

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なものもある。

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。

<p>〔初期救急診療上のポイント〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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局限する頃である。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>

【小児科医の診療】

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るべきである。</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>

〔小児科医の診察〕

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回実施してもらう。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中で、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。