

知っておきたい！ 病棟当直管理上の教訓

►循環器 領域

詳細は⇒ p.140

- 低心機能の心房細動に非ジヒドロピリジン系Ca拮抗薬は注意！
- 心不全、心筋梗塞の既往がある患者にI群Naチャネル遮断薬は使用しない！
- 心不全による肺うつ血時に収縮期雜音を聴取したら硝酸薬投与は慎重に！

►消化器 領域

詳細は⇒ p.147

- 消化管出血止血後の食事開始は少なくとも24時間以上経過してから！
- 消化管出血時にも抗血栓薬はできる限り継続を！
- 肝硬変患者の消化管出血には予防的抗菌薬投与が必要！
- 食道静脈瘤患者への胃管やイレウスチューブ挿入は緊急内視鏡可能な体制下で行う！

►呼吸器 領域

詳細は⇒ p.159

- 「喘息患者=NSAIDs禁」はやめましょう！
- 哮息+鼻茸はアスピリン喘息を疑おう！
- アスピリン喘息が否定しづらい場合の鎮痛薬はアセトアミノフェン！
- 哮息発作！？ まずは落ち着いて発作強度の評価を！
- COPD患者への酸素投与はSpO₂:88~92%を目標に！
- COPD患者で心不全の治療は控えない！
- 前立腺肥大や閉塞隅角線内障にはLAMAは避けよう！
- COPD急性増悪にはABCアプローチ！

▶神経 領域

詳細は⇒ p.168

- MAO-B 阻害薬内服歴があればセロトニン作動薬を避ける！
- 重症筋無力症は禁忌の宝庫！ 薬剤新規導入時には要注意！
- Charcot-Marie-Tooth 病への不用意な薬剤投与に注意！
- レビー小体型認知症は薬剤過敏性あり！ 少量から投与を！

▶内分泌・代謝 領域

詳細は⇒ p.176

- チラーディン[®] 再開時には少量から！
- 抗結核薬、抗てんかん薬を投与時にはコートリル[®] を增量！
- 無症候性の潜在性甲状腺機能低下症は焦らず、慎重に評価を！

▶血液・腫瘍 領域

詳細は⇒ p.182

- 発熱性好中球減少症は、37.5 °C以上の発熱があり、好中球数が1,000/μL未満であれば想起する！
- 発熱性好中球減少症では、感染巣が同定できなくても抗菌薬投与を躊躇しない！
- 好中球数だけで免疫状態を判断するのは御法度！
- 免疫関連有害事象は発症時期が多様！ 過去に免疫チェックポイント阻害薬の投与歴があれば疑うことが大事！
- 血液疾患の輸血閾値は症状と経過と原因も考慮して判断しよう！

▶腎臓・透析 領域

詳細は⇒ p.188

- たんぱく制限よりもまずは十分な食事摂取量の確保を！
- 血液透析患者の絶食時には fasting hyperkalemia に注意！
- 保存期腎不全例ではヨード造影剤使用前後に生理食塩水で予防を！ 透析症例でも不要なヨード造影剤使用は避ける！
- eGFR 30 mL/分 / 1.73 m²未満ではガドリニウム造影剤はなるべく避ける！

►膠原病 領域

詳細は⇒ p.203

- 関節リウマチ患者では気道管理に警戒が必要！
- 関節リウマチ患者は心予備能が低い可能性に注意。過剰輸液にならないように！
- ステロイドによる血糖上昇パターンを意識した血糖管理を！

►精神 領域

詳細は⇒ p.211

- 入院中の精神状態悪化は“意識”と“了解”で整理できる！
- 離脱症状～説明のつかない症状の出現時には入院前後の服薬内容をチェック！
- わかりにくい抗精神病薬の副作用～アカシジアとジストニアを積極的に疑おう！
- 悪性症候群、セロトニン症候群～40℃以上では即座にICUへ！
- 異常が正常な摂食障害のバイタルサイン～栄養には特殊な管理が必要！