

第12回日本外来小児科学会サテライトセッション
「よく出会うこどものウイルス性疾患への初診時の対応」

出席者：

松村真司（松村医院）

東京都世田谷区の私の診療所には2～3割ぐらい小児の患者さんが来ます。一番困ったのはお母さんへのアドバイスです。やはり経験が必要だと感じました。もう1つは治療でスタンダードが決まっていないもの、意見が専門の先生でも分かれているようなことが日常的に困っていることです。

森 博彦（森内科医院）

内科を専門としていますが、以前、数年間米国に留学していた経験があり、米国の医療システムを患者サイドから見ることができました。その後開業の時、家族単位で診察する医師になろうと思い立ちました。医学以外でも何でも知っている医師で、その代わり多少浅くてもいいから幅広い知識を手に入れようと思ったわけです。最初にまず熱のある方とない方を、待合室で可能な限り分離しようと試みました。また検査コストに関しても治療に必要と思われるものだけ最小限行っているだけです。

原 朋邦（はらこどもクリニック）

埼玉県所沢市で開業しています。何でも診る小児科医になろう、年齢的にも18歳位の思春期までは対応しようと考えて開業しましたので、森先生のお話に共鳴するところが大です。内科と小児科という壁はあまりなくて、疾病群が加齢と共に変わりますので、わからなくなったら、それは専門医に繋ぐことでよいのではないかと考えています。内科の先生でお困りになった時には小児科医に繋いで頂き、われわれも良い内科医に繋がりたいと思います。

五十嵐正紘（五十嵐こどもクリニック）

東京の練馬区で開業しております。よく患者さんが私に「先生、何が専門ですか」と聞かれるのですけれども、答えるのは「かぜの専門家です」。プライマリ・ケア医というのは基本的には日常疾患の専門家だと思います。

司会

絹巻 宏（絹巻小児科クリニック）

プライマリ・ケアに携わる医師に必要な **minimal requirement** ということ
を念頭に置いて、小児科医と内科医が Q & A の形で話し合いたいと思います。
日常診療で最低限これだけは行ってほしい、あるいは行ってはいけないことを
提示できればよいと思います。

熊谷直樹（くまがいこどもクリニック）

兵庫県の尼崎市で開業して 10 年たちました。患者さん、もしくはその親に
対しているいろいろなことがアドバイスできることが地域医療であり、広い意味で
のプライマリ・ケアではないかと、最近ようやく親や家族の気持ちをおもんば
かりながら話ができるようになりました。今日は、プライマリ・ケア医としてお
互いに理解できればいいのではないかと思います。

日常疾患における EBM と NBM について教えてください。

日常疾患の専門家というのはどういうことなのか

五十嵐 日常の感染症についてどれだけ私たちは **evidence** を持っているの
か、そこが恐らく **minimal requirement** とかあるいは **Evidence-based
Medicine** ということなのだろうと思います。自分の言っていることにどれくら
い確証があるのかどうかというので一番確かな方法は、私は患者さんに自分が
今頭の中で考えて診断しているプロセスを口に出して話をする、あるいは何か
治療についてお話をするとき口に出して説明できる、その説明することに自
分は何らかの根拠を持っているというところは非常に重要なのかと思うのです。
最近私のところで 1 人新しい看護師さんが来て、予診をやらせてもらおうとして、
口に出して説明しようと思うと、実は私の中にでき上がってないものがいっぱ
いあるということがわかりました。

日常疾患ほど **evidence** はないのではないかと思います。特に、感染症につ
いて言えば、ウイルス屋さんは世の中にたくさんいるのです。細菌屋さんもた
くさんいるのですけれども、臨床屋さんは実はあまりいないというのが現状と

思います。そういう意味で、私ども臨床現場にいる人が evidence のない部分について evidence を生産することに私たちが関与するということは重要と思いますし、それは実は症例のあるところでないといけない。私も昔大学にいましたときにはしかの患者さんが大学にやってくると、私は外来で、病棟にいるレジデントにみんな電話をかけて、「ちょっと見にこい」というような事態が今起こっています。そういう疾患について大学で研究することが難しい。むしろ私たち現場にいる、現場でしかできない、現場でやるのが一番都合のいいというものをぜひつくっていく必要があるかと思います。一方で、私たちは evidence に基づいて仕事をできるかという、evidence に基づいて仕事ができる部分は毎日やっている仕事の中の恐らく 1/10 あるかないか。多くのものは実は evidence が存在していない。そこはどうやっているかという、恐らく皆さん、あるいは自分の今までの医師としての経験、あるいは患者さんの個人的な事情を考えながら、何かその evidence のない部分については医療者として仕事をしている。私は恐らくプロフェッショナルであるということはどういうことかという、evidence に基づいて仕事をするほうはあまりプロフェッショナルとしては重要ではなくて、むしろ evidence がなくて、むしろ evidence がなくてどうやってその患者さんの個人的な事情ないしは個人的な物語と一緒に私たちがその病気と対処していくような支援者になれるかというところが重要で、そこが Narrative-based Medicine という部分ではないかと思っています。

感染症というのは、人間がチンパンジーから分かれたのが 4 百万年とか 6 百万年前だとかいいますが、はしかは人間しかならないのだとすれば、ずっとある 1 つの生態系の中でというか、はしかのウイルスは人間と共存しながら何百万年も生きてきた。それも物語の 1 つなのではないかと思っています。病気をネガティブにばかり考えがちなのですけれども、病気をポジティブに考えるようになると、私はこの感染症というのは非常に重要な部分でもあると思っています。

外来初診の 3 つのポイント

絹巻 初診時に正しく診断しなければいけない病気もあるけれども、まあ少しぐらい間違ってもあまり問題のない病気もあります。その辺はこの機会に 1 回整

理してみてもいいかなと思います。どうしてもきっちり診断しなければいけない病気というのは、有効な治療法があって、早く治療を始めればそれだけ効果がある病気です。

それからもう1つ、感染力の強い病気の場合、特に登園とか登校の停止の問題があります。これはきっちり知っていなければいけない、そして外来での隔離も大切な問題だと思います。そういう意味で、感染力の強い病気はやはり最初にきっちり判断しなければいけないし、しっかり対応しなければいけないということです。

3つめは、ホームケアの問題で、これも非常に大切な問題です。evidence があるものは多分少ないと思いますが、ある程度自分なりのはっきりとした指導の方針を持っている必要があると思います。今日挙げるような病気は自然に治るものが多いですが、合併症のあるものについてはそのことをちゃんと知った上で家庭でのケアを指示することが大事です。

古典的発疹症 鑑別のポイントは？ どう対応するか

松村 発疹ははっきり典型的なものが出れば、アトラスを見てこれと一緒にだとか自分で勉強したり、近くの専門医にコンサルトしたり、最近はデジカメで見えていただくことも可能なので、このように出ていますけれどもどうでしょうかと尋ねることはできます。地域の流行の情報もある程度知っていればあまり悩むことはないのですけれども、悩むのはやはり出る前あるいはちょっと出たという形や非典型的な何だかよくわからない発疹が一番対応に苦慮します。自分では大体3日目ぐらいですね。3～4日たって自信がなくなってくると、近くに小児科の先生がいますから、午後にでも行ってとか明日にでも行ってと言えるがまんの限界が大体3～4日ぐらいです。へき地でやっている方はもっと長く保っていると思うのですけれども、そのぐらいの段階で発疹が少し出ていて余り典型的なものが出ていないというものが一番正直言って悩むようなところですね。

大事なのは重篤感があるかどうか

原 悩むところは私も同じです。判断で重要なのは重篤感があるかないかで、重篤感のない場合には経過を見ることでよいかなと思います。永山斑を目安にして、あれば突発性発疹

を考えて、発熱が続くことを説明します。麻疹は流行があっても小規模でまとまって診る機会が少なくなり診断が難しくなっています。でも、コプリック斑が出る前から口腔粘膜が暗赤色で汚い感じになり、涙目になり咳が出ます。他に同様の経過をとる病気は少ないので早期から疑うことが可能だと考えます。エンテロウイルスの発疹症では典型的なのは手足口病でしょうが非特異的な発疹のケースもありますし、Gianotti 症候群と考えるような発疹の例もあります。いずれも不顕性感染例も多い訳ですから、隔離もあまり考えません。水痘の場合に、最初の1つか2つの発疹で水痘と断言できる方がいらっしゃるでしょうか。自信のないときには水痘の疑いとして話します。ただ、水痘はワクチンが普及をする前には、アメリカでは年間に約200例が死亡していたそうで、日本でも相当数の死亡例があると予測されます。重症になる水痘は経過を診ていればわかってきますから、最初から怯えて診る必要はないと考えます。多くは軽症で、むしろ重症になるのは、川崎病やアナフィラキシー様紫斑病、Stevens-Johnson 症候群などのウイルスから少し離れた病気でしょう。

絹巻 重篤感があるかどうか、それが最初のポイントですね。後はどうでしょう。やはり、感染力が問題になるような病気かどうかという見極めが大事であり、麻疹はその最たる例だと思いますが。

原 そうですね、麻疹以外はあまり大したことがないと思います。

Enterovirus の発疹と風疹の区別が非常に難しいので何かコツがありますか

風疹という診断は当てにならない

原 風疹の診断ほど当てにならないものはないと思います。溶連菌感染症や伝染性単核球症にペニシリンを投与して出た発疹だったりします。周囲にほとんど風疹の患者がいなのに風疹と診断される医師がいると困ることがあります。今は、典型的な風疹をまとまって診る機会がなくなっていますので散发例だと診断も難しくよほどの自信がない限り、疑ってかかったほうが無難でしょう。典型例は両側性の無痛性か軽度の圧痛を伴う頸部リンパ節腫脹があり、あまり重症感がなく、わりに鮮やかな発疹が出てきます。しかし、思春期や成人例では発疹が変わってきます。

絹巻 確かに私の経験でも、水痘と麻疹に関しては既往歴が間違っていたというケースは非常に少ないです。だけど、風疹は3分の1は間違っただけで臨床診断されていると思います。これは皆さん共通の認識だと思います。

あと、発疹症で麻疹と川崎病を間違えるということがよくあります。小児科医で間違える人は少ないと思いますが、間違えやすいところということを知っておいたほうがいいと思います。

それから、薬疹ですが、どうも非特異的なウイルス性の発疹症を薬疹と診断している医師が多いのではないかという印象があります。

水疱瘡にゾピラックスを使いますか？

原 私は使っています。アシクロビルが発売されてから、当初は水疱瘡に対して使うかどうか議論が多かったのです。実は近畿外来小児科学研究会が2001年に開かれ、そこに参加した小児科医に、80数名から水痘の治療にアシクロビルを使っていますかというアンケート調査をしたら、約85%が使っているという。意外と多く使っているのだなあという印象を持ちました。

それから、アシクロビルでは、塗り薬ですね。かゆみ止めに何を使っていますかという質問もしたのですが、いわゆるカチリが多かったのです。実は私はカチリはあまり好きでなくてというか使っていないのです。非常に古典的な鎮痒剤ですが、かゆみ止めとして、かゆみがとまるのかどうかもわからない。それから、塗って使っていると、ぼろぼろとして子供が痛がる。

絹巻 しみますものね。

熊谷 しみる感じがあって、それから見た目が、要するに水痘の診断で来ても、白く塗ってあって水疱瘡とか診断がわからないということがあるのです。それもありますけれども、嫌がる子は結構いると思います。その辺はほかの方々はいかがでしょう。

絹巻 原先生、塗り薬について一言ありますか。

原 何を塗っても治るスピードは変わらないはずなのですが、森先生がおっしゃるように一番安くて多少とも効果があるとしたらかゆみを取ること。ただ、塗りっ放しだと、あの下で化膿して非常に重篤なブドウ球菌の紅皮症みたいなものが出てきたみたいになったような子供も見たことがありますので、水痘のときに熱がなければお風呂に入ってもらって、むしろ皮膚を清潔にして、それから私の患者さんはカチリを塗っているわけですが、塗りかえるといいですか、その回数を1日2回とか3回にするようにして、何を塗っても治る病気なので、それがいいということではなくて、一番安い薬というのが私の考えで、では本当に五十嵐先生がおっしゃるように evidence でやっているかということと多分ないと思います。

絹巻 カチリや非ステロイド系の軟膏で塗らないのと比べるという研究はあまり聞いたことがないですね。どれでも変わらないということでやらないのかもしれませんが、

原 私自身はアングラムやコンベックなどを試したことがありますが、効果がカチリよりも促進されることはありませんでした。

絹巻 森先生、では今の発疹症に関して何か。

森 私の診療所には、内科と小児科の患者さんが一緒にお見えになりますので相互の感染に対して大変気を使います。私は小児の発疹を見たときには、先ほど原先生がおっしゃっておられましたように子供の全体像をまず診ることにしています。元気で走り回っていれば発熱が多少あってもまず問題ないことは経験上分かっております。発疹に関してはまず、水泡性のものと紅斑性のものを区別する必要があります。特に水泡性のものは、出現初期を見逃さないためにも家族と密接な連絡をとり対処する必要があります。たとえば、24時間後に一度状態報告を電話でくれないか？とか言うわけです。水泡が出現すれば直ぐ来てください、というわけですね。

2 番目には、先ほど話題に出ておりましたが、やはりウイルス性と細菌性をどう鑑別するか？

たとえば猩紅熱みたいな症状があるときなどは、CRP や WBC などを測りますが、それでもはっきりしたことが分からない場合は、どうしても初期に抗生物質を使わざるを得ません。細菌性を強く疑う場合には、それに効くと思われる抗生物質で、副作用の発現頻度がほぼ同じなら、1 番安いものをほぼ最大量を短期間使用いたします。他のウイルス、たとえば entero などは症状が細菌性によく似ていますが、経過で大体見当はつくようです。水痘に関しては、慎重に加療しても、跡が残る可能性について予め親御さんにお話しておく必要もあるでしょうね。

絹巻 先生はなるべくコストを抑えるということですが、アシクロビルはお使いになるのでしょうか。

森 水痘にアシクロビルは基本的に使いたいと思っております。これは早期であれば確かによく効きますし、ご家族の要望も無視できません。一度家族のどなたかがなるのを見てしまいますと、真っ黒になるわけで、家族の積極的な治療の要望は強いものがあります。この場合、確かに親の要望も考慮に入れる必要がありますね。

絹巻 家族内の続発のケースは発疹も多いし重症になりやすいことが知られていますし、年長児でも比較的重いことが多いですね。

森 水痘に関しては、大人、この場合は父親になるでしょうが、水痘にかかっていらっしやらない方が結構見えるのです。子供には早期にアシクロビルを投与して、父親にはワクチン接種を当日に施行する場合があります。第 3 病日位ですと免疫成功率は、随分下がって 60%もあるでしょうかね。

絹巻 発疹症で細菌性のものを鑑別しなければいけないというお話が出ましたが、整理しますと、猩紅熱（溶連菌感染症）、S S S S が細菌性感染症の最たるものです。敗血症で発疹というケースは日常診ることはほとんどないでし

よう．そして川崎病や多形滲出性紅斑が鑑別に上がって来るだろうと思います．

（フロアより）

岡藤輝夫（姫路市・岡藤小児科） 水痘症の父母の問題ですが，もちろん接触があってから3日以内でしたらワクチンがかなり有効なのですが，実はそういうケースの場合，まだしていないという母親が随分いて，そのときにワクチンをするかどうかという問題が常に起こります．そういう母親を水痘抗原で調べてみますと，約9割は抗原を持っているのですね．それは24時間後にはもう判断できますので，しかもその水痘の場合は2～3日前から排出されていて感染の危険はあると言いますけれども，実際に潜伏期を見てみますと，病院で感染を受けた場合と兄弟が感染を受けた場合，計算してみるとほとんど発病は同じなものですから，すなわち接触した日が第1病日だと見てやりますと，もうその日にその検査をすれば明るる日にはわかりますので，そのわかった時点でもし陰性ならば水痘は治癒をするということが十分可能な病気ではないかと思っております．

原 私は水痘抗原を常備しておいて、水痘患者の家族に既往歴がない場合に診断できるようにしていますが、水痘抗原があることを知らない医師が非常に多いように思います。患者が妊娠中の場合に問題が大きくなりますね。免疫がない妊婦が罹患しますと胎内死亡もありますし、先天性水痘症候群の発生の可能性もあります。感染した可能性が高いことと免疫がないことや胎内感染について記載して産婦人科に紹介をするのですが、複数の大学病院の産婦人科から、血液中の抗体を測定しないでけしからん、アシクロビルを使うとはけしからんと叱られたことがあります。アシクロビルを使う方法もあるが産婦人科の医師と妊婦とよく話し合っとうえで対応して欲しいと書いているのですが、どうも、産婦人科での理解が乏しいように思います。

熊谷 水痘とアシクロビルもしくは水痘と皮内テストのことにに関して、私も皮内抗原のテストを置いているのですが、あれは有効期限が短いのです。だから、置いておいて使おうと思うと期限が切れていたりするのです。しょっちゅう日付を確認しておかないと使えないということも何回かありました。

ゾピラックスをよく使っているのですけれども、水痘は本当に2回罹るのでしょうか。

原 最近の雑誌Pediatricsに2回発病したケースが報告されています。

熊谷 ただゾピラックスの影響かどうかまではちょっとまだわかりませんか？認識としてはそれでよろしいのでしょうか。

原 アシクロピルの使用がなくても2回罹ることがあるという理解で良いと思います。

のどの変化で来る病気（咽頭炎，扁桃炎，口内炎）：ウイルス性と細菌性の鑑別は？

松村 うちもストレプトテストを置いていますので、とりあえず溶連菌感染だけは見逃さないように、自分がまだ臨床所見だけで言う自信がありませんので、少しでも疑ったらどんどん取って行って、なるべく確認するようにしております。うちはアデノのチェックは置いていないので、どのくらい有用なものなのか教えていただければと思います。

またホームケアですが、本当にのどが痛いとかわいそうで、お母さんが食べられないお子さんを見ている、本当にこちらまでつらくなってきてしまうので、それを何とか症状を軽くしてあげる方法、何かノウハウみたいなものがあれば教えていただければと思います。

絹巻 松村先生は溶連菌の迅速検査もやっていらっしゃるんですね。内科の先生は結構そういう検査をやっていらっしゃるのでしょうか。

森 はい、結構やっていると思います。よく似た病気で、内科のほうは伝染性単核症、アデノ、溶連菌、EBなど鑑別が必要な疾患は結構あります。

意外と見逃されている伝染性単核球症

絹巻 原先生，アデノウイルス感染症についてはいかがでしょう．

原 アデノウイルス感染症は診断をつけても治療は変わらないですね。検査を行うのは、保育園などで高熱が出て、発病パターンが似ている時などに行って、もし、アデノウイルスが陽性であれば保育園に連絡を入れるというような使い方をしています。個人の診断にはあまり使っていません。喉が腫れて、熱で受診する例で、意外に見逃されているのが伝染性単核球症だと思います。頸部のリンパ節が腫れて、独特の浮腫状の顔貌になりますし、腹部を触診すると肝脾腫が認められます。疑わしきは血液塗沫標本を作ってみれば、異形リンパ球が増加しているので診断は容易です。幼い子どもでは発熱の期間も短いようです。

熊谷 原先生が言われましたように、診断してどうなるのというところはあるのです。でもやはり親が安心するしこちらも安心するのです。自信を持ってこれはアデノだから熱は高いけれどもがまんすれば大丈夫だと言えば、親は大概は「よかった、安心しました」ということがあるので、そういう意味では保育園に入っているからということも含めて非常に有用だと今思っています。ただ料金が高いのですよね。保険点数がね。

絹巻 私も昔は扁桃炎で膿栓がついたりしていたら細菌性かなとずっと思っていました。しかし迅速検査が開発されて自分で調べてみると、アデノの出る人が多いし、もちろん中には伝染性単核球症も含まれているということで、最近では眼窩性扁桃炎に膿はむしろウイルス性かなという感じで最初は診ていくということが多くなりました。流行しているときは何人が把握してしまえば「ああ、この人もそうだな」でいいと思うのですけれども、自分の診断技術を上げるためにも、ああいう検査は非常に私自身は役立ったと思っています。

ウイルス性の病気で咽頭が痛いと患者は訴えますが、何かよい方法があるますか？

絹巻 これはヘルパンギーナや鷲口瘡の場合だと思いますが、私は良い方法

はないと思うので、痛みは仕方ないと説明しています。一般的には、固い物や酸味の強いものを避けるようにと食事の注意をしたいと思います。あとは気休めくらいのものですよね。

森 たえばヘルパンギ-ナで喉が痛い時には、薬も飲めないわけです。もちろんある程度の食事制限というか、喉を通りやすいもので、ババロアのような柔らかく水分が多いものをおすすめいたします。他に卵豆腐なども結構いいようです。

絹巻 もう少しきめの細かい食事の指導ということですね。

森 痛みを取る方法としては、弱いですがアセトアミノフェンしかないと思っております。

絹巻 お聞きしたいのは、内科とかでものどが痛いという方は多いですね。やはり今でもうがい薬とかトローチを使われるのでしょうか。

森 私はうがい大好きなのですが、何秒以上するとか細かく指導しています。私が実際にうがいして実演して見せます。これは自分のためでもあります。喉の状態がひどい場合には、頻回にやっていただきます。

絹巻 うがいは何をお使いになるのですか。

森 私はイソジンが好きです。子供の場合は緑茶や塩水を使う場合もあります。

おたふくかぜ（ムンプス）

絹巻 おたふくかぜに関しましては、松村先生、森先生、日常の問題としてどのようなことが問題ですか。

森 結構大人の方が結構来られまして、どうしようかと思ったことがあります

すけれども、一番問題になるのは、これがウイルスによるものなのか細菌によるものか、あるいは反復性の耳下腺炎の場合にもちゃんとウイルスの場合になると抗体が上がってきませんので、その辺のところをどうしようかと思っているのですけれども、一応大人の場合で両方腫ればまずおたふくで間違いないだろうと考えています。抗体は、ほとんど大人の方の場合は終わってから1週間ぐらい後でどうしても知りたいという方に関しては抗体検査をしまして、抗体が上がっていれば多分おたふくだったのでしようという。本当は2回でペアでやるのが一番いいのですけれども、大人の場合は2回も来てくれる方がそうおりません。ただこれが反復性の耳下腺炎かわからないのですね。もしわかれば、お教え願いたいです。

原 教科書的には、反復性耳下腺炎の場合には、短期間に腫れが消失する。しかも、片側性であり、ムンプスの場合は、腫れている期間が長くて、両側性になることがある。最近、日本外来小児科学会雑誌の「外来小児科」にも掲載されていますが、超音波所見が違うというのがあり、内科の先生方は超音波検査をよくおやりになり機械を持っていることが多いので、鑑別に使えるのではないのでしょうか。

反復性の場合には排唾管の拡張が特徴的だとされています。ただ、反復性耳下腺炎は偏側性だと考えられているのが一般的だと思いますが、「セシル内科学」には両側性のことが多いと書かれています。これは、検証しないといけないかなと思います。

森 その両側性というのは、米国での記述ですね。米国ではMMRがちゃんと施行されていますので、ほとんどおたふくを見ることはありません。先日、米国の学生が当院を見学に来て、おたふくと手足口病を見て驚いておりました。

絹巻 反復性の場合、やはりおたふくかぜにかかったかどうか1回は抗体をチェックしておいたほうがいいと思います。

水いぼは、なるべく取らないようにはしていますし、どうしてもという場合は近くの皮膚科に行っていると思います。一番困るのはプールで感染するという伝説みたいなものがあるって、それは本当に evidence があるのですか。

絹巻 多分この質問に対する対応は、小児科医によっていろいろだと思います。原先生、いかがですか。

原 私はみずいぼを取りません。屋外のプールであれば、紫外線を十分浴びていますし、アデノウイルスでも不活化する程のカルキが水に入っています。皮膚からウイルスが水中に出て、感染性を保持しているか疑問に思います。多分、水を介してうつることはないと考えています。だから、取ってこいと言う学校や園には、子どもを苛めないで欲しいと手紙を書いています。アメリカ小児科学会が出しているRed Bookにも、ミズいぼの項目ではタオルと一緒に使うなということは書いてあっても、プールと一緒に入るなどは書いてありません。ただし、アデノウイルスの項目には、プールの水でうつると書いてあります。この本は引用文献がない本なので、私はこのことは疑問に思っています。

熊谷 僕も原則は取らないことにしています。ただ、学校はまあいいのですけれども、スイミングスクールが一番問題ですね。

原 よしんぼうつったところで、死ぬ程の病気ではないし、待っていれば必ず自然に治る病気ですから、無理にとることはないと言う考えです。

熊谷 そうなのですけれども、結局よその親からプールのことを悪口言われるのが嫌だというのが現実問題としてあるわけです。プールの側も自分のところでうつって、それがひょっとして相手にうつるかもわからない。うつたけれどもそれほど大したことはないよという意見のようなのですけれども、うつすほうの親がうつされたほうの親から文句を言われる。それが嫌だからプールの側は取ってきてくださいということが現実には多いとは思いますが。そういう場合取るか取らないか、取らないほうが、取ってももうきたないですしね。血液がついて気持ちが悪いですけれども、よくないと思うのですけれども。以前は40%の硝酸銀をつけてこうやった時期があったのですけれども、あれは普通大きい子でないと、動いたりすると衣服についたりかゆがったりするので、それから10分、15分乾くまで待たないといけないとか、何よりもやはり面倒くさいというのがあってやめてしまいました。最近ペンレステープですね。

それを張って、こちらで張るのも面倒だから一たん持って帰ってもらっておうちで張って 30 分、1 時間してから来てくださいと。そうすると痛みは確かに和らぎますね。感作の問題があるかもしれませんが、あれだと比較的取りやすいという印象で今やっています。

原 何回も手紙を書いていたら、取れと言わなくなりました。

熊谷 それはありますね。あそこへ行ってももう取ってもらえないとなれば（笑）。

森 これは面白い問題ですね。Evidence ではほっておいても良いというのですから。EBM による臨床上の治療決定については熊谷先生の方が正しいと思います。EBM による意思決定には家族の意向、本人の意向が大きな部分を占めます。

熊谷 それは家族の希望かもしれないけれども、本人は絶対希望しない。（笑）

E B M を水いぼを例に教えてください。

五十嵐 evidence があるからみんなやるというわけでも恐らくないと思います。例えば今の水いぼの話だとお手紙書く、私もやっていますけれども、お母さんにもそういう話をすることやっていますけれども、時には直接電話をかけるなどということもやっています。必ずしもスイミングスクールがそれですぐに私が言っていることを納得してくれるとは限らない。ただお母さんはぜひスイミングスクールに通わせたいのだというご希望があれば、そういう evidence を含めていろいろな事情はお話しします。子供の人権無視だとか場合によっては言いたい場合もあるけれども、3つか4つなら、では取ってあげましょうかと考える場合もありますし、ある場所が肛門の周囲にあるとか、目のまつげのところにあるとか非常に不快な感じのところにあるなら取ってあげましょうかと考えたりすることはあってもいいだろうとは思っています。一般に例えば、熱があったらふろに入ってはいけないとかかぜを引いていたらふろに入ってはいけないということについて、私も昔そういうことに関与して少し調べたことがありますけれども、実は何も evidence は存在しない。けれど、金

科玉条のごとくそういうことを信じている親はたくさんいらっしゃいますし、その歴史を調べてみると、その親の信仰をつくったのは医療者であることが歴史的に考えると多いのではないかと思います。そういう意味で、1つ小さな動きだけでも、学校内においてなり幼稚園なりスイミングスクールにそういう話をする。それだけでは納得しない人には「いや、こういう証拠があるのです」ということまでお話しするというのを地道に30年ぐらいやらないと、世の中の信仰は変わらないのではないかと思います。その変わらない間にやるのがわれわれの持っている evidence などと考えながらやる仕事になるのではないかとはいえます。

主なウイルス性疾患の登園・登校の停止基準を教えてください。

原 *Pediatric Infectious Disease Journal*の20巻380-391頁にエビデンスに基づいた勧告という論文が出ていました。潜伏期、感染が持続している期間などを論文上で検索したと書かれています。五十嵐先生はevidenceがあると言っても必ずしもそうでない場合があるとおっしゃっていましたが、この論文で言うevidenceの強さは私にはわかりません。学校保健法に基づいた基準と比較して表にしました。学校伝染病の3類に入ると考えられる疾患も書きました。従来、私共がはっきり言えなかったものに、ウイルス性胃腸炎の出校停止の基準がありますが、アデノ、カリシ、ロタ、アストロウイルスについては最後の下痢から24時間とあります。ただ、ノウオ - クだけが3日と書かれています。私どもは外来でノウオ - クかどうかを鑑別することはできませんので、どうするのかなと思います。われわれが入手できる基準について紹介をさせて頂きました。

プライマリ・ケア医の専門性を求めて

五十嵐 子供をたくさん診ている医者と大人をたくさん診ている医者では、同じ水痘でも同じはしかでもかなり病状の違う部分を診ている可能性は十分あり得ると思います。そういう意味でお互いに勉強できる場所は十分にあるのではないかと思います。

一方で、今日議論したのはごく日常的な、1日医者をしていれば、あるいは1週間医者をしていれば1回ぐらいは会うような疾患のことを議論しましたけ

れども、最初に私はかぜっ引きの医者ですと言いました。それはプライマリ・ケア医、あるいは家庭医にとって一番重要なベースだと思います。ではそのことを通して何が起こるのかというと、特定の患者さんの個人の物語が僕らの頭の中に、診療録の中に入っているというようなことで僕はプライマリ・ケア医たり得ると思っています。私たち子供をたくさん診ている人は、かぜの患者さんが来て「はい、かぜ」、「はいかぜ薬」という医師ではありたくないと思って過ごしております。子供の時期はある意味で健全な心の発達の非常に重要な時期ですし、われわれが関与できる、あるいは今習慣病が非常に問題になってきています、その習慣の形成期にわれわれが関与できる。生後6カ月から15歳までの小児の死因の1位は病気ではないのです。事故なのです。その事故予防にわれわれが関与できる、その基盤はかぜっ引きの医師であることで個人の物語がわかっている。かぜの患者さんにわれわれは実は何もすることはしない、抗生物質は役に立たないし、私はかぜ薬は何も信用していません。信用していないけれども出しているのです。そういう中で、われわれがする本来の仕事は何なのか。恐らく内科医で大人も子どももたくさん診ておられる方も、特に子どもを診ておられる人は家族との関係性を考えないでは診られないですし、小児科医で子どもを診ている人も家庭医ではあり得ると思いますし、こういうことを通して、われわれの力量が試される。かぜの専門家でありながら、もう少し別のところに自分のプライマリ・ケア医としての専門性を見出しているということなのではないかと思います。

絹巻 最後に、 に子どものウイルス性疾患への対応のワンポイント・アドバイスを、また に主なウイルス性疾患の登園・出校停止の基準を提示して、この座談会を閉じさせていただきます。どうもありがとうございました。

* この座談会は、2002年9月1日、第12回日本外来小児科学会（名古屋市国際会議場）の折開催されたサテライトセッション：プライマリ・ケア教育連絡協議会による「臨床研修ニュービジョン」として開催されたものです。

よく出会う小児のウイルス性疾患への初診時の対応 ワンポイント・アドバイス

Q

1. 伝染性紅斑，ほっぺたは真っ赤，本人は元気。今日，幼稚園に行っていていいですか？
2. 伝染性紅斑，おかあさんも浮腫が出た。治療はどうする？
3. 流行性耳下腺炎，お父さんの既往は不明。「大人がかかったら精子がなくなる，って聞いたんですけど，どうすればいいですか？
4. 手足口病，ぶつぶつ出ていますが，プールに入っていていいですか？
5. 手足口病，のどが痛くてご飯が食べられない。「どんなものが食べられますか？」
6. 伝染性軟属腫（水いぼ），プールに入っていていいですか？いつ，どのくらいの大きさになったら摘除しますか？
7. 流行性耳下腺炎，おなかが痛い，って言っています。どんなものを食べさせればいいですか？
8. 風疹の診断を自信をもってするコツは？（風疹だと「この園で風疹が出ました」と幼稚園に張り紙がされます）
9. 兄弟に風疹，弟を予防するには？
10. 水痘，陰部に出て，排尿時に痛がって泣くので連れてきました。どうしますか？
11. 2歳，水痘，発疹に気付いて3日目で来院。ゾビラックス投与しますか？その妹，6ヶ月。発疹はまだありません。ゾビラックスはどうしますか？
12. 水痘，アトピーがありステロイドを塗っています。しばらく薬は中止したほうが良い？
13. ウイルス性疾患にかかりました。次の予防注射は延期ですか？ポリオは？BCGは？
14. 水痘を兄が発症しました。弟はまだ発症していません。明日はお泊り保育です。行っても良い？

A

- 1; 差し支えありません。紅斑のみの症状ならば休ませる必要はありません。
- 2; 大人の場合、特に女性の場合には指などの浮腫状の腫大、発熱、関節痛などの症状を伴うことが多いのです。そのような場合に、非ステロイド性の抗炎症薬を使うことが

あります。あまりに関節症状が遷延する症例に関節リウマチのようにメソトレキセ - トを使って好転した例もあります。

3; 両側の睾丸が同時に侵されることはまずありませんので、無精子症になることはありません。ムンプスは不顕性感染も稀ならずあるので、血液中の中和抗体(補体結合抗体、赤血球凝集抑制抗体ではだめ)を検査して、免疫が無ければワクチンを接種するか、免疫のある人にワクチンを接種をしても不都合はないので検査をしないで予防接種を行うかのいずれかの方法をとれば予防が可能です。

4; 手足口病でも東南アジアでは死亡例が少なからず報告されています。急性期には、強い陽射に暴露するなどのストレスは一応さけたほうが無難でしょう。

5; ストロ - を用いて牛乳やヨ - グルトを飲む、プリン、アイスクリ - ム、ヨ - グルトなどを食べるなどがお勧めです。

6; プールは入ってもかまいません。原則としてとりません。

7; 流行性耳下腺炎の場合に、膵臓炎を合併することがあります。それを示唆する程の痛みであれば、炭水化物中心にします。痛みの原因を鑑別してから食事の指導はします。

8; 風疹の診断は難しく、典型的でなければ血清診断を必ず行います。

9; 同胞に風疹が出た場合に、他の同胞を発病が免れるのによい方法はありません。また発病をしても概して軽症なので、麻疹のようにガンマ - グロブリンなどを用いることもしません。

10; 鎮痛剤としてアセトアミノフェンの投与くらいです。水痘で痒みを訴えることはあっても痛みを訴えることは稀です。

11; 私は発病をした水痘では、ステロイド治療中や免疫不全などのハイリスク患者でなければ24時間を超えていればアシクロビルは使いません。

妹は若し、同胞からうつれば14日後に発病が予測されます。発病をしたら24時間以内にアシクロビルを投与します。

12; 水痘にはステロイドホルモンは使いません。アトピー性皮膚炎の重症度、部位にもよりますし、水痘の重症度、部位にもよりますが基本的には中止させます。

13; 麻疹、水痘、お多福風邪、インフルエンザ、手足口病、ヘルパンギ - ナなどではポリオ、BCGは発病から4週間をあけさせます。ポリオもBCGも急ぐ必要のないワクチンだからです。いわゆるかぜなどでは治癒して1~2週間たてば接種をします。

14; 弟が発病をしていないことを確認してから参加可能とします。(回答者: 原 朋邦)