

新生児壊死性腸炎の内科的治療指針

研究協力者

国立小児病院	内藤達男
東京女子医大	仁志田博司
聖マリアンナ医大	堀内勁二
静岡こども病院	志村浩二

病状にあわせ治療を行なうが、臨床症状にかくれている種々誘因、さらに感染症、ショック、Endotoxemia といった増悪因子を排除し症状の悪化を防がなければならない。

疑診段階

この段階から治療を開始することが大切。

(A) 初期治療

- 1) NICUで管理する。
- 2) 血管確保：輸液・輸血，血圧，血液ガス分析に利用する。
- 3) 心拍・呼吸・体温のモニター。
- 4) 経口投与中止。
- 5) Naso-gastric tube の留置。
開放あるいは少なくとも3時間ごとに吸引する。
- 6) 輸液。

維持輸液：血清電解質，血糖により内容を調整する。

末梢静脈からの補助栄養

7～10日以上飢餓状態が続いた場合，そして呼吸障害，黄疸が落ち着いていれば，

アミノ酸 $0.5\sim 1.0\text{ g/Kg/day}$

脂肪乳剤 1.0 g/Kg/day

程度の末梢静脈からの補助栄養輸液を行う。

多くの場合，上記の処置により状態の改善をみるが，臨床症状，検査所見から菌血症が疑われれば，種々検体培養後，抗生剤を投与する。

(B) 抗生剤の経静脈投与

1) 広域抗生剤

例えば，Ampicillin

生後7日未満： $25\sim 50\text{ mg/Kg} \times 2/\text{day}$

7日以降： $25\sim 50\text{ mg/Kg} \times 3/\text{day}$

2) アミノ配糖体系抗生剤（30分以上かけて

静注。）

例えば，Gentamicin

生後7日未満： $2.5\text{ mg/Kg} \times 2/\text{day}$

7日以降： $2.5\text{ mg/Kg} \times 3/\text{day}$

Amikacin

生後7日未満： $5.0\text{ mg/Kg} \times 2/\text{day}$

7日以降： $5.0\text{ mg/Kg} \times 3/\text{day}$

通常，それぞれ2週間投与する。ただし，血液あるいは腹水から菌検出をみた場合は，3週間投与する。

確定診断～進行期

(A) 抗生剤の経口投与

経静脈投与に加え，アミノ配糖体系抗生剤の胃内注入を併用する。

経静脈投与量の2倍量を，4時間ごとに1日6回投与する。注入後1時間はチューブを閉鎖しておく。

例えば，Gentamicin： $10\sim 15\text{ mg/Kg}/24\text{ hr}$

すべての臨床症状，レントゲン所見消失後48時間投与する。なお，週1回糞便中の耐性菌出現いかんをチェックすることが望ましい。

(B) 抗ショック療法

1) Volume expander 15 ml/Kg

ヒト新鮮凍結血漿を用いれば，補体の補給も可能となる。

2) アンドロシスの矯正

重曹：蒸留水 = 1：1の溶液を， 1 mEq/min 以下の速度でゆっくり静注する。酸塩基平衡の結果により，必要ならば反復矯正する。

3) ドーパミン $5\sim 10\text{ } \mu\text{g/Kg/min}$

腎，腸間膜血流増加が期待される。ただし，肺血流低下，換気抑制の恐れがあるため，イソプロ

テレノールを併用することが望ましい。

4) イソプロテレノール $0.05 \sim 0.1 \text{ } \mu\text{g/Kg/min}$

肺血管拡張，換気亢進さらに心拍出量増加をもたらす。心拍数は $100 \sim 140/\text{min}$ に保つよう投与量を調節するとよい。

不整脈に注意する。

(C) 出血に対する治療

1) 血小板数 $\leq 15 \times 10^4 / \text{mm}^3$

頻回血小板数，出血傾向の有無をチェックする。

2) 血小板数 $\leq 6 \times 10^4 / \text{mm}^3$

交換輸血の適応。また，明らかな出血をみたら，血小板数にかかわらず交換輸血を施行する。血液の用意なければ，まずヒト新鮮凍結血漿 10 ml/Kg を $30 \sim 40$ 分かけて静注，ついで血小板溶液を投与する。

手術の適応

疑診段階からの適切な内科的治療により，ほとんどの症例は手術に至らず治癒する。

手術適応は内科的療法無効例ということになるが，気腹像を伴った消化管穿孔では予後不良であり，穿孔の恐れがあり腹膜炎に至らんとする状態，すなわち腸管の深層におよぶ壊死状態 full-thickness necrosis が適応となる。具体的には，

(A) 臨床症状の悪化

無呼吸，徐脈，低体温，低血圧，嗜眠。

(B) 検査所見

血小板減少，低ナトリウム血症，アシドーシス

(C) レントゲン所見

24時間以上にわたる腸管ループの固定化，腹水像，対称な腸管ループを伴った腸管ガス像の減弱。

(D) 腹部所見

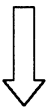
腹壁の硬結，紅斑，限局性の腫瘍，浮腫。

(E) 細菌および多核白血球を混じた腹腔穿刺液。

full-thickness necrosis の診断は難しく，またすべてが穿孔するわけではなく，多くは治癒して行くと思われるが，腸管狭窄，後天性腸閉鎖を起こしうる病態と考えられ手術適応とする。



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



病状にあわせ治療を行なうが、臨床症状にかくれている種々誘因,さらに感染症,ショック,Endotoxemia といった増悪因子を排除し症状の悪化を防がなければならない。