

# 8. 周術期管理

*We don't clear patients for surgery...  
We correct the correctable and hope for the best.*

われわれ（内科医）は手術の許可は出さない。  
調整可能な状態を調整して、ベストな結果を祈るだけだ。

超高齢社会の今、手術を受ける患者の合併症の多さや複雑さは高くなってきています。低侵襲手術の導入により、従来は手術を回避されてきた患者層も手術適応となり、術前の安全性（特に心血管系のリスク）をきちんと見極める内科医の存在が大切になってきました。アメリカの病院内総合医（ホスピタリスト）はそのような術前評価のコンサルテーションを受けることが多く、内科教育の一環として浸透しています。実地臨床の注意点を含めて体系的なアプローチを紹介します。

## 本音トーク 1 まずは2007年版ACC/AHAガイドラインを理解する

本章ではまず、歴史的変遷および基本的概念を理解するうえで重要な2007年版アメリカ心臓病学会／アメリカ循環器学会（ACC/AHA）ガイドラインを概説します。そして2014年改訂版のACC/AHAガイドライン<sup>1)</sup>に基づいて術前評価を解説します。

それでは、本邦の『非心臓手術における合併心疾患の評価と管理に関するガイドライン（2014年改訂版）<sup>2)</sup>』にも強く反映されている2007年改訂版ACC/AHAガイドラインで提示された術前評価のアルゴリズムからみてみましょう（図1のアルゴリズム参照）。後述しますが、この2つのガイドライン、特にβ阻害薬の使用推奨に影響を与えたDECREASE I-VIは研究不正であることがわかっていますので、ご注意ください（本音トーク5）。

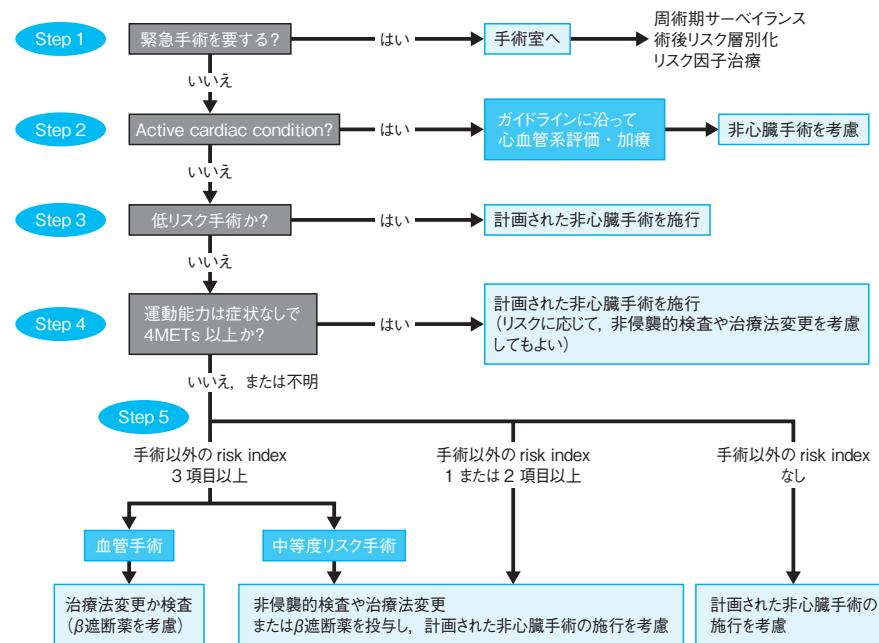


図1 50歳以上の患者の非心臓手術における心臓リスク評価とケアのアルゴリズム  
METs: metabolic equivalents

文献3)より

このガイドラインを理解するうえで、まず知っておかなくてはいけない定義が4つあります。

- 知っておくべき定義
- 1. active cardiac condition (重症度の高い心臓の状態)
- 2. clinical risk factor (中等度リスク症状)
- 3. procedural risk (手術の侵襲度)
- 4. functional capacity (日常生活の活動度)

では、以下順番に解説していきます。