

高度徐脈

徐脈による循環不全 (心電図変化、低血圧、意識障害、呼吸停止)
心室の異所性興奮 (補充収縮出現、P波消失)

硫アト 0.5mg(iv) 最大3mgまで

経皮的ペーシングの準備

経皮的ペーシング準備中または無効時

アドレナリン 2-10 μ g/分 (1A/100mlとして12-60ml/h)

ドパミン 2-10 γ

準備できたら
直ちに施行

原因検索

高脊麻、循環血液量減少、低酸素、
アシドーシス、カリウム異常、
低血糖、低体温
心タンポナーデ、緊張性気胸
血栓症(冠動脈/肺動脈)

パッドを貼る(左前胸部と背部)
心拍数 60/分に設定
ペーシングON (デマンドが基本、電メス干渉なら固定)
心静止なら最大出力から漸減
徐脈なら10mAより開始して漸増
ペーシング閾値を測定し、その2mA高い出力に設定
覚醒患者では、モルヒネ、ペンタゾシンで鎮痛
自己心拍があれば、スタンバイモードに

麻酔覚醒に向けて薬物療法にマイルドに移行。薬剤に無反応なら経静脈ペーシングを考慮。

シリンジポンプ

薬剤名 (規格)	希釈法	γ 計算・体重50kg	用法・容量
イノバン注(0.1%)	プレフィールド	1 γ = 3 ml/h	~3 γ (利尿)、3~10 γ ($\beta > \alpha$ 昇圧)、10~20 γ ($\alpha > \beta$)
ドブポン注(0.1%)	プレフィールド	1 γ = 3 ml/h	2~20 γ (β 1昇圧、わずかな $\alpha \cdot \beta$ 2)
ボスミン (1mg/1ml/A)	2A + NS 18	0.01 γ = 0.3 ml/h	0.04~0.1 γ ($\alpha \cdot \beta$ 昇圧)、0.2~1 γ (ショック時)
ノルアドレナリン (1mg/1ml/A)	2A + NS 18	0.01 γ = 0.3 ml/h	0.05~0.3 γ (α 1+2・ β 1昇圧)、0.2~2 γ (ショック)
ノルアドレナリン (1mg/1ml/A)	1A + NS 49	0.01 γ = 1.5 ml/h	0.05~0.3 γ (α 1+2・ β 1昇圧)、0.2~2 γ (ショック)
ニトロール (5mg/10ml/A)	NTR 原液	0.1 γ = 0.6 ml/h	0.3~2 γ (冠拡張)、0.6~0.8 γ (V拡張)、3 γ ~ (A拡張)
ミリスロール (5mg/10ml/A)	TNG 原液	0.1 γ = 0.6 ml/h	0.3~2 γ (冠拡張)、0.5~5 γ (降圧)
ヘルベッサー (50mg/A)	50mg + NS 25	1 γ = 1.5 ml/h	0.3~1 γ (冠スパズム予防)、1~5 γ (HR低下)
ニコランジル (48mg/V)	48mg + NS 48	1 γ = 3.0 ml/h	1 γ (冠スパズム予防)
ペルジピン (25mg/25ml/A)	原液	1 γ = 3.0 ml/h	1~10 γ (降圧)
プロスタンジンE1 (500 μ g/V)	500 μ g + NS 25	0.01 γ = 1.5 ml/h	0.001~0.01 γ (微小循環改善)、0.05~0.2 γ (降圧)
コアテック (5mg/5ml/A)	20mg + NS 20	0.1 γ = 0.6 ml/h	0.1~0.3 γ
ハンプ (1mg/V)	4mg + NS 40	0.1 γ = 3.0 ml/h	0.1~0.2 γ

悪性高熱症

- 準備** 気化器を外し、ソーダライムを交換して、100%酸素10Lで20分以上、洗い流す。
ダントロレンは最低でも初回投与量5V準備
- 麻酔** OPR、非脱分極性筋弛緩薬を使用するが、ワゴスチグミンで発症した報告もあり。
高容量レミフェンタニルとして、筋弛緩薬は最小限に抑え、リバースをしない。
- 診断** 体温(40°C以上、もしくは15分で0.5°C上昇し38°C以上)、EtCO₂、血ガス(PaCO₂, PaO₂, pH, BE, K⁺)
採血(CK分画, AST/ALT, LDH, ミオグロビン)、尿色、頻脈・不整脈
- 治療** 緊急コールして人手を集める。外科医に手術の中止や早期終了を要請する。
吸入麻酔薬を中止、高流量の100%酸素、分時換気量2-3倍
ダントロレン 20mg/Vをaqua60mlに溶解、初期投与量100mgを溶かすのに10分かかる
初回1-2mg/kgを10-15分で単独の静脈ルートから投与、最大7-10mg/kg
体温 4°C輸液(氷水でボトルを冷やす)、体表面冷却
目標38.5°C、38°C以下にするとシバリングにより悪化、生命予後には体温管理が最重要
高カリウム、アシドーシス(pH<7.20なら)の補正
PVC/VT アミオダロン(150mg/3ml/A) 750mg/15mlを5%Glu500mlに希釈
600ml/hで10分、33ml/hで6h、17ml/hで24h
頻脈 オノアクト (Ca拮抗薬はダントロレンとの併用で心停止の報告あり禁忌)
腎不全 十分な輸液、利尿薬やマンニトールにより尿量を維持

大量出血

術者との
コミュニケーション

ライン確保

輸液加温

輸血オーダー

採血

RCC Hb > 7g/dl (高リスク患者は8-10g/dl)
出血3000ml以上ならセルセーバー
FFP フィブリノゲン > 150mg/dl
Plt > 5万

低体温予防
アルブミン製剤
アシドーシスの補正
高K、低Caの補正

異型輸血

輸血部に異型輸血の実施を宣言する。

投与後の溶血反応に注意

患者血液型	赤血球濃厚液	新鮮凍結血漿	血小板濃厚液
A	A > O	A > AB > B	A > AB > B
B	B > O	B > AB > A	B > AB > A
AB	AB > A = B > O	AB > A = B	AB > A = B
O	O のみ	全型適合	全型適合

アナフィラキシーショック

血圧低下(74%)、膨疹with発赤(70%)、気管支攣縮(44%)

血管性浮腫(喉頭、舌、口唇、目)、喘鳴、気道内圧上昇、バッグが押せない

投薬の中止(筋弛緩薬、ラテックス、コロイド、抗生剤、輸血)
手術操作の中止

急速輸液

アドレナリン
0.1mg (slow iv) 5分おき
または 0.3mg (im)

100%酸素

※ 血圧低下が軽度なら、アドレナリン100mlに希釈して1-5ml(0.01-0.05mg)静注、血圧上昇に注意
血圧低下が遷延するなら、ドパミン5-20 γ 。
 β 遮断薬服用患者ではグルカゴン1-5mg(5分でiv)、5-15 μ g/分(持続静注)

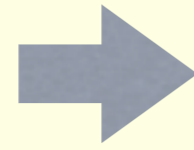
気道内圧と血圧が安定したら、2次治療に移る
ソル・コーテフ500-1000mg(iv) 4-6時間毎、ポララミン5mg(slow iv)

2相性ショック(1-8時間後)があるので、12-24時間は要観察
抜管前には喉頭浮腫を評価(カフ抜きリークテスト陽性ならファイバーで観察)

局麻中毒とLipid Rescue

初期対応

人を
集める



気道確保
100%酸素

痙攣発作に対して
ベンゾジアゼピン

人工心肺
考慮

不整脈 心停止対応

BLS/ACLS

禁忌: バソプレッシン、Ca拮抗薬、 β 遮断薬、リドカイン

注意: エピネフリン投与量は $10 \mu\text{g}/\text{kg}$ 以下に

Lipid Rescue

体重50kgの成人の場合

20%イントラリピッド500mlボトルと50mlのシリンジを用意

シリンジで50mlずつ、3分毎に3回まで投与(iv)

続いて、残りのイントラリピッドを10ml/minで点滴投与

この間、イントラリピッドを循環させるため、心マッサージを継続

循環回復後、血圧低下したら20ml/min(div)に増量

10分間の循環安定が得られるまで点滴継続

最大量は最初の30分で500ml (10ml/kg)

〈副作用〉

大豆、卵黄含有

アナフィラキシー

血圧低下

脂肪塞栓

呼吸困難

静脈炎

肝機能障害

経過観察

数時間後に症状再燃する場合は再度投与。
副作用の発現をフォローアップ。

プロポフォール

痙攣に対して少量のみ投与。

Lipid Rescueとして大量投与しない。