

1

診療の基本

子どもの診療は難しいと、他科医や一般の人にいわれる経験がある。それは、小さい子どもほど意思表示ができない、言葉で表現できない、診察への協力が得られない、保護者が自分自身の不安感で子どもの病状を修飾している、保護者の都合で受診行動をしている、などの理由があげられる。実際に、病勢の進行が速い、重症化の予知が困難、小さくて手技が困難などの医学的特徴もあるにはある。

しかし、実際に、小児医療に長く身を置いていると、言葉での意思表示ができないこと自体が、態度や姿勢などで単純に表していて、わかりやすいと思えて、かえって大人のように言葉でいろいろと修飾されるほうが診療しにくさを感じることもさえない。

いずれにせよ、子どもの診療において、子どもは保護者と一体化していると考えべきであり、子どもの身体的診療のみに終始することは、たとえ、その診療結果が正確であっても、保護者の満足は得られない。保護者の不安感を解消して初めて子どもの診療は終了する应考虑すべきである。また、現代の子ども達は、身体的疾患のみならず、心理精神的異常も併せ持つことが多く、その診療において心理的介入も不可欠な時代となった。これらのことを忘れないことが重要である。

診療の基本的姿勢

子どもの診療における医療側の姿勢は、成人医療とは異なる部分も少なくなく、いかに子どもの発達・発育の状況、養育・家庭環境、さらには保護者の性格などをできるだけ把握して診察するかが重要となる。

- ①子どもは自己表現ができないか不十分なため、保護者が代弁するが、この保護者の心配・不安点を傾聴する姿勢が最も求められる。
- ②保護者が心配・不安点を「いつもとどう違うか」という観点から聞き出し、傷病の診断、緊急度に結びつけていくことが最も重要となるため、丁寧な、余裕ある診療が必要である。
- ③心配・不安点にはそれなりの理由があるため、その理由を尋ねて同調することが重要であり、安易に医療者の医学的常識のみで対応をしてはならない。
- ④小児医療には社会医学的な一面がかなり含まれるため、その点も考慮しての対応が必要であり、純医学的な判断・評価中心の診療は避ける必要がある。
- ⑤子どもは言葉での自己表現ができない面だけ、身体の変調はその表情・動作・姿勢などに如実に表れやすい。この点を正確に評価することが診療には欠かせない。
- ⑥すなわち、保護者や子どもの訴えに惑わされずに、丁寧かつ正確なフィジカルアセスメントが不可欠である。

⑦一方、医療者として陥りやすい点であるが、傷病の正確な診断と的確な治療にこだわりが強くなり、傷病の成因に対する考察が欠ける嫌いがある。なぜ、このような傷病に陥るのかを常に考慮し、保護者の養育姿勢や養育環境、子どもの性格などまで配慮する必要がある。

以上のような項目が子どもの診療の基本的姿勢となるが、これらをおろそかにすると子どもの発育発達において、その傷病の反復を看過したり、保護者の満足が得られない、的確な診断治療が遅くなるなど弊害が生じることを常に考慮して診療するべきである。

診療技術の基本

1) 一見の診断学

子どもは体調の変化を身体全体で表現することが多いので、その評価ポイントを十分に理解しておけば、一見の診断にて、その緊急度や重症度、傷病名が予測できることも少なくない。

- ①顔つき：体調の状況をよく表すが、目つきを含めて、意欲的な顔貌の場合には問題ないが、無欲様顔貌、苦悶様顔貌などの場合には慎重な診察が必要となる。
- ②意識：名前を呼んだり、刺激を与えることの反応により意識レベルを推察することが可能である。
- ③泣き声：泣き声の強さで全身状態を把握することが可能で、弱々しい泣き声は全身状態不良を、呻くような泣き声では呼吸障害や強い痛み、甲高い泣き声は中枢神経異常などを考慮する。
- ④特有な姿勢・体位：グッタリとした虚脱状態では全身状態不良、除脳硬直・除皮質硬直肢位などでの脳障害、起坐呼吸での呼吸障害、エビのように丸まった姿勢で腹痛などを推察可能である。さらに、刺激に過剰に反応する易刺激性の存在などを診る。
- ⑤皮膚の色調：まだら、蒼白、チアノーゼなどの有無にて循環状態の把握を行う。

2) Pediatric assessment triangle：PAT (図1)

一見の診断学を体系的に行うスキルがPATである。子どもの診療技術の基本として、PATを利用することはその対応において、看過を減らすとともに、保護者への安心感も得られやすい。

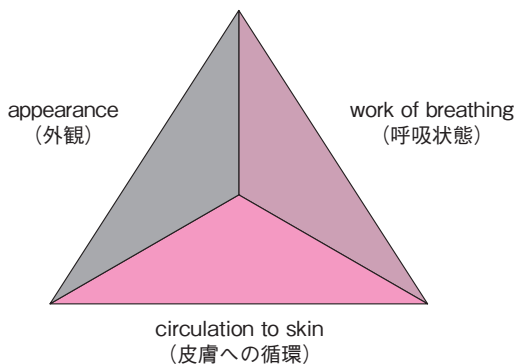


図1 Pediatric Assessment Triangle (PAT)
 (吉田一郎, 監訳. 小児救急学習用テキスト.
 東京: 診断と治療社; 2006. p.18-48)

表1 外観におけるチェックすべき特徴

TICLS*として

Tone (筋緊張)

動いているか？ 診察に対して抵抗しているか？ 筋緊張はよいか？ 元気はあるか？
グッタリしていないか？

Interactiveness (周囲への反応)

人、物、音が容易に注意をそらすか、引くか？ おもちゃやペンライトなどに手を伸ばして遊ぶか？ 遊びや保護者の干渉に無関心ではないか？ 周囲に気を配っているか？

Consolability (精神的安定)

保護者があやすことで落ち着きを取り戻すか？ 優しくすることで啼泣や興奮が落ち着くか？

Look/Gaze (視線 / 注視)

視線が合うか？ 眼に生気がなくぼんやりとしていないか？

Speech/Cry (会話 / 啼泣)

泣き声や会話が力強く、自発的であるか？ 弱く、こもった、かすれた声ではないか？

* tickles は「くすぐる」という意味があるが、これに合わせて覚えて、子どもの外観を評価する。
(吉田一郎, 監訳. APLS 小児救急学習用テキスト. 東京: 診断と治療社; 2006. p.18-48)

- ①子どもの診療においては、まずは緊急度の判断を優先して、傷病の安定化を先に行い、その後疾患名の診断や重症度の判断を行っていくべきである。
- ②その判断には意識レベルと呼吸状態、循環状態の3項目のチェックが不可欠である。
- ③すなわち、意識・中枢神経系の恒常性の評価として Appearance の TICLS (表1) を、呼吸状態として努力呼吸や異常呼吸音の有無を、循環状態として皮膚色(まだら、蒼白、チアノーゼなど)をチェックする。
- ④この A (appearance), B (breathing), C (circulation) を即座に評価して、原因傷病の病態の推測をするように努める必要がある(表2)。

3) バイタルサイン (Vital sign) のチェックと評価

子どもの診療においては、その年齢、発育度、体格などを考慮しての対応が不可欠であるが、バイタルサインも年齢にてその正常値が異なるため、それぞれの年齢の正常値を知っておく。

- ①体温、心拍数、呼吸数、血圧をバイタルサインの4項目として、正確に評価する。
- ②次いで、意識レベルの評価を、客観的に GCS (図2) を用いて行う。
- ③これらは、傷病における緊急度の把握に不可欠であり、まずは子どもの診療技術の基本とすべきである。
- ④心拍数と呼吸数は年齢に応じての ± 1.0 SD、および ± 2.0 SD での評価を行い、その値で緊急度を予測する(図3a, b)。
- ⑤末梢循環状態の評価として皮膚色のほかに、capillary refilling time (正常、2秒以下)の評価を、爪床などを用いて行う。

4) Co-morbidities, New-morbidity としての総合評価

子どもの疾病が純医学的なものだけでなく、社会医学的要素が強いことは周知の事実であるが、その中でも現代では心理・精神的異常をきたしている子ども達が少なくない。子ども

表2 Pediatric assessment triangle (PAT) から予想される疾患群

| PAT | | 脳障害・ 全身性疾患 | 呼吸障害 | 呼吸不全 | 代償性 ショック | 非代償性 ショック | 心肺不全 |
|----------------------------|---|--|--|--|--------------------------------|---|--|
| Appearance | T: tone ぐったりして いないか？ I: interactiveness 興味を示すか？ C: consolability 機嫌 は？ 遊んでいるか？ L: look/gaze 視線は合うか？ S: speech/cry 会話は 可能か？ 泣き方は？ | ○ | — | ○ | — | ○ | ○ |
| Breathing | 呼吸数は？ 浅いか深い か？ 努力呼吸は？ | — | ○ | ○ | — | — | ○ |
| Circulation | P: pallor 蒼白（不適切 な血流） M: mottling まだら皮膚 （血管収縮・拡張が混 在） C: cyanosis チアノー ゼ（低酸素血症） | — | — | — | ○ | ○ | ○ |
| ○は症状を認める場合、 —は症状を認めない場合 | | 主な 病因 一次の脳機能 障害 ・揺さぶられ 症候群 ・頭部外傷 全身性疾患 ・敗血症 ・低血糖 ・薬物誤飲 など | ・喘息 ・細気管支 炎 ・クループ ・気道異物 ・肺炎 など | ・重症喘息 ・胸部外傷 肺挫傷 緊張性気 胸 血胸 ・肺出血 など | ・脱水 ・下痢 ・嘔吐 ・下血 など | ・重症胃腸炎 ・イレウス ・熱傷 ・腹部外傷 ・重症感染症 など | ・多発外傷 ・心肺停止 ・SIDS ・ALTE など |

の診療の大きな側面として、身体的疾患の治療のみに終始することなく、子ども達の健全な心理・精神状態の有無を常にチェックし、総合評価することが望まれる。

- ①子ども達の疾病構造が年長児のみならず、単なる身体的異常（Bio-morbidity）の時代から、身体的疾患に加え、心理精神的異常を重ねもった（Co-morbidities, New-morbidity）時代に変貌してきた。
- ②単に身体的医学評価のみにとらわれずに、養育環境～健全育成の観点では社会医学的な緊急度・重症度が高い症例が隠れている可能性を探る必要がある。
- ③このような症例をも看過せずに、地域社会の行政機関が実施している育児・養育支援体制を利用できるように関連機関への紹介が必要であるし、そのリーダーとしての自覚を医療者にもつ必要がある。
- ④いずれにせよ、子どもの診療において患児の傷病の背景にある社会医学的問題にも視点をおくことを忘れないようにする必要がある。

| 3-3-9度方式 (JCS) | | Glasgow coma scale (GCS) | | | |
|----------------|-----|--------------------------|------------|----------------|----|
| | | Eye (開眼) | Voice (発声) | Movement (運動能) | 計 |
| I | 0 | 自発的に (4) | 見当識あり (5) | 命令に従う (6) | 15 |
| | 1 | ↓ | ↓ | ↓ | |
| | 2 | | | | |
| 3 | ↓ | ↓ | ↓ | | |
| II | 10 | 声掛けにより (3) | | | 13 |
| | 20 | ↓ | 不適正言語 (3) | | 12 |
| | 30 | 疼痛により (2) | 理解不能の語 (2) | 疼痛部認識 (5) | 9 |
| III | 100 | 反応なし (1) | 反応なし (1) | | 7 |
| | 200 | ↓ | ↓ | 逃避屈曲反応 (4) | 6 |
| | | | | 異常屈曲反応* (3) | 5 |
| | | | | 四肢伸展反応** (2) | 4 |
| | 300 | ↓ | ↓ | 反応なし (1) | 3 |

*除皮質硬直肢位 **除脳硬直肢位

図2 3-3-9度方式 (JCS) と Glasgow coma scale (GCS)

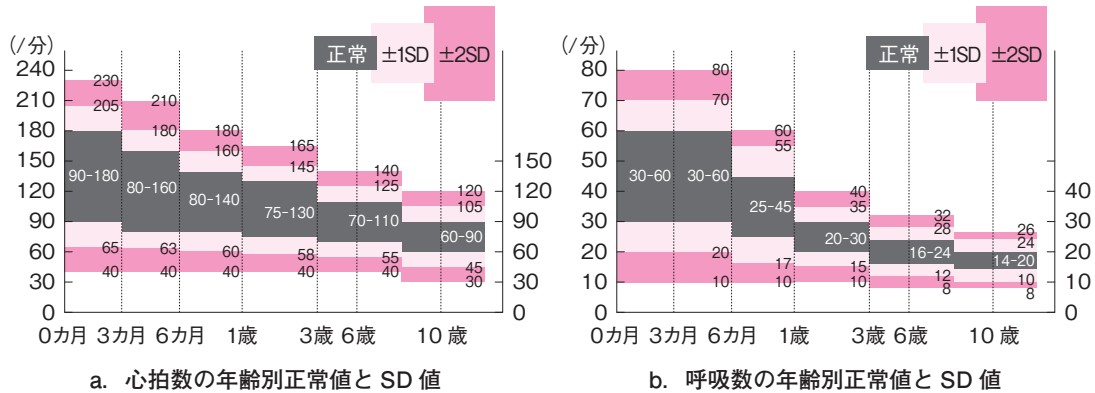


図3

さいごに

心身両面の問題を抱えた子どもや保護者が増加してきた現代における、子ども診療の基本は、一人一人の子ども達や保護者に合わせた非画一的な医療提供といっても過言ではない。通常、感染症診療で重要視されている6つの視点は、Clinical course (経過), Host (宿主), Pathogen (病原体), Site (感染部位), Severity of illness (重症度), Community (地域への配慮)である。この6視点は一人の子どもの診療にもそのまま応用される。すなわち、順に子どもの気質、家庭養育環境、子どもの心身の問題点、症状の発現部位や仕方、重症度、そして地域との関連性の6点である。子どもの診療ではこのような視点を駆使して、診療に関わる種々の因子に惑わされることなく診療を行う必要がある。

また、的確な診断治療を行うことが大前提であるが、子ども達の傷病形成のプロセスを熟慮して、同じ轍を子ども達や保護者に踏ませないことも重要である。すなわち、実際の診療現場では、傷病の診断治療のみを先行させるばかりに、子ども達や保護者の満足が得られな