

せん妄治療院内フォーミュラリ

監修 精神科リエゾンチーム、消化器内科、脳神経内科
2024.11改訂 薬剤部 田中 加歩、森 良江
* ()内は1錠,1A当たりの薬価 2024.11時点
* ()内は1錠,1A当たりの薬価 2024.11時点

※抗不安目的のBZ系は継続可

せん妄予防として眠前、不眠時指示はBZ系を漸減中止し、デエビゴorベルソムラに変更

せん妄

原因探索
直接因子(※1)を探索

薬物療法

非薬物療法

サブタイプ(※2)を確認

・低活動型せん妄

・過活動型せん妄
・混合型せん妄

内服

不可
・パーキンソン病(PD)
・レビー小体型認知症(DLB)
・重度心不全

既往あり
・パーキンソン病(PD)
・レビー小体型認知症(DLB)
・重度心不全

既往あり
・パーキンソン病(PD)
・レビー小体型認知症(DLB)
・重度心不全

既往なし

不穏
アリピプラゾール
3mg/3mL/包
(¥48.3/包)
3mg錠 (¥6.6/錠)
注)3mgまで過鎮静に注意

不眠

既往なし
ハロペリドール注
(¥57.0)
不眠不穏時:
0.5A+生食50mL
1日2回まで
*30分以上あけて

既往あり
アタラックスP注
(¥57.0)
不眠不穏時:
1A+生食50mL
1日2回まで
*30分以上あけて

睡眠障害治療薬
院内フォーミュラリ
参照

アタラックスP注
(¥57.00)
不眠不穏時:
1A+生食50mL
1日2回まで
*30分以上あけて

精神科コンサルト

- せん妄の直接因子 (※1)
- 手術
 - 感染症 (直接侵される髄膜炎や肺炎、尿路感染症、肺炎、敗血症、インフルエンザなど)
 - 内科的疾患
 - 代謝性疾患・内分泌疾患 (糖尿病・肝・腎・甲状腺・副腎疾患など)
 - 低血糖
 - 低酸素
 - 電解質異常
 - 栄養障害 (低タンパク血症)
 - 薬物・アルコール

※2 サブタイプによる分類
24時間以内に下記2項目以上の症状(発症前より認められる症状ではない)が認められる

過活動型せん妄	低活動型せん妄	混合型せん妄
運動活動性の量的増加	活動量の低下	24時間以内に活動型ならびに低活動型両方の症状が認められる
活動性の制御喪失	行動速度の低下	
不穏	会話速度の低下	
徘徊	状況認識の低下	
	会話量の低下	
	無気力	

- その他 易怒性(◎)
- 抑肝散** (¥16.1/包)
タ: 1包-
・低Kないこと確認
 - デパケンSy.5%** (¥7.7/mL)
タ: 200mg
・低Pit
・肝機能障害
ないこと確認
 - シクレスト舌下錠5mg** (¥215.3/錠)
タ: 1錠
・嚥下困難
・腸管が使用できない人に

既往なし
幻覚<興奮・攻撃性
易怒性(◎)

クエチアピン錠25mg 0.5錠
(¥10.1/錠)
眠前: 1回12.5mg
追加→1回12.5mg
→1回25mg1錠(¥10.1/錠)
不眠不穏時: 1回10mg
1日2回まで
*30分-1時間以上あけて

せん妄改善
夜間不眠あり

ペロスピロン錠4mg(¥5.9/錠)
+デエビゴ錠5mg(¥82.7/錠) or
+トラゾドン錠25mg(¥5.9/錠)
眠前1回各1錠
※トラゾドンは高齢者12.5mgから
12.5mg→25mg→50mg
と漸増可

既往なし
幻覚>興奮・攻撃性
易怒性(△)

ペロスピロン錠4mg
(¥5.9/錠)
分1眠前: 1回1錠
追加→分2夕食後眠前
不眠不穏時: 1回1錠
1日2回まで
*30分-1時間以上あけて

リスパダール内用液
(¥37.50/mL)
0.5mgより開始
※不穏時頓服と合わせて
2mgまで
腎機能低下時は
低用量から開始

既往あり
ペロスピロン錠4mg
(¥5.9/錠)
分1眠前: 1回1錠
追加→分2夕食後眠前
不眠不穏時: 1回1錠
1日2回まで
*30分-1時間以上あけて

既往あり
トラゾドン塩酸塩錠25mg
(¥5.9/錠)
眠前1回各1錠
※トラゾドンは高齢者12.5mgから
12.5mg→25mg→50mg
と漸増可

クエチアピン錠
25mg 0.5錠
(¥10.1/錠)
眠前: 1回12.5mg

*アルコール離脱せん妄が積極的に予測される場合
内服可能時→ワイパックス錠1.0mg1.5-3錠分3
or 肝障害無ければセルシン錠5mg3錠分3
内服不可時→①ハリペリドール0.5A+生食50mL
②ホリゾン注を5~20mg/分3~4で開始。
改善すれば2~3日おきに漸減し中止。
静注は呼吸抑制リスクある為、**筋注投与**
*BZ系薬剤は約1週間で漸減・中止
*ビタミンB1補充
※重症筋無力症患者の場合、Bz系薬以外での対応(眠剤や抗精神病薬)で危険行為を防いでいく。

- 備考) > 1日毎に評価し改善がなければ薬剤の増量や変更を検討 > 数日間に渡りコントロール出来れば薬剤の漸減-中止を検討
> 抗コリン作用のある薬剤に注意が必要な疾患(重症筋無力症等)の場合、注射薬はアタラックスP、ハロペリドール以外での代替薬が無い場合、判断が難しい場合は精神科コンサルト
> パーキンソン病薬の調節については必要に応じ、脳神経内科にコンサルト
> ペロスピロンやアリピプラゾール、リスパダール使用時、PD,DLB患者で錐体外路症状悪化の可能性あり(パーキンソン病ガイドライン2018ではクエチアピン低用量が幻覚妄想に有効でパーキンソンニズム悪化を来しにくいと記載あり)