

アップデート

- 読者からの要望にお応えし、第1版第3刷より索引ページを追加しました。第1版第2刷までご購入の皆さまは、[索引 PDF 版](#)をご利用ください。また冊子版をご希望される場合は、[問い合わせフォーム](#)から送付先を明記してお申し込みください。
- あわせて[正誤表](#)もご確認ください。
- 以下の点につきまして、発行後の諸般の事情の変化にあわせ、記載を更新いたしました。これに伴う追加文献につきましては、[文献リストページ](#)をご参照ください。

第1版第5刷

Part 13 感染症

■髄膜炎の入院後マネジメントに感染性脳動脈瘤合併例についての注記を追加。

- 744 ページ

▶感染性脳動脈瘤合併例

血液脳関門の抗菌薬の通過の問題もあり、現時点ではガイドライン上、セフェピムやメロペナムが第一選択として推奨されている。感受性良好な起因菌であればセフトリアキソンの使用も最近注目されているが、エビデンスの構築はまだ十分とはいえないため、使用する際は感染症専門医らと協議する。

第1版第3刷

Part 1 循環器

■MONAについて、Mがあまり行われていないこと、Oについても過度な酸素投与の有害性も検討されていることから変更。

- 8 ページ

M：ニトログリセリンでも改善しない非常に強い胸痛に、モルヒネまたは他剤を考慮

O：低酸素時 ($\text{SpO}_2 < 90\%$) は酸素投与開始

- 10 ページ

M：（冒頭に挿入）かつて海外では頻用されていたが、モルヒネ使用群で非使用群より予後が悪い^{A)}。

O：（差し換え）最近の研究では、過剰な酸素投与が予後を悪化させることが証明されて

いる^{B)}。酸素投与は $\text{SpO}_2 < 90\%$ の場合にのみ考慮。

■急性心不全に対する治療の概要に、フロセミドの最大量を追加。

●21 ページ

(海外では最大 120～200 mg だが施設内コンセンサスに従う)

■「周術期のヘパリンへの置換」を見直し、差し換え。

●48 ページ

▶周術期の抗凝固療法のマネジメント

血栓症のリスクならびに手技による出血のリスク^{C)}のバランスをふまえて対応する。

○手技による出血リスク小→経口抗凝固薬継続

○手技による出血リスク大/血栓症のリスク小→経口抗凝固薬を添付文書を参考に
して術前に中止

○手技による出血リスク大/血栓症のリスク大→経口抗凝固薬を中止する。ヘパリンブリッジを内服再開まで考慮。ヘパリンのメリットは最近の研究では懐疑的になっており^{D)}、施設基準に従う。

■大動脈弁狭窄症への TAVR 適応をエビデンス、ガイドライン記載に合わせて変更。

●58 ページ

「外科的置換術の中等度～高リスク」

Part 13 感染症

■肺結核治療薬の用法用量を、日本結核病学会のガイドラインの記載に合わせて変更。ストレプトマイシンの記載を割愛。

●705 ページ

(日本結核病学会のガイドラインより)

●イソニアジド 5 mg/kg (最大 300 mg)

●リファンピシン 10 mg/kg (最大 600 mg)

●ピラジナミド 25 mg/kg (最大 1,500 mg)

●エタンブトール 15～20 mg/kg (最大 750～1,000 mg) 2 か月 20 mg/kg 以降
は 15 mg/kg 腎機能で調節