

第4回 日本小児リウマチ研究会 プログラム・抄録集 (1994)

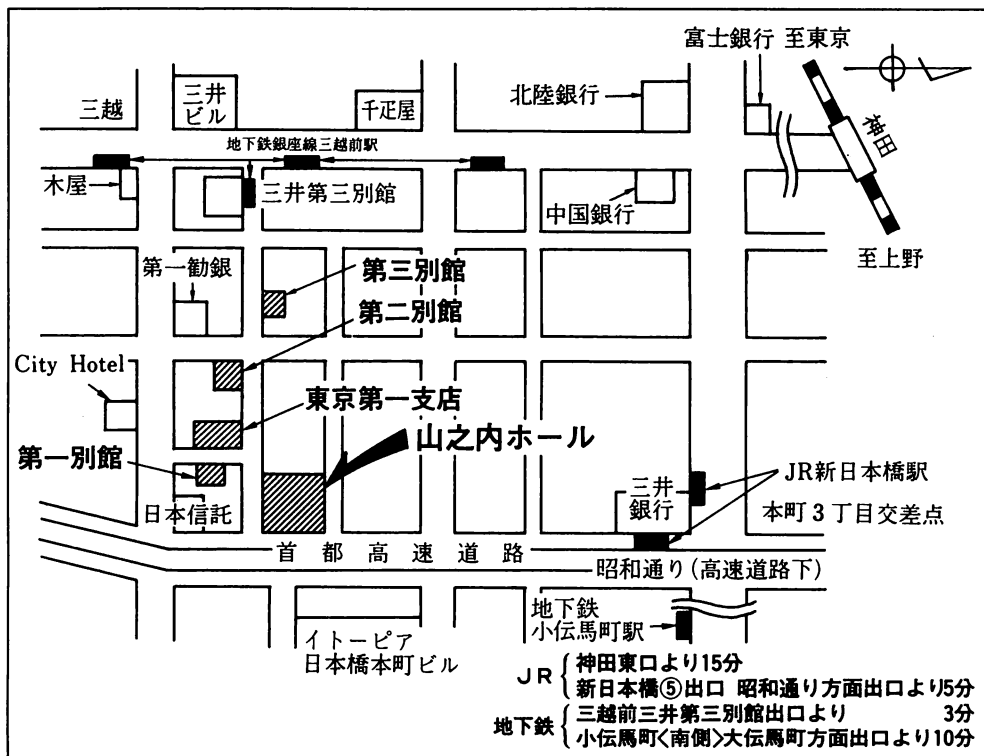
日 時 平成6年11月12日(土)
午前9時～午後6時

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 鹿児島大学医療技術短期大学部
銚 之 原 昌

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4回日本小児リウマチ研究会のお知らせ

1. 日 時：平成6年11月12日(土)
開場時刻：午前8時30分より
開演時刻：午前9時より
2. 開 場：山之内ホール
東京都中央区日本橋本町2-3-11
電話 03-3244-3275
3. 受 付：
 - 1) 会場費は2,000円、抄録集は1,500円です。会場入りロビー受付にてお納め下さい。
 - 2) 平成6年度会費未納の方は5,000円をお納め下さい。
 - 3) 研究会終了後、懇親会を行います。会費は3,000円です。ぜひ御参加下さい。
4. 一般演題・スライド：
 - 1) 講演5分、討論6分です。演題が多いため時間厳守をお願いします。
 - 2) プロジェクターは会場に1台です。スライドは35mm版で、講演時間内で提示可能な枚数でお願いします。
 - 3) 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。
 - 4) 発表済みのスライドは講演終了後速やかにお受け取り下さい。
 - 5) 次演者、次座長は、次演者席、次座長席におつきください。
5. 幹 事 会：
日時：11月12日(土) 昼食時間(午前の部終了後～午後1時)
場所：山之内ホール会議室(2F)

第4回日本小児リウマチ研究会

会長 鉾之原 昌

問い合わせ先

第4回日本小児リウマチ研究会担当

鹿児島大学医学部小児科学教室

武井 修治

電話 0992-75-5354(直通)

FAX 0992-65-7196

会 長 挨拶

日本小児リウマチ研究会も、お陰様で第4回を迎えることができました。

一般演題も今回41題となり、第1回の26題と比べると、1.5倍となり、全国各地の施設から出され、主催者としては嬉しい悲鳴となりました。これを1日で消化するとなりますと、1題にかける時間を短縮する以外になく討論の時間が短くなり、皆様に迷惑をかけることをお許しいただきたいと存じます。

小児のリウマチ性疾患は、成人のそれとは臨床症状も診断も治療も経過も予後も異なることは日本リウマチ学会でいつも感じることでした。そこで、この小児リウマチに関心のある小児科医でこのような会を発足させることになり、年々発展していくことは本当に喜ばしい限りです。診断に迷う例や、治療に苦勞する例や、経過に困る例や、予期せぬ死亡に涙を流した例など小児の膠原病をやっている小児科医でないと理解しあえないことが多々あると思います。このようなことを忌憚なく自由に話し合い、より良い治療法を確立し、病める子供達に明るい未来をもたらすように寄与したいと思います。そして、最終的には病因を解明し、予防可能となりこの難病が人間世界からなくなることを期待したいと思います。

この難病はまだまだ専門的な治療が予後を左右する因子が多いところがあり、もっと、小児膠原病に興味のある小児科医を増やしていきたいと思いますので、皆様、ご協力のほどお願い申し上げます。

第4回日本小児リウマチ研究会

会長 鉾之原 昌

(鹿児島大学医療技術短期大学部)

進 行 表

開始時刻	演題分類	座長	演題番号
9 : 00	開会の辞・会長挨拶		
9 : 03	J R A の検査	稲毛 康司	1 ~ 3
9 : 36	J R A の臨床(1)	立沢 宰	4 ~ 6
10 : 09	J R A の臨床(2)	兵頭 行夫	7 ~ 9
10 : 42	血液疾患と膠原病	小宮山 淳	10 ~ 12
11 : 15	免疫異常を呈した症例の検討	古川 漸	13 ~ 15
11 : 48	————— 昼食・幹事会 —————		
13 : 00	M C T D	横田 俊平	16 ~ 18
13 : 33	大動脈炎症候群・皮膚筋炎	武井 修治	19 ~ 21
14 : 06	抗核抗体と疾患関連性	矢田 純一	22 ~ 24
14 : 39	S L E の臨床	和田 紀之・吉野加津哉	25 ~ 29
15 : 34	————— コーヒーブレイク —————		
15 : 45	S L E と腎	河野 陽一	30 ~ 32
16 : 18	J R A の治療と予後	藤川 敏・赤城 邦彦	33 ~ 37
17 : 13	D M A R D	渡辺 言夫	38 ~ 41
17 : 57	閉会の辞・次期会長挨拶		
18 : 00	懇親会		

第4回日本小児リウマチ研究会

11月12日

9:00~18:00

開会の辞・会長挨拶(9:00~9:03)

JRAの検査(9:03~9:36)

座長:稲毛康司

1. 若年性関節リウマチにおける血清ならびに関節液中ヒアルロン酸の検討 9
日本大学医学部小児科 藤田之彦、谷口和夫、日吉一夫、山森裕之、稲毛康司、
疋田博之、原田研介
同 総合科学研究所 大国真彦
2. 血清ヒアルロン酸値を用いたJRAの関節炎の評価 10
鹿児島大学小児科 檜作和子、池井純子、桑畑真人、重森昌彦、前野伸昭、今中啓之、
武井修治、宮田晃一郎
鹿児島大学医療技術短期大学部 鉦之原昌
3. 若年性関節リウマチにおける血清TIMP-1濃度およびMMP-3濃度についての検討 11
杏林大学小児科 松山 毅、山本智章、小林利明、渡辺言夫

JRAの臨床1(9:36~10:09)

座長:立澤 幸

4. 生後2日目よりリウマトイド疹を認めた若年性関節リウマチの1例 12
獨協医科大学第2小児科 斉藤えみ、中村光次、杉田憲一、江口光興、古川利温
5. 初発時より腎障害を合併した全身型若年性関節リウマチの1例 13
市立枚方市民病院小児科 余田 篤、吉川賢二
6. Giant cell hepatitisによる亜急性型の劇症肝炎により死亡した若年性関節リウマチの一例 14
千葉大学医学部小児科 本間季里、佐藤一樹、立野 滋、下条直樹、勝木利行、
河野陽一
同 第一内科 江畑稔樹、横須賀収

JRAの臨床2(10:09~10:42)

座長:兵頭行夫

7. 虹彩炎を欠き網膜血管炎を初発時から合併した全身型JRAの2例 15
鹿児島大学小児科 福重寿郎、今中啓之、武井修治、檜作和子、前野伸昭、重森雅彦
宮田晃一郎
同 医療技術短期大学部 鉦之原昌
8. 好酸球増多を伴った若年性関節リウマチの1例 16
獨協医科大学第2小児科 黒澤秀光、杉田憲一、江口光興、古川利温
同 皮膚科 藤澤崇行、山崎雙次
9. 病勢に一致し、血清補体価の低下をきたした若年性関節リウマチの3例 17
東京慈恵医科大学小児科 和田靖之、佐藤達也、和田紀之、久保政勝

血液疾患と膠原病(10:42~11:15)

座長:小宮山淳

10. 長期間JRAとして経過観察していた小児サルコイドーシスの1例 18
東大阪市立中央病院小児科 櫻井嘉彦
奈良県立医科大学小児科 神末政樹、中島 充、吉岡 章
11. ALLの経過中にJRA様症状を呈した一例 19
山口大学医学部小児科 梅本有美、古賀まゆみ、古川 漸
12. 膜性増殖性糸球体腎炎と橋本病を併発した若年性慢性骨髄性白血病の1女兒例 20
信州大学医学部小児科 北沢由美、笠井慎治、森 哲夫、小池健一、小宮山淳

免疫異常を呈した症例の検討 (11:15~11:48)

座長: 古川 漸

13. 一過性の血尿とじんま疹を伴う血中免疫複合体の高値持続例 21
日本医科大学小児科 福永慶隆、伊藤保彦、五十嵐徹、山本正生
14. 腎尿管性アシドーシスに高IgE血症、好酸球増多症、自己免疫溶血性貧血を合併した1女児例 22
信州大学医学部小児科 北原正志、保坂桂子、上松一永、森 哲夫、小池健一、小宮山淳
国立療養所東松本病院 原 洋治
15. サルモネラ腸炎に続発し、一過性の抗核抗体陽性を呈したHLA-Bw60陽性の急性前部ぶどう膜炎の一例 23
横浜市立大学医学部小児科 相原雄幸、清水智佐登、森 雅亮、高橋由利子、栗山智之、友野順章、片倉茂樹、今川智之、四家広子、伊部正明、満田年宏、横田俊平

昼食・幹事会 (11:48~13:00)

MCTD (13:00~13:33)

座長: 横田俊平

16. 全身型若年性関節リウマチ様所見で発症したMCTDの一例 24
横浜市立大学医学部 近藤 恵、今川智之、友野順章、片倉茂樹、栗山智之、森 雅亮、高橋由利子、四家広子、伊部正明、満田年宏、相原雄幸、横田俊平
17. 脂肪肝を合併した混合性結合組織病の1例 25
山口大学小児科 福田雅通、萩原啓二、古川 漸、青木テレサ
18. サーモグラフィーによる小児MCTD患者のレイノー現象の評価の試み 26
横浜市立大学医学部小児科 友野順章、今川智之、片倉茂樹、森 雅亮、栗山智之、高橋由利子、四家広子、伊部正明、満田年宏、相原雄幸、横田俊平

大動脈炎症候群・皮膚筋炎 (13:33~14:06)

座長: 武井修治

19. Noonan症候群に合併した大動脈炎症候群の1女児例 27
国立小児病院感染リウマチ科 今立明宏、小池雄一、永田正人、佐藤達也、立澤 宰
20. 左総頸動脈の完全閉塞を認めた大動脈炎症候群の1男児例 28
群馬大学医学部小児科 茂木洋一、白倉靖子、足立恭子、佐藤文有子、荒川浩一、森川昭廣
21. 肝内病変を伴った皮膚筋炎の一例 29
日本大学医学部小児科 谷口和夫、藤田之彦、青柳光洋、山森裕之、日吉一夫、原田研介
同 総合科学研究所 大國真彦

抗核抗体と疾患関連性 (14:06~14:39)

座長: 矢田純一

22. HEp-2培養細胞による抗核抗体測定の見解—学童、成人における基準値と非膠原病疾患における抗核抗体測定の意義— 30
獨協医科大学越谷病院小児科 藤川 敏
同 臨床検査部 柴崎光衛
23. 慢性不定愁訴患児における抗核抗体陽性率とその意義 31
日本医科大学小児科 伊藤保彦、濱田久光、弓削邦夫、五十嵐徹、福永慶隆、山本正生
24. 52KD Ro/SSA遺伝子構造について 32
日本医科大学小児科 継 仁
Oklahoma Medical Research Foundation Mark B. Frank

SLEの臨床 (14:39~15:34)

座長：和田紀之・吉野加津哉

25. 血漿交換をきっかけに著明な改善をみた SLE の症例 33
都立八王子小児病院小児科 渥美 聡、川口治夫、野間清司、仲本雅哉、星山雅樹、
佐々木匡子、渡辺 薫、太田垣綾美
26. 重症筋無力症を合併した全身性エリテマトーデスの一小児例 34
日本大学医学部小児科 西村 淳、山崎弘貴、淵上達夫、藤田之彦、大久保修、
原田研介
国立療養所足利病院小児科 橋本光司、原澤孝夫
27. SLE の中枢神経症状としての振戦および精神症状と鑑別すべき心身症・神経症について 35
日本大学医学部小児科 重田政樹、橋本光司、藤田之彦、稲毛康司、疋田博之、
大国真彦、原田研介
28. Subclinical Sjögren 症候群を合併した SLE の 1 女児例 36
横浜市立大学医学部 西村百合香、今川智之、友野順章、片倉茂樹、栗山智之、
森 雅亮、高橋由利子、四家広子、伊部正明、満田年宏、
相原雄幸、横田俊平
29. V型高脂血症を伴った SLE+Sjögren 症候群の 1 例 37
鹿児島大学医学部小児科 前野伸昭、金蔵章子、真砂洲宏、西順一郎、桑畑真人、
今中啓之、武井修治、宮田晃一郎
同 医療技術短期大学部 鉾之原昌

コーヒープレイク

SLEと腎 (15:45~16:18)

座長：河野陽一

30. 腎炎症状で初発した SLE の一症例 38
中頭病院小児科 石原龍治、酒井慎一、町田 孝、花城可雅、松茂良力、島袋淳吉
宮里善次、玉那覇栄一
同 内科 中間久吉
31. 小児全身性エリテマトーデスの腎病変の検討 39
千葉大学小児科 富板美奈子、菊岡修一、青柳正彦、本間季里、勝木利行、星岡 明、
下条直樹、河野陽一
社会保険船橋中央病院小児科 齊藤公幸
32. 初診時尿所見を認めなかった小児 SLE に対する腎生検の検討 40
鹿児島大学小児科 重森雅彦、池井純子、武井修治、桑畑真人、中村茂行、前野伸昭、
金蔵章子、今中啓之、宮田晃一郎
同 医療技術短期大学部 鉾之原昌
鹿児島市立病院小児科 二宮 誠

JRAの治療と予後 (16:18~17:13)

座長：藤川 敏・赤城邦彦

33. 心理的働きかけが有効であった若年性関節リウマチの一例 41
杏林大学小児科 松山 毅、小林利明、渡辺言夫
同 理学療法室 伊藤夢子、神山政恵
同 整形外科 本間 毅
34. Naproxen, Tolmetin にて、多発性肺梗塞、血球貪食症候群を発症した全身型 JRA の 2 歳男児例 42
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

35. 若年性関節リウマチの治療ーアスピリン治療の再評価と新しい非ステロイド系抗炎症剤による治療の方向性 43
 社会保険船橋中央病院小児科 齊藤公幸
 千葉大学医学部小児科 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
36. 若年性関節リウマチに対する NSAID の検討 44
 鹿児島大学小児科 武井修治、今中啓之、真砂洲宏、重森雅彦、前野伸昭、檜作和子、
 宮田晃一郎
 同 薬剤部 下堂蘭権洋
 同 医療技術短期大学部 鉾之原昌
37. 久留米大学小児科で経験した若年性関節リウマチの予後 45
 久留米大学医学部小児科 平田知滋、伊達是志、一ノ瀬英世、加藤裕久

DMARD (17:13~17:57)

座長：渡辺言夫

38. 若年性関節リウマチ 4 例における MTX の使用経験 46
 旭川医科大学小児科 東 寛、白井 勝、三田村亮、今西亜矢、奥野晃正
39. 若年性関節リウマチ (JRA) に対する Methotrexate を含む多剤併用療法 47
 横浜国立大学医学部小児科 森 雅亮、今川智之、友野順章、片倉茂樹、栗山智之、
 高橋由利子、四家広子、伊部正明、満田年宏、相原雄幸、
 横田俊平
40. リウマチ・膠原病におけるペニシラミン、ブシラミン剤の試み 48
 帝京大学医学部小児科 吉野加津哉、柱新太郎、沖野祥子、阿部敏明
41. 小児 SLE 患者における漢方投与適応の検討 49
 日本大学医学部小児科 日吉一夫、藤田之彦、山森裕之、稲毛康司、疋田博之、
 原田研介
 同 総合科学研究所 大国真彦
 獨協医科大学越谷病院小児科 藤川 敏

閉会の辞・次期会長挨拶 (17:57~18:00)

懇親会 (18:00~19:00)

1. 若年性関節リウマチにおける血清ならびに関節液中
ヒアルロン酸の検討
日本大学医学部小児科、日本大学総合科学研究所*
藤田 之彦、谷口 和夫、日吉 一夫、山森 裕之、
稲毛 康司、疋田 博之、原田 研介、大國 真彦*

成人関節リウマチの炎症マーカーとして血清ヒアルロン酸(HA)の測定が有用と報告されている。最近小児科領域でも若年性関節リウマチ(JRA)においてHAの測定が有用との報告がみられる。HAは細胞外に存在する酸性ムコ多糖体で結合組織などに高濃度に分布されている。一般に滑膜や関節液などに多く含まれ、血清HAの上昇する機序として滑膜に生じた炎症によりHAの産生亢進がおこり、これが関節液中に放出され、さらに血中に流出すると考えられている。今回JRAにおいて血清ならびに関節液貯溜を認めた関節液中のHA濃度を測定し、その意義について検討した。

「対象ならびに方法」日大板橋病院小児科を受診したJRA患者を対象とした。発症病型は全身型2例、多関節型4例、少関節型4例で、血清中のHA濃度を測定した。関節液貯溜を認めた3例(全身型発症1例、少関節型2例)で関節液中HAを測定した。関節液中HA濃度を測定した3例は同時に血清HA濃度を測定した。血清HA濃度を他の炎症マーカーである白血球数、CRP値、シアル酸値、フェリチン値、赤沈値などと比較した。HA濃度の測定は、HAに親和性を有するヒアルロン酸バインディングによるサンドイッチ・バインディングプロテイン・アッセイ法により測定した。

「結果ならびに考案」血清HA値はJRAのコントロール良好例では9以下ng/mlから40ng/mlまでで、コントロール不良例では90ng/mlから280ng/mlまでであった。関節液中HA濃度は29,500ng/mlから850,000ng/mlと高値を示した。また関節液中HA濃度と血清HA値の増減は一致していなかった。血清HA値はCRP値、シアル酸値とある程度の相関を示し、関節液貯溜例や関節破壊例で有意に高値を示したことよりJRAの活動マーカーの一つとして有用と考えられた。

2. 血清ヒアルロン酸値を用いたJRAの関節炎の評価

檜作和子、池井純子、桑畑真人、重森昌彦、前野伸昭、
今中啓之、武井修治、鉾之原昌*、宮田晃一郎
鹿児島大学医学部小児科、同 医療技術短期大学部*

ヒアルロン酸(HA)は結合織に広く存在する高分子酸性ムコ多糖体の一つであり、滑膜では滑膜B細胞によって産生され、滑液中に出た後速やかに血中へ移行する。HAの滑膜での産生は炎症性mediatorであるIL-1やTNFによって促進されることが知られており、我々は血中のHAが、JRAの関節炎の客観的指標となり得ないかを検討した。

対象及び方法：HAの測定は、HAに特異的親和性を持ったHA Binding Protein (HABP)を用いたサンドイッチ法によった。JRA72例に対し、のべ201回血清中のHA濃度を測定し、臨床像、検査所見と比較検討した。血清HA値は被験者の起床後の運動に影響を受けるため、患者からの採血は患者の起床後3時間以降に行った。関節炎の臨床的評価は、関節の痛み、腫脹、朝のこわばりで評価した。

結果：健康小児115例の検討では、平均血清HA値は18.4 ng/mlであり、性や、年齢による違いはみられなかった。JRAの病型別での検討では、全身型(34例)、多関節型(23例)では、関節症状の数とともに血清HA値は有為に増加したが、少関節型(15例)では増加しなかった。そこで少関節型を除いた57例で血清HA値と臨床症状との関連を検討すると、発熱、発疹などの全身症状とは関連を示さず、痛み($p<0.01$)、腫脹($p<0.01$)、朝のこわばり($p<0.01$)の3つの関節症状と有為な関連を認めた。更にこれらの関節症状の数と検査所見を検討すると、血清HA値は関節症状の数と一致して有為に増加した($P<0.01$)が、従来炎症マーカーとして用いてきた血沈やCRPとは関連を示さなかった。実際に臨床的に関節炎があるにも関わらずCRPや血沈が低値である症例でHAが高値をとる例も3例経験した。

結論：血清HA値は、JRAの関節炎の客観的指標となりうると考えられた。

3. 若年性関節リウマチにおける血清TIMP-1濃度およびMMP-3濃度についての検討

○松山 毅、山本 智章、小林 利明、渡辺 言夫
杏林大学医学部小児科学教室

慢性関節リウマチ(RA)の関節破壊において、関節局所でのMatrix Metalloproteinases(MMP)、Tissue Inhibitor of Metalloproteinases-1(TIMP)のインバランスが重要な役割を果たしており、両酵素ともにRA患者血清中で高濃度を示すことが知られている。しかし、若年性関節リウマチ(JRA)での検討はいまだなされていない。今回、我々は、健康小児及び若年性関節リウマチ患者のTIMP-1の血清濃度を測定し、検討を加え報告する。

対象) 健康小児50名の血清50検体、JRA患者14名の血清53検体

方法) ワンステップサンドイッチEIA法による血清濃度の測定

結果) 血清TIMP濃度; 健康小児 平均 $174 \pm 27 \text{ ng/ml}$ 、JRA 平均 $190 \pm 38 \text{ ng/ml}$ であり、健康小児の血清TIMP-1濃度は今まで報告されている健康成人での値にほぼ一致した。年齢別には1歳での値は他の年齢に比して有意に高い傾向を認めた。JRAの値は健康小児値に比してやや高く、この点に関しても慢性関節リウマチでの報告と同様の傾向である。検査所見ではCRPとの相関を認めた。

考案) 年齢別のTIMP濃度の差異は成長に関連していることが考えられた。またJRAにおいても成人同様高値を示したことは血清TIMP濃度と関節障害との関係を示唆していると思われるが、一方、急性反応性物質としての性質も示すものと思われた。尚、現在血清MMP-3濃度を同様の方法で測定中である。

4. 生後2日目よりリウマトイド疹を認めた若年性関節リウマチの1例

獨協医科大学第2小児科

斉藤えみ、中村光次、杉田憲一、江口光興、古川利温

若年性関節リウマチ(JRA)は初診時必ずしも診断基準に一致した症状を認めないことが多く病初期における診断は難かしいことが多い。今回、私達は生後2日目よりリウマトイド疹と思われる皮疹を認めたが関節症状がはっきりせず診断が難しかったJRAを経験したので報告する。

症例：5歳男児。在胎39週、2900g、正常分娩にて出生。生後2日目より四肢および顔面にサーモンピンク色の直径数mmの円形または不正形の紅斑を認めた。紅斑は午前に出現し午後には消退したり、2～3日続いて消退したりした。発熱・関節痛は認めなかった。この間アトピー性皮膚炎と診断されていた。平成5年11月2日(4歳)より右股関節痛出現し、当科入院となった。入院時、右股関節開排制限、全身の紅斑、頸部リンパ節腫脹を認めた。発熱はかった。検査では、WBC $15.7 \times 10^3 / \mu l$ 、CRP 4.8 mg/dl、赤沈75mm/hrであった。RA因子、抗核抗体、LEtestは陰性であった。また、心・腹部エコーにも異常を認めず、虹彩炎もなかった。全身型JRAを疑って、アスピリン投与を開始した。しかし、1ヵ月後に家族の判断でアスピリンは中止されていたが、平成6年6月5日より弛張熱が出現し、6月22日に再入院となった。入院時、紅斑(リウマトイド疹)は前回と同様に認められた。関節痛はなく、RA因子、抗核抗体も陰性であった。現在、アスピリン投与を行い弛張熱は消失したが、リウマトイド疹は同じように継続している。

以上、生後すぐよりリウマトイド疹を初発症状として発症したJRA(全身型)の1例を経験しその経過を報告した。

5. 初発時より腎障害を合併した全身型若年性関節リウマチの1例

市立枚方市民病院 小児科

余田篤，吉川賢二

若年性関節リウマチ(JRA)で，初発時より肝障害をおこしやすいことはよく知られている。しかし腎障害に関しては晩期合併症の報告はあるが初期よりの報告はみられない。今回，初発時より腎エコー輝度が上昇し，腎生検にて間質へのリンパ球浸潤がみとめられたJRAを経験したので報告する。

症例は14歳の男児で，平成4年12月12日から，発熱があり近医にて上気道炎と診断され4日間で解熱した。しかし23日より発熱，膝関節痛，発疹もみとめられ，解熱傾向なく1月7日に当院に紹介入院された。全身状態は良好で心肺に異常をみとめず，腹部平坦で肝脾は触知されなかった。リンパ節は小豆大で，四肢に発疹をみとめた。入院時検尿では血尿や蛋白尿はなく円柱が全視野に1-2個みとめられ，腹部エコーで腎のエコー輝度が上昇していた。入院後3病日まで発熱をみとめず，溶連菌感染や心炎もなく，無投薬で経過をみた。しかし4病日より再び弛張熱となり，発疹も日内で出現と消退を繰り返しJRAと診断し，10病日からアスピリン(1500mg)で治療を開始した。17病日まで投与したが解熱傾向なく肝障害が増悪し，ロキソプロフェン(120mg)に変更した。その後，肝障害は軽快し，20病日に解熱した。しかし尿中BMG(8,000 μ g/L以上)とNAG(73 U/L)は増加し，腎エコー輝度も上昇したままで改善せず，24病日より再び弛張熱となった。尿中BMGとNAGの高値が続き30病日に腎生検をおこない，間質のリンパ球浸潤がみとめられた。ロキソプロフェンを中止し33病日よりメチルプレドニゾロンのパルス療法を1クールおこない解熱した。38病日よりロキソプロフェンを再開し，プレドニゾロンを漸減しながら73病日に中止した。尿中BMGとNAGは50病日に正常化し，5ヶ月後に腎エコー輝度は正常化した。以後19ヶ月間ロキソプロフェンのみで緩解し経過良好である。

6. Giant cell hepatitisによる亜急性型の劇症肝炎により死亡した全身型若年性関節リウマチの一例

千葉大学医学部小児科、同第一内科[#]

本間季里、佐藤一樹、立野 滋、下条直樹、勝木利行、江畑稔樹[#]、
横須賀収[#]、河野陽一

Giant cell hepatitisは、主に新生児に認められる肝炎として知られている。本疾患は、肝細胞が癒合するためと考えられる多核の巨細胞を多数認める組織像を呈する予後不良の肝炎であるが、近年、成人においても同様の肝組織所見を呈する症例報告が散見されるようになった。これらは、自己免疫疾患、non-A, non-B肝炎あるいはパラミキソウイルス感染に伴い発症しており、syncytial giant-cell hepatitisという疾患群が提唱されている。今回、我々は、全身型若年性関節リウマチ（全身型JRA）にて経過観察中の7歳の男児にgiant cell hepatitisによる亜急性型の劇症肝炎を合併し、12日間におよぶ集中治療を行ったが救命し得なかった症例を経験したのでその経過を報告する。本症例においては、急性期における肝生検が、治療、予後の予測などに極めて有用であった。

【症例】患者は、平成3年6月、4歳時に全身型JRAを発症した。発症時、心内膜炎をはじめとした重篤な関節外症状を呈し、プレドニソロン(PSL)およびメトトレキサート(MTX)を中心に治療を行っていたが、原疾患のコントロールは困難であった。平成5年7月より、プレドニソロン、ミゾリビン、ブシラミンによる多剤併用療法を行っていたが、9月13日には軽度の肝機能障害（GOT 82 IU/ml、GPT 124 IU/ml）が出現した。9月30日より咳嗽、37℃台の微熱も認められ、10月2日より、黄疸、肝腫大も出現したため10月7日入院となった。入院時、GOT 1906 IU/ml、GPT 2070 IU/ml、総ビリルビン6.0 mg/dl、ヘパプラスチンテストは48%であったが、%プロトロンビン時間(PT)は96%であり意識も清明であった。入院後、薬剤性肝障害を最も疑い、プレドニソロン以外の薬剤はすべて中止とし、肝保護療法、新鮮凍結血漿の輸注などをおこなったが、肝機能は著しく増悪した。そこで、診断のために10月14日エコー下経皮的肝生検を施行し、giant cell hepatitisであることが判明した。10月18日ころからごく軽度の意識障害が出現し、直ちに集中治療室にて血液浄化療法をはじめとして、種々の集中治療を12日間にわたり施行したが、肝の萎縮および機能低下は進行し、10月30日に死亡した。

【考察】syncytial giant-cell hepatitisの原因のひとつに、パラミキソウイルスの感染が示唆されている。本症例においても、パラミキソウイルスのひとつであるパラインフルエンザウイルス1から4のなかで、パラインフルエンザウイルス2のみが、病初期と1カ月後のペア血清で2管以上の上昇を認め、本症例における関与が示唆された。多剤併用療法を余儀なくされる全身型JRAでは免疫抑制状態となることが多く、ウイルスによる重複感染にも注意すべきと考えられた。

7. 虹彩炎を欠き網膜血管炎を初発時から合併した全身型JRAの2例

福重寿郎, 今中啓之, 武井修治, 檜作和子,
前野伸昭, 重森雅彦, 鉾之原 昌¹⁾, 宮田晃一郎
鹿児島大学小児科 1) 同医療技術短期大学部

若年性関節リウマチ (JRA) の眼症状としては虹彩毛様体炎, 白内障, 帯状角膜変性症が知られているが, 前眼部病変が主であり, 眼底における変化は眼症状が進展した 경우가多く, 病初期での発症例は稀である. 今回, 全身型JRA発症初期より網膜血管炎を合併した2例を経験した.

【症例1】1歳男児 主訴は関節腫脹. 家族歴, 既往歴に特記すべきことなし. 乳児期に紅斑が出没し, 平成5年5月 (1歳6か月時) 以降両手関節, 左膝関節の腫脹, 跛行, 微熱がみられ, 10月に当科入院. 入院時両手指PIP 関節, 両手, 膝, 足関節の腫脹, 運動制限があり, 検査ではCRP1.7 mg/dl, ESR12mm/hr, 自己抗体は陰性であった. 他疾患を除外でき, JRA 全身型と診断した. 入院時の眼科検査にて静脈の拡張・蛇行, 乳頭の浮腫, 硝子体混濁を伴う網膜血管炎の所見があった. ステロイド点眼で改善せず, また関節症状もアスピリンが無効のため, ステロイド内服を開始. 諸症状の軽減をみた.

【症例2】2歳8か月 女児. 家族歴, 既往歴に特記すべきことなし. 昭和60年9月に弛張熱, 紅斑, 皮下結節, 右足関節の腫脹, 疼痛で発症の全身型JRA. 入院後, 右手, 右膝関節裏面, 頭部に皮膚潰瘍を形成, また眼科検査にて左眼上耳側静脈に血管炎の所見を認め, ステロイド内服にて症状の改善をみた. 以後一度発熱, 関節炎の再燃をみたがNSAIDsで改善, 現在寛解状態である.

【考案】JRA の眼底病変を併発した報告例は本邦では本例を含め13例であり, 虹彩毛様体炎のない例は内5例で非常に稀である. また病型は全身型5例, 多関節型6例であり, 自己抗体陰性例が多い. これは抗核抗体陽性の少関節型に多い虹彩毛様体炎とは発症の機序が異なり, 免疫学的機序より全身の血管炎の程度を反映しているものと考えられる. 眼症状は本例のごとく病初期よりみられることがあり, JRA での眼科的検索の必要性を再認識した.

8.

好酸球増多を伴った若年性関節リウマチの1例

獨協医大第2小児科 黒澤秀光、杉田憲一、江口光興、古川利温
獨協医大皮膚科 藤澤崇行、山崎雙次

好酸球増多を伴った若年性関節リウマチ（以下JRA）（多関節型）の1例を経験したので報告する。

症例は8歳の男児である。1993年7月頃より微熱と関節痛が出現し、同時に足関節の腫脹を認めた。入院時、手関節、足関節、膝関節、指関節の腫脹と運動制限を認め、頸部、腋窩、鼠径に直径10mmのリンパ節を数個ずつ触知した。虹彩炎は認めず、肝脾腫はなかった。血液検査ではHb 10.3g/dl、白血球数12,200/ μ lで好酸球が41.5%と著増していた。骨髓検査では好酸球は22.2%で異型細胞は認めなかった。IgG値は3990mg/dlと高値であったが、IgE値は4U/mlであった。RF229IU/ml、RAPA640倍、ANA640倍（speckled）と上昇していたが、抗RNA抗体は陰性、免疫複合体は $<1.5\mu$ g/mlであった。補体は正常であった。CRP <0.4 mg/dlだが、赤沈は45mm/hrと促進していた。また好酸球顆粒内物質のMajor basic protein 2397ng/ml, ECP 152ng/ml, 血清IL-5は125.6pg/mlといずれも高値であった。心電図、心エコーには異常なかった。特発性好酸球増多症の関節炎合併例の可能性も考慮し、膝関節滑膜生検を実施した。好酸球の浸潤像はなく慢性滑膜炎の所見が得られた。同時に実施した鼠径リンパ節生検も好酸球の浸潤像はなかった。以上よりJRA多関節型と診断した。治療は消炎鎮痛剤と好酸球増多があったためステロイド剤を併用したが関節症状の改善が得られなかった。MTXの投与も試みたが改善せず現在に至っている。また1994年1月頃より全身の皮膚の萎縮が顕著となり、7月に皮膚生検を施行し、全身性強皮症の合併と診断されている。

9. 病勢に一致し、血清補体価の低下をきたした若年性関節リウマチの3例

東京慈恵会医科大学小児科

和田靖之、佐藤達也、和田紀之、久保政勝。

若年性関節リウマチ（以下JRA）は、現在でも治療に難渋する症例が多い。今回我々は、経過中低補体価を来した3例の難治性のJRAを経験した。患児らの臨床経過が、難治性のJRAの治療を考える上で重要と思われたので報告する。

【症例1】全身型の5歳の女児。2歳時より発症し経過観察されていた。平成4年4月より弛張熱が出現、さらに全身性の関節炎が認められた。炎症反応の異常高値に加え、血清補体価C3, C4, CH50のいずれにも低下がみられた。その後心外膜炎、Hemophagocytic syndromeなどをさまざまな合併症がみられた。

【症例2】多関節型の16歳の男児。4歳時に原因不明の難聴、9歳時に末梢の紅斑がみられ、10歳時より多関節炎が出現しJRAとして経過観察されていた。平成4年夏頃より関節炎の再燃がみられた。入院時両肘、両手関節、右手第3指などに関節炎、手関節x-pでは関節裂隙の狭小化がみられた。免疫複合体の陽性に加え、C3, C4, CH50の低下を認めた。治療中にもかかわらず進行しているため、low-dose weekly MTX療法を早期より開始した。

【症例3】多関節型の11歳の男児。平成5年夏より膝関節炎その後手関節、肘関節、股関節などに関節炎が認められた。各種炎症反応陽性に加え、リウマチ因子が130 U/mlと異常高値、呼吸機能検査では%DLcoの低下がみられた。血清補体価はCH50が低下していた。治療としてaspirinに加えlow-dose weekly MTX, sulfasalazineの併用療法を行った。

さらに当科で経験したJRAの95例についてそれぞれの病型にわけて、血清補体価を検討したところ、全身型が他の病型に比し有意に高値傾向を示した。

【まとめ】JRAでは、一般に他の炎症反応と同様に病勢に一致して血清補体価が上昇するといわれている。今回我々が経験した3症例は病型は異なっているものの、いずれも全身性の病変を伴い、治療抵抗性を示した。今後、JRAにおける血清補体価の測定の意義について検討を要すると考えられた。

10.

長期間JRAとして経過観察していた小児サロイト-シスの1例

櫻井嘉彦^{*}、神末政樹、中島 充、吉岡 章

奈良県立医科大学小児科、^{*}現 東大阪市立中央病院小児科

JRAは関節症状を中心に眼・皮膚症状等の関節外症状を伴うことがある。一方、小児サロイト-シスの幼児発症型では皮膚病変、関節症状、ブドウ膜炎を三徴とし肺病変は欠落するため、相互の鑑別には苦慮する。幼児期発症で長期間JRAと診断、加療されていた小児サロイト-シスの1例を経験したので報告する。

〔症例〕9歳の女児。1歳11か月頃より弛張熱が続き近医にて膠原病を疑われステロイドの投与を受けた。4歳時ブドウ膜炎を指摘された。5歳時、歩行障害および大腿部皮疹が出現し、整形外科にて少関節型JRAと診断され、ステロイドとアスピリンの内服を開始された。7歳頃より視力低下が出現し、翌年には重篤なブドウ膜炎および眼底症状を指摘され当院紹介された。ステロイドパルス療法を施行し眼症状は改善したが、9歳になり関節症状が悪化しインドメタシンを開始した。その後弛張熱と下腹部の丘疹が出現し、血沈亢進、CRP陽性が持続したため精査目的で入院した。入院時の胸部X線像では両側肺門部異常陰影を認めず。血清ACE値は正常、リウマチ因子と抗核抗体は陰性であった。左足内踝部の皮膚生検で非乾酪性肉芽腫を認め皮膚サロイト-シスと組織診断された。⁶⁷Gaシンチにて両耳下腺、顎下腺、眼および関節にRI集積像を認めた。以上より小児サロイト-シスと診断しステロイドのみの治療に変更し、現在経過良好である。

〔考案〕JRAは小児膠原病の中では頻度が高いが、小児サロイト-シスは稀である。両者は臨床像が酷似し、互いに除外診断になっているため確定診断には苦慮する。自験例でも前医でのJRAとの臨床診断のもとに加療していたが、眼症状で前眼部病変と眼底病変が併存したこと、皮膚生検にて非乾酪性肉芽腫を認めたこと、⁶⁷GaシンチにてJRAにみられない耳下腺への集積を認めたことより小児サロイト-シスと診断した。眼底病変の精査、皮膚生検および⁶⁷Gaシンチは、サロイト-シスの診断のため非常に有用であると考えられた。

11. ALLの経過中にJRA様症状を呈した一例

山口大学医学部小児科学教室

梅本有美 古賀まゆみ 古川 漸

平成5年4月上旬から全身倦怠感、発熱があり、末梢血にCALLA陽性の芽球を44%認めたため common ALLと診断され、徳山中央病院に入院した。小児リンパ球性白血病のプロトコールに従い化学療法を開始したが、寛解導入後に発熱、高度の汎血球減少が続き、オンコピンによる麻痺性イレウスの副作用も強くでた為、当科に転院した。

当科転院後、抗腫瘍剤を1/2～1/4量に減量したところ、汎血球減少は回復し、骨髓所見は寛解した。しかし多剤併用抗生剤、グロブリン製剤などに全く反応しない弛張熱が持続した。他の自覚症状、他覚症状はなく、検査所見では白血球（特に好中球）増多、白血球中の heavy granule, Dohle's 小体、CRP (17.5mg/dl)、CH50(62.2)、血清免疫グロブリン、およびフェリチンの高値を認めた。関節症状はなく、骨のX線も異常はなかった。JRA様の病態を考えアスピリンを投与し、症状は一時的に改善した。しかしその後再び弛張熱が続いたため、プレドニン 1mg/kg/dayを投与した。投与2日目から劇的に解熱し、CRP、白血球数なども正常化した。

現在化学療法を続けており、ALLは寛解を保っている。原疾患があるため、JRAの診断にはあてはまらないが、症状、検査結果、治療効果などから、ALL に合併したJRA様の病態を考えている。

12. 膜性増殖性糸球体腎炎と橋本病を併発した若年型慢性骨髄性白血病の 1 女児例

北沢由美、笠井慎治、森 哲夫、小池健一、小宮山淳
信州大学医学部小児科

若年型慢性骨髄性白血病（以下 J C M L）は白血球数の増加、貧血、血小板減少があることから、血球 3 系統に共通する幹細胞のクローン性疾患であると考えられている。また、血清免疫グロブリンの上昇や自己抗体の出現などの免疫異常を伴うことが多い。J C M L に橋本病、膜性増殖性糸球体腎炎（以下 M P G N）を併発し、また、抗核抗体が陽性である症例を経験したので報告する。

〔症例〕 13 歳女児。家族歴、既往歴に特記すべきことはない。生後 8 カ月の時に顔面に湿疹様の発疹、脾腫が出現し精査の結果、J C M L と診断した。その時、IgG 高値、抗核抗体陽性、RA 陽性などの異常が認められた。その後、13 年間 6-MP を内服し、J C M L の急性増悪は認められていない。13 歳時に学校検尿で血尿・蛋白尿を指摘され、また、低補体血症も認められたため入院した。入院時検査所見は、白血球数 $6,600/\mu\text{l}$ 、Hb 11.2 g/dl 、血小板 $13.5\text{ 万}/\mu\text{l}$ 。T.P, Alb, BUN, Cre は正常。C3 38.4 mg/ml , C4 4.9 mg/ml , CH50 20.5 U/l と低下し、I.C. $109.3\text{ }\mu\text{/ml}$ と上昇していた。C3NeF は陽性であった。抗核抗体が陽性、抗 D N A 抗体、抗 E N A 抗体、LE テストは陰性であった。サイロイドテスト、マイクロゾームテストともに 6,400 倍と上昇、TSH $7.21\text{ }\mu\text{g/dl}$ と上昇し橋本病の合併がみられた。腎生検を行い M P G N TYPE 1 と診断した。M P G N の治療としてメチルプレドニゾロンのパルス療法を 3 回行ったところ、抗甲状腺抗体、抗核抗体の減少が認められた。

〔考案〕 J C M L に抗甲状腺抗体、C 3 NeF が出現し橋本病ならびに M P G N の併発が認められた例きわめて希である。自己抗体と J C M L の関連を考える上で重要な症例と思われる。

13. 一過性の血尿とじんま疹を伴う血中免疫複合体の高値持続例

日本医科大学小児科

福永 慶隆、伊藤 保彦、五十嵐 徹、山本 正生

症例は18歳の女性。1989年6月（18歳時）、学校検尿で血尿を指摘され、某病院において精査を受けた。尿検査では潜血反応陽性、沈査で赤血球10-20/HF以外は異常なかった。血液検査では、抗核抗体40倍（20倍以下）、免疫複合体 78.0 ug/ml（4.0 ug/ml以下）以外には異常はなかった。抗核抗体陽性、血中免疫複合体の高値は持続したが、血尿は消失し、他の症状も認めなかった。1990年12月、下肢にじんま疹が頻回に出現したがセルテクトの服用で治癒した。1991年5月より家族の都合のため当科で経過観察を始めた。特に症状もなく、理学的所見にも異常はなかったが、抗核抗体陽性、血中免疫複合体の高値がまだ認められた。家族の血中免疫複合体検索では、患者では、抗C1q抗体法で 132.0 ug/ml（34.5以下）、抗C3d抗体法で 147.1 ug/ml（8.5以下）、兄ではそれぞれ 23.3 ug/ml, 34.7 ug/mlであり、抗C3d抗体法で高値を示した。両親はともに10 ug/ml以下、2.0 ug/ml以下であった。

1992年4月血中免疫複合体の測定を種々の方法で行ったところ、C1q法14.5 ug/ml（3.0以下）、抗C1q抗体法 130.3 ug/ml, 抗C3d抗体法 131.0 ug/ml, モノクローナルRF法 2.0 ug/ml以下（4.2未満）、Raji cell法 19.0 ug/ml（30以下）と測定法によって異なった。抗核抗体陽性（speckled, 20倍から80倍を変動）、血中免疫複合体の高値持続、IgGの軽度増加を現在も認めるが、尿所見にも異常ない。1994年5月より四肢にじんま疹が再度出現した。この時の検査結果もこれまでと同じ所見であったが、クリオグロブリンが疑陽性であった。じんま疹はポララミンの服用で改善し、ポララミンを中止しても8月以降は出現していない。自己免疫疾患が考えられるが、診断にいたらず、現在も特別な治療はせずに経過観察をしている。

14. 腎尿細管性アシドーシスに高IgE血症、

好酸球増多症、自己免疫性溶血性貧血を合併した1女子例
北原正志¹⁾、保坂桂子¹⁾、上松一永¹⁾、原洋治²⁾、森哲夫¹⁾、
小池健一¹⁾、小宮山淳¹⁾

1) 信州大学医学部小児科、2) 国立療養所東松本病院

小児期発症の腎尿細管性アシドーシス(RTA)には原発性のものが多く、まれに膠原病との合併例の報告がみられる。高IgG血症を伴うRTAとして経過観察中に、高IgE血症、好酸球増多症、自己免疫性溶血性貧血(AIHA)、血尿蛋白尿を呈した1女子例を経験し、これに免疫学的検討を加えたので報告する。

症例は18歳女子。4歳時に肺炎を機に低K血症、低リン血症、低身長、高IgG血症を指摘され、精査により高IgG血症を伴う遠位型RTAと診断された。アルカリ療法を行ってきたが、アシドーシスの改善は不良であり、著しい成長障害、骨病変、尿濃縮力障害、腎石灰化を呈している。平成5年末頃から貧血の進行、高IgE血症、好酸球増多、血尿蛋白尿が出現、耳下腺腫脹、日光過敏症、皮疹の合併も認められた。検査所見では、WBC 5,690/ μ l (Eosino. 23%)、Hb 8.3g/dl、Plt 163×10^3 / μ l、Reticulo. 191×10^3 / μ l、TP 8.6g/dl、T.Bil 0.5mg/dl、LDH 462U/l、GOT 68U/l、GPT 44U/l、IgG 4,208mg/dl、IgA 97mg/dl、IgM 126mg/dl、IgE 49,765U/ml、直接クームス(+/-)、ハプトグロビン14mg/dl、抗核抗体1280倍、抗SS-A抗体8倍、補体と免疫複合体は正常、寄生虫血清検査は全て陰性。皮膚生検では、毛細血管と汗腺周囲に単核細胞が浸潤し、表皮真皮境界部にIgMが線状に沈着。腎生検では、糸球体への単核細胞浸潤と硬化性病変を認めたものの、間質への細胞浸潤やIgG、IgMなどの沈着はみられなかった。リンパ球サブセットでは、CD2+ 83%、CD20+ 6%、CD3+ 70%、CD4+ 47%、CD8+ 18%、CD16+ 21%、CD56+ 19%、CD4+CD45RA+ 30%、CD4+CD45RO+ 60%。CD4+CD45RO+T細胞の増加を認めた。

本例では、CD4 + CD45RO + T細胞が増加しており、高IgG、IgE血症の病態を考える上で興味ある所見と思われた。しかし、高IgG、IgE血症とRTA、AIHAとの関連性などまだ解明できていない。

15. サルモネラ腸炎に続発し、一過性の抗核抗体陽性を呈した HLA-Bw60陽性の急性前部ぶどう膜炎の一例

横浜市立大学医学部小児科

相原雄幸、清水智佐登、森 雅亮、高橋由利子、栗山智之、
友野順章、片倉茂樹、今川智之、四家広子、伊部正明、満田年宏、
横田俊平

【はじめに】サルモネラ菌感染症に続発する急性前部ぶどう膜炎(AAU)ならびに反応性関節炎(ReA)は小児においても非常に稀な合併症である。今回われわれはHLA-Bw60陽性児においてサルモネラ腸炎に続発したAAUと一過性抗核抗体陽性を呈した稀な症例を経験したので報告する。

【症例】11歳女児。 【主訴】発熱、嘔吐、下痢。

【家族歴・既往歴】特記すべきことなし。

【現病歴】入院3日前より発熱、嘔吐、下痢が出現し、急性胃腸炎・脱水症のため当科に紹介入院となった。

【検査所見】WBC 8720 / μ l, CRP 0.9 mg/dl, ESR 14 mm/hr, TP 8.6 g/dl, BUN 28 mg/dl, CRE 1.07 mg/dl, ANA 160 x (speckled pattern), ADNA (-), 便培養 *Salmonella* species (+), HLA-phenotype; A2, A26; B39, Bw60; Cw7; DR2 and DRw12。

【経過】抗生剤投与と輸液療法を開始したところ約1週間で腸炎は改善した。しかしながら、入院5日目に両眼の羞明を訴えたため眼科を受診したところAAUの診断にてステロイド剤の点眼療法が開始された。10日目に退院となり以後外来通院となり、約2か月間でぶどう膜炎は改善した。抗核抗体価は徐々に低下し約1年後に陰性化した。

【結語】AAUならびにReAの発症機構については未だ完全には解明されてはいない。HLA-B27ばかりではなく近年HLA-Bw60とサルモネラ菌をはじめとするある種のグラム陰性菌感染症に続発するAAUとReAとの相関が示唆されてきている。これまで日本人症例の報告はなく、またこの疾患において抗核抗体について記載した例はない。この症例について文献的考察を加えて報告する。

16.

全身型若年性関節リウマチ様所見で発症したMCTDの一例

横浜市立大学医学部

近藤 恵、今川智之、友野順章、片倉茂樹、栗山智之、森 雅亮、高橋由利子、
四家広子、伊部正明、満田年宏、相原雄幸、横田俊平

MCTDはSLE, PM/DM, PSSの症状を合わせもつ、小児期には稀な膠原病である。今回、我々は不明熱、全身の結節性紅斑を主訴とし、皮膚生検、腎生検を施行したMCTDの一例を経験したので報告する。【症例】13歳、女兒。主訴は発熱、全身倦怠感、結節性紅斑。1993年9月より全身倦怠感、微熱出現し、レイノーが認められるようになり、1994年2月より37-38℃の発熱がみられ、全身に結節性紅斑出現、3月4日当科受診し入院。入院時、体温38.5℃、全身倦怠感、食欲不振あり。握力は右12kg、左15kgとやや低下。全身皮膚に有痛性の結節性紅斑を広範囲に認め、両上眼瞼部にヘリオトロープ疹様皮疹が、四肢末梢には強度のレイノーがみられ、サーモグラフィーでは左第2, 3, 5指に著明な循環障害が認められた。主な検査所見は、白血球数 $3,400/\text{mm}^3$, CRP 0.8mg/dl, 赤沈値 28mm/1hr, γ -グロブリン分画 24.5%, 血清IgG値 2010mg/dl, 抗核抗体 10,240倍(斑紋型), 抗RNP抗体64倍, 抗Sm抗体(-), 抗ENA抗体はRNase感受性抗体 40,960倍, RNase抵抗性抗体(-), 免疫複合体(抗C3d抗体) 20.5 $\mu\text{g}/\text{ml}$ で、フェリチン値は7,904ng/mlと高値であった。左前腕皮疹部からの皮膚生検所見では膠原線維の変性を伴う軽度の炎症反応がみられ、腎生検所見では"minor glomerular abnormalities"を呈していた。以上より、MCTDと考えメチルプレドニゾロンによるパルス療法(15mg/kg/day \times 3 days)を1クール施行。皮疹は消退傾向を認め発熱もおさまり、徐々に全身状態も改善。後療法をプレドニゾロン20mg/day連日投与として退院。現在外来にて経過観察中である。

【考案】本例は初発時に全身型JRA様症状および検査所見を呈したMCTDである。現在、持続的なPAIgG値陽性、血小板数の減少がみられ、今後の経過が注目される症例であった。

17. 脂肪肝を合併した混合性結合織病の1例

山口大小児科

○福田雅通 萩原啓二 古川 漸 青木テレサ

混合性結合織病 (MCTD) に於ける肝病変の合併は自己免疫性慢性活動性肝炎が知られているが、稀とされている。今回報告する患児は、9歳でMCTDと診断される2年前から軽度の肝障害、肝腫大と、高グロブリン血症で当院でフォローされていた。11歳時、上気道炎による発熱で入院、このときRaynaud現象、関節痛の増悪とともに、一過性に急激な肝障害と、有痛性の肝腫大が進行した。この時点で肝生検を行い瀰慢性で高度の脂肪変性を認めた。線維化や壊死像は認めなかった。患児に明らかな高脂血症、肥満はなく、またその時点でステロイド投与は受けておらず原病との関連性が疑われた。調べ得た限りではMCTDでの脂肪肝の合併の報告は1例のみで、それも詳細ではない。一方、小児のMCTD患者の48%に肝腫大を認めたという報告があるが、原因および因果関係については述べられていない。無症候性またはごく軽度の肝障害の場合、通常肝生検まで行われることはないため脂肪肝が見過ごされている可能性は否定できない。本患児の脂肪肝は高度であり、今後長期にわたり慎重な経過観察が必要と思われる。MCTDと脂肪肝の関連の可能性について考察する。

18. サーマグラフィーによる小児MCTD患者のレイノー現象の評価の試み

横浜市立大学医学部小児科、 友野順章、今川智之、片倉茂樹、
森 雅亮、栗山智之、高橋由利子、四家広子、伊部証明、満田年宏、
相原雄幸、横田俊平

(目的) 小児期発症のMCTD 3例についてRaynaud現象の客観的評価を目的とし手背手指のサーモグラフィーを実施したので報告する。

(症例) 2例は長期(12年、7年)に経過観察を続けている例で1例は初発例である。いずれもRaynaud現象は陽性であった。初発例と長期例のうち再燃した1例はステロイドパルス療法を行いその前後でサーモグラフィーを実施得た。

(方法) サーマグラフィーは寒冷負荷法(氷水へ10秒間両手関節の上まで沈めた)を用い負荷前、負荷後1分、5分、10分、15分、20分の時点で手背手指の多点温度測定を行い画面にカラー表示をした。

(結果) 健康児の寒冷負荷試験では負荷後体表温の低下の後、指尖部より体表温上昇が現れ中枢方向に向けて体温の回復が見られた。5-10分後には負荷前よりも体温は高くなりリバウンド現象が見られた。MCTD患児ではいずれの症例も寒冷負荷前に手背手指の体表温は低下していた。負荷後指尖部からの体表温の上昇は見られず手背からの熱伝導のみにより回復した。指により回復の程度に差が見られた。ステロイドパルス療法を行った2例について治療の前後でサーモグラフィー検討した。初発例ではパルス療法前後では著しい変化は認められなかったが、5ヶ月後正常に近い結果が得られた。再発例でもパルス療法後、臨床症状は著しく改善したが改善は見られなかった。又、長期経過例では、ビタミンE剤、経口プロスタグランジンE製剤、セロトニンレセプター拮抗剤による治療もRaynaud現象の改善には結びつかなかった。

(結語) サーマグラフィーはRaynaud現象の診断、経過の把握、治療効果判定に有用であった。

19. Noonan症候群に合併した大動脈炎症候群の1女児例

国立小児病院 感染リウマチ科

今立明宏、小池雄一、永田正人、佐藤達也、立澤 宰

成長ホルモン(GH)補充療法中のNoonan症候群で急性期反応持続陽性の原因を調べたところ、大動脈炎症候群と診断した1例を経験したので報告する。

症例は15才、女児。新生児期に心室中隔欠損と肺動脈狭窄を指摘されている。5才時より低身長が著明となり、9才時、GH分泌不全と診断され、GH補充療法が行われていた。しかし治療効果は一時的であったため、精査目的で当院内分泌科を受診した。-5.5SDの低身長、翼状頸、両眼離開、内眼角贅皮などのTurner様身体的特徴を認め、さらに染色体は46XXと正常である事より、Noonan症候群と診断された。当院受診以降、原因不明の急性期反応陽性が続き、原因検索の目的で当科に転科となった。その後右橈骨動脈の拍動微弱を認め、DSAアンギオグラフィーを施行したところ、右鎖骨下動脈の狭窄を認め大動脈症候群と診断した。以後、プレドニンと抗凝固療法を現在まで継続している。

【考案】 Turner症候群の表現形で染色体異常を伴わない症例をNoonan症候群と称する。本症候群では皮膚の血管炎合併の一家族例の報告があり、また先天性心疾患や肥大型心筋症などの心血管異常は半数以上に合併すると言われている。しかし我々が調べ得た限りでは、大動脈炎症候群合併の報告は無い。本症例では自己抗体等の出現はみられていないが、Noonan症候群に甲状腺炎などの自己免疫異常が発現した報告もあり、本症候群に大動脈炎症候群が起こる可能性も考えられた興味ある1例と考えられた。

20. 左総頸動脈の完全閉塞を認めた大動脈炎症候群の1男児例

群馬大学医学部小児科

茂木洋一，白倉靖子，足立恭子，佐藤文有子，荒川浩一，森川昭廣

症例は14歳の男児で，12歳時に起立性低血圧症，過敏性腸炎と診断．平成5年2月より発熱と左頸部痛，4月より左頸部腫脹と炎症反応の上昇が認められ，某病院に入院した．CTにて，左総頸動脈周囲にlow-density areaを認め，リンパ節生検の結果，化膿性リンパ節炎と診断された．6月に施行したCT，DSAでは，左総頸動脈の閉塞が認められた．各種抗生剤は無効であり，発熱，炎症反応は持続した．父親の転勤に伴い，平成6年1月当科に入院となった．

入院時，上腹部に血管雑音を聴取し，血液検査で，貧血，好中球増多を認めた．血沈は109mm/h，CRPは17.7mg/dlであり，その他免疫グロブリン，補体の上昇を認めた．画像診断では，上行大動脈の拡張，下行大動脈の不整，腕頭動脈の瘤状拡張，左総頸動脈の閉塞，左鎖骨下動脈起始部の瘤状拡張と末梢の狭窄を認めた．腹部大動脈は，中枢側の拡張と末梢側の狭窄を認め，腎動脈起始部の狭窄を認めた．以上より大動脈炎症候群と診断し，プレドニソロン30mg，アスピリン，ジピリダモールによる治療を開始した．発熱及び炎症反応は速やかに改善した．しかし，治療開始10日目より頭痛，高血圧，全身性痙攣が出現したため，降圧剤を投与したところ，次第に症状は落ちついた．検査所見も安定したため，プレドニソロンの減量を行ったが，20mgまで減量したところで，CRPが8.2mg/dlと再上昇した．

考案：本症例において，頸部化膿性リンパ節炎と大動脈炎症候群との因果関係は不明であるが，何らかの影響があったものと推定される．また，1カ月間で左総頸動脈が閉塞し，その他の動脈病変も短期間に進行したことが特徴である．今後は，ステロイド剤の減量が問題である．

21. 肝内病変を伴った皮膚筋炎の一例

日本大学小児科、日本大学総合科学研究所*

谷口 和夫、藤田 之彦、青柳 光洋、山森 裕之、

日吉 一夫、原田 研介、大国 真彦*

小児膠原病は肝脾腫を認めることが多いが、小児皮膚筋炎(DM)や若年性関節リウマチ(JRA)では肝脾腫を認めても肝内に腫瘍性病変を伴うことはまれである。我々は肝内に腫瘍性病変を伴い、治療経過に伴い消失傾向を認めた皮膚筋炎の一例を経験したので報告する。

症例は11歳の女児。発熱、関節痛、手の指関節上の発赤、階段の昇り困難を主訴に近医へ入院となった。近医ではJRAの診断でアスピリンを開始したが、GOT、GPTの上昇、CT、Echoにて肝内に腫瘍様陰影を認めたため、イブプロフェンに投薬を変更し治療を行っていた。しかし発熱続き、症状が軽快しないため当院に転院となった。入院時、手にはゴットロン徴候、関節痛、両眼瞼にはヘリオトロープ疹が見られ大腿に強い把握痛を認めた。筋力は徒手筋力テストにて3点から4点で特に大腿が弱く、階段の昇りは数段までであった。また肝腫大と圧痛がみられた。検査所見は、GOT、GPT、LDH、アルドラーゼが上昇していたがCKは正常であり、自己抗体は陰性であった。肝内病変はCTで低吸収域、MRIではT1強調にて高吸収域のいずれも境界不鮮明の腫瘍様病変を認めた。以上からDMを疑い筋生検・皮膚生検・筋電図をおこないDMと診断した。また関節所見からJRAの合併も疑われた。肝病変については各種腫瘍マーカーなど異常を認めないため経過観察としプレドニソロンによる治療を開始した。臨床症状はやや改善したが、検査所見の改善を認めないためパルス療法、免疫抑制剤による治療を追加し筋・皮膚症状、検査所見ともに改善し退院となった。肝内病変は治療とともに縮小した。成人DM悪性腫瘍を高率に合併することが知られているが小児DMはまれである。一般にDMの筋生検では、非特異的肝炎や脂肪変性が多いと報告されている。本症例の肝病変もCT、MRIからは脂肪とdensityが一致しており、脂肪変性が疑われた。

22.

HEp-2 培養細胞による抗核抗体測定 of 検討 —学童・成人における基準値と非膠原病疾患における抗核抗体測定の意義—

獨協医科大学越谷病院小児科 藤川 敏
同 臨床検査部 柴崎光衛

目的：抗核抗体(ANA)の測定には最近ヒト上皮培養細胞(HEp-2細胞)を核材とする間接蛍光抗体法が広く行われ、わが国では約80%の施設で使用されている。この方法は検出感度が高く、抗セントロメア抗体なども検出する。しかしその反面、健常者や膠原病以外の疾患においても陽性を示すことがあり、しばしば診断を混乱させる。今回、本法による抗核抗体測定値の年齢別基準値、非膠原病患者における長期陽性持続の意味などについて検討した。

方法：AFTシステムHEp-2キット®(ヘキストジャパン)を用いてANAを測定した。対象は学童心臓検診の3次検診において無害性心雑音、呼吸性不整脈などと判定され健常児と考えられた150例、また当院で行われた事務系会社の集団検診の232例について測定した。さらに1993年3月から1994年4月の1年間に当院小児科で測定された1313検体について検討し、特に非膠原病患者で3年以上ANAが陽性を示した症例について検討した。

結果と結論：①正常集団におけるANAの基準値は小児では80倍、成人では40倍が妥当と考えられた。

②非膠原病患者でANAが陽性を示した例は腎疾患、甲状腺疾患、神経性食欲異常症、感染症などで、全く健常と考えられた小児も含まれていた。経過を追い複数回にわたり測定したが、常にほぼ一定の値を示していた。これらの症例は抗DNA抗体など他の自己抗体は陰性で、subclinical SLEと診断した症例はなかった。

③抗けいれん剤などの薬剤を投与中の450検体についての検討では、ANAが高値を示す例が多かったが、長期に観察しても薬剤誘発性SLEが発症した症例はなかった。

日本医科大学小児科

伊藤保彦、濱田久光、弓削邦夫、五十嵐徹、福永慶隆、山本正生

近年、膠原病の診断基準を満たさず抗核抗体のみが陽性を示す患者の扱いについて議論がなされるようになってきた。これらの患者では頭痛・腹痛・微熱等のいわゆる不定愁訴を認めることが多いといわれている。今回我々は慢性的な不定愁訴のために来院する患児の抗核抗体陽性率を調査し、その臨床的・免疫学的背景を検討した。

【対象・方法】1994年2月から8月までに日本医大付属千葉北総病院小児科外来を受診した患者で、明らかな急性疾患・基礎疾患を伴わず、慢性的不定愁訴（3週間以上続く頭痛・腹痛・倦怠感・微熱等）を主訴としたもの50名（男子20名、女子30名、平均年齢10.9歳）、および健常対照（明らかな基礎疾患を伴わない上気道炎等の急性疾患患者も含む）36名（男子15名、女子21名、平均年齢10.7歳）を対象とした。抗核抗体は HEp-2細胞を用いた間接蛍光抗体法にて測定し、40倍以上を陽性とした。

【結果】不定愁訴患児では50名中22例（44%）が抗核抗体陽性であり、健常対照群36名中 2名（5.6%）のみ陽性であったのに対し有意に高頻度で陽性を示した。陽性者は男子10名、女子12名で、抗核抗体の力価は1280倍 1名、640倍 1名、320倍 1名、160倍 2名、80倍 8名、40倍 9名であった。蛍光パターンはhomogeneous & speckled 16名、speckled 5名、nucleolar 1名であった。臨床的には抗核抗体陰性群では腹痛・吐気などの腹部症状が強く、陽性群では倦怠・微熱などの症状が優勢であった。

【考案】日常診療でしばしば経験する慢性的不定愁訴の患者の中には、意外なほど抗核抗体陽性者が含まれている。なかには単なる登校拒否として扱われていた患者も少なくない。膠原病や慢性疲労症候群との関係も含めて、今後免疫学的なアプローチが重要であると思われた。

24. 52KD Ro/ SSA 遺伝子構造について

日本医科大学小児科、Oklahoma Medical Research Foundation

継 仁、 Mark Barton Frank.

SLE患者の約30%が抗52KD Ro/ SSA自己抗体を有する。我々は52KD Ro/ SSA geneのRFLPを発見し、特にアメリカ黒人においてSLEの発症と強い関連性を認めた($P < 0.0005$)。アメリカ黒人女性SLE患者においては高頻度に重症例で認められる。このRFLPは白人や日本人にも認められるが、これらの人種においては疾患関連性は認められなかった。

このRFLPの位置とその性質を決定すべく我々はまず52KD Ro/ SSA遺伝子をヒト白血球genomic DNAのライブラリーよりクローニングした。そして6つのエクソンを同定し、隣接するnon coding regionを含め塩基配列を決定した。エクソンとすでに報告されているcDNAの塩基配列の間には違いは認められなかった。疾患関連性のあるRFLPの場所については制限酵素地図によってエクソン1の5' upstreamに存在することが示唆され、PCR sequenceによって確認された。このpolymorphismと疾患関連性について考察を加えて報告する。

25. 血漿交換をきっかけに著明な改善をみた S L E の症例

都立八王子小児病院小児科

渥美 聡、川口 治夫、野間 清司、仲本 雅哉、星山 雅樹、佐々木匡子、
渡辺 薫、太田垣 綾美

<はじめに>小児におけるループス腎炎は、S L E の予後を左右する大きな因子であり、早期に改善しなければ腎不全に陥ることも多い。今回われわれは、ステロイドパルス療法に無反応だった、ループス腎炎を伴った S L E の 1 女児例に血漿交換を行い、それをきっかけに著明な改善を認めたのでここに報告する。

<症例>13歳女児。全身倦怠感、リンパ節腫張、浮腫を認め、近医より当院紹介受診。胸水、腹水、心嚢液を認めた。蝶形紅斑、心嚢炎、タンパク尿、血尿、尿細胞円柱を認め、血液検査で E S R =150mm/hr、C R P =0.1、WBC=3900/mm³、L E 細胞陽性、抗核抗体2560倍、C3= 32 mg/dl、C4= 2 mg/dl、CH50=11.7/mlなどより S L E と診断された。メチルプレドニゾロン・パルス療法を2クール行うも、CH50=9.9、E S R =153mm/hr、タンパク尿改善せず、アルブミンによる血漿交換を3回施行。その後、メチルプレドニゾロン・パルス療法を1クール施行。後療法としてプレドニン30mg/日連日投与。また、サイクロフォスファミド100mg/日経口連日投与も開始。さらに、I g G 補充の目的で免疫グロブリン5g/日を3日間投与した。以上の治療により、C3=88mg/dl、C4=18mg/dl、CH50=27.5と著明に改善。その後も順調に経過。プレドニンは30mg/日を2週間投与後、5mg/日を4週間ずつ減量。サイクロフォスファミドは10週間投与後、プレジニン150mg/日に変更。C3、C4、CH50、E S R など完全に正常化。タンパク尿も0~0.5g/日と減少し、退院。血漿交換前に腎生検を施行。メザンギウム細胞の増殖を認め、メザンギウム領域にI g G、C1q等の沈着を高度に認め、ループス腎炎の所見に適合。

<結語>パルス療法無効例の重症ループス腎炎には、早期に血漿交換を行ってから、その後の治療を行うことが、非常に有効な方法と思われた。

26. 重症筋無力症を合併した全身性エリテマトーデスの一小児例

日本大学医学部小児科

西村 淳、山崎弘貴、淵上達夫、藤田之彦、大久保修、原田研介

国立療養所足利病院小児科 橋本光司、原澤孝夫

全身性エリテマトーデス（SLE）は代表的な自己免疫疾患であり、重症筋無力症（MG）もアセチルコリン受容体に対する自己免疫疾患であるが、その合併例の報告は少ない。今回、我々はSLEの治療中にMGの合併を認めた一小児例を経験したので報告する。

症例は13歳、女児。6歳時より意識消失発作が出現し、てんかんと診断され抗てんかん薬の投与を受けていた。入院当日、意識消失発作、呼吸困難を主訴に当科外来を受診し、胸部レントゲンにて胸水貯留を認めたため、精査加療目的で入院となった。けいれん、胸膜炎に加え、関節痛の既往、血液検査で白血球減少・抗核抗体高値・血清補体価の低下よりSLEと診断し、ステロイド療法を開始した。症状、検査所見は改善を示したが、経過中、嚥下困難、構音障害、喀痰排泄障害およびそれによる呼吸困難がみられ、感染症に伴う症状の増悪、繰り返す誤嚥性肺炎および気管内挿管チューブ抜管困難症を呈し、抗アセチルコリン受容体抗体高値、テンシロンテストなどによりMG（全身型）と診断した。血漿交換療法・免疫吸着法およびステロイドパルス療法、 γ -グロブリン療法等の治療を施行し、ステロイド剤の内服を続けることにより症状・検査所見の改善を認めている。

佐藤らは、SLEとMGの合併例は文献的に国内例と外国例をあわせても数十例と多いものではなく、特にSLEが先行発症した例はMG先行例の約半数で、合併発症時年齢は平均30歳前後であり、国内では19歳が最年少であると報告している。

本症例は、SLEにMGを合併し、12歳という年少時に合併発症をした比較的にまれな症例と思われた。

27. SLEの中樞神経症状としての振戦および精神症状と鑑別すべき心身症・神経症について

日大小児科

重田政樹、橋本光司、藤田之彦、稲毛康司、疋田博之、大国真彦、原田研介

CNS ループスにおいて振戦などの不随意運動がみられることは比較的まれなものであるが、最近2例の振戦を訴えるSLE患者を経験した。症例1は過去に痙攣重積状態の既往のある症例であるが現在は寛解状態にあり振戦だけがあとから出現し持続している。症例2は明らかなCNS ループス症状もなく長期間にわたって寛解状態にあるが、患者の自らの訴えで振戦にきづいたもので見逃しやすい症状であった。2例とも書字に多少の不便があるが日常生活に支障はない。

SLEのみられるいわゆる精神症状には、SLE自体が原因となるもの、服用中のステロイド剤に原因があるもの、罹病期間が長期にわたる結果により心身症・神経症症状の出現するものなどがある。今回症例1が強度の不安から過呼吸、急に息苦しくなり死ぬのではないかという病的な不安を覚え入院するにいたった。同時に呼吸筋の線維筋痛が著しく胸郭運動障害もともなっていた。痙攣の既往もありSLEによる精神症状との鑑別が困難であった。そこで精神症状と密接に関係するといわれる抗リボゾームP抗体を測定したところ陰性であった。

振戦はまれな神経症状であるが見過ごされやすいものであり、注意深い診察が必要といえる。

SLE患者はストレス耐性が低く心身症・神経症が起こりやすい状態にあるが、精神症状と鑑別は困難である。抗リボゾームP抗体測定は鑑別診断に有用といえ、とくにステロイド剤を増量すべきか判断に苦慮する際に役立つものである。

28. Subclinical Sjögren症候群を合併したSLEの1女児例

横浜市立大学医学部

西村百合香、今川智之、友野順章、片倉茂樹、栗山智之、森 雅亮、高橋由利子、
四家広子、伊部正明、満田年宏、相原雄幸、横田俊平

今回、我々は発症後約2年間無治療で経過し、subclinical Sjögren症候群を合併したSLEの1女児例を経験した。【症例】15歳、女児。主訴は蛋白尿、全身浮腫。1991年6月には顔面紅斑が、10月には肘、手指関節痛および朝のこわばりが出現。1992年4月鼻先端部に紅斑出現し、皮膚生検にてDLEと診断。1993年6月学校検尿で蛋白尿、血尿を、7月には血清補体価の異常低値を指摘された。9月初旬より四肢に浮腫みられ、中旬には全身に認められるようになり当科受診。入院時、体温38.5度、顔面には蝶形紅斑がみられ、手指、肘、腰部関節炎を認めた。四肢は浮腫著明で、レイノー現象が認められ、心エコーにて心嚢液を軽度認めた。主な検査所見は、白血球数 $5800/\text{mm}^3$ 、赤沈値 $136\text{mm}/1\text{hr}$ 、総蛋白 8.8g/dl (γ -グロブリン分画40%)、Alb 3.1g/dl 、BUN 24mg/dl 、Cr 1.1mg/dl 、IgG 3420mg/dl 、CH50 12.4U/ml 、C3 25mg/dl 、C4 3mg/dl 、抗核抗体1280倍(均質型/斑紋型)、抗RNP抗体16倍、RF 30.3、抗SS-A抗体256倍、抗SS-B抗体128倍、免疫複合体(抗C3d抗体) $40.0\mu\text{g/ml}$ であり、尿所見では潜血(3+)、蛋白(3+)で多彩な円柱細胞がみられた。腎生検にてWHO分類でループス腎炎 Stage IV-Cを呈し、唾液腺造影で典型的なapple tree signがみられ、口唇生検では慢性唾液腺炎の所見が認められた。眼科的には涙腺の分泌低下、乾燥性角結膜炎所見がみられた。以上より、SLEとSjögren症候群の合併例と診断し、methylprednisolone pulse therapy (MPT) ($1\text{g}/\text{日} \times 3\text{days}$) 3クールとhigh-dose gammaglobulin infusion ($400\text{mg}/\text{kg}/\text{日} \times 5\text{days}$)を施行した。徐々に血液所見も改善し、血清補体価も正常化したため11月退院。Sjögren症候群に関しては諸臓器の外分泌機能異常は認められず、乾燥症状の自覚症状も乏しいため経過観察とした。1994年3月に血管性紫斑病様皮疹が出現、MPT1クール施行後改善。その後著変なく経過し、初回入院後1年を経て腎生検を含めた諸検査を行った結果、所見の改善が認められたので報告する。

29. V型高脂血症を伴ったSLE+Sjogren症候群の一例

鹿児島大学小児科、鹿児島大学医療技術短期大学部*
前野伸昭、金蔵章子、真砂州宏、西順一郎、桑畑真人、
今中啓之、武井修治、鉾之原 昌*、宮田晃一郎

自己免疫疾患における高脂血症の合併はSLEやITPでいくつか報告があり、その原因として何らかの自己抗体の存在が考えられている。今回我々はシェーグレン症候群にV型高脂血症を伴った一症例を経験し、その病因について免疫学的に検討を行ったので報告する。

症例は関節腫脹を主訴とする10歳女児。近医にて血沈亢進・自己抗体陽性・低補体価を認め膠原病疑いとして当科に紹介入院となった。入院時の検査にて、高 γ -globulin血症と著明な中性脂肪の上昇が認められた。さらに、涙腺・唾液腺の分泌低下も認められたため、耳下腺造影・口唇生検を行ったところシェーグレン症候群と判明した。自己抗体関連ではRA・抗核抗体・抗DNA抗体・抗RNP抗体が陽性であったが抗SS-A・B抗体は陰性であった。高脂血症は電気泳動パターンよりV型と思われ、家族歴や本人の既往歴より二次的なものが予想された。さらに患児においては中性脂肪の代謝に関与する加水分解酵素Lipoprotein lipase (LPL)の活性低下が認められた。両親のLPL活性は正常であった。本例ではその経過においてステロイド療法がTG値を低下させたこと、TG値が γ グロブリン値や免疫グロブリン値と一致して減少したことから何らかの自己抗体が高TG血症の原因と考えられた。そこで抽出LPLを抗原とし患児血清を用いてELISA法・Western Blot法を行ったところLPLに対するIgG抗体の存在が確認された。

周知のごとくシェーグレン症候群ではポリクローナルな抗体産生が多彩な臓器障害の原因となっており本例においても著明なB細胞の増加が認められている。しかし、本例のような酵素そのものに対する自己抗体産生の報告はなく貴重な症例と思われた。

30. 腎炎症状で初発したSLEの一症例

中頭病院 小児科

○石原 龍治、酒井 慎一、町田 孝、花城 可雅、松茂良 力、
島袋 淳吉、宮里 善次、玉那覇 栄一、内間 久吉（同内科）

浮腫、高血圧、血尿、蛋白尿といった腎炎症状で始まり、経過中、全身性エリテマトーデス（以下SLEと略す）と診断した症例を経験した。症例は12歳女児。生来健康で、学校検診でも異常といわれたことはなかった。平成6年3月に顔のむくみを自覚したが、特に不都合を感じなかったため一週間ほど放置。3月29日近医にて尿に異常を指摘され、当科を受診した。来院時、眼瞼と下肢に浮腫を認め、血圧は160/80mmHg。体温は38.5℃。皮膚、粘膜、関節症状はなかった。尿検査では蛋白（4+）、潜血（3+）。蛋白定量で830mg/dl。尿沈渣で多くの赤血球、白血球、円柱を認めた。当初、急性腎炎として入院させて経過をみたところ発熱、浮腫、高血圧、多量の蛋白尿（3～7g/日）、血尿は続き、徐々に低蛋白血症、低アルブミン血症、高脂血症となり、ネフローゼ症候群を呈した。また、3血球系は減少傾向を示した。免疫学的検査では抗核抗体80倍。抗DNA抗体90U/ml以上。C₃:31.33mg/dl、C₄:11.0mg/dl以下、CH50:12.0U/ml以下であった。以上のように、診断基準のうち、腎、血液、免疫系の項目を満たし、本症例をSLEと診断した。また腎生検を施行し、ループ腎炎のWHO分類のうち本症を慢性糸球体腎炎と診断した。治療としてステロイドパルス療法と引き続いてのステロイド内服、免疫抑制療法を行い、臨床症状、検査上の改善、良好なコントロールを得て今日に至っている。本症例は初発が腎炎症状であり、しかもSLEに特徴的な臨床症状は出現しておらず、SLEとして非常に非典型的な経過をたどっている。

31. 小児全身性エリテマトーデスの腎病変の検討

千葉大学小児科 富板美奈子、菊岡修一、青柳正彦、本間季里、
勝木利行、星岡 明、下条直樹、河野陽一
社会保険船橋中央病院小児科 斎藤公幸

(はじめに) 腎病変は、SLEにおいて予後を決定する重要な因子である。当科では、SLE全例に初発時に腎生検を施行し、その病型に応じた治療方法を選択している。初診時の尿所見および血液検査と、腎病変の程度との相関を検討したので報告する。

(方法) 1984年から1994年6月までに当科を受診したSLE症例12例について、初診時の尿所見、補体価、抗DNA抗体価と腎病変の程度を比較した。腎病変の評価はWHO分類によった。

(結果) 腎の組織分類では、WHOⅠ型が1例、Ⅱ型が4例、Ⅲ型が1例、Ⅳ型が6例であった。初診時の尿所見では、Ⅳ型では血尿、蛋白尿、細胞性円柱を認めた例が多かったが、まったく異常所見のない、いわゆるsilent lupus nephritisが1例認められた。一方、Ⅱ型でも血尿、細胞性円柱が認められるものがあつた。血清補体価については、C3ではⅣ型が低値を示す傾向があつたが、C4,CH50では明らかな差は認められなかった。抗DNA抗体については、Ⅳ型で500 U/ml以上の高値をとつたものが2例認められたが、残りの4例と他の病型とでは明らかな差は認められなかった。

(考察) Ⅳ型では、尿所見に異常があり、C3が低値をとる傾向が認められたが、尿所見に異常のない例や、C3が低下しない例も認められた。一方、Ⅱ型でも血尿や細胞性円柱などの異常を認める例もあり、これらの結果のみでは、腎病変の程度を予測することは困難であつた。したがって、今後、さらに症例数を集めて腎生検を施行し、検査と腎病変の相関について検討することが必要と思われた。

32. 初診時尿所見を認めなかった小児SLE に対する腎生検の検討

鹿児島大学小児科, 同医療技術短大¹, 鹿児島市立病院²

重森雅彦、池井純子、武井修治、桑畑真人、中村茂行、二宮 誠²、
前野伸昭、金蔵章子、今中啓之、鉾之原昌¹、宮田晃一郎

【目的】尿所見に異常を認めない SLEに対する腎生検(RB)の必要性を検討した。

【方法及び対象】初診時未治療で尿所見が正常であったSLE 13例を、RB時に尿所見が正常であった 8例(--群)と、RB時までに尿所見が出現したもの 5例(-+群)にわけ、初診時の検査所見、腎病理組織像を比較検討した。両群間では、発症より初診までの期間(--群:平均 2.6 ± 1.9 か月 vs -+群: 1.6 ± 0.7 か月)、発症からRBまでの期間(--群:平均 12.4 ± 14.7 か月 vs -+群: 18.8 ± 18.0 か月)に有意差はなかった。また-+群は発症より平均 17.5 ± 16.8 か月で尿所見が出現し、その平均 1.3 ± 1.5 か月後にRBが施行されていた。

【結果】--群のWHO腎病理組織分類は、Iが1例、IIが7例であり、Chronicity Index(CI)は全例 0であった。一方-+群のWHO分類では、IIが2例、IVが2例、Vが1例であり、CIが0 の例はなく、平均CI値 $2.3 \pm 0.5(1-3)$ と腎組織病変の進行がみられた。そこで初診時の臨床症状や検査所見像をこの2群間で検討した。その結果、臨床症状ではその出現率に有意差を認めるものはなかったが、検査所見では-+群は--群に比べ、血清クレアチニン(--群: 0.5 ± 0.1 mg/dl vs -+群: 0.7 ± 0.2 mg/dl)、血清 $\beta 2$ -microglobulin(--群: 1.9 ± 0.6 mg/dl vs -+群: 3.1 ± 0.4 mg/dl)が有意に高値で($p < 0.05$)、C3(--群: 61.3 ± 21.4 mg/dl vs -+群: 36.3 ± 13.7 mg/dl)、C4(--群: 14.5 ± 7.9 mg/dl vs -+群: 4.2 ± 4.0 mg/dl)では有意に低値であった($p < 0.05$)。

【結論】初診時に尿所見を認めない症例でも比較的短期(平均17.5か月)の経過で尿所見が出現し、進行した腎病理組織像を示すものが5/13 にみられた。したがって、SLEでは尿所見の無い症例でも早期に腎生検を行うべきと考えられ、特に、初診時の検査で血清クレアチニンや $\beta 2$ -microglobulin が高値の例、血清補体値が著しく低い例では早期の腎生検が必要である。

33. 心理的働きかけが有効であった若年性関節リウマチの一例

○松山 毅¹、伊藤 苺子²、神山 政恵²、本間 毅³、
小林 利明¹、渡辺 言夫¹
1 杏林大学小児科、2 同理学療法室、3 同整形外科

若年性関節リウマチは小児期に発症するが故に、患児の心理面に与える影響が大きい。しかし、我々の日常診療に於いてそのことが必ずしも充分に考慮されているとはいえない。

今回我々は、若年性関節リウマチの治療中特異な経過をとった5歳の男児に於いて、言語、理学療法立場からの心理的働きかけが有効であった若年性関節リウマチの一例を経験したので報告する。

症例は、5歳発症の多関節発症型若年性関節リウマチで、当初は化膿性関節炎の疑いとして、整形外科で外科的治療がなされていたが、その後若年性関節リウマチと診断され当科に転科、NSAID、ステロイド剤の投与を中心に入院加療を続けた。

主に膝関節拘縮に関しリハビリ施行されていたが、極度の内向性を示し、また理学療法に対して激しい抵抗を見せた。その為歩行も不可能な状態が続いた。描画検査等心理学的アプローチによって、児の状態は母児分離不安、下肢に対するコンプレックスによるものであることがわかり、描画による児への働き掛けと母児同室でのリハビリを進めた。その結果、理学療法士との関係は改善し、リハビリにも積極的に取り組むようになり、独歩可能となり入院約8ヵ月で退院し、現在小学校に毎日登校している。

若年性関節リウマチの治療に於いて、心理療法の重要性を再認識する必要があると思われた。

Naproxen、Tolmetinにて、多発性肺梗塞、血球貪食症候群を発症した全身型JRAの2歳男児例

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

〔目的〕全身型JRAの2歳児にNaproxenを投与した。症状の改善なく、preDICを発症したため中止、抗凝固およびステロイド療法開始するも、呼吸困難出現、多発性肺梗塞と診断した。次にTolmetinを併用したが、汎血球減少が出現、血球貪食症候群と診断された。臨床経過を報告する。

〔症例〕2歳2カ月、男児。家族歴、既往歴に異常なし。'93年11月24日発熱、近医入院。各種培養陰性。抗生剤不応。弛張熱となり、関節炎症状と発疹が出現し、12月9日当院転院。入院時、貧血以外特記すべき所見なし。36℃より41℃におよぶspiking feverを呈し、発熱時は関節を屈曲し体を動かさず、体幹に淡い不定形小紅斑を認めた。検査上、WBC 23100/ μ l, Hb 9.7g/dl, Plt 46.9×10^4 / μ l, ESR 99mm/h, CRP 10.74mg/dl, Alb 2.9 g/dl, Ferritin 11000ng/ml, またフィブリノーゲン(541mg/dl), FDP(17.0 μ g/ml)の上昇がみられた。骨髓に異常所見なし。

全身型JRAと診断、11日よりNaproxen投与開始。13日より全身性浮腫出現、14日WBC 13500, Hb 8.4, Plt 8.5×10^4 , ESR 56, Alb 2.0, PPT比1.30, フィブリノーゲン322, FDP25.6となり、preDICと診断、Naproxen中止、抗凝固およびプレドニン療法を開始した。しかし、15日にはPlt 4.5×10^4 まで減少、多呼吸および呼吸困難が出現した。肺血流シンチ上、多数の斑状欠損像が認められ、多発性肺梗塞と診断した。その後、Tolmetinを併用開始したが、汎血球減少が進行、5日後にはWBC 6400, Hb 6.6, Plt 11.2×10^4 となり、骨髓で血球貪食像が認められた。Tolmetin中止後軽快した。MTX併用にて発熱等の症状のコントロールも可能となったが、JRAとしては、ステロイド依存性が強く、現在極めてコントロールの難しい経過となっている。

〔考察〕全身型JRAの活動性の高い時期のNSAIDの投与法と、その稀な合併症について検討する。

35. 若年性関節リウマチの治療 ——アスピリン治療の再評価と新しい非ステロイド系抗炎症剤による治療の方向性

社会保険船橋中央病院 小児科*

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

近年、若年性関節リウマチ（JRA）の治療にアスピリン以外の非ステロイド系抗炎症剤（NSAID）が用いられるようになってきた。新しいNSAIDとアスピリンによる治療の効果を比較する目的でその実態を調査した。

【対象】1982年以後に治療を開始した23名のJRAで、全身型9名（男5、女4）、多関節型9名（男1、女8）を対象とした。治療開始時の年齢は、2～17（平均9.0）歳であった。このうち当初からステロイド剤が併用された例を除く、18回の治療について初回に使用されたNSAIDと使用期間、中止理由を調査した。

【結果】全身型9名中7名はアスピリンで治療され、使用期間は、平均29.4週であった。中止の理由は副作用が4/7で最も多く、無効例1/7、寛解2/7であった。また、2名はアリール酢酸系NSAIDで平均30.0週間治療され、2名とも副作用のために中止されていた。多関節型9名中5名は、アスピリンで治療され、平均28.0週後に副作用で2/5、無効のため2/5、寛解により1/5が中止されていた。また、4名はプロピオン酸系NSAIDで治療され平均9.3週後に3/4が無効とされ中止されていた。JRAの治療に用いられるNSAIDは、2つの病型とも現在でもアスピリンが半数以上を占めていた。アスピリン以外のNSAIDでは全身型では抗炎症効果の強いアリール酢酸系NSAIDが選択され、多関節型では副作用の比較的少ないプロピオン酸系NSAIDが選択されていた。NSAID中止の理由では全身型ではNSAIDの種類にかかわらず、副作用による中止が目だった。一方、多関節型ではアスピリンは副作用による中止例と無効例がほぼ同数であり、プロピオン酸系NSAIDでは、比較的早期に無効と判定される傾向にあった。

【考案】今後は病型別に適切なNSAIDを選択するとともに、新しいNSAIDについては、アスピリンと同様に血中濃度をモニターするなど新しい治療計画をさらに検討してゆく必要があると考えられた。

36. 若年性関節リウマチに対するNSAIDの検討

鹿児島大学医学部小児科，同 医療技術短期大学部*
武井修治，今中啓之，真砂洲宏，重森雅彦，前野伸昭，
檜作和子，鉾之原昌*，宮田晃一郎

「対象」鹿児島大学小児科膠原病外来病棟に於いてNSAIDにより治療が開始されたJRA32例を対象とした。男17例，女15例，全身型(SY)14例，多関節型(PO)10例，少関節型(PA)8例であり，平均年齢は8.6歳であった。治療開始からの観察期間は平均12.9か月であり，NSAIDによる治療開始後，ステロイドや免疫調節剤治療が併用された症例では，その時点まで観察が続けられた。

「結果」対象となったJRA32例中，ステロイドへ治療が変更された例は3例(全例SY)，DMARDの併用が開始された例は5例(SY1，PO2，PA2)であった。NSAIDのみで治療された残り24例中，寛解したものが18例あり，そのうち10例はアスピリン単独，5例はアスピリン+フルビプロフェンであり，アスピリン+トルメチン，トルメチン単独，ピロキシカム単独はそれぞれ1例ずつであった。アスピリン単独又は併用で寛解した16例が臨床症状や検査値の改善をみた時のアスピリン投与量は平均で55.2mg/kg/dayとそれほど多いものではなく，有効血中濃度に達していた例はみられなかった(0/5)。アスピリン単独で寛解した10例の平均投与量も57.8mg/kg/dayであった。アスピリンによる肝障害は使用した28例中11例で発生しており，GOT又はGPTが500を超えた例(n=4)でのアスピリン平均投与量は66.0 mg/kg/day，血中濃度は137.4 μ g/mlと有効濃度以下であった。また，肝障害後アスピリンを減量中止したにもかかわらず臨床像や検査値が改善し寛解となったものが4例あった。

「結論」アスピリンは有効濃度に達するまで安全に投与できる症例は限られており，アスピリン有効例のなかには自然経過による寛解例が含まれているものと考えられた。したがって，難治例の治療のためには，アスピリン以外のNSAIDに対する多施設での検討が必要である。

37. 久留米大学小児科で経験した若年性関節リウマチの予後

久留米大学小児科

平田知滋、伊達是志、一ノ瀬英世、加藤裕久

若年性関節リウマチ (JRA) は、小児期 (15歳以下) に発症した慢性関節リウマチ (RA) であるが多彩な症状と非特異的な検査結果および慢性・難治性の経過のため、その診断と治療に大変苦慮する疾患である。また、成人RAとの異同についてもいまだに明確になっていない。

今回、我々は当科を受診しカルテおよびアンケート調査にて病型・予後の推定可能なJRA51例の予後の検討を行った。患児の平均発症年齢は、6.4歳、男女比22:29で全身型36例 (70%)・多関節型9例 (18%)・少関節型6例 (12%) であった。

臨床的予後は、寛解あるいは軽快したものが28例 (55%)、慢性化したものが22例 (43%)、不明1例 (2%) であった。多関節型が最も予後不良で、慢性の経過をとるものが多かった。

症例の中には、8年の経過で完全寛解した例や7年間の寛解後に再燃した例がみられ、本疾患の予後を推測することがいかに困難であるかが示された。また、JRAの改善後に、急性リンパ芽球性白血病および潰瘍性大腸炎を合併した症例がそれぞれ1例ずつみられた。本疾患とこれらの併発症との因果関係は不明であるが、両者とも鑑別疾患として重要なものであり興味深い所見と考えられた。

重症例では、年齢に関わらずステロイド剤や免疫抑制剤の投与を余儀なくされることが多く、本疾患自体による骨の障害と伴に成長障害の大きな原因となっている。低身長を呈している症例の中で経過の明かなものについて検討を行ったので報告する。

38. 若年性関節リウマチ4例におけるMTXの使用経験

旭川医科大学小児科学教室

東 寛、白井 勝、三田村 亮、今西亜矢、奥野晃正

我々は、過去2年間に4例のJRAを経験し始めにAspirinによる治療を開始したが、全例無効あるいは肝障害のため途中からMTXの投与を開始している。これらの経過について報告する。

(症例1)：女児。1歳5か月に発熱、股関節、膝関節痛で発症。Aspirinの効果なく多関節型に移行した。3歳時MTX($5\text{mg}/\text{m}^2/\text{week}$)を開始し著効した。現在MTXを中止できている。

(症例2)：女児。1歳10か月時に右膝関節の腫脹と跛行が出現。一時Aspirinにて軽快したが3歳時に関節症状が再燃。Aspirinは無効で多関節型へ移行。炎症所見も顕著になりMTX($5\text{mg}/\text{m}^2/\text{week}$)の投与を開始した。一端、病勢の部分的な改善をみたが最終的にMTX($10.25\text{mg}/\text{m}^2/\text{week}$)、Prednisolone($2\text{mg}/\text{kg}/\text{day}$)、およびFlurbiprofen($4\text{mg}/\text{kg}/\text{day}$)の3剤の投与を開始し症状は劇的に改善した。現在経過観察中である。

(症例3)：女児。1歳9か月左膝関節のみ罹患。CRPは陰性。Aspirinが無効で2歳時からMTXを開始。5mg/m²/weekでは効果がなく10mg/m²x2/weekにしたところ著効した。

(症例4)：女児。1歳7か月に左足関節、右膝の腫脹が出現。炎症反応も認める。Aspirinは無効で、Flurbiprofen($4\text{--}5\text{mg}/\text{kg}$)の投与を加え、若干の効果を認めていた。2歳時からMTX投与($5\text{mg}/\text{m}^2$)を開始している。

(まとめ) 症例1, 3はMTXが著効。症例2は、MTX単独では不十分な効果しか得られずPrednisolone, Flurbiprofenとの併用を行なった。症例4は現在経過観察中である。4例ともMTXによる重篤な副作用は認めていないが、いずれも2-3歳でMTX投与を開始しており、副作用に関し十分なfollow upが必要になると考えている。

39. 若年性関節リウマチ (JRA) に対するMethotrexateを含む 多剤併用療法

横浜市立大学医学部

森 雅亮、今川智之、友野順章、片倉茂樹、栗山智之、高橋由利子、
四家広子、伊部正明、満田年宏、相原雄幸、横田俊平

従来からJRAの治療法は薬剤を時期、状況により順次変更していくピラミッド療法が主流を占めてきたが、1989年、Wilskeらは、炎症の早期抑制、関節障害の防止、関節機能の保持が治療目的として理想的であるとの見地から、病初期から多剤を併用していく"Step-down bridge"法を提唱した。今回、私達はMethotrexate (MTX)を含む多剤併用療法を疾患初発例（短期フォロー例）、あるいは治療難渋例（長期フォロー例）に適用し、その効果について検討したので報告する。

【対象と方法】対象は、発症早期からMTXを含む多剤併用療法を適用した短期フォロー例5例と、ピラミッド療法の後にMTXを含む多剤併用療法に至った長期フォロー例5例である。症例の型別で分類すると、短期フォロー例では全身型1例、多関節型3例、少関節型1例、長期フォロー例では全身型→多関節型1例、多関節型4例であった。主な薬剤の投与量は、Aspirin (ASA) 50-70mg/kg/day, Prednisolon (PSL) 3-10mg/day, MTX 5-7.5mg/weekであった。治療効果の判定は、CRP, 赤沈値, リウマチ因子などの炎症所見の変化、肝機能障害, 胃腸障害, 眼合併症などの副作用の出現の有無、等を参考に行った。

【結果】短期フォロー例は5例とも速やかに関節の疼痛、腫脹がおさまリ、関節の機能的障害は残さなかった。また、早期に炎症反応の正常化がみられ、薬剤の副作用も認められなかった。長期フォロー例は現在のところ副作用なく関節炎も緩和され、QOLの向上が認められている。

【考案】JRAにおけるMTXを含む多剤併用療法は、急性例、慢性例ともに副作用の少ない有効な治療法と考えられた。この方法で早期に炎症を抑制し、リハビリテーションを組み合わせることで関節機能の保持が可能であると考えられる。

40. リウマチ・膠原病におけるペニシラミン、ブシラミン剤の試み

帝京大学・小児科

吉野加津哉、柱新太郎、沖津祥子、阿部敏明

免疫調節剤(DMARD)を関節リウマチ以外の膠原病に対して使用した報告は殆ど認められない。しかし、これらの薬剤の薬効が自己免疫疾患の免疫異常の改善を目的とする点にあるとすれば、SLEをはじめその他の疾患に投与することに矛盾を感じない。そこで、D-penicillamine(D-p剤)とBucillamine(Bu剤)を若年性関節リウマチとその他の膠原病に投与して、その有効性を検討したので報告する。

〔対象及び方法〕若年性関節リウマチ(JRA)3例、皮膚筋炎(DM)3例、全身性エリテマトーデス(SLE)1例の計7例である。用量はD-p剤が3-5mg/Kg/日、Bu剤が5mg/Kg/日で、投与期間は3カ月以上である。全患者でこれらの薬剤が投与される前は、ステロイド剤(ス剤)投与がなされていたが、減量に伴い再燃を反復していた。従ってス剤投与との併用で開始した。薬効の判定は臨床症状と検査所見、ス剤の投与減量を参考にした。また、副作用が出現した場合は直ちに中止した。

〔結果〕1).D-p剤治験例について：①3例のJRAでは無効であった。1例のJRAでは結節性紅斑が出現したので中止した。②2例のDMでは皮膚所見(紅斑、Gottron疹)や筋所見は改善し、ス剤の減量離脱が可能であった。数年間、完全寛解している。③SLEの1例は10カ月投与するも効果なく、SLEの再燃により中止した。

2).Bu剤治験例について：DMの1例は皮膚症状の改善を認め、現在、ス剤を減量中である。

〔まとめ〕D-p剤及びBu剤とも、3例のDMにおいて著効した。JRA、SLE例では有効とは判断出来なかった。治験例が少数であり、結論は症例の集積の結果を待たねばならぬが、関節リウマチ以外の疾患にもDMARD剤の投与を試みるべき道標となると思われる。

41. 小児SLE患者における漢方投与適応の検討

日吉一夫, 藤田之彦, 稲毛康司, 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, *日本大学総合科学研究所,

**獨協医科大学越谷病院小児科

〔はじめに〕 昨年の当研究会において我々は、若年性関節リウマチに対して柴胡剤を始めとした漢方製剤を補助療法として使用し、その有効性を報告した。しかし漢方製剤は、投与対象例の選択や漢方開始時期の適応など明確な基準に乏しく、使用症例および投与小児科医両者の個別性が大きいのが現状である。今回我々は小児SLEにおける漢方製剤の使用状況をまとめ、担当医師各々の漢方製剤選択適応を調査することで漢方投与の客観的指標を検討した。

〔対象ならびに方法〕 昭和48年1月より平成4年12月までの20年間に日本大学板橋病院小児科と獨協医科大学越谷病院小児科を受診し経過観察している小児SLE患者のうち漢方製剤が6か月以上にわたって漢方製剤が使用された症例について投与製剤、投与時期等について調査した。適応については担当医師に投与開始判断指標と漢方継続可否判定の指標と時期について検討した。

〔結果および考察〕

漢方製剤使用例は全16例で小柴胡湯を始めとする柴胡製剤使用例が大部分を占めていた。投与開始時期についてはステロイド剤による寛解導入の前後から補助療法としての使用が多く、投与量は成人と同量か2/3量で、ステロイド剤の減量に伴い投与終了となる症例がほとんどであった。当対象施設で小児膠原病の専門診療に当たる医師の大多数が漢方を使用していた。東洋医学の臨床経験が豊かな医師ほど使用適応として証をあげたが、ステロイド剤の副作用軽減、外因性ステロイドの減量など西洋医学的な薬利作用に使用目的を求める医師も見られた。小児SLEに対する漢方製剤併用療法の適応を明確にすることが補助療法の客観的評価に有用と考えられた。

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、幹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 日本大学総合科学研究所
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 神奈川県予防医学協会中央診療所（監事）
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
武井 修治 鹿児島大学医学部小児科学教室（国際担当）
立沢 幸 国立小児病院感染リウマチ科
兵頭 行夫 神奈川県藤沢保健所（監事）
藤川 敏 獨協医科大学医学部小児科学教室（国際担当）
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（国際担当）
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小児科学教室

（五十音順）

事務局 杏林大学医学部小児科学教室 松山 毅

日本小児リウマチ研究会 会員名簿

氏 名	勤 務 先	勤 務 先 住 所	電 話
あ 相原 雄幸	横浜市立大学医学部 小児科	〒232 横浜市金沢区福浦 3-9	045-787-2671
青木 継稔	東邦大学医学部 第二小児科	〒153 東京都目黒区大橋 2-17-6	03-3468-1251
赤城 邦彦	神奈川県立こども医療センター 感染免疫科	〒232 横浜市南区六ッ川 2-138-4	045-711-2351
安立 浩	甲府市立甲府病院 小児科	〒400 甲府市幸町 14-6	0552-33-7101
天本 祐輔	済生会八幡総合病院 小児科	〒805 北九州市八幡東区春の町 5-9-27	093-662-5211
鮎沢 衛	日本大学医学部 小児科	〒173 東京都板橋区大谷口上町 30-1	03-3972-8111
有本 寛	聖マリアンナ医科大学 小児科	〒213 川崎市宮前区菅生 2-16-1	044-977-8111
安藤 秀男	名古屋大学医学部 小児科	〒466 名古屋市昭和区鶴舞町 65	052-741-2111
い 飯倉 洋治	国立小児病院 アレルギー科	〒154 東京都世田谷区太子堂 3-35-31	03-3414-8121
五十嵐 隆	東京大学医学部附属病院分院 小児科	〒112 東京都文京区目白台 3-28-6	03-3943-1151
五十嵐 徹	日本医科大学第一病院 小児科	〒102 東京都千代田区飯田橋 3-5-5	03-3262-8331
石井 敏明	北海道社会保険中央病院 小児科	〒062 札幌市豊平区中之島一条 8-3-18	011-831-5151
石坂 明人	北海道社会保険中央病院 小児科	〒062 札幌市豊平区中之島一条 8-3-18	011-831-5151
一木 貞徳	福岡大学医学部 小児科	〒814-01 福岡市城南区七隈 7-45-1	092-801-1011
一戸 貞人	岩手医科大学 小児科	〒020 盛岡市内丸 19-1	0196-51-5111
伊藤 雅彦	埼玉医科大学 小児科	〒350-04 埼玉県入間郡毛呂山町 毛呂本郷 38	0492-95-1111
伊藤 保彦	日本医科大学第一病院 小児科	〒102 東京都千代田区飯田橋 3-5-5	03-3262-8331
稲毛 康司	日本大学医学部 小児科	〒173 東京都板橋区大谷口上町 30-1	03-3972-8111
乾 あやの	防衛医科大学校 小児科	〒359 埼玉県所沢市並木 3-2	0429-95-1511
猪俣 幸子	東京大学医学部附属病院分院 小児科	〒112 東京都文京区目白台 3-28-6	03-3943-1151
伊部 正明	横浜市立大学医学部 小児科	〒236 横浜市金沢区福浦 3-9	045-787-2671
今中 啓之	鹿児島大学医学部 小児科	〒890 鹿児島市桜ヶ丘 8-35-1	0992-75-5354
岩田 力	東京大学医学部附属病院分院 小児科	〒112 東京都文京区目白台 3-28-6	03-3943-1151
う 植地 正文	神奈川県予防医学協会 中央診療所	〒231 横浜市中区日本大通 58 日本大通りビル	045-641-8501
え 江上由里子	獨協医科大学越谷病院	〒343 埼玉県越谷市南越谷 2-1-50	0489-65-1111
遠藤 郁夫	浜町小児科医院	〒250 神奈川県小田原市浜町 1-14-5	0465-22-2238
お 大国 真彦	日本大学医学部 小児科	〒173 東京都板橋区大谷口上町 30-1	03-3972-8111
大久保裕子	杏林大学医学部 小児科	〒181 東京都三鷹市新川 6-20-2	0422-47-5511
沖津 祥子	帝京大学医学部 小児科	〒173 東京都板橋区加賀 2-11-1	03-3964-1211
奥山 伸彦	神奈川県立こども医療センター 感染免疫科	〒232 横浜市南区六ッ川 2-138-4	045-711-2351

氏 名	勤 務 先	勤 務 先 住 所	電 話
お 小田 禎一	福岡大学医学部 小児科	〒814-01 福岡市城南区七隈 7-45-1	092-801-8121
小幡 俊彦	国立小児病院 アレルギー科	〒154 東京都世田谷区太子堂 3-35-31	03-3414-8121
小原 明	東邦大学医学部 第一小児科	〒143 東京都大田区大森西 6-11-1	03-3762-4151
小保内俊雅	千葉大学医学部 小児科	〒280 千葉市亥鼻 1-8-1	0472-22-7171
か 加久 浩文	聖マリアンナ医科大学 小児科	〒213 川崎市宮前区菅生 2-16-1	044-977-8111
片倉 茂樹	小田原市立病院 小児科	〒250 神奈川県小田原市久野 46	0465-34-3175
勝木 利行	千葉大学医学部 小児科	〒280 千葉市亥鼻 1-8-1	0472-22-7171
加藤 達夫	聖マリアンナ医科大学 小児科	〒213 川崎市宮前区菅生 2-16-1	044-977-8111
加藤 裕久	久留米大学医学部 小児科	〒830 福岡県久留米市旭町 67	0942-35-3311
金丸 浩	日本大学医学部 小児科	〒173 東京都板橋区大谷口上町 30-1	03-3972-8111
金蔵 章子	鹿児島大学医学部 小児科	〒890 鹿児島市桜ヶ丘 8-35-1	0992-75-5354
金子 家明	埼玉医科大学 小児科	〒350-04 埼玉県入間郡毛呂山町 毛呂本郷 38	0492-95-1111
神谷 恵子		〒145 東京都大田区上池台 3-19-16	03-3728-2431(自)
o 川合 博	長野県立こども病院	〒399-82 長野県南安曇郡豊科町豊科 3100	0263-73-6700
川瀬 博子	防衛医科大学校 小児科	〒359 埼玉県所沢市並木 3-2	0429-95-1211
川野 豊	埼玉医科大学 小児科	〒350-04 埼玉県入間郡毛呂山町 毛呂本郷 38	0492-95-1111
川原 清美	東邦大学医学部附属大森病院 第1小児科	〒143 東京都大田区大森西 6-11-1	03-3762-4151
き 北川 真	大阪医科大学 小児科	〒569 大阪府高槻市大学町 2-7	0726-83-1221
北原 正志	長野県立こども病院 血液免疫科	〒399-82 長野県南安曇郡豊科町豊科 3100	0263-73-6700
北村 淳子	防衛医科大学校 小児科	〒359 埼玉県所沢市並木 3-2	0429-95-1511
木原美奈子	京都府立医科大学 小児科	〒605 京都市上京区河原町通広小路上ル 梶井町 465	075-251-5571
く 久保 政勝	東京慈恵会医科大学柏病院 小児科	〒277 千葉県柏市柏下 163-1	0471-64-1111
栗山 達	内野診療所	〒270-13 千葉県印旛郡印西市内野 1-5	0476-46-3261
栗山 智之	横浜市立大学医学部 小児科	〒236 横浜市金沢区福浦 3-9	045-787-2671
こ 小池 雄一	国立小児病院 感染リウマチ科	〒154 東京都世田谷区太子堂 3-35-31	03-3414-8121
河野 陽一	千葉大学医学部 小児科	〒280 千葉市亥鼻 1-8-1	0472-22-7171
小島 博之	松戸市立病院	〒271 千葉県松戸市上本郷 4005	0473-63-2171
小林 信一	東京慈恵会医科大学 小児科	〒105 東京都港区西新橋 3-25-8	03-3433-1111
小林 利章	杏林大学医学部 小児科	〒181 東京都三鷹市新川 6-20-2	0422-47-5511
小松 博史	京都府立医科大学 小児科	〒605 京都市上京区河原町通広小路上ル 梶井町 465	075-251-5571
小宮山 淳	信州大学医学部 小児科	〒390 長野県松本市旭 3-1-1	0263-35-4600
五島 俊郎	聖マリアンナ医科大学 小児科	〒213 川崎市宮前区菅生 2-16-1	044-977-8111

氏 名	勤 務 先	勤 務 先 住 所	電 話
さ 齊藤 公幸	社会保険船橋中央病院 小児科	〒273 千葉県船橋市海神 6-13-10	0474-33-2111
坂口美奈子	飯塚病院	〒820 福岡県飯塚市芳雄町 3-83	0948-22-3800
佐藤 達也	東京慈恵会医科大学柏病院 小児科	〒277 千葉県柏市柏下 163-1	0471-64-1111
し 重森 雅彦	鹿児島大学医学部 小児科	〒890 鹿児島市桜ヶ丘 8-35-1	0992-75-5354
清水千佐登	横浜市立大学医学部 小児科	〒236 横浜市金沢区福浦 3-9	045-787-2671
清水 広子	横浜市立大学医学部 小児科	〒236 横浜市金沢区福浦 3-9	045-787-2671
下条 直樹	千葉大学医学部 小児科	〒280 千葉市亥鼻 1-8-1	0472-22-7171
城 宏輔	埼玉県立小児医療センター 感染免疫アレルギー科	〒339 埼玉県岩槻市馬込 2100	048-758-1811
す 杉原 雄三	国立小児病院 アレルギー科	〒154 東京都世田谷区太子堂 3-35-31	03-3414-8121
杉村 洋子	千葉県こども病院	〒266 千葉市緑区辺田町 579-1	
せ 関 孝	埼玉県立小児医療センター 感染免疫アレルギー科	〒339 埼玉県岩槻市馬込 2100	048-758-1811
た 高橋由利子	横浜市立大学医学部 小児科	〒236 横浜市金沢区福浦 3-9	045-787-2671
高橋 義博	大館市立総合病院 小児科	〒017 秋田県大館市豊町 3-1	0186-42-5370
高室 基樹	青森県立中央病院 小児科	〒030 青森市大字造道字磯野 33-2	0177-26-8244
高柳 直子	国立療養所下志津病院 小児科	〒284 千葉県四街道市鹿渡 934-5	043-422-2511
瀧川 孝子	鳥取大学医学部 小児科	〒683 鳥取県米子市西町 36-1	0859-34-8109
武井 修治	鹿児島大学医学部 小児科	〒890 鹿児島市桜ヶ丘 8-35-1	0992-75-5354
竹田 誠	信州大学医学部 小児科	〒390 長野県松本市旭 3-1-1	0263-35-4600
田里 寛	福井赤十字病院	〒910 福井市月見 2-4-1	0776-36-3630
立花 鉄矢	三共株式会社 学術開発二部	〒103 東京都中央区日本橋本町 3-5-1	03-5255-7143
立澤 宰	国立小児病院 感染リウマチ科	〒154 東京都世田谷区太子堂 3-35-31	03-3414-8121
田中 信介	田中医院	〒410 静岡県沼津市高島町 23-15	0559-21-2053
田中 立歩	福井赤十字病院	〒910 福井市月見 2-4-1	0776-36-3630
田中 宗史	東邦大学医学部附属大森病院 第一小児科	〒143 東京都大田区大森西 6-11-1	03-3762-4151
田中 靖彦	福井赤十字病院	〒910 福井市月見 2-4-1	0776-36-3630
田中百合子	清水市立病院	〒424 静岡県清水市宮加三 1231	0543-36-1111
伊達 是志	久留米大学医学部 小児科	〒830 福岡県久留米市旭町 67	0942-35-3311
ち 千葉喜代志	むつ総合病院 小児科	〒035 青森県むつ市小川町 1-2-8	0175-22-7171
つ 月本 一郎	東邦大学医学部 第一小児科	〒143 東京都大田区大森西 6-11-1	03-3762-4151
と 富坂美奈子	千葉大学医学部 小児科	〒280 千葉市亥鼻 1-8-1	0472-22-7171
友野 順章	横浜市立大学医学部 小児科	〒236 横浜市金沢区福浦 3-9	045-787-2671
な 中島 典子	東京大学医学部附属病院分院 小児科	〒112 東京都文京区目白台 3-28-6	03-3943-1151

氏 名	勤 務 先	勤 務 先 住 所	電 話
な 中村 凱次	福井赤十字病院	〒910 福井市月見 2-4-1	0776-36-3630
中村 文子	国立療養所下志津病院 小児科	〒284 千葉県四街道市鹿渡 934-5	043-422-2511
中山 継代	北海道社会保険中央病院 小児科	〒062 札幌市豊平区中之島一条 3-3-19	011-831-5151
永田 正人	国立小児病院 感染リウマチ科	〒154 東京都世田谷区太子堂 3-35-31	03-3414-8121
長野 省吾	千歳市立病院 小児科	〒060 北海道千歳市東雲町 1	0123-24-3181
に 西村 淳	日本大学医学部 小児科	〒173 東京都板橋区大谷口上町 30-1	03-3972-8111
の 野口恵美子	都立墨東病院 小児科	〒130 東京都墨田区江東橋 4-23-15	03-3633-6151
野平 勲一	千葉リハビリテーションセンター	〒266 千葉市緑区誉田町 1-45-2	043-291-1831
野間 剛	埼玉医科大学 小児科	〒350-04 埼玉県入間郡毛呂山町 毛呂本郷 38	0492-95-1111
は 早川 浩	東京大学医学部附属病院分院 小児科	〒112 東京都文京区目白台 3-28-6	03-3943-1151
林 修平	福井赤十字病院	〒910 福井市月見 2-4-1	0776-36-3630
林原 博	鳥取大学医学部	〒683 鳥取県米子市西町 36-1	0859-34-8109
ひ 樋口 薫		〒201 東京都狛江市和泉本町 4-11-1	03-3480-1151
兵頭 行夫	神奈川県藤沢保健所	〒251 神奈川県藤沢市鵠沼石上 2-7-1	0466-26-2111
日吉 一夫	日本大学医学部 小児科	〒173 東京都板橋区大谷口上町 30-1	03-3972-8111
平田 知慈	飯塚病院	〒820 福岡県飯塚市芳雄町 3-83	0948-22-3800
平田 雅昭	福岡大学医学部 小児科	〒814-01 福岡市城南区七隈 7-45-1	092-801-8121
ふ 福永 謙	東京慈恵会医科大学柏病院 小児科	〒277 千葉県柏市柏下 163-1	0471-64-1111
藤永 秀子	東京女子医科大学リウマチ痛風センター	〒160 東京都新宿区西新宿 2-4-1	03-3348-0988
福永 慶隆	日本医科大学第一病院 小児科	〒102 東京都千代田区飯田橋 3-5-5	03-3262-8331
藤川 敏	獨協医科大学越谷病院 小児科	〒343 埼玉県越谷市南越谷 2-1-50	0489-65-1111
藤田 之彦	日本大学医学部 小児科	〒173 東京都板橋区大谷口上町 30-1	03-3957-6186
ほ 伯耆原 洋	甲府市立甲府病院 小児科	〒400 甲府市幸町 14-6	0552-33-7101
鉾之原 昌	鹿児島大学医療技術短期大学部	〒890 鹿児島市桜ヶ丘 8-35-1	0992-75-6750
星岡 明	千葉大学医学部 小児科	〒280 千葉市亥鼻 1-8-1	0472-22-7171
堀 誠	東京慈恵会医科大学 小児科	〒105 東京都港区西新橋 3-25-8	03-3433-1111
本間 季里	千葉大学医学部 小児科	〒280 千葉市亥鼻 1-8-1	0472-22-7171
ま 前田 真治	福井赤十字病院	〒910 福井市月見 2-4-1	0776-36-3630
前田 基晴	杏林大学医学部 小児科	〒181 東京都三鷹市新川 6-20-2	0422-47-5511
前野 伸昭	鹿児島大学医学部 小児科	〒890 鹿児島市桜ヶ丘 8-35-1	0992-75-5354
増田 佳織	鹿児島大学医学部 小児科	〒890 鹿児島市桜ヶ丘 8-35-1	0992-75-5354
松尾 準雄	東邦大学医学部 第一小児科	〒143 東京都大田区大森西 6-11-1	03-3762-4151

氏 名	勤 務 先	勤 務 先 住 所	電 話
ま 松山 毅	杏林大学医学部 小児科	〒181 東京都三鷹市新川 6-20-2	0422-47-5511
真砂 洲宏	鹿児島大学医学部 小児科	〒890 鹿児島市桜ヶ丘 8-35-1	0992-75-5354
満田 年宏	横浜市立大学医学部 小児科	〒236 横浜市金沢区福浦 3-9	045-787-2671
む 村上 勝	参天製薬	〒533 大阪市東淀川区下新庄 3-9-19	06-321-7068
も 本山 治	東邦大学医学部附属大森病院 第一小児科	〒143 東京都大田区大森西 6-11-1	03-3762-4151
森 雅亮	横浜市立大学医学部 小児科	〒236 横浜市金沢区福浦 3-9	045-787-2671
や 矢田 純一	東京医科歯科大学医学部 小児科	〒113 東京都文京区湯島 1-5-45	03-3813-6111
藪原 明彦	信州大学医学部 小児科	〒390 長野県松本市旭 3-1-1	0263-35-4600
山口 朝子	横浜市立大学医学部 小児科	〒236 横浜市金沢区福浦 3-9	045-787-2671
山口 賢一	千葉大学医学部 小児科	〒280 千葉市亥鼻 1-8-1	0472-22-7171
山田 亜古	日本大学医学部 小児科	〒173 東京都板橋区大谷口上町 30-1	03-3972-8111
山田耕一郎	昭和大学藤ヶ丘病院 小児科	〒227 横浜市緑区藤ヶ丘 1-30	045-971-1151
山本 智章	杏林大学医学部 小児科	〒181 東京都三鷹市新川 6-20-2	0422-47-5511
山本 正生	日本医科大学第一病院 小児科	〒102 東京都千代田区飯田橋 3-5-5	03-3262-8331
ゆ 由利 賢治	北海道社会保険中央病院 小児科	〒062 札幌市豊平区中之島一条 8-3-18	011-831-5151
よ 横田 俊平	横浜市立大学医学部 小児科	〒236 横浜市金沢区福浦 3-9	045-787-2671
吉野加津哉	帝京大学医学部 小児科	〒173 東京都板橋区加賀 2-11-1	03-3964-1211
余田 篤	枚方市民病院	〒567 大阪府枚方市	0720-47-2841
り 李 慶英	東京女子医科大学第二病院 小児科	〒116 東京都荒川区西尾久 2-1-10	03-3810-1111
わ 若杉 宏明	東京慈恵会医科大学附属青戸病院 小児科	〒125 東京都葛飾区青戸 6-41-2	0286-73-2111
渡辺 卓二	北信総合病院 小児科	〒383 長野県中野市西 1-5-63	0269-22-2151
渡辺 言夫	杏林大学医学部 小児科	〒181 東京都三鷹市新川 6-20-2	0422-47-5511
和田 紀之	東京慈恵会医科大学 小児科	〒105 東京都港区西新橋 3-25-8	03-3433-1111
和田 靖之	東京慈恵会医科大学柏病院 小児科	〒277 千葉県柏市柏下 163-1	0471-64-1111

お詫びとお願い

この住所録は、会員相互の円滑なコミュニケーションを図る目的で、平成6年9月の時点での事務局の資料にもとに作成いたしました。誤字等がございましたら御容赦下さい。(第4回日本小児リウマチ研究会会長 銚之原 昌)

日本小児リウマチ研究会事務局連絡先

〒181 東京都三鷹市新川 6-20-2 杏林大学医学部小児科 松山 毅

☎0422-47-5511 (内線2532) FAX0422-47-8184

わんぱく世代の感染症に

健保適用

新包装追加
0.5g分包品

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、大腸菌などの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
- ⑥ 副作用発現率 3.7% (26例/708例)

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、クレブシエラ属、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(腎盂腎炎、膀胱炎) ● 猩紅熱

用法・用量

通常、小児に対しては、セフトラム ビボキシルとして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、疾病の治療上必要な最少量の期間の投与にとどめること。

※その他の使用上の注意、取扱上の注意等は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



トミロン[®]細粒
小児用100 <100mg(力価)/g>

TOMIRON[®] 日抗基：セフトラム ビボキシル錠 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. 一般の注意

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。

包装規格) バラ100g、0.25g×240包、0.5g×240包

リポ化されたPGE₁—リプル®

(プロスタグランジンE₁)

PGE₁が障害血管に効率よく作用します。



リプル・トリプル・メリット

●血管拡張作用及び血小板凝集抑制作用を有するPGE₁のリポ化製剤です。

●少ない用量で優れた効果を示します*。

●用法が簡便(ワンショット・静注も可能)*です。

*慢性動脈閉塞症、進行性全身性硬化症、全身性エリテマトーデス、振動病の場合



刺指
要指

静注用プロスタグランジンE₁製剤

リプル®

アルブスタジル注射液

薬価基準収載

Liple®

【効能・効果】

- 慢性動脈閉塞症(バージャー病、閉塞性動脈硬化症)における四肢清濁ならびに安静時疼痛の改善
- 下記疾患における皮膚清濁の改善
進行性全身性硬化症
全身性エリテマトーデス
- 振動病における末梢血行障害に伴う自覚症状の改善ならびに末梢循環・神経・運動機能障害の回復
- 動脈管依存性先天性心疾患における動脈管の開閉

【警告】

動脈管依存性先天性心疾患(新生児)に投与する場合には、本剤投与により無呼吸発作が現れることがあるので、呼吸管理設備の整っている施設で投与すること。

【使用上の注意】(抜粋)

1. 一般的使用

(1)慢性動脈閉塞症(バージャー病、閉塞性動脈硬化症)、進行性全身性硬化症、全身性エリテマトーデス、振動病の患者に適用する場合には、次の事項を考慮すること。
本剤による治療は対症療法であり、投与中止後再燃することがあるので注意すること。

(2)動脈管依存性先天性心疾患の新生児に適用する場合には、次の事項を考慮すること。

1) 重篤な疾患を有する新生児への投与なので、観察

を十分に行い慎重に投与すること。なお、副作用が発現した場合は、投与中止、注入速度の減速など適切な処置を講ずること。

- 2) 無呼吸発作が発現することがあるので、投与中は呼吸状態の観察を十分に行い、発現した場合は投与を中止するなど適切な処置を講ずること。
- 3) 過量投与により副作用発現率が高まるおそれがあるため、有効最小量で維持すること。
- 4) 長期投与により長管骨膜に肥厚がみられるとの報告があるので観察を十分に行い、必要以上の長期投与は避けること。

2. 次の患者には投与しないこと

- (1) 重篤な心不全の患者
- (2) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人
- (3) 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

3. 次の患者には慎重に投与すること

- (1) 心不全の患者(心不全の増強傾向があらわれるとの報告がある)
- (2) 緑内障、眼圧亢進のある患者(眼圧を亢進させるとの報告がある)
- (3) 胃潰瘍の合併症及び既往歴のある患者(既往のある患者に胃出血を認めたとの報告がある)
- (4) 間質性肺炎の患者(間質性肺炎を増悪させる可能性がある)

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、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。
- (2) 注射部位: とくに血管痛、発赤、まれにこわばり、疼痛感があらわれることがある。
- (3) 循環器: 心不全の増強、肺水腫、胸部絞扼感、血圧降下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。また、ときに発赤、血管炎、まれに顔面潮紅、動悸があらわれることがある。
- (4) 消化器: とくに下痢、腹部膨満感・不快感、まれに腹痛、食欲不振、嘔吐、便秘があらわれることがある。
- (5) 肝臓: とくにGOT・GPTの上昇等の肝機能異常があらわれることがある。
- (6) 精神・神経系: とくにめまい、頭痛、発熱、倦怠感、まれにしびれ(感)があらわれることがある。
- (7) 皮膚: とくに発疹・痒痒感、まれに蕁麻疹があらわれることがある。
- (8) 血液: まれに好酸球増多、白血球減少がみられることがある。
- (9) その他: まれに視力低下、口腔腫脹感、脱毛、四肢疼痛、浮腫、熱感、気分不良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詳しくは製品添付文書をご参照ください。

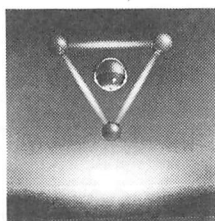
APAM ミドリ十字

株式会社ミドリ十字 〒541 大阪市中央区今橋1-3-3

【資料請求先】学術部

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

フルマリン®

静注用0.5g, 1g

日抗基 注射用フロモキシパナトリウム 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、タグラス窩膿瘍○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。

①一般の注意 (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観察を十分にを行うこと。) ⑤相互作用 フロセミド等の利尿剤との併用により腎毒性が増強されるおそれがあるので、併用する場合には慎重に投与すること。⑥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、痒疹、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。(4)血液 まれに無顆粒球症、また、ときに赤血球減少、好酸球増多、ヘモグロビン減少、ヘマトクリット減少、血小板減少又は増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し、適切な処置を行うこと。また、他のセフェム系薬剤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 S-GOT上昇、S-GPT上昇が、またときにアルカリフォスファターゼ上昇、ビリルビン上昇が、またまれにγ-GTP上昇、LAP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。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)皮膚 まれに皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)があらわれることがあるので、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。(8)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。

■薬価基準記載 ■「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 大阪市福島区鶯洲5丁目12-4



シオノギ製薬
大阪市中央区道修町3-1-8 〒541

實証：權戶文彦

への
アプローチ

カプセル 50mg, 100mg • 錠 50mg, 100mg

日抗基 塩酸ミノサイクリン

藥價基準收載

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。

めまい感があらわれることがあるので、本剤投与中の患者には自動車の運転等危険を伴う機械の操作及び高所での作業等に従事させないように注意すること。

テトラサイクリン系薬剤に対し過敏症の既往歴のある患者

○肝障害のある患者

- 腎障害のある患者
- 食道通過障害のある患者
- 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。）

○カルシウム、マグネシウム、アルミニウム又は鉄剤との併用により、吸収が低下し効果が減弱されるおそれがある。

- 血漿プロトロンビン活性を抑制することがあるので、抗凝血剤（ワルファリン等）と併用する場合には注意すること。

○ショック：まれにショックを起こすことがある。
呼吸困難、全身潮紅、血管浮腫、不快感、口内異常感、喘鳴、便秘。耳鳴等のアナフィラキシー様症状を伴うことがあるので、観察を十分に行之、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。

- 過敏症：まれに発熱、発疹、蕁麻疹、浮腫（四肢、顔面）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

また、まれに全身性紅斑性狼瘡 (SLE) 様症状の増悪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、適切な処置を行うこと。

- 皮膚：まれに皮膚粘膜眼症候群 (Stevens-Johnson 症候群)、剥脱性皮膚炎、光線過敏症等があらわれることがあるので、観察を十分に行い、

- あらわれることがあるので、観察を十分にを行い、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。また、長期投与により、まれに皮膚・粘膜に色素沈着を起こすことがある。

- 中枢神経系：めまい感があらわれることがある。

- 肝臓：まれに GOT、GPT の上昇等肝機能検査値の異常があらわれることがある。また、大量投与により肝障害（黄疸、脂肪肝等）があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

- 消化器：ときに食欲不振、悪心、嘔吐、腹痛、下痢、口内炎、舌炎、肛門周囲炎等があらわれることがある。

- 血液：まれに顆粒球減少、好酸球增多、血小板減少等があらわれることがある。

- 腎臓：まれに急性腎不全、間質性腎炎、また、ときにBUN上昇があらわれることがある。

- 菌交代症：菌交代症に基づく新しい感染症があらわれた場合、投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。

- 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E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。

- 頭蓋内圧上昇：まれに嘔吐、頭痛、複視、うっ血乳頭、大泉門膨隆等の頭蓋内圧上昇に伴う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こと。

- 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。

- その他：ときに頭重、倦怠感があらわれることがある。

※効能・効果、用法・用量、その他の使用上の注意については、添付文書をご参照ください。

Lederle

製造 日本レダリー株式会社

東京都中央区京橋一丁目10番3号
(資料請求先・学術部)



販売 武田薬品工業株式会社

大阪府中央区道修町四丁目1番1号

Step by Step

守りたい、
輝く命。

化血研は
人々の健康を守るため、一步一步着実に
歩みつづけたいと願っています。

化血研の 血漿分画製剤

⑩ 乾燥スルホ化人免疫グロブリン

献血ベニロン-I

⑩ 乾燥ペプシン処理人免疫グロブリン

静注グロブリン

⑩ 人免疫グロブリン

化血研 **ガンマグロブリン**

⑩ 乾燥抗破傷風人免疫グロブリン

テタノセ-ラ®

⑩ 抗HBs人免疫グロブリン

ハトセ-ラ®

⑩ 人血清アルブミン

献血アルブミン20^{化血研}

献血アルブミン25^{化血研}

⑩ 乾燥濃縮抗血友病人グロブリン

コファクトF®

⑩ 乾燥濃縮人血液凝固第Ⅲ因子

リバドM

⑩ 生体組織接着剤

ポリヒール

⑤ 登録商標



化血研

財団法人 化学及血清療法研究所
南本市清水町大塚668-7850
Phone 096-344-1211 Fax 096-345-1345

〔資料請求先〕 財化血研営業部

世界初のカルバペネム系抗生物質



【効能又は効果】

ブドウ球菌属、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、シトロバクター属、クレブシエラ属、エンテロバクター属、セラチア属、プロテウス属、シュードモナス属、インフルエンザ菌、アシネトバクター属、バクテロイデス属のうち本剤感受性菌による下記感染症
○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 ○腎盂腎炎、膀胱炎、前立腺炎 ○胆嚢炎、胆管炎、肝膿瘍 ○腹膜炎 ○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 ○全眼球炎、角膜潰瘍

【用法及び用量】

通常成人にはイミベネムとして、1日0.5～1.0g(力価)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(力価)/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(力価)まで、小児で1日100mg(力価)/kgまで増量することができる。

〈注射液の調製法〉

本剤0.25g(力価)/0.25g及び0.5g(力価)/0.5g当たり、通常生理食塩水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】(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)一般の注意 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。3)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

*その他の【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。

1. 広域抗菌スペクトルを有する

グラム陽性、グラム陰性の好気性菌及び嫌気性菌のいずれにも優れた抗菌力を示します。

2. 強力な殺菌効果を有する

細胞外膜透過性に優れ、β-ラクタマーゼ阻害作用を有し、ペニシリン結合蛋白(PBP)に対する強い親和性を示すことにより細菌を強力に殺菌します。

3. 良好な抗緑膿菌作用が認められている

緑膿菌に対し強力な抗菌力を有し、また耐性化はほとんど認められていません。

4. 副作用発現頻度は4.4%(114例/2,619例)であった

主なものは下痢(0.9%)、嘔気(0.8%)、嘔吐(0.5%)などの胃腸系障害、発疹(0.9%)などの皮膚付属器官障害でした。また、臨床検査値異常はGOT(5.3%)・GPT(5.5%)の上昇、好酸球増多(2.7%)が主なものでした。

たつ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

(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 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)高度の腎障害を有する患者(痙攣、意識障害等の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欠乏症状があらわれることがあるので観察を十分にすること。) 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、意識障害等の中枢神経症状が起こりやすい。)

(5)副作用 1)中枢神経 ときに痙攣、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で起こりやすいので、投与する場合には注意すること。

2)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を行い、不快感、口内異常感、喘鳴、眩暈、便秘、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。3)過敏症 ときに発疹、痒疹、発熱、また、まれに蕁麻疹、潮紅、紅斑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、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。

(6)高齢者への投与 本剤は腎排泄型の薬剤である。生理機能が低下している高齢者では副作用があらわれやすいので、患者の状態を観察しながら慎重に投与し、副作用(「副作用」の項参照)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。なお、他の抗生物質(セフェム系、アミノグリコシド系等)を投与した高齢者において、ビタミンK欠乏による出血傾向があらわれたとの報告がある。

カルバペネム系抗生物質製剤

チエナム® (特) (商) (薬価基準収載)
点滴用 イミベネムの略号
TIENAM® (Imipenem/Cilastatin sodium)
日薬社 注射用イミベネム(略号:IPM/CS)



(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(5203)8111代表





組織活性型鎮痛・抗炎症剤

(劇指要指)

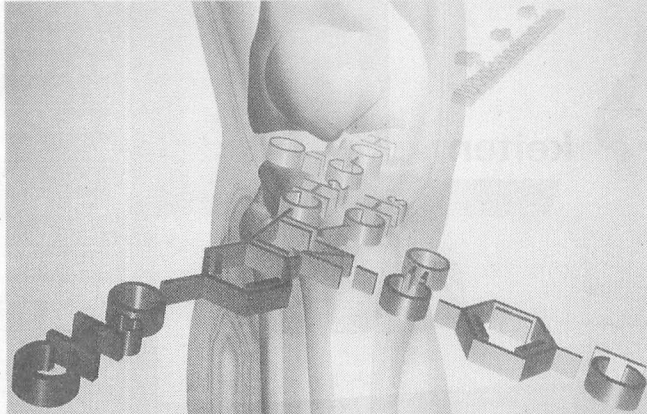
インフリー®

カプセル 100mg

(薬価基準収載)

(インドメタシン ファルネシル製剤)

だからパワフル。



そこで変わる。

使用上の注意

(1) 一般の注意

1) 消炎鎮痛剤による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。 2) 患者の状態を十分観察し、副作用の発現に留意すること。インドメタシンで過度の体温下降、虚脱、四肢冷感等の症状が報告されているので、特に高熱を伴う高齢者又は消耗性疾患の患者においては、投与後の患者の状態に十分注意すること。 3) 慢性疾患(慢性関節リウマチ、変形性関節症等)に対し本剤を用いる場合には、次の事項を考慮すること。ア)長期投与する場合には定期的な臨床検査(尿検査、血液検査、肝機能検査及び眼科的検査等)を行うこと。また、異常が認められた場合には減量、休薬等の適切な措置を講ずること。イ)薬物療法以外の療法も考慮すること。 4) 感染症を不顕性化しておそれがあるので、感染による炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤を併用し、観察を十分に行い慎重に投与すること。 5) 他の消炎鎮痛剤との併用は避けることが望ましい。 6) 眠気、めまいがあらわれることがあるので、本剤投与中の患者には自動車の運転等、危険を伴う機械の操作には従事させないように注意すること。

(2) 次の患者には投与しないこと

1) 消化性潰瘍のある患者 2) 重篤な血液の異常のある患者 3) 重篤な肝障害のある患者 4) 重篤な腎障害のある患者 5) 重篤な心機能不全のある患者 6) 重篤な高血圧症の患者 7) 重篤な肺炎の患者 8) 本剤又はインドメタシン、サリチル酸系化合物(アスピリン等)に過敏症の患者 9) アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者 10) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人 11) ジフルニサル、トリウムテレンを投与中の患者(「相互作用」の項参照)

(3) 次の患者には投与しないことを原則とするが、他剤が無効又は使用できない慢性関節リウマチに対して投与する場合には慎重に投与すること

(4) 次の患者には慎重に投与すること

1) 消化性潰瘍の既往歴のある患者 2) 血液の異常又はその既往歴のある患者 3) 肝障害又はその既往歴のある患者 4) 腎障害又はその既往歴のある患者 5) 心機能障害のある患者 6) 高血圧症の患者 7) 肺炎の患者 8) 過敏症の既往歴のある患者 9) てんかん、パーキンソン症候群等の中枢神経系疾患のある患者(インドメタシンでこれらの症状を悪化させるおそれがあるとの報告がある) 10) 気管支喘息の患者 11) SLE(全身性エリテマトーデス)の患者 12) 潰瘍性大腸炎の患者 13) クローン氏病の患者 14) 高齢者(「高齢者への投与」の項参照)

(5) 相互作用

1) ジフルニサルと本剤の活性代謝物のインドメタシンとの併用により、重篤な胃腸出血があらわれたとの報告があるので、ジフルニサルと本剤を併用しないこと。 2) トリウムテレンと本剤の活性代謝物のインドメタシンとの併用により、相互に副作用が増強されることがある(急性腎不全を起こすことがある)ので、トリウムテレンと本剤との併用は避けること。 3) プロベネシドと本剤の活性代謝物のインドメタシンとの併用により、インドメタシンの作用が増強されることがあるので、併用する場合には本剤を減量するなど、慎重に投与すること。 4) アスピリンと本剤の活性代謝物のインドメタシンとの併用により、インドメタシンの作用が軽減されることがあるので、併用する場合には慎重に投与すること。 5) 次の医薬品と本剤の活性代謝物のインドメタシンとの併用により、次の医薬品の作用が増強されることがあるので、併用する場合には次の医薬品を減量するなど、慎重に投与すること。ア)リチウム製剤 イ)メトトレキサート ウ)ワルファリン 6) 次の医薬品の作用が軽減されることがあるので、併用する場合には慎重に投与すること。カ)拮抗剤 また、次の医薬品と本剤の活性代謝物のインドメタシンとの併用により、次の医薬品の作用が軽減されることがあるので、併用する場合には慎重に投与すること。ア)β-遮断剤 イ)カaptopリル、エナラプリル ウ)チアジド系利尿薬・降圧剤 エ)フロセミド

(6) 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、観察を十分に行い、冷感、顔面蒼白、呼吸困難、血圧低下等の症状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。 2) 消化器/まれに消化性潰瘍、胃腸出血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。また、ときに胃痛、胃部不快感、胃痛感、腹痛、食欲不振、悪心・嘔吐、下痢、便秘、胸やけ、口内炎、胃炎、胃腸症状、また、まれに腹部膨満感、口臭、舌苔、口唇炎等があらわれることがある。 3) 血液/まれに貧血、白血球減少、好酸球増多、血小板減少、皮下出血等の血液障害があらわれることがあるので、血液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直ちに投与を中止すること。なお、本剤の活性代謝物のインドメタシンで、再生不良性貧血、溶血性貧血があらわれたとの報告がある。 4) 皮膚/まれにStevens-Johnson症候群(皮膚粘膜眼症候群)、脱毛、また、本剤の活性代謝物のインドメタシンで、Lyell症候群(中毒性表皮壊死症)があらわれたとの報告があるので、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。 5) 過敏症/まれに喘息発作等の急性呼吸障害、また、ときに発疹、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。 6) 感覚器/まれに耳鳴、眼の充血、羞明、味覚異常等があらわれることがある。なお、本剤の活性代謝物のインドメタシンで慢性関節リウマチ患者等に長期連用して、角膜炎及び網膜障害があらわれたとの報告があるので、前駆症状(霧視等の視覚異常)があらわれた場合には直ちに投与を中止すること。 7) 腎臓/まれに腎障害があらわれることがあるので、定期的な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、直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。また、ときにBUNの上昇、また、まれに血中クレアチニンの上昇、尿量減少等があらわれることがある。なお、本剤の活性代謝物のインドメタシンで、急性腎不全、ネフロロシス症候群があらわれたとの報告があるので、このような症状があらわれた場合には直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。 8) 肝臓/ときにGOT、GPTの上昇、また、まれにALP、LDHの上昇等があらわれることがある。 9) 精神神経系/ときにめまい、ふらつき、また、まれに頭痛、しびれ感、眠気等があらわれることがある。なお、本剤の活性代謝物のインドメタシンで、痙攣があらわれたとの報告がある。 10) 循環器/まれに動悸、血圧上昇等があらわれることがある。 11) その他/まれに浮腫、また、まれに倦怠感、のぼせ感、頻尿、低体温、発熱があらわれることがある。

(7) 高齢者への投与 高齢者では、副作用があらわれやすいため、少量から投与を開始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。

(8) 妊婦・授乳婦への投与

1) 妊娠中の投与に関し次のような報告があるため、妊婦または妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。ア)本剤の活性代謝物のインドメタシンで、妊娠末期に投与したところ、胎児循環持続性(PFC)、胎児の動脈管収縮、羊水過少症、新生児腎不全が起きたとの報告がある。イ)本剤の活性代謝物のインドメタシンにおいて、動物実験(マウス)で催奇形作用が、また、本剤ではラットで着床率の減少、死亡吸収胚の出現頻度の増加が報告されている。ウ)妊娠末期のラットに投与した実験で、胎児の動脈管収縮が報告されている。

2) ラットで乳汁への移行が報告されているので、授乳中の婦人には本剤投与中は授乳を避けさせること。

(9) 小児への投与

小児に対する安全性は確立していない。(使用経験がない)

(10) 適用上の注意

1) 本剤は空腹時投与で吸収が低下するので、必ず通常食摂取後又はミルク等とともに服用させること。 2) 胆汁うっ滞等、胆汁分泌の低下している患者では本剤の吸収が低下すると考えられるので、この様な患者への投与は避けること。 3) 本剤は投与量の増加とともに吸収率が低下するので、1日用量400mgを超えて投与する場合、臨床上的有用性について確認しながら使用すること。

●ご使用に際しては添付文書をご参照ください。

ヒューマンヘルスケア企業



エーザイ株式会社

東京都文京区小石川4-6-10

資料請求先: 医薬事業部インフリー係まで。

D-F19606

⑤副作用の発現率は3.1%(77例/2454例)で、その主なものは下痢、嘔気等の消化器症状と発熱、発疹等の過敏症状であった。

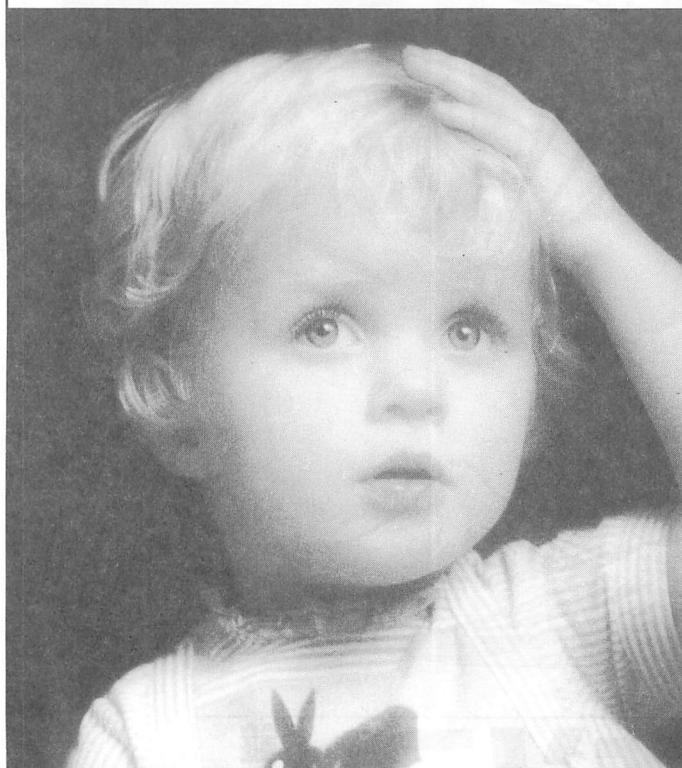
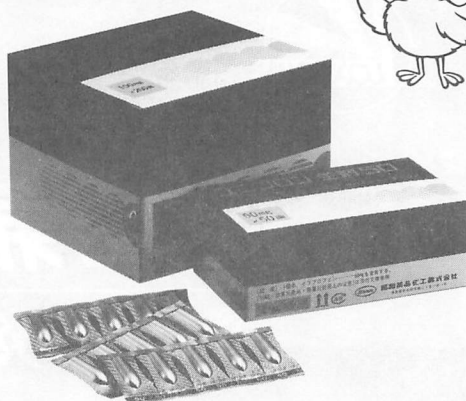
Cke4064

小児用解熱剤の新しい波。



小児用解熱坐剤(イブプロフェン坐剤)

ユニプロン® 坐剤 50.100



次の患者には投与しないこと（禁忌）

- (1) 消化性潰瘍のある患者
- (2) 重篤な血液の異常のある患者
- (3) 重篤な肝障害のある患者
- (4) 重篤な腎障害のある患者
- (5) 重篤な心機能不全のある患者
- (6) 重篤な高血圧症のある患者
- (7) イブプロフェンに過敏症の患者
- (8) 直腸炎、直腸出血又は痔疾のある患者
- (9) アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者

〔効能・効果〕小児科領域における急性上気道炎の解熱

〔用法・用量〕通常、小児にイブプロフェンとして1回の投与に体重1kgあたり、3.0～6.0mgを発熱時直腸内に挿入する。ただし、1日2回を限度とする。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

- (1) 消炎鎮痛剤による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
- (2) 患者の状態を十分観察し、副作用の発現に留意すること。過度の体温下降、虚脱、四肢冷却等の症状があらわれることがあるので、特に高熱を伴う幼小児または消耗性疾患の患者においては、投与後の患者の状態に十分注意すること。
- (3) 本剤を用いる場合には、次の事項を考慮すること
 - 1) 急性炎症、疼痛および発熱の程度を考慮し投与すること
 - 2) 原則として5日以内の投与を行うこと
 - 3) 原因療法があればこれを行うこと
 - 4) 感染症を不顕化させるおそれがあるので、感染による炎症に対して用いる場合には、適切な抗菌剤を併用し、観察を十分行い慎重に投与すること
 - 5) 他の消炎鎮痛解熱剤との併用は避けることが望ましい
 - 6) 副作用の発現に特に注意し、必要最小限の使用にとどめるなど慎重に投与すること

2. 次の患者には投与しないこと

- (1) 消化性潰瘍のある患者
- (2) 重篤な血液の異常のある患者
- (3) 重篤な肝障害のある患者
- (4) 重篤な腎障害のある患者
- (5) 重篤な心機能不全のある患者
- (6) 重篤な高血圧症のある患者
- (7) イブプロフェンに過敏症の患者
- (8) 直腸炎、直腸出血または痔疾のある患者
- (9) アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)またはその既往歴のある患者

3. 次の患者には慎重に投与すること

- (1) 消化性潰瘍の既往歴のある患者
- (2) 血液の異常またはその既往歴のある患者
- (3) 肝障害またはその既往歴のある患者
- (4) 腎障害またはその既往歴のある患者
- (5) 心機能障害のある患者
- (6) 高血圧症のある患者
- (7) 過敏症の既往歴のある患者
- (8) 気管支喘息の患者
- (9) SLE(全身性エリテマトーデス)の患者
- (10) MCTD(混合性結合組織病)の患者
- (11) 潰瘍性大腸炎の患者
- (12) クローン病の患者
- (13) 新生児および乳児

4. 相互作用

- (1) 次の医薬品の作用を増強することがあるので、併用する場合には慎重に投与すること
クマリン系抗凝薬(ワルファリン等)

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、胸内苦悶、悪寒、呼吸困難、血圧低下等の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

(2) 血液：まれに再生不良性貧血、溶血性貧血、顆粒球減少、血小板減少等の血液障害があらわれることがあるので、血液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直ちに投与を中止すること

(3) 消化器：まれに消化性潰瘍、胃腸出血、肛門出血、潰瘍性大腸炎等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。また、ときに悪心、嘔吐、腹痛、下痢、排便、下腹部異状感、腹部膨満感、直腸粘膜の刺激が、また、まれに食欲不振、消化不良、胃部不快感、口渇、口内炎、便秘等があらわれることがある

(4) 皮膚：まれにStevens-Johnson症候群(皮膚粘膜眼症候群)または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、このような場合には投与を中止すること

(5) 肝臓：まれに黄疸、GOT値、GPT値、アルカリホスファターゼ値、血清ビリルビン値の上昇等の肝機能障害があらわれることがある

(6) 過敏症：まれに喘息発作の誘発、また、ときに発疹、発汗、そう痒感、また、まれに蕁麻疹、湿疹、紫斑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

(7) 感覚器

1) 視覚：まれに霧視等の視覚異常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) 聴覚：まれに難聴、耳鳴等があらわれることがある

3) 味覚：まれに味覚異常があらわれることがある

(8) 精神・神経系

1) まれに無菌性髄膜炎(項部硬直、発熱、頭痛、悪心・嘔吐あるいは意識混濁等の症状)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し適切な処置を行うこと
特にSLE又はMCTDの患者に発現しやすい

2) ときに、頭痛、眠気、めまい、不眠、抑うつ等があらわれることがある

(9) 循環器：まれに血圧低下、血圧上昇、心悸亢進等があらわれることがある

(10) 腎臓：まれに急性腎不全、ネフローゼ症候群を起こすことがあるので、尿量、血尿等の症状及び尿蛋白、BUN、血中クレアチニン上昇、高カリウム血症、低アルブミン血症等の検査所見があらわれた場合には直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと

(11) その他：ときに浮腫が、また、まれに倦怠感、発熱、倦怠感、鼻出血、心窩部痛、腰痛、関節痛等があらわれることがある

6. 妊婦・授乳婦への投与

本剤は小児用の製剤である

(1) 動物実験で胎仔毒性(高投与量群で着床数および生仔数の抑制が見られている)が報告されており、またヒトにおける妊婦への投与に関する安全性は確立していないので、妊婦または妊娠している可能性のある婦人には投与しないことが望ましい

(2) 他の解熱鎮痛消炎剤で胎児循環持続性(PFC)が起きたとの報告がある

(3) 妊娠末期のラットに投与した実験で、胎仔の動脈管収縮が報告されている

(4) 母乳中へ移行することが報告されている

7. 新生児・乳児への投与

新生児および乳児は、一般に体温調節機能が不完全なため、本剤の投与により過度の体温低下を起こす可能性があるため、新生児および乳児には過度の体温上昇等やむを得ない場合にはのみ投与すること

8. 適用上の注意

(1) 直腸投与による外用にのみ使用すること

(2) 本剤はできるだけ排便後に投与すること

詳細は添付文書をご参照下さい。



昭和薬品化工株式会社 東京都中央区京橋二丁目17番11号



優速兼備 鎮痛・消炎に...



鎮痛・抗炎症剤
フェニルプロピオン酸系 Prodrug

ロキソニン[®] 錠 細粒

【指 示】 一般名：ロキソプロフェンナトリウム ■ 健保適用品

効能・効果.....

- 下記疾患並びに症状の消炎・鎮痛
慢性関節リウマチ、変形性関節症、腰痛症、肩関節周囲炎、頸肩腕症候群
- 手術後、外傷後、並びに抜歯後の鎮痛・消炎

【使用上の注意】

1. 一般の注意

- (1) 消炎鎮痛剤による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。
- (2) 慢性疾患(慢性関節リウマチ、変形性関節症)に対し本剤を用いる場合には、次の事項を考慮すること。ア、長期投与する場合には定期的に臨床検査(尿検査、血液検査及び肝機能検査等)を行うこと。また、異常が認められた場合には減量、休薬等の適切な措置を講ずること。イ、薬物療法以外の療法も考慮すること。(3) 術後又は外傷後に対し本剤を用いる場合には、次の事項を考慮すること。ア、炎症、疼痛の程度を考慮し、投与すること。イ、原則として同一の薬剤の長期投与を避けること。
- (4) 患者の状態を十分観察し、副作用の発現に留意すること。(5) 感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染による炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤を併用し、観察を十分行い慎重に投与すること。

- (6) 他の消炎鎮痛剤との併用は避けることが望ましい。(7) 高齢者には副作用の発現に特に注意し、必要最小限の使用にとどめるなど慎重に投与すること。

2. 次の患者には投与しないこと

- (1) 消化性潰瘍のある患者。(2) 重篤な血液の異常のある患者。(3) 重篤な肝障害のある患者。(4) 重篤な腎障害のある患者。(5) 本剤の成分に過敏症の患者。(6) アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者。(7) 妊娠末期の婦人。

3. 次の患者には慎重に投与すること

- (1) 消化性潰瘍の既往歴のある患者。(2) 血液の異常又はその既往歴のある患者。(3) 肝障害又はその既往歴のある患者。(4) 腎障害又はその既往歴のある患者。(5) 心機能障害のある患者。(6) 過敏症の既往歴のある患者。(7) 気管支喘息の患者。(8) 高齢者(「高齢者への投与」の項参照)

4. 相互作用

- (1) 次の医薬品の作用を増強することがあるので、併用する場合にはその医薬品を減量するなど慎重に投与すること。クマリン系抗凝固剤(ワファリン等)、スルホニル尿素系血糖降下剤(トルブタミド等)

- (2) エノキサシン等のニューキノロン系抗菌剤との併用により、痙攣を起こすおそれがあるので、慎重に投与すること。

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。(2) 過敏症 ときに発疹、痒疹感、また、まれにじん麻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。またときに腹痛、胃部不快感、食欲不振、悪心・嘔吐、下痢、便秘、胸やけ、消化不良、口内炎等があらわれることがある。(4) 精神神経系 ときにめまい、また、まれに頭痛等があらわれることがある。(5) 血液 まれに貧血、溶血性貧血、白血球減少、血小板減少、また、ときに好酸球増多があらわれることがある。(6) 皮膚 まれに皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)があらわれることがあるので、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。(7) 肝臓 ときにGOT、GPT、アルカリホスファターゼの上昇があらわれることがある。(8) 腎臓 まれに急性腎不全、ネフロローゼ症候群等があらわれることがある

- 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。(9) その他 ときに浮腫、また、まれに心悸亢進があらわれることがある。

6. 高齢者への投与

- 高齢者では、副作用があらわれやすいので、少量から投与を開始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(「一般的注意」の項参照)。

7. 妊婦・授乳婦への投与

- (1) 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わると判断される場合にのみ投与すること。(2) 動物実験(ラット)で分娩遅延及び乳汁への移行が報告されているので、妊娠末期及び授乳中には投与しないこと。(3) 妊娠末期のラットに投与した実験で、胎仔の動脈管収縮が報告されている。

8. 小児への投与

- 小児に対する安全性は確立していない。

● 用法・用量は添付文書をご覧ください。

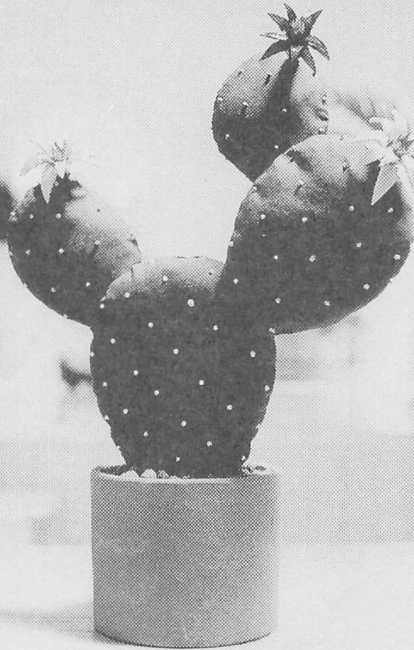


資料請求先

三共株式会社

〒103 東京都中央区日本橋本町3-5-1

腎移植における拒否反応の抑制、ループス腎炎、そして慢性関節リウマチ。



ブレディニンは、Immunosuppressive Therapyの可能性を拓き続けます。

ブレディニンの特性

1. 高分子核酸にとり込まれることなく、プリン合成を阻害する代謝拮抗型の免疫抑制剤です。
2. 抗原刺激によるリンパ球の増殖を抑制し、液性・細胞性免疫を抑制します。
3. 腎移植における拒否反応に有用性が認められています。
4. SLE患者のループス腎炎に有用性が認められています。
5. 慢性関節リウマチに有用性が認められています。
6. 副作用発現率は21.1% (270/1279)でした。
7. 催奇形性を疑う症例報告があります。また、腎機能障害のある患者で排泄が遅延します。

■効能・効果

1. 腎移植における拒否反応の抑制 2. ループス腎炎(持続性蛋白尿、ネフローゼ症候群または腎機能低下が認められ、副腎皮質ホルモン剤のみでは治療困難な場合に限る) 3. 慢性関節リウマチ(過去の治療において、非ステロイド性抗炎症剤さらに他の抗リウマチ薬の少なくとも1剤により十分な効果の得られない場合に限る)

■使用上の注意 (一部抜粋) 1. 一般的注意 ① 骨髄機能抑制等の重篤な副作用が起こることから、頻回に臨床検査(血液検査、肝機能・腎機能検査等)を行うなど、患者の状態を十分に観察すること。異常が認められた場合には減量・休薬等の適切な処置を行うこと。② 本剤は主として腎臓から排出されるため、腎障害のある患者では排泄が遅延し、骨髄機能抑制等の重篤な副作用が起こることがあるため、腎機能(血清クレアチニン値等)および年齢、体重等を考慮し、低用量から投与を開始するなど用量に留意して、患者の状態を十分に観察しながら慎重に投与すること。③ 感染症・出血傾向の発現又は増悪に十分注意すること。④ 小児に投与する場合には、副作用の発現に特に注意し、慎重に投与すること。⑤ 小児および生殖可能な年齢の患者に投与する必要がある場合には、性腺に対する影響を考慮すること。⑥ ループス腎炎に投与する場合には次の条件をいずれも満足する患者に限ること。① 臨床的に全身性エリテマトーデス(SLE)と診断され、アメリカリウマチ協会の1982年改訂SLE分類基準の4項目以上を満たした患者。② ループス腎炎の存在が以下の項目のうち、少なくとも1項目を持つことで確認された患者(①・SLE以外の原因による腎障害は除く)。a. 4以上の持続性蛋白尿 b. ネフローゼ症候群 c. 腎機能低下(クレアチニンクリアランス(Ccr)70ml/分以下又は血清クレアチニン値1.5mg/dl以上) ③ 副腎皮質ホルモン剤のみでは十分な効果が認められない患者。又は副作用、合併症等により副腎皮質ホルモン剤の減量が必要な患者 ④ 慢性関節リウマチに投与する場合

には、次の事項に留意すること。① 活動性の慢性関節リウマチに対してのみ投与を考慮すること。② 過去の治療において、非ステロイド性抗炎症剤で十分な効果が認められず、また薬剤(注射用、経口用)、D-ペニシラミン、ブシラムミン、ロベンザリルニナトリウム等の抗リウマチ薬を使用しても十分な効果が認められなかった患者、または投与中止を必要とする副作用が発現した患者に限り使用すること。③ 本剤は遅効性であり、通常、効果発現まで2~4ヵ月間の継続投与が必要である。ただし、6ヶ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。なお、従来より投与している非ステロイド性抗炎症剤は継続して併用することが望ましい。

2. 次の患者には投与しないこと ① 本剤に対し重篤な過敏症の既往歴のある患者 ② 白血球数3,000/mm³以下の患者 ③ 妊婦または妊娠している可能性のある患者(「妊婦・授乳婦への投与」の項参照)

3. 次の患者には慎重に投与すること ① 骨髄機能抑制のある患者 ② 細菌・ウイルス等の感染症を合併している患者 ③ 出血性素因のある患者 ④ 腎障害のある患者(「一般的注意」の項参照) ⑤ 副作用 ① 血液：白血球減少、また、ときに血小板減少、赤血球減少、ヘマトクリット値の低下等があらわれることがあるので、頻回に検査を行うなど観察を十分にを行い、重篤な血液障害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。② 感染症：肺炎等の感染症があらわれることがあるので、患者の状態を十分に観察し、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。③ 高齢者への投与 本剤は、主として腎臓から排泄されるが、高齢者では腎機能が低下していることが多いため、排泄が遅延するおそれがあるため、腎機能(血清クレアチニン値等)および体重を考慮し適宜減量すること。④ 妊婦・授乳婦への投与 ① 催奇形性を疑う症例報告があり、また、動物実験(ラット、ウサギ)で催奇形作用が報告されているので、妊婦または妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。② 授乳中の投与に関する安全性は確立していないので、授乳婦に投与する場合には授乳を中止させること。

※その他の「使用上の注意」、「用法・用量」等の詳細は製品添付文書を参照下さい。



Bredinin

免疫抑制剤

ブレディニン錠²⁵

Bredinin Tablets (一般名：ミノリピン)

薬価基準収載

資料請求先 旭化成工業株式会社
医薬学術企画部：東京都港区芝浦4丁目5番13号

第4回日本小児リウマチ研究会抄録集

発 行

会長 鉾之原 昌（鹿児島大学医療技術短期大学部）

問い合わせ先：第4回日本小児リウマチ研究会担当
武井修治（鹿児島大学医学部小児科学教室）