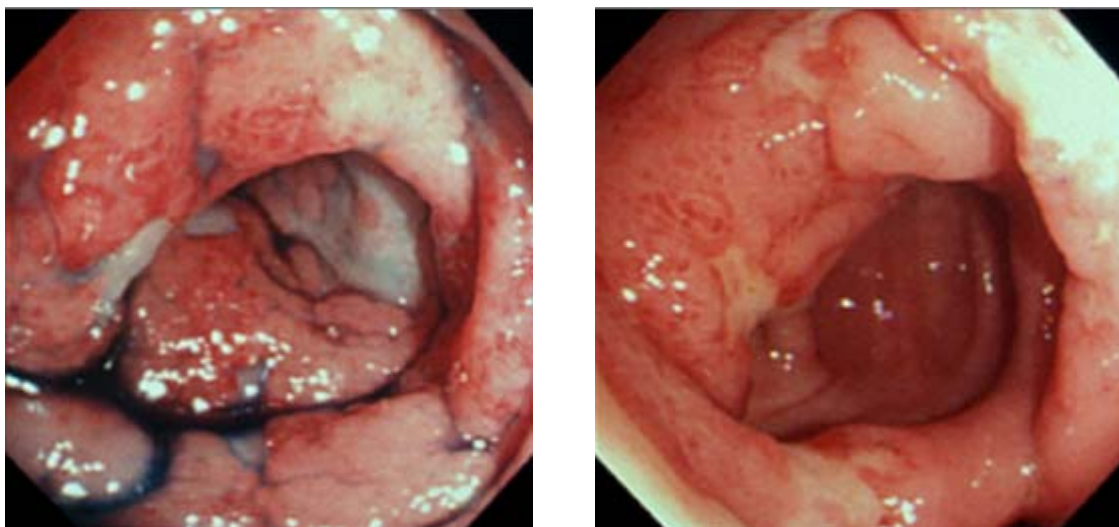


図8 サルモネラ大腸炎



右側、大腸の高度病変
(潰瘍性大腸炎との鑑別)

図9 腸管出血性大腸菌 (O157) 大腸炎 (右側結腸)

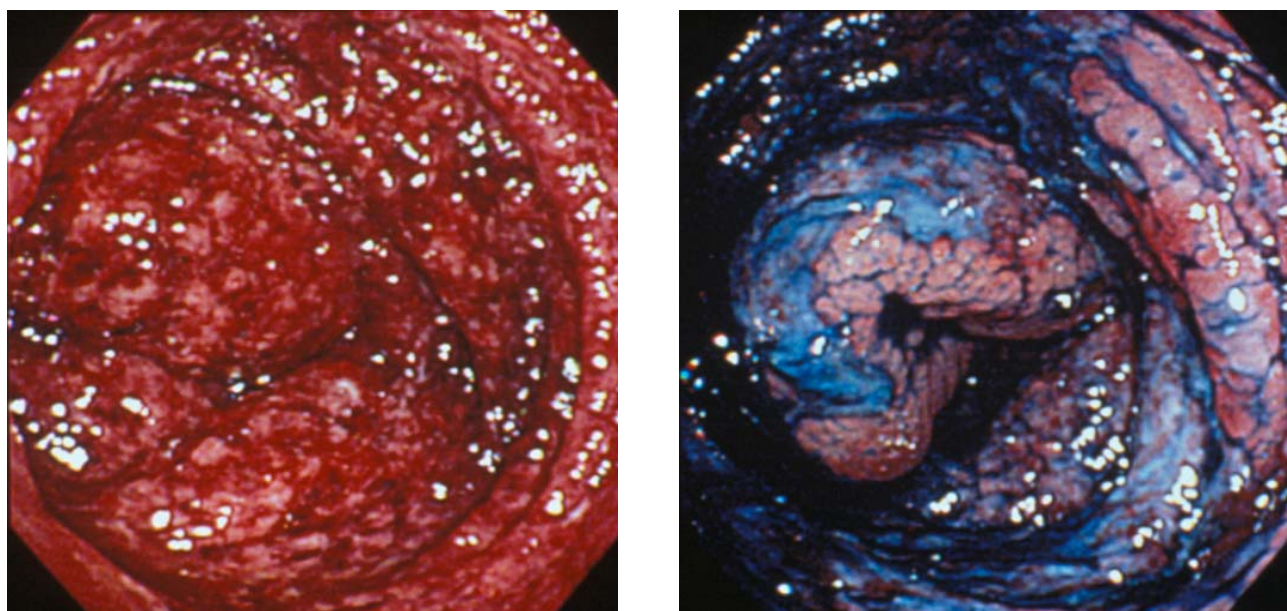


図10 MRSA 腸炎

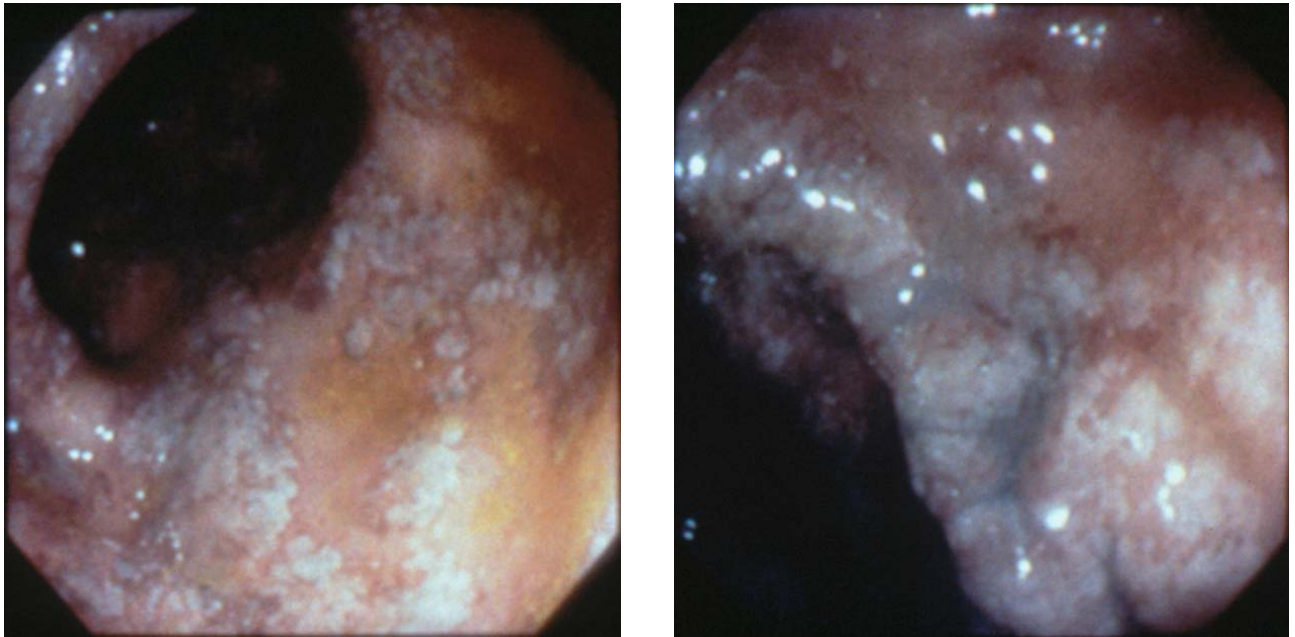


図11 合成ペニシリンによる出血性大腸炎

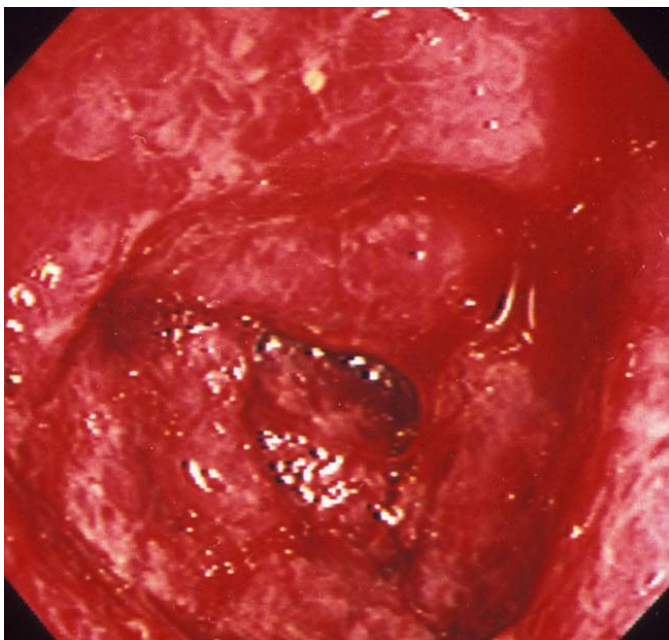
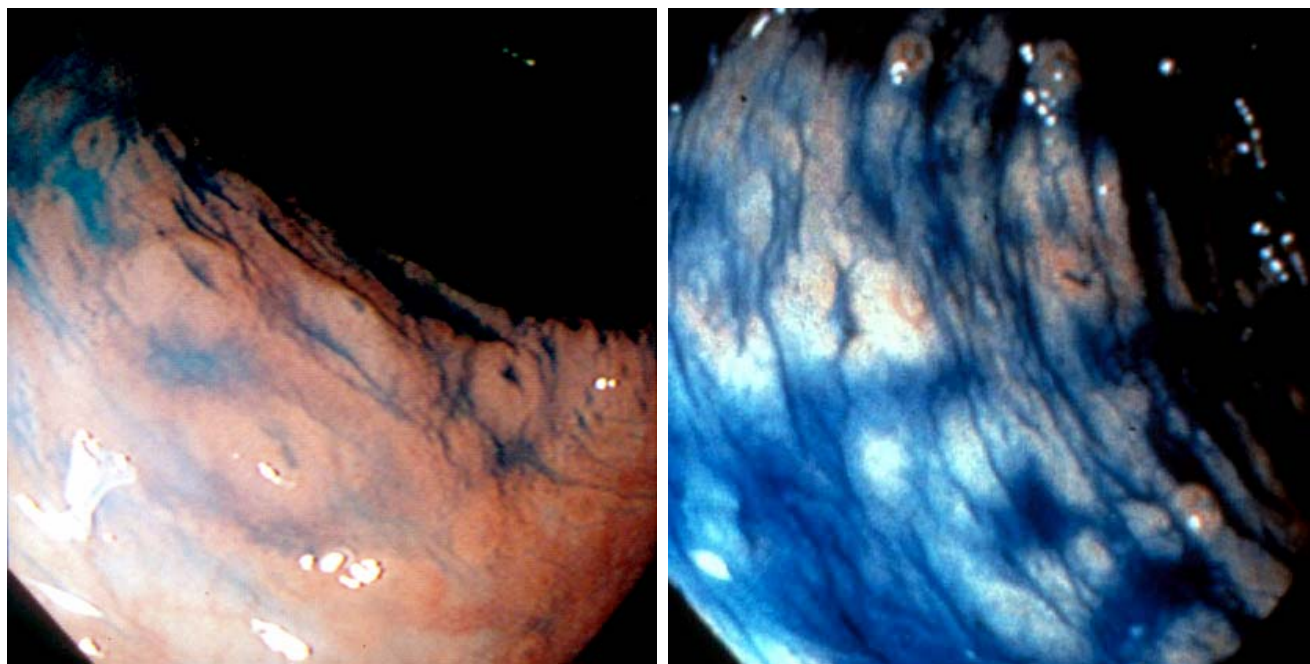


図 1 2 Crohn 病 (大腸にアフタ様潰瘍多発)



(2) 判別方法

細菌学的検査が本症の確定診断をもたらす。糞便からの*C. difficile*の検出は嫌気性下の培養が必要で困難なことが多く、培養困難(difficult)であることが、この菌の命名の由来になっている。これまでは、C D CHECK・D-1 がtoxinを捉えると考えられていたので本検査による*C. difficile* 感染診断が一般的であった。しかし、既に述べたようにこの検査がtoxinの存在を指摘できないことが判明したのでtoxinを直接証明する検査を行うようになった。抗菌薬投与後偽膜性大腸炎では*C. difficile* toxinが90~95%に検出されるとされている¹³⁾。一般検査では末梢血、電解質、CRP、赤沈、血清蛋白、アルブミン、免疫グロブリンを含めて検査する。

4. 治療方法

(1) 治療の原則

*C. difficile*症の診断が確定するか、または疑われる場合には、まず第一に発症の契機となった抗菌薬の投与を可能な限り中止することである^{1, 24-27)}。同時に、合併症を含めた患者の全身状態の評価も重要である²⁶⁾。病状により抗菌薬中止が困難な場合は*C. difficile*症を生じにくい抗菌薬へ変更を行う²⁴⁻²⁷⁾。*C.*