

## 混合型

どちらのタイプで表現されてもよいもので、代表例として腸炎ビブリオ、カンピロバクターなどがある。

## 感染性腸炎の診断方法

臨床では、どのような菌による感染症であるかを、まず問診により絞り込み、次にそれを明らかにすることが重要である<sup>4)</sup>。

### 問診

発熱、嘔気や嘔吐、腹痛とその部位、下痢の性状、回数、血便の有無を聞くことは、疾患の重症度を知るうえで重要である。また、海外渡航歴、食物摂取の内容（生の魚介類、生卵、酪農物、焼肉や焼き鳥など）を追求することは、起因菌を考える上で参考になる。

### 身体所見

腸音を聞くことにより、腸蠕動の活動性を確認する。腹部の触診により、病変の部位、腹膜刺激症状の有無を確認することは重要である。

### 血液検査

炎症の程度を知るうえで、血算、CRP、赤沈は重要である。また、下痢に伴う急性腎不全を知るうえでBUN、クレアチニン値や血清電解質が有用である。

### 糞便の細菌培養検査

発症初期の下痢の激しい時期で、抗生剤投与前に検査することが望ましい。下痢起因菌は乾燥およびpHの変化により死滅しやすいので、ただちに検査できない場合は、Cary-Blair培地などの輸送培地を使用するとよい<sup>1)</sup>。培養検査項目としては、サルモネラ、カンピロバクター、細菌性赤痢菌、腸炎ビブリオ、病原性大腸菌であり、必要に応じてエルシニアを追加することが一般的である。*Aeromonas*の分離を意図して検査されることは原則としてなく、分離菌の同定の結果として判明するのが通例である。

### 糞便の毒素検出検査

*C. difficile*は、毒素を産生しない株もあり培養はあまり意味がなく、*C. difficile* toxinの検出を行う。O-157が分離培養された場合は、ペロ毒素の産生を確認することが重要である。

### 血液培養

サルモネラ、カンピロバクター、エルシニアの感染では菌血症が起こりうるので、高熱の場合は血液培養が必要である。

### 免疫学的検査

下痢を起こす病原体の一部では、血中抗体価の上昇がみられるため発症初期と発病2～3週間後のペア血清抗体価の比較が有用である。このため、必要に応じて血清保存をするとよい。エルシニア腸炎は、便培養での検出率が低く、血清抗体価を測ることが有用であるが、現段階では保険適応がない。

### 大腸の内視鏡検査

単に下痢の場合に内視鏡をすることはまれで、血便や体重減少など他に随伴する症状がある場合が適応となる。血性下痢症の鑑別診断としては、虚血性大腸炎、抗生剤起因性大腸炎、潰瘍性大腸炎、クローン病、感染性腸炎などがあるが、急性期においては、病歴や身体所見、血液検査所見などからこれらを鑑別することは容易ではない。近年、内視鏡の普及および挿入法の向上に伴い、血性下痢患者に対して急性期に内視鏡検査を行う機会が増えている。一部の感染性腸炎では特徴的な内視鏡像を呈するため、これらの像を知っていることは診断および治療に結びつくことが多い。

### 細菌性赤痢 (図1)

赤痢菌は粘膜の侵入にとどまるため、内視鏡所見は、浮腫、粘膜内出血、びらん程度で、臨床症状の割に内視鏡所見が軽い症例が多い。アフタ性びらんが典型的であり、軽微の症例も多く注意が必要である。海外渡航歴の問診が重要である。

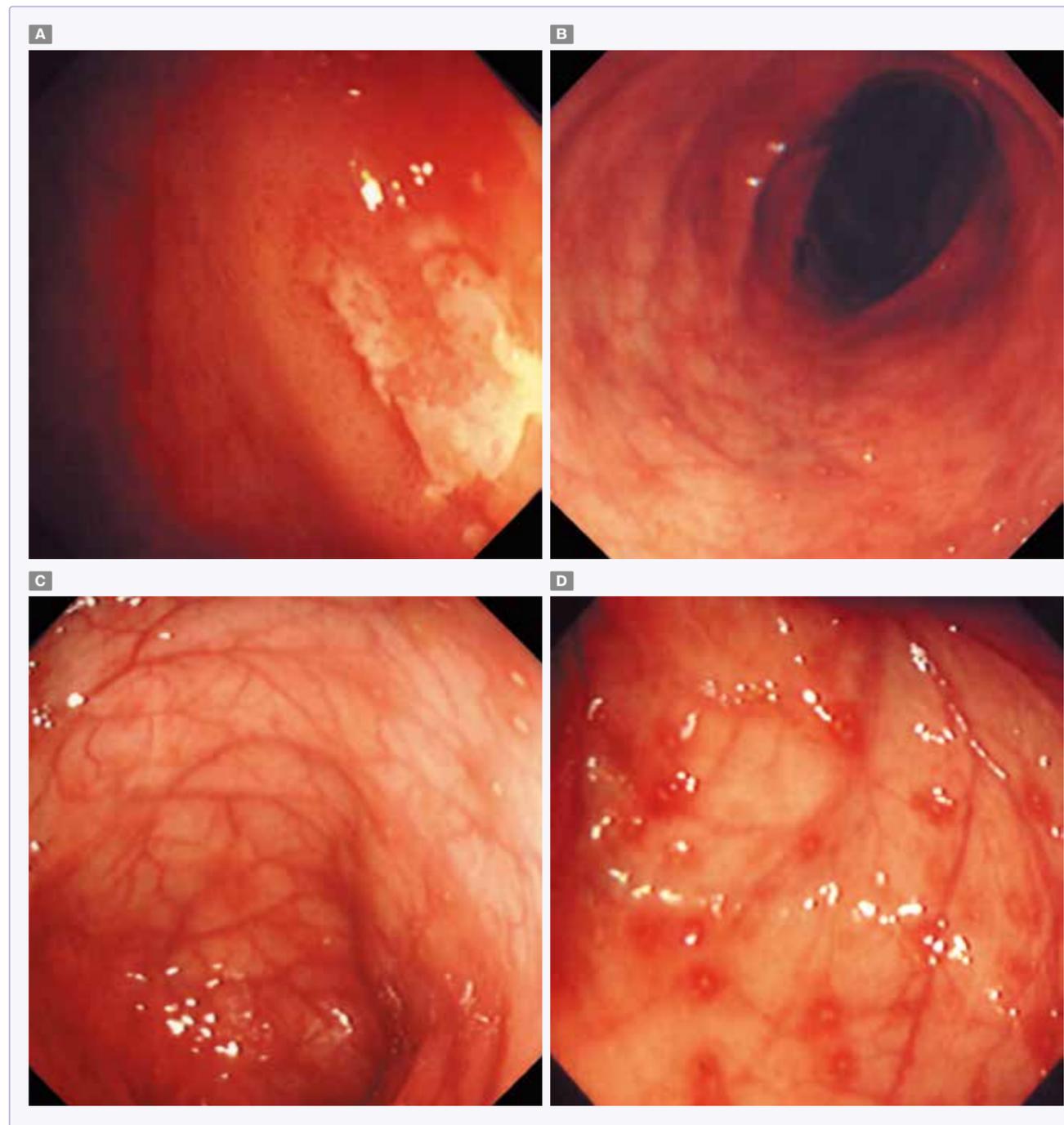


図1 細菌性赤痢  
回腸末端部に浅い潰瘍を認め (A)、全結腸にアフタ様大腸炎を認める (B: 横行結腸, C: 脾彎曲部, D: S状結腸)。

### サルモネラ腸炎 (図2)

サルモネラ属の菌は粘膜下層までの侵入が可能であり、リンパ装置への親和性もあるため、非常に多彩な内視鏡

像を呈する。びまん性の粘膜発赤がみられ、UCとの鑑別を要する症例があるが、回腸末端部の潰瘍やところどころで正常血管透見像がみられること、直腸の膿性粘液付着がみられないことで鑑別が可能である。