

食べられない、痛い、動けない

手術の苦痛を取り除く  
画期的メソッド

谷口英喜

神奈川県立保健福祉大学教授



空腹に耐えながら手術を待つ、沢山の

管（カテーテル類）の痛みで眠れない——そんな入院生活が変わろうとしている。北欧で生まれた新しい術前術後ケア方法「ERAS」が日本でも規模以上の病院に徐々に導入されつつあるからだ。第一人者である神奈川県立保健福祉大学の谷口英喜教授（栄養学・専門は麻酔科学）が、その劇的な回復効果を解説する。

これまで入院といえば、手術後に三つの苦痛が患者にあると言われてきました。それは、食べられないこと、痛

いこと、動けないことの三つです。

痛み止めは、傷が痛いと言えて初めて与えられ、病棟のベッドでは寝たきり。術後も術後も長時間食事が制限され、水も満足に飲めない。入院前は元気だったのに、家に戻って来たら認知症になったり、車いす生活になる。手術はうまくいったはずなのに、退院したらなぜか日常生活レベルが低下したという例は枚挙にいとまがありません。入院がむしろ病気を生んでいると指摘されることもあります。

中でも悪循環を招いていたのが、絶飲食です。麻酔をかける時に気道確保

のため喉に管をいれます。その時に胃に残留物があると嘔吐してしまい、下手をすると肺に入って誤嚥性の肺炎になる。その心配から日本では、最低でも十二時間は絶飲食にして胃を空っぽにするのが術前ケアの基本になっていました。

しかし絶飲食には、いくつもの弊害があります。まず食物が通らないと、腸管機能が低下してしまふ。腸管は食物が通過することによる刺激で免疫機能を保っています。腸管も、食事により常に刺激をしておかないとインスリンが分泌されにくくなるのです。すると手術後の血糖値は糖尿病ではなくても上昇し「サージカル・ディアベテス（外科的糖尿病）」になる恐れもあります。その結果、手術後の合併症が増加しました。

手術前の一晩、飲食をしなければ、身体は緊張し喉はカラカラです。不安をとるために鎮痛剤を打ったり睡眠薬を使うことが多くありました。鎮痛剤の使用は呼吸停止や血圧低下の危険が



あり、患者の意識も朦朧とします。受け答えができなくなったために、手術の取り違え事故が起こったこともありました。

入院して高齢者の認知機能が低下してしまふのは、食事をしなくなることで体内時計が狂ってしまうからでした。時にはせん妄になり、そのまま認知症になってしまふこともある。飲み込む力も低下してしまふ。また、ベッドに寝かせたままにすることで、筋力が低下し寝たきりや車いす生活になってしまふ人もいます。

手術には沢山の管（カテーテル類）がつきものです。点滴をはじめ、体内の血液や膿などを排出する創部ドレナージや尿道カテーテル……手術前後の身体の痛みは、こうした身体に入られたカテーテル類から来ることが多い。そしてこれらのカテーテル類は痛みだけでなく、身体を動かすのが不自由になる。長時間利用していると、カテーテル類を伝わり、ばい菌が身体に入り、感染症を引き起こすことにも

つながっていました。

こういった絶飲食、カテーテル類は本当に必要なものなのか。患者のためになっているのか。

この疑問にいち早く気がつき、検証を始めたのが北欧諸国でした。九〇年代後半、莫大な医療費に頭を悩ませていた彼らは、「手術そのものは昔と比べて医師の技術が上がったので、それほど差はない」と見て、術前術後の管理に目を付けます。彼らは、「これを改善して退院を早めよう」と発想を転換しました。そして検証してみると術前術後の絶飲食も、さまざまなかテーテル類も、その多くは「古くからのしきたり」に過ぎず、必要性に明確な根拠がないことに気づきます。

研究の結果、彼らがたどりついたのは、入院前の体調を整えベストな状態で手術を迎えること。そして、手術を終えた後も、入院前に近い状態に早く回復させ、なるべく早く社会復帰させる方法でした。つまり術前術後になるべく身体に負担を与えないことで回復

を早める。このERASという方法は、術前から術後までの無駄を省き、患者の回復を第一に考えたケアなので

ERASは二〇〇五年以降、欧米を中心に広まりましたが、日本に導入されるようになったのは、二〇一〇年頃からです。

二〇一二年に日本麻酔科学会でERASの実施に必要な項目である術前絶飲食のガイドラインを公表しました。ガイドラインにより、術前は長時間の絶飲食ではなくりました。日本では従来、手術前は絶飲食にして点滴で体液管理をしていましたが、経口補水液が点滴と同等の安全性と効果を持つことが複数の臨床試験で証明されました。この結果を受けて日本では術前に経口補水液を飲んでいる施設が多くなっています（術前経口補水療法と呼ぶ）。そして術後に関しては、お腹の手術でなければ、すぐにでも飲食可能としました。

すると、これまで空腹を紛らわせる

ために使っていた鎮痛剤や点滴は必要がなくなりまし。点滴がなくお腹も減っていなければ、患者もリラックスして自分で歩いて手術室に向かうことができます。自分で動けるからトイレだって歩いて行ける。尿道カテーテルも必要ありません。映画やドラマに見られるような車いすやストレッチャーで手術室に運び込まれる光景は、もはや時代遅れと言っているでしょう。

術後の飲食を早めることで、傷の治りも早くなりました。食べた方が腸の血流が良くなって傷の治りが早いのです。大腸などの手術の後で、切ったところを食べ物や飲み物が通過して大丈夫かと心配する人もいます。腸管には常に七リットルくらいの、きれいと言えない腸液（消化液）が流れています。唾液だって一リットルくらい流れている。手術後に絶飲食にする意味はありません。

傷の治りの良さは数字にも表れています。ERASの導入後、欧米のデー

タでは、SSI（サージカル・サイト・インフェクション）手術部位の感染症）は五パーセントから一パーセントへ大幅に減少。肺炎や縫合不全も半分以下になりました。

鎮痛薬の使用法も大きく変わりました。これまで頓服、つまり痛くなつてから使用していたのを改め、痛みの有無にかかわらず四、五時間ごとに定期的に取るように勤めています。結果的に悪心、嘔吐、せん妄が少なくなり、薬の使用量が減りました。

### 下剤もやめる

下剤の使用は必要のない術式では基本的にやめるとするのがERASの方法です。下剤を使わなくなったことで、腸には常に栄養が補給されるようになり、腸管機能が損なわれることがなくなりました。これまで腸の手術で多かつた、縫合不全を原因とした合併症が減ったという報告もあります。

現在、私が把握しているだけで、E

ERASの項目のひとつである、絶飲食を止め術前経口補水療法をはじめた病院は八百から九百にのぼります。これは入院施設のある全病院の五分の一、「DPC病院」、つまり医療費の定額支払い制度を導入している比較的大きな病院で見ると、約半数が導入していることになりました。

これからERASはますます広がっていくでしょう。ERASでは、冒頭にあげた三つの苦痛が排除され患者さんは楽になります。医療従事者には必要な手術が省けるし、医療費は大きく削減される効果が期待できます。しかし、病院の看板に「ERASはじめました」とは書かれてはいません。興味がある方は病院に「術前の飲食はどうなっていますか」「術前経口補水療法はやっていますか」「下剤はどれくらい使いますか」と問い合わせてください。患者の側の意識の変化が、患者に優しい医療の普及を早めることにつながるはず。取材構成／医療ジャーナリスト・伊藤幸也