

19. 敗血症の新しい診断基準の意義 (Sepsis-3) - 敗血症シリーズ 1 -

From my point of view

- 2016年2月、米国集中治療医学会から新しい敗血症の定義が発表された(Sepsis-3)
これによると敗血症は、
 - ① 感染症に対する制御不能な宿主反応によって引き起こされた、
 - ② 生命を脅かす臓器障害で、
 - ③ 臨床的には SOFA score 2 点以上で定義される
- 実際に使用するための重要ポイントは以下の5つ
 - ① ICU 外で感染症を見たら qSOFA score (3 変数:各 1 点)をカウントする
⇒ ② qSOFA 2 点以上(Sepsis 疑い)で、1 点と比較して死亡率が 3~14 倍に!
 - ③ ICU 管理中の患者では SOFA score (6 変数:ちょっと複雑)をカウントする
⇒ ④ SOFA ベースラインから 2 点以上の上昇(Sepsis 確定)で死亡率 10% 以上 !!
 - ⑤ 敗血症性ショックと診断された場合、その死亡率は 40% 以上 !!!

出典: 1) 日本版敗血症診療ガイドライン 2016

2) The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA 2016; 315: 801-10

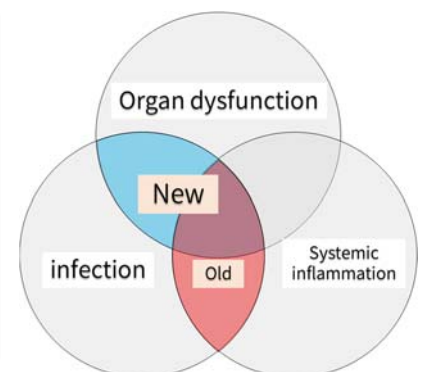
3) Developing a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock for the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3) JAMA 2016; 315: 775-87

診断基準に登場するパラメータ (SOFA の詳細は上記論文²⁾を参照)

新旧診断基準の概念図

qSOFA	
RR > 22bpm	0 = Mortality < 1%
sBP < 100mmHg	1 = Mortality 2-3%
Altered GCS	≥2 = Mortality ≥10%
Screening for outcome rather than diagnosis	

SOFA
PaO ₂ /FiO ₂ ratio
MAP
GCS
U/O or Creatinine
Platelet count
Bilirubin



- ちょっとだけでもいいので、原著に目を通しておこう(JAMA 2016年2月23日号は sepsis 特集)
- 敗血症の致死率を理解する。死亡率 10%は、ST 上昇を伴う AMI(STEMI)の死亡率 8.1%より高い!
⇒ 緊急手術の術前診察で敗血症と診断した場合、この重篤さを意識する必要がある
- 敗血症性ショックの診断基準 (院内死亡率 40%以上)
細胞・代謝の異常を伴うことが新定義に明記され、その病態を反映すべく診断基準に乳酸値が含まれた
⇒ 十分な輸液負荷にも関わらず、①平均動脈圧 65mmHg 以上を維持するために血管作動薬を必要とし、かつ、②血清乳酸値が 2mmol/L を超える状態
- 新しい診断基準にも当然ながら欠点がある
 - 鎮静・挿管管理中の評価方法が定まっていない
 - 元々の状態で既に qSOFA が陽性になる患者が存在する(低血圧、重度認知症、極度の不安など)
 - 感染症を疑わなければ何も始まらない
- この診断基準を用いた基礎・臨床研究が今後、続々と出てくることが予想される ⇒ アップデートが必要