

川崎病の治療及び管理に関する提案

厚生省川崎病の突然死予防に関する研究班（班長草川三治）は昭和55年2月2日現在における現状に基づいて最も一般的な治療方法及び現時点では最善と思われる管理方法について、次の様に提案する。原因はもちろん発症機序もまだ殆どわかっていない今日、治療の基準といえるものはなく、各医師が学問的根拠に基づき自由に治療方法を考え、実施することは、容認されることである。ここに班員の間で意見の一致をみた治療方法の1つをあげて参考に供する。管理の主眼は、冠状動脈後遺症の発見と、それによる重大な心障害（時には死に至る）の発生の予防にある。これを行うには超音波断層心エコー図と冠状動脈造影が中心となるが、本邦のすべての施設でこれを完全に、実施するのは困難である、現時点ではこの点をふまえて、できるだけ可能な管理を行うよう期待したい。

I. 治療

(A) 現段階における治療の原則

現段階においては治療剤として、特効的なものはない。しかし抗凝血作用、抗炎症作用が期待出来る薬剤が主として用いられる。

(B) 具体的治療方法

(a) 投与開始時期

本症の疑いもたれた時、直ちに開始する。

(b) 投与量と期間

例 アスピリン 30~100mg/kg/日……有熱期間
30mg/kg/日……下熱後
2ヶ月間

その他の薬剤については現在なお検討中である。

(c) その後の治療

i) 冠動脈造影検査を行った者

正常者……投薬中止

異常者……抗凝血剤を続ける

例 アスピリン 10 mg/kg/日 毎日1回又は
30 mg/kg/日 隔日/日1回投与

抗凝血剤は、その後の管理の状況により不必要と考えられるまで続ける。

ii) 冠動脈造影検査を行わなかった者

浅井：草川のスコア表、超音波断層心エコー図と参考にし、必要に応じて治療を行うが、その場合の投与方法は、冠動脈異常のある者に準ずる。

(d) 心筋梗塞発作の治療

成人の心筋梗塞に準ずる。

例 ヘパリン……………300~400単位/kg/日
(点滴静注にて凝固時間などを参考に行う)
ウロキナーゼ………少なくとも1万単位/kg/日
(点滴静注にて)

その他の症状（ショック、心不全、不整脈など）に応じて治療を行う。

注1：抗生剤は診断が確定すれば使用しなくてよい。

注2：副腎皮質ステロイド剤は、原則的に使用しないが使用する際には抗凝血剤を併用することが望ましい。

II. 冠動脈造影検査の適応

(A) スコア6点以上は施行することが望ましい。

(B) 以下のものは施行するのが望ましいが出来ない場合は、冠動脈後遺症があると判断すべきである。

- ・ 虚血性心電図変化をみとめた者
- ・ 超音波断層心エコー図にて冠動脈の異常所見のあるもの
- ・ 弁膜症を残したもの
- ・ 心膜炎のあったもの
- ・ 腋窩動脈瘤などの末梢動脈瘤をみとめたもの

III. 長期管理の原則

(A) 冠動脈後遺症の存在が明らかな者又はその疑いの強い者

抗凝血剤をつづけ、心電図（運動負荷心電図も含む）胸部レ線写真超音波断層心エコー図などによる専門的管理を受け冠動脈造影検査は必要に応じて反復して行う。

(B) その他の者

定期的検診を発病後1～2年は3～6ヶ月毎に、
以後は年1回行う

IV. 生活及び運動の管理

(A) 4才未満は原則的に生活及び運動の規則は行わ
ない。

(B) 4才以上も原則的に運動制限しないが、虚血性
発作の既往者、中等度以上の僧帽弁閉鎖不全を残
した者、運動負荷心電図にて著明なST異常を示
した者、著明な心拡大を有する者は学童心臓病管
理区分に従って管理する。

川崎病 (小児急性熱性皮膚粘膜リンパ節症候群： 略称 MCLS)の病理形態学的所見(1980)

川崎病研究班

本疾患は乳幼児に好発する特徴的系統的血管炎を主
体とする急性炎症性疾患で、組織学的には Kussmaul
・Maier 型結節性動脈周囲炎とは異なる。ほとんどの剖
検例では動脈、特に冠状動脈に動脈瘤がみられる。

[I] 血管炎

(A) 血管炎の経過は約7週の急性炎症で、フィブリ
ノイド壊死がまれであり、しかも軽度であるこ
とを特徴とする。血管炎の経過は以下のように、
4段階に分けることができる。

Stage I (第1-2病週)

微細血管(細小動静脈・毛細血管)および小動
・静脈、中型大型動脈の内膜の炎症があり、外
膜および血管周囲炎もみられる。
組織像は浮腫、好中球およびリンパ球を中心と
する細胞浸潤。

Stage II (第2-4病週)

微細血管の炎症は消退に向う。
中型動脈では炎症が中膜の一部にもおよび、汎
血管炎ともなることがある。
中型動脈、特に冠状動脈では動脈瘤、血栓形成
および狭窄が生ずる。
大型動脈ではまれに汎血管炎がみられることが
ある。
組織像は高度の壊死、浮腫、単核細胞を中心と
した細胞浸潤で毛細血管および線維芽細胞の増

生がはじまる。

Stage III (第4-7病週)

小動脈においても炎症は消退に向い、中型動脈
の炎症は肉芽期の完成へと進展する。

Stage IV (第7病週以後)

一般に血管系には急性炎症像はみられず、組織
像は瘢痕化と内膜の肥厚である。中型動脈に発
生した動脈瘤はなお残存し、その後も血栓形成、
狭窄はおこることがある。

注1: 第12病日が剖検例での最も早い動脈瘤確認
時期である。したがって動脈瘤発生時期は
Stage Iの後半からとStage IIと思われる。

注2: Stage IVでみられる瘢痕化した動脈病変は
10年以上経過した例でもみられたので、成人
になっても持続するものと思われる。ただし
この場合他の要因による類似の病変との鑑別
を要する。

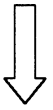
(B) 血管炎の分布(剖検例)

- 1) 大型-中型動脈(主として臓器外): 冠状動脈,
腸骨動脈(共に著しく頻度が高い), 腸間膜動
脈, 腎動脈, 主肺動脈, 大動脈, 腹腔動脈, 肋
間動脈, 鎖骨下動脈, 頸動脈, 肝動脈, 腰動脈,
脾動脈, 脾動脈
- 2) 臓器内血管: 心, 皮膚, 腎, 舌, 精巣, 卵巢,
消化管, 肝, 唾液腺, 脾, 脳, 胆のう
- 3) 静脈



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



厚生省川崎病の突然死予防に関する研究班(班長草川三治)は昭和55年2月2日現在における現状に基づいて最も一般的な治療方法及び現時点では最善と思われる管理方法について、次の様に提案する。原因はもちろん発症機序もまだ殆どわかっていない今日、治療の基準といえるものはなく、各医師が学問的根拠に基づき自由に治療方法を考え、実施することは、容認されることである。ここに班員の間で意見の一致をみた治療方法の1つをあげて参考に供する。管理の主眼は、冠状動脈後遺症の発見と、それによる重大な心障害(時には死に至る)の発生の予防にある。これを行うには超音波断層心エコー図と冠状動脈造影が中心となるが、本邦のすべての施設でこれを完全に、実施するのは困難である、現時点ではこの点をふまえて、できるだけ可能な管理を行うよう期待したい。