

術前外来、術後悪心嘔吐予防、術後疼痛管理の変遷

麻酔科診療部長 吉野 淳

Yoshino Jun

本年4月より当院へ赴任しています麻酔科・吉野です。今回は、最近の周術期管理の動向について概説いたします。

術前外来について

2010年代より「麻酔科術前外来」や「周術期センター」が学会で取り上げられるようになり、全国的に広がっていきます。従来は麻酔科医が病棟に上がり、術前診察していました。「麻酔科術前外来」の流れは患者さんが手術予定日より1週間～1カ月前に麻酔科の術前外来に赴き、そこで診察、麻酔の説明、必要なら追加の検査や他科受診を予約します。術前外来を通ることで、休薬忘れや検査不足による手術スケジュールの延期などが回避出来ます。特に、抗血小板薬や抗凝固薬は早い段階で確認し、リスクに応じて休薬または継続を決定し、それに伴い麻酔方法も適宜変更していきます。また、最近では様々なサプリメントや果物アレルギーなど周術期に注意すべき項目が増えています。術前外来を導入する事で、病棟で患者さんを探し回る（例えばお風呂や、売店、以前は喫煙に出かけて数時間帰ってこない患者さんがいたり、、、）ことがなくなるはずで、現在、人手の問題もあり、水曜日と金曜日のみの開設としていますが、徐々に外来日、対象診療科を増やしていく予定です。もちろん、ハイリスクの患者さんに関しては診療科を限定せず、外来で診察しますのでご遠慮なくご紹介ください。術前外来には医師のみならず多職種の方々の協力が必要です。効率的な手術運営のため、また安心安全な麻酔の為に協力御願います。

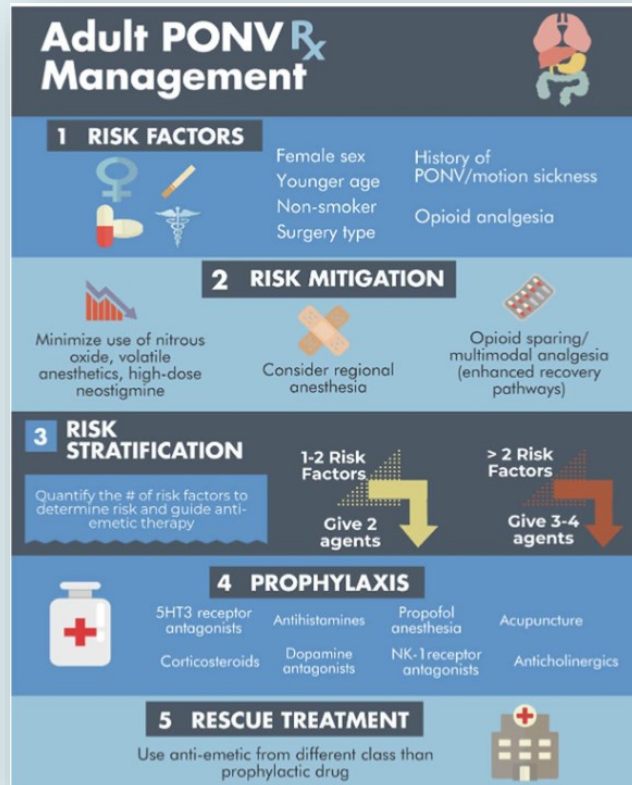
次に、術後鎮痛管理の変遷について紹介します。2000年代の術後鎮痛は硬膜外麻酔全盛でした。当時は乳線手術、VATSなど現在では硬膜外カテーテルを入れていない術式にも硬膜外麻酔をしていました。その効きは絶大であり、交感神経ブロックによる血圧低下などの副作用はありますが、これに勝る鎮痛法はないかと思えます。しかし、2005年より超音波診断装置の性能向上、術後の肺塞栓予防のために抗凝固療法が普及したこと、また腹腔鏡手術などの低侵襲手術の開始なども相まって、末梢神経ブロックが台頭してきます。それまでは、ランドマーク法で神経ブロックが行われていましたが、超音波診断装置を用いることで解剖学的位置の同定がより正確に出来ることから普及しました。

時を同じくして、IV-PCA(intravenous patient-controlled analgesia:経静脈患者管理鎮痛)の機器が発売されました。これは、患者自身がボタンを押すことにより少量の麻薬（多くはフェンタニル）が投与され、鎮痛をもたらす方法です。痛みを感じる前に鎮痛薬が投与できるので、より効果的に鎮痛できるというメリットと、ナースコールが減るというメリットもあります。麻薬を使うので呼吸抑制には注意が必要で、呼吸数が10回/分を切るようなら麻薬の減量が必要です。

現在の術後鎮痛管理の主流は Multimodal analgesiaで多角的鎮痛というものです。これは、各鎮痛方法の良いところ取りをして、副作用を減らそうという手法です。麻薬が多くなりますと嘔気・嘔吐という問題が生じますし、硬膜外に頼りすぎると血圧低下などの問題が生じてきます。最近ではmultimodal analgesia という概念が、術後鎮痛管理では主流になっています。

PONVについて

全身麻酔後の問題として、多いのが術後の悪心嘔吐です。術後悪心・嘔吐（postoperative nausea and vomiting ; PONV）は患者にとって不快であり、早期離床を妨げる一因になります。日帰り手術では退院の遅れや再入院の原因となり、痛みより悪心嘔吐が辛かった」という患者さんもいるぐらいです。リスクとしては、小児、腹腔鏡手術、女性、眼科手術、乗り物酔い、3歳以上の小児です。2020年にPONVの治療や予防に関して最近米国からガイドライン¹⁾が発表され、作用機所の異なる各種の制吐薬が列挙されています。セロトニン受容体拮抗薬は、PONVに対して有効性は以前より報告されておりましたが、国内では保険適応が取れておりませんでした。しかし、ようやく昨年国内でPONV予防に対して保険適応のある薬剤が発売されました。オンダンセトロンです。患者のPONVリスクを階層化し、リスクが高い方にはTIVA(完全静脈麻酔)+オンダンセトロン投与することにより、PONV発生率の低下が見込まれます。



1)Fourth Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. Anesth Analg 2020;131:411-448.