

【最終診断】

失神を合併した回盲部の腸閉塞

【鑑別診断】

<神経疾患>

頭部外傷 × MRI で異常なし。

頭蓋内圧亢進←占拠性病変（脈絡叢乳頭腫・第三脳室コロイド嚢胞など）

× MRI で異常なし。泉門の膨隆、頭囲の拡大などの症状なし。乳児は大泉門が開存している場合もあり、頭蓋内圧亢進は考えにくい。

聴覚刺激に対する不応の既往 × 適切な治療を受けた。

内分泌異常（低血糖）× 血糖正常。

てんかん発作 × 脳波正常。嘔吐のみということはめったにない。

睡眠障害 ×

脱力発作を伴うナルコレプシー・睡眠時無呼吸症候群・周期性四肢運動障害などを鑑別に含むことはできる。ただ乳児の睡眠障害は眠気よりも不機嫌、集中力低下が主になる場合が多い。

偏頭痛 × 乳児では極めてまれ。

脳浮腫 × MRI 正常。

ライ症候群 △ アスピリン内服の既往なし

髄膜炎・脳炎 ?

<消化器疾患>

腸重積 ? 乳児の非胆汁性嘔吐では最もコモン。

幽門狭窄症 × 出生後数ヶ月で発症。

腸回転異常・腸捻転 × 胆汁性嘔吐。

嵌頓ヘルニア × 腹部診察正常。

ポルフィリア症 × 精神状態の異常と腹痛を両方説明しうるが、乳児ではまれ。

サンディファー症候群 × 食道裂孔ヘルニア、痙攣性斜頸、ジストニアのような頸部症状を呈する。精神症状を併発しない。

<その他>

血管迷走神経失神 ? 憤怒痙攣などで誘発され、反応低下の原因となりうる

痙攣性失神・排尿後失神・心原性失神・起立性失神 ?

進行中の敗血症 ?

内分泌疾患 ?

【経過】

MRI で異常なく、EEG 正常、そして患児の全体の状態より、神経内科の医師は一次的な神経障害が原因ではな

いと考えていた。その時点でもっとも疑われたのが中枢神経の感染、もしくは進行する敗血症だった。静脈から抗菌薬を投与し、腰椎穿刺が行われた。肺炎や腹腔内の疾患を疑い、胸部 Xp、腹部 Xp を撮影した。また血清と尿の有機酸を採集し、診断されていない内分泌疾患を探索した。鉛、重金属、薬物などの物質の誤飲の可能性も考慮した。腹部 Xp では、右側結腸のエアーが減少していて、右腎の位置に一致して、X 線透過性の高いリング状の構造、いわゆる「ターゲットサイン」を認めた。その後超音波検査を行い、腸重積の診断を確定した。腹部 Xp と超音波の所見を C プリント末尾に付した。超音波下で空気注腸整復を行い、穿孔などの合併症はなかった。

### 【腸重積】

腸重積は、腸管の陥入に伴い、腸間膜の血管を圧迫する絞扼性イレウスに発展する。経過とともに血管が破綻すれば、血便を呈し、虚血が進行すれば腸管壊死、穿孔へと進展する。早期診断、早期治療が重要である。

典型的な症状としては、右側で触知する腫瘍、嘔吐、血性でゼリー状の便、疝痛、間欠的な腹痛、股関節の屈曲、間欠的でなだめられない啼泣などがある。一方で、嘔吐、腹痛、血便という 3 徴候をそろえる腸重積患者は 25% を下回る。腸重積は虫垂炎に続く、小児では 2 番目にコモンな腹部の疾患である。一切の腹部症状を呈していなかったとしても、明らかな神経学的な原因を認めない、精神状態の変化は腸重積を疑うべきである。小児腸重積ガイドラインでは「原因不明の不機嫌、啼泣を含めて腹痛と考えると、腸重積症の初発症状は腹痛の頻度が最も高く、ついで反射性嘔吐を伴う頻度が高い。この段階で本症を疑う必要がある。: 推奨度 A」としている。

<症状> 腹部疝痛・下血・下痢・経口摂取低下

<徴候> 腹部腫瘍触知（適切な診察で感度はかなり高いという報告はある）・腹部圧痛・便潜血・いちごゼリー様の便

脱水・蒼白・意識障害（とくに傾眠）これらは腹痛の合間にみられ、幼児では腸重積の唯一の徴候のことがある。

<検査>

腹部レントゲン：「ターゲットサイン」「半月状サイン」感度は低い。

腹部超音波検査：感度、特異度ともに非常に高いとされる。

→しかし自信がなければ本症を除外するために注腸造影をすべきだとする報告は多い。

<治療> 腸管の肛門部から圧をかけ、X 線透視下、もしくは超音波透視下で非観血的に整復する。媒体には空気、水溶性造影剤を用いる。整復できなければ外科的に整復する。合併症は消化管穿孔（1%未満）。

### 【参考文献】

1. 早わかり！救急診療マニュアル 中山書店 2010
2. エビデンスに基づいた小児腸重積症の診療ガイドライン 日本小児救急医学会 2010

