

ステロイドを用いない乳幼児のアトピー性皮膚炎治療に あたって気をつけるべきこと

- (1) 脱水症について
- (2) 敗血症について
- (3) 低蛋白血症について

文責 深谷元継

(日本皮膚科学会認定皮膚科専門医、前国立名古屋病院皮膚科医師)

アトピー性皮膚炎の乳幼児の脱水症について

アトピー性皮膚炎の患児は、皮膚からの浸出液や不感蒸泄(水分の蒸発)、食物アレルギーなどが関係した下痢のために、脱水に陥りやすい傾向がありそうです。

一方、アトピー性皮膚炎の治療方法のなかには、1) 飲水制限(いわゆる「脱保湿」の一環として、飲水量を少なくすることで、皮膚の浸出液をも少なくして、皮表のマイクロ環境の湿潤度を下げ、皮膚を乾燥した外界に慣らして皮膚自体が本来持つ保湿・耐乾燥能力を高めていく)や、2) 食物アレルギー対策(ミルクアレルギーだが母乳も少ない場合)など、脱水に陥る危険を内包したものがあります。

非アトピーの乳児でも、ウイルス性の下痢をきっかけに脱水に陥ることがあります。アトピーの乳児は、非アトピーの乳児よりも脱水に対する用心が必要です。

また、アトピーを治そうとするあまり、患児が脱水におちいってしまったのでは、元も子もありません。本末転倒です。

成人では、脱水気味になってふらふらしてくれば、これはさすがにおかしい、ということで自己調節可能ですが、乳幼児はそうはいきません。お母さんや保護者の方が、患児の状態をよく観察して気をつける必要があります。また、脱水になってしまったときには、すみやかに治療を受けなければなりません。

脱水の治療は、アトピーの治療やステロイド使用の是非に優先します。

仮に、受診先の小児科の先生が、依存や忌避に関する理解や知識が乏しく、「ステロイドの外用は必要だ」という意見であったならば、一時的にはそれに従ってください。全身状態が落ち着いてから、また、ステロイドの減量・離脱に努めればよいです。一時的にステロイドを外用したからといって、それまでの努力が元の本阿弥になってしまうわけではありませんし、一時的にステロイドを使用したからといって、即、依存になってしまうわけでもありません。

以前にも記しましたが、**脱水や感染症の治療をステロイド外用を行わずにすることは十分可能**です。皮膚からの浸出液(水分)の喪失は、適切な輸液で補えるからです。しかし、**乳児が脱水に陥ってしまった場合に、脱ステロイドにこだわって治療を遅らせることは、益よりも害のほうが大きい**です。目の前の担当の先生に頭を下げて、まずは危機から脱出してください。

ここでは、乳幼児の脱水の症状や兆候、治療についてまとめてみます。患児を持つ親御さんや、また、脱ステロイドの診療に携わる小児科以外の先生がたの参考になろうかと思えます。

軽度の症状

1. 頻回に水分を欲しがる。
2. 機嫌がわるい。
3. 興奮気味。

重症の症状

1. 目が落ちくぼんでいる。大泉門が陥凹している。
2. 泣いているのに涙が出ない。唇が乾いている
3. ぐったりして動けない。
4. おしっこがほとんどでない(とても少ない)。
5. 意識が薄まって、うつらうつらしている。

通常は、以上に加えて皮膚の乾燥やツルゴール(張り)の低下が挙げられますが、アトピー児の場合は皮膚の状態からは脱水を判断しにくいです。

大泉門というのは、頭頂部にある骨がまだ出来上がっていない柔らかい部分です。



脈拍・呼吸にも変化があらわれます。脈は速くなり、脱水が重度になると脈圧が減少して弱くなります。呼吸は、「呼吸努力を伴わない頻呼吸」と表現されますが、胸の筋肉を使った息苦しい頻呼吸ではなく、ただ、回数が増えます。

乳児の脈拍数・呼吸数は成人よりも多いです。だいたいの目安は、脈拍は80～180回/分、呼吸数は30～60回/分が正常です。ふだんからお子さんの脈拍を確認していると良いと思います。

乳児の脈拍は、上腕または大腿で確認します。



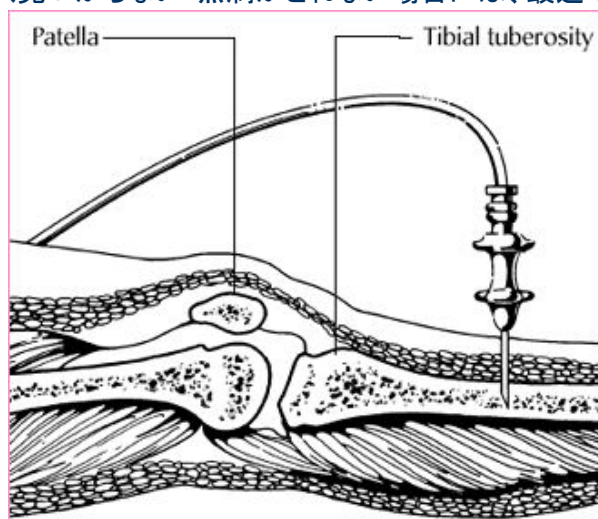
脱水が疑われて、脈拍が確認しにくい場合には、お医者さんは Capillary refilling time(毛細血管再充満時間)によって、緊急性(ショック)の有無を確認します。皮膚を指で押し当ててから離し、白くなった皮膚が何秒で血色を回復するか？を見るもので、2秒以内であれば正常です(正常というのは、ショックにはまだ陥っていないという意味で、脱水を否定するものではありません)。



治療は、輸液(ボラス投与といって、注射器で一度に押し込むように注射するか、点滴投与)です。内容は生理食塩水などで、脱水の治療でここにステロイドが加わることはありません。

血管内に投与しなければならないため、血管探しが必要となりますが、小児科の先生や看護師さんは乳児の点滴に慣れているので、うまく見つけてくれることが多いです。しかし、うま

く見つからない・点滴がとれない場合には、最近では骨髓内輸液という方法がとられます。



骨髓に針を刺すという大変そうに聞こえるかもしれませんが、骨髓のスペースは大きく確実に輸液路が確保できるので(骨髓と血管はつながっているので、骨髓からの補液は血管内へ移行します)、緊急性が高く皮下の血管が取りにくい場合には、普通に行われる処置です。「皮下で点滴が取りにくいので骨髓から取ります」と告げられたときには、「ああ、この先生は緊急事態に対処できるスキルをもった、頼りになる先生なんだ。」と判断していいです。

治療は、生理的食塩水など等張晶質液の20mL/kgのボラス投与で始まります。

小児の脱水は、体重の4%から症状が現れますから、20mL/kgすなわち体重の2%では不足です。しかし、脱水の不足分をいちどに投与することは、脱水に耐えていた体のバランスを崩してしまう危険があり、一回目のボラス投与のあと、再びボラスを追加するか、あるいは残りの不足分を24時間くらいの時間をかけてゆっくり補うかは、ボラス投与後の患児の反応によります。ケースバイケースなので、お医者さんの判断にゆだねてください。

多くの場合、24時間～48時間ほどで危機を脱して循環が安定したところに、あなたは今回の担当の小児科の先生に呼ばれて、「お母さん、こんな風にお子さんが脱水に陥ってしまったのは、日ごろからステロイド外用をして、浸出液や皮膚からの不感蒸泄を抑えてやることの大切さを軽視していたからです。脱ステロイドなどといった非科学的なものを信じるのはやめたらいかがでしょうか?」と、説得されるかもしれません。わが子を脱水という危機に陥らせてしまい、自信をなくしてしまったあなたは、大きく心が動くことでしょう。

最初に記しました通り、アトピー性皮膚炎の乳幼児は脱水に陥りやすい傾向がありそうです。そして脱ステロイド(というより乳幼児はステロイド依存に陥っていないことが多いので厳密に

は「ステロイド忌避」ですが)の手法には、さらにこのリスクを高めるものがあります。しかし、それは「脱水」という事態をよく把握し、リスク回避に気をつけながらであれば、避けられるものです。

ご両親、とくに母親は賢明でなければなりません。なぜなら、仮に脱ステロイド系の先生のもとに通って定期的に診てもらっていたとしても、毎日お子さんの様子を見て、水分や栄養の摂取に気をつけていることができるのは、お母さんだけだからです。脱水は、健康な赤ちゃんでも、ウイルス性の下痢が続いて元気がなくなり水分補給が不足すれば、起こることです。アトピー性皮膚炎や脱ステロイド(またはステロイド忌避)は、脱水の素因ではありますが、直接のきっかけではありえません。もしそうなら、アトピーでステロイド忌避の子はすべて脱水に陥っていることでしょう。

- 1) 脱水に陥らないように、適度な水分補給には気をつける、これが一番大切。
- 2) 脱水の兆候が出てしまったら、迷わず、輸液をしてくれる小児科を受診して指示に従うこと。脱水の治療はアトピー治療に優先します。
- 3) 状態が落ち着いてから、再び脱ステロイド(ステロイド忌避)の方針でいくかどうかは、冷静に、さまざまな情報を吟味した上で、自己決定すること。未来への確実な路など、誰にもわかりません。もちろん私にもわからない。

私にはっきり言えることは、**私の子供がアトピーだったら、たとえ脱水で大変な思いをしたあとであっても、私は子供にステロイドを外用しません**。依存に陥ってしまった患者の離脱の辛さ・苦しさを知っているから。

しかし、これは、1)わたしが医者で、脱水に陥らないように気をつけることができる、あるいは早期発見して自らそれに対処することができる、2)脱ステロイドの外用をやっていた関係で、ステロイドを使いながら自然治癒する患者よりもはるかに多くの依存患者を目の当たりにしてきた、という条件のもとでの自己判断です。だから、あなたやあなたを取り巻く環境において、あなたがどう判断するのがベストな結果に導けるのか？は、私にはわかりません。ステロイド外用をしながら、うまく離脱というか依存に陥ることなく、自然治癒してしまう患児も多いでしょう。それを期待し、そちらにベットする(賭ける)ことは、必ずしもおかしい判断ではない。

その一方で、脱ステロイドや依存に理解や知識の無い医者が、感染症や脱水をきっかけに、鬼の首をとったように、ステロイド外用によるスキンケアを強要するという現実、それはそれで非常に理不尽で非科学的な話だと考えます。なぜなら、ステロイドを外用して皮疹を抑えることが感染症を予防するなどという報告はどこにも無いし、**脱水は、ステロイドを外用しなくても、**

しっかりとした患者(父母)教育によって予防・早期発見が可能だからです(今回の記事はまさにその目的で書いています)。脱水をきたして病院に運ばれたアトピー児の親に医師が行うべきことは、ステロイドを使いなさいという脅迫ではなく、脱水の早期発見と対策の指導です。

私は今、アトピーや乳幼児の診療をしていませんが、仮にもし診療をしていて、開業医などですぐに小児科医に相談することが出来ない状況で、目の前の患児が、脱水によるショックの状態にあつたら、迷わず骨髄留置針を用いて輸液路をとって生理食塩水のボラス投与を行ったうえで(あるいは同時進行で)、救急搬送の手続きを取るでしょう。最初から骨髄針を用いるのは、小児科医ではないので、そのような緊急時での乳児の皮下静脈路確保に自信が無いからです。

最近では、こういった救急時の対処法は、BLS, ACLS, PALS, JATEC, ALSO, FCCS, JPTEC, ISLSとって各分野で用意されており、医者であれば私のような元皮膚科医の美容外科医でも受講することが出来ます。小児救急はPALSと言ひ、骨髄針の留置の仕方を含めて小児の緊急時蘇生一般が学べます。わたしは美容外科開業医の身ではありますが、病気を治すことの出来る医師である、というプライドとスキルを捨ててはけません。上記コースはすべて受講しました。PALSについても5年ほど前にプロバイダーとなって、2年毎の更新コースの受講も続けています。いつか再び「病気を治す医者」という立場になったとき、あるいは、市中で突然医師として立ち振る舞わなければならないとなったときのために、槍だけは錆付かせずに磨いているような心境です。



クリニックの手術室の壁に掲げた各種救急講習会の受講証・認定証。わたしなりの誇りです。

追記1

佐藤小児科の佐藤美津子先生(阪南病院の佐藤先生の奥様)からコメントを頂きました。大変参考になる内容なので、そのまま掲載します。

赤ちゃんのアトピーを診ていく上での注意点などのマニュアルが 있는のかなと思っています。食物除去などの有無にかかわらずです。

ところで深谷先生は誤解されているのではと思います。私たち(私と連れ合い)は**赤ちゃんや幼児での非ステ脱ステ治療においては一切水分制限はしていません**。

赤ちゃんが一番問題なのは、母乳の赤ちゃんです。しかも**アトピーが発症してくる3カ月から離乳食がきちんと食べることができる5~6か月までの期間がクリティカルな期間**です。先生もご存知のように、母乳は87%水です。蛋白質が少ない。(母乳、ミルク、牛乳の順に蛋白質は多くなります)アトピーがあると母親は疲れてしまって母乳の出が悪くなる、除去のために母親の体重が減る、その結果母乳も出なくなる。母乳が不足すると体重が増えなくなる。(ここを捕まえることが大切)その内体重が減る。体重が減るのは非常に具合悪いことです。脱水になって電解質が崩れ、勿論低蛋白も進行するという事態になります。先日関東の方から fax が入りました。5カ月で7.5kg8か月で6kgです。増えないといけない時期に1.5kgの減少です。泣いても涙が出ない、笑顔も出ない。近くの病院に入院予定だがステロイドを使いたくないということで当院へ fax。即阪南への入院になりました。

私たちは、**母乳をしっかり飲ませてもらう、不足ならミルクを足す(10%増しの濃度)4か月なら離乳食を始めてもらう**ということで、このクリティカルな時期を何とか入院せずにと願って治療しています。

ミルクをきちんと飲んで体重が増えていけば、電解質バランスは崩れないことが多いです。しかし低蛋白は食べないと改善しません。離乳食を食べるにつれて、母乳・ミルクの摂取量が自然に減少し、その結果摂取水分量が減少、十分カロリーがとれることで乾燥し、皮膚も良くなるということになります。

阪南中央病院の症例報告で、感染性胃腸炎で、前日からの下痢で、朝から1時間毎の下痢によって脱水性ショックに陥った6か月の赤ちゃんが報告されていました。骨髄針でのポータス輸液で助かっています。

ちょっとしたことで非常に重症になる爆弾を赤ちゃんは抱えているのかもしれない。

「深谷先生は誤解されている」とあるのは、多分、わたしが、乳幼児が脱水に陥りやすい傾向の原因として、治療法としての「**飲水制限**」を挙げたからだと思いますが、私は佐藤先生が乳幼児に飲水制限を指導しているとは考えていません。むしろ逆でして、このくだりは、以前、佐藤先生が「**自宅で自己流で乳幼児に飲水制限をして、浸出液を抑えようとする親がいるが、脱水症のリスクが高く危険だ**」といった内容のことを、メーリングリストで記していっしょだったことを思い出して記したものです。読者の方々も誤解の無いようにお願いいたします。

追記2

脱水をきたしたアトピー児の学会抄録を見つけました。今回の記事で私が用心してくださいと訴える内容の具体例として引用します。

アトピー性皮膚炎に対して民間療法が施され救急状態に陥った一例

日本小児アレルギー学会誌 Vol.19(2005) No.4 p694

意識障害で救急搬送された4ヶ月の男児。痲皮化したびらんを全身に認め、皮膚ツルゴールは著明に低下していた。低張性脱水と高カリウム血症をみとめ、処置中にモニター上 wideQRS 波形が出現するなど危険な状態であった。ご家族の話などから、アトピー性皮膚炎に対して行われていた外気浴療法などのために、極度の脱水を来したものと考えられた。入院後、輸液を開始してから全身状態は改善した。アトピー性皮膚炎に対する治療も徐々に受け入れられるようになり、ステロイド塗布等でコントロールしながら退院となった。IT 化社会が進み、民間療法の情報も入手が容易となった。その結果、医学的知識によらない治療が安易に行われ得ることとなり、本例のように救急疾患の対象となりうることに留意しなければならない。

【症例】4ヶ月の男児で、生来、母乳のみを与えられていた。2ヶ月半頃よりアトピー様の皮膚炎を認めたため、インターネットを通じて購入した乳酸菌の粉末が母の判断で与えられていた。しかし改善しないためインターネットで得た情報をもとに、3ヶ月半頃より、病変部を乾燥させる目的で自宅ベランダでの外気浴や、塩水浴などが行われていた。入院前日より、普段よりも活気が乏しくなり、入院となった日も朝から活気が乏しかったが外気浴を施行されたところ、その後より全く哺乳しなくなった。夕に意識障害とチアノーゼを認めたため当院へ救急搬送となった。

アトピー性皮膚炎の乳幼児の敗血症について

前回、アトピー性皮膚炎の乳幼児の脱水症について記しました。もうひとつ、敗血症についてもまとめておこうと思います。同じく生命に危険を及ぼすような合併症であるからです。

敗血症というのは、細菌感染症のひとつです。細菌感染症には、(1)皮膚表面にのみ感染する場合(とびひなど)と、(2)血中に入って全身反応を起こし、内臓にダメージを与えるもの、とがあります。敗血症は(2)です。

アトピー性皮膚炎での敗血症の悲劇は、ときどき新聞に載ります。

=====

「殺人容疑:7カ月の長男受診させず 宗教法人職員夫婦逮捕」 毎日新聞 - 2010年1月14日

福岡県警は13日、衰弱した生後7カ月の長男を受診させず殺害したとして、いずれも宗教法人職員の容疑者(32)と妻(30)を殺人容疑で逮捕した。県警によると、自然治癒による回復を教えとする宗教の信者で、手かざしなどによる「浄霊」と呼ばれる方法で治そうとしていた。「医療行為を受けさせればよかったと後悔している」と、大筋で容疑を認めているという。逮捕容疑は、アトピー性皮膚炎を発症した長男に適切な診療を受けさせず、昨年10月9日午後8時ごろ、感染による敗血症で死亡させたとしている。

県警によると、長男は母乳などの食事は与えられていたが、アトピー性皮膚炎で衰弱し、食事がとれない状態だったという。県警は治療を受けさせなかったことが死亡につながったと判断し、殺人容疑での逮捕に踏み切った。

同10月9日夜、長男の意識がもうろうとしていることに気付いた容疑者が119番したが、搬送先の病院で死亡が確認された。死亡時の体重は通常の乳児の半分程度の4・3キロしかなく、アトピーで体の皮膚の多くがはがれた状態だった。病院が診療を故意に受けさせない「医療ネグレクト」の可能性があるととして県警に通報した。

容疑者は調べに対し「病院に行こうと思ったが判断が遅れ、見殺しにしてしまった」と供述している。容疑者は「自分も母親に同じように育てられており、自然の力で絶対に治ると思った」と話しているという。

=====

もうひとつ、成人患者ですが、

=====

「アトピー施術で娘死亡」除霊診断の美容サロンを提訴 千葉の夫妻 時事ニュース- 2010年12月5日

効果のない医薬品を販売するなどの不適切な施術でアトピー性皮膚炎を悪化させ、長女＝当時(37)＝を死亡させたとして、両親が、美容サロンを経営する薬剤師の親子に損害賠償を求め、千葉地裁に提訴した。

訴状によると、長女は「必ず良くなる」などと言われ、昨年8月から今年3月まで美容サロンに通院。健康食品などを購入し除霊を受けるなどしたが、次第に症状が悪化し、3月24日に敗血症性ショックで死亡した。

美容サロンには、効果のない健康食品を販売して無意味な施術をしたほか「魂の病気」などと診断して除霊を勧め、医療機関の受診を妨げるなどの不法行為があったと主張している。

=====

どちらも、アトピー性皮膚炎患者に敗血症が起こったケースです。

この二つに共通する問題点は何でしょうか？それは、敗血症を起こしていることに気が付かず、**医療機関への受診が遅れた**こと、その一点です。

福岡のケースは「医療ネグレクト」が疑われています。わが子のためにステロイド忌避の道を選び、しかし受け入れてくれる脱ステ系の病医院が近くに無く、やむを得ず医療機関にかからずアトピー児を育てているお母さんお父さんがたは、このニュースに接して戦慄を覚えたのではないのでしょうか？

- 1)うちの子も敗血症を起こして死んでしまうのだろうか？
- 2)もしそうなったら自分たちは「医療ネグレクト」の両親として社会に糾弾されるのだろうか？

そうならないように何をしておけばよいのか、を、お伝えしたいと考えて、私は今回の記事を書いています。

- 1)敗血症の兆候・初期症状を知っておくこと。
- 2)もし、疑いがあったら、病医院の受診をためらわないこと。
- 3)できれば、遠方であっても、半年に一度でも一年に一度でもいいから、脱ステに理解のある病医院を受診しておくこと。

この3つに努めてください。

2)について、近所の病院やクリニックの先生のところに行けば、ステロイドを外用してスキンケアをしていないことを叱られて、むりやり外用させられる、そんな嫌な思いをしたくない、という気持ちはわかります。しかし、先日記した脱水症と同じく、**敗血症の治療は、アトピーの治療やステロイド使用の是非に優先します。**

仮に、受診先の小児科の先生が、依存や忌避に関する理解や知識が乏しく、「ステロイドの外用は必要だ」という意見であったならば、一時的にはそれに従ってください。全身状態が落ち着いてから、また、ステロイドの減量・離脱に努めればよいです。一時的にステロイドを外用したからといって、それまでの努力が元の本阿弥になってしまうわけではありませんし、一時的にステロイドを使用したからといって、即、依存になってしまうわけでもありません。

脱水や敗血症の治療をステロイド外用を行わずにすることは十分可能です。しかし、乳児が敗血症に陥ってしまった場合に、脱ステロイドにこだわって治療を遅らせることは、益よりも害のほうが大きいです。目の前の担当の先生に頭を下げて、まずは危機から脱出してください。

3)は、親御さんが「医療ネグレクト」視されないための対策です。敗血症の疑いで近所の病院にかけこんだときに、「皮膚科にかかっていたんですか？」と問われたら、「〇病院の△先生に診てもらっています。その先生はステロイドをあまり使わない方針なんです。」と答えれば、目の前の小児科の先生は、すくなくともあなたを「医療ネグレクト」の親だとは疑わなくなるでしょう。

患者の視点からは気が付かないと思いますが、医師、とくに小児科医は、親が患児を虐待してはいないか？に、常に気をつけています。もし虐待を受けている子どもがいたら、その子を救出することは、医師の義務だからです。ですから、「医療ネグレクト」と誤解されないように、平時から対策はしておいたほうがいいです。

3)の「敗血症の兆候・初期症状」について。もっとも重要なことなのですが、実はこれが非常にむつかしいのです。敗血症のガイドライン上は

「1. 発熱あるいは低体温、2. 頻脈、3. 多呼吸、4. 白血球増多または減少」のうち2つ以上を満たす場合

ということになっています。しかしこれだと、ちょっとした風邪や、あるいは先日記した脱水症でも頻脈と多呼吸をきたしますから、敗血症ということになってしまいます。ガイドラインの診断基準は、敗血症を見落とさないための大きな網のようなものだと考えてください。

上記1～3が認められた場合には、とりあえず小児科を受診し、診てもらってください。小児科の先生は、全体的な印象(機嫌、活発さ、呼吸の様子や脈の強さなど)から、「これはおかしい」と考えた場合に、4. の白血球の検査や抗生物質の処方、場合によっては経過観察のための入院を手配してくれるでしょう。この察知は小児科の先生でなければ難しいと思います。

「敗血症」という語には、怖い響きがありますが、上記のように間口の広い概念ですので、敗血症、あるいは敗血症の疑いと言われたからといって、パニックや過剰な悲観に陥らないように。敗血症は抗生物質の投与で後遺症なく治癒します。深刻なのは、「敗血症性ショック」や「多臓器不全」「DIC」などを合併してきた場合ですが、それでも早期に発見して治療すれば救命出来ます。

敗血症が進むと、血圧が下がったり、腎臓や血液に異常が生じてきます(敗血症性ショックや多臓器障害)。YouTube に、アトピー児ではありませんが、敗血症性ショックの患児の動画がありました(<http://www.youtube.com/watch?v=Hm0A1rYHBTw>)。指で押したあとの皮膚の赤みの戻りが2秒以上(Capillary refilling time=毛細血管再充満時間の遅延)なので、ショックに陥っていることがわかります。紫斑が生じていますが、これはおそらく、髄膜炎菌による「電撃性紫斑」というもので、血液に障害が及んでいる証拠です(紫斑そのものは敗血症ショックの症状ではありません)。このような状態になれば、さすがに小児科医でなくても緊急事態ということはわかります。

「アトピー、敗血症」で検索していて、なつかしい学会抄録を見つけました。

=====

敗血症とDICを合併したアトピー性皮膚炎の乳児例

伊藤浩明(国立名古屋病院小児科)

アレルギー 50(2・3), 327, 2001-03-30

【はじめに】乳児の重症アトピー性皮膚炎で、皮膚からの浸出液による低蛋白血漿は重篤な合併症であり、二次性の免疫不全状態として慎重な管理が必要とされる。

【症例】3ヶ月男児、生後1ヵ月より湿疹が出現し、蛋白加水分解乳を哺乳していたが、生後2ヵ月から体重減少を伴ったため紹介入院。WBC 25,200,好酸球 40%,血小板 79.5万,TP 4.27, Alb 1.53, IgG 233, IgE 1110, CAP-RAST ミルク 5, 卵白 1, 小麦 2, アミノ酸乳、イソジン消毒を含むスキンケア、アルブミン補充を開始していたが、入院12日目に発熱し、血液培養で日和見感染症の病原菌である *Acinetobacter baumannii* を検出した。WBC 103,200,好中球

84%, 血小板 6.4 万, CRP 31.15, DIC と心不全を合併した。ペントシリン, ガンマグロブリン, フロセミド, ドパミン等を使用して軽快した。酪酸ヒドロコルチゾンの外用で皮膚の浸出をコントロールする事で低蛋白血漿は改善し、約1ヶ月後には外用ステロイドは不要となった。退院後はカゼイン加水分解乳を使用し、野菜と低アレルゲン米から離乳食を開始して体重増加、発達ともに順調に経過観察中である。

====

学会抄録が 2001 年に掲載されていますから、この症例は 2000 年頃のことでしょうか？ 私は伊藤先生と同じく国立名古屋病院の勤務医(皮膚科)であったのですが 2000 年頃は心身ともに最悪な状況で、実のところこの頃の話は、よく覚えていません。確か 2000 年の秋頃から数ヶ月病氣休職しました。

伊藤先生と私の関係は悪くありませんでした。伊藤先生は、私が取り組んでいた(というより、いつの間にか私の外来は、そういう患者たちばかりになってしまっていたというのが本当なのですが...)ステロイド依存・ステロイド忌避の患者たちに対する診療に批判的ではありませんでした。そもそも温和な方でした。私が鬱で休職していたときに私を気遣って、忙しい中時間をさいて大須の赤提灯に付き合ってくれました。

もともと私は皮膚科医であって小児科医ではありませんから、乳児の食物アレルギーの具体的指導の知識は乏しいです。なので、わたしのところを受診したステロイド忌避の患児で、食物が悪化因子として関係しているようなケースは、全例伊藤先生に診てもらうことになって、院内紹介状を書いていました。伊藤先生の専門は食物アレルギーです。伊藤先生は、小児科の先生の常として(小児では忌避患者は多いが依存患者は少ないので)決してステロイド依存に詳しくはありませんでしたが、ステロイド忌避の患者にステロイドを強要するようなタイプの医者ではありませんでした。

ある日、伊藤先生から院内PHSで「至急相談したいことがある」と連絡がありました。

何だろう？と思って小児科の病棟に行くと、伊藤先生が、若手の先生とともに、深刻な顔をしていました。

「実は、先生(私のこと)も診ていた患者なんだけど、低蛋白で体重も少ないので、入院してアルブミン補充などしていたんだが、急に発熱して白血球も上がって敗血症の可能性が高い。DICの可能性もある。抗生剤で治療を開始したんだけど、基礎にあるのは、低蛋白血漿による免疫不全状態だから、少しでも早く血中蛋白を上げるため、ステロイドを外用して浸出液を抑えたい。ついては、先生からも、親御さんを説得してくれないか？」

という依頼でした。

私は、その頃、休職直前で、たぶんふらふらしていて、傍目にもおかしい様子だったと思うの

ですが、即座に答えました。「わかりました。いいですよ。」

それから、伊藤先生たち2人と私の3人で病室に行き、伊藤先生が親御さんに「深谷先生にも病状を説明して了解をとりました。いまから、お子さんにステロイドを塗りたいと思います。」といったことを伝え、私も「では、ステロイド依存というものに警鐘を鳴らしている私自身が、お手伝いさせていただきます」といった内容のことを言いながら、伊藤先生といっしょにステロイドを塗りました。

その後私は休職したり、いろいろあって、伊藤先生の学会発表までチェックしていなかったのですが、この学会抄録は、たぶんそのときの症例だと思います。

体調不良でふらふらではありましたが、間違いだけは起こしてはならないという意識は強く、判断力はむしろ研ぎ澄まされていたはずです。即座に「いいですよ」と答えたのは、伊藤先生の立場がよく理解できたからです。

このケース、あとから振り返ると、ステロイド外用なしに敗血症を乗り切ることも出来たのかもしれませんが。もしも私が主治医であったなら、あるいは阪南中央病院の佐藤先生たちなら、そうしたでしょう。しかし、伊藤先生はこう考えたのでしょうか。入院させた患者が突然発熱して敗血症をきたした。その根底は低蛋白血症による免疫不全の可能性が強い。救命の確率を上げるためには、なんとしてでも少しでも蛋白質を上げたい。栄養も大切だが、漏出を食い止めることも同じく重要だ。ここは深谷先生に来てもらって、患児の親に納得してもらってステロイドを外用しよう。

表22 敗血症を来すリスクの高い病態

免疫能低下状態 先天性・後天性免疫不全症候群、ステロイド薬投与時、免疫抑制薬投与時、白血球減少 悪性腫瘍・白血病（抗がん薬投与時、放射線療法後） ICU患者（カテーテル挿入、導尿バルーン挿入、気管内挿管） 慢性疾患の存在（肝硬変、糖尿病など）、低栄養状態 外科手術後 脾臓摘出術後、無脾症候群 多発外傷 重症熱傷、褥瘡 未熟児、乳児 先天性心疾患

(参考)アトピー性皮膚炎やステロイド外用の有無は敗血症のリスクではありません。伊藤先生はこの表の「低栄養状態」をこのケースにおける重要なリスクと考えたわけです。(表は <http://health.goo.ne.jp/medical/search/101C2500.html> から引用)

すごくよく解りました。だから協力しました。ここで私が「ステロイド外用をしなくてもなんとか乗り切れませんか？」などといったら、荒波を乗り越えようとする船頭の邪魔をすることになる。船に二人の船頭はいらない。**どちらがより正しいか？の競争では無くて**、明らかに間違ってる場合でなければ、船頭以外の者は、従って協力しなければならない。すべての医療者にはそのような義務というか暗黙のルールがあります。

結果、親御さんは納得し、治療は成功し、外用ステロイドもその後一ヶ月ほどで中止されています。

しかし、たぶん私が主治医(船頭)であったら、ステロイドは外用しなかったと思います。なぜなら、私もまた、似たようなケースを成人ではありますが、何例も経験しており、すべてステロイド外用なしに治療してきたからです(たとえば <http://www18.ocn.ne.jp/~steroids/05.htm>)。

私は、自分の経験から、ステロイド離脱中の患者が、敗血症を起こした場合に、ステロイドを外用することは、敗血症の治癒率を上げるとは思いません。またそのような報告も統計も無い。

しかし、私のような経験を持っている医者は非常に少ないです。伊藤先生の立場になったときに、伊藤先生のような判断をする医師のほうが圧倒的多数だろうし、**それで問題は生じない**です。それによって、親御さんや患者に「ステロイド外用を忌避していた自分は間違っていた」と悔悟の念を抱かせ、依存へと導くことさえなければ。

伊藤先生のような状況におかれた医師が、患者の親を「ステロイドの外用を忌避するなど非科学的だ、宗教みたいなものに騙されているんですよ！」と怒鳴ることもあるでしょう。それは医師自身の不安・ストレスの現れです。自分が担当した患者が最悪死ぬかもしれない、このストレスは、患者の皆さんは経験したことがないからわからないでしょう。嵐で沈むかもしれない小船の船長の気分です。

前回、今回と、「**脱水症や敗血症は、ステロイドを外用しなくても切り抜かれる。しかし、担当医の先生がステロイドを外用しなさい、と言ったら、とりあえずそれに従いなさい**」と繰り返して記しているのは、患者あるいは患者の親が船頭の邪魔をしてはいけない、という意味です。結果的に助かるのが大切なのであって、ステロイド是非の論議の出る幕じゃないです。

しかし、危機を乗り越えた後は、いつまでもステロイドの外用は続けないほうがいいと思います。わたしは止めろとも使えとも言いませんが、依存にだけは陥ることのないように、賢く生き抜いてください。

(追記)

伊藤先生の抄録中に、
「DIC と心不全を合併した。ペントシリン,ガンマグロブリン,フロセミド,ドパミン等を使用して軽快

した。」

とあります。「心不全」と表現されているのは、敗血症性ショックのことでしょう(血圧下がったので心不全と表現したのだらう)。「ドパミン(血管作動薬)を使用して軽快した」とありますが、ここでもし、ドパミンを使用しても軽快しなかった＝血圧が上がらなかつたら、次に投与すべきは、ステロイド剤です(外用ではなく注射による全身投与)。それは、アトピーの皮疹を抑えるためではなく、血管作動薬の効きを良くするためです。

このようなステロイド剤の使い方は、RCT研究の結果に基づいて敗血症ガイドラインにも記されており、必要(有用)なことです。またガイドラインには、ショック症状から回復したら、ステロイド剤のそれ以上の投与は有害なので、すみやかに減量中止すべきとも記されています。

このように、**敗血症の治療において、ステロイド剤の全身投与が必要となる局面は有り得ますが、ステロイドの外用については、これを必要とする医学的データはありません。**

アトピー児の低蛋白血症にはステロイドを外用すべきか食事を工夫すべきか

前回、敗血症の解説で、「アトピー性皮膚炎やステロイド外用の有無は、敗血症のリスクファクターではない」ことを記しました。しかし、低栄養状態すなわち血液検査の示すところの低蛋白血症は、敗血症のリスクファクターです。

今回は、この**低蛋白血症の是正に、ステロイド外用剤は必須なのか？**について考えてみましょう。

ネット検索で学会抄録をいくつか拾ってみました。

【低蛋白血症をきたしたアトピー性皮膚炎、治療経過のまとめ】

野村伊知郎(国立成育医療センターアレルギー科)ほか

日本小児アレルギー学会誌 19:648,2005

アトピー性皮膚炎患者に見られる低蛋白血症は、皮膚からの浸出液、血中好酸球増多、血小板増多、黄色ブドウ球菌皮膚 colonization を特徴とする。放置すれば成長障害、脳萎縮脳梗塞などをきたす恐れがあるため、速やかに適切な治療を行う必要がある。当院では 2002 年からの 3 年間で低蛋白血症をきたしたアトピー性皮膚炎 26 名が診断、治療されてきたが、症状、検査所見の改善において特徴的な経過を認めたため報告する。

患者は生後 2 ヶ月から 4 歳(平均 11 ヶ月)、全例中等症以上のアトピー性皮膚炎と、病変部からの浸出液が認められた。**血清総蛋白は 2.8~5.8g/dl**、末梢血好酸球 3~41%、総 IgE 2~18,500 IU/ml、血小板数: 35.8~117 万/microL であった。血清ナトリウム 125mEq/L 以下、カリウム 7mEq/L 以上が 2 名ずつ存在した。治療は石鹼による入念な皮膚洗浄が行われ、**ステロイド外用剤が使用された**。皮膚炎の治療開始後、すみやかに皮膚所見は改善し、浸出液も消失した。血清ナトリウム、カリウム異常例は、輸液による補正なしに翌日から速やかに改善し、1 週間後には正常値となった。血清総蛋白質も、同様に正常化した。末梢血好酸球数も著明に減少した。低蛋白血症をとまなうアトピー性皮膚炎は、適切な皮膚炎治療によって、症状、予後が大きく変化するため、可及的早期の診断と治療が必要である。

【ステロイド拒否の両親の説得に 99mTc-HSA-DTPA 蛋白漏出シンチグラフィが奏功した重症アトピー性皮膚炎の 1 乳児例】

堀江千春(三草津総合病院小児科)ほか 日本小児アレルギー学会誌。19:647,2005

症例は 4 ヶ月の乳児で、哺乳力低下と下痢を主訴に当科外来を受診し入院となった。体重は 5100g で、2 ヶ月前から約 500g の減少がみられた。顔面から頸部にかけて重度のアトピー性皮膚炎があり、病変部からの漏出液が顕著であった。活気に乏しく、四肢の浮腫が著明で、腹部は陥

凹しており、皮膚ツルゴールも高度に低下していた。血液検査では白血球数 36900/ μ l、好酸球 33%、IgE3419 IU/ml と著明な白血球増多、好酸球増多および非特異的 IgE の上昇を認めた。また Na122mEq/l、K6.8mEq/l、**Alb3. 4g/dl**、IgG125mg/dl と低 Na 血症、高 K 血症、**低アルブミン血症**、低 γ グロブリン血症を認め、抗利尿ホルモン、アルドステロン、レニン活性はそれぞれ 9.88 pg/ml、1727.0 ng/dl、143.0 ng/ml/hr と著明に上昇していた。入院後、電解質は補正されたが、アトピー性皮膚炎に対する**ステロイド軟膏の使用を両親に拒否されたため**、皮膚症状の改善はみられず、低アルブミン血症は進行した。好酸球性胃腸症による腸管からの蛋白漏出を鑑別する目的で、99mTc-HAS-DTPA 蛋白漏出シンチグラフィを実施したところ、腸管からの漏出はなく顔面からの漏出を認めた。この結果を画像を提示しながら家人に説明したところ、直後から両親の考えに変化がみられ、積極的ではないがステロイド軟膏の使用に同意が得られた。ステロイド軟膏の塗布を開始したところ、アトピー性皮膚炎は劇的に改善し、体重増加も良好となった。

このような、低蛋白血症の是正にはステロイド外用剤が有用であるという報告、その一方で、しばしば家族のステロイド忌避の意向のため「治療」に難渋した、といった報告は、数多くあります。

それでは、**食事指導をしっかり行うことで、ステロイド外用を行うことなく、低蛋白血症を是正した、という報告はないのでしょうか？** 探してみると、下のような学会抄録が見つかりました。

【民間療法(整体)で栄養失調症をきたした乳児重症アトピー性皮膚炎の 1 例】

小倉由紀子(国立高知病院臨床研究部小児科)ほか

日本小児アレルギー学会誌。16: 456,2002

症例は 8 ヶ月男児、母乳栄養。生後 2 ヶ月より顔面に湿疹が出現し、躯幹にも拡大し浸出液を伴うようになったため、5 ヶ月時当科受診した。初診時、IgE2331U/ml、RAST 卵白(2+)、処方された亜鉛華軟膏で皮疹が悪化したため、以後受診せず、毎日整体院に通っていた。母乳分泌良好であったが、針灸マッサージ師の指導で離乳開始せず、7 ヶ月より**頻回の水様下痢、体重減少**が認められ、元気が笑顔が見られなくなっていた。8 ヶ月時、顔面単純ヘルペスに伴う発熱のため、再受診し、体重 7.0kg(1.5kg 減)、寝返り・起座不能、WBC19000/ μ l、CRP1.04mg/dl、**血清蛋白 3.3g/dl、アルブミン 1.7g/dl**、GOT1591U/l、GPT1051U/l、IgE275331U/ml、RAST ダニ 1(6+)、猫毛(3+)、卵白(6+)、牛乳(5+)、大豆(5+)、小麦(6+)、米(6+)、ひえ(5+)、りんご(5+)、さけ(6+)、いわし(4+)、ヘルペス感染と栄養失調症のため入院となった。ゾビラックスの点滴を行い、入院 5 日目より、母乳を中止し、アミノ酸乳とさごやし澱粉・野菜の離乳食を開始したところ、下痢と低蛋白血症は軽快し、体重が増加し始めた。入院 6 週目に皮疹軽快し、経口誘発試験を行ったところ、カゼイン加水分解乳、米、大豆、ひえ、豚肉、馬肉、兎肉が陽性、さつまいも、いか、たこ、えび、かには陰性であった。徐々に寝返り、起座、つかまり立ち可能となり、12 ヶ月の現在、体重 9.3kg と**栄養状態良好**である。

治療経過に「ステロイド外用した」と記されていないので、ステロイドを用いずに低蛋白・栄養不良を克服したケースと考えられます。念のため小倉先生にメールで確認してみたところ、次のようなお返事でした。

=====

この症例は、初めの主治医が顔面にアルメタ軟膏を毎日塗っていましたが、1ヶ月外用しても、軽快せず、その主治医が当院を退職したので、私が担当となり、**外用は直ちに中止**しました。同じ病院、同じ小児科内でも、ステロイド使うのが当たり前と考える医師がほとんどです。中止したのが良かったのかどうか(中止して1週間くらいでよくなりました)、以後、薬剤も保湿剤も使用せずに顔面の皮疹も軽快しました。抄録には、字数制限もあり、ステロイド外用がきいていたとも思えなかったの、あえて書きませんでした。当科では、重症の乳児も、ダニ抗原除去、除去食療法で治療しており、その後も、いろいろ、症例報告などしております。低蛋白血症を伴う乳児もいましたが、ステロイドを使わなくても、軽快しています。

=====

小倉先生のケースは、ステロイドを外用しなかったのみならず、ステロイド外用で良くならなかったのをそれを中止した上での食事指導であったようです。**原因、あるいは悪化要因が見つかり、うまく排除されれば、ステロイドを使わずとも低蛋白血症は改善するという好例**でしょう。

注:小倉先生の症例では、母乳をやめて人工乳とアレルギー除去した離乳食とで改善しています。これは、このケースにおいては、母乳中に、母親が食したアレルギーが微量移行していたためと考えられます。

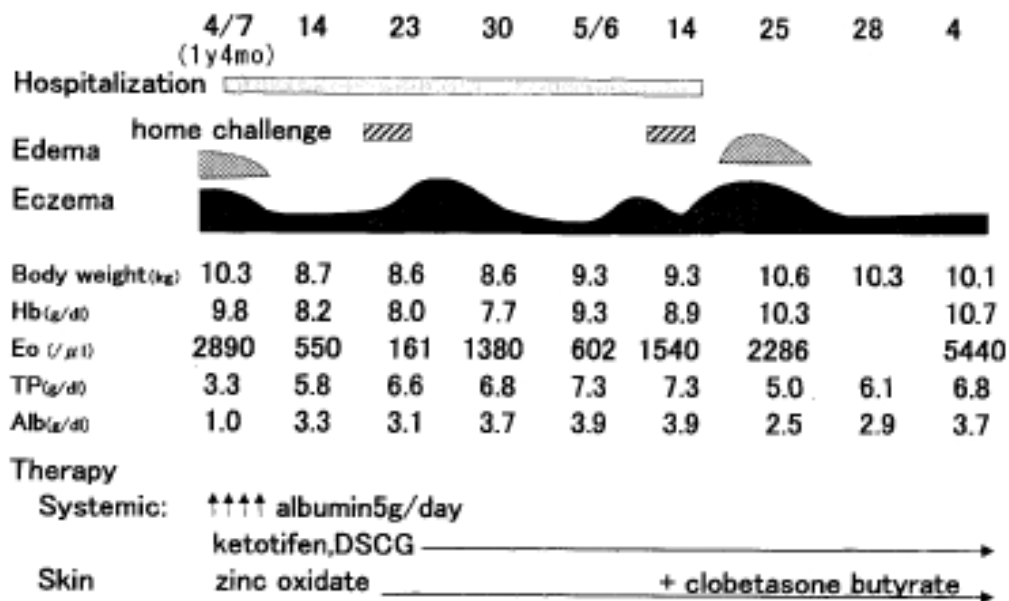
しかし、すべての症例でこのようにうまくいくとは限りません。たとえば、

【民間療法としてのプルーンジュース過剰摂取の乳児 にみられた低蛋白血症を伴うアトピー性皮膚炎 2 症例 】

渡邊美砂(東邦大学医学部第一小児科)ほか

日本小児アレルギー学会誌 第 15 巻 第 5 号 540~545, 2001

には、下図のような経過のケースが紹介されています。



低蛋白血症のため、入院(Hospitalization)のうえ、アルブミンを点滴し、同時に食事指導(大量に飲んでたプルーンジュースの中止を含む)して改善。入院中はステロイド外用は行わなかったようです。しかし外泊負荷(home challenge)すると悪化するので、退院後はステロイド外用(clobetasone butyrate)が開始されました。血液検査でチリダニの RAST が陽性であり、病院と自宅の違いが関係する何らかの環境系悪化因子が疑われます。しかし、その調査は断念して、ステロイド外用剤が用いられました。

この論文は2例報告で、もう1例は次のようなものです。

症例 2: 1 歳 4 カ月 男児 主訴: 湿疹

家族歴: 母, 姉にアトピー性皮膚炎 父アレルギー性鼻炎

出生歴: 在胎 38 週, 出生時体重 2700g

発達歴: 頸定 3 カ月, 独歩 1 歳 2 カ月

既往歴: 4 カ月よりアトピー性皮膚炎

発病および経過: 生後4カ月時より顔に湿疹を認め、近医小児科を受診し血液検査を施行された。IgE32 IU/ml、測定された卵白,牛乳,大豆,米,小麦の特異 IgE 抗体はすべて陰性であった。近医皮膚科を受診し、内服(詳細不明)、外用剤(ステロイド含有軟膏)処方された。しかし内服のみ数日行い、外用剤はステロイド含有だったため自己判断で使用せず、以後医療機関では AD に対する治療は受けていなかった。生後 5 カ月で台湾 に転居し、牛乳を除去し山羊乳を与えていた。1 歳過ぎに全身の湿疹が増悪したため、一時帰国した際、当科を受診した。尚 1 歳頃よりプルーンジュースを 1 日に 200~400ml 摂取しており、1 日 5~10 回の有形~泥状便がみられていた。診察所見: 身長 78.0cm(±0SD), 体重 9150g(-0.9SD),

体温 36.8℃, 全身状態良, 浮腫なし,全身の皮膚に湿疹あり,顔, 肘, 下腿にはびらんや滲出液が

みられた。胸部や腹部には異常を認めず、左右頸部に1～1.2cm大リンパ節を数個ずつ触知した。

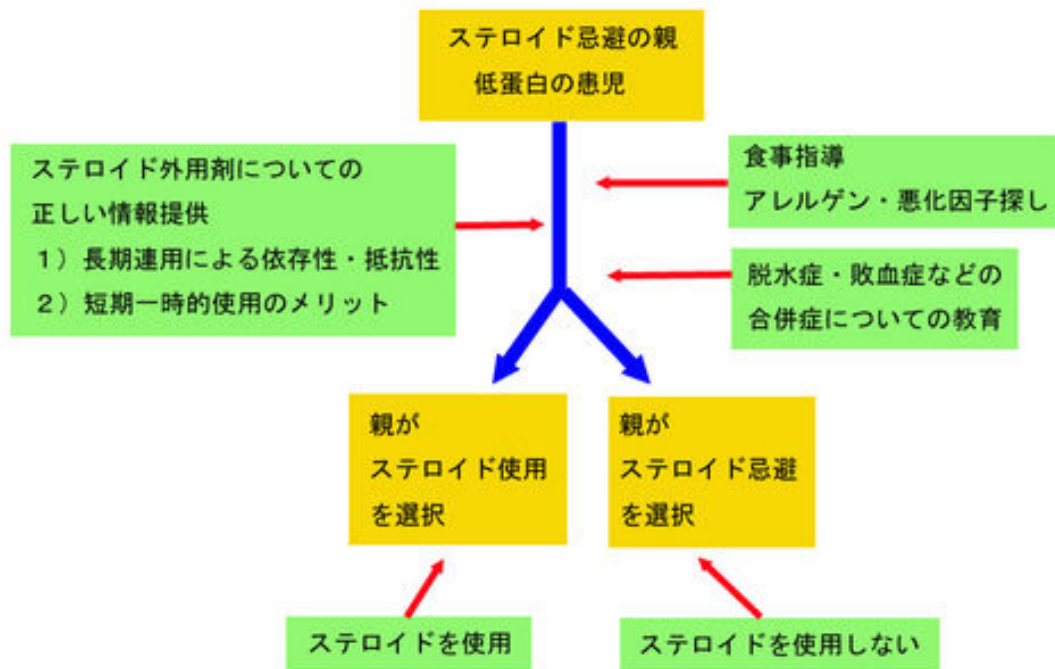
検査所見：白血球、好酸球の増多と低蛋白血症がみられた。アレルギー検査ではIgE926 IU/mlと高値で、卵白、大豆、小麦、米、ソバで特異IgE抗体が陽性であった。本症例は、外来で指示した内服(フマル酸ケチフェン)、軟膏療法(酸化亜鉛軟膏、白色ワセリン2:酪酸クロベタゾン軟膏(注:ステロイド)1混合)を受け入れず、2回の受診で治療を拒否し医療機関から離れたため経過は不明。

ステロイド外用剤を用いれば、食事の工夫や、悪化要因探しをしなくても、簡単確実に低蛋白血症を改善できるでしょう。それは確かです。また、ステロイド外用剤を用いた患者すべてが長期連用の結果、依存や離脱の苦しみを味わうことになるというものでもありません。ですから、医師がステロイド外用剤による治療を選択肢の一つとして提示することに問題はないし、患児の親が、ステロイド外用剤について、ただ漠然と恐ろしいものだと思解している可能性もありますから、その説明をするのも良いことだと思います。

しかし、その一方で、**十分な情報提供を受けた上でなお、ステロイド忌避の道を選んだ親は、医師がステロイド外用治療にこだわることによって、医療機関から離れていってしまいます。**

小倉先生のケースが示しているように、食事指導と悪化因子排除がうまく奏功すれば、ステロイド外用を行わなくても、浸出液や下痢傾向による低蛋白血漿から脱出できる例はあるのですから、**医師が最初からステロイド外用を絶対的に必要なものだとして、患者に押し付けるのは間違っています。**それは、治療を拒否して医療機関から離れていく患者を作り出す結果となります。

以上から考えたとき、低蛋白血症をともなったアトピー児の親に、医師はどう向き合うべきかというと、わたしは下図のようなイメージが望ましいと考えます。



まず、ステロイド外用剤というものについて、正しく理解していない場合がありますので、情報提供しなくてはなりません。ここでは、長期連用によって依存や抵抗性に陥ることがあるデメリットも、短期一時的外用では問題は生じず確実に低蛋白を改善することが出来るというメリットも、等しく述べられるべきです。

その結果、親がステロイド治療を受け入れた場合は使用すればよいし、拒否した場合は、ステロイドを用いずに治療するべきです。

食べられるものを増やして少しでも栄養の吸収を上げ(食事指導)、また、浸出液や下痢傾向の原因となっている悪化要因探し・排除は、ステロイドを用いる用いないに関わらず、並行して進められなければなりません。

わたしは、医師がステロイドなど薬物治療にこだわるのは、それが、患者にとってだけでなく、医師自身にとっても安易で手間ひまがかからない、ということが大きな理由だと思えます。保険診療における採算性の問題もあります。

しかし、だからといって、私が今、ここに記しているような正論を、嘘で固めて、ステロイド外用治療がどうしても必須であるかのように誤魔化してはいけません。それは偽善です。

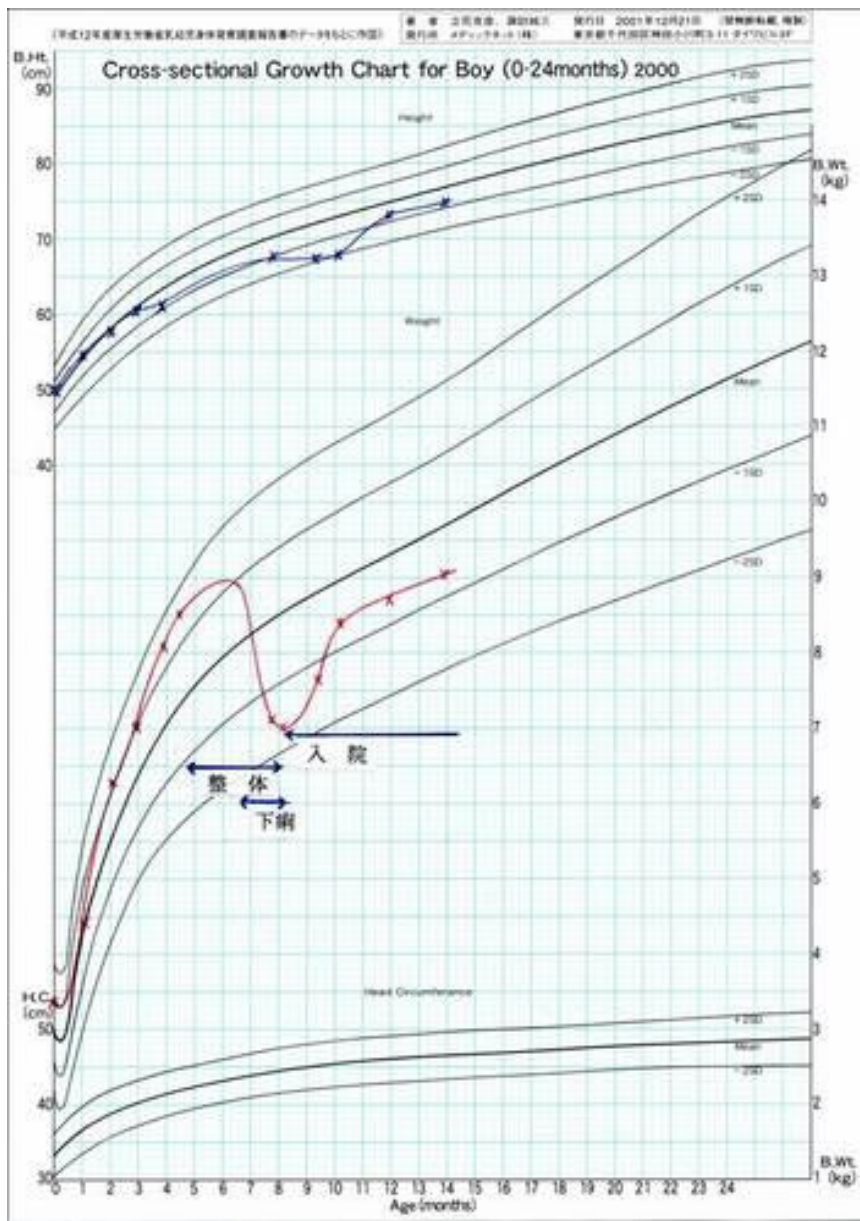
「現行の保険診療の報酬の範囲で、わたしが出来ることは、ステロイド外用剤を処方することくらいです。それ以上は、わたしの労力の持ち出しになってしまう。ばかばかしくてやる気が起きないので、わたしはステロイド外用剤を処方することしかしません。」

こう、患者に説明するべきでしょう。患者は怒って来なくなるかもしれない。しかし、嘘をついて取り繕い、結果として患者の判断を誤らせて人生を狂わせたり、ステロイド忌避の親が社会的に医療ネグレクト扱いされるように仕向けるよりは、はるかにましです。

また、先日来、解説している、脱水症や敗血症など、重篤な合併症のリスクについても、情報提供が必要です。とくに、**低栄養・低蛋白血症が敗血症のリスクであることは、強く警告すべき**です。患者は「アトピーを治す」ことにばかり考えが集中してしまいがちです。栄養を上げる意味での食事の工夫にしる、ステロイド外用剤の一時的使用のメリットにしる、広い視点からアトピー児の子育てを見直すきっかけになるでしょう。

追記)

小倉先生からこの患児の成長曲線を送っていただきました。



これを見ると、小児科医が行う食事療法を中心とした非ステロイド治療と、民間療法(この場合は整体)との違いがよくわかります。食物中のアレルギーや悪化要因探し・排除が出来なければ、結果的に何を食べさせればよいのかも解らず、体重減少(低蛋白血症)が進行します。民間療法の方は、素人判断で「とりあえず母乳なら安全だろう」と考えてそう指導したのでしょうか、それが間違いであったことは、上に記した通りです。

食物アレルギー指導に関して「行過ぎた食事制限は問題だ」と言われることがありますが、私の知る限り、非ステロイドのアトピー治療に取り組む小児科医たちの関心事は「何を食べさせればいいのか？」にあります。決して何を制限すれば治るのか？ではありません。何を避けて食べさせれば、この子は下痢や浸出液から解放されて、体重が増加するのか？です。

この点は、私のような、成人アトピーを多く診て来た皮膚科医とは視点が異なります。成人での食事性悪化因子の場合は、単に「それを避けてほかのものを食べればいい」し、患者自身が解っていることが多いですから、必ずしも指導は要りません(まれに、いわゆる「隠れアレルギー」=好きで毎日のように食べているものが悪化要因であること、はあり、その指摘は医師による血液検査や食事日記で明らかになることがあります)。

乳幼児の場合は「育て」なければならない。育てる=食べさせると言っても過言ではありません。「育てる=食べさせる」に、医師の知識が必要という点で、乳幼児においては、成人アトピーよりも医師の出番は多いです。

以下に、小倉先生からのコメントを紹介します。

=====

日本アレルギー学会でも、小児アレルギー学会でも、アトピーで栄養失調や低蛋白血症の乳幼児の症例報告は、ほとんど全て、ステロイド外用を嫌がっていた親を、説き伏せて、ステロイド外用したら、良くなった、良かった、良かった、だから、ステロイド忌避が悪化原因だというようなものばかりです。そういう医師に「ステロイドを嫌がる親にはそれなりの理由があつてのことでしょうから、小児科医なら、ステロイドを使わずに、アレルギー除去をきちんと行なって治してあげようとは思わないのですか？」と質問したことがありますが、その方は「ステロイドを使わずには治せません。」と言い切り、それでもう議論は終わってしまいました。学会の態勢がそういう状況ですから、若い小児科医たちも、そのやり方を踏襲し、子どものアトピーにステロイドを塗るのは当然と考えており、残念ながら、これが現状です。受診したら、ステロイドを使われるからという理由で、受診が遅れ、子どもたちが不幸な転帰にならないことを祈るばかりです。

=====

(平成 24 年 6 月 17 日作製。ブログ「脱ステロイド関連の文献を読む」
<http://blog.m3.com/steroidwithdrawal/> から、筆者自身が抜粋。)