



1. 食物アレルギー

食物アレルギーの割合は、乳児の10%、幼児の5%、学童以上では1~3%。アナフィラキシーが注目されているが、アナフィラキシーなどの重い症状を起こす人はわずか。まれな重症者が注目されすぎているので、過剰に心配する必要はない。

報道のために世の中では過敏に反応する傾向がある（死者：交通事故7千人、自殺3万人、インフルエンザ数千人）。行政や医療の専門家は、自殺防止対策を非常に重要なことと考えている。でも、マスコミは注目していない。

・食物アレルギーのタイプ

食物アレルギーは、乳幼児のアトピー性皮膚炎で始まって、即時型（じんましんやアナフィラキシー）と一緒に出てくるのが多い。他に数が少ないが新生児消化器症状もある。原因の大部分である卵、ミルク、小麦、大豆は、小学生になる頃に症状が出なくなるのが過半数。ソバ、ピーナッツ、魚は改善しないことが多い。学童以降になると、特殊型が出ることもある。

新生児消化器症状（新生児期の血便、慢性の下痢や消化不良）

乳児アトピー性皮膚炎

即時型（じんましん、アナフィラキシー）

特殊型：食物依存性運動誘発アナフィラキシー（食物アレルギーと運動の組み合わせがあったときだけ出現）、口腔アレルギー症候群（果物、野菜を食べると口の中が腫れたりしびれる）

・とくに重大な症状～アナフィラキシー

アナフィラキシーは、食べて数分から15分以内に皮膚症状（じんましん）、呼吸症状（ク룹、喘息）、循環器症状（低血圧、不整脈）、消化器症状（嘔吐、下痢）が出現する。皮膚症状だけのものはじんましん、その他の症状が出るものは中等症以上のアナフィラキシーで、重症なものは非常にまれだが窒息や心停止を起こすこともある。

学校で起こるのは、2012年現在年間300人程度。命に別状あるのはわずか、年間数人。アナフィラキシーの原因で一番多いのは、ハチ（スズメバチ）で年間十数人。

初期の症状：口内違和感、口唇のしびれ、四肢のしびれ、気分不快、吐き気、腹痛、じん麻疹など

中程度の症状：のどが詰まった感じ、胸が苦しい、めまい、嘔吐、全身のじん麻疹、
ぜーぜーして苦しくなる

強い症状：呼吸困難、血圧低下、意識障害

受診の目安 中程度の症状以上るとき

呼吸症状（強い咳、息苦しさ）、循環器症状（顔色が青い、手足が冷たい、脈が早く弱い、ぐったり）、
消化器症状（嘔吐、下痢）のあるとき

エピペン(アナフィラキシー防止の自己注射)：保育園、幼稚園、学校持参が増えている

消防署と医療機関の事前登録で迅速な対応が可能になる

適応：中等症以上、本人か近くにいた人が打つ。結果的に必要ない人に打っても身体には問題ない。
施設責任者が打っても法的責任は問われない

一般向けエピペンの適応（日本小児アレルギー学会） 2013年7月24日

消化器の症状：繰り返し吐き続ける 持続する強い（がまんできない）おなかの痛み

呼吸器の症状 : のどや胸が締め付けられる 声がかすれる 犬が吠えるような咳
持続する強い咳込み ゼーゼーする呼吸 息がしにくい
全身の症状 : 唇や爪が青白い 脈を触れにくい、不規則 意識がもうろうとしている
ぐったりしている 尿や便を漏らす

- ・食物アレルギーの診断は症状と負荷試験でおこなう。血液検査は参考だけ。

食べて症状が出ることで確認。即時型は食べて数分～15分。アトピー性皮膚炎は食べて2～3日。一番確実な診断は、負荷試験（アレルゲンを食べさせて症状が出るのを確認：通常は入院して行う）。

血液検査（特異的IgE抗体）は、症状とある程度相関するが、一致しないこともよくあるので、参考程度。血液検査だけで判定を行う医療機関があるが、専門的には正しくない。幼稚園や保育園でも、園児に血液検査で食物アレルギーの診断を求める場合があるが、これも正しくない。不必要な検査や食物制限が多いことは、アレルギー専門家は問題と考えている。専門知識を持った医療機関での診断を。

- ・治療

食物制限は必要なし

アナフィラキシーの初期の症状の軽い程度（軽いじんましんだけ、唇や口のまわりが赤くなる）は、症状が出て食べてよい。かえって、食べると免疫が良い方向に働いて、症状が軽くなって卒業が早くなる。

食物制限が必要

アナフィラキシーの初期の症状の強い程度以上

食物制限の短所：

料理が大変、栄養が偏る、集団保育に制限、子どもが将来一人で生活するときに危険が残る、
食べない
といつまでも卒業ができない

- ・食物アレルギーは、食べないから食べて治すに

食物制限のままではいつまでも食べられないので、食べさせる治療が積極的に行われるようになった。強い症状が出ない程度の量を食べると、しだいにアレルギー反応が出なくなる免疫のしくみ（減感作）を利用する。

減感作療法：負荷試験で、強い症状が出ない程度のアレルゲンの量を確認する。徐々に食べさせる量を増やす。数ヶ月～数年かけて増やして、最終的には解除まで進める。小麦、卵、牛乳は7～8割が小学校入学頃に卒業する。ソバやピーナッツは卒業がむずかしいが、最近では減感作で食べられるようになることが増えた。

離乳食を早く開始すると食物アレルギーになりやすい？

離乳食を早く開始すると食物アレルギーになりやすい、という説がありました。でも現在は否定されています。この説ははじめアメリカで言われました。理由は、腸の粘膜が未熟なときには、タンパク質が十分分解されないで吸収されてアレルゲンになりやすい、という説が出たことでした。この当時アメリカでは食物アレルギーが増えていたのでこの説は支持されて、2000年以降離乳食を遅く開始する指導がされました。しかし、離乳食を2～3ヶ月で開始するユダヤ人やメキシコ人にかえって食物アレルギーが少ないことがわかりました。そこで2008年以降アメリカでは、離乳食開始を遅くする必要がないことにまた変わりました。

日本では、いまだに離乳食開始を遅らせる考え方のままの医療機関や保健師の指導が見られます。ネット

でもこの古い説が出てきますが、現在は専門家の間では採用されていません。

離乳食開始は、4ヶ月頃になって、指しゃぶり、食べ物を見てよだれをながしたり手でつかもうとするようになったら開始時期としていいです。親に食物アレルギーがあっても、その原因食物は除去しないでもいいです。もし症状が出たら、そのとき医療機関と相談で制限するか決めてください。

集団生活で食物アレルギーが起こると大きく報道されるため、保育園、幼稚園、学校などの子どもを預かる施設はたいへん神経質になっている。食物アレルギーのための施設や専門職員配置は、年間数百万以上と大きなコストになる。負担が大きいため、入園を断る私立保育園や幼稚園が増えた。

アレルギーのお子さんが施設と良い関係を持つために

専門医療機関での適正な診断書：専門外の医療機関では不必要な除去とされることがある

施設の事情をよく分かって良好な関係を：実情に合わない要求を行うと、施設の対応の限界を越えたり、思わぬ事故の原因になる。良い人間関係を築いた上で交渉を。

2. じんましん

典型的には痒みのある膨隆疹（赤くふくらんだ湿疹）、他のタイプ（色素性じんましんなど）もある。夕方から夜（とくに入浴後）に出現する事が多い。

・原因と検査

じんましのほとんどは食物が原因ではない。原因不明が90%（感染、ストレス、確定できないアレルゲンなど）なので、アレルギー検査をすぐ行う必要はない。

検査は症状と相関しないことが多いので、必ず必要な検査ではなく参考程度。食物除去が必要なことはめったにない。たとえ検査が陽性でも、症状が強くないときは食べてよい。

不必要な検査や食物制限が多いことが、大きな問題になっている。専門医療機関での診断を。

・食物アレルギーの場合

特定の食べ物を食べて数分～15分以内にじんましんやアナフィラキシーが出てきたときは、食物アレルギーが原因の可能性がある。同じ食べ物で何回も繰り返す時は、ほぼ確実。

3. 乳幼児の慢性湿疹やアトピー性皮膚炎

乳幼児の皮膚は、水分が少なくバリア機能が未熟なため湿疹ができやすい。多くの乳幼児は、いろいろな刺激（よだれ、食べかす、ひっかき、衣類の刺激、汗など）がきっかけになって長引く湿疹（慢性湿疹）ができることが多い。

子どもの湿疹はアトピー性皮膚炎？

よく「湿疹があるけどアトピー性皮膚炎ですか？」と質問される。じつは慢性湿疹とアトピー性皮膚炎は重なり合う皮膚の病気で、はっきりと区別をつけることはできにくい。

「アトピー性皮膚炎の診断基準」:

痒みがある、左右対称で顔や手足の関節や身体（胸、おなか、背中）の湿疹、慢性（乳児2ヶ月、それ以上6ヶ月以上）。アレルギー（食物アレルギー、喘息など）を持つことがある。

このような診断基準を満たす湿疹を、アトピー性皮膚炎という。でも基準を満たさない慢性湿疹も多い。

私はアトピー性皮膚炎という診断をあまり使いません。理由はアトピー性皮膚炎の診断は食物アレルギーと結びつけられて、過剰な食物制限につながるものが今でもよくあるからです。

・皮膚の病気は慢性湿疹以外もたくさんある

ほかにも、接触性皮膚炎、疥癬、魚鱗癬など、たくさんの皮膚の病気があるので、場合によっては皮膚科医と連携したり紹介することがある。

・はじめに〜よくある誤解

1) アトピー性皮膚炎は食物アレルギーが原因？

以前は、アトピー性皮膚炎は食物アレルギーと結びつけられていた。でも現在は、アレルギーは原因の1つに過ぎないというのが、専門家の一致した説。

食物アレルギーが主な原因のことは少ない。食物制限は必要ないのが大部分。必要があるかは、症状と検査で総合的に判断する。

2) 食物アレルギーは検査で診断される？

食物アレルギーの多くは即時型（じんましん、アナフィラキシー）で、血液検査ではなくて症状と負荷試験で診断される。血液検査は参考程度。

食物アレルギーは、以前の食べない方がよいから、食べて治すに変わった。少ない刺激から始めて食べ続けたほうが治るのが早い。

3) ステロイドは害のある薬？

ステロイドは、アトピー性皮膚炎だけでなく炎症のある皮膚の病気では有効によく使われている。

ステロイドは使わないほうがよい薬と思われる。でも上手に使えば、多くの患者で副作用を少なくして良いコンディションを作ることができる。プロアクティブ療法といって徐々に減らして副作用を少なくする方法もある。

4) スキンケアや環境対策は効果がない？

スキンケアや環境対策は、行われないうちに行っても続けられないことが多い。悪くなったときに良くする効果がない、手間と根気が必要で面倒くさい、良いのを保つだけなので効果が実感できない、などが理由。でも続けると効果がある。

5) 湿疹をすぐに治す薬がある？

乳児の湿疹は、肌の成熟を待つ時間のかかる病気。すぐに治る薬はなく、地道な毎日の管理しかない。中学生までに半分以上がよくなる。

乳児の慢性湿疹はどんな病気か

主な原因は、皮膚のバリア機能が弱いこと。それにアレルギー、感染、刺激が加わっておこる。

アレルギーは脇役がほとんど。

小児に慢性湿疹が多いわけ

小児は、皮膚が未熟でバリア機能がまだ十分備わっていない（赤ちゃんというのは肌が荒れやすいから）。

乳児の肌の乾燥度は70歳。敏感肌や乾燥肌がもとにある。

治療は標準治療（3本の主治療+補助治療）

標準治療は主治療（3本だて）と補助治療を組み合わせる。

主治療法：3本立て スキンケア、環境対策、抗炎症外用療法

ポイント：

繰り返すようですが、スキンケアと環境対策は忘れがち。効果が実感できない、悪くなったのを治すと効果がない、手間と時間がかかって面倒、が理由。

乳児の湿疹は慢性疾患なので、決め手の治療法がなくて、地道な毎日の治療が必要なのが特徴。長く続けると、効果がきつと実感できる。

(1) スキンケア：保湿剤を塗る。うっすらとテカテカになるくらいの量。

コツ：瀬回にとれたたびに塗る。お化粧品と同じ（取れたら塗る）。

保湿剤は添加物がわずかで化粧品より安全。1日10回でも10年でも塗り続けて安全。

保育園や幼稚園でも取れたら塗ってもらうよう頼むのがポイント。

多めに処方してもらって、保育園にも預ける。

冬は保湿効果の一番高いワセリン（プロペト）、夏はべとつきの少ない親水軟膏、ヒルドイド、ビーソフテン、ウレパールなど。

(2) 環境対策：肌をよいコンディションに保つ、かゆみ刺激をおさえる

衣類：擦れやすいところ（襟、袖、ズボンのすそ、靴下、靴）が強くこすれないように。

材質は木綿などの柔らかいもの。

汗と汚れ対策：こまめのシャワーと衣類交換

入浴：添加物なしのせっけんを使う。せっけんはネットでホイップクリームのように泡立てる。

ぬるめ（40度以下）の湯温、洗うときタオルは使わないで手で。拭くときはこすらない。

爪と髪：爪は切った後やすりでけずる。髪は束ねたり短く切って先が顔に当たらないように。

よだれ：授乳や食事の前と後の両方に軽く洗って保湿剤を繰り返したっぷり塗る。

(3) 抗炎症外用療法

ステロイド軟膏

ステロイド軟膏：よい抗炎症薬、弱いランクを長く少なく使うより適度に強いものを使って短期集中で中止するのが、副作用を避けるためにもよい。

中止の目安は、真皮（深い皮膚）まで炎症が取れるまで。表面がスベスベになっただけでなく、つまんでゴワゴワがなくなるまで。炎症が残ると、結局は繰り返し治療になる。

使用量（1FTU：チューブから出す量は大人の人差し指1本分余りで、それを大人の手のひらにのばす程度、ちょうど皮膚が少しテカテカする量）このテカテカする量を患部に塗る。

ステロイドと一緒に保湿剤は続ける。またステロイドは中止した後も保湿剤は続ける。

プロトピック（免疫抑制剤）軟膏

小児用プロトピック軟膏：2歳以上が適応 体重10kg当たり1g（1FTUは0.5g）。

抗炎症効果は、ストロングクラスのステロイドよりやや弱い程度。

ステロイドの副作用（毛細血管拡張、皮膚萎縮、多毛）がない。

顔や首（ステロイドを長期に使用しにくい）に使用できる。

ヒリヒリ感があるが2～3日でおさまる。ヒリヒリ感を避けるためには、ステロイドで炎症がおさまってから使用してもよい。

炎症があるときだけ吸収されて、炎症がおさまると吸収されなくなるので、長期連用の副作用はほぼなし。

① プロアクティブ療法（ステロイド軟膏と小児用プロトピック軟膏の低量の使用法）

ステロイドや免疫抑制剤を使って一度良い状態になっても、完全に中止すると再度状態が悪化するのので、使用回数を徐々に減らして低量で維持する方法。最終的に中止できる場合もあれば、悪くなりかけたら再度良くなるまで何回か使用する場合もある。半年から1年、あるいはそれ以上の期間続ける。

例)

1. ステロイドを完全に炎症がなくなるまで塗る。表皮はツルツル、真皮はつまんでゴワゴワなし。
2. 炎症がなくなった後、ステロイドを1回/日→1回/2日→→1回/7日としてから中止して、保湿剤のみ。
3. ステロイド減量でもよくならないとき、ステロイドを減量した後に、プロトピックに変更。プロトピックを2回/日→1回/日→1回/2日→→1回/7日としてから中止する。
4. 悪くなりかけたら、早めに1〜数日に1回ステロイドやプロトピックを塗るのを繰り返す。

② 補助療法

1) 抗ヒスタミン薬

抗ヒスタミン薬はかゆみを抑える薬。

第一世代（眠気あり）と第二世代（眠気を少なくした）がある。

眠気のあるほうが効果があるとの意見が以前あったが、2つに差はないのが現在の評価。

眠気は日常生活の悪影響があるので、第二世代が好ましい。

抗ヒスタミン薬が効かないとよく質問がある。でも抗ヒスタミン薬は主役でないのので、効かないときにはこの薬を替えるのではなくて、3つの主治療法を検討し直すのがよい。

2) 漢方薬

良い薬が何種類もあって効果があるが、主治療法の基本がしっかりして初めて有効。

3) 食事と健康やストレス対策

魚の不飽和脂肪酸に効果があるとの研究がある。洋食中心より和食中心のほうが皮膚にも健康にもよい。不健康な生活（夜型、睡眠不足）やストレスは慢性湿疹やアトピー性皮膚炎の悪化の原因になる。

4. 気管支喘息

喘息と風邪はどう違うの？

喘息と風邪の症状はとてもよく似ていて区別がつかないことがある。 症状：咳、鼻汁、ゼーゼー喘息も風邪も気管支の炎症を起こすことは共通。お互いに相手の原因になることが多い。

・喘息の診断は、なんども繰り返したり長引いた後につけられる。

3回以上繰り返した後が専門家のだいたいの合意。

喘息が治りにくくなるには時間がかかるので、急いで診断をつける必要はない。

・喘息の診断は、症状でつける〜検査でつけるのではない。

症状でつけられるもので、アレルギー検査でつけられるのではない。

喘息の原因はアレルギーだけでない：アレルギー検査が陽性（アトピー型）、陰性（感染型）検査が陽性でも喘息でないことがあるし、検査が陰性でも喘息のことがある。検査はあくまで参考。

感染型：繰り返す感染が原因で、乳幼児に多くて、小学校に入るところには卒業することが多い。

アトピー型：他のアレルギー（アトピー性皮膚炎や鼻炎など）も一緒に持つことが多く、一般に治りにくい。

・喘息は慢性疾患

喘息と風邪を区別する必要があるのは、喘息は風邪と違って慢性の病気だから。

慢性の病気の特徴：「症状がないように見えても隠れて進行する」、「進行すると治りにくくなって悪化する」

「リモデリング」：進行すると気管支が狭く固くなって、もとに戻らなくなる。

小児喘息は半分程度が治らないで、高齢になって再発や悪化することが多い。

・喘息を完全に治す治療法はまだない

喘息治療の基本：吸入ステロイドとロイコトリエン受容体拮抗薬（オノン、プランルカスト、シングレア、キプレス）これらの薬によって、発作はずいぶん抑えられるようになった。

でも長い期間よい管理ができていても治療後の再発を食い止めることができない、というのが現在の結論。

・慢性化を食い止めるのはゼロレベルの治療

治療の目的：苦しい症状をおこさなくすること、慢性化（リモデリング）を防ぐ。

たとえ再発したとしても、気管支を健康に保っておけば、悪化を食い止められる。

治療効果があるためには、気管支の炎症を完全に抑える必要がある。この目安は長いこと症状がない「ゼロレベル」が続くこと。

どのくらいの期間治療するの？

世界中でいつまで治療を続けたらよいか調査されていますが、結論は出ていない。よい管理ができて、再発を食い止める治療はない。中止の時期は医療機関で統一されていない。

当院の中止目安：最後の1つの薬だけになって無症状が半年～1年続いたとき。

この目安で大部分の方はあまり繰り返さなくなる。再発したら、またしばらく継続治療。

この期間は医療機関ごとに違う。

薬以外の治療法は？

アトピー型（アレルギー検査陽性）の喘息は、ほとんどがダニとホコリが陽性：掃除が効果

掃除のポイント：薬1つ分の効果がある、効果が出るには半年かかる。

掃除はダニやホコリを多く吸い込む布団が一番大切、1週間に1度でも効果あり。床掃除は掃除機をかける前にあらかじめ拭き掃除（クイックルワイパーなど）をするとホコリが舞い上がらない。

ペットは飼わないか、できれば洗って毛が舞わないように心がける。

アレルギー検査が陰性の方も掃除はある程度効果がある。

・喘息治療のポイントは病気の理解

喘息のよい治療のためには、患者さんと家族が病気をよく理解することが欠かせない。当院では継続治療になったときには、1度資料をわたしてご説明。「ゼロレベル」の確認には、表の記入。

5. 花粉症

日本人の3～4人に1人がかかっている。おそらく一番罹患率の高い病気の1つ。世界中でそれぞれの花粉に対する花粉症がある。先進国に多く、途上国に少ない。

現在の治療は、抗ヒスタミン薬（経口、点鼻、点眼）、ステロイド（経口、点鼻、点眼）、ロイコトリエン受容体拮抗薬（キプレス、シングレア、オノン、プランルカスト）で、対症療法です。

現在のところ、根治療法は減感作療法だけです。でも減感作療法は、抗原エキスの注射を週2回→1回→月2回→1回と徐々に減らして数年かかる。手間があまりに大変なために、治療を続けられる人はわず

かだけ。手間を減らす療法に舌下減感作療法がある。

舌下減感作療法

ヨーロッパでは治療の中心。自宅にある花粉エキスを定期的に服用。花粉症がなくなる、数年以上症状がない、軽くなる、など改善することが多い。

今までの症状を軽くするだけの対症療法'（点眼、点鼻、抗ヒスタミン薬）より、より根本的な治療。数年内に日本でも実用化されることが期待される。

- ・日本医科大学付属病院（文京区千駄木）耳鼻咽喉科で行われている『舌下減感作療法』

舌下投与の原理：舌下から吸収すると、あごの下の左右にあるリンパ節にエキスが届きやすくなる。このリンパ節は花粉症の症状の出る耳と鼻の免疫にかかわっている。

方法：自宅で1日1回投与

パン片を舌下に置いて、そのパン片にスギ花粉のエキスを、目薬を点眼する要領で垂らし、2分間じっと待った後、飲み込む。開始の3週間は連続して投与し、それ以降は週に1～2回の投与。さらに、2～3週間に1回の投与と間隔を広げ、2年間続ける。通院は1カ月に1回。

効果：2年を必要、早い場合投与開始3週間で効果のすることあり。

約80%と高い有効率（根治からわずかに良いまでを含む）。