

総論



1 アナフィラキシーの定義と診断基準

アナフィラキシーとは、「アレルゲン等の侵入により、複数臓器に全身性にアレルギー症状が惹起され、生命に危機を与える過敏反応」をいう。「アナフィラキシーに血圧低下や意識障害を伴う場合」を、アナフィラキシーショックという。

診断基準

▶ 以下の3項目のうちいずれかに該当すればアナフィラキシーと診断する。

1. 皮膚症状（全身の発疹、瘙痒または紅潮）、または粘膜症状（口唇・舌・口蓋垂の腫脹など）のいずれかが存在し、急速に（数分～数時間以内）発現する症状で、かつ下記a、bの少なくとも1つを伴う。



さらに、少なくとも右の1つを伴う



a. 呼吸器症状
(呼吸困難、気道狭窄、喘鳴、低酸素血症)



b. 循環器症状
(血圧低下、意識障害)

2. 一般的にアレルゲンとなりうるものへの曝露の後、急速に（数分～数時間以内）発現する以下の症状のうち、2つ以上を伴う。



a. 皮膚・粘膜症状
(全身の発疹、瘙痒、紅潮、浮腫)



b. 呼吸器症状
(呼吸困難、気道狭窄、喘鳴、低酸素血症)



c. 循環器症状
(血圧低下、意識障害)



d. 持続する消化器症状
(腹部痙攣、嘔吐)

3. 当該患者におけるアレルゲンへの曝露後の急速な（数分～数時間以内）血圧低下。



収縮期血圧低下の定義：平常時血圧の70%未満または下記

生後1ヶ月～11ヶ月 < 70mmHg
1～10歳 < 70mmHg + (2 × 年齢)
11歳～成人 < 90mmHg

血圧低下

Simons FE, et al. WAO Journal 2011; 4: 13-37, Simons FE. J Allergy Clin Immunol 2010; 125: S161-81, Simons FE, et al. アレルギー 2013; 62: 1464-500 を引用改変

2 アナフィラキシーの鑑別診断

► アナフィラキシーの症状に類似する疾患・症状には下記のようなものがある。

鑑別困難な疾患・症状	皮膚紅潮症候群
<ul style="list-style-type: none"> 喘息発作 失神 不安発作／パニック発作 急性全身性蕁麻疹 異物の誤嚥 心血管疾患（心筋梗塞、肺塞栓症） 神経学的疾患（けいれん、てんかん、脳血管疾患） 	<ul style="list-style-type: none"> 閉経周辺期 カルチノイド症候群 自律神経性てんかん 甲状腺腫瘍
食事関連	非器質性疾患
<ul style="list-style-type: none"> ヒスタミン中毒 グルタミン酸ナトリウム過敏反応 亜硫酸塩過敏反応 食中毒 	<ul style="list-style-type: none"> 声帯機能不全 過換気 心身症
内因性ヒスタミン過剰	ショック
<ul style="list-style-type: none"> マスト（肥満）細胞症 クローン性マスト細胞異常 好塩基球性白血病 	<ul style="list-style-type: none"> 循環血液量減少性 心原性 血液分布異常性 敗血症性
	その他
	<ul style="list-style-type: none"> 非アレルギー性血管浮腫 遺伝性血管浮腫I型、II型、III型 ACE阻害薬^{※1}関連の血管浮腫 全身性毛細管漏出症候群 レッドマン症候群（パンコマイシン） 褐色細胞腫（奇異反応）

Simons FE, et al. WAO Journal 2011; 4: 13-37 を引用改変

■ 鑑別のポイント

鑑別困難な疾患・症状	共通する症状	鑑別ポイント
喘息	喘鳴、咳嗽、息切れ	喘息発作では瘙痒感、蕁麻疹、血管浮腫、腹痛、血圧低下は生じない。
不安発作／パニック発作	切迫した破滅感、息切れ、皮膚紅潮、頻脈、消化器症状	不安発作／パニック発作では蕁麻疹、血管浮腫、喘鳴、血圧低下は生じない。
失神	血圧低下	純粹な失神による症状は臥位をとると軽減され、通常は蒼白と発汗を伴い、蕁麻疹、皮膚紅潮、呼吸器症状、消化器症状がない。

その他、年齢および性別を考慮することは、アナフィラキシーの鑑別診断に有用である。

※1 ACE阻害薬 (angiotensin converting enzyme inhibitor) : アンジオテンシン変換酵素阻害薬

3 アナフィラキシーの疫学

■ 頻度

- ▶ 日本において、アナフィラキシーの既往を有する児童生徒の割合は、小学生0.6%、中学生0.4%、高校生0.3%である。

平成25年度文部科学省：学校生活における健康管理に関する調査

- ▶ アメリカでは1.6% (95% CI: 0.8 - 2.4%)、ヨーロッパの10カ国では0.3% (95% CI: 0.1 - 0.5%)と報告されている。 Wood RA, et al. J Allergy Clin Immunol 2014; 133: 461-7. Panesar SS, et al. Allergy 2013; 68: 1353-61.

- ▶ 食物アレルギーによるアナフィラキシーにより死に至る確率は患者10万人当たり1.35～2.71人、0～19歳では3.25人である。

Umasunthar T, et al. Clin Exp Allergy 2013; 43: 1333-41.

■ アレルギー疾患罹患者(有症者)数

(人)

	食物アレルギー	アナフィラキシー	エビペン®保持者
小学校	210,461 (4.5%)	28,280 (0.6%)	16,718 (0.4%)
中学校・中等教育学校	114,404 (4.8%)	10,254 (0.4%)	5,092 (0.2%)
高等学校	67,519 (4.0%)	4,245 (0.3%)	1,112 (0.1%)
合計	453,962 (4.5%)	49,855 (0.5%)	27,312 (0.3%)

(平成25年8月現在)

文部科学省「学校生活における健康管理に関する調査」より引用

■ アナフィラキシーショックによる死亡数

(人)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	合計
総数	58	53	53	46	73	66	66	48	51	51	71	55	77	768
ハチ刺傷	26	23	24	18	26	20	19	15	13	20	16	22	24	266
食物	3	0	3	2	1	5	5	4	4	4	5	2	2	40
医薬品	17	17	19	19	31	34	29	19	26	21	32	22	37	323
血清	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	6
詳細不明	12	13	6	7	14	6	12	10	7	6	18	9	13	133

厚生労働省 人口動態統計「死亡数、性・死因(死因基本分類)別」より作表

4 アナフィラキシーの機序

- ▶ アナフィラキシーの多くはIgEが関与する免疫学的機序により発生し、最も多くみられる誘因は食物、刺咬昆虫（ハチ、蟻）の毒、薬剤である。
- ▶ 薬剤は、IgEが関与しない免疫学的機序、およびマスト細胞を直接活性化することによっても、アナフィラキシーの誘因となりうる。
- ▶ 造影剤は、IgEが関与する機序と関与しない機序の両者により、アナフィラキシーの誘因となりうる。

■ アナフィラキシーの発生機序と誘因

IgEが関与する免疫学的機序	食物	小児	鶏卵、牛乳、小麦、甲殻類、ソバ、ピーナッツ、ナッツ類、ゴマ、大豆、魚、果物など
		成人	小麦、甲殻類、果物、大豆（豆乳）、ピーナッツ、ナッツ類、アニサキス、スパイス、ソバ、魚など
	昆虫		刺咬昆虫（ハチ、蟻）など
	医薬品		βラクタム系抗菌薬*、NSAIDs*※2、生物学的製剤*、造影剤*、ニューキノロン系抗菌薬など
	その他		天然ゴムラテックス、職業性アレルゲン、環境アレルゲン、食物+運動、精液など
IgEが関与しない免疫学的機序	医薬品		NSAIDs*※2、造影剤*、デキストラン、生物学的製剤*など
非免疫学的機序 (例：マスト細胞を直接活性化する場合)	身体的要因		運動、低温、高温、日光など
	アルコール		
	薬剤*		オピオイドなど
特発性アナフィラキシー (明らかな誘因が存在しない)	これまで認識されていないアレルゲンの可能性		
	マスト（肥満）細胞症		クローン性マスト細胞異常の可能性

*複数の機序によりアナフィラキシーの誘因となる

Simons FE, et al. WAO Journal 2011; 4: 13-37に引用改変

■ バイオマーカーの変化

- ▶ アナフィラキシーの際に総トリプターゼ値、ヒスタミン値の上昇が見られる場合があるが、トリプターゼまたはヒスタミンが正常値であってもアナフィラキシーを否定することはできない。
- ▶ 総トリプターゼ値を測定する場合、発症15分後から3時間以内の測定値とベースライン測定値を比較する。
- ▶ PAF^{※3}、カルボキシペプチダーゼA3など、バイオマーカーの血液検査については未だ研究レベルである。

※2 NSAIDs (nonsteroidal anti-inflammatory drugs)：非ステロイド性抗炎症薬

※3 PAF (platelet activating factor)：血小板活性化因子

5 アナフィラキシーの誘因

- ▶ アナフィラキシーの誘因の特定は、発症時から遡る数時間以内における飲食物、薬剤、運動、急性感染症への罹患、精神的ストレスなど、アレルゲン物質への曝露、経過に関する詳細な情報に基づいて行う。
- ▶ アナフィラキシーの特異的誘因の多くは世界共通であるが、食習慣、刺咬昆虫に曝露する頻度、薬剤の使用率により地理的差異がある。

■ 医薬品(造影剤・麻酔薬含む)

抗菌薬

- β ラクタム系抗菌薬(ペニシリン系、セフェム系、カルバペネム系)が最多であり、ニューキノロン系抗菌薬の症例も報告されている。
- 投与前の問診が重要であり、抗菌薬によるアナフィラキシーの発生を確実に予知できる方法はない。

解熱鎮痛薬(NSAIDs等)

- アスピリン等のNSAIDsのうち、1剤だけで起きる場合と、複数薬剤のいずれでも起きる場合がある。
- IgEは通常関与しないが、1剤だけで起きる事例では関与しうる。

抗腫瘍薬

- 白金製剤やタキサン系(特に溶解剤としてポリオキシエチレンヒマシ油を含む薬剤)などの抗腫瘍薬を原因とするアナフィラキシーの報告は比較的多い。

局所麻酔薬

- 自覚症状を訴える患者は多いが、アレルギー機序は稀で、心理要因または添加されている保存剤や血管収縮薬が原因であることが多い。

筋弛緩薬

- 全身麻酔中に発症したアナフィラキシーの原因としては最も多い(50~70%)。

Mertes PM, et al. J Allergy Clin Immunol 2011; 128: 366-73.

造影剤

- 数千件に1件の率でアナフィラキシーが起きるといわれる。近年用いられている非イオン性、低浸透圧造影剤の重症の副作用の割合は0.04%とされる。

Katayama H, et al. Radiology 1990; 175: 621-8.

- IgEは通常関与しないが、一部の例では関与しうる。
- X線造影剤でもMRI造影剤でも、アナフィラキシー重症化因子として気管支喘息が挙げられており、特に必要な場合にのみ慎重に投与するのが原則となっている。

輸血等

- アナフィラキシーショックは血小板製剤8,500例に1例、血漿製剤14,000例に1例、赤血球製剤87,000例に1例と比較的多く報告されている。
- 発熱、稀に急性肺障害も起こりうる。

■ 使用製剤・症状別副作用報告数(頻度)(2012年)

製剤	血小板製剤	赤血球製剤*	血漿製剤
供給本数	821,680	3,472,100	993,670
尋麻疹等	243件(約1/ 3,400)	163件(約1/ 21,000)	105件(約1/ 9,500)
発熱反応	57件(約1/ 14,000)	119件(約1/ 29,000)	5件(約1/ 200,000)
血圧低下	17件(約1/ 48,000)	54件(約1/ 64,000)	13件(約1/ 76,000)
アナフィラキシー	96件(約1/ 8,600)	28件(約1/ 120,000)	24件(約1/ 41,000)
アナフィラキシーショック	97件(約1/ 8,500)	40件(約1/ 87,000)	72件(約1/ 14,000)
呼吸困難	56件(約1/ 15,000)	91件(約1/ 38,000)	22件(約1/ 45,000)
TRALI ^{※4}	1件(約1/ 820,000)	3件(約1/ 1,200,000)	1件(約1/ 990,000)
TACO ^{※5}	2件(約1/ 410,000)	16件(約1/ 220,000)	1件(約1/ 990,000)
その他	37件(約1/ 22,000)	67件(約1/ 52,000)	5件(約1/ 200,000)
計	606件(約1/ 1,400)	581件(約1/ 6,000)	248件(約1/ 4,000)

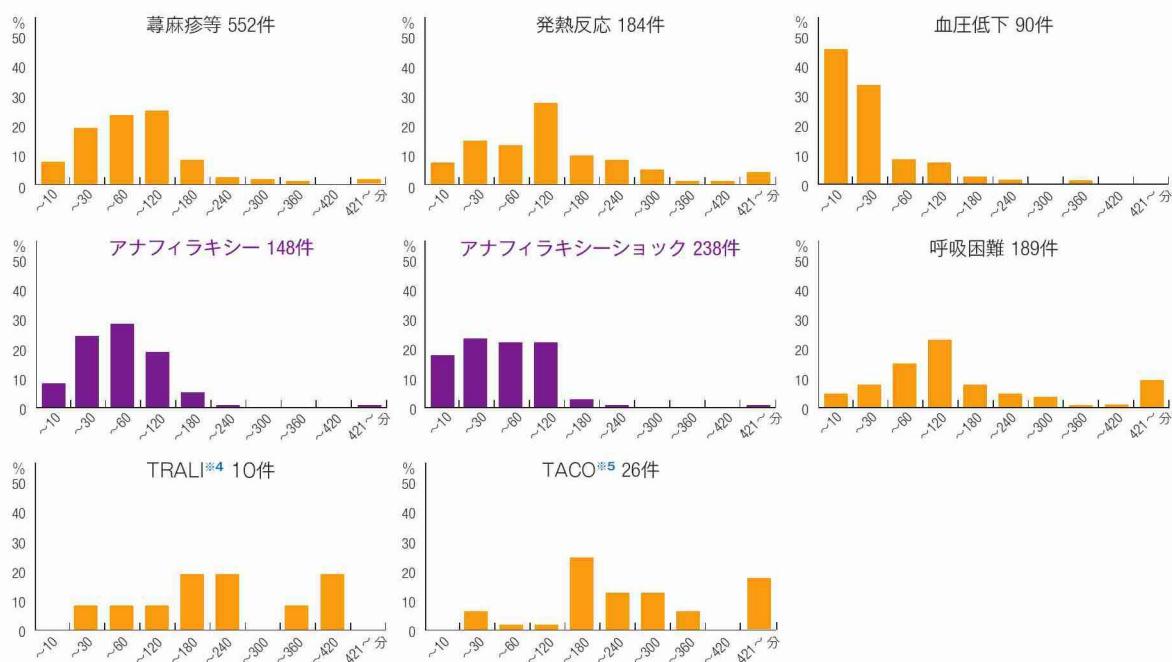
カッコ内は対供給本数に対する頻度を表す。

*洗浄赤血球製剤、解凍赤血球製剤および合成血は除く。

上記製剤には、放射線照射製剤および未照射製剤の両方を含み、2種類以上の製剤が使用された症例は除外した。

日本赤十字社：輸血情報. 2013, p.1310-137 (http://jrc.or.jp/vcms_if/iyakuhin_yuketuj1304-137_131121.pdf) より引用

■ 副作用発現時間(発現時間不明例は除く)(2012年)



日本赤十字社：輸血情報. 2013, p.1310-137 (http://jrc.or.jp/vcms_if/iyakuhin_yuketuj1304-137_131121.pdf) より引用改变

※4 TRALI (transfusion-related acute lung injury)：輸血関連急性肺障害

※5 TACO (transfusion associated circulatory overload)：輸血関連循環過負荷

生物学的製剤

- 投与直後または投与の数時間後、薬剤によっては24時間以降にアナフィラキシーの発生が報告されている。多くは機序不明で、初回投与でも複数回投与後でも起こりうる。

アレルゲン免疫療法

- 皮下注射法の場合には、特に增量過程でアナフィラキシーが生じる可能性があり、100万注射機会に1回重篤な全身反応が生じ、2,300万注射機会に1回の頻度で死亡例がある。
Epstein TG, et al. J Allergy Clin Immunol Pract 2014; 2: 161-7.
- 維持療法においても投与量の誤り、または注射間隔の極端な延長などによって、アナフィラキシーが生じる可能性は稀ではない。
- 舌下免疫療法の場合はその頻度は低く、死亡例はないものの、アナフィラキシーを生じた症例が1億回の投与に1回程度の頻度で報告されている。

Wise SK, et al. Otolaryngol Clin North Am 2012; 45: 1045-54.

手術関連

- 全身麻酔中に生じるアナフィラキシーの誘因としては、麻酔に使用する薬剤(特に筋弛緩薬)、抗菌薬、ラテックスが重要である。

ラテックス

- ラテックスに含まれるタンパク質に対するIgE抗体を保有する者に起こる即時型反応である。
- 即時型のアレルギー反応は通常、天然ゴム製品に曝露されてから数分以内に始まり、様々な症状を呈する。
- ハイリスクグループは医療従事者、アトピー体質、医療処置を繰り返し実施している患者(特に二分脊椎患者)、天然ゴム製手袋の使用頻度が高い職業に従事する者である。
- ラテックスアレルギーの30~50%は、クリやバナナ、アボカド、キウイフルーツ等の食品やその加工品を摂取した際に、アナフィラキシー、喘息、蕁麻疹、口腔アレルギー症候群などの即時型アレルギー反応を起こすことがある。この現象は特に「ラテックス-フルーツ症候群」と呼ばれる。ラテックス-フルーツ症候群は、果物や野菜に含まれるアレルゲンとラテックスとの交差反応性に起因している。

昆虫

- 人口の0.36%がハチ毒過敏症状を呈する(栃木県8万人の調査)。
生井聖一郎ほか：アレルギー 1984; 33: 344-56.
- 林野庁営林局(現森林管理局)の職員の67.5%にハチ刺傷歴があり、ショック症状は11.8%と報告されている(全国40,382名の調査)。
福田健 編：総合アレルギー学 改訂2版. 南山堂 2010. p.609-17.
- 林業・木材製造業従事者の40%、電気工事従事者の30%がハチ毒特異的IgE抗体陽性である(栃木県および福島県1,718名の調査)。
Hayashi Y, et al. Allergol Int 2014; 63: 21-6.

- ▶ ハチ刺傷はアシナガバチ、スズメバチ、ミツバチの順に多い。
福田健 編：総合アレルギー学 改訂2版。南山堂 2010. p.609-17.
 - ▶ 短期間に2回刺傷されるとアナフィラキシーを生じやすい。
Pucci S, et al. Allergy 1994; 49: 894-6.
 - ▶ ハチ毒アレルギーに対するアレルゲン免疫療法が有効であるが、日本では保険適応がない。

■ ハチ毒成分

分類	原因物質	症状
痛みを起こす毒成分	ヒスタミン	痛み、痒み、発赤
	セロトニン、アセチルコリン (スズメバチ類に多い)	ヒスタミンより強い痛み
アレルギー反応を起こす毒成分	ホスホリパーゼA等の酵素類	血圧低下、呼吸困難等のアナフィラキシー症状
その他の毒成分	メリチン(ミツバチ) アバミン(ミツバチ)	溶血作用 神経毒
	ハチ毒キニン (スズメバチ、アシナガバチ)	不明

林業・木材製造業労働災害防止協会：蜂刺されの予防と治療. 1996より作表

スズメバチ類



オオスズメバチ

キイロスズメバチ

クロスズメバチ

アシナガバチ類



ミツバチ類



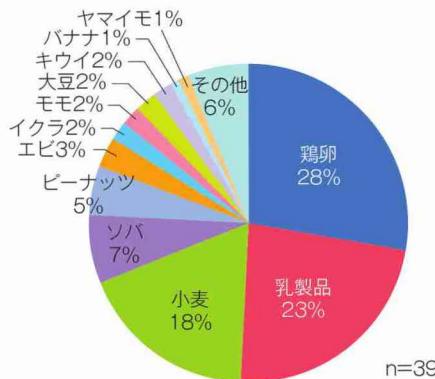
食物

- ▶ 欧米ではピーナッツ、ナッツ類が多く、日本では鶏卵、乳製品、小麦、ソバ、ピーナッツが多い。
 - ▶ 食物によるアナフィラキシーは自宅で発生する頻度が最も高い。

Imamura T, et al. *Pediatr Allergy Immunol* 2008; 19: 270-4.

- ▶ ほとんどが特異的IgE抗体が関与する即時型反応で、典型例では摂取後数分以内に起こるが、30分以上経って症状を呈する場合もある。
- ▶ 食物アレルギーの制限解除が進んで少量の摂取が可能（経口免疫療法の経過中も含む）となった場合でも、感冒や疲労、運動、入浴などに伴って誘発される場合がある。

■ ショック症状を誘発した原因食物



Akiyama H, et al. *Adv Food Nutr Res* 2011; 62: 139-71より作図

食物依存性運動誘発アナフィラキシー(Food-dependent exercise-induced anaphylaxis ; FDEIA)

- ▶ 学童、生徒におけるFDEIAの有病率は0.0085%（約12,000人に1人）の頻度で、男児に多い。
Aihara Y, et al. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 108: 1035-9.
- ▶ 原因食物は小麦製品、甲殻類が多い。
- ▶ 原因食物摂取から4時間以内の運動で発症することが多い。
- ▶ NSAIDsや食品添加物（サリチル酸化合物）、アルコール飲料や入浴で症状が増強する。
- ▶ 小麦加水分解物含有石鹼「茶のしずく」を使用したことにより発症する小麦アレルギー（食物依存性運動誘発アナフィラキシー）の健康被害が多数報告されている。
Fukutomi Y, et al. *J Allergy Clin Immunol* 2011; 127: 531-3.
- ▶ 原因食物を摂取しなければ運動は可能である（必ずしも運動を全面禁止にする必要はない）。

■ その他

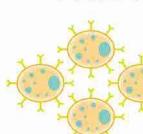
全身性マスト（肥満）細胞症

- ▶ 体内の過剰なマスト細胞によりアレルギー反応と同様の臨床症状を来す稀な疾患である。
- ▶ 繰り返す誘因不明のアナフィラキシー、紅潮、骨粗鬆症、消化性潰瘍等を認めた時に本症を疑う。
- ▶ WHOの分類では血液・リンパ組織の腫瘍性疾患として分類され、診断基準のうち大項目1つと小項目1つ、または小項目3つにより診断される。
- ▶ 皮膚マスト細胞症、全身性マスト細胞症、マスト細胞白血病、皮膚以外のマスト細胞腫の4つに分けられる。
- ▶ 血清トリプターゼ値(>20ng/ml)、c-KIT遺伝子およびCD2、CD25に関する検査が有用である。

6 アナフィラキシーの危険因子、増悪因子

- ▶ 喘息(特にコントロール不良例)の存在はアナフィラキシーの重篤化の危険因子なので、そのコントロールを十分に行う。
- ▶ アナフィラキシーに対するアドレナリンの不使用は死亡のリスクを高める。

■ アナフィラキシーを重篤化、増幅させる因子

年齢関連因子	乳幼児	思春期・青年期	妊娠・出産	高齢者
	 症状を説明できない	 リスクを伴う行動が増加	 薬剤によるリスク(乳幼児B群レンサ球菌感染症予防のための抗生物質など)	 薬剤またはハチ毒を誘とするアナフィラキシーによる致死リスク増大
合併症	 喘息などの呼吸器疾患	 心血管疾患	 マスト(肥満)細胞症/クローニング性マスト細胞異常	 アレルギー性鼻炎、湿疹 ^{**} (うつ病など)
嗜薬 [*] 好剤性薬ア物のコ ^一 用ル [/]	 βアドレナリン遮断薬、ACE阻害薬 ^{**}		 アルコール/鎮静剤/睡眠薬/抗うつ剤/嗜好性薬物	 アナフィラキシーの誘因と症状の認識に影響を及ぼす可能性がある
増幅ナフ [*] セラ ^一 促 ^一 因 ^一 子 [/]	 運動	 急性感染症	 精神的ストレス	 非日常的な活動
		 感冒、発熱など		 月経前状態

* 年齢関連因子、合併症、薬剤は、重度または致命的なアナフィラキシーに関与する可能性がある。促進因子は、アナフィラキシーを増幅させる可能性がある。一部のアナフィラキシー発症には、複数の因子および促進因子が関与すると考えられる。

** アトピー性疾患は、食物、運動、ラテックスを誘因とするアナフィラキシーの危険因子であるが、昆虫刺咬により発生するアナフィラキシーの危険因子ではない。

Simons FE, et al. WAO Journal 2011; 4: 13-37. Simons FE. J Allergy Clin Immunol 2010; 125: S161-81 を引用改変

7 アナフィラキシーの症状

- ▶ アナフィラキシーが発症する臓器は多種である。通常、症状は、皮膚・粘膜、上気道・下気道、消化器、心血管系、中枢神経系の中の2つ以上の器官系に生じる。
- ▶ 皮膚および粘膜症状はアナフィラキシー患者の80~90%、気道症状は最大70%、消化器症状は最大45%、心血管系症状は最大45%、中枢神経系症状は最大15%に発現する。
Simons FE. J Allergy Clin Immunol 2010; 125: S161-81.
- ▶ 症状および徵候のパターン(発症、症状の数、経過)は患者により異なり、同一患者でもアナフィラキシーの発症ごとに差異が認められる。
- ▶ 発症初期には、進行の速さや最終的な重症度の予測が困難であり、数分で死に至ることもある。
- ▶ 致死的反応において呼吸停止または心停止までの中央値は、薬物5分、ハチ15分、食物30分との報告がある。蘇生に成功しても重篤な低酸素脳症を残すことがある。
Pumphrey RS. Clin Exp Allergy 2000; 30: 1144-50.
- ▶ 二相性アナフィラキシーは成人の最大23%、小児の最大11%のアナフィラキシーに発生する。
- ▶ アナフィラキシーの遅延反応でアドレナリン投与を要したのは9.2%であり(中央値1.7時間、14分~30時間)、うち76%は4時間以内であるが、7.4%は4~10時間のうちに重篤な反応を来している。
Brown SG, et al. J Allergy Clin Immunol 2013; 132: 1141-9.

■ 臨床所見

皮膚・粘膜	紅潮、瘙痒感、蕁麻疹、血管浮腫、麻疹様発疹、立毛、眼結膜充血、流涙、口腔内腫脹
呼吸器	鼻瘙痒感、鼻閉、鼻汁、くしゃみ 咽頭瘙痒感、咽喉絞扼感、発声障害、嘔声、上気道性喘鳴、断続的な乾性咳嗽 下気道：呼吸数増加、息切れ、胸部絞扼感、激しい咳嗽、喘鳴/気管支痙攣、チアノーゼ、呼吸停止
消化器	腹痛、嘔気、嘔吐、下痢、嚥下障害
心血管系	胸痛、頻脈、徐脈(まれ)、その他の不整脈、動悸 血圧低下、失神、失禁、ショック、心停止
中枢神経系	切迫した破滅感、不安(乳幼児や小児の場合は、突然の行動変化、例えば、短気になる、遊ぶのを止める、親にまとわりつくなど)、拍動性頭痛(アドレナリン投与前)、不穏状態、浮動性めまい、トンネル状視野

Simons FE, et al. WAO Journal 2011; 4: 13-37に引用改変

紅潮



眼瞼浮腫



蕁麻疹



8 アナフィラキシーの重症度評価

- ▶ 下記表のグレード1(軽症)の症状が複数あるのみではアナフィラキシーとは判断しない。
- ▶ グレード3(重症)の症状を含む複数臓器の症状、グレード2以上の症状が複数ある場合はアナフィラキシーと診断する。
- ▶ 重症度(グレード)判定は、下記の表を参考として最も高い器官症状によって行う。
- ▶ 重症度を適切に評価し、各器官の重症度に応じた治療を行う。

■ 臨床所見による重症度分類

		グレード1 (軽症)	グレード2 (中等症)	グレード3 (重症)
皮膚・粘膜症状	紅斑・蕁麻疹・ 膨疹	部分的	全身性	←
	瘙痒	軽い瘙痒(自制内)	強い瘙痒(自制外)	←
	口唇・眼瞼腫脹	部分的	顔全体の腫れ	←
消化器症状	口腔内・咽頭違 和感	口、のどのかゆみ、 違和感	咽頭痛	←
	腹痛	弱い腹痛	強い腹痛(自制内)	持続する強い腹痛 (自制外)
呼吸器症状	嘔吐・下痢	嘔気、 単回の嘔吐・下痢	複数回の嘔吐・下 痢	繰り返す嘔吐・便 失禁
	咳嗽、鼻汁、 鼻閉、くしゃみ	間欠的な咳嗽、鼻 汁、鼻閉、くしゃみ	断続的な咳嗽	持続する強い咳き 込み、犬吠様咳嗽
循環器症状	喘鳴、呼吸困難	—	聴診上の喘鳴、 軽い息苦しさ	明らかな喘鳴、呼 吸困難、チアノーゼ、 呼吸停止、 $SpO_2 \leq 92\%$ 、締 めつけられる感覚、 嘔声、嚥下困難
	脈拍、血圧	—	頻脈(+15回/分)、 血圧軽度低下、 蒼白	不整脈、血圧低下、 重度徐脈、心停止
神経症状	意識状態	元気がない	眠気、軽度頭痛、 恐怖感	ぐったり、不穏、 失禁、意識消失

血圧低下 : 1歳未満<70mmHg、1~10歳<[70mmHg + (2×年齢)]、11歳~成人<90mmHg
血圧軽度低下 : 1歳未満<80mmHg、1~10歳<[80mmHg + (2×年齢)]、11歳~成人<100mmHg

柳田紀之ほか : 日本小児アレルギー学会誌 2014; 28: 201-10より引用