

2025年

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 μ Mol/L であり、中毒域の基準 10 μ 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 μ 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 μ Mol/L、投与開始 72 時間後の血中 MTX 濃度 0.25 μ 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 μ Mol/L と 0.1 μ 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。病棟薬剤師より 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、当直医に開始提案しオセルタミビル開始となった。

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 リスクが高いと判断。

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の相談を Ns.に依頼。

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)

