
 学 会 記 事

第12回新潟血栓止血研究会

日 時 昭和61年5月17日(土)

午後2時30分～6時

場 所 新潟グランドホテル

エメラルドダイヤモンドの間
(3階)

一 般 演 題

1) 抗腫瘍剤投与後発症し、ヘパリン、ウロキナーゼ、抗血小板剤で著効をみた血栓性血小板減少性紫斑病の1例

久保田幸夫・高井 和江 (新潟市民病院)
真田 雅好 (血液科)
金子 清俊・大西 洋司 (同 神経内科)
丸田 宥吉 (同 第一外科)

症例: 49才男。胃癌術後マイトマイシン, 次いで 5FU の投与を約6ヶ月受けた。輸血後に両側皮質盲, 顔面神経麻痺, パリント症候群など多彩な神経症状, 血小板減少 (13,000), 細小血管障害性溶血性貧血, 腎障害, 発熱がみられ TTP と診断。脳 CT で多巣性 LDA ⊕。骨髄癌転移なし。

はじめ DIC を疑いヘパリン, ウロキナーゼ投与したが, TTP が明らかとなった後抗血小板剤チクロピジン を投与した。チクロピジン投与後2日目に血尿4日目に神経症状は消失した。血小板も2日目8万, 4日目25万に増加し, 脳 CT で LAD は完全に消失した。本例のフォンビルブランド因子は症状発現時300%に増加していたが CIE で質的異常はなかった。

本例は抗血小板剤のチクロピジンが著効を示した。最近では種々の抗腫瘍剤で TTP が起こるといわれており, 抗腫瘍剤使用例では TTP 発症の可能性に注意すべきである。

2. 血栓性血小板減少性紫斑病 (TTP) における凝固線溶動態

帯刀 巨・高橋 芳右 (新潟大学第一)	花野 政晴・服部 晃 (内科)
柴田 昭	
中村 忠夫・和田 研 (小千谷総合病院)	西 慎一 (内科)
本間 義章・江部 克也 (佐渡総合病院)	丸山 聡一 (神経内科)
村田 実・宮島 静一 (新潟こばり病院)	古寺 邦夫・蒲沢 壮夫 (内科)
黒川 和泉・牧野 正彦 (長岡赤十字病院)	

TTP は精神神経症状, 溶血性貧血, 血小板減少, 腎障害, 発熱を五徴とする症候群であるが発症機序については不明な点が多い。

今回我々は TTP 7例 (男3, 女4) について凝固線溶系の解析をもとに TTP の病態について検討した。一般凝固線溶検査では, FDP の軽度上昇の他は大体正常で, ATⅢ, α_2 PI, Plg など正常で DIC に見られる様な変化はなかった。第Ⅷ因子正常, vWf: Ag 増加, RCof は vWf: Ag に比し低下。Protein C, Fibronectin, HRG, 第XⅢ因子正常。vWf の CIE と SDS-アガロースゲル電気泳動による multimer 解析では TTP で高分子 multimer の優先的消費が見られた。 α_2 PI の CIE は正常パターンを示した。以上より TTP における血栓は何らかの機序により vWf を動員し, 血小板血栓を生じ, それに軽度のフィブリン血栓が加わると考えられ, DIC の様な凝固線溶系の変動は軽度にとどまるものと思われる。

3) 後天性 von Willebrand 病を合併した真性多血症の1例

毛利 博 (横浜市立大学医)	
橋本 佳己・宮下 裕子 (学部中央検査部)	
伊藤 章・大久保隆男 (同 第1内科)	

症例は73才女性。3年前より出血傾向を認め, 昨年4月汎血球増多指摘され本院受診。赤血球 732万/ μ l, Hb 16g/dl, 血小板 24.6万/ μ l, 白血球 25,100/ μ l で分画に異常なかった。NAP 陽性率98%, スコアー 391。骨髄は過形成で異常細胞なく, 染色体分析は 46××であった。Ⅷ R: Ag, Ⅷ: C は正常だが, RCo は40%と軽度低下した。出血時間 (Simplate 法) 13分30秒と延長, 粘着能は低下した。凝集能では, ADP, リストセチン凝集の低下とエピネフリンの2次凝集欠如を認めた。血小板内ヌクレオチドは低下し, ATP/ADP 比は増加した。血小板膜蛋白は異常なかった。患者血漿, 血清および