



麻酔科関連領域と役割

矢田部智昭

麻酔科医の仕事

- (1) 手術のための麻酔
- (2) 術前管理
- (3) 術後管理を含めた集中治療
- (4) ペインクリニック
- (5) 術後鎮痛サービス
- (6) 緩和医療
- (7) 救急医療・蘇生
- (8) 手術室・ICUの運営



手術のための麻酔

- ・鎮痛
 - ・鎮静
 - ・不動
 - ・有害反射の抑制
 - ・循環・呼吸管理
- ➡ 全身麻酔の3要素



手術のための麻酔



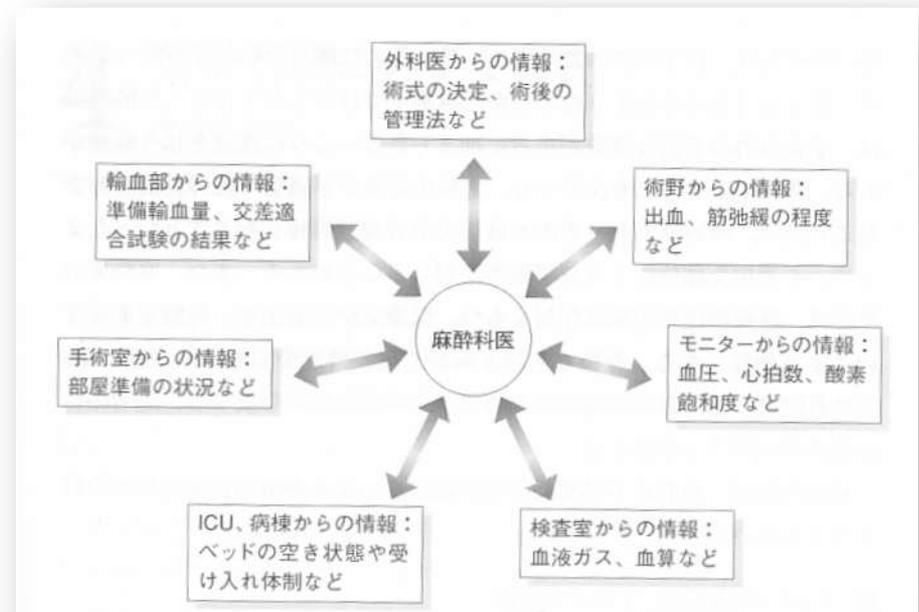
1980年代以降のモニター，薬剤の進歩が麻酔科医の手術中の担う領域の拡大に寄与することとなった

手術のための麻酔

- ・鎮痛
- ・鎮静
- ・不動
- ・有害反射の抑制
- ・循環・呼吸管理
- ・体温管理
- ・術後痛対策
- ・栄養管理
- ・血糖管理
- ・術野の状態の把握
- ・輸血の準備状況
- ・ICUの空室状況の把握



全身麻酔の3要素



「術中のコントロールタワー」

手術のための麻酔



患者さんを術前より悪くしない麻酔



患者さんの予後をよくする麻酔



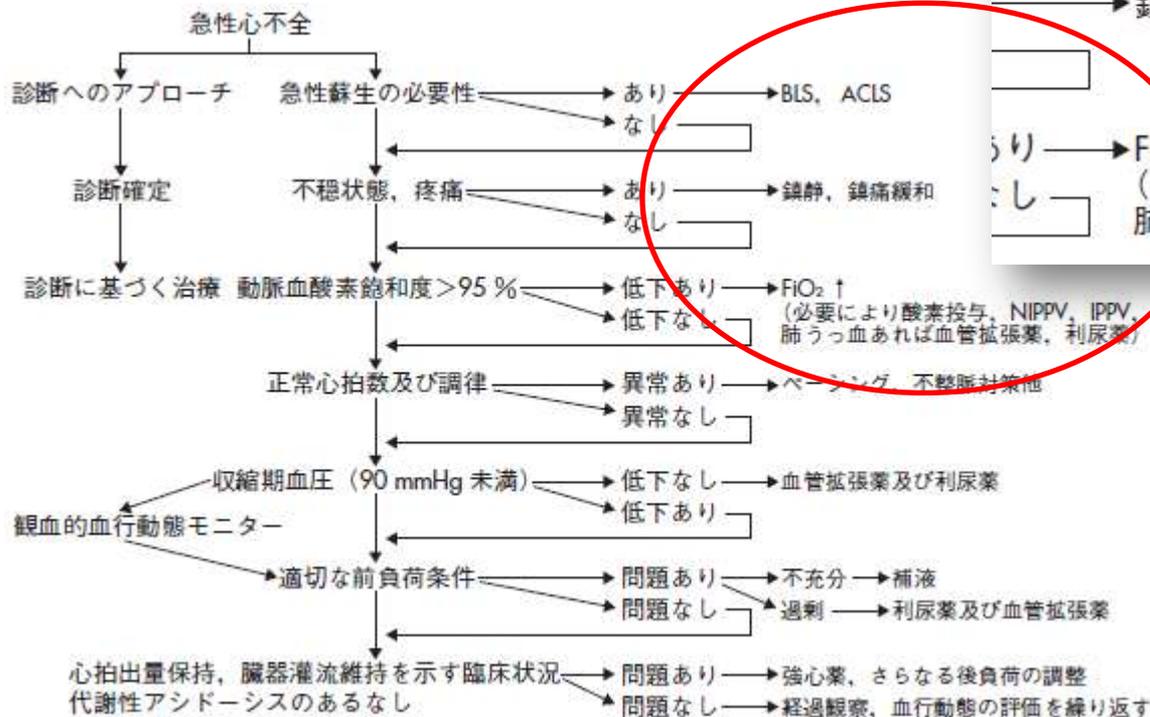
集中治療

呼吸, 循環管理をはじめ幅広い分野の知識

循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2004-2005年度合同研究班報告)

急性心不全治療ガイドライン(2006年改訂版)

Guidelines for Treatment of Acute Heart Failure (JCS 2006)



→ BLS, ACLS

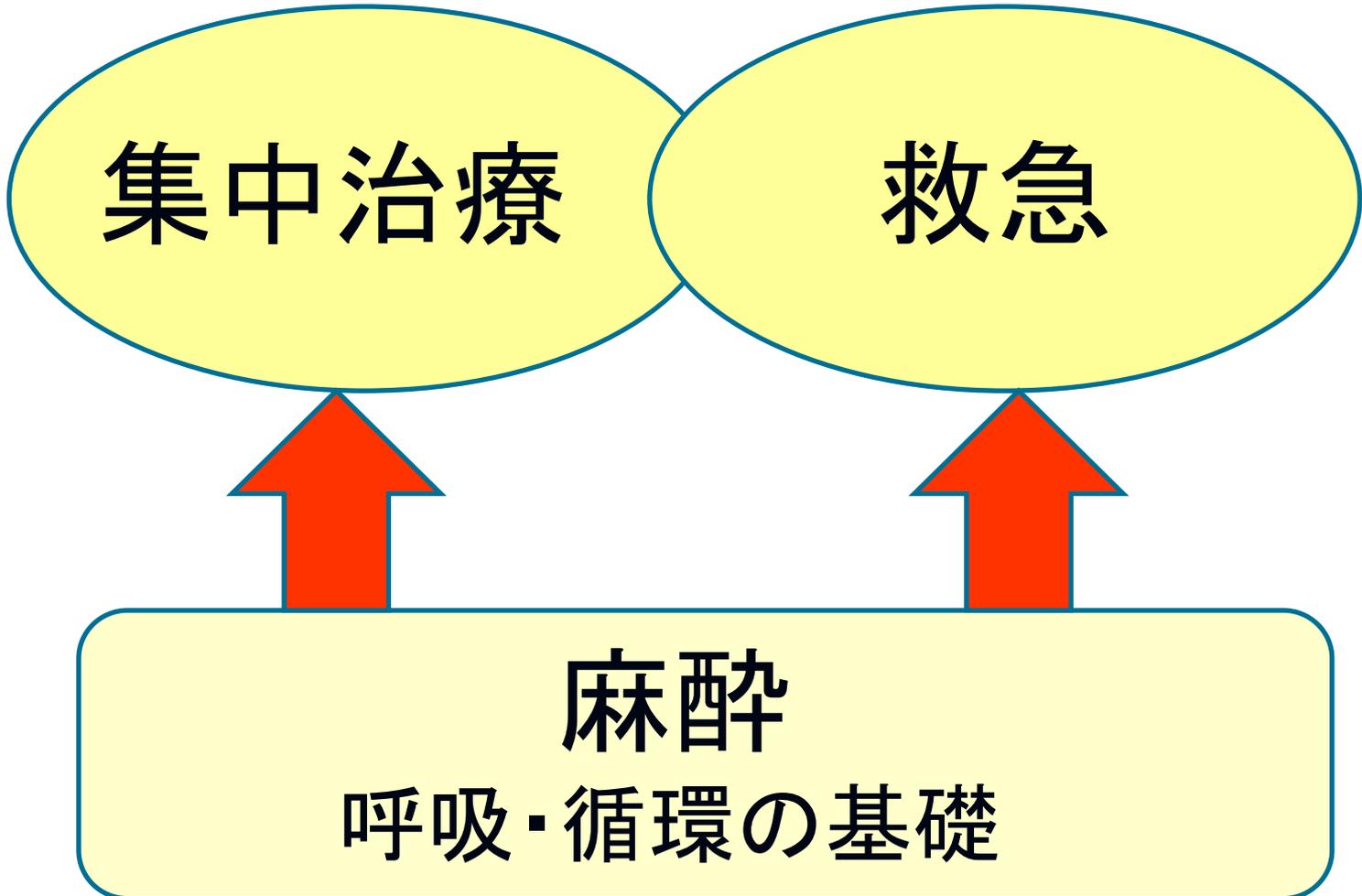
→ 鎮静, 鎮痛緩和

あり → FiO₂ ↑

(必要により酸素投与, NIPPV, IPPV,
肺うっ血あれば血管拡張薬, 利尿薬)



集中治療



ペインクリニック



神経ブロック療法や薬物療法などの様々な方法を用いて、有害な痛みを緩和するための治療を行う



緩和ケア

苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン

表3 鎮静に用いられる薬剤

	開始量	投与量	投与経路
ミダゾラム	投与開始量は、0.2-1mg/時間 持続皮下・静注。 1.25-2.5mgの追加投与を行ってもよい	投与量は、5-120mg/日 (通常20-40mg/日)	静脈 皮下*
フルニトラゼパム	0.5-2mgを0.5-1時間で緩徐に点滴静注		静脈
グロプロロマジン	5-12.5mgを0.5-1時間で緩徐に点滴静注、 または、5-12.5mgを筋肉内注射		静脈* 筋肉注射
レボメプロロマジン	5-12.5mg/日を持続皮下注、 または、5-12.5mgを筋肉内注射	12.5-50mg/日	皮下* 筋肉注射
フェノバルビツール	4-30mg/時間を持続皮下注で開始し、適切な鎮静が得られた後に減量する。 投与開始時に50-200mgの追加投与を行ってもよい		皮下 直腸

麻酔科医の持つ神経ブロック療法や薬物療法など
知識，技術を発揮することができる

災害医療



【急性期】

最前線で医療を展開するDMAT, 後方支援として患者受け入れを行うICUとしての医療を提供

【亜急性期】

手術室の“総合内科医”としての知識, 緩和ケア, ペインでの傾聴の技術を活かした救護医療活動

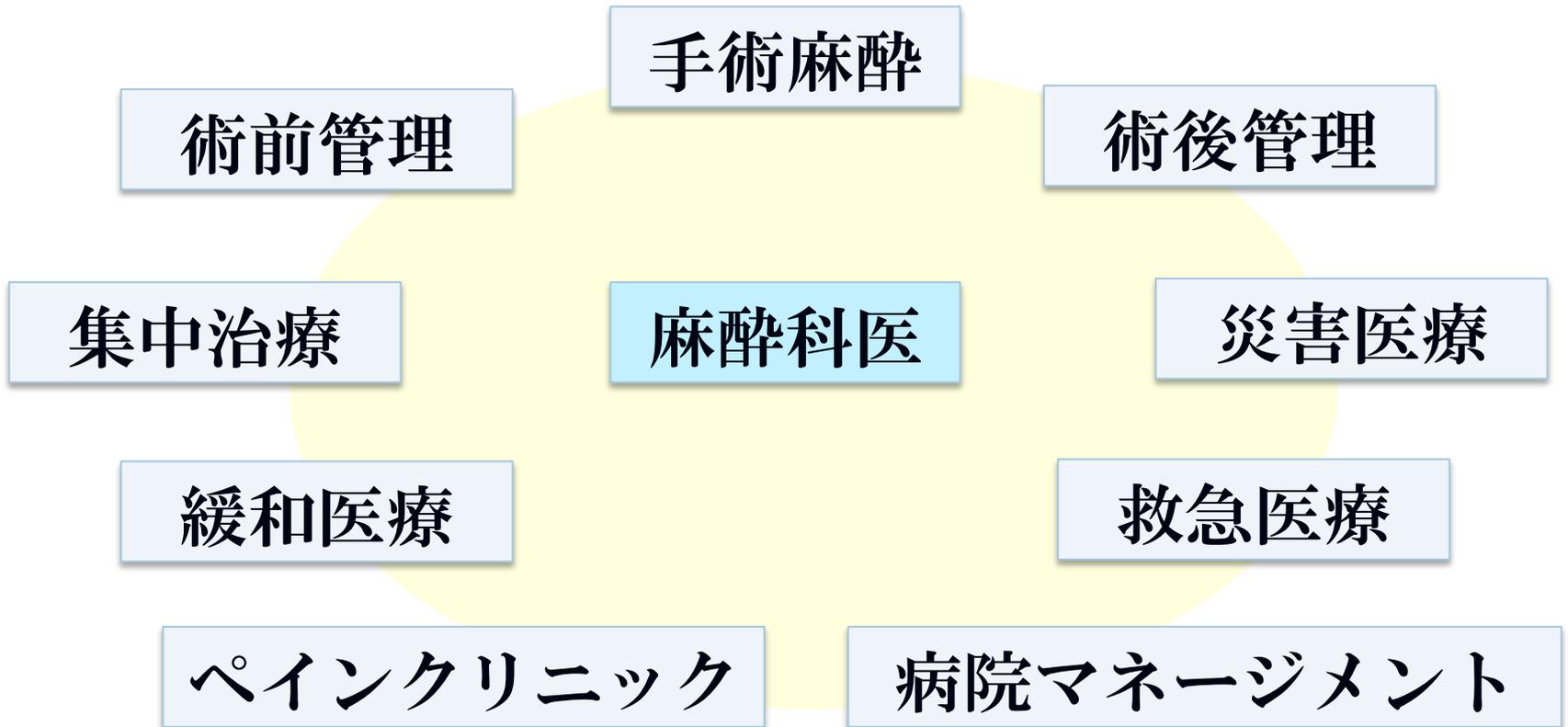
マネージメント

ICU管理や手術室運営など麻酔科医には高い
マネージメント能力も求められる



麻酔科医が院長として手腕を発揮する病院も多い

麻酔科医の役割



麻酔科学を基礎として様々な分野での活躍が可能