



第39回日本集中治療医学会学術集会

教育セミナー 5

日時：2012年2月28日(火) 12:30~13:30

会場：第5会場 幕張メッセ (301)

〒261-0023 千葉県千葉市美浜区中瀬2-1

敗血症を通して 学んできたこと

座長 **池田 寿昭** 先生

東京医科大学 教授

八王子医療センター特定集中治療部 部長

演者 **遠藤 重厚** 先生

岩手医科大学医学部救急医学講座 教授

本教育セミナー（ランチョンセミナー）は整理券を配布いたします。

整理券をお持ちの方より優先的にご入場いただけます。

なお、整理券はセミナー開始10分後に無効となりますのでご注意ください。

共催：第39回日本集中治療医学会学術集会／鳥居薬品株式会社

敗血症を通して学んできたこと

岩手医科大学医学部救急医学講座 教授 遠藤 重厚

進化の過程において、人類は多くの病原性微生物に対処しなければならなかった。つまり、我々が生き延びるためには有効な宿主防御メカニズムの発達が必要であった。これら防御メカニズムには、炎症性液性因子としても知られている内因性蛋白および細胞の放出と活性化が介在している。これらの液性因子は、微生物の体内への侵入を防御し、その効力を消滅させ、死滅および損傷した細胞は除去され、組織修復が開始される。しかし現代社会において、人類は宿主防御メカニズムの不適切な、または過剰な活性化から生じるさらに多くの疾患に対処しなければならない。その典型的な例が敗血症であった。

おそらく効果的な治療が難しいという臨床的問題のうちで、敗血症のようにこれまでこれほど幅広く検討されてきたものはないであろう。

敗血症に関して、現時点において新しいことや興味深いことは何であろうか？ 我々は敗血症について更なる理解を得ているであろうか？ 答えはイエスであり、その知識こそが新しく、興味深いものであるに違いない。我々は敗血症や臓器不全発現における炎症性液性因子の寄与について更なる理解を得ているであろうか？ 答えはイエスであり、それこそが新しくそして興味深いことなのである。このような新しく、興味深い情報が日常の診療に期待通り貢献しているであろうか？ 答えはノーであり、それは残念ながら未だ十分に出来ていないと言えない。我々の理解の程度と、我々の出来ることとの間には大きな乖離がみられる。この溝を埋めることこそが、今まさに、我々に課せられた、そして本当にやり甲斐のある大きな課題でもある。

敗血症、重症敗血症、敗血症性ショックは、集中治療管理下においても重篤な経過をとり、現在でも依然として重篤な病態の1つである。多臓器不全の合併も高く治療戦略のガイドラインとして、Dellinger博士らがSurviving Sepsis Campaign Guideline (SSCG) をまとめ、2004年に発表されている。SSCG 2004は、敗血症におけるあらゆる治療分野に言及されておりそれなりに評価されるものである。特に初期蘇生としてRivers博士らが提唱したearly goal-directed therapy (EGDT) が推奨されている。その目標として敗血症の新しい定義の必要性や5年以内に敗血症による死亡率を25%低下させることを提唱した。そして、2008年には改訂版が発表されている (SSCG 2008)。敗血症においてSSCG 2008において変わったことは項目立てがSSCG2004の19項目から、成人の重症敗血症の管理、重症敗血症の補助療法、小児への対応の3つのカテゴリーに区分したことで、内容的には大きく変わるものではない。2012年にはさらなる改訂版が発表されるとのことである。

SSCG 2004、2008については、敗血症治療のガイドラインとして本邦においても、あたかも金科玉条の如く信奉する傾向にある。果たしてそれでよいのであろうか。我々は敗血症の診断・治療を通してこれまで多くのことを学んできたはずである。大事なものは、一症例毎にその病態を正確に把握し、さらに詳細に解析し、そして病態に見合った迅速でかつ適切な治療を行うことである。

敗血症に続発するショック、臓器不全は集中治療が長引く要因の一つで、そして保健医療の大きな負担となっているのも事実である。従って、生化学的／免疫学的マーカーをモニタリングしつつ、早期診断・治療開始が求められる。本学会においては、我々が現在取り組んでいる敗血症の診断法、治療法について紹介したい。診断法としては、高感度エンドトキシン測定法、プロカルシトニンによる細菌感染の重症度判定、培養法と組み合わせたin situ hybridizationによる早期感染診断等について、さらに現在開発中の可溶性CD14サブタイプ (プレセプシン) による敗血症の迅速診断法も紹介したい。

治療成績に関しては、最終的には、APACHE IIスコアが25程度の敗血症患者集団における180日死亡率は厳しいようであるが10%以下までには持っていかなければならないと思っている。

今回は、これまで敗血症の診断・治療を通して我々が学んできた多くのことについて述べたい。