

結核診療における喀痰検査の重要性

2013.4.18

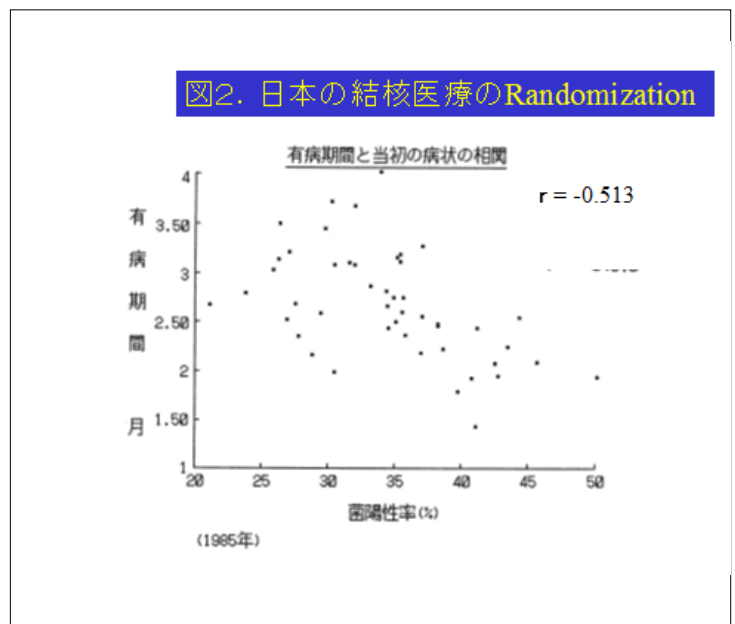
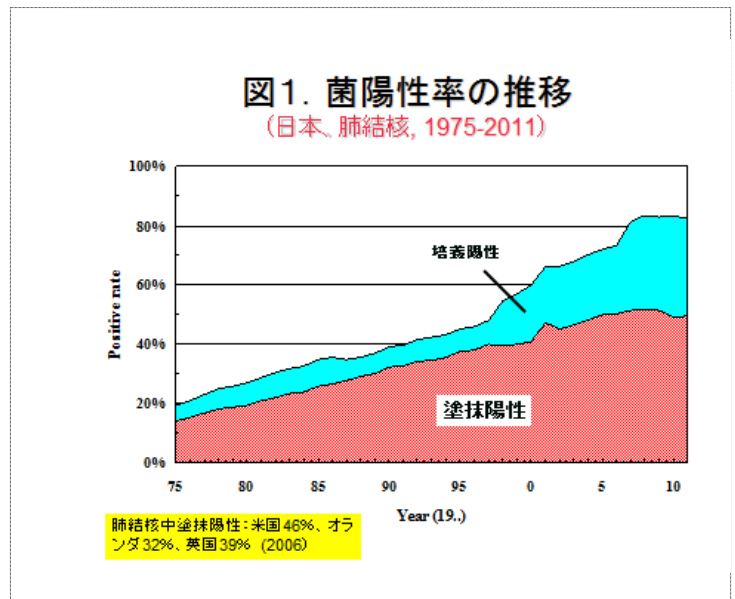
於 第5回喀痰誘発研究会
結核研究所 名誉所長 森 亨 先生

私は臨床家ではなく、疫学サイドの人間なのですが、臨床の先生方に、このような見方もある、ということでお話ししたいと思います。

図1は肺結核として治療される人たちのうちどれくらいが結核菌が証明されているか、を1975年から2011年までについて見たものです。1975年のころは肺結核と診断される患者のうち、菌が証明されている人は、20%しかいませんでした。その後どんどん菌陽性率は上がり、最近では83%までになった。表面的には、昔は結核の診断がX線依存だったということが言えます。胸の影さえみれば結核だといっていた。それがだんだん是正されて、菌の証明がされて初めて結核と診断するというパターンが多くなったということで、一応、結核診断の質が向上したという風に受け取ってよろしいのかと思います。

もちろんその間に、結核患者が重症で発病する、あるいは重症にならないと診断がつかないといった芳しくない部分もあることはあると思いますが、一応、この結核診断が菌所見を重要視するようになったということで、それはそれで結構なことだと考えるべきだと思います。

診断の質が良くなった、ということは、昔は診断の質が頼りなかったという事があるわけですが、それは、結核の治療にも影響した、と考えられます。図2は1985年、もう20年以上も前の状況ですが、都道府県別に結核治療の期間のばらつきをみてみたものです。この時代の化学療法の期間については、1971年の「結核医療の基準」によれば、「菌が陰性化し、空洞が消失し、X線所見が不変の状態に達してからおおむね12~18ヶ月後」というRFPのない時代の考え方が支配的な位置を占めるなか、1973年以来のRFPを用いた短期化学療法による固定的な9ヶ月の治療期間（もちろん菌の陰性化が順調に達成されていることが前提）が徐々に浸透している時代でした。

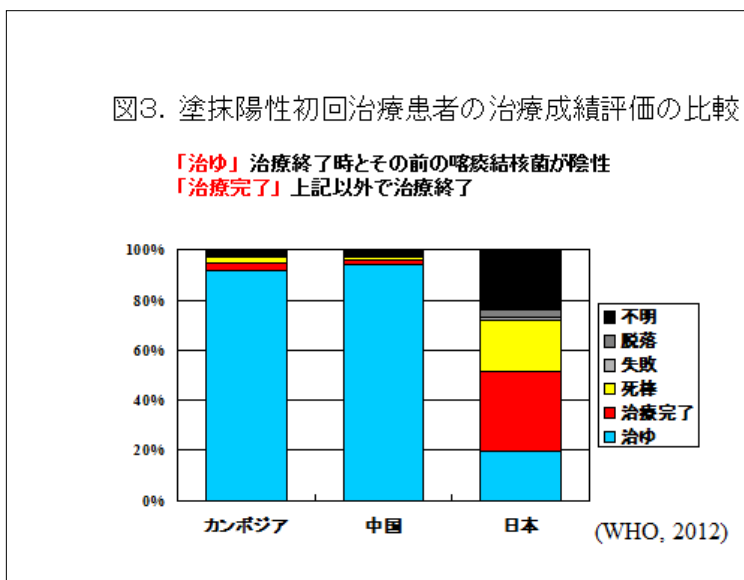


そのばらつきを縦軸にとって見たものですが、横軸に治療開始時の菌陽性率をとり、治療期間のばらつき具合が治療開始時の菌陽性率、いうならば重症度とどう相関するかをみています。菌陽性率は都道府県によって 50%くらいから 20 数%までものすごくばらつきがあります。素直に考えますと、菌が出る人が多い、つまり重症患者の多い都道府県ほど治療期間が長くなるだろうと予想されるのですが、実際にはこのように相関は逆相関——つまり重症の患者をたくさんみている都道府県ほど治療期間が短いのです。

これはやはり菌陽性率が低い地域ほど結核診断における X 線依存が強い、そしてそのような所では治療終了の決断も菌所見ではなく、X 線所見に依存して、影が残っているから治療をなかなかやめられない、ということを示していると考えられます。ほとんど全部の患者に RFP が使われていたにも拘わらず、以前の X 線所見依存の考えを脱却できない部分が、全国で様々な程度に残っていた、ということになります。大変結構なことに、去年の成績で同じようなことを見てみたら、ほとんど相関はなくなりました。ですから、治療の期間決定などについても、X 線よりは菌所見重視というのが浸透してきたかな、と思うわけです。

しかし、それがすべていいのかというと、決してそんなことはありません。こういう問題点があります。

図 3 はカンボジア、中国、日本の結核患者の治療成績を比較した者です。WHO の Global TB Strategy に協調して今、世界中の結核患者の治療成績が、大体似たような方法で評価され、比較されるようになっています。そこで用いられる患者集団の治療成績は「コホート分析」と呼ばれる方式で行われます。これによる、治療評価の基準は：①「治癒」と称するのは、6 カ月か 9 カ月の治療の最後の時点およびその前の時点の喀痰検査の結果が陰性の場合、と定義されています。それから、②「治療完了」、つまり治療は一応やめてもいいと主治医は判断するが「治癒」と判定される条件がそろわない、大部分の場合菌検査が行われなかったというようなことですが、そういう区分を設けています。



「治療完了」と「治癒」を合わせて③「治療成功」で、治療がうまくいったとみなす、と WHO は定義しています。それで、図では日本、カンボジア、中国の 3 つの国の治療成績を比較しています。カンボジアも中国も、「治癒」が 90% 以上を占めています。92%と 94%でしょうか。「治療完了」は赤い部分、ごくわずかしかなかった。3%とか 4%。ところが日本は「治癒」と判定される人は 20%くらい。「治療完了」が 30%位ある。要するに菌所見がわからない。菌所見がわからないまま、まあ治ったことにしましょうといったように、ちょっと問題のあるパターンがこれだけあります。つまり、日本では治療の後半で、菌検査が十分に行われていない、という問題をここに見ることができます。

ついでながら「死亡」ですが、死亡が多いのは日本は高齢者が多いからということで仕方がないという部分があります。「不明」というのは、これは日本の場合には規定以上に長い治療期間、12 か月を越える治療が行われている。これはこれでまた別の問題があります。

いずれにしても、今日申し上げたいのは、「治療完了」というフuzzyな形で治療を終了する、治療中の喀痰の検査、菌の検査が十分に行われていないというケースが少なくないことは日本の結核診療のかなり深刻な問題と考えるべきなのではないか、ということです。そういう意味で、このようなラングフルートのように患者の協力のもとに喀痰検査が上手に推進される具体的なノウハウがあるということは非常に素晴らしいことだし、今後の普及に大いに期待したい、と思います。

最後に、先程の「治療完了」の割合を都道府県別に分布をとりますと（図4）、治療を終えた症例のうち、「治療完了」が90%と、つまり10%くらいの人しか最後にまともに菌検査がされていないところもあれば、逆に「治療完了」が10%と、治療終了に際し、菌検査をしていない人が10%もいないというところもあり、ものすごくばらつきがあります。

これは、私は個々の医療機関、あるいはおなじ医療機関の中でも個々のドクターの姿勢のばらつきが大きいのではないかと考えています。そこらへんにもラングフルートのような具体的な用具を使って、菌検査を、ひいては結核診療を向上させていくヒントがあるのではないかと期待しております。

以上です。ご静聴、ありがとうございました。

