

『透析患者への投薬ガイドブック 改訂3版』訂正のお知らせ

ご購入いただきました『透析患者への投薬ガイドブック 改訂3版』の第1刷（2017年6月発行）、および第2刷（2017年11月発行）におきまして以下の誤りがございました。ここに訂正させていただきますとともに深くお詫び申し上げます。

（2018年1月18日）

【正誤表】

該当頁	薬剤名	誤	正
824～826	バクタ配合錠・配合顆粒, バクタラミン配合錠・配合顆粒	錠	T (Trimethoprim を示す T)

※該当箇所は下記 **T** のとおりです。

（824頁 右段下から9行目）

透析患者への投与方法 使用は推奨されないが、使用する場合には **T** として 5～10mg/kg を 24hr 毎（サンフォード感染症治療ガイド） **T** として 2.5～5mg/kg を 24hr 毎に iv（HD 日は HD 後）^[17] PCP 予防には 1 錠/日夕食後^[1] **その他の報告** 投与間隔を 24hr とする（t_{1/2} が 25～50hr に延長するため）^[1,6,10] ただし尿路感染症治療には通常量必要^[1] 50%に減量し 24hr おきに投与するが尿路感染症治療には通常量必要^[2] HD 後に 1g^[3] 初回 2 錠, 以後 1 錠/日（分 1）^[17]

■PD PD 腹膜炎に 1 回 2 錠, 1 日 2 回, 出口部およびトンネル感染に 1 回 1 錠, 1 日 1 回（Li PK, et al: Perit Dial Int 30: 393-423, 2010）2 錠/日（分 1）^[17] 1g/日^[3] 48hr おきに 2 錠投与（日本化学療法学会抗菌薬適正使用テキスト 2008） PD 液に S : 80mg/L, **T** : 16mg/L の濃度で添加^[17]

■CRRT **T** として 2.5～7.5mg/kg を 12hr 毎経口^[17] CVVHF : **T** として 2.5～7.5mg/kg を 12hr 毎 iv, CVVHD・HDF : **T** として 4～5mg/kg を 6～8hr 毎 iv^[17]

(825 頁 左段 14 行目)

保存期 CKD 患者への投与方法 Ccr>30mL/min : 減量の必要なし, Ccr 15~30mL/min : 50%に減量, Ccr 15mL/min 未満 : 投与しないことが望ましい ([1], 日本化学療法学会抗菌薬適正使用テキスト 2008) **その他の報告** トリメトプリムはクレアチニンの分泌を抑制するため要注意^[2] Ccr 50~90mL/min : **T**として 5~20mg/kg/日を 6~12hr 毎に分割投与, Ccr 30~50mL/min : **T**として 5~7.5mg/kg/日を 8hr 毎に分割投与, Ccr 10~29mL/min : **T**として 5~10mg/kg/日を 12hr 毎に分割投与, Ccr 10mL/min 未満 : 投与は推奨されないが, 使用する場合には **T**として 5~10mg/kg を 24hr 毎 (サンフォード感染症治療ガイド) Ccr<30mL/min : 50%に減量^[7] Ccr>50mL/min : 常用量 (12hr おき), Ccr10~50mL/min : 常用量を 18hr おき, Ccr<10mL/min : 常用量を 24hr おき^[10,12] GFR>50mL/min : 12hr 毎, GFR 10~50mL/min : 18hr 毎, GFR<10mL/min : 24hr 毎^[3] GFR>50mL/min : 4錠/日 (分 2), GFR 10~50mL/min : 初回 2錠, 以後 2錠/日 (分 2), GFR 10mL/min 未満 : 初回 2錠, 以後 1錠/日 (分 1)^[17] GFR 50mL/min 未満では尿中濃度が上昇しないので尿路感染に対しては選択しないという意見がある^[17] GFR>50mL/min : **T**として 4~5mg/kg を 6hr 毎に iv, GFR 10~50mL/min : **T**として 4~5mg/kg を 12hr 毎に iv, GFR 10mL/min 未満 : 他の選択肢がなければ **T**として 2.5~5mg/kg を 24hr 毎に iv^[17]

(826 頁 左段 15 行目)

■安全性に関する情報 高 K 血症は比較的健康な外来患者では問題にならない (Am J Nephrol 19: 389-94,1999) 少量 (2錠/日×2日/週) で高 K 血症を発現した症例 (宍戸 崇, 他: 日腎会誌 54: 615-21, 2012) AKI は可逆的 (Fraser TN, et al: J Antimicrob Chemother 67: 1271-7, 2012) HIV 感染患者に対する PCP 治療時に有害作用として用量依存的に精神症状が治療開始 3~11 日後に発現し, 発現率は **T**として 12mg/kg 未満では 0%だが, 18mg/kg を超えると 23.5%であった (ステロイド治療も関連) (Lee KY, et al: J Antimicrob Chemother 67: 2749-54, 2012) 腎障害患者に生じた低血糖の症例 (Rosini JM, et al: Ann Pharmacother 42: 593-4, 2008) スルホンアミド基を有し, SU 剤様の血糖降下作用がある (Nunnari G, et al: Eur Rev Med Pharmacol Sci 14: 1015-8, 2010 PMID: 21375132) 高齢者でスピロラクソン併用により突然死のリスクになる (Antoniou T, et al: CMAJ 187: E138-43, 2015 PMID: 25646289) SU 剤やインスリン療法を受けている糖尿病患者では重篤な低血糖を起こしうる^[1] 使用時の注意点のレビュー (Ho JM, Juurlink DN: CMAJ 183: 1851-8, 2011 PMID: 21989472)