

Escherichia coli O157: H7**関連出血性大腸炎の散発例**

Sporadic cases of hemorrhagic colitis associated with *Escherichia coli* O157: H7: Remis RS, MacDonald KL, Riley LW, et al (Ann Int Med 101: 624-626, 1984)

新たに病原菌として認識された *Escherichia coli* serotype O157: H7 が起炎菌と考えられる特異な出血性大腸炎症候群の集団発生が最近報告されている。報告された2度の集団発生は、同一チェーン店でのハンバーガーからの感染と推定されている。著者らは、これらの集団発生の調査後、散発例の発見を目的に全米監視体制を確立し検討を行ってきた結果、*E. coli* O157: H7 による出血性大腸炎が散発例としても存在するため、臨床医はこれを認識し疑診例に糞便検査を迅速に施行するよう

強調している。

1982年7月から1984年4月までに、出血性大腸炎症候群（痙攣性腹痛、血性下痢を訴えるが、発熱はないか、あっても軽微で、サルモネラ菌、赤痢菌あるいはキャンピロバクター等の起炎菌が陰性）として報告された患者は103例で、76例（74%）の便から *E. coli* が分離され、そのうちの28例（36%）に serotype O157: H7 が同定された。これら28例の平均年齢は20歳（1~80歳）で15例が男性であった。病悩期間は平均8日（2~14日）で、17例は平均6.5日間（2~17日間）の入院を要していた。最も多い症状は、痙攣性腹痛に引き続いて起こる水様性下痢、更には血性の下痢で18例に認められた。全例、理学的所見には特記事項なく、白血球増多は平均13,068（7,500~22,000）で、左方移動も軽微であった。24例中9例は

抗生物質投与による治療がされていたが、抗生物質投与群と非投与群の病期は各々7.5日と8.5日であった。14例に大腸X線あるいは大腸内視鏡検査が施行されていた。4例の大腸内視鏡所見は、炎症、浮腫あるいは出血（あるいはすべて）が主に上行結腸から近位横行結腸に認められた。S状結腸ファイバースコープ検査が正常で、大腸X線検査で上行結腸に拇指圧痕像が認められた症例が2例あった。一方、S状結腸ファイバースコープ施行例10例中6例に浮腫、易出血性粘膜、潰瘍、発赤が観察されていた。大腸X線所見正常例は2例であった。発症後6日以内に糞便が採取された症例の培養陽性は28例中24例で有意にそれ以外の患者よりも陽性率が高かった。

（愛知県がんセンター第1内科

伊藤克昭 抄）

Coffee Break**潰瘍の再発をめぐる（その2）—再発係数と区間再発率**

再発の問題を論議するのに、いわゆる累積再発率が唯一、最善の数字でないことは前号で述べたとおりである。目的によって、場合に応じて、問題の解明に最も適当な数字を選択すればよい。また、それが必要だということである。

2つの集団について、再発の実態を比較するというのは、最も普通の課題だが、まず、そのうちの何を比べるのかをはっきりさせる必要がある。再発の速さを比較するには、いわゆる累積再発率が役に立とう。その数値が50%に達する期間を比べるなどすればよい。しかし、多くの場合、最も重要な数字は再発発生の頻度であろう。それを知るには、一定期間内の総再発回数を調べるのが、最も簡明直截である。その数字は内容からすれば、“いわゆる”ぬきの累積再発率とも言うべきもののだが、それでは紛らわしいことになる。治療係数という用語にならって、再発係数と呼んでおくことにしよう。

また、1つの集団について再発率の推移を追うという場合もある。いわゆる累積再発率もその1つだが、それが唯一の数字ではない。前述のように、累積再発率はそれぞれの場合の上限値まで上昇を続けるが、一方、再発率自体は経時的に低下してゆく、と筆者は考える。すなわち、長期経過を幾つかの区間に分けてみると、任意の区間における再発率（区間再発率）は、その前の区間再発率よりも低いということである。これは、既に報告された多くの累積再発率において、観測値が常に理論値（再発率を一定として計算した数値）を下回っているという事実によっても証明されよう。また、区間再発係数として観察すれば、その傾向は一層明瞭となろう。再発率の経時的低下は、潰瘍症自体の特性なのか、それとも、患者の加齢による消長なのか、それは今後の検討課題である。

（福島県立本宮病院 五ノ井哲朗）