第61回日本東洋医学会学術総会

学会シンポジウム

アトピー性皮膚炎の漢方治療

座長：二宮 文乃・崎山 武志

1. アトピー性皮膚炎混乱の歴史	夏秋 優
2. アトピー性皮膚炎は漢方だけで治るのか？	鶴田 光敏
3. アトピー性皮膚炎 漢方治療の要点	小林 裕美

キーワード：アトピー性皮膚炎，標準治療，接触皮膚炎，スキンケア，食養生

Kampo Therapy of Atopic Dermatitis

Chairperson : Fumino NINOMIYA, Takeshi SAKIYAMA

1. A History of Atopic Dermatitis
—The Process of Confusion for the Interpretation of the Pathogenesis and Therapies—	Masaru NATSUAKI
2. Does Atopic Dermatitis cure only with Kampo ?	Mitsutoshi TSURUTA
3. The Essential Points of Kampo Therapy for Atopic Dermatitis	Hiromi KOBAYASHI

Key words : atopic dermatitis, standard treatment, contact dermatitis, skin care, regimen for food therapy

崎山 皆さん、おはようございます。それでは、ただ今から、シンポジウム1「アトピー性皮膚炎の漢方治療」を開始いたします。開始に先立ちまして、本日、座長が広瀬先生から二宮文乃先生に交代しております。それから、S-1-4で講演予定でありました広瀬先生の演題は取り下げになっております。そのため、少し趣向を変えまして、時間を少し長く取らせていただきまして、一昨年、学術賞を取られた二宮先生に主にコメンテーターの形で発言していただいて、あとは最終的に皆さんでディスカッションという形を取りたいと思います。

それでは、最初に夏秋先生、「アトピー性皮膚炎混乱の歴史」につきまして、よろしくお願いいたします。

アトピー性皮膚炎混乱の歴史

夏秋 優

兵庫医科大学皮膚科

夏秋 兵庫医大の皮膚科の夏秋でございます。崎山先生、二宮先生、よろしくお願いいたします。今回、このような発表の機会を与えていただきまして、大変光栄に思っております。私を与えられましたテーマは、アトピー性皮膚炎の病態の理解や治療について今までどのような混乱があったのか、その歴史について整理するということで、お話をさせていただきますと思います。

まず、その混乱の歴史の前に、われわれ医師の側の混乱についてですが、東洋医学を中心に頑張っておられる内科系、小児科系の先生方のお考えとしては、皮膚科医というのは、ステロイドやタクロリムス軟膏などを使って目の皮膚炎の抑制をするばかりで、実際にはその患者さんの皮膚しか見ていない、いわゆる「証」も含めた体の内面の部分もちゃんと見てほしいのに、そういうところを一切見ないではないかというご不満があらうかと思ひます。実際問題として、皮膚科に何軒もかかったが治らないということで、漢方治療を求めて皮膚科から患者さんが多数逃げてくる。そういう現状があるのだから、それに対応せざるを得ないのだということです。そして実際には、多くの患者さんがステロイドを使わないで治療してほしいという、切実で強い希望を持って漢方を標榜される先生方のもとを訪れるというのも現実であらうと思ひます（図1）。

ただ、一方で、最近是比较的こういう考え方の先生方は減ってきたと思うのですが、西洋医学中心で、言い方を少し変えると、漢方否定派の皮膚科の先生方の中には、ほかの科の先生方は皮膚病変、皮膚疾患の見方がいまひとつで、皮膚に慢性の炎症があればすべてアトピーと診断してしまつて、その原因や病態をあまり見ていない、特に鑑別すべき重要疾患である接触皮膚炎や、感染症などを鑑別していないのではないかというお考えもあらうかと思ひます。たとえば、漢方治療だけで頑張つてやつてきたのですが治らないということで、皮膚がぼろぼろになつ

アトピー性皮膚炎治療に関わる医師の認識の相違

東洋医学中心の医師（主に内科、小児科）

* 皮膚科医はステロイドやタクロリムスで皮膚炎を抑制するだけで、患者の皮膚しか診ていない。

* 患者さんが皮膚科から逃げてくるので対応せざるを得ないし、ステロイドを使用しない治療を要求される。

西洋医学中心の皮膚科専門医

* 他科の医師は慢性の皮膚炎をすべて「アトピー」と診断し、接触皮膚炎や感染症を鑑別していない。

* 漢方薬を処方されても患者さんが治っていない。

* 漢方治療は科学的根拠（EBM）に乏しい医療である。

➡ 医師側の混乱は患者さんに何のプラスにもならない。

図1

アトピー性皮膚炎の定義（概念）

「アトピー性皮膚炎は、増悪・寛解を繰り返す、痒みのある湿疹を主病変とする疾患であり、患者の多くはアトピー素因を持つ。」

アトピー素因：

- ①家族歴・既往歴（気管支喘息、アレルギー性鼻炎・結膜炎、アトピー性皮膚炎のうちいずれか、あるいは複数の疾患）、または
- ②IgEを産生し易い素因。

図2

て西洋医学の先生の所を訪れる患者さんも決して少なくないという現状を見ていると、何だ、漢方は効かないではないか、というように思われてしまうわけです。

さらに、ご存じのように、現在はEBM全盛時代に入つてしまつて、本来はEBMのいいところを取ればよいのですが、残念ながら漢方薬の世界で、現代医療でのEBMに即したデータが出しにくいということもあつて、多くの西洋医学の先生方には漢方薬の効果をご理解いただきにくい部分があらうかと思ひます。

ただ、以上に述べました部分というのは、あくまでわれわれ医師側の混乱であつて、これは患者さんに何のプラスにもならない。本当はこういう混乱はない方がよいわけで、患者さんにもっとハッピーになっていただくための、われわれ側の意思統一などを、本来ならば図つていくべきではないかと思ひます。

先生方には釈迦に説法ではございますが、日本皮

アトピー性皮膚炎の診断基準

- 1 痒痒
 - 2 特徴的皮疹と分布
 - ①皮疹は湿疹病変(急性病変、慢性病変)
 - ②分布(左右対称性、好発部位、年齢による特徴)
 - 3 慢性・反復性経過(しばしば新旧の皮疹が混在する)
乳児では2ヶ月以上、その他では6ヶ月以上を慢性とする。
- 上記1、2、および3の項目を満たすものを症状の軽重を問わず アトピー性皮膚炎と診断する。

図 3

診断の参考項目

- * 家族歴
(気管支喘息、アレルギー性鼻炎・結膜炎、アトピー性皮膚炎)
- * 合併症
(気管支喘息、アレルギー性鼻炎・結膜炎)
- * 毛孔一致性丘疹による鳥肌様皮膚
- * 血清IgE値の上昇

図 4

除外すべき診断(合併することもある)

* 接触皮膚炎	* 手湿疹(アトピー性皮膚炎以外の手湿疹を除外するため)
* 脂漏性皮膚炎	* 皮膚リンパ腫
* 単純性痒疹	* 乾癬
* 疥癬	* 免疫不全による疾患
* 汗疹	* 膠原病(SLE、皮膚筋炎)
* 魚鱗癬	* ネザートン症候群
* 皮脂欠乏性湿疹	

図 5

アトピー性皮膚炎の発症機序

図 6

膚科学会ではアトピー性皮膚炎の概念として、増悪・寛解を繰り返す痒痒のある湿疹を主病変とする疾患で、患者の多くはアトピー素因を持つとされています(図2)。もちろんこれは人間が勝手に作っている定義、概念ですから、あくまでこういう考え方で定義したというだけのことです。アトピー素因の中には家族歴、既往歴のアトピー疾患の存在、あるいはIgEを産生しやすい素因を合わせたもの、あるいはどちらかということになっています。

診断基準として、とにかくかゆみが発症であるということ、そして、皮疹が湿疹病変であることはもちろんですが、皮疹の分布が特徴的で、いろいろ例外はありますが、大抵は左右対称性で、年齢に伴って特徴的な臨床像が出るということがあります(図3)。そして、大事なことは、慢性・反復性に経過し、しばしば新旧皮疹の混在がある。乳児期では2カ月以上の経過があれば、アトピーと診断できます。そのほかの年齢の方々でも、半年以上の経過を慢性と判断しますから、ここ1～2カ月ひどい湿疹が出

ている、ということだけではアトピーの診断にはなりません。

この1、2、3が、現時点での日本皮膚科学会の診断の基準になっており、この中に検査所見などは一切入ってこないわけです。特徴的な臨床症状、そして経過で決めているのがアトピー性皮膚炎だということになります。

診断の参考として、家族歴、種々の合併症、恐らくドライスキンのことを言っていると思われる鳥肌様皮膚、そしてあくまで参考として、血清IgE値の上昇を挙げています(図4)。先生方の中にはIgEが高いとアトピーで、低いとアトピーではないとお考えの方もおられるかもしれませんが、IgE値は全く関係がありません。IgEというのは、恐らくそれを産生しやすい素因のある人、つまりハイ・リスポンダーの方々にとっては、種々のアレルギーの侵入でIgEが上がりやすいと思いますし、ロー・リスポンダーの方であれば、皮膚にかなりひどい炎症があってもIgEは上がらないですから、結局IgE値は

図7

アトピー性皮膚炎の診断の根拠には一切ありません。あくまでこれは参考にしてもいいですよというだけのことです。

除外すべきものとして、ここに挙げたさまざまな疾患があります(図5)。特に疥癬、接触皮膚炎、皮膚リンパ腫や、ネザートン症候群、こういったものが漫然とアトピー性皮膚炎との診断で、治療が行われていて治らない状態が続いているということを、残念ながらしばしば経験いたしますので、やはりこの除外すべき疾患というものは、きちんと鑑別しておく必要があるかと思えます。

アトピー性皮膚炎というと、以前まではアレルギー性の疾患であるという考え方が主体であったと思います。もちろん、アレルギーはかわりますが、最近ではどちらかと言うと、バリア病と言われるように、皮膚のバリア機能の異常という考えの方が、主流になってきているような印象があります。

私なりの解釈ですが、両者それぞれにかかわっていて、皮膚のバリア機能の部分、そして免疫反応の部分という両面から考えていきますと、過労、ストレス、睡眠不足や生活環境の変化、そして自律神経系の調節障害、もちろん素因も含めて、こういったものが加わって皮膚のバリア機能が低下することによって、乾燥肌となり、刺激を非常に受けやすい敏感肌を作ってしまう、結果として、さまざまなアレルギーが侵入しやすい皮膚を作ってしまう。つまりこのバリアの側面に加えて、免疫反応の何らかの調節の障害、これはレギュラトリート細胞と言われているような細胞の関与もあるかもしれませんが、そういう体の免疫反応を正常に保つはずの調節機能

図8

に障害が起こった結果として、本来であれば反応しなくていいような身近なさまざまなものに対して過敏な状態、アレルギー反応を起こすという、この二面性を持って、アトピー性皮膚炎が発症しているのではないかと考えております。

さて、本題の歴史ですが(図7)、1933年に Sulzberger が atopic dermatitis という病名を提唱しました。そしてその後、Hanifin & Rajka の診断基準というものが1980年に発表されたのですが、かなり煩雑な基準であって、実際の臨床の中でこれを使うということは、あまりなかったように思います。実はこの1980年代というのは、免疫学が急速に進歩を遂げた時代で、われわれも簡単に外来でアレルギーの検査、IgEの検査がやれるようになった時代でもあります。

そしてIgE、特にRAST (radioallergosorbent test) を測定することによって、即時型の面からアレルゲンを調べていくことができる時代になって、特に食物系やダニアレルゲンを主体とした、アレルギー性の側面でのとらえ方が随分と検討されて、学会でも議論がなされた時代がありました。特に乳幼児期のアトピー性皮膚炎に関しては、食物アレルギーという側面からとらえられて、このIgEの検査結果を基に、あなたは卵が合わないから止めましょうとか、小麦も大豆も駄目だから止めましょうという、いわゆる除去食療法というのがほぼ当たり前のようになって、保育所や幼稚園、小学校などでアトピーっ子のために除去食をするということが、アトピーにならない、あるいは治すためのポイントだという時代がありました。

ところが、そのRAST値を測定して得られた結

患者さん(および一部の医師)の素朴な疑問

- ・ いつまでもステロイドに頼っていてよいのか？
- ・ 塗り続けるとステロイドが効かなくなるのでは？
- ・ ステロイド外用薬で副腎皮質抑制をおこす？
- ・ 外用したステロイドが体内に蓄積する？

ステロイドの使用に不安、疑問を抱く

マスコミやアトピービジネスがさらに不安をあおる

図 9

果に基づいた厳格な食事制限をやるあまりに、成長障害を起こす小児の例がたくさん報告されるようになってしまって、本当にそこまで除去する必要があるのだろうかということが言われるようになりました。つまり、アトピー性皮膚炎にとって、食物アレルギーが本当にかかわるのか、かかわらないのかということが議論的になりました。特にこの時期、小児科医と皮膚科医の間で、ホットな議論があったということも記憶に新しいと思います。

即時型アレルギーというのは、本来は蕁麻疹反応が出るものであって、RAST 陽性の食物を摂取することで本当に湿疹病変が出現、悪化するかということ、悪化する場合もあるというのが妥当な判断だと思います。つまり現在の考え方としては、食物アレルギーはアトピー性皮膚炎の決して主体ではなく、悪化要因となる場合がある、という認識だと思います。いずれにせよ、RAST 検査だけで食物アレルギーを考えていくことに関する一定の反省の時期を迎えたということになります。

次が1990年代の話になるわけですが、これは先生方のご記憶にあるかもしれませんが、1992年に有名な某ニュース番組でステロイドホルモン外用剤に対する副作用の非常に極端な報道がなされました。その番組ではステロイドなどという怖い薬は塗るべきではないのですよというすごい報道が行われて、これによって適切にステロイドを使用していた患者さんまでもが不安になってステロイドを中止し始め、全国が大混乱に陥ったのがこの時期です。それを機に、ステロイドバッシングと言われる、いかにステロイドは怖い薬で、こんなものは使うべきではないのだということが、すごく声高に叫ばれた時代でし

そこで・・・脱ステロイド療法

- ・ それまで外用していたステロイドを中止する。
- ・ 激しいリバウンドを生じた後に皮疹が軽快(?)。
- ・ 長年、使っていたステロイドから脱却できる、と期待させるが、実際には成功例は少ない。
- ・ 一旦、離脱に成功しても社会に復帰するとまた皮疹が悪化し、日常生活での苦痛が大きい。
- ・ カポジ水痘様発疹症や白内障を合併しやすい。
- ・ アトピービジネスに利用される傾向が強い。
- ・ 患者さんはステロイド忌避傾向が強く、離脱に過剰な期待を持って自己陶醉する傾向あり。
- ・ 1990年代に、一部の施設でかなり実施された。

図10

た。

これに危機感を持った日本皮膚科学会でもそれに対する反論が出ましたし、その後の同じニュース番組でそれを訂正する報道も実は出たのですが、最初のインパクトがあまりにも強かったために、このステロイド否定の流れはほぼ全国的に、随分長い期間、荒れ狂ったという状態だったと思います。

さらにその後、ステロイドなしで治そうではないかと、脱ステロイド療法をするという発想が台頭してまいりまして、これが患者さんに受けが良くて、今まで頑張ってきたステロイドをやめて、脱ステロイドをすれば完治するのだという過度の期待を誘発する要因にもなったと思います。

アトピー性皮膚炎に対してステロイドを用いて治療することを否定するような書籍や雑誌が本屋さんに数多く並び始めたのもその頃です。

その中で、アトピービジネスという言葉が出てきました。『アトピービジネス私論』という本は1998年に書かれていますから(図8)、今となっては随分以前のことかもしれませんが、もちろん今でも通用する話で、金沢大学の竹原先生が一生懸命まとめられた本です。アトピービジネスの一般的な特徴としては、まず驚異の〇〇療法とかいうように誇大広告を出します。そして、その治療法でよくなったという体験談を載せます。それを読むと、私も試そうかと思うぐらいの魅力ある言葉が並んでいます。しかし実際には、そのほとんどが専任のライターさんによる架空のストーリーだそうです。

さらにはアトピーの研究団体を装って、営利団体であることを隠して、〇〇研究所とか、××研究会などという名称を巧みに使って、いかにも学術的に

図11

研究しているのですよという表現をしています。そしてマスコミを利用して自分たちの勧める医療を宣伝し、ステロイドを用いた適切な西洋医学的な医療から患者さんを引き離そうとします。

しかし、何よりも自分たちの治療法を安易に宣伝すると法律に触れますので、まず彼らは独自の治療法を紹介した本を出版して、その本の宣伝をします。書籍の宣伝は自由ですから、そういう形で彼らの考え方を広めていきます。このようなアトピービジネスというものが非常に蔓延している、それに警鐘を鳴らしたのがこの本だと思います。

ただ、実際にステロイドを否定するような情報を見ている患者さん、および一部のドクターの中の素朴な疑問として、ずっとこのままステロイドに頼り続けていいのだろうか、塗り続けているとステロイドはそのうち効かなくなるのではないかと、塗り過ぎているとそのうち自分の副腎皮質の抑制が起こってくるのではないかと、あるいはどんどん蓄積していつ大変なことになるのではないかとという疑問がわいても不思議ではありません(図9)。実際には適切に外用している限りほとんど問題ないということは分かっているのですが、さらに、マスコミやアトピービジネスがこの不安をあおってしまうので、ここで「脱ステロイド」がいいのではないのか、という方向に行ってしまうのはやむを得なかったかもしれません。

脱ステロイドは、それまで使っていたステロイドをほんとに止めてしまうわけです。そして、激しいリバウンドが起こった後に次第に治っていくのだということをうたっています(図10)。これで長年使っていたステロイドからも脱却できるという期待があ

アトピー性皮膚炎とステロイドの適正使用

- * 使うべき症例、使うべきでない症例を区別する。
- * 患者のニーズに合わせて使用法を選択する。
- * 正しい外用療法を行っているか否かを確認する。
- * 使用している症例でも、減量の方角を検討する。
- * 安易にステロイドの中止・離脱を勧めない。
- * 離脱しても完治するわけではない事を理解する。
- * リバウンドを「メンゲン」と誤解しない。
- * 「脱ステロイド」に伴うストレスと社会生活からの離脱が患者のQOLを著しく損なうことの説明。

図12

るのですが、実際に完全に治るのかというと、治ったとおっしゃる方もいますが、私はそれは疑問だと思います。確かにステロイドを塗らなくても改善していく症例があり、これでいったん離脱が成功したように見えても、実際に社会に復帰してみると、やはりまた悪化して元の状態に戻ってしまう方が非常に多くて、日常生活の苦痛が大きいということも問題だと思います。その他、感染症、アトピー性白内障などが、この離脱期間中に急速に悪化する例もしばしば経験しますし、この脱ステロイド状態で苦しんでいる方々を食い物にしたアトピービジネスの餌食になってしまうことも多々あります。ただ、離脱を希望する患者さんというのはステロイドに対する忌避感が大変強く、中にはステロイドからの脱却に過度の期待を抱き、自己陶酔的な側面を何となく感じる場合があります。

この脱ステロイド療法はある種の魅力的な部分があったので、この1990年代、混乱の時代にかなり実施されたことも事実で、実は私も本当にステロイドが止められるなら素晴らしいと思って、実際に離脱を希望する患者さんにかかり実施しました。そのときの経験と、離脱に取り組んでいた仲間の先生方のお話も踏まえて、ステロイドを離脱したときに、自然経過としてアトピー性皮膚炎はどうなっていくのかということをお示しします。

図11はステロイドを適切に塗っていないながらも、良くなったり悪くなったりを繰り返している症状の波、重症度の流れとだけいただければいいのですが、ここでステロイドをほんとに止めます。すると、1～2週間ぐらいでもものすごく悪くなって、いわゆるリバウンド状態になりますが、1カ月を過ぎたぐらい

図13

から何となく落ちついてきます。ある程度波があるのですが、ステロイドを使っていないにもかかわらず、次第に落ちついていくという経過をとります（パターンA）。これはかなり典型的な離脱後の自然経過なのですが、こういうのを経験すると、ステロイドなんか塗らなくてもこんなに良くなるのだと確かに感じるのです。ただ、ここから先が問題で、ここで結局は完治しないまま症状の軽快・増悪の波が続いていって、社会に復帰できないというパターンが実は結構あります。

それから、実に不思議なことなのですが、ステロイドを塗っていても良くならなかった人が、ステロイドをやめてもさほど大きなリバウンドもなく、何となく治ってしまう例が一部です（パターンB）。これは恐らくステロイドの外用薬に対する接触皮膚炎であったり、何か別の理由で治らない背景があったものが、外用を止めたことを契機として、治る方向に一気に進みだしたと考えられます。これは心身医学的な疾患背景もあったかもしれません。

ただ、改善した例ばかりを見ていて、だから離脱がいいなどと言ってはいけません。激しいリバウンド症状を来した後、ずっと治らないまま長年経過してしまう例が実際には結構多いのです。これが非常に気の毒で、引きこもりに入ってしまったたり、社会からの離脱を余儀なくされたりという例がよくあるのがこのパターンです（パターンC）。

われわれ漢方医として注意すべきことは、今からリバウンドで悪くなるというタイミングで漢方薬を開始しても悪化の勢いを抑えることはなかなかできないということです。そうなると、耐えられなく

図14

なった患者さんは漢方をもらったけど良くならないという、恐らく西洋医学の方へ逃げてくるでしょう。ところが、リバウンドが落ち着いて自然に軽快し始める時期に漢方薬をのみ始めると、漢方のおかげで良くなったという印象を持たれてしまいます。ですから、重症のアトピーに漢方が効いたという経験や報告はいくらでもあるのですが、自然経過だったのかどうかというのは常に問題になります。そこがやはり解釈の難しいところです。ダブルブラインドでの比較研究などはできませんが、われわれは漢方薬の効果を客観的に見抜く目を持つ必要があるだろうと思っています。

実際の臨床では、ステロイドをうまく使うべき症例と、使うべきでない症例が確かにありますから、うまく区別して適正に使っていただきたいし、ニーズをよく考えること、正しく塗れているかどうかを検討していただきたい（図12）。もちろん減量の方を常に検討しますし、安易に中止や離脱を勧めるべきではないと思います。そして、離脱したから完治するわけではないということを理解させる必要があります。一時期、瞑眩という表現がよく用いられました。リバウンドというのは瞑眩であり、これから改善する前兆である、と民間療法の担当者や書物がそういう表現をしたわけですが、瞑眩の本来の意味は違いますので、そのような誤解をされないようにしなければなりません。いずれにせよ、脱ステロイドすることで日常生活が送れなくなる可能性が高い、非常に大きなリスクを背負うのだということを、十分に理解しておく必要があります。

ステロイドにはランクがあるというのはよくご存じのことでしょうし、塗る部位によってその作用の

アトピー性皮膚炎治療上の問題点

- * ステロイド外用薬の適正使用が浸透していない。
- * タクロリムス外用薬、シクロスポリン内服薬などの免疫抑制療法を継続することの是非。
- * ステロイド忌避、ステロイド拒否派が今も根強く存在し、社会逃避や医療不信が残る。
- * パソコンの普及でインターネット等による情報が氾濫し、正しい情報の選択が困難な時代。

図15

仕方、強さが随分変わってきますから、部位による塗り分けも必要でしょう。そして、後ほど鶴田先生もお話しになるかもしれませんが、適切な外用療法を行う上での国際的な基準として、「フィンガー・ティップ・ユニット」という考え方があります（図13）。これは残念ながら皮膚科専門医の中でも、こういうところまで含めてきちんとした外用の仕方を説明しているドクターが必ずしも多くないという背景があって、皮膚科医側の問題として何とかしなければいけないのですが、いずれにせよ、塗るべきときにはこれぐらいの塗り方をきちんとしなければいけない。燃え上がっている炎を消すためには、きちり消防車を呼んで来て、水をまかなければいけないのですよということを説明していますし、これでかなり良くなるのが通常です。ですから、適切な外用療法ができているかどうかを確認する必要があります。

さて、歴史をさらに振り返りますが、こういった混乱を何とか収拾させるために、診断基準というものが作られたり、ガイドラインが作られたりしているわけですが、やはり先ほどの話の1990年代、不適切治療による健康被害が続発しました。さらに、1999年にタクロリムスという新しい、ステロイドではない軟膏が発売されたことによって、新たな局面を迎えたわけですね（図14）。

一方で2001年、中国製のアトピー性皮膚炎治療薬である皮炎霜というのがあって、これは「ステロイドが入っていない塗り薬」といううたい文句でインターネット等を通じてかなり販売されました。劇的に治るすごい薬だということで、爆発的に全国的に広まったのですが、あまりに効くのでよくよく調べ

たら、プロピオン酸クロベタゾール、つまりデルモベートに相当する成分、最強のステロイドが入っていたのです。それを平気で入れて、ステロイドの入っていない中国製の軟膏ということで、全国に販売されたわけですから、非常にひどい話です。

2003年にタクロリムス軟膏の小児用が発売されることになったのですが、そのときにタクロリムスというのは免疫抑制剤であって、臓器移植の拒絶を止めるぐらいの免疫抑制作用があるのだから、いろいろなリスクがあって、こんなものを小児に塗るべきではないという要望書が一部のドクターから出されました。結果的にはその要望書は却下されたわけですが、こういうこともあって、かなりマスコミの間でも、あるいは一般の患者さんの間でも一時的な混乱はあったかと思います。

さらに2008年、日本皮膚科学会が診療ガイドラインを作って、タクロリムスの適正使用に関しても、さらに徹底すべく文書を出しておりますが、そうしているうちに今度はシクロスポリンという免疫抑制剤の内服が認可されました。本当に漢方で治るのであればこんな薬は要らないわけですが、中にはいろいろな理由で、やはり難治性で困る例があって、シクロスポリンをある時期にうまく用いることによって、日常生活を改善させるような例も確かにあります。ですから、一概に私は否定しませんが、いずれにせよこういった新しい治療法も出てきたことで、今後また新たな展開が出てくることだろうと思います。

そして、そのシクロスポリンの内服薬を含めた、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインの一番新しいものが、2009年、日本皮膚科学会から発表されています。これはインターネットでも、PDFの形で閲覧することができます。かなり膨大なページ数を割いて、いろいろなことが書かれています。心身医学的なことも書かれていますし、補中益気湯で一定のエビデンスが出たということももちろん書かれています。

ところが、今年に入って、これもご記憶に新しいと思うのですが、タクロリムス外用薬のリンパ腫を中心とした発癌のリスクに関する新聞報道がなされました。これは海外でのある発表を受けて日本で報道されたのですが、患者さん方の間で自分たちはこれを塗っていて大丈夫なのではないかという疑問が

生じて、これもまた一時的な混乱を招いたのです。実はこれは自然に発症する癌のリスクときちんと母集団を合わせたスタディではないなど、発癌リスクに関するデータの取り方に非常に問題があるということで、日本皮膚科学会としても、こういった発表であまり混乱しないように、適正に使用方法等を守って使ってくださいということを公表して事態が落ち着いたように思います。

ということで、簡単に駆け足で歴史を振り返ってまいりましたが、現時点でアトピー性皮膚炎の治療上の混乱、および問題点としては、ステロイドはやはりちゃんと適正に使うべき薬であろうと私も思っています(図15)。しかし患者さん方はもちろんですが、皮膚科専門医、あるいはアトピーにかかわる先生方の間で、先ほどのフィンガー・ティップ・ユニットの図を中心とした適正な使い方の理解や指導に関してはまだまだ十分浸透していないような印象があります。

それから、先ほど申し上げましたように、タクロリムスやシクロスポリンといった免疫抑制剤を使った治療法がどんどん出てきて、患者さんにとって福音の部分ももちろんあるのですが、こういった抑制療法に頼り続けていいものかどうかに関しても、まだこれから議論をする必要があります。私はあくまで緊急避難用に、一時的なQOLの上昇のためにはいいかもしれませんが、やはりこれで抑え続けることが生体にとっていいと思わないですから、使うとすれば専門医が上手に使うべきで、この辺は今後さらにデータを集めたり、議論をしていく必要があらうかと思います。

それと、本当にアトピーの治療で日々ご苦労されている先生方は一番感じておられると思うのですが、今でもステロイドだけは絶対に嫌だとおっしゃっている患者さん、あるいは拒否派の患者さんは少なからずおられます。そういう方々に、ステロイドというのは上手に使える本当はいい薬なのだということをいかに説得しても、いったん刷り込まれてしまった、あるいは思い込まれている方々の気持ちを変えることはなかなか難しい場合があります。説得に応じられる患者さんもおられますが、かたくなに拒否される方がおられて、やはりステロイドを使わずに、漢方治療を主体に頑張らざるを得ないという患者さんを多く抱えて、先生方もご苦労なさってい

るのではないかと思います。

最後に、現在はパソコンが普及して、インターネット等々でも、あっという間にあらゆる情報が検索できる便利な時代になりました。とにかく情報が氾濫しているのですが、では、その情報の中で本当に役に立つ、正しい情報はどれなのかということは一切分からないわけです。これは本当に見る側、受け取る側の判断に任せるしかないわけで、この情報氾濫時代の中で、正しい情報を適切に選択して、各個人がよりハッピーに過ごしていく必要があると思います。われわれ医師の立場でも、これをうまく整理していくことがこれからの課題ではないかと思っております。以上です。ご静聴ありがとうございました。

崎山 夏秋先生、どうもありがとうございました。ただ今のご講演に関しまして、ぜひ質問したいという方がございましたら、どなたかお一方。それでは、後ほど総合討論でお願いしたいと思います。

続きまして、「アトピー性皮膚炎は漢方だけで治るのか?」、つるた小児科の鶴田先生、よろしくお願ひいたします。

アトピー性皮膚炎は漢方だけで治るのか？

鶴田 光敏

つるた小児科

鶴田 私は小児科医で、しかもアレルギーをずっと勉強してきたものですから、比較的日常診療でアトピーの方が多く来られます。さらに、医者になったときから30年、漢方を主軸にして使ってまいりましたので、漢方でアトピーを治してくださいというふうに言って来られることが毎日の日常です。

ところが、漢方薬、飲み薬だけでアトピーを良くするという事は非常に難しく、大変な労力と患者さんの負担が大きいと感じまして、このごろはアトピーの標準治療、日本皮膚科学会、あるいは世界的に認められた標準治療を主にして、あくまでも漢方は補助療法として、補助療法としては非常に優秀なものだと私は今も思っておりますが、そういう立場でやっておりますし、そのようにいろいろなところでお話しさせていただいております。

それから、今日、詳録に書いてある症例とちょっと症例が変わりましたので、ご了解ください。

図1の方は40歳の男性で、23歳のときからアトピーが出てきたということで、最初は普通に皮膚科でステロイドを塗ったのですが、なかなか良くならない。それでやめたことによって悪化した。ちょうどそのころ、ステロイドというのは非常に怖いものだというようなことが言われてきました。こういう人は必ずといって漢方治療を求めてきます。そして、いろいろな漢方の先生の所へ行っても、ステロイドは怖いということで、色々やってきたわけです。しかも同時に、ここまでひどい人は大体民間療法に走っております、水療法、超酸性水だとか温泉水を買ってとか、そういうものでかなりいろいろやっているのですが、どんどん悪くなるわけです。

そして、ステロイド以外のプロトピックが出たということで、それはステロイドではないということで塗ったら、こういう人に塗りますと、プロトピックという薬はまだ私は非常にいい薬だと思えないのは、極めて刺激が強いのです。かえって熱くなって、かゆくなって、かきむしってしまつて、さらに悪化

図1

図2

したということで、さらに西洋医学に対する不信感を持ったということでした。

私の所に去年の5月13日に来院しましたときには、疲労困憊、夜も眠れないし、それから、こういう人は皆さん寒がるのです。寒がって、食べ物を食べても味がしないとか、そういう気虚の症状が強いんです。それから職場に行くと、職場の人たちに陰口でゾンビと言われているということで、男性ではありますが、精神的ストレスが極めて強い状態でした。目はちょっと隠してあるのでいけませんが、目がうつろで、まさに補中益気湯を使いたような、そういう状態でいらしたわけです。

もちろん漢方で治してくれということで、私の所にみえたわけですが、そこで私は、「あなたにいい漢方があると思うから使いますが、同時に標準治療といって、今、世界中で確実に安全に効く治療方法があるから、それを一緒にやりましょう」と言いました。そうすると、すぐに「先生それはステロイドですか？」と聞くわけです。「もちろんステロイド

図 3

図 4

図 5

アトピー性皮膚炎でのステロイド外用剤の強さの選択				
部位	乳幼児	小児	思春期	成人
頭	W,M	M,S	S	S
顔・頸部	W	W,M	W,M	W,M
体幹・四肢	W,M	M	S	S
苔癬化病巣	—	M,S	S,VS	S,VS

目安であり、実際には個々の症状によりさらにランクアップする必要もある。W: weak M: medium or mild S: strong VS: very strong

図 6

を使いますよ」と言うのと、こういう経過の方はものすごく抵抗を示します。そこで、一生懸命説得しまして、もう17年もあなたは苦しんできたわけですから、しかも職場でゾンビと言われて、職場にも行きにくい、この人は子供が5人いるのですが、生活もしていかなければいけないのにこの状態では難しいですから、3日だけ、私の言うとおりにやってみてほしいと申しました。これは一例に過ぎませんが、こういう人はいっぱい来るのです。

こういう状態です(図2)。全身真っ赤になって、傷があるというような状態です。ドライスキンも非常に強いです。

私は2006年のアトピー性皮膚炎診療ガイドライン(図3)、この辺りからこのガイドラインを非常に優秀なものだと思って準拠しております。なぜならば、先ほど夏秋先生がおっしゃったように、フィンガー・ティップ・ユニット、いわゆる塗り方の目安、どの程度、どのように塗ったらいいかというのもここから明らかになったわけです。それに準拠いたし

ますと、非常に良くなるのです。

このアトピー性皮膚炎診療ガイドラインの概要というのは非常にシンプルです(図4)。まず、正しい診断、本当にアトピーなのかどうなのかということの診断、これは大事なことです。アトピーではないのをアトピーだと思っているのがとても多いものですから、正しい診断。それから、適切な重症度判定、原因、悪化因子の検索と対策、スキンケア、そしてステロイド外用薬を中心とした薬物療法。シンプルなのですが、これに尽きると私は今も思っております。

先ほど夏秋先生が提示されましたが、ステロイドの外用薬は、部位によって吸収の度合いがだいぶ違います(図5)。前腕部を1としますと、頬は13、陰囊は42、逆に足の裏は0.14しか吸収しないものですから、場所に応じてこまめに濃度、強さを変えなければいけないということです。

これは二十数年前、東京医科歯科大学皮膚科の西岡清教授の本、あるいは講演もお聞きして、これは

図7

図2 スteroid外用薬の使用量の目安(FTU)

軟膏使用量FTU(1FTU=0.5g:5gチューブの場合)(g)

	顔と頸部	上肢	下肢	体幹(前面)	体幹(背面)
小児					
3~6か月	1(0.5g)	1(0.5g)	1.5(0.75g)	1(0.5g)	1.5(0.75g)
1~2歳	1.5(0.75g)	1.5(0.75g)	2(1g)	2(1g)	3(1.5g)
3~5歳	1.5(0.75g)	2(1g)	3(1.5g)	3(1.5g)	3.5(1.75g)
6~10歳	2(1g)	2.5(1.25g)	4.5(2.25g)	3.5(1.75g)	5(2.5g)
成人	顔と頸部	上肢(腕と手)	下肢(大腿~足)	体幹(前面)	体幹(背面)
	2.5(1.25g)	3+1(2g)	6+2(4g)	7(3.5g)	7(3.5g)

ステロイドの外用薬の使用量の目安(FTU) (文献10~13より引用、改訂)

図8

図9

図10

ガイドラインには載っていませんが、ずっと20年以上これに準拠してやってまいりました。いわゆる年齢に応じて、そして部位に応じて、強さを変えていくという、これは今も私はこれでやってきて、20年以上やってきて、副作用というものは見ておりません。これは今でも私は大事な指標だと思っております(図6)。

そして、少しオーバーラップしますが、塗り方です。フィンガー・ティップ・ユニットは、人差し指の第一関節から指の先まで、これは大体0.5gなのですが、これがちょうど両手の範囲になる。この塗り方をするということ。これは非常にはっきりと使用量の目安が出てから、塗り方が分かったのです。ローションならば、大体垂らしたときの1円玉の広さが、この両手を広げた範囲になるわけです(図7)。

そうしますと、どのくらいの量になるかといいますと(図8)、成人、先ほどの男性ですと、全身なのです。全身に湿疹があるわけですから、上腕片方

だけで2g、両手だと4gです。足だと片方だけで4gで、両足だと8g、体幹前面で3.5g、背面で3.5g、大体一回塗る量が、大人で全身の場合は25gぐらい要るのです。そうすると、5gのチューブで5本ぐらい要るわけです。その多さにびっくりするのです。最初はこうやって塗るのだと、塗ってあげなければいけません。今までどうやって塗っていましたかと聞くと、5gの塗り薬を2~3本もらって、1カ月ぐらいで使っていたという人が多いのです。それは塗り方が不適切なのです。今の標準治療、最も適切な塗り方という、こうなるのです。ストロング以上のステロイドの場合は、1日1回法と2回法と、効果に差がないということが分かっていますので、お風呂にゆったり入って、きれいに体を洗って、そしてなるべく早く、1日1回でいいから塗ってくださいという指導をいたします。

ですから、最初の症例はアンテベートという薬を体に使いまして、首と顔はリドメックスという薬を使いました。鎖骨から上と下で分けてくださいとい

図11

図12

図13

図14

うことでやりました。ところが、5gで5本、25g, これは大量のような気がしますが、1回それをやりますと、翌日にはかゆみが半減します。次の日には赤みとかかゆみのところがぐっと減ります。2日後、3日後になると、最初10かゆいというのが、大体2か3になります。逆に言えば、3日後、4日後で、かゆみ、赤みが2か3になっていなければ、それは塗り方が悪いか、薬が適応していないと私は見ます。

これが3日後です（図9、図10）。5月13日に来ているので、これは16日です。劇的に良くなっています。こうなると、ステロイドを塗るところがほとんどなくなっています。このように良くなっています。本当に自分でかゆいと感じるところだけ塗ってくださいということになりますと、ほんのわずかな量になってきます。ここで、間髪入れずに保湿剤を使います。この人の場合は、ヒルドイドローションを全身に塗るということにしました。ステロイドは1日1回ですが、保湿剤に関しては、お風呂上がりと朝と、2回塗りましょうという指導をいたしま

す。

2～3カ月たちますと、ステロイドは全く不要になります。保湿剤だけでOKです。ですが、何か疲れたときとか、風邪を引いたときなんか体調が悪くなったときに、かゆくなったら、すぐそのときにあの塗り方で塗ってくださいとすれば、1回だけ塗るだけで良くなります（図11、図12）。

この人は本当に良くなりました。2～3日前も来ましたが、ほぼ正常です。どうしても長い十数年のアトピー期間がありますと、色素沈着でちょっと色黒のようになりますが、かゆみはほとんどありません。保湿剤だけでOKになります。

正しい診断が大事だということを申し上げましたが、この人は最初は化粧品を変えると顔がかゆくなったと、漢方薬局に行ったのです。そうしたら、これはアトピーだと漢方薬局で言われて、塗り薬を塗ったらどんどん悪くなったということです。それを私が見たら、黄色い色の漢方薬で、恐らく中黄膏か何かだと思うのですが、詳細不明ですが、同時に

図15

図16

図17

図18

漢方薬局ですから漢方薬を飲んで、どんどん悪くなるわけです。これは恐らく中黄膏と思われるものでかぶれているわけです。そうしたら、今までの化粧品の毒が出ているのだから、どんどん塗れと、先ほど夏秋先生がおっしゃったような瞑眩なのだと、そういうことを言われて、どんどんかゆくなって、自家感作性皮膚炎みたいになっているわけです。

顔だけですから、これはアトピーではないのです。22歳の女の子で会社の受付をやっておりましたので、この状態では会社に行けません。ですが、放っておきますと、どんどん皮疹というのは広がっていきます。かゆいのでかく、かくと悪化するという悪循環になって、どんどん広がりますので、弱めのケナコルトを処方しました。

これが11月21日ですが(図13, 図14), 4日後にはきれいになります(図15, 図16)。これはかぶれで、アトピーではないのですから、このように良くなって、この子はその後も風邪を引いて時々来ますが、全く皮膚はきれいです。化粧品を変えたという

ことによる、contact dermatitis が最初でさらに漢方薬を塗って行って、どんどん広がっていったという症例です。これは診断の間違いです。

この子は赤ちゃんで、乳児湿疹があったのです(図17)。そこで小児科でアンダームが出ました。小児科医というのは、何でもかんでも乳児湿疹を見ると、アンダームを塗った時代がありましたが、アンダームを塗ったのです。そうするとひどくなりました。そこで今度はコンベックを塗りました。NSAID, 非ステロイド系の消炎外用薬です。これは非常によくかぶれるのです。小児科はすぐにアンダームを塗る、ところが、アンダームかぶれというのは20%近くあります。これは私の母校の皮膚科の松永教授が調べています。この間、話を聞いていると、杏林大学の塩原教授が、実際は隠れアンダームかぶれ、隠れ NSAID かぶれが50%近くあるのだということを言っておられました。これは小児科医がよくやることなのです。アンダームかぶれ、それで次はほかの NSAID を使う。そして、どんどんまた

図19

図20

図21

図22

悪くなっていくわけです。これも弱めのステロイドですぐに良くなります。

これは4日後です(図18)。必ず私はこういう湿疹を診たときは、3日後か4日後には必ず来てくださいと。3～4日で良くならないものは、薬が合わないのか、あるいは塗り方が悪いのかということによっております。この子もその後、風邪を引いたりして来ますが、全然湿疹はありません。

この人は目の周りに湿疹があるということで、ネオメドロールEE軟膏を処方されたということです(図19)。これは眼軟膏なのですが、ネオメドロールEE軟膏というのは、非常に弱いステロイドに抗生物質が入っているのです。それで悪くなった、じゅくじゅくしたのです。それで、今度はこれはじゅくじゅくしているからいけないということで、次はゲンタシンか何かが出たのです。ゲンタシンではさらに悪くなるのです。抗生物質かぶれはものすごく多いです。この人もリドメックスぐらいで、2～3日で良くなっております。

つまりは、かゆいとかく、かくと湿疹が悪化するという悪循環(図20)、これを止めなければどうしようもないということが私の結論です。さらに、最近、小児アレルギーの世界でよく言われているのは、かくことによって皮膚のバリア破壊が起こるということです。ここから抗原が入って行って、ここでアレルギーという現象が起きるのだということです(図21)。もともとはかゆみを伴った湿疹にすぎないのですが、それがかきむしることによって、その後アレルギーというものが成立するのか、既に成立しているのか、それは分かりませんが、増悪因子になっていることは確かだというわけです。ですから、赤ちゃんのときの湿疹を見たら、なるべく早く湿疹を治してやって、バリア機能を破壊させない。それがその後のアレルギーに発展させない、大事な治療法なのだというを最近言っています。

われわれ小児科医は、夏秋先生がおっしゃったように、1980年代から90年代にかけまして、食べ物アレルギー一本でやってきて、皮膚科の先生とはかな

図23

図24

図25

図26

り論争があったのですが、それが1999年に馬場実先生という、小児アレルギーの草分け的な先生ですが、小児アレルギー学会で総括しまして、これは行き過ぎであったと、食べ物アレルギーだけでアトピーができるなんていうことは、一部はあるかもしれませんが、大きな間違いであったと総括しておられます。むしろ、かくことによって、あるいはドライスキンということによって、バリア破壊が起きて、抗原が入ってくるということが大きな問題だろうとごく最近は言われております。

こういう赤ちゃんはよく来ます。湿疹です(図22)。これも全身をかいています。写真を撮るときなんかでも、湿疹の子はどうしても服を脱がせるとかきますから。

これも4日でこうです(図23)。これも弱いステロイドを使いました。それで良くなります。完全にこれは良くなります(図24)。一気に良くして、あとは保湿剤、スキンケアをします。それによって、これをしっかり治さないと、やはりアレルギーの

マーチは進みやすいと私は臨床的には思っております。ここから喘息が出たりとか、先ほどの理論というのは、恐らく正しいのではないかと思います。乳児期に早く湿疹を良くしてあげないと、アレルギーのマーチに進みやすいのではないかと思っております。

そのためには早期介入、アトピー性皮膚炎への外用薬による早期介入が大事であると。一次予防としては発症を予防する(図25)。これはスキンケアです。結構ドライスキン、かさかさ肌の赤ちゃんが来ます。スキンケアということは、お風呂に入って、刺激のない方法で皮膚をきれいにして、その後保湿剤を使いましょう。これは発症を予防することです。やはり先ほどのドライスキンを予防することによって、ダニ抗原の皮膚侵入が抑制されるというのは、三重の水谷教授が発表しておられます。それから、海外では赤ちゃんにワセリンを塗ることによって、アトピーがかなり抑制されたという報告もあります。一次予防、これはスキンケア、スキン

図27

図28

図29

(1) 不眠、イライラなどQOLの低下	107例	76%
(2) 休学、退学、離職、休職	40例	29%
(3) 自宅ひきこもり	21例	15%
(4) その他(眼以外)の合併症	17例	12%
(5) 金銭的被害	12例	9%
(6) 眼合併症	10例	7%
(7) その他	2例	1%

図30

ケアは刺激のないものできれいにして、そして保湿をするということです。

湿疹が出てしまった場合、これは重症化の抑制です。つまり、治療です。このときにステロイド外用薬かプロトピックを使うのですが、私はやはりステロイドの方が歴史が長い、発売されて60年たち、薬も非常に良いものができているので、こういうものをまず上手に正しく使えば、短期間、2～3日で良くなるので、それをやってあげる。

それから、三次予防としては、合併症の予防です。湿疹が出たらすぐに治療すれば、1回で大体良くなることが多い。そして、しっかりスキンケアをする、それによってアレルギーのマーチを抑えるということです。

もう一つ、これはステロイドに保湿剤、パスタロンは尿素製剤、ヒルドイドはヘパリン製剤ですが、こういうものを混ぜて出す人が多いです(図26)。ミックスする。これは透過比を見ているのです。これは東京通信病院の薬剤部の大谷先生という方が非

常に一生懸命やっておられるのですが、アンテベートも、マイザーも、リドメックスも、アンテドラックと言われるステロイド外用薬で、皮膚にあるときにはステロイドとして十分効果を発揮しますが、体の中に入っていくにくい。ステロイドとして経皮吸収が少なく作られているものです。アンテドラックが出たということは、医学の進歩、薬学の進歩だと思うのです。

もちろん先ほどの重症の全身にアンテベートを1日25g塗れば、それはさすがに入っていきますので、一過性の副腎皮質抑制はありますが、これはさつとやめますから、やめるとリバーシブルなのです。可逆的なものですから、副腎皮質機能がすぐに回復するということは分かっているのです。

こういうアンテドラック単独だと、あまり透過していきません。皮膚にあって、皮膚の炎症だけを抑えますが、これにパスタロンなんかを混ぜると、これだけ入ってくるのです。これは良くないだろうと思います。混ぜないということです。特にプロトピ

不適切治療の具体的分類(1) (n=140)		
(1) 特殊療法(医療機関)	46例	33%
(2) 脱ステロイド療法(医療機関)	42例	30%
(3) 健康食品	25例	18%
(4) 脱ステロイド療法(医療機関以外)	22例	16%
(5) 化粧品	19例	14%
(6) 水治療	18例	13%
(7) 温泉・入浴関連	12例	9%
(8) 特殊療法(医療機関以外)	9例	6%
(9) エステ	3例	2%
(10) その他	36例	26%
* 複数回答有 計232例		

図31

ックとワセリンを混ぜている人がいますが、あれは全然良くないらしいです。チューブにあるときはちょうどいいように作られているので、ごちゃごちゃ混ぜると、むしろ副作用が多くなるということです。

アトピーというのは、これは有症率ですが(図27, 図28), 子供のころに多くて、大人になるとだんだん低下してきます。これを見ると、20代、30代、40代、50代、ぐっと減ってきます。おじいさん、おばあさんのアトピー、70代、80代のアトピーというのは、私はほとんど見たことがありません。ですから、ある年齢が来ると、治る病気であると思っております。ナチュラル・アウトグローが非常にしやすい状態、そのときに、例えば、先ほど夏秋先生がおっしゃったように、いろいろな特殊な治療をしていますが、あるとき治るときが来たら治ります。そうすると、その特殊な治療が効いたということになってしまふのです。それよりも、副作用の少ない確実な標準治療で、それをうまくコントロールしてやる方がいいのではないかと思います。

金沢大学の竹原先生が、日本皮膚科学会で不適切治療の被害というものを、1998～1999年の2年間にわたって調査されました。これは不適切治療では、こういう不眠、いらいら、これは女の子で最初の症例のような状態になりますと、自殺未遂もあります。こういういろいろなことがあるわけです。ですから、早く治してやるのが一番大事だろうと思うのです(図29, 図30)。

不適切治療の具体的分類としては、やはり脱ステロイド療法が多いです。漢方薬が不適切治療の具体的分類でトップなのです。ところが、漢方薬治療を

不適切治療の具体的分類(2)	
(1) 漢方薬	26例
(2) 水治療(酸性水及びアルカリイオン水)	14例
(3) SOD関連	10例
(4) 厳格食事制限	7例
(5) 温泉治療	6例
(6) イソジン消毒	6例
漢方薬治療そのものをこの調査より全否定するわけではないが、漢方薬治療に頼りすぎて、標準治療を受けずに悪化している例が不適切治療の中で最も多いことが明らかにされた。	

図32

この調査より全否定するわけではないが、漢方薬治療に頼り過ぎて、標準治療を受けずに悪化している例が不適切治療の中で最も多いことが明らかにされたということが、報告書の中に書いてありまして、私はこのとおりだと思います(図31, 図32)。

富山医科薬科大学の皮膚科の諸橋先生という方が、皮膚科専門の教授でいらっしゃいましたが、漢方を使っておられた。非常に私も尊敬していたのですが、その先生がいつも言われていたことは、アトピー治療のときには、漢方というのはあくまでも補助療法であるということです。私もそう思います。以上です。

崎山 鶴田先生、ありがとうございました。日本東洋医学会の中では、かなりユニークに、ステロイドを中心というお話だったのですが、また後ほどディスカッションをさせていただきたいと思います。

続きまして、大阪市大の皮膚病態学の小林先生、よろしくお願いいたします。

アトピー性皮膚炎 漢方治療の要点

小林 裕美

大阪市立大学大学院医学研究科皮膚病態学

小林 大阪市大の小林です。おはようございます。本日ここで話しさせていただく機会をいただきましたことを、会長の佐藤先生はじめ、座長の二宮先生、崎山先生、それから多くのお世話になっている方々に、まず御礼申し上げたいと思います。

私がいただきました今日のテーマは、アトピー性皮膚炎の治療の要点です。私の日常診療を振り返らせていただく良い機会と思い、私自身が気をつけておきたいと思っておりますことをピックアップしまして、三つにまとめてみました。そのお話をさせていただきます。

最初は診断に関する要点です。**図1**は20代の女性で、これまで20年間、アトピー性皮膚炎と言われてきたそうです。湿疹はステロイド外用で軽快し、茶褐色斑が主体でした。湿疹と診断しましたら、私たちはパッチテストを受けていただける方には、できるだけ受けていただきます。この方は金に陽性反応がみられました。歯科治療は、10代のときに受けられていましたが、歯医者さんに行って、金以外のものに変えていただいたところ、すっかり皮疹が消失しました。このことから、全身性接触皮膚炎、つまり、偽アトピー性皮膚炎と診断できました。全身性接触皮膚炎は、接触感作成立後に皮膚以外から入ったアレルゲンが全身に皮膚炎を起こしたものです。金属が原因のものは特に、全身型金属アレルギーと呼ばれることもあります。このような皮膚炎は、アトピー性皮膚炎に似ていて、症状からだけでは区別が困難なため、pseudo-atopic dermatitis という名称で紹介されることもあります。もちろん、以前、アトピー性皮膚炎があって、経過中に変化した可能性もあります。その時々症状の原因を検討しなければ、この方は多分今も治っていらっしやらなかったと思います。

次は、お電話でのご相談では診断できないことを示す例です。**図2**の左右の2枚の写真は、40～50代の異なる2人の男性の大腿部です。いずれも赤くて

図1

図2

鱗屑が付いている皮疹が広範囲に見られます。左の方はパッチテストの結果、ステロイド外用剤による接触皮膚炎とわかりました。先ほどの鶴田先生のご症例とよく似ています。この方は原因であったステロイド外用剤をやめると、一気に良くなりました。夏秋先生がご紹介になった、ステロイドをやめると急に良くなる例に入ると思います。

一方、右の方は、経過が40年以上と長いうえ、最近、硬くなってきたということでしたので悪性リンパ腫を疑い、皮膚生検をいたしました。その結果、異形なリンパ球が多数浸潤していて、皮膚T細胞リンパ腫であることがわかりました。

図3ですが左は、アトピー性皮膚炎の通院治療中にみられた湿疹とは異なる皮疹です。問診により、バファリンを内服したことがわかり、バファリンを中止したところ、改善しました。その後、施行したパッチテストでも陽性を呈しましたので、バファリンによる薬疹と診断し、内服を避けていただくようにしました。右は、アトピー性皮膚炎の経過中に出現しやすい合併症です。ここに水疱があり、Tzanck試験によりウイルス封入体を確認のうえ、カポジ水

図 3

図 4

図 5

図 6

痘様発疹症と診断し、抗ウイルス剤による治療を行いました。

第一の要点をまとめますと、的確な診断です(図4)。「言うは易し、行ふは難し」ですので、気を付けてはと思っております。類似の症状が見られる別の疾患で私が経験した例をスライドに列記しました。

アトピー性皮膚炎の経過中に別の疾患が生じた例としては、先ほど紹介しました接触皮膚炎やカポジ水痘様発疹症をはじめ、薬疹、真菌感染症、細菌感染症など種々あります。また、アトピー恐怖症とでもいうべき方がいらっしゃいます。アトピー性皮膚炎を疑う皮疹がみられないのに、アトピー性皮膚炎が怖いのでと来院される方々です。このように、アトピー性皮膚炎の治療の要点の一つとして、的確な診断は、非常に重要と思っております。

次に、診断後のアプローチをお示しします(図5)。私どもは、先ほどの鶴田先生のお話と同じように、まず標準治療をします。アトピー性皮膚炎の大部分の方は、標準治療でよく改善されます。ただ、私どもの所に来られる方は、標準治療だけでは改善

しない、あるいは再発を繰り返すという方が圧倒的に多く、そのような場合に漢方療法をご説明します。

その際、漢方薬を飲むだけが漢方療法ではありませんと申し上げます。漢方のよいところは、疾患を見るだけではなく、疾患を有する人の全体を見ようとし、生活習慣指導を大事にするところにもあると考えられます。漢方薬を飲む必要がないと判定できた方にも、この健康増進のお話はできる限りさせていただきます。せっかくうちの病院に来られたのだからという思いがあります。

こういうお話をされていて感じますのは、患者さんによって、漢方療法を受けたくて仕方がない人、漢方薬には興味があるが抵抗感もある人、というようにバリエーションがあります。診察のときには、このような患者さんの思いを理解しなければ治療もうまくいかない気がします。

臨床場でいつも感じますのは、心が最も疾患に影響を及ぼすということです。心のストレス対策という点につきまして私は素人ですので、ご専門の先生に紹介させていただくこともあります。第一に重要なのは心のストレス対策であるということを念頭

米主食の意義				
	発芽玄米	玄米	白米	小麦粉
ガンマアミノ酪酸 (mg)	15	4	1.5	—
繊維 (g)	3.2	2.3	0.8	2.7
ビタミンB ₁ (mg)	0.38	0.4	0.09	0.1
ビタミンE (g)	1.2	1.3	0.3	0.3
イソチオール (mg)	265	257	44	—
カルシウム (mg)	10	9.8	5	20
マグネシウム (mg)	111	128	37	23
イソチオールリン酸 (mg)	474	874	94.8	—
葉酸 (mg)	26	24	3.7	—
オリザノール (mg)	30	35.5	4.3	—

(100gあたり) 日本食品分析センター分析結果および日本食品標準成分表より引用

図7

においたうえで、私どもが介入できることとして、第二に重要と考えている食養から始めます。次に、運動と姿勢、呼吸、睡眠、排泄というように健康にかかわる要素を見直していきます。このなかから、今日は特に重点をおいております食養を紹介します。

漢方療法をはじめたときは、食養について、ただ、口頭でお伝えするだけでおりました。できるだけバランスの取れた、和食がお勧めですと申しまして、具体的には魚をよく食べてくださいとか、お野菜をゆでてたくさん食べてくださいなどと提案しました。その割には治りが遅いことに20年ぐらい前に気が付きまして、個別の悪化因子を明らかにするために、食事を記録していただく食事日記を始めました(図6)。まだ、ワープロの時代でしたので、ワープロの規格にあわせて、11日分の食事を記録していただく表を作りました。これは食事日記表をもとにコンピュータのファイルに入力しなおしたものですので8日分となっています。食事にとっても気を付けているとおっしゃっていた方のもので。それでも連日、アップルパイ、ヨーグルト、コーヒーゼリーと、甘い物が続くことが普通になっています。もう一つの特徴は、朝はパン食がほとんどということです。また、炒め物など、リノール酸系の油脂の摂取が過剰になっています。

ずっと以前に、アメリカの上院議員、マクガバン先生が、日本食を見習い、いろいろな生活習慣病を予防しようという提案をされたというお話がありました。そのときに推奨されたのは、昭和30年代の日本食です。昭和30年代の日本の食事とは、今やかなり違った食を私たち日本人は食べているということに気が付きました。リノール酸が過剰になって魚の油摂取が少なくなる、つまり、 $n-3/n-6$

図8

比が減少しますと、過剰なリノール酸からアラキドン酸に至る系で、炎症惹起物質が増加します。また、急激に血糖値を上昇させますと、血管内皮細胞が障害されます。食で腸内環境も変わり、漢方の効果にも影響します。私が漢方を習い始めたときは、漢方薬を処方したらもっと良く効いていたのですが、年々、効きの悪い人が増えています。腸内環境が変化したことも一因ではないかと思われます。

そこで、漢方の食養生にどういう意味があるか、一つ一つ、検討してみました。

まず、主食としての米です。図7は、食品分析センターの分析表から、いくつかの成分を抜き出して比較したものです。米と小麦粉では、栄養として含まれているものがかなり違うということがよくわかります。小麦粉では葉酸は検出されません。小麦粉は、カルシウムが白米より多い以外は、いろいろな成分の不足が目立ちます。この表にはありませんが、米と小麦のアミノ酸含量の違いについても、アミノ酸分析をされている先生に教えていただいたことがあります。卵に含まれる必須アミノ酸をそれぞれ100点満点とすると小麦粉に含まれるアミノ酸はほとんどが10点、20点レベルということでした。それに対して米の場合、必須脂肪酸の多くが100点に近い量含まれていて、やや含量の少ないリジンは大豆製品を同時に摂ることで補うことができているそうです。

また、今お見せしたように白米より玄米の方が、栄養素が多いので、玄米をお勧めしたいと思いましたが、玄米は炊くのに時間もかかりますし、白米を炊く時とは水加減も違います。そのため、白米に混ぜると、玄米だけが硬くて食べにくいということになります。一方、発芽玄米は炊飯しやすく、白米と

図9

一緒に炊くこともできるので、発売されたときに、早速、発芽玄米を用いて検討させていただきました。

アトピー性皮膚炎の患者さんで、先ほどの標準治療や、その後の漢方を使って、症状が比較的安定している人だけにお話をさせていただきまして、それまでの治療に発芽玄米を主食にすることを足すだけという研究計画を作りました。発芽玄米開始前および経過中に何回か、血中サイトカインを含めた血液検査を施行しました(図8)。

その結果、1年目では有意差は出ませんでした、2年目になりますと、数値でも有意差をもって改善効果がみられるという結果が得られました。2年間続けてくださった人は8名いらっしゃったのですが、血清IgE値も、皮膚炎が重症のときに増加する lactate dehydrogenase (LDH) 値も、全例で有意に下がりました。

また、先ほど少し紹介しましたが、リノール酸系の油脂の過剰の問題もあります。現代の炒め物、フライ物が多いという食生活は、リノール酸の過剰摂取をもたらしました。リノール酸は必須脂肪酸ですから、摂取しないと命にかかります。私どもも動物実験をしておりまして、たまたまりノール酸が不足している餌では皮膚も障害され、早く死んでしまうことを確認したことがあります。マグネシウム不足餌による皮膚の障害をきたすモデルということでしたが、マグネシウムを補充しても改善せず、早死にしていまいしました。どうもおかしいと思って調べてみたら、リノール酸量が非常に少ない餌だったのです。このように、リノール酸は体に必須の重要な脂肪酸なのですが、過剰になってしまいますと、この系列からは、ロイコトリエンB4、C4、D4といったものが産生され、炎症を促進してしまいます。

図10

リノール酸系の脂肪酸はn-6系多価不飽和脂肪酸と呼ばれますが、この系の過剰の害を抑制するのがn-3系の脂肪酸です。昭和30年代はn-3系の脂肪酸を含む食品、すなわち、魚介類や、葉や根の野菜をいっぱい食べておりました。この系からは、ロイコトリエンB5やC5などが産生されます。これらが、うまくバランスを取っていたことが分かりました。実際、昭和30年代の日本人における血中のn-3/n-6比は0.33ぐらい、EPAとAAの比で見ますと、0.7ぐらいと推測され、このぐらいの値が推奨値になるようです(図9)。

これに対して、1989年、Isoらの測定によると、n-3/n-6比は0.2から0.3の間となり、1994年のNagataらによるアトピー性皮膚炎患者さんの値では0.2以下、2001年の私どものアトピー性皮膚炎患者さんではそれより低く、年々下がっていることがわかります。ただ、私どもが調べたときに同時にわかったことですが、n-3/n-6比が0.33以下の人は、7割であり、あとの3割はそれ以上、つまり、十分魚を食べ食事注意しているが重症だということなのです。ですから、すべてが魚不足だからとか、n-3/n-6比が悪いからアトピーが悪化しているわけではないということが、明らかになったのです。しかし、7割の方はn-3/n-6比が非常に少なく、そのグループだけで見てみると、重症の人ほどn-3/n-6比が低くて、食養生を含めた治療を行い改善した方ほど、n-3/n-6比も上がっていることがわかりました。ですから、アトピーの中の1群、私どものところに来られる重症グループの中で7割の方々には、この食養生が良かったということが明らかになりました。

このように、要点の2は食養生と考えます(図

図11

10). 食養は現代風にアレンジする必要があると思います。私どもは、食事日記を用いる方法によって得られる情報をもとに、どこに重点を置いたらいいかは個別に考えております。最初に申し上げた心因の問題も重要ですので、必ずしも否定的な指摘をしすぎないように、受け入れていただけるような提案をするように注意もしております。そうしながら、こういったことはどうでしょうと提案していることをまとめてみますと、朝をご飯食に、できれば農薬や化学物質汚染に注意しながら玄米や五分づき米を取り入れ、そしておなかいっぱい食べない方がいいのではというようなことになります。それから、かむということの重要性もお話しします。野菜は昭和30年代と比べて、ビタミン、ミネラルの含有量が現代では非常に少なくなっていると言われますので、ビタミン量がさらに減るのは覚悟の上で、表面に付着した有害物質を減らせるかもしれないし、腹八分目に貢献する、ゆでてかさが減った旬の野菜をたっぷり、よく噛んで食べませんかと提案します。魚はこのごろアレルギーも増えており、必ずしも全面的に勧められなくなってきましたが、できれば汚染の影響が少ない海で、汚染の影響が少ないとされるイワシなどの小さい魚にしましょうとお勧めします。特にアトピーに効果が高い注意としては、簡単に、甘い物、油、肉類の取り過ぎに注意をするだけで、漢方薬を内服する前に治ってしまうという方もいらっしゃると思います。

もちろん、先ほど来のお二人の先生のお話にもありましたが、食養だけで治すわけではなくて、皮膚症状に応じた的確な標準的治療が要ります。

この3歳の男の子も3年前よりアトピーと言われて他の医院で治療を受けていたが改善しないという

図12

ことで民間療法も受け、全身のびらんと、滲出性紅斑の悪化した状態で来られました(図11)。びらん部にはMRSAが検出されました。最初は抗生物質を飲んでいただき、皮膚は洗浄しワセリンを外用しました。掻痒に対しては、抗アレルギー剤内服を併用しました。感染徴候がなくなってから、ステロイド外用を始めるのですが、こういう方のために併用している漢方が補中益気湯です。

私どもは補中益気湯の効果について、1980年代からずっと、症例集積検討や、動物実験などを用いて、いろいろと調べてまいりました(図12)。小児のアトピー性皮膚炎に補中益気湯を使うことを最初に記載されたのが、山本 巖先生です。子供のアトピーに、やせて青白い方が多いから、ステロイド外用療法に併用したらいいよと教わりまして、1980年代に私どもはこのことについて治験をさせていただきました。4～25歳までの18名のアトピーの方を対象として、それまでの治療に補中益気湯内服だけをプラスし前後比較を行いました。そうしますと、3カ月以上内服後の有用度判定で、やや有用以上が89%とかなり良い結果を得ましたので、論文投稿しました。ところが、最初に投稿した雑誌の編集委員会からは、漢方なんて非科学的だと拒絶されました。ところが、「西日本皮膚」という雑誌に投稿したところ、逆に良い評価をいただき、西洋医学的な雑誌に初めて私どもの漢方の論文を載せていただくことができました。1989年のことです。その後、小児科の先生方が追試してくださり、百何十名という多数例で、やはり同様の結果が出たということを1993年に論文発表していただきました。

これ以外にも、症例報告を含めると非常に多くの先生方が補中益気湯のアトピー性皮膚炎に対する

図13

図14

図15

図16

効果を発表されましたが、この方剤はそもそも皮膚炎そのものを治すために用いるのではなく、長期の視点から、皮膚炎が何回も繰り返して出るベースにある因子の改善を目的とした薬剤です。ですから、皮膚炎を短期に改善させるステロイドの効果をみる方法で、本剤の効果を評価しようとしても効果がないという結果になってしまうと思われました。先ほど紹介されましたEBMを証明するためには、かなり慎重に方法を検討しなければいけないと思ひまして、非常に時間をかけて、多くの先生方のご協力をいただき検討させていただきました。アトピー性皮膚炎の患者さん全体を対象として、補中益気湯の効果をみても正しい結論は導かれなないと考えられます。とはいえ、多施設で無作為に実薬かプラセボを割りつけなければならないことを考えますと、まず、アトピー性皮膚炎のうちの気虚を伴う対象を選択するということを、漢方を知らない先生に言うていただく必要があります。そこで、気虚を一定の方法で鑑別できるアンケートを、新谷先生にご協力いただき作っていただきました。

アンケートにより気虚と判定されたアトピー性皮

膚炎患者さんを対象として標準治療を続けた上に補中益気湯あるいはプラセボのいずれかをプラスする無作為割付二重盲検並行群間比較という、エビデンスレベルが非常に高いと言われる方法で、多くの先生方のお力をいただいて検討しました(図13)。プラセボを作っていたからこそできた研究です。これは実薬を全く含まず、糖蜜、乳糖、結晶セルロースなどを主に、食品添加物の香料や着色料、およびその他の医薬品添加物を入れたもので、第三者研究機関で識別性試験、安全性試験を実施していただいたものを使いました。標準治療のみでは治らないということを確認したうえで本試験について説明し同意をいただきます。医師にも分からない二重盲検法で、プラセボか補中益気湯を割り付け、6カ月間それまでの治療に加えるというものです。ここに通常行う食事指導が入ってしまいますと、補中益気湯の効果かどうかわからなくなるので、あえて食事指導をしないようにしました。

プラセボでも3カ月目までは良くなっていくのです。実際に、ただ薬剤のみが手に入る場合と、医師から処方された場合では治療効果が異なるという報

図17

告もみられます。医師がかかわるということだけでも、症状が良くなる要素になるということです。ただ、そういう効果も3カ月くらいまでで、6カ月目ぐらいになると、同じというわけにはいかないようです。

このことは、使われた塗り薬の量がより明らかにしてくれました(図15)。この研究では、症状を評価すると同時に外用剤の使用量をその強さに応じて点数化し記録しました。投与前を基準とし、3カ月間、それぞれの時点までの使用点数の変動率を見ました。外用剤を使えば使うほど変動率も増えていくわけです。

その結果、プラセボ群は、3カ月目よりも6カ月目までの方がより多くの外用剤を使っていたということが分かりまして、逆に、補中益気湯群は、3カ月目まで増加していた外用剤使用点数が、6カ月目に向かい減少に転じ、使用点数がプラセボ群に比して有意に少なくなりました。塗り薬を塗らなくてよくなった著効例が補中益気湯群に多く含まれていることが分かりました。

このように、補中益気湯が、ステロイドなどの外用薬を塗らなくていい状態に早く到達させるのに役立つ方剤であるということが、明らかに示されたということになります。

とは申しながら、重症のアトピー性皮膚炎に対しては、標準治療に補中益気湯を加えるだけでは解決しません。私どもの所に来られる人は、全身がかゆくて、紅皮症状態のことが多く、まずステロイドを塗って、鶴田先生のおっしゃるようによくしています。その後、再燃が見られ、食養生のみでは改善しそうでないとき、漢方薬を使いますかという話になります。

図18

19歳、女性のアトピー性皮膚炎治療例をお示しします(図16)。標準治療のみでの経過観察ののち、この方は気虚がありましたので、補中益気湯を加えました。その上、皮膚が乾燥していましたので、皮膚の保湿を考え、ヨクイニンを追加しました。これらの効果はみられましたが、やはり小さな症状の波が出ます。さらに、炎症を抑えたいと思い黄連解毒湯、季節が冬に入ってきたところで皮膚への末梢循環を改善する生薬を含む温清飲を処方しました。その結果、非常にきれいに軽快されるとともに来られなくなりました。しばらくして、やめていると再燃したとのことで来院されました。ここまでの経過をみましてもこれらの漢方が有用であったことがさらに明らかになりました。

ただ、状態も変化していますので、私は同じ処方をするわけではありません。補中益気湯だけでは湿疹という一種の水滞に対する対応が難しいので、利水剤の併用を考えます。二宮先生からも、水をどうやってさばくかが大事ですよと教わり、間違いなかったとうれしく思いました。

また、ステロイドから脱却したいという患者さんの思いは塗る量をどうしても減らしてしまいますので、湿疹という表面に現れた症状に対する漢方薬もプラスしました。具体的には、十味敗毒湯や消風散などです。同時に食養生を頑張ってくださいと、漢方内服を終了しても、食養生改善が維持できるようになってきます。1～2年たったら、食養生の効果がもっと出てきます。このようにして、薬物療法を必要としない、より健康度が高まった状態にまで持っていくことを目標としております。

要点3をまとめますと(図17)、漢方薬のそれぞれの薬理作用をしっかりと理解して、今一番必要な方

剤は何かを適切に選択することと考えました。

アトピー性皮膚炎に対する漢方療法の治療の要点を私なりにまとめさせていただきました(図18)。一つは的確な診断, そして先ほどの食養生, それから適切な方剤選択です。ただ, ここに書きませんでしたが, 最初に申し上げた心因, 心は, 何よりも大きく影響しており, 言うまでもなく, 私どもが大切にしたいこととございます。それはアトピーに限らず医療の原点と思っております。

一般的な医療知識のみにこだわってしまって, 目の前にいらっしゃる患者さんが心の中で何を求められているのかということに気付く努力をしなくなってしまうたら, 治療は失敗しがちになると思われれます。現代は, 家族の間でも会話も少なくなり, 新たなストレス状態にあると思われ, 気の問題が非常に大きいということを, 二宮先生は強調されており, ご受賞講演でもわかりやすくお教えくださいました。適切な方剤選択のためにも, 気の問題に配慮することが重要です。

このような土台の上に, 的確な診断, 食養生, 方剤選択があると思われれます。これらは, アトピー性皮膚炎の治療にとどまらず, 健康増進につながってまいります。

今回, 紹介させていただきました私どもの研究内容は, 多くの先生方のお力を得ての成果でございます。ここに感謝申し上げます。

ご静聴ありがとうございました。

崎山 ありがとうございました。漢方の基本である, 心と食養生についても話していただきました。

では, 二宮先生に全体のコメントをいただいた後, 総合討論に入りたいと思います。

【総合討論】

二宮 先生方, ありがとうございます。それぞれに大変有意義なお話をうかがったと思います。昭和30年代, 皮膚科では東京地方会で患者供覧をやり, 診断不明の病気は参加者に見ていただき, 診断を付け, どういう治療法がよいかということをよく実施した。東京の大学が順番に当番となり, 毎月会合があった。

ある日, これがアトピー性皮膚炎だと供覧された子供を診たところ「これがそうですか, 多くの先生は小児乾燥型の皮膚炎ではないのか, これをアトピーと言うのですか」と。1960年代にこれをアトピーと称するかという問題から始まったが, そのころはアトピー性皮膚炎なんて全然問題になっていなかったのです。

いつからなってきたか考えると, やはり食事が悪くなってきたこと, 環境が悪くなってきたこと, それから今, 小林先生がおっしゃったストレスが非常に強くなって, 親が子供を殺すとか, 親がいらついているような極端な状態になってきた, その芽生えがそのころにあったと思える。私のクリニックへ来る人は多くの場合, 母子同服, すなわち親も子供も一緒に治療が必要で, 子供のみでは治らない。親が大人しくなると, 子供は間もなく治り, かかなくなります。もちろんかくから悪くなるには違いないが, かく原因がどこにあるかを探さなければいけないと思う。

双子で生まれた子供の, 片方が非常に冷えてかゆがる, 片方は温かくてたいしたことがない, 同じ子供なのに, 片方は冷えを除いてやると, 皮膚炎が治りやすくなる。もう片方の子は少し皮膚炎があるが, 熱くて仕方がない。衣類を脱ぎたがる。これは逆に冷やすと, 1~2週間後にはどちらも治ってしまう。

従って, 表側からだけ外用主体の治療というのは, 大人の場合は, ステロイドを長期間使ってきたために, やむを得ないと思われるが, 子供の場合は, 必ず何かそこに原因があるので, 願わくは, 子供には少なくとも小学校に入るまではステロイドを使ってほしくないと思う。

なぜなら, 後から三重の先生たちの演題にある如く, 兄弟例を12年間経過を見たら, ステロイドを使わなかった人たちは, 11ヵ月ぐらしかかったが,

使った人たちは更に3年6ヵ月、4年近く治りが悪かったということです。どうしても使っていると、裏に異常を及ぼさないとは言っても、やはり免疫を抑制して、何らかの腎に対する作用があったということが考えられる。先天的ということは、腎が作用しておりますので、腎が衰えてくると脾が弱る、生まれつき胃腸虚弱が多い子供が多い、そのまま育ってきて、今、ひ弱な男女みたいな人が増えているような気がする、脾の虚弱者が多い。小林先生のおっしゃるとおりです。

その食事をどうするかというアレルゲンの問題ではなくて、いかにいい食生活を親がしてやるかということが問題である。日本は比較的いい食事がそろっていると思うが、外食、あるいはファストフードを取る機会が多いと、やはり油が過剰になってきます。しかも、その油が今おっしゃったように、いい油ではない。安いのを混ぜて使っていることが多いので、そういうことが影響してくると思う。可能なら赤ちゃんのときに、なぜなっているかという本治療を考えてあげる。次に、少し大きくなってくまでは、なるべくステロイドや、免疫抑制剤を使わないでほしい。それまでに使ってしまう成長した人は、もうやむを得ない。

そこで中止すればと、鶴田先生がおっしゃったように止めればいいわけだが、その前にもっと考えて、本治と標治とをやってあげるべきである。全部が先ほどの目の周りが赤くなったのは、あれはアトピーではないと思うのです。日光皮膚炎が加わっているのです、そこにその症状が出てきているので、皮膚科的に診ると薬疹あり、接触性皮膚炎もあり、日光のアレルギーということもある。いろいろな原因があるので、すべてを診た症状だけでアトピー性皮膚炎と誤解しない方が治りがいいと思う。もちろん検査はしっかりやるべきだと思う。

そういうことで、それぞれの先生方のお話は大変参考になりました。時間があまりないのですが、先生方がお互いのところで何かご質問があれば討論していただきたい。

夏秋 今日の話はステロイドに偏り過ぎたようなイメージがあって、とにかくステロイドを使えばいいのだという雰囲気にとらえられたかもしれないのですが、そういうことが言いたかったのではなくて、本当にひどくなった人たちには上手に使う必要があ

るのだということです。もちろん使わなくていい人たちには使わずに、食養も含めていろいろなことをしなければいけないのですが。

二宮 緊急退避的に使うといいと思う。

夏秋 その辺は、今日お集まりいただいている先生方に、われわれはステロイドを使って抑えこんでばかりいるのではないということを、ちょっとご理解いただければいいなと思っています。

二宮 分かりました、ありがとうございます。小林先生は？

小林 おっしゃるとおりだと思います。アトピー性皮膚炎はお一人お一人、症状も悪化因子も異なっていて一口で言えないということを、患者さんに申し上げます。というのは、夏秋先生がご指摘になったように、インターネットを見て、患者さんはものすごく勉強してこられるのです。それで、こんな治療法をしたいのですねと、よくメモを持ってこられます。また、漢方薬を私が処方し次の診察日に来られた患者さんから、「家に帰ってインターネットで見たら、先生の出した漢方はこの症状に効くって書いてあったし、合っていたわ」と言われることもあります。失礼なところですが、ある意味、患者さんは気を遣って、最初は漢方薬に対する不安があっても面と向かっては聞けないと思われたかもしれません。まずは黙って持って帰って、家で、インターネットで調べて、確かめられてから、飲まれるようです。今や、そういう時代になってきたということ、最近強く感じております。

先日、加味逍遙散をお出しした方からお聞きしたのですが、家でインターネットを見たら、加味逍遙散に何が入っていて、何に効くか、いっぱい情報が出てきたそうなのです。「先生、ぴったり、私のことあまり言わなくても分かってくれていると思った」と言われて、教えてくださっていなかった症状もあったことがわかりました。

私どもが漢方薬を処方しても、患者さんは飲まずに置いていらっしやったり、私どもが知らないサプリメントを飲んでおられたりすることもしばしば経験しています。今日は時間がなくて触れられなかったのですが、このような時代だけに、サプリメントや相互作用についても勉強しなくてはと思っています。また、ぜひ情報を教えていただけたらありがたいと思っています。

二宮 鶴田先生、お願いします。

鶴田 確かにインターネットというのは困りますね。チャットというのをやるのですか、私はあまりやらないのですが、お互いにマイナスの暗示をし合いで、それで医者のやることは全部悪いという感じになってきています。そういう人が多いです。最初は本当に不信感で来るということです。

やはり私たちがこの湿疹皮膚炎群をずっと、小児科医になって30年ですが、最初のころは湿疹が出たらこれを塗っておいてと言って、ロコイドか何かを1本か2本出して、それぐらいでやっていました。そのころは自然に、小学校に入るぐらいに治るからということでよかったわけです。実際に自然治癒していったのですが、大人の顔面が赤くなるようなのは、この15年か20年ぐらい前からでしょうか。こういうのが出てからは、やはりものが違うような感じがしています。ですから、いろいろなファクターがあるのではないかと思います。前は大人というのは、アトピーはあまりなかったではないですか。小さいうち、赤ちゃんのときの湿疹で、大きくなれば良くなるという感じだったのですが、それは何かあるでしょうし、やはりサプリメントとか変な治療が、やればやるほど悪くなるという印象を私は持っています。

二宮 ありがとうございます。先生、抄録に、江戸時代の華岡青洲は外用だけしたと。江戸時代の皮膚科領域について調べてみると、本当にアトピー性皮膚炎みたいなものはみられない。あの時代には食事が全然違うので、出るわけはありません。外科の先生がやっているのに、皮膚炎なんてあまりよく分からないと思われる。特に、化膿症が多いから、例えばフルンケルみたいなものは切開するとか、などの症状が多く、実際に調べてみると、感染症とか、魚鱗癬様の症状と思われるかさかさがあつたりという程度で、本当に皮膚炎というものは全く無視されていた。

そのころの漢方薬を今、皮膚科に利用するというのは、あまり役に立たないように思うが、でも、土肥省三先生が、内科から皮膚科を分離したときに、皮膚科は皮膚科として独立しようではないかとおっしゃって、明治時代にこれを分離した。と覚えている。あくまでも皮膚というものは中の反映であるからということを忘れないようにとくれぐれもおっ

しゃっておられ、皮膚は皮膚だけではないのだよということを、みんな肝に銘じていた。しかし、時代とともに少しずつ変わった。そういうところはなおざりにされないように、皮膚科医としてはもう一回思い出して、漢方をうまく利用するといいいのではないかと私は思う。

崎山 そのとおりだと思います。ほかにフロアの方、どなたかぜひ、はいどうぞ。

Q1 漢方治療とは直接関係がないので恐縮なのですが、予防の観点から聞かせてください。現在、母子手帳に離乳食を生後5～6ヵ月から始めるようにと明記がされていまして、それが昭和55年に始まった2年後からアトピーの子供が急増したというのを、東大病院の西原博士がおっしゃっていて、現在アメリカの小児科医でも、離乳食を始める時期を1～2歳まで遅らせるということをされている先生が多くなってきているということを聞きました。離乳食の開始と、アトピーやその後の自己免疫疾患との関係について、前におられる先生方や今日お集まりの先生方から何か教えていただければうれしいのですが、お願いします。

小林 ありがとうございます。離乳食を早く始めるようになってからアトピーがより増えたというお話は私もよくお聞きしており、今のように慌てて離乳食を始めなくてもよいのではないかとおもうことをお伝えしております。ただ、経験上、重点を置いておりますのは、むしろ、妊娠期から授乳期にかけてのお母さんの食事内容です。チョコレートを食べるお母さんの赤ちゃんの顔が、じゅくじゅくになるのを何回か診た経験があります。チョコレートをやめても、しばらく影響が残ってしまうようでした。一方、食養生を取り入れるだけで赤ちゃんの症状が良くなることもしばしばですので、お母さんの食事に注意していただいております。もう一つ、離乳食に関する心配は、離乳食自身も昔とだいぶ違うということです。本来ならば赤ちゃんにはこういうものを食べさせなかつただろうというようなものを、大人と同じように食べさせようとしている人が少なくないことに気が付きます。ですから、概してこのような離乳食が良いのではといわれていることを、野菜や穀類から入っていただき、昔の赤ちゃんがあまり食べていないものは1歳ぐらいまでは控えめにというような方針があることをお話しし

ています。

ただ、今までのところ、論文をいろいろ探しましたが、離乳食の開始時期の影響についてうまく比較できたものを見つけることはできませんでした。

Q1 分かりました、ありがとうございます。

鶴田 非常に出来合いの、溶いてやる離乳食を使う人が多いのです。それで、この間これを食べたら6～7ヵ月で蕁麻疹のようなものが出たというので、成分を見てみるとあらゆるものが入っているのです。お母さん、これは6ヵ月からやるのはいいですが、まず重湯、お交じり、それから少し海苔のようなもの、野菜、そういうものからずっとそれをやっていたわけですから、そのようにしなさいと言っても、なかなか分からないのです。全部缶詰めでできたもの、あるいは何かパウダーのようになって湯に溶いて、そういうものばかりが多いです。もうとんでもないいろいろな成分が入っていますので、それは大きな問題ではないかと思います。6ヵ月ぐらいから、重湯からやっていくという日本の伝統的なやり方であれば、私はいいと思うのです。

Q1 西原博士は1歳までは離乳食を始めないで、1歳から徐々に重湯で始めて、2歳からタンパク質をとおっしゃっているのですが、それはちょっとやり過ぎですか。

鶴田 私が育児相談をずっとやってきた経験から言うと、それはちょっと違いますが、ただ、出来合いのものを使わないということは盛んに一生懸命言っています。びっくりするぐらい、ほとんど出来合いのものを使っています。

Q1 分かりました。

二宮 でも先生、白米だけでは、タンパク質不足になります。2歳まで全然食べないのであれば、やはり成長しない。2歳まで食べないのでですね。

Q1 はい。

二宮 2歳からではいささか不安で、もう少し成長してからみるとこの子は小さいわねといわれる。制限されていて、中学3年生ぐらいになって、まだ小学校3年生ぐらいの子がおり調べてみたら栄養失調だということであった。先生がおっしゃったように、自分の家でしっかりしたものを作って食べていたら、3ヵ月ぐらいで周りの子と同じぐらいに育ちます。

あまり極端にしないで、便の具合や、腹証を診た

り、舌を見たり、赤ちゃんのご機嫌を見つつ、足していったらいいと思う。心配であればアレルゲンコントロールされたお米もあるし、それから今おっしゃった、玄米も無農薬の玄米を、ヨーグルトを少し入れると軟らかくなって、おかゆがとてもおいしくできあがる。それをまたさらにつぶしまして、胚芽のところがしっかり入ったのをちょっと食べさせてあげたら栄養的には充分である。なおかつそれが心配であれば、無農薬の玄米を炒るとポップコーンみたいに花が咲くのでそれを煎じて飲ませると、栄養的にはミルクに匹敵する。

どうしても味が嫌いで食べない子がいたり、母乳が嫌いというのもあるので、代りに玄米汁をのませるとよい。何といても、お母さんが手塩にかけた方が、よく育ち、元気だと思う。風邪も引かないし、おなかも壊さないという子が多いので、それもお試してください。

Q1 どうもありがとうございました。

崎山 はい、どうぞ。

Q2 小野耳鼻咽喉科の正木と申します。今日は分かりやすいお話をどうもありがとうございました。今のお話にちょっと似ているのですが、耳鼻科の方なのですが、食事がやはり乱れている方が多いので、食事指導を少し入れているのですが、食事の話をするときよとんとされます。薬を出してくれればいいのかという態度の方が結構多いのですが、上手に食事指導をできる先生のテクニックがありましたら、教えていただけますでしょうか。

小林 先生のおっしゃるとおり、先ほどもちょっと触れましたが、患者さんによってはもう全然やる気がないという方も、もちろんいらっしゃいます。本当にケース・バイ・ケースですが、私どもはアトピーに関して、「リフレッシュ入院」を提案してまして、朝をご飯食にしたアトピー食を病院の栄養部で頑張って作ってもらって、体験していただいています。そうすると、入院期間中にかゆみが取れたり、かなり良くなったりするのです。普段のご自分の食事と、病院で出るメニューを比べるとだいぶ違っていたと言われます。このように、実際に食事体験していただくのがお勧めです。

これも、ご本人の気持ちを大切にしており、あまり無理強いはいしません。長い経過のうちに、そういう話に持っていけるようになったときでもいいと

思っています。最初から慌てなくてもよいと思いますが、食事の記録だけは取っておいてもらおうと、何かの役に立つことがあります。一緒に見直して、このときの食事はこうだったから、この症状に関係がありそうですねというようにして、食事の話にだんだん入っていきやすくなりますし、アレルゲンが見つかることもあります。ですから、記録は特にお勧めです。

Q2 ありがとうございます。

崎山 ほかに質問、どうしてもという方が先ほど1人、はい、どうぞ。

Q3 富山大学の和漢診療学講座の野上と申します。今日は東洋医学会のこのようなお話で、ステロイドの軟膏について言及していただく講演を聴きまして、非常に勉強になりました。質問なのですが、私の所に漢方を求めて来る患者さんは、大抵ステロイドが効かないとか、ステロイドを塗っても良くならないということをおっしゃいます。ただ、実際に聞いてみますと、ステロイドそのものを塗っていない、あるいは塗り方が間違っているという方がほとんどです。われわれ漢方医は、漢方で治すということをメインにやっているわけですが、もちろん二宮先生のような名人になれば、ステロイドを使わないで治療をするということも可能なのですが、大抵はそこまでうまくいきません。

そういった段階で、ステロイドを塗らない方がいいという情報だけが患者さんの耳に入ってしまった、結果として、アトピービジネスの餌食になってしまったり、あるいはこじらせてしまったりという方が非常に多い。実感としてそのように考えますので、東洋医学会の方ではステロイドを塗らない方がいいというようなことを、あえて声高に言わないでいただきたいと私自身は考えます。要は、標準的な治療をやるということが大前提であってほしいと思うのですが、先生方のご意見を聞かせていただけませんか。

二宮 ステロイドを使わない方がいいと言っているわけではなく、緊急退避的には使わなければならないこともあるが、長期間使うのは賛成しない。特に子供には使わないでほしいということである。大人になってひどくなった人は、鶴田先生の例のように使わなければいけないのであれば、当然使っているが、早くやめればいいのかである。長くやめられ

ないというのは、漢方薬の使い方が不適當と思う。

Q3 それはそうだと思います。ただ・・・。

崎山 もうそろそろ時間ですので質疑を打ち切ります。時間をかなりオーバーしてしまいました。シンポジストの先生方、大変ありがとうございました。本日のシンポジウムを参考にして、日常診療に役に立たせていただきたいと思います。