



【それってホント？ 3】

医学的な情報は、医療機関からだけではなく、テレビや雑誌、あるいはインターネットで溢れかえっている状況です。「テレビで言ってるから」「雑誌に載っているから」ということだけで安易に信じてしまいがちです。どれが正しくて、どれが誤っているのか判断ができません。周囲の人たちが「常識」だと思っている間違った情報が伝えられることもあります。中には医療関係者が誤った情報を発信していることもあります。Woopy通信の2002年13号、2004年27号で「それってホント？」と題して、常識とされている誤った知識や、巷に流れる誤った情報について述べました。今回は、その第3弾です。

『イオン飲料水はからだに良い』 → ウソ

汗をかいた時や入浴後などに水代わりに積極的にイオン飲料を乳幼児に飲ませる傾向があります。最初に強調しておきたいことは「イオン飲料を水代わりに与えてはいけない」ということです。テレビで流れるCMで「汗をかいたあとに、アイトニック飲料を」などと言葉巧みに宣伝しています。では「アイトニック」ってどういう意味か知っていますか？という問いに答えられる人はほとんどいません。意味は分からないけれど、なんとなくその言葉の響きが体に良さそうという程度ではないでしょうか？

イオン飲料には、塩化ナトリウム（つまり食塩）とブドウ糖が含まれています。下痢や嘔吐で軽度の脱水がある場合は、塩化ナトリウムとブドウ糖は有用です。しかし普通に食事をしている乳幼児にイオン飲料を与えると、塩分が必要以上に多くなり、かえってのどが渴いてきて絶えず飲んでいなければならなくなります（塩からいものを食べ過ぎるとのどが渴くのと同じ）。これに伴って過剰なブドウ糖が体内に入るため、肥満の原因になったり食欲不振など全身に影響を及ぼします。

イオン飲料の酸性度（pH）は3.6～4.6で酸性に傾いています（水は中性で7.0）。歯の表面のエナメル質は、pH5.6以下で脱灰が起こるので、イオン飲料が絶えず口の中にあるとむし歯の原因になります。

学童の場合でも、スポーツや塾通いでペットボトルを持ち歩くことが習慣化していますが、イオン飲料を飲むことが習慣化すると、むし歯や肥満の原因になるばかりでなく、塩分の過剰で腎臓に過度な負担をかけることとなります。また、血糖値を正常に保つ機能（耐糖能）が障害されて、糖尿病になることに気づかずに多飲し続けて「ペットボトル症候群」になる危険性もあります。過激な運動や極端に汗をかいたときはイオン飲料を薄めて飲み、運動が終わったら普通の水を飲むことです。「のどが渴いたら水を飲む」のが最良なのです。

『皮膚の表面は弱酸性に保たれている』 → ホント

「赤ちゃんのお肌は弱酸性」というテレビコマーシャルがありますが、赤ちゃんでなくても人間の肌は弱酸性に保たれています。この弱酸性が人間を病原菌から守ってくれています。

なぜ弱酸性に保たれているのでしょうか？ それは「皮膚常在菌」の働きです。皮膚には約10種類の細菌が共生しています。表皮ブドウ球菌が最も多く、それ以外にも真菌（カビの種類）やアクネ菌（ニキビの原因になる）が常在しています。表皮ブドウ球菌は人間の皮膚が分泌する汗や皮脂を栄養源として生きていて、それらを体内に取り込んで代謝して、酸性の分解産物を皮膚表面に排泄します。この酸性排泄物と、皮脂に含まれる脂肪酸によって、人間の皮膚が弱酸性に保たれるのです。

人体に有害な細菌の多くがアルカリ性の環境を好むので、弱酸性になった皮膚には外来菌が繁殖できず、皮膚から深部に侵入することもできません。つまり、皮膚常在菌である表皮ブドウ球菌が人体の防衛システムに役立っているのです。言い換えれば、皮膚常在菌なしに人間は生存できないようになっているのです。これは腸内常在菌なしでは人間が生きていけないのと同じです（腸内細菌叢がなければ消化吸収できない）。同様

の現象は腔内にもみられます。腔にはデーデルライン桿菌という乳酸菌の一種が常在していて、腔粘膜の分泌物を栄養源として繁殖して強い酸性を示す物質を排泄します。このため、腔内腔は酸性に保たれて病原菌など雑菌の侵入を防いでいます。同様の病原菌排除システムは腸管の常在菌にもみられます。つまり、皮膚、腸管、腔といった外界と接する部分には必ず常在菌が定着していて、それ以外の細菌の繁殖を防ぎ、結果として人間の健康を守っているのです。

体や手を一生懸命洗っても決して無菌的な状態が保たれません。一時的に菌はいなくなりますが、すぐに常在菌は毛穴や汗腺に沿って皮膚表面に広がります。ボディーシャンプーなどの洗浄剤は絶対に「弱酸性の〇〇」でなければならないという訳ではありません。少々アルカリ性であっても、常在菌はすぐに出てきて皮膚を弱酸性に保とうとします。細菌は良いこともしているという目で見れば、最近流行りの「抗菌グッズ」は本当に意味のあるものなのか疑問です。

『かぜの治りかけには濃い鼻みずが出る』 → ウソ

「“濃いはな”が出たら、かぜが治る頃」というのは大きな誤解です。薄い鼻みずが出る時と濃いはなが出る時とでは、鼻腔・副鼻腔の粘膜の状態が異なります。濃いはなが出るのは、「細菌による感染」が起こっている証拠です。濃いはなは、「粘液と膿」が混合したものと思って下さい。粘液は鼻腔および副鼻腔を常に正常に保つ働きがあり、さらに一方では細菌による感染を防ぐ働きがあります。その結果、生じた処理物が濃いはなといえます。ですから、濃いはなが出始めたら、「急性の副鼻腔炎(ちくのう症)」が起こっていると考えべきなのです。数日で治ることもあります。かぜの症状がなくなっても、濃いはなだけがいつまでも出ているようなら、これはかぜによる急性鼻炎ではなくて、すでに慢性鼻炎、慢性副鼻腔炎になっていると考えなくてはなりません。

『みずいぼがあればプールは禁止』 → ウソ

みずいぼ(伝染性軟属腫)はポックスウイルスが皮膚上皮で増殖した良性の腫瘍で、直接接触または媒介物を通じての感染、そして自家播種が知られています。実際には入浴でのタオルやスポンジの共有による兄弟間での感染、スイミングスクールのビート板の共有などが多いといわれていますが、水を介してのプールでの感染は否定的です。ですから、どんなに広範囲で数が多いみずいぼを持っていても、プールは禁止にはなりません。ただし、みずいぼを掻き壊して化膿したりトビヒになっているときはプール禁止です。

みずいぼを摘除したらプールを許可しますという保育所や幼稚園は、最近は随分と減って見当たらなくなってきました。しかし、みずいぼをバンドエイドなどで覆ったらプールに入ることができるという保育所はまだありますが、これはまったくおかしな言い分です。

『熱が出たら、抗生物質が必要』 → 必ずしもホントではない

抗菌薬(抗生物質)は人類が細菌と戦うための強力な武器です。第二次世界大戦でペニシリンが多くを負傷者や病人の細菌感染から救ったことは、それまでの医療をひっくり返すくらい大きな出来事で、あたかも人類は細菌との戦いに勝利したかの錯覚に陥りました。その後次々と新しい抗菌薬が開発され、感染症と思われれば何に対しても抗菌薬という時代になり、その結果、耐性菌(抗菌薬に抵抗する細菌)の出現という大きなお釣りをもらったのです。今、その反省の時期になっています。

子どもが発熱するのは、ほとんどが感染症に伴うものです。子どもの感染症では、多くの場合がウイルス感染によるものです。しかも抗菌薬はウイルスには効きません。つまり、抗菌薬が最初から必要な子どもの感染症は全体から見ると少ないのです。ウイルスが原因の「感冒(カゼ)」には抗菌薬の適応はありません。咽頭炎や扁桃炎であってもその多くはウイルス感染であり、抗菌薬を使わねばならない代表は溶連菌感染です。急性中耳炎の軽症では最初は抗菌薬なしで経過をみますし、中等症以上の中耳炎では通常ペニシリン系抗菌薬が第一選択になります(セフェム系やマクロライド系は明確な理由がなければ第一選択にならない)。気管支炎もウイルス性のことが多く、必ずしも抗菌薬は必要としません。ですから、熱が出たら抗菌薬をのまなければならない、

という短絡的なことはありません。しかしながら、もし抗菌薬が必要な病態だと診断されたときは、処方された分をきちんと服用することが肝心です。

『急性中耳炎では抗菌薬の点耳が有効』 → 必ずしもホントではない

点耳薬の抗菌作用は、高濃度の抗菌薬が中耳炎の原因になっている細菌に直接接触することではじめて発揮されます。鼓膜に穴があいている急性中耳炎（鼓膜穿孔例）で点耳薬が鼓膜より奥にある中耳内に適切に到達した場合には、高い効果が期待できます。しかし、鼓膜穿孔のない急性中耳炎の場合は、鼓膜を介して薬剤がその奥の鼓室内へ浸透することがほとんどなく、実際の抗菌作用は期待できません。また急性中耳炎の初診時に耳漏（耳だれ）、すなわち鼓膜穿孔を伴うのは急性中耳炎全体の約10%に過ぎません。このことから急性中耳炎全体に対する点耳薬の効果は少ないと考えられます。

耳鼻科医が実施する点耳は、耳洗浄など耳処置をしたうえで適切な点耳が行われます。しかし、家庭における点耳の場合は、綿棒などで外耳道に貯留する耳漏を十分に除去した後で点耳をしなければ鼓膜に達することはできませんし、鼓膜穿孔が小さい場合は通常の点耳だけでは表面張力のため多くの薬液は外耳道に停滞して中耳に入っていきませんので、点耳するときのコツを知っておく必要があります。

鼓膜穿孔のない急性中耳炎では効果がないのですが、鼓膜穿孔のある急性中耳炎あるいは鼓膜換気チューブ挿入耳での耳漏には高い効果があると考えられます。

『ケガをしたら、消毒してガーゼをあてる』 → ウソ

消毒薬は、タンパク質を変性させて細胞を殺します。消毒薬にとって、細菌のタンパク質もヒトの細胞のタンパク質も見分けがつかないので、消毒薬が触れたタンパク質は手当たり次第に変性・破壊されます。しかも、消毒薬の細胞毒性の作用は、細菌のタンパク質よりもヒトの細胞のタンパク質の方がより強力です。中には消毒薬の中で生き続けることのできる細菌もあるくらいです。ケガをして露出したヒトの皮下の細胞は、細菌が死ぬ前にダメージを受けます。消毒薬での消毒は熱湯消毒と大して変わらず、傷口に熱湯をかけるようなものです。これから傷が治るために役立つ細胞が壊されては、治るものも治りません。傷口への消毒薬は「薬」ではなく「毒」なのです。

転んですり傷などケガをしたら、まず洗うことです。水道水で構いません。土や砂が入っているなら泡立てた石けんで十分に洗い流してください。傷は乾かさないようにしましょう。かさぶたができないように湿潤した状態に保つのが傷を早くきれいに治すコツです。ガーゼや救急バンなどを貼ると傷が乾いてしまいます。傷が乾かないためのお勧めの方法は、市販されているものではBAND-AIDキズパワーパッドを貼ること、あるいは食品用ラップに白色ワセリンを塗って傷に当てて絆創膏などで密封する方法です。

『新生児の顔や体はガーゼを使って洗う』 → ウソ

赤ちゃんの入浴・沐浴指導は産院で行われます。しかし、ほとんどの産院で間違っただけの指導がされているのが現状です。「ガーゼで洗う」「耳に水が入らないよう耳をふさぐ」「石けんを使わない」「石けんの代わりに沐浴剤でよい」などなどです。これらは全て間違っています。

何故、間違っただけの指導になっているのか？ いくつかの理由があります。昔は内風呂がなくて多くの家庭が銭湯だった時代の指導がそのまま生きています。つまり銭湯の熱い風呂に新生児を入れることができないので、家でたらいにお湯を入れて沐浴させよう、という時代です。この時代は質の良い石けんが少ないので、「石けんは使わなくて良い」という指導がされていました。また生まれてすぐの赤ちゃんの皮膚の表面を被っている白い胎脂は洗い流す必要がなく放っておいても翌日には自然に消失する事実が、「赤ちゃんは洗わなくて良い」と言う誤解に結びついたようです。内風呂がないのですからシャワーもないので「ガーゼタオルを湯に浸してそれを絞るようにして湯をかける」という指導が、いつの間にか「ガーゼで洗う」に変わってしまったようです。「耳に水が入る」というのはまったくの誤解で、まず耳に水は入りにくいし、入ったとしても体温で蒸発するし、耳に水が入っても中耳炎になりません。耳をふさぐ必要はありません。昔からの指導や間違

った指導は、実は助産師・看護師の学校の教科書に載っているのです。そのように教育されて、また実習や卒業して現場に出てくると誤った指導を先輩たちがそのまましているのです。それが間違っているとは決して思いません。そのため産院で相変わらず間違った指導がされ続けている、という図式になっています。

ガーゼは目が粗く、意外と肌をいためます。赤ちゃんの皮膚は大人の皮膚の1/3から1/2の厚さしかないのです。大人よりもずっと痛みやすいのです。ナイロンタオルやナイロン製スポンジは、最も肌をいためるものですが、ガーゼはこれらのナイロン製品と綿のタオルの中間くらいです。お母さんは自分の顔を決してガーゼで洗ったりしないのに、自分の顔の皮膚より薄い赤ちゃんの肌をガーゼで洗う、ということがおかしいことだと気づくべきです。赤ちゃんは泡立てた石けんなどの洗浄剤を用いて「手で」洗ってあげてください。

『下痢のときの食事はお粥にする』 → ウソ

ウィルス性胃腸炎だけでなくたいいていの細菌性腸炎も、下痢は時間さえたてば自然に治まるものです。従来の「対症的」な治療法は「下痢のときは腸を休めること」を大切にする考えでした。つまり①程度に応じて絶食し、②重湯、三分、五分、全粥と食事レベルを上げてゆき、③その間の水分電解質不足は輸液で補い（つまり点滴）しかも輸液は開始液・維持液と種類を変える、④対症的に止痢剤・制吐剤を使う、という一連のことが慣習的に行われてきましたが、しかし、これらは習慣的に行われてきたもので科学的にはまったく根拠がありません。また、下痢のときに粥食などの食事制限をした場合と、普通に食べた場合の比較調査では、下痢の治りには差がなく、また体力の回復は後者の方が早いという結果が出ています。

下痢の治療方針は、1979年にWHO（世界保健機構）の提唱したORT（経口補液療法）から一変しました（詳細はWoopy通信19号に記載）。①下痢の急性期にはORS（経口補液剤）を飲めるだけ好きなだけ飲ませて、②ORSが飲めればすぐに日ごろ食べなれた普通の食事にする、③絶食やエネルギーの低い粥食は腸の回復を損なうので続けてはいけない、④食べ始めてもORSや水は欲しがるだけ与える、⑤ただし牛乳だけは当分与えない、というものです。また、スポーツドリンクなどのイオン飲料は電解質（塩分など）が薄すぎるし、果汁は糖分濃度が高すぎて塩分はゼロなので、これらは下痢には「使ってはいけない」ものです。

ですから、下痢をしたからお粥、ではなく、下痢をしていてもいつもと同じように普通に食べさせればよいのです。

『アレルギー検査をするとアトピー性皮膚炎の原因が分かる』 → ウソ

アトピー性皮膚炎の発病の仕組みは未だよく分かっていませんが、「純粋なアレルギー疾患」と考えることは誤りです。アトピー性皮膚炎は「乾燥肌を伴う敏感肌体質の人（バリアー機能の異常）に生じやすい、アレルギーではない刺激反応を主とする慢性の皮膚炎で、アレルギー反応は悪化の過程の一部を反映しているに過ぎない」と考えるのが妥当です。

アレルギー検査は悪化因子となっている可能性のある物質を調べるためのものであり、検査そのもので原因が確定するわけではありません。日本皮膚科学会のアトピー性皮膚炎治療ガイドラインでも、症状だけあるいは血液検査だけでアレルギーの原因を断定してはいけないことが明記されています。また小児科の教科書やアレルギーの専門書にも例外なく「食物アレルギーの確定には、負荷試験による悪化の確認が必要」と記載されています。では、もし血液検査で陽性と出たものはどうするのか？食物アレルギーが疑われるような場合は、除去ないし負荷試験で確認する必要がある、血液検査のみで安易に食事制限は行うべきではありません。陽性になったものを実際に食べると症状が悪化する、あるいは負荷試験で悪化を確認されたものでない限り、悪化要因であるとは言えないのです。小児のアトピー性皮膚炎の多くが食物アレルギーであると主張する一部の小児科医がいますが、実際に食物アレルギーが関与するのは2歳までの数%程度の人に過ぎません。ですから、検査結果だけで卵やミルクなどの食事制限を安易に指導するのは誤りです。さらに妊婦が厳しい食事制限をすると子どもの発症が防げると指導する医師もいますが、妊婦が食事制限をしても子どもがアトピー性皮膚炎になることを完全に防げませんし、その確率が減少するかも疑わしいのです。