

クラゾセンタン適正使用解説動画のご案内

Total Intakeの管理と工夫で達成するクラゾセンタン投与完遂 新潟県立新発田病院 編

長岡赤十字病院 脳神経外科 佐藤 圭輔 先生

Chapter 1 クラゾセンタンの国内第Ⅲ相臨床試験

Chapter 2 新潟県立新発田病院における遅発性脳虚血に対する予防戦略
-体液貯留への対応方法-

新発田病院におけるくも膜下出血患者の周術期管理プロトコル (抜粋)

クラゾセンタンの投与完遂のポイント

水分貯留の管理

- ① 顔面・四肢の浮腫など軽度の体液貯留傾向を見逃さない
- ② 水分出納管理の徹底
- ③ フロセミドi.v.の活用を検討

Total Intakeの制限と インアウトバランスで500mL以内の管理

ex) in4,000mL, out3,500mL
in3,000mL, out2,500mL
ではなく

Total Intakeで1,500mL以内、インアウトバランスで+500mL以内

術 前	術 中	術 後
● 降圧 (sBP140mmHg以下を目標にニカルジピンを使用) ● 鎮静 (デクスメトミジンの持続投与) ● 鎮痛 (フェンタニルの持続投与) ● たこつぼ型心筋症が疑われる場合は術前に循環器内科で評価 ● 原則、補液のメインは1,000mL/日 (Totalでも1,500mL以下) ● できるだけ早期 (来院後24時間以内) に外科的治療介入	● 可能な限り、水分負荷がin overにならないように麻酔科Drに依頼し管理してもらう ● クリップピング術の場合、脳室ドレナージもしくは脳槽ドレナージまたは腰椎穿刺 ● コイル塞栓術の場合、脳室ドレナージもしくは腰椎ドレナージまたは腰椎穿刺	● 術翌日からDCI対策を開始 ◆ クラゾセンタンを中心とした薬物治療 ◆ シロスタゾール[*]、スタチン[*]は全例で併用 ◆ てんかん及び非痙攣性てんかん対策にペランパネル併用 ● 急性期は全例Aライン挿入し、血圧・血液ガス分析をモニタリング ● 術後早期からできれば経口摂取再開、困難であれば経管栄養を開始 体液管理について ● 点滴は最大でも計1,500mL/日 高齢者では1,000mL/日 ● 経口摂取や経管栄養している場合、点滴はクラゾセンタンのみ (約400mL/日) ● 24時間ごとのインアウトバランス管理 (+500mL 以内のNormovolemia) ● in over (+1,000mL以上) であればフロセミドi.v.投与を検討 (循環動態を評価しつつ) その他全身管理 ● 貧血: 入院時のHbをベースに相対的に20%以上減少とならないように適宜RBC輸血を行う ● 低Na血症: Naの補正、フルドロコルチゾン[*]の投与 ● 感染を含む発熱: 積極的解熱 (NSAIDs 1日3回)、抗菌薬投与 ● 低Alb血症: 高度の場合 (体液貯留を合併) はアルブミン製剤投与

※承認外の効能又は効果を含む

当プロトコルは、動画収録時における当該施設のプロトコルであり、今後変更の可能性があります。また、当社としてこれらを推奨、保証するものではありません。

周術期管理プロトコルの詳細は、動画でご紹介しています。

動画のご視聴方法:
二次元コードから
アクセス



以下の講演会の内容から抜粋して紹介しております。

SAH Clinical Insights vol.03 (主催: ネクセラファーマジャパン株式会社)

開催日 2024年10月9日 (水) 会場 ANAクラウンプラザホテル新潟よりWEB配信

ネクセラファーマジャパン株式会社

