

難聴

健康課題としての重要性

両側難聴は全出生児の約0.1%に存在する頻度の高い疾患である。音声を用いた言語能力の獲得には臨界期があり、難聴を放置していると言語発達の遅れや構音の障害、学習、コミュニケーションの問題につながるが、早期に発見し介入を行った場合これらを軽減できる。1990年代より欧米諸国では新生児聴覚スクリーニング(newborn hearing screening, 以下NHS)が導入され、生後1か月までにNHS、3か月までに確定診断、6か月までに補聴開始が推奨されている。

健診での注意点

わが国ではNHSは2001年に開始されているが未だ義務化されていない、全例実施が必要である。産科施設ではNHS要精密検査例は生後3か月までには専門の検査ができる耳鼻咽喉科への紹介が推奨される。

ただNHSでパスしていても乳幼児期早期に難聴が発見される進行性・遅発性難聴児は存在する。リスク因子としては、難聴の家族歴、人工呼吸管理、耳毒性薬剤の投与、交換輸血を要する高ビリルビン血症、子宮内感染症、頭蓋顔面先天異常等が挙げられ、NHS結果に関わらず早期の聴力検査が推奨される。わが国では1歳6か月児健診の問診項目にこれらのリスク因子が挙げられているが、低年齢児の場合健診で音に対する反応から難聴を疑うのは困難であり、特に1歳6か月児健診のささやき声検査の信頼性は低い。

<表>進行性・遅発性難聴のリスク因子

1	保護者が難聴を疑う場合
2	小児期発症の難聴の家族歴
3	5日以上のNICU管理、もしくはECMO、人工呼吸管理、耳毒性薬剤の投与、交換輸血を要する高ビリルビン血症
4	子宮内感染(サイトメガロウイルス、ヘルペス、風疹、梅毒、トキソプラズマ)
5	頭蓋顔面奇形
6	難聴を伴う奇形症候群
7	進行性・遅発性難聴を含めた難聴を発症する症候群
8	神経変性疾患
9	髄膜炎を含む周産期の感染疾患
10	頭部外傷
11	化学療法

フォローアップ方針

聴覚に関しては、1歳6か月、3歳児健診とともに、問診項目を重視して耳鼻咽喉科受診を推奨してよい。項目中、音に対する反応不良や言語発達遅滞、構音障害など保護者がチェックしている場合、また進行性・遅発性難聴のリスク因子がある場合には、耳鼻咽喉科の診察、検査を行うのが望ましい。

家族に対して今後注意すべき点などのアドバイス(Anticipatory Guidance)

軽度の難聴児で日常生活レベルの支障がなさそうでも、早期に補聴や教育的介入を行うことが重要である。加えて雑音下や遠距離での聞き取りが不完全となることも考慮し、座席の位置や板書を含めた環境調整や支援員の配置、言語訓練などの必要性を検討するのが望ましい。

上気道狭窄

健康課題としての重要性

先天性気道狭窄は生下直後から呼吸障害をきたす疾患である。臨床症状としては吸気性喘鳴やチアノーゼ、睡眠時呼吸障害、摂食不良、体重増加不良を呈す。生命予後にも関わるため、迅速に原因を診断し、適切な対応をしなければならない。上気道狭窄をきたす疾患としては、喉頭軟弱症、後鼻孔閉鎖、小顎症、口腔咽喉頭頸部の囊胞性病変やリンパ管腫等が挙げられる。先天性気道狭窄では顔面、頸部に外表面形態異常を有する頻度が高いため、在胎中や生下時早期に診断が可能な児が多い。

アデノイド増殖症や口蓋扁桃肥大、舌根沈下をきたす疾患、アレルギー性鼻炎等でも呼吸障害、特に睡眠時無呼吸症状の原因となり、成長や発達の障害や集中力の低下、夜尿などを引き起こすことがある。

健診での注意点

先天性喘鳴は生下直後から発症することが多いが、軽度であったり症状が進行したりする例もいるため注意が必要である。気道狭窄を疑う場合には遅くとも1か月健診時には呼吸音の聴診、SpO₂測定等を産科施設で行い、小児科や耳鼻咽喉科へ速やかに紹介すべきである。

また、1歳6か月、3歳児健診で原因不明の成長および発達障害がみられる児では、いびきや睡眠時無呼吸症状を問診し、耳鼻咽喉科への受診を勧奨するのが望ましい。

アレルギー性鼻炎

健康課題としての重要性

アレルギー性鼻炎は、発作性・反復性のくしゃみ、水様性鼻漏、鼻閉を3主徴とするI型アレルギー疾患であり、遺伝的因素および環境要因の両者が関与する。現在ではスギ花粉症の有病率の増加および低年齢化が問題となっている。耳鼻咽喉科医とその家族を対象にした全国疫学調査¹⁾では、1998年でのスギ花粉症の有病率は0-4歳で1.7%、5-9歳で7.2%、10-19歳で16.7%であったが、2008年では0-4歳で1.1%、5-9歳で13.7%、10-19歳で31.1%と顕著に増加している。

ドイツの出生コホート研究では、5歳までにアレルギー性鼻炎を発症した児は、そうでない児と比較して5-13歳までの新規喘鳴発症率が約4倍に増加すると報告されており²⁾、小児アレルギー性鼻炎の早期発症は、下気道アレルギーのリスク因子となりうるため注意が必要である。

また、アレルギー性鼻炎の児では、喘息の他、アトピー性皮膚炎、食物アレルギー、口腔アレルギー症候群などの合併があるため、複数科で連携して介入を行う必要がある。

さらに、アレルギー性鼻炎の児は慢性副鼻腔炎の合併率が高い³⁾、最近の疫学調査ではアレルギー性鼻炎の児はそうではない児と比較して急性副鼻腔炎を約3倍合併しやすいと報告されている⁴⁾。こうした点にも注意し、耳鼻咽喉科的な介入を行う。

健診での注意点

健診でのアレルギー性鼻炎の診断は、問診と視診を中心に行う。

小児は、自ら症状を訴えることは難しいため、事前に家庭に調査票を配布し、アレルギー性鼻炎や関連する疾患の情報収集を行う。視診では、鼻こすり・眼こすり・顔しかめなどの行為がないか、鼻尖部の横すじ・下眼瞼のくま・鼻前庭や人中のびらんなどの所見がないかをチェックする。また、鼻鏡を用いて下鼻甲介粘膜の腫脹や蒼白がないか、漿液性鼻漏、鼻出血の有無を確認する。さらに、皮膚所見でアレルギー性皮膚炎の合併の有無をチェックする。

フォローアップ方針

アレルギー性鼻炎の診断は、耳鼻咽喉科専門医等にて鼻汁好酸球検査、血清特異的IgE抗体価検査、皮膚テスト等を組み合わせて行い、合併症の検索も行う。

アレルギー性鼻炎の治療の目標は、不快な症状を抑え、日常生活に支障のない状態にコントロールすることである。治療法は、1)抗原の除去・回避、2)薬物療法、3)手術療法、4)アレルゲン免疫療法が4つの柱となるが、年齢や重症度に応じて治療法を選択する。

本人と家族に対して今後注意すべき点などのアドバイス(Anticipatory Guidance)

学齢期の疾患全般にあてはまることがあるが、小児が自ら症状を訴えることは少ないため、健診での指摘を精査・加療につなげることが重要である。特にアレルギー性鼻炎は将来にわたり影響が及ぶ可能性のある疾患であり、継続した診療が必要であることへの本人、家族の理解が必要である。

尚、治療に際しては、医師と患者本人・保護者のコミュニケーションが重要であり、患者・保護者がどのような治療法を希望し、通学しながらの通院が可能かを事前によく相談した上で、治療計画を立てていく。

【参考文献】

- 岡野光博. 小児アレルギー性鼻炎. 小児耳鼻35:217-221,2014.
- Rochat MK, et al. Allergic rhinitis is a predictor for wheezing onset in school-aged children. J Allergy Clin Immunol 126: 1170-1175, 2010.
- Sedaghat AR, et al. Prevalence of and associations with allergic rhinitis in children with chronic rhinosinusitis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 78:343-347, 2014.
- Lin SW, et al. Acute rhinosinusitis among pediatric patients with allergic rhinitis: A nationwide, population-based cohort study. PLoS One 14: e0211547, 2019.