

the compass for clinical pediatrics

小児科臨床  
ピクシス



# かぜ症候群と 合併症

総編集●五十嵐 隆 東京大学  
専門編集●草刈 章 くさかり小児科

中山書店

# 感染性胃腸炎

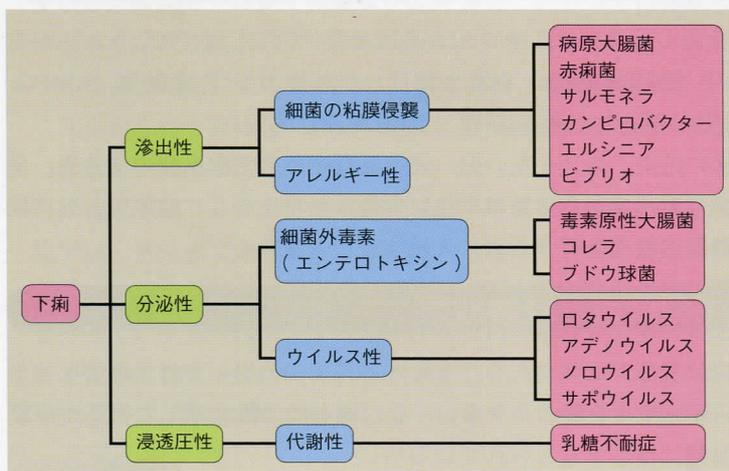
渡部礼二

- 感染性胃腸炎はウイルス性胃腸炎と細菌性腸炎の総称である。
- かぜ症候群は悪心、嘔吐、下痢、食欲低下など腹部症状を伴っている場合があり、その一方で、感染性胃腸炎による発熱の場合もある。下痢を伴っている場合は糞便を調べるのが鑑別の最良の方法である\*1。
- 症状の経過を詳細に聞くことでも、おおよその見当はつくことがある。
- いわゆる自家中毒（アセトン血性嘔吐症）が加わり悪心、頭痛、倦怠感が増強している例もあると思われ、紛らわしい<sup>1)</sup>。

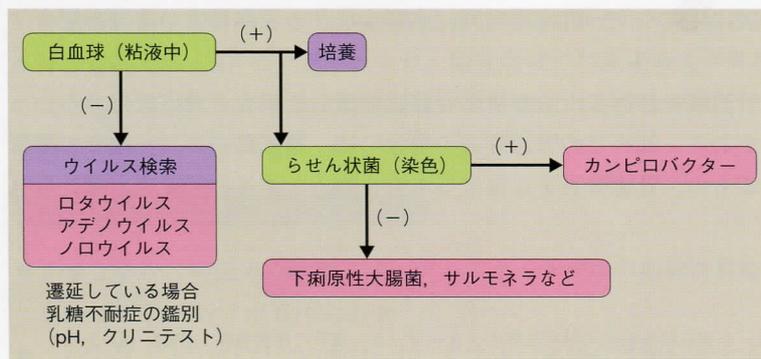
## ウイルス性胃腸炎

- ウイルス性胃腸炎は突然の嘔吐で始まるか、あるいは嘔吐がなくても腹痛、悪心、下痢が症状である。

### ① 急性下痢の成因とその分類



### ② 下痢便の鑑別



#### \*1 糞便検査による下痢の鑑別

- 糞便の性状から下痢の成因を推測できる ①。
- 糞便（水洗便所などの溜水に浸かっていない検体、おむつ上の検体）の粘液を鏡検し、白血球の集塊があれば細菌性腸炎が考えられる。
- 粘液がないかあっても、白血球がなければ非炎症性（＝ウイルス性）の下痢、あるいはかぜ症候群に伴う下痢が考えられる<sup>2)</sup> ②。

#### \*2 ロタウイルス胃腸炎

近年は初春に乳幼児で流行するようになった。潜伏期間は1～3日。突然の嘔吐で発症し、下痢に移行する。下痢だけの場合もある。便性は米のとぎ汁状のものから泥状便で、白色便とは限らない。下痢は4～8日続く。脱水に陥りやすく、輸液が必要な場合もある。乳糖不耐症を合併することがある。トランスアミナーゼの上昇、痙攣や脳症を伴うこともある。海外ではワクチンが開発されている。

#### \*3 腸管アデノウイルス胃腸炎

40, 41型で引き起こされる。潜伏期間は10日前後と長い。一般に、症状はロタウイルスよりも軽い。キットによってはアデノウイルスの他の型で陽性を呈し、アデノウイルス咽頭炎に伴う下痢の場合もあるので、診断に注意しなければならない。



AAP : American Academy of Pediatrics

CDC : Centers for Disease Control and Prevention

などを使用する場合は、血中濃度のピークに達する時間を念頭に入れ、使用しない場合には2～3時間の飢餓時間をおいてから、AAPのガイドラインやCDCの勧告に準じて経口補液を開始する<sup>5)</sup>。

- 循環不全がある場合や嘔吐が治まらない場合は、時機を逸することなく経静脈輸液に移行する。

### 脱水に対する治療・予防

- 5%以上の脱水がある場合や経口補液が不可の場合は、時機を逸することなく経静脈輸液を実施する。悪心がなければAAPのガイドラインやCDCの勧告に準じて経口補液を実施する。
- 脱水も悪心もなく下痢だけの場合は、食欲があれば食事内容は患児の食欲に任せるが、水分は下痢として排泄した分を余計に補充するようにする。食欲がなければ必要水分量は電解質液で補充するようにする。

### 下痢に対する治療

- ウイルス性下痢では、まずは嘔吐させないようにし、下痢をしている場合には喪失分を補充して脱水になるのを予防し、全身状態を保ち自然治癒を待つ。下痢のみの場合は排泄した水分を補充すればよいが、嘔吐があれば必要水分さえも経口補充できない。また、ロペラミドのような中枢性の止痢薬の投与は、病態のうえから禁忌である。悪心がなくなれば必要以上に食事内容を制限する必要はなく、本人の食欲に合わせるが、無理に与えてはいけない。
- 乳幼児で下痢が遷延するときは二次性乳糖不耐症の鑑別を行う。

### 細菌性下痢における抗菌薬の使用

- 意見は種々であるが、抗菌薬投与は緊急を要するものではない。必ず培養の検体を確保してから抗菌薬を投与する<sup>\*9</sup>。
- 筆者は初診時カンピロバクターを診断できればマクロライド系、ミノサイクリン<sup>\*10</sup>を投与し、それ以外はST合剤かノルフロキサシンを投与し、腸管出血性大腸菌とサルモネラあるいはカンピロバクターが否定しきれない場合はホスホマイシンを使用して培養の結果を待つ。
- 除菌できないからといって抗菌薬を漫然と投与しつづけるべきではない。

### 文献

- 1) 小林浩司. アセトン血性嘔吐症. 小児内科 2003 ; 35 (増刊号) : 548-50.
- 2) Pickering LK. Approach to patients with gastrointestinal tract infections and food poisoning. In : Feigin RD, et al, editors. Feigin & Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Disease. 6th edition. Philadelphia : Saunders-Elsevier ; 2009. p.621-53.
- 3) 渡部礼二. 最近5年間の細菌性腸炎のまとめ—当院での診断法とその治療. 外来小児科 1998 ; 1 : 31-7.
- 4) Schwalz RH, et al. Experience with the microbiologic diagnosis of Campylobacter enteritis in an office laboratory. Pediatr Infect Dis J 1983 ; 2 : 298-301.
- 5) American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Acute Gastroenteritis Provisional Committee on Quality Improvement. Practice parameter : The management of acute gastroenteritis in young children. Pediatrics 1996 ; 97 : 424-35.

\*9

カンピロバクターを鏡検で診断できても混合感染の場合もあり、必ず培養を併用する。細菌性腸炎を疑った場合は、必ず培養の検体を確保してから抗菌薬を投与する。

\*10

歯牙が着色する副作用があるため、8歳未満児には投与を控える。

