

新生児仮死の治療

北海道大学講師 小 国 親 久

新生児仮死の予防～治療は、現状では少なくとも産婦人科医の手に委ねられている。

1. 新生児仮死の考え方

出生前から出生中、さらに出生直後にわたる母体・胎盤・臍帯および児自体の種々の因子が単独または重複して、児の血液内酸素濃度が低下し、炭酸ガスの増加・蓄積を来し、母体外環境での空気呼吸開始とその維持、母児間循環の断絶と児独自の循環の確立などに関する器質的・機能的適応の障害の現われとして、呼吸運動の抑制～停止・チアノーゼ・筋弛緩・反射の減弱～消失・血管運動障害などを示す症候群が、新生児仮死である。しかし、母体外に出た児のすべては、一応多少とも生理的？仮死の状態があり、それがある閾値以内であれば、第1呼吸を開始し、それを維持して、ヒトとしての生活を始め、閾値をこえた状態になると脳・循環系などに抑圧が加算されて、種々の反射刺激に対する反応性が減弱～欠如して、成人のいわゆる仮死に近い状態を示すと考えられる。つまり、prolonged asphyxia がわれわれの対象であると考えべきである。

2. 新生児仮死の治療目的

周知のように、種々新生児仮死の分類法や臨床的徴候による評点法が用いられているが、そのいずれに従うとも、その症候群を示す児を早急かつ安全確実に救命して、ヒトとしての生活を出発させてやり、早期および後期障害の発生を予防し、またそれを最小限にとどめて、ヒトとしての社会的生活の可能性をもたらすことが、究極の目的である。その目的にそうためには¹⁾、出生前から母児管理を慎重精細に行なうこと²⁾、児の器質的・機能的特性の理解と、それらと環境の相関を考えながら、正常児の出生時における呼吸循環の生理と同様の状態をつくりだす。あるいはこれに近づけて、児の母体外適応を助長して行かなければならない。

3. 治療の原則

速やかに血液を酸素化し、過炭酸ガス血症を除き、呼吸性アシドーシスに次ぐ代謝性アシドーシスの発生を避け、循環系機能を強化することが原則である。

4. 治療の実際

従来から、上記の原則に準じて、種々の方法が実際に

行なわれている。呱呱の声に始まる新生児の呼吸運動が、あまりにも顕著かつ劇的な生活現象であるため、肺の拡張・血液の酸素化をはかろうとして、気道の確保と酸素供給が治療の主流をなして、循環系機能に対する考慮が比較的軽視されている。

従来から現在にわたって行なわれている治療法〔児の体位・気道の清掃と確保・胃内容吸引・保温・呼吸中枢刺激薬剤および末梢の機械的刺激・人工呼吸法一間接的（用手的・機械的）・直接的（口―口法または口―管法・機械的一間欠陽圧式・パナバッグ法・陽陰圧交代式）―その他（横隔膜神経電気刺激・胃内酸素供給・Oxygen-Air-Lock・酸素皮下注射など・心臓マッサージ・心臓内薬物投与）〕について、概説し、その得失をあげるとともに、肺が拡張していないために呼吸が行なわれないから、圧によつて拡張するという考え方を批判し、酸素や空気を胎生期から培われた気道・肺の中へ流入しやすくするという考え方が重要であることを、理論と実際面から解説した。

次に實際上、私が行なつて有効と思われる方法と手順を概説した。すなわち、(1) 気道清掃・胃内容吸引、(2) 即時（娩出後1分以内）呼吸のない時（頭下垂し顔を横向きにして、頸部を伸展させ、気道内異物の自然・人工排出と空気あるいは酸素の気道内流入を容易とする。臍帯結紮切断・保温・呼吸循環機能の薬剤による賦活―アンナカ・テラプテック・アリナミンF・アスパラギン酸塩・ブドウ糖・デキストラン・エホチールなど―と末梢刺激による実際面など）、(3) 2～5分経過後呼吸のない時（人工呼吸一屈伸法・加圧呼吸法その他）、(4) 5～10分経過後呼吸のない時に分けて、表示説明した。

また、末梢刺激による方法として、第11胸椎の圧迫・摩擦法の有効性を電気刺激装置による実験成績をあわせて推奨し、簡単な External Pacemaker を紹介して応用面に言及し、心機能賦活および人工呼吸をかねて有効と思われる Richard 法、手動式人工呼吸器、温湯沐浴の考え方、2、3の薬剤の用い方などについて紹介を行ない、後療法的重要性をも述べた。

昭和25～36年間の北大における仮死児発生と早期障害の数字をあげて説明し、新生児仮死治療には、出生前か

らの母児管理から、いたづらに装置にたよることの愚を避け、できるだけ手早くおだやかな手慣れた方法を用い、呼吸・循環・代謝の有機的賦活・母体外適応の順調

化を忘れることなく、終始すべきであり、常識の再認識・再検討の必要性を結論した。

乳癌の診断と治療

昭和大学教授 村上 忠 重

最近約10年間に私どもの外科を訪れた乳腺患者総数は1,353名で、外来患者総数の約4%にあたる。乳腺患者を腫瘍性と炎症性に大別すると腫瘍性は984例73%であった。984例の腫瘍性病変に対し、その54%にあたる535例に組織診断を確立することができた。頻度の順にならべると乳腺症54%、線維腺腫17%、乳癌16%等の順になる。乳癌の例数は約10年間で91例であった。

今まで乳癌の診断にもつばら触診と経験に頼ることが多くこの点きわめて原始的であったが最近、X線単純撮影 simple mammography あるいは超音波診断法が注目されるようになった。このうち後者は比較的最近の着想で未だ十分な支持がないが前者は歴史的に古く1913年 Salmon がはじめたといわれている。最近の Mammography は22KV～33KVの超軟線を用い、また工業用の微粒子フィルムを用いて相当な診断能力をそなえるようになった。乳癌の診断根拠は腫瘍の陰影の周辺にスピクラ様のボケないし凹凸のあることが重要視されている。

最近では患者の乳癌に対する知識が増し腫瘍の発見が小さいうちに行なわれるようになったので試験切除の必要性は急激に高まってきた。私どもの外来では約10年間に457例の試験切除を行なっているが、そのうちの61%が乳腺症、19%が線維腺腫、8%が乳癌であった。これを年代別に昭和30年～33年までの4年間、34年～36年までの3年間、37年以降の3期に分けてみると、その例数は次第に増加しつつある。そのうち乳癌の頻度は14%、7%、5%と次第に減少しているがこれは乳癌が減ったわけではなく、乳癌の疑いのつよい患者は外来で試験切除することを避けて、できるだけ入院させた上全身麻酔で試験切除をし、氷結切片による迅速組織診断を行ない、もし癌と診断された場合には直ちに根治手術に移るようにしたためである。比較的最近試験切除の行なった患者180名に対しアンケートを送り切除後の経過を問合せたところ、108例約64%の返信率を得た。73%が全く異常

なしといっているが、他に疼痛あり、分泌障害あり、腫瘍増大、他部に腫瘍発生などの好ましかざる返事があつた。したがつてこの面から試験切除の乱用は慎まなければならない。さらに腫瘍増大のため手術を施行した例が3例あることを知つた。うち1例は乳癌であつたが、これは恐らく試験切除の際の切片の取り方が正しくなかつたためと思われる。

次に手術中の氷結切片の診断能力について観察してみると最近の14例では診断適中率は92%となつている。

癌に対して試験切除を行なった場合、次いで行なう根治手術の予後がその間の日数によつてどのくらい左右されるかについては未だ定論はないが、理論的にはその時期は短かいほど良いと考えられる。Nohrman によると長期生存率が3日以内と4日以後とでは10%ほど違うそうである。したがつて試験切除はいろいろ状況の変化を十分考慮したうえで爾後の処置に便利のように計画すべきである。

乳癌に対する手術法はすでに1894年 Halsted, Meyer らにより創始された根治的乳房切断術が今日もなお基本的なものとして行なわれている。乳腺組織とともに大胸筋、小胸筋、腋窩リンパ節を en bloc にして剔出する。さらにその後、放射線療法を併用する。私どもの経験した例では照射群の生存率92%に対し非照射群のそれは50%と放射線療法の効果を如実にあらわしている。本学放射線科に於て routine に行なっている照射方法では、根治手術が行なわれた場合主な照射野は腋窩、鎖骨上窩胸骨縁胸縦隔の3部位とし、皮膚線量平均4000Rを各部位に照射する。このうち問題があるのは胸骨縁の照射野である。胸骨縁の内乳動脈に沿うリンパ節は内側に発生する乳癌に於ては第1次リンパ節をなし、その転移陽性度は50%であるといわれている。したがつて根治手術の精神からすると第2～5肋軟骨を切除し内乳動脈を露出し、その流域を廓清すべきである。しかしこれを行なう