

旭労災病院ニュース

病院情報誌 第 74 号 平成 24 年 1 月 4 日発行

発行所：旭労災病院

〒488-8888

尾張国守平字甲比61 番地

TEL 0561-54-3131

FAX 0561-52-2426

<http://www.asahirofuku.go.jp/>

C 型肝炎の新しい治療法について

消化器科部長 遠藤 雅行



C 型肝炎は我が国における肝臓癌および肝硬変の原因として大半を占めています。我が国では年間約 33,000 人が肝臓癌で死亡していますが、肝細胞癌の 70-75%は C 型肝炎が原因とされています。そこで、我が国における肝臓癌の撲滅には HCV の排除がきわめて重要な課題となっています。

HCV の排除にはインターフェロン治療がもともと基本となる薬剤ですが、我が国の C 型肝炎の約 70%を占める Genotype 1b はインターフェロンが効きにくいとされています。現在 Genotype 1b かつ高ウイルス量の難治性 C 型慢性に対しては、リバビリン＋ペグインターフェロン併用療法が行われており、約 50%の奏成功率が得られるようになってきました。

平成 23 年 11 月にプロテアーゼインヒビターであるテラプレビル(商品名テラビック)が発売されました。この薬剤は単剤においても高い抗ウイルス効果を有していますが、リバビリン＋ペグインターフェロンと組み合わせた 3 剤併用療法として認可されました。治験のデータによりますと、Genotype 1b かつ高ウイルス量の患者にこの三剤併用療法を行った場合、初回治療例の SVR(投与終了 24 週後に HCVRNA が陰性化)率は 73%、前治療でウイルス消失したが再燃した例においては 88%と特に高い効果を示しております。前治療無効例については 34%の SVR 率であるため、さらに次の治療方法を待つという選択もあるかと思えます。

この三剤併用療法は貧血や、発熱、白血球減少、皮膚障害の副作用の発生率が高く、投与前の至急採血を行うことや、皮膚科と連携して治療に当たる必要があります。

当院では平成 24 年 2 月頃を目標に、テラプレビルによる C 型慢性肝炎治療の導入を検討しております。C 型肝炎の患者さんでお困りの症例がありましたら、是非ご紹介いただきましたら幸いです。

また、当院では 24 時間体制で消化器緊急疾患に対応しております。救急外来では、血液検査・レントゲン・CT 等の検査はもちろん、内視鏡処置(止血術、胆管炎のドレナージ等)や病状によっては外科とも連携して緊急手術を含めた対応を行っております。救急患者さんについても、地域の先生方のお役に立てればと思っております。

術後の回復力強化プロトコル

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Protocol



麻酔科主任部長 堀場 清

ERASはKehletとMongensenが結腸切除術患者を対象に行なったもので、ERASプロトコルは、手術によってもたらされる生体の破綻をできるだけ小さくすることであり、手術侵襲を少なくし、早期より経口摂取を行い、正常な腸管機能を保つことで生体の代謝機能を維持し、手術患者の回復力を早めるために集学的に行うリハビリテーションプログラムである。ERASプロトコルを実施することにより、従来の結腸切除では5～10日間の術後退院日数を中央値で2日間に短縮することが可能となった。(手術患者の早期回復力強化に向けたERASプロトコルが2004年のESPENハイライトニュースで紹介され、認められた)

ERASプロトコルに興味あることは、麻酔に関連した項目が多く含まれることです。

1) 入院前カウンセリング(入院前に患者情報を収集するとともに、入院の概要、麻酔・鎮痛法、および術後管理の説明を行う。また栄養スクリーニングを行い栄養不良患者にはあらかじめ栄養管理を行う)。2) 絶飲食(固形食は麻酔導入6時間前まで可とし、飲水は2時間前まで可とする(Grade A)。また炭水化物投与を行う。一般には12.5%の炭水化物含有飲料水を手術前夜に800mL、麻酔導入2時間前に400mL摂取させる(Grade A))。3) 前投薬(作用時間の長い鎮静薬・睡眠薬は使用しない(Grade A))。4) 血栓・感染予防(適切な血栓防止法と予防的抗生剤投与を行う(Grade A))。5) 標準麻酔法(長時間作用性の麻薬は避け、胸部硬膜外麻酔と短時間作用性の麻薬を使用するようにする(Grade A))。6) 術後悪心・嘔吐対策(術後の悪心・嘔吐は疼痛と同様に侵襲となるためリスクの高い患者では予防的対処を行う)。7) 経鼻胃管(気管挿管時のマスク換気に伴う脱気のための吸引以外では日常的には経鼻胃管留置は行わない(Grade A))。8) 体温管理(正常体温の維持により創部感染、心合併症、出血量、および輸血必要量の減少が可能である)。9) 周術期の輸液管理(過剰な輸液、Na 負荷を避けることで縫合不全、イレウス、および心肺合併症を減少できる。術後もできるだけ早期に点滴を中止し、飲水を開始する(Grade A))。10) 術後鎮痛(術後2～3日は低用量局所麻酔薬による持続硬膜外鎮痛法を用いる。できるだけ麻薬は使用せずNSAIDsによる鎮痛を行う(Grade A))。11) 尿道カテーテル(早期に尿道カテーテルは抜去することが望ましい)。

ERASプロトコルは結腸切除術患者で有効性が示されているが、ほかの手術でも検討が行われ、腹部大動脈手術、肺手術、肝臓手術、婦人科手術でも有用性が示されています。



ERAS プロトコル

従来の麻酔科医の仕事は、周術期の呼吸・循環管理による安全性の向上、周術期の疼痛管理によるQOLの改善に主眼が置かれていた。ERASプロトコルのように患者の周術期の合併症の発生率低下、治療成績の向上、予後改善まで影響を及ぼす可能性が出てきた。今後麻酔科医の役割は、単に麻酔を維持するだけでなく、周術期に患者を侵襲から守り、患者の予後改善まで目を配るトータルサポートを行う必要があると思われる。