

〈その“繰り返す鼻炎”，本当に感冒？〉 小児アレルギー性鼻炎を見抜く診療ポイント



大阪はびきの医療センター副院長/耳鼻咽喉・頭頸部外科主任部長

川島佳代子

1989年徳島大学医学部医学科卒業。箕面市立病院，国家公務員共済組合連合会大手前病院を経て，2017年より現病院勤務。2024年副院長兼務。耳鼻咽喉科領域におけるアレルギー疾患の診療を主軸に，アレルギーの重症化予防，患者報告アウトカム（QOL・労働生産性等）の研究に取り組んでいる。鼻アレルギー診療ガイドライン2024年版，小児アレルギー性鼻炎診療の手引き，および口腔アレルギー症候群診療ガイドラインの作成委員。

1 はじめに	p02
2 小児アレルギー性鼻炎の特徴と成人との違い	p04
3 成長に伴う臨床像の変化	p06
4 初診時に押さえておきたい鑑別診断とフローチャート	p07
5 薬物療法の実際	p09
6 その他の治療戦略とトピックス	p13
7 保護者への説明・生活指導のポイント	p14
8 関連疾患としての花粉-食物アレルギー症候群 (PFAS)	p15
9 耳鼻咽喉科紹介のタイミング	p17
10 おわりに	p17

アイコン説明

- 注意事項/課題・問題点
- 補足的事項/エッセンス
- お役立ち/スキルアップ
- 関連情報へのリンク

HTML版

スマホでも読みやすいブラウザ表示です。本コンテンツ購入後、無料会員登録することをご利用いただけます。

無料会員登録

無料会員登録の手順の解説です。

オリジナルコンテンツ

日本医事新報社のオリジナルWebコンテンツや関連書籍を検索できます。

ご利用にあたって

本コンテンツに記載されている事項に関しては，発行時点における最新の情報に基づき，正確を期するよう，著者・出版社は最善の努力を払っております。しかし，医学・医療は日進月歩であり，記載された内容が正確かつ完全であると保証するものではありません。したがって，実際，診断・治療等を行うにあたっては，読者ご自身で細心の注意を払われるようお願いいたします。

本コンテンツに記載されている事項が，その後の医学・医療の進歩により本コンテンツ発行後に変更された場合，その診断法・治療法・医薬品・検査法・疾患への適応等による不測の事故に対して，著者ならびに出版社は，その責を負いかねますのでご了承下さい。

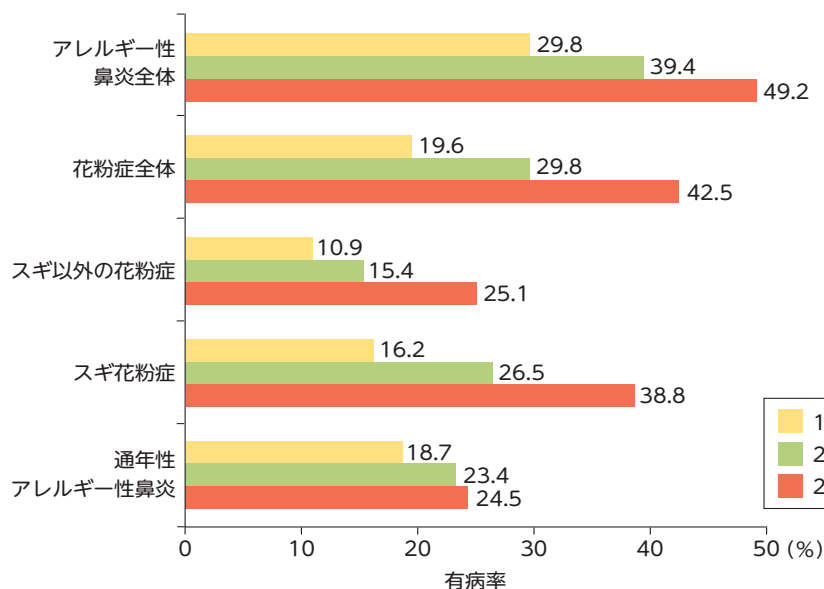
私が伝えたいこと

- 小児のアレルギー性鼻炎(特にスギ花粉症)は低年齢化および有病率の増加がみられ、自然寛解が少なく成人期まで持ち越されやすい。喘息の増悪、睡眠障害、発育・学習への影響に加え、滲出性中耳炎や副鼻腔炎の合併により生活の質(QOL)を低下させるため、早期診断と早期介入が重要である。
- 小児では鼻腔が狭く、アデノイド増殖や口蓋扁桃肥大、感染症の合併も多い。また、鼻閉を自覚的に訴えにくいいため、鼻こすり、鼻背のしわ、目の下のクマ、口呼吸などの身体的サインを見逃さないことが重要である。
- 初診時には、「アレルギー性鼻炎以外の疾患の鑑別」と「合併症の評価」を行う。問診と鼻内所見(蒼白・水様性 vs. 発赤・膿性)をもとに診断を進め、鼻汁好酸球検査や血清特異的IgE検査により原因抗原を同定し、確定診断につなげる。
- 治療は年齢および重症度に応じて、非鎮静性の第2世代抗ヒスタミン薬、鼻噴霧用ステロイド薬、抗ロイコトリエン薬を中心に選択し、必要に応じて併用する。重症季節性アレルギー性鼻炎では、思春期以降に抗IgE抗体療法も選択肢となる。
- 根治または長期寛解をめざす例では、アレルゲン免疫療法(AIT)(舌下免疫療法)を検討する。いずれの治療においても、保護者への疾患教育、環境整備(抗原回避)、点鼻手技や服薬の継続支援など、アドヒアランスを意識した生活指導を併せて行うことが重要である。

1 はじめに

近年、アレルギー性鼻炎の有病率は増加傾向にあり、特にスギ花粉症の増加が顕著である(図1)¹⁾²⁾。また、スギ花粉症の低年齢化が進んでおり、

図1 1998年, 2008年, 2019年の有病率

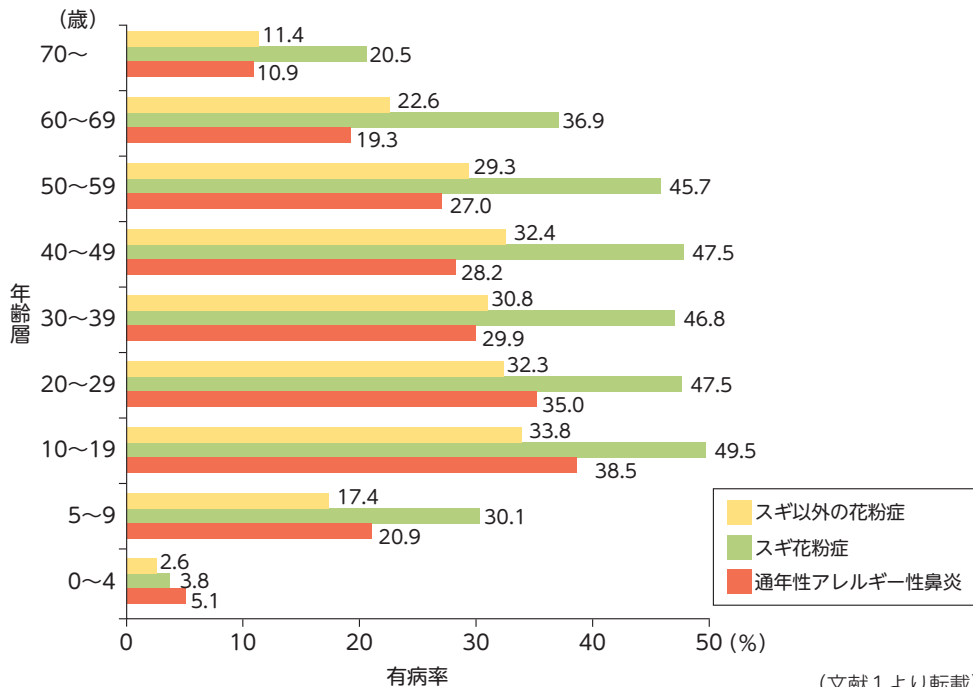


小児では軽症のうち鼻炎は気づかれず、重症化してから気づくことも少なくない。いびき、集中力低下、睡眠障害などがあれば鼻炎の悪化も念頭に置く必要がある!



(文献1より転載)

図2 年齢層別有病率 (2019年)



(文献1より転載)

2019年の調査では、5～9歳のスギ花粉症の有病率は30.1%、10～19歳では49.5%に達している(図2)¹⁾²⁾。小児期発症例では自然寛解率は20%未満と低く、多くが成人期まで持続する。さらに、アレルギー性鼻炎は気管支喘息の増悪因子となるほか、睡眠障害による発育・学習への悪影響、滲出性中耳炎や副鼻腔炎の合併など、患児の生活の質(quality of life: QOL)を著しく低下させる要因となる。

本稿では、成人と異なる小児特有の病態や身体的特徴をふまえ、初診時の鑑別診断から、年齢・体重に応じた薬物療法、そして根治をめざすアレルゲン免疫療法(allergen immunotherapy: AIT)まで、日常診療で直ちに活用できる実践的な内容を記載する。小児アレルギー性鼻炎は、診断が遅れやすい疾患である。保護者が症状を体質あるいは反復する感冒ととらえることが多く、医療機関を受診しても急性上気道炎として扱われる例は少なくない。

実際には、小児では鼻閉が主症状となる例が多いが、本人が自覚しにくいいため、口呼吸やいびき、睡眠の質の低下、日中のインペアドパフォーマンス(集中力低下)といった生活上の変化として現れることが多い。したがって、小児アレルギー性鼻炎の診療では、鼻症状そのものを子どもに聴取するだけでなく、生活状況の変化を手がかりに本症を疑う視点が重要である。

小児では鼻炎が軽症ととらえられやすく、適切な評価が行われないまま経過し、症状の悪化によって初めて問題化する例も少なくない。特に乳幼児

関連コンテンツ



わかりやすい!【重症度別】花粉症治療薬の使いわけ

いわけ: 野村泰之著, A4判, 16頁。多彩な症状に沿った処方ができるよう

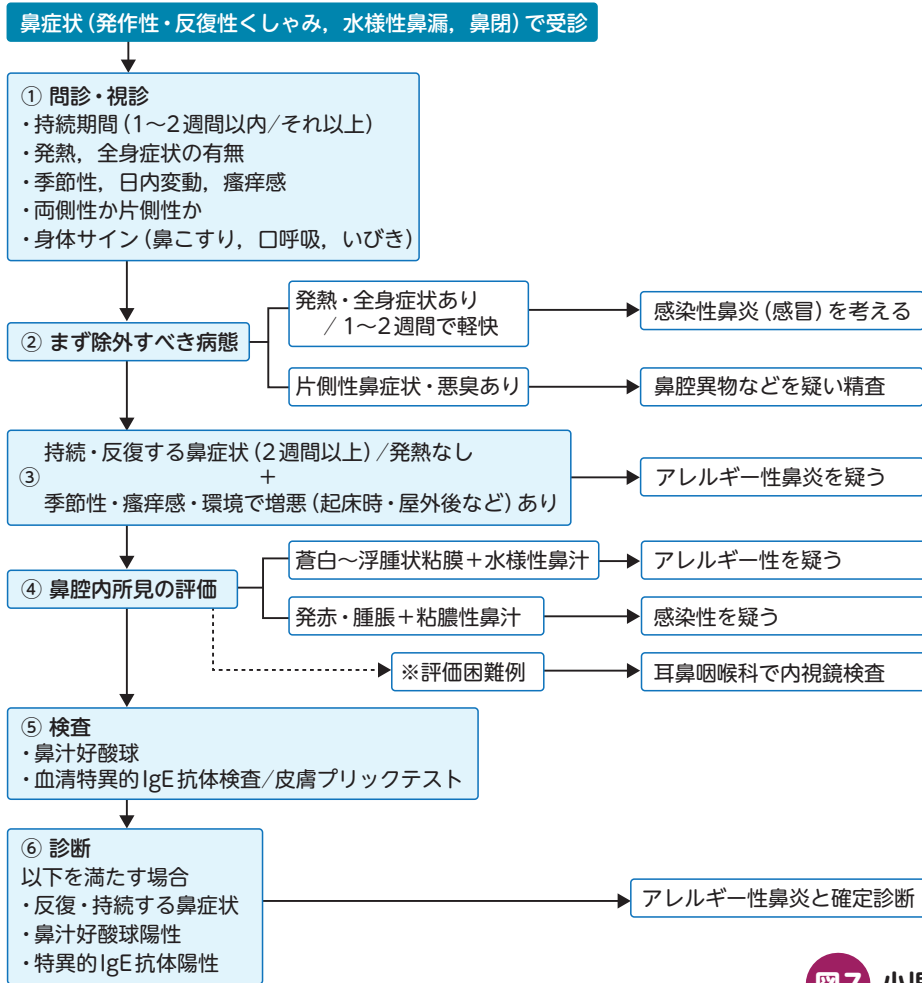
に、治療薬の選択を①初期療法、②軽症、③中等症、④重症・最重症の4段階に分けて解説。「内服薬」「点鼻薬」「点眼薬」「アレルゲン免疫療法」「生物学的製剤」「漢方薬」について、エビデンスやメカニズムに基づいた処方パターンを、図表を用いてわかりやすく示しました。



アレルギー性鼻炎は生活への影響が大きい疾患である

アレルギー性鼻炎は、重症化によりQOLを低下させ、睡眠障害や集中力低下を通じて仕事・学業の能率を損なう疾患である。経済的負担は医療費や薬剤費などの直接費用にとどまらず、欠勤・欠席に加え、出勤・登校していても生産性が低下する能率低下(プレゼンティズム)による間接費用が大きい。間接費用の比率が高いことから、アレルギー性鼻炎は社会的損失を生む健康課題として行政でも取り上げられている。

図6 小児の鼻症状に対する鑑別と診断のフローチャート



場合の診断の流れを，図6に示す。

(1) 問診・視診

問診では以下の点を確認する。

- ・症状の持続期間，発熱，全身症状の有無，季節性，日内変動，痒痒の有無，両側性か片側性か

また，身体診察では以下の所見にも注意する。

- ・鼻こすり，口呼吸，いびき

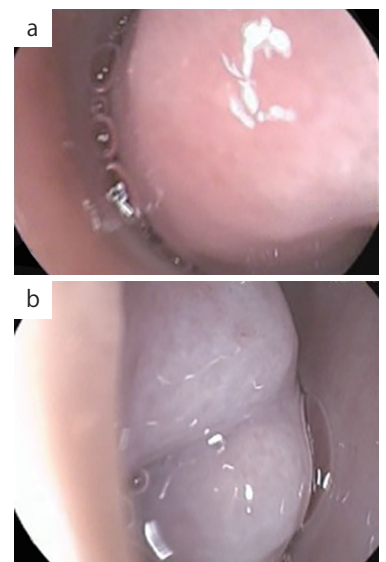
(2) 鼻腔内所見の観察

- ・アレルギー性：粘膜は蒼白～浮腫状，鼻汁は水様性（図7）

- ・感染性：粘膜は発赤・腫脹，鼻汁は粘性～膿性

小児では鼻鏡観察が困難な場合も多く，アデノイド肥大や中鼻道ポリープの評価には，耳鼻咽喉科での内視鏡検査が有用である。

図7 小児アレルギー性鼻炎の鼻内所見



a：粘膜腫脹と水様性鼻漏

b：粘膜の蒼白化と浮腫