手帳及び前医の近日中の診断により陽性例は診断し、早剥発症後初診時中毒症症状がない場合は陰性とした。

② 胎内死亡例の分娩方法について

収縮状態が良く、板状硬となつている場合短時間で経腔分娩が可能と思われる時は経腔分娩を試みても良いが、子宮循環障害による子宮筋変性に基づく弛緩性出血には充分注意すべきであり、長時間を要すると思われる場合は、帝切に踏み切るべきであろう。

119. DIC に対するヘパリン療法の問題点

(秋田大) 後藤 薫, 一関 和子
曾我 賢次, 真木 正博

目的: DIC に対するヘパリン療法には、副作用としての出血の他にもいくつかの問題点がある。その問題点を指摘すると同時にアンチトロンビンⅢ(AT-Ⅲ)単独使用による、より安全な過凝固状態補正の手段の追求を目的とした。

方法: AT-Ⅲ(発色基質法)、凝固能(TEG, PT, APTT)、線溶能(発色基質法によるPlg値の測定)を測定した。

成績: AT-Ⅲ活性は、正常非妊婦(n=7)100%に対し、重症妊娠中毒症(n=10)78.4±23.8, 急性DIC(n=17)37.8±18.9%で、急性DICではAT-Ⅲの補充なしではヘパリンの効果が期待できない例が多い。血漿5 μ l に対し、AT-Ⅲとヘパリン50Uの共存下ではAT-Ⅲのdose-response的に抗プラスミン作用が増強し、その強さは、FUT-175, FOY, Aprotininに劣らなかつた。これは、DICへの抗プラスミン剤投与は原則として禁忌であるという治療方針に反し、無造作に行なわれる傾向にあるヘパリン療法への警鐘となる結果と思われた。そこで、AT-Ⅲ単独による過凝固状態補正の可否の検討のため、妊娠後期妊婦(n=22)全血0.8mlにAT-Ⅲ(ミドリ十字)(4mg/0.2ml)を添加して凝固能を測定した。生食コントロール、AT-Ⅲの順にTEGのrは18.6±0.6, 21.0±0.6mm, Kは4.6±0.2, 7.3±0.3mm(Mean±SE)と有意に延長、maは68.2±1.2, 60.3±1.0mmと有意に縮小した。(P<0.01)。PT, APTTもAT-Ⅲ添加により有意に延長した(P<0.01)。また、AT-Ⅲ単独添加ではプラスミン活性の抑制はほとんどみられなかつた。この実験中に、臍帯血にAT-Ⅲを添加した際に著明な線溶亢進を示した例がみられ、生成fibrin量の減少やfibrin間およびfibrinと α_2 -PI間のCrosslinkingの抑制などの総合的要因によると考えている。

考案: 急性DICの治療にはAT-Ⅲ補充が必要であり、ヘパリン-AT-Ⅲ療法も線溶抑制による臓器障害の面から、目的を達したら直ちに中止する必要がある。残存する凝固亢進や、DICの予備群である過凝固状態に対しては、AT-Ⅲ単独で効果が得られる可能性大である。

質問 (信州大) 飯沼 博朗

1. AT-Ⅲの半減期は、どの位でしょうか。

回答 (秋田大) 後藤 薫

① AT-Ⅲ投与例は急性または慢性DICの患者のみであるが、このような凝固の亢進している例では割合短いと思われる。しかし、詳細については現在検討中である。

② 患者によつては投与したAT-Ⅲの半減期は、投与量とのかねあいにもよるが、変化しうと思つている。またHeparin投与の有無も影響すると思われる。

質問 (東京大) 中林 正雄

1) ヘパリン存在下でAT-Ⅲがプラスミンを阻害することは1972年に私達も発表していますが、産科領域のDICでは線溶亢進が著明で抗線溶療法が必要なことが多いので、ヘパリンは補充療法にてAT-Ⅲを充分に上昇させておけば抗凝固+抗線溶の効果が期待できてよいのではないのでしょうか？

2) 重症例では各種凝固因子も低下し、血小板数も減少しているのでヘパリン投与は出血を増悪させる危険性があるが、またそのような重症例ではヘパリンを投与しないと補充療法を行つてもすぐ消費されてしまう。私達はそのような場合は新鮮血血小板輸血を強力に行つてヘパリンを投与している。

回答 (秋田大) 後藤 薫

先生のおっしゃる通りで、特に産科領域のDICでは線溶の亢進する例が多く、Heparin投与は必要と思えますし、抗線溶剤のみを使用することもございます。しかし、Heparin投与はAT-Ⅲを消費しDIC悪化の傾向を示すことがあること、臓器血栓が溶解されなければ、その障害を増強する恐れがあることなどの点から早期に切り上げた方がよいと思う。また、現在はAT-Ⅲ製剤が開発されているので、残存する凝固亢進に対してはAT-Ⅲ単独投与でも効果が得られることを示した。

120. 妊娠中毒症患者における尿中線溶阻止物質の動態

(浜松医大)

渥美 正典, 京戸 裕, 前田 真