

(4)本剤の使用にあたっては、少なくとも2日以上使用してその効果を判定し、使用の継続を判断すること。

3. 副作用

本剤は使用成績調査等の副作用発現頻度が明確となる調査を実施していない。(再審査対象外)

(1)重大な副作用

アナフィラキシー様ショック(頻度不明)を起こすことがあるので観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

(2)その他の副作用

	頻度不明
過敏症 ^{※2}	発疹、蕁麻疹等
肝臓	AST(GOT)、ALT(GPT)の上昇等
消化器	嘔気、嘔吐
その他	悪寒、発熱、頭痛、胸部不快感、好酸球増多

注2)このような場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

4. 高齢者への投与

一般に高齢者では生理機能が低下しているので、患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。

5. 妊婦、産婦、授乳婦等への投与

妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。
[妊娠中の投与に関する安全性は確立していない。本剤の投与によりヒトパルボウイルスB19の感染の可能性を否定できない。感染した場合には胎児への障害(流産、胎児水腫、胎児死亡)が起こる可能性がある。]

6. 小児等への投与

低出生体重児、新生児に対する安全性は確立していない。

7. 適用上の注意

(1)調製時:

- 1) 他剤との混合注射は避けることが望ましい。
- 2) 本剤は、溶解後ただちに使用すること。
- 3) 一部を使用した残液は、細菌汚染のおそれがあるので使用しないこと。

(2)投与時:

溶解時に著しい沈殿の認められるものは投与しないこと。

【取扱い上の注意】

記録の保存: 本剤は特定生物由来製品に該当することから、本剤を投与した場合は、医薬品の名称(販売名)、製造番号、投与日、投与を受けた患者の氏名、住所等を記録し、少なくとも20年間保存すること。

【包装】

献血ノンスロン500注射用		
人アミチロニンⅢ	500単位	1瓶
溶解液(日本薬局方注射用水)	10mL	1瓶添付
溶解移注針		1本添付
献血ノンスロン1500注射用		
人アミチロニンⅢ	1,500単位	1瓶
溶解液(日本薬局方注射用水)	30mL	1瓶添付
溶解移注針		1本添付

【DIC診断基準】

DICの診断にあたっては、下記のような診断基準がそれぞれ参考となる。

- 厚生省DIC研究班「診断基準」表1¹⁾
- 産婦人科におけるDICの診断基準「表2」²⁾
- 消化器外科における重症感染症のDICの診断基準「表3」³⁾
- 新生児急性DICの診断基準「表4」⁴⁾

【主要文献】

- 1)青木延雄. 他: 厚生省特定疾患 血液凝固異常症調査研究班 昭和62年度研究報告書. 37, 1988.
- 2)真木正博. 他: 産婦人科治療. 50(1), 119, 1985.
- 3)上林純一. 他: 厚生省特定疾患 汎発性血管内血液凝固症調査研究班 昭和55年度業績集報告「汎発性血管内凝固症Ⅳ」, 61, 1981.
- 4) Shirahata A., et al.: Disseminated Intravascular Coagulation (Abe T., et al., ed.), Tokyo; Univ. of Tokyo Press, 277, 1983.
- 5)大治太郎. 他: 日本新生児学会雑誌, 23(3), 758, 1987.

【文献請求先】

日本製薬株式会社 信頼性保証部
〒101-0031 東京都千代田区東神田一丁目9番8号

表1 厚生省のDIC診断基準(1988年改訂)¹⁾

項目	判定	得点	
I. 基礎疾患	あり	1	
	なし	0	
II. 臨床症状	1) 出血症状(注1)		
	あり	1	
	なし	0	
	2) 臓器症状		
	あり	1	
	なし	0	
III. 検査成績	1) 血清FDP値($\mu\text{g/mL}$)		
	$40 \leq$	3	
	$20 \leq < 40$	2	
	$10 \leq < 20$	1	
	$10 >$	0	
	2) 血小板数($10^3/\mu\text{L}$)(注1)		
	$50 \geq$	3	
	$80 \geq > 50$	2	
	$120 \geq > 80$	1	
	$120 <$	0	
	3) 血漿フィブリノゲン濃度(mg/dL)		
	$100 \geq$	2	
	$150 \geq > 100$	1	
	$150 <$	0	
	4) プロトロンビン時間 時間比(正常対照値で割った値)		
$1.67 \geq$	2		
$1.25 \leq < 1.67$	1		
$1.25 >$	0		
IV. 判定(注2)	7点以上	DIC	
	6点	DICの疑い(注3)	
	5点以下	DICの可能性少ない	
	2) 白血病その他注1に該当する疾患		
	4点以上	DIC	
	3点	DICの疑い(注3)	
2点以下	DICの可能性少ない		
V. 診断のための補助的検査成績、所見	1) 可溶性フィブリンモノマー陽性		
	2) D-Dダイマーの高値		
	3) トロンビン・アンチトロンビンIII複合体の高値		
	4) プラスミン・ α_2 プラスミンインヒビター複合体の高値		
	5) 病態の進展に伴う得点の増加傾向の出現。とくに数日内での血小板数あるいはフィブリノゲンの急激な減少傾向ないしFDPの急激な増加傾向の出現。		
	6) 抗凝固療法による改善。		
VI. 注1: 白血病および類縁疾患、再生不良性貧血、抗腫瘍剤投与後など骨髓巨核球減少が顕著で、高度の血小板減少をみる場合は血小板数および出血症状の項は0点とし、判定はIV-2)に従う。	注2: 基礎疾患が肝疾患の場合は以下の通りとする。		
	a. 肝硬変および肝硬変に近い病態の慢性肝炎(組織上小葉改築傾向を認める慢性肝炎)の場合には、総得点から3点減点した上で、IV-1)の判定基準に従う。		
b. 劇症肝炎および上記を除く肝疾患の場合は、本診断基準をそのまま適用する。		注3: DICの疑われる患者でV. 診断のための補助的検査成績、所見のうち2項目以上満たせばDICと判定する。	
VII. 除外規定			
1. 本診断基準は新生児、産科領域のDICの診断には適用しない。			
2. 本診断基準は劇症肝炎のDICの診断には適用しない。			

表2 産婦人科DICの診断基準²⁾

項目	点数	
I. 基礎疾患	a. 常位胎盤早期剥離	5
	・子宮硬直、児死亡	4
	・子宮硬直、児生存	4
	・超音波断層所見およびCTG所見による早剥の診断	4
	b. 羊水塞栓症	4
	・急性肺性心	3
	・人工換気	2
	・補助呼吸	1
	・酸素放流のみ	1
	c. DIC型後産期出血	4
	・子宮から出血した血液または採血血液が低凝固性の場合	3
	・2,000 mL以上の出血(出血開始から24時間以内)	1
	・1,000 mL以上2,000 mL未満の出血(出血開始から24時間以内)	1
	d. 子癇	4
	・子癇発作	1
e. その他の基礎疾患	1	
II. 臨床症状	a. 急性腎不全	4
	・無尿($\leq 5 \text{ mL/hr}$)	3
	・乏尿($5 < \leq 20 \text{ mL/hr}$)	4
	b. 急性呼吸不全(羊水塞栓症を除く)	4
	・人工換気または時々補助呼吸	1
	・酸素放流のみ	1
	c. 心、肝、脳、消化管などに重篤な障害がある時はそれぞれ4点を加える	4
	・心(ラ音または泡沫性の喀痰など)	4
	・肝(可視黄疸など)	4
	・脳(意識障害および痙攣など)	4
	・消化管(壊死性腸炎など)	4
	d. 出血傾向	4
	・肉眼的血尿およびメレナ、紫斑、皮膚粘膜、歯肉、注射部位などからの出血	1
	e. ショック症状	1
	・脈拍 ≥ 100 分	1
・血圧 $\leq 90 \text{ mmHg}$ (収縮期)または40%以上の低下	1	
・冷汗	1	
・蒼白	1	
III. 検査項目	・血清FDP $\geq 10 \mu\text{g/mL}$	1
	・血小板数 $\leq 10 \times 10^4/\text{mm}^3$	1
	・フィブリノゲン $\leq 150 \text{ mg/dL}$	1
	・プロトロンビン時間(PT) ≥ 15 秒($\leq 50\%$)またはヘパプラスチンテスト $\geq 50\%$	1
	・赤沈 $\leq 4 \text{ mm/15min}$ または $\leq 15 \text{ mm/hr}$	1
	・出血時間 ≥ 5 分	1
	・その他の凝固・線溶・キニン系因子(例: AT-III $\leq 18 \text{ mg/dL}$ または $\leq 60\%$ 、フレカリクレイン、 α_2 -PI、プラスミノゲン、その他の凝固因子 $\leq 50\%$)	1

注. 基礎疾患については該当するものを1つだけ選び、臨床症状および検査成績については該当するものを2つを選び、スコアを総和する。8点以上がDICと判定される。



表3 消化器外科における重症感染症のDICの診断基準³⁾

1. 血小板の減少 <10 ⁴ 10 ⁴ mm ³ (hypersplenismなどを除く) または急激な減少 (30%以上)
2. FDP増加 >20 μg mL
3. Paracoagulation test陽性

この3つを満足するものをDIC、2つを満足するものをDIC準備状態と診断する。

表4 新生児DICの診断基準^{4,5)}

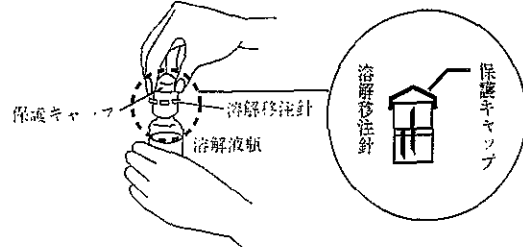
1. 基礎疾患の存在	
2. 出血傾向あるいは(および)参考条項の存在	
3. 検査所見	
(1)血小板数 (10 ⁴ μL)	スコア(点)
a) ≧15 <10	1
b) ≧10	2
(2)フィブリノゲン (mg dL)	
a) ≧150 <100	1
b) ≧100	2
(3)FDP (FDP L, μg mL)	
a) ≧10 <40	1
b) ≧40	2
(3)FDP (D-dimer, ng mL)	
a) ≧500 <2,000	1
b) ≧2,000	2
4. 参考条項	
(1) pH ≧7.2	
(2) PaO ₂ ≧40 mmHg	
(3) 直腸温 ≧34℃	
(4) 収縮期血圧 ≧40 mmHg	

1. 必須項目
2. 必須項目
3. (1)、(2)及びFDP (3)又は(3')の総和で診断する。
3点 : DIC疑診
4点以上 : DIC確診

献血 ノンスロン[®]500注射用 及び 献血 ノンスロン[®]1500注射用の溶解方法

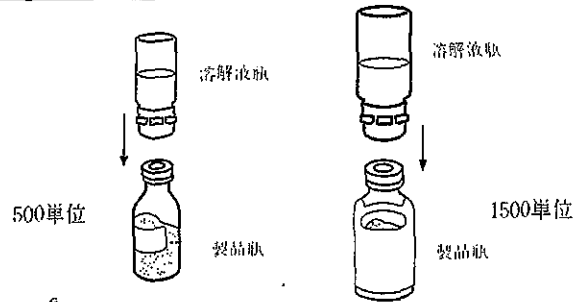
製品瓶内は陰圧になっていますので、下記の手順に従って溶解してください。
1. 製品瓶、溶解液瓶のプラスチックキャップをはずし、ゴム栓表面を消毒してください。
2. 溶解移注針(以下移注針)の保護キャップのついている側を上にし、針を溶解液瓶のゴム栓にまっすぐ垂直に深く刺し込めます。

必ず溶解液瓶に先に刺し込んでください。製品瓶に先に刺し込むと陰圧が破壊され、溶解液がうまく移行しなくなります。

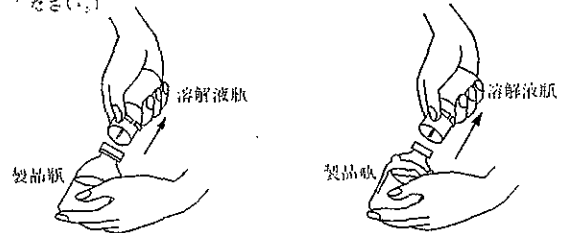


※3. 移注針の保護キャップをはずし、溶解液瓶を移注針ごと逆さにし、製品瓶のゴム栓にまっすぐ垂直に深く刺し込むと溶解液が製品瓶内に移行します。

溶解液の移行中に瓶が倒れると溶解液が製品瓶内に移行しなくなる場合がありますので、ご注意ください。

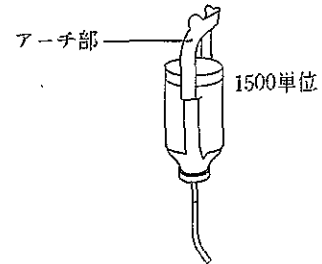


4. 溶解液の移行が終了したら、移注針を持って溶解液瓶と一緒に引き抜きます。(移注針はテリスゴ-サフルですので再使用しないでください。)



5. 製品瓶を泡立てないようにゆるやかに揺り動かして、完全に溶解してください。

6. 献血 ノンスロン[®]1500注射用は、テリスゴ-アーチ部を吊り具としてご使用ください。



この製品は献血血液から製造されています。

※
製造販売元 **日本製薬株式会社**
東京都千代田区京神田一丁目9番8号

販売 **武田薬品工業株式会社**
大阪市中央区道修町四丁目1番1号

貯法：10℃以下に凍結を避けて保存
 有効期間：自家試験合格の日から3年
 （最終有効年月日は容器及び外箱に表示）

日本標準商品分類番号
876343

血漿分画製剤

特定生物由来製品
 指定医薬品
 処方せん医薬品^{※1)}

注射用**Anact[®]C** 2,500単位 **献血**

生物学的製剤基準

乾燥濃縮人活性化プロテインC

Anact[®]C

承認番号	21200AMZ00565
薬価収載	2000年11月
販売開始	2001年1月
効能追加	2006年10月 (電撃性紫斑病)
国際誕生	2000年9月

本剤は、貴重なヒト血液を原材料として製剤化したものである。有効成分及び添加物としてヒト血液由来成分を含有しており、原材料となったヒト血液を採取する際には、問診、感染症関連の検査を実施するとともに、製造工程における一定の不活化・除去処理などを実施し、感染症に対する安全対策を講じているが、ヒト血液を原材料としていることによる感染症伝播のリスクを完全に排除することはできないため、疾病の治療上の必要性を十分に検討の上、必要最小限の使用にとどめること。（「使用上の注意」の項参照）

※1) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

【組成・性状】

※1. 組成

本剤を添付の溶剤（日局注射用水）で溶解したとき、1 mL中の組成は下記のとおりである。

成分	溶解後の1 mL中の含量
有効成分	活性化プロテインC 500単位
添加物	人血清アルブミン 25mg
	クエン酸ナトリウム水和物 5.9mg
	グリシン 5 mg
	塩化ナトリウム 7 mg

本剤の有効成分である活性化プロテインC及び添加物の人血清アルブミンは、ヒトの血液（採血国：日本、採血方法：献血）を原材料としている。

本剤は製造工程において、ヒトの血液由来成分（トロンビン、採血国：日本、採血方法：献血）及びマウスハイブリドーマ細胞株由来成分（抗プロテインCモノクローナル抗体）を使用している。

2. 製剤の性状

本剤は白色から淡黄色の凍結乾燥製剤であり、添付の溶剤で溶解したとき無色ないし淡黄色の澄明な液剤となる。

pH：6.7～7.3

浸透圧比：約1（生理食塩液に対する比）

【効能・効果】

先天性プロテインC欠乏症に起因する次の疾患

(1) 深部静脈血栓症、急性肺血栓症

※※(2) 電撃性紫斑病

【用法・用量】

※※(1) 深部静脈血栓症、急性肺血栓症：本剤を添付の日局注射用水で溶解し、通常1日に活性化プロテインC 200～300単位/kg体重を輸液（5%ブドウ糖液、生理食塩液、電解質液等）に加え、24時間かけて点滴静脈内投与する。なお、原則として6日間投与しても症状の改善が認められない場合は投与を中止すること。年齢及び症状に応じて適宜減量する。

※※(2) 電撃性紫斑病：本剤を添付の日局注射用水で溶解し、以下のとおり投与する。

〈投与1日目〉

活性化プロテインC 100単位/kg体重を緩徐に静脈内投与し、その後、600～800単位/kg体重を輸液（5%ブドウ糖液、生理食塩液、電解質液等）に加え、24時間かけて点滴静脈内投与する。

〈投与2日目以降〉

1日に活性化プロテインC 600～900単位/kg体重を輸液（5%ブドウ糖液、生理食塩液、電解質液等）に加え、24時間かけて点滴静脈内投与する。なお、原則として6日間投与しても症状の改善が認められない場合は投与を中止すること。

〈用法・用量に関連する使用上の注意〉

(1) 本剤は、アミノ酸類の輸液と混合すると、添加されている抗酸化剤により活性化プロテインC活性の顕著な低下が認められるので、抗酸化剤（亜硫酸水素ナトリウム、ピロ亜硫酸ナトリウム等）が添加されている製剤と混合しないこと。

※※(2) 本剤を静脈内投与する場合には2～3 mL分の速度で緩徐に投与すること。

※※(3) 症状の改善が認められた後、再発・再燃することがあるので、その場合には本剤の再投与を考慮すること。

※※(4) 本剤の臨床試験において、6日間を超えた投与経験はない。

【使用上の注意】

1. 慎重投与（次の患者には慎重に投与すること）

(1) 溶血性・失血性貧血の患者〔ヒトパルボウイルスB19の感染を起こす可能性を否定できない。感染した場合には、発熱と急激な貧血を伴う重篤な全身症状を起こすことがある。〕

(2) 免疫不全患者・免疫抑制状態の患者〔ヒトパルボウイルスB19の感染を起こす可能性を否定できない。感染した場合には、持続性の貧血を起こすことがある。〕

2. 重要な基本的注意

[患者への説明]

- ※※本剤の使用にあたっては、疾病の治療における本剤の必要性とともに、本剤の製造に際しては感染症の伝播を防止するための安全対策が講じられているものの、ヒトの血液を原材料としていることによる感染症伝播のリスクを完全に排除することができないことを患者又はその家族に対して説明し、その理解を得るよう努めること。
- ※※(1)本剤は先天性プロテインC (PC) 欠乏症の患者に使用すること。
先天性PC欠乏症とは以下の項目のいずれかに該当するものである。
なお、健康な低出生体重児、新生児、乳児でもPC活性および血液凝固第Ⅶ因子活性が低いことが知られているので、先天性PC欠乏症の診断には留意すること。
1) PC活性が60%以下であり、かつ、血液凝固第Ⅶ因子との活性比又は抗原比が0.7未満である場合。
2) PC活性が60%以下であり、かつ、血栓症の既往歴がある場合。
3) PC活性が60%以下であり、かつ、同一家系内に先天性PC欠乏症患者がいる場合。
4) PC活性が60%を越え80%以下の場合、血液凝固第Ⅶ因子との活性比又は抗原比が0.7未満で、かつ、血栓症の既往歴があるか、同一家系内に先天性PC欠乏症患者がいる場合。
5) 遺伝子解析により、PC欠乏症の診断がなされている場合。
- ※※(2)先天性PC欠乏症に起因する電撃性紫斑病の患者とは(1)の先天性PC欠乏症に該当し、かつ皮膚壊死を伴う紫斑等の皮膚所見を呈している患者である。
なお、電撃性紫斑病の徴候を呈している患者で、明らかな基礎疾患がないにもかかわらず汎発性血管内血液凝固症候群 (DIC) 様の臨床検査異常が認められ、先天性PC欠乏症が起因すると疑われる場合には、原則として初回発症時においては、(1)の先天性PC欠乏症の診断結果を待たずに本剤の投与を開始することを考慮する。この場合においても可能な限り、本剤投与前にPC活性を測定すること。
- (3)先天性活性化プロテインC不応症であるホモ接合体 factor V Leiden mutationの患者に対する本剤の効果は期待できない。
- (4)本剤の原材料となる献血者の血液については、HBs抗原、抗HCV抗体、抗HIV-1抗体、抗HIV-2抗体及び抗HTLV-1抗体陰性で、かつALT (GPT) 値でスクリーニングを実施している。さらに、プールした試験血漿については、HIV、HBV及びHCVについて核酸増幅検査 (NAT) を実施し、適合した血漿を本剤の製造に使用しているが、当該NATの検出限界以下のウイルスが混入している可能性が常に存在する。本剤はイムノアフィニティークロマトグラフィー処理、ウイルス除去膜処理によって原材料由来のウイルスを除去し、さらに65℃96時間の乾燥加熱処理を施した製剤であるが、投与に際しては、次の点に十分注意すること。
1) 血漿分画製剤の現在の製造工程では、ヒトハルボウイルスB19等のウイルスを完全に不活化・除去することが困難であるため、本剤の投与によりその感染の可能性を否定できないので、投与後の経過を十分に観察すること。
2) 肝炎ウイルス等のウイルス感染の危険性を完全に否定できないので、観察を十分に行い、症状があらわれた場合には適切な処置を行うこと。
3) 現在までに本剤の投与により変異型クローンフェル

ト・ヤコブ病 (vCJD) 等が伝播したとの報告はない。しかしながら、製造工程において異常プリオンを低減し得るとの報告があるものの、理論的なvCJD等の伝播のリスクを完全に排除できないので、投与の際には患者への説明を十分に行い、治療上の必要性を十分検討の上投与すること。

- (5)アナフィラキシー様症状を起こす可能性があるため、観察を十分に行うこと。
- (6)マウスたん白質に対して過敏症の患者に投与する場合は観察を十分に行うこと。また、同たん白質に対する抗体を産生する可能性を完全に否定できないので、観察を十分に行うこと。[本剤は、抗プロテインCマウスモノクローナル抗体をリガンドとしたイムノアフィニティークロマトグラフィーにより精製されており、マウス抗体が残存する可能性を完全に否定できない。]
- (7)汎発性血管内血液凝固症候群 (DIC) に対する第Ⅲ相臨床試験において電解質 (ナトリウム、カリウム、クロル) の低下傾向が認められたので、観察を十分に行うこと。

3. 相互作用

他の薬剤との相互作用は、可能な全ての組み合わせについて検討されているわけではない。他剤による抗凝固療法施行中に本剤を使用する場合や、本剤の使用に新たに他剤を併用したり、休薬したりする場合には、凝固能の変動に注意すること。

※※ [併用注意] (併用に注意すること)

製剤名	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
フルファリンカリウム	本剤の作用を増強することがある。 フルファリンカリウムとの併用時に、凝固能が変動した場合にはフルファリンカリウムの投与量を調節するなど適切な処置を行うこと。	フルファリンカリウム服用中の患者においては、凝固因子の産生が抑制されている。
ヘパリン、低分子ヘパリン ダルテパリンナトリウム ヘパリンカルシウム ヘパリンナトリウム 等	本剤の作用を増強することがある。	ヘパリンはアンチトロンビン等を介して凝固系プロテアーゼを阻害する。
血栓溶解剤 モンテプラーゼ (遺伝子組換え) 製剤	出血傾向が増強することがある。	活性化プロテインCが有するPAI-1活性阻害作用によりt-PA活性を増強させる。
たん白分解酵素阻害剤 メシル酸ナファモスタット メシル酸ガベキサート アプロチニン	本剤の作用を減弱するおそれがある。	活性化プロテインCはたん白分解酵素であり、その阻害剤により活性を低下させる。

4. 副作用

※※総症例290例（DIC治験時239例を含む）における副作用（臨床検査値の異常変動を含む）の発現率は55件（19.0%）であり、主なものはAST（GOT）上昇7件（2.4%）、ALT（GPT）上昇6件（2.1%）、頭痛5件（1.7%）であった。（効能追加時）

次のような症状があらわれた場合には、減量、休薬等の適切な処置を行うこと。

	1～5%未満	1%未満
肝臓	AST（GOT）上昇、ALT（GPT）上昇、総ビリルビン上昇	LAP上昇、ALP上昇
血液		好酸球増多、白血球減少、ヘモグロビン量低下、ヘマトクリット値減少、出血、赤血球減少
腎臓	BUN上昇	腎機能障害、尿酸低下、クレアチニン上昇
泌尿器		血尿・尿潜血
消化器		嘔気・嘔吐
心臓		動悸、心室性期外収縮
体液電解質		カリウム上昇、クロル上昇
脂質たん白質代謝		総コレステロール低下、総たん白質減少、トリグリセライド上昇
その他	頭痛	倦怠感、熱感、注射部違和感、胸内苦悶

5. 高齢者への投与

一般に高齢者では生理機能が低下しているので、患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。

6. 妊婦、産婦、授乳婦等への投与

妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。

〔妊娠中の投与に関する安全性は確立していない。本剤の投与によりヒトパルボウイルスB19の感染の可能性を否定できない。感染した場合には胎児への障害（流産、胎児水腫、胎児死亡）が起こる可能性がある。〕

7. 小児等への投与

※※低出生体重児、新生児、乳児、幼児又は小児への投与は患者の状態を観察しながら慎重に行うこと。

8. 適用上の注意

調製時：

(1)通常5%ブドウ糖液、生理食塩液、電解質液等と混合して点滴静脈内投与する。

(2)本剤を溶解後、輸液に加える際、汚染に注意すること。

投与時：

(1)溶解時に不溶物の認められるものは使用しないこと。また、一度溶解したものは速やかに使用すること。なお、使用後の残液は再使用しないこと。

(2)5%ブドウ糖液、生理食塩液、電解質液等の輸液以外の、他の製剤と混注しないこと。

9. その他の注意

経口避妊薬服用者は活性化プロテインC不応症になり易いことが報告されており、経口避妊薬服用者への本剤の投与には注意を要する。

【薬物動態】¹⁾

健康成人男子を対象に薬物動態試験を実施した結果、静脈内投与（60単位/kg体重）の3例では、血漿中活性化プロテインC濃度の半減期はα相：8.8分、β相：71.5分であった。

また、点滴静脈内投与（37.5単位/kg体重 3時間）の3例では、投与開始後1時間でほぼ定常状態に達し、定常状態濃度は投与前に対して14.0（±1.1）ng/mL上昇した。

【臨床成績】²⁾

※※(1)深部静脈血栓症、急性肺血栓症

先天性プロテインC欠乏症に起因する深部静脈血栓症及び肺血栓症患者に本剤200～300単位/kg体重を24時間点滴静脈内投与（3～6日）した結果、本剤の有効率は次のとおりであった。

1日投与量（単位/kg）	深部静脈血栓症	肺血栓症 ^{注2)}
200	著明改善2例 （計2例）	—
300	著明改善1例 中等度改善1例 軽度改善1例 （計3例）	中等度改善1例 軽度改善1例 （計2例）
計	中等度改善以上 4.5例（80.0%）	中等度改善以上 1.2例（50.0%）

注2) 全て深部静脈血栓症との合併症である。

※※(2)電撃性紫斑病

先天性プロテインC欠乏症の電撃性紫斑病患者に1日目は100単位/kg体重を静脈内投与後、600～800単位/kg体重/日を点滴静脈内投与、2～6日目は600～900単位/kg体重/日を24時間点滴静脈内投与した結果、有効性解析対象症例2例ともに著明改善であった³⁾。

【薬効薬理】

1. 抗凝固作用⁴⁾

本剤は、トロンビンにより活性化されたヒト血液凝固第V因子（FVa）及び第VII因子（FVIIa）を選択的に不活化することにより、抗凝固作用を示した。両因子の不活化はリン脂質の存在下でのみ認められ、コファクターであるプロテインSで促進された（in vitro）。

本剤は活性体であるため、トロンボモジュリンに依存せず、作用を直接発現する。本剤のFVa、FVIIa不活化による抗凝固作用は、酸性リン脂質が存在する血栓形成局所において特異的に発現することが示唆された。

2. 血小板凝集抑制作用⁵⁾

本剤は、血小板におけるトロンビン生成を抑制することにより、ヒト血小板凝集抑制作用を示した（in vitro）。

3. 線溶亢進作用⁶⁾

本剤は、PAI-1活性の阻害能を有しt-PA活性を保持することにより線溶亢進作用を示した（in vitro）。

4. 深部静脈血栓症に対する作用⁷⁾

本剤は、マウスの下大静脈結紮による深部静脈血栓モデルにおいて、用量依存的に抗凝固作用を示し血栓形成を抑制した（in vivo）。

【取扱い上の注意】

【記録の保存】

本剤は特定生物由来製品に該当することから、本剤を使用

した場合は、医薬品名（販売名）、その製造番号又は製造記号（ロット番号）、使用年月日、使用した患者の氏名、住所等を記録し、少なくとも20年間保存すること。

【承認条件】

※※(1)深部静脈血栓症、急性肺血栓塞栓症

今回提出された臨床試験成績は、収集された症例数、評価に用いられた判定基準等の点から、必ずしも十分なものとはいえない。今後、本剤の有効性及び安全性について、提出された市販後調査計画の概要を踏まえて、十分な市販後調査を実施し、その結果を再審査の申請資料として提出すること。

※※(2)電撃性紫斑病

国内での治験症例が極めて限られていることから、製造販売後、一定数の症例に係るデータが集積されるまでの間は、全症例を対象に使用成績調査を実施することにより、本剤使用患者の背景情報を把握するとともに、本剤の安全性及び有効性に関するデータを早期に収集し、本剤の適正使用に必要な措置を講じること。

【包装】

2,500単位 1バイアル
 溶剤（日局注射用水）5 mL添付
 溶解液注入針（溶解移注針）添付

【主要文献】

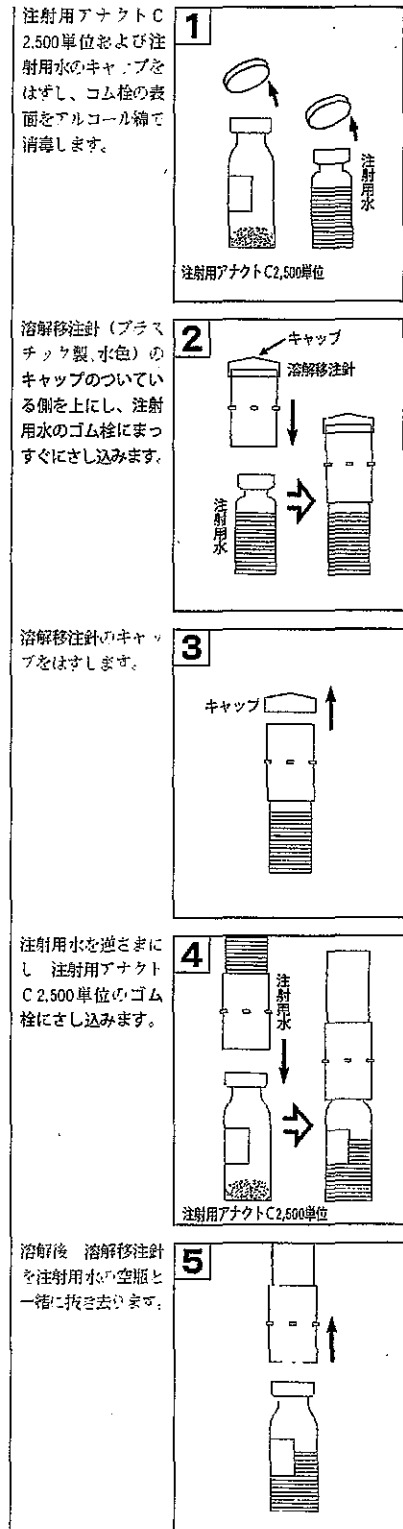
- 1) 天本敏昭ほか：新薬と臨床,47(4),391(1998)
- 2) 齋藤英彦ほか：新薬と臨床,47(5),718(1998)
- ※※3) 化血研 帝人株式会社 社内資料 (2001)
- 4) 小林英哲ほか：医薬品研究,25(2),1081(1994)
- 5) Komoriya, K., et al：Thromb. Res., 67(6),705(1992)
- 6) 青木保典ほか：帝人株式会社生物医学総合研究所報告 (1996)

【文献請求先】

財団法人 化学及血清療法研究所 営業管理部学術第一課
 〒860-8568 熊本市大塚一丁目6番1号
 ☎096(345)6500

【溶解方法】

製剤バイアルは陰圧となっているため、必ず下記の順序に従って溶解すること。



この製品は献血血液から製造されています。

製造販売 化学及血清療法研究所
 熊本市大塚一丁目6番1号

貯 法：10℃以下に凍結を避けて保存
 有効期間：自家試験合格の日から3年
 （最終有効年月日は容器及び外箱に表示）

日本標準商品分類番号
876343

血漿分画製剤

特定生物由来製品
 指定医薬品
 処方せん医薬品^{注1)}

注射用 **Anact[®]C** 2,500単位 献血

注1)注意—医師等の処方せんにより
 使用すること

生物学的製剤基準

乾燥濃縮人活性化プロテインC

Anact[®]C

承認番号	21200AMZ00565000
薬価収載	2000年11月
販売開始	2001年1月
効能追加	2006年10月 (電撃性紫斑病)
国際誕生	2000年9月

本剤は、貴重なヒト血液を原材料として製剤化したものである。有効成分及び添加物としてヒト血液由来成分を含有しており、原材料となったヒト血液を採取する際には、問診、感染症関連の検査を実施するとともに、製造工程における一定の不活化・除去処理などを実施し、感染症に対する安全対策を講じているが、ヒト血液を原材料としていることによる感染症伝播のリスクを完全に排除することはできないため、疾病の治療上の必要性を十分に検討の上、必要最小限の使用にとどめること。（「使用上の注意」の項参照）

【組成・性状】

※1. 組成

本剤を添付の溶剤（日局注射用水）で溶解したとき、1mL中の組成は下記のとおりである。

成 分	溶解後の1mL中の含量
有効成分	活性化プロテインC 500単位
添 加 物	人血清アルブミン 25mg
	クエン酸ナトリウム水和物 5.9mg
	グリシン 5mg
	塩化ナトリウム 7mg

本剤の有効成分である活性化プロテインC及び添加物の人血清アルブミンは、ヒトの血液（採血国：日本、採血方法：献血）を原材料としている。

本剤は製造工程において、ヒトの血液由来成分（トロンピン、採血国：日本、採血方法：献血）及びマウスハイブリドーマ細胞株由来成分（抗プロテインCモノクローナル抗体）を使用している。

2. 製剤の性状

本剤は白色から淡黄色の凍結乾燥製剤であり、添付の溶剤で溶解したとき無色ないし淡黄色の澄明な液剤となる。

pH：6.7～7.3

浸透圧比：約1（生理食塩液に対する比）

※※【効能・効果】

先天性プロテインC欠乏症に起因する次の疾患

- (1)深部静脈血栓症、急性肺血栓症
- (2)電撃性紫斑病

※※【用法・用量】

(1)深部静脈血栓症、急性肺血栓症：本剤を添付の日局注射用水で溶解し、通常1日に活性化プロテインC 200～300単位/kg体重を輸液（5%ブドウ糖液、生理食塩液、電解質液等）に加え、24時間かけて点滴静脈内投与する。なお、原則として6日間投与しても症状の改善が認められない場合は投与を中止すること。年齢及び症状に応じて適宜減量する。

(2)電撃性紫斑病：本剤を添付の日局注射用水で溶解し、以下のとおり投与する。

（投与1日目）

活性化プロテインC 100単位/kg体重を緩徐に静脈内投与し、その後、600～800単位/kg体重を輸液（5%ブドウ糖液、生理食塩液、電解質液等）に加え、24時間かけて点滴静脈内投与する。

（投与2日目以降）

1日に活性化プロテインC 600～900単位/kg体重を輸液（5%ブドウ糖液、生理食塩液、電解質液等）に加え、24時間かけて点滴静脈内投与する。

なお、原則として6日間投与しても症状の改善が認められない場合は投与を中止すること。

※※（用法・用量に関連する使用上の注意）

- (1)本剤は、アミノ酸類の輸液と混合すると、添加されている抗酸化剤により活性化プロテインC活性の顕著な低下が認められるので、抗酸化剤（亜硫酸水素ナトリウム、ピロ亜硫酸ナトリウム等）が添加されている製剤と混合しないこと。
- (2)本剤を静脈内投与する場合には2～3mL/分の速度で緩徐に投与すること。
- (3)症状の改善が認められた後、再発・再燃することがあるので、その場合には本剤の再投与を考慮すること。
- (4)本剤の臨床試験において、6日間を超えた投与経験はない。

【使用上の注意】

1. 慎重投与（次の患者には慎重に投与すること）

- (1)溶血性・失血性貧血の患者〔ヒトパルボウイルスB19の感染を起こす可能性を否定できない。感染した場合には、発熱と急激な貧血を伴う重篤な全身症状を起こすことがある。〕
- (2)免疫不全患者・免疫抑制状態の患者〔ヒトパルボウイルスB19の感染を起こす可能性を否定できない。感染した場合には、持続性の貧血を起こすことがある。〕