

07-31

切らずに治る乳児肛門周囲膿瘍 - 患児と医師のQOLを向上させる漢方治療 -

長岡赤十字病院 小児外科¹⁾、小児外科外来²⁾

○金田 聡¹⁾、広田 雅行¹⁾、小川 晶子²⁾

【目的・方法】乳児肛門周囲膿瘍（本症）は比較的好みる疾患だが、治療に難渋することも少なくない。これまでの当科における本症の治療方法の変遷と最近の漢方薬による治療方法を紹介する。

【結果】当科における本症の治療は、以前は「膿の治療はドレナージ」の原則に則り、局所の切開排膿を基本としていた。処置では便、血、膿とともに患児の泣き声が飛び交い、さらに開放創が閉鎖しないよう連日の搔爬などの処置を要し、それでもなかなか治癒しない場合は、さらに大きな切開を行うことも少なからずあって、本症の治療は患者・家族だけでなく医師のQOLも大きく損ねていた。その後、本症が1歳過ぎ位までが好発年齢で、繰り返し発症することもあるが、それを過ぎると発症頻度が極端に少なくなるという特徴をもつことから、一時的な改善で十分と考え、切開を最小限として圧迫によるドレナージ（もみ出し）を行い、1歳過ぎまでは繰り返しても仕方なしという方針に転換した。さらに本症に十全大補湯(T-48)が有効との報告から、「小切開（穿刺）+患部の圧迫（家族が家で施行）+十全大補湯」の方針としたところ患児、医師のQOLは改善した。また、本症において排膿散及湯(T-122)で痛みなく自然排膿が期待できるとの報告により、試してみると確かに有効であった。現在は、急性期に排膿散及湯+十全大補湯、落ち着いてから十全大補湯というプロトコルで、外科的処置はほとんど行っていない。

【結論】排膿散及湯と十全大補湯の併用は本症の治療に有効であるばかりでなく、治療に伴う患児の苦痛や、医師の処置に伴うストレスを著しく軽減した。

07-33

当院における10シーズンのパリーブスマブ投与

名古屋第一赤十字病院 小児科

○鈴木千鶴子、西川 祥子、前原 優美、佐藤 有沙、立花 貴史、横塚 太郎、安田 彩子、大城 誠、鬼頭 修

RSVウイルス（RSV）感染は、NICU退院後の乳児が下気道感染に罹患し、重症な呼吸障害で再入院することが知られている。また本症は、喘息・反復性喘鳴発生の危険因子として最近注目されている。RSV感染予防のパリーブスマブ導入後10シーズンを経過したので、今までの接種率・再入院率のまとめと、今期の接種の動向について検討した。

<対象>

当院NICUに入院した早産児で、投与の対象者の内保護者の同意が得られたものとした。5期からCHDも検討に加えた。

<結果>

パリーブスマブ接種率は初期2年間は30-40%台と低く、第5期までに70%台と増加した。第6期以降は90%台の高い接種率となった。10期（2011年）は226人/229人接種し、接種率99%で、在胎32週以下は98人全例が接種をうけた。在胎33-35週でも、接種率128/131（98%）とほとんどが接種を受けていた。

RSVによる再入院は、パリーブスマブ導入後2年間は見られなかったが、その後は年間0-4名の再入院があり、再入院率0-4.2%で推移した。

10期のRSVによる再入院は、パリーブスマブ投与中の2名みられ、再入院率は2/226、0.9%であった。さいわい呼吸管理を要するものはなかった。

10期のCHDは18名に投与し、RSV罹患による再入院はみられなかった。

以上、前半の5年間は、パリーブスマブ接種率は30~70%台であったが、後半の5年間は平均96%と高率であった。

また、RSV感染による再入院率は、10年間で早産児18/1,354（1.3%）と低率で、死亡例はみられなかった。CHDの再入院率は4/131（3.1%）と早産児に比較し高率で、1名の死亡がみられた。これまでの10年間の当院での経験から、パリーブスマブの投与によるRSV感染の予防は定着したと考えられる。

今期のRSV感染の流行は、9月から始まり11~12月にピークとなり、重症化はみられなかったが、4月まで流行は遷延した。

07-32

当院における漢方薬の状況（特に小児科について）

名古屋第二赤十字病院 小児科

○神田 康司、森 由佳、小林 優子、柴田 玲子、家田 大輔、小島 大英、山下 裕子、畔柳 佳幸、圓若かおり、笠原 克明、廣岡 孝子、村松 幹司、横山 岳彦、後藤 芳光、石井 睦夫、田中 太平、岩佐 充二

【はじめに】漢方薬は総合内科的に診療、診断、処方される。小児科は本来、総合内科であり、漢方は非常に受け入れ易い環境にあると思われる。乳幼児が内服し易い製剤が多くなっているのに対し、漢方薬は内服が難しいままである。小児科は総合内科なのに、大人なみの専門的な診断治療を要求される。採血等処置は大人よりはるかに難しい。小さいし動いてしまうので画像的検査診断も並大抵ではない。しかし、小児科はあくまで総合内科なので、漢方的知識も必要と考える。前に当院小児科医師と病棟看護師の漢方薬理解状況、大病院で1小児科医が東洋医学会漢方専門医を受験更新する際の問題点、小児科での小青竜湯処方の試み、を報告してきた。

【対象と方法】今回は当院での漢方薬の処方状況を病院全体、特に小児科での状況を検討した。2010年5月から2012年4月までの処方状況を電子カルテから検索した。その処方内容等を検討した。昨年度初めて研修医に昼の1枠を使って漢方薬の講義（2月7日）を行った。その影響も考慮した。

【結果と考察】病院全体の外来処方数は、この2年間は毎月300台後半から400台であったが、2012年3月のみが516処方と初めて500台となった。一番多い処方は大建中湯であった。全国的な処方傾向と大きな違いはないようであった。小児科外来で2年間に358処方した。その内275（77%）処方が演者、83（23%）処方が他の小児科医師であった。演者以外の小児科医師の処方は大建中湯、小建中湯、六君子湯が多かった。病名処方が主体であったと思われる。

07-34

当院における救急搬送・救急外来受診された小児痙攣性疾患のまとめ

熊本赤十字病院 小児科

○前原 耕介、武藤雄一郎、平井 克樹、右田 昌宏、古瀬 昭夫、西原 重剛

小児痙攣性疾患は日常診療において出会う事の多い症候であるが、その原因となる病態は多岐にわたる。当院では一次から三次までの救急患者の診療を24時間体制で行っており、年間救急外来患者総数は6万人弱にのぼる。そのうち小児科領域の救急外来患者総数は18,143人（2010年）と約3割を占める。このような環境下において、痙攣を主訴に来院した患者をいかに迅速にかつ的確に診断し治療を進めるかは、長年の課題である。今回2011年5月から1年間にわたり小児痙攣性疾患症例を集計した。この間に救急外来を受診した小児痙攣性疾患の症例に対して、あらかじめテンプレート形式でのカルテ記載を徹底し、来院時GCS、GCSの経時的变化、頭部CT・髄液検査はじめ各種検査の有無、及び転機を網羅した集計を得る事ができた。小児痙攣性疾患にて来院された患者総数は333人であり、そのうち当院入院となった患者は54人、来院時GCS8点以下の患者は26人であった。また月別患者数では国内他施設の報告と同様に冬期に集中した季節性を示していた。年齢分布に関しては1歳の受診が最も多く40.4%、0歳~3歳の受診者で80.5%を占め、7歳以上の受診者は6.8%に留まる。この他にも、来院時GCSと重症度との相関性や、頭部CT及び髄液検査など各種検査施行した症例との相関性も含め検討を加えて報告し、今後の診断、治療の糧としたい。