

肺結核と誤られ易い胸部疾患

(其の一)

(本論文要旨は第22回日本内科学会北陸地方会に於て発表した)

金沢大学医学部放射線医学教室 (主任 平松 教授)

小	林	敏	雄
乘	岡	榮	一
浦	川		新
上	田		巖
柿	下	正	雄
三	浦	秀	行

Chest Diseases Which are Liable to Make it a Mistaken Diagnosis for the Pulmonary Tuberculosis.

(Part I)

(This report was talked at the 22nd Hokuriku Section of the
Japanese Society of Internal Medicine)

TOSHIO	KOBAYASHI
EIICHI	NORIOKA
HAJIME	URAKAWA
IWAO	UEDA
MASAO	KAKISHITA
HIDEYUKI	MIURA

From the Dept. of Radiology, School of Medicine,
Kanazawa University

(Director : Prof. H. Hiramatsu M. D.)

内 容 抄 録

胸部レ線所見上、肺結核と誤診され易い幾つかの疾患がある。我々はここに、肺炎の3例と、気管支拡張症乃至肺嚢腫の2例を報告した。何れも、何処かで少くとも一度は肺結核と診断され、治療も受け、健康管

理上休養を命ぜられたような症例ばかりである。我々はこれを専らレ線学的に鑑別して誤りのなかつたもの

であるので、鑑別診断の基礎に就ても言及した。

Abstract

On the radiological findings of the chest, several diseases, as known, are liable often to make a mistaken diagnosis for the pulmonary tuberculosis.

In this paper we reported three cases of the pneumonia, each cases of the bronchiectasia and the pulmonary cyste.

These cases, once at least, by some phy-

sicians, were treated for tuberculosis regretfully and recommended to repose oneself from the sanitary point of view.

We believed that those diagnosis were free from mistake on the basis of radiological differential diagnosis to the utmost and referred to underlying of the differential diagnosis.

緒言

「胸部 X 線写真に於て、浸潤性陰影を見たゞけでは結核菌が陽性であるとか、よほどの確信がない限り直ちに結核性としな方がよい。

肺結核の診断を2週や3週保留しても肺結核の経過に重大な影響を及ぼすものでない」という意味のことが、日本医師会雑誌¹⁾にも論説として昨年と本年の2回に亘つて強調されている。

肺結核の治療は早期に始められる程効果があるので、早期発見が重要であるが、併し、結核でないものを結核として診断し治療するようなことがあれば、それは医師の過失というべく、大きな社会問題ともなろう。

即ち、その治療は全く無駄であるばかりでな

く、学業を中絶させ、婚期を逸せしめ、更に又失業させさせもする。

X 線陰影を見た場合、先づ肺結核以外の疾患を考え、然る後に肺結核を考えることが鑑別上最も大切であると重松²⁾、島村³⁾等が強調している。

こゝに報告する5例は、短時日の間に消失した陰影を中心としたものであるが、何れも何処かで一再ならず肺結核として診断され治療を受けたものばかりであつた。最近この様な症例が可成り多く見受けられ、胸部レ線写真鑑別上興味あると思われるのでこゝに報告することゝした。

症例

第1例

波○昭○ 22才 3 学生 原発性非定型性肺炎
初診 23/4

主訴：のどの乾いた感じ

現病歴：前日夕刻廻暮中に気付いた。

血沈：1時間値 3mm 2時間値 10mm

喀痰培養：40日 (-)

胸部レ線所見：写真1-a 右中下肺野にかけて、略々三角形の陰影があり、その上縁は肺門より横走する明瞭な線を以て境され、下方に向つて次第に淡くなる。これを透して主な肺紋理の追及が可能であるが、外側部に一部濃厚な部分がある。

側面像(写真1-b)に於ては、中葉に一致して略

々均等な陰影を認める。

非定型性肺炎として安静のみにて無処置のまま一週間休養を命じたが、A医師に走り結核とされ、更にB医師により、結核と診断され、SM、PAS、INAHの三者併用をすゝめられ、その医師の下で治療を受けたが、一週間後激しい頭痛と耳鳴に襲われ中止した。

17/5写真1-c 殆ど痕跡を認めざる程度に陰影の消失を認めた。

第2例

神○由○子 16才 高校生 インフルエンザ肺炎
初診 10/4

主訴：咳嗽、喀痰

現病歴：4月初め感冒、3日前より主訴

ツ反：陰性

血沈：1時間値 70 mm 2時間値 85 mm
(14/6 9 mm, 18 mm)

喀痰中 Staphylokokken (++) Streptokokken (+)

胸部レ線写真：写真 2-a 左下肺野に瀰漫性暗霧を認め内部構造は不明である（市内某病院にて撮影せるもの）。肺結核として直ちに結核予防法の申請と同時に SM, PAS の併用療法を開始された。

12/4 写真 2-b 翌々日我々の外来に入院治療を求めて来た。その写真では、この瀰漫性陰影の中に肺紋理は末梢部迄全般的に増強し、濃度を異にする小斑点像を見、境界は不明瞭であった。（この写真は省略）

19/4 写真 2-b 上記の陰影は著しく消退した。

第 3 例

明○紀○ 10才 ♂ 小学生 原発性非定型肺炎
初診：20/5

主訴：発熱及び胸痛

現病歴：凡そ3週間前から主訴、本年4月にツ反陽転

血沈：1時間値 38 mm 2時間値 68 mm

写真 3-a 肺門部を頂点として外下方に拡がる三角形の陰影を示し、縦隔洞側濃く、辺縁へ次第に淡くなる略々均等性の陰影を示すが、肺門影は稍々増大するも他の肺野紋理の増強は著しくない。

写真 3-b 24/5 肺紋理増強を残すが、陰影著しく減少している。

第 4 例

清○源○郎 50才 ♂ 農 気管支拡張症兼気管支肺炎
初診：17/7

主訴：咳嗽及び嚔下困難

現病歴：4月頃より咳嗽を訴え、肺結核として化学療法を受けた（SM 20 瓦, PAS 500 瓦）。

写真 4-a, b 稍々第二斜位方向に偏って撮影され

ているが、肺紋理一般に増強し、右肺尖に小豆大の楕円形の境界鮮鋭な陰影を認める以外に特記すべき所見を認めない。縦隔洞腫瘍を疑われて来たが、第二斜位像特記すべき所見を得なかつた。

20/11 写真 4-c 中下肺野肺紋理著しく増強し、斑点状陰影が多数散在する。

断層写真（写真 4-d, e）、主として円形透亮像を下肺野に認める（S¹⁰）。

9/2 写真 4-f 左下肺野の陰影は消えたが、右肺全般的に薄霧を以て被われ、中野に葉間肋膜炎の併発を思わせる楔状の像が現われて来た。

16/3 写真 4-g 右自然気胸のため右肺の萎縮と中央陰影の左方への偏位の像と、それに伴う鬱血像乃至無気肺像が目立つ。

剖検所見：

両肺全葉に亘って気管支拡張と肺気腫（bullöse Emphysem）と気管支炎及び気管支肺炎の像を認め、なお、右肺には自然気胸による圧迫性無気肺が認められた。又拡張した気管支周囲の肺胞壁は線維性に肥厚し、肺全体としても線維症の状態が認められた。

第 5 例

青○リ○ 39才 ♀ 教員 肺嚢胞

初診：10/7

主訴：咯血、血痰（1年に数回）

現病歴：5年前集団検診で某医により肺結核の診断を受け、SM 40 瓦, PAS 1 年半服用

既往歴：18才咯血を主訴とし肺結核の診断の下に40日間入院治療を受けた。

胸部レ線写真：写真 5-a 肺紋理一般に増強、殊に下肺野に著しい。右上野内側より小指頭大の円形の透亮像、心臓に蔽われた部分を含めて左下肺野に小豆大乃至拇指頭大の輪状影を認める。

断層撮影（写真 5-b）背面より 6,7 cm で最も著明だが大小の透亮像が明瞭である。（S¹⁰？）

総括並びに考按

ここに述べた 5 例を総括すると、先づ何れも結核ではなかつたのに結核とされたということであるが、この 5 例から次の三つのことが問題になると考える。即ち、先づ第一に、一過性の浸潤影、第二に気管支肺胞系の異常拡張、第三に自然気胸である。

以下これらの問題に就て少しく考按をめぐらしてみよう。

I X線像からみた一過性肺浸潤

これは最初 Fassbender⁹⁾ によつて記載されたが、短時日の間に消失する事が特徴で X 線上の所見名として把握される性質のものである。

一過性に消えて行くものには時と共に、その考え方が多少の差異はあるようであるが、大体次の如きものが包含されるようである。

- 1) レフレル症候群
- 2) 原発性非定型肺炎
- 3) インフルエンザ肺炎
- 4) 細菌による気管支肺炎
- 5) 気管支肺胞系疾患に伴う感染

尙この他に、エピツベルクローゼヤ中葉症候群等と呼ばれるものも入り得るが、これを無気肺と解するならば、一過性肺浸潤とした、この項の中には入れない方がいと考えるので除外することとした。

以上の中で特に問題となるのは、非定型性肺炎とレフレル症候群であろうと思われる。

非定型性肺炎⁷⁾は 1942 年 米陸軍肺炎委員会で Primary atypical pneumonia (etiology unknown) と命名されたものでレ線像の所見の他に、赤血球寒冷凝集反応、連鎖状球菌 MG 凝集反応が重要であり、レフレル症候群⁷⁾もレ線像の特徴と同時に好酸球増多が特徴とされる。

併し両者の間にはその異同についてすら論あ

り、レフレルか非定型肺炎かの区別は、一般臨床には然程重要ではないと考える。それよりも、そのレ線像を見て短期間に消失し得る非結核性陰影であることを見極めることの方が重要であろう。而して X 線像に於ける特徴として、

1. 下肺野に多い。殊に右下 (レフレルは孤立性)
2. 均等な瀰漫性陰影、
3. 肺門部から肺周辺に拡がる、
4. 樹枝状、軟い斑状、淡い小さな陰影 (円形) 特に吸収期には線状又は濃淡ある斑状影、
5. 消失は 2~4 週以内のようなことが挙げられる⁸⁾と考える。滲出性肺結核とこれらとのレ線学的鑑別診断の項目を表示すれば次の如くなるであろう。

以上レ線学的鑑別診断の根拠から明らかなように、前 3 例は何れも一過性肺浸潤として包括され、而も非結核性であることが特徴である。尙第 1 例は中葉症候群と、第 3 例は Epituberkulose との鑑別が問題となるが、前者は痕跡なく治癒したことに於て、後者は僅か 4 日で消失していることに於て明瞭であろう。

II 気管支肺胞系の異常拡張としては先ず次の如く二大別出来る。

第 1 表

	Löffler 症候群	原発性非定型肺炎	滲出型肺結核
年 令	青 年 期	小 児 期	青 年 期
部 位	中下肺野	肺門下極より下	肺尖 葉尖部
形 状	孤立性浸潤像	比重的広汎 均等瀰漫性 葉縁濃く次第に淡い、 不均等	不均等で核影あり
透 亮 像	(-)	(-)	(-) (+)
葉 門 結 合	(-)	(-)	(+)
他 肺 野	(-)	肺紋理増強	肺紋理の変化
肺 門 部	(-)	肺門影増大	撒布集 淋巴腺腫脹像
経 過	短時日に痕跡なく消失	短期間 葉間肋膜像 樹枝状影を貽す	緩 慢 雑多 (乾酪性変化線維性 変化等)

1) 気管支拡張症

特発性、続発性とに分け、更に形状よりの分類として、円筒状、珠数状、紡錘状、棍棒状、葡萄状、嚢状、蜂窩状、混合型等に分けられるが、この中に蜂窩状気管支拡張症は多発性肺嚢胞に入れた方がいとする学者がある⁹⁾が著者等もそうした方が臨床的に便利であろうと思う。

2) 肺嚢胞

Wood¹⁰⁾(1934)、Cooke¹¹⁾(1952)等の分類があるが、我国では熊谷¹²⁾、鈴木¹³⁾、楢林¹⁴⁾、立入¹⁵⁾等のものであり次の如く分類するのが便利であろうと思う。

1. 気管支性肺嚢胞、単発性、多発性
2. 肺泡性肺嚢胞 Bulla, Bleb

この他に Sellors¹⁶⁾の分類は大きさの表現に便なるものがある。

而して我々のこの5症例の中、後者の2例は何れも気管支肺胞系の異常拡張に基くもので、殊に第4例はその病理解剖所見では、両肺全葉に亘る高度の気管支拡張症(円筒状並びに嚢状)と肺気腫(Bullöse Emphysem)と気管支炎及び気管支肺炎が認められて居り、肺結核と疑われたものは気管支拡張症に伴う、繰返して起つ

た気管支炎及び気管支肺炎であつたろうことは推察に難くない。殊に下肺野に於ける陰影の出没はその辺の消息をよく物語っている。

III 自然気胸の原因

従来自然気胸の原因は専ら結核によるとされていたが Ehrenhaft, Taber, Lawrence¹⁷⁾等は52例の自然気胸の分析結果を発表し(殊に19例の開胸結果から)主因は Subpleural bleb であることを指摘し結核性因子は皆無であるとした。

併し、我々の症例についてこゝで一つ問題になるのは、自然気胸を起した原因が、右肺葉下に小なる気嚢が散在し、気嚢が破綻して肋膜膜下に小なる interstitial Emphysemを起し、更に胸腔へと破れたものと考えられる点が Ehrenhaft 等の結論とは多少異にするかもしれない。

併し何れにせよ、これらの気管支肺胞系の異常拡張を結核性空洞とされたり又これらの混合感染による気管支肺炎を結核性浸潤と紛らうことのない識別力が肝要であると信ずるものである。同時に又、自然気胸を起した場合先ず非結核性のこの種の疾患を考えるべきであることを強調したい。

結 論

非結核性の一過性肺浸潤の5例を詳細に観察して次の結論を得た。

- 1) 肺野に浸潤影があつても、殊に新鮮な陰影の場合は時間的経過を観察すべきである。
- 2) 無所見であつた肺野に突然現われ、短時に痕跡なく消失するような陰影を示すものは大部分非結核性の炎症と考えるべきである。
- 3) X線所見のみに頼らず、一般臨床所見を

考慮しなければならない。

- 4) 熱が出て咳が強い急性発病の場合などで陰影の著しい場合にも一応一過性と考える必要がある。

稿を終るに臨み平松教授の御指導御校閲を深謝します。

文 献

- 1) 日本医師会誌, 36 ; 771, 1956.
- 2) 日本医師会誌, 37 ; 515, 1957.
- 3) 重松 : 診

- 療の実際, 5 ; 673, 1954.
- 4) 島村 : 日結, 16 ; 73, 1957.
- 5) Fassbender : Zeitschr,

f. Tuberk., 44 ; 35, 1926. 6) 中村等 : 児科診療, 12 ; 193, 1949. 7) Löffler : Beitr. Klin. Tbk. 79 ; 338, 1932. 8) 藤田 : 臨放, 2 ; 1, 1957. 9) 熊谷 : 日胸外会誌, 4 ; 917, 1956. 10) Wood : J. A. M. A., 103 ; 815, 1934. 11) Cooke : J. Thorc. Surg., 23 ;

433, 1952. 12) 熊谷 : 日結, 14 ; 283, 1955. 13) 鈴木 : 臨床内科小児科, 10 ; 343, 1955. 14) 榎林 : 臨床と研究, 32 ; 659, 1955. 15) 立入 : 臨放, 2 ; 294, 1957. 16) Sellors : Cited from No. 9 17) Ehrenhaft 等 : Amer. Rev. Tbc. a. Pulm. Dis. 72 ; 801, 1955.

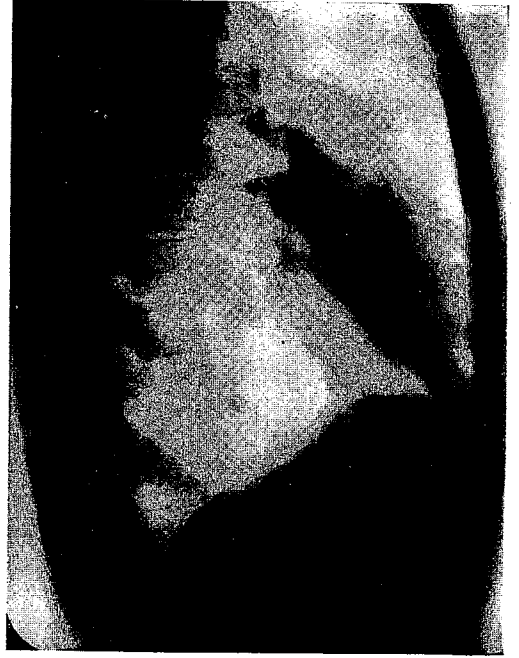
写真 1.

第 1 例 渋 ○ 明 ○ 22 才 ♂ 学生

(a)



(b)



(c)

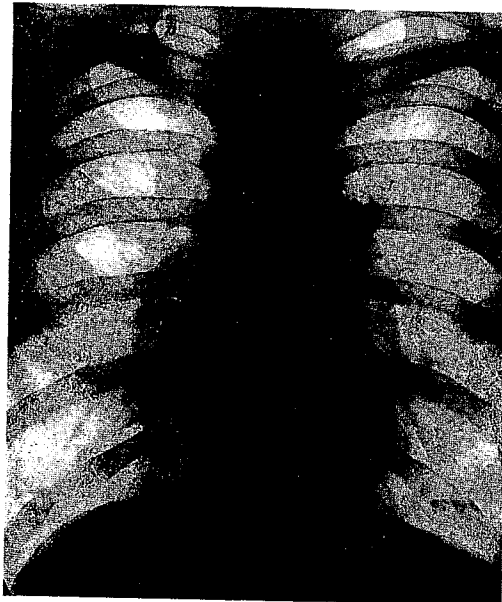
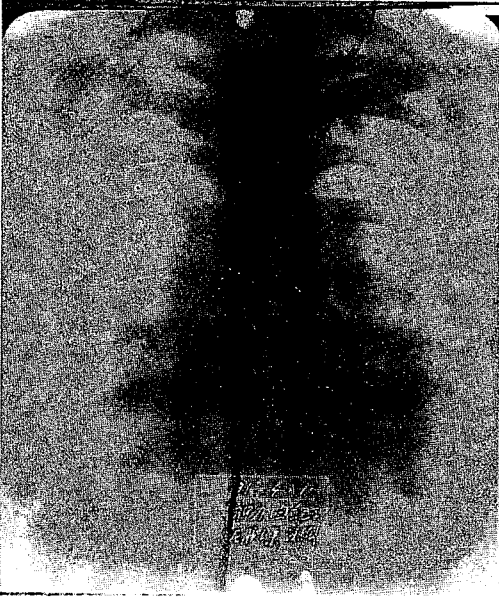


写真 2.

第2例 神○由○子 16才 ♀ 高校生

(a)



(b)

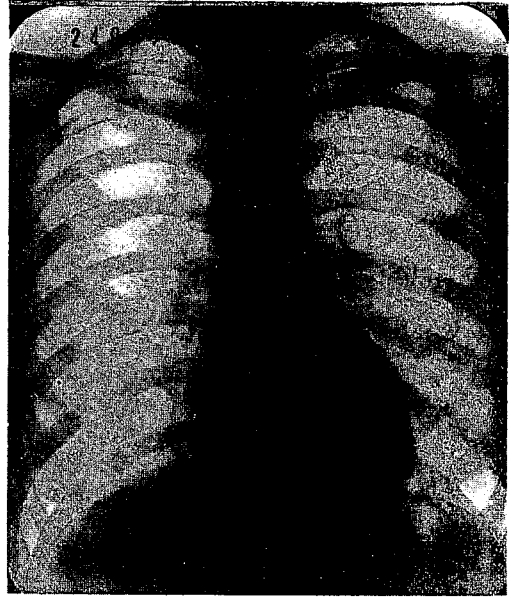
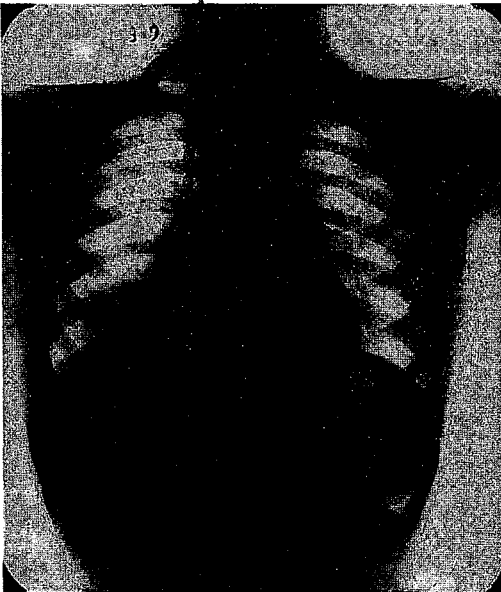


写真 3.

第3例 明○紀○ 10才 ♂ 学童

(a)



(b)

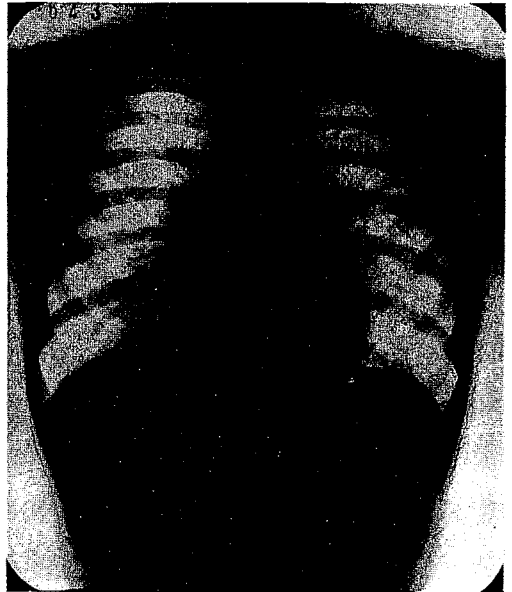
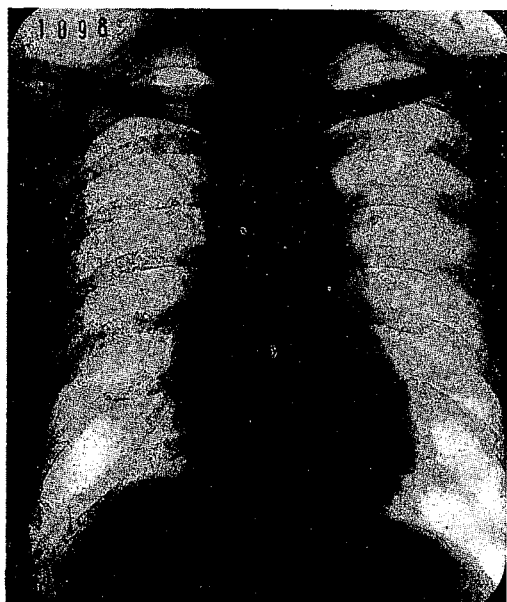


写真 4.

第 4 例 ○ 源 ○ 郎 50 才 ♂ 農

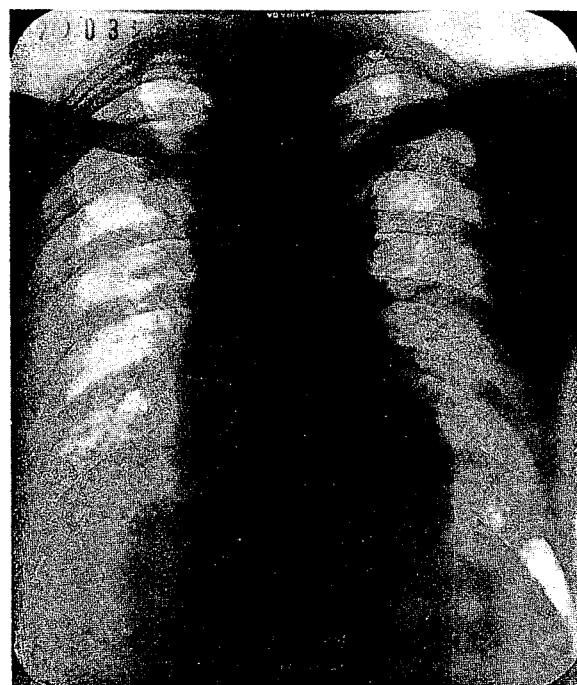
(a)



(b)



(c)



(d)



(e)



(f)



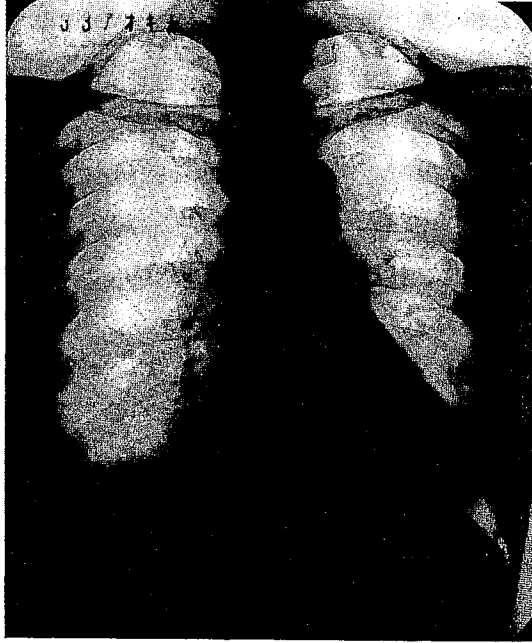
(g)



写真 5.

第5例 青○リ○ 39才 ♀ 教員

(a)



(b)

