

第3回 日本小児リウマチ研究会

プログラム・抄録集

(1993)

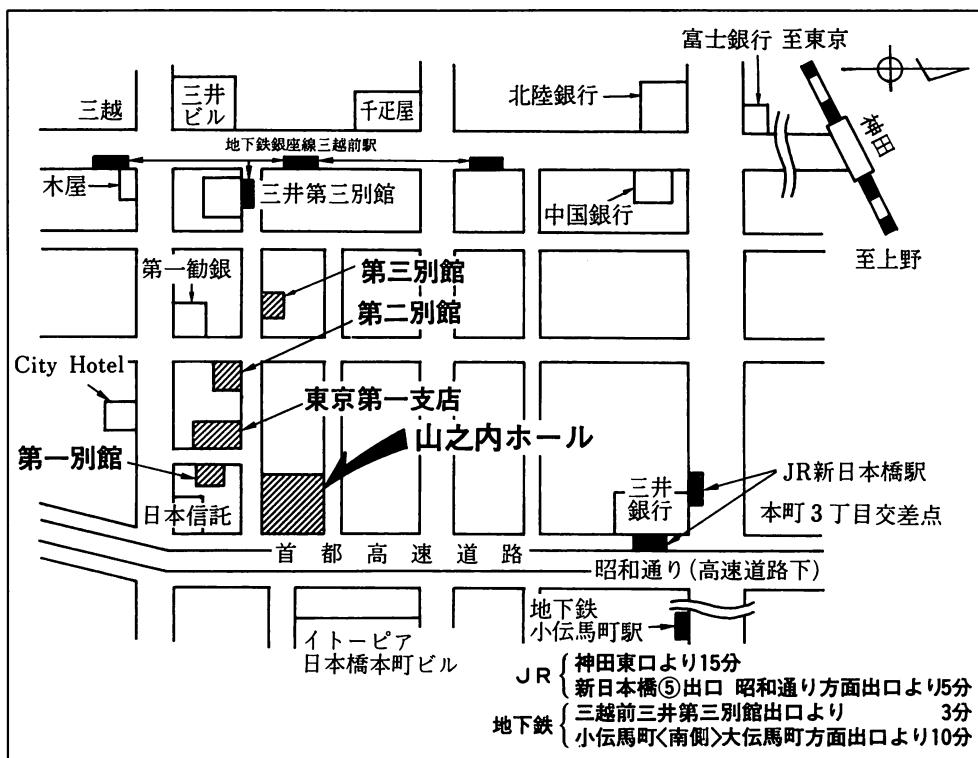
日 時 平成5年11月27日(土)
午前9時25分～午後6時

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 獨協医科大学越谷病院小児科
藤 川 敏

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

第三回日本小児リウマチ研究会のお知らせ

1. 日 時：平成5年11月27日（土）

開場時刻は午前8時30分より

開演時刻は午前9時25分より

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1,500円です。会場入口ロビー受付にてお納め下さい。

2) 平成5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) 一般演題は講演5分、討論7分。ワークショップは講演6分、討論4分、全体討論40分です。時間厳守でお願い致します。

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枚以内にお願いします。

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取り下さい。

6. 幹事会

11月27日（土）午前12時～午後1時15分

山之内製薬 山之内ホール会議室（2F）

第三回日本小児リウマチ研究会

会長 藤川 敏

事務局（問い合わせ先）

杏林大学医学部小児科学教室

小林利章

TEL 0422-47-5511 内線2532・3561

会長ご挨拶

私たちの研究会も第3回を迎えることができ、軌道に乗ってきた感があります。これも事務局の杏林大学渡辺言夫教授を初め医局の先生方のお力、また会員のご協力があってこそと考え、感謝いたします。

さて、最近の膠原病の治療、特にRAの治療方針が変わりつつあり、JRAについてもMTX、サラゾビリン、D-ペニシラミンなど10年前には全く行われていなかった治療方法が一般化されつつあります。また小児SLEについても、免疫抑制剤の使用などその適応基準などについてももっと話し合わなければならぬ項目がたくさんあります。以前から不思議に思っていたのですが、アメリカとソ連の間にはJRA Clinical trial groupがあり、金製剤、MTXなどの膨大なデータを出しています。ヨーロッパの国々の間にも同様なグループがあります。しかし残念ながら日本には国内にすらありません。将来はこの研究会が中心となり、日本の小児リウマチ患者に関する臨床データー、治療成績を広く国際的に発表するなどの活動に発展して行きたいと思っております。

今回も多数の演題が応募されました。是非、熱の入った討論を展開していただきたいと思います。

第3回日本小児リウマチ研究会

会長 藤川 敏

(獨協医科大学越谷病院小児科)

進 行 表

9:25	開会の辞・会長挨拶
9:30	A. 基礎的研究・腎症 A1～A4 座長：矢田純一
10:20	B. JRA B1～B5 座長：加藤裕久・早川 浩
11:20	C. シェーグレン症候群 C1～C2 座長：武井修治
11:45	会長講演 座長：大国真彦
12:00	昼食・幹事会
13:15	D. ワークショップ D1～D5 座長：鉢之原昌・横田俊平
14:50	E. 皮膚筋炎 E1～E2 座長：吉野加津哉
15:15	コーヒーブレイク
15:30	F. SLE F1～F6 座長：小宮山淳・河野陽一
16:45	G. PN・その他 G1～G4 座長：赤城邦彦・立沢 宰
17:35	閉会の辞・次期会長挨拶
18:00	懇親会

第3回日本小児リウマチ研究会

11月27日 9:25~18:00

開会の辞・会長挨拶 (9:25~9:30)

A. 基礎的研究・腎症 (9:30~10:20)

座長：矢田純一

- | | |
|---|----|
| 1. Ro/SSA 蛋白の発現と抗原性に対するストレスの影響 | 10 |
| 日本医科大学付属第一病院小児科 伊藤保彦, 五十嵐徹, 福永慶隆, 山本正生 | |
| 2. 柴苓湯のサイトカイン産生調節作用 | 11 |
| 帝京大学医学部小児科 沖津祥子, 竹中輝仁, 中野一郎, 桂新太郎, 阿部敏明,
吉野加津哉 | |
| 3. 自己抗体陽性の11歳女児に発症した膜性増殖性腎炎 | 12 |
| 東邦大学医学部第一小児科 本山治, 川原清美, 佐地勉, 松尾準雄
同 第二病理 川村貞夫 | |
| 4. 川崎病の経過中に薬剤アレルギーによる血清病腎炎を合併した1乳児例 | 13 |
| 信州大学医学部小児科 足立浩, 楊逢春, 蔡原明彦, 小宮山淳,
長野県立こども病院血液免疫科 石井栄三郎, 川合博 | |

B. JRA (10:20~11:20)

座長：加藤裕久・早川浩

- | | |
|--|----|
| 1. 乳児期発症 JRA の3例 | 14 |
| 鹿児島大学医学部小児科 前野伸昭, 重森雅彦, 益田君教, 檜作和子, 金蔵章子,
今中啓之, 武井修治, 宮田晃一郎
同 医療技術短期大学部 鉢之原昌 | |
| 2. JRA における副腎皮質ステロイド関節腔内注入療法の検討 | 15 |
| 日本大学医学部小児科 藤田之彦, 日吉一夫, 正田博之, 原田研介, 大国真彦
獨協医科大学越谷病院小児科 藤川敏 | |
| 3. 全身型若年性関節リウマチにおける血清フェリチン値測定の有用性 | 16 |
| 横浜市立大学医学部小児科 片倉茂樹, 森雅亮, 伊部正明, 友野順章, 栗山智之,
清水智佐登, 高橋由利子, 清水広子, 満田年宏,
相原雄幸, 橋田俊平 | |
| 4. JRA における HLA・DNA タイピング | 17 |
| 九州大学生体防御医学研究所遺伝学部門 伊達是志, 土屋邦喜, 木村彰方,
笹月健彦
鹿児島大学医学部小児科 今中啓之, 武井修治, 鉢之原昌, 宮田晃一郎 | |
| 5. JRA 患者における抗 HSP 抗体の測定 | 18 |
| 杏林大学医学部小児科 小林利章, 松山毅, 前田基晴, 渡辺言夫
同 微生物学 山口博之, 山本友子, 緒方幸雄 | |

C. シェーグレン症候群 (11:20~11:45)

座長：武井修治

- | | |
|--|----|
| 1. 高γ-グロブリン血症性紫斑病で発症した subclinical Sjögren 症候群の1女児例 | 19 |
| 長野県立こども病院血液免疫科 北原正志, 牛久保美穂子
信州大学医学部小児科 楊逢春, 蔡原明彦 | |
| 2. 小児シェーグレン症候群の唾液腺障害の検索
—早期診断における口唇生検と耳下腺造影の有用性— | 20 |
| 千葉大学医学部小児科 富坂美奈子, 青柳正彦, 本間季里, 勝木利行, 星岡明,
下条直樹, 河野陽一
社会保健船橋中央病院小児科 斎藤公幸 | |

会長講演 (11:45~12:00)

座長：大国真彦

発展途上国におけるリウマチ熱の現状 診断・治療の困難さ

—バングラデシュにおける国際協力の経験から— 9

獨協医学大学越谷病院小児科 藤川敏

昼食・幹事会 (12:00~13:15)

D. ワークショップ 小児リウマチ性疾患の免疫調節療法 (13:15~14:45)

座長：鉢之原昌・横田俊平

1. 若年性関節リウマチ (JRA) にたいするブシラミンの使用経験について 21
国立小児病院感染リウマチ科 小池雄一, 永田正人, 今立明宏, 立沢宰
2. 若年性関節リウマチに対するMTX治療の検討 22
神奈川県立こども医療センター感染免疫科 中島典子, 奥山伸彦, 赤城邦彦
南共済病院小児科 黒住浩子
3. 若年性関節リウマチへの漢方製剤投与の検討 23
日本大学医学部小児科 日吉一夫, 藤田之彦, 正田博之, 原田研介, 大国真彦
獨協医学大学越谷病院小児科 藤川敏
4. 柴苓湯が奏効したSLEの一症例 24
帝京大学医学部小児科 吉野加津哉, 沖津祥子, 桂新太郎, 阿部敏明
戸田市立健康管理センター 平岩幹男
5. 小児皮膚筋炎患者におけるメソトレキセート低用量パルス療法の試み 25
千葉大学医学部小児科 山口賢一, 富坂美奈子, 青柳正彦, 本間季里, 勝木利行,
星岡明, 下条直樹, 河野陽一
社会保健船橋中央病院小児科 斎藤公幸

E. 皮膚筋炎 (14:50~15:15)

座長：吉野加津哉

1. 膝, 肘に石灰沈着による結節が次々と多発した皮膚筋炎の一例 26
杏林大学医学部小児科 松山毅, 小林利章, 渡辺言夫
同 皮膚科 大島美紀子, 折原緑, 長島正治
2. 小児皮膚筋炎の石灰沈着の長期経過と水酸化アルミニウム治療の効果 27
横浜市立大学医学部小児科 相原雄幸, 森雅亮, 栗山智之, 片倉茂樹, 友野順章,
清水智佐登, 清水広子, 高橋由利子, 伊部正明,
満田年宏, 横田俊平

コーヒーブレイク (15:15~15:30)

F. SEL (15:30~16:45)

座長：小宮山純・河野陽一

1. 抗リン脂質抗体症候群を合併した難治性SLEの男児例 28
東京大学医学部付属病院分院小児科 猪俣幸子, 五十嵐隆, 岩田力, 早川浩
2. 胸膜炎で発症したSLEの一例 29
日本大学医学部小児科 山田亜古, 牛ノ濱大也, 原光彦, 鮎沢衡, 能登信孝,
住友直方, 原田研介, 大国真彦
獨協大学越谷病院小児科 藤川敏
3. 右眼瞼下垂を契機として発見されたSLEの14歳男児例 30
都立墨東病院小児科 野口恵美子, 小山さとみ, 鈴木一弘, 山管正郎, 大塚正弘,

長谷川毅, 伊藤昌弘, 西島由美, 鈴木正敏, 右田啄男,
関一郎

4. SLE 確診に至らない抗核抗体陽性症例の臨床的特徴と経過 31
　　横浜市立大学医学部小児科 森雅亮, 友野順章, 片倉茂樹, 栗山智之, 高橋由利子,
　　清水智佐登, 清水広子, 伊部正明, 満田年宏,
　　相原雄幸, 横田俊平
5. SLE の疾患活動性指標としての血尿の有用性 32
　　横浜市立大学医学部小児科 友野順章, 片倉茂樹, 森雅亮, 栗山智之, 高橋由利子,
　　清水智佐登, 清水広子, 満田年宏, 伊部正明,
　　相原雄幸, 横田俊平
6. 小児 SLE に対するステロイド・パルス療法の検討 33
　　鹿児島大学医学部小児科 今中啓之, 武井修治, 重森雅彦, 前野伸昭, 宮田晃一郎
　　同 医療技術短期大学部 鉢之原昌

G. PN・その他 (16:45~17:35)

座長：赤城邦彦・立沢宰

1. Methylprednisolone/Cyclophosphamide Pulse Therapy により症状の鎮静化をみた P
-ANCA 陽性結節性多発動脈炎の一例 34
　　横浜市立大学医学部小児科 山口朝子, 森雅亮, 友野順章, 片倉茂樹, 栗山智之,
　　高橋由利子, 清水智佐登, 清水広子, 伊部正明,
　　満田年宏, 相原雄幸, 横田俊平
2. 小児大動脈症候群の長期経過について 35
　　横浜市立大学医学部小児科 満田年宏, 高橋由利子, 栗山智之, 森雅亮, 片倉茂樹,
　　友野順章, 相原雄幸, 横田俊平
3. 炎症反応が軽度にもかかわらず関節拘縮の進行著名な 2 女児例 36
　　杏林大学医学部小児科 小林利章, 松山毅, 渡辺言夫
4. 円形脱毛, 顔面の紅斑と浮腫にて発症し, 対症療法のみで良好な経過をたどっている
PSS の一例 37
　　横浜市立大学医学部小児科 栗山智之, 友野順章, 片倉茂樹, 高橋由利子,
　　清水智佐登, 森雅亮, 清水広子, 伊部正明, 満田年宏,
　　相原雄幸, 横田俊平

閉会の辞・次期会長挨拶 (17:35~17:40)

懇親会 (18:00~19:00)

会長講演

発展途上国におけるリウマチ熱の現状 診断・治療の困難さ —バングラデシュにおける国際協力の経験から—

藤川 敏¹⁾、山田俊彦²⁾、大国真彦³⁾
獨協医科大学越谷病院小児科¹⁾、山梨医科大学微生物学教室²⁾
日本大学小児科³⁾

JICAのバングラデシュ国リウマチ熱、リウマチ性心疾患予防パイロットプロジェクトは1988年に開始され、1993年6月終了した。このプロジェクト報告から同国における調査、研究結果を報告する。

細菌学分野：都市部の学童329人に咽頭培養を行った結果109例(33%)に溶連菌が陽性で、その内訳はA群：25例(7.6%)、B群：2例(0.6%)、C群：12例(3.6%)、及びG群：70例(23.3%)群でありG群の保有率が非常に高かった。外来患者から得られた50株のA群溶連菌のT型分類では33株(66%)が型別でき、B3246型、12型が優位であり、その他4、1、14/49、13などが検出されたが、14株(34%)は型別不可能であった。溶連菌血清抗体：都市部の275例の学童のASOの平均は316IU(SD178)で60%が300IU以下を示し、ASKは75.5%が2560倍以下、ADN-Bは80%が340倍以下、ASPIは75%が16倍以下でASOが高値を占める率が高かったが他の抗体は日本的小児とほぼ同様であった。RF・RHDの有病率：疫学調査の結果ではRF・RHDは都市部では1.8/千、農村部では0.7/千であった（対象：5-15歳の学童15,798人）。

診断・治療の困難さ：学童の約40%がASO 300IU以上、赤沈値：30mm/h以上、白血球数：10,000/ μ l以上であることを考えると一般の小児は反復感染を受けており、実際に結核、寄生虫感染などは日常的である。また関節症状などでRFを疑われて検査を受けることによりover-diagnosis例が多くなることが予想される。また心炎と診断されても完全に他の感染症の合併を否定しなければステロイド剤の使用は危険である。しかも実際には月収30～50\$の地域では臨床検査を受けることすら経済的に不可能である。

A-1 Ro/SSA蛋白の発現と抗原性に対するストレスの影響

日本医科大学附属第1病院小児科

伊藤保彦、五十嵐徹、福永慶隆、山本正生

抗Ro/SSA抗体はSLE, SjS患者に検出され、新生児ループスや補体C2, C4欠損症などではほぼ特異的に認められる。近年Ro/SSA抗原には60kDと52kDの2つの蛋白の存在が明らかになった。我々はこれまで2つのRo抗原をcloningをし、その性格を検討してきた。最近60kD Roはほとんどconformational epitopeが認識され、逆に52kD Roは nativeな状態ではまったく抗原性を持たないことを報告した。今回我々は健常ヒト単核球に対してheat shock(HS)および紫外線(UV)照射を加え、それぞれのRo蛋白発現の量的・質的变化を検討した。

【方法】健常成人へパリン加静脈血からFicoll-Hypaque法にて単核球を得、PBSで洗浄後、10%FCS-RPMI1640で細胞数を $1\times 10^7/\text{ml}$ に調整し、HSの場合は42°Cの恒温槽に静置し、UV照射の場合は253.7nm, 20mW/cm² のUVを照射した。対照の細胞はその間37°Cに静置した。終了後すぐに4°CのPBSで洗浄し、以下の分析を行った。
①細胞を凍結融解させた遠心上清（細胞質）、1%NP40で可溶化した沈渣成分（細胞膜）、更に残りの沈渣（核）それぞれについてSDS-PAGEの後、抗Ro血清を用いてWestern immunoblot法を行う。
②細胞表面蛋白をビオチン化し、抗Ro抗体陽性血清を用いてImmunoprecipitationを行う。
③抗Ro血清を用いて間接蛍光抗体法でflow cytometry分析を行う。

【結果】細胞質内Ro抗原はHS, UV照射によっても少なくとも増加することはない。ところが細胞膜表面には52kD Roのみが発現していくことがわかった。なおかつ表面に発現してきた52kD Roはnativeな状態で抗原性を有する。

【考案】Ro抗原がストレスによって細胞表面に発現するという事実は抗Ro抗体陽性患者の生体内で直接自己抗体と細胞とが反応し得ることを意味する。このことは多くの細胞内自己抗原についても新たな病因論的意味付けを与えるものと思われる。現在、La/SSB, Sm, U₁RNP等についても検討している。

A-2 柴苓湯のサイトカイン産生調節作用

沖津祥子、竹中輝仁、中野一郎、柱新太郎、阿部敏明、
吉野加津哉（帝京大・小児科）

〔目的〕近年、ある種の漢方薬には、生体の免疫反応や炎症反応を制御・調節する作用のあることがいくつかの治療的および基礎的研究から明らかにされつつある。そのうち、柴苓湯や小柴胡湯は小児科領域のリウマチ・膠原病の治療に有効であることは周知の事実である。そこでマウス・マクロファージの催炎サイトカイン（IL-1、TNF α 、IL-6）の産生に対する柴苓湯の影響について検討し、その薬効について若干の考察を加えたので報告する。

〔実験材料および方法〕①マウス：6-8週令のBALB/cマウス（♀）を用いた。②柴苓湯：原末柴苓湯（糊ツムラ供与）を生食に溶解し、遠沈上清を滅菌して用いた。③サイトカインの産生誘導：*thioglycollate*により誘導したマウス腹腔マクロファージをLPSおよび柴苓湯とともに培養し、培養上清を得た。上清中のIL-1、TNF α は生物活性で、IL-6はELISA法にて測定した。④サイトカインmRNAの測定：LPSおよび柴苓湯で刺激したマウス・マクロファージよりRNAを抽出し、サイトカインcDNAプローブを用いてnorthern hybridizationを行なった。⑤マウスへの*in vivo*投与：柴苓湯を7日間連続経口投与した場合の、腹腔マクロファージのサイトカイン産生への影響を検討した。

〔結果および考察〕柴苓湯1000 μ g/mlをマクロファージ培養時に添加すると、LPS刺激によるサイトカイン産生を抑制した。また、柴苓湯のみでは濃度依存性にサイトカイン産生を誘導した。*in vivo*の結果を考え合わせると、柴苓湯は他の誘発因子の存在下ではサイトカイン産生を抑制するが、単独では産生を誘導することが判った。従って、柴苓湯はサイトカイン産生のmodulatorとして働くと考えられる。

A-3 自己抗体陽性の 11 歳女児に発症した膜性増殖性腎炎

東邦大学第一小児科 本山 治、川原清美、佐地 勉
松尾準雄
東邦大学第二病理 川村貞夫

3 歳時に免疫学的異常を指摘され、その後 7 年間当科外来で経過観察を続けられていた患児が、低補体を伴うネフローゼ症候群を発症しループス腎炎が疑われた。しかし、発症時の血清免疫学的所見と腎組織所見から Idiopathic mesangiocapillary glomerulonephritis と診断した 11 歳女児例を報告する。

患児は 3 歳時に肺炎で他院に入院した際、血液検査で膠原病の疑いがあると言われた既往があった。4 歳時、当院耳鼻科で扁桃腺摘出術をうけた際に当科に依頼され免疫学的検索を行った。当時の異常所見は血沈 43 mm/hr、IgG 2640 mg/dl、RA 2+、RAHA × 320、抗核抗体 × 160 (homogeneous, speckled) であった。これらの検査値は 10 歳 (1992年) まで、ほぼ同様に経過し、抗平滑筋抗体 × 80 (1989年)、抗 DNA 抗体 (受身赤血球凝集反応) × 80 (1987、1990、1992年) が一過性に陽性となった。熱をだしやすく、時に手指や手首を痛がるということはあったが明らかな関節炎の所見等は認められずに経過していた。1992年 8月の検査では、C3 14 mg/dl、C4 11 mg/dl とこれまで正常範囲であった補体の低下と血尿・蛋白尿がみられ、1993年 4月の学校検尿でも血尿・蛋白尿は持続しており精査入院となった。血圧 (104/50 mmHg)、腎機能 (Cr 102.5 ml/min/1.48m²) は正常であり浮腫はなかったが、尿沈渣では多数の赤血球、白血球、各種円柱を認め、T-P 5.6 g/dl、Alb 2.8 g/dl、蛋白尿 3.4g/日、T-Chol 250 mg/dl とネフローゼを呈していた。C3 21 mg/dl、抗核抗体 × 80、抗 C3 IC 55 μg/ml であったが、抗 DNA 抗体、LE 細胞、抗 C1q IC は陰性であった。腎組織所見では光頭で、びまん性に係蹄壁の肥厚とメサンギウムの増殖があったが、蛍光抗体法では係蹄壁に沿った C3 の沈着のみであり Idiopathic mesangiocapillary glomerulonephritis と診断し prednisolone 60 mg/日投与により治療を開始した。

A-4 川崎病の経過中に薬剤アレルギーによる血清病腎炎を合併した1乳児例

信州大学医学部小児科

足立 浩，楊 逢春，藪原 明彦，小宮山 淳
長野県立こども病院血液免疫科
石井 栄三郎，川合 博

【はじめに】血清病は外来抗原刺激による免疫複合体の形成・沈着を本態とする症候群であり、近年におけるその主要な原因は薬剤アレルギーであるとされている。今回、川崎病の経過中に薬剤アレルギーを合併し、血清病腎炎が認められた1例を経験したので報告する。【症例】7か月男児。平成4年7月19日に38℃の発熱が出現し、翌日近くの病院を受診して投薬を受けた。21日に発疹が出現し発熱も40℃に達したため、前医を再受診し入院となった。抗生素の投与を受けたが解熱せず、発疹は25日に消失したものの、29日に再び出現した。発熱が2週間以上持続するため、8月3日に不明熱として当科紹介入院となった。入院時現症では、発熱(39℃)・尋麻疹様発疹・眼瞼結膜充血・頸部リンパ節腫脹・イチゴ舌・硬性浮腫と軽度の肝腫大が認められた。血液検査所見は、白血球 $15,000/\mu\text{l}$ ，Hb 7.2g/dl ，血小板 $31.8 \times 10^4/\mu\text{l}$ ，赤沈 26mm/1hr ，TP 5.6g/dl ，Alb 2.2g/dl ，CRP 4.80mg/dl ，IgG $1,612\text{mg/dl}$ ，IgA 110mg/dl ，IgM 363mg/dl ，IgE $2,042\text{IU/ml}$ ，C3 31mg/dl ，C4 2.0mg/dl ，CH50 6.0U/ml 未満，IC $83.2\mu\text{g/ml}$ ，抗核抗体(-)であった。尿検査では潜血(+)であった。心臓超音波検査では心嚢液貯留と右冠状動脈の軽度拡張が認められた。川崎病と診断する一方、DLSTを行なったところ、7月21・22日と29日以降に投与されたセフォタックス^Rが291%であった。8月13日から顕微鏡的血尿の増悪・尿蛋白陽性化・尿量減少が認められた。全身状態は良好であったため無治療にて経過をみたところ、尿量は数日中に回復し、尿所見は約1か月の経過で改善した。補体・免疫複合体は、24日にはC3 144mg/dl ，C4 24.7mg/dl ，CH50 41.8U/ml ，IC $33.5\mu\text{g/ml}$ と正常化した。【結語】川崎病の経過中に、セフェム系抗生素による薬剤アレルギーで血清病腎炎を起こした1乳児例を報告した。血清病の典型的経過を辿った例と考えられ、注目された。

B-1 乳児期発症JRAの3例

鹿児島大学小児科、同 医療技術短期大学部*

前野伸昭、重森雅彦、益田君教、檜作和子、金蔵章子、今中啓之
武井修治、宮田晃一郎、鉢之原昌*

1歳未満で発症するJRAの頻度は全症例の1%程度と少なく、その病態・経過・治療についての報告は少ない。我々は、過去15年間に3例の1歳未満発症のJRA(乳児期発症JRA)を経験したが、その発生頻度は3%(3/97例)であった。

乳児期発症 JRAの3例は、それぞれ、8ヶ月発症全身型女児、6ヶ月発症多関節型女児、9ヶ月発症全身型男児であった。診断は厚生省研究班の診断の手引きによったが、いずれの症例も関節症状の評価が困難で、歩行などの運動機能発達の遅れ、朝の不機嫌・活動性の低下など、細かな観察が必要であった。特に全身型発症例では、初発時に関節症状がはっきりせず、関節炎に対する治療効果や経過をみるうえでは血中ヒアルロン酸値がその評価に有用であった。

治療面では、いずれの症例でもアスピリンの血中濃度が上昇しにくく、他剤の併用を必要とした。今回の症例のうちパルス療法を含めてステロイドに抵抗性であった一例ではメソトレキセート少量パルス療法で症状の改善をみた。

この3例は発症からそれぞれ、15年、5年、1年が経過しているが、始めの2例は完全寛解しており、残りの1例は現在も加療中である。

乳児期発症JRAでは、診断、治療、予後の面で、通常のJRA以上に様々な問題をかかえている。今回、この乳児期発症JRA 3例について若干の文献的考察を加えて報告する。

B-2 JRAにおける副腎皮質ステロイド関節腔内注入療法の検討

藤田之彦, 日吉一夫, 正田博之, 原田研介, 大国真彦, *藤川敏
日本大学医学部小児科, *獨協医科大学越谷病院小児科

「はじめに」副腎皮質ステロイド関節腔内注入療法は、全身性副作用の予防、局所効果の増強などの利点が認められており、慢性関節リウマチの治療として行われている。若年性関節リウマチ（以下JRAと略す）における副腎皮質ステロイド関節腔内注入療法は使用経験が少なく、内科、整形外科におけるほど一般的ではない。JRAに対して副腎皮質ステロイド関節腔内注入療法の施行されてきた症例について臨床的にその有用性について検討した。
また最近の症例については関節液についての検討を加えた。

「対象ならびに方法」日大板橋病院小児科を受診したJRA 6例を対象とした。男女比は2：4、年齢は4歳から14歳、発症病型は全身型2例、少関節型4例であった。注入関節は両膝関節、指関節、手関節に行われた。適応は、関節炎が2関節までに限局していること、全身症状が軽度であること、関節液の貯留が高度なこととし、他の薬剤に対し併用補助的に使用した。副腎皮質ステロイド懸濁液は、Triamcinolone acetonideとBetamethasone acetateを使用した。関節腔内投与は無菌的に消毒し関節液を排液後注入した。3例において投与前後の関節液の検査（関節液一般、生化学、リンパ球subset）を行った。投与間隔は最短2週間とし、4週間隔とした。また経口的に非ステロイド消炎剤を全例に使用し、一部副腎皮質ステロイド、漢方を併用した。

「結果ならびに結語」副腎皮質ステロイド懸濁液注入後全症例において関節腫脹は著しく減少した。しかし治療開始初期は多くの症例で最短3日から2週間に關節の再腫脹が見られた。しかし数回の関節内注入により関節炎は消失し、関節内注入は中止可能であった。副腎皮質ステロイド懸濁液注入療法は、限られた症例においては、発病初期の急性期の消炎に極めて有効であり、運用せず一定の間隔で投与すれば副作用も認められず、感染症などの合併症も認められず、小児においても有用な治療法と考えられた。

B-3 全身型若年性関節リウマチにおける血清フェリチン値測定の有用性

横浜市立大学医学部小児科

片倉茂樹、森 雅亮、伊部正明、友野順章、栗山智之、清水智佐登、
高橋由利子、清水広子、満田年宏、相原雄幸、横田俊平

若年性関節リウマチ(JRA)全身型においては血清フェリチン値は病初期から上昇し、病勢を鋭敏に反映するマーカーとして有用であるとされている。今回我々はJRA全身型初発例および再発例の小児2例について、急性期の血清フェリチン値を経時的に測定し、その臨床経過ならびに血清フェリチン値測定の有用性について、若干の文献的考察を加えて報告する。

症例1：12歳10か月、女児。4歳時にJRA全身型と診断され、ASA製剤の経口投与を中心とした治療を受けていたが、平成5年2月に再燃し、入院となった。入院時検査ではWBC40400/ μ l、赤沈121mm/hr、CRP 28.4mg/dlであった。血清フェリチン値は、入院時3400ng/mlであり、入院15日目に10000ng/mlまで上昇した。入院後PSL40mg/day、ASA70mg/kg/dayまで増加した時点で炎症所見が改善し、退院となった。入院中の心電図、心エコー検査および眼科学的検査では異常を認めなかった。

症例2：2歳7か月、女児。上下肢痛、皮疹を伴う発熱が出現し、JRA全身型と診断され、平成5年7月に入院となった。入院時検査ではWBC11900/ μ l、赤沈6mm/hr、CRP 5.9mg/dlであった。血清フェリチン値は、入院時609ng/mlであり、入院4日目には7413ng/mlまで上昇した。入院後PSL20mg/day、ASA70mg/kg/day投与にて炎症所見が改善した。心エコー検査で経過中心液の軽度貯留を認めたが、心電図および眼科学的異常を認めなかった。

血清フェリチン値は通常の感染症では上昇することが稀であることからJRA全身型の鑑別診断の際の指標として有用であるばかりではなく、今回の2症例のように炎症増悪期にほぼ一致して上昇することから、JRA全身型の病勢の判定にも有用と思われた。

B-4 JRAにおけるHLA・DNAタイピング

伊達是志^{1,2)}土屋邦喜¹⁾木村彰方¹⁾筈月健彦¹⁾

今中啓之³⁾武井修治³⁾鉢之原昌³⁾宮田晃一郎³⁾加藤裕久³⁾

(九大生医研遺伝¹⁾久留米大学小児科²⁾鹿児島大学小児科³⁾)

各種リウマチ性疾患と特定のHLA（ヒト白血球抗原）タイプとの相関について、今まで多くの報告がなされてきた。HLAについては、従来より行われた血清学的手法を用いたタイピングに加えて、近年、遺伝子のDNA配列の多型性を直接検出する方法（いわゆるDNAタイピング）が確立され、これを用いて、さらに詳細な解析がDNAレベルで行われつつある。

今回我々は、JRA症例群、成人型RA群及び正常群について、それぞれDNAタイピング法を用い、HLA・クラスII(DR,DQ及びDP)抗原遺伝子群の解析を行った。さらにクラスI(A-locus)についても、新たにDNAタイピング法を開発し、これを用いた相関の検討を行った。クラスIIについては、DRB1,DQA1,DQB1,DP A1,DPB1各遺伝子に対し特異的なPrimerを設定し、PCR法を用いてDNAを増幅した後、これとそれぞれ20,20,17,20,15種のoligonucleotide probeをhybridizeすることで各々59,9,14,6,36種の対立遺伝子が同定できた。一方、クラスI(A-locus)については、66種のProbeを用いる事で、38種類にまで分類可能となった。

これらのデータをもとに、①JRA各病型ごとの正常群との比較、②JRAと成人型RAとの比較、③欧米人JRAと日本人JRAとの比較を報告する。

B—5 J R A患者における抗H S P抗体の測定

杏林大学医学部小児科教室*、同微生物学教室**

小林利章*、松山毅*、前田基晴*、渡辺言夫*、

山口博之**、山本友子**、緒方幸雄**

熱ショック蛋白（H S P）は生体防御や自己免疫疾患の発症に重要な役割を担っている可能性が推測されている。

今回我々はヒト血清中のH S P 6 0に対する抗体をJ R A患者28人41検体において測定した。患者の内分けは全身型11人（21検体）、多関節型リウマチ因子陽性9人（12検体）、多関節型リウマチ因子陰性6人（6検体）、少関節型2人（2検体）で、健康小児20人を対照とした。方法は精製したエルシニアH S P 6 0をコーティングしたマイクロプレートによるE L I S A法にて行い、血清中の抗H S P 6 0—I g G抗体を測定し吸光度値にて比較した。健康小児の平均値の2倍の吸光度を正常上限とした。

抗H S P抗体が有意に高値となっていたのは全身型1人（2検体）、多関節型リウマチ因子陽性4人（4検体）、多関節型リウマチ因子陰性1人（1検体）でいずれも10歳以上であった。活動性の関節炎の有無、朝のこわばりの程度、発熱、C P R 値、赤沈値、白血球数などとの有意な関連は認めなかった。抗H S P抗体陽性者においても採血時期により必ずしも常に陽性を示しているわけではなかった。

R A患者において抗H S P抗体陽性率が高いという報告があり、発病因子として感染微生物に由来するH S Pが抗原として作用している可能性などが考えられている。今回の測定では抗H S P抗体陽性を示した者は成人R Aとほぼ同型と考えられる多関節型リウマチ因子陽性で多く見られ、この型にH S Pが関与している可能性も考えられる。

C-1 高 γ -グロブリン血症性紫斑病で発症した
subclinical Sjögren症候群の1女児例

長野県立こども病院 北原正志, 牛久保美穂子,
血液免疫科 石井栄三郎, 川合 博
信州大学小児科 楊逢春, 薶原明彦

Sjögren症候群(Sjs)は小児期の発症はきわめてまれである。今回われわれは下肢の紫斑で発症し, subclinical Sjsと診断した症例を経験し, これに免疫学的検討を加えたので報告する。

症例は15歳の女児。平成5年1月から下肢に紫斑が出現し, 4月には更に手指・足関節痛を訴え近医を受診, 高 γ -グロブリン血症が認められたため当院へ紹介された。経過中には眼と口腔内乾燥症状は認められなかった。検査所見では, 白血球数4,210/ μ l, 血沈1時間値60mm, 肝機能障害なく, アミラーゼ77U/l, 総蛋白9.8g/dl, γ -グロブリン3.8g/dl, IgG4,678mg/dl, IgA371mg/dl, IgM354mg/dl, IgD147 μ g/ml, 補体は正常, RAHA1,280倍, RAテスト(+), 抗核抗体160倍(speckled pattern), 抗SS-A抗体15倍, 抗平滑筋抗体20倍, 他の自己抗体は陰性。眼科的には, 涙腺の分泌低下や乾燥性角結膜炎の所見を認めなかつたが, 唾液腺造影像ではapple tree sign(+), 唾液腺シンチグラムでは集積と分泌の低下, 口唇腺生検ではSjsに一致する慢性唾液腺炎の所見が認められた。免疫学的には, 免疫複合体は抗C1Q抗体61.4 μ g/ml, 抗C3D抗体38.3 μ g/mlと高値を示した。リンパ球サブセットではCD2:75%, CD3:70%, CD4:34%, CD8:18%, CD19:15%, CD20:17%, CD21:15%, HLA-DR:43%, CD20+CD5+:13%, CD16:5.6%, CD56:8.5%, CD57:15.4%とB細胞の比率が増加していた。ConA, PHA刺激によるリンパ球幼若化反応には異常なかつた。NK活性は33.2%, INF- γ , IL-2による刺激では増強は認められなかつた。高 γ -グロブリン血症に伴う紫斑が認められるため, プレドニゾロン10mgの内服を開始した。

本例では, B細胞の増加, 特にCD5陽性B細胞の増加がみられたことは興味ある所見と思われた。

C-2 小児シェーグレン症候群の唾液腺障害の検索

-早期診断における口唇生検と耳下腺造影の有用性-

千葉大学医学部小児科 1)船橋中央病院小児科

富板美奈子 青柳正彦 本間季里 勝木利行 星岡明

斎藤公幸¹⁾ 下条直樹 河野陽一

[目的] 発熱、皮疹、関節痛などの膠原病を疑わせるような非特異的症状を呈し、高IgG血症、抗核抗体陽性、リウマチ因子陽性、抗SS-A抗体陽性などの免疫学的異常を有する小児に対し、乾燥症状の有無にかかわらず、口唇生検や耳下腺造影を行うことでシェーグレン症候群(SS)の診断が可能になるということを、昨年のこの研究会で発表した。今回は、さらに早期診断という観点より口唇生検および耳下腺造影の有用性について比較し、検討を行った。

[対象] 先に述べた我々の基準により診断の確定した小児SS患者のうち、口唇生検、耳下腺造影の両方を施行した7例を対象とした。

[方法] 口唇生検は下口唇の小唾液腺を対象として、病理組織像をGreenspanらが報告したfocus scoreで分類した。耳下腺造影はその結果をRubin-Holtの分類で表した。

[結果] 口唇生検の結果ではグレードIIIが1例、グレードIVが6例と、全例に小唾液腺の高度の炎症性変化が認められた。一方、耳下腺造影ではステージIが1例、ステージIIが1例のみで残りの5例は正常と考えられ、唾液腺構造の破壊は軽度であった。

[考察] 口唇生検の病理像の評価は、組織への炎症細胞の浸潤の程度を指標としている。一方、耳下腺造影の結果は腺構造の破壊を基準に分類している。炎症細胞の浸潤の結果として組織の破壊が起こってくることを考えると、口唇生検のほうがより早い時期の変化をとらえることができると考えられる。また、耳下腺造影は施行者の技術的な差が結果に反映されることも問題点としてあげられる。現在のところ、口唇生検による小唾液腺の変化のみを診断の根拠とすることにはまだ議論の余地があるが、以上の事実より、外来で対応でき、美容上の問題も少ない口唇生検がSSの早期診断の検査として有用であると考えられる。

D-1 若年性関節リウマチ(JRA)に対するブシラミンの使用経験について

国立小児病院 感染リウマチ科

小池 雄一, 永田 正人, 今立 明宏, 立澤 宰

アスピリンをはじめとしたNSAIDsに抵抗する若年性関節リウマチ(JRA)および類縁疾患へのブシラミンの使用経験について報告する。対象は6才から18才までのJRA多関節型5例、全身型1例、潰瘍性大腸炎に伴う若年性慢性関節炎(JCA)1例と強直性脊椎症2例の計9例で、ブシラミンは50mg-200mgを使用した。多関節型の5例はいずれもリウマチ因子陽性であった。評価は、関節機能障害のクラスの改善の見られたものを有効とした。評価に際しては全例が学童以上であったため、登校の状態を参考とし、使用開始12週目および1年目に評価した。安全性は、臨床症状と一般血液検査で行なった。その結果JRA多関節型の5例とJCAの1例が12週目に有効と評価された。強直性脊椎症の1例は当初12週目に無効と判定されたが、1年後の評価では関節機能障害のクラスが改善し、有効と判定された。全身型と他の強直性脊椎症の2例は症状の再燃、進行のため投与が中止された。成人の慢性関節リウマチ(RA)の評価に使用されるLansburyの活動性指数では、疼痛関節数の減少が有効例とよく相関したが、朝のこわばり時間の短縮、疲労時間の改善等の主観的な項目はRA程には相関しなかった。副作用は早期に口角炎が2例、約1年目に蛋白尿が1例みられた。尿蛋白は投与量を200mgから150mgへ減量し消失した。口角炎は経過観察のみで軽快した。この他一般血液検査では大きな異常はなかった。現在有効例7例は、最長36カ月、平均31±4.4カ月継続使用中である。

今回のブシラミンの使用経験では、リウマチ因子陽性のJRA多関節型に有効例が多くみられ、成人RAに近いタイプが適応条件と思われた。有効例の多くは開始12週目には効果がみられたが、1例は開始1年後に効果があらわれ、判定には長期の観察が必要と思われた。なお重篤な副作用はみられず、十分に観察して使用すれば、NSAIDsの次の薬剤として有用であると考えられた。

D-2 若年性関節リウマチに対するMTX治療の検討

神奈川県立こども医療センター感染免疫科、南共済病院小児科*
中島典子、奥山伸彦、赤城邦彦、黒住浩子*

(目的) JRAに対するMTX治療の適応、投与法、副作用について検討した。またDMARDsとの比較を行った。

(対象) MTX治療の対象としたのは、非ステロイド系抗炎症剤(NSAID)に抵抗を示すJRA10例である。その内訳は、リウマチ因子(RF)陽性の多関節型が5例、RF陰性の多関節型が1例、全身型が2例、全身型から多関節型に移行した症例が2例である。

(結果) (1) MTXの投与開始時期に関しては、診断後まもなく開始したものから、他剤使用後15年経過してから開始したものまである。投与量は、5~10mg/w(平均5.5mg/m²/w)で投与期間は6ヶ月~65ヶ月(平均25ヶ月)であった。成長に伴い、投与量を增量した症例もあった。(2) スルホアミドと併用して投与されている症例が4例、DMARDsの使用歴のある症例が5例あった。(3) MTXの効果については、著効2例、有効5例、無効3例であった。著効例は2例ともRF陽性の多関節型で、早期にMTX治療を開始した症例であった。無効例は3例とも全身型であった。(4) 副作用;水痘の重症化と口内炎が1例ずつ認められたが、副作用のために投与を中止した例は現在のところみられない。(5) MTXはDMARDsが無効であった5例のうち1例に著効、3例に有効であり、効果も使用開始後早期に現われた。

(結語) (1) MTXの効果は発症型により差があるかもしれない。(2) 小児のMTX治療では、投与量の調整も重要である。(3) DMARDsと比較して早期に効果が現われ、有効であった。

D-3 若年性関節リウマチへの漢方製剤投与の検討

日吉一夫, 藤田之彦, 正田博之, 原田研介, 大国真彦, *藤川敏
日本大学医学部小児科, *獨協医科大学越谷病院小児科

「はじめに」自己免疫異常に基づく慢性炎症性疾患に対する補助的治療として漢方製剤が注目されている。小児科領域においても漢方製剤の使用が試みられているが若年性関節リウマチ(以下JRA)についての報告は少ない。当科ではJRA患者11例に漢方製剤を使用しその後の経過より有効と思われたので報告する。

「対象ならびに方法」対象は当科で経過観察している男児2女児9例でJRAの発症年令は8か月から13才8か月(平均発症年令6才9か月)。発症病型は全身型3例、多関節型3例、少関節型5例である。漢方製剤は抗炎症作用・免疫調節作用を考慮し主に小柴胡湯、五苓散、柴芩湯、真武湯、大防風湯を用い、臨床的に越鞠丸湯等も使用した。11例中10例に柴胡湯が投与され漢方処方の変更を要した症例は11例中2例であった。投与時期として寛解導入に非ステロイド性消炎剤(以下NSAID)に併用して用いた症例が4例、NSAID長期使用経過中NSAIDの減量目的および一時的に症状の増悪を認めたため併用した症例が2例、ステロイド製剤の使用中にその減量目的で併用したものが5例である。

「結果および考察」寛解導入にNSAIDとの併用を受けた群は全身型1、多関節型1、少関節型2例で全例寛解導入に入り平均観察期間1年3か月の現在、NSAIDとの併用中かNSAIDの1剤投与となっていた。NSAID長期使用中に併用した2症例は全身型と多関節型で症状の改善を認めたがNSAIDの減量までは至らず、臨床症状の推移と臨床上応じて大防風湯、真武湯、越鞠丸湯等を併用し観察期間12年と8年の現在、小康状態を保っている。全身状態および合併症から治療当初ステロイド製剤の使用を要したが、その減量目的で漢方製剤を併用した群は全身型1、多関節型2、少関節型2例で5例中3例でステロイドの減量・離脱が可能であった。漢方製剤が無効もしくは効果不十分と判断された2症例は、1例は上海市ヘモデジテローシス・インスリン依存性糖尿病などを合併した自己免疫異常を認め、もう1例はステロイド依存性であり他の免疫抑制剤の使用を要するなど難治例であった。JRAに対する漢方製剤併用療法は症例を選んで行えばステロイド製剤の減量など有効な治療法と考えられた。

D-4 柴苓湯が奏効したSLEの一症例

吉野加津哉、沖津祥子、柱新太郎、阿部敏明
(帝京大学小児科)、平岩幹男(戸田市立健康管理センター)

再発を反復して多彩な症状を呈し、ステロイド剤の離脱が困難であったSLEの一症例に柴苓湯の投与を試みて治療的効果を認めたと判断したので報告する。

(症例) 昭和55年11月、患者(女子)は10才で発病した。その後、6年間に11回の入退院を繰返し、症状も皮膚症状(蝶形紅斑・皮疹)、関節症状、神経症状(脳血管障害・ループス精神病)、腎障害、心筋障害、肝臓障害などと複雑に変化した。

第11回目(昭61.11-62.7)の入院中、プレドニゾロン投与を50mg以下に減量すると、病状の再燃の反復と著しい低補体価が見られていたが、本人の希望で退院し外来治療とし、柴苓湯(9g/日)の投与を開始した。その後、2年7カ月間をかけて緩徐にステロイド剤の離脱に成功した。その間、再燃もなく、また、補体価も正常に改善した。

(考察) 近年、漢方薬の薬効が見直され、様々な疾病的治療に試みられるようになった。免疫・アレルギー疾患を対象に小柴胡湯、柴朴湯、柴苓湯、小青竜湯などの漢方薬が用いられていることは周知である。しかし、それらの薬理作用は明らかとは言い難く、従って、治療の際の薬剤選択には躊躇せざるを得ない。柴苓湯はサイコ剤(saikosaponin)をはじめとする12種類の生薬からなる漢方薬である。サイコ剤はリンパ球反応性や抗体産生、炎症誘発性chemical mediatorの产生などの調節に働くことが証明されており、柴苓湯に含まれる他の生薬との協調作用がより有効な免疫調節作用をかもし出す可能性も想定できる。小児期におけるリウマチ・膠原病を対象として、これらの漢方薬の治験の集積を待望したい。

D-5 小児皮膚筋炎患者における メソトレキセート低用量パルス療法の試み

千葉大学医学部小児科
社会保険船橋中央病院小児科
山口賢一、富板美奈子、青柳正彦、本間季里、勝木利行
星岡 明、斎藤公幸^{*}、下条直樹、河野陽一

＜目的＞小児皮膚筋炎は、特徴的な皮疹と筋力低下を認め、病理学的には全身の血管炎を呈する自己免疫疾患である。治療の主体は経口ステロイド剤であるが、免疫抑制剤による治療法については統一した見解がない。我々は当科で管理中の小児皮膚筋炎患者のうち、ステロイド剤の内服および外用を行ったが皮疹の改善が認められなかった2症例に対し、経口ステロイド剤と併用してメソトレキセート（MTX）低用量パルス療法を行ったので報告する。

＜症例＞千葉大学小児科にて管理中の小児皮膚筋炎患者2名である。症例1は、15歳の女児で、昭和62年（9歳時）に発症し、昭和63年1月よりステロイド剤の内服を開始した。臨床症状は改善したが、経口ステロイド剤の減量に伴い皮疹増悪を認めた。しかし、ステロイド剤の副作用と思われる白内障を合併したことよりステロイド剤の增量は困難であり、平成2年3月よりMTX低用量パルス療法を開始した。症例2は、11歳の女児で、昭和62年（5歳時）に発症し、平成元年8月より経口ステロイド剤の内服を開始した。臨床症状は改善したが、経口ステロイド剤の減量に伴い皮疹のみが増悪し、ステロイド剤の外用などを行ったが改善せず、平成元年12月よりMTX低用量パルス療法を開始した。2症例とも、この治療法により皮膚症状は改善がみられ、ステロイド剤の減量も可能となった。また平成5年8月現在、MTXによる重篤な副作用は認められていない。

＜結果と考察＞今回の2症例は、MTX低用量パルス療法により皮疹の改善が認められ、さらにステロイド剤の減量も可能となった。皮膚筋炎は全身の血管炎を基盤とした疾患であることより、早期に全身の血管炎を抑制する必要があると考えられる。従って、ステロイド剤に対する反応が悪いもしくはステロイドの增量が行い難い小児皮膚筋炎患者の治療において、MTX低用量パルス療法は、試みてよい治療法の一つと考えられる。

E-1 膝、肘に石灰沈着による結節が次々と多発した皮膚筋炎の一例

杏林大学医学部小児科教室*、同皮膚科学教室**

松山毅*、小林利章*、渡辺言夫*

大島美紀子**、折原縁**、長島正治**

皮膚石灰沈着症は、小児皮膚筋炎の主な合併症の一つであり、一般的には一部自然治癒傾向も認められる予後良好な合併症であるといわれている。今回我々は、皮膚筋炎発症後2年を経て右膝部に大きな腫瘍として出現し、その後多発した、皮膚石灰沈着症を合併する小児皮膚筋炎を経験したので、報告する。

症例) 5歳1ヵ月男児。2歳0ヵ月時に右頬部の紅斑として発症、他院にて皮膚科的治療施行されていたが軽快しなかった。その後、顔面、四肢の紅斑、ゴットロン徵候等認めるようになり、筋力低下はなかったが、諸検査所見から皮膚筋炎の疑いとして、2歳11ヵ月よりプレドニゾロン内服開始された。皮膚症状軽快しプレドニゾロン漸減していたが、諸事情により、3歳9ヵ月時に当科リウマチ外来に紹介となった。当科でも引き続き、プレドニゾロンを漸減していたが、4歳5ヵ月時に、突然、関節可動制限を伴わない、右膝関節腫脹出現し、4日後には、直径3×3横指の腫瘍を中心とした皮下結節が、同部に多発するようになった。この頃よりスリンダクの内服を開始し、プレドニゾロンの少量隔日投与と併用した。その後、右膝前面には大小合わせて10数個の結節が生じ一部癒合し、5歳になってからは、左膝、右肘にも小結節が認められるようになった。筋力や関節の障害はなく、アルドラーゼはやや高値であるが、CPKは正常化し、全体の経過としては良好であるものの、結節性病変の増悪みられたため、5歳1ヵ月時に、単純レントゲン、超音波検査及び、結節の生検を施行した。検査結果より皮膚石灰沈着症と診断し、現在経過観察中である。

本症例の皮膚石灰沈着症は、結節の性状が通常と異なるため、診断に時間を要した。経過観察を続け、水酸化アルミニウムによる治療等につき検討したい。

E-2 小児皮膚筋炎の石灰沈着の長期経過と水酸化アルミニウム治療の効果

横浜市立大学医学部小児科

相原雄幸、森 雅亮、栗山智之、片倉茂樹、友野順章、清水智佐登、
清水広子、高橋由利子、伊部征明、満田年宏、横田俊平

小児期に発症する皮膚筋炎(JDM)は成人のDMとは異なる独立した病型として分類されている。このJDMはステロイド剤の適切な使用によりその予後は一般的には劇症型を除き良好とされている。一方、これまで筋肉・皮下の石灰化症とその感染症の頻度が成人に比して高率であるとされてきた。しかしながら、ステロイド剤などを早期から十分量を十分な期間投与することによりこれらの後遺症が予防できることが明らかになってきている。今回われわれは3歳で発症し、その後広範な石灰化症を来たしたJDMを経験し、その石灰化症に対し水酸化アルミニウム投与治療を行い石灰沈着の減少を認めたので報告する。

症例は17歳女子。家族歴：異常なし、既往歴：9歳時に気管支喘息。

現病歴：3歳時に歩行障害にて発症。顔面の紫紅色皮疹、発熱を伴った。某大学病院にて皮膚筋炎の診断を受け、プレドニゾロン(PSL)の経口投与が開始された。症状の改善に伴い徐々にPSLは漸減されたが、その後JDM再燃のために入退院を繰り返した。再燃時には一時的にPSLの增量が行われた。最終的に8歳時にPSLは中止された。この頃より肘・膝・頬部・臀部の皮下に多発性の黄白色結節と硬結を認め、徐々に増大した。臀部の石灰沈着部位は皮膚に瘻孔を形成し、感染症を繰り返した。13歳時、同部位の難治性蜂窩織炎にて当科に紹介入院となった。この際に石灰沈着の一部摘出ならびに水酸化アルミニウム投与が開始された。経過：14歳時にJDMの再燃を認め、PSLが再開されその後漸減し現在5mg/weekにて継続治療中である。水酸化アルミニウム投与開始後、徐々に石灰沈着のサイズは減少し、同部位の感染症の悪化傾向も認められない。

JDMにおける石灰沈着の機序ならびに治療法については確立されたものではなく、また自然消褪の報告もある。しかしながらこの症例のような広範な石灰化症の場合にはリン酸をキレートする水酸化アルミニウム療法は有効な治療法のひとつと考えられる。

F-1 抗リン脂質抗体症候群を合併した難治性SLEの男児例

猪俣 幸子、五十嵐 隆、岩田 力、早川 浩
東京大学医学部付属病院分院 小児科

抗リン脂質抗体症候群はSLE等の膠原病に合併して認められることがある。近年、本症候群とSLEの臨床症状や活動性との関連が示唆されてきた。我々は、抗リン脂質抗体症候群を合併し、きわめて多彩な症状を呈した難治性SLEの男児例を経験したので報告する。

症例：12才の男児。平成5年3月上旬より、発熱、顔色不良、倦怠感、右肩関節痛を認めた。某病院にて血尿、蛋白尿、貧血、補体低値、抗核抗体陽性を認め、3月下旬、当科入院となった。入院時所見：体温37.2°C、血圧120/75mmHg、全身状態はやや不良であったが、意識は清明であった。顔面の蝶型紅斑、眼球結膜貧血、口唇、口腔のびらんと潰瘍を認めた。病的リンパ節腫脹はなく、心肺腹部所見や神経学的所見にも異常なかった。右肩関節痛が著明であったが発赤腫脹はなかった。血液検査所見では、汎血球減少、凝固機能低下（PT 15%, APTT 28%, TT 8%, Fib 285, FDP 10、凝固活性第II因子 9%）、補体低値（C3 12.7mg/dl, C4 3.1mg/dl, CH50 14.3mg/dl）を示し、抗DNA抗体 4390IU/ml(N:<6)、LEテスト陽性、免疫複合体C1q-IgG 89.1 μg/ml(N:<34.5)、梅毒血清反応 生物学的偽陽性、抗カルジオリピン抗体 IgG 3.0(N:<1.0) Lupus Anticoagulant 陽性を認めた。尿所見では、蛋白（+）潜血（2+）で沈渣にて赤血球円柱を認めた。以上より、1982年・ARA・全身性エリテマトーデス分類基準の11項目中7項目を満たし、SLEと診断した。腎組織所見は、Diffuse Proliferative Glomerulonephritis with Active Necrotizing Lesions(Class IV, WHO) であった。入院後まもなく下肢に直径1～2cmの皮下結節が出現し次第に増加した。組織所見ではThrombophlebitisを認めた。Predonine、Endoxan、γ-globulinにて治療したが、反応が悪く、顆粒球減少による肺炎により、6月中旬永眠した。

F-2 胸膜炎で発症したSLEの一例

*日本大学医学部小児科, **獨協医科大学越谷病院小児科
山田亜古*, 牛ノ濱大也*, 原光彦*, 鮎沢衛*, 能登信孝*,
住友直方*, 原田研介*, 大国真彦*, 藤川敏**

症例は10才女児。発熱、呼吸困難を主訴として入院した。入院時、左肺の呼吸音が減弱し、胸部X線写真で左肺の胸水貯留を認めた。入院時検査所見では、血液一般検査で白血球数は $4300/\mu\text{l}$ であったが $2900/\mu\text{l}$ まで減少した。血色素量は 8.6g/dl と貧血が認められた。血小板は $30.9\text{万}/\mu\text{l}$ であった。血液生化学検査では、血清 IgG: 5280mg/dl と高値を示し、血清補体価は、C3: 42mg/dl , C4: 1.1mg/dl , CH₅₀: 38.4U/ml と低下していた。自己抗体は、抗核抗体 $4+$ (均質型、斑紋型)、抗ds-DNA抗体: 119dil、抗RNP抗体陽性、抗Sm抗体陽性、抗ss-A抗体陽性、抗ss-B抗体陽性、LE細胞陰性であった。又、血沈は30分値: 133mm と著明に亢進していた。心エコーでは、心嚢液が中等量貯留していた。抗ss-A抗体陽性、抗ss-B抗体陽性のためSchirmer Testを施行したところ、涙液の基礎分泌量の低下が認められた。唾液腺造影ではApple Tree Signを、Lip Biopsyでは、口唇の唾液腺に経度の形質細胞、リンパ球の細胞浸潤が認められた。入院後、蝶形紅斑も出現しSLEと診断し、プレドニゾロン 1mg/kg/day の経口投与を開始した。その結果、発熱、呼吸困難、蝶形紅斑は速やかに軽快し、胸水や心嚢液も消失した。その後プレドニゾロンを徐々に減量し 20mg/day の連日投与の時点で退院した。ステロイドの副作用や減量に伴うSLEの再燃はみられなかった。本症例は、若年発症のSLEであり、Sjogren症候群とのoverlapもしくはMCTDと考えられ、稀な症例と思われるため報告する。

F-3 右眼瞼下垂を契機として発見されたSLEの14歳男児例

都立墨東病院小児科

○野口恵美子、小山さとみ、鈴木一弘、山菅正郎、大塚正弘、
長谷川毅、伊藤昌弘、西島由美、鈴木正敏、右田啄男、関一郎

(はじめに) 全身性エリテマトーデス(以下SLE)における中枢神経障害は25~75%にみられ、従来遅発症状と考えられていた。今回我々は、左眼瞼下垂を契機として来院し、SLEと診断した14歳の男児例を経験したので報告する。(症例) 14歳男児。家族歴、既往歴に特記すべきことはない。平成5年5月より微熱がみられ、6月の検診で血尿、蛋白尿を指摘されていた。8月18日に左眼瞼下垂がみられたため某眼科を受診し、某脳神経外科に紹介されたが、尿蛋白と尿潜血が強陽性であり、両側に胸水が多量に認められたため8月23日に当科に紹介入院となった。入院時ではSLEに特異的な身体所見はみられなかった。左眼瞼下垂と左眼全方向の眼球運動障害、右眼のうつ血乳頭が認められた。検査所見でWBC7100/mm³、Hgb 10.5 g/dl、Ht 31.8 %、Plt 35.7万/mm³、TP 6.2 g/dl、Alb 2.8 g/dl、BUN 15 mg/dl、Cr 0.8 mg/dl、CH₅₀ 13 U/dl、血沈 74mm/h、抗核抗体(homogenous)1280倍、LEテスト陽性、抗DNA抗体 90以上、抗カルジオリビンIgG抗体3.3、尿所見、蛋白(3+)、糖(-)、潜血(3+)。以上よりSLEと診断し、CNSループス、ループス腎炎の合併例と考えられた。頭部CT、MRIにおいては軽度の脳室拡大と脳幹腹側の脳槽の拡大が認められたが、その他の有意な所見はみられなかった。腎生検では、びまん性糸球体腎炎の組織像を呈しており、蛍光抗体染色でIgG、C₃、C_{1q}の係蹄壁およびメサンギウム領域への顆粒状沈着が認められた。(考察) 従来、SLEの中枢神経系障害は遅発症状とされていたが、そうでない報告もあり本症例も眼症状が早発症状として認められた。本症例の眼症状はCNSループスの一症状として考えられるが、その発症機序としては血管炎や血栓症等の関与が考えられる。

F-4 SLE 確診に至らない抗核抗体陽性症例の臨床的特徴と経過

森 雅亮、友野順章、片倉茂樹、栗山智之、高橋由利子、清水智佐登、
清水広子、伊部正明、満田年宏、相原雄幸、横田俊平
横浜市立大学医学部小児科

【目的】小児および成人のSLE診断基準の一項目に『抗核抗体(ANA)陽性』が挙げられており、これは初診時発現率約95%以上とSLE診断上特異性が高い項目である。ところで『ANA陽性』でありながらSLE診断に至らない一群の小児があり、この群がSLEに移行するか否かは興味深い点である。今回我々は、当科にて経過を観察した、SLE診断基準を満たさないANA陽性症例の臨床的特徴について検討した。【対象】SLE診断に至らないANA陽性例14例を対象とした。性別は男：女=1：13であった。また、ぶどう膜炎の診断を受けた症例は除外した。

【測定法】ANA測定は、蛍光抗体法(FA)にて測定された値を用い検討した。

【結果】初診時の症状としては、無症状2例、出血班、血小板減少を示した例2例で、その他14例中10例(71.4%)は微熱、頭痛、全身倦怠感、関節痛などの不定愁訴を呈していた。その後の経過で、無症状2例はANA陽性以外の症状を呈することなく、血小板減少を示した2例は不定愁訴を呈するようになり、また、初診時不定愁訴を呈した10例のうち8例は症状が持続していた。しかし、いずれもSLEをはじめとする膠原病に移行した症例は認められなかった。血液学的検査所見では、ANAは40倍-320倍(homogeneous/speckled type)と軽度から中等度陽性で、経過中陰性化したのは3例のみであった。血清補体化(CH50)はほとんどの例が正常で、3例のみが25-30IU/Iと軽度低下しており、C3、C4の低値例はみられなかった。リウマチ因子(RF)、RAPA、抗DNA抗体が陽性を示した例はみられず、赤沈値亢進例(30mm/1hr以上)は1例のみであった。尿所見では尿定性にて蛋白(±)1例、(+)1例で、潜血(±)1例、(+)1例と増悪傾向を示した症例はみられなかった。

【考案】抗核抗体陽性症例の多くは、SLE確診に至る例はないが、全身倦怠感、易疲労感、筋力低下、移動性関節痛など生活上支障をきたす症状を14例中10例で認め、SLEとは区別されるカテゴリーを形成していた。

F-5 SLEの疾患活動性指標としての血尿の有用性

横浜市立大学小児科

友野順章,片倉茂樹,森 雅亮,栗山智之,高橋由利子、清水智佐登,
清水広子,溝田年宏,伊部正明,相原雄幸,横田俊平

【目的】SLEの疾患活動性については血清補体価(CH50)、C3、C4、蛋白尿、抗核抗体、抗DNA抗体などが指標とされている。殊にループス腎炎においては蛋白尿が問題視されることが多く血尿に関してはこれまで余り注目されていない。一方SLEに関しては血管炎との関係が近年問われて来ている。今回我々は当院で管理しているSLE患者のうち、血尿の見られた症例について、腎組織の血管炎と疾患活動性における血尿の関連性に注目し検討を行い報告する。

【対象】SLEとして経過観察中の症例のうち血尿を呈した5例を対象とした。性別は男：女=1：4であった。観察期間は8ヶ月から11年。発症時の年齢は7才から14才であった。

【方法】血尿は試験紙による半定量法で(+)以上を陽性とした。また、腎生検組織所見を再検討した。

【結果】初診時には5例とも血尿を認め、抗核抗体陽性、低補体血症を認めた。2例に於ては蛋白尿は無く血尿のみであった。うち1例は学校検尿で無症候性血尿として外来観察中に発症している。組織では糸球体病変はmesangial lupus nephritisが1人。focal proliferative glomerulonephritisが2人。diffuse proliferative glomerulonephritisが2人であった。症例により血尿の出現時期、継続期間、程度等は異なるが症例によっては疾患活動性の指標の一つとして有用と考えられた。

F-6 小児SLEに対するステロイド・パルス療法の検討

今中啓之¹⁾、武井修治¹⁾、重森雅彦¹⁾、前野伸昭¹⁾、
鉢之原 昌²⁾ 宮田晃一郎¹⁾

1)鹿児島大学小児科 2)同医療技術短期大学部

小児SLE の治療として腎症のみならず、初発、再燃時の寛解導入にもステロイド・パルス療法が用いられるようになっている。当科で行ったSLE 患児へのパルス療法について検討した。

【対象と方法】当科に入院加療したSLE 患児12例（男子2例、女子10例、発症時平均年齢12.0歳）に行ったパルス療法を対象とした。パルス療法は、メチルプレドニゾロン30mg/kg/日（最大1g）3日連続を1～3クール行った。

【結果】パルス療法は延べ27回行っており、腎症に対して12回、全身症状の寛解導入に15回であった。総クール数は42で、1クール行ったもの16回、2クール7回、3クール4回であった。症状の軽快に要するクール数は、全身症状では全例2クールまでで軽快をみていたが、腎症では3クールまで要する例がみられた。パルス療法前と施行後1カ月での検査値の変化をみると、全身症状ではWBC 数でパルス後1カ月の値が高値($p<0.01$)であり、腎症ではC4値が1カ月後に高値であった($p<0.05$)。要したクール数で分けて検査値を検討したところ、全身症状では1クール必要であったグループでWBC が施行前後で有意差がみられ、腎症では2クール必要であったグループは1クールのグループと比べクレアチニンが高値であった($p<0.01$)。パルス療法での副作用と思われる症状は認めなかった。

【考案】パルス療法は腎症に加え、全身症状の寛解にも有効であり、副作用がみられなかったことより小児科領域でも積極的に使用できると思われる。また、必要とするクール数を少なくするためには、WBC、補体価、クレアチニンなどの検査成績が指標となる可能性が考えられた。

G—1 Methylprednisolone/Cyclophosphamide Pulse Therapyにより症状の鎮静化をみたP-ANCA陽性結節性多発動脈炎の一例

山口朝子、森 雅亮、友野順章、片倉茂樹、栗山智之、高橋由利子、

清水智佐登、清水広子、伊部正明、満田年宏、相原雄幸、横田俊平

横浜市立大学医学部小児科

結節性多発動脈炎(PN)は、中小動脈に病変の主座をおく壊死性血管炎で、小児例は稀である。これまで診断確定は血管造影あるいは生検による組織学的検査所見によってきたが、最近perinuclear anti-neutrophil cytoplasmic antibody(P-ANCA)が同疾患診断の補助的手段として有用であるとの報告が散見されてきている。今回我々は、急速進行性腎炎像を呈し、methylprednisolone/cyclophosphamide pulse therapyを行い症状、検査値の改善をみたP-ANCA陽性のPN症例を経験したので報告する。【症例】15歳、男児。既往歴、家族歴に特記すべき事なし。発熱、腓腹筋痛、血尿のため近医を受診。抗生素投与にても奏効せず、慢性腎炎疑いで腎生検施行。組織学的には、3分の2の糸球体に半月体形成あるいは硝子化変性がみられ、一部には肉芽腫性変化の像が認められた。また、血清P-ANCA強陽性よりPNが疑われ本院を紹介され入院。入院までの臨床症状としては発熱・炎症所見陽性の持続、腓腹筋痛、腎機能障害、高血圧が認められていた。入院時、体温36.5°C、血圧130/68mmHgで左右上下肢に差異はなく脈拍も良好に触知した。顔色やや蒼白で眼瞼結膜は貧血色を呈していたが、そのほか自、他覚的に異常なし。検査所見ではBUN 61mg/dl、Cr 4.2mg/dl、尿蛋白2-3g/日、Ccr 20.4ml/minと高度の腎機能障害および赤沈値の亢進、FDP-D dimer、TAT、FPAの高値と血管炎を示唆する所見が認められた。抗核抗体、HB抗原は陰性であった。ANCAについてはcytoplasmic ANCAは陰性であったが、P-ANCAの異常高値がみられた。治療は、methylprednisolone/cyclophosphamide pulse therapyを行い、BUN 38mg/dl、Cr 2.1mg/dl、Ccr 48ml/minと腎機能の改善、および血管炎マーカー値の低下を認めた。【結語】本例はmethylprednisolone/cyclophosphamide pulse therapyの併用療法により症状が鎮静化したPNの一例で、本疾患ではP-ANCAが病勢を反映した有力な検査と思われた。

G-2 小児大動脈炎症候群の長期経過について

横浜市立大学小児科

満田年宏, 高橋由利子, 栗山智之, 森 雅亮, 片倉茂樹, 友野順章,
相原雄幸, 横田俊平

【はじめに】大動脈炎症候群の小児の報告例は稀で、血清学的に疾患特異的な所見に乏しいため確定診断後の治療経過観察にも時として難渋する。我々は初発より6年間経過観察した大動脈炎症候群の1例を経験したので報告する。

【症例】患者は初発時14歳女児。発熱および両側頸部リンパ節腫脹を主訴に当科初診。不明熱精査目的で入院。検査上、赤沈値 110 mm/hr、CRP(6+)、高γ-グロブリン血症を呈し、入院経過中触診上左側橈骨動脈の拍動の減弱が認められ、大動脈炎症候群疑いにて各種検査にて大血管系の血行動態を調べた。その結果、指尖容積脈波では左側手指でarched wave patternを、流速波形検査では左総頸動脈・左腋窩動脈～橈・尺骨動脈において狭窄のパターンを、眼底血圧 (OCVM) では左右差を認めた。大動脈炎症候群を強く疑い、PSL 1 mg/kg/dayの投与を開始した。PSL投与開始2週間後には赤沈値・CRPとも正常化し、以降ステロイド投与量を漸減。5週後にはPSL 30 mg/dayで退院し外来フォロー。治療により検査上の炎症所見が鎮静化したのを確認し、右肘静脈よりIV-DSAを施行。肺動脈相において、肺動脈の部分閉塞が疑われ、左総頸動脈及び左鎖骨下動脈の起始部には狭窄を認めた。腹部大動脈およびその分枝には異常を認めず。また肺血流シンチでも血管造影所見に一致した部位に肺血流の欠損が認められた。early pre-pulseless phase (EPPP) を経過観察し、左総頸動脈および左鎖骨下動脈起始部を主病変とする大動脈炎症候群と診断した。

【退院後の経過】本症例における外来でのフォローは血清学的な非特異的炎症マーカーを指標としPSLの投与量をコントロールしてきた。PSL減量中に度々炎症所見が増悪し(15-20mg/day以下になると再燃傾向)、一時的なステロイド剤の投与增量を余儀なくされた。外来での患児の大血管系の血流障害の観察には可能な限り侵襲度の低いMRI等の診断法を活用しこれらの有用性を認めた。

G—3 炎症反応が軽度にもかかわらず関節拘縮の進行著明な2女児例

杏林大学医学部小児科学教室

小林利章、松山毅、渡辺言夫

関節炎の所見が軽度であり骨の破壊も見られないにもかかわらず進行性の関節拘縮を認める2症例について報告する。

症例1：14歳女。1歳10ヶ月頃より歩行障害にて発症し、その後上下肢関節痛、腫脹も出現し、3歳1ヶ月時にJRAと診断された。NSAIDsのみにて治療行われ、疼痛、腫脹は消失するも関節拘縮による機能障害が残った。5歳時に当科受診後は関節痛、腫脹は認めず、赤沈は正常、CRP2+程度であるが積極的なリハビリを施行するも上下肢ほとんどの関節で拘縮は徐々に進行している。先天的と思われるIgA欠損を合併している。8歳時に左足背にmorphea出現し現在までほとんど変化なく続いている。CRPは11歳頃には陰性となり12歳時よりNSAIDsも中止してリハビリのみ施行しているが、関節拘縮は改善なくむしろ徐々に進行している。しかしレントゲン上は骨破壊などは見られていない。

症例2：11歳女。4歳11ヶ月時に足関節痛で発症し、その後手関節、手指、股関節痛なども出現。関節腫脹は極軽度であったのみ。5歳6ヶ月時にJRAと診断されNSAIDs開始され、以後ほとんど関節痛、腫脹は認めなくなったが、上下肢ほとんどの関節で拘縮は徐々に進行している。診断時より一度も赤沈、CRPの異常は認められていない。6歳5ヶ月より当科で経過診ているが、長距離歩行後などには足関節の痛みなど訴えるが、関節腫脹は見られず、検査値異常も認められない。積極的なリハビリにもかかわらず関節拘縮の改善はない。レントゲン上は骨破壊などは見られていない。

2例とも身長の伸びは良好であるがかなり痩せている。多関節型JRAとして治療を行っているが、他の多関節型の症例と異なり、関節炎所見がほとんどないにもかかわらず拘縮のみが進行していく点で非特異的と思われJRAでよいのか苦慮している。

G-4 円形脱毛、顔面の紅斑と浮腫にて発症し、対症療法のみで良好な経過をたどっているPSSの一例

横浜市立大学医学部小児科

栗山智之、友野順章、片倉茂樹、高橋由利子、清水智佐登、森 雅亮、
清水広子、伊部正明、満田年宏、相原雄幸、横田俊平

小児期発症の全身性強皮症(PSS)は極めて希な疾患である。私たちは顔面、四肢末梢に皮膚硬化を含む多彩な皮膚病変を伴い、内臓病変をみることが少なく、比較的生命予後の良いとされるacrosclerosisの症例を長期に渡って観察したので若干の考察を加え報告する。

【症例】 17才、男性。昭和63年8月より円形脱毛、全身倦怠感、筋肉痛出現。同年12月より顔面紅斑、ヘリオトロープ疹、レイノー現象出現。平成元年7月近医皮膚科受診、抗核抗体2560倍(spckled type)よりSLE、MCID等の膠原病疑われ、同年9月当科受診、呼吸器能検査、腎生検施行するも異常なく、腎機能も正常であった。また免疫生化学的にはリウマチ因子(-)、LE因子(+)、抗核抗体以外ではRAPA40倍の他は抗DNA、RNP、Sm、SS-A、SS-B各抗体等はいずれも陰性、血清補体価正常で、全身的な治療は行わず定期的な免疫生化学的検査、呼吸機能検査等を行い、末梢循環改善の対症療法のみを行っていた。その後平成3年10月抗Sc-70抗体陽性。平成4年4月皮膚生検施行、病理学的に表皮に軽度の過角化、真皮に膠原纖維の増生を認めSclerotic stageのPSSの診断を得た。

当科で経過観察を開始して以来平成5年8月現在でその期間は約4年になるが、この間、顔面の紅斑、浮腫、冬季を中心としたレイノー現象、指先部小潰瘍以外の症状は出現しておらず、呼吸機能障害、嚥下障害、指の屈曲性拘縮、皮膚の硬化、といった症状は出現していない。

日本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。

日本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

代表幹事 渡辺 言夫 杏林大学医学部小児科学教室

幹 事 植地 正文 埼玉県立衛生短期大学保育学科

(五十音順) 小田 槟一 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

小林 利章 杏林大学医学部小児科学教室

立沢 宰 国立小児病院感染リウマチ科

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

鉢之原 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 和田医院

事務局 杏林大学医学部小児科学教室

小林 利章

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

オラスボア® ドライシロップは、1g中セフロキサジン100mg(力値)を含有するだいだい色の、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・ミラリスのうちセフロキサジン感性菌による下記感染症〇気管支炎、咽喉頭炎、扁桃炎、〇腎孟腎炎、膀胱炎、〇尿、毛のう炎、蜂窓織炎、膿瘍疹、〇麦粒腫、眼瞼炎、結膜炎、〇中耳炎、〇猩紅熱

■用法・用量

通常、幼小児には体重kg当たりセフロキサジンとして1日30mg(力値)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

本剤の使用にあたっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、疾病的治療上必要な最少限の期間の投与にとどめること。

1. 一般的注意 ショックがあらわさ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)ベ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质を有する患者 (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

欠乏症があらわされることがあるので観察を十分に行うこと) (5)高齢者への投与 (6)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、症状があらわされた場合には、投与を中止すること。
(2)過敏症：発疹、じん麻疹、紅斑、癰瘍、発熱、リンパ腺腫脹、関節痛等があらわされた場合には、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さ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、ときに好酸球增多があらわされることがある。また、他のセフェム系抗生物質(セファロチントラリウム、セファロリジン等)で溶血性貧血があらわされることが報告されている。
(5)肝臓：ときにGOT、GPT、AL-Pの上昇があらわされることがある。
(6)消化器：まれに偽膜性大腸炎等の便を伴う重篤な大腸炎があらわされることがある。腹痛、頻回の下痢があらわされた場合には、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されることがある。
(7)呼吸器：まれに発熱、咳嗽、呼吸困難、胸部X線異常、好酸球增多等を伴う間質性肺炎、PIE症候群等があらわされること

があるので、このような症状があらわさ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)腎交代症：まれに口内炎、カンジダ症があらわされることがある。
(9)ビタミン欠乏症：まれにビタミンK欠乏症(低プロトロンビン血症、出血傾向等)、ビタミンB群欠乏症(舌炎、口内炎、食欲不振、神經炎等)があらわされることがある。
(10)その他：まれに舌炎、顔面浮腫感、頭痛、めまいがあらわされることがある。
6. 高齢者への投与 高齢者には、次の点に注意し、用量並びに投与間隔に留意するなど患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。
(1)高齢者では生理機能が低下していることが多く副作用が発現しやすい。
(2)高齢者ではビタミンK欠乏による出血傾向があらわされることがある。
7. 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、治療上の有効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。

■包装

100g 120g (1g×120)

■薬価基準収載

■その他の使用上の注意等、詳細につきましては製品の添付文書をご覧下さい。

経口用セフェム系抗生物質製剤

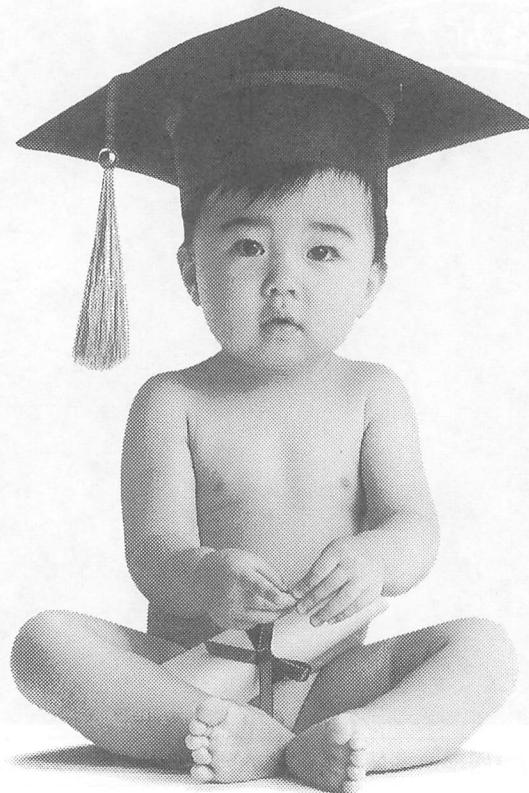
オラスボア® ドライシロップ

日抗基 シロップ用セフロキサジン

(指)要指

®：登録商標

もつとかしこい 経口セフエム



外来における小児感染症治療に
ブドウ球菌属に強い
ストロベリー味の経口セフエム

セフゾン細粒小児用の特徴

- ① 小児感染症の主要起炎菌に強い抗菌力
- ② ブドウ球菌属に増強された抗菌力
- ③ 小児感染症に優れた臨床効果
- ④ 副作用は4.4%
- ⑤ 服用しやすいストロベリー味

■効能・効果

ブドウ球菌属、レンサ球菌属、肺炎球菌、ブランハメラ・カターリス、大腸菌、クレブシエラ属、プロテウス・ミラビリス、インフルエンザ菌のうちセフジル感性菌による下記感染症

●毛嚢(包)炎、癌、癌腫症、よう、伝染性膿瘍症、丹毒、蜂巣炎、リンパ管(節)炎、癌瘍、化膿性爪甲(病)炎、皮下膿瘍、汗腺炎、感染性粉瘤、慢性扁桃炎 ●咽喉頭炎、急性気管支炎、扁桃炎、肺炎 ●腎盂肾炎、膀胱炎 ●猩紅熱 ●中耳炎、副鼻腔炎

■用法・用量

通常、小児に対してセフジルとして 1 日 9~18mg(力値)/kg を 3 回に分割して経口投与する。なお、年齢及び症状に応じて適宜増減する。

■使用上の注意

本剤の使用にあたっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、疾患の治療上必要な最小限の期間の投与にとどめること。

1.一般的な注意

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エ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ひき起こしやすい体质を有する患者 (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、全身状態の悪い患者 (ビタミン K 不足症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：まれにショック症状を起こすことがあるので観察を十分に行い、不快感、口内異常感、嘔吐、眩暈、便意、耳鳴、発汗等の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、蕁麻疹、紅斑、瘙痒、発熱、浮腫等の過敏症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)血液：ときに顆粒球減少、好酸球增多があらわれることがあるので、異常が認められた場合には投与を中止すること。また、他のセフエム

経口用セフエム系製剤



セフゾン® 細粒小児用

<日抗基：セフジル粒> (指) (要指) ■健保適用

Cefzon® (略号: CFDN)

新発売

ム系抗生物質で溶血性貧血があらわれることが報告されている。(4)肝臓：ときに GOT、GPT、ALP の上昇があらわれることがある。(5)腎臓：ときに BUN の上昇があらわれることがある。なお、他のセフエム系抗生物質で、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し、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副作用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、ときに恶心、下痢、腹痛、胃部不快感、胸やけ、食欲不振、まれに嘔吐、便秘があらわれることがある。(7)呼吸器：他のセフエム系抗生物質でまれに発熱、咳嗽、呼吸困難、胸部 X 線異常、好酸球增多等を伴う間質性肺炎、門静脉症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)骨髄代謝症：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 不足症(低プロトロンビン血症、出血傾向等)、ビタミン D 欠乏症(舌炎、口内炎、食欲不振、神経炎等)があらわれることがある。仰その他：まれに頭痛、めまい、胸部圧迫感があらわれることがある。

6.未熟児・新生児への投与

未熟児、新生児に対する安全性は確立していない。

7.相互作用

鉄剤との併用により吸収が低下し、効果が减弱されるおそれがある。

8.臨床検査値への影響

(1)テステーブル反応を除くネネティクト試薬、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場合があるので注意すること。(2)直接クームス試験陽性を呈する場合があるので注意すること。

※9.その他

粉ミルク、経腸栄養剤など鉄添加製品との併用により、便が赤色調を呈することがある。

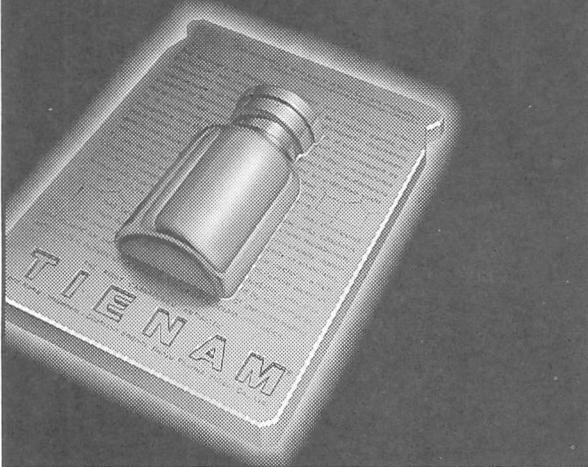
*1993.7. 銃訂

●取り扱い上の注意等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

フジサワ
大阪市中央区道修町3-4-7 〒541

資料請求先：藤沢薬品工業株式会社 医療事業部

世界初のカルバペネム系抗生物質



効能又は効果 プドウ球菌属、レンサ球菌属、ペプトコッカス属、ペプトストレプトコッカス属、大腸菌、シロバクター属、クレブシエラ属、エンテロバクター属、セラチア属、ブロテウス属、シュードモナス属、インフルエンザ菌、アシネットバクター属、バクテロイデス属のうち本剤感受性菌による下記感染疾患：敗血症、感染性心内膜炎、骨髄炎、関節炎、創傷の二次感染、気管支炎、気管支拡張症（感染時）、慢性呼吸器疾患の二次感染、肺炎、肺化膿症、膿胸、腎孟腎炎、膀胱炎、前立腺炎、胆囊炎、胆管炎、肝臓炎、腹膜炎、子宫付属器炎、子宮内感染、骨盤死腔炎、子宮旁結合織炎、バルトリン腺炎、全眼球炎、角膜潰瘍用法及び用量 通常成人にはイミペネムとして、1日0.5～1.0g（力値）を2～3回に分割し、30分以上かけて点滴静脈内注射する。小児には1日30～80mg（力値）/kgを3～4回に分割し、30分以上かけて点滴静脈内注射する。なお、年齢・症状に応じて適宜増減するが、重症・難治性感染症には、成人で1日2g（力値）まで、小児で1日100mg（力値）/kgまで增量ができる。（注射液の調製法）本剤0.25g（力値）/0.25g及び0.5g（力値）/0.5g当たり、通常生理食塩液100mlを用いて、よく振盪して溶解する。ただし、注射用水は溶液が等張とならないため使用しないこと。本剤は、乳酸塩とは化学的に不安定であるので、乳酸塩を含んだ溶液に溶解しないこと。

使用上の注意

本剤の使用にあたっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、疾病的治療上必要な最少限の期間の投与にとどめること。

①一般的な注意

- ショック発現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。
- ショック発現時に急救措置の準備をしておくこと。また投与後患者を安静な状態に保たせ、十分な観察を行うこと。
- 痙攣、意識障害等の中枢神経症状があらわれることがある。特に、腎障害や中枢神経障害のある患者で起こりやすいので、これらの患者に投与するにあたっては減量等を考慮すること。

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
- 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
本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- 次の患者には慎重に投与すること
1)ベニシリソ系又はセフム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、荨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)高度の腎障害を有する患者（痙攣、意識障害等の中中枢神経症状が起こりやすい。）
4)高齢者（高齢者への投与の項参照）
5)経口摂取の不良な患者又は非経口栄養の患者、全身状態の悪い患者（ビタミンK欠乏症があらわされることがあるので観察を十分に行うこと。）
6)てんかんの既往歴あるいは中枢神経系障害を有する患者（痙攣、意識障害等の中中枢神経症状が起こりやすい。）

③副作用

- 中枢神経 ときに痙攣、意識障害等の中中枢神経症状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、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。特に、腎障害や中枢神経障害のある患者に起こりやすいので、投与する場合は注意すること。
- ショック まれにショック症状を起こすことがあるので観察を十分に行い、不快感、口内異常感、嘔吐、眩暈、便意、耳鳴、発汗等の症状があらわれた場合には投与を中止すること。
- 過敏症 ときに発疹、瘙痒、発熱、また、まれに蕁麻疹、潮紅、紅斑等があらわれ

*その他については、製品添付文書などをご覧ください。

（資料請求先）
萬有製薬株式会社
〒103 東京都中央区日本橋本町2-2-3 03(3270)7551代表



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、適切な処置を行うこと。

④皮膚 まれに中毒性表皮壊死症（Lyell症候群）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。

⑤呼吸器 まれに発熱、咳嗽、呼吸困難、胸部X線異常、好酸球增多等を伴う間質性肺炎。

⑥血液 ときに顆粒球減少、好酸球增多、好塩基球增多、リンパ球增多、血小板減少及び增多、赤血球減少、ヘモグロビン、ヘマトクリットの減少、また、まれに無顆粒球症、溶血性貧血があらわれることがあるので観察を十分に行うこと。異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

⑦肝臓 まれに黄疸、またときにGOT、GPT、LDH、Al-P、γ-GTP、尿ウロビリノーゲンの上界等があらわれることがあるので観察を十分に行うこと。異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

⑧腎臓 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あるので、定期的に検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止し適切な処置を行うこと。

⑨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、ときに腹痛、下痢、嘔気、嘔吐、食欲不振があらわれることがある。

⑩歯科症 まれに口腔炎、カンジダ症があらわれることがある。

⑪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。

⑫その他 まれに頭痛、倦怠感、しびれ感、胸痛、味覚異常、注射部位の疼痛及び硬結、乳酸性静脈炎があらわれることがある。

⑬高齢者への投与 高齢者には、次の点に注意し、用量並びに投与間隔に留意するなど患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。

1)高齢者では生理機能が低下していることが多く副作用が発現しやすい。

2)高齢者ではビタミンK欠乏による出血傾向があらわれることがある。

⑭妊娠への投与 妊娠中の投与に関する安全性は確立していないので、妊娠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回るとの判断される場合にのみ投与すること。

⑮未熟児、新生児への投与 未熟児、新生児に対する安全性は確立していない。

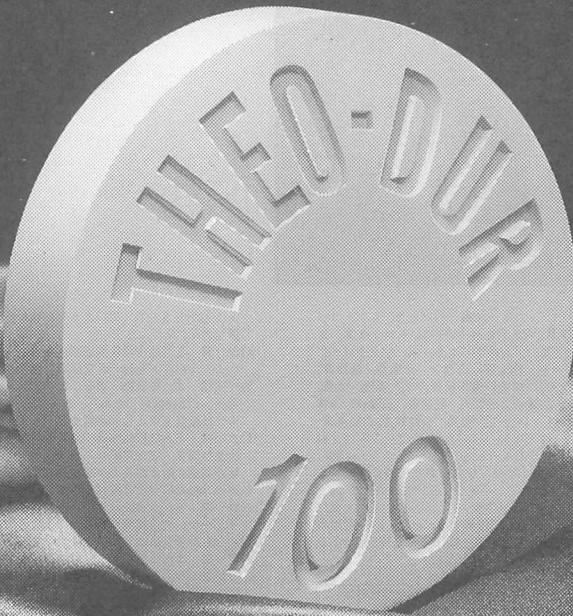
⑯臨床検査値への影響 1)テステーブ反応を除くペネティクト試薬、フェーリング試薬、クリニテストによる尿糖検査では偽陽性を呈することがあるので注意すること。

2)直接クマース試験陽性を呈することがある。

⑰適用上の注意 本剤投与患者において、イミペネムが分解され、尿が赤褐色を呈することがある。

世界初のカルバペネム系抗生物質
チエナム®点滴用
[Imipenem/Cilastatin sodium]
（要指 楽価基準収載）
イミペネムの略号
IPM
03-94TEN93-J-3710J

いわば、代名詞。



テオドールは1日1回又は2回の経口投与で、
テオフィリンの至適血中濃度5~20μg/mlを
24時間維持できるRTC療法に最適な製剤です。

平成5年6月1日より成人気管支喘息に対して
1日1回投与法が追加されました。

キサンチン系気管支拡張剤
テオドール® G 錠50・100・200
(テオフィリン徐放製剤)
20%顆粒
THEODUR®
〈薬価基準収載〉

販売元
日研化学株式会社
東京都中央区築地5-4-14 〒104 Tel: 03-3544-8840

製造元
三菱化成株式会社

東京都千代田区丸の内2-5-2 〒100 Tel: 03-3283-6543

■効能・効果

テオドールG錠50：気管支喘息、喘息性(様)気管支炎
テオドール錠100・錠200：気管支喘息、喘息性(様)気管支炎、慢性気管支炎、肺気腫

■用法・用量

テオドールG

通常、テオフィリンとして、成人1回200mg(本剤1g)を、小児1回100~200mg(本剤0.5~1g)を、1日2回、朝及び就寝前に経口投与する。また、気管支喘息については、テオフィリンとして成人1回400mg(本剤2g)を、1日1回就寝前に経口投与することもできる。なお、年齢、症状により適宜増減する。

テオドール錠50

通常、テオフィリンとして、成人1回200mg(本剤4錠)を、小児1回100~200mg(本剤2~4錠)を、1日2回、朝及び就寝前に経口投与する。また、気管支喘息については、テオフィリンとして成人1回400mg(本剤8錠)を、1日1回就寝前に経口投与することもできる。なお、年齢、症状により適宜増減する。

テオドール錠200

通常、テオフィリンとして、成人1回200mg(本剤1錠)を、1日2回、朝及び就寝前に経口投与する。また、気管支喘息については、テオフィリンとして成人1回400mg(本剤2錠)を、1日1回就寝前に経口投与することもできる。なお、年齢、症状に応じ適宜増減する。

テオドール錠200

通常、テオフィリンとして、成人1回200mg(本剤1錠)を、1日2回、朝及び就寝前に経口投与する。また、気管支喘息については、テオフィリンとして成人1回400mg(本剤2錠)を、1日1回就寝前に経口投与することもできる。なお、年齢、症状に応じ適宜増減する。

使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。

1993年6月作成

わんぱく世代の感染症に



強い抗菌力
少ない投与量
優れた臨床効果

特性

- 1 化膿レンサ球菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌、大腸菌など的主要起炎菌に強い抗菌力
- 2 β-ラクタマーゼ産生耐性菌にも優れた抗菌力
- 3 強い抗菌力により可能となった少ない投与量
- 4 服用しやすい製剤
- 5 上気道感染症をはじめとする各種小児感染症に優れた効果

効能・効果

レンサ球菌属(ただし腸球菌を除く)、肺炎球菌、インフルエンザ菌、大腸菌、クレブシェラ属、プロテウス属(プロテウス・ミラビリス、プロテウス・ブルガリス、モルガネラ・モルガニー、プロビデンシア・レットゲリ、プロビデンシア・インコンスタンス)のうち、本剤感性菌による下記感染症
●咽喉頭炎(咽頭炎、喉頭炎)、扁桃炎(扁桃周囲炎、扁桃周囲膿瘍)、急性気管支炎、肺炎●中耳炎、副鼻腔炎●尿路感染症(腎孟腎炎、膀胱炎)●猩紅熱

用法・用量

通常、小児に対しては、セフテラム ピボキシルとして1日量9~18mg(力価)/kgを3回に分割して経口投与する。なお、年齢及び症状に応じて適宜増減する。

使用上の注意

本剤の使用にあたっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、疾病的治療上必要な最少限の期間の投与にとどめること。

*その他の使用上の注意、取扱い上の注意等は添付文書をご覧ください。



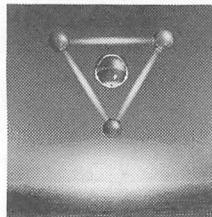
健保適用
経口用セフテラム系抗生物質製剤
トミロン®細粒
小児用100 <100mg(力価)/g
TOMIRON®
日立基:セフテラム・ピボキシル粒
略号: CFTM-PI

(資料請求先)
富山化学工業株式会社
東京都新宿区西新宿3-2-5

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。
- 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
- 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テラム系抗生物質に対し過敏症の既往歴のある患者
- 次の患者には慎重に投与すること
1)ベ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欠乏症があらわれることがあるので観察を十分に行うこと)。
- 副作用
1)ショック:まれにショック症状を起こすことがあるので観察を十分に行い、不快感、口内異常感、喘鳴、めまい、便意、耳鳴、発汗等の症状があらわれた場合には投与を中止すること。

THE STRONG, BALANCED ANTIBACTERIAL AGENT



オキサセフェム系抗生物質製剤
指要指
フルマリン®
静注用0.5g, 1g

日抗基 注射用フロモキセナトリウム 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○腎孟腎炎、膀胱炎、前立腺炎、淋菌性尿道炎○胆の炎、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）

本剤の使用にあたっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、疾病の治療上必要な最少限の期間の投与にとどめること。

- 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)ベ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质を有する患者 (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 まれにショック症状を起こすことがあるので観察を十分に行い、不快感、口内異常感、喘鳴、眩暈、便意、耳鳴、発汗等の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、蕁麻疹、発赤、発熱、顔面紅潮、皮膚感覚異常感等の過敏症状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 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あるので、定期的に検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止し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、まれに恶心、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、好酸球增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 大阪市福島区鶴洲5丁目12-4



シオノギ製薬
大阪市中央区道修町3-1-8 〒541

健保適用

人にやさしい使いやすさ、 ノルディトロピンペンシステム。



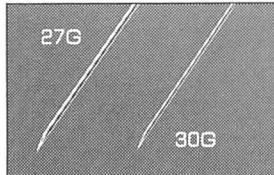
ベン型ヒト成長ホルモン注入器

ノルディジェクト24

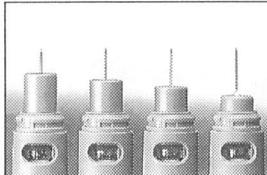
(指) (裏面) 遺伝子組換え天然型ヒト成長ホルモン製剤

薬価基準収載

ペン用ノルディトロピン24 I.U.



細い針(ノルディジェクト24専用使い捨て注射針ノルディファイン30G:写真右)を使用できます。



4規格のカートリッジホルダーを使用する事により、注射針の長さを6, 8, 10, 12mmに調整できます。

特長

1. 痛みが少ない
2. 使いやすく注射量が正確
3. 子供さんにも親しみやすい
4. シリンジより便利

効能・効果

- 骨端線閉鎖を伴わない下垂体性小人症
- 成長ホルモン分泌不全を示す骨端線閉鎖を伴わないターナー症候群における低身長

使用上の注意

一般的な注意 (1) 本剤の下垂体性小人症の適用は、厚生省特定疾患間脳下垂体機能障害調査研究班、下垂体性小人症診断の手引きの診断の基準確実例とすること。(2)ターナー症候群における成長ホルモン分泌不全の基準は、厚生省特定疾患間脳下垂体機能障害調査研究班、下垂体性小人症診断の手引きを準用すること。(3)連続投与した場合、ヒト成長ホルモンに対する抗体が生じることがある。抗体の产生により効果の減弱がみられる場合には、投与を中止し、適宜他の治療法を考慮すること。
副作用 (1)過敏症 ときに全身搔痒、また、注射部位の発赤等の過敏症状があらわれることがあるので、このような場合には投与を中止すること。(2)内分沁甲状腺機能低下症があらわれると悪化し、本剤による治療効果が低下することがあるので、甲状腺機能を定期的に検査し、このような場合には適当な治療を行うことが望ましい。また、耐糖能を低下させるおそれがあるので、定期的に尿糖等の検査を実施することが望ましい。(3)肝臓 ときにGOT、GPT、AL-Pの上昇があらわれることがある。(4)消化器 ときに嘔気、腹痛があらわれることがある。(5)筋・骨格系 ときに成長に伴う肩関節痛、有痛性外転骨、exostosis、大腿骨骨頭壞死症、大腿骨骨頭壞死症、踵骨骨端炎、側弯症等の脊柱変形の進行がある。(6)その他 注射部位の熱感、また、ときに浮腫、頭痛、注射部位の皮下脂肪の消失、白血球数上昇、遊離脂肪酸上昇、血清P上昇があらわれることがある。

[資料請求先]
ノボ ノルディスク ファーマ株式会社 学術調査部

*用法・用量、その他の使用上の注意は添付文書をご参照下さい。

発売元

山之内製薬株式会社
東京都中央区日本橋本町2-3-11

輸入元

ノボ ノルディスク ファーマ株式会社
東京都中央区日本橋大伝馬町5-7

Novo Nordisk

