

PICKUP

I. CPR による高度侵襲に伴う飢餓状態と、リフィーディングシンドロームへの対応

両側脳室出血にて入院し、保存加療となっていた方。

入院時から膿胸疑う所見あり。20 病日：喀痰増加。CTRX で加療開始。

30 病日：痰培養から MRSA 検出。MRSA 肺炎として VCM で加療開始。

また、経口摂取困難であり同日 CV 挿入。フルカリック 1 号開始。

VCM トラフ測定行うも異常に低値。原因検索のため CT 撮影の方針となる。

36 病日 CV が血管内留置されていない可能性指摘。CV 再度留置。

同日夜間に呼吸停止→心停止。CPR 行い ROSC。ICU にて挿管管理となる。

その後 VCM 血中濃度が予測と同程度に出るようになり、CV 誤挿入が原因と考えられた。

一方、TPN の血管外流出による影響は画像上なし。CPR 以降はビーフリードを投与。

41 病日 エルネオパ 1 号で TPN 再開指示。検査値確認したところ、尿アセトン体 3+ であったため、飢餓状態が疑われた。37 病日時点では検出なく、急変・CPR による高度侵襲にともないエネルギー必要量が増大した可能性が考えられた。また CV 誤挿入があったため適切に栄養が投与されていなかったためもともとエネルギー不足があった可能性もあった。

血糖、pH に明らかな異常はなかったが、TPN 再開に伴うリフィーディングシンドロームを懸念し、電解質確認したところ、K2.4、P2.1、Mg1.7 と低値であった。

エルネオパの中止を提案。血ガス再測定依頼→K2.0 であり、KCL+生食 100mL(200mEq/L)3 時間での投与×2、リン酸 Na、硫酸 Mg の投与を提案。その後検査値の改善を認め、TPN 再開となった。リフィーディングシンドロームの増悪を回避できた。

(参考文献：静脈経腸栄養ガイドライン、抗菌薬 TDM 臨床実践ガイドライン 2022)

II. UFT による血球減少が疑われた

外傷性 SAH による出血に対し、保存加療のため入院。

当院外科から UFT、脳外科からバイアスピリン処方されていたが、血腫増大ないため 2 剤ともに継続されていた。

採血にて Plt 69000(CTCAE ver5 で Grade2)、Hb 10.4 と血球減少あり。

UFT 単独の休薬基準はないが、出血リスク高く休薬提案。外科コンサルトの上休薬となる。

休薬 2 日後 Plt 74000、Hb 10.8 で改善傾向。血腫増大指摘なく経過し退院となった。

その後、創部抜糸に伴い外科外来にて UFT 再開となっている。

(参考文献：CTCAE ver5)