

感染性胃腸炎の診療

横浜市立大学病院消化器内科教授

中 島 淳

(聞き手 齊藤郁夫)

齊藤 感染性胃腸炎ということで中島先生におうかがいいたします。

感染性胃腸炎とはどういうものなのでしょうか。

中島 一般に2週間以内の下痢というのは急性下痢症とわれわれは言っていますけれども、4週間過ぎますと慢性下痢となります。感染性胃腸炎と申しますのは急性の2週間以内の下痢の症状で、嘔吐とか腹痛などの腹部症状を伴いまして、発熱などの感染徴候を呈する場合を感染性胃腸炎と指しています。

急性の下痢症の9割以上は感染症なのですが、1割ぐらい、最近では特に薬剤性とか、虚血性の腸炎などの循環性、あるいはある種の中毒、鉛などの方も時々いらっしゃいます。こういうものがありますので、全部が全部感染ではないということで、ごく一部、感染症以外もあるということで注意が必要だと思っています。

齊藤 感染性胃腸炎にはどういったものがありますか。

中島 大きく分けるとだいたい5つぐらい分類がありまして、1つは食事です。特定の汚染した食事による場合。最近、特に海外旅行が多くて、旅行者の下痢症が非常に増えています。ほかには入院や、特に高齢者の施設、こういうところで発症したりする方。それから、小児になりますけれども、保育園とか託児所。最後に、先進国の中でまだ日本ではHIV感染症が増えていますので、こういう免疫不全の方、あるいはがんの方、そういうコンプロマイズドホストなどに起こる感染性胃腸炎があります。

簡単に言いますと、夏は細菌感染、冬場はノロウイルスに代表されるウイルス感染が多い傾向があります。最近では細菌感染、大腸菌とかカンピロバクター、サルモネラ、赤痢、ウイルス性の胃腸炎に関しましてはノロウイルスとロタウイルス、これが二大巨頭です。年間通して最も頻度が高いのは圧倒的にノロウイルスの感染が多いというのが現状です。

齊藤 ノロウイルスは集団で起こることもありますね。

中島 ノロウイルスというのは生の貝などにいて集団発生するのですけれども、一般的に酸とか塩素系の消毒薬、こういうものに抵抗性で、一般に我々医療機関で使うようなマスクなども通ってしまいますので、非常に厄介です。しかしながら、健康な方はだいたい2~3日で治りますので、症状も軽い方が多いです。問題は、高齢者とか体力が弱い患者さん、こういう方が死亡してしまうということで注意しなければいけません。

齊藤 さて、感染性胃腸炎の診断の基本はどういうことになりますか。

中島 診断そのものはなかなか確定診断が難しいのですが、たいていは結果を待つまでに健康な方ですと治ってしまいます。ですから、問診、どういうものを食べたかとか、周囲に同じような下痢症状、胃腸炎症状の方がいないかどうか。あるいは、最近では常に国立感染症研究所などが感染症情報を出していますので、そういうものに注意しながら、どういうものが今はやっているかということで、類推して対症療法をするというのが主です。

夏でしたら大腸菌、鶏肉ならサルモネラとかカンピロバクター、海産物でしたら腸炎ビブリオ、最近減りましたがA型肝炎など、こういうものを考えるのがいいのではないかと思います。

ます。

あと、最近は、牛乳ですが、乳製品が加熱殺菌をしないで低温殺菌をすることが増えていまして、こういう場合ですと、リステリアなどが感染することが知られています。何を食べたかというので、ある程度原因菌が推測されますし、先生もご存じだと思いますけれども、生の牛肉、ユッケなど、こういう病原性の大腸菌などが記憶に新しいものかと思います。

齊藤 ウイルス性と細菌性の区別はなかなか難しいかと。

中島 夏場であれば細菌で、冬になればウイルスというふうに考えていいと思うのですけれども、検査できる所ですと、便を調べますと、便の中に白血球が多いのが細菌性ということで区別できますが、なかなか実地診療ではそこまでできないのが現状です。疑ったら便の培養を出すというのが最低限必要かなという感じです。

最近、ロタウイルスとか、特にノロウイルスが問題になっていまして、ノロウイルスはこの数年来、迅速キットが開発されていますので、臨床現場や検査会社で短時間で診断できるようになり、ノロウイルスを疑った場合は比較的早く確定診断ができるようになりました。

それから、老健施設とか入院患者さんなど、特に高齢者は、抗生物質の投与後における偽膜性腸炎などがあるの

ですが、これも便のCDトキシンということで調べられます。これでほぼ100%診断がつくと思います。

齊藤 病原性大腸菌はどういうものなのでしょうか。

中島 これがこの数年、臨床現場でも非常に問題になっていまして、大腸菌というのはそもそも我々の大腸の中に多量にいるグラム陰性桿菌で、常在菌ですので、通常は病原性がほとんどないと考えていいのですが、一部の大腸菌の中では病原性のあるものが知られています。

まず非常に重要なのが腸管出血性大腸菌、この英語の頭文字を取ってEHECとも呼ばれますが、その他、毒素原性の大腸菌、腸管病原性大腸菌など、幾つかの病原性を示す大腸菌が知られています。

特に腸管出血性大腸菌は非常に問題になり、一般の方も患者さんもお存じで、心配される方が多く、もともとは牛の腸におりまして、牛のふん便に汚染された食物、生肉などで感染して、ベロ毒素という毒素を産生します。このベロ毒素を出すことが特徴で、腸管上皮の壊死を引き起こし、非常に激しい腹痛や嘔吐、下痢や血便を呈します。この血便を呈するというのが特徴で、注意しないといけないと考えています。

齊藤 全身にも影響を及ぼすわけですね。

中島 おっしゃるとおりで、注意し

なくてはいけないのは、血便が出てくるような患者さんがいらっしゃったときに、この病気を疑う場合は、合併症として数%ですけれども、溶血性の尿毒症症候群（HUS）というのを起こします。また、HUSの発症より前、あるいはあとですけれども、この感染症による脳症を起こすことがあって、患者さんは頭が痛いという方もいれば、ちょっとぼーっとするとか、そういう症状、下痢の脱水症による症状と勘違いしがちなのですが、脳症を起こすと治らないというか、死亡のリスクが非常に高くなってまいります。

また、HUSは破壊赤血球を伴う貧血と血小板減少、腎機能障害を特徴とします。乳幼児や高齢者はこれで亡くなってしまう方も非常に多いということが新聞紙上で報告されました。予防としては、75℃・1分以上の加熱でこの大腸菌は死滅しますので、加熱調理が必要だと考えられています。

齊藤 治療はどうするのでしょうか。

中島 早期でしたら抗菌薬の治療が有効です。ホスホマイシン系やニューキノロン系が有効です。ただし、HUS合併の場合は透析などの血液浄化療法が必要ですので、このような病気が疑われる場合は、特に血性的下痢、血便の場合は本症を念頭に置いて治療を開始するとともに、患者さんにHUSの合併症の可能性があるということを説明して、専門機関への搬送のタイミング

を遅れないようにしないといけないと思っています。

齊藤 それから、旅行者下痢症はどのようなものでしょうか。

中島 これは最近非常に増えていまして、海外に行く方が非常に多く、寒いところではあまり問題ないのですが、アジアやアフリカ、ラテンアメリカ、こういう熱帯・亜熱帯地方に行かれた方、2週間以上こういうところに滞在した方は2～6割、かなりの方が感染するという報告があります。旅行者下痢症を疑った場合、起炎菌はほとんど先ほど言いました病原性の大腸菌、カンピロバクター、こういうものが主であるということですので、こういうものを念頭に置いて治療すればよいのではないかと考えています。

齊藤 旅行者に対して予防として生活の注意も重要ということですね。

中島 特に、加熱してない食品を食べないことと、あと水ですね。水は買って飲むのだけれども、氷はそこに置いてあるものを使うというのでは全く意味がなくなってしまうので、行く前の注意が重要ではないかと思えます。

齊藤 カンピロバクターはどうでしょうか。

中島 カンピロバクターは、大腸菌に次いで感染源としては非常に多い菌です。カンピロバクターというのはだいたい水様性の下痢で始まるのですが、遅れて血便を出す方がいまして、大腸でいうと回盲部に潰瘍をつくったりという特徴があります。

齊藤 治療はどうでしょうか。

中島 治療は一般的には先ほど言いましたような抗菌薬が重要ですが、最近ではニューキノロンとかホスミシンなどの耐性菌が出てきていまして、その場合はマクロライド系などを使うということが行われています。

齊藤 感染性胃腸炎も非常に重要な課題の一つということですね。

中島 一般に実地診療をやっていると、夏から冬どころか一年中、これを疑う患者さんが来ます。治療は基本的には対症療法、脱水の補正と抗生物質ですけれども、そういうことが重要ではないかと思えます。

ただ、短期間の治療で治らない方には、ほかの重篤な疾患が隠れているということは常に念頭に置いて、治療で反応しない方はひょっとしたらほかの病気が鑑別されるのではないかを疑うことが重要ではないかと思えます。

齊藤 ありがとうございます。