

アナフィラキシー

項目	日本版救急蘇生ガイドラインに盛り込むべき内容	採用の理由、および指導上の留意点など	
一般的注意	アナフィラキシーは突然に発症する呼吸・循環系の危機的状態である。アナフィラキシーは、気道閉塞および循環虚脱の2つの病態を持つが、急速に心停止へ進展する場合があります、迅速かつ適切な対応が必要である。		
酸素投与	高濃度酸素を投与する。		
アドレナリン	投与方法	皮下注よりも筋注が望ましい。	皮下注では吸収が悪く、最高血中濃度に到達するまでに時間がかかるため、ショックを遷延させる可能性がある。
	適応	ショック、気道浮腫、明らかに呼吸困難を呈するすべての患者に対し筋肉内投与する。	
	投与量	・成人では0.3～0.5mgを筋注投与する。 ・臨床症状が改善しない場合は5～20分毎に再度筋注する。 ・改善が一過性の場合は数回の投与が必要となる。	エピペン用量に従って2種類の投与量を採用 投与間隔はAHA、ERCの折衷 * 具体的な使用方法については指針にて記載
	静注投与	・重篤で、直ちに生命に危険が及ぶ所見を認める場合に静注投与を考慮する。 ・ただし、重大な合併症を生じる危険性があるため、適切なモニター下に投与すべきである。	
	静注投与量	・ボスミン ^(R) の10倍希釈液(アドレナリン0.01%、すなわち1万倍希釈液)を1ml(アドレナリンとして0.1mg)、5分以上かけて静注する。 ・静注する場合は心電図及び血圧モニター下に投与する。	具体的に紹介 * 具体的な使用方法(希釈法など)については指針にて記載
	持続静注投与	持続静注投与は1～4 μg / 分を適切なモニター下に投与する。	* 具体的な使用方法(希釈法など)については指針にて記載
遮断薬を内服中の患者	遮断薬を内服中の患者ではグルカゴンやイبراتロピウムが有効である可能性もあるが、わが国ではアナフィラキシーショックがこれら薬剤の適応とはなっていない。		
輸液療法	・血圧低下があり、アドレナリン投与によっても速やかに改善しない場合は急速輸液を行う。 ・1～2Lを必要とする場合があり、さらなる輸液が必要な場合もある。	血管拡張および血管透過性の亢進のため、相対的にも絶対的にも循環血液量が減少する。	
抗ヒスタミン薬	ゆっくり静注するか筋注する。(ジフェンヒドラミン25～50mgなど)。		
H2遮断薬	H2遮断薬の静注(たとえばラニチジン50mg静注)も考慮する。		
刺激剤吸入	気管支攣縮が明らかな場合は2刺激剤の吸入を行う。		
ステロイド	・治療経過の早期に大量を静注する。 ・コルチコステロイドは遅効性と考えられ、静注で投与されても効果発現までに4～6時間が必要である。		
毒液囊除去	・ハチは種類により毒液囊を皮膚に残す。 ・いかなる虫体も刺入部位より直ちに除去する。 ・毒液囊が残っていた場合に刺入部周辺を揉むと、毒液の放出が進行する可能性がある。		

アナフィラキシー

項目	日本版救急蘇生ガイドラインに盛り込むべき内容	採用の理由、および指導上の留意点など	
可能性のある治療: グルカゴン	・アドレナリンに反応しない症例、特に 遮断薬を投与されている患者において考慮する。 ・グルカゴン1～2mgを5分毎に筋注または静注する。		
観察を要する時間 (退院時期)	症状の再発に注意し、治療に反応した後も少なくとも24時間以上経過観察が必要である。		
悪化した後	・気道狭窄が進行した症例では、気管挿管や輪状甲状靭帯(間膜)切開など緊急気道確保が困難または不可能な場合がある。このため、気道狭窄の症状が発生した場合は悪化する前に気管挿管を考慮すべきである。		
気管挿管の試み	・気道確保困難時における気道確保方法の選択肢について、機材の準備、使用手順などの計画を立てておくことが推奨される。		
difficult airwayに陥る可能性を早期に認知すること	・アナフィラキシー症例における気管挿管は、初回操作から熟練した医師(麻酔科指導医や救急医など)が行う事が推奨される。		
基本的対応	アナフィラキシーによって心停止になった場合は通常のALSアプローチに加え、以下の点に留意する。		
心停止への対応	輸液療法	・大量輸液を行う。 ・急速に4～8Lの投与が必要な場合もある。	致死的なアナフィラキシーでは高度な血管拡張と血管透過性の亢進のため、相対的かつ絶対的な循環血液量の減少を招く。
	アドレナリン	アナフィラキシーによる心停止では高用量アドレナリン投与も選択肢となる(例; 1～3mg静注を3分ごと、3～5mg静注を3分ごと、4～10μg/分の持続静注)	
	抗ヒスタミン薬	投与を考慮する。	心停止に陥ったアナフィラキシーにおける価値に関するデータは少ない。 しかし、害になる可能性は低いと推測してもよい。
	ステロイド	投与を考慮する。	心停止中の投与はほとんど即効性はない。 しかし、自己心拍が再開した場合は、その後に効果が発現する可能性がある。
	心静止 / PEA アルゴリズム		
	CPR	長時間のCPRが必要な場合がある。	アナフィラキシーの患者の多くは若く、心臓・血管系が健常であり、血管拡張と循環血液量減少に対してよく反応する。 有効なCPRが行われれば、アナフィラキシーの深刻な影響から離脱するまでの間、臓器への酸素供給を維持することが可能である。
アドレナリン自己注射			
レトロスペクティブな診断	アナフィラキシーの蘇生成功後のアレルゲンの同定は、再発を予防する上で重要である。専門家に紹介する。		

アナフィラキシー

項目	日本版救急蘇生ガイドラインに盛り込むべき内容	採用の理由、および指導上の留意点など
MedicAlert	薬剤投与が必要な患者で、意識障害などのためアレルギーの既往歴が不明な場合は、禁忌薬剤などを記載した"MedicAlert"型のブレスレットまたはペンダントを装着していないか確認する。	アナフィラキシーのリスクが非常に高い患者では、それを警告する"MedicAlert"型のブレスレットまたはペンダントを装着している人がいる。
届出		日本に登録制度はない