

貯 法：室温保存

使用期限：製造後3年（最終使用年月をラベル、ケースに表示）

劇薬
習慣性医薬品^{注1)}
処方箋医薬品^{注2)}α₂作動性鎮静剤プレセデックス[®] 静注液200μg
「ホスピーラ」

＜デクスメトミジン塩酸塩＞

日本標準商品分類番号

871129

承認番号
21600AMY00007000
薬価収載
2006年3月
販売開始
2006年3月
国際誕生
1999年12月
効能追加
2013年6月
再審査結果
2014年3月

®登録商標（オゾン・コーポレーション所有）

注1)注意－習慣性あり

注2)注意－医師等の処方箋により使用すること

Precedex[®]

【警告】

- (1) 本剤の投与により低血圧、高血圧、徐脈、心室細動等があらわれ、心停止にいたるおそれがある。したがって、本剤は、患者の呼吸状態、循環動態等の全身状態を注意深く継続的に監視できる設備を有し、緊急時に十分な措置が可能な施設で、本剤の薬理作用を正しく理解し、集中治療又は非挿管下での鎮静における患者管理に熟練した医師のみが使用すること。〔「重大な副作用」の項参照〕
- (2) 迷走神経の緊張が亢進しているか、急速静注、単回急速投与等、通常用法・用量以外の方法で本剤を投与した場合に重篤な徐脈、洞停止等があらわれたとの報告があるので、本剤は定められた用法・用量に従い、緩徐に持続注入することを厳守し、患者の状況を慎重に観察するとともに、このような症状があらわれた場合には適切な処置を行うこと。〔「重大な副作用」の項参照〕

■禁忌（次の患者には投与しないこと）

本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

■組成・性状

販売名	プレセデックス静注液200μg「ホスピーラ」
有効成分	デクスメトミジン塩酸塩
含量 (1バイアル2mL中)	200μg（デクスメトミジンとして）
添加物	塩化ナトリウム 18mg
性状	無色澄明の液
剤形	注射剤（バイアル）
pH	4.5～7.0
浸透圧比	約1（生理食塩液に対する比）

■効能・効果

集中治療における人工呼吸中及び離脱後の鎮静

局所麻酔下における非挿管での手術及び処置時の鎮静

〈効能・効果に関連する使用上の注意〉

【局所麻酔下における非挿管での手術及び処置時の鎮静】

全身麻酔に移行する意識下気管支ファイバー挿管に対する本剤の有効性及び安全性は確立されていない。

■用法・用量

1. 集中治療における人工呼吸中及び離脱後の鎮静

通常、成人には、デクスメトミジンを6μg/kg/時の投与速度で10分間静脈内へ持続注入し（初期負荷投与）、続いて患者の状態に合わせて、至適鎮静レベルが得られる様、維持量として0.2～0.7μg/kg/時の範囲で持続注入する（維持投与）。また、維持投与から開始することもできる。なお、患者の状態に合わせて、投与速度を適宜減速すること。

2. 局所麻酔下における非挿管での手術及び処置時の鎮静

通常、成人には、デクスメトミジンを6μg/kg/時の投与速度で10分間静脈内へ持続注入し（初期負荷投与）、続いて患者の状態に合わせて、至適鎮静レベルが得られる様、維持量として0.2～0.7μg/kg/時の範囲で持続注入する（維持投与）。なお、患者の状態に合わせて、投与速度を適宜減速すること。

〈用法・用量に関連する使用上の注意〉

【共通】

- (1) 本剤は患者の循環動態が安定し、循環動態、呼吸等について継続的な監視体制が整った状況で投与を開始すること。
- (2) 本剤の初期負荷投与中に一過性の血圧上昇があらわれた場合には、初期負荷投与速度の減速等を考慮すること。〔本剤の末梢血管収縮作用により一過性の血圧上昇があらわれることがある。〕
- (3) 鎮静の維持開始速度は0.4μg/kg/時の速度を目安とし、初期負荷から維持への移行を慎重に行うこと。また、維持速度は0.7μg/kg/時を超えないこと。〔海外臨床試験において、0.7μg/kg/時を超えて投与した場合に呼吸器系、精神神経系及び心血管系の有害事象の発現率が增加することが報告されている。〕
- (4) 本剤は投与速度を適切に調節することができるシリンジポンプ等を用いて、緩徐に持続的に投与すること。
- (5) 本剤を使用するときは本剤2mLに生理食塩液48mLを加え、50mL(4μg/mL)とすること。〔「適用上の注意」の項参照〕

【集中治療における人工呼吸中及び離脱後の鎮静】

本剤は人工呼吸中、離脱過程及び離脱後を通じて投与可能であるが、本剤の持続投与期間が120時間（5日間）を超える使用経験は少ないので、それを超えて鎮静が必要な場合には、患者の全身状態を引き続き慎重に観察すること。

■使用上の注意

1. 慎重投与（次の患者には慎重に投与すること）

(1) 心血管系障害のある患者

〔低血圧、徐脈があらわれやすくなる。患者の全身状態を十分に観察しながら投与速度を調節すること。特に高度な心ブロックを伴う患者等は重度の徐脈があらわれるおそれがある。徐脈に対してはあらかじめアトロピンの投与、ペースメーカーの使用を考慮すること。〕

(2) 心機能が低下している患者

〔本剤の初期負荷投与時に一過性の血圧上昇があらわれることがあり、予期せぬ重篤な循環動態の変動を誘発するおそれがあるので、投与速度の急激な変更は避け、常に循環動態及び出血量を監視しながら慎重に投与速度を調節すること。また、必要に応じて強心薬及び血管作動薬を併用しながら、慎重に投与し、適切な循環動態の維持を行うこと。〕

(3) 循環血流量が低下している患者

〔低血圧があらわれやすくなる。本剤投与開始前及び投与中に輸液負荷等を行い、患者の全身状態を慎重に観察しながら投与速度を調節すること。循環血流量が低下した状態で低血圧が持続した場合は、肝血流量の低下から本剤の消失が遅延するおそれがある。このような場合は特に注意を払って投与速度の減速を考慮すること。〔「薬物動態」の項参照〕〕

(4) 肝機能障害のある患者

〔肝機能障害の程度が重度になるに当たって本剤の消失が遅延し、鎮静作用の増強や副作用があらわれやすくなるおそれがあるので、投与速度の減速を考慮し、特に重度の肝機能障害患者に対しては、患者の全身状態を慎重に観察しながら投与速度を調節すること。〔「薬物動態」、「臨床成績」の項参照〕〕

- (5) 腎機能障害のある患者
〔鎮静作用の増強や副作用があらわれやすくなるおそれがあるので、投与速度の減速を考慮し、患者の全身状態を観察しながら慎重に投与すること。〔薬物動態〕、〔臨床成績〕の項参照〕
- (6) 高齢者
〔生理機能の低下により、低血圧や徐脈等の副作用があらわれやすくなる。〔高齢者への投与〕、〔臨床成績〕の項参照〕
- (7) 血液浄化を受けている患者
〔頻回に鎮静深度を観察しながら必要に応じて本剤の投与速度を調節すること。持続血液浄化法の導入時、終了時、あるいはカラム交換時や血液量、水分除去率の変更時には特に注意を払い、患者の鎮静深度及び循環動態を観察すること。〕
- (8) 薬物依存又は薬物過敏症の既往歴のある患者

2. 重要な基本的注意

【共通】

- 移送を伴う場合には、患者管理に熟練した医師の付き添いのもと、循環動態、呼吸等について継続的な監視体制が整った状況で投与し、循環動態の変動及び呼吸等に特に注意すること。
- 本剤は α_2 受容体刺激作用に基づく鎮痛作用を有するため、他の鎮痛剤と併用する際には鎮痛剤の過量投与に注意すること。
- 本剤投与中は至適鎮静レベルが得られるよう患者の全身状態を観察しながら投与速度を調節すること。本剤を投与されている患者は刺激を与えると容易に覚醒し、速やかに反応するが、これは本剤の特徴であるため、他の臨床徴候及び症状がない場合、効果不十分であると考えないよう注意すること。
- 本剤の初期負荷投与中にあらわれる一過性の血圧上昇に対しては、投与速度の減速を考慮する必要があるが、重大な血圧上昇があらわれた場合には、さらに適切な処置を行うこと。〔用法・用量に関連する使用上の注意〕の項参照〕
- 本剤の投与により低血圧、徐脈等があらわれるおそれがある。特に迷走神経の緊張が亢進している患者であらわれやすい。患者の観察を十分にを行い、このような症状があらわれた場合には適切な処置を行うこと。〔重大な副作用〕の項参照〕
- 本剤投与中はバイタルサインの変動に注意して循環器系に対する観察及び対応を怠らないこと。
- 全血又は血漿を投与しているカテーテルに本剤を注入しないこと。
- 本剤を長期投与した後、使用を突然中止した場合、クロニジンと同様のリバウンド現象があらわれるおそれがある。これらの症状として神経過敏、激越及び頭痛があらわれ、同時に又はこれに続いて血圧の急激な上昇及び血漿中カテコラミン濃度の上昇があらわれるおそれがある。

【集中治療における人工呼吸中及び離脱後の鎮静】

- 本剤の投与に際しては集中治療に習熟した医師が本剤の薬理作用を正しく理解した上で患者の全身状態を注意深く継続して監視すること。また、気道確保、酸素吸入、人工呼吸、循環管理を行えるよう準備をしておくこと。
- 人工呼吸器からの離脱の過程及び離脱後では、患者の呼吸状態を十分に観察すること。

【局所麻酔下における非挿管での手術及び処置時の鎮静】

- 本剤の投与に際しては非挿管下での鎮静における患者管理に熟練した医師が、本剤の薬理作用を正しく理解し、患者の鎮静レベル及び全身状態を注意深く継続して管理すること。また、気道確保、酸素吸入、人工呼吸、循環管理を行えるよう準備をしておくこと。
- 局所麻酔下における手術・処置を行う医師とは別に、意識状態、呼吸状態、循環動態等の全身状態を観察できる医療従事者において、手術・処置中の患者を観察すること。
- 本剤は適切に鎮痛を行った上で使用すること。
- 硬膜外・脊髄も膜下麻酔時には、輸液の投与等により、循環動態の変動が安定した後に本剤の投与を開始する等、併用に注意すること。
- 全身状態に注意し、手術・処置後は患者が回復するまで管理下に置くこと。なお、鎮静の影響が完全に消失するまでは自動車の運転、危険を伴う機械の操作等に従事しないよう、患者に注意すること。

3. 相互作用

併用注意（併用に注意すること）

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
ベンゾジアゼピン系薬剤 〔ミダゾラム、ジアゼパム等〕 全身麻酔剤 〔プロポフォール、セボフルラン ¹⁾ 等〕 局所麻酔剤 〔リドカイン塩酸塩等〕 中枢神経系抑制剤 〔モルヒネ塩酸塩水和物、フェンタニルクエン酸塩、バルビツール酸誘導体等〕	鎮静・麻酔・鎮痛作用が増強し、血圧低下、心拍数低下、呼吸数低下等の症状があらわれるおそれがあるので、併用する場合には投与速度を減速する等慎重に投与すること。他の鎮静薬、鎮痛薬等と併用する場合は、鎮静効果が相加的に増強するおそれがあるので、本剤あるいは他の鎮静薬、鎮痛薬の投与量を減量する等の注意が必要である。	相互に作用（鎮静・麻酔・鎮痛作用、循環動態への作用）を増強するため

4. 副作用

【集中治療における人工呼吸中及び離脱後の鎮静】

承認時：

国内で実施されたブリッジング試験（本剤投与期間：24時間まで）において安全性が評価された86例中31例（36.0%）に副作用が認められ、その主なものは高血圧9例（10.5%）、低血圧11例（12.8%）、嘔気4例（4.7%）であった。集中治療室収容患者を対象とした海外臨床試験における本剤の安全性評価症例数と合算して検討したところ、1022例中464例（45.4%）に副作用が認められ、その主なものは低血圧210例（20.5%）、高血圧94例（9.2%）、嘔気61例（6.0%）、徐脈60例（5.9%）、口内乾燥33例（3.2%）であった。

国内で実施された長期投与試験（本剤投与期間：24時間を超えて最長28日間）において安全性が評価された75例中30例（40.0%）の症例に副作用が認められ、その主なものは高血圧12例（16.0%）、低血圧15例（20.0%）、徐脈3例（4.0%）であった。臨床検査値の変動は、いずれも術後一般的に認められる範囲内であった。

再審査終了時：

製造販売後の使用成績調査（初回承認時及び24時間超投与症例）において、安全性解析対象症例の1619例中239例（14.8%）に副作用が認められた。その主なものは、血圧低下73例（4.5%）、低血圧60例（3.7%）、AST（GOT）増加31例（1.9%）、徐脈24例（1.5%）、ALT（GPT）増加17例（1.1%）であった。

【局所麻酔下における非挿管での手術及び処置時の鎮静】

承認時：

国内で実施されたプラセボ対照二重盲検比較試験において安全性が評価された206例中166例（80.6%）に副作用が認められ、その主なものは呼吸抑制85例（41.3%）、低血圧84例（40.8%）、徐脈60例（29.1%）、高血圧24例（11.7%）、低酸素症21例（10.2%）であった。臨床検査値の変動は、いずれも手術・処置後に一般的に認められる範囲内であった。

【共通】

(1) 重大な副作用

- 低血圧**（5%以上）：低血圧があらわれることがあるので、このような場合には、本剤の減速又は中止、輸液の増量、下肢の挙上、昇圧剤の使用等適切な処置を行うこと。
- 高血圧**（5%以上）：高血圧があらわれることがあるので、このような場合には、本剤の減速又は中止、降圧剤の使用等適切な処置を行うこと。
- 徐脈**（5%以上）：徐脈があらわれることがあるので、このような場合には、本剤の減速又は中止、迷走神経の緊張を軽減する目的で抗コリン剤（アトロピン等）の静脈内投与、ペースメーカーの使用等、適切な処置を行うこと。
- 心室細動**（0.1～1%未満）：心室細動があらわれることがあるので、このような場合には、抗不整脈薬の投与、除細動、心肺蘇生等適切な処置を行うこと。
- 心停止**（0.1～1%未満）、**洞停止**（頻度不明²⁾）：心停止、洞停止があらわれることがあるので、このような場合には、本剤の中止、ペースメーカーの使用、除細動、心肺蘇生、強心剤の投与等適切な処置を行うこと。
- 低酸素症**（1～5%未満）、**無呼吸**、**呼吸困難**（0.1～1%未満）、**呼吸抑制**（5%以上）、**舌根沈下**（0.1～1%未満）：低酸素症、一過性の無呼吸、呼吸困難、呼吸抑制、舌根沈下があらわれることがあるので、このような場合には、本剤の減速又は中止、気道確保、酸素投与、患者の刺激等適切な処置を行うこと。

注) 安全性評価対象としていない臨床試験において認められている。

(2) その他の副作用

次のような症状があらわれた場合には、症状に応じて適切な処置を行うこと。

	1%以上	0.1~1%未満	0.1%未満	頻度不明 ^{注1}
精神神経系	激越	不安、錯乱、幻覚、めまい、頭痛、不全麻痺、せん妄、傾眠、落ち着きのなさ	うつ病、錯覚、神経過敏、意識低下、神経痛、神経炎、ニューロパシー、知覚脱失、ジストニア、言語障害、昏迷、痙攣	
消化器	嘔吐、嘔気、口内乾燥	腹痛、下痢	おくび	
循環器	心房細動、頻脈	末梢性虚血、血管障害、血圧変動、心不全、心電図異常、特異的心電図異常、高血圧悪化、心筋梗塞、不整脈、心室性不整脈、期外収縮、上室性頻脈、心室性頻脈	脳出血、血管拡張、脳血管障害、血管痙攣、循環不全、チアノーゼ、心疾患、狭心症、心筋虚血、心房性不整脈、AVブロック、脚ブロック、心ブロック、T波逆転、上室性不整脈	
呼吸器		無気肺、気管支痙攣、高炭酸ガス血症、低換気症、胸水、気胸、肺水腫、呼吸不全	徐呼吸、咳、咯血、肺炎、肺うっ血、呼吸障害	
感覚器		視覚異常	複視、光視症、耳不快感	
血液		出血、血小板減少症、貧血、白血球増加症	凝固障害、播種性血管内凝固症候群、好酸球増多症	
肝臓		AG比異常、血清AST(GOT)上昇、血清ALT(GPT)上昇	γ-GTP上昇、黄疸、肝機能異常	
皮膚		多汗	紅斑性皮疹	
泌尿器		乏尿	腎機能異常、尿閉	
代謝栄養	口渇	アシドーシス、呼吸性アシドーシス、高血糖、高カリウム血症、血液量過多、低蛋白血症、NPN上昇	アルカリフォスファターゼ上昇、低カリウム血症	
その他	発熱、血液量減少、疼痛	背部痛、異常高熱、浮腫、悪寒、失神	胸痛、筋肉痛、感染、敗血症、異常感	薬剤離脱症候群 ^{注2}

注1：自発報告で認められた副作用は頻度不明として記載した。

注2：長期投与後の急激な投与中止により、離脱症状があらわれることがある。投与を中止する場合には徐々に減量するなど慎重に行うこと。

5. 高齢者への投与

高齢者では生理機能の低下により、鎮静作用の増強や副作用があらわれやすくなるおそれがある。投与速度の減速を考慮し、患者の全身状態を観察しながら慎重に投与すること。

6. 妊婦、産婦、授乳婦等への投与

(1) 妊産婦に対する安全性は確立されていない。本剤投与による有益性が危険性を上回ると判断した場合を除き、本剤投与は避けることが望ましい。〔動物試験(ラット)において、生存胎児数の減少、胎盤移行性、子宮血流量低下によると考えられる胎児体重の低下及び骨化遅延が認められている。〕

(2) ヒト乳汁への本剤の移行は不明である。授乳婦への投与は避けること。投与した場合は授乳を避けさせること。〔動物試験(ラット)において、乳汁移行性が認められている。〕

7. 小児等への投与

18歳未満の患者に対する安全性及び有効性は確立していない(使用経験が少ない)。

8. 過量投与

急速静注あるいは単回急速投与により高血圧があらわれるおそれがある。海外における臨床試験において過量投与(血漿中濃度が臨床推奨治療用量上限の13倍)された健康被験者に、第I度AVブロック及び第II度心ブロックがあらわれた。また、海外で

の集中治療における鎮静・鎮痛を評価した臨床試験において過量投与された欧米人患者に、低血圧を伴う徐脈、心停止(臨床推奨治療用量上限の20倍量を急速投与)等があらわれた。低血圧に対しては、輸液速度の上昇、下肢の挙上、昇圧剤の投与を行い、徐脈に対しては、抗コリン剤(アトロピン等)の静脈内投与、又はドパミン、アドレナリン等の静脈内投与、心肺蘇生等適切な処置を行う。AVブロック、心ブロック、心停止に対しては心肺蘇生、除細動、強心剤の投与等適切な処置を行うこと。

9. 適用上の注意

(1) 調製時

- 1) 本剤の取り扱い、常に厳重な無菌手技で行うこと。
- 2) バイアルは使用前にゴム栓をエタノール綿等で清拭して使用すること。
- 3) 本剤2mLに生理食塩液48mLを加えて50mLとし、静かに振盪し十分に混和すること。
- 4) バイアルからの採取は1回のみとし残液は廃棄すること。
- 5) 希釈後は48時間以内に使用すること。

(2) 投与時

- 1) 本剤は静脈内投与のみとすること。
- 2) 本剤を持続注入するにあたっては、投与速度の調節可能な注入器具(シリンジポンプ等)を使用すること。
- 3) 配合変化

本剤は以下の薬剤との配合変化(沈殿を生ずる)が示されているので混合しないよう注意すること。²⁾

アムホテリシンB、ジアゼパム

本剤は以下の輸液製剤及び薬剤との配合変化は示されていない。

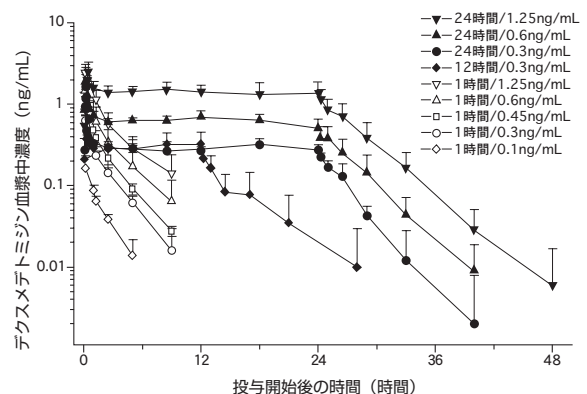
リンゲル液、5%ブドウ糖液、生理食塩液、20%マンニトール、チオペンタールナトリウム、ベクロニウム臭化物、スキサメトニウム塩化物水和物、フェニレフリン塩酸塩、アトロピン硫酸塩水和物、ミダゾラム、モルヒネ硫酸塩水和物、フェンタニルクエン酸塩、ドパミン、ノルアドレナリン、ドブタミン

■薬物動態

1. 血中濃度^{3), 4)}

日本人の健康成人男女(54例：6例9群、平均体重：約66kg)に、目標血漿中濃度が0.1~1.25ng/mLとなるように、本剤を1~6μg/kg/時で10~35分間投与後、維持用量として0.056~0.7μg/kg/時で50分~24時間持続投与した場合の血漿中濃度推移及び薬物動態学的パラメータは以下のとおりであった。

薬物動態学的パラメータ	平均値±S.D.
t _{1/2} (hr)	2.39±0.71
CL(L/hr)	35.47±11.95
V _{ss} (L/kg)	1.54±0.983



2. 代謝及び排泄⁵⁾

健康成人男子に[³H]デクスメドミジン塩酸塩2.0μg/kgを単回静脈内投与すると、2種のN-グルクロン酸抱合体として主に代謝され、血漿中総放射能の約41%を占めた。代謝物は主に尿中に排泄され、投与開始24時間後までに投与放射能の約85%が尿中に排泄された。72時間後までに、投与放射能の93.8%が尿中に、2.2%が糞中に排泄され、排泄は速やかであった。尿中に未変化体のデクスメドミジンは検出されなかった。なお、デクスメドミジンは、主に肝血流量依存性の薬剤である。

3. 分布

ヒトにおける蛋白結合率を検討したところ、本剤の蛋白結合率は高く、94%以上であった。本剤の結合性は、0.85～85ng/mLの濃度範囲で一定であり、性差は認められず、他剤の存在下でも一定であった。肝機能障害患者では、蛋白結合率の低下がみられた。

4. 肝機能障害患者における薬物動態

健康被験者及び軽度、中等度及び重度肝機能障害患者(それぞれChild-Pugh分類⁶⁾によるGrade A, B, Cに対応)に0.6μg/kgを10分間で単回静脈内投与したときの薬物動態は以下のとおりであった。本剤の消失半減期は、肝機能障害の重症度に相関して有意に延長し、遊離体クリアランス(CL_f)は重症度に相関して低下し、それぞれ健康被験者の約59%, 51%, 32%であった。

肝機能障害患者における薬物動態パラメータ

薬物動態パラメータ	健康被験者(N=18)	肝機能障害患者		
		軽度(N=6)	中等度(N=7)	重度(N=6)
総投与量(μg)	39.9±6.7	36.9±9.0	38.8±11.7	45.2±5.1
蛋白結合率(%)†	89.7±1.6	87.9±0.9	86.5±2.0	82.1±3.8
C _{max} (ng/mL)	0.901±0.487	0.930±0.319	0.877±0.498	0.760±0.244
C _{max,t} (ng/mL)†	0.103±0.016	0.120±0.025	0.123±0.090	0.136±0.027
AUC _{0-∞} (ng·hr/mL)	1.02±0.28	1.30±0.42	1.74±0.59	2.03±0.26
t _{1/2} (hr)	2.45±0.47	3.87±1.70	5.39±2.19	7.45±1.44
CL(L/hr)	41.9±12.7	31.0±11.4	27.0±12.8	22.4±2.4
CL _f (L/hr)†	417.7±160.5	247.9±85.5	211.7±140.6	132.9±34.6
V _{ss} (L)	119.6±41.1	102.0±17.5	103.4±35.3	209.2±40.0
V _{ss,t} (L)†	1238.7±488.6	776.0±172.1	741.0±338.3	1166.9±217.1

平均値±S.D.

†:健康被験者、軽度、中等度、重度の肝機能障害患者のそれぞれN=12,3,6,5例から各パラメータを算出

5. 腎機能障害患者における薬物動態

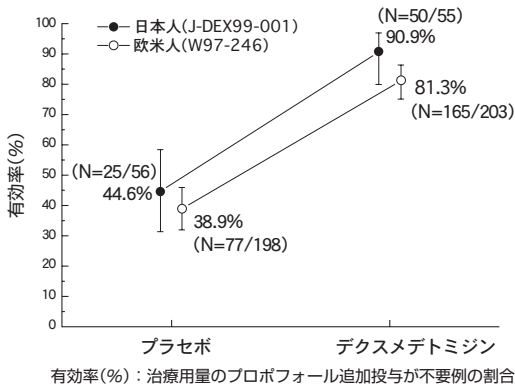
重度腎機能障害患者(CrCL:<30mL/min)におけるデクスメトミジンの薬物動態(C_{max}, T_{max}, AUC, t_{1/2}, CL, V_{ss})に、健康被験者との顕著な差は認められなかった。しかし、腎機能障害患者におけるデクスメトミジン代謝物の薬物動態は検討されていない。代謝物は主に尿中排泄されることから、腎機能障害患者への長時間投与により代謝物が蓄積される可能性がある。

■臨床成績^{7)~11)}

<集中治療患者の鎮静における有効性>

第I相試験において、本剤の鎮静作用(Ramsay鎮静スコア及びVAS鎮静スコア)及び薬物動態は、日本人と欧米人で同様であることが確認された。

術後集中治療室に収容された患者(日本人111例)を対象にしたプラセボ対照二重盲検ブリッジング試験において、本剤を6μg/kg/時の投与速度で10分間静脈内へ持続注入し、続いて0.2~0.7μg/kg/時の範囲で静脈内投与したとき(投与時間は最長24時間)、鎮静作用の指標となる挿管中に治療量のプロポフォール追加投与を必要としなかった症例の割合は、本剤投与群では90.9%(50/55)、プラセボ群では44.6%(25/56)となり、本剤投与群で有意に高かった(p<0.0005)。本試験成績は、欧米人における成績と類似していた。また、挿管中のモルヒネ追加投与を必要としなかった症例の割合については、本剤投与群では87.3%(48/55)、プラセボ群では75.0%(42/56)となり、本剤投与群で有意に高かった(p=0.032)。



有効率(%) : 治療用量のプロポフォール追加投与が不要例の割合

挿管中の追加投与	国内ブリッジング試験(J-DEX99-001)		
	デクスメトミジン群(N=55)	プラセボ群(N=56)	検定
プロポフォール			
0mg	47 (85.5%)	21 (37.5%)	<0.0005 ^{a)}
>0mg~50mg	3 (5.5%)	4 (7.1%)	
>50mg	5 (9.1%)	31 (55.4%)	
モルヒネ			
なし	48 (87.3%)	42 (75.0%)	0.032 ^{b)}
あり	7 (12.7%)	14 (25.0%)	
挿管中の追加投与	海外Phase III試験(W97-246)		
	デクスメトミジン群(N=203)	プラセボ群(N=198)	検定
プロポフォール			
0mg	122 (60.1%)	47 (23.7%)	<0.0001 ^{a)}
>0mg~50mg	43 (21.2%)	30 (15.2%)	
>50mg	38 (18.7%)	121 (61.1%)	
モルヒネ			
なし	93 (45.8%)	48 (24.2%)	0.0001 ^{b)}
あり	110 (54.2%)	150 (75.8%)	

a) 施設で調整したCochran-Mantel-Haenszel検定 (scores=MODRIDIT)

b) 施設で調整したMantel-Haenszel検定 (scores=MODRIDIT)

<集中治療患者の長期投与鎮静における有効性及び安全性>

集中治療室にて24時間を超える鎮静を要する患者(日本人75例)を対象にした非盲検非対照試験において、本剤を0.2~0.7μg/kg/時の範囲で24時間を超えて最長28日間静脈内投与したとき、主要評価項目である低血圧、高血圧及び徐脈の副作用発現率は下表のとおりであり、いずれの事象も投与開始後24時間以内と24時間超で統計学的な有意差は認められなかった(スコア検定)。本剤投与中に鎮静レベルRichmond Agitation-Sedation Score (RASS) ≤0を維持した時間の割合は、投与開始後24時間までは95.5%、24時間以降は70%以上で推移した。

副作用	24時間以内			24時間超			発現時期別の比較 ^{b)} (p値)
	発現例数	発現件数	発現率 ^{a)}	発現例数	発現件数	発現率 ^{a)}	
低血圧	3	3	0.040	6	6	0.0217	0.546
高血圧	3	3	0.040	5	6	0.0217	0.513
徐脈	1	1	0.0133	0	0	0	0.486

a) 発現件数をのべ投与日数(各症例の投与日数の合計値:24時間以内75.00,24時間超276.08)で除した値(単位:件/人日)

b) 投与開始後24時間以内と24時間超の発現率の比較(スコア検定)

<局所麻酔下における非挿管での手術及び処置時の鎮静における有効性>

手術・処置の予定時間が30分を超えると予想される患者を対象に、プラセボ対照二重盲検比較試験を2試験実施した。局所浸潤・伝達麻酔等の局所麻酔下での試験(DEX-301試験:162例)では、本剤を3又は6μg/kg/時で10分間の初期負荷投与後、0.2~0.7μg/kg/時の範囲で維持投与した。目標鎮静レベルはOAA/Sスコア=3~4とした。必要に応じて追加鎮静薬としてプロポフォール、追加鎮痛薬としてフェンタニルを投与できることとし、カテーテルアブレーション症例では、電氣的除細動及び焼灼前のフェンタニル投与を必須とした。その結果、治療投与中にプロポフォールの追加投与を必要としなかった症例の割合は、プラセボ群で1.9%(1/53)、初期負荷3μg/kg/時群で52.8%(28/53)、初期負荷6μg/kg/時群で57.1%(32/56)であり、プラセボ群に対し、初期負荷3μg/kg/時群及び6μg/kg/時群で有意に高かった(いずれもp<0.001)。

局所浸潤・伝達麻酔等の局所麻酔下での試験(DEX-301)			
試験薬投与中のプロポフォール追加投与	プラセボ群(N=53)	初期負荷3μg/kg/時群(N=53)	初期負荷6μg/kg/時群(N=56)
なし	1 (1.9%)	28 (52.8%)	32 (57.1%)
あり	52 (98.1%)	25 (47.2%)	24 (42.9%)
検定 ^{a)}		<0.001	<0.001

a) 手術・処置タイプで調整したMantel-Haenszel検定(閉手順によるプラセボ群と本剤投与群の比較)

硬膜外・脊髄も膜下麻酔下での試験(DEX-303試験:119例)では、本剤を1.5, 3又は6μg/kg/時で10分間の初期負荷投与後、0.2~0.7μg/kg/時の範囲で維持投与した。また、0.4μg/kg/時の維持投与速度で10分間の初期投与後、0.2~0.7μg/kg/時の範囲で維持投与を行う群も設定した。目標鎮静レベルはOAA/Sスコア=3~4とした。必要に応じて追加鎮静薬としてプロポフォール、追加鎮痛薬としてフェンタニルを投与できることとした。その結果、

治験薬投与中にプロポフォールの追加投与を必要としなかった症例の割合は、プラセボ群で22.7%(5/22)、初期投与0.4 μ g/kg/時群で13.0%(3/23)、初期負荷1.5 μ g/kg/時群で45.8%(11/24)、初期負荷3 μ g/kg/時群で68.0%(17/25)、初期負荷6 μ g/kg/時群で80.0%(20/25)であり、プラセボ群に対し、初期負荷3 μ g/kg/時群及び6 μ g/kg/時群で有意に高かった(それぞれ $p=0.003$, $p<0.001$)。

硬膜外・脊髄くも膜下麻酔下での試験(DEX-303)					
治験薬投与中のプロポフォール追加投与	プラセボ群(N=22)	初期投与0.4 μ g/kg/時群(N=23)	初期負荷1.5 μ g/kg/時群(N=24)	初期負荷3 μ g/kg/時群(N=25)	初期負荷6 μ g/kg/時群(N=25)
なし	5(22.7%)	3(13.0%)	11(45.8%)	17(68.0%)	20(80.0%)
あり	17(77.3%)	20(87.0%)	13(54.2%)	8(32.0%)	5(20.0%)
検定 ^{b)}		—	0.086	0.003	<0.001

b) 麻酔方法で調整したMantel-Haenszel検定(閉手順によるプラセボ群と本剤投与群の比較)

<高齢者、肝機能障害患者、腎機能障害患者、相互作用試験成績>

高齢者(>65歳)及び非高齢者(18～65歳)を対象に第I相試験を海外で実施した。その結果、高齢者と非高齢者の間で、薬物動態パラメータの差は認められず、薬力学的作用(鎮静作用等)にも臨床的に意義のある反応性の相違は認められなかった。

肝機能障害患者及び健康被験者を対象に試験を海外で実施した。その結果、肝機能障害の程度が重度になるに従い、本剤の消失が遅延し、鎮静深度が深くなり、鎮静状態の持続が認められた。有害事象の発現例数は、健康被験者(20例中8例)に比べ肝機能障害患者(20例中16例)が多かった。

腎機能障害患者及び健康被験者を対象に試験を海外で実施した。その結果、重度腎機能障害患者と健康被験者の間で、薬物動態パラメータの差は認められなかった。しかし、重度腎機能障害患者では鎮静作用が強くなる傾向がみられた。

海外の健康成人を対象に、鎮静剤(ミダゾラム、プロポフォール)、鎮痛剤(アルフェンタニル)、吸入麻酔剤(イソフルラン)との相互作用を検討したところ、薬物動態学的な相互作用は認められなかったが、鎮静、鎮痛、麻酔作用がそれぞれ増強された。神経筋弛緩剤(ロクロニウム)との明らかな相互作用は認められなかった。

■薬効薬理^{12)～17)}

1. 作用機序

本剤は脳内青斑核に分布する中枢性 α_2 アドレナリン受容体を介して、大脳皮質等の上位中枢の興奮・覚醒レベル上昇を抑制することにより鎮静作用を発現する。

2. α 受容体に対する作用

受容体親和性試験において、本剤は α_1 受容体に比して α_2 アドレナリン受容体に対する選択性が高く、本剤のラット大脳皮質における中枢性 α_1 、 α_2 アドレナリン受容体に対する親和性(pKi値)は、 α_2 :9.27、 α_1 :6.16であり、本剤の α_2 受容体への親和性は α_1 受容体への親和性よりも約1300倍高かった。

3. 鎮静作用

マウス、ラット、イヌで、中枢性 α_2 アドレナリン受容体刺激作用に基づく鎮静作用(自発運動の低下、正向反射の消失、催眠脳波の出現等)が認められた。

■有効成分に関する理化学的知見

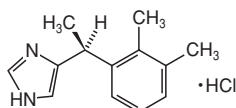
一般名：デクスメデトミジン塩酸塩(JAN)

(Dexmedetomidine Hydrochloride)

化学名：(+)-(S)-4-[1-(2,3-dimethylphenyl)ethyl]-1H-imidazole monohydrochloride

分子式及び分子量：C₁₃H₁₆N₂·HCl：236.74

構造式：



※※

提携



ファイザー株式会社
東京都渋谷区代々木3-22-7

性状：白色の結晶又は結晶性の粉末である。

水、メタノール又はエタノール(99.5)に溶けやすい。

融点：約157℃

■包装

プレセックス静注液200 μ g「ホスピーラ」：2mL(200 μ g)×5バイアル

■主要文献

- 1) Fragen R.J. et al.: J. Clin. Anesth. 11: 466-470, 1999
- 2) Trissel L.A. et al.: Int. J. Pharm. Comp. 6: 230-233, 2002
- 3) 社内資料：Dexmedetomidine Dose-Ranging Study to Evaluate the Effects of Dexmedetomidine on Sedation (Caucasian), 1997
- 4) 社内資料：Dexmedetomidine Dose-Ranging Study to Evaluate the Effects of Dexmedetomidine on Sedation in Japanese Subjects, 1999
- 5) 社内資料：A Phase I, Single-Center, Open-Label Study Evaluating the Metabolism and Excretion of ³H-Dexmedetomidine in Healthy, Adult Volunteers, 1997
- 6) Pugh R.N. et al.: Br. J. Surg. 60: 646-649, 1973
- 7) 社内資料：A Phase III, Multi-center, Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind Study Evaluating the Safety and Efficacy of Dexmedetomidine When Compared to Placebo, With Propofol, For ICU Sedation in Post-Operative Patients, 1998
- 8) 社内資料：術後の集中治療における鎮静・鎮痛剤としてのDA-9501のブリッジング二重盲検比較試験, 2001
- 9) 社内資料：DA-9501の長期投与における安全性および有効性を検討する第Ⅲ相非盲検長期投与試験, 2009
- 10) 社内資料：モニタリング監視下での非挿管手術時及び非挿管処置時の鎮静におけるDA-9501の有効性及び安全性を検討する第Ⅲ相無作為化プラセボ対照二重盲検比較試験, 2012
- 11) 社内資料：モニタリング監視下での硬膜外麻酔又は脊髄くも膜下麻酔による非挿管手術時の鎮静におけるDA-9501の有効性及び安全性を検討する第Ⅲ相無作為化プラセボ対照二重盲検比較試験, 2012
- 12) 社内資料：Gillon J.-Y. et al.: RECEPTOGRAM of Six Compounds, 1992
- 13) Macdonald E. et al.: J. Pharmacol. Exp. Ther. 259: 848-854, 1991
- 14) Sabbe M.B. et al.: Anesthesiology 80: 1057-1072, 1994
- 15) Cornelis J.J.G. Bol et al.: J. Pharmacol. Exp. Ther. 283: 1051-1058, 1997
- 16) 社内資料：ROUX S. et al.: CNS General Pharmacology Profile in the Mouse and the Rat, 1996
- 17) Takano Y. et al.: J. Pharmacol. Exp. Ther. 258: 438-446, 1991

※※文献請求先

主要文献に記載の社内資料につきましても下記にご請求ください。

ファイザー株式会社 製品情報センター
〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7
学術情報ダイヤル 0120-664-467
FAX 03-3379-3053



製造販売元

ホスピーラ・ジャパン株式会社
大阪府中央区城見1-2-27