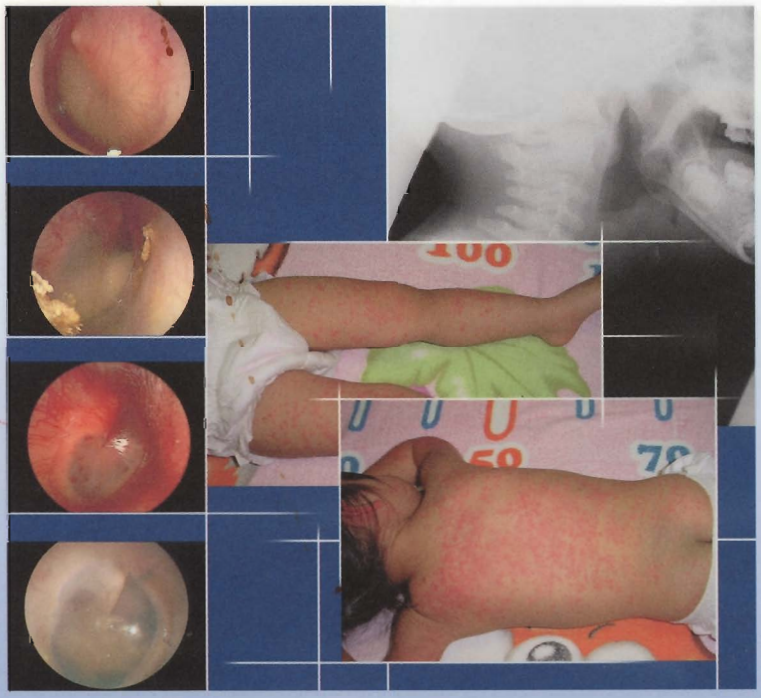
◆総合診療ブックス◆

外来小児科初診の心得21か条

[監修]
五十嵐正紘

[編集]
絹巻　宏
熊谷直樹



医学書院

第9条　下痢

全身状態の把握が肝心．下痢便はできるだけ自分で観察し検査をしよう

渡部　礼二

チェックリスト

何を聞くか

□脱水など一般状態
　1）嘔吐の有無，2）経口摂取，
　3）体重減少
□下痢の状態
□発熱の有無
□家族や施設での同症状の発生の有無
□薬剤（抗菌薬）の服用

何を考えるか

□脱水の程度など一般状態
□急性か慢性か
□感染性の下痢か
□糞便検査からの情報

何を診るか

□脱水の所見
　1）口腔粘膜の乾燥，
　2）大泉門，眼窩や腹部の陥凹，
　3）皮膚のツルゴール，
　4）体重測定
□糞便

初期診療の進め方

□何よりも嘔吐，脱水の治療が最優先である
□下痢の原因に対する処置

コンサルトのタイミング

□脱水などで一般状態が悪い場合
□鎮吐の処置や輸液後でも水分の経口摂取が無理と思われる時
□慢性下痢で体重減少が顕著なもの（特に幼若乳児）
□溶血性尿毒症症候群の疑いのある場合

アプローチ

緊急性の高い疾患 ➡
- □全身状態の急悪が予想される状態
- □脱水状態
- □溶血性尿毒症症候群を伴った腸管出血性大腸菌性腸炎

見逃せない疾患 ➡
- □細菌性腸炎
- □二次性乳糖不耐症

よくある疾患 ➡
- □感染性疾患
  - 細菌性腸炎：病原大腸菌，サルモネラ，カンピロバクター，エルシニアなど
  - ウイルス性胃腸炎：ロタウイルス，アデノウイルス，SRSV
- □その他
  - 二次性乳糖不耐症，
  - 薬剤性下痢

Case　発熱のみ

○田○佳，7歳，女児．

受診日朝から38℃の発熱と食欲減退にて受診．腹部違和感を訴える．下痢（－）．特記すべき身体所見なし．検尿：アセトン（＋）他：np

外来でよく見かける症状である．感冒といわゆる自家中毒の問診をして対症療法で経過観察とする．

何を聞くか

◆脱水など一般状態

1）嘔吐の有無：具体的に吐き始めの時刻とその後に吐いた時刻は何時．嘔吐は飲食が誘引になっていないか．吐物には食物残渣，胆汁あるいはコーヒー様残渣物が混入していないか．

2）経口摂取：食欲はあるか．水分が必要量摂取できているか．栄養法は何か．食事の内容はどうしているか．

3）体重減少

◆下痢の状態

何日前から，一日に何回位下痢をしているか．糞便は水様か，粘液や血液が混入していないか．糞便は薄い色をしていないか．

◆発熱の有無

◆家族や施設での同症状の発生の有無

家族や通っている保育園（学校）で同様の症状の人はいないか．

◆薬剤（抗菌薬）の服用

抗菌薬を服用していないか．

何を診るか

◆脱水の所見

1）口腔粘膜の乾燥，2）大泉門，眼窩や腹部の陥凹，3）皮膚のツルゴール，4）体重測定．

体重減少の確認と今後の脱水の指標のためにも体重を測定する．

◆糞便の観察と検査

オムツのままか水に浸かってない糞便（筆者は外来では直接紙コップに採取）で検査をする．（Note 1）

何を考えるか

◆脱水の程度など一般状態

嘔吐，経口摂取，体重減少，脱水の所見と活動性などで一般状態を把握．

◆急性か慢性か（慢性の下痢：2週間以上持続の下痢）

突然の発症や嘔吐に続発する場合は感染性のことが多い．

必要以上の食事制限が下痢を遷延させていることがある．

元々の軟便傾向の母乳栄養児が下痢と訴えてくる場合もある．

慢性の下痢では吸収障害や幼若乳児の難治性下痢症も考慮する．

中学生の慢性の下痢で過敏性大腸炎のことがある．

◆感染性の下痢か

発熱している場合や，家族や通園，通学している施設で同様の症状の人がいる場合は，感染性の可能性が高い．

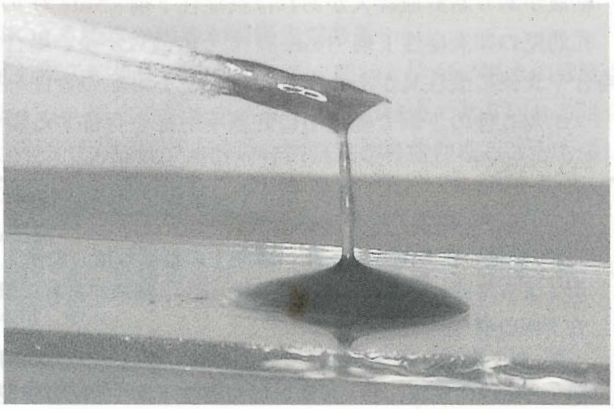
抗菌薬の使用による下痢も多い．

◆糞便検査からの情報

薄い色調の糞便の場合はウイルス性下痢が多い．

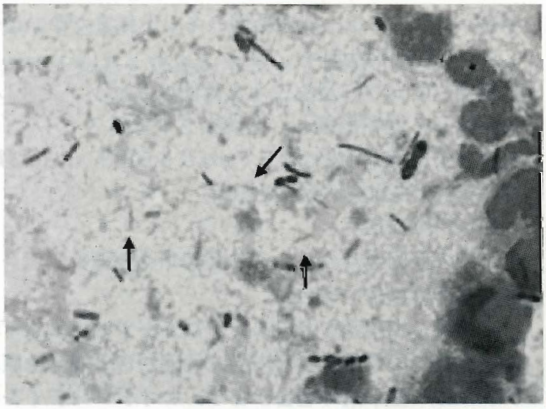
灰白色だからといってロタウイルスとは限らない．

ロタウイルスの下痢は夏でも見られ，小学生でも発症することがある．



❶粘液

❷白血球の集塊



❸カンピロバクター

粘液があり新鮮血混入があれば炎症性下痢（Note 2）の場合が多い．

乳幼児の非炎症性下痢（Note 3）でその回数が多い場合，下痢が遷延している場合や糞便に酸性臭がある場合には乳糖不耐症の合併を疑う．

ウイルス性の下痢で経過中に乳糖不耐症を合併する場合も多い．

Note

1．糞便の検査

1）粘液：割り箸などを用い糞便上のねばねばした所をすくい上げる．糸を引くような感じであれば粘液である（❶）．粘液があれば膿へ，なければ非炎症性下痢の項へ．

2）膿：粘液をスライドグラスの載せ，カバーグラスで覆って400倍で鏡検．膿（白血球の集塊，❷）があれば炎症性下痢（組織障害型の細菌性下痢）である．なお，水に浸かった糞便は白血球が破壊され検査に不適である．膿があれば炎症性下痢の項へ，なければ非炎症性下痢の項へ．

2．炎症性下痢

1）直接塗抹染色：粘液をスライドガラスに薄く塗布，火焔固定後フクシンで単染色し，1000倍で鏡検．ラセン状の菌体があればカンピロバクターである（❸）．位相差顕微鏡を用い生標本でわかる場合もある．カンピロバクター腸炎の80％は初診時に診断できる．結果の如何にかかわらず培養などへ

2）培養など：粘液部分を培養に提出する．時に混合感染もある．

その他，腸管出血性大腸菌O157やベロ毒素を直接糞便よりの検出キット，薬剤性の偽膜性腸炎思われる時のクロストリディウムのエンテロトキシンの検出キットも外来で利用できる．

3．非炎症性下痢

1）＜ウイルスの検索＞

ロタウイルス，アデノウイルスは検査キットで簡単に外来で診断できる．SRSVについては一般診断用のキットはまだない．

2）＜乳糖不耐症＞

糞便（オムツに浸みこんだ糞便はスピッツを押し付けて採取）を蒸留水で3倍希釈して混和後遠心，上清をクリニテスト（バイエルメデカル）を使って検査をする．糖が1/2%以上でpHが5.5以下（pH試験紙，できたらpHメーターで検査）なら乳糖不耐症と診断．

3）＜その他＞

下痢の原因が＜ウイルスの検索＞＜乳糖不耐症＞で明確にならなくて下痢の回数が非常に多い場合

・培養：大腸菌などのエンテロトキシンによる下痢を疑い培養．

・好酸球の染色：食事内容と関連がある場合や原因不明の下痢が遷延する時アレルギー性下痢の場合がある．エオジノステイン（鳥居）で染色．

初期診療の進め方

◆何よりも嘔吐，下痢による脱水の治療が最優先である

一般状態不良なら直ちに入院処置が必要である．問診と診察で脱水の程度と経口摂取が可能か判断する．軽症の脱水があっても経口輸液で乗り切れる場合も多い．鎮吐の処置や外来での輸液で水分の経口摂取が可能になることも多いが，帰宅後に嘔吐した場合の処置や連絡法を伝えておく．

◆下痢の原因に対する処置

喪失水分の補充に心がける．原疾患に対しての対処をするが，急性下痢に対する止痢剤の使用は疑問である．

コンサルトのタイミング

◆脱水などで一般状態が悪い場合

◆鎮吐の処置や輸液後でも水分の経口摂取が無理と思われる時

吐物に血液（コーヒー様残渣物）が混入している場合，経口輸液は無理である．

◆慢性下痢で体重減少が顕著なもの（特に幼若乳児）

◆溶血性尿毒症症候群の疑いのある場合

これらの状態の時には外来での姑息的な処置では無理があり，急激に状態が悪化することもある．入院の上で精査，処置などの管理が必要である．

よくある過ちとその対策

中枢性の止痢剤の使用は病態生理から言っても不適である．

食欲があれば極端な食餌制限は不要である．

ミルクを薄めることは通常不要である．

抗菌薬を使用する場合は糞便の検査や培養を済ませてから．

虫垂炎は下痢を伴うことがあることを忘れてはならない．

Caseの教訓

2日後の午後，38℃台の熱の持続と前日夜よりの下痢で受診．この日朝下痢が4回，腹痛もある．一般状態は良好．腸雑音亢進．浣腸し糞便を検査．粘血便であった．糞便検査でカンピロバクター腸炎と診断．話を聞くと7日前バーベキューをして焼肉を食べたという．マクロライド系の抗菌薬を処方し，翌日より解熱し，下痢も改善．

細菌性腸炎の場合，当初下痢の症状がなく発熱が1－2日先行することが時にある．この症例の場合抗菌薬は当初処方しなかったが，抗菌薬の投与で菌がマスクされ，発熱の原因がわからなくなってしまうことがある．外来での原因不明の発熱に対して抗菌薬の使用は慎重でありたい．

メールアドバイス

下痢が治まっても病原菌を保菌し続ける場合の除菌の必要性は？

サルモネラ腸炎で半年以上も保菌している症例もある．病原大腸菌で1カ月以上保菌していることは稀ではない．本人の問題ではなく周囲への問題である．どうしてもというなら一度は抗菌薬で除菌は試みてもよいが，経過をみていればよい．用便後の手洗いの励行を指導するほうがより大切である．

嘔吐，下痢に対する処方例を教えてください．

下痢は病原体や毒素を排泄する防御反応なので原則として止めない．整腸薬として乳酸菌製剤を処方．ウイルス性下痢は嘔吐や吐気を伴いやすくナウゼリンを投与．

ナウゼリン DS 1.0 g

ビオフェルミン 1.0 g　　分3（食前）（体重10kg）

なお細菌性下痢はカンピロバクター（マクロライド系）以外は抗菌薬の使用には異論があり，使用するのなら培養の結果が出るまではホスミシンを使用するのが無難．

文　献

1) 小池通夫．下痢，開業医の外来小児科学，第4版．p128，南山堂，2002
〈総説，下痢に対する最近の概念を記載〉

2) Subcommittee on acute gastroenteritis, Provisional committee on quality improvement : The management of acute gastroenteritis in young children. Pediatric clinical practice guideline & policies, p181, American Academy of Pediatrics, 2001
〈最近の下痢の治療，食事療法について記載〉

3) Pikering LK, Synder JD. Gastroenteritis. Textbook of Pediatrics 16th ed. p765, Saunders, 2000
〈やはりNelson，基礎的事項を記載〉

4) 吉本辰雄．細菌性下痢症．小児科診療 **62** : 609，1999
〈小児科診療所での細菌性下痢症の総計〉

5) 渡部礼二．最近5年間の細菌性下痢症-当院での診断法とその治療．外来小児科 **1** : 31, 1998
〈同上〉