

# 急性中耳炎診療に対する耳鼻咽喉科医・小児科医の意識調査 ～相模原エリアでのアンケート結果から～

鈴木 立 俊 落 合 敦 清 野 由 輩  
横 堀 学 岡 本 牧 人

北里大学医学部耳鼻咽喉科

## An Attitude Survey to Diagnosis and Treatment of Acute Otitis Media for Otolaryngologists and Pediatricians

Tatsutoshi SUZUKI, Atsushi OCHIAI, Yutomo SEINO, Satoru YOKOBORI and Makito OKAMOTO.  
Department of Otolaryngology, Kitasato University School of Medicine.

The questionnaire of the acute otitis media (AOM) diagnosis and treatment was executed to pediatricians and otolaryngologists, and the following results were obtained. Pediatricians positively examined the eardrum, and are holding the diagnosis and treatment that AOM is always considered. It has been understood that otolaryngologists also are positively doing the eardrum incision according to the case. The result is expected that good relationship between pediatricians and otolaryngologists cause a better AOM diagnosis and treatment in the future.

### はじめに

小児急性中耳炎を取り巻く背景は近年大きく変化してきている。肺炎球菌、インフルエンザ菌などの中耳炎起炎の菌耐性化率の増加などによる難治性反復性中耳炎症例は多くなっている印象がある。2006年春には小児急性中耳炎診療ガイドラインが発刊され、重症度による治療方針の指針が示された<sup>1)</sup>。このなかで3歳未満の症例はハイリスク群に分類され、症状の訴えも乏しいことから小児科を受診することも珍しいことではない。現時点での小児急性中耳炎診療の実態を明らかにし、今後の診療連携への参考とするために2007年6月に神奈川県相模原市において耳鼻咽喉科、小児科合同での中耳炎診療についての研究会を行う機会があった。その際に

中耳炎診療に関するアンケート調査を実施したので、その結果を報告する。

### 方 法

平成19年5月に相模原市耳鼻咽喉科医会、相模原市小児科医会の協力の下に中耳炎診療および関連項目のアンケートを実施した。耳鼻咽喉科医が勤務21名、開業17名の計38名、小児科医が勤務18名、開業35名の計53名に回答を得た。年齢分布は耳鼻科医が30歳代、小児科医が50歳代にピークを認めた (Fig. 1)。アンケート内容は過去に上気道細菌叢研究会で実施されたものを一部改変しておこなった<sup>2)</sup>。二科共通の質問は中耳炎の全身、局所症候について、小児科へは鼓膜診察について、耳鼻咽喉科へは難治性と鼓膜切開についてとした。

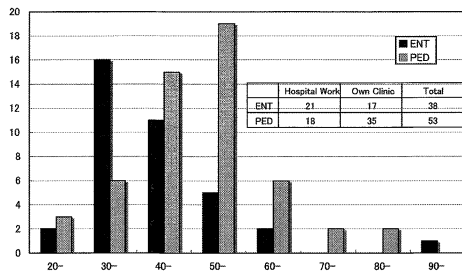


Fig. 1 Number of questioner answers and the detail.

結 果

1. 両科への共通の質問

乳幼児の上気道炎に対して中耳炎合併をいつから考慮するべきかという質問に対して、耳鼻咽喉科医は感冒症状があれば常に考慮する先生が61%であった。一方小児科医は発熱を重要視され全体で64%であった (Fig. 2)。

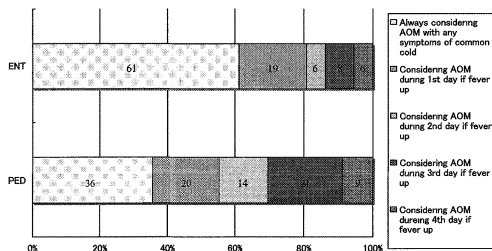


Fig. 2 When should we consider acute otitis media amalgamation by upper airway infection?

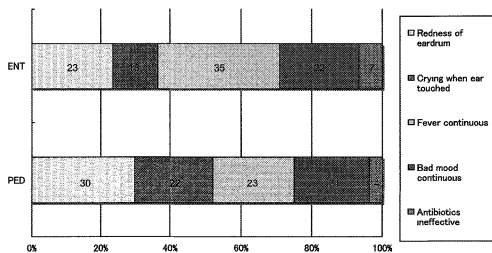


Fig. 3 What should we attach importance to any symptom of the diagnosed when acute otitis media is doubted by upper airway infection?

乳幼児の気道感染症で中耳炎を疑う場合、患児のいかなる症状を重要視するかについては、もっとも考えられる症状と2番目に考える症状を答えていただき、それぞれに2点、1点を割り当て集計した (Fig. 3)。耳鼻咽喉科は発熱の持続35%、不機嫌の持続22%と併せて57%の全身症状を重要視していた。一方小児科は鼓膜の発赤30%、耳に触れると泣く22%の耳の所見、症状を52%重要視していた。

2. 小児科医への質問

中耳炎を疑った場合どの程度鼓膜診察が可能かの質問に対して、5割以上の患児に対して診察可能が47%、5割が23%と70%の先生の回答であった。約3割は25%、1割以下は5%であった。鼓膜所見が診にくい理由としては、多くの先生が耳垢79%を挙げられた。続いて患児の抵抗21%、外耳道が狭い17%であった。鼓膜所見がわからない先生も6%存在し、耳鏡では見づらい、鼓膜診察は耳鼻咽喉科の分野であるとの意見もあった (重複回答)。

また中耳炎を疑った場合の小児科医の対応は、耳鼻科医に紹介する先生が68%、自ら抗菌薬を使用する先生が38%であった。その他として程度によって治療を考慮する、発症初期には抗菌剤は使用しないで様子を見るという意見をいただいた (重複回答)。

3. 耳鼻咽喉科医への質問

中耳炎治療に難渋した経験は耳鼻咽喉科医の68%があり、その患児年齢は3歳未満で88%で

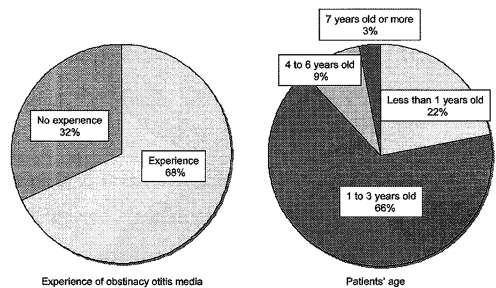


Fig. 4 Is there an embarrassed experience with the treatment of acute otitis media?

あった (Fig. 4)。

これら難治性中耳炎の対応として耳鼻咽喉科医の85%は自身で対応し、73%が鼓膜切開を含めた治療を行っている回答であった (Fig. 5)。高

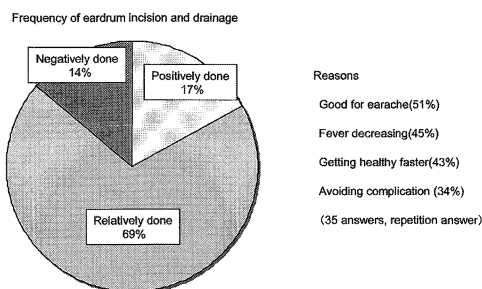


Fig. 5 Frequency of eardrum incision and the reasons.

次医療機関への紹介や、小児科医との連携も対応として見られた。鼓膜切開については積極的に実施する17%、症例に応じて実施69%、ほとんどしない14%であった。その理由として耳痛の改善51%、解熱45%、早期治癒43%、合併症回避34%であった (重複回答)。

## 考 察

小児急性中耳炎の病態は近年著しく変化しているが、その対策としてそれを治療する側の認識の統一が重要であり、ガイドライン作製の大きな目的であることが明記されている<sup>3)</sup>。小児、特に乳幼児は症状の訴えが乏しく、また中耳炎の耳痛が夜間に起こることが多いことから多くの耳鼻科医のみならず小児科医、もしくは救急医が診療にあたる。1つの疾患に対しての複数科の診断や治療方針が統一されることは、難治化への対応として大きな柱となるが、何より患者へのメリットが大きいのと思われる。ガイドラインの提唱によって耳鼻咽喉科においては中耳炎診療の画一化がなされてきているが、今回のアンケートを通して相模原近郊の耳鼻咽喉科、小児科医にはその意図が伝わったと思っている。

今回のアンケートはガイドラインを含めた中耳炎診療の重要な事項、すなわち重症度に関わ

る全身局所の症候と鼓膜診察、さらに鼓膜切開についての質問を用意した。両科への質問から、発熱のある患児に対して小児科医は発熱早期から中耳炎合併を念頭に置いているが、耳鼻科医は感冒症状があれば中耳炎合併を念頭に考える医師が多い結果であった。理由として耳鼻科医は感冒の鼻症状を中耳炎発症の誘因として考えている<sup>4)</sup>結果と思われる。一方小児科医は発熱や啼泣による反応性の鼓膜発赤の所見が中耳炎を考える一つの判断になっているのかもしれない。また全身症候、特に感冒症状に伴う発熱、不機嫌の持続を耳鼻咽喉科医が多く意識するのに対して、小児科医は鼓膜発赤や耳に触れると泣くなどの耳関連の所見、症候を気にしていた。すなわち耳鼻科医は鼓膜診察にはあまり問題がない故、全身症状の持続が心配なのに対して、小児科医は耳関連の所見、症状が中耳炎を疑わせる兆候のようである。

この結果は小児科医が中耳炎を意識して診療され、鼓膜診察も積極的に行っていることを意味していると思われる。

実際アンケートの結果を見ても7割以上の先生が多くの患児の鼓膜診察を行っていた。著者の勝手な思いこみかもしれないが耳鼻科医が診察しても乳幼児の鼓膜は解剖学的に小さく狭いため見にくいことが多いと考えていたが、小児科医は耳垢が妨げで鼓膜が見えないことが多い結果であった。鼓膜所見がよく分からない回答が少なかったのは、やはり頻繁に診察する機会があるからと思われる。とはいえ中耳炎を疑えば耳鼻科に紹介する先生が多いことから両者の連携は不可欠であり、耳鼻科の鼓膜診察が必要と判断されているのだろう。

一方で耳鼻科医が当然中耳炎治療の主役であるが、今回の結果では68%の先生が治療に難渋した経験があり、その年齢は1歳未満22%、3歳未満で積算88%の結果であった。ガイドラインにおいても3歳未満はハイリスク群でありその多くは中等症、または重症に分類される<sup>1)</sup>。このよ

うな患児は薬物療法だけではコントロールがつかないことが多く、鼓膜切開を主体とした外科的処置が必要になることも多くある。今回の結果では、自身で85%が対応され、73%が鼓膜切開を行う結果であった。また鼓膜切開を行う理由として、症状の改善や早期治癒のため、合併症の回避などを挙げる先生が多く、その有効性を認識している先生が多いのは事実である。鼓膜切開のEBMはほとんどなく、あくまでもその有効性は経験によるものである<sup>5)</sup>が、膿を減量することで抗菌薬の効果を高め、痛みも軽減する治療である<sup>6)</sup>ことから、耳鼻科医が積極的に行うことは意味のあることと思われる。それでも難治の場合には鼓膜チューブ留置が必要であり、高次医療機関への紹介も必要になると考える。免疫不全などが難治化に影響することもあり<sup>7)</sup>、小児科医との連携が必要になる場合もしばしばあり、アンケートはその実情を反映した結果となった。

小児の急性中耳炎はいわゆる市中感染症であり、ごく当たり前の疾患との認識が多いと思われる。このようなアンケートを行うことで診療連携のみならず、小児中耳炎診療の実態が明らかになった。今回の結果を今後のよりよい診療につながるように個々に努力していかなければならないと考える。

### ま と め

小児急性中耳炎診療についてのアンケートを実施し、以下の結果を得た。小児科医は積極的に鼓膜診察を行い、中耳炎を常に意識した診療を行っていた。耳鼻咽喉科医も鼓膜切開を症例

に応じ積極的に行っていることが分かった。結果をふまえ両者の連携が今後のよりよい中耳炎診療につながることを期待する。

### 参 考 文 献

- 1) 日本耳科学会, 日本小児耳鼻咽喉科学会, 日本耳鼻咽喉科感染症研究会: 小児急性中耳炎診療ガイドライン. Otol Jpn 16 (Suppl 1): 1-34, 2006.
- 2) 紺野昌俊: Analyzer Symposium 小児の急性気道感染症と急性中耳炎. 日本感染症学会雑誌 58 (Suppl. A): 110-130, 2005.
- 3) 山中昇, 保富宗城: 難治化する急性中耳炎難治化の要因とその対策. 感染症 77: 595-605, 2003.
- 4) 伊藤真人, 白井明子, 吉崎智一, 他: 耳鼻咽喉科処置 鼻咽腔処置の有用性. 耳鼻咽喉科臨床 95: 145-151, 2002.
- 5) 保富宗城, 山中昇: 薬剤耐性菌による難治性中耳炎の治療選択. ENTONI 15: 15-22, 2002.
- 6) Rosenfeld RM, Bluestone CD: Clinical efficiency of surgical therapy. Evidence-Based Otitis Media. 2<sup>nd</sup>ed. Hamilton, ON, Canada: BC Decker Inc: 227-240, 2003.
- 7) 工藤典代: 上気道感染症の難治化と起炎菌の薬剤耐性化. 日耳鼻感染誌 23: 198-202, 2005.

連絡先: 鈴木 立俊

〒228-8555

相模原市北里1-15-1

北里大学医学部耳鼻咽喉科

TEL 042-778-8111 FAX 042-778-8923

E-mail tsuzuki@med.kitasato-u.ac.jp