

# DI ニュース

薬局ホームページアドレス <http://www.tokuyamaishikai.com/yaku/index.htm>

## 1. お知らせ

○サインバルタ 20mg (塩野義)が「変形性関節症に伴う疼痛」に対する適応追加に伴い、【**効能効果**】、【**用法用量**】、効能効果に関連する使用上の注意が一部変更されました。(下線部\_\_追記箇所)

### 【効能効果】

- うつ病・うつ状態
- 下記疾患に伴う疼痛  
糖尿病性神経障害、線維筋痛症、慢性腰痛症、変形性関節症

### 【用法用量】

1. うつ病・うつ状態、糖尿病性神経障害に伴う疼痛  
＜変更なし 省略＞
2. 線維筋痛症に伴う疼痛、慢性腰痛症に伴う疼痛、変形性関節症に伴う疼痛  
通常、成人には1日1回朝食後、デュロキセチンとして60mgを経口投与する。投与は1日20mgより開始し、1週間以上の間隔を空けて1日用量として20mgずつ増量する。

～効能効果に関連する使用上の注意～

1. ～3. 6. ＜変更なし 省略＞
4. 慢性腰痛症に伴う疼痛又は変形性関節症に伴う疼痛に用いる場合、最新の診断基準を参考に慢性腰痛症又は変形性関節症と診断された患者にのみ、本剤の投与を考慮すること。
5. 変形性関節症に伴う疼痛に用いる場合、3ヵ月以上疼痛を有する患者にのみ、本剤の投与を考慮すること。

○セララ錠 25mg (ファイザー)が「慢性心不全」の適応追加に伴う【**禁忌**】、【**効能効果**】、【**用法用量**】、用法用量に関連する使用上の注意が一部変更されました。(下線部\_\_追記箇所)

### 【禁忌】

高血圧症及び慢性心不全共通

- 1) 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- 2) カリウム血症の患者もしくは本剤投与開始時に血清カリウム値が5.0mEq/Lを超えている患者
- 2) 高カリウム血症の患者もしくは本剤投与開始時に血清カリウム値が5.0mEq/Lを超えている患者
- 3) 重度の腎機能障害 (クレアチニンクリアランス 30mL/分未満) のある患者
- 4) 重度の肝機能障害 (Child-Pugh 分類クラスCの肝硬変に相当) のある患者
- 5) カリウム保持性利尿薬を投与中の患者
- 6) イトラコナゾール、リトナビル及びネルフィナビルを投与中の患者

高血圧症の場合

- 1) 微量アルブミン尿又は蛋白尿を伴う糖尿病患者
- 2) 中等度以上の腎機能障害 (クレアチニンクリアランス 50mL/分未満) のある患者
- 3) カリウム製剤を投与中の患者

## 【効能効果】

- 1) 高血圧症
- 2) 下記の状態で、アンジオテンシン変換酵素阻害薬又はアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬、β遮断薬、利尿薬等の基礎治療を受けている患者  
慢性心不全

## 【用法用量】

### 高血圧症

通常、成人にはエプレレノンとして1日1回50mgから投与を開始し、効果不十分な場合は100mgまで増量することができる。

### 慢性心不全

通常、成人にはエプレレノンとして1日1回25mgから投与を開始し、血清カリウム値、患者の状態に応じて、投与開始から4週間以降を目安に1日1回50mgへ増量する。

ただし、中等度の腎機能障害のある患者では、1日1回隔日25mgから投与を開始し、最大用量は1日1回25mgとする。なお、血清カリウム値、患者の状態に応じて適宜減量又は中断する。

～用法用量に関連する使用上の注意～

### 高血圧症及び慢性心不全共通

CYP3A4阻害薬と併用する場合には、本剤の投与量は1日1回25mgを超えないこと。

### 高血圧症の場合

本剤の投与中に血清カリウム値が5.0mEq/Lを超えた場合には減量を考慮し、5.5mEq/Lを超えた場合は減量ないし中止し、6.0mEq/L以上の場合には直ちに中止すること。

### 慢性心不全の場合

1) 中等度の腎機能障害（クレアチニンクリアランス30mL/分以上50mL/分未満）のある患者においては、1日1回隔日25mgから投与を開始し、血清カリウム値、患者の状態に応じて、投与開始から4週間以降を目安に1日1回25mgへ増量する。なお、最大用量は1日1回25mgとすること。

2) 定期的に血清カリウム測定を行い、表1に従って用法・用量を調節すること。

表1 血清カリウム値による用法・用量調節

血清カリウム値 mEq/L	用法・用量調節
5.0未満	50mg 1日1回の場合：維持 25mg 1日1回の場合：50mg 1日1回に増量 25mg 隔日の場合：25mg 1日1回に増量
5.0～5.4	維持
5.5～5.9	50mg 1日1回の場合：25mg 1日1回に減量 25mg 1日1回の場合：25mg 隔日に減量 25mg 隔日の場合：中断
6.0以上	中断

中断後、血清カリウム値が5.0未満に下がった場合は、25mg 隔日にて再開することができる

## 【併用禁忌】

### 高血圧症及び慢性心不全共通

薬剤名等	カリウム保持性利尿薬 スピロラクトン（アルダクトンA） トリアムテレン（トリテレン） カンレノ酸カリウム（ソルダクトン）
臨床症状・措置方法	血清カリウム値が上昇するおそれがある。
機序・危険因子	併用によりカリウム貯留作用が増強するおそれがある。

薬剤名等	カリウム保持性利尿薬 塩化カリウム（塩化カリウム、スローケー） グルコン酸カリウム（グルコンサンK） アスパラギン酸カリウム（アスパラカリウム、アスパラ） ヨウ化カリウム（ヨウ化カリウム） 酢酸カリウム（酢酸カリウム）
臨床症状・措置方法	血清カリウム値が上昇するおそれがある。
機序・危険因子	併用によりカリウム貯留作用が増強するおそれがある。

## 2. 医薬品・医療機器等安全性情報

(No. 339) 2016年12月 厚生労働省医薬食品局 【概要】

### 1. ミルナシبران塩酸塩、デュロキセチン塩酸塩及びベンラファキシン塩酸塩製剤の自動車運転等に係る注意事項について

成分名	販売名 (下線当院採用薬)
①ミルナシبران塩酸塩	①トレドミン錠 12.5mg、同錠 15mg、同錠 25mg、同錠 50mg
②デュロキセチン塩酸塩	②サインバルタカプセル 20mg、同カプセル 30mg
③ベンラファキシン塩酸塩 50mg	③イフェクサーSR カプセル 37.5mg、同 SR カプセル 75mg

#### 1. はじめに

ミルナシبران塩酸塩、デュロキセチン塩酸塩及びベンラファキシン塩酸塩は、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤（以下「SNRI」という。）で、これら SNRI 3 剤（以下「本剤」という。）はいずれも承認時から「重要な基本的注意」の項に、自動車の運転等危険を伴う機械の操作（以下「自動車運転等」という。）を禁止する旨注意喚起されていました。一方、類薬である選択的セロトニン再取り込み阻害剤（以下「SSRI」という。）では、一部の剤を除き、「眠気、めまい等があらわれることがあるので、自動車の運転等危険を伴う機械を操作する際には十分注意させること。」と記載され、自動車運転等は禁止とはなっていません。

#### 2. SNRI の自動車運転等への影響に関する調査結果と添付文書改訂

今回、本剤の国内副作用報告のうち、自動車運転等に影響を及ぼしうるものを含む 21 事象（以下「自動車運転関連事象」という。）の集積状況及び海外における交通事故の発生状況、本剤の自動車運転能力に対する影響を評価した臨床試験成績等を調査した結果は、以下のとおりでした。

- 自動車運転に対する本剤の影響を評価した臨床試験において、プラセボ投与や非投与時と比較し、本剤投与による運転能力の低下は示唆されていないこと
- 国内外の臨床試験において、本剤の安全性プロファイルを SSRI と比較しても、自動車運転等に影響を及ぼしうる副作用の発現は多くないこと
- 薬理的にもめまい、鎮静、眠気に関連する受容体への親和性において、本剤と SSRI とで大きな違いは認められないこと
- 国内では、自動車運転関連事象として、主に傾眠、浮動性めまい、体位性めまいが報告されており、投与初期での発現件数が多いこと
- 患者自身が兆候を自覚できず自動車運転等に影響する可能性のある意識障害関連事象も報告されているが、いずれも併用薬や患者の状態が影響している可能性が否定できず、本剤との関連が明確な症例はないこと
- 国内の交通事故症例で認められた意識障害関連事象と本剤との関連が明確な症例はないこと
- 自動車運転等が禁止されていない海外において、本剤服用中の事故の症例の集積は多くないこと

これらの調査結果を踏まえ、安全対策調査会は、本剤の自動車運転等に係る注意喚起を、SSRI の注意喚起に合わせ、一律禁止ではなく患者の状況に応じた柔軟な対応ができるように改訂して差し支えないと判断しました。

### 3. 医師及び自動車運転等を希望する患者に対する注意事項

安全対策調査会では、本剤を服用する患者が自動車運転等を希望する際に、医師、患者がそれぞれ何を注意すべきか議論がなされ、その審議結果を踏まえて、表1のように医師及び自動車運転等を希望する患者に対する注意事項を取りまとめました。

医療関係者は、本剤を処方される患者が自動車運転等を希望する場合には、これらの注意事項に留意してその可否を判断するとともに、患者に対して必要な指導を行っていただきますようお願いいたします。

表1. 医師及び自動車運転等を希望する患者に対する注意事項

- 
1. 本剤を処方される患者が自動車運転等を希望する際に医師が注意すべき点
    - ① 患者のうつ病等の精神疾患の状態が安定しているかよく観察する。
    - ② 用法・用量を遵守する。
    - ③ 患者に対する本剤の影響には個人差があるので、個々の患者をよく観察する。
    - ④ 本剤の投与により、めまい、眠気に代表される自動車運転等に影響を与える可能性のある副作用が発生することがあるので、患者の自覚症状の有無を確認する。
    - ⑤ 投与初期、他剤からの切り替え時、用量変更時には、患者にとって適切な用量で精神疾患の状態が安定しているか、特に患者の状態に注意する必要がある。そのため、自動車運転等の可否を判断する前に一定期間、観察することも検討する。
    - ⑥ 多剤併用処方 は避け、必要最小限のシンプルな処方計画を心がける。また、併用薬がある場合は自動車運転等への影響を予測することが困難なため、場合によっては自動車運転等を避けるよう注意することが適切な場合もある。
  2. 本剤を処方された患者が自動車運転等を行う際に患者が注意すべき点
    - ① 本剤の投与により、めまい、眠気に代表される自動車運転等に影響を与える可能性のある副作用が発生することがある。
    - ② 投与初期、他剤からの切り替え時、用量変更時等は上記副作用が発生しやすいため、可能な限り自動車運転等を控え、めまい、眠気や睡眠不足等の体調不良を自覚した場合は、自動車運転等を絶対に行わない。
- 

### 4. おわりに

今回の「使用上の注意」改訂は、本剤の服用中は一律禁止とされていた自動車運転等を、無条件に行うようにするものではなく、本剤を処方する医師が患者の精神疾患の状態や副作用の発現状況を十分に観察した上で自動車運転等の可否を判断するとともに、患者自身も副作用発現や体調不良に注意し、これらを自覚した場合には自動車運転等を絶対に行わないよう指導する必要があります。医療関係者は、今回の改訂の主旨をご理解いただくとともに、引き続き、本剤の適正使用にご協力をお願いいたします。

### 2. 平成27年シーズンのインフルエンザワクチン接種後の副反応疑い報告について

#### 1. はじめに

本稿では平成27年10月から平成28年4月末まで（以下「平成27年シーズン」という。）に報告されたインフルエンザワクチン接種後の副反応疑い報告の状況について紹介します。

医療機関において、インフルエンザワクチンによる副反応疑い報告基準に該当する症状を診断した場合は、因果関係の有無に関わらず、医療機関から厚生労働省に報告することとされています。

## 2. インフルエンザワクチンの副反応疑い報告状況（平成 27 年シーズン）

### （1）副反応疑い報告数・頻度

インフルエンザワクチン接種後の副反応疑い報告数及び同ワクチンの医療機関納入数量から算出した推定接種者数は、51,442,374 回分(H28.4.30 現在)、医療機関からの報告数 288 件(報告頻度 0.0006%)、うち重篤報告数 100 件(報告頻度 0.0002%)、うち死亡報告数 4 件(報告頻度 0.00001%)、製造販売業者からの報告(重篤報告)は重篤報告数 95 件(報告頻度 0.0002%)、うち死亡報告数 3 件(報告頻度 0.000006%)でした。

### （2）報告された症状の内容

平成 27 年シーズンのインフルエンザワクチンの器官別大分類別の副反応疑い報告の内容は、平成 26 年シーズンの報告内容と比較して、一般・全身障害および投与部位の状態に分類される症状（注射部位紅斑、注射部位疼痛、発熱等）が多く報告されていました。

また、接種後の死亡報告は 7 例報告されましたが、専門家の評価の結果、うち 6 症例は、ワクチン接種と死亡との直接的な因果関係が認められないとされました。急性散在性脳脊髄炎（ADEM）による死亡と診断された 1 例については専門家より、ワクチン接種と死亡との因果関係が否定できないと評価されました。

ギラン・バレー症候群や ADEM の可能性があるものとして報告された症例は 17 例ありましたが、このうち、専門家の評価により、インフルエンザワクチン接種との因果関係が否定できないギラン・バレー症候群、ADEM と判断された症例は、各々 7 例、6 例でした。

アナフィラキシーの可能性のあるものとして報告された症例は 35 例ありましたが、このうち、ブライトン分類評価がレベル 3 以上でアナフィラキシーと評価された報告数は 8 例（うち重篤 5 例）でした。

その他の報告された症状も含め、「ワクチンの安全性に新たな懸念は認められない」と平成 28 年 7 月に開催された合同会議で評価され、現時点では添付文書の改訂等の対応は必要なく、引き続き報告状況及び報告内容に注視していくこととされました。

## 3. 今後の安全対策について

医療機関においては、副反応疑い報告基準に該当する症状を診断した場合は、「定期の予防接種等による副反応疑いの報告等の取扱いについて」のとおり、因果関係が必ずしも明確でない場合であっても速やかな報告をお願いします。

また、平成 28 年シーズンも引き続きアナフィラキシーの発生に際しては以下の点にご留意ください。

- ① 接種後 30 分程度は、被接種者の状態を十分に観察すること
- ② アナフィラキシーと思われる症状が認められた場合には、適切な処置を行うこと
- ③ 接種後に異常が認められた場合には、速やかに医師に連絡し、診察を受けるよう被接種者・保護者の方に伝えること

## 3. 抗インフルエンザウイルス薬の安全性について

### 1. はじめに

オセルタミビルリン酸塩（タミフル）、ザナミビル水和物（リレンザ）、ペラミビル水和物（ラピアクタ）及びラニナミビルオクタン酸エステル水和物（イナビル）（以下、「抗インフルエンザウイルス薬」という）の投与後の異常行動の発現については、本年 11 月 4 日に開催された平成 28 年度第 7 回薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会において、新たに得られた情報も踏まえ評価され、これまでと同様の注意喚起を引き続き徹底することが適当とされました。

本稿では、当該調査会で報告された 2015/2016 シーズン（平成 27 年 9 月 1 日～平成 28 年 8 月 31 日）の抗インフルエンザ薬に係る副作用報告状況の概要について紹介します。

## 2. 異常行動等の報告状況

### (1) インフルエンザ罹患に伴う異常行動の研究について

平成 27 年度日本医療研究開発機構委託事業（医薬品等規制調和・評価研究事業）「インフルエンザ様疾患罹患時の異常行動に関する研究」（研究代表者 川崎市健康安全研究所 岡部信彦所長）による 2015/2016 シーズンの調査結果が報告され、重度の異常な行動の発生状況は、従来の報告と概ね類似しており、抗インフルエンザウイルス薬の使用の有無、種類に関わらず発生していたことが確認されました。

### (2) 死亡症例及び異常な行動の報告について

医薬品医療機器法に基づき医薬品医療機器総合機構に報告された 2015/2016 シーズンの抗インフルエンザ薬の異常な行動及び死亡症例報告数は、昨シーズンと比べてほぼ同様の結果でした。死亡症例は 7 例報告されましたが、因果関係が否定できないと判断されたラピアクタでのアナフィラキシー様ショックによる死亡症例 1 例を除き、いずれも情報不足等で因果関係は評価できませんでした。

## 3. おわりに（調査への御協力をお願い）

当該調査会での審議の結果、異常行動等の発生傾向について大きな変更はないことから、インフルエンザ罹患時における異常行動による重大な転帰の発生を防止するため、引き続き、抗インフルエンザ薬の処方の有無、種類にかかわらず、異常行動の注意喚起に努めていく必要があるとされています。医療関係者におかれましては、インフルエンザ罹患時の異常行動等に対する注意をお願いします。

また、インフルエンザ様疾患罹患時の異常行動に係る全国的な動向に関する研究については、本年度においても継続して実施しており、研究への協力を依頼しているところですので、本研究の趣旨を御理解いただき、症例情報の収集に御協力をお願いいたします。

## 4. 重要な副作用等に関する情報

### 【1】ポラプレジンク

当院採用品：プロマック D 錠 75

《使用上の注意（下線部追加改訂部分）》

[副作用（重大な副作用）]

銅欠乏症：本剤は亜鉛を含有するため、亜鉛により銅の吸収が阻害され銅欠乏症を起こすことがある。栄養状態不良の患者で銅欠乏に伴う汎血球減少や貧血が報告されているため、異常が認められた場合には適切な処置を行うこと。

### 【2】アロプリノール

当院採用品：アロプリノール錠 100mg 「サリ」

《使用上の注意（下線部追加改訂部分）》

[副作用（重大な副作用）]

薬剤性過敏症症候群：初期症状として発疹、発熱がみられ、更にリンパ節腫脹、白血球増加、好酸球増多、異型リンパ球出現、肝機能障害等の臓器障害を伴う遅発性の重篤な過敏症状があらわれることがある。また、1 型糖尿病（劇症 1 型糖尿病を含む）を発症し、ケトアシドーシスに至った例も報告されている。観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。なお、ヒトヘルペスウイルス 6（HHV-6）等のウイルスの再活性化を伴うことが多く、投与中止後も発疹、発熱、肝機能障害等の症状が再燃あるいは遷延化したり、脳炎等の中枢神経症状があらわれたりすることがあるので注意すること。

【3】①アログリプチン安息香酸塩 ②テネリグリプチン臭化水素酸塩水和物

③リナグリプチン

④アログリプチン安息香酸塩・ピオグリタゾン塩酸塩

⑤アログリプチン安息香酸塩・メトホルミン塩酸塩

当院採用品：①ネシーナ錠 25mg ②テネリア錠 20mg ③トラゼンタ錠 5mg

当院採用品なし：販売名 ④リオベル配合錠 LD、同配合錠 HD ⑤イニシク配合錠

《使用上の注意（下線部追加改訂部分）》

[副作用（重大な副作用）]

類天疱瘡：類天疱瘡があらわれることがあるので、水疱、びらん等があらわれた場合には、皮膚科医と相談し、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

### 3. 医療安全情報

PMDA・日本医療機能評価機構

PMDA医療安全情報 No. 49「抗リウマチ剤メトトレキサート製剤の誤投与（過剰投与）について（その2）」が掲載されました。

詳しい内容は、PMDAホームページ <http://www.pmda.go.jp/> 又は院内LANの医療安全ニュースを参照してください

### 4. 新規収載医薬品

2016年12月20日

内用薬

デシコビ配合錠LT・デシコビ配合錠HT	
製造・販売	日本たばこ産業
分類	抗ウイルス化学療法剤
一般名	エムトリシタビン(略号:FTC)/テノホビル アラフェナミドフマル酸塩(略号:TAF)
薬価	LT1錠 2,748.20円 HT1錠 3,934.30円
効能・効果	HIV-1感染症
用法・用量	通常、成人及び12歳以上かつ体重35kg以上の小児には、以下の用法・用量で経口投与する。投与に際しては、必ず他の抗HIV薬と併用すること。 1. リトナビル又はコビススタットと併用する場合は、デシコビ配合錠LT（エムトリシタビンとして200mg及びテノホビル アラフェナミドとして10mgを含有）を1日1回1錠経口投与する。 2. リトナビル又はコビススタットと併用しない場合は、デシコビ配合錠HT（エムトリシタビンとして200mg及びテノホビル アラフェナミドとして25mgを含有）を1日1回1錠経口投与する。 再審査期間が終了するまでの間、全症例を対象に製造販売後調査を実施する。

### 5. 臨時採用薬の紹介

☆ミヤBM細粒 薬価 6.2円/g (1g/包)

一般名	酪酸菌（宮入菌）製剤
特徴	主成分の酪酸菌（宮入菌）は芽胞を形成しているため、胃液や胆汁酸などの影響を受けずに腸に到達し、増殖する。さらに、有害物質産生菌もしくは腸管病原性細菌の発育を阻止し、腸内菌叢のバランスを回復、保持させる。
効能効果	腸内菌叢の異常による諸症状の改善
用法用量	通常、成人1日1.5～3gを3回に分割経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。

一般名	レボカルニチン製剤
特徴	カルニチン欠乏症に適応を持つ経口液剤。フリー体のレボカルニチンを有効成分とし、小児、乳児および高齢者でも服用しやすい内用液
効能効果	カルニチン欠乏症
用法用量	通常、成人には、レボカルニチンとして、1 日 1.5 ～3g (15～30mL) を 3 回に分割経口投与する。なお、患者の状態に応じて適宜増減する。 通常、小児には、レボカルニチンとして、1 日体重 1kg あたり 25～100mg (0.25～1mL) を 3 回に分割経口投与する。なお、患者の状態に応じて適宜増減する。

## 6. Q&A コーナー

★アザルフィジン E N 錠は分割できるか？

腸溶錠のため分割不可

★B型肝炎ワクチンは妊婦に接種してもよいか？

妊婦に接種しても構わない。不活化ワクチンのため、妊婦は接種の禁忌とならない。ただし、安全性のデータはないため、感染のリスクなどを考慮して接種するかは判断する。

★プロスタルモン F 注射液は遮光保存が必要か？

4 週間は遮光しなくても OK。ただし、長期保存の場合は、遮光することが必要。

## 7. むずむず脚症候群 (RLS) について

「むずむず脚症候群」は、正式にはレストレスレッグス症候群 (Restless Legs Syndrome : RLS)、または下肢静止不能症候群と呼ばれています。脚の表面ではなく、内部に不快な異常感覚が生じる疾患です。その異常感覚は「むずむず」「虫が這う」「ほてる」「炭酸が泡立つ」「ちりちりする」などさまざまな言葉によって表され、むずむず感を伴わない場合もありますが、患者にとってきわめて不快なものです。ときには疼痛のような感覚もあります。

また、むずむず脚症候群の症状は、夕方から夜間に現れることが多いため、睡眠障害の原因となり、日中の眠気や疲労感、集中力の低下などのつながり、患者の QOL が著しく低下します。また、不安やうつ病の発症、夜間高血圧や心血管イベントリスクの増加との関連も指摘されています。

むずむず脚症候群の患者は、欧米では 5～15%とされていますが、日本では人口の 2～5% (20～50 人に 1 人) で、比較的患者数の多い病気とされています。しかし、現状では一般にはまだあまり知られておらず、多くの潜在患者が存在することが考えられます。この病気はどの年代でもみられますが、加齢に伴って 40 歳代から増加し、60～70 歳代でピークになります。男女比は約 1 : 1.5 で女性にやや多い傾向があります。

むずむず脚症候群の症状とそのあらわれ方には、次の 4 つの特徴があります。

- ・脚の不快な感覚と、脚を動かしたいという強い欲求がある
- ・じっとしている時に症状があらわれる、または強まる
- ・脚を動かすことで症状が軽くなる、または消える
- ・夕方から夜にかけて症状があらわれる、または強まる

むずむず脚症候群は、原因が特定できない特発性（一次性）と、他の病気や妊娠、服用している薬剤が原因となって起こる二次性があります。多くは特発性（一次性）で、遺伝や鉄の欠乏、脳のドーパミンの機能障害などが関係していると考えられています。二次性では、腎透析をされる方や妊婦にも多いとされています。

#### むずむず脚症候群の原因

特発性		
二次性	生理的要因	妊娠後期
	疾患由来	鉄欠乏性貧血、貯蔵鉄（フェリチン）の欠乏例 末期腎不全(透析療法の導入例) 糖尿病 リウマチ性疾患（関節リウマチ、シェーグレン症候群、線維筋痛症） パーキンソン病 背髄・末梢神経障害 慢性閉塞性肺疾患（COPD）
	嗜好品	カフェイン、ニコチン、アルコール
	薬物	抗うつ薬（SSRI、三環系抗うつ薬） 抗ヒスタミン薬 抗精神病薬（ドーパミン遮断薬） リチウム

#### むずむず脚症候群の治療薬

日本では現在、「レストレスレッグス症候群の治療薬」として承認されている薬は、ドーパミン作動薬と抗てんかん薬(ガバペン®)のプロドラッグで、治療の中心となるのはドーパミン受容体作動薬です。

\*：当院採用品

分類	一般名(商品名)	用量
ドーパミン受容体作動薬 弱くなったドーパミン神経の働きを補う	プラミペキソール (ビ・シフロール*)	1日1回 0.125～0.75mg、 就寝の2～3時間前に内服
	ロチゴリン (ニュープロパッチ*) 但し 2.25mg・4.5mgのみ	1日1回 2.25～6.75mg 貼り替え
抗けいれん薬 神経の興奮を抑え、症状を抑える	ガバペンチン (レグナイト)	1日1回 300～600mg 夕食後

参照：日本医事新報 No.4821 アステラス製薬ホームページ 標準的神経治療：Restless legs 症候群(日本神経治療学会)  
むずむず脚症候群友の会 HP