

PSWと精神科薬 ～できるPSWになるための第一歩～

敦賀温泉病院／海上寮療養所
千葉大学医学部附属病院地域医療連携部 特任准教授
内閣府 障害者政策委員会委員
上野 秀樹

ホームページ <http://hidekiueno.net/>
認知症アシストフォーラム <https://ninchisho-assist.jp/>

1

本日の目標

- ある方の処方内容を見たときに、何を意図して処方されたのかを理解すること
-
- ある方の処方内容を見たときに、どういう副作用が出現する可能性があって、何に注意すればいいのかがわかること

2

ある方の処方内容 その1

1. ジプレキサ（10） 2T／1×タ
2. リスペリドン（1） 5T(2-1-2)
タスモリン（1） 3T
ロラゼパム(0.5) 3T／3×毎食後
3. バレリン(100) 2T／2×朝、タ

3

精神科薬物療法

- 精神科薬、向精神薬とは
 - 抗精神病薬 (major tranquilizer)
:メジャー)
 - 緩和型精神安定剤 (minor tranquilizer)
:マイナー)
- 抗うつ薬
- 気分安定薬
- 抗けいれん薬

4

ある方の処方内容 その1

1. シプレキサ (10) 2T / 1×タ
2. リスペリドン (1) 5T (2-1-2)
 - ← 抗精神病薬 (メジャー・トランキライザー)
 - タスモリン (1) 3T
 - ロラゼパム (0.5) 3T / 3×毎食後
3. バレリン (100) 2T / 2×朝、タ

5

抗精神病薬とは メジャー・トランキライザー

- 幻覚妄想状態、精神運動興奮、躁状態などに有効な薬物。
- 効果はほとんど変わりなく、副作用に大きな違い。 Leucht S et al: Lancet 382:1874-1875, 2013
- 副作用
 - 錐体外路症状、高プロラクチン血症、過鎮静、代謝系の副作用、起立性低血圧、QT延長、便秘・口渇・尿閉

6

精神科薬物療法の歴史

- 1952年 中枢作用の強い抗ヒスタミン薬として開発されたクロールプロマジンに覚醒状態で抗幻覚・妄想作用と鎮静作用
- 1958年 ベルギーのJanssenがハロペリドールを開発

7

統合失調症 ドーパミン仮説

- ドーパミン受容体 D1～D5
- ドーパミンD2受容体の遮断
→幻覚や妄想の改善効果
- ドーパミン作動薬、覚醒剤
→ドーパミンの過剰活動
→幻覚や妄想の活発化

8

ドーパミン神経のシナプスの図



図1. ドーパミン神経のシナプスの図

抗精神病薬の作用機序

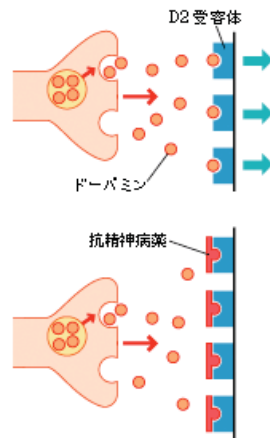
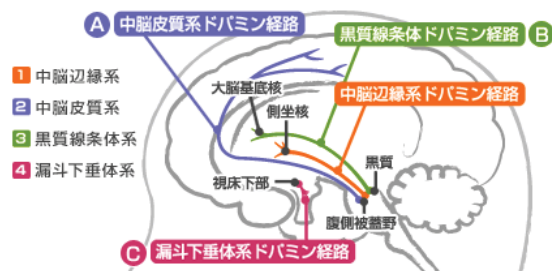


図2. 抗精神病薬の作用機序

こころの健康情報局 すまいるナビゲーター
http://www.smilenavigator.jp/tougou/about/science/sci03_01.html

脳内ドーパミン経路



- A** 陰性症状、認知機能障害に関連
- B** 錐体外路症状に関連
 (手足が震える、動作が鈍くなる、目が上を向いたままになる、舌が出たままになる、足がむずむずする、じっとしてられないなどの運動機能障害)
- C** 乳汁分泌、月経障害、性機能障害などに関連

統合失調症ナビ
<http://www.mental-navi.net/togoshicchoshochiryoyakubutsu1.html>

脳内ドーパミン経路

- ①黒質線条体系 →錐体外路系で運動を調整
 →遮断すると錐体外路症状(パーキンソン症状)が出現
- ②中脳辺縁系 →幻覚や妄想と関連
 →遮断すると抗精神病作用
- ③中脳皮質系 →陰性症状、認知症状と関連
 →遮断すると陰性症状の悪化、認知機能低下
- ④漏斗下垂体系 →プロラクチン分泌を調整
 →遮断すると高プロラクチン血症を生じる

抗精神病薬の薬理作用

- ドーパミンD₂阻害
 - 中脳辺縁系 → 精神症状の軽減
 - 黒質線状体系 → 錐体外路症状 (EPS)
 - 漏斗下垂体系 → 高プロラクチン血症
- アドレナリンα₁阻害 → 立ちくらみ、眠気
- ムスカリンM₃阻害 → 口渇・便秘・尿閉
- ヒスタミンH₁阻害 → 眠気、体重増加
- セロトニン5-HT₂阻害 → EPS軽減

表3 主な抗精神病薬の副作用における比較

分類	副作用 薬剤	体重・脂質・血糖への影響	EPS	プロラクチン値上昇	過鎮静	起立性低血圧	QT延長	便秘・口渇・尿閉	
		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
定型抗精神病薬	ハロペリドール	0	+++	++	+	+	+	+	
	クロルプロマジン	++	++	+	+++	++	+	+++	
非定型抗精神病薬	SDA	リスベリドン	++	+	+++	+	+	+	0
		ベロスピロン	+	0	+	+	0	0	+
		プロナサンセリン	0	++	+	0	0	0	0
		バリベリドン	++	+	+++	0	0	+	0
	MARTA	クロザピン	+++	0	0	+++	+	0	++
		オランザピン	+++	0	0	+	0	0	+
		ケチアピン	++	0	0	++	+	0	0
	DPA	アリピプラゾール	0	0	0	+	0	0	0

① H₁・5-HT₂阻害 ② 黒質-線状体系 D₂阻害 ③ 漏斗-下垂体系 D₂阻害 ④ α₁・H₁阻害 ⑤ α₁・コリン阻害 ⑥ コリン阻害

(Leucht S et al: Am J Psychiatry, 2009 を改変)

今日の治療薬2016 解説と便覧

第一世代抗精神病薬 (定型薬)

一般名

商品名

ハロペリドール	セレネース、ハロステン、ケセラ
クロールプロマジン	コントミン、ウィンタミン
レボメプロマジン	レボトミン、ヒルナミン、ソフミン
スルピリド	ドグマチール、ミラドール、アビリット
チアプリド	グラマリール

第一世代抗精神病薬（定型薬）

ドーパミンD2受容体遮断作用と臨床用量が正の相関

- ・フェノチアジン系

抗コリン作用や抗アドレナリン α 1作用を認める。クロールプロマジン、レボメプロマジンは鎮静作用、睡眠作用が強い

- ・ブチロフェノン系

ハロペリドールは幻覚・妄想に対する作用が強い。抗コリン作用は弱い、EPSやプロラクチン値上昇作用が強い

- ・ベンザミド系

スルピリドは抗潰瘍薬。低容量（50-150mg）では抗うつ作用、高用量（300mg以上）では抗精神病作用。脳内移行が悪いために高プロラクチン血症が出やすい。高齢者でEPSが出やすい

16

第一世代抗精神病薬の問題

- ・急性～亜急性の錐体外路症状（EPS） アカシジア、
- ・慢性の錐体外路症状 遅発性ジスキネジア
→抗パーキンソン薬の併用
- ・高プロラクチン血症 乳汁分泌、性機能障害
- ・悪性症候群
- ・陰性症状（意欲低下、感情の平板化、引きこもりなど）や認知機能障害（記憶力低下、注意力低下、遂行機能障害など）に無効もしくは増悪させる

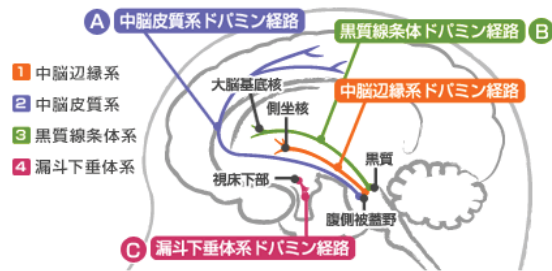
17

脳内ドーパミン経路

- ①黒質線条体系 →錐体外路系で運動を調整
→遮断すると錐体外路症状（パーキンソン症状）が出現
- ②中脳辺縁系 →幻覚や妄想と関連
→遮断すると抗精神病作用
- ③中脳皮質系 →陰性症状、認知症状と関連
→遮断すると陰性症状の悪化、認知機能低下
- ④漏斗下垂体系 →プロラクチン分泌を調整
→遮断すると高プロラクチン血症を生じる

18

脳内ドーパミン経路



- A** 陰性症状、認知機能障害に関連
- B** 錐体外路症状に関連
(手足が震える、動作が鈍くなる、目が上を向いたままになる、舌が出たままになる、足がむずむずする、じっとしてられないなどの運動機能障害)
- C** 乳汁分泌、月経障害、性機能障害などに関連

統合失調症ナビ
<http://www.mental-navi.net/togoshicchoshochiryoyakubutsu1.html>

錐体外路症状

- 筋トーン（筋肉の緊張状態）の変化、運動の調整障害、異常運動の出現
- 急性ジストニア 首や上肢の筋肉のつっぱり、眼球上転
- パーキンソン症状 筋強剛、振戦、アキネジア
- アカシジア（静坐不能症）
- 遅発性ジスキネジア

20

パーキンソン症状

- 手足の震え
- 筋の固さ
- 動作の遅さ
 - 無動
 - 無表情
- 転びやすさ
- のみ込みの悪化



21

アカシジア（静坐不能症）

- 主な症状は、座ったままでいられない、じっとしていられない、下肢のむずむず感の自覚症状。そのため、下肢の絶え間ない動き、足踏み、姿勢の頻繁な変更、目的のはっきりしない徘徊などが特徴である。また心拍数の増加、息切れ、不安、いらいら感、不穏感等も見られる。アカシジアに伴って、焦燥、不安、不眠などの精神症状が出ることもある。

22

遅発性ジスキネジア

- 唇をすぼめる・尖らせる、きつく閉じるなどの症状
- 舌の捻転、舌のこわばり、舌づつみ、舌なめずり、舌を突き出す、片側へ伸ばす
- 口をモグモグさせる、歯を食いしばる、噛む、顎を側方にずらす
- D2受容体の長期遮断
 - 受容体が過感受性
 - 投与中止後も持続の可能性
- 高齢者、脳器質疾患患者に起こりやすい

23

悪性症候群

- 抗精神病薬のほか、抗うつ薬、炭酸リチウムなどのさまざまな向精神薬によって生ずる。また、アマンタジンなどの抗パーキンソン薬の突然の服用中止によって発症することもある。
- 以前は死亡率が高かった。
- 発熱は解熱剤に反応しない。

24

悪性症候群

Levensonらの診断基準(1985)

- 大症状3つを満たす
- 大症状のうち2項目、小症状4項目を満たす

- 大症状
発熱、筋強剛、血清クレアチニンキナーゼ（CK）値の上昇
- 小症状
頻脈、血圧異常、呼吸促迫、意識障害、発汗、白血球増加

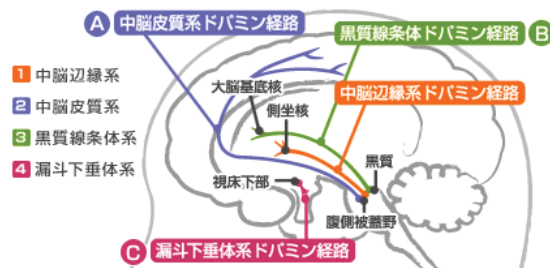
25

脳内ドーパミン経路

- ①黒質線条体系 →錐体外路系で運動を調整
→遮断すると錐体外路症状(パーキンソン症状)が出現
- ②中脳辺縁系 →幻覚や妄想と関連
→遮断すると抗精神病作用
- ③中脳皮質系 →陰性症状、認知症状と関連
→遮断すると陰性症状の悪化、認知機能低下
- ④漏斗下垂体系 →プロラクチン分泌を調整
→遮断すると高プロラクチン血症を生じる

26

脳内ドーパミン経路



- A 陰性症状、認知機能障害に関連
- B 錐体外路症状に関連
(手足が震える、動作が鈍くなる、目が上を向いたままになる、舌が出たままになる、足がむずむずする、じっとしていられないなどの運動機能障害)
- C 乳汁分泌、月経障害、性機能障害などに関連

高プロラクチン血症

- 漏斗下垂体系の遮断で生じる
- 月経異常、乳汁漏出、排卵異常、不妊
- 女性化乳房
- プロラクチン 脳下垂体から分泌され、
乳腺を刺激し、乳汁を分泌させる

28

抗精神病薬の脳内移行と高プロラクチン血症

- 血管と脳の間、物質を脳内に通過する
度合いを決める血液脳関門が存在
- 下垂体は血液脳関門の外側に位置
- 脳内移行が悪い抗精神病薬は、高プロラ
クチン血症を生じやすい
ex.リスペリドン、スルトピリド、など

29

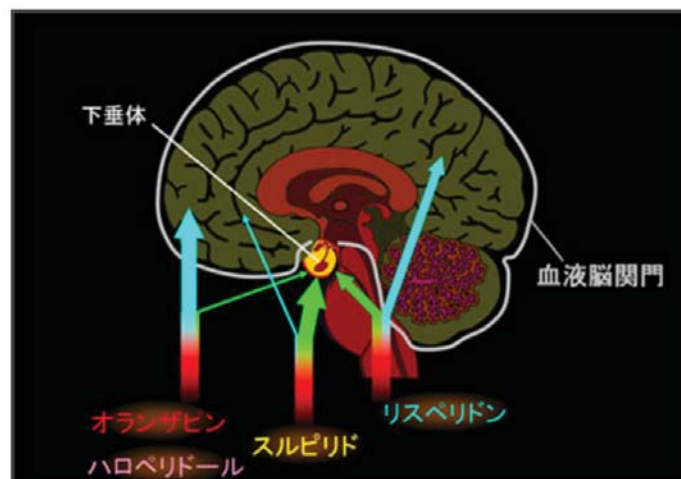


図3 抗精神病薬の脳内移行性

抗精神病薬副作用「高プロラクチン血症」のリスク解明（放射線医学総合研究所）
http://www.nirs.qst.go.jp/information/press/2009/index.php?02_23.shtml

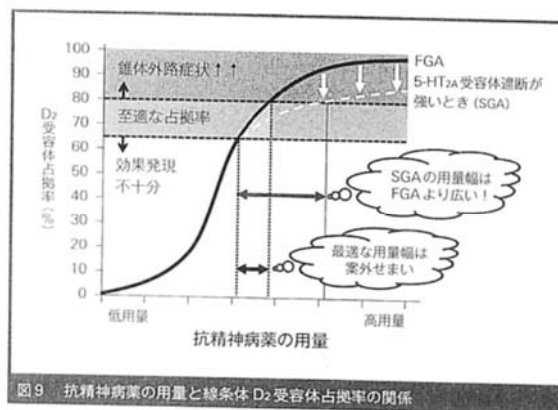
抗精神病薬 効果と副作用

- 抗精神病薬投与による抗精神病効果の出現には、65~70%以上の線条体でのD2受容体の占拠率が必要であるが、80%以上占拠すると錐体外路症状の頻度が有意に増加する。

→したがって、治療効果を最大にして錐体外路症状を最小限にするための至適な線条体D2受容体の占拠率は、65~80%であることが判明

31

抗精神病薬の用量と線条体D2受容体占拠率の関係



研修医・コメディカルのための精神疾患の薬物療法講義 (功刀 浩著)
金剛出版

32

第二世代抗精神病薬

- 1958年 クロザピンの合成
→約1%の頻度で無顆粒球症を生じた。
→セロトニン5-HT_{2A}受容体遮断作用が注目
- 1982年 オランザピン (MARTA)の開発
- 1984年 セロトニンドーパミン遮断薬SDA リスペリドンの開発
- 1985年 クエチアピン (MARTA)の開発
- 1987年 ベロスピロン (SDA)の開発
- 2008年 ブロナンセリン
- 2009年 クロザピン承認 (米国1990年)
- 2011年 パンペリドン (リスペリドンの主要活性代謝産物)

34

リスパダール（リスペリドン）

- どんなケースでもそれなりの効果が期待できる抗精神病薬。
- 液剤を利用すると効果発現時間も短く、他の剤形に比較して副作用も少ない
→不穏時頓用としての利用
- リスパダール液 0.5ml
- リスパダールOD錠 0.5mg

36

リスペリドン（リスパダール）

- 抗精神病効果に優れる
- 多くの剤形
- 錐体外路症状が出現しやすい
- 脳内移行が悪い
→高プロラクチン血症の恐れ

37

パリペリドン（インヴェガ）

- リスペリドンの代謝活性産物
- 徐放製剤(OROS osmotic controlled release oral delivery system)のため副作用が少ないことが期待される。

38

ベロスピロン（ルーラン）

- セロトニン1A受容体の部分作動作用あり
- EPSが幾分少ない
- 抗不安・抗うつ作用が期待される

39

ブロナンセリン（ロナセン）

- SDAの中ではドパミン選択性が高い → 幻覚・妄想状態への効果の期待
- 鎮静効果が弱い
- 脳内移行が良好 → 高プロラクチン血症が少ない

40

クエチアピン（セロクエル）

- 著しい血糖値の上昇から、糖尿病性ケトアシドーシス、糖尿病性昏睡等の重大な副作用が発現し、死亡に至る場合がある
→ 糖尿病の方には禁忌。定期的な血糖値の測定が必要
- セロクエル 25mg錠、100mg錠
- セロクエル細粒

41

クエチアピン（セロクエル）

- ・抗幻覚・妄想効果、鎮静効果、催眠効果、抗うつ効果。EPSが少ない
- ・体重増加、血糖値上昇

- ・常用最大量750mg 12.5mgの錠剤あり

42

オランザピン（ジプレキサ）

- ・著しい血糖値の上昇から、糖尿病性ケトアシドーシス、糖尿病性昏睡等の重大な副作用が発現し、死亡に至る場合がある
→糖尿病の方には禁忌。定期的な血糖値の測定が必要

- ・ジプレキサ錠 2.5mg
- ・ジプレキサ・ザイディス錠 5mg

43

オランザピン（ジプレキサ）

- ・抗幻覚・妄想効果、鎮静効果、催眠効果、抗うつ効果。EPSが少ない
- ・体重増加、血糖値上昇

- ・口腔内崩壊錠（ジプレキサ・ザイディス）

- ・一日1回投与（半減期3.1時間）

44

クロザピン（クロザリル）

- 約1%で無顆粒球症が出現
→ 厳しい手順に基づいて処方・管理
- CPMS(Clazaril Patient Monitoring Service)への登録
- どの抗精神病薬よりも強力で、EPSも少ない。治療抵抗性例への効果が期待。

45

第三世代抗精神病薬 ドパミン部分作動薬

- ドパミンD2受容体を部分的に刺激する作用あり → ドパミン神経路を遮断しすぎない
- アリピプラゾール（エビリファイ）
鎮静効果が弱い、不眠、焦燥感、胃腸症状が初期に出現。
構想効果、抗うつ薬への補助薬としての使用
統合失調症以外ではEPSが出現しやすい

46

抗精神病薬の作用機序

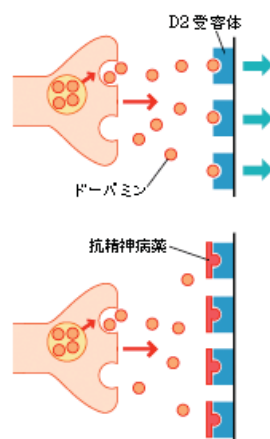


図2. 抗精神病薬の作用機序

ある方の処方内容 その1

1. シプレキサ(10) 2T/1×タ
2. リスペリドン(1) 5T(2-1-2)
タスモリン(1) 3T
←抗パーキンソン病薬(抗コリン剤)
ロラゼパム(0.5) 3T/3×毎食後
3. バレリン(100) 2T/2×朝、タ

48

脳内ドーパミン経路

- ①黒質線条体系 →錐体外路系で運動を調整
→遮断すると錐体外路症状(パーキンソン症状)が出現
- ②中脳辺縁系 →幻覚や妄想と関連
→遮断すると抗精神病作用
- ③中脳皮質系 →陰性症状、認知症状と関連
→遮断すると陰性症状の悪化、認知機能低下
- ④漏斗下垂体系 →プロラクチン分泌を調整
→遮断すると高プロラクチン血症を生じる

49

パーキンソン症状の治療薬

- ・パーキンソン症状 →ドーパミンの作用不足
- ・治療薬その1
ドーパミンの原料を補給 →Lドパ
- ・治療薬その2
ドーパミンの代わりにする薬剤
→ドーパミンアゴニスト
- ・治療薬その3
ドーパミンの不足により、アセチルコリンの作用が相対的に強くなっている状態
→アセチルコリンの働きを抑える
→抗コリン薬

50

抗コリン薬の副作用

- アセチルコリンの抑制 →副交感神経系の抑制 →便秘、イレウス、尿閉、ドライアイ、福祉、口渇、頻脈、発汗低下
- 急に中止 →悪性症候群、反跳現象
- 認知機能低下、せん妄状態
- 気分高揚作用 →依存の形成

- クロールプロマジンの問題

51

抗コリン作用

- アセチルコリンがアセチルコリン受容体（ムスカリン受容体、ニコチン受容体）に結合するのを阻害する作用
- 口渇、便秘、麻痺性イレウス、排尿困難（尿閉）、かすみ目、鼻閉、頻脈、血圧上昇、眼圧上昇（緑内障の悪化）

52

抗コリン作用によるイレウス

- 抗コリン作用 →腸管の運動機能低下
 - 糞塊の腸内停滞
 - 腸管壁が糞塊で無理矢理押し広げられる
- 慢性的な腸管の蠕動運動低下＋糞塊による物理的な伸展
 - 腸管の平滑筋の断裂
 - 腸管の筋層内のAuerbach神経叢の変性
 - さらに腸管の蠕動運動の低下
 - 巨大結腸症
結腸の内径が6 cm以上でHaustraが消失した状態

53

水中毒

- ・（末梢性）

抗コリン作用により唾液の分泌が低下

→口渇 →飲水行動の異常

- ・（中枢性）

抗精神病薬による視床下部下垂体系の異常

→抗利尿ホルモン分泌異常症（SIADH）、□

渇中枢の異常 →飲水行動の異常

54

ある方の処方内容 その1

1. シプレキサ（10） 2T／1×タ
2. リスペリドン（1） 5T(2-1-2)
タスモリン（1） 3T
ロラゼパム(0.5) 3T／3×毎食後
←緩和型精神安定剤（マイナートランキライザー）
3. バレリン(100) 2T／2×朝、タ

55

緩和型精神安定剤 マイナートランキライザー

- ・心と体の緊張をとき、リラックスさせて、精神的な安定をもたらす薬物
- ・心の緊張緩和
→意識レベルの低下
→せん妄状態の誘因
- ・体の緊張緩和
→筋緊張の低下
→転倒しやすさ

56

緩和精神安定剤の薬理作用

- ・ 抗不安作用
- ・ 筋弛緩作用
- ・ 催眠作用
- ・ 鎮静作用
- ・ 抗けいれん作用

57

不眠症の治療に使われる主な薬剤の種類

メラトニン受容体 アゴニスト	一般名	商品名(販売会社名)	臨床用量 (mg)	消失半減期 (時間)	
	ラメルテオン	ロゼレム(武田薬品工業)	8	1	
ベンゾジアゼピン系睡眠薬	作用時間	一般名	商品名(販売会社名)	臨床用量 (mg)	消失半減期 (時間)
	超短時間 作用型	トリアゾラム*1	ハルシオン(ファイザー)	0.125~0.5	2~4
		ゾピクロン*1	アモバン*2(サノフィ・アベンティス)	7.5~10	4
		ゾルピデム	マイスリー*2(アステラス製薬、サノフィ・アベンティス)	5~10	2
	短時間 作用型	エチゾラム*1	デパス(田辺三菱製薬)	1~3	6
		プロチゾラム*1	レンドルミン(日本ベーリンガーインゲルハイム)	0.25~0.5	7
		リルマザホン*1	リスミー(塩野義製薬)	1~2	10
		ロルメタゼパム	エバミール(バイエル薬品)・ロラメット(あすか製薬)	1~2	10
	中間 作用型	ニメタゼパム	エリミン(大日本住友製薬)	3~5	21
		フルニトラゼパム*1	ロヒプノール(中外製薬)・サイレース(エーザイ)	0.5~2	24
		エスタゾラム*1	ユーロジン(武田薬品工業)	1~4	24
	長時間 作用型	ニトラゼパム*1	ベンザリン(塩野義製薬)・ネルボン(第一三共)	5~10	28
		フルラゼパム*1	ダルメート(共和薬品工業)・ベノジール(協和発酵キリン)	10~30	65
		ハロキサゾラム	ソメリン(第一三共)	5~10	85
	クアゼパム*1	ドラルール(田辺三菱製薬)	15~30	36	

2010年10月作成

*1 後発品も販売されています *2 非ベンゾジアゼピン系睡眠薬
監修: 日本大学医学部精神医学系教授 内山 真 先生

58

他の睡眠導入剤

- ・ メラトニン受容体作用薬 (ラメルテオン)
→ 視交叉上核にあるメラトニンMT1/MT2受容体刺激による催眠効果
- ・ オレキシン受容体拮抗薬(スボレキサント)
→ 覚醒をコントロールするオレキシンの受容体の遮断

59

睡眠の障害

- 入眠困難 →寝付きが悪い
- 熟眠困難 →熟睡できない
- 中途覚醒 →途中で目が覚める
- 早朝覚醒 →いつもより極端に早い時間に目が覚めてしまう
- 過眠タイプ

60

抗不安薬

- BZD（ベンゾジアゼピン）受容体作用薬が中心 →全身に作用
- セロトニン1A受容体部分作動薬（タンドスピロン）
→不安、抑うつに關与する大脳辺縁系の1A受容体を中心に作用
→効果発現に2週間近くかかる、若干弱め

61

緩和精神安定剤の薬理作用

- 抗不安作用
- 筋弛緩作用
- 催眠作用
- 鎮静作用
- 抗けいれん作用

62

抗不安薬

- ・短時間作用型（6時間以内）
エチゾラム（デパス） 6時間
クロチアゼム（リーゼ） 4-5時間
- ・中間時間作用型（12～24時間）
ロラゼパム（ワイパックス） 12時間
アルプラゾラム（ソラナックス、コンスタン） 14時間
プロマゼパム（レキソタン） 7時間
- ・長時間作用型
ジアゼパム（セルシン、ホリゾン） 27-28時間
- ・超長時間作用型
ロフラゼブ酸エチル（メイラックス） 122時間
- ・その他（セロトニン5HT-1A受容体作動薬）
タンドスピロン（セディール） 1.2-1.4時間

63

緩和精神安定剤による精神症状

- ・依存
 精神依存
 身体依存
- ・せん妄状態

64

依存とは

- ・身体依存
 薬物の持続的あるいは反復使用により
 耐性が形成されること、急激な中断によ
 って離脱症状が出現すること
- ・精神依存
 その薬物を使用せずにはいられなくな
 った精神状態をいう。薬物探索行動が
 認められる

65

せん妄状態

- 軽度から中等度の意識障害が背景
- 不安、いらいら、不眠、精神運動興奮を伴い、幻覚（特に幻視）や妄想を認めることが多い状態

→経過は比較的急激に始まり、動揺する

66

3-3-9度方式 Japan Coma Scale (JCS)

I 覚醒している状態

- 1：見当識は保たれているが、意識清明ではない。
- 2：見当識障害がある。
- 3：自分の名前、生年月日が言えない。

II 刺激に応じて一時的に覚醒する状態

- 10：普通の呼びかけで容易に開眼する。
- 20：大声で呼びかけたり強く揺すったりすることなどで開眼する。
- 30：痛み刺激を加えつつ、呼びかけを続けると辛うじて開眼する

III 刺激をしても覚醒しない状態

- 100：痛みに対して払いのけるなどの動作をする。
- 200：痛み刺激で手足を動かしたり、顔をしかめたりする
- 300：痛み刺激に全く反応しない

67

せん妄状態

- 夕方から夜間にかけて増悪することが多い →夕暮れ症候群、夜間せん妄
- 意識障害の存在
 - 注意力、集中力の低下
 - 記銘力の低下

68

ある方の処方内容 その1

1. シプレキサ(10) 2T/1×タ
2. リスペリドン(1) 5T(2-1-2)
タスモリン(1) 3T
ロラゼパム(0.5) 3T/3×毎食後
3. バレリン(100) 2T/2×朝、夕
←抗けいれん薬

69

抗けいれん薬

- ・デパケン、バレリン、ハイセレニン
一般名 バルプロ酸ナトリウム
- ・感情を安定させる作用
- ・一日 200mg～
- ・錠剤、散剤、シロップあり
- ・血中濃度を測定可能

70

演習 1

1. リーマス(100) 6T
リスペリドン(1) 3T
ヒベルナ(25) 3T/3×
2. ベンザリン(5) 1T
ベゲタミンA 1T/1×眠前

71

演習 2

- | | |
|-----------------|---------|
| 1. セレネース (2) | 3T |
| コントミン (25) | 3T |
| アーテン | 3T/3× |
| 2. ハルシオン (0.25) | 1T |
| プルゼニド | 3T/1×眠前 |

72

演習 3

- | | |
|----------------|---------|
| 1. レグテクト (333) | 6T |
| バレリン (100) | 3T |
| ガスモチン (5) | 3T/3× |
| 2. リーゼ (5) | 2T/2× |
| 3. ロゼレム (8) | 1T |
| ランソプラゾール(15) | 1T/1×眠前 |

73

演習 4

- | | |
|---------------|--------|
| 1. ジプレキサ (10) | 2T/1×タ |
| 2. リスペリドン (1) | 5T |
| タスモリン | 3T |
| ロラゼパム(0.5) | 3T/3× |
| 3. バレリン (100) | 2T/2× |

74