

# 第 18 期 pES club シナリオ 1

平成 31 年 1 月 13 日  
亀田総合病院 集中治療科  
山本 良平  
東京北医療センター 総合診療科  
南郷 栄秀  
<http://spell.umin.jp>

あなたは海老伝巢医科大学附属病院内科の 3 年目の研修医です。

羽井潔省さん（65 歳男性）は昨晚の当直帯に尿路感染症で入院しました。救急外来受診時に意識混濁があり、バイタルサインは、JCS II-10, GCS E3V4M5, 体温 39.1°C, 血圧 68/34 mmHg, 心拍数 110/分・整, 呼吸数 28 回/分, SpO<sub>2</sub> 95%でした。qSOFA 3 項目該当（意識障害, 収縮期血圧 100 mmHg 未満, 呼吸回数 22/回以上）で, SOFA score が呼吸器 0, 中枢神経 2, 心血管 1, 腎機能 2 (sCr 2.2 mg/dL), 肝機能 1 (T-Bil 1.3 mg/dL), 凝固 3 (Plt 42×10<sup>3</sup>/mm<sup>2</sup>) だったので, 敗血症と診断され ICU に入室しました。

当直医により大量輸液が開始され, 各種検査を提出しました。胸部 X 線は異常なく, 髄液検査も細胞数増多を認めませんでした。尿検査の沈渣で白血球を多数認め, 腹部 CT 検査で左水腎症と左尿管結石, 左腎周囲の脂肪織混濁を認めたため, あなたは, 尿管結石による水腎症, 腎盂腎炎とそれに伴う敗血症と判断し, 抗菌薬 (MEPM) を開始しました。補液しても血圧 90/45 mmHg (平均動脈圧 60 mmHg) と依然低かったためノルアドレナリン持続注を開始し血清乳酸値 4.5 mmol/L であったため敗血症性ショックの診断となりました。速やかなドレナージが必要と考え泌尿器科の医師に依頼して, 緊急で尿管ステントを留置しました。

朝の申し送りでは, 細胞外液系補液を 2L ほど点滴し 6 時間経った時点で, GCS E3V4M6, 体温 39.0°C, ノルアドレナリン 0.3 µg/kg/min 投与下の血圧は 90/50 mmHg (平均動脈圧 63 mmHg, 心拍数 90/分・整, 呼吸数 22 回/分, SpO<sub>2</sub> 95% (室内空気), 尿量は 20 mL/hr 程度しか出ておらず, 血清乳酸値 2.5 mmol/L, SOFA score は心血管が 4 点に増加していました。ある指導医からステロイドを使ったほうがいいのではないかという提案が出されました。日本版敗血症診療ガイドライン 2016 でも, 「初期輸液と循環作動薬に反応しない成人の敗血症性ショック患者に低用量ステロイドを投与することを弱く推奨する」と書かれていました。しかし, 別の指導医からは, 死亡率が下がるわけでもなく, 高血糖が問題になるので, ステロイドは使わず, もっと輸液量を増やすべきだという意見が出されました。

あなたは指導医同士の意見が割れていて大変だなと思っていたら, 担当医になるよう言われてしまい, 自分がショックになりました。あなたの直接の指導医にステロイドを使うべきか聞いたところ, 最近では敗血症性ショックに対してハイドロコルチゾンとフルドロコルチゾンを併用することもあると言われました。そこで, 敗血症性ショックに対するステロイドの効果について調べてみることにしました。