

補足資料：向精神薬の薬物動態、高齢者へ投与する際の注意点、併用禁忌・注意情報

2. 抗うつ薬

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
アミトリプチリン	トリプタノール、ノーマルン、アミプリン	CYP1A2 CYP2C19 CYP2D6 CYP3A4	-	-
分類				
抗うつ薬				
効能・効果	用法・用量		高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法
精神科領域におけるうつ病・うつ状態、夜尿症	・うつ病・うつ状態：1日30～75mmを初期用量とし、1日150mmまで漸増し、分割経口投与する。まれに300mmまで増量することもある。年齢・症状により適宜減量。 ・夜尿症：1日10～30mmを就寝前に経口投与する。年齢・症状により適宜減量。		起立性低血圧、ふらつき、口渇、排尿困難、便秘、眼内圧亢進等があらわれやすい。	少量から投与を開始するなど患者の状態を観察しながら慎重に投与する。
薬物動態				
うつ病患者15例にアミトリプチリン塩酸塩を2週間以上1日30mg、75mg、125～180mg 3分割経口投与したときのアミトリプチリンの血漿中濃度は、それぞれ36±5ng/mL、43±3ng/mL、79±10ng/mLであり、また代謝物であるノルトリプチリンの血漿中濃度はそれぞれ8±2ng/mL、22±4ng/mL、89±25ng/mLであった。				
Tmax	Cmax	T1/2	AUC	
-	-	-	-	

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	MAO阻害薬(セレギリン)	発汗、不穏、全身痙攣、異常高熱、昏睡等があらわれることがある。MAO阻害薬の投与を受けた患者にアミトリプチリンを投与する場合には、少なくとも2週間の間隔をおき、またアミトリプチリンからMAO阻害剤に切りかえるときには、2～3日間の間隔をおくことが望ましい。	アミトリプチリンの代謝↓ また、アミトリプチリンが活性アミンのシナプス内への取り込みを阻害。
禁忌	チオリダジン	QT延長、心室性不整脈等を起こすことがある。	CYP2D6により代謝される本剤及びチオリダジンは、併用により競合的な代謝阻害を示し本剤又はチオリダジンの血中濃度が上昇する。
注意	CYP2D6阻害作用を有する薬剤(SSRI(フルボキサミン、パロキセチン)、抗不整脈薬(キニジン、プロパフェノン、フレカイニド)、シメチジン、フェノチアジン系薬剤)	アミトリプチリンの作用↑	CYP2D6阻害作用によりアミトリプチリンの代謝↓により血中濃度↑
注意	CYP3A4阻害作用を有する薬剤(リトナビル、ホスアンブレナビル)	アミトリプチリンの作用↑	CYP3A4阻害作用によりアミトリプチリンの代謝↓により血中濃度↑
注意	CYP3A4誘導作用を有する薬剤(カルバマゼピン、フェニトイン、セイヨウオトギリソウ(St. John's Wort)含有食品)	アミトリプチリンの作用↓	CYP3A4誘導作用によりアミトリプチリンの代謝↑により血中濃度↓
注意	ST合剤	アミトリプチリンの作用↓	機序不明
注意	アドレナリン作動薬(エピネフリン、ノルエピネフリン)	アドレナリン作動薬の作用↑	三環系抗うつ剤は交感神経末梢へのノルエピネフリンの取り込みを抑制し、受容体のアドレナリン作動性↑
注意	アルコール	アミトリプチリンの作用↑	アミトリプチリンの血中濃度↑
注意	カリウム製剤(徐放性、腸溶剤)	カリウム製剤の消化管粘膜刺激があらわれやすい	アミトリプチリンの抗コリン作用により消化管運動↓
注意	クマリン系抗凝血薬(ワルファリンカリウム)	クマリン系抗凝血薬の作用↑	アミトリプチリンの肝薬物代謝酵素阻害作用により、クマリン系抗凝血薬の代謝↓
注意	コリン作動薬(ピロカルピン)	コリン作動薬の作用↓	アミトリプチリンがコリン作動薬の作用に拮抗する。
注意	バルプロ酸	アミトリプチリンの血中濃度↑	-
注意	塩酸トラマドール	痙攣発作の危険性が增大するとの報告がある	機序不明
注意	血糖降下薬(インスリン、経口血糖降下剤)	血糖降下薬の作用↑	機序は不明
注意	抗コリン薬(スコポラミン)	抗コリン作用↑	相加作用
注意	降圧剤(グアネチジン、ベタニジン)	降圧薬の作用↓	アドレナリン作動性神経末でのグアネチジンの取り込みを阻害し、降圧作用を減弱させる。
注意	中枢神経抑制薬(バルビツール酸誘導体)	アミトリプチリンの作用↓ アミトリプチリンが中毒量に達していたときにはアミトリプチリンの有害作用↑	治療濃度ではアミトリプチリンの肝代謝↑により血中濃度↓

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
アモキシシリン	アモキシサン	-	-	-
分類				
抗うつ薬				
効能・効果	用法・用量	高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法	
うつ病・うつ状態	1日25～75mgを1～数回に分割経口投与する。効果不十分と判断される場合には1日量150mg、症状が特に重篤な場合には1日300mgまで増量することもある。	起立性低血圧、ふらつき、抗コリン作用による口渇、排尿困難、便秘、眼内圧亢進等があらわれやすい。	低用量から投与を開始するとともに、患者の状態を観察しながら、慎重に投与する。	

薬物動態

アモキシシリン及びその代謝物は主として尿中へグルクロン酸合体として排泄され、尿中排泄率は48時間で43%である(米国)。

Tmax	Cmax	T1/2	AUC
カプセル50mg : 1.46 hr (n=26, 健常成人) (1回経口投与)	カプセル50mg : 34.8ng/mL (n=26, 健常成人) (1回経口投与)	カプセル50mg : A : 約8 hr B : 約30 hr (n=26, 健常成人) (1回経口投与)	-
アモキシシリン細粒10%×0.5gまたはアモキシシリンカプセル25mg×2 A : 1～1.5 hr B : 1.5～2.5 hr (n=14, 健常成人) (1回経口投与)	アモキシシリン細粒10%×0.5g A : 46.7±16.4ng/mL B : 37.3±11.9ng/mL アモキシシリンカプセル25mg×2 A : 43.8±20.8ng/mL B : 33.0±11.7ng/mL (n=14, 健常成人) (1回経口投与)	アモキシシリン細粒10%×0.5gまたはアモキシシリンカプセル25mg×2 A : 24 hr後にほとんど消失 B : 24 hr後も比較的高い値を示す (n=14, 健常成人) (1回経口投与)	
A = アモキシシリン未変化体 B = 8-ヒドロキシアモキシシリン(体内主要代謝物)	A = アモキシシリン未変化体 B = 8-ヒドロキシアモキシシリン(体内主要代謝物)	A = アモキシシリン未変化体 B = 8-ヒドロキシアモキシシリン(体内主要代謝物)	

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	MAO阻害剤	MAO阻害薬の投与を受けた患者に本剤を投与する場合には、少なくとも2週間の間隔をおき、また本剤からモノアミン酸化酵素阻害剤に切りかえるときには、2～3日間の間隔をおくことが望ましい。	MAO阻害薬によってアモキシシリンの代謝↓ アモキシシリンが活性アミンのシナプス内への取り込みを阻害し、受容体の感受性↑
注意	SSRI	アモキシシリンの血中濃度↑	アモキシシリンの代謝↓
注意	ST合剤	アモキシシリンの作用↓	機序は明らかでないが、アモキシシリンの代謝促進又は作用部位での両剤の拮抗作用によるものと考えられている。
注意	アドレナリン作動薬(エピネフリン、ノルエピネフリン等)	アドレナリン作動薬の作用↑	アモキシシリンは交感神経末梢へのノルエピネフリンの取り込みを抑制し、受容体のアドレナリン作動性を上昇させ、作用を増強させることがあ
注意	アルコール	中枢神経抑制作用↑	相加作用
注意	シメチジン	アモキシシリンの血中濃度↑	シメチジンにより、アモキシシリンの代謝↓
注意	抗コリン作動薬(トリヘキソフェニジル等)	抗コリン作用↑(口渇、排尿困難・乏尿、眼内圧亢進、視調節障害、便秘、鼻閉等)	相加作用
注意	降圧剤(グアナチジン)	降圧剤の作用↓	三環系抗うつ剤はアドレナリン作動性ニューロンでのグアナチジンの取り込みを阻害する
注意	中枢神経抑制剤(バルビツール、酸誘導体等)	中枢神経抑制作用↑	相加作用

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
イミプラミン	トフラニール、イミドール	-	-	-
分類				
抗うつ薬				
効能・効果	用法・用量		高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法
精神科領域におけるうつ病・うつ状態 遺尿症(昼・夜)	・うつ病・うつ状態：1日25～75mgを初期用量とし、1日200mgまで漸増し、分割経口投与する。まれに300mgまで増量することもある。年齢・症状により適宜減量。 ・遺尿症：通常幼児は1日量25mgを1回、学童は1日量25～50mgを1～2回経口投与する。症状・年齢に応じ適宜増減。		起立性低血圧、ふらつき、抗コリン作用による口渇、排尿困難、便秘、眼内圧亢進等があらわれやすい。	少量から投与を開始するなど患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。
薬物動態				
塩酸イミプラミンを経口投与した場合、通常1週間後に定常血漿中濃度に達し、その濃度は個人差が大きい、75mg/日投与の平均値では未変化体が70ng/mLを示し、活性代謝物デシプラミンが29ng/mLを示す(うつ病患者)(外国人のデータ)塩酸イミプラミンは経口投与により、速やかに、かつ完全に吸収される。経口投与の場合、筋肉内投与に比べ、デシプラミンに代謝される率が高い。連続経口投与した場合の血漿中半減期は未変化体が9～20時間、代謝物デシプラミンが13～61時間である(健康成人)。経口投与の場合、排泄は速やかで、最初から24時間までの尿中に投与量の約43%が、72時間までの尿中に合計72%が排泄され、残りは糞中に排泄される。ヒトでは尿中に未変化体のほか、desmethyl体、2-hydroxy体、2-hydroxy-desmethyl体、N-oxide体、水酸化体のグルクロン酸抱合体等の代謝物が確認されている(うつ病患者)				
Tmax	Cmax	T1/2	AUC	
-	-	-	-	

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	チオリダジン	QT延長、心室性不整脈等を起こすことがある。	チオリダジンは肝薬物代謝酵素CYP2D6を阻害し、イミプラミン又はその活性代謝物の代謝を遅延させる。また、両剤ともQT延長が報告されている。
禁忌	MAO阻害剤(セレギリン)	発汗、不穏、全身痙攣、異常高熱、昏睡等があらわれることがある。MAO阻害剤の投与を受けた患者に本剤を投与する場合には、少なくとも2週間間の間隔をおき、また本剤からMAO阻害剤に切り替えるときには、2～3日間の間隔をおくことが望ましい。	イミプラミンは活性アミンのシナプス内への取り込みを阻害して、受容体の感受性を増強する。
注意	SNRI(ミルナシプラン、リチウム製剤)	セロトニン症候群があらわれるおそれがある。	相互にセロトニン作動性が増強される可能性がある。
注意	SSRI(フルボキサミン、パロキセチン)	イミプラミンの血中濃度↑ セロトニン症候群があらわれるおそれがある。	イミプラミンの代謝↓ 相互にセロトニン作動性が増強される
注意	ST合剤	イミプラミンの作用↓	イミプラミンの代謝↑ または両剤の受容体レベルでの拮抗作用によるものと考えられている。
注意	アドレナリン作用薬(エピネフリン、ノルエピネフリン、フェニレフリン 等)	アドレナリン作用薬の作用↑	三環系抗うつ薬は交感神経末梢へのノルアドレナリン等の取り込みを抑制する。
注意	インスリン製剤(インスリン)、スルフォニル尿素系糖尿病用剤(グリベンクラミド)	過度の血糖低下を来すとの報告がある。	他の三環系抗うつ剤(ドキシセピン)では低血糖に対する反応性が変化するが、インスリンに対する感受性が増大し、血糖降下作用が増強すると考えられている。
注意	クマリン系抗凝血剤(ワルファリン)	クマリン系抗凝血剤の血中濃度半減期↑	機序不明。他の三環系抗うつ薬(ノルトリプチン)で報告がある。
注意	シメチジン	イミプラミンの作用↑	シメチジンにより、イミプラミンの肝代謝が阻害され、血中濃度↑
注意	テルビナフィン	イミプラミンの活性代謝物の血中濃度↑	テルビナフィンのCYP2D6の阻害により、本剤又はその活性代謝物の代謝↓
注意	フェントイン	フェントインの作用↑	フェントインの代謝が阻害され、フェントインの血中濃度↑
注意	フェノチアジン系精神神経用剤(レボメプロマジン 等)	抗コリン作用↑ 中枢神経抑制作用↑	相加作用
注意	ホスアンブレナビル	イミプラミンの血中濃度↑	ホスアンブレナビルの活性代謝物であるアンブレナビルがイミプラミンの代謝阻害する。
注意	メチルフェニデート	イミプラミンの作用↑	メチルフェニデートにより、イミプラミンの肝代謝が阻害され、血中濃度↑
注意	黄体・卵胞ホルモン製剤	イミプラミンの作用↑	黄体・卵胞ホルモン製剤により、イミプラミンの肝代謝が阻害され、血中濃度↑
注意	肝酵素誘導作用をもつ薬剤(バルビツール酸誘導体、フェントイン、カルバマゼピン、リファンピシリン 等)	イミプラミンの血中濃度↓	肝酵素誘導作用による。
注意	抗コリン作用を有する薬剤(トリヘキシフェンジル、アトロピン 等)	抗コリン作用↑(口渇、便秘、尿閉、視力障害、眠気等)	相加作用
注意	抗不整脈剤(キニジン、プロパフェノン)	イミプラミンの作用↑	抗不整脈薬により、イミプラミンの肝代謝が阻害され、血中濃度↑
注意	降圧剤(グアナチジン)	降圧剤の作用↓	イミプラミンがアドレナリン作動性神経遮断作用を有する降圧剤の交感神経ニューロンへの取り込みを阻害する。また、本剤は交感神経ニューロンへのカテコラミン取り込み阻害作用も有する。
注意	中枢神経抑制剤(バルビツール酸誘導体等)、全身麻酔剤(ハロタン 等)、抗不安剤(アルプラゾラム 等)、アルコール	中枢神経抑制作用↑	相加作用
注意	電気ショック療法	痙攣閾値を低下させる。	イミプラミンは痙攣閾値を低下させると考えられている。
注意	副交感神経刺激剤(ピロカルピン)	ピロカルピンの作用↓	イミプラミンの抗コリン作用に拮抗。

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
クロミプラミン	アナプラニール	-	-	-
分類				
抗うつ薬				
効能・効果	用法・用量	高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法	
精神科領域におけるうつ病・うつ状態 遺尿症	・うつ病・うつ状態：1日50～100mgを1～3回に分割投与する。症状により適宜増減するが、1日最高量は225mgまでとする。 ・遺尿症：通常、6歳未満の幼児は1日10mg～25mgを、また6歳以上の学童は1日20mg～50mgを1～2回に分割投与する。症状・年齢により適宜増減。	起立性低血圧、ふらつき、抗コリン作用による口渇、排尿困難、便秘、眼内圧亢進等があらわれやすい。	少量から投与を開始するなど患者の状態を観察しながら慎重に投与する。	
薬物動態				
クロミプラミン塩酸塩を平均125mg/日経口投与した場合、投与開始後1～2週目で定常状態に達し、クロミプラミン、活性代謝物デスメチルクロミプラミンの血漿中濃度は、それぞれ139、266ng/mLである。 なお、点滴静注の場合、経口投与に比べ、デスメチルクロミプラミンに代謝される率が低い(うつ病患者)。 排泄は2/3が抱合体で尿中に、また約1/3は糞便中に排泄される。未変化体及び活性代謝物の尿中排泄は投与量の1%以下である。				
Tmax	Cmax	T1/2	AUC	
1mg/kg：1.5～4 hr	-	1mg/kg：約21 hr (β相)	-	

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	MAO阻害剤 セレギリン	発汗、不穏、全身痙攣、異常高熱、昏睡等があらわれることがある。MAO阻害剤の投与を受けた患者に本剤を投与する場合には、少なくとも2週間の間隔をおき、また本剤からMAO阻害剤に切り替えるときには、2～3日間の間隔をおくことが望ましい。	クロミプラミンは活性アミンのシナプス内への取り込みを阻害して、受容体の感受性を増強する。
禁忌	チオリダジン	QT延長、心室性不整脈等を起こすおそれがある。	チオリダジンによってCYP2D6が阻害され、クロミプラミン又はその活性代謝物の代謝を遅延させる。また両剤ともQT延長が報告されている。
注意	SNRI(ミルナシプラン、リチウム製剤)	セロトニン症候群のおそれあり。	相加作用
注意	SSRI	クロミプラミンの血中濃度↑ セロトニン症候群のおそれあり。	SSRIによる代謝を阻害。また、相互にセロトニン作動性をもつ。
注意	ST合剤	クロミプラミンの作用↓	クロミプラミンの代謝促進又は両剤の受容体レベルでの拮抗作用によるものと考えられている。
注意	アドレナリン作動薬(アドレナリン、ノルアドレナリン、フェニレフリン等)	アドレナリン作動薬の作用↑	クロミプラミンは交感神経末梢へのノルアドレナリン等の取り込みを抑制する。
注意	アンプレナビル、ホスアンプレナビル	クロミプラミンの血中濃度↑	アンプレナビルは本剤の代謝を競合的に阻害すると考えられる。
注意	インスリン製剤(インスリン)、スルフォニル尿素系糖尿病用剤(グリベンklamid)	過度の血糖低下を来すことがある。	クロミプラミンでの機序は不明。他の三環系抗うつ剤(ドキシセピン)では低血糖に対する反応性が変化するが、インスリンに対する感受性が増大し、血糖降下作用が増強すると考えられている。
注意	クマリン系抗凝血剤(ワルファリン)	クマリン系抗凝血剤の血中濃度半減期↑	機序不明。他の三環系抗うつ剤(ノルトリプチン)で報告あり。
注意	テルビナフィン	クロミプラミンの血中濃度↑	テルビナフィンのCYP2D6の阻害により、他の三環系抗うつ剤(イミプラミン)又はその活性代謝物の代謝が遅延する。
注意	フェニトイン	フェニトインの作用↑	他の三環系抗うつ剤(イミプラミン)でフェニトインの代謝が阻害され、フェニトインの血中濃度が上昇するという報告がある。
注意	フェノチアジン系抗精神病薬(レボメプロマジン等)	抗コリン作用↑ 中枢神経抑制作用↑	相加作用
注意	肝酵素誘導作用をもつ薬剤(バルビツール酸誘導体、フェニトイン、カルバマゼピン、リファンピシン等)	クロミプラミンの血中濃度↓	肝酵素誘導作用による。
注意	抗コリン作用を有する薬剤(トリヘキシフェンジル、アトロピン等)	抗コリン作用↑(口渇、便秘、尿閉、視力障害、眠気等)	相加作用
注意	抗不整脈薬(キニジン、プロパフェノン)	クロミプラミンの血中濃度↑	イミプラミンの代謝↓の報告がある。
注意	メチルフェニデート	クロミプラミンの血中濃度↑	イミプラミンの代謝↓の報告がある。
注意	シメチジン	クロミプラミンの血中濃度↑	イミプラミンの代謝↓の報告がある。
注意	黄体・卵巣ホルモン製剤	クロミプラミンの血中濃度↑	イミプラミンの代謝↓の報告がある。
注意	降圧剤(グアネチジン)	降圧剤の作用↓	クロミプラミンがアドレナリン作動性神経遮断作用を有する降圧剤の交感神経ニューロンへの取り込みを阻害する。また、本剤は交感神経ニューロンへのカテコラミン取り込み阻害作用も有する。
注意	中枢神経抑制剤(バルビツール酸誘導体等)、全身麻酔剤(ハロタン等)、抗不安剤(アルプラゾラム等)、アルコール	中枢神経抑制作用↑	相加作用
注意	電気ショック療法	痙攣閾値を低下させる。	クロミプラミンによって痙攣閾値↓
注意	副交感神経刺激剤(ピロカルピン)	ピロカルピンの作用↓	クロミプラミンの抗コリン作用に拮抗

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
サフラジン	サフラ	-	-	-
分類				
抗うつ薬				
効能・効果	用法・用量		高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法
-	-		-	-
薬物動態				
-				
Tmax	Cmax	T1/2	AUC	
-	-	-	-	

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
-	-	-	-

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
スルピリド	ドグマチール、ミラドール、アピリット、スルピリド、マーゲノール、ベタマック、クールスパン、ケイチール、シーグル、スカノーゼン、スタマクリット、スベサニール、ニチマール、ピリカプル、ヨウマチール	-	-	-
分類				
抗うつ薬				
効能・効果	用法・用量	高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法	
統合失調症、うつ病・うつ状態	<ul style="list-style-type: none"> 胃・十二指腸潰瘍：スルピリドとして、1日150mgを3回に分経口投与する。症状により適宜増減。 統合失調症：1日300～600mgを分経口投与する。年齢・症状により適宜増減し、1日1,200mgまで増量可。 うつ病・うつ状態：1日150～300mgを分経口投与する。年齢・症状により適宜増減し、1日600mgまで増量可。 	腎機能が低下している高齢者では高い血中濃度が持続するおそれがある。副作用（錐体外路症状等）の発現に注意する。	用量並びに投与間隔に留意するなど慎重に投与すること。	

薬物動態

乳汁中移行

産褥期の初産婦 (n=20) にスルピリド50mgを1日2回7日間反復経口投与したとき、投与2時間後の乳汁中スルピリド濃度は0.97 μg/mLであった。

Tmax	Cmax	T1/2	AUC
スルピリド錠50mg (TYK) : 2.42±0.51 hr	スルピリド錠50mg (TYK) : 333.83±46.19 ng/mL	スルピリド錠50mg (TYK) : 12.30±5.24 hr	スルピリド錠50mg (TYK) : 3303.50±375.02 ng·hr/mL
スルピリド錠100mg (TYK) : 2.33±0.49 hr	スルピリド錠100mg (TYK) : 570.92±58.58 ng/mL	スルピリド錠100mg (TYK) : 11.03±1.94 hr	スルピリド錠100mg (TYK) : 6212.08±616.17 ng·hr/mL
スルピリド錠200mg (TYK) : 2.33±0.49 hr (健康成人男子) (空腹時単回投与)	スルピリド錠200mg (TYK) : 568.17±50.78 ng/mL (健康成人男子) (空腹時単回投与)	スルピリド錠200mg (TYK) : 12.00±1.97 hr (健康成人男子) (空腹時単回投与)	スルピリド錠200mg (TYK) : 6355.21±572.61 ng·hr/mL (健康成人男子) (空腹時単回投与)

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
注意	QT延長を起こすことが知られている薬剤(チオリダジン、イミプラミン、ピモジド 等)	QT延長、心室性不整脈等の重篤な副作用を起こすおそれがある。	両薬剤はいずれもQT間隔を延長させるおそれがあるため、併用により作用が増強するおそれがある。
注意	アルコール(飲酒)	中枢神経抑制作用↑	相加作用
注意	ジギタリス剤(ジゴキシン、ジギトキシン 等)	ジギタリス剤飽和時の指標となる悪心・嘔吐、食欲不振症状を不顕性化するおそれがある。	本剤の制吐作用による。
注意	ドパミン作動薬(レボドパ 等)	相互に作用↓	作用が拮抗する。
注意	ベンザミド系薬剤(メクロプラミド、チアプリド 等)、フェノチアジン系薬剤(クロロプロマジン 等)、ブチロフェノン系薬剤(ハロペリドール 等)	内分泌機能異常、錐体外路症状が発現しやすくなる。	相加作用
注意	中枢神経抑制剤(バルビツール酸誘導体、麻酔剤 等)	中枢神経抑制作用↑	本剤及びこれらの薬剤は中枢神経抑制作用を有する。

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
セチプチリン	テシプール	-	-	-
分類				
抗うつ薬				
効能・効果	用法・用量	高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法	
うつ病・うつ状態	1日3mgを初期用量とし、1日6mgまで漸増し、分割経口投与する。年齢・症状により適宜増減。	80歳以上の患者において、血中濃度が高い傾向が報告されている。起立性低血圧、ふらつき等があらわれやすい。	少量から投与を開始するとともに、患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。	
薬物動態				
<p>血漿中濃度 健康成人男子に1mg 単回経口投与した結果、投与1～3時間後に最高血漿中濃度を示し、以後、二相性で低下した。この時のα相及びβ相の消失半減期は約2時間及び約24時間であった。 また、1mg ×3回/日の反復投与において、血漿中濃度が定常状態に到達する日数は6～9日であると推定された。</p>				
Tmax	Cmax	T1/2	AUC	
ピソプール錠1mg： 3.1±0.8 hr (健康成人男子)	ピソプール錠1mg： 0.54±0.22 ng/mL (健康成人男子)	ピソプール錠1mg： 17.7±11.2 hr (健康成人男子)	ピソプール錠1mg： 5.48±1.80 ng・hr/mL (AUC0-∞) (健康成人男子)	

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	MAO阻害剤	発汗、不穏、全身痙攣、異常高熱、昏睡等があらわれるおそれがある。MAO阻害剤の投与を受けた患者にセチプチリンマレイン酸塩を投与する場合には、少なくとも2週間の間隔をおき、また、セチプチリンマレイン酸塩からMAO阻害剤に切り替えるときは、2～3日間の間隔をおくことが望ましい。	三環系抗うつ剤では、MAO阻害剤による抗うつ剤の代謝阻害及び抗うつ剤のモノアミン取込み阻害作用によるアドレナリン受容体感受性の増大等によりこれらの症状が発現すると考えられている。
注意	アルコール	中心系抑制作用↑(眠気、脱力感、怠感、ふらつき等)	相加作用
注意	降圧剤(クロニジン、guanfacin、guanabenz等)	降圧剤の作用↓	α 2-アドレナリン受容体の拮抗作用。(セチプチリンは遮断、降圧薬は刺激)
注意	中枢神経抑制剤(フェノチアジン誘導体、バルビツール酸誘導体等)	眠気、脱力感、怠感、ふらつき等があらわれやすい。	相互に中枢神経抑制作用を増強する。

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
セルトラリン	ジェイノロフト	-	-	-
分類				
抗うつ薬				
効能・効果	用法・用量	高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法	
うつ病・うつ状態、パニック障害	通常、成人にはセルトラリンとして1日25 mgを初期用量とし、1日100 mgまで漸増し、1日1回経口投与する。なお、年齢、症状により1日100 mgを超えない範囲で適宜増減する。	肝機能が低下している高齢者では、高い血中濃度が持続し、出血傾向の増強等がおこるおそれがある。	高齢者においては、肝機能、腎機能の低下を考慮し、用量等に注意して慎重に投与すること。	
薬物動態				
<ul style="list-style-type: none"> ・反復投与 健康成人男性(6例)にセルトラリン100 mgを1日1回10日間朝食後に反復経口投与した時の血漿中濃度は投与5日目には定常状態に達し、10日間の反復投与により理論値(R=2.0)を超える蓄積(投与1日目:Cmax40.5 ng/mL、AUC0-24 0.612 μg・hr/mL、10日目:Cmax 69.9 ng/mL、AUC0-241.22 μg・hr/mL)は認められなかった ・高齢者 高齢うつ病患者(日本人、男性5例、女性8例、65歳以上)にセルトラリンを1日1回、最高6週間反復経口投与(25 mg/日から75 mg/日まで増量)した。高齢者のt_{1/2}(男性30.7時間、女性35.7時間)は、健康成人男性の23.4時間と比較して長くなる傾向が認められた。高齢者(外国人、男性11例、女性11例、65歳以上)及び成人(外国人、男性11例、女性11例、18~45歳)にセルトラリンを1日1回、30日間反復経口投与(50 mg/日から200 mg/日注)まで増量した。成人男性の最終投与後のCmaxは117.5 ng/mLであり、高齢者(男性135.4 ng/mL、女性147.1 ng/mL)及び成人女性(165.6 ng/mL)に比べ、有意に低かったが、AUCにはいずれの群間でも有意な差は認められなかった。 ・腎機能障害患者(外国人データ) 腎機能障害患者(24例)にセルトラリン100 mgを食後に単回経口投与した時、セルトラリンの血漿中濃度は腎機能の障害により高くなる傾向を示したが、その上昇の程度は小さかった。 ・肝機能障害患者(外国人データ) 慢性非活動性肝不全患者(Child-Pughの分類A及びB、10例)にセルトラリン100 mgを単回経口投与した時の血漿中濃度推移は、健康成人と比較して、Cmaxが約1.7倍、AUC0-∞が4.4倍増加し、t_{1/2}は2.3倍延長した。また、セルトラリン50 mgを肝機能障害者(改訂Child-Pughの分類A及びB、10例)に21日間反復経口投与した時、単回投与時と同様の傾向が認められた。 ・乳汁中移行(外国人データ) 大うつ病を伴う授乳婦(26例)にセルトラリン25~200 mg注を1日1回、14日間以上反復経口投与した時、いずれの授乳婦の乳汁においてもセルトラリンは検出され、投与後9日目に最高値を示した。また、乳児の血清においてもセルトラリンが確認された。 				
Tmax	Cmax	T _{1/2}	AUC	
50mg: 8.7±2.1 hr 100mg: 6.7±1.0 hr 200mg: 6.3±1.5 hr (n=6, 健康成人男性) (単回経口投与)	50mg: 15.1±4.3 ng/mL 100mg: 30.8±7.9 ng/mL 200mg: 90.8±15.0 ng/mL (n=6, 健康成人男性) (単回経口投与)	50mg: 22.5±8.1 hr 100mg: 24.1±7.9 hr 200mg: 23.4±6.2 hr (n=6, 健康成人男性) (単回経口投与)	50mg: 0.557±0.261 ng・hr/mL 100mg: 1.081±0.551 ng・hr/mL 200mg: 2.975±1.001 ng・hr/mL (n=6, 健康成人男性) (単回経口投与) (AUC0-∞)	

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	MAO阻害剤(塩酸セレギリン(エフビー))	発汗、不穏、全身痙攣、異常高熱、昏睡等の症状があらわれることがある。なお、MAO阻害剤の投与を受けた患者に本剤を投与する場合、また本剤投与後にMAO阻害剤を投与する場合には、14日間以上の間隔をおくこと。	セロトニンの分解が阻害され、脳内セロトニン濃度が高まると考えられる。
禁忌	ピモジド	ピモジドのAUC ↑、Cmax ↑ ピモジドはQT延長を引き起こすことがあるので本剤と併用しないこと。	機序不明
注意	5-HT _{1B} /1D受容体作動薬(コハク酸スマトリプタン、ゾルミトリプタン、臭化水素酸エレクトリプタン)	脱力、反射亢進、協調運動障害、錯乱、不安、焦燥、興奮があらわれることがある。	相互に作用を増強させるおそれがある。
注意	L-トリプトファンを含有する製剤(アミノ酸製剤、経腸成分栄養剤)	セロトニン作用が増強されるおそれがある。	L-トリプトファンはセロトニンの前駆物質であるため、脳内セロトニン濃度が高まるおそれがある。
注意	アルコール	本剤投与中は、飲酒を避けることが望ましい。	他の抗うつ剤で作用の増強が報告されている。
注意	クマリン系抗凝血剤(ワルファリン)	ワルファリンのプロトロンビン反応時間AUCが軽度上昇(8%)したとの報告がある。本剤の投与を開始もしくは中止する場合は、プロトロンビン時間を慎重にモニターすること。	機序不明
注意	シメチジン	セルトラリンのAUC ↑、Cmax ↑、t _{1/2} ↑	セルトラリンの代謝 ↓
注意	血糖降下薬(トルブタミド)	トルブタミドのクリアランスが減少(16%)したとの報告がある4)。	血糖降下薬の代謝を阻害するためと考えられる。
注意	三環系抗うつ剤(クロミプラミン、イミプラミン、アミトリアピリン)	薬剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されるおそれがある。	三環系抗うつ薬の代謝 ↓
注意	出血傾向が増強する薬剤(非定型抗精神病剤、フェノチアジン系薬剤、三環系抗うつ剤、アスピリン等の非ステロイド系抗炎症剤、ワルファリン等)	異常出血(鼻出血、胃腸出血、血尿等)が報告されているので、注意して投与すること。	SSRIによって血小板凝集能が阻害される。
注意	炭酸リチウム	セロトニンに関連した副作用(振戦等)が増大するおそれがある。	相加作用

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
デシプラミン	パートフラン	-	-	-
分類				
抗うつ薬				
効能・効果	用法・用量		高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法
0	0		0	0
薬物動態				
0				
Tmax	Cmax	T1/2	AUC	
0	0	0	0	
併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子	
0	0	0	0	

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
ドスレピン	プロチアデン	-	-	-
分類				
抗うつ薬				
効能・効果	用法・用量	高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法	
うつ病及びうつ状態	1日75～150mg(3～6錠)を2～3回分割経口投与する。なお、年齢及び症状により適宜増減する。	起立性低血圧、ふらつき、抗コリン作用による口渇、排尿困難、便秘、眼内圧亢進等があらわれやすい。高い血中濃度が持続する。	少量から投与を開始するなど患者の状態を観察しながら慎重に投与する。	
薬物動態				
健康成人4人にドスレピン塩酸塩25mgを1日3回5日間連続経口投与したとき、3日目ではほぼ定常状態に達した。				
代謝・排泄 ドスレピン塩酸塩のヒトにおける主な代謝経路は、脱メチル化によるノルチアデンの生成及びチエピン環のSの酸化である。投与後24時間までの尿中累積排泄率は、投与量の約40%で、主要代謝物はドスレピン-S-オキサイド及びノルチアデン-S-オキサイドであった。				
Tmax	Cmax	T1/2	AUC	
プロチアデン錠25×3：3.9 hr (n=16, 健康成人)	プロチアデン錠25×3：27.6ng/mL (n=16, 健康成人)	プロチアデン錠25×3：11.1 hr (n=16, 健康成人)	-	
ドスレピン塩酸塩25mg：3.1 hr (n=7, 若年健康者(21-25歳)) ドスレピン塩酸塩25mg：5.4 hr (n=7, 高齢健康者65-75歳)	ドスレピン塩酸塩25mg：9.0ng/mL (n=7, 若年健康者(21-25歳)) ドスレピン塩酸塩25mg：17.7ng/mL (n=7, 高齢健康者65-75歳)	ドスレピン塩酸塩25mg：14.4 hr (n=7, 若年健康者(21-25歳)) ドスレピン塩酸塩25mg：22.0 hr (n=7, 高齢健康者65-75歳)		

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	MAO阻害剤	発汗、不穏、全身痙攣、異常高熱、昏睡等があらわれることがある。MAO阻害剤の投与を受けた患者に本剤を投与する場合には少なくとも2週間の間隔をおき、また本剤からMAO阻害剤に切り替えるときには2～3日間の間隔をおくことが望ましい。	①MAO阻害剤が肝ミクソソーム酵素を阻害する。 ②三環系抗うつ剤がMAO阻害剤によって蓄積したアミン類のアドレナリン受容体に対する感受性を増大させる。
禁忌	チオリダジン	QT延長、心室性不整脈等を起こすおそれがある。	プロチアデンとチオリダジン双方の代謝↓によって血中濃度↑
注意	SSRI(フルボキサミン、パロキセチン)	本剤の血中濃度が上昇し、本剤の作用が増強するおそれがある。	プロチアデンの代謝↓
注意	ST合剤	ドスレピンの作用↓	三環系抗うつ薬の代謝↑
注意	アドレナリン作動薬(アドレナリン、ノルアドレナリン等)	アドレナリン作動薬の作用↑	三環系抗うつ薬は交感神経末梢へのノルアドレナリン等の取り込みを抑制する。
注意	アルコール(飲酒)	中枢神経抑制作用↑	相加作用
注意	シメチジン	ドスレピンの作用↑	三環系抗うつ剤の代謝↓
注意	キノジン	ドスレピンの作用↑	三環系抗うつ剤の代謝↓
注意	抗コリン作動薬	抗コリン作用↑(口渇、便秘、尿閉、視力障害、眠気等)	相加作用
注意	降圧剤(グアネチジン硫酸塩等)	降圧剤の作用↓	三環系抗うつ剤がアドレナリン作動性ニューロンでの降圧剤(グアネチジン硫酸塩等)の取り込みを阻害するためと考えられる。
注意	中枢神経抑制剤(バルビツール酸誘導体等)	中枢神経抑制作用↑	①相加作用 ②バルビツール酸誘導体代謝↓

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
トラゾドン	デジレル、レスリン、アンデブレ	-	-	-
分類				
抗うつ薬				
効能・効果	用法・用量		高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法
うつ病・うつ状態	通常、成人には1日75～100 mgを初期用量とし、1日200 mgまで増量し、1～数回に分割経口投与する。年齢・症状により適宜増減。		-	一般に高齢者では生理機能が低下しているため減量するなど注意すること。
薬物動態				
健康人に塩酸トラゾドン50mg 及び100mg を食後に単回経口投与したとき、血漿中トラゾドン濃度は投与3～4時間後に最高値に達し、半減期6～7時間で消失する。健康人に塩酸トラゾドン25mg を1日3回14 日間反復経口投与したときの血漿中トラゾドン濃度は投与2日目から定常状態に達する。				
Tmax	Cmax	T1/2	AUC	
アンデブレ錠25mg : 0.83±0.47 hr アンデブレ錠50mg : 1.80±1.41 hr (健康成人男子) (絶食単回経口投与)	アンデブレ錠25mg : 591.51±182.80 ng/mL アンデブレ錠50mg : 895.44±285.11 ng/mL (健康成人男子) (絶食単回経口投与)	アンデブレ錠25mg : 6.16±1.26 hr アンデブレ錠50mg : 6.41±1.78 hr (健康成人男子) (絶食単回経口投与)	アンデブレ錠25mg : 3254.45±629.13 ng・hr/mL アンデブレ錠50mg : 6034.19±1350.11 ng・hr/mL (健康成人男子) (絶食単回経口投与)	

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
注意	アルコール	中枢神経抑制作用↑	相加作用
注意	カルバマゼピン	トラゾドンの血中濃度↓	トラゾドンの代謝↑
注意	クマリン系抗凝血剤(ワルファリン)	プロトロンビン時間↓	機序不明
注意	抗HIV薬(リトナビル、インジナビル)	トラゾドンの血中濃度↑ トラゾドンを減量するなど用量に注意すること。	トラゾドンの代謝↓
注意	フェノチアジン誘導体(クロルプロマジン等)	血圧低下を起こすおそれがある。	α受容体遮断の相加作用。
注意	強心配糖体(ジゴキシン等、フェニトイン)	ジゴキシンの血中濃度↑ フェニトインの血中濃度↑	機序不明
注意	降圧剤	起立性低血圧及び失神を含む低血圧が起こるおそれがあるので、降圧剤の用量調節に注意すること。	トラゾドンによってもまた、血圧低下があらわれることがある。
注意	中枢神経抑制剤(バルビツール酸誘導体等)	中枢神経抑制作用↑	相加作用

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
トリミプラミン	スルモンチール	-	-	-
分類				
抗うつ薬				
効能・効果	用法・用量	高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法	
精神科領域におけるうつ病・うつ状態	1日50～100mgを初期用量とし、1日200mgまで漸増し、分割経口投与する。まれに300mgまで増量することもある。なお、年齢、症状により適宜減量する。	血圧降下、ふらつき、抗コリン作用による口渇、排尿困難、便秘、眼圧亢進等があらわれやすい。	少量から投与を開始するなど患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。	
薬物動態				
-				
Tmax	Cmax	T1/2	AUC	
50mg : 3.1 ± 0.6 hr (n=9, 健康成人(外国人)) (単回経口投与)	50mg : 28.2 ± 4.4 ng/mL (n=9, 健康成人(外国人)) (単回経口投与)	50mg : 24.0 ± 2.3 hr (n=9, 健康成人(外国人)) (単回経口投与)	-	

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	MAO阻害剤	臨床症状: 発汗、不穏、全身痙攣、異常高熱、昏睡等の症状があらわれることがある。 なお、MAO阻害剤の投与を受けた患者に本剤を投与する場合には、少なくとも2週間の間隔をおき、また本剤からMAO阻害剤に切り替えるときには、2～3日間の間隔をおくことが望ましい。	MAO阻害剤は本剤の代謝を阻害する。
注意	ST合剤	トリミプラミンの作用↓	ST合剤によって、トリミプラミンの代謝が促進される。
注意	アドレナリン作用を有する薬剤	トリミプラミンの作用↑	相加作用
注意	抗コリン作用を有する薬剤	本剤の作用が増強されることがある。	共に抗コリン作用を有する。
注意	降圧剤(グアナエチジン、ベタニジン)	降圧剤の作用を減弱することがある。	本剤は降圧剤の交感神経終末への取り込みを阻害する。
注意	中枢神経抑制剤(バルビツール酸誘導体等、アルコール)	本剤の作用が増強されることがある。	共に中枢神経抑制作用を有する。

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
ノルトリプチリン	ノルレン	-	-	-
分類				
抗うつ薬				
効能・効果	用法・用量	高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法	
精神科領域におけるうつ病およびうつ状態(内因性うつ病、反応性うつ病、退行期うつ病、神経症性うつ状態、脳器質性精神障害のうつ状態)	初め1回量として10~25mg相当量を1日3回経口投与するか、またはその1日量を2回に分けて経口投与する。その後、症状および副作用を観察しつつ、必要ある場合は漸次増量する。通常、最大量は1日量として150mg以内であり、これを2~3回に分けて経口投与する。	起立性低血圧、ふらつき、抗コリン作用による口渇、排尿困難、便秘、眼内圧亢進等があらわれやすい。	少量から投与を開始するなど患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。	
薬物動態				
-				
Tmax	Cmax	T1/2	AUC	
1mg/kg : 5.6 hr (健康成人(外国人))(単回投与)	1mg/kg : 44.4 ng/mL (健康成人(外国人))(単回投与)	1mg/kg : 26.9 hr (健康成人(外国人))(単回投与)	-	

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	MAO阻害剤	発汗、不穏、全身痙れん、異常高熱、昏睡等があらわれることがある。 モノアミン酸化酵素阻害剤の投与を受けた患者に本剤を投与する場合には、少なくとも2週間の間隔をおき、また本剤からモノアミン酸化酵素阻害剤に切り替えるときには、2~3日間の間隔をおくことが望ましい。	モノアミン酸化酵素阻害剤は本剤の代謝を阻害する。また本剤は活性アミンの交感神経終末への取り込みを抑制して、受容体の感受性を増強する。
注意	ST合剤	ノルトリプチリンの作用↓	機序不明。
注意	アドレナリン作動薬(アドレナリン、ノルアドレナリン 等)	アドレナリン作動薬の作用↑	三環系抗うつ剤は交感神経終末へのノルアドレナリンの取り込みを抑制し、作用が増強され
注意	アルコール	中枢神経抑制作用↑	相加作用
注意	キニジン	ノルトリプチリンの血中濃度↑	ノルトリプチリンの代謝↓
注意	クマリン系抗凝血剤(ワルファリン)	クマリン系抗凝血剤の血中濃度半減期↑	ワルファリンの肝代謝↓
注意	リファンピシン	ノルトリプチリンの作用↓	ノルトリプチリンの代謝↑
注意	血糖降下剤(インスリン、経口血糖降下剤)	これらの薬剤の血糖降下作用が増強することがある。	機序は不明(ノルトリプチリンがインスリン感受性を増強?)
注意	抗コリン作用を有する薬剤(フェノチアジン系薬剤、ブチロフェノン系薬剤 等)	口渇、便秘、排尿困難、眼内圧亢進等があらわれることがある。	抗コリン作用の相加
注意	降圧剤(グアナチジン、ベタニジン等)	降圧剤の作用↓	これらの降圧剤はノルアドレナリンの取り込み機構により、交感神経終末に取り込まれて作用を示すが、本剤は降圧剤の取り込みを抑制すると考えられる。
注意	中枢神経抑制剤(バルビツール酸誘導体等)	眠気、脱力感、倦怠感、ふらつきがあらわれることがある。	中枢神経抑制作用↑

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
パロキセチン	パキシル	-	-	-
分類				
抗うつ薬				
効能・効果	用法・用量	高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法	
うつ病・うつ状態、パニック障害、強迫性障害	<p>・うつ病・うつ状態：1日1回夕食後、20～40mgを経口投与する。投与は1回10～20mgより開始し、原則として1週ごとに10mg/日ずつ増量する。症状により1日40mgを超えない範囲で適宜増減。</p> <p>・パニック障害：1日1回夕食後、30mgを経口投与する。投与は1回10mgより開始し、原則として1週ごとに10mg/日ずつ増量する。症状により1日30mgを超えない範囲で適宜増減。</p> <p>・強迫性障害：1日1回夕食後、40mgを経口投与する。投与は1回20mgより開始し、原則として1週ごとに10mg/日ずつ増量する。症状により1日50mgを超えない範囲で適宜増減。</p>	抗利尿ホルモン不適合分泌症候群(SIADH)、出血の危険性が高くなるおそれがあるので注意する。	高齢者では血中濃度が上昇するおそれがあるため、十分に注意しながら投与すること。	

薬物動態

健康成人(20～27歳)に本剤10、20又は40mgを単回経口投与した時の投与量で補正した最高血漿中濃度(Cmax)の平均値は10mg群と比較して20及40mg群でそれぞれ1.98及び4.69倍であり、投与量の増加を上回った増加が確認された。また、40mg群の投与量で補正した血漿中濃度曲線下面積(AUC)は20mg群の2.48倍であり、Cmaxと同様に投与量の増加を上回った増加がみられ、薬物動態の非線形性が確認された。

健康成人(21～27歳)に本剤20mgを1日1回10日間反復経口投与した時の血漿中濃度は、初回投与5時間後にCmax12.5ng/mLに達し、T1/2は約10時間であった。Cminは反復投与7日目に定常状態(約23ng/mL)に達した。反復投与時の血漿中濃度は、最終投与5時間後にCmax59.5ng/mLに達し、T1/2は約15時間であった。

食事の影響(海外データ)：健康成人に本剤20mgを空腹時又は食後に単回経口投与した時の薬物動態学的パラメータに差は認められず、食事の影響はないと考えられる。

Tmax	Cmax	T1/2	AUC
10mg：4.61±1.04 hr 20mg：5.05±1.22 hr 40mg：4.58±0.96 hr (Mean±SD, n=19, 健康成人(20～27歳)(単回経口投与))	10mg：1.93±1.38 ng/mL 20mg：6.48±4.10 ng/mL 40mg：26.89±11.00 ng/mL (Mean±SD, n=19, 健康成人(20～27歳)(単回経口投与))	10mg：算出できず 20mg：14.35±10.99 hr 40mg：14.98±11.51 hr (Mean±SD, n=19, 健康成人(20～27歳)(単回経口投与))	10mg：算出できず 20mg：119.6±100.1 ng・hr/mL 40mg：447.2±254.8 ng・hr/mL (Mean±SD, n=19, 健康成人(20～27歳)(単回経口投与))
20mg：約6 hr (健康高齢者(65～80歳))	20mg：7.3 ng/mL (健康高齢者(65～80歳))	20mg：約15 hr (健康高齢者(65～80歳))	

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	MAO阻害剤(塩酸セレギリンエフビー)	セロトニン症候群があらわれることがある。MAO阻害剤を投与中あるいは投与中止後2週間以内の患者には投与しないこと。また、本剤の投与中止後2週間以内にMAO阻害剤の投与を開始しないこと。	脳内セロトニン濃度が高まると考えられている。
禁忌	チオリダジン	QT延長、心室性不整脈(torsades de pointesを含む)等の重篤な心臓血管系の副作用があらわれるおそれがある。	チオリダジンの血中濃度↑
禁忌	ピモジド	QT延長、心室性不整脈(torsades de pointesを含む)等の重篤な心臓血管系の副作用があらわれるおそれがある。	ピモジドの血中濃度↑
注意	β遮断剤(チモロールマレイン酸塩)	β遮断薬の作用↑	β遮断薬の代謝↓
注意	アルコール(飲酒)	他の抗うつ剤で作用↑の報告あり。パロキセチン	本剤との相互作用は認められていない。
注意	カルバマゼピン	パロキセチンの作用↓	パロキセチンの代謝↑
注意	キニジン	パロキセチンの作用↑	パロキセチンの代謝↓
注意	クマリン系抗凝固薬(ワルファリン)	他の抗うつ剤でクマリン系抗凝固薬の作用↑の報告あり。	本剤との相互作用は認められていない。
注意	ジゴキシン	ジゴキシンの作用↓	ジゴキシンの血中濃度↓
注意	シメチジン	パロキセチンの作用↑	パロキセチンの血中濃度が約50%増
注意	セロトニン作用薬(炭酸リチウム、SSRI、トリプタン系薬剤(スマトリ、ブタン等)、セロトニン前駆物質(L-トリプトファン、5-ヒドロキシトリプトファン等)含有製剤)	セロトニン症候群等のセロトニン作用による症状があらわれることがある。これらの薬物を併用する際には観察を十分に行うこと。(「重大な副作用」の項参照)	相加作用
注意	食品等(トラマドール、リネゾリド、セイウオトギリソウ、(St. John's Wort、セント・ジョーンズ・ワート)含有食品等)	セロトニン症候群等のセロトニン作用による症状があらわれることがある。これらの薬物を併用する際には観察を十分に行うこと。(「重大な副作用」の項参照)	相加作用
注意	フェニトイン	パロキセチンの作用↓	パロキセチンの血中濃度↓
注意	フェノチアジン系抗精神病剤(ペルフェナジン)	悪性症候群があらわれるおそれ。過鎮静、錐体外路症状等。	フェノチアジン系抗精神病剤の血中濃度↑
注意	フェノバルビタール	パロキセチンの作用↓	パロキセチンの血中濃度↓、AUC↓、T1/2↓
注意	ホスアンプルナビルとリトナビルの併用時	パロキセチンの作用↓	パロキセチンの血中濃度↓
注意	メプロロール酒石酸塩	重度の血圧低下が報告されている。	メプロロールの(S)-体及び(R)-体のT1/2↑、AUC↑
注意	リスベリドン	悪性症候群があらわれるおそれあり。過鎮静、錐体外路症状等。	リスベリドン及び活性代謝物の血中濃度↑
注意	リファンピシン	パロキセチンの作用↓	パロキセチンの血中濃度↓
注意	抗不整脈剤(プロパフェノン、フレカイニド)	抗不整脈薬作用が増強されるおそれがある。	抗不整脈薬の血中濃度↑
注意	三環系抗うつ剤(アミトリプチン塩酸塩、フルトリプチン塩酸塩、イミプラミン塩酸塩)	三環系抗うつ剤の作用↑ イミプラミンとパロキセチンの併用で、鎮静↑、抗コリン作用↑	イミプラミンのAUCが約1.8倍↑
注意	止血・血液凝固を阻害する薬剤(非ステロイド性抗炎症剤、アスピリン、ワルファリン等)および出血症状の報告のある薬剤(フェノチアジン系抗精神病剤、非定型抗精神病剤、三環系抗うつ剤等)	出血傾向が増強するおそれがある。	作用が増強(相加作用?)

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
フルボキサミン	デプロメール、ルボックス	CYP2D6	-	CYP1A2(強) ※2 CYP3A4 ※2 CYP2D6 ※2 CYP2C19 ※2
分類				
抗うつ薬				
効能・効果	用法・用量		高齢者へ投与時の影響	
うつ病・うつ状態、強迫性障害、社会不安障害	通常、成人には1日50mgを初期用量とし、1日150mgまで増量し、1日2回に分割して経口投与する。年齢・症状に応じて適宜増減。		高齢者の肝機能↓により肝代謝↓でフルボキサミンの血中濃度↑が持続し、出血傾向の増強等がおこるおそれがある。また、抗利尿ホルモン不適合分泌症候群が主に高齢者において報告されている。因果関係は不明であるが、心疾患のある高齢者において、房室ブロック、心室頻拍等があらわれたとの報告がある。	
			高齢者への投与方法	
			増量に際しては、用量等に注意して慎重に投与すること。	
薬物動態				
健康成人男子(n=5)に75mgを1日1回反復経口投与したときの血清中濃度は投与3日目ではほぼ定常状態に達した。				
Tmax	Cmax	T1/2	AUC	
25mg : 5.17 ± 1.47 hr 50mg : 4.67 ± 1.37 hr 100mg : 3.50 ± 1.22 hr 200mg : 4.67 ± 1.51 hr (n=6, 健康成人男子)	25mg : 9.14 ± 3.97 ng/mL 50mg : 17.25 ± 3.03 ng/mL 100mg : 43.77 ± 15.49 ng/mL 200mg : 91.81 ± 16.67 ng/mL (n=6, 健康成人男子)	25mg : 8.91 ± 1.25 hr 50mg : 9.83 ± 2.23 hr 100mg : 11.84 ± 2.38 hr 200mg : 14.11 ± 4.13 hr (n=6, 健康成人男子)	25mg : 133 ± 51 ng・hr/mL 50mg : 302 ± 69 ng・hr/mL 100mg : 804 ± 322 ng・hr/mL 200mg : 2020 ± 655 ng・hr/mL (n=6, 健康成人男子)	

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	MAO阻害剤(セレギリン)	両薬剤の作用↑ セロトニン症候群 MAO阻害剤の中止後、本剤を投与する場合は、2週間以上の間隔をあけること。また、本剤投与後MAO阻害剤に切り替える場合は、少なくとも1週間以上の間隔をあけること。	発現機序は不明。
原則禁忌	シザプリド	QT延長、心室性不整脈等が発現するおそれがある。やむを得ず併用する場合には、定期的に心機能検査等を実施し、異常が認められた場合には直ちに投与を中止すること。	シザプリドの代謝↓によってシザプリドの血中濃度↑
禁忌	チオリダジン	QT延長、心室性不整脈(torsades de pointesを含む)等の心血管系の副作用が発現するおそれがある。	チオリダジンの血中濃度↑又は半減期↑
禁忌	チザニジン	著しい血圧低下等の副作用が発現するおそれがある。	チザニジンの血中濃度↑又は半減期↑
禁忌	ピモジド	QT延長、心室性不整脈(torsades de pointesを含む)等の心血管系の副作用が発現するおそれがある。	ピモジドの血中濃度↑又は半減期↑
注意	L-トリプトファンを含有する製剤(アミノ酸製剤、経腸成分栄養剤等)	セロトニン症候群	L-トリプトファンはセロトニンの前駆物質であるため、脳内セロトニン濃度が高まるおそれがある。
注意	β遮断剤(プロプラノロール)	徐脈、低血圧等	プロプラノロールの代謝↓によってプロプラノロール血中濃度↑or半減期↑or AUC↑
注意	アルコール(飲酒)	他の抗うつ薬で作用↑ 本剤服用中は、飲酒を避けさせることが望ましい	今のところ報告はない
注意	オランザピン	オランザピンの血中濃度↑or半減期↑or AUC↑ オランザピンを減量するなどして注意して使用する。	オランザピンの代謝↓
注意	キサンチン系気管支拡張剤(テオフィリン等)	めまい、傾眠、不整脈等。 テオフィリンの用量を1/3に減量するなど、注意して投与すること。	テオフィリンの代謝↓によってテオフィリンの血中濃度↑or半減期↑or AUC↑(クリアランスが1/3に低下)
注意	クマリン系抗凝血剤(ワルファリンカリウム)	ワルファリンの血中濃度↑or半減期↑or AUC↑ プロトロンビン時間を測定し、ワルファリンの用量を調節するなど、注意して投与すること。	ワルファリンの代謝↓
注意	シクロスポリン	シクロスポリンシクロスポリンの血中濃度↑	フルボキサミンがシクロスポリンの代謝を阻害し、シクロスポリンの血中濃度↑or半減期↑or AUC↑
注意	セロトニン作用薬(トリプタン系薬剤、(コハク酸スマトリプタン等)、SSRI、塩酸トラマドール)	セロトニン作用↑ セロトニン症候群	相加作用
注意	ベンゾジアゼピン系薬剤(アルプラゾラム、プロメザepam、ジアゼパム等)	ベンゾジアゼピン系薬剤の血中濃度↑ ベンゾジアゼピン系薬剤を減量するなどして注意して使用する。	ベンゾジアゼピン系薬剤の血中濃度↑or半減期↑or AUC↑
注意	メキシチレン	メキシチレンの血中濃度↑ メキシチレンを減量するなどして注意して使用する。	メキシチレンの血中濃度↑or半減期↑or AUC↑
注意	抗てんかん剤(フェニトイン、カルバマゼピン)	抗てんかん薬の血中濃度↑ 抗てんかん薬を減量するなどして注意して使用する。	抗てんかん薬の血中濃度↑or半減期↑or AUC↑
注意	三環系抗うつ剤(イミプラミン、アミトリプチン、クロミプラミン)	三環系抗うつ薬の血中濃度↑ 三環系抗うつ薬を減量するなどして注意して使用する。	三環系抗うつ薬の血中濃度↑or半減期↑or AUC↑
注意	出血傾向が増強する薬剤(非定型抗精神病薬、フェノチアジン系薬剤、三環系抗うつ薬、アスピリン等の非ステロイド系抗炎症剤、ワルファリンカリウム等)	皮膚の異常出血(斑状出血、紫斑等)、出血症状(胃腸出血等)	SSRIの血小板凝集阻害が相加され、出血傾向↑
注意	炭酸リチウム	両薬剤の作用↑、セロトニン症候群 炭酸リチウムの用量を減量するなど、注意して投与すること。	発現機序は不明。

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
マプロチリン	ルジオミール	-	-	-
分類				
抗うつ薬				
効能・効果	用法・用量		高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法
うつ病・うつ状態	1日30～75mgを2～3回に分割経口投与する。また上記用量は1日1回夕食後あるいは就寝前に投与できる。年齢・症状により適宜増減。		起立性低血圧、ふらつき、抗コリン作用による口渇、排尿困難、便秘、眼内圧亢進等があらわれやすい。	少量から投与を開始するなど患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。
薬物動態				
塩酸マプロチリン25及び75mgを1回経口投与した場合、約6～12時間で最高血漿中濃度に達し、その後ゆっくりと減衰する。生物学的半減期は個人差が大きく(19時間～73時間)、平均値は25mg投与で約46時間、75mg投与で約45時間である(健康成人)。30及び75mg/日を分割投与あるいは1日1回投与した場合、血漿中濃度は2週間以内に定常状態に達し、その平均値は両投与方法に差はなく、分割投与方法では31.3及び76.9ng/mL、1日1回投与方法では、31.7及び70.6ng/mLである(うつ病患者)。				
薬物動態に関しては、クロスオーバー法により、健康成人男子に本剤(マプロチリン塩酸塩として30mg、25mg)を空腹時に単回経口投与し、投与前、投与後3、6、9、12、15、24、48、72、120及び192時間に前腕静脈から採血した。GC/MS法により測定したマプロチリン塩酸塩の血漿中濃度の推移及びパラメータは次のとおりであり、AUC及びCmaxについて統計的評価を行った。				
Tmax	Cmax	T1/2	AUC	
30mg(n=16): 9.2±0.6 hr	30mg(n=16): 8.976±0.777 ng/mL	30mg(n=16): 59.7±7.9 hr	30mg(n=16): 493.208±81.108 ng·hr/mL	
25mg(n=18): 9.3±1.0 hr (健康成人男子) (空腹時単回経口投与)	25mg(n=18): 6.689±0.292 ng/mL (健康成人男子) (空腹時単回経口投与)	25mg(n=18): 49.0±5.2 hr (健康成人男子) (空腹時単回経口投与)	25mg(n=18): 364.541±27.882 ng·hr/mL (健康成人男子) (空腹時単回経口投与)	

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	MAO阻害剤	発汗、不穏、全身痙攣、異常高熱、昏睡等があらわれることがある。MAO阻害剤の投与を受けた患者に本剤を投与する場合には、少なくとも2週間の間隔をおき、また本剤からMAO阻害剤に切り替えるときには、2～3日間の間隔をおくことが望ましい。	本剤は活性アミンのシナプス内への取り込みを阻害して、受容体の感受性を増強する。
注意	SSRI (フルボキサミン、パロキセチン)	マプロチリンの血中濃度↑	SSRIによってマプロチリンの代謝が阻害され、マプロチリンの血中濃度↑
注意	ST合剤	イミプラミンと併用した際の抗うつ効果↓	イミプラミンの代謝↑、両剤の受容体レベルでの拮抗作用による。
注意	アドレナリン作動薬(エピネフリン、ノルエピネフリン、フェニレフリン等)	アドレナリン作動薬の作用↑	マプロチリンは交感神経末梢へのノルエピネフリン等の取り込みを抑制し、受容体部位へのアドレナリン作動性を上昇させ、作用を増強させる。
注意	インスリン製剤(インスリン、スルフォニル尿素系、糖尿病用剤、グリベンクラミド)	過度の血糖低下を来すとの報告がある。	本剤での機序は不明であるが、三環系抗うつ剤(ドキシセピン)により低血糖に対する反応性が変化するか、インスリンに対する感受性が増大し、血糖降下作用が増強すると考えられている。
注意	クマリン系抗凝血剤(ワルファリン)	クマリン系抗凝血剤の血中濃度半減期↑	機序不明。他の三環系抗うつ薬(ノルトリプチン)で報告がある。
注意	フェニトイン	三環系抗うつ剤(イミプラミン)で、フェニトインの作用↑	フェニトインの代謝が阻害され、フェニトインの血中濃度が上昇すると考えられている。
注意	フェノチアジン誘導体(レボメプロマジン等)	鎮静、抗コリン作用↑	相加作用
注意	ベンゾジアゼピン誘導体	併用中のベンゾジアゼピン誘導体を中止すると痙攣発作が起こることがある。	併用中のベンゾジアゼピン誘導体を中止すると、痙攣発作が顕性化する。 危険因子:痙攣素因のある患者
注意	リスペリドン	マプロチリンの血中濃度↑	リスペリドンによってマプロチリンの代謝が阻害され、マプロチリンの血中濃度↑
注意	肝酵素誘導作用をもつ薬剤(バルビツール酸誘導体、フェニトイン等)	三環系抗うつ剤(イミプラミン)の作用↓	バルビツール酸誘導体又はフェニトイン等の肝酵素誘導作用により、イミプラミンの代謝↑
注意	肝初回通過効果を受けやすいβ-遮断剤(塩酸プロプラノロール等)	起立性低血圧、鎮静、口渇、霧視、運動失調等があらわれることがある。	マプロチリンの代謝が阻害されてマプロチリンの血中濃度↑
注意	抗コリン作用を有する薬剤(トリヘキシフェンジル、アトロピン等)	口渇、便秘、尿閉、視力障害、眠気等があらわれることがある。	いずれも抗コリン作用を有するため。
注意	抗不整脈剤(キニジン、プロパフェノン、メチルフェニデート、シメチジン)	三環系抗うつ剤(イミプラミン)で作用↑	イミプラミンの代謝↓
注意	メチルフェニデート()	三環系抗うつ剤(イミプラミン)で作用↑	イミプラミンの代謝↓
注意	シメチジン()	三環系抗うつ剤(イミプラミン)で作用↑	イミプラミンの代謝↓
注意	降圧剤(アドレナリン作動性神経遮断作用を有するもの)(guanethidine等)	降圧薬の作用↓	マプロチリンがアドレナリン作動性神経遮断作用を有する降圧剤の交感神経ニューロンへの取り込みを阻害する。また、本剤は交感神経ニューロンへのカテコラミン取り込み阻害作用も
注意	中枢神経抑制剤(バルビツール酸誘導体等、全身麻酔剤、ハロタン、抗不安剤、ベンゾジアゼピン、誘導体等、アルコール、)	中枢神経抑制作用↑	いずれも中枢神経抑制作用を有するため。
注意	電気ショック療法	痙攣閾値↓	0
注意	副交感神経刺激剤(ピロカルピン)	ピロカルピンの作用が减弱されることがある。	本剤の抗コリン作用によりピロカルピンと拮抗的に作用すると考えられている。
注意	痙攣閾値を低下させる薬剤(フェノチアジン誘導体等)	痙攣発作	相加作用 危険因子:痙攣素因のある患者

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
ミアンセリン	テトラミド	-	-	-
分類				
抗うつ薬				
効能・効果	用法・用量		高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法
うつ病・うつ状態	1日30mgを初期用量とし、1日60mgまで増量し、分割経口投与する。また、上記用量は1日1回夕食後あるいは就寝前に投与できる。年齢・症状により適宜増減。		高齢者へ投与時の影響 起立性低血圧、ふらつき等があらわれやすい。	高齢者への投与方法 少量から投与を開始するとともに患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。

薬物動態

(1)健康成人男子24例にテトラミド錠10mg3錠及びテトラミド錠30mg1錠を1回経口投与し、crossover法で血漿中ミアンセリン濃度を比較したところ、両群ともほぼ同様に推移し、投与後2時間で最高血漿中濃度(40~45ng/mL)に達し、その後二相性の減衰を示し、投与後72時間にはほぼ血漿中から消失した。消失半減期はテトラミド錠10mg投与群18.2±1.3時間、テトラミド錠30mg投与群18.3±1.2時間で両群間に有意差は認められなかった。

Tmax	Cmax	T1/2	AUC
テトラミド錠10mg×3錠： 2.0±0.1 hr テトラミド錠30mg×1錠： 2.0±0.1 hr (Mean±SE, n=24, 健康成人男子)	テトラミド錠10mg×3錠： 45.2±2.9 hr テトラミド錠30mg×1錠： 40.7±2.6 hr (Mean±SE, n=24, 健康成人男子)	テトラミド錠10mg×3錠： 18.2±1.3 hr テトラミド錠30mg×1錠： 18.3±1.2 hr (Mean±SE, n=24, 健康成人男子)	テトラミド錠10mg×3錠： 458.8±34.9 ng·hr/mL テトラミド錠30mg×1錠： 435.4±35.3 ng·hr/mL (Mean±SE, n=24, 健康成人男子)

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	MAO阻害剤	発汗、不穏、全身痙攣、異常高熱、昏睡等。 MAO阻害剤の投与を受けた患者に本剤を投与する場合には、少なくとも2週間の間隔をおき、また、本剤からMAO阻害剤に切りかえるときは、2~3日間の間隔をおくことが望ましい。	機序は不明であるが、以下のような説がある。 a.中枢性アドレナリン受容体の感受性の増強 b.神経外アミン総量のMAO阻害剤による増加および本剤によるモノアミン作動神経終末におけるアミン取り込み阻害 c.MAO阻害剤(ヒドララジン型)による本剤の代謝酵素阻害作用
注意	アルコール	中枢神経抑制作用↑	ミアンセリンの代謝↓
注意	降圧剤(クロニジン塩酸塩等、)	降圧剤の作用↓	ミアンセリンのβ2受容体阻害作用によると考えられる。
注意	中枢神経抑制剤(バルビツール酸誘導体等)	相互に作用↑	機序不明
注意	5-HT1B/1D受容体作動薬(コハク酸スマトリブタン等)	他の抗うつ剤で併用により高血圧、冠動脈収縮の報告あり。	セロトニン作用の相加作用

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
ミルナシبران	トレドミン	-	-	-
分類				
抗うつ薬				
効能・効果	用法・用量	高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法	
うつ病・うつ状態	通常、成人には、1日25mgを初期用量とし、1日100mgまで漸増し、1日2～3回に分けて食後に経口投与する。年齢・症状により適宜増減。	低ナトリウム血症、抗利尿ホルモン不適合分泌症候群は主に高齢者において報告されているので、注意すること。	1日25mgを初期用量とし、日60mgまで漸増。1日2～3回に分けて食後に経口投与。患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。	
薬物動態				
-				
Tmax	Cmax	T1/2	AUC	
12.5mg : 2.0±0.7 hr 25mg : 2.0±0.0 hr 50mg : 2.6±1.1 hr 100mg : 2.6±0.9 hr (n=5, 健康成人男子) (食後単回投与)	12.5mg : 40.8±6.4 ng/mL 25mg : 74.7±9.4 ng/mL 50mg : 161.9±25.2 ng/mL 100mg : 326.9±64.0 ng/mL (n=5, 健康成人男子) (食後単回投与)	12.5mg : 7.9±1.5 hr 25mg : 8.2±1.0 hr 50mg : 8.2±1.3 hr 100mg : 7.9±1.3 hr (n=5, 健康成人男子) (食後単回投与)	12.5mg : 314.2±17.1 ng·hr/mL 25mg : 601.0±61.6 ng·hr/mL 50mg : 1253.4±227.1 ng·hr/mL 100mg : 2532.1±396.2 ng·hr/mL (n=5, 健康成人男子) (食後単回投与)	

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	MAO阻害剤(塩酸セレギリン)	他の抗うつ剤で併用により発汗、不穏、全身痙攣、異常高熱、昏睡等の症状があらわれることが報告されている。 MAO阻害剤の投与を受けた患者に本剤を投与する場合は、少なくとも2週間の間隔をおき、また、本剤からモノアミン酸化酵素阻害剤に切り替えるときは2～3日間の間隔をおくことが望まし	主にモノアミン酸化酵素阻害剤による神経外アミン総量の増加及び抗うつ剤によるモノアミン作動性神経終末におけるアミン再取り込み阻害によると考えられている。
注意	アドレナリン作動薬(エピネフリン、ノルエピネフリン)	アドレナリン作動薬の作用↑	三環系抗うつ薬は交感神経末梢へのノルアドレナリン等の取り込みを抑制する。
注意	アルコール	他の抗うつ薬で中枢神経抑制作用↑が報告されている	相加作用
注意	ジゴキシン	ジゴキシンの静脈内投与との併用により起立性低血圧、頻脈があらわれたとの報告がある。	機序は不明。
注意	降圧剤(クロニジン等)	降圧剤の作用↓ 観察を十分に行うこと。	本剤のノルアドレナリン再取り込み阻害作用によると考えられる。
注意	炭酸リチウム	他の抗うつ剤で併用によりセロトニン症候群がある	機序は不明。
注意	中枢神経抑制剤(バルビツール酸誘導体等)	相互に作用を増強するおそれがある。	機序は不明。

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
ロフェブラミン	アンブリット	-	-	-
分類				
抗うつ薬				
効能・効果	用法・用量	高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法	
うつ病・うつ状態	初期用量1回10～25mg(錠10mg:1錠または錠25mg:1錠)を1日2～3回経口投与し、1日150mg(錠10mg:15錠または錠25mg:6錠)まで漸増する。なお、年齢、症状により適宜減量する。	起立性低血圧、ふらつき、抗コリン作用による口渇、排尿困難、便秘、眼内圧亢進等があらわれやすい。	少量から投与を開始するなど患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。	
薬物動態				
ロフェブラミン25mgを毎食直後に8日間連続経口投与した場合、ロフェブラミンおよびデシプラミンの血漿中濃度は上昇傾向を示し、6～8日で一定に達した。				
Tmax	Cmax	T1/2	AUC	
ロフェブラミン： 1～2 hr デシプラミン(代謝物)： 1.5～3.0 hr (n=5, 健康成人) (朝食後単回投与)	ロフェブラミン： 22.9[13.0～43.0] ng/mL デシプラミン(代謝物)： 9.8[2.3～22.9] ng/mL	ロフェブラミン： 2.7[0.5～4.3] hr デシプラミン(代謝物)： 3.4[2.4～18.1] hr	-	

併用禁忌	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
注意	MAO阻害剤	発汗、不穏、全身痙攣、異常高熱、昏睡等があらわれることがある。モノアミン酸化酵素阻害薬の投与を受けた患者に本剤を投与する場合は、少なくとも2週間の間隔をおき、また本剤からモノアミン酸化酵素阻害薬に切りかえる場合には、2～3日間の間隔をおくことが望ましい。	モノアミン酸化酵素阻害薬がカテコールアミンの代謝を阻害し、血中濃度を上昇させ、また本剤がアドレナリン作動性神経終末でのカテコールアミンの再取り込みを阻害し、受容体でのカテコールアミン濃度を上昇させると考えられている。
注意	ST合剤	他の三環系抗うつ薬(イミプラミン等)で作用↓	機序は明らかでないが、イミプラミンの代謝が促進、またはST合剤がイミプラミンとレセプター部位で拮抗すると考えられている。
注意	アドレナリン作動薬(アドレナリン等)	アドレナリン作動薬の作用↑(血圧の異常上昇、不整脈等)	ロフェブラミンが交感神経末梢へのノルアドレナリン等の取り込みを抑制する。
注意	キニジン	他の三環系抗うつ薬(イミプラミン)で作用↑の報告がある。	キニジンの肝薬物代謝酵素阻害作用により、ロフェブラミンの代謝が抑制される。
注意	シメチジン	他の三環系抗うつ薬(イミプラミン)で作用↑の報告がある。	シメチジンにより、イミプラミンの肝代謝が阻害され、血中濃度↑
注意	フェニトイン	他の三環系抗うつ薬(イミプラミン)でフェニトイン中毒症状(運動失調等)があらわれるとの報告がある。	イミプラミンによる肝代謝阻害でフェニトインの血中濃度↑
注意	フェノチアジン系抗精神病薬	他の三環系抗うつ薬(イミプラミン)で双方の血中濃度↑の報告あり	相互に代謝を阻害し、双方の血中濃度↑
注意	メチルフェニデート	他の三環系抗うつ薬(イミプラミン)で作用↑の報告がある。	メチルフェニデートにより、イミプラミンの肝代謝が阻害され、血中濃度↑
注意	黄体・卵胞ホルモン製剤()	他の三環系抗うつ薬(イミプラミン)で作用↑の報告がある。	黄体・卵胞ホルモン製剤により、イミプラミンの肝代謝が阻害され、血中濃度↑
注意	肝代謝酵素誘導作用を持つ薬剤(バルビツール酸誘導体、リファンピシン等)	他の三環系抗うつ薬(イミプラミン)の血中濃度↓の報告がある。	肝薬物代謝酵素誘導作用によるロフェブラミンの代謝促進で血中濃度↓
注意	抗コリン作動薬	抗コリン作用↑(霧視、便秘、眠気、散瞳、口内乾燥等)	相加作用
注意	降圧薬(グアナチジン、ベタニジン等)	他の三環系抗うつ薬(イミプラミン、アミトリプチリン等)で降圧薬の作用↓	三環系抗うつ薬はアドレナリン作動性神経終末で降圧薬の取り込みを阻害すると考えられている。
注意	全身麻酔薬	中枢神経抑制作用↑	相加作用
注意	抗不安薬	中枢神経抑制作用↑	相加作用
注意	アルコール	中枢神経抑制作用↑	相加作用
注意	中枢神経抑制薬(バルビツール酸誘導体等)	中枢神経抑制作用↑	相加作用