

原 著

気管・気管支結核症の臨床的検討

倉澤卓也・川合満・久世文幸

中西通泰・前川暢夫

京都大学結核胸部疾患研究所内科1

受付 昭和59年4月16日

A CLINICAL STUDY ON TRACHEOBRONCHIAL TUBERCULOSIS

Takuya KURASAWA*, Mitsuru KAWAI, Fumiyuki KUZE,
Michiyasu NAKANISHI and Nobuo MAEKAWA

(Received for publication April 16, 1984)

A total of eleven cases of tracheobronchial tuberculosis, 2 male and 9 female patients, were evaluated for their clinical features.

The main subjective symptoms at onset were severe paroxysmal cough and small amount of sputum, but as the disease progressed, more expectoration, fever and wheezing were noted. Although the chest roentgenograms at onset were almost normal in three patients, atelectasis became the most frequent finding on admission.

There were few abnormalities in laboratory tests except for a high rate of positive sputum for tubercle bacilli, moderate acceleration of erythrocyte sedimentation rate, and positive PPD skin test.

The lesions observed during bronchoscopy were identified mainly in right and left main bronchi, followed by right and left upper lobe bronchi.

For correct diagnosis, careful evaluation of the air column of trachea and major bronchi in chest roentgenograms and search for tubercle bacilli were essential, and moreover, bronchoscopy was mandatory to differentiate tracheobronchial tuberculosis from bronchitis, pneumonia, bronchial asthma, lung cancer and the others.

The efficacy of antituberculous chemotherapy was good, and the rate of negative conversion of tubercle bacilli in tracheobronchial tuberculosis did not differ from that in pulmonary tuberculosis. But marked stenosis and/or total obstructions of proximal bronchi progressed during chemotherapy in some cases and remained after chemotherapy.

The ultimate course of the disease was thought to depend on location, extension, and depth of the lesion. Marked circumferential lesions at onset tended to lead to bronchial stenosis and/or total obstruction.

Keywords : Tracheobronchial tuberculosis, Atelectasis, Bronchial stenosis (obstruction) **キーワード** : 気管・気管支結核, 無気肺, 気管支狭窄 (閉塞)

* From the First Department of Medicine, Chest Disease Research Institute, Kyoto University, Sakyo-ku, Kyoto 606 Japan.

はじめに

抗結核化学療法の進歩に伴って、結核症の死亡率や有病率は近年著しく低下しているが、欧米諸国に比べ、わが国の新規登録患者数はなお多く¹⁾、結核が今日でも重要な呼吸器感染症の一つであることに変わりはない。

RFP, INH を主軸とする強化術式の導入は、結核症の治療成績を向上させ、治療期間の短縮も積極的に検討されている²⁾が、肺結核症の治癒後に続発する慢性呼吸不全をはじめ、一部の患者の難治化³⁾などの未解決の問題もいまだ多く残されており、気管・気管支結核症の後遺症である気管や気管支の狭窄・閉塞も今後検討を要する重要な課題である。

最近、呼吸器科臨床において、気管支鏡検査が日常化されていること⁴⁾を背景として、気管・気管支結核症

に関する報告も再び増加しており、著者らも既に自験例について報告した⁵⁾が、その後も引き続き症例を経験しているため、その臨床経過を記載し、早期発見のための要点を中心に検討した。

研究方法および対象

症例は前回報告⁵⁾以後、昭和55年4月より同58年3月までの3年間に、気管・気管支結核症と診断された11例で、25歳から70歳までの男性2例、女性9例である。女性が82%を占めた。〈表1〉

既往症に結核症の治療歴のある症例は3例(症例9~11)で、他の8例(症例1~8)は初回治療例である。胃癌による胃切除後の症例(症例4)を除き、結核症の発症の誘因となったと考えられる合併症を有する症例はなかった。

表1 発病から入院に至る間の自覚症状と胸部レ線像の変化

症例	年齢	性別	既往症と合併症	発病から診断迄の期間(月)と初診時の診断名	発病から確定診断までの期間(月)	発病から入院迄の月数	自覚症状の変化		胸部レ線像の変化 ¹⁾	
							発病時	入院時	発病時(入院1ヶ月以前)	入院時
1	25	女	なし	4 肺結核	4	4	咳, 倦怠感	咳, 胸痛 喘鳴 呼吸困難	N. T.	右上葉無気肺 右中野空洞
2	29	男	なし	<0.5 リンパ腫	<0.5	<0.5	発熱, 胸痛		リンパ節腫大 (右肺門, 右旁気管)	
3	32	女	なし	1 気管支炎	5	5	咳, 発熱	咳, 嘔声 喘鳴 呼吸困難	右肺門腫大 縦隔右方偏位	右肺門腫大 縦隔右方偏位
4	43	女	36才胃癌 (胃切除)	<1 気管支炎	3	4	咳, 痰, 嘔声	咳, 痰, 嘔声	N. P.	N. P.
5	50	女	なし	<1 気管支炎	6.5	7	咳, 痰	咳, 痰	N. P.	左肺門腫大
6	58	女	なし	<1 肺炎	3	<1	発熱	咳, 発熱	左中野浸潤影, 空洞	
7	65	女	なし	<1 気管支炎	5	5	咳, 食思不振	咳, 発熱 倦怠感	N. P.	右中, 下野 浸潤影
8	70	男	なし	<1 肺炎	1	<1	咳, 痰 呼吸困難	咳, 痰, 発熱 喘鳴 呼吸困難	右中, 下野 浸潤影	右下葉無気肺 右上 中野浸潤影
9	32	女	27才 肺結核	<1 肺結核	2	2	咳, 痰	咳, 痰, 発熱	右中葉無気肺	右中葉無気肺
10	39	女	19才 肺結核	<0.5 肺結核	<0.5	<0.5	咳, 倦怠感	咳, 痰, 発熱 倦怠感	左上葉無気肺 左中野浸潤影	
11	40	女	13才 胸膜炎	1 肺結核	2	2	咳, 痰	咳, 発熱	右上葉無気肺	右上葉無気肺

¹⁾ N. T.; 撮影せず, N. P.; 活動性病変なし

なお、本症の気管支鏡所見による診断は、小野の分類²⁾(I型；充血浮腫型，II型；浸潤増殖型，III型；潰瘍肉芽型，IV型；瘢痕狭窄型)により，非特異的炎症との鑑別の困難なI型のみを示す症例は除外した。

研究成績

①発症から確定診断に至る経過〈表1〉

患者が症状を自覚してから確定診断に至るまでに要した期間は，1ヵ月以内3例，2ヵ月以内2例，4ヵ月以内3例，6ヵ月以内2例で，1例は6ヵ月半を要した。発病から医療機関受診に4ヵ月の遅延のある症例1を除く10例は，自覚症状の発現から1ヵ月以内に医療機関を受診しており，確定診断の遅れは患者側の要因というより，医師側の診断の遅れにあるという印象を受けた。因に初診より確定診断までに3ヵ月以上を要した5例(症例3～7)の当初の診断名は，気管支炎4例，肺炎1例で，気管支炎と誤診された症例が多いが，これは後述のごとく本症に特徴的な頑固な咳嗽発作を気管支炎によるものと誤ったと考えられ，また，気管支炎と診断された4例中3例は当初の胸部レ












線上，肺野に明らかな活動性病変が認められなかったことも誤診の一因と考えられる。

このことは，発病から入院までの期間をみても同様で，当初の診断名が肺結核や肺炎とされたものは早期に入院しているが，気管支炎と誤診された4症例は，4～7ヵ月間の遅延がみられた。

入院に至るまでの自覚症状の推移をみると，発病から入院精査までの期間の長い症例では，多くは持続する頑固な咳とともに発熱，喘鳴，呼吸困難，嘔声などがみられ，時日とともに症状の悪化傾向がみられた。なお，今回の症例で，治療開始後も含めた全経過中に一過性のものも含め，6例(症例1，3，5～8)に喘鳴を認めた。

入院1ヵ月以前の胸部レ線フィルムを入手した7例(症例3～5，7～9，11)の当初の胸部レ線と入院時のそれを比較すると，活動性病変なしは3例から1例に減少し，逆に無気肺は2例から3例に，浸潤影は2例から3例に，肺門腫大は1例から2例に増加するなど，胸部レ線の悪化がみられた。そして，入院時の断層写真では，8例(症例1，3，5，7～11)に

表2 入院時検査所見と初回気管支鏡所見

症例	結核菌				1) PPDs 皮内反応	赤血球沈降速度 (1"mm)	末梢血				気管支鏡所見 (病変部位と横断面的 拡がり，小野分類 ²⁾)
	咳痰		気管支鏡下 吸引				CRP	白血球数 ($\frac{\text{好中球}\%}{\text{リンパ球}\%}$)	ヘモグロビン量 (g/dl)	蛋白質量 (g/dl) ($\frac{\text{アルブミン}\%}{\text{イグロブリン}\%}$)	
	塗抹	培養	塗抹	培養							
1	2	+++	+	+	#	35	±	5,800 (58/32)	11.9	7.3 (56.8/18.3)	 III型 右主気管支：限局性 右上葉支：全周性
2	0	-	-	-	+	36	+	3,200 (81/10)	14.1	7.1 (48.9/24.2)	 II型 右主気管支：限局性
3	3	+++	+	+++	#	52	+	5,500 (73/20)	13.3	7.4 (51.7/20.3)	 III型 気管支：限局性 右主気管支中幹支：全周性
4	0	+	+	+++	+	15	-	4,500 (55/40)	12.9	7.4 (47.7/22.7)	 II型 右主気管支：限局性 右中幹支
5	3	#	+	#	#	20	-	6,700 (59/30)	14.5	7.2 (51.7/21.2)	 III型 左主気管支：限局性 左上葉支：全周性
6	0	+	-	-	#	16	#	5,900 (78/18)	12.3	7.2 (46.7/24.1)	 III型 左主気管支：限局性 左上葉支
7	4	+++	+	+	N. T.	76	+	4,800 (64/32)	12.2	7.4 (41.4/28.6)	 III型 気管支：限局性 左主気管支：全周性
8	0	+	+	+	#	>100	#	8,200 (66/30)	11.7	7.6 (37.1/30.4)	 III型 右中幹支：限局性 右肺底支：全周性
9	0	-	-	+	#	51	-	6,400 (60/38)	13.0	7.8 (47.6/23.8)	 IV型 右中葉支：全周性
10	3	+	-	-	N. T.	80	#	4,700 (78/15)	11.2	7.6 (45.0/21.2)	 IV型 左主気管支：全周性 左上葉口
11	5	+++	+	#	N. T.	56	+	3,200 (61/33)	12.1	7.8 (50.8/21.1)	 III型 気管支：限局性 右上葉支 右上葉口：全周性

1) N. T.：施行せず 2) 小野分類，II型：浸潤増殖型，III型：潰瘍肉芽型，IV型：瘢痕狭窄型

葉気管以上の中樞気管支の狭窄・閉塞像を認めた。

なお、気管支鏡検査の動機は、悪性腫瘍の疑われたもの2例(症例2, 8)、排菌陽性で本症の疑われたもの4例(症例3~5, 7)、症状や胸部レ線像より本症の疑われたもの7例(症例1, 3, 5~7, 9~11)であった。

②入院時検査所見と気管支鏡所見<表2>

入院時検査では、末梢血中の白血球数、リンパ球数や蛋白質量、アルブミン・γ-グロブリン値、CRP値などは、正常値から異常値までいろいろで、異常値例は比較的少数であったが、赤沈の中等度以上の亢進を多くの症例に認め、一般診断用PPDs皮内反応は被検8例の全例が陽性で、6例が中等度陽性を示した。

喀痰中の結核菌検査では、塗抹陽性6例、培養陽性9例であり、気管支鏡下の洗浄吸引液では、塗抹陽性7例、培養陽性8例であったが、抗結核化療開始後に気管支鏡検査を施行した症例もあったことが、気管支鏡検査時の陽性率が低いことの原因と思われる。

気管支鏡観察による病変部位とその気管・気管支横断面上の拡がりは、気管3例(限局性3例)、右主気管支5例(全周性1例、限局性4例)、右中幹支3例(全周性1例、限局性2例)、右上葉支2例(全周性2例)、

右中葉支1例(全周性1例)、右肺底支1例(全周性1例)、左主気管支4例(全周性2例、限局性2例)、左上葉支3例(全周性2例、限局性1例)であり、小野分類による主たる病型分類は、II~III型2例、III型7例、IV型2例であった。

③化学療法開始後の経過<表3>

化学療法は、SM, INH, RFP, EBのうちの3剤を組み合わせた併用術式の治療が全例に行なわれ、加えて右中葉切除術1例(症例9)、LASER照射1例(症例7)のほか、2例(症例2, 8)に副腎皮質ステロイド薬が併用された。

入院当初排菌陽性(培養)の10例の排菌の推移は、入院時のみ陽性7例、1ヵ月後まで陽性3例で、全例2ヵ月後には排菌陰性化が得られ、本症に対する化学療法の効果は、排菌制御の点では良好であった。

化療開始後の胸部レ線像の推移をみると、右中葉切除の1例を除く10例で、化療開始6ヵ月後の胸部レ線像は無気肺5例(右上葉2例、右下葉、左上葉、左舌区各1例)、浸潤影・空洞・縦隔偏位・右旁気管リンパ節腫大各1例、活動性病変なし3例と肺野・肺門病変の改善は良好であったが、無気肺の改善した症例は認められなかった。また、7症例(症例1, 3, 6~8,

表3 治療と経過

症例	主な治療	排菌の持続期間	胸部レ線像の変化 ¹⁾				気管支鏡所見の変化 ^{2), 3)}			
			入院時	3ヶ月後	6ヶ月後	12ヶ月後	入院時	2~4ヶ月後	4~6ヶ月後	>6ヶ月後
1	INH RFP EB	入院時	r II ₂ 右上葉無気肺	r II ₁ 右上葉無気肺	r II ₁ 右上葉無気肺	r III ₁ 右上葉無気肺		N. T.	N. T.	
2	INH RFP+ステロイド EB	(-) リンパ節生検	右気管・肺門 リンパ節腫大	右気管・肺門 リンパ節腫大	右気管 リンパ節腫大	右気管 リンパ節腫大				
3	SM INH RFP	入院時	右肺門腫大 縦隔右方偏位	縦隔右方偏位	縦隔右方偏位	縦隔右方偏位				
4	SM INH RFP	入院時	N. P.	N. P.	N. P.	N. P.				
5	SM EB RFP	入院時	左肺門腫大	N. P.	N. P.	N. P.				
6	SM INH RFP	1ヶ月後	ℓ II ₂ 左中野空洞 浸潤影	ℓ II ₂ 左中野空洞 左舌区無気肺	ℓ IV ₁ 左舌区無気肺	ℓ IV ₁ 左舌区無気肺				
7	INH RFP+ Laser EB	入院時	ℓ III ₂ 左中・下野 浸潤影	ℓ III ₁ 左下野浸潤影	ℓ IV ₁	ℓ IV ₁		N. T.		
8	SM INH+ステロイド RFP	入院時	r III ₂ 右下葉無気肺 右上中野浸潤影	r III ₂ 右下葉無気肺 右上中野浸潤影	r IV ₁ 右下葉無気肺	r IV ₁ 右下葉無気肺		N. T.	N. T.	N. T.
9	INH 手術+ RFP EB	入院時	r III ₂ 右中葉無気肺	手術後 N. P.	N. P.	N. P.		N. T.	N. T.	N. T.
10	SM INH EB	1ヶ月後	ℓ III ₂ 左上葉無気肺 左中野浸潤影	ℓ III ₂ 左上葉無気肺	ℓ IV ₁ 左上葉無気肺	ℓ IV ₁ 左上葉無気肺	N. T.		N. T.	N. T.
11	SM INH RFP	1ヶ月後	r III ₁ 右上葉無気肺	r IV ₁ 右上葉無気肺	r V ₁ 右上葉無気肺	r V ₁ 右上葉無気肺			N. T.	

1) 学会分類 2) N. T. 検査せず 3) 小野分類⁷⁾ II型: 浸潤増殖型 III型: 潰瘍肉芽型 IV型: 瘢痕狭窄型

10, 11) に、葉気管支やそれより中枢の気管支に狭窄や閉塞像の残存を、断層写真や気管支造影により認められた。

一方、気管支鏡検査の経過は、手術例および経過観察しなかった症例を除き、活動性病変(II型, III型)の残存する症例は、2~4ヵ月後では7例中5例、4~6ヵ月後では6例中3例であったが、7ヵ月目以後観察した8例では、全例に活動性病変を認めなかった。そして、4例(症例1, 3, 7, 11)に気管支の同心円状の狭窄・閉塞を認めたが、これらは全例、当初より全周性病変を認めた症例であった。

考 察

本邦における結核症の発病率・死亡率の急速な減少¹⁾や強化術式による治癒率の向上・治療期間の短縮²⁾などの成果は、注目すべきものがある。また、若年者の結核感染危険率の急速な低下をはじめとする結核症の疫学的大幅な変動⁷⁾は、結核症の臨床像をも変貌させてきている印象があり、時に診断に難渋する症例にも遭遇するようになってきた。

結核症の中で特異な病態を示す気管・気管支結核症は、排菌陽性率が高く、排菌量も多い^{5)8)~11)}ことより、排菌源としての社会医学的側面のみならず、治療中あるいは治療後の気管や気管支の狭窄・閉塞の合併などの後遺症の面からも、呼吸器科医として留意すべき疾患であり、これを反映して、本症に関する研究報告も再び増加している^{5)8)~15)}。

本症は各年齢層にわたってみられ、女性患者は男性患者の2~3倍多いとする報告^{5)8)~12)}が多いが、この性差をもたらす原因についての詳細な検討はなされておらず、不明である。

①自覚症状と他覚所見について

本症の自覚症状は、①激しい咳嗽、②粘稠な喀痰、③喘鳴、④胸骨下の不快感、が四大徴候とされ、また、胸部レ線上説明困難な排菌陽性者や血痰、喀血などの患者では本症を疑えと指摘されてきた。しかし、これらの症状の多くは、本症に特有なものではなく、むしろ結核症の減少や肺癌の急増をはじめとする近年の急激な呼吸器疾患の疫学の変貌により、一層他疾患との鑑別診断が重要となってきた。

最近の報告で、小沢ら⁸⁾は、26例中無症状のものは4例のみで、咳嗽21例、喀痰19例、血痰、喀血13例、発熱12例、喘鳴9例、呼吸困難7例などであったと述べ、小松ら⁹⁾は、40例中咳嗽27例、喀痰16例、発熱・血痰・喀血各10例、喘鳴5例であったと報告している。

私どもの11例でも、発病当初の症状は、咳嗽9例、喀痰・発熱各5例などであり、入院時には、咳嗽10例、発熱7例、喀痰5例、喘鳴・呼吸困難各3例などとなり、発病当初の咳嗽に加え、病態の進行・悪化とともに経

気道散布のための発熱・喀痰の増加や気道狭窄に伴う喘鳴、更には呼吸困難の出現を生じたものと考えられる。

即ち、本症にみられる咳嗽は、多くの場合発作性で一般鎮咳剤による治療に抵抗し、喀痰はないかあっても比較的少量で、喀出困難を訴える患者が多いとされている。この点が本症を疑う端緒となり、また慢性気管支炎との最も重要な鑑別点であると思われる。

初診から確定診断に至る期間の長いものが多いことは諸家の報告にもみられる^{8)~10)}が、私どもの症例でも気管支炎と誤診された4症例を中心に3ヵ月以上を要した症例が5例もあった。誤診例の検討から、本症と急性、慢性気管支炎、肺炎、気管支喘息、肺癌などとの鑑別診断の重要性が強調されている⁹⁾¹⁰⁾。

本症の確定診断時の胸部レ線像に関して、荒井ら¹¹⁾は、異常なし22/72(30.6%)、無気肺29/72(40.3%)、浸潤影15/72(20.8%)とし、小沢ら⁸⁾は26例中、無気肺77%、浸潤影8%、浸潤影と左肺含気減少4%、異常なし11%で、発病当初に比べ、異常なし例が減少し無気肺例が増加していたと述べている。また、小松ら⁹⁾も40例中無気肺27.5%、浸潤影32.5%、リンパ節腫大7.5%、所見なし32.5%と報告している。私どもの11例では、無気肺45.4%、浸潤影36.3%、肺門腫大18.1%、異常なし9.1%であり、病状の進展した無気肺例が最も多い。更に、田中ら¹⁰⁾は、25例中23例に断層写真を含む胸部レ線上気道狭窄を認めたと述べ、小野原ら¹²⁾も12例全例に気道狭窄を認めたと報告している。私どもも72.7%に気道の狭窄や閉塞を認めており、胸部レ線読影上、気管・気管支透亮像の判読に細心の注意を払うことにより、本症をはじめ腫瘍などによる中枢気道系の病変をより早期に発見しうると思われる。

気管・気管支結核患者の多くは、前述のごとく、排菌陽性率が高い、赤沈の亢進、PPDs皮内反応の中等度以上の陽性などを除き、特異的臨床検査所見に乏しい。喀痰からの結核菌の証明が本症診断の基本であり、喀痰結核菌検査の励行とツベルクリン反応検査の施行の意義をも強調したい。

②気管支鏡所見と病変部位

気管支鏡の観察による本症の病変所見は、①粘膜の発赤・腫脹、②易出血性の粘膜下小隆起病変、③堤状隆起に囲まれた潰瘍、④これらの覆う剥離しがたい白~黄白色の苔状の偽膜、⑤リンパ節の気管支内穿孔による乳頭状腫瘤¹⁰⁾などの活動性病変のほか、⑥瘢痕線維化に伴う気管支の扁平化や同心円状の狭窄・閉塞、などの病変が、時に単独に、時に混在し、断絶的に、あるいは連続性にみられる。しかし、粘膜の発赤・腫脹のみの病変は本症のみに特有な所見ではなく、この病変単独では結核菌の証明以外診断はできない。また、瘢痕線維化は結核症の治癒像の一つであり、これに伴

って病変部の狭窄が招来され、著明な狭窄や閉塞に至れば、重大な後遺症に進展し、時に致命的でさえある⁵⁾。

小松ら⁹⁾、田中ら¹⁰⁾は予後との関連において、後遺症の合併を主に病巣の進展度について検討し、軟骨輪の破壊の有無に影響されると述べているが、内視鏡的には深達度を正確に把握することは困難である。一方、深達度とともに、病変の横断面的拡がり、即ち病変が全周に及ぶか限局性かという点も重要で⁹⁾、病変が全周性に及ぶものでは、同心円状の狭窄・閉塞に帰結する危険性が極めて高い。私どもの症例で治療後に著明な気管支の狭窄・閉塞を認めた7例中6例は当初より全周性の病変が認められた。

病変部位に関し、小松⁹⁾らは左右差はないが、左主気管支が最も多く、右主気管支、左・右上葉支、気管に多いと述べ、他の報告例^{9)~15)}も左・右主気管支、上葉支を好発部位としており、私どもの症例も同様であった。

③治療経過と後遺症

前述のように、排菌の推移よりみた本症の経過は良好で、治療開始前排菌陽性の10例全例が入院2ヵ月までに陰性化した。本症の治療上の問題は、繰返し述べてきたように、中樞側の気道系の狭窄・閉塞に伴う種々の合併症にある。

今回の症例には無気肺の改善した症例はない。治療開始後6ヵ月以後で、無気肺は10例中5例に、気管支造影による気管支の著明な狭窄・閉塞は、8例中4例に認められ、2例では現在も喘鳴が断続的に認められる。田中ら¹⁰⁾も治療上の問題点として、25例中死亡1例、換気障害3例、無気肺7例をあげている。

私どもの手術例は、肺結核治療後の右中葉無気肺が再燃、悪化し、気管支鏡的に本症と診断し、右中葉切除術を施行した1例のみで、他の無気肺5例は、すべて1葉に限局し、肺機能障害も認められず、また喘鳴の断続している2例も含め、現在までのところ、再燃、悪化や肺炎などの合併症もなく経過観察中である。浜野ら¹³⁾は、気管支狭窄・閉塞35例中20例に外科治療を行ない、13例が肺切除、7例が肺葉切除であり、この20例中、無気肺が18例、二次性肺炎合併3例であったと報告している。また、療研の外科治療成績¹⁴⁾では、58例中、気管支形成術13例(22.4%)、肺葉切除術21例(36.2%)、肺切除術21例(36.2%)が施行され、無気肺例は全体の35.1%であったと報告されている。孤立性病変に対しては、肺機能温存のため Sleeve Resection¹⁵⁾も積極的に行なわれているが、連続病変や閉塞による末梢気道の評価不能のため肺切除を要する症例も少なくない。また、気管の全周性病変に対しては、気道確保の目的で予防的な気管切開も考慮すべきであり⁹⁾、また肉芽増殖の顕著な症例には、LASER治療も試みられており、強化治療とともに病変部位や病

変の拡がり、狭窄の程度に併せて、きめ細かな治療手技の選択が大切である。気管支造影は、狭窄の評価に有用であり、一定期間の化療施行後に是非実施すべきであると考えられる。

本症が比較的若年者にもみられ、私どもの手術例のように、年余をおいて再燃、悪化する例もあり、長期間にわたる予後の観察が特に必要と思われる。

ま と め

最近3年間に経験した気管・気管支結核症11例の臨床経過につき検討した。

1) 本症は女性に多く、若年者から高齢者まで各世代にわたってみられる。

2) 自覚症状は咳嗽が最も多く、病態の進行とともに喀痰、発熱、喘鳴などが出現する。

3) 胸部レ線像は、一見異常所見のないものもあり、病態の進行とともに無気肺や浸潤影が増加する。

4) 喀痰の結核菌陽性率が高く、血沈亢進、PPDs皮内反応陽性のほかには、一般的臨床検査値の異常所見に乏しい。

5) 病変部位は、左右の主気管支、上葉支に多い。

6) 本症の診断には、気管支炎、肺炎、気管支喘息、肺癌などの鑑別診断が重要である。

7) 排菌陰性化よりみた化学療法の効果は良好であるが、病巣が全周性のものでは、無気肺を合併しやすい。

8) 以上の諸点より、本症は排菌源としても、また合併症の点からも早期発見、早期治療が特に重要であり、上記の諸点に留意して喀痰検査や気管支鏡検査を施行することが重要である。

本論文の要旨は第8回アジア太平洋胸部疾患学会(1983年6月東京)において、発表した。

参 考 文 献

- 1) 厚生省公衆衛生局結核難病課編：結核の統計，1983年，結核予防会，東京，1983.
- 2) 山本和男：肺結核の短期化学療法，結核，56：445，1981.
- 3) 久世彰彦：結核化学療法の効果を妨げる要因とその対策，結核，58：81，1983.
- 4) 於保健吉他：日本における気管支鏡の現況，日本胸部臨床：38：35，1979.
- 5) 倉澤卓也他：気管・気管支結核症-その臨床所見，日本胸部臨床，40：407，1981.
- 6) 小野 讓：気管支結核，日結，11：171，1952.
- 7) 青木正和：わが国における結核感染の最近の様相，日本胸部臨床，38：674，1979.
- 8) 小沢克良他：気管支結核症-1，26症例の臨床的検

- 討, 日本胸部臨床, 40:42, 1981.
- 9) 小松彦太郎 他: 気管支結核症の臨床像および気管支鏡所見について, 気管支学, 4:345, 1982.
 - 10) 田中邦子 他: 気管・気管支結核, 日本胸部臨床, 40:1015, 1981.
 - 11) 荒井他嘉司 他: 気管支結核の内視鏡所見と組織所見の対比, 気管支学, 3:401, 1981.
 - 12) 小野原信一 他: 気管支結核のX線像について-最近経験した12症例を中心として, 臨床放射線, 27:425, 1982.
 - 13) 浜野三吾 他: 結核性気管支狭窄, 日本胸部臨床, 27:375, 1978.
 - 14) 安野 博 他: 気管支の結核性閉塞, 狭窄例に対する外科療法, 日本胸部臨床, 40:817, 1981.
 - 15) 藤村重文 他: 結核性気管支狭窄に対する sleeve lobectomy, 外科, 43:806, 1981.
 - 16) 栗田口省吾: 気管支結核, 結核, 50:509, 1975.