

- (2) 閉塞性の無呼吸発作である患者
- (3) 機械的人工換気療法（nasal CPAP も含む）を施行中の患者  
ただし、試験治療開始前に呼吸管理を終了する場合は除外しない。呼吸管理中からアミノフィリンを投与開始してもよいが、その場合は、呼吸管理終了後 12 時間以降にアミノフィリン不応を判定する（9.1）。
- (4) 患者に呼吸抑制または刺激作用を持つ以下のいずれかの薬剤が投与されている  
登録前 1 日（24 時間）以内：パンクロニウム、フェンタニル  
登録前 3 日（72 時間）以内：ドキサプラム、ミダゾラム、フェノバルビタール、抱水クロラル、アレビアチン、ジアゼパム、バルプロ酸、カフェイン、テオフィリンなど
- (5) 出生前 3 日（72 時間）以内に母体に呼吸抑制または刺激作用を持つ以下のいずれかの薬剤が投与されており、かつ、出生後 48 時間未満の患者  
フェノバルビタール、バルプロ酸などの抗痙攣薬、  
カフェイン、テオフィリン、ドキサプラムなど
- (6) 以下のいずれかが治療によっても改善しない場合：（ ）内は参考値
- ① 低酸素血症（ $SpO_2 < 90\%$ ）
  - ② 低体温（ $< 36^\circ C$ ）
  - ③ 高体温（ $\geq 38^\circ C$ ）
  - ④ 低血圧（収縮期血圧  $< 30$  mmHg）
  - ⑤ 貧血（ $Hb < 7$  g/dl）
  - ⑥ 多血（ $Ht \geq 70\%$ ）
  - ⑦ 低血糖（ $< 30$  mg/dl）
  - ⑧ 低カルシウム血症（ $< 7.0$  mg/dl）
  - ⑨ その他、無呼吸の原因となりうる合併症
- (7) 登録前 24 時間以内に、無呼吸発作を誘発するような処置（散瞳剤の投与、眼底検査など）が行われた患者
- (8) 登録後 48 時間以内に、無呼吸発作を誘発するような処置（散瞳剤の投与、眼底検査など）を予定している患者
- (9) 登録時に他の臨床試験に参加している患者
- (10) その他、担当医師が対象として不適切と判断した場合

## 8 インターネット登録、ランダム割付

本試験では、被験者の登録とランダム割付はインターネットを介し NRN ホームページ (<http://nrn.shiga-med.ac.jp>) のドキサプラム班のページで行う。

### 8.1 登録手順

- (1) 本試験参加への同意は、アミノフィリン不応判定後すみやかに患者の代諾者から文書で取得する（不応判定までに文書同意を取得しておいてもよい）。担当医師は、同意を得られたアミノフィリン不応の患者に対し、選択基準に適合し除外基準に抵触しないことを確認した後、被験者として登録する。
- (2) 担当医師は、NRN ホームページ上で以下の情報を入力する。  
生年月日、出生時身長、出生時体重、登録時体重、性別、同意取得日、登録日齢、在胎期間、在胎期間の決定方法、アミノフィリン不応判定理由、選択基準および除外基準の確認（はい/いいえ）
- (3) NRN ホームページ上で直ちに登録情報がチェックされ、被験者が適格である場合には試験治療が割付けられるが、適格でない場合にはその旨が通知される。
- (4) 試験治療が割付けられると、その結果を示す「症例番号」が NRN ホームページから付与される（本試験では症例番号が試験薬番号を兼ねる）。
- (5) 症例番号は、NRN ホームページ上で直ちに表示されるとともに、予め登録された電子メールアドレスに対して確認メッセージとして送信される。また、NRN ホームページ上で自施設のデータのみ随時閲覧することができる。

### 8.2 在胎期間の決定方法

各被験者に対し、上位の方法の信頼性が低い場合は下位の方法による在胎期間を採用する。信頼性の判断は産科医あるいは新生児担当医が行う。

- (1) 第一位：妊娠第 8～11 週前後の超音波による胎児頭臀長（CRL）による在胎期間
- (2) 第二位：最終月経第 1 日から起算した在胎期間
- (3) 第三位：New Ballard の評価法による在胎期間

### 8.3 ランダム割付

ランダム割付は、最小化法により以下の調整因子を用いて行われる。割付に必要な乱数はコンピュータが発生する。以上の割付操作はあらかじめ定められた計算法に基づいてコンピュータが自動的に行う。

#### 8.3.1 調整因子

- (1) 施設
- (2) 在胎期間 22w,23w,24w / 25w,26w,27w / 28w 以上
- (3) アミノフィリン不応判定理由 無呼吸発作 3 回以上 / マスク & バギングあり

## 9 試験治療、併用治療

### 9.1 併用治療（静注用アミノフィリン；アプニション®）

本試験では登録前から静注用アミノフィリンを投与開始し、試験治療中も併用する。

#### 9.1.1 アミノフィリンの投与量の計算方法

アミノフィリンの投与量の計算は以下に従う。なお、維持投与量は、NRN ホームページ (<http://nrn.shiga-med.ac.jp>) のドキサプラム班のページの「アプニション注射剤投与設計」に必要な情報を入れると自動計算される。

##### (1) 負荷投与

6mg/kg (1.2ml/kg) を負荷投与する。

##### (2) 維持投与

負荷投与終了後の維持投与量は、以下の計算式により算出する。なお、維持投与中に体重などが変動した場合は、必要に応じ投与量を再計算する。

$$\text{維持投与量 (mg)} = 9.0 \times \text{CL (L/hr)} \times \text{BW (kg)}$$

CL (L/hr) は酸素供給の有無に応じて以下の式で計算する。

##### ① 酸素供給がある場合の CL 値

$$\text{CL (L/hr)} = (6.98 \cdot \text{BW (kg)}^{2.17} + 0.244 \cdot \text{PCA (weeks)}) \times 1.24$$

##### ② 酸素供給がない場合の CL 値

$$\text{CL (L/hr)} = (6.98 \cdot \text{BW (kg)}^{2.17} + 0.244 \cdot \text{PCA (weeks)})$$

BW: 体重(kg)、CL(テオフィリンの母集団クリアランス)<sup>44)</sup>、PCA: 受胎後週数 (weeks)

#### 9.1.2 試験治療開始前（登録前）：アミノフィリン投与開始と不応の判定

担当医師は、未熟児無呼吸発作をもつ患者に対し、治療上適切と判断した場合に、静注用アミノフィリンを負荷投与により開始し、その後は維持投与する。アミノフィリンの投与状況は、投与開始日時、維持投与開始・変更日時、投与量（負荷投与、維持投与）を症例調査票（付録 3）に報告する。

アミノフィリンの負荷投与終了以降に、以下の基準に従いアミノフィリン不応を判定する。呼吸管理中からアミノフィリンを投与開始してもよいが、その場合は、呼吸管理終了後 12 時間以降にアミノフィリン不応を判定する。

以下のいずれかに該当するものを「アミノフィリン不応」と判定する。（本基準は先行研究<sup>11,13,18)</sup> および試験参加予定施設に対するアンケート結果を参考に設定した。）

- ① アミノフィリン投与中の 8 時間以内に無呼吸発作を 3 回以上みとめる
- ② アミノフィリン投与中に 1 回でもマスク & バギングを要する

2007年3月1日

アミノフィリン不応が確定した場合は、すみやかに（文書による同意を得ていない場合は取得し、）適格性を確認し、本試験の登録および試験治療開始へと手順を進める。アミノフィリン不応判定時は、判定日時、無呼吸発作回数、判定理由を記録する（10.1）。また、不応判定時のテオフィリン血中濃度を各施設で測定し、濃度と採血日時を症例調査票（付録3）に報告するとともに、中央測定の検体を送付する（10.3）。

### 9.1.3 試験治療中：アミノフィリンの併用

試験治療中は、アミノフィリンを規定（9.1.1）の用量で維持投与する。アミノフィリンの維持投与中に投与量を変更した場合は、変更日時、投与量、変更理由（規定〔9.1.1〕の計算式による/他）を症例調査票（付録3）に報告する。

試験治療中のテオフィリン血中濃度は規定（10.3）に従い中央測定する。ただし、重篤な有害事象が発現した場合は、テオフィリン血中濃度を各施設で測定し、濃度と採血日時を症例調査票（付録3）に報告するとともに、中央測定の検体を送付する。それ以外の時点のテオフィリン血中濃度の施設測定は必須ではないが、測定した場合は濃度と採血日時を症例調査票（付録3）に報告する。

## 9.2 試験治療

### 9.2.1 試験治療の定義

本試験で定める試験治療は、未熟児無呼吸発作に対する試験薬剤の低用量持続静脈内投与である。試験薬剤は、被験薬をドキサプラムとし、対照薬をプラセボとする。試験治療期間は7日間と定め、7日間の試験薬投与を完遂した場合を試験治療完了と定義する。試験治療中は、アミノフィリンを試験治療開始前と同じ用量で併用する。

### 9.2.2 試験薬剤

試験薬剤（1バイアル=20 ml）は被験薬としてドキサプラム（ドプラム<sup>®</sup>注射液、キッセイ薬品工業株式会社）、対照薬として生理食塩水を含有するプラセボを用いる。ドキサプラムの詳細は添付文書（付録7）を参照する。薬剤情報は常に最新の情報を把握することとし、添付文書の最新版は「医薬品医療機器情報提供ホームページ」（<http://www.info.pmda.go.jp/>）にて確認できる。

試験薬剤の製造はキッセイ薬品工業株式会社が行う。試験薬剤の包装形態は、「臨床試験用ドプラム製剤の包装形態（付録10）」を参照する。

### 9.2.3 試験薬剤の投与方法と増量基準

担当医師は、被験者の登録時の割付に従い、投与可能なできるだけ早い時点から試験治療を開始する。試験薬剤の投与量は試験治療開始前の体重から計算し、投与方法は以下に従う。試験薬剤の投与状況は症例調査票（付録3）に報告する。また、定められた時点で薬物血中濃度測定用に採血する（10.3）。

## (1) 負荷投与

1.5mg/kg を 1 時間かけて静脈内投与する。

## (2) 維持投与と増量基準

試験治療開始後 1 時間（負荷投与終了）から 0.2 mg/kg/hr の速度で開始し、試験治療期間（7 日間）を通じて同じ用量で投与する。ただし、維持投与中に以下の増量基準を満たす場合は、速やかに 0.4 mg/kg/hr へ増量する。増量は、試験治療中に 1 回のみ行うことができ、以後は試験治療を終えるまで同じ用量で投与する。増量しても効果が十分に得られない場合は、試験治療を中止する（9.4）。

試験薬剤について、0.2 mg/kg/hr の維持投与中に以下の増量基準のいずれかに該当する場合は、速やかに 0.4 mg/kg/hr へ増量する。

- ① 維持投与中の 1 時間以内に無呼吸発作を 2 回以上みとめる
- ② 維持投与中の 8 時間以内に無呼吸発作を 3 回以上みとめる
- ③ 維持投与中に 1 回でもマスク & バギングを要する

## 9.2.4 試験薬剤の調整：負荷投与

負荷投与時の試験薬剤の調整は以下の方法を基準とする。

- (1) 患者の維持輸液と同内容の基液（5%ブドウ糖など）18.5 ml に、試験薬 1.5 ml を 20 ml のシリンジに入れて混和する。
- (2) 輸液速度は児の体重（kg）＝W と同じとする。シリンジポンプを用いて W ml/hr の輸液速度で 1 時間だけ注入する。

## 9.2.5 試験薬剤の調整：維持投与

維持投与時の試験薬剤の調整は以下の方法を基準とする。

- (1) 試験薬を 0.2 mg/kg/hr で投与する場合
  - ① 1 ml のシリンジを用いて試験薬を 0.4 ml とる。
  - ② 指示された輸液用の基液 19.6 ml を入れて用意しておいた 20 ml のシリンジに試験薬を 0.4 ml 注入し混和する。
  - ③ この 20 ml 注射液を静脈内に持続投与する。
- (2) 試験薬を 0.4 mg/kg/hr で投与する場合
  - ① 1 ml のシリンジを用いて試験薬を 0.8 ml とる。
  - ② 指示された輸液用の基液 19.2 ml を入れて用意しておいた 20 ml のシリンジに試験薬を 0.8 ml 注入し混和する。
  - ③ この 20 ml 注射液を静脈内に持続投与する。

輸液速度（ml/h）は以下の方法を基準とする。

児の体重（kg）＝W とする。シリンジポンプを用いて W/2 ml/hr（小数点 2 桁を四捨五入）の輸液速度で注入する。

（例：体重 1.25 kg の児に投与する場合には 0.6 ml/hr の輸液速度で持続投与する。）

### 9.3 併用禁止薬

以下の薬剤は試験治療中の併用を禁止する。(1)と(2)を使用した場合は速やかに本試験を中止する。試験治療中の併用禁止薬の使用はすべて症例調査票(付録3)に報告する。

- (1) 市販のドキサプラム(ドプラム<sup>®</sup>)
- (2) 呼吸抑制または刺激作用を持つ薬剤(パンクロニウム、ミダゾラム、フェンタニル、フェノバルビタール、抱水クロラル、アレビアチン、ジアゼパム、バルプロ酸、カフェイン、テオフィリン、など)
- (3) ドキサプラムとの配合において外観変化を生じた注射液との混合使用  
詳細は配合変化試験(付録9)を参照
- (4) 経口用テオフィリン(アプネカット<sup>®</sup>、など)

### 9.4 試験治療の中止

以下の中止基準に該当した場合、担当医師は速やかに試験治療を中止する。中止時は、中止直前に薬物血中濃度測定用採血を行い(10.3)、速やかに被験者の安全性を確保するとともに中止後の対応(9.5)を行う。

#### 9.4.1 中止基準

- (1) 試験治療の効果不十分により、以下のいずれかで担当医師が治療変更を必要と判断した場合  
(無呼吸発作を誘発する可能性のある処置[散瞳剤の投与、眼底検査など]後12時間の無呼吸発作回数とマスク&バギングは判定に含めない)  
ただし、明らかな二次性無呼吸発作の原因となる合併症の発現は理由(2)とする
  - ① (増量後)維持投与中に、1時間以内に無呼吸発作を2回以上みとめる
  - ② (増量後)維持投与中の8時間以内に無呼吸発作を3回以上みとめる
  - ③ (増量後)1回でもマスク&バギングを要する
  - ④ その他、試験治療の効果不十分により治療変更を必要と判断
- (2) 担当医師が有害事象により試験治療の継続困難と判断した場合
- (3) 保護者が試験治療の中止を申し出た場合
- (4) 死亡:ただし、死亡より前に理由(1)~(3)で中止した場合はこの分類としない
- (5) その他:転院などによる追跡不能、併用禁止薬の使用、プロトコル違反など

## 9.5 試験治療中止、完了後のキーオープンと後治療

本試験では、中止または完了のいずれの場合でも試験治療を終えた後は被験者ごとにキーオープンし、後治療を決定する。担当医師は以下の手順に従う。

- (1) 担当医師は、試験治療を終えた時点で速やかに、NRN ホームページ (<http://nrn.shiga-med.ac.jp>) のドキサプラム班のページで以下の情報を入力し終了報告する。

試験治療中止または完了の日時、重篤な有害事象の有無

(中止の場合は) 中止理由、中止判定日時(開始、終了)、判定結果(無呼吸発作回数、マスク&バギング有無)

- (2) 担当医師は、該当被験者に重篤な有害事象(12.3)が発現していた場合は、その内容をNRN ホームページ上で報告する(12.4)。
- (3) NRN ホームページ上で直ちに終了報告がチェックされ、該当被験者の盲検を解除し試験薬剤の割付結果(ドキサプラムかプラセボ)が通知される。終了報告に不備がある場合にはその旨が通知される。

割付結果は、NRN ホームページ上で直ちに表示されるとともに、予め登録された電子メールアドレスに対して確認メッセージとして送信される。また、NRN ホームページ上で自施設のデータのみ随時閲覧することができる。

- (4) 担当医師は、臨床的判断により、割付けられた試験薬剤を参考にして後治療を決定する。後治療の詳細は退院時の追跡調査票(付録4)に報告する。
- (5) 試験治療中止または完了後は、退院時と1歳半および3歳の受診時に定められた項目を調査する(10.1)。

## 10 観察、評価

## 10.1 スケジュールの一覧

担当医師は、以下に従って観察、評価を行い、症例調査票（付録 3）に報告する。

	試験治療 開始前	試験治療期間				
				(完了例)	(中止例)	
	アミノフィリン 不応判定時 (直近のもの)	試験薬 負荷投与 終了後 1 時間	試験薬 負荷投与 終了後 8 時間	7 日後 (168 時間後) 試験治療 完了時	試験治療 中止時	試験治療 中止後 6 時間
体重	○			○	○	
血圧、不整脈 酸素投与	○	○	○	○	○	
血液検査* 血算、GOT、GPT、 BUN、Cr、Ca、 CRP、血糖	○			○	○	
無呼吸発作	不応判定 (判定日時、 回数)	副次評価項目† (判定日時、 回数)		中止判定 (判定日時、 回数)		
		主要評価項目（試験治療の failure を評価）				
採血日時、 薬物血中濃度*	◎	△ 増量時(増量直前) ◎ 重篤な有害事象発現時		△	△ 中止直前	△

◎:テオフィリン血中濃度の施設測定+中央測定(検体送付)

△:中央測定(検体送付)のみ(テオフィリン血中濃度の施設測定は任意)

\*:血液検査には 0.8 ml、薬物血中濃度測定(中央測定用)には 0.2 ml 採血する

†:試験薬負荷投与終了~8 時間の無呼吸発作回数を測定する

## 10.1.1 試験治療開始前の調査；アミノフィリン不応判定時

以下の項目を調査し、インターネット登録時（8.1）に入力する。

生年月日、出生時身長、出生時体重、登録時体重、性別、同意取得日、登録日齢、在胎期間、在胎期間の決定方法、アミノフィリン不応判定理由、選択基準および除外基準の確認（はい/いいえ）

また、以下の項目は、症例調査票（付録 3）に報告する。

母親のデータ、Apgar score、蘇生スコア、合併症、薬物療法、人工呼吸管理、アミノフィリン投与状況、アミノフィリン不応判定日時（開始、終了）、判定結果（無呼吸発作回数、マスク&バギング有無）、血圧、不整脈、酸素投与、施設測定したテオフィリン血中濃度と採血日時（中央測定用の検体送付必要）、血液検査（血算、GOT、GPT、BUN、Cr、Ca、CRP、血糖）



### 10.1.2 試験治療期間の調査

試験治療中は、フィリップス社製モニターによる呼吸心拍監視を継続し、アミノフィリン投与状況、試験薬投与状況、併用禁止薬、有害事象を調査する。さらに、以下の各時点に定める項目を調査し、症例調査票（付録3）に報告する。

< 負荷投与終了後1時間 >

血圧、不整脈、酸素投与

< 負荷投与終了後8時間 >

血圧、不整脈、酸素投与、

負荷投与終了～8時間の効果判定日時（開始、終了）

判定結果（無呼吸発作回数、マスク&バギング有無）

<（増量した場合のみ）増量時 >

増量日時、判定理由、

施設測定した場合のテオフィリン血中濃度と採血日時（中央測定用の検体送付必要）

<（重篤な有害事象が発現した場合のみ）重篤な有害事象発現時 >

施設測定したテオフィリン血中濃度と採血日時（中央測定用の検体送付必要）

<7日後（168時間後）試験治療完了時（完了例） >

完了日時、体重、血圧、不整脈、酸素投与、

施設測定した場合のテオフィリン血中濃度と採血日時（中央測定用の検体送付必要）、

血液検査（血算、GOT、GPT、BUN、Cr、Ca、CRP、血糖）

中止例の場合は、以下を調査する。

< 試験治療中止時 >

中止日時、中止理由、

中止判定日時（開始、終了）、判定結果（無呼吸発作回数、マスク&バギング有無）、

体重、血圧、不整脈、酸素投与、

施設測定した場合のテオフィリン血中濃度と採血日時（中央測定用の検体送付必要）、

血液検査（血算、GOT、GPT、BUN、Cr、Ca、CRP、血糖）

< 試験治療中止後6時間 >

施設測定した場合のテオフィリン血中濃度と採血日時（中央測定用の検体送付必要）

なお、試験治療中止または完了時の調査項目のうち、以下はインターネット終了報告時に入力する（9.5）。

試験治療中止または完了の日時、重篤な有害事象の有無、

（中止の場合は）中止理由、中止判定日時（開始、終了）、

判定結果（無呼吸発作回数、マスク&バギング有無）

### 10.1.3 追跡調査

試験治療終了後は以下の各時点に定める項目を追跡調査し、追跡調査票（付録 4、5）に報告する。また、試験治療中に発現した有害事象の転帰は可能な限り追跡調査する（12.4）。

#### < 退院時 >

退院日、身長、体重、転帰（死亡、生存）、後治療、

試験治療中止または完了後～退院までの重篤な有害事象の発現状況

（脳室内出血 [3 度、4 度]、壊死性腸炎、治療を要した未熟児網膜症、脳室周囲白質軟化症、慢性肺疾患、重篤な感染症 [肺炎、髄膜炎]、その他）

試験治療中に発現した有害事象の継続状況

#### < 1 歳半、3 歳の定期受診時 >

来院日、身長、体重、

新版 K 式発達検査 DQ(修正および暦年齢)：運動面／認知面／言語面／全領域

運動発達の遅れ（あり/なし）、CP（あり/疑い/正常）、てんかん（あり/なし）、

視力（弱視/片側失明/両側失明/障害なし）、聴力障害（あり/なし）、

補聴器の使用（あり/なし）

## 10.2 無呼吸発作回数の測定：Neonatal Event Review

### 10.2.1 測定の方法

試験治療期間全体を通して、フィリップス社製新生児モニターによる呼吸心拍監視の Neonatal Event Review 機能を用いて連続モニタリングし、無呼吸発作の回数、程度を客観的かつ正確に測定する。担当医師は、Neonatal Event Review の記録に基づき無呼吸発作回数を測定する（6.1）。測定方法の詳細は、「無呼吸発作のモニタリング方法（付録 8）」を参照する。

### 10.2.2 記録の保存

以下の Neonatal Event Review の記録はすべてプリントアウトし、各施設で保存する。

(1) アミノフィリン不応判定時間（最長 8 時間）

(2) 副次評価項目判定時間：ドキサプラム負荷投与終了～8 時間（最長 8 時間）

(3) 主要評価項目判定時間：試験治療を効果不十分のために中止した場合（9.4 中止基準-(1)）は、中止判定した時間帯の記録

### 10.3 薬物血中濃度の測定と薬物動態の解析

本試験では、安全性の確認とアミノフィリン併用時のドキサプラムの薬物動態を検討するために、血液検体を熊本大学大学院医学薬学研究部へ送付し、薬物血中濃度を中央測定する。中央測定では、高速液体クロマトグラフィー法によりテオフィリン、カフェイン、ドキサプラム、ケトドキサプラムの血中濃度を一括して測定する。中央測定と薬物動態の解析については詳細を別途定める。

#### 10.3.1 測定時点

以下に定めるすべての測定時点について、薬物血中濃度を中央測定する。なお、アミノフィリン不応判定時と重篤な有害事象発現時は、テオフィリン血中濃度を各施設でも測定し、濃度と採血日時を症例調査票（付録 3）に報告する。それ以外の時点のテオフィリン血中濃度の施設測定は必須ではないが、測定した場合は濃度と採血日時を症例調査票（付録 3）に報告する。

##### <試験治療開始前>

アミノフィリン不応判定時（テオフィリン血中濃度の施設測定＋中央測定）

##### <試験治療中>

試験薬増量直前（中央測定）

重篤な有害事象発現時（テオフィリン血中濃度の施設測定＋中央測定）

ただし、以下の場合は測定しなくてもよい

- ① 発現後、速やかに試験治療を中止する場合（中止直前に測定する）
- ② 当該有害事象と試験治療との因果関係が明らかに否定される場合
- ③ 患者の状態から採血が不可能と判断した場合

7 日後（168 時間後）の試験治療完了時（中央測定）

##### <試験治療中止の場合>

試験治療中止直前（中央測定）

試験治療中止後 6 時間（中央測定）

#### 10.3.2 保存血清

血中濃度の中央測定用として 0.2 ml 採血し、血清分離する。血清は最低 0.09 ml 以上で、血中濃度の測定まで $-20^{\circ}\text{C}$ 以下で冷凍保存する。

2007 年 3 月 1 日

### 10.3.3 検体の送付

検体の取り違えを防ぐため、採血管に症例番号と採取日時を必ず明記する。各施設からクール宅急便（冷凍）で内容を「検体」と銘記し直接送付する。差出し元の名前に”厚生労働科学研究山崎班”と必ず記入する。また、到着が土、日にかからないように配慮する。送料は各施設で立て替え、その伝票を必ず保管する（年度末に立替払いの支払請求書が必要）。

#### < 検体送付先 >

熊本大学大学院医学薬学研究部 薬剤情報分析学分野 入倉 充

〒862-0973 熊本市大江本町 5-1

TEL : 096-371-4559 (直通) FAX : 096-371-4639

## 11 評価項目

### 11.1 主要評価項目：試験治療に関する time to treatment failure (TTF)

最長 7 日間の試験治療期間中におきた「試験治療の failure」をイベントとし、time to treatment failure (TTF) を評価する。

本試験での試験治療の failure とは、中止基準 (9.4) のうち試験治療の効果不十分により、以下のいずれかで中止した場合と定め、これ以外の理由による試験治療中止は打ち切りとして扱う。

- ① (増量後) 維持投与中に、1 時間以内に無呼吸発作を 2 回以上みとめる
- ② (増量後) 維持投与中の 8 時間以内に無呼吸発作を 3 回以上みとめる
- ③ (増量後) 1 回でもマスク & バギングを要する
- ④ その他、試験治療の効果不十分により治療変更を必要と判断

### 11.2 副次評価項目

#### (1) 無呼吸発作頻度の改善度

試験治療前 (アミノフィリン不応判定時; 不応と判定されるまでの直近最大 8 時間) からのアミノフィリン併用下での試験治療中 (試験薬負荷投与終了~8 時間) の 1 時間あたりの無呼吸発作頻度 (回/hr) の改善度を群間比較する。

#### (2) 試験治療中の有害事象

試験治療中に発現したすべての有害事象の発生頻度をドキサプラム群とプラセボ群の群間で比較する。

#### (3) 退院時の転帰と有害事象

退院時の転帰と有害事象 (生存・死亡、脳室内出血 [3 度、4 度]、壊死性腸炎、治療を要した未熟児網膜症、脳室周囲白質軟化症、慢性肺疾患、重篤な感染症 [肺炎、髄膜炎]、その他の重篤な合併症) を群間比較する。

#### (4) 成長、発達への影響

1 歳半、3 歳時に追跡調査し、ドキサプラムの発達予後への影響をわが国の早産低出生体重児の一般的な予後と比較する。

#### (5) 薬物動態 (附随研究)

ドキサプラムおよびテオフィリンの血中濃度を測定し、アミノフィリン併用下のドキサプラムの薬物動態を明らかにする。

## 12 有害事象の評価

### 12.1 有害事象の定義

本試験での有害事象とは、試験治療開始以降に発現したあらゆる好ましくない症状および徴候（臨床検査値の異常を含む）と定義し、試験薬との因果関係の有無を問わない。有害事象のうち、試験薬との因果関係が否定できないものを副作用として取り扱う。

### 12.2 安全性の確保

有害事象が発現した場合、担当医師は速やかに必要と思われる検査等を行い、被験者の安全性の確保に努める。その他、不測の事故が発生した場合に備え救急処置ができる体制を整えておく。

### 12.3 有害事象の評価

試験治療中に有害事象が発現した場合、担当医師は以下に従い評価し、規定（12.4）に従って報告する。

#### 12.3.1 重症度

有害事象の重症度を下記の3段階で評価する。

- (1) 軽度 : 徴候または症状が認められるが処置を要しないもの
- (2) 中等度 : 臨床症状に影響が認められるもので、処置を要するもの
- (3) 重度 : 臨床状態に重大な影響が認められるもの

#### 12.3.2 重篤性

有害事象の重篤性を下記の2段階で評価する。

- (1) 重篤
- (2) 非重篤

なお、以下に該当するものを重篤な有害事象とする。

- ⑤ 死に至るもの
- ⑥ 生命を脅かすもの
- ⑦ 治療のため入院または入院期間の延長が必要なもの
- ⑧ 永続的または顕著な障害・機能不全に陥るもの
- ⑨ その他の医学的に重大な状態

### 12.3.3 処置

有害事象に対する処置を以下の 2 段階で評価する。

- (1) 処置なし
- (2) 処置あり（内容を記載）

### 12.3.4 転帰

有害事象の転帰を以下の 6 段階で評価す

- (1) 回復
- (2) 軽快
- (3) 不変
- (4) 悪化
- (5) 死亡
- (6) 不明

### 12.3.5 試験薬との関連性

試験薬との関連性を下記の 2 段階で評価する。

- (1) 関連なし  
有害事象発現の要因が明確で、試験薬との関連性が否定できるもの
- (2) 関連が疑われる  
有害事象発現の要因が明確でなく、試験薬との関連性が否定できないもの

## 12.4 有害事象の報告と対応

試験治療中に有害事象が発現した場合、担当医師は症例調査票(付録 3)に報告する。有害事象が発現した場合、担当医師は被験者が有害事象発現前の状態に復するか、追跡不要と判断するまで可能な限り追跡する。当該有害事象が、試験治療完了または中止時に回復していない場合は、退院時に有害事象の継続状況を調査し、追跡調査票(付録 4)に報告する。

試験治療中に重篤な有害事象が発現した場合、担当医師は緊急報告した上で、当該有害事象を症例調査票(付録 3)にも報告する。また、試験治療完了または中止後～退院時までには重篤な有害事象が発現した場合、担当医師は緊急報告した上で、当該有害事象を追跡調査票(付録 4)にも報告する。重篤な有害事象の転帰は、回復または 3 歳の追跡調査時まで調査し、追跡調査票(付録 4、5)に報告する。

### 12.4.1 重篤な有害事象が発生した場合の緊急報告

重篤な有害事象が発生した場合、担当医師および関係者は以下に従う。

- (1) 重篤な有害事象が発生した場合、担当医師は 24 時間以内に NRN ホームページ (<http://nrn.shiga-med.ac.jp>) のドキサプラム班のページで以下の情報を入力する。  
有害事象名、発現日時、重症度、処置、併用薬、転帰、試験薬との関連性
- (2) 主任研究者は、各試験参加施設の長および試験施設責任医師に報告するとともに各倫理審査委員会等への報告を指導する。また、主任研究者はキッセイ薬品工業株式会社へ Email ([adr@pharm.kissei.co.jp](mailto:adr@pharm.kissei.co.jp)) または FAX (0120-24-1069) で連絡する。
- (3) 担当医師は重篤な有害事象報告書(付録 6)を作成し、当該医療機関の長および主任研究者に 7 日以内に FAX (0562-95-2216) で提出する。
- (4) 担当医師は試験継続等について当該医療機関の倫理審査委員会等の意見に基づき、指示を受ける。
- (5) 担当医師は発現した当該有害事象について可能な限り追跡調査を行う。
- (6) 主任研究者は、当該有害事象に対する緊急性、重要性および影響の程度等についての主任研究者の見解を添えて、当該有害事象が発生してから 15 日以内に独立安全性モニタリング委員会に文書で報告し、必要に応じて審査を依頼する
- (7) 独立安全性モニタリング委員会は、主任研究者からの審査の依頼を受けた場合、試験の中止、試験実施計画書の改訂および各実施医療機関への連絡の必要性について検討し、主任研究者に文書で勧告する。
- (8) なお、緊急報告を受けた当該医薬品の製薬会社が当該有害事象について別途調査した場合には、その調査内容を主任研究者に報告するものとする。



## 13 症例調査票、追跡調査票作成およびデータ収集

### 13.1 症例調査票、追跡調査票の作成

- (1) 担当医師は、電子データによる症例調査票、追跡調査票（付録 3～5）を作成し、データセンターに提出し、その写しを保存する。
- (2) 試験協力者は担当医師の指示に基づき、症例調査票、追跡調査票の医学的判断を伴わない部分の作成補助業務を行うことができる。
- (3) 症例調査票、追跡調査票中のデータは原資料と矛盾しないものでなければならない。

### 13.2 症例調査票、追跡調査票の提出期限

- (1) 症例調査票  
⇒試験治療中止または完了日から 1 ヶ月以内に提出する。
- (2) 追跡調査票；退院時  
⇒退院日から 1 ヶ月以内に提出する。
- (3) 追跡調査票；1 歳半  
⇒1 歳半の受診日から 1 ヶ月以内に提出する。
- (4) 追跡調査票；3 歳  
⇒3 歳の受診日から 1 ヶ月以内に提出する。

### 13.3 記載内容の変更または修正

- (1) 担当医師は、症例調査票、追跡調査票の記載内容の変更または修正に当たっては、「作成上の注意（付録）」に従う。
- (2) 担当医師は、症例調査票、追跡調査票の記載内容の変更、修正または追記の記録を試験研究班に提出し、その写しを保存する。

## 14 統計解析

本試験の統計解析に関する事項を以下に示す。なお、詳細は中間解析実施前に解析計画書に別途定める。

### 14.1 目標症例数の設定根拠

これまでドキサプラムについて time to treatment failure (TTF) を指標とし 7 日間投与する試験は行われていないため、予測値を臨床経験より仮定する。7 日間の failure の割合をドキサプラム群 25%、プラセボ 75%、ハザード比 4.82 と仮定し、両側  $\alpha$  5%、検出力 80% でドキサプラム群の優越性を検証するには各群 19 名が必要となり、failure をドキサプラム群 30%、プラセボ 70%、ハザード比 3.38 と仮定した場合には、各群 27 名が必要となる。臨床的な意義を考慮して、各群 19 名が必要と設定する。

また、先行研究ではドキサプラムまたはプラセボを 2 日間投与し、投与前後の無呼吸発作頻度を比べ「有効」であった患者割合を有効率として求めており、その結果はドキサプラム群 63~78%、プラセボ群 20%であった<sup>12,39,44</sup>)。同様の結果が本試験でも期待できるとし、ドキサプラムの有効率を 65%、プラセボの有効率を 20%と仮定し、片側 2.5%の有意水準で割合の 2 群比較を行うとすると、80%の検出力を保証するために各群 19 例が必要となる。

以上をもとに、割合の検定より一般に検出力の高い log-rank 検定を用いること、評価不能例が 10%程度生じることを考慮し、各群 21 名、合計 42 名を目標症例数とする。

### 14.2 解析対象集団

中間解析および最終解析の解析対象集団を以下に定義する。統計解析責任者は、中間解析までに症例の取り扱いの詳細を統計解析計画書に規定する。有効性と安全性の評価項目の解析対象集団は FAS とする。ただし、有効性については PPS を対象とした解析も行う。

(1) 最大の解析対象集団 full analysis set (FAS)

登録された患者のうち、試験薬剤が一度でも投与された集団

(2) 実施計画書に適合した対象集団 per protocol set (PPS)

FAS のうち、中間解析やモニタリング時に独立モニタリング委員会によって決定された、実施計画書からの逸脱および違反例を除く集団

### 14.3 主要評価項目の解析

ドキサプラム群とプラセボ群の time to treatment failure (TTF) (時間) について比較し、log-rank 検定を行いドキサプラム群の優越性を検証する。具体的な解析方法については別途、解析計画書に定める。

#### 14.4 副次評価項目の解析

##### (1) 試験治療前後の無呼吸発作頻度の改善度

試験治療前（アミノフィリン不応判定時；アミノフィリン不応と判定されるまでの直近最大 8 時間）の 1 時間あたりの無呼吸発作頻度（回/hr）から、試験薬負荷投与終了～8 時間の 1 時間あたりの無呼吸発作頻度（回/hr）の変化を、ドキサプラム群とプラセボ群とで比較する。

試験薬負荷投与終了～8 時間に無呼吸発作の発現により中止した患者は、中止までのデータを用いる。ただし、マスク & バギングによりアミノフィリン不応判定（9.1）または中止判定（9.4 中止基準(1)-(3)）した患者は除く。具体的な解析方法については別途、解析計画書に定める。

##### (2) 試験治療中の有害事象

試験治療中に発現したすべての有害事象の発生頻度をドキサプラム群とプラセボ群の群間で比較する。具体的な解析方法については別途、解析計画書に定める。

##### (3) 退院時の転帰と有害事象

退院時の転帰、試験治療完了または中止～退院時までに発現した重篤な有害事象（脳室内出血 [3 度、4 度]、壊死性腸炎、治療を要した未熟児網膜症、脳室周囲白質軟化症、慢性肺疾患、重篤な感染症 [肺炎、髄膜炎]、その他）の発生頻度をドキサプラム群とプラセボ群の群間で比較する。具体的な解析方法については別途、解析計画書に定める。

##### (4) 成長、発達への影響

1 歳半および 3 歳時に、身体計測（身長、体重、頭囲）、新版 K 式発達検査を行い、ドキサプラムの成長・発達予後への影響をわが国の早産低出生体重児の一般的予後と比較する。解析方法の詳細は別途定める。

##### (5) 薬物動態（附随研究）

ドキサプラム群で、ドキサプラムおよびケトドキサプラムの定常状態での血清中濃度、クリアランスを測定し、在胎期間、日齢、血清クレアチニンとの関係を検定する。解析方法の詳細は別途定める。

#### 14.5 中間解析

本試験では中間解析を実施する。中間解析の実施時期は、全登録被験者のうち評価、観察が終了した被験者が 24 名に達した時点とするが、これに際して症例登録の一時中断は行わない。中間解析では被験者の適格性、有効性、安全性について検討する。中間解析の時点で試験治療を終了した適格者を対象とする。なお、具体的な中間解析方法は、実施前に中間解析計画書に定める。

独立安全性モニタリング委員会は、中間解析計画書の規定に従い試験計画の変更の必要性や試験継続の可否について審議する。なお、中間解析の結果より十分な有効性が示された場合は、試験全体を中止し、その時点で本試験への登録を終了する。

## 15 倫理

本試験は、ヘルシンキ宣言の精神に則り、「臨床研究に関する倫理指針」（改正指針：平成 17 年 4 月施行）を遵守して実施する。

### 15.1 倫理審査委員会

本試験実施に先立ち、本試験実施計画書を試験実施医療機関の該当する倫理審査委員会等に提出し、本試験の倫理性・科学的妥当性、試験施設責任医師・試験担当医師の適格性の審査を受ける。

### 15.2 説明と同意

本試験への参加に対しては両親または法的保護者が代諾者となる。担当医師は、各実施医療機関の倫理審査委員会等で承認の得られた説明文書（付録 1）を用いて、患者のアミノフィリン不応判定までに代諾者に本試験の説明をする。不応判定後はすみやかに、最低 1 名の代諾者から本試験参加に対する自由意志による同意を文書で取得する。なお、不応判定までに前もって文書同意を取得しておいてもよい。

同意文書（付録 2）には代諾者と被験者との関係を記録し、説明を行った担当医師、患者の代諾者が記名、捺印または署名し、各自日付を記入する。担当医師は、患者が本試験に参加する前に記名捺印または署名と日付が記入された同意文書の写しおよび説明文書を患者および代諾者に渡し、同意文書をカルテに保管する。代諾者は同意後も随時同意の撤回ができ、撤回による不利益を受けない。

### 15.3 被験者の個人情報保護

症例調査票、追跡調査票の作成、被験者のデータの取り扱いについては、被験者のプライバシーを保護する。被験者の特定は症例番号により行う。研究に参加する者は、原資料の閲覧によって知り得た被験者のプライバシーに関する情報を第三者に漏洩しない。試験と解析が終了後も、試験施設責任医師は原資料を安全に保管する。