

## 臨床ニュース

## 敗血症新定義を発表、臓器障害重視に舵

19領域を91のCQでカバー、小児はSIRSで定義

日本救急医学会 2016年12月2日 (金)配信 一般外科疾患 感染症 救急

日本集中治療医学会と日本救急医学会が合同で作成を進めている「日本版敗血症診療ガイドライン2016」の概要が、11月17日、第44回日本救急医学会（JJAAM2016、東京）のシンポジウムで発表された。敗血症の定義は欧米で2016年2月に公開されたSepsis-3に準じつつ、敗血症診療で注目されるわが国独自の項目も加えた内容だ。ガイドライン作成委員会委員長の西田修氏（藤田保健衛生大学麻酔・侵襲制御医学講座主任教授）をはじめ、約20人が登壇したシンポジウムから、ガイドラインの要点をいくつか報告する。

## 敗血症診断、PCTは「弱い推奨」

日本版敗血症診療ガイドラインは2012年に初版が作成されており、今回は第2版。計19のカバー領域のうち、感染源コントロールや鎮痛・鎮静・せん妄、体温管理など8領域は今回新設の項目となった。特に小児はSepsis-3にもない項目だ。

ガイドライン作成作業は2段階のパブリックコメント募集が終了しており、2016年12月中にDOIを取得した最終版がオンライン公開される予定。組版を終えたものは2017年2月ごろ、両学会の学会誌増刊号として同時にオンラインで発刊する。ダイジェスト版についても、3月の第44回日本集中治療医学会学術集会までに発刊予定となっている。

設定された計91の臨床的・クエスチョン（CQ）の中で、筆頭に位置づけられたのは敗血症の定義だ。従来版では「感染によって発症した全身性炎症症候群（SIRS）」とされていたが、今回はSepsis-3に準じ、「敗血症により重篤な臓器障害を引き起こされる状態」と、臓器障害を重視する方向に改めた。

敗血症性ショックについては、敗血症の一分症と位置づけ、「急性循環不全により細胞障害および代謝異常が重度となり、死亡率を増加させる可能性のある状態」と定義した。

敗血症の診断過程もSepsis-3に準じ、集中治療室（ICU）内などで重症管理している場合と、ICU外（病院前救護や救急外来、一般病棟など）における場合に分けて行うとした。ICU内の場合、感染症またはその疑いがあり、かつSOFAスコア2点以上の急上昇で敗血症と診断する。ICU外では、quick SOFA（意識変容、呼吸数 $\geq 22$ 回/分、収縮期血圧 $\leq 100$ mmHg）を診断のスクリーニングに用いる。

敗血症診断のバイオマーカーとして期待されるプロカルシトニン（PCT）およびプレセプシンについては、評価「する」ことを「弱い推奨」、一方のインターロイキン-6については、日常的に評価「しない」ことを「弱い推奨」とした。

## ルーチンの抗菌薬併用は「行わない」を推奨

敗血症の原因となる感染症の診断については、3つのCQが設定された。血液培養をいつ採取するかについては、大規模試験などがないことから推奨は設けなかったものの、エキスパートコンセンサス（EC、意見文）として「抗菌薬投与前に採取する」ことを明記。喀痰や尿といった血液以外の培養検体についても同様に、抗菌薬投与前の各種検体採取を行うよう意見文を示した。

日本の臨床現場で普及している培養検体のグラム染色に関しては、「培養結果が得られる前の抗菌薬選択に有用か？」というCQが設定され、「経験的治療に採用する抗菌薬を選択する際に参考にしても良い」との意見文が示された。

敗血症の原因となっている感染症に対する抗菌薬治療については、6つのCQが設定された。「抗菌薬を1時間以内に開始すべきか」とのCQに対しては、1時間という数字に根拠がないことや、実施困難であるとの指摘を踏まえつつも、1時間以内に開始するよう意見文として記載。

耐性度の高い桿菌に対して同じスペクトラムを持った抗菌薬2剤の併用療法を行うべきかとのCQには、生命予後は拮抗するが腎障害など臓器障害のリスクが上昇することから、「グラム陰性桿菌感染症を念頭に置いたルーチンの抗菌薬の併用療法はしない」との推奨文が示された（強い推奨）。



2時間超のシンポジウム後は登壇者らが集まって記念撮影

βラクタム薬の持続投与、あるいは投与時間の延長については「行わないことを弱く推奨する」とした。抗菌薬治療の中止については、PCT値を指標にした中止の判断は、本邦での保険診療なども鑑みて「行わないことを弱く推奨する」とした。



学会会場に展示された各地で活躍中のドクターカー12台

## 小児敗血症定義：見直しの流れ前提に設定

小児の敗血症については、Sepsis-3にも、来年公開予定の国際敗血症ガイドライン（SSCG）にも言及がないことから、2005年のGoldsteinらの基準を踏まえ、「感染症により惹起されたSIRS（全身性炎症反応症候群）」と定義した。そのうち臓器機能障害を伴うものを重症敗血症と位置づけたが、「Sepsis-3の用語変更に伴って敗血症と読み替えることを許容する」との文言も付した。ただし、小児敗血症の定義は世界的に見直しの機運があることから、動向を見極めつつ、再検討していくことを前提とした。

Goldsteinの基準に則ると、日本人小児における呼吸数や低血圧の基準が問題になる。このためガイドラインではそれぞれにCQを設定し、「閾値について、現時点では明確な推奨は行えない」との結論を示した上で、参照として国内外の研究から年齢に応じた基準値を表で提示した。クレアチニン値についても「クレアチニン基準を小児用に設定する必要があるか？」とのCQを設定し、年齢に応じてクレアチニン値が異なることを踏まえ、弱い推奨として、年齢ごとの基準値を一覧表で提示した。

小児敗血症性ショックに対する循環作動薬については、アドレナリンを第一選択とし、ノルアドレナリンは第一選択としないこと、バソプレシンは使用しないこと、ドブタミン・ミルリノンは使用して良いことを、意見文として示した。

また、小児敗血症患者の目標ヘモグロビン（Hb）値は8.5-9.5g/dLとし、Hb 7g/dL未満で輸血を開始すること（意見文）、ステロイド投与や免疫グロブリン療法は標準治療としては行わないこと（ともに弱い推奨）、厳密な血糖管理は行わないこと（強い推奨）なども明記した。小児敗血症性ショックに対する血液浄化療法については、エビデンスがなく推奨の提示ができないとの意見文を示した。

## 2学会合同作成、「より強い発信力に」

シンポジウムの最後では、ガイドライン作成委員会の小倉裕司氏（大阪大学医学部附属病院高度救命救急センター准教授）が登壇し、今回のガイドラインが日本集中治療医学会と日本救急医学会の合同で作成された意義を解説。

今回のガイドラインに、集中治療後症候群（PICS）／ICU関連筋力低下（ICU-AW）などの新しい領域が含まれたことは、敗血症診療に幅広い領域からより専門的な知識が必要とされるようになってきていることを示しているとして、「ガイドラインが2学会合同で作成されたことは連携の第一歩。連携によってより幅広い専門・知識が集まり、人的・知的な交流が生まれる。それがより強い発信力につながっていくと期待している」と述べた。

### 臨床記事ハイライト

接種前消毒「不要」も患者説明に難渋

3時間前 **NEW**

新規抗フル薬P2で有効性確認

3時間前 **NEW**

閉経期HTで骨構造も改善

5時間前 **NEW**

セレコキシブの心血管安全性を確認

3時間前 **NEW**

新RNA干渉薬がPCSK9とLDL抑制

3時間前 **NEW**

### カンファレンス

PL顆粒って、まだ使用していますか？

15時間前

慢性蕁麻疹

2時間前 **NEW**

皮下注射の手技・挿入方向について

51分前 **NEW**

24歳のCIN3患者の取り扱い。

2時間前 **NEW**

腰椎穿刺 2時間後の心配停止

12月4日

