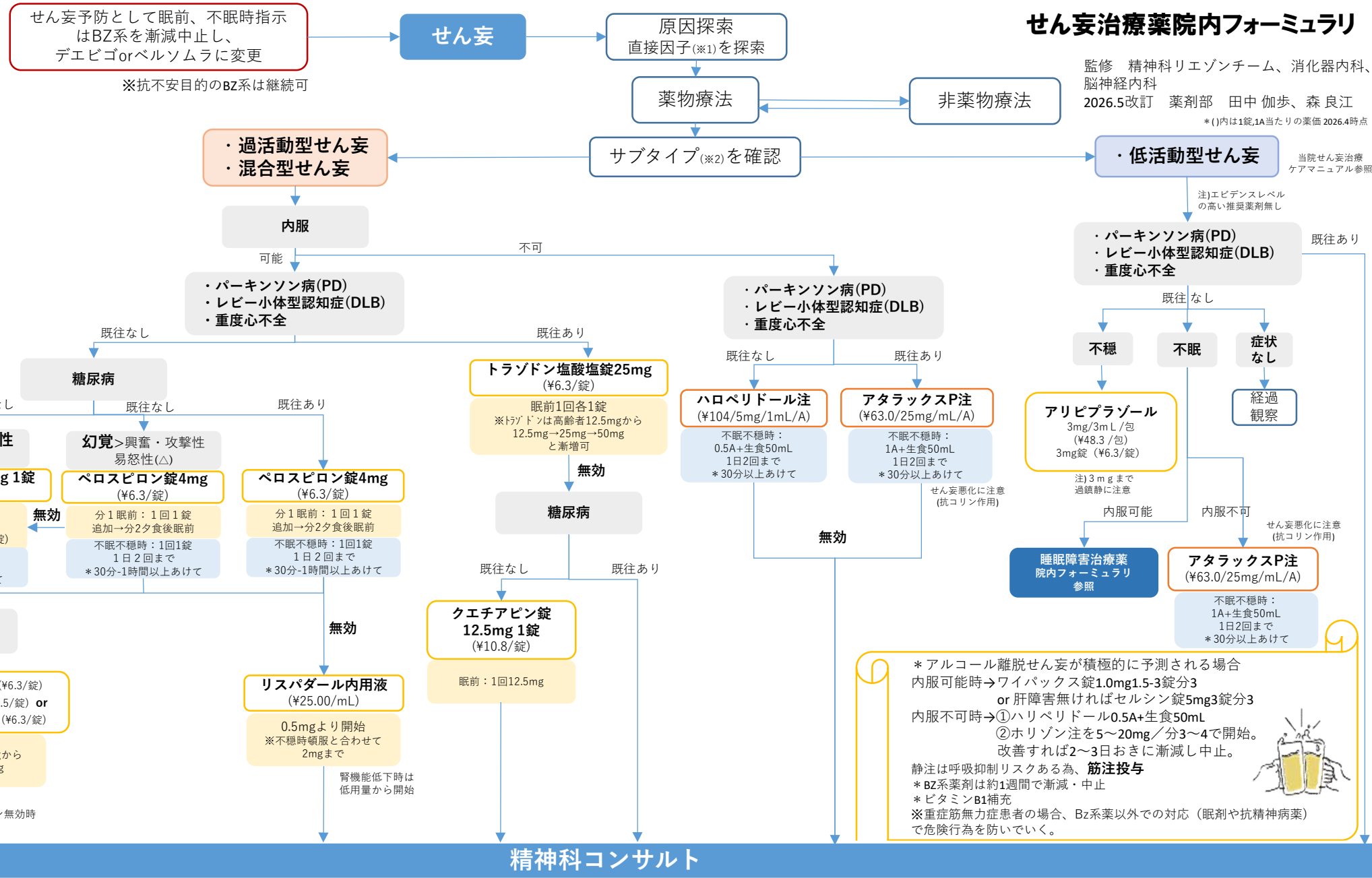


せん妄治療院内フォーミュラリ

監修 精神科リエゾンチーム、消化器内科、脳神経内科
2026.5改訂 薬剤部 田中 伽歩、森 良江
* ()内は1錠,1A当たりの薬価 2026.4時点
* ()内は1錠,1A当たりの薬価 2026.4時点

当院せん妄治療
ケアマニュアル参照



- ### 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	
不穏徘徊	会話速度の低下 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%** (¥10.9/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** (¥174.4/錠)
タ: 1錠
・嚥下困難
・腸管が使用できない人に

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)

* 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週間まで漸減・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。

