

ムを低分子ヘパリンに切り換えトラネキサム酸を中止した。その後 FFP, PC の補充を必要とせず FDP, D-dimer 軽度高値残存するも凝固能は安定した。消化管, 骨髄に異常なく, protein C 活性56%以外, PIVKA-II, protein S, vWF multimer, 抗リン脂質抗体等は正常であった。出血部の壊死化のため3月15日左手足指切断, 大腿部皮膚移植を施行した。ASO 様動脈血栓ではなく末梢より波及した壊死と考えられた。手術に際し低分子ヘパリンを中止したがその後再発なし。原因として, ほとんど腫瘍量の皆無と思われるリンパ腫とするに困難で未だ不明である。境界明瞭出血斑および壊死著明で手足指切断に至ったことでも, 通常 DIC に比し特異であった。

3 ATⅢ低下を伴う DIC を合併した APL の1例

柴崎 康彦・橋本 誠雄
鳥羽 健・柳川 貴央 (新潟大学医学部附
瀧澤 淳・相澤 義房 (属病院第一内科))

症例は67歳男性。下肢紫斑・口腔内出血等の出血症状, 39℃を超える発熱を主訴に木戸病院を受診, 肺炎, DIC 合併 APL と診断され, 当院に紹介, 入院された。

入院時 ATⅢ54%と著明な低下を認めた。また, フィブリノゲン263mg/dl, FDP 733.6 μ g/ml, Dダイマー 326.6 μ g/ml, TAT 51.0 μ g/l, PIC 19.9 μ g/mlであった。ATⅢ製剤の投与を行いつつ, DIC に対し FFP・メシル酸ガベキサートの投与, 肺炎に対し各種抗生剤投与, APL に対し初期 ATRA 療法 (70mg/day) を行った。投与開始4日目より末梢血中に芽球の増加を伴う白血球の増加を認めたため, 化学療法 (DNR 40mg day 1.2.4, Ara-C 130mg day 1~4) を追加し, DIC の改善, 肺炎の治癒, APL の CR を得た。

その後 JALSG の GML200 に準拠した地固め療法を3回を行い, RT-PCR で PML-RAR α 陰性 (nest) となり退院された。

通常 APL に合併する DIC は線溶系優位であり ATⅢ低下を伴わないことが多い。本症例に伴った ATⅢ低下は重症感染症によると考えるが, 非

特異的な病態を呈したため, 報告することとした。

4 DIC による慢性硬膜下血腫を合併した MDS の1治療例

黒川 和泉・藤原 正博 (長岡赤十字病院)
小池 正 (内科)

DIC に伴う慢性硬膜下血腫に治療の奏効した1例を報告する。

症例70歳, 女性。家族歴, 既往歴に特記事項なし。

【現病歴】数年来顔色不良指摘されていたが放置していた。H13年8月6日, 2カ月位前より皮下出血出現, 労作時動悸, 息切れが現れ当科を受診した。外来スクリーニング検査は, 白血球 $9.31 \times 10^4 / \mu$ l, Hb 6.1g/dl, 血小板 $3.2 \times 10^4 / \mu$ l であり, 緊急入院した。

【入院時検査成績】Hb 6.1g/dl, 血小板 $3.2 \times 10^4 / \mu$ l, 白血球 $9.31 \times 10^4 / \mu$ l (Ba 1, M.bl 5, Pro 2, Myel 10, Met 31, Band 8, Sg 35, Mo 1, Ly 6%, E.bl 3/100), Retics 58%, PT 76.0%, APTT 36.3 sec, Fbg 163mg/dl, FDP 65.0 μ g/ml, TAT 19.9 (N<3.2ng/ml), PIC 8.3 (N<0.8 μ g/ml), 骨髄所見; NCC $59.0 \times 10^4 / \mu$ l, Mgk 202/ μ l, $\Sigma M / \Sigma E = 89.6 / 9.2 = 9.74$, 染色体分析 46XX (20/20) であった。

【経過】MDS に DIC を合併した症例として8月11日より Ara C 40mg/日, FOY 1500mg/日で治療開始, 8月21日 1 t hand tremor 著明となり頭部 CT を施行, 右硬膜下血腫が発見された。8月22日穿頭ドレナージ術を行い, 順調に血腫は縮小した。8月28日ドレーン抜去, この間 Ara C は8月21日まで, FOY は8月28日まで施行, ハイドレア 500mg/日を開始した。その後血液学的改善とともに DIC も消失した。

【考察】硬膜下血腫に対し外科的な処置を行い有効だった。DIC の治療には現病の治療とともに局所療法も重要と思われた。