

福県医発第2004号（地）

平成17年2月 4日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 竹 嶋 康 弘



花粉症に対する適切な医療の確保について

標記の件につきまして、厚生労働省健康局疾病対策課長より日本医師会を通じて別添のとおり通知がありましたので、お知らせいたします。

今春は、全国的に観測史上1，2位を争う量の花粉の飛散が予測されていることから、正しい情報に基づく花粉症の予防や早期治療の更なる徹底を図ることを目的として通知が出され、本会に対しましても協力方依頼がありました。

厚生労働省が実施する花粉症緊急対策についての各種資料につきましては、厚生労働省のホームページ、及び日本医師会のホームページ内に随時掲載されるとのことであります。

また、本会におきましては、福県医発第1623号（地）（平成16年12月10日）付でご案内いたしましたとおり、毎年花粉情報を本会ホームページ内に掲載いたしておりますので、ご利用ください。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、適切な医療が確保されますようご協力いただくとともに、花粉症に対する正しい情報の普及啓発につきましてもご協力いただきますよう、関係各位、特に内科、眼科、耳鼻咽喉科各位への周知、協力方よろしくお願い申し上げます。

なお、県内科医会、県眼科医会、県耳鼻咽喉科専門医会には、別添のとおり本会より直接お願いしておりますことを申し添えます。

小郡三井医師会より

担当理事 廣瀬真恵



福岡医発第2002号（地）

平成17年2月 4日

福岡県内科医会

会長 山本 愛文 殿

福岡県医師会

会長 竹 嶋 康 弘

花粉症に対する適切な医療の確保について

標記の件につきまして、厚生労働省健康局疾病対策課長より日本医師会を通じて別添のとおり通知がありましたので、お知らせいたします。

今春は、全国的に観測史上1，2位を争う量の花粉の飛散が予測されていることから、正しい情報に基づく花粉症の予防や早期治療の更なる徹底を図ることを目的として通知が出され、本会に対しましても協力量依頼がありました。

厚生労働省が実施する花粉症緊急対策についての各種資料につきましては、厚生労働省のホームページ、及び日本医師会のホームページ内に随時掲載されるとのことであります。

また、本会におきましては、貴職はじめ関係機関のご協力により、毎年花粉情報を本会ホームページ内に掲載いたしておりますのでご利用ください。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただき、適切な医療が確保されますようご協力いただくとともに、花粉症に対する正しい情報の普及啓発につきましてもご協力いただきますよう、関係各位への周知、協力量よろしくお願い申し上げます。

本会ホームページ <http://www.fukuoka.med.or.jp>



福岡医発第2002号(地)

平成17年2月 4日

福岡県眼科医会

会長 鬼木 信乃夫 殿

福岡県医師会

会長 竹 嶋 康 弘

花粉症に対する適切な医療の確保について

標記の件につきまして、厚生労働省健康局疾病対策課長より日本医師会を通じて別添のとおり通知がありましたので、お知らせいたします。

今春は、全国的に観測史上1, 2位を争う量の花粉の飛散が予測されていることから、正しい情報に基づく花粉症の予防や早期治療の更なる徹底を図ることを目的として通知が出され、本会に対しましても協力方依頼がありました。

厚生労働省が実施する花粉症緊急対策についての各種資料につきましては、厚生労働省のホームページ、及び日本医師会のホームページ内に随時掲載されるとのことであります。

また、本会におきましては、貴職はじめ関係機関のご協力により、毎年花粉情報を本会ホームページ内に掲載いたしておりますのでご利用ください。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、適切な医療が確保されますようご協力いただくとともに、花粉症に対する正しい情報の普及啓発につきましてもご協力いただきますよう、関係各位への周知、協力方よろしくお願い申し上げます。

本会ホームページ <http://www.fukuoka.med.or.jp>



福岡医発第2002号（地）

平成17年2月 4日

福岡県耳鼻咽喉科専門医会

会長 柴田 浩一 殿

福岡県医師会

会長 竹 嶋 康 弘

花粉症に対する適切な医療の確保について

標記の件につきまして、厚生労働省健康局疾病対策課長より日本医師会を通じて別添のとおり通知がありましたので、お知らせいたします。

今春は、全国的に観測史上1，2位を争う量の花粉の飛散が予測されていることから、正しい情報に基づく花粉症の予防や早期治療の更なる徹底を図ることを目的として通知が出され、本会に対しましても協力方依頼がありました。

厚生労働省が実施する花粉症緊急対策についての各種資料につきましては、厚生労働省のホームページ、及び日本医師会のホームページ内に随時掲載されるとのことであります。

また、本会におきましては、貴職はじめ関係機関のご協力により、毎年花粉情報を本会ホームページ内に掲載いたしておりますのでご利用ください。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただき、適切な医療が確保されますようご協力いただくとともに、花粉症に対する正しい情報の普及啓発につきましてもご協力いただきますよう、関係各位への周知、協力方よろしくお願い申し上げます。

本会ホームページ <http://www.fukuoka.med.or.jp>



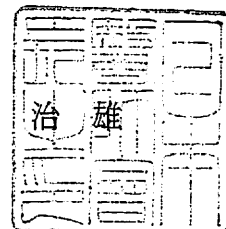
日医発第1104号（地Ⅲ209）

平成17年1月31日

都道府県医師会長 殿

日本医師会長

植 松



花粉症に対する適切な医療の確保について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて今春は、全国的に観測史上1、2位を争う量の花粉の飛散が予測されていることから、正しい情報に基づく花粉症の予防や早期治療の更なる徹底を図ることを目的として、別添のとおり、厚生労働省健康局疾病対策課長より、各都道府県、保健所設置市、特別区衛生主管部（局）長に対して、通知が出されました。併せて本会に対しましても協力方依頼がありました。

厚生労働省が実施する花粉症緊急対策についての各種資料につきましては、厚生労働省ホームページ内花粉症対策に1月中を目途に随時掲載されるとのことであります。併せて、本会のホームページにも掲載する予定にしております。参考までに2002年版「鼻アレルギー診療ガイドライン（ダイジェスト）」を同封いたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただき、適切な医療が確保されますようご協力いただくとともに、都道府県が実施する花粉症に対する正しい情報の普及啓発につきましてもご協力いただきますようお願い申し上げます。

厚生労働省ホームページ内花粉症対策

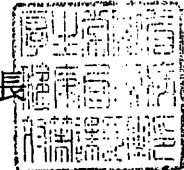
<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/kenkou/ryumachi/kafun.html>



健疾発第0121002号
平成17年1月21日

社団法人日本医師会会長 殿

厚生労働省健康局疾病対策課長



花粉症に対する適切な医療の確保について（依頼）

平素より疾病対策行政の推進に御尽力を賜り御礼申し上げます。

今春は、全国的に観測史上1、2位を争う量の花粉が飛散すると予測されております。

このことから、厚生労働省では、正しい情報に基づく花粉症の予防や早期治療の更なる徹底を図るため、各都道府県等衛生主管部（局）長あて別添のとおり通知を発出したところです。

貴職におかれましては、花粉症に対する適切な医療の確保がなされるよう、「花粉症に対する緊急対策」の実施につき特段の御協力をお願いいたします。また、都道府県等が実施する、花粉症に関する正しい情報の普及啓発につきましても併せて御協力をお願いいたします。

なお、厚生労働省が実施する花粉症に対する緊急対策に係る各種資料等につきましては、厚生労働省ホームページ内「花粉症特集」(<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/kenkou/ryumachi/kafun.html>)に、一月中を目途に随時、掲載することとしておりますことを申し添えます。



健疾発第0121001号
平成17年1月21日

各〔都道府県
保健所設置市
特別区〕衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局疾病対策課長

花粉症に対する緊急対策の実施について（依頼）

平素より疾病対策行政の推進に御尽力を賜り御礼申し上げます。

今春は、全国的に観測史上1，2位を争う量の花粉の飛散が予測され、花粉症の方は症状の重症化が、花粉症でない方は新たに発症するおそれが指摘されています。国民の皆様方に対し、可能な限り花粉にさらされないよう自ら予防し、必要があれば早期に医療機関を受診するよう呼びかけるとともに、医療従事者等に対しては、適切な医療が確保されるよう、診療ガイドライン等の周知を図る等の取り組みを徹底することが必要です。

このことから、厚生労働省では、正しい情報に基づく花粉症の予防や早期治療の更なる徹底を図るため、厚生労働省ホームページに花粉症特集を開設し、1月28日にはシンポジウムを開催する等、花粉症に対する緊急対策を講じているところです。

貴職におかれましても、引き続き花粉症対策を推進していただきますとともに、上記の趣旨を十分に御理解いただき、花粉症に対する緊急対策の実施に係る別紙の事項について必要な御協力方宜しくお願いします。

なお、今般の花粉症に対する緊急対策につきましては、実施状況等を具体的に把握するため、後日、貴管内における取り組み状況を照会させていただく予定としていますので御留意願います。また、社団法人日本医師会及び社団法人日本薬剤師会等に対しても、適切な医療の確保に係る協力依頼を行っていることを併せて申し添えます。

花粉症に対する緊急対策

1 花粉症の相談体制の整備

従来より、厚生労働省が実施しているリウマチ・アレルギー相談員養成研修会に参加していただいておりますが、貴管内における花粉症の相談窓口を設置するなど、一般の方々からの花粉症に関する問い合わせ等に対応できる体制が整備されるよう、特段の御配慮をお願いします。

なお、上記体制の円滑な整備に資するべく、追って、厚生労働省より「花粉症に関する相談マニュアル（Q&A）」を提供いたしますので、積極的に御活用ください。

2 花粉症に関する正しい情報の提供

花粉症の効果的な予防法、早期受診の必要性等に関する正しい情報を提供するため、ポスターのひな形及びパンフレットを作成し、追って、提供いたします。

貴職におかれては、これらの資料を積極的に御活用いただき、各医師会及び薬剤師会とも充分連携のうえ、一般の方々への花粉症に関する正しい情報の提供をお願いします。また、住民に身近である市町村においても適切な普及啓発活動が実施されるよう支援方お願いいたします。

3 花粉症に対する適切な医療の確保

花粉症患者に対する適切な医療が確保されるよう、追って、厚生労働省より「医療従事者等向けQ&A」を提供いたしますので、「鼻アレルギー診療ガイドライン」等と併せ、医師会等の関係機関と連携して、医療従事者等に対する周知に関し特段の御配慮をお願いします。

また、今後、地域における専門医療機関と相談等を行ってもなお治療上疑義が生じる専門事項にあっては、医療機関向け専門相談窓口を国立病院機構相模原病院の御協力をいただき「リウマチ・アレルギー情報センター」ホームページ内（<http://www.allergy.go.jp>）に開設する予定ですので、こちらについても、追って、貴職にお知らせいたします。

なお、上記ポスターのひな形、パンフレット及び各種相談マニュアル等については、厚生労働省ホームページ内「花粉症特集」（<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/kenkou/ryumachi/kafun.html>）に、一月中を目途に随時、掲載いたしますので、御了知いただくとともに、関係者への周知方について特段の御配慮をお願いします。

2002年版

鼻アレルギー 診療ガイドライン

【ダイジェスト】

監 修

馬場 廣太郎

作 成

厚生労働省21世紀型医療開拓推進研究事業〔EBM分野〕
アレルギー性鼻炎ガイドライン班

2002年版 鼻アレルギー診療ガイドライン ダイジェスト

目 次

はじめに	2
定義	2
疫学	3
発症のメカニズム	4
感作 / 発症 / 症状発現のメカニズム	
検査法	6
問診 / 鼻鏡検査 / アレルギー性の診断 / 原因抗原の検査 / その他の検査	
診断法	8
分類	8
抗原と好発期による分類 / 病型分類 / 重症度分類	
治療法	10
患者とのコミュニケーション / 抗原の除去と回避 / 薬物療法 / 特異的免疫療法(抗原特異的減感作療法) / 手術 / 治療法の選択 / 妊婦の治療 / 小児の治療	
付・口腔アレルギー症候群	20

主任研究者

馬場廣太郎 獨協医科大学耳鼻咽喉科気管食道科

分担研究者

中江 公裕	獨協医科大学公衆衛生学
市村 恵一	自治医科大学耳鼻咽喉科
榎本 雅夫	日赤和歌山医療センター耳鼻咽喉科
岡本 美孝	山梨医科大学耳鼻咽喉科 (現 千葉大学大学院医学研究院耳鼻咽喉科)
川内 秀之	島根医科大学耳鼻咽喉科
黒野 祐一	鹿児島大学医学部耳鼻咽喉科
増山 敬祐	熊本大学医学部耳鼻咽喉科
大久保公裕	日本医科大学耳鼻咽喉科
今野 昭義	千葉大学大学院医学研究院耳鼻咽喉科(現 財団法人脳神経疾患 研究所附属総合南東北病院アレルギー・頭頸部センター)
竹中 洋	大阪医科大学耳鼻咽喉科
洲崎 春海	昭和大学医学部耳鼻咽喉科

序

鼻アレルギー診療ガイドライン—通年性鼻炎と花粉症—は、1993年に作成されて以来、改訂第3版を重ねています。最近、医療はEBM (Evidence Based Medicine) に基づくべきであることが、盛んにいわれるようになり、厚生労働省の「EBMに基づいたアレルギー性鼻炎の治療ガイドライン」作成のため研究班が設置されました。そこで、全国の研究者とともに、国内外の論文の収集と批判的吟味を行って、上記ガイドラインのEBM的見直しをいたしました。その結果、EBMに基づくガイドラインの条件を備えているとの結論に達したため、これを小修正のうえ、2002年版(改訂第4版)として刊行することにしました。また、検討した膨大な論文と推奨、勧告をCD-ROMとして付録することにもいたしました。

一方、厚生労働省からは、内容を短くまとめたダイジェスト版も作成するよう依頼があり、それがこの小冊子となりました。ガイドラインの要点を理解しやすくまとめたものですので、日常診療に役立てていただけるものと考えています。

鼻アレルギーをもつ患者さんのQOL向上が、研究者一同の最大の喜びであり、本研究班の目的でもあります。

平成14年5月

主任研究者 / 馬場 廣太郎

はじめに

EBMは本来、目の患者のために文献を収集、批判的吟味を加えたうえで適応するものである。これをガイドライン作成に応用しようとする画一的となるのは仕方のないことであり、また文献も推奨と勧告が強く得られるものはrandomized controlled study (RCS)に限られてくる。これらは研究デザインがEBMに適合するのであって、検討された治療法が有効である確率をかなりの精度をもって提示するものである。すなわち、推奨は論文に対するものであり、治療法への勧告が常に優れているとは別問題であることを認識しておかなければならない。

したがって、ガイドラインは個々の患者に対する治療上の「参考」となることを期待して作られたもので、治療法を「規定」するものではないことを明確にしておきたい。

定 義

アレルギー性鼻炎の診断・治療にあたり、まず疾患概念を決め、対象を明らかにする必要がある。本症は鼻炎に属し、鼻炎には類似の症状を有する疾患が多数あるからである。

アレルギー性鼻炎は鼻粘膜の型アレルギー性疾患で、原則的に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。

病名として、鼻過敏症、鼻アレルギー、アレルギー性鼻炎、さらに花粉症などが用いられている。

表1 鼻炎の分類

1. 感染性	a. 急性鼻炎, b. 慢性鼻炎
2. 過敏性非感染性	a. 複合型(鼻過敏症): i)アレルギー性: 通年性アレルギー性鼻炎, 季節性アレルギー性鼻炎 ii)非アレルギー性: 血管運動性(本態性)鼻炎, 好酸球増多性鼻炎 b. 鼻漏型: 味覚性鼻炎, 冷気吸入性鼻炎, 老人性鼻炎 c. うっ血型: 薬物性鼻炎, 心因性鼻炎, 妊娠性鼻炎, 内分泌性鼻炎, 寒冷性鼻炎 d. 浮腫型: アスピリン過敏性 e. 乾燥型: 乾燥性鼻炎
3. 刺激性	a. 物理性鼻炎, b. 化学性鼻炎, c. 放射線性鼻炎
4. その他	a. 萎縮性鼻炎, b. 特異性肉芽腫性鼻炎

2の過敏性非感染性鼻炎は過敏性亢進があるが、a, i)のアレルギー性を除くと本来の意味の炎症ではない。鼻炎の分類から除き、アレルギー性鼻炎類縁疾患、過敏性疾患とする方が合理的だが、臨床における便宜的な使用も許容されると考えて分類に入れた。血管運動性鼻炎は国際分類では原因不明として本態性と呼ばれているが、今までの慣例に従ってこの名称を使った。4a, 4bは1bの慢性鼻炎に入るべきだが現在では数も少なく、便宜的に2つに分類した。

疫 学

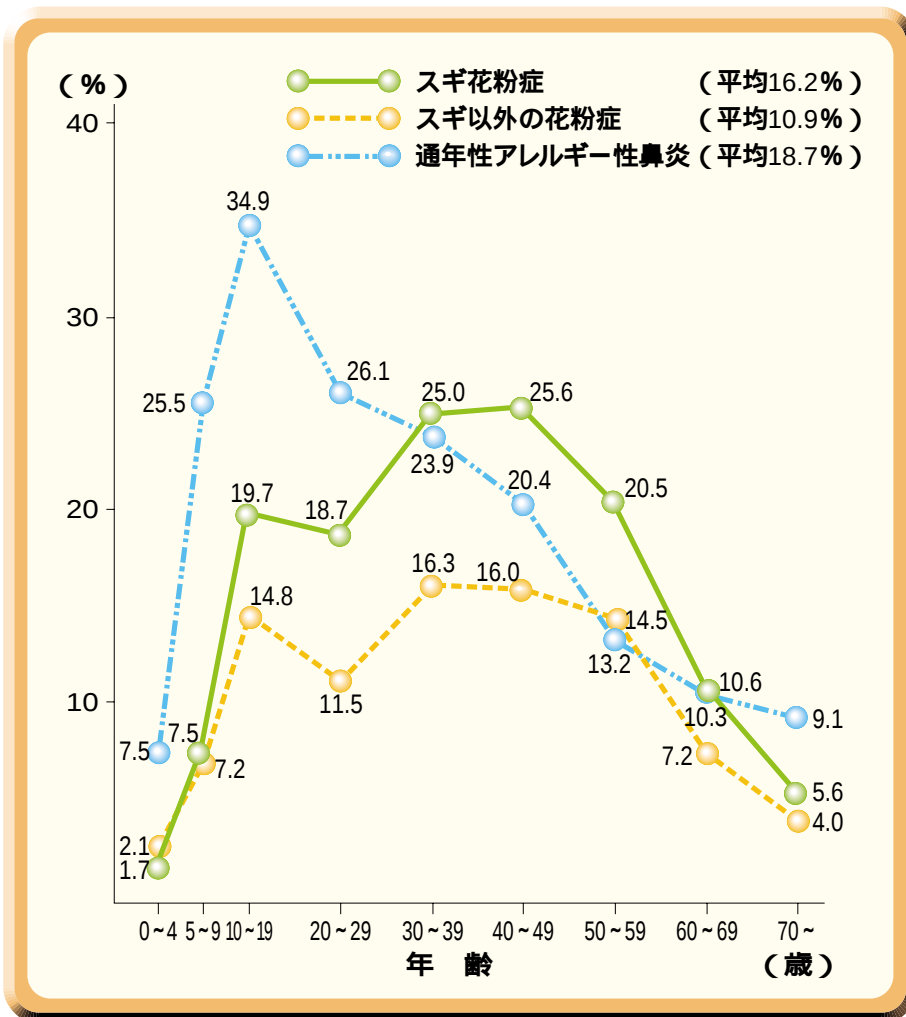
全国調査による有病率は

- 通年性アレルギー性鼻炎……18%程度
- スギ花粉症………13～16%
- スギ以外の花粉症………10%程度

と考えられる。

しかし、これら有病率は、地域・年齢・調査年度によって大きな差異がみられる。平成10年度の全国調査による年齢差を示す。年齢層別有症率のおよその目安となると考える。最近、スギ花粉症の増加が著明で、ハウスダストアレルギーは都市部ではややプラトーになり、町村部でなお増加傾向にある。

図1 年齢層別鼻アレルギー有病率



発症のメカニズム

遺伝的素因が重要であるが、感作・発症素因は多因子的で、解明はまだ不十分である。

感 作

IgE抗体は抗原の鼻粘膜内侵入により、主として鼻関連リンパ組織(nose associated lymphoid tissue : NALT)内などで産生されると考えられている。抗原は抗原提示細胞に貪食され、これによって活性化された 型ヘルパーT細胞(Th2)とBリンパ球の相互作用が重要である。産生されたIgE抗体が気道粘膜に分布する好塩基性メタクロマジー陽性細胞(好塩基球と肥満細胞)に固着して感作が成立する。

発 症

感作から発症にいたるメカニズムは不明な点が多い。ダニやスギ花粉の疫学調査では50%前後の抗体保有率が示され、その30~50%が発症すると考えられている。

症状発現のメカニズム

抗体に特異的な抗原の鼻粘膜へのチャレンジによって、主として粘膜型肥満細胞表面で免疫反応が起こり、ケミカルメディエーターが遊離する。このケミカルメディエーター(ヒスタミン、ロイコトリエンなど)が標的組織を刺激して起こる局所アナフィラキシーが鼻アレルギー症状をきたす。

即時相反応

ヒスタミンは知覚神経を刺激し、くしゃみ中枢を介してくしゃみ発作を起こす。同じ刺激は分泌中枢、副交感神経を介して鼻腺から鼻汁を分泌する。くしゃみと鼻漏は一連の反応と考えられる。ロイコトリエン、ヒスタミンなどは、鼻粘膜血管を刺激し、その透過性亢進、拡張、血流うっ滞などにより、鼻閉を起こす。

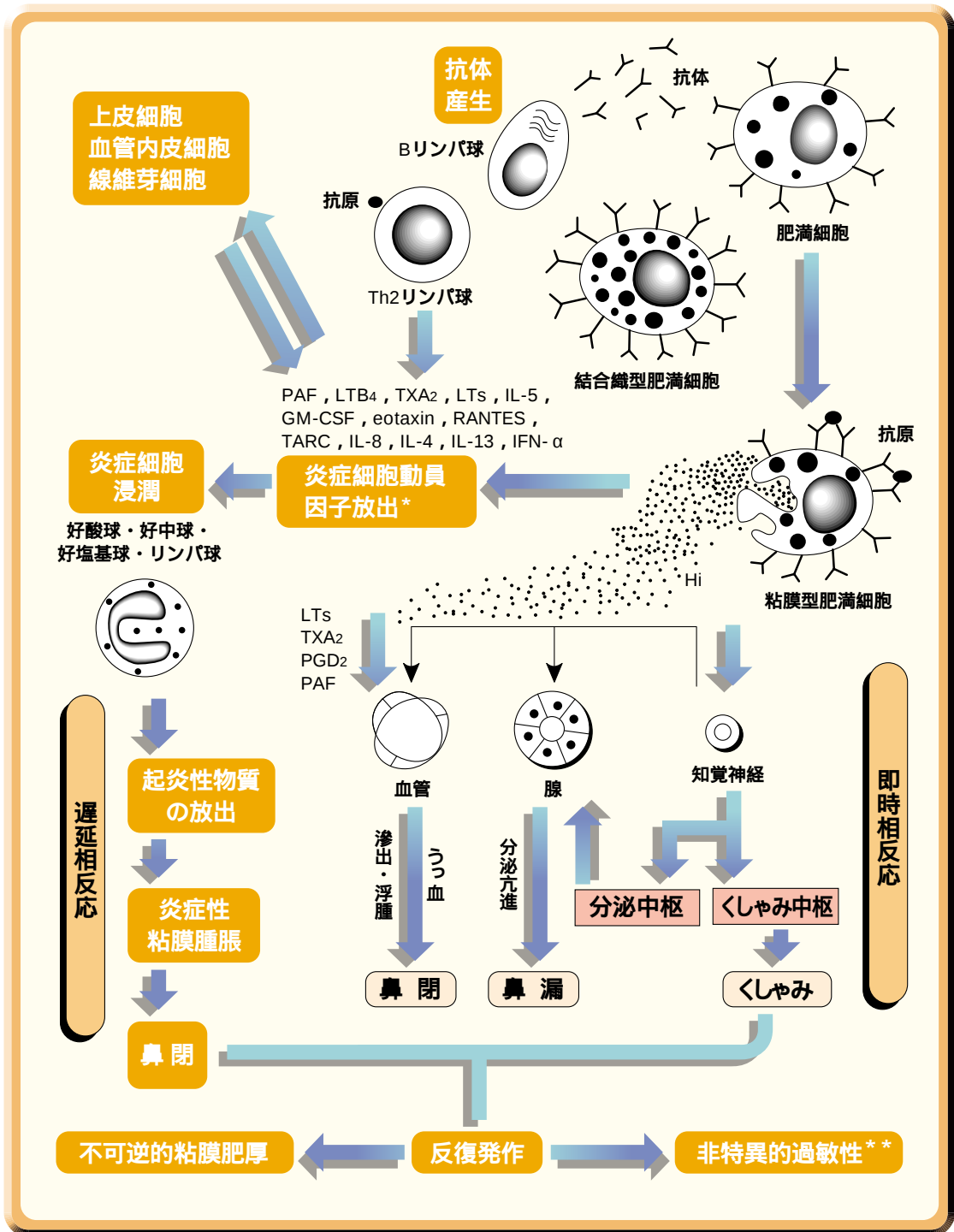
遅発相反応

即時相反応に続いて数時間後に起こる遅発相反応は、アレルギー性鼻炎では鼻閉という症状で発現する。

アレルギー性炎症

発作の反復により、好酸球、好塩基球、リンパ球などの炎症細胞浸潤が起こり、ここから放出される細胞内物質により悪循環が形成され、非特異的過敏性獲得、不可逆的粘膜肥厚などがもたらされて、重症化、遷延化、慢性化をきたす。

図2 アレルギー性鼻炎のメカニズム



Hi: ヒスタミン, IL: インターロイキン, IFN-α: インターフェロン-α, PAF: 血小板活性化因子, LTs: ロイコトリエン, GM-CSF: 顆粒球/マクロファージコロニー刺激因子, PGD₂: プロスタグランジンD₂, TXA₂: トロンボキサンA₂
 RANTES: regulated upon activation normal T expressed, and presumably secreted
 TARC: thymus and activation-regulated chemokine

*遊走因子については、なお一定の見解が得られていないので可能性のあるものを並べたにすぎない。

**アレルギー反応の結果、起こると推定される。

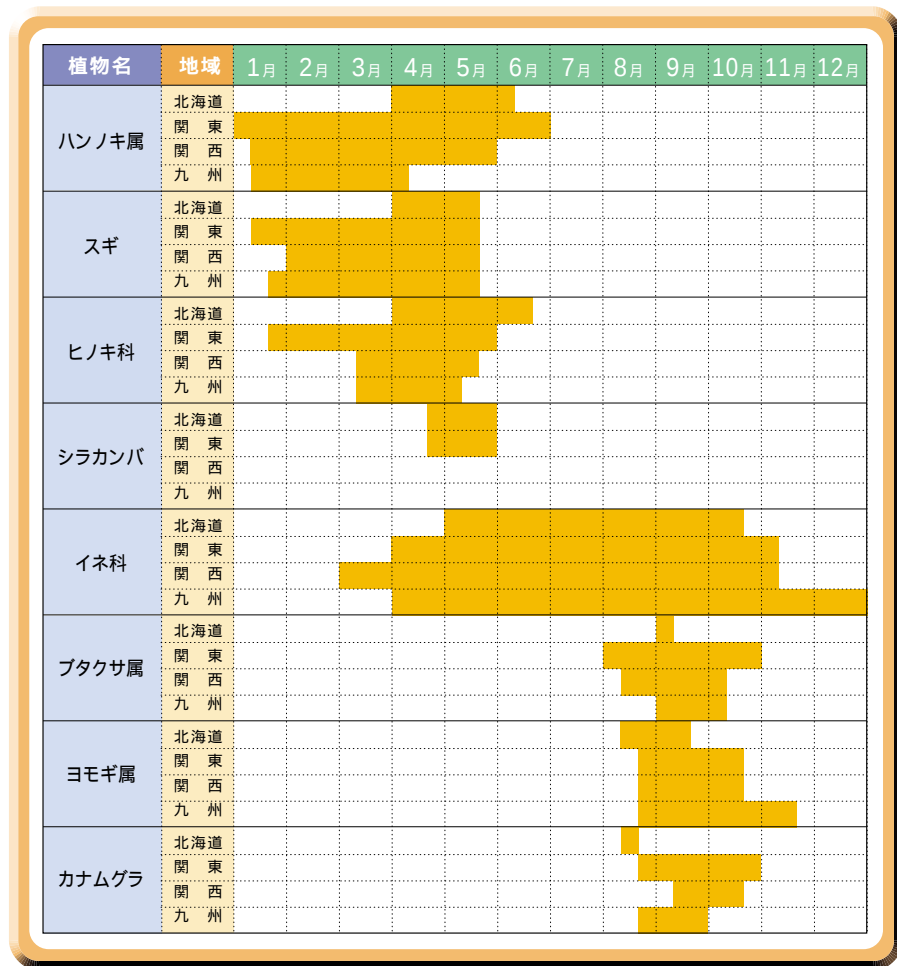
(第1回那須ティーチン記録集 1996巻一部改変)

検査法

問診

年齢，性，職業，症状の程度，発症年齢，好発期，合併症，アレルギー既往歴，家族歴，過去・現在の治療歴と経過などを詳しく調査する。**問診票**を用いるともれなく行える。また，経過の観察には**鼻アレルギー日記**を用いるのがよい。

図3 主な花粉症原因植物の開花期



日本の4地域（北海道・市立札幌病院，関東・国立相模原病院，関西・日赤和歌山医療センター，九州・国立療養所南福岡病院）における発症を来す花粉飛散の期間を示した。一般に春の植物の開花は南から始まる。マツの花粉も地域により晩春に多数飛散するが，マツ花粉症はごく少数のため割愛した。秋に飛散するイネ花粉は起因抗原としての意義が低い。

（西間三馨，奥田 稔ほか監修：厚生省花粉症研究班，日本列島空中調査データ集，協和企画，東京，2000年より）

（北海道・市立札幌病院のデータは1993年，他3地域は1997年より作成）

鼻鏡検査

通年性アレルギー性鼻炎では，下鼻甲介の蒼白，浮腫状腫脹，水性鼻汁をみるが，花粉症ではむしろ発赤を呈することが多い。他の鼻疾患，例えば副鼻腔炎，鼻茸，鼻中隔彎曲症，急性鼻炎との鑑別，合併を知るうえで重要な検査である。

表2 局所所見の程度分類

種類 \ 程度	+++	++	+	-
下鼻甲粘膜の浮腫	中鼻甲介みえず	(+++)と(+)の間	中鼻甲介中央までみえる	なし
下鼻甲粘膜の色調*	蒼白	赤	薄赤	正常
水性分泌量	充満	(+++)と(+)の間	付着程度	なし
鼻汁の性状*	水性	粘性	膿性	なし

* 程度ではなく質の変化

アレルギー性の診断

病気がアレルギーによって起こっていることを知るための検査。

- 鼻汁好酸球検査 ——— 最重要の検査である。
- 血液中好酸球検査 ——— 花粉症単独例では正常値のことが多い。
- 血液中総IgE値 ——— 高値は通年性アレルギー性鼻炎。
喘息，アトピー性皮膚炎の合併も考える。

原因抗原の検査

- 皮膚テスト ——— 皮内テスト，スクラッチテスト，プリックテスト。
- 特異的IgE抗体定量 ——— RASTなど。
- 鼻粘膜誘発テスト ——— 市販の誘発用抗原ディスクはハウスダストとブタクサのみである。

誘発テスト以外の検査は，抗体を証明するものであって，必ずしも発症につながらない。したがって，好発時期など症状との矛盾がないことを確認する必要がある。

表3 アレルギー検査成績の程度分類

検査法 \ 程度	+++	++	+	±	-
皮内テスト	紅斑41mm以上 膨疹16mm以上	40mm～20mm 15mm～10mm	40mm～20mm 9mm以下		19mm以下 9mm以下
鼻誘発テスト*	症状3つ 特にくしゃみ 6回以上	症状3つ	症状2つ	症状1つ	0
鼻汁好酸球数	群在	(+++)と(+) の間	弱拡大目につく程度		0

* 症状3つ： くしゃみ発作・鼻痒痒感，下鼻甲粘膜の腫脹蒼白，水性分泌
スクラッチ(プリック)テストは施行後15～30分に，膨疹または紅斑が対照の2倍以上，または紅斑10mm以上もしくは膨疹が5mm以上を陽性とする。

その他の検査

- 鼻副鼻腔X線検査 — 副鼻腔炎などとの鑑別に重要。アレルギー性副鼻腔炎の診断は，鼻鏡所見，症状とを併せて行う。
- 鼻腔通気度検査

診断法

くしゃみ(鼻のかゆみ)、水性鼻漏、鼻閉の3主徴をもち、鼻汁好酸球検査、皮膚テスト(または血清IgE抗体検査)、誘発テストのうち、2つ以上が陽性ならば、アレルギー性鼻炎と確定診断できる。上記3テストのうち1つのみ陽性であっても典型的症状を有し、アレルギー検査が中等度以上の陽性であれば、アレルギー性鼻炎としてよい。特に誘発テストの実施できないときや花粉症がこれに該当する。しかし、鼻汁中好酸球のみ陽性のときは好酸球増多性鼻炎との鑑別に慎重でなければならない。

アレルギー性鼻炎と類似の症状と非特異的過敏性をもちながら、アレルギーの証明ができない疾患に、血管運動性鼻炎と好酸球増多性鼻炎がある。前者はアレルギー検査の全てが陰性、後者は鼻汁好酸球のみ陽性。

分類

抗原と好発期による分類

通年性アレルギー性鼻炎(ハウスダスト・ダニなど)

季節性アレルギー性鼻炎(多くは花粉症)

病型分類

くしゃみ、鼻漏の程度は強く相関するので、両者をまとめてくしゃみ・鼻漏型とし、鼻閉が他の症状に比して特に強いときは鼻閉型とする。両者がほぼ同じ場合は充全型とする。

重症度分類

症状はくしゃみ、鼻漏と鼻閉の強さの組み合わせで決める。

表 4 アレルギー性鼻炎症状の重症度と病型分類

程度および重症度		くしゃみ発作または鼻漏*				
		+++	++	+	-	
鼻 閉	+++	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
		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、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でも起こるので、最重症を入れてある。

表 5 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	0
鼻 汁 (1日の平均擤鼻回数)	21回以上	20～11回	10～6回	5～1回	0
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 全くないが、 鼻閉あり	なし
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	支障なし

* 日常生活の支障度：仕事、勉強、家事、睡眠、外出などへの支障

病型と重症度分類は、治療法を選択するうえで、重要となる。

治療法

患者のQOL向上が目標となる。

治療法の選択は，重症度，病型，患者のライフスタイルによる。

患者とのコミュニケーション

医師と患者のコミュニケーションをよくし，治療への意欲，病気や治療法への理解，医師への信頼を促進し，互いに診療におけるパートナーとなるべきである。具体的には，アレルギー性鼻炎のメカニズム，治療法，合併症，予後，薬の使用法，検査結果を十分に説明し，解説書を提供し，日記の記入，規則的通院，日常生活の改善，抗原の発見と除去などに積極的に患者が協力するように促す。患者が医師と共同で治療プログラムをつくり，治療経過も共同で検討する。

抗原の除去と回避

治療の第一歩で，患者のみにできることである。患者の病気・治療への理解を深め，治療に自身が参加している意義を実感してもらう意味でも重要である。

室内ダニの除去

- ① 室内の掃除には，排気循環式の掃除機を用いる。
1回20秒/m²の時間をかけ，週に2回以上掃除する。
- ② 布製のソファ，カーペット，畳はできるだけやめる。
- ③ ベッドのマット，布団，枕にダニを通さないカバーをかける。
- ④ 部屋の湿度を50%，室温を20～25℃に保つよう努力する。

スギ花粉の回避

- ① 花粉情報に注意する。
- ② 飛散の多い時の外出を控える。
- ③ 飛散の多い時は，窓・戸を閉めておく。
- ④ 飛散の多い時は，外出時にマスク・メガネを着用する。
- ⑤ 外出時，毛織物などのコートは避ける。
- ⑥ 帰宅時，衣服や髪をよく払い入室する。洗顔，うがいをし，鼻をかむ。
- ⑦ 掃除を励行する。

ペット(とくにネコ)抗原の減量

- ① できれば飼育をやめる。
- ② 屋外で飼い，寝室に入れない。
- ③ ペットとペットの飼育環境を清潔に保つ。
- ④ 床のカーペットをやめ，フローリングにする。
- ⑤ 通気をよくし，掃除を励行する。

薬物療法

■ アレルギー性鼻炎に用いる薬剤

抗アレルギー薬という呼称が一般的に使われており、ケミカルメディエーター遊離抑制薬，第2世代抗ヒスタミン薬を指すことが多いが，混乱をまねくおそれがあるため，ここでは用いないことにした。

1. ケミカルメディエーター遊離抑制薬(肥満細胞安定薬)

クロモグリク酸ナトリウム(インタール[®])*,トラニラスト(リザベン[®]),アンレキサノクス(ソルファ[®])**,
ベミロラストカリウム(アレギサル[®],ベミラストン[®])

2. ケミカルメディエーター受容体拮抗薬

ヒスタミン拮抗薬(抗ヒスタミン薬)

第1世代 : d-マレイン酸クロルフェニラミン(ボラミン[®],レクリカ[®]),フマル酸クレマスチン(タベジール[®],ヒスタベリン[®]),
塩酸ヒドロキシジン(アタラックス[®])など

第2世代 : フマル酸ケチフェン(ザジテン[®])*,塩酸アゼラスチン(アゼブチン[®]),オキサトミド(セルテクト[®]),メキタジン
(ゼスラン[®],ニボラジン[®]),フマル酸エメダスチン(ダレン[®],レミカット[®]),塩酸エビナスチン(アレジオン[®]),
エバスチン(エバステル[®]),塩酸セチリジン(ジルテック[®]),塩酸レボカバスチン(リボスチン[®])*,ベシル酸ペボタ
スチン(タリオン[®]),塩酸フェキソフェナジン(アレグラ[®]),塩酸オロパタジン(アレロック[®]),ロラタジン(クラリチン[®])

トロンボキサンA₂拮抗薬(抗トロンボキサンA₂薬)

ラマトロバン(バイナス[®])

ロイコトリエン拮抗薬(抗ロイコトリエン薬)

グランルカスト水和物(オノン[®])

3. Th2サイトカイン阻害薬

トシル酸スプラタスト(アイピーディ[®])

4. ステロイド薬

局所用

プロピオン酸ベクロメタゾン(ベコナーゼ[®],アルデシン[®],リノコート[®])*,フルニソリド(シナクリン[®])*,
プロピオン酸フルチカゾン(フルナーゼ[®])*

経口用

ベタメタゾン・d-クロルフェニラミン合剤(セレスタミン[®])

5. 自律神経作用薬

α交感神経刺激薬

硝酸ナファゾリン(ブリビナ[®])*,塩酸テトラヒドロソリン・プレドニゾン合剤(コールタイジン[®])*,
硝酸テトラヒドロソリン(ナーベル[®])*,塩酸オキシメタゾリン(ナシピン[®])*,塩酸トラマゾリン(トーク[®])*

副交感神経遮断薬(抗コリン薬)

臭化イプラトロピウム(アトロベント[®])*,臭化フルトロピウム(フルブロン[®])*

6. その他

生物製剤,変調療法薬,漢方薬

*鼻噴霧用, **内服および鼻噴霧用, 無印は内服用

■薬剤の特徴

1. ケミカルメディエーター遊離抑制薬(肥満細胞安定薬)

肥満細胞からのケミカルメディエーター遊離を抑制する薬剤としてクロモグリク酸ナトリウム(DSCG)が1967年に開発されて以来、局所用、経口用の本剤が開発され、市販されている。

経口ケミカルメディエーター遊離抑制薬の特徴

- ④ 連用により改善率が上昇する。
- ④ 効果はマイルドなため臨床効果発現が遅い。
- ⑤ 鼻閉にもやや効果がある。
- ④ 副作用が比較的少ない。
- ⑤ 眠気がない。

2. 第1世代抗ヒスタミン薬

1940年代からアレルギー治療薬として用いられ、市販の鼻炎用薬剤にも繁用されている。ヒスタミン受容体の競合的拮抗薬であるため、くしゃみ、鼻漏には効果があるが、鼻閉に対する効果は十分ではない。副作用として、眠気、胃腸障害、口渇、めまい、頭痛などがあり、車を運転する人、危険な作業をする人には注意して投与する。抗コリン作用が強いため、緑内障、前立腺肥大、喘息には禁忌である。

3. 第2世代抗ヒスタミン薬

抗ヒスタミン作用が主作用であるが、他に多彩な抗アレルギー作用があるため、抗ヒスタミン作用をもつ抗アレルギー薬といわれることもある。新しいものほど眠気、抗コリン作用が軽減されている。

第2世代の抗ヒスタミン薬の特徴(第1世代と比較して)

- ④ 中枢鎮静、抗コリン作用などの副作用が少ない。
- ④ 全般改善度はややよい。
- ⑤ 鼻閉に対する効果がややよい。
- ④ 効果がマイルドなため発現が遅く、持続が長い。
- ⑤ 連用により改善率が上昇する。

4. トロンボキサンA₂拮抗薬(抗トロンボキサンA₂薬)

鼻粘膜血管透過性亢進抑制作用などを有し、鼻閉を改善する。また、好酸球浸潤を抑制することで鼻粘膜過敏性を減弱し、くしゃみ、鼻漏に対する効果もある程度認められる。血小板凝集能を抑制するため、抗血小板剤、血栓溶解剤、抗凝固剤との併用に注意する。サリチル酸系製剤、テオフィリンとも相互作用がある。

5. ロイコトリエン拮抗薬(抗ロイコトリエン薬)

ロイコトリエンの鼻粘膜血管透過性亢進、鼻粘膜浮腫に拮抗することから、鼻粘膜の腫脹抑制により鼻閉を改善する。好酸球浸潤抑制による過敏性亢進の軽減、ロイコトリエンD₄による鼻汁分泌を抑制することにより、くしゃみ、鼻汁にもある程度効果がある。エリスロマイシン、イトラコナゾールなどとの相互作用に注意する。

6. Th2 サイトカイン阻害薬

ヘルパー T 細胞からの IL-4 などのサイトカインの放出阻害による IgE 抗体産生制御が主作用とされている。

7. 局所ステロイド薬

局所効果が強く，吸収されにくく，分解も早いため，全身的副作用は少なく，効果は確実である。

局所ステロイド薬の特徴

- ④ 効果は強い。
- ④ 鼻アレルギーの 3 症状に等しく効果がある。
- ④ 効果発現はやや早い。
- ④ 投与部位のみ効果が発現する。
- ④ 副作用は少ない。

8. 全身用ステロイド薬

局所ステロイド薬では抑制できない重症・最重症・難治例に対してステロイド薬内服を行うことがある。副腎皮質抑制などの副作用を考慮し，短期間の投与にとどめるべきである。

デボステロイドの筋注は全身的副作用に注意し，投与前後の検査を怠ってはならない。ときに，副作用（満月様顔貌，皮膚・皮膚付属器障害，月経異常，萎縮などの注射部位障害，副腎皮質機能障害など）が起こるので，この方法は望ましくない。

9. α 交感神経刺激薬

鼻粘膜血管の収縮により，鼻閉は一時的に改善される。しかし，連続使用により効果の持続時間は短くなり，反跳的に血管は拡張して，かえって腫脹は増し，使用回数を増すという悪循環に陥る。薬剤性鼻炎の一つであり，治療には局所ステロイド薬がよい。したがって，使用は鼻閉の極めて強い場合の短期間に限るべきである。

10. 抗コリン薬

水性鼻漏に有効であるが，くしゃみ，鼻閉には効果が期待できない。即効性だが持続時間も短く，1 日 3 ～ 4 回の点鼻が必要である。副作用，習慣性などはごく少ない。

11. 非特異的変調療法薬

ヒスタミン加ガンマグロブリン，細菌ワクチン，金製剤などがある。単独使用は少なく，薬効機序も必ずしも明らかではない。

12. 生物製剤

ノイロトロピン，アストレメジン，MS アンチゲンなどがある。作用機序は不明な点が多く，即効性はない。

13. 漢方薬

小青竜湯，葛根湯，小柴胡湯などが用いられるが，小青竜湯のみがプラセボとの比較対照試験が行われ，有効性が証明されている。

■ 薬剤の臨床効果発現時間

10～20分	第1世代抗ヒスタミン薬
1～2日	局所ステロイド薬 経口第2世代抗ヒスタミン薬
2～3日	全身ステロイド薬
約1週	点鼻抗アレルギー薬
約2週	経口ケミカルメディエーター遊離抑制薬 抗ロイコトリエン薬
約4週	抗トロンボキサンA ₂ 薬

臨床治験から、通年性アレルギー性鼻炎に対して十分に効果が得られる期間を示したものであり、実際の効果発現はもう少し短期間である。また、薬剤によって異なる。

第1世代抗ヒスタミン薬は臨床治験がないため、作用開始時間を示しており、十分な効果発現期間は不明である。

■ 薬物療法の副作用

薬 物	副作用
第1世代抗ヒスタミン薬	眠気, 全身倦怠, 口渇など(喘息, 排尿障害, 緑内障, 自動車運転禁忌)
第2世代抗ヒスタミン薬	肝・胃腸障害, 眠気, 薬によっては心筋障害など
経口ケミカルメディエーター遊離抑制薬	肝・胃腸障害, 発疹, 薬によっては膀胱炎など
抗ロイコトリエン薬	白血球・血小板減少, 肝障害, 発疹, 下痢, 腹痛など
抗トロンボキサンA ₂ 薬	出血傾向, 肝障害, 発疹, 腹痛, 頭痛など
全身ステロイド薬	感染の誘発, 副腎皮質機能低下, 糖尿病, 消化性潰瘍, 満月様顔貌, 緑内障など(感染症, 消化性潰瘍, 高血圧, 糖尿病, 緑内障などに禁忌)
鼻用ステロイド薬	鼻刺激感, 乾燥, 鼻出血など
鼻用ケミカルメディエーター遊離抑制薬, 抗ヒスタミン薬	鼻刺激感, 薬により眠気など
鼻用血管収縮薬	習慣性, 反跳現象, 反応性低下など
鼻用抗コリン薬	鼻刺激感など

特異的免疫療法(抗原特異的減感作療法)

薬物療法では得られない長期寛解を得る可能性のある唯一の治療法である。稀ながら、重篤な全身的副作用のみられることがあり、数年の継続的通院が必要なことなどが、普及を阻んでいる。

特異的免疫療法の特徴

- ① 長期寛解や治癒が期待できる。
- ② 効果発現が遅い。
- ③ 長期の定期的注射が必要である。
- ④ 稀ながら、重篤な副作用(全身性アナフィラキシー反応)を起こす。
- ⑤ 抗原の検索が必須である。

WHO見解書での免疫療法の特徴

- ① アレルギー性鼻炎の治療として単独あるいは他の治療法と合わせて行う。
- ② アレルギー性結膜炎、アレルギー性喘息にも効果がある。
- ③ アレルギーのトレーニングを受けた医師が行う。
- ④ 治療にアレルギー混合物は使用すべきではなく、標準化アレルギーワクチンを使用する。
- ⑤ アレルギー量を漸増しながら維持量に達する。
- ⑥ 最適な維持量は注射ごとに5～20μgの主要アレルギーを含む。
- ⑦ アナフィラキシーのリスクがあり、万一の場合適切な対応が必要である。
- ⑧ 最適な継続期間は不明だが、一般的には3～5年といわれている。

手術

手術療法の第一の目的は、鼻閉の改善にある。適応は保存的治療で改善がみられず、血管収縮点鼻薬に対する反応が悪いものである。頑固な鼻漏に対してはvidian神経切断術があるが、合併症を避けるため、鼻内後鼻神経切断術が考案されている。

1. 鼻粘膜の縮小と変調を目的とした手術

電気凝固法、凍結手術、レーザー手術法、80%トリクロール酢酸塗布。レーザー手術は表面をレーザー光で蒸散するもの(CO₂)、深層まで蒸散させるもの(YAG、半導体、KTP/532)、粘膜を広く切除するものなど(KTP/532)、名称は同じでも操作、器具、目的が異なるものを含んでいる。

2. 鼻腔通気度の改善を目的とした鼻腔整復術

粘膜下鼻甲骨切除術、下鼻甲粘膜炎切除術、鼻中隔矯正術、下鼻甲粘膜炎広範切除術、鼻茸切除術。

3. 鼻漏の改善を目的とした手術

vidian神経切断術、後鼻神経切断術。

治療法の選択

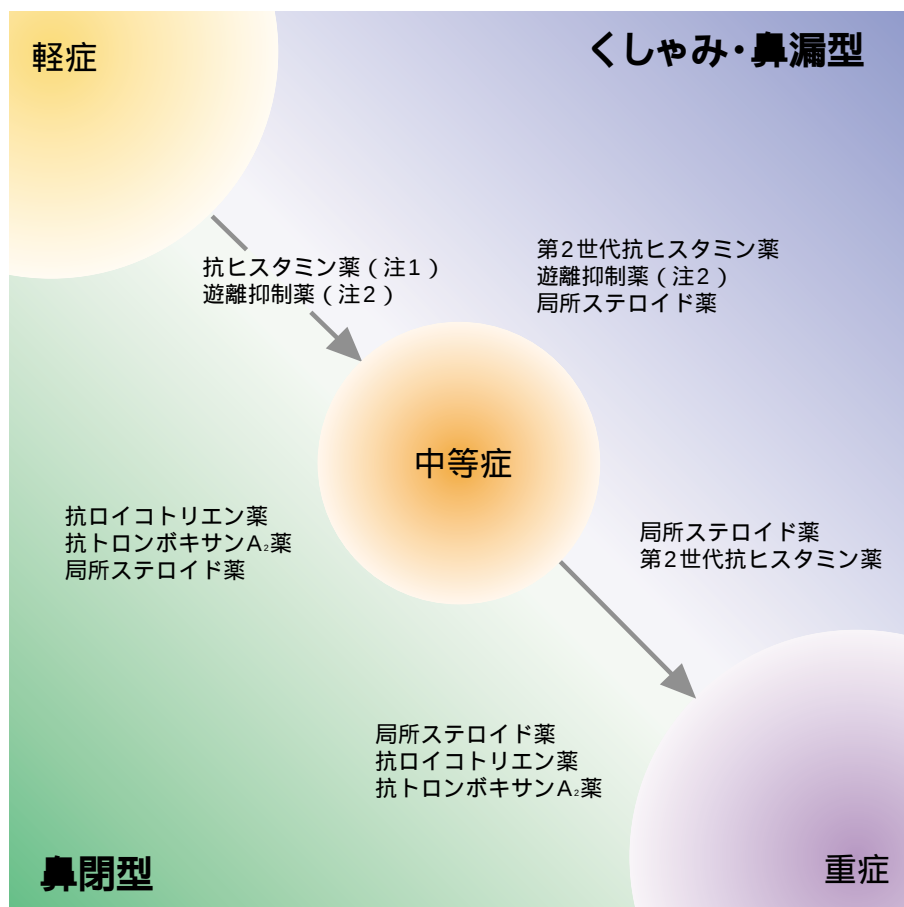
■ 通年性アレルギー性鼻炎

抗原除去・回避は治療の基本として必ず行う。

中等症以上で、保存的治療が奏効しない場合は、特異的免疫療法も選択肢の一つである。

鼻閉型で、鼻腔形態異常を伴う場合は、手術も選択肢の一つである。

薬物療法は、重症度と病型の組み合わせで選択するが、画一的なものではない。



注1）抗ヒスタミン薬は、第2世代を用いることが多いが、第1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、緑内障、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。

注3）鼻閉の強い場合、血管収縮薬の点鼻を1週間以内に限りて使用する。

注4）鼻汁が他の症状に比べて著しい場合は、抗コリン薬の点鼻を使用する。

注5）薬を1種類にするか複数にするかは症状による。

注6）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。

■花粉症

抗原回避は必ず行う。

外来で可能な手術が行われ、有効性が報告されているが、レーザー手術、化学剤手術の翌年以後への効果の継続は確認されていない。シーズン中の手術は避けるべきである。特異的免疫療法も選択肢の一つであり、スギの抗原は日本で唯一標準化されている。薬物療法は、通年性アレルギー性鼻炎とほぼ同様に選択するが、花粉症に対して有用の報告が多い方法を示す。

症状がでる前から治療を始める場合(予防的治療法 , 初期療法)

- ① 第2世代抗ヒスタミン薬
- ② ケミカルメディエーター遊離抑制薬

どちらかを例年の症状の程度によって選択し、花粉飛散終了まで続ける。

症状が強くなってから治療を始める場合(導入療法)

- ① 経口ステロイド薬(糖尿病や消化性潰瘍などの合併症がない患者のみに使用。ただし1週間以内でやめる)
- ② 局所ステロイド薬
- ③ 第2世代抗ヒスタミン薬

重症度、病型から、通年性アレルギー性鼻炎に準じて治療薬を選択する。

ただし、①は最長2週間で中止する。②③のどちらか、あるいは両方を続ける。

よくなった症状を維持するために(維持療法)

- ① 第2世代抗ヒスタミン薬
- ② 局所ステロイド薬
- ③ ケミカルメディエーター遊離抑制薬

どれか1つまたは複数を花粉飛散終了まで続ける。

眼の症状が強い場合

抗ヒスタミン薬またはケミカルメディエーター遊離抑制薬の点眼薬を使用。

ステロイド薬の点眼薬は緑内障などの副作用があるので、慎重に用いる必要がある。

妊婦の治療

妊娠中は、アレルギー性鼻炎の症状が悪くなることがある。しかし、胎児に与える影響を考え、治療は慎重でなければならず、妊娠4カ月の半ばまでは、原則として薬物を用いることは避けた方が安全。

- まず、温熱療法、入浴、むしタオル、マスクによる薬を使わない方法を試みる。
- 妊娠4ヵ月以後で、どうしても薬が必要な場合は、

- ・ 鼻用ケミカルメディエーター遊離抑制薬（インタール[®]など）
- ・ 鼻用局所ステロイド薬
など局所用薬を、最小量で用いる。

なお、第1世代抗ヒスタミン薬であるアタラックス[®]、タベジール[®]、ポララミン[®]、鼻用ケミカルメディエーター遊離抑制薬であるインタール[®]では、多数例で有害の証明はない。

また、鼻用局所ステロイド薬の胎児への毒性もヒトでは報告がない。

小児の治療

小児は成人と異なる特徴を有する。男児に多く、アトピー性皮膚炎や喘息の合併率が高い。喘息やアトピー性皮膚炎に比べて低率ではあるが、自然治癒傾向もみられる。鼻の痒み、鼻閉が強いと、鼻こすりや顔面運動、顔面の変化(目のまわりのくま、鼻尖部に横に走るすじ)などがしばしばみられる。また、アデノイド、扁桃が大きい時期にあたり、いろいろな感染症に罹りやすいことも注意しなければならない。

治療に際しては、医師と親とのコミュニケーションが大切になる。小学校高学年以上では、患者の自覚、納得を得よう努力しなければならない。発育とともに緩解する傾向にあるが、小児アレルギー性鼻炎は一般に難治で、治療に長期間を要するので漫然とした頻繁な通院は避ける。かぜ症候群によるアレルギー性鼻炎の悪化もあるので、この治療をなおざりにできない。

小児ではダニアレルギーが多いので、ダニ駆除、回避を指導し、またペットに近づかないようにも指導する。

薬物療法は成人に準ずるが、小児適応が認められている抗アレルギー薬はDSCG、フマル酸ケトチフェン、オキサトミド、トラニラスト、ペミロラストカリウムなど少ない。これら薬剤の投与量は、小～中学生は成人の半量が基準となる。抗ヒスタミン薬の中枢抑制性副作用は成人に比べて少なく、ときに興奮状態を誘発することもある。局所への薬剤のスプレーは、喘息ほど難しくないが、親の助けが必要な場合もある。鼻をかませた後に行うのが効果的である。点鼻用血管収縮薬は、小児に対しては倍量に希釈して用いるが、5歳以下には使用しない方がよい。鼻用ステロイドは、成人では副作用がほとんどみられないが、小児では慎重に投与する。ステロイド薬内服は極力避ける。特異的免疫療法は6歳以上に行い、喘息合併例には投与抗原量の調節を慎重にする。

鼻腔内通気の改善のために行う手術は小学生以上とする。最近では、CO₂レーザーなどを使用したレーザー下鼻甲介手術が小児例にも行われている。副鼻腔に陰影のあるときでも、副鼻腔手術は適応でないことが多い。副鼻腔陰影の自然軽快が高率に観察される。小児には早期診断、早期治療が大切である。

滲出性中耳炎など、鼻のアレルギーが悪影響を及ぼす疾患にもアレルギーの治療を行う。逆に感染などの鼻症状を悪化させる疾患も併せて治療する必要がある。

付

口腔アレルギー症候群

口腔アレルギー症候群(oral allergy syndrome : OAS)は、食物を食べたときに口腔・咽頭粘膜の過敏症状や、その他の局所的あるいは全身的な型アレルギー反応を生じる、IgE抗体伝達性即時型食物アレルギーである。本症は、花粉症やラテックスアレルギーの患者に合併することが多いが、その背景には果物・野菜・穀物の花粉アレルゲンや、ラテックスアレルゲンとOASの原因となる食物アレルゲンとの間で共通する交差反応性分子の存在が示されている。

OASは種々の花粉症患者に合併するが、シラカンバ・ハンノキ花粉症で多く発症することが知られている。花粉症の種類によってはOASの原因となる食物にも相違がある。イネ科の花粉症ではトマト・メロン・スイカ・オレンジが多く、ヨモギ・ブタクサ花粉症ではメロン・スイカ・リンゴ・セロリが多いと報告されている。リンゴ・モモなどのバラ科の果物のようにシラカンバ花粉症患者で高率にOASを起こすものがある一方で、メロン・スイカ・キウイのように種々の花粉症で比較的高頻度に原因食物となっているものがある。なお、ラテックスアレルギー患者でのOASの原因食物としてはアボガド・クリ・バナナ・キウイが多い。

OASの多くは、食物摂取後15分以内に局所的な症状として口腔・咽頭粘膜、口唇の瘙痒感、ピリピリ感および浮腫性腫脹が生じ、下痢、腹痛などの腹部症状、喉頭浮腫、水様性鼻漏、結膜充血も認める。全身的な症状としては蕁麻疹、湿疹様の皮膚症状、喘息症状、ときにアナフィラキシーショックを認める。

OASの発症を完全に予防できる治療法はいまだ確立されていないため、原因食物の摂取を避けることが唯一確実な予防法である。

2002年版
鼻アレルギー診療ガイドライン
ダイジェスト

2002年10月15日 第1版第1刷発行
2003年11月25日 第5刷発行

監 修 馬場 廣太郎

作 成 厚生労働省21世紀型医療開拓推進研究事業〔EBM分野〕
アレルギー性鼻炎ガイドライン班

発 行 ライフ・サイエンス

2002年版
鼻アレルギー診療ガイドライン

【ダイジェスト】