

新聞報道でご存じの職員の方もいらっしゃると思いますが、大阪府が結核の検査である“クオンティフェロン検査”で、誤診断が起こったとして、2000名の検査をやり直すということになりました。そこで今回は、結核の現状と検査方法の変化について記載します。

### ■結核の現状

結核の発症者の数は、年々減少傾向にあり、日本でもようやく罹患率が10万人あたり20人を下回りました(図1)。大阪府はそれよりも多い24.4人で、当院でも結核の患者さんが毎年10名前後診断されています。患者さんが結核と診断されると、接触のあった職員や周囲の患者さんは接触者として、リストアップされ、排菌の程度と接触の度合いに応じて、検査を行います。

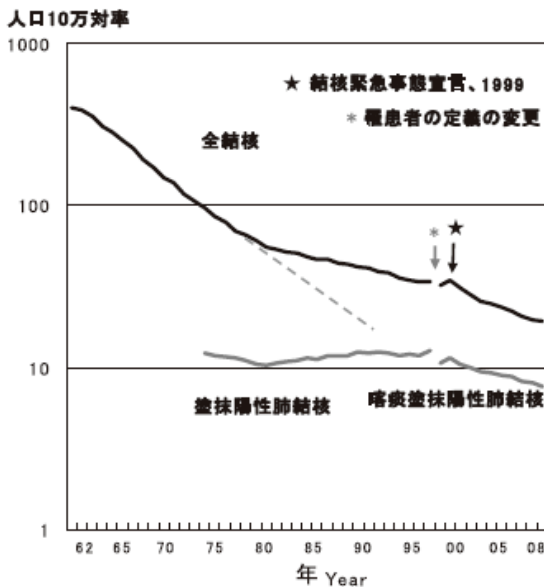


図1. 結核罹患率の推移

### ■結核の検査方法の進歩

結核は空気感染しますので、周囲の広い範囲で感染のリスクがあります。そのため、検診ではより濃厚な接触者の集団を最初に検査し、複数の感染陽性者がその集団から確認されたら、さらにそれよりも接触の程度の低い集団まで広げて検査をしていきます。

感染の有無の判断は、これまではツベルクリン反応で行われていましたが、近年クオンティフェロン検査という新しい方法が普及したために、ツベルクリン反応は必ずしも行わなくなりました。クオンティフェロン検査というのは、ツベルクリン反応検査が、小児期に接種したBCGの影響を受

けるのに対して、BCGの影響を受けずに結核特異的な免疫反応を測定することができる検査方法です(図2)。そのため、従来のツベルクリン検査より特異性が高く、擬陽性の出にくい検査法ということになります。ただし、擬陰性が1割程度あるといわれていますので、100%の感度というわけではありません。

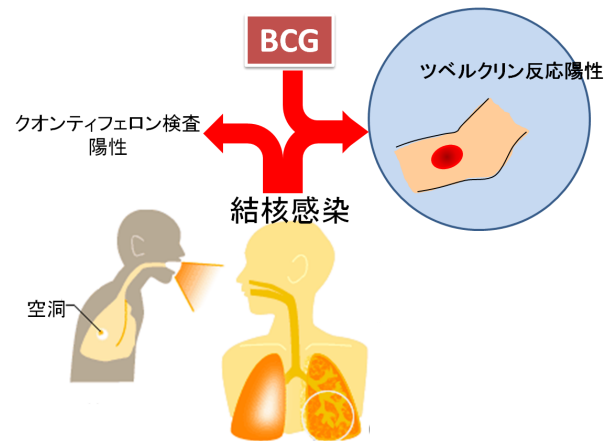


図2. ツベルクリン反応検査とクオンティフェロン

### ■結核は疑うことが重要!

結核の接触者検診は、結核であることに気づくのが遅ければ遅れるほど対象者が増えますし、入院中の基礎疾患のある患者さんに感染を起こすと生命にかかわることにもなります。また耐性結核菌が感染した場合、治療が困難で、長期の治療と療養が必要となります。そのため、主治医の先生は、入院時に結核を見逃すことなく、迅速に疑い、診断するように注意を払っていただきますようお願いいたします。結核の診断は、常に疑いを持つことが最も重要です。特に、図3のような空洞のある陰影の病変では、多量の排菌がありますので、迅速に専門の先生へ相談いただきますようお願いいたします。



図3. 結核病変のCT像