

## ■ *Clostridioides (Clostridium) difficile*

主に抗菌薬の使用によって腸内の正常細菌叢が攪乱された結果 *C. difficile*(CD)が増殖し、トキシンが産生されることで症状が出現するが、無症候または軽度の軟便から、腸穿孔や中毒性巨大結腸症をきたし外科的治療も考慮すべき重篤なものまでさまざまである。

とくに新生児から乳児までの無症候性定着率は高く(20%~90%)、その後 2~3 歳になるまでに定着率は 1~3%となる。医療機関への受診歴がない成人での定着率は<2~15%だが、入院環境では約 30%まで、長期介護施設などでは約 50%まで高率となるとの報告がある。

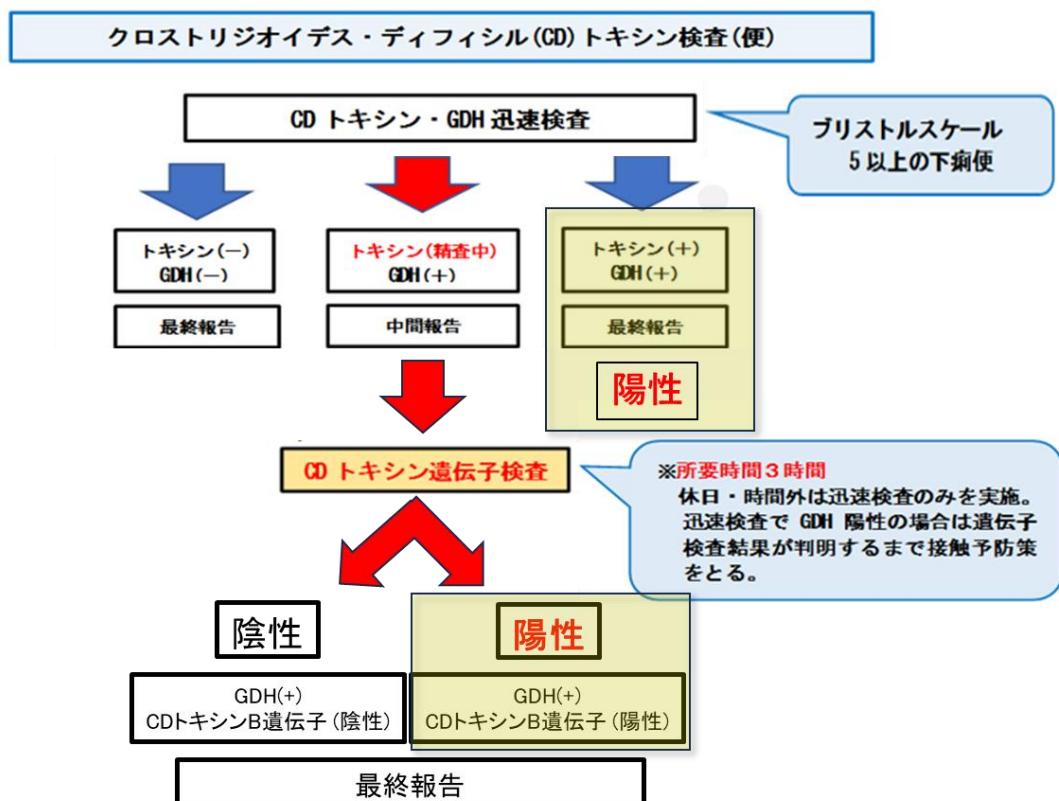
### ■ 定義・リスク因子・診断

- ・ *C. difficile* 感染症(CDI)は、2 歳以上で Bristol Stool Scale 5 以上の下痢を認め、便中のトキシンが陽性もしくはトキシン産生性の CD を分離する、もしくは下部消化管内視鏡や大腸病理組織で偽膜性腸炎を呈するものと定義される。
- ・ 下痢は 24 時間以内に 3 回以上もしくは平常時よりも多い便回数で、Bristol Stool Scale 5 以上の便を目安とする。(Bristol Stool Scale については[微生物検査](#)を参照のこと)
- ・ 下痢を認めずに麻痺性イレウスや中毒性巨大結腸症をきたすことがある。
- ・ CDI 発症のリスク因子としては高齢・抗菌薬(クリンダマイシン・カルバペネム系薬・セファロスポリン系薬・フルオロキノロン系薬)使用が重要であり、その他過去(3 か月以内)の入院歴・消化管手術歴・慢性腎臓病や炎症性腸疾患などの基礎疾患・経鼻経管栄養の使用・制酸薬(プロトンポンプ阻害薬(PPI)や H<sub>2</sub>受容体拮抗薬)もリスク因子として考慮する。
- ・ CDI 発症リスクを有する抗菌薬投与患者においては、プロバイオティクス製剤による予防を弱く推奨する。
- ・ 便の CD トキシン A/B 迅速検査(細菌特殊検査)  
CD トキシン検査の感度は 70~80%にとどまるため、当院では CD トキシンと一緒に CD の抗原であるグルタミン酸脱水素酵素(GDH)を検出する迅速検査を実施している。
- ・ 便の CD トキシン遺伝子検査(必要時細菌検査室でオーダー入力)  
CD 迅速検査の GDH 単独陽性例は CD トキシン遺伝子検査を実施する。  
(休日・時間外は迅速検査のみを実施)

抗菌薬が投与されていた入院患者で下痢が見られる場合は、検査依頼を行う。ただし入院患者では CD 保菌例も存在するため、感染症を疑わせる臨床症状がない場合は検査を実施しない。

2歳未満の小児では保菌率が高く病因としての意義が確立していないため、他の感染性もしくは非感染性の下痢症の原因が除外されていない限り、検査は推奨されない。

大腸内視鏡検査で偽膜性腸炎の組織所見を確認できる。特異度は高いが感度は50%と低いため、必ずしも必須ではない。



### ■再発の定義・重症度

- 再発は「適切な診療を受けたにもかかわらず、CDI 発症後 8 週間以内に CDI を再度発症したもの」と定義する。そのリスク因子としては高齢(65 歳以上)・CDI 診断後の抗菌薬の使用歴・腎不全などの重篤な基礎疾患の存在・CDI の既往・PPI の使用・免疫不全宿主(免疫抑制剤の使用など)・重症 CDI・強毒株による感染(RT 027/078/244)が挙げられる。
- 現時点で推奨できる重症度分類はないが、先行研究および各国ガイドラインを参考に日本の現状を考慮して作成された MN 基準が提唱されている。

CDI 重症度判定基準 (MN 基準)

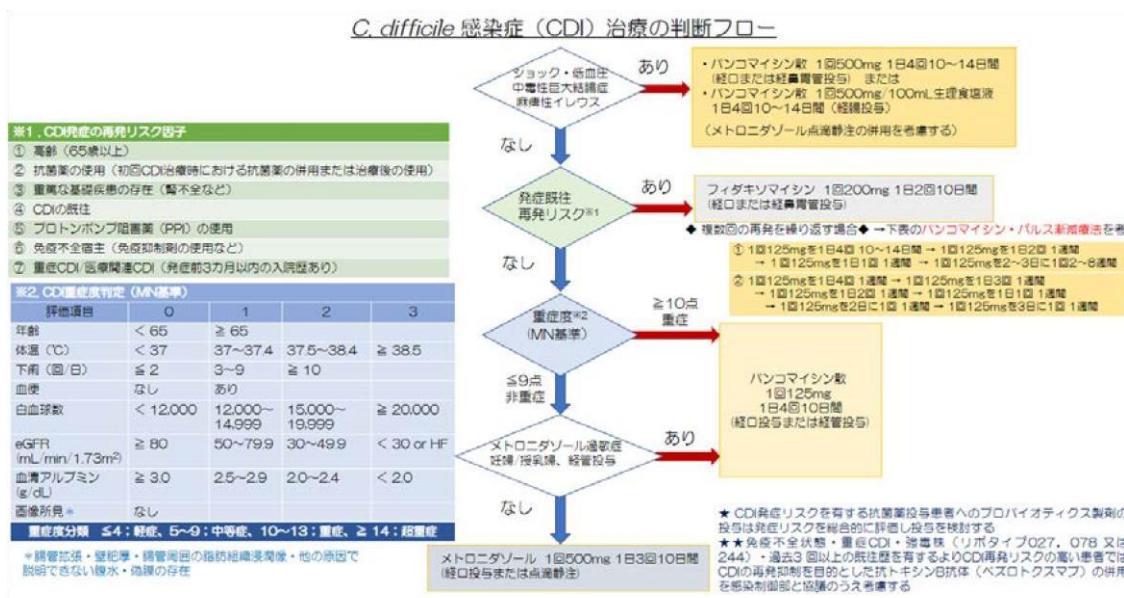
	0	1	2	3
年齢	<65	≥ 65		
体温(°C)	<37	37~37.4	37.5~38.4	≥ 38.5
下痢(回/日)	≤ 2	3~9	≥ 10	
血便	なし	あり		
白血球数	<12,000	12,000~14,999	15,000~19,999	≥ 20,000
eGFR 値(mL/min/1.73m <sup>2</sup> )	≥ 80	50~79.9	30~49.9	<30 or HF
血清アルブミン(g/dL)	≥ 3.0	2.5~2.9	2.0~2.4	<2.0
画像所見*	なし		あり	
重症度分類 ≤ 4: 軽症、5~9: 中等症、10~13:重症、≥ 14 超重症				

\* 腸管拡張・壁肥厚・腸管周囲の脂肪組織浸潤像・他の原因で説明できない腹水・偽膜の存在

- 難治例は以下のいずれかに該当する場合と定義される
  - 2 回以上の再発を繰り返すもの
  - パンコマイシン・フィダキソマイシン内服治療にもかかわらず、治療終了時まで下痢改善を認めない例
  - ショック、腸閉塞、巨大結腸症、腸穿孔を認め、CDI が原因と考えられる例

### ■治療

CDI の治療薬としては、メトロニダゾール・パンコマイシン散・フィダキソマイシンがある。



2023年3月 健児県立大学病院 感染制御部

## 第1選択薬

初発(再発リスクなし)・非重症例

メトロニダゾール 1回 500mg 1日 3回、10日間経口投与または点滴静注

※メトロニダゾールは CCr<10ml/min、透析患者は半量へ減量する必要がある。ただし、過敏症既往に加え、脳・脊髄に器質的疾患有する患者、妊娠3ヶ月以内の患者は禁忌となり、また、血液疾患・脳膿瘍患者（慎重投与）および経管投与の患者ではパンコマイシン散（重症例に準じる）の使用を考慮する。

初発(再発リスクなし)・重症例

パンコマイシン散 1回 125mg 1日 4回、10日間経口投与

（1バイアル 0.5g を注射用水またはブドウ糖液 20ml に溶解し 5ml ずつ投与、冷蔵保存

※ 苦味が強いため経口投与の場合は、ブドウ糖液での溶解または単シロップ（等量混合）での矯味を考慮する。）

初発例(再発リスクあり)・再発例

フィダキソマイシン 1回 200mg 1日 2回、10日間経口投与

効果が得られない場合・ショック・中毒性巨大結腸症・麻痺性イレウスの場合

パンコマイシン散 1回 500mg 1日 4回 注射用水またはブドウ糖液 20ml に溶解、10日間経口または経鼻胃管投与

または バンコマイシン散 1 回 500mg/100mL 生理食塩水 1 日 4 回、10 日間経腸投与  
(メトロニダゾール点滴静注の併用も考慮)

#### ■ 患者が発生したら

1. 便失禁または感染性の原因がありそうな急性下痢症を呈した場合は検査結果が出る前より接触予防策を実施する。→感染経路別予防策 診断確定前から感染経路別予防策が必要な症状を参照
2. 便迅速検査で CD トキシン陽性が検出されたら、細菌検査室は ICT メーリングリストで連絡する。
3. 休日・時間外の便迅速検査で GDH 陽性の場合は翌診療日に実施する CD トキシン遺伝子検査結果が判明するまで個室隔離し、接触予防策をとる。個室隔離できない場合は、伝播がおこらないよう接触予防策の徹底を図る。
4. 同じ病棟で下痢症患者が他に出現する場合は、CD トキシン検査の提出をすみやかに行う。
5. Bristol stool scale が 5 以上の下痢が持続している場合は接触予防策を継続し、個室隔離・接触予防策の期間は、下痢が消失して 48 時間を経過するまで、もしくは治療期間終了までとする。個室隔離・接触予防策解除の判断に困る場合は、感染制御部と協議する。
6. CD 保菌例では必ずしも接触予防策を要さないため、陰性化を確認するための CD トキシン検査は不要であり、治療期間中の再検査は行わない。

#### ■ 伝播予防対策

1. 下痢症患者と接触したら石けんと流水による手洗いを行う。C. difficile は芽胞を形成するため、アルコールは無効である。環境消毒には 0.1%以上の次亜塩素酸ナトリウムを使用する。
2. 早めの診断とトイレのある個室への早めの隔離が必要である。患者が複数発生した場合はコホート隔離をする。
3. 接触予防策を徹底する。更衣やおむつ交換ではエプロンを装着する。聴診器や血圧計は患者ごとに個別化する。

#### ■ CD 関連下痢症バンドル

- ★ 下痢症状のある CD 抗原・トキシン陽性例は接触予防策を開始し、患者接触後には流水・石けんでの手洗いを行う。
- ★ 適切な便検体(Bristol scale5 以上)が提出されている。
- ★ 誘因となっている抗菌薬の投与を中止する。

- ★ 初発・非重症例ではメトロニダゾールを、初発・重症例ではバンコマイシン散、再発・難治例・アウトブレイク時はフィダキソマイシンでの加療を考慮する。
- ★ CD 抗原陽性の培養コロニーでのトキシン陰性例ではメトロニダゾール・バンコマイシン散投与の中止を検討する。また下痢症状がおちついていれば接触予防策は解除する。
- ★ CD トキシン陽性例では下痢症状が消失して 48 時間(2 日間)または治療期間終了まで接触予防策を実施する。
- ★ 接触予防策解除のための CD 検査は行わない。