

PICKUP

I. MRCNS 菌血症患者における抗菌薬変更の提案

NOMI(非閉塞性腸管虚血症)にてパパベリンで加療終了後、流動食摂取・TPN 投与で栄養管理されている患者。

WBC 上昇、38℃台発熱、悪寒、CV ポート挿入、免疫抑制剤シクロスポリン内服あり。

培養提出し、CEZ1g q8hr 投与開始となっていた。

翌日、血液培養より GPC4/4 陽性の報告あり。検鏡にて GPC クラスターが確認され、GeneXpert にて黄色ブドウ球菌遺伝子と MRSA 遺伝子は陰性だが、耐性遺伝子 mecA 検出。この情報より MRCNS による菌血症が想定され VCM 投与追加となった。CEZ も投与継続となっていたため、担当医へ相談。培養報告より MRCNS の可能性が高いこと、VCM で GPC を十分カバーできることから、CEZ を中止し VCM 単独投与を提案。採択され VCM 単独で加療継続となった。その後は 36℃台へ解熱し経過している。

培養報告より早期に抗菌薬の介入を行ったことで、抗菌薬治療の適正化と薬剤耐性化予防に寄与することができた。

(参考文献：抗微生物薬適正使用の手引き第 4 版医科・入院編)

II. 低ナトリウム血症治療への介入

腰部脊柱管狭窄症で今後血糖コントロール後にオペ予定で入院した患者。入院 Na120 と低値であった。症状はなく経口にて補正開始。原因について精査はされていなかったが、NaCl 6g 内服し徐々に改善傾向であった。

Day31 (Na127)。UTI 疑いとなり、経口での Na 摂取は困難なため点滴で補正すると主治医より連絡あり。生理食塩液 + 10% 塩化ナトリウム注射液 5A が処方された。

Na127 > 125 で意識障害や嘔吐などの症状なし。約 3% 食塩水での補正は適応ではなく、脱髄のリスクを高めると考え、医師に処方削除を依頼。そもそも血漿浸透圧、尿浸透圧、尿中 Na 等も測定なく低浸透圧性か等鑑別されておらず、各種検査(甲状腺、副腎不全も含む)オーダーを提案。また経口摂取で改善傾向であったことから、原因鑑別できるまでは経口と同程度の Na を点滴で補充することを提案した。もともと内服 6g/日 → 生食 500 + 10% Na1 本 + 食事摂取は良好のため追加で梅干しなど提案した。採択され、高濃度 Na は中止。内服での補正を継続となった。Day32 採血では尿中 Na 等から SIADH と診断。そのまま補正継続し、Day43 (Na136) に改善。NaCl 内服継続でリハ病院へ転院となった。

(参考文献：今日の臨床サポート)