

日本結核病学会東北支部学会

—— 第121回総会演説抄録 ——

平成22年9月4日 於 ヤマコーホール（山形市）

（第91回日本呼吸器学会東北地方会と合同開催）

会 長 武 田 博 明（済生会山形済生病院呼吸器内科）

—— 一 般 演 題 ——

1. 薬剤性好中球減少症を合併した肺結核症の1例 °齋藤香恵・佐藤 俊・峯村浩之・石井妙子・平井健一郎・植松 学・二階堂雄文・猪腰弥生・仲川奈緒子・福原敦朗・関根聡子・大島謙吾・横内 浩・谷野功典・金沢賢也・石田 卓・棟方 充（福島県立医大呼吸器内）

症例は81歳男性。主訴は倦怠感，食欲不振。平成20年の検診にて胸部異常陰影を指摘，気管支鏡検査にて肺結核症と診断された。INH, RFP, EBによる外来治療を開始するも発熱，皮疹が出現したため，抗結核薬の減感作療法目的に当科入院となった。しかし入院時の血液検査で好中球数 $200/\mu\text{l}$ と好中球減少症を認め，抗結核薬による薬剤起因性好中球減少症が疑われた。薬剤リンパ球刺激試験が唯一陽性であったINHの使用を避け，G-CSF製剤で好中球数を回復させた後，EB, PZA, SM, LVFXを開始，RFPは減感作療法を行った。RFP再開後から再び好中球数が減少したが，2週間に1回のG-CSF製剤の使用で好中球数を維持しながら予定の抗結核治療を継続することができた。治療終了後，好中球数は自然に回復した。薬剤起因性好中球減少症に対するG-CSF製剤併用下の結核治療の報告は稀であり，文献的考察を加えて報告する。

2. 寝たきり結核症例の発症状況，臨床像および問題点 °高橋 洋・望田 幸・佐藤栄三郎（坂総合病呼吸器）

在宅往診，施設，あるいは療養型病棟に由来する結核症例の臨床像と患者背景に関する検討を試みた。1990年以降に当院で新規に診断された結核症例182例の発症背景について検討したところ該当症例が17例見いだされた。内訳は往診8，施設5，療養病床4，また発症病型は肺結核12，胸膜炎3，その他2，となっていた。平均年齢は75.4歳，肺結核症例の3分の1が喀痰塗抹陽性例となっていた。また17例中7例では肺炎の併発が診断

の契機となった。これらの症例の診断に際しては，施行可能な医療内容が限定されること，多くの症例が慢性的な咳・痰・微熱などの症状を有していること，具合が悪くても意思表示の困難な症例が多いこと，などがしばしば問題となる。また診断後に元の施設の受け入れのハードルがしばしば上がること，定期的な通院や検査が難しいことなども現実的な患者管理上の問題点としては重要といえる。

3. 後期高齢者結核治療中の白血球・血小板減少への対応 °平間紀行・寺下京子（NHO山形病呼吸器）

後期高齢者の結核治療中に著明な血小板減少を呈した2例を経験した。症例1：78歳男性。抗結核剤開始後，肝障害およびEBによる薬疹で治療中断あり。RFP減感作後に血小板減少が顕著となり， $2.2\text{万}/\mu\text{l}$ で中止し，INH・SM・LVFXで代替治療に移行し，その後の治療中の血小板は $4.6\sim 7.1\times 10^4/\mu\text{l}$ で推移し，腎毒性で治療終了した。症例2：84歳男性。前医でINH単剤の短期投与あり。治療開始後に白血球減少で一時RFPを中止，その後再開した。血小板減少は緩徐で，治療終了頃に $2\text{万}/\mu\text{l}$ 台となり，そのまま治療完遂した。2例とも血小板表面凝集IgGの高値を認めた。後期高齢者では，社会状況や，さらに多剤に副作用を有することもあり，RFPを含まない長期の代替治療が困難なこともある。急速な血小板減少や，無顆粒球症に進行するようであれば，RFPを含んだ治療を継続する実情についての報告とする。

4. 結核患者の入院中のストレス調査 °千田香緒子・菊池真紀子（仙台赤十字病）

本研究の目的は，入院中の結核患者のストレス状況を調査し，今後の結核看護の一助とすることである。研究対象は，A病院入院中の結核患者25名で，調査期間は2009年6～9月である。データ収集方法は，Volicerのhospital stress rating scaleを参考に検討した全46項目で，4段階評定で回答を求め，単純集計で分析を行った。参

加者は24名(男性18名,女性6名),平均年齢57歳であった。その結果,ストレスが最も多かったのは「自由に病棟から出られないこと」19名(79%),次いで「結核は人に嫌われる病気」16名(67%),そして「入院で周囲の人に迷惑をかけること」15名(63%)の順であった。先行研究では,「再発への不安」のストレスが最も多かったが,現在の結核患者の入院目的は「感染防止」「治療の確保」であることから,行動制限や感染への不安のストレスが多いと考える。

5. 関節リウマチ治療中に結核性腹膜炎と性器結核を発症した1例 °鳴海創大・佐々木陽彦・井上 彰・菊地利明・海老名雅仁・貫和敏博(東北大院医学系研究科呼吸器病態学)

症例は74歳女性。近医の整形外科にて2005年11月関節リウマチと診断され,2006年からTNF α 阻害剤の使用開始となった。2010年5月頃から乾性咳嗽と食思不振が出現し,腹水貯留が疑われたことから,精査目的で当院へ紹介となった。膿性帯下を認め,その抗酸菌検査にて,塗抹検査陽性,PCR法(結核菌)陽性であった。CT検査では,腹水貯留のほか,右上葉に小粒状陰影の集簇を認めた。そこで,喀痰の抗酸菌検査を繰り返したところ,PCR法(結核菌)陽性と判明し,「結核性腹膜炎と性器結核を伴った肺結核」と診断した。抗結核薬4剤での標準治療を開始し,現在治療継続中である。TNF α 阻害剤の投与中に発症した結核性腹膜炎と性器結核の症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

6. 免疫抑制療法中に発症した *Mycobacterium gordonae* 肺感染症の1例 °中野真理子・佐藤一洋・堀越雄太・守田 亮・三浦 肇・小高英達・佐野正明・小坂俊光・渡邊博之・塩谷隆信・伊藤 宏(秋田大医内科学講座呼吸器内科学)

〔症例〕65歳女性。〔既往歴〕2005年血栓性静脈炎,深部静脈血栓症。2007年頸椎椎間板炎,化膿性骨髄炎。〔現病歴〕1996年より関節リウマチでPSL7.5mgを,2008年より再生不良性貧血でCYA150mgを継続して内服していた。2010年2月,多発性脊椎骨折で入院。その際,咳嗽,喀痰と,胸部X線単純写真で右上肺野に浸潤影を指摘され,呼吸器内科紹介。WBC 5100/ μ l, HGB 6.8 g/dl, PLT 1.9万/ μ l, CRP 2.49 mg/dl, ESR 53 mm。胸部CTでは右肺S³の炎症性 consolidation と両側肺下葉の粒状影,気管支拡張を認めた。2回の喀痰から抗酸菌が培養され,DDH法より肺 *M. gordonae* 症と診断した。自然経過で陰影が縮小傾向にあったため,現在も無治療で嚴重に経過

観察中である。同菌は一般的にヒトへの病原性はきわめて弱く,感染症の報告も多くない。*M. gordonae*による肺感染症に関して,文献的考察を加え報告する。

7. 局所麻酔下胸腔鏡検査による胸膜生検検体のつぶし培養により確定診断が得られた結核性胸膜炎の1例 °荒 友香・鈴木博貴・盛田麻美・渡邊麻莉・佐藤千紗・土田文宏・武田博明(済生会山形済生病呼吸器内)

結核性胸膜炎の診断は,主に胸水中のリンパ球比率と adenosine deaminase (ADA) 値の検討によりなされるが,これだけでは判別できない症例が多数報告されてきている。確定診断のためには結核菌塗抹ないしは培養陽性を証明することになるが,胸水塗抹・培養陽性率は低い。最近,局所麻酔下胸腔鏡検査の有用性が報告されてきており,胸膜生検材料の培養検査が菌検出率を向上させるという報告もある。今回私たちは,局所麻酔下胸腔鏡検査による胸膜生検検体のつぶし培養により確定診断が得られた結核性胸膜炎の1例を経験したので報告する。症例は82歳男性。胸水中リンパ球97%,ADA 62.1 IU/L。確定診断目的で,局所麻酔下胸腔鏡検査を施行した。横隔膜,臓側・壁側・縦隔胸膜に白色結節が散在しており,生検組織では,ラ氏型多核巨細胞を伴った類上皮細胞性肉芽腫を認め,生検検体培養で培養陽性となり,確定診断が得られた。

8. 肺結核診断における3回喀痰検査の検討 °藤井俊司・日野俊彦・長澤正樹(山形県立中央病内)小野洋也(同研修医)

平成20年4月から22年6月までに当院で発見された菌陽性結核症は12例。年齢構成は30代から70代まで各1例,80代7例。肺結核10例(頸腺結核合併1例,腸結核合併1例),粟粒結核1例,胸囲結核1例。喀痰培養陽性8例(塗抹陽性2例),胸水培養陽性3例(胃液培養陽性1例),組織培養陽性1例。喀痰培養陽性8例中,3回喀痰検査を施行した6例(PCR4例)について検査日と塗抹,培養,PCR結果を検討した。胸部画像所見は空洞あり2例,粟粒陰影1例,浸潤影のみ2例,胸膜肥厚1例だった。3回検査中2回以上培養陽性例は4例だった。1回のみ陽性例は粟粒結核の1例で,残り1例は培養中(浸潤影のみ)。3回目が1週後以降に検査した2例中,空洞ありの1例が塗抹陽性となった。PCRを塗抹培養検査前に施行した2例は陰性だった。空洞例では2回の喀痰検査で診断可能であることが示唆された。