

コラム 川崎病と学校生活

川崎病は、1967年に川崎富作（現 日本川崎病研究センター所長）が世界で初めて報告した¹⁾。様々な分野の研究者が検討を重ねてきたが、未だに原因は不明である。日本の川崎病発生率は世界で最も高い。しかも、最新の全国調査によると、近年の少子化にもかかわらず川崎病発生人数は年々増えている。2005年、2006年には1万人以上の患者発生が報告された²⁾。

川崎病は、4歳以下の子どもがなりやすく、発熱，“テカテカパンパン”になる手足のむくみ、皮膚の発疹、眼球結膜の充血、唇が赤くなること、首のリンパ節の腫れなど、症状の組み合わせから診断が行われる。これらの症状が揃うには4～5日かかる上、すべての症状が出るとは限らないため、時にその他の病気との鑑別が難しい。治療には、大量ガンマグロブリン点滴静注療法およびアスピリン投与が行われている。

川崎病が子どもの病気の中で重要視される大きな理由は、発症すると一部が冠状動脈瘤という後遺症を残すからである。診断がついて初期治療が適切に開始されても、すぐに熱が下がらない子どもが15～20%程度おり、治療が奏功しない場合は後遺症を残す可能性が高くなる。冠状動脈は、心臓の表面を走っている心臓の筋肉に栄養を送っている2～3mmの血管である。川崎病の子どもの冠状動脈を心臓超音波検査で観察すると、発症2週ごろには10～15%程度に冠動脈の拡大が見られ、1カ月を経過しても3～4%程度に冠動脈の拡大あるいは瘤状の変化が見られる。

急性期を過ぎても冠状動脈に変化が残っている場合には、血管全体の変化を確認する目的で心血管造影等の検査が行われる。検査の結果に

よっては、体育も含めた生活制限を行いアスピリン等の薬を飲む必要性が出てくる。重症川崎病の冠状動脈にみられる変化は多様で、形の変化が極端であるほど年余を経て血管の壁に石灰化などの変化を起こし、血管の内腔は狭くなり最終的には血栓閉塞による心筋梗塞を発症する。特に、血管の直径が8mmを超える巨大冠状動脈瘤の場合は注意を要するとされている。

従って、学校管理下では後遺症の有無を把握することが重要である。冠状動脈の変化がみられなかった場合、あるいは一過性であった場合は、おおむねその後の学校生活に支障はなく同年代の子どもと同様に体育や部活動へ参加することができる。後遺症が残っている場合は、その程度により状況が異なる。できれば運動制限の必要性和投薬内容、その他の注意点等を確認するために主治医と連絡を取ったほうが良い。

この病気は発見されてからまだ40年余りであることもあり、「後遺症を残さなかった子どもは、成人したときに動脈硬化や心筋梗塞発症の危険性が高いのか」という疑問に対する明確な結論は出ていない。しかし、いずれにしても、偏った食生活やたばこが心血管系に悪い影響を与えることが知られているので、学校保健関係者は、健全な食習慣や防煙の重要性を教育していく必要があるだろう。

参考文献

1. 川崎富作：指趾の特異的落屑を伴う小児の急性熱性皮膚粘膜リンパ腺症候群：自験例50例の臨床的観察。アレルギー16：178-222，1967。
2. 柳川洋，中村好一：川崎病疫学の国際比較。日本臨床66：237-245，2008。

（井上佳也）