

## 巻 頭 言

九州大学 医学部麻酔科教授 吉 武 潤 一

まず諸般の事情により、本誌第3巻の発刊が遅れ、関係各位に多大の御迷惑をおかけしたことについて深謝いたす次第である。

さてこの10年間に重篤患者の治療成績が格段に向上してきたことは誰しも認めるところである。このような進歩を促した要因として、生体機能の変化を刻々表示するモニターシステムの整備と、ベッドサイドで、少量の試料によって各種の生化学的情報が簡単に入手できるようになったことが大きかったと思われる。このような支援システムを活用することによって、呼吸、循環あるいは体液を人為的に制御することがある程度可能となり、患者管理においてまず優先されるべき一応の基本が充たされるようになってきた。

ここではじめて重症患者管理の次の根本問題が何であるかが改めて問われる時期になったと考えている。前述の呼吸、循環あるいは体液の管理は、基本的には生体の構造と機能の単位である各細胞に、酸素や代謝基質の供給と、炭酸ガスをはじめとする代謝産物の運び去りを可能にすることを目的としたものである。したがって次の段階で問題となるのは、細胞に対しどのような積極的対応ができるかということであろう。

一般に生体は生理的状態においては、最低のエネルギー消費のもとで機能を維持し、生存を図っており、無駄なエネルギー消費を極力抑えている。ところで生体に重篤な侵襲—予期せざる外傷であれ、意図的な手術であれ—が加えられると、それに適応しようとする反応が起こるものである。この生体反応の本質は、生存を危くする状況に対し、生体は代謝活性を上昇させてエネルギー産生を高め、機能維持を図って、非可逆的な機能障害や器質的障害を免れようとするものである。

重症患者では十分な経口的栄養摂取は不可能のことが多く、しかもエネルギー消費が高まるということは、生体の負担を一層重くするものとなる。したがって重症患者に十分な栄養（代謝）管理がなされないならば、体構成成分の動員と消費が進行し、生体の維持や補修に必要な物質の合成に支障をきたすことになるであろう。その結果は体重減少、貧血、低蛋白血症、創傷治癒の遅延、生体抵抗力維持に必要な免疫能の低下などが招来されることになると考えられる。今日重症患者の最終的病態は多臓器不全と呼ばれる状態となるが、それを防止するために必要な手段は、初期からの積極的代謝管理であると言えるのではないかと考えられる。我々が侵襲時の体液・代謝管理研究会を結成したのもこのような基本的考えに立脚したものである。この研究会が今後の重症患者の治療の向上に少しでも役立つことができればというのが筆者の願いである。