登園日との体温を，厚生省研究班の測定方法により，又，測定時間に測定した。

結　果；

	月　日	最低体温	最高体温	日　差
1. 沼○由○理	7月15日	36.4 ℃	36.5 ℃	0.1 ℃
	9月　5日	36.2	36.7	0.5
2. 樋○美○子	7月15日	36.2	36.4	0.2
	9月　6日	36.2	37.0	0.8
3. 大○ 悦○	7月15日	35.3	35.3	0
	9月　6日	35.4	36.6	1.2
4. 鶴○ 智○	7月15日	36.5	36.6	0.1
	9月　6日	35.9	36.7	0.8
5. 山○ 麻○	7月15日	36.0	36.2	0.2
	9月　6日	36.2	36.4	0.2
6. 本○ 一○	7月15日	36.0	36.2	0.2
	9月　6日	36.4	37.0	0.6

6例中5例の幼稚園児で登園日に日差が大になり，6例全例とも登園日に，最高体温の上昇を示し，6例中3例は0.5℃以上の最高体温の上昇を示した。以上のことは昭和53年度調査の体温の低めと日差の減少は運動不足，又は，活発さが失なわれているとの考えを支持するものである。

12. 小児発熱の臨床
その1. 5日以上の発熱で入院した患児の治療について

南部春生（北海道社保中央小児科）
穴倉迪弥（　〃　）
棚川信夫（　〃　）
沢田持行（　〃　）
立花　啓（　〃　）

総合病院小児科では屢々高熱が5日以上に亘り，下熱剤，抗生剤の使用にも拘わらず下熱せず，2～3の病院を巡り巡って入院を余儀なくされることが多い。当院小児科ではこのような患児の取り扱いを原則的には可能な限り入院3日間は抗生剤を中止し，安静，点滴，高熱時の下熱剤の屯用，坐薬を行い，この間に行った諸検査結果に基き治療方針を決定してきた。今回は1979年6月迄に入院した73例について治療法別下熱成績を検討したので報告する。

1. 対象および治療方法

患児は男児36例，女児37例でいづれも入院前に抗生物質を使用しておりながら5日以上最高27日間に亘って下熱しなかったものである。治療方法は前述のごとき原則に従ったが，結果的には次の4方法によった。即ち

1群　点滴を行わず，安静管理を行ったもの13例（入院までの発熱期間平均10.8日），

2群　点滴のみ施行し，経過をみたもの，31例（8.4日）

3群　点滴のみが2～3日間，その後は検査結果に応じ抗生剤の管注，内服を行ったもの7例（11.6日）

4群　入院時より点滴，抗生剤管注を同時に行ったもの22例（9.2日）である。

2. 成　績

表1のごとく，入院後3日以内に下熱したものは1群が13例中10例，2群が31例中21

表1.　5日以上の発熱で入院した患児の治療別下熱成績

（1979年）

	下熱 3日以内	下熱 4日以上	CRP陽性	白血球増加	核左方移動	赤沈亢進
1.点滴施行せず	10（13.6）	3（4.1）	9	8	7	13
入院日数	17日	10日				
2.点滴のみ施行	21（28.7）	10（13.6）	22	25	17	26
入院日数	14日	17日				
3.点滴のみ＋点滴管注	2（2.7）	5（6.8）	7	7	6	7
入院日数	11日	29日				
4.点滴＋抗生剤管注	13（17.8）	9（12.3）	17	15	15	18
入院日数	15日	29日				
計　73　例	46（63.0）	27（27.0）	55（75.3）	55（75.3）	45（61.6）	64（87.6）

表 2　治療別疾患内容　（1978年7月～1979年6月）

	入院後の発熱 3日以内に下熱	入院後の発熱 4日以上持続
1. 点滴せず		
気管支・細気管支炎	2	
MCLS	1	
伝染性単核球症		1
UTI	1	
FUO	6（不明2，心因1，咽頭炎3）	2（心因）
2. 点滴のみ施行		
気管支・肺炎	7	2
百日咳	1	
ウイルス性髄膜炎	5	
急性心不全	1	1
咽，扁頭炎	2	2
MCLS	2	4
FUO	3（咽頭炎2，ウイルス1）	1（咽頭炎）
3. 点滴のみ＋抗生剤管注・内服		
肺炎	1	2
アフター性口内炎	1	
AML		1
MCLS		1
UTI		1
4. 点滴＋抗生剤管注		
肺炎	7	2
胸	1	3
副丸炎	1	
頸部リンパ節炎	1	1
MCLS	2	
骨髄炎		1
化性髄膜炎		1
UTI		1
アフター性口内炎	1	
確定診断	37	24
FUO	9	3
計	46	27

例，3群が7例中2例，4群22例中13例で，計73例中46例（63.0％）であった。又入院時より抗生剤を使用したものは73例中22例（30.1％）で，その他は3日間の点滴もしくは安静経過観察を行うことで適切を欠くことはなかった。又各種の検査所見は疾病がすでに修飾されていることもあり，CRP陽性75.3％，白血球増多75.3％，核左方移動61.6％，赤沈亢進87.6％であり，勿論これらの結果を総合的に考慮して抗生剤使用の参考にした。

表2は治療別に疾患の内容をみたものであるが，結果的に確定診断を下し得たものは73例中61例（83.5％）で，いわゆる不明熱（FUO）は12例でその殆んどがウイルス性疾患と考えられたが，明らかに心因性疾患であったものが1群で3例あり，これらの例は親との話し合いの中ではっきりしたものである。

今後発熱疾患については，とくにウイルス性疾患の原因が判然とすることが望ましいが，臨床的な解決，即ち下熱，一般状態を可及的速やかに改善する意味で，われわれが行った種々の治療パターンは意義のある方法と考え報告した。

13. 小児急性上気道感染児の体温調査

北山　徹（関東逓信病院小児科）

＜目　的＞

各種感染症にみる発熱は，一種の生体防衛反応のあらわれであり，あまり発熱に対する愁訴のない病初より強力な下熱をはかることはけして得策ではない。

しかし日常小児科診療における実状は，安易に小児気道感染症の発熱に対し，強力な下熱剤が投与され，ときに薬剤の副作用発現などをみたりしている。その投与理由は患児のためというより，しばしば両親や医師自身のために使われているといわれる。

そこで日常小児科外来で，約60％を占めるといわれるウイルス性上気道炎と考えられる患児の発熱の自然の消長や，発熱をそのままにした場合の熱性けいれん，不眠その他の症状出現状況を知る目的で，不必要と考えられたものは解熱剤や抗生剤をまったく投与せず，自然経過を観察することにした。

＜調査方法＞

昭和53年7月から昭和54年12月にわたり，病初からの発熱状況の明らかな発病2日目

検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります

総合病院小児科ではしばしば高熱が5日以上に亘り，下熱剤，抗生剤の使用にも拘わらず下熱せず，2〜3の病院を巡り巡って入院を余議なくされることが多い。当院小児科ではこのような患児の取り扱いを原則的には可能な限り入院3日間は抗生剤を中止し，安静，点滴，高熱時の下熱の屯用，座薬を行い，この間の行った諸検査結果の基づき治療方針を決定してきた。今回は1979年6月迄に入院した73例について治療法別下熱成績を検討したので報告する。