

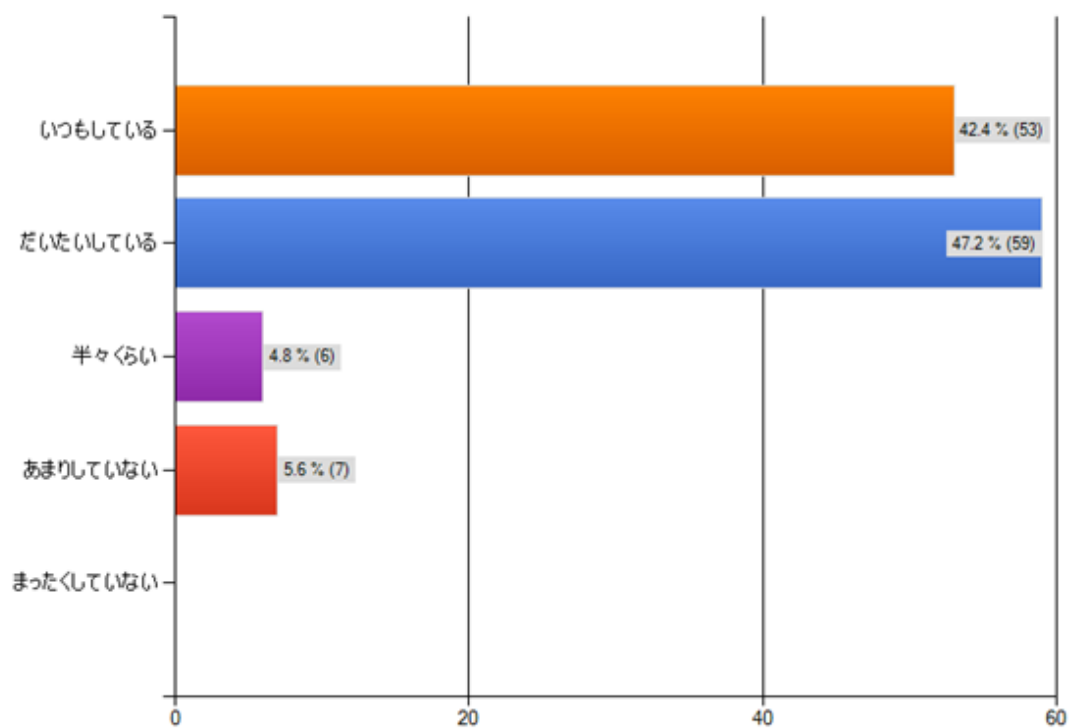
## 簡単アンケート第三弾：敗血症の初期診療

(2011年5月実施)

J S E P T I C 臨床研究委員会

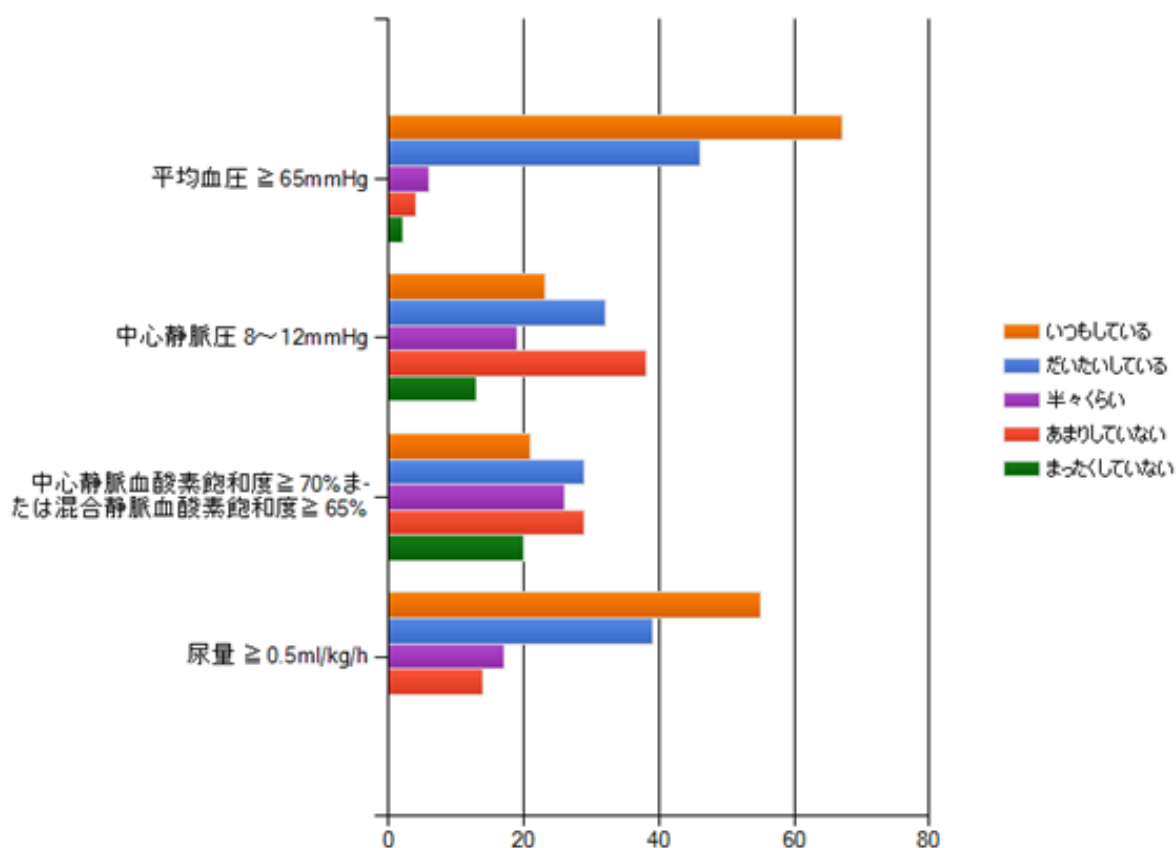
回答者数：125名

質問1. あなたは敗血症の初期診療を行う際に Surviving Sepsis Campaign Guideline (SSCG)を参考にしていますか？



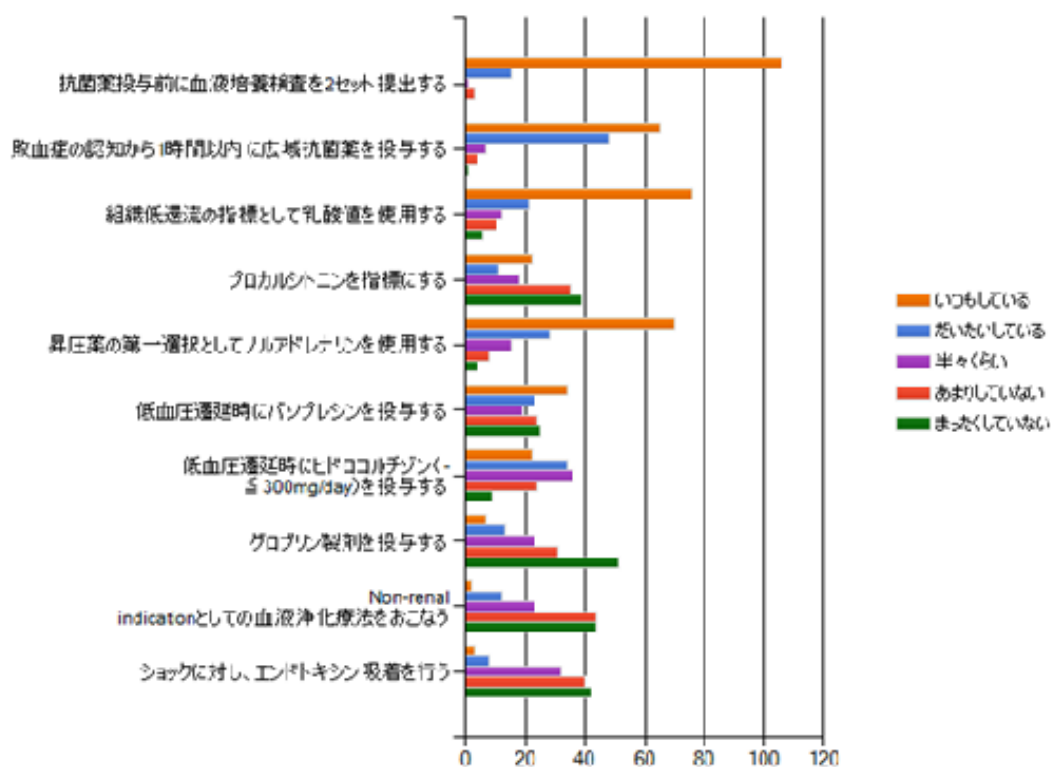
質問2. では、SSCG の下記の項目を目指して初期診療を行っていますか？

	いつもしている	だいたいしている	半々くらい	あまりしていない	まったくしていない	回答数
平均血圧 $\geq 65\text{mmHg}$	53.6% (67)	36.8% (46)	4.8% (6)	3.2% (4)	1.6% (2)	125
中心静脈圧 8~12mmHg	18.4% (23)	25.6% (32)	15.2% (19)	30.4% (38)	10.4% (13)	125
中心静脈血酸素飽和度 $\geq 70\%$ または 混合静脈血酸素飽和度 $\geq 65\%$	16.8% (21)	23.2% (29)	20.8% (26)	23.2% (29)	16.0% (20)	125
尿量 $\geq 0.5\text{ml/kg/h}$	44.0% (55)	31.2% (39)	13.6% (17)	11.2% (14)	0.0% (0)	125
	回答された質問					125



質問3. あなたは敗血症の診療において下記のことを行っていますか？

	いつもしている	だいたいしている	半々くらい	あまりしていない	まったくしていない	回答数
抗菌薬投与前に血液培養検査を2セット提出する	84.8% (106)	12.0% (15)	0.8% (1)	2.4% (3)	0.0% (0)	125
敗血症の認知から1時間以内に広域抗菌薬を投与する	52.0% (65)	38.4% (48)	5.6% (7)	3.2% (4)	0.8% (1)	125
組織低灌流の指標として乳酸値を使用する	60.8% (76)	16.8% (21)	9.6% (12)	8.0% (10)	4.8% (6)	125
プロカルシトニンを指標にする	17.6% (22)	8.8% (11)	14.4% (18)	28.0% (35)	31.2% (39)	125
昇圧薬の第一選択としてノルアドレナリンを使用する	56.0% (70)	22.4% (28)	12.0% (15)	6.4% (8)	3.2% (4)	125
低血圧遷延時にバソプレシンを投与する	27.2% (34)	18.4% (23)	15.2% (19)	19.2% (24)	20.0% (25)	125
低血圧遷延時にヒドコルチゾン(≒300mg/day)を投与する	17.6% (22)	27.2% (34)	28.8% (36)	19.2% (24)	7.2% (9)	125
グロブリン製剤を投与する	5.6% (7)	10.4% (13)	18.4% (23)	24.8% (31)	40.8% (51)	125
Non-renal indicationとしての血液浄化療法をおこなう	1.6% (2)	9.6% (12)	18.4% (23)	35.2% (44)	35.2% (44)	125
ショックに対し、エンドトキシン吸着を行う	2.4% (3)	6.4% (8)	25.6% (32)	32.0% (40)	33.6% (42)	125
	回答された質問					125



質問4. このアンケートについてのご意見、コメント、今後取り上げてほしいテーマなど、  
ご自由に記載してください。(自由回答)

回答者：12名

1. 小児専門施設のICUですので、循環管理目標値は年齢相応で変更していますが、SSCG2008の「精神」はかなり遵守しています(小児のIVIGを除く)。設問2については、成人サイズの中高生を想定して答えました。鎮静・鎮痛・筋弛緩のプラクティスは施設間、医師間で差が大きそうなので、ぜひアンケートを実施していただきたいです。また、それぞれのアンケートに関して、回答者のICUをopen/semi-closed/closedで分類してもらった方が、現場へのフィードバックの参考になります。
2. 大学病院の一般病棟で血液内科をしています。必ずしもICUを使っていないので十分したいできません。参考にならなければこの回答を統計かにいれないほうがいいでしょうか?このMLはよく勉強になっています。今後ともよろしくおねがいします。
3. 最近、SSCGにの普及によりややwet side管理が多くなり、それによる予後悪化の可能性も示唆されだしており、とても結果が楽しみなアンケートだと思う。利尿薬の反応性があればいいが、なければ早めのCRRTがいいのではと感じている。乳酸値を使いこなせていないのがまだまだです。自分は腎臓内科で、併診でこのような患者を診ることが多く、自科でみることは年間5例くらいでしょうか。そのときに呼吸器管理になった場合、昔からの流れでVCにしたがる先生が多いが、PCがスタンダードなのかなど、呼吸器管理の仕方は施設によってどんなものなのか、少し知ってみたいです。
4. 敗血症性ショックは原因疾患に非常に幅があり、原因により対応が変わってくる場合が多いです。特に外科処置が必要であったりする場合は、どうしてもそちらを優先しResuscitationが遅れることがあるので、やむなく現状の回答になっていると思います。
5. 一般内科医です。「敗血症の認知」がどの段階で行われるかで、抗生剤投与が1時間以内にできたかどうかは分かれるのではないかと考えています。来院の時点でwarm shock=sepsisを考えればそこから1時間では初期評価を含めると1時間での抗生剤開始は難易度が高いと思う。いろいろ検査結果がでそろってからsepsisを認識して抗生剤を1時間以内に、というのであれば余裕ですが…。中心静脈圧の測定やCVO2の測定は一般の内科病棟ではハードルが高く、できていません。結局、血圧と尿量と呼吸状態を天秤にかけながらどかどかと補液もしくは輸血しています。ノルアドレナリンは、イノバンみたいにキットがあれば使いやすい。使い慣れていない看護師さんだとノルアドレナリンの指示、作成に時間がかかるのでは?とあってしまっただけで脈拍が激しい頻脈でなければイノバンを選

折してしまいます。でも SSCG があるから呼吸状態がちょっと悪い状況でも迷わず大量輸液できている気がするので、やっぱりガイドラインの意味はあると思う。

6. CHDF は、同時平行で 3 台までしか稼働できません（機器の保有台数が 3 台のため）。

7. 中心静脈血酸素飽和度または混合静脈血酸素飽和度については、その代わりに乳酸値のクリアランスを計測しています。

#### <今後取り上げて欲しいテーマについて>

1. NOMI の早期診断について、ARDS が疑われるときの ARDS を含めた鑑別疾患の診断あるいは除外のための検査。

2. 栄養のガイドラインの遵守度、働きやすい医師、看護師とは、いま一番診療上困ること、ICU にいて楽しいこと。

3. 栄養管理について。 ・侵襲期のカロリー（4~9kcal/kg/日？） ・経腸栄養開始時期、栄養剤の種類、投与方法（NG or ED） ・Bacterial Translocation 予防にグルタミン酸を大量に補充しているか ・腸蠕動刺激薬の種類（大建中湯？六君子湯？ガスモチン？ガナトン？など） などなど、取り上げて頂くと面白いかなあ、と思います。

4. 今後取り上げてほしいテーマ ICU の体制について（medical or surgical, closed or open、医師・看護師以外の他職種の専任は？など）鎮痛・鎮静について人工呼吸器管理について。

5. すばらしい企画だと思います。このような簡単な形式の、日本共通の ICU データベースを構築したいですね。

<今後取り上げて欲しいテーマ> ①血糖コントロールの方法（間欠 or 持続）目標血糖値具体的なコントロール方法（どういうスケールにしているか） ②重症度スコアは何を使っているのか ③自施設独自のデータベースを持っているのか。

以上