

～下痢～

総合内科 レクチャー

2025/10/20

上門 弘宜

下痢とは

24時間に3回以上の“軟便／水様便”の排泄
(またはその人の通常より明らかに頻回)

時間軸　～急性・亜急性・慢性～

①急性：<14 days

- ・感染性腸炎（ウイルス性腸炎、細菌性腸炎、寄生虫感染）
- ・抗菌薬関連下痢
- ・虚血性腸炎

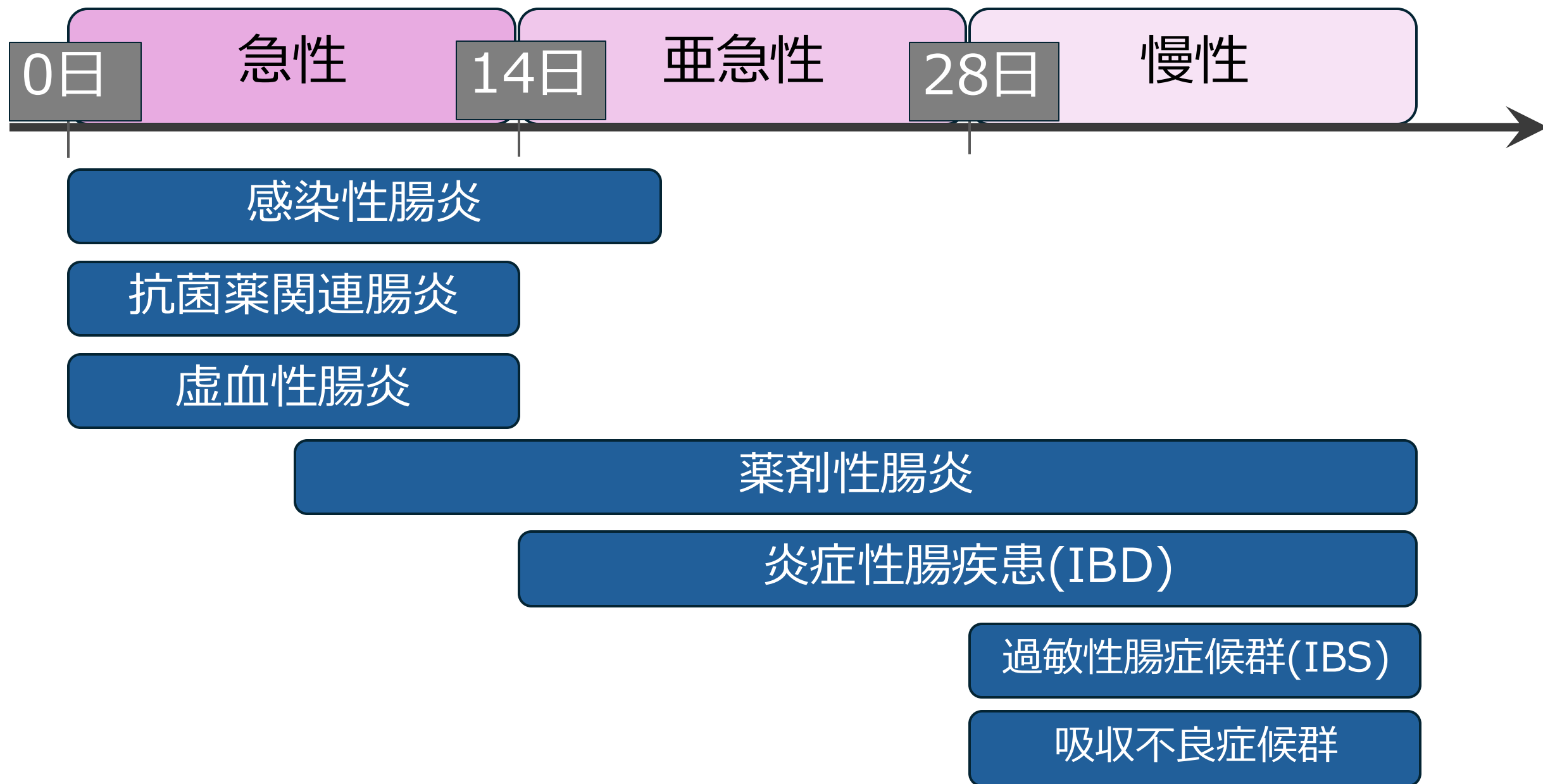
②亜急性：14～30 days

- ・急性感染症の遷延
- ・炎症性腸疾患（IBD）の初期
- ・薬剤性（下剤、メトホルミン、PPIなど）

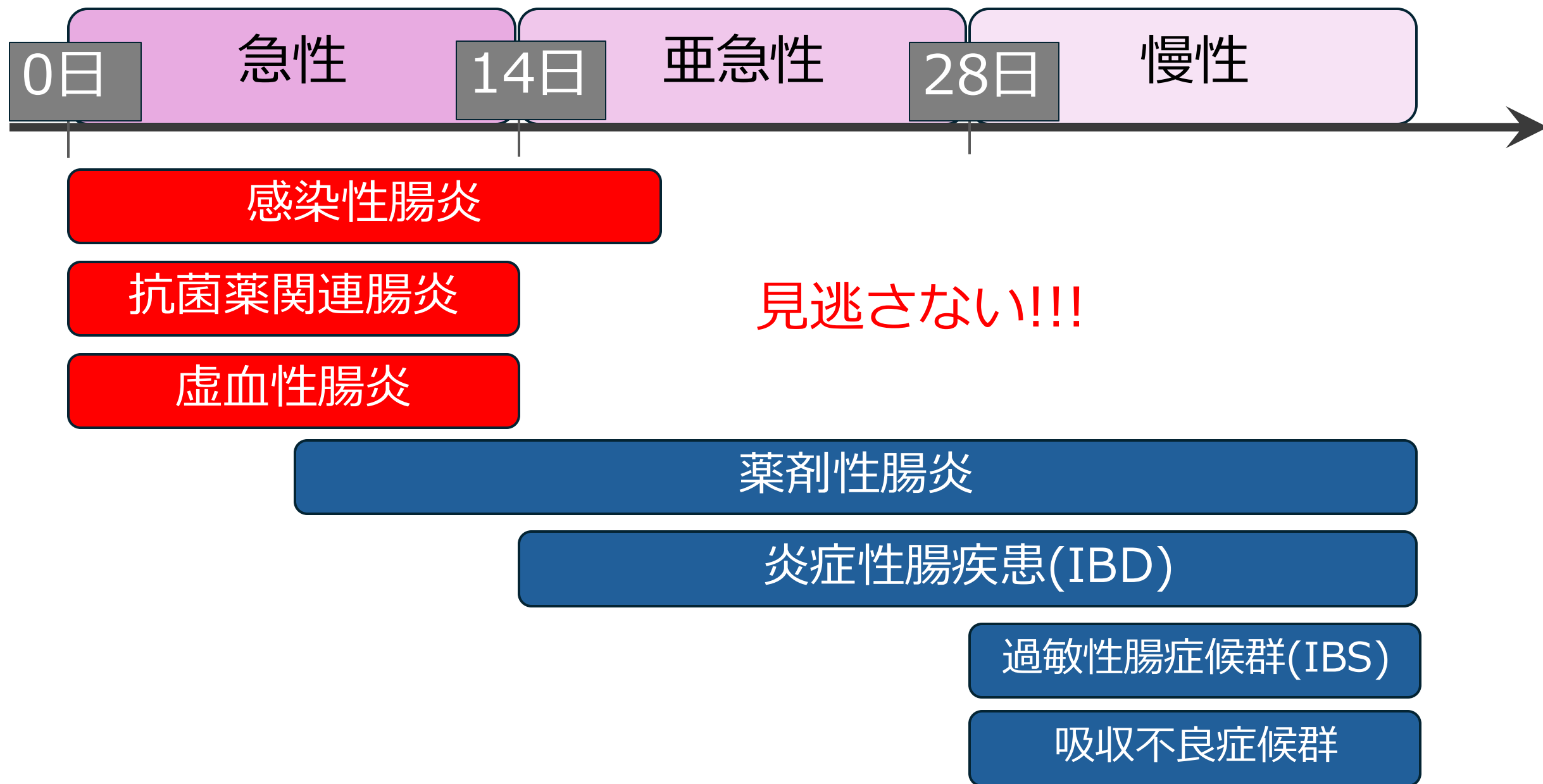
③慢性：> 30 days

- ・過敏性腸症候群（IBS）
- ・IBD
- ・薬剤性
- ・吸収不良症候群

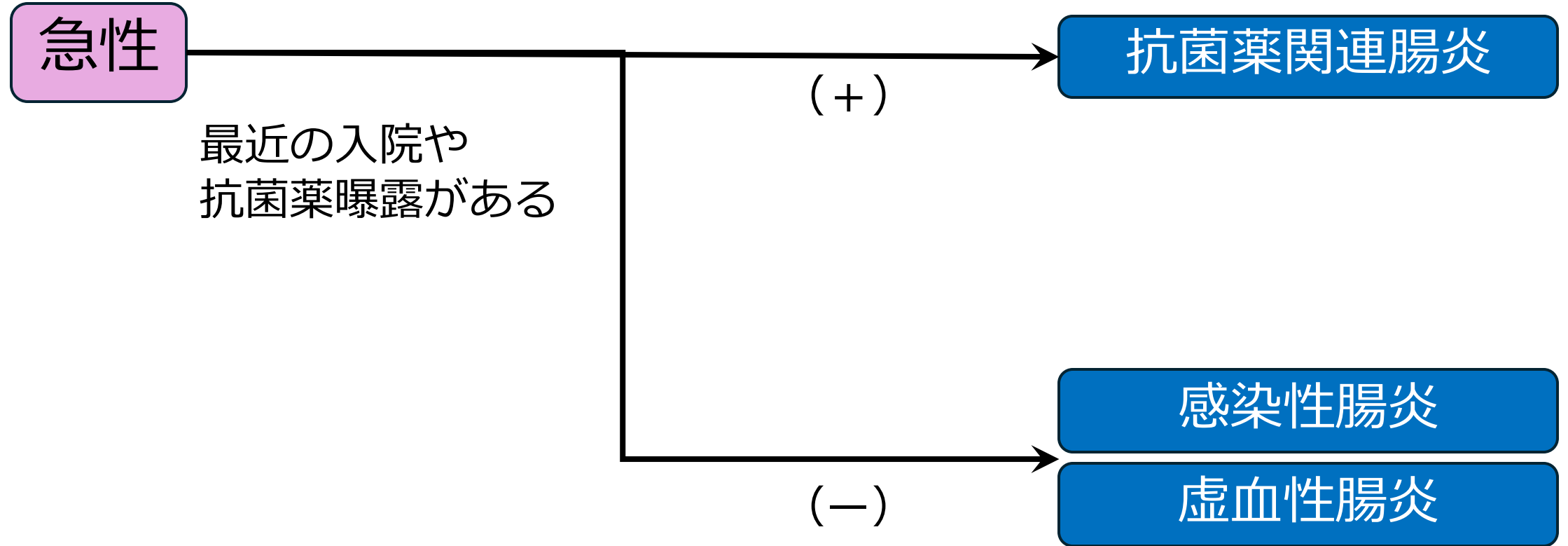
時間軸



時間軸



患者背景



抗菌薬関連腸炎

- ✓ 抗菌薬関連出血性大腸炎（AAHC）
- ✓ 偽膜性大腸炎：C. difficile 感染症
- ✓ MRSA腸炎

抗菌薬関連腸炎

✓ 抗菌薬関連出血性大腸炎（AAHC）

- ペニシリン耐性菌であるK.oxytocaが発症に関与
- **合成ペニシリン系抗菌薬**投与で発症

✓ 偽膜性大腸炎：C. difficile 感染症

- C. difficileの毒素が発症に関与
- **抗菌薬による菌交代現象、医療施設における手指などを介する経口感染**によって発症
- セフェム系・クリンダマイシンが起因薬として多い

✓ MRSA腸炎

- **広域抗菌薬（セフェム系など）**による菌交代現象で発症
- 消化管術後（特に胃全摘後）に多い

抗菌薬関連腸炎：C. difficile 感染症

【内視鏡】

【症状】

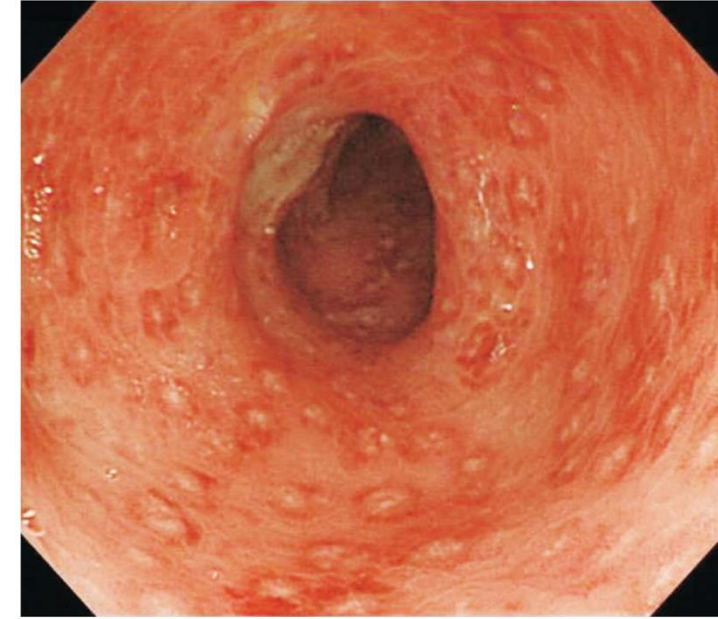
腹痛、下痢・軟便、発熱
白血球上昇のみの場合あり

【血液検査】

著明な白血球上昇
(しばしば $15000/\mu\text{l}$ ～)



偽膜形成あり



偽膜形成なし

抗菌薬関連腸炎：C. difficile 感染症

【便検査】

GDH	CDトキシン	
—		CDIは除外
+	+	CDI
+	—	CDIの判定保留

- ✓CDトキシンの検出感度は低いため、陰性であってもCDIを否定できない
- ✓GDHの感度はある程度高い
- ✓海外では、C.Difficileの毒素遺伝子を検出できるNAAT（核酸増幅検査）が使用されるが、日本では一般的ではない＜保険適用外＞

抗菌薬関連腸炎：C. difficile 感染症

【治療】

VCM、MNZ

- ・ MNZはVCMより安価
- ・ 重症例では、VCMの方がMNZより臨床効果が有意に高い
- ・ VCM耐性腸球菌出現予防も考慮して、

非重症例では**MNZ**、重症例では**VCM**が第一選択

＜重症の定義＞

- ・ 発熱（ $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ ）、WBC $\geq 15000/\mu\text{l}$ (or Neut $> 20\%$)、
Cre $\geq$ 基準値 $\times 1.5$ 、Alb $< 2.5\text{g/dl}$ 、イレウス、腹膜炎/穿孔、ICU入院、
偽膜の存在、巨大結腸

→1項目以上で重症

CDI診療ガイドライン作成委員会編：Clostridioides difficile 感染症診療ガイドライン 2018

- ・ 効果が乏しい場合は、FDX,VCM+MNZ、VCM高用量投与を

抗菌薬関連腸炎：C. difficile 感染症

【予防】

- ・アルコール系消毒液、胃酸、抗菌薬などに抵抗性あり
(本菌は、芽胞を形成するため)
 - ・アルデヒド系、塩素酸塩系の消毒液は有効であるが、病棟内や器具の消毒に限られ、手指の消毒には適していない。
- 患者に対する接触処置後は、流水による十分な手洗いを励行する

感染性腸炎

海外渡航歴がある

- ✓ 腸管毒素原性大腸菌
- ✓ 赤痢
- ✓ アメーバ赤痢
- ✓ ランブル鞭毛虫など

免疫不全者

- ✓ CMV腸炎
- ✓ 原虫
- ✓ 直接肛門を介した腸炎
(梅毒、クラミジア腸炎、淋菌)

医療曝露者

- ✓ ノロウイルス
- ✓ C.Difficile

いろいろ

食事歴 / 発症時間

	原因	潜伏期	備考
黄色ブドウ球菌	握り飯、仕出し弁当、サンドイッチ	6時間	
ウェルシュ菌	カレー、シチューなどの給食	8-14時間	
ビブリオ	魚（寿司、刺身）	2-48時間	
ノロウイルス	生牡蠣、糞口感染、粉塵感染	1-2日	
サルモネラ （非チフス）	牛肉のたたき、レバ刺し、生卵、鶏肉	1-3日	
腸管出血性大腸菌	加熱不十分な肉、野菜（スプラウト）	1-8日	血便多い
エルシニア	豚肉、牛乳、水	3-7日	発熱多い
カンピロバクター	鶏肉（たたきなど）、飲料水、サラダ	2-10日	

食事歴 / 発症時間

	原因	潜伏期	備考
黄色ブドウ球菌	卵の殻付出し食品、サンドイッチ	6時間	
ウェルシュ菌	カレー、シチューなどの給食	8-14時間	
ビブリオ	魚（寿司、刺身）	2-48時間	
ノロウイルス	生牡蠣、糞口感染、粉塵感染	1-2日	
サルモネラ （非チフス）	牛肉のたたき、レバ刺し、生卵、鶏肉	1-3日	
腸管出血性大腸菌	加熱不十分な肉、野菜（スプラウト）	3-8日	血便多い
エルシニア	豚肉、牛乳、水	3-7日	発熱多い
カンピロバクター	鶏肉（たたきなど）、飲料水、サラダ	2-10日	

1週間程度前まで
遡って問診する

アルコール、コーヒーなどの飲料も
下痢の原因となるため、量も聴取する

感染性腸炎 ～小腸型 or 大腸型～

<小腸型>

- ・病態は毒素による腸炎 or ウイルス性腸炎が多い
- ・小腸での分泌増加に伴う大量水様下痢が特徴
- ・発熱、腹痛は軽度であることが多い

<大腸型>

- ・病態は腸管粘膜に侵入する病原体 or 細胞毒性の強い毒素産性菌
- ・腸管粘膜の破綻のため、少量頻回の粘血便あり、便中白血球あり。
- ・腹痛、発熱を伴うことが多い。

感染性腸炎 ～小腸型 or 大腸型～

	小腸型（上部）	小腸型（下部）	大腸型
機序	非炎症性 (エンテロトキシン、 上皮吸着・表面的な 浸潤)	穿孔	炎症性
細菌	黄色ブドウ球菌 Bacillus cereus 腸管毒素産生性大腸菌 コレラ、ウェルシュ菌 ノロウイルス ロタウイルス	腸チフス エルシニア	腸管出血性大腸菌 Shigella属 赤痢アメーバ ビブリオ カンピロバクター サルモネラ Clostridioides difficile 原虫

感染性腸炎 罹患部位

	直腸	S状	下行	横行	上行	盲腸	終末回腸
腸結核							
アメーバ性大腸炎							
カンピロバクター							
サルモネラ							
エルシニア							
細菌性赤痢							
腸管出血性大腸菌							
腸炎ビブリオ							

カンピロバクター腸炎/潰瘍性大腸炎

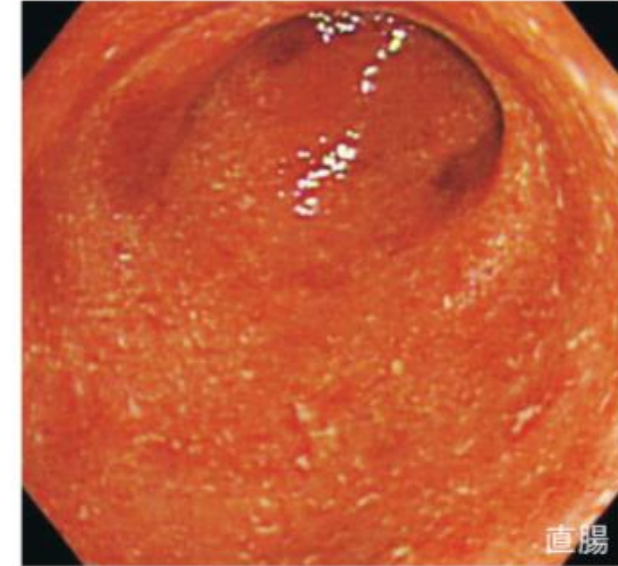
〈カンピロバクター腸炎〉



びまん性に赤褐色点（楕円内），血管透見粘膜介在（矢印），終末回腸浮腫，びらん

白地に赤

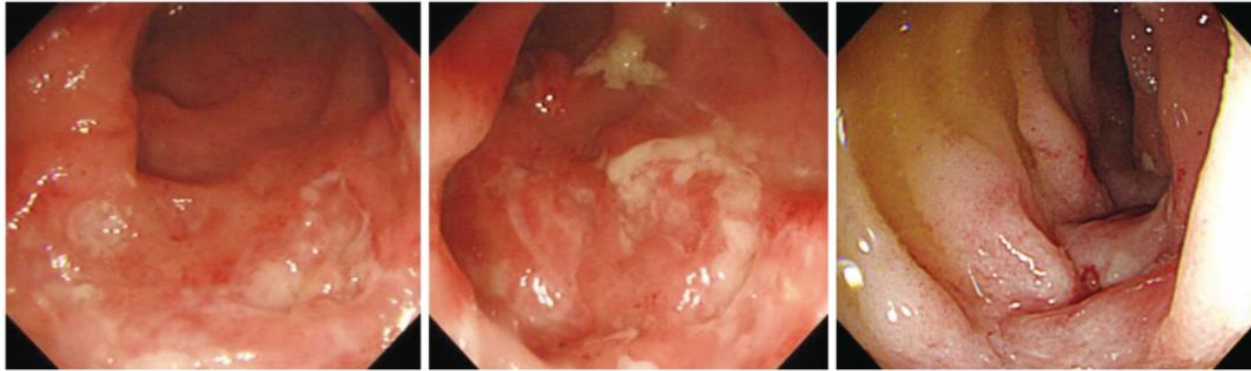
〈潰瘍性大腸炎〉



びまん性・連続性に血管透見消失，小黄色点（小びらん）密に分布，脆弱粘膜（易出血性）

赤地に白

エルシニア腸炎/クローン病

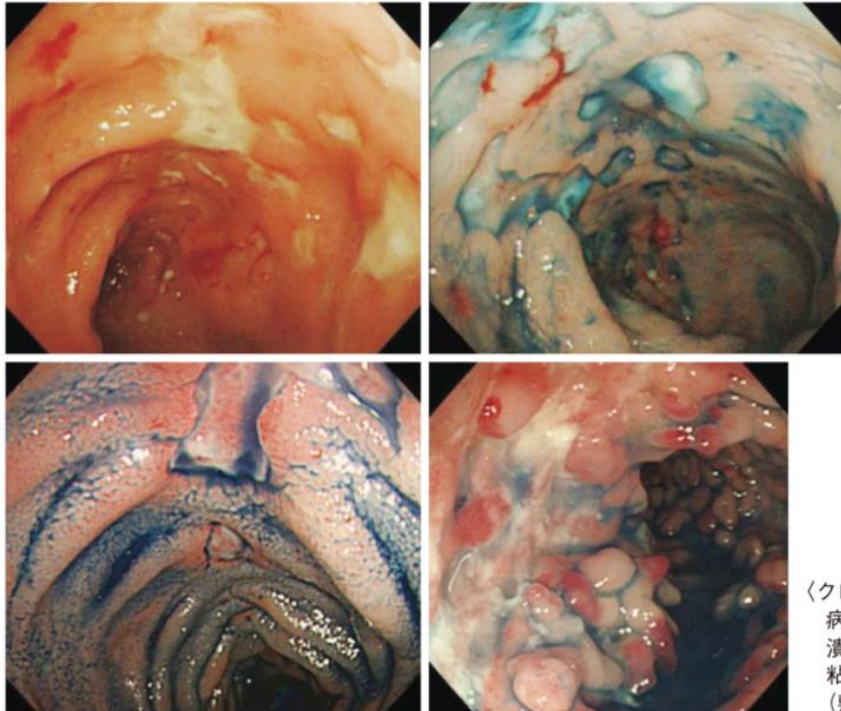


〈エルシニア腸炎（回腸末端部）〉

病変は、パイエル板やリンパ濾胞に一致して存在（腸間膜付着反対側）。

潰瘍は類円形・不整形、輪郭不明瞭で浅い。

粘膜凹凸隆起は浮腫状の軟らかい感あり、立ち上がりはなだらか（粘膜下腫瘍様）。



〈クローン病（回腸末端部）〉

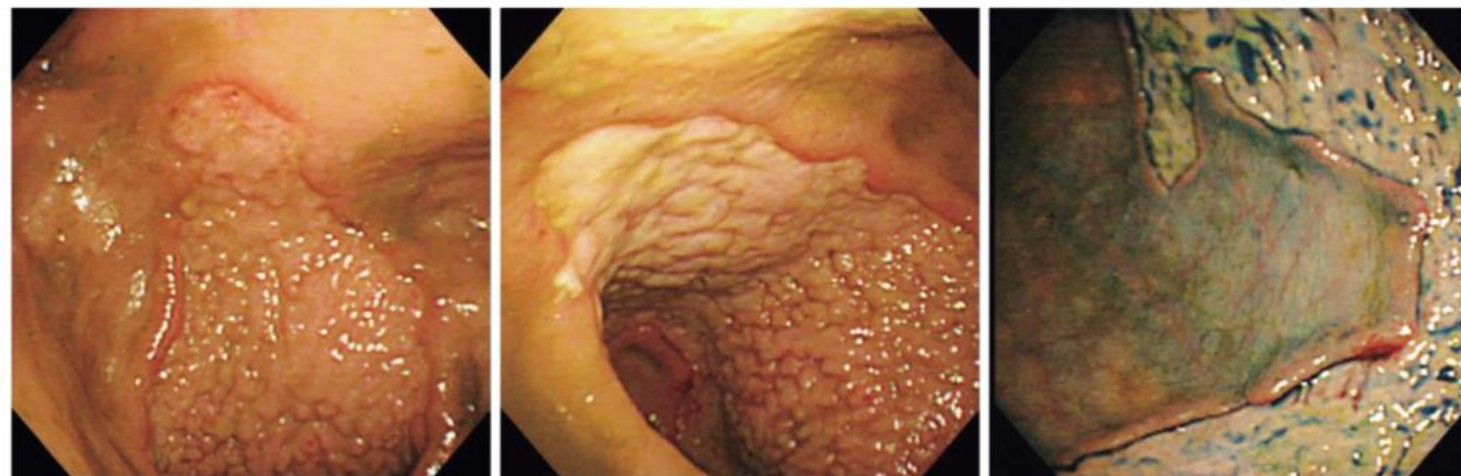
病変部位（腸間膜付着側）

潰瘍は縦走傾向あり、輪郭明瞭で深い。

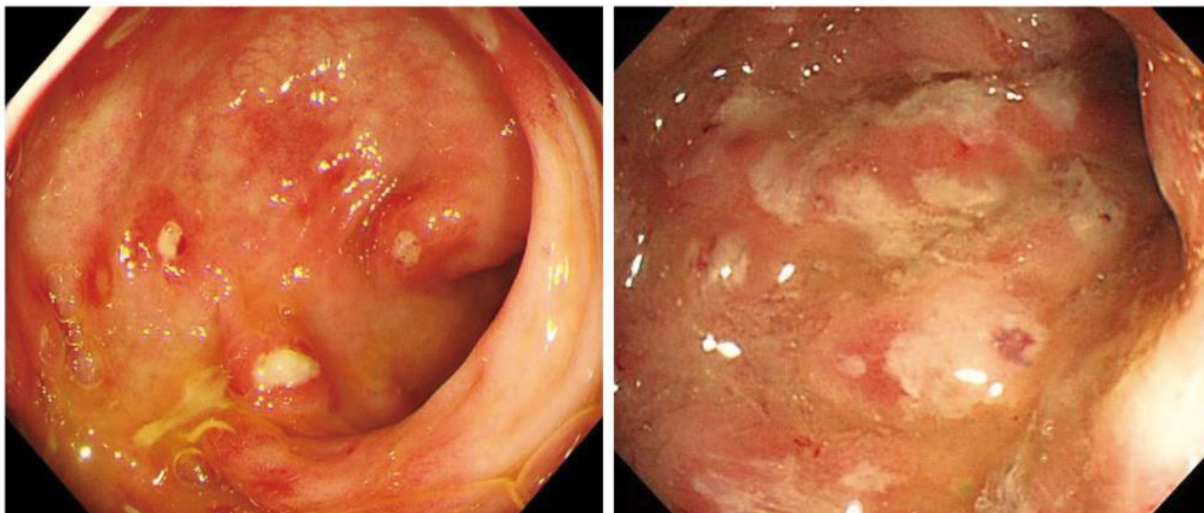
粘膜凹凸隆起は立ち上がり急峻で集簇する（敷石像）。

腸間膜付着の反対側か
腸間膜付着側か

その他



CMV腸炎
打ち抜き様潰瘍



アメーバ性大腸炎
タコイボ様びらん
白苔のはみ出し

感染性腸炎 治療法

1) 脱水の補正

- ・ 基本は電解質、体液の補充・調整
- ・ ORS(oral rehydration solution)を経口摂取

2) 食事

- ・ 絶食は不要

3) 抗菌薬：原則自然軽快するので、使わない。

- ・ **特に腸管出血性大腸菌（血便、高熱なし、流行）ではダメ！**
- ・ 免疫不全者、旅行者下痢症で中等症～重症、大腸型で重症の場合は考慮される

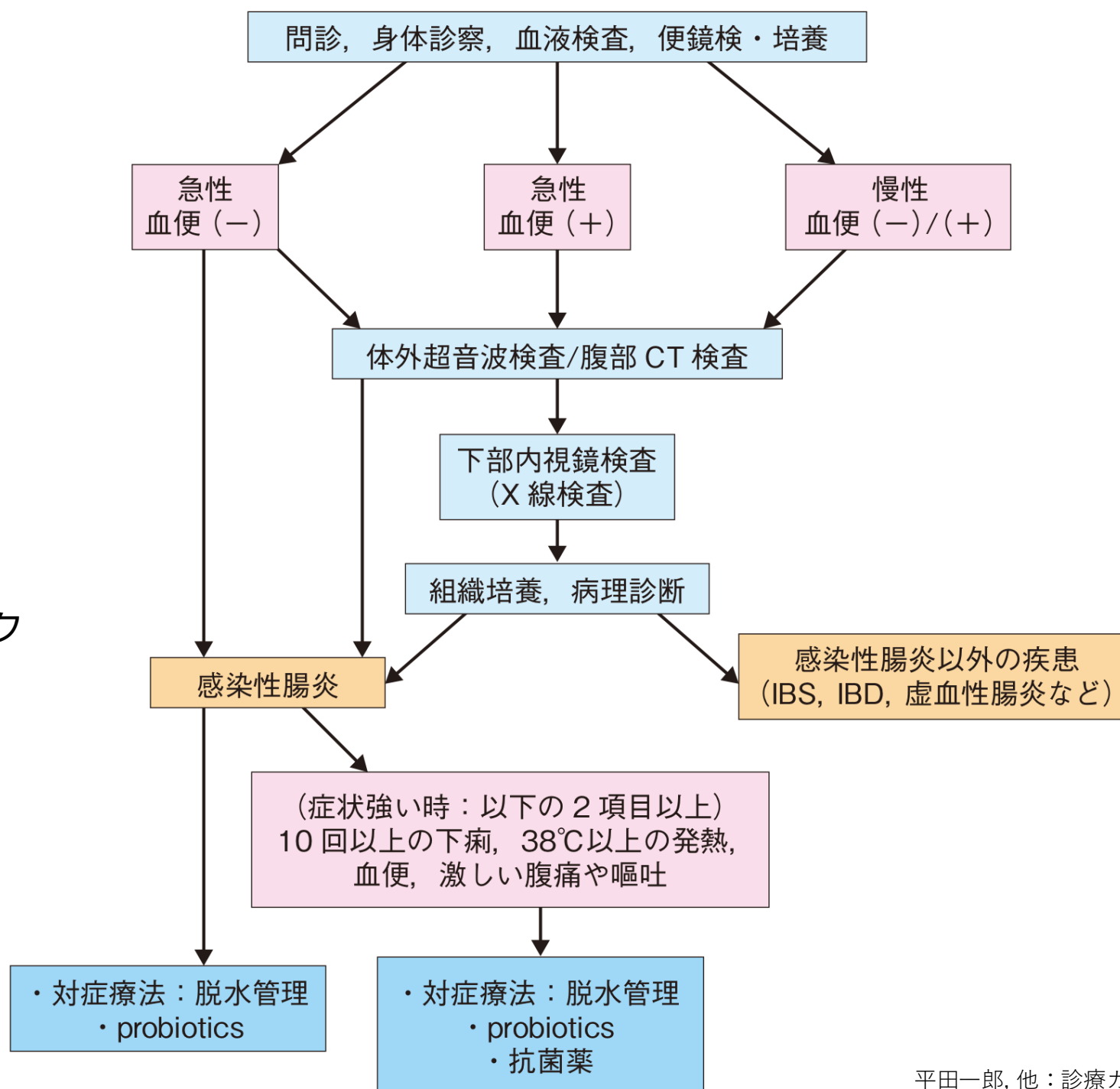
サルモネラ→CTRX, CPMX 、カンピロバクター→AZM

4) 整腸剤

※止痢薬は使わない

※慢性下痢症では、寄生虫やIBDでないか確認を！

便培養を提出する時
・大腸型
・小腸型でも、
脱水ある時
海外渡航歴がある時
・免疫不全患者
・IBD併存
・s/o アウトブレイク
・食べ物を扱う職業



参考文献

1. ハリソン内科学ダン. L.ロンゴ著 メディカルサイエンスインターナショナル.
2. Approach to the adult with acute diarrhea in developed countries. UpToDate2018.
3. レジデントのための感染症診療マニュアル、青木眞著、医学書院.
4. Clin Infect Dis 2001;32:331-351
5. N Engl J Med 2014;370:1532-1540 免疫正常者の感染性腸炎の総説
6. Lancet 2005;365:1073-1086
7. Clinical Infectious Diseases® 2018;66 (7) : e1-e48 CDIのガイドライン
8. Clin Infect Dis 2017;65 (12) : e45-e80 感染性下痢症のガイドライン
9. J Antimicrob Chemother 2012 : 67 : 742-748
10. 下部消化管疾患の病態・診断・治療 実践ハンドブック、平田一郎著、日本メディカルセンター