

## PICKUP

### I. HD-MTX 療法実施患者におけるロイコボリン救援療法の提案

血管内大細胞型 B 細胞リンパ腫に対し HD-MTX 療法①実施中の患者。

ロイコボリン(15mg/ 6 時間ごと投与)併用。

投与開始 24 時間後に血中 MTX 濃度測定を実施し 11.54  $\mu$  Mol/L であり、中毒域の基準 10  $\mu$  Mol/L を上回っていることが判明。Dr カルテ、注射オーダーではロイコボリン 15mg/ 回で継続投与となっていたため、主治医へ方針確認。MTX 血中濃度基準等の情報を Dr と共有。主治医は中毒域の基準を 20  $\mu$  Mol/L と誤認していたとのこと。

ロイコボリン救援療法を提案し、ロイコボリン 48mg/回へ増量の方針となった。

尿 Ph、腎機能は保たれており、目立った有害事象なく経過。

投与開始 48 時間後の血中 MTX 濃度 0.96  $\mu$  Mol/L、投与開始 72 時間後の血中 MTX 濃度 0.25  $\mu$  Mol/L であり、ロイコボリン 48mg/回で投与継続。day7 の血中 MTX 濃度

0.07  $\mu$  Mol/L と 0.1  $\mu$  Mol/L 未満であることを確認しロイコボリンは投与終了となった。

病棟 Ph より MTX 血中濃度の確認を行ったことで、ロイコボリン救援療法の実施漏れ、MTX 有害事象の未然予防につなげることができた。

(参考資料:メソトレキセート点滴静注液 添付文書)

### II. トリプルワーマーと発熱時に NSAIDs 中止を提案した症例

腰部脊柱管狭窄症で 10/9 脊椎固定術後の方。

11/8(土)日勤中、病棟 Ns.よりインフルエンザ陽性で主科からロキソプロフェン処方があるが、抗ウイルス薬出てないため必要か相談あり。主治医不在のため、当直医よりオセルタミビル開始。

慢性心不全、高血圧に対してフロセミド錠 20mg・エンレスト錠 200mg 常用。

利尿薬・RAA 系阻害薬・NSAIDs はトリプルワーマーであり AKI リスク高い。

翌朝主治医来るとのことで、発熱による脱水状態・術後の痛みも落ち着いていること考慮し、アセトアミノフェン変更を相談して頂いた。

結果、翌日よりロキソプロフェン中止し、アセトミノフェン開始。発熱も緩和でき、腎機能低下なく経過した。

(参考文献：NSAID-Induced acute kidney injury risk in patients on renin-angiotensin system inhibitors and diuretics: nationwide cohort study など)