

アナフィラキシーショックへの対応

獨協医科大学呼吸器・アレルギー内科講師

平田 博 国

(聞き手 山内俊一)

プライマリーケアとして、緊急症への対応をどこまですべきかご教示ください。28歳女性、アレルギー性鼻炎、じんましん（青魚・甲殻類）の既往あり。これまでもじんましんにて、抗アレルギー薬とひどいときはRp①ネオファージェンC（20ml）×1A、ハイドロコートン（100mg）×1A（またはプレドニン（10mg）×1A～2A）+②ボラミン（1A）筋注を施していました。ある日、夜診に全身性じんましんで来院。前記①②を実施後、起立して帰宅しようとした際、意識消失し転倒。頸動脈、拍動は触知不能で、そのまま水平位を保持、頬を平手で叩打しつつ、呼名。挿管準備を指示しようとしたところ、意識が戻り、15分後、特変ない状況を見て帰宅。後日来院時に聞いたところ、問題なく回復したとのこと。血圧は元来低血圧で100～90/60～50の方です。意識消失は数分から5分以内で、脈拍測定不能でした。

＜京都府開業医＞

山内 平田先生、アナフィラキシーショックに際してどういう対応をしたらいいかということです。提示されたケースを見られて、どういった病態が考えられますか。

平田 もとに青魚・甲殻類の食物アレルギーの既往があって、今回全身のじんましんが出て、食物アレルギーを疑い、開業医の先生がこれらの治療を行いました。いったんはよくなったよ

うですが、点滴を外した直後に急に意識がなくなった事例ですが、この段階で考えなければいけない病態は3つあり、①アナフィラキシーの二相性反応、②アナフィラキシーの遷延型反応、③起立性の低血圧です。

山内 この場合、点滴を外したあとに、立ち上がったあたりでおかしくなっていますから、起立性の低血圧といったものも後づけでは十分考えられる

ということですね。

平田 そうですね。

山内 意識がなくなった段階で、医師としては非常にあせると思われますので、この段階で直ちにやるべきことは何かという質問かもしれません。実際には救急隊をすぐに呼ぶということになります、それまでの間に何をなすべきでしょうか。

平田 これらの症状および経過から、失神発作の鑑別が必要と思われます。先ほども申しましたように、アナフィラキシーショック、二相性反応、遷延型、起立性低血圧などが鑑別として挙げられます。この中で緊急的治療を要するのはアナフィラキシーショックです。このことを念頭に適切な初期治療が極めて重要です。そして多くの専門医療スタッフの確保も必要となります。本例のような場合には、まず高次医療機関への搬送の準備が必要かと思われまます。救急車を呼び、総合病院等への搬送を第一に考えるべきだと思います。

山内 真っ先にですね。その間、患者さんに対してはどういった加療がよいのでしょうか。

平田 アナフィラキシーショックを前提とした治療なので、直ちにアドレナリンを筋肉注射することが日本アレルギー学会のガイドラインでも推奨されています。

山内 アドレナリンの筋注といたしますと、具体的にはどういったものなの

でしょう。

平田 エピペンを持参されているようでしたら、成人（体重30kg以上）では0.3mgを、小児（体重30kg未満）では0.15mgを、直ちに筋肉注射します。もし、エピペンがないようであれば、アドレナリン換算で体重当たり0.01mg/kg、例えば50kgの体重の方であれば0.5mgのボスミン等を筋肉注射していただければと思います。

山内 それがとにかくファーストチョイスですね。

平田 そうですね。

山内 同時に、ショックへの対応も当然出てきますね。ルートの確保とか、酸素投与といったものも、可能であればやっておいたほうが良いということでしょうか。

平田 アドレナリンを筋肉注射したあとに、ショック体位である下肢を挙上させて、状況に応じて酸素の投与、末梢の血管のルート確保が必要になってくると思います。救急車を呼ぶ場合、救急隊が来るまでにこのような初期治療を迅速かつ適切に行うことが重要ではないかと思えます。

山内 特別にこれをやっては危ないというものはないのでしょか。

平田 アナフィラキシー発症時および発症直後には体位変換をきっかけにして急変することがあるため、本例のように急に立ち上がったたりする動作は行わないほうが良いと思われまます。

山内 この先生はハイドロコートの静注を行っているようですが、こういうショック時のステロイド投与に関してはどうなのでしょう。

平田 一般的にステロイドは即効性がありません。しかし、アナフィラキシーの二相性反応、いわゆる遅発型反応や、遷延型反応を抑えるにはステロイドの有効性が考えられています。まずは、アドレナリン、そしてステロイドの投与という順序が重要と思われる。

山内 先ほどから出ていますアナフィラキシーの二相性反応をもう少し詳しく教えていただきたいのですけれども。

平田 様々な報告がありますが、およそ5～20%の方に遅発性のアナフィラキシー様の反応が出現するといわれています。時間的には即時型が出現して数時間たってから、全身にじんましんが出たり、場合によってはアナフィラキシーショックになるようなケースがあります。

山内 アナフィラキシーショックを起こして、治療によって一見回復したように見えても、しばらくの間は病院などの施設にいてもらったほうがいいのでしょうか。

平田 我々の施設でも、軽症のアレルギーであれば、全身状態が落ち着いたら帰宅していただいています。呼吸器症状であったり、いわゆるショッ

ク症状に至った患者さんに関しては原則入院していただき、大事をとって安全を確認してから退院させるようにしています。

山内 いわゆるアレルギーというのは、1型、2型と分かれています。実際の臨床現場ですと、例えばこの方のように、じんましんも、食物アレルギーも、いろいろあって、アナフィラキシーショックも起こしてしまう。こういういろいろなものがオーバーラップするようなパターンは現実にあるのでしょうか。

平田 花粉症（ハンノキ、シラカンバ、スギ、ブタクサ、カモガヤ）との関連が示唆されている口腔アレルギー症候群と果物（バナナ、キウイ、クリ等）によるラテックス・フルーツ症候群などがオーバーラップするという明確なものもありますが、それ以外のアレルギー疾患同士の関与は明らかではありません。

ただし、喘息やアレルギー性鼻炎等の患者さんが食物アレルギーを起こすことで既存のアレルギー症状が増悪する可能性はあります。

山内 そうしますと、このケースですと、たまたまいろいろなものが重なったと考えてもよいのですね。

平田 そうですね。

山内 食物アレルギーでこの方は青魚とか甲殻類といったものを挙げています。よく耳にはしますが、実際に証

明するのはなかなか難しいのでしょうかね。

平田 成人のアレルギーの3大要因として小麦と甲殻類と果物が挙げられます。特異的IgE抗体の検出感度や症状出現時の体調、薬剤の内服、運動量の有無などの様々な要因が重なり合うことでアレルギー症状が出現するため、原因食物を特定することは臨床的に困難とする例も多く存在します。

また、サバを含む青魚によってアレルギー症状が出現した人の中で、アニサキスが原因であることがあります。このため、アニサキスの特異的IgE抗体を測定することも必要かもしれません。

山内 ついでですが、慢性じんましんというのは、一般の外来でもよく見かけて、治療がなかなか難しいもので

すが、慢性じんましんに対しての治療といえますと、どういったものを使われていますか。

平田 毎日じんましんが出る患者さんを経験したことがあります。まさかないだろうという米が原因でした。患者さんの生活環境や食生活を詳細に聞き、慢性じんましんの出現する要因を探し出すことが最も重要です。原因を明らかにした場合、食事指導を徹底することです。

いろいろ調べても原因のわからない慢性じんましんの患者さんに関しては、エビデンスははっきりしたものはありませんが、私自身の経験では、H₁とH₂ブロッカーを併用することで大概の患者さんは改善しています。

山内 どうもありがとうございました。