

症例Ⅱ - 1. 発疹②

1歳2か月の男児。3日目の夕方、38℃の発熱。翌日近医で抗菌薬などを処方された。その後も解熱せず、今朝から機嫌が悪く、首を触ると泣き出すようになった。目やにはないが眼が赤く、体や手足に赤い発疹が見られるようになったため来院した。体温38.9℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>まず発疹の患者は他の小児に感染させる疾患に罹患している可能性があるため隔離して診察する。</p> <p>問診 発疹に関しては、予防接種歴、発疹歴、周囲での同様な症状の小児の有無を確認する。</p> <p>診察 発熱が続いており脱水の程度を確認する。口唇の乾燥、唾液の粘性、尿量などを確認する。</p> <p>身体所見では発疹の性状、発生部位などを注意して観察する。また粘膜疹の有無も確認する。</p> <p>発疹以外の症状がないかどうか全身チェックを行う。首を触ると痛がるため、頸部リンパ節腫脹や咽頭の発赤がないかどうかの確認を行う。近医で抗菌薬を投与されており、薬疹の可能性もあるが、咽頭の発赤があれば溶連菌感染症の可能性が高い。</p> <p>初期対応 脱水があり経口摂取が不十分であれば、機嫌も悪いため、入院加療の必要性が高いことを親に説明し、直ちに高次医療機関を紹介受診させる。</p>	<p>診察 小児科医は、麻疹らしさ（眼脂、鼻汁、咳などのカタル症状や、色素沈着を伴う汚い印象の発疹）をもっとも警戒する。</p> <p>脱水の評価をするのであれば、体重の変化も参考になる。</p> <p>子どもの発疹を診たら、麻疹のコプリック斑、水痘の口内疹あるいは頭皮疹、溶連菌感染症や川崎病の莓舌、風疹の耳後部リンパ節腫大の有無を確認するくせをつける。</p> <p>乳幼児の頸部は短くて触りにくく、とくに痛がって泣くと、頸筋に力が入るのでさらに触診が困難となる。また胸鎖乳突筋とともに、一塊の腫瘍となっている場合がある。</p> <p>頸部の圧痛から頸部リンパ節炎が疑われるものの、抗菌薬では解熱せず、不定形発疹と眼球結膜充血をきたした場合には、まず川崎病と考える。口唇充血や莓舌、手足の硬性浮腫がそろえば確定診断となる。発熱が5日間持続しなくても他の5項目で確定診断される。1歳であればほとんどBCGを接種しており、BCG接種部位の発赤・腫脹も診断の参考になる。また、頰脈で心音も亢進し、いらいらして機嫌が悪いことが多い。</p> <p>溶連菌感染症であれば抗菌薬を内服していれば解熱することが多く、また、どちらかという幼児や学童に多い。</p> <p>初期対応 機嫌が悪いことから入院加療の可能性が高いことが示唆されており、的確である。</p> <p>診療所で確定診断はできないかもしれないが、川崎病の可能性が高いとして、高次医療機関へ紹介すべき症例である。</p>

【小児科医の診療】

血液検査で白血球増多やCRPの高値、トランスアミナーゼ高値なども参考になる。軽症例や、症状のそろわない「疑い例」では、アスピリンを投与しながら心エコーで経過を追うこともある。症状がそろえばガンマグロブリン大量療法を施行することが多い。

【症例の転帰】

診断は「川崎病（MCLS）」。紹介先で入院となり、当日よりガンマグロブリン1日2gの大量療法が開始されて翌日には解熱した。冠動脈病変を残すことなく軽快した。

【初期救急診療上のポイント】

発熱、発疹、脱水、不機嫌などがあり、何ともいえないぐずり方をしているとき、あるいはグッタリしているときは、「川崎病」を考慮して小児科医のいる医療機関での精査が速やかに受けられるように設定する。

症例Ⅱ - 1. 発疹③

1歳3か月の女児。本日夕方、おむつを替えたときに下腹部から外陰部にかけて小さな赤く盛り上がった発疹3,4個と小さな水疱を1個見つけた。元気はよいが、少し熱っぽいため来院した。体温37.9℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>問診と診察 水疱や発疹の場合、他の小児に感染させる可能性の高い疾患が想定されるため隔離して診察する。</p> <p>発疹に関しては、予防接種歴、発疹歴、周囲での同様な症状の小児の有無を確認する。</p> <p>身体所見では発疹の性状、発生部位などを注意して観察する。ほかに水疱がないか、痂皮化あるいは掻破した水疱がないかどうか確認する。</p> <p>初期対応 もしほかに発疹がなく、水痘の予防接種歴や既往歴がなければ、親には現時点では水痘の可能性が高いが、1個の水疱だけでは確定診断できないこと、元気がよいのでまだ経過観察できることを説明し、帰宅させる。発熱に対しては解熱薬を処方する。もし発熱が続き全身状態が悪化する（機嫌が悪くなるなど）ようであれば、直ちに小児科医を紹介受診させる。</p>	<p>問診 麻疹だけでなく水痘も、空気感染し得る感染力の強い疾患である。最近では乳児の集団保育が増加しており、保育園が感染症流行の温床となることが多い。</p> <p>診察 皮膚に水疱があるときには口の中に赤い口内疹や水疱がないか、頭皮に丘疹や水疱がないかどうかをていねいに探してみる。水痘と鑑別すべき疾患としては単純ヘルペスによるカポジ水痘様発疹症、伝染性軟属腫、伝染性膿痂疹、虫刺され、汗疹（あせも）、湿疹などがあるが、症状から水痘の可能性が高いことを説明しているのは的確である。</p> <p>初期対応 水痘では、アスピリンは禁忌（ライ症候群合併予防のため）なので注意したい。</p> <p>水痘であれば今後発疹が増加し、翌朝にはおそらく診断が明らかになることが説明されており的確な対応といえる。</p>

〔小児科医の診察〕

水痘では、本症例のように衣服で隠れた部位に発疹が出現することがあり、病初期での診断は難しい。発症後48時間が治療の好機であることや、保育園での流行予防のためにも早く診断してあげたい疾患である。水痘に対するアシクロビルの投与はまだ議論があるが、とくに女児では放置してケロイドが残った場合家族に大きな不満を残すという事実もある。また、高熱を伴うときや、急速に発疹が増加する場合には投与することが多い。

本症例のように初期に判断が難しいときには、半日待ってみると発疹が増加して各段階の発疹がそろい、診断が容易になる。その時点でアシクロビルの投与を考えてもよい。熱が高くなければシャワーなどを制限せず、皮膚の清潔を保つ方が二次感染を予防できる。痒み止めの内服薬やカチリイなどの外用薬を処方することも有用である。

〔症例の転帰〕

診断は「水痘」。翌朝も39℃の熱があり発疹が急増した。かかりつけの小児科医でアシクロビルを処方された。100個近く発疹が出たが、1週間ですべて痂皮形成し保育園登園を許可された。

〔初期救急診療上のポイント〕

小児の発疹症には診断のタイミングがあり、典型的な水疱が確認されるまでには虫刺され、汗疹、湿疹と暫定的に診断されることもある。隔離した場所で診療すること、数時間後に小児科医の診察を再度受けるように勧めること、解熱薬を希望された場合はアセトアミノフェンを処方することがポイントである。

症例Ⅱ - 1. 発疹④

2歳の男児。4日前から鼻水と咳があり、夜になって39°Cの発熱があった。翌日、近医を受診し、抗菌薬などを服用していた。本日夕方からぐったりして、咳がひどくなり、目やにが出るようになった。顔と胸に赤い発疹が広がってきたため来院した。体温39.2°C。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>発疹は他の小児に感染させる疾患である可能性があるため隔離して診察する。</p> <p>問診 発疹に関しては、予防接種歴、発疹歴、周囲での同様な症状の小児の有無を確認する。</p> <p>診察 全身状態の評価として、口唇の乾燥、唾液の粘性、尿量などを確認する。</p> <p>身体所見では発疹の性状、発生部位などを注意して観察する。また粘膜疹の有無も確認する。近医で抗菌薬を投与されており、薬疹の可能性もあるが、口腔内にコプリック斑が確認できれば麻疹と診断する。</p> <p>初期対応 肺炎、脳炎などの重篤な合併症の可能性もあり、来院時ぐったりしているため、家族には入院加療の必要性が高いことを説明し、直ちに小児科医を紹介受診させる。コプリック斑が確認できない場合、脱水があり、経口摂取が十分でなければ、全身状態が悪いことを考えやはり入院加療が可能な高次医療機関へ紹介する。</p>	<p>診察 小児科医は麻疹らしさ（眼脂、鼻汁、咳などのカタル症状や、色素沈着を伴う汚い印象の発疹）をもっとも警戒する。発疹を診たら、麻疹のコプリック斑、水痘の頭皮疹、溶連菌感染症や川崎病の莓舌、風疹の耳後部リンパ節腫大の有無を確認するくせをつける。</p> <p>初期対応 コプリック斑の確認、対症療法としての補液、来院時の様子から入院加療の必要性の判断などは的確な対応である。本症例のように少しでも重症化の可能性があれば、麻疹の疑いとして高次医療機関に紹介すべきである。</p> <p>呼吸数が多く低酸素血症があるときには、肺炎を合併していることがあり、集中治療が可能な施設への紹介が必要となる。</p>

〔小児科医の診察〕

日本は、年間10万人～20万人という麻疹患者が発生し、他国での麻疹流行の原因となる麻疹輸出国である。小児科医として時々経験することであるが、水分摂取不良のやや重篤な乳幼児を気管支肺炎で入院として、発疹が出現してから麻疹とわかり、大慌てで院内感染対策に走り回ることがある。流行を拡大させない努力がもっとも必要な疾患である。最近の麻疹流行では、中学生・高校生の麻疹患者の約半数は麻疹ワクチン歴があることに留意し、ワクチン歴があるからといって麻疹を否定しない。

麻疹を疑った場合、院内感染予防の見地からできれば外来治療とする。しかし、水分摂取不良で消耗しているときには入院治療とせざるを得ない。麻疹ウイルスは空気感染をするので、厳重な個室隔離（可能なら陰圧室）が必要となる。治療は、咳嗽や呼吸困難、脱水症に対する対症療法であるが、肺炎や脳炎を合併したときには集中治療が必要である。

〔症例の転帰〕

診断は「麻疹」。高次医療機関に紹介したところ、個室隔離での入院治療となった。発熱はその後5日間持続し、頻回に持続する咳嗽もあってかなり体力を消耗したが、1週間後には回復・退院した。

〔初期救急診療上のポイント〕

麻疹は少なからず肺炎を合併する。とくに乳幼児では重篤になる可能性が高く、確定診断が不可能であっても麻疹が疑われた場合に小児科医による診察が必要であることを家族に十分理解してもらうことがポイントである。

症例Ⅱ - 2. 紫斑, 出血傾向

8歳の女兒。1週間前にかぜをひいて、近医受診。昨日、両側の下腿に5、6個の赤い発疹を認め、夕方になって数が増えたため来院した。右の足首が膨れて、歩くときに少し痛がる。体温37.2℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>診察室に入る姿（歩き方）、顔の表情で、全身状態と痛みの程度を把握する。</p> <p>問診 臨床経過と家族内発生を確認する。</p> <p>診察 発疹の局在、大きさ、形、色調などと、痒みの有無と全身を診る。関節痛に関しては、運動や外傷・打撲機転の有無を尋ね、局所の熱感、腫脹、圧痛、発赤の有無を診る。発疹の色調・形の均一性と硝子圧棒で圧した色の変化を手掛かりに鑑別診断を進める。出血斑であれば、粘膜出血や鼻出血、消化管出血、腹部症状を確認し、尿検査と家族の出血傾向や腎炎などの既往歴を聴取する。鑑別診断に特発性血小板減少性紫斑病、敗血症などによるDICなどがあるが、関節痛と発疹が多彩な出血斑を認めれば血管性紫斑病を疑う。</p> <p>初期対応 全身の衰弱、浮腫を伴い尿蛋白強陽性、腹痛、下血などの腹部症状が何かあれば、すぐに小児科医に紹介する。親にこの病気の大方向は安静で軽快するが、腎炎、腸炎を起こすこともあるので翌朝小児科医を受診するように勧める。</p>	<p>診察 診察室入室で全身の状態や運動時痛の程度を診ることはよい。</p> <p>発疹の出現部位（初発部位）、性状は重要。大きさや、孤立性か融合しているかは判断材料となる。硝子圧棒で紅斑と紫斑とを鑑別することも可能である。関節の腫脹は単関節か、多関節か、発赤、熱感、関節痛の有無、運動時痛、運動可動域についての所見を取る。</p> <p>初期対応 血管性紫斑病（アレルギー性紫斑病）の場合、最初から尿所見が出現するのは少なく（40%以下）、発疹発生後1～3週後に尿所見が見られることが多い。したがって、腎合併症による浮腫は後から出現する。乳幼児（4か月～2歳頃まで）で浮腫様発疹が見られる場合もあるが、その場合も小児科医に紹介する。また自然治癒はあるものの、長期的に管理していかなければならない疾患でもあることから、翌日には小児科医へ紹介が必要とする判断は適切である。</p>

〔小児科医の診療〕

発疹はすべて血管壁からの血液成分の滲出であり、①血液凝固因子の異常、②血管壁がさまざまな機転により脆弱になるため、③血管内皮細胞に接着した好酸球がケモカインなどに誘引され血管外へ遊走し、炎症の場所において組織障害蛋白や活性酸素を放出してアレルギー炎症反応を起こすかのいずれかである。本症例は両側下肢に散在性に出現している紫斑であり、同時に足関節腫脹も伴っているため、血管性紫斑病が強く疑われる（低年齢では浮腫状の場合もある）。

家族へは、血管性紫斑病の場合自然治癒もあるものの、腹痛、嘔吐、タール便を伴うこともあることから十分な管理をする必要があることを説明する。また発疹発症後1～3週目に腎炎（血尿、蛋白尿）を呈することもあり、しばらくの間安静が大切であることも伝える。

〔症例の転帰〕

診断は「血管性紫斑病」。受診後7日目（発疹発症後8日目）入院、翌日上肢前腕にも紫斑2～3個出現。その後軽減した。しかし、その後腎炎を合併。発症後3か月目にようやく蛋白尿軽減し退院。

〔初期救急診療上のポイント〕

下腿に初発する紫斑は血管性紫斑病に特徴的な症状である。軽症に見えても腎炎などの合併症に悩むことも多く、翌日には小児科医の診察を受けることを強く勧める。数日以上断続する腹痛が先行し紫斑を認めない場合は診断に苦慮する。

症例Ⅱ - 2. 蕁麻疹

3歳の女児。2日前からかぜ気味。夕食後全身に盛り上がった発疹が出現し痒がるため来院。同様な発疹は経験していない。体温37.2℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>問診 機嫌がよく全身状態が安定している場合には、感冒症状の経過、食後どれくらいの時間で発疹が出現したか、食事内容に普段あまり食べていないものがなかったか、市販の感冒薬の使用について聞く。</p> <p>診察 全身の皮膚を観察し、聴診・咽頭所見も確認する。</p> <p>初期対応 発疹が膨疹で虫に刺された確証がなく、薬疹も否定される場合には、蕁麻疹をまず考える。家族には、食物だけでなく、体調の変化や気候なども原因となると伝える。意識レベルの低下、呼吸困難などアナフィラキシーショックを疑う所見があれば、速やかに小児科医のいる高次医療機関へ搬送する。全身状態が良好であれば抗ヒスタミン薬、痒みがひどければ副腎皮質ステロイド含有軟膏も処方するが、翌日には必ず小児科医の受診を勧める。</p>	<p>問診 既往歴について聞く。同様のエピソードがある場合は、原因が何であったか確認する。</p> <p>診察 皮膚以外の所見がないかどうか確認することが重要である。</p> <p>バイタルサイン、意識レベル、呼吸器症状の有無について確認を行い、アナフィラキシーショックを疑う所見がないかどうか確認を行う。鑑別を要するのは、血管神経性浮腫、ストロフルス、多形性紅斑である。</p> <p>初期対応 アナフィラキシーショックを疑う所見があれば診療所のできる処置を行い、速やかに小児科医のいる高次医療機関に搬送するのは左欄で述べられているとおりである。</p> <p>一般的に痒みに対して軟膏の効果は期待できない。むしろ冷たいタオルやガーゼでクーリングを行う方が有効である。</p>

〔小児科医の診療〕

痒みを伴う蚊に刺されたような盛り上がった発疹（膨疹）をきたす疾患としては、まず蕁麻疹が挙げられる。アナフィラキシー反応の一症状として蕁麻疹を呈していることもあるため、他の症状の有無について慎重に観察することを忘れてはならない。小児においては食物によるものが多いと考えられがちであるが、意外とその頻度は少ない。逆に薬剤の関与を忘れることが多く、必ず薬剤の使用について確認する。一般的には感冒症状に伴って発症することが多く、ウイルスあるいは細菌の感染が関与していることが示唆される。

初期治療は抗ヒスタミン薬の内服でよい。再発を繰り返す場合は原因疾患の存在を疑い、定期的な観察を要する。

〔症例の転帰〕

診断は「蕁麻疹」。食物・薬剤の関与はなく、原因はウイルス感染によるものと考えられた。抗ヒスタミン薬内服で軽快し、解熱後に再燃はなかった。

〔初期救急診療上のポイント〕

蕁麻疹では皮膚症状だけを呈する場合は多いものの、アナフィラキシー反応を疑わせる症状の有無を慎重に確認することが重要である。

痛みの訴え

症例Ⅲ - 1. 頭痛①

7歳の男児。本日より前から頭の前方を痛がり、光をまぶしがるようになった。痛み止めを服用したが頭痛はおさまらなかった。午後7時夕食を少し食べたが吐いたため来院した。体温38.7℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>問診 繰り返す頭痛や嘔吐が今までになかったかを確認、片頭痛などの習慣性頭痛や神経性嘔吐症を除外する。</p> <p>診察 初め胃腸症状を伴う上気道炎、かぜ症候群と素直に考えて診察するが、耳、眼、歯、耳下腺や発疹にも注意する。子どもは耳痛を頭痛と訴えることがよくある。腎炎の懸念があれば検尿、血圧測定をする。しかしこの症例は何となく違う。「まぶしがる」のと「嘔吐」は髄膜刺激徴候であるし、頭の前方が痛いというのは頭蓋内テント上に起因する頭痛と思われ、それも薬で抑えられないほどに強い。項部硬直があれば髄膜炎の疑いが濃い。</p> <p>初期対応 痙攣がないが、インフルエンザ流行期にはとくに脳炎も考え髄液検査のためすぐ搬送する。ウイルス性、細菌性の区別は検査なしには困難であるし、適合する治療薬の常備はないと思うので治療はしない。</p>	<p>問診 普段から頭痛を訴えやすい子どもがいるので、今までの頭痛の有無を確認すると役に立つ。</p> <p>診察 発熱を伴っているので感染症が考えやすいが、まずは上気道炎、かぜ症候群を考えるのは当然である。子どもの場合、耳鼻科的な問題を伴う発熱・頭痛があるため、中耳炎や副鼻腔炎などの症状を確認、診察することは重要である。無菌性髄膜炎を疑った場合は耳下腺に注意することも必要である。血圧測定は頭痛で来院した場合はまず行うべきであろう。この症例の特徴は指摘されたように、まぶしがることと嘔吐を伴うこと、頭痛の程度も鎮痛薬で抑えられないほどの強さである。髄膜刺激徴候が陽性であれば髄膜炎が疑われる。</p> <p>初期対応 髄液検査を含めた検査が必要であり、入院可能な高次医療機関へ搬送する。診断の進め方、緊急性の評価は適切である。</p>

【小児科医の診療】

急性の頭痛に発熱を伴っている場合、髄膜炎や脳炎など中枢神経系感染症を見逃さないよう慎重に対応することが重要である。この症例の場合は光をまぶしがる、嘔吐など髄膜刺激徴候が疑われる。身体所見で項部硬直（患児を仰臥位にして頭部を前屈させるように持ち上げて抵抗感をみる）やケルニッヒ徴候（股関節を90°に屈曲した後、膝に検者の手を置きながら他方の手で膝関節を伸展させようとしたときに伸展が妨げられる現象）などの髄膜刺激徴候が陽性であれば髄膜炎を考える。これらの徴候がはっきりしなくても、鎮痛薬が効かないほどの強い頭痛が持続する場合は髄膜炎を疑う。髄膜炎の原因が細菌性であるかウイルス性であるかは問診や診察所見のみでは判断できないため、細菌性のものを想定して高次医療機関へすぐに紹介する。家族へは髄液検査を含め検査が必要であること、髄膜炎（脳膜炎と呼ぶ年配の人がまれにいる）の場合、原因によっては一刻も早く治療を開始した方がよいことを説明する。

【症例の転帰】

診断は「無菌性髄膜炎」。転送先で頭部CT検査の後、腰椎穿刺を行った。髄液を採取した直後から頭痛は軽減し始め、補液のみで翌日から解熱した。5日間で退院となった。

初期救急診療上のポイント

- 「まぶしい」「嘔吐」「鎮痛薬の効かない頭痛」は髄膜炎を疑う所見である。
- 髄膜刺激徴候があったら髄液検査のできる高次医療機関へ搬送する。

症例Ⅲ - 1. 頭痛②

11歳の男児。2週間前から朝起き掛けに頭痛を訴えるようになった。しばらくするとおさまるため、休まず登校していた。本日帰宅して「物が二重に見える」というため来院した。体温36.6℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>熱のない慢性進行性の頭痛である。</p> <p>問診 学校へ行きたくなくて起こる心因性のものではないらしい。遊び盛りだが校庭で人とぶつかったりの外傷はなかったか。徐々に進行する硬膜下血腫のこともある。潜行性の脳膿瘍など頭蓋内感染症はないか、中耳・鼻腔の炎症、心疾患の有無も聞く。それもなければ脳腫瘍を疑う。頭蓋内圧亢進の初期症状としての頭痛と思われる。好発年齢であるし、朝起き掛けに痛いのも、しばらくするとおさまるのも当てはまる。</p> <p>診察 血圧を測って高血圧や起立性調節障害の頭痛かを確認する。「物が二重に見える」という眼症状が加わってきたから頭蓋咽頭腫がもっとも疑わしい。2週間の経過では発育障害（身長伸びが止まる）は明らかでないと思うが、あればなおさらである。</p> <p>初期対応 CT、MRIなどの検査が必要なので翌日高次医療機関へ送る。専門医の診察が必要であることを可能な限り時間をかけて親に説明する。</p>	<p>数週で進行する亜急性性頭痛である。</p> <p>問診 頭部外傷の既往を確認することは慢性硬膜下血腫を鑑別する上で重要である。発熱はないが、脳膿瘍を疑って診察することは重要で、そのほか結核性髄膜炎なども徐々に進行する頭痛を伴う感染症である。したがって中耳・鼻腔・心疾患の有無を聴取することに加え、咳の有無や結核との接触歴なども聞いておく。頭痛の日内変動や複視から脳腫瘍を疑ったのは適切である。眼症状からすぐに頭蓋咽頭腫に結び付けることは性急である。</p> <p>診察 血圧測定は必要であるが、その小児に合ったマンシレットを選んで測定し、測定値も年齢に照らして評価することが大切である。眼球運動を診察して外転障害が両側に見られる場合は頭蓋内圧亢進を考える。外転神経は脳底部を通過する距離が長いので、頭蓋内圧亢進によって圧迫を受けるためである。できればその場で眼底も診る。</p> <p>初期対応 CT・MRI検査が必要であり、速やかに脳神経外科の併設された高次医療機関へ紹介する。</p>

[小児科医の診療]

頭痛を主訴として救急外来を訪れる者の中には、時に進行性で緊急を要する疾患が隠れているため、見逃さないよう注意する。問診上重要なことは、頭痛の強さと経時的経過、頭蓋内圧亢進症状や進行性の神経症状の有無、本人の病歴（生育歴、既往歴、入院歴、外傷、耳鼻科的疾患、アレルギーの有無）や家族歴である。

診察はこの症例ではとくに眼の診察（瞳孔の左右差、眼球運動、簡単な視野、眼底）を含む全身の診察と髄膜刺激徴候のチェック、麻痺や筋力低下、失調などの有無を診る。高血圧による頭痛の除外のため血圧は必ず測定する。マンシレット幅は上腕の3分の2程度とし、この年齢では収縮期血圧が130mmHg以上、拡張期血圧が80mmHg以上は高血圧と考える。

救急診療所で対応できる処置はないので高次医療機関に紹介する。家族には画像検査が必須であることを説明する。緩徐に症状が進行していても、髄液の通路の完全閉塞が起これば急激に病状が悪化することがある。このような場合はその日のうちに受診させる。

[症例の転帰]

診断は「水頭症を伴った松果体腫瘍」。脳神経外科で髄液外ドレナージ術を行い、後に腫瘍の摘出術と放射線治療を施行した。患児はその後元気に過ごしている。

[初期救急診療上のポイント]

- 進行性の頭痛では頭蓋内圧亢進症状と神経学的巣症状の評価が大切である。
- 神経学的診察から頭蓋内病変を疑ったら直ちに高次医療機関に搬送する。

症例Ⅲ - 2. 耳痛

11 か月の男児。2 週前から鼻水と咳があり、咳は軽くなったが膿性の鼻汁が続いていた。本日昼頃から機嫌が悪く、頭に手をやったり、首を振る動作が見られていた。夕方からさらに不機嫌となったため来院した。体温 37.2℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>中耳炎の場合、子どもが頭や耳に手を当てる動作の特異度は高く、まして感冒症状や膿性鼻汁を伴っているので、まず中耳炎を考える。</p> <p>診察 耳鏡を使って鼓膜の観察をまず行う。11 か月児では恐怖心や抵抗力が強くないので診察は比較的容易であるが、外耳道が狭いため十分な光量が必要である。発赤を伴った鼓膜の膨隆を認めれば中耳炎である。発赤のみであっても耳を痛がるしぐさがあるので中耳炎として対処する。鼓膜が小さく気密も難しいので、鼓膜の可動性の確認は多くの場合困難である。</p> <p>初期対応 緊急性について発熱、意識障害がないため乳様突起炎、髄膜炎などがないと判断する。家族に説明して自然寛解の率も高いことを話し安心させ、同時に嘔吐や傾眠傾向の出現に注意を促す。今夜は解熱鎮痛薬を投与、翌日耳鼻科医受診を勧める。</p>	<p>診断は指摘のとおり中耳炎である。</p> <p>問診 年長児だと耳の痛みや耳閉感を訴えてくれることもあるが、乳児では手を頭、耳にもっていく症状から疑う。反復性中耳炎や従来より滲出性中耳炎があつて急性増悪したことも考えられるので、これまでの経過も聞いておく。</p> <p>診察 細かな観察で申し分ない。耳道の細い乳児では慣れていないと観察が難しいので、上記の症状があれば中耳炎疑いと診断してもよい。ほとんどが鼻咽腔疾患を原因として発症するので、咽頭と鼻もよく診ておく。まれに副鼻腔炎、急性乳様突起炎、顔面神経麻痺、頭蓋内合併症、髄膜炎を合併するので、適切な判断である。</p>

【小児科医の診療】

子どもは耳管が太く短いため中耳炎を好発する。感冒のウイルスにより障害された粘膜へ細菌が侵入し、細菌性の鼻炎や副鼻腔炎を起こし、それが耳管を経由して中耳炎を起こす。耳の外側から水が入って中耳炎になることはまれである。自然軽快もあり得るが、痛みが止まっても滲出性中耳炎に移行することもあるので、耳鼻科を受診した方がよいだろう。抗菌薬は鼻汁、耳漏培養後に服薬することが望ましいが、熱が高い場合はペニシリン系抗菌薬を処方してもよい。原因菌は主にインフルエンザ桿菌、肺炎球菌、モラキセラ・カタラーリスであるが、最近ペニシリン耐性肺炎球菌、耐性インフルエンザ桿菌によるものも増えてきている。膿性鼻汁が続くときは、鼻汁を片方ずつ吸引したり、片方ずつそっとかむことで予防する。

【症例の転帰】

診断は感冒に引き続いた「急性中耳炎」。翌日耳鼻科を受診し鼓膜切開がなされ、抗菌薬と点耳薬で改善した。

【初期救急診療上のポイント】

- 膿性鼻汁に伴い、夜泣き、不機嫌、耳を触るしぐさがある場合は中耳炎を疑う。
- 乳様突起炎、髄膜炎などの合併症がなければ緊急性はない。

症例III-3. 顔面、頸部の腫れと痛み

4か月の男児。お風呂で髪の毛を洗っているとき、左の頭の後ろに小豆くらいの大きさのグリグリが触れた。念のため右側を触ると同様のグリグリがあった。触っても痛がる様子はないが、気になったため来院した。機嫌はよく、母乳の飲みもいつもと同じであった。体温36.8℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>問診 妊娠、出生時にとくに変わったことがなかったか、母乳栄養なのか人工栄養か、退院後、顔や首などに湿疹が出た既往がないか、全身状態が良好で哺乳状態もよいかを確認する。</p> <p>診察 グリグリがどのような性状のものかを診る。触診で形、数、大きさ、可動性、圧痛の有無、表面の性状を確認し、視診で炎症の有無を診る。頭部、顔面、頸部などに湿疹などが出ていないかどうか、また、グリグリ周囲の傷の有無、耳や耳介部、口腔内の観察も行う。その他、全身状態の観察を行い、合併する疾患がないか、体重増加が良好かも確認する。後頭部のリンパ節腫脹が状況からもっとも疑われる。原因となる明らかな所見のない場合は、その他の疾患も考えられるので、毛嚢炎や皮下膿瘍などの鑑別も行う。</p> <p>初期対応 グリグリの痛みや発熱などがなければ、母親に緊急を要する疾患でないことを説明し、翌日小児科を受診するように勧める。</p>	<p>問診 ここ数日の機嫌、泣き方、四肢の動き、ミルクの飲み具合などから全身状態の把握をする。これまでの哺乳状況や体重増加について聞くのは、慢性疾患かどうかを判断する上で重要なことだと思う。</p> <p>診察 視診、触診の方法は的確だと思う。腫瘍が局所性か全身性か、局所性であれば圧痛、熱感、発赤で炎症の有無を判断する。視診では周囲組織を調べ、とくに髪の毛の中はよく診ておく。また乳児では耳介内に湿疹ができてやすく、耳切れを伴うこともある。耳の状態も観察する。発熱、肝脾腫、発疹、貧血などの随伴症状はないか確認する。</p> <p>初期対応 全身状態が良好で、炎症所見もなく随伴所見もない場合は緊急性はないと判断してよいと思う。小児科医であれば後頭部のリンパ節腫大が病的なのか正常なのかの判断は容易なので、翌日の外来で確認してもらうのがよいであろう。問診、診察、親への説明などは的確である。</p>

〔小児科医の診療〕

グリグリが触れる場合はまずリンパ節かそれ以外の腫瘍か、局所性か全身性か、炎症性か非炎症性かの判断を行う。リンパ節であれば、正常範囲、感染性、悪性腫瘍、膠原病、その他の疾患を鑑別することになる。

リンパ組織の発達は10～12歳でピークに達し以後徐々に縮小する。健常小児でも表在リンパ節に触れることは一般的である。とくに耳介後部のリンパ節は皮膚直下のため突出しており、健常乳児で触れるのはまれではない。直径3mm以下のことが多く、1cmくらいまでは正常のことが多い。単独で、柔らかく、可動性があり、痛みがなく、周囲皮膚の発赤もない場合は正常と考えてよい。大きさが1.5cm以上、硬い、複数連なっている、可動性が悪い、などのときは病的と考えて検査が必要こともある。

局所性のリンパ節腫大は、リンパ節に還流する領域にある臓器の感染症によって起こる。後頭部リンパ節は頭皮の感染症、外耳道炎、中耳炎で腫大する。全身性リンパ節腫脹は2つ以上の隣接していない領域のリンパ節が腫脹した場合をいう。風疹、麻疹、EBウイルスなどのウイルス疾患でも頸部リンパ節、後頭部リンパ節が触れる。この場合、正常より硬めで無痛性である。頸部のリンパ節腫大は川崎病、化膿性リンパ節炎、亜急性壊死性リンパ節炎でも見られるが、これらは随伴症状や血液炎症反応で鑑別する。白血病、悪性リンパ腫などの悪性疾患、膠原病などの自己免疫疾患では全身に慢性的複数のリンパ節腫脹が見られる。

〔症例の転帰〕

診断は「正常範囲の後頭部リンパ節」。全身状態良好で随伴症状もなく、翌日小児科で後頭部リンパ節の性状も病的ではないと診断された。

〔初期救急診療上のポイント〕

- グリグリが触れる場合、リンパ節かそれ以外の腫瘍かを判断し、リンパ節なら局所性か全身性かの判断と炎症の有無を診る。
- 炎症や随伴症状がなく全身状態が良好なら、緊急性はないので後日に小児科医を受診させる。

症例Ⅲ - 3. 顔面、頸部の腫れと痛み

2歳の男児。朝から機嫌が悪かったが、熱はないため保育所へ連れて行った。夕方、保育所に迎えに行ったとき、顔の右側が少し腫れているのに気づいた。右あごのあたりを痛がり、夕飯を食べないため来院した。体温37.3℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>問診 まず、家族内（とくに兄弟）の2～3週間以内の流行性耳下腺炎の既往や保育所での流行の有無について確認する。</p> <p>診察 腫脹の部位の確認を行う。耳下腺の腫れなのか、リンパ節の腫れなのか、他部位なのかを視診・触診で確認する。また、反対側の耳下腺腫脹の有無や頸部の触診も行う。口腔内も観察し、う歯や歯肉の腫れがないかを診る。また、耳下腺開口部の状態や咽頭および扁桃の発赤の有無も確認する。その他、全身の診察も行い、合併する疾患がないかどうかを診る。流行性耳下腺炎、化膿性耳下腺炎、反復性耳下腺炎、頸部リンパ節炎（原因として扁桃炎、咽頭炎、う歯など）が考えられる。</p> <p>初期対応 流行性耳下腺炎を疑う場合には解熱鎮痛薬を投与し、翌日小児科を受診するように勧める。化膿性耳下腺炎が疑われる場合は、抗菌薬を投与する。安静にし、腫れが引くまでは保育所を休むように指導する。</p>	<p>問診 流行性耳下腺炎の既往や、流行の有無を確認することは大切である。</p> <p>診察 腫脹部位の確認も重要である。腫脹部位は唾液腺、リンパ節および軟部組織が多い。耳介下方の腫脹では、耳下腺と後耳介リンパ節を区別する。耳下腺腫脹では、下顎角を触れなくなることが特徴である。顎下部の腫脹では、顎下腺と顎下リンパ節を区別する。触診だけでは顎下腺と顎下リンパ節を鑑別できないことがある。頬部の境界不明の腫脹ではう歯を伴った蜂窩織炎も考える。口腔内の診察も重要である。耳下腺は上顎臼歯の高さにやや隆起して開口し、流行性耳下腺炎では発赤が見られることがある。化膿性耳下腺炎では耳下腺の圧迫で排膿が見られる。頭頸部のリンパ節腫脹には、口蓋扁桃の発赤や白苔の付着が見られることがある。</p>

【小児科医の診察】

小児の頸部、顎下部および頬部の腫脹では、腫脹部位が唾液腺か、リンパ節か、軟部組織かを鑑別する。まれではあるが、緊急性が高い疾患として、頬部蜂窩織炎と化膿性耳下腺炎がある。前者ではう歯を伴うことが多く、後者では耳下腺の圧迫で排膿が見られることにより診断でき、入院治療して抗菌薬の静注が必要とされる場合がある。

化膿性耳下腺炎以外の耳下腺の腫脹は、ほとんどが流行性耳下腺炎と反復性耳下腺炎である。流行状況や既往歴で診断の推測はできるが、早期に臨床症状だけで鑑別はできない。反復性耳下腺炎では翌朝には耳下腺腫脹が軽快する。耳下腺の超音波検査で唾液管末端の拡張所見を認めることがある。

腫脹部の痛みが強ければアセトアミノフェンを投与する（1回量として10～15mg/kg）。

【症例の転帰】

診断は「流行性耳下腺炎」。小児科を受診した翌日には反対側の耳下腺が腫脹。約1週間で治癒した。

【初期救急診療上のポイント】

- 耳下腺の部位を確認して、リンパ節腫脹と鑑別しなければならない。
- 口腔内の観察では耳下腺開口部、う歯、口蓋扁桃の発赤などが重要である。

症例Ⅲ-4. 胸痛

10歳の女兒。一昨日から痰のからんだ咳を認めていた。昨日の夕方の体温は38℃であった。本日昼過ぎから胸部と首を痛がり、夕方から胸の痛みが強くなったため来院した。体温36.8℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>まずバイタルサイン、チアノーゼの有無、意識状態をチェック。首を痛がっており、髄膜炎などの可能性も除外する必要がある。</p> <p>問診 先天性心疾患、喘息、神経筋疾患などの既往を聞く。解熱しているのに痛みが出てきているので、筋肉痛も考え、咳の程度や寝違い・打撲の有無なども親に確認。胸痛の部位、性状、呼吸による増悪の有無も確認。</p> <p>診察 呼吸音の左右差、ラ音の有無、心雑音、心膜摩擦音の有無、打診上の左右差などをチェックし、気胸、肺炎、胸膜炎、心膜心筋炎、心不全などの鑑別をしていく。</p> <p>初期対応 心肺疾患が強く疑われる例は転送。それらの所見なく、上気道炎に伴った筋肉痛と判断できるケースや、所見に乏しく、経皮的酸素飽和度 (SpO₂) のモニターで飽和度が十分保たれている場合は、投薬あるいは補液で加療した後での帰宅は可能と考える。注意を要するのは心筋炎。感冒と診断して帰宅させた後、劇症化して亡くなったケースを経験したことがある。必ず心電図検査を行い、疑わしければ高次医療機関に直ちに搬送すべきである。</p>	<p>バイタルサインのチェックに加えて、呼吸状態、喘鳴やチアノーゼの有無のチェックは大切である。小児の胸痛の原因として、成人に多く見られる虚血性心疾患などの心原性は5%以下である。</p> <p>問診 喘息の既往、先天性心疾患の既往、川崎病の既往を確認する。また、ゲップをしやすいか、運動後に痛みが出現したか、胸痛が呼吸や体動により変化するかを詳細に聞くことが大切である。胸痛や首の痛みの部位、症状も確認する。これまで繰り返し胸痛や首の痛みを訴えなかったかを聞くことも大切である。</p> <p>診察 視診や触診をまず痛みを訴える場所について行い、局所の発赤や腫脹がないか確認する。肺や心臓の聴診は診断の参考になる。喘息発作時に呼吸音に左右差を認めたときは気胸を疑い、痰のからんだ咳と発熱があり、呼吸音に左右差を認めたときは肺炎を疑い、いずれも胸部X線検査が必要である。</p> <p>初期対応 気胸、肺炎ともに高次医療機関へ紹介する。とくに川崎病後に冠動脈瘤を合併している子どもが胸痛を訴えたときは心電図検査をする必要がある。胸痛、気分不快、軽い意識障害があるときは、心拍数をチェックし、頻脈を認めれば高次医療機関へ搬送する。呼吸状態や心拍数が安定していれば、帰宅し一晩自宅で経過を見るよう指導する。</p>

【小児科医の診療】

問診、視診、触診、胸部の聴診、胸部X線検査、経皮的酸素飽和度 (SpO₂) のモニター、心電図検査により、転送が必要か判断する。元気がなく不機嫌で、呼吸困難またはチアノーゼを伴うときは、直ちに高次医療機関へ紹介する。問診ポイントとして①胸痛の部位・持続時間・放散の有無、②体位の変化、運動時、咳嗽時、深呼吸時における胸痛の増強の有無、③顔面蒼白・頻脈・失神の有無、④打撲・外傷の有無、⑤ゲップの有無、⑥発熱の有無、⑦川崎病や喘息の既往、などを確認する。

発熱があり、吸気や咳嗽により胸痛が増強するときは肺炎や胸膜炎を、やせ気味の子どもで、胸痛や呼吸困難があるときは自然気胸を疑う。年長児が喘息発作を起こしたときは気胸や皮下気腫を合併することがある。川崎病後の冠動脈瘤を合併している子どもの胸痛では心筋梗塞を鑑別する。胸痛、不機嫌、顔面蒼白を認めたときは発作性上室性頻拍を疑う。普段からゲップの多い子どもでは、胃食道逆流症を忘れてはならない。今までに繰り返し胸痛や首の痛みを訴えている子どもでは、心理社会的要因を考えてみる必要がある。この他に心筋炎も鑑別の対象となる。

【症例の転帰】

診断は「喘息発作と発作による縦隔気腫、皮下気腫」（頸部や胸部の触診で握雪感あり。呼気乾性ラ音や胸部X線写真で気腫像あり）。直ちに高次医療機関へ搬送。入院後治療により胸痛は軽快した。

初期救急診療上のポイント

- 胸痛を主訴として来院した場合、問診、胸部聴診所見、既往歴の有無は重要である。
- 小児の胸痛が心疾患に起因することは5%以下である。

症例Ⅲ - 5. 腹痛①

10歳の男児。今朝から吐き気があり、37.5℃程度の微熱が続いていた。昼頃から腹部全体の痛みを訴えていた。午後になって痛みがひどくなり、嘔吐が3回あり、体を曲げて苦しそうにしていたため来院した。排便はなく、夕食は全く受けつけなかった。体温38.2℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>急性虫垂炎を疑わせる経過であり、これを念頭において病歴聴取・診察する。</p> <p>問診 腹部手術や同様の腹痛の既往、食事の摂取状況、最終排便、家族に同様の症状の者がいないかを確かめる。腹痛の程度として、待合室で寝たまま動けないなら重症である。診察室に歩いて入って来られるならよいが、歩行時に痛みが腹部にひびく場合は、腹膜刺激症状の可能性がある。かかと落とし試験も有用である。</p> <p>診察 急性虫垂炎であれば、時間的に腹痛は右下腹部に限局する頃である。圧痛や筋性防御の有無、同部位の腸雑音の消失は限局性腹膜炎を疑わせる。</p> <p>初期対応 経過だけでも急性虫垂炎をはじめとする急性腹症を疑う症例である。早急に、血液検査や腹部X線、超音波・CTなどの画像診断が必要であり、静脈路を確保した上で、検査・手術が可能な高次医療機関に搬送すべきである。</p>	<p>この症例は10歳で発熱を伴う急性腹痛であることがポイントである。急性虫垂炎を念頭におくことが重要であり、診断の誤りは、診断を考慮しない結果といえる。</p> <p>問診 発熱があることから、食中毒を含めた感染性胃腸炎も考えて同様の症状が家族内や同級生にないかを問診する。</p> <p>年齢により原因疾患の頻度が異なり、年少児では腸重積、それ以降の小児では急性虫垂炎の鑑別を最優先する。鼠径ヘルニア嵌頓、精巣捻転もまれではない。腹痛の鑑別診断は、痛みの部位、性状、発症状況、随伴症状、身体所見および検査所見などに加えて年齢を考慮し総合的に行う。</p> <p>初期対応 発症から6時間以上腹痛が持続する症例では外科的な原因である可能性が高く、迅速な診断と外科療法までの適切な初期対応により合併症を最小限にすることが可能であり、諸検査による診断と手術可能な高次医療機関に速やかに搬送する。</p>

【小児科医の診察】

急性虫垂炎は外科治療を要する緊急疾患であり、小児期の急性腹症の中でもっとも頻度が高い。学童期以降に多く、10～12歳にピークを示す。春と秋に発生が多い。早期に外科手術が実施されないと穿孔し汎発性腹膜炎を起こす。若年者の穿孔率は約30～50%で、発症後24時間以降急に高くなる。主症状は、食欲低下、臍周囲痛、嘔吐、発熱（37～38℃の微熱）、局所痛である。発症早期は臍周囲の鈍痛で、4～6時間後に右下腹部痛に移動する。腹部の触診で、まず患児に痛みの場所を聞いて、痛みの最強点と離れた遠い部位から痛みの部位へ近づく。右下腹部マクバーニイ圧痛点があれば虫垂炎が疑われ、ブルンベルグ徴候（反跳痛）と筋性防御は腹膜炎徴候として重要である。多くの症例で末口血白血球数は10,000～20,000で、左方移動を認める。腹部X線検査で右回盲部ガス集中像、麻痺性イレウス像、腸腰筋輪郭の消失、腹部超音波検査で腫大した虫垂（横径7mm以上）を見る。小児の急性虫垂炎では、非穿孔例、穿孔例ともに死亡率は1%以下である。

【症例の転帰】

診断は「急性虫垂炎」。搬送された高次医療機関で直ちに虫垂切除術を行った。穿孔なし。1週間で退院した。

【初期救急診療上のポイント】

- 急性虫垂炎はもっとも多い急性腹症で、問診と身体診察から疑ったら高次医療機関に紹介する。
- 痛みは一般的に病初期は臍周囲にあり、4～6時間で右下腹部に移動する。

症例Ⅲ - 5: 腹痛②

12歳の女兒。半年くらい前から時々上腹部痛を訴えて、かかりつけ医で治療を受けていた。腹痛は空腹時に増強していた。本日学校から帰宅後、黒い便を認め、顔色が悪くなったため来院した。体温36.7℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>以前より空腹時に強い上腹部痛があり、本日黒色便があったことから、出血性胃炎、胃・十二指腸潰瘍からの出血を疑う。全身状態として、血圧、脈拍をチェックし、結膜貧血の有無を確認する。</p> <p>問診 かかりつけ医での診断名、検査の状況、投薬内容（とくに消炎鎮痛薬）を確認する。ストレスが誘因となるので、最近受験や家庭環境の変化などがなかったかを聞く。</p> <p>診察 まず便の性状としてタール便のような明らかな下血なのか、単に黒っぽいだけなのか、可能であれば肉眼で確認する。便が出なければ直腸診にて付着する便をチェックする。腹部所見では、腹痛の性状（断続的か持続的か）、圧痛、筋性防御の有無を確認する。</p> <p>初期対応 明らかな貧血、血圧低下、頰脈があれば、消化性潰瘍からの出血が持続している可能性があり、静脈路を確保した上で、血液検査、緊急上部消化管内視鏡検査のできる高次医療機関に至急搬送すべきである。</p>	<p>問診 小児の消化性潰瘍の誘因としては、消炎鎮痛薬やステロイドなどの薬物やストレスなどが挙げられる。とくにストレスは、大人から見るとたいしたことでもなくとも子どもにとっては大きなものであることも少なくないので、子ども自身によく聞くことが大切である。また家族歴も重要で、親からヘリコバクターピロリ菌（Hp）が感染することが多い。</p> <p>診察 腹部所見の取り方は大変よい。タール便かどうかの判断は、ウロペーパーで簡便に調べることができる。</p> <p>初期対応 顔色が悪いのが痛みのためなのか出血のためなのかを見極めることが重要であり、バイタルサインが悪い場合、血管確保と補液を行い、緊急内視鏡ができる高次医療機関に搬送する。</p> <p>慢性の腹痛と黒色便がポイントで、上部消化管出血を念頭において検索を進めていくと同時に、ショック状態かどうかの評価を進めていく手順は大変よい。</p>

〔小児科医の診察〕

半年前から続く慢性の上腹部痛と黒色便から、上部消化管からの出血が疑われる。とくに小児の場合は、上部消化管から出血する疾患は大人ほど多くないため、この例では消化性潰瘍がもっとも疑われる。しかし、子どもの場合鼻血を飲み込んで便が黒くなることもあるので注意が必要である。また、この症例の場合顔色が悪くなって来院しているため、大量出血や穿孔も念頭におき、注意深い診察が必要である。もしショック状態もしくはそれに近い状態であるならば、点滴を確保した上で、すぐ高次医療機関に搬送すべきである。

近年、小児の消化性潰瘍もけっして少なくはなく、原因としては消炎鎮痛薬の投与やストレスであり、そこにHpが関与していることもある。Hpは親から食物を口移しで与えられることが原因で感染することが多く、親が保菌者で、かつ消化性潰瘍の既往者であれば、子どもも発症する確率が高くなるので、家族歴をしっかりとることが重要である。Hpの診断と除菌については日本小児栄養消化器病学会によるガイドラインがある。

〔症例の転帰〕

診断は「Hp陽性の十二指腸潰瘍」。紹介された病院で輸液管理下に上部消化管内視鏡を受け、十二指腸球部に活動性潰瘍を認めた。胃粘膜にHpを多数認めてHp陽性と診断。初期治療として酸分泌抑制薬を投与し、食事を開始した後にHp除菌療法を開始した。

〔初期救急診療上のポイント〕

- 慢性的腹痛と黒色便は上部消化管からの出血を疑う。
- バイタルサインが悪い場合は、輸液管理下に高次医療機関に転送する。

症例Ⅲ - 6. 鼠径部の腫れ

6か月の男児。これまでも泣いたときに右足の付け根が膨らむことがあったが、自然に戻るため放置していた。夕方泣いた後、右足付け根の膨らみが戻らないため来院した。機嫌はよく、ミルクの飲みもいつもと変わらない。体温37.0℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>鼠径ヘルニア（嵌頓）、陰嚢水腫、停留精巣を考える。</p> <p>問診 腫瘍に気づいたのは今回が初めてか、これまでに気づいたことがあるなら腫瘍は出たり消えたりしていたのか、大きさは今回が一番大きいかを聞く。1時間前に腫瘍に気づいてから以後、痛みのためひどく泣いていないか、ミルクや離乳食は摂取できているか、嘔吐はなかったか、排便はあったかを聞く。</p> <p>診察 機嫌がいいか悪いか、腸閉塞による腹部膨満や腸雑音の亢進がないか、腫瘍に触れたりして痛がって泣かないかを診る。</p> <p>初期対応 ひどく泣く、食欲低下、嘔吐、腫瘍に触ると泣くなどの症状がある場合には、鼠径ヘルニア嵌頓の可能性があるので翌朝まで待たないで泌尿器科、腹部外科（小児外科）の専門医のいる高次医療機関へ搬送する。</p> <p>上記のいずれの症状もない場合は、翌朝に高次医療機関を受診するように勧める。</p>	<p>鑑別には、見逃してはならない緊急性の高い病態（鼠径ヘルニア嵌頓）が挙げられている。</p> <p>問診 腫瘍の性状、発見の経緯、随伴症状など有用な病歴が含まれているが、腸管の血行障害を示す血便や機嫌（痛み）の評価として、ぐずっていないか、痛がっているように見えるかなど、観察者としての母親の意見も参考になる。</p> <p>診察 機嫌や腸閉塞徴候などの全身所見が適切に評価されている。局所所見としては、痛みの有無に加え、皮膚の色調の変化（紫調）、熱感の有無を診ることも大切である。また、同側の陰嚢内に精巣を触知しなければ停留精巣の可能性が高いため、陰嚢の触診も必要である。</p> <p>初期対応 指摘されているように、鼠径ヘルニア脱出と診断した場合、嵌頓の徴候がなく、経験があれば用手整復を試みてもよい。還納しない場合は脱出腸管の虚血が進行する可能性があるため、高次医療機関へ搬送する方が安全である。</p>

〔小児科医の診療〕

乳幼児で鼠径部の腫れ（腫瘍）を診た場合にもっとも重要なことは、緊急性の高い鼠径ヘルニア嵌頓（脱出臓器の循環障害）を鑑別することである。

この症例では病歴から鼠径ヘルニアが疑われるが、不機嫌（痛み）、哺乳不良などの随伴症状はないので腫瘍の炎症所見が重要になる。鑑別診断としては、停留精巣、鼠径リンパ節炎、また陰嚢まで腫脹が及んでいれば陰嚢または精索水腫、精巣捻転、精巣炎なども挙げられる。局所の炎症所見と停留精巣がないことを確認したら用手整復を試みる。整復できれば、局所の様子、機嫌、哺乳状態、血便などの観察を指示し、翌日外科ないし泌尿器科を受診を勧める。嵌頓を疑わせる症状や局所所見があれば整復を試みることなく、絶飲食の上、緊急手術可能な高次医療機関へ転送する。整復できないか、還納が確認できない場合も、脱出腸管の虚血が進行する可能性があるため、翌朝まで待たずに高次医療機関へ速やかに搬送する。

〔症例の転帰〕

診断は「鼠径ヘルニア」。その場で母親に抱っこであやしてもらい、泣き止んだところで容易に整復され帰宅した。翌日、専門医を受診したところ手術予定が組まれた。

〔初期救急診療上のポイント〕

- 乳幼児の鼠径部腫瘍では鼠径ヘルニア嵌頓の有無を鑑別することが重要である。
- 鼠径ヘルニア脱出整復の経験があれば用手的に試み、還納しない場合は高次医療機関に搬送する。

・ 症例Ⅲ - 7. 尿路の痛み

3歳の男児。夕方から『チンチンが痛い。』といていた。お風呂に入れるため服を脱がせたところ、下着に膿のようなものが付いており、チンチンが赤く腫れていた。痛みが強くなったため来院した。体温37.0℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>診察 パンツを脱がせ、亀頭部の性状を診る。膿が出ているとのことなので、まず亀頭包皮炎を考える。亀頭部の痛みが強ければ、包皮の先を少し広げて、キシロカインゼリーを塗布し、いったんまた包皮を戻す。</p> <p>包皮と亀頭の部分を少しずつゾンデで剥がし、ヒビテン液で消毒し、排膿する。</p> <p>初期対応 痛みがひどいときに頓服でポントールなどの消炎鎮痛薬の内服と抗菌薬の投与を行い、翌日泌尿器科受診を勧める。</p> <p>包皮を反転させるときに、困難な場合には泌尿器科医へ紹介する</p>	<p>診察 痛みが強いつきにキシロカインゼリーを塗布するのは適切な処置と思われる。この処置によって、がまんしていた排尿が促されることも多い。包皮と亀頭の剥離、消毒は行わない。この処置を行うと後の痛みがひどいからである。包皮は反転させる必要はない。亀頭が少し露出する程度でよい。</p> <p>初期対応 消炎鎮痛薬を使用するならばアセトアミノフェンを処方する。</p> <p>診断、処置とも正しいが、もっとやさしく取り扱っても十分治癒する疾患である。</p>

【小児科医の診療】

チンチンが痛い患児は腰を引いて歩いて入室して来る。そのままズボンとパンツを脱がせてベッドに仰臥位に寝かせる。診断は一目瞭然亀頭包皮炎である。

対処の方法は、なるべく子どもに苦痛を与えないように行う。痛みが強く排尿をがまんしているときはキシロカインゼリーを包皮の先端から注入する。この段階で排尿させる。次にリンデロンVGローションを包皮の先端から注入して、包皮にも塗布する。この方法を家族にも見てもらい、家でも1日3回実施してもらい。包皮と亀頭の剥離や洗浄、消毒は行わない。抗菌薬の内服を併用して翌日小児科を受診するように伝える。痛み止めとしてアセトアミノフェンを頓用として処方しておく。

【症例の転帰】

診断は「亀頭包皮炎」。翌日小児科医を受診し、同様の治療を続行し3日で治癒した。

【初期救急診療上のポイント】

- 下着を取って亀頭を観察するが、このときキシロカインゼリーを用いると痛みが和らぐ。
- 抗菌薬入りの外用薬や内服を鎮痛薬とともに処方する。

症例Ⅲ - 8. 四肢の痛み

4歳の男児。昼間一日中、友人たちと外で遊んでいた。早めの夕食後、眠そうにごろごろとしていたが急に足が痛いといいだし、膝のあたりを痛がり歩かなくなったため来院した。体温36.7℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>診察室に入って来た際の状況を見る。本人が歩いて来た場合、顔の表情や歩き方から痛みの程度はどのぐらいなのかを判断する。</p> <p>問診 昼間の遊びの状況を聞き、打撲などがなかったかを確認する。膝の痛みの出現が急であったのか、以前から痛みを訴えることがあったか、を確認する。痛みは膝だけなのか、他の関節の痛みがないのか、を確認する。感冒症状、発熱、出血傾向の有無も確認する。</p> <p>診察 まず、視診で、体全体に打撲などの変化がないか、下肢の変形がないか、を確認する。胸腹部の聴診、触診で異常がなければ、膝の腫れ、熱感の有無を診る。自分で膝を動かしてもらい、可動性、痛みの出現を診る。膝を他動的に動かし、痛みの出現を診る。膝の動揺性を診る。</p> <p>初期対応 骨折、関節内出血が疑われる場合は、固定などの対応処置ができる高次医療機関へ紹介する。</p> <p>上記以外の場合、安静を指示し、翌朝の小児科医受診を勧める。</p>	<p>診察室に入って来る児の様子から観察することは非常に重要で、それだけで数多くの情報を得ることができる。救急患児を診る場合、家族の訴えと現状が必ずしも一致しない場合も多く、先入観をもたずに児を評価することが大切である。</p> <p>問診 本人からでは不確かなことが多く、家族もすべてを把握しているわけではないということを踏まえ、総合的に状況を聞き出す必要がある。問診は漏れのないように、診察へ移る前にもう少し順序立てて聞いていくようにしたい。</p> <p>診察 まずは全身的な状況を診て、問題がなさそうなら局所の視診、触診へと進んでいく。全身的な変化を認めれば、先に全身的診察を行う。</p> <p>初期対応 急を要する処置あるいは入院の必要性の有無の判断がここでは一番大切である。もし必要と思われたら、局所的なものなら整形外科、全身的なら小児科へ紹介する。一方、急を要しない場合は、安静を指示し、翌朝に小児科受診を勧めることで問題はない。</p>

【小児科医の診察】

診察は児の様子を見ながらの詳しい問診に始まる。家族が訴えていることと児の状況が一致しているのかを判断しながら、症状の出現状況、経時的変化、症状出現前の生活状況、普段の児の状況などを本人および家族から総合的に聞き出す。診察は全身状態の変化の有無を確認しながら膝を中心に行い、症状が全身疾患の一部なのか、局所疾患なのかを判断する。診断は、発熱、発疹、出血斑などの症状から全身疾患を鑑別して、局所の発赤、腫脹、可動制限、運動痛などの所見から局所疾患を考える。鑑別疾患としては若年性関節リウマチ、膠原病、血管性紫斑病、化膿性骨髄炎、血液疾患、ペルテス病、オスグッド病、筋痛症などがあり、これらが否定された際に成長痛が挙げられる。

発熱など全身症状がありぐったりとしている場合、関節部の発赤・腫脹、あるいは骨折が明らかな場合などは直ちに高次医療機関へ紹介する。

【症例の転帰】

診断は「いわゆる成長痛」。翌日小児科を受診し、今後も同様の症状を繰り返す可能性があるため、症状の時間的経過を観察しながら様子を見るよう説明を受け帰宅した。

【初期救急診療上のポイント】

- 入室時の歩行も含め問診と診察から、全身疾患か局所疾患かを判断する。
- 発熱など全身症状がありぐったりとしている場合、関節部の発赤・腫脹、あるいは骨折が明らかな場合などは直ちに高次医療機関へ紹介する。

呼吸器系の症候と疾患

症例IV - 1. せき①

2か月の男児。数日前から咳があり、近医にて内服薬を処方されていた。次第に咳がひどくなり、咳込みの終わりに呼吸を止めて顔色が青くなるようになったため来院した。哺乳力の低下はない。体温37.2℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>問診 まず患児の機嫌が悪くてむずかるかどうかを聞いておく。最近家族などに咳がひどい人はいないか、上気道炎症状、とくに鼻の症状の有無、咳は痰のからむ咳かどうかを聞く。近医の処方薬を調べる。</p> <p>診察 咳の原因として鼻炎や後鼻漏も考えられるためその観点からも鼻腔、咽頭を観察する。聴診では呼吸音を聞き、喉頭から気管までの部分での閉塞機転の有無を確認する。</p> <p>初期対応 咽頭所見、胸部聴診所見に異常がなければ、哺乳力の低下がなく、発熱もないことより全身的に重篤な疾患とは考えにくい。咳込みの終わりに顔色が青くなることは、ひきつけと同じような状態と考えるが、気管支拡張薬などを投与し、翌日小児科を受診し、確認するように指示する。</p> <p>現在まで内服している薬剤にマクロライド系抗菌薬が入っていない場合には追加投与しておく。</p>	<p>問診 機嫌、家族内感染の有無、鼻閉や咳の様子、投与薬剤を尋ねている点は適切と考える。とくに母親に感染徴候があるかを聞いておくで参考になる。</p> <p>診察 視診、聴診で閉塞機転の有無を確認しようとするアプローチも妥当である。湿性の咳嗽の有無に加えて、犬吠様咳嗽が聞かれるかということも重要である。</p> <p>初期対応 残念ながら緊急性の評価には問題がある。発熱がなく、哺乳力低下が見られなくても、呼吸を止める、顔色が青くなる（チアノーゼ）ことから重篤な呼吸器あるいは循環器疾患を疑い、直ちに高次医療機関へ紹介すべきである。</p> <p>気管支拡張薬や抗菌薬の選択は正しい。</p>

[小児科医の診療]

ひどい咳嗽の終わりに呼吸を停止し、顔色が青くなることからチアノーゼが存在すると考える。直ちに経皮的酸素飽和度（SpO₂）を測定し、低酸素があれば、酸素投与を開始する。咳嗽の記載が詳細であれば、その特徴から疾患を絞れるかもしれないが、細気管支炎、百日咳、喉頭炎、気管支異物、心不全などを考慮する。発熱がなく、哺乳力低下が見られないことから、中枢神経系感染症や先天代謝異常症は否定的かもしれないが、詳細な問診、母子手帳（出産時の様子や体重増加）の情報などによって、先天性疾患の有無を判断することができる。

診察では喘鳴、頻脈、肝腫大、浮腫に注意する。上気道炎症状の先行があり、吸気性喘鳴、嘔声、犬吠様咳嗽があれば喉頭炎（仮性クループ）を疑い、呼気性喘鳴、陥没呼吸、多呼吸があれば細気管支炎を疑う。

また、連続性の発作性咳嗽が笛声音のようであれば百日咳を疑う。とくに乳児期早期の百日咳は非典型的であり、無呼吸発作から容易にチアノーゼ、けいれん、呼吸停止に発展する可能性があるため、直ちに高次医療機関へ紹介する。

[症例の転帰]

診断は「百日咳」。高次医療機関へ救急搬送、入院した。肺野にラ音および喘鳴なし。チアノーゼ、著明な咳嗽発作が頻回に観察された。診断の後、マクロライド系抗菌薬を中心とする治療によって軽快した。

[初期救急診療上のポイント]

- 乳児の咳、チアノーゼ、無呼吸などの症状がある場合は百日咳に注意する。
- チアノーゼ、無呼吸がある場合は、高次医療機関に紹介する。

症例Ⅳ - 1. せき②

6歳の女児。3日前から軽い咳があり、一昨日から37～38℃の発熱が出現した。昨夜半から咳が増強し、呼吸も少し苦しそうで、眠れなかった。食欲もなく、ぐったりしてきたため来院した。体温39.5℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>問診 過去に患児が喘息の診断を受けたかを確認。痰の有無と性状、喘鳴の有無、水分摂取や尿回数などを聴取する。</p> <p>診察 胸部の動きを観察し、経皮的酸素飽和度 (SpO₂) を調べることによって呼吸不全の有無を確認する。</p> <p>口腔粘膜の乾燥を調べ、聴診では呼吸音の減弱がないか、左右差はないかなどもチェックする。</p> <p>膿性痰であり、胸部の聴診にて湿性ラ音を聴取する、もしくは呼吸音の減弱を認める場合には肺炎を考える。</p> <p>初期対応 肺炎ないし下気道感染が疑われること、39.5℃の発熱、睡眠に影響を与える咳もしくは息苦しさがあり、食欲がなく元気がないとのことであるため、基本的には小児科医に引き継ぐことを考える。ただし、膿性痰がなく(痰のからみがない咳で)、胸部の聴診にて乾性ラ音が主体である場合、気管支拡張薬などの吸入で呼吸の苦しさが改善し咳が減り、聴診所見も改善した場合には、抗菌薬および気管支拡張薬などを処方し、翌日の小児科受診を勧める。</p>	<p>問診 気管支喘息の有無を知るためにアレルギーの既往歴を聴取したこと、呼吸不全の判定として胸部の観察やSpO₂の測定を実施したことは有意義であり、的確なアプローチをしている。</p> <p>診察 口腔粘膜所見、水分摂取量、尿量から脱水の評価は適切に行われているが、顔色不良や全身倦怠感の有無も点滴が必要かどうかの参考になる。</p> <p>初期対応 病歴から下気道感染を疑ったことは妥当であり、対処法や治療は夜間初期対応としては十分である。翌日まで待って小児科医に引き継ぐのか、直ちに高次医療機関に紹介するのは、呼吸不全の程度と合併する脱水症などの様子(全身状態)で判断すればよい。</p> <p>胸部聴診所見や喀痰の観察は適切であるが、学童期では、発病初期にラ音や呼吸音減弱を認めないマイコプラズマ肺炎が比較的高頻度であることを知っておくとよい。</p>

[小児科医の診療]

持続する発熱と咳嗽の増加から気管支炎、肺炎がもっとも心配である。アレルギー歴と診察から気管支喘息かどうか、あるいは合併の有無を判断する。喘鳴が聴取されれば、気管支拡張薬の吸入を実施し、喘鳴の軽減が認められるかを判断する。このとき、呼吸窮迫の変化を、陥没呼吸や多呼吸などの努力呼吸の有無やSpO₂を参考に観察する。

吸入の効果が見られず、咳とともに嘔吐する、尿量が少なく脱水症が疑われる場合には点滴治療を考慮する(高次医療機関へ紹介)。喘鳴がなく、ラ音の聴取、呼吸音の減弱や左右差を認める場合は肺炎あるいは気管支炎を疑う。胸部所見に異常がなくても、マイコプラズマ肺炎を疑う必要がある。治療は鎮咳去痰薬の処方を基本とするが、抗菌薬を使用するならば、マクロライド系を投与する。

高次医療機関へ紹介せず、いったん帰宅させる場合には、翌日かかりつけ医を受診するように強く勧める。

[症例の転帰]

診断は「マイコプラズマ肺炎」。帰宅したが、咳のため眠れなかった。翌日小児科医を受診、X線写真にて右下肺野の浸潤陰影を認め、点滴とマクロライド系抗菌薬の内服で軽快した。約10日後のマイコプラズマ迅速抗体検査で陽性を示した。

[初期救急診療上のポイント]

- 胸部聴診所見に異常がなくても肺炎を起こしていることがある。
- 脱水や呼吸不全の程度により高次医療機関への搬送を判断する。

症例Ⅳ- 2. 喘鳴, 呼吸困難①

3か月の女児。2日前から鼻汁, 痰のからんだ咳, ゼーゼー音が聞かれるようになった。近医で投薬を受けたがその後も症状は続き, 今日になって哺乳量が減少し, 呼吸が苦しようになってきたため来院した。体温37.5℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>問診 月齢3か月ということで, 出生時に問題がなかったかどうかを聞く(正産産であったか, 出生体重など)。周産期の治療歴があれば主治医の小児科医への連絡方法を家族が知らされていることが多い。まずは, その小児科医への連絡を試みる。</p> <p>診察および初期対応 月齢(3か月)相当の成長と発達を呈しているかどうか評価をしつつ, 診察を行う。その時点での症状が落ち着いていて聴診所見もとくに異常が認められない場合, しばらく外来で様子を観察する。落ち着いているようであれば哺乳を試み, 問題なく飲めるようであれば翌日必ず小児科を受診するよう家族に説明し帰宅させる。</p> <p>診察時に呼吸困難, 喘鳴聴取, 経皮的酸素飽和度(SpO₂)低下などいずれかの症状・所見があるようであれば, 自らはとくに処置をせず, 入院施設のある高次医療機関へ紹介する。</p>	<p>問診 生後3か月の乳児を初めて診察する場合, 出生時の状況を把握することは大変重要である。ここでは, とくに何も問題のなかった場合を想定したが, もし重大な問題があれば, 家族はまずそのときの医療機関に連絡し, 対応を相談している場合がほとんどであろう。もし相談していなければ, その場で連絡を試みてもよい。</p> <p>診察および初期対応 外来で実際に哺乳状況を観察することは有用である。明らかな哺乳不良や呼吸困難がなければ, 翌日の小児科受診を指示して帰宅させてよい。このとき, もし夜間に症状が悪化した場合には, 入院施設のある小児科医へ連絡するよう指示しておく。</p> <p>呼吸状態に明らかな異常があれば, 直ちに高次医療機関へ紹介する。3か月児の処置に慣れていなければ, 採血や点滴などを行わず, できるだけ早期に紹介する方がよい。明らかな低酸素血症を認める場合には, 酸素吸入を開始し高次医療機関へ救急搬送する。</p>

[小児科医の診療]

まず全身状態を観察する。顔色と表情, 周囲への関心, 四肢の緊張, 努力呼吸などをチェックする。これらに明らかな異常があれば, 直ちに酸素濃度を測定し, 必要に応じて酸素吸入を開始する。

現病歴では, 哺乳と呼吸状況の把握が重要である。哺乳量や尿量は著しく減少したか, ほとんど眠れないか, 頻回に嘔吐するか, 無呼吸になるか, などである。家族の健康状態も診断に有用である。早期産児は呼吸状態が悪化しやすいので注意を要する。

診察では, 多呼吸, 陥没呼吸, 呼吸音の減弱, 呼気延長, 皮膚緊張の低下などに注意する。

以上の項目のいずれかに該当すれば, 気管支炎あるいは細気管支炎の疑いとして高次医療機関へ紹介する。いずれにも該当せず, 全身状態や呼吸状態は比較的良好と判断できれば, 自宅療養でよい。水分補給が重要であること(「脱水の項」p.17参照), 夜間に症状が増悪すれば救急医療機関を受診すること, そうでなくても翌日小児科医を受診することを指示する。

[症例の転帰]

診断は「RSウイルス感染による急性細気管支炎」。高次医療機関に搬送され入院した。点滴, 酸素吸入などで1週間後に軽快退院した。

[初期救急診療上のポイント]

- 乳児の場合, 出生時の状況を必ずチェックする。
- 哺乳と呼吸状況の把握が重要である。

症例IV - 2. 喘鳴, 呼吸困難②

1歳の男児。今朝ピーナッツ入りのチョコレートを食べているときに激しく咳込んだ。まもなく咳込みはおさまったが、呼吸に伴いヒューヒューという音が聞かれた。夜になってもヒューヒュー音が続くため来院した。体温37.2℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>問診 ここ数日の間に感冒症状がなかったかどうか、また、家族歴として喘息があるのかも聞いておく。</p> <p>診察 胸部聴診所見で呼吸音に左右差があるか、喘鳴 (wheeze) が聞こえるかどうか、また、聞こえるとすれば胸背部全体で聞こえるか、局所で聞こえるかに注意する。低酸素血症がないかどうか経皮的酸素飽和度 (SpO₂) をチェックする。局所、とくに右下葉で喘鳴 (wheeze)、肺泡呼吸音の減弱がある場合はピーナッツの誤嚥、気管支への嵌頓が考えられる。</p> <p>初期対応 全身麻酔下での処置が必要になる可能性があり、総合病院の小児科または耳鼻科と連絡を取る。一方、肺野全般に喘鳴 (wheeze) が聞こえる場合は、喘息発作または喘息様気管支炎を考える。喘息を強く疑う場合は、β₂刺激薬の吸入を行う。</p>	<p>問診 経過からまず気道異物を疑う。問診で気道異物の鑑別診断に注意を払うことは重要である。とくに気管支喘息に注意する。</p> <p>診察 胸部聴診所見では、とくに呼吸音の減弱が重要である。左右差あるいは前後差がないか慎重に聴診する。興奮時より安静時や睡眠時の方が左右差を認識しやすい。小児の気管支異物では、成人例のように右側気管支に好発する傾向は見られない。左右ほぼ同じ頻度と考えてよい。喘鳴が肺野全体から聞こえる場合でも気道異物の可能性はある。異物が気管内にあれば呼吸音の左右差は指摘できないし、喘鳴は肺野全体に伝播する。</p> <p>初期対応 診断でもっとも重要なことは、むせ込んだエピソードがあり、それを契機に呼吸器症状が出現したという事実である。その事実が確認できれば、高次医療機関へ紹介する。転院に際しては、できるだけ安静を保つよう注意する。小児の気道異物に対応できる医療機関は少ないので、機会があるときに調べておくとよい。</p>

〔小児科医の診療〕

小児の気道異物の診断では、問診と聴診所見が重要である。

問診では、咳込みや喘鳴出現時の状況を詳しく聞く。ほとんどの症例で、口に何かを入れているときに、突然激しく咳込んだことが確認できる。それ以外の状況では、明らかな異物吸引のエピソードとは断定できない。鑑別診断のために、気管支喘息や感冒時の喘鳴の既往について尋ねる。異物による気道症状は、吸引直後は著しいが、間もなく軽減することが多いので注意する。

喘鳴がある場合には、吸気性か呼気性かを判断する。吸気性であれば気管や喉頭、呼気性では気管支の異物を疑う。前者の方がより重症に感じる。パルスオキシメーターは早期に装着し継続的に経皮的酸素飽和度 (SpO₂) をモニターしておく。

肺野の聴診では、呼吸音の減弱に注目する。安静時に呼吸音の左右差や前後差を調べる。局所的な差がなくても異物を否定できないことは前述したとおりである。

異物吸引のエピソードと以後の呼吸器症状が確認できれば、専門医の指示を仰ぐ。

〔症例の転帰〕

診断は「ピーナッツによる気道異物」。気道異物の摘出が可能な高次医療機関へ紹介。全身麻酔下に換気式硬性気管支鏡を用いてピーナッツを摘出した。

〔初期救急診療上のポイント〕

- 小児の気道異物の診断では、問診と聴診所見が重要である。
- むせ込みのエピソードに注意する。