

が多かった。第2病週以後はほとんどのものが正常値を示した。1例のみ第5病日に39ng/dl, 第10病日に1174ng/dlという異常高値を示した例があった(図2)。この症例は、その後のfollow upの中で冠状動脈造影は拒否されたが、超音波断層図では異常を認めていない。その他の疾患では筋ジストロフィーや皮膚筋炎では非常に高い値を示したが古典的動脈周囲炎、若年性関節リウマチなどではいずれも正常値であった。

Myoglobinの測定はRIAによる場合は1検体だけを緊急に測定するというのは仲々困難であるが、経時的に測定してゆけば冠状動脈造影の適否を決定するに、1つの参考データとなりうる。

2. 血管炎の発症、進展の予防に対する試み

川崎病の血管炎、動脈瘤の発症原因については全く不明であるが浜島らの報告によれば既に第1病週で微細血管、小動・静脈の内膜に炎症が始まっているとされている。また、血小板の著るしい増加が本症にはみられるが、こ

れは第2, 第3病週に著しく、病初期には血小板数は正常値の下限あるいはやや少なめにある場合が多い。今回我々は本症の血管病変が微細血管から始まる可能性があることに着目しvasa vasorumの障害が中型・大型動脈の炎症の進展に影響をおよぼすことを防止することがなんらかの治療効果をもたらさないかと考えた。このためには現在アスピリンが投与され白血球や血小板の粘着を抑制するような治療が行われているが、更に微細血管が形成された段階でこれをすみやかに溶解させる目的で出来るだけ病初期よりアスピリンにウロキナーゼを併用することを試みた。現在まだ症例数が少なく、しかも病初期から投与が行われている症例が少ないために結論は出せないが更に検討を進めてゆくつもりである。投与した症例は表1の通りであるが、1例のみ冠状動脈瘤が造影により証明された。この症例へのウロキナーゼの投与は第15病日から28病日と今回の試みからすると投与開始が遅れたので、この試みに対する否定的な根拠とはならないであろう。

川崎病における異常Q波と心筋病変との対応

京都大学第3内科	藤	原	久	義
京都大学病理	山	名	確	郎
	浜	島	義	博
京都大学小児科	藤	原	兑	子

川崎病の患者は本邦においてすでに2万人を越えた。その約10%に冠動脈瘤がみられ、死亡率は1~2%で、死因の大部分は心疾患によるものである¹⁾²⁾。異常Q波が心筋病変の重要な表現の1つであることはよく知られている³⁾。川崎病においても異常Q波はみられるが、臨床病理学的検討はまだまだなされていない。

本研究の目的は異常Q波と心筋病変の対応を行うことによって、川崎病における異常Q波の意味を明らかにすることである。詳細については文献⁴⁾を参照されたい。

対象および方法: 対象は川崎病にて死亡し、剖検された約70例の中から、死亡前にECGがとられていた15例である。男7例, 女8例で、年齢は3カ月~6才である。

異常Q波は15例中8例にみられた。異常Q波の定義はI誘導では2mm以上, IIで3mm以上, IIIで5mm以上, aVLでは1mm以上, aVFで3mm以上, V₁₋₆では3mm以上とされた⁵⁾。

心臓の3本の主冠状動脈を数mm間隔で連続的に割を入れ、肉眼的に観察した後、各例について10—15mmの標本を作成した。心は約1cm間隔で長軸に直角方向にて連続的に輪切りにし、肉眼的に観察した後、下1/3, 上1/3の部で大型切片を作成した。それ以外にも病変部を適宜切り出し、標本を作成した。

結果: 異常Q波は15例中8例にみられた。この8例中3例ではI, aVF, V₁₋₆に異常Qがあり、残りの5例で

は異常Q波はII, III, aVFにあった。I, aVL, V₁₋₆に異常Q波のあった3例は前・中隔・側壁に貫壁性の線維化または凝固壊死がみられた, 3例中1例では後壁に壁の1/3を越える線維化があったが, これはECGに反映されなかった。

II, III, aVFに異常Q波のみられた5例中4例は後壁に壁の1/3を越える(貫壁性ではなかった)線維化または凝固壊死がみられた。このうち1例では前壁にも同様の病変があったが, これはECGに反映されなかった。異常Q波に対応するmassとしての心筋病変のみられなかった1例では正常の上限をやや越えるQ波が病初期より変化せずであった。この例の心筋には急性心筋炎の組織像がみられたが, これらは両心室に散在しており, Q波の成因とは思われなかった。

異常Q波のみられなかった7例中2例は前壁に壁の1/3を越える線維化または凝固壊死があり, 1例では貫壁性であった。

考案: 我々の成績は以下のことを明らかにしている。1) 異常Q波のあった8例中7例は異常Q波の部位に対応する(I, aVL, V₁₋₆は前壁に, II, III, aVFは後壁に)前壁または後壁に壁の1/3を越える心筋の壊死または線維化を持っていた。逆に壁の1/3を越える心筋病変は11コあったが, そのうち4コでは対応する異常波がみられなかった。成人の心筋梗塞における異常Q波と心筋病変の臨床病理学的研究によれば約70%で対応関係があるとされている³⁾。川崎病の乳幼児例でもこれとはほぼ同様であった。

2)貫壁性病変は4コあり, このうち3コは対応する異常Q波があった。非貫壁性病変は7コあり, 4コは対応する異常Q波を持っていた。この成績は非貫壁性病変で

も異常Q波が出現し得ることを示している。成人の心筋梗塞における研究によれば異常Q波は貫壁性梗塞によっておこるとされている³⁾。最近, 心内膜下梗塞でも異常Q波があり得るとの報告がある⁶⁾。我々の成績はこのことを支持している

結語: 川崎病15例の剖検心について, 異常Q波との対応を行った。その結果, 異常Q波のみられた8例中7例では対応する部位(前壁または後壁)に壁の1/3を越える線維化または凝固壊死があった。逆に壁の1/3を越える病変は11コあり, そのうち7コは対応する異常Q波を持っていた。従って異常Q波の存在は大部分, 壁の1/3以上の心筋壊死または線維化を意味するが, 異常Q波のないことはこれら病変の存在を否定はしない。

文 献

1. Fujiwara H. Hamashima Y: Pathology of the heart in Kawasaki disease. Pediatrics 61: 100—107, 1978.
2. 藤原久義, 河合忠一, 笠原朱美, 浜島義博: 小児の冠循環障害—川崎病における冠動脈病変とその臨床像—, 臨床科学, 15巻, 44—51p, 1979.
3. Massie E. Walsh TJ: Clinical vectorcardiography and electrocardiography. 2nd ed., Chicago, Year Book Medical Publish. Inc., 1977, p 361 & 367.
4. Fujiwara H. Chen CH, Nishioka K. Fujiwara T. Kawai C. Hamashima Y: Clinicopathological study of abnormal Q waves in Kawasaki disease. Am J Cardiology (in press)
5. Watson H: Paediatric cardiology. London, Lloyd-Luke LTD. 1968, p159.
6. Sullivan W. Vloder Z. Tuna N. Long L. Edwards JE: Correlation of electrocardiographic and pathologic findings in healed myocardial infarction. Am J Cardiology 724—732. 1978.

I. 病因に関する研究

川崎病における Immune Complex の検討

久留米大学小児科 加藤 裕 久
藤 本 保

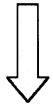
研究目的

血管炎の発症機序に Immune Complex (以下 IC と略す) が, 重要な役を演じているといわれる。そこで,

川崎病における IC の関与について検討した。

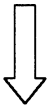
対象および方法

21例の川崎病患児の血清, 経過中に心外膜炎を併発し



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



川崎病の患者は本邦においてすでに2万人を越えた。その約10%に冠動脈瘤がみられ、死亡率は1~2%で、死因の大部分は心疾患によるものである¹⁾²⁾。異常波が心筋病変の重要な表現の1つであることはよく知られている³⁾。川崎病においても異常波はみられるが、臨床病理学的検討はいまだなされていない。

本研究の目的は異常波と心筋病変の対応を行うことによって、川崎病における異常波の意味を明らかにすることである。詳細については文献⁴⁾を参照されたい。