

CLD* (日令 28 日で酸素投与が必要な児)、
重症 CLD** (修正 36 週で酸素投与が必要
な患児)

目標症例数：目標症例数 試験群 100 例、
対照群 100 例 計 200 例

試験実施期間

試験登録期間：2006 年 5 月～2009 年 12 月

試験実施期間：2006 年 5 月～2013 年 12 月

ただし、目標症例数に達し次第、終了する。

安全性の確認方法：試験終了 72 時間以内に
副腎機能抑制の有無につきコートロシン試
験によって判定する。

課題名 胎盤の病理検査とその総合評価

胎盤病理検査で絨毛膜羊膜炎が疑われた症
例を中心に胎盤表面よりウレアプラズマ検出
の有無および胎盤病理学的検査を検討した。
ウレアプラズマ陽性症例と陰性症例を臨床病
理学的に検討した。また、送付されてきてい
る胎盤の一般病理所見のまとめと検討を行っ
た。

課題名 CLDモデル動物の作成の検討

妊娠 20 日 (満期 22 日) の SD ラットにおい
て胎児の各羊水腔にエンドトキシン (LPS) を
注入して実験的絨毛膜羊膜炎 (CAM) を惹起さ
せ、妊娠 22 日に経膈出生させて生理学的実験
および組織標本を採取した。

課題名 エビデンスに基づく慢性肺疾患予 防・治療ガイドラインを作成するためのシス テマティックレビューの検討

新生児慢性肺疾患の診療に関連した、下記の
11 の臨床的・クエスチョンを作成した。

1. 低出生体重児の急性期・慢性期呼吸管理
において、サーファクタント補充療法は

新生児慢性肺疾患予防に有効か？

2. 低出生体重児の急性期・慢性期呼吸管理
において、新生児慢性肺疾患予防あるい
は治療に最適な酸素管理はどれか？
3. 低出生体重児の急性期・慢性期呼吸管理
において、最適な人工換気療法はどれ
か？
4. 低出生体重児の急性期・慢性期呼吸管理
において、NO 吸入療法は新生児慢性肺疾
患予防に有効か？
5. 低出生体重児において、新生児慢性肺疾
患予防あるいは治療に最適な水分管理
はどれか？
6. 低出生体重児において、新生児慢性肺疾
患予防あるいは治療に最適な栄養管理
はどれか？
7. 低出生体重児において、新生児慢性肺疾
患の治療に最適な感染症対策はどれ
か？
8. 低出生体重児において、新生児慢性肺疾
患に関連した肺高血圧の予防あるいは
治療に最適な管理はどれか？
9. 低出生体重児において、新生児慢性肺疾
患予防あるいは治療に最適な薬物療法
はどれか？
10. 新生児慢性肺疾患における管理におい
て効果的な検査はなにか？ (含む肺機能
検査とパルスオキシメーター)
11. 新生児慢性肺疾患における退院後の外
来管理において効果的な検査治療法は
なにか？ (含む在宅酸素療法)

これらの 11 の臨床的クエスチョンごと
に、Surfactant replacement therapy, oxygen
therapy, various mechanical ventilations,
timing and care of extubation, CPAP, nitric
oxide inhalation therapy, water balance

strategy, nutrition, anti-infection strategy, management of pulmonary hypertension, steroid and other medical treatment, monitoring, and out-of-hospital care といった言葉を基に、Medline, EMBASE, and the Cochrane Library といった三大医学研究データベースにおいて、網羅的検索が行われた。

見つかった研究は批判的吟味を行い、質の高い研究のみ抽出され、それぞれの研究ごとに構造化抄録が作成され、科学的根拠をまとめた。

(倫理面への配慮)

1. 疫学研究に関する倫理指針(平成 19 年 1 月 1 日) 及び臨床研究に関する倫理指針(平成 15 年 7 月 16 日) を遵守して研究を行った。「疫学研究の倫理指針」に則り、集積したデータベースを非連結匿名化した。また、個人が特定されるような個人情報については、データベース項目に含めないことで、個人情報保護に配慮した。
2. 本研究の各施設における実施については、施設の定める臨床研究承認手続きを遵守しつつ、施設としての承認が得られた場合にのみ実施した。研究計画は参加施設のしかるべき委員会(IRB 等)において承認を受た。必要に応じて委託契約など、所定の手続きを行った。
3. 文書による患者・代諾者への説明と同意を誠実に実施した。

新生児臨床試験に関する倫理的なガイドラインは、GCP, ICH-E11 にのっとりその条項を遵守した。

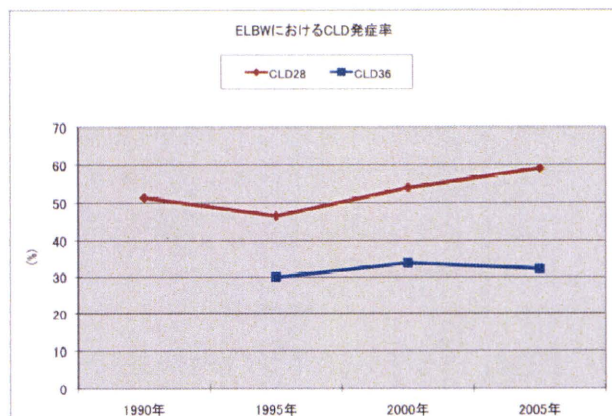
説明書、同意書は研究班として別に定め

た。個々の実施施設は研究班の説明書、同意書に変更を加えることができることとした。

4. 個別課題の臨床試験実施に際しては対象の適格条件を厳密にするとともに、試験実施後も重篤な有害事象発症時は、直ちに主任研究者、分担研究者、研究諮問委員会および厚生労働省へ報告の上家族にも説明して試験の中止を含め検討した。
5. 動物実験においては、各施設の倫理委員会の指示・推奨を遵守し、動物愛護に努めた。

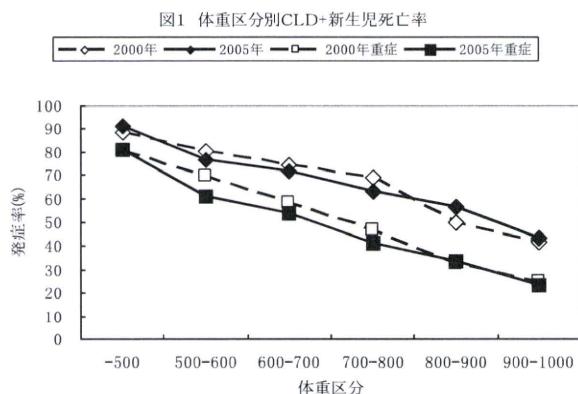
課題名：我が国における超低出生体重児の慢性肺疾患の発生状況と成長・発達に及ぼす影響の研究

1995 年、2000 年に引き続いて 2005 年の CLD 発生状況と関連因子を全国的な規模で調査を行い、2005 年出生の超低出生体重児の 87% のデータを回収出来た。



1995 年、2000 年に比較すると総 CLD 発症率は 57.7%、重症 CLD 発症率は 35.8%、在宅酸素療法施行率は 12.4%と増加していたが、出生体重毎の発症率は変化しておらず、700g 未満

の著しい低出生体重児や早産の生存例が増加したことによる見かけの上昇であった。



CLD 発症率の施設間差異が大きいため、呼吸管理法内容の調査結果を分析した結果では、出生前経母体ステロイドや吸入ステロイド療法や n-CPAP を積極的に行っている施設では CLD 発症率が低く、SpO₂ の目標値と上限値を高く設定している施設では CLD 発症率が高い傾向が認められた。病因としては、子宮内感染症などの炎症による早産児での発症率が増加しており、吸入ステロイド療法はこれらの症例で、予防法として期待できると考えられた。

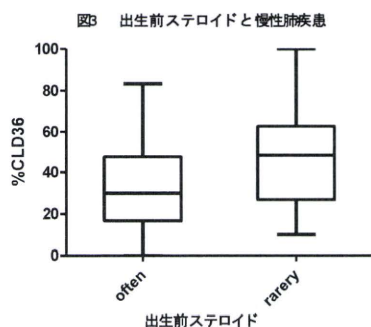


図4 予防的吸入ステロイドと慢性肺疾患

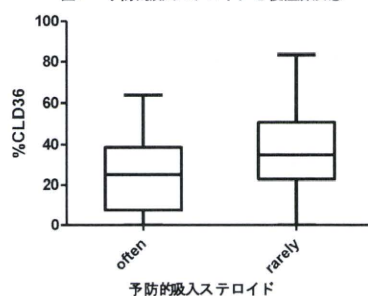


図5 急性期CPAPと慢性肺疾患

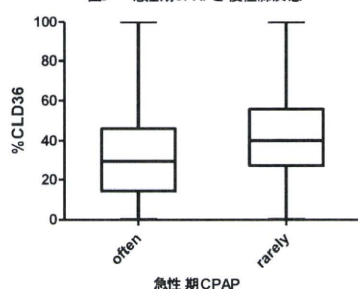
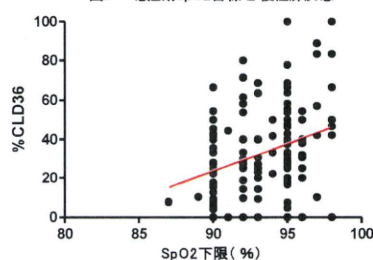


図6 急性期SpO₂目標と慢性肺疾患



重症 CLD 合併児の 6 歳時予後調査では、出生体重 750 g 未満の症例では、重症 CLD の有無で予後に差は見られないものの、出生体重 750 g 以上の群で、脳性麻痺および視力障害の頻度に差を認めた。このことは出生体重 750 g 未満の児では全体的な未熟性が予後に大きく影響しており、重症慢性肺疾患の合併が持つ予後に対する影響度が表面に表れていないと考えられる。その一方で出生体重 750 g 以上の群では重症慢性肺疾患児で脳性麻痺や視力障害の頻度が高く、重症慢性肺疾患という因子が予後に影響している可能性がある。しかし、重症 CLD 群で有意に出生体重、在胎週

数が小さいため、その影響は無視できない。ただ在胎週数を長く、出生体重大くすることはすぐに実現できるものではなく、重症 CLD の合併をすくなくすることで児の予後が改善される可能性は十分に考えられる。

また、この調査は全国調査という制限があり、回収率を上げるためにデータの収集にも制約がある。従って、現在総合周産期母子医療センターのネットワーク内で収集されているデータベースなどの活用により、十分な検討項目で、より詳細な検討を行うことが必要であろう。それによって超低出生体重児の予後を改善するための具体的な方策が明らかになる事が期待される。

東京女子医大 NICU で 2003 年から 2005 年の 3 年間に出生し 3 歳-6 歳までのフォローアップデータのある症例について NICU 退院時に CLD と診断されている児についてその後の発達の状況について検討した。フォローアップが行われている児全体のうち、退院時 CLD の診断は 26% にみられた。この CLD の診断がある児のうちの HOT 施行症例は 15.7% (全フォローアップ症例の 4.1%) であった。全体の 21% の症例で退院時から 2 歳までに施行された MRI の異常が検出されていた。

実際 3 歳の時点で DQ80 以下を呈したのは 36.8% であり、脳性麻痺と診断されている症例は 2 例で退院時 PVL を示していた。また 3 歳時の DQ が 80 以上であってもその後多動傾向などを示しそれによる相談などに受診した症例が 15.7% と比較的多かった。

CLD の診断を受けた時では急性期の合併症の頻度も高く様々な因子の影響も加味した分析が必要であるのはもちろんであるが、今回

の調査では CLD における障害では CP などの運動障害よりも MR や ADHD などの問題を見る症例が多く、また、より年長になって遅れが目立ってくる傾向があった。

課題名 多施設共同臨床試験の実施に関する研究

臨床試験の経過

1. 2005. 11. 11 プロトコール委員会で試験計画書確定した。
2. 2005. 12 より、参加希望施設の倫理委員会・IRB への申請開始した。
3. 2006. 6 より、試験登録開始 参加施設 15 施設
4. 2006. 12 第 1 回独立安全性モニタリング委員会で進行状況の報告
エントリー数が 32 例 (目標数の 7.6%) と低値
除外基準の問題点の指摘 (登録時の低血糖)
5. 2006. 12. 24 試験計画プロトコールの第一回改訂した。
6. 2007. 3-7 試験薬の海外よりの輸入が、税関で書類の不備のため停滞し試験が一次中断した。
7. 2007. 4. 3 データモニタリング委員会で、試験計画の延長を検討、承認された。
8. 2007. 12. 19 第 2 回モニタリング報告 登録症例数 96 例 (目標数の 23%) のため参加施設の増加を検討 (25 施設へ)
9. 2008. 8 登録症例数 150 例 (目標症例数の 36%) のためデータモニタリング委員会で目標症例数の再検討 (416 例から 200 例) と試験計画の延長を検討、承認された。
10. 2009. 1 月現在で、登録症例数 146 例 (目標症例数の 73%) 現在の登録状況は 10-15 例/月で増加傾向のため、およそ 1 年後には

目標登録数に達すると予測された。

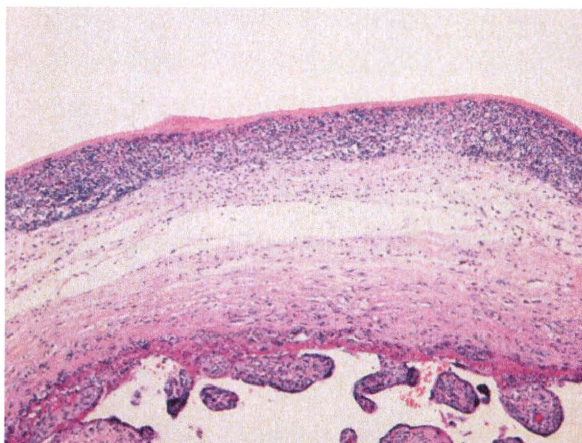
11. 平成 21 年 12 月をもって新規登録を終了した。登録数は 288 例、うちエントリー数は 211 例であった。

有害事象では、予測された事象が 4.5%の症例であり、予測外の症例は 0.05%であったが、本試験との因果関係はない。中止症例は 13.5%であった。

課題名 胎盤の病理検査とその総合評価

胎盤所見からは、妊娠中期の絨毛膜羊膜炎、特に遷延性の絨毛膜羊膜炎が新生児の慢性肺疾患と関連することが知られている。壊死性臍帯炎は我々が慢性肺疾患との関連で注目していた病態である。分離細菌においてはこれまで有意に関連する特異的菌を見出せない状況であったが、今回の検討で、ウレアプラズマが大きく関わっていることが推測された。絨毛膜羊膜では高度の炎症細胞の浸潤、特に羊膜直下と絨毛膜下により強い浸潤（二層性パターン）を示した。

図 2 層性の浸潤パターンをとる絨毛膜羊膜炎



この二層性パターンは極めてウレアプラズマに特異的な所見と考えられる。この所見は他

の菌種が関係していると思われるウレアプラズマ陰性群ではほとんど見られず、胎盤病理における重要な所見と考えられる。絨毛膜羊膜炎の特異な 2 層性パターンがウレアプラズマ感染症を強く示唆することが明かとなった。ウレアプラズマ検査は一般ルーティン検査として行うことは困難であるが、この二層性浸潤パターンを病的に確認することによりウレアプラズマ感染の疑いを強く持つことが出来る。

胎盤の H.E. 染色のみで検討できる所見として、上記の二層性浸潤パターンと壊死性臍帯炎を見だし、これを送付標本に応用し今回の研究の重要なファクターとして利用できる。

課題名 CLDモデル動物の作成の検討

肺重量は LPS 投与による変化は認められなかった。肺機能・気道反応性 では無処置対照群のデータ取得完了し、methacholine 吸入 16-32mg/mL の濃度において気道抵抗の上昇がみられた。肺動脈張力の薬物反応性は無処置対照群の新生ラットについてデータ取得中である。肺胞・気管支・肺血管の形態計測学的定量：各実験群の標本収集を終了。HE 染色による予備的検討では LPS による変化がみられた（肺胞数の減少、平均肺胞径の増大傾向）。系統的な気腔および免疫染色による肺毛細血管の定量的評価を試行中である。発育関連因子・炎症関連因子の mRNA 発現、タンパク定量：各実験群の検体収集を終了し real time PCR 法のための total RNA、Western blot 法のための total protein 抽出作業中である。

妊娠 20 日（満期 22 日）の SD ラットにおいて胎児の各羊水腔にエンドトキシン（LPS）を注入して実験的絨毛膜羊膜炎（CAM）を惹起さ

せ、妊娠 22 日に経膈出生させて生理学的実験および組織標本を採取した。

課題名 エビデンスに基づく慢性肺疾患予防・治療ガイドラインを作成するためシステマティックレビューの検討

1. サーファクタント補充療法

サーファクタントの投与は慢性肺疾患の発症率の減少に有効であり、その他、新生児死亡率、気胸、間質性肺気腫などの減少にも有効である。サーファクタントの種類に関しては、通常の合成サーファクタントと比較して、天然サーファクタントの方が、慢性肺疾患の予防に対する有効性が高いと考えられるが、サーファクタント蛋白類を添加した蛋白含有合成サーファクタントでは、天然サーファクタントよりも有効性が高い可能性はある。サーファクタントの投与方法としては、呼吸窮迫症候群のあるなしにかかわらず全例投与する予防投与の方が、選択的投与に比べて有効性が高い科学的根拠があるが、日本の現状のような、胃液マイクロバブルテストにより判定する出生後早期の選択的投与と全例予防投与を比較した検討はなく、そのどちらが有効かどうかに関しては科学的根拠は十分でない。投与時期に関しては、生後早期に投与したほうが、後期に投与するよりも死亡率の改善や CLD 予防に対して有効性が高いが、日本のランダム化比較試験で認めた出血性肺浮腫の増加には注意が必要と考えられる。サーファクタントの投与回数に関しては、複数回投与の方は、単回投与と比較して、死亡率を減少させ、慢性肺疾患も減少させる可能性があるが、その科学的根拠は十分とは言えない。

2. 酸素療法

新生児慢性肺疾患の予防あるいは治療に関し

て、質の高い研究は見つからなかった。

3a. 人工換気療法における一般的注意事項
人工呼吸器管理中の新生児に対して、麻薬系鎮痛薬使用は、痛みに対しての効果は部分的に見られるも、結果の解釈には注意が必要である。またその他の死亡、人工呼吸期間、慢性肺疾患、経腸栄養などの予後には有意な差を認めなかった。

機械的な人工呼吸器（すなわち呼吸同期性の機能のないもの）管理下にある早産児においては、IVH の減少につながることもあり、筋弛緩薬の積極的な使用が望まれるが、長期予後などの情報はなく、一律使用を奨めるほどの科学的根拠はない。

人工呼吸管理中の新生児に対する高二酸化炭素血症許容法により、短期と長期の予後が改善するという積極的な根拠はなかった。

3b. 間欠的陽圧人工換気療法（IPPV）

従量式人工換気は従圧式人工換気と比べて、間欠的陽圧換気期間の短縮、CLD36 の減少傾向を認め、気胸、重症 IVH の発症も有意に減少させたことから、従量式人工換気の方が予後を改善する可能性が示唆された。吸気時間に関しては、短い吸気時間群で、空気漏出症候群の減少を認めたが、CLD 発症率への影響は明らかではなかった。HFPPV も、死亡率の減少を認めたが、CLD28 の減少は認めなかった。その他、肺を守る呼吸器管理の観点から注目されている、高い PEEP 圧や小さい一回換気量などが、CLD を減少させるかどうかに関しては、質の高い研究を認めなかった。

3c. 吸気同調人工換気療法

従来式人工換気法（CMV）と比べて、患者同調式人工換気法の一つである ACV/SIMV は、人工換気期間を短縮し、CLD36*を減少させ

る可能性が示唆された。ただし、同調式人工換気法のなかで、どの換気法の有効性が高いかどうかに関する質の高い科学的根拠は認められなかった。SIMV と比べて、ACV の方がウィーニング期間の短縮傾向があるという点からは、ウィーニングの際の人工換気法としては ACV が望ましいと考えられる。

3d. 高頻度振動換気 (HFO/HFJ)

呼吸障害のある早産児の初期管理として HFO/HFJ を用いること（ルーチン HFO/HFJ）は、CLD36 の予防に有効である。ただし、ルーチン HFO では、肺空気漏出症候群の増加を認めている点、重症 IVH に関しても研究により有意な増加を認めている点には注意が必要である。特に、HFO/HFJ の低用量戦略が IVH の増加と関連している可能性が示唆されている。一方、CMV 管理が困難となって初めて HFO/HFJ とするレスキュー HFO/HFJ に関しては、CLD の予防効果は明らかではなく、それに関する研究が少ないため、その有効性に関する質の高い科学的根拠はない。HFO/HFJ と CMV との有効性を比較し研究は数多くあるが、使用する HFO/HFJ のタイプ、HFO の高用量戦略の有無、通常のサーファクタントの使用、肺を守る CMV 管理の有無、HFO/HFJ を使用するタイミングなど様々な因子が絡み合っており、異質性の高い研究間での比較になりやすいことには注意が必要である。

3e. 抜管基準と抜管前後のケア

抜管後の呼吸管理において、SNIPPV は、n-CPAP と比べて、抜管後の呼吸状態の悪化を減らし、再挿管率を減少させる。CLD36 に関しても減少させる可能性がある。一方で、SNIPPV は絶食を必要とするような腹部膨満をきたす傾向を認めており、以前の消化管

穿孔との関連の指摘もあることから、腹部所見には注意して使用する必要がある。

早産児の間欠的陽圧換気からの抜管に際しては、ヘッドボックス内酸素投与に比べて、n-CPAP を使用したほうが、抜管後の呼吸状態悪化を減少させ、再挿管率も減少させる可能性が高い。ただし、使用する n-CPAP 圧は、5cmH₂O 以上の方が有効かもしれない。また、抜管後すぐに n-CPAP を使用しなくても、ヘッドボックス管理で、呼吸状態悪化時に n-CPAP 使用する方法（救護的 n-CPAP）は、抜管後すぐに n-CPAP を使用する方法と比べて、有効性は同等である可能性はある

在胎週数 24 から 27 週の早産児において、36 時間抜管のタイミングを遅らせることによる優位性は認めなかった。

CPAP 試行からの抜管に比べて、低頻度の陽圧呼吸換気からの抜管は総再挿管率や無呼吸発作の頻度が有意に低かった

3f. 経鼻的持続陽圧換気 (n-CPAP) 慢性肺疾患予防のための

RDS を発症している早産児の呼吸管理においては、挿管しての IPPV 管理と比較して、まずは n-CPAP 管理とする方が、慢性肺疾患の発症率の減少のために有効である。ただし、n-CPAP 管理で気胸の増加を認める点には注意が必要である。さらに、n-CPAP 管理と比べて、NIPPV 管理は、さらに慢性肺疾患を減少させる可能性が高いが、消化管合併症との関連も指摘されており注意が必要と考えられる。

早産児全例に予防的に n-CPAP を使用することは、RDS のある児のみに選択的に n-CPAP を行うよりも有効であるという科学的根拠はなく、有意ではないが IVH の増加傾向を認めていることは注意が必要である。

3 g. 経鼻持続陽圧呼吸法 ②nasal DPAP
経鼻持続陽圧呼吸法 (nasal DPAP) に関する質の高い科学的根拠は見つからなかった。

4. 慢性肺疾患児の NO 吸入療法 治療編
急性期の NO 吸入療法が慢性肺疾患予防に有効であるという科学的根拠は不十分である。治療時の患児の呼吸状態によって結果に相違があり、また何をもって改善、有効であるとするかというアウトカムの問題もある。

重篤な患児の死亡や慢性肺疾患の発生率といった短期予後には無効、軽微な患児の長・短期予後に改善効果ありとの傾向があるが、対象を絞った検討が必要である。

また、有効にして最少の投与量、投与期間といった検討も必要である。

5. 低出生体重児の水分（輸液）管理

早期産児への水分管理において、重篤な脱水症や循環不全を起こさないよう注意深い監視下であれば、(できるだけ) 水分投与を制限する方が、一定の疾患の発生率に対して予防効果があるとの根拠が示されたといえる。死亡率、慢性肺疾患に対しては予防効果の傾向が認められるも不十分であり、更なる研究、検討が必要。また水分管理の詳細も安全性を確認しながら確立していく必要がある。

生後早期の Na 制限に関しては、その予防効果の科学的根拠は十分といえないが、(特に慢性肺疾患に対する) 単独効果、輸液制限との相乗効果についてさらなる研究をすすめる価値はあると思われる。

アルブミン輸液の治療効果に関しては、科学的根拠は不十分であり、ルーチン的に治療投与することは奨められない。

6. 低出生体重児の栄養管理

早期産児への栄養管理について現時点では、予防的にも治療的にも、特定の栄養素をあた

える事がある効果（あるいは副作用）をもたらすという科学的根拠は不十分である。

長鎖不飽和脂肪酸補充の精神発達に対する効果、イノシトール補充の未熟児網膜症に対する予防効果については不確実ながら効果の傾向はいくつかの研究で確認されており、より詳細なデザインによる研究によって検討していく価値はある。

7. 低出生体重児の感染症対策

低出生体重児の感染症対策について現時点では、予防的にも治療的にも、ルーチン的に抗生物質や免疫抗体製剤を使用する事を推奨する科学的根拠は不十分である。

ある研究が、バンコマイシン投与がコアグラエゼ陰性ブドウ球菌による血液感染を予防するとの根拠を示しているが臨床的意義が限定している。抗生剤使用については耐性菌出現の問題もあり、予防的ルーチン的な使用については厳密に検討されるべきであり、安易な推奨は避けなければならない。

抗 RSV 抗体についてはその適用対象であるハイリスク児に対しての効果は臨床的には示されたといえるが、経済的効果の観点からは認可されている適用対象全例に奨めることの有効性は現時点では少なく、適用対象はもっと絞られるべきだとしている。

8. 肺高血圧の評価法と管理

新生児慢性肺疾患の際の肺高血圧の評価法と管理に関しては、質の高い研究は見つからなかった。

9a. 慢性肺疾患児に対する薬剤（吸入療法除く）

デキサメサゾンの投与により CLD が減少するということは十分な化学的根拠がある。しかし、その長期予後を悪化させることもわかっており投与方法、投与量といったことに注

意が向けられている。ハイドロコルチゾン、ベタメサゾンによる効果判定に症例の蓄積を待ちたい。

利尿薬に関しては、肺機能を改善する可能性はあるもののルーチンで投与するまでの有意な化学的根拠は見出せなかった。

ビタミン A に関しては CLD 発症の減少を認めたが、長期予後の検討を待ちたい。

ビタミン E に関しては CLD 発症に関して有意な科学的根拠は見出せなかった。

Superoxide dismutase に関しては有意な化学的根拠は見出せなかった。

Cystein,Nacetylcysteine に関しては有意な化学的根拠は見出せなかった。

Selenium に関しては CLD 発症の減少を認めたが、限定した地域での RCT であり、症例の積み重ねを待ちたい。

サイロキシンに関しては有意な化学的根拠は見出せなかった。

エリスロポエチンに関しては有意な化学的根拠は見出せなかった。

気管支拡張剤に関しては有意な化学的根拠は見出せなかった。

筋弛緩剤に関しては有意な化学的根拠は見出せなかった。

9b. 慢性肺疾患児の吸入療法

吸入薬が全身投与薬に比べて効果的であるといったことや、副作用の軽減が認められるという科学的根拠は不十分である。プレセボに比べて吸入ステロイド薬による抜管成功率の上昇以外、明らかに有意な科学的根拠はなかった。

10. モニター・検査

新生児慢性肺疾患の際の、各種検査方法に関して、質の高い研究は見つからなかった。

1 1 a. 慢性肺疾患児の外来管理

早産児が退院する際の呼吸安定状態は慢性肺疾患のあるなしではなく、成熟度と影響しているようである。

1 1 b. 在宅酸素療法

新生児慢性肺疾患罹患児の、在宅酸素療法に関する、質の高い研究は見つからなかった。

C. 結論

我が国における CLD の経年的な発症状況を調査研究し、CLD が超低出生体重児の成長発達に及ぼしている影響について疫学的研究し、人工呼吸中の肺保護戦略の普及にもかかわらず 2005 年出生児でも CLD 発症は 1995、2000 年の調査に比較して減少しておらず、これはより未熟な児の救命率向上による事が判明した。施設間 CLD 発症率較差の分析から、CLD の発症や増悪因子を解析し、その予防・治療指針の作成にとりかかることが出来た。CLD あり児は、3 歳の時点では脳性麻痺、視力障害、聴力障害の児が多く、総合発達評価でも異常を示す児が多い傾向があるが、6 歳の時点では、神経障害・呼吸障害とも CLD の影響は少なくなっていた。

胎盤病理検査より子宮内感染症が、CLD 発症の重要な因子であることが分かり、ステロイド吸入は、これらの児の CLD 発症予防に十分期待される。

今後、フルチカゾン吸入多施設共同臨床試験で症例数を増加し、その進捗状況を管理しつつ実施し、1 年後に有効性と安全性の確認をおこなう。また、エビデンスに基づいた CLD 予防法を確立、CLD 治療法ガイドラインを作成し、全国の総合周産期母子医療センターネットワークで実施する。さらに、ネットワークを用いて児の予後を調査し、全国 CLD 児の

発症率と発達予後の改善を証明する。

D. 健康危険情報

特になし

E. 研究発表

(田村正徳)

1. Shoichi Ezaki, Keiji Suzuki, Clara Kurishima, Masumi Miura, Wan Weilin, Reiichi Hoshi, Shizue Tanitsu, Yuzo Tomita, Chikako Takayama, Masaki Wada, Tsutomu Kondo, (Masanori Tamura) Resuscitation of Preterm Infants with Reduced Oxygen Results in Less Oxidative Stress than Resuscitation with 100% Oxygen. Journal of Clinical Biochemistry & Nutrition. 2009;44:1-8
2. 木原秀樹 廣間武彦 中村友彦 宮川哲夫 田村正徳, NICUにおける呼吸理学療法の有効性と安全性に関する全国調査—第2報—日本未熟児新生児学会雑誌, 2009;21(1):57-64
3. 櫻井淑男 田村正徳, 小児二次救命処置(PALS)に則した蘇生の実際, 小児科, 2009;50(2):145-155
4. 櫻井淑男 田村正徳, 小児の努力呼吸 小児の上気道閉塞疾患について, 救急医学, 2009;33(1):9-12
5. 斎藤滋 田村正徳, シンポジウム2「早産—予防・出生児の管理・手術の限界」座長のまとめ, 日本周産期・新生児学会雑誌, 2008;44(4):829
6. 側島久典 荒川ゆうき 長田浩平 川崎秀徳 浅野祥孝 星礼一 伊藤智朗 本田梨恵 高山千雅子 江崎勝一 國方徹也 鈴木啓二 田村正徳 小高明雄 馬場一憲 照井克生, シンポジウム2「早産—予防・出生児の管理・手術の限界」胎児診断早産児小児外科症例への新生児科医としての管理への考察, 日本周産期・新生児学会雑誌, 2008;44(4):840-844
7. 田村正徳 山口文佳, 予後不良とされる疾患への新生児科医師の対応と「重篤な疾患を持つ新生児の家族と医療スタッフの話し合いのガイドライン」の活用, 日本周産期・新生児医学会雑誌, 2008;44(4):925-929
8. 田村正徳, 教育セミナー5 Artificial Oxygen Carrierを考える (2)気道へのアプローチ: 液体換気療法の原理、潜在的な可能性そして臨床応用への問題点, 第36回日本集中治療医学会学術集会, 大阪市, 2009.2.26
9. 田村正徳, 第3回「埼玉県の新生児看護を考える会」, 川越市, 2009.3.7
10. 櫻井淑男、田村正徳, 小児救急—救命救急、PICU, 小児科診療(診断と治療社).2008;71(11):1856-1858
11. 田村正徳, ILCOR タスクフォース「Neonatal」, CPR News, 2008.10. :6
12. 田村正徳, 標準的な新生児心肺蘇生法をすべての周産期医療従事者に, Medical Tribune(株式会社 メディカル トリビューン), 2008;41(37):72-73
13. 田村正徳、3学会合同呼吸療法認定士認定委員会事務局, 新生児・乳幼児の呼吸管理, 第13回3学会合同呼吸療法認定士・3学会合同呼吸療法認定士認定講習会テキスト, 2008, 13:335-357
14. 田村正徳, 出生前診断された高度な肺低形成を伴う横隔膜ヘルニアの出生前後プロトコールとその問題点, 日本小児外科学会

- 雑誌, 2008;44(4):646-647
15. 田村正徳、杉浦正俊, 日本周産期・新生児医学会の日本版新生児心肺蘇生法普及講習会推進事業(NCPR)紹介, ニキュ・メイ ト, 2008;6(22):3-4
 16. 田村正徳. Consensus2005 に基いた新生児蘇生法ガイドラインとその普及事業. 日本小児科学会雑誌. 2008;112;1:1-7
 17. 田村正徳、分娩室での蘇生”新しい考え方と Consensus2005 の概要”, 臨床婦人科産科, 2008;62(2):115-119.
 18. Ezaki S, Clara K, Suzuki K, Kondo T, Tamura M. Resuscitation of preterm infants with reduced concentration of inspired oxygen -less oxidative stress than 100% oxygen-. Journal of paediatrics and Child health 43. 43(supple):112. 2007
 19. Ezaki S, Ito T, Suzuki K, Tamura M, Association between Total Antioxidant Capacity in Breast Milk and Postnatal Age in Days in Premature Infants., Journal of Clinical Biochemistry and Nutrition., 2008;42(2):133-137.
 20. 近藤乾, 田村正徳、「わが国の NICU における新生児心肺蘇生法研修体制に関するアンケート調査結果」周産期医学. 2007;37(2):177-180
 21. 田村正徳監修、日本版救急蘇生ガイドラインに基づく 新生児蘇生法インストラクターマニュアル、日本周産期・新生児医学会、東京、2008
 22. 田村正徳監修、日本版救急蘇生ガイドラインに基づく 新生児蘇生法講習会講義スライド(CD-ROM for Windows)、日本周産期・新生児医学会、東京、2008
 23. 伊藤智朗, 田村正徳, 先天性横隔膜ヘルニアの長期フォローアップ, 小児外科, 2007;39(10):1127-1131.
 24. 田村正徳、分娩立ち会いと新生児心肺蘇生, Neonatal Care, 2007;20:42-60.
 25. 田村正徳、新生児の蘇生, 救急医学, 2007;31(9):1073-1079
 26. 田村正徳、”特集：助産師に役立つ救急時の取り扱い 日本版新生児心肺蘇生法普及講習会推進事業”, 助産師, 2007;61(3):6-16.
 27. 田村正徳、Consensus2005 に則った新しい「新生児心肺蘇生法ガイドライン」, ニキュ・メイ ト, 2007;19:1-2.
 28. 斎藤孝美, 田村正徳、超低出生体重児の栄養と予後, 周産期医学, 2007;37(4):469-472.
 29. 田村正徳、ハイリスク妊娠ブライマゲ 周産期スタッフのための実践的診断指針 新しい新生児心肺蘇生法. ペリネタル ケ夏季増刊号. 2007;337:252-263
 30. 田村正徳、新生児心肺蘇生法. 産婦人科の世界. 2007;59(4):323-334
 31. 櫻井淑男, 田村正徳、出生直後の新生児心肺蘇生法における気管挿管. 周産期医学. 2007;37(2):239-244
 32. 田村正徳、北米における新生児蘇生プログラム(NRP)の普及の背景と、その必要性. 助産雑誌. 2007;61(2):94-99
 33. 和田雅樹, 田村正徳、新生児心肺蘇生プログラム(NRP)の実際—胸骨圧迫の方法. 助産雑誌. 2007;61(2):120-127
 34. 田村正徳、Consensus2005 における新生児心肺蘇生法の主たる改正点. 周産期医学. 2007;37(2):165-169
 35. 和田雅樹, 田村正徳、わが国の分娩取扱い施設における新生児心肺蘇生対策の現状. 周産期医学. 2007;37(2):171-176
 36. 和田雅樹, 田村正徳、出生直後の新生児の扱

- い方・仮死児. 周産期医学, 2007;37(1):21-24
37. 田村正徳、Consensus2005 に則った新しい新生児心肺蘇生法. 小児科診療, 2007;4(70):18-27
38. 田村正徳、HFO, Neonatal Care, 2007;20(2):140-145.
39. 田村正徳、櫻井淑男、救急救命士ならびに救急隊員による分娩直後の新生児蘇生法. 救急ジャーナル, 2007;83:36-41
40. 田村正徳、第3章 分娩立ち会いと新生児心肺蘇生. NICU 夜勤・当直マニュアル, MC メディカ出版, 秋季増刊号:2007
41. 田村正徳、新生児・乳幼児の呼吸管理. 第12回3学会合同呼吸療法認定士 認定講習会テキスト, 3学会合同呼吸療法認定士認定委員会事務局, 12;353-367:2007
42. 田村正徳、新生児・乳幼児の人工呼吸療法 新生児・乳幼児における人工呼吸療法の特徴. "CE 技術シリーズ「呼吸療法」", 南江堂, 103-122;2007
43. 田村正徳、新生児管理. 新産婦人科コンパス, メジカルビュー社, 134-144;2007
44. 田村正徳、新しい新生児蘇生法. 産婦人科(専門医にきく最新の臨床), 中外医学社, 130-135;2007
45. 田村正徳、新生児の救急蘇生法. 救急蘇生法の指針 2005 医療従事者用改訂4版. へるす出版, 127-134:2007
46. 田村正徳、早産児(未熟児)・新生児, Clinical Engineering 別冊 人工呼吸療法 改訂4, 2007;4:392-398.
47. 田村正徳、和田雅樹, 最新の知見と取り扱い, 早産児の短期予後 早産, 2007;256-260.
48. 田村正徳、倫理的問題、分娩室ルチンと蘇生術、呼吸管理. NICU マニュアル 第4版. 金原出版, 2007;5-8, 31-38, 290-305
49. 田村正徳監修、日本版救急蘇生ガイドラインに基づく新生児蘇生法テキスト 第一版, 2007, 東京:メジカルビュー社
50. 田村正徳(主任研究者). 我が国における超低出生体重児の慢性肺障害の発生状況と成長・発達に及ぼす影響の研究. 平成19年度:超低出生体重児の慢性肺障害発症予防のためのフルチカゾン吸入に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金・小児疾患臨床研究事業. 平成18年〜平成20年
51. 田村正徳、受難の時代”における医療の質向上と安全な呼吸ケア、呼吸器ケア、2006;4;6;(41):
52. 田村正徳、新生児蘇生手技の標準化、第21回群馬周産期研究会総会、2006;56;2:188-189
53. 和田雅樹、田村正徳、特集:児の予後から見た産科リスク因子 1. ハイリスク新生児への対応、産科と婦人科、2006;73;10:1-6
54. 田村正徳、石原英樹他、押さえておくべき呼吸管理 新生児・乳児の呼吸管理、呼吸器ケアエッセンス、2006;168-177
55. 田村正徳 監訳 AAP/AHA 新生児蘇生テキストブック 医学書院 2006
56. 江崎勝一、三浦真澄、栗嶋クララ、和田雅樹、近藤乾、田村正徳、新生児心肺蘇生法における酸素投与の功罪ー酸素投与に対する抗酸化力とフリーラジカルへの影響、日本周産期・新生児学会周産期シンポジウム, 2006;24:27-32.
57. 田村正徳、AHA 国際ガイドライン 2000 に基づいた新生児の心肺蘇生、川越クリニック・講演抄録集Ⅲ、2006;Ⅲ;191-202
58. 田村正徳、新生児・乳幼児の呼吸管理 第1回3学会合同呼吸療法認定士認定制度認

定講習会テキスト、3 学会合同呼吸療法認定士認定委員会事務局、2006;11:351-366

59. 田村正徳 新生児疾患・新生児の異常徴候他
2、標準小児科学第6版、医学書院、東京、
2006;6:82-100
60. 廣間武彦, 中村友彦, 木原英樹, 田村正徳、
「NICUにおける呼吸理学療法ガイドライン」
作成のためのアンケート調査結果、日本未
熟児新生児学会雑誌、2006;18;1:61-66
61. Sakurai Y, Obata T, Matsuoka K, Sasaki H,
Nomura M, Murata M, Takeda S, Tamura M.
anti-growth effect of the
endocannabinoid receptor(CBI and
CB2)blockers on the liver cancer cell
lines Prostaglandins & other Lipid
Mediators 2006;79:144-194
62. Hiroma T, Baba A, Tamura M. Nakamura T.
Liquid incubator with perfluorochemical
for extremely premature infants. Biol
Neonate 2006;90:162-167
63. Kosho T, Nakamura T., Kawame H, Baba
A, Tamura T., Fukushima Y Neonatal
management of Trisomy 18: Clinical
details of 24 patients receiving
intensive treatment. Am J Med Genet
2006;140A:937-944
64. Wakabayashi T, Tamura M., Nakamura T.
Partial Liquid Ventilation with Low-Dose
Perfluorochemical and High-Frequency
Oscillation Improves Oxygenation and
Lung Compliance in a Rabbit Model of
Surfactant Depletion. Biol Neonate
2006;89:177-182
65. 田村正徳 監修、最新赤ちゃんの病気大百
科、たまひよ大百科シリーズ、ベネッセコ
ーポレーション、東京、2008

(南 宏尚)

1. 南 宏尚、新生児の呼吸の適応生理 血液
ガス分析、ネオネイタルケア、2008 vol. 21
No. 4
2. 南 宏尚、新生児慢性肺疾患の全国実態調
査、近畿新生児研究会会誌、2008 vol. 17
3. 南 宏尚、2005年慢性肺疾患全国調査(速
報)ー2000年度出生児調査との比較、第43
回日本周産期・新生児医学会学術集会
4. Chronic lung disease in extremely
low-birth weight infants in Japan, Hot
Topics in Neonatology、2007
5. 南 宏尚、超低出生体重児における慢性肺
疾患は減っていない、第10回モニタリング
フォーラム
6. Incidence of CLD has not decreased
despite the trend toward
lung-protective ventilation strategies
in ELBW in Japan、2008 PAS meeting
7. 南 宏尚、わが国における新生児肺損傷防
止のための人工換気療法の現状、第30回日
本呼吸療法医学会
8. Chronic Lung Disease among Extremely Low
Birth Weight Infants in Japan、第11回
モニタリングフォーラム

(上谷良行)

1. 上谷良行、藤村正哲：2000年出生の超
低出生体重児6歳時予後の全国調査集計
結果。第53回日本未熟児新生児学会
2008年12月 札幌
2. 上谷良行：全国調査からみた妊娠22〜23週
出生児の予後の推移。日本周産期・新生
児医学会雑誌 43、877-879 2007
3. 上谷良行：低出生体重児のフォローアッ

プと栄養アセスメント. Neonatal Care 秋
季増刊、264-267 2008

(平野慎也)

1. 平野慎也 NICU 夜勤・当直マニュアル 胎
便吸引症候群 鈴木悟編著 メディカ出版
2007 P173-P176
2. 平野慎也 新生児 nursing note 機器・
検査値・薬剤・略語 大阪府立母子保健総
合医療センター編著 メディカ出版 2007
P86-P103
3. 平野慎也 フォローアップマニュアル 小
学3年生健診検診時のアドバイス 厚生労
働科学研究「周産期ネットワーク：フォロ
ーアップ研究」班著 編集：三科 潤、河
野由美 メジカルビュー社 2007;P123
4. 平野慎也、藤村正哲、楠田 聡、青谷裕文
超低出生体重児の脳室内出血および動脈管
開存症の発症予防（ランダム化比較試験）
日本小児臨床薬理学会雑誌 2007 印刷中
5. 平野慎也 藤村正哲 超低出生体重児に対
する薬物投与 小児外科、2006;38:40-45
6. 平野慎也 PML に基づく小児科学症例テキ
スト、無呼吸を呈する 1000g の早産男児、
エルゼビアジャパン社、2006:9-10
7. 平野慎也、北島博之、基礎疾患を持った妊
婦からの胎児・新生児の管理 糖尿病 小
児科 2006;47:1695-1701

(中村友彦)

1. 中村友彦 新生児遷延性肺高血圧症 今
日の治療指針、医学書院 2006; 940
2. 中村友彦 新生児の異常と看護 新看護
学 医学書院 2006;172-183
3. 中村友彦 新生児仮死 今日の小児治療指
針、医学書院 2006;113-114

4. 広間武彦、中村友彦 新生児心肺蘇生法の
指針 救急・集中治療ガイドライン、総合
医学社 2006;535-538
5. 中村友彦 小さな心室中隔欠損 PBLに基
づく小児科学症例テキスト、エンゼビア・
ジャパン2006;51
6. 清水健司、中村友彦 ガイドライン2005の
新生児一次救命処置の手順 院内急変と
緊急ケアQ&A、総合医学社 2006;30-31
7. 清水健司、中村友彦 ガイドライン2005の
新生児二次救命処置の手順 院内急変と
緊急ケアQ&A、総合医学社 2006;32-33
8. 宮下進、広間武彦、中村友彦 陽圧換気の
ための蘇生装置の使用 AAP/AHA新生児蘇
生テキストブック 医学書院 2006;3-1
-3-58
9. Wakabayashi T, Tamura M, Nakamura T.
Partial Liquid Ventilation with
Low-Dose Perfluorochemical and
High-Frequency Oscillation Improves
Oxygenation and Lung Compliance in a
Rabbit Model of Surfactant Depletion.
Biol Neonate 2006;89:177-182
10. 清水健司、中村友彦 静注養デキサメサゾ
ン、吸入フルチカゾン Neonatal Care
2006;19:19-21
11. 広間武彦、中村友彦、木原秀樹、田村正徳
「NICUにおける呼吸療法ガイドライン」作成
のためのアンケート調査結果 日本未熟児
新生児学会雑誌 2006;18:61-66
12. Yoshida S, Kikuchi A, Naito S, Nakamura H,
Hayashi A, Noguchi M, Kondo Y, Nakamura T
Giant hemangioma of the fetal neck,
mimicking a teratoma. Japan Society of
Obstetrics and Gynecology. 2006;32:47-54
13. Kosho T, Nakamura T, Kawame H, Baba A,

- Tamura M, Fukushima Y Neonatal Management of Trisomy 18 Am J Med Gene 2006;140:937-944
14. 木原秀樹、中村友彦、広間武彦 ポジショニングが早産児の睡眠覚醒状態や脳波に及ぼす影響 日本周産期新生児医学会雑誌 2006;42:40-44
 15. 大石沢子 中村友彦 広間武彦 胎便吸引症候群 ペリネイタルケア 2006;25:28-34
 16. 木原秀樹、中村友彦、広間武彦 無気肺に対して気管支洗浄に積極的な呼吸理学療法を施行した早産児3例とECMO療法中の3例 日本未熟児新生児学会雑誌 2006;18:59-64
 17. 中村友彦 新生児蘇生講習会・信州モデル 富山県産婦人科医会報 2006;206:4
 18. Hiroma T, Baba A, Tamura M, Nakamura T. Liquid Incubator with Perfluorochemical for Extremely Premature Infants. Bio Neonate 2006;90:162-167
 19. 木原秀樹、中村友彦、広間武彦 NICUにおける呼吸圧迫法(squeezing)による呼吸理学療法の有効性と安全性の検討 日本周産期新生児医学会誌 2006;42:620-625
 20. 近藤良明、横山晃子、広間武彦、中村友彦 新生児脳疾患のCT・MRI 診断 周産期医学 2006;36:1271-1274
 21. 三ツ橋偉子、廣間武彦、中村友彦 ステロイド吸入による慢性肺疾患予防 小児診療 2007;55:591-595
 22. 三ツ橋偉子、廣間武彦、中村友彦 新生児心配蘇生における人工呼吸 周産期医学 2007;37:225-231
 23. 中村友彦 カンガルーケア中の留意点 日本産婦人科医会報 2007;59:12-13
 24. 横山晃子 廣間武彦 中村友彦 SIMV, A/C, VG Neonatal Care 2007;20:25-33
 25. 佐野葉子 廣間武彦 中村友彦 低出生体重児の呼吸器病変と予後 周産期医学 2007;37:515-518
 26. Nakata S, Yasui K, Nakamura T, Kubota N, Baba A. Perfluorocarbon suppresses lipopolysaccharide and alpha-toxin-induced interleukin-8 release from alveolar epithelial cells. Neonatology 2007;91:127-133
 27. Sunagawa S, Kikuchi A, Yoshida S, Miyashita S, Takagi K, Kawame H, Kondo Y, Nakamura T. Dichorionic twin fetuses with VACTERL association. J Obstet Gynaecol Res. 2007;33:570-3.
 28. Miyachi K, Kikuchi A, Kiysunezaki M, Sunagawa Hiroma T, Takagi K, Ogiso Y, Nakamura T. Sudden fetal hemorrhage from umbilical cord ulcer associated with congenital intestinal atresia. J Obstet Gynecol Res 2007;33:726-730
 29. Shimizu A, Shimizu K, Nakamura T. Non-pathogenic bacterial flora may inhibits colonization by methicillin-resistant Staphylococcus aureus in extremely low birth weight infants. Neonatology 2008;93:158-161
 30. Ono K, Kikuchi A, Miyashita S, Iwasawa Y, Miyachi K, Sunagawa S, Takagi T, Nakamura T, Sago H Fetus with prenatally diagnosed posterior mediastinal lymphangioma: Characteristic ultrasound and magnetic resonance imaging findings Congenital Anomalies 2007;47:158-160
 31. Yoshida S, Kikuchi A, Sunagawa S, Takagi K, Ogiso Y, Yoda T, Nakamura T. Pregnancy complicated by diffuse chorioamniotic

- hemosiderosis: Obstetric features and influence on respiratory diseases of the infants. J Obstetric Gynecol Res 2007;33:788-792
32. Naito S, Hiroma T, Nakamura T. Continuous negative extrathoracic pressure combined with high-frequency oscillation improves oxygenation with less impact on blood pressure than high-frequency oscillation alone in rabbit model of surfactant depletion. BioMedical Engineering OnLine 2007;6:40
33. Babasono A, Kitajima H, Nishimura S, Nakamura T, Shiga S, Hayakawa M, Tanaka T, Sato K, Nakayama H, Ibara S, Une H, Doi H. Risk factors for nosocomial infection in the neonatal intensive care unit by Japanese nosocomial infection surveillance. Acta Med Okayama 2008;62:261-268
- (中山雅弘)
1. 難波文彦、北島博之、中山雅弘、藤村正哲、柳原格. 子宮内感染／炎症と抗アネキシン A2 IgM 抗体. 小児科 2008; 49: 989~994
2. 白石淳、北島博之、藤村正哲、難波文彦、柳原格、長谷川妙子、田端厚之、中山雅弘. 当センターにおける超早産児からのウレアプラズマ属細菌の検出頻度とその臨床背景 近畿新生児研究会会誌 2008; 17: 31~35
3. 中山雅弘、桑江優子、松岡圭子、藤原太、白石淳、北島博之、濱中拓郎、末原則幸、長谷川妙子、難波文彦、柳原格. CAM 胎盤におけるウレアプラズマの検出とその胎盤 日本周産期・新生児医学会雑誌 2008; 44: 1045~1048
4. Kagami M, Sekita Y, Nishimura G, Irie M, Kato F, Okada M, Yamamori S, Kishimoto H, Nakayama M, Tanaka Y, Matsuoka K, Takahashi T, Noguchi M, Tanaka Y, Masumoto K, Utsunomiya T, Kouzan H, Komatsu Y, Ohashi H, Kurosawa K, Kosaki K, Ferguson-Smith A, Ishino F, Ogata T. Deletions and epimutations affecting the human 14q32.2 imprinted region in individuals with paternal and maternal upd(14)-like phenotypes. nature genetics 2008; 40: 237~242
5. Sakata N, Toguchi N, Kimura M, Nakayama M, Kawa K, Takemura T. Development of Langerhans Cell Histiocytosis Associated With Chronic Active Epstein -Barr Infection. Blood Cancer 2008; 50: 924~927
6. 和田芳郎、望月成隆、高橋伸方、細川真一、南條浩輝、杉本佳乃、西澤和子、白井淳、佐野博之、平野慎也、北島博之、藤原正哲、福井温、末原則幸、桑江優子、中山雅弘、和田芳直、吉田周見、石崎裕美子. トランス脂肪酸が胎児発育その他に及ぼす影響について 周産期シンポジウム 2008; 26 49~53
7. 谷岳人、窪田昭男、奥山宏臣、川原央好、清水義之、白石淳、北島博之、桑江優子、中山雅弘. 気管食道瘻を伴う気管憩室を生じた新生児の壊死性気管気管支炎の 1 例 日本周産期・新生児医学会雑誌 2008; 44: 1216~1220
8. 中山雅弘. 専門医に必要な周産期病理学 MFICU マニュアル MC メディカ出版 大阪 2008 年 437~443 頁
9. 中山雅弘. 先天異常 わかりやすい病理学 改訂第 5 版 南江堂 2008 年 105~112

頁

10. 馬場幸子、野田博之、中山雅弘、高鳥毛俊雄、磯博康. 初期流産のリスクファクター解析. 第18回日本疫学会学術集会 2008.1.25-26 東京都千代田区
11. Namba F, Kitajima H, Nakayama M, Fujimura M, Yanagihara I. Anti-Annexin A2 IgM Antibody in Preterm Infants: Its Association with Chorioamnionitis. Pediatric Academic Societies and Asian Society for Pediatric Research 2008 Joint Meeting. 2008.5.2 Honolulu Hawaii
12. 中山雅弘. 産科医療に関連する胎盤病理の基礎と最近のトピック. 第8回長崎産科婦人科臨床懇話会 2008.5.10 長崎市
13. Namba F, Nakayama M, Shiraishi J, Hamanaka T, Kitajima H, Suehara N, Yanagihara I. Placental Fetuses of Chorioamnionitis Colonized With Ureaplasma Species in Preterm. 15th Congress of the FAOPS2008 2008.5.20-24 名古屋市
14. 中山雅弘、柳原格、濱中拓郎、末原則之、白石淳、北島博之. FIRSの制御に向けた7年-胎盤病理と生殖・胎内環境整備-. 第44回日本周産期・新生児医学会総会および学術集会 2008.7.13-15 横浜市
15. 中山雅弘、長谷川妙子、桑江優子、松岡圭子、末原則幸、北島博之、難波文彦、柳原格. 子宮内感染症の胎盤病理-ウレアプラズマとの関連. 第28回日本小児病理研究会 2008.9. 長野県松本市
16. 門脇浩三、奥野健太郎、数見久美子、瀬戸佐和子、木下聡子、濱中拓郎、福井温、末原則幸、和栗雅子、宮下義博、中西功、船橋徹、下村伊一郎、中山雅弘、藤田富雄. 出

生児体重、胎盤重量および児体重/胎盤重量比; 過去19年間の変遷および相関する因子の検討 日本周産期・新生児医学会 周産期学シンポジウム 2008.1 東京都 シンポジウム

17. 和田芳郎、望月成隆、高橋伸方、細川真一、南條浩輝、杉本佳乃、西澤和子、白石淳、佐野博之、平野慎也、北島博之、福井温、末原則幸、桑江優子、中山雅弘、和田芳直、吉田周美、石崎由美子. トランス脂肪酸が胎児発育その他に及ぼす影響について 日本周産期・新生児医学会 周産期学シンポジウム 2008.1 東京都 シンポジウム

F. 知的財産権の出願・登録状況

特になし。

厚生科学研究費補助金（医療技術実用化総合研究事業：臨床研究・予防・治療技術開発研究）
「超低出生体重児の慢性肺疾患発症予防のためのフルチカゾン吸入に関する臨床研究」

分担研究報告書
分 担 研 究 課 題 名
「新生児の慢性肺疾患 2005 年全国調査」

分担研究者 田村正徳 埼玉医科大学総合医療センター小児科
研究協力者 南 宏尚 愛仁会高槻病院小児科

研究要旨

- ① 慢性肺疾患症例の調査：新生児専門医研修施設を対象に全国調査を行ない、超低出生体重児における CLD 発症率はこの 5 年間に変化していなかった。
- ② 専門施設医療内容の調査：全体として肺保護戦略を採用する施設が増加しているが、出生前ステロイド、CPAP 療法、吸入ステロイド療法、酸素飽和度の管理目標などが CLD 発症率の施設間格差を生じさせている可能性があった。
- ③ CLD の定義・分類の検討：藤村班によるガイドライン策定から 13 年経過しており、CLD の定義・分類に関する改訂を検討している。

緒言：新生児慢性肺疾患（以下 CLD）は超低出生体重児の精神運動発達遅滞の危険因子として、頭蓋内出血、脳室周囲白質軟化症と並んで重要である。なかでも修正 36 週時点での酸素依存性を呈する重症 CLD は軽症 CLD よりも後障害との関連が強いことがこの数年の研究で示されている。従って CLD の発症にみならず重症化予防は、超低出生体重児の後障害なき救命のための重要課題の一つである。

A. 研究目的

2005 年の超低出生体重児 (ELBW) における CLD 発症例の詳細と管理法を明らかにし、CLD が増加しているのか否か、CLD 発症に関連する要因の解析、さらに CLD の治療・管理のあり方を検討する。

B. 研究方法

新生児専門医研修 265 施設の新生児医療担当医師代表に下記内容を含む調査用紙を郵送した。回答施設数は 230（回収率 87%）、超低出生体重児数 2729、CLD 症例数 1391 である。

1) 体重別入院症例調査

2005 年 1 月 1 日より同年 12 月 31 日までに出生し上記施設に入院した ELBW を対象とし、2000 年全国調査に倣い CLD 症例の背景集団として集計した。

2) CLD 症例調査

上記調査期間の背景集団より発生した CLD 全例について、CLD 病型、人工換気、酸素投与、入院期間、在宅酸素療法 (HOT) の有無などの項目について検討した。CLD の定義、病型分類は、1995 年厚生省研究班分類（改訂案）に準拠したが、生後 28 日までに酸素中止に至る

も CPAP などの補助換気より離脱困難な症例が相当数存在するため、生後 28 日を越えて補助換気を必要とする症例 (PAP28) も CLD に含めるようにした。

3) CLD 管理方式調査

2000 年全国調査項目を基本に一部取捨選択して行った。

C. 研究結果と考察

1) 体重別入院症例

2005 年 1 月 1 日より同年 12 月 31 日までに出生し上記施設に入院した ELBW は 2729 例であり、2005 年度人口動態統計によると、全国の ELBW の 87%にあたる過去最大の例数を調査した。出生体重分布では、特に 700 g 未満の占める割合が著しく高くなった。日齢 28 以上生存した症例数は 2409 例であり、生存率は 88.3% (2000 年藤村班全国調査では 84.4%、以下括弧内の数値は同調査を示す) と前回の調査よりも有意に改善した。体重区分別でもすべての体重群で生存率は改善し、特に 700 g 未満で顕著であった。

2) CLD 症例

i) 発症率

日齢 28 以上生存例のうち CLD は 1391 例認められ、CLD 発症率は 57.7% (54.0%)、日齢 28 以内の死亡 (新生児死亡) を含めた発症率は 62.7% (61.2%) であった (図 1)。一方、修正 36 週以降も酸素吸入が必要な重症 CLD は 35.8% (33.9%)、新生児死亡を含めた発症率は 43.3% (44.2%) と何れも有意な変化を示さなかった。PAP28 症例は CLD の約 8% を占めた。

ii) 病型分類

RDS 後に続発する I 型、II 型が全体の 66.5% (65.6%) を占め、依然として最も多

い病型であったが、なかでも I 型は 26.5% (22.0%) と有意に増加した。子宮内炎症に続発する III 型、III' 型は 19.6% (21.0%) を占め、他 IV 型 4.0% (3.7%)、V 型 7.0% (7.9%) であった。

iii) 死亡率

入院中の CLD の死亡率は 4.7% (3.2%) と前回と同等の結果であり、病型別では I 型 7.1% (5.7%)、III 型 7.5% (6.6%) が依然として高く、52 例中 5 例 9.6% (9.1%) の IV 型には IUGR 症例が 4 例含まれていた。

iv) 在宅酸素療法 (以下 HOT)

日齢 28 以上生存例における HOT 率は 12.4% (6.4%) と倍増した。病型別の発生率は VI 型 33.3%、III 型 30.5%、I 型 16.1%、V 型 7.1% の順に高かった。

v) 2000 年調査との比較

2000 年、2005 年の CLD 症例はそれぞれ 796 例、1391 例認められた。平均在胎期間 (以下 2000 年 : 2005 年の順、26.1 : 26.1)、出生体重 (758.2 g : 733.3 g) は有意に低下したが、酸素使用期間中央値 78 日 : 75 日、人工換気期間同 52 日 : 45 日、入院期間同 139 日 : 129 日、平均退院時修正週数 48.0 週 : 46.8 週と何れも短縮された。

vi) 施設間格差

年間 20 例以上の超低出生体重児を診療していた 44 施設における CLD 発症率は、最高 94%、最低 6%、重症 CLD でも最高 79%、最低 0% と著しい差を認めた (図 2)。

3) CLD 管理方式

i) 予防的管理

胎児肺成熟を目的とした母体ステロイド投与は 69% (2000 年 56%) の施設で行うと回答され、時々行うを含めると 90% (83%) の施設で実施されていた。新生児急性期呼吸

管理法と CLD の関係については未だ種々の議論がなされているところであるが、容量障害を避けるため、RDS に対する人工肺サーファクタントの早期注入、適切な PEEP による肺泡開存 (open lung approach) と一回換気量低下が効果的と考えられている。一般的な人工換気療法としての間歇陽圧換気の使用法では、67% の施設で IPPV の流量を 8L/分以下に設定し、64% (40%) の施設で吸気時間 0.5 秒以下を採用していた。高頻度振動換気療法よく行う・時々行うは合わせて 72% (74%) であった。一方、持続的陽圧呼吸療法 CPAP は、肺傷害因子である気管内挿管下の人工換気療法の回避と、抜管後の換気補助・無呼吸発作予防の用法があるが、初期治療として使用するが 78%、抜管後使用は 92% とかなり普及してきた。輸液管理において過剰な水分投与は、CLD と網膜症に悪影響を与えるが、超低出生体重児の日齢 0 の水分量は 93% の施設で 60ml/kg/日前後またはそれ以下であった。CLD の慢性期治療として、利尿剤は短期的効果が認められているが、87% の施設で使用されていた。ステロイド剤の全身投与は生後 2 週、3 週、4 週以後に開始する施設がそれぞれ 10%、14%、19% であり、週を問わずほとんど行わない施設は 56% (37%) と非投与施設が増加した (図 3)。一方、副作用の少ない投与方法として最近注目されている吸入ステロイド療法をよく行うのは 17% (4%)、うち生後 1 週間以内に予防的に使用する施設は 8% であった (図 4)。

ii) CLD の検査・診断・モニタ

急性期の SpO₂ の目標値は 51% (70%) の施設で 95-98% と回答された (図 5)。また許容しうる上限を 98-100% とした施設が 56% (70%) であり、95% 以下としたのは 39% に

留まった。一方の下限値は 58% (73%) の施設で 90% 以上の数字を挙げていた。低炭酸ガス血症は脳血流を減少させて脳室周囲白質軟化症の原因となりうると考えられている。逆に高炭酸ガス血症を許容する管理 (permissive hypercapnea) は、人工換気による侵襲を軽減しうると考えられている。極低出生体重児の急性期目標 PCO₂ は 95% (83%) で 40mmHg 台以上であり、50mmHg 以上とする施設が 33% (10%) と増えた (図 6)。同様に、急性期以降で 50mmHg 台を許容する施設が 60% (40%) を超えた。

iii) CLD 管理法と発症率

年間 ELBW 入院数が 10 以上の施設における CLD 管理法と重症 CLD 発症率との関係について Kruskal-Wallis test、Mann-Whitney test にて分析を行った。重症 CLD 発症率を低下させる可能性のある管理法は、母体に対する出生前ステロイド、予防的吸入ステロイド、急性期の CPAP 療法、SpO₂ 目標低値であった (図 7-10)。

D. 結論

この 5 年間にいわゆる肺保護戦略を採用する施設が増加したが、CLD は減少しなかった。より未熟な早産児を多数診療・救命したことがその要因であったが、ステロイドの全身投与が減少した影響も考えられ、より安全な投与方法である吸入ステロイド療法の研究は急務である。また、施設間の発症率の格差は管理法の差によって発生している可能性があるため、今後も詳細な検討の必要がある。

E. 今後の課題

1. CLD の定義 現在の「酸素投与を必要とするような呼吸窮迫症状」について、①