

いてもまだ慎重に投与され始めている現状が、浮かび上がる。

ミダゾラムの使用は適宜使用する場合と持続投与で行われる場合とがあるが、正期産においても早期産においても持続投与をする施設が70%前後と多かった。その量については、0.1mg～0.25mg/kg/hrの範囲で使用されており、通常使用量の平均値は0.11 mg/kg/hrであった。

ミダゾラムの副作用は約30%の施設で経験をしており、不随意運動や不穏、痙攣など中枢神経症状が過半数を占めていた。

気管内挿管時に鎮静薬を使用することは一般的でないようであったが、MRIや眼底検査の際にはほとんどの施設で鎮静を行っていた。挿管時あるいは検査時の鎮静薬として、最も選択される鎮静薬はミダゾラムであった。

今回の調査にて、ミダゾラムが新生児領域で、人工呼吸の際の鎮静薬として、最も多く広く使用されていることが分り、副作用の問題も含め、PKDなども含めたしっかりとした臨床試験を行って、安全に使用できるような環境を整えることが強く望まれている。

新生児の鎮静に関する調査-主として人工呼吸中の鎮静について-

A. 貴施設について伺います

- 1 貴施設は次のどれに該当しますか？
- 2 貴施設の認可NICUの病床数は？
- 3 貴施設的新生児専任の常勤医師数は何名ですか？
- 4 貴施設の2004年の1500g未満の入院数はおおよそ何例でしたか？  
(もし実数がおわかりでしたら)
- 5 貴施設の2004年の人工換気症例数はおおよそ何例でしたか？  
(もし実数がおわかりでしたら)

B. 人工呼吸中の鎮静について伺います。

- 1 新生児の呼吸管理の際、鎮静薬は使用していますか？
- 2 鎮静薬はどのように使用していますか？
- 3 鎮静を行う期間は？
- 4 鎮静に使用する薬剤は？
- 5 正期産児の呼吸管理の際の鎮静に関して伺います
- a. 正期産児の呼吸管理の際(例:気胸、胎便吸引症候群、心疾患等)に鎮静薬(静注、筋注)は使用していますか？
- b. 鎮静薬は何を使用していますか？(重複可)
- c. 使用頻度は？(順番をつけてください)、使用形態はどのようにされていますか？  
(適宜、持続○をつけて下さい)
- d. 使用量はどのようにされていますか？
- 6 早期産児の呼吸管理の際の鎮静に関して伺います
- a. 早期産児の場合の呼吸管理の際にも鎮静薬は使用されていますか？
- b. 早期産児の場合、どのように鎮静薬(静注、筋注等)を使用していますか？
- c. 早期産児の場合鎮静薬は何を使用していますか？(重複可)
- d. 使用頻度は？(順番をつけてください)、使用形態はどのようにされていますか？  
(適宜、持続○をつけて下さい)
- e. 使用量はどのようにされていますか？
- 7 ミダゾラムを鎮静にしたことがある施設のみお答えください
- a. 副作用の経験はございますか？
- b. その副作用はどのようなものでしたか？
- c. 副作用が生じた際にどのように対処されましたか？その際の使用量はいかがだったでしょうか？
- d. ミダゾラムを持続投与している場合、中止するときにはどのようにされていますか？

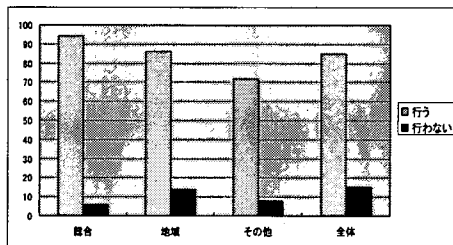
- e. 中止した際に薬物依存症状・薬物離脱症状が出現したことがありますか？
  - f. あると答えられた施設では、どのような症状が出現しましたか？
  - g. ミダゾラムによる新生児での離脱症候群はどれくらいの頻度で経験されますか？
  - h. ミダゾラムによる離脱症候群と判断する主な症状を教えてください。  
(頻度が高いものから5種類)
- 8 気管内挿管の際の鎮静について伺います。
- a. 挿管する際に鎮静薬は使用されていますか？(緊急時以外の場合)
  - b. 鎮静薬を使用する際の使用薬剤はなんですか？(複数可、前投薬も可)
- 9 NICUでの呼吸管理以外の状況について伺います。
- a. 検査や処置で鎮静が必要な際、例えばMRI検査、光凝固の際などに鎮静をしていますか
  - b. その場合の鎮静方法はどのようにしていますか？
  - c. その場合の鎮静薬は何を使用していますか？(重複可)
- C. 現在、厚生労働科学研究でミダゾラムの新生児・小児における使用についての用量・用法の確立のための研究班が発足し研究をはじめていますが、  
「人工呼吸管理中のミダゾラム使用に関する多施設共同研究」に参加していただけますか？

(資料 2-1.-表2):施設規模等

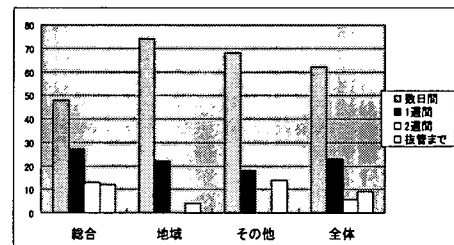
	総合:37	地域:33	その他:30	計:100
NICU認可ベッド数	11.2	6.7	5.6	7.9
専任医師数	5.5	3.1	3.7	4.2
1500g未満の入院数	51.2	32.4	29.2	38.2
人工換気症例数	56.4	29.9	41.1	43.6

(資料 2-1.-図1):呼吸管理中の鎮静

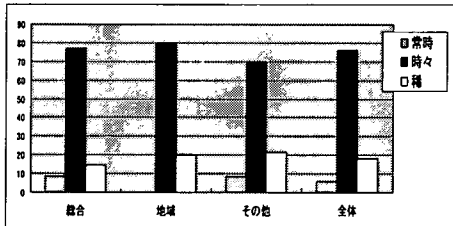
1-1: 鎮静の有無



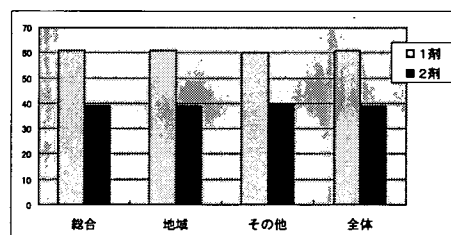
1-2: 鎮静の期間



1-3: 鎮静の頻度

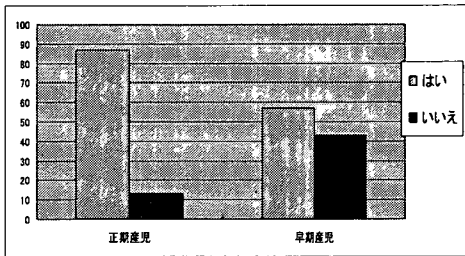


1-4: 鎮静薬の種類

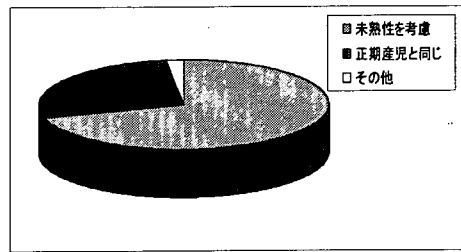


(資料 2-1. -図2):呼吸管理中の鎮静:正期産児と早期産児

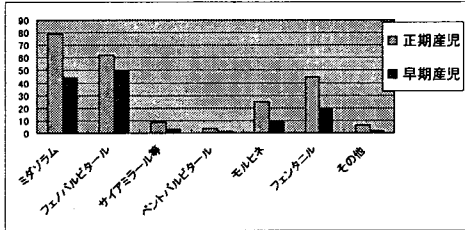
2-1:鎮静薬使用の有無



2-2:早期産児の鎮静薬の使い方

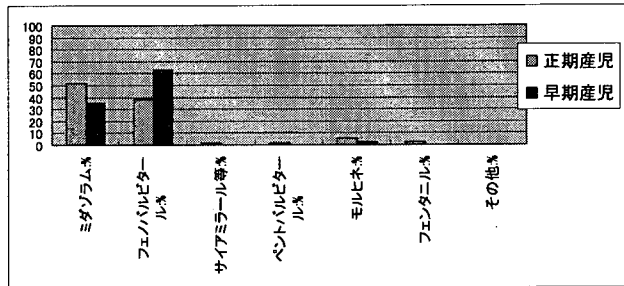


2-3:鎮静薬の種類

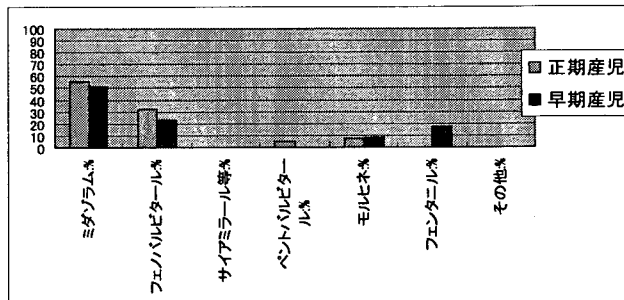


(資料 2-1. -図3):薬剤の使用順位

3-1:使用頻度1位

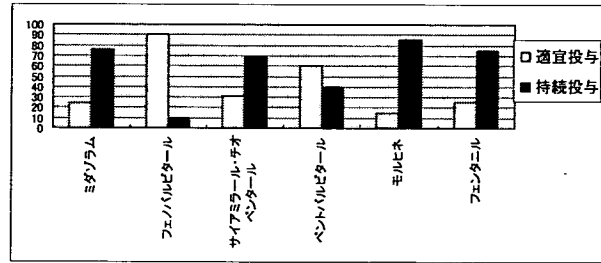


3-2:使用頻度2位

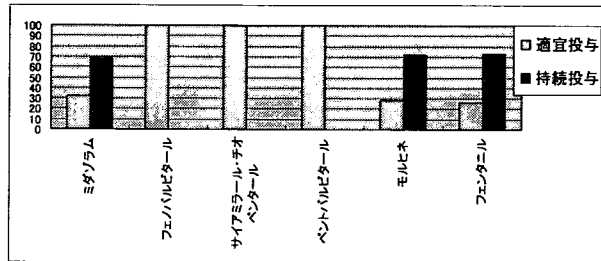


(資料 2-1. -図4):各薬剤の使用形態

4-1: 正期産児

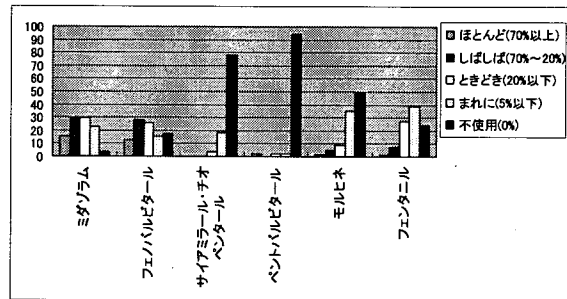


4-2: 早期産児

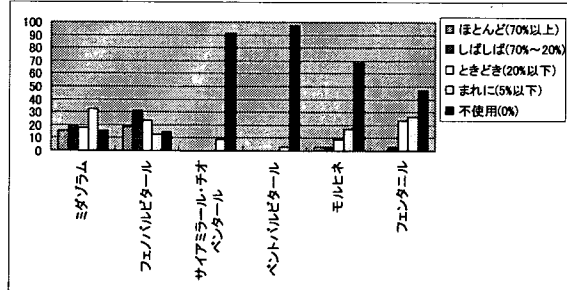


(資料 2-1. -図5):各薬剤の使用頻度

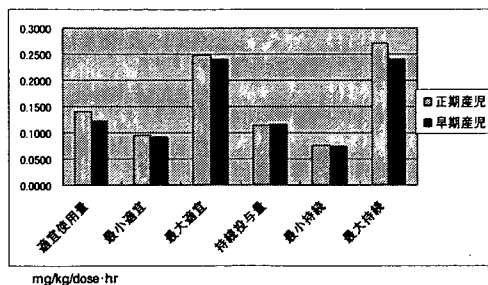
5-1: 正期産児



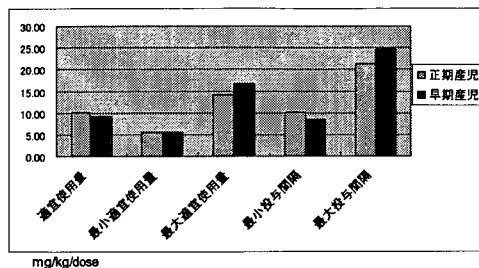
5-2: 早期産児



(資料 2-1. -図6):各薬剤の使用量  
6-1:Midazolam



6-2:Phenobarbital

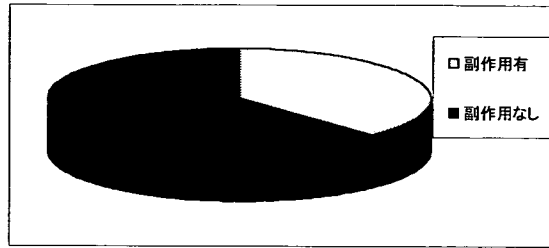


(資料 2-1. -表3):その他、使用している薬剤(自由回答)

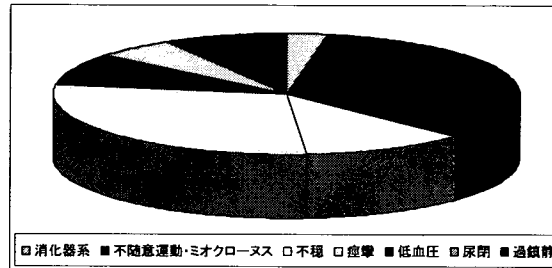
- 正期産児
  - 筋弛緩薬:4例
  - トリクロリール:1例
  - ケタミン:1例
  - ジアゼパム:1例
  - 抱水クロラルール:1件
  
- 早期産児
  - 筋弛緩薬:2例
  - 抱水クロラルール:2例

(資料 2-1. -図7) :Midazolamの副作用

7-1:副作用の経験の有無

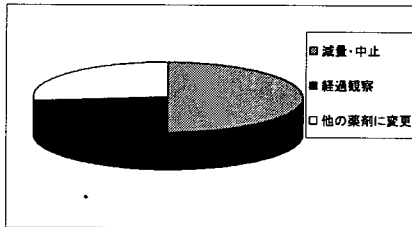


7-2:副作用の症状

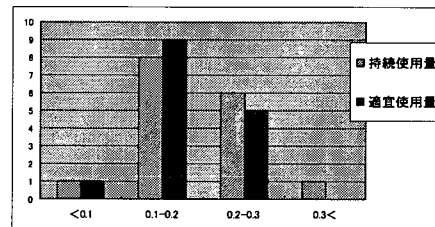


(資料 2-1. -図8) :Midazolamの副作用出現時の対応

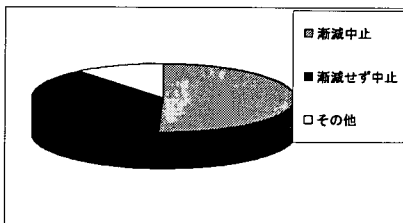
8-1:その際の対応



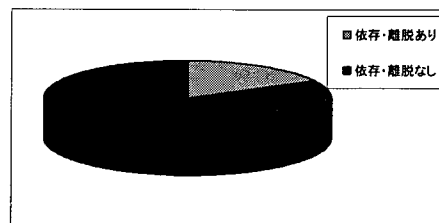
8-2:副作用出現時の使用量



8-3:中止方法



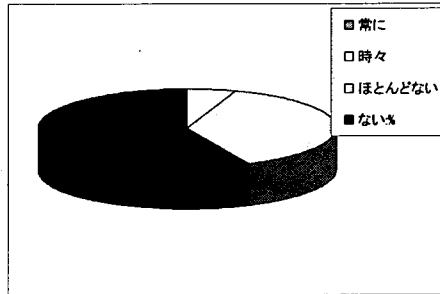
8-4:依存・離脱症状の有無



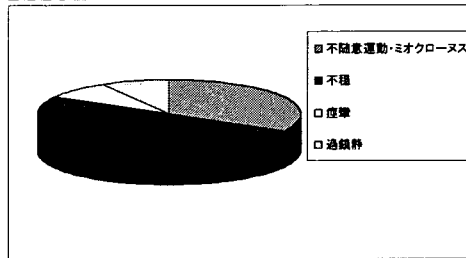


(資料 2-1. -図9): Midazolamの離脱症候群

9-1: 離脱症候群の頻度

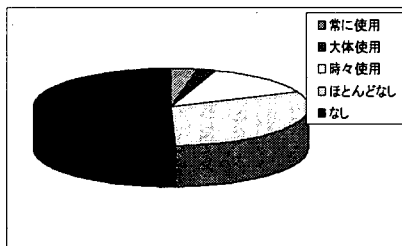


9-2: 離脱症候群の症状

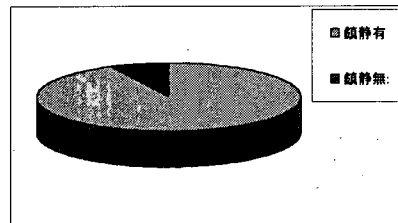


(資料 2-1. -図10): 挿管/検査の鎮静の

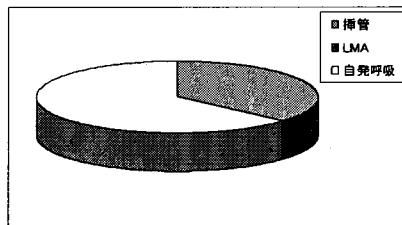
10-1: 挿管時の鎮静薬の有無



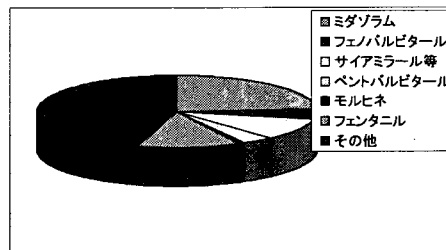
10-2: 検査時の鎮静



10-3: 鎮静時の気道確保方法



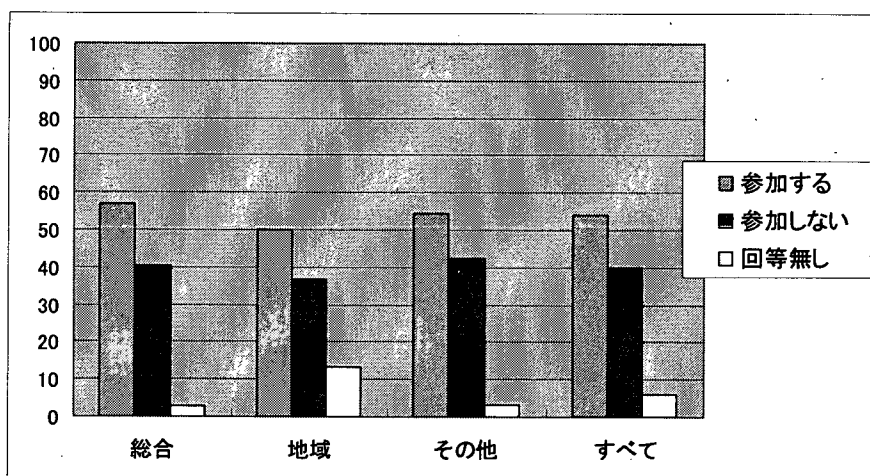
10-4: 使用する鎮静薬



(資料 2-1. -表4) :気管内挿管の際の使用薬剤

- Midazolam:21例
- Diazepam:7例
- Phenobarbital:5例
- Atropine:4例
- Thiamylal/Thiopental:3例
- Fentanyl:2例
- Morphine:1例
- Pentobarbital:2例
- Pentazocine:2例
- Sevoflurane :1例

(資料 2-1. -図11) :多施設共同研究への参加意思



## 2-2. 小児集中治療での実態調査

### 小児呼吸管理における鎮静薬使用状況に関する調査研究 —ミダゾラムを中心に—

分担研究者 羽鳥 文麿<sup>1)</sup>、宮坂 勝之<sup>2)</sup>

1) 千葉県こども病院 麻酔科集中治療科 部長

2) 国立成育医療センター 手術・集中治療部 部長

#### 研究要旨

小児の急性期人工呼吸管理における鎮静薬の使用実態について調査した。対象は全国の大学病院小児科118ヶ所と小児専門施設27ヶ所の合計145施設で回収率は40.7%であった。小児の急性期人工呼吸管理における鎮静薬はミダゾラムがもっとも一般的であった。併用される場合にも基本的にはミダゾラムを使用し、これにフェンタニルや、フェノバルビタールを使用することが多い。ミダゾラムの副作用は呼吸器系のものが多いが、他の鎮静薬と比較して離脱症候群を起こす可能性が高い薬剤と評価されていた。持続投与量は通常量が平均（以下同じ）0.25 mg/kg/hrで最小量は0.13 mg/kg/hr、最大投与量が0.6 mg/kg/hrと幅が大きい。離脱症候群は小児の人工呼吸管理の質を低下させるのでその予防と、早期の認識、対処が望まれる。

#### A. 研究目的

小児の人工呼吸管理時における鎮静方法の現状を調査する。特に使用薬剤と、その副作用や問題点を把握する。

#### B. 研究方法

郵送による調査表の送付を行った。対象は全国の大学病院小児科118施設と小児専門施設27ヶ所合計145施設とした。質問項目の概要を（資料 2-2. -表1）に示す。質問表は小児病棟責任者宛に送付し急性期の人工呼吸管理時における鎮静についての質問と定義した。また、年間とは統計が得られている最近の1年間、小児とは15歳

以下とした。頻度に関する質問ではHansen-Flaschen等<sup>1)</sup>の方法に準じ「ほとんど」と言う場合には70%を超える頻度、「しばしば」とは20%から70%の間、「時々」とは20%未満の頻度、「希に」とは5%未満の頻度、「無し」は0%と定義して質問した。

#### C. 研究結果

調査表への有効回答数は大学病院小児科から44通、小児専門病院から15通の合計59通であった。一部の施設では小児の呼吸管理を複数の診療科が施行しているために当該診療科各々が回答を寄せている。回収率は

40.7%であった。

#### I) 施設の規模と管理体制

常勤小児科医数は大学病院と小児病院間での差は少なく各々の平均は14.9名と14.8名であった。小児科の病床数は大学病院が平均40.7床に対し小児病院は平均112.1床とその差が大きい。人工呼吸患者が収容される平均病床数は、小児科病棟内5.3床、当該外科病棟内3.9床、小児ICU内6.6床、成人ICU4.9床であったが大学病院と小児病院の差は少なかった。一方、小児人工呼吸患者数は大学病院では1施設の年間平均27名に対し、小児病院は平均146.2名と小児病院が大学病院の約5.4倍であった。全施設での中央値は1施設あたり20件であった。呼吸管理患者を24時間小児科系の専従医が管理している施設は全体でわずかに6.8%と少なかったが小児専門病院では21.4%と高率であった。

#### II) 鎮静薬一般について

人工呼吸管理中の鎮静薬の使用頻度を表2に示した。経静脈的投与方法でもっとも良く使用されている薬剤はミダゾラムで回答している施設の8割が殆ど使用する薬剤にあげている。一方、チオペンタール・チアミラール、ペントバルビタール、ウインタミン、ドロレプタン、はほとんど使用されていない。プロポフォールを全く使用しない施設は55%と半数で希にしか用いない施設を入れると92.2%となる。一方最近登場したデックスメデトミジンについては全く使用しない施設は76.5%であるが希にしか用いない施設との合計は84.3%とプロポフォールよりは使用されていた。麻薬ではフェンタニルの方がモルヒネよりやや用いられる頻度が高い傾向であった。経直腸内投与

では抱水クロラール、フェノバル、ジアゼパムは全く用いない、あるいは希にしか用いない施設が40%から50%ある。経口投与でもっともよく用いられているのはトリクロフォスであるが、希に使用、あるいは全く用いない施設が55%と半数以上であった。複数の薬剤を併用する頻度(資料2-2.-表3)が“ほとんど”の施設は7%、“しばしば”ある施設は約35%、“時々”が39%であった。(資料2-2.-表4)は複数薬剤を組み合わせて使用する場合の薬品名を、第1選択薬から第3選択薬まで記述してもらった結果をそれぞれの選択順位内での頻度順に示したものであるが、実際の使用方法については施設や状況により異なり、例えばある施設ではミダゾラムとモルヒネの併用、他の場合にはトリクロフォスとミダゾラム、チオペンタールの併用などとなるが、組み合わせとなる薬剤はミダゾラム、フェノバル、フェンタニルが最も多かった。離脱症候群をおこす頻度が高い薬剤としてはミダゾラムが最も多く取り上げられ52.6%で、次にフェンタニル15.8%、モルヒネ13.2%の順位であった。(資料2-2.-表5)

#### III) ミダゾラムについて

ミダゾラムの標準的投与量(資料2-2.-表6)は持続投与の場合、通常量が平均(以下同じ) 0.25 mg/kg/hrで最小量は0.13 mg/kg/hr、最大投与量が0.6 mg/kg/hrであった。一回投与量は通常量が0.23 mg/kg/回で、最小0.15 mg/kg/回、最大0.49 mg/kg/回であった。また、一回投与法の時の投与間隔は幅が大きく1分から180分であり、平均は32.5分±44.5分であった。ミダゾラムによる副作用では呼吸器系のも

のが多い。(資料 2-2. -表 7) に示すように、しばしば見られる頻度以上の副作用は舌根沈下、呼吸抑制、血圧低下、離脱症候群、徐脈の順位であった。特に呼吸抑制をしばしばあるいはほとんど経験すると記載した施設は全体の17%であった。痙攣を時々経験するという施設は8.3%であった。離脱症候群が見られる頻度について常にと回答したのは1施設のみ有り、大体何時も見られるのが2施設、時々見られるが15施設、ほとんど無い施設は22施設、全くないとしている施設は13施設であった。離脱症候群の症状(資料 2-2. -表 8)として認識されたものは精神症状が最も多く不穏・興奮などであった。神経症状としては痙攣や振戦・不随意運動が多い。その他表 8 に示すように呼吸器症状、循環器症状、消化器症状、自律神経症状などが認められている。離脱症候群の予防あるいは対処法は表 9 に示すように中止時の漸減、他の鎮静薬の使用あるいは併用とするものが半数を占めていた。

#### D. 考察

小児の急性期人工呼吸管理時における鎮静薬の使用状況は“ほとんど”ミダゾラムを使用する施設が全体の81%であった。Rhone y等の行った北米の小児集中治療室における調査結果<sup>2)</sup>ではミダゾラムの使用頻度は“ほとんど”が43%、“しばしば”が46%であったが、北米ではLorazepamやモルヒネの使用頻度が高い事が我が国と異なっている。フェンタニルの使用頻度は我が国は比較的low、 “ほとんど”使用する施設が7%、“しばしば”使用する施設が10.5%だが、北米ではそれぞれ44.1%、43%とフェン

タニルは多くの施設で使用される薬剤である。プロポフォールの使用は小児の集中治療領域では禁忌とされているが今回の調査で“しばしば”使用する施設も3.9%に認められた。今回調査は使用内容までは回答を求めているので不明だが、欧米の小児集中治療室の調査<sup>3)</sup>では、限られた年齢層で、限られた使用量と投与時間で使用されている事から持続鎮静の目的での使用は勧められないと言える。単剤だけでは十分な鎮静が得られない時も少なくなく、複数薬剤が併用されているが、この場合にもミダゾラムが基本となっている傾向である。ミダゾラムの投与方法、投与量に関しては平均値では成人よりやや多い傾向といえるが施設間の差が大きく通常投与量も0.05 mg/kg/hrから0.5 mg/kg/hrと幅が大きかったが、小児での標準的な投与量の指針がないことと、ベンゾジアゼピン系は個体差が大きいことがその理由であろうと推察される。ミダゾラムによる副作用は呼吸抑制が多いが離脱症候群の原因薬剤としても最上位にあげられている。本薬剤が使用しやすく、長期間投与されやすい傾向にある事もその原因の一つと推定される。ミダゾラムによる離脱症状を予防するためには投与量を最低限にすることや投与期間をなるべく短くすることを記載する回答者もいたが、現実には判断はなかなか難しい。また離脱症候群と診断する(認識する)事も重要であるが、その症状も多彩であり非特異的なものもある為に認識が実際の出現頻度よりも低くなっている可能性がある。こういった症状が小児の成長発達に与える影響については、小児の場合に限らないが人工呼吸期間の延長や、集中治療室在室日数の長期化を

きたす因子となるためのよりの確な対処が求められる。対処法としては漸減する事その他に他の薬剤への変更が勧められているが、回答の中には最近使用されてきているデックスメドミジンを選択肢にあげるものが数件あったが検討に値する薬剤といえるかも知れない。離脱症候群<sup>4)</sup>は小児の人工呼吸管理の質を低下させるのでその予防と、早期の認識、対処が望まれる。

#### E. 結論

小児における急性期人工呼吸管理時にはミダゾラムの使用が一般的であった。この薬剤の投与量は個体差が大きい為もあり幅が広いが、投与量やその期間によっては離脱症候群を起こす可能性も高い。離脱症候群は集中治療室在室期間を長期化させる因子の一つであり適切な対応が必要であるが、この病態に対する取り組みはまだ十分とは言えない。ミダゾラムは、小児においても安全で有効な鎮静薬として評価が高い薬剤であるが具体的な使用法についてさらに十分な検討も必要である。

#### 文献

1) Hansen-Flaschen JH, Brazinsky S, et al. Use of sedating drugs and neuromu-

scular blocking agents in patients requiring mechanical ventilation for respiratory failure. A national survey. JAMA. 266:2870-5. 1991

2) Rhoney DH, Murry KR. National survey on the use of sedatives and neuromuscular blocking agents in the pediatric intensive care unit. Pediatr Crit Care Med. 3:129-33. 2002

3) Playfor SD, Venkatesh K. Current patterns of propofol use in PICU in the United Kingdom and North America. Paediatr Anaesth. 14:501-4. 2004

4) Tobias JD. Tolerance, withdrawal, and physical dependency after long-term sedation and analgesia of children in the pediatric intensive care unit. Crit Care Med. 28:2122-32. 2000

## 資料

### (資料 2-2. -表1) 質問項目の概略

#### I) 施設の背景

- ① 常勤小児科医師数、小児科病床数
- ② 小児の急性期人工呼吸患者数、収容病床数
- ③ 小児人工呼吸管理患者への小児科医診療体制

#### II) 鎮静一般

- ① 急性期人工呼吸管理中に使用する鎮静薬の種類
- ② 複数鎮静薬を併用する頻度、内容
- ③ 離脱症候群の頻度
- ④ 処置・検査時の鎮静・鎮痛薬

#### III) ミダゾラム

- ① 投与量
- ② 副作用の種類と頻度
- ③ 離脱症候群の頻度
- ④ 持続投与中止法

(資料 2-2. -表 2)

人工呼吸管理中に使用する薬剤の使用頻度 (59施設中の回答施設数を上段に表示、下段は回答総数に対する%)

	ほとんど (>70%)	しばしば (70-20%)	時々 (20-5%)	希に (<5%)	無し (0%)	回答総 数
	モルヒネ	1 2.0%	7 14.3%	4 8.2%	9 18.4%	28 57.1%
フェンタニル	4 7.0%	6 10.5%	11 19.3%	15 26.3%	21 36.8%	57
ジアゼパム	3 6.0%	7 14.0%	12 24.0%	14 28.0%	14 28.0%	50
ミダゾラム	47 81.0%	7 12.1%	1 1.7%	1 1.7%	2 3.4%	58
チオペンター ル系	0 0.0%	8 16.0%	13 26.0%	19 38.0%	10 20.0%	50
ペントバルビ タール	0 0.0%	1 2.0%	5 10.0%	5 10.0%	39 78.0%	50
ウインタミン	1 2.0%	2 4.0%	2 4.0%	8 16.0%	37 74.0%	50
ドロレプタン	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 6.0%	47 94.0%	50
プロポフォー ル	0 0.0%	2 3.9%	2 3.9%	19 37.3%	28 54.9%	51
デックスメデ トミジン	0 0.0%	2 3.9%	6 11.8%	4 7.8%	39 76.5%	51

経  
静  
脈  
投  
与



資料 2-2. -表2) 続き

経直腸	抱水クロラール	2	9	16	14	13	54
		3.7%	16.7%	29.6%	25.9%	24.1%	
	フェノバル	3	12	16	11	10	52
		5.8%	23.1%	30.8%	21.2%	19.2%	
	ジアゼパム	1	9	15	13	16	54
		1.9%	16.7%	27.8%	24.1%	29.6%	
	ミダゾラム	0	1	1	6	43	51
		0.0%	2.0%	2.0%	11.8%	84.3%	

経口	フェノバルビ タール	0	6	9	9	27	51
		0.0%	11.8%	17.6%	17.6%	52.9%	
	ヒドロキシジ ン	0	3	6	10	33	52
		0.0%	5.8%	11.5%	19.2%	63.5%	
	トリクロフォ ス	2	10	12	8	22	54
		3.7%	18.5%	22.2%	14.8%	40.7%	
	ジアゼパム	0	2	7	10	34	53
		0.0%	3.8%	13.2%	18.9%	64.2%	
	ミダゾラム	0	0	2	2	48	52
		0.0%	0.0%	3.8%	3.8%	92.3%	

(資料 2-2. -表3) 複数の鎮静薬を併用する頻度(N=59)

併用頻度	ほとんど (>70%)	しばしば (70-20%)	時々 (20-5%)	希に (<5%)	無し (0%)	総数
施設数	4	20	22	8	3	57
	7.0%	35.1%	38.6%	14.0%	5.3%	%

(資料 2-2. -表4) 複数使用時の薬品名とその頻度 (頻度の多い順から記載)

順位	第1選択			第2選択			第3選択		
	薬品名	件数	%	薬品名	件数	%	薬品名	件数	%
1	ミダラム	60	59.4%	ミダラム	18	20.0%	ミダラム	8	20.0%
2	フェノバルビタール	15	14.9%	フェノバルビタール	12	13.3%	フェノバルビタール	9	22.5%
3	フェンタニル	8	7.9%	フェンタニル	11	12.2%	フェンタニル	4	10.0%
4	トリクロアス	6	5.9%	トリクロアス	11	12.2%	トリクロアス	3	7.5%
5	チオペンタール系	5	5.0%	チオペンタール系	4	4.4%	チオペンタール系	4	10.0%
6	ジアゼパム	2	2.0%	ジアゼパム	4	4.4%	ジアゼパム	2	5.0%
7	ケタミン	2	2.0%	ケタミン	3	3.3%	ケタミン	1	2.5%
8	ウインタミン	1	1.0%	ウインタミン	2	2.2%	ウインタミン	1	2.5%
9	プロポフォール	1	1.0%	プロポフォール	2	2.2%			0.0%
その他	フルファンール	1	1.0%	モルヒネ	8	8.9%	モルヒネ	1	2.5%
				抱水クロラール	6	6.7%	抱水クロラール	3	7.5%
				デックスメトキシ	2	2.2%	デックスメトキシ	3	7.5%
				ペタジン	1	1.1%			
				塩酸ドロキシジン	2	2.2%			
				ベクロウム	4	4.4%	ベクロウム	1	2.5%
	合計	101	100.0%		90	100.0%		40	100.0%

注：フェノバルビタールは座薬または経口薬、ジアゼパム、抱水クロラールは座薬、塩酸ヒドロキシジンは経口薬、その他は静注薬として使用。

(資料 2-2. -表5) 離脱症候群の頻度が高い薬剤 (記載施設 2 2 施設の統計)

順位	薬品名	件数	%
1	ミダラム	20	52.6%
2	フェンタニル	6	15.8%
3	モルヒネ	5	13.2%
4	チオペンタール系	2	5.3%
5	プレデックス	1	2.6%
6	トリクロラール	1	2.6%
7	ディプリバン	1	2.6%
8	ペンタジン	1	2.6%
9	ウインタミン	1	2.6%
	合計	38	100.0%

(資料 2-2. -表6) ミダゾラムの投与量と投与間隔

		平均	範囲	n
持続投与量(mg/kg/hr)	最少	0.13±0.17	0.03~1	50
	最大	0.6±0.85	0.1~5	51
	通常量	0.25±0.3	0.05~2	47
一回投与量(mg/kg/hr)	最少	0.15±0.18	0.05~0.5	40
	最大	0.49±0.58	0.1~3	40
	通常量	0.23±0.21	0.08~1	37
一回投与時の投与間隔 (分)		32.5±44.5	1~180	21

(資料 2-2. -表7) ミダゾラムの副作用

(59施設中の回答施設数を上段、下段は回答総数に対する%)

	ほとんど (>70%)	しばしば (70-20%)	時々 (20-5%)	希に (<5%)	無し(0%)	総数
無呼吸	0	0	9	25	14	48
	0.0%	0.0%	18.8%	52.1%	29.2%	
舌根沈下	1	5	18	18	6	48
	2.1%	10.4%	37.5%	37.5%	12.5%	
呼吸抑制	2	7	14	26	4	53
	3.8%	13.2%	26.4%	49.1%	7.5%	
血圧低下	0	1	14	21	5	41
	0.0%	2.4%	34.1%	51.2%	12.2%	
心室性頻脈	0	0	0	16	22	38
	0.0%	0.0%	0.0%	42.1%	57.9%	
徐脈	0	1	1	19	17	38
	0.0%	2.6%	2.6%	50.0%	44.7%	
その他の不整脈	0	0	0	14	24	38
	0.0%	0.0%	0.0%	36.8%	63.2%	
心停止	0	0	0	9	28	37
	0.0%	0.0%	0.0%	24.3%	75.7%	
悪性症候群	0	0	0	9	28	37
	0.0%	0.0%	0.0%	24.3%	75.7%	
痙攣・不随意運動	0	0	3	13	20	36
	0.0%	0.0%	8.3%	36.1%	55.6%	
アナフィラキシー	0	0	0	9	28	37
	0.0%	0.0%	0.0%	24.3%	75.7%	
依存・離脱症	0	2	11	19	9	41
	0.0%	4.9%	26.8%	46.3%	22.0%	