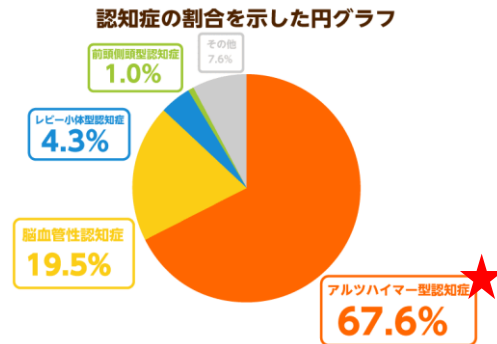


薬剤部 DI ニュース

認知症とは…？

主な認知症の種類

神経変性: **アルツハイマー型認知症 (67.6%)**、
レビー小体型認知症 (4.3%) など
脳血管障害: 血管性認知症 (19.5%)¹⁾

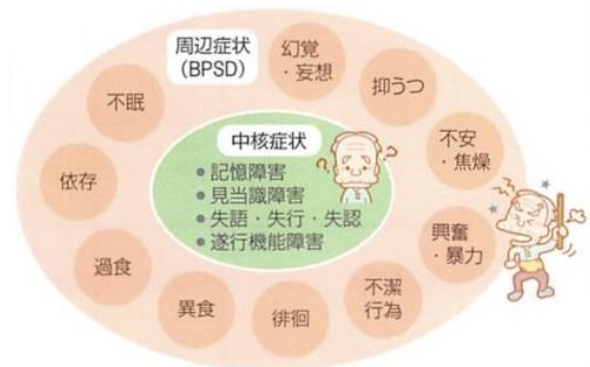
**アルツハイマー型認知症 (AD)** について

日本の認知症の中で7割近くを占める病態です。病態、治療薬について以下に示します。

<病態・症状>

脳が徐々に委縮し、記憶障害を中心とした**中核症状**の進行に基づき、**周辺症状 (BPSD)** が出現します。(右図)

アセチルコリン(ACh)の減少、グルタミン酸の上昇によるNMDA 受容体の過剰な活性化などにより、記憶形成に障害がおこると考えられています。



<治療>

現在、根治治療はなく、対処療法が中心となっています。

そのため、進行を抑制し、治療開始時のADLをできる限り維持することが目標となっています。

◎**中核症状**に対する治療

ChE 阻害薬 : 脳内のAChを増やすために、AChを分解するChE(コリンエステラーゼ)を阻害

NMDA 受容体拮抗薬 : 脳内のグルタミン酸がNMDA 受容体を過剰に刺激しないように、結合する場所を阻害

	ガランタミン (レミニール®)	リバスチグミン (イクセロン® / リバスタッチ®)	ドネペジル (アリセプト®)	メマンチン (メマリー®)
作用機序	ChE 阻害			NMDA 受容体拮抗薬
当院採用薬	ガランタミン OD 8 mg(分割〇、粉碎×) ※1	リバスチグミンテープ 4.5 mg、9 mg ※2	ドネペジル OD 5 mg (分割〇、粉碎〇)	メマンチン OD 5 mg(分割×、粉碎×) 20 mg(分割〇、粉碎×)
半減期 T _{1/2} (hr)	8~9.4	3	70~80	55~71
代謝	肝臓 (CYP3A4, 2D6)	腎排泄	肝臓 (CYP3A4, 2D6)	腎排泄
減量対象	Ccr 60 未満	なし	なし	Ccr 30 未満
適応	軽~中等度	軽~中等度	軽~高度 レビー小体型 認知症も適応	中等~高等度

※1 分割、粉碎は当院採用メーカーの薬剤を示しています。(ガランタミン「トーフ」、ドネペジル・メマンチン「DSEP」)

※2 リバスチグミンテープを半分に切ったの使用、1度に2枚の使用は推奨されておりません。

リバスチグミンテープ 13.5 mg、18 mgをご検討の際は、薬剤部までご相談ください。

軽度 : ChE 阻害のいずれか 1 剤を選択

中等度 : 初回治療時は、ChE 阻害 or メマンチン

(効果不十分又は副作用発現時は、他の ChE 阻害 or メマンチン)

すでに ChE 阻害を服用されている場合は、メマンチン追加 (***ChE 阻害薬の重複は禁忌**)

重症 : ドネペジルとメマンチンを選択 (ドネペジルをすでに服用されている場合は、増量など)

製剤名、用法	軽度～中等度AD	高度AD
ガラントミン 1日2回	<p>4週間 8mg/日(4mg×2回) → 4週間 16mg/日(8mg×2回) → 最大 24mg/日(12mg×2回)</p> <p>症状に応じて増量</p> <p>有効用量</p>	
	<p>4週間 4.5mg/日 → 4週間 9.0mg/日 → 4週間 13.5mg/日 → 18.0mg/日</p> <p>維持量</p> <p>※ 状態に応じ、9 mgから開始、4 週間後に 18 mgに増量も可</p>	
ドネペジル 1日1回	<p>1～2週間 3mg/日 → 4週間以上 5mg/日</p> <p>有効用量(軽度・中等度)</p>	<p>高度ADの患者</p> <p>10mg/日 5mgで4週間以上経過後、10mgに増量する</p> <p>有効用量(高度)</p>

	中等度～高度AD
メマンチン 1日1回	<p>1週間 5mg/日 → 1週間 10mg/日 → 1週間 15mg/日 → 維持量 20mg/日</p> <p>維持量</p>

◎周辺症状に対する治療

患者さんの生活環境(介護環境)や合併する身体疾患、服用中の薬剤などが原因となる場合があります。

症状出現の原因の見直し

↓ 効果不十分の場合

薬物治療

- ・抗てんかん薬
- ・抗うつ薬、抗不安薬 など

ご不明な点等ございましたら、薬剤部までお問合せください。

参考文献

厚生労働省老健局 (2019 年 認知症施策の総合的な推進について) に基づくデータ

今日の治療薬 2020 年度

各薬剤の添付文書、インタビューフォーム

薬がみえる vol.1 中枢神経の疾患と薬

薬剤部 上野怜