

例を報告する。

33週産院にて羊水過多と胎児の腸拡張を認め34週に産婦人科を受診。胎児に腸管拡張と腹部腫瘤を認め胎便性腹膜炎と考え、37週6日に帝王切開。体重2738g。石灰化を伴う嚢胞・回腸拡張を認め、注腸でマイクロコロロンあり回腸閉鎖症・胎便性腹膜炎と診断し日齢1に開腹手術した。

3 Intestinal neuronal dysplasia (IND) と呼ぶべき病理組織像を呈した極低出生体重児の1例

平山 裕・飯沼 泰史・小松崎尚子
飯田 久貴・新田 幸壽

新潟市民病院小児外科

症例は0歳女児。在胎27週、1124gで出生後、哺乳と自排便は可能であったが腹満あり。生後2ヶ月より腹満増強したが病型診断には至らず回盲部病変を疑って試験開腹した。腸管には通過障害や口径差を認めず虫垂生検も正常だった。経肛門的洗腸チューブで減圧管理しながら成熟を待った所、生後5ヶ月頃から腹部は正常化した。しかし直腸粘膜生検ではINDの組織像を呈し、消化管の成熟性を考える上で示唆に富む症例と言えた。

4 肥厚性幽門狭窄症に対し硫酸アトロピン・ニトログリセリン併用療法が奏功した18トリソミーの1例

小野塚淳哉・楡井 淳・小林 玲
沼田 修・皆川 雄介*・澤野堅太郎*
下妻 大毅*・仁田原康利*・大橋 伯*
遠藤 彦聖*・田中 篤*

長岡赤十字病院新生児科
同 小児科*

症例は在胎40週3日、出生体重1684g、男。染色体検査で18トリソミーと診断した。肥厚性幽門狭窄症(HPS)を発症し、硫酸アトロピン・ニ

トログリセリン(NTG)併用療法で軽快した。NTGによる有害事象はみられなかった。

【考察】18トリソミー等の先天異常を有する児に合併したHPSに対し硫酸アトロピン・NTG併用投与療法を行った報告はない。手術治療を選択しづらい場合に本療法を試みるべきである。

5 プロカルシトニン高値を認めた超低出生体重児の1例

斎藤 朋子・齋藤 七穂・水流 宏文
額賀 愛・林 雅子・塚田 正範
倉辻 言・丸山 茂・須田 昌司

県立中央病院小児科

症例は在胎26週5日、出生体重860gの女児。母体前期破水後12日目に緊急帝王切開で出生し、抗生剤予防投与を開始した。日齢1の検査でWBC 103,200/ μ l, CRP 1.1 mg/dl, プロカルシトニン > 100ng/mlと高値であった。臨床症状から重症感染症は考え難く経過観察し、プロカルシトニンが0.5 ng/ml以下になるまで計7日間抗生剤を継続した。新生児におけるプロカルシトニンの臨床での活用について調べた。

6 当院における胎便関連性イレウスを発症した新生児の検討

山崎 肇・永山 善久・大石 昌典
佐藤 尚・鳥越 司

新潟市民病院総合周産期母子医療センター
新生児内科

胎便関連性イレウスを発症した新生児の臨床経過を検討した。2008年1月～2013年5月に経験した15名(男/女; 6/9名、在胎週数24～36、中央値31週、出生体重636～1644、1038±333g)を対象とした。86.7% (13/15)が胎児期の発育障害を呈していた。14例にガストログラフィンの胃内投与および注腸が行われたが、1例は緊急手術を施行した。重症例は、消化管穿孔を

発症する前に治療することが必要であり、小児外科との連携が重要である。

7 VCR 療法が奏効した Kasabach - Merritt 症候群の新生児例

金子 孝之・添野 愛基・小嶋 絹子
白田 東平・和田 雅樹

新潟大学医歯学総合病院
総合周産期母子医療センター NICU

症例は日齢 0, 男児。

【経過】在胎 40 週, 2,670g で出生。右上腕の巨大腫瘍を認め、DIC を合併し Kasabach - Merritt 症候群と診断した。抗 DIC 療法, 血小板輸血, ステロイド, プロプラノロール投与で改善を認めず, 日齢 14 ビンクリスチン (VCR) 療法を開始した。5 回目の VCR 療法後から血小板減少, 凝固異常は改善し, 日齢 65 退院した。

【考察】治療抵抗性の Kasabach - Merritt 症候群の新生児例で VCR 療法が有効であった。

8 低体温療法を施行した新生児仮死 11 例の検討

小林 玲***・添野 愛基*・金子 孝之*
小嶋 絹子*・白田 東平*・和田 雅樹*
高桑 好一*

新潟大学医歯学総合病院
総合周産期母子医療センター*
長岡赤十字病院新生児科**

2010 年 10 月から 2013 年 3 月までに当院 NICU で低体温療法を施行した新生児仮死 11 例について検討した。在胎週数 39.0 ± 1.9 週, 出生体重 $2,688 \pm 420$ g, Apgar score 1.2 ± 0.6 点 (1 分), 3.0 ± 1.4 点 (5 分) で, Sarnat 分類は中等度 8 例, 重度 3 例であった。退院時の頭部 MRI 検査で脳障害を認めた児は 6 例であった。

9 妊娠 22 週で発症した子宮筋腫核出術後の子宮破裂の 1 例

郷戸千賀子・市川 希・永田 寛
佐藤 孝明

立川総合病院産婦人科

子宮破裂は全妊娠の 0.06 ~ 0.07 % の非常に稀な疾患ではあるが, ひとたび発症すると母児ともに危険な産科的救急疾患である。

症例は 35 歳の初産婦。挙児希望にて当院初診した際に最大 10cm 大の子宮筋腫を認め, 開腹子宮筋腫核出術を施行。術後半年後から不妊治療を再開し, 術後 8 か月後に妊娠成立。妊娠初期の超音波検査で胎嚢が底部後壁筋層内に発育しているような所見を認めた。妊娠 22 週急激な腹痛にて子宮破裂を発症し, 緊急手術にて母体を救命した。

10 VBAC 中に子宮破裂を呈した 1 例

長谷川 功・戸田 紀夫*・石黒 宏美
山田 京子・藤田 和之・吉谷 徳夫
湯澤 秀夫

済生会新潟第二病院
長岡赤十字病院*

当院では, 産婦が希望し一定の条件を満たすケースは VBAC を施行している。今回過去 14 年間で初めての子宮破裂を経験したので報告する。

症例は 34 歳で, 前回前置胎盤にて帝王切開となっていた。33 週で切迫早産で入院となり, tocolysis を終了した 36 週 5 日に陣発し, 突然児心音の徐脈を認め緊急帝王切開とした。前回の子宮切開創が全長にわたり破裂していたが, 児は Apgar 3/7 で救命でき, 母体も輸血を要するも子宮を温存し経過良好であった。