

敗血症の治療に関する推奨提言のためのCQ案

| CQno. | 項目 | CQ.クリニカルエスティメーション | P. 対象患者 | I. 介入 C. 対照, コントロール | アウトカム M1 | アウトカム M2 | アウトカム M3 | アウトカム M4 | アウトカム M5 |
|-------|------------|--|----------------------------------|---|-------------|----------------------|--------------------|-------------|-------------|
| 1-3 | 敗血症の定義と診断 | 敗血症診断に以下のバイオマーカーを用いるのは有用か？ | 敗血症患者あるいは集中治療患者 | CRP, プロカルシトニン, プレゼプシン, IL-6などのバイオマーカーの使用 | 各項目を診断に含めるか | | | | |
| 1-4 | 敗血症の定義と診断 | 重症敗血症診断に日々のルーチンスクリーニングは有用か？ | 敗血症患者あるいは集中治療患者 | ルーチンスクリーニングの有/無 | (早期)診断率の向上 | 死亡率の低下 | | | |
| CQno. | 項目 | CQ.クリニカルエスティメーション | P. 対象患者 | I. 介入 C. 対照, コントロール | アウトカム M1 | アウトカム M2 | アウトカム M3 | アウトカム M4 | アウトカム M5 |
| 2-1 | 感染症の診断 | 血液培養はいつどのように採取するか？ | 菌血症を疑う患者 | 血液培養のタイミング | 感度・特異度 | コンタミネーション率 | 抗菌薬適正化 | | |
| 2-2 | 感染症の診断 | 血液培養以外の培養検体は、いつ何をどのように採取するか？ | severe sepsisとseptic shockの患者 | 各種検体培養の方法とタイミング | 感度・特異度 | 抗菌薬適正化 | 死亡率 | | |
| 2-3 | 感染症の診断 | グラム染色は培養結果が得られる前の抗菌薬選択に有用か？ | severe sepsisとseptic shockの患者 | 各種検体培養 | 感度・特異度 | 不要な抗菌薬使用の回避 | 不適切抗菌薬治療(過剰な治療)の回避 | | |
| CQno. | 項目 | CQ.クリニカルエスティメーション | P. 対象患者 | I. 介入 C. 対照, コントロール | アウトカム M1 | アウトカム M2 | アウトカム M3 | アウトカム M4 | アウトカム M5 |
| 3-1 | 抗菌薬治療 | 有効な抗菌薬治療を1時間以内に開始するか？ | severe sepsisあるいはseptic shockの患者 | 1時間以内の抗菌薬開始/1時間以降の抗菌薬開始 | 死亡率 | | | | |
| 3-2 | 抗菌薬治療 | 重症敗血症の経験的抗菌薬治療において併用療法は推奨されるか？ | severe sepsisあるいはseptic shockの患者 | 抗菌薬の単剤療法/抗菌薬の併用療法 | 死亡率 | 薬剤耐性菌検出率 | 腎障害発生率 | | |
| 3-3 | 抗菌薬治療 | どのような場合に抗カンジダ薬を開始すべきか？ | severe sepsisあるいはseptic shockの患者 | 抗カンジダ薬の開始のタイミング | 死亡率 | 合併症 | | | |
| 3-4 | 抗菌薬治療 | βラクタム剤の持続投与または投与時間の延長は行うか？ | severe sepsisあるいはseptic shockの患者 | βラクタム剤の持続投与または投与時間の延長 | 死亡率 | ターゲット血中濃度達成率 | | | |
| 3-5 | 抗菌薬治療 | 抗菌薬のディエスカレーションは推奨されるか？ | severe sepsisあるいはseptic shockの患者 | 抗菌薬のディエスカレーションを行う/抗菌薬のディエスカレーションを行わない。 | 死亡率 | 重複感染 | 薬剤耐性菌検出率 | | |
| 3-6 | 抗菌薬治療 | 抗菌薬はどのような基準で中止したらよいか？ | severe sepsisあるいはseptic shockの患者 | 抗菌薬の中止基準 | 死亡率 | 抗菌薬使用日数 | | | |
| CQno. | 項目 | CQ.クリニカルエスティメーション | P. 対象患者 | I. 介入 C. 対照, コントロール | アウトカム M1 | アウトカム M2 | アウトカム M3 | アウトカム M4 | アウトカム M5 |
| 4-1 | 画像診断 | 感染制御のために画像診断は行うか？ | 敗血症患者あるいは集中治療患者 | 単純X線, 超音波検査, (造影)CT, MRI, PET, 核医学の使用 | 診断率の向上 | 死亡率低下 | | | |
| 4-2 | 画像診断 | 感染巣が不明の場合、早期(造影・全身)CTは有用か？ | 敗血症患者あるいは集中治療患者 | (造影)CTを使用する/使用しない | 診断率向上 | 死亡率低下 | 移動に伴う循環不全 | | |
| CQno. | 項目 | CQ.クリニカルエスティメーション | P. 対象患者 | I. 介入 C. 対照, コントロール | アウトカム M1 | アウトカム M2 | アウトカム M3 | アウトカム M4 | アウトカム M5 |
| 5-1 | 感染巣に対する処置 | 腹腔内感染症に対する感染源のコントロールはどのように行うか？ | 腹腔内感染症による重症敗血症あるいは敗血症性ショック患者 | 外科手術あるいは低侵襲処置(ドレナージ)の有無(タイミングに関する検討) | 死亡率 | ICU滞在期間 | 入院期間 | 合併症発症率 | |
| 5-2 | 感染巣に対する処置 | 感染性肺壊死に対する感染源のコントロールはどのように行うか？ | 感染性肺壊死による重症敗血症あるいは敗血症性ショック患者 | 外科手術あるいは低侵襲処置(ドレナージ)の有無(タイミングに関する検討) | 死亡率 | ICU滞在期間 | 入院期間 | 合併症発症率 | |
| 5-3 | 感染巣に対する処置 | 感染源を血管カテーテルと判断して早期に抜去することが推奨されるのはどのような場合か？ | 重症敗血症あるいは集中治療を要し、カテーテルが挿入されている患者 | カテーテル抜去の有無 | 死亡率 | ICU滞在期間 | | | |
| 5-4 | 感染巣に対する処置 | 急性腎盂腎炎に対する感染源のコントロールはどのように行うか？ | 急性腎盂腎炎による重症敗血症あるいは敗血症性ショック患者 | 外科的処置(尿管ステント, 経皮的ドレナージ, 手術)の有無 | 死亡率 | ICU滞在期間 | | | |
| 5-5 | 感染巣に対する処置 | 壊死性軟部組織感染症に対する感染源のコントロールはどのように行うか？ | 軟部組織感染症による重症敗血症あるいは敗血症性ショック患者 | 外科手術あるいは低侵襲処置(ドレナージ)の有無(タイミングに関する検討) | 死亡率 | ICU滞在期間 | | | |
| CQno. | 項目 | CQ.クリニカルエスティメーション | P. 対象患者 | I. 介入 C. 対照, コントロール | アウトカム M1 | アウトカム M2 | アウトカム M3 | アウトカム M4 | アウトカム M5 |
| 6-1 | 初期蘇生と循環作動薬 | 初期蘇生にEGDTを用いるか？ | 敗血症性ショックの患者 | 初期蘇生にEGDTを用いる/用いない | 死亡率 | ショック | ICU滞在期間 | 離脱期間 | |
| 6-2 | 初期蘇生と循環作動薬 | 初期輸液として晶質液、人工膠質液のどちらを用いるか？ | 敗血症性ショックの患者 | 初期輸液に人工膠質液か晶質液を用いる。 | 死亡率 | ショック | ICU滞在期間 | 離脱期間 | |
| 6-3 | 初期蘇生と循環作動薬 | 輸液療法としてアルブミンを用いるか？ | 敗血症性ショックの患者 | 輸液療法にアルブミンを用いる/用いない。 | 死亡率 | ショック | ICU滞在期間 | 離脱期間 | |
| 6-4 | 初期蘇生と循環作動薬 | 初期輸液の輸液反応性はCVP, SVV, 心エコーのどれを指標にするか？ | 敗血症性ショックの患者 | CVP, SVV, 心エコーを用いて循環管理を行う/ CVP, SVV, 心エコーを用いない。 | 死亡率 | ショック | 人工呼吸器 | ICU滞在期間 | 離脱期間 |
| 6-5 | 初期蘇生と循環作動薬 | 第一選択薬としてノルアドレナリンを使用するか？ | 敗血症性ショックの患者 | 昇圧薬としてノルアドレナリンを使用する/ノルアドレナリンを使用しない | 死亡率 | ショック | ICU滞在期間 | 合併症発症率 | |
| 6-6 | 初期蘇生と循環作動薬 | ノルアドレナリンの昇圧効果が十分でない場合、アドレナリンを使用するか？ | 敗血症性ショックの患者 | 昇圧薬としてアドレナリンを使用する/アドレナリンを使用しない。 | 死亡率 | ショック | ICU滞在期間 | 合併症発症率 | |
| 6-7 | 初期蘇生と循環作動薬 | 心機能不全に対してドブタミンを使用するか？ | 敗血症性ショックの患者 | 強心薬としてドブタミンを使用する/ドブタミンを使用しない | 死亡率 | ショック | ICU滞在期間 | 合併症発症率 | |
| 6-8 | 初期蘇生と循環作動薬 | 初期蘇生の指標としてScvO2, Lactateは有用か？ | 敗血症性ショックの患者 | ScvO2, Lactateの測定を行う/ScvO2, Lactateの測定を行わない。 | 死亡率 | ICU滞在期間 | 合併症発症率 | | |
| 6-9 | 初期蘇生と循環作動薬 | 初期蘇生におけるHbの目標値は？ | 敗血症性ショックの患者 | 目標Hb7g/dL/目標Hb10g/dL | 死亡率 | ICU滞在期間 | 合併症発症率 | | |
| CQno. | 項目 | CQ.クリニカルエスティメーション | P. 対象患者 | I. 介入 C. 対照, コントロール | アウトカム M1 | アウトカム M2 | アウトカム M3 | アウトカム M4 | アウトカム M5 |
| 7-1 | 呼吸 | 人工呼吸中の敗血症患者の一回換気量の目標値はどうか？ | 人工呼吸中の敗血症患者 | 6-8mL/kgを指標とした低用量換気/8mg/dL以上の高容量換気 | 死亡率 | ventilator free days | | | |
| 7-2 | 呼吸 | 人工呼吸中の敗血症患者の気道内プラトー圧の目標値はどうか？ | 人工呼吸中の敗血症患者 | プラトー圧≤30cmH2Oに維持した陽圧人工呼吸/プラトー圧>30cmH2Oの陽圧人工呼吸 | 死亡率 | ventilator free days | ICU入室期間 | 入院期間 | |
| 7-3 | 呼吸 | 敗血症を含む人工呼吸中のARDS患者のPEEPを用いるか？ | 敗血症を含む人工呼吸中のARDS患者 | high-PEEP(≥12cmH2O)/low-PEEP | 死亡率 | ventilator free days | | | |
| 7-4 | 呼吸 | 人工呼吸中の敗血症患者の適切な体位は？ | 人工呼吸患者 | 頭高位/仰臥位 | 死亡率 | VAP発生率 | 死亡率 | | |
| 7-5 | 呼吸 | 敗血症性ARDSに対する輸液制限は有用か？ | 敗血症性ARDS患者 | 制限輸液/大量輸液 | 死亡率 | ventilator free days | ICU入室期間 | 入院期間 | |

| QNo. | 項目 | Q: クリニカルエスジョン | P: 対象患者 | I: 介入 C: 対照, コントロール | アウトカム1 | アウトカム2 | アウトカム3 | アウトカム4 | アウトカム5 |
|------|--------------|--|-------------------------|---|------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--------|
| 8-1 | 血糖コントロール | 強化インスリン療法(目標血糖値80-110mg/dL)より高めの血糖管理(150mg/dL以下・180mg/dL以下)を行うか? | 敗血症患者あるいは集中治療患者 | 強化インスリン療法(目標血糖値80-110mg/dL)より高めの血糖管理(150mg/dL以下・180mg/dL以下) | 死亡率 | 低血糖発生率 | ICUAW | | |
| 8-2 | 血糖コントロール | 目標血糖値はいくつにするか? | 敗血症患者あるいは集中治療患者 | 強化インスリン療法(目標血糖値80-110mg/dL)より高めの血糖管理(150mg/dL以下・180mg/dL以下) | 死亡率 | 低血糖発生率 | ICUAW | | |
| 8-3 | 血糖コントロール | 血糖測定はどのような機器を用いて行うか? | 敗血症患者あるいは集中治療患者 | 血糖測定機器(簡易血糖測定器) VS 血液ガス分析器 | 死亡率 | 誤差発生率 | | | |
| QNo. | 項目 | Q: クリニカルエスジョン | P: 対象患者 | I: 介入 C: 対照, コントロール | アウトカム1 | アウトカム2 | アウトカム3 | アウトカム4 | アウトカム5 |
| 9-1 | 栄養管理 | 経腸栄養と経静脈栄養のどちらを優先するか? | 敗血症患者あるいは集中治療患者 | 経静脈栄養 vs 経管栄養 | 死亡率 (ICU and 病院) | 感染症発生率 | 病院滞在日数 | | |
| 9-2 | 栄養管理 | 経腸栄養をいつ始めるか? | 敗血症患者あるいは集中治療患者 | early VS late | 死亡率 (ICU and 病院) | 感染症発生率 | 病院滞在日数 | 人工呼吸器装着時間 | |
| 9-3 | 栄養管理 | 経腸栄養の至適投与エネルギー量は? | 敗血症患者あるいは集中治療患者 | hypofeeding VS full feeding | 死亡率 (ICU and 病院) | 感染症発生率 | 病院滞在日数 | 人工呼吸器装着時間 | |
| 9-4 | 栄養管理 | 経静脈栄養をいつ始めるか? | 敗血症患者あるいは集中治療患者 | 経静脈栄養のタイミング | 死亡率 (ICU and 病院) | 感染症発生率 | 病院滞在日数 | | |
| 9-5 | 栄養管理 | 経静脈栄養の至適投与エネルギー量は? | 敗血症患者あるいは集中治療患者 | hypocaloric PN vs full caloric PN | 死亡率 (ICU and 病院) | 感染症発生率 | 病院滞在日数 | | |
| QNo. | 項目 | Q: クリニカルエスジョン | P: 対象患者 | I: 介入 C: 対照, コントロール | アウトカム1 | アウトカム2 | アウトカム3 | アウトカム4 | アウトカム5 |
| 10-1 | ステロイド | 敗血症性ショック患者にステロイド投与を行うか? | 敗血症性ショック患者 | ステロイド投与/ステロイド非投与 | 死亡率の低下 | ショックからの離脱率 | 合併症(感染症、血糖、消化性潰瘍、ICUAW、譫妄)の増加 | | |
| 10-2 | ステロイド | ステロイドの投与時期は早期投与か晩期投与か? | 敗血症性ショック患者 | ステロイド投与タイミング | 死亡率の低下 | ショックからの離脱率 | | | |
| 10-3 | ステロイド | ステロイドの至適投与量、投与期間は? | 敗血症性ショック患者 | ステロイド投与量・投与期間 | 死亡率の低下 | ショックからの離脱率 | 合併症(感染症、ICUAW、譫妄)の増加 | | |
| 10-4 | ステロイド | どの種類のステロイドを投与するか? | 敗血症性ショック患者 | ステロイド投与/ステロイド非投与 | 死亡率の低下 | ショックからの離脱率 | 合併症(感染症、ICUAW、譫妄)の増加 | | |
| 10-5 | ステロイド | 小児の敗血症患者に対するステロイド投与の適応と有効性? | 小児、敗血症、重症敗血症、敗血症性ショック患者 | ステロイド投与/ステロイド非投与 | 死亡率 | 循環作動薬離脱 | 二次感染症 | | |
| QNo. | 項目 | Q: クリニカルエスジョン | P: 対象患者 | I: 介入 C: 対照, コントロール | アウトカム1 | アウトカム2 | アウトカム3 | アウトカム4 | アウトカム5 |
| 11-1 | DIC対策 | 敗血症性DICの診断を急性期DIC診断基準で行なうことは有用か? | 敗血症、敗血症性凝固異常、もしくはDIC | 敗血症性DICの診断を急性期DIC診断基準に使用する。/敗血症性DICの診断を急性期DIC診断基準に使用しない。 | 治療開始基準としての妥当性 | 死亡予測指標としての妥当性 | | | |
| 11-2 | DIC対策 | 敗血症性DICにリコンビナントトロンボモジュリンは有用か? | 敗血症性DIC | リコンビナントトロンボモジュリン投与/非投与 | 死亡率 | DIC離脱率 | 出血頻度 | | |
| 11-3 | DIC対策 | 敗血症性DICにアンチトロンビンの補充は有用か? | 敗血症性DIC | アンチトロンビン濃縮剤投与/非投与 | 死亡率 | DIC離脱率 | 出血率 | | |
| 11-4 | DIC対策 | 敗血症性DICにタンパク分解酵素阻害薬は有用か? | 敗血症性DIC | タンパク分解酵素阻害薬投与/非投与 | 死亡率 | DIC離脱率 | 出血率 | | |
| 11-5 | DIC対策 | 敗血症性DICにヘパリン、ヘパリン類は有用か? | 敗血症性DIC | ヘパリン類(未分画ヘパリン、低分子ヘパリン、ダナロイドナトリウム)投与/非投与 | 死亡率 | DIC離脱率 | 出血率 | | |
| 11-6 | DIC対策 | 凝固異常改善を目的とした新鮮凍結血漿投与を行うか? | 重症敗血症 | 新鮮凍結血漿投与のタイミング | 死亡率 | 出血頻度 | | | |
| 11-7 | DIC対策 | 敗血症において赤血球輸血はいつ開始するか? | 敗血症 | 目標Hb7g/dL/目標Hb10g/dL | 死亡率 | 臓器障害の程度 | | | |
| 11-8 | DIC対策 | 重症敗血症に対して血小板輸血を行うか? | 敗血症 | 血小板輸血投与のタイミング | 死亡率 | 出血頻度 | | | |
| QNo. | 項目 | Q: クリニカルエスジョン | P: 対象患者 | I: 介入 C: 対照, コントロール | アウトカム1 | アウトカム2 | アウトカム3 | アウトカム4 | アウトカム5 |
| 12-1 | AKI・急性血液浄化療法 | 敗血症においてAKI診断・重症度分類は予後予測に有用か? | 敗血症患者 | AKIの有無、KDIGOでの重症度 | 死亡率 | | | | |
| 12-2 | AKI・急性血液浄化療法 | 敗血症性AKIに対する腎代替療法(RRT)の早期導入を行うか? | 敗血症性AKI患者 | RRTの導入のタイミング | 死亡率 | ICU滞在日数 | 慢性透析への移行 | | |
| 12-3 | AKI・急性血液浄化療法 | 敗血症性AKIに対する血液浄化法は持続、間歇のどちらが推奨されるか? | 敗血症性AKI患者 | 持続的血液浄化、間欠的血液浄化 | 死亡率 | ICU滞在日数 | 慢性透析への移行 | 血圧低下 | |
| 12-4 | AKI・急性血液浄化療法 | 敗血症性AKIに対して血液浄化量を増やすことは有用か? | 敗血症性AKI患者にて血液浄化療法を受けた患者 | 血液浄化量の多寡(日本の保険診療の量、国際的標準量25ml/kg/hr、高用量40ml/kg/hr) | 死亡率 | ICU滞在日数 | 慢性透析への移行 | 電解質異常合併症(K、P) | |
| 12-5 | AKI・急性血液浄化療法 | 敗血症性ショック患者に対してPMX-DHPの施行は推奨されるか? | 重症敗血症患者 | PMX-DHP施行/非施行 | 死亡率 | ICU滞在日数 | 平均血圧 | ショック離脱率 | |
| 12-6 | AKI・急性血液浄化療法 | 重症敗血症患者に腎補助以外の目的で血液浄化を行うか? | 敗血症性AKI患者 | (持続)血液濾過(透析)施行の有無(PMXは除く) | 死亡率 | 出血合併 | 血行動態の変化 | | |
| 12-7 | AKI・急性血液浄化療法 | 敗血症性AKIの予防・治療的に薬物治療は推奨されるか? | 敗血症患者 | furosemide, DOA, hANP | 死亡率 | 28(60)日後腎機能低下 | 透析を要する腎機能低下 | 合併症(血圧低下、furosemide, hANP), 不整脈(DOA) | |
| QNo. | 項目 | Q: クリニカルエスジョン | P: 対象患者 | I: 介入 C: 対照, コントロール | アウトカム1 | アウトカム2 | アウトカム3 | アウトカム4 | アウトカム5 |
| 13-1 | 免疫グロブリン | 敗血症患者に対する免疫グロブリン投与を行うか? | 敗血症、重症敗血症、敗血症性ショック患者 | IVIg投与/非投与 | 28日死亡率 | ICU死亡率 | 合併症 | | |
| QNo. | 項目 | Q: クリニカルエスジョン | P: 対象患者 | I: 介入 C: 対照, コントロール | アウトカム1 | アウトカム2 | アウトカム3 | アウトカム4 | アウトカム5 |
| 14-1 | 鎮静鎮痛 | 成人の重症敗血症患者に対し、鎮痛を優先させる管理を行うか? | 重症敗血症患者 | 鎮痛優先の鎮静法/それ以外の鎮静法 | 生存率 | ventilator free days | ICU入室期間 | | |

| | | | | | | | | | |
|-------|------------------|---|-----------------------------|--|----------------------|---------------------------|----------|---------------|--------|
| 14-2 | 鎮静鎮痛 | 成人の重症敗血症患者に対し、一日一回覚醒させる鎮静管理または浅めの鎮静深度を維持する鎮静管理を行うか？ | 人工呼吸中の重症敗血症患者 | 一日一回の鎮静中断法/浅めの鎮静深度維持 | ventilator free days | ICU入室期間 | PTSD | | |
| 14-3 | 鎮静鎮痛 | 成人の重症敗血症患者において、せん妄の早期診断と介入を行うか？ | 重症敗血症患者 | せん妄評価法の導入/非薬理的介入/薬理的介入 | 生存率 | ICU入室期間 | 入院期間 | ICU退室後の認知機能障害 | |
| CQno. | 項目 | CQ:クリニカルクエスチョン | P:対象患者 | I:介入 C:対照、コントロール | アウトカム1 | アウトカム2 | アウトカム3 | アウトカム4 | アウトカム5 |
| 15-1 | PICS, ICUAW | ICUAWの予防に電気筋刺激を行うか？ | 敗血症患者あるいは集中治療患者 | 電気筋刺激/非施行 | ICUAW発症率 | 筋肉量 | 人工呼吸期間 | ICU滞在日数 | |
| 15-2 | PICS, ICUAW | PICS/ICUAWの予防に早期リハビリテーションを行うか？ | 敗血症患者あるいは集中治療患者 | 運動療法開始のタイミング | ICUAW発症率 | PICS発症率 | 運動機能 | 人工呼吸期間 | 生活の質 |
| CQno. | 項目 | CQ:クリニカルクエスチョン | P:対象患者 | I:介入 C:対照、コントロール | アウトカム1 | アウトカム2 | アウトカム3 | アウトカム4 | アウトカム5 |
| 16-1 | 体温管理 | 発熱した敗血症患者に解熱療法は有用か？ | 敗血症患者あるいは集中治療患者 | 解熱療法/解熱療法なし | 死亡率 | ICU滞在日数 | | | |
| 16-2 | 体温管理 | 低体温の敗血症患者は復温させるか？ | 敗血症患者あるいは集中治療患者 | 能動的に復温/能動的な復温を行わない | 死亡率 | ICU滞在日数 | | | |
| CQno. | 項目 | CQ:クリニカルクエスチョン | P:対象患者 | I:介入 C:対照、コントロール | アウトカム1 | アウトカム2 | アウトカム3 | アウトカム4 | アウトカム5 |
| 17-7 | 敗血症の定義と診断(小児) | 小児患者では、小児用血液培養ポトルを使用するか？ | 小児の敗血症患者 | 小児用血液培養ポトルの使用/成人用血液培養ポトルの使用 | 確保までの時間 | 血液培養陽性率(感度) | 抗菌薬投与期間 | 貧血など有害な発症率 | |
| 17-8 | 初期蘇生と循環作動薬(小児) | 小児敗血症性ショックに対する循環作動薬は、どのようにするか？ | 小児の敗血症性ショック患者 | NAD vs other drugs | 死亡率 | ICU滞在日数 | 有害事象発生率 | | |
| 17-9 | 初期蘇生と循環作動薬(小児) | 小児敗血症患者の循環管理の指標としてCRTの使用は用いるか？ | 小児敗血症患者 | Capillary refill timeを指標とした循環管理/それ以外の循環管理 | 死亡率 | 24時間後の臓器不全(PELOD, MODSなど) | | | |
| 17-10 | 初期蘇生と循環作動薬(小児) | 小児敗血症患者の循環管理の指標としてScvO2またはLactateを用いるか？ | 小児敗血症患者 | ScvO2またはLactateを指標とした循環管理/それ以外の循環管理 | 死亡率 | 24時間後の臓器不全(PELOD, MODSなど) | | | |
| 17-11 | 初期蘇生と循環作動薬(小児) | 小児敗血症患者の目標Hgb値はどうか？ | 小児敗血症患者 | 輸血閾値Hgb9でRBC輸血 (VS 輸血閾値Hgb7でRBC輸血) | 死亡率 | 合併症発生率 | 人工呼吸管理期間 | | |
| 17-12 | ステロイド(小児) | 小児敗血症患者に対するステロイド投与は有用か？ | 小児敗血症性ショック患者 | ステロイド投与 vs. ステロイドなし | 死亡率 | ショックからの離脱率 | 合併症 | | |
| 17-13 | AKI・急性血液浄化療法(小児) | 腎補助以外の目的で血液浄化療法を行うか？ | 小児敗血症性ショック患者 | non renal indication施行群 (VS non renal indication 非施行群) | 死亡率 | 血液浄化療法による有害事象 | | | |
| 17-14 | 免疫グロブリン(小児) | 小児敗血症患者に対する免疫グロブリン療法は有用か？ | 小児敗血症患者、あるいは小児重症感染症患者 | 免疫グロブリン静注 (IVIG)あり/非投与 | 死亡率 | 合併症 | 入院日数 | | |
| 17-15 | 血糖コントロール(小児) | 小児敗血症患者の目標血糖値はどのようにするか？ | 小児敗血症患者あるいは小児集中治療患者(未熟児を除く) | 厳密血糖管理 vs. 通常の血糖管理 | 死亡率 | 低血糖発生率 | 二次感染症合併率 | | |
| 17-16 | 初期蘇生と循環作動薬(小児) | 小児敗血症性ショックの管理にACOM-PALSアルゴリズムは有用か？ | 小児敗血症性ショック患者 | ACOM-PALSアルゴリズム/非施行 | 死亡率 | 入院日数 | | | |
| 17-17 | 初期蘇生と循環作動薬(小児) | 小児敗血症性ショックの管理に輸液及び循環作動薬の一次的投与経路として骨髄路の使用はするか？ | 小児敗血症性ショック患者 | 骨髄路の使用/骨髄路を使用しない。 | 確保までの時間 | 成功率 | | | |

敗血症の定義と診断に関する総論的な記述内容

| | | | | | | | | | |
|-------|---------------|--------------------------------------|-----------------|-------------------------------|-------------------|--------|--------|--------|--------|
| CQno. | 項目 | CQ:クリニカルクエスチョン | P:対象患者 | I:介入 C:対照、コントロール | アウトカム1 | アウトカム2 | アウトカム3 | アウトカム4 | アウトカム5 |
| 1-1 | 敗血症の定義と診断 | 敗血症の定義は？ | 敗血症患者あるいは集中治療患者 | 呼吸数、心拍数、体温、白血球数 | 各項目を診断に含めるか | | | | |
| 1-2 | 敗血症の定義と診断 | 敗血症の重症度分類は？ | | | | | | | |
| 17-1 | 敗血症の定義と診断(小児) | 小児患者で敗血症・重症敗血症・敗血症性ショックの診断をどのように行うか？ | 小児患者 | 現行の定義の妥当性の評価 | 小児敗血症の定義(診断基準)を作成 | | | | |
| 17-2 | 敗血症の定義と診断(小児) | 小児患者で敗血症・重症敗血症・敗血症性ショックの診断をどのように行うか？ | 小児患者 | 感染症(可能性を含む)+SIRSでよいのか？ | 小児敗血症の定義(診断基準)を作成 | | | | |
| 17-3 | 敗血症の定義と診断(小児) | 小児患者で敗血症・重症敗血症・敗血症性ショックの診断をどのように行うか？ | 小児患者 | SIRSを採用するとき、4項目中2項目以上でよいのか？ | 小児敗血症の定義(診断基準)を作成 | | | | |
| 17-4 | 敗血症の定義と診断(小児) | 小児患者で敗血症・重症敗血症・敗血症性ショックの診断をどのように行うか？ | 小児患者 | SIRS項目の心拍数と呼吸数は現行の基準でよいのか？ | 小児敗血症の定義(診断基準)を作成 | | | | |
| 17-5 | 敗血症の定義と診断(小児) | 小児患者で敗血症・重症敗血症・敗血症性ショックの診断をどのように行うか？ | 小児患者 | 重症敗血症の臓器障害基準を、小児用に設定する必要があるか？ | 小児敗血症の定義(診断基準)を作成 | | | | |
| 17-6 | 敗血症の定義と診断(小児) | 小児患者で敗血症・重症敗血症・敗血症性ショックの診断をどのように行うか？ | 小児患者 | 敗血症性ショックの基準としての低血圧基準をどうするか？ | 小児敗血症の定義(診断基準)を作成 | | | | |