

関節型の方がやや早期に骨病変が出現するといえることが明らかになった。

現症の関節構造変化と機能障害についてみると、Stage I で class 1 (I-1 と略す、以下これに準ずる) 11例 52.4%、II-2: 5例 23.8%、III-2: 3例 14.3%、IV-1: 2例 9.5%であった。

管理指導表(前田, 表1, 2, 3)による区分の, 経過による変化を調査したものが図1である。

学校生活規制面からの区分で登校禁止はAのみであり, B~Eは登校が可能であるが, それでも登校していない場合, 欠席の理由は何のであるかを調査した。その結果, 次のような事項があげられた。

1. 学校での生活は可能であるが登下校が困難であるもの。

遠距離, 歩道橋, 朝のこわばり

2. 学校内での因子によるもの

和式便所使用困難, 便所の扉開閉困難, 教室間の移動困難, 教科の特殊性

〔考 按〕

JRA は小児の代表的な慢性疾患の1つであるが, 急性期を過ぎると全身症状は良好となるにもかかわらず,

関節という運動器の障害が主となるため, 学齢期の小児については復学が重要な問題となる。リハビリテーションを加味した治療を行なうためにも, 健全な精神的発達のためにも, 普通学級での勉学が望ましいが, 登校不可能の小児には訪問学級が必要である。しかるに訪問学級は重症心身障害児でも十分とはいえない今日, “身障害児”の JRA については特定の地域でのみ, 僅かに可能であるにすぎない。

管理指導表B以上の小児でも, 実際には通学していないものがすくなくないことは注目に価する。その原因となる因子は, 解決が非常に困難であるものもあるが, JRA を理解すれば, 少しの工夫や, 僅かの経費で解決できるものも多いことが判明した。

体育, 林間・臨海学校, 社会科見学, 朝礼, 清掃当番については学校側の理解も深い, 図工(美術), 音楽, 家庭科のような技能科目の教諭の理解が得難い場合がある。

JRA の生活指導に関して, とくに学校生活指導に関しては, 医師, 学校教諭, 養護教諭, 校医, 家族が緊密な連絡をとり, 各症例毎にきめの細かい指導がなされなければならない。JRA に関する知識と理解を深めることが必要である。

## 若年性関節リウマチの生活指導 (治療教育) 指針に関する研究

鹿児島大学小児科 寺 脇 保  
銚 之 原 昌

〔まえおき〕

若年性関節リウマチ (JRA) について, 初年度 全国実態調査を行い, 2年目は, 予後調査を行い, この結果に基づいて, 3年目は, JRA 患児の管理を行ってきた。そこで, 3年間の経験をふまえて, JRA 患児の管理と生活指導についてその指針をまとめてみた。

以下, JRA 患児を診療している医師やパラメディカル各位の参考にして頂ければ幸いである。

**JRA 患児の管理と生活指導**

**A. JRA 患児の管理の目的**

1. 普通の日常生活, 家庭生活ができる。
2. 普通の学校生活ができる。

3. 普通の社会生活(就職, 結婚)ができる。

これらを理想とし, これに一步でも近づけるようにする。

**B. JRA の診断と管理計画**

小児科医(リウマチ専門医)による確実な診断と評価によって各患児管理計画をたて, 下記のスタッフと協力して管理していく。

1. 診断基準

1) 厚生省若年性関節リウマチ研究班診断の手引き(1980)による。

2) 発症病型は ARA (1977) による。

全身型(systemic onset JRA): 弛張熱で発症する

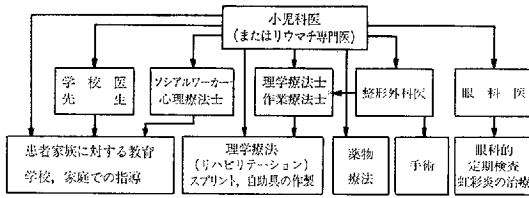


図 1

もの

多関節型 (polyarticular onset JRA): 5 関節以上の関節炎で発症するもの

少関節型 (pauciarticular onset JRA): 4 関節以下の関節炎で発症するもの

2. 管理はチーム医療が必要であり, 上記のシステムがベストである (図 1)。

C. JRA 患児管理の実際

1. 全身症状 (関節外症状) について

1) 弛張熱 (spiking fever)

a. 診断確定のために, 次の主な疾患を疑い諸検査を行う。

感染症 (敗血症, 尿路感染症, 亜急性細菌性心内膜炎など): 血液培養, 尿培養, 髄液検査, 一般血液検査他

悪性腫瘍 (白血病, 悪性リンパ腫など): 骨髄検査, リンパ節生検

膠原病 (全身性エリテマトーデス, リウマチ熱など): 免疫血清学的検査, 尿検査

b. 入院安静し, 診断不確定の場合は抗生物質投与して経過をみる。確定の場合はアスピリンまたは非ステロイド性抗炎症剤を投与し経過をみる。無効であれば, ステロイド剤 (以下ス剤) の投与も考える。

2) 心膜炎, 心筋炎

a. 全身型の場合, しばしば合併するので, 心電図, 心エコー図, 胸部 X 線検査を行う。診断及び経過観察にも特に心エコー図は有用である。

b. 感染性のものが否定されればス剤を投与し, 心不全があれば強心剤, 利尿剤を投与する。

3) 肺炎, 胸膜炎

a. 全身型で弛張熱が続く場合, 定期的に胸部 X 線検査を行い注意する。

b. 感染性のものが否定されれば, ス剤の適応となることが多い。

4) 肝機能障害

a. 肝障害は, 本症自体によるもの及びアスピリンな

どの薬剤によるものがあるので定期的肝機能検査 (初期週 1 回) が重要である。一般には GOT, GPT, LDH の上昇のみのことが多いが, まれに劇症肝炎の症状を呈することもあり, 死因となることがある。

b. 肝庇護剤ビタミン剤の投与で経過をみて, 薬剤が疑われれば減量又は中止する。劇症肝炎型であれば, 交換輸血, 血漿交換療法などが行われる。

5) 発疹

a. 全身性に頻度は高いが, rheumatoid rash は一過性に繰返すことが多い。ウイルス性疾患や他の膠原病の発疹との鑑別が重要である。

b. 特別な治療は必要ない。

6) 成長障害

a. 全身性と局所性に成長が遅延する場合がある。成長曲線による身長をチェックを定期的に行う。局所的には, 小顎症や罹患関節の骨の发育障害がみられることがあるので長さをチェックする。

b. 全身の成長障害がみられ, ス剤を使用しておれば, 早期に減量または離脱する。局所的な下肢長の非対称, 斜頸, 側彎症があれば整形外科的治療を行う。

7) アミロイドーシス

a. 本症による二次的アミロイドーシスは本邦には少ないが, 慢性のもので, 肝脾腫, 腹痛, 下痢, 蛋白尿, 高血圧などがあれば, Congo red test や直腸生検を行う。

b. 確実な治療はないので原疾患の治療が第一である。

2. 関節機能について

a. 関節機能の管理のため次のチェック項目を行う。

①関節機能障害の分類 (Steinbrocker の Class 1~4)

②進行度 (構造変形) の分類 (Steinbrocker の Stage I~IV) 関節 X 線写真の定期的検討

③関節可動域テスト (ROM test)

④徒手筋テスト (MMT)

⑤日常生活動作検査 (ADL test)

⑥自覚症状 (朝のこわばり持続時間, 疼痛の程度など)

⑦他覚症状 (関節の腫脹, 熱感, 発赤など, 腱鞘炎, 筋萎縮, 皮下結節など)

⑧免疫血清学的検査, HLA の検査, 関節液の検査

b. 小児科医, 整形外科により治療の適応を決め, 理学療法士, 作業療法士の協力により治療管理する。

①局所の安静

炎症が強い場合: 良性肢位にてスプリントやギブ

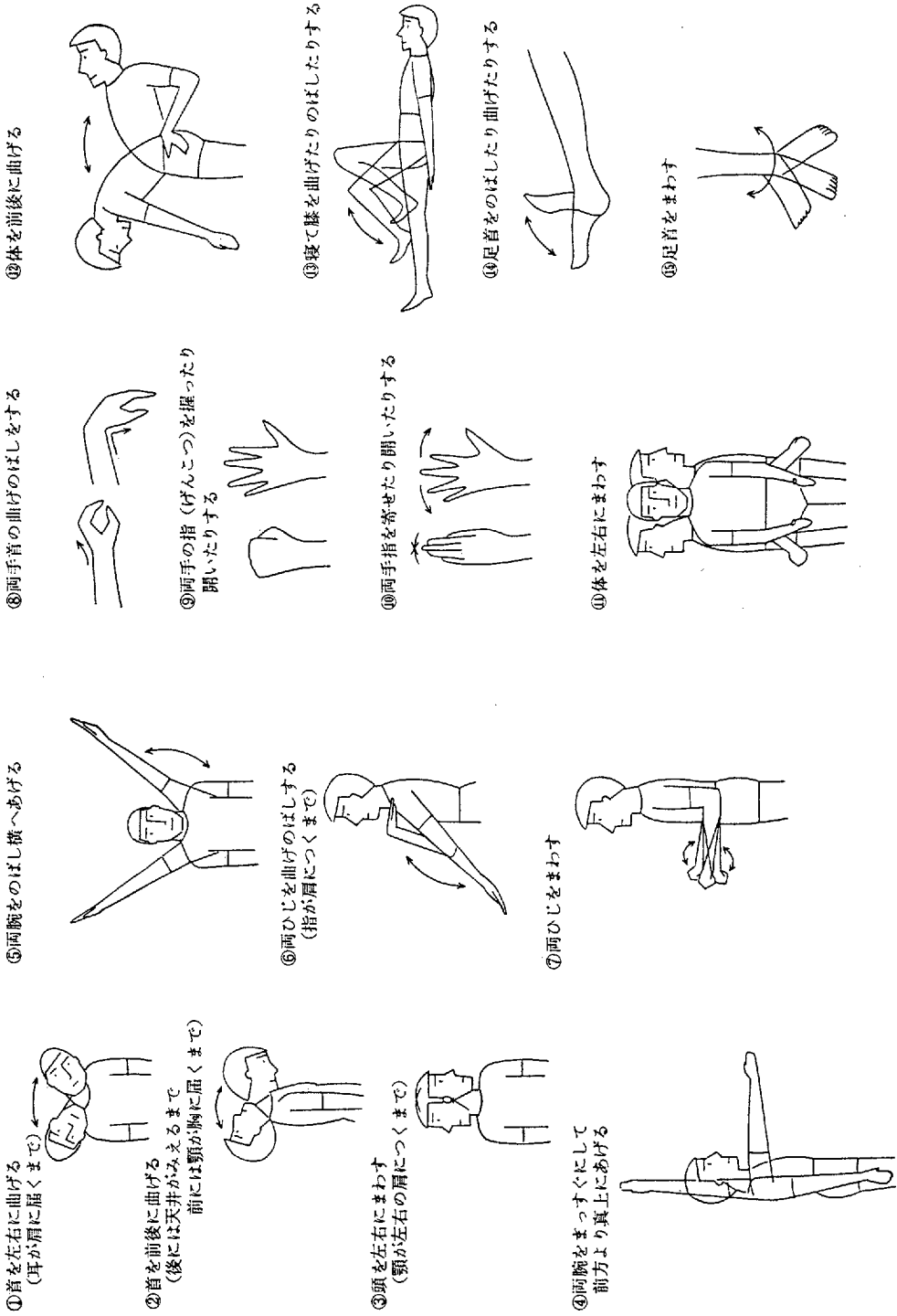


図 2 JRA のリハビリテーション体操 (鹿大小児科)

スによる固定。

炎症が軽減すれば：スプリントの種類，装着時間を変えていく。

関節の拘縮・強直・変形があれば，矯正のためのスプリント・装具を装着させる。

- ②薬物療法：小児科医により速効性抗炎症剤（アスピリン，非ス剤），遅効性抗炎症剤（ペニシラミン，金剤），ス剤などの適応を決める。

### ③温熱療法

局所的療法：ホットパック，パラフィン浴，交代浴，超短波，超音波療法などがあり，患児の症状に適した方法で行う。

全身的療法：温浴療法 32～37°C の温水で運動療法を行わせる。

### ④運動療法

関節可動域訓練：炎症が軽減すればなるべく早期に，自動運動を痛みが耐えられる程度に行わせる。過度の運動は炎症を悪化させるのでさける。炎症が消滅し，拘縮や強直がある場合は，理学療法士による他動的訓練を行う。

筋力強化訓練：筋萎縮による筋力低下があれば等尺運動訓練などを行う。

全身運動：一般的な体操としては，図2のような全身体操を1日2～3回行わせる。またレクリエーションとしてゲームをとり入れる（図2）。

温浴療法は最もよく，水泳，水中歩行，水中ゲームなどを行わせる。

- ⑤手術的療法整形外科専門医と小児科医によって適応を決定して行う。

## 3. 虹彩炎について

- a. 急性と慢性があるが一般に少関節型に頻度が高い。しかし急性のものは，全身型にも発症する。関節炎の活動性と関係なく発症し，自覚症状のないことも多い。また抗核抗体陽性例に発症頻度が高い。従って眼科的検診として少くとも3～6カ月1回のslitlamp testを行う。
- b. 虹彩炎があればステロイド剤の点眼及び内服を行う。慢性化すれば，緑内障，帯状角膜炎，白内障などにより失明に至るので，眼科医による専門的治療が必要である。

## 4. 心理的問題について

- a. 長期開病と学校生活の困難などが要因となり，心理的葛藤としてうつ状態，不安状態，情緒不安定，ヒステリー状態などが現われてくる。また家族にも

心理的問題と社会的問題が生じてくる。そこで，ソーシャルワーカーによる家庭生活，入院生活，学校生活についての対話，調整が必要となってくる。また心理学者による心理テストなどによる心理的評価も行う必要もでてくる。

- b. 疾患を医学的に治療することと平行して，心理的・社会的障害を取り除くことは極めて重要であり，ソーシャルワーカー，心理学者，医師は協力し，心理的葛藤の原因を理解し患児や両親と愛情をもって接し，援助し障害を取り除く努力をしなければならない。

## D. 生活指導

### 1. 家庭での生活

- 1) 患児や家族に対し，本症を充分理解させ，全員の協力を要請する。

### 2) 安 静

過度の安静は禁物であり，患児の疲れの程度に応じ，安静の強要は避ける。学校から帰ったら適当な時間休ませる。

睡眠時間は充分とる。

局所的には，症状の程度に応じスプリントの装着時間を決め，守らせる。

### 3) 食 餌

本症に対する特別な食餌療法はないが，十分な栄養をとることは大事である。

### 4) 運動療法

毎日，全身運動を2～3回行わせる（図2）。

可動域訓練としては入浴時を利用し，介助して行う。

筋力低下防止のため，筋力強化訓練も行う。

### 5) 日常生活訓練

朝のこわばりがあれば温湿布などをし，洗面，食事の自立の手助けをする。

自助具の使用を指導する。

施設（トイレ，洗面所，ドアなど）の改善を行う。杖や車椅子の利用。

### 6) レクリエーション

患児に適した家族のレクリエーションを行い，精神的安定をはかる。

## 2. 学校での生活

- 1) 学校の先生，養護教諭，学校医へ緊密な連絡をとり，病状を説明し理解してもらう。

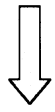
- 2) 管理指導表により管理区分を決め，患児個々に応じた指導を行う（本研究班の管理指導表）。

## 〔ま と め〕

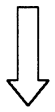
以上，JRA 患児の臨床症状についての管理上の注意点と生活指導について要約した。

要するに図 1 に示したようなチーム医療が理想であり，

欧米にはこのような小児リウマチ専門のスタッフがそろい学校も備った施設がある。我が国にも，長期に続く障害をもつ JRA 患児のための理想的な治療施設がつけられることを切望する。



**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



〔まとめ〕

以上,JRA 患児の臨床症状についての管理上の注意点と生活指導について要約した。

要するに図 1 に示したようなチーム医療が理想であり,欧米にはこのような小児リウマチ専門のスタッフがそろい学校も備った施設がある。我が国にも,長期に続く障害をもつ JRA 患児のための理想的な治療施設がつけられることを切望する。