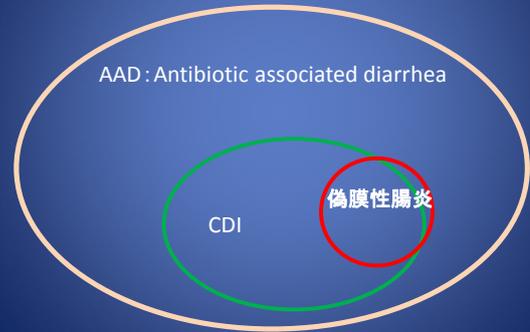


C.Difficile感染症 (CDI) 診断・治療方針

済生会八幡総合病院 内科
柴田 光子

CDI≠偽膜性腸炎



【Clostridium difficile感染症 CDI】

- 抗菌薬により腸管内の菌交代→CDが増加し、CDが産生したToxinが粘膜障害起こす。

抗菌薬

頻度の高いもの

頻度の低いもの

クリンダマイシン

メロニダゾール、バンコマイシン

セファロスポリン系(特に第2・3世代)
アモキシシリン、アンピシリン
βラクタマーゼ阻害剤配合薬
ニューキノロン

アミノグリコシド系
クロラムフェニコール
リファンピシン
アムホテリシンB

CDIを疑うとき

- 下痢、軟便、発熱、腹痛を発症した症例で、2か月以内の抗菌薬投与歴がある場合
- CD toxin 検査を行う
便培養でC.difficileの検出
大腸内視鏡検査(偽膜の確認)

偽膜性腸炎 内視鏡所見



各種検査の感度・特異度

検査方法	感度(%)	特異度(%)
下部消化管内視鏡	51	ほぼ100
CD 培養	89-100	84-100
迅速toxinテスト (EIA)	63-99	75-100

CDI 重症度分類

- 重症型CDIの診断基準
 - * 2点以上の場合、重症型(Severe)CDIと判定
- 各1点
- 60歳以上
 - 体温38.3°C以上
 - 血清アルブミン値2.5mg/dL以下
 - 白血球数15,000/mm³以上
- 各2点
- 偽膜性腸炎の存在
 - ICUへの入院

治療方針

原則的には**抗菌薬の中止**、**抗生剤の変更**
下痢で脱水、電解質異常あれば補液併用

① 軽症～中等例

メトロニダゾール 500mg × 3 10-14日間

または

塩酸バンコマイシン散 125mg × 4 10-14日間

② 重症例

塩酸バンコマイシン散 250～500mg × 4 10-14日間

再感染時の治療例

①バンコマイシンの長期投与

- 1week: 0.5g 4 × /day 7日
- 2week: 0.25g 2 × /day 7日
- 3week: 0.125g 1 × /day 7日
- 4week: 0.125g 1 × 隔日投与

間欠投与法: 0.125g 1 × 2-3日毎 21日間

②バンコマイシンとリファンピシン併用(保険適応外)

- バンコマイシン0.5g 4 × /day + リファンピシン600mg 2 × /day

再感染時の治療例②

③免疫グロブリン

IVIg 150-400mg/kg

(本邦では100mg/kg/dayが[△]最大量)

④糞便注入法(NEJM, Jan 16, 2013.)

健康者の糞便を採取・希釈し、経鼻十二指腸チューブで投与→16名中13人が一回で治癒
バンコマイシン投与のみでは13名中4人で治癒

治療の効果判定は？

- **CD toxinの陰性化が治療終了ではない!**

症状が軽快してもCDを保菌し、toxinが持続的に陽性となることがある。

臨床症状(下痢、発熱、腹痛等)、血液データの改善をもとに判断

本日のポイント

- 院内で発熱&下痢を見たらCDIを疑い、CDチェックを。
- 重症度・合併症、臨床経過に基づいて**メトロニダゾール**または**経口バンコマイシン**で治療する。
- 治療効果判定は臨床経過をもってする。**Toxin再検不要。**

参考文献

- ・重篤副作用疾患別対応マニュアル
偽膜性大腸炎(H20年3月 厚生労働省)
- ・ディフィシル菌感染症の基礎と臨床
モダンメディア 56巻10号 2010
等