

# 第2回 小児リウマチ研究会 プログラム・抄録集 (1992)

日 時 平成4年11月21日(土)

午前10時～午後6時

会 場 山之内ホール

〒103 東京都中央区日本橋本町2-3-11

TEL 03 (3244) 3275

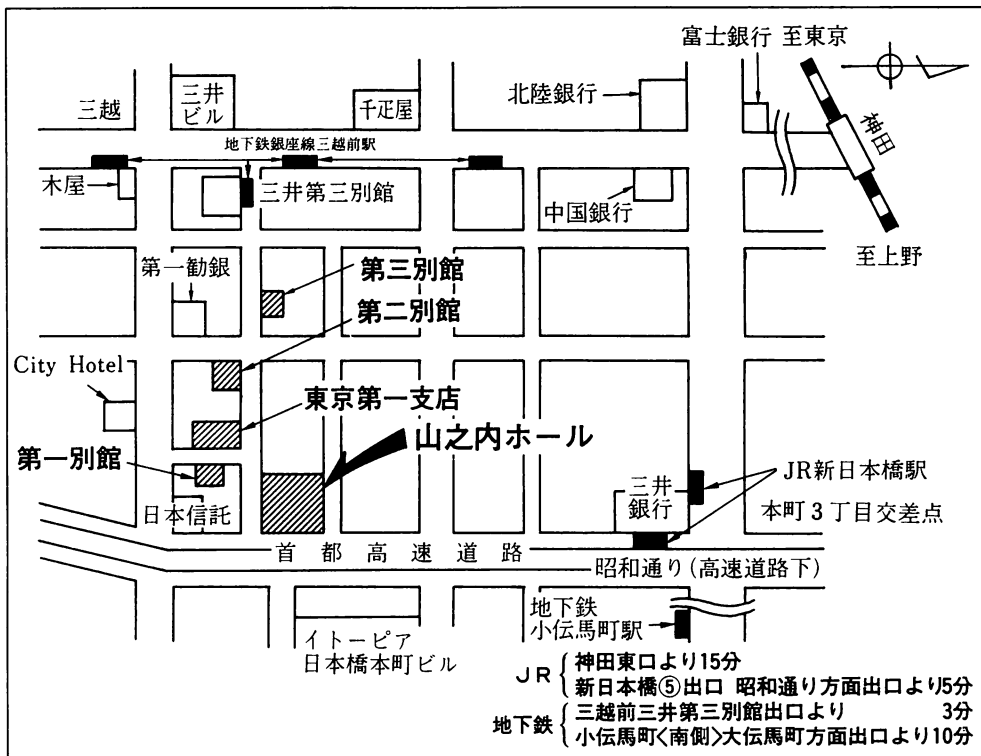
会 長 福岡大学医学部小児科 教授

小 田 禎 一



## 会場ならびに交通のご案内

### 山之内ホールご案内図



山之内製薬本社ビル2F

## 第二回小児リウマチ研究会のお知らせ

1. 日 時：平成4年11月21日（土）  
開場時刻は午前9時より  
開演時刻は午前10時より
2. 会 場：山之内ホール  
東京都中央区日本橋本町2-3-11  
TEL 03-3244-3275
3. 受 付  
1) 会場費は2,000円、抄録集は1,000円です。会場入口ロビー受付にてお納め下さい。  
2) 平成4年度会費未納の方は5,000円をお納め下さい。
4. 講演・討論  
1) 講演6分、討論4分です。時間を厳守して下さい。  
2) 次演者・次座長は次演者席・次座長席におつき下さい。
5. スライド  
1) プロジェクターは会場に一台です。スライドは35mm版で一演題10枚以内  
をお願いします。  
2) スライドは講演30分前までに、スライド受付に提出して下さい。  
3) 発表終了後速やかにお受取り下さい。
6. 発起人会（幹事会）  
11月21日（土）午前12時～午後1時  
山之内製薬 山之内ホール会議室（2F）

### 第二回小児リウマチ研究会

会長 小 田 禎 一

事務局（問い合わせ先）

杏林大学医学部小児科学教室

田中信介・小林利章

TEL (0422) (47) 5511 内3561



## 会 長 ご 挨 拶

今回三十一に及ぶ演題を拝見して、小児リウマチの研究があらゆる面で広く、また深くなってきたことに感心しております。今回も、昨年と同様、一題も聴きのがせない会になりそうです。このこと自体が、本研究会の存立理由を自ら証明していると言えるでしょう。これを創立された渡辺言夫教授のご功績は誠に大きく、その先見性に感服いたします。また、これまで事務局を担当された先生方の大変なご苦勞に対して心から御礼申し上げます。

この会がますます発展していくことを会員の皆様と共に期待いたしましょう。また、第2回研究会を開催するに当たって、皆様方の御協力に心から感謝いたします。

第2回小児リウマチ研究会

会長 小 田 禎 一

(福岡大学医学部小児科)

## 進 行 表

10：00	開会の辞・会長挨拶
10：05	A. ベーチェット病・ウェーバークリスチャン病 A 1～A 4 座長：武井修治
10：45	B. シェーグレン症候群 B 1～B 3 座長：小林利章
11：15	C. JRA C 1～C 4 座長：鉾之原昌
11：55	昼食および幹事会
13：00	D. 免疫・血清 D 1～D 4 座長：小宮山淳
13：40	E. SLE① E 1～E 4 座長：横田俊平
14：20	F. SLE② F 1～F 4 座長：立澤 幸
15：00	コーヒープレイク
15：20	G. 他の膠原病 G 1～G 4 座長：和田紀之
16：00	H. その他 H 1～H 4 座長：藤川 敏
16：40	閉会の辞・次期会長挨拶
17：00	懇親会

## 第2回小児リウマチ研究会

11月21日 午前10時～午後6時

開会の辞・会長挨拶 (10:00～10:05)

### A. ベーチェット病・ウェーバークリスチャン病 (10:05～10:45) 座長 武井修治

1. ベーチェット病と考えられた1女児例…………… 9  
横浜市立大学小児科 森雅亮, 清水智佐登, 栗山智之, 伊部正明, 満田年宏,  
相原雄幸, 横田俊平
2. 血管・腸管型ベーチェット病の1女児例…………… 10  
神奈川県立こども医療センター感染免疫科 奥山伸彦, 赤城邦彦
3. 上大静脈症候群を合併したウェーバークリスチャン病の1例…………… 11  
国立小児病院感染リウマチ科 小池雄一, 佐藤達也, 永田正人, 立沢幸
4. 新生児期に発症した Weber-Christian 病の1女児例 …………… 12  
信州大学小児科 伯耆原祥, 久保徹夫, 藪原明彦, 川合博, 小宮山淳  
諏訪赤十字病院小児科 落合二葉  
信州大学皮膚科 山崎百合子

### B. シェーグレン症候群 (10:45～11:15) 座長 小林利章

1. 小児におけるシェーグレン症候群の特徴とその診断…………… 13  
千葉大学小児科 富板美奈子, 青柳正彦, 本間季里, 勝木利行, 星岡明, 下条直樹,  
河野陽一  
千葉県こども病院アレルギー免疫科 斎藤公幸
2. シェーグレン症候群を合併し腎不全で死亡した全身性エリテマトーデスの一例…………… 14  
聖マリアンナ医科大学小児科 五島敏郎, 中島夏樹, 加久浩文, 有本寛, 五島文恵,  
箕原豊, 加藤達夫
3. 早期より経過観察し得たシェーグレン症候群とループス腎炎…………… 15  
千歳市立病院小児科 長野省吾  
北海道社会保険中央病院小児科 石井敏明, 由利賢治, 石坂明人, 中山承代

### C. JRA (11:15～11:55) 座長 鉾之原昌

1. 若年性関節リウマチと尿異常…………… 17  
国立小児病院感染リウマチ科 佐藤達也, 永田正人, 小池雄一, 立沢幸
2. 若年性関節リウマチに対するピロキシカムの治療効果…………… 18  
埼玉医科大学小児科 金子家明, 川野豊, 伊藤雅彦, 黄国輝, 野間剛  
秩父市立病院小児科 中里明彦
3. 若年性関節リウマチ3死亡例の検討…………… 19  
京都府立医大小児科 小松博史, 川勝秀一, 沢田淳
4. 若年性関節リウマチの長期予後についての検討…………… 20  
杏林大学医学部小児科 小林利章, 田中信介, 前田基晴, 大久保裕子, 松山毅,  
渡辺言夫

昼食・幹事会 (11:55～13:00)

### D. 免疫・血清 (13:00～13:40) 座長 小宮山淳

1. 小児における血清中抗核抗体持続陽性例の臨床的意義…………… 21  
北海道社会保険中央病院小児科 石井敏明, 石坂明人, 由利賢治, 中山承代

4. mRF 法による免疫複合体測定の基礎的検討と臨床的意義 .....	22
独協医大越谷病院小児科 藤川敏	
臨床検査部 柴崎光衛	
3. ヒト血清中の Superantigen に対する抗体とその意義 .....	23
鹿児島大学小児科 武井修治, 今中啓之, 益田君教, 宮田晃一郎	
鹿児島大学医療技術短期大学部 鉦之原昌	
Div. of Rheumatology, Childrens Hospital of LA Sharyn Walker,	
Bram Bernstein	
4. マウス Sm-D 抗原の cDNA クローニングとその遺伝子構造の解析 .....	24
横浜市立大学小児科 満田年宏, 伊部正明, 栗山智之, 森雅亮, 清水智佐登,	
相原雄幸, 横田俊平	
<b>E. SLE ① (13:40~14:20)</b>	<b>座長 横田俊平</b>
1. 重篤な肺炎を合併し, 死の転帰をとった SLE の 1 女児例 .....	25
京都府立医大小児科 木原美奈子, 村田美由紀, 小松博史, 川勝秀一, 沢田淳	
2. 中枢神経症状の既往がなく基底核に高吸収域を認めた SLE の 1 例 .....	26
日本大学小児科 金丸浩, 藤枝俊之, 遠藤美佳子, 日吉一夫, 藤田之彦, 大久保修,	
正田博之, 大国真彦	
3. 睾丸炎, 敗血症様症状で発症した SLE の 1 例 .....	27
鹿児島大学小児科 重森雅彦, 今中啓之, 武井修治, 樋渡三保子, 宮田晃一郎	
鹿児島大学医療技術短期大学部 鉦之原昌	
4. 当科で経験した Discoid Lupus Erythematosus の 2 例 .....	28
鹿児島大学小児科 今中啓之, 重森雅彦, 武井修治, 樋渡三保子, 宮田晃一郎	
鹿児島大学医療技術短期大学部 鉦之原昌	
<b>F. SLE ② (14:20~15:00)</b>	<b>座長 立澤 幸</b>
1. ループス腎炎を伴った全身性エリテマトーデスに対するプレディニン投与の臨床的検討	29
横浜市立大学小児科 相原雄幸, 伊部正明, 満田年宏, 清水智佐登, 森雅亮,	
栗山智之, 横田俊平	
2. 難治性小児 SLE に対するミゾリビン, プレドニゾロン, プラズマフェレーシス併用療法	
の有効性.....	30
千葉県こども病院アレルギー免疫科 斎藤公幸	
千葉大学小児科 下条直樹, 星岡明, 勝木利行, 本間季里, 青柳正彦, 富板美奈子,	
河野陽一	
3. ループス腎炎の治療における血清補体価の意義について.....	31
横浜市立大学小児科 伊部正明, 清水智佐登, 栗山智之, 森雅亮, 満田年宏,	
相原雄幸, 横田俊平	
4. 小児 SLE の臨床像と長期予後 .....	32
久留米大学小児科 天本祐輔, 間克磨, 西昭徳, 伊藤雄平, 加藤裕久	
<b>コーヒーブレイク (15:00~15:20)</b>	
<b>G. 他の膠原病 (15:20~16:00)</b>	<b>座長 和田紀之</b>
1. 急性心不全で発症した大動脈炎症候群の 2 例.....	33
日本医科大学小児科 五十嵐徹, 伊藤保彦, 福永慶隆, 吉田豊, 山本正生,	

平山恒夫

川口市民病院小児科 若林恒郎

2. 著明な血小板減少をきたした混合結合組織病の1女児例…………… 34  
東京大学医学部付属病院分院小児科 杉村洋子, 関根孝司, 五十嵐隆, 岩田力,  
早川浩
3. 小児激症型皮膚筋炎の一例…………… 35  
福井赤十字病院小児科 田里寛, 田中靖彦, 前田真治, 田中立歩, 林修平,  
中村凱次
4. ANCA 陽性であった Polyarteritis Nodosa の一例…………… 36  
久留米大学小児科 坂口美奈子, 西昭徳, 井上治, 伊藤雄平, 加藤裕久  
順天堂大学小児科 鈴木興志晴, 金子一成

H. その他 (16:00~16:40)

座長 藤川 敏

1. 原因不明の虹彩毛様体炎患児12例の臨床的・血清学的検討…………… 37  
横浜市立大学小児科 横田修平, 清水智佐登, 森雅亮, 栗山智之, 清水広子,  
伊部正明, 満田年宏, 相原雄幸
2. 脊髄前角病変による右下肢麻痺を呈し, 抗リン脂質抗体症候群が疑われた1症例… 38  
埼玉医科大学小児科 川野豊, 黄国輝, 伊藤雅彦, 野間剛
3. SEA Syndrome あるいは白血病性滑膜炎と鑑別が困難であった一例…………… 39  
日本大学小児科 稲毛康司, 麦島秀雄, 大国真彦  
整形外科 龍順之助
4. 溶連菌によると考えられ, 特異な経過をとった頸部リンパ節炎の2例…………… 40  
杏林大学医学部小児科 松山毅, 前德基晴, 渡辺言夫

閉会の辞・次期会長挨拶 (16:40~16:45)

懇親会 (17:00~19:00)





## A-1 ベーチェット病と考えられた1女児例

横浜市立大学小児科

森 雅亮、清水智佐登、栗山智之、伊部正明、満田年宏、相原雄幸、  
横田俊平

【症例】12歳、女児。主訴：外陰部潰瘍による排尿時痛。既往歴：3歳時より2月に1回再発性アフタを繰り返していた。11歳時、外陰部潰瘍が出現したが自然に治癒。現病歴：1992年3月下旬、口腔内アフタ、外陰部潰瘍が出現。4月初めより37℃台の微熱が持続し、排尿時痛も激しいため入院。1か月の経過で潰瘍は自然治癒し退院したが、再度の発熱、外陰部潰瘍に加え肛門周囲にも潰瘍がみられたため再入院となった。入院時所見：体温37.5℃、顔色蒼白。咽頭は軽度発赤し有痛性の口腔内アフタが数個みられた。外陰部には径5cm大で白苔に覆われた深在性潰瘍が存在し、歩行も困難であった。皮膚、眼、消化器症状は認められなかった。検査所見：白血球 12000/ul、CRP12.8mg/dl、赤沈1時間値61mm。抗核抗体を初めとする自己抗体はすべて陰性、補体価正常。免疫学的所見ではIgDが63.5mg/dlと高値を示し、表面グロブリンではIgM、IgDが上昇していた。リンパ球サブセットおよび芽球化反応は正常。HLA検査では、B51は陰性であったが、DRw52が陽性を呈した。眼科的、皮膚科的には異常なく、針反応も陰性であった。また、注腸造影検査も施行したが異常所見はなかった。臨床経過：初回入院時は抗生剤投与と局所の洗滌等の対象療法で軽快したが、再入院時には軽快傾向みられず全身状態の増悪も認めた。このため、プレドニゾン約0.7mg/kgの経口投与を開始したところ、翌日より解熱し、外陰部および肛門周囲の潰瘍も徐々に改善した。現在外来にてプレドニゾン減量中である。【考案】本例はベーチェット病に特徴的な眼症状、皮膚症状を呈さず、現段階では厚生省のベーチェット病診断の手引きによると“疑い型”に分類されるに過ぎない。しかし、将来本疾患に特有な症状の発現をみる可能性は十分あり、今後の経過観察が重要な症例と考えられた。

## A-2 血管・腸管型ベーチェット病の一女兒例

神奈川県立こども医療センター 感染免疫科

奥山 伸彦 赤城 邦彦

ベーチェット病は、再発性アフタ性口内炎、外陰部潰瘍、前房蓄膿性再発性虹彩炎を三徴とする膠原病類縁疾患として知られているが、小児期にはきわめて稀であるとされている。今回私たちは、不明熱として入院、大動脈炎症候群を合併し、血管・腸管型ベーチェット病と診断された一小児例を経験したので報告する。

〔症例〕 8歳女兒。主訴：不明熱。既往歴：6歳時、急性腎炎。現病歴：91年10月末より微熱が持続。11月より口内炎が反復。92年1月に入って高熱が持続するようになって入院となった。入院時、顔面等に毛のう炎様皮疹、口腔内に多数のう歯、有痛性アフタ、外陰部にビランみられた。左橈骨動脈の拍動弱く触知された。神経学的所見なし。検査上、小球性低色素性貧血、好中球優位の白血球増多および血小板増多あり、CRP強陽性、血沈亢進みられた。凝固では、第Ⅷ因子関連抗原正常も、フィブリノーゲン、FPAの増加あり、免疫学的には、免疫グロブリンの増加、補体価の高値、活性化T細胞の増加、サプレッサーT細胞の減少およびPWMによるリンパ球幼若化反応の亢進がみられた。また、好中球貪食能は亢進していた。IFN- $\gamma$ 、免疫複合体、抗カルジオリピン抗体は陰性であった。眼科的所見に問題なく、針反応も陰性、HLAではB51は陰性であった。

IVDSA、動脈造影で左鎖骨下動脈および大動脈の狭窄が、また消化管造影、内視鏡で回盲部潰瘍および結腸アフタ性病変が確認され、眼症状を欠いたベーチェット病不全型、血管・腸管型と診断された。

治療として、ステロイドが発熱、皮膚症状等に有効で、血液炎症所見、好中球機能の正常化がみられたが、生命予後を左右する血管病変に対する効果を期待してメソトレキセートの少量投与を併用し経過を観察中である。

### A-3 上大静脈症候群を合併したウェーバークリスチャン病の1例

国立小児病院感染リウマチ科

○小池雄一，佐藤達也，永田正人，立澤 宰

ウェーバークリスチャン病は原因不明の再発性熱性非化膿性結節性脂肪織炎で、主に中年の女性に好発し、小児での報告は少ない。今回演者等は経過中にチアノーゼをきたし、血管造影にて上大静脈症候群の合併と診断したウェーバークリスチャン病の1女児例を経験したので報告する。

症例は15歳の女児。昭和56年（5歳時）左膝関節腫脹が出現。昭和60年より両膝、足関節の腫脹が持続し、若年性関節リウマチの診断にてアスピリンによる治療を開始した。昭和63年台湾に転居。平成1年9月両下腿に皮下結節が出現し、これらは皮膚潰瘍を形成し、歩行が困難となった。このため、平成2年7月帰国し、当科に入院となった。入院時皮膚潰瘍は3ヶ所（最大10×13cm）にみられた。入院後は末梢循環改善薬や皮膚移植等で治療したが、さらに四肢に母指頭大までの有痛性皮下結節が多発した。生検でウェーバークリスチャン病と診断し、平成3年1月よりプレドニゾロンの投与を開始した。その後皮下結節は消退し、潰瘍は肉芽の形成が認められた。平成3年3月より労作時に増強する中心性のチアノーゼと顔面の浮腫が出現した。胸部レントゲン写真、心臓超音波検査などからはチアノーゼの明かな原因はみつからなかった。しかしDSAアンギオグラフィーで左右鎖骨下静脈から奇静脈流入下部までの上大静脈の閉塞と側副血行路の所見があり、上大静脈症候群を合併したものと診断した。

上大静脈症候群の原因は胸部の腫瘍による血管外からの圧迫が大部分であり、まれに血栓性静脈炎などによることもある。一方ウェーバークリスチャン病は、病理学的に血管炎を伴うことがあり、関節炎、肝脾腫、などの症状以外に静脈閉塞や静脈瘤の合併が報告されている。しかし上大静脈症候群をきたした症例の報告は演者等の検索したかぎりではみられず、本症例は非常にまれな症例と思われた。

#### A-4 新生児期に発症したWeber-Christian病の1女児例

伯耆原 祥<sup>1)</sup>, 久保 徹夫<sup>1)</sup>, 藪原 明彦<sup>1)</sup>, 川合 博<sup>1)</sup>, 小宮山 淳<sup>1)</sup>  
落合 二葉<sup>2)</sup>, 山崎 百合子<sup>3)</sup>, 信州大学医学部小児科  
2)諏訪赤十字病院小児科 3)信州大学医学部皮膚科

【はじめに】Weber-Christian病は、反復する発熱と皮下結節に特徴づけられる非化膿性脂肪織炎であり、成年女性に好発し、新生児期に発症する例は極めて少ない。今回、新生児期より発熱を繰り返し、皮下結節の生検にて、脂肪織炎の所見を認めたWeber-Christian病の1女児例を経験したので報告する。

【症例】1991年3月27日生まれ的女児。主訴は周期的発熱。家族歴では母親が小児期にJRAに罹患。患児は在胎39週2,482gで出生。日齢6より38.5℃の発熱を認め、その後夜間の発熱と指関節の発赤腫脹を繰り返したため、某病院小児科入院。発熱、炎症反応（血沈亢進，CRP強陽性），中等度の肝機能障害が反復して出現したため、同年6月12日に精査目的で当科紹介入院となった。入院時には体重増加不良を認める以外に特記すべき理学的異常所見を認めなかった。入院時検査成績では、WBC15,400/ $\mu$ l(St.8%, Seg.23%, Mo.8%, Eo.1%, Ly.60%) Hb10.9g/dl, Plts66.9 $\times 10^4$ / $\mu$ l, ESR49mm/hr, GOT368U/l, GPT506U/l, LDH 488U/l, Amy8U/l, T.Chol 146mg/dl, TG173mg/dl, CRP2.13mg/dl, IgG 1,260mg/dl, IgA111mg/dl, IgM157mg/dl, Cs111mg/dl, 抗核抗体160倍(SP)抗DNA抗体40倍で、リンパ球サブセットではCD4増加を示した。入院後、炎症反応と肝障害は改善したが、皮下結節を認めるようになった。7月10日と退院なりその後、発熱、皮下結節、肝障害、炎症反応の出現を繰り返したため、トルメチン投与を開始した。外来での経過観察中、皮下結節の生検を施行したところ、皮下脂肪組織に多数の好中球浸潤が認められ、Weber-Christian病の第I期に相当する所見と考えた。現在非ステロイド系抗炎症剤の投与を継続し、増悪傾向はみられていない。

【結語】Weber-Christian病は原因不明で予後不良例も多いことより、新生児期に発症した本例の注意深い経過観察が重要と思われる。



## B-1 小児におけるシェーグレン症候群の特徴とその診断

千葉大学小児科

千葉県こども病院アレルギー免疫科\*

富板美奈子、青柳正彦、本間季甲、勝木利行

星岡明、斎藤公幸\*、下条直樹、河野陽一

【はじめに】現在、シェーグレン症候群(SS)の診断基準には乾燥症状が前提として挙げられている。一方、乾燥症状は認められないが、抗核抗体陽性、抗SS-A抗体陽性などSSに特徴的な検査所見を示し、耳下腺造影や口唇小唾液腺生検で典型的なSSの像が確認される症例が多く見出されており、このような症例もSSとして扱う傾向になってきている。しかし、小児科領域でのSSの臨床像は明らかではない。そこで当科でSSと診断した症例の臨床像、特に乾燥症状と他の全身症状につき検討した。【対象】当科で診療中のSS患者10例を対象とした。そのうち1次性SSが5例、他の膠原病を合併する2次性SSが5例であった。【結果】性別は全例が女児であった。初診時の主訴は2次性SSにおいては合併する膠原病の症状が主体であり、1次性SSの初発症状としては発熱が4例、皮疹が1例、関節痛が1例に認められた。1次性および2次性ともに初発症状に乾燥症状を認めた症例は1例もなかった。検査では、抗核抗体が9例で陽性、抗SS-A抗体が9例で陽性、抗SS-B抗体は2例で陽性、リウマチ因子が8例で陽性、高IgG血症が全例に認められた。これらの症例のうち、耳下腺造影で異常が認められた症例が6例、口唇小唾液腺生検で異常が認められた症例が5例であった。このうち1例は初診より4年の経過で乾燥症状が出現した。【まとめ】今回の我々の症例では発熱、関節痛などの乾燥症状以外の全身症状で発症し、抗核抗体陽性、抗SS-A抗体陽性、高IgG血症が主な血清学的異常であった。以上のことから、このような全身症状および血清学的異常を呈する症例では耳下腺造影や口唇小唾液腺生検を積極的に行い、長期にわたり経過を観察する必要があることが示唆された。

## B-2 シェーグレン症候群を合併し腎不全で死亡した 全身性エリテマトーデスの一例

聖マリアンナ医科大学小児科学教室

五島敏郎，中島夏樹，加久浩文，有本 寛，  
五島文恵，箕原 豊，加藤達夫

全身性エリトマトーデス（SLE）は病型により軽症から重症までありそれは臨床症状からも予後が判定する事ができると言われている。軽症例は，発熱，関節炎，Raynaud 症状などであり，一方重症例は，ループス腎炎，精神・神経症状，間質性肺炎，血小板減少性紫斑病などである。今回我々は SLE にシェーグレン症候群を合併し，精神・神経症状，腎症状を呈し，その後腎不全で死亡した一例を経験したので報告する。

症例は女児で，10歳時に顔面紅斑で発症し，光線過敏症，関節症状，腎所見，白血球減少，抗DNA抗体陽性，抗Sm抗体陽性，抗核抗体陽性より SLE と診断し，ステロイド療法を行っていた。13歳時に，口渇感，眼痛を訴え，更に顔面紅斑が増悪したため入院し精査したところ，耳下腺造影，唾液腺生検組織は正常であったが，Schirmer's test 陽性，Rosebengal test 陽性，Fluorescein test 陽性にてシェーグレン症候群と診断した。ステロイド増量にて軽快し外来観察していたが，15歳時に発熱，手・足のしびれ，肘関節痛・腫脹を訴え入院した。入院後再びステロイド増量したところ解熱し，各症状も軽快したが，入院46日目に突然痙攣し，その後，血尿が見られ尿中蛋白が増え，更に尿量が減少したためメチルプレドニゾロンによるパルス療法を行ったが，良好な反応が見られずに死亡した。

### B-3 早期より経過観察し得たシェーグレン症候群とループス腎炎

千歳市立病院 小児科 長野 省吾

北海道社会保険中央病院 小児科 石井 敏明、由利 賢治、  
石坂 明人、中山 承代

早期よりANA陽性を示し、後に1)シェーグレン症候群、2)ループス腎炎と診断するに至った症例につき報告する。症例は何れも女性。

1)は現在18才。s. 62年6月、発熱、前胸部の点状出血を来し来院、白血球減少(2900)、血小板減少(10万)を認めた。さらにANA 160倍、抗DNA抗体20Uと陽性を示し、高γグロブリン血症(IgG 2700)、CD4/CD8低下(0.78)を認めたが、他の自己抗体は陰性であり診断保留のもとに経過観察。白血球減少、高γグロブリン血症、ANA(160-640x)、抗DNA陽性が持続していたがH. 2年3月頃より、目のイライラ感、口腔内乾燥を訴える様になり、シェーグレン症候群を疑い諸検査施行。シマーテスト低下(右2.5mm、左5.5mm)、唾液分泌試験では安静時分泌量低下(0.5 ml/10min.)がみられたが、刺激時分泌量ではガムテスト 10.5、レモンテスト8.5ml/10min.と増加した。この時の唾液腺造影、口唇小唾液腺生検(僅かのリンパ球浸潤のみ)では典型像を示さなかったが、H. 4年1月再度検査を行い、直径1mm前後の点状陰影の描出、腺管周囲の軽度のリンパ球浸潤の生検像が得られ、本症の初期像として診断確定に至った。症例2)は現在14才。s. 62年、急性へん桃腺炎に罹患、当時ANAが20-40倍を示したため、外来にて経過観察中だったが、尿所見は時折潜血を認める程度であった。H. 1年頃より尿所見がやや増悪傾向を示し、H. 2年よりANAが320倍に上昇。明かなspeckledパターンをとり抗DNA抗体も陽性を示し、ループス腎炎の可能性が高いと考えられる。

抗核抗体は各種自己免疫性疾患罹患時に上昇する事は周知の事実であるが、我々の症例の様に膠原病としての病像があらわになる段階よりかなり早期にすでに陽性となっている事がうかがわれ、ANA陽性のばあい長期的な経過観察が必要と考えられる。



## C-1 若年性関節リウマチと尿異常

国立小児病院感染リウマチ科

佐藤達也, 永田正人, 小池雄一, 立澤 幸

【対象および方法】1990年12月から1992年8月までの1年9ヶ月間に、国立小児病院感染リウマチ科を受診した厚生省の診断基準を満たす若年性関節リウマチ(JRA)のうち35例に対し尿検査を施行した。性別は男児13例、女児22例、年齢は3～19歳(平均10.6歳)。病型は全身型8例、単関節型10例、多関節型17例であった。早朝尿を採取し、検尿、尿中NAG(N-acetyl- $\beta$ -D-glucosaminidase)、尿中 $\beta_2$ -microglobulin( $\beta_2$ -m)、尿中Ca/Cr比の測定を行った。

【結果】①蛋白尿を35例中8例(22.9%)、血尿を35例中10例(28.6%)に認めた。尿中NAGは平均 $6.10 \pm 4.56$  U/l で10.0 U/l 以上のものは35例中5例(14.3%)認められた。また尿中 $\beta_2$ -mは平均 $154.0 \pm 156.9$   $\mu$ g/l であり250  $\mu$ g/l 以上のものは35例中6例(17.1%)であった。尿中Ca/Cr比は平均 $0.183 \pm 0.122$  で0.21以上のものは35例中12例(34.3%)であった。②病型別では、蛋白尿を全身型で8例中4例、単関節型で10例中4例に認めたが多関節型では17例中1例も蛋白尿を認めなかった。血尿は、全身型で8例中3例、単関節型で10例中4例、多関節型では17例中3例であり、全身型、単関節型に多い傾向を示した。尿中NAGは、全身型+単関節型18例と多関節型17例を比較すると全身型+単関節型で有意に高値を示した( $p < 0.05$ )。同様に、尿中 $\beta_2$ -mも全身型+単関節型で有意に高値であった( $p < 0.005$ )。尿中Ca/Cr比は、多関節型で高値の傾向がみられたが統計的な有意差はなかった。③35例中31例でアスピリン投与歴があった。アスピリン総投与量が1.000 g以上の例と1.000 g以下の例を比較しても、尿検査で有意差はなかった。また、ステロイド剤投与例と非投与例を比較しても同様に差はなかった。【考案】JRAにおいても尿異常が高率に認められ、全身型、単関節型に多い傾向を示した。その異常は、治療の影響よりも疾患に特異的なものである可能性が示唆された。



## C-2 若年性関節リウマチに対するピロキシカムの治療効果

埼玉医科大学小児科学教室

金子家明、川野 豊、伊藤雅彦、黄 国輝、野間 剛

秩父市立病院小児科

中里明彦

若年性関節リウマチの薬物療法の第一選択はサリチル酸剤が一般的である。しかし、大量投与を行なうと肝細胞障害や出血傾向等の副作用が出現する。一方、成人の慢性関節リウマチに対してはいくつかの抗リウマチ剤があり治療効果を上げている。

今回、我々は全身型及び多関節型若年性関節リウマチに対し、強力な抗炎症作用を有し血中濃度の半減期が長いピロキシカム piroxicam (商品名 Felden, Baxo) を使用し、その関節症状に対する治療効果を検討した。第一選択剤のサリチル酸剤が無効、あるいは副作用を生じ使用不能の全身型及び多関節型7例に使用した。血中濃度、臨床症状を基準に投与量を調節した。

関節症状に対しては7例全例で有効であった。関節症状の改善を認めたが、頭痛等の不定愁訴と血沈の改善が認められない症例が存在した。副作用としては極く軽度の胃腸障害が1例に認められたのみであった。怠薬例はなく、コンプライアンスは良好であった。

今後、症例を増やして詳細な検討を進める必要があるが、サリチル酸剤が使用不能の症例に対して試みられる選択治療薬のひとつであると考えられた。

### C-3 若年性関節リウマチ 3 死亡例の検討

京都府立医科大学小児科

小松 博史, 川勝 秀一, 沢田 淳

若年性関節リウマチ (Juvenile Rheumatoid Arthritis, 以下 JRA) の生命予後は通常良好とされ, 死亡率は数%に留まる。今回我々は, 急速に死の転帰を辿った全身型 JRA の 3 例を経験し, 病理組織学的検索を加えたので, 報告する。

症例 1 は 2 歳 11 ヶ月時発症の男児である。発症後 5 年 5 ヶ月後より弛張熱が出現, 発熱後 13 日目早朝より喘鳴が出現, 数時間後心停止状態で家人に発見された。症例 2 は 4 歳 11 ヶ月時発症の女児である。発症 3 年後発熱・全身の関節痛・発疹が出現し, JRA の再燃と考えられた。経過中心外膜炎・間質性肺炎の合併を認めた。ステロイド・パルス療法を施行し一時軽快傾向となったが, 突然ショック状態となり死亡した。症例 3 は 6 歳 4 ヶ月時発症の男児である。本症例では関節外合併症を繰り返し, ステロイドよりの離脱は困難であった。発症 10 年後, 再燃にて入院経過中突然ショック状態となり, 死亡した。

病理組織学的所見; 症例 1 では, 直接死因は肺出血および浮腫であると考えられた。症例 2 では肺間質に軽度の単核細胞浸潤と浮腫を認めるが検索し得た範囲では直接死因となり得る病変は確定できなかった。症例 3 では心筋間質の浮腫と単核細胞浸潤および心筋障害の所見を認めた。

検査所見では, 全例とも低蛋白血症・血清コリンエステラーゼ値の低下を認め, 急速に出現するこれらの所見は JRA において危険因子となると考えられた。その臨床症状からは血管炎の存在を強く示唆するものであるが, いずれの症例でも病理組織学的には血管炎を証明できず, このことは JRA における血管障害は毛細管レベルでの透過性亢進が主体である可能性が考えられた。

生命予後は良好と考えられている JRA においても, 特に全身型 JRA において生命予後不良群が存在することが示唆され注意を要すると考えられた。

#### C-4 若年性関節リウマチの長期予後についての検討

杏林大学病院小児科

小林利章、田中信介、前田基晴、大久保裕子、松山毅、渡辺言夫

当院を受診し1年以上経過観察を行っているJRA患者52人における長期予後について検討を行った。全身型33人、多関節型14人、少関節型5人で、発症年齢は全身型1才1ヶ月～12才5ヶ月（平均6才）、多関節型1才9ヶ月～14才8ヶ月（平均9才5ヶ月）、少関節型1才4ヶ月～8才10ヶ月（平均3才1ヶ月）で、発症後の経過年数は1年7ヶ月～27年であった。

現時点までに完全寛解している者は34人（全身型20、多関節型8、少関節型3）、活動性の持続している者は15人（全身型9、多関節型5、少関節型1）、死亡1人、不明2人であった。現在活動性の持続している者の経過年数は全身型で2年9ヶ月～17年8ヶ月（平均7年5ヶ月）、多関節型で1年6ヶ月～15年4ヶ月（平均8年1ヶ月）、少関節型で1年10ヶ月～3年7ヶ月（平均2年9ヶ月）であった。全身型発症で多周期性かつ多関節炎を伴っている者が寛解しにくい傾向があった。

全身型発症では多関節型へ移行した者が4人、少関節型へ移行した者が2人あったが、多関節型発症と少関節型発症から他の型への移行はなかった。

発症時に心炎を認めた者は7人あったが心臓に後遺症を残した者はみられなかった。また虹彩炎は全身型3人、少関節型1人の計4人に認めたがいずれも軽快している。

長期経過中の合併症としてはステロイド白内障4人、小腸穿孔1人、Perthes病1人、肝不全1人で、肝不全例は全身型発症の多周期性多関節炎型で発症後4年の時点で急性肝不全により死亡した。

Stage4まで進行した者は1人、Stage3は4人あり、人工関節置換術を施行した者が1人あった。

## D-1 小児における血清中抗核抗体持続陽性の臨床的意義

北海道社会保険中央病院小児科

石井敏明、石坂明人、由利賢次、中山承代

膠原病およびその類縁疾患のスクリーニング検査として抗核抗体（ANA）の検索は欠かせないが、悪性腫瘍、感染症、健常人などでもときに陽性となることがあり、必ずしも特異性が高いとはいえない。外来または入院中の患児でANA 20倍以上が6ヵ月以上持続するか、1回の検査で40倍以上を示した22人の経過を観察し、臨床症状、検査所見等につき検討した。

### 結果

1. 男：女＝5：17で女児が多く、初診時平均年齢9.7才（4～16才）  
平均観察期間は11.0ヵ月（1.5～40ヵ月）であった。
2. 複数回の検査でANA陽性（20～640倍）は14例、1回の検査で40倍以上（40～320倍）であったもの8例であった。
3. ANA検索のきっかけとなった臨床症状と検査所見は原因不明の発熱9例、甲状腺腫大6例、関節痛4例、原因不明の発疹2例、白血球減少3例、高γ-グロブリン血症1例、陽性CRP 1例、赤沈亢進1例、血尿、蛋白尿8例、糖尿2例であった。
4. 22人の内、その後臨床診断のついたものは8人（JRA 2例、バセドウ病2例、橋本病1例、若年性糖尿病1例、急性糸球体腎炎2例）で  
のこり14人は診断がつかないまま現在も経過観察中である。
5. 経過観察中ANAが陰性化した症例はなかった。

## D-2 mRF法による免疫複合体測定の基礎的検討と臨床的意義

獨協医科大学越谷病院小児科、同臨床検査部\*

藤川 敏、柴崎光衛\*

目的：免疫複合体 (immune complex:IC) は、膠原病などの自己免疫性疾患、肝疾患、腎疾患、感染症、悪性腫瘍などの患者で血中に認められ、診断とその活動性の判定、経過、予後管理などに用いられている。その測定法には、C1q 法、血小板凝集法、ラジ細胞法、抗C3法、リウマトイド因子による法などがある。今回、我々はmRF 法を用いて小児期の疾患を中心にICを測定し、従来法との違い、臨床的意義などについて検討した。この方法はIgG マウスモノクローナルリウマトイド因子 (mRF) を用いて血中のICを酵素免疫法で測定する方法である。

対象と方法：健康診断で異常が認められなかった18歳以上107 例、膠原病、腎疾患などが否定された16歳以下69例を対照とし、抗核抗体陽性などの症例を中心に539 検体についてICを測定した。試薬は酵素免疫法によるイムノコンプレックス mRF「ニッスイ」を用いた。

結果と考察：mRF 法によるICの結果は従来のICの測定法C1q 法、C3d 法とは相関せず、RFとも相関しなかった。SLE においてはss-DNA, ds-DNA 抗体とは相関し、SLE の早期診断、特にARA 診断基準を満足しない例でも診断的に有用で、その後の疾患活動性、治療の適否、予後の指標としても有用である。RAにおいては陽性率が高く、臨床的な疾患活動性と相関した。しかしJRA 患者では陽性率は低く、疾患活動性とは相関しなかった。その他、甲状腺機能亢進症、橋本病、糖尿病などでも陽性率が高かった。



### D-3 ヒト血清中のSuperantigenに対する抗体とその意義

武井修治, Sharyn Walker<sup>1)</sup>, Bram Bernstein<sup>1)</sup>, 今中啓之, 益田君教, 鉾之原昌<sup>2)</sup>, 宮田晃一郎 鹿児島大学小児科, 医療技術短期大学部<sup>2)</sup>, Div. of Rheumatology, Childrens Hospital of LA<sup>1)</sup>.

【はじめに】近年, 細菌などの微生物由来のexotoxin が抗原提示細胞上のMHC Class II抗原と結合し, 更にこの結合物が T cell Receptor (TCR) のV $\beta$ 領域で特異的に認識されてT cellの活性化が起こり, その結果インターロイキン産生や免疫グロブリン産生が誘導され, 免疫系が強烈に活性化されることが判明した. これらの微生物由来の物質はSuperantigen (SA) と呼ばれ, 自己免疫疾患の病因究明のための研究モデルとして注目を集めつつある. 我々はこのようなSAによる強烈な免疫活性化作用に対して, 生体はどの様にして守られているかを検討することで, 自己免疫疾患の発症機序を探る試みを行っている. 今回我々は, 正常ヒト血清中のSAに対する抗体の存在を検索し, その抗体が持つImmunoregulation機能について検討したので報告する.

【方法】ブ菌由来のSAとしてStaphylococcal Enterotoxin A (SEA), SEB, SEC, SEE, Exfoliative Toxin, Toxin Shock Syndrome Toxin 1 (TSST-1) に対する血清中の抗体をELISA法にて測定した. また, ヒト末梢血より分離した単核球をSEBまたは TSST-1とともに3日間培養し, T cell proliferationを<sup>3</sup>H-thymidine uptakeで測定した. またIL-2測定は培養開始24時間後の培養上清を用い, IL-2依存細胞であるCTLL細胞を用いるbioassayで検討した.

【結果及び考察】ヒト血清中にはブ菌由来のSAに対する IgG抗体がかなりの量で存在していた. 更にこれらの抗体はブ菌由来のSAによるT cell活性化を特異的に抑制し, IL-2産生も抑制した. 以上から抗SA抗体はSAによる過激な免疫活性化から生体を防御していることが判明した.

## D-4 マウスSm-D 抗原のcDNAクローニングと その遺伝子構造の解析

横浜市立大学医学部小児科

満田年宏、伊部正明、栗山智之

森 雅亮、清水千佐登、相原雄幸、横田俊平

【目的】近年抗Sm抗体の対応抗原であるSm抗原を含めたsmall nuclear ribonuclear proteins (snRNPs)の分子生物学的アプローチが盛んに行なわれている。今回このSm抗原のひとつであるSm-D抗原に注目し、マウスSm-D cDNAのクローニングを試みた。【方法】 $\lambda$ gt11-A20 cDNAライブラリーをヒトSm-D cDNAをプローブとしてスクリーニングを行った。cDNA断片はpBS KSII(+)に組み込みDideoxy法により塩基配列を決定した。マウスSm-D cDNAクローンは試験管内で蛋白に翻訳し抗Sm抗体との免疫沈降反応の後、SDS-PAGEによりコードする蛋白の抗原性の確認を行った。マウスSm-D cDNAプローブとしてノザンならびにサザンハイブリダイゼーションを行った。また各種congenicマウスのgenomic DNAをPCR法により蛋白コード領域の直接増幅を試みた。【結果・考案】約27万個の $\lambda$ gt11ライブラリーより25個の陽性クローンを得た。うち、最も大きなクローンをサブクローン化した。このクローンは517 bpで357 bpのORFを持ち、119個のアミノ酸からなる推定分子量13.3 kDaの蛋白をコードしていることが判明した。Sm-D遺伝子のcDNAレベルでのヒトとマウス間のホモロジーは94%だが、推定蛋白レベルでは(Gly-Arg) $\times$ 9反復構造を含め100%相同性が保たれていることが判明した。サザンハイブリではPstI断片でAKR/J・LG/J・MRL/Mp-*lpr/lpr*のgenomic DNAより他のstrainには見られないバンドが観察され、またPCR法による蛋白コード領域の直接増幅ではgenomic DNAもcDNAと同様のサイズのバンドが観察された。これらの結果よりSm-D遺伝子は、蛋白コード領域にイントロンを持たず、種属間で極めてよく蛋白構造がよく温存され、マウス染色体上ではpseudogeneまたは重複遺伝子が存在し、SLE疾患モデルマウスであるMRL/Mp-*lpr/lpr*に関連したstrainに特徴的な遺伝的変異のある可能性が示唆された。

## E-1 重篤な肺炎を合併し、死の転帰をとったSLEの1女児例

京都府立医科大学小児科

木原美奈子, 村田美由紀, 小松 博史, 川勝 秀一,  
沢田 淳

SLEにおける肺病変は、他臓器に比べると必ずしも高頻度ではないが、最近では予後を決定する因子としてその重要性が注目されている。また、この肺病変は原病に基づくものと、感染症によるものとがあり、両者の鑑別が重要である。私達は重篤な肺炎を合併し、死の転帰をとったSLEの1例を経験したので報告する。

症例は12才の女児で、平成2年8月発症のSLEである。事情により無治療で経過した後、平成3年11月よりステロイドパルス療法を受けた。その後、プレドニゾロン25mg、アザチオプリン50mg内服中にて経過は順調であったが、平成4年3月高熱出現、胸部X線上両肺野に肺門部から広がるび慢性の斑状浸潤陰影出現し、本院転院となった。入院後、肺浸潤影は急速に増悪、スリガラス様陰影となり、呼吸器管理を必要とした。抗ウイルス剤・抗真菌剤を含む抗生剤の強力な治療に抵抗して呼吸不全は進行、肺炎発症後約1ヶ月の経過で死亡した。病理組織学的には混合性肺炎であり、免疫組織学的検索も行なったが、免疫グロブリン・補体の沈着は認めなかった。

本症例の肺病変はCRPが強陽性で、抗核抗体低値・補体価正常とSLE自体の活動性は乏しく、また胸部X線上の陰影がLupus pneumonitisとは異なるため、感染症と考えられた。起因菌は同定できなかったが、肺組織・BAL液の検索などにより、ウイルス・原虫・真菌の感染は否定的で、臨床経過から細菌感染が強く疑われた。本症例では肺炎発症直前から免疫グロブリン値の低下を、発症直後にBリンパ球数・NK細胞数の減少を認め、肺炎発症の基礎には細胞性・液性両免疫能低下の関与が考えられた。SLEに合併する重症感染症は疾患の活動性が低い時期にもかなりの頻度で発生するという報告があり、特に肺炎は本症例のように致死的な経過をたどることも多いため早期診断・早期治療が重要だと思われた。

## E-2 中枢神経症状の既往がなく基底核に高吸収域を認めたSEの1例

日本大学小児科学教室

金丸浩 藤枝俊之 遠藤美佳子 日吉一夫 藤田之彦 大久保修 疋田博之 大國真彦

〔はじめに〕 従来小児期発症のSLEでは中枢神経系合併症の頻度が低いといわれている。我々は22年間の小児期SLEを検討し中枢神経SLEは成人と同様に高率であることを報告してきた。今回我々は10歳時に発症し25歳の再燃時まで8年間無症状無治療で経過し、中枢神経症状を一度も認めずCTにて基底核に高吸収域を認めた症例を経験したので報告する。

〔症例〕 25歳 女性                      〔主訴〕 関節痛

〔現病歴〕 昭和53年8月（10歳）、発熱、手・膝・足関節痛を呈し、白血球減少、CRP陽性、血沈亢進、 $\gamma$ グロブリン分画の増加、ADNA・ANA陽性、血清補体価の低値を認めSLEと診断されプレドニゾロンが開始された。その後蝶形紅斑を認め（12歳）、ANA陽性は持続していた。17歳時に症状の消失と検査所見の軽減を認めプレドニゾロン投与は終了となった。経過精神神経症状を認めない。8年間無症状無治療で経過したのち平成4年7月（25歳）に手指関節のこわばりと疼痛を訴えSLEの再燃と診断され入院となった。

〔入院時現症〕 意識清明、胸腹部理学所見に異常なし。皮疹・粘膜疹等も認めない。両PIP・MPの腫張を認めるも、他の関節に炎症症状を認めない。握力の低下以外特記すべき神経学的異常を認めず。

〔入院時検査所見〕 CRPは陰性だが血沈は亢進していた。ANAは陽性と低補体血症を認めた。頭部単純CT写にて両側被殻部に高吸収域を認めた。

〔考察〕 我々は小児SLEについて中枢神経系症状の頻度と症状の多様性を報告し、その重要性を強調してきた。本症例も今までなんら神経症状を呈さずに経過してきており、25歳になって施行された頭部CTで異常高吸収域を認めている。長期にわたる小児SLEの経過観察にあたって中枢神経系合併症の存在を念頭に置く必要があると考える。

### E-3 辜丸炎，敗血症様症状で発症したSLE の一例

重森雅彦<sup>1)</sup>，今中啓之<sup>1)</sup>，武井修治<sup>1)</sup>，樋渡三保子<sup>1)</sup>，  
鉾之原 昌<sup>2)</sup> 宮田晃一郎<sup>1)</sup>

1) 鹿児島大学小児科 2) 同医療技術短期大学部

SLE の初発時は症状が非特異的で多彩であり，診断が困難なことが多い．今回，辜丸炎からの敗血症様症状で発症し，経過中に蝶形紅斑，免疫学的異常などSLE に特有な症状が見られSLE と診断した一男児例を経験したので報告する．

【症例】8歳男児．生来健康であった．平成4年3月25日より38℃の発熱があり，近医で感冒と診断された．一旦解熱したが再び悪寒，戦慄を伴う高熱が出現，同時に辜丸の腫脹，疼痛がみられ副辜丸炎の診断で某病院に入院した．この時，WBC 5,800/mm<sup>3</sup>，ESR 68mm/hr, CRP 9.8mg/dlで抗生剤，γ-グロブリン，製剤等で加療したが高熱が続くため4月6日当科に入院となった．

【入院時現症】辜丸の腫脹，腹部でBlunberg sign を認めた 肝脾腫，リンパ節腫脹，関節症状，発疹は認めなかった．検査成績ではCBC でWBC7,200，Plt 37.2x10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup>，ESR 97mm/hr，CRP 12.3，抗核抗体 x2,560，C<sub>3</sub> 118，C<sub>4</sub> 37 mg/dl，尿蛋白(+)，CSFでcell 1.080/3 (単核球優位)であった．【入院後経過】辜丸炎より敗血症を起こしたものと判断し，抗生剤を多剤併用したが発熱が続く，強直間代性のけいれんもおこした．4月20日頃より蝶形紅斑，頸部関節痛がみられ，さらに抗核抗体強陽性，血清補体価低値，RAテスト(+)，ENA抗体，SS-A, B抗体陽性と免疫学的異常がみられるようになり，厚生省小児膠原病研究班小児SLE 診断基準を4項目満たすためSLE と診断，アスピリン30mg/kg/日投与を開始，諸症状の軽快をみた．その後免疫学的異常のみ続いている．

【考案】本例は初発症状が発熱，辜丸炎，それに続く敗血症様症状で，主な免疫学的異常は発症後約3週間後より認めた．初発時 CRP強陽性であり，感染がSLE 発症の引き金となったのか，SLE の免疫異常があるために敗血症を惹起したのか興味深い症例と考えられた．

#### E-4 当科で経験したDiscoid Lupus Erythematosusの2例

今中啓之<sup>1)</sup>，重森雅彦<sup>1)</sup>，武井修治<sup>1)</sup>，樋渡三保子<sup>1)</sup>，  
鉾之原 昌<sup>2)</sup> 宮田晃一郎<sup>1)</sup>

1) 鹿児島大学小児科 2) 同医療技術短期大学部

Discoid Lupus Erythematosus (DLE)の多くは皮膚に病変が限局しているが，経過中SLEに移行する例もあり，十分な観察が必要になる．当科でDLEと診断し，経過をみている2症例について報告する．

【症例1】15歳男児．小学校5年の頃より四肢末端に冷感，背部，腕に発疹，色素沈着がみられ，脱毛，抗核抗体陽性，低補体価 ( $C_4$  9.8 mg/dl) あり，精査のため平成2年8月 (13歳時) 当科入院．前腕，下腿，背部にDiscoid 疹がみられた．検査結果では抗核抗体x640， $C_4$  12mg/dl以外はSLEを疑わせる所見はなく，DLEとして外来で経過をみているが，四肢の発疹，抗核抗体陽性，抗DNA抗体陽性が続いている．

【症例2】11歳女児．平成4年3月中旬より頬部に皮疹出現，3月下旬より発熱，リンパ節腫脹あり，近医で伝染性単核症疑われ加療されたが症状改善しないため4月17日当科入院．現症ではDiscoid 疹みられたが，肝脾腫，リンパ節腫脹はなかった．検査成績では WBC 1,600/mm<sup>3</sup>，ESR 28mm/hr，CRP (-)，蛋白尿 (-)，抗核抗体 x80，軽度肝機能異常あり，その他免疫学的異常は認めなかった．皮膚生検は両親の同意が得られず施行できなかった．特に治療せずに約1週間で解熱，発疹の軽快をみたため，退院，外来で経過をみているが，脱毛，低補体価 ( $C_3$  53， $C_4$  11.5 mg/dl)，抗核抗体，抗DNA抗体陽性がみられている．

【考案】Discoid 疹はSLE患者の19%にみられ，Discoid 疹のあるSLE患者の39%は全身症状発現の2年以上前に発疹が出現するといわれている．症例1は経過，検査成績より今後SLEに移行する可能性が高く，症例2はDLEの初発時にSLEの全身症状を思わせる所見があり，その後免疫学的異常が続いているものと考えられ，今後の推移に十分留意する必要があると思われる．

## F-1 ループス腎炎を伴った全身性エリテマトーデスに対する ブレディニン投与の臨床的検討

横浜市立大学医学部小児科

相原雄幸、伊部正明、満田年宏、清水智佐登、森 雅亮、栗山智之、  
横田俊平

はじめに 全身性エリテマトーデス (SLE) の長期予後はステロイド剤 (ス剤) 治療の導入により著明に改善してきた。しかしながら、ス剤は有効である反面その副作用は大きな問題となっている。我々はス剤の副作用軽減のためにメチルプレドニゾロン大量療法を小児 SLE に対して積極的に導入してきたが重症例についてはス剤の減量は必ずしも容易ではない。そこで今回我々は、ループス腎炎を有する SLE に対してプレドニゾロン (PSL) とブレディニンの併用療法を開始し、投与開始後 1 年半以上を経過した 3 例について報告する。

症例および経過 症例 1 17 歳女子。1983 年 7 月 TTP にて発症。SLE 再燃のため 6 回入院治療。6 回目再燃時ネフローゼ症候群を合併し、サイクロフォスファミド (CY) を 10 週間使用。腎生検 WHO class IV、治療は PSL10mg/day + ブレディニン 100mg/day、投与期間は 1 年 6 箇月、ブレディニン投与開始後 SLE の再燃を認めず経過は良好。症例 2 17 歳男子。1983 年 4 月 AGN にて発症。9 回入院治療。腎生検 WHO class IV、治療は PSL20/15mg 隔日投与 + ブレディニン 100mg/day。投与期間 1 年 6 箇月。投与開始後再燃のため一回入院治療。その後経過は安定。症例 3 19 歳女子。1986 年 9 月発症。再燃 (腎炎悪化) のため 5 回入院治療。CY10 週使用。腎生検 WHO class IV、治療は PSL25mg/day + ブレディニン 150mg/day。投与期間 2 年。投与後再燃のため 2 回入院治療。検査所見は不安定で経過は良好とはいえない。

まとめ ブレディニンは免疫抑制剤のなかでは副作用が比較的少なく、長期使用が可能でありループス腎炎を有する SLE の治療においては PSL の減量にある程度有効であると思われた。

## F-2 難治性小児SLEに対するミゾリビン、プレドニゾロン、プラズマフェレーシス併用療法の有効性

千葉県こども病院アレルギー免疫科\*  
千葉大学医学部小児科

斎藤公幸\*、下条直樹、星岡 明、勝木利行、本間季里、  
青柳正彦、富板美奈子、河野陽一

【はじめに】小児SLEの中には強力な治療によっても長期間の寛解を維持しがたい症例がある。我々は、このような難治例に維持量のプレドニゾロンと免疫抑制剤であるミゾリビン、およびプラズマフェレーシスを併用し、寛解を維持できたので報告する。【症例1】現在24歳の女性で、7歳時に発熱、関節痛、蝶形紅斑、出血斑が出現した。抗核抗体、および抗DNA抗体陽性、血小板減少、低補体血症を認め、SLEと診断された。40mg/dのプレドニゾロンで治療を開始したが、プレドニゾロンの減量とともに再発し、サイクロホスファミド内服を併用した。しかし、再びプレドニゾロンを減量するに従い、病状が再燃した。21歳時にルポイド肝炎を合併して再発し、パルス療法、大量γグロブリン療法、サイクロホスファミド間欠大量療法をおこなったが、寛解に至らなかった。23歳時よりミゾリビン、プレドニゾロン、プラズマフェレーシス併用療法を開始し、これらの治療により寛解が維持されている。【症例2】現在13歳の女性で、8歳時に蝶形紅斑、手足の皮膚血管炎で発症した。抗核抗体、および抗DNA抗体陽性、血小板減少、低補体血症を認め、SLEと診断された。腎生検でDPLNと診断されたため、パルス療法をおこなった。この治療に反応して低補体血症は改善したが、プレドニゾロンの減量に伴ない、低補体血症と抗DNA抗体の上昇が認められた。大量γグロブリン療法、サイクロホスファミド間欠大量療法にも反応せず、皮膚血管炎の増悪をくりかえした。このため、12歳時よりミゾリビン、プレドニゾロン、プラズマフェレーシス併用療法を開始して寛解を維持している。【まとめ】疾患活動性の高い小児SLEでは、ステロイド剤単独では寛解維持が困難なことがある。寛解維持が困難である症例に上記の三者併用療法をおこなうことで、個々の治療法の副作用を増強することなく、寛解維持に有効であった。



### F-3 ループス腎炎の治療における血清補体価の意義について

横浜市立大学医学部小児科

伊部正明、清水智佐登、栗山智之、森 雅亮、満田年宏、  
相原雄幸、横田俊平

【目的】ループス腎炎の治療は血清補体価の正常化を指標にしてきたが、その意義を再評価するために血清補体、抗核抗体、抗DNA抗体、尿所見との相関を検討した。

【対象および方法】厚生省小児膠原病調査研究班の診断手引を満足し、腎生検を施行した13例(男：女＝1：12)を対象とした。腎生検は延べ18回施行し、腎組織像はWHO分類に従って分類した。治療は症例により経口ステロイド剤、ステロイドパルス療法、さらに必要に応じて免疫抑制剤の併用を行った。このようなステロイド剤を中心とした治療による血清補体価の推移および抗核抗体価、抗DNA抗体価、尿所見との関係を腎組織型別に検討した。

【結果】腎組織像のWHO分類別では、Ⅰ型が5回、Ⅱ型が5回、Ⅲ型が1回、Ⅳ型が7回であったが、Ⅴ型およびⅥ型はなかった。C3、C4は治療後6ヵ月以内に正常化した。このうちⅠ、Ⅱ、Ⅲ型は治療後1～2ヵ月で正常化した。Ⅳ型は治療後3～6ヵ月と正常化が遅れた。CH50はⅠ、Ⅲ型で治療後1～2ヵ月の早期に正常化したのに対してⅡ、Ⅳ型で6～12ヵ月と正常化が遅れた。血清補体と抗核抗体価の関係では、補体価が正常化した後でも抗核抗体価が40倍以上の陽性が持続する例が多かった。血清補体と抗DNA抗体の関係では、補体価の正常化に伴い抗DNA抗体価も陰性化する例が多かった。蛋白尿は腎組織像Ⅰ、Ⅱ、Ⅲとも治療により陰転化したが、Ⅳ型で7回のうち2回に蛋白尿は陰転化しなかった。その2回はネフローゼ症候群を呈した症例であった。

【結論】血清補体価の正常化維持はループス腎炎の治療に有用であることが確認された。

#### F-4 小児SLEの臨床像と長期予後

久留米大学 小児科

天本祐輔、間 克麿、西 昭徳、伊藤雄平、加藤裕久

小児におけるSLEの発症頻度は成人に比べ低いとはいえ、その治療に苦慮する例が多い。また、長期予後に関しても予後不良例が多く、臨床的悪性疾患と言える。

今回我々は、当科ならびに関連病院において治療経過観察した小児SLE症例（発症15歳以下）について、その臨床像および生命、腎機能、中枢神経の長期予後と予後判定の可能性について検討した。

対象：アメリカリウマチ協会（以下、ARAと略す）1982年改訂SLE診断基準によって診断した小児SLE25例（男児8例、女児17例）を対象とした。発症年齢は8歳から15歳（平均 $11.3 \pm 2.0$ 歳）、観察期間は8カ月から127カ月（平均 $71.5 \pm 31.9$ カ月）であった。

研究方法：ARA診断基準の臨床項目、検査データと、中枢神経合併症、腎合併症（組織分類別）、生命予後について統計学的に検討した。

結果：①25例中6例が死亡（24.0%）。感染、腎不全などがおもな死因であった。②発症時の臨床項目と生命予後との間に有意の相関はなかった。③腎合併症（腎組織上の重症度）と生命予後の間には有意の相関を認めた（ $p < 0.005$ ）。

## G-1 急性心不全で発症した大動脈炎症候群の2例

日本医科大学小児科 五十嵐 徹, 伊藤保彦, 福永慶隆,  
吉田 豊, 山本正生, 平山恒夫  
川口市民病院小児科 若林恒郎

急性心不全で発症した大動脈炎症候群の2例について報告する。

【症例1】現在14歳。2歳1ヶ月の時に、発熱、咳嗽、嘔気、頻脈、呼吸困難、顔面と下腿の浮腫、心肥大、肝腫大、尿タンパク陽性を認め、急性心不全と診断した。高血圧が持続し、利尿剤と降圧剤を使用するが、コントロール不良であった。血中レニン-アンギオテンシン系の上昇を認め、腹部血管造影にて、腹部大動脈瘤と右腎動脈狭窄を認め、腎血管性高血圧と診断した。カプトプリル 40 mg/day を開始し、血圧をコントロールしてきた。8歳5ヶ月時に、IVDSA 施行。腕頭動脈は狭窄し、右総頸動脈は起始部より完全に閉塞。左総頸動脈も起始部より著明に狭窄。左鎖骨下動脈は、椎骨動脈分岐末梢より狭窄。動脈瘤は腹腔動脈と上腸間膜動脈の分岐レベルに認められた。右腎動脈はほとんど造影されず、右腎機能はほぼ廃絶。左腎動脈も狭窄していた。現在ブレドニン 10 mg/day にて経過観察中である。

【症例2】現在14歳。12歳時に発熱、咳嗽、呼吸困難、頻脈、心拡大、貧血、血痰、タンパク尿にて発症した。炎症反応強く、当初は肺ヘモジデロシスも疑ったが、胸部X-Pにて心陰影の拡大と肺門部を中心に両肺野にびまん性斑状陰影を認めた。胸部聴診上III音を認め、顔面、下肢に浮腫を認めた。次第に高血圧が顕性化し、血中レニン-アンギオテンシン系の上昇、頸部でbruitを聴取するようになった。また、胸腹部CTで、大動脈内腔の不整、血管壁の肥厚を認めた。ここで大動脈炎症候群を疑い、血管造影を施行した。左鎖骨下動脈の狭窄と動脈瘤、腕頭動脈の拡張、上下行大動脈の拡張および、腎動脈分岐部以下の狭窄等の異常を認めた。現在ブレドニン 20 mg/day にて経過観察中である。2例とも腎血管性高血圧が存在し、現在はカプトプリルにて血圧のコントロールを行っている。

## G-2 著明な血小板減少をきたした混合結合織病の1女児例

東京大学医学部付属病院分院小児科

杉村洋子、関根孝司、五十嵐隆、岩田力、早川浩

症例は12歳女児。生来健康であり、既往歴、家族歴に特記すべきことはない。2年前から手指のレイノー現象が見られていた。

平成3年12月から紫斑が出現し、同4年1月全身倦怠感のため近医を受診したところ貧血と血小板減少を指摘され2月当科に入院す。入院時背中に多数の紫斑を認めたが、手指の腫脹、顔面紅斑、光線過敏等を認めなかった。末梢血白血球 5500/ $\mu$ l、赤血球 257万/ $\mu$ l、ヘモグロビン 8.3g/dl、血小板 2.5万/ $\mu$ lと貧血と血小板減少を認めた。血液生化学検査では異常を認めなかったが、血清IgG 1987mg/dl、Ig M 109mg/dl、Ig A 230mg/dl、CH50 37.1U/mlで抗核抗体 1280倍 (speckled type)、抗nRNP抗体 64倍と陽性であった。抗DNA抗体、抗Sm抗体、LE細胞、直接および間接Coombsテストはいずれも陰性であった。血小板関連Ig Gは45.7ng/1000 PL(正常5-25)に上昇していた。検尿では異常を認めなかったが、Ccrは60ml程度/min/1.73m<sup>2</sup>に低下していた。呼吸機能検査(複数回施行)にて肺拡散能DLCOが50%前後に低下していた。骨髓検査、心エコー検査、心電図、筋電図いずれも異常を認めなかった。以上から混合結合織病(昭和62年厚生省研究斑診断基準に合致)と診断した。

入院後急速に紫斑が増加し末梢血血小板数が減少し始め、0.9万/ $\mu$ lに低下したためステロイドパルス療法およびガンマグロブリン大量療法を施行したところ速やかに血小板数は増加し30万/ $\mu$ l以上となった。以後プレドニンの内服を開始し、現在プレドニン25mgの隔日投与にて血小板数は25万/ $\mu$ l以上を維持し、また貧血も改善した。しかし、抗核抗体陽性や肺拡散能の低下は改善していない。

### G-3 小児激症型皮膚筋炎の一例

福井赤十字病院小児科

田里 寛、田中靖彦、前田真治、田中立歩、林 修平、  
中村凱次

(症例) 14才女児。主訴は筋力低下及び筋肉痛。家族歴は父がDLE、弟がSLE。平成2年2月より、主に四肢近位筋の筋力低下及び筋肉痛がみられ、次第に悪化し4月に入院。入院時現症では、上眼瞼にヘリオトロープ疹、手背にゴトロン徴候がみられ、坐位から立位困難、握力は右13kg左9kgであった。血液検査ではCPK11129単位、アルドラーゼ116単位と高値、抗DNA抗体20.6u/ml、抗核抗体5120倍、RNP、SS-A、Jo-1などの自己抗体はいずれも陰性。筋生検では著名な筋萎縮と血管炎像。以上より皮膚筋炎と診断した。ステロイド大量投与により症状及び検査所見の改善をみた。しかし5月上旬より咳嗽、胸痛、労作時呼吸困難が出現した。胸写で心拡大、胸水貯留。心電図で低電位、T波の逆転。エコーで心拡大、心内膜液貯留を認めた。心筋シンチやウイルス抗体価では異常なく皮膚筋炎に合併した心筋炎、心外膜炎、胸膜炎と診断した。メチルプレドニゾロンパルス療法を3クール行ない軽快した。以後ステロイド減量中に検査所見の悪化を繰り返した。その都度パルス療法を行ない一旦改善がみられたが持続しないため(平成3年11月までのべ8クールパルス療法施行)、平成3年11月よりアザチオプリン(1.5mg/kg/day)を併用した。併用後検査所見の改善を認めたが、ステロイド減量中再燃、現在パルス療養中である。

#### G-4 ANCA 陽性であった Polyarteritis Nodosa の一例

久留米大学小児科、順天堂大学小児科\*

坂口美奈子、西 昭徳、井上 治、伊藤雄平、加藤裕久

鈴木與志晴\*、金子一成\*

Polyarteritis Nodosa (PN) は、中～小動脈の壊死性血管炎であり、小児期の発症はきわめてまれである。

症例は14歳の男児。発熱、咳、結膜充血で発症し、炎症反応強陽性、胸写異常を認めたため、抗生剤の投与を受けたが効果を認めなかった。筋肉・関節痛、肉眼的血尿、高血圧などの臨床症状、進行性の貧血、腎機能低下が出現した。選択的腎動脈造影を行い、腎動脈分枝に多数の小動脈瘤を認めたため、PNと診断した。抗核抗体、免疫複合体は陰性であったが、cANCA (Antineutrophil Cytoplasmic Autoantibody) は陽性であった。Methylprednisolone パルス療法、ひき続き prednisolone 内服、cyclophosphamide パルス療法を行い、主症状、炎症反応は速やかに改善、cANCA陰性となった。ANCAは血管炎、糸球体腎炎の病態との関連が注目されているが、小児例の報告は少ない。PNの診断およびANCAとの関連について報告する。

## H-1 原因不明の虹彩毛様体炎患児12例の臨床的・血清学的検討

横浜市立大学小児科

横田俊平、清水智佐登、森 雅亮、栗山智之、清水広子、

伊部止明、満田年宏、相原雄幸

若年性リウマチは、多関節型・少関節型・全身型の三型に病型分類される。このうち少関節型は関節症状の他にぶどう膜炎（虹彩毛様体炎）を伴う頻度が高く、抗核抗体が陽性となる点で他の病型と異なる。昨年の本研究会で、眼科的にこのJRAぶどう膜炎と差がなく、抗核抗体も陽性、しかし関節症状を欠く chronic iridocyclitis in young girls(CIC)の存在を報告し、JRA少関節型とCICとが同じ疾患スペクトラムの中で考えられることを報告した。今回CIC症例12例について臨床的・血清学的な検討を試みたので報告する。

《対象と方法》眼科的に前部ぶどう膜炎（虹彩毛様体炎）と診断され、病因不明のものについて、関節症状の有無、血清学的に抗核抗体(FANA)・抗DNA抗体・リウマトイド因子(RF)・LE細胞・蛋白分画・IgG/IgA/IgMを検索した。また可能な限り、補体・抗ENA抗体・抗RNP抗体・抗Sm抗体も検討した。

《結果》12例中、関節炎を伴った例は1例（JRA少関節型）、FANA:8/12例陽性、RF:4/12例陽性、FANA(-)/RF(-):2例であった。なおJRA少関節型と診断された例は、FANA(+)/RA(+)であった。また初診時RF(+) $\rightarrow$ 2年後FANA(+)となった例が1例あった。LE細胞陽性例は1例で、この例はFANA陽性例であった。抗DNA抗体、抗ENA抗体、抗RNP抗体、抗Sm抗体のいずれも陽性例はなく、補体も低下例はなかった。蛋白分画のうち $\gamma$ -グロブリン分画が20%を超える例はなく(10.4~18.3%:平均 $13.9 \pm 2.6\%$ )、IgG/IgA/IgMも全例正常域にあった。

《考案》眼科的に原因不明の虹彩毛様体炎、もしくはCICと診断された症例について無作為に、臨床症状、血清学的検索を行った結果、高頻度に抗核抗体陽性例、リウマトイド因子陽性例が抽出された。わが国においてもCICと考えられる症例が存在し、かつリウマチ性要因がその病因にあることが示唆された。

## H-2 脊髄前角病変による右下肢麻痺を呈し、抗リン脂質抗体症候群が疑われた1症例

埼玉医大小児科

川野 豊、黄 国輝、伊藤雅彦、野間 剛

はじめに：抗リン脂質抗体症候群は反復する動静脈血栓症、習慣性流産、血小板減少症などを臨床的特徴とし、lupus anticoagulant陽性、生物学的疑陽性などを示し、抗カルジオリピン抗体などの抗リン脂質抗体の出現をみる比較的稀な症候群である。右下肢麻痺を呈し、抗リン脂質抗体症候群が疑われた一女児例を経験したので報告する。

症例：3歳女児、無菌性髄膜炎に引続く歩行障害を主訴に入院した。入院時、意識清明、右股関節の腫脹発赤を認めないが疼痛が強く、可動制限が認められた。神経学的所見では右のPTR及びATRが消失しており、Babinskiが陰性であった。右側Barre's leg sign陽性で、右下肢筋群の著しい筋力低下を認めた。右腓骨神経にてM波の振幅低下、脊髄MRIにてTh12の右前角に円形の低吸収域を認め、myelo-neuropathyが示唆された。検査所見では髄液蛋白は102mg/dlと高値であり、血清IgG 1700 mg/dl, IgM 283 mg/dlと高ガンマグロブリン血症を呈した。抗核抗体及びLEテストは陰性であったが、直接クームス及びRAHA陽性であった。血液凝固検査でPTは正常(10.5秒)、APTT延長(69.6秒)であったため抗リン脂質抗体症候群を疑ったが、STS, TPHA, lupus anticoagulant, 抗カルジオリピン抗体は陰性であり、抗リン脂質抗体症候群と確診するには至らなかった。少量のAspirin投与を開始したが、症状の改善を認めず、約3週間後左上肢の軽度の筋力低下を呈した。この頃より持続性の補体価低下( $\text{CH}_{50}$  24~30 単位/ml)を認めている。

結語：抗リン脂質抗体症候群はSLEをはじめとする全身性結合組織疾患に合併することが多いとされているが、抗リン脂質抗体を有する症例が必ずしもこれらの疾患の診断基準を満たさないことから、原発性抗リン脂質抗体症候群の概念が提唱され、脳血栓・脊髄炎・多発性神経炎・偏頭痛・舞踏病・痙攣などの多彩な神経症状を呈することが知られている。本症例においては抗リン脂質抗体の存在が強く示唆されたが、血清抗体の測定では十分な証明が得られなかった。



### H-3 SEA Syndromeあるいは白血病性滑膜炎と鑑別が困難であった一例。

日大小児科 稲毛康司、麦島秀雄、大国真彦

整形外科 龍 順之助

患児は16歳男子のロシア人で急性骨髄性白血病に罹患中に多関節炎が発症し、白血病寛解後も関節炎症状が続いている。そして、最終的には両側膝関節拘縮がのこり、重度の歩行障害にいたった。さらに、L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub>椎間板炎、羞明を伴う眼球結膜充血、HLA B27が母子ともに陽性であった。仙腸関節の単純X-P所見には異常なかった。しかし、MRI-CTで下部腸骨、仙腸骨辺縁に線状の高信号をT<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>強調画像で認めることからごく軽度なエロジオン所見の存在が疑われた。さらに、頻回の輸血によるヘモジデロージスも見られた。

患児の関節炎の鑑別診断として1) SEA Syndrome (Seronegativity, Enthesitis, Articular Syndrome), 2) 白血病性滑膜炎 Leukemic synovitis, 3) 関節内出血、などがあげられる。本症例について、臨床経過、検査所見から考察をくわえたので報告する。

#### H-4 溶連菌によると考えられ、特異な経過をとった頸部リンパ節炎の2例

杏林大学医学部小児科

松山 毅、前田基晴、渡辺言夫

（目的）溶連菌リンパ節炎は、A群溶連菌による、年少児に多い化膿性疾患と理解されている。今回我々は、血清学的にA群溶連菌と関連していたと思われる頸部リンパ節炎のうち臨床経過、検査成績等において従来とは異なる経過をたどった2症例を経験したので報告する。

（症例）症例1は、7才女児で、発疹を伴う発熱のため、近医で2週間にわたって、抗生剤投与を受けていた。約4日間の有熱期の直後から発症、進展した両側下頸部リンパ節腫脹を主訴に、平成4年4月10日に当科に入院した。検査では、赤沈、CRP、ASOの上昇はあったものの、白血球数、ADN-B、ASKの上昇はなく、咽頭培養からは $\alpha$ -Streptococcusが検出された。PCG、サルチル酸内服にて加療し、約10日で頸部、検査所見は正常化した。

症例2は、7才男児で、扁桃炎の1週間後に無痛性の右下顎リンパ節腫脹出現、近医にて、抗生剤2週間投与されたが軽快せず、第15病日から当科外来治療となった。症例1と同様、赤沈、CRP、ASOの上昇はあったが、白血球数、ADN-Bは正常範囲であった。また、咽頭培養からは $\alpha$ -Streptococcusが検出されている。PCG内服により2週間後に所見の改善を見た。

（考察）両者は、比較的年長児に発症し、先行感染があり、亜急性の経過をとる。赤沈、CRP、ASOの陽性所見はあるが、白血球増多はなく、ADN-Bも陰性である。抗生剤長期内服の既往があり、無効の感がある。咽頭培養ではA群溶連菌は培養されなかった。等の点で共通している。これらの点から以下のことを考察し得る。1. 従来リンパ節炎の起因菌とされていなかった、CまたはG群連鎖球菌感染の可能性がある。2. 自己免疫的機序による、非化膿性リンパ節炎の可能性も考えられる。

# 小児リウマチ研究会設立趣旨

謹啓

貴家益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて今般、日本リウマチ学会総会において、小児科医有志が集まり、  
広く小児リウマチならびにその近縁疾患(膠原病)に関する問題  
について、相互に勉強できる研究会を開きたいとの意見が出さ  
れました。そこで、いろいろ検討いたしました結果、次のような  
基本的な考え方がまとまりました。

1. 広く小児リウマチ性疾患に関する基礎・臨床・疫学などについ  
ての症例検討、研究発表、講演、討論の場とする。
2. 会員の資格は本会の趣旨に賛同する医師及び医療関係者とする。
3. 会員の年会費によって運営し、年一回の学術集会を開催する。
4. 本会の運営は推薦された幹事によって行われ、若干名の監査委  
員によって監査される。

以上のような趣旨を以ちまして、本会の設立を企及する次第であり  
ます。

# 小児リウマチ研究会規約

1. 本会の目的は小児リウマチ性疾患の診療および研究の向上を推進することを目的とする。
2. 本会は上記の目的のため年一回の学術集会（例会）を開催する。また、その他本会の目的に添った事業を行う。
3. 本会の会員は、本会の目的に賛同し、所定の手続きをおこなった医師および医療関係者とする。
4. 本会の正会員として入会を希望するものは、年会費（5,000円）を納入する。
5. 本会には会長1名と幹事若干名をおく。会長は本会を代表する者で、その任期は前回の学術集会終了翌日から次回の学術集会終了までとする。任命は幹事の互選による。会長は任期中に学術集会を開催する。
6. 幹事は幹事会の推薦により会長がこれを任命する。
7. 幹事の任期は3年とするが、再任は妨げない。
8. 本会の会計年度は毎年1月1日より12月31日までとする。  
本会の会計は、監事の監査を経て全員に報告する。
9. 本会には賛助会員をおく。賛助会員は本会の事業を援助するため所定の賛助会費（1口5万円）を納入する団体とする。
10. 本会の事務局は会長の指定する機関におく。

# 小児リウマチ研究会

名誉会長 大国 真彦 日本大学医学部小児科学教室  
寺脇 保 鹿児島大学医学部小児科学教室  
発起人代表 渡辺 言夫 杏林大学医学部小児科学教室  
発起人 植地 正文 埼玉県立衛生短期大学保育学科  
(五十音順) 小田 禎一 福岡大学医学部小児科学教室  
加藤 裕久 久留米大学医学部小児科学教室  
立澤 宰 国立小児病院感染科  
田中 信介 杏林大学医学部小児科学教室  
兵頭 行夫 神奈川県立厚木保健所  
藤川 敏 獨協医科大学医学部小児科学教室  
鉾之原 昌 鹿児島大学医療技術短期大学部  
矢田 純一 東京医科歯科大学医学部小児科学教室  
横田 俊平 横浜市立大学医学部小児科学教室  
吉野加津哉 帝京大学医学部小児科学教室  
和田 紀之 東京慈恵会医科大学医学部小児科学教室

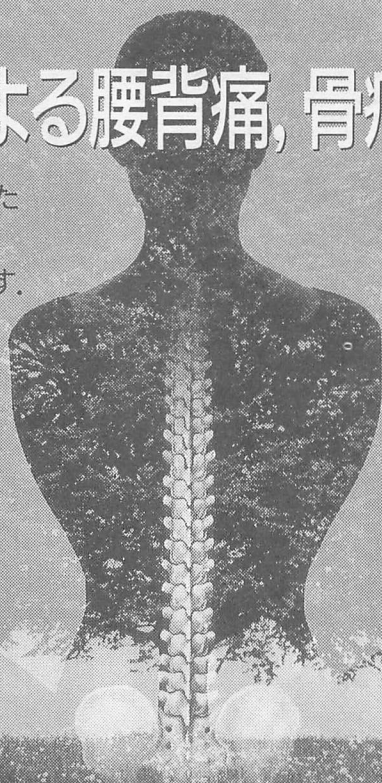
事務局 杏林大学医学部小児科学教室

田中 信介、小林 利章



# 骨粗鬆症による腰背痛, 骨病変の改善に

- 骨代謝の解明より生まれた骨粗鬆症治療薬です。
- 小型錠剤と液剤があります。  
(服薬コンプライアンスの向上が期待出来ます。)



活性型ビタミンD<sub>3</sub>製剤 (アルファカルシドール製剤) ㉔㉕ ■健保適用

## ワンアルファ錠<sup>0.25</sup><sub>0.5</sub><sub>1.0</sub>・液 Onealfa<sup>®</sup>

### 〈効能・効果〉

○下記の疾患におけるビタミンD代謝異常に伴う諸症状(低カルシウム血症, テタニー, 骨痛, 骨病変等)の改善

●慢性腎不全 ●副甲状腺機能低下症 ●ビタミンD抵抗性クル病・骨軟化症

### ○骨粗鬆症

### 〈用法・用量〉

本剤は患者の血清カルシウム濃度の十分な管理のもとに投与量を調整する。

### ●慢性腎不全, 骨粗鬆症の場合

通常, 成人1日1回アルファカルシドールとして0.5~1.0 $\mu$ gを経口投与する。ただし, 年齢, 症状により適宜増減する。

### ●副甲状腺機能低下症, その他のビタミンD代謝異常に伴う疾患の場合

通常, 成人1日1回アルファカルシドールとして1.0~4.0 $\mu$ gを経口投与する。ただし, 疾患, 年齢, 症状, 病型により適宜増減する。

### (小児用量)

通常, 小児に対しては骨粗鬆症の場合には1日1回アルファカルシドールとして0.01~0.03 $\mu$ g/kgを, その他の疾患の場合は1日1回アルファカルシドールとして0.05~0.1 $\mu$ g/kgを経口投与する。ただし, 疾患, 症状により適宜増減する。

### 〈使用上の注意〉

#### 1. 一般的注意

(1)過量投与を防ぐため, 本剤投与中, 血清カルシウム値の定期的測定を行い, 血清カルシウム値が正常値をこえないよう投与量を調整すること。

(2)高カルシウム血症を起こした場合には, 直ちに休薬する。休薬により血清カルシウム値が正常域に達したら, 減量して投薬を再開する。

#### 2. 副作用

(1)過量投与 (2)の中には高カルシウム血症に基づくと思われる症状が多いのでこのような症状があらわれた場合には血清カルシウム値を測定することが望ましい。 (2)次のような症状があらわれることがある。 1)消化器: ときに食欲不振, 悪心・嘔気・嘔吐, 腹部膨満感, 下痢, 便秘, 胃部不快感, まれに消化不良, 口内違和感, 口渴等の症状があらわれることがある。 2)精神神経系: まれに頭痛・頭重, 不眠・いらいら感, 脱力・倦怠感, めまい, しびれ感, 眠気, 記憶力・記憶力の減退, 耳鳴り, 老人性難聴, 背部痛, 肩こり, 下肢のつっぱり感, 胸痛等の症状があらわれることがある。 3)循環器: まれに軽度の血圧上昇, 動悸があらわれることがある。 4)肝臓: ときにGOT, GPT, LDH,  $\gamma$ -GTPの上昇があらわれることがある。 5)腎臓: まれにBUN, クレアチニンの上昇(腎機能の低下), 腎結石があらわれることがある。 6)皮膚: ときに痒痒感, 発疹, まれに熱感等の症状があらわれることがある。 7)眼: ときに結膜充血があらわれることがある。 8)骨: まれに関節周囲の石灰化(化骨形成)があらわれることがある。 9)その他: まれに嘔声, 浮腫があらわれることがある。

●その他の使用上の注意および液については, 製品添付文書をご参照ください。

1992.4.改訂

販売  
**フジサワ**  
大阪市中央区道修町3-4-7 〒541

製造元・販売  
**TEIJIN デイシン**  
医薬事業本部 東京都千代田区区内幸町2-1-1 〒100

〈資料請求先〉 藤沢薬品工業(株)医薬事業本部・帝人(株)医薬事業本部学術部

K.S.B51

# アレルギーの 三大疾患に！

（喘息・アレルギー性鼻炎・  
アレルギー性皮膚疾患）

## アゼブチンの特長

- ①ロイコトリエン、ヒスタミンなどに対し、優れた遊離抑制作用と直接拮抗作用を有する。（ヒト、モルモット他）
- ②気道・鼻粘膜の過敏性を改善し、喘息・アレルギー性鼻炎症状の寛解維持に有用である。
- ③喘息発作の軽減、咳・痰の切れなど随伴症状の改善に有効である。
- ④くしゃみ・鼻汁を早期に改善し、鼻閉の寛解にも優れた効果を発揮する。
- ⑤アレルギー性皮膚疾患の痒癢を早期に改善し、紅斑、膨疹、丘疹などの皮膚病変を改善する。



アレルギー性疾患治療剤

**アゼブチン<sup>®</sup>**

錠0.5mg・錠1mg・顆粒0.2%

〈塩酸アゼラスチン製剤〉

薬価基準収載

### ■効能・効果■

気管支喘息、アレルギー性鼻炎、蕁麻疹、湿疹・皮膚炎、アトピー性皮膚炎、皮膚掻痒症、痒疹

### ■用法・用量■

1. 気管支喘息  
通常、塩酸アゼラスチンとして1回2mgを、朝食後及び就寝前の1日2回経口投与する。  
なお、年齢、症状により適宜増減する。
2. アレルギー性鼻炎及び蕁麻疹、湿疹・皮膚炎、アトピー性皮膚炎、皮膚掻痒症、痒疹  
通常、塩酸アゼラスチンとして1回1mgを、朝食後及び就寝前の1日2回経口投与する。  
なお、年齢、症状により適宜増減する。

### ■使用上の注意（抜粋）■

- (1) 一般的注意  
1) 眠気を催すことがあるので、本剤投与中の患者には、自動車の運転等の危険を伴う機械の操作には従事させないよう十分注意すること。  
2) 長期ステロイド療法を受けている患者で、本剤投与によりステロイド減量をはかる場合は十分な管理下で徐々に行うこと。
- (2) 副作用  
1) 精神・神経系  
眠気、ときに倦怠感、手足のしびれ、まれにふらふら感等があらわれることがある。  
2) 消化器  
ときに口渇、口内のあれ、食欲不振、腹部痛、便

秘、下痢、悪心・嘔吐等があらわれることがある。

- 3) 循環器  
まれに顔面のほてり、息苦しい等があらわれることがある。
- 4) 肝臓  
ときにトランスアミナーゼ活性を上昇させることがある。
- 5) 過敏症  
ときに発疹等があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には投与を中止すること。

- その他の使用上の注意については添付文書をご参照ください。
- 資料請求は、弊社医薬事業部アゼブチン係まで。



# 天然型G-CSF

## 好中球(ノイトロフィル)をふやす



新発売

▲オトゲサンゴの産卵

### 【効能・効果】

- 骨髄移植時の好中球数の増加促進
- 下記疾患におけるがん化学療法による好中球減少症  
悪性リンパ腫、肺癌、卵巣癌、辜丸腫瘍、神経芽細胞腫
- 骨髄異形成症候群に伴う好中球減少症
- 再生不良性貧血に伴う好中球減少症
- 先天性・特発性好中球減少症

### 【使用上の注意】—抜粋—

(1)一般的注意 1)本剤の投与は好中球減少症患者に限定すること。2)本剤投与中は定期的に血液検査を行い、必要以上に好中球数(白血球数)が増加しないように十分注意すること。必要以上に増加が認められた場合は、減量、休薬するなど適切な処置をとること。3)過敏症等の反応を予測するために、使用に際しては十分な問診を行うとともに、あらかじめ、本剤による皮膚反応試験を行うことが望ましい。4)骨髄移植症例のうち原疾患が骨髄性白血病の患者では本剤の使用に先立ち、採取細胞についてin vitro試験により、本剤刺激による白血病細胞の増加の有無を確認すること。また、定期的に血液検査及び骨髄検査を行い、芽球の増加が認められた場合は、本剤の投与を中止すること。5)がん化学療法による好中球減少症患者に対しては、化学療法剤投与後から本剤を投与し、がん化学療法開始前の投与は避けること。6)骨髄異形成症候群のうち、芽球増加を伴う病型例は骨髄性白血病への移行の危険性が知られていることから、本剤の使用に際しては採取細胞についてin vitroで芽球コロニーの増加が認められないことを確認すること。7)小児に投与する場合には、観察を十分に行い、慎重に投与すること。(2)次の患者には投与しないこと  
本剤又は他の顆粒球コロニー形成刺激因子製剤に過敏症の患者 (3)次の患者には慎重に投与すること 1)薬物過敏症の既往歴のある患者 2)アレルギー素因のある患者 3)肝・腎・心肺機能に高度な障害のある患者 (4)副作用 1)消化器：ときに食欲不振があらわれることがある。2)筋・骨格系：ときに腰痛、胸部痛があらわれることがある。3)その他：ときに発熱、頭痛があらわれることがある。

※「用法・用量」その他の「使用上の注意」等については添付文書をご参照下さい。

### 【ノイトロジンの特徴】

- 1 世界で最初に純化したヒトG-CSFをもとに研究・開発された純国産の遺伝子組換え型ヒトG-CSF(rhG-CSF)製剤です。
- 2 哺乳動物細胞(CHO細胞)で産生させた天然型と同一の174個のアミノ酸と同一組成比の糖鎖を有するrhG-CSF製剤です。
- 3 天然型と同一組成比の糖鎖を有するのでpH7.37℃(in vitro)で安定なrhG-CSF製剤です。
- 4 各種好中球減少症を改善します。

遺伝子組換えヒトG-CSF製剤

薬価基準収載

注 50<sub>μ</sub>g  
100<sub>μ</sub>g  
250<sub>μ</sub>g  
**イトロジン**  
NEUTROGIN Injection 一般名：レノグラスチム(遺伝子組換え)

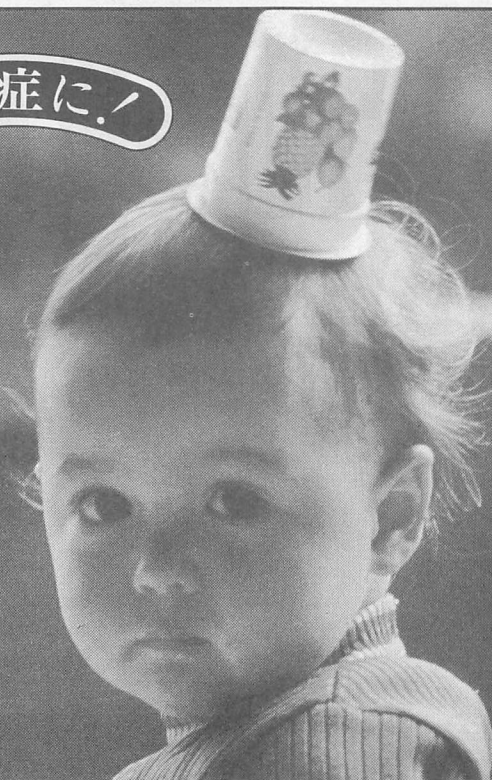


中外製薬

〔資料請求先〕医薬学術第一部  
〒104 東京都中央区京橋2-1-9

CNE 2546

# 小児の気道感染症に！



●1日3回の投与でよく、投薬・服薬が簡便。●すぐれた臨床効果。●ミックスフルーツ様の味と香り。

## ■組成

オラスポア®ドライシロップは、1g中セフロキシジン100mg(力価)を含有するだいたい色の、微細な粒子を含む粉末で、芳香を有し、味は甘い。

添加物：黄色5号、香料

## ■効能・効果

ブドウ球菌属、溶血性レンサ球菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌、大腸菌、クレブシエラ属、プロテウス・ミラビリスのうちセフロキシジン感受性菌による下記感染症

○気管支炎、咽喉頭炎、扁桃炎 ○腎盂腎炎、膀胱炎 ○癰、毛のう炎、蜂窩織炎、膿瘍 ○麦粒腫、眼瞼炎、結膜炎 ○中耳炎 ○猩紅熱

## ■用法・用量

通常、幼小児には体重kg当りセフロキシジンとして1日30mg(力価)を3回に分割し、用時懸濁して経口投与する。なお、症状に応じて適宜増減する。

## ■使用上の注意

### 1. 一般的注意

ショックがあらわれるおそれがあるので、十分な問診を行うこと。

### 2. 次の患者には投与しないこと

本剤の成分によるショックの既往症のある患者

### 3. 次の患者には投与しないことを原則とするが、特に必要とする場合には慎重に投与すること

本剤の成分又はセフェム系抗生物質に対し過敏症の既往歴のある患者

### 4. 次の患者には慎重に投与すること

(1)ペニシリン系抗生物質に対し、過敏症の既往歴のある患者

(2)本人又は両親、兄弟に気管支喘息、発疹、じん麻疹等のアレルギー症状を起こしやすい体質を有する患者

(3)高度の腎障害のある患者

(4)経口摂取の不良な患者又は非経口栄養の患者、高齢者、全身状態の悪い患者(ビタミンK欠乏症状があらわれることがあるので観察を十分に行うこと)

## 5. 副作用

(1)ショック：まれにショックを起こすことがあるので観察を十分にに行い、症状があらわれた場合には、投与を中止すること。(2)過敏症：発疹、じん麻疹、紅斑、掻痒、発熱、リンパ腺腫脹、関節痛等があらわれた場合には、投与を中止し適切な処置を行うこと。(3)腎臓：他のセフェム系抗生物質で、まれに急性腎不全等の重篤な腎障害があらわれることが報告されているので、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。(4)血液：まれに貧血、顆粒球減少、ときに好酸球増多があらわれることがある。また、他のセフェム系抗生物質(セファロチンナトリウム、セファロリジン等)で溶血性貧血があらわれることが報告されている。(5)肝臓：ときにGOT、GPT、ALPの上昇があらわれることがある。(6)消化器：まれに偽膜性大腸炎等の血便を伴う重篤な大腸炎があらわれることがある。腹痛、頻回の下痢があらわれた場合には、直ちに投与を中止するなど適切な処置を行うこと。また、ときに悪心、嘔吐、下痢、便秘、腹痛、食欲不振、胃部不快感があらわれることがある。(7)呼吸器：まれに発熱、咳嗽、呼吸困難、胸部X線異常、好酸球増多等を伴う間質性肺炎、PIE症

候群等があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。(8)菌交代症：まれに口内炎、カンジダ症があらわれることがある。(9)ビタミン欠乏症：まれにビタミンK欠乏症状(低プロトロンビン血症、出血傾向等)、ビタミンB群欠乏症状(舌炎、口内炎、食欲不振、神経炎等)があらわれることがある。(10)その他：まれに舌炎、顔面浮腫感、頭痛、めまいがあらわれることがある。

## 6. 妊婦への投与

妊娠中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には、治療上の有益性が危険性を上まると判断される場合にのみ投与すること。

## 7. 臨床検査値への影響

(1)ステープ反応を除くベネディクト試薬、フェーリング試薬、クリニテストによる尿糖検査では偽陽性を呈することがあるので注意すること。

(2)直接クーマース試験陽性を呈することがあるので注意すること。

## ■包装

100g 120g (1g×120)

※詳細につきましては製品の添付文書をご覧ください。

経口用セフェム系抗生物質製剤

**オラスポア®ドライシロップ** (特)要指

日抗基 シロップ用セフロキシジン

®：登録商標

製造販売

日本チバガイギー株式会社

兵庫県宝塚市美幸町10番66号

1990年11月作成

※資料は日本チバガイギーの医薬情報担当者にご請求下さい。

# Meptin



## 急性気管支炎の 効能が追加されました。

— せき・たん症状の改善に —

### 効能・効果

下記疾患の気道閉塞性障害に基づく呼吸困難など諸症状の緩解  
気管支喘息、慢性気管支炎、肺気腫、急性気管支炎、  
喘息様気管支炎（メブチン錠は除く）

### 使用上の注意 一抜すいー

#### 1. 一般的注意

- (1) 用法・用量通り正しく使用しても効果が認められない場合には、本剤が適当でないと考えられるので投与を中止すること。
- (2) 過度に使用を続けた場合、不整脈、場合によっては心停止を起こすおそれがあるので、使用が過度にならないように注意すること。

#### 2. 次の患者には慎重に投与すること

- (1) 甲状腺機能亢進症 (2) 高血圧 (3) 心疾患 (4) 糖尿病
- (5) 妊婦及び妊娠している可能性のある婦人

※用法・用量、その他の使用上の注意等は製品添付文書をご参照ください。

気管支拡張剤 塩酸プロカテロール製剤

薬価基準収載

指 **メブチン**® 錠・ミニ錠 顆粒・シロップ  
Meptin tablets・mini tablets・granules・syrup



製造発売元

大塚製薬株式会社  
東京都千代田区神田司町2-9

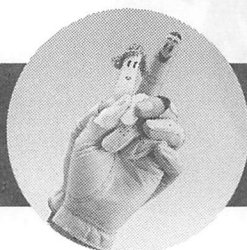
資料請求先

大塚製薬株式会社 学術部 情報室  
東京都千代田区神田司町2-2  
大塚製薬神田第2ビル

(’91.3作成)



Santen



## Better Lifeへの確かな一歩 Growing DMARD

- 1 リマチルは赤沈、腫脹などRAの活動性の指標を改善する効果が優れています。
- 2 リマチルは特に活動性RAの早期に  
より効果があります。
- 3 リマチルはRAでみられる免疫パラメーターの異常を改善します。

### ■効能・効果 慢性関節リウマチ

■用法・用量 本剤は消炎鎮痛剤などで十分な効果が得られない場合に使用すること。通常成人、1回ブシラミンとして100mgを1日3回(300mg)食後に経口投与する。なお、患者の年齢、症状、忍容性、本剤に対する反応等に応じ、また、効果の得られた後には1日量100～300mgの範囲で投与する。1日最大用量は300mgとする。

### ■使用上の注意 一般的注意

- 1) 本剤の投与に際しては、慢性関節リウマチの治療法に十分精通し、患者の病態ならびに副作用の出現に注意しながら使用すること。
- 2) 本剤は消炎鎮痛剤等で十分な効果が得られない場合に使用すること。また、高齢者、手術直後の患者、骨髄機能の低下している患者、全身状態が悪化している患者には原則として投与を避けること。
- 3) 本剤の投与開始に先立ち、主な副作用、用法・用量等の留意点を患者に説明し、特に咽頭痛、発熱、紫斑等の症状がみられた場合には速やかに主治医に連絡するよう指示すること。
- 4) 本剤は遅効性であるので、本剤の効果が得られるまでは、従来より投与している消炎鎮痛剤等は継続して併用することが望ましい。ただし、本剤を6ヵ月間継続投与しても効果があらわれない場合には投与を中止すること。
- 5) 本剤投与前には必ず血液、腎機能、肝機能等の検査を実施すること。投与中は臨床症状を十分に観察するとともに、定期的に血液及び尿検査等の臨床検査を行うこと。

抗リウマチ剤

(劇指)

(劇指)

**Rリマチル®・リマチル®50**

Rimatil® ブシラミン100mg錠

Rimatil®50 ブシラミン50mg錠

健保適用

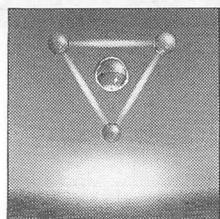
注意 本剤の「副作用」、「使用上の注意」等については、製品添付文書をご参照下さい。

**参天製薬株式会社**  
大阪市東淀川区下新庄3-9-19  
資料請求先 医薬情報課

92H05

# THE STRONG, BALANCED ANTIBACTERIAL AGENT

均整のとれた強い抗菌力



オキサセフェム系抗生物質製剤  
 (特) **フルマリン**®

静注用0.5g, 1g

日抗基 注射用フロモキセフナトリウム 略号 FMOX

- フルマリンは第三世代セフェム系のグラム陰性菌に対する優れた抗菌力を保持しながら、黄色ブドウ球菌をはじめグラム陽性菌にも強い抗菌力を有する均整のとれた抗生物質である。
- PBP-2'を誘導しにくい。
- 副作用は2.22%に発現し、その主なものはアレルギー症状と胃腸症状であった。

■効能・効果 ブドウ球菌属、レンサ球菌属(腸球菌を除く)、肺炎球菌、ペプトストレプトコッカス属、ブランハメラ・カタラーリス、淋菌、大腸菌、クレブシエラ属、プロテウス属、インフルエンザ菌、バクテロイデス属のうち本剤感受性菌による下記感染症○敗血症、感染性心内膜炎○外傷・手術創等の表在性二次感染○咽喉頭炎、扁桃炎、気管支炎、気管支拡張症の感染時、慢性呼吸器疾患の二次感染○腎盂腎炎、膀胱炎、前立腺炎、淋菌性尿道炎○胆のう炎、胆管炎○腹膜炎、骨盤腹膜炎、ダグラス窩膿瘍○子宮付属器炎、子宮内感染、骨盤死腔炎、子宮旁結合織炎、バルトリン腺炎○中耳炎、副鼻腔炎

■使用上の注意(一部抜粋) ①一般的注意 (1)ショックがあらわれるおそれがあるので、十分な問診を行うこと。なお、事前に皮膚反応を実施することが望ましい。(2)ショック発現時に救急処置のとれる準備をしておくこと。また、投与後患者を安静の状態に保たせ、十分な観察を行うこと。②次の患者には投与しないこと 本剤の成分によるショックの既往歴のある患者 ③次の患者には投与しないことを原則とするが、特に必要とする場合には慎重に投与すること 本剤の成分又はセフェム系抗生物質に対し過敏症の既往歴のある患者 ④次の患者には慎重に投与すること (1)ペニシリン系抗生物質に対し過敏症の既往歴のある患者 (2)本人又は両親、兄弟に気管支喘息、発疹、蕁麻疹等のアレルギー症状を起こしやすい体質を有する患者 (3)高度の腎障害のある患者 (4)経口摂取の不良な患者又は非経口栄養の患者、高齢者、全身状態の悪い患者(ビタミンK欠乏症状があらわれることがあるので、尿の観察を十分に行い、乏尿、蛋白尿、血尿等の尿異常所見、BUN上昇、クレアチニン上昇等の腎障害が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。なお、他のセフェム系抗生物質で、まれに急性腎不全等の重篤な腎障害があらわれることが報告されているので、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。(6)消化器 まれに偽膜性大腸炎等の血便を伴う重篤な大腸炎があらわれることがある。腹痛、頻回の下痢があらわれた場合には、直ちに投与を中止するなど適切な処置を行うこと。ときに、下痢、軟便、また、まれに悪心、嘔吐、腹部膨満感等があらわれることがある。(7)呼吸器 他のセフェム系抗生物質でまれに発熱、咳嗽、呼吸困難、胸部X線異常、好酸球増多等を伴う間質性肺炎、PIE症候群等があらわれることがあるのでこのような症状があらわれた場合には投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。

■薬価基準収載 ■「用法・用量」、その他の「使用上の注意」については、添付文書をご参照下さい。

〔資料請求先〕塩野義製薬株式会社 製品部 〒553 大阪市福島区鷺洲5丁目12-4



**シオノギ製薬**

大阪市中央区道修町3-1-8 〒541

# ネイティブIgG—「液」



- 高いIgGモノマー含量(98%以上)
- 正常人血漿と同等のIgGサブクラス組成
- 生体本来のIgG活性
- 使い易い液剤

静注用免疫グロブリン製剤

## ポリグロビン<sup>®</sup>N

〈pH4処理酸性人免疫グロブリン〉<sup>④</sup>



### ■ 効能・効果

- 低又は無ガンマグロブリン血症
- 重症感染症における抗生物質との併用
- 特発性血小板減少性紫斑病  
(他剤が無効で、著明な出血傾向があり、外科的処置又は出産等一時的止血管理を必要とする場合)

### ■ 使用上の注意

#### 1. 一般の注意

- (1)ショック等重篤な副作用が起こる可能性があるため、注意して使用し、経過を十分観察すること。
- (2)本剤による特発性血小板減少性紫斑病の治療は原因療法ではなく対症療法であることに留意すること。
- (3)小児の急性特発性血小板減少性紫斑病は多くの場合自然寛解するものであることを考慮すること。
- (4)本剤は抗A及び抗B血液型抗体を有する。したがって、血液型がO型以外の患者に大量投与したとき、まれに溶血性貧血を起こすことがある。

#### 2. 次の患者には慎重に投与すること

- (1)IgA欠損症の患者(抗IgA抗体を保有する患者では過敏反応を起こすおそれがある。)
- (2)重篤な腎障害のある患者

#### 3. 副作用

- (1)ショック：まれにショック症状があらわれることがあるので、呼吸困難、胸内苦悶、血圧低下等があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。必要があれば0.1～0.5mlエピネフリン(1:1,000)やコルチゾン製剤等を投与して症状の改善をはかること。
- (2)過敏症：ときに発熱、発疹、痒疹等があらわれることがあるの

で、このような症状があらわれた場合には投与を中止すること。

(3)循環器：急速に注入すると血圧降下を起こす可能性がある。

(4)肝臓：ときにGOT、GPT、ALP等の上昇があらわれることがある。

(5)その他：ときに頭痛、嘔気等があらわれることがある。

#### 4. 臨床検査への影響

本剤には各種感染症の病原体又はその産生物質に対する免疫抗体が含まれており、投与後の血中にこれら免疫抗体が一時検出されることがあるので、臨床診断には注意を要する。

#### 5. 適用上の注意

(1)上記の過敏症、血圧降下等を避けるため、本剤を点滴静注によりゆっくり(約2～3ml/分)投与することが望ましい(特に低又は無ガンマグロブリン血症の患者には注意すること)。

(2)使用後の残液は再使用しないこと。

(3)不溶物又は沈殿が認められるものは使用しないこと。

(4)凍結した溶液は使用しないこと。

(5)他の製剤と混注しないこと。

#### 6. その他

特発性血小板減少性紫斑病等に入免疫グロブリンを大量投与した小児において無菌性髄膜炎があらわれたとの報告がある。

※用法・用量は製品添付文書をご参照ください。

**Bayer** 

バイエル薬品株式会社  
大阪市中央区本町1-6-12 〒541

# 急性感染症のfirst choice

## 呼吸器感染症・耳鼻咽喉感染症に

### ①急性感染症のfirst choice

- 広い抗菌スペクトルと優れた抗菌力
- 優れた感染病巣への移行(ペネトレーション)

### ②1日3回投与が可能な顆粒剤

- 服薬のコンプライアンスを高める
- 服用しやすい顆粒剤

Penglobe® F

経口抗生物質  
指要 **ペングロブ®錠250 F顆粒**  
(塩酸バカンピシリン)

#### <効能・効果>

黄色ブドウ球菌、表皮ブドウ球菌、化膿レンサ球菌、腸球菌、肺炎球菌、  
淋菌、大腸菌、プロテウス・ミラビリス、インフルエンザ菌のうちアン  
ピシリン感受性菌による下記感染症

○肺炎、気管支炎、咽喉頭炎、扁桃炎、副鼻腔炎、中耳炎 ○腎盂腎炎、  
膀胱炎、尿道炎、淋疾 ○胆嚢炎、胆管炎、腹膜炎、リンパ節炎、猩紅  
熱 ○乳腺炎、子宮付属器炎、子宮内感染 ○麦粒腫、眼瞼腫瘍、角膜  
潰瘍 ○癰・癤腫症・よう、毛嚢炎、膿痂疹、膿皮症、蜂窩織炎、感染  
性粉瘤、瘰癧、皮下膿瘍 ○歯槽膿瘍、抜歯後感染、智歯周囲炎 ○創  
傷・熱傷の二次感染

#### <用法・用量>

通常、成人の場合、1日量500～1,000mg(力価)とし、これを3～4回に分割  
して経口投与する。小児の場合は、1日量を15～40mg(力価)/kgとし、これ  
を3～4回に分割して経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。

#### <使用上の注意>

(1) 一般的注意 ショックなどの反応を予測するため、十分な問診をす  
ること。

(2) 次の患者には投与しないこと

- 1) 塩酸バカンピシリンによるショックの既往歴のある患者
- 2) 伝染性単核症の患者

(3) 次の患者には慎重に投与すること

- 1) ペニシリン系又はセフェム系(セファロスポリン系及びセフェマイシ  
ン系)薬剤に対し過敏症の既往歴のある患者 2) 本人または両親、兄  
弟に気管支喘息、発疹、じんま疹等のアレルギー反応を起こしやすい  
体質を有する患者 3) 高度の腎障害のある患者 4) 経口摂取の  
不良な患者又は非経口栄養の患者、高齢者、全身状態の悪い患者(ビ  
タミンK欠乏症状があらわれることがあるので観察を十分に行うこと。)

(4) 副作用

- 1) ショック まれにショックを起こすことがあるので、観察を十分に  
行い、症状があらわれた場合には、投与を中止すること。
- 2) 皮膚 まれにLyell症候群(中毒性表皮壊死症)があらわれることがあ  
るので、観察を十分に行い、このような症状があらわれた場合には、  
投与を中止すること。

3) 過敏症 発熱、発疹、痒痒感、じんま疹等のアレルギー症状があら  
われた場合には投与を中止すること。

4) 血液 まれに貧血、顆粒球減少、血小板減少及び好酸球増多があら  
われることがある。

5) 肝臓 まれにS-GOT、S-GPTの上昇等の肝機能検査値の異常があら  
われることがある。

6) 腎臓 まれに腎障害があらわれることがある。

7) 胃腸 まれに発熱、腹痛、白血球増多、粘液・血液便を伴う激症下  
痢を主症状とする重篤な大腸炎で、内視鏡検査により偽膜斑等の形成  
をみる偽膜性大腸炎があらわれることがある。腹痛、頻回の下痢があら  
われた場合には直ちに投与を中止するなど適切な処置を行うこと。  
またときに下痢、悪心・嘔吐、胃部不快感、腹部膨満感、食欲不振、  
便秘、胸やけ等があらわれることがある。

8) 菌交代症 まれに菌交代による口内炎、大腸炎がカンジダあるいは  
非感受性のKlebsiella等によりあらわれることがある。このような症状  
があらわれた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

9) ビタミン欠乏症 まれにビタミンK欠乏症状(低プロトロンビン血症、  
出血傾向等)、ビタミンB群欠乏症状(舌炎、口内炎、食欲不振、神経炎  
等)があらわれることがある。

(5) 妊婦への投与 アンピシリンの大量(3,000mg/kg/day)投与でラット  
に催奇形性が報告されているので、妊婦又は妊娠している可能性のあ  
る婦人には治療上の有益性が危険性を上まわると判断される場合にの  
み投与すること。

(6) 適用上の注意 食道に停滞し、崩壊すると、まれに食道潰瘍を起こ  
すことがあるので多めの水で服用させ特に就寝直前の服用等には注意  
すること。

※取扱い上の注意等については添付文書をご参照下さい。(健保適用)



<資料請求先>

**吉富製薬株式会社**

〒541 大阪市中央区平野町二丁目6番9号







