

# 症例一覧（15 症例）書き方の一例

## 例 1

症例番号： 1 申請者： ○○ ○○

患者背景	症例介入・情報提供内容の要約（薬剤管理・TDM・DI・その他） 介入に関する記述にアンダーラインを付けて明示してください。
<input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 入院	<p>直腸がん術後 4 か月が経過した患者。手術部位を原因とする感染性腹膜炎の診断で入院。抗菌薬治療として、入院時より SBT/ABPC 3 g×2 回/day で加療開始、継続されていた。入院 4 日目、薬剤管理指導実施時に本患者のクレアチニンクリアランス(Ccr)値が Cockcroft-Gault 式より 90.5 mL/min(体重 67 kg、血清クレアチニン値 0.74 mg/dL)と計算されることを確認。このときの CRP 値は 25 mg/dL と、入院時 (16 mg/dL) より上昇していた。しかし、血圧を含めバイタルサインに異常は認めず、入院時の腹水培養から検出されたのは <i>Enterococcus faecalis</i> のみであった。主治医はより広域なスペクトルを有する抗菌薬への変更を予定していたが、<u>上記腎機能を考慮して SBT/ABPC の 3 g×4 回/day への増量を提案した。</u> 提案は速やかに実施され、その 2 日後 (入院 6 日後) には臨床的に改善と判断され、入院 18 日目に CRP 値は 0.9 mg/dL まで低下し、治療は完了となった。抗菌薬終了以降も腹膜炎の再発は認めていない。</p>
<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
年 齢：68 体 重：67 kg	
感染症名： 感染性腹膜炎	
原因菌： <i>Enterococcus faecalis</i> 等	
※症例項目にチェック <input checked="" type="checkbox"/> 抗菌薬選択 <input checked="" type="checkbox"/> 投与方法 <input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 相互作用 <input type="checkbox"/> 禁忌等 <input type="checkbox"/> その他(            )	
考 察	
<p>入院当初、SBT/ABPC の添付文書記載の用法用量である 3 g×2 回/day に設定されていたが、SBT/ABPC の pharmacokinetics/pharmacodynamics (PK/PD) パラメータは time above MIC であり、頻回投与が必要となること、さらには SBT/ABPC の体内動態特性、すなわち腎排泄型薬剤としての特性を考慮して患者腎機能に応じた投与間隔の設定が必要となること、これら 2 点を念頭に至適投与設計を探索した。当該患者の Ccr 値がきわめて良好であること、ならびにサンフォード感染症治療ガイドの記載内容に基づき、3 g×4 回/day を推奨した。結果として、この処方への変更後すみやかに容体の改善が認められたことから、PK/PD パラメータおよび腎機能に応じた用法用量設定の受容性を再認識できた。</p> <p>また、抗菌薬の効果が乏しい場合、ともすれば広域スペクトルの薬剤に変更しようとする雰囲気現場にはあるが、効果不良の原因を洞察し、緊急性や同定された菌種を鑑みた上で抗菌薬を選択し、さらには至適用法用量に設定することの重要性を学ぶことができた。</p>	

## 例 2

症例番号： 2 申請者： ○○ ○○

患者背景	症例介入・情報提供内容の要約 (薬剤管理・TDM・DI・その他) 介入に関する記述にアンダーラインを付けて明示してください。
<input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 入院	胆のう炎に対する開腹胆のう摘出術後の患者。術後 6 日目、誤嚥性肺炎を発症し、SBT/ABPC が投与されていた。術後 14 日目、大量の水様便があり、38℃の発熱を認めた。主治医はロペラミドを処方したことを薬剤管理指導時に気づいたため直ちに主治医と協議を行い、 <u>Clostridioides (Clostridium) difficile (CDI) 関連腸炎を否定した上でロペラミドを投与するよう提案するとともに、下痢以外の感染兆候がないため SBT/ABPC を中止するよう提案した。</u> 提案は受け入れられ、直ちにトキシシン検査が実施され、ABT/ABPC は中止となった。検査の結果、トキシシン A/B ともに陽性であった。その後、主治医より選択すべき抗菌薬について相談され、 <u>全身状態が安定していることを考慮して、MNZ 500 mg×3 回/day 14 日間の治療を提案したところ、受け入れられた。</u> 速やかに下痢の消失を認め、治療開始 14 日後に抗菌薬は中止となった。その後の再発もなく、移後 33 日目に退院となった。
<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
年 齢：72 体 重：55 kg	
感染症名： <i>Clostridium difficile</i> 関連腸炎	
原因菌： <i>Clostridioides (Clostridium) difficile</i>	
※症例項目にチェック	
<input checked="" type="checkbox"/> 抗菌薬選択 <input type="checkbox"/> 投与方法 <input type="checkbox"/> TDM <input checked="" type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 相互作用 <input checked="" type="checkbox"/> 禁忌等 <input type="checkbox"/> その他(            )	
考 察	
<p>抗菌薬使用中の下痢に対し、介入した症例である。ロペラミド製剤は抗生物質の投与に伴う偽膜性大腸炎の患者に対しては禁忌となっていることから、偽膜性大腸炎を否定した上での投与が必要となる。本症例では実際に CDI 関連腸炎を発症しており、重篤化を回避できたと考えられる。</p> <p>「JAID/JSC 感染症治療ガイドライン 2015－腸管感染症－（日本化学療法学会）」では、CDI 関連腸炎の治療戦略として、可能な限り投与中の抗菌薬を中止すること、および MNZ（または VCM）の投与を行うことが記載されている。今回、これに従って介入したこと、さらには投与期間に関しても事前に情報提供したことが早期改善に寄与するとともに、不必要な長期投与の回避に繋がったものと考えられる。</p>	