

第3章

気管支喘息

1. 小児喘息の疫学、診断、治療と
保健指導、患者教育 …………… 49
2. 成人喘息の疫学、診断、治療と
保健指導、患者教育 …………… 75

小児喘息の疫学、診断、治療と 保健指導、患者教育

(1) 疫学、診断、予防と早期介入について

1. 小児気管支喘息の特徴

小児気管支喘息(以下小児喘息と略す)は、3歳までにその60%が、6歳までに90%が発症する。その発症に関しては成人気管支喘息(以下成人喘息と略す)に比べてアトピー素因の関わりが大きい。また、小児喘息はアレルゲン対策や薬物治療の効果によって、成人喘息に比して寛解(薬なし・発作なし状態)に導くことが可能であり、喘息の病態に基づいた的確な治療により、その率を高めることができる。

1) 小児喘息の特徴

- (1) 80%以上が乳幼児期に発症する
- (2) 90%以上がアトピー型である
- (3) 寛解(薬なし・発作なし)する率が高い
- (4) 精神的因子が成人より低い
- (5) 型が乳児、幼児、学童、思春期に分類される

2) アトピー型とは? 環境アレルゲンに対するIgE抗体が証明できるもの

環境アレルゲン 1) 吸入アレルゲン 2) 食物アレルゲン 3) その他

2. 小児喘息の疫学

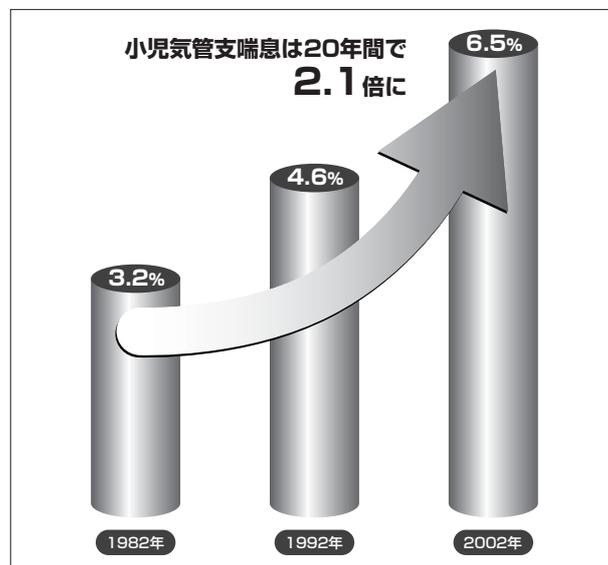
1) 小児喘息の発症

乳幼児アレルギー健診による乳児喘息有病率調査が各地でなされている。

図1は小児気管支喘息治療管理ガイドラインからの引用である。すなわち、同一機関が同一学校生を対象とし、同一方式で経年調査した報告例である。1980年代と90年代ではいずれも急速な上昇が見られる。

(図1) 小児気管支喘息の時代経過

同一機関が同一小学校生を対象とし同一調査方式で経年調査した報告例(西日本小児気管支喘息研究会・有症率調査研究による、日小ア誌、19:273, 2005)

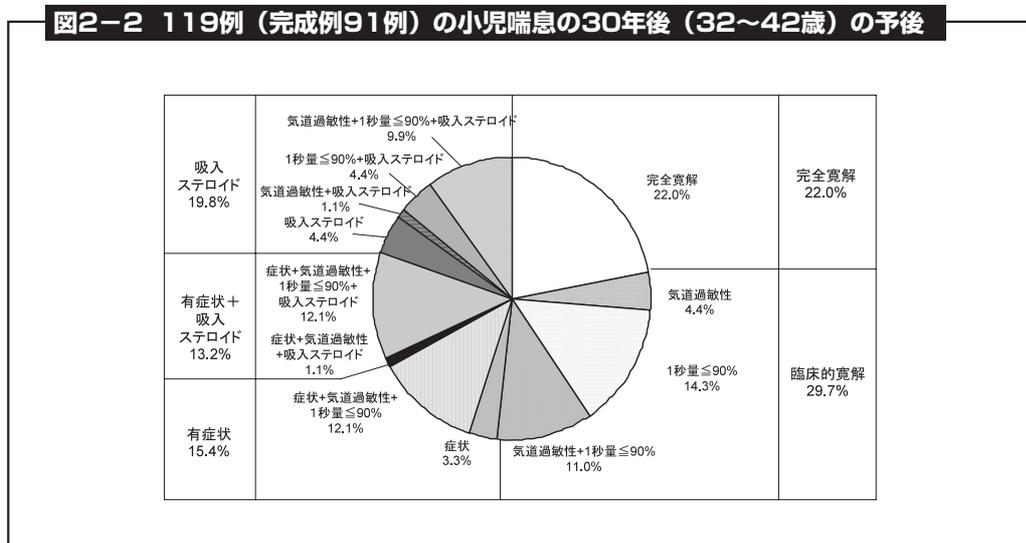
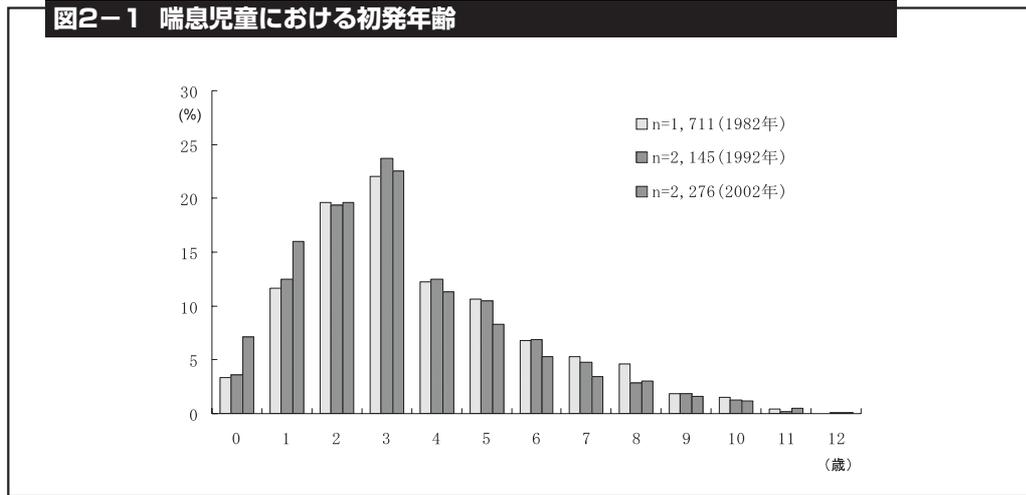


(西間三馨ら)

2) 小児喘息の発症年齢と長期予後

(1) 初発年齢

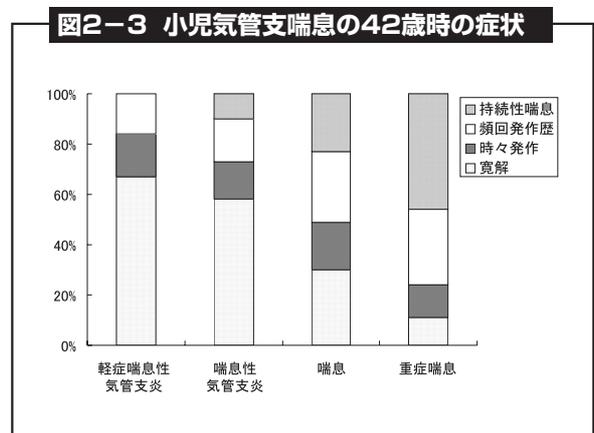
小児の喘息初発年齢は近年、低下している図2-1に示すように、0歳、1歳での発症が1982年、1992年に比して2002年の調査では多くなっている (Allergy International)。



予後は喘鳴症状、喘息発作、吸入ステロイドの使用、1秒量 \leq 90%、気道過敏性 (PC10 \leq 16mg/mL) で判定 (J M Vonk, et al.: Thorax 2004; 59: 925-929)

(2) 長期予後

日本においては残念ながら長期にわたる予後調査報告はない。臨床検査まで組み込んだものがVonkらより報告されているが、それをみると症状、検査まですべて正常化しているのは1/4、検査に異常値はあるが、症状は消失しているのが1/4であり、半数は30年後も症状があったり治療を必要としている (図2-2)。また、42歳までみた Phelanらの報告でも重症喘息児の寛解率は極めて悪い。これらからみると過去、“小児喘息は治る”と言われていたことは事実ではないことがわかる (図2-2、2-3)。



(Phelan, et al.: J Allergy Clin Immunol, 109, 2002)

(3) 小児喘息予後(転帰)判定基準(日本小児アレルギー学会2002)

小児喘息予後(転帰)判定基準では、治癒という判定を加えている。厳密な意味で治癒があるか否かの議論はあるが、症状が長いことなく肺機能等の生理学的状態と免疫学的状態が非喘息の人と同等になったなら、機能的治癒としようという考えと、寛解状態が5年以上の場合、本人ならびに家族の気持の上から、そして就職や保険の加入等の社会的な意味合いからも臨床的治癒と判定しようという考えからである。

(表1) 小児喘息予後(転帰)判定基準(日本小児アレルギー学会2008)

1.	患者の治療・管理を行なった後、最低1年以上経過した時点で、その患者の症状ならびに長期管理治療ステップの変化によって、以下の判定が可能である。
2.	予後(転帰)の定義ならびに判定基準
1)	機能的治癒：無治療、無症状の状態が5年以上持続しており、かつ肺機能検査、気道過敏性試験が健常人と同等に回復している場合
2)	臨床的治癒：無治療、無症状が5年以上継続している場合
3)	寛解：無治療、無症状となった時から寛解とする 寛解1年、2年、3年、4年目と表現する
4)	軽快：最高時の治療ステップより2段階以上ステップダウンできた場合 記載例：①ステップ4→ステップ2 ②ステップ3→ステップ1
5)	改善：最高時の治療ステップより1段階以上ステップダウンできた場合 記載例：①ステップ3→ステップ2 ②ステップ2→ステップ1
6)	不変：治療ステップの変化がない場合 記載例：①ステップ4→ステップ4 ②ステップ2→ステップ2
7)	悪化：治療ステップが同じで症状が悪化した場合か、治療の増強を必要とした場合、またはステップアップを要した場合、悪化前のステップならびに治療点数と悪化後のステップならびに治療点数を記入する 記載例：①ステップ4(治療点数541)→ステップ4(治療点数720) ②ステップ3(治療点数480)→ステップ4(治療点数660)
8)	再発：治癒または寛解にあったものが、薬物治療を要する症状を呈し治療が再開された場合
9)	死亡：喘息発作により死亡した場合死亡前の治療ステップとともに、治療薬の種類、使用量、使用状況をできるだけ明記する 記載例：ステップ4 フルチカゾン(200 μ g) 2吸入/日 急薬傾向あり テオフィリン徐放製剤 400mg/日 分2口RTC 定時服用していた サルブタモール(pMDI) 来院前24時間に10吸入 普段より濫用傾向

(3) 喘息死の動向

最近の喘息死数は減少傾向にあるものの、乳幼児期の喘息死は十分に減少に至っていない。図3、4に喘息死の推移のデータを示した。また、その危険因子を表2に示した。

