

たが、他は全例8倍以下の値に陰性化した。

〔結論〕

川崎病では高率に circulating immune complex が

表 1 浸出液中の Immune complex

Pts.	I.C.	Serum	Exduta	病日
A.T.		16 x	128 x (pericardial effusion)	24
M.I.		16 x	128 x (synovial effusion)	12

表 2 Immune Complex の抗原部分に関する検討 (HBs-Ag に対して)

患者		検体	病日	FITC anti-HBs	IgG	HBs-Ag
川崎病	A. T. 3y	血清	24	8 x	16 x	-
		心嚢液		<4 x	128 x	
	K. S. 1y	血清	23	<4 x	128 x	-
	K. N. 3y	血清	31	<4 x	128 x	-
	M. N. 2y	血清	25	16 x	128 x	+
Y. S. 3y	血清	29	4 x	128 x	+	
HBs腎症	J. H. 5y	血清		>64 x	16 x	+
				>64 x	32 x	
	K. K. 4y	血清		64 x	64 x	+

## 川崎病の治療として UROKINASE® の適用の試み

京都大学小児科 三 河 春 樹  
四 宮 敬 介

〔はじめに〕

川崎病罹患児の15%程度のものには冠状動脈病変が発生することが認められている。現在この点をいかに防ぐかということが最大の関心事の1つである。本症では血管病変が微小循環系から始まる可能性があること、血小板の増多と共に凝固系の亢進があること、線溶系の亢進はさほど顕著なものが見られないことなどがみられる。従って、可及的に早い病日から線溶活性をもつ UROKINASE® を用いることにより微小循環系の保持を行え

ば中小動脈壁の病変を抑止できないかという可能性が考えられる。従って今回は転送されてきた患児の川崎病の確定診断がつき次第できるだけ早期から UROKINASE® の投与を試み超音波心エコー図で冠状動脈の変化を追跡することを試みた。

〔対象および方法〕

川崎病の確実例9例で性比は男6例、女3例である。年齢は9カ月～8才2カ月であった。

治療はアスピリン 30～100mg/kg を用いた。脱水症

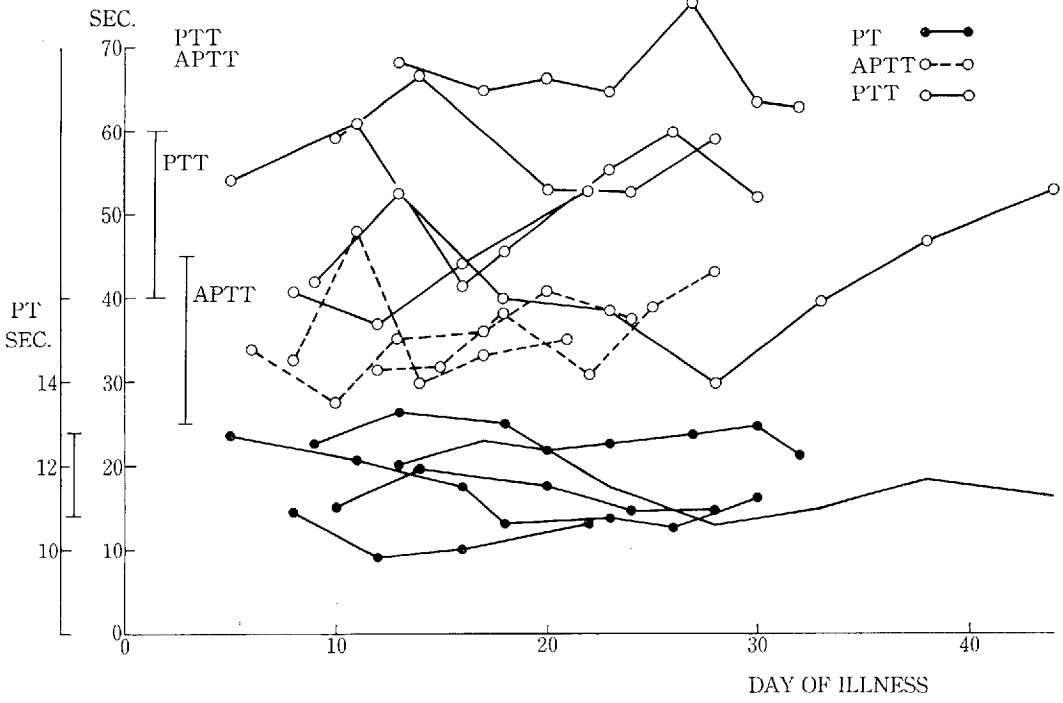


图 1 Changes of PTT, APTT, and PT in Patients with MCLS Treated with Urokinase

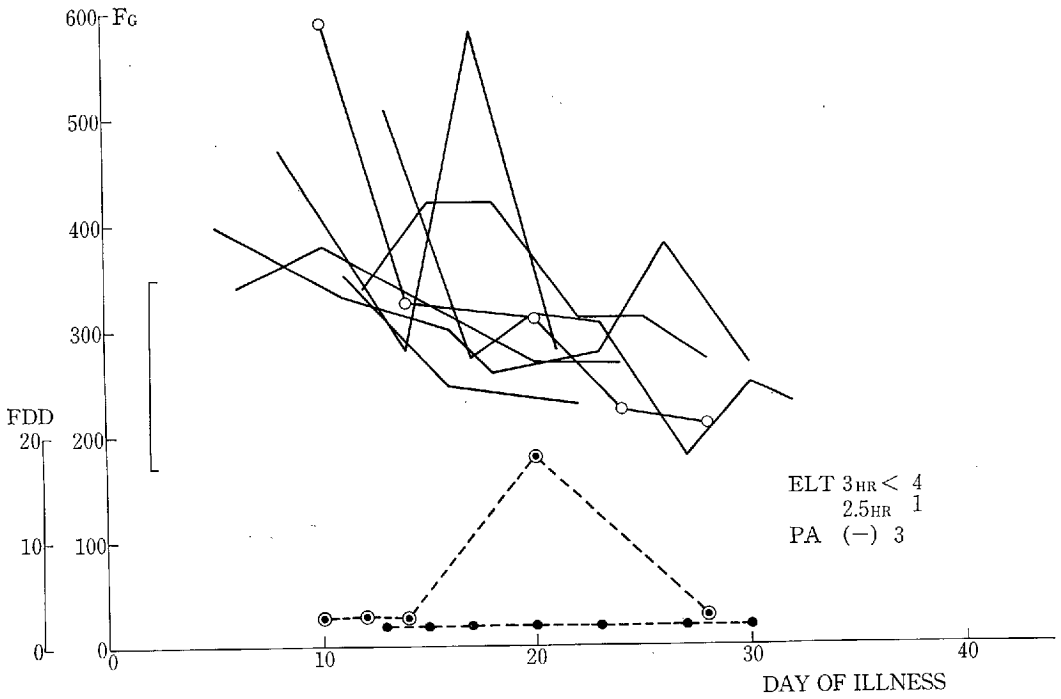


图 2 Changes of FDP and Fibrinogen in Patients with MCLS Treated with Urokinase

状の顕らかな場合には輸液を行ったがそれ以外の薬剤は用いなかった。川崎病の確定がつかるとともに UROKINASE® 3,000IU/kg を毎日1回30分かけて点滴静注し、連続2週間の投与を行った。

これに応じて以下の項目の検査を行った。ヘマトクリット、血小板数、血中フィブリノーゲン量、尿中 FDP、プロトロンビン時間、部分的トロンボプラスチン時間あるいは活性化部分トロンボプラスチン時間、ユーグロブリン溶解時間、プラスミン活性、Thrombelastography。

#### 〔結果〕

1. UROKINASE® が実際に投与できた病日は5～18病日1例、6～19病日1例、9～22病日4例、14～26病日1例、15～28病日1例、20～32病日1例であった。

2. 血小板数の川崎病特有の増加傾向には本剤の投与は影響しなかった。

3. 凝固系はプロトロンビン時間、部分トロンボプラスチン時間、活性部分トロンボプラスチン時間で異常を示すものはなかった。

4. 血中フィブリノーゲン値は病初期には全例に高値を認めた。病日の経過とともに次第に減少し第3病週にはほぼ正常値に復した。9例中1例のみフィブリノーゲンの減少とともに尿中 FDP の増量をみたが、DIC の時にみられるほどの高値ではなかった。

5. 線溶系検査ではユーグロブリン溶解試験の短縮を認めたものが1例あった。この症例はフィブリノーゲンの急激な低下と尿中 FDP を認めた例であるが、心エコー図、心電図上にはなんら異常を認めなかった。プラスミン活性、Thrombelastography で異常を認めたものはなかった。

6. 超音波断層心エコー図および冠状動脈の血管造影で冠状動脈瘤を認めたものは9例中1例であった。これ

は9カ月の女児で UROKINASE® の投与開始は15病日であり、血小板の増加は最高値  $110 \times 10^4$  (第16病日)、凝固線溶系の検査値にも著しい異常は認めなかった。ただ CRP (+5) や血沈の亢進が持続し浅井・草川のスコアは9点であった。

#### 〔考案〕

川崎病にみられる冠状動脈を中心とした動脈瘤の形成の病因は明らかではないが、従来報告されている免疫複合体の存在、マクロファージの活性化された状態やきわめて病初期に死亡した症例の病理解剖所見の微細血管の部分より始まる病変であることを考え併せれば、血管栄養血管の部分の閉塞性あるいは血流停止状態がその発生原因に関わっている可能性も推察される。また病状の経過の中で異常な血小板の増加、凝固系の亢進はあるが線溶系の亢進はあまり認めないことも明らかにされてきた。このために UROKINASE® を用いてできるだけ病状の早い時期から微小循環系の微小血栓状態をとり除いてやれば動脈瘤の抑止に役立たないかということ考えた。大学病院へは転送されてくる患児が多いため思いどおりに病初期のできるだけ早い時期からの UROKINASE の投与は必ずしもうまくゆかなかったが、投与と共に血中フィブリノーゲンは急激に減少した。しかし、FDP の増加を認めたものは1例、ユーグロブリン溶解時間の短縮を認めたのは1例であり、本剤の投与の量や投与回数、投与期間などの問題は解決されずに残った。また、1例に心アングيوグラフィー上冠状動脈瘤の形成を認めたが、この症例への本剤の投与開始は15病日と初期の目的からはやや遅れているので、本剤は動脈瘤形成の抑止に対しては無効であるとするにはならない。本剤の川崎病への適応についてはもう少し症例を増して検討すべき余地が残っているものと考えらる。

## 断層心エコー法による川崎病冠動脈瘤の診断

久留米大学小児科 加藤 裕久  
一ノ瀬 英世

川崎病罹患児で臨床上最も問題となってくるのは冠動脈瘤の発生である。この冠動脈瘤の発生を正確に診断するためには冠動脈造影検査法が必要不可欠であるが、最近では断層心エコー法を用いて川崎病患児の冠動脈瘤

を評価する方法が導入されてきている。しかし、false positive, false negative の問題、とくに右冠動脈の評価については問題も多い。現在私どもはセクタースキャナーを用いて川崎病冠動脈瘤の診断を行っているが、最



## 検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



〔はじめに〕

川崎病罹患児の 15%程度のものには冠状動脈病変が発生することが認められている。現在この点をいかに防ぐかということが最大の関心事の1つである。本症では血管病変が微小循環系から始まる可能性があること、血小板の増多と共に凝固系の亢進があること、線溶系の亢進はさほど顕著なものがみられないことなどがみられる。従って、可及的に早い病日から線溶活性をもつ UROKINASE(R)を用いることにより微小循環系の保持を行えば中小動脈壁の病変を抑止できないかという可能性が考えられる。従って今回は転送されてきた患児の川崎病の確定診断が付き次第できるだけ早期から UROKINASE(R)の投与を試み超音波心エコー図で冠状動脈の変化を追跡することを試みた。