

下痢をみたら

慶應義塾大学内科学(消化器)准教授

鈴木 秀 和

(聞き手 大西 真)

大西 下痢について一般的なお話を最初にお聞かせください。

鈴木 下痢は、医学的には便重量の増加、つまり1日当たり200~250g以上と定義されているのですが、実際には便の軟化や液状化や排便回数の増加という患者さんの自覚症状をもってとらえることが多いわけです。

下痢の患者さんを診るときに、まずは急性、つまり2週間以内なのか、慢性、つまり1カ月以上続くのか、あるいはその中間の遷延性なのかを区別します。下痢の性状と持続時間を把握することで診断の方向性は格段に異なります。

そして、下痢の鑑別診断のためにありとあらゆる検査をすべて行うというのは避けるべきです。まずは、よくある疾患を念頭に置き、病歴と身体診察によって検査前の確率を高めてから検査を行うことが重要です。一方で、たとえ検査前確率は低くても、緊急性がある進行性の疾患や、治療時期を逸することができないような疾患は見落と

してはなりません。

さらに、患者さんの最終的な転帰や予後の重篤性を考慮した診断も必要になってきます。これらを同時に考えて診断を進めることが重要です。

大西 そうしますと、下痢をみたら、まずどのように対処したらよろしいでしょうか。

鈴木 まず、下痢の持続時間にかかわらず、まず重症かどうかを判断します。大量の水様性の下痢が続いて、血圧が低下し、脈が速くなり、口が渇き、皮膚や粘膜が乾燥するなどの所見を認めれば、脱水を考えるべきです。脱水の所見として特徴的なのは、皮膚のツルゴール(turgor)の低下といわれるもので、これは皮膚をつまみ上げ、指を離すと直ちに元の平らな状態に戻らず、しばらくしわになっている状態をいいます。このような場合は、原因診断をする前に脱水の対策をしなければなりません。

脱水を補正するための十分な水分や電解質の経口摂取が可能な状態かどう

かを判断して、可能であれば、電解質あるいは糖質を含む経口補水液の摂取をすすめます。この場合、広く飲用されているスポーツドリンクは、電解質濃度が低く、糖質が多い組成になっていますので、下痢による脱水にはふさわしいとはいえません。また、水分のみでは電解質の異常、つまり低ナトリウム血症や低カリウム血症が起こるので、それも注意が必要です。

下痢の患者さんは、水分を摂取するとトイレが近くなるという水分摂取をむしろ控える方が少なくないのですが、脱水症の危険性を十分に説明して、少量の水分を頻回に摂取するように説得しなければなりません。また、このとき摂取する液体は冷やし過ぎないようにすべきです。

一方、経口摂取ができない場合、これは経静脈的に補液をします。喪失する腸液は細胞外液に近いものですから、ナトリウム、カリウム、重炭酸イオンを多く含みますので、高クロール性代謝性アシドーシスや低カリウム血症に注意して、カリウムや重炭酸を補充します。

また、激しい腹痛や腹部の異常所見あるいは高熱があれば、それぞれの症状に対する対応も必要になり、場合によっては入院を考えたほうがよいわけです。例えば、急性の下痢で最も頻度が高いウイルス性腸炎では、悪心・嘔吐などの上部消化管症状を伴うことが

多く、そのために経口摂取ができなくなってしまうわけです。この場合は、補液とともに制吐薬の投与も行い、症状の緩和をします。

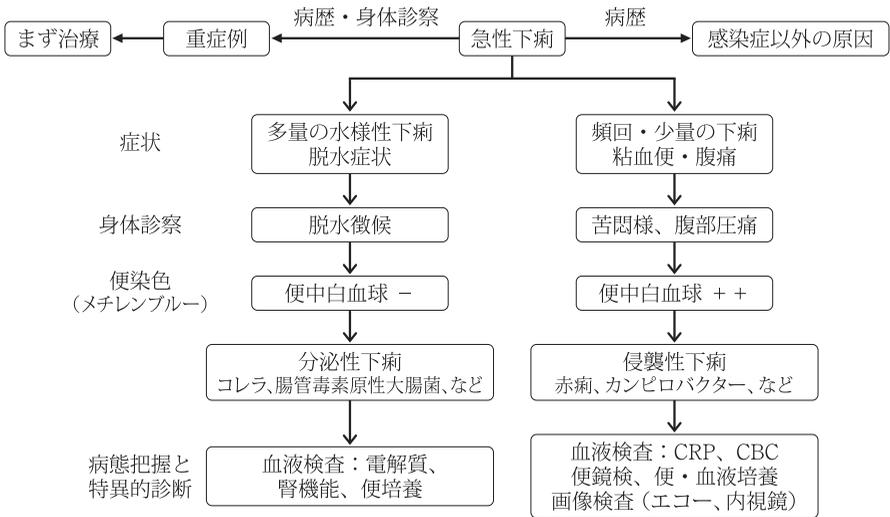
また、下痢の場合、一般的には腸蠕動が亢進していて、腹痛が起こることが少なくありません。激しい場合には抗コリン薬の経静脈的投与なども行います。ただし、蠕動運動に伴う腹痛と局所の炎症による腹痛は投薬前に十分に鑑別するべきで、薬剤を投与してしまうと症状が軽減するために、腹膜炎などの重大な基礎疾患の診断が遅れることもあります。

大西 それでは、急性の下痢についてお話しいただけますか。

鈴木 急性の下痢の多くは感染性腸炎ですが、その大部分は自然に治ります。この場合、適度の対症療法というのがすべてといっても過言ではありません。診断的な検査はほとんど不要ともいえます。

下痢の原因となる細菌性腸炎の原因として高頻度に検出されるのは、サルモネラ、腸炎ビブリオ、カンピロバクター、病原性大腸菌です。食中毒統計による届け出件数の多い順では、1位がノロウイルス、2位がカンピロバクター、3位がサルモネラ、4位が腸炎ビブリオ、5位が腸管出血性大腸菌となっています。このほかにも、結核やエルシニアも考えなくてははいけません。抗菌薬投与中の場合には、クロストリ

図1 急性下痢の診断アルゴリズム



medicina 49 (2) : 203~206より

ジウム・ディフィシルも重要な原因菌です。

病原体の毒素によって、主として小腸での分泌異常をきたす分泌性下痢と、侵襲細菌による大腸粘膜異常に基づく侵襲性下痢とでは、病態の差異が明白で、治療法も違うので、鑑別が重要です(図1)。つまり、多量の水様性下痢と脱水症状があり、便検査で便中白血球が認められなければ、コレラや腸管毒素原性大腸菌などによる分泌性下痢と考えます。

この分泌性の下痢は、消化管ホルモンやエンテロトキシンの作用による消化管粘膜の分泌亢進や、吸収されない

溶質の腸管内過剰残留による水分の吸収障害で起こります。カルチノイド、VIP産生腫瘍、ロタウイルス、アデノウイルス、ノロウイルス、コレラ、ランブル鞭毛虫などの感染症、それから糖質の消化吸收障害、顕微鏡的大腸炎、重金属中毒などでも起こるわけです。

一方、頻回で少量の下痢、粘血便、腹痛があって、便検査で便中の白血球が認められれば、赤痢や腸管出血性大腸菌、カンピロバクター、サルモネラなどの感染症、偽膜性腸炎などの抗生物質起因性大腸炎、アメーバ赤痢などによる侵襲性の下痢を考える必要があります。このような感染症の下痢の場合

合でも、すぐに経験的に抗菌薬を投与するのはよくありません。多くは自然に治るものだからです。

大西 食中毒がいろいろ問題になるかと思いますが、どのように原因を診断していけばよろしいでしょうか。

鈴木 細菌性食中毒による下痢の場合は、家族や同一集団内での下痢の発生について聞き取り、潜伏期と原因となった食物によって原因菌を予想していきます。例えば、潜伏期が短いものでは30分～6時間ぐらいで起こるブドウ球菌による毒素性の下痢、それから魚介類などを摂取したあとに5～24時間で起こる腸炎ビブリオ、それから8～20時間で起こるウェルシュ菌による下痢を考えます。

一方、カンピロバクターの場合は鶏肉や卵、こういうものを摂取したあとに2～5日間、それからサルモネラの場合は卵や肉を摂取後に7時間～3日で起こってきます（表1）。

大西 それでは次に、慢性の下痢についてお話をうかがえますでしょうか。

鈴木 急性とは異なり、自然には治りにくいので、治療介入が必要になることが多くなります。原因疾患は多岐にわたり、それぞれ治療法が異なるため、鑑別診断が重要になります。鑑別診断を考えるうえで、慢性下痢をきたす代表的な疾患を知っておく必要があります。つまり、感染であればクロス

表1 細菌性食中毒

	潜伏期	原因食
感染性		
サルモネラ	7～72時間	肉・卵
カンピロバクター	2～5日	肉・卵
病原性大腸菌	1～3日	牛肉
腸炎ビブリオ	5～24時間	魚介類
ウェルシュ菌	8～20時間	肉・魚介類
毒素性		
ブドウ球菌	0.5～6時間	おにぎり
ボツリヌス菌	2時間～8日	キャビア

「レジデントコンパス消化器病」編 第3版（ライフサイエンス社）pp32より

トリジウム・ディフィシル、結核、アメーバ赤痢、炎症であれば潰瘍性大腸炎やクローン病、顕微鏡的大腸炎、放射線腸炎などを考えます。

また、最近頻繁に遭遇するのが薬剤起因性のものです。昨今のような超高齢社会では多剤を併用している患者さんが多いですが、下痢を起こす薬剤は数多く存在します。薬剤による下痢を考える場合、該当薬を中止することが第一歩です。薬剤として、マグネシウム含有製剤やプロトンポンプ阻害薬、H₂ブロッカー、緩下剤、胆汁酸製剤、5-アミノサリチル酸、プロスタグランジン製剤、ACE阻害薬、βブロッカー、ジギタリス、フロセミド、メトホルミン、NSAIDs、コルヒチン、抗菌薬などは下痢の原因として念頭に入れてお

かなければなりません。

さらに、胃切除、胆嚢摘出、あるいは短腸症候群などのような手術後の例、大腸がんや膵がんに伴う下痢、甲状腺機能亢進症に伴う下痢、糖尿病による腸内細菌の異常増殖に伴う下痢、ループスなどの膠原病に伴う下痢、食物アレルギーなどによる下痢も考えなければいけません。さらに、過敏性腸症候群や機能的な下痢も頻度の高いものとして念頭に置くべきです(表2)。

大西 慢性の下痢はどのように診断を進めたらよろしいでしょうか。

鈴木 慢性の下痢においても、急性と同様に、病歴と身体診察だけでわかる情報は多いといえます。まずは重症度を判断します(図2)。薬剤歴、手術歴、海外渡航歴、過去に同様の下痢があったかどうか、増悪因子となる食べ物について聴取するだけで多くの特異的疾患を予測できます。血便や粘血便があれば腸の炎症性疾患を考えます。内分泌疾患や膠原病を疑うこともできます。器質的疾患が除外できれば、機能的消化管障害を考えるわけです。これらを考えたうえで検査を行っていくことになります。甲状腺機能亢進症や糖尿病などの疾患を疑っていれば、先に血液検査で診断を確定できますので、消化器の画像検査をたくさんやらなくても済みます。

言うまでもありませんが、下痢の診断では便を見るのがたいへん重要で

表2 慢性下痢をきたす代表的疾患

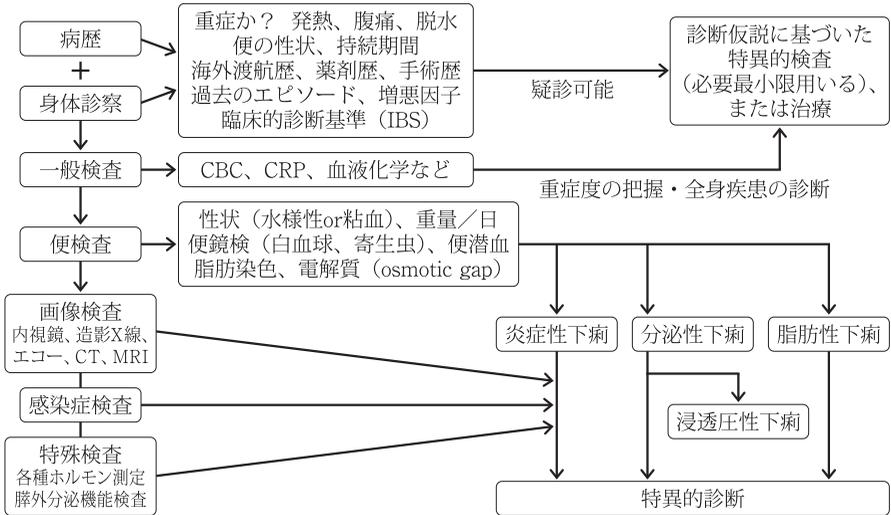
-
- 炎症性疾患
 - ・炎症性腸疾患(IBD):潰瘍性大腸炎、クローン病
 - ・感染:C. difficile、腸結核、アメーバ赤痢、寄生虫、AIDSに伴う感染など
 - ・そのほか:顕微鏡的大腸炎、放射線性腸炎など
 - 機能的疾患
 - ・機能的な下痢、過敏性腸症候群(IBS)
 - 薬剤起因性
 - ・マグネシウム含有製剤、プロトンポンプ阻害薬、H₂受容体拮抗薬、緩下剤、UDCA、5-ASA製剤、プロスタグランジン製剤、ACE阻害薬、β拮抗薬、ジギタリス、フロセミド、メトフォルミン、NSAIDs、コルヒチン、各種抗菌薬など
 - 手術後
 - ・胃切除、胆嚢摘出、短腸症候群
 - そのほかの異常
 - ・膵疾患:外分泌機能低下、内分泌腫瘍
 - ・大腸腫瘍:狭窄によるparadoxical diarrhea、絨毛腺腫
 - ・甲状腺機能亢進症、糖尿病、膠原病
 - ・食物アレルギー、乳糖不耐症、詐病

medicina 49 (2) : 203~206より

す。粘血便であれば炎症性、大量の水様便では分泌性、脂肪便では脂肪性の下痢となります。便を顕微鏡で見ることで、電解質のデータによりさらに分類することができるわけです。

さて、炎症性の下痢では大腸内視鏡

図2 慢性下痢の診断アルゴリズム



medicina 49 (2) : 203~206より

検査で診断する必要もあります。分泌性の下痢では感染症の有無を確認したうえで、必要があれば画像検査やホルモンの測定なども考慮します。脂肪性下痢は慢性膵炎や吸収不良症候群などで小腸での脂肪の吸収が障害された場合に見られますが、小腸病変を想定して各種画像検査に加え、膵外分泌能の検査も必要になります。また、大腸がんでも下痢のような症状が起こることがあります。

大西 最後に、話題の機能性下痢について簡単に触れていただけますでしょうか。

鈴木 これまでお話ししたプロセス

で、いわゆる器質性下痢が否定された場合には、機能性消化管障害を考えます。中でも最も頻度が高いのが過敏性腸症候群（IBS: Irritable bowel syndrome）といわれるものです。このIBSというのは、国際的定義、Rome IIIによれば、「過去3カ月間、週に3日以上にわたって腹痛や腹部不快感が繰り返し起こり、1）排便によって症状が軽減する、2）排便頻度の変化が起こる、3）便性状の変化が同時に起こる」うちの2つ以上があるものとされています。

さらに、IBSは便の形状とその割合によって4つのサブタイプ、便秘型、

下痢型、混合型、分類不能型に分類され、下痢型IBS、混合型IBSで下痢が起こります。

IBSの治療は、食事や排便習慣などの生活習慣の見直しをしたうえで便秘

や下痢をコントロールすることになりますが、さらに内臓知覚やストレス、腸内細菌叢のコントロールということも重要になってきます。

大西 ありがとうございました。