



淀川キリスト教病院皮膚科部長

編著『脱ステロイドでアトピーを治す。 淀川キリスト教病院の治療体験集』(メディカ出版、1997年)

ステロイドを使わないアトピー治療

患者さんの体験に勝るものはないと思います。ステロイドとアトピーの問題を医師の立場からお話いたします。アトピー性皮膚炎にステロイドを使わない治療は、1990年6月から始めました。なぜ、そういうことをしだしたかということですが、70才になってもまだステロイドを塗っている方が、「ステロイドを塗ったら治るといわれたのですが未だに治りません」ということで来られました。ステロイドを塗り続けて効かなくなった、効かなくなっただけではなく顔が赤ら顔になってきたという患者さんもおられます。3番目は、もともとかぶれと判断した人がステロイドを塗っていますとアトピー性皮膚炎のようになる例も経験するようになりました。また、主婦湿疹で、10年、20年とステロイドを手塗っていた方が急に止めますと皮膚症状が全身に拡がってアトピー性皮膚炎のようになる例も経験しました。

一番多かったのは、ステロイドは絶対使いたくないという患者さんが増えてきたことです。そういう方々にステロイドを使わないで治療を行ったのですが、経過が良かったから引続きこの治療を続けたということです。ステロイドを使わない治療を始めると、皮膚科の医者の間では、ステロイドの副作用だけが治るのであってももとのアトピーはどうするのかと言われるようになりました。しかし、ももとのアトピーというのは、何もしなくてもステロイドを

やめて、スキンケアをきちんとしますと、先ほど深谷さんのお話の中にもありましたように、本当にきれいな肌になります。1993年頃に朝日新聞の『論壇』にステロイドを使わないアトピー治療のことを載せてもらいました。そうすると患者さんが結構増えてきました。

初期の頃はステロイドを止めて長く時間が経てば良くなると思っていたのですが、7年くらい経ちますと一度治っていた方がまた悪くなったことができてきました。

ストレスも一因

それが今日の一つのテーマなのですが、ステロイドだけではなく家族関係や舅姑問題、職場での対人関係などのストレスがアトピー発症の大きな引き金になっているのではないかと感じ始めました。ステロイドの使用をやめることを決意されても、結局悪化してくるとまた使うという例もあり、このまま脱ステロイドという治療を押し進めていっても大丈夫かというようなことを思った時期もありました。

それで、1994年の10月に、当院に入院したことのあるアトピー患者さんに退院後の皮膚症状についてアンケートを行いました。そのアンケートの結果は予想していたよりはるかによくて、5割8分は「まあ良い」以上で、アトピーもすっかり良くなったという人もいました。ただ、95年の阪神大震災以降、ちょっとアトピー性皮膚炎の患者さんの質が変わってきました。

震災直後は、入浴出来ない、食事内容が悪くなるなど、アトピーの悪化が心配されたのですが、それ程悪化することはありませんでした。ステロイドを止めて3年ほど非常によかった方が、震災後の気苦労からか1年後に症状が悪くなって入院してきた患者さんがいました。あるいはステロイドを全然使ったことがない小学5年生の男の子が、急にアトピーがひどくなってステロイドの離脱症状のようになった(小島さんの息子さんの例)。またステロイドを使わなくても結婚して初めてアトピーになる、部長になってまたは定年退職してアトピーになる例が増えてきました。こういう症例を経験するようになって、ステロイドだけが原因ではないのではないかと考えられるようになりました(当院に通院する患者さんの4割は、思春期以降に発症しています)。

ステロイド中止は第一歩

それで現在は、ステロイドをやめるだけではだめで、ステロイドをやめるのは治療の第一歩であるというのが治療の基本になっています。

実際に患者さんには、何故、ステロイドが必要であったかというのを考えていただく。ステロイドを塗らないといけない原因があったのであって、悪くなった原因、まあそれはわからない部分が多いですけど、何が悪化要因か、それが何かというふうに考えてもらうのがうちの病院のテーマです。そういう中で自分が置かれているストレス状態をどうやって減らすかを考えてもらいます。あとはスキンケアと生活指導をきちんとするだけで治っていきます。

それでは、実際に私どもの仕事は何かということになります。今まで何もしないとやってきたので、じゃあ、先生ところへいっても仕方がないと言われることがありました。それでは困りますので体系化することにしました。

患者と医師の共同作業

それは患者さんと医者が協力関係にある、共同作業になるということです。患者さん自身が

アトピーと向き合いながらどうすればそれを克服できるか努力することです。医者なり医療従事者なりはそれを援助することです。その中で、アトピーにまつわる正確な情報を医者目で見ると「これは正しい」「これはおかしい」という点をキチンと出していく。最終的には患者さんに判断してもらい、セルフコントロールすることです。成人病が生活習慣病といわれているように、医者や医療従事者の力ではなくて、患者さんの食生活、食習慣等を中心にしてコントロールしています。アトピーも結構そういうところがあるのではないかと考えています。

ステロイド治療の問題点

次にアトピー性皮膚炎のステロイド治療の問題点というのを挙げてみましたが、私の考え方では成人アトピー性皮膚炎にステロイドは使わないほうがいいと考えていますが、実際には仕事に行けない、ステロイドをやめて社会復帰できない人も出てきます。そんな場合は、緊急避難的に使う必要があるのではないかと現在では考えています。

ところが、ステロイド使用の現実、明らかにステロイド使用の間違いであるにきびとかヘルペス、水虫などの禁忌例に使われているのが実際のところ多いと思います。アトピーにヘルペスを合併してステロイドを出されたような患者さんがよく来られますが、ヘルペスにはステロイドはいらぬ。あるいは乾燥肌には保湿剤で十分であるのにステロイドを出すといった治療が行われているのではないかとと言えます。

それと最近ちょっと気になるのですが、旧帝国大学の先生方が脱ステロイド派の医者を目の敵にするような動きが出てきて、やり玉にあげられています。医師の世界では、特に大学の中では教授や助教授と違う治療をしようとするだけで潰されてしまうような状況にあります。したがって、こういう治療は教授の力の強い所では起こりえない。ステロイド連用の副作用など見たことがない、と言って憚らない教授もいます。大学の先生というのは臨床の経験が少な

いというか、患者さんを診る回数が少ないので悪くなった患者さん、ステロイドの副作用が出ているような患者さんを知らないのではないかと思います。

アトピー・ステロイド情報センターがステロイド使用に関するアンケートをとられていますが、ステロイドを使う先生方と話をしていまずと、ステロイドを使って病気の症状を抑えないと治療をしているような気にならないようです。そういうところが私たちと違うところで、そういう先生方はステロイドを使わないのだったらよそへ行って下さいと言われてたりするんですね。ないしは、説得して使ってもら、確かに説得されて使う患者さんもいると思いますが説得されたような顔をしてステロイドをもらって捨ててしまう。ないしはそのまま民間療法へ行ってしまうという患者さんが多いのではないかと...

最後になりましたが、アトピー治療の基本は、患者さんがどういう方法をとって治療すべきかということを選択すべきであって、医者、医療従事者は情報を提示して協力していくのが一番いいのではないかと考えます。

アトピー性皮膚炎治療における Evidence Based Medicine の考え方—— 林 敬次

はやし けいじ



高槻赤十字病院小児科、医師

1973年より医療問題研究会で主に医療職場の問題を改善する活動をする。その他、1974年より、注射による筋短縮症自主検診団、大阪小児科学会等で喘息薬、乳児突然死問題、BCG問題、経口抗アレルギー剤問題などを通じた薬効評価問題に取り組む。

「3た」試験と比較試験

まず、日本の薬や治療の評価方法で圧倒的多数を占める「3た」試験、について説明します。これは、比較するのではなく「薬を使った、ところ、病気が治った、ので、効いた」、つまり「た」が3つなので「3た」試験といえます。

ある病気の患者10人にAという薬を使ったところ、7人が治った、1人が変化なし、2人が悪化したとします。これは、効果があったのだろうか、なかったのだろうか？「わからない」が正解です。なぜなら、例えば、かぜのほぼ100%は自然に治癒し、中耳炎でも90%以上が自然に治り、癌でも何割か自然に治るものもあるからです。

100%近く死亡していた重症の細菌性肺炎はペニシリンの導入によって10%になったとすれば、薬が確実に効いたといえます。しかし、このような例以外は薬（治療）を実施した群としない群とを比較しないと、薬（治療）そのものの効果は全くわからない。特に、アトピー性皮膚炎のように慢性かつ悪化・改善を繰り返すような疾患に対する、薬や治療の効果を評価する場合に比較試験は不可欠です。

無作為化の重要性

もう一つ大切なことは、比較する両者が、病気の程度や年齢・性などでできるだけ同じでなければならないということです。治療に抵抗する人が多い群が対象になると、たとえ効果があ

る薬でも効果が見逃されるかも知れない。あるいは、100点を最悪として患者の症状を点数で表した場合に、100点に近い人（病気が重い人）ばかりの群と、10点に近い人（軽い人）ばかりの群で比較すると、10点に近い人はたとえ完治しても10点しか点数が下がらないが、100点に近い患者群の薬や治療が実際以上に効いたような結果が出るかも知れない。したがって、この100点に近い人や10点に近い人たちを、平等に2群（あるいは3群）に振り分けて比較しなければ、正確な評価はできません（公平に振り分ける方法を無作為割り付けあるいはランダム割り付け、ランダム割り付けの方法で実施した臨床試験を無作為比較試験あるいはランダム比較試験：Randomized controlled trial:RCTという）

副作用と無作為比較試験

アトピー性皮膚炎などのように「特効薬」がなく、8割とか9割の人に効くような治療法が期待出来ない場合、無作為比較試験は特に不可欠な方法です。効果ばかりではなく、副作用についても同様です。なぜなら、症状の悪化が副作用によるのか、他の要因によるのかが非常に判定しにくいからです。例えば、漢方薬を使った方が症状がひどくなる人が多いのか、使わない方が多いのか、を調べる場合にも最も厳密な方法でもあります。ステロイド外用剤の場合でも、副作用が重篤である強い作用の物は別にしても、