

高尿酸血症・痛風の 治療ガイドライン改訂へ

2010年に刊行された日本痛風・尿酸代謝学会の『高尿酸血症・痛風の治療ガイドライン(第2版)』*の改訂作業が進められている。第3版ガイドラインの作成委員長を務める鳥取大学大学院再生医療学分野教授の久留一郎氏は、改訂の方針などを説明した。欧米のガイドラインと見解を異にする、無症候性高尿酸血症の治療などが焦点になりそうだという。

来年10月の公表を目指す

久留氏によると、第2版ガイドラインは系統的文献検索を行い、ステートメントごとにエビデンスおよびコンセンサスレベル、推奨度を明示するなど、標準的なガイドライン作成手順を踏んでおり、完成度が高い。診断・治療について次のような指針を示している。

- ①高尿酸血症を血清尿酸値7.0mg/dL超と定義
- ②痛風関節炎または痛風結節が認められる場合は、直ちに生活指導と薬物療法を考慮
- ③それらが認められない無症候性高尿酸血症の場合は、生活指導を行った上で、腎障害、尿路結石、高血圧などの合併症がある場合は血清尿酸値8.0mg/dL以上、ない場合は9.0mg/dL以上で薬物療法を考慮
- ④治療目標はいずれの場合も血清尿酸値6.0mg/dL以下

これらの内容には、欧米のガイド

ライン(米国リウマチ学会2012年ガイドライン、欧州リウマチ学会2016年ガイドライン)と相違する点もある。具体的には、欧米のガイドラインでは痛風関節炎抑制の観点から、血清尿酸値の治療目標値を日本と同様6.0mg/dL未満とするが、痛風結節が認められるような重症例では5.0mg/dL未満とより厳格な値を推

一方、無症候性高尿酸血症に対して痛風、腎障害、心血管疾患予防の目的で薬物療法を考慮することについて欧米のガイドラインでは、「行うことを推奨するにはエビデンスが不十分である」としており、血清尿酸値8.0mg/dL以上あるいは9.0mg/dL以上で薬物療法を考慮する日本と見解を異にする。同氏は、無症候性高尿酸血症に対する治療は、今回の改訂で重要なポイントの1つになりそうだと指摘した。

救急医学/感染症

一般臨床医も活用を！『敗血症ガイドライン』 作成メンバーらが呼びかけ

日本集中治療医学会と日本救急医学会は昨年(2016年)12月に『日本版敗血症診療ガイドライン2016』を発表した(2016年12月1日号既報)。今年2月20日に両学会が開いた合同記者会見では、ガイドライン(GL)作成委員会委員長を務めた藤田保健衛生大学麻酔・侵襲制御医学講座主任教授の西田修氏らが同GLの概要や特色について説明した。

簡便なqSOFAで疑い例の拾い上げを

今回のGLは、19領域における89のクリニカルクエスチョン(CQ)を設定。総ページ数は200ページを超える。敗血症の定義は昨年2月に発表された『敗血症および敗血症性シ

ックの国際コンセンサス定義第3版(Sepsis-3)』に準じて「感染症により重篤な臓器障害が引き起こされる状態」とし、臓器障害を伴わない病態は除外された。

さらに、敗血症の多くは集中治療室(ICU)外で発症することから、敗血症を早期に拾い上げる簡便な方法としてquick SOFA(qSOFA)の使用を推奨。これは感染症が疑われる患者で「呼吸数22回/分以上」「収縮期血圧100mmHg以下」「精神状態の変化」のうち2項目以上該当する場合には敗血症を疑うとするもので、疑い例は直ちにICUへ移送するよう推奨している。

一方で今回のGLの最大の特徴と

作業を進めている。治療に関するクリニカルクエスチョン(CQ)を作成し、推奨度を定めるが、医療経済にも配慮し、患者評価も導入する。最終段階では、AGREE II評価表に基づく外部評価を受ける。

現在、重要臨床課題から7項目のCQ設定が完了し、エビデンスを収集している段階。順調に進めば来年(2018年)10月に改訂作業が終了し、公開される予定だという。

*2012年に追補版を刊行

して挙げられるのが「日本の医療レベルや実情に合わせた推奨」が盛り込まれた点だ。西田氏は「エビデンスの質だけでなく、利益と害のバランス、患者の価値観や希望、負担、コストや資源(保険診療)といったさまざまな要素が勘案され、日本の実情に合わせた推奨が決定された」と説明した。

敗血症は発症早期から適切な全身管理を行えば救命率が上がるが、一般臨床医の間でも適切な対応法は十分に知られていないのが現状。同氏は「集中治療や救急を専門とする医師だけでなく、一般臨床医にも敗血症の早期発見や適切な治療を幅広く普及させる必要がある」と強調。GLを活用してほしいと呼びかけた。

