

明の例と、3ヶ月以内の例を除いた10例が、遠隔期の死亡例と思われた。男児は9例で、年齢は7才4例、8才2例、6、9、10、12才が各1例であった。川崎病罹患後の期間は1～7年であった。この内2例では死亡前後の状況をやや詳細に知り得たが、1例は、約200mのかけ足の数分後に倒れ、他の1例は友人とふざけている際に

悪心を訴えて倒れたとのことであった。この様な軽度の運動により心筋梗塞が誘発された事実は、冠動脈後遺症を有する学童の管理上、重要な問題を提記するものと考えられる。遠隔期における死亡例、心筋梗塞発症例について、その前後の状況、さかのぼっての検査成績等を、更に広く検討する必要があると思われる。

川崎病の治療および管理基準

東京女子医大第二病院小児科 草 川 三 治

「川崎病の突然死予防」に関する厚生省研究班（班長草川三治）は昭和55年2月に、その時点でもっとも一般的な治療方法および最善と思われる管理方法についての提案を行った。

その後、断層心エコー図検査により、急性期の経過中にも冠動脈の拡張や瘤形成などの病変の発見がほゞ可能なが、多くの研究で明らかにされた。そこで、前回の提案を改訂して、昭和58年2月現在における川崎病の治療および管理基準案を新たに提案することにした。

断層心エコー図が普及したとはいえ、経時的にくりかえし検査を実施できる施設はなお限られている。従って、今回の案では断層心エコー法を実施できなかった場合も考慮して、治療、長期管理、生活・運動の管理の原則につき提案する。なお、現時点でも川崎病の原因や発生機序は不明のままであるので、基準とは云っても、今後の進歩と共に改訂される余地が残されていると思われる。従って、それぞれの医師が本案を参考にしつつ、より良いと思われる治療や管理方法を行なうことは差支えないことを附記しておく。

〔急性期の治療と管理〕

1. 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、抗血栓作用、抗炎症作用を期待できる薬剤が主として用いられている。

B. 具体的治療方法

(a) 投与開始時期

本症の疑いがもたれた時、直ちに開始する。

(b) 投与量と期間

例：(i) アスピリン

30～50mg/kg/日分3投与

—有熱期間

10～30mg/kg/日分1投与

—後遺症のない限りは下熱後から急性反応が正常化するまで

(ii) フラルビプロフェン

4～5mg/kg/日分3投与

—有熱期間

2mg/kg/日分3投与

—後遺症のない限り下熱後から急性反応が正常化するまで

C. 治療上の参考事項と注意事項

- (a) アスピリンなどの投与中は副反応（肝機能障害、出血傾向など）に注意する。
- (b) 抗生剤は診断が確定すれば投与しなくてよい。
- (c) 副腎皮質ステロイド薬を投与する際には抗血栓薬を併用する。
- (d) 冠動脈病変の疑いがある者では他の抗血栓薬（ジピリダモール 5mg/kg/日 など）の併用投与も考える。
- (e) 他の薬剤治療については今後検討される予定である。
- (f) 心筋梗塞発作の治療
成人の心筋梗塞の治療に準ずる。
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
(2000単位/kg/時 以上点滴静注にて)
カテーテルを用いて動脈瘤に直接注入し、瘤内の血栓を融解する方法は今後検討する予定である。

その他の症状（ショック，心不全，不整脈など）に応じた治療を行う。

2. 管理

スコアをつけるためには少なくとも週1回の検査が必要である。断層心エコー法も少なくとも急性期（第20病日前後）と回復期（第30～60病日）の2回の検査が行なわれることが望ましい。

〔急性期以後の治療と管理〕

断層心エコー法，あるいは回復期に実施される冠動脈造影検査などの結果により，重篤な心血管系の後遺症がすでに明らかにされた者と，それ以外の者では急性期以後の治療や管理の原則は異なる。次の4つの群に分ける。

A群：重篤な心血管系後遺症，すなわち心筋梗塞及びその既往，狭心症，中等度以上の弁膜症，心不全，重症不整脈などを認める者

1. 治療：専門的治療が必要である。
2. 長期管理及び生活運動の管理：専門医の指示に従う。

B群：回復期以後に冠動脈造影検査を実施した者（A群は除く）

1. 治療

正常者：投薬中止

異常者：抗血栓薬の投与を，その後の経過に応じて不必要と考えられるまで続ける。

例：アスピリン

30mg/kg/日 隔日1回投与

10mg/kg/日 連日1回投与

2. 長期管理：

正常者：発病後6ヶ月，1年に定期検査を行う。その後は少なくとも入園，入学，卒業などの機会に定期検査を行うのが望ましい。

異常者：心電図（負荷心電図を含む），胸部X線写真，断層心エコー法による定期検査が必要である。その間隔は症状所見に応じて決める。又，必要に応じて冠動脈造影検査も反復実施する。

3. 生活運動管理

- 1) 5歳未満では原則的に生活，運動の規則は行なわない。
- 2) 5歳以上で下記に該当する者は学童心臓病管理区分CまたはDとして管理する。

i) 心電図（運動負荷心電図も含む）に虚血性変化が新たに出現した者

ii) 冠動脈造影検査で狭窄病変が発見された者

iii) 弁膜症が新たに出現した者

3) 5歳以上で狭窄のない動脈瘤病変を有するものはDまたはEとして管理する

C群：発症2ヶ月以内に断層心エコー法を実施した者断層心エコー法により急性期から追跡し得た者，すなわち，20病日前後と回復期（30～60病日）の少なくとも2回の断層心エコー法を実施した者が対象となる。以上の対象となる者からA群に属する者を除外し，他の者を病態により更に3群に分ける。

(I)群：断層心エコー法で冠動脈の拡張あるいは瘤形成を認めたが，その他の異常所見はなく，かつ無症状の者

1. 治療：抗血栓薬の投与が引き続き必要である。
2. 長期管理：1～3ヶ月ごとに断層心エコー法や心電図，必要に応じて胸部X線などによる定期検査を行う。冠動脈造影検査は冠動脈の狭窄病変の有無を確認するために実施するのが望ましい。また，年長児になりクラブ活動などの高度の運動をする際は特に必要である。尚，経過観察中に冠動脈病変が正常化した者はII群に準ずる。
3. 生活・運動の管理：B群の患者に準ずる。

(II)群：断層心エコー法で一過性に冠動脈拡張，あるいは瘤形成を認めたが，その後冠動脈病変が正常化した者

1. 治療：原則として抗血栓薬の投与の必要はない。
2. 長期管理：冠動脈病変が正常化した後は必要に応じて，断層心エコー法や心電図による定期検査を行う。本群でもその後一度は冠動脈造影検査を実施するのが望ましい。とくに，心電図や負荷心電図所見より冠動脈の狭窄病変が疑われる例では必要である。なお，1年後の断層心エコー法で異常なしと再確認できた者は，その後の定期検査は少なくとも年1回行うこととしてよい。
3. 生活・運動の管理：原則的に規制は行わない。

(III)群：急性期と回復期の断層心エコー法のいずれでも異常所見を認めなかった者

1. 治療：抗血栓薬の投与の必要はない。

2. 長期管理：発症後6ヶ月、1年に定期検査を行う。その後は少なくとも入園、入学、卒業などの機会に検査をするのが望ましい。本群では冠動脈造影検査は不要と考えられる。
 3. 生活・運動の管理：規制の必要はない。
- D群：発症2ヶ月以内に断層心エコー法を実施しなかった者
- 断層心エコー法を実施して、治療、長期管理方針を決定するのが望ましい。
- (i) 発症2ヶ月以後に断層心エコー法を実施した者は、その所見に従ってC群の治療、長期管理に準ずる。
 - (ii) 発症2カ月以後も断層心エコー法、冠動脈造影検査のいずれも実施しなかった者。
 1. 治療：虚血性心電図変化を認めた者、弁膜症を残した者、心膜炎のあった者、腋窩動

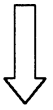
脈瘤などの末梢動脈瘤を認めた者、またはスコア6点以上の者は心血管系の後遺症が疑われるので抗血栓薬の投与が引き続き必要である。

2. 長期管理：心血管系の後遺症が疑われる者は専門医による定期管理が必要である。その他の者は発病後1～2年は3～6ヶ月ごと、その後は年1回の定期検診を行う。
 3. 生活・運動の管理：5歳未満では原則的に生活及び運動の規制は行なわない。5歳以上でも原則的に運動制限はしないが、抗血栓薬などを服用している者は、学童心臓病管理区分に従って管理する。
- 附記：予防接種は発病後2ヶ月以上経過し、急性期反応を認めないものは服薬の有無に拘わらず普通に行なって差支えない。



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



「川崎病の突然死予防」に関する厚生省研究班(班長草川三治)は昭和 55 年 2 月に、その時点でもっとも一般的な治療方法および最善と思われる管理方法についての提案を行った。

その後、断層心エコー図検査により、急性期の経過中にも冠動脈の拡張や瘤形成などの病変の発見がほと可能なが、多くの研究で明らかにされた。そこで、前回の提案を改訂して、昭和 58 年 2 月現在における川崎病の治療および管理基準案を新たに提案することにした。

断層心エコー図が普及したとはいえ、経時的にくりかえし検査を実施できる施設はなお限られている。従って、今回の案では断層心エコー法を実施できなかった場合も考慮して、治療、長期管理、生活・運動の管理の原則につき提案する。なお、現時点でも川崎病の原因や発生機序は不明のままであるので、基準とは云っても、今後の進歩と共に改訂される余地が残されていると思われる。従って、それぞれの医師が本案を参考にしつつ、より良いと思われる治療や管理方法を行なうことは差支えないことを附記しておく。