ＲＤＳ急性期に発症した新生児壊死性腸炎の一例

国立小児病院新生児科
内藤達男，河野寿夫

我々は呼吸窮迫症候群（以下，ＲＤＳ）の急性期に，しかも授乳前に，新生児壊死性腸炎（以下，ＮＥＣ）に罹患し，手術により救命しえた症例を経験したので報告する。

症例は在胎31週，出生体重1630g，アプガースコア10点で出生した女児。妊娠経過では5ケ月に切迫流産をみたが，分娩経過には異常をみなかった（表1）。

生後1時間の当科入院時，呻吟，鼻翼呼吸，陥没呼吸などの呼吸障害があり，呼吸音も微弱で酸素35％を要した。

検査データは（表2），SHAKE TEST が陰性であったほかは異常なく，感染徴候も認めなかった。

入院時，胸部レントゲン像ではＲＧパターンとAIR BRONCHOGRAMを呈し，BOMSEL分類Ⅱ度のＲＤＳと診断した。

この時点では軽い腹部膨満はみたが，腸グル音は良好で，胃吸引も異常なく，腹部レントゲン像にも異常をみなかった。しかし，日齢3頃より無呼吸発作の頻度が増え，さらに後半から尿量も減り，日齢4の朝には胃吸引物が胆汁様となり腹部膨満も増強，腹部レントゲンで広範な腹腔内遊離ガス像をみた。

直ちに開腹手術施行したところ，回盲部から口側約16cmの回腸に，8mm径の穿孔を一カ所認め，この部位から口側の腸管は変色し，腸管壁は全体に浮腫状を呈していた。また，褐色で混濁した多量の腹水をみた。

手術は穿孔部を含め，前後4cmの腸管を右下腹部に腸瘻として出し終了した。

術後の経過は良好で日齢70，腸瘻閉鎖，日齢95，退院，現在外来で経過観察中である。

考　　案

新生児期における回腸穿孔の病因としては回腸及び他の腸管の閉鎖，回腸狭窄，ヒルシュシュプルング氏病，鎖肛，メコニウムイレウスなど腸管の閉塞があるために発生したものが多くみられ，そのほか潰瘍性腸炎，腸管重複，腸回転異常，腸憩室などの先天奇形，腸重積症，鼠径ヘルニアの嵌頓など腸管の絞扼によって発生する穿孔，感染，外傷そしてＮＥＣなどがあげられる。（表3）

本例は手術所見で腸管の奇形や絞扼は否定されており，支配血管にも肉眼的な異常所見なく，また感染徴候も，臨床的にも検査データ上も認められず，臨床経過と除外診断からＮＥＣと診断した。なお，回腸末端16cmの部位に穿孔していたが，この部位は生理的に血行が疎であるため好発することが知られている。

さて，ＮＥＣの病因には腸管の虚血をもたらす様々な病態，感染そして授乳と多くの要因が報告されているが，これら単一な病因でなく種々の誘因が重かって関与しているMULTI-FACTORIALな疾患と思われる。

以前，当科で経験した極小未熟児症例での原因検索でも，いくつかの因子を組み合わせても統計的有意差は得られなかった。

本例は，誘因としては中等症のＲＤＳ，反復する無呼吸があるのみで，仮死，感染徴候なく出生体重も1630gあり，授乳も開始していなかった。このようにわずかな腸管虚血を来す誘因のみでもＮＥＣ発生の可能性があり，注意を喚起する意味から重要な症例と考え報告した。

表1

症例

T.Y.　昭和５９年１月２０日生　女児
在胎週数３１週　　出生体重１６３０ｇ　ＡＦＤ
正常分娩　　アプガールスコア　１０点

日令０：呼吸障害（呻吟、鼻翼呼吸、陥没呼吸、多呼吸）出現
生後１時間で入院、酸素３５％投与
日令２：皮膚色不良、無呼吸１８回／日
腹部軽度膨満あり
日令３：呼吸障害軽減するも、無呼吸頻発
尿量減少
腸グル音あるも、腹部膨満目立ってくる
深夜、腹部膨満増強、腹壁抵抗あり
日令４：朝方、胃吸引物胆汁様となり、
腹部レントゲン像で腹腔内遊離ガス像（＋）
緊急手術となり、腸瘻造設術施行する

表2

検査データ

	日令１	日令４	
血液像			
白血球	１６８００	９３００	（／ｍｍ³）
赤血球	５３４万	５４２万	（／ｍｍ³）
血色素	１９.１	２０.３	（g／dl）
ヘマト	５３.１	５８.１	（％）
血小板	１５.５万	１３.８万	（／ｍｍ³）
生化学			
総ビリルビン	６.２	１１.０	（mg／dl）
ＣＲＰ	（－）	（－）	
血液ガス			
ｐＨ	７.３３６	７.４０６	
PO_2	５３.３	１１３.３	（ｍｍH_2O）
PCO_2	３８.６	３３.４	（ｍｍH_2O）
ＢＥ	－５.１	－２.７	（mEq／L）
SHAKE TEST	陰性		
ＩｇＭ	１３０		（mg／dl）

表3

【回腸穿孔の原因】

回腸閉鎖
回腸狭窄
ヒルシュスプルング氏病
腸回転異常
腸閉鎖
壊死性腸炎
鎖肛
腸重積
メコニウムイレウス
上行結腸狭窄
横行結腸狭窄

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

我々は呼吸窮迫症候群(以下,RDS)の急性期に,しかも授乳前に,新生児壊死性腸炎(以下,NEC)に罹患し,手術により救命しえた症例を経験したので報告する。

症例は在胎 31 週,出生体重 1630g,アプガースコア 10 点で出生した女児。妊娠経過では 5 ヶ月に切迫流産をみたが,分娩経過たは異常をみなかった。

生後 1 時間の当科入院時,呻吟,鼻翼呼吸,陥没呼吸などの呼吸障害があり,呼吸音も微弱で酸素 35%を要した。

検査データは(表2),SHAKE TESTが陰性であったほかは異常なく,感染徴候も認めなかった。入院時,胸部レントゲン像では RG パターンと AIR BRONCHOGRAM を呈し,BOMSEL 分類Ⅱ度の RDS と診断した。

この時点では軽い腹部膨満はみたが,腸グル音は良好で,胃吸引も異常なく,腹部レントゲン像にも異常をみなかった。しかし,日齢 3 頃より無呼吸発作の頻度が増え,さらに後半から尿量も減り,日齢 4 の朝には胃吸引物が胆汁様となり腹部膨満も増強,腹部レントゲンで広範な腹腔内遊離ガス像をみた。

直ちに開腹手術施行したところ,回盲部から口側約 16 cmの回腸に,8 mm径の穿孔を一ヵ所認め,この部位から口側の腸管は変色し,腸管壁は全体に浮腫状を呈していた。また,褐色で混濁した多量の腹水をみた。

手術は穿孔部を含め,前後 4 cmの腸管を右下腹部に腸瘻として出し終了した。

術後の経過は良好で日齢 70,腸瘻閉鎖,日齢 95,退院,現在外来で経過観察中である。