

PICKUP

I. 再生不良貧血治療におけるネオールの用量調整

再生不良貧血でネオール内服開始となった患者。ネオール 150mg/日 (3.5mg/kg BW41kg) にて開始。

シクロスポリンのトラフ値は開始後 day2 134ng/mL、開始後 day6 361ng/mL であり、高値となったため、ネオール 100mg/日へ減量した。

減量後 day4 のトラフ値は 138ng/mL と目標治療域(150-250ng/mL)より低値だった。PLT27000 と低値継続もあり、Dr.と相談しネオール 125mg/日へ増量。増量後 day4 のトラフ値 137ng/mL と依然目標範囲外。

PLT21000 と低値継続。用量増減による血中濃度調整は難航しており、再度 Dr.と相談。食前投与で血中濃度が上がりやすい傾向があるため、同用量のまま投与タイミングを食後→食前へ変更を提案。再度トラフ測定し、変更後 day6 のトラフ値 163ng/mL であり治療域内となった。腎機能は悪化なく経過。PLT は輸血、ロミプレート投与にて 30000~60000 を維持している。

(参考文献：ネオールインタビューフォーム、再生不良性貧血診療の参照ガイド)

II. 血漿交換療法時の蛋白結合率を考慮した鎮痛・鎮静剤の選択

ギラン・バレー症候群(以下 GBS)による運動麻痺を発症し症状増悪となり挿管管理となった 70 代女性。

挿管管理の鎮痛・鎮静剤は詳細不明の閉塞隅角緑内障の既往あり BZ 系を避けた薬剤選択でブプレノルフィン+プロポフォールによる管理となり、GBS に対してアルブミン置換液を用いた血漿交換療法の治療が開始となった。翌朝、カンファレンス時に医師・看護師より前日の初回血漿交換実施時にプロポフォールの大幅な増量が必要であったこと、血漿交換終了後に血圧の低下を認めたことを相談された。経過とエピソードからして血漿交換療法に伴う薬剤の蛋白結合率の高さが問題になると考え確認すると、ブプレノルフィン、プロポフォールともに蛋白結合率が 90%を超える薬剤であった。特にプロポフォールは循環に大きな影響を与えることが知られており、血漿交換終了後のリバウンドの症状を見ている可能性があると考えた。挿管管理全体から考えるにガイドラインに沿った鎮痛優先の鎮静法が適応であると考え、ブプレノルフィンをレミフェンタニル(蛋白結合率 70%程度)に変更し管理することが望ましいと考え医師・看護師に提案。その後多少のプロポフォールの

増減はあるものの大きな問題なく経過している。

(参考文献：各薬剤インタビューフォーム、J-PAD ガイドライン)