

新生児壊死性腸炎の臨床的診断基準

静岡県立こども病院

志村 浩二

研究目的

新生児壊死性腸炎 neonatal necrotizing enterocolitis (以下NEC)は、消化管の虚血性壊死を主徴とし、急速に消化管穿孔、腹膜炎敗血症、ショックを併発する極めて重篤な後天性腸疾患である。

近年の新生児医療の向上に伴い増加してきており、新生児とくに1,500 g未満の極小未熟児の養育上無視できない疾患となってきた。したがって本症の発生予防と対策は、新生児医療の推進にあたり解決しなければならない課題の一つといえる。そこでまず臨床的診断基準の作成を試み、これに基づく本症の実態把握さらにその対策と研究を進めて行きたい。

研究方法

自験例、1979年の本邦新生児医療施設の集計例および内外の文献を参考に臨床的診断基準を作成した。(表1, 2)

I. 疑診(表1)

1) 臨床所見

それぞれ単独でなく哺乳不良、下痢などの他の消化器症状を伴った所見としてとらえることが大切である。また付記事項にある種々先行因子、臨床症状にも注意する。

腹部膨満

触診では硬度の増強、圧痛の有無に、聴診ではグル音の減弱に留意する。

胃内容停滞

本症を発症しやすい極小未熟児においてはとくに、ミルク注入前に胃内容を吸引、その量、性状を確認してから注入如何、授乳量を検討する日常診療が要求される。

血便

グアヤック反応を重視する。また下痢を早期所

見としてみることが多いが、下痢をみなくても糖質吸収障害を伴いやすいといわれており、クリニテストも参考にすると良い。

2) レントゲン所見

腸管拡張像

未熟児でよくみる所見であるが、その場合には小腸および大腸からなる境界鮮明な円形ループである。本症の場合には、小腸のみからなる拡張像あるいはループが大きくなりソーセージ様に拡張、次第に分布が不均衡となり拡張した腸管ループと、拡張していないループとが混在するようになる。大腸の拡張像は30%位にみるが、多くは腸壁内ガス像 intramural gas (IMG)を伴う。

この段階で鑑別すべき疾患としてHirschsprung病(total colonic aganglionosis)および腸回転異常症(中腸軸捻転)があるが、ともに未熟児とくに極小未熟児にはまれであり、さらに前者は胎便排泄遅延、便秘、後者は腸管ガス分布、イレウス症状が前面に出ることなどにより鑑別しうる。

本症は早期の精力的治療が症状の進行をおさえ、救命率向上につながるためこの段階から治療を開始する。しかしながらあくまでも疑いの段階であり、過剰治療をさけるためには綿密な臨床所見の観察と、治療効果をみながらの方針修正が大切である。

II. 確診

1) 腸壁内ガス像 intramural gas (IMG)

診断的意義が大きいため、疑診後は少なくとも8~12時間毎にチェックし早期発見に努める。回盲部が最も血流が乏しいため障害をうけやすく、したがって最も早く異常を呈する。一方、IMGの分布と重症度とは必ずしも平行せず、またその消失は必ずしも好転を意味しないといわれている。

なお、病変が粘膜下にとどまっている初期には

限局性の嚢胞状を、腸管壁まで浸潤するとび慢性の線状陰影を呈する。後者の場合には腸管の断面がみえる場合は輪状を呈する。

IMGは本症に特異的な所見でないため、下記の疾患との鑑別を要する。しかしながら多くは成熟児にみる疾患で、種々の臨床症状との関連如何を鑑別のポイントとするとよい。

腸閉塞

高度の腸管拡張を長期間みると、粘膜面の血流障害、粘膜損傷そしてガスの浸潤をきたす。IMGは大腸に優位で、ひとたび閉塞機転がとれると自然に吸収される。

血管障害

臍帯カテーテルの長期留置に伴い腸間膜血流領域の梗塞をきたすこともあり注意を要する。

良性の腸壁内ガス像 benign form

結腸のみに限局する嚢胞状のもので、血便、腸管拡張を伴うが予後良好といわれている。

ミルク濃縮 milk inspissation syndrome

結腸内の濃縮されたミルクがIMG様にみえることがある。注意深くみると腸管腔内の所見であ

ることが分かる。

2) 門脈内ガス像 portal venous gas (PVG)

レントゲン写真上、門脈から肝縁部にのびる樹枝状あるいは円柱状の透亮像としてみられる。やや重篤な症例にIMGとともにみられるが、IMG同様急速に消失するため見のがされることが多いといわれる。

結 語

NECの臨床的診断基準を作成し、その各項目につき解説した。本症の進行は極めて早くかつ重篤であり、早期からの治療の徹底が症状の重症化、すなわち救命率向上への唯一の道と思われる。したがって一方では過剰診療となりかねないため、症状の注意深い観察、治療効果の判定により方針の修正を行うことが望ましい。またレントゲン検査が診断上欠かせないが、前後像のみでなく臥位での側面像 cross-table view を併用すること、少なくとも8~12時間毎に反復、推移をみることの重要性につき記述した。

表 1

I. 疑診

1) 臨床所見

腹部膨満

次第に増強、硬度をまし、腸管ループの透見さらに光沢を呈するようになる。

胃内容停滞

授乳前の吸引量増加、さらに胆汁の混入をみるようになる。

血便

潜血反応陽性から肉眼的出血まで様々。下痢を伴うことが多い。

2) レントゲン所見

腸管拡張像

小腸ガスを主体とした大小様々な拡張像が混在、しかも分布が不規則となる。

○上記のような消化器症状及びレントゲン所見を、とくに未熟児にみた場合、本症を疑う。

○種々原因による低酸素症、授乳、感染因子を有する極小未熟児に、無呼吸、徐脈、体温不安定、活動性の減弱をみせる場合は、さらに疑わしい。

○あくまでも疑いの段階であるが、急激に増悪する重篤な疾患であり、この段階から治療を開始する。

○綿密な臨床所見の観察と、治療効果をみながらの方針決定により over-treatment をさける。

表 2

II. 確診

疑診の症状，所見に加え，次のレントゲン所見のいずれかを認めたとき，臨床的にNECと確診する。

- 1) 腸壁内ガス像 intramural gas (IMG)
- 2) 門脈内ガス像 portal venous gas (PVG)

○レントゲン診断のコツ

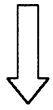
前後像だけでなく，側面像 (cross-table view) を併用する。

少なくとも疑診後は 8～12 時間毎に追視する。

回盲部に病変を生じやすいため注意する。



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



研究目的

新生児壊死性腸炎 neonatal necrotizing enterocolitis(以下 NEC)は、消化管の虚血性壊死を主徴とし、急速に消化管穿孔、腹膜炎敗血症、ショックを併発する極めて重篤な後天性腸疾患である。

近年の新生児医療の向上に伴い増加してきており、新生児とくに1,500g未満の極小未熟児の養育上無視できない疾患となってきた。したがって本症の発生予防と対策は、新生児医療の推進にあたり解決しなければならない課題の一つといえる。そこでまず臨床的診断基準の作成を試み、これに基づく本症の実態把握さらにその対策と研究を進めていきたい。