

・症例IV - 2. 喘鳴, 呼吸困難③

14歳の女子。昨夜、自宅で勉強中に少し息苦しさを訴えたが、そのまま様子を見ているうちにおさまった。今夜も同じような症状が見られ、ますます息苦しくなってきたため来院した。ハー、ハーとした荒い息づかいで、手のしびれを訴えている。

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 現在の体調と感冒症状がないかどうかを聞き、既往歴として喘息の診断を受けたことがないか、また、過去に同様な症状を経験したことがないかを聞く。さらに、試験が迫り焦っていないかなど、患者の精神状況もチェックする。</p> <p>診察 聴診上喘鳴 (wheeze) が聴取されるかどうかポイントとなり、パルスオキシメーターで呼吸不全の有無を、さらに血液ガス分析でアルカローシスがないかどうかを評価する。</p> <p>初期対応 多呼吸があり、聴診上問題なく、アルカローシスが認められれば過換気症候群として治療する。治療は、バッグ呼吸をさせるが、顔面に密着させすぎると低酸素血症に陥るので、経皮的酸素飽和度をモニターしながら行う。不安感が強い場合は静脈路を確保し、抗不安薬の投与も検討する。改善された場合、次回同様の発作が起きたときにバッグ呼吸で自己対応可能であること、改善されないときはすぐに医療機関を受診できることを告げ、患者に安心感を与えるようにする。鑑別に喘息もあがるが、発作時しびれを訴えることはない。</p>	<p>全体として適切な対応である。</p> <p>問診 呼吸困難以外の症状 (発熱、咳嗽、喘鳴など) についても尋ねる。過去に同じ症状をきたしたことがあれば、診断や対応は容易である。心理的な背景について尋ねることも重要である。実際には、呼吸困難の訴えが強い場合、処置を行った後からになることが多い。</p> <p>診察 呼吸音の異常、減弱に注意する。過換気症候群では、喘鳴を聴取することはないが、空気の呼出が不十分なために、呼吸音が減弱しているように聞こえやすい。パルスオキシメーターは早期から装着する。手つきや四肢末のしびれ感を確認しておく。</p> <p>初期対応 過換気症候群の治療として再呼吸法を行う場合には、外から中が観察でき、しかも顔に密着しないような、比較的大きめの透明なビニール袋を用いた方がよい。</p> <p>自己対応は可能なこともあるが、安全性を考えると高次医療機関への受診を優先させた方がよい。</p>

〔小児科医の診療〕

既往歴にとくに問題のない年長児が、突然呼吸困難を訴えることはまれである。経過から過換気症候群の可能性が高いが、気胸を鑑別しておく。

過換気症候群では、『息が吸えない』ことを興奮気味に訴える。チアノーゼや喘鳴はない。手のしびれを訴え、特有の手つきをすることが多い。呼吸の仕方を見ると、空気を十分に呼出する前に吸気を開始しており、機能的残気量の大きい状態で換気しているのがわかる。気胸では、胸痛があり患側肺の呼吸音が減弱する。

診断後は、まず安心感を与えることが重要である。あわてなくても十分に呼吸できることを話す。次に、呼気に合わせて『もっと息を吐いて』と声かけを行う。そして、十分に呼出すれば、次の吸気がゆっくりでも容易に行えることを繰り返し実感させる。改善が得られなければ、前述の再呼吸法を行う。

症状改善後に心理的要因について検討する。もし専門的なケアが必要であれば、後日専門医を受診するよう勧める。

〔症例の転帰〕

診断は「過換気症候群」。徐々にゆっくり呼吸できるようになり、呼吸困難は軽減していった。さらに1時間観察したが、呼吸状態は安定していたので帰宅させた。

〔初期救急診療上のポイント〕

- 過換気症候群では、まず安心感を与えることが重要である。
- 再呼吸法に使用する袋は中が観察でき、しかも顔に密着しないような大きめのものがよい。

症例IV - ③. クループ症候群

3歳の男児。朝から咳と鼻水が出ていた。夕方から咳が強くなり、次第にオットセイの声のような咳になってきた。声がかすれ、息を吸うときに音がして苦しそうなので来院した。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>問診 母子手帳や問診にて三種混合ワクチンの接種歴をチェックする。また、異物誤嚥や食物アレルギーを否定するため、食事やおやつの後で症状が変化しなかったか尋ねる。</p> <p>診察 まずチアノーゼ、吸気性の鼻翼呼吸、鎖骨上窩の陥没呼吸の有無をチェックする。呼吸音の聴取、咽頭と両側鼻腔内も診ておく。そして、呼吸回数と経皮的酸素飽和度 (SpO₂) を測定する。</p> <p>初期対応 チアノーゼ、1分間40回以上の頻回呼吸、鼻翼呼吸、陥没呼吸、SpO₂低下 (90%以下) のいずれか一つでもあれば、直ちに酸素吸入を開始して、緊急に高次医療機関に転送する。</p> <p>上記のいずれも該当しない場合、クループ症候群を考えボスミンの吸入を行う。</p> <p>吸入後1時間はよく状態を観察し、症状が落ち着いていたら抗菌薬を投与し、加湿と十分な水分摂取、翌日の小児科医受診を指示して帰宅させる。1回目のボスミン吸入で改善が見られないなら高次医療機関に転送する。</p>	<p>問診 三種混合ワクチンのチェックはジフテリアを考慮したのかと思われるが、近年は報告例がない。アナフィラキシーの一症状としての喉頭浮腫や気道異物を鑑別しているのは周到である。</p> <p>診察 吸気性呼吸困難の重症度を短時間のうちに判断するアプローチは適切である。トリージすべきもっとも重症な疾患は喉頭蓋炎で、気道確保が遅れると生命に関わる。急速に進行し不穏を伴う呼吸困難、高熱、流涎、首を前に突き出す姿勢などから、特別な検査をしなくても診断可能である。</p> <p>初期対応 クループ症候群は一度でも経験したことがあれば、特有の咳や嘔声、吸気時の喘鳴 (stridor) などから診断がつく。</p> <p>ボスミンの吸入は即効性があるが作用は短時間なので、1回目の吸入で改善が不十分なら20~30分あけて反復してよい。ステロイド薬の投与が必要である。クループのほとんどはウイルス性なので抗菌薬は不要である。</p> <p>以上、救急対応としては十分である。</p>

[小児科医の診療]

このようなケースでもっとも重要な点は、喉頭蓋炎や気道異物、アナフィラキシーによる喉頭浮腫など、まれだが重症なものを鑑別して、直ちに高次医療機関に搬送することである。

クループ症候群と診断がつけば、ほとんどのケースは外来で対処可能である。まずボスミン注0.2mlを生理食塩水2mlに希釈して吸入。20分おきに繰り返してよい。気管支拡張薬の吸入は効果がない。第二にデカドロン0.3~0.6mg/kg内服。かなりの量なので分割して飲ませる。ステロイド薬の効果は不定とされていたが、現在は上記投与量が有効とのエビデンスが得られている。第三に冷湿気の吸入が一般には行われるが、これは有効とのエビデンスはなく、家庭での加湿をあまり強調しなくてもよい。

1~2時間観察して症状の再燃がなければ帰宅してよいが、悪化したらすぐに連絡するよう指示し、翌日は小児科を受診するように伝える。

[症例の転帰]

診断は「ウイルス (パラインフルエンザなど) 感染によるクループ症候群」。翌日小児科を受診したときはクループ特有の咳や嘔声は消失しており、湿性の咳や鼻水などの「感冒」症状のみとなっていた。数日で治癒した。

[初期救急診療上のポイント]

- 喉頭蓋炎や気道異物、喉頭浮腫などは緊急を要するので、すぐ高次医療機関に搬送する。
- たとえ帰宅しても症状が悪化もしくは変化したらすぐ連絡するよう親に指示をする。

症例IV - 4. 肺炎

6歳の男児。3日前から熱と咳を認めていた。食事や水分は摂れており、市販の感冒薬を内服していた。発熱が続き、咳が徐々にひどくなってきたため来院した。体温38.5℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>問診と診察 3日前からの発熱と咳より急性気道感染症を考える。</p> <p>鼻汁、咽頭痛など上気道炎症状がなければ下気道炎（気管支炎、肺炎）を疑う。咽頭発赤など上気道炎所見の有無を確認する。喀痰が見られないか漿液性ならば、また、頭痛、下痢などの全身症状や周囲に同様の症状の人がいれば非定型菌かウイルスの感染を疑う。膿性痰を伴えば細菌感染を考える。</p> <p>初期対応 異常呼吸、チアノーゼ、呼吸不全、強い喘鳴（気道攣縮）、意識障害などが見られれば重症肺炎、敗血症の合併が疑われ、高次医療機関に搬送する。摂食可能で重症感がなく、ラ音（crackle）も広範囲でなければ外来治療・観察を行う。</p> <p>膿性痰が見られなければ非定型菌感染の可能性を第一に考え、マクロライド系抗菌薬投与を開始する。膿性痰が見られればβラクタマーゼ阻害薬配合ペニシリン系抗菌薬かセフェム系抗菌薬を選択する。咳が強ければ鎮咳薬を、気道攣縮にはβ2刺激薬を併用する。</p>	<p>問診と診察 本症例の年齢を考慮すると、喘鳴を聴取するような場合には、気管支喘息発作の合併も考える。この場合、家族歴、アレルギー歴なども聴取する必要がある。</p> <p>膿性鼻汁を認める場合、副鼻腔炎の合併にも注意し、後鼻漏による咳嗽の増加も考慮する。</p> <p>初期対応 全身状態、呼吸状態がよければ、鎮咳薬などの対症療法のみで、翌日の診察までの治療は可能であろう。指摘されているように全身状態、呼吸状態の変化があるようであれば、高次医療機関への紹介が必要である。</p> <p>抗菌薬の投与前の培養は重要であり、喀痰排出が難しい場合、鼻腔の培養を行う。もし救急のため検査ができないようであれば抗菌薬の投与はせずに対症療法のみで様子を見るか、高次医療機関へ紹介する。感染に伴う喘鳴にβ2刺激薬の効果ははっきりしない場合が多い。</p>

〔小児科医の診察〕

発熱、咳嗽を主訴とする患者を診察する機会が多い。症状の増悪とともに気管支炎、肺炎に進展していないか、二次感染を併発していないかを見極める必要がある。

肺炎と診断した場合、入院の必要性のポイントは、児の全身状態を診ることである。この症例の場合経口摂取が可能であるので、全身状態はそれほど悪いとは考えにくい。そこで、呼吸困難などあれば再度受診するように伝え、翌日の受診まで対症療法で経過を見る。救急の場合、再度自分で診察するのでなければ必ずしも抗菌薬の処方はないと考える。また、夜間は軽く上半身を挙上した方が咳嗽が軽減され眠れる場合もあるので指導する。

症状の増悪があれば血液検査、胸部X線検査を考慮し、その結果により抗菌薬を選択する。検査ができない場合は、指摘のように咳嗽・喀痰の性状により抗菌薬を選択する。また、膿性鼻汁を認める場合、より年少児では中耳炎の合併も考え耳の診察もする。

〔症例の転帰〕

診断は「マイコプラズマ肺炎」。血液検査、胸部X線検査を施行。白血球、CRPの上昇軽度、赤沈の上昇を認めた。マクロライド系抗菌薬にて改善を認めた。なお、マイコプラズマ抗体価の上昇も認めた。

〔初期救急診療上のポイント〕

- 経口摂取が良好で元気があるにもかかわらず肺炎が存在することはまれではない。
- たとえ聴診所見が明らかでなくても、肺炎を疑ったら胸部X線をチェックする。

症例Ⅳ-5. ぜんそく①

6歳の男児。この半年間に喘息で5回入院した。昨日夕方から38℃の発熱があり、本日昼頃から息がゼーゼーし、呼吸の苦しさを訴え始めた。自宅で気管支拡張薬の吸入を行ったが、改善しないため来院した。会話もしづらい様子である。体温38.3℃。

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 半年間に5回の入院歴があり、喘息のコントロールが難しい例と考えられる。そのため、現在の服薬・吸入回数、上気道炎症状の有無を確認する。</p> <p>診察 呼吸状態（チアノーゼ・陥没呼吸の有無）、経皮的酸素飽和度（SpO₂）の確認を行う。チアノーゼ、陥没呼吸、SpO₂が90%以下の場合、重症発作と考えられ、高次医療機関に紹介する。</p> <p>初期対応 自宅で吸入をしているが、まず、β₂刺激薬の吸入を30分間隔で施行する。吸入で症状が改善しても喘鳴が残っていれば、キサンチン誘導体とステロイド薬の点滴を行う。それでも症状が続く場合、もしくは1時間以内に増悪する場合は高次医療機関に紹介する。</p> <p>上記処置にて改善した場合は帰宅して経過観察とするが、夜間の増悪の可能性を家族に説明し、増悪時は高次医療機関受診を勧める。水分補給をこまめに行い、翌朝は小児科を受診するように指導する。</p>	<p>問診 この半年で5回の入院歴があることから、コントロール不良例で重症度が高いと考えられる。</p> <p>診察 呼吸状態の評価にSpO₂は有用である。それによって対応を判断できる。</p> <p>初期対応 中～大発作の気管支喘息児の治療が適切に述べられている。</p> <p>ただし、感染によって発作が誘発されているため、今後の感染の増悪が、呼吸状態の悪化を引き起こすことが多い。外来で一時的に改善したとしても、数日は呼吸状態の悪化が起きる可能性がある。高次医療機関への紹介を念頭において治療に当たるべきであろう。</p> <p>もし、チアノーゼから急速に呼吸不全に陥れば、速やかに気管挿管、人工呼吸を行うと、高い確率で救命できることも認識しておきたい。</p>

〔小児科医の診療〕

SpO₂の測定は有用で、91%以下は大発作、92～96%を中発作、96%以上を小発作の目安とする。本症例の病態は、気管支喘息中～大発作であり、酸素吸入、β₂刺激薬吸入に加え、普段からの服用の有無を確かめてからアミノフィリン持続点滴も追加して、必要ならステロイド静注（ソル・メドロールなら1mg/kg）を行う。それでもSpO₂が上昇しない、喘鳴が取れないときは、入院治療の上イソプロテレンール持続吸入を開始する。

発熱の原因を呼吸音、咽頭、口腔粘膜、皮膚の発疹、リンパ節腫脹、肝脾腫などの診察所見から類推する。胸部X線検査、血液検査、できればウイルス抗原検査（インフルエンザ、アデノ、RSなど）、鼻咽喉吸引物による細菌培養を行った後で、抗菌薬、抗ウイルス薬などの治療を開始する。

数日して発作、感染が落ち着いたら、家族に気管支喘息の原因、病態、治療法を説明し、コントロール可能な疾患であることを認識してもらう。特異的IgE抗体やプリックテストで原因を特定し、環境整備を行う。ステロイド吸入を日本小児アレルギー学会小児喘息治療・管理ガイドライン

（2002）に基づいた量で開始する。また副鼻腔炎、アレルギー性鼻炎も治療する。退院後も定期的に受診し、寛解状態のまま治療を続け、薬を漸減してゆく。

〔症例の転帰〕

診断は「重症持続型の気管支喘息」。細菌性肺炎（初期）を合併していた。環境整備を行い、ネコを他家に預け、父親にはタバコを外で吸ってもらうことにした。

〔初期救急診療上のポイント〕

●中～大発作に対して吸入、アミノフィリン点滴で速やかな改善が認められない場合は、速やかに高次医療機関に転送する。

症例IV - 5. ぜんそく②

10歳の女兒。年に数回喘息の発作を起こし、運動すると咳が出やすい。本日ベッドに横になった後、咳が出て眠れないため来院した。鼻汁、鼻閉を認める。会話は普通にできる。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・診察 軽症の喘息で、運動誘発性喘息の可能性はある。上気道炎様の症状があり、鼻汁・鼻閉があるので、アレルギー性鼻炎の有無を診るために、季節性に鼻汁・鼻閉が出現しないか問診し、鼻腔内および咽頭にのての後鼻漏の確認を行う。</p> <p>初期対応 会話が普通に行えるので喘鳴の有無、呼気の延長を診て、喘息発作かどうか確認し、どちらかの症状があればβ2刺激薬の吸入を行う。また、呼気の延長・喘鳴がなく咳発作のみの場合は、鎮咳薬あるいはβ2刺激薬の吸入を処方し、翌朝小児科受診を勧める。吸入にて症状が改善すれば、β2刺激薬を処方し翌日小児科受診を勧める。</p> <p>吸入を複数回施行しても改善傾向がなく咳発作がひどい場合は、気管支炎・肺炎などを否定するために高次医療機関を紹介する。</p>	<p>初期対応 気管支を拡張させて発作を落ち着かせる過程がよく述べられている。</p> <p>本児の発作は小発作と中発作の間中といえるが、中発作なら経皮的酸素飽和度 (SpO₂) は92~95%である。</p> <p>治療は、まずβ2刺激薬の吸入を30分あけて2回行い、1時間後症状なければ、気管支拡張薬を処方して帰宅させる。反応なければテオフィリン製剤の内服をしていない場合、5mg/kgのネオフィリンを30分~1時間かけて点滴静注する。β2刺激薬の吸入を追加してもよい。これで反応すれば帰宅とする。</p> <p>もし、このような救急外来受診を繰り返しているようなら、家族の負担、心配は強いことが多い。現在、気管支喘息はきちんとした治療を行えば発作を起こさないようにすることも十分可能であることを伝えて、小児科医あるいはアレルギー専門医への受診を勧めてほしい。</p>

【小児科医の診療】

本症例は、日本小児アレルギー学会小児喘息治療・管理ガイドライン (2002) に基づく軽症持続型もしくは中等症持続型と考えられる。まず、上記のようにβ2刺激薬吸入、アミノフィリン点滴静注により、発作を止める。

翌朝、胸部X線検査、血液検査、フローボリューム曲線により鑑別診断を行う。診断がつけば、家族、本人に気管支喘息の不利益を再認識してもらい、現在はコントロール可能な病気であることを伝える。治療に対するモチベーションが上がってきたら、アレルギー性慢性炎症の原因となるアレルゲンに関する情報収集を行い、特異的IgE検査、皮膚テストによって特定し、除去を指導する。運動誘発性喘息 (EIA) では、運動前にβ2刺激薬吸入することも指導する。

次に、ステロイド吸入薬 (プロピオン酸フルチカゾンであれば100~200 μg) をスタートする。このとき、吸入補助具、うがいの指導を忘れてはならない。また、アレルギー性鼻炎の鼻汁が炎症メディエーターを多く含み、気管支の収縮を引き起こすことから、鼻汁をなくすことがWHOから推奨されている。ステロイド点鼻薬を1日2回でスタートする。ロイコトリエン拮抗薬の経口投与も考える。

【症例の転帰】

診断は「ダニとスギ花粉に対する特異的IgE抗体陽性の気管支喘息、ならびにアレルギー性鼻炎」。環境の整備、ステロイド吸入と点鼻を開始した。

【初期救急診療上のポイント】

- 軽症発作には、β2刺激薬の吸入が効果的である。
- 頻回に救急診療所を受診する喘息患者に対しては、小児科医の受診を勧める。

症例Ⅳ - 6. 鼻出血

5歳の男児。午後9時頃一人で遊んでいるときに突然鼻血を出して、泣きながら母親のところに来た。しばらくの間、鼻の真ん中を押さえていたが、止まらないため来院した。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>問診 出血時の状況、出血の方向（左右前後）、出血の程度を聞き、出血部位を予測する。外傷や鼻腔内異物の可能性、出血性素因および鼻疾患の有無についても確認する。</p> <p>初期対応 まずバイタルサインの確認を行う。</p> <p>問題がなければ、頻度の高いキーゼルバッハ部位からの出血を考え、坐位、頭部前屈の姿勢で出血側の鼻腔前方に綿球を適量挿入し、鼻翼を3～5分間圧迫する。血圧低下所見があれば、臥位で下肢を挙上し、点滴路を確保する。</p> <p>止血したら可能な範囲で鼻腔内を観察し、母親に止血法と生活上の注意点（激しい運動、長時間の入浴、鼻をほじる、鼻を強くかむなどを避ける）を指導し、翌日専門医を受診するよう勧める。</p> <p>もし鼻翼圧迫でも止血しない場合は、後方からの出血、出血性素因、異物誤嚥などの可能性がある。血圧の低下、意識レベルの低下がある場合は、点滴路を確保し、高次医療機関に紹介する。</p>	<p>問診 出血傾向（紫斑や小出血斑）や家族歴はなるべく詳細に取る。</p> <p>診察 身体所見では、指の先に鼻くそや血が付いてないかをチェックする。棒状のおもちゃで遊んでいて鼻を突き刺すことも少なくないので、必ず親に確認する。</p> <p>初期対応 第一に緊急性の有無について判断するために、バイタルサインをチェックする。基礎疾患（血液疾患や外傷など）がない限り血圧低下が起きることはまずない。</p> <p>問題がなければ、キーゼルバッハ部位からの出血を考えて圧迫止血を行う。このときは乾燥綿球でもボスマミンを含ませてもよいが、鼻孔よりやや大きめの綿球を挿入する。奥まで入れる必要はない。</p> <p>鼻血のときには血液を飲み込んで気分不快や嘔吐をきたすことがあるので、坐位・頭部前屈にする。止血後に鼻腔内を観察するときは、暴れて再出血することもあるので注意が必要である。</p>

〔小児科医の診療〕

鼻血は大量に出血したように見えても、意外に少ない。白血病や血友病などのような血液の病気が基礎疾患にある場合や外傷で動脈を傷つけた以外は、出血量も少なく、圧迫により容易に止まることが多い。ただし、キーゼルバッハ部位は毛細血管が網の目のように走行しているので、一度傷をつけると容易に再出血する。鼻出血を繰り返したり、出血の時間が長かったり、紫斑を伴っていたら血液検査を行う。

診断では血液疾患や外傷を否定することが大切である。家族歴は詳細に聞く。鼻をほじる癖を改めること、アレルギー性鼻炎の有無をはっきりさせることも大切である。

以上のような処置を行っても止血しない場合や拍動性出血、血圧低下や顔面蒼白などが見られたら、高次医療機関へ搬送する。このとき、止血を第一に考えるならば耳鼻科、全身状態の改善を優先するなら小児科もしくは救急救命科に必ず連絡してから搬送する。

〔症例の転帰〕

診断は「鼻出血（鼻ほじりによるもの）」。指の先に血が付いており、いつも鼻をほじっていた。家族内にアレルギー歴があり、本人もアレルギー性鼻炎と考えられた。近くの小児科でアレルギーの検査を受けるよう指導した。

〔初期救急診療上のポイント〕

- バイタルサインのチェックを行い、危険があれば高次医療機関に転送する。
- 坐位・頭部前屈の姿勢で出血側の鼻腔前方に綿球を適量挿入し、鼻翼を3～5分間圧迫する。

消化器の症候と疾患

症例V - 1. 悪心、嘔吐

6歳の男児。本日昼頃から少し元気がなかった。夕方、強い腹痛を訴え、激しい嘔吐もあり、顔色が蒼白となったため来院した。吐物は茶褐色であった。便は今朝から出ていない。体温37.8℃。

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 まず意識状態の評価と吐物に血液の混入がないかどうかの確認をする。小児の嘔吐・腹痛では機能的要因によることも多いので、ストレスの有無や食生活習慣の乱れにも注意をしつつ問診を進める。頭痛の有無（髄膜炎の可能性）、過去に同様のエピソードがなかったか（周期性嘔吐症、過敏性腸症候群など）、前日からの経口摂取内容、について確認する。</p> <p>診察 腹部の診察では、発熱を伴っているため、筋性防御などの腹膜炎徴候を中心に膨隆の程度や蠕動不穏について評価する。機械音の存在やグル音の消失は腸閉塞を考慮する。血便の有無やマクバーニ領域に圧痛がないかどうかを確認し、鼠径ヘルニアの有無もチェックする。</p> <p>初期対応 腸管穿孔の疑いがなければ浣腸をして、便性状の確認と症状の変化を見る。検尿では、ケトン体の有無に注目する（アセトン血性嘔吐症、脱水）。原因が確定するまでは、神経学的所見の変化にも留意し、末口血液検査、補液の適応を考慮しつつ、慎重に経過を観察する。</p>	<p>問診 意識状態と吐物の血液混入有無のチェックは最初に必要な項目となる。問診は本人がどの程度正確に答えることができるか年齢や態度などで判断することになるが、6歳ではまだ信頼性に乏しいことが多い。ストレスや食生活習慣に関しては、かかりつけ医であれば比較的判断がしやすいが、初診患者では付き添いが子どもの当日の様子をどこまで把握しているか不明なこともあり、全面的には参考にならないことも承知しておく。</p> <p>診察 診察はいきなり腹部を診るのではなく、バイタルサインや全身状態を把握し、胸部、口腔などを診ながら、痛みの部位はできるだけ最後に触診する。</p> <p>初期対応 できれば診察前に採尿し、ケトン体と比重（脱水）の検査をすませておく。重症度の異なるものから鑑別し、年齢を考えて頻度の多いものを想定する。この年齢では上気道炎の関与が多く、また便秘が症状を増強していることも多い。股動脈音の亢進が認められる場合はアセトン血性嘔吐症を疑う。急性虫垂炎は初期診断が困難な場合が多く、必ず念頭において触診を行う。全身状態の把握、重症度や緊急性の評価は十分になされており適切な処置・判断である。</p>

[小児科医の診療]

嘔吐を主訴とする小児の場合、念頭におくべき疾患や症候が年齢により全く異なるといっても過言ではない。重症度の高い順では心不全、頭蓋内病変、イレウスや腹膜炎などで、頻度の高い順では急性胃腸炎、アセトン血性嘔吐症を考える。症状の経過が速いこともあり、嘔吐の直後であれば、顔面蒼白や腹痛（または不快感）でいかにも重症に見える。来院時にはかなり症状が緩和されて、一見元気になっていることもある。上気道炎で軽度の食欲不振や元気のなさ、あるいは咳込んで嘔吐するなどの紛らわしい状態も多い。茶褐色の吐物をすぐに胆汁と決め付けるわけにもいかない。食事やおやつ（チョコレートなど）をむせていただけかもしれない。

重症疾患の除外ができれば、身体所見、検尿結果、経口摂取（白湯、番茶程度）の程度から輸液が必要かどうか検討する。輸液を行う場合は、脱水やケトン尿の程度などからどれだけの時間が必要か、その上で改善の見込みはどうかも考える。十分な改善が見込めない場合は高次医療機関への紹介を考慮する。

[症例の転帰]

診断は軽い上気道炎と便秘が誘因となった「アセトン血性嘔吐症」。浣腸後、輸液を300mlほど行い帰宅させた。夜間は水分の補給を少量頻回に行うよう指示。翌日かかりつけ医を受診し、症状の改善と尿所見の正常化を確認した。

[初期救急診療上のポイント]

- 意識障害の有無、吐物の血液混入の有無を見る。
- 年齢を考慮した重症度の異なるものから鑑別していく。
- 輸液の適応については脱水、経口摂取の程度から判断する。

症例V - 2. 下痢①

11か月の男児。2日前から頻回の下痢と嘔吐があり、熱もあった。昨日は近くの病院で投薬を受け、本日午後には近医で点滴をして帰宅した。その後も嘔吐や下痢が続き、嘔吐後に目が上を向き、呼びかけても反応が悪くなってきたため来院した。体温37.4℃。

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 まず親が不安になって、落ち着かない可能性があるので、親の話をできるだけ聞くようにする。同時に児の反応がどの程度か、意識状態をJCS (Japan Coma Scale) で確認する。問診では病院での説明内容と投薬内容について確認する。薬剤説明書があれば見せてもらう。近医での点滴の量や本数も確認したい。病歴の確認では、初めに出てきた症状は何か、下痢の回数、便の色、赤・白・黒ではないか確認する。家族などに同様の症状をもった人がいないか確認する。脱水症の重症度の目安として、排尿があるか、おむつが湿っていたのはいつか確認する。普段の体重を聞いておく。その後に体重測定を行う。身体診察では皮膚の緊張度 (turgor) を確認し、舌も確認する。</p> <p>初期対応 脱水症がかなり深刻になりつつあるので、点滴の準備を行う。500g以上の体重減少、半日以上排尿なし、意識状態の低下を認める可能性があるため、1号輸液を開始し、緊急入院の必要性を説明し、高次医療機関へ搬送する。</p>	<p>問診と診察 親の話を十分に聞き、下痢の回数や便の色、前医での治療内容などを確認していることは大変よい。それと同時に児の周囲に対する反応性や、バイタルサインや意識状態などの全身状態を素早く確認することも重要である。問診ではとくに脱水の有無と程度を迅速に判断することが大切。この症例のように「呼びかけに対する反応が悪い」場合、脱水が相当進行している可能性が高いと思われる。身体診察では体重減少や皮膚の緊張度、口唇や舌の乾燥の有無、排尿の状況などを確認しているのも大変よい。</p> <p>初期対応 輸液を開始する際に脱水が進行していると、輸液ルートの確保が難しいことがある。ルート確保が困難な場合、いたずらに時間を費やすようなことは厳に慎しみ、受け入れ病院に搬送すべきと思われる。緊急入院の必要性を親に説明し、転送先にも児の脱水の程度や意識障害の様子などを的確に伝えておく。</p>

〔小児科医の診察〕

下痢を主訴に来院した小児を診察する上でもっとも大切なことは、脱水の有無とその程度を素早く評価することである。意識障害の有無、周囲に対する反応性、皮膚の緊張度、口唇・舌の乾燥の有無、大泉門の張りなどをチェックする。さらに普段の体重と現在の体重との差を確認し、おおよそ何%の脱水か確認する。一方、下痢とともに意識障害もある場合は、成人と違い幼小児では低血糖や他の合併症（敗血症、髄膜炎、代謝障害など）も考慮に入れて、項部硬直の有無なども診察していく。

この症例のように重度の脱水がある場合は緊急に初期輸液を開始し、入院管理ができる施設に緊急搬送する。脱水が進行していて輸液ルートが確保困難で緊急性が高ければ、骨髄輸液も考えたい。さらに、このような患児の搬送に当たっては、『意識障害があり、脱水が進行していて緊急性が高い』、などの児の情報を搬送先に事前に伝えておく。

〔症例の転帰〕

診断は「重度脱水を合併した急性胃腸炎」。前医で静脈ルートが確保できず搬送された。重度脱水（15%以上）、低血糖、代謝性アシドーシスがあり緊急入院となった。便のロタウイルス抗原陽性、脱水、低血糖、アシドーシスの補正などを行い、入院2日目に意識障害も回復した。

〔初期救急診療上のポイント〕

- 脱水の程度を評価し緊急性の有無を判断する。
- 意識障害がある場合は、脱水とともに低血糖症などの他の合併症も考慮する。
- ルート確保に時間を費やさず、迅速な搬送が望ましい。

症例V - 2. 下痢②

2歳5か月の女兒。朝から嘔吐が2回あり、水様性の下痢も4回あった。夕食後も吐いてしまい、元気がなくなってきたため来院した。体温38.6℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>問診と診察 親の話をもまず聞くようにする。その後で本人にも名前や症状について、少し聞いてみる。受け答えや反応について、親にいつもと違うかどうか、元気がどうか確認する。家族や友達で同じような症状の人がいないか、食事や旅行などについて聞く。下痢や嘔吐の回数、性状は重要な情報である。普段の体重を聞いておく。最後の排尿が何時頃か確認する。診察では意識状態、体重、皮膚、舌、腹部所見を取る。</p> <p>初期対応 体重減少がそれほどなく、受け答えもよければ、急ぐ必要はないかもしれないと考える。経口摂取がどれくらい可能か、経口補液（ソリタ顆粒イ）や整腸薬の処方 considering。脱水症の進行について親に説明をして翌日の再診を勧める。発熱については、ウイルス感染などの可能性を説明し、解熱薬の使用についてはその意味合いについてよく話をする。アセトアミノフェンを処方するかもしれない。</p>	<p>問診と診察 まず親の話聞き、患児の受け答えや反応、目つき、おもちゃなどに対する反応などを見たことは、大変よい。子どもの様子をゆっくり見ていると、だんだんと子どもの様子がわかってくる。親も少しずつ安心してくることが多い。また、体重や最終排尿の時間なども聞いているので、これらを総合すると、児の脱水の有無、程度が判断できると思われる。</p> <p>初期対応 整腸薬、アセトアミノフェンの処方でも適切。実際には経口補液製剤（ソリタ顆粒イ）が準備されていない場合も多いので、そのときはイオン飲料などを少量ずつ摂取するよう勧めてもよい。吐き気止めの坐剤などの処方も、必要かもしれない。脱水があるようならば、輸液をしておく。「明日の再診を勧める」のも、大変重要なポイントである。このためにも、薬の処方は1日分にとどめておくようにしたい。</p>

【小児科医の診療】

まず、親から下痢や嘔吐の状況、水分摂取の様子、最終排尿などについて聞く。とくに親にとって心配なことなどを聞いていく。その間、同時に児の様子も観察する。おもちゃなどを見せて、児の関心や反応の様子などを見る。胸部、腹部の診察後、皮膚の緊張度などもチェックする。その後口腔内、咽頭発赤の有無なども確認。最後に児をベッドに寝かせ、腹部の触診を行い、腹部の皮膚緊張を確認。さらに鼠径部に聴診器を当てて、ビュービューという血管雑音である股動脈音の有無をチェックする（教科書に記載はないが、脱水があると股動脈音を聴取することが多い）。これらを総合し、脱水が進んでいなければ、親に状況を説明し、整腸薬、鎮吐薬、解熱薬などを1日分処方する。イオン飲料などの水分摂取を試みるよう説明し、必ず翌日、小児科を受診するよう指導する。少し元気がなく、股動脈音も聞かれ、軽度脱水がありそうなときは、輸液をしてから帰宅させる。

【症例の転帰】

診断は「上気道炎に伴う急性胃腸炎」。翌日小児科外来を受診した。帰宅後は嘔吐なく、下痢、発熱は続いているが水分は摂取できていた。便のロタウイルス抗原は陰性。その後、咳、鼻汁が出現してきた。

【初期救急診療上のポイント】

- 脱水の程度、意識障害の有無を評価する。
- 脱水が進んでいなければ水分摂取法を説明し、翌日の受診を勧める。

症例V - 3. 血便①

2歳の女児。いつも便秘気味であった。本日夕方排便があったが、新鮮血が便の一部に線状に付着していたため心配で来院した。排便後は元気で食欲もあった。体温36.5℃。

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 普段の便秘の程度、今回の便の硬さ、嘔吐・発熱の有無を聞く。</p> <p>診察 重症感がないかどうか全身を把握し、次いで、腹部の診察を行う。腹部に明らかな膨隆も打診上の鼓音もなく、全体に柔らかく、宿便に触れる程度なら他の器質的疾患は考えにくい。ただし、泣かれるとこの判断は難しくなる。もし、親が便を持参していれば見せてもらう。肛門の視診では裂肛の有無は判断が難しい。</p> <p>診断 便秘で、排便後に新鮮血がポタポタ落ちたり、紙に付着したりすればまず痔（裂肛）を疑う。このケースのように、便表面に血液が付着する場合、2歳の患児なので裂肛を考える。このケースでは肛門鏡（小児用）検査は不要。</p> <p>初期対応 便秘に対する食生活指導を行い、様子を見るように指示するが、緩下薬を投薬してもよい。血便が続くようなら、小児（外）科の受診を勧める。</p>	<p>問診 この症例では「いつも便秘気味」がキーワードである。他疾患鑑別のため癌、ポリープなどの家族歴も聞いておく。</p> <p>診察 適切になされている。親が持参した便を観察することは重要である。</p> <p>診断 日常よく遭遇する血便の症例である。出血が硬便排出後に見られ、便周囲に血液が付着しているようであれば、ほぼ裂肛・痔核を疑う。</p> <p>初期対応 便秘に対する食事指導を行い、急変するような状態ではないことを説明し、便秘が改善しなければ後日小児科外来で緩下薬の投与の適否を考慮してもらえ、つけ加える。今後血便が続くようなら、その他の疾患の可能性もあることを伝える。</p> <p>非常によく考察されており、日常診療においては、この流れで問診、身体診察、診断、家族へのアドバイスで問題ないと思われる。</p>

〔小児科医の診療〕

まず緊急性の有無を念頭におくが、少量の出血であり患児の状態からも緊急性のないことを確認する。鮮血便であることから、結腸から肛門に出血部位が存在する疾患を想定する。肛門の視診をまず行い裂肛および痔核の有無の確認を行う。ポイツ・ジェガーズ症候群は腸ポリポーシスを伴う疾患であるが、生直後より口唇、頬部粘膜、指などの皮膚に米粒大以下の黒色メラニンの色素沈着を見ることがあるので、視診の際の重要な情報である。その他若年性ポリープ、家族性大腸ポリポーシスがあるが、前者は4～5歳に多いこと、後者は家族歴が参考になることを鑑別の一つとする。

本例では、裂肛および痔核がもっとも考えられるが、便秘に対する食事指導を行い、急変するような状態ではないことを説明し、便秘が改善しなければ後日外来で緩下薬の投与の適否を考慮することも付け加える。今後血便が続くようなら、その他の可能性もあることを伝え、その場合には直腸鏡、直腸内視鏡などの検査あるいは治療が必要なこともあることを付け加えておく。

〔症例の転帰〕

診断は「慢性便秘に伴う肛門裂傷」。視診により裂肛・痔核は確認できなかった。野菜嫌いの上、日頃よりりんごジュースをよく飲んでいたことが判明、柑橘系のジュースにするよう指導した。後日小児科外来を再診し、緩下薬の投与も行い硬便の排出がなくなるにつれ、鮮血便の出現は消失した。

〔初期救急診療上のポイント〕

- 出血の程度と患児の状態から緊急性の有無を判断する。
- 血便が続くようなら内視鏡検査が必要なこともあることを説明する。

症例V - 3. 血便②

2歳の男児。本日昼頃から機嫌が悪く、嘔吐が2回と下痢が5回見られた。最後の下痢では粘液を伴った新鮮な血液がおむつ全体に広がって付いていたため来院した。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>問診と診察 問診と並行しながら全身状態の把握を行う。便を持参していれば見せてもらう。食事の内容も確認しておく。腹部の診察では、皮膚緊張の低下、腫瘍の有無、圧痛の部位・程度、鼓音の有無、腸雑音の有無などを診る。次いで、舌乾燥の有無、咽頭所見を観察する。この時点で、重症度をある程度把握する。</p> <p>診断 このケースでは、発熱、下痢、嘔吐に加え、粘血便が見られることより、感染性腸炎を第一に疑う。</p> <p>初期対応 発症から問もなく、下痢の回数も5回程度なので、脱水の可能性は低く、点滴の必要性は少ないと予想される。この場で便培養検査はできないため、あえて抗菌薬は投与せず、整腸薬と少量の止痢薬、嘔吐が反復するときのために頓用で坐剤制吐薬を処方し、水分を少量頻回に与え、翌日必ず小児科を受診し、検査を受けるよう指示する。もし、腹部に腫瘍を触れたり（腸重積の疑い）、明らかな脱水所見があれば、高次医療機関に搬送する。</p>	<p>問診と診察 診察のステップ、診断などよく考察され、大筋で問題ないと考える。細菌性腸炎の場合は腹痛を伴うことが多いが、2歳では腹痛の訴えがはっきりしない場合が多い。</p> <p>診断 感染性腸炎で診断は問題ない。下痢の後半で粘血便が出現しており、ウイルス性腸炎でも下痢症状が悪化すると血液が混入することがあるが、発熱があり粘液を伴った新鮮な血液が出現しているため、まず細菌性腸炎を疑う。</p> <p>初期対応 水分補給を含む指導もおおむね問題ないが、便培養がこの時点でできない場合は翌日には便培養のできる施設を受診するよう指示する。現時点では明らかな脱水症状がなくとも、患児が今後経口による水分補給ができないと推測されたり、家族の不安が強い場合は点滴による補液をしながら、その後血便が続くかなどを数時間観察し、帰宅可能か、高次医療機関に転送するかなど慎重に対応することが望まれる。</p>

【小児科医の診療】

急性に発症した嘔吐と下痢から、感染性腸炎をもっとも疑う。細菌性腸炎は夏に比較的多く、発熱と腹痛を伴い、便は約半数に粘血便も伴って腐敗臭を呈する。一方、秋から冬にかけてはロタウイルス感染症が乳幼児下痢症の80%を占め、時に嘔吐を伴い、泥状から水様性で酸臭があり、白ないし淡黄色を呈する。したがって、発症の季節、下痢の色、臭いも重要な鑑別となる。また細菌性下痢症の方が発熱を伴いやすい。2歳では生ものを食べる機会は少ないと思うが、過去24時間以内の食事摂取の内容の情報を得る。毒素型大腸菌感染も考慮に入れなくてはならない。細菌性腸炎が疑われるので、翌日には便培養のできる施設を受診するよう指示する。また血便を伴う下痢のため、細菌性腸炎であった場合、下痢を止めることの危険性を家族に理解してもらうことも大切であり、止痢薬は処方せず、整腸薬のみにとどめる。抗菌薬の使用については議論がある。脱水予防のためスポーツ飲料などを頻回に与えるよう指導し、食欲が出たら炭水化物（おかゆ、うどん、バナナ、食パン）、りんごなどを与えるよう指導する。

【症例の転帰】

診断は「細菌性腸炎」。患児は家族の不安もあったため、外来で点滴による補液を行った。その間も血便が続いたため、高次医療機関に搬送した。その後便培養からサルモネラ菌が検出された。

【初期救急診療上のポイント】

- 発熱、腹痛に腐敗臭を伴う粘血便を見たら細菌性腸炎を疑う。
- 経口補液が十分にできない場合、血便が続くなら点滴をして経過観察するか、高次医療機関に転送するか慎重に判断する。

症例V - 4. 便秘

2歳1か月の男児。1歳頃から便秘がちで浣腸や下剤を処方されていた。ここ1か月ほどは浣腸をしないと排便がない状態であった。本日夕方、浣腸をしたが少量の硬い便が出ただけで腹痛も訴えるように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>問診 下剤と浣腸のサイクルが長期にわたり続いている状況は、単なる常習性便秘とはいえない。便が硬くて、いきむと肛門が痛み排便を我慢したり、あるいは排便を強制されたりして排便行為そのものに拒否反応を示すという悪循環になっていないか。また、太くて大量の便が出たり、時には何回も便を漏らしたりすることはないか、などを詳しく問診する。</p> <p>診察 肛門の視診では、肛門付近の発赤、腫脹、硬結、肛門周囲粘膜のヒダの状況、裂傷、肛門周囲の切開痕の有無なども確認する。腹部では、全体の膨隆、ガスによる膨満、腸蠕動、そして便塊と思われる腫瘤などを診察する。</p> <p>初期対応 肛門近くに大きな便塊が存在するだけで排便はさらに困難になる。これには浣腸を行ってみる。下剤と浣腸の日々が続いている経過は明らかに異常であり、腸の器質的疾患の存在が強く疑われるので、早期に小児（外）科の受診を勧める。</p>	<p>問診 便秘のエピソードを長期間反復していることは異常であり、このような病歴は機能的あるいは器質性疾患のいずれでも起こり得る。排便が困難なほかは日常生活に支障がないと家族が病識に乏しかったり、短期的な対症療法でいったんは症状が軽快してしまうので、長期的な継続診療を受けていないことがしばしば見受けられる。</p> <p>診察 適切になされている。加えて肛門の位置異常はないか診て、肛門指診で便塊を確認する。</p> <p>初期対応 グリセリン浣腸で排便させることは、救急診療として適切である。薬液だけを出してしまうときは繰り返して浣腸を施行してもよい。糞塊が大きく硬い場合や、発熱を伴って中毒性巨大結腸症が疑われるときは高次医療機関へ紹介する。慢性の便秘症は、巨大結腸症や遺糞症への進展も危惧されるので、継続的診療が必要であることを十分に説明していただきたい。</p>

〔小児科医の診療〕

排便時の姿勢は重要で、『柱や机につかまってかんでいる』『足を交差させて立つ』などは排便のため努責しているのではなく、肛門を閉めて排便を我慢している姿勢である。硬便による痛みを繰り返し経験したため、排便の抑制を習慣化させたものもある。また、発症時期もポイントである。器質的疾患では便性が軟らかい乳児期早期から発症するが、特発性便秘は食物残渣が増える離乳食開始以降に多く、2歳前後のトイレトレーニングの時期に悪化しやすい。診察では、糞塊の有無、肛門の位置異常、肛門指診で便塊を確認する。ヒルシュスプルング病では直腸が空虚で便塊を触れないことが多い。

治療はグリセリン浣腸で便塊を排出させる。小児の慢性便秘の9割は原因のない特発性便秘（機能的・習慣性便秘）である。治療抵抗性の場合には器質的疾患の鑑別を進めていく。酸化マグネシウムなどの緩下薬を連用して便性を十分に軟化させ、ピコスルファートナトリウムなどの刺激性緩下薬を適宜併用して排便を長期間維持しながら、排便習慣の確立のためトイレトレーニングを行う。

〔症例の転帰〕

診断は「特発性便秘」。緩下薬を長期継続しながら、トイレトレーニングを行ったところ排便が確立した。

〔初期救急診療上のポイント〕

- 浣腸して排便させる。
- 排便のないときは繰り返し浣腸を施行してよい。
- 慢性の便秘症は継続的診療が必要であることを説明する。

症例V - 5. 急性腸炎①

10か月の男児。今朝から5, 6回の下痢があり来院した。機嫌が悪く、嘔吐が2回見られた。便は水様でクリーム色をしている。体温38.0℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>問診 水分の経口摂取状況と排尿回数・量を確認する。水分の経口摂取困難, あるいは尿量減少があれば中等度以上の脱水があるものとする。</p> <p>診察 ぐったりしていないか, 舌, 口腔粘膜の乾燥, 皮膚緊張度低下の有無に注意する。</p> <p>診断 乳幼児のクリーム色の下痢ということから, ロタウイルス胃腸炎を第一に考える。</p> <p>初期対応 ぐったりしていて脱水が中等度以上であれば補液を行う。比較的全身状態良好で水分が摂れるようであれば, 制吐薬と整腸薬を処方して帰宅させる。このとき, 水分を少量ずつ回数を多くして与えるように指導する。</p>	<p>問診 脱水の評価に必要な事柄を聞いており適切である。尿量は, おむつがいつものようにどっしりと重たくなっているのか, 色調が濃くなっていないか, などと具体的に聞けばわかりやすい。普段の体重と当日の体重から脱水の程度を知ることができる。嘔吐を認めるので, 吐物の性状を必ず聞く。経口摂取と嘔吐との関連を聞いて (飲んだらすぐ吐くのか), 経口摂取可能かどうかの判断材料にする。</p> <p>診察 脱水の評価をしており適切である。さらに末口循環の程度を評価する (四肢の冷感, 網状斑の有無, かかとを押して離れたときの色調の戻り具合: capillary refill)。便は自ら観察したい。</p> <p>診断 本症例は便の色調に特徴があるため, 比較的容易である。ただし, 発症初期の便の色調は必ずしもクリーム色を呈するとは限らない。便臭から吸収障害の有無も推測できる。</p> <p>初期対応 適切な指導である。水分補給, 電解質補正が重要である。内服薬は症状に応じて使用する。</p>

【小児科医の診療】

食事摂取量, 尿量, 回数を確認する。機嫌, 周囲への関心, 四肢の動かし方などから全身状態を評価する。皮膚緊張度低下の有無, 口腔・咽頭粘膜, 舌乾燥の有無, capillary refill (正常は2秒以内) から脱水の程度を評価し, 異常を認めれば高次医療機関に紹介する。便の観察 (色調, 臭い, 血便の有無) から下痢の原因, 吸収障害の程度を評価し, ロタウイルス感染による腸炎を疑う。ロタウイルス感染症は無熱性痙攣を合併することがあり, また血液検査ではGOT, GPTの上昇を認めることがあるので注意する。

治療は, 脱水所見に応じて生理食塩水10~20ml/kg/時で点滴をしながら利尿を待つ。補液していても元気が出ない, 補液中に電解質液を摂取させても嘔吐するようであれば高次医療機関へ搬送する。帰宅する場合, 電解質液の少量・頻回摂取を説明する。元気がなくなってきたり, どうしても経口摂取できないときには再診が必要であることを説明する。腸管蠕動抑制薬 (塩酸ロペラミドなど) は腹部膨満が出現することがあるので注意を要する。

【症例の転帰】

診断は「ロタウイルス感染による急性胃腸炎」。帰宅後, 整腸薬, 制吐薬を内服したが嘔吐, 下痢が持続し, 翌日再診し輸液療法を必要とした。その後は嘔吐は消失, 下痢は持続したが約1週間の経過で治癒した。

【初期救急診療上のポイント】

- 乳幼児の急性腸炎では, 脱水の評価が重要であり, 補液を必要とすることが多い。
- ロタウイルス感染症は無熱性けいれんを合併することがあるので注意する。

症例V - 5. 急性腸炎②

8歳の男児。3日前に近くのお祭りに出かけ、露天のお菓子やお好み焼きを食べた。昨日から吐き気と腹痛があり、3回嘔吐した。今朝から水様の下痢が何回もあり、夜になって血液混じりの下痢となったため来院した。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 2, 3日前からの食べたものの内容や、同じものを食べた人の症状の有無を尋ねる。脱水を評価するために、水分経口摂取状況や、排尿回数を聞く。</p> <p>診察 意識レベル, 全身状態(ぐったりしていないか), 腹痛の程度と範囲, 皮膚の緊張や口腔粘膜の乾燥に注意する。</p> <p>診断 嘔吐, 頻回の下痢より, 中等度以上の脱水を伴った急性腸炎と考える。発熱や血便を伴うことから, ウイルス性腸炎より細菌性腸炎を疑う。3日前の買ひ食いを感染契機と考えれば, 毒素型より感染型の細菌性腸炎(病原性大腸菌O-157など)を疑う。</p> <p>初期対応 意識レベルの低下があれば, 溶血性尿毒症症候群(HUS)の発症を疑い, 直ちに高次医療機関に搬送する。半日以上排尿を見ないような高度脱水でも高次医療機関へ紹介する。全身状態が比較的良好な場合には, 点滴を行い脱水の改善を図り, 翌朝小児科医に引き継ぐ。このとき, 止痢薬は使用しない。</p>	<p>問診 内容は適切である。患児が小学生なので, 排便回数や尿が濃縮尿かどうか聞き出せる。血便の訴えがあるので, 便をその場で確認するか, 少なくとも問診による血便の評価は必要である。病原性大腸菌による出血性大腸炎のような“all blood, no stool”なのか, 粘血便なのか, 単なる肛門出血なのかは見当をつけたい。腐敗臭があるなら細菌性腸炎を疑わせる。</p> <p>診察 救急診療では, まず全身状態の評価が重要である。脱水の評価は重要で, 顔色不良があるなら貧血を疑わせる。</p> <p>診断 本症例は下痢を認め, さらに発熱, 血便も認める。年長児の急性下痢症であり, 何らかの消化管感染症と考えるのが普通であろう。重篤な経過を取り得る疾患を念頭においての救急対応としては十分な対応と思われる。</p> <p>初期対応 病原性大腸菌による出血性大腸炎を強く疑うのであれば, 高次医療機関への紹介を考える。HUSを発症している場合, 補液量に見合うだけの利尿を認めないこともある。</p>

[小児科医の診療]

年長児の場合、乳幼児に比べると重症脱水の頻度は低いが、経口摂取不可能なとき、末口循環不良のときは高次医療機関へ紹介する。腹部所見から外科的疾患が否定的でも腹痛の程度が強いとき、血便の程度がひどいときにも高次医療機関へ紹介する。細菌性腸炎を疑った場合、迅速診断が可能な一部感染症を除き確定診断には便培養の結果を待たねばならない。

対応であるが、必要であれば点滴で脱水を補正し、腹痛、嘔気が落ち着いていれば自宅で電解質液の摂取を心がけてもらい、翌日の小児科受診を勧める。抗菌薬治療を早急に開始しなければならない症例は重症例のみであり、原則として経口抗菌薬処方是不要である。

[症例の転帰]

診断は非チフス性サルモネラ感染による「急性胃腸炎」。乳酸菌製剤を内服し、やや改善を認めた。翌日小児科受診、便培養提出後に抗菌薬を処方され、症状が消失した。

[初期救急診療上のポイント]

- 脱水の程度をきちんと評価することがもっとも重要である。
- 細菌性腸炎への抗菌薬治療は議論のあるところであるが、救急外来で必要になることはまずない。

神経系の症候

症例VI-1. けいれん①

10か月の女児。2日前から39°Cの発熱が続いていた。突然に右側上下肢を律動的に屈曲させるけいれんが出現したため来院した。来院後も約30分間けいれんは続いている。体温40.2°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>問診と診察 けいれん発作が30分以上も継続しており重積発作といえる。最初にけいれんの状況を観察し、呼吸状態、循環などのバイタルサインをチェックし、必要があれば気道確保、呼吸補助（酸素投与、バッグなど）を行う。</p> <p>けいれん発作（熱性、無熱性）の既往、家族歴、今回の病歴、投薬内容（投与していれば解熱薬の種類は重要）などを確認する。季節や流行状況によってはインフルエンザ脳症を考え、可能であればインフルエンザの迅速診断（キット）を行う。</p> <p>初期対応 抗けいれん薬としてジアゼパムの経肛門的投与を行う。可能なら静脈ラインを確保する。けいれんがおさまらない場合、抗けいれん薬（ジアゼパム、フェノバルビタールなど）を経静脈的に投与し、けいれんを止めるよう努める。けいれん重積で左右差を認めており、脳炎や髄膜炎などの急性脳障害、頭蓋内占拠性病変、外傷などの可能性を考え、速やかに小児科医のいる高次医療機関へ搬送する。</p>	<p>問診と診察 けいれん重積状態であり、呼吸・循環状態のモニターと維持がきわめて重要である。また処置を行いつつも、けいれんの部位、持続時間、眼球の偏位、意識レベルなどの状態を把握しておくことは、今後の診断に当たって重要である。</p> <p>本人や家族のけいれん性疾患の既往、現在の罹患感染症、投薬内容などを聴取する。また家族の説明と症状に食い違いがある場合は、念のため虐待も考慮しておく。この場合、全身皮膚の観察が重要である。</p> <p>初期対応 けいれんの早急な抑制が必要であり、可能であれば静脈路を確保し、緩徐にジアゼパム注を静注する。わが国ではフェノバルビタール静注薬は発売されておらず、筋注が適応であるが血中濃度の上昇が緩徐で不適である。けいれん重積状態であり、精査や治療が必要なため、速やかに高次医療機関へ搬送する。</p> <p>緊急時の対応、緊急性の評価も的確であり、救急対応として適切と思われる。</p>

〔小児科医の診療〕

単発のけいれんで持続時間が数分以内であれば生命に関わることは少ないが、けいれんが30分以上持続したり頻回に繰り返し認められる重積は重篤な状態である。けいれん重積の患者を診る場合にもっとも重要なことは、呼吸・循環の管理と早急なけいれんの抑制である。可能なら心電図やパルスオキシメーターを装着し呼吸・循環管理を行いつつ、静脈路を確保しジアゼパム注射液

(0.3mg/kg)を静注する。静注は呼吸抑制に注意し約2~3分かけて緩徐に行い、10分後に無効であれば再度緩徐に同量を静注する。もし静脈路の確保が困難な場合にはジアゼパム坐剤(0.5mg/kg)を挿肛するか、静注と同量のジアゼパム注射液(0.3mg/kg)を注腸する。けいれん重積は基礎疾患にかかわらず入院治療が必要であり、家族へは脳炎や脳症、髄膜炎などの重篤な疾患の可能性であることを説明し、可能であればけいれんを止めてから呼吸・循環状態に注意しつつ高次医療機関へ搬送する。

〔症例の転帰〕

診断は「インフルエンザ桿菌による細菌性髄膜炎」。診断後にデカドロン併用の上、多剤抗菌薬静注による治療を開始し、1か月後に後遺症を認めることなく退院した。

〔初期救急診療上のポイント〕

- まず呼吸・循環の管理と早急なけいれんの抑制。
- けいれん抑制後も呼吸・循環状態に留意する。
- けいれん重積は重篤な疾患の可能性があり、入院治療が必要である。

症例VI - 1. けいれん②

1歳の女児。昨夜から39℃の熱があり、近医を受診して急性咽頭扁桃炎と診断された。本日夜になって、眼球を上転させ四肢を硬直させるひきつけを認めたため来院した。ひきつけは数分でおさまり、その後意識は普通。体温39.8℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>問診と診察 まず全身状態、神経障害の確認（嘔吐、意識障害、項部硬直、ケルニッヒ徴候、眼振の有無など）を行う。問診では熱性けいれんおよび無熱性けいれんの既往、家族歴、精神運動発達について確認を行う。また、今回のひきつけ時の状態（持続時間、けいれんのタイプ、左右差など）について確認する。</p> <p>初期対応 発熱の原因となった疾患の診断、治療（投薬内容など）を確認し、熱性けいれんとして問題がなければジアゼパムの経肛門的投与を行う。脱水が強ければ（皮膚、粘膜の乾燥状況、おむつの排尿状況、採尿可能なら尿ケトンなどでチェック）、輸液などで補正しておく。家族に熱性けいれんについて、予後良好な疾患であることを伝え、不安を取り除いておく。再発の可能性、ひきつけを起こしたときの対処法について説明し、8時間後にジアゼパムを再投与すること、および翌日の小児科再診を指示し帰宅させる。また意識状態に問題なければ頻回の水分（電解質を含むもの）の摂取を勧める。</p>	<p>問診と診察 けいれんがすでに止まり意識も回復しているので、問診や診察をまず行う。本人や家族のけいれん性疾患の既往や、罹患感染症の状況や、今回のけいれんの状態を聴取する。診察では、中枢神経系感染症の鑑別がポイントになるため、髄膜刺激徴候や閉鎖していなければ大泉門の膨隆などに注意する。</p> <p>初期対応 後述する中枢神経系感染症の要注意項目が当てはまらず、（単純型）熱性けいれんと考えられれば、感染症や脱水などの一般的な処置を行い帰宅させることも可能である。初回の熱性けいれんであれば、家族の希望が強い場合などを除いて、ジアゼパムの経肛門的投与を行う必要はない。けいれんの約15分以上の持続や遷延性意識障害、麻痺などの神経学的異常があれば、念のため高次医療機関へ紹介する。帰宅させる場合でも、けいれんの再発や中枢神経系感染症の存在も否定できないことを説明し、翌日に小児科医へ受診させる。</p> <p>対処方法や緊急性の評価も適切であり、救急対応として十分と思われる。</p>

【小児科医の診療】

来院時にけいれんが止まっている場合は、まず病歴や家族歴を聴取し診察を行う。問診ではけいれんの部位、持続時間、眼球の偏位、けいれん後の状態、意識レベルなどを聴取する。乳幼児期に見られる発熱を伴ったけいれんは、多くが熱性けいれんである。鑑別としてもっとも重要なのは、髄膜炎や脳炎などの中枢神経系感染症であり、髄膜刺激徴候、嘔吐や大泉門の膨隆、けいれん後1時間以上の意識障害の遷延、部分発作の遷延、24時間以内のけいれん反復、発熱後24時間以上経過してのけいれんなどの所見があれば髄液検査を施行すべきである。また1歳未満の髄膜炎では髄膜刺激徴候が明らかでない場合も多い。上記の注意事項に一つでも当てはまれば、高次医療機関へ紹介することが望ましい。それ以外であれば中枢神経系感染症なども否定できないことを説明し、翌日に小児科医を受診するように伝え、帰宅させることもできる。熱性けいれんの過半数は1回のみでけいれんで終息するため、原則的には初発の熱性けいれん全患児に抗けいれん薬の予防投薬を行う必要はない。

【症例の転帰】

診断は「（単純型）熱性けいれん」。兄弟に熱性けいれんの家族歴があった。初回熱性けいれんであり抗けいれん薬の予防投薬を行わず、けいれんの再発を認めていない。

【初期救急診療上のポイント】

- けいれんが止まっていて意識が正常であれば、帰宅させることもできる。
- 問診と診察で中枢神経系感染症が完全に否定できない場合は高次医療機関に紹介する。

症例VI - 1. けいれん③

5歳の男児。睡眠中に「うっ、うっ」と声がするので行ってみると、右側顔面をピクつかせ、徐々に右側上下肢にも広がるけいれんが見られたため来院した。来院時にけいれんは認められず、体温36.1℃。

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 まず全身状態、神経障害の確認（嘔吐、頭痛、意識障害、項部硬直、ケルニヒ徴候、眼振の有無など）を行う。問診では熱性けいれんおよび無熱性けいれんの既往、家族歴、精神運動発達について確認を行う。また今回のひきつけ時の状態（持続時間、けいれんのタイプ、左右差、下痢、脱水の有無）について確認する。</p> <p>初期対応 無熱性けいれんで左右差も認められており、てんかん発作、頭蓋内占拠性病変や外傷など（虐待も含む）の可能性を考える。家族には頭部CT・MRIなどの画像検査、脳波検査が必要であることを説明し、経過観察のために入院が必要となる場合もあることを伝え、小児科医のいる高次医療機関へ速やかに紹介受診させる。</p>	<p>問診と診察 けいれんがすでに止まっているので、問診や診察をまず行う。本人や家族のけいれん性疾患の既往や、罹患感染症の状況や、今回のけいれんの状態を聴取する。てんかんの診断に当たっては、けいれんの状態の正確な把握がきわめて重要である。診察では、意識レベルや四肢麻痺などの神経学的所見、念のため虐待などを念頭に入れた全身の皮膚の観察などを行う。</p> <p>初期対応 初回の無熱性けいれんであれば、状態の観察や今後の検査などを考慮し、高次医療機関へ紹介することが多いが、短時間のけいれんで、来院時に意識障害もなく、診察上異常所見を認めない場合は帰宅させることも可能である。この場合は、今後の諸検査の必要性を説明し、翌日に小児科医へ受診させる。</p> <p>対処方法や緊急性の評価も適切であり、救急対応として十分と思われる。</p>

〔小児科医の診療〕

来院時にけいれんが止まっている場合は、まず病歴や家族歴を聴取し診察を行う。問診ではけいれんの部位、持続時間、眼球の偏位、けいれん後の状態、意識レベルなどを聴取する。無熱時のけいれんの場合にはてんかんが主であるが、頭蓋内占拠性病変や中枢神経系感染症、内分泌代謝異常症なども否定はできない。来院時に遷延性意識障害や四肢麻痺などの神経学的異常を認める場合は高次医療機関へ紹介することが望ましいが、短時間のけいれんで、意識清明であり診察上で明らかな異常所見を認めなければ帰宅させることもできる。また初発の無熱性けいれんの場合は、不安であれば念のため高次医療機関へ紹介してもよい。一般的に抗けいれん薬の持続内服はこの時点では必要なく、けいれんの頻度や血液検査、脳波検査、頭部画像検査によりてんかんと診断確定された場合に慎重に開始されるべきである。帰宅させる場合でも、てんかんなどの可能性があるため諸検査を受ける必要があることを説明し、翌日に小児科医を受診させる。

〔症例の転帰〕

診断は「特発性局在関連てんかん（中心・側頭部に棘波をもつ良性小児てんかん）」。半年後に発作の再発を認めたため、家族と相談の上で抗けいれん薬の持続内服を開始した。

<p>〔初期救急診療上のポイント〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ●無熱性けいれんの場合にはてんかんが主であるが、頭蓋内占拠性病変や中枢神経系感染症、内分泌代謝異常症なども否定はできない。 ●来院時に遷延性意識障害や四肢麻痺などの神経学的異常を認める場合は高次医療機関へ紹介する。
--

症例VI - 2. 意識障害①

2か月の女児。朝からミルクの飲みが悪く、ずっとぐずっていた。夕方1回嘔吐した後、眠ってばかりいるため来院した。母親が呼びかけてゆずっても開眼せず、ぐったりしている。体温38.6℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>問診と診察 生後2か月の意識障害であり緊急を要する。直ちにバイタルサイン、大泉門膨隆・陥凹の有無、瞳孔の状態（左右対称か）、項部硬直の有無、皮膚の緊張度、眼底をチェックする。</p> <p>診断 病歴からは脱水が考えられるが、脳炎や髄膜炎、二次的代謝性疾患、中毒、心疾患の否定はできない。</p> <p>初期対応 口腔内を確認し異物があれば除去し、分泌物を吸引する。経皮的酸素飽和度（SpO₂）のモニターを直ちに開始し、酸素投与を考慮する。呼吸状態に細心の注意を払い、気管内挿管のタイミングを失しないようにする。心肺停止など急変の可能性も考えられるため、速やかに高次医療機関へ救急車で搬送する。救急車が到着するまで、静脈路確保を行う。救急車には医師の同乗が望ましい。家族には生命の危険があり得ること、脱水でも容易に意識障害をきたすことなどを説明する。</p>	<p>問診と診察 意識障害はあらゆる状況において緊急を要するが、とくに生後2か月では生命に関わる可能性が高い。乳幼児では大泉門を触れることは大切で、発熱時に膨隆があれば髄膜炎を疑う。逆に項部硬直がはっきりすることはまれであり、ないからといって髄膜炎を否定できない。</p> <p>診断 原因として脱水の関与も考えられるが、『朝からミルクの飲みが悪い』原因が別にあると考えた方がよい。38℃以上の発熱を伴っており、2か月という年齢からはまず細菌性髄膜炎や尿路感染、敗血症を念頭におく。乳幼児の意識障害で、血糖もチェックする。</p> <p>初期対応 口腔内の確認やモニターは必要であるが、この場合は全身状態を把握したらできるだけ早く高次医療機関への搬送を考えるべきで、眼底などのチェックに時間をかけるべきではない。起こり得ることとしては、心停止のほかけいれん重積もあるので、搬送途中に対応できるよう準備しておく。家族へは、生命の危険もあり得ること説明しておくこと。</p>

〔小児科医の診療〕

3か月未満の乳児は、症状や診察所見がはっきりしないことが多いので、慎重に対応すべきである。とくに発熱や元気がないといった主訴の場合は、重篤な疾患が隠れている可能性があるため注意が必要であり、高次医療機関へ紹介する。発熱を主訴としている場合は、哺乳力や尿量がいつもと比べてどうか、元気さはどうかを問診する。診察では、ベッドに寝かせたときの視診が大切で、上下肢に動きがなくぐったりしているときは急を要することが多い。大泉門は必ず触れ、膨隆が見られるときは髄膜炎などの中枢神経系感染症を疑うが、啼泣時には判別が困難なこともある。3か月未満で38℃以上の発熱が見られる場合は、細菌性髄膜炎のような中枢神経系感染症のほか、尿路感染症、敗血症、脱水など早急な治療が必要なことも多いので、原則として入院の適応となる。必ず高次医療機関と連絡を取り合ってから方針を決める。

〔症例の転帰〕

診断は「大腸菌による細菌性髄膜炎」。髄液検査にて診断がつき、直ちに抗菌薬が投与された。治療が速やかに開始され、細胞数も順調に低下した。幸い後遺症を残さずに退院した。

〔初期救急診療上のポイント〕

- 3か月未満の発熱は要注意である。
- 哺乳と全身状態について問診、全身の視診、大泉門の触診が大切である。
- 重症と判断したら診察に時間をかけることなく高次医療機関への搬送を考える。

症例VI-2. 意識障害②

1歳10か月の男児。昼頃から発熱し、1回ひきつけがあった。近医にてひきつけ止めの薬を処方された。夜になって同様のひきつけがあったため来院した。けいれんはおさまっている。意識は痛み刺激にかろうじて払いのける程度。体温40.3℃。

非小児科医のアプローチ	小児科医からのアドバイス
<p>問診と診察 JCS分類100点の意識障害である。直ちにバイタルサイン、瞳孔の状態（左右対称か）、項部硬直の有無、皮膚の緊張度、眼底所見、巣症状の有無をチェックする。</p> <p>口腔内を確認し異物があれば除去し、分泌物を吸引する。経皮的酸素飽和度（SpO₂）のモニターを直ちに開始し、酸素投与を考慮する。呼吸状態に細心の注意を払い、気管挿管のタイミングを失しないようにする。</p> <p>診断 病歴からは、熱性痙攣に対して近医で処方されたひきつけ止め（ジアゼパムか）による嗜眠の可能性が示唆されるが、脳炎や髄膜炎、二次的代謝性疾患、中毒、心疾患の否定はできない。</p> <p>治療と対応 速やかに高次医療機関へ救急車で搬送する。救急車が到着するまで、静脈路確保を行う。救急車には医師の同乗が望ましい。家族には、高次医療機関での診療が必要であることを説明する。</p>	<p>問診と診察 意識障害の程度が強いため、まずバイタルサインや瞳孔、項部硬直の有無のチェックは必要であるが、乳幼児では眼底所見や巣症状のチェックは難しいことが多い。この場合も状態をつかんだら、早めの移送を考慮した方がよい。口腔内の異物やモニター、呼吸状態のチェックは大切である。</p> <p>診断 意識障害の原因として、たしかにジアゼパム坐剤による傾眠はよく見られるが、JCSで3桁になることは考えにくく、脳炎や髄膜炎などを考慮する。幼児では、代謝疾患や心疾患も考慮することは大切である。</p> <p>治療と対応 現在はけいれんはおさまっているが、同日に2回起こしているため今後もまた起こす可能性が高い。重積となることも含め、移送中にも対応できる準備が必要である。いずれにしても高次医療機関へ速やかに移送することが重要であり、医師同乗の上、救急車で移送する。家族へは、急性脳炎、脳症の可能性も含め、高次医療機関での治療が必要と説明を行う。</p>

〔小児科医の診療〕

1～2歳で38℃以上の発熱に伴うけいれんは、ほとんどの場合熱性けいれんであるが、なかには中枢神経の感染症が潜んでいる可能性がある。時間が10～15分を超える長いもの、2回以上繰り返すもの、意識の戻りが悪いものなど複合型は、原則として高次医療機関へ送ることを考える。

本例では、初回のけいれんは時間も短く意識の戻りもよかったため、日中に単純型の熱性けいれんとして抗けいれん坐剤（ダイアアップイ）を処方されていた。夜になって2回目のけいれんを起こし、今度は意識状態が非常に悪く、何らかの中枢神経系感染症が疑われる。診察上、項部硬直はなく対光反射も保たれていたが、意識レベルはJCSにて3桁であった。また、5歳の姉がインフルエンザに罹患して発熱していることがわかり、本人もインフルエンザワクチンは施行していなかった。バイタルサインをチェックし、できれば静脈路を確保した上で高次医療機関へ転送する。

〔症例の転帰〕

診断は「インフルエンザ脳症」。転送先でもけいれん重積を起こし、挿管された。頭部CTで浮腫を認め、咽頭よりインフルエンザ抗原が検出された。集中治療が行われたが、重度の運動障害を残した。

〔初期救急診療上のポイント〕

- 「熱性けいれん」でも複合型には慎重に対応する。
- けいれん後の意識の戻りが悪いときは速やかに高次医療機関に転送する。

症例VI - 2. 意識障害③

4歳3か月の女児。2週前からかぜをひいていた。今朝から頭痛を訴え、午後3回嘔吐した。数分間全身のひきつけが見られたため来院した。けいれんはおさまっているが、目はうつろで返事はない。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>問診と診察 直ちにバイタルサイン、瞳孔の状態（左右対称か）、項部硬直・ケルニッヒ徴候の有無、皮膚緊張度、眼底をチェックする。除脳硬直や脱皮質硬直などの体位、麻痺、深部反射亢進、病的反射の有無、刺激への反応の左右差を観察する。吐物を吸い込まないように顔を横に向ける。経皮的酸素飽和度（SpO₂）のモニターと酸素投与を開始、静脈ルートを確保。けいれんの重積ではないが、呼吸状態に注意し気管挿管のタイミングを失しないようにする。</p> <p>診断 頭痛、嘔吐、けいれんを主症状とし髄膜炎の可能性が高いが、意識障害を伴うのでライ症候群や脳炎も考えられる。この2週間の薬剤歴の聴取が必要である。脳動静脈瘤破裂など頭蓋内出血や、二次的代謝性疾患、中毒、心疾患も否定できない。</p> <p>初期対応 速やかに小児科医のいる高度医療機関へ救急車で搬送する。救急車には医師の同乗が望ましい。家族には、髄膜炎もしくは脳炎の可能性があると、高度医療機関での診療が必要であることを説明する。</p>	<p>問診と診察 意識障害があるため、バイタルサインをはじめ、瞳孔や項部硬直などのチェックは必要。この年齢では項部硬直は有意な所見として取れるようになり、神経学的所見も比較的取りやすくなる。しかし、所見をくまなく取るために時間がかかると、高次医療機関への移送・治療が遅れる。嘔吐が3回あったことから、口腔内の確認のほか、移送中の再嘔吐に対しても注意が必要である。呼吸状態、モニター装着、静脈ライン確保、気管挿管のタイミングなどは重要なポイント。</p> <p>診断 原因に関しては、この年齢では熱性けいれんの重積よりも、髄膜炎や脳炎をまず考えた方がよいが、鑑別診断のために治療が遅れないよう注意する。</p> <p>初期対応 原因が髄膜炎であっても、ライ症候群であっても一次医療機関での対応には変わらないため、速やかに高次医療機関に救急車で移送し、家族へも髄膜炎、脳炎などの可能性があることを説明する。</p>

〔小児科医の診療〕

発熱時のけいれんであるが、年齢が4歳と熱性けいれんとしてはやや高く、意識障害を伴っていることから、慎重に対応する。問診上も熱性けいれんの既往はなく、熱性けいれんの可能性は低いと考えられる。診察上、傾眠傾向が見られ、意識はJCSで2桁であった。血圧や呼吸は安定していた。また、項部硬直が見られたが、対光反射は正常で明らかな運動麻痺は見られなかった。以上から髄膜炎の可能性が高いと考えられ、直ちに高次医療機関への転送を検討された。

本例ではけいれんを伴っていたが、一般に意識レベルの低下は中枢神経系感染症のほか、脳血管障害、電解質・糖代謝異常など生命を脅かす疾患が多い。とくに夜間救急診療所を受診するような進行の速い意識障害では、設備の整った病院での精査が必要であり、対応が後手に回らないよう注意したい。転送に当たっては、受け入れ側の準備のため意識の状態や身体所見について必要な情報を簡潔に伝えることが重要である。

〔症例の転帰〕

診断は「急性散在性脳脊髄炎」。髄液検査の結果、細胞数の軽度上昇と蛋白の上昇が見られ、頭部MRIも施行したところ、大脳白質に散在性に高信号域が見られた。ステロイド治療によく反応し、後遺症なく退院した。

〔初期救急診療上のポイント〕

- 意識障害は重篤な疾患のサインである。
- バイタルサインと瞳孔、項部硬直は必ずチェックする。
- 意識レベルが明らかに悪いときは速やかに高次医療機関に転送する。