

外来で抗菌薬治療を考慮する腹部症状

本康医院 本康宗信 静岡薬剤耐性菌制御チーム

COVID-19 の消化器症状では、食欲不振、下痢といった症状が比較的長期に見られます。感染拡大の中、消化器症状でも COVID-19 を疑うことはあると思いますが、冬季にはノロウイルスやロタウイルスなどが原因であることが多く、多くは自然軽快します。腹痛、下痢で来院された際、抗菌薬投与を考慮する場合はあるでしょうか。

症例:50代 女性 既往歴なし、市外移動歴、発熱者との接触なし

2 日前、夜間に心窩部痛、軽度嘔気あり食欲低下、翌日に右下腹部に疼痛が出現、歩行時に右下腹部に響くような痛みがあり、来院。発熱はなく、右下腹部に叩打痛、腸腰筋徴候陽性。

Alvarado score (MANTRELS score)*:6(但し、採血は未施行)

*(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3299622/pdf/1741-7015-9-139.pdf>)

迅速血液検査や腹部エコー検査が、可能な施設では検査が施行されるかもしれませんが、この症状経過からは急性虫垂炎が疑われ、消化器外科に紹介となることが多いと思います。以前は、急性虫垂炎は手術が第一選択でしたが、最近では抗菌薬投与で治療したり、抗菌薬投与後、待機的に手術を行ったりすることも多くなっています。抗菌薬治療の効果は、手術療法と非劣性という報告がありますが、29%が 90 日以内に虫垂切除術を受けています¹⁾。外来で抗菌薬を処方するだけでは不十分で、その後の経過観察が重要と考えられます。

急性虫垂炎には、似たような症状をきたす疾患が多く、問診、診察のみで診断できるとは限りません。外来で経験することが多い感染症の中では、憩室炎(表 1)、細菌性腸炎(*Campylobacter*, *Salmonella*, *Yersinia* など)が鑑別にあげられます。憩室炎も虫垂炎も腸内細菌、嫌気性菌を起因菌とすることが多いので、軽症で外来にて抗菌薬治療を行う際には、AMPC/CVA+AMPCあるいは ST 合剤+MNZ が選択されます。大腸菌のニューキノロン耐性が多くなっており、ニューキノロンは使用しにくいところです。

表 1 急性虫垂炎と憩室炎の鑑別²⁾

	オッズ比 [95%CI]	p値
年齢 40歳<	0.62 [0.35-1.08]	0.093
経過の長さ	0.84 [0.84-0.97]	0.021
心窩部痛	1.14 [0.65-2.00]	0.64
右下腹部痛	0.28 [0.11-0.71]	0.007
嘔気・嘔吐	3.89 [2.04-7.42]	< 0.001
食欲不振	2.13 [1.06-4.28]	0.033
未切除虫垂炎の既往	3.09 [0.82-11.63]	0.095
憩室炎の既往	0.034 [0.0059-0.2]	< 0.001
白血球高値	1.5 [0.86-2.60]	0.15
CRP高値(3 mg/dl<)	0.25 [0.14-0.43]	< 0.001

青:憩室炎の可能性高、黄:虫垂炎の可能性高

虫垂炎では痛みの移動が見られることが多く、右下腹部痛に限局した疼痛は憩室炎の可能性が高いようです。発症からの経過の長さは、虫垂炎が半日から 1 日であるのに対し、憩室炎は数日の経過を見ることが多いといわれています。

カンピロバクター腸炎は、インフルエンザに類似する高熱、筋肉痛が消化器症状に先行することが多い疾患です。下痢よりも下腹部痛が前面に出ることがあり、虫垂炎との鑑別を要します。多くは、摂食歴から推定しますが、便グラム染色でカモメ状のグラム陰性桿菌を確認することで、早期診断の可能性を高めることができます。サルモネラ腸炎は食中毒の起因菌ではありますが、細胞性免疫の低下している場合には、菌血症をきたすことがあり、人工物の入っている方では、血液培養を考慮します。*Salmonella typhi* は、回盲部に病変を作りやすく、虫垂炎と誤りやすいですが、non-typhoidal *Salmonella* でも虫垂炎様の症状をきたすことがあります。*Yersinia enterocolitica* による腸炎は回腸末端で腸間膜リンパ節炎をおこし、右下腹部痛を起こすため、虫垂炎との区別が難しいことがあります。エルシニアは、低温でも増殖するため、冷蔵庫内に保存された食物から感染することがあります。

抗菌薬が必要な感染性腸炎は多くありません(表 2)。市中感染で意義のある便培養の結果が得られるのは 1~6%と低いため、一般外来で便培養をすることは少ないです。海外渡航者、血性下痢、食中毒が疑われる場合、重篤感がある場合には便培養を行います。微生物により培地を選択するので、検査用紙に検査目的や推定される微生物名を書いておくとよいと思います。

表 2 抗菌薬治療が必要な腸炎^{3),4)}より改変

細菌	適応
<i>Shigella</i>	全例必要
<i>Salmonella</i>	重症例 細胞性免疫障害 人工弁、人工関節、骨頭、動脈瘤既往 新生児~3歳、50歳以上
<i>Campylobacter</i>	重症例 免疫不全、小児、高齢者

培養がしにくい消化器疾患では、症状経過から起因微生物を推定することが重要です。発熱を伴う消化器症状においても、感染症診療の原則に沿って診療を勧めていきたいところです。

1) The CODA Collaborative: A randomized Trial Comparing Antibiotics with Appendectomy for Appendicitis. N Engl J Med. 2020 Nov 12;383(20):1907-1919. doi: 10.1056 PMID: 33017106

2) Sasaki Y, et al.: Clinical differentiation of acute appendicitis and right colonic diverticulitis: A case-control study. World J Clin Cases. Jun 26, 2019; 7(12): 1393-1402 doi: 10.12998/wjcc.v7.i12.1393

3) 大曲貴夫: 下痢症のマネジメント 感染症診療のロジック 南山堂 2010

4) 青木 眞: 急性下痢症 レジデントのための感染症診療マニュアル 第4版 医学書院 2020