アトピー性皮膚炎患児に対するスキンケアに関する検討

――米子市における実態調査より――

廣江かおり*1・笠置綱清・矢倉紀子・木村　浩*2

Kaori HIROE, Tsunakiyo KASAGI, Noriko YAKURA and Hiroshi KIMURA

Study on the ideal skin-care of atopic dermatitis in school children based on the questionnaire in Yonago city

小児を取り巻く社会環境の変化、なかでも生活様式の変化により、近年アトピー性皮膚炎をはじめとするアレルギー性疾患に罹患している小児が増加傾向にある。とくに、アトピー性皮膚炎はその診断がいまだ確立されていないうえ、その病変が誰の目にも見えて、素人目にも分かりやすく、簡単にスキンケアができそうであるが、その治療管理は極めて困難という特徴がある。さらに、小児の場合は低年齢者ほど皮膚の厚さは薄く、外界からの各種侵襲によって生ずるスキントラブルが多いこと、同一原因が作用しても年齢によって異なった病像を呈すること、スキンケアを行うのが患児自身ではなく、多くの場合母親がその主導権を握っていることなどが、本症患児のスキンケアを困難にし、混乱を招いていると思われる[1, 2]。

今回、私たちは米子市における学童期のアレルギー性疾患の有病率およびアトピー性皮膚炎の実態調査を行い、母親の認識について分析した。その結果を踏まえて、本症患児に対するスキンケアに関する検討を行い、若干の文献的考察を加えて報告する。

表1．学童期におけるアレルギー性疾患の診断基準II

病　名	質問事項	診断基準
アトピー性皮膚炎	①赤ちゃんの時湿疹ができた。 ②肌がざらざらして乾いている。 ③身体をかゆがる。 ④現在も湿疹が出ている。	家族アレルギー病歴ありを必須条件として①と②、①と④、②と③、②と④、③と④のいずれかの組み合わせに「はい」と答えた人
アレルギー性結膜炎	①目が赤くなることがある。 ②目をこする癖がある。 ③特定の場所や季節になると目がかゆくなる。	①と②、①と③、②と③のいずれかの組み合わせに「はい」と答えた人
アレルギー性鼻炎	①鼻が出たり、つまったりする。 ②ある特定の時期に鼻水が出やすい。	家族アレルギー病歴ありを必須条件として①または②に「はい」と答えた人
気管支喘息	①咳が出て止まりにくい。 ②風邪をひくとゼーゼーいう。 ③喘息の気があるといわれた。 ④気管支喘息といわれた。 ⑤喘息性気管支炎といわれた。 ⑥運動すると咳が出る。 ⑦咳で長期間薬を飲んだ。	②または④に「はい」と答えた人 ①と③、①と⑤、③と⑥、③と⑦、⑤と⑥、⑤と⑦のいずれかの組み合わせに「はい」と答えた人

看護学科，*1看護学科（現，鳥取大学医学部附属病院），
*2国立米子病院小児科

対象および方法

鳥取県米子市内23校の小学１年生1,587名（男児：818名、女児：769名）を対象とし、1991年７月１～31日の期間に、アレルギー性疾患の有病率およびアトピー性皮膚炎に関するアンケート調査を実施した。主な調査項目は、アレルギー性疾患の実態、その発症時期、アトピー性皮膚炎の実態、その治療管理および増悪因子などで、保護者が記入したものを回収し、集計および分析はPC NEC-N 5200モデル03を用いた。また、このアンケートは、すべて複数回答に基づいて集計した。アレルギー性疾患の診断は、井上・飯倉らの診断基準をもとに、家族にアレルギー病歴あるものを必須条件として、学童用に作成した診断基準II（表１）を用いた[3]。

結　　果

アンケート調査の回収率は、86.2％（1,368名）であった。

１．アレルギー性疾患の実態

①　アレルギー性疾患の有病率

保護者の回答による現在のアレルギー性疾患の有病率は、アトピー性皮膚炎が26.0％と最も多く、次いでアレルギー性鼻炎が11.6％、気管支喘息が8.0％、アレルギー性結膜炎が3.6％であった。診断基準II（表１）でその有病率をみると、アトピー性皮膚炎は18.0％と、保護者が回答していたものより減少し、アレルギー性鼻炎は25.5％、気管支喘息は17.5％、アレルギー性結膜炎は5.0％と母親の回答の約２倍となった。アレルギー性疾患をもつ学童の他のアレルギー性疾患の合併率は１種のみが63.8％、２種のものは22.0％、四大アレルギー性疾患すべてをもつものが4.6％であった。

②　アレルギー性疾患の発症時期

アレルギー性疾患の発症時期は、アトピー性皮膚炎は６カ月までに35.7％、１歳までに69.8％が既に発症していた。気管支喘息は３歳までに67.6％が、アレルギー性結膜炎は４歳までに70.5％、アレルギー性鼻炎は５歳までに76.2％が発症していた（表２）。

表２．アレルギー性疾患の発症時期

（％）

いつまでに発症したか	アトピー性皮膚炎	アレルギー性結膜炎	アレルギー性鼻炎	気管支喘息
～６か月	177 (35.7)		3 (2.0)	9 (6.2)
～１歳	169 (34.1)	9 (11.5)	3 (2.0)	17 (11.7)
～２歳	59 (11.9)	6 (7.7)	14 (9.3)	29 (20.0)
～３歳	46 (9.3)	21 (26.9)	33 (21.9)	43 (29.7)
～４歳	22 (4.4)	19 (24.4)	25 (16.5)	20 (13.8)
～５歳	12 (2.4)	10 (12.8)	37 (24.5)	16 (11.0)
～６歳	9 (1.8)	12 (15.4)	29 (19.2)	11 (7.6)
～７歳	2 (0.4)	1 (1.3)	7 (4.6)	
合　計	496	78	151	145

表３．アトピー性皮膚炎と診断・治療した医師

（複数回答）　（％）

	診　断	治　療
皮膚科	290 (52.6)	101 (68.2)
小児科	227 (41.2)	39 (26.4)
内科小児科	58 (10.5)	13 (8.8)
その他	14 (2.5)	4 (2.7)
合　計	551	143

２．アトピー性皮膚炎の実態

①　アトピー性皮膚炎の診断、治療

アトピー性皮膚炎と診断した医師の所属科名は、

表４．アトピー性皮膚炎に関する認識および診断時期

（％）

	母親が気づいた	医師に診断された
～１か月	49 (9.5)	54 (11.1)
～４か月	87 (26.4)	63 (12.9)
～１歳	235 (45.5)	215 (44.1)
～２歳	65 (12.6)	52 (10.7)
～３歳	46 (8.9)	46 (9.4)
～４歳	4 (0.8)	28 (5.7)
～５歳	9 (1.7)	17 (3.5)
～６歳	12 (3.7)	8 (1.6)
～７歳	2 (0.4)	4 (0.8)
合　計	516	487

皮膚科が52.6%と最も多く、次いで小児科が41.2%であった。アトピー性皮膚炎と診断された148名のうち101名（68.2%）が皮膚科で、39名（26.4%）が小児科で治療を受けており、乳幼児は小児科を、年長児になると皮膚科を受診する傾向がみられた（表3）。アトピー性皮膚炎は1歳までに約70%が発症しており、3歳以降の発症は少なかった。親が気づいた時期と、医師に診断された時期にはほとんど差はみられなかった（表4）。

② アトピー性皮膚炎の症状好発部位と発症度

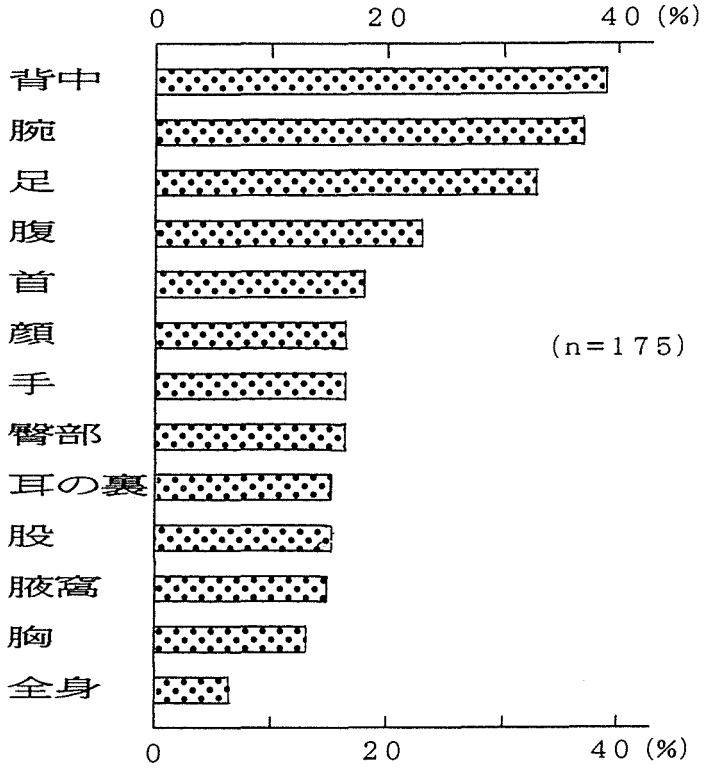

図1．アトピー性皮膚炎における症状の出現し易い部位（複数回答）

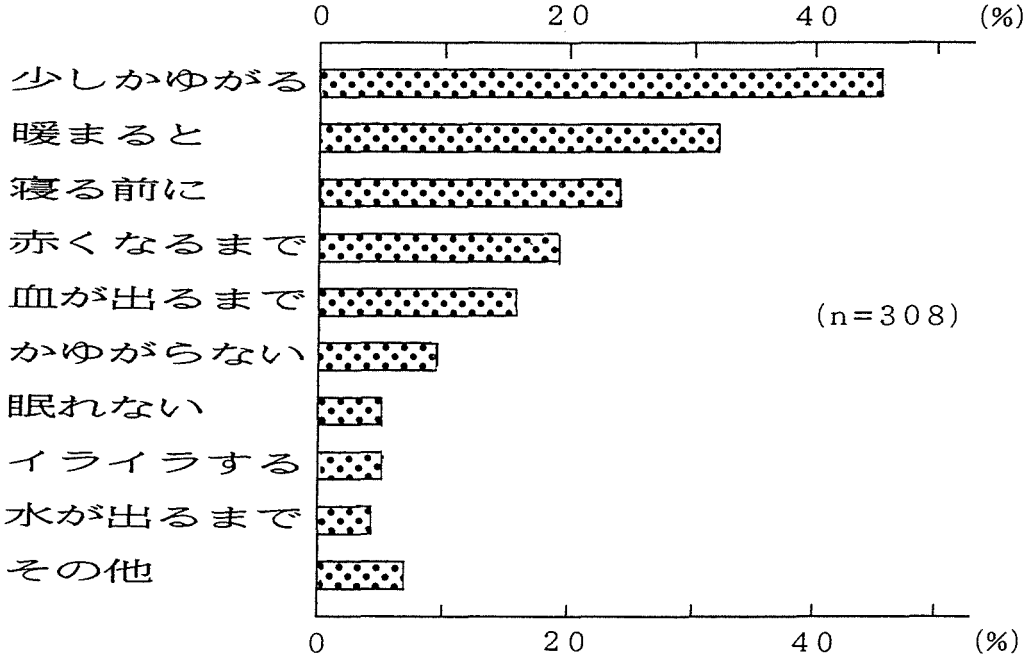

図2．アトピー性皮膚炎におけるかゆみの程度（複数回答）

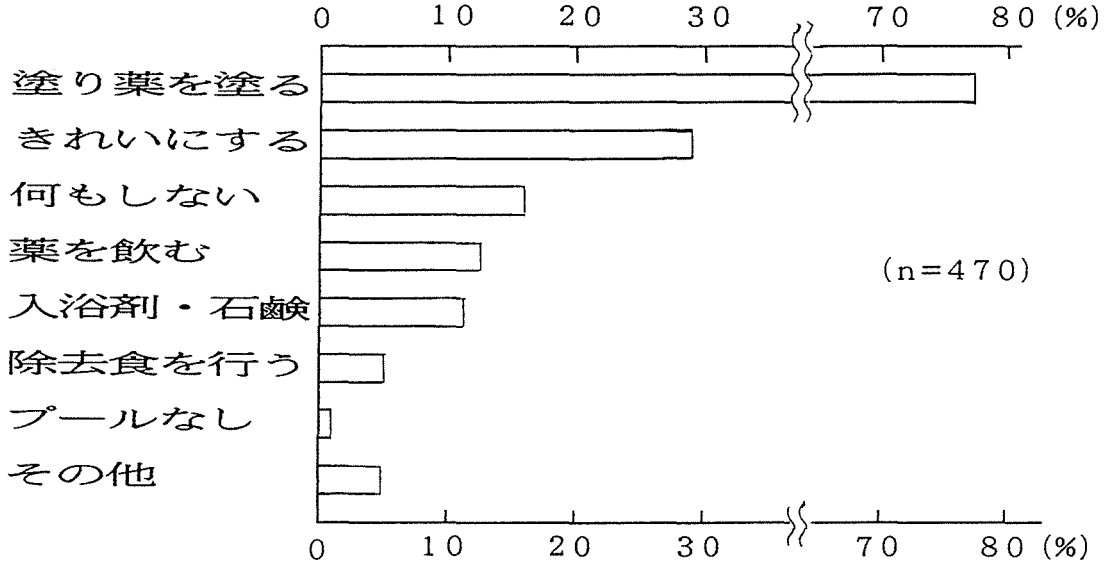

図3．アトピー性皮膚炎の治療管理（複数回答）

皮膚症状の出易い部位は、背部（38.3%）、上肢（37.1%）、下肢（33.1%）、腹部（23.4%）の順であり、なかでも肘窩・膝窩が好発部位であった。全身に症状が見られるものも6.3%あった（図1）。かゆみの程度については、54.9%は比較的気にならない程度の軽症であったが、その他は日常生活に支障をきたすと思われる症状を訴えるものもあった。なかでも「かゆくて眠れない」「イライラする」と訴えるものはそれぞれ5.2%みられた（図2）。

③ アトピー性皮膚炎の治療管理と増悪因子

治療・管理としては、対症療法としてステロイド剤入りの塗り薬を使用しているものが77.2%あったが、抗ヒスタミン剤・抗アレルギー剤などの内服薬を服用しているものは、12.5%と少数であった（図3）。増悪因子としては、「発汗」によるものが最も高率で37.7%、次いで「手入れが悪い時」が11.6%、「風邪をひいた時」、「薬を忘れた時」、「除去食をうっかり食べたとき」、「プールに入った時」、「イ

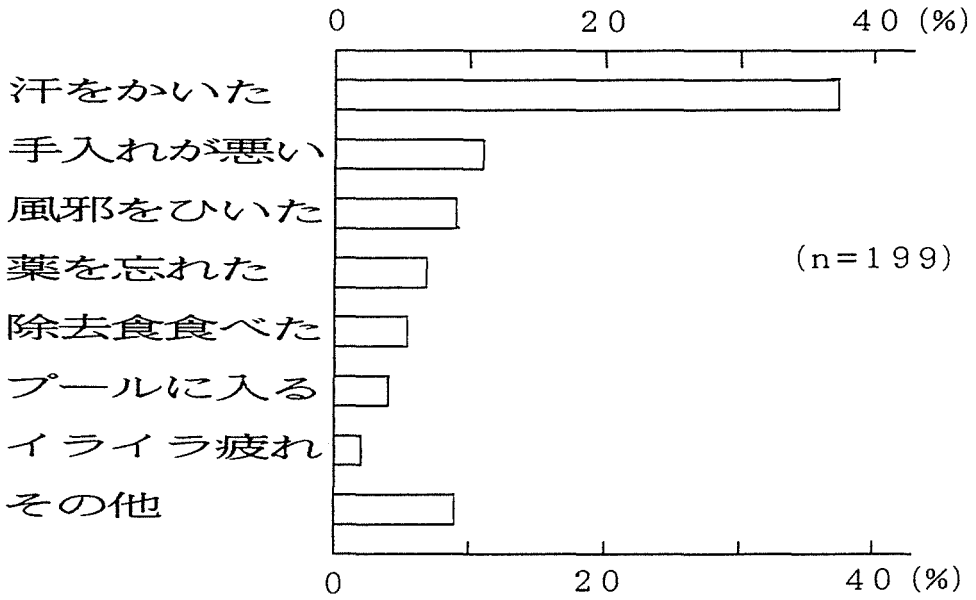

図4．アトピー性皮膚炎の増悪因子（複数回答）

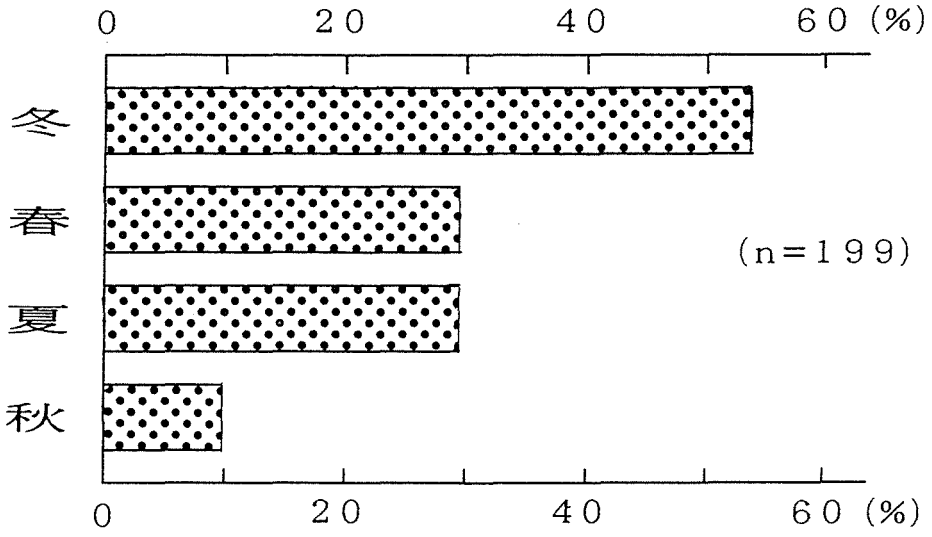

図5．アトピー性皮膚炎の増悪季節（複数回答）

ライラしたり疲れた時」の順で、心理的要因によって症状が増悪するものも少数ではあるがみられた（図4）。増悪季節でみると、「冬」が最も高率で52.8％であった。次いで、「春」と「夏」が各々28.9％であった（図5）。

考　　察

アレルギー性疾患、なかでもアトピー性皮膚炎の増加傾向の原因として、居住環境の変化、生活様式、とくに食生活の変化に伴うアレルゲンの増加、ストレスの増加などがあげられる。これらの環境因子も然ることながら、その診断基準の不統一による混乱があげられる。アンケート調査とはいえ、このようなアレルギー性疾患の有病率の相違は、誤った自己診断の多さを表していると思われる。したがって、専門医による正しい診断を受けることが必要であろう。

今回の調査でアトピー性皮膚炎をもつ小児のおよそ45％が日常生活上、何らかの支障をきたしているので、適確な診断と生活管理指導を含めた治療が必要であり、その際スキンケアは欠かせない手段であると考える。

小児のスキンケアを考える場合には、まずその年齢における解剖、生理を知る必要がある[1]。新生児の皮膚でも基本的構造としては表皮、付属器などは完成しており成人と大差はないが、真皮は成人より薄く、膠原線維、弾力線維が未発達である。新生児期から乳幼児期、学童期と大きく変化するのは皮脂である。皮脂量は新生児期ではほとんど成人量に匹敵するほどであるが、生後3カ月を過ぎると急激に皮脂分泌が低下し、成人の約¼量となる。低下した皮脂量は小学校高学年で回復し、思春期になり成人量に達する。以上のように、小児期の皮膚の生理的条件は年齢によって大きく異なっており、各々の年齢により多発する病気もある。したがって、各年齢によってスキンケアは大きく異なってくる。

小児のアレルギー性疾患は、アトピー素因をもつ小児の出生後の食物摂取が引き金となり、湿疹からスタートし、特徴的な症状の連続すなわちアレルギー・マーチが始まるため、生後6カ月から12カ月の離乳期に食物アレルギーを誘因として、急にアトピー性皮膚炎の発症率が高くなると考えられる[3]。

アトピー性皮膚炎の原因として、乳児期は食物アレルギーが中心となるが、幼児期以降には、家ダニなどによる吸入抗原により他のアレルギー性疾患が発症し、悪化するので、生活環境の改善に関する対策も重要な課題となる[4]。

アトピー性皮膚炎の増悪因子として、プールの消毒薬、運動後や夏期の発汗が問題である。また、体調の変化、ストレスなども誘因となるので、アトピー性皮膚炎児を含めたアレルギー性疾患児の、日常の

心身の鍛練が必要であろう。

アトピー性皮膚炎の治療管理のポイントは、それぞれの患児の症状増悪の原因をよく調べ、その原因除去とスキンケアを行うように心掛け、適切な薬物療法により皮膚症状の改善に努めることである。とくに、スキンケアを行うのが患児自身ではなく、保護者である母親が主導権を握っているので、本症患児の治療管理を一層困難にしていると思われる[2]。したがって、何よりも母親に対する啓蒙が大切であると考え、今回の調査結果を踏まえ文献的考察を加えて本症に関する指導要項を作成した（表５）。また、小児期各年齢によるスキンケアは次のような要領で行うとよい。

表５．実態調査に基づく学童期アトピー性皮膚炎の指導要項

１．皮膚の清潔の保持と皮膚へのケア
　１）発汗時は入浴・シャワー浴を行う。
　２）香料の入った石鹸や薬用石鹸など皮膚を刺激するものは避ける。
　３）皮膚の乾燥を避ける。
２．薬物の使用方法とその他の治療管理
　１）薬は確実に塗布または内服し、副作用に注意する。
　２）薬の塗布はシャワー直後に行う。
　３）ステロイド軟膏は少量をうすくのばして使用する。
　４）除去食に気をつける。
３．居住環境
　１）カビやダニの発生・繁殖を防ぐために、日当たり・風通しなどをよくする。
　２）ペットを室内で飼わないようにする。
　３）頻回かつ十分に掃除機をかける。

１）乳児期のスキンケア：３カ月頃までは皮脂の分泌がかなり多いので、毎日入浴などで皮脂や汚れを落とす必要がある。近年、各種のベビー用石鹸、シャンプー、入浴剤が開発され市販されており、大部分は刺激少なく使用してもよいが、一部殺菌剤入りの製品では高い刺激数を示し、好ましくないものもある[5]。

２）幼小児期のスキンケア：この年齢の皮脂量は最低値を示し、毛孔性の角化が目立つ。小児乾燥型皮膚炎は、とくに冬季に増悪をみるが、皮疹はそれ以上浸潤しない。これは正常な小児の生理的乾燥皮膚と考えられ、アトピー性皮膚炎へ移行するものは少ない。しかし、戸外へ出る場合は保湿性クリームの外用をし、気温の低い時は保温効果を目的とした入浴剤、沐浴剤を用いるのもよい。また、せっかく低刺激石鹸を使用していても、スポンジ、ナイロンタオル、さらにはタワシなどで擦るのは避けるべきである。

３）思春期のスキンケア：現代では、既に小学校５、６年生頃よりニキビの出ているものがあり、中学校２、３年生になるとニキビの出ているものが50％を越えている。ニキビのスキンケアは一にも二にも洗顔である。洗顔に際し、必ずしも特別な石鹸でなくてもよく、アトピー性皮膚炎児でも顔にニキビと湿疹病変が混在していることも多いので、要するにその患児にあった石鹸でよい。

アトピー性皮膚炎の診断基準は、現在のところ統一的なものはないが、今回、私たちの使用した学童用診断基準IIはアトピー性皮膚炎の有病率をみる目的にかなったものと考える。

要　　約

米子市における学童1,587名に対して、アレルギー性疾患の有病率およびアトピー性皮膚炎の実態調査を行った結果、それらの学童期における有病率は上昇傾向にあることが判明した。その原因には、環境因子数の増加もあるが同時に、疾患の診断基準の不統一による誤った自己診断の多さが関連していると思われる。そこで、実態調査に基づいた学童期アトピー性皮膚炎患児への指導要項を提示した。

アトピー性皮膚炎患児のスキンケアの管理は、たとえ患児自身がスキンケアの一部を管理するにしても、母親や身近な成人が指導するべきものである。したがって、看護指導者としては、スキンケアの手技・意義について母親などの理解を得ることが小児のスキンケア成功のキーポイントである。結論的には、小児期のアトピー性皮膚炎の治療・管理の巧拙は、容易なことではないとしても、母親などとの間のコミュニケーションの巧拙によって支配されると言える。

本研究に関するアンケート調査にご協力頂きました米子市小学校教育研究部養護教員部会の皆様に深謝致します。なお、本稿の要旨は第39回小児保健学会（松江市）にて報告した。

文　　献

1）上田　宏、小児内科、**25**, 1571-1575, 1993.
2）山本一哉、小児内科、**22**, 381-384, 1990.
3）鳥居新平、看護MOOK, **36**, 58-63, 1990.
4）伊藤由美子、斉藤いずみ、服部由美江、看護MOOK, **36**, 115-124, 1990.
5）松永佳世子、日小会誌、**9**, 123-134, 1991.

（受付　6. 5. 1995）

Summary

The rates of allergic diseases particularly with atopic dermatitis were surveyed in 1,587 school children of Yonago city, revealing tendency of late increase in those diseases. Both of the complicated environmental allergic-factors and the misused self-diagnosis, for lack of any informed diagnostic standard, are concluded to involve main-causal relations to the late increase in such allergic diseases. The gist of guidance therefore has been postulated for the skin-care of atopic dermatitis in children.

The management of the skin-care for atopic dermatitis in children is, even if the juvenile patients managed a part of the skin-care, mainly dependent on their parents or adult-folks. Thus, nurses must let the adults understand what the skin-care is and how to care about the child-skin.