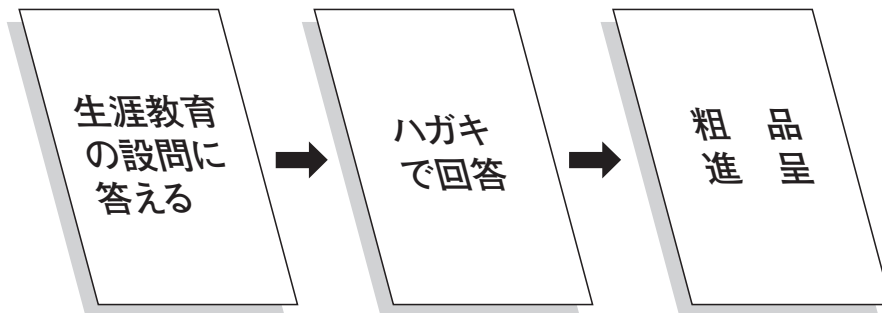


沖縄県医師会報 生涯教育コーナー

当生涯教育コーナーでは掲載論文をお読みいただき、各論文末尾の設問に対し、巻末はがきでご回答された方の中で高率正解上位者に、粗品(年に1回)を進呈いたします。

会員各位におかれましては、多くの方々にご参加くださるようお願い申し上げます。

広報委員



●掲載論文を読み設問に答える

●県医師会にハガキで回答する

●高申告率、高正解率の方へ粗品進呈



アナフィラキシーガイドライン 2022 について

沖縄協同病院 小児科 尾辻 健太

【要旨】

昨年 8 年ぶりにアナフィラキシーガイドラインが改訂されたため、変更点を中心に解説した。2014 版で一番目の定義であった、「皮膚症状+呼吸器症状もしくは循環器症状」の部分は、消化器症状が追加された。2 番目の「皮膚・呼吸器・消化器・循環器症状のいずれか 2 つ」の部分は削除された。3 番目の「急激な血圧低下」は、「気管支攣縮もしくは喉頭症状」が追加された。また、重症度分類によるアナフィラキシー診断が削除された。

治療の項はほぼ変更はなく、アナフィラキシー治療の第一選択は「アドレナリン筋肉注射（成人：0.3～0.5mg、小児：0.01mg/kg (max 0.3mg)）」となっている。

ガイドラインを知っているだけでは急速に症状が進行する際適切な時期にアドレナリン筋注を行うことが難しいため、致死的もしくは重度アナフィラキシーショック症例を提示した。いざというとき即座にアドレナリン筋注を行うことができる体制を平素から整えておくことが重要である。

【はじめに】

医師として臨床現場で働いている限り、期せずしてアナフィラキシーに遭遇する可能性があるため、その対応方法を常に頭に入れておく必要がある。

アナフィラキシーの定義や対応については、これまで日本アレルギー学会が 2014 年に発行したアナフィラキシーガイドライン¹⁾（以下 2014 版）の定義が主に使われていたが、昨年「アナフィラキシーガイドライン 2022」²⁾（以下 2022 版）が発行されたため、変更点を挙げながらその内容を紹介していきたい。

アナフィラキシーガイドラインを覚えているだけではいざというときアドレナリン筋肉注射（以下筋注）を迷わず行うことは難しいことがあるため、致死的もしくは重度アナフィラキシーショックの経過を挙げながら具体的にいつアドレナリン筋注を実施すべきかを共有したい。

【定義の変更点】

アナフィラキシー症状の定義が変更になったため、具体的な変更点を表 1 に記した。

2014 版で一番目の定義であった「皮膚症状+呼吸器症状もしくは循環器症状」の部分は、「重度の消化器症状」が追加された。

2 番目の定義であった「皮膚・呼吸器・循環器・消化器症状のいずれか 2 つ」の部分は削除された。

3 番目の定義であった「急激な血圧低下」に関しては、「気管支攣縮もしくは喉頭症状」が追加された。

個人的には 2014 版の 2 番目の定義もよく使用していたが、2022 版では削除された。しかし、2 番目の定義にあてはまっていた患者の一定数は、1 番目もしくは 3 番目で説明可能と思われる。



表1 アナフィラキシーガイドライン定義の変更点

	2014	2022	変更点
診断項目	以下3項目中いずれか1つが急速に発症した場合 (数分から数時間以内)	以下2項目中いずれか1つが急速に発症した場合 (数分から数時間以内)	3項目から2項目に減らされた
	1 皮膚 or 粘膜症状 + 下記のいずれか a. 呼吸器症状 b. 循環器症状	1 皮膚 and/or 粘膜症状 + 下記のいずれか A. 気道/呼吸器症状 B. 循環器症状 C. 重度の消化器症状	「消化器症状」が追加された
	2 アレルゲン疑い曝露 + 下記2つ以上 a. 皮膚・粘膜症状 b. 呼吸器症状 c. 循環器症状 d. 持続する消化器症状		項目が削除された
	3 アレルゲン曝露 + 血圧低下	2 アレルゲン曝露 + 下記いずれか ・血圧低下 ・気管支攣縮 ・喉頭症状	「気管支攣縮または喉頭症状」が追加された
重症度分類	下記のいずれかでアナフィラキシーと診断 ・グレード3(重症)の症状を含む複数臓器の症状がある場合 ・グレード2(中等症)以上の症状が複数ある場合 (※グレード1(軽症)の症状が複数あるのみではアナフィラキシーとは判断しない)		重症度分類によるアナフィラキシーの定義が削除された

3つの定義以外の大きな変更点として、重症度分類によるアナフィラキシーの定義が削除されたことが挙げられる。この部分は2022版診断基準の定義の症状説明部分に、下記のように重症を想起させる症状説明が入ることである程度補完されていると思われる。

- A. 気道/呼吸：呼吸不全（呼吸困難、呼吸性喘鳴・気管支攣縮、吸気性喘鳴、PEF低下、低酸素血症など）
- B. 循環器：血圧低下または臓器不全に伴う症状（筋緊張低下[虚脱]、失神、失禁など）
- C. その他：重度の消化器症状（重度の痙攣性腹痛、反復性嘔吐など）

【治療】

治療に関しては、新旧ガイドラインで大きな変更点はない。2014版・2022版いずれでも、アナフィラキシー治療の第一選択は「(大腿部中央の前外側へ) アドレナリン筋注」となっている。

アドレナリンの量も変更はなく、どちらのガイドラインでも、「成人：0.3～0.5mg、小児：0.01mg/kg (max 0.3mg)」となっている。アドレナリンのアンプルであるボスミン®は1mg = 1mlであるため、量はそのままmg = mlと置き換えて覚えておくだけで大丈夫である。アドレナリンを投与するとき、その投与量はもちろん重要だが、投与経路も重要である。アナフィラキシー治療目的のアドレナリンは必ず、「筋注」で行う必要がある。たとえ末梢静脈路（以下ライン）が確保されていても、静脈注射（以下静注）してはいけない。アドレナリン静注は心肺停止に至った場合は必要であるが、通常のアナフィラキシーに静注で投与すると、不整脈などを誘発し死に至る可能性もある。過去にはウォークインのアナフィラキシー患者にアドレナリン静注治療を行い死亡、訴訟になった例もあるため、改めて注意を喚起したい。

アドレナリン筋注はアナフィラキシー治療の第一選択薬で、アナフィラキシーのほぼ全ての症状に対して即効性が期待できる。通常数分以内に効果が現れるが、アナフィラキシーの勢い



の方が強いと、1回のアドレナリン筋注では効果が乏しいことがある。その際は、躊躇なく2回目のアドレナリン筋注を行う必要がある（ガイドラインには、「5～15分ごとに繰り返し投与」との記載あり）。個人的にも今まで幾度となく複数回のアドレナリン筋注を要した症例を経験している。

アナフィラキシーショックの場合は、ライン確保も必要である。アドレナリン筋注よりライン確保を優先する施設もあると聞くが、アナフィラキシーを疑ったら、何よりアドレナリン筋注を先に行っていたきたい。もちろん人手がある場合はライン確保と同時並行で良いが、医師一人で対応する際はまずアドレナリン筋注を行い、それからラインを確保するのが基本である。アナフィラキシーショックに対する輸液は、ガイドラインには最初の5～10分間に成人5～10ml/kg、小児10ml/kgと記載されているが、思い出せなければ全開投与で構わない。看護師に「生理食塩水を全開で」と指示しながら、2022版をネットで検索して投与量を確認しても遅くはない。

第2選択薬として、H1抗ヒスタミン薬（静注、経口）、 β 2アドレナリン受容体刺激薬（吸入）、グルココルチコイド（静注・経口）が挙げられている。アドレナリン筋注以外の治療薬に関しては、エビデンスに乏しいとされている。

クロルフェニラミンなどのH1抗ヒスタミン薬の静注・点滴は、その副作用としての眠気から意識レベルの把握が困難になることもあるため、必ずしも必須ではない。また、ファモチジンなどのH2抗ヒスタミン薬は第2選択薬にも含まれていないため、アナフィラキシーに対してルーチン投与する必要はないと考えられる。

サルブタモールやプロカテロールなどの気管支拡張薬（ β 2アドレナリン受容体刺激薬）吸入は、軽度の下気道症状（咳、呼気性喘鳴など）であればこれだけで改善することもあるため、軽症と考えられる際は試しても良い。しかし、上気道閉塞（吸気性喘鳴など）への効果はないことと重度下気道症状への効果は乏しいため、

呼吸状態が悪化する場合は躊躇なくアドレナリン筋注を行う必要がある。ガイドラインには記載されていないが、全身状態が良い軽度の吸気性喘鳴・犬吠様咳嗽であれば、アドレナリン吸入で改善することもある。こちらも症状が進行する場合はアドレナリン筋注を要するため、呼吸状態などを注意深く経過観察することが求められる。

グルココルチコイド（ステロイド）の全身投与についてもエビデンスは乏しい。少なくとも即効性はないため急いで投与する必要はないが、遷延性または二相性アナフィラキシーの防止・緩和目的に投与しておいても良いと思われる。

ステロイドの注射製剤について、一つ啓蒙しておきたい点がある。メチルプレドニゾロン静注製剤である「ソル・メドロール®」の40mg製剤には、「乳糖」が含まれている。牛乳アレルギー患者に乳糖を経静脈投与するとアナフィラキシーを誘発することがあり、過去に複数の報告もある³⁾ため、避ける必要がある。アナフィラキシーや喘息発作に対してソル・メドロール®を投与する際は、事前に必ず乳アレルギーの有無を確認していただきたい。確認できない場合は、ソル・メドロール®の125/500/1000mg製剤か、他のグルココルチコイド製剤（ヒドロコルチゾン静注、プレドニゾロン経口など）使用が必要である。

当院では食物経口負荷試験を定期的に行っているが、期せずしてアナフィラキシーを経験することがある。ほとんどの症例ではライン確保なしにアドレナリン筋注と第2世代抗ヒスタミン薬内服、気管支拡張薬吸入のみで症状は全て軽快しており、輸液やステロイド全身投与は不要であることが多い。もちろん救急現場でのライン確保やステロイド投与を否定するものではないが、参考にしていただくと幸いである。

【アナフィラキシーショックによる死亡症例検討】

既報で注射剤によるアナフィラキシーショックでの死亡症例の検討が行われている⁴⁾（表2）。これら事例の経過から、致死的なアナフィラキ



表2 致死性的アナフィラキシーショック症例

	症状	治療
1	造影剤注入後、血管走行に沿った発赤が出現したが、診察時には発赤は消失。約10～15分経過し検査終了。更衣後、廊下で意識消失。	16分後にアドレナリン1mgを静脈注射し、救急処置を実施するが心拍再開せず、約1時間半後に死亡。
2	造影剤注入5分後、撮影終了と同時にくしゃみ、吐気・嘔吐、体熱感が出現。6分後、呼名反応消失し、橈骨動脈触知不可。	12分後にアドレナリン0.3mg筋注するも徐脈、血圧低下、13分後にアドレナリン1mg静注など救急処置実施。4日後に死亡。
3	造影剤注入3分後に呼吸の乱れ、吐き気、足のムズムズ感訴えあり、7分後に意識消失。	15分後にアドレナリン1mg静注、他救急処置を実施。約1時間半後に死亡。
4	造影剤注入5分後、検査終了し立ち上がると同時にふらつき訴え、座位をとるとそのまま意識消失。両側手背から前腕に紅潮あり。	10分後、アドレナリン1mg静注など救急処置実施。約2時間半後に死亡。
5	抗菌薬点滴開始5分後に眼球上転、徐々に硬直性から間代性の痙攣出現。10分後に意識消失、血圧低下、15分後に呼吸停止。	25分後にアドレナリン1mg静注、その他救急処置実施。約2時間半後に死亡。
6	抗菌薬点滴開始直後に喉や手足の痒みを訴え、意識消失。	20分後にノルアドレナリン1mg静注など救急処置実施。約8時間後に死亡。
7	抗菌薬点滴開始後、上肢の痺れと呼吸困難出現。3分後に呼吸困難増悪し、意識消失。顔面から頸部の紅潮あり。8分後、脈拍触知困難。	8分後、胸骨圧迫開始。12分後、アドレナリン1mg静注。27分後、輪状甲状靭帯切開など救急処置実施。2日後死亡。
8	蛋白分解酵素阻害剤、抗菌薬を点滴投与開始。17分後に意識消失しているところを発見。	29分後にアドレナリン1mg静注など救急処置実施。11時間後に死亡。
9	筋弛緩薬投与2分後、挿管直後より換気困難となる。6分後の気管支拡張薬吸入後わずかに換気可能となるが、10分後にSpO ₂ 低下、心電図上ST上昇を認めた。	11分後にアドレナリン0.1mg静注。13分後に心停止。アドレナリン1mg静注など救急処置実施。約6時間後に死亡。
10	筋弛緩薬投与直後にマスク換気圧抵抗出現。2分後心電図上ST上昇・高度徐脈を認め、皮膚が赤黒く変化した。上腕動脈・橈骨動脈・大腿動脈の触知が困難となった。	胸骨圧迫開始。6分後にアドレナリン1mg静注など救急処置実施。約13時間後に死亡。
11	蛋白分解酵素阻害剤投与開始2分後に頸部の痒みを訴え、6分後に意識低下・眼球上転、7分後に徐脈。	8分後に抗ヒスタミン薬投与。13分後にアドレナリン1mg静注、気管挿管など救急処置実施。約11時間後に死亡。
12	歯科で局所麻酔薬使用15分後、気分不良出現。うがい直後に意識消失。	胸骨圧迫開始し救急要請。搬送先到着時は心肺停止状態であったためアドレナリン1mg静注など救急処置実施。2日後に死亡。

シーショックの進行の速さを感じ取って頂きたい。特に「皮膚症状がない、もしくはごく軽微な皮膚症状の致死性的アナフィラキシーショックがあり得る」ことを覚えておくことが重要である。また、表2の症例はいずれも発症後早期のアドレナリン筋注は行われていなかった。心肺停止になってしまったからのアドレナリン静注では救命できないことがあるため、医療現場では、即座にアドレナリン筋注を実施できる心構えと体制づくりを普段から行っておく必要がある。

2012年、食物アレルギーを持つ小学校5年生の児童が学校給食摂取後アナフィラキシーショックで死亡するという痛ましい事故が起きた⁵⁾。誤食の約30分後「先生、気持ち悪い」と訴えたため担任が駆け付けた時、顔が真っ赤で息が苦しそうであったが、エピペン[®]（アドレ

ナリン自己注射薬）は使用されなかった。児童の訴えからわずか13分後には心肺停止状態になり、エピペンはその後使用されている。報告書には、エピペンをもっと早く使用していれば命を守れた可能性がある、と記載されている。

2022年には、新型コロナワクチン集団接種会場でアナフィラキシーショックが疑われる死亡事例が発生した⁶⁾。ワクチン接種7分後から咳が出現、その4分後、医師初診時には顔面蒼白、呼吸苦、SpO₂ 60%であったが、初診時点でのアドレナリン筋注は行われなかった。愛知県医師会の検証結果として、本症例はたとえ初診時点でアドレナリン筋注を行ったとしても救命は困難だった可能性が高い、とされたうえで、「咳に気づいた時点もしくは初診時点でアドレナリン筋注を躊躇せず行うべきだった」と公表されている。



表3 当院で経験した食物・食物+運動が原因のアナフィラキシーショック例

症例	症状	治療
<p>1：小学生 既知のピーナッツアレルギーあり</p> <p>経過： ピーナッツが原材料に記載されていない菓子を3口摂取したところで、ピーナッツの味がする、と摂取中断 (後日、ピーナッツの混入が判明)</p>	<p>摂取直後：咽頭搔痒感あり</p> <p>1時間20分後：腹痛、嘔吐1回</p> <p>2時間後：咳、呼気性喘鳴、呼吸困難、SpO₂ 98%</p> <p>2時間20分後：咳・喘鳴・呼吸困難いずれも悪化</p> <p>2時間25分後：咳・喘鳴改善も呼吸困難感持続</p> <p>3時間後：体幹部に淡い発赤・痒み</p> <p>3時間10分後：四肢末梢冷感・チアノーゼ出現 収縮期血圧116mmHg、SpO₂ 98% (room air)</p> <p>3時間15分後：不穏、嘔吐2回、ぐったり 意識朦朧、橈骨動脈触知微弱、血圧測定不能 (自発呼吸はしっかりあり)</p> <p>3時間20分後：血圧測定不能持続</p> <p>3時間30分後：血圧50/20mmHg</p> <p>3時間40分後：呼びかけに開眼あり 血圧110/40mmHg</p> <p>以降、アレルギー症状は徐々に改善</p> <p>10時間後：症状全て軽快し活気良好となった</p>	<p>気管支拡張薬吸入</p> <p>アドレナリン筋注1回目</p> <p>アドレナリン吸入</p> <p>抗ヒスタミン薬内服</p> <p>アドレナリン筋注2回目</p> <p>酸素開始</p> <p>アドレナリン筋注3回目</p> <p>生食ポンピング開始</p> <p>末梢静脈ライン2本目確保</p> <p>両側からポンピング開始</p> <p>ステロイド静注</p> <p>ポンピング終了</p> <p>酸素終了、輸液終了</p>
<p>2：高校生 原因食材不明の食物依存性運動誘発アナフィラキシー (鶏肉特異的IgE陰性)</p> <p>経過： 原因食材が不明であったため、病院で食材摂取後運動負荷試験実施</p>	<p>鶏肉摂取30分後、トレッドミル開始</p> <p>運動開始から20分後、舌と頭の痒み訴えあり</p> <p>運動中断1分後：顔・頸部に発赤、活気やや低下</p> <p>2分後：咳嗽出現</p> <p>3分後：上半身全体発赤、ぐったり</p> <p>5分後：大量嘔吐3回</p> <p>6分後：腹痛訴えた後、意識朦朧となる 橈骨動脈触知不能、血圧測定不能、全身発赤あり</p> <p>8分後：血圧測定不能持続(自発呼吸しっかりあり)</p> <p>10分後：橈骨動脈触知可能。血圧100mmHg(触診) 少し受け答え可能となる</p> <p>13分後：血圧80mmHg(触診)に再度低下</p> <p>18分後：強烈的な腹痛あり、身をよじって痛がる</p> <p>21分後：血圧122/77mmHgに改善</p> <p>23分後：さらに腹痛悪化し苦悶表情、呻吟あり</p> <p>25分後：腹痛改善傾向</p> <p>以降、他のアレルギー症状も徐々に改善</p> <p>5時間後：症状全て軽快し活気良好となった</p>	<p>(負荷前に末梢ライン確保)</p> <p>トレッドミル中断</p> <p>アドレナリン筋注1回目</p> <p>生食全開投与開始</p> <p>酸素開始</p> <p>生食ポンピング開始</p> <p>アドレナリン筋注2回目</p> <p>ステロイド静注</p> <p>抗ヒスタミン薬静注</p> <p>末梢静脈ライン2本目確保</p> <p>両側からポンピング開始</p> <p>アドレナリン筋注3回目</p> <p>ポンピング終了</p> <p>酸素終了、輸液終了</p>

重度のアナフィラキシーショックではアドレナリン筋注を迷っている間に適切な投与時期を過ぎてしまう可能性があるため、「迷ったらアドレナリン筋注。迷わずアドレナリン筋注」を心に留めておく必要がある。

【当院で経験した食物が原因のアナフィラキシーショック例】

当院での経験症例のうち複数回のアドレナリン筋注を要した2例⁷⁾⁸⁾を表3に提示した。症例1では誤食後すぐにアレルギー症状が出現し始めたが、症状のピークは発症後3時間を過ぎてからであった。症例2では症状が出始めてからわずか6分で橈骨動脈触知不能になっている。アナフィラキシーショックの進行速度は実に様々であることが分かる。また、症例1は、

皮膚症状に先行して呼吸器症状が強く出現している。このような症例もあるため、皮膚症状に囚われずアナフィラキシーを疑う必要がある。

【海におけるアナフィラキシー】

沖縄は海に囲まれており、マリレジャーを楽しむ者も多い。海洋生物による刺傷は軽症の事が多いが、稀ながら死亡例も報告されている。ハブクラゲやオコゼは中毒による死亡の報告が主だが、オニヒトデによるアナフィラキシーショックで死亡したと考えられる症例⁹⁾や、ハブクラゲによりアナフィラキシーショックを来たした症例¹⁰⁾が報告されている。海洋生物によるアナフィラキシーに対しても、エピペンは有用である。薄手のウェットスーツであればスーツの上からでも使用可能なので、いざというときに使用できるよう啓蒙をお願いしたい。



成人例であるが、自験例で1例、海でサーフィンを行うたびに洋上でアナフィラキシーを起こす症例を経験した。サーフィン前に毎回沖縄そばを摂取していたことから小麦依存性運動誘発アナフィラキシーを疑って検査したところ、特徴的な検査所見が得られた。サーフィン前的小麦摂取を禁止することで、その後発症していない。

【まとめ】

最新のガイドラインを理解しておくことは必要なことではあるが、それ以上にいつ遭遇するか分からないアナフィラキシーに対する心理的備えとアドレナリン筋注が即座に実施できる体制を築いておくことがとても重要である。また、アナフィラキシーの初期症状は様々であり、特に注射剤は進行が速いため、薬剤投与後何らかの反応に気づいた際は「アナフィラキシーかも」と疑うことの重要性和、「迷ったらアドレナリン筋注」を行うことの重要性を再度注意喚起しておきたい。

【文献】

- 1) Anaphylaxis 対策特別委員会：アナフィラキシーガイドライン．日本アレルギー学会；1-28: 2014.
- 2) Anaphylaxis 対策委員会：アナフィラキシーガイドライン 2022. 日本アレルギー学会；1-32: 2022.
- 3) 田中茜、他：静注用ステロイドに含まれる乳糖による即時型アレルギーが疑われた1例．日本病院薬剤師会雑誌 2023；59(2): 152-156
- 4) 日本医療安全調査機構：注射剤によるアナフィラキシーに係る死亡事例の分析．2018 :8-11
- 5) 調布市：富士見台小学校児童死亡事故の検証結果報告書の提出．<https://www.city.chofu.tokyo.jp/www/contents/1363069358235/index.html> (2023年6月24日閲覧)
- 6) 愛知県医師会：ワクチン接種後死亡事案で検証 愛知県医師会が会見 (2022年11月17日)．<https://www.youtube.com/watch?v=EDsawum2yF4> (2023年6月24日閲覧)
- 7) 酒井一徳：食品表示にないピーナッツによりアナフィラキシーショックに至った一例．沖縄小児科学会第94回例会プログラム 2019; 2.
- 8) 尾辻健太：肉類（鶏肉、豚肉、牛肉）・魚介類（サケ、エビなど）による食物依存性運動誘発アナフィラキシーの一例．アレルギー 2015; 64(3-4): 589
- 9) 井濱容子：オニヒトデ刺傷に起因するアナフィラキシーショックによって死亡した一剖検例．日本法医学雑誌 2014; 68(1): 96.
- 10) 玉那覇瑛太：ハブクラゲ刺傷で呼吸停止、アナフィラキシーショック様症状を呈した女兒例および過去5年間に経験したクラゲ刺傷の検討．日本小児アレルギー学会誌；36(4): 397.

お知らせ

沖縄県文化観光スポーツ部観光振興課からのお知らせ

おきなわ医療通訳サポートセンターについて

沖縄県では、外国人観光客の医療問題に対応すべく、多言語コールセンター（名称：おきなわ医療通訳サポートセンター）を開設し、医療機関向け①電話・映像医療通訳②簡易翻訳サービス③インバウンド対応相談窓口をすべて無償で実施しております。

各医療機関におかれましては、是非、有効利用下さいますようご案内申し上げます。

【問い合わせ先】
「おきなわ医療通訳サポートセンター」
医療通訳サービス運営事務局(受託事業者：メディフォン株式会社)
☎ 0570-001-003

無料

24時間365日対応



① 電話・映像医療通訳サービス (18カ国語対応)

0570-050-232

② 簡易翻訳サービス (20カ国語対応)

okinawa_mi@okinawa-kanko.com

9時～17時・平日

③ インバウンド対応相談窓口

info@okinawasoudan.com

0570-050-233



←詳細はこちらからご覧ください
<https://www.pref.okinawa.jp/site/bunka-sports/kankoshinko/ukeire/iryoutuyakukoruseritar.html>



問題

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. アナフィラキシー治療における第一選択薬は、アドレナリンの筋肉注射である。
- 問 2. アドレナリン筋肉注射の推奨部位は、新型コロナウイルスワクチンと同じ上腕である。
- 問 3. アナフィラキシーショック発症の際、末梢静脈路が確保されていれば、アドレナリンを静脈注射しても良い。
- 問 4. アナフィラキシーの治療としてメチルプレドニゾロン静注を行う際は、事前に牛乳アレルギーの有無を確認する必要がある。
- 問 5. 皮膚症状を伴わないアナフィラキシーショックがあるため、注意が必要である。



5月号 (Vol.59)
の正解

『小児形成外科診療における
意思決定のあり方』
～インフォームド・アセントから
SDM (shared decision making) まで～

問題

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 日本は、こどもの権利条約について批准はしているが、法的根拠は発生しない。
- 問 2. 「インフォームド・アセント」とは、小児医療における「説明と同意」である。
- 問 3. SDM (shared decision making) は患者中心型医療を実践する考え方である。
- 問 4. リスクが低い治療法であっても、結果が不確実であったり、複数の選択肢がある場合は SDM が勧められる。
- 問 5. 患者報告アウトカム評価とは、満足度や生活の質 (QOL) を含む患者自身による主観的な評価である。

正解 1. × 2. ○ 3. ○ 4. ○ 5. ○

