

日本結核病学会東北支部学会

—— 第129回総会演説抄録 ——

平成26年9月6日 於 秋田市にぎわい交流館 AU (秋田市)

(第99回日本呼吸器学会東北地方会と合同開催)

会 長 本 間 光 信 (市立秋田総合病院呼吸器内科)

—— 一 般 演 題 ——

1. 結核性胸膜炎の治療終了4カ月後に胸水の貯留を認め胸膜生検で悪性胸膜中皮腫と診断された1例

°大嶺開人・片桐祐司・日野俊彦・長澤正樹・藤井俊司 (山形県立中央病院内)

症例は86歳男性。X-1年12月から労作時の息切れがあり、X年1月に右胸水の貯留を認め、当院を紹介され受診した。胸水検査でADA 85.3 U/l, 細胞診は陰性、培養で結核菌の検出は認めないものの、気管支内視鏡検査の吸引物で結核菌が検出されたため、結核性胸膜炎と診断して抗結核薬で9カ月間の治療を行った。治療により胸水は減少し、治療終了後のCTでは明らかな胸膜肥厚は認めなかった。経過観察中のX+1年2月に再び右胸水が貯留し、胸水検査ではADA 49.2 U/l, 細胞診は陰性で喀痰・胸水の培養で結核菌は検出されなかった。CTでは軽度のびまん性胸膜肥厚のほかには明らかな異常所見は認めず、原因精査のため胸腔鏡下に胸膜生検を行ったところ、臓側・壁側胸膜、横隔膜に白色の小結節が播種性に認められ、病理検査で悪性胸膜中皮腫と診断された。短期間に異なる原因で同側の胸水貯留を呈した症例を経験したため報告する。

2. 著しい呼吸困難のため緊急入院となり、ウルトラフレックス気管ステントが奏効した結核性気管狭窄の1例

°鈴木俊郎・勝又字一郎・板倉康司・佐々木優作・鳴海創大・大内 謙・松本 登 (岩手県立胆沢病呼吸器内)

症例は76歳女性。201X年11月、肺結核(喀痰塗抹陽性)のため当院入院、喘鳴と呼吸困難を認め、胸部CT写真で気管気管支結核併発を考えた。抗結核薬4剤標準治療にて、201X+1年1月中旬喀痰塗抹陰性となった。喘鳴と呼吸困難は残存していたが、患者の希望退院が強く外来治療とした。しかし、201X+1年1月下旬、著しい呼吸困難を訴え救急入院となった。胸部CT写真にて気管の著明な狭窄を認め、喀痰塗抹は再び陽性となった。

気管支拡張薬吸入とステロイド全身投与を実施したが呼吸困難は改善しないため、気管内挿管し人工呼吸器を装着した。全身状態が安定してから、潰瘍を形成し狭窄した気管にウルトラフレックスステント(カバー付き)を留置したところ、呼吸困難と喘鳴は消失した。201X+1年2月喀痰塗抹陰性かつ201X年12月喀痰抗酸菌培養陰性が確認でき、退院となった。その後の経過を含めて報告したい。

3. 腹水貯留精査目的で紹介となった結核性リンパ節炎の1例

°座安 清 (総合南東北病呼吸器)

初発症状が腹水貯留の結核性リンパ節炎は珍しいと思われるので報告する。主訴：腹部膨満。既往歴：高血圧、高尿酸血症、冠硬化症。生活歴：タバコ20本/日×62年。現病歴：平成26年5月5日頃から腹部膨満あり。同16日塩釜の医院を受診し腹水貯留のため当院消化器科に紹介となる。腹部CTにて両側腎萎縮、前立腺肥大、腹水貯留が認められた。採血で腎機能障害が認められた。腹部エコーで肝硬変の所見はなかった。胃ファイバーでは胃癌なし。PSA 100 ng/mlであり、がんセンターを受診したが前立腺癌は認められなかった。尿細胞診はClass IIで腹水細胞診はClass IIIであった。大腸検査でポリープが見つかり腺癌であったが完全切除できていた。食欲なく食事が取れないため5月21日消化器科入院となった。同29日PET施行し悪性リンパ腫、結核性リンパ節炎、サルコイドーシスの疑いであったため同31日当科紹介。QFT陽性で結核が最も疑わしかったため6月6日に呼吸器科に転科となった。転科後の経過：抗結核剤の投与にてリンパ節は縮小し、腹水も減少してきた。考察：腹水貯留で発症する結核も念頭に置く必要があると思われる。

4. 骨関節結核に合併したINH耐性じん肺結核の1例

°藤井俊司・片桐祐司・日野俊彦・長澤正樹 (山形県立中央病院内) 石川 朗 (同整形外科)

70歳男性。平成25年直腸癌手術，肝転移で抗癌剤内服中。24年より糖尿病。石材業。喫煙16～70歳10本。24年5月頃から右手背の痛み。11月A病院受診，右手背に4×5 cmの腫瘤あり。同29日当院整形外科に紹介。MRIにて右中指のMP関節周囲の手背側に径30 mmの分葉状の嚢胞性腫瘤。25年2月右手示指・中指間MP間の腫瘤からデブリスを含む7 mlを穿刺。A病院で大腸癌治療。12月腫瘤自壊。自壊部の組織診にて壊死組織と炎症性肉芽組織。乾酪性類上皮肉芽腫は認めず。チール・ネールゼン染色陰性。組織の抗酸菌塗抹陽性でPCRと培養にて結核菌と判明。26年1月15日当科受診。咳，痰なし。胸部X線で両上肺にびまん性小粒状影と左上に腫瘤影。CTにて腫瘤内にエアあり。胃液と喀痰抗酸菌塗抹陰性培養陽性。ERISPOT陽性。15日からINH，RFP，EB，PZA開始。組織と喀痰の薬剤感受性検査にていずれもINH耐性。RFP，EB，PZA継続し2月26日から喀痰抗酸菌培養陰性。7月CTにて左肺腫瘤影のエア増大。

5. 回盲部結核から粟粒結核を発症し，治療中，腸管穿孔をきたした皮膚筋炎の1例 °斎藤美和子・鈴木朋子・新妻一直（福島県立医大会津医療センター感染症呼吸器内）

粟粒結核は，免疫能低下に発症することが多い。皮膚筋炎で治療中回盲部潰瘍を指摘されその後，粟粒結核を発症し，抗結核薬の治療開始後97病日で腸穿孔をきたした症例を報告する。症例：61歳男性。10年前から皮膚筋炎・多発筋炎にて他院にて加療中。PSL 18 mg，FK 402 1 mg，MTX 6 mg/週を内服中。20XX年9月初旬に健診で便潜血陽性となり，中旬にCF施行。回盲部の弁破壊を伴う潰瘍と狭窄を指摘されたが，胸部XP上は異常なし。下旬から咳嗽，喀痰が出現し，食欲も低下。10月中旬，喀痰と便から抗酸菌が検出され結核と診断され当院に転院。胸部画像上はびまん性の粟粒陰影を呈しており，腸結核＋粟粒結核と診断。HRZEにて治療開始し，一時，肝機能障害やDICを併発したが，菌陰性化し退院間近となっていたが，97病日に回盲部の穿孔をきたし緊急手術。その後経過良好となり退院となった。若干の考察を加え報告する。

6. 結核性胸膜炎と細菌性膿胸を合併した1例 °新藤琢磨・堀井洋祐・宮本伸也（岩手県立宮古病呼吸器・総合内）

〔症例〕88歳男性，肺結核既往がある。〔経過〕9カ月前から右胸水貯留を認めていたが，当日39度台の発熱で入院となった。4日目の胸腔穿刺で悪臭を伴う褐色胸水を認め，グラム染色では主に連鎖状グラム陽性球菌と小型のグラム陰性桿菌を認めた。細菌性膿胸の診断で右胸腔持続ドレナージとアンピシリン・スルバクタム点滴静

注を開始した。胸水細菌培養は陰性であったが，血液培養からEikenella corrodens, Streptococcus spp.が分離された。15日目にドレーンチューブ抜去し，再増悪なく37日目に退院となった。以後外来でアモキシシリン・クラバン酸を継続したが胸水残存，赤沈高値が遷延した。その後，入院時の胸水抗酸菌培養から結核菌が分離されたため結核性胸膜炎と細菌性膿胸の合併と診断した。標準法(B)による抗結核治療を継続している。〔考察〕結核性胸膜炎による胸水貯留が先に存在し，口腔内嫌気性菌による膿胸が急性経過で合併したと推察される。文献的検討を付して報告する。

7. 潜在性結核感染症患者の病識向上への取り組み—パンフレットを用いて °佐藤志子・吉田加奈子・本間光信（市立秋田総合病看護）

当院では平成24年9月から潜在性結核感染症(LTBI)患者への外来DOTSを開始した。結核患者には入院中から繰り返し病気や治療，生活について指導しているため，治療への受容が得られており，外来DOTSもスムーズに行えている。LTBI患者では初対面の方が多く性格や日常生活の様子は不明であり，症状がないため病識が薄いとを感じる。病識向上とスムーズなDOTS導入のため内服開始時パンフレットを用いて簡単な指導をした。DOTS終了時には治療完遂に何が必要かを知るためにインタビューし，病気や治療のことが理解できたか，どういふサポートが必要かを調べた。平成25年4月～26年6月で治療終了したLTBI患者13名中11名にインタビューした結果，パンフレットの説明で病気・治療の疑問が解決した人が8名いた。治療で困ったことは，病院が遠いことや長期間の内服で忘れそうになるという内容が聞かれた。内服忘れをする人も3名あり，今後は内服忘れなく治療完遂する方法を患者に合わせて考える必要がある。

8. 当科における結核有症状受診発見例の受診・診断・発見の遅れについての検討 °本間光信・伊藤武史（市立秋田総合病呼吸器内）

〔目的〕未だに結核中進国であるわが国の結核の現状の要因として，受診・診断・発見の遅れの影響について検討すること。〔対象と方法〕平成16年からの10年間に当科で加療した有症状受診発見の肺・粟粒結核195例を対象に受診・診断・発見の遅れの経年的推移，それぞれの期間別の患者数の割合，性・年齢別の差異，受診の遅れと診断・発見の遅れ，また，受診・診断・発見の遅れと病状の進展度との関連について検討した。〔結果〕受診・診断・発見の遅れに経年的短縮傾向なく，発見の遅れが6カ月以上の例が10%近く存在し，受診の遅れが発見の遅れにつながっていた。また，進展例での受診・発見の遅れが長かった。〔考察〕結核診断法の進歩にもかかわらず

らず、発見の遅れに短縮傾向が認められず、受診の遅れがより強く影響していることが判明。診断の遅れも短く

はなく、一般市民への啓発のみならず、希薄化している医師の関心の喚起、医学生の教育の充実が課題と考えた。