



小児期アトピー性皮膚炎の中医治療 ——私の診療録から——

九州中医学研究会

岩崎 哲巳

はじめに

「なかちやーん」
ナースが呼ぶ。
「ハイ」
もうすぐ2歳の男の子が駆けてくる。
「なかちゃん、おはよー」「シール、シール」
漢方薬を飲んでくるとシールがご褒美になっている。
「今日も、皮膚はツルツルですね」
母親に声をかける。
「おかげさまで漢方の煎じ薬を毎日おいしそうに飲んでます。最近、お友達からも『アトピーってわらないわ』と言われるようになりました」
「ご家族の努力のたまものですよ。食事制限・食養生もしっかり行い、煎じ薬もちゃんと内服されていますよね。遠くから通院されて、いろいろ苦労もおありでしょうが、もう少しがんばりましょう」
お母さんニッコリ。

症例

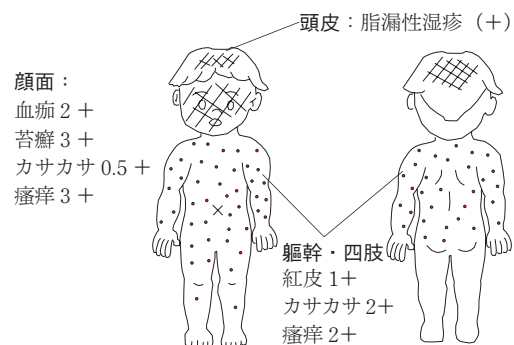
患者：NN，2004年9月〇日生，男児，生後6カ月。

初診：2005年3月26日

主訴：全身皮膚の血癩・紅皮・苔癬・掻痒

現病歴：満期出産，出生体重3,060g。生後4カ月から全身皮膚に湿疹が出現し，生後5カ月のとき近医にてアトピー性皮膚炎と言われた。外用薬塗布にもかかわらず，顔面が赤く，ジクジュクとなり当院を受診。母乳栄養7回/日。

現症：身長70.2cm，体重7,800g（カウプ指数15.8），頭囲42.5cm，胸囲42.5cm。舌淡紅・脈弦。



診断：アトピー性皮膚炎・頭部脂肪漏性湿疹

中医診断：血熱妄行・風湿熱（コントロール良好のときは血虚を示す）

漢方処方（煎薬）：当帰9g，川芎9g，芍薬12g，地黄6g，何首烏6g，黄耆9g，防風6g，

表 1 皮膚評価スコア (症例 NN)

年齢	血痂・ びらん (max 3)	紅皮・ 皮膚紅潮 (max 3)	苔癬・鱗屑・ 落屑 (max 3)	乾燥・ カサカサ (max 3)	癢痒感 (max 3)	皮膚評価 合計ポイント (Max 15)
2005年3月26日 6カ月	2+	3+	3+	0.5+	3+	11.5
2005年6月14日 8カ月	0	0.5	0	0	0.5	1
2006年6月6日 1歳8カ月	0	0.5	0	0	0.5	1

総 IgE 値 (IU/ml)

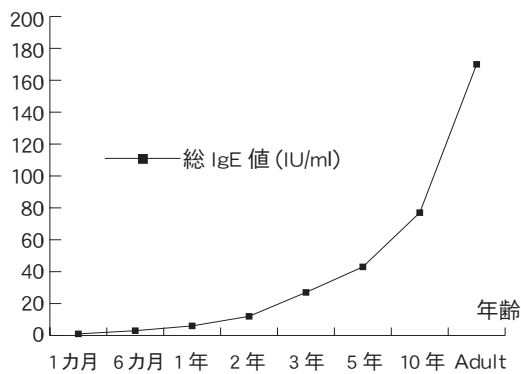


図 1 森川の総 IgE の年齢別基準

痰藜子 6 g, 炙甘草 12 g, 荊芥 6 g。

外用薬: リンデロン[®]VGローション 1本 (頭皮) 1日4回3日間, 皮膚膏6号 10g (メトロナダゾール^{1)~4)} 含有自家製軟膏 (抗トリコモナス作用薬。酒皰にも有効な非ステロイド軟膏) 顔に授乳ごとに塗布, アンダーム[®]軟膏 1本 (首より下) 1日10回。

西洋薬: ペリアクチン[®] 3ml (昼・寝る前) 5日分。

スキンケア: 汗をやさしく拭って外用薬を塗布。擦らない。石鹼は必ずしも必要でない, 使用時はすすぎが重要。

食事療法: 母乳栄養 (母親は血虚 (+)・アトピー (-)。授乳中は 500~600ml 牛乳摂取を勧めるが, 和食中心で脂ものは控えるよう指導する。

除去食 (離乳食): 卵白 (ケーキは誕生日とクリスマス の年 2回だけ可)・牛乳 (チーズ・ヨーグルトは可)・大豆・小麦

経過と効果: 日本皮膚科学会などで使用される

表 2 総 IgE 値と特異値の推移

		2005/6/14	2006/6/6
総 IgE 値 (IU/ml)		620	260
年齢別基準値 (IU/ml)		< 7 (8カ月)	< 12 (1歳8カ月)
特異	卵白 (UA/ml)	43.3 (クラス 4)	9.89 (クラス 3)
	牛乳 (UA/ml)	14.9 (クラス 3)	1.75 (クラス 2)
	大豆 (UA/ml)	7.46 (クラス 3)	1.12 (クラス 2)
	小麦 (UA/ml)	2.51 (クラス 2)	0.38 (クラス 1)
	ハウスダスト (UA/ml)	(未実施)	1.62 (クラス 2)

患児の「皮膚評価スコア (改変)」を表 1 に示す。頭皮に当初リンデロンVG[®]ローションを使った以外, 他の皮膚部位には経過中ステロイド軟膏やプロトピック[®]軟膏をまったく使用しなかった。ケーキなどの洋菓子摂取時, 夏季の汗や日光により, 皮膚が紅皮症ならびに痒みを呈することがあったがメトロナダゾール*含有軟膏の塗布にて増悪を回避できた。図 1 に森川氏による総IgEの年齢別基準値⁵⁾を示す。小児は成人よりも明らかに低値であり, 乳幼児期に最も低く年齢が長じるにつれて上昇することが知られている^{5)~7)}。2歳で 12 (IU/ml), 4歳で 38 (IU/ml), 16歳以上で成人値の 170 (IU/ml) に近づく (改変簡略式は Y {年齢} × 10)^{5)~7)}。

したがって皮膚スコアが不変の場合、総IgE値が乳幼児期に通常では増加する。表2に示すように本症例は、生後8カ月の総IgE値620から1歳8カ月の260 IU/mlへ著しく低下した。

アトピーとは

アトピーとは「尋常でない」もしくは「はずれた」という意味のギリシャ語に由来する言葉で⁸⁾、1923年にCoca & Cooke⁹⁾により提唱された遺伝性過敏症の疾患単位である。さらに1933年Wise & Sulzberger¹⁰⁾がアトピーの9つの特徴をあげ、パッチテスト陰性の一次刺激物が多数存在すること、即時型膨疹反応を示すことが多いこと、そして血清中に多くのレアギンが存在することを指摘した。しかし、近年アトピーの診断は6つの特徴¹¹⁾によるとされ、食物アレルギーが関与するものも、6つの食物が90%の原因^{12) 13)}になっているとされる。

1. 現代医学の視点

日本皮膚科学会の「アトピー性皮膚炎ガイドライン」¹⁴⁾によると慢性に経過する難治性湿疹をアトピーと診断する。レアギン活性を反映する総IgE値は、現在の基準では必須ではなく¹¹⁾、表1に示すような皮膚評価スコアが高ければ重症とする。厚生労働研究班のアトピー性皮膚炎ガイドライン¹⁵⁾には、若干小児科の意見が盛り込まれ、湿疹部位の面積も重症度の1つとされる。顔面を除き重症な部位には強いステロイド軟膏を、軽症な部位には弱いステロイド軟膏が原則^{14) 15)}とされ、完全治癒は見込めない疾患だと記載されている。ステロイド軟膏の局所副作用に関しては、過敏性による接触性皮膚炎はきわめて稀であり、他の硬皮症やリバウンドなどの多くは誤った外用方法によるとされる^{14) 15)}。しかし、池澤氏による東京都の「アレルギー疾

患対策ハンドブック1999」によれば、リバウンド・ステロイド依存性・ステロイド抵抗性を通じて、遷延後に発症する過敏性症例が実際に存在している。その「怖い」という情報がステロイド忌避を生んでいるとも記載されている¹⁶⁾。近年、免疫抑制剤タクロリムスの外用剤^{14) 15)}が登場し、ステロイド忌避に期待された。しかし、発がん性の危惧と傷があれば沁みる点が指摘され、また、膿痂疹やカポジが合併していれば増悪することなど問題点も多い。現代医学では外用治療が主で、内服薬は抗アレルギー剤が使用されているにすぎない^{14) 15)}。食事療法については、アレルギー除去食には賛否両論があるが、和食中心にバランスを配慮した食事にすることは推奨されている。しかし、中医学の五味や「痒み=熱」という概念は、食養生としてもり込まれていない。

2. 中医学的視点

「アトピー性皮膚炎中医学的鑑別診断（証型分類）」^{17) 18)}を表3に示す。

紅皮症・痒みの風熱型には消風散を使用する。夏季などにジクジク（湿熱型）すれば黄連解毒湯を併用する。痒くて痒くてイライラする（血熱型）時期には、柴胡剤（柴胡清肝湯）を併用する。晩秋から冬季のカサカサ（血虚型）には、当帰飲子を使用する。このように証型分類によって漢方内服薬や食養生が選択できる点が中医学の利点である。

3. IgE値からみたアトピー性皮膚炎治療

2003年に日本東洋医学会で発表した要旨を述べる。免疫グロブリンのなかで唯一レアギン活性を有する総IgE（IgE RIST、非特異的IgE）を指標として、アトピーの漢方治療をした成績30例を報告した。

総IgE値の測定間隔は年1回とし、重症例は初回を生後6カ月とした。

表4は、漢方治療群(H群)を示す。証型分類は、

表3 アトピー性皮膚炎の中医鑑別診断

証型	風熱	風寒	湿熱	血熱	血虚	脾虚	肝腎不足
全身症状						倦怠感・食欲不振	腰膝酸軟・眩暈・耳鳴
皮膚症状	紅皮症・痒み強・丘疹・滲出物少ない	風寒で悪化	紅皮症・痒み・水疱・滲出物多い	皮膚潮紅・熱感(+)	皮膚乾燥・痒み・滲出物少ない	水疱・滲出物多い	
舌質	紅	淡	紅	紅・絳	淡	淡	
舌苔	薄白 or 薄黄	薄白	黄膩	少		白膩	
脈	弦数	緊	滑数	細数	弦細	濡滑	沈細
治則	清熱涼血消風	祛風散寒固表	利湿清熱	涼血清熱	養血潤燥熄風	健脾利湿	補益肝腎
方剤	消風散	十味敗毒散	竜胆瀉肝湯 黄連解毒湯	清上防風散 荊芥連翹湯 温清飲 治頭瘡一方	当帰飲子	胃苓湯	六味地黄丸

表4 漢方治療群(H群)対象

症例数	30例(男14:女16)					
年齢	14.8 ± 11歳(2~40歳)					
総IgE	6078 ± 6976(300-2,5000)					
証型分類	風熱 or 湿熱 83%	血虚 63%	脾虚 57%	気虚 20%	腎虚 7%	瘀血 3%
合併症	アレルギー性鼻炎 17%					
	気管支喘息 20%					

表5 IgE値でみる漢方治療の効果

	漢方群(H群)	非漢方群(N群)
減少	26/30例(87%)	8/25例(32%)
増加	4/30例(13%)	16/25例(64%)
不変	0(0%)	1/25例(4%)
IgE(前)	6,078 ± 6,976 (300-25,000)	2,540 ± 3,976 (32-12,000)
IgE(後)	2,721 ± 3,422 (210-18,000)	2,063 ± 2,359 (76-7,700)
減少幅	3,357 ± 5,169	477 ± 2,954
追跡期間	1年8.4カ月 ± 1年1.2カ月	1年5.6カ月 ± 7.4カ月

風熱 or 湿熱 83%・血虚 63%・脾虚 57%・気虚 20%・腎虚 7%・瘀血 3%であった。IgE値でみる漢方治療の効果を表5に示す。ステロイド軟膏はできるだけ1週間以内を目標に短期間の使用を、H群・非漢方治療群(N群)とも心がけた。H群30例中IgE値が低下したのは26例(87%)に対して、非漢方治療群(N群)25例中IgE値が低下したのは8例(32%)で、漢方治療を併用した治療の有用性が示された¹⁹⁾。

考察

細胞性免疫の指標である1型helper T細胞(Th1)と液性免疫2型helper T細胞(Th2)の関係が、Th1/Th2バランスとして注目されている²⁰⁾(表6)。

アトピーの多数例は細胞性免疫が低下しているTh2優位型で、IgE値は重症度と相関があり、かなり高値となることもある。一方アトピーの少数例はTh1優位型で、皮膚症状がひどくても

表6 Th1/Th2 バランス

	Th1 優位型 (細胞性免疫)	Th2 優位型 (液性免疫)
アレルギー	遅延型が多い	即時型が多い
総 IgE 値	低	中～高
サイトカイン	IL-2, IFN- γ	IL-4

従来からのストレス・大気汚染・添加物説に加えて、最近では腸内細菌減少説が提唱されている。砂糖摂取が過剰であると細胞性免疫が低下する。

仮説：脾虚と蛋白質が抗原になりやすい。

IgE値の上昇は軽微である。つまりTh1アトピーは、Th2アトピーに比べ、IgEの関与は少ないが、一個人では有用な追跡指標となる²⁰⁾。

次に健常者においても先進国では細胞性免疫が低下していることが知られている。その原因に関しては、大気汚染・食品添加物・ストレス説が指摘されているが、最近ではさらに腸内細菌の減少説が提唱されている。つまりわが国を含む先進国では、抗菌・消毒が過剰だという考えである。今回漢方治療群(H群)の57%は脾虚型¹⁹⁾であった。脾虚であれば蛋白質が抗原となりやすく・細胞性免疫が低下するという説は、アトピーの本治という観点でも注目し得る。最近、モンゴルの遊牧民にはアトピーがない、皮脂が多い鼻はアトピーにならない等の知見も明らかになった。いわゆる擦りすぎ・綺麗好きの問題が指摘されている点も重要である²¹⁾。

結語

われわれは証型分類に留意して中医学的理論を用いて食養生と漢方治療を行い、できるだけステロイド軟膏の使用は急性期のみの短期間にする方針である。同時に脾虚本治を通じて細胞性免疫を高める方法を確認することも必要だと感じている。

参考文献

- 1) 日本医薬品集フォーラム監修：日本医薬品集 医療薬 2006, 2311, じほう, 2005
- 2) 日本病院薬剤師会編：病院薬局製剤第5版. 144, 185, 203, 薬事日報社, 2003
- 3) H. Akamatsu et al: The inhibition of free radical generation by human neutrophils through the synergistic effects of metronidazole with palmitoleic acid. Arch Dermatol Res 282 : 449-454,1990
- 4) Francis JC Roe: Toxicologic evaluation of metronidazole with particular reference to carcinogenic, mutagenic, and teratogenic potential. Surgery, 93 : 158-164,1983
- 5) 森川利夫：血清IgE値の基準値に関する提案. アレルギーの臨床 12 (12) : 907-910,1992
- 6) 島津伸一郎ほか：小児期の血清IgE値の正常値について. アレルギーの領域 2 (7) : 920-925,1995
- 7) 古川漸ほか：血清IgE値測定の意義 小児科 23 (5), 555-561, 1982
- 8) Anne R Halbert et al : Atopic dermatitis : Is it an allergic disease? , J Am Acad Dermatol 33 : 1008-1018, 1995
- 9) Coca AF, Cooke RA: On the classification of the phenomena of hypersensitiveness. J Immunol 8 : 163-182, 1923
- 10) Wise F, Sulzberger MB: Dermatology and physiology, Year book 1933, 31-70, Chicago, 1933
- 11) The U.K. working party's diagnostic criteria for atopic dermatitis : Derivation of a minimum set of discriminators for atopic dermatitis. Br J Dermatol 131 : 383-396, 1994
- 12) Sampson HA et al : Food hypersensitivity and atopic dermatitis, evaluation of 113 patients. J Pediatr 107 : 669-675,1985
- 13) Sampson HA: The role of food allergy and mediator release in atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol 81 : 635-645, 1988
- 14) 日本皮膚科学会：日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎治療ガイドライン2004. 日皮会誌 114(2),135-142,2004
- 15) 厚生労働科学研究班：アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 2005
- 16) 池澤善郎：アレルギー疾患対策ハンドブック 1999. 東京都衛生局生活環境部環境保健科
- 17) 菅沼栄：いかに弁証論治するか. 東洋学術出版社, 千葉, 1996
- 18) 牧野健司：皮膚疾患の漢方療法. 新樹社書林, 東京, 1995
- 19) 岩崎哲巳：IgE値からみたアトピー性皮膚炎治療. 日東医誌 54 (Suppl) : 146, 2003
- 20) 池澤善郎：アトピー性皮膚炎でのステロイドの使い方. Modern Physician 17 (2) : 213-220, 1997
- 21) 山本一哉：アトピー性皮膚炎のみかた. 金原出版, 東京, 1995