

播種性血管内凝固 (DIC) 病態と凝固・線溶系分子マーカーの関係

座長 : 井上 信行 (愛媛県立中央病院 検査部)  
演者 : 下仮屋 雄二 (三重大学医学部附属病院 検査部)

播種性血管内凝固 (DIC) 病態と凝固・線溶系分子マーカーの関係

◎下仮屋 雄二

三重大学医学部附属病院 検査部

播種性血管内凝固 (disseminated intravascular coagulation : DIC) は、基礎疾患の存在下で全身性持続性に凝固活性化および線溶活性化がみられ、病態によって微小血栓が多発して臓器症状をきたす場合と線溶の制御が不能となり出血症状をきたす場合がある。これら病態の違いは基礎疾患によって異なることが知られているが、必ず「この疾患の時には臓器症状」、「この疾患の時には出血症状」というように基礎疾患＝病態ではなく重症度によっても病態が異なることから治療には的確な病態把握が必要となる。

DICの主病態である凝固活性化は全症例に見られるが、線溶の活性化は基礎疾患やその重症度で異なることから「線溶抑制型」、「線溶均衡型」、「線溶亢進型」とする病型分類がなされている。そのDIC病態を把握するうえで重要になる検査が凝固・線溶系分子マーカーであることから基礎疾患に関係なく測定して患者の現時点での病態を知る必要があり、その結果がその後の治療効果の評価にも繋がる。

DICにはいくつかの診断基準があるが、いずれも病態を分類するものではない。したがって、臨床検査技師は凝固・線溶系分子マーカーに対し、病態に関連した測定値の変化を理解しておき、必要に応じて専門以外の医師に追加検査や結果の解釈についてアドバイスサービスが出来るスキルを身につけておくことが求められる。

診療報酬の縛りや依頼件数の問題から院内で測定されている凝固・線溶系分子マーカーは限られている。これからは臨床検査室が凝固・線溶系分子マーカーの必要性を理解して自施設の患者層に必要な項目を病院側に発信していくことも重要となる。

今回のランチョンセミナーでは、「なぜDICの診断はFDPでDDではないのか?」、「なぜDICでATが低下する場合と低下しない場合があるのか」、「DICの診断や病態把握にTATやSFは必要か?」、「線溶の病態を反映している凝固・線溶系分子マーカーは何か?」、「比較的一般の病院でも測定されているFDP、DD、ATでどこまで病態は把握できるか?」などの疑問からDIC病態と各凝固・線溶系分子マーカーの関係性を解説して凝固検査の担当者以外にも理解を深めていただきたいと考えている。