



総合小児医療

初期診療を 磨く センスと サイエンス

総編集●田原 卓浩 たはらクリニック

専門編集●宮田 章子 さいわいこどもクリニック

中山書店

Partnership in Pediatric Care

刊行にあたって

日常の“小児医療サービス”を極めるには、最新の知識を求め厳選する“小児医学”とその知識を実際に活用する“小児医療”とのバランスを保ちながら、どちらもを常に深化させるための熱意が欠かせません。小児科医が生涯研鑽を続けるだけでなく、小児医療に携わるすべての人々が、自身の能力を絶えず更新しながら相互に高め合うことのできる環境を整えることは重要な課題です。

『総合小児医療カンパニア』シリーズは、臨床現場で医師ならびにメディカル・スタッフが診療に関する知識・技術・課題などを共有するための情報やエビデンスを紹介するために刊行されました。

超少子高齢化社会・世代間格差の拡大・グローバル化など子どもを取りまく環境が目まぐるしく変化し続けるなかで、子どもと家族を中心にした“小児医療サービス”を多面的に解析・理解・把握し、より良い医療サービスを提供することが求められています。

刊行あたっては、“小児医学”偏重ではなく“小児医療”を基軸として、より確かな基礎臨床能力(知識と技能)を備え、“総合診療力”を高めることを主な目標に掲げました。各巻の編集を経験豊かな開業小児科医にお願いし、小児医療の現場で遭遇する課題をクローズアップしていただきました。さらに執筆陣には小児医療の最前線で活躍されている方々を据え、これまでの経験から得られた知識・技術を紹介・解説していただきました。

未来を担う子どもたちの健康を支えるというミッションを遂行するために、われわれ小児科医がメディカル・スタッフとともに「今できることは何か」を探求していくことへの一助になれば幸いです。

田原卓浩
(たはらクリニック)

2012年12月

序

小児科領域での診断は、さまざまな理由で成人に比較して難しいといわれている。プライマリ医は、たくさんの common disease に埋もれながら突然、紛れ込む重要な疾患を見逃さないように、どのような思考過程で診断していくのか、経験ある第一線で活躍している小児科医に臨場感溢れる筆致で記述していただいた。

本書の特徴は、これまでの診断学の成書とは一線を画し症候や検査のみならず、診断に到達したプロセスを大切にしている。総論ではその背景になる概説を、各論では症例がセンスとサイエンスを駆使した物語として語られている。それぞれの症例には、刻々と変わる経過のダイナミズム、実地医家のアートと迷いが見て取れる。診断には検査や症候、訴える主訴のみならず、言語化しづらい子どもの様子や周りの家族、メディカル・スタッフからの情報の重要性を述べていることも特徴である。いわば彼らが教師であり、私たちは協働しながら子どもと向かい合っていることを伝えてくれている。

見落としてはならない疾患でもバリエーションや経過はさまざまで、何度も失敗を繰り返して、その医師なりに学んで自分の診断スタイルを獲得していく。

著者には、診断のための重要なメッセージをクリニカルパールとして述べ解説していただいた。本書の 66 例はそれぞれ失敗や成功体験を繰り返してきた実地医家であれば気づけないキラリと光るメッセージが込められている。すでに一線で活躍している小児科医にとっても一体感を感じとっていただけたらと思う。

一人で一生に経験する疾患には限りがある。知識の幅を広げ疾患の引き出しの中身を増やすためには、疾患の基礎知識を得るための自習はいうまでもないが、印象的な症例を見聞きすることは、座学に勝るといわれている。小児科医のみならず小児科以外の実地医家や若手医師にとって、珠玉の 66 例からそのヒントが見つかることを願っている。

宮田章子

(さいわいこどもクリニック)

2012 年 12 月

総論 推論，解析，技術

診断推論のプロセス—直感的アプローチと分析的アプローチ	宮田章子	2
病態の客観的な評価と解析	鈴江純史	7
診断のセンスを磨く	崎山 弘	13

各論 センスとサイエンスを磨く**全身症状**

落ち着きがない	秋山千枝子	180
チアノーゼ	太田文夫	50
右下腿からの出血 / 顔の擦り傷	小野和則	73
いつもと泣き方が違う	黒木春郎	60
不機嫌，泣き方が激しい	卯月勝弥	168
食欲低下	瀬尾智子	136
食欲低下，嘔吐，咳嗽	崎山 弘	38
顔色不良	関場慶博	134
顔色不良	黒木春郎	127
腹部膨隆	原 朋邦	177

発熱・低体温

発熱	藤田 位	186
発熱，咳嗽	小口 学	29
咳嗽，発熱	鈴木 洋	174
発熱，頭痛	平岡政弘	124
発熱，夜尿，背部痛，胸下部痛	中村 豊	82
低体温，哺乳不良	野間清司	158

皮膚

湿疹	飯泉哲哉	22
強い痒みを伴う湿疹	倉重 弘	166
皺部の紅斑	植村幹二郎	24
犬に手を咬まれた / 左足背の腫れ，浸出液	小野和則	54

痛み

腹痛	齊藤 匡	114
腹痛	齊藤 匡	35
腹痛，発熱	加藤英治	80
腹痛，嘔吐，発熱	増田 宏	103
発熱，頭痛	重田政樹	106
思春期の頭痛，起床困難，倦怠感	峰谷明子	97

頭痛，嘔吐	新谷尚久	69
胸痛	加地はるみ	56
胸痛	佐藤 勇	100
元気がない，足の痛み	佐藤 勇	94
膝の痛み，歩行時のふらつき	森田 潤	77

呼吸器症状

咳嗽	加藤英治	184
微熱，咳嗽	長田伸夫	146
鼻汁，咳嗽	新谷尚久	65

消化器症状

便秘	川上一恵	58
嘔吐	小野靖彦	47
嘔吐	久山 登	171
嘔吐	三浦義孝	142
嘔吐	宮田章子	139
咽頭痛，嘔吐	幸道直樹	88
嘔吐，咳嗽，微熱	崎山 弘	91
発熱，嘔吐，咳嗽	富本和彦	154
繰り返す嘔吐	森田 潤	161
嘔吐，食欲不振	山入高志	41

神経系症状

けいれん	荻野高敏	130
頭囲拡大	河村一郎	32
数秒間の硬直，一時的な記憶障害	館野規子	151

運動器症状

歩かなくなった	牟田広実	44
---------	------	----

内分泌症状

夜尿	山田奈生子	122
----	-------	-----

循環器症状

心電図異常，低身長	矢嶋茂裕	116
-----------	------	-----

耳鼻咽喉科症状

頻繁な鼻血，膝のあざ	久山 登	112
発熱，両側耳下腺部腫脹	杉村 徹，大園秀一	164
耳下部の腫れ，いびき	山田奈生子	86

総論 推論, 解析, 技術

診断推論のプロセス—直感的アプローチと分析的アプローチ	宮田章子……………2
病態の客観的な評価と解析	鈴江純史……………7
診断のセンスを磨く	崎山 弘……………13

各論 センスとサイエンスを磨く**検査 患者に負担が少なく有効な検査項目を選ぶ**

病変部位と正常部位を触診する	飯泉哲哉……………22
「溶連菌は皺を好む」ことを認識する	植村幹二郎……………24
インフルエンザでは SpO ₂ をルーチンに測定する	小口 学……………29
健診では頭囲の増加にも留意する	河村一郎……………32
腑に落ちない腹痛を診たら超音波検査を	齊藤 匡……………35
いつも通りの手順で診断する重要性	崎山 弘……………38
嘔吐をみたらウイルス性胃腸炎?	山入高志……………41
定期的に成長の評価を行おう	牟田広実……………44

所見 目に見える所見は見逃さない, 目に見えない所見は探る

胆汁様嘔吐では腸管の閉塞を疑え!	小野靖彦……………47
赤ちゃんの生理を理解しておこう	太田文夫……………50
咬み傷や低温熱傷は深部感染に注意	小野和則……………54
胸痛の原因は胸部疾患とは限らない	加地はるみ……………56
乳児の便秘には体重増加にも留意する	川上一恵……………58
普段と違う泣き方には必ず理由がある	黒木春郎……………60
外見上の小さな変化を看過してはいけない	新谷尚久……………65
頻発してくる頭痛と嘔吐をみたら痛みの解釈が重要	新谷尚久……………69
腹部鈍的外傷は数日後に症状が出現することもある	小野和則……………73

誤診 前医の診断に惑わされない

“anchoring effect” にだまされるな	森田 潤……………77
我田引水は誤診の元	加藤英治……………80
前医の診断を鵜呑みにしない	中村 豊……………82

思いこみ 先入観が診断を曇らせる

先入観にとらわれない診察を!	山田奈生子……………86
思いこみが妨げになると正しい診断は得られない	幸道直樹……………88
鑑別診断から除外したことで遠回りに	崎山 弘……………91

過去の病歴からの推測は慎重に	佐藤 勇……………94
固定観念にとらわれず、訴えに耳を傾ける	蜂谷明子……………97
診断名は実際の症状と合致しているか	佐藤 勇……………100

再診指示 容態が急変したときには必ず連絡するよう伝え、再診を促す

「ホットライン」が患者と医師を救う	増田 宏……………103
重病を疑ったときすべきことは	重田政樹……………106

まれな疾患 知らない疾患は診断できない。知の研鑽が患者を救う

疑わなければ始まらない	久山 登……………112
浣腸でも腹痛が軽減しないときは	齊藤 匡……………114
各症状の関連性に診断の糸口がある	矢嶋茂裕……………116
生理的症候に潜む病的サインを見逃さない	山田奈生子……………122

発熱 発熱は感染症をはじめ何らかのサイン

発熱児ではいつも細菌感染症を念頭におく	平岡政弘……………124
発熱源不明なら網羅的検索も必要	黒木春郎……………127
突発性発疹症に伴う複雑型熱性けいれんは脳炎の可能性あり	荻野高敏……………130

病気でない子どもをみる 健診や予防接種、あらゆる機会が病気を診るチャンス

予防接種でも型通りの診察は禁物	関場慶博……………134
たとえ育児相談でも“not doing well”はあなどれない！	瀬尾智子……………136

診断の決め手 保護者から寄せられる情報には所見と同じくらい価値がある

カギを握る“ドアノブコメント”	宮田章子……………139
固形物は吐くのに水分は吐かない	三浦義孝……………142
母親の「いつもと違う」という感覚を大切にしよう	長田伸夫……………146
定期通院中の「ついで」の訴えも大切に	館野規子……………151

重症疾患 頻度は低くても、重症疾患は鑑別疾患から外さない

診断の手がかりは「入室から退室まで」	富本和彦……………154
産院退院直後の容態急変にはより迅速な重症度判定を	野間清司……………158
経験外の症例に対するイメージトレーニングを	森田 潤……………161

協働 医療機関のメディカル・スタッフの気づきから基幹病院への紹介まで

メディカル・スタッフの声が診断のヒントに	杉村 徹、大園秀一……………164
掻破の原因が掻痒とは限らない	倉重 弘……………166

職員の一言が診断につながった	卯月勝弥…………… 168
小児科医だけでは家族の問題を発見できない	久山 登…………… 171
一次，二次，三次医療連携の重要性を認識する	鈴木 洋…………… 174

家族をみる ▶ 家族の病理にいち早く気づけるのは小児科医だけ

家族歴の収集が正しい診断を生む	原 朋邦…………… 177
家族の説明と本人の状態が一致しないとき	秋山千枝子 …… 180
長引く咳嗽は気管支喘息？	加藤英治…………… 184
母親の心の声に耳を傾けるために	藤田 位…………… 186

スペシャル・レビュー

腸重積症の発症後時間により血便は変化する	武谷 茂 …… xii
----------------------	-------------

コラム

誤接種	澤田雅子 …… 188
ステロイド外用剤の使い方	飯泉哲哉 …… 190

ドルチェ

乳児の口内炎―診断に難渋した亜鉛欠乏症	宮田章子 …… 192
---------------------	-------------

知恵の実

顔面の発赤は要注意	安次嶺 馨 …… 28
育児書も参考書に	稲川 昭 …… 37
失敗の少ない診療をするために	
―研修医の君へ	絹巻 宏 …… 64
ワクチン接種にきた子どもを診るときも	
五感を大切に	宮田章子 …… 68
研修医に見せたかった症例	絹巻 宏 …… 76
おむつ交換時に泣き出す赤ちゃん	安次嶺 馨 …… 111
低身長で見つけたまれな疾患	稲川 昭 …… 121
同居していない家族の気づき	稲川 昭 …… 133
実地医家が参画する医学教育	田原卓浩 …… 153
腸重積症	稲川 昭 …… 170
協働―確定診断へのターニングポイント	田原卓浩 …… 173

症 状

顔色不良

+ 予防接種でも型通りの診察は禁物

関場慶博 | セきばクリニック

症 例 4か月 女児

- ▶ **受診理由** 三種混合ワクチン接種のため、予防接種外来にやってきた。
- ▶ **診察所見** 接種前に型通りの問診および聴診をし、発熱もなく元気だったので予防接種を施行した。接種時、唇がやや血の気が少ないような気がしたが、母親からは特に何の訴えもなかった。「今日は予防接種に来たのだから」と思い、それ以上の診察はせず、接種後 30 分間待合室で待ってもらってから、問題がなければそのまま帰宅してもらう予定であった。
- しかし、顔色がどうしても気になり、もう一度診察室に入ってもらった。眼瞼結膜をみたところ貧血が認められたので、母親に「患児は貧血である。鉄分が足りないのかもしれない。どの程度の貧血かによって鉄剤を飲む必要があるので、採血させてほしい」と伝え、採血をした。そのときは、鉄欠乏性貧血だろうと思っていた。

🕒 紹介までの過程

- 検査センターより至急の返事があり、汎血球減少という結果(①)から白血病が疑われたため、大学病院小児科へ紹介となった。

📄 紹介後の経過と検査結果

- 入院時の骨髄検査で急性巨核芽球性白血病と診断された。小児 AML99 プロトコルで寛解導入療法(VP16, CA, Mit)を開始し、完全寛解が得られた。しかし、化学療法単独では非常に予後不良であり、造血幹細胞移植のみが有効であることから、強化療法を2コース終了後に造血幹細胞移植を予定し、家族内ドナーを探したがHLA検査で合致するものがなく、非血縁者間臍帯血移植を行った。その後、完全寛解で退院した。
- 患児は現在4歳になるが、元気に幼稚園へ通園している。

📄 方針決定と診断のためにクリニックに必要な検査

- 末梢血液検査(赤血球数, 白血球数, ヘモグロビン値, 血小板数, 血液像)。

① 血液検査

赤血球数	$1.60 \times 10^6/\text{mm}^3$	Hb	4.3g/dL
白血球数	$21,200/\text{mm}^3$	血小板数	$3.9 \times 10^4/\text{mm}^3$

VP16: エトポシド

CA: シタラビン

Mit: ミトキサントロン

確定
診断

急性巨核芽球性白血病(AMKL)*1

① 診断の過程

- 予防接種で来院したとき、患児の顔色が不良だった。

もし そのとき診断できなかったら

予防接種で来院した時点で、母親は患児の顔色不良にはまったく気づいていなかった。おそらく病気がもっと進行しなければ受診しなかったと思われ、診断および治療開始が遅れたと思われる。



クリニカルパール

- ☐ 予防接種時の診察は型通りになりがちなので、そうならないように自戒する
- ☐ 予防接種に来たときでも、隠れた病気があるかもしれないので、いつもと同じ診察を心がける

Memo



予防接種時に貧血を認め血液検査を勧めても、子どもは元気で食欲もあるし、今回は予防接種にやってきたのだからと、母親にその時点で採血を拒否される場合が多い。そのため確定診断および治療開始が遅れる危険性がある。貧血を認めた場合は鉄欠乏性貧血を安易に考えるのではなく、白血病も常に念頭において、丁寧に母親に説明し血液検査を納得してもらうべきである。

血液検査さえ実施できれば、貧血の原因の診断は難しくないもので、いかに母親に採血を納得してもらうかが勝負となる。医師と母親との間の十分なコミュニケーション、信頼関係があればいいのだが、初診時であれば医師のより丁寧な説明および熱意が母親に採血を納得させるキーである。

*1

急性巨核芽球性白血病

急性骨髄性白血病(AML)。WHO分類では芽球の50%以上が巨核球系細胞からなる白血病で、従来のFAB分類(M0~M7)でM7に該当する。AMKLは、AMLの中でも発症率が3~5%と低く、骨髄線維症を合併しやすい(30%以上)。ダウン症では発症する白血病の半数が本症である。AMKLは化学療法が最も予後不良で、造血幹細胞移植(骨髄移植など)が適応である。

AMKL : acute megakaryoblastic leukemia

AML : acute myelogenous leukemia

症状

嘔吐

+ カギを握る“ドアノブコメント”

宮田章子 | さいわいこどもクリニック

症例 11歳4か月 男子

- ▶ **病歴** 2～3日前から咳が出てきた。5月26日(水曜)朝から吐き気があり、朝食を食べず、1回嘔吐し、学校を休む。吐き気が続くため同日午前9時半に母の付き添いで歩行して来院した。
- ▶ **診察所見** 発熱はなく、胸部と腹部の聴診および触診では特に異常を認めず、皮膚のツルゴールの低下はなかった。何となく元気はないが身体所見で有意なものはなく、診察後の暫定診断は感染性胃腸炎とし、対症療法。「何か変化があったら再受診を」と指示した。

① 紹介までの過程

- 帰りがけに診察室のドアノブに手をかけながら、患者の母親が「最近元気がなく、だるいと言い、2～3日前から“のどがすごく渴いた”と言って水をガブガブ2～3L飲んでいますよね。体重も減ったし…」と言った。その言葉を聞き、あわてて引き止め尿検査(①)と血液検査(②)を行った。
- 診断確定と緊急性を判断するため、迅速検査で検尿、血糖、血中総ケトン体を施行し、紹介前に糖尿病とほぼ診断をした。院内での緊急処置や救急搬送の必要性はないが準救急と判断し、同日に紹介入院を依頼した。

② 紹介後の経過と検査結果

- 同日の午後に入院し、精査加療となった。入院時血糖は558mg/dL。ケトアシドーシスはなく、循環不全も認めなかったため点滴加療は行わず、インスリン皮下注による治療を開始した。
- 尿中C-ペプチド24μg/日、抗GAD抗体陽性。抗ICA、IA-2抗体陽性^{*1}にて確定診断された。超速効型インスリンと超遅効型インスリンの自己注射を開始し、4週間で退院となった。

*1

膵島関連特異抗体

- 抗GAD(glutamic acid decarboxylase)抗体：1型糖尿病のうち70～80%が陽性。小児では陽性率が低く、思春期から成人にかけて陽性率が高くなる。
- 抗ICA(islet cell antibody)抗体：抗ランゲルハンス抗体ともいわれる。1型と2型の鑑別に用い、陽性であれば1型と診断できる。1型では発症直後にほぼ全例が陽性であるが、経過とともに陽性率は低下する。
- 抗IA-2(insulin associated protein-2)抗体：小児の1型糖尿病の発症時は高率に検出され、経過とともに陽性率が低下する。

① 尿検査

糖定性	(4+)	pH 6.0/潜血反応	(-)
蛋白定性	(1+)	ケトン定性	(4+)
ビリルビン定性	(-)	白血球	(-)
ウロビリノーゲン定性	(±)		

② 血液検査

グルコース	339 mg/dL
総ケトン体	0.9 mmol/L

*2

1 型糖尿病

頻度は1~2人/10万人で、乳幼児にもみられるが好発年齢は10~15歳。

診断基準は下記のとおり。

1. 口渇、多飲多尿、体重減少などの典型症状
2. 血糖値 200 mg/dL 以上
3. HbA1c が 6.5% (NGSP 値) 以上で、かつ以下の条件
4. 膵島関連特異抗体が陽性

*3

ドアノブクエストンともいう。

紹介のタイミング

プライマリ医にとって患者の紹介タイミングは重要である。治療可能な疾患で重篤化が予測できる場合は、いかに早めに紹介できるかで患者の負担が大きく影響される。

確定
診断

1 型糖尿病*2



診断の過程

- 決め手は初診時の主訴ではなく、保護者のつぶやき(ドアノブコメント*3)からわかった全身倦怠、口渇、多飲、体重減少であった。
- これらの4症状の併存により、診断は糖尿病が最も疑われた。受診時主訴の嘔吐は糖尿病の一症状ではあるが診断に至る決め手の症状ではない。初期の感染性胃腸炎の合併があった可能性は否定できないが、主病名から除外した。



方針決定と診断のためにクリニックで必要な検査

- **血糖値**：高血糖になる疾患は糖尿病以外にストレスやけいれん後などの一過性高血糖があるが、尿検査に比べ鑑別診断の疾患は少なく、特異度のきわめて高い検査で診断の決め手となる。
- **検尿**：尿糖陽性に出たからといって尿検査だけで糖尿病を特定できる検査ではない。患者の負担が少なく、結果が陰性であれば糖尿病は否定できるため鑑別診断には必要な検査であるが、感度は高いが疾患特異度は高くない。

もし そのとき診断できなかったら

受診時の全身状態は悪くなく、検査結果からも一刻も待てないという緊急性はなかったが、数日以内に診断できていなければ意識障害などを呈し三次救急での対応となったと思われる。



クリニカルパール

- ☐ ドアノブコメントを大切にする
- ☐ 保護者の訴えに耳を傾け、情報を整理する
- ☐ 思春期の患者には、医療者側が主訴を十分聞き出す

ドアノブコメントの重要性はよく述べられているが、患者の訴えは診察室を完全に出て行くまで聞き逃してはならないし、言い残したことがないか確認をする必要がある。

小児は保護者が付き添うことがほとんどで、保護者の訴え次第で

過剰に検査したり過小評価をしてしまう。過剰な心配をする保護者の場合はさらにバイアスがかかってしまう。そのなかから必要な情報を整理することは経験も必要だが、基本的には訴えに耳を傾ける姿勢が求められる。

子どもが自分から訴えること以外にも主訴は隠れている。思春期年齢の子どもはよほどの不調がないかぎり小児科に自ら受診することは少ないので、来院してくるということは身体・精神的に大きな不具合があることが多い。しかし、来院しても医療者側が聞くことに yes or no で答える以外自ら訴えることは少ない。特に男子になると訴えることはさらに少なくなる。子どもは主訴の表現力が乏しく、保護者の間接的な訴えを拾うことの難しさがあり、診断に至る有効な主訴をいかに引き出すかが重要である。

Memo



外来診察室で、一通り、患者とその家族との話と診察が終わり、出がけに、ドアノブに手をかけて、「そういえば…」「忘れていましたが…」「あの…」と言って、また話を始めて、診察が振り出しに戻る、もしくは、戻りそうになるコメントがドアノブコメントである。このときの言葉に、患者の本当に大切な主訴、要望や不安が隠れているといわれおり、特に乳幼児健診では重要視されている。しかし、診察する側は診察が混んでいるときや回りくどい話をする患者の場合、なおざりにしがちである。最初に言ってくれば、診察のときにそのつもりで診たのにと、思うこともしばしばである。重要なメッセージが隠れているにもかかわらず、患者、医師ともに不幸な結果になる。ドアノブコメントは、極力避けなければならない。まず、医師がすべきことは、診察を終えようとする前に「ほかに気になることはありませんか？」の一言とドアノブコメントを「面倒くさい」と切り捨てないことである。

症状

繰り返す嘔吐

+ 経験外の症例に対するイメージトレーニングを

森田 潤 | こどもクリニックもりた

症例 2歳 男児

- ▶ **病歴** 6月6日、前日の午後6時より嘔吐が続いていることを主訴に来院。下痢はなく普通便。2月にも嘔吐で救急外来を受診している。「生後より急に不機嫌になり吐くことがよくあった。現在は月に1回の頻度で吐く」という。
- 12月7日、発熱を主訴に再受診。前日の夕方に38℃の発熱と4回の嘔吐があった。嘔吐は翌朝に消失。臍周囲の腹痛を伴っていた。
- ▶ **診察所見** 6月受診時、腸雑音は低下しており、腹部単純X線写真(①)でも、下行結腸に少量のガスが残っているものの、全体としてガスレスの所見でイレウスはみられなかった。検尿の結果は、蛋白(2+)、糖、潜血(-)、ケトン(3+)だった。感染性腸炎による嘔吐からのケトン血症を考え、ドンペリドン(ナウゼリン®坐剤)を投与したところ、嘔吐は翌日には消失した。
- 12月再診時、「6月以降も10、11月に2回の嘔吐発作があった」との話があった。嘔吐発作を繰り返しており、片頭痛の家族歴集積もあることより、一度脳波検査をする必要があると思われる。

① 紹介までの過程

- 脳波検査のために病院小児神経外来の紹介状を書いていたところ、看護師から「緑色嘔吐があった」(②)との報告があった。それを聞いて、「ハッ」と5年以上前の症例が思い出された。総合病院の心身症外来で過敏性腸症候群として診ていた児のことである。繰り返す腹痛があり、時には嘔吐を伴い、お腹を押さえながら苦しそうに受診していた。イレウス症状(胆汁嘔吐)が出現して初めて「腸回転異常症」の診断を得たことがあった。腹痛のないときは、とても元気で発育にも問題はなかった。
- 本症例も、症状がある今このときを逃すと診断がつかなくなると思い、即日、腹部エコーを含む精査と入院を目的に、小児外科を紹介した。

② 紹介後の経過と検査結果

- 血液一般、腹部エコー、腹部造影CT、上部消化管造影検査を施行。腹部単純X線で、胃の拡張と十二指腸球部の鏡面像、結腸のガスレス所見あり。腹部エコーで中腸軸捻転を伴う腸回転異常症と診断。
- 腸炎の消褪を待って、翌年の1月30日に腹腔鏡下腸回転異常症手術(腸

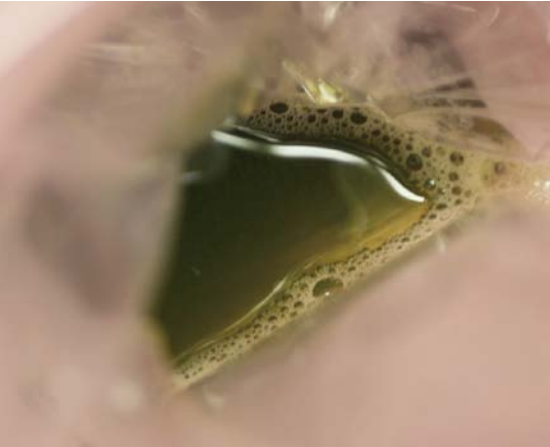
CHECK!

乳児の胆汁嘔吐、小児の腹痛を伴う胆汁嘔吐では、必ず腸回転異常症を考慮する。

① 6 月(手術 7 か月前)の腹部 X 線写真(立位)



② 12 月外来受診時の暗緑色嘔吐物



③ 腸回転異常症の年齢別分布

1 歳以下	31%
1～18 歳	21%
18 歳以上	48%

(Nehra D,Goldstein AM. Intestinal malrotation : varied clinical presentation from infancy through adulthood. Surgery 2011 ; 149(3) : 386 より引用)

*1

Ladd 靱帯

盲腸あるいは近くの空腸と右側腹壁との間に張る腹膜靱帯。軸捻転により十二指腸や小腸を圧迫してイレウスを起こす。

*2

1 歳以上の腸回転異常症

症状は多彩で、間欠的な嘔吐や腹痛がある。身体所見では異常なく、自家中毒、消化管アレルギーや心身症として何年もフォローされている症例がある。間欠期の腹部エコーが正常でも否定はできず、上部消化管造影が必要である。

1 歳以上の症例は今まで考えられていたよりも多いことがわかった(③)。

軸捻転解除、Ladd 靱帯*1 切離)を行った。

確定
診断

腸回転異常症*2

胎生期の腸胚の正常回転が停止することにより起こる。新生児期や乳児期に中腸軸捻転(volvulus)を起こして緊急手術となる例はわかりやすいが、乳児期を過ぎると捻転を起こしても腸管への損傷(壊死)を免れ、反復することがある。



クリニカルパール

- ☐ 蹄の音を聞いて、シマウマを思い浮かべるな
- ☐ シマウマを知らなければシマウマが来てもわからない
- ☐ 勉強会で発表される症例でイメージトレーニングしてみよう

指導医は、よく次のことわざを引き合いに出す。"When you hear hoofbeats behind you, don't expect to see a zebra". 蹄の音をきけば、馬が来ていると考えるのが普通だが、可能性の低いシマウマを想起する愚を述べたものである。診断過程において、症状の鑑別として頻度の高い common disease を最初に考えるのが理論的である。しかし、これに対峙したことわざがある。"シマウマをみたことがなければシマウマをみてもシマウマとわからない"。疾患そのものの特徴を知らなければ、疾患そのものを想起することすらできない危険性がある、との意味である。

すべての疾患を経験することはできない。鑑別診断をテキストブックでチェックすることも大事だが、自らの症例だけでなく、勉強会や研究会で発表される症例の主治医になったつもりで深く原因探求をしてみるトレーニングが頭を鍛える。

鑑別すべき疾患

- ・腸重積症
- ・虫垂炎
- ・アナフィラキシー反応
- ・胃食道逆流症 (GERD)
- ・周期性嘔吐症

参考文献

- Nehra D, Goldstein AM. Intestinal malrotation : varied clinical presentation from infancy through adulthood. Surgery 2011 ; 149(3) : 386.

総合小児医療カンパニア

初期診療を磨く—センスとサイエンス

2013 年 1 月 31 日 初版第 1 刷発行 ©

〔検印省略〕

総編集 ——— た ほらたかひろ
田原卓浩

専門編集 — みや た あきこ
宮田章子

発行者 ——— 平田 直

発行所 ——— 株式会社 中山書店
〒113-8666 東京都文京区白山 1-25-14
TEL 03-3813-1100(代表) 振替 00130-5-196565
<http://www.nakayamashoten.co.jp/>

装丁本文デザイン — ビーコム

カバー装画 ——— 富長敦也

印刷・製本 ——— 三報社印刷株式会社

Published by Nakayama Shoten Co., Ltd.

Printed in Japan

ISBN 978-4-521-73679-2

落丁・乱丁の場合はお取り替え致します

本書の複製権・上映権・譲渡権・公衆送信権(送信可能化権を含む)
は株式会社中山書店が保有します。

JCOPY 〈(株)出版者著作権管理機構 委託出版物〉

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。

複写される場合は、そのつど事前に、(株)出版者著作権管理機構

(電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp)の許諾
を得てください。

本書をスキャン・デジタルデータ化するなどの複製を無許諾で行う行為は、著作権法上での限られた例外(「私的使用のための複製」など)を除き著作権法違反となります。なお、大学・病院・企業などにおいて、内部的に業務上使用する目的で上記の行為を行うことは、私的使用には該当せず違法です。また私的使用のためであっても、代行業者等の第三者に依頼して使用する本人以外の者が上記の行為を行うことは違法です。
