

感染性腸炎のマネジメント

静岡県立静岡がんセンター感染症内科部長
倉井華子

下痢を主訴とする患者さんを診察する経験は多いと思います。抗菌薬適正使用ガイドラインでは、急性胃腸炎患者に抗菌薬は不要とあります。どのような場合に抗菌薬が必要か、感染性腸炎の診療ポイントをまとめてみます。

① 腸管外病変を否定する

下痢や嘔吐をみたら、急性腸炎と診断しがちですが、ちょっと待ってください。非定型肺炎やマラリアや急性膀胱炎など腸管外の病変や全身性の疾患でも下痢を起こします。レジオネラ肺炎は腹痛や下痢などの消化器症状、意識障害などの神経症状をしばしば合併します。下痢症状に気をとられ、咳嗽や頭痛といった全身性の症状を見逃すと診断の遅れが生じます。その他にも骨盤内や腹腔内感染症、黄色ブドウ球菌などのトキシン関連疾患では消化器症状が主体となることがあります。腸管外に問題がないかを頭に浮かべることからまず診療を始めましょう。

② 脱水の評価と補正

下痢の原因にかかわらず、最も重要なのは脱水の評価と補正です。下痢、嘔吐による水分の喪失、嘔気や腹痛による経口摂取量の低下から急性下痢症の患者では脱水を起こしやすい状態にあります。特に乳幼児や高齢者では注意が必要です。脱水の症状には口渇、尿量低下、起立性めまいがあります。身体所見では、血圧低下や脈拍増加、口腔粘膜や腋窩の乾燥、皮膚ツルゴール低下などが脱水の所見です。検査値ではBUNやCreの上昇、尿比重が参考になります。

③ 次に、感染性の腸炎か非感染性の腸炎かを判断します。母集団によって異なりますが、先進国における市中発生の腸炎で感染性である頻度は1.5-5.8%程度です。更に、細菌性腸炎のなかで本当に抗菌薬が必要な場合はごくわずかです。むやみな抗菌薬投与は抗菌薬関連腸炎や耐性菌増加を引き起こします。症状や周囲の流行状況や患者の生活歴などから微生物を推定した上、症例を選んで抗菌薬を使用するようになっていただきたいと思います。

抗菌薬の必要性を見極める場合、腸炎が小腸型か大腸型がポイントです。小腸型では微生物や毒素による小腸からの分泌液が増加し水様性下痢が起こります。ウイルス性やコレラなどが代表例であり、熱は出ないか微熱程度であり、嘔気や嘔吐などの症状を伴うことが多いのが特徴です。小腸型では抗菌薬の適応はなく補液が治療の中心となります。大腸型の腸炎では微生物や毒素により腸管粘膜が破壊されるため、発熱、腹痛、血便、渋り腹(テネスマス)、便中白血球などがみられます。大腸型を起こす微生物としては赤痢菌、サルモネラ菌、カンピロバクター、クロストリジウム・ディフィシル、赤痢アメーバなどがあります。各微生物のリスク因子(暴露源)、潜伏期間、典型的な症状を知っておくとよいでしょう。

表 各原因菌の臨床像

微生物	リスク	潜伏期 (日)	発熱	嘔気/嘔吐	腹痛	血便
サルモネラ	生卵	0-3	あり	様々	あり	あり
カンピロバクター	鶏肉	2-4	あり	様々	あり	あり
赤痢	海外渡航	0-2	あり	あり	あり	あり
クロストリジウム・ ディフィシル	抗菌薬曝露	様々	あり	なし	あり	なし
腸管出血性大腸菌 (EHEC)	牛肉など	1-8	なし	なし	あり	あり
腸炎ビブリオ	魚介類	0-1	様々	様々	様々	様々
ノロウイルス	二枚貝、周 囲の流行	0-1	様々	あり	あり	なし

細菌性腸炎と聞くと抗菌薬を投与したくなりますが、健常人では抗菌薬がなくとも自然軽快します。サルモネラ症は Cochrane のレビューが出ており、767 人の患者を含む 12 の無作為対象試験で、抗菌薬投与により罹病期間、下痢・発熱期間の短縮は得られず、むしろ抗菌薬投与群では副作用が多いことが示されています。同様にカンピロバクター腸炎でもメタアナリシスでプラセボと比べ、下痢の期間が 1 日短縮したのみの効果でした。このことから、免疫不全のない成人、小児の軽症の腸炎例に対する抗菌薬投与は推奨されません。ただし免疫不全者、高齢者、乳幼児、重症例ではこの限りではなく、抗菌薬治療を検討してください。カンピロバクターではマクロライド系抗菌薬、サルモネラではニューキノロン系抗菌薬を用います。

元々基礎疾患が多い患者がかかりやすいクロストリジウム・ディフィシルの場合、抗菌薬投与自体がリスクとなっている可能性が高いため、中止を検討ください。クロストリジウム・ディフィシル治療の第一選択はメロニダゾールです。バンコマイシンも使えますが、治療効果および再発率に優位差がないことコストの面からメロニダゾールがおすすめです。