

PICKUP

I. SSI 予防におけるセファゾリン適正使用における症例

粘膜下下甲介骨切除術のため入院となった 50 代男性。

SSI 予防のため術前に CEZ1g がオーダーに入っていた。患者の体重は 109.5kg であり、80kg を超える場合は 2g に増量することが推奨されている。担当医にその旨を伝えたところ、CEZ2g に変更となった。術後感染症を発症することなく退院となった。

(参考文献：術後感染予防抗菌薬適正使用のための実践ガイドライン)

II. HFpEF 既往ある患者の薬剤調整に介入した症例

左大腿骨頸部骨折で手術目的に入院した患者。既往に HFpEF あり。持参でエンレスト 200mg、浮腫時にフロセミド内服あり。入院後血圧低下ありエンレスト休薬、バルサルタン 40mg に変更となった。訪室時、下肢確認すると浮腫あり。看護師より血圧低めでフロセミド内服できていないことを確認した。エンレスト休薬しておりネブリライシン阻害による利尿作用は得られておらず、利尿剤中断している影響と考えられた。ガイドラインでも症候性の HFpEF に対して利尿薬を投与することがクラス I で推奨されており、バルサルタン減量しフロセミド服用、もしくはエンレストを減量して再開の検討必要ではないか主治医に確認、エンレスト 100mg で再開となった。血圧著変なく経過。

4 日後に転院となり、浮腫軽減については確認できなかったが、転院先でフォローいただくこととなった。(参考文献：2025 年改訂版 心不全診療ガイドライン)

III. ADHF (pEF) 患者における薬物療法適正化に貢献した 1 例

HT、AF を背景に持つ ADHF (pEF) で入院した患者。CS1、wet/warm、心不全 StageC。担当医は常用薬を継続処方し、フロセミド 20mg iv が開始となった。入院時 BP173/83 と高値であり、肺うっ血もあったため血管拡張によるうっ血解除が必要と考え、ニトロール civ 開始、ARB から ARNI への変更を提案し、ARNI 導入。また、AF に対してタンボコール 200mg/day 服用中であったが、入院時 ECG にて QTc>450 の軽度 QT 延長を認めた。致死的心室性不整脈出現リスク、陰性変力作用による心不全増悪リスクを考慮し中止を提案、 $\alpha\beta$ B による rate control に変更となった。DM に対してはエクメット HD 2T/2×で服用中であり、メトホルミン量は 1000mg/day であった。eGFR43.5mL/min/ m^2 (Ccr35mL/min) と腎機能低下あり乳酸アシドーシスリスクを考慮し 750mg/day への減量、ならびに SGLT2i

導入を提案し承認。その後血圧改善しうっ血も解除。血糖も変化なく経過。

(参考文献：心不全診療ガイドライン 2025 年改訂版、各添付文書など)