

Surviving Sepsis Campaign 2016

—敗血症生き残りキャンペーン—

<https://l-hospitalier.github.io>

2019.7

【敗血症定義の変遷】1991年の敗血症コンセンサス会議^{*1}

で Sepsis は感染症による Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS、全身性炎症反応症候群) と定義、体温、呼吸数、心拍数、白血球数のうち 2 つを満たす症候群と定義された。

2016 年に変更が提案され **敗血症** (腐敗血症、Sepsis) の定義は昔 (1914 年 Schottmuller) の「血流の細菌感染 (菌血症、bacteremia)」ではなく「**感染に続発する臓器不全**」で **SOFA** (図右上 **Sequential Organ Failure Assessment**、続発性臓器不全評価) の 2 点以上の上昇と提案。 **敗血症性ショック** は 65 mmHg 以上の平均動脈圧 (MAP) 維持に昇圧剤を要し、血漿乳酸値が 9 mg/dL 以上と定義。日本救急医学会の「日本版敗血症診療ガイドライン 2016」は 400 ページ! もあり読み切れないので、

【SSCG:2016】 **Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016**^{*1} の日本語訳 (自治医大) の一部を以下に抜粋。

定義: 敗血症は感染症に対する制御不能な宿主反応に起因した生命を脅かす臓器障害

A.初期蘇生: 3 時間以内に晶質液 (=緩衝電解質) 30 mL/Kg 静注を強く推奨。(高齢者では危険!) **C.診断:** 血液を含む 2 セット以上の好気性、嫌気性の細菌培養 (BPS^{*3})。

D.抗菌薬: 1 時間以内に広域抗生物質を 1 剤あるいは (異なる抗菌クラスを) それ以上。予防的抗菌薬の全身投与はしない (BPS)。**E.病巣コントロール:** 感染巣と疑われる血管内デバイスは新しいものに入れ替えたのち抜去 (BPS)。**F.輸液:** 晶質液 (=緩衝電解質) を使用、HES (ハイドロオキシエチルスターチ) 製剤 (ヘスパンダー) は使用しないことを推奨。**G.血管作動薬:** ノルアドレナリンを推奨、徐脈や頻脈性不整脈のリスクのない場合ドパミン、ドブタミンも可。腎保護を目的とする 低用量ドパミンは使用しないことを強く推奨。バソプレッシン追加は弱く推奨。**H.副腎皮質ホルモン:** ヒドロコルチゾンの静注は行わないことを (弱く) 提案。**I.血液製剤:** Hb が 7 g/dL 以下の時のみ輸血を強く推奨。**J.免疫グロブリン:** 免疫グロブリンは使用しないことを弱く推奨。**L.抗凝固薬:** アンチトロンビンを使用しないことを強く推奨。トロンボモジュリンとヘパリン使用に関する推奨はない。**O.血糖管理:** 血糖値は 180 mg/dL 以下 (110 mg/dL ではなく) を目標としてインスリン使用を強く推奨。**Q.重炭酸療法:** pH ≥ 7.15 の乳酸アシデミアのある患者に重炭酸ナトリウムを用いないことを弱く推奨。

R.静脈血栓予防: 禁忌でなければヘパリンを推奨、未分画ヘパリン (UFH) ではなく 低分子ヘパリン (LMWH) を強く推奨。**S.ストレス潰瘍予防:** 予防を強く推奨。PPI または H₂ 阻害剤のどちらかを弱く推奨。消化管出血リスクのない場合は行わない (BPS)。**T.栄養:** 敗血症では 経静脈栄養は推奨せず、早期経腸栄養を強く推奨。早期経腸栄養が困難な例では最初の 7 日間は経静脈栄養、あるいは 経腸栄養と経静脈栄養の組み合わせを開始しないことを強く推奨 し、ブドウ糖静注と可能な範囲の経腸栄養 を強く推奨する。幽門以遠へのフィーディングチューブの留置を提案 (弱い推奨)。

^{*1} 3rd International Consensus Definition for Sepsis and Septic Shock 1991 (45 回米国集中治療学会) ^{*2} A. Rhodes et al. Critical Care Medicine March 2017. Volume 45, No 3. ^{*3} BPS, Best Practice Statement: グレードはつかないが強く推奨。

項目	点数				
	0点	1点	2点	3点	4点
呼吸器 PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	≥ 400	<400	<300	<200 +呼吸補助	<100 +呼吸補助
凝固能 血小板数 ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	≥ 150	<150	<100	<50	<20
肝機能 ビリルビン (mg/dL)	<1.2	1.2~1.9	2.0~5.9	6.0~11.9	>12.0
循環機能 平均動脈圧 (MAP) (mmHg)	MAP ≥ 70	MAP <70	DOA <5 y あるいは DOB 使用	DOA 5.1~15 あるいは Ad ≤ 0.1 y あるいは NOA ≤ 0.1 y	DOA >15 y あるいは Ad >0.1 y あるいは NOA >0.1 y
中枢神経系 GCS	15	13~14	10~12	6~9	<6
腎機能 クレアチニン (mg/dL)	<1.2	1.2~1.9	2.0~3.4	3.5~4.9	>5.0
尿量 (mL/日)				<500	<200

↑
SOFA 2016.
ICU 外では
Quick SOFA
① 呼吸
呼吸数 ≥ 22
② 意識
GCS <15
③ 血圧
収縮期圧 ≤ 100 mmHg

を使用。