

Case18 川崎病

1才10か月 女児

<主訴>発熱・ふきげん

<現病歴> 平成11年9月14日夕より39℃台の発熱が続いていた。9月16日高熱が続くため当科受診した。

<入院時現症> 体温39.1℃、脱力著明。咽頭および扁桃は点状出血を伴い、発赤著明。左頸部リンパ節腫脹（小豆台）、肺野清。心音整、心雑音聴取せず。皮疹を認めず。

<検査> 血液検査にてWBC23900/ μ l (st.3%, seg.75%, lym.16%, mono.5%, aty-lym.1%)と白血球の増多を認め、CRPの高値(10.3mg/dl)、血沈亢進102/145を認めた。血小板は26.3万/ μ l、総蛋白は6.3g/dl、アルブミンは3.6g/dlであった。また軽度肝機能障害(GOT109IU/l、GPT74IU/l、T. Bil 0.6mg/dl)を認めた。Na130mEq/l、K4.1mEq/l、Cl98mEq/l、Ca9.0mg/dl、ASLO137Todd。

<家族への説明> 家族には原因不明の血管炎であり、心臓の血管にこぶを作らないためと血小板の凝集を防ぐため免疫グロブリン点滴静注とアスピリン内服が必要であることを説明し、理解いただいた。

<経過> 入院時敗血症疑いとして、血液培養および咽頭培養採取後アンピシリンを開始した。9月17日(第2病日)39℃以上の発熱持続し、下肢に発赤疹を認めた。9月18日(第3病日)には結膜充血・紅唇が出現し、左頸部リンパ節は径3~4cmまで腫大した。9月19日(第4病日)発熱持続し、川崎病の診断基準で4症状を満たしたため川崎病と診断した。免疫グロブリンは1g/kg/日×2日間、アスピリンは100mg/kg/日を2週間、その後冠動脈瘤の形成がなければ30mg/kg/日を2週間、それから5mg/kg/日を4週間投与することとした。9月24日(第9病日)に手指の膜様落屑を認めた。9月27日(第14病日)心エコー上冠動脈瘤および心嚢液貯留を認めなかったため、アスピリンを減量した。冠動脈病変は合併なしと診断し、10月12日(第26病日)に退院した。退院時家族には発症して2ヵ月後の心エコーで冠動脈瘤を認めなければアスピリンの内服を中止とすること、もし冠動脈瘤を認めた場合には1年間アスピリンの内服を続けなければならないが、その半数では冠動脈瘤の軽快を認めることを説明した。

<考察>

鑑別診断として溶連菌感染症、麻疹、Stevens-Johnson症候群を考えた。ABPCに反応しないこと、白血球増多を認めたため溶連菌感染、麻疹から鑑別した。結膜充血を認めるものの発疹が水疱性ではないことからStevens-Johnson症候群から鑑別した。