

療の必要性を示唆している可能性が高いと考えられた。

3) 骨髄異形成症候群(不応性貧血)から急性白血病に移行, DIC を併発し, 急激な経過をとった一例

森山 雅人・室岡 寛(新潟県立十日町病院内科)

【症例】67歳, 女性【既往歴】平成8年から糖尿病で当科外来通院中

【現病歴】平成12年4月に貧血, 白血球減少を指摘. 骨髄穿刺にて骨髄異形成症候群(不応性貧血)と診断. 平成12年8月18日右肺炎にて当科入院.

【入院時検査成績】WBC: $2900/\text{mm}^3$ (Myelo: 3%, Meta: 1%, Stab: 3%, Seg: 13%, Lym: 58%, Mono: 15%, Blast: 5%, Aty.lym: 2%), Hb: 6.0 g/dl, Plt: $19.4 \times 10^4/\text{mm}^3$, CRP: 2.3 mg/dl

【入院後経過】補液, 抗生剤投与などで8月22日以降は解熱. しかし25日から再び微熱が出現し, 持続. 骨髄穿刺施行され, Blast: 16.4%と増加. 芽球増加を伴う不応性貧血と診断. 9月5日 WBC: $9500/\text{mm}^3$, Hb: 5.1 g/dl, Plt: $3.3 \times 10^4/\text{mm}^3$. 凝固系は PT: 15.1 sec, APTT: 38.1 sec, Fbg: 271 mg/dl, FDP: $1 \mu\text{g/ml}$ で, DIC score: 2であったが, 血小板減少進行し, 血圧低下傾向あり, 蛋白分解酵素阻害薬(ウリナスタチン)を開始. 8日 WBC: $20100/\text{mm}^3$ (Blast: 15%), Hb: 9.3 g/dl (輸血後), Plt: $1.7 \times 10^4/\text{mm}^3$, 肝機能障害, 呼吸不全出現. 血小板輸血, 抗凝固療法追加(メシル酸ガベキサート, ヘパリン). しかし改善なく, 14日 WBC: $28000/\text{mm}^3$ (Blast: 54%), Hb: 7.6 g/dl, Plt: $1.0 \times 10^4/\text{mm}^3$. 急性白血病への移行に対して化学療法を追加したが効果なく, 出血傾向は悪化. 18日には WBC: $87000/\text{mm}^3$ (Blast: 71%), Hb: 6.7 g/dl, Plt: $1.1 \times 10^4/\text{mm}^3$, PT: 22.9 sec, APTT: 64.9 sec となり, 20日早朝永眠された.

II. 特別講演

「DIC に関する最近の流れ」

三重大学医学部臨床検査医学助教授

和田 英夫 先生

厚生省研究班の DIC 診断基準が作成されてから約14年が経過し, DIC の診断・治療は完成されたかの様に

思われていましたが, 全身性炎症反応症候群 (SIRS) の概念の導入, 国際血栓止血学会 (ISTH) での DIC 診断基準の作成, アンチトロンビンⅢや活性化プロテイン C (APC) の敗血症における大規模臨床試験, DIC に対するトロンボモジュリン (TM), APC, 組織因子経路阻害因子 (TFPI) などの臨床開発の動きなどにより, 国内でも DIC 診断基準の見直しなどの要望が高まっています. そこで, 以下のことについて, 最近の報告ならびに自験例より, 可能なかぎり御紹介させていただきます.

- 1) DIC の症状・病態: 特に血管内皮細胞障害などについて
- 2) DIC の治療成績ならびに早期治療の有用性: レトロスペクティブな自験例の解析から, 早期治療の有用性について
- 3) ISTH の DIC 診断基準案(グローバルテストによる)の紹介
- 4) 厚生省 DIC 診断基準案に対する検討: PT, FDP, フィブリノゲン, 血小板数, 特に高フィブリノゲン血症について
- 5) 早期診断ならびに病態を調べるための臨床検査
- 6) 新しい DIC 治療薬について
- 7) 日本 DIC 研究会の活動について

第74回新潟内分代謝同好会

日時 平成12年11月11日(土)
午後2時30分開会
場所 新潟東急イン
3階 「明石の間」

I. 一般演題

1) 膵全摘後糖尿病3症例についての検討

丹羽 恵子・谷 長行(県立がんセンター)
金子奈々子・栗田 雄三(新潟病院内科)

【症例】過去1年間に3例の膵全摘後糖尿病を経験した.

症例1: 60歳女性. 平成12年6月膵癌(再発)に対して膵全摘後を施行. 朝速効型インスリン(R)4+中間