

### 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 $11.54\mu\text{Mol/L}$ であり、中毒域の基準 $10\mu\text{Mol/L}$ 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 $20\mu\text{Mol/L}$ 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 $0.96\mu\text{Mol/L}$ 、投与開始72時間後の血中MTX濃度 $0.25\mu\text{Mol/L}$ であり、ロイコボリン48mg/回で投与継続。day7の血中MTX濃度 $0.07\mu\text{Mol/L}$ と $0.1\mu\text{Mol/L}$ 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. トリプルワーミーと発熱時に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はトリプルワーミーでありAKIリスク高い。

翌朝主治医来ることで、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)