

対する処置を行わずに、睡眠時にのみ軽度の発作がみられた。

重症児群9名の発作で未処置で経過した者は1名で、他の8名は発作に対する処置が必要であった。

以上の結果から、喘息児スキーキャンプで喘息発作の処置を受けた者は56名中11名(19.6%)であった。

2) 発作の原因：発作のおきた患児を経過を追って観察すると、スキー後に発作をおこした者は、発作をおこした者15名中7名で、他の8名は室内であばれた後、夜間にと、一般にいわれる EIA とは異なるかたちで発作がみられた。

スキー宿の多くはシーズン中布団をほすことが少なく、寝具のホコリ、ダニなどが喘息児に影響を与えているとも考えられる。

スケートに関してスケートは屋外リンクの場合と、屋内の場合で異なり、しかも屋外では風の強い日と否とで喘息児の反応は非常に異なる。

屋外で風の強い日に行った10人のスケート後の結果は10人中9人が発作をおこしたが、風のゆるやかな晴天の日では13人中4人(30.7%)と、発作をおこした者が少なかった。

屋内スケートでは32人中9人(28.1%)と屋外スケートに比べ発作をおこした者は少なかった。

スケート時に最も問題となることは、何度も転倒し、衣服がぬれたままで滑らぬことと、休み時間は暖かい所で休ませる配慮を行なうことが発作の予防につながるといえる。

喘息発作と気象、大気汚染

神奈川県立こども医療センターアレルギー科 寺 道 由 晃
根 本 俊 彦
中 野 猛 夫
清 酒 外 文

気管支喘息は multifactorial disease と云われる如く種々な要因が引き金又は増悪因子として働く。アレルギーの関与の大きい事は in vivo, in vitro の検査結果から否めない事実だが、同時に天候・大気汚染・感染・運動・心理的負荷等が発作の誘因となっている。これらいわば非特異的なもののひとつとして、Acetylcholineの吸入によって惹起される気道狭窄は、喘息患者で正常人より明らかに少量の Acetylcholine で起こる(閾値が低い)事が分っているが、我々の経験では喘息の中でも最近殆ど症状のない軽症喘息児10例では、閾値は125 μg から 10,000 μg に分布し平均 3,218 μg に対し、難治性喘息児11名では 78 μg から 1,250 μg 、平均 341 μg と明らかな気道過敏性の亢進が認められた。この Acetylcholine に対する気道過敏性に対し β -adrenergic stimulant の予防的投与が鈍化効果を持っている事を経験している。即ち閾値 78 μg から 2,500 μg 、平均 580 μg である7例の一般的な気管支喘息児に Hexoprenaline を皮下注10後に Acetylcholine 吸入テストをすると閾値は 625 μg から 10,000 μg 以上、平均 2,950 μg

に変化しほぼ5倍閾値が鈍化した⁽¹⁾。この事は慢性型の多い難治性喘息への薬物による管理の可能性を示唆している。最近 Theophylline の round the clockwise (R.T.C) 投与が提唱され、既に予防的与薬として一定の評価が与えられている Disodium Cromoglycate (DSCG) より優れていたとの報告⁽²⁾もあるが、副作用を考慮すれば Theophylline を第1選択とする事は慎しむべきだと考える。勿論、安易に薬物療法に頼る事なく、特に年長児等では発作発症の機序を理解させた上で喀痰の喀出、腹式呼吸(平素から喘息体操を励行し習熟させておく)等を試みなくてはならない。扱、天候が喘息発作の誘因となる事は臨床の広く認識する処であるが、現在明らかに証明されているのは cold induced asthma と考えられる⁽³⁾。寒冷曝露によって鼻症状・咳・喘鳴等が惹起されるからと云って、マスクをしたり厚着をしたり、家に閉じ込めていては、寒冷刺激は何時迄も新鮮なものとして発症の誘因となり得るであろう。若し大きな又は長引く発作に発展する事がないなら積極的に寒冷に慣れて行くように、薄着、冷水摩擦・冷水浴・戸外遊び等を試

みる姿勢が必要である。中野によれば³⁾寒冷曝露直後の肺機能低下は5分後には既に回復し出し恒常性維持の生体反応が窺えると云う。一方薬剤による反応も可能で、Breslin 等⁴⁾は3°Cの cold room で発症した5例中2例は入室前の DSCG 吸入で完全に発作を予防したと云う。寒冷に限らず、笠井教授⁵⁾は特定の気圧配置の時に発作が頻発し、逆に発作頻発を天気図から予報可能である事、その天気図を患家、患児が習得しテレビ天気予報でそれを見た時 DSCG を朝、夕2回吸入し効果を上げている事を報告している。

参考文献

- 1) 中野猛夫等, 気管支喘息児のアセチルコリン吸入値。第12回小児アレルギー研究会(東京)口演, 昭51.
- 2) Garry Hamberston et al. Comparison of Cromoglycate and theophylline in controlling symptoms of chronic asthma The Lancet P 381-385. Sat 19. Feb 1977.
- 3) 中野猛夫, 小児気管支喘息と気象との関係 日本温泉気候物理医学会誌, 42: 1~13, 昭53.
- 4) A, B. X. Breslin et al, Effect of sodium cromoglycate on asthmatic reactions to environmental temperature changes, Clinical Allergy 5: 325-329 1975.
- 5) 笠井 和. 小児気管支喘息発作の予報, 小児医学11 (3): 440-456, 昭53.

施設における日常管理

国療南福岡病院小児呼吸器科 西 間 三 馨

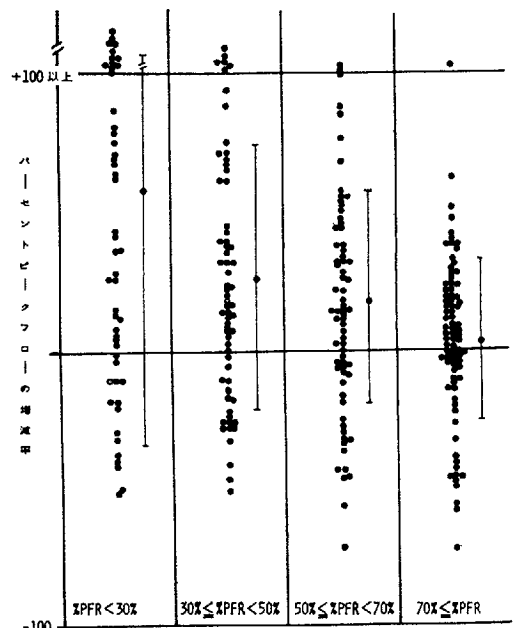
気管支喘息児の施設入院療養は各地で盛んになっているが、理念、施行方法とも確立した方法はなく、各施設の事情に合わせて行なっているのが実情である。

親元を離れて長期間入院、入所させるために生活がマンネリ化し、監視、愛情が充分にいき届かないため、節度のない子、逆に人の目を気にしすぎる子、ボス化する子、虐げられる子、ホスピタリズムに陥る子などが出てくる。このためにまず、普通の日常生活の管理が重要となってくる。その解決法の1つとして規則正しい生活をさせるための日課がある。例を示すと表のようになる。鍛練は真面目にやらないと効果は少ない。その他にもいろいろな行事を盛り込んでやることにより、上記のような事はかなり防ぐことができるが、要は病棟スタッフの熱意、愛情である。

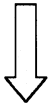
喘息発作における対処は、医療的処置がすぐに行えることから、家庭とは異なり、かなりのところまで制限せずに自由に行動させるべきである。運動誘発喘息(EIA)も患児のできる範囲の運動をさせれば、図のように初期の肺機能が悪くとも EIA を生ぜず、むしろ改善させることがある。しかし、注意を要することは、ほとんどの児童は上述の管理でよいが、ステロイド依存性の患児、気道過敏症が著しく、重篤な発作を繰り返すケースでは画一的な方法はとり難いということである。その場合は、患児に応じた、かつ他の児童との差があまり目立たない方法をとるように考慮すべきである。

参考文献

- 西間三馨: 小児期の気管支喘息, “気管支喘息診療ハンドブック”(長野準編著) 金原出版, 東京, PP.293-313, 1977.
池田サチ子, 他: 重症喘息児の鍛練療法と看護, 小児看護, 1: 250, 1978.



かけ足による各群の%PFRの増減率



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



気管支喘息は multifactorial disease と云われる如く種々な要因が引き金又は増悪因子として働く。アレルギーの関与の大きい事は in vivo, in vitro の検査結果から否めない事実だが、同時に天候・大気汚染・感染・運動・心理的負荷等が発作の誘因となっている。