

訂正前

ど), ③抗うつ薬 (アミトリプチン, SSRI/SNRI), ④Ca拮抗薬 (ロメリジン), ⑤ACE阻害薬, ARB, ⑥CGRP関連薬剤, がある⁶⁾.

●各予防薬の処方例⁶⁾

①β遮断薬

プロプラノロール (インデラル[®]) 10 mg錠, 1回1~6錠, 1日1回

②抗てんかん薬

バルプロ酸 (セレニカ[®], デパケン[®]) 200 mg錠, 1回2~3錠, 1日2~3回

③抗うつ薬

アミトリプチリン (トリプタノール[®]) 10 mg錠, 1回1~6錠, 1日1~3回

④Ca拮抗薬

ロメリジン (ミグシス[®]) 5 mg錠, 1回2~4錠, 1日2回

⑤ACE阻害薬

カンデサルタン (プロプレス[®]) 4 mg錠, 1回2~3錠, 1日1回

⑥CGRP製剤

ガルカネズマブ (エムガルティ[®]) 皮下注120 mg, 月1回 (初回のみ240 mg)

※初回投与は医師の直接の監督のもと投与を行う。十分な教育訓練を実施し、確実に自身で投与できることを確認し医師の管理指導のもとであれば自己投与は可能。筆者の施設では、初回は医師が投薬指導を行い、2~3回程度は看護師による教育訓練を行い、自己投与の適応があることを確認し、希望者には自己投与を許可している。

特に近年注目されているのがCGRP関連製剤であるが、これは反復性および慢性片頭痛に対する予防薬として推奨されている。本邦で保険適用のあるCGRP関連製剤は3剤（ガルカネズマブ、フレマネズマブ、エレスマブ）であり、いずれも複数の大規模プラセボ対象ランダム化二重盲検試験によって安全性と有効性が実証されている^{11~13)}。これら3剤は皮下注射製剤であり、かつ比較的高額であるため、医学的適応に加え、患者と相談して治療を開始することが多い。当施設では、片頭痛発作の程度（日常生活の支障度）、頻度、患者の希望等を踏まえ総合的に判断してCGRP関連製剤の適応を判断している。

③ 妊娠中の片頭痛治療について

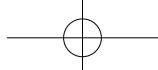
妊娠中の急性期治療薬は基本的にアセトアミノフェンが推奨される⁶⁾。トリプタンの安全性は確立していないが、妊娠初期の使用での催奇形率の増加は報告されていない¹⁴⁾。リスクとベネフィットを考慮して治療を検討したい。

重要な点としては、多くの女性患者において妊娠期は片頭痛が軽減する傾向にある¹⁵⁾ため、むやみにリスクの高い急性期治療薬を処方してはいけない。

3. 生活・薬剤指導のポイント

片頭痛の誘発因子や増悪因子についてある程度判明しており（表3），生活指導で予防できることがある。

薬剤指導として、トリプタン製剤の内服のタイミングについて十分に伝える必要がある（図1）。



訂正後

ど), ③抗うつ薬 (アミトリプチン, SSRI/SNRI), ④Ca拮抗薬 (ロメリジン), ⑤ACE阻害薬, ARB, ⑥CGRP関連薬剤, がある⁶⁾.

●各予防薬の処方例⁶⁾

①β遮断薬

プロプラノロール (インデラル[®]) 錠剤, 10~60 mg, 1日1回

②抗てんかん薬

バルプロ酸 (セレニカ[®], デパケン[®]) 錠剤, 400~600 mg, 1日2~3回

③抗うつ薬

アミトリプチリン (トリプタノール[®]) 錠剤, 10~60 mg, 1日1~3回

④Ca拮抗薬

ロメリジン (ミグシス[®]) 錠剤, 10~20 mg, 1日2回

⑤ACE阻害薬

カンデサルタン (プロプレス[®]) 錠剤, 8~12 mg, 1日1回

⑥CGRP製剤

ガルカネズマブ (エムガルティ[®]) 皮下注, 120 mg/月 (初回のみ240 mg)

※初回投与は医師の直接の監督のもと投与を行う。十分な教育訓練を実施し、確実に自身で投与できることを確認し医師の管理指導のもとであれば自己投与は可能。筆者の施設では、初回は医師が投薬指導を行い、2~3回程度は看護師による教育訓練を行い、自己投与の適応があることを確認し、希望者には自己投与を許可している。

特に近年注目されているのがCGRP関連製剤であるが、これは反復性および慢性片頭痛に対する予防薬として推奨されている。本邦で保険適用のあるCGRP関連製剤は3剤 (ガルカネズマブ、フレマネズマブ、エレスマブ) であり、いずれも複数の大規模プラセボ対象ランダム化二重盲検試験によって安全性と有効性が実証されている^{11~13)}。これら3剤は皮下注射製剤であり、かつ比較的高額であるため、医学的適応に加え、患者と相談して治療を開始することが多い。当施設では、片頭痛発作の程度 (日常生活の支障度), 頻度, 患者の希望等を踏まえ総合的に判断してCGRP関連製剤の適応を判断している。

③ 妊娠中の片頭痛治療について

妊娠中の急性期治療薬は基本的にアセトアミノフェンが推奨される⁶⁾。トリプタンの安全性は確立していないが、妊娠初期の使用での催奇形率の増加は報告されていない¹⁴⁾。リスクとベネフィットを考慮して治療を検討したい。

重要な点としては、多くの女性患者において妊娠期は片頭痛が軽減する傾向にある¹⁵⁾ため、むやみにリスクの高い急性期治療薬を処方してはいけない。

3. 生活・薬剤指導のポイント

片頭痛の誘発因子や増悪因子についてある程度判明しており (表3), 生活指導で予防できることがある。

薬剤指導として、トリプタン製剤の内服のタイミングについて十分に伝える必要がある (図1)。