

**【それってホント？5】**

それってホント？シリーズも5回目になりました。巷でもっともらしく話をされている「ウソ」は、まだまだたくさんあります。

**『布おむつの方が紙おむつよりもおむつ離れが早い』 → ウソ**

以前の Wooppy 通信の中で触れたことがあります。このことはどうの昔に結論が出ています。

1980年代に布おむつと紙おむつの功罪については盛んに議論されましたが、日本では総合的に検討された結果が1985年に初めて報告されています。すなわち「おむつ離れの問題」「かぶれの問題」「排尿生理・精神発達への影響」「母子コミュニケーションの問題」など、広範囲な事柄について検討が行われました。その結果、いずれも紙おむつに優位性があることが認められました。布おむつの方がおむつから早く離れる、紙おむつだといつまで経っても排尿・排便の自立ができない、布おむつを洗濯することで母性が養われる、などなどは全て否定されました。つまり、紙おむつの医学的・科学的評価はこの1980年代にすでに定まっていたのです。また、院長が小児科医になりたての頃はまだまだ布おむつが主流で、その頃「おむつかぶれ（おむつ皮膚炎）」が非常に多かったのですが、次第に少なくなってきたのは紙おむつの普及に反比例しています。最近、おむつ皮膚炎を診るときは、余程下痢が頻回だったのか、あるいは保育園で布おむつをしているのかのいずれかに限られてきています。

なお、紙おむつの日本での導入は他国から遅れましたが、その後の製品の改良、開発の進展によって、現在日本の紙おむつと生理用ナプキンの品質は世界第一となっています。ちなみに、おむつは英語で napkin ですが、紙おむつは paper napkin ではなく、disposable napkin あるいは diaper です。

**『エアコンを使っていると体温調節機能が未発達になる』 → ほとんどウソ**

しばしばこの話を耳にします。中には酷暑の真夏でもエアコンを使わない家庭や保育所などがあります。その理由として「体温を一定に保つ能力は、『体温を体の中で作る働き』と『熱を体の外に出す働き』で決まり、『熱を作る働き』は新生児期に寒さを体験することでセットされ、『熱を出す働き』は3歳までにたっぷり汗をかく体験をして、汗を出す能動汗腺を多く開くことで発達してくる。だから、エアコンで夏でも冬でも快適だと感じる室温で生活する子どもは、これらの大切な発達のチャンスが奪われて、体温調節機能が未発達のまま学童期を迎えて、簡単に熱中症になったり体温を一定に保てないなどの体の変化がみられる」という考えからだそうです。でも、ちょっと待ってください、です。これはいかにももっともらしく聞こえるのですが、正しい医学生理学的な根拠があるとは思えません。

新生児期にはたしかに褐色脂肪組織が「非ふるえ熱産生」を行います。この「熱を作る働き」に関与する褐色脂肪組織は発育とともに消退するので乳幼児以降では関係がなくなります。ですから、新生児期にセットされないと熱を作る働きがない、ことはありません。

「熱を出す働き」が3歳までに日常的に汗をかくことで発達するか、という点ですが、決してこのような幼児期までの発汗のみの体験ではなく、末梢と中枢の温度受容器（センサー）が感知して脳内の視床下部という部分に伝えられて、交感神経系、体性神経系（コリン作動性）で体温調節されるので、自律神経全体を鍛えておくことが体温調節には一番重要です。

ひ弱な現代っ子をワイルドに育てる、という趣旨は良いとしても、酷暑の中で闇雲に暑さに耐えさせるというだけでは問題です。日本は高温多湿で、特に33-34度を超えるような環境で3～4時間以上の長時間いることはかなりの暑熱環境であり、危険です。実際に発汗蒸発は湿度との兼ね合いが大きく、極端に湿度の高い場合は蒸発が遅れるので、成人でも33度以上では耐えられません。

家では過ごしやすい適温で生活していて、保育園などでは酷暑の生活をするのであれば、その差が大きすぎて、体調管理能力の低い子どもたちの体調を悪化させて体力低下を来しかねないことが危惧されます。一般的に、熱中症は環境における過剰な熱負荷がかかる状態において、発汗による熱放散が間に合わない状態で起こります。子どもが熱中症を起こしやすい背景には、小児特有の体温調節機構の未熟性があり、乳幼児ほど怒りやすいのです。つまり、①体表面積が成人より大きく環境面との熱の出入りが極めて大きい、②発汗能力が成人より未熟で緩徐、③単位面積当たりの熱発生量が成人より多い、④運動時の深部から体表への熱運搬能が弱い、⑤体重当たりの水分率が成人より大きい、⑥1日当たりの水分出納が大きい、⑦乳幼児ほど腎の濃縮率が弱く負荷された溶質（水に溶け込んでいる成分）の排泄能が低い、などが挙げられます。いずれにせよ、乳幼児は成人より暑熱に対する適応性が劣っています。また、子どもは体調不良で、水分摂取が少なくなったり下痢で水分が多く出たりと、容易に変化しやすいために、脱水や熱中症が起こりやすくなります。保護者が子どもに、水分摂取をうながすと、脱水や熱中症は回避できます。しかし、保育所などの集団生活では、それぞれの子どもの体調に合わせての細かな対応が必須ですが、どこまで体調管理ができるのかによっては、脱水や熱中症の危険性は高くなります。家と保育園との生活環境が極めて異なるという日内変動の大きさが、子どもたちにマイナスの影響を与えることが危惧され、脱水や熱中症に限らず、易感染性や疾病罹患の頻度が増すことに繋がらないかと心配になります。

冷やしすぎ、暖めすぎを避けることが望ましいのは当然のことで、この点を注意すれば、暑いときも寒いときもエアコンを使用して快適に過ごすことは悪いことではありません。

### 『突き指をしたら指を引っ張る』 → ウソ

突き指は、ドッジボール、バレーボール、バスケットボールなどで指を伸ばした状態でボールを受け損なったり、壁などに指を突いたりすることが原因で起こります。指の関節に痛みや腫れが起こり、曲げるとさらに痛みが増します。突き指は、指の関節の捻挫です。しかし単なる捻挫だけではなく、指関節の脱臼や骨折、靭帯の損傷などの可能性もあります。むやみに引っ張ったりすると、症状を悪化させることにもなりかねないので注意が必要です。腫れや痛みが強いときは、なるべく動かさないように添え木を当ててテーピングなどの固定をして整形外科を受診するようにしてください。

### 『うつ伏せ寝の方が発達が早くなるのでお向け寝より良い』 → ほとんどウソ

もともとどこの国でも赤ちゃんの寝かせ方はうつ伏せ寝にするのが主流でした。1950年頃から未熟児に対する医学的研究から、仰臥位（仰向け）よりも腹臥位（うつ伏せ）の方が学問的には呼吸・循環・消化器系の機能に良い影響を与えることが示唆され、それを小児科医が母親に指導してアメリカで腹臥位保育が普及したのですが、そこからヨーロッパなどに広がったと考えられます。

うつ伏せ寝そのものは、呼吸循環器系、胃内容通過時間、保温、睡眠などの生理学的な面からは仰向けよりも赤ちゃんにとって優位な面が多く、そのため未熟児や病児においては現在もうつぶせ寝が採用されています。その場合は、モニターされて24時間監視の状況にあることを忘れてはいけません。正常成熟新生児において仰臥位と腹臥位が呼吸・循環器系に及ぼす影響の差は臨床的にはわずかであり、その理由でうつぶせ寝にする正当性はありません。

うつ伏せ寝と乳児突然死症候群（SIDS）の疫学的相関関係は、オランダ、イギリス、オーストラリア、ニュージーランド、日本のデータから明らかになりました。そこでうつ伏せ寝を止めるキャンペーンが1990年代に世界各国で開始されてかなりの効果を上げてSIDSが減りました。うつ伏せ寝の発祥の地であるアメリカでも、1992年に米国小児科学会が医学的に問題のない正常児は横向きか仰向けの睡眠姿勢を勧め、さらに1995年からSleep to Backキャンペーンが開始され、アメリカでのSIDSが半数以下に減りました。

うつ伏せの姿勢が乳幼児早期の発達に及ぼす影響に関しては、1960年代の腹臥位保育のアメリカの新生児が仰臥位保育のイギリスの新生児よりも、首のすわりやハイハイなどが早かったが、1年以上の追跡調査では

両者に最終的な知能や運動の差はなく、早期に発達することが必ずしもプラスであるとは言えない、と報告されています。

また、頭のゆがみについては、1歳半健診で仰臥位であった児の43%にみられますが、腹臥位の児の5%に過ぎないことが示されています。最終的に児が成長すれば頭のゆがみはほとんどの例で目立たなくなります。頭のゆがみがある場合は、子どもが起きている間にうつ伏せで遊ばせるなどの配慮をすればいいのですが、うつ伏せ寝とうつ伏せ保育とを混同してはいけません。

うつ伏せ寝が広まったのは人類の歴史の中では高々50~60年前のことであり、再び仰向け寝に戻りつつあります。欧米では、当時の医療関係者によって広められたのですが、日本では素人のスタイリストがヨーロッパで育てられた孫の個人的経験から、うつ伏せ寝によって外人のような顔になるとか、ヒップアップしてスタイルが良くなるなどのまったく非科学的なセンセーショナルリズムに基づくもので、それを若い母親たちが真に受けてファッションとして取り入れたことから始まっています。

下痢の時に経口補液が良いからといって健康なときのイオン飲料はかえってマイナスになるのと同じで、未熟児や病児に良いうつ伏せ寝が成熟児や健康児にとってはマイナスになるのです。

### 『赤ちゃんは6か月頃まではかぜをひかない』 → ウソ

赤ちゃんが生まれてくるときに、お母さんからいろんなものをもらって産まれてきます。その代表が「抗体」と呼ばれる免疫です。お母さんが、ある病気に対して免疫を持っている（つまり抗体を持っている）とそれは胎盤を通じて赤ちゃんに移行します。例えば、麻疹（はしか）の抗体をお母さんが持っていれば、その抗体を赤ちゃんが持つので、産まれてしばらくは麻疹にかかりません。「しばらくは」というのは、麻疹や風疹では生後6か月頃まで、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）なら8か月頃まで、水痘（みずぼうそう）は生後1か月頃までです。もしお母さんがこれらの抗体を持っていなかったら、赤ちゃんも当然これらの抗体を持たないので、産まれてすぐでもかかってしまいます。

赤ちゃんがかぜをひく場合、ほとんどが家族からの感染によるものです。もっとも近くにいるお母さんから感染することが多いのですが、お母さんがかぜをひいている＝そのかぜのウイルスに感染している＝そのウイルスに対する免疫を持っていない、ということになります。つまり、そのウイルスに対する免疫を赤ちゃんは持っていません。ですから、お母さんのかぜが赤ちゃんに感染することになります。

母乳特に初乳には分泌型IgAという免疫がたくさん含まれているので赤ちゃんの抵抗力に役立っており、母乳栄養の赤ちゃんは人工栄養の赤ちゃんよりも感染に強いと言われています。しかし、感染症にならないというわけではありません。

### 『舌小帯短縮は哺乳障害をきたすので早めに手術しなければならない』 → ほとんどウソ

舌小帯は舌の裏側と口腔底をつなぐヒダ状の結合組織です。舌小帯短縮の頻度は新生児の0.2~5%と報告されています。舌小帯が短いと舌の運動が制限されるために、哺乳や摂食の障害や、言葉が不明瞭（構音障害）になることがあります。舌を挙上しても口蓋に触れないか、舌尖部が門歯より外に出すことができなければ、中等度以上と簡便に判定するが、子どもの舌尖部は成長に伴って長くなるので乳歯が生えそろうまで待つと診断し、高度なものだけを舌小帯短縮症と診断すべきです。したがって、高度な場合を除いて、手術を4歳以下で行うことは稀です。

哺乳障害の原因として、舌小帯短縮は1~5%と言われています。また、舌小帯短縮が高度でない場合は、母乳哺育に支障をきたすことが少ないことがわかっています。新生児・乳児で哺乳障害のために手術の適応となるのは極めて少ないのです。

構音障害は、舌を使う発音[t][d][n][l][r]などが問題ですが、発音訓練で矯正が可能なので、手術適応となるのは少ないのが現状です。しかし学校での「いじめ」などの状況から考えると、軽度であっても早口になると構音障害がわかる子どもには手術適応を柔軟に考えるべきです。

舌小帯短縮症が睡眠時無呼吸症候群の原因と考えて積極的に手術を勧める報告がありましたが、現在では否定されています。

### 『口臭があるので胃が悪い』 → ウソ

最も多い口臭の原因は、食物残渣の口腔内細菌による腐敗、歯垢・歯石、舌苔の汚染、歯周病によるものです。その他、酒、たばこ、ニンニク・ネギ、牛乳・チーズや肉などの高たんぱく食などによる食物性口臭や、糖尿病、痛風、アレルギーの薬剤などによる薬剤性口臭もあります。便秘がひどいと腸内ガスが口臭の原因になることもあります。夕方に増強する口臭はしゃべりすぎによる口腔内の乾燥が原因のこともあります。

子どもでは歯と歯の間、歯と歯茎の間の食べかすの発酵の場合が少なくありません。歯科での異常がなければ、鼻閉や副鼻腔炎やアデノイド（咽頭扁桃）過形成による口呼吸が口内乾燥をきたして口腔内細菌を増加した結果、細菌の産生する揮発性硫化物が口臭になることもしばしば見られます。扁桃炎そのものが口臭の直接的原因になることはまれです。また、食物をあまり噛まないため唾液分泌が低下して口腔細菌が増加している場合もあります。歯磨きをしっかりとすることが大切です。また水分は十分摂らせて口の中が乾燥しないようにしなければなりません。炭酸飲料は口腔内細菌が増加するので好ましくありません。

ところで、“くさい”という意識は、極端な無臭社会である現在の日本では大変デリケートな問題です。病気が原因でない口臭なら、いびきと同様に、本人の問題というより周囲の問題であり、大人の場合は本人が希望しない限り治療対象になりません。子どもの場合でも、口臭には自覚がなく、お母さん方が無理矢理連れて来られることもあります。そんな時には、もし口臭があっても、診た医師が「くさい」と指摘すれば、子どもは成人と同様に、友達に近づきたがらなくなります。まず、子どもが口臭を自覚しているか治療を希望しているかの確認が必要です。子ども同士のつき合いで、「口がくさい」と言われるといじめの対象になることもあり、本人にはくさいと言わずに治療することもできるはずですが。実際には問題にするほどの口臭はないのに、お母さんがにおいに敏感であったり、お母さん本人が自分の口臭で皆から嫌われることへの恐怖心が原因になっていることもあります。口臭をものすごく気にするのは日本とアメリカくらいです。あまり気にしないことです。

### 『〇〇を食べると体に良い』 → ウソ

ある著名な司会者のお昼の番組でよくやっていますし、それ以外の番組でも似たようなことが言われています。ワインに含まれているポリフェノールが良い、という一気にワインブームになったこともあります。ポリフェノールに関してはその後全く否定されています。大豆のイソフラボンが良い、といわれましたが、ホルモンの異常をきたすことで、過剰摂取に注意が喚起されました。△△が良い、□□が良い、とテレビで言われると、その日のスーパーマーケットで売り切れが出るので、大手スーパーでは放映予定をテレビ局から予め聞き出してその商品を大量に仕入れておく、という図式まででき上がり、全国的に皆が踊らされるという状況に発展しています。データーねつ造が取り沙汰された番組が放映中止になる事態までなっても、その著名な司会者は「うちの局はちゃんととしたデーターを出している」などと間抜けな発言をしていました。数人のデーターだけで物を言うこと自体がおかしいことに気づいていないのは笑止千万です。臨床研究の場合、少なくとも60名くらいのデーターがないとはっきりしたことが言えないのが常識なのです。

今年春に開催された日本医学会総会（4年に一度の日本で最大の医学会）で「食育」「メタボリックシンドローム」のパネルディスカッションでもこのことが取り上げられていました。食育からみても、単一の物が体に良いという理屈はおかしいのであって、万遍なく食べるのが大切なのです。「〇〇が良い」の裏返しは「▲■は悪い」ということにつながり、偏食を助長することになりかねません。

「〇〇が良い」「△△が良い」「□□が良い」と続けていくと、結局は何を食べても良いということになります。欠食や偏食をせず、三度の食事をバランスの良く摂ることが、健康への基本です。