

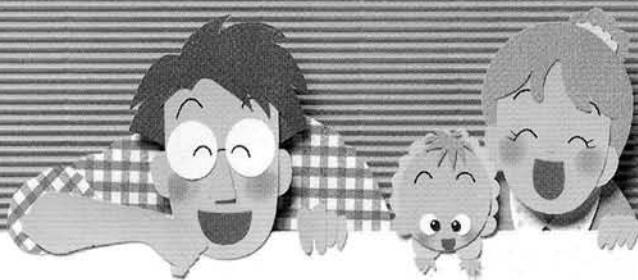
# 新潟アレルギー研究会誌

第 44 回 研究会記録

Vol. 24, 2004

新潟アレルギー研究会

# 日研化学の呼吸器・アレルギー疾患治療薬



キサンチン系気管支拡張剤

**テオドール<sup>®</sup> G20%**  
THEODUR<sup>®</sup> Granules 20%  
Tablets 50mg, 100mg, 200mg (テオフィリン徐放性製剤)

[劇薬・指定医薬品：テオドールG20% (0.5g分包品を除く), 瓶200mg] [薬価基準収載]

キサンチン系気管支拡張剤

**テオドール<sup>®</sup> シロップ2% ドライシロップ20%**  
THEODUR<sup>®</sup> Syrup 2%  
Dry Syrup 20% (テオフィリン徐放性製剤)

[劇薬・指定医薬品 (テオドールドライシロップ20% 0.4g分包品を除く)] [薬価基準収載]

アレルギー性疾患治療剤

**アレギサール<sup>®</sup> ドライシロップ**  
ALEGYSAL<sup>®</sup> tablets, dry syrup (ヘミロラストカリウム製剤)  
[指定医薬品] [薬価基準収載]

閉塞性気道疾患用剤

**ベラチン<sup>®</sup> ドライシロップ**  
BERACHIN<sup>®</sup> tablets, dry syrup (塩酸ツロブテロール製剤)  
[指定医薬品] [薬価基準収載]

※〈禁忌〉〈効能・効果〉〈用法・用量〉〈使用上の注意〉等の詳細については、製品添付文書をご参照ください。

販売元(資料請求先)  
**日研化学株式会社**  
東京都中央区築地1-12-6

製造元  
**三菱ウェルファーマ株式会社**  
大阪市中央区平野町2-6-9

# 第44回新潟アレルギー研究会

日 時 平成16年6月19日(土) 15:00 ~ 17:30

場 所 新潟ユニゾンプラザ 大会議室 新潟市上所2-2-2 Tel 025(281)5511

## 目 次

### ○一般演題

座長 新潟市民病院 小児科 阿 部 時 也

1. 小児気管支喘息におけるearly interventionの有効性に関する検討 ..... 1

新潟県立吉田病院 小児科 松 野 正 知  
伊 東 道 夫  
石 原 俊 二  
原 正 則  
柳 原 俊 雄

2. 小児気管支喘息におけるモンテルカストの

気道過敏性と好酸球に及ぼす影響について ..... 4

いからし小児科アレルギークリニック 五十嵐 隆 夫

### ○話題提供

喘息の長期管理におけるテオフィリンの役割 ..... 7

日研化学株式会社 学術部 根 本 友 美

### ○教育講演

座長 いからし小児科アレルギークリニック 五十嵐 隆 夫

小児と成人喘息診療上の注意点 ..... 8

月岡内科医院 月 岡 一 治

【特別講演】

座長 済生会新潟第二病院 皮膚科 丸山友裕

『その時どうする？蕁麻疹はアレルギーか』 ..... 12

広島大学医学部皮膚科学教室 教授 秀道広先生

# 小児気管支喘息におけるearly interventionの有効性に関する検討

新潟県立吉田病院 小児科 松野正知  
伊東道夫  
石原俊二  
原正則  
柳原俊雄

近年、気管支喘息治療における吸入ステロイド薬やDSCG等の抗炎症薬の早期導入の有用性が報告されている。しかし、抗炎症薬の早期導入が、小児気管支喘息における自然寛解の増加や気道過敏性の改善にどの程度の効力を有するのかという点については不明である。今回我々は、小児喘息における予防的治療の早期導入の有用性を、中長期予後や気道過敏性の推移の面から検討した。

## 【対象および方法】

対象は、12～15才および16～19才に気道過敏性試験をそれぞれ1回以上施行した気管支喘息患者203例（男136例、女67例）である。この内、発症から1年以内に予防的治療（DSCG吸入、経口抗アレルギー薬、吸入ステロイド薬のいずれか）を開始した77例（男53例、女24例）を早期群、発症1年以降に開始した126例（男83例、女43例）を後期群として比較検討した。発作状況は問診および喘息経過表で確認し、2年以上発作なく経過して治療中止し、以後も無発作の状態を維持しているものを寛解、無発作期間が2年に満たない、または、予防的治療を継続している場合を非寛解とした。気道過敏性はアストグラフを用いて測定し、Dmin（呼吸抵抗が上昇し始める時点までのメサコリン累積濃度）で評価した。

## 【結果】

早期群および後期群の内訳を比較すると、性別・初発時重症度は2群間で有意差を認めなかったが、初発年齢・最終発作時年齢・最終検査時年齢には有意差が認められた（Fisherの直接法）（表1）。予防的治療の内訳では、早期群で経口抗アレルギー薬のみの比率が後期群に比して有意に高く、逆に後期群では施設入院療法を含め複数の予防的治療を行った症例の比率が有意に高かった（Fisherの直接法）（表2）。また、最終検査時の症状・治療状況をみると、早期群では77例中59例（76.6%）が寛解しているのに対し、後期群では126例中54例（42.9%）に過ぎず、寛解率は早期群で有意に高かった（ $p < 0.001$ 、Fisherの直接法）（表3）。気道過敏性（Dmin）の推移をみると、早期群では12～17歳の

各年齢層において後期群に比して有意に高値をとっていたが、18歳以上の年齢層では有意差は認められなかった(図1)。

表1 発症から予防的治療開始までの期間で分類した2群(早期群・後期群)の内訳

	早期群	後期群	統計学的検討
性別(M/F)	53/24	83/43	n.s. ( $\chi^2$ 検定)
初発年齢	4.3 ± 2.9	3.3 ± 2.3	$p < 0.01$ (t検定)
初発時重症度	軽 34, 中～重 43	軽 49, 中～重 77	n.s. ( $\chi^2$ 検定)
最終検査時年齢	17.4 ± 1.5	18.3 ± 2.0	$p < 0.001$ (t検定)
最終発作時年齢	12.5 ± 3.1	14.7 ± 3.3	$p < 0.001$ (t検定)

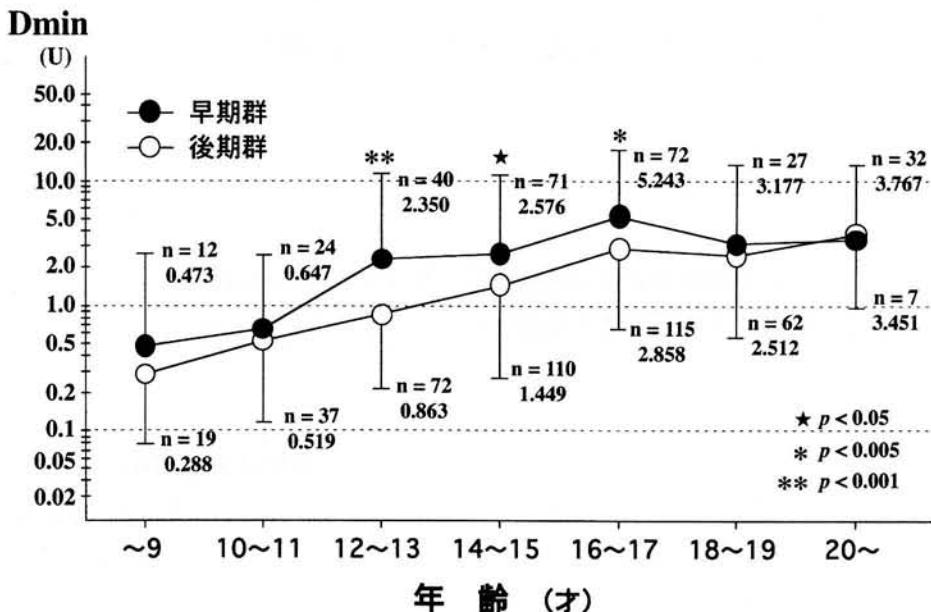
表2 早期群・後期群の治療内容の比較

施設 入院	ICS	DSCG	経口 抗ア剤	Hypo	早期群	後期群	統計学的検討 (Fisher の直接法)
-	-	-	-	+	2 / 77	1 / 126	$p = 0.5586$
-	-	-	+	-	49 / 77	49 / 126	<b><math>p = 0.0008</math></b>
-	-	+	-	-	0 / 77	3 / 126	$p = 0.2902$
-	-	+	+	-	21 / 77	27 / 126	$p = 0.3955$
-	-	-	+	+	3 / 77	7 / 126	$p = 0.7451$
-	-	+	-	+	0 / 77	3 / 126	$p > 0.9999$
-	+	-	+	-	0 / 77	1 / 126	$p = 0.2902$
-	-	+	+	+	2 / 77	10 / 126	$p = 0.1379$
+	-	+	+	+	0 / 77	16 / 126	<b><math>p = 0.0006</math></b>
+	+	+	+	-	0 / 77	1 / 126	$p > 0.9999$
+	+	-	+	+	0 / 77	1 / 126	$p > 0.9999$
+	+	+	+	+	0 / 77	8 / 126	<b><math>p = 0.0254</math></b>

表3 予防的治療開始時期と予後

	早期群	後期群	統計学的検討
予後 (寛解/非寛解)	59/18	54/72	$p < 0.001$ (Fisher の直接法)

図1 気道過敏性 (Dmin) の推移



### 【考察および結語】

今回対象としたのは、思春期前期および後期に気道過敏性検査をそれぞれ1回以上行った喘息患者であり、結果的に就学年齢に達する以前に発作が消失した症例は含まれず、全例一般的な経過をとる小児喘息症例と考えられる。この中で、初発時重症度に有意差がないにもかかわらず、発症1年以内に予防的治療を開始した症例で、寛解率や思春期の気道過敏性が有意に改善しており、この結果は小児気管支喘息における予防的治療の早期導入の有用性を示唆させるデータと考えられる。しかし、今回の検討は、retrospective studyであるため、早期に治療を開始した症例に、治療に反応しやすい真の意味での軽症例が多く含まれていた可能性を完全に否定することは出来ない。この問題点をクリアして早期導入の有用性を検討するには、多数の症例を対象としたprospective studyが必要である。また、予防的治療の導入時期にかかわらず、15才以降にも発作が生じている症例には、成人喘息に移行するものが多数存在しており、これらの症例に対する対策(発症初期の治療法の選択やコンプライアンスの向上策等)も治療成績を向上させる上で重要なと考えられる。

# 小児気管支喘息におけるモンテルカストの 気道過敏性と好酸球に及ぼす影響について

いからし小児科アレルギークリニック 五十嵐 隆夫

## 【目的】

モンテルカストが小児喘息患者の気道過敏性に及ぼす影響を検討した。同時に末梢血好酸球数、鼻粘膜好酸球に及ぼす影響を検討した。

## 【方法】

気道過敏性はヒスタミン吸入閾値を標準法で測定した。閾値は39、78、156、313、625、1,250、2,500、5,000、10,000  $\mu\text{g}/\text{ml}$ までを各々1、2、3、4、5、6、7、8、9管とした。同時に末梢血好酸球(%)、鼻粘膜好酸球(スコア)を測定した。

モンテルカスト投与群は初回検査後内服開始した。初回検査後12ヶ月目に11例、24ヶ月目に6例再検査を行った。無治療群は、初回検査後12ヶ月目に4例、24ヶ月目に7例再検査を行った。

## 【対象】

### (1) モンテルカスト投与群

初回検査前の無発作期間が3ヶ月から87ヶ月(平均23.8ヶ月)の喘息児17例。初回検査時の年齢は9から15歳、平均10.9歳。男子8例、女子9例。最大重症度は、軽症6例、中等症9例、重症2例。検査前の薬剤は、ザジテン2例、インタール吸入9例、服薬なし6例。

### (2) 無治療群

初回検査前の無発作期間が3ヶ月から60ヶ月(平均26ヶ月)の喘息児11例。初回検査時の年齢は、9から16歳、平均12.4歳。男子7例、女子4例。最大重症度は、軽症6例、中等症2例、重症3例。検査前の薬剤は、アゼブチン1例、インタール吸入7例、服薬なし3例。

## 【結果】

### (1) ヒスタミン吸入閾値

#### ① モンテルカスト投与群(図1)

Hist吸入閾値は $5.0 \pm 1.3$ 管から $6.6 \pm 1.6$ 管と有意に上昇した( $p < 0.01$ )。2管以上の

上昇は17例中10例(59%)であった。(4管上昇が2例、3管上昇が5例、2管上昇が3例)  
1管以内の不变は17例中7例(41%)であった。2管以上の低下は0例であった。

② 無治療群(図2)

Hist吸入閾値は $7.0 \pm 1.0$ 管から $7.6 \pm 1.4$ 管とわずかに上昇したが有意ではなかった。  
上昇は11例中3例(27%)であった。(4管上昇が1例、2管上昇が2例)1管以内の不变  
は11例中8例(73%)であった。2管以上の低下は0例であった。

図1 モンテルカスト投与前後のヒスタミン吸収閾値の変動

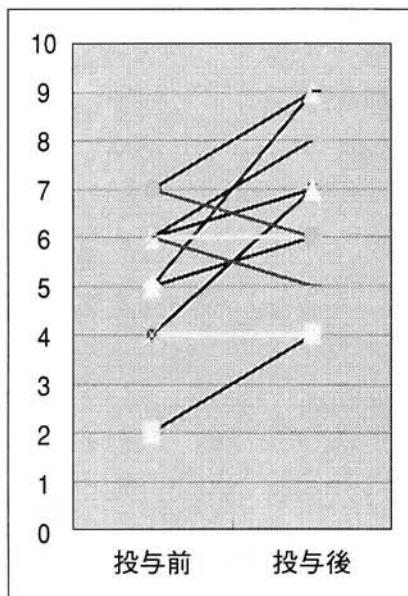
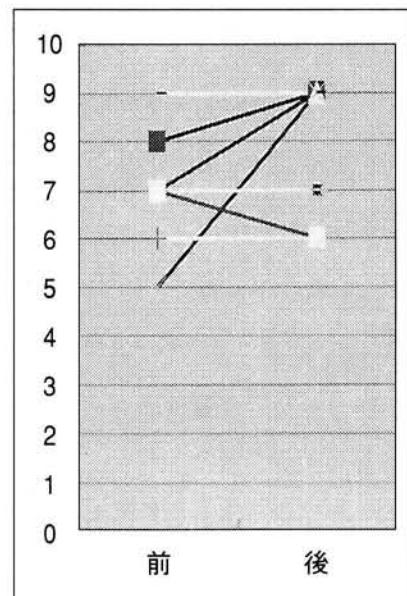


図2 無治療群におけるヒスタミン吸収閾値の変動



(2) 末梢血好酸球数

① モンテルカスト投与群

末梢血好酸球数(%)は $9.8 \pm 4.2$ から $6.9 \pm 3.5$ と有意に低下した( $p < 0.05$ )。

② 無治療群

末梢血好酸球数(%)は $8.1 \pm 5.6$ から $9.2 \pm 6.4$ と有意差はなかった。

(3) 鼻粘膜好酸球スコア

① モンテルカスト投与群

鼻粘膜好酸球(スコア)は $1.0 \pm 0.9$ から $0.4 \pm 0.6$ と有意に低下した( $p < 0.01$ )。

② 無治療群

鼻粘膜好酸球(スコア)は $0.8 \pm 1.0$ から $1.2 \pm 1.3$ と有意差はなかった。

(4) モンテルカスト投与前後のヒスタミン吸入閾値と好酸球の関係について(図3)

モンテルカスト投与後にヒスタミン吸入閾値が有意に改善した群では、有意に末梢血好酸球数および鼻粘膜好酸球スコアは減少したが、ヒスタミン吸入閾値が不变であった群では有意な変化は認めなかった。

図3 モンテルカスト投与前後のHist閾値と好酸球

• ヒスタミン吸入閾値が2管以上改善した群 (N=10)

前 後

末血Eo(%) 11.0±5.2 → 6.2±4.0 (P<0.01)

鼻粘膜Eo 1.3±1.1 → 0.3±0.5 (P<0.05)

• ヒスタミン吸入閾値が不变(1管以内)であった群

前 後

(N=7)

末血Eo (%) 8.0±1.3 → 7.9±2.7

鼻粘膜Eo 0.5±0.5 → 0.4±0.8

【結 語】

- (1) モンテルカストは小児喘息の気道過敏性を有意に改善し、血中ならびに上気道の好酸球数を有意に減少させた。
- (2) モンテルカスト投与後に気道過敏性が改善した群では、血中ならびに上気道の好酸球数が有意に減少したが、過敏性不变群では有意な変動は認めなかった。

## 喘息の長期管理におけるテオフィリンの役割

日研化学株式会社 学術部 根本 友美

喘息は気道の慢性炎症と種々の程度の気道狭窄と気道過敏性、そして臨床的には繰り返し起こる咳、喘鳴、呼吸困難として特徴づけられており、喘息はその重症度によらず、気道の慢性炎症性疾患であるということが喘息のガイドラインにも記載されている。喘息の病態には気道炎症が大きく関わっている中で、喘息の長期管理薬の種類としては、ステロイド薬、抗アレルギー薬、徐放性テオフィリン薬等の抗炎症薬と、長時間作用型 $\beta_2$ 刺激薬、徐放性テオフィリン薬等の気管支拡張薬とに分類されているが、特にテオフィリンは、気管支拡張作用と抗炎症作用の両方を併せ持つ薬剤として位置付けられている。

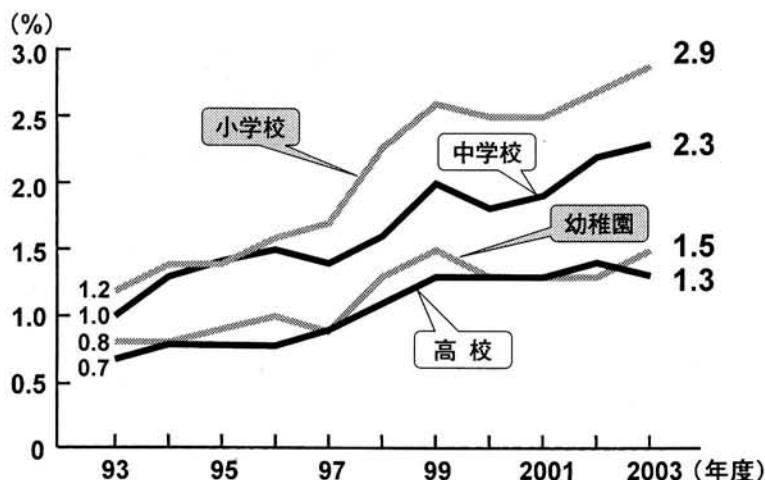
テオフィリンの抗炎症作用については、喘息予防・管理ガイドラインにおいても、テオフィリンがT細胞や好酸球の気道への浸潤を抑制すること、T細胞の細胞増殖反応やサイトカイン産生能を抑制すること、好酸球に対してはアポトーシスを誘導することなどの抗炎症作用が認められている。また、テオフィリンの新しい抗炎症機序としてSmad蛋白を介したTGF- $\beta$ シグナル伝達制御機構への関与が報告されている。喘息の慢性・重症化の制御機序にはSmad蛋白の1つ、Smad 7が重要な役割を演じている可能性が示唆されているが、テオフィリンはTGF- $\beta$ そのものの発現を抑制することの他に、このSmad 7の発現を誘導していることも報告されており、テオフィリンの新しい抗炎症機序の1つである可能性が示唆されている。

# 小児と成人喘息診療上の注意点

月岡内科医院 月 岡 一 治

過去30年、特に最近10年間で、小児・成人喘息患者数が急増していることが報告されている(図1)。このたびは当院での経験に基づき、喘息診療上の注意点について私見を述べる。

図1 学校種別ぜんそくの子供の割合



調査は全国の幼稚園から高校まで9,165校を抽出し、1,160,684人に健康診断での健康状態を調べた。ぜんそくの子供の割合は幼稚園1.5%（昨年度比0.2%増）、小学校2.9%（同0.2%増）、中学校2.3%（同0.1%増）であり、高校は1.3%（同0.1%減少）だった。

文部科学省「平成15年度 学校保健統計調査」(2003年12月)

## 1) 小児から思春期・成人へのキャリーオーバー（持ち越し）(検討I) :

平成9年から平成15年までに診療した8～15歳の患者288例を検討した結果、16歳以上になっても喘息治療を行っているキャリーオーバー例は約22%である。1年以上の寛解者は20%、その他は脱落例である。

- ①当院受診小児では中等症持続型が72%を占める。
- ②中等症持続型でも寛解する例が少なくない。
- ③脱落者は重症度と関係なく脱落する。
- ④中等症持続型の70.2%が脱落している。

## 2) 吸入ステロイド薬(ICS)使用について:

- ① 寛解群のICS使用頻度が最低であり、ICS以外の薬剤への反応が良好であったことが寛解につながった可能性がある。
  - ② 治療中群のICS使用頻度が最高で、その原因として以下の可能性が考えられる。
    - i) 当院の治療方針を反映している。
    - ii) ICS以外の薬に反応が良くなかったことが持ち越し群のICS使用につながった。
- (小括) : 小児喘息の寛解はICS使用によって高まるものではなく、それ以外の薬剤、あるいは薬剤によらない機序(成長に伴う諸要因の関与)により、15歳までにみられる。

## 検討Ⅰ

15歳以下で当院を受診した小児喘息患者288名について、  
16歳になった時点で当院を受診している割合を調べた。

### 【対象】

年度(H)	患者生年月日	当院受診時年齢	人数
9	S57～S63	8～15歳	95
10	S58～S63	9～15歳	75
11	S59～S63	10～15歳	43
12	S60～S63	11～15歳	36
13	S61～S63	12～15歳	25
14	S62～S63	13～15歳	6
15	S63～S63	14～15歳	8

男児166名、女児122名 計288名

## 3) 成人喘息の発症年齢による分類(検討Ⅱ) :

成人喘息を発症年齢により分類し、その臨床像を検討した。対象は平成9年1月から平成15年12月末までに当院を受診した喘息患者のうち、受診時年齢が16歳以上の3309例(男性1361名、女性1948名)である。喘鳴や呼吸困難発作を伴わない慢性乾性咳嗽を唯一の症状とする咳喘息(CVA)は除外した。

- ① 小児発症型(成人持ち越し型)は14.8%であった。成人再発型は4.9%で、小児喘息を有したものは全体の19.7%に過ぎなかった。
- ② 成人発症型は76.9%を占め、成人喘息の主流をなしていることが判明した。

③ 小児発症喘息が最近になるほど少なく、成人発症喘息が最近になるほど有意に多い傾向にあることがわかった(図2)。

④ 喘息の重症度に影響を与える因子の検討

i) 成人発症型にくらべて、小児発症型と成人再発型は有意に重症である。

思春期発症型は有意差なし。

ii) 受診時年齢は高い方が重症である。

iii) 非喫煙者に比べて、禁煙者は有意差なし。喫煙者は有意に重症である。

iv) AIA (アスピリン喘息) は重症。

v) ダニRASTスコア、カンジダRASTスコアは高い方が重症。

などであった。

(小括) : 軽症化してはいるが、アレルギー専門医、非専門医が喘息患者の診療を行う機会はふえている。特に小児期発症喘息には十分な指導と治療が必要である。禁煙の指導が必要である。

## 検討 II

成人喘息を発症年齢により分類し、その臨床像を検討した。

### 成人喘息の発症年齢による分類

成人喘息(16歳以上の成人の喘息)は、発症年齢から次のように分類されている

- (A) 小児発症喘息 (15歳以下で発症し、そのままずっと続いている場合)
- (B) 成人再発喘息 (20歳以下で発症したが、いったんよくなつたが[最低2年以上無治療で発作がない状態]その後また再発した場合)
- (C) 思春期発症喘息 (16歳~19歳に発症し、そのまま続いている場合)
- (D) 成人発症喘息 (20歳以後に発症し、そのまま続いている場合)
- (E) その他

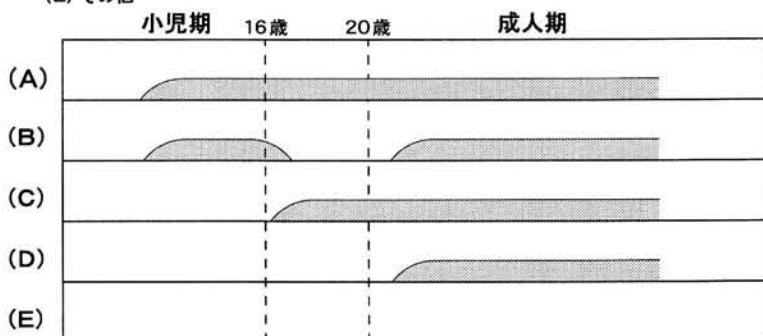
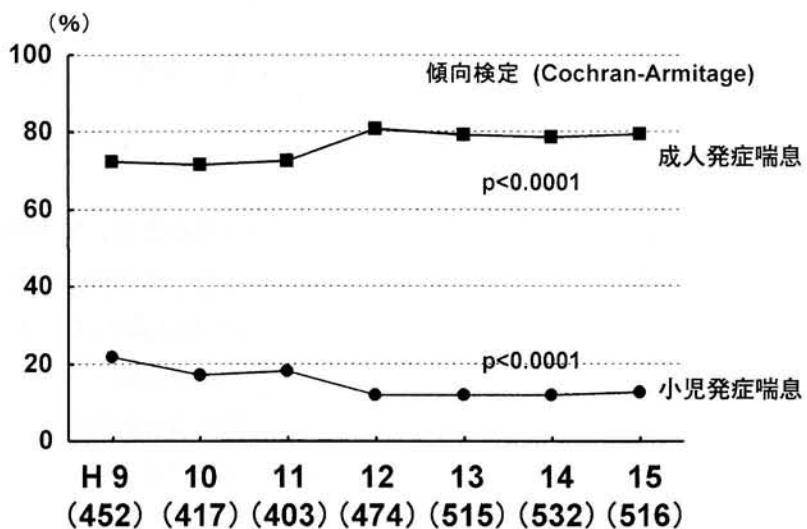


図2 小児発症型喘息と成人発症型喘息の推移



4) 喘息の診断：成書に記されている通りであるが、アレルギー科、呼吸器科の専門医であるならば、最低限でスパイロメーターによる呼吸機能検査とピークフロー測定が必要である。

5) 喘息の治療：成人喘息においては慢性気道炎症をコントロールするために①吸入ステロイド薬、②抗ロイコトリエン薬、③除放性テオフィリン薬のいずれか1種あるいは重症度により併用が必要である。抗炎症作用は期待できないが、④長時間作動性 $\beta_2$ 刺激薬(セレベント)の吸入療法の併用は極めて有用である。

喘息増加の背景には①大気汚染の進行(窒素酸化物の増加)、②食生活の変化(卵、牛乳、大豆の摂取量の増加)、③家屋構造の変化(家屋内のダニやカビの増加)、④精神環境の変化(家庭問題、学校問題)、⑤アレルギー素因の増加(食品添加物、農薬、中性洗剤)などがあることを、忘れてはならない。

# その時どうする？ 蕁麻疹はアレルギーか

広島大学 皮膚科 秀道 広

## 【はじめに】

蕁麻疹は一過性、限局性の痒みを伴う紅斑と膨疹が出没する疾患で、個々の皮疹の経過に着目すればその診断は難しくない。そしてその治療は、原因、悪化因子の除去と抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬の内服であって、そのことに異議を唱える人はいないであろう。しかし現実には、患者から寄せられる質問や要望に対して正面から応えられないことは少なくない。そのような場合でも、蕁麻疹にはいくつかの種類と各々の特徴があり、病型によりできることできないことに違いがあることを踏まえておけば、多くの無用の検査と失望を防ぐことができる。

### 1) I型アレルギーによる蕁麻疹

蕁麻疹の病態として最も良く知られているI型アレルギーは、経皮的に直接、あるいは経粘膜的に血管を通して抗原が皮膚マスト細胞に到達することにより引き起こされる。前者の代表的病型は接触蕁麻疹で、分けてもラテックスアレルギーは症状が重篤で全身的なアナフィラキシー症状へと進展することもある。そして多くは抗原曝露後数十分以内に症状が出現するが、歯根管治療薬に対するホルマリンアレルギーの様に、投与後数時間して現れるものもある。さらに食物依存性運動誘発アナフィラキシー(Food-dependent exercise-induced anaphylaxis:FDEIA)という病型では、特定食物に対する過敏性はあるものの、その食物を食べただけでは症状が出ず、食物摂取後2~3時間以内に運動負荷が加わった場合に激しくアナフィラキシー症状を起こす。FDEIAのもう一つの特徴は、しばしばアスピリンにより増悪することで、症例によっては運動なしでも原因食物とアスピリン内服のみで症状が誘発されることもある。そしてこれらのI型アレルギーによる蕁麻疹の共通した特徴は、症状出現のタイミングが不規則であり、症状が出現する時には必ず特定の食事、行為、場所などが関連していることである。言い換えると毎日誘因無く繰り返し症状が出没するタイプの蕁麻疹が、外来抗原に対するI型アレルギーにより説明されることはまずないと言って良い。

### 2) I型アレルギー以外の病態による蕁麻疹

I型アレルギーによる蕁麻疹の割合は、医療機関を訪れる蕁麻疹患者全体から見ると僅

か数%かそれ以下であり、最も多いのは、特定の誘因なく症状が出没する急性蕁麻疹、および慢性蕁麻疹である。特に慢性蕁麻疹では原因を明らかになしえないことが多いが、一部の症例で血清中にIgEまたはIgE受容体に対する自己抗体が検出されることがある。自己抗体の検出は自己血清による皮内テスト、および健常人由来好塩基球に対するヒスタミン遊離試験により行われ、自己抗体陽性群では一般に症状が重篤なものが多いとされる。またシクロスボリンA、血漿交換、IVIGといった免疫学的治療法の有効性も報告されている。このような自己抗体の存在は、慢性蕁麻疹における自発的な膨疹の出現を理解するために極めて重要である。ただそれでもなお、突発的に出没する、夜間現れやすい、といった慢性蕁麻疹の特徴を理解するためにはいくつかの疑問が残る。ともすれば、一つの特定因子ですべての蕁麻疹の病態を説明しようとされることが多いが、むしろ複数の因子の積み重ねと、その総和が閾値を突破することが重要であると考えると、多くのことがよく理解できる。アスピリンは、それ単独でも蕁麻疹を起こし得るが、種々の蕁麻疹の病型においてその増悪因子として作用していることが多い。

### 3) 血管性浮腫

血管性浮腫は、先天的なC1インヒビター(C1-INH)の欠損によるものがよく知られている。しかし、我が国における遺伝例は少なく、多くは特発性に症状を繰り返す。近年、アンジオテンシン転換酵素阻害薬が降圧剤として用いられているが、この薬剤はブラジキニンの代謝酵素に対しても阻害活性があり、血管性浮腫の原因となることがある。その場合、血管性浮腫の症状は内服直後には現れず、内服開始後数日ないしそれ以上経過してから現れるものもあるので注意が必要である。

### 4) 蕁麻疹の薬物治療

蕁麻疹の治療の基本は原因、悪化因子の除去と抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬の内服である。慢性蕁麻疹は原因を明らかにすることは難しいことは多いがステロイドに対する反応は高いことが多く、薬物治療により完全に症状を制御できることも多い。しかしながらどこまで治療するかは客観的な症状の強さとその症例のQOLを勘案して目標を設定することが肝要である。後天性に発症した蕁麻疹はいつか必ず改善、寛解し得るので、慢性に経過したものでも根気よく治療を続けることが大切である。

## 新潟アレルギー研究会

世話人 阿部時也, 藤森勝也, 五十嵐隆夫, 猪股成美,  
丸山友裕, 松野正知, 中俣正美, 大石正夫,  
鈴木正治, 月岡一治, 宇野勝次 (ABC順)

発行人 新潟アレルギー研究会事務局  
新潟県西蒲原郡吉田町大保町32-14  
県立吉田病院小児科 松野正知  
〒959-0242 TEL 0256(92)5111

編集 中俣正美

共催 日本アレルギー協会北関東支部  
新潟アレルギー研究会  
日研化学株式会社  
住友製薬株式会社  
グラクソ・スミスクライン株式会社