
 学 会 記 事

第 4 回 DIC 研究会

日 時 平成 9 年 6 月 20 日 (金)
午後 6 時より

会 場 ホテル新潟 3 階
飛翔の間

一 般 演 題

1) 妊娠性急性脂肪肝が疑われた DIC の 1 例

村川 晴生・渋谷 伸一	（新 潟 大 学） （産科婦人科学教室）
八幡 哲郎・関塚 直人	
長谷川 功・高桑 好一	（同） （内科学第二教室）
田中 憲一	
勝井 郁・倉持 元	（同） （内科学第三教室）
和栗 暢生・市田 隆文	
吉川 恵次	（同） （救急部）
渡辺 逸平・篠永 真弓	
佐藤 一範	（同 集中治療部）

妊娠性急性脂肪肝は、妊娠中期から後期に発症し急激に肝不全に陥り母児ともに死亡率の高い重症肝疾患である。今回我々は妊娠中期に重度肝機能障害から DIC に至り、臨床経過から原因として妊娠性急性脂肪肝を強く疑った症例を経験したので報告する。【症例】33歳，0 妊 0 産。妊娠成立後近医で妊婦検診を行っていた。妊娠 30 週頃から頻回の嘔吐，黄疸が出現し，生化学検査で GOT：180 IU/l，GPT：244 IU/l，T.B：3.6 mg/dl と重度肝機能障害を認めたため，妊娠 31 週に当科へ母体搬送された。入院時所見は，APTT 44.5 秒（対照 32.7 秒），プロトロンビン時間 16 秒（55%），ヘパプラスチンテスト 48%，フィブリノーゲン 165 mg/dl，FDP 34.8 μg/dl。なお妊娠中毒症の所見はなく，血小板も正常であり，HELLP 症候群は否定できた。またウイルス感染の検索でも異常は認められなかった。DIC 治療開始後も臨床症状および検査データの改善傾向認めず，これ以上の内科的治療による経過観察は不可能と判断し，妊娠 32 週に帝王切開術を施行した。術後 24 時間経過した時点で突然の呼吸停止および意識消失・血圧低下を認め，直ちに挿管し ICU へ入室。創部の皮下出血が原因と思われる出血性ショックが考えられ，再開腹・止血後ドレーン留置を行った。術後は輸血（MAP，FFP，PC）およ

び急性腎不全に対して接続的血液濾過透析（CHDF）管理を行い，高ビリルビン血症および高アンモニア血症に対しては随時血漿交換を行った。ドレーンからの出血は速やかに減少し，全身状態も回復したため抜管ののち ICU を退室した。【結語】妊娠時にみられる重度肝機能障害は termination 前後での母体管理がその予後を決定する。今後もこのような症例に対しては，ICU・他科とより密接に連携して管理を行っていく方針である。

2) 高度肝障害，DIC を合併した腹部大動脈瘤の 1 手術例

名村 理・山本 和男	（新 潟 大 学 外 科 学） （第二講座）
大関 一・曾川 正和	
島田 晃治・諸 久永	（同） （内科学第一講座）
林 純一・江口 昭治	
田辺 靖貴・庭野 裕恵	（同） （内科学第三講座）
丸山 貴広・馬場 靖幸	
小山 寛	（済生会新潟第二） （病院診療第一部）

大動脈瘤は，高頻度に凝固線溶異常を合併し，DIC を発現することもあるが，多くは代償され臨床症状を呈するものは稀であるとされている。我々は，高度肝障害による凝固因子産生低下を伴い，内科的コントロールが困難であった DIC を合併した腹部大動脈瘤の 1 手術例を経験したので報告する。

症例は 76 歳男性で，下血を主訴に近医を受診し血液検査で DIC (score 7 点) と診断され入院。精査で最大径 6.1 cm の腎動脈下腹部大動脈から両側総腸骨動脈に及ぶ動脈瘤を認め，それに伴う DIC と考えられた。また，高度肝障害 (KICG 値 0.039/min) も同時に指摘された。FFP による凝固因子の補充療法，メシル酸ガベキサート (FOY) 等の投与を行い DIC のコントロールを試み，一時的に改善したが，FOY を中止することにより DIC の増悪傾向を認めた。このことから，DIC のコントロールに際し瘤に対する外科的処置が不可欠と考えられた。手術は出血のリスクを軽減し，動脈瘤の血栓化を図り DIC の原因を除去する方針とし，次のような術式とした。すなわち，瘤に出入する血管を遮断し動脈瘤を空置し，Y 型人工血管を用い腎動脈下腹部大動脈から右総大腿動脈，左方腸骨動脈にバイパス術を行った。術後も FFP，FOY の投与を継続し経過は良好で，術後 20 日目に FFP，FOY の投与を中止したが出血傾向は認めなかった。一方，肝障害に対しては高アンモニア血症の予防を主眼とし，ラクツロース，カナマイシン等