

杏林大学医学部総合医療学教室感染症科

河合 伸

敗血症は、病原体によって引き起こされた全身性炎症反応症候群（SIRS）とされ診断と治療の遅れは予後の悪化につながり、ショック、DIC、多臓器不全などから早晩死に至ることも少なくない。これら敗血症の診療においては、起炎菌同定を含む確定診断が極めて重要であり、血液培養の動向を把握することは敗血症診療を行ううえで有用な情報となる。当院における血液培養件数は2006年～2010年の5年間で平均6230件であり、そのうち陽性は1223件（19.6%）であり、CNS（30%）、腸内細菌（20%）、ブドウ球菌（14%）が主な検出菌であった。また血液培養採取回数は2セット以上が50%～60%であったが、これら血液培養における有意菌の判定については未だ確立された見解はない。一方、国際的ガイドラインとして2004年および2008年にSurviving Sepsis Campaign Guidelineが発表されて以来、敗血症治療における適正抗菌薬の早期使用の重要性が高まり、敗血症病態が細菌によるものかあるいはその他の原因によるものであるかの早期判断が極めて重要となっている。近年、細菌感染のバイオマーカーとしてプロカルシトニン（PCT）が用いられるようになったが、PCTは細菌感染の判定に用いられるだけでなく、感染症の重症度判定、感染症治療の指標としてもその意義が検討されている。また、プレセプシン（可溶性CD14サブタイプ）は、細菌感染に対して高い特異性を有することから今後敗血症診断のマーカーとして注目されており、これらバイオマーカーを用いた敗血症の早期診断・治療の確立が期待される。講演では、敗血症セッションの導入として、これらの知見を踏まえ、敗血症診療の現状と今後の展望について述べてみたい。

¹東京医科歯科大学 医学部附属病院 感染対策室、²東京医科歯科大学大学院 保健衛生学科 生体防御検査学分野

○藤江 俊秀¹、登坂 直規¹、小池 竜司¹、齋藤 良一^{1,2}

【目的】血液培養からの検出菌は重症感染症の起炎菌であることが多く、医療機関や地域や対象患者により大きく影響を受ける。各医療機関における血液培養検出菌の傾向を把握することは感染症診療を行う上で重要な情報である。当院では2002年～2006年の血液培養からの分離菌の数、内訳について2008年の本学会総会において集計と報告を行った。今回は次の5年間について同様の集計を行い、前回の集計及び全国の調査結果と比較して当院の特徴、最近の動向を明らかにする。【方法】2007年4月から2012年3月まで当院検査部に提出された血液培養検体のうち培養陽性となった検出菌について内科系、外科系、救急に分け、分離菌の数・種類を集計し、前5年間の当院の集計結果および厚生労働省院内感染対策サーベイランス（JANIS）のサーベイランス情報と比較検討する。

【結果】血液培養検体総数は2007年度の3689検体から2011年度の5603検体に増加し、2002年度と比較すると2倍以上になっていた。血液培養陽性率は11.0%から12.7%を推移していたが、必ずしも一定の傾向は見られなかった。2セット以上の採取率は、2005年度には10%であったが、2011年度は49.1%まで増加していた。JANISによる血液検体分離菌と比較して、*Staphylococcus epidermidis*が多く、*Staphylococcus aureus*が少ない傾向にあったが、上位15菌種に関してはほぼ同様の結果が得られた。診療科ごとの検討では年度ごとに検出菌の増減が認められたが、分離菌の種類に関しては一定の傾向は認められなかった。10年間全体を通じた動向、診療科ごとの検出菌の特徴とその変遷についても解析を加えて報告する。非学会員共同研究者：島真理、小野和子、澤辺悦子