

川崎病

川崎症(Kawasaki disease)，又名黏膜皮膚淋巴腺症候群(mucocutaneous lymph node syndrome)，為一種好發於五歲以下幼兒的急症。臨床症狀包括發燒、皮疹、手足浮腫、結膜充血、頸部淋巴腺腫大、嘴唇咽喉發炎。雖然這些變化多會逐漸緩解，但有些病兒可能併發嚴重之心臟合併症，故需提高警覺。

臨床表徵

在急性期，病兒會持續性發高燒達五天以上，顯得煩躁不安，此時常可觀察到病兒以往接種卡介苗疤痕會紅腫，接著全身出現大小不一的紅色皮疹。頸部淋巴腺腫大到1.5cm，並有眼結膜充血的現象。較特別的是病兒的口腔咽喉紅腫，舌頭呈草莓樣變化，手足頂端浮腫，1~2星期後此些變化會逐漸變為嘴唇乾裂，指端脫皮及肛門四週的脫皮。少數嚴重的病人可能出現腹痛、腹瀉、頸部僵直，關節病等。

致病原

川崎病的病因目前仍不清楚，但許多研究顯示此疾病可能與感染及免疫反應有關。

流行病學

此症首次於1967年由日本川崎富作提出報告，以後世界各國陸續有許多病例報告，但以日本最多。我國第一例出現於1976年，之後至1997年的16年間，共約2525例。由於早期對此疾病的認知有限，病例的數目可能被低估，所以若以最近五年的疾病來看，在台灣其發生率約每年300例左右，亦即以五歲以下人口來看，每10萬人的發生率19人左右。

診斷

川崎病的診斷主要根據其臨床表徵。診斷條件為發燒，再加上有四種以上的臨床表徵(皮疹、結膜充血、嘴唇咽喉變化、手足變化、淋巴腺腫大)。但有些非典型病例，尤其常見於六個月以下嬰兒，在急性期常見只有持續性高燒，但冠狀動脈瘤病變合併症的發生率與嚴重度皆較一般病兒高，須提高警覺。

驗室檢查多呈現非特異性的發炎反應，如白血球增加、貧血、紅血球沉降速率

變快、C反應蛋白增高等。在發病1~2星期後，血小板增多。若併有心臟合併症，於急性期可見心包膜積水，瓣膜關閉不全等，但較常見的是於急性期後出現的冠狀動脈擴大，少數併有腹痛病兒可觀察到膽囊積水腫大的現象。

合併症

約30%~50%病兒併有冠狀動脈擴大，但其半數會逐漸消失。若其擴大呈巨大血管瘤狀(大於8mm)則預後較差。這些血管瘤變化可導致栓塞狹窄及心肌缺氧，約0.05~3%病童會死亡，且多在發病的六星期內。

治療

由於病因未明，故多為支持療法，但下述幾項治療被認為能減少其併發症的產生。

1. 免疫球蛋白(IVIG)的治療，在發燒開始的十天內經靜脈投以大量免疫球蛋白(單一劑量給法，在10~12小時內給2g/kg)一次，能有效緩解其臨床表徵及減少其冠狀動脈瘤的發生率及嚴重度。
2. Aspirin：急性期以高劑量aspirin(每天60~100mg/kg分四次給藥)可抑制川崎病的發炎反應，因此可緩解臨床症狀。當高燒緩解時，即應改為低劑量(每天3~5mg/kg，一次給藥)以抑制血栓的產生。此低劑量aspirin治療的期間，在不併有冠狀動脈病變的病兒約需維持6至8星期，直到血小板與紅血球沉降速率正常。但在併有冠狀動脈病變的病兒則需持續到其冠狀動脈病變消失或更久。

由於病兒常接受免疫球蛋白的治療，故在發病後接受免疫球蛋白後的十一個月內應避免麻疹及水痘預防針的注射。

防治措施

不須特別隔離。