

94. 黄疸患者と麻酔(術後黄疸は除く)

From MY point of view

- 原因は肝炎、アルコール性肝疾患、胆道閉塞、薬剤性など。肝機能障害がある場合とない場合がある。
- 肝機能障害がある場合は凝固障害、脳症、門脈圧亢進症→消化管出血の可能性を念頭に入れる。
- 閉塞性黄疸の場合はビリルビン値が5mg/dL以下となるまで減黄を行ってから手術を行う。
- 急性肝炎合併患者の手術は延期する(開腹手術の死亡率10%)
- 肝硬変患者の周術期死亡率はChild Aで10%、Bで30%、Cで80%(非手術時でそれぞれ4、14、50%)

参考資料:MSD マニュアル プロフェッショナル版「黄疸」, 外科診療・第33巻・5号 692-698, 麻酔1990年1月号 51-55

麻酔科診療プラクティス8「よくある術前合併症の評価と麻酔計画」 など

- ビリルビン値が約2~3mg/dL(34~51 μ mol/L)になると肉眼的に黄疸が明らかとなる。
- 黄疸前の前駆症状に尿の暗色化、発熱、倦怠感、筋肉痛、便の色の変化、掻痒感、脂肪便、腹痛などがある。
- 原因疾患:肝胆道疾患(胆石、肝炎、肝硬変)、溶血をきたす疾患、炎症性腸疾患、アミロイドーシス、リンパ腫、サルコイドーシス、結核、HIV感染症、薬剤性肝障害(毒物への暴露)、ウイルス性肝炎、アルコール性肝疾患等
- 重症を示唆する所見には悪心および嘔吐、精神状態の変化、体重減少、凝固障害の症状(紫斑・点状出血、タール便または血便など)、胸腹水が挙げられる。
- 著名な腹痛および腹部圧痛がある場合は上行性胆管炎や胆道閉塞を伴う急性膵炎を示唆⇒緊急治療が必要
- 黄疸を生じる疾患の重症度は肝機能障害の程度が指標となる(重症な順に以下)。
 - ・肝細胞機能障害の疑い:AST・ALT値が500U/Lを超え、かつALP値の上昇が正常上限値の3倍未満
 - ・胆汁うっ滞の疑い:AST・ALT値が200U/L未満で、かつALP値の上昇が正常上限値の3倍を超える
 - ・肝胆道機能障害のない高ビリルビン血症:軽度の高ビリルビン血症でAST・ALT値とALP値は正常
- 溶血性黄疸が疑われる場合は鑑別診断を専門医に依頼してから手術をした方がよい⇒何を輸血してよいか
- ウイルス・薬剤による急性肝炎、劇症肝炎の周術期死亡率は高い⇒救命のための肝移植以外の手術は延期
- 閉塞性黄疸は感染、ストレス潰瘍、DIC、創し開、腎不全などの合併症の原因となる⇒死亡率8~28%。
減黄術を行ってから二期的手術を行うのが一般的である。
- 黄疸患者の麻酔管理中に生じやすい合併症は、低酸素血症、代謝性アルカローシス、誤嚥性肺炎、消化管出血、うっ血性心不全、不整脈、乏尿、低血圧、覚醒遅延、血糖値異常、低体温、出血傾向などである。
- 胆嚢・胆道疾患の患者に心疾患(特に不整脈)の合併が多いことは以前からよく報告されている
- イヌを用いた実験では、ビリルビン値7mg/dL程度の黄疸では吸入麻酔薬のMACに影響はなく、20mg/dL程度ではMACが15%低下した。これはビリルビンが脳脊髄液へ移行することによると考察されている。
- 肝硬変患者の周術期死亡危険因子として、「男性、Child-Pughスコアが高い、腹水がある、原発性胆汁性肝硬変以外の肝硬変、Cre上昇、慢性閉塞性肺疾患の合併、術前の感染、上部消化管出血、PSが高い、侵襲の大きい手術、呼吸器系の手術、術中低血圧がある」が挙げられる。
(肝硬変についてはいずれテーマを「肝硬変」にして勉強会をする必要があると思うので簡単に記載しました)
- 特に既往やウイルス性肝炎の前駆症状のない若年者の急性黄疸は、アセトアミノフェンの過量投与の可能性が高い。