

発刊にあたって

毒劇物を含む化学物質は近代社会と密接にかかわっており、法的規制や管理を強化しても、社会から完全に隔離・排除できるものではない。わが国では、医療機関を受診する中毒患者が、年間、数十万人発生しており、中毒患者は一次救急患者の1~2%を占める。入院を要する救急患者に占める中毒患者の割合はもっと高く、救命救急センターでは4~8%に達する。

化学物質が災害を引き起こすのは、爆発や火災、老朽化した施設での漏出事象などが考えられるが、私達と化学物質の接点はずっと身近なところにある。毒劇物の流通調査によると、苛性ソーダの1日の国内輸送量は1,400万トン、輸送回数は1,000回を越えており、シアン化合物でも3万トン/日、50回/日に達する。このデータを初めて目にしたときは、その膨大な量に桁が間違っているのではないかと思ったものである。東京地下鉄サリン事件や和歌山県で発生したヒ素混入事件は特別としても、高速道路でのタンクローリー横転事故や化学工場の爆発事故など、中毒医療は危機管理の面からも重要である。

中毒は、無数に存在する起因物質により発現する症状や重症度が異なるのは当然であるが、その一方で、基本的な診断・治療の進め方には共通したものがある。経口中毒症例における消化管除染はその代表であり、これまでほぼ全ての症例に胃洗浄をはじめとした消化管除染が行われてきた。

欧米では、1997年に American Academy of Clinical Toxicology ; European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists(AACT/EAPCCT)から Position Statement が出され、EBMに基づき、急性中毒の治療に大きくメスが入られた。とくに胃洗浄については、「胃洗浄は、中毒患者ではルーチンに行われるべきではない。モデル実験では、除去率が安定しておらず、時間とともに低下する。また、胃洗浄によって臨床転帰を変える証拠はない。したがって、胃洗浄は生命に関わる可能性がある量を摂取していて、かつ毒物摂取後1時間以内でないかぎり考慮すべきではない」とルーチンに行われがちだった胃洗浄に警告がなされた。以降、世界的な潮流として、胃洗浄の適応見直しが進み、Position Statement が出た2年後の1999年には、米国での胃洗浄施行率は14.4%にまで激減した。

一方、本邦においては経口中毒例の90%を超える症例に胃洗浄が行われており、かつ施設や医師によって、治療手技がバラバラで、世界的な潮流に取り残された感すらあった。この事態を重視した日本中毒学会では、消化管除染はもとより、呼吸・循環管理等の対症療法にいたるまでの「急性中毒の標準治療」と、さらに一歩進んで、主な起因物質に関する「中毒医療ガイドライン」を作成することを作業目標として、2001年7月に学術委員会を発足させた。

欧米先進国では、中毒センターや中毒関連学会が1950年代に、ほぼ期をいつにして、相次いで設立された。一方、わが国では1983年に日本中毒学会の前身である中毒研究会が東京と大阪で開催され、1986年にはこれが全国規模に発展した。その同じ年に(財)日本中毒情報センターが事業を開始している。しかし、この30年間の遅れは如何ともしがたく、しかも治療は救命救急センターで行うとしても、中毒情報センターは文字どおり情報部門のみで、臨床患者の薬毒物分析の施設がわが国には存在しなかった。

このような歴史的背景の中で、わが国では未だに中毒起因物質の分析は、健康保険では認められておらず、病院負担であり、診断を目的とした最小限の簡易検査、あるいは研究を目的とした定量分析が極一部の症例に行われているにすぎない。

和歌山ヒ素混入事件後、厚生労働省は全国73ヶ所の救命救急センターによりやく分析機器を配備した。分析部門の創設というよりは、臨床現場に最小限必要な分析機器の配備であり、それ故、臨床と密着した分析方法の開発・普及が必要であった。そこで、日本中毒学会は「分析のあり方検討委員会」を立ち上げ、種々の調査・検討の結果、「分析が有用な中毒起因物質15品目」を決定した。これを引き継いだ「分析委員会」が広島大学を中心にこれら15品目の実用的分析方法を開発し、当学会主催の分析講習会を開催するとともに、機関誌「中毒研究」に実用的分析法を発表してきた。

本書は、前述の学術委員会とこの分析委員会の活動結果であり、下記の4章から構成されている。

- I 急性中毒の標準治療
- II 中毒医療ガイドライン(中毒起因物質別標準治療)
- III 分析が有用な中毒起因物質の実用的分析法
- IV 急性中毒情報ファイルシート

第I章の急性中毒の標準治療は、毒物排除の基本処置と対症療法からなる。急性中毒の治療の根幹は、この毒物排除の基本処置と対症療法の組み合わせである。前述のように漫然と毒物排除の基本処置を行うことは避けるべきである。その一方、各種検査機器、モニター機器の発達と治療体制の充実により病態の把握が可能となり、とくに呼吸・循環の対症療法が進歩して、臨床医が中毒治療法を書き換えた一面もある。

標準治療は体系的に構築されたガイドラインとするため、執筆項目の基本骨格を【要約】、【原理・有効性】、【適応】、【禁忌】、【方法】、【合併症】とし、可能な限り簡潔に要点のみを記述した。これを補う解説は、委員会内の議論はもちろん、公開ワークショップでの議論も踏まえて執筆されたものである。

第II章の中毒医療ガイドラインは、発生頻度の高い医薬品、農薬や工業用品等による重篤な中毒起因物質を20品目選定し、学術委員に加え当該中毒の第一人者に執筆を依頼した。

草稿は標準治療と同様に、委員会内で議論を経たものである。第III章は、前述のごとく、分析委員会が学会機関誌に連載してきた実用的分析法を収録したものである。

発刊間も無いころから「中毒研究」に連載された急性中毒情報ファイルシートは180種のぼるが、これを整理して第IV章に収録した。収録にあたり、学術委員会と編集委員会の全メンバーで全てのファイルを見直し、新しい知見のあるものはこれを加え、重複を除き、重要な中毒で未だ収録されていなかったものを追加する作業を行った。掲載から時間が経過しており、本書への収録許可確認に時間を要したが、一部の執筆者には結果的に連絡がとれず、施設長の許可を得るにとどまった。日常診療においてはこのファイルシートを本書に収録することで、利用頻度が著しく増加する。本書出版の意義をご賢察の上、容赦願いたい。

日本中毒学会が推奨する「急性中毒標準診療ガイド」は、American Heart Association (AHA)のAdvanced Cardiovascular Life Support (ACLS)やAmerican College of Surgeons (ACS)のAdvanced Trauma Life Support (ATLS)のような権威あるガイドラインではない。また、質の高い独自の研究からの結論でもなく、したがって絶対に強制されるべきものではない。とはいえ、単なるレビューではなく、学会の総意として捉え、会員のコンセンサスを得て、信ずるところをまとめた所信声明書である。

中毒診療においては、「いつ(時間)、何に(原因物質)、どれだけ(量)、どのように(曝露経路)、中毒物質に曝されたか」が、問題となる。しかしながら、これらはすべて状況証拠や伝聞であり、とくに重要な要素である「どれだけ(量)」が結果としては不正確なことが多い。血中濃度が測定されていない中毒患者は、重症度の判定ができないので、治療効果のエビデンスを得るための検討対象にはならない。もちろん手技の標準化は多施設間で行われる臨床試験には必須であり、これを前提に、1人でも多くの症例に定量分析を進め、エビデンスが蓄積され、本書の改訂が行われることを願っている。

私は本年7月に理事長を退任したが、この6年間、私を支えて下さった学術委員会、編集委員会、分析委員会の諸先生方に心から感謝する。

平成19年12月

大阪府立急性期・総合医療センター
吉岡 敏治