

巻 頭 言

小児科外来診療の昨今

愛知県小児科医会 副会長
津村治男

医師免許を取得してから35年が経った。その頃から現在までの小児科一般外来における診療の変化を振り返ってみる。

Common diseaseを中心とした小児科外来、実際には多くはカゼ症状であるが、その治療法、とくに薬の使い方が大きく変化した。EBMの考え方が導入され、さらに、ベッドサイドでできる各種の迅速診断キットの開発も外来診療の姿を変えるのに大きな影響を与えている。必然的に付き添ってくる家族の態度も変わってきた。

さて、自身の経験では、1979年前後は、急性気道感染症で定番であった処方、アスピリン、ベリアクチン、ピソルボンといった薬で、これにβ刺激剤としてイノリンが必要に応じて加わった。抗生剤も発熱している患児にはほとんど投与されていた。

喘息発作時にはイノリンの吸入とネオフィリンの投与が行なわれ、ネオフィリンは点滴静注のみでなくワンショット静注も結構行われていた。

ネオフィリン製剤の経口薬は味が悪いので乳幼児に飲ませるのには苦労した。テオドール顆粒の発売は1987年であるがこれも味は悪かったようだ。テオドールドライシロップの発売は1995年で、味が良くなって乳幼児が良くなるようになった。けいれんとの関連に注意が喚起されたのはその後だと記憶している。

小児気管支喘息ガイドラインができてからはネオフィリン製剤の使用は激減したが、外来を見ている限り喘息児の症状自体が極めて軽くなっているのを実感する。ロイコトリエン受容体拮抗薬と吸入ステロイド薬等の新しい薬の効果だけとは思えない。患者への指導とステロイド薬の使い方など発作時の治療のあり方の変化が大きいのだろう。環境の整備が進み、時間外診療の体制の充実も関係していると思われる。

抗ヒスタミン剤とけいれんとの関連は昔から指摘されていたことで、「痙攣」あるいは「痙攣閾値を

低下させる」との文言は添付文書に載っていたと思う。脳内移行が少ない第2世代の抗ヒスタミン薬が発売されたことと、感冒時の鼻症状に対して抗ヒスタミン剤が効くとのエビデンスがないということから、抗ヒスタミン剤の使い方がここ数年クローズアップされてきた。

解熱剤はスルピリンを投与することが多かった。当時は1日3回の内服薬に解熱剤も混ぜて処方するケースが多く、スルピリンは水にも溶けやすいためシロップ剤と一緒に好んで混ぜられていた。メチロン坐薬もよく使われていたが、アセトアミノフェン製剤のアンヒバ坐薬100mgが発売されたのは1980年である。1982年には小児用にボルタレン坐剤12.5mgが発売され、高熱時にはこれがむしろ好まれていた。だが、2000年にインフルエンザ脳症との関連が指摘されてからは、感染症の発熱に対してボルタレンを小児科医が処方することはまずなくなった。また、経口薬の解熱剤としてはポンタールシロップが発売され一時重宝されたが、やはりインフルエンザ脳症との関連を危惧して、解熱剤としては最近はあまり使われていない。今では解熱剤そのものの使用についても考え方が大きく変わりつつある。

嘔吐に対してはプリンペランがよく使用されていた。ナウゼリンは1982年に経口薬と坐剤が発売されたが、急性胃腸炎の嘔吐を抑止するとのエビデンスは得られていないという。一方、嘔吐・下痢症状の児に対する点滴の施行もずいぶん減った。医師の説明に納得し、「吐いたからすぐ点滴を」というお母さんはほとんどいなくなった。

抗生剤については、この30数年間にセフェム系を中心に数多くのものが世に出、われわれもすぐに新しいものに飛びつく傾向にあった。その後、耐性菌の出現が問題となり多くの小児科医は抗生剤の使い方を変化させている。

ここで迅速診断キットの果たす役割は大きい。インフルエンザやアデノウイルスが陽性の場合には高熱が続いていても抗生剤を投与しないのが普通となった。さらに、ベッドサイドでできる血球計数器とCRP測定装置の普及の効果も大である。以前は発熱があれば、あるいは咳があれば「抗生剤も下さい」という親が多かったが、最近ではそのようなことを言う人はめっきり減った。ベッドサイドの検査結果から抗菌薬の投与に関して医師自身も納得でき、また患者さんへも根拠を示すことができるようになったことは大きい。

以上、駆け足で約35年の小児科外来診療を振り返ってみた。とくに薬の使い方についての考え方が大き

く変わり、医師の意識の変化が多少のタイムラグはあるが患者さんの家族にも確実に伝わってきている。薬で親に安心感を与えるのではなく、適切な指導、それこそがこどもの健康を守り、親を安心させる妙薬とならなくてはならない。

今後も、科学の進歩に沿って小児科外来の風景は変わり続けると思う。注意を払って見守っていききたい。