

**この原稿は査読に提出されていないもので引用等には使用できません。また今後このコンセンサスを元に日本における推奨を策定していく予定となっております。**

## **活気のない正期産児および後期早産児の臍帯処置**

Umbilical Cord Management at Birth for Non vigorous Term and Late Preterm

Infants (NLS 5050[a]: SysRev 2025)

- ・早期臍帯結紮と比較した臍帯切断前の臍帯ミルクング (intact cord milking)

刺激後も活気のない正期産児および後期早産児においては、早期臍帯結紮よりも臍帯結紮前の臍帯ミルクングを行うことを提案する（弱い推奨、エビデンスの確実性は低い）。

- ・早期あるいは即時臍帯クランプと比較した臍帯結紮なしでの蘇生

出生時に活気のない正期産児および後期早産児に対して、臍帯を結紮しない状態での蘇生を推奨するか反対するかについては、現在のところエビデンスは不十分である。

(原文) Intact Umbilical Cord Milking Compared With Early Cord Clamping

In term and late preterm infants who remain nonvigorous despite stimulation, we suggest intact cord milking in preference to early cord clamping (weak

recommendation, low-certainty evidence).

## Intact Cord Resuscitation Compared With Early Cord Clamping or Immediate Cord Clamping

There is currently insufficient evidence to recommend either for or against intact cord resuscitation for term and late preterm infants who are nonvigorous at birth.

## ビデオ喉頭鏡

### Video Versus Traditional Laryngoscope (NLS 5351: SysRev 2025)

- ・資源および訓練が整っている環境において、出生時または新生児病棟で挿管される新生児に対して、特に経験の浅い医療従事者が挿管を行う状況では、従来の喉頭鏡と比較して

ビデオ喉頭鏡の使用を提案する（条件付き推奨、エビデンスの確実性：中程度）

- ・ビデオ喉頭鏡と比較して有害事象の増加は認められず、従来の喉頭鏡も妥当な選択肢である（弱い推奨、エビデンスの確実性：非常に低い）

・従来の喉頭鏡は常にバックアップ機器として利用可能な状態にしておくべきである

(優れた医療慣行に関する記述)

(原文) Where resources and training allow, in infants being intubated at birth or on a neonatal unit, we suggest the use of video laryngoscopy in comparison to traditional laryngoscopy, especially in settings where less-experienced clinicians are intubating (conditional recommendation, moderate-certainty evidence).

Traditional laryngoscopy remains a reasonable option, as no increased harm was shown compared with video laryngoscopy (weak recommendation, very low-certainty evidence).

A traditional laryngoscope should always be available as a backup device (good practice statement).

### **陽圧換気中の NIRS (近赤外分光法)**

Near-Infrared Spectroscopy During Positive-Pressure Ventilation (NLS 5362: SysRev 2025)

・出生直後に持続的気道陽圧（CPAP）または陽圧換気（PPV）を受けている新生児において、専用の治療ガイドラインと共に脳局所の酸素飽和度をモニターするための NIRS（近赤外分光法）を、心電図の装着または装着なしのパルスオキシメータと臨床評価に加えて（もしくは比較して）使用することについて、推奨または否定する十分なエビデンスが存在しない（エビデンスの確実性：非常に低い）。

（原文） In newborn infants receiving continuous positive airway pressure and/or positive pressure ventilation immediately after birth, there is insufficient evidence to recommend for or against use of delivery room monitoring of regional cerebral oxygen saturation with a dedicated treatment guideline in addition to (and compared with) clinical assessment and pulse oximetry with or without ECG (very low-certainty evidence).

### **早産児の蘇生開始時における酸素濃度**

Oxygen Concentration for Initiating Resuscitation in Preterm Infants (NLS 5400: SysRev 2025)

- ・在胎 32 週未満の新生児においては、30%以上の酸素で蘇生を開始することは合理的である（弱い推奨、エビデンスの確実性：低い）

- ・在胎 32 週から 34 週 6 日までの新生児については、現時点で推奨を行うのに十分なエビデンスが存在しない

（原文） Among newborn infants <32 weeks' gestation, it is reasonable to begin resuscitation with  $\geq 30\%$  oxygen (weak recommendation, low-certainty evidence).

For infants born at 32 to 34+6 weeks' gestation, there is insufficient evidence to make a recommendation.

### **胸骨圧迫中の声門上気道デバイスの使用**

Use of a Supraglottic Airway Device During Chest Compressions (NLS 5342: ScopRev 2025)

- ・在胎 34 週以上の新生児で、最適化された陽圧換気にもかかわらず胸骨圧迫が必要な場合、気管挿管が不可能または不成功であれば、胸骨圧迫中に声門上気道デバイスによる換気を行うことは合理的である（優れた医療慣行に関する記述）

(原文) In newborn infants  $\geq 34$  weeks' gestation who are receiving chest compressions despite optimized positive-pressure ventilation, if placement of a tracheal tube is not possible or is unsuccessful, ventilation via a supraglottic airway device during compressions is reasonable (good practice statement).

### **蘇生中または蘇生直後の血糖管理**

Glucose Management During or Immediately After Resuscitation (NLS 5602: ScopRev 2025)

- ・ 蘇生を受けた新生児においては、蘇生後早期に血糖値を測定し、正常範囲内に維持されるまで定期的に測定を継続すべきである（優れた医療慣行に関する記述）
- ・ 蘇生後の低血糖および高血糖のリスクが高い新生児には、早産児、胸骨圧迫やエピネフリンを投与された児、低酸素性虚血性脳症の児が含まれる
- ・ 静脈内ブドウ糖投与による治療は、低血糖・高血糖の両方を回避することを目的として、児の血糖値に基づいて調整すべきである（優れた医療慣行に関する記述）

(原文) Among newborn infants receiving resuscitation, blood glucose concentration should be measured early in the post resuscitation period and monitored with serial measurements until maintained within a normal range. Infants at greatest risk of hypo- and hyperglycemia during the post resuscitation period include preterm infants, infants receiving chest compressions or epinephrine, and those with hypoxic ischemic encephalopathy (good practice statement).

Treatment with intravenous glucose infusions should be guided by the infant's blood glucose concentration with the goal of avoiding both hypoglycemia and hyperglycemia (good practice statement).