

14. 腸管感染症・最近の話題

JR大阪鉄道病院消化器内科 清水 誠治

腸管感染症は、さまざまな病原体（細菌、真菌、ウイルスならびに寄生虫等）によって引き起こされる。疾患構成は衛生環境や生活習慣を反映し、時代や地域で変化する。代表的な症状は下痢であるが、下痢がない場合や無症候の感染も多い。

腸管感染症の多くは糞口感染で成立し、保因者や保因動物から直接的に、あるいは糞便・腸内容物で汚染された食品、水、土壌ならびに環境表面等を介し伝搬する。それ以外では、飛沫感染、空気感染ならびに経皮的感染がみられる他、潜在性感染の顕性化がある。

感染様式は、市中感染下痢症（食中毒を含む）、旅行者下痢症、院内・施設内感染症、抗菌薬関連下痢症、日和見感染症ならびに性感染症等に分類される。疫学資料として、本邦では食中毒統計と感染症発生動向調査等があり、発生の傾向と感染経路を知るうえで重要であるが、必ずしも実態を反映しているとは言えない。院内感染症・抗菌薬関連下痢症として*Clostridioides dif-*

*ficile*感染症が重要であるが、市中感染が増加し抗菌薬使用歴がない場合もある。また、従来、輸入感染症であった疾患の国内発生等感染の様式にも変化がみられる。

腸管感染症の診断は、症状の組み合わせや病歴から想定される疾患を絞り込んでいくことから始まる。喫食物が感染源となる場合には、病原体による潜伏期間の違いを念頭に置いた具体的な病歴聴取が重要である。腸管感染症の診断は、基本的に病原体の関与を証明することによってなされるため、画像診断が行われる機会は少ない。しかし、内視鏡や生検診断が有用な腸管感染症も存在する。血便、慢性下痢等の有症対例、便潜血陽性者で内視鏡が行われて、それを契機に診断される腸管感染症も少なくない。さらに、内視鏡所見がIBD（inflammatory bowel disease）と類似する疾患も多く、慎重な鑑別診断が要求される。

今回の講演では、腸管感染症の最近の話題を交えて、診療の要点を解説したい。

15. 糖尿病の疫学

東京女子医科大学糖尿病代謝内科学（糖尿病センター内科） 中神 朋子

2016年の厚生労働省の国民健康・栄養調査によれば、「糖尿病が強く疑われる」成人は2012年の前回調査より50万人増え推計1,000万人を突破し、1997年の調査開始以来、初めて1,000万人を超えた。一方、予備群とされる「糖尿病の可能性を否定できない」成人は2007年の1,320万人をピークに減少し、前回調査よりも100万人少ない1,000万人と推計された。つまり、日本

人成人の少なくとも5人に1人が耐糖能障害を呈していることになる。この結果は、生活習慣病予防のために2008年から開始された特定健診により積極的に糖尿病を診断していること、健診後の特定保健指導等による予防効果が影響した可能性がある。一方、糖尿病の危険因子からみると、糖尿病患者数の増加の背景には、日本人の人口動態の高齢化が高齢者人口の増加に拍

車をかけていること、運動不足や食生活の欧米化等による（内臓）肥満人口が増加していることが影響していると推測される。我が国の多くのコホート研究の再解析では、今後も2030年まで糖尿病有病率は経年的に上昇することが予想され、適切な保健指導の実践や早期の治療介入が重要である。国民健康・栄養調査では、60歳以上の3人に1人は耐糖能障害を有する。高齢糖尿病患者では、活動量の低下、サルコペニア、認知機能低下ならびに意欲・食欲低下と共に併存疾患を持つことが多く、社会的サポート

も含め、非高齢者とは異なる対応が必要である。糖尿病患者の予後は、予防や治療の進歩に伴い改善傾向を認めるが、一般人口の予後も改善しており、その差は大きく変化したとは言い難い。1971年から10年毎に行われている大規模な糖尿病患者の死因調査によれば、死因の第1位は、1990年以前は血管障害、1990年以降は悪性新生物に入れ替わり、一般人口と同様となった。糖尿病や糖尿病合併症の予防や治療の進歩を反映した結果と思われ、興味深い。

16. 多発性硬化症の診断と治療

慶應義塾大学内科学（神経） 中原 仁

多発性硬化症（multiple sclerosis：MS）は、仏の神経学者Jean-Martin Charcotにより、約150年前に提唱された神経病理学的な疾患概念に端を発する。その臨床定義は1965年に制定され、MSは「空間的多発性と時間的多発性を満たす中枢神経系脱髄疾患」のうち「原因不明のもの」と決められた。これら2つの条件のうち、前者を示すために今日ではMRI（magnetic resonance imaging）が頻用されており、その方法論を詳述しているのがMcDonald診断基準である。定期的に改訂が続けられており、2017年改訂版が最新である。他方、後者の条件はまさに「悪魔の証明」を求めるものであるが、とりわけ、視神経脊髄炎関連疾患（neuromyelitis optica spectrum disorder：NMOSD）の鑑別が重要である。NMOSDは、かつて「MSの亜型」と呼ばれた一群から、2005年に病因論的自己抗体として抗aquaporin-4抗体が同定され制定された新たな疾患概念である。MSとは病理が異なり、また、治療反応性が大きく異なるため、かのMcDonald診断基準においても、MS診断に先んじてNMOSD

の鑑別を課している。しかしMSは論理的に「原因不明」であり、多分にその病理病態は多様性に富むと推定されるが、その一方で、疾患修飾薬の開発ラッシュが続いている。1993年のインターフェロンβ製剤の登場にはじまり、10種類以上の疾患修飾薬が既に上市されている。それら疾患修飾薬のなかには、偶発的に誕生した作用機序が曖昧な薬剤も含まれており、合理的な使い分けは必ずしも容易ではない。このため、当初は副作用の軽重が最重要視され処方されていたが、薬剤によりMS患者の長期予後が大きく左右されることが明確になるにつれ、患者毎に予後や治療リスクを予測したうえで処方するべく、個別化医療が進展しつつある。あるいはまた、MSの疾患修飾薬には「治療機会の窓」があると考えられていたが、それを逸脱した進行期にも有効性を示す薬剤が昨今登場している。今日、MSは「上手く付き合うことが可能な」神経難病になりつつあるが、長期治療を見据えた副作用マネジメントの必要性が高まっている。