



結核診療ガイドラインのポイント*

重藤 えり子**

Key Words: infection control law, standardized treatment of tuberculosis, DOTS, latent tuberculosis infection

はじめに

結核は日常診療, とりわけ呼吸器科の診療において忘れてはならない重要な疾患である。しかし, 患者数の減少とともにその存在は忘れられがちとなり, 診断の遅れが多くなっている。診断の遅れは院内感染の大きな要因となり, 事後対策に苦勞することにもつながる。また, 2類感染症として感染症法で規定されている対策の一都として, 発見の届け出から始まる種々の手続きも必要であり戸惑うことも多いであろう。治療に関しては抗結核薬による標準治療が確立しているが, 実際には高齢者を中心に死亡も多い。

日本結核病学会では2009年6月に「結核診療ガイドライン」¹⁾を発表した。学会ではこれまでも, 「結核医療の基準」の見直し²⁾や, 「さらに積極的な化学予防の実施について」³⁾など, 必要に応じて委員会報告を発表してきたが, 日常の結核診療に必要な事項を網羅したガイドラインの作成は今回が初めてである。結核の診断・治療はもちろん, 届け出や保健所との連携, 感染対策と発病予防など, その中から特に知っておくべきポイントとなる事項を選んで以下に述べる。

結核の現状

結核は, 世界では人口の3分の1が感染し, その中から年間900万人以上が発病, 約170万人が死亡している重要な感染症である。特にHIV感

染が多い地域での結核の増加, また, ロシアやその周辺国を中心とした多剤耐性結核の増加はきわめて困難な課題となっている。日本では2008年の人口10万人あたりの罹患率は19.4, 新たに届出があった患者は24,760人である。欧米では人口10万対の罹患率は10以下となっており, 日本の結核は減少しつつあるものの, 依然として中まん延状態である。疫学的には①高齢化(約半数が70歳以上)②医学的リスク集団への集中(糖尿病, 免疫抑制剤使用など)③社会経済的弱者への集中(ホームレス, 外国人労働者, 都市部の生活困窮者など)が特徴であり, 医療上の問題点として④重症患者の増加(感染性結核はあまり減っていない, 死亡者数も2,000人以上)⑤薬剤耐性結核(初回治療に使用する薬剤の一つ以上に耐性である率は未治療患者で8.2%, 治療歴がある患者では22.8%)⑥集団感染(学校だけでなく病院, 施設でもおきている)がある(図1)⁴⁾。

結核対策は結核予防法のもとで進められてきたが, 2007年に感染症法に統合され2類感染症としての対策が規定されている。従来からの患者支援や接触者対策, 発病予防などについても継続, 強化されている。

診断

結核の大半は肺結核であり, その診断の遅れは社会への感染拡大, とりわけ院内感染の大きな要因になる。感染性の結核を速やかに診断す

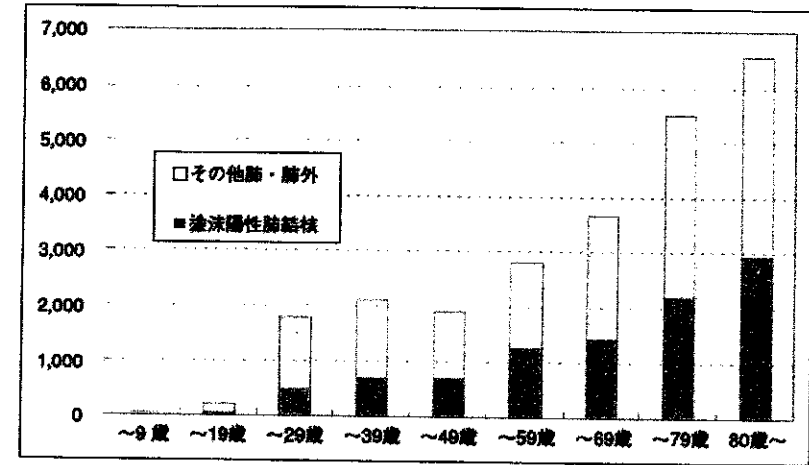


図1 2008年 年齢別新登録結核患者数
新登録結核患者数24,760人(人口10万対19.4), うち喀痰塗抹陽性9,809人である。20歳代患者の25.7%は外国籍である。(文献⁴⁾より引用改変)

るためのポイントは, まず疑うこと, 菌検査を行うことである。

1. 疑うべき症状

咳が2週間以上続く場合には結核も疑うべきである。症状は感冒などの呼吸器疾患と共通であり, 咳, 痰, 血痰, 発熱などである。呼吸器症状があまりなく, 食欲不振や全身倦怠感などが主訴となることもある。特に高齢者では徐々に衰弱し, 動けなくなってはじめて受診し診断されること, 誤嚥性肺炎と考へ抗生物質を使用していたが改善せず重症化して診断されることもある。肺外病変も含め, 慢性の経過, 抗生剤に不応であるなど診断に困ったときにも, 結核は鑑別すべき重要な疾患である。

2. 画像(肺結核)

基本は胸部単純X線撮影である。典型的な所見としては濃淡さまざまな浸潤影, 特に空洞を伴う場合, 散布巣を伴う結節性, CTでのtree-in-bud patternなどがある。しかし, 肺炎様(乾酪性肺炎), びまん性粒状影(粟粒結核), 肺門(縦隔)リンパ節腫脹などときわめて多様な所見を示す。特にHIV感染を代表とする免疫抑制状態では, 典型的な所見を呈しにくい。画像所見は上記の臨床症状があるときに肺病変の存在を知るための手がかりと割り切り, なんらかの異常陰影が

認められるときには結核も忘れてはならない。

3. 菌検査とその他の検査

喀痰やその他の検体から結核菌を検出すれば結核の診断は確定する。しかし, 肺外結核の多く, また肺結核でも早期には菌が検出されにくい。肺結核の場合には気管支鏡検査による気管支液などの採取も検討し, 菌を検出する努力をすることも必要である。日常診療で行われる検査所見では特異的なものはない。結核の感染の有無を知るためにはツベルクリン反応と結核菌特異抗原によるリンパ球γインターフェロン放出刺激試験(IGRA)があり判断の参考になる(詳細は潜在性結核感染症で記載)。胸水のadenosine deaminase (ADA)高値も結核性の可能性が高いと考えてよい。菌が検出されなくても総合的に結核と診断し, 治療を開始することも必要である。

4. ハイリスク者

現在の日本で結核の感染・発病率が高いのは高齢者である。糖尿病, 血液透析, 悪性腫瘍, HIV感染, 自己免疫疾患など免疫低下をきたしやすい疾患がある場合, 免疫抑制剤などの治療を行う場合にも発病率が高くなる。アジア・アフリカなどの出身者は母国の結核罹患率を反映して発病が多い。結核患者との接触歴があるかどうかも重要な情報である。特に感染後2年以内

* Guideline for tuberculosis in Japan.

** Eriko SHIGETO, M.D.: 独立行政法人国立病院機構東広島医療センター(〒739-0041 東広島市西条町寺家513): National Hospital Organization Higashihiroshima Medical Center, Higashihiroshima 739-0041, JAPAN