

抗パーキンソン病薬の使い方

～L-ドパ/ドパ脱炭酸酵素阻害剤 (DCI) 配合剤から
L-ドパ注への切り替えについて～

2020年2月26日付け保医発『医薬品の適応外使用に係わる保険診療上の取り扱いについて』においてドパストン静注の「レボドパ製剤の経口投与ができないパーキンソン病、パーキンソン症候群」に対しての使用事例を認めると通知されました。

切り替え方法について院内で申し合わせた内容をご確認お願い致します。

<当院申し合わせ事項>

(1) L-ドパ/DCI 配合剤 100mg につき L-ドパ 50mg を静脈内に 1～2 時間かけて点滴投与する。

- ・L-ドパ/DCI 配合剤 100mg ; メネシット配合錠 1 錠、EC ドパール配合錠 1 錠
- ・L-ドパ注 50mg ; ドパストン静注 (25mg/10ml) 2A

レボドパ量として 1 日 1,500mg を超えないこと。

<注意点> 添付文書の投与量【1 日量 50mg】では全く不十分であることに留意する。

- (2) L-ドパ/DCI 配合剤以外の抗パーキンソン病薬は考慮しないこととする
- (3) 生食 100ml には空気を抜くことで 6A (60ml) まで混合可
- (4) 1 日 1 回ではなく 2～3 回に分けて投与する (※)

※<(4)の理由>

ドパストンは投与数分後に脳幹に移行し貯留して 24 時間かけて持続放出する。そのため添付文書上では 1 日 1～2 回の投与としているが、パーキンソン病が進行していると脳幹保持能力が低下し、一度にドパミンを放出してしまう可能性があるため、2～3 回に分けて投与する。

※『パーキンソン病治療ガイドライン 2018』をもとに精神神経医師と事前確認済み

例) メネシット配合錠 9 錠からの切り替え



ドパストン静注 (25mg/10ml) 1 8A 1 回 6A を 1 日 3 回に分けて静注

救急薬剤の希釈方法と投与速度 (別紙)

院内で使用頻度の高い救急薬剤の希釈方法と投与速度について別紙で一覧にしました。

【医薬品管理 010 使用時に注意すべき注射薬】と併せてご使用ください。



特にノルアドレナリンについては注意点や投与量を次のページにまとめましたのでご参照ください。

—今月号の目次—

- ①<今月のトピック 1> L-ドパ/DCI 配合剤から L-ドパ注への切り替えについて・・・P1
- ②<今月のトピック 2> ノルアドレナリン注の希釈方法&投与早見表・・・P2
- ③<今月のトピック 3> 救急薬の希釈方法&投与早見表・・・別紙
- ④<DI 情報> 採用薬変更のお知らせ・・・P3/4

ノルアドリナリン®注 1mg(1mg/1mL/A)希釈方法&投与早見表

※血圧維持の基本薬は、ノルアドレナリンである

緊急時に混乱することなく対応することで、患者に標準化した医療の提供を可能にすることを目的とし、希釈方法・投与方法を統一する。

※末梢投与についての注意

adverse events を起こさない濃度と投与時間は、
濃度:0.02mg/mL(1mg/50mL)、時間:6時間まで
 6時間を越えると、硬結など血管への影響が明らかに多くなる報告があるため、『末梢用の希釈濃度で6時間まで』とする。

ノルアドリナリン®注 1mg (1mg/1mL/A)

【調製法】 **投与ルートによって異なります**

C V:ノルアドリナリン®注1mg 3Aを生食47mL で希釈(3mg/50mL)

末梢:ノルアドリナリン®注1mg 1Aを生食49mL で希釈(1mg/50mL)

【投与量】 0.05~0.3 μ g/kg/分(通常 2~8mL/時)

【投与量表 (mL/時)】

体重 (kg)	ノルアドレナリン投与量 (μ g/kg/分)						〈末梢投与〉 調製法が違います 注意！6時間まで	
	0.05	0.1	0.15	0.2	0.25	0.3	0.05	0.1
30	1.5	3	4.5	6	7.5	9	4.5	9
40	2	4	6	8	10	12	6	12
50	2.5	5	7.5	10	12.5	15	7.5	15
60	3	6	9	12	15	18	9	18
70	3.5	7	10.5	14	17.5	21	10.5	21
80	4	8	12	16	20	24	12	24

2019.2 救急診療委員会承認

頓用麻薬の処方回数を目安について

関東厚生局より麻薬頓用での処方回数について下記のように回答がありました。

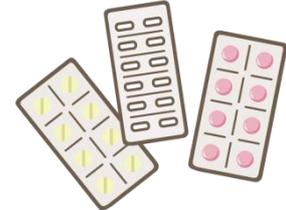
麻薬の場合、頓用の上限量を明確に定めてはいないが、1日2回使用することを目安に頓用の処方量を決めることが望ましい。

＜院外処方での麻薬の頓用回数の上限

- ・14日分処方の場合には上限30回分
- ・30日分の処方の場合には上限60回分

※院内処方の場合は10回分

※麻薬以外の通常内服薬の場合は10回分まで



DI情報

【副作用報告】 DI委員会3月報告 副作用検討 協同:6件、西協同:1件、熊谷:3件

No	薬効分類	被疑薬	副作用症状	グレード	院所	評価
1	末梢神経障害性疼痛治療剤	タリージェ錠 5mg	アナフィラキシー様症状		協同	可能性有り
2	βラクタマーゼ阻害剤配合抗生物質製剤	スルバシリン静注用 3g	薬剤性肝機能障害	2	協同	可能性有り
3	持続性 GLP-1 受容体作動薬 SU 系経口血糖降下剤	トルリシティ皮下注 0.75mgアテオス グリクラジド錠 20mg「NP」	低血糖	3	協同	可能性有り
4	ペニシリン系抗生物質製剤	ワイドシリン細粒 20%	多形滲出性紅斑	2	協同	可能性有り
5	セフェム系抗生物質製剤	セフトリアキソン Na 静注用 1g「CHM」	血小板減少	2	協同	可能性有り
6	広範囲経口抗菌製剤 解熱鎮痛剤	レボフロキサシン錠 500mg「杏林」 アセトアミノフェン「ヨシダ」	固定薬疹	2	協同	ほぼ確実
7	βラクタマーゼ阻害剤配合抗生物質製剤	タゾピペ配合静注用 4.5「NP」	薬剤性肝障害	1	西協同	可能性有り
8	前立腺肥大症の 排尿障害改善薬	ハルナール D 錠 0.2mg タムスロシン塩酸塩 OD 錠 0.2mg「ファイザー」	乳房痛	1	熊谷	不明
9	セフェム系抗生物質製剤 広範囲経口抗菌製剤	セフトジジム静注用 1g「CHM」 レボフロキサシン錠 500mg「サンド」	薬疹	2	熊谷	可能性有り
10	βラクタマーゼ阻害剤配合抗生物質製剤	スルバシリン静注用 1.5g	薬疹	2	熊谷	可能性有り

【気になる事例の紹介～プレアボイド報告より～①】

薬剤名	内容	処方の変更内容/今後のフォロー
リネゾリド	白血球、血小板など低下傾向あり。リネゾリドによる骨髄抑制の可能性ありキュビシンへの変更可能か相談。	リネゾリド→キュビシンへ変更 培養結果確認し抗菌薬妥当性評価し、問題無く継続。
セレコックス	狭心症あり。ペースメーカー使用の患者。 外国において、COX-2選択的阻害剤等の投与により、心筋梗塞、脳卒中等の重篤で場合によっては致命的な心血管系血栓性事象のリスクを増大させる可能性があり、これらのリスクは使用期間とともに増大する可能性があるため、ロキソプロフェンに変更を提案	セレコックスからロキソプロフェンへ変更 その後問題無く経過し退院。
カロナール	骨折術後疼痛に対してカロナール 600mg3xの指示。肝機能低下なし。十分な効果を得るために 1200mg3xへの増量を提案	カロナール 600mg→1200mgへ増量。効果あり継続

【採用薬変更のお知らせ】 (県連薬事委員会 3月報告より)

新規採用・新規試用				採用削除		
変更理由	メーカー	薬品名	薬価	メーカー	薬品名	薬価
新規試用・採用	EA ファーマ	エレンタール配合内用剤	5.86円/g			
新規採用	サノファイ	デュピクセント皮下注 300mg シリンジ	83152円			
新規試用・採用	ノバルティス	オンブレス吸入用カプセル 150 μ g	140.8円/1C			
新規採用	GSK	テリルジー100 エリプタ 30 吸入用	8853.8円			
	GSK	アニュイティ 100/200 μ g エリプタ 30 吸入用	1840.7円			
後発品変更	東和薬品	テラムロ配合錠 AP「トーワ」	40.9円	日本ベーリンガー	ミカムロ配合錠 AP	101.6円
後発品採用に伴い削除				協和キリン	アサコール錠 400mg	66.3円
試用	鳥居薬品	シダキュアスギ花粉舌下錠 2000JAU/5000JAU	146.6円/5000			
		ミティキュアダニ舌下錠 3300JAU/10000JAU	1205.9円/10000			
	ノバルティス	ゾレア皮下注用 150mg シリンジ	29147円	試用取り消し	ゾレア皮下注用バイアル	

エレンタール配合内用剤とオンブレス吸入用カプセル 150 μ g は新規試用兼採用

情報の提供・お問い合わせは、埼玉協同病院薬剤科 DI室 (内線 9404) までどうぞ
担当 牧野・中村・山田・木村・相良