

[ # 1 目次 ( 1 ) ] ( 1 奇数 + 2 偶数 = 見開き )  
( 大阪 F 1 0 、 1 ページ = 2 5 行 )  
( 上 2 . 5 、 下 1 3 . 0 、 左 0 . 5 、 右 1 1 . 5 )  
1 ) 目次 ( 1 )                      2 ) 目次 ( 2 )  
3 ) 目次 ( 3 )                      4 ) 目次 ( 4 )

---

- 0 1 ) 目次 ( 1 )
- 0 2 ) 目次 ( 2 )
- 0 3 ) 目次 ( 3 )
- 0 4 ) 目次 ( 4 )
- 0 5 ) 外来の手順 ( AIH 、 サージトロン 、 レーザー )
- 0 6 ) 腫瘍マーカー ・ 検尿 ・ 早産チェック
- 0 7 ) 妊娠中の超音波 ( 計測値 ) 、 妊娠歴用電卓
- 0 8 ) グラフの出し方 、 カラー Doppler
- 0 9 ) カラー Doppler ( 臍帯動脈 - P I )
- 1 0 ) カラー Doppler ( 臍帯動脈 - R I )
- 1 1 ) カラー Doppler ( 中大脳動脈 - P I )
- 1 2 ) カラー Doppler ( 中大脳動脈 - R I )
- 1 3 ) 約束処方 ・ 性交後避妊 ・ 抗てんかん薬
- 1 4 ) 漢方薬の処方
- 1 5 ) 妊婦の気管支喘息
- 1 6 ) 梅毒定量法 ・ S T D チェック
- 1 7 ) 妊婦のバセドウ病
- 1 8 ) 妊婦の橋本病 、 膠原病 、 I T P
- 1 9 ) 骨粗鬆症採血 ・ ホルモン検査
- 2 0 ) 骨粗鬆症の治療

[ # 2 目次 ( 2 ) ] ( 1 奇数 + 2 偶数 = 見開き ) 25

- 2 1 ) 病棟の食事療法・安静度
- 2 2 ) 病棟のルーチン・新生児係の手順
- 2 3 ) 病棟の手術の手順
- 2 4 ) O P E 後モルヒネの返品法 ( 1 )
- 2 5 ) O P E 後モルヒネの返品法 ( 2 )
- 2 6 ) 急患・重症患者の取扱い
- 2 7 ) I C U 採血・ポイント管理・術後高血圧
- 2 8 ) イレウスの管理
- 2 9 ) シリンジポンプ・輸液ポンプの使用  
( 術後ヘパNa、イノバン、アプレゾリン、  
陣痛誘発 P G F 2  $\alpha$ ・アトニン、ウテメリン )
- 3 0 ) イノバンの投与方法
- 3 1 ) 妊娠中毒症や術後のペルジピンの投与方法
- 3 2 ) 凝固・線溶系の検査 ( 1 )
- 3 3 ) // ( 2 )
- 3 4 ) 産婦人科 D I C の判定基準
- 3 5 ) 内科 D I C の判定基準 ( 厚生省 )
- 3 6 ) D I C 時の治療法 ( 各種薬剤 ) ( 1 )
- 3 7 ) D I C 時の治療法 ( 各種薬剤 ) ( 2 )
- 3 8 ) D I C 時の治療法 ( 各種薬剤 ) ( 3 )
- 3 9 ) 血液の取扱い ( 輸血・自己血・エスポー )
- 4 0 ) 低 Na 血症の補正
- 4 1 ) 高 K 血症・低 K 血症の補正

[ # 3 目次 ( 3 ) ] ( 1 奇数 + 2 偶数 = 見開き ) 25

- 4 2 ) 分娩チェック
- 4 3 ) 分娩後の記載セット
- 4 4 ) 新生児仮死の治療・光線療法
- 4 5 ) HB ( + ) 、 Rh ( - ) 、血液培養
- 4 6 ) 妊娠中毒症の取扱い ( 1 )
- 4 7 ) 妊娠中毒症の取扱い ( 2 )
- 4 8 ) 妊娠中毒症の取扱い ( 3 )
- 4 9 ) 妊娠中毒症のケミカル
- 5 0 ) DM の取扱い ( 1 )
- 5 1 ) DM の取扱い ( 2 )
- 5 2 ) 子宮頸癌の分類
- 5 3 ) 子宮体癌の分類
- 5 4 ) 卵巣癌の分類
- 5 5 ) 卵巣癌のケモ ( 広大方式 )
- 5 6 ) CAP の投与方法・検査
- 5 7 ) CAP ケミカル ( 1 )
- 5 8 ) CAP ケミカル ( 2 )
- 5 9 ) CDDP の副作用
- 6 0 ) PPF ケミカル ( 1 )
- 6 1 ) PPF ケミカル ( 2 )
- 6 2 ) NPF ケミカル
- 6 3 ) EP 療法、V-CAP 療法、PPE 療法
- 6 4 ) IAP 療法ケミカル

[ # 4 目次 ( 4 ) ] ( 1 奇数 + 2 偶数 = 見開き )

- 6 5 ) タキソール・カルボ ( T J ) の指示
- 6 6 ) タキソール・カルボ ( T J ) のケミカル
- 6 7 ) 体表面積
- 6 8 ) ケモの効果判定・T A E 申し込み
- 6 9 ) 抗がん剤の副作用
- 7 0 ) 抗生剤・ジフルカンの投与方法
- 7 1 ) I V H の取扱い ( 1 )
- 7 2 ) 細菌培養の感受性 ( 1 )
- 7 3 ) 細菌培養の感受性 ( 2 )
- 7 4 ) N A P ( ← C A P ) ケミカル
- 7 5 ) C P T 1 1 + M M C ケミカル
- 7 6 ) D P ケミカル
- 7 7 ) D J ケミカル
- 7 8 ) D J ( Weekly ) ケミカル
- 7 9 ) L D - C A P ケミカル
- 8 0 ) ステロイド対応量
- 8 1 ) 院内ピッチ・病理解剖
- 8 2 ) 癌のターミナルケア
- 8 3 ) T P 一括ケミカル
- 8 4 ) W - T J ケミカル
- 8 5 ) W - D P ケミカル
- 8 6 ) 各種処方 ( 1 )
- 8 7 ) 各種処方 ( 2 )
- 8 8 ) 各種処方 ( 3 )
- 8 9 ) 各種処方 ( 4 )
- 9 0 ) 各種処方 ( 5 )
- 9 1 ) 各種処方 ( 6 )
- 9 2 ) C P T 1 1 + D O C のケミカル

(#05) 外来の手順 (AIH、サージトロン、レーザー)

- 1) AIH : 精液 2 ~ 3 ml + GPM (=セロノ液)  
7 ~ 8 ml → 10 ml のスピッツに入れる  
1500回転5分間で精子が沈降 0.6 ~ 0.8 ml  
AIH 針は注射器に吸って注入 (AIH 後15分内診台)
- 2) ハイツインクロン測定範囲 : 2 ~ 200万単位/l  
(モノクローナル、LH交差なし)  
非妊婦は、全て2単位/l未満
- 3) エルマンサージトロン (高周波メス) の使用法
  - 1) 対極板をつける (緑)
  - 2) 焼灼用接続口 (白←黒)
  - 3) 切開、混合 → 針金のピース
  - 4) 止血 → 先端が丸いピース
  - 5) 電圧 ----- 4 ~ 5 位で
- 4) 外来レーザー (Medilaser) の使用法 = 蒸散法
  - 1) 右横の電源 ON、カギスイッチON
  - 2) 10 ~ 12Wの出力  
(コンジローマは、2 - 3 CW)
  - 3) 先端より 2.5 ~ 5 cm 離れた距離で、1 mm の  
深さ<br>
  - 4) Mode → CW (Power - 緑、Ready - 赤)
  - 5) Exposure → <br>  
PW (Pulse Wave) (0.1 Second)  
or CW (5 cm の距離で出力 15W で)
  - 6) Gas → Air
  - 7) H. V. (+) : ON
- 8) Flow Rate : High

(#06) 腫瘍マーカー・検尿・梅毒・早産チェック

1) 腫瘍マーカー

SCC N: 1.5 ↓  
CEA N: 5.0 ↓  
CA125 N: 35 ↓  
CA199 N: 37 ↓  
CA153 N: 30 ↓  
シフラ N: 3.5 ↓

2) 凝固系マーカー

Dダイマー N: 1.0 ↓  
PIC N: 0.8 ↓  
TAT N: 3.0 ↓

3) 尿糖 (糖は、2号合意)

0.10 g/dl (±)  
0.25 g/dl (+)  
0.50 g/dl (++)  
1.00 g/dl (+++)

4) 尿蛋白 (蛋白は、さんてんさん)

30 mg/dl (+)  
100 mg/dl (++)  
300 mg/dl (+++)

5) 尿ケトン 5 (±)、 15 (+)、  
40 (++) 80 (+++)、 160 (++++)

6) (以下は22w~34wに保険適応)

エラスターゼ → エラスターゼの検出 (絨毛膜炎)  
PTD法 → 胎児性フィブロネクチンの検出  
(頸管熟化の完成)  
アムテック → α-フェトプロテインの検出  
(破水の確認) .

(#07) 妊娠中の超音波 (計測値)

週数	CRL	BPD	FL	Wt	頸管長
10	3.0	1.0	0.6	20	4.0
12	5.0	2.0			
18		4.0			
20		4.9	3.3	400	3.5
24		6.0			
25		6.4	4.4	800	3.5
28		7.0		1200	
30		7.7	5.5	1500	3.0
32		8.0		1700	
35		8.8	6.4	2500	2.5
38		9.0		3000	
40		9.4	7.0	3200	2.5

GS + 4 = ○○週数      CRL + 7 = ○○週数

BPD → 3~4 cm →  $O \times 4 + 2$  W

BPD → 5~8 cm →  $O \times 4$  W

BPD → 9 cm →  $O \times 4 + 2$  W

\*) 妊娠歴の電卓の使用法

\*) 推定体重 (東大)

1) AC (ON)

= BPD  $3 \times 1.07$

2) 最終月経 リターン

+ FL  $\times$  APTD

3) LMP = ○○年○○月○○日

$\times$  TTD  $\times 3.42$

96・8・8 と入力

4) ENT リターン

5) LMP = 96年8月8日

CA = 20週 2日

EDC = 97年5月15日

(#08) 外来の(東芝)、グラフの出し方

1) 1診のグラフの出し方

- ① 推定体重を出す
- ② 初期メニューをリターン
- ③ LMP/EDD リターン
- ④ EDD リターン
- ⑤ 予定日を入力 ○○月○○日○○年(西暦)
- ⑥ RETURN リターン
- ⑦ 初期メニュー リターン
- ⑧ トレンド リターン
- ⑨ トレンド リターン → グラフが出る

2) 2診のグラフの出し方

- ① 推定体重の出し方
- ② LMP/EDD リターン
- ③ 予定日を記入
- ④ ENTER リターン → グラフが出る

3) 救急外来(アロカSSD5500)の使い方

- ① 左の電源オン: ボディマークは、ボタン操作
- ② タッチパネル横のPROBEボタンでCV選択
- ③ PRESETボタンオン(ON (OBST))
- ④ MEASUREMENTボタンON  
(FW, Tokyo)
- ⑤ 画像を2画面にし、左画面で  
BPD測定MARKREF SET
- ⑥ 右画面にし、APTD測定 MARKREF SET
- ⑦ TTD測定 MARKREF SET
- ⑧ FL測定 MARKREF SET → データ表示

\* ) 音を出すには

- ① PROBE選択で、CV ② FLOW ON
- ③ B/D ON ④ カーソル移動
- ⑤ ディスプレイの音量調節

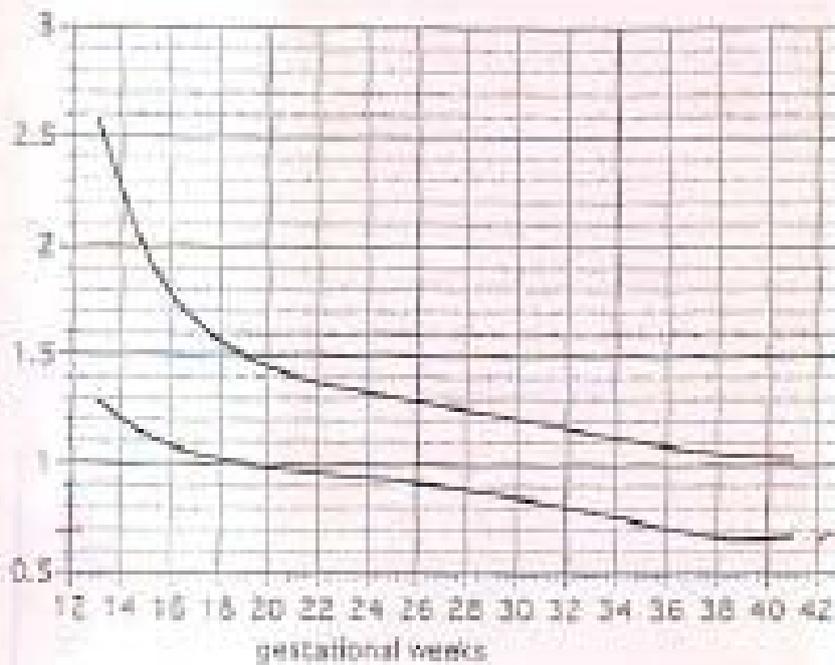
(第 67) 頁

← 1.0 以下 要 注意

0.9)

U<sub>m</sub>A-PI

10 ~ 90 percentile range



N. Shinzuka M.D & H. Kagawa M.D, 1996  
(N=808)

$$PI = \frac{A-B}{\text{平均}} = \frac{A-B}{(A+B) \div 2}$$

# 10胎帶動脈-RI

(HbA)

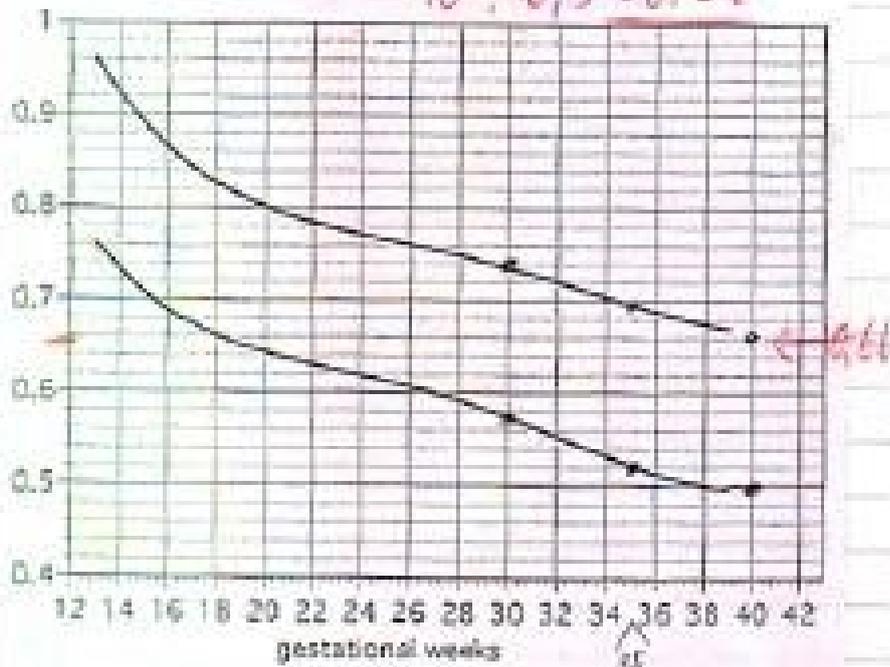
U<sub>n</sub>A-RI

10-90 percentile range

N: 0.5~0.66

0.667 → 常位

10)



N. Shinzuka M.D & H. Kagawa M.D. 1996  
(N=308)

胎帯中のRIの正常値 → 常位!  
(胎帯10日頃) 0.66

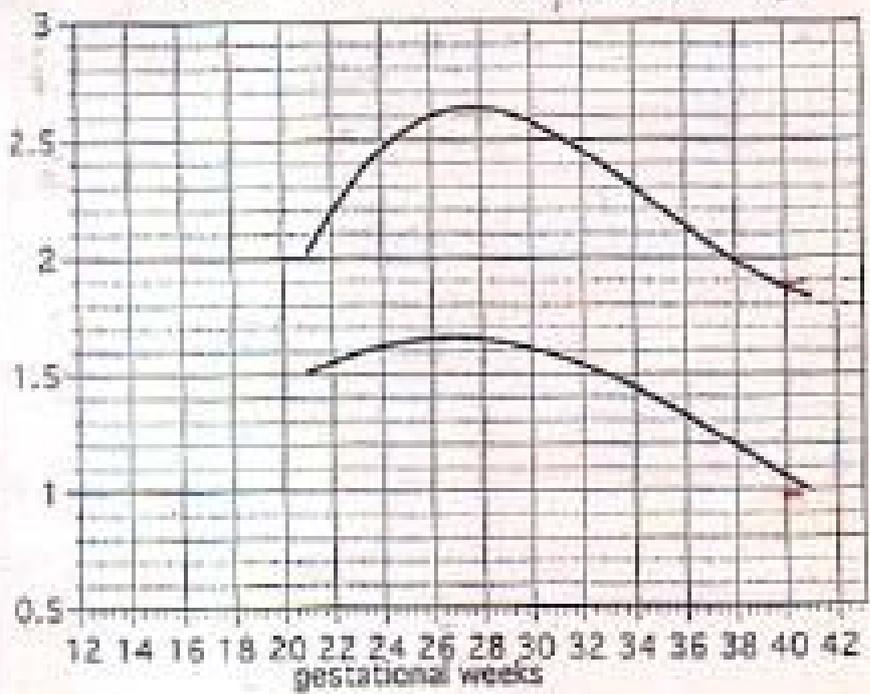
RI =

0.66

#69)

MCA-PI 10-90 percentile range

1.1)



1.9

1.0

N. Shinozuka M.D & H. Kagawa M.D. 1996 (N=579)

中大腦動脈のPIは  
1.0 ↓ → 異常

N: 1.0~1.9.

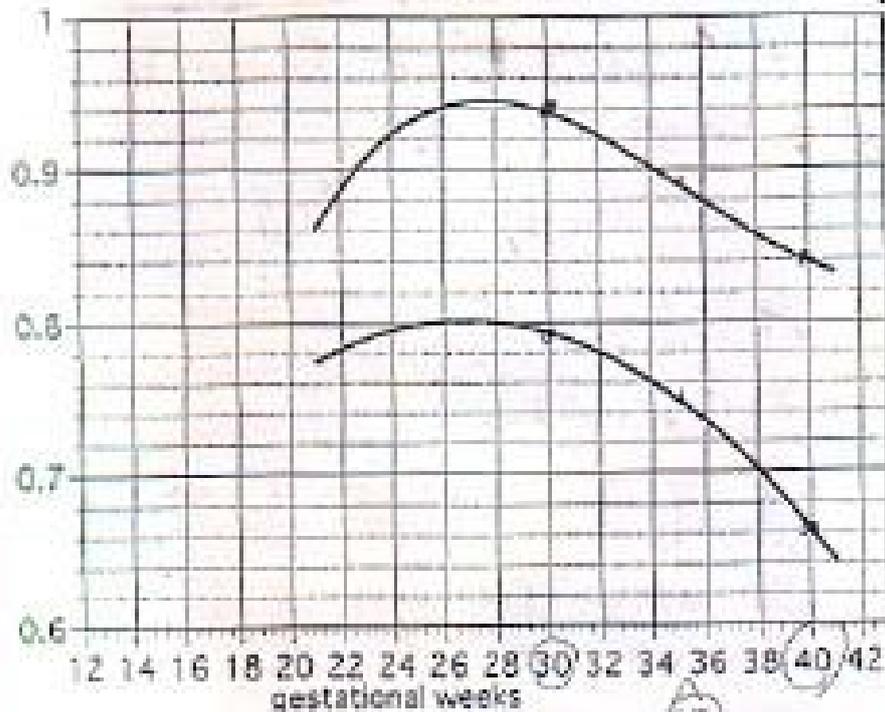
12中大脳動脈-R I

(#70)

MCA -RI

10 ~ 90 percentile range

1 2)



N. Shinozuka M.D & H.Kagawa M.D. 1996  
(N=579)

中大脳動脈のRIが  
0.66 ↓ → 異常

(# 1 3) 約束処方・性交後避妊・抗てんかん剤

1) 口角炎に R p) リバノールグリセリン 1 0 m l

2) アフタに R p) デキサルチン軟膏

3) 口内炎予防に

R p) エレース	3	V	
ハチアズレ	2	P	
4%キシロカイン	5	m l	
注射用蒸留水	5 0 0 m l	/5 × (5)	

(1回 1 0 0 m l)

4) ファンギゾンシャーベット

R p) ファンギゾンシロップ	2 4	m l
単シロップ	1 6	m l
コーヒーフレーバー	2	P
水	合計	1 6 0 m l

(1日3回8日分)

→ 1日 3 0 0 m g のアンホテリシンBとなる

(指示の仕方) ファンギゾンシロップ 3 m l / 3 × ( 8 )

5) 性交後避妊：性交後 7 2 時間以内に、

プラノバル 2 T 内服、

その後 1 2 時間後にさらに 2 T 内服→妊娠率 2 %に

6) 抗てんかん剤の血中濃度

バレリン (バルプロ酸)	一院内伝票
フェノバル (フェノバルビタール)	一院内伝票
フェニトイン (アレビアチン)	一院内伝票
エクセグラン (ゾニサミド)	一外注
ソポトリール (クロナゼパム)	一外注
マイソリン (プリミドン)	一外注

(# 1 4) 漢方薬の処方 (院内にあるもの)

- 1) 乳腺炎に → 葛根湯 (1番)
- 2) 老人性膀胱炎に → 八味地黄丸 (7番)
- 3) 回転性めまい → 五苓散 (院外処方)
- 4) 月経不順に → 当归芍薬散 (23番)
- 5) 更年期の神経症に → 加味逍遥散 (24番)
- 6) 月経不順に → 桂枝茯苓丸 (25番)
- 7) つわりに → 人参湯 (32番)
- 8) 乗り物酔いに → 苓桂朮甘湯 (39番) ?
- 9) 術後の尿道炎、残尿感に → 猪苓湯 (40番)
- 10) 子宮脱に → 補中益气湯 (41番)
- 11) 術後の体力回復に → 十全大補湯 (48番)
- 12) 腹痛、しぶり腹 → 桂枝加芍薬湯 (60番) ?
- 13) 便秘に → 防風通聖散 (62番) ?
- 14) 腰痛、冷え性、神経痛、月経痛に  
→ 五積散 (63番)
- 15) 下肢痙攣症候群、タキソールのしびれ予防  
→ 芍薬甘草湯 (68番)
- 16) 術後のイレウス予防に → 大建中湯 (100番)
- 17) 不眠症、神経症に → 加味帰脾湯 (137番)
- 18) 下肢痛、腰痛、老人性膀胱炎に  
→ 牛車腎気丸 (107番)
- 19) 貧血に → 人参養栄湯 (108番)
- 20) 妊娠浮腫に → 柴苓湯 (114番)
- 21) 下痢止めに → 半夏瀉心湯 ( 番)

(# 15) 妊婦の気管支喘息 (ひどい時は入院)

(ネオリリン点滴+ベネビソ吸入  
+サルタノールインヘラー+テオドール内服)

1) ソリタ T3 500ml (十分に補液) ○  
ネオフィリン 1A ↓  
プレドニン 10~20mg ↓  
(1A=10mg)

2) ネブライザー吸入 (ベネビソ1回量)

(入院は、10回量で)

生食	10ml	(生食	90ml)
ベネトリン	0.5ml	(ベネトリン	0.5ml)
ビソルボン	0.5	(ビソルボン	0.5ml)

3) 処方 (吸入薬)

Rp) サルタノールインヘラー 1剤—発作時に有効  
(13.5ml) (1回2吸入)  
(=β2 Stimulant)

Rp) テオドール (100) 2T/2× (3) MA  
(妊娠中は血中濃度を、12以下に保つ)

\* ) 吸入薬は、フルタイドデイスカス吸入 1剤でも可

#) 落ち着けば、呼吸器内科にて、

ステロイド入りの吸入薬

(フルタイドデイスカスが局所血中濃度高い、ベコタイド、  
パルミコート—FDAの安全性データあり)

## (# 16) 梅毒検査の定量法の比較、STDチェック

### 1) 脂質抗原法

ガラス板法	1	2	4	8	16	32	64	128	
RPR法	1	2	4	8	16	32	64	128	256
緒方法	4	10	20	40	80	160	320	640	1258

### 2) TP抗原法

TPHA	80	320	1280			5120	20480	
FTA-ABS法	20	80	320				1280	5120

低い ← 中等度 → 高い

\* ) TPHA ×320 (+)、×640 (-) で  
治癒と判定

\* ) 梅毒反応

TPHA

VDRL → ガラス板法

RPR → カード法

### 2) STDチェック

- ・ 梅毒反応
- ・ 淋病 (一般細菌)
- ・ クラミジア (抗原、抗体検査 IgG, IgA)
- ・ ヘルペス抗原検査 (単純)

## (#17) 妊娠中のバセドウ病の取扱い

### 1) 妊娠中のバセドウ病の診断

- ・ TSH ↓ (N: 0.35–3.5  $\mu$ U/ml)
- ・ FT3 ↑ (N: 2.5–4.4 pg/ml)
- ・ FT4 ↑ (N: 1.0–1.8 ng/dl)
- ・ TSHレセプター抗体 (TRAb) = IgG  
ー 胎盤移行 (+)、50%以上の以上高値のときは、

### 新生児甲状腺機能亢進症発症の危険性が高い

(妊娠34~36Wで検査)

- (\*) TSH結合阻害活性 (TBII) や、
- (\*) 甲状腺刺激抗体 (TSAb) を、測定しておく

と、新生児甲状腺機能亢進症の予測になる

- 2) チウラジール: 1T=50mg (効果が遅い)  
初回量: 100–150mg/日 (2–3T/日)  
維持量: 50mg/日 (1T/日)
- 3) メルカゾール: 1T=5mg (効果が早い)  
初回量: 10–15mg/日 (2–3T/日)  
維持量: 5–10mg/日 (1–2T/日)
- 4) 甲状腺クリーゼ発症時  
抗甲状腺剤投与 (チウラジール200–300mg)  
ルゴール液20滴 (専門科のみ使用)  
ステロイド (水溶性ヒドロコトロン200–400mg)  
 $\beta$ ブロッカー (インデラル錠80–160mg/4 $\times$ )
- 5) メルカゾールやチウラジール中止の条件
  - ・ FT3正常、FT4正常
  - ・ TSHレセプター抗体 (–)  
(TBII) – 胎盤移行 (+)
  - ・ 血中サイログロブリン値: 正常
  - ・ 甲状腺の大きさ: 正常

## (# 1 8) 妊婦の橋本病・膠原病・I T P

### 1) 橋本病の有無のチェック

- ・ 抗マイクロゾーム抗体
- ・ 抗サイログロブリン抗体

### 2) 膠原病 (・～・は、ルーチン)

- ・ 抗核抗体 (+)
- ・ LE細胞 (+)
- ・ 補体価 (低下)
- ・ 抗DNA抗体 (+)
- ・ 免疫複合抗体

### 3) I T P 合併妊娠

- ・ P A I g G -胎盤移行あり  
抗血小板抗体は保険適応あり
- ・ 出血症状 (出血時間など)
- ・ 血小板 1 0 万 ↓
- ・ 骨髓穿刺で巨核球は正常か増加、  
血小板非生成型巨核球が多い。  
赤芽球、顆粒球系は正常

(# 19) 骨粗鬆症の治療薬 (血液検査の結果で選択)

(1) 骨形成促進剤=低回転型の骨粗鬆症に有用

(ビタミンD3=腸管でのカルシウム吸収および腎でのカルシウム再吸収促進→Ca増加)

- ・ ワンアルファ (0.25) 3T/3×(30) n
- ・ 乳酸カルシウム 2~3g/2~3×(n)

(2) 骨吸収抑制剤 --- 高回転型の骨粗鬆症によい

- ・ オステン 3T/3×(30) n --- 効果は弱い
- ・ カルシトニン (破骨細胞に作用し骨吸収を抑制)

(また鎮痛作用あり) (閉経後の骨粗鬆症によい)

エルシトニン1A (20単位1ml) --- 腰痛に良い  
週1回筋注 (最低6ヶ月間投与)

サーモトニン1A (10単位0.5ml) 週2回筋注

- ・ ビスフォスフォネート系

1) ボナロン (5) 1T/1× (起床時)

フォサマック (5) 1T/1×

純水180mlとともに内服後30分起きておく  
毎朝起床時に服用させる

2) ダイドロネル (200) 1T/1× (14) 食間  
2W投与し、10W休薬する。約1年間投与。

- ・ エストリオール (1) 2T/2×(30) n  
(高回転型の骨粗鬆症に有効)

(エストラジオール100前後を目標にする)

(3) 骨形成促進および骨吸収抑制剤 (高回転型に)

1) グラケー 3 T/3×(14) n

(ビタミンK、ワーファリン投与中は禁忌)

(#20) 骨粗鬆症の治療薬 (血液検査の結果で選択)

(1) 骨形成促進剤=低回転型の骨粗鬆症に有用

(ビタミンD3=腸管でのカルシウム吸収および腎でのカルシウム再吸収促進→Ca増加)

- ・ ワンアルファ (0.25) 3T/3× (30) n
- ・ 乳酸カルシウム 2~3g/2~3× (n)

(2) 骨吸収抑制剤 --- 高回転型の骨粗鬆症によい

- ・ オステン 3T/3× (30) n --- 効果は弱い
- ・ カルシトニン (破骨細胞に作用し骨吸収を抑制)

(また鎮痛作用あり) (閉経後の骨粗鬆症によい)

エルシトニン1A (20単位1ml) --- 腰痛に良い  
週1回筋注 (最低6ヶ月間投与)

サーモトニン1A (10単位0.5ml) 週2回筋注

- ・ ビスフォスフォネート系

1) ボナロン (5) 1T/1× (起床時)

フォサマック (5) 1T/1×

純水180mlとともに内服後30分起きておく  
毎朝起床時に服用させる

2) ダイドロネル (200) 1T/1× (14) 食間

2W投与し、10W休薬する。約1年間投与。

- ・ エストリオール (1) 2T/2× (30) n

(高回転型の骨粗鬆症に有効)

(エストラジオール100前後を目標にする)

(3) 骨形成促進および骨吸収抑制剤 (高回転型に)

1) グラケー 3 T/3× (14) n

(ビタミンK、ワーファリン投与中は禁忌)

(# 2 1) 病棟の食事療法・安静度

1) 妊娠中毒症食

A (重症) : 1600~1700カロリー  
塩分 3~5g / 日

B (軽症) : 2000~2100カロリー

塩分 7g / 日

2) 糖尿病食 (DM食)

DM食 A → 800 カロリー

DM食 B → 1024 カロリー

DM食 C → 1200 カロリー

DM食 D (重症) → 1400 カロリー

DM食 E (中等症) → 1600 カロリー

DM食 F (軽症) → 1800 カロリー

(計算法) 標準体重 = (身長 - 100) × 0.9

ふつうの人 : 標準体重 × 30カロリー

肥満の人 : 標準体重 × 25カロリー

(肥満率 10%↑)

3) 安静度

- |   |   |                                 |        |
|---|---|---------------------------------|--------|
| 1 | → | フリー (入浴可)、                      | 自分で洗髪  |
| 2 | → | 入浴禁止 但しシャワーOK<br>階段OK (売店まで可能)、 | 自分で洗髪  |
| 3 | → | シャワー禁止・入浴禁止、<br>廊下までOK (北病棟のみ)、 | 洗髪はナース |
| 4 | → | 室内でポータブル、                       | 洗髪はナース |
| 5 | → | ベッド安静、                          | 洗髪はナース |

## (#22) 病棟のルーチン・新生児係り の手順

### (1) 病棟係りの時の手順

褥婦回診 → ベビー採血 → 病棟処置 → 回診

#### ・病棟の申し送り

8:00~8:30、PM 4:00~4:30

(中勤PM4:00~12:00)

#### ・食事時刻 朝 7:45 ~ 8:15、 昼 11:40 ~、夕 5:40~6:10

#### ・授乳時刻

10:15~11:30、14:15~15:30

18:15~19:30

#### ・調乳指導 月・木のPM1:00~1:30

### (2) 新生児係りの手順

・ 生後2、5日目 → 採血

・ 生後1、5日目 → 診察 (カルテにハンコ)

( 生後4日目 → 小児科医診察 )

#### 1) 生後2日目

1. TB、UB → 毛細管2本 (赤細一ピーチ管)

2. 末血、血型、血糖

→ 太い毛細管1本 (ヘパリン)

#### 2) 生後5日目

1. TB、UB → 毛細管2本 (赤細一ピーチ管)

2. PIVKA → クエン酸入り毛細管 1本

3. ガスリー → 毛細管2~4本 (赤細)

(# 2 3) 病棟の手術の手順 (術前セット=5つの書類)

- 1) 手術同意書 (手術承諾書) --- 月 or 木の夕方
- 2) 手術箋 → 太枠のみ記載 + レントゲンガーゼ
- 3) 術前指示表 (表のみ記載、裏は麻酔科)
- 4) 麻酔申込書 + 小児科依頼用紙 (帝切術前情報紙)
- 5) 皮内反応 (パンスポ、1%カルボ、1%キシロ)
- 6) 術後ケミカル (ソアソア) --- 輸血例では、ガスタも
  1. ソルデム3 500ml ○○○○○  
   パントシン1A ↓↓↓  
   (メテナリン1A) ↓↓↓
  2. アクチット 500ml ○○○○
  3. ソリタT3 500ml ○○  
   パントシン1A ↓↓↓  
   (メテナリン1A) ↓↓
  4. アクチット 500ml ○
  5. スルペラゾン1gバッグ 朝 ○○○○○  
   夕 ○○○○○

---

#) 緊急手術の手順 (時間外)

- 1) 採血 (I CU 生化・CBC・凝固時間)、検尿は不要
- 2) 胸部Xp、グースマン撮影 (帝切の場合)
- 3) ムンテラ、手術同意書 → 手術を決定
- 4) 事務当直にTEL、管理当直にOPE室の待機をよんでもらう。また麻酔科待機に連絡してもらおう。
- 5) ECG、出血時間、X-p (ポータブル)  
   一検査室、放射線科
- 6) 産婦人科待機Dr 小児科Dr (依頼箋あり) に連絡
- 7) オペ前セット (5つ) を記載。皮内反応。

(# 2 4) オペ後各種のモルヒネ・モルヒネの返品法  
(1)

1) シェアヒューザー抜去

2) 麻薬注射箋の訂正法

( 薬局にある副も一緒に訂正 )

施用量 0.5 ml → 0.41 ml (訂正印)

返納量 0.5 ml → 0.59 ml (訂正印)

(合計 1.0 ml に)

(破棄量は訂正不要)

\* ) 計算法

(シェアフューザーは、1時間に2.1 ml 入るため)

使用したモルヒネ量 =

$0.5 \times 2.1 \times \text{使用時間} \div 100.5 \text{ ml}$

(0.5は、最初に入れたモルヒネ量)

3) 指示の記載

モルヒネ 0.09 ml 返納して下さい。

#) 各種のモルヒネ

- ・ MSコンチン (10) (30) (60) 2 T/日
- ・ カディアン ( ) 1 T/日
- ・ アンペック座薬 (10) (20) 3回/日

(指示)

①

② 新薬注射施用品  
（見ルル入り）  
C-5-

① 見ルル 0.69 ml  
注射 (27T)

新薬におき (27T)

83-47656-4  
 SPTLES  
 5371125

麻薬注射施用品

種用古署名  
 種用古署名  
 免許登録番号  
 商 12026

見ルル  
 新薬の  
 注射  
 見ルル  
 新薬

品名	規格	数量	用法
塩化カルシウム	10 ml	1	基礎 前投 後投 年齢 適用

施用品	日	時	分	種用古
3月	29日			0.31

見ルル  
 新薬  
 0.31 ml

0.69 ml  
 管理番号  
 管理番号  
 管理番号

新薬

(薬劑部用)

中国中央病院

(#26) 急患・重症患者・昇圧剤の投与  
(点滴・採血・血圧・バルーン・モニター)

- 1) 点滴確保 (20Gサーフロー、ラクテック)
- 2) 採血 10ml (CBC、生化、血糖)
- 3) 酸素吸入 (カニョーレ、アンビュー)
- 4) 血圧測定 早産マーカー (CA130, CRF) 紫色
- 5) 昇圧剤など投与
  - 1) 生食 9ml + ボスミン 1A 1ml = 10ml を  
1回 2.5ml ずつ静注、5~15分毎に投与)  
点滴とれなければ、ボスミン 0.5~1A 皮下注
  - 2) ノルアド (生食 or Tz 500ml + ノルアド  
2A = 1mg にし、30~60ml / 時で点滴投与)
  - 3) イノバン投与 (生食 40ml + イノバン 2A を、  
シリンジポンプで投与)  
(2ml / 時で開始、4ml で維持、最高 15ml )  
(67kg の人で、1ml / 時 → 1γ / 分 / kg)
  - 4) エフェドリン静注 (α血管収縮とβ心臓興奮)  
(生食で 10ml にうすめ 1ml = 4mg ずつ静注)
  - 5) メイロン 1A = 20ml = 17mEq = 1.4g  
必要量 = BE (mEq/l) × 0.2 × 体重 kg  
= BE × 10mEq = 約 BE × 10ml / 50kg  
(血ガスで確認しながら 1~5A ずつ投与)
  - 6) ソルメド 1A 125mg を生食 20ml で静注  
(ソルメド 250mg = ソルコーテフ 1000mg)
- 6) バルーン挿入 (尿量測定)
- 7) モニター装着
- 8) ガス分析

## (#27) ICU採血・ポイント管理・高血圧・血液ガス

### (1) CBC+生化 (伝票2枚)

- 1) 紫のフタ試験管 → 2ml (CBC、血型、HbA1c)
- 2) 黄土色の分離剤 → 7~8ml (生化用・外注)
- 3) 灰色のフタ試験管 → 1ml (血糖用)
- 4) 黒色のフタ試験管 → 2ml (凝固時間、PT、PTT、Fibrinogen、TT、ヘパプラ、ATⅢ、PIVAⅡ、FDP)
- 5) 紫色のフタ → 8ml (クロス、不規則抗体、薬物濃度)
- 6) オレンジのフタ試験管 → 2ml (血沈用)

(計：緊急時10ml+クロス+凝固系 → 20ml採血)

### (2) ポイント管理 (5点管理)

(左手、サンキュウ、血圧、バルーン、モニター)

(1点：点滴、2点：酸素、3点：自動血圧計)

(4点：バルーン、5点：モニター)

### (3) 術後の高血圧・狭心痛に

→ アダラート1Cの内溶液半分を舌下投与

(その後、持続でいく場合には、シリンジポンプにペルジピン原液を50ml入れ)

→ 4ml/時で開始し、6~30mlで維持

(循環器内科に相談)

術後の狭心症に、→ニトロダームTTS1枚(1日1回)

### (4) 血液ガス

・ pH	7.35-7.46
・ pCO <sub>2</sub>	35-45
・ pO <sub>2</sub>	80-100
・ K	3.6-5.1
・ HCO <sub>3</sub>	22-28
・ ABE	-2.4~+2.3
・ SAT	94.6~98.2

## (#28) イレウスの管理

- 1) 立位腹部単純で確認 (胸写で Free air の有無も確認)
- 2) まず絶食～絶飲食
- 3) 点滴指示 (絶飲食なら1日2500ml)  
ソリタ T3G3号 500ml (Tz 7.5%)  
(ソリタックスH 500ml = Tz 12.5%)  
(ラクテックG 500ml = ソルビ 5%)  
+ パントシン 200mg (各点滴に)  
1日5本 (100ml / 時 → 2400ml / 日)  
～7本 (150ml / 時 → 3600ml / 日)  
(\* ) 抗生剤点滴 (朝夕)
- 4) テレミン坐薬、ワゴ1A 筋注、熱気浴 (朝夕)
- 5) レントゲン指示 (胸写+立位腹単) 1～2日毎
- 6) CBC+生化+Tz+CRP (電解質に注意)
- 7) Mチューブ挿入 (約50cm)
- 8) 外科紹介 (必要ならイレウス管を)
- 9) 1週間たっても改善しない場合や絞扼性イレウスの徴候が現われたら緊急OPE
- 10) Intake (点滴) や Output (排液量、尿量+不感蒸泄 500ml) に注意  
\*) 内服でゆっくりやる場合には  
20%パントシン散 1.5～3.0 / 3×(n)  
カマグ 2.0 g / 3×(n)  
\*) タフマックE 3 T / 3×(n)  
アセナリン 3 T / 3×(n)

(#29) シリンジポンプ・陣痛誘発・ウテメリン点滴

(1) シリンジポンプと輸液ポンプの使用法の基本

- ・ シリンジポンプ→ 50mlで、生食が基本●●  
(速度は、2~4ml/時が基本)

\* ) 1%カルボ50ml (4ml/時で) 硬注

\* ) 生食45ml + ヘパリンNa 5000単位 (5ml)  
(4ml/時で → 48ml/12時間)

\* ) 生食48ml + アプレゾリン2A (2ml/時)

- ・ 輸液ポンプ→500mlで、5%Tzが基本●●  
特に、F0YやフサンはTzで (20ml/時が基本)

\* ) 生食500ml + ノルアド1A (30~60ml/時)

\* ) 5%Tz 500ml + アプレゾリン2A  
(20ml/時では1日1本)

(2) 北病棟の陣痛誘発のルーチン (30分毎に増量)

	PGF2 $\alpha$	アトニン0
開始	60	30 ml/hr
30分後	90	60
60分後	120	90
90分後	150	120
計	4時間	5時間

(3) ウテメリンの投与法 (10ml/時=50 $\mu$ g/分)

5%Tz 500 + ウテメリン1A (5ml)

(20ml/hrで開始→40→60→80→100)

(ふつう20~40ml/hr—40以上では2Aに)

(30ml/時=50 $\mu$ /分)

(子宮収縮↓、または 母体心拍120↑なら減量)

(4) マグネゾール10ml (=1g) /時で投与

## (#30) イノバンの投与法

- 1) イノバン 1A=5ml=100mg  
1ml=20mg、1mg=0.05ml  
ふつう、1~5 $\mu$ g/kg/分で投与（最高20）  
1 $\mu$ g/kg/分=60 $\mu$ g/kg/時  
=60 $\times$ 0.05/1000ml/kg/時  
=0.003 ml/kg/時 ( $\mu$ g= $\gamma$ )
- 2) ICUでの使い方  
生食35ml+イノバン3A (15ml)  
(シリンジポンプで、2ml/時から開始)  
=50kgの人で、1ml/時=2 $\gamma$ /kg/分
- 3) イノバンを5倍にうすめる使い方  
生食40ml+イノバン2A=10mlにすると、  
1 $\mu$ g/kg/分=0.015 ml/kg/時  
=1ml/67kg/時となるため、  
67kgの人で、1ml/時=1 $\gamma$ /kg/分となる
- 4) シリンジポンプで、イノバン+生食を、  
1ml/時=1 $\mu$ g/kg/分にする使い方  
まず生食(20mlを3本用意)に、イノバンを、  
(体重 $\times$ 3)mg $\rightarrow$ 5 $\times$ (体重 $\times$ 3)/100ml  
=体重 $\times$ 0.15 ml (イノバンを2本用意)  
を、加えて、合計50mlにすると、  
 $\rightarrow$  1ml/時=1 $\mu$ g/kg/分 となる
- 5) 生食0ml+イノバン (体重 $\times$ 0.15) ml=50ml  
(2ml/時で開始、4mlで維持、最高20ml)
- cf) 50kgのひとでは、イノバン7.5ml  
+生食42.5mlで、1ml/時=1 $\mu$ g/kg/分になる
- 6) 中止後、10分以内で効果消失

## (# 3 1) 妊娠中毒症や術後のペルジピンの投与方法

(ペルジピン→速効性、アダラート→持続性)

(術後は、アダラートの5mg舌下法が良い)

\* ) ペルジピンの投与方法 (Ca拮抗剤)

(現在最も使いやすい降圧剤)

ペルジピン1A = 2ml = 2mg

または、1A = 10ml = 10mg

1μg = 0.001ml となる

\* ) 静注法 : 50kgの人で、

1μg/kg/分 (γ) = 60μg/kg/時

= 60 × 0.001ml/kg/時 = 0.06ml/kg/時

= 3ml/50kg/時

\* ) ふつう、ペルジピンは、0.5~1γ (μg/kg/分)

(= 6~30ml/50kg/時) で開始、

0.5~6.0γで維持

[ 妊娠中毒症で、アプレゾリン無効例に ]

● ペルジピン投与方法 (日母研修ノート64)

(ペルジピン→速効性、アダラート→持続性)

・ 5% Tz 500ml にペルジピン20mg (2A) 溶解し、  
20ml/時で投与 (体重に関係なく、1日20mg投与)

・ これで降圧されない場合には、

ペルジピン1日30mg (30ml)

→ 最大1日80mg (80ml) まで増量。

\* ) (シリンジポンプでは) 50mlの注射器に、

生食30ml + ペルジピン2A = 20ml を入れ、

50kgの人で、

→ 2ml/時で開始、最大8ml/時まで

(#32) 凝固・線溶系の検査 (1) — 院内検査

- 1) 出血時間 N : 5分以内  
(出血時間が、5分以上なら血小板減少を考える)  
(血小板数が、10万以下ならDICを考える)
- 2) 凝固時間 N : 15分以内 (普通10分↓)
- 3) PT (Quik 一段法) (プロトロンビン時間)  
N : 70~140% = 70% ↑  
(プロトロンビン濃度・活性度) これで覚える  
N : 10~13秒 = 13秒以下が正常  
PTが、50% ↓ (または、15秒 ↑) の場合  
→ DIC の可能性あり  
(PT-INR N : 0.9~1.1)
- 4) APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)  
N : 40% ↑ ----- ふつうこれで覚える  
N : 25~40秒 = 40秒以下が正常
- 5) トロンボテスト (TT) N : 70% ↑
- 6) ヘパプラスチンテスト N : 70% ↑  
(50%以下 → DIC の可能性あり)
- 7) フィブリノーゲン  
(N : 200~400mg/dl)  
(100mg/dl以下 → DIC の可能性あり)
- 9) AT III (N : 84~123%)  
(70%以下なら、アンスロビンPを投与)
- 12) FDP (N : 1~12 → 普通7μg/ml ↓)  
(40μg/dl以上 → DIC の可能性あり)  
(但し、10μg/mlでもDICの事がある)
- 13) PIVKA II (N : 1μg/ml以下)

## (#33) 凝固・線溶系の検査(2) — 外注検査

### (1) 外注伝票

1) TAT N :  $3.0 \mu\text{g/l}$  未満—凝固系機能検査  
(AT III とトロンビンが1 : 1で結合した複合体)  
(血栓形成傾向を示す検査)

2) PIC N :  $0.8 \mu\text{g/ml}$  以下—線溶系機能検査  
( $\alpha 2$ プラスミンインヒビター・プラスミン複合体)  
(高値 — 線溶系が活性化している事を示す)

3) Dダイマー — 線溶系機能検査  
N :  $150 \text{ ng/ml}$  以下 (FDPのD分画)

\* ) MPA 投与時では、AT-III $\uparrow$ 、プロテインC $\uparrow$

(2) ワーファリン療法→TTが、30—40%に維持  
パナルジン療法→PT-INRが、1.5前後を目標  
プロトロンビン時間が、正常値の2倍前後、活性値に  
換算すると15~30%、トロンボテスト(TT)では、  
10%前後(5~15%)を目標とする

### (3) ヘパリン療法

1) ヘパリンは、血中のアンチトロンビンIIIと複合体を  
形成し、抗トロンビン作用など強力な抗凝固作用を示す。

(ATIIIが正常で、はじめて効果を現す)

2) ヘパリン投与時には、その指標として通常全血凝固  
時間やAPTTが正常値の2~3倍(13~20%強=50  
~120秒強)になるようコントロール

3) ヘパリン1000単位に対して、  
プロタミン10~15mgを静注(中和)  
(プロタミン1A=10ml=100mg)

(#34) 産婦人科 DIC 診断基準 (8点↑→DIC)

1) 基礎疾患

1. 常位胎盤早期剥離 (胎児死亡5点、生存4点)
2. 羊水塞栓症 (1~4点)
3. DIC型後産期出血
  - (1) 出血~採血液が低凝固性の場合 → 4点
  - (2) 2000ml以上の出血 → 3点
  - (3) 1000~2000mlの出血 → 1点
4. 子癇発作→4点
5. その他の基礎疾患→1点

2) 臨床症状

1. 急性腎不全無尿 (5ml/h↓) → 4点  
乏尿 (5~20ml/h) → 3点
2. 急性呼吸不全 (羊水塞栓症を除く)  
人工換気または時々の補助呼吸 → 4点  
酸素投与のみ → 1点
3. 心、肝、脳、消化管などに重篤な障害があるときはそれぞれ4点を加える
4. 出血傾向 (血尿、メレナ、紫斑など) → 4点
5. ショック症状 (次のは各1点) : 冷汗、蒼白、  
脈拍100/分↓、血圧 (収縮期) 90mmHg ↓

3) 検査項目 :

1. 血清FDP 10μg/ml ↑ → 1点
2. 血小板 10万/mm<sup>3</sup> ↓ → 1点
3. フィブリノーゲン 150mg/dl ↓ → 1点
4. プロトロンビン時間15秒↑ (または50%↓)  
または、ヘパプラスチンテスト50%↓ → 1点
5. 赤沈4mm / 15分↓ or 15mm / 時以下 → 1点
6. 出血時間 5分↑ → 1点
7. その他 AT - III 60%↓など → 1点

(#35) 内科DICの判定基準 (厚生省1988年)

- 1) 基礎疾患      基礎疾患なし→0点    あり→1点
- 2) 臨床症状  
  出血症状なし→0点    あり→1点 (出血時間)  
  臓器症状なし→0点    あり→1点  
(臓器症状: 無尿~乏尿、呼吸困難、動静脈血栓症など)
- 3) 検査成績 (FFPTの4つをチェック)
  - (1) 血清FDP値 ( $\mu\text{g/ml}$ )

9以下	→	0点	10~19	→	1点
20~40	→	2点	40以上	→	3点
  - (2) 血小板数 ( $\times 10^4$ )

13以上	→	0点	9~12	→	1点
6~8	→	2点	~5	→	3点
  - (3) 血漿フィブリノーゲン値 ( $\text{mg/dl}$ )

151以上	→	0点
101~150	→	1点
~100	→	2点
  - (4) プロトロンビン時間 (短い方が正常)  
(時間比PT-INR = PT秒  $\div$  11.5秒、N: 0.9~1.1)

1.25未満	→	0点
1.25~1.67	→	1点
1.67以上	→	2点 (重症)
- 4) 判定

7点以上	→	DIC
6点	→	DICの疑い
5点以下	→	DICの可能性少ない

## (#36) DIC 時の治療法 (1)

- 1) 生食 9 ml + エフェドリン 1 A → 1 ml ずつ
  - 2) 濃厚赤血球 400 ml 輸血 → Hb 1 g/dl 上昇)
  - 3) FFP (1 P = 2 単位 = 80 ml)  
1 日 200 ~ 400 ml) --- 濃厚赤血球とともに
  - 4) 血小板輸血 (3 ~ 5 万以下の時に使用)  
1 P = 10 単位 (200 ml) で血小板約 3.5 万上昇  
2 P = 20 単位使用の事が多い → 7 万上がる
  - 5) 25% アルブミン 1 V = 50 ml (2 V / 日 × 3)  
25% ブミネート 1 V = 50 ml × 3 日間 (30 分)
  - 6) 5% アルブミン 1 V = 250 ml を 3 日間  
(ショック時に使用、1 本 30 分以上かけて使用)  
(5 ~ 8 ml / 分以下 = 300 ~ 480 ml / 時以下)
  - 7) ウリナスタチン (ミラクリッド) 1 V = 5 万単位  
ふつう、4 V (20 万単位) を、500 ml の点滴内  
に入れ、1 ~ 2 時間かけて点滴静注 = 抗ショック剤
  - 8) ハプトグロビン (ヘモグロビン尿に) 1 本 = 100 ml  
= 2000 単位、1 回 2 本 = 4000 単位を点滴
  - 9) ノイアート / アンスロビン P (アンチトロンビン III)  
1 V = 500 単位、3 ~ 4 V (1500 ~ 2000 単位) を  
One Shot
- \* AT-III が、70% 以下に低下した DIC  
ヘパリンの持続点滴 + 1500 単位 / 日  
(30 単位 / kg = 1500 単位 / 50 kg)
  - \* 産科的・外科的 DIC : ヘパリンの持続点滴のもとに  
40 ~ 60 倍 / kg / 日  
(= 2000 ~ 3000 単位 / 50 kg / 日)
  - \* 半減期 約 70 時間

## (#37) DIC 時の治療法 (フサンなど) 2

### 10) タンパク分解酵素阻害剤 (Tzに、生食は結晶形成)

- ・ フサン (1V = 10mg、50mg)

=膵炎や産科の出血性DICに有用

=生食は× (結晶形成) 時に高K結晶が起きる事あり

\* 膵炎では、1回5% Tz 500 + フサン 10mg  
を、2時間かけて、1日1~2回点滴

\* DICでは、1日72~240mg / 50kg  
(輸液ポンプで使用する場合)

\* 5% Tz 500ml + フサン 2V (=100mg)  
→ 1ml = 0.2mg (持続点滴)

(ふつう 20~30ml / 50kg / 時で投与)

(シリンジポンプで使用する場合)

\* 5% Tz 50ml + フサン 2V (100mg) では、  
→ 1ml = 2mg

(2.5~5ml / 50kg / 時で投与)

(= 5~10mg / 50kg / 時)

(= 0.1~0.2mg / kg / 時)

(ふつう 2~3ml / 50kg / 時で投与)

- ・ FOY (1A = 100mg、500mg)

\* 生食 500ml + FOY 1000~2000mg  
(持続点滴 20ml / 時で)

\* 生食 50ml + FOY 1000~2000mg  
(シリンジポンプ 2ml / 時で)

(#38) DIC 時の各種薬剤ヘパリン、フラグミン (3)

- 1) ヘパリンNa (ノボヘパリン) ←プロタミンで中和  
緊急時には、5000単位～10000単位  
(100単位/kg) を急速に静注、  
その後5～15単位/kg/時で持続点滴  
(250～750単位/50kg/時)  
(6000単位～18000単位/50kg/日)  
(シリンジポンプ)  
生食 45ml  
ヘパリンNa 5000単位 5ml  
(2ml/hrで投与)
- 2) ヘパリンの中和には、硫酸プロタミンを使用  
(1V=10ml=100mg)
  - ・ヘパリン1000単位に対し10～15mgを投与
  - ・生食100ml (または5% Tz 100～200ml)硫酸プロタミン25～50mg (2.5～5.0ml)  
(を、10分以上かけて点滴する)
- 3) フラグミン1V=5ml=5000単位
  - \* DICに対しては、1日75単位/kg  
(=3750単位/50kg) を、24時間かけて静注
  - \* 術後肺塞栓予防に対しては、  
手術2時間前とその後12時間毎(4日間)に、  
30単位/kg (1500単位/50kg) を皮下注  
(保険は適応外) (=3000単位/50kg/日)

(# 3 9) 血液の取扱い (輸血検査箋は3つとも記載)

---

	濃 赤	血小板	F F P
クロス	○	×	×
照 射	○	○	×

---

(照射箋) (○: する、×: しない)

\*) F F P、血小板も、血液型の確認を行うため、  
今まで通り、チューブとクロスは提出

#) 自己血採取の手順

- ・ O P E 2週間前に、  
自己血 4 0 0 m l 採取 ラクテック 5 0 0 補液  
エスポー 2 4 0 0 0 単位を皮下注
- ・ O P E 1週間前に  
自己血 4 0 0 m l 採取 ラクテック 5 0 0 補液  
エスポー 2 4 0 0 0 単位を皮下注
- ・ O P E

#) 輸血予定の取扱い

(輸血前日の午前9時まで)

- 1) 血液請求伝票 (・) (黄色の伝票) 記載
- 2) 輸血検査箋 → 輸血緊急検査室に提出
- 3) レントゲン照射箋: 血液照射と記載
- 4) 術前指示表 → 病棟に指示

#) 検査室で個人票を書く (ナース)

#) 輸血後は血液請求伝票 (||) 輸血箋 (バーコード)  
を輸血緊急検査室に送る

(#40) 低Na血症の補正

→Na投与は、1日100mEq 投与が原則

- \* ) Na 50mEqを投与すると、循環血液量を5Lとすると、血清Naは、50/5L→10mEq/Lだけ増加 (N : 136~148mEq/L=140 mEq/L前後)

#) 血清Naの不足量 (mEq/L) の計算

= 現体重 × 0.6 × (140 - 現在のNa濃度)

c f) 体重50kgで、血清Naが120なら、  
不足量 = 50 × 0.6 × (140 - 120)  
= 600 mEq/L

ふつう、不足量の1/3程度を投与する。

(200mEqくらい)

- ・ コンクライトNa 1A = 20mlによる補正法●●

Na濃度は、2.5モル / 20ml

= 2500 mEq/L × 20ml / 1000ml

= 50 mEq / 20mlを含有する

コンクライトNa 1A × 4本で、50 × 4 = 200mEq

→ 維持輸液に、コンクライトNa 4本を加えて補正

- ・ 10%NaClによる補正

10%NaCl = 1A 20ml = NaCl 2g = 34mEq

- ・ 生理食塩液による補正法 (1日生食1000で補正)

生食のNa濃度は、154mEq/Lのため、

= 154mEq/L × 500ml / 1000ml

生食500ml → 77 mEq / 500mlを含有

→ Naの補正は、最大許容量250mEq、最小必要量

10mEqの間である1日100mEq (食塩6g)

の投与がよい。(1日生食2本 = 1000ml)

## (#41) 高K血症、低K血症の補正

- \* ) 高K血症の補正法 (まず経口できなければ注腸)
  - カリメート 15—30g / 2~3回/日
  - 水 30—50ml (1回に)(注腸ではカリメート30g+水100mlを30分)
- \* ) 低K血症の補正法
  - (N : 3.3~4.8mEq/L = 4 mEq/L前後)
  - 1) 血清Kの不足量の計算
    - 血清のK値が、0.5mEq/L下がると約100mEq欠乏
    - (Kの100mEqの投与→血清K0.5mEq/L上昇)
    - (Kの20mEqの投与→血清K0.1mEq/L上昇)
    - (Kの40mEqの投与→血清K0.2mEq/L上昇)
  - 2) Kの補充法 (維持液+アスパラKの方が安全)
    - ・ 維持液500ml+アスパラK1A (2本)
    - ・ ソルラクト1000ml
    - +15%ケーシーエル1A (40mEq)
    - を1単位とし、これを4時間かけて点滴
    - ( → 40/4=10mEq/時となる)
- \* ) Kの最大許容量は、250mEq、最小必要量は、10mEqのため、両者の中間値130mEqの半分1日50mEq程度の維持量を投与しながら補正してゆく
- \* ) K投与速度の最高値は20mEq/時、最高濃度は40mEq/Lを一応の目安とする。  
尿量は、20ml/時は必要
- \* ) アスパラK1A=10ml=10mEq
- \* ) K.C.L. (ケーシーエル) 1A=20ml=40mEq

## (# 4 2) 分娩チェック

- (1) 外来での分娩チェック (巨大骨盤帝切に注意)
  - 1) 巨大児
  - 2) 骨盤位
  - 3) 前回帝切
  
- (2) 陣痛室での分娩チェック  
(時間・仮死・感染徴候に注意)
  - 1) 30時間以上の遷延分娩 ----- 分娩時間  
(24時間で グースマン検査でCPDチェック)
  - 2) 頻回の徐脈 ----- 仮死
  - 3) CRP 5 以上 ----- 感染  
(一晩の不眠は普通、二晩寝ていなければ難産の認識)  
CRP 3~5 → 要注意
  
- (3) 分娩予測 (4~5cm開大から分娩までの時間)
  - 1) 経産婦 → 2 時間
  - 2) 初産婦 → 4 時間
  
- (4) 分娩室での分娩チェック
  - 1) 子宮口全開後 2時間 → 要注意 (一時休憩)
  - 2) 子宮口全開後 3時間 → 分娩停止で帝切可
  - \* ) 分娩室での緊急帝切は、胎児切迫仮死と分娩停止  
(CPDの可能性は少ない  
=グースマン不必要の事が多い)
  - \* ) 産婦の疲労度に注意

(# 4 3) 分娩後の記載セット

- 1) 分娩記録 (助産婦用)
- 2) 外来カルテに入退院の印鑑
- 3) 出生証明書 (写しと一緒に2枚)
- 4) 分娩用入院診療計画書
- 5) 新生児診療録概要
- 6) 入院処方箋
  - R p) トミロン 3 T / 3 × (3)
  - メテナリン 3 T / 3 × (5)
  - エンピナーズ P D 3 T / 3 × (5)
- 7) カルテ2号用紙 ----- 母児の2つのハンコ
- ベビー用2号用紙 ----- 母児の2つのハンコ
- 8) カルテに記載
  - 産後ルーチン、処方あり

-----

#) 臍帯血 (3本の小試験管)

- 1) T B、直接クームス
  - 茶黒のまだらのフタの試験官 (中)
- 2) 血糖 → 灰色のフタの試験官 (小)
- 3) ヘパプラスチン・トロンボテスト
  - 空色のフタ試験官 (小)

#) 分娩時の点滴

ソルデム 3・500ml

#) 分娩前に用意

1-0メデフィット2本、Lクスコ、局麻薬

## (# 4 4) 新生児仮死の治療、光線療法

- 1) 気道確保---吸引、O<sub>2</sub>、マウスーマウス、挿管  
3 k g 以上 → 3.5号のチューブ  
3 k g → 9 c m (口唇~先端)  
(7、8、9の原則)
- 2) メイロン投与  
2-3 m l / k g = 6~9 m l / 3 k g  
臍静脈より メイロン 5~10 m l 注入
- 3) ボスミン 0.1~0.2 m l  
(心拍数が、80/分以下の時)  
挿管チューブより、ツベルクリンシリンジにて、  
生食で10倍にうすめて注入  
(生食1 m l + ボスミン0.1 m l)

### \* ) 仮死のガス分析

p H 7.1 以下  
BE -3 以下  
P c o<sub>2</sub> 70 mm H g ↑  
→ 仮死の蘇生が必要

### \* ) 臍帯動脈血のN :

p H 7.2 以上  
BE -3 ~ +3  
p C O<sub>2</sub> 30 ~ 70  
(平均50前後)  
p O<sub>2</sub> 4 ~ 35 (20)  
H C O<sub>3</sub> 20 mm H g 前後

---

### #) 光線療法中止の基準 (次の3つ)

- 1) 前日 (24時間前) よりビリルビン値が下降
- 2) その日のTBの開始基準より、  
TBが2-3 m g / d l 以上下降
- 3) UB は、0.6以下である

## (#45) HB (+)、Rh (-) の取扱い

### (1) HB の取扱い

- 1) 分娩は、ディスポーザブル使用
- 2) 臍帯血の検査不要
- 3) 48時間以内に、ベビーの臀部にヘブスブリン1A (200単位=1ml) を、0.5ml ずつに分けて左右に筋注

\* HCV (+) → HCV (RNA定性、RNA定量)

- 4) 外来カルテを作成 (産科)

### (2) Rh (-) の取扱い

- 1) ベビーのRh (+) を確認 (ベビーの足底部より)

- 2) ロブリンテスト指示

(母体採血 2ml = 空色の凝固用スピッツ)

- 3) 特殊伝票 (白色) に、ロブリンテストと記載

- 4) 注射伝票に、抗D人免疫グロブリン-W f

(1000倍/V) と記載 (¥20850円)

- 5) ICU 検査室にて、ロブリンテスト実施

- 6) グロブリンテストOKを確認

- 7) Dr より、72時間以内に母体に抗D人免疫グロブリン1A 筋注 (1000倍/V、2ml)

- 8) Rh感作予防の実施表を患者に渡す

(患者血液検査連絡票)

No 1 → カルテに貼付

No 2 → 検査室に渡す

No 3 → 母親に渡す

No 4 → 薬局に伝票を渡す

- 9) グロブリン投与後、3、6ヵ月後に不規則抗体チェック

## (# 4 6) 妊娠中毒症の取扱い (1)

### 1) 分類 :

軽症妊娠中毒症 体重増加が、 $500\text{ g} \uparrow / \text{W}$   
 $140 \sim 160 / 90 \sim 110\text{ mmHg}$

重症妊娠中毒症

--- 重症が2週間以上続けば要注意

$160 / 110\text{ mmHg}$  以上

尿蛋白 $200\text{ mg} / \text{d l}$ 以上、全身浮腫

\* ) 子癇 ・ H E L L P ・ 早剥

\* ) IUGR がみられる時は、要注意

### 2) 検査 :

(1) 血圧測定 1日3~4回

(2) 尿量測定 :  $500\text{ ml} / \text{日}$ 以下 → 要注意

(3) NST 2~3回 / 日

(4) CBC (Ht  $40\% \uparrow$ 、Th  $15\text{万} \downarrow$  要注意)

+ 生化 + 尿酸 + 血糖、出血時間・凝固系 指示

\* ) BUN  $20\text{ mg} / \text{d l} \uparrow$ 、クレアチニン $1.5 \uparrow$

\* ) 血清尿酸値 ( $8.0$ 以上→要注意)

(妊娠 $24 \sim 28\text{W}$ で $3.5\text{ mg} / \text{d l}$ 以下

→ 将来、妊娠中毒症の発生なし)

(血清尿酸値 $8.0$ 以上→産後に蛋白尿遺残が多い)

(5) クレアチニンクリアランス (24時間)

$70\text{ ml} / \text{分}$  ( $100\text{ L} / \text{日}$ )  $\downarrow$ を重症の指標とする

(6) 胎盤機能検査 (血中HPL、尿中 E 3)

### 3) 眼底検査 (眼科紹介)

## (# 4 7) 妊娠中毒症の取扱い (2)

### 4) 食事療法

(1) 妊娠中毒症食 A (重症) (1600が基本)  
1600~1700カロリー、減塩3~5g/日  
減塩食で腎臓の負担が軽くなり、降圧剤が  
よく効くようになる

(2) 妊娠中毒症食 B (軽症) (1800が基本)  
2000~2100カロリー、減塩7g/日

### 5) ベッド安静、トイレのみ歩行可 (安静度3)

まず、安静・食事療法を1週間、側臥位優先

### 6) 投薬:

Rp) 柴苓湯 3P/3× (v) または五苓散 3p  
血液粘度を下げて末梢循環の血流を改善する

Rp) アプレゾリン 30~90~120mg/3×  
(1T=25mg、1日3~6Tで開始)

(時にアダラートL 2T/2× (3) n)

\*) 内服無効時 (Tzでは不安定のため)

(1) 生食500ml + アプレゾリン2A

(輸液ポンプで、20ml/時で投与)

(2) 生食48ml + アプレゾリン2A

(シリンジポンプで、2ml/時で投与)

\*) 降圧の目標 = 140~150/90~100

(血圧180↑の時に開始、120↓で中止)

(アプレゾリン1A = 20mg = 1ml)

### 7) 子癇発作時、セルシン1A 静注 (点滴確保)

→ フェノバル 100mg 1Aを6時間毎に筋注

### 8) 妊娠中毒症の予防

Rp) ミニマックス散 60mg/1× (n)

Rp) バッファリン (81mg) 1T/1×

(妊娠16Wより36Wまで投与)

(# 4 8) 妊娠中毒症の取扱い (3)

(DAMPGALD療法)

(Diazepam、Aprezolin、Magnezol、Phenobal、  
Gliseol、Antibiotics、Lasix、Digitalis)

9) 子癇の可能性があるとき (5分以上かけて静注)

- ・ シリンジポンプでは、マグネゾール40ml (2A)  
を、1g=10ml/時で
- ・ 輸液ポンプでは、輸液バッグ内に ●●  
10%マグネゾールを入れ10ml / 時で持続点滴  
(Mgの血中濃度 4 ~ 6mEq/Lに維持)  
( " 4.8~7.2mg/dL)  
(Mgは、1mEq/L=1.2mg/dL)

\* ) 副作用チェック (あれば中止)

- ・ 膝蓋腱反射がある
- ・ 呼吸抑制がない、不整脈がない
- ・ 尿量が、100ml/4時間以上ある事
- ・ 血清Mg測定 : (N : 1.6~2.1mEq/L)  
4~6mEq/Lが治療量  
7~10mEq/L→腱反射低下  
10~15mEq/L→呼吸障害  
15~25mEq/L→心不全で死亡

10) HELLP 症候群 (上腹部痛が最初)

(Hemolysis, elevated liver enzyme,  
low platelet count)

1. 溶血 (末血スミアにてBurr cell)、肝機能異常  
(GOT・GPT 70↑、LDH 600↑)、血小板  
減少を特徴とする。妊娠中毒症と関連する疾患。
2. 多くは、心窩部痛を主訴とし、高血圧あり、  
肥満妊婦に多い
3. 妊娠32~33Wが好発時期

(#49) 妊娠中毒症ケミカル (帝切後)

(左手)	10	11	12
13			
・ ソルデム3 500	○	○	○
・ パントシン200mg	↓	↓	↓
・ アクチット 500	○	○	○
・ ソリタT3 500	○	○	○
・ パントシン200mg	↓	↓	↓
・ アクチット 500	○		
(側管) 生食TN100 (朝)	○	○	○
セフメタゾン1g (夕)	○	○	○
(側管一輸液ポンプ)			
5%Tz500ml	○	○	
アトニンO 10単位	○	○	
(40ml/時で) (持続点滴終了に合わせて中止)			
(1日20単位で)			
(側管一シリンジポンプ持続: 帰室後12時間後より)			
生食 45ml	○		
ヘパリンNa5000単位	○		
(4ml/時で持続)			
(右手) (術後は、多くはアダラート舌下で対応)			
・ (輸液ポンプ)			
生食 500ml	○		
アプレゾリン 2A	↓		
(20ml/時で持続)			
(側管一輸液ポンプ)			
マグネゾール	○	○	
(10ml=1g/時で持続)			
(子癇の時は、生食100+アレビアチン1A点滴)			
(帝切で胎児が娩出された後などが良い)			

## (#50) DMの取り扱い(1)

### 1) 75g G T Tの診断基準

(妊婦)

(内科)

FBS	100	110 ↓	126 ↑
60分	180	(随時血糖 200 ↑ → DM)	
120分	150	140 ↓	200 ↑
(2つ以上 → DM)		(全て → 正常)	(どちらか → DM)

### 2) DM食

(DM食C → 1200カロリー、

DM食D → 1400、E → 1600、F → 1800)

標準体重 = (身長 - 100) × 0.9 (Brocaの変法)

普通の人(非妊婦) : 標準体重 × 30カロリー

肥満の人(非妊婦) : 標準体重 × 25カロリー

妊娠前半期 : 標準体重 × 30 (25) + 150

妊娠後半期 : 標準体重 × 30 (25) + 350

産褥期 : 標準体重 × 30 (25) + 700

### 3) HbA1c N : 約6%以下(ふつう4~6%)

### 4) 血糖日内変動 :

毎食30分前および2時間後+眠前の計1日7回

→ 7回の血糖の平均値100 ↑ または食後2時間値の平均血糖値が120 ↑ (妊娠中) → インシュリン療法

(N | DDM 妊婦 → 1日2回投与が原則)

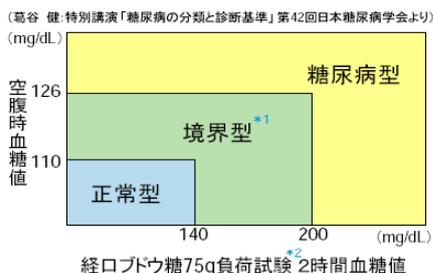
(I | DDM 妊婦 → 1日3回~4回投与が原則)

→ FBS 100 ↓ および食後2時間値120 ↓ 目標

HbA1c : 6.5%以下 → コントロール良好)

### 5) 蓄尿(1日尿糖量 : 10g以下を目標)

#### 糖尿病の診断基準



(# 5 1) DMの取り扱い (2) (続き)

6) 妊娠中のコントロールの目標

- (1) FBS → 100 ↓
- (2) 食後2時間値 → 120 ↓
- (3) HbA1 → 8.5% ↓ (4) HbA1c → 6.5% ↓

7) 術前・術後の血糖コントロールの目標

- (1) FBS 100以下 (術後は150-200)
- (2) 1日尿糖量10g以下 (3) 尿ケトン (-)

8) 術前後の点滴: Tz 5gにヒューマリンR 1単位

9) 分娩(帝切)後のインシュリン必要量は分娩(帝切)前の半分になる、Rp)マイジョクター 28本

10) インシュリンスケール(血糖測定→HR皮下注)

(術前日より術後経口可能まで、1日4回血糖チェック)

必要インシュリン量 =  $(BS - 100) \times 0.03$  単位

(広大2外科方式) (血糖が300 ↑ →  $\times 0.04$  単位)

(HR 1単位皮下注 → 血糖は25だけ下降、目標150)

70 以下 → 50% Tz 20ml Dr Call

71 ~ 150 → ヒューマリンR (HR) 不要

151 ~ 200 → 2 単位皮下注

201 ~ 250 → 4、251 ~ 300 → 6

301 ~ 350 → 10、351 ~ 400 → 12

400以上 → Dr Call

11) インシュリンの持続注入(シリンジポンプ)

生食40ml + ヒューマリンR 40 とすると

(HR 40 で、1ml → ヒューマリンR 1単位)

シリンジポンプ 5ml / 時で → 5単位 / 時

(\*) 必要HR量 =  $(BS - 100) \times 0.03$  単位

(# 5 2) 子宮頸癌の臨床進行期分類 (1998年)

0期：上皮内癌 → 100% [5生率]

・ 期：癌が子宮頸部に限局するもの

(体部浸潤の有無は考慮しない)

・ a1期：深さ3mm以内、縦軸が7mm以内)

・ b2期：深さ3~5mm、縦軸が7mm以内)

・ b1期：病巣が4cm以内

(深さ5mm以上または縦軸が7mm以上)

・ b2期：病巣が4cm以上 → NAC 2~3コース

・ 期：癌が子宮頸部を越えて広がるが、腔壁下1/3や骨盤壁に達していない

・ a期：腔壁浸潤があるが、子宮傍組織浸潤(一)

・ b期：子宮傍組織浸潤(+)

・ 期：癌が腔壁下1/3に達するか骨盤壁に達する

・ a期：腔壁下1/3に達するが、骨盤壁に達しない

・ b期：子宮傍組織浸潤が骨盤壁に達する

または、水腎症や無機能腎(+)

・ 期：癌が小骨盤腔を越えて広がるか、膀胱直腸浸潤があるもの

・ a期：膀胱、直腸への浸潤あり

・ b期：小骨盤腔を越えて転移あり

[ 5年生存率 ]

・ a期：90~95%、 ・ b期：80~85%、

・ 期：65%、 ・ 期：40%、 ・ 期：15%

#) 5Fu (50) 4T/2x (MA)

UFT (200) 3C/3x (MA)

#) T：進行期、N：0.1.X、M：0.1.X

(#53) 子宮体癌の手術進行期分類 (1996年) :

- 0 期 : 子宮内膜異型増殖症
- I 期 : 癌が子宮体部に限局するもの
  - I a 期 : 子宮内膜に限局するもの
  - I b 期 : 浸潤が子宮筋層 1 / 2 以内のもの
  - I c 期 : 浸潤が子宮筋層 1 / 2 を越えるもの
- II 期 : 癌が子宮体部と頸部を侵すが子宮外には広がっていない
  - II a 期 : 頸部腺のみをおかすもの
  - II b 期 : 頸部間質浸潤のあるもの
- III 期 : 癌が子宮を越えるが、小骨盤腔を越えないまたは、リンパ節転移のあるもの
  - III a 期 : 漿膜ならびにあるいは附属器をおかすならびにあるいは腹腔細胞診陽性のもの
  - III b 期 : 腔転移のあるもの
  - III c 期 : 骨盤リンパ節転移ならびにあるいは傍大動脈リンパ節転移のあるもの
- IV 期 : 小骨盤腔を越えて広がるか、明らかに膀胱または腸粘膜を侵すもの
  - IV a 期 : 膀胱ならびに腸粘膜浸潤のあるもの
  - IV b 期 : 腹腔内ならびにあるいは鼠径リンパ節転移を含む遠隔転移のあるもの

\* ) 子宮体癌 I 期のリンパ節転移 :

4%に骨盤内リンパ節転移 (+)

傍大動脈リンパ節転移は、1%のみである

G1=95%以上が分化型、G2=50—95%が分化型

G3=分化型が50%以下 (半分以上が充実部分)

(#54) 卵巣癌の国際進行期分類 FIGO 1988年)

- I 期：卵巣に限局 ( → は、5年生存率 )
- I a 期：癌が片側卵巣に限局、被膜正常 → 77%
  - I b 期：癌が両側卵巣に存在、被膜正常 → 68%
  - I c 期：癌が卵巣の表面に浸潤、被膜破綻+ → 60%  
腹水細胞診が (+) 腫瘍の擦過細胞診 (+) → I c
- II 期：癌が卵巣外に広がるが小骨盤腔内に限局
- II a 期：癌が子宮や卵管に浸潤 → 51%
  - II b 期：癌が他の骨盤内臓器に浸潤 → 43%
  - II c 期：II a または II b で → 43%  
腹水細胞診が (+) 腫瘍の擦過細胞診陽性 → I c
- III 期：癌が小骨盤腔外に広がる。  
所属リンパ節 ( Paraaorta ) 転移 (+) 肝表面転移+
- III a 期：腫瘍は肉眼的には小骨盤腔内に限局しているが、骨盤外の腹膜表面に顕微鏡的播種を認める  
リンパ節転移 (-) → 31%
  - III b 期：骨盤外の腹腔転移巣は 2 cm 以下  
リンパ節転移 (-) → 32%
  - III c 期：骨盤外の腹腔転移巣は 2 cm 以上 → 14%  
またはリンパ節転移 (+)
- IV 期：遠隔転移あり ( 肝臓や肺 ) → 5%  
( 胸水細胞診 (+) 、肝転移あり )

\* ) 卵巣癌 I 期のリンパ節転移：骨盤内リンパ節転移は少ない、2%に Paraaorta 転移 (+)

\* ) 卵巣癌 II 期のリンパ節転移：  
→ 9% に Paraaorta 転移 (+)

(#55) 卵巣癌の化学療法 (TJ, CAP)

(A群) Ia ~ b 期 : OPE

→ TJ、CAP 療法 3 コース

(B群) Ic ~ IIc 期で、腫瘍完全摘出例 :

OPE → TJ、CAP 療法 5 コース

(C群) II 期で、OPEで残存腫瘍が認められるもの

III、IV 期、再発症例

→ TJ、CAP 6 コース以上を目標

\* ) 基本術式 : AT+BSO+大網切除

(可能な限り、リンパ節摘出+虫垂切除)

\* ) 腹水細胞診を必ず提出

\* ) 原則として TJ、CAP療法、心臓が悪いと CP療法

\* ) TJ療法

(T : 180mg/m<sup>2</sup>、J : AUC (6) )

\* ) CAP 療法 (カルボ=CDDP × 4 ~ 5 mg/m<sup>2</sup>)

ふつうのCAP (→HD-CAP)

CDDP : 70mg/m<sup>2</sup> → 75mg/m<sup>2</sup>

ADM : 40 ~ 50mg/m<sup>2</sup> → 55mg/m<sup>2</sup>

(EPI-ADM=ファルモルビシンでは、× 1.2

= 50 → 60mg/m<sup>2</sup>)

CPM : 500mg/m<sup>2</sup> → 750mg/m<sup>2</sup>

\* ) Cyclic CAP の施行は各主治医の判断

\* ) 維持療法 5Fu錠 (50) 3 ~ 4 T/× (n)

\* ) Second Look OPE : 通常3コース後に施行

\* ) CDDPの I.P. : OPE後に1回当たり100

mgを1 ~ 2回投与

## (#56) CAP の投与法・検査

- 1) 投与法 (HD-CAPでは、3日後よりG-CSF)
  - \* ) 卵巣癌には、B法 シス : 50~70 mg/m<sup>2</sup>  
最近では、E法 シス : 70~90 mg/m<sup>2</sup>
  - \* ) 子宮頸癌には、A法 または B法
- 2) CAP 療法の投与量 (→厚生省班研究 HD CAP)
  - (1) CDDP 70 (→75) mg/m<sup>2</sup>点滴
  - \* ----- ふつう、ランダ 70 mg/m<sup>2</sup>で
  - (2) ADM 40~50 (→55) mg/m<sup>2</sup> i. v.  
Epi - ADM (ファルモルビシン) では、  
(ADM × 1.2 → 48~60 (→60) mg/m<sup>2</sup>)
  - \* ----- ふつう、ファルモ 50 mg/m<sup>2</sup>で
  - (3) CPM 500 (→750) mg/m<sup>2</sup> 点滴
- 3) CAP 前の検査
  - (1) CBC + 生化、電解質、BUN、クレアチニン  
(TB 3 mg/dl ↓、GOT・GPT : 正常の2倍 ↓  
BUN : 30 mg/dl ↓、クレアチニン 2 mg/dl ↓  
WBC : 3000/mm<sup>3</sup> ↑、Th : 1万/mm<sup>3</sup> ↑)
  - (2) 血沈 (1時間値)
  - (3) 腫瘍マーカー (0vK で、CA125, Ca199)
  - (4) クレアチンクリアランス 70 ml/分 ↑  
(= 4200 ml / 時間 = 約 100 L/日 ↑)
  - (5) 検尿 (6) 聴力検査
  - (7) 胸部X-p (肺線維症チェック) - ペプレオで
  - (8) 心電図 - アドリアで注意
  - (9) CT、MRI、骨シンチ、デキサ
- 4) 副作用強ければ次回より2割カット

(#57) CAP ケミカル (1) -1 0

- ① <1 h> 9時~  
ラクテック 500ml ○ ○  
アスパラK 1A ↓
- ② <1 h> 生食 500ml ○  
アリナミンF 1A ↓  
アスパラK 1A ↓
- (側管) 5% Tz 100ml ○  
ファルモルビシンRTU 65mg ↓
- (側管) セルシン 1/2A ○  
(側管) デカドロン 8mg ○
- ③ <0.5 h> マンニトール 200ml ○
- ④ <2.5 h>  
生食 300ml ○  
ランダ 100mg ↓  
(Dr 施行、遮光)
- (側管) 開始時: セロトーン 1A ○  
(側管) ラシックス 1/2A ○
- ⑤ <1 h>  
ラクテック 500ml ○  
アスパラK 1A ↓
- ⑥ (1 h>  
生食 500ml ○  
エンドキサン 650mg ↓  
(Dr 施行)
- (側管) ラシックス 1/2A ○  
(側管) セルシン 1/2A ○  
(側管) デカドロン 8mg ○
- ⑦ ソルデム3 500ml ○

(#58) CAP ケミカル (2)

	+1	2	3	4
1) 生食 500ml	○			
(側管) セロトーン 1A	○			
(側管) デカドロン 8mg	○			
2) ソルデム3 500ml	○			
アスパラK 1A	○			
(側管) ラシックス 1/2A	○			
(終了時)				
3) ラクテック 500ml	○			
(側管) デカドロン 8mg	○			

-----

1) ソルデム3 500ml		○	○	○
(側管) セロトーン 1A		○	○	○
(側管) デカドロン 4mg		○		
2) ラクテック 500ml		○	○	
(側管) ラシックス 1/2A		○	○	
(終了時)				
3) ラクテック 500ml		○	○	
(側管) デカドロン 4mg		○		

## (#59) CDDP投与時の補液と副作用、腹腔内投与

### 1) ランダ投与時の注意点

- (1) 投与前、1000~2000mlの点滴負荷
- (2) 投与時、500mlの生食に混じ2時間以上かけて点滴
- (3) 投与後、1000~2000mlの点滴静注

### 2) 副作用：

- (1) 腎障害：シスの投与前後、  
6時間は、尿量を150ml / 時↑に維持
- (2) 悪心・嘔吐 → カイトリル1A、ナゼア1A
- (3) 骨髄抑制 → グラン1A 毎日皮下注  
→ 血小板 10日目で最低  
→ WBC 14日目で最低
- (4) 聴力障害（オーディオグラム）  
1回投与量が80mg/m<sup>2</sup>以上または総投与量が300mg/m<sup>2</sup>以上で出やすくなる。
- (5) 心毒性＝ECGチェック  
(頻脈、t平低化、ST低下、低電位、不整脈)  
Dose limit：Epi-ADM で、総計500mg/m<sup>2</sup>以下
- (6) 血管外に漏らすと、組織壊死
- (7) 出血性膀胱炎 (8) 脱毛
- (9) 末梢神経障害  
総投与量が、200mg/m<sup>2</sup>以上から出現するようになる。

### 3) OPE後の腹腔内投与（リザーバー留置後）

CDDP 100mg / 1回を、1~2回投与

(#60) PPF ケミカル (1)

		1	2	3	4	5	6
①ソリタ T3	500	○	○	○	○	○	×
(側管)	カイトリル 1A	○	○	○	○	○	×
②ソルラクト	1000	○	○	○	○	○	×
5-FU	750mg/m <sup>2</sup>	○	○	○	○	○	×

#) (筋注) (Dr)

生食	2.5 ml	○	○	○	○	○	○
ペプレオ	5mg / b	○	○	○	○	○	○

#) P : CDDP : 75 mg/m<sup>2</sup>  
 P : Pepleo : 5 mg/m<sup>2</sup> (筋注)  
 F : 5-Fu 750 mg/m<sup>2</sup>

---

#) LD-CAP

CDDP 10mg/m<sup>2</sup> × 7  
 Epi-ADM 50 mg/m<sup>2</sup> × 1 (day 1)  
 COM 500 mg/m<sup>2</sup> × 1 (day 1)

(#61) PPFケミカル (1)

	1	2	3	4	5
① ソリタ T3 500	○	○	○	○	○
(側管) カイトリル 1A	○	○	○	○	○
② ソルラクト 1000	○	○	○	○	○
5-FU 750mg/m <sup>2</sup>	○	○	○	○	○
#) (筋注) (Dr)	○	○	○	○	○
生食 2.5 ml	○	○	○	○	○
ペプレオ 5mg /b	○	○	○	○	○

(ケモ6日目)

09:30 ~ バルーン挿入後、  
点滴確保

	6	7
① ラクテック 500 ml	○	
アスパラK 1 A	↓	
10:30 ~		
② ラクテック 500 ml	○	
アスパラK 1 A	↓	
デカドロン (1 A=2 ml) 8 mg	↓	
11:30 ~		
③ マンニトール 200 ml	○	
(側管) カイトリル 1A	○	
12:00 ~ 2hr		
④ 生食 300 ml	○	
ランダ 75 mg/m <sup>2</sup>	○	
14:00 ~		
⑤ アクチット 500 ml	○	
アスパラK 1 A	↓	
デカドロン (1 A=2 ml) 8 mg	↓	
ドロレプタン 1.0 ml	↓	
15:00 ~		
⑥ ラクテック 500 ml	○	○
(側管) カイトリル 1A	○	○
16:00 ~		
⑦ アクチット 500 ml	○	

(バルーン抜去時刻は、希望通りで可)



(#63) EP療法・V-CAP療法・PPE療法

#) EP療法ケミカル (ケモ1、2、3日目)  
(タキソール用輸液セット) (点滴4本/日で)  
(CDDPのレジメに加え)

	1	2	3	4	5
1) アクチット500		○	○	○	○
2) 大塚生食500ml	○	×	○	×	○
ラステット100mg	↓	↓	↓		
(CAPの時は、エンドキサンの部分に)					
3) ソリタT3 500		○	○	○	○

\* ) ラステット投与時は、タキソール用輸液セット使用

\* ) ラステットでは、血小板減少に注意!

(エトポシドのDose-limiting factor)

#) V-CAPでは、CAP療法中に、  
生食15ml+オンコビン1.5mg  
(1分間かけて静注)

(CAPでは、ランダの次の点滴に)

#) PAE療法

CDDP 75mg/m<sup>2</sup>

Ep i - A d 50mg/m<sup>2</sup>

(ファルモルビシン)

エトポシド 100mg/m<sup>2</sup>

(#64) PAI療法ケミカル

	1	2	3	4	5	6	7
1) 生食100 (9時~)	○	○	○	○	○	○	○
カイトリル1A	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
(側管より)							
生食20ml							○
ファルモルビシン60mg							↓
(1V=10mg) (ADM35mg/m <sup>2</sup> ×1.2)							
2) 生食500ml	○	○	○	○	○	○	○
ランダ 14mg	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
(CDDP 10mg/m <sup>2</sup> )							
3) 生食1000ml	○	○	○	○			
イホマイド1g	↓	↓	↓	↓			
(2時間で、×4)							
(側管より、点滴3のスタート時)							
ウロミテキサン静注	○	○	○	○			
(メスナ) (200mg=2ml)							
4) アクチット500	○	○	○	○			
(ゆっくり持続)							
ウロミテキサン静注	○	○	○	○			
(側管より、点滴3のスタートより4時間後)							
ウロミテキサン静注	○	○	○	○	→		省略可
(側管より、点滴3のスタートより8時間後)							
(*) ウロミテキサン1A=400mg=4ml)							
=メスナ (IFMの場合不要の意見もある)							

(#65) タキソール・カルボプラチン (TJ) の指示

1) 8月20日ケモ開始 (タキソール・カルボ)

2) ケミカルあり

3) 処方あり

当日 Rp) ベナ (10mg) 5T 内服

翌日~ Rp) ゾフラン 1T/1x (5)

プリンペラン 3T/3x (5) n

2回目から、グルミン20g/5x (4) n

(処方は、3g/3x (27) で、1g返納)

4) タキソール開始時より

モニター、自動血圧計、救急セット 用意

(不整脈など異常あればすぐにタキソール中止 Dr Call)

(#) パラプラチンの投与量の算出

・ 血清CCrを2回測定し、平均を出す

・ パラプラチン投与量の算出

前治療なし=AUC目標値 (5) mg/ml/min

前治療あり=AUC目標値 (4) mg/ml/min

\* ) 当院では、AUC目標値 (6) mg/ml/minで

(タキソールと併用の場合、スペアリング効果あり)

・ 年齢、身長、体重、血清CCrとAUC目標値を、

(6) に設定し、パラプラチンの投与量を算出

(パラプラチン計算尺、ジェフリーの式にて=パソコン)

(\* ) タキソールの投与量 (1V=5ml=30mg)

カルボとの併用では、140~150mg/m<sup>2</sup>で

開始し、+30mgずつ増量する

(多くは、初回180mg/body or 140mg/m<sup>2</sup>)

(2回目以降、175mg/m<sup>2</sup>)

(#66) T J-括ケミカル (タキソール3時間法)

10:00 ~ 1hr テルモタキソール用輸液セット  
(22Gルート確保)

① 生食 100 ml ○  
デカドロン 20 mg (5ml) ↓  
(1V=8mg=2ml)

10:30 → ベナ5T内服

(側管) 生食 15 ml ○  
ガスター 1A ↓  
(側管) ナゼア1A ○

11:00 ~ 3hr (モニター、自動血圧計装着)

② 生食 500ml ○  
パクリタキセル 240mg (6V) ↓  
(Dr) (180mg 2/m<sup>2</sup>)

14:00 ~ 1hr

③ 生食 250ml ○  
(側管) ナゼア1A ○

15:00 ~ 1hr

④ 生食 250ml ○  
カルボプラチン AUC (6) ↓

---

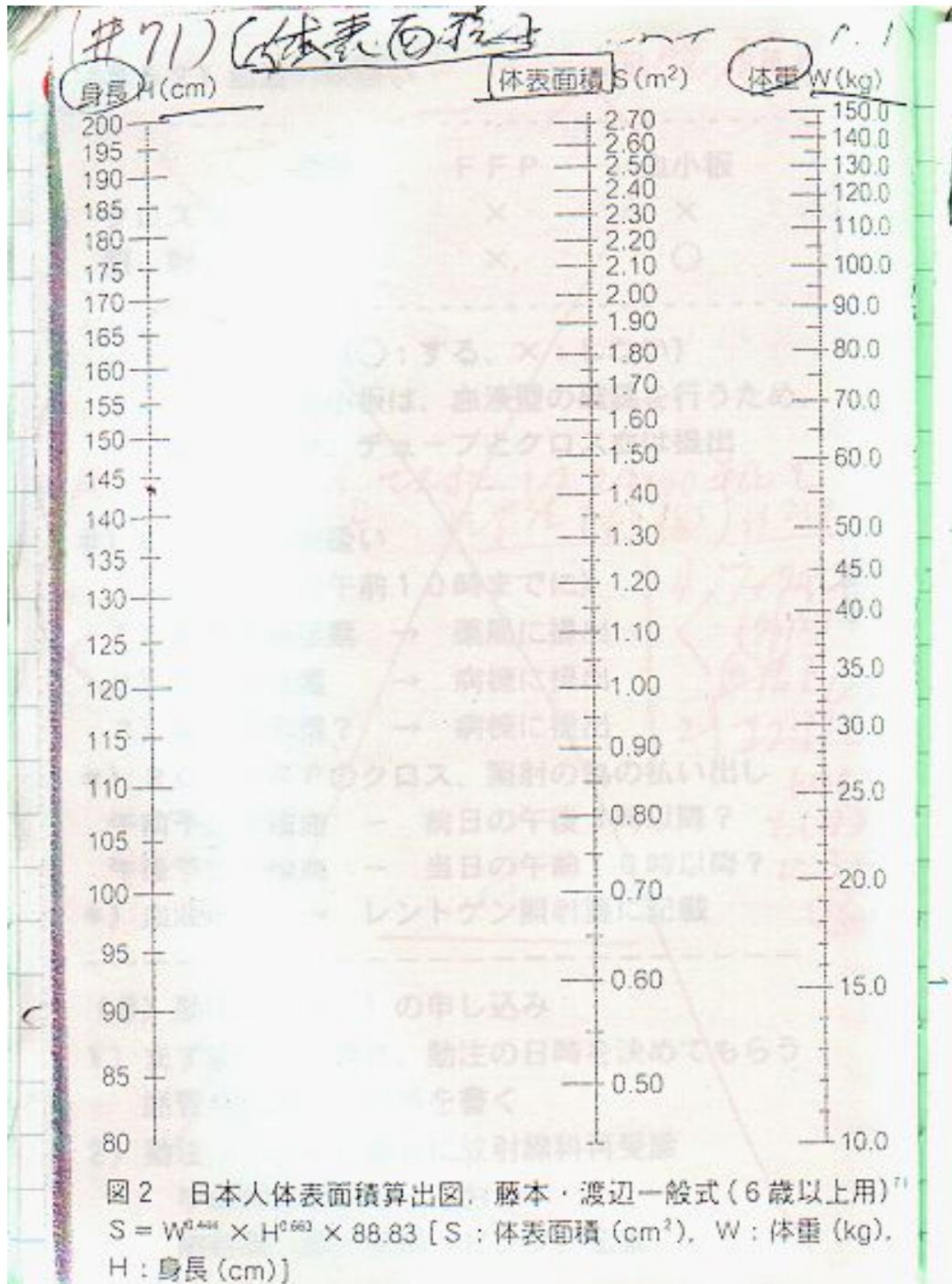
タキソール 1V=5ml=30mg (1ml=6mg)

カルボプラチン: 1V=150、450mg

(1ml=10mg) (院内には50mgなし)

デカドロン (1V=8mg=2ml)

#67)



$$PI = \frac{A-B}{\text{平均}} = \frac{A-B}{(A+B) \div 2}$$

## (#68) ケモの効果判定

- 1) CR (Complete Response) = 著効  
画像上すべて消失 ○→なしに  
\*) pCRとは、手術でがん(一)になること
- 2) PR (Partial Response) = 有効  
面積が、50%以下になる  
1方向が70%以下になる
- 3) NC (No Change) = 不変  
面積が50%以上ある  
1方向が70%以上ある
- 4) PD (Progressive Disease) = 進行  
面積が25%以上増大  
1方向が5%以上増大
- c f) MR (Minor Response)  
面積が50~75%になる  
1方向が70~87%になる

## #) TAEの申し込み

- 1) 紹介状
- 2) 脈管造影検査予約券
- 3) 造影照射箋(録)ピンク

(#69) 抗がん剤の副作用（骨髄抑制、嘔吐、脱毛）

1) 骨髄抑制

G	WBC	好中球	Th
0	4000↑	2000↑	10万↑
1	3000~4000	1500~2000	7.5~
2	2000~3000	1000~1500	5~7.5
3	1000~2000	500~1000	2.5~5
4	1000以下	500以下	2.5以下

2) 悪心・嘔吐

- G 0 : なし
- G 1 : 悪心のみ
- G 2 : 1日1~5回の嘔吐
- G 3 : 1日6回以上の嘔吐
- G 4 : (一)

3) 脱毛

- G 0 : なし
- G 1 : 軽度~中等度の脱毛
- G 2 : 重度~全脱毛
- G 3 : (一)
- G 4 : (一)

## (#70) 抗生剤・ジフルカンの投与方法

### 1) 術後感染予防

- ・ スルペラゾン、クラフォラン（最初に）
- ・ マキシピーム、ファーストシン、カルベニン（発熱時）

### 2) 緑膿菌 → モダシン が、一番

### 3) GBS → ロセフィン（1日1回）、クラフォラン（ビクシリンが一般的）

### 4) 最終の抗生剤 → チエナム（強力β-ラクタム系） 生食100ml + チエナム0.5g（朝夕）

### #) ジフルカンの投与方法：

ジフルカン1V（100mg=50ml）を、  
朝夕（1日2V）7日間投与（1本約2時間投与）

（カンジダ、クリプトコッカスに対しては  
ファンギゾンと同等の効果あり）

（アスペルギルスに対しては、ファンギゾンの方が有効）

\*) クレアチニンクリアランスは、50以上で使用可

\*) ジフルカン：100～400mg/日

\*) ハルシオン、アセナリン、トリルダン、ワルファリンの使用時は不可

\*) 検査法（血液）：

・ カンジテック — 70%の陽性率あり

・ β-(D)グルカン

（カンジダ、アスペルギルス、クリプトコッカスの  
3つとも検査可）

## (#71) IVH の取扱い (1)

- 1) IVH 用カテーテル、カテリーパッドで固定  
アーガイルメディカットカテーテルキット用意  
(ピールオフタイプ、カテーテル外径16G)
  - 2) 挿入後ソリタT3G500ml (Tz7.5%150カロリー)
  - 3) 胸部Xpにて、カテーテルの先端を確認 (P-Xp)
  - 4) 高カロリー輸液パック (2500ml 用) に  
ソリタックスH500 (Tz12.5%250カロリー)  
×3本 + 10%ブドウ糖500ml (200カロリー)  
以上合計2000ml (950カロリー) 2-3日間
  - 5) トリパレン1号1200ml (1119カロリー)  
アミパレン 400ml (1本アミノ酸40g 160カロリー)  
ネオラミンマルチV1V (IVH用総合ビタミン剤)  
以上合計1600ml (1279カロリー) 2-3日間
  - 6) トリパレン2号1200ml (1401カロリー)  
アミパレン 400ml (1本アミノ酸40g 160カロリー)  
ネオラミンマルチV1V (IVH用総合ビタミン剤)  
ミネラリン1A (2ml)  
(時に10% NaCl 2Aも)
- \* ) 刺入部には、カテリーパッド (布絆創膏) 使用
  - \* ) ヒューマリンR10単位混入も可 (Dr森)
  - \* ) トリパレン2号のパックに入らない時は、  
2500mlの高カロリー輸液パックにいれる
  - \* ) 原則として、高カロリー中は、食事を止める。
  - \* ) 食事を出す時は、部分高カロリーとして点数
  - \* ) FBSチェックは、1週間は毎日行なう。

(#72) 細菌培養 (1)

薬剤名	(略号)	商品名
アンピシリン	(A B P C)	ビクシリン
ピペラシリン	(P I P C)	ペントシリン
セファゾリン	(C E Z)	セファメジン
セフメタゾール	(C M Z)	セフメタゾン
セフォチアム	(C T M)	パンスポリン
フロモキシセフ	(F M O X)	フルマリン
スルバクタム		スルペラゾン
セフトジジム	(C A Z)	モダシン
(3.5世代、緑膿菌に有効)		
ゲンタマイシン	(G M)	ゲンタマイシン
ジベカシン	(D K B)	パニマイシン

内服薬

- ・ サワシリン (A M P C)
- ・ トミロン (C F T M - P I)
- ・ バナン (C P D X - P R)
- ・ フロモックス (C F P N - P I)
- ・ クラリス (C A M)
- ・ ジスロマック
- ・ ホスミシン (F O M)

合成抗菌剤 (ケモ中は×=MRSAをつくる)

- ・ オゼックス (T F L X) (外注)
- ・ クラビット (L V F X) クラミジア抗原検査
- ・ スパラ (S P F X) (E I A) 直接塗抹
- ・ タリビッド (O F L X) 単純ヘルペス抗原  
(1、2型) 検査 (直接塗抹)

(#73) 細菌培養 (2)

薬剤名	商品名
アルベカシン	(ABK) ハベカシン
ミノサイクリン	(MINO) ミノマイシン
エリスロマイシン	(EM)
ホスホマイシン	(FOM) ホスミン
レボフロキサシン	(LVFX) クラビット
ノルフロキサシン	(NFLX) バクシダール
クロラムフェニコール	(CP) クロマイ
クリンダマイシン	(CLDM) ダラシン
バンコマイシン	(VCM) バンコマイシン
(ペニシリンと一緒に相乗効果あり)	
テイコプラニン	(TEIC) タゴシッドMRSAに
セフスロジンNa	(CFS) タケスリン
セフォタキシム	(CTX) クラフォラン羊水移行
セフトリアキソン	(CTRX) ロセフィン1日1回可
スルバクタム・セフォペラゾン	スルペラゾン
セフォゾプラン	(CZOP) ファーストシン 3.5世代
セフピローム	(CPR) ブロアクト 3.5世代
セフォピーム	(CFPM) マキシピーム 第4世代
カルバペネム系	(DAPM) カルベニン 第4世代
イミペナム	(IPM) チエナム 第4世代
#) MRSAに 生食TN100ml (朝夕2回)	
＋ハベカシン100mg (1A) (30分)	
(または、ハベカシン2A=200mgを1日1回)	
生食TN100mg＋塩酸バンコマイシン1g (60分)	
(1V=0.5g)	

(#74) NAP (←CAP) ケミカル

(20Gルート確保)

	1	2
1) 生食 100ml	○	
ナゼア (ゾフラン) 1A	↓	
(側管)		
生食 20ml	○	
ファルモルビシンRTU 70mg	↓	
(10mg × 7)		
(側管)		
生食 20ml	○	
デカドロン 8mg (1A)	↓	
2) 生食 500ml	○	
アクプラ 100mg (遮光)	↓	
3) ラクテック 500ml	○	
4) 生食 500ml	○	
エンドキサン 700mg	↓	
(500+100 × 2)		
(#) 嘔吐時、プリンペラン1A 静注		

#) ラクテック 500ml		○
(#) CAP ← → NAPとして		
CDDP Nedaplatin (シオノギ)		
(70mg ----- 60mg) 相当		
(75mg ----- 80mg)		

(#75) CPT11+MMC ケミカル  
day 1 8 15

(#) 9:30 ~ 30分

① 生食 100ml ○○ ○○ ○○  
(側管) カイトリル 1A ○○ ○○ ○○

(#) 10時 ~ 2h

② 生食 500 ml ○ ○ ○  
トポテシン 100mg/m<sup>2</sup> ↓ ↓ ↓  
(1V=2ml=40mg)  
(1V=5ml=100mg)

(#) 12時 ~ 30分

③ 生食 100 ml ○  
MMC 10 mg/m<sup>2</sup> ↓  
(1V=2mg)

#) CPT11=100mg/m<sup>2</sup> × 3  
MMC = 10mg/m<sup>2</sup> × 1  
(2W休薬し、次コース)

#) ケモ前日より、Rp) 半夏瀉心湯 3P/3×(7)v  
(エビアン、ボルビックは、不要)

#) ケモ当日より

- ① プリンペラン 3T/3×(4)n
- ② 重曹 2.0/3×(4)n
- ③ カマダ 2.0/3×(4)n
- ④ ウルソ100 3T/3×(4)n

#) ケモ3日目より

- ① ゾフラン錠4 を、1T/1×(4)朝n

#) 下痢発来時、Rp) ロペミン 1C → 1日8Cまで可能  
CPT11の下痢に、ケモ後、1日4回以上の下痢には、  
ロペミン4C内服→以後、4時間毎に3回まで内服  
(ロペミン、2時間ごとに2Cずつ内服も可)

(#76) DP療法ケミカル -1 0 1 2 3 4

*) ラクテック 500ml	○	○	○	○	○
9時~1hr (22Gルート確保)					
① 生食 500 ml	○				
アリナミンF		↓			
アスパラK 1A		↓			
10時~30分					
② 生食 100ml	○				
デカドロン 8mg		↓			
10:30~1hr					
③ 生食 250 ml	○				
ドセタキセル 60 mg/m <sup>2</sup>		↓			
11:30~1hr					
④ ラクテック 500ml	○	○	○	○	○
カイトリル 1A		↓	↓		
(側管) ラシックス 1/2 A	×	○	○		
12:30~2hr					
⑤ 生食 350 ml	○				
ランダ 60mg/m <sup>2</sup> (遮光)		↓			
14:30~30分					
⑥ マンニトール 200ml	○				
15:00~1hr					
⑦ ラクテック 500 ml	○				
16:00~1hr					
⑧ 生食 500 ml					
(側管) ラシックス 1/2 A	○				
(側管) カイトリル 1A	○				
17:00~1hr					
⑨ ラクテック 500ml	○	○			

(#77) DJ一括 (Tri-Weekly) ケミカル

9:30 ~ 30分 (ルート確保)

① 生食 100ml ○  
デカドロン 8mg ↓  
カイトリル 1A ↓

10時 ~ 1hr

② 生食 250ml ○  
ドセタキセル 60 mg/m<sup>2</sup> ↓  
(タキソテール) (Dr)

11時 ~ 1hr

③ 生食 250ml ○  
カルボプラチン AUC (6) ↓  
(パラプラチン) (Dr)

12時 ~ 30分

④ 生食 100ml ○  
デカドロン 4 mg ↓

-----  
#) ケモ翌日より、

Rp) ゾフラン 1T/1×(5) Mn  
プリンペラン 3T/3×(5) n

#) ドセタキセル 1V=20, 80mg

#) D: 60mg/m<sup>2</sup> + CBDCA: (5)

(→TJの、T: 180mg/m<sup>2</sup>

+ CBDCA: (5) に相当する)

#) TJ と DJ の比較:

TJ ← → DJ

パクリタキセル180mg/m<sup>2</sup> ドセタキセル60-70

CBDCA AUC (6) AUC (5)

(#78) DJ (Weekly) ケミカル

		day	1	8	15
(9:30~30分)		(22Gルート確保)			
①	生食 100 ml		○	○	○
	デカドロン 8 mg		○	○	○
	カイトリル 1A		○	○	○
(10時~1h)					
②	生食 250 ml		○	○	○
	ドセタキセル 40mg		↓	↓	↓
(タキソテール) (Dr)					
(11時~1h)					
③	生食 250 ml		○	○	○
	カルボプラチン 230 mg		↓	↓	↓
(パラプラチン) (Dr)					
(12:30~30分)					
④	生食 100 ml		○	○	○
	デカドロン 4mg		○	○	○

#) ケモ翌日より、

Rp) ゾフラン 1T/1x(5) Mn

プリンペラン 3T/3x(5) n

#) ドセタキセル 25~30~35mg/m<sup>2</sup> day 1 8 15

CBDCA AUC(2) day 1 8 15

(2W休薬次コース day 29、36、43)

#) ドセタキセルは添付溶解液全量に溶解して10mg/mlの濃度とした後、250mlの生食に混和する。

#) ドセタキセル 1V=20mg、80mg

(添付溶解液全量に溶解すると、10mg/mlとなる)

#) ドセタキセルは、量が少ないと効果(-)

#) カルボプラチン(パラプラチン)は、院内には、1V=150mg、450mg

(#79) LD-CAPケミカル

(20Gルート確保)

		1	2	3	4	5	6	7
1)	生食	100ml	○	○	○	○	○	○
	ナゼア	1A	↓	↓	↓	↓	↓	↓
2)	生食	100ml	○					
	ファルモルビシン							
	RTU	70mg	↓					
	(50mg/m <sup>2</sup> , day1)							
3)	生食	500ml	○	○	○	○	○	○
	ランダ	15mg	↓	↓	↓	↓	↓	↓
	(10mg/m <sup>2</sup> × 7)							
4)	生食	500ml	○					
	エンドキサン	750mg	↓					
	(500mg/m <sup>2</sup> , day1)							

(#) 嘔吐時、プリンペラン1A 静注

(#80) ステロイド対応量

				半減期
・ プレドニン	5	40	100	18~36時間
	(1V=10、20mg)			
・ ソルメドロ	4	40	100	18~36時間
	(1V=125、500mg)			
・ デカドロン	0.75	8	20	36~54時間
	(1V=8mg=2ml)			
・ リンデロン	0.5	6	15	36~54時間
	(1V=4mg=1ml)			
・ サクシゾン	20	200	500	8~12時間
	(1V=100mg)			

プレドニン	ソルメド	デカドロン	リンデロン	サクシゾン
10	10	2	2	50
20	20	4	4	100
40	40	8	8	200
80	80	16	16	400
100	100	20	20	500

(# 8 1) 院内ピッチの番号

オペ室	3 8 0		
ガイライ	1 1 3 7 0	一般検査	2 4 5
ACU生化	2 4 5	(輸血部)	
ビョウトウ	5 1 0	Xp当直	8 4 0 7
ビョウトウ2	5 1 1	検査当直	8 4 0 8
交換	9		
管理当直	8 4 1 0		
CT	8 5 0 1	MR I	8 5 0 0
病理	4 6 3		
事務当直	2 3 3		

2) 病理解剖依頼手順

- ・ 家族に相談
- ・ 「解剖に関する遺族の承諾書」に署名・捺印
- ・ 病理部長 にTEL
- ・ 事務当直に、技師の呼び出し依頼
- ・ 病理解剖申込書に記載、遺体解剖通知表
- ・ 解剖謝礼金を管理ナースより渡す

(#82) 癌のターミナルケア

1) IVH 挿入 2) モルヒネの開始:

MSコンチン 10→20→40mg/日

(シリンジ) 生食 43 ml

塩酸モルヒネ 50 g (5ml)

2ml/時 で、1日 50mg

(塩酸モルヒネ 1A=10mg=1ml)

cf) レスキューモルヒネとして

Rp) アンペック座薬 (10) 1ヶ/1×5屯

3) 癌末期の持続睡眠に、

ドルミカム 5A/日→10A→20A→25A/日まで

(ドルミカム 1A=2ml=10mg) (点滴内に混注)

4) 持続睡眠、ケイレン抑制に、 (シリンジポンプ)

イソゾール 5.0 ml/時 → 120 ml/日

5) (50mlシリンジポンプ) 生食 46ml+レペタン 2A

(1A=0.2mg=1ml) (2ml/時で)

6) ペンタジン (25) 3T/3×(7)

レペタン座薬 (0.4) 2T/2×(7)

7) 不安に、 Rp) レキソタン 1T/1×(7)

8) 持続睡眠、けいれん抑制に、

(シリンジポンプ)

イソゾール 5.0 ml/時→120ml/日

9) ブロンプトンカクテル

Rp) 塩酸モルヒネ 5~10mg

単シロップ 1ml

水 9ml / 1回投与分

cf) オプソ内服液 (モルヒネの経口液剤)

(大日本製薬) 来年発売

10) 貼付用フェンタニール

(デイプロパッチ 1P=2, 5, 5, 0)

(麻) デイプロパッチ 1枚 (2.5) /1×(3)

(3日毎の貼りかえ)

MSコンチン=10、30、で90mg/日になったとき、デイプロパッチ 2.5に切り替え cf) 外来処方は、5枚まで

cf) カデイアン内服終了後、6時間して

デイプロパッチを貼付開始

11) 熟眠に、Rp) リスミー 1T+ヒルナミン 1T

(#83) TP 一括ケミカル

(タキソール3時間法)

タキソール 1V = 5ml = 30mg (1ml = 6mg)

(AM 9時 ~) テルモタキソール用輸液セット

(20~22Gルート確保)

① 生食 500 ml ○  
(側管) 生食 20 ml ○  
デカドロン 20 mg (5ml) ↓

(AM 10時 ~)

② 生食 500 ml ○  
(側管) 生食 10ml ○  
ガスター 1A ↓  
(側管) ナゼア 1A ○

(#) 10:30 → ベナ5T内服

(AM 11:00 ~)

③ 生食 500ml ○  
パクリタキセル 180mg/m<sup>2</sup> (6V、粘稠大) ↓  
(3時間で) (Dr)

(モニター、自動血圧計装着、ショック注意)

(PM 2:00 ~)

④ 生食 500ml (1.5時間で) ○  
⑤ マンニトール 200 ml (30分で) ○  
生食 300 ml ○

(PM 4:00 ~)

⑥ ランダ 60 mg/m<sup>2</sup> (2時間) ↓  
(側管) ラシックス 1/2 A i. v.

⑦ ラクテック 500 ml ○  
ドロレプタン 0.5 ml ○

(側管) ラシックス 1/2 A i. v.

⑧ ラクテック 500 ml ○

(#84) T J—Wのケミカル

タキソール用輸液セット使用

	1	8	15
#) 10時～(1時間で)			
① 生食 100 ml	○	○	○
デカドロン 20mg	↓	↓	↓
(側管) 10:30に			
生食 15 ml	○	○	○
ガスター 1A	↓	↓	↓
(側管) カイトリル 1A	○	○	○
#) 11時～(1時間で)			
② 生食 250 ml	○	○	○
パクリタキセル 80 mg	↓	↓	↓
(=タキソール)			
#) 12時～(1時間で)			
③ 生食 250 ml	○	○	○
カルボプラチン 150 mg	↓	↓	↓

T : T=60-70-80 mg/m<sup>2</sup> × 3 ( 1 8 15)  
 J : AUC (2) × 3 次に、2W あけて、2コース目  
 (T J—Wの処方)

11/01	ベナ 5T/1×(1)	—	ケモ当日
11/02	ゾフラン 1T/1×(5) Mn		
	プリンペラン 3T/3×(5) n		
11/08	ベナ 5T/1×(1)	—	ケモ当日
11/09	ゾフラン 1T/1×(5) Mn		
	プリンペラン 3T/3×(5) n		
11/15	ベナ 5T/1×(1)	—	ケモ当日
11/22	ゾフラン 1T/1×(5) Mn		
	プリンペラン 3T/3×(5) n		

(#85) W-DP (P一括) ケミカル

(タキソール用輸液セット使用)

	1	8	15
① ソルデム500 (1Hr)	○○○		
② 生食 500ml (1Hr)	○○		
アリナミンF1V	↓		
アスパラK1A	↓		
③ 生食 100ml (30分)	○○		
デカドロン 8mg	↓↓		
(側管)カイトリル 1A	↓↓		
④ 生食 250ml (30分) I	○		
ドセタキセル 25mg/m <sup>2</sup>	↓	×	3
(20~25~30~35mg/m <sup>2</sup> )			
⑤ ラクテック500ml (1Hr)	○○		
⑥ マンニトール 200ml	○		
⑦ 生食 500ml (2時間)	○		
ランダ 60mg/m <sup>2</sup>	↓	×	1
⑧ ラクテック 500	○○		
(側管)ラシックス1/4A	○○		
⑨ ラクテック500 (1Hr)	○○		
(側管)カイトリル1A	○		
⑩ アクチット 500	○		

(#86) 各種の処方

#) 手あれに →

Rp) ケラチラミン軟膏 25 g

Rp) ユベラ軟膏 30 g

Rp) デルモベート軟膏 25 g (ステロイド)

#) ドライスキンに、Rp) 白色ワセリン 30 g

#) 筋肉痛に

Rp) インテバン外用液1% : 50ml 1本

Rp) モビラート軟膏 50 g

#) 本態性低血圧に、

Rp) リズミック (10) 2T/2× (14) MA

#) 蕁麻疹・アレルギー性皮膚炎に、

Rp) セレスタミン 2-3T/2-3× (MA) ●  
(ベタメサゾン)

Rp) エバステル (10) 1T/1× (7) 眠くならない●

Rp) クラリチン (10) 1T/1× (14) 眠気なし  
— 世界で最も汎用

Rp) ポララミン (6) 1T/1× (A)

ペリアクチン (4) 2-3T/2-3× (n)

Rp) ザジテン (1) 2C/2× (n) — 妊婦に有用

アゼプチン (1) 2T/2× (MA)

リザベン 3C/3× (n)

アレグラ 2T/2× (n)

\*) 速く著効させるには、

① ソリタT 3 200ml+プレドニン 10mg

② 強ミノC 1A 静注

③ セレスタミン 3T/3× (3)

#) 外陰ヘルペス検査(外注、右下に記載)

単純ヘルペス(EIA)IgG,IgM

#) 外陰ヘルペスに

Rp) バルトレックス 2T/2× (5) MA

または、ゾビラックス1V(250)点滴(1時間)

1日3回5日間

Rp) プロスタンジン軟膏 30g — 鎮痛

または、アラセナA軟膏 5g

- #)ワーファリン内服中の目安に、  
TT → 30~40 を目標に  
PT-INR → 1.5 を目標に
- #)放射線性皮膚炎に、Rp)ボアラ軟膏 10g
- #)口内炎に、Rp)デキササルチン軟膏 2 g  
ワプロンP 12 枚
- #)RT中のWBC↓に、  
ノピア 1A 皮下注 10日間
- #)腎不全の活性炭内服療法  
Rp)クレメジン 15~30C/3×(食間)
- #)高K血症に、  
Rp)カリメート 20~30g  
水 150 ml / 3×(3)
- #)注腸カリメート療法 → 内服も効果は同じ  
Rp)カリメート 30 g  
水 100 ml / 1× 3日間  
(30~60分がまん)
- #)クラミジアに、  
Rp)ジスロマック(250)2T/1×(3)A  
(気管支炎、扁桃炎、中耳炎の病名)
- #)高カルシウム血症に  
生食 500ml  
テイロック 1A(4ml=10mg)4時間で点滴  
→ 1W間毎日点滴
- #)高コレステロール血症、高脂血症に、  
Rp)リピトール(10) 1T/1×(30)A  
Rp)リパンチル 1T/1×(30)

#)妊娠中の感冒に、

- ・ 葛根湯 3P/3 × (3)v
- ・ フステン水 15ml/3 × (3)
- ・ IG 30ml(または、アズノールうがい液1本)
- ・ アスピリン 1g × (5)屯  
20%カロナル細粒 200mg(1g) × 5屯  
アンヒバ座薬(200)2ヶ/2 × (3)屯
- ・ トランサミン 6T/3 × (3)n
- ・ ムコソルバン 3T/3 × (3)n

#)インフルエンザに

- ・ 鼻咽頭より検査—(AB)
- ・ Rp)タミフル 2T/2 × (5)MA  
(インフルエンザABに有効)
  - ・ シンメトリル2—3T/2—3 × (5)  
(インフルエンザAのみに有効)

#)褥創に、Rp)プロスタジン軟膏 50g  
(1日2回塗布)

#)淋病、クラミジアに、

Rp)クラビット(100) 4T/2 × 7日間  
Rp)ジスロマック(250)2T/1 × (3)

#)術後のケロイドに、

Rp)デルモベート軟膏 20g  
ヒルドイド軟膏 20g(ミックス)

#)術後のケロイドに、

R p) デルモベート軟膏 20g  
ヒルドイド軟膏 20g (ミックス)

- #) インフルエンザに、  
Rp) タミフル 2C/2 × (5)MA  
Rp) リレンザ吸入薬 (AB共にOK)
- #) 大腸過敏症に、  
Rp) コロネル 3.6g/3 × (n)
- #) 男性ホルモンは、テストステロンのみ保険適応
- #) アレルギー性鼻炎に  
Rp) ナイスピー点鼻薬 1本 4回/日  
(ステロイド)
- #) RT中のWBC↓に、  
ノピア1A 皮下注 10日間
- #) ひどい妊婦痒疹に  
Rp) ・ 止痒水 300 ml  
・ 強ミノC 1~2A  
・ ポララミン(6) 2T/2 × (MA)n  
・ ザジテン 2T/2 × (MA)n  
・ エバステル 1T/1 × (A)
- #) ICUのネブライザー  
ビソルボン 2ml  
生食 8ml / 1日4回
- #) 内科のネブライザー  
ベネトリン吸入液 0.5% 30mlまたは  
生食 10 ml  
ベネトリン 0.5 ml
- #) 口腔内乾燥に  
Rp) サリベート 1本(50g)  
Rp) ネオステリングリーン40ml  
(50倍希釈して口腔内洗浄)

#) 難治性のカンジダ症に、

Rp) イトリゾール(50) 2~4/2 × (3)

#) 術後のBP180 ↑に

アダラートカプセル 1/2 を、舌下に注入

(静注では) 生食20ml

+ペルジピン(2mg) 1A静注 = 1ml(1mg)

(シリンジ)

生食 20ml

ペルジピン 20ml / 2 ml / 時で開始

(最大 8ml/時)

(点滴)

生食 100 ml +ペルジピン 2mg(30分)

生食 500 ml +ペルジピン 20 mg(ml)

/ 20ml/時で

#) 舌苔に、ファンギゾンシロップ 1本(24ml)

3 ml / 3 × (8)n

#) Rp) リスミー 1T - ぐっすり眠れる

ヒルナミン 1T / 1 × (14)

#) 真菌感染症の検査と治療

\*) β-グルカン(陽性)

→カンジダ、肺アスペルギルス、カリニ肺炎

→ ファンガード点滴が有効

\*) クリプトコッカス抗原検査

→ ジフルカン で治療

ジフルカン 1V=50ml=100mg

(1日1回)

#) 膠原病の検査

RF、CRF、抗核抗体、抗DNA抗体

CH50、IgG,A,M 抗CL抗体IgG

抗 $\beta$ -1GP1, CL抗体

#) ステロイド軟こうの強さ

(強い) デルモベート軟膏

(中等度) フルメタ軟膏

リンデロンVG軟膏

アルメタ軟膏

ロコイド軟膏

(弱い) キンダベート軟膏

#) バンコマイシン(必ず1時間以上かけて点滴)の血中濃度測定

① トラフ値(点滴直前値=最低血中濃度)

10~15以下が正常値

(30以上では、腎毒性あり)

② 点滴終了後、1時間後(ピーク値)

25~40が、正常値

(60以上では、腎毒性あり)

#) ハベカシンの血中濃度

トラフ値:  $2 \mu\text{g/ml}$  ↓が 正常→副作用チェック

投与直後: 10~12以上が良い→効果チェック

1時間後のピーク値は、12以下がよい

#) PVCに対し、

メキシチール(250)1.5A

(#92) CPT11+DOC (1, 8, 15) のケミカル

タキソール用輸液セット使用

#)	時間	内容	1	8	15
#)	9:30時	~ (30分で)			
①	生食	100 ml	○	○	○
	デカドロシ	8 mg	↓	↓	○
	(側管) カイトリル	1A	○	○	○
#)	10:00	~ (2時間で)			
②	生食	500 ml	○	○	○
	CPT11	60 mg/m <sup>2</sup>	↓	↓	↓
#)	12:00	~ (1時間で)			
③	ラクテック	500 ml	○	○	○
#)	13:00	~ (30分で)			
④	生食	100ml	○	○	○
	ドセタキセル	20 mg/m <sup>2</sup>	↓	↓	↓
#)	13:30	~ 30 分で			
⑤	生食	100 ml	○○	○○	○○
	(側管) カイトリル	1A	○○	○○	○○

CPT11: 60 mg/m<sup>2</sup> day 1 8 15  
 ドセタキセル: 20 mg/m<sup>2</sup> day 1 8 15  
 (2Wあけて、次のコース)

#) ケモ当日より

- Rp) ① ゾフラン 1T/1×(4) M  
 ② プリンペラン 3T/3×(4) V  
 ③ 炭酸水素ナトリウム 1, 8g/3×(4) 食間Z  
 ④ カマグ 2.0 / 3×(4) n  
 ⑤ ウルソ100 3T/3×(4) n  
 Rp) 半夏寫心湯 7.5 / 3×(7) V  
 Rp) エビアンまたはボルビック 1.5L/日  
 Rp) ロペミン 2T/2×(3) 屯