日本集中治療医学会

第7回東海北陸支部学術集会
教育講演1

JSICM

日時 2023年6月17日(土)
9：30～10：30

会場 金沢商工会議所
第1会場(1Fホール)

「集中治療室における
レミフェンタニルの有用性：安定した疼痛管理」

座長 西田 修 先生
藤田医科大学医学部
麻酔・侵襲制御医学講座　主任教授

演者 御室 総一郎 先生
浜松医科大学附属病院
集中治療部　講師

共 催：日本集中治療医学会 第7回東海北陸支部学術集会 / 丸石製薬株式会社

集中治療室では、人工呼吸器管理下の重症患者が多く、創部痛、ドレーン、チューブなどの留置に伴う痛みにより患者の快適性が低下する。現在のガイドラインでは痛みの評価が重要視され、鎮痛を重視した鎮静を行うことが推奨されている。鎮静レベルを浅く保つことで、人工呼吸時間や集中治療室の滞在期間を短縮して予後を改善することができるとされる。レミフェンタニルは代謝半減期が短く調節性に優れ、蓄積しないため、鎮痛効果を重視した鎮静に適したオピオイドである。非特異的エステラーゼによって代謝され、代謝産物にはほとんど活性がないため、肝、腎機能障害患者においても薬物動態は変化しないことが分かっている。ただし、呼吸抑制、徐脈、血圧低下などに注意する必要がある。また、長期使用後の中止には、離脱症状予防のため計画的に漸減または薬剤の変更が望ましい。当施設では、人工呼吸中の鎮痛にはレミフェンタニルを第一選択として使用している。デクスメデトミジンを持続投与し、必要に応じてレミフェンタニルを追加する。レミフェンタニルはNRS、BPSを指標に調整するが、呼吸状態に応じて自発呼吸回数を調整することもある。RASSが目標に達しない場合は、プロポフォールを追加することもある。レミフェンタニルは手術室と同じ100 μg/mlで使用していることもあり持続投与のみで、ボーラス投与は行っていない。病態や重症度に応じて投与速度を調整し、状況によっては薬剤を変更することもある。

栄養については病態を評価したうえで、開始している。レミフェンタニルは通常量であれば、栄養の妨げになることはないが、状況によっては減量または中止とする場合もある。リハビリテーションについても毎朝多職種で評価したうえで、進めている。このように、当施設ではレミフェンタニルを適切に使用することで、人工呼吸中の安定した鎮痛を行い、呼吸循環管理をはじめ、栄養、リハビリテーションなど総合的なアプローチを行っている。