日本結核病学会中国四国支部学会

── 第2回研究会 ──

平成20年9月27日　於　岡山国際交流センター（岡山市）

支部長　　冨　岡　治　明（島根大学医学部微生物・免疫学教室）

── 特　別　講　演 ──

「結核医療の基準」の見直し―結核病学会治療委員会からの報告―

重藤えり子（国立病院機構東広島医療センター）

ピラジナミドを含む結核の標準治療および日本版DOTSの普及，結核に有効な新たな薬剤の発売・承認等に伴い，これまで学会治療委員会が発表してきた“「結核医療の基準」に関する見解”を見直し本年4月に発表した。主な変化は，標準治療の維持期におけるEBの扱い，間欠療法の採用，抗結核薬への新しいフルオロキノロン剤の追加等である。当日はこれらの変更点，厚労省から通知される「結核医療の基準」との関係，さらに9月に承認予定のリファブチンについても言及する。

── シンポジウム ──

結 核 診 断 の 最 前 線

座長：矢野　修一（国立病院機構松江病院呼吸器科）
江田　良輔（国立病院機構山陽病院内科）

このシンポジウムは結核医療の最前線でご活躍の3名の先生方に結核診断のエッセンスをお話しして頂きます。多田敦彦先生に細菌学的診断，次に阿部聖裕先生に免疫学的診断，最後に篠原勉先生に結核菌のタイピング，指紋型分析について講演いただく予定です。日常の診断技術の向上に繋がるシンポジウムになるものと考えます。

1. 細菌学的診断　°多田敦彦・河田典子・高橋秀治・濱田　昇・柴山卓夫（NHO南岡山医療センター呼吸器内）

抗酸菌検査のうち，現在，臨床現場で多く用いられている検査について，各々の概要，検査結果の見方，考え方，落とし穴などを臨床医の立場から考察する。主な項目は，良い喀痰検体を採取するための患者指導のポイント，塗抹検査における偽陽性，塗抹陽性培養陰性の解釈，核酸増幅法の臨床での利用における注意点，薬剤感受性試験各検査法による差異，RFLP分析の問題点とVNTR分析の有望性，抗酸菌検査における精度保証・医療安全管理などである。

2. 免疫学的診断　阿部聖裕（NHO愛媛病）

肺結核診断において，従来のツベルクリン反応は，BCG接種や非結核性抗酸菌症でも陽性になるため，BCG接種が普及している日本ではその特異性が低いと考えられる。これにかわって結核菌の特異的蛋白抗原であるESAT-6，CFP-10で末梢血球を刺激し，感作Tリンパ球から放出されるIFN-γを測定する方法がクォンティフェロンTB-2Gである。この検査は高い感度・特異度を有しており，本シンポジウムでは結核診断における有用性と問題点について解説する。

3. 結核菌のタイピング，指紋型分析について　篠原勉（NHO高知病）

近年結核菌の各種遺伝子指紋型分析法を用いた分子疫学的解析が多くの施設で実施され，院内感染や集団感染事例における感染経路・感染源の把握が容易となっている。さらに同分析法を用い，世界各地で特定地域全体の人口集団における感染実態の解析を目的とした研究も展開されており，各国の結核対策に寄与することが期待されて

いる。本シンポジウムでは，主に結核菌挿入断片 IS*6110* をプローブとした制限酵素断片長多型分析（Restriction fragment length polymorphism [PFLP] analysis）を中心に，この分野の最近の知見を考察し当科で経験した集団感染事例についても報告する予定である。

── ランチョンセミナー ──

感染症のガイドラインにおける経口ニューキノロンの役割

沖本　二郎（川崎医科大学附属川崎病院呼吸器病センター）

日本呼吸器学会の感染症に関するガイドラインでは，以下の疾患に，経口ニューキノロン（クラビットなど）を使用するよう推奨している。

1. 市中肺炎のガイドライン
   A）肺炎球菌性肺炎：ペニシリン耐性肺炎球菌が疑われる場合（過去3カ月以内に β-ラクタム系抗菌薬の使用歴あり）
   B）非定型肺炎：マイコプラズマ，クラミジア，レジオネラ，Q熱
2. 気道感染症のガイドライン
   A）急性上気道炎：高熱の持続する場合（3日間以上）
   B）非定型病原体による急性気管気管支炎
   C）慢性下気道感染症：インフルエンザ菌，肺炎球菌，モラクセラカタラーリスなどが原因菌となり，最も経口ニューキノロンの適応となる病態である。

── 一　般　演　題 ──

1. 重症肺結核により敗血症性ショックとARDSをきたした1例　°豊田優子・吉嶋輝美・岸　潤・西岡安彦・曽根三郎（徳島大学病呼吸器・膠原病内）

69歳男性。2カ月前より血痰が出ていたが放置しており，呼吸困難感の出現により前医を受診した。胸部X線およびCTで空洞を伴う結節影がびまん性に多発しており，喀痰抗酸菌塗抹検査でGaffky 6号が検出され，肺結核の診断で当院入院となった。入院後INH＋RFP＋EBの3剤で治療を開始したが呼吸状態は悪化し，第9病日に著明な低酸素血症と低血圧をきたし，経過，検査結果等より肺結核による敗血症性ショックとARDSと考えられた。

2. INHによる潜在性結核感染治療中にINH耐性結核が判明した1例　°若林規良・矢野修一・小林賀奈子・門脇　徹・木村雅広・石川成範・池田敏和・竹山博泰（NHO松江病）

〔症例〕39歳女性，看護師。〔主訴〕胸部異常陰影。〔現病歴〕2006年6月の職場検診にて胸部異常陰影を指摘され，同年9月の胸部CTにて右 S^6 に小葉中心性の浸潤影を認めたため，肺結核疑いにて当科紹介受診となった。〔既往歴〕2006年2月職場にてG8号患者と2カ月間接触あり。〔家族歴〕父，1990年に結核治療。叔父，1998年に結核治療。〔経過〕結核患者との接触歴，家族歴，ツ反強陽性および胸部CTにて結核の可能性のある陰影を認めることより，各種検査施行した。喀痰および気管支洗浄液による抗酸菌塗抹は陰性，TB-PCRも陰性でQFTのみ陽性につきLTBIとしてINH内服開始した。治療開始2カ月後の喀痰液体培養が陽性となったため，活動性肺結核としてINH，RFP，EB，PZAによる治療を開始した。その後，感受性検査結果よりINH耐性が判明したため，REZ＋CPFXに変更し9カ月間の治療を行った。詳細な病歴聴取により叔父および父がINH耐性結核であったことが判明した。病歴からはINH耐性結核を当初から念頭においた対応が必要であった症例であり，教訓的事例と考えられるため報告する。