

依頼稿

新生児初期診断について

東北大学教授

九 嶋 勝 司

I. はしがき

新生児管理を産科ですべきであるとか、小児科であるのが近代であるとか論議されてから幾年か経過した。その主張の何れが正しいかは、真に新生児のために何れにする方が合理的であるかということによつて決定されるに相違ない…というのが筆者の持論であつた。この持論は今も変つてはいない。そして、虚心に考えて、新生児は産科でも小児科でもなく、母親に所属させるのが最も正しい行き方であると考えに至つた。しかし、それには条件がある。出生後24～48時間内に必要なすべての検査を行つて、正常と判定されたものを母親の下に帰してやるべきであると思う。ここに新生児初期診断の必要が生じて来る。従来のように、外表奇形がなければ正常新生児というような杜撰な診断では勿論不充分である。必要なときは諸検査法を駆使して、内臓奇形ないし諸臓器の機能をも確認し得るのでなければならない。

II. 出生直後の観察

- ① 外表奇形の有無
 - ② 未熟徴候の有無(体重、顔貌、皮下脂肪発達程度、胎脂の存在範囲、頭髮・爪の生長程度、鼻・耳介の軟骨の硬さ、縫合の広さ、性器の状態)：真の未熟性は臓器毎に機能検査を行なつて決定すべきであるが、検査へのキッカケは旧来の未熟徴候によつてつかまえて行く。
 - ③ 頭蓋血腫の有無、大きさ、
 - ④ 仮死の有無程度、呼吸、啼声、うめき声
 - ⑤ 脈拍、心臓聴診、チアノーゼの有無
 - ⑥ 胎盤不全症候群の有無
 - ⑦ 自発運動、刺激に対する反応
 - ⑧ 不穏、不安、無力症状の有無
 - ⑨ 付属物(胎盤は白色梗塞、胎児面黄着色の有無、臍帯は黄着色および發育異常の有無、卵膜は黄着色の有無、羊水は混濁の有無)
- これらの観察、結果は新生児および付属物記録とともに記録しておく。また、異常を認めた場合は対策を講ずると共に、その後の観察を怠らず、また必要な諸検査を行なつて行く。

III. 新生児検査法

A. 呼吸機能検査法

1) 仮死の程度：昔ながらの第1度、第2度の分類は臨床的に充分使用に耐える。

2) Apgar's score：仮死徴候に次の如き評点を与え、その合計をApgar指数とする。この指数は10～

第1表 Apgar 指数

心 拍 数	100以上	2点
	100以下	1
	聞えない	0
皮 膚 色	バラ色	2点
	四肢チアノーゼ	1
	全身チアノーゼ・蒼白	0
筋 緊 張	四肢活発	2点
	四肢やや屈曲	1
	全く弛緩	0
鼻腔カテーテル またはコヨリ反 射	咳・くしゃみ	2点
	しかめ面	1
	反応なし	0
呼 吸 状 態	活発啼泣	2点
	努力呼吸・不整	1
	無呼吸	0

第2表 Silverman 評価法

胸と腹の 運動	上胸部と腹部が同時に上昇する	0点
	腹部が上昇するとき、上胸部の運動は休止か、僅かに下降	1点
	腹部が上るとき、胸部が下り、シーソー運動をする	2点
肋 間 腔 陥 凹	吸気の際、肋間腔凹まない	0点
	吸気の際、肋間腔かすかに凹む	1点
	吸気の際、肋間腔著明に凹む	2点
剣状突起 の陥凹	剣状突起が陥没しない	0点
	剣状突起の陥没が僅かに見える	1点
	剣状突起が著明に陥没する	2点
アゴの 運 動	アゴが動かない	0点
	アゴは下り、唇は閉じている	1点
	アゴは下り、唇はひらく	2点
呼 吸 音 うなり声	うなり声なし、呼吸音なし	0点
	聴診器を口に近づけると聞える	1点
	耳でも聞える	2点

8点を正常, 7~6点は酸素マスク使用を必要とする程度, 6~3点は陽圧蘇生器使用, 2~0点は挿管を必要とすると判定する. なお本検査は出生1分後において行ない仮死の程度を表わすのに用いられたが, 仮死の程度は第1度・第2度の表現でほとんど不自由なく, むしろ本検査は出生後3分, 5分あるいはその後に検して, 呼吸中枢麻痺の程度を判定するために用いた方がよい.

3) Silverman 評価法: 主として未熟児の肺不全の移度を知るために用いられる. 本法で合計5点以上となれば予後を警戒する必要がある, とくに「うなり声」, 「アゴの運動」陽性のものは予後不良である. なお本法を成熟児肺不全の検査に用いてもよい.

4) Miller-安達 の呼吸曲線: 新生児呼吸数を3時間間隔で出生後48時間まで算え, これをグラフ上に記入して曲線を描いたもので, III型, IV型は予後不良である.

第3表 Miller-安達 の呼吸曲線

第I型	……最初から毎分の呼吸数が40内外でその変動がほぼ毎分15以下のもの
第II型	……初め1時間は毎分60くらいであるが, その後毎分40内外におちつくもの
第III型	……初めの呼吸数よりも時間の経過とともに呼吸数がふえて行くもの
第IV型	……呼吸数が20以下に減んじたり, 無呼吸発作をくりかえすもの

5) 食道内圧曲線描写法: 教室の芳賀らによつて考案されたもので, ビニールチューブの先に小バルーンを付したものを鼻腔より食道内に挿入し, 胸腔圧に平行して動く食道内圧を電氣的に記録する方法である. 従来の呼吸曲線描写法に比べ, 児に何等の負担をかけず, しかも肺機能状態を最もよく反映する方法である(芳賀: 日産婦誌17: 1191, 昭40, 18: 349, 昭41 参照).

B. 心機能検査法

1) 聴診法: 3.0~3.5 直径の模型と Bell 型の両者を備えた聴診器を使用する. 充分哺乳し, オシメも交換した児を温暖な部屋に裸で仰臥させ, 充分安静となつたところで心尖部および心基部で雑音の有無を検する. 新生児期の心雑音はその殆んどが収縮期雑音で拡張期雑音は甚だ稀である. もし拡張期雑音があるときは三尖弁狭窄, 僧帽弁狭窄などを推定してよい.

2) 心音図: 心雑音は心音図による方が更にはつきりする. ことに収縮期雑音は教室の村中の研究によれば, スペクトル心音図による検査がよく, これにより holosystolic low frequency の雑音, pansystolic high

frequency の雑音は器質的なものであり, 殊に後者は心房欠損や心室欠損を合併する心奇形と考えてよいことが判明した.

3) 心電図: 新生児の心電図はその生理的限界に個体差いちじるしく, 日令差も大きい. 病的所見の決定も成人のように行かない. 新生児で右心肥大心電図を得たら, 心房中隔欠損, 心室中隔欠損およびこれらを合併する心奇形 (Fallot 四徴, Eisenmenger 複合, Lutenbacher 症候群), 肺動脈狭窄, 大血管転位などが考えられる. 左室肥大心電図は大動脈絞窄 coarctation of the aorta, 三尖弁閉鎖などに見られる. 新生児のP波は成人よりも大きい, このP波が異常に大きい, 尖鋭である時は肺血管抵抗の増強, 肺不全(呼吸困難症候群)などを考える.

4) 心機能検査上の注意: 新生児心奇形を適確に診断するためには, 聴診, 心音図, 心電図の他に心カテテルを必要とする場合が多い. 教室の村中らは出生直後は臍帯静脈より, その後は交換輸血の Pincus 法にならつて臍静脈よりカテテルを挿入する法を開発し, 安全, 確実に実施している. しかし, 心電・心音図をはじめとし心カテテルもテクニックを要し, また器械も必要であるのでこれを一般産科医が実施することは困難である. それ故心機能検査を要する場合は聴診法により一応奇形の有無を推定し, さらに高度の検査を要すると考えたときには心機能検査の可能な施設に依頼すべきである.

C. レントゲン診断

1) 胸部レ線診断: 肺炎, 自然気胸, 横隔ヘルニアなどの診断に用いられる. 機械はコンデンサー型ポータブルでもよく, 撮影条件は35~45KV, 90~110cm $\frac{1}{30}$ 秒である. カセットの上に児を仰臥させ, 両上肢を挙上させ, 両下肢は伸展させ, 介助者に両手で上肢と下肢をおさえさせておき, 腹部を遮蔽した後, 管球を上方からのぞませ, 吸気時を狙つて撮影する.

2) 腹部レ線診断: 消化管の閉塞や穿孔の診断に用いられる. 撮影条件は胸部と同じでよい. 仰臥位のほかに立位と横からの単純撮影があれば診断し易い.

上部消化管閉鎖の場合は造影剤を使用することもあるが, 造影剤はバリウムは禁忌で水溶性ウロコリンか油性モルヨドールをカテテルで注入し, 撮影がおわればカテテルで吸引し可及的除去しておく.

鎖肛, 直腸閉鎖の診断には児をさかさにし臀部を頂点に下肢を屈曲させた状態で前後方向に撮影すれば閉鎖部

の厚さがわかる。

D. 黄疸の診断

1) 秋山・中村の黄疸判定法： つとめて自然光線の下で観察する。

2) イクテロメーター： 順次濃くなる標準黄色帯を5本はりつけたプラスチック製の板で、児の鼻先端を圧迫したときの皮膚色を標準色と比較する。3.0までを正常とし、3.5以上は血清ビリルビンを測定せねばならぬ。

3) 血清ビリルビン微量定量法： 内径1mm、長さ75mmの毛細管をペパリン処理しておき、患児のカートをメスで刺した後、採血し、critosealで封じたものを検査室におくりビリルビンを測定して貰う。

第4表 秋山・中村の黄疸判定法

判 定	黄疸の範囲と程度
(一)	黄色調なし
(十)	顔面、胸部に軽度黄色調あるもの
(十)	腹部、四肢に黄色調あるもの
(卅)	四肢末端、手掌、足趾も黄色調を呈するもの
(卅)	さらに高度となり、全身黄色著明なもの

E. 神経異常の診断法

1) 姿勢： 正常新生児は四肢を軽く曲げ、両手を頭の両側においた姿勢をとるものであるが、上肢を下げているときは骨折や神経麻痺を疑う。

2) 自然運動： 新生児は上肢を左右交互に動かし、また下肢を左右交互に蹴るような運動をするが、この自然運動の弱いものは脳障害を考える。

3) 眼の異常： 据つた目付、ぼんやりして動かない目、瞳孔が下脗に接近した落陽現象、閃光に対し眼瞼反射の欠除してるときなどは脳障害を考えねばならぬ。

眼底出血は頭蓋内出血に併発し易いものであるから、その高度のときは頭蓋内出血のあることが推定される。

4) 原始反射： 閉眼反射、Moro 反射（児を仰臥させた台に衝撃を与えるか、児の両足を急に持ちあげたとき、児がその両上肢を大きくふるわせる反射）の欠除するときは脳の異常が疑われ、腹部を尖つたものでこすつたとき、そこの腹筋が収縮する腹皮反射や児の胸腹部を検者の手掌にのせて持上げ、尖つたもので児の脊柱側をこすると、こすつた側に脊柱が側弯する脊柱反射などの欠除するときは神経障害を考える。

5) その他： 脳の障害部位を決定する検査法はまだなく、脳波や脳血管撮影などはまだ新生児に利用されるに至っておらず、今後この方面の開発が期待される。

F. 尿検査

1) 採尿法： 1回尿でよいときは男児ならばコンドームにより、女児ならば外陰にあてた脱脂綿を絞ることにより採尿する。24時間尿は pediatric urin collector を使用して採尿する。

2) 尿蛋白・尿糖の検査： コンビステックス試験紙で検査する。生後10日以上も尿蛋白陽性のものは腎の未熟性が考えられる。

3) 尿比重・尿滲透圧測定： 屈折計を用いて測定する。胎盤不全症候群、喝熱などのとき尿比重は高くなる。

4) フェニールケトン尿： フェニステックス試験紙による。生直後は正常児でも陽性のことがある。生後3～4週間頃に検すべきである。

5) 尿中17-KSまたは17-OHCSの測定： 24時間尿を検査室におくつて検査を依頼する。その検査室における正常新生児の値を予め出しておくのがよい。17-OHCS値は生後2日以降で102μg/24 hrs という報告がある（梶村）。

G. 血液検査

1) 採血： 末梢血のときはビリルビン測定のときのように毛細管によつて採血する。

静脈血をとることは困難なので Wassermann 反応、血型不適合検査、胎児感染時の血液培養などのための採血は臍帯血を利用する。

2) 血清蛋白： 屈折計によつて測定する。正常値は6 mg/dl。5 mg/dl以下は低蛋白血とする。

3) 血清カルシウム： 前記採血毛細管を critoseal で封じて検査室に送る。nuclear fast red 比色法で測定。正常値11mg/dlである。

4) 血清カリウム： 同様に検査室に依頼する。正常値3.5～5.3mEq/dl。

5) 血清無機燐： 同様に検査室依頼。Fiske-Subba Row 法で測定。

6) 血糖： 毛細管で採血、封じたものを検査室に依頼。20mg/dl以下を低血糖とする。

7) 尿素窒素： 毛細管採血、検査室依頼。

8) pH、PCO₂： Astrup 微量法、I Lメーターなどで測定する。正常値はpH 7.4～7.1 PCO₂ 117～20mmHgと個体差が大きいから、経過を追つて測定し、病態の推移を判断する。

H. 血液像検査

1) 赤血球： 正常値 480万、400万以下貧血とする。

2) 血色素： 正常値17 g/dl、100% Sahli。

3) ヘマトクリット： 正常値55%。

4) 血小板： 4～30万、平均15万。

5) 白血球: 15,000 ~ 22,000. 増多症と炎症は必ずしも結びつかない.

I. 血清学的検査法

1) 血型判定…Rh検査: Rh は抗D, 抗E, 抗e, 抗c の4血清について検することが出来るが, 少なくとも抗原性の強い抗Dについては必ず検査する必要がある. 検査法は抗血清の1滴をホール・グラスに入れ, これに被検全血2滴を加えたものを40~50℃の保温箱上で振盪しながら2分以内の凝集反応の有無を検する.

ABO検査：15°C以上の温度で充分の抗血清と少量の被検血球を使つて，1分以内の凝集を見る。

2) 抗体検査…間接 Coombs 試験：母体血清中の児血球に対する不完全抗体の有無および抗体価を検する方法で母体血液 5 cc を採り、検査室に送って検査する。

直接 Coombs 試験：臍帯血血球に付着している抗体の有無を検し，児血球に母体より移行した抗体が付着しているかを検する方法で，臍帯血 1 cc を検査に供する（検査法は新生児学，医学書院，118 頁参照）。

抗体の種別決定：間接 Coombs 試験陽性のときその不完全抗体がどの血型因子に対するものかを決定することも出来る。

J. 眼底検査

眼科に依頼するが、検査1時間前に1%ホマトロピンを点眼して産科医自身が検眼してもよい。頭蓋内出血の補助診断として用いる。高度眼底出血のあるときは頭蓋内出血の存在を考えねばならぬ。また黄斑部出血は後日視力障害をのこす恐れがある。

K. 髄液検査

児を側臥位としておさえ、 O_2 吸入の下に、 L_4 と L_5 の間、または L_3 と L_4 の間を穿刺する。脳室内出血、髄膜炎の診断に用いる。

L. 肝機能検査

1) 血清ビリルビン測定(前出): Rh 不適合以外では血清ビ値は大体肝機能障害程度を表わすと考えてよい。

2) 色素排泄試験： インドシアニングリーン 1 mg/kg 静注後，5 分目，15 分目に足蹠穿刺で採血，同色素の血清中残存率から肝機能を判定する。

M. 腎機能検査

1) 尿蛋白 (前出)

2) 色素排泄試験

N. 副腎皮質機能検査

1) 尿中17-K S測定(前出)

2) 尿中17-OHCS測定(前出)

IV. 症状別新生児診断法

ここでは必ずしも初期診断に限局せずに述べることに
する。まず、妊娠・分娩中に異常があり、これが児に影響
する恐れのある場合は、付表 1 に掲げた事項に注意し
て、新生児異常の早期発見につとめる。出生直後の観察
およびその後の観察中に異常症状を発見したときは、Ⅲ
項の諸検査を駆使し、付表 3 ～ 13 によつて新生児疾患を
診断して行く。生後の異常症状発見は医師および助産婦
によつてなされる。助産婦は第 5 表の各項目を観察しな
がら (十) (一) を記入して行く。異常を発見したなら
ば直ちに医師に報告することは勿論である。医師は主と
して温度表 (第 1 図) の記入という形で観察して行き、
異常児については第 6 表に従つて記録をつくる。

このような新生児診断をするためには、医師ならば新生児学の大体を知っておくことが必要であり、助産婦は症状観察法くらい覚えていなければならぬ。

第5表 新生兒經過表

[illegible]

付表1 妊娠・分娩異常があつたときの児管理

母体異常	児検査事項	注意事項
①Rh不適合	臍帯血のCoombs直接法 臍帯血の血色素量 臍帯血の血清ビ 24時以内の児血清ビ	(+)のとき 15g/dl, 88% Sahli 以下 4mg/dl以上 10mg/dl以上 } 交換輸血
②ABO不適合	イクテロメーター 血清ビ	黄疸に注意
③糖尿病	血糖・呼吸機能・奇形	低血糖, 呼吸, 奇形に注意
④妊中, 異常出血	赤血球計算	貧血に注意
⑤第2期遷延	眼底検査	頭蓋内出血に注意
⑥鉗子術	〃	〃
⑦吸引分娩	眼底検査, 血清ビ	頭蓋内出血, 黄疸に注意
⑧けん出術	—	斜頸に注意
⑨早産	未熟性検査 眼底検査(出血の有無)	呼吸困難, チアノーゼ, 黄疸, 貧血, 浮腫, 感染に注意
⑩羊水過多	奇形の有無検査	
⑪羊水過少	奇形の有無検査	
⑫前・早期破水	胸部レ写真	先天肺炎に注意
⑬帝王切開	胃内吸引	羊水過度吸引に注意
⑭梅毒	臍帯血でワ反応	先天梅毒
⑮経産中毒症	胎盤梗塞検査	未熟性に注意
⑯胎盤機能不全	胎盤機能不全症候群	未熟性に注意
⑰甲状腺機能異常		
⑱母体心奇形	奇形とくに内臓	
⑲妊初感染	奇形追及	
⑳妊初睡眠薬服用		
㉑妊初被爆		

付表3 体重増加不良の原因

① 保育の不適當
② 哺乳力不良
{ 未熟児
{ 驚口瘡
{ 舌拘着症
{ 口蓋裂, 兔唇
③ 消化・吸収不全
{ 新生児下痢症
{ 肝未熟(黄疸あることあり, 他に原因を認めないときも, 肝未熟として処置する)
④ 嘔吐
⑤ 心奇形, 貧血・脳障害その他(哺乳力不良, 体重増加不良の児には潜在疾患があることがある).

付表2 奇形児出生の場合

I. 検査
1) 内臓奇形(とくに心奇形, 消化管奇形)の探索
2) 治療の可能性およびその時期決定
II. 予防対策のための原因追及
1) 母体甲状腺機能異常(とくに心奇形, 関節奇形のとき)
2) 母体の糖尿病, 糖尿病前症(とくに心奇形, 泌尿器奇形)
3) 母体心疾患(とくに心奇形, 無脳児のとき)
4) 胎児付属物異常
{ 臍帯卵膜付着, 前置胎盤, 臍帯血管異常
{ 胎盤血管異常, 羊水過多, 羊水過少
5) 妊娠初期の精神衝撃
6) 妊娠初期の母体感染
{ 風疹(とくに白内障, 聾啞, 小頭症, 心奇形など)
{ インフルエンザ(無脳症, 水頭症, 脊椎披裂)
{ 帯状ヘルペス, オタフク風, コキサキー
{ トキソプラズマモジス(水頭症, けいれん児小頭症)ブルセラ症, 血清肝炎, 精製痘苗注射, 抗原注射
7) 妊娠初期の薬物服用
抗癌剤…とくに葉酸拮抗剤
睡眠薬…サリドマイド, メクリジン
甲状腺機能亢進治療剤…サイオユラシル
ホルモン剤…プロゲステロン, コーチゾン
降圧剤…レセルピン
凝固阻止剤…ダイクマロール
サルファ剤…ガントリシン
8) 胎内被爆

付表4 腹部膨満

疾患名	診断の手がかり, ()は検査
①腸管下部の先天閉鎖	便秘, 嘔吐. (レ写真)
②先天巨大結腸症	便秘 (レ写真)
③新生児下痢症	下痢
④麻痺性イレウス	便秘, 嘔吐, 腸ぜんどうなし.
⑤先天腹膜炎(穿孔)	腹水(レ写真)
⑥新生児腹膜炎	〃 (〃)
⑦先天嚢胞腎	腫瘤(可能ならばピエログラフイー)
⑧腎水腫	〃 (〃) (穿刺)
⑨卵巣腫瘍	〃 (診査穿刺)
⑩メコニウム・イレウス	〃 (レ写真)
⑪腸重積	啼泣後, 急に不安状態, 嘔吐, 粘血便(レ写真)
⑫肝肥大	原症…梅毒, 赤芽球症, トキソプラズマ症など…追及
⑬脾肥大	〃 〃 〃

昭和42年5月1日

九 嶋

523—93

付表5 黄 疸

疾患名	発症時期	診断の手がかり, ()は検査
①Rh 不適合による黄疸	生後数時間から	(血清ビリルビン測定) (母 Rh検査) 血清ビ 6 mg/dl以上交換輸血 (イクトロメーター3以下) (血清ビ15mg/dl以下).
②生理的黄疸	生後2〜3日から	成熟児: イクトロメーター 3.5 ACTH療法 血清ビリルビン 20mg/dl 血清ビ25mg/dl...交換輸血
③高ビリルビン血症	//	2000 g以下の未熟児: 血清ビ15mg/dl以上...ACTH療法 血清ビ20mg/dl以上...交換輸血
④濃厚胆汁症候群	生後10日頃から	遷延黄疸, 白色便
⑤先天胆道閉鎖	出生5〜6日以後	帯白色便, 遷延黄疸 (肝生検...肝炎像)
⑥敗血症	感染症後	発熱(血液培養)
⑦先天梅毒	—	鼻閉, 遷延黄疸

付表6 けいれん

疾患名	発症時期	診断の手がかり, ()は検査
①酸素欠乏性脳障害	仮死蘇生後	嘔吐, うめき声, けいれんなど.
②頭蓋内出血	生後数時間から	産科手術・難産後, または未熟児. 啼泣弱い, うめき声, (眼底検査), (腰椎穿刺)
③水頭症	出生直後から	頭が大きく, 縫合離解.
④破傷風	生後5〜6日	テタヌス様けいれん, 脐感染.
⑤新生児テタニー	生後2〜3日	四肢テタニー様運動 (血清 Ca 9 mg/dl以下)
⑥低血糖症	生後3日頃から哺乳前	小さきけいれん. (血糖検査) 5%ブドウ糖20cc皮下注で軽快.
⑦急性感染症	原病毎に異なる	高熱時けいれん 脳脊髄膜炎の疑いあれば (腰椎穿刺)
⑧先天トキソプラズマ症	不定	筋強直, 水頭症, 眼球運動異常 (頭部レ写真に石灰化像)
⑨核黄疸	生後2〜3日	強黄疸

付表7 チアノーゼ

疾患名	発症時期	診断の手がかり, ()は検査
①心奇形		(聴診)
大血管転移	出生数時間後から	(胸部レ写真) (EKG)
弁奇形	//	(心音図)
三腔心, 二腔心	//	(心臓カテーテル)
Bottallo 開存	遅発	
房中隔奇形	//	
肺動脈弁狭窄	//	
②頭蓋内出血	出生直後	鉗子術, 吸引分娩, 難産後未熟児, 呼吸異常, けいれん(眼底検査).
③新生児肺不全	出生数時間後	1 kg以下の未熟児, 呼吸異常あり(Silverman 評価高い).
④先天肺炎	生後48時間以内	前・早期破水先行, 発熱.
⑤新生児肺炎	生後2〜3日以後	嘔吐, 強制栄養後, 発熱.
⑥自然気胸	仮死蘇生術後	(胸部レ写真)呼吸異常.
⑦脳髄膜炎	感染症に引き続き	発熱, 中枢神経症状. (腰椎穿刺)
局所チアノーゼ	i) 先進部チアノーゼ ii) 成熟児口唇チアノーゼ→気道内粘液 iii) 未熟児口唇チアノーゼ→軽度肺不全 iv) 上半身, 下半身, 顔などのチアノーゼ→局所循環不全時に心奇形	

付表8 下 痢

疾患名	特 色	検 査
①新生児伝染性下痢	水様便頻回, 脱水症状, 流行性	水分を補給しながら病原菌とその耐性検査
②蔗糖過量添加	人工栄養児	稀釈乳を与えて見る.
③副腎皮質不全	皮膚着色, 嘔吐	尿中17-KS, 17-OHCS検査
④腸管外感染症	原症がある	

付表9 発 熱

疾患名	診断の手がかり, ()は検査
①うつ熱	湯たんぽ近すぎ.
②飢餓熱	生後2〜3日. 38℃まで.
③敗血症	脐炎: 膿皮症などに引続き全身症状を呈する. (血液培養)
④新生児肺炎	生後10日以後の発熱に肺炎多し. 呼吸困難. (胸部レ写真)
⑤膿皮症	しばしば流行性. 症状特異
⑥腸炎	下痢.
⑦中耳炎	耳漏がある.
⑧唾液腺炎	局所腫脹. 圧により導管から膿汁排出
⑨脐炎	脐部湿潤, 周皮膚発赤.
⑩腹膜炎	腹部膨満.
⑪脳髄膜炎	けいれん. (腰椎穿刺)
⑫頭蓋内出血	産科手術・難産後, または未熟児. けいれん, うめき, 啼泣弱. (眼底検査)
⑬核黄疸	強黄疸, けいれん

付表10 呼吸異常（喘鳴を含む）

疾患名	発症時期	診断の手がかり， （ ）は検査
①仮死	出生直後	胎児仮死より移行 (Apgar)
②羊水過度吸引	〃	気管カテーテルで多量羊水 吸引，帝切児，胸部ラ音。 (胸部レ写真)
③呼吸中枢不全	〃	1 kg以下の未熟児 (Apgar 評点低い)
④横隔膜ヘルニア	〃	腹部陥凹 (胸腹部レ写真)
⑤Pierre-Robin 症候群	〃	下顎發育不全，舌下垂， 喘鳴。
⑥食道・気管瘻	〃	泡沫唾液排出，喘鳴，嘔 吐，チアノーゼ。(食道 にカテーテル挿入) (胸部レ写真)
⑦Sleeping baby	〃	全麻帝切児
⑧頭蓋内出血 脳浮腫・うつ 血	〃	鉗子術・吸引分娩・難産後 または未熟児，嘔吐，けいれ ん。(眼底検査)(腰椎穿刺)
⑨副腎出血	〃	蒼白，虚脱，呼吸不整
⑩新生児肺不全	生後数時間 から	2 kg以下の未熟児。 (Silverman 評価が高い)。
⑪先天肺炎	48時間まで	前早期破水先行，発熱。 (胸部レ写真)
⑫自然気胸・縦 隔洞気腫	仮死蘇生術 に引続き	(胸部レ写真)
⑬吐物の気道吸 引	嘔吐後	喘鳴，胸部ラ音。
⑭急性副腎皮質 不全	生後2～3 日	蒼白，虚脱，呼吸不整
⑮新生児肺炎	生後2～3 日から	吸引肺炎は嘔吐後に，ウイ ルス肺炎は多発流行性に発 熱。

付表12 皮膚色異常

疾患名	皮膚色	検 査
①胎盤機能不全 症候群	うぐいす色	胎盤梗塞検査 児未熟性検査
②副腎皮質機能 不全	黒みがかつ た色	尿17-KS1, 7-OHCS S 検 査
③貧 血	青白い	赤血球検査
④赤血球増多症	赤みがある	〃
⑤黄疸	黄色	イクテロメーター，血清 ビリルビン検査

付表11 嘔 吐

疾患名	発症時期	診断の手がかり， （ ）は検査
①仮死出生児	出生直後 から	吐物は羊水，胃内羊水吸 引で軽快
②帝切児	〃	未熟児は呼吸安定まで嘔 吐しやすい。
③高度未熟児	〃	
④頭蓋内出血	〃	
⑤メコニウム・ イレウス	〃	鉗子術・吸引分娩・難産後 または未熟児。(眼底検査) 腹部膨満，胎便(一)， 胆汁色吐物。(単純レ写真 で顆粒状陰影)
⑥幽門けいれん	哺乳開始後	他疾患除外，クロールプロ マジン1 mg/kgを1日1～2 回でおさめる。
⑦先天肥厚性幽 門狭窄	〃	クロールプロマジン効少し (腹部レ写真に所見なし)。
⑧腸の先天閉塞	〃	クロールプロマジン無効， 異常腸ゼンどう(腹部レ写 真)
⑨食道閉塞	〃	突然の嘔吐後呼吸困難，チ アノーゼ，食道へカテーテ ル挿入不能。(胸部レ写真)
⑩溢乳	哺乳直後	仰臥時。
⑪腸重積	不安状態・ 啼泣後	腹部腫瘍，粘血便。 (腹部レ写真)
⑫メレーナ	生後2～3 日	コーヒー残渣様吐物， 下血。

付表13 便 秘

疾患名	診断の手がかり，（ ）は検査
①鎖肛，直腸閉鎖	腹部膨満，嘔吐(逆さレ写真)
②先天巨大結腸症	腹部膨満(単純レ写真)
③消化管閉塞	嘔吐(単純レ写真)
④腹膜炎	未熟児，腹部膨満，嘔吐，発熱， (立位レ写真)
⑤二分脊椎	潜在性のものはレ線学的診断。
⑥外傷性脊髄傷害	骨盤位けん出術後(多くは死亡)
⑦消化管筋収縮不良	頭蓋内出血・核黄疸などのとき。
⑧食餌性便秘	人工栄養児に見る，哺乳力不良と なる