

日本小児感染症学会若手会員研修会第2回安曇野セミナー

ワークショップ1 脳炎・脳症の早期診断を 確実にするためには？

木村 貞美*

脳炎・脳症の早期診断を確実に、というテーマにひかれて、このグループに参加した。

われわれのグループの事前のメール会議での話題となった内容は、

1. 脳炎・脳症の定義について

2. それぞれの先生が実際に経験した脳炎・脳症の症例について
などであった。

まず定義に関しては、脳炎・脳症の定義にあいまいな部分が多いのも確かで、感染症以外の代謝疾患などがからんでいる場合もあり、さまざまな原因や病態が混ざっている疾患群のため臨床的に明確な定義は難しい。「脳炎は脳実質の炎症で、脳症は中枢神経系の非炎症性の浮腫による機能障害。臨床的には髄液所見で細胞数の増加があれば急性脳炎、髄液所見がほぼ正常なら急性脳症と判断している」という定義が、グループ内の共通認識となった。

次に、どういったときに、脳炎・脳症を疑うか、おのおのの経験した例を参考にした話題となった。脳炎・脳症の主な症状はけいれんや意識障害であるものの、実際の診療の場では、けいれんで来院するケースは多く、そのなかで本当に脳炎・脳症の場合は少ない。症状の判断も、けいれんか、シバリングか、意識障害なのか寝ているのか、抗けいれん薬による鎮静なのか、難しいケースも多い。けいれんの有無にかかわらず、小児（特に乳幼児）の意識状態の評価は難しく、視線があわな

い、刺激に対する反応がない、または乏しいなどの所見を、Japan Coma Scale や Glasgow Coma Scale の乳幼児用を使用し客観的な評価を試みるも、何となくおかしいという違和感や、医療者側にそういう認識がなくても、ご家族の普段と違う、おかしいという訴えも、脳炎・脳症を疑う重要なサインとなる。おのおのが実際の診療において、意識の評価の難しさを痛感しており、経時間的な変化をみる必要もあるが、かつ早期に診断をするということが難しくしている要因の一つと考えられた。

実際によく遭遇する例をあげると、来院時にけいれんは頓挫しているのに、痛み刺激に全く反応がない、または鈍い。末梢静脈ルートを確保しながら、反応がどの程度あるかを確認、血液検査（血算、生化学、血糖、血液ガス、アンモニア）を行い、意識の回復が悪い場合、頭部CT検査や髄液検査施行。検査結果を参考にしながら、時間経過で意識の回復がなければ、脳低温療法などができる施設への搬送を考えたり、施設的に可能なら、頭部MRI、脳波検査を進める。実際には検査の間に覚醒し、意識レベルも回復して熱性けいれんだった、と判断できることが多いものの、やはり判断に迷う症例は存在する。血液検査や画像検査は参考にはなるものの、それだけでは脳炎・脳症を否定できない。

結局、早期診断のためには、時間経過を追いながら、意識状態をこまめに確認していくことが重要であるとほとんどの先生が考えているものの、

* 大阪府立急性期・総合医療センター小児科

どの段階で積極的に脳炎・脳症と診断するか判断は難しいと感じているようであった。

その他の話題としては、アドバイザーの木村宏先生、モジュレーターの中田敏博先生から、診断に関して、病態やその後の治療を考えると、病原体の検索は重要。施設によってできる検査は限られてくるものの、治療を開始すると得られなくなる情報（抗体価やサイトカインストームの程度など）があり、常に最低限の診断のための努力（検体をなるべく、できれば経時的に採取し保存しておくという習慣をつけておく）というのは、どのような状況であっても必要との示唆があった。確かにメール会議では診断というテーマでありながら、病原体の検索に関しての議論はされずに終

わっていた。

セミナーでのグループワークで直接議論できると、楽しみにしていたのだが、台風の影響で安曇野に來れなかった先生も多かったこと、ワークショップが幻に終わったことなどは残念だったが、日本の各地域の病院で診療にあたっている先生方と意見を交換し、勉強できた体験は貴重なものであった。

セミナーで脳炎・脳症の代表的な病原体診断ならびに pit-hole の講義を受講し、知識も整理され、これから脳炎・脳症が疑われる症例に遭遇した場合に注意するポイントや最低限やるべきことなど、知識に裏づけされた自信をもって診療にあたれるように思った。

* * *