

Title	アトピー性皮膚炎について
Author(s)	遠藤, 薫
Citation	makoto. 1993, 84, p. 2-7
Version Type	VoR
URL	<a href="https://doi.org/10.18910/85923">https://doi.org/10.18910/85923</a>
rights	
Note	

*Osaka University Knowledge Archive : OUKA*

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

# アトピー性皮膚炎について

大阪府立羽曳野病院

皮膚科 遠藤 薫

はじめに

「アトピー性皮膚炎は最も反響の多い話題の一つである。」とテレビ朝日の「ニュースステーション」の中で久米宏が話すのを聞いたことがある。それほどアトピー性皮膚炎はテレビ、新聞等のマスコミに頻繁に取り上げられ、今日多くの人から注目を浴びている。しかし、これらマスコミが視聴者に伝える情報といえば、しばしば科学的客観性や医学的正確さを欠き、患者の置かれた状況を無視した極めてやじ馬的興味や商業的意図に由来する場合が多い。そうでなくても、アトピー性皮膚炎患者は病気の状態が外から見えるために、単に電車に乗っているだけで知らない人から「こんなクスリがあるから飲んでみたら」とか、どこかの宗教団体の勧誘を受けたりと、様々な精神的に不安定に陥れる要因に囲まれている。

アトピー性皮膚炎は今日最も民間療法の多い疾患の一つと言われている。裏を返せばそれだけ医師による治療が不十分で、治療に対する不満や医師不信に満ちているということを示している。「医者に行ってもクスリをくれるだけで、ちっともこちらの話を聞いてくれない。」と、よく患者が訴える。ただ現在一般に行われている有効な治療はほとんどステロイド外用剤あるいは内服に限定される傾向があり、治療法をめぐって種々の試みがなされているものやや手詰まりの状況にある。

ここでは、現在アトピー性皮膚炎が置かれている様々な問題点を選び出し、検討を加えることにする。

## 1. アトピー性皮膚炎の診断上の問題点

アトピー性皮膚炎の診断基準については、従来より Hanifin & Rajka のそれがよく知られ、学会報告などでは主としてこれが採用されている(表1)。しかし、ここで取り上げられている典型的な発疹の形態と分布を見る限り、しばしばそれに一致しない症例をアトピー性皮膚炎と診断せざるを得ない場合が存在する。特に、成人型において四肢、体幹の伸

表1 Hanifin と Rajka の診断基準 (1980)

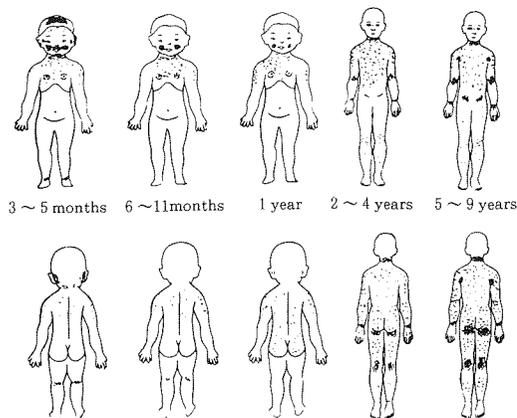
A. 以下の基本項目を3つ以上有すること
1. 痒痒
2. 典型的な形態と分布
a. 成人にあつては屈側の苔癬化
b. 幼児、小児にあつては顔面及び伸側の皮疹
3. 慢性あるいは慢性に再発する皮膚炎
4. アトピー(喘息、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎)の既往歴、または家族歴
B. さらに以下の小項目を3つ以上有すること
1. 乾皮症
2. 魚鱗癬、手掌の過度の皸裂、毛孔性角化
3. 即時型(I型)皮膚試験反応
4. 高血清IGE値
5. 年少時発症
6. 皮膚感染症(ことに黄色ブドウ球菌、単純疱疹)の傾向、細胞性免疫の低下
7. 非特異的手または足湿疹の傾向
8. 乳頭湿疹
9. 口唇炎
10. 再発性結膜炎
11. Dennie-Morgan 下眼瞼皸裂
12. 円錐角膜
13. 前囊下白内障
14. 眼瞼黒化
15. 顔面蒼白、顔面紅斑
16. 白色秕糠疹(はたけ)
17. 前頸部皸裂
18. 発汗時痒痒
19. 羊毛および油脂溶媒に不耐
20. 毛包周囲の顕著化
21. 食物に不耐
22. 環境、感情因子によって影響をうける経過
23. 白色皮膚描記症、遅発蒼白反応

側を中心として、顔面を含めて全身に瀰漫性に分布する場合、アトピー性皮膚炎の典型的な発疹とは何かということが問題となる。また、多くの症例で貨幣状あるいは痒疹状の形態を示しているが、貨幣状湿疹や結節性痒疹と区別するのがかなり困難なことが多い。

さらに、アトピー性皮膚炎では、乳幼児期、学童期、成人期と年齢が高くなるにつれて、発疹の部位

や形態が変化し、いろんな所見を呈するようになる(図1)。

図1 アトピー性皮膚炎の各年齢ごとの典型的分布



たとえば、乳幼児期では顔面、体幹上部、四肢伸

側に皮疹が好発するのに対して、学童期では肘窩、膝窩などの間擦部の発疹が著明となり、成人期には再び顔面や四肢、体幹の伸側の発疹が顕著となる。何らかの二次的要因がこれら好発部位の変化をもたらすと考えられるが、同じアトピー性皮膚炎と呼ぶには余りにも臨床所見が異なっていると言わざるを得ない。

アトピー性皮膚炎患者の多くはいろんなアレルゲンに対してI g Eアレルギーを有して

いる。しかし、明らかなI g Eアレルギーを証明できない症例も少なからず存在し、臨床的にも前者とかなり異なった所見を呈する場合が多い。また、環境因子を含めて、アトピー性皮膚炎では非常に多種多様な増悪要因が認められる。同じ疾患でありながら、一体全体何がこのような多様性を生じさせたのかまさしく謎というほかない。

結局のところ、アトピー性皮膚炎は果たして単一の疾患かどうか疑問視されることになる。もしかすると、アトピー性皮膚炎は様々な疾患が寄せ集められた一種の症候群に過ぎない可能性がある。すなわち、言い替えると、アトピー素因を持った患者にみられる慢性の掻痒性発疹をすべてアトピー性皮膚炎と呼んでいる傾向があり、実際には、たとえば様々な原因による接触皮膚炎あるいは中毒疹などをそれとわからずに含んでいることも考えられる。

以上、アトピー性皮膚炎の診断の問題点を簡単に述べたが、日本皮膚科学会ではアトピー性皮膚炎の

表2 アトピー性皮膚炎の定義・診断基準案

<p><b>アトピー性皮膚炎の定義(概念)</b> 「アトピー性皮膚炎は、憎悪・寛解を繰り返す、掻痒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のいずれか、あるいは複数の疾患)、または②I g E抗体を産生し易い素因。</p>	<p><b>除外すべき診断</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●接触皮膚炎</li> <li>●脂漏性皮膚炎</li> <li>●単純性痒疹</li> <li>●疥癬</li> <li>●汗疹</li> <li>●魚鱗癬</li> <li>●皮脂欠乏性湿疹</li> <li>●手湿疹</li> </ul>
<p><b>アトピー性皮膚炎の診断基準</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 掻痒</li> <li>2. <b>慢性・反復性の経過</b>(しばしば新旧の皮疹が混在する): 乳児では2ヵ月以上で、その他では6ヵ月以上を慢性とする。</li> <li>3. <b>特徴的皮疹と分布</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>① <b>皮疹は湿疹病変</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>●急性病変: 紅斑、湿潤性紅斑、丘疹、漿液性丘疹</li> <li>●慢性病変: 浸潤性紅斑・苔癬化病変、痒疹</li> <li>●鱗屑、痂皮</li> </ul> </li> <li>② <b>分布</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>●<b>左右対側性</b> 好発部位: 前額、眼囲、口囲・口唇、耳介周囲、頸部、四肢関節部、躯幹</li> <li>●参考となる年齢による特徴</li> <li>乳児期: 頭、顔にはじまりしばしば躯幹、四肢に下降</li> <li>幼少時期: 頸部、四肢屈曲部の病変</li> <li>思春期・成人期: 上半身(顔、頸、胸、背)に皮疹が強い傾向</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol> <p>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。そのほかは慢性湿疹とし、経過を参考にして診断する。</p>	<p><b>診断の参考項目</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●アトピー家族歴(気管支喘息、アレルギー性鼻炎・結膜炎、アトピー性皮膚炎)</li> <li>●アトピー合併症(気管支喘息、アレルギー性鼻炎・結膜炎)</li> <li>●毛孔一致性丘疹による鳥肌様皮膚</li> <li>●血清I g E値の上昇</li> </ul> <p><b>臨床型(幼小児期以降)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●四肢屈側型</li> <li>●四肢伸側型</li> <li>●小児乾燥型</li> <li>●頭・顔・上胸・背型</li> <li>●痒疹型</li> <li>●全身性</li> <li>●これらが混在する症例も多い</li> </ul> <p><b>重要な合併症</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●眼症状(白内障、網膜剥離など): とくに顔面の重症例</li> <li>●カポジ水痘様発疹症</li> <li>●伝染性軟属腫</li> <li>●伝染性膿痂疹</li> </ul>

定義、診断基準に関するワーキンググループを設け、一応の皮膚科学会案を報告している（表2）。今後どのような診断基準が完成されるか楽しみであるが、今のところはいろんな除外項目を含んだ複雑なものであり、アトピー性皮膚炎の診断の難しさを如実に示していると言える。

## 2. アトピー性皮膚炎の患者数は増えているか

近年、あちこちの病院から外来に占めるアトピー性皮膚炎患者の割合、特に成人型のアトピー性皮膚炎が増えていると報告されている。当科でも1989年

図2 大阪府立羽曳野病院皮膚科におけるアトピー性皮膚炎の新患数の変化

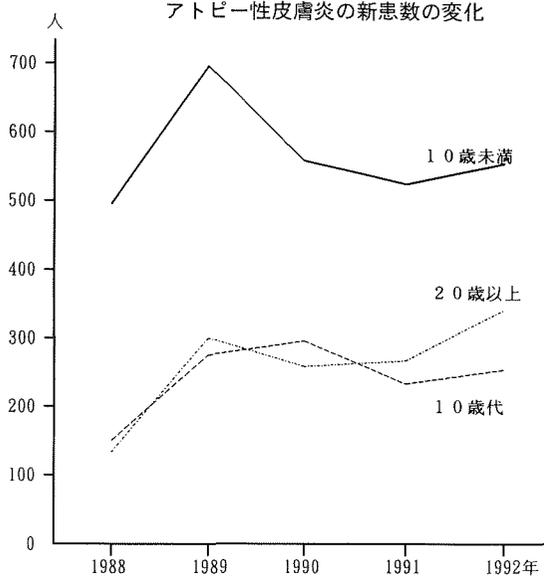
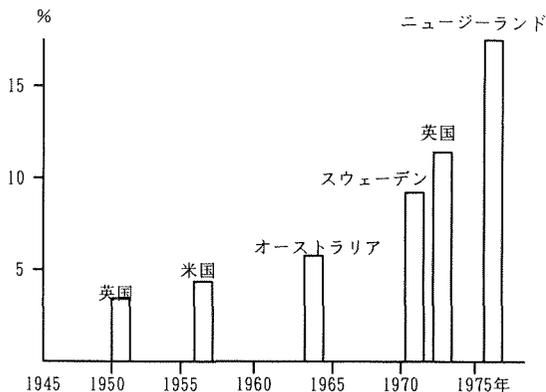


図3 アトピー性皮膚炎の有病率の変遷（各国の年代別調査結果）



以降、新患の急激な増加がみられ、乳幼児、学童に比して成人の患者の急増が認められる（図2）。最近の大阪府などの調査でも、学童のおよそ30%程度にアトピー性皮膚炎あるいは痒い湿疹の既往があるという結果が出ている。過去の正確な統計がないために比較するのは難しいが、戦前に比べてかなり増加していることは間違いない。図3はG.Rajkaのまとめたもので、年と共に有病率（prevalence）が増加しているのがわかる。

ただ前述したように、アトピー性皮膚炎の診断については今なおはっきりしない部分があり、医師によって病名が異なる可能性がある。特に年少時においては、乳児湿疹、乳児脂漏性湿疹、小児湿疹、小児乾燥性湿疹、汗疹（あせも）などと、成人においては、貨幣状湿疹、慢性痒疹、あるいは接触皮膚炎などとの異同が問題となる。

また、病院を訪れるアトピー性皮膚炎患者が増加していることについても、新聞、テレビなどのマスコミの影響を無視することはできない。当科でも、新聞その他で報じられた直後は新患が増加する傾向がある。また、アトピー性皮膚炎は難治性であり、相当神経質になっている患者も多く、いわゆるドクターショッピングとしてしばしば主治医を変える傾向があり、各施設で患者を二重に数えていることも考えられる。そうはいうものの、少なくとも近年治療に抵抗性の成人型アトピー性皮膚炎が増加傾向にあることは確かであり、近い将来これらに対して患者の実態調査が必要と思われる。

## 3. アトピー性皮膚炎とダニアレルギーの関与

気管支喘息やアレルギー性鼻炎においては、徹底した掃除によるダニ数の低減が患者の臨床症状を改善することはすでに報告されている。しかし、アトピー性皮膚炎はその発症・増悪に、季節的変動、治療の有無など様々な要因が関与し、また症状の変化を客観的に対比して表現するのが困難である場合が多く、いまだダニ除去が有効かどうか正確に統計処理して評価した報告は皆無と言ってよい。

個々の症例について言えば、確かにダニの多い環境、たとえばマンションに引っ越してから、あるいは、下宿して一人住まいをするようになって湿疹が悪化したと訴える患者がいる。逆に、家のじゅうた

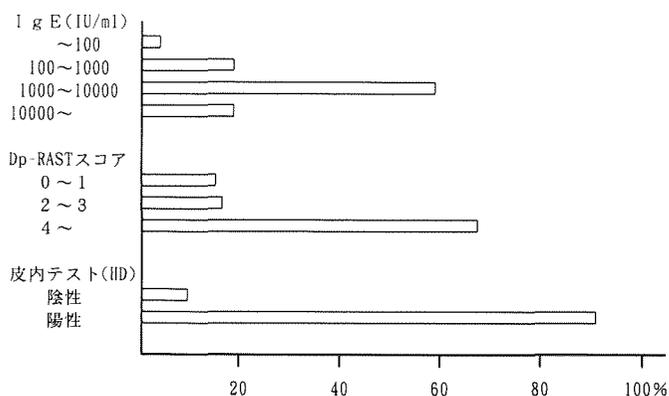
んを取り払いフローリングにし、掃除を徹底するようになって、症状が軽減してきたという患者も見られることも事実である。しかし、どちらの場合においても、臨床症状とは全く関係なかったという患者がより多数存在するのを忘れてはならない。

アトピー性皮膚炎のかなり多くの割合で、I g E アレルギーを合併することは前述した。図4に平成2年から5年にかけて入院した重症患者の血清I g E値とダニ（ヤケヒョウヒダニ Dp）RAST（Radioallergosorbent test）の分布を示した。

血清I g E値は1000から10000IU/mlがおよそ60%と最も多く、100IU/ml以下はごくわずかに過ぎなかった。入院を要するほどの重症患者においても血清I g E値はかなり広い範囲でばらつきを示し、I g Eアレルギーのない患者が少ないながらも存在することを示しているが、ほとんど大部分何らかのI g Eアレルギーを有しているといってしまうかええない。

一方、Dp-RAST値を見ると、約70%でスコア4（17.5PRU/ml）以上であったが、スコア1以下の陰性も10数%に認められた。また、ハウスダストの皮内テストの陰性例は10%未満に過ぎず、こ

図4 入院患者の血清I g E値、ダニ（Dp）RAST値とハウスダストの皮内テスト結果の分布



れら両者とも陰性の患者は数%しかいなかった。このことは、大部分のアトピー性皮膚炎患者が、ダニまたはハウスダストにI g Eアレルギーまたは即時型アレルギーを持ち合わせていることを示している。

しかし、これらのダニまたはハウスダストがアト

ピー性皮膚炎の湿疹の原因になっているかどうかは、前述したように臨床的にもはっきりしない場合が多い。

平成2年から3年にかけて、我々は大府立公衆衛生研究所と財団法人大阪防疫協会と共同で、3歳から12歳のアトピー性皮膚炎患者30名を無作為にダニ掃除する群としない群の2群に分け、アトピー性皮膚炎の発疹に対するダニ除去の効果を一期間の同時期に判定した。その結果、ダニ掃除群はコントロール群に比べて発疹が改善した患者がやや多かったが、統計的有意差は認められず、ダニ除去の有効性は証明できなかった。血清I g E値は、ダニ除去施行前後において、ダニ掃除群とコントロール群の間でその変動に有意な差は認められなかった。また、前後のDp-RAST値については、ダニ掃除群で減少した患者が幾らか多かったが、同様に統計的な有意差は認められなかった。以上の結果をまとめると、ダニ除去によって一部の患者で症状の軽減がみられたが、ダニ除去を施行していないコントロール群に対して統計的有意差がなく、ダニアレルギーを有していてもダニ除去を行うだけでは必ずしも統計的有意差が認められるほどの症状の改善は得られないことを示している。

#### 4. アトピー性皮膚炎とステロイド外用剤

最近学会で、ある開業医が、「昔はこんなひどい大人の湿疹患者はいなかった。」と意見を述べたのを聞いたことがある。彼の言う「昔」とは、アトピー性皮膚炎患者にステロイドを使い始める以前のことである。

乳幼児でも、成人でも、アトピー性皮膚炎の一般的治療と言えば、たいていの医者はステロイド外用剤を処方することになるが、患者に生じた搔痒を伴った湿疹に対して即席で有効な治療

がこのステロイド外用剤にまさるものがないことも事実である。ただアトピー性皮膚炎の発疹は外用で一時的に軽快しても、しばらくすると再発することが多い。当然のことながら、発疹と痒みから解放されようとすると、患者は外用を繰り返すことになり、

ときには予防的にそれを使用することにもなる。何人かはそれでそのうちに発疹が生じなくなるが、外用剤がなくなってそのままにしておくかえって発疹が拡大し、さらに大量の外用剤が必要となり、次第にエスカレートしていくことになる。あるとき、マスコミや書物で「ステロイドはこわい」という話を知り、外用を突然中止した結果、全身に発疹が拡大し、滲出液でズルズルになる。このような経過で当科を訪れる患者が近年少なからず見られる。

このリバウンド現象（反跳現象）は確かにステロイドを外用していたために起こったことは間違いないが、最初からステロイドを使っていなければ果たしてどのようなコースをたどったか明らかではない。使用していなくても、いずれそのうちに全身に拡大した可能性も否定できない。また、ときたま外用する程度で良好な状態を保っていた患者でも、中止後ひどいリバウンドを経験することがあり、こんなことなら外用していたほうが良かったと後悔することもまれではない。従って、単にステロイドが怖いだけの理由で全く中止してしまうのは好ましいことではないと言えるかも知れない。

ステロイド中止後たどる臨床経過は様々であり、なかなか予想つきにくい、一部の患者で外用前よ

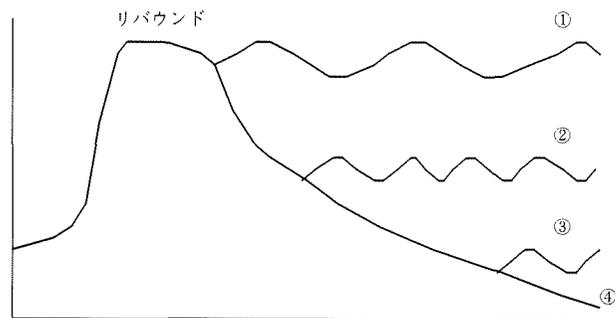
りかえって発疹がよくなったり、ほとんど消失してしまったということがときに認められる。しかし、中止後、発疹が拡大したまま軽快せず、結局重症化しただけということも少なくない。参考として、図5にステロイド中止後の経過を模式化して示した。

どのような症例がステロイド中止の適応となるかまだ明らかになっていないが、外用剤による接触皮膚炎が少なからず存在することから、外用でかえって悪化したと考えられる場合、一度治療手段の一つとして検討する価値があるかもしれない。しかし、その場合でもステロイド外用剤を一気にすべて中止するのが適当かどうか疑問は残る。

ステロイド外用剤は、1952年、Sulzbergerらが酢酸ヒドロコチゾンを湿疹群に最初に使用して以来、より全身作用や局所の副作用の少ないものということで、多くの種類のステロイド外用剤が開発、販売されてきた。そうはいうものの、外用によって全身的影響が皆無というわけではなく、一時的にごく少量なら大丈夫と説明しながら処方しているのが現実である。しかし、アトピー性皮膚炎は悪化すると、毎日全身に使用せざるを得ないことも多く、必然的に何らかの全身的影響、たとえば下垂体-副腎機能抑制などが出現することになる。

我々は以前、入院患者を入院前1ヵ月間のステロイド外用剤の使用量で分類し、入院時の副腎皮質ホルモン（コチゾル）と副腎皮質刺激ホルモン（ACTH）の低下の有無を検討した。その結果、ステロイドを外用していたグループについていえば、外用量が多いほどコチゾルとACTHが低下していた患者の比率が高い傾向が見られた。さらに、外用剤を中止し、全く使用していない患者でも、かなり高頻度にコチゾルとACTHの低下がみられ、リバウンド状態における下垂体-副腎皮質系の機能低下が明らかになった。従って、ステロイド外用による難治化の一つの原因として下垂体-副腎皮質系の異常が考えられる。

図5 ステロイド中止後の経過



注. リバウンドの有無、程度は症例によって様々である。その後の経過は、

- ①. かなりひどい状態で悪化、軽快を繰り返すもの
- ②. 中止前より悪化した状態で悪化、軽快を繰り返すもの
- ③. 中止前より改善した状態で悪化、軽快を繰り返すもの
- ④. ほとんど改善したもの

に分けられる。なお、長期的には、自然軽快を含めて、いずれもいろんな経過をたどるものと考えられる。

## 5. アトピー性皮膚炎の治療の多様化

以上の理由から、ステロイドを使わないで済むものならあまり使いたくないというのが本心であるが、全身に発疹ができて痒くて眠れない状態に対してこのままほかの治療で経過みるほうがよいのか、ステロイド外用剤を使っていくらかでも症状を軽減させたほうがよいのか実際のところ選択に迷う。現在、アトピー性皮膚炎は根本的な治療手段がないために、表3に示したように本当に様々な治療が行われている。民間療法については、半ばインチキじみたものも含めてここにあげた以外にも数多くのものである。前述したように、民間療法が跋扈すること自体、アトピー性皮膚炎の医師による治療がいかに不十分であり、まさに患者の医師に対する不信感の現れと考えられ、同時にアトピー性皮膚炎について解決されなければならない問題が数多く残されていることを表わしていると言える。

表3 アトピー性皮膚炎の治療

1. 外用療法	4. 心理療法
①. ステロイド外用剤	①. サイコセラピー
②. 非ステロイド外用剤	②. 自律訓練法
③. 保湿剤、皮膚保護剤	③. ストレス解消
④. 消毒	5. 環境改善
⑤. 抗細菌剤、抗真菌剤	①. ダニ除去
⑥. 漢方薬	②. 転地療法
2. 内服療法	6. その他
①. ステロイド	①. 鍼灸治療
②. 抗アレルギー剤、抗ヒスタミン剤	②. 温泉療法
③. 抗生物質	③. 紫外線療法
④. 抗真菌剤	④. 海水浴
⑤. 免疫抑制剤	⑤. 運動療法
⑥. 漢方薬	⑥. 自己鍛練法
⑦. 精神安定剤、睡眠薬	
⑧. ビタミン剤	
⑨. 必須脂肪酸	
3. 食事療法	
①. アレルゲン除去食	
②. 低アレルゲン食	
③. 自然食品	
④. 無添加無農薬食品	
⑤. アルカリイオン水	
⑥. SOD食品	
⑦. 断食道場	