

PICKUP

I. Bev 導入前に尿蛋白 2+ であった事例への介入

盲腸癌 T4bN1aM0 stageIIIc 肝転移 入院 1 日目-mFOLFOX6+Bev①開始予定でオーダーあり。外来 9 月受診時、尿蛋白 2+。投与開始前も減量・中止基準に沿って尿蛋白 1+、もしくは 0.15-1.0g/24h 以下となるまで投与開始延期推奨、もしくは卵巣がん対象臨床試験では UPC 比<3.5 で OK としており、そこを基準にしてもよいと思われるため主治医に確認。投与当日 UPC 比確認し<3.5 であったため投与となった。

(参考文献：アバスチン適正使用ガイド)

II. VRCZ 開始時の睡眠薬変更

急性副鼻腔炎・翼口蓋窩波及で入院 2 日目 ESS+デビ施行。術前より真菌感染疑いで β -D グルカン、カンジダ抗原やアスペルギルス抗原/抗体を検査しているが陰性。手術時の臨床所見よりやはり真菌感染症が疑われるため、検体を病理提出のうえ VRCZ 開始の連絡が医師から入った。VRCZ と併用禁忌のトリアゾラム内服中(神経科処方)のため、中止を依頼。CYP3A4 代謝であるが、併用注意となっているゾルピデム、デエビゴは使用可能である事を情報提供し、ゾルピデム 5mg に薬剤変更となった。変更後不眠症状の増悪はなし。退院時から VRCZ は終了となり、トリアゾラム再開となるが、CYP 阻害作用の持続時間を考慮し半錠などから慎重に再開するよう患者に説明した。

(参考文献：ポリコナゾール添付文書、デエビゴ適正使用ガイド)

III.尿道 Ba 長期留置患者における OAB 適正使用と

CAUTI に対する Abx の適正化に貢献した一例

脱水、体動困難で搬送された 83 歳女性。既往に膝関節症、脊柱管狭窄症、夜尿症あり。体動困難であることから入院初日に尿道 Ba 留置された。その後補液による脱水補正が行われたが、筋力低下や脊柱管狭窄症の症状などで ADL 上がらず尿道 Ba 留置継続となっていた。常用薬としてソリフェナシン OD 錠 2.5mg、ビベグロン錠 50mg が継続となっていたが、尿道 Ba 留置中は不要であり、抜去後の尿閉リスクを上昇させる可能性もあるため休薬を提案し承認された。入院 33 日目、37.9℃の発熱、尿混濁、尿白血球陽性を認め UTI の診断となり、CTRX 2g q24h が開始された。入院 37 日目、尿培養、血液培養より *Proteus mirabilis* が検出されたため、CEZ 1g q8h へ de escalation を提案し承認された。入院 38 日目、トイレ誘導可能となったため尿道 Ba 抜去、抜去後自尿確認。入院 45 日目、発熱なく炎症反応、尿所見も改善したため CEZ 終了。その後は自尿少なく導尿で対応していたが、施設退院が

決まり尿道 Ba 再留置し退院となった。

(参考文献：JAID/JSC 感染症治療ガイド等)