

## 2) 重症・劇症感染症の診断と治療

<sup>1</sup> 慶應義塾大学 医学部 救急医学○藤島 清太郎<sup>1</sup>

救急疾患に占める感染症の割合は高く、診察に当たる医師は多様な症状から、感染症の有無を正しく判断しなければならない。特に体温が正常～低い場合は要注意である。また病態も、急性上気道炎、Sepsis (敗血症)、さらに数時間で死に至る劇症型感染症など様々なため、迅速な感染巣の推定とともに、重症度の見極めが重要となる。敗血症は現在、感染により SIRS (systemic inflammatory response syndrome) 基準を満たす病態と定義されている (Chest 1992;101:1644-55)。Severe sepsis (重症敗血症) は臓器環流不全を伴う病態、septic shock (敗血症性ショック) はさらに輸液不応性のショックを合併したより重症な病態を指し、死亡率はこの順で高く、社会的に早急な取り組みが求められていた。これを受け、5年以内に生存率を25%改善することを目標に、敗血症治療に関するエビデンスを整理、体系化した surviving sepsis campaign guidelines (SSCG) の初版が2004年に、改訂版が2008年に公表された (Crit Care Med 2008;36:296-327)。その中では、I. 重症敗血症の治療として、A)初期輸液、B)診断、C)抗菌化学療法、D)感染巣の制御、E)輸液療法、F)昇圧薬、G)強心薬、H)ステロイド、I)活性化プロテインC、J)血液製剤が、II. 重症病態に対する一般的治療として、A)人工呼吸管理、B)鎮静、鎮痛、筋弛緩薬、C)血糖コントロール、D)人工透析、E)重炭酸 Na、F)深部静脈血栓症予防、G)ストレス潰瘍予防、H)選択的消化管除菌、I)治療制限の考慮、の各項目に関し、その時点で最新のエビデンスに基づく推奨治療が示された。このうち、活性化プロテインCは全世界的に販売が中止されるなど、各項目の扱いが刻々と変わっていき、early goal directed therapy (EGDT) に基づく初期輸液負荷と、広域抗菌薬の1時間以内投与とセットとなる抗菌薬 de-escalation についてはエビデンスが着実に集積され、近々公開予定の第3版でもその位置付けは変わっていない。SSCGの有用性に関しても、ガイドライン遵守率の向上に伴う死亡率の改善が示されており (Crit Care Med 2010;38:367-74)、我が国でも日本救急医学会や日本集中治療医学会が症例を集積し、各種治療法の有用性を検討中である。しかし、新たな抗菌薬が多数開発され、全身管理手法が発達し、敗血症などのガイドラインが整備された現在においても、感染症はむしろ勢いを増し、急速に高齢化が進む我が国ではとりわけ社会的脅威となっている。また、SSCGに準拠した標準的治療では救命できない劇症型感染症の存在が明らかとなり、これに対する研究体制の構築と新規治療法の開発が喫緊の課題となっている。