

顔下に小型の光触媒除菌脱臭機を装着 臨床試験ですべての花粉症患者で改善効果を確認

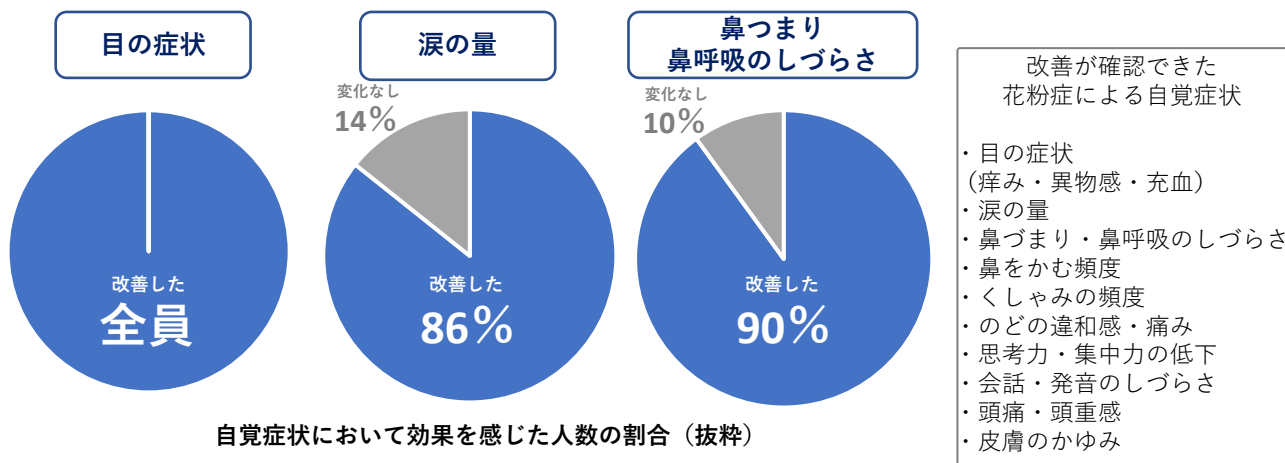
カルテック株式会社は、医療法人社団伊豆七海会 熱海所記念病院の協力を得て、花粉症患者の男女11名が光触媒除菌脱臭機を顔下に装着し、装着時（初値）、1週間後、2週間後において当社が作成した自覚症状問診票を用いて、花粉症の自覚症状で最も近い状態を10段階で記入いただきました（数字が高いほど状態が悪い）。その結果、すべての花粉症患者において症状が改善する結果が得られました。これは、顔下の光触媒除菌脱臭機※1が花粉や菌などを除去したキレイな空気を放出することによって、被験者の体内に花粉を取り込まない効果とみています。

自覚症状問診票は日本大学医学部臨床検査医学科飯塚和秀医師監修のもとで作成しました。

※1 花粉フィルター付

■ 結果

- 被験者全員で花粉症の各自覚症状において改善が確認できた。
- 「目の症状」は全員が、「涙の量」「鼻つまり・鼻呼吸のしづらさ」については被験者の約9割が改善し、その他の自覚症状については全般的にすべての患者で改善の傾向が見られた。



* 11人の花粉症患者に小型光触媒除菌脱臭機を装着させて2週間後の花粉症の自覚症状を調査。実施前に各項目の自覚症状があった患者を対象にグラフ化した。

■ 臨床試験

被験者	診療機関	臨床期間	使用機器
20～40代の男女11名	医療法人社団伊豆七海会 熱海所記念病院	2022年5月	当社製の小型光触媒除菌脱臭機を被験者の顔下に装着

■ 自覚症状の確認

- 被験者に当社製の小型光触媒除菌脱臭機を顔下に装着。
- 被験者は医師監修による自覚症状問診票に従って、花粉症による自覚症状で最も近い状態を10段階で記入（数値が高いほど状態が悪い）。
- 新型コロナウイルスの感染防止のため、日常はマスクを装着した状態で使用。食事などでマスクを外す際には原則、機器を装着した状態とする。

■ 今後の対応

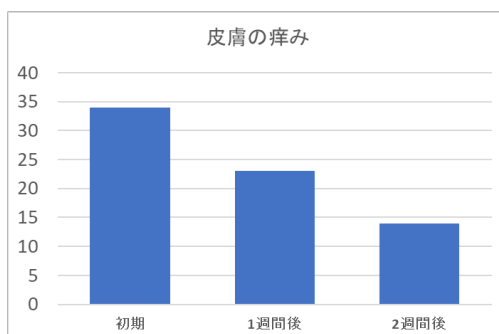
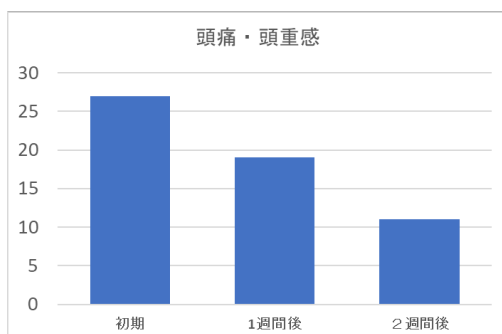
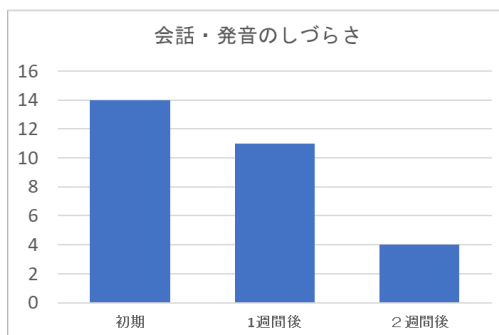
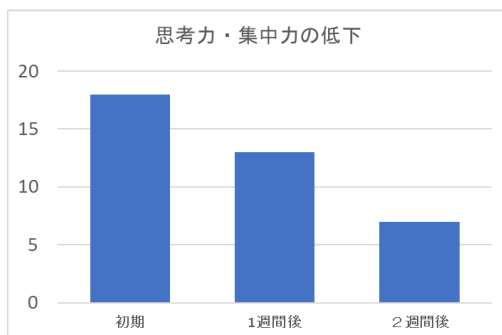
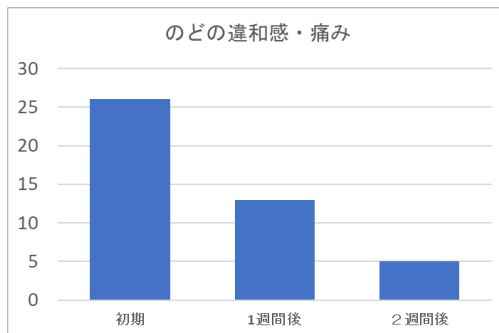
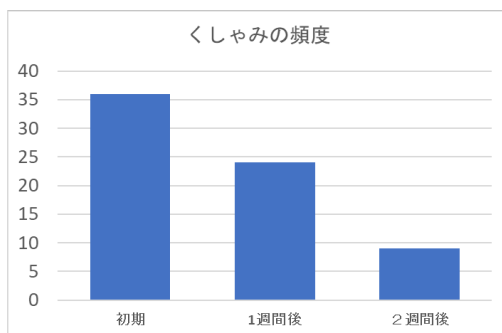
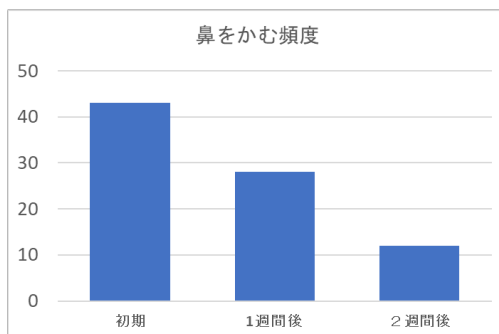
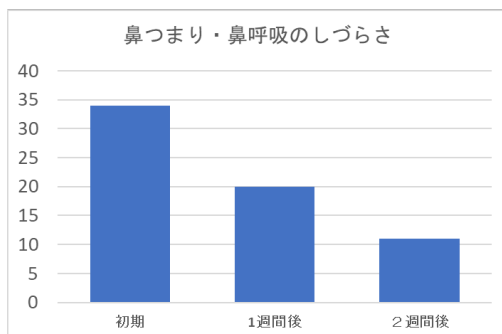
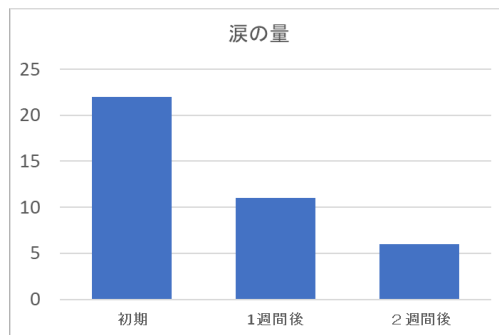
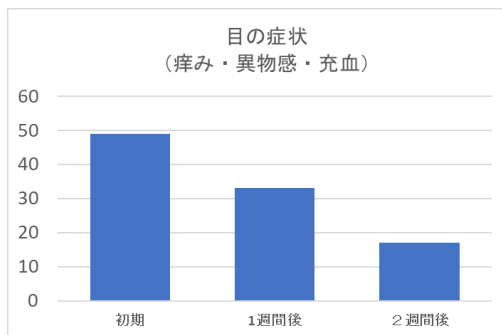
- 被験者数を増やして秋花粉に対する改善効果を確認する。

【報道関係者様からのお問い合わせ先】

カルテック株式会社 広報部 TEL:06-6244-0760 Email: kouhou@kaltec.co.jp

■ 自覚症状の変化（全被験者）

※縦軸は自覚症状問診票に記入された数値の全被験者合計値。数値が高いほど症状が悪い。

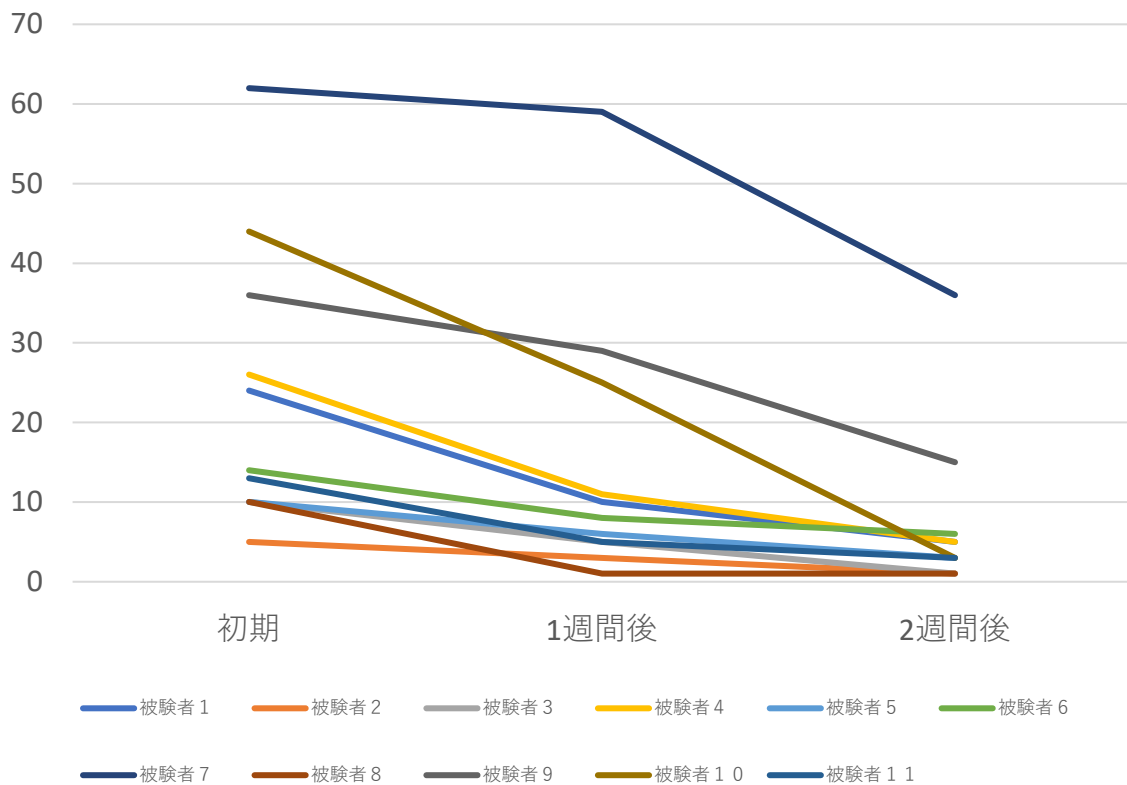


【報道関係者様からのお問い合わせ先】

カルテック株式会社 広報部 TEL:06-6244-0760 Email: kouhou@kaltec.co.jp

■ 自覚症状の変化（被験者別）

被験者別自覚症状の変化



※縦軸は自覚症状問診票において記入された数値の合計値で、患者別にその数値の変化を折れ線グラフにした。

	被験者 1	被験者 2	被験者 3	被験者 4	被験者 5	被験者 6	被験者 7	被験者 8	被験者 9	被験者 10	被験者 11
初期	24	5	10	26	10	14	62	10	36	44	13
1週間後	10	3	5	11	6	8	59	1	29	25	5
2週間後	5	1	1	5	3	6	36	1	15	3	3

■今回使用した自覚症状問診票

お名前 記入日 月 日 前回受診日 月 日

身長 cm 体重 kg 治療中の病気

この症状評価フォームは、花粉症の方の症状を記録できるようになっています。
 それぞれの症状について、症状の程度を最も表す数字1つに をつけてください。
 回答の症状が「なし」の場合を「0」とし、考えられる「最悪の状態」を「10」とします。
 すべての症状の程度を記入し、受診時に主治医に見せてください

花粉症の自覚症状についてお聞きします。

期間
 症状が出やすい時期 特にひどい時期 月～月 (特にひどい時期 月～月)

この数日の花粉症について、症状の程度に最も近い数値に 点をつけてください

なし ← -----> 最悪の状態

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
目の症状 (痒み・異物感・充血)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
涙の量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
鼻づまり・鼻呼吸のしづらさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
鼻をかむ頻度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
くしゃみの頻度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
のどの違和感・痛み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
思考力・集中力の低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
会話・発音のしづらさ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頭痛・頭重感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚のかゆみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

内の症状で、現在のご自身と一致するものも○で囲んでください。 合計点(医師記入)

程度および重症度	くしゃみ発作*または鼻漏**				
	++++	+++	++	+	-
++++	21回以上	11～20回	6～10回	1～5回	+未満
+++	重症				
++	中等症				
+	軽症				
-	無症状				

*1日の平均発作回数。 **1日の平均鼻漏回数

*現在：使用薬の用法・用量(処方箋と市販薬)と対策(生活面)

内服：
 点眼：
 点鼻：
 塗布薬：
 周囲へ配慮するストレス：100点中 点

監修：日本大学附属板橋病院 臨床検査医学科 飯塚和秀先生