解熱鎮痛剤過敏症

（NSAIDs 過敏症）

コメディカル教育資料

— 看護師・薬剤師・医療補助職・医学部低学年向け —

Satoshi Yoshida, MD, PhD, FAAAAI, FACAAI
Clinical Professor, University of California San Francisco (UCSF)
School of Medicine,
Department of Allergy and Immunology

2025-2026 年版

抄録（この資料からべき学ぶべきこと）

解熱鎮痛剤過敏症（NSAIDs 不耐症）は、薬剤の COX-1 阻害作用に起因する非アレルギー性の過敏反応であり、主に喘息型と蕁麻疹型に大別されます。

前者はアスピリン喘息とも呼ばれ、成人喘息患者に多く、服用後短時間で激しい喘鳴や鼻症状を呈し、外用薬でも発作を誘発するリスクがあります。後者は慢性蕁麻疹の合併例に多く、全身の蕁麻疹や血管性浮腫を主症状とします。

いずれも多くの NSAIDs が禁忌となりますが、アセトアミノフェン等の代替薬を少量から使用できる場合があります。正確な診断と医療従事者全員での情報共有が不可欠です。

この教育資料で学べること

①「NSAIDs 過敏症」とは何か、なぜ危険なのかを理解する
②どんな薬が危ないか・代わりに使える薬を覚える
③発作が起きたときの対処法を知る
④患者さんへの説明・服薬指導に活かす

1. NSAIDs 過敏症って何？

1-1　まず「NSAIDs」を知ろう

NSAIDs（エヌセイズ）とは「非ステロイド性抗炎症薬」の略で、痛み・熱・炎症を抑える薬の総称です。市販薬にも多く含まれています。

代表的な薬の名前	どこで使われる？
アスピリン（バファリン®など）	頭痛・発熱・血液をサラサラにする目的
イブプロフェン（イブ®・ブルフェン®）	頭痛・生理痛・解熱
ロキソプロフェン（ロキソニン®）	腰痛・歯痛・関節痛（最も普及）
ジクロフェナク（ボルタレン®）	湿布・座薬・点眼薬にも含まれる
インドメタシン	湿布・外用薬に含まれる
ナプロキセン	頭痛・生理痛

⚠ **外用薬も要注意！**

湿布（ロキソニンテープ®・ボルタレンゲル®など）や目薬（ジクロフェナク点眼）も、皮膚や粘膜から吸収されて NSAIDs 過敏症の発作を引き起こすことがあります。「薬を飲んでいない」という患者さんでも外用薬には注意が必要です。

1-2　過敏症のしくみ（難しくない版）

NSAIDs 過敏症はアレルギーではありません。アレルギーは「特定の物質に対して免疫が過剰反応する」しくみですが、NSAIDs 過敏症は薬の薬理作用（COX-1 という酵素を阻害する働き）によって引き起こされます。

🔍 **ポイント：3 ステップで理解しよう**

① NSAIDs が「COX-1」という酵素をブロックする
→ 体の炎症を抑える働きをする酵素です。この酵素が止まると…

② 「PGE_2（プロスタグランジン E_2）」という物質が減る
→ 普段は気道や皮膚の肥満細胞を「おとなしくさせる」役割をしています

③ 肥満細胞が暴走し、ヒスタミンやロイコトリエンが大量に放出される
→ 気道が収縮（喘息発作）・皮膚が腫れる（蕁麻疹・血管浮腫）

つまり「構造が違う薬でも、COX-1 を止める薬なら全部危険」というのが NSAIDs 過敏症の大きな特徴です。イブプロフェンもロキソプロフェンも、化学的な構造は全然違いますが、同じ発作を起こします。

イブプロフェン：心血管性の副作用が多い。ロキソニン：胃腸障害、原因不明の浮腫など副作用多い。いずれも「脳症」の原因になるため、12 歳以下では禁忌。

インフルエンザ・COVID-19・麻疹などの重症ウイルス感染の時は、いずれも全年齢でアセトアミノフェン以外は禁忌となります！

図1. アラキドン酸カスケード。解熱鎮痛剤過敏症では、COX-1 の抑制が発作を引き起こす

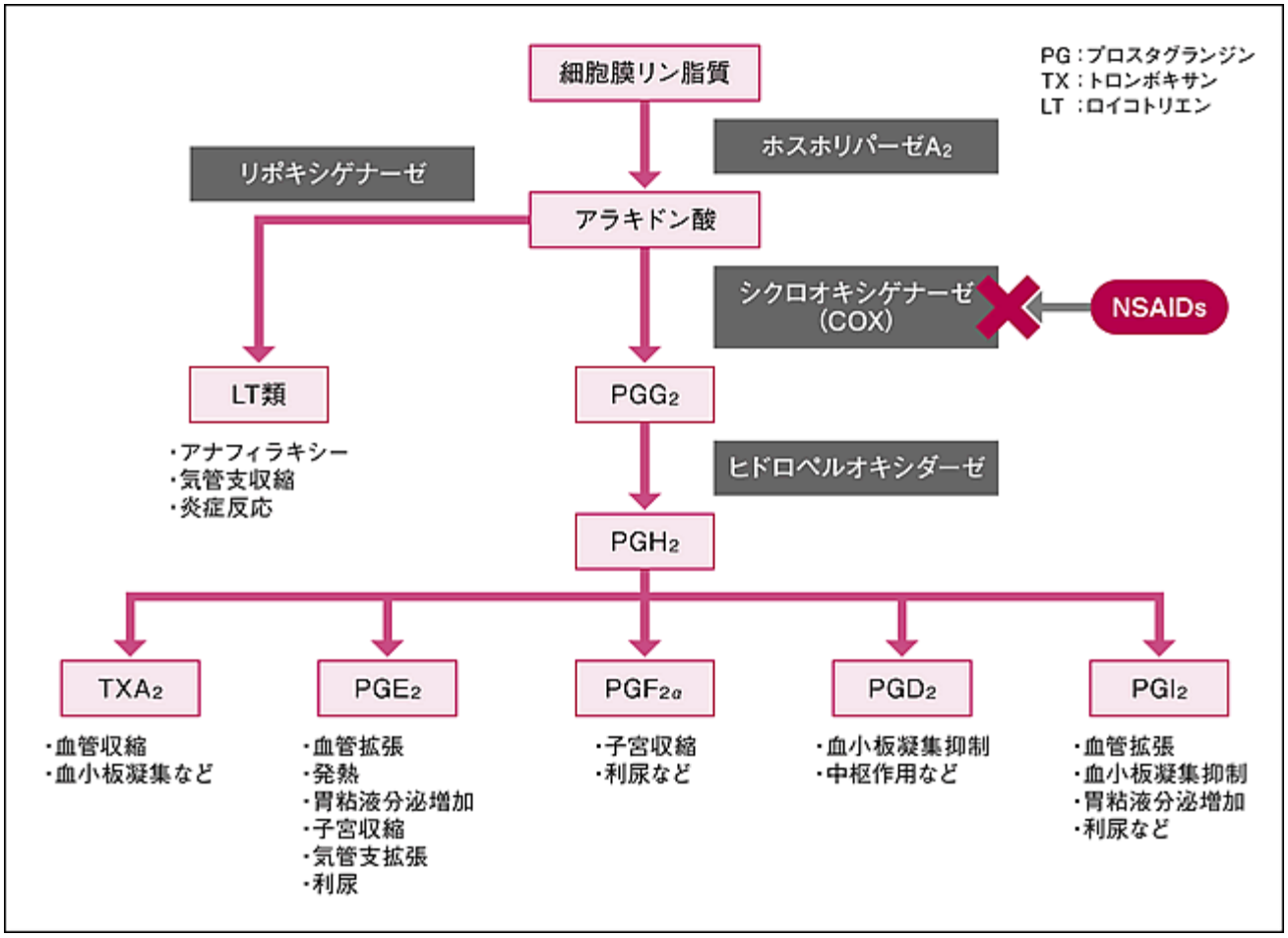
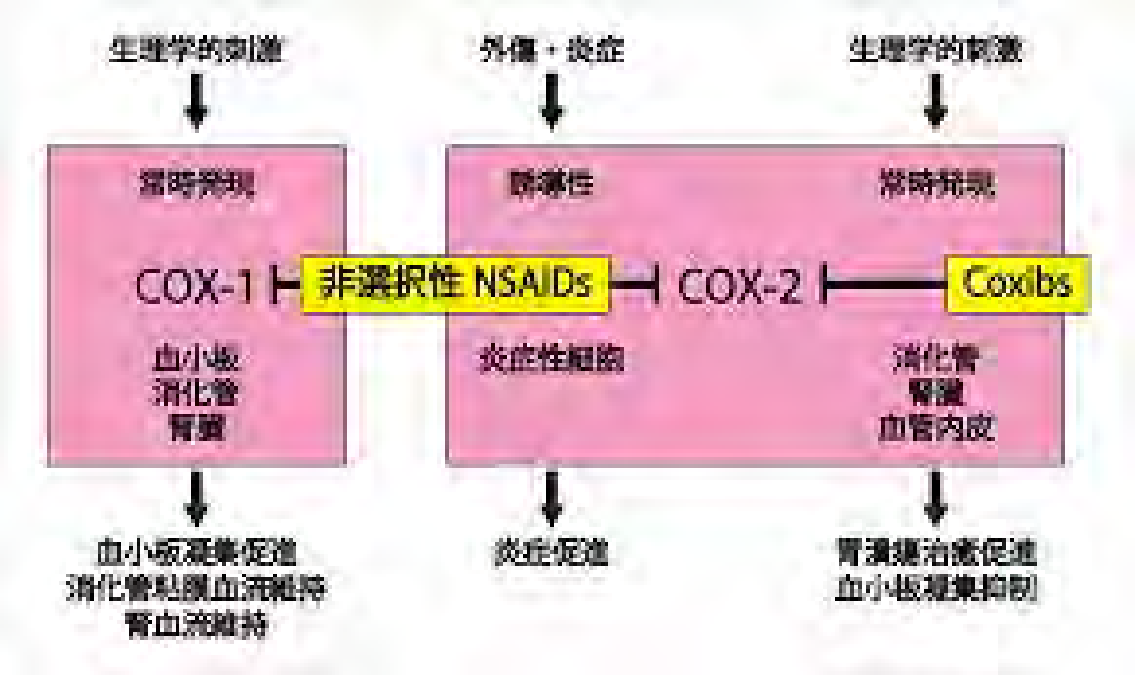


図2. COX-1 は常時発現しており、COX-2 は主に炎症の時に誘導される酵素です



2. 大きく 2 タイプある ── 呼吸器型と皮膚型

	呼吸器型（N-ERD）	皮膚型（N-EUD・NIUA）
別名	アスピリン喘息	アスピリン蕁麻疹
どんな人に多い？	**喘息持ちの成人（特に女性）** **鼻ポリープがある人**	**慢性蕁麻疹の 20〜30%** 基礎疾患がない人にも起こる
主な症状	激しい喘鳴・息苦しさ 鼻づまり・水様性鼻汁 目の充血・流涙	全身の蕁麻疹（じんましん） 唇・まぶた・のどの腫れ（声帯浮腫） 重症では窒息の危険
発症するタイミング	服用後 30 分〜3 時間以内	服用後数時間以内
交差反応	化学構造が違っても複数の NSAIDs で反応	同様に複数の NSAIDs で反応
重篤化	呼吸不全・意識障害のリスク	アナフィラキシーショックのリスク

「Samter 三徴（サムターさんちょう）」を覚えよう

呼吸器型 N-ERD の患者さんは次の 3 つが重なることが多いです：

① 喘息（コントロールが難しい重症型が多い）
② 慢性副鼻腔炎・鼻ポリープ（手術しても再発しやすい）
③ NSAIDs 過敏症（アスピリンなどで発作）

この 3 つが揃っている患者さんを見かけたら「NSAIDs 全部禁忌かも」と注意しましょう。

3. 意外と多い ── どのくらいの患者さんにいる？

「知らなかった」では済まない理由があります。NSAIDs 過敏症は思っているより多い疾患です。

対象の患者グループ	NSAIDs 過敏症の割合
一般の成人	約 0.3〜2.5%
喘息を持つ成人患者	約 4〜11%
重症の喘息患者	約 14〜21%
鼻ポリープのある喘息患者	約 25〜40%（！）
慢性蕁麻疹の患者	約 20〜30%（！）

→ 喘息や慢性蕁麻疹の患者さんに解熱鎮痛薬を勧める前には、必ず NSAIDs 過敏症の有無を確認する習慣をつけましょう。

4. 使ってはいけない薬と、代わりに使える薬

4-1　禁忌薬（使ってはいけない NSAIDs）

COX-1 を阻害する NSAIDs はすべて禁忌です。化学構造が違っても「交差反応」があるため、一種類で反応した場合は原則すべて避けます。

🚫 禁忌の代表的な NSAIDs

・アスピリン（バファリン®・バイアスピリン®）
・**イブプロフェン**（イブ®・ブルフェン®・アドビル®）
・**ロキソプロフェン**（ロキソニン®）
・ジクロフェナク（ボルタレン®　内服・外用・座薬・点眼すべて）
・インドメタシン（インダシン®　外用・座薬も含む）
・ナプロキセン・メフェナム酸（ポンタール®）　・セレコキシブ以外の NSAIDs 全般

⚠ 市販のかぜ薬・生理痛薬・湿布薬にも上記成分が含まれるものがあります

4-2　代わりに使える薬（代替薬）

NSAIDs 過敏症があっても、以下の薬は多くの場合安全に使用できます。ただし初回は必ず医療施設で少量から試します（自己判断での開始は禁止）。

薬の名前	特徴	注意点
アセトアミノフェン （カロナール®・タイレノール®）	最もよく使われる代替薬。 発熱・痛みに有効 300mg 以下なら通常安全 米国基準では 500mg までにとどめることとされている。 高用量（1000mg）は少数例で反応あり	初回は少量で確認
セレコキシブ （セレコックス®）	COX-2 を選択的に阻害する NSAIDs（COX-1 への影響が少ない） **✓ アスピリン喘息患者での安全性を本資料著者が臨床試験で確認［5］**	原則安全だが、重症例では稀に反応することがある → 初回は医療監視下で
チアラミド（ソランタール®） メピリゾール（メブロン®）	構造が異なる「塩基性 NSAIDs」 COX-1 阻害が弱い	概ね安全 ただし効果もやや弱め

※ セレコキシブ（COX-2 選択的阻害薬）のアスピリン喘息患者における安全性は、本資料著者によって臨床試験で確認されています。 [Yoshida S, et al. J Allergy Clin Immunol. 2000;106:1201-1202]

✅ **重要な現場ルール**

NSAIDs 過敏症の患者さんに処方・投薬する際は、たとえアセトアミノフェンでも「初回は少量から、医師の指示のもとで」が原則です。まずは 300mg/回。６時間ごと　から。

JCAAI(Joint Council of Allergy, Asthma, Immunology)のガイドラインでは、
1回 500mg までにすることとされている

薬剤師・看護師は患者さんの過去の反応歴を必ず確認し、カルテや薬歴に記録しましょう。

5. 発作が起きたら ── 症状の見分け方と初期対応

5-1　こんな症状が出たら NSAIDs 過敏症を疑う

呼吸器型の症状	皮膚型の症状
ゼーゼー・ヒューヒューいう呼吸（喘鳴）	全身・部分的な膨疹（じんましん）
突然の息苦しさ・胸の圧迫感	唇・まぶた・のどがパンパンに腫れる
大量の水様性鼻汁・鼻づまり	顔が赤くほてる（flushing）
目の充血・涙が止まらない	のどの腫れによる声のかすれ・嚥下困難
重症：酸素不足で唇が紫色（チアノーゼ）	重症：のどが完全に詰まる（窒息）

⏱ タイミングの目安:NSAIDs を飲んでから 30 分～3 時間以内に症状が出た場合は NSAIDs 過敏症を強く疑います。

5-2　発作時の初期対応フロー

🚑 NSAIDs 服用後に症状が出た場合の対応手順

STEP 1　服用を今すぐ中止する(外用薬は剥がす・拭き取る)
STEP 2　症状の程度を判断する
　軽症(鼻炎程度)→ 医師に報告し経過観察
　中等症(喘息発作・広範な蕁麻疹)→ 気管支拡張薬・抗ヒスタミン薬を使用、医師呼ぶ
　重症(のど腫れ・呼吸困難・意識低下)→ STEP 3 へ急いで！
STEP 3　【アナフィラキシー】と判断したらアドレナリン(エピペン®)を使う
　→ 太ももの外側に筋肉注射(0.3mg)←これが最優先！ステロイドや抗ヒスタミン薬より先！
STEP 4　救急要請(119 番)・酸素投与・仰臥位(あおむけ)で足を上げて待つ
STEP 5　5～15 分後に改善なければアドレナリン追加投与(同量)
STEP 6　回復後も 4～8 時間は観察(二相性反応に注意)

アドレナリン（エピペン®）を躊躇しない理由

「まだ様子を見よう」と思っている間に、のどの腫れが進んで挿管できなくなることがあります。アナフィラキシーを疑ったら、ためらわずにアドレナリンを打つことが命を救います。ステロイドや抗ヒスタミン薬は補助薬です。アドレナリンが先です。

エピネフリン点鼻薬「ネフィー」

自己注射エピネフリン「エピペン」

6. 診断のしかた ── 医師はどうやって確認する？

NSAIDs 過敏症の診断で最も大切なのは「問診」です。血液検査や皮膚テストではなかなか診断できません。

診断の方法	内容	特徴
問診（最重要）	NSAIDs を飲んだとき・塗ったときの反応歴を詳しく聞く	最初にして最大の手がかり
経口誘発試験	専門施設でアスピリンを少量ずつ飲んでもらい反応を確認	確定診断のゴールドスタンダードだが入院・専門医が必要
鼻内誘発試験	鼻の中にアスピリン液をスプレーして反応を確認	外来でも可能・比較的安全
呼吸機能検査	肺機能を測定（FEV_1という値を確認）	喘息の重症度評価にも使う
血液・尿検査	好酸球数・尿中ロイコトリエン値の確認	参考情報として利用

看護師・薬剤師ができる大切な問診のポイント

❶「解熱剤や痛み止めを飲んで、息苦しくなったり、じんましんが出たことはありませんか？」
❷「湿布を貼ったあとに体調が悪くなったことはありますか？」
❸「市販のかぜ薬や生理痛の薬を飲んで発作になったことはありますか？」
→ これらに「はい」があれば必ず医師に報告してください。

7. 患者さんへの日常指導

7-1　必ず伝える「禁止リスト」の伝え方

NSAIDs 過敏症と診断された患者さんには、以下をわかりやすく伝えましょう。

患者さんへの説明例（口語でわかりやすく）

「バファリン・ロキソニン・イブ・ボルタレンなどの痛み止め・解熱剤は使えません。」

「市販のかぜ薬・生理痛の薬・頭痛薬にも入っていることが多いので、買う前に薬剤師さんに必ず確認してください。」

「湿布もロキソニンテープやボルタレンゲルは貼れません。担当医に安全な湿布を処方してもらってください。」

「痛みや熱が出たときは、カロナール®(アセトアミノフェン)を少ない量から使えることがあります。ただし初めて使うときは病院で確認してから。」

「常に NSAIDs 禁忌と書いたメモやアレルギー手帳を持ち歩いてください。」

7-2　要注意！見落としやすい身近な薬

患者さんが「薬を飲んでいない」と言っても、以下の製品に注意してください。

製品のカテゴリー	具体的な製品例	含まれる NSAIDs
市販のかぜ薬	ルル®・パブロン®（一部）・ベンザブロック®（一部）	イブプロフェン・アスピリン
市販の頭痛・生理痛薬	イブ®・ノーシン®・ナロン®・バファリン®	イブプロフェン・アスピリン
湿布・外用薬	ロキソニンテープ®・ボルタレンゲル®	ロキソプロフェン・ジクロフェナク
坐薬	ボルタレン坐薬®・インダシン坐薬®	ジクロフェナク・インドメタシン
目薬	ジクロード点眼液®・ニフラン点眼液®	ジクロフェナク・プラノプロフェン
歯痛・口内炎薬	一部の市販歯科用鎮痛薬	イブプロフェン

7-3　アレルギー手帳・緊急カードを活用する

NSAIDs 過敏症の患者さんには、以下の情報を記載した「緊急連絡カード」を持ってもらうことを強くお勧めします。

緊急カードに書いておく内容

・病名：NSAIDs 過敏症（NSAID-Exacerbated Respiratory Disease / N-ERD）
・禁忌薬：アスピリン、イブプロフェン、ロキソプロフェン、ジクロフェナク、インドメタシンほか COX-1 阻害 NSAIDs 全般
・代替薬として使用可能：アセトアミノフェン（少量から）、セレコキシブ（医師確認後）
・緊急時連絡先（主治医・病院名・電話番号）
・エピペン® 携帯の有無

8. 治療について知っておこう

8-1　基本方針

NSAIDs 過敏症の「根本的な治療法」は現時点ではありません。治療の基本は「原因薬剤の回避」と「症状のコントロール」です。

治療の柱	具体的な方法	誰が担当？
原因薬剤の回避（最重要）	NSAIDs 全般を避け、代替薬を使用する	患者・医師・薬剤師・看護師全員
ロイコトリエン拮抗薬（LTRA）	モンテルカスト・プランルカスト → 喘息と皮膚症状の両方に効果	医師が処方・薬剤師が管理
吸入ステロイド（ICS）	喘息の基本コントロール薬	医師が処方・看護師が吸入指導
生物学的製剤（注射薬）	デュピルマブ（デュピクセント®）：重症喘息・鼻ポリープに オマリズマブ（ゾレア®）：慢性蕁麻疹に有効	専門医が管理
アスピリン脱感作療法	専門施設で少量ずつ慣れさせる特殊治療（心臓病等で NSAIDs が必要な患者向け）	専門医・専門施設のみ

💊 生物学的製剤（バイオ）の役割

近年、デュピルマブ（デュピクセント®）という注射薬が重症の NSAIDs 過敏症に非常に効果的であることがわかっています。喘息・鼻ポリープ・NSAIDs への耐性を同時に改善できる可能性があります。コストが高いため（月約 15〜20 万円）、適応は専門医が判断します。

9. 医療チームで共有すること

NSAIDs 過敏症は「知らなかった」が事故を生む疾患です。チーム全体での情報共有が患者さんの命を守ります。

職種	できること・すべきこと
看護師	・入院時・外来時の必須問診事項に NSAIDs アレルギー歴を追加 ・投薬前に必ず禁忌薬リストを確認 ・発作時の初期対応を習得（エピペン使用含む）・患者へ日常生活指導（市販薬・湿布の注意）
薬剤師	・調剤時に禁忌 NSAIDs が処方されていないか確認 ・OTC 購入時に NSAIDs 過敏症患者に警告 ・薬歴への記録と他職種への情報提供 ・アセトアミノフェン代替の説明
医療補助職・事務	・問診票に NSAIDs アレルギー項目を設ける ・カルテへの禁忌フラグ登録サポート ・緊急時対応マニュアルの場所を把握
医師（専門外も含む）	・処方時に必ず薬歴・アレルギー歴を確認（NSAIDs 以外の薬も含む）

10. 早わかりまとめ — 5 つのポイント

1

NSAIDs は化学構造が違っても「全部危険」
バファリンもロキソニンもイブプロフェンも、COX-1 を止める薬はすべて禁忌です。
「種類が違うから大丈夫」は間違いです。

2

外用薬・市販薬も要注意
湿布・目薬・座薬・かぜ薬にも NSAIDs が入っています。「薬は飲んでいません」という患者さんでも確認が必要です。

3

アセトアミノフェン（カロナール®）は多くの場合使える
ただし初回は少量から、医師の指示のもとで使います。自己判断で開始しないよう患者さんに伝えましょう。(1 回投与量 300mg から開始して、500mg までとする)

4

アナフィラキシーのときはアドレナリンが最優先
のどの腫れや意識低下が出たら、ためらわずエピペン®（アドレナリン）を使います。ステロイドより先です。**（ステロイドは即効性がありません！）**

5

「アレルギー手帳」を持ち歩くよう指導する
どの病院・薬局でも禁忌薬がわかるよう、カードや手帳への記録を勧めましょう。緊急時に役立ちます。

参考文献

1. Kowalski ML, et al. NSAID-Exacerbated Respiratory Disease (N-ERD): EAACI Position Paper. Allergy. 2019;74:28-39.
2. Rajan JP, et al. Prevalence of aspirin-exacerbated respiratory disease. J Allergy Clin Immunol. 2015;135:676-681.
3. Doña I, et al. NSAID-induced urticaria and angioedema. Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2018;18:290-297.
4. Bachert C, et al. Dupilumab in CRSwNP. Lancet. 2019;394:1638-1650.
5. Yoshida S, Onuma K, Ishizaki Y, et al. Selective cyclooxygenase 2 inhibitor in the patients with aspirin-induced asthma. J Allergy Clin Immunol. 2000;106(6):1201-1202.
→ アスピリン喘息患者に COX-2 選択的阻害薬（セレコキシブ）が安全に使用できることを示した先駆的臨床論文（著者：Yoshida S）

※　Onuma K: 現カナダ McMaster 大学医学部病理学教授　Ishizaki Y: 現関西医科大学小児科主任教授

本資料は医学教育目的で作成されました。診断・治療は必ず担当医師の指示に従ってください。
© 2025 Satoshi Yoshida, MD, PhD, FAAAAI. All Rights Reserved.