

アトピー型アレルギー反応に対する減感作療法は以上のような方法でよいが、必ずしもアトピー型の反応のみが関わっているのではないことが推測される場合、例えばダニの虫体成分、蜂毒、蟻毒、かび、食品のうちのあるものなどの場合にはアトピー型アレルギー反応の関ることがあるので減感作療法の施行は慎重に判断してことをはこぶ必要がある。また極めて多様な抗原に対して陽性反応がみられる症例がままあるが、これに対して全ての抗原を用いて減感作をするか、そのうちのいくつかを選択して行なうかについても統一的な見解はなく諸家の経験的な判断に基づいて施行されているのが現状である。私達のところでは除去可能なものをできるだけ除去したうえで残る抗原のうち異なる範疇のものから適宜2種程度を選択して治療を試みている。

最近では減感作の方法や抗原の性状に工夫がこらされ例えば極めて短期間の間に抗原の注射を頻回に繰返してレアギンを中和・消費して効果を期待する Rash type の減感作療法が試みられたり、凝集・変性させた抗原を用い

て局所反応や全身性のショックを起こさないで減感作を行なう方法が試みられているが普遍化するにはなお検討の余地がある。

減感作治療の効果判定には未だ客観的な手技が定まらず症候学的判断によるところが多い。従って患児には喘息日記を記録させ常に持参させることが大切である。一定の期間減感作治療を施してなお症状の緩解がみられない場合には選択した抗原に誤りがないかどうかを検討する必要がある。

最後に申すまでもないが減感作療法はアレルギー症状を惹起する原因となる物質を注射するのであるから、注射のあとは暫時自分の眼の届くところに待たせておいてアナフィラキシー状態の起こらないことを確かめたりして帰宅させることが大事である。万一なんらかのアナフィラキシー状態をきたした時には即座に対処できるように準備しておくことも忘れてはならない。

このほかに適宜尿検査、血液検査を行って患児の健康に留意することも必要である。

4) 非特異的療法

非特異的な喘息根治療法は、原則的には特異的(減感作)療法以外の継続的な喘息治療法であって、発作を寛解せしめる対症療法的なものではない。

I. インタール

皮膚反応やその他の方法で抗原が確認された場合には、一般的には、その抗原による減感作療法が実施される場合が多いが、陽性抗原の種類や数によっては必ずしも減感作療法を行ない難いことがある。このような場合にインタール(disodium cromoglycate)の吸入療法を行なう。本剤は、ヒスタミンやSRS-Aなど化学的伝達物質のマスト細胞からの阻止することにより、レアギン型の抗原抗体反応を介して発症する喘息症状を予防すると考えられている。減感作療法や他の治療法とも理論的に拮抗しないため、他剤との併用が可能であり、長期間の連用に耐える。

治療法としては、1カプセル中にdisodium cromoglycate 20 mgを含む微細な粉末(径10ミクロン以下)を特殊な器具であるスピンヘラーを用いて深呼吸により

直接粉末を吸入する。1~3回の吸入で全量を吸入し終えるのが理想的である。この場合、全量の5~10%が気道内に附着すると考えられている。通常1回に1カプセルずつ、1日に2~4回、年齢と症状に応じて吸入させる。効果があれば、半年乃至1年後に吸入回数を1日1回まで減少するが、治療中止には尚2~3年を要する。

この治療法は特殊であり、患児の吸入状態によって効果にムラが生じるので、時々吸入状態をチェックする必要がある。5才以上の患者では使用可能である。

ごく稀に、吸入時に、薬剤の刺激によって咳発作を来すために使用出来ないことがある。

II. ヒスタミン・グロブリン合剤

微量のヒスタミンと、 γ -グロブリンの合剤(ヒスタグロビン)を年齢に関係なく、1バイアルを週に1回皮下に注射する。数回注射して効果の認められるものに対しては5~10回を初回のクールとし、その後は月に1回の追加を行なう。

最初の10回の注射で効果のないものは、以後注射を継

三宿病院 春 名 英 彦

続してもあまり効果はない。また、注射開始のあと、暫らくの間、一過性に発作が誘発されることが、稀にみられるが、その場合には、半分に減量し、発作の鎮静をまって元に戻して継続する。

本療法はアレルギーの不明な症例や減感作療法が軌道にのらないような頑固な例に試みてよい。同様なものにリノピンがある。

III. 細菌製剤

主としてストックワクチンの形で市販されており、各種のブドウ球菌、連鎖球菌、肺炎双球菌、大腸菌などの菌体成分を混合した原価ワクチンである。細菌アレルギーの立場からは十分な説明がなされておらず、細菌ワクチンの効果についても種々意見がある。感染を契機としておこる気管支喘息には試みてよい。使用法については各製剤毎に異なっている。例えば、ブロンカスマは倍稀釈液から皮下注射し、少量づつ増加し、原液に至る。患者の状態によっては発作を誘発することがある。このような場合には注射を中止する。パスパートやアラパスなどは細菌ワクチンの自己融解物であり、細菌由来の蛋白質としての意味も考えられる。製剤毎に使用法が異なる。

7. 運動と発作 (EIA)

喘息児が運動した後発作を起したり、咳込んでくる現象はよく見られる。

このことを Exercise-induced asthma (EIA) あるいは Exercise-induced bronchoconstriction (EIB) として表現し、喘息児の特徴の1つと考えられている。

本邦ではこの分野の研究は欧米に遅れ、今だに“喘息だから運動は中止すべきである”と指導している小児科医、看護婦学校での養護員の数は多く、学童喘息児にその制限がかえってマイナスな結果を及ぼしている事実は確かである。

そこで喘息児に運動負荷を与えた場合、どのような病態変化がみられ、指導はどうすべきかを検討してみた。

IV. 金製剤

細菌内皮系に作用し、抗体産生機能を低下させ、また、下垂体・副腎皮質機能を賦活させるといわれるが定説はない。頑固な気管支喘息に用いてみるが、年長児を対称とする。これは本剤が重金属製剤であるからである。

使用法はゾルガナール B1 号、又はキドン1号、又はシオゾール1号(何れも 10 mg 含有)より始めるが、初回は 1/2 量を筋肉内に注射する。局所反応、発作の増悪のないことを確めたあと、週1回計10回を1クールとする。有効例は大部分が1クールで時に2クール中に効果がみられる。20回以後は2~4週と注射間隔を延ばし、40回以上注射するのが望ましいが、治療期間は2年半を限度とする。また小児では3号以上の高濃度のものを使用する必要はない。

重金属製剤なので副作用を考慮し、2~3週間重に尿ウロビリノーゲン・蛋白質を検査するとともに1クール毎に肝機能を実施すべきである。

V. その他

アストレメジン、などは、それぞれの方法に準じて行なえばよい。

国立小児病院アレルギー科 飯 倉 洋 治

I. 喘息児に運動負荷を加えた場合本当に発作が起るか否か

この問題を検討するため喘息児の重症度別にグループに分けて一定条件で (Treadmill) 負荷をかけ肺機能、臨床症状を経時的に追ってみた。その経過は表1の如くで、喘息の重症度により非常に異なる変化を示すといえる。ステロイド Dependant の患児は48時間ス剤をきった状態で行なったため、途中で喘息発作を誘発した患者もみられたが、中等症、軽症喘息児ではほとんど時間がたつにつれ肺機能の改善がみられた。

この現象から察すと、軽症喘息児に対する運動指導は余り厳しい規則はいらぬと考えられる。しかし、喘息を扱う病院、施設で軽症喘息児といっても多少の差があり、病気の特長性から急に喘息発作を惹起する場合もあり、

↓ 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

非特異的な喘息根治療法は、原則的には特異的(減感作)療法以外の継続的な喘息療法であって、発作を寛解せしめる対症療法的なものではない。