

142. 手術室において COVID-19 は本当に危険なのか？

From my point of view

- 手術症例の SARS-CoV-2 PCR スクリーニング検査 (and/or 胸部 CT) は、誰のためにやっているのか
- 院内感染対策…？ 麻酔医/コメディカルの安全…？ 病院経営…？ 社会的要求…？
⇒ もちろん最大の理由は【患者さんの安全のため】であり、そこを履き違えてはいけないと思う
- 我々は主治医に検査を依頼する立場なので、手術症例における最低限のエビデンスは心得ておこう

はじめに

2020 年春、我々を震撼させた新型コロナウイルス感染症は、後に第2～3波と呼ばれる小ピークを形成しつつも、徐々にその脅威は収まりつつあるように思う。しかし、世間におけるコロナ対策と、病院における対策は当然異なるし、**手術室における**それはもっと違うということを麻酔科医は知っておかなければならない。

なぜ手術症例では**全例**スクリーニングが必要なのか、誰のために行う検査なのか、いま一度確認しておこう。

手術患者における、SARS-CoV-2 感染による**予後悪化**を示すエビデンス

- 24 カ国 235 の病院で 2020/1/1～3/31 に手術を受けた SARS-CoV-2 感染患者(手術1週間前～術後 30 日後に診断)1128 人を対象とした国際コホート研究で、**術後 30 日以内の死亡率は 23.8% (268/1128)**であった。緊急手術が 835 人(74.0%)と多く、SARS-CoV-2 感染が**術前に確定していたのは 26.1% (294/1128)**だった。術後肺合併症は 51.2% (577/1128)で認められ、それらの患者の死亡率は 38.0% (219/557)で、全死亡の 82.6% (219/265)を占めていた。補正解析で術後 30 日以内の死亡率は、男性・70 歳以上・ASA-PS 3-5・悪性疾患・緊急手術・大手術と有意に関連していた。(Lancet 2020; 396: 27-38)
- 2020/1/23～4/1 に手術(小手術、産婦人科手術を除く)を受けた COVID-19 患者(術前または術後1週間以内に検査陽性)を、性別・年齢・ASA-PS・併存症などを調整した非 COVID 患者(対象群)と比較した単施設研究で、41 人(**術前に検査陽性:33 人**)が COVID-19 患者として登録された。そのうち **8 人(19.5%)**が**死亡**し、対照群の 2 人(2.4%)と比べ有意に多かった。術後合併症は COVID-19 患者で多く、特に肺合併症(OR, 35.6; 95%CI, 9.3-205.5)、血栓性合併症(OR, 13.2; 95%CI, 1.5-∞)が有意に関連していた。(JAMA Surg 2020; 155(8): 691-702)
- 2020/1/1～2/5 に武漢の 4 病院で **COVID-19 の潜伏期間中**に待機的手術を受けた 34 人の患者の臨床データを後ろ向きに分析した。全員手術直後に COVID-19 肺炎を発症し、胸部 CT で異常所見を認めた。**15 人(44.1%)**の患者が ICU での治療を必要とし、そのうち**7人が死亡した(死亡率 20.5%)**。ICU 入室を要した患者は高齢であり、基礎疾患の併存症を有する可能性が高く、より大きな手術を受け、さらに重度の検査異常(白血球増加症、リンパ球減少症など)を呈していた。(EClinicalMedicine 2020; 21: 100331)

まとめ

- ★ 高齢男性、併存疾患ありの COVID-19 患者の major 手術では、2割近くの死亡率となる可能性がある
- ★ PCR 陽性患者の待機的手術は延期するのが無難だが、対象者は？いつまで？術式は？…課題が多い
- ★ 新型コロナウイルス感染症については、まだまだよくわかっていないことが多い！継続的な情報収集を！