

# 富岡・甘楽 学校保健だより

第70号

富岡市甘楽郡医師会

## はじめに

TOKYO2020と時を同じくしての感染爆発と今日日（現在11月末）の感染者数の奇々怪々な激減状態。日本の金メダルラッシュは、開催大反対を喚いていた輩を黙らせたのではないか？社会活動は徐々に回復の兆しもあるが、数日前にWHOが新たな変異株に指定したオミクロン株の出現。当然まだ知見は乏しい。一難去ってまた一難にならないことを願うばかり。子どもたちの学校生活はいかがだろうか？矢張り、学校は家庭同様に一番楽しい場所であってほしい。

私事だが、現在、当富岡市甘楽郡地域の学校現場での感染対策についての資料をいただき、熟読中。未知のウイルスとの闘いに養護教諭の先生方を中心に職員のみなさん方が一丸となり、かわいい子供たちを守る姿勢が犇々と伝わってくる。頭が下がる思い。

さて、今回も3人の先生方に健筆を振るっていただきました。何れも瞠目する内容です。お楽しみください。 (E)

## 〈目次〉

- |                            |        |    |     |
|----------------------------|--------|----|-----|
| 1. 炎症性腸疾患について .....        | 小幡医院   | 松田 | 望先生 |
| 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー ..... | 宮崎医院   | 宮崎 | 誠先生 |
| 3. 交通ルールに関して感じたこと .....    | 村田内科医院 | 村田 | 繁先生 |

## 炎症性腸疾患について

小幡医院 松田 望

炎症性腸疾患とは、腸に炎症が起き、慢性的な下痢や血便、腹痛などの症状を伴います。免疫システムに異常をきたし、自分の免疫細胞が腸の細胞を攻撃してしまうことで腸に炎症を起こす病気です。

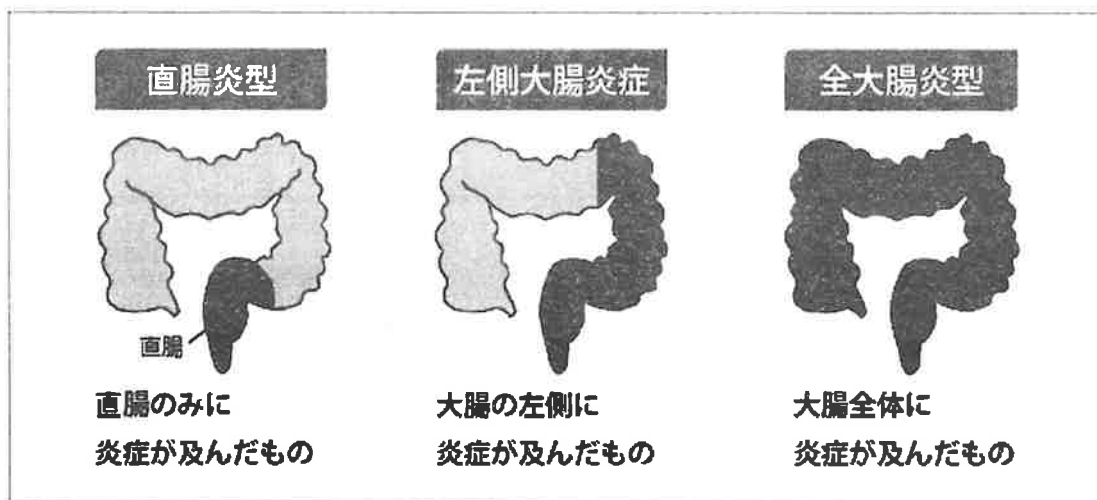
主に潰瘍性大腸炎とクローン病の2種類があり、両疾患とも比較的若い方に発症しやすく、日本の患者数は年々増加傾向にあり男女差はありません。通常、命に関わることはありませんが、一旦発症すると、生涯治療を継続する必要があります。国が定めた指定難病です。

### ①潰瘍性大腸炎

原因は十分には解明されていない、主に大腸粘膜に持続的な炎症が起こる。20代で発症する人が多いが、50代以降で発症することも珍しくなく幅広い年代の人にみられます。

炎症の活動期には血液が混ざった下痢のほかに粘液の排出を繰り返し、腹痛や発熱を伴うことがあります。

診断には血液検査、便の細菌検査に加え、内視鏡検査などの画像検査によって行います。内視鏡検査は他の腸疾患の除外や病気の進行の把握、治療の効果判定に行えるほか



に、炎症を繰り返す腸粘膜に発生する癌の早期診断、治療に役立ちます。

残念ながら完治できる治療はありません。近年使用できる薬の種類や数が増え、症状の改善はもちろん粘膜障害そのものの治癒を目指せるようになりました。

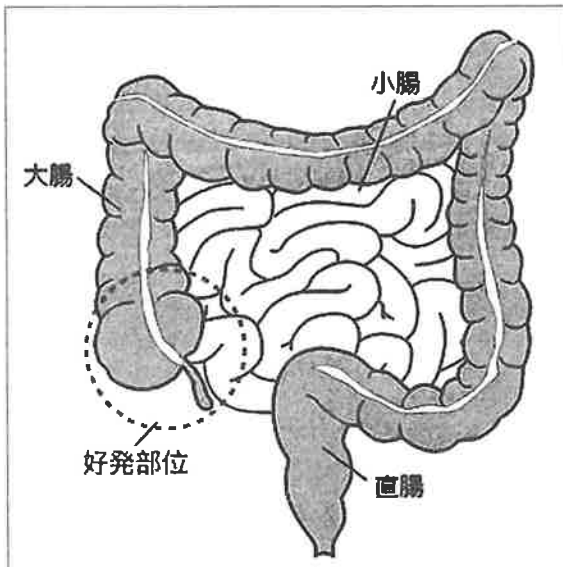
## ②クローン病

原因は十分解明されていない、遺伝的な素因を背景に免疫系の異常が起こり、食餌因子などの環境的な要因が関係しているのではないかと考えられている。食生活の欧米化、すなわち動物性タンパク質や脂質の摂取が関係しているともいわれている。

クローン病は比較的若年者に発症することが多く、口腔にはじまり肛門にいたるまで消化管のどの部位にも炎症や潰瘍が起こる可能性があります。なかでも小腸と大腸を中

心とした範囲に発症することが多く、特に小腸末端部が好発部位です。

症状は腹痛と下痢が半数以上にみられる。さらに発熱、血便、体重減少、貧血などの症状が現れることもあります。また瘻孔（臓器と他の臓器をつなぐ穴）、狭窄（腸が狭くなる）、膿瘍（うみが貯留）などの腸管合併症や、関節炎、虹彩炎（眼の炎症）、結節性紅斑（皮下脂肪の炎症）、肛門病変などの腸管外合併症がみられることもあり症状は多彩です。



診断には血液検査、X線造影検査、内視鏡検査（上部消化管内視鏡検査、小腸・大腸内視鏡検査）、腹部CT検査やMRI検査が役立つこともあります。特徴的な肛門病変（難治性痔ろう）や内視鏡検査の際の組織検査が診断に有用です。

治療は栄養・食事療法、薬物治療などの内科治療が主体となることが多いですが、腸閉塞や穿孔、膿瘍などの合併症には外科治療が必要となります。

おなかの不調が続く……もしかしたら腸に炎症が起きているのかも？

こんな症状ありませんか……？当てはまる場合は医療機関にてご相談ください！

- 慢性的に下痢が続いている
  - 夜間の就寝中に、腹痛で目が覚めたり、排便（下痢）のためにトイレに何度か行きたくなくなったりする。
  - お腹が張る、腹痛などの症状が慢性的に続いている。
  - 血の混じった便や血液だけであることがある。
  - 肛門周囲に痛みや腫れがあったり、膿がでてくる。
  - ダイエットなどしていないのに体重減少がある。（3か月前と比べて著明な体重減少がある）
  - 原因不明の熱（37.5℃以上）が数日以上続くことがある。
  - 便意はあるのにガスだけ、または何もでないことがある。
-

# 食物依存性運動誘発アナフィラキシー

宮崎医院 宮崎 誠

食物依存性運動誘発アナフィラキシー (food-dependent exercise-induced anaphylaxis : FDEIA) は、ある特定の食物摂取後に運動が負荷されることでアナフィラキシー症状が誘発される疾患とされています。1979年に初めて報告され、その後1983年に正式にFDEIAと命名された比較的新しい疾患です。したがって、学校現場でも、この疾患に対する正しい知識を持つことが必要です。

発症にはIgEが関与しており、原因食物は小麦が62%、甲殻類が28%ですが、近年果物や野菜などが増加傾向との報告もあります。近年では小麦のなかでも主要抗原とされるω-5グリアジンのIgEが測定できるようになり、診断精度の向上に寄与しています。

発症時の運動は、球技38%、ランニング28%と運動負荷の大きい種目が多数を占めていますが、歩行で17%と軽い運動でも認められています。食後から運動開始までの時間は60分未満が85%で、さらに運動開始後発症までの時間は30分未満が75%と食後2時間以内の発症がほとんどとされています。また、発症時間帯は昼食後が80%であることから学校給食後の発症に注意が必要です。

小学生の男女比は、男：女＝7：1、発症頻度は22,000人に1人、中学生の男女比は、男：女＝11：2、発症頻度は6,000人に1人、高校生の男女比は、男：女＝6：3、発症頻度は12,000人に1人と報告されています。

発症に影響する要因としては、全身状態としては、疲労、寝不足、ストレス、薬剤としては、アスピリンなどのNSAIDs、その他としては、アルコール摂取、花粉症などが挙げられています。

症状は、皮膚症状80%以上、ショック症状50%、呼吸器症状20%、粘膜症状15%となっています。やはり、半数にショック症状が出現することから注意が必要です。

診断に関しては、まずこの疾患を疑うことです。食後2時間以内の運動負荷によりアナフィラキシーを発症した場合は、FDEIAの可能性が高いということです。そして疑った場合には詳細な問診を行います。発症時の状況、体調や睡眠時間、食事内容と時間、食事と運動の間隔、運動の種類、運動後発症までの時間、解熱鎮痛剤の服用の有無など

---

を確認します。その後の確定診断には専門医の誘発試験が必要になってきますが、その際、発症時の詳細な情報が重要になってきますので学校現場で発症に遭遇した場合には、以上のような内容を出来る限り詳細に記録しておく事が重要です。

最後に学校での生活指導と注意点について記載します。

1. 運動前に原因食物を摂取しない。
  2. 原因食物を摂取した場合は、食後最低2時間は運動を避ける。
  3. 解熱鎮痛薬内服には注意する。
  4. ヒスタミンH<sub>1</sub>受容体拮抗薬（アレグラ等）、アドレナリン自己注射薬（エピペン）を携帯する。
  5. 皮膚の違和感など前駆症状が出現した段階で安静にし、必要に応じて、投薬・医療機関に受診をする。
  6. 原因食物の完全除去や過剰な運動制限など不適切な指導により患児のQOLを損なわないよう、注意する。
-

## 交通ルールに関して感じたこと

村田内科医院 村田 繁

以前学校保健委員会で「まわりをよく見る」というタイトルで話し合いがありました。おそらく学校内でのことについての内容だったと思います。その中で私は道路上でいかにまわりを見ていない人が多いかを話しました。そのことに関連して、学校保健とは少し離れますが、交通ルールに関して感じたこと述べたいと思います。

まず屋外で感じた3点です。

- 1) 朝の集団登校の場面です。片側1車線の道路を右側通行してきて、横断歩道を渡る場所です。信号はありません。通勤時間帯ですので時々車も通る中、7-8人の児童は誰1人として後ろを振り返ることなくほぼ斜めに横断してしまいました。もし車が来ていたら重大な事故になっていたでしょう。今年度は保護者らしき大人が1名後ろからついていますが、この人もなんの注意をすることもありませんでした。
- 2) 10年以上前のことだったと思います。最近はあまり見なくなりましたが午後中学生が部活に向かうところのように見えました。10人くらいの自転車の集団が一時停止の標識のあり見通しの悪い交差点で、減速することもなく飛び出し右折していきました。先頭車もそうですが後ろの自転車もなんの疑問を持たず追隨していきます。前の自転車が安全だからと言って次が安全とは限りません。
- 3) これは車に関してですが、自宅の近くに大変危険な箇所があります。一般道から254バイパスに出る道路ですが、ここは信号のない交差点で通勤時間帯に信号のある交差点を避けて通る車を見かけます。ここは歩道に出るまでが上り坂で、左側がブラインドになっています。ほとんどの車は上り坂のため停止線で止まらず歩道まで突っ込んでいきます。右側は比較的に見通しがよいため、国道側の車が来ないと完全に止まらず発進してしていきます。もちろん左からの自転車・歩行者のことは考えていません。

以上3点ほど気が付いた点を述べてきましたが、1)は文字通り「まわりを見ない」

---

に尽きないと思います。自宅の近所でも狭い道ですが、車に気をすることなく大人や高校生が飛び出していくシーンをよく見かけます。交通量の少ない道路では後ろを確認せず、歩行者も自転車の斜め横断をしています。大人も何が危険かわからない人が多いので、子供に対して指導できないのだと思います。2) は一時停止の意味も理解せずに自転車に乗っている生徒が多いことを物語っていると思います。新聞では群馬県は自転車事故が全国一との報道がありました。学生・生徒の指導をするとともに、保護者への啓もうが必要と思います(なかなか難しいですが)。3) はこれを読んだ車の運転者をお願いします。ほかにも危険個所もあると思います。歩道は歩行者・自転車優先です。歩道を横断するときは必ず歩道の手前で確認をして下さい。特に左側からの自転車に気を付けてください。私は自転車で歩道を通るときにはなるべく車と同方向を通るようにしています。

その他。富岡市の中学生は反射ベストをつけて登下校しています。ただ鞆の内側に付けているため、効果があるのは一番上部の反射テープだけのようです。鞆の上からつけるのも難しいようです。これに関してもう少し有効な方法はないでしょうか。登下校時以外はつけていないのも問題です。

以上屋外での交通ルール・マナーを中心に感想を述べさせていただきました。

---