

菌を検出した症例のいずれも、中鼻道が閉塞していたものが80~90%と高率に認められた。

次いで手術を行い、上顎洞粘膜の性状を確認しえた37洞につき、粘膜の病変の性状と検出菌との関係をみた。粘膜の性状を、ポリープ状、線維状肥厚、浮腫状肥厚、および肥厚とに分類した。粘膜がポリープ状を示したものは14洞であり、好気性菌のみを検出したものがこのうちの9洞、64%を占め、残り36%は嫌気性菌の検出をみた。また、粘膜が線維状肥厚を示した症例で、好気性菌のみを検出した症例は45%、嫌気性菌の検出をみた症例は55%を占めた。肥厚を示した症例では、好気性菌のみの検出率が66%を占めた。浮腫状肥厚を示した症例からは嫌気性菌を検出しなかつた。以上より、副鼻腔粘膜が線維状肥厚を示す症例からの嫌気性菌検出頻度は高いと言つてさしつかえないと思われた。

今回のわれわれの報告は、副鼻腔炎の病態と菌との関係を検討する上の第一歩目である。今後、症例を重ねて検討するつもりである。

質 疑 応 答

馬場（名市大） 嫌気性菌と好気性菌が検出されたものでは、どのような組み合わせが多かつたか。

佐藤（金沢医大） 各種の抗生剤の使用頻度と嫌気

性菌発育頻度との間に関連性があるのではないか。

三好（京大） 私が以前上顎洞よりの菌検出を図つた所、典型的な膿汁を採取したのにも係らず、菌(-)という例を少なからず経験しました。先生の所では、そのような例はございませんでしょうか。ありましたら何%ほどだつたでしょうか。

藤巻（順天堂大） ○馬場教授の御質問に関して：今後、検討をする予定です。

○佐藤教授の御質問に関して：今後、経時的な薬剤感受性に関しまして統計を取る予定です。

○三好助教授の御質問に関して：好気性菌、嫌気性菌ともに検出されないものが、一割弱に認められました。

杉田（順天堂大） 上顎洞貯溜液が膿性であつても細菌検査で陰性の頻度は1割程度と思われる。原因として、(1)検査以前にすでに抗生物質を投与されている、(2)検査までの検体のとり扱い方（特に嫌気性菌の場合）などが考えられる。

栗山（独協医大） 無芽胞偏性嫌気性菌、特に *Bacteroides fragilis* の増加を招いたのは同菌に対して高い抗菌力を有する *Chloramphenicol* 系薬剤の大幅な使用制限が大きな原因をなしているものと考え（追加）。

咽頭炎症状で発症したマイコプラズマ肺炎

杉 田 麟 也 ・ 河 村 正 三
市 川 銀 一 郎 ・ 藤 巻 豊 *

はじめに

呼吸器系の急性炎症の原因となりうる微生物として、細菌や virus がよく知られている。ところが、最近では小児科や内科領域を中心として肺炎マイコプラズマが重要な位置を占めることが報告されている。

マイコプラズマ感染症の報告は耳鼻咽喉科からはほとんどおこなわれていない。われわれは咽頭痛など急性咽頭炎の症状を主訴に来院し、耳鼻咽喉科において種々の検査をおこないマイコプラズマ感染症であるこ

とを確認し治療した症例を報告し、若干の考察を加えた。

対象は1979年8月末から10月までに都内23区内の民間病院で経験したマイコプラズマ感染症2例である。

症 例

症例1：25才、男性（図1）

主訴：咽頭痛・発熱

* 順天堂大学医学部耳鼻咽喉科

症例 M. I. 25才 男

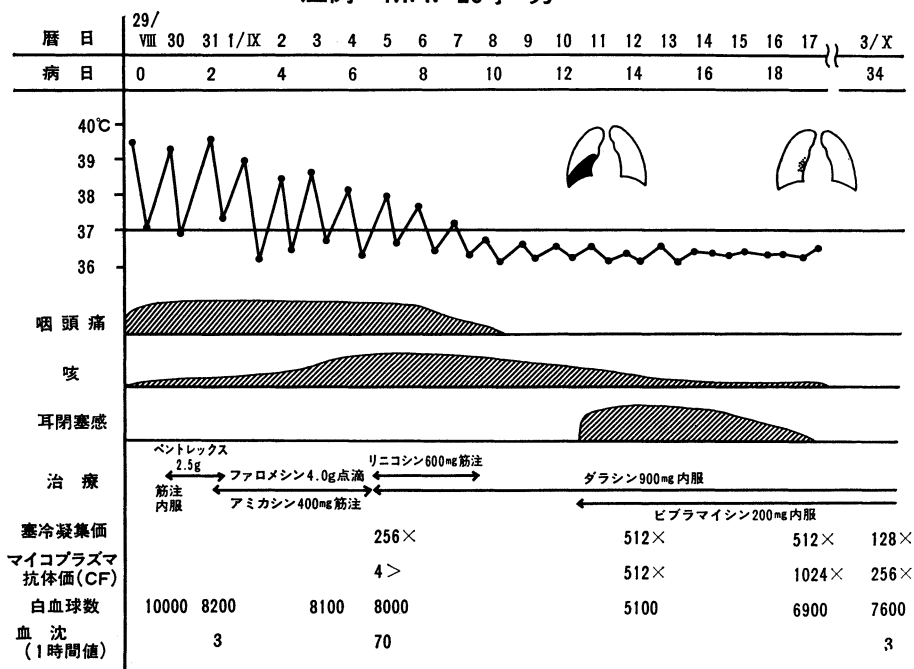


図 1

現病歴：8月50日、39.5℃に達する発熱と咽頭痛を主訴に受診した。初診時所見は口蓋扁桃、中および下咽頭、喉頭の炎症性発赤、とりわけ毒帯の発赤が顕著で急性扁桃炎、急性咽頭炎と診断した。ABPC 1.0g筋注、ABPC 1.5g/日内服投与したが第2病日に再度発熱したので入院し、セファロスポリン 4.0g/日点滴、アミノ配糖体系抗生物質 400mg/日筋注を実施した。しかし、最高40℃におよぶ弛張熱がつづき、咳嗽も増強し、局所々見も改善しなかつた。

初診時の咽頭培養の結果は肺炎球菌であった。肺炎球菌が起炎菌であるならば ABPC、セファロスポリンで十分に臨床効果を得られるはずである。だが、臨床所見の改善がないこと、白血球数の著明な増加がないこと、発熱のわりに全身状況がきわめて良好であったことなどの理由でマイコプラズマ感染症をうたがった。そして血液寒冷凝集価およびマイコプラズマ抗体価を測定し、抗生物質をリニコマイシンとタラシンに変更した。

第7病日の検査では寒冷凝集価 256×と上昇していたが、マイコプラズマ抗体価は4倍以下であり、virusによる原発性非定型性肺炎 (PAP) が強く疑われ

た。だが第15病日の成績では寒冷凝集価 512×、マイコプラズマ抗体価 (CF) 512×と上昇し、胸部レ線検査で右下肺野に肺炎様の陰影を認めた。以上からマイコプラズマ感染症と診断した。

症例 2: 26才、男性

主訴：咽頭痛・発熱・頭痛・咳嗽

現病歴：9月13日朝より39℃発熱、咽頭痛が出現、江東病院内科を受診した。気管支炎の疑いで、ABPC 1.5g/日、3日間投与したが、症例の改善なく、また右耳閉感も出現したため当科を紹介される。右鼓膜は弛緩部が腫脹し、緊張部はやや肥厚混濁していた。純音聴力検査で40~50dBのstiffness curveであった。中耳炎の診断で鼓膜切開を実施し、漿液性白濁した中耳貯留液が多量に流出した。

上咽頭は腫瘍状に腫脹し、表面に白苔が附着し分泌物を認めた。発熱・頭痛・咽痛の原因は上咽頭の病変にあると判断し、入院のうえ、ファロメシム 4.0g/日点滴、アミカシン 400mg/日筋注をした。しかし、本例も臨床所見は改善しなかつた。第5病日の検査所見は、白血球数 8200、マイコプラズマ抗体価 320×、寒冷凝集価 128×でありマイコプラズマ感染症と診断し

た。そこで、第8病日からミノマイシン 200 mg/日点滴静注およびピプラマイシン 200 mg/日内服に抗生物質を変更した。そして、上咽頭にリンコシン 60 mg/ml を1日2回吸入した。このような治療により解熱し、咽頭痛なども軽快した。

考 察

自験例に共通な特徴は、1) 咽頭痛・発熱を主訴に耳鼻科医を受診し、急性咽喉頭炎の診断で加療された。2) ABPC, セファロスポリン, アミノ配糖体はまったく効果がなかった。3) 39~40℃に達する弛張熱がつづくわりに全身状態が良好であった。4) 白血球数は5000~10000程度で軽度増加または正常域であった。5) 寒冷凝集価およびマイコプラズマ抗体価が前後2回のペア血清で4倍以上の著明な上昇をした。6) テトラサイクリン系抗生物質やリニコマイシンで急激に治癒傾向が出現した。ことなどである。

耳鼻科的な所見の特徴は、1) 鼻腔・上・中・下咽頭、1例は喉頭にも炎症例発赤を認め炎症がきわめてびまん性であった。2) 2例とも耳閉塞感を訴え、1例は耳管狭窄、1例は中耳炎を併発した、そしていずれも純音聴力検査で伝音難聴、stiffness curveを示した。3) 中耳炎症例は鼓膜切開により、乳白色、漿液性中耳貯溜液が流出した。4) 1例は咽頭扁桃の部分が腫瘍状に腫脹し、その部分に灰白色の白苔が付着していたことである。

マイコプラズマ感染症は、1961年に CHANOCK ら、RIFIKIND らが実験的に海軍新兵に Eaton Agent を投与し、肺炎や中耳炎を発症させたことによつて注目をあびるようになった。

マイコプラズマ肺炎については内科・小児科から数多くの報告があるので肺炎を除外した呼吸器系マイコプラズマ感染症を検討した。GRAYSTON は一般患者の上気道感染の7%を、HERS は咽喉頭炎の30%、鼻

炎の30%、HOVELIUS は鼻咽喉頭炎の26%、上気道炎の16%がマイコプラズマ感染症であつたと報告している。

北山は、最近では軽症の上気道炎で終るものが多く、肺炎像を呈するものはマイコプラズマ感染症の3~10%にすぎないと述べている。したがつて、われわれ耳鼻咽喉科医もかなりの頻度でマイコプラズマ感染症に相遇しているものと考えられる。

マイコプラズマ肺炎は時に流行を示し、晩夏から秋に多いといわれている。本邦における流行は東京地方では1964年、1968年、1972年および1976年と4年ごとの流行がみられている。したがつて、この流行周期からすれば1979年後半から1980年にかけての流行が十分に予想される。

耳鼻咽喉科医も日常診療で常にマイコプラズマ感染症を考えておく必要がある。

質 疑 応 答

栗山(独協医大) マイコプラズマとL型菌との鑑別方法はどのようにされましたか。

河原田(信州大) 寒冷凝集反応(ペア血清)の上昇しないマイコプラズマ感染症の経験はあるか。

杉田(順天堂大) 1. マイコプラズマ培養はいずれも陰性であつたのでL-フォームとの鑑別はできなかった。

2. 寒冷凝集価、マイコプラズマ抗体価の著明な上昇をみなくても前後2回の検査で4倍以上の差があれば陽性と判定してつかえないと思います。寒冷凝集の上昇しないマイコプラズマ感染症の報告はあるが、私達は経験していません。

3. 北本教授の御報告でも寒冷凝集価の上昇でマイコプラズマ感染をうたがひ、ついでマイコプラズマ抗体価上昇を確認する症例が多かつたとされています。