

手順書

① 法的脳死判定時

コーディネーターと手術室、麻酔医で摘出術に日時を協議する。

手術室は大きめの部屋とそのとなりの部屋（バックベット）を確保する。

② 法的脳死判定後

施設コーディネーターと三次評価・摘出前ミーティング設定・参加

(ア)入室時刻設定

(イ)摘出手順の確認

術者からのリクエストを確認する（体位、ステロイド、ヘパリン投与量、肺静脈採血の有無、換気条件のリクエストは確認しておく）

③ 入室前準備

(ア)入室後は分刻みに手術が進行するため

① ルートの入れ替えは入室前に行う

② 十分量の赤血球輸血、アルブミンを術前から準備しておく

③ 術中はできるだけカテコラミンを使わないので、術前からバゾプレッシンでの血圧コントロールにできるだけ切り替えておく。

④ 入室（サインイン）

⑤ 呼吸循環管理

(ア)モニター

① 心電図

② パルスオキシメータ

③ 侵襲的動脈圧測定（左橈骨動脈が望ましい）

④ 中心静脈圧

⑤ カプノグラフィー

⑥ 体温

(イ)体位

① 体側固定、90度固定、頭上で固定などあり、チームで確認を

② 動脈採血とCVCの抜去ができるようにチェック

(ウ)筋弛緩薬投与

① 作用時間の長いもので良い

1. ロクロニウム、ベクロニウム、パンクロニウム

(エ)メチルプレドニゾロン 1g 投与

(オ)抗生剤（術前の投与の有無を確認）

(カ)麻酔薬は投与しない（吸入麻酔薬も静脈麻酔薬も）

(キ)低血圧に対しては、原則血管収縮薬は投与せず、輸液と輸血で対応する。

⑥ 摘出手術

(ア)血管と摘出用臓器の剥離が終わり、カニューレーションの準備ができたならヘパリン投与（500 単位/kg）

(イ)大動脈クロスクランプ

(ウ)肺の摘出がある場合は気管遮断まで換気を継続する。

(エ)酸素濃度は肺摘出チームと相談する

(オ)摘出チームによる各種臓器摘出

(カ)閉創

(キ)摘出手術終了