

先生各位

検査内容変更のお知らせ

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。
平素は格別のご愛顧を賜り、有難く厚く御礼申し上げます。
このたび下記の検査項目につきまして、検査内容を変更させて頂きたくご案内申し上げます。
先生方には大変ご迷惑をお掛けいたしますが、何卒宜しくご了承の程、お願い申し上げます。

謹白

記

● 変更実施日 2014年8月4日（月）受付分より

● 変更内容

案内書掲載頁	項目コード	項目名称	変更箇所	新	現行	変更理由
43	5482	バンコマイシン	基準値	未設定	25.0~40.0(ピーク値)	抗菌薬TDMガイドライン(2012)により、検査試薬添付文書の参考基準範囲の変更があったため。
未掲載	4796	バンコマイシン トラフ値		10.0~20.0 $\mu\text{g/mL}$	10.0以下 $\mu\text{g/mL}$	

☆抗菌薬TDMガイドラインではルーチンでのピーク値測定は推奨されていませんが、仮にピーク値を測定する
なら、バンコマイシン点滴終了後1~2時間後の濃度が40 $\mu\text{g/mL}$ を超えないようにします。(下表参照)

案内書掲載頁	項目コード	項目名称	検体量(mL)	容器	保存	所要日数	実施料判断料	検査方法	基準値(単位)	採血時刻
未掲載	4797	バンコマイシン ピーク値	血清 0.5	1	冷蔵	1~2	特定薬剤治療管理料	ラック凝集法	25.0~40.0	バンコマイシン点滴終了後 1~2時間後

●抗菌薬TDMガイドライン(2012)でのバンコマイシンについての要約は裏面参照

抗菌薬TDMガイドラインの作成の経緯

薬物血中濃度、治療効果や副作用に関するさまざまな因子をモニタリングしながら、一人一人の患者に個別化した薬物投与を行う薬物治療モニタリング(TDM)は、感染治療に貢献するうえできわめて重要な技能であります。これまで標準化がなされていない状況にありました。しかし、2012年に日本化学療法学会と日本TDM学会が「抗菌薬TDMガイドライン」を合同で作成し、公表しました。本ガイドラインは医師と薬剤師が協力し、医学と薬学の専門性が融合し作成されました。

バンコマイシンにおけるTDMの要点

(抗菌薬TDMガイドラインより抜粋)

[PK-PD]

- AUC/MIC \geq 400は臨床および細菌学的効果を予測する指標となるが、一般臨床ではルーチンのAUC評価は推奨しない。
- 実臨床ではトラフ値をAUCの代替指標とする。ただし、1日3回以上投与、腎機能低下例、小児において、トラフ値がAUC/MIC \geq 400達成の指標にならないことも多いので注意が必要である。

[TDMの方法(採血ポイントなど)]

- トラフ値を測定する。ルーチンでのピーク値測定は推奨しない。

[TDMの目標値]

- 目標トラフ値は10~20 μ g/mLに設定する。
- MRSA感染症治療の有効性を高め、また低感受性株を選択するリスクを避けるために、トラフ値10 μ g/mL以上を維持する。
- トラフ値20g/mL以上は腎毒性の発現が高率となり推奨しない。
- 菌血症、心内膜炎、骨髄炎、肺炎(院内肺炎、医療・介護関連肺炎)、重症皮膚軟部組織感染において良好な臨床効果を得るためのトラフ値は15~20 μ g/mLを推奨する。

[初期投与設計(投与方法;投与量、投与間隔)]

- 腎機能正常例においては1回15~20mg/kg(実測体重)を12時間ごとに投与することを推奨する。ただし、1日3g以上の投与は慎重に行い、1日4gを上限とする。
- レッドマン症候群を回避するために、1gでは点滴時間は1時間を超える必要があり、それ以上使用時には500mgあたり30分以上を目安に投与時間を延長する。
- トラフ値15~20 μ g/mLを目標値とした場合の安全性に関する報告は限られており、初回投与は、通常投与量、またはトラフ値10~15 μ g/mLを目標とした投与設計にて行う。その後、初回TDMの結果が得られた段階で、トラフ実測値、臨床経過や感染病巣の変化。分離MRSAのMIC値を参考に、必要と判断すれば、その段階で15~20 μ g/mLを目標とした投与設計を行う。