日本血栓止血学会 DIC 診断基準暫定案は 適切に評価されたのか？

久志本成樹*

**Has it been appropriately assessed?: The provisional draft
of the diagnostic criteria of disseminated intravascular coagulation
by the Japanese Society on Thrombosis and Hemostasis**

Shigeki KUSHIMOTO

Key words: diagnostic criteria, disseminated intravascular coagulation

日本血栓止血学会 DIC 診断基準作成委員会より「日本血栓止血学会 DIC 診断基準 2017 年版」が公表された¹⁾。委員長をはじめとする多くの委員のご尽力に心より敬意を表する。

委員会設立に先行する精力的な活動と議論、約 5 年にわたる委員会活動による DIC 診断基準暫定案の評価に基づく集大成としての DIC 診断基準 2017 年版であるものと思われる。

一学会員として、日本血栓止血学会 DIC 診断基準暫定案の評価に関してコメントさせていただきたい。

1) “DIC 診断にゴールドスタンダードは存在しない”

本評価では旧厚生省 DIC 診断基準を“DIC 診断の基準”として採用している。しかし、多くの問題点が指摘されているからこそ改定しようとしている旧厚生省 DIC 診断基準を“DIC 診断の基準”として評価を行うことには矛盾が存在する。

2) 旧厚生省 DIC 診断基準項目を含む、より多くのパラメーターにより作成された暫定案は、旧厚生省

DIC 診断基準と比較して診断精度の上昇が期待できることは当然である。事実、今回の検討では旧厚生省 DIC 診断基準をスタンダードとし、旧厚生省基準に分子マーカー、アンチトロンビンなどを加えたために receiver operating characteristic curve 曲線下面積がごくわずかに 1 を下回ったにとどまるものである^{1,2)}。

これらの検討によって、DIC 診断基準暫定案の有用性を評価することは適切でない可能性がある。

3) 感染症型 DIC におけるスコアと生命予後との関係をみると、DIC 基準に該当する症例ではスコアが低値であるほど死亡のオッズ比が小さく、上昇に伴いオッズ比も増加することから生命予後を反映する可能性がある^{1,3)}。一方、DIC に該当しないスコアでの死亡オッズ比は DIC 該当例より大きい^{1,3)}。これらの結果全体からは生命予後を予測することができるとはいえず、さらに、その治療時期の適否をコメントすることは理論的根拠がなく適当ではない。

治療と予後との関連を検討する際には、他の重症度や治療内容等が影響することは十分に予想される。しかしながら、予後予測のための診断指標としての DIC 診断基準案は、感染症患者の生命予後を予測しないと評価するのが適当ではないと思われる。

*責任者連絡先：

東北大学大学院医学系研究科外科病態学講座救急医学分野

〒980-8574 仙台市青葉区星陵町 1-1

Division of Emergency and Critical Care Medicine, Tohoku University Graduate School of Medicine

1-1 Seiryō-machi, Aoba-ku, Sendai, 980-8574, Japan

Tel: 022-717-7489, Fax: 022-717-7492

E-mail: kussie@emergency-medicine.med.tohoku.ac.jp

敗血症の臨床的定義と診断基準

2016 年、敗血症の新たな臨床的定義と診断基準が発表された^{4,5)}。いわゆる Sepsis-3 である。DIC と同じく、敗血症診断にもゴールドスタンダードは存在しない。まさに DIC 診断と類似した問題を包含することとなる。そのため、診断基準作成と妥当性評価は、臨床的に重要であると考えられる代替指標を用いて行われている⁴⁾。Sepsis-3 においては、①退院時死亡、あるいは、②退院時死亡と長期集中治療室入院(3 日間以上)の複合アウトカムを主要評価項目とした。

新基準の評価のためには、これまでに提唱されてきた診断基準との比較検討を行うべきであり、Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score, systemic inflammatory response syndrome (SIRS) criteria, Logistic Organ Dysfunction System (LODS) score, the quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA) などのスコアによる敗血症に対する代替指標の診断精度を比較検討している⁴⁾。

Sepsis-3 の定義にも多くの批判があり、世界の主要学術団体のすべてがこの定義に同意しているわけではない^{6,7)}。どのようなアプローチを用いても一定の批判や意見がみられることは容易に予想される。世界をリードするわが国の DIC であり、日本血栓止血学会 DIC 診断基準 2017 年版は大きな一歩となる可能性がある。今後、適切なタイミングでの多施設前向き検討と改訂作業を期待したい。

著者の利益相反(COI)の開示：

本論文発表内容に関連して開示すべき企業との利益相反なし

文献

- 1) 朝倉英策, 高橋芳右, 内山俊正, 江口豊, 岡本好司, 川杉和夫, 小林隆夫, 瀧正志, 辻仲利政, 松下 正, 松野一彦, 窓岩清治, 矢富裕, 和田英夫: 日本血栓止血学会 DIC 診断基準 2017 年版. 血栓止血誌 **28**: 369–392, 2017.
- 2) Aota T, Wada H, Yamashita Y, Matsumoto T, Ohishi K, Suzuki K, Imai H, Usui M, Isaji S, Asakura H, Okamoto K, Katayama N: An evaluation of the modified diagnostic criteria for DIC established by the Japanese Society of Thrombosis and Hemostasis. Clin Appl Thromb Hemost **23**: 579–584, 2017.
- 3) Wada H, Matsumoto T, Aota T, Imai H, Suzuki K, Katayama N: Efficacy and safety of anticoagulant therapy in three specific populations with sepsis: a meta-analysis of randomized controlled trials: comment. J Thromb Haemost **14**: 2308–2309, 2016.
- 4) Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, Brunkhorst FM, Rea TD, Scherag A, Rubenfeld G, Kahn JM, Shankar-Hari M, Singer M, Deutschman CS, Escobar GJ, Angus DC: Assessment of clinical criteria for Sepsis: For the third international Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA **315**: 762–774, 2016.
- 5) Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, Bellomo R, Bernard GR, Chiche JD, Coopersmith CM, Hotchkiss RS, Levy MM, Marshall JC, Martin GS, Opal SM, Rubenfeld GD, van der Poll T, Vincent JL, Angus DC: The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA **315**: 801–810, 2016.
- 6) Sprung CL, Schein RM, Balk RA: To SIRS with love-an open letter. Crit Care Med **45**: 736–738, 2017.
- 7) Sprung CL, Schein RM, Balk RA: The new sepsis consensus definitions: the good, the bad and the ugly. Intensive Care Med **42**: 2024–2026, 2016.