

けせん広報



目次

●巻頭言 「新型コロナ感染症と在宅医療」 気仙医師会 副会長 岩渕内科医院 院長 岩 渕 正 之… 2	●気仙医師会学術講演会 ■気仙地区アレルギーフォーラム 「アレルギー性鼻炎のUp to date」 東北医科薬科大学医学部 耳鼻咽喉科学教室 教授 太 田 伸 男先生… 14
●理事会報告……… 3	●令和元年小児科救急医師研修事業ブロック別医師研修会 「小児のアレルギーについて」岩手県立大船渡病院小児科 新生児科長 浮 津 真 弓先生… 13
■令和元年度第 6 回理事会報告……… 3	●会員の退会お知らせ……… 20
■令和元年度臨時理事会報告……… 11	●事務局日記……… 21
●隨 想	●編集後記……… 22
「越喜来診療所へ」 大船渡市国保吉浜診療所・綾里診療所 所長 渡 邊 周 永… 12	●表紙のことば……… 22
●各科のトピックス「最近増加傾向にある眼疾患とそれに対する最新の診断法と治療法 ～加齢黄斑変性と光干渉断層撮影と抗 V E G F 療法～」 飯塚眼科医院 院長 飯 塚 和 彦… 13	



第153号
2020. 4. 25

気仙医師会
岩手県大船渡市盛町字内ノ目6-1
TEL:0192-27-7727 FAX:0192-26-2429
<http://kesen-med.or.jp/>

卷頭言



「新型コロナ感染症と在宅医療」

気仙医師会 副会長
岩渕内科医院 院長

岩渕 正之

新型コロナウイルス感染症が重要な局面を迎えていた。

県外の医療機関では完全な面会中止処置もとられている。

当院でもコロナ疑いで保健所に連絡例があり、予断を許さない。

中には保健所より自宅安静を指示されたにもかかわらず、会社上司からの「もう一回病院に行ってきちんと調べてこい」と言われて当院に来院した例もある。

疾患への無理解による社会的混乱が始まっている。

翻って当院では他の医療機関とは異なる問題を抱えている「在宅診療」である。

在宅患者の状態が悪化した時は知り合いや親戚一同が次々と患家を訪れる。

狭い部屋で顔を寄せ合ってお茶を飲みながら語り合っている。

ご家族は帰ってくれとも言えず、不安そうな顔、看取りが近くなると一目会いたい、との理由で県外からの見舞い客が増えたりする。

「北海道と東京から見舞いに行く、と連絡あったがどうすっぺ」公共機関もお使いでしょうから見合させて貰いましょう。

「わがりやした、万一の時も人ア呼ばず、小ぢんまりやっから」在宅医療の利点はいつも家族が周りにいる、会いたい人がいつでも来れる、なのだががある程度の制限も必要になってきた。

何より自分が感染しないように、が重要。

自分が感染して14日間の自宅待機になると30~40人ほど抱えている在宅診療が崩壊してしまう。

現時点での脆弱な在宅医療を考えると複数の在宅医が必要だ。

隨 想

「越喜来診療所へ」

大船渡市国保吉浜診療所・綾里診療所 所長

渡 邊 周 永

平成30年1月に吉浜診療所に着任してから2年2か月が経過した。漁村にある小さな診療所の患者は、高血圧など生活習慣病の治療を目的に定期受診する人たちだ。小児科の看板は掲げたが、着任したての小児科を受診する患者は少なかった。過疎の進む田舎の診療所に小児科医が来たと珍しがって取材に来たマスコミは、受診する親子へのインタビューのために数日張り込んだ。患者数は少しづつ増えているが、少子高齢化に加えて人口減少が進んでいるため絶対数は多くない。

あまり患者さんを待たせずに診察を終えると、夕方からは大船渡市産業医としての仕事に取り掛かる。役所の仕事が山積する時期は職員の超過勤務面接等が連日あるが、年間を通してみればそれほど忙しいわけでもない。かかりつけ患者さんが亡くなり、時間外に往診して死亡診断書を記載することはあるが、それも滅多にない。

月曜日と木曜日の午前中は綾里診療所に出向いて診療する。診療が終われば吉浜に戻り午後からは吉浜診療所で診療する。通勤には三陸鉄道、通称「三鉄」を利用していた。乗車区間は吉浜ー綾里間で乗車時間はわずか20分だが、ぼんやりと乗っている間に到着するのが良いところだ。難点を挙げれば、強風時に列車が運休することだ。特にこれから春一番が吹き終わるまでが多い。平成6年2月22日に甫嶺駅付近で強風のために脱線、けが人を出す事故があった。安全確保のために強風時の運休は仕方ないが、移動のために急遽市役所職員を呼び出して送迎してもらうことが数回続き、途中から公用車を運転して通勤した。

高校生の頃も通学に列車を利用していた。30年以上も前の事だ。車窓の風景は正確には覚えていないが、ある時乗車していた列車が牛を轢いたことがあった。放牧場から逃げ出した牛が線路上に迷い込んだらしかった。当時はJR盛線で、列車は時間帯により2~3両編成だった。改札に近い下りの先頭車両の海側を指定席にしていた。列車はトンネルから出るときに汽笛を鳴らすが、その日はしつこく汽笛が鳴っていたようだ。急ブレーキの後、衝撃があり停車した。何かにぶつかったなと感じた。先頭車両の乗車客がまばらだったためか車掌は「高校生、手を貸して」と言ってきた。線路上に横たわって啼く牛は泥と血と糞に塗れ酷い臭いだった。車掌は頼みごとをしたつもりだったろうが、焦る大人の威圧感に断る術を知らない高校生は牛の足を持って線路から引きずって降ろした。行儀の良くない男子高校生がハンカチやタオルなど持っているはずもなく、素手だったことを悔やんだ。そのまま列車に乗り込み、下車するなり手を洗ったが感触と臭いは今でも覚えている。

令和2年4月からは、隣の越喜来診療所に異動して診療することになった。越喜来地区も少子高齢化と東日本大震災の影響で人口減少が顕著である。もう牛の足を掴むことはないだろうし三鉄も魅力的だが通勤は車にしようと思う。

各科のトピックス



「最近増加傾向にある眼疾患とそれに対する最新の診断法と治療法 ～加齢黄斑変性と光干渉断層撮影と抗VEGF療法～」

飯塚眼科医院 院長 飯 塚 和 彦

加齢黄斑変性は、加齢に伴って網膜の中心部である黄斑の下に老廃物が蓄積することにより、視野の中心部に歪みが生じ、進行すると暗く見えにくい部位が生じ、視力障害をきたす疾患です。加齢黄斑変性は馴染みの薄い病名かもしれません、欧米では成人の失明原因の第1位の疾患です。日本では比較的少ないと考えられていきましたが、人口の高齢化と生活の欧米化により最近20年間程で著しく増加しており、失明原因の第4位となっています。50歳以上の約1%にみられ、高齢になるほど多くみられます。

加齢黄斑変性は、滲出型と萎縮型に分類されます。滲出型は、黄斑下の老廃物蓄積に伴い、新生血管が脈絡膜から網膜下に侵入して網膜が障害されるタイプです。新生血管は正常の血管と異なり血液成分を漏出したり、血管が破れたりします。血液成分が漏出すると網膜浮腫を生じたり、網膜下液が溜まります。そのために網膜が正しく働くなくなります。血管が破れると出血となり網膜を障害します。滲出型は病状の進行が早く、急激な視力低下をきたすため、早期に診断と治療を行うことが重要となります。日本人ではこの滲出型が大部分を占めています。萎縮型は、黄斑下に老廃物が蓄積することにより、黄斑が萎縮していくタイプです。病状の進行は緩やかで視力低下も緩徐です。現在この萎縮型に対するこれといった治療法はありませんが、滲出型へ変化があるので、定期的な観察が診療の主体となります。

加齢黄斑変性が日本で増加するのとほぼ同時期に、光干渉断層撮影法（OCT, Optical Coherence Tomography）が普及し始めました。OCTは、1990年代から開発され、2010年頃には各検査機メーカーから種々のOCTの機種が販売され、眼科領域で大いに臨床応用されています。OCTは、CTスキャンや超音波エコグラフィーと同様の原理の技術です。光源として可視光や近赤外光を用いることにより、X線や超音波ほど組織の奥深くには侵入できませんが、顕微鏡に匹敵する分解能を有しており、眼科領域での臨床応用に適しています。OCTにより、眼球の種々の組織の断層撮影が可能となり、眼底疾患、緑内障、角膜疾患など眼科の多くの領域の診断に寄与しています。さらに、OCTによって造影剤を用いずとも眼底の血管像を構築することができるまでになっており、加齢黄斑変性においても、黄斑部のOCT検査は極めて有用であることは言うまでもありません。

最近10年程前まで、加齢黄斑変性に対する有効な治療法がなかったのですが、最近、滲出型加齢黄斑変性に対するいくつかの治療法が新たに開発され、多くの患者さんで視力の維持や改善が得られるようになってきました。これらの治療法のうち、最もスタンダードな治療法が抗VEGF療法です。脈絡膜血管新生と、血管からの血液成分の漏出を引き起こす分子の一つに、血管内皮増殖因子（VEGF, Vascular Endothelial Growth Factor）があります。VEGFは、胎生期や創傷治癒過程において血管形成に関与しているものと考えられています。さらに、癌、関節リウマチ、加齢黄斑変性などの血管新生を伴う疾患においても、VEGFの発現量の上昇が認められます。抗VEGF療法は、分泌されたVEGFが受容体と結合することを阻害し、血管新生が起こるプロセスを抑制する抗VEGF薬を投与する治療法です。

具体的には、硝子体注射により行われます。眼球の中心に向けて注射するイメージです。ただし、疼痛はほとんどありません。患者さんにとっては、非常に怖いことでしょうし、硝子体注射の合併症として、眼内炎、眼圧上昇、水晶体損傷、網膜裂孔、網膜剥離などのリスクもあります。加えて、抗VEGF療法で望める視力回復は多くの場合、白内障手術のように劇的なものではなく、視力が数段階回復する程度といったものが多いのも事実です。また、抗VEGF療法は、1回の治療に白内障手術とほぼ同等の高額な治療費がかかり、さらにそれを数回行うことが一般的であり、このことが継続的な治療をより一層困難にしています。実際に、患者さんの中には治療に伴う負担と対眼の視力を天秤にかけ、継続治療を断念される方もいらっしゃいます。抗VEGF療法に伴うリスクや負担を軽減し、加齢黄斑変性の治療効果を向上していくために、薬剤が今より安価になることと、注射ではなく点眼など簡便な方法で投与できるようになります。

気仙医師会学術講演会

気仙地区アレルギーフォーラム

「アレルギー性鼻炎診療のUp to date」

東北医科薬科大学医学部 耳鼻咽喉科教室 教授 太田伸男先生

はじめに

近年の免疫学の進歩によって、耳鼻咽喉科免疫関連疾患の様々な免疫応答の様式が解明されつつある。今回は免疫グロブリンが病態に深くかかわっているアレルギー性鼻炎とIgG4関連疾患について基礎と臨床のクロストークという面から概説する。

アレルギー性鼻炎の病態とその治療

花粉症の管理・治療のエンドポイントであるが、自然寛解が少なく治療は長期間に及ぶことが多い点を考慮すると、花粉症患者のニーズは短期的な症状の緩和であったり、長期的な寛解であったりそれぞれ大きく異なる。一般的に、多少のくしゃみや鼻汁などの症状は残っても日常の生活上の支障とならない状態を維持できることが治療の目標となる。

1) 花粉症の薬物療法

花粉症においては抗原回避と薬物治療が中心となる。受診の時期や花粉飛散量に応じ、個々の症例に最も適した薬物、または薬物の組み合わせを見つけることが肝要である。花粉症に対する薬物療法としては、症状が出る前から治療を開始する初期治療、症状が強くなってから治療を始める導入療法、よくなった症状を維持するための維持療法がある。患者の持つ感受性、反応性を考慮した上で、治療開始時期や使用薬剤を決定することが大切である。しかし、個人の過敏性を知る確立された手段はなく、患者が来院する時期および

その症状に適合した方法をとるのが現時点での選択となっている。(図1) 1)-4) 小児では成人に準じた薬物治療を行うが、適応と剤形さらには適応年齢の問題があるため注意を要する。

① 初期治療（症状がないか出始めてすぐに治療する場合）

症状が軽度な時期に治療を始める方法で、目的は過敏性亢進を抑制することにある。第2世代抗ヒスタミン薬、抗ロイコトリエン受容体拮抗薬、抗プロスタグランдинD2・トロンボキサンA2受容体拮抗薬、Th2サイトカイン阻害薬あるいはケミカルメディエーター遊離抑制薬のいずれかを例年の症状の程度および予測される花粉の飛散数によって選択し花粉飛散終了まで続ける。花粉飛散数が増加し、このBaseline Therapyの薬剤のみでは症状の抑制ができなくなった場合には、ベース以外の作用機序の薬剤を併用する。また、花粉飛散ピークの特に症状の強い場合には糖尿病や消化性潰瘍などの合併症がないことを確認した上で、経口ステロイドの頓用も行う。また、大量飛散が予測されている場合は、局所ステロイドを併用することも有効である。近年、1日1回の局所ステロイドが開発され、服薬のタイミングであるが入浴後など鼻腔の通気度が比較的良好な時に服用した方が、薬剤が鼻腔内全体に行きわたって有効性が高まると考えられる。また、鼻閉の強い場合にはエフェドリンを配合されたディレグラ®の短期間の投与も考慮する。

② 導入療法（症状が強くなってから治療を始める場合）

大多数の患者は症状がある程度強くなってから医療機関を受診する。この時点での鼻粘膜は反応性が亢進した状態にあり、導入療法として最初に強力な治療を行って症状とともに過敏性も花粉飛散前の状態に戻すことが重要である。適切なケミカルメディエーター受容体拮抗薬を病型および重症度から選択しBaseline Therapyのベースとして開始し、効果が不十分の場合は局所ステロイド薬などベース以外の効果作用機序の薬剤を併用する。症状の特に強い場合は、さらに経口ステロイド薬やディレグラ®を1から2週間を目安に併用する。

③ 維持療法（よくなつた症状を維持するため）

初期療法や導入療法によって、よくなつた症状を維持するためにベースとなるケミカルメディエーター受容体拮抗薬やケミカルメディエーター遊離抑制薬を花粉飛散終了まで続ける。症状や重症度に応じてベースとなる薬剤の変更や局所ステロイドの併用も考慮する。

2) 免疫療法

免疫療法は長期寛解を期待できる唯一の方法である。しかし、従来行われてきた抗原特異的免疫療法(SCIT)は長期間の皮下注射を必要とすること、頻度は低いながらアナフィラキシーの発生があることからまだ十分に普及していない。この点を解決するためにスギ花粉症に対する舌下免疫療法が開発された。このスギ花粉症に対する舌下免疫療法は有効な治療方法であるが、この治療法の成功の鍵はアドヒアランスである。このアドヒアランス向上のためには患者教育が極めて重要であり、①即効性はないこと、②長期間の服薬が必要であること、③家庭で副反応が出る可能性があること、④副反応に対する対処方法を習熟することが大切なことを指導することが肝要である。副反応のほとんどは口腔内のかゆみや口唇の腫れ、咽頭刺激感などの局所反応である。これらの副反応をさけるための注意点として、①舌下投与後30分間は、副反応が生じやすい、②服用後2時間は激しい運動や入浴は避ける、③服薬直後の食事や飲酒は避ける、④誤って過量を服薬した場合には、直ちに吐き出し"うがい"をしっかりして、翌日以降は正確な用量を服用すること、⑤舌下せずに誤って飲み込んでしまった場合は、同日は再度の服用を行わず、翌日から正確な用量を舌下すること、⑥服用を忘れてしまった場合には、同日中に思い出した場合はその日の分を服用し、また前日に服薬を忘れた場合は翌日にその日の分1日分だけ服用するように指導することがポイントである。詳細は、参考文献をご参照いただきたい。4) 舌下免疫療法では服薬指導が極めて重要であり、医師と薬剤師との連携は今後ますます必要性が高まり、服薬指導を含めた薬剤師の果たす役割もさらに重要になると考えられる。

IgG4関連疾患

IgG4関連疾患は、全身の諸臓器にCD4ないしCD8陽性Tリンパ球とIgG4陽性形質細胞が浸潤する全身性疾患である。そのIgG4陽性形質細胞の浸潤は、脾臓、胆管、唾液腺、甲状腺、後腹膜などに認められることが多い。ミクリッツ病やキュットナー腫瘍などの硬化性唾液腺炎、自己免疫性脾炎、原発性硬化性胆管炎、後腹膜線維症など独立して診断されてきたこれらの疾患は、この新しい疾患概念であるIgG4関連疾患の一つの表現型である可能性が示唆されている。(図2) ミクリッツ病は、両側の涙腺や耳下腺、頸下腺の腫脹を特徴とする症例を1892年にMikuliczが発表したことで知られるようになり、その後、唾液腺腫脹を来す多くの疾患がミクリッツ病と診断されるようになった。シェーグレン症候群が広く知られるようになってからは、その異同についての議論が長期間にわたり続いたが、1953年と1954年にMorganとCastlemanが、ミクリッツ病はシェーグレン症候群の一亜型であると結論づけた⁵⁾後は、欧米ではミクリッツ病の報告はほとんどみられなくなった。しかしながら、本邦ではその後もミクリッツ病とシェーグレン症候群の違いが注目され、詳細な比較検討が報告してきた^{6) 7)}。

2000年以降、自己免疫性脾炎の疾患概念の確立に伴い、ミクリッツ病症例での血清学的、組織学的なIgG4高値が示され、シェーグレン症候群ではIgG4高値を認めないことから、ミクリッツ病の独立性が提唱された^{8) 9)}。シェーグレン症候群との相違点としては、性差、乾燥症状、抗SS-A/SS-B抗体の陽性率、血清IgG4値、組織学的なIgG4陽性細胞浸潤およびステロイドへの反応性などが挙げられる。

IgG4関連ミクリッツ病の診断項目として次の3項目が挙げられている。1. 涙腺、耳下腺、頸下腺の持続性（3か月以上）、対称性に2ペア以上の腫脹を認める。2. 血清学的に高IgG4血症（135mg/dl以上）を認める。3. 涙腺、唾液腺組織に著明なIgG4陽性形質細胞浸潤（強拡大5視野でIgG4陽性/IgG陽性細胞比が50%以上）を認める。この3項目のうち、項目1を必須項目とし、項目2または項目3を満たすもので、サルコイドーシスや癌などを鑑別したものをIgG4関連ミクリッツ病とする診断基準案が提唱され^{10) 11)}、2008年に日本シェーグレン症候群研究会において承認されている。しかしながら、症状からは強くIgG4関連ミクリッツ病が疑われても、血清IgG4値が高値を示さない症例も報告されており¹²⁾、このような症例の位置づけ、治療をどのようにしていくかも今後の検討課題のひとつであると考えられる。

治療としては、ステロイドの全身投与が有効であったとの報告がしばしばなされている^{13) 14) 15)}。自験例でもステロイドの使用により、唾液腺や涙腺の腫脹だけでなく、脾臓などの腹部臓器病変や、口渴、ドライアイなどについても著明な改善が認められ、ステロイドの全身投与が有効であることが確認されている¹⁶⁾。自己免疫性脾炎や硬化性胆管炎などでは、ステロイドの持続投与を中止したのちに再燃を認めることが報告されている^{17) 18)}ことから、唾液腺炎においても持続投与が必要であると考えられるが、その維持量や継続期間についてはいまだ統一した見解は得られていないのが現状である。近年、ステロイド以外に、腎移植後の拒否反応の抑制や関節リウマチの治療等に用いられるmizoribine（ブレディニン®）の使用がIgG4関連疾患の症状と血清IgG4値の改善に有効であったとの報告がなされている¹⁹⁾。Mizoribineは、リンパ球の核酸合成を選択的に抑制することが知られており、さらに症例を重ね、治療の長期成績についても検討していく必要がある。

IgG4関連疾患に合併する全身性疾患は予測可能か？

IgG4関連疾患で涙腺・唾液腺に病変が限局している場合、他の全身性の病変の評価のために全身CTを行うことが肝要である。特に脾臓、腎臓、後腹膜、肺、中枢神経に病変が発生した場合には、治療の遅れが不可逆的な臓器障害の原因となり得るため、早期診断早期治療が重要となる。^{15) 16)}IgG4関連疾患に合併する全身合併症の中で最も頻度が高いのが自己免疫性脾炎であり、経過観察上重要な標的臓器であり、定期的なアミラーゼ、CRPなどの測定も重要である。一方、IgG4関連疾患の全身合併症の予測因子としては、

①血清中のIgG4値、②IgG4/IgGの比率、③局所のIgG4陽性細胞浸潤の程度が有用な指標とされており、我々の症例でも、IgG4/IgGの比が高く、局所でのIgG4陽性形質細胞の浸潤が高度の症例で、自己免疫性肺炎を含めた全身合併症が認められた（表1）。17、18

ま と め

今回、耳鼻咽喉科免疫疾患であるアレルギー性鼻炎とIgG4関連疾患では、免疫グロブリンがその病態において重要な役割果たしている。スギ花粉症の治療では薬物療法を中心であるが、今後は絶佳免疫療法の新たなる展開が期待されている。また、IgG4関連疾患は、比較的まれであるものの自己免疫性肺炎などの唾液腺以外の致死的な疾患を併発するためマネージメントの上で注意を必要とする。

参 考 文 献

1. 鼻アレルギー診療ガイドライン作成委員会： 鼻アレルギー診療ガイドライン
通年性鼻炎と花粉症 2016年版 ライフサイエンスメディカ、2016
2. 日本アレルギー学会 アレルギー疾患診断・治療ガイドライン 2010 p199-239 協和企画 2010
3. 今野昭義；新しい診断と治療のABC12 アレルギー性鼻炎 最新医学社 2011
4. 岡本美孝、他：アレルギー性鼻炎に対する舌下免疫療法の実際と対応 日本鼻科学会誌 52:41-45, 2013
5. 今野昭義、伊藤永子、他 : Sjogren症候群、Mikulicz病およびその周辺疾患をめぐる問題点。
唾液腺シンポジウム 25:1-33, 1984.
6. 今野昭義、伊藤永子 : Mikulicz病。 耳鼻・頭頸外科 61:426-427, 1989.
7. 日内誌 101:795-804, 2012
8. Yamamoto M, Takahashi H, et al. : Clinical and pathological characteristics of Mikulicz's disease (IgG4-related plasmacytic exocrinopathy). Autoimmun Rev 4:195-200, 2005.
9. Yamamoto M, Harada S, et al. : Clinical and pathological differences between Mikulicz's disease and Sjogren's syndrome. Rheumatology (Oxford) 44:227-234, 2005.
10. Masaki Y, Dong L, et al. : Proposal for a new clinical entity, IgG4-positive multi-organ lymphoproliferative syndrome: Analysis of 64 cases of IgG4-related disorders. Ann Rheum Dis 68: 1310-1315, 2009.
11. 水見徹夫、金泉悦子、他:ミクリツ病とキュットナー腫瘍（慢性硬化性唾液腺炎）の新しい疾患概念。
耳鼻臨床 101:73-82, 2008.
12. 今井隆之、吉原俊雄 : 自己免疫性肺炎を合併したミクリツ病?IgG4高値を示さない1例。 耳鼻臨床補 120:106, 2007.
13. Yamamoto M, Harada S, et al. : Beneficial effects of steroid therapy for Mikulicz's disease. Rheumatology 44:1322-1323, 2005.
14. 中野誠一、山本元久、他 : ミクリツ病3例の検討。 耳鼻臨床 101:591-597, 2008.
15. 山本元久、小原美琴子、他 : ステロイド療法により耐糖能障害の改善を認めた自己免疫性肺炎合併 Mikulicz病の1例。 日臨免誌 28:349-356, 2005.
16. 倉上和也、太田伸男、他 : IgG4関連硬化性疾患の検討。 耳鼻臨床 103:8;747-754, 2010.
17. Ohta N, Kurakami K, Ishida A, Furukawa T, Saito F, Kakehata S, Izuhara K : Clinicopathological characteristics of IgG4-related sclerosing sialadenitis. Laryngoscope 122:572-577, 2012
18. Ohta N, Makihara S, Okano M, Kurakami K, Ishida A, Furukawa T, Suzuki Y, Watanabe T, Kakehata S, Aoyagi M: The roles of IL-17 and Th1 and Tc1 cells in patients with IgG4-related sclerosing sialadenitis Laryngoscope 122:2169-2174, 2012

図の説明

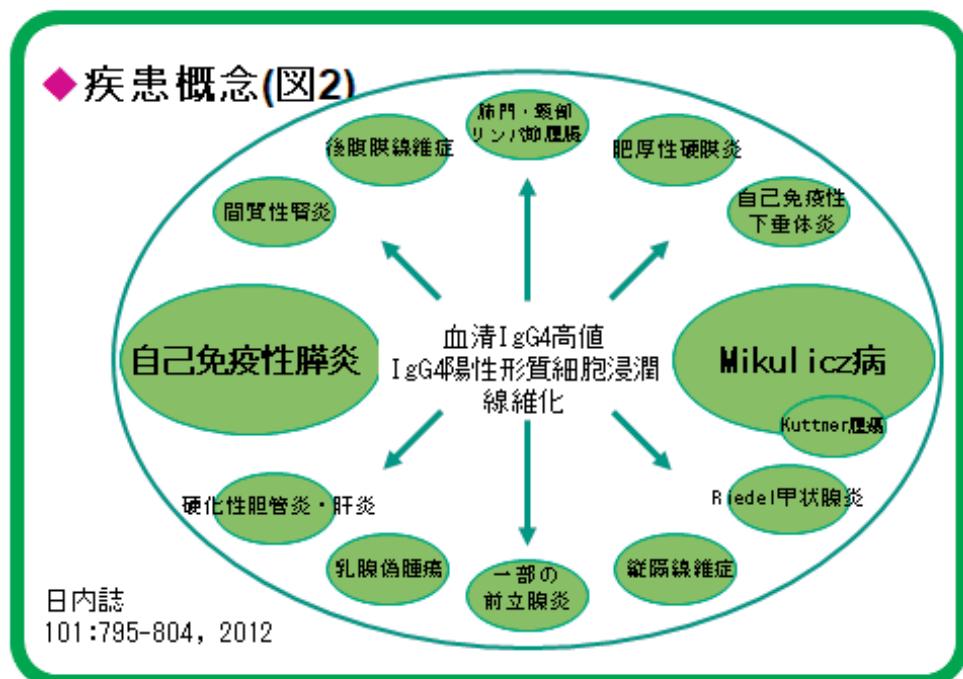
図1：重症度に応じた花粉症に対する治療法の選択

重症度に応じた花粉症に対する治療法の選択

重症度 病型	初期療法	軽症	中等症	重症・最重症
		くしゃみ・ 鼻漏型	鼻閉型または鼻閉を 主とする完全型	くしゃみ・ 鼻漏型
	①第2世代 抗ヒスタミン薬 ②避難抑制薬 ③抗LTs薬 ④抗PGD ₁ ・ TXA ₂ 薬 ⑤TH2サイトカ イン阻害薬 ⑥鼻噴霧用 ステロイド薬	①第2世代 抗ヒスタミン薬 ②避難抑制薬 ③抗LTs薬 ④抗PGD ₁ ・ TXA ₂ 薬 ⑤TH2サイトカ イン阻害薬 ⑥鼻噴霧用 ステロイド薬	抗LTs薬または 抗PGD ₁ ・TXA ₂ 薬 + 鼻噴霧用 ステロイド薬 + 第2世代 抗ヒスタミン薬 もしくは 第2世代 抗ヒスタミン薬・ 血管収縮薬配合剤 + 鼻噴霧用 ステロイド薬	鼻噴霧用 ステロイド薬 + 第2世代 抗ヒスタミン薬・ 血管収縮薬配合剤 もしくは 鼻噴霧用 ステロイド薬 + 第2世代 抗ヒスタミン薬・ 血管収縮薬配合剤 必要に応じて点鼻用血 管収縮薬を1～2週間 に限って用いる。 症状が特に強い症例で は経口ステロイド薬を 4～7日開始方する。
治療	くしゃみ・鼻漏 型には①、②、 ③。鼻閉型または 鼻閉を主とする 完全型には 必要に応じて④ ⑤、⑥の いずれか1つ。	①～⑥のいずれ か1つ。 ①～⑤で治療を 開始したときは 必要に応じて⑥ を追加。	点鼻用抗ヒスタミン薬または避難抑制薬	点鼻用抗ヒスタミン薬、避難抑制薬 またはステロイド薬 鼻閉型で鼻腔形態異常を伴う症例では手術
				アレルギン免疫療法 抗原除去・回避

鼻アレルギー診療ガイドライン 2016年版

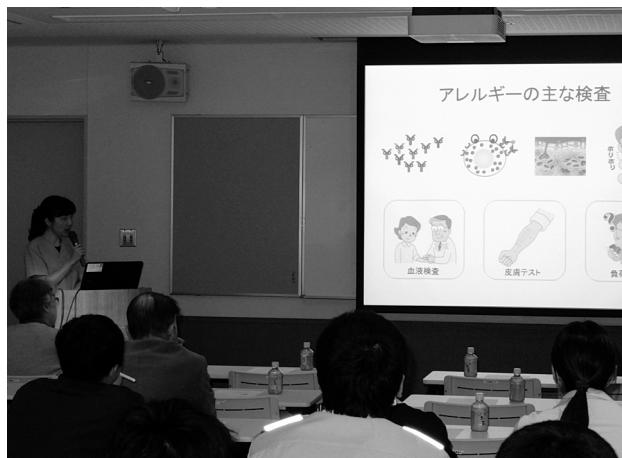
図2：IgG4関連疾患の疾患概念図



令和元年度 小児科救急医師研修事業ブロック別医師研修会

「小児のアレルギーについて」

岩手県立大船渡病院小児科 新生児科長 浮津 真弓 先生



令和2年1月29日（火）例年開催している気仙医師会主催の令和元年度小児科救急医師研修事業ブロック別医師研修会が岩手県立大船渡病院の大会議室を会場に開催されました。気仙医師会伊藤俊也総務部長が座長を務め、岩渕正之副会長からの主催者あいさつに続き、講演が行われました。

岩手県立大船渡病院小児科新生児科長の浮津真弓先生から「小児のアレルギー」と題して、大きく「アレルギーについてとアナフィラキシー対応について」様々な事例等を交えて講演をいただきました。参加者は、医師、薬剤師、看護師、気仙管内の消防署職員等総勢50名でした。

講演後の質疑応答では多くの方々から質問が出されました。救急活動に携わっている各消防署の救急救命士からは、アナフィラキシーの見分け方や補助治療剤エピペンの使用判断など、患者輸送に当たる隊員ならではの質問も出されるなど、活発な質疑が行われ、大変有意義な研修会となりました。



● 会員の退会お知らせ

退会会員

一ノ瀬 高志 先生

退会年月日 令和2年3月31日

富澤洋子先生

退会年月日 令和2年3月31日

菊池琴佳先生

退会年月日 令和2年3月31日

虫壁奈津希先生

退会年月日 令和2年3月31日

荒川夢香先生

退会年月日 令和2年3月31日

福原聰先生

退会年月日 令和2年3月31日

書籍・雑誌の購買サービスをご利用しませんか？



パソコンまたはFAXから注文。ご請求は医師協同組合より行います。
まずは下記URLへアクセスして下さい。FAXでもお申込み頂けます。

送料無料!
10%引!

書籍のネット購買サービスお申し込み

<http://www.ginga.or.jp/isikyo/>
(いわて医師協同組合ホームページ)



左記のURLのバナーから
お申し込み頂けます。

ネットで本が買える
新規会員募集中

購買専用 フリーダイヤル **0120-054-222**

TEL.019-626-3880

FAX.019-626-3883



いわて医師協同組合

IWATE MEDICAL COOPERATIVE ASSOCIATION

T020-0024 盛岡市菜園二丁目8番20号 岩手県医師会館内