

82. 周術期の投薬マネジメント(精神関連薬系)

From MY point of view

- 三環系・四環系抗うつ薬は、術後せん妄を減少させるメリットがある。
- SSRI・SNRI は出血が増える場合があるため注意する。術後痛緩和に対する効果が注目されている。
- 抗 Parkinson 病薬は継続する。ただし、MAO-B 阻害薬は2週間以上休薬する。
- 認知症関連薬は、現時点では継続するメリットがない。
- ベンゾジアゼピン系は、せん妄のリスク因子となるが、急激な中止は離脱症状を引き起こす。
- 精神病薬は継続する場合がほとんどだが、薬物相互作用や、中止する場合は離脱症状に注意する。

出典 1) 抗うつ薬, 抗パーキンソン病薬, 認知症関連薬 —迷ったら, 飲ませておけば, 大丈夫? 古谷健太. LiSA. 25(6) 2018.

2) UpToDate “Perioperative medication management.” last updated Aug 09, 2018.

- **三環系・四環系抗うつ薬**: 循環器系のリスクがなく、内服量が多い場合は継続する。継続により術後せん妄の発生が減少する。循環器系のリスクが高く、かつ内服量が少ないならば2週間前から漸減し中止してもよい。治療抵抗性の低血圧や QT 延長症候群は直前の中止では改善しない。
- **SSRI・SNRI**: セロトニンの血小板凝集促進効果を阻害するため、凝集障害により出血が増える可能性がある。NSAIDs を併用している場合は特に注意が必要である。また、セロトニン症候群発生に注意する。脊髄の下行性抑制系におけるセロトニン・ノルアドレナリン活性化により術後痛を緩和すると考えられ、注目されている。
- **抗 Parkinson 病薬**: Parkinson 症状増悪(固縮・無動)を背景にした術後合併症を起こしにくくするため、可能な限り内服する。しかし MAO-B 阻害薬(セレギリン)はセロトニン症候群発症の可能性があるので、2週間以上の休薬が望ましい。
内服できないときは、レボドパ 100mg に対しレボドパ注射薬を 50~100mg 静注し、症状により増減する。ドパミン作動薬であればレボドパに換算する。また、ロチゴチン貼付薬やアポモルヒネ皮下注なども使用可能である。
術中や術後にドパミン受容体拮抗薬(メクロプラミド、ドロペリドール、プロクロルペラジン)は使用しない(Parkinson 症状を悪化させるため)。ただしドンペリドンは中枢作用がないため、使用できる。
また、麻薬による筋強直を減らすため、使用は最小限にとどめるか、区域麻酔を選択する。
- **認知症関連薬**: 現時点では継続のメリットがない。一方、ChE 阻害薬(ドネペジルなど)で筋弛緩薬の作用が変化する(脱分極性は作用時間延長、非脱分極性は作用減弱)。ネオスチグミンの作用は増強され、徐脈・房室ブロックが出現しやすくなる。また、メマンチンは NMDA 拮抗薬であり、ドパミン作動薬の作用を増強する。
- **ベンゾジアゼピン系**: ベンゾジアゼピン系の前投薬は術後せん妄や覚醒遅延の原因になる可能性がある。また、長期投与されていたものを急激に中断すると離脱症状を引き起こす懸念もある。1週間から2週間かけての中止が好ましいが、急な休薬は避けられない場合もある。離脱症状の治療にはベンゾジアゼピン系の投与が著効する。
- **気分安定薬**: 病状により継続が望ましいことが多い。リチウムは脱水や電解質異常・甲状腺機能に注意して継続する。リチウムは筋弛緩薬の効果を増強する。またクリアランスは腎機能に依存するため、利尿薬・NSAIDs・ACE 阻害薬・セロトニン作動薬との薬剤相互作用を起こす。バルプロ酸は継続する。NSAIDs や抗菌薬などとの相互作用を起こすことが知られているが、副作用の報告もない。
- **抗精神病薬**: 病勢の悪化に注意。QT 延長が現れている場合は中止が望ましいが、急激な中止は精神科医に相談すべきである。まれに離脱症候群が起こることがある。麻酔薬やオピオイドとの作用で錐体外路症状や悪性症候群を起こすことがあり、注意する。