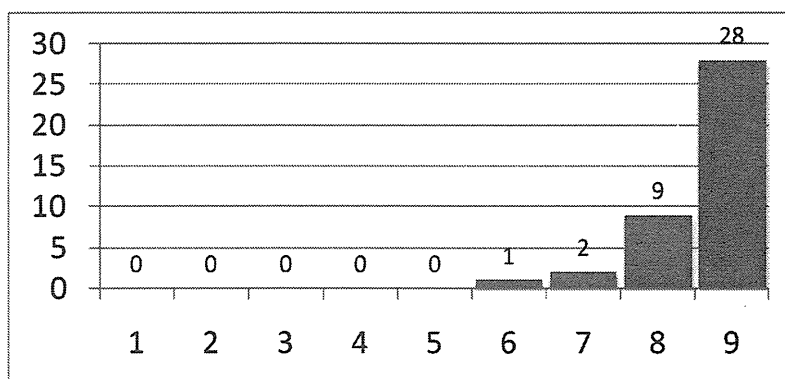


高見 剛	9	9	
宇都宮剛	7	9	
山口解冬	9	9	
川戸 仁	9	9	
中田裕生	9	9	
森崎菜穂	9	9	
榊山知佳	9	9	
垣内五月	8	9	
下風朋章	9	9	
渡辺達也	8	9	
村澤祐一	7	8	
小澤未緒	3	8	
河田宏美	7	8	CLDを減少させる効果があるとされているから。しかし、循環状態が安定していることや肺の成熟度にもよると思う。
及川朋子	9	8	経鼻式持続陽圧換気の日本人に合った製品があるとよりよいと思いました。(欧米人の仕様でサイズが合わないことがよくあり、ほとんどの施設が工夫して使用していると思うので。)
久保隆彦	9	8	
石川 薫	9	8	
廣間武彦	7	8	
大城 誠	8	8	おおむねの症例は賛同できます。在胎 22-24 週の児や仮死例や PPHN 合併例でも、同様な手順を踏むべきかは疑問が残ります。
北野裕之	9	8	RDS の診断をきちんとおこなうことが重要と考えています。(胃液の採取など)
諫山哲哉	9	8	科学的根拠から、CPAP 管理による慢性肺疾患の減少が期待されることから、できる限り CPAP 管理で乗り切る戦略が有効であると考えられ、RDS 症例も考慮した、この推奨文は妥当であると考えられる。
斎藤慎子	2	7	先行研究から大部分の研究において「抜管早期からの n-CPAP の効果は高い」ことが伺えます。しかし、「科学的根拠の詳細1(P22)」の研究では、「気胸の増加」を、また「科学的根拠の詳細5(P24)」の研究では、有意ではないが「CLD28 の増加傾向」があったため、この回答としました。推奨文「ただし」から後の部分については、 の文献結果により賛成します。長期的予後に関する研究は見当たりませんでした。【先行研究まとめ】・25-28 週の早産児—蘇生後の n-CPAP 管理:CLD の減少, 気胸の増加・24-27 週の早産児—早期 CPAP 管理: CLD に対する出生後ステロイドの減少・27-28 週超早産児—早期 CPAP 管理: CLD, NNT の減少・RDS のリスクの高い早産児—早期サーファクタント投与後の短期的人工換気: 空気漏出症候群, CLD の減少 (* 研究の目的不明確)・RDS 発症の児—治療的 CPAP:

			治療失敗減少, 死亡率減少・対象不明— <u>予防的早期 CPAP 管理</u> : CLD28 増加傾向・出生後早期の早産児— <u>出生後早期 SI</u> : 中等症～重症の CLD 減少・159 編— <u>抜管後の SNIPPV</u> : 呼吸状態悪化減少, 再挿管率の減少, CLD 減少傾向・9 編 726 例— <u>抜管後 n-CPAP</u> : 呼吸状態の悪化の減少, (2000g 未満—同様, n-CPAP 圧 \geq 5cmH ₂ O—抜管後の呼吸状態の悪化の減少)
佐々木禎仁	8	7	
宗像 俊	9	7	
白井憲司	8	7	特にコメントはありません
佐藤美保	7	7	500g 前後の超低出生体重児ではサイズの合うプロング・マスクがなく、人工換気を余議なくされることがある。また、長期神経学的予後についての検討が必要である。
宮田昌史	9	6	はじめの文では挿管管理とn-CPAP の使い分けのイメージがわからない。“n-CPAP での管理が可能と予想される症例では”などの補足があったほうが良いと思います。
木原裕貴	9	5	IVH 予防の観点から鎮静をかける施設も多く、CPAP 管理が浸透するとは思えません。根拠はあるけれども同意が得られにくい推奨だと思われます。“速やかに”が引っ掛かりますが、根拠があるだけにどのように直したらよいのか難しいと思います。

[仮推奨 26]

未熟児動脈管開存症を予防するために、より未熟性が強い児に生後早期にインドメタシンを投与することは奨められる。ただし、動脈管閉鎖術の施行能力、在胎週数・出生体重毎の症候性動脈管開存症や脳室内出血の発症率などを、各施設で評価した上で、投与適応を検討することが大切である。



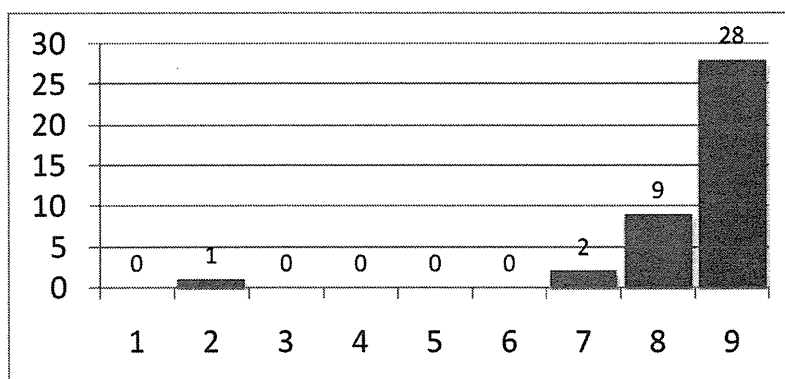
中央値: 9

パネリスト	前回 賛成度	2回目 賛成度	コメント
斎藤慎子	6	9	生後早期にインドメタシンを予防投与することは、在胎週数が小さいほど長期予後に効果が見られており、賛成である。
小澤未緒	3	9	
須藤美咲	5	9	
河田宏美	8	9	未熟児動脈管開存症の症候化や、重症脳室内出血に対する予防効果が示されているから
岡崎弘美	8	9	
久保隆彦	6	9	
南宏次郎	9	9	
林 和俊	9	9	
廣間武彦	8	9	
宗像 俊	7	9	
大城 誠	9	9	根拠となる研究も多く、前回と同様に賛同します。
荒堀仁美	8	9	「より未熟性が強い児に」といれたことで、各施設でしっかり検討することがよりわかりやすくなった。
北野裕之	6	9	異論ありません。
大木康史	7	9	
盆野元紀	4	9	
木原裕貴	7	9	問題ないと思われます。
高原賢守	8	9	
宇都宮剛	7	9	予防投与の投与量、投与間隔を追加することはどうでしょうか？
山口解冬	9	9	
川戸 仁	9	9	
中田裕生	9	9	
森崎菜穂	2	9	
白井憲司	9	9	特にコメントはありません
樺山知佳	9	9	
佐藤美保	8	9	
垣内五月	8	9	
下風朋章	9	9	
渡辺達也	9	9	
村澤祐一	7	8	
當間紀子	8	8	
大槻克文	6	8	施設ごとの評価ではバイアスがかかってしまう

石川 薫	2	8	
佐々木禎仁	8	8	
神田 洋	8	8	
宮田昌史	5	8	未熟性について具体的な週数が決められるい分かりやすいですが、それぞれの施設で設定できるかもしれないのでこれでいいと思います。
高見 剛	9	8	
諫山哲哉	9	8	PDAに加えて脳室内出血の予防にも有用であり奨められる。
佐藤 尚	9	7	現時点では賛成ですが、予防的インダシンの功罪については今後更に検討されるべきと考えます。
羽山陽介	5	7	前回よりむしろ、あいまいな表現になっていると感じます。「より未熟性が強い」というのは、具体的に週数で表すことができるのでしょうか。
及川朋子	9	6	「より未熟性の強い」と判断する材料が不明であるように思いました。

[仮推奨 30]

症候性未熟児動脈管開存症に対するインドメタシン投与は、**0.1-0.2 mg/kg/回を 12.24 時間毎に連続 3 回までの静脈内投与が奨められる。**
その際、急速静注は奨められない。



中央値:9

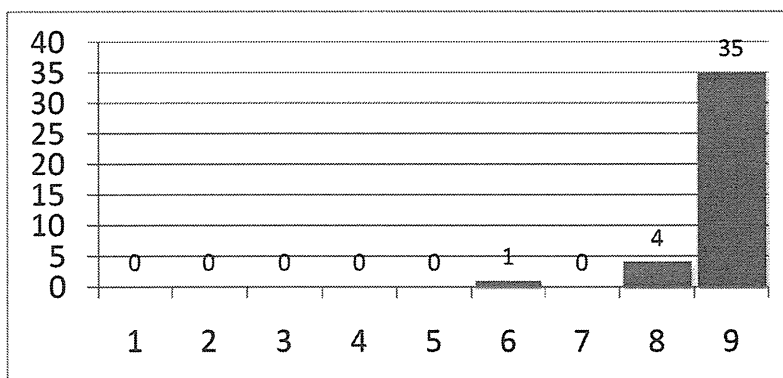
パネリスト	前回 賛成度	2回目 賛成度	コメント
當間紀子	8	9	
小澤未緒	3	9	
河田宏美	8	9	インドメタシン投与は生後 24 時間以内に 0.1-0.2 mg/kg/dose で、急速静注-20 分以上かけての静脈内投与を 12-24 時間毎に、計 3 回投与とした研究が多数であったから
岡崎弘美	8	9	

久保隆彦	5	9	
大槻克文	7	9	
林 和俊	9	9	
佐藤 尚	9	9	
廣間武彦	3	9	
宗像 俊	9	9	
荒堀仁美	6	9	「急速静注は奨められない」という文は必要であり、より安全に投与できると考える。
北野裕之	9	9	異論ありません。
大木康史	9	9	
盆野元紀	8	9	問題ないと思われます。
木原裕貴	3	9	
宮田昌史	9	9	特に異論はありません。
高原賢守	9	9	
高見 剛	9	9	
宇都宮剛	8	9	
山口解冬	9	9	
川戸 仁	9	9	
中田裕生	7	9	
森崎菜穂	9	9	
白井憲司	6	9	特にコメントはありません
佐藤美保	7	9	
垣内五月	7	9	
下風朋章	6	9	
渡辺達也	8	9	
村澤祐一	7	8	
齋藤慎子	6	8	投与回数については、十分な根拠とはいえないが、4 回以上の投与が軽度の腎障害をきたす可能性があり(総投与量の多い研究のためとも言えるようだが)、また NEC の増加の報告もあり、「3 回」までとするのが現状では最善と考えます。さらに、投与時期・量・経路については、根拠のある研究が見られない。推奨文の内容が臨床で用いられている方法ならば、現状では最善と考えます。投与時間については、急速静注療法のデメリットの報告があり、変更部分にも賛成です。
須藤美咲	7	8	言葉の捉え方の違いかもしれませんが、急速静注は「奨められない」という表現は正しいのでしょうか。血流の低下で新生児にとってとてもリスクのあることだと誰もが見て分かるような表現になっているとより安全性を高められた使用方法を奨められるのではないのでしょうか。

石川 薫	5	8	
南宏次郎	4	8	
佐々木禎仁	7	8	
大城 誠	9	8	前回はコメントしましたが、「連続3回までの」という表現は、「必ず3回」なのか「1、2回でも可」なのか、解釈に迷います。意図する内容には賛同します。
羽山陽介	7	8	前にも書きましたが、最も頻回に使用すれば「0.2mg/kg/回を12時間毎に3回使用する」ことができそうですが、それほど投与量を増やしても有害事象が増加しないのかどうか、一抹の危惧が残ります。「0.1mg/kg/回 24時間毎」と比べると、短期的には4倍の投与頻度になります。「0.1-0.2mg」「12-24時間」など、記載の幅をもう少し狭めることはできるでしょうか。
諫山哲哉	8	8	日本で広く普及している用法として妥当である。4階以上の連続投与、急速静注を避ける点も、科学的根拠から推奨される。
及川朋子	9	7	
神田 洋	8	7	
樺山知佳	7	2	当院では急速静注をやっているが、尿量低下はLoadingやラシックスで対応可能であるし、予後不良因子になっているとも考えがたい。エビデンス的には理解可能だが、急速静注で予後が悪くなるのであればあえて書く必要はあるのか？

[仮推奨 32]

未熟児動脈管開存症に対するインドメタシン投与時には投与回数を問わず壊死性腸炎・消化管穿孔の腹部膨満・血便・胆汁様胃液吸引・腹壁色の変化などの症状や超音波検査・X線写真での腸管壁内ガス像・門脈内ガス像・腹腔内遊離ガス像などの所見を注意して観察すべきである。



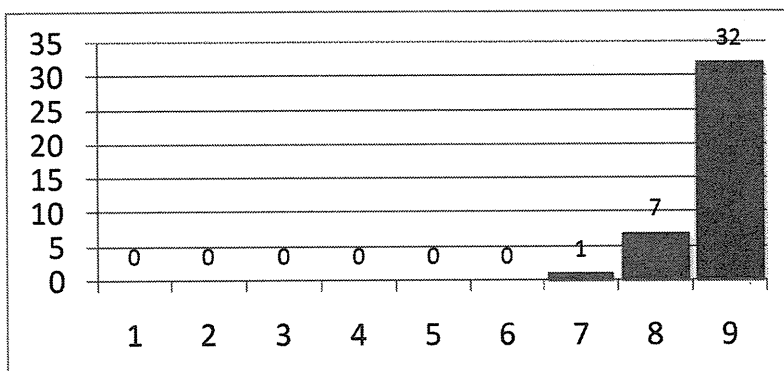
中央値:9

パネリスト	前回 賛成度	2回目 賛成度	コメント
當間紀子	8	9	
小澤未緒	9	9	
須藤美咲	8	9	
河田宏美	8	9	予測される副作用であるから。最小限の必要な検査だけした方がいいと思うから。
岡崎弘美	5	9	
及川朋子	9	9	実施しており、重要であると考えます。
久保隆彦	9	9	
大槻克文	8	9	
石川 薫	9	9	
南宏次郎	9	9	
林 和俊	9	9	
佐藤 尚	9	9	
廣間武彦	9	9	
宗像 俊	9	9	
大城 誠	9	9	「一両日中」という文言を省いただけのようですね。注意喚起の推奨に賛成します。
神田 洋	9	9	
荒堀仁美	5	9	一両日中だけではなく、投与後しばらくの間は観察する必要があるのでは、この推奨文でよい。
北野裕之	9	9	異論ありません。
益野元紀	8	9	
木原裕貴	9	9	文章自体は問題ありませんが、NEC に注意するのはインダシン投与時だけとは限らず、当たり前のことなので推奨文自体必要でしょうか？
羽山陽介	7	9	良くなったと感じます。
宮田昌史	9	9	特に異論はありません。
高原賢守	5	9	
高見 剛	9	9	
宇都宮剛	8	9	
山口解冬	9	9	
川戸 仁	9	9	
中田裕生	9	9	
森崎菜穂	9	9	
白井憲司	9	9	特にコメントはありません
樺山知佳	6	9	

佐藤美保	9	9	
垣内五月	8	9	
下風朋章	9	9	
渡辺達也	7	9	“像”なくてもよいのでは？
村澤祐一	7	8	
佐々木禎仁	8	8	
大木康史	9	8	
諫山哲哉	8	8	インドメタシンと壊死性腸炎の関連性が疑われている点から、あらかじめ注意することは重要であり、推奨は賛成できる。
齋藤慎子	7	6	「注意して観察すべき項目」として、壊死性腸炎のリスクを考えた上記の推奨については賛成です。以下について疑問がありました。①CQ21にもある検査異常(血清ナトリウムの低下、血糖値の低下)についての記載がない。記載方法として「科学的根拠から推奨へ(P17)」の最後の2行の文、「未熟児 PDA の治療的インドメタシン投与時は、尿量、血清クレアチニン、血清ナトリウム、血糖、壊死性腸炎の兆候は少なくとも注意深くモニタリングすべきである」そのままではどうでしょうか。

[仮推奨 33]

未熟児動脈管開存症において、循環、呼吸、栄養状態、腎機能、胸腹部 X 線および超音波検査所見などを指標とし、①経過観察、②内科的治療(水分制限、インドメタシン投与など)の禁忌・効果・副作用、③施設毎の手術の経験・問題点を、継続的に比較し手術適応の決定を奨める。



中央値: 9

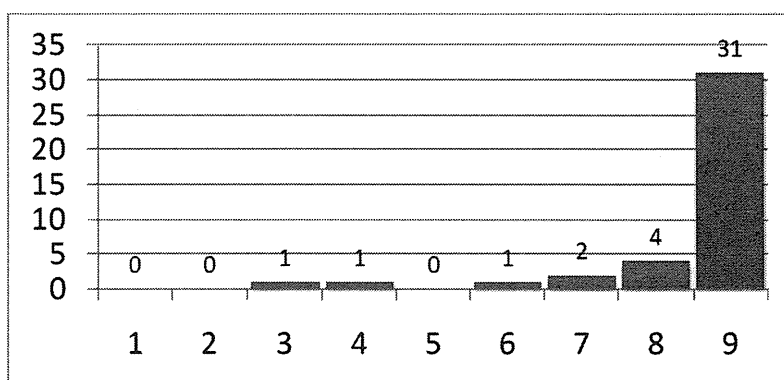
パネリスト	前回 賛成度	2回目 賛成度	コメント
當間紀子	8	9	

小澤未緒	1	9	
河田宏美	5	9	状況に合わせた方針決定が望ましいから
岡崎弘美	5	9	
久保隆彦	9	9	
石川 薫	3	9	
南宏次郎	6	9	
林 和俊	9	9	
佐藤 尚	9	9	
廣間武彦	9	9	
宗像 俊	9	9	
大城 誠	9	9	「天秤にかけての」という文言を変更したようですね。とくに反対する理由がありません。
神田 洋	9	9	
荒堀仁美	9	9	さらにわかりやすい表現になった。
北野裕之	7	9	異論ありません。
大木康史	9	9	
益野元紀	9	9	
木原裕貴	9	9	問題ないと思われます。
羽山陽介	5	9	良くなったと感じます。
宮田昌史	9	9	特に異論はありません。
高原賢守	9	9	
高見 剛	9	9	
山口解冬	9	9	
川戸 仁	9	9	
中田裕生	9	9	
森崎菜穂	7	9	
白井憲司	9	9	特にコメントはありません
樺山知佳	9	9	
佐藤美保	8	9	
垣内五月	8	9	
下風朋章	9	9	
渡辺達也	8	9	こなれた日本語にできませんか？
村澤祐一	7	8	
斎藤慎子	9*	8	「現時点では、未熟児動脈管開存症の手術基準に関して質の高い科学的根拠が見出せなかった」という前提で、現時点での科学的根拠と一般的に未熟児動脈管開存症の重症度の指標を考えられている「上記推奨文の方法」が現在の最善と考え賛成です。

須藤美咲	9	8	表現に疑問を持ったので8にしました。内容的には賛成はしています。「比較」というのは、この①~③を「客観的に評価」ということでしょうか。
及川朋子		8	
大槻克文	7	8	
佐々木禎仁	7	8	
諫山哲哉	9	8	明らかな科学的根拠のない中で、常識的に考えられる妥当な推奨と考えられる。
宇都宮剛	8	7	いいたいことはわかりますが、手術適応を決定するための判断に1. 経過観察を入れる必要はないのではないのでしょうか？

[仮推奨 36]

母の選択・状況に基づき、母の母乳をできる限り与えることが奨められる。



中央値:9

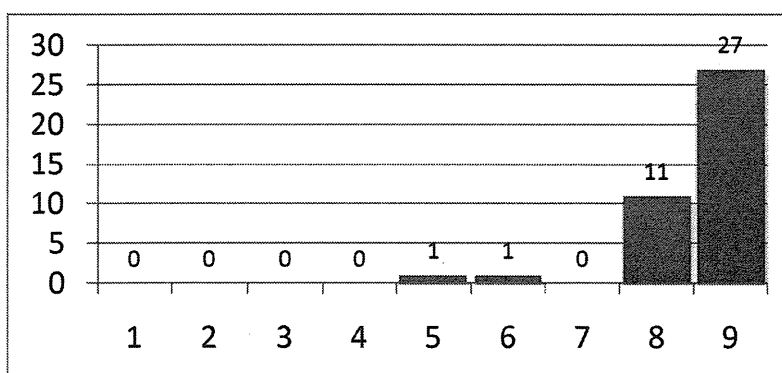
パネリスト	前回賛成度	2回目賛成度	コメント
斎藤慎子	5*	9	母乳栄養の利点を考え強く推奨します。母親の選択・状況に基づくことは倫理的においても大前提ですので推奨文に含めることについて問題を感じません。
小澤未緒	9	9	
河田宏美	8	9	母乳が児に与える効果は高いから。また全ての母親が母乳分泌するとは限らないためこの文章が適していると思う。
岡崎弘美	8	9	
及川朋子		9	
南宏次郎	9	9	
林 和俊	9	9	
佐藤 尚	6	9	
廣間武彦	8	9	

宗像 俊	9	9	
大城 誠	8	9	反対理由がありません。
神田 洋	9	9	
北野裕之	7	9	異論ありません。
大木康史	9	9	
盆野元紀	3	9	
木原裕貴	9	9	問題ないと思われず。
羽山陽介	6	9	良くなったと感じます。
宮田昌史	7	9	特に異論はありません。
高原賢守	6	9	
高見 剛	9	9	
宇都宮剛	8	9	
山口解冬	9	9	
川戸 仁	9	9	
中田裕生	7	9	
森崎菜穂	9	9	
白井憲司	9	9	特にコメントはありません
樺山知佳	8	9	
垣内五月	9	9	
下風朋章	9	9	
諫山哲哉	9	9	児の身体的利益に加えて、母子関係の観点からも重要である。
渡辺達也	9	9	文章から対象がはっきりしません(<1200g?)
當間紀子	8	8	「できる限り」という表現よりも「可能な限り」としたほうが、母親を追いつめる可能性が低く伝わるように思われる。
石川 薫	9	8	
佐々木禎仁	8	8	
荒堀仁美	4	8	日本の現状では、この推奨文がよいと考える。
久保隆彦	9	7	
大槻克文	9	7	最近成熟児についての論文(Lancet?)があった気がします。母乳 vs formula
須藤美咲	9	6	「母」は「母親」になりますか？また、「母の選択」というのは、母親に選択させるということでしょうか。前回の会議でもあったように、ご家族も目を通す可能性があるということからこのような表現は誤解をうんでしまうのではないかと思います。
村澤祐一	7	4	奨めるということは、患者家族主観では半ば義務感を伴うため。「搾乳状況を観察した結果により～」を加筆して下さい。

佐藤美保	6	3	「母の選択」との記載について、特に早産児にとって母乳が最良であることは明白であり、強い言葉で言えば「選択」の余地はないと思う。ただ、母乳が出ず悩む母親がいるのは確かで、その場合に母乳分泌を促して追い立てるのではなく、精神面でも適切なサポートができるよう努めるべきと考える。
------	---	---	--

【仮推奨 38】

全身状態や消化管運動の評価に基づき、経腸栄養の早期確立の目的で生後早期から経腸栄養を増量していくことは奨められる。



中央値: 9

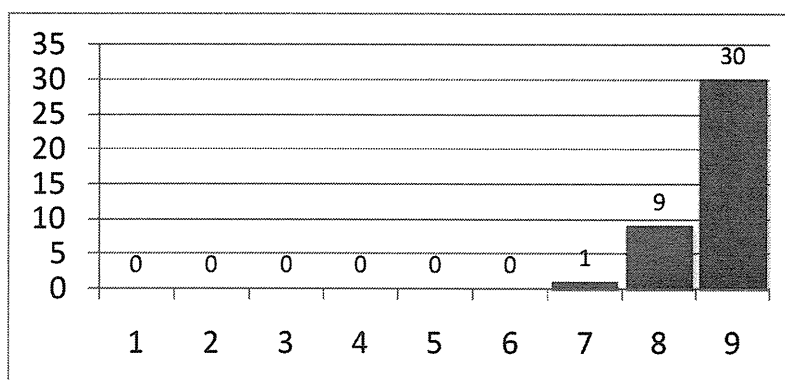
パネリスト	前回 賛成度	2回目 賛成度	コメント
小澤未緒	9	9	
須藤美咲	9	9	
河田宏美	8	9	早すぎる開始や増量で一番懸念されていた NEC の増加にはつながらず、full-feeding 達成期間、出生体重復帰期間の短縮、短期栄養状態を改善させる結果が得られているから。
岡崎弘美	8	9	
大槻克文	9	9	
南宏次郎	9	9	
林 和俊	9	9	
佐藤 尚	6	9	
廣間武彦	8	9	
大城 誠	7	9	スピードの記載が省かれたようですね。反対意見はありません。
神田 洋	9	9	
北野裕之	7	9	異論ありません。
大木康史	9	9	

盆野元紀	2	9	
木原裕貴	9	9	問題ないと思われます。
宮田昌史	9	9	特に異論はありません。
高原賢守	8	9	生後早期の具体的な日齢まで記載してもよいかもしれない。
高見 剛	9	9	
宇都宮剛	5	9	
中田裕生	9	9	
森崎菜穂	9	9	
白井憲司	8	9	特にコメントはありません
樺山知佳	9	9	
佐藤美保	6	9	
垣内五月	8	9	
下風朋章	9	9	
渡辺達也	9	9	対象<1200g?
村澤祐一	7	8	
當間紀子	8	8	
齋藤慎子	5*	8	生後早期から経腸栄養を開始することと NEC、死亡の増加との関連はなく、敗血症の頻度の低さというメリットがあること、 <u>経腸栄養の増量速度</u> を速くすることと NEC との関連はなく、どちらかといえば full-feeding の到達期間、出生体重までの復帰期間の短縮、短期栄養状態の改善というメリットがある。 <u>生後早期より、経腸栄養を増量することの有意なデメリット</u> は見当たらず、敗血症の減少という報告がある。上記を考えると、現時点では推奨文の通りでよいと思います。
及川朋子		8	目安あるとなお実施しやすいのではないかと思います。
久保隆彦	8	8	
石川 薫	6	8	
佐々木禎仁	8	8	
荒堀仁美	6	8	増量のスピードがどの程度まで可能かについては今後も検討が必要であり、現段階ではこの推奨文よいと考える。
山口解冬	8	8	
川戸 仁	9	8	
諫山哲哉	9	8	生後早期の経腸栄養増加が長期的予後の改善につながるかどうかの科学的根拠は乏しいが、経腸栄養の早期確立や出生体重への早期復帰などの短期的予後の改善は認めており、早期の栄養状態の改善、成長の促進による、頭囲発達や、長期神経発達予後の改善の可能性が推測されている現状で、この推奨は妥当であると考えられる。

羽山陽介	7	6	急速増量に対する不安がぬぐえない印象があるため、速いスピードでの増量の部分が省かれたのだと思いますが、前のままで良いのではないかと思います。海外の RCT を集めた Cochrane を論拠にしているとはいえ、それぞれの RCT は日本の NEC 発症率と比較してそれほど違いがあるとは思えず、急速増量の安全性は一応エビデンスがあると考えて良いと考えます。どのような場合に急速増量を差し控える必要があるか(胃残が多い、胆汁の返りがある、腹部の色、レントゲン所見など)を言及する形で対応できると考えます。
宗像 俊	9	5	漠然としている印象を受けてしまいます。「速度は時の状態をみながら施設ごとに検討する」ということでしょうか。

[仮推奨 39]

極低出生体重児の短期的成長・感染症予防の観点から、生後早期の積極的静脈および経腸栄養法は奨められる。特に、経腸栄養の開始・増加に障害を伴う場合には、栄養欠乏状態の遷延を予防するため、生後早期の積極的な静脈栄養が奨められる。



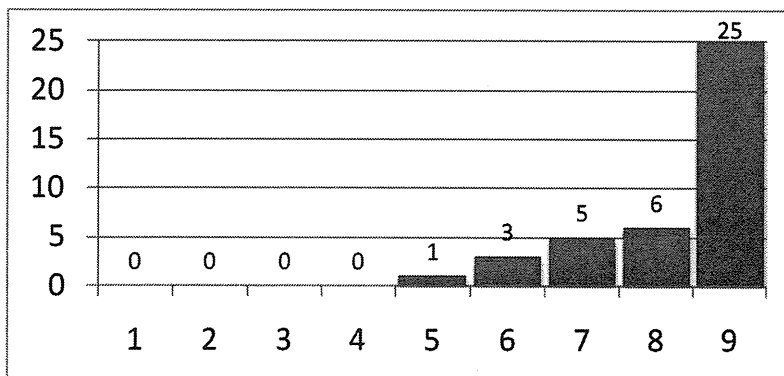
中央値: 9

パネリスト	前回 賛成度	2回目 賛成度	コメント
當間紀子	8	9	
須藤美咲	9	9	
河田宏美	8	9	文章通りであるから。
岡崎弘美	8	9	
久保隆彦	8	9	
大槻克文	9	9	
南宏次郎	9	9	
林 和俊	9	9	

佐藤 尚	6	9	
廣間武彦	8	9	
大城 誠	7	9	表現の変更のみですので、前回と同様に賛同します。
神田 洋	9	9	
北野裕之	7	9	異論ありません。
大木康史	9	9	
益野元紀	2	9	
木原裕貴	9	9	問題ないと思われます。
羽山陽介	7	9	良くなったと感じます。
宮田昌史	9	9	特に異論はありません。
高原賢守	8	9	
高見 剛	9	9	
宇都宮剛	5	9	
山口解冬	8	9	「肝障害などの合併症に注意し」などの言葉もほしい、
川戸 仁	9	9	
森崎菜穂	9	9	
白井憲司	8	9	特にコメントはありません
樺山知佳	9	9	
佐藤美保	6	9	
垣内五月	8	9	
下風朋章	9	9	
渡辺達也	9	9	
村澤祐一	7	8	
斎藤慎子	5*	8	推奨文は根拠に基づくものであり異論ありません。CQ26の「神経学的予後の改善」についての記載がないのが気になりました。
及川朋子		8	児にとってメリットがあることなので
石川 薫	6	8	
佐々木禎仁	8	8	
宗像 俊	9	8	
荒堀仁美	6	8	まだ安全な方法についての根拠がないので、現段階ではこれが奨められる。
中田裕生	9	8	積極的の程度がわかりにくいのでは。
諫山哲哉	9	8	上記と同様、早期からの栄養増加の重要性から、推奨は妥当と考えられる。
小澤未緒	9	7	積極的という言葉が必要かどうかかわからないので7点とした。

[仮推奨 40]

水分過剰投与は壊死性腸炎の発症率を増加させるため、注意が必要である。



中央値:9

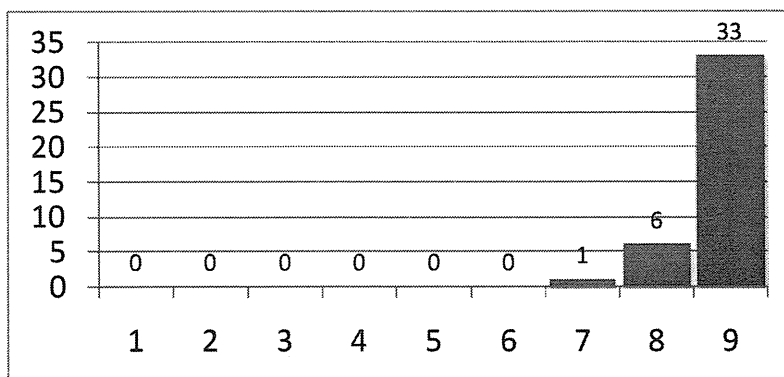
パネリスト	前回 賛成度	2回目 賛成度	コメント
當間紀子	8	9	
小澤未緒	9	9	
須藤美咲	9	9	
河田宏美	8	9	文章通りであるから。
岡崎弘美	8	9	
大槻克文	9	9	
南宏次郎	9	9	
佐藤 尚	6	9	
廣間武彦	8	9	
大城 誠	7	9	「避けるべき」から「注意が必要である」に変更されたようですので、賛同しました。
神田 洋	9	9	
荒堀仁美	6	9	よりわかりやすい表現となった。
大木康史	9	9	
木原裕貴	9	9	問題ないと思われます。
高原賢守	8	9	
高見 剛	9	9	
宇都宮剛	5	9	
山口解冬	8	9	過剰がどのくらいか、の判断が難しいですね。
川戸 仁	9	9	
中田裕生	9	9	

森崎菜穂	9	9	
樺山知佳	9	9	
垣内五月	8	9	
下風朋章	9	9	
渡辺達也	9	9	動脈管が閉鎖している場合もリスク増なのでしょうか？
村澤祐一	7	8	
斎藤慎子	5*	8	ただ、システマティックレビューにおける「水分制限群の水分投与量は日本の標準的水分投与量に比べ同等あるいはわずかに少ない程度」「コントロール群の投与水分量は日本の標準的投与水分量に比べ過量投与の傾向がある」そのため、日本の新生児医療の現状と単純に比較できない(CQ27 P12 L2)という記載はあるが、CQ27 に基づく推奨文(「過剰な水分投与が NEC の発症率を上げる」)については根拠に基づいたものであり、異論ありません。
及川朋子		8	児にとってメリットがあることなので
久保隆彦	8	8	
石川 薫	6	8	
佐々木禎仁	8	8	
林 和俊	9	7	
宗像 俊	9	7	
白井憲司	8	7	過剰投与の定義がはっきりしないため、特に極低出征体重児症例の経験が少ない施設ではいたずらに水分制限してしまわないかが危惧されます。
佐藤美保	6	7	会議でも議論があったかもしれないが、「水分制限」に関して具体的な数字がないのがやはりわかりにくい。「具体的な水分量についてはデータがない」等のニュアンスも入れた方が良いか？
諫山哲哉	9	7	科学的根拠からは妥当か。
盆野元紀	2	6	程度、内容、状況によるのでは
羽山陽介	7	6	何が「過剰」かははっきりしません。極端な水分制限は晩期循環不全を増やすのではないかと、伺ったことがあります。元々水分過剰投与が多くはない日本で水分過剰投与を諫めると、そういったリスクが上昇する懸念があります。「日齢 5 で 140ml/kg/day を超えるような」など、ある程度の目安があれば誤解を生むことも減るのではないかと思います。
宮田昌史	9	6	水分過剰をどのように判断したらいいかが分かりにくいと思います。水分過剰のにならないような評価が必要などとしたらいいのでしょうか。
北野裕之	7	5	NEC の発症率を増加させる理由を含めた文章にすべきではないでしょうか？

[仮推奨 41]

生後 1 週間以内の早期産児へ全身ステロイド投与は、消化管穿孔の発症率を増加させるため、使用に関しては慎重な検討が奨められる。インドメタシンと

の併用は特に注意が必要である。



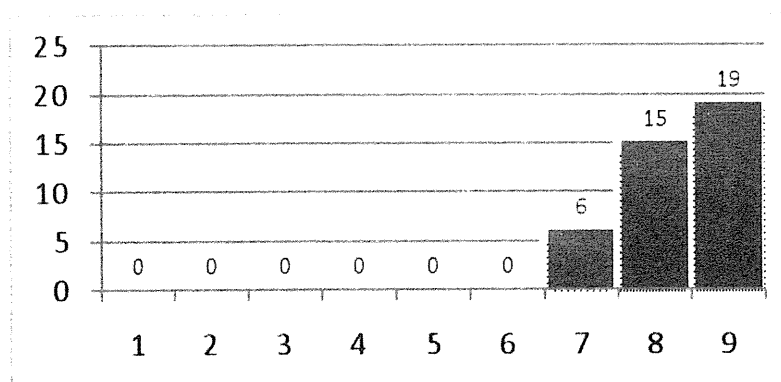
中央値:9

パネリスト	前回 賛成度	2回目 賛成度	コメント
當間紀子	8	9	
斎藤慎子	5*	9	生後1週間以降の全身ステロイド投与と消化管穿孔、NECの頻度には有意差を認めていない。単独投与に比べ、インドメタシンとの併用は消化管穿孔の頻度を増加させることから、推奨文に賛成です。
小澤未緒	9	9	
須藤美咲	9	9	
河田宏美	8	9	文章通りであるから。インダシンの副作用の虚血とも大きく関係があり注意が必要だから。
岡崎弘美	8	9	
大槻克文	9	9	
石川 薫	6	9	
南宏次郎	9	9	
林 和俊	9	9	
佐藤 尚	6	9	
廣間武彦	8	9	
大城 誠	7	9	有害な事象は積極的に注意喚起すべきだと思いますので、賛同します。
神田 洋	9	9	
荒堀仁美	6	9	CLD 以外でもステロイドを使用することはあり、推奨できる表現となった。
北野裕之	7	9	異論ありません。
大木康史	9	9	
盆野元紀	2	9	
木原裕貴	9	9	問題ないと思われます。

高原賢守	8	9	
高見 剛	9	9	
宇都宮剛	5	9	
山口解冬	8	9	
川戸 仁	9	9	
中田裕生	9	9	
森崎菜穂	9	9	
白井憲司	8	9	特にコメントはありません
樺山知佳	9	9	
佐藤美保	6	9	
垣内五月	8	9	
下風朋章	9	9	
諫山哲哉	9	9	科学的根拠から妥当と考えられる。
渡辺達也	9	9	
村澤祐一	7	8	
久保隆彦	8	8	
佐々木禎仁	8	8	
宗像 俊	9	8	
羽山陽介	7	8	良くなったと感じます。ただ副腎皮質ホルモン分泌能の低い超早産児の場合、カテコラミンに反応しない低血圧は相対的副腎不全と考えられ、それに対してステロイド投与を行うことは多いにありえるため、「ステロイド投与」→「ステロイド連日投与」が良いかと考えます。
宮田昌史	9	8	問題ないと思います。
及川朋子		7	

【仮推奨 44】

壊死性腸炎予防のために、プロバイオティクスの投与は奨められる。



中央値:8

パネリスト	前回 賛成度	2回目 賛成度	コメント
小澤未緒	9	9	
須藤美咲	9	9	
岡崎弘美	8	9	
南宏次郎	9	9	
林 和俊	9	9	
廣間武彦	8	9	
宗像 俊	9	9	
北野裕之	7	9	異論ありません。
大木康史	9	9	
木原裕貴	9	9	問題ないと思われます。
高原賢守	8	9	
高見 剛	9	9	
宇都宮剛	5	9	
山口解冬	8	9	
川戸 仁	9	9	
森崎菜穂	9	9	
白井憲司	8	9	特にコメントはありません
樺山知佳	9	9	
下風朋章	9	9	
村澤祐一	7	8	
當間紀子	8	8	
齋藤慎子	5*	8	CQ28(p18)の「科学的根拠から推奨へ」の文の中にある「AlFaleh らの研究では在胎週数、出生体重とも大きな幅があるが、Deshpande らの研究では、極低出生体重児を対象としており、極低出生体重児の NEC 予防目的にはプロバイオティクスが奨められると考えた」という内容に賛成でしたので、「極低出生体重児の」が削除されていることにあいまいさを感じました。しかし、CQ28が「極低出生体重児におけるプロバイオティクスの投与」のため、敢えて入れなくてもよいのかと思いました。
久保隆彦	8	8	
大槻克文	9	8	
石川 薫	6	8	
佐々木禎仁	8	8	