

アダリムマブBS皮下注 結核のチェックリスト

20mg シリンジ0.2mL 「CTNK」
40mg シリンジ0.4mL 「CTNK」
80mg シリンジ0.8mL 「CTNK」
40mg ペン0.4mL 「CTNK」
80mg ペン0.8mL 「CTNK」

投与期間中

本チェックリストは、アダリムマブを投与される患者様の結核発症をモニタリングするためのものです。それぞれの項目にチェック、もしくは記入して、ご活用ください。

記入日	年 月 日	患者情報	No.
記入者			

① 問診

確認日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
喀痰	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
咳嗽	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
発熱	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
全身倦怠感・易疲労感	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
体重減少・食思不振	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
胸痛	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
リンパ節腫脹	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
呼吸困難	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
その他 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

膿性喀痰がある場合は、感染対策として、採痰ブースや自宅での採痰をご検討ください
発熱の際に、抗菌薬を使用する場合は、抗結核作用のあるニューキノロン系は避けてください
発熱が継続する場合は、専門医へのコンサルトを実施してください

② 画像診断 ※必要に応じ、呼吸器専門医へのコンサルトを実施してください

X線	検査日 年 月 日	検査日 年 月 日	検査日 年 月 日
	異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
CT	検査日 年 月 日	検査日 年 月 日	検査日 年 月 日
	異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
その他 ()	検査日 年 月 日	検査日 年 月 日	検査日 年 月 日
	異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

生物学的製剤開始後のモニタリングとして、投与後 3 ヶ月、6 ヶ月、以降は 6~12 ヶ月毎の胸部 X 線写真が望ましいとされています
田中良哉 (編) . 関節リウマチ治療における生物学的製剤の選択と適正使用. 東京: 日本医学出版; 2015.

結核の発症が疑われる場合には、呼吸器専門医にご相談ください

③結核菌の検査 (喀痰抗酸菌検査)

[検体] ・喀痰 ・その他 ()	培養 確認日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性
	塗抹 確認日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性
採取日 年 月 日	核酸増幅同定検査法 (PCR法等)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性
	確認日 年 月 日	

塗抹/培養検査で陽性の場合に結核菌を同定するための検査です

④インターフェロン-γ遊離試験 (IGRA)

T-Spot	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 判定不可 <input type="checkbox"/> 陽性
検査日 年 月 日	測定値 陰性対照: A 抗原: 陽性対照: B 抗原:
QFT	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 判定不可 <input type="checkbox"/> 陽性
検査日 年 月 日	測定値 陰性対照: TB1: 陽性対照: TB2:

古い結核感染の場合、投与前の IGRA が陰性となることがあります
また、投与前に IGRA が陰性でも、結核を発症すると陽転します
画像診断等で結核の発病が疑われる場合は実施をご検討ください

- ◆スクリーニング時 (投与前) にツベルクリン反応等の検査が陰性の患者様や、抗結核薬による予防投与がなされていた患者様からも、抗TNFα製剤投与後に 活動性結核が認められたとの報告があります
- ◆生物学的製剤投与中に併発する結核症の約半数は肺外結核 (粟粒結核、結核性胸膜炎、腹膜炎、リンパ節結核など) です
- ◆抗TNFα製剤による治療期間中は結核発症の可能性を常に念頭において、適宜画像検査を実施するなど注意深く観察してください

監修: 尾形 英雄 先生 (複十字病院 安全管理特任部長)