

簡単アンケート第 33 弾：
ICU における不整脈の管理
(2014 年 1 月実施)

J S E P T I C 臨床研究委員会

アンケート作成者：讃井 将満

(自治医科大学附属さいたま医療センター麻酔科・集中治療部)

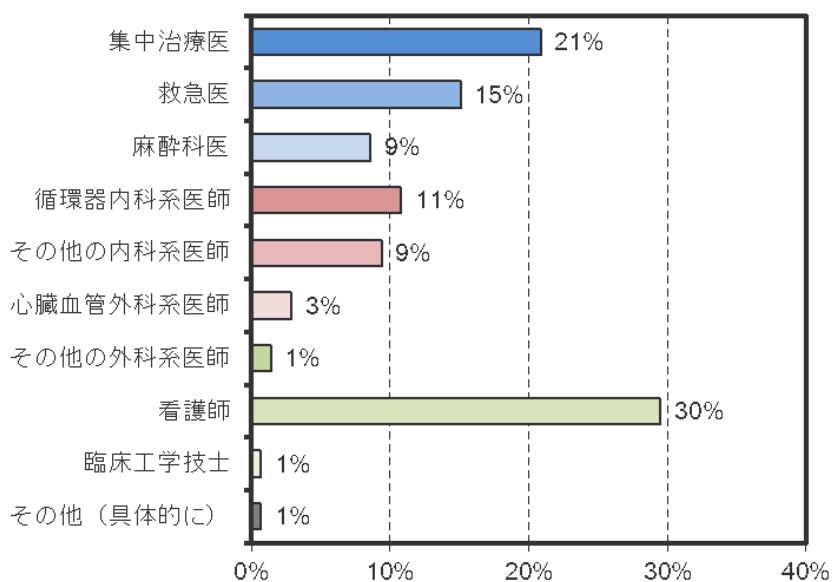
対象：ICU、急性期病棟ではたらくドクター、ナース、その他のコメディカル

みなさん、ICUで遭遇する各種の不整脈に対してどのような管理を行っていらっしゃいますか？この分野は強いエビデンスがなく、かつて研修中に習得した方法、上司や先輩が行っている方法を真似て行っている方が多いかもしれません。いずれにしてもその実態は明らかではありません。普段行っていることを気軽にお答えください。

作成者：讃井 将満
(自治医科大学附属さいたま医療センター麻酔科・集中治療部)

回答者 139 名

質問 1. あなたの職種は何ですか？

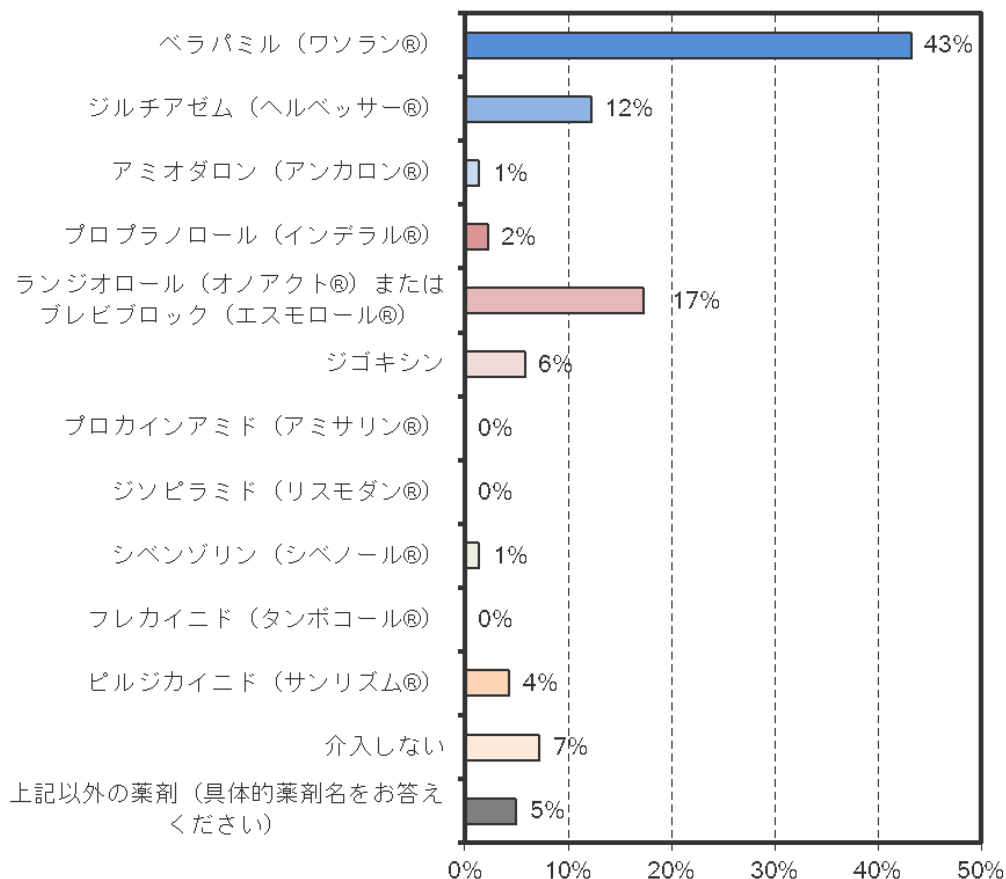


*その他 (具体的に記載) 回答者 1 名

- 小児循環器科

2. 敗血症患者が発作性心房細動になりました。心拍数が 100/min から 160/min と増加しましたが、動脈圧は 120/54 (73) mmHg と大きな変化を認めませんでした。現在血管作動薬を使用しておらず、心機能は良好で、その他の臓器不全の徴候はありません。

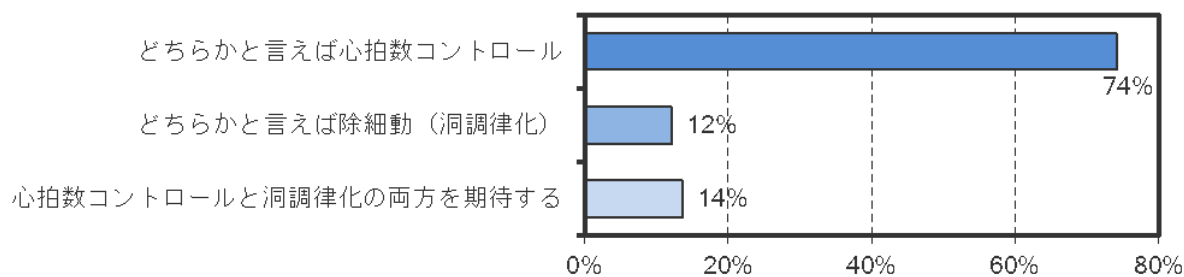
質問 2.1. あなたが最初に使用を考慮する抗不整脈薬は何ですか。



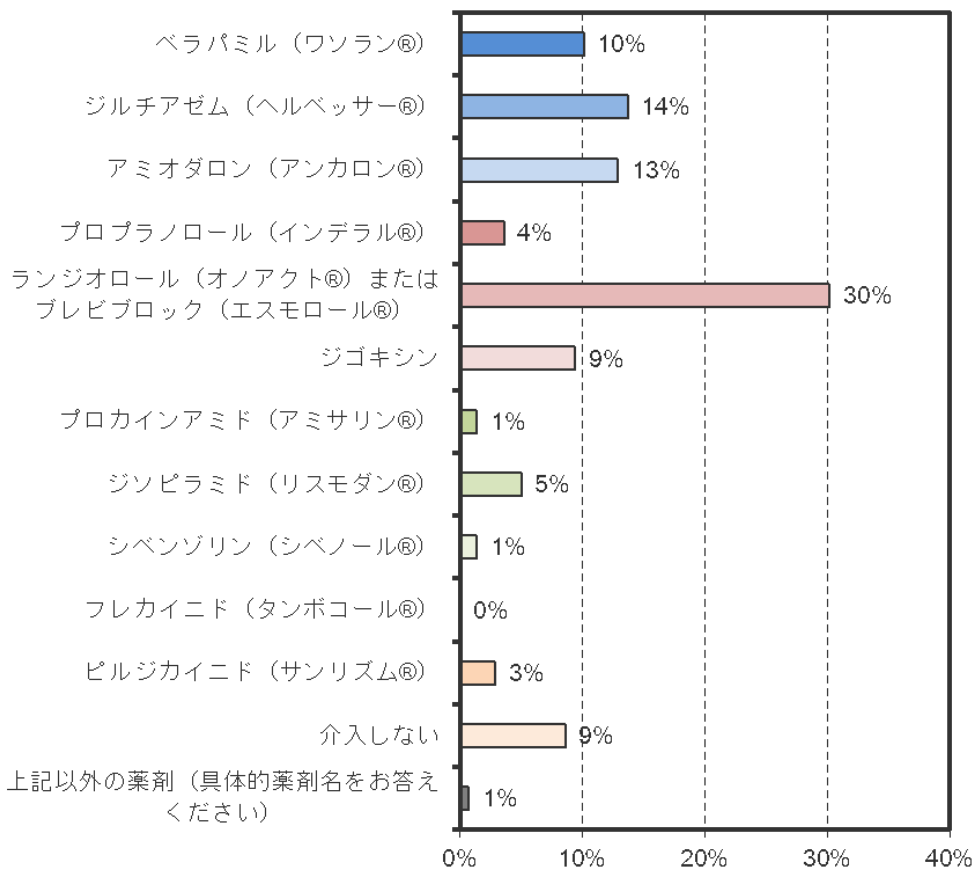
*その他 (具体的に記載) 回答者 7 名

- 電解質補正
- 輸液
- アスペノン
- マグネシウム (3)
- volume 負荷

質問 2.2. あなたが上記で選択した薬剤を投与するねらいは心拍数コントロール、除細動 (洞調律化) のどちらですか？



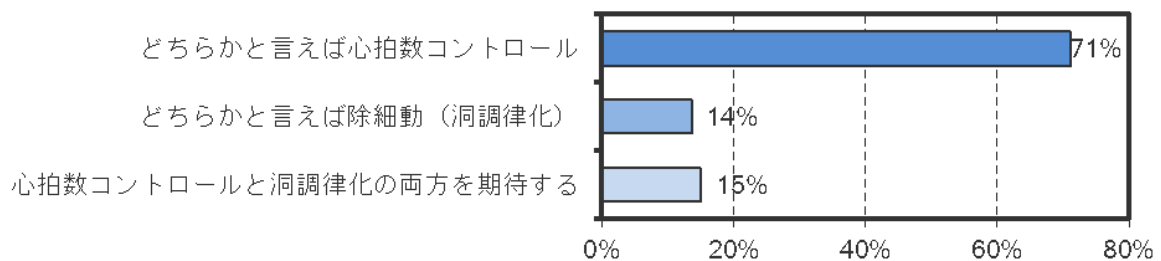
質問 2.3. あなたが第二選択薬として使用を考慮する抗不整脈薬は何ですか。



*その他 (具体的に記載) 回答者 1名

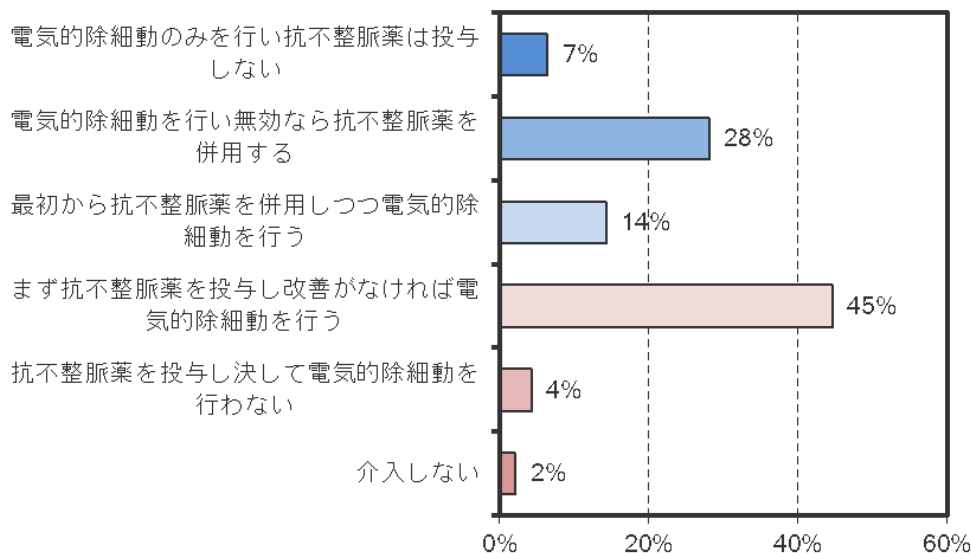
- DC

質問 2.4. あなたが上記で選択した薬剤を投与するねらいは心拍数コントロール、除細動 (洞調律化) のどちらですか？

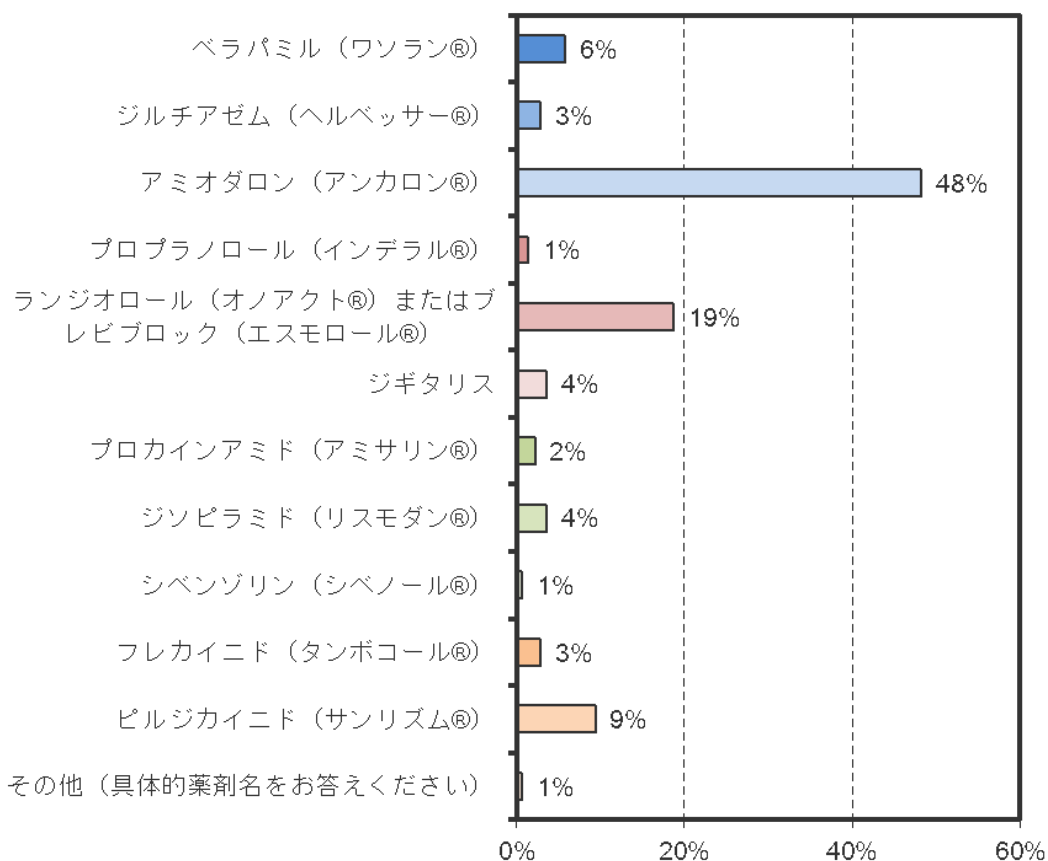


3. 敗血症患者が発作性心房細動になりました。気管挿管人工呼吸中。心拍数が 110/min から 160/min、動脈圧が 104/56 (69) から 80/52 (63) mmHg へと変化しました。現在ノルアドレナリン 0.5mcg/kg/min を使用中。左室壁運動は全体的に低下しており (EF35%) 尿量も減少し、乳酸も上昇しました。

質問 3.1. あなたは以下のうちどのような管理方針を立てますか？



質問 3.2. もし除細動の促進や洞調律の維持の目的で電氣的除細動に薬剤を併用するとしたら使用するものは？

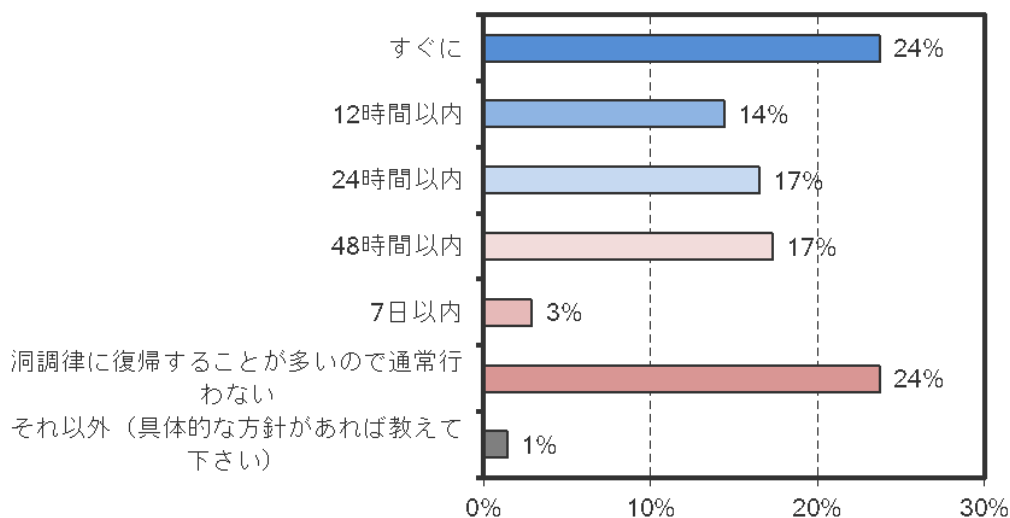


*その他（具体的に記載）回答者 1名

- 使用しません。

4. 敗血症患者が発作性心房細動になりました。心拍数が 160/min、動脈圧は 120/54 (73) mmHg、現在血管作動薬を使用しておらず、心機能は良好で、その他の臓器不全の徴候もなく、出血性病変もありません。

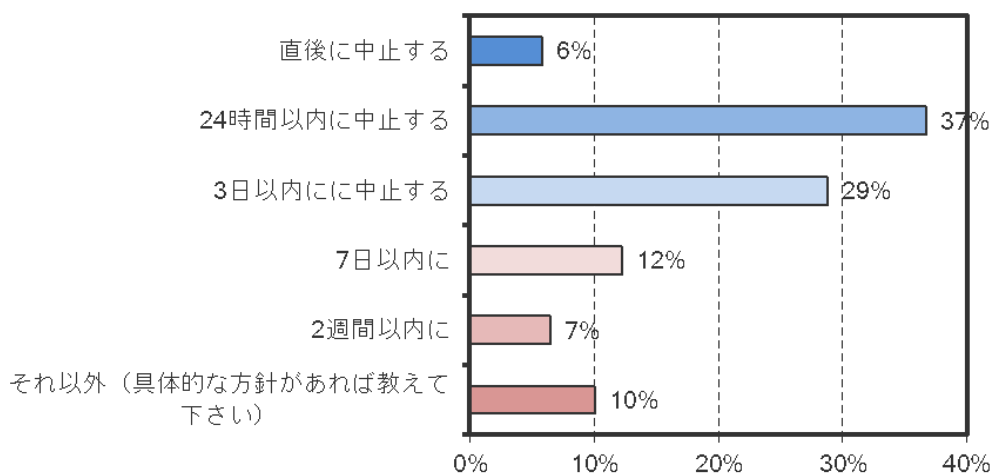
質問 4.1. 抗凝固療法をいつ開始しますか。



*その他（具体的に記載）回答者 2名

- 循環器医師の指示
- CHADS2 を用い評価

質問 4.2. この患者が洞調律に復帰しました。抗凝固療法中です。いつ抗凝固療法を中止しますか。

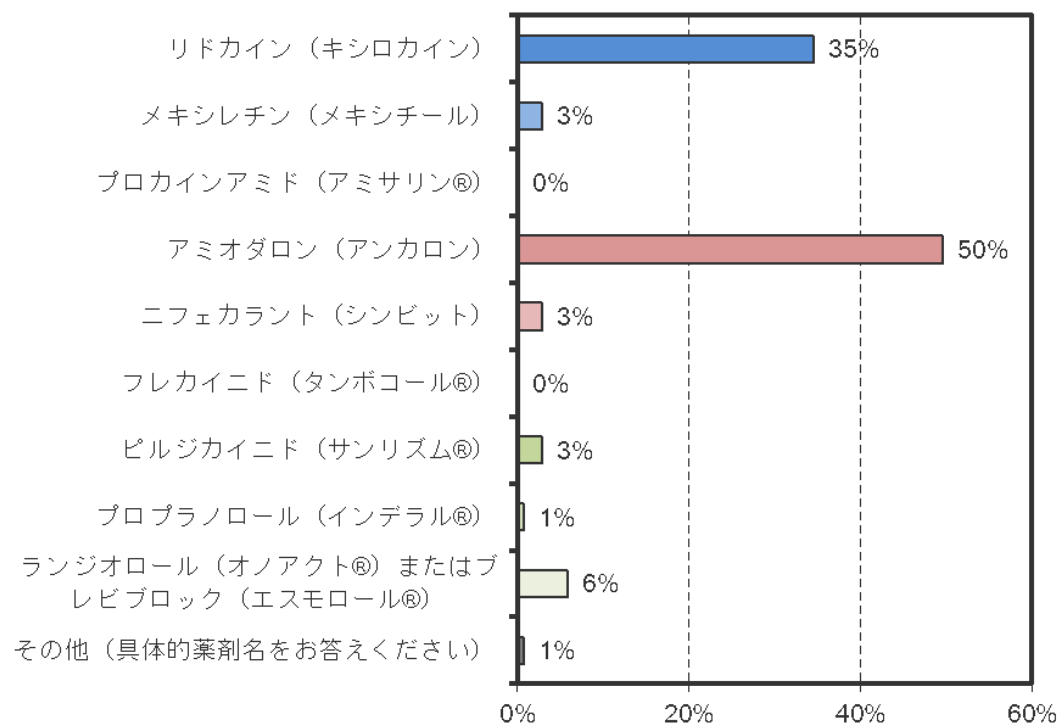


***その他（具体的に記載）回答者 14 名**

- CHADS2 スコア、心房径、全身状態などで判断。
- Af の持続時間、抗凝固の程度と合わせて判断。
- 心房細動の原因となる病態が治ったら。
- 出血のリスクを勘案しながら継続。
- ICU 退室まで。それ以降は主治医の判断に委ねる。
- 一ヶ月程度続け、再発がなければ中止する。
- 他に血栓形成のリスクが無ければ、即中止。
- Up To Date には 1 ヶ月と書いてあるので。
- 24 時間以内に PAF 再発がなければ中止する。
- ヘパリンはすぐにははじまらないため。
- 循環器医師の指示。
- 集中治療室退室時（全身状態改善傾向で再発するのであれば永続的に行う）。
- TEE で明らかな血栓がないことを確認してから。
- リスクに合わせて継続を検討する。

5. 心筋梗塞後患者が心室頻拍になりました。動脈圧は 95/50 (72) mmHg と保たれていましたが、頻発するため抗不整脈薬を使用することに決めました。

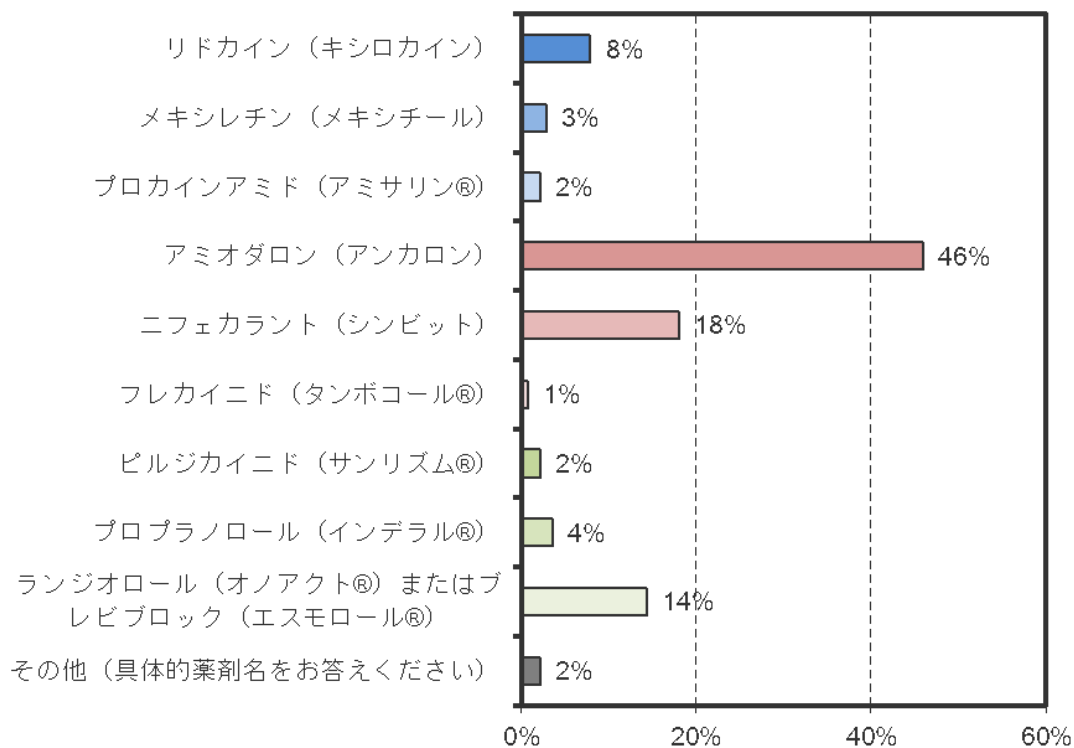
質問 5.1. あなたが第一選択薬として使用するのはどれですか？



***その他（具体的に記載）回答者 1 名**

- オリベスを持続で使用する。

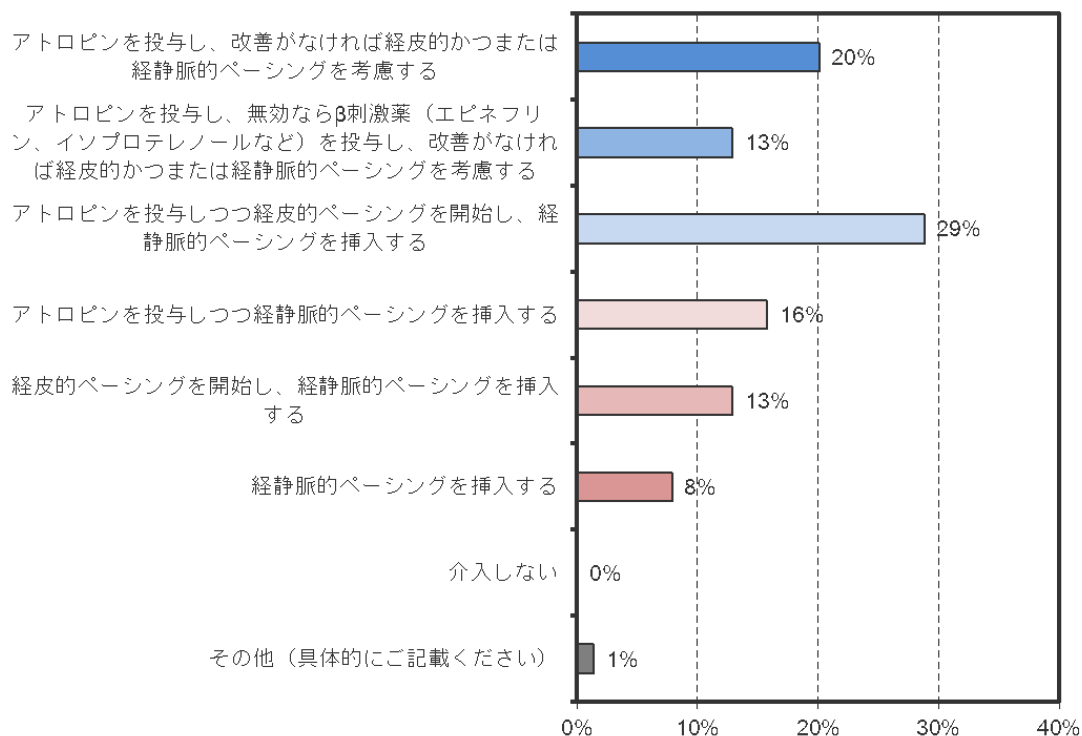
質問 5.2. 上記患者の心室頻拍発作が停止しません。あなたが第二選択薬として使用するのはいずれですか？



***その他 (具体的に記載) 回答者 3名**

- プロブフォール投与し、人工呼吸管理。
- わからない
- DC

6. 急性心筋梗塞患者が III 度房室ブロックを合併し、心拍数が 35/min、動脈圧は 70/44 (56) mmHg、患者の受け答えは緩徐です。あなたは以下のうちどのような初期対応を行いますか？



***その他（具体的に記載）回答者 2 名**

- すぐ経皮的ペースングを行う。
- 経皮 PM バックアップ後、アトロピンおそらく無効にてドーパミン開始⇒経静脈ペースングします。

質問 7. 本アンケートについてのご意見、今後行ってほしいアンケート調査のアイデアなどがありましたらご自由に記載して下さい

***回答者 9 名**

- 他施設の治療方針等が見れて勉強になります。
- 抗不整脈薬を適宜使用か持続静注するかも興味があるところでした。
- "INTENSIVIST の不整脈特集号に、当時神戸大学の平岡先生が「米国では一般内科医に投与を許されているのはアミオダロンのみであり、その他の抗不整脈薬は循環器内科医の指導のもとで投与していた」旨の記述をされていたのを読んで、とても驚かされたのを覚えています。しかし、その記述により、自分もいつしか深く考えずにアミオダロンを投与するようになりました。今では、その効果の良さと有害事象の少なさ故に、ICU での頻脈性不整脈に対する抗不整脈治療としてはランジオロールとアミオダロンさえあれば良い、と思う自分になってしまいました。編集者のひとりとして「不整脈治療はそれで良いのか？」という自問自答はありますが。
- 看護師です。自らの知識の無さを痛感致しました。再考させられる内容であり、感謝いたします。
- カテコラミンのシリンジ交換、輸液ポンプ管理について。
- 看護師であるため治療の主導は担当医が持ち答えられる範囲が限定されるため推測や自分ならという観点でしか答えられませんでした。
- 敗血症における頻脈性不整脈は、原則、輸液負荷を原則として行い、その反応がない場合に、抗不整脈や電氣的除細動を考慮する方針です。

- 心機能の低下の有無にかかわらず、重症患者においてはジギタリスとアミオダロンくらいしか使っていません。ランジオロールは臨床経験が蓄積されてくれば使うのかもしれませんが、基本的に重症患者における頻脈性心房細動は原疾患の悪化によってもたらされたものであって、無理に心拍数や調律だけをコントロールしに行くのは本末転倒であるように感じます。血圧の変わらない心房細動について、心拍数や血圧のほかに、脈拍数や尿量、意識のある患者では自覚症状を参考にして適宜ジギタリスを用いたり DC をかけたりしています。質問 3.5 は「介入しない」を選ばないことが前提になっている問いなのですね。
- 非常に面白いアンケートでした。集計結果が早くみたいです。

以上