

ランチョンセミナー16

外科領域の DIC 診療に直結する検査

田村 利尚

産業医科大学 医学部 消化器内分泌外科

消化器外科領域で遭遇する播種性血管内凝固症候群（disseminated intravascular coagulation：DIC）は、大きく2つに大別される。1つは「感染症に伴うDIC」、もう一つは「癌に伴うDIC」である。外科領域でのDICの特徴は、内科領域のDICとは異なり、感染症などの原疾患による侵襲に加えて、治療としての手術等による侵襲が加わる点が挙げられる。敗血症性DICでは、以前より臓器障害が前面に出る病態が知られているが、アンチトロンビン（Antithrombin：AT）値が、死亡例では生存例よりも低いことや、さらにその値が50%未満の場合には予後不良であることが報告されてきた。AT値はDICにおける予後予測指標であると考えられ、日本血栓止血学会DIC診断基準2017年版で初めて、その診断基準の項目として取り入れられた。治療においてもAT値の変動は重要な役目を果たしている。AT製剤投与後のその値の上昇はその重症度と反比例し、予後不良例ではAT製剤投与後の上昇が少ないことが報告されており、AT製剤投与後のAT値の上昇の程度が、患者の予後を予測できる可能性が示唆されている。原疾患に対する治療がDICの根本的治療につながることは言わずもがなである。実臨床にてDICを合併しうる疾患に遭遇した場合、まずは急性期DIC診断基準を用いて迅速にDICを診断すると同時に、AT値を含めた分子マーカーを測定、日本血栓止血学会2017年版を用いてDICの予後予測を行い治療にあたっている。AT値については、50%未満の症例は重症/予後不良例と判断、50%以上の症例でもその後のAT値の変動まで注視し、治療介入の一助としている。

ランチョンセミナー16

内科・血液内科で遭遇する DIC

松本 剛史

三重大学 医学部附属病院 輸血・細胞治療部

日常診療において DIC に遭遇する場面は数多くある。様々な基礎疾患を原因とするため、一般内科においても疾病の重篤化によって DIC を発症がみられ、血液内科領域ではさらに DIC を引き起こしやすい疾患を診療することが多くなる。DIC を疑う契機となるのは、出血や血栓といった臨床症状の場合もあるが、血小板減少や凝血学的検査で異常が察知されて診断されることの方が多いと思われる。実際の血液内科診療においても、血小板減少を来している紹介患者で、DIC は念頭になく血液疾患を疑われて精査依頼をされてくる場合も少なくない。また、患者の PT・APTT などの凝固検査、TAT や PIC などの分子マーカー臨床検査所見から DIC の診断と病態の鑑別を行い治療することになるため、これらの凝血学的検査を利用することが不可欠である。本セミナーでは、一般内科診療や血液内科で遭遇する DIC について、どのように臨床検査と診断基準を用いて診断するか、検査を用いてどのように病態評価を行って治療の選択を行うか、治療のモニタリングにどのような検査が有用か、というような各種臨床検査の意義について、感染症、血液疾患、固形腫瘍、血管疾患といった実際の症例を提示しながら解説する。