

(母子総合医療センター) 山口規容子

新しいB型肝炎ウイルスキャリアの発生を阻止するためには、キャリアである母親から新生児へ感染するためには、キャリアである母親から新生児へ感染するためには、いわゆる母児間感染を予防することが重要である。母子センターおよび消化器病センターが関与した感染予防処置の実態とその結果について報告する。対象は昭和59年9月から62年2月までに、HBs抗原陽性かつHBe抗原陽性またはHBe抗原抗体陰性の母親から出生した、臍帯血のHBs抗原が陰性の新生児7人である。感染予防は2カ月にHBIG、3、4、6カ月にHBワクチンを接種する方法で施行した。7例中6例ではHBs抗体が2³~2⁷(PHA法)となり生後6~18カ月までHBs抗原の出現をみなかったが、1例において生後14カ月にHBs抗原陽性に転じ肝炎の発症をみた。これによりキャリア移行阻止は7例中1例(14%)という結果となった。今後抗体価の低下等の十分なフォローを行い、追加免疫の時期等の考察をする必要があると考えられた。

7. 極小未熟児におけるSFDの予後に関する比較検討

(母子総合医療センター)

○山口規容子・能勢孝一郎・新井 敏彦・
山田多佳子・仁志田博司・中林 正雄・
坂元 正一

(小児科)

原 仁・三石知左子・福山 幸夫
(産婦人科) 武田 佳彦

周産期医療において、胎内発育障害(IUGR)の病因、病態の解明、予後に関する検討は非常に重要な問題になってきている。従来、IUGRは、低体重にしては、成熟しているために、むしろ予後がよいとされてきたが、新生児医療の進歩により、極小未熟児のIntact survivalが年々向上している現在、この問題についての再検討が必要と思われる。とくに、在胎週数の少ない、非常に未熟な児を取扱う際には、IUGRか、未熟性かの選択をせまられる場合もあり、基礎的なデータが必要とされる所以である。

今回、昭和59年10月より61年3月まで当センターに入院した出生体重1,500g未満の極小未熟児を、生存率および後障害発生率について調査し、IUGRとの関連性について検討したので報告する。

8. 糖尿病性腎症に腎盂腎炎を併発し、早産で生児を得た9歳発症IDDMの1例

(糖尿病センター)

○井関 恵子・大森 安恵・東 桂子・
清水 明実・秋久 理真・平田 幸正
(母子センター) 仁志田博司・中林 正雄
(産婦人科) 武田 佳彦

糖尿病治療、周産期管理の進歩によって、糖尿病性合併症のない婦人の妊娠は、母体の糖尿病コントロールを正常化すれば正常と変わらない分娩結果を得ることが最近可能となっている。しかし、網膜症や腎症をもつ糖尿病患者の妊娠はまだhigh riskである。

今回我々は、9歳発症のIDDMで、罹病期間18年、腎症に腎盂腎炎を併発、妊娠27週の早産で511gの極小未熟児を分娩、生児を得た1例を経験したので報告する。

症例は27歳、妊娠16週で高血糖・高熱を主訴に紹介され初診。既往に、22歳網膜症(scott Ia)、25歳持続性蛋白尿を認めており、妊娠10週より腎盂腎炎を併発していた。初診後直ちに入院し安静を守ると共に、インスリンの頻回投与にて血糖は正常化した。しかし、徐々に血圧上昇、腎機能が悪化、胎児発育遅延、胎盤機能不全および子癇前症となったため、妊娠27週で帝王切開を行なった。児は出生後の511gから生後5カ月に1600gまで順調に発育し、特に後遺症を認めていない。分娩後母体は、血圧は降圧剤にてコントロールされており、腎機能はCcr 40ml/min程度を保っている。

9. IUGR合併中期発症型重症妊娠中毒症の1例 一胎児発育と妊娠中毒症一

(産婦人科) ○安田 摂子・武田 佳彦・
高木耕一郎・岩下 光利
(母子総合医療センター)

中林 正雄・坂元 正一

今回我々はIUGR合併中期発症型重症妊娠中毒症患者の妊娠分娩を経験したので胎児発育および中毒症治療の現状に触れつつ若干の考察を加えて報告する。症例は33歳初産であり23週頃より蛋白尿、高血圧を認め、また超音波による胎児発育計測では明らかに-1.5SD以下のsymmetrical IUGRが認められた。血小板減少、IUGRに対して28週よりマルチース・ヘパリン療法およびAT III投与を開始した。児発育は-1.5SD付近を保ちつつ発育したが30週頃よりNST上連日のnon reactive, decelerationが続ぎ、児発育も頭打ちとなったため31週2日帝王切開施行。665g女児出産、Apgar 317.9であった。児は直ちにNICUで管理され正常発育しており、母体も分娩後中毒症状の軽快が見られた。従来中毒症の成因には多くの説が打ち立てら