

## 内服不能時のレボドパ製剤切替え

作成 薬剤部 堀 勇太  
監修 脳神経内科 柳原 千枝 部長

### [はじめに]

パーキンソン病患者が抗パーキンソン病薬を内服出来なくなった場合、内服薬を完全に中断すると症状の増悪や悪性症候群を引き起こす可能性がある。そのため、他の投与方法を検討する必要があるが、代替薬への切替えに関しては十分なエビデンスが少なく、専門医の判断による場所が大きいのが現状である。そこで以下に当院における切替えの推奨を示す。

### [※注意]

本マニュアルにおける推奨は、抗パーキンソン病薬の完全中断回避を目的としている。

内服不能状態が長期間持続する事が予測される場合、脳神経内科へのコンサルテーションを検討する。

### [切替え方法]

□レボドパ製剤（ドパ脱炭酸酵素阻害薬配合剤含む）を内服している場合

- ①元々内服していたレボドパの1日量を計算する
- ②下記の換算表に従った用法・用量でドパストン静注に切替える

レボドパ用量（1日量）	ドパストン静注用法・用量
< 300 mg	1回 50 mg 1日 1回
300 ~ 600 mg	1回 50 mg 1日 2回
> 600 mg	1回 50 mg 1日 3回

例) レプリントン配合錠 L100 3錠分 3 毎食後：レボドパ 1日量 300 mg

↓

ドパストン静注（50 mg/20 mL）1A 1日 1回

生理食塩水または 5%ブドウ糖液 100 mL に混注 約 2 時間かけて投与

※維持液がある場合、維持液自体や他剤との配合変化が問題なければその中に混注可

### <注意点>

- ・ 貼付剤（ニュープロパッチ等）を使用している場合は継続する
- ・ レボドパ製剤以外の抗パーキンソン病薬は考慮しないこととする
- ・ ドパストン静注は添付文書上「1日量 25~50 mg」となっているが、公知申請で 1日量 1500 mg までは保険算定が認められている
- ・ 内服可能となったら速やかに内服に戻す（点滴静注は精神症状が出現しやすいため）

<補足>

□ドパミンアゴニストのみ内服している場合の貼付剤への切替え

下記の換算表に従って貼付剤へ変更する

※当日朝から内服出来ていなければ、病棟へ上がり次第貼付

※当日朝分は内服出来ている場合、それが徐放製剤なら翌日、それ以外の製剤なら

当日午後から貼付

(当院採用薬はニュープロパッチ®4.5 mg、9 mg、13.5 mg)

(ハルロピテープ®は 2020.12 時点では試用薬品。8 mg、24 mg、32 mg が処方可能)

ドパミンアゴニスト	用量 (mg/日)							
	~2.25	3~4.5	6	7.5~9	10.5	12	13.5	15
ロピニロール (速放錠) (レキップ®錠など)	~2.25	3~4.5	6	7.5~9	10.5	12	13.5	15
ロピニロール (徐放錠) (レキップ®CR 錠など)	2	4	6	8	10	12	14	16
プラミベキソール (速放錠) (ビ・シフロール®錠など)	~0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.5	3.5	4.0~
プラミベキソール (徐放錠) (ミラベックス®LA 錠など)	0.375	0.75	1.5	2.25	3.00	-	3.75	4.5
カベルゴリン (カバサル®錠など)	~1.0	1.5	2~2.5	3	-	-	-	-
ロチゴチン (ニュープロパッチ®)	4.5	9	13.5	18	22.5	27	31.5	36
ロピニロール (貼付剤) (ハルロピテープ®)	8	16	24	32	40	48	56	64

参考文献

パーキンソン病診療ガイドライン 2018