

— 話 題 —

わが国の「小児気管支喘息治療・管理ガイドライン」について

多摩永山病院小児科 高瀬 真人

気管支喘息は小児期における最大の慢性疾患であり、一般小児科診療において避けては通れない疾患である。小児喘息を専門とする研究者や施設も多く、毎年膨大な数の研究論文が内外で発表されている。その治療・管理については、国や地域によってかなり大きな幅があり、何が最善の治療なのかを一概に決めることは困難である。しかし、1992年にICR(International Consensus Report on Diagnosis and Management of Asthma)が米国NIHより発表されて以来、翌1993年には日本アレルギー学会の喘息治療ガイドラインが発表され、その後も喘息の診断や治療に関するガイドラインが内外において次々に刊行されている。個々の喘息児に対して画一的な治療ではなく個別に最適な治療を選択していくべきことは当然であるが、独善的治療に陥らぬようにある程度のコンセンサスが得られた標準的治療指針があれば有用と思われる。現在、国際的に最も広く認知されている指針は、米国NIH/NHLBIとWHOのワークショップが1995年に作成したGlobal Initiative for Asthma: Global Strategy for Asthma Management and Prevention(以下、国際指針と略す)である。わが国では、1998年8月に厚生省アレルギー免疫研究班による『喘息予防・管理ガイドライン1998改訂版』(以下、前回指針と略す)が出版されているが、小児については成人と異なる部分について別記されていた。その後、日本小児アレルギー学会は前回指針を基盤として、わが国小児科独自のガイドライン作成に取り組み、昨年4月に『小児気管支喘息治療・管理ガイドライン』が刊行された。その内容は小児喘息に関する現時点におけるわが国での標準的指針となるもので、本稿ではその概要と問題点について、特に薬物療法を中心に国際指針との比較を交えながら解説したい。

長期管理に関する薬物療法プランは、前回指針をそのまま踏襲している。間欠型、軽症持続型(2段階)、中等症持続型(2段階)、重症持続型(3段階)の7段階である。間欠型では症例によって経口抗アレルギー薬、DSCG吸入が用いられるが、通常は発作時のみに β_2 刺激薬(経口または吸入)が用いられる。軽症持続型では間欠型の治療にRTC(round the clock)法による徐放性テオフィリン薬の経口投与を加える。中等症持続型では経口 β_2 刺激薬を非発作時にも連用し、吸入療法としてDSCGあるいはそれに少量の吸入用サルブタモール液(0.05~0.1 ml)を加えたものを1日2回使用する。これでも不十分な場合にBDP(ベクロメサゾン)吸入療法を加える。重症持続型では経口 β_2 刺激薬は長時間作動性のものを選択し、DSCG+サルブタモール、BDPの吸入量を上限まで増やしていく。重症持続型では経

口抗アレルギー薬は原則使用しない(ただし、ロイコトリエン拮抗薬については、重症持続型に対する効果は今後の検討課題とされている)。さらに重症な症例では長期入院療法や短期的、長期的なプレドニゾン経口投与が加えられる。近年、わが国で開発されたツロブテロール貼付剤については、長期管理薬としての位置付けはまだ明らかでない。

抗アレルギー薬が一定の有用性を認められている点、徐放性テオフィリン薬が確固たる地位を占めている点、ステロイド吸入薬の導入前にわが国小児科独自の治療であるDSCG+少量サルブタモールの定時吸入が位置付けられている点などが特徴である。これに比べて国際指針は極めて単純であり、特に乳幼児の長期管理には内服薬はまったく用いられない。軽症持続型からステロイド吸入が推奨され、軽症持続型でのみDSCG吸入が採用されている。ステロイド吸入薬としてはベクロメサゾンより副作用の少ないブデソニド(日本未発売)が推奨されている。

医療機関での小児喘息の急性発作に対する治療も前回指針に比べて変化はない。発作程度を小発作、中発作、大発作、呼吸不全に分けて薬物療法プランが段階的に示されている。ステップ1は β_2 刺激薬吸入であり、 SpO_2 が91%以下の大発作では酸素吸入を同時に行う。ステップ2でアミノフィリン静注または持続点滴を加え、ステップ3にステロイド薬静注、ステップ4は気管内挿管、人工呼吸である。なお、ステップ3にイソプロテレノール持続吸入がオプション的に含まれている。これは国際指針にも成人ガイドラインにもないわが国小児科独自の治療であり、歴史はあるが十分なエビデンスがなく、心不全や重篤な不整脈の副作用も報告されている。一方、 β_2 刺激薬吸入については、初回吸入後は30~60分後に再度吸入が可能と記されているのみで、その後の反復の目安についての記載がない。国際指針では β_2 刺激薬の1時間毎の反復吸入または持続吸入が推奨されており、わが国でもイソプロテレノール持続吸入を行う前に、より安全性の高い β_2 刺激薬を十分に使用するべきではないかと考えられる。

以上のように本ガイドラインは、わが国で実際に使用されている薬剤について、それぞれの特性に応じた治療上の位置付けを示しているが、わが国固有の事情が強く反映されている。服薬コンプライアンスの悪化を招かないよう、症例ごとに無効薬を整理し、なるべく単純な薬物療法プランを作成することが勧められてはいるが、現実には多種類の投薬が行われている症例は多い。ステロイド薬を忌避するあまり、薬の種類を増やしすぎる傾向がないとは言えない。国際指針の方が優れているとも言えないが、わが国独自の治療については学会の責任で国際的批判に耐えうる十分なエビデンスを示していく努力が必要と思われる。また、国際指針に示されている薬物について、わが国で未発売のものが多いことも今後解決されるべき課題である。

(受付: 2001年3月23日)

(受理: 2001年4月6日)