

座談会 アレルギー疾患の 治療と管理

北陸編

◆出席◆

金沢大学医学部 皮膚科教授

竹原和彦氏(司会)

金沢大学医学部

保健学科医学検査学教授(小児科)

谷内江昭宏氏

福井医科大学 耳鼻咽喉科講師

藤枝重治氏

医療法人桜井病院 院長(内科)

大崎緑男氏

◆推薦◆

財団法人

日本アレルギー協会



立山黒部アルペンルート
(富山県)



金沢城
(石川県)



東尋坊
(福井県)

いのち、ふくらまそう。

第一製薬株式会社





本座談会では、北陸地区におけるアレルギー疾患の治療と管理を主題として各科にわたる共通点や相違点、地域特性などを専門の先生方に語っていただきました(2000年5月)。

各種アレルギー疾患ガイドラインの概要とその課題

竹原 各種アレルギー疾患のガイドラインが次々と発表され、標準治療の重要性が改めて問われてきています。ついては先生方に各科の状況下でのガイドラインについてご説明いただきたいと思えます。

まず、小児喘息の領域についてご説明をお願いいたします。

谷内江 小児喘息のガイドラインは成人喘息と同様、世界共通の治療の指標をつくる趣旨で作成され、さらに日本における治療の特性を生かしたガイドラインを新たに作成しています。このガイドラインで成人と比べた場合の大きな特徴は、DSCGの定期吸入を基礎的な治療の一つとしてガイドラインの中に明記し、実際に多くの先生方が用いている点です。特に小児科の場合、₂刺激薬をレギュラーユースとしてDSCGと併用する例が多くみられ、中等症持続型以上の症例への継続的な治療に関して、ガイドラインの中にも明記さ

れています(図1)。

またもう一つの特徴は、ステロイド吸入を中等症持続型のステップ4以上の症例で使用することが記載されていることです。軽症持続型や、中等症持続型でもランクの低い症例では、なるべくステロイドを使わないという姿勢は2000年のガイドラインでも同様に作成されています。これは小児期特有の成長発育の問題や気道の成長に関する副作用、ステロイドの影響の詳細が不明確なため慎重な対応が必要という考え方を反映しています。

さらに基本的な内服治療として、かなり軽症持続型の段階からテオフィリン製剤の内服が用いられるのは成人喘息のガイドラインと同様ではないでしょうか。

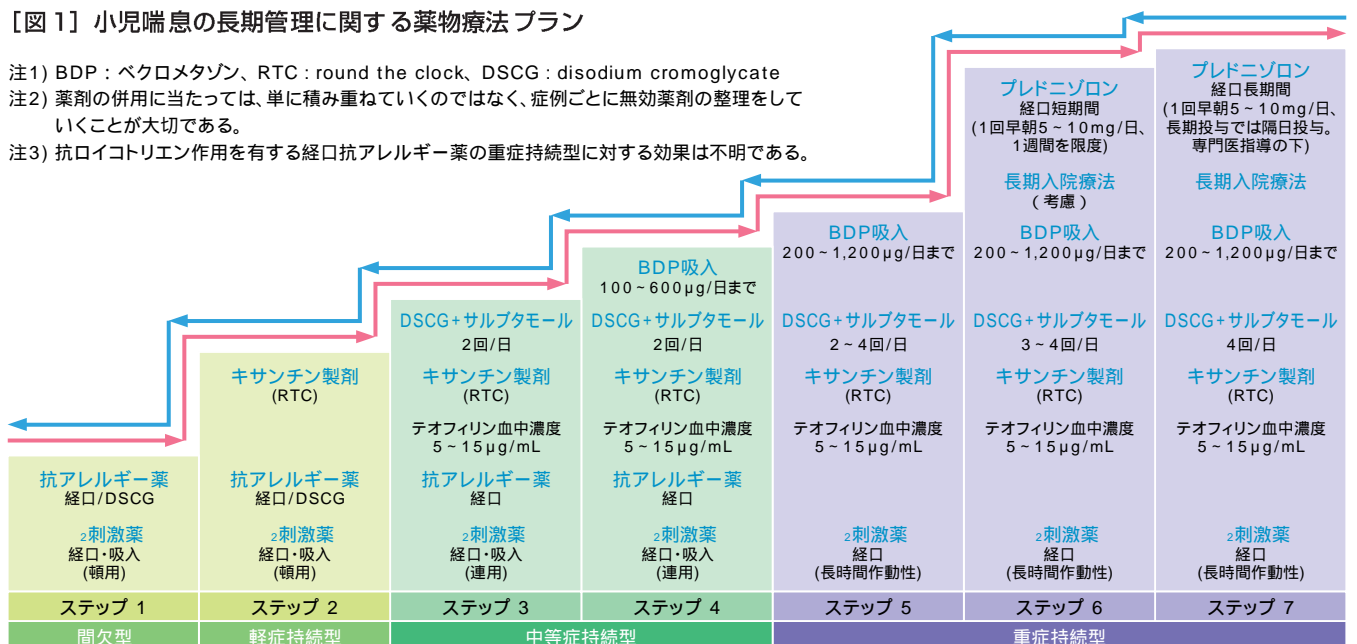
竹原 次に成人喘息の領域についてご説明をお願いいたします。

大崎 成人喘息も小児喘息と概念的には変わりなく、このガイドラインでは好酸球をはじめとした炎症細胞による気管支喘息の慢性炎症への対処が重要で、吸入ステロイド薬を中心とした段階的薬物療法を行うと述べています。すなわち、症状を各4段階に分け、各ステップの症状に当てはめた治療を行います(表1)。小児喘息のガイドラインとの違いは、成人喘息の場合はテオフィリン製剤でのRTC療法^{注)}にあまりこだわっていない点です。要するに、小児喘息の場合は血中濃度を5~15 $\mu\text{g}/\text{mL}$ と明記していますが、成人喘息の場合は用量は規定されていません。テオフィリン製剤の拡張効果とともに抗炎症効果を求めた治療といえます。

注) RTC療法: round the clock (therapy)
持続性のテオフィリン製剤による少ない投与回数で24時間血中有効濃度を維持し、気管支喘息をコントロールする療法。

【図1】小児喘息の長期管理に関する薬物療法プラン

- 注1) BDP: ベクロメタゾン、RTC: round the clock、DSCG: disodium cromoglycate
注2) 薬剤の併用に当たっては、単に積み重ねていくのではなく、症例ごとに無効薬剤の整理をしていくことが大切である。
注3) 抗ロイコトリエン作用を有する経口アレルギー薬の重症持続型に対する効果は不明である。



(小児気管支喘息治療・管理ガイドライン、2000)



竹原氏

また、93年にガイドラインが発表されて以来、98年に2度目の改訂がありました。旧ガイドラインからの大幅な変更点を説明しますと第1

点目は、気管支喘息の定義として旧ガイドラインの気道の慢性炎症、可逆性を有する気道閉塞、気道過敏性の亢進に加え、気道上皮下基底膜の肥厚をはじめとしたリモデリングという概念が明記されました。そのリモデリングへの配慮から、98年のガイドラインでは吸入ステロイドの考慮をより早めにする意識づけがなされています。

第2点目は、ステップ分類において参考条件とされていた予測ピークフロー値、予測1秒量といった客観的評価を必須条件とすることにより、厳格なステップの分類を行うようにしたことです。ステップ分類で客観的評価が必須条件になったことで過少評価、過少治療が減少します。

第3点目は、ロイコトリエン拮抗薬やトロピキサンA₂阻害薬、そしてTh2サイトカイン阻害薬の位置づけを明確にしたことです。以上が新ガ

イドラインでの留意点といえます。

竹原 さらにアレルギー性鼻炎、一般にいわれる花粉症を中心としたご説明をお願いいたします。
藤枝 耳鼻咽喉科領域でのファーストチョイスは抗ヒスタミン薬とステロイド点鼻薬です。花粉症で症状が重症の場合、抗ヒスタミン薬を含んだステロイド薬の内服を最初、短期間投与します。以前から使われている抗アレルギー薬、化学伝達物質遊離抑制薬などの併用も主流となっています。

一般的に今のところ画一的な治療法の要素が多いのが通年性アレルギー性鼻炎で、軽い方には内服薬は頓用でお出しして、それ以外の方にはきちんと飲んでいただきます。さらに花粉症の場合では、シーズンの約1~2週間前頃より治療を開始する点が一番の特色だと思います。喘息と最も異なるのは鼻閉型の場合に手術という外科的な選択があることです(表2)

竹原 皮膚科からアトピー性皮膚炎治療ガイドラインについて、説明をいたします。ただし、このガイドラインは厚生省の研究班によって皮膚科だけではなく、小児科、アレルギー科の先生方により共同で作成されたものです。

これまでご紹介いただいた3つのガイドライン

【表1】喘息の長期管理における重症度対応段階的薬物療法(成人喘息)

症状の程度	ステップ1：軽症間欠型	ステップ2：軽症持続型	ステップ3：中等症持続型	ステップ4：重症持続型
症状の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ■喘鳴、咳嗽*、呼吸困難 ■週に1~2回まで ■症状は間欠的で短い ■夜間症状は月に1~2回以内 	<ul style="list-style-type: none"> ■週2回以上の発作 ■日常生活や睡眠が妨げられることがある。月に2回以上 ■夜間発作が月に2回以上 	<ul style="list-style-type: none"> ■慢性的に症状がある ■吸入β₂刺激薬頓用がほとんど毎日必要 ■日常生活や睡眠が妨げられる。週に1回以上 ■夜間発作が週1回以上 	<ul style="list-style-type: none"> ■(治療下でも)しばしば増悪する ■症状が持続 ■日常生活に制限 ■しばしば夜間発作(■経口ステロイド薬連用)
PEF、FEV _{1.0}	<ul style="list-style-type: none"> ■自己最良値/予測値の80%< ■変動は20%> 	<ul style="list-style-type: none"> ■自己最良値/予測値の70~80% ■変動は20~30% 	<ul style="list-style-type: none"> ■自己最良値/予測値の60~70% ■変動は30%< 	<ul style="list-style-type: none"> ■自己最良値/予測値の60%> ■変動は30%<
治療	<ul style="list-style-type: none"> ●吸入/経口β₂刺激薬、テオフィリン薬頓用 ●吸入β₂刺激薬またはDSCG吸入：運動前、アレルギー曝露前に頓用 <p>[抗アレルギー薬]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・メチルエーダー遊離抑制薬/ヒスタミンH₁-拮抗薬/Th2サイトカイン阻害薬考慮 ・ロイコトリエン拮抗薬/トロピキサンA₂阻害・拮抗薬考慮 ・BDP200 μg/日考慮 	<ul style="list-style-type: none"> ●吸入ステロイド薬：(低用量)BDP200~400 μg/日連用 ●徐放性テオフィリン薬連用 <p>[抗アレルギー薬]</p> <ul style="list-style-type: none"> ●メチルエーダー遊離抑制薬/ヒスタミンH₁-拮抗薬/Th2サイトカイン阻害薬連用 ●ロイコトリエン拮抗薬/トロピキサンA₂阻害・拮抗薬連用 ●吸入/経口β₂刺激薬連用 ●吸入β₂刺激薬追加頓用(1日3~4回まで) 	<ul style="list-style-type: none"> ●吸入ステロイド薬：(中用量)BDP400~800(1,200まで考慮) μg/日* ●徐放性テオフィリン薬連用 ●吸入/経口β₂刺激薬連用 <p>[抗アレルギー薬]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・メチルエーダー遊離抑制薬/ヒスタミンH₁-拮抗薬/Th2サイトカイン阻害薬考慮 ●ロイコトリエン拮抗薬/トロピキサンA₂阻害・拮抗薬連用 ・吸入抗コリン薬併用考慮 ●吸入β₂刺激薬追加頓用(1日3~4回まで) 	<ul style="list-style-type: none"> ●吸入ステロイド薬：(高用量)BDP800~1,200(1,600まで考慮) μg/日* ●経口ステロイド薬：短期・中~大量投与、維持量はなるべく少量とし、隔日または1日1回 ●徐放性テオフィリン薬連用 ●吸入/経口β₂刺激薬連用 <p>[抗アレルギー薬]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ロイコトリエン拮抗薬/トロピキサンA₂阻害・拮抗薬連用考慮 ●吸入β₂刺激薬追加頓用(1日3~4回まで)

*：吸入ステロイド使用時には原則としてスプレーを使用する。

■：いずれか1つが認められればそのステップとする。重複して認められる時はより重症のステップとする。これらの症状、呼吸機能検査は各ステップでの概要を示したもので、変動し、また、各ステップ間のオーバーラップがあり得る。

*：喘鳴、咳のみの場合は週3回まででも軽症間欠型とする。

ステップアップ：現行の治療でコントロールできないときは次のステップに進む(PEF60%>では経口ステロイド薬の中・大量短期間投与後に行う)。

ステップダウン：治療の目標が達成されたら、少なくとも3ヵ月以上の安定を確認してから治療内容を減らしてもよい。以後もコントロール維持に必要な治療は続ける。

(喘息予防・管理ガイドライン、1998)



谷内江氏

は、恐らく治療法の発達とともに広く啓蒙するという主旨だと思いますが、アトピー性皮膚炎治療のガイドラインが基本的に異なるのは、疾患を取り巻く治療の社会的混乱に対応して、日常診療の概略となる標準治療の大枠を示したということで、新しい治療法が確立された結果から作成されたものではない点です。概要としては、原因・悪化因子の検索と対策、スキンケア、薬物療法という治療の3本柱が提唱されています。

これまで皮膚科と小児科の間で特に乳幼児、あるいは小児のアトピー性皮膚炎に関する食物アレルギーの関与ととらえ方の点で、かなりの混乱がありました。現ガイドラインでも原因・悪化因子の検索と対策で乳児～2歳では一番目に食物、3歳以上では五番目に食物の位置づけで、乳幼児での食物の関与が大きいことで各科の意見は一致したのですが、具体的な各論の部分は十分な一致がみられず、詳記されていないのではないかと思います。

さらにアトピー性皮膚炎に関しては、特にステロイド外用薬の忌避が問題化しており、このガイドラインでは薬物療法の基本(図2)で年齢と各患者さんの重症度を加味し、症状によってステロイド外用薬を変更することがようやく成文化されました。

また、2000年4月に日本皮膚科学会として治療のガイドラインの最終案が示されました。このガイドラインの作成の中心となったのは東京女子医科大学皮膚科川島眞教授で、このガイドラインは皮膚科としてより専門性の高い立場から治療の基本指針を示したものです。このガイドラインでは薬物療法による皮膚炎症のコントロール、特にステロイド外用薬の適正使用の重要性が謳われています。さらに、全体的な重症度ではなく、個々の皮疹の重症度に応じた強さのランクのステロイド外用薬を使用することが強調されています。すなわち、より専門性の高い治療は個々の皮疹の重症

度を判断しうる皮膚科医によって行われるべきであることが主張されています。

藤枝 小児喘息の場合、重症度分類は何か指標があって決められているのでしょうか。

谷内江 成人と同様ですが、年齢によって異なります。特に乳幼児の喘息の場合、実際には臨床症状の発作の重症度によって判断せざるを得ない点があります。しかし少なくとも学童期以降の症例に関しては、ピークフローを中心に評価したデータを治療方針決定指標の一つとして各症例で入れていくべきです。

小児、特に乳幼児における重症度や治療方針の決定にあたっては、1) 感染の影響を受けやすく重症度の評価が困難なため、成人ほど指標・評価が安定していない、2) 客観的な評価法がない、という点に留意する必要があります。

薬物療法-1 ステロイド薬の使い方

竹原 具体的な薬物療法でステロイド療法について皮膚科領域では40年前からステロイド外用薬は使用されており、ステロイドの局所投与が行われてきたのですが、喘息領域で吸入が行われ始めたのはいつ頃からでしょうか。

大崎 日本国内では約20年前だと思います。欧米では、もう少し早いです。レギュラーユースや高用量投与なども認知されてきたのは、ガイドラインができたこの10年で、さらに改訂された後に適用患者が増えました。

竹原 耳鼻咽喉科領域でのステロイドの点鼻は、どのような状況でしょうか。

藤枝 点鼻ステロイド薬は、製品自体は喘息用と同じものが多いですから、始まりは約20年前で同様の状況です。喘息では吸入ステロイド薬のウエイトが非常に高くなっていますが、耳鼻咽喉科の場合はファーストチョイスではなく、ステロイドの点鼻薬だけでは少し不十分という考え方の方が多いと思います。

竹原 各科のコンセンサスとしてステロイドの全身投与には、さまざまな意味で副作用の心配があ

[表2] アレルギー性鼻炎の治療法の選択

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	くしゃみ・鼻漏型	鼻閉型	くしゃみ・鼻漏型	鼻閉型
治療	抗ヒスタミン薬 遊離抑制薬、 第2世代抗ヒスタミン薬		遊離抑制薬または 第2世代抗ヒスタミン薬 局所ステロイド薬 血管収縮薬		ステロイド薬* +抗ヒスタミン薬または 遊離抑制薬 +抗コリン薬 +血管収縮薬 手術	
特異的免疫療法+抗原除去・回避+患者指導						

①花粉症ではシーズン 1、2 週間前より治療を開始する。眼症状には点眼薬。

②症状が改善してもすぐには投薬を中止せず、数カ月の安定を確かめて、ステップダウンしていく。

*③最重症、重症の場合、経口ステロイド薬を 1 週くらい短期間局所ステロイド薬と併用することがある。

(鼻アレルギー診療ガイドライン、改訂第3版、1999)



藤枝氏

り、局所投与にとどめることによって全身投与での全身的副作用を回避することから各領域で理にかなった治療法という認知がなされているわけですね。

このステロイドの問題で、ステロイドフォビア（ステロイドの忌避）について内服および局所投与の両面でお聞きしたいのですが、小児ではいかがでしょうか。

谷内江 感染症合併例のように喘息発作の急性増悪時には、入院や緊急外来で内服、あるいは静注ステロイド薬の全身投与を短期間行うことがあります。その際、稀に全身投与を拒否するお母さんがいますが、投与の必要性をお話しすれば、ほとんどの場合納得していただけます。

大崎 成人の場合、自分で勝手に薬の量を減らす場合がありますので、綿密に教育して一緒に努力する雰囲気づくりなどの気遣いが必要です。また、このような例は吸入ステロイドでもあります。

藤枝 耳鼻咽喉科での点鼻ステロイド薬の拒否は、ほとんどみられません。吸入行為を行うことを嫌う患者さんはいらっしゃいますが、薬の種類には関係ありません。一方、ステロイドの内服は短期間にとどめたいのですが、花粉症のときには患者さんが処方して欲しいと強く求められます。

竹原 皮膚科領域では、少なくとも9割の患者さんが何らかの不安を持って来ます。ですから、初診の外来のときは必ず初診の患者さんに1時間かけて、なぜステロイド外用薬を中心とした治療が必要かを話さないと正しく使ってもらえない状況です。

薬物療法-2 抗アレルギー薬の使い方

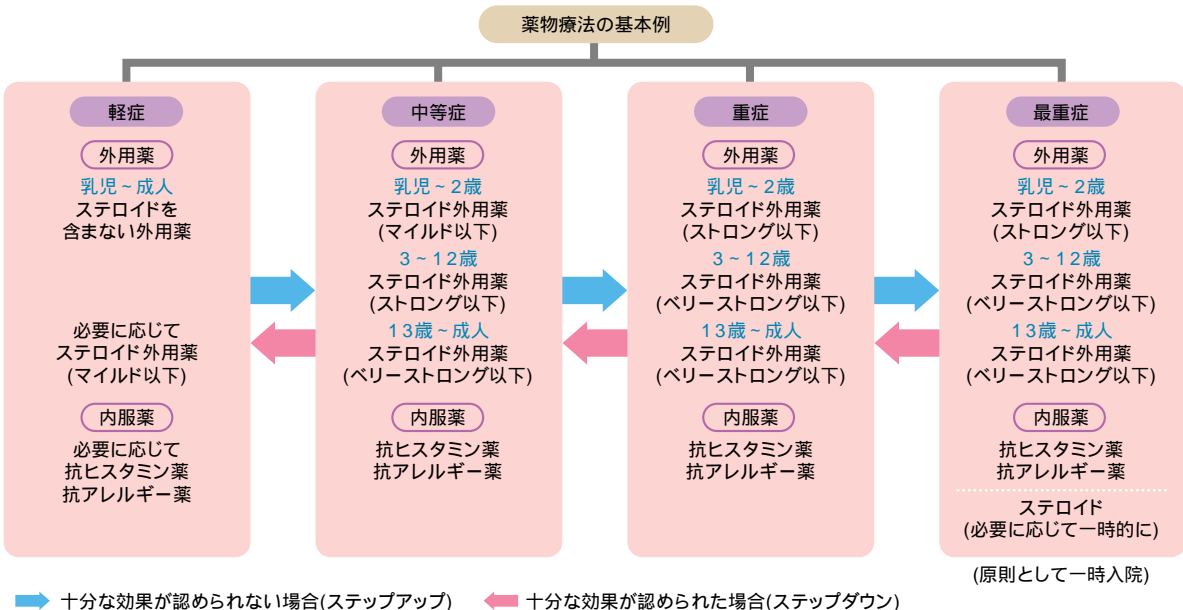
竹原 「抗アレルギー薬」は日本独特な概念という考え方もありますが、各科の治療での抗アレルギー薬の現状についてご説明をお願いいたします。

谷内江 小児気管支喘息のガイドラインでは、軽症例に経口の抗アレルギー薬が表記されていますが、成人のように薬効に関する明記がなく、単に抗アレルギー薬とだけ記載してあります。ただし、共通の治療薬として現在に至るまで効果がある抗アレルギー薬は、DSCGの吸入です。これに関してはガイドラインに明記があり、特に内服が困難である乳幼児、あるいはステロイドの吸入を行う対象と考えない小児の場合には、DSCGの持続吸入がファーストチョイスの抗アレルギー薬として非常に有用です。その他の抗アレルギー薬に関しては、症例ごとに投与の適用や効果判定で処方決定しているのが実情だと思います。

大崎 成人喘息の場合、今、抗アレルギー薬で明確な臨床効果を期待できるのは、Th2サイトカイン阻害薬とロイコトリエン拮抗薬、トロンボキサンA₂拮抗薬の3種類です。これらはガイドラインにステップ1から明記されています。ただし、患者さんの金銭負担を考えると、軽症例では高薬価な抗アレルギー薬を用いるより、低用量の吸入ステロイドを用いる方が適切と思われる。むしろ、これらの抗アレルギー薬は、吸入ステロイドで十分な効果が得られない中等症以上の症例に、上乘せ効果を期待して併用することが推奨されます。

藤枝 耳鼻咽喉科も、喘息と全く同様の分類ですが、軽症、中等症の場合、第2世代の抗ヒスタミン薬、または遊離抑制薬のいずれかの使用が主流

【図2】アトピー性皮膚炎の薬物療法の基本例



(アトピー性皮膚炎治療ガイドライン、1999)



大崎氏

です。この他、Th2 サイトカイン阻害薬やロイコトリエン拮抗薬、トロンボキサンの拮抗薬を併用する考え方があります。

ただ、喘息にはいた

りませんが、何となく咳が出たり、喉の違和感が出る場合、ロイコトリエン拮抗薬と抗ヒスタミン薬の併用で症状が解消される例もあります。

竹原 皮膚科ではガイドラインに抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬が軽症～重症すべてに書かれていますが、主な目的は痒みの抑制です。古典的な抗ヒスタミン薬は眠気を伴うものが多いので、非常に痒みがつらくて少し眠いくらいの方が楽な方に眠前だけ投与しています。普通の社会生活をしている方は1日1回投与で良い、あるいは眠気が少ないという新しいタイプの抗ヒスタミン薬を利点を生かす形で使うようにしています。

薬物療法についてのトピックスをご紹介しますが、1999年の11月にFK506（タクロリムス）の外用薬が発売となりました。適用は成人型のアトピー性皮膚炎で、特に顔面の難治性紅斑、顔が赤くてステロイド外用薬の副作用の問題があり、強いランクのものを使いにくく炎症をコントロールできない患者さんが劇的によくなります。これは先に治験が成人を対象として行われ、現在の適用は16歳以上のみですが子供にも早く使いたいというニーズがあります。既に欧米では治験が進行中で、日本でも治験が開始され、極力早い時期に投与可能になる見込みです。

複数のアレルギー疾患合併例への対応

竹原 複数のアレルギー疾患合併例への対応で、特に小児科はプライマリーケアの見地からお子さんに関して幅広く相談されるのではないのでしょうか。

谷内江 低年齢のお子さんでもアレルギー性鼻炎を持っています。単に鼻粘膜に好酸球の浸潤があるというだけではなく、実際に鼻汁やくしゃみなどの症状を訴えてくるお子さんがいます。また、滲出性中耳炎やその他の耳鼻咽喉科的な症状をかなり持っているお子さんがいらっしゃいます。それで各科を継続的に受診しているお子さんも多いので、さまざまな意味での負担が大きいという見地から、軽い症状の場合は各科の薬を処方する場合もあります。大学病院や総合病院のように、いくつかの科が一緒になって同じ日に診察を受けられる場合は別ですが、開業医で診る場合、このような負担が大きいと思います。理想としては小児を専門に診られる複数の科を具備した診療センタ

ーのような施設が各地域にあって小児が関連各科の集まった施設で診療を受けられるシステムが良いと、最近特に感じています。

また、小児喘息とアトピー性皮膚炎の合併例では、アトピー性皮膚炎が軽症で我々にも診療できる場合には外用療法を含めた治療をしています。難治性で治療が困難な場合は皮膚科の先生に紹介しています。

大崎 成人喘息の場合は、小児喘息に比べて他のアレルギー疾患の合併は軽症例が多く、その大半はアレルギー性鼻炎の合併です。その合併率は、若年成人喘息の場合は約30～40%で、60歳以上の高齢発症では若年成人の半分以下に減るとみえています。さらに特色として、アトピー性皮膚炎合併例は稀ですが、重症になっているため皮膚科の先生にお任せしています。一方、アレルギー性鼻炎の合併例に関しては、あまり重症の方がいません。また花粉症の合併例は意外に少ないです。したがってアレルギー性鼻炎は我々で抗アレルギー薬で治療をする場合が多いです。むしろ成人喘息の場合、耳鼻咽喉科の先生にお願いすることが多いのは、アスピリン喘息患者さんにおける鼻茸や副鼻腔炎の治療です。

藤枝 アトピー性皮膚炎とアレルギー性鼻炎を合併している場合は、鼻症状の重症例が極めて多い印象があります。痒み止めを含む多数の薬が皮膚科から出ています。我々が出すのは局所ステロイド薬のみで、あるいは鼻閉が強くなって手術を勧める場合が一番多いと思います。小児喘息との合併例は、副鼻腔炎や重症のアレルギー性鼻炎がありますが、多分これらの軽症例は小児科で治療していただいているのではないかと思います。

竹原 皮膚科の領域では、喘息に関しては小児も成人もアトピー性皮膚炎とは別個に患者さんが症状を訴えて小児科もしくは呼吸器科に行くので、特に抗アレルギー薬が重複しないように薬の内容をお互いに連絡し合うことの重要性を患者さんに説明しています。また逆に軽い花粉症を合併している場合、抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬の併用で対応できる人が多いので小児科と同様に重症でない場合は、我々で治療します。したがって十分に良くならない人を耳鼻咽喉科に紹介しますので、耳鼻咽喉科は厳しい症例が回ってくる印象があるのではないかと思います。

北陸における地域特性

竹原 北陸における地域特性がありましたら、ご説明をお願いします。よく都市部の方が大気汚染などが影響して喘息が多いと言われますが、それに対するお考えは、いかがでしょうか。

谷内江 この地域でさまざまな病院をみている中で山間部の市町村の病院へ行くと小児喘息が多いような印象を個人的には持っていますが、正確なデータを比較したことはありません。

大崎 成人でみた場合、職業性喘息などの地域特性を持つ疾患はあまり北陸にはないと思います。

竹原 花粉の種類に関しては、例えば北海道はスギがない点に特色があるようですが、北陸ではいかがでしょうか。

藤枝 メインはスギになります。北陸地方はヒノキは少ないと言われていました。最近ではカモガヤなどのイネ科花粉やブタクサ花粉が多数飛散し、患者さんがかなり増加してきています。しかし、これは全国的傾向で北陸特有の傾向ではないと思います。ただ北陸は降雪で、スギ花粉の飛び立ちが遅くなります。今年は大飛散の年という予想でしたが3月に降雪した関係で飛散は少なく、患者さんは楽でした。ですから3月頃の降雪の有無は、かなり重要なポイントになると思われます。

竹原 皮膚科で異なるのは生活指導の面です。特に小児の乾燥型の方は冬場、室内を乾燥させ過ぎるとよくないので、太平洋側では加湿器を冬場使います。しかし、北陸では除湿器を使うため、あまり除湿し過ぎないようにという留意点が唯一の違いだと思います。

各科における民間療法の現状

竹原 各科における民間療法の現状、民間療法で治したいという希望の患者さんに関して先生方のお考えはいかがでしょうか。

谷内江 喘息に関しては、ほとんど経験がありません。やはり時には死に至る病気であり苦しい病気ですから、きちんと治療を要する認識が高いのではないのでしょうか。

大崎 インターネットで喘息と民間療法を検索しましたが、アロマセラピーや心療内科面のもばかりでした。多くは、アトピー性皮膚炎とアレルギー性鼻炎での民間療法でした。

藤枝 耳鼻咽喉科領域では、これを飲むとアレルギーが治りますという系統が大半です。そして民間療法を仮に試みた場合、アトピー性皮膚炎と比べてステロイドを使わなくなったり、我々の処方した薬を使わなくなるといったことがないので、特に止めてはいません。

竹原 標準治療を民間療法が全く否定してしまっただけで、それで症状が悪化することは、先生方のご経験では少ないということですね。

日本皮膚科学会で昨年調査したところによると、全国の11の大学病院で入院を必要とする重症例の44%が民間療法、あるいは医療機関の標

準治療ではない治療法によって重症化したものであり、それはすべて標準治療をストップして民間療法や特殊療法で悪化していました。

北陸でのアトピー性皮膚炎の重症例は各専門医へ回していただけているのですが、全国的には経営の行き詰まった医療施設のアトピー性皮膚炎と本来関係のない医師が、例えば産婦人科医や精神科医などが突然アトピー性皮膚炎の特殊療法で科学的評価に耐えられないデータをマスコミに発表したり、ゴーストライターを使って本を書いたりしているようなケースが増えています。そしてたとえ専門医が行っているものでないにしろ医療機関が関わると患者さんは信用してしまうため、このような面での健康被害が非常に増大しています。

また、今エステでアトピー性皮膚炎の患者さんをターゲットにする傾向があり、被害例が増えています。

今後の治療への課題

谷内江 薬物療法の進歩に合わせた細かいガイドラインの見直しや、個々の症例に応じた治療の工夫はガイドラインがあっても必要ですし、またガイドラインによる画一的治療の実践によって、逸脱した治療による弊害も避けられるのではないかと思います。

大崎 四つのガイドラインをみて、成人喘息のガイドラインが一番わかりやすく、誰でも治療ができるという点で良い形になっていると感じました。ただ吸入ステロイド薬の初期投与量など改良すべき点は、あると思います。

藤枝 詳しくお話できなかった手術についてですが、鼻閉のひどいアレルギー性鼻炎で手術というと、即、病変部位を切開すると他科の先生方は考えていらっしゃるようですが、最近は内視鏡を使って神経をレーザーで選択的に焼くなど、手法は変化してきています。重症例には、点鼻薬以外にも手術という方法もあることをアレルギー関連の先生方にはご理解いただきたいと思います。また減感作療法に関しては、最近は標準化工キスが製剤化され、それらの効果も期待できるようになりました。

竹原 最も混乱しているアトピー性皮膚炎の治療においてもガイドラインができましたが、喘息や鼻炎に比べると遅れています。これはマニュアルに近い方たちで、見て具体的に診療をできるガイドラインではなく有用性は低いので、今後マニュアル化していく必要があります。その一つの要素としては皮膚科と小児科での意見の調整が今後の大きな課題です。今日、四つの科のドクターが集まってアレルギー疾患に対して改めて、各科の見地から意見交換をできたことは大変意義深いものでした。本日は長時間、ありがとうございました。

Once
a
day



Anti Allergic Power

速く、強く、長く

指定医薬品 / 要指示医薬品

持続性選択H₁受容体拮抗・アレルギー性疾患治療剤

ジルテック錠5・10
Zyrtec® Tablet 5・10 塩酸セチリジン錠

注意 医師等の処方せん・指示により使用すること

発売元(資料請求先)

第一製薬株式会社

東京都中央区日本橋三丁目14番10号

製造元

ユーシービー・ジャパン株式会社

東京都千代田区神田駿河台2丁目2番地

薬価基準収載

ジルテックの特性

1. 速く、強く、長く、選択的なヒスタミンH₁受容体拮抗作用を示します(海外データ、*in vitro*を含む)。
2. アレルギー反応の連発相における好酸球遊走を臨床用量で抑制します(海外データを含む)。
3. アレルギー性鼻炎、蕁麻疹、湿疹・皮膚炎、痒疹、皮膚掻痒症に効能・効果を有します。
4. 1日1回の投与で十分な効果を発揮します。
5. 副作用又は臨床検査値の異常変動は1,396例中13.5%(189例)に認められ、副作用は10%で主に眠気(6.0%)でした。承認時までの調査。重大な副作用としてショック、痙攣が報告されています。

禁忌(次の患者には投与しないこと)

本剤の成分又はヒドロキシジンに対し過敏症の既往歴のある患者

効能・効果

アレルギー性鼻炎

蕁麻疹、湿疹・皮膚炎、痒疹、皮膚掻痒症

用法・用量

通常、成人には塩酸セチリジンとして1回10mgを1日1回、就寝前に経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減するが、最高投与量は1日20mgとする。

使用上の注意

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)
 - (1)腎障害のある患者(高い血中濃度が持続するおそれがある。)
 - (2)肝障害のある患者(高い血中濃度が持続するおそれがある。)
 - (3)高齢者(高い血中濃度が持続するおそれがある。)
2. 重要な基本的注意
 - (1)眠気を催すことがあるので、本剤投与中の患者には自動車の運転等危険を伴う機械の操作には従事させないよう十分注意すること。
 - (2)本剤を季節性の患者に投与する場合は、好発季節を考慮して、その直前から投与を開始し、好発季節終了時まで続けることが望ましい。
3. 副作用
承認時までの調査1,396例中13.5%(189例)に副作用又は臨床検査値の異常変動が認められた。副作用は1,396例中10.0%(140例)にみられ、主なものは眠気6.0%(84例)、倦怠感0.9%(12例)、口渇0.6%(9例)、嘔気0.5%(7例)であった。また、主な臨床検査値の異常変動はGOT上昇1.4%(17/1,182例)、GPT上昇1.5%(18/1,181例)、好酸球増多0.8%(9/1,114例)、総ビリルビン上昇0.5%(6/1,133例)であった。
重大な副作用
 - (1)ショック(0.1%未満) 観察を十分に行い、呼吸困難、血圧低下、蕁麻疹等の症状があらわれた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。
 - (2)痙攣(0.1%未満) 異常が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。その他の詳細につきましては、製品添付文書をご覧ください。