

## Case25 超低出生体重児

平成11年12月28日 出生 男児

平成11年12月27日午後11時陣発のため当院ER受診し子宮口開大3.5cmのため分娩待機となった。母体の血液検査で白血球 $16000/\mu\text{l}$ のためABPC+GM点滴静注を投与された。羊水混濁が軽度認められたが胎児仮死徴候なく経過した。

12月28日午前7時55分経膈分娩にて出生した。在胎24週1日 体重656g アプガー3/5であった。直ちに2.0mm挿管チューブにて気道確保しバギング下にNICU入室となった。

NICU入室時身体所見 心拍数140/分 血圧68/34mmHg 呼吸数30~40/分 皮膚紅色  
外表奇形なしバギング下で胸部挙上不良 腹部平坦 大腿動脈触知良好

NICU入室時検査所見 血液ガス (capillary) pH7.079 PCO<sub>2</sub> 70.8mmHg  
BE -9.0 mM/l WBC14900/ $\mu\text{l}$  Hgb14.5 g/dl Plt11.5万/ $\mu\text{l}$   
尿酸4.9mg/dl CRP2.4mg/dl 胸部X線上RDSⅢ度 腸管ガス分布正常  
頭部エコー上脳室内出血Ⅰ度 心エコー上心内奇形なし

経過 NICU入室後直ちにサーファクテン1バイアルを気管内投与した。脳室内出血予防のためビタミンK2 1mg フィブログミン1/4バイアルを投与した。左橈骨動脈より動脈ライン、左大伏在静脈よりPIカテーテルを留置した。(PIラインからはGI療法を開始した。)高位破水ありCRP2.4mg/dlと高値のためABPC+AMKを開始した。24週の子の生存率が80%であること、生後48時間で尿量が少ない場合高カリウム血症のため不整脈による死亡の可能性があること、生後4週間より眼底検査を開始するが未熟網膜症は必発であり失明の可能性も1.3%と報告されていること、脳の虚血性変化による脳室周囲白室軟化症により脳性麻痺になる可能性は2.9%であることを説明した。

#1循環 尿量良好のため生後40時間でGI療法は中止した。生後32時間後より尿中の重炭酸喪失によると考えられる代謝性アシドーシスの進行が見られたため12月30日メイロン持続静注による補正を開始した。(平成12年1月4日生後7日まで)

#2呼吸 FiO<sub>2</sub>は12月29日(生後1日)には50%、1月4日(生後7日)には30%まで条件を下げられた。CLD予防のために1月21日(修正27週3日)よりデカドロン静注を開始した。(2月2日修正29週1日まで投与) 1月26日(修正28週1日)いったん抜管するが無呼吸発作のため1月27日再挿管となった。2月23日(修正32週1日 体重1006g)抜管した。2月29日(修正33週 1110g)にはいったん吸入酸素21%まで低下できたが、SpO<sub>2</sub>低下があるため3月2日より再び吸入

酸素を25%まで上げた。3月4日以降は室内空気でSpO<sub>2</sub>は94~96%で経過していた。(アプニアに対しては2月23日よりドプラムを開始し、2月25日からはテオドール内服に変更した。)

#3 未熟網膜症 2月1日(修正29週)の眼底検査で左眼に5ヶ所、右眼に3ヶ所の網膜前出血が認められた。2月5日(修正29週4日)よりレーザー治療開始した。

#4 感染 出生時のCRPが2.4mg/dlであったためNICU入室後ABPC+AMKを開始し、平成12年1月4日(生後7日)CRP陰性を確認後中止した。1月12日CRPが1.2mg/dlに上昇した。挿管チューブからMRSAが検出されたことから、AMK+FOMを開始したが改善が認められないため1月16日からVCM+AMKを開始した。1月24日にはCRPが陰性化したため中止した。

#5 貧血 1月5日(修正25週1日)、6日に合わせて洗浄赤血球20cc/kgを輸血した。(Hgb8.3→11.2) 1月13日(修正26週2日)よりエスポー200単位/kg×2/週を開始した。2月23日の抜管以降アプニアが遷延するため2月28日(修正32週6日)、29日に合わせてMAP濃厚赤血球20cc/kgを輸血した。(Hgb8.9→14.0)

#6 クル病 2月14日Ca9.1mg/dl P5.4mEq/l ALP1313U/l↑とクル病が疑われたがALPはその後2/23 1235U/l 3/1 909U/lと減少傾向であった。