

◎セフトアジジム静注用 [注]

【重要度】★★ 【一般製剤名】セフトアジジム (CAZ) (U) Cefotazidime 【分類】セファロスポリン系抗生物質

【単位】◎0.5g・◎1.0g/V

【常用量】1～2g/日 [最大 4g]

【用法】1日2回静注, 点滴静注

【透析患者への投与方法】1日1回1g, HD日にはHD後(5)

【その他の報告】HD後に1g(U) 1gを投与間隔を48～72hrに延長(4,10) 2gを24～48hr毎で1gをHD後に追加(サンフォード感染症治療ガイド, 3) HD後投与の最大は3g(サンフォード感染症治療ガイド) 0.5gを24時間毎(6) 0.5～1g/24-48hr(7) 維持量の半量をHD後に追加(Clin Nephrol 24: 142-6, 1985) 0.5g/日でMIC16μg/mLまでを90%カバー, 1g/日でMIC32μg/mLまでを100%カバー(Loo AS, et al: Antimicrob Agents Chemother 57: 5854-9, 2013)

【PD】PD腹膜炎に1～1.5gを1日1回腹腔内投与, もしくは初回500mg/L, 維持量125mg/Lとして交換毎に腹腔内投与(Li PK, et al: Perit Dial Int 2022 PMID: 35264029 [ISPD 2022])

0.5g/24hr(サンフォード感染症治療ガイド) 0.5gを24hr毎(17) 初期投与量1gでその後は1日500mg(U) 15mg/kgの腹腔内投与では48時間以上、血清・腹腔内ともに感受性菌のMICを上回る(Am J Kidney Dis 33: 111-7, 1999) PD液に0.25g/2L添加(17) APDでは15mg/kg/日の静注か、長時間貯留時に20mg/kgをIP投与を提案(Kim K, et al: Antimicrob Agents Chemother 55: 2523-7, 2011)

【CRRT】0.5～1.0gを12hr毎(3) 1～2gを12hr毎(17) 2gを12～24hr毎(サンフォード感染症治療ガイド)

【保存期CKD患者への投与方法】Ccr>50mL/min: 1～2g/8hr, Ccr 30～50mL/min: 1～2g/8hr, Ccr 10～30mL/min: 0.5～1g/12～24hr, Ccr<10mL/min: 0.5～1g/24～48hr(7)

【その他の報告】Ccr 31～50mL/min: 1g/12hr, Ccr 16～30mL/min: 1g/24hr, Ccr 6～15mL/min: 0.5g/24hr, Ccr 5mL/min以下: 0.5g/48hr(1)

GFR>50mL/min: 減量の必要なし, GFR 10～50mL/min: 0.5～1.0gを12～24hr毎, GFR<10mL/min: 0.5～1.0gを48hr毎(3)

Ccr>50mL/min: 常用量, Ccr 10～50mL/min: 常用量を24～48hrおき, Ccr<10mL/min: 常用量を48～72hrおき(10)

GFR 50>mL/min: 常用量を8～12hr毎, GFR 10～50mL/min: 常用量を24～48hr毎, GFR<10mL/min: 常用量を48hr毎(12)

Ccr 31～50mL/min: 1gを12hr毎, Ccr 16～30mL/min: 1gを24hr毎, Ccr 6～15mL/min: 0.5gを24hr毎, Ccr 5mL/min未満: 0.5gを48hr毎(U)

Ccr 51～90mL/min: 2gを8～12hr毎, Ccr 10～50mL/min: 2gを12～24hr毎, Ccr 10mL/min未満: 2gを24～48hr毎(サンフォード感染症治療ガイド)

GFR>50mL/min: 1～2gを8hr毎か6gを24hr持続静注, GFR 10～50mL/min: 1～2gを12～24hr毎か0.6～1.2mg/kg/minで持続静注, GFR 10mL/min未満: 0.5～1gを24hr毎か0.3mg/kg/minを持続静注(17)

【特徴】第三世代セフェム注射薬。ブドウ球菌からセラチア, シュードモナス属にまで強い抗菌力を示す。特にグラム陰性桿菌の外膜透過性に優れており、従来の第三世代セフェム剤と比較して緑膿菌に強い点が優れているが、ブドウ球菌に対する抗菌力は第三世代のものと変わらない。セフトリアキソンとともに脳脊髄液に良好に移行し治療濃度で分布する。

【主な副作用・毒性】ショック, アナフィラキシー, 急性腎不全, 汎血球減少, 偽膜性大腸炎, SJS, 間質性肺炎, けいれん, 意識障害, 味覚障害, 肝炎, 肝機能障害, 黄疸など

【安全性に関する情報】1g×2/日の2日後にミオクローヌスと脳症を認めたHD症例(Joseph J, et al: Indian J Nephrol 25: 61-2, 2015)

【モニターすべき項目】出血時間, 便検査(偽膜性大腸炎をチェック)

【F】5%(14) 非腹膜炎時のPD患者のバッグ内投与時72%(Am J Kidney Dis 33: 111-7, 1999) 91% [im] (13)

【tmax】筋注時0.7～1.3hr (13) 【Cmax】119～146μg/mL [1g iv], 23～39μg/mL [1g im] (13)

【代謝】代謝されない(1) 肝障害時にも減量は不要(U)

【排泄】尿中未変化体排泄率80～90%(U) 60%(10) 60～85%(12) 65%(14) 84%(13)

【CL】112mL/min (10) (1.05×Ccr+0.12) mL/min/kg (13) 【非腎CL/総CL】5%(10)

【t1/2】1.7hr (U) 1.2～2hr (10) 2hr (14) 1.6hr(13)1.2hr (12) 【透析患者のt1/2】13～25hr (6,12) 13hr (4,10) 23.0hr (7) 33.6hr (Clin Nephrol 24: 142-6,1985)

【PD患者のt1/2】1g静注で24.6hr (J Clin Pharmacol 33: 475-9, 1993) 15mg/kg 腹腔内投与で22hr (Am J Kidney Dis 33: 111-7, 1999)

【蛋白結合率】10%以下(U) 20.9%(6) 17%(7) 10%(11) 21%(13)

【Vd】0.21～0.28L/kg (U) 0.25L/kg (14) 0.23L/kg (13) 0.18～0.31L/kg (12) 【透析患者のVd】0.27L/kg (7) 【PD患者のVd】0.34L/kg (Am J Kidney Dis 33: 111-7, 1999)

【MW】636.65

【透析性】除去率65%(1) 50%以上(4) 50%(Lam YW, et al: Clin Pharmacokinet 32: 30-57,1997) 透析後の追加投与必要(7) 【透析CL】54.6mL/min (7) 【透析時t1/2】3.2hr (7) 【PDの透析性】除去率4.3～7.0%, PDクリアランス5.74mL/min (Lam YW, et al: Clin Pharmacokinet 32: 30-57,1997)

【TDMのポイント】TDMの対象にならない【pKa】2.4, 4.1 (1)

【備考】モダシンは2022.2販売中止

【更新日】20221110

※本サイトに掲載の記事・写真などの無断転載・配信を禁じます。すべての内容は、日本国著作権法並びに国際条約により保護されています。