

# さくら

NPO 法人相模原アレルギーの会  
〒252-0314  
神奈川県相模原市南区南台 6-8-20  
☎042-745-8801  
メール:  
allergy-kai@sagamihara-allergy.or.jp  
HP : <http://sagamihara-allergy.or.jp>

## 新年度を迎え

NPO法人 相模原アレルギーの会  
理こと長 北島 芳枝

早いもので、法人化をしてから、今年で4年目に入ります。その間、いろいろなことがありました。誰しも予想しなかった東日本大震災、その後の津波と原子力発電所こと故、黄砂とPM2.5の飛来、近いところでは鳥インフルエンザ、世界が身近にあり、様々な環境の変化を受けることとなりました。

近年、ぜんそくの発作も、薬剤の進歩とガイドラインの普及により本当に深刻な苦しきから遠のいており、良いことだと思います。変って様々なアレルギー症状に悩まされる方々が多くなったことも事実です。小さな子供が花粉症に悩まされる姿もよくみかけます。また食物アレルギーによる誤食こと故も深刻で保護者の悩みも尽きないでしょう。

今年度も、アレルギー疾患患者の悩み解消のお役にたてるように活動してまいりますので、よろしくご支援賜りますようお願い申し上げます、

## 第34回アレルギー疾患講演会より

第19回アレルギー週間協賛こと業として、3月2日グリーンホール相模大野 多目的ホールにて「大震災に備えて・ぜんそくっ子金メダルの道」と題した講演会が相模原市との共催で開催されました。山口相模原市副市長および秋山アレルギー協会理ことからの祝辞の後、5つの講演と金メダリスト清水宏保氏との鼎談および休憩時間を利用した、エピペン®の正しい使い方およびお薬相談会が行われました。

約200名の参加者のもと盛況裏に行うことができました。

## アレルゲンについて

(独) 国立病院機構相模原病院長  
臨床研究センター長

秋山一男先生



### ☆アレルゲンについて

アレルギー疾患の原因物質とも言うべき「アレルゲン」について、お話します。アレルゲンとは、アレルギー（免疫）反応において、体内で異物として認識され、免疫反応を起こして作られた抗体とされているタンパク物質と、特異的に反応する物質（抗原）のことです。抗原の中で特に免疫グロブリンE(IgE)と反応する物質をアレルゲンと呼ぶのが基本的な定義です。IgEは我が国の免疫学者の石坂公成先生ご夫妻が1966年にアメリカで発見されました。免疫反応は、アレルギーのもとになるアレルゲンが体内に入ると、リンパ球と言う白血球の一種と反応して、IgE抗体を作ります。それとは別に抗原という異物がリンパ球と反応するものであると記憶するリンパ球が出来ます。それを感作相と言い、アレルギー疾患（反応）の準備状態となります。そういう状態にある人が再度アレルゲン、抗原と接触、暴露されると化学伝達物質が出て、ぜんそくやじんましん、花粉症など実際の症状が出る場合があります。それを実際に反応を起こす効果相と言います。

アレルゲンが、そのアレルゲンに対応したIgE抗体と反応することにより、マスト細胞からいろいろな化学伝達物質が出て、ぜんそくなら気管支の壁の中にある平滑筋に作用して筋肉が縮み、気道収縮が起こり、発作が起こるというメカニズムになります。その最初の物質がアレルゲンで、アレルギー疾患の

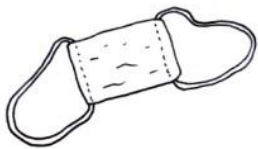
原因となる物質です。

アレルゲンはリンパ球にとって異物と認識されるあらゆる物質がなりうるので、まさに私たちの周囲の環境中に無数と言っていいほど存在しています。

アレルゲンが、どこから入ってくるかによって、吸入性、経口（食餌）性、経皮性などと分類します。ハウスダスト・花粉・カビ・ペットなど、口や鼻から吸い込まれるアレルゲンは吸入性と言い、気管支ぜんそく、アレルギー性鼻炎、花粉症を起こします。食ことなど胃や腸などの消化管から体内に入るものを経口（食餌）性と言い、食物アレルギー、アトピー性皮膚炎、アナフィラキシー、服薬による薬物アレルギーなどがあります。また皮膚からのアレルゲンは経皮性と言い、軟膏や注射、蜂に刺されたことによる蜂刺傷アレルギー、ゴム手袋によるラテックスアレルギー、化粧品による薬物アレルギー、アナフィラキシーなどがあります。また屋内や屋外環境など、どこにアレルゲンがあるかによって分けたりします。

気管支ぜんそく患者における即時型皮内反応陽性率を、原因のアレルゲンを調べる皮膚テストで見

ると、ハウスダスト（家塵）が、一番反応が出やすい抗原です。アレルギー疾患の原因アレルゲンとして知られているハ



ウスダストは、単一のアレルゲンではなく、多くのアレルゲンが含まれています。主要なアレルゲンとしては、ヒョウヒダニなどのチリダニ、ガやチャタテムシなどの昆虫類、種々のカビ、犬猫のふけ・毛垢、等々があります。ハウスダストへの反応は30~40年前と比べると増加しています。スギ、カナムグラ等の花粉に反応する人も、どんどん増えています。アレルギー性鼻炎ではスギが一番多く、季節性では花粉、通年性ではダニなどのハウスダストが多いです。ダニのアレルゲンは布団とカーペットに多く見られます。

次にペットですが、イヌのアレルゲンでは品種によって違いがあります。またハムスターによる気管支ぜんそく症例が増加しています。現状では飼育をやめるしか対策はありません。

カビですが、成人ぜんそく患者における真菌皮内

テスト陽性率ではカンジダが一番多く 40%以上あります。こういう体内に常に存在しているカビ（常在菌）に対して、空気中を飛んでいるカビなどもあります。カビは湿度の多い所に生えやすいですが、その中でも乾いた所、中間、非常に湿気を好む、などいろいろな種類があり、それぞれがアレルゲンになりえます。

花粉ですが、当院の屋上では50年前から、年間を通して花粉の種類および飛散数を測定し、情報提供しています。



スギやイネ科、ブタクサなど光学顕微鏡下では、花粉の形に特徴があり、それを数えて調べるわけです。相模原市におけるスギ・ヒノキ科花粉飛散の年次推移では、1960年代から右肩上がりに増えていきます。2005年は最大飛散の年でしたが、飛散量の多い年の前年、または次年は少ない傾向があります。

気管支ぜんそくをはじめとするアレルギー疾患の予防・治療の基本は「君子危うきに近寄らず！」ということです。アレルゲンの暴露をはじめ、感冒、喫煙、過労、肥満などが悪化因子になります。それを回避することが最も重要であり、どういうアレルゲンが原因になっているかを知ることが、重要です。

### ☆成人ぜんそくの最新治療

日本アレルギー学会では、ぜんそく予防・管理ガイドラインを1993年から作成しております。昨年11月に刊行された最新版では、ぜんそく治療の考え方としては、どんなに軽症でも慢性の気道炎症いわゆる空気の通り道の気管支の炎症があり、それが症状を起こしている。その治療をすることによって発症を抑制する。すなわち軽いときから気道炎症を抑制する治療が重要であると10年以上いわれています。ですから週1回以上症状があれば、吸入ステロイド薬による継続的な治療が必要です。それがガイドラインでは最も重要であると言われています。治療の基本は長期管理薬（コントローラー）を、良い

時ほど継続して使って、発作を起こさないようにします。第一選択薬としては吸入ステロイド薬を使います。発作治療薬（リリーバー）は発作時に速やかに使用し、発作を治す薬です。この使用頻度が、ぜんそくコントロール状態の目安にもなります。この発作治療薬の使用頻度を、できるだけ少なくする治療が大切です。第一選択薬は、短時間作用性吸入β<sub>2</sub>刺激薬です。以前からいわれていますが、症状は表面にあるだけで、もとは気管支が狭くなっていたり、敏感であるわけです。アレルギーによって気管支が閉塞し狭窄を起こしてぜんそくになります。そのおもとに気管支の炎症があるわけです。症状は氷山の一角です。大ことなのはおもとの気道炎症をとる、あるいは小さくして症状を出なくすることです。吸入ステロイド薬や抗ロイトコリエン薬を、きちんと使い治療していきます。ぜんそく治療の目標はかずのとおりです。

らかに違う状態になります。これをリモデリングといいます。このように炎症とリモデリングが、重症化・難治化を進めさせます。そうならないようにするために今ガイドラインでいわれているのは、コントロール状態を評価することが大切だということです。すなわち良好なコントロール状態を維持することを目標にするわけです。ぜんそくの症状がなく、発作治療薬の使用がない、運動等の活動制限がない、呼吸機能が正常範囲内で、ピークフローの日（週）

**喘息治療の目標**

**健康人と変わらない日常生活が送れること。正常な発育が保たれること。**

2. **正常に近い肺機能を維持すること。**  
PEFの変動が予測値の10%以内  
PEFが予測値の80%以上
3. **夜間や早朝の咳や呼吸困難がなく十分な夜間睡眠が可能なこと。**
4. **喘息発作が起こらないこと。**
5. **喘息死の回避。**
6. **治療薬による副作用がないこと。**
7. **非可逆的な気道リモデリングへの進展を防ぐ。**

**JGL2012**

**コントロール状態の評価**  
無症状を完全なコントロール状態として位置づけ、コントロール良好の達成と維持が重要であることを強調する

	コントロール良好 (全ての項目が該当)	コントロール不十分 (速にいずれかの項目が該当)	コントロール不良
喘息の症状 (日中および夜間)	なし	週1回以上	「コントロール不十分」の項目が3つ以上あてはまる
発作治療薬の使用	なし	週1回以上	
運動を含む活動制限	なし	あり	
呼吸機能 (FEV1およびPEF)	正常範囲内	予測値あるいは自己最高値の80%未満	
PEFの日（週）内変動	20%未満	20%以上	
喘息増悪	なし	年に1回以上	月に1回以上*

**JGL2012**

増悪が月に1回以上あれば後の項目が該当しなくてもコントロール不良と評価する

☆☆気道炎症とリモデリング

炎症が長く続くと、今まで広がっていた平滑筋が狭くなったり、厚くなったりして、もとに戻らなかったり（非可逆的）、基底膜が肥厚して健康な人とは明

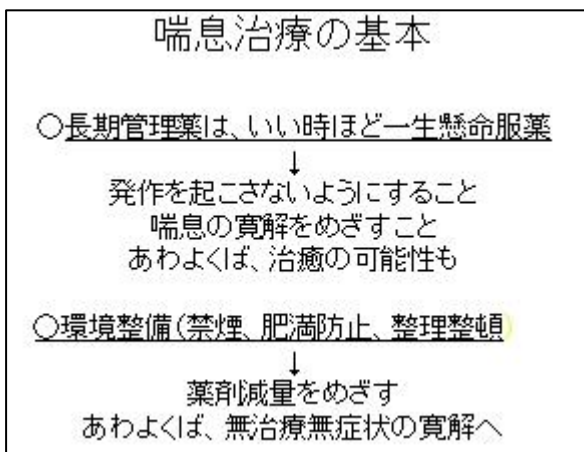
内変動が20%未満で、ぜんそく増悪がない。このような症状・発作なしを目指す治療が必要です。それを目指すために治療をします。ぜんそく治療ステップ表のように、軽い治療から重い治療へ、1~4のステップがあります。2009年のガイドラインでは吸入ステロイド薬は、治療ステップ1の軽い人から常に使う、すなわち吸入ステロイド薬を早期に導入することにより、先ほどのリモデリングにならない。炎症の起こってくる状態を見ても、早くから吸入をした方が良いことが分かっています。さらにだんだん炎症が起こってくると、吸入薬は低用量から高用量



へと使っていくことが推奨されています。前回のガイドライン(JGL2009)から新たに加わったのは、

重症の治療ステップ4での抗IgE抗体です。抗IgE抗体製剤(ゾレア)は、生物製剤で、IgEがマスト細胞表面の受容体に結合するのを阻止してしまい、そのためにマスト細胞からアレルギー反応を起こす化学物質が出るのを抑えてしまうという治療です。ゾレア<sup>®</sup>は、明確なエビデンス(医学的証拠、根拠、証明)をもって、より重症の場合の治療として有用であるということが示されています。また、吸入ステロイド薬と、長時間作用性吸入 $\beta_2$ 刺激薬の配合剤が2009年からいわれていますが、この配合剤を、単に長期管理薬としてだけではなく、発作の時にも使えるというSMART療法が配合剤の中でもブデソニドとホルモテールの合剤であるシムビコート<sup>®</sup>に適用されています。これは、吸入後すぐに気管支拡張効果が出て、発作治療薬としても使えるという形で示されています。現在、吸入ステロイド薬と長時間作用性 $\beta_2$ 刺激薬の配合剤は、日本ではアドエア<sup>®</sup>とシムビコート<sup>®</sup>があります。両者には作用発現時間の違いがあり、また、吸入操作法など、それぞれの特徴によって新しい使い方がなされるようになってきました。このように配合剤はこれからさらに進んでいくでしょう。

最後にぜんそく治療の基本はかずのとおりで、



長期管理薬は、調子の良い時ほど、きちんと使う。それと共に禁煙や肥満防止などを実行することにより、必要以上の薬を使わずに済み、あわよくば無症状・無治療の寛解へ、もっていけます。ぜんそく治療の基本は環境整備と、長期管理薬は調子が良い時

ほど一生懸命使い、発作を起こさないようにして、寛解をめざすことです。(まとめ 馬淵)

小児食物アレルギー  
～誤食に対する緊急対応を含めて～

昭和大学医学部小児科学講座

講師 今井孝成先生

今回は時間の関係で、食物の必要最小限の除去および適切なアナフィラキシー対応についてだけ分かりやすくお話ししたいと思います。



2年前に相模原市の小学3年生についてアンケート調査をおこなった結果で、その時点で医師の診断で「食物アレルギー」とされていて何らかの食物除去を行っている人が4%程度でした。この数値は全国調査の数値とほぼ同じです。そこでこの4%の方の親に対して、相模原病院で負荷試験をやるから希望者は参加して欲しいと呼びかけて実施したところ、一部の患者が対象ですが15%の方のみが負荷試験結果が陽性でした。いかに不必要に除去をしている人が多いかが分かった調査でした。

主な理由は血液検査の特異的IgEに対する誤解です。例えば、「卵白のIgEが陽性であれば、鶏卵を食べて卵白が体に吸収されればアレルギー反応が起きるだろう」と考えることです。つまり血液中に卵白のIgEを測れば診断できるだろう、との誤解です。



実際はどうでしょうか、負荷試験の結果を例にしてお話しすると、血液中の卵白のIgEがスコア2の患者の負荷試験陽性率は20%弱、3の場合は30%強です、すなわち、食物アレルギーでは、血液中のIgEの検査結果だけでは食物アレルギーの診断はできないことを示しています。それでは、血液検査をなぜ行うのか？それは、スコアが上がれば、負荷試験陽性率も上がるため、アレルギーである傾向が分かり、その後の道筋を見つけることができるからです。

皮膚テストも同じようなことがいえ、不必要な除去の原因になっています。

そこで、食物アレルギーの第一歩は「正しい診断」であることが分かります。それには食物負荷試験が必須です。

その上での、正しい情報により必要最小限の除去を行うことが大切です。

	除去の必要なし	重症児に一部除去の必要あり	除去
鶏卵	鶏肉、魚卵、卵殻カルシウム		
牛乳	牛肉、乳酸カルシウム、ナトリウムなど、乳化剤、カカオバター、乳酸菌、	乳糖	乳酸菌飲料
小麦	他の麦類、醤油、麦茶、麦芽糖(二糖類)、味噌(元来含まれない)	酢(醸造酢の一部に含まれる0.1g/100ml)	デュラムセモリナ粉
大豆	他の豆類、大豆油(0g/100ml)	醤油(分解 8g/100ml)、味噌(分解 10g/100g)	
ごま		ごま油	
魚		だし(かつおだし0.5g/100ml、いりこだし0.1g/100ml)	
肉	※肉ごとに診断	肉エキス	

次に、除去食の考え方の誤解があります。先人が苦心して作成されてきた、いわゆる「抗原強度表」が利用されていましたが、現在はその有用性は否定されています。

また、保護者や医師の「念のための除去」「心配だから除去」を払拭すべきです。この10~15年くらいに様々な知識の集積があり、除去すべきものと、しなくて良いものの線引きが分ってきました。それを上表に示します。

次にアナフィラキシーの適切な対応についてお話しします。

アナフィラキシーの定義は次表に示すように、即

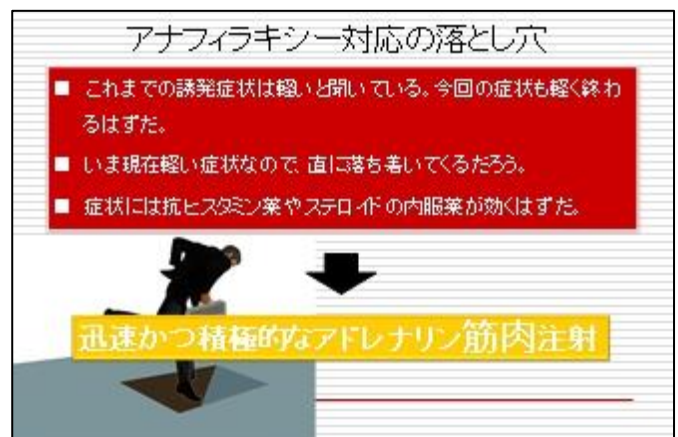
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 食物、薬物、ハチ毒などが原因で起こる、即時型アレルギー反応のひとつの総称である。</li> <li>■ 皮膚、呼吸器、消化器など多臓器に全身性に症状が現れ、急速に進行する。時に血圧低下などの強い症状を惹き起こし、これをアナフィラキシーショックという。</li> </ul>
---

時型アレルギー反応の一つの総称です。この表の中にある急速に進行するという事は、数分単くらいで進行するとの意味と考えて良いです。アナフィラキシーショックは非常に危険な病態で、中には死亡してしまうこともあります。

学校給食で発症した食物アレルギー症状を次図に示しますように、ショックが7.2%も占めています。過去、アナフィラキシーショックを起こしたことはない子供でも、条件が揃えばアナフィラキシーショックを起こすことも有り得ることを認識しておくべきです。



次図にアナフィラキシー対応の落とし穴を示しましたが、特に最後の抗ヒスタミン薬やステロイド薬はいま目の前で起きているアナフィラキシー症状には効果的でないことは大ことです。そもそもステロイド薬は効いてくるまでに4時間くらいがかかります。また、抗ヒスタミン薬剤も30分くらいかかります。迅速に進行するアナフィラキシー症状に効果は期待できないことがお分かりになると思います。



そこで、ある程度進行したアナフィラキシー症状

には、迅速かつ積極的なアドレナリン筋肉注射（エピペン<sup>®</sup>）以外に対応するものはありません。

この筋肉注射をどのタイミングでうつかが重要です。次表に示すアナフィラキシー症状の重症度は3段階に分けられますが、3（重症）の下部に示してある全身症状の血圧低下・意識低下・ぐったり・意識消失の段階はいわゆる①ショック状態であり、まさにエピペン<sup>®</sup>を注射する段階です。それ以外でも

- \* 注射後、オレンジ色のニードルカバーが伸びているか確認します。ニードルカバーが伸びていれば完了です。
- \* 伸びていなければ、再度2項から行います。
- \* エピペン<sup>®</sup>はあくまでも医療機関への繋ぎの薬剤です。注射後には、すぐに必ず医師に診療を受けます。 (まとめ 野口)

鼎談

**患者がアスリートとして  
成功するまで**

出席者

清水宏保氏（長野五輪金メダリスト）

長谷川真紀先生

（相模原病院臨床研究センター副センター長）

司会 荒川潮乃さん

（NPO 法人相模原アレルギーの会副理事長）

グレード	1(軽症)	2(中等症)	3(重症)
皮膚症状	赤み・じんま疹 かゆみ	部分的、散在性 軽度	全身性 強い
顔の粘膜症状	眼、鼻、口など	まぶた、唇の腫れ、 口の違和感、 くしゃみ、鼻汁、鼻閉	顔全体の腫れ
消化器症状	腹痛	弱い(がまんできる)	明らか
	嘔吐・下痢	嘔気、単回	複数回
呼吸器症状	咳	単発	連続、咳込み
	喘鳴、 呼吸困難	—	弱い(聴診器で聴取)
喉の粘膜症状	喉の違和感	喉のかゆみ、違和感	飲み込みづらい
全身症状	血圧低下	—	—
	意識状態	やや元気がない	明らかに元気がない、 横になる、寒気

※本表はあくまでも重症度と治療の目安であり、治療は状況によって変ります。 (© Sampson Publishing, 2008. 21: 1800-8 敬愛)

エピペン<sup>®</sup>注射のタイミングとしては、②強い呼吸器の症状 ③喉（のど）の症状が該当します。

ここで休憩時間に今井先生から教わったエピペン<sup>®</sup>の使い方を記します。

- \* オレンジ色のニードルカバーを下にして、エピペン<sup>®</sup>の真ん中を片手でしっかり握り、もう片方の手の青色の安全キャップをはずします。
- \* エピペン<sup>®</sup>を大腿部に垂直に押しつけ、オレンジ色のニードルカバーの先端を「カチッ」と音がするまで強く押しつけます。
- \* そのまま、約3秒待ってから、エピペン<sup>®</sup>を垂直にしたまま抜きます。
- \* その間、子供が暴れないように、押さえていることが大ことです。



荒川：今日は清水さんの著書『ぜんそく力』のなかから体験談を中心にお話を聞いていきたいと思えます。清水さんが最初に発作を起こしたのは3歳のときとうかがっています。小学校まで発作がひどかったそうですが、その辺のことをお聞かせください。

清水：私の生まれ故郷は北海道の帯広市で、冬はマイナス30度、夏は30度を超すという寒暖の差が激しいところで、ぜんそく患者には過酷な環境だったと思います。発作がひんぱんに起きていたので、どんな症状だったのかはつきり記憶にないくらいです。

荒川：お父さまが清水さんのために組まれたという運動療法ですが、これは何をしたのでしょうか。

清水：昔から運動をすることによってぜんそくをコントロールできるというデータがありました。そういったことを踏まえて、ぜんそくをできるだけ薬を使わずに少しでもよくしようというのがきっかけで、スピードスケートを始めました。スピードスケートのほかにも、剣道、柔道、サッカー、レスリングなど野球以外のほとんどのスポーツをやりました。でもどれも私には合いませんでした。とくに水泳が苦手でした。呼吸を止めることが苦しかったからです。湿度や気温が高い環境が良いなどと言われますが、



私にはダメでした。運動療法という言葉自体、理解されにくい面もあります。ぜんそく患者には運動誘発性ぜんそくがある人もいて、患者は運動を敬遠しがちですが、敬遠すればするほどぜんそくはさらに悪化するといわれています。できれば軽度の運動をすることが、今の状態を一步改善できるんです。私はスピードスケートを選びました。スピードスケートは寒く、空気が乾燥した環境で行うスポーツなので、ぜんそくに向いている運動とはいえませんが、トレーニングのなかに多く含まれていたインターバル運動が私のぜんそくのコントロールに役立ったようです。インターバル運動というのは、たとえば10秒から30秒短い



時間走って2分休む、また10秒から1分走って2分休む、というような間欠的な運動です。僕はスケートリンクから自宅まで8キロの道を、電信柱ごとに走り歩くを繰り返して帰りました。真冬、大雪の中を毎日です。これが僕のぜんそくコントロールのレベルを上げるのに役立ちました。

**荒川：**同じぜんそく患者として、感心します。ところで長谷川先生、ぜんそく患者に運動は不可欠でしょうか。何か向いたスポーツはありますか？

**長谷川：**いま清水さんがおっしゃったように、ぜんそく患者、とくに若い患者さんには運動誘発性ぜんそくを起こすことが多いです。清水さんのお話を聞いてすごいなと思います。ちょっと例外的に過ぎるようなので、一般論をお話しますと、運動したときに発作が起きる要因としては、大量の冷たくて乾燥した空気を吸うことによって、気管支の粘膜から水分と熱が失われることがあります。これが起こりにくい運動として水泳が推奨されています。一番悪いのはたぶん冬のマラソンでしょう。一般的には、運動には呼吸機能を鍛える効果が十分に期待できると思います。

**荒川：**私も運動をしていたことがありますが、途中で苦しくなってしまったことが多々あります。そこで気管支拡張薬、サルタノール<sup>®</sup>を1回使ってから

運動していましたが、清水さんはどうでしたか？

**清水：**それは正解だと思いますね。それも運動の直前にではなく、1時間ぐらい前に気管支拡張薬を使って軽い運動をするのがいいそうです。運動の種類も、有酸素運動がよいといいと思われがちですが、ぜんそく患者には危険です。発作が起きやすく、持続的な運動なので心拍数も上がっていきます。どのぐらいの運動が適しているかという、年齢に応じた心拍数の範囲がネットで調べるとできますので、その領域でしたら運動誘発性ぜんそくが起りにくいのです。今39歳の私で言えば、1分間に120から150の心拍数内で運動する。それも持続的にではなく、間欠的に、つまり走って休んで、

走って休んで、というようにやっていく。走るのは1分以内ぐらいにする。走るのがつらい人は軽く歩いて休むを繰り返すウォーキングでもいい。それを1週間、2週間続けると、距離が延び、同じ運動をやっても苦しくなくなっていきます。そのなかで薬を使って運動を続けていくということが大切かもしれません

**荒川：**運動は大切だと思うのですが、この年になると歩くぐらいしかできなくて…。ところで長谷川先生、現在日本には何人ぐらいぜんそくの患者がいるのでしょうか。

**長谷川：**全人口の3%から5%ではないでしょうか。日本の人口が1億2000万人として400万人から600万人ぐらいですね。5%だとすると20人にひとりです。小学校が40人学級だとして各学級に平均して2人ぐらいいることになります。

**荒川：**世界では、アレルギー疾患患者は増えているのでしょうか。

**長谷川：**近年、世界的に見ても各種のアレルギー疾患患者が増えています。とくに先進国で増えています。アレルギーの発症は遺伝的要因と環境的要因の複雑な要因の組み合わせで決まりますが、100年や200年で遺伝的要因、つまり遺伝子が大きく変わるわけではないので、アレルギー疾患患者が増えてい

るのは環境的要因が大きいといえます。

**荒川**：ここで、清水さんがオリンピックで金メダルを取ったときのことをお聞きしたいと思います。1998年2月9日、今から15年前、清水さんが23歳のときに長野冬季オリンピックの500mスピードスケートで金メダルを取られたのですが、そのときのタイムが34秒82でしたっけ？

**清水**：いえ35秒です。その2週間後に世界記録を出したときがそのタイムでした。

**荒川**：私は入院していたので、そのときのことはよく覚えています。ちょっとお聞きしたいのですが、500m 走った後はすごく苦しいですか？ 無呼吸と聞きますが、息継ぎはしていらしたのでしょうか。

**清水**：無酸素性運動という言葉がありますが、短距離スピードスケートはまさにそれです。無呼吸、呼吸をしないと思われがちですが、そうではなく、無酸素性運動というのは血液のなかの酸素を使いきるという意味です。呼吸はしっかりしています。

**荒川**：周りの人に初めてぜんそくだと言ったのは大学時代だと聞いていますが、それまでは言わなかったのですか。

**清水**：小児からぜんそくの方はとくにそうだと思いますが、ぜんそくであることが生活の一部になっていたので、わざわざ告知することもなかったのです。ただ人にぜんそくだと知られたくないという気持ちはありましたね。一番よくないと思うのは、ぜんそくの子たちが内向的な性格になってしまうことです。学校で体育の授業やイベントに参加できず、ますます運動をしなくなって、骨格形成にも影響が出てくるという悪循環が起きる。僕はたまたまスピードスケートという活動があったため、悪循環に陥らないですみました。内向的な性格はなかなか変わりませんでした。

北海道から東京へ行き、大学の学生寮に入るとというのが一番困りました。1部屋に10人で畳もあってハウスダストがいっぱいという環境はさすがに危険だと感じて、大学にぜんそくであることを伝えて

対処してもらいました。

僕は高校を卒業するまで、発作時を除き、薬を一切使わず、ぜんそくをコントロールしてきたのです。大学に入った頃ちょうどステロイド吸入薬が出てきて、薬を使うようになりました。

**荒川**：専門医にかかったということですか。

**清水**：そうです。帯広に呼吸器の専門医はいませんでしたから。東京に出てきて初めて、薬と運動を組み合わせたぜんそくコントロールを身につけていきました。

**荒川**：東京に来て初めてステロイド吸入薬を使い始めたとのことですが。

**清水**：はい。でも初めはぜんそくの吸入薬としてステロイドのフルタイド<sup>®</sup>と気管支拡張薬のサルタノール<sup>®</sup>を処方されたのですが、両方ともぜんそくの薬という理解で、吸ってすぐ改善が見られないステロイド吸入薬はすぐ使わなくなり、気管支拡張薬だけを使っていました。

**荒川**：私にも同じような経験があります。私が吸入ステロイドを初めて処方されたのは1980年代でしたが、気道の炎症を治療する薬だとの説明がなかったため、あまり使わずストックを抱えていました。ただ毎日きちんと使うというのは、かなり面倒です。先日の新聞にも、もう治ったからという理由で勝手にステロイド吸入薬をやめてしまう人が多いと出ていました。長谷川先生、ぜんそくが治ったというのは、どんな状態をいうのですか？

**長谷川**：まず咳、息苦しさがなくなることが大前提です。そして最低限、呼吸機能が正常に復していることを検査で確認します。さらに患者さんに気道を刺激する薬を最初は薄く、だんだん濃くして吸ってもらい、



どこで反応するかを見るという検査で過敏性がわかります。薄い濃度で反応すれば過敏性が高いことになります。

正常な人の近くまで過敏性が低くなれば、かなり高い確率で薬を減らす、あるいは止めることができます。自覚症状だけで、もう治ったから薬をやめるとするのは、大変危険です。

**荒川**：私たちの会では、年に4回勉強会をやっています。前回は専門医の先生を講師に招いて、肺機能検査について学びました。ぜんそくの患者は少なくとも年1回肺機能検査を受けることが推奨されていますが、清水さんは定期的に肺機能検査を受けていらっしゃるでしょうか？

**清水**：はい、年1回の健康診断のときに受けています。われわれぜんそく患者は1度発作を起こしてしまうと、肺がやけどをしている状態になってしまうんですね。薬を使えば症状は治まりますが、肺の状態は1年半は元に戻らないと聞きます。ぜんそく患者は定期的にステロイド吸入薬を使わなければならないし、また目安として肺機能検査をうける必要があると思います。またぜんそく患者は風邪のウイルスやいろいろな刺激物に対して反応しやすい体質であることを理解していただきたいと思います。

**荒川**：清水さん、ぜんそくのコントロールは毎日していますか？

**清水**：僕はアドエア<sup>®</sup>を使っています。ただお伝えしたいのは、僕が使っている薬が万人に合うとは限らないということです。ぜんそくの薬はたくさんあるので、病院の先生と相談してご自分に合った薬をさがしていただきたいと思います。私たちのように小児からぜんそくの人間のコントロールレベルは比

較的高いのですが、ぜんそくを成人で発症された方は、どんなときにどういう症状が出るかきちんと理解できていないことが多いようです。自己判断ではなく専門医に相談しながら、自分なりのコントロール法を見つけたいと思います。

**荒川**：コントロールの話が出ましたが、ご著書にはピークフロー測定はサボりがちと書かれています。ぜんそく日記はつけていますか？

**清水**：それが、つけていません。どうしても自己コントロールはサボってしまってます。

**荒川**：われわれの勉強会では、「ぜんそく日記があればお医者さんとうまく対話ができるよ」という話をしています。お医者さんとうまく話をするのはむずかしいですが、こうしたツールをうまく使って、お医者さんとのコミュニケーションを図っていただきたいと思います。さて清水さん、ここでピークフローメーターを吹いてみていただけますか？

**清水**：もちろん、いいですよ。〈フツ〉

**荒川**：500ありますね。これはすごいです。毎日測るのは面倒ですが、歯磨きをする、ご飯を食べると同じようにピークフローを吹いていただけるといいと思います。長谷川先生、年齢、身長などによる数値の違いをお話してください。

**長谷川**：呼吸機能の数値は、ピークフローもそうですが、男性と女性で違います。あと大きなファクターは年齢と身長です。この年齢でこの身長だったら標準はこのぐらいという計算式があり、その何パーセントかをみます。ぜんそくの患者さんで呼吸機能の数値が重要だというのは、もうひとつ理由があります。ぜんそくを長く患っていると、呼吸困難を感じる程度が下がります。ぜんそくでない人が息苦しさ

を感じるレベルの呼吸機能の数値でも、ぜんそくの患者さんはそれほど息苦しさを感ぜないのです。ですから自覚症状はあまりあてになりません。呼吸機能検査を受けることと、ピークフローなど客観的な数値で判断することが大切です。

荒川：では清水さん、最後にこの会場にいる皆さんに、希望と生きる勇気を与えてくれるメッセージをお願いします。

清水：ぜんそくの薬はここ7、8年の間に急速に進歩しました。でもまだ十分に普及しておらず、情報として伝わっていないのが現状です。今はステロイド吸入薬と気管支拡張薬の合剤があります。しかし今も古い薬を使っている人がたくさんおられます。できるだけ新しい薬に変えていくということが大切だと思えます。またぜんそく患者の多くは運動を敬遠しがちです。そうすると高齢になってから高脂血症などの慢性疾患を発症する確率は高くなるでしょう。骨粗鬆症の心配もあります。ですからできるだけ運動をすれば、こうした病気を予防することができ、今日本で問題になっている医療費の削減にも貢献できる。こうして社会に貢献しながら、自分の病気のメカニズムを知り、コントロールする日々の努力をすることで、より豊かな生活をしていただきたいと思えます。

僕がぜんそく患者でなかったら金メダルは取れなかったと感じています。なぜなら、ぜんそくでなければ自分の肺の状態にこれほど意識を集中させることはできなかったでしょう。ぜんそく患者はそうした繊細なものを持っています。それを僕は競技に活かしました。小さな身体でも、極限まで追い込むこともできました。アスリートというのは、自分の身体の限界よりも、どうやって脳の限界を打ち破るかなんです。それができたのは、小さい頃からぜんそくで苦しんできたので、つらい練習のときも、発作の苦しさに比べたら、こんな辛さは何でもないと考えることができたからです。ぜんそく患者には芸術家など何かを成し遂げている人が多いんです。ですから内向的にならずに、いろんなことにチャレンジしてほしい。そのためにもぜんそくをうまくコントロールし、付き合っていくください。

荒川：ぜんそくはハンディではないんですね。

清水：はい、ハンディではありません。

荒川：今日はありがとうございました。

(まとめ 丸山)

## 相模原アレルギーの会活動報告

☆2月9日おださがプラザにて、第8回勉強会を「肺機能検査について」相模原病院アレルギー科押方智也子先生をお招きして開催いたしました。今回の勉強会は特に患者にとって大切な内容を含んでいました。次号以降に詳細を報告します、

☆第19回アレルギー週間に、横浜そごうにて開催された講演会・相談会に患者の立場からの相談に参加しました。

### ☆「アレルギー週間の集い2013in 広島

知っておきたい！！アレルギーQ&A

に参加しました。

3月3日に、アレルギー協会中国支部主催の講演会と個別相談会へ講師として参加しました。本年は、初めて患者の声を講演の中にということで、発病の経緯や治療の経過、発病から実生活がどの様に変化したのかをお話しました。30分の講演後、先生からは、診察室では解らない患者の悩みなどが聞けて、診察中に耳を傾けなければいけない！と思うことが多かったといった声と共に、患者さんからは、基幹病院から転院する時の不安や病院探しのコツ、薬剤を使っている不安、安定するまでの期間など細かな質問があり、少しはお役にたったのかなと胸をなでおろした次第です。

また、食物アレルギーなどについては、負荷テストなど実施する医療機関が少なく、大変だなどの実感を持ちました。

(報告 北島)

### ☆ご寄付をいただきました。

会の運営費の一部として下記の方々にご寄付を頂きました。ありがとうございました。

グラクソスミスクライン株式会社さま

国立病院機構相模原病院ご篤志さま

匿名 2名さま

☆ホームページ、メールアドレスが、リニューアルにともない変更になりました。

会のfacebookも始めました、「いいね！」よろしく！