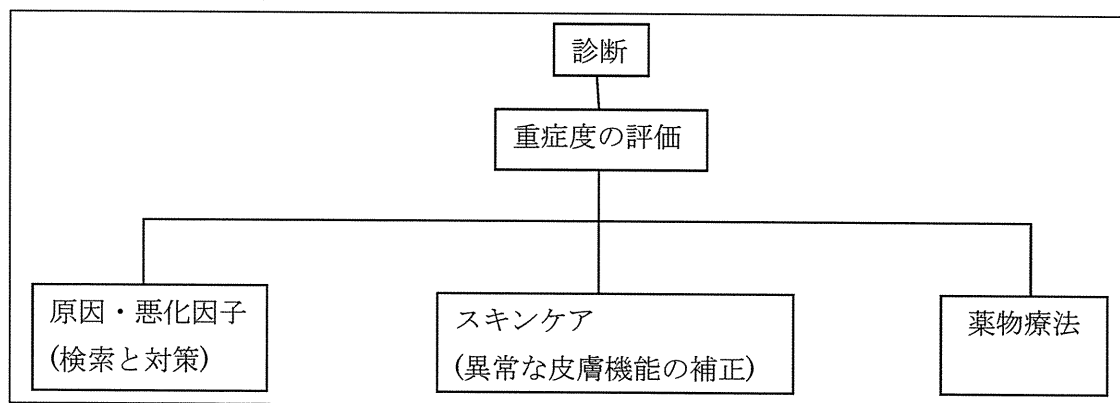


### 3. 早期治療の指針

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

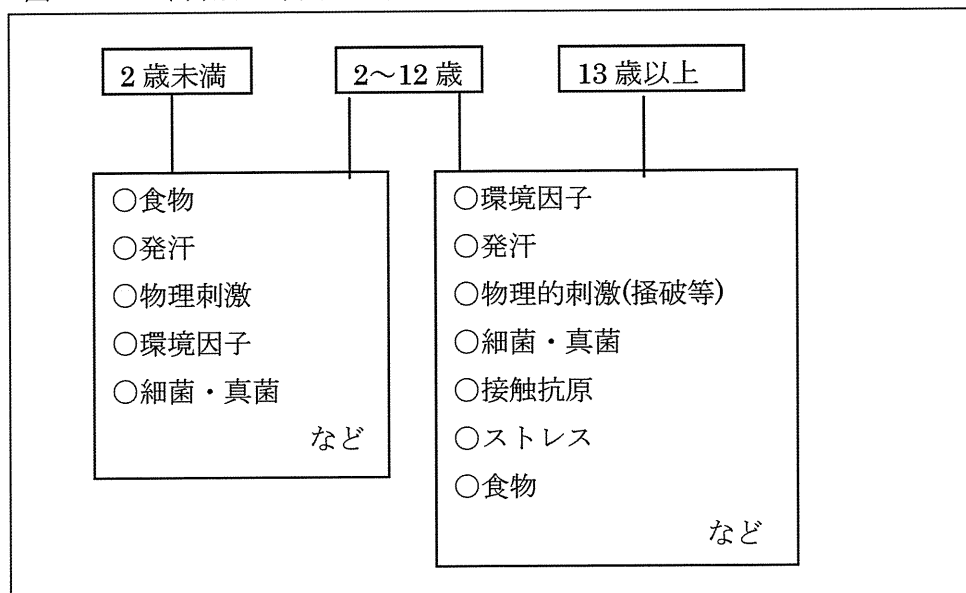


厚生労働科学研究による「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 2005」

#### a) 悪化因子の検索と対策

原因・悪化因子は、年齢、患者の遺伝的素因、環境、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）。アレルギーについては検索を行い、可能な範囲で除去に努める。その際、血液検査のみで皮膚への影響を判断してはならない。

図 III-3-2 年齢別の原因・悪化因子



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) 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。

#### 2) 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 4)。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。

#### 3) 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。それらの刺激による痒みの増強とそれによる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。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。刺激の少ない衣服の着用や髪形の工夫も有用である。

#### 4) 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、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。

## 5) 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となる。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、まずステロイド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) ポビ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。

## 6) 接触抗原

外用薬（非ステロイド性抗炎症薬、保湿薬、抗菌薬、ステロイド薬）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。

## 7) 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や家族関係に問題があるときに悪化すると報告されている。

## b) 皮膚機能異常の補正（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 III-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。皮膚をよい状態に保つことは黄色ブドウ球菌や溶血性連鎖球菌による膿疱疹や単純ヘルペス、伝染性軟属腫などのウイルス感染の予防に重要である。

表 III-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"> <li>・ 汚れは速やかに落とす。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 石鹸・シャンプーは残らないように十分にすすぐ。</li> <li>・ 痒みを生じるほどの高い温度の湯は避ける。</li> <li>・ 入浴後にほてりを感じさせる沐浴剤・入浴剤は避ける。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 入浴後には必要に応じて適切な外用薬を塗布する。 など</li> </ul>
<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"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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</li> </ul>
<p>3. その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 室内を清潔にし、適切・適湿を保つ。</li> <li>・ 新しい下着は使用前に水洗いする。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 爪を短く切り、なるべく搔かないようにする。</li> </ul> <p>(手袋や包帯による保護が有用なことがある) など</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」

### c) 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<sup>1)</sup>(表 III-3-2 と表 III-3-3)。ステロイド外用時には、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。