

こどもの急性腹症 Aug 24th 2000

こどもの消化器症状でのER受診は発熱に次いで多いため、ERでは鑑別診断のアルゴリズムを頭に入れてアセスメントをつけないといけない。(特に surgical abdomen かどうかをできるだけ早く決める)

母親に聞くこと)

→契機になるエピソード(または事故)はあったか? いつから始まったか? その後どうなったか?  
最後にニコニコしていたのはいつか?

活動性

→起きているか、横になったままか、おもちゃを渡して遊ぶか、笑うか  
(呼吸器症状→咳・鼻汁・咽頭痛・陥没呼吸(胸骨のすぐ上は吸気時に凹むか)があるか)

消化器症状→嘔吐・下痢・腹痛はあるか

腎症状 →おしっここの時に泣くか(排尿時痛)、頻尿はあるか

理学所見)体重をしっかり測る! それからバイタル(体温・血圧・心拍・呼吸数、できればSpO2も)  
こどもを診察する時にはこどもに直接話しかけ、なんとか信頼してお腹を診させてくれるように1分ぐらいはかける→手っ取り早くするためにはアンパンマンのぬいぐるみを渡して少しでも恐怖心をとってあげる

大泉門を触った後に、まずは脱水の評価→口の中は乾いているか、この6時間で何回排尿したか、手足はあったかい、足背を握って血色がすぐもどるかチェック

咽頭・胸部も型どおり診察

腹部→まずは見てみて、お腹の張りぐあい、bowel loopの有無、左右対称性をチェック

触診では話しかけて最初に痛いところ指でさしてもらって、そこを避けてはじめる

よく小児科医が使うトリックはこどもの手に聴診器の頭や、ぬいぐるみを持たせながら

触診するやりかた

もし圧痛があれば聴診器もしくはぬいぐるみから手を放して、こちらの手をはらいのけようとする

小さい子の嵌頓鼠径ヘルニア、大きい子の精巣捻転を見逃さない!

それから腹痛+性器出血→子宮外妊娠の80%に出血伴う 帰してからruptureしたらあとの祭り!

→少なくとも中学生以上はsexually activeかどうかを聞いて(彼氏は?など)、尿検査を行う

検査) surgical abdomenを考えた時は最低CBC(分画も)とU/Aを提出

写真は臥位と立位 肺野もちょっと入れて!

鑑別診断)

嘔吐と腹部膨満があって腹部X線上 bowel obstruction (腸閉塞) の所見をきたす疾患はエイム (AIM)  
A-A-I-I-M-Mとおぼえる

Adhesions (癒着)

Appendicitis (虫垂炎)

Intussusception (腸重積)

Inguinal hernia (Incarcerated) (嵌頓鼠径ヘルニア)

Malrotation

Meckel's diverticulum (メッケル憩室)

(Masses)

腹部X線上 mechanical obstruction (腸閉塞) と adynamic ileus (麻痺性イレウス) の鑑別

腸閉塞→AIM

イレウス→胃腸炎、敗血症、肺炎、腹膜炎、尿路感染症、肺炎

- 1) まず動かない部分 (胃、直腸、大腸の肝彎曲、脾彎曲) をチェック 肺も忘れずに
- 2) 次に臓器 (肝、脾、腎、腸腰筋、膀胱) の辺縁をチェック  
→腹腔内出血もしくは隣接する mass (e.g. 腸重積) で辺縁消失
- 3) 腸管ガスの分布  
腸閉塞では不均一  
→小腸に多かったり (小腸閉塞)、あるいは大腸に多かったり (e.g. S状結腸軸捻転)  
ガスレス gasless abdomen は高位での腸閉塞もしくは多量の嘔吐・下痢でも生じる  
イレウス→ガスの分布に偏りなし! (No preferential of air)
- 4) 腸管の拡張  
腸閉塞→閉塞部より高位の腸管の壁は滑らか ("ホース"もしくは"ソーセージ"様)  
イレウス→小腸も大腸も同様に拡張。だから小腸の径は大腸より大きくなることはない!
- 5) 鏡面像 (Air-fluid level)  
腸閉塞→たくさんの、いろんな高さの鏡面像  
イレウス→鏡面像は腹部全体に分布している (腸管は腸閉塞に比べると拡張していない)

6) 腸管の配列 (supine view でチェック)

腸閉塞→ “A bag of sausages”

イレウス→ “A bag of popcorn”

腸回転異常→胆汁性嘔吐+腹痛の時はいつも最初に考える！ 半数以上は生後 1 か月以降に発症

何歳でも起こりえる (7才での発症例あり！)

1~2時間の中腸軸捻転でSMA領域の腸管(全ての小腸と上行結腸)が壊死すると助かったとしても、一生中心静脈栄養が必要になる！

メッケル憩室→2の法則

2%のこどもに先天性メッケル憩室、そのうち2%が発症

回盲部から2フィート(60cm)の場所に存在

2才前後で発症

ほとんどは痛みのない消化管出血、メッケル憩室が潰瘍性の場合穿孔して腹膜炎になることも！ シンチで95%診断 エコー・MRIは無用

腸重積→乳児発症の腸閉塞の代表格 6か月~12か月で多い

パイエル板(腸粘膜のリンパ組織)の肥厚が先端部になる

2才以降での発症ではメッケル憩室、腸重複症を考える

発症初期の腹部X線はnormal variant、発症後6時間で腸閉塞パターンの写真になる

虫垂炎→穿孔する前は食欲不振と臍周囲部の違和感、右足でホッピングさせて痛み↑直腸診で圧痛(+)

穿孔した後は誰でもわかる(←後で診たDrが有利！)

現病歴、理学所見、検査値の3つのうち2つがあれば帰さない

例) 虫垂炎らしい現病歴で白血球は $15000/\mu\text{l}$ だが腹部所見はノーマル範囲内

→帰さないでERで1~2時間おきにお腹をさわってf/u

発症初期に腸間膜リンパ節炎と鑑別することは不可能→一定時間おきに顔を見に行く