

下痢

Diarrhea

[要旨] 下痢とは、水分を多く含む液状またはそれに近い糞便を排泄する状態である。排便回数あるいは排便量の増加を伴う場合が多い。通常1日に消化管に流入する水分量は、摂取量と分泌される消化液を合わせて10lに及ぶ。そのうち8l以上が小腸で吸収され、大腸には1.5~2lが流入し、その大部分が大腸で再吸収され、糞便には約0.1lの水分が排泄されるのみである。大腸における最大吸収能力は1日あたり4lに及ぶと考えられるが、小腸・大腸における分泌亢進・吸収低下が生じると下痢となる。すなわち水・電解質の分泌亢進、水・電解質の吸収障害、腸管運動亢進が相互に関連して生じる。また、下痢は大量の体液・電解質の流出をきたすが、腸管腔内に貯留した有害物質を洗い流すという生体防御反応としての面もあり、特に感染が疑われる場合にはむやみに止痢剤を投与してはならない。

[キーワード] 感染性腸炎、炎症性腸疾患、過敏性腸症候群、大腸内視鏡検査

診断の進め方

まず急性(1~2週間以内)か慢性(3週間以上)がその後の鑑別診断で重要となる。

A. 急性下痢の診断の進め方(図1,3)

急性下痢をきたすのは、感染性腸炎、薬剤性腸炎、虚血性腸炎が主であり、それを念頭に鑑別診断を行う。ただし慢性下痢の初期である可能性にも留意する必要がある。

1) 医療面接

発症のしかた、便の性状(血性の有無)、回数、量などとともに、腹痛や嘔気・嘔吐、発熱、感冒症状、意識障害、筋肉痛などの併発症状、集積性(家族内、職域内、施設内)についても聴取する。また食事内容、薬剤(特に抗生物質)服用歴、海外渡航歴も重要である。

2) 身体所見

舌、口腔粘膜の乾燥、皮膚の緊張度の低下など強い脱水が疑われる場合は尿量やバイタルサインのチェックが必須である。腹部の診察では、触診による圧痛、抵抗や腫瘤の有無に加え、腹部聴診により腸音の状態もチェックする。

3) 糞便検査・便培養・虫卵検査

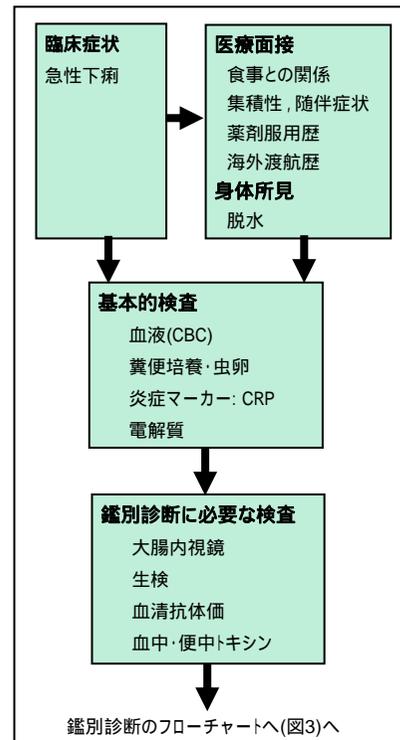


図1 急性下痢の場合の検査のフローチャート

可能ならば便の性状を自ら確認するのが望ましい。血性下痢は、腸管の器質的病変の存在(潰瘍、びらん、腫瘍)を意味し、顕性出血がなくとも便潜血反応が持続陽性であれば、機能的な下痢は除外できる。

便培養検査は細菌性腸炎の確定診断に有用で、寄生虫疾患が疑われれば虫卵検査、抗生剤投与歴などある場合には clostridium difficile 抗原を検査する。

4)末梢血・生化学検査

白血球増多・CRP 上昇は炎症の存在を示唆し、好酸球増多は寄生虫感染を、貧血は出血を疑わせる。頻回な下痢では電解質異常の確認も必要となる。感染性腸炎を疑う場合は、血清抗体価や toxin の測定も行う。

5)大腸内視鏡検査

急性出血性下痢に対しては、前処置なしで大腸内視鏡検査を行う。病変の特徴により虚血性腸炎、細菌性腸炎、抗生剤起因性出血性大腸炎などの鑑別がある程度可能で、生検や生検組織の細菌培養も有用な場合がある。

B. 慢性下痢の診断手順(図2,3)

慢性下痢で最も多いのは過敏性腸症候群である。潰瘍性大腸炎やクローン病、大腸癌が主な疾患となる。また、吸収不良性症候群(慢性膵炎や乳糖不耐性を含む)も考慮する。

1)医療面接

急性下痢と同様に便の性状・回数などの聴取は基本的に変わらない。血便があれば炎症性腸疾患や悪性腫瘍を疑わせる。食事に関係なく夜間にも下痢を伴う場合、発熱、体重減少を伴う場合は過敏性腸症候群以外の疾患が考慮される。

腹部手術歴(胃切除後、膵切除後、小腸切除後、盲管症候群など)や放射線治療歴、薬剤歴の聴取も重要である。

2)身体所見

貧血、浮腫、るい瘦などの栄養状態が重要である。皮疹、爪の変形、脱毛などは吸収障害に合併しやすい。また肛門部の診察もクローン病などの鑑別診断のため必須である。

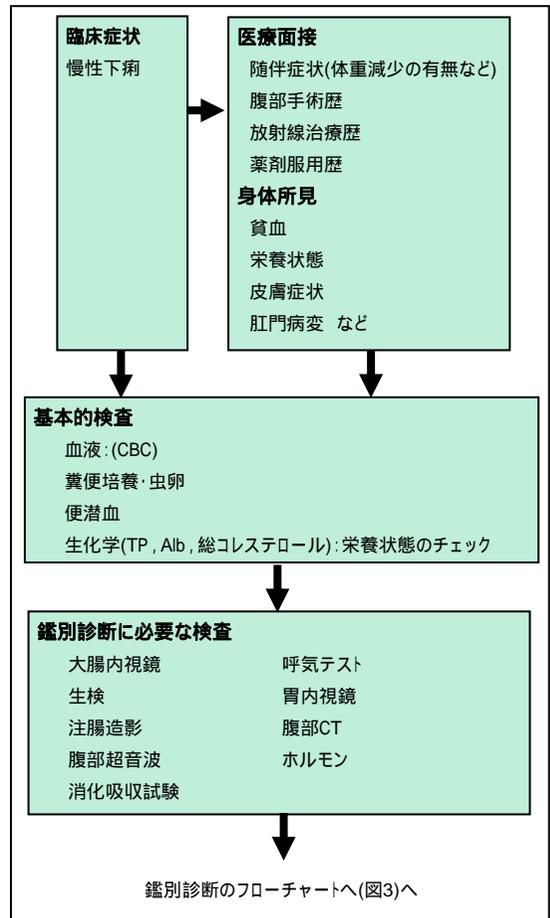


図2 慢性下痢の場合の検査のフローチャート

3)検査

急性下痢と同様に糞便培養および虫卵検査も必須であるが、便潜血検査陽性の場合には直ちに大腸内視鏡検査あるいは注腸検査を実施する必要がある。それにおいて異常がない場合は上部消化管内視鏡検査、小腸造影を行う。

吸収障害のスクリーニングには便 Sudan III 染色が有用で、陽性例には消化吸収試験が必要となる。

血液検査では貧血の有無と特徴、栄養状態のチェックのため、血清総蛋白、アルブミン、総コレステロールなどのチェックを行う。さらに吸収不良症候群では、ビタミン B12、葉酸、血清鉄、亜鉛などが低下をチェックし、ホルモン産生腫瘍が

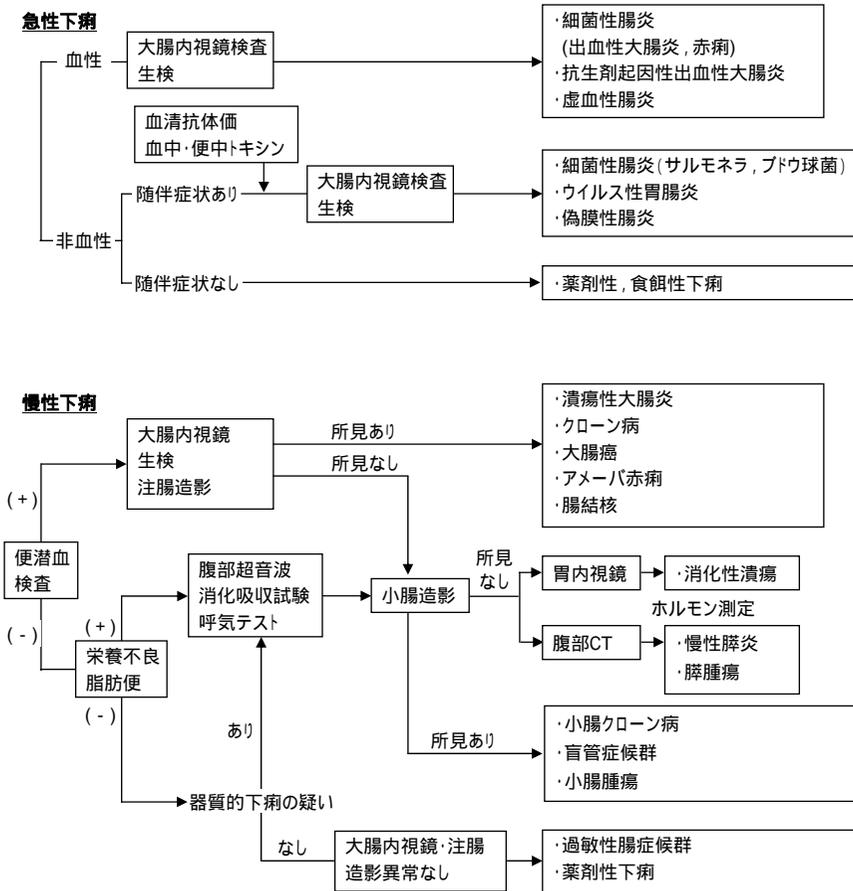


図3 下痢における鑑別診断のフローチャート

疑われる場合には血中ガストリン，セロトニン，VIP などの測定を行う。

CT，MRI，エコー検査は痔疾患，腸管拡張，腸管壁の肥厚の局在診断に有用である。

消化吸収機能を検査するには，D-xylose 試験，呼吸中¹³CO 分析による脂肪消化吸収試験，脂肪負荷試験，蛋白漏出を評価するには α_1 -アンチトリプシンクリアランス試験，膵外分泌機能検査には PFD 試験がある。

入院治療か外来治療かの判断

急性下痢については，経口摂取不能で脱水症状が著しい場合，38 以上の発熱を伴う場合，強い腹痛のある場合，血便を認める場合は入院適応

となる。

慢性下痢については，栄養状態低下例，診断困難例，血便例が入院適応となる。

治療による副作用のチェック

腸管運動抑制剤を使用すると，毒素産生菌の作用が腸内容物の停滞により増強する場合や，潰瘍性大腸炎において中毒性巨大結腸症を引き起こす場合があるので腹部所見を注意深く経過観察する必要がある。一般に急性下痢では脱水に対する輸液療法が主体となるが，電解質バランスや過剰輸液に留意した検査が必要となる。慢性下痢では原疾患では治療に加え栄養療法が必要となるので，TP，Alb，総コレステロール等を経時的にフォロ

ーし，かつ血糖値や肝機能検査等も定期的に行う必要がある。

参考文献

- 1) Helmut V, et al : 下痢. ボツカス消化器病学 第4版 土屋雅春監訳, 西村書店, 1988. p.120 ~ 135
- 2) 松本誉之, 他 : 便通異常 消化器病診療 良きインフォームド・コンセントに向けて. 財団法人日本消化器病学会監修, 医学書院. 2004. p.12 ~ 15
- 3) 河村 朗, 他 : 過敏性腸症候群の診断 (1)Rome and Manning diagnostic criteria. 臨床消化器内科 15 : 1721 ~ 1726, 2000