

Table 9 Drug Resistance of Treated Cases

No. of strain	X-ray classification	Drugs used	SM	PAS	INH
2604※	bI ₃	PM 300g PAS 400g INH ?	100% com. R	S	5% com. R
2764※	bI ₃	SM 100g INH 100g	10% com. R 100% inc. R	S	5% com. R
6115※	bI ₃	?	10% com. R 100% inc. R	—	S
R-47※	bI ₃	SM 150g以上 PAS 540g INH 54g	100% com. R	—	S
R-541	bI ₃	SM 850g以上 PAS 0 INH ?	3% com. R 100% inc. R	0.2% inc. R	5% com. R
R-640※	bI ₃	SM 90g PAS 2700g INH 60g	10% com. R 100% inc. R	—	5% com. R
1071※	bII ₂	SM ? PAS ? INH ?	100% com. R	S	S
3562	bII ₂	SM 80g INH 70g以上	3% inc. R	S	S
3954	bII ₂	SM 200g INH 300g	100% inc. R	S	5% com. R
3577※	bIII _{a3}	SM 235g INH 80g	100% com. R	S	5% inc. R
R-499※	bIII _{a3}	SM 150g INH 100g	100% com. R	—	5% inc. R
3774	bIII _{b2}	SM 500g PAS 2000g	S	10% inc. R	0.1% inc. R

Note : com. R=complete resistance
S=sensitive

inc. R=incomplete resistance
※=direct method

**タイ国における胸部X線集団
検診についての報告**

大町正道 (大森赤十字病院)

1962年コロンボプランによりタイ国南部における国立病院に勤務するかたわら、その地区の中心市における学生・公務員およびその周辺の一般住民に就いて胸部X線間接撮影を行なった。

場所：タイ国南部地区の4県ナラーティワート、パターニー、ヤラー、ソクラーの各県。

職業別被検者数：別表の如く学童320, 中学生2,096, 公務員220, 一般住民（主として農林業に従事）1,094 総計3,730名

Table 1 Results of Case-Finding Survey by Radiophotography in Southern Thailand

Object	No.	Persons requiring close examination	
		No.	(%)
Students			
Primary School	320	26	8.1
Secondary School	2,096	135	6.4
Government Employees	220	15	6.8
Public	1,094	150	13.7
Total	3,730	326	8.7

使用フィルムサイズ：6×6型、

X線間接撮影により肺結核と診断された者およびその疑いある者について直接撮影による精検は行なっていない。

結果：別表の如く肺結核およびその疑いがあり精検を要する者の100分率は8.7%，その内、学生は6.7%，公務員6.8%，一般住民13.7%である。

南タイ4県の総人口は約105万(1956年)で我々が集団検診を行なった総数はわずかに3,730名であるので肺結核患者の分布を知る上には不十分であるが、学生や公務員のように比較的生活程度の高い層と一般住民のように農・林業に従事する低階層とを比較すると、後者は要精検者の比率が非常に高い事を示している。

以上の他右心2名、心臓疾患、肺腫瘍、縦隔腫瘍等がそれぞれ5、2、1名について疑われた。

タイ国における肺結核 外科的療法の経験

小野 勝 (国立療養所東京病院)

私は1959年春から1年間、タイ国に滞在して肺結核の外科療法に従事した。東南アジアの結核に関する経験と知識はこれだけしかないので、この点についてだけの考えを述べる。

タイ国では肺切除でも胸部成形術でも肺手術は大体何でも一応の水準で行なわれている。しかし手術例数は全国を集計しても年間200~300例程度である。結核患者は100万~200万はあるものと考えられるから、この数は10倍~100倍にもする必要があるであろう。現在手術の半数以上は国立胸部病院で、その他は2、3の大学病院で行なわれているのみである。しかし、ここで考へべきはこの国の結核対策全般の水準との関連であろう。現在のところでは外科の能力拡大に力を注ぐ前に、予防(BCGなど)の普及、患者の発見、内科療法の完全実施など全般的対策に十分の努力を払うべき段階であるかも知れない。

タイ国で実際の診療を行なった経験から外科療法についての問題点を挙げれば、第一は何といっても手術に必要な器具や薬品などの供給に不安があることであろう。一旦破損や故障が生じた時は場合によっては数カ月間仕事が出来なくなる恐れもある。中でもことに

困難を感じたのは輸血用血液で、血液の供給難から手術を途中で中止したこともあり、手術を約2カ月延期したこともある。その他では、その後改善されたかも知れないが、肺機能(検査)に関する設備と関心が皆無であったことである。

とにかく胸部外科のような高度の手術を円滑に実施して行くためには、その国の文化、開発の程度が大いに関係する。その水準から遠くかけ離れた仕事を進めて行こうとするのは非常な困難が伴うものであることを痛感した次第である。

開発途上にある国々における 肺結核外科的療法の意義

寺松 孝 (京大結研)

一般に、肺結核の治療としては、現在化学療法が主力とはなっているが、外科的療法を全く考慮することなしに肺結核の根治や排菌源の撲滅を期待することは、生活環境や経済力において優れている先進国においても必ずしも容易ではない。まして開発途上にある国々においてはより一層困難であると思われる。

一方、WHOは、マドラスなどでの試みから、生活環境その他がさほど満足すべき状況でない場合にも、化学療法のみでかなりの効果を期待し得るとしている。

しかし、タイ国その他における我々のささやかな経験からみても、これらの国々では、少なくとも排菌例の20~30%は化学療法のみでは排菌を停止せしめ難いものであり、このような症例が、排菌しつつ、家庭あるいは戦場で、劣悪な生活環境の下に生活せざるを得ないことは重要な問題であろう。

肺結核外科的療法が先進国よりもむしろ開発途上にある東南アジア諸国においてより一層必要であるとする所以である。

しかしながら、我々はWHOの方式が誤りであると主張しているのではない。WHOの方式はその経済状態から止むを得ぬとして実施されていると解してよいと思われるものであり、我々は、このWHO方式の画竜点睛の意味で、我が日本の結核医療協力の主力を肺結核外科的療法の普及におくことを主張したいとしているに他ならない。