抗癲癇薬(<u>A</u>nti-<u>E</u>pileptic <u>D</u>rugs)

https://l-hospitalier.github.io

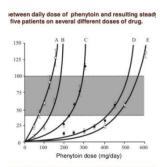
2**017.1**

抗痙攣薬投与は抗不整脈剤とともに現場であわてる。 原因の抗痙攣薬の特殊な化学的性質。 CMDT 記載のプロトコルは 50%ブドウ糖 25-50iv 後 ①ジアゼパム (ホリグン) の経静脈投与を試みる。②発作のコントロールができたらフェニトイン (アレビアチン) の投与 ③これがだめならフェノバルビタール (フェノバール) 投与 ④無効な場合はミダゾラム (ドルミカム) 投与。 ホリゾン 5-10mg はバルビタールより格段に呼吸抑制が少ないベンゾジアゼピン (BZ) だが、急速静注では呼吸抑制があるので(現場は)点滴静注*1が多い(特に高齢者)。 BZ は作用時間が短く抗痙攣作用に耐性が生ずるので他の AED に切り替える。 アレビアチンは古典的 AED でプロピレングリコール溶液、pH=12 と強アルカリ性、血管から漏れたり、動注すると組織壊死を起こす。 希釈により pH が中性に近づき結晶が析出するので昔は 15mL

(250mg 3A) を 15 分かけて<mark>静注</mark> (大声を出して痙攣している患者さんと一緒に廊下に寝そべって必死で静注していたら通りがかった整外 Dr が手を貸してくれた思い出が!)。 今は 50mL~100mL の生食に 250mg を溶いて使う*2ことも(5%糖では析出)。 アレビアチンには<u>用量一血中濃度の非線形性</u>や、抗不整脈作用による心停止がある。 プロドラッグのフォスフェニトイン(ホストイン)は pH=8 程度で析出はないがまだ高価(筋静注 OK)。 ホストインは体内でフェニトインになるが、これ

は**ミカエリス・メンテン**(**Michaelis-Menten**) 式に従い **Dmax** に近づくと濃度勾配が 急になる。 **Dmax** や **Km** の値は非常に個人差が大きいので注意 (基本的に **300-350mg/** 日以上は数日ごとに **10~20mg** ずつ増量) 。 **90%**以上が蛋白に結合するので要補正*³

(脳脊髄液濃度は血漿遊離型濃度に比例)。 フェノバールも静注 により析出、腎血管を閉塞した死亡事故があり大阪高裁では敗訴。 以前より新生児痙攣に対し VB₁、ブドウ糖、Ca⁺⁺、Mg⁺⁺投与やフェノバール静注*⁴が行われていたが 2008 年より新生児痙攣、癲癇重 積状態に<mark>静注用ノーベルバール</mark> 200mg が発売され 20mg/kg を静注 する。 但し効果発現が遅いので、BZ を第一選択とするという注 意書きがある。 【発作重積時】以下は日本神経学会のガイドライ



^{*1} 神経学会マニュアルでは希釈しない方法が記載。 *2 医療研修推進財団の研修医マニュアルには 100mL 以内の生食で溶いて点滴する方法が記載してある。 *3 低アルブミン時の補正式 C 補正値=C 実測値 / {(0.9×Alb/4.4)+0.1} *4日本ではフェノバールは皮下注筋注のみ認可、静脈注射はできないと明記。 *5 単剤使用可、日本でトップシェア