

アルツハイマー型認知症治療剤

* 日本薬局方 ドネペジル塩酸塩錠

アリセプト[®]錠 3mg
アリセプト[®]錠 5mg
アリセプト[®]錠 10mg

	錠 3 mg	錠 5 mg	錠 10mg	細粒 0.5%
承認番号	21100AMZ00662000	21100AMZ00663000	21900AMX01197000	21300AMZ00373000
薬価収載	1999年11月	1999年11月	2007年12月	2001年 7月
販売開始	1999年11月	1999年11月	2007年12月	2001年 9月
効能追加	2007年 8月		—	2007年 8月
再審査結果	2010年 3月	2010年 3月	—	2010年 3月
国際誕生	1996年11月			

* 日本薬局方 ドネペジル塩酸塩細粒

アリセプト[®]細粒 0.5% **Aricept[®]**

〔貯 法〕 室温保存

細粒バラ包装は開栓後、光を遮り保存すること。(光により含量が低下することがある。なお、細粒分包装は遮光フィルムを使用している。)

〔使用期限〕 外箱又はラベルに表示の使用期限内に使用すること。

〔注〕 注意—医師等の処方せんにより使用すること

【禁 忌】(次の患者には投与しないこと)

本剤の成分又はピペリジン誘導体に対し過敏症の既往歴のある患者

【組成・性状】

1. 組成

錠 3 mg: 本剤は、1錠中にドネペジル塩酸塩 3 mg を含有する黄色のフィルムコート錠である。

添加物として黄色三二酸化鉄、結晶セルロース、酸化チタン、ステアリン酸マグネシウム、タルク、トウモロコシデンプン、乳糖水和物、ヒドロキシプロピルセルロース、ヒプロメロース、マクロゴール6000を含有する。

錠 5 mg: 本剤は、1錠中にドネペジル塩酸塩 5 mg を含有する白色のフィルムコート錠である。

添加物として結晶セルロース、酸化チタン、ステアリン酸マグネシウム、タルク、トウモロコシデンプン、乳糖水和物、ヒドロキシプロピルセルロース、ヒプロメロース、マクロゴール6000を含有する。

錠 10 mg: 本剤は、1錠中にドネペジル塩酸塩 10 mg を含有する赤橙色のフィルムコート錠である。

添加物として結晶セルロース、酸化チタン、三二酸化鉄、ステアリン酸マグネシウム、タルク、トウモロコシデンプン、乳糖水和物、ヒドロキシプロピルセルロース、ヒプロメロース、マクロゴール6000を含有する。

細粒 0.5%: 本剤は、1g 中にドネペジル塩酸塩 5 mg を含有する白色の細粒剤である。

添加物として軽質無水ケイ酸、乳糖水和物、ヒドロキシプロピルセルロース、D-マンニトールを含有する。

2. 製剤の性状

販売名	剤形 識別コード	外 形			性 状
		表	裏	側 面	
アリセプト 錠 3mg	フィルム コート錠				黄 色
	€244	直径(mm)・質量(mg)・厚さ(mm) 7.1 140 3.5			
アリセプト 錠 5mg	フィルム コート錠				白 色
	€245	直径(mm)・質量(mg)・厚さ(mm) 7.1 140 3.5			
アリセプト 錠 10mg	フィルム コート錠				赤 橙 色
	€246	直径(mm)・質量(mg)・厚さ(mm) 8.6 278 4.8			
アリセプト 細粒 0.5%	細粒剤				白 色

【効能・効果】

アルツハイマー型認知症における認知症症状の進行抑制

〈効能・効果に関連する使用上の注意〉

1. アルツハイマー型認知症と診断された患者にのみ使用すること。
2. 本剤がアルツハイマー型認知症の病態そのものの進行を抑制するという成績は得られていない。
3. アルツハイマー型認知症以外の認知症性疾患において本剤の有効性は確認されていない。

【用法・用量】

通常、成人にはドネペジル塩酸塩として1日1回3mgから開始し、1～2週間後に5mgに増量し、経口投与する。高度のアルツハイマー型認知症患者には、5mgで4週間以上経過後、10mgに増量する。なお、症状により適宜減量する。

細粒: 通常、成人には1日1回0.6gから開始し、1～2週間後に1.0gに増量し、経口投与する。高度のアルツハイマー型認知症患者には、1.0gで4週間以上経過後、2.0gに増量する。なお、症状により適宜減量する。

〈用法・用量に関連する使用上の注意〉

1. 3mg/日投与は有効用量ではなく、消化器系副作用の発現を抑える目的なので、原則として1～2週間を超えて使用しないこと。
2. 10mg/日に増量する場合は、消化器系副作用に注意しながら投与すること。
3. 医療従事者、家族などの管理のもとで投与すること。

**【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)

本剤はアセチルコリンエステラーゼ阻害剤であり、コリン作動性作用により以下に示す患者に対しては症状を誘発又は増悪する可能性があるため慎重に投与すること。

(1) 洞不全症候群、心房内及び房室接合部伝導障害等の心疾患のある患者

〔迷走神経刺激作用により徐脈あるいは不整脈を起こす可能性がある。〕

(裏面につづく)

- (2)消化性潰瘍の既往歴のある患者、非ステロイド性消炎鎮痛剤投与中の患者
〔胃酸分泌の促進及び消化管運動の促進により消化性潰瘍を悪化させる可能性がある。〕
- (3)気管支喘息又は閉塞性肺疾患の既往歴のある患者
〔気管支平滑筋の収縮及び気管支粘液分泌の亢進により症状が悪化する可能性がある。〕
- (4)錐体外路障害（パーキンソン病、パーキンソン症候群等）のある患者
〔線条体のコリン系神経を亢進することにより、症状を誘発又は増悪する可能性がある。〕

2. 重要な基本的注意

- (1)本剤の投与により、徐脈、心ブロック（洞房ブロック、房室ブロック）、QT延長等があらわれることがあるので、特に心疾患（心筋梗塞、弁膜症、心筋症等）を有する患者や電解質異常（低カリウム血症等）のある患者等では、重篤な不整脈に移行しないよう観察を十分に行うこと。
- (2)他の認知症性疾患との鑑別診断に留意すること。
- (3)本剤投与で効果が認められない場合、漫然と投与しないこと。

** (4)他のアセチルコリンエステラーゼ阻害作用を有する同効薬（ガランタミン等）と併用しないこと。

3. 相互作用

本剤は、主として薬物代謝酵素 CYP3A4及び一部 CYP2D6で代謝される。〔薬物動態〕の項参照

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
スキサメニウム塩化物水和物	筋弛緩作用を増強する可能性がある。	併用薬剤の脱分極性筋弛緩作用を増強する可能性がある。
コリン賦活剤 アセチルコリン塩化物 カルプロニウム塩化物 ピタネコル塩化物 アクラトニウムナパジシル酸塩 コリンエステラーゼ阻害剤 アンパニウム塩化物 ジスチグミン臭化物 ピロスチグミン臭化物 ネオスチグミン等	迷走神経刺激作用などコリン刺激作用が増強される可能性がある。	本剤とともにコリン作動性の作用メカニズムを有している。
トラコナゾール エリスロマイシン等	本剤の代謝を阻害し、作用を増強させる可能性がある。	併用薬剤のチトクローム P450 (CYP3A4) 阻害作用による。
キニジン硫酸塩水和物等		併用薬剤のチトクローム P450 (CYP2D6) 阻害作用による。
カルバマゼピン デキサメタゾン フェニトイン フェノバルビタール リファンピシン等	本剤の代謝を促進し、作用を減弱させる可能性がある。	併用薬剤のチトクローム P450 (CYP3A4) の誘導による。
中枢性抗コリン剤 トリヘキシフェニジル塩酸塩 ピロヘプチン塩酸塩 マザチコール塩酸塩水和物 メチキセン塩酸塩 ビバデン塩酸塩等 アトロピン系抗コリン剤 ブチルスコポラミン臭化物 アトロピン硫酸塩水和物等	本剤と抗コリン剤は互いに干渉し、それぞれの効果を減弱させる可能性がある。	本剤と抗コリン剤の作用が、相互に拮抗する。
非ステロイド性消炎鎮痛剤	消化性潰瘍を起こす可能性がある。	コリン系の賦活により胃酸分泌が促進される。

4. 副作用

軽度及び中等度のアルツハイマー型認知症

承認時までの臨床試験において、総症例457例中、48例（10.5%）の副作用が報告されている。また、98例（21.4%）の臨床検査値異常変動が報告されている。（承認時）

使用成績調査において、総症例3,240例中、346例（10.7%）の副作用（臨床検査値異常変動を含む）が報告されている。（再審査終了時）

高度のアルツハイマー型認知症

承認時までの臨床試験において、総症例386例中、171例（44.3%）の副作用（臨床検査値異常変動を含む）が報告されている。（承認時）

(1)重大な副作用

1)失神、徐脈、心ブロック、QT延長、心筋梗塞、心不全 失神（0.1%未満）、徐脈（0.1～1%未満）、心ブロック（洞房ブロック、房室ブロック）、QT延長、心筋梗塞、心不全（各0.1%未満）があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

2)消化性潰瘍、十二指腸潰瘍穿孔、消化管出血

本剤のコリン賦活作用による胃酸分泌及び消化管運動の促進によって消化性潰瘍（胃・十二指腸潰瘍）（0.1%未満）、十二指腸潰瘍穿孔（頻度不明）、消化管出血（0.1%未満）があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

3)肝炎、肝機能障害、黄疸 肝炎（頻度不明）、肝機能障害（0.1～1%未満）、黄疸（頻度不明）があらわれることがあるので、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

4)脳性発作、脳出血、脳血管障害 脳性発作（てんかん、痙攣等）（0.1～1%未満）、脳出血、脳血管障害（各0.1%未満）があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

5)錐体外路障害（0.1～1%未満） 寡動、運動失調、ジスキネジア、ジストニア、振戦、不随意運動、歩行異常、姿勢異常、言語障害等の錐体外路障害があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

6)悪性症候群（Syndrome malin）（0.1%未満） 無動緘黙、強度の筋強剛、嚥下困難、頻脈、血圧の変動、発汗等が発現し、それに引き続く発熱がみられる場合は、投与を中止し、体冷却、水・電解質管理等の全身管理とともに適切な処置を行うこと。本症発症時には、白血球の増加や血清CK（CPK）の上昇がみられることが多く、また、ミオグロビン尿を伴う腎機能の低下がみられることがある。

7)横紋筋融解症（頻度不明） 横紋筋融解症があらわれることがあるので、観察を十分に行い、筋肉痛、脱力感、CK（CPK）上昇、血中及び尿中ミオグロビン上昇等があらわれた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。また、横紋筋融解症による急性腎不全の発症に注意すること。

8)呼吸困難 (0.1%未満) 呼吸困難があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。

9)急性肺炎 (頻度不明) 急性肺炎があらわれることがあるので、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

10)急性腎不全 (0.1%未満) 急性腎不全があらわれることがあるので、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

11)原因不明の突然死 (0.1%未満)

(2)その他の副作用

	1～3%未満	0.1～1%未満	0.1%未満	頻度不明
過敏症 ^{注)}		発疹、痒痒感		
消化器	食欲不振、嘔気、嘔吐、下痢	腹痛、便秘、流涎	嚥下障害、便失禁	
精神神経系		興奮、不穏、不眠、眠気、易怒性、幻覚、攻撃性、せん妄、妄想、多動	リビドー亢進、多弁、躁状態、抑うつ、錯乱、無感情	悪夢
中枢・末梢神経系		徘徊、振戦、頭痛、めまい	昏迷	
肝臓		LDH、AST (GOT)、ALT (GPT)、 γ -GTP、Al-Pの上昇		
循環器		動悸、血圧上昇	血圧低下	心房細動
泌尿器		BUNの上昇	尿失禁、頻尿	尿閉
血液		白血球減少、ヘマトクリット値減少、貧血	血小板減少	
その他		CK (CPK)、総コレステロール、トリグリセライド、アミラーゼ、尿アミラーゼの上昇、倦怠感、むくみ、転倒	顔面紅潮、脱力感、胸痛、筋痛	発汗、顔面浮腫、発熱

注) このような症状があらわれた場合には、投与を中止すること。

発現頻度は、軽度及び中等度のアルツハイマー型認知症承認時までの臨床試験及び使用成績調査、高度のアルツハイマー型認知症承認時までの臨床試験の結果をあわせて算出した。

5. 妊婦、産婦、授乳婦等への投与

(1)妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には、治療での有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。

[動物実験 (ラット経口10mg/kg) で出生率の減少、死産児頻度の増加及び生後体重の増加抑制が報告されている。]

(2)授乳中の婦人への投与は避けることが望ましいが、やむを得ず投与する場合は、授乳を避けさせること。

[ラットに¹⁴C-ドネペジル塩酸塩を経口投与したとき、乳汁中へ移行することが認められている。]

6. 小児等への投与

小児に対する安全性は確立していない (使用経験がない)。

7. 過量投与

(1)徴候・症状

コリンエステラーゼ阻害剤の過量投与は高度な嘔気、嘔吐、流涎、発汗、徐脈、低血圧、呼吸抑制、虚脱及び痙攣等のコリン系副作用を引き起こす可能性がある。筋脱力の可能性もあり、呼吸筋の弛緩により死亡に至ることもあり得る。

(2)処置

アトロピン硫酸塩水和物のような3級アミン系抗コリン剤が本剤の過量投与の解毒剤として使用できる。アトロピン硫酸塩水和物の1.0～2.0mgを初期投与量として静注し、臨床反応に基づいてその後の用量を決める。他のコリン作動薬では4級アンモニウム系抗コリン剤と併用した場合、血圧及び心拍数が不安定になることが報告されている。本剤あるいはその代謝物が透析 (血液透析、腹膜透析又は血液濾過) により除去できるかどうかは不明である。

8. 適用上の注意

薬剤交付時 (錠)

PTP包装の薬剤はPTPシートから取り出して服用するよう指導すること。(PTPシートの誤飲により、硬い鋭角部が食道粘膜に刺入し、更には穿孔をおこして縦隔洞炎等の重篤な合併症を併発することが報告されている)

9. その他の注意

(1)外国において、NINDS-AIREN 診断基準に合致した脳血管性認知症 (本適応は国内未承認) と診断された患者を対象 (アルツハイマー型認知症と診断された患者は除外) に6カ月間のプラセボ対照無作為二重盲検試験3試験が実施された。最初の試験の死亡率はドネペジル塩酸塩5mg群1.0% (2/198例)、ドネペジル塩酸塩10mg群2.4% (5/206例) 及びプラセボ群3.5% (7/199例) であった。2番目の試験の死亡率はドネペジル塩酸塩5mg群1.9% (4/208例)、ドネペジル塩酸塩10mg群1.4% (3/215例) 及びプラセボ群0.5% (1/193例) であった。3番目の試験の死亡率はドネペジル塩酸塩5mg群1.7% (11/648例) 及びプラセボ群0% (0/326例) であり両群間に統計学的な有意差がみられた。なお、3試験を合わせた死亡率はドネペジル塩酸塩 (5mg及び10mg) 群1.7%、プラセボ群1.1%であったが、統計学的な有意差はなかった。

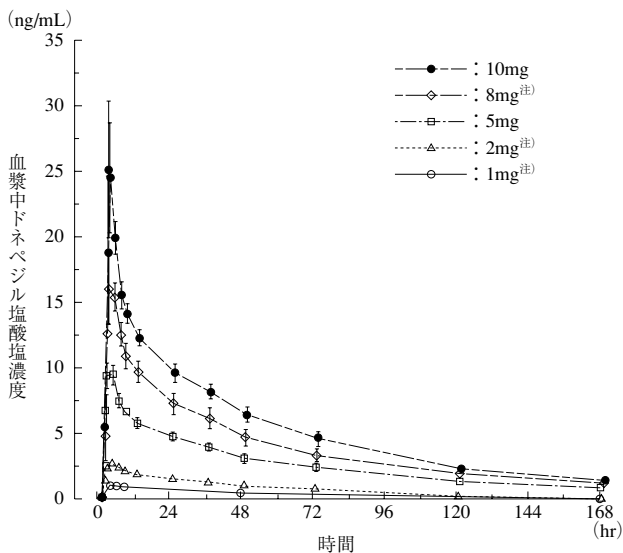
(2)動物実験 (イヌ) で、ケタミン・ペントバルビタール麻酔又はペントバルビタール麻酔下にドネペジル塩酸塩を投与した場合、呼吸抑制があらわれ死亡に至ったとの報告がある。

【薬物動態】

1. 血中濃度

(1)単回投与

健康成人男子を対象に、錠剤を絶食下单回経口投与したときの平均血漿中濃度推移を図に示した。最高血漿中濃度 (C_{max}) 及び血漿中濃度-時間曲線下面積 (AUC) は投与量の増加に依存して高くなった。5mg又は10mg単回投与時における薬物動態パラメータを表に示した。



健康成人男子に単回経口投与したときの平均血漿中濃度推移 (錠剤)
(Mean ± S.E., n = 6)

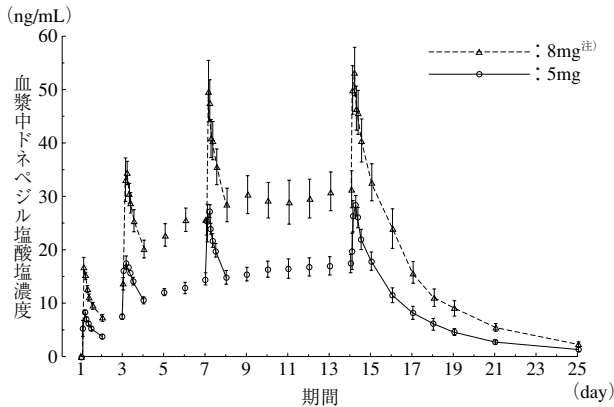
健康成人男子に5mg又は10mg単回経口投与した際の薬物動態パラメータ (錠剤)

投与量	C _{max} (ng/mL)	t _{max} (hr)	AUC (ng·hr/mL)	t _{1/2} (hr)	CL/F (L/hr/kg)
5 mg	9.97 ±2.08	3.00 ±1.10	591.72 ±155.87	89.3 ±36.0	0.141 ±0.040
10mg	28.09 ±9.81	2.42 ±1.24	1098.40 ±304.63	75.7 ±17.3	0.153 ±0.043

CL/F: 総クリアランス (Mean ± S.D., n = 6)

(2) 反復投与

健康成人男子を対象に、錠剤5mg又は8mg^(注)を1日1回14日間反復経口投与した。図に示すように、反復投与後の血漿中濃度は投与後約2週間で定常状態に達し、蓄積性あるいは体内動態に変化はないと考えられた。



健康成人男子に5mg又は8mg^(注)を1日1回14日間反復経口投与したときの平均血漿中濃度推移 (錠剤)
(Mean ± S.E., n=6)

(3) 食事の影響

健康成人男子を対象に吸収に及ぼす食事の影響を錠2mg^(注)で検討した結果、摂食時投与の血漿中濃度は絶食時とほぼ同様な推移を示し、食事による影響は認められなかった。

(4) 生物学的同等性

健康成人男子13名を対象に実施した生物学的同等性試験の結果、細粒0.5%、錠5mg、錠3mgは生物学的に同等であることが確認された。また、錠10mgは錠5mgを標準製剤としたとき溶出挙動が等しく、生物学的に同等とみなされた。

2. 蛋白結合

In vitro 試験において、ヒト血漿蛋白結合率は88.9%であり、in vivo での血清蛋白結合率は92.6%であった。

3. 代謝

主代謝経路はN-脱アルキル化反応であり、それに次いでO-脱メチル化反応とそれに続くグルクロン酸抱合反応であると考えられた。

N-脱アルキル化反応には主としてCYP3A4が、またO-脱メチル化反応には主としてCYP2D6が関与していることが示唆された。(1)

4. 排泄

健康成人男子を対象に錠2mg^(注)を単回経口投与したとき、投与後7日目までに尿中に排泄された未変化体は投与量の9.4%であり、代謝物を含めると29.6%であった。また、10mgの単回経口投与後、11日目までに排泄された未変化体は尿中で10.6%、糞中で1.7%であった。未変化体及び代謝物を合計した尿中排泄率は35.9%であり、糞中排泄率は8.4%であった。

5. 高齢者、肝疾患及び腎機能障害患者における薬物動態

(1) 高齢者

高齢者を対象に錠2mg^(注)を単回経口投与したときの薬物動態パラメータは健康成人と比較して、消失半減期が1.5倍有意に延長したが、C_{max}、t_{max}及びAUCに有意な差は認められなかった。

(2) 肝疾患患者

アルコール性肝硬変患者(米国)を対象に錠5mgを単回経口投与したときの薬物動態パラメータは健康成人と比較して肝疾患患者のC_{max}が1.4倍高く有意差が認められたが、他のパラメータに有意差は認められなかった。(2)

(3) 腎機能障害患者

腎機能障害患者(英国)を対象に錠5mgを単回経口投与したときの薬物動態パラメータには、健康成人のそれと有意差は認められなかった。(3)

注) 承認用法・用量は「通常、成人にはドネペジル塩酸塩として1日1回3mgから開始し、1~2週間後に5mgに増量し、経口投与する。高度のアルツハイマー型認知症患者には、5mgで4週間以上経過後、10mgに増量する。なお、症状により適宜減量する。」である。

【臨床成績】

1. 軽度及び中等度のアルツハイマー型認知症

軽度及び中等度のアルツハイマー型認知症患者268例を対象に本剤5mg(3mg/日を1週間投与後、5mg/日を23週間投与)又はプラセボを24週間投与する二重盲検比較試験を実施した。最終全般臨床症状評価において5mg群はプラセボ群と比較して有意に優れていた。「改善」以上の割合は5mg群17%、プラセボ群13%、「軽度悪化」以下の割合は5mg群17%、プラセボ群43%であった。

最終全般臨床症状評価

投与群	判定	著明改善	改善	軽度改善	不変	軽度悪化	悪化	著明悪化	判定不能	合計
5 mg	例数	1	19	40	36	15	4	0	1	116
	%	(1)	(16)	(34)	(31)	(13)	(3)	(0)	(1)	
	区分%		(17)	(34)	(31)		(17)			
プラセボ	例数	1	13	10	40	21	21	5	1	112
	%	(1)	(12)	(9)	(36)	(19)	(19)	(4)	(1)	
	区分%		(13)	(9)	(36)		(43)			

(裏面につづく)

認知機能を評価する ADAS-Jcog 得点の経時変化を表に示す（最終解析対象：205例）。投与開始時との得点差の平均では、投与12週後より 5 mg 群がプラセボ群と比較して有意な改善が認められた。最終時の 5 mg 群とプラセボ群の投与前後の変化量の差は2.44点であった。

ADAS-Jcog の経時変化

評価時期	投与群	0 週からの変化量 ^{※1}	変化量の群間比較
		平均値±S.E. (n)	平均差 ^{※2}
12週	5 mg	-3.03±0.47 (106)	-
	プラセボ	-0.84±0.50 (101)	2.19
24週	5 mg	-3.07±0.50 (96)	-
	プラセボ	-0.11±0.56 (86)	2.96
最終 ^{※3}	5 mg	-2.70±0.48 (107)	-
	プラセボ	-0.26±0.52 (98)	2.44

(マイナス値は改善を示す。)

重症度評価尺度である CDR の経時変化を表に示す（最終解析対象：228例）。投与開始時との得点差の平均では、投与12週後より 5 mg 群がプラセボ群と比較して有意な改善が認められた。(4)

CDR 合計点の経時変化

評価時期	投与群	0 週からの変化量 ^{※1}	変化量の群間比較
		平均値±S.E. (n)	平均差 ^{※2}
12週	5 mg	-0.12±0.08 (113)	-
	プラセボ	0.23±0.10 (109)	0.35
24週	5 mg	-0.14±0.13 (104)	-
	プラセボ	0.72±0.17 (95)	0.86
最終 ^{※3}	5 mg	-0.10±0.12 (116)	-
	プラセボ	0.75±0.15 (112)	0.85

(マイナス値は改善を示す。)

※1:[各評価時期の値]-[0 週の値]

※2:[プラセボ群の 0 週からの変化量の平均値]
-[5 mg 群の 0 週からの変化量の平均値]

※3:最終時は原則として24週時の評価としたが、中止・脱落例については、12週以上の服薬がある場合の最終データを解析の対象とした。

2. 高度のアルツハイマー型認知症

高度のアルツハイマー型認知症患者302例を対象に本剤10 mg (3 mg/日を2週間投与後、5 mg/日を4週間投与、次いで10 mg/日を18週間投与)、5 mg (3 mg/日を2週間投与後、5 mg/日を22週間投与) 又はプラセボを24週間投与する二重盲検比較試験を実施した。

CIBIC plus (全般的臨床症状評価) において10 mg 群はプラセボ群と比較して有意に優れていた (最終解析対象: 287例)。

最終時の CIBIC plus

投与群	判定	著明改善	改善	軽度改善	不変	軽度悪化	悪化	著明悪化	判定不能	合計
10mg	例数	0	7	35	20	19	9	0	0	90
	%	(0)	(8)	(39)	(22)	(21)	(10)	(0)	(0)	
5 mg	例数	0	4	27	26	30	9	0	0	96
	%	(0)	(4)	(28)	(27)	(31)	(9)	(0)	(0)	
プラセボ	例数	0	6	18	30	34	11	1	1	101
	%	(0)	(6)	(18)	(30)	(34)	(11)	(1)	(1)	

認知機能を評価する SIB 得点の最終時の変化量を表に示す (最終解析対象: 288例)。投与開始時との得点差の平均では、5 mg 群、10 mg 群それぞれ、6.7点、9.0点であり、プラセボ群と比較して有意な改善が認められた。(5)

最終時^{※1}の SIB

投与群	0 週からの変化量 ^{※2}	変化量の群間比較
	平均値±S.E. (n)	平均差 ^{※3}
10mg	4.7±1.1 (92)	9.0
5 mg	2.5±1.0 (95)	6.7
プラセボ	-4.2±1.0 (101)	-

(プラス値は改善を示す。)

※1:最終時は原則として24週時の評価としたが、中止・脱落例については、最終データを解析の対象とした。

※2:[最終の値]-[0 週の値]

※3:[各投与群の 0 週からの変化量の平均値]
-[プラセボ群の 0 週からの変化量の平均値]

【薬効薬理】

1. 作用機序

アルツハイマー型認知症では、脳内コリン作動性神経系の顕著な障害が認められている。本薬は、アセチルコリン (ACh) を分解する酵素であるアセチルコリンエステラーゼ (AChE) を可逆的に阻害することにより脳内 ACh 量を増加させ、脳内コリン作動性神経系を賦活する。(6)(7)(8)(9)

2. AChE 阻害作用及び AChE に対する選択性

In vitro での AChE 阻害作用の IC₅₀値は6.7 nmol/L であり、ブチリルコリンエステラーゼ阻害作用の IC₅₀値は7,400 nmol/L であった。AChE に対し選択的な阻害作用を示した。(6)

3. 脳内 AChE 阻害作用及び ACh 増加作用

経口投与により、ラット脳の AChE を阻害し、また脳内 ACh を増加させた。(7)(8)

4. 学習障害改善作用

脳内コリン作動性神経機能低下モデル (内側中隔野の破壊により学習機能が障害されたラット) において、経口投与により学習障害改善作用を示した。(9)

*【有効成分に関する理化学的知見】

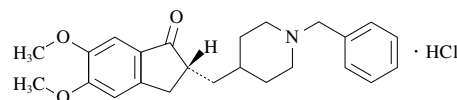
一般名: ドネペジル塩酸塩 (Donepezil Hydrochloride)

化学名: (2*RS*)-2-[(1-Benzylpiperidin-4-yl)methyl]-5,6-dimethoxy-2,3-dihydro-1*H*-inden-1-one monohydrochloride

分子式: C₂₄H₂₉NO₃ · HCl

分子量: 415.95

構造式:



及び鏡像異性体

物理化学的性状: ドネペジル塩酸塩は白色の結晶性の粉末である。

本品は水にやや溶けやすく、エタノール (99.5) に溶けにくい。

本品の水溶液 (1→100) は旋光性を示さない。

融点: 223.5°C (分解)

分配係数: log P=4.27 (1-オクタノール/水)

【包 装】

日本薬局方 ドネペジル塩酸塩錠

アリセプト錠 3mg ……………14錠(PTP14T×1)
28錠(PTP14T×2)
140錠(PTP14T×10)
アリセプト錠 5mg ……………56錠(PTP14T×4)・100錠(バラ)
140錠(PTP14T×10)
アリセプト錠10mg ……………56錠(PTP14T×4)・100錠(バラ)
140錠(PTP14T×10)

日本薬局方 ドネペジル塩酸塩細粒

アリセプト細粒0.5% ……………16.8g(分包0.6g×2×14)
56g(分包1.0g×2×28)・100g
140g(分包1.0g×2×70)

【主要文献】

- | | 文献請求番号 |
|--|----------|
| ① 松井賢司ら：薬物動態, 15, 101 (2000) | ART-0258 |
| ② Tiseo, P. et al. : Br. J. Clin. Pharmacol.,
46(S. 1), 51 (1998) | ART-0032 |
| ③ Tiseo, P. et al. : Br. J. Clin. Pharmacol.,
46(S. 1), 56 (1998) | ART-0033 |
| ④ Homma, A. et al. : Dement. Geriatr. Cogn. Disord.,
11, 299 (2000) | ART-0247 |
| ⑤ Homma, A. et al. : Dement. Geriatr. Cogn. Disord.,
25, 399 (2008) | ART-1700 |
| ⑥ 山西嘉晴ら：薬理と治療,
26, S-1277 (1998) | ART-0011 |
| ⑦ 山西嘉晴ら：薬理と治療,
26, S-1283 (1998) | ART-0012 |
| ⑧ 小笹貴史ら：薬理と治療,
26, S-1303 (1998) | ART-0014 |
| ⑨ 小倉博雄ら：薬理と治療,
26, S-1313 (1998) | ART-0015 |

【文献請求先】

エーザイ株式会社 安全管理部 FAX 03(3811)2710
ファイザー株式会社 製品情報センター FAX 03(3379)3053

【商品情報お問い合わせ先】

エーザイ株式会社 お客様ホットライン ☎0120(419)497
ファイザー株式会社 製品情報センター ☎0120(664)467

製造販売元



エーザイ株式会社
東京都文京区小石川4-6-10

販売提携



ファイザー株式会社
東京都渋谷区代々木3-22-7