

B1-65 植皮が必要と診断された小児熱傷を湿潤療法で治療した3例

おかだ小児科医院

○岡田清春

熱傷は救急受診することが多い。近年、その治療法が劇的に変わろうとしている。

深達性II度熱傷 (DDB) やIII度熱傷と診断された場合、植皮となることが多い。成書にも、2週間して上皮化しない熱傷は、感染を起こしたり、瘢痕拘縮や機能障害を起こしたり、さらには瘢痕痛になる恐れもあるので植皮が必要であると書かれている。従来、一般小児科医が熱傷を治療することはなかったが、最近、熱傷を湿潤療法で治療している小児科医が増えてきた。

植皮が必要であると診断された小児の熱傷を植皮することなく、湿潤療法で治療し、経過中、感染や酷い瘢痕拘縮、機能障害を起こさず治癒した2例を第26回近畿小児科学会で報告した。今回、植皮が必要と言われた低温熱傷例を加えて報告する。

【症例1】 熱したアイロンで左手を受傷した1歳男児。最初受診した病院形成外科にて植皮が必要と言われ、ネットを検索し当院を受診した。湿潤療法で治療し、35日で上皮化した。受傷1年後に滋賀県立小児保健医療センター整形外科にて指間形成術を施行され、受傷2年後の経過では機能障害は認めていない。

【症例2】 熱した天ぷら油で上腕と顔面を受傷した1歳女児。救急車にて病院形成外科に搬送され、腕の熱傷はIII度熱傷のため、植皮が必要と言われた。発熱のため受診した、かかりつけの小児科診療所から当院を紹介された。腕は上皮化まで62日を要した。顔面は早期に上皮化した。肥厚性瘢痕となりステロイドテープを貼付し治療した。受傷から2年後の経過では、瘢痕は軽微で随分目立たなくなっている。

【症例3】 湯たんぽで前脛部を受傷した9歳女児。病院皮膚科にて、デブリードマン施行され、スルファジアジン銀クリーム塗布を指示されていた。入院して全身麻酔の上、植皮が必要と言われ、当院を受診した。上皮化まで受傷後80日を要したが、治療中、スイミングにも通うこともでき、本人、家族も満足している。

B1-66 小児の転倒転落による、口腔咽頭損傷の検討

1) 国立成育医療研究センター、2) 国立成育医療研究センター救急診療科

○辻 聡¹⁾、天笠俊介²⁾、大西志麻²⁾、松井 鋭²⁾、浦田 晋²⁾、内田佳子²⁾、伊藤友弥²⁾、佐々木隆司²⁾、植松悟子²⁾

【背景】 小児の事故に関して、予後や事故防止のリスク因子を検討した報告は本邦では少ない

【目的】 転倒転落事故による口腔損傷のリスク因子を検討し、今後の事故防止政策に資すること

【期間】 2012年1.1~12.31の1年間

【方法】 診療録を用いた後方視的検討

【対象】 期間中に当救急センターを受診した16歳未満の患者の内、転倒転落事故による口腔損傷例。高エネルギー外傷 (1m以上の墜落や自転車の転倒、衝突による交通外傷) 及び体育や部活動など運動時の受傷は除外した。

【検討項目】 月齢、性別、損傷部位、加療内容、予後、受傷時間及び受傷機転

【結果】 期間中に158例が対象となった (男児108例、女児50例、中央値26ヶ月)。受傷機転は主に転倒や低所からの転落により、挫創群では床や対象物と歯牙及び下顎等との圧挫創を、刺創群では同様の受傷機転で、把持していた異物により口腔内の刺創を来していた。下顎及び口唇、歯肉挫創は125例で、30例が縫合処置されたが全例が10日以内の外来治療にて治癒していた。歯ブラシ及び異物による口腔内刺創は43例で、13例で頭部CTが施行され、11例で入院加療されていた。2例で全身麻酔下に縫合処置が、3例で集中治療管理が施行され、最大20日間の入院管理を要した。期間中、口腔内刺創で危険とされる致死的な頸動脈損傷の事例はなかったが、1例で動脈近傍にまで異物先端が達していた。

【考察】 対象児の受傷機転は同様だった。口腔内刺創では入院加療及び集中治療管理を要した事例があり、事故予防介入すべきと考えられた。受傷時間に関して、刺創例では19~22時間での受傷が有意に多く (41/124例対33/43例、 $p < 0.05$)、歯ブラシによる刺創では約80%が児就寝前の同時時間帯に発症していた。

【結語】 転倒転落による小児の口腔内刺創では、特に就寝前の歯ブラシによる受傷を予防すべきである。効果的な予防策を検討する上で、事故事例のデータベース化が望まれる。

B1-67 腹部コンパートメント症候群を発症した小児5例の検討

国立成育医療研究センター 集中治療科

○野中航仁、松本正太郎、六車 崇、青木一憲、篠原真史

【はじめに】 腹部コンパートメント症候群 (Abdominal compartment syndrome, ACS) とは、腹腔内圧が上昇することで多臓器への血流障害や直接的圧迫を生じ、呼吸循環障害を生じる病態の総称である。進行すると極めて治療困難で高い致死率を示すため、早期診断と適切な介入が要求される。

【方法】 2010年1月から2012年12月に当施設ICUに入室した3287例中、ACSと診断された5例 (0.15%) につき、後方視的に検討。

【結果】 月齢中央値35 (5~172)、体重12.4 (7~36) kg、予測死亡率 (PIM2) 9.8 (1.0~96.1) %。原疾患は、内因4例 (敗血症2例、絞扼性イレウス、肝原発悪性腫瘍)、外因1例 (外傷性肝損傷)。発症時膀胱内圧23 (22~26) mmHgであった。介入前PELOD score 2 (0~13)・人工呼吸管理5例 (うちHFOV 2例)・循環作動薬使用4例。4例で筋弛緩薬使用、3例でCVVHD施行。介入までの累積輸液負荷362 (111~760) ml/kg。2例で腹腔ドレーナージ術、3例で開腹減圧術施行。介入後の膀胱内圧6 (4~22) mmHgで、介入前後の腹腔内灌流圧37 (34~39) : 61 (55~70) mmHg。介入前/後6時間尿量1.55 (0.07~5.0) : 3.85 (0.2~7.6) ml、Oxygenation index 7.2 (1.2~17) : 3.8 (1.8~8.8)。初診時すでに多臓器不全をきたしていた1例は死亡。死亡例では、治療後も膀胱内圧が20前後で推移していた。

【考察】 小児ACSの報告は少なく、重篤小児中の発症率は0.6~9.8%と報告によって差がある。腹腔内圧閾値も10~20mmHgとコンセンサスがないが、モニタ値に過剰に依拠せず、リスク症例では腹腔内圧と臓器不全症状をモニタリングし、内科的治療不応例では速やかに減圧術を行うことが不可欠と考える。