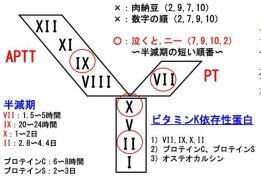
https://l-hospitalier.github.io

2018.9

ビタミンK依存性凝固因子 (覚え方)



【抗血栓剤】としてワーファリン、未分画/低 分子へパリン、アルガトロバン、ダビガトラン、 Xa 阻害剤、オザグレル、t-PA、抗血小板薬等。 オ ザグレルはトロンボキサン TX。阻害(血小板凝集 抑止)、t-PA は組織プラスミノーゲン活性化(血 栓溶解)で凝固カスケードと無関係。【抗凝固療

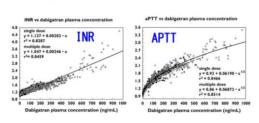
法中の凝固能検査】は PT と APTT が主。 減期の短い凝固因子は7,9,10,2でⅧは組織因 子Ⅲと反応して外因性凝固カスケードを開始。 IX は内因性凝固カスケード(異物、陰性荷電に

よる活性化)。 両経路とも**リン脂質 (=部分トロンボプラスチン**) と **Ca²⁺IV**が必要。 **X** 以降の共通経路のトロンビン**Ⅱa**に作用するダビガトラン(プラザキサ)やアルガトロ (1)ヘパリンがない時(遅い反応)

バン^{*1}(スロンノン)は**アンチトロンビン(AT*²)非**依存の合成抗 トロンビン薬でプロトロンビン を直接阻害。 **未分画へパリン**は AT と結合してトロンビンと複合体を作りトロンビンⅡa を不活化 (右図)。 ヘパリン自体には抗凝固能はないが AT・ヘパリン複合 体には共通系のXa 阻害作用もあり抗Ⅱと抗Xa は 1 対 1。低分子 へパリンは抗**Xa** が主*3。 共通系の抗トロンビン薬**Ⅱ/Xa** 阻害剤 は原理的に PT と APTT を両方延長する(合流後の阻害なので双方 とも影響を受ける)。 検査法としての PT は標準化されていてウ サギ脳Ⅲの活性の差を補正し PT-INR で表示するが APTT は標準 化されていない。 APTT では用いる試薬 (活性化剤:エラジン酸 /シリカ/セライト リン脂質:ウサギ脳/ブタ/大豆/合成リン

#156

ダビガトランのINR&APTTへの影響 (経口抗トロンビン薬)



リバーロキサバンのINR&APTTへの影響

(経口抗Xa薬)

脂質) でヘパリン濃度 **0.3** U/mL の時 APTT の延長率は +70%~+250%と差があり抗 凝固剤のモニタとしては不適 (右図)。 【未分画へパリン 投与時のモニタ】米国では

ama MM, et al: Thromb Res 129: e77-82, 2012)

AMI に t-PA 使用後 APTT が 50~75 秒になるようへ パリン投与速度を調節*4とあるが、日本人では

APTT を延長させると出血の副作用が多く、APTT

エドキサバンのINR&APTTへの影響 をあまり延長させずに

(経口抗Xa薬) <試薬毎の差異> (出血の副作用が出な <試薬毎の差異> INR **APTT** APTT H

いように) ヘパリン を投与する*5。 抗ト ロンビン薬ダビガ トラン (プラザキサ) も PT-INR と APTT を延長するが APTT

ヘバリン濃度(U/mL)

+ アンチトロンビン トロンビン

(2)へパリンがある時(速い反応)

4.0

2.5

延長が目立つ。 Xa

阻害剤のリバロキサバン*6 (イグザレルト)とエドキサバン(リクシアナ)では逆に PT-INR 延長が目立つ(両剤とも PT-INR は使用試薬(と個体差)によるばらつきが大 きい)。 共通系凝固因子阻害剤の結果が薬物で異なる理由は現在のところ不明で APTT やPT-INRが共通系凝固因子阻害剤のモニタとして使用可能というデータや根拠はない。

*1 岡本彰祐(神戸大) 開発。*2 アンチトロンビンは ATⅢ型のみと判明、Ⅲは省略。*3 抗Xa と抗トロンビンの比はダル テパリン、フラグミン、エドキサバン 2~5 :1,ダナパロイド(オルガラン)22:1,フォンダバリヌスク(アリクストラ) 7400:1。**CMDT p353 制酸剤+H2 ブロッカー併用。*5 金沢大学「血液呼吸器内科のお役立ちブログ」。*6 リバロキサ バンは Quick 一段法 (PT-INR) と Owren の PT 測定法 (トロンボテスト TT-INR) で結果が異なる (左端の上下図)。