

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ため、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>

〔小児科医の診療〕

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、元気かどうか確認する。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¹）や整腸薬の処方方を考慮する。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 まず親の話を聞き、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方も適切。実際には経口補液製剤（ソリタ顆粒¹）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らることも付け加える。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カんでいる』『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。