

第12回島根新生児研究会

日 時：平成20年2月3日 (日) 午後1時より

会 場：ビッグハート出雲 白のホール

出雲市今市町994-2 TEL 0853-20-2888

1. アセタゾラミドが有効であった成熟児中枢性無呼吸の男児例

松江赤十字病院小児科

日衛嶋栄太郎, 岡田 雅行
石崎 茜, 田中 孝之
白石 英幸

正期産児の無呼吸は早産児に比べて基礎疾患が原因であることが多いが、基礎疾患を有しない正期産児の0.2-0.5%に無呼吸発作が認められると報告されている。この中には蘇生を要する ALTE (apparent life threatening event : 乳幼児突発性危急事態) の症例も含まれると考えられているが、確立された治療法はない。アセタゾラミドは成人の睡眠時無呼吸症候群の治療として使われるが、最近成熟児の中枢性無呼吸に対して同治療薬内服 (7 mg/kg 分3) の有効性が報告されるようになった。今回、当院でもアセタゾラミドが著効した成熟児中枢性無呼吸を経験したので報告する。

【症例】40週2日, 3,552 g, Apgar score 9点 (1分値) で正常分娩にて出生した男児。日齢3よりチアノーゼを伴う無呼吸発作を繰り返したため、当科に紹介入院となった。

【検査】血液検査, 尿・血液有機酸分析, 喉頭ファイバー, 心臓エコー, 脳波検査, 頭部 MRI にて異常認めず。上部消化管造影で胃食道逆流なし。

【経過】無呼吸発作は酸素投与 (FiO₂ : 25%) にて症状は消失するが、酸素を中止すると再燃した。日齢25以降は酸素も無効となり、テオドール内服も効果がなかった。日齢30よりアセタゾラミド (7 mg/kg 分3) を開始したところ、翌日より無呼吸発作が完全に消失した。在宅用 SpO₂ モニタリング法と人工呼吸法の指導を行い、日齢61に退院した。アセタゾラミドを継続し、現在生後4ヶ月になるが再発を認めていない。

【結語】アセタゾラミドは代謝性アシドーシスを惹起して呼吸中枢を刺激すると考えられているが、アシドーシスの程度に注意すれば問題となる副作用も少なく、成熟

児の中枢性無呼吸に有効と考えられた。

2. MRSA 感染した化膿性乳腺炎症例の母と新生児の経過

吉野産婦人科医院

吉野 和男, 金山由香理
原 百子, 河瀬しのぶ
吉田 幸代, 青山 恵里
松崎 友子, 竹内美由紀
小田 美江

急性化膿性乳腺炎は片側性の局所の発赤, 腫脹, 硬結, 圧痛, 熱感などの症状が強く, 悪寒や体の痛みなどの感冒用症状を伴うことも多い。今回, 急性化膿性乳腺炎を発症し, 起炎菌がメチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) であった5症例を経験したので報告する。急性化膿性乳腺炎の治療として局所の冷罨, 排乳 (排膿), 抗生物質の投与, 漢方薬 (葛根湯) の投与により軽快したが, 乳汁培養, 新生児の培養検査で MRSA が陽性であった。MRSA のコアグラマーゼ型分析をしたところ, コアグラマーゼ III 型であった。

臨床で分離される MRSA の株の多くはコアグラマーゼ II 型であり, 数種の腸管毒素や毒素性ショック症候群毒素のような他の株がほとんど持っていない毒素を持っており, 最も毒性の強い株である。今回, MRSA のコアグラマーゼ III 型であったので, そのまま経過観察とした。急性化膿性乳腺炎が発症した場合, 新生児への感染が問題となることもあり, その予防も必要である。新生児への感染予防としては新生児には母親固有の正常細菌叢を積極的に定着させ, 病原性細菌の定着を防ぐことが重要である。

3. 新生児期から間欠的導尿を要した髄膜瘤の1例

島根県立中央病院新生児科

加藤 文英

同 小児科

大野 光洋, 井澤 和司

矢野 潤, 北村 律子

鶴見 文俊, 浅井 康一

菊池 清

同 脳神経外科

阿美古 将, 大林 直彦

井川 房夫

同 産婦人科

渡辺 知緒, 長谷川明広

岩成 治

【症例】母体31歳, 1経妊1経産, 妊娠26週に子宮内発育遅延, 胎児脳室拡大にて母体紹介。出生前の超音波検査, 胎児MRI検査で脳室拡大, 小脳低形成を指摘された。腰仙骨部で組織の菲薄化は認めるが髄膜瘤を指摘するには至らなかった。経過中に羊水過多は認めていない。在胎40週6日, 2,738g, Apgar score 9/9点, 自然経膈分娩で出生。出生時に仙骨部に破裂した髄膜瘤を認めた。出生後直ちに消毒, テガダームにて保護し, 頭部, 腰部・殿部CTおよびMRI検査を行なった。日齢1に脊髄滑膜修復術を施行。その後, 脳室拡大が進行し, 日齢13に脳室-腹腔シャント術を要した。経過中に抗生物質投与を行い, 感染症が顕在化することはなかった。出生時から呼吸状態は安定し, 四肢の運動は下肢の背屈, 底屈とも認められた。経口哺乳は良好であった。排便は肛門が弛緩し, 頻回の排便を認めた。排尿は創部保護のため, 出生時から膀胱バルーンを留置し尿量は保たれた。日齢7にバルーンを抜去したが, おむつ内の排尿は認められた。日齢9に嘔吐, 高K血症 (7.2 mmol/L), 血清Cr 1.52 mg/dlに気づかれ, 超音波検査で膀胱の拡大, 両側水腎を認めた。腎後性腎機能低下と考え, 膀胱バルーンを再度留置し, 速やかに改善した。日齢20に再度, 膀胱バルーンを抜去して経過観察したが, 膀胱内圧の上昇に伴い漏れるような排尿はあるが, 2日後には両側の腎盂拡大を認めたため, バルーン留置を継続した。日齢16の膀胱造影で膀胱内に30 ml程度の造影剤充満で尿漏れが起こるが, 尿管への逆流は認めず, カテ挿入のままではそれ以上の膀胱内の造影剤を貯留することはできなかった。以後, 間欠的導尿を1日5-7回行い, 1回5-60 ml程度の排尿を認めた。日齢21から父母に導尿につき説明, 指導, 教育を行なった。最終的にネラトンカテーテル8Fr, ザルコニン含有清拭綿を用いて, 自宅での

間欠的導尿に移行し, 日齢25退院し, 現在外来経過観察中である。

【まとめ】1. 小脳異常, 水頭症を認めた場合, 破裂髄膜瘤を念頭に, 詳細な検討を反復することも必要かもしれない。2. 感染を併発することなく, 滑膜修復術, 脳室-腹腔シャント術を施行できた。3. 髄膜瘤患児では, 排尿量のみでなく超音波検査を用いた腎臓の観察など, 詳細に経過観察を行う必要がある。4. 新生児期からの間欠的導尿を要したが, 家族の理解を得られ, 尿路感染もなく, 順調に経過している。

4. 見て診断する新生児外科疾患: 直腸肛門奇形

島根大学医学部小児外科

久守 孝司, 高橋 雄介

直腸肛門奇形, いわゆる鎖肛は, 特殊な場合を除いて出生前診断が困難なため, ほとんどの症例で, 生まれて初めてその異常に気付かれることになる。最初に気付く役に当たるのは, 医師かもしれないし, 助産師や看護師かもしれない。

直腸肛門奇形は, 男児と女児とで病型が異なることもあり, その分類は非常に複雑である。最終的な病型診断は小児外科医に任せるとして, それ以外の新生児に関わる職種の方々も, 単に「正常な肛門がない」という評価だけではなく, もう一步踏み込んだプロの評価ができるようになると, 以後の児の経過が予想できるようになり, 大変有意義ではないかと思われる。

直腸肛門奇形は, 会陰から外陰部にかけてよく見ることから診断が始まる疾患であり, 今回その基本的な見方を, わかりやすく解説したい。

5. MFICUにおける長期臥床患者の看護と連携

島根県立中央病院 産婦人科

岡村 安奈, 上川 梨恵

山中 智恵, 吉川 和恵

総合周産期母子医療センター稼働後, 周産期の治療・看護が集中的に行える環境となった。2006年に臥床安静併用により妊娠期間が延長した3事例を紹介し, NICUをはじめとする連携についても報告する。

【事例1】23週0日 3経妊3経産 胎胞形成あり母体搬送 高位破水。臥床安静10週間6日, 羊水流増加し分娩。

【事例2】21週2日 初産婦 双胎 腹部緊満, 出血で受診 胎胞膨隆, 頸管縫縮術施行。臥床安静5週間6日, 胎胞膨隆あり緊急帝王切開。

【事例3】22週1日 2経妊1経産 双胎 胎胞形成あ

り母体搬送 頸管縫縮術施行。臥床安静 7 週間 4 日、子宮収縮抑制不可のため緊急帝王切開。

以上より、重症の場合、早産になる可能性が非常に高いことから、出生前より NICU との連携が必須であり、以下の 3 点で主に連携を行っている。1. 新生児科医師の出生前訪問の調整。2. NICU への情報提供。3. 出生前に児の受けもち看護師を決定。

NICU 以外の院内部門では、臥床で摂取しやすい食事の調整に栄養管理科、廃用症候群・筋力低下からの生活復帰支援のためリハビリ科と連携を行っている。院外では、各地域へ分娩後早産児のフォロー、児の栄養確立や育児支援を依頼している。

母体の情報・経過を NICU と共有することにより、分娩後も継続した看護や十分なアセスメント下で質の高いケアを提供できると考えられるため、NICU と合同カンファレンスを行うことにより、内容を深めることが必要と考える。また、長期臥床による生活復帰困難、産後のイメージ化が不十分であるため、児の状態と合わせ母体の妊娠経過も地域へ引き継ぐ必要がある。

これらの情報を活かすために、院内外の連携のルート整備が今後の課題である。

6. 低出生体重児における保育器からのコット移床時期の検討

島根県立中央病院新生児集中治療室

一ノ名由恵, 阿川 啓子
村上 雅美, 青木奈津子
黒崎あかね, 遠藤 智弘
三成富美江, 加藤 文英

I. はじめに

A 病院の NICU ではコットへの移床の基準として、修正週数 34 週以上、体重 1,800 g 以上などを目安としていた。しかし、体重は 1,500 g 程度だが保育器内での体動が活発なため体温管理がうまく出来ない事例を経験した。そこで、全身状態が安定している児に対して、現在より早い時期の体重 1,500 g 以上、修正週数 34 週以上でのコット移床を試みた。体重 1,500 g 以上の児のコット移床前後の心拍数、呼吸数、体温を比較するとともに、従来の 1,800 g 以上のコット移床の児の体重増加、退院までの日数を比較することで、修正週数 34 週以上、体重 1,500 g 以上でのコット移床時期を検討した。

II. 方法

対象：コントロール群（2004年2月～2005年12月までで 1,800 g 以上で、保育器からコット移床し退院した 30 名）と対象群（2005年12月～2006年12月までに体重が

1,500 g 以上 1,800 g 未満で保育器からコット移床し退院した 16 名）。方法：対象群のコットへの移動日前後 7 日間の呼吸数、心拍数、体温の平均値を比較。コントロール群と対象群の体重が 1,500 g から 1,800 g になるまでの日数と体重増加の平均値、1,500 g になった時点から退院までの日数を比較した。

III. 結果

体重 1,500 g 以上 1,800 g 未満でコット移床した児の移動日前後の 7 日間の心拍数、呼吸数は有意差はなかったが、体温は平均で 0.08 度の有意な ($p < 0.005$) 上昇がみられた。

コントロール群と対象群で体重 1,500 g から 1,800 g になる日数は、コントロール群 11.5 日、対象群 12.3 日であった。一日あたりの体重増加は、コントロール群 26.9 g、対象群 25.5 g で有意差は見られなかった。1,500 g から退院までにかかった日数の平均は、コントロール群 40.8 日、対象群 37.3 日で有意差は見られなかった。

IV. 結論

空調管理の下でコット移床適応のチェック項目をクリアし、コットでの治療が可能と判断された児は、体重が 1,500 g 以上、修正週数 34 週以上でコット移床しても、体温低下はみられず体重増加や退院までの日数には変化がなかった。

7. 当院における新生児退院支援の取り組み

— 養育支援を必要とする家庭に関する情報提供の現状と課題 —

島根大学医学部附属病院地域医療連携センター

太田 桂子

同 新生児集中治療部

四本 由郁

ハイリスク妊娠・出生の増加、生活様式の多様化や多国籍化等を背景として、養育困難ケースに遭遇する機会が増加している。妊娠、出産、新生児入院等に対する医療体制の整備はさることながら、出生した児が退院後も安全に、安心して在宅生活へ移行できるような配慮が必要である。そのためには、関係支援機関の情報共有の円滑化を図り、共通認識のもとで協働支援が不可欠である。新生児退院時においては、「養育支援を必要とする家庭」を的確に把握し、積極的に県・市町村へ情報提供を行うことで、各地域での「養育支援を必要とする家庭」の早期把握が、適時適切な支援、場合によっては子どもに対する虐待の予防にも繋がり得る可能性がある。

当院では、ケースに応じ以下の 3 つの様式を用いて情報提供を行っている。また、必要時には病院主治医、ソー

シヤルワーカー、地域保健師等で関係支援者会議を開催し、情報共有、共通認識を持つよう努めている。

- 1) 新生児等養育支援連絡票 (養育医療意見書を作成した児の場合や、県外への退院が予定されている場合) ; 県保健所へ送付
- 2) 厚労省発令 別紙様式9 (患者が18歳以下の子どもの場合) ; 市町村関係部署へ送付
- 3) 厚労省発令 別紙様式10 (患者が母親の場合) ; 市町村関係部署へ送付

今回、各様式を用いた症例を提示し、情報提供の現状と課題について報告する。

8. 松江圏域における地域周産期母子医療センターとしての取り組み「看護職の連携をめざして」

松江赤十字病院 NICU

三宅真紀子, 浅野 和子

【はじめに】松江赤十字病院は、2007年に地域周産期母子医療センターの指定を受け、松江圏域周産期医療評議会を設置し、医師会・行政関係者とともに周産期医療連携に取り組んでいる。具体的な推進に向けては、4検討会 (症例検討会・看護連絡会・院内連絡会・関係機関連絡会) で開催している。「安心・安全なお産の支援と、安心して子育てが出来る育児環境の支援」を目的とした「看護連絡会」の取り組みの現状と課題について報告する。

1. 松江圏域周産期ネットワーク体制について

現在、地域周産期母子医療センターである松江赤十字病院を拠点に、松江圏域周産期ネットワークを構築し、関連機関との連携強化を図っている。その役割は、1.)産科及び新生児診療機能を備え周産期に係わる比較的高度な医療行為を行う。2.)重症新生児の受け入れができる診療体制を24時間確保する。3.)高度な医療が必要な母体・胎児及び新生児について総合周産期母子医療センター及び地域の周産期医療施設との連携を図り、入院・分娩に関する連絡調整を行う。4.)地域における周産期

施設の中核として地域における周産期医療施設、保健所、市町村等の関係機関との連携調整の強化を図ることである。

2. 看護連絡会の取り組みの状況について

看護連絡会は、松江赤十字病院を事務局とし、松江圏域の医療機関の看護職、行政機関の母子保健担当者を構成員として、2007年10月から年2回を予定し、開催している。本会では、各関係機関の施設状況の報告ならびに安全・安心なお産に向けての取り組み、育児支援についての情報交換・意見交換を行っている。情報共有のための取り組みの中で、「妊婦・産婦・褥婦連絡票」の統一化に向けた検討や適切な情報提供・相談・支援を行うために「松江圏域の周産期等保健指導状況一覧表」を作成し、2008年4月より運用開始予定である。これまでの看護連絡会を通し、さらなる会の充実と、関係機関の看護職の連携や共通認識の重要性を再認識し、今後の活動につなげていくことを確認している。

3. 今後の課題

NICUとしては、患者情報に留まらず、家族背景等の情報を盛り込んだ情報共有が必要であり、また、母子分離を余儀なくされる状況の中で、母子関係の確立が少しでもスムーズにいくような支援をしていくことが課題である。

看護連絡会としては、具体的な問題は上がっていないが、関係機関と連携をとりながら問題を抽出し、対応を検討していく必要がある。

【おわりに】看護連絡会としての取り組みは始まったばかりであるが、今後、各関係機関の連携を強化し、安全・安心なお産の支援と安心して育児ができる育児環境の支援に向け活動していく必要がある。

【特別講演】

「日本の新生児医療の現状と課題」

東京女子医科大学母子総合医療センター
新生児部門 教授 楠田 聡 先生