

11歳、男児。発熱、腹痛、下痢。

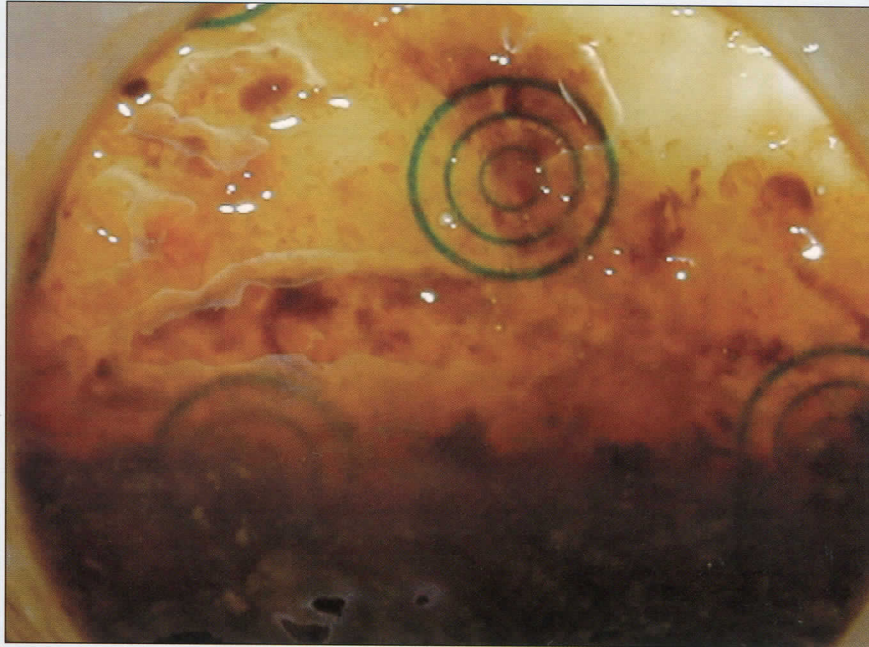


写真1 来院時の下痢便所見

受診2日前に頭痛と37.8℃の発熱を来した。翌日も発熱は継続(38.1℃)し、食欲も低下。受診前日の夕方に1回、受診当日の午前中に4回、同日午後6回と頻回の下痢を認めたため、当院を受診した。

軽い咳と鼻水はあるが、もともと出やすい方だとい

う。腹痛はあるが、悪心はない。学校ではインフルエンザが流行している。

診察時、腸雑音の亢進以外は特に異常所見はなかった。患者が紙コップで直接採取した下痢便の所見を写真1に示す。

問①

最も考えられる疾患は？

- 1 インフルエンザ
- 2 細菌性腸炎
- 3 ウイルス性腸炎

問②

最初に行うべき検査は？

- 1 インフルエンザウイルス抗原迅速検査
- 2 白血球数、CRP 定量検査
- 3 糞便粘液中膿（白血球集塊）の確認
- 4 糞便ウイルス抗原検査

問①の答え

2 細菌性腸炎

問②の答え

3 糞便粘液中膿（白血球集塊）の確認

発熱と下痢がある場合、かぜ症候群に伴う下痢か、感染性腸炎に伴う発熱かを鑑別する最善の方法は、糞便を調べることである。おむつ上の糞便か、水洗便所などの水に浸からないよう直接採取した糞便を観察し、粘液の有無を調べる。

粘液があれば、尿沈渣と同様、そのまま鏡検する。鏡検下で多数の白血球を認めれば滲出性下痢と考え、細菌性腸炎を疑う（写真2）。一方、粘液がない場合や、鏡検で白血球を認めない場合は分泌性/浸透圧性下痢であり、ウイルス性もしくはかぜ症候群に伴う下痢が考えられる。ウイルス性の場合には消化器症状が先行するのに対し、細菌性では発熱が同時発生か先行することが多いようである。

一般診療所で診る小児の細菌性腸炎の原因菌は、カンピロバクターが一番多く、続いて下痢原性大腸菌、サルモネラとされている。分類学上、下痢原性大腸菌やサルモネラは腸内細菌科に属し、抗菌薬の感受性についても、カンピロバクターとそれらの群では大きく異なる。また、カンピロバクターの菌体は特徴的ならせん状の形態をしており、糞便粘液を染色することで、8割はその場で診断できる。

染色の際は、粘液をスライドグラスに薄く広げ、火炎で固定した後、フクシン単染色かフクシンによるグラム染色を行う。本症例では、強拡大鏡検でらせん状の菌体を認めたため、培養の結果を待たずにカンピロバクター腸炎と診断した（写真3）。

ただし、複数の病原菌の混合感染のケースもあり、また抗菌薬に対する感受性を調べる上でも、培養を省いてはならない。一方で、粘液中に白血球を認め

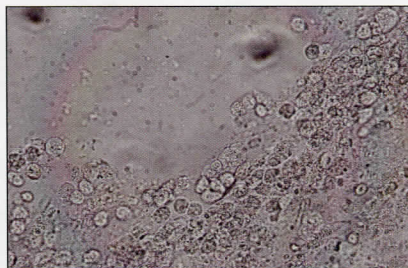


写真2 便の直接鏡検写真

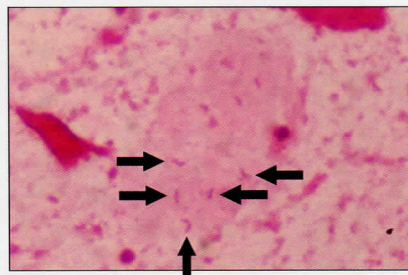


写真3 染色後粘液の強拡大鏡検写真
カンピロバクターのらせん状の菌体を認めた（→）。

る検体でも、市販の大腸菌抗血清がカバーしていない血清型やエルシニア感染症などでは、培養で病原菌を検出できないこともある。また、病原性大腸菌やサルモネラは健康保菌者もいるため、それらが検出されたからといって下痢の原因とは限らない。従って、下痢の原因を突き止める際には、培養の結果に頼りすぎるのではなく、冒頭で述べた糞便の観察を第一に行うべきだろう。

本症例では、カンピロバクター腸炎に対し、マクロライドのクラリスロマイシンを投与した結果、翌日夕方には発熱も下痢も治まった。後日、培養でもカンピロバクターが確認された。

らせん状菌が確認できない場合はST合剤を投与するが、カンピロバクターの可能性があったり、腸管出血性大腸菌やサルモネラが疑われる場合は、ホスホマイシンを投与し、培養の結果によって投与する薬剤を変更する。

POINT

発熱を伴う下痢の診断では、まず糞便を観察する。