**ＤＩＣ、治療方針**

出血：　ヘパリン・ヘパリン類ダメ

敗血症・外傷性：　AT製剤、遺伝子組換えヒトトロンボモジュリン製剤（rhTM）が有効、

出血傾向、線溶亢進型：　抗線溶療法が著効

**(A)基礎疾患の治療**

　基礎疾患の治療は，全症例で必須

**(B)抗凝固療法**

　DICの本態が凝固活性化であることより，抗凝固療法は原則的に必要な治療。

　DICの病態・出血の副作用に応じて薬剤を選択

**１．ヘパリン・ヘパリン類**

　効果：　未分画ヘパリン（UFH，ヘパリンNa），低分子ヘパリン（LMWH，フラグミン），ヘパリン類〔ダナパロイドナトリウム（DS，オルガラン）〕はATを介して抗凝固活性を発揮

　　　　　UFH＜LMWH＜DSの順に抗トロンビン活性に比べて抗活性化凝固第Ⅹ因子活性が強くなり，半減期も長くなる．UFHと比較するとLMWHならびにDSは出血の副作用が弱いが，著明な出血がある場合はヘパリン・ヘパリン類の投与は避けるべきである．

　処方：

１）フラグミン注　1日75IU/kg　24時間かけて持続点滴静注

２）オルガラン注　1回1,250単位　12時間ごとに静注　腎機能低下例〔血清クレアチニン（SCr）≧2〕では投与間隔延長または減量，中止を考慮

３）ヘパリンNa注　5〜10単位/kg/時　24時間かけて持続点滴静注

**２．AT製剤**

　効果：　ATが低下するとヘパリン類の効果が弱まるため，AT製剤を補充

　　　　　敗血症・外傷性DICでは消費，血管外漏出，合成障害などによりATが著減するため，AT補充を積極的に行う．

　　　　　ヘパリン類の併用で出血傾向を認める場合は，単独投与を考慮

　薬剤：　遺伝子組換え製剤（アコアラン）と血漿由来製剤（アンスロビンP，ノイアート，献血ノンスロン）．

　処方：

１）アコアラン注　1回36IU/kg　1日1回　静注または点滴静注

２）アンスロビンP 注，ノイアート注，献血ノンスロン注、1回1,500IUまたは30IU/kg　1日1回　緩徐に静注または点滴静注　ただし，産科的・外科的DICなどでの緊急処置の場合は，1回40〜60IU/kg　1日1回　静注または点滴静注

**３．rhTM　トロンボモジュリン（TM）**

　効果：　抗トロンビン作用とプロテインC活性化による抗凝固作用、抗炎症効果

　　　　　感染症や外傷後などの炎症性疾患に合併したDICに有効．

　処方：

　リコモジュリン注　1回380単位/kg　1日1回　約30分かけて点滴静注　腎障害患者では適宜130単位/kgに減量

**４．合成プロテアーゼ阻害薬（SPI）**

　薬剤：　ガベキサートメシル酸塩（GM），ナファモスタットメシル酸塩（NM，フサン）の2種類

　効果：　AT非依存性に抗トロンビン活性を発揮することから，AT活性の低下したDICに有効、

　　　　　出血の副作用がないため，出血症例で好んで使用される

　　　　　NMは強力な抗プラスミン作用も有するため，線溶亢進型のDICに著効

　注意：　高カリウム血症に注意

　処方：　線溶活性化が顕著な場合

　　　　　フサン注　1日1.44〜4.8mg/kg　24時間かけて持続点滴静注（200mg/日程度）

**(C)補充療法**

　適用：　消費性凝固障害による血小板や凝固因子の低下、

　目標：　濃厚血小板は血小板数2万/μLを維持するように，新鮮凍結血漿はフィブリノ　　 　ゲンが100mg/dL未満の場合に輸注される．

　処方：

１）濃厚血小板-LR　1回10単位　1日1回　点滴静注　必要に応じて輸血

２）新鮮凍結血漿-LR　1回3〜5単位（360〜600mL）　1日1回　点滴静注　必要に応じて輸血

**(D)抗線溶療法**

　原則的には禁忌：　感染症DICは絶対禁忌、

　ただし，腹部大動脈瘤や固形癌などの出血を伴う線溶亢進型DICに対して，ヘパリン類併用下に抗線溶療法〔トラネキサム酸（トランサミン）〕が著効する場合がある．また，SPIのNM投与も有効な場合がある

　処方：　(B)1．ヘパリン・ヘパリン類と下記のいずれかを併用

１）トランサミン カプセル（250mg）　1回1〜2カプセル　1日3〜4回（750〜2,000mg/日，3〜4回に分服）

２）トランサミン 注　1回250〜500mg　1日1回　静注，または1回500〜2,500mg　1日1回　点滴静注

　副作用：　不適切処方：線溶亢進型DICに対するトラネキサム酸単独投与にて，致死的な血栓症の報告がある．ヘパリン・ヘパリン類と必ず併用すること．

　推奨：　専門医へのコンサルト：　抗線溶療法を実施するときは，薬剤の使用方法が適切でないと重篤な血栓症を起こすため，いかなる場合も専門医にコンサルトする