

**2025年10月改訂(第5版)
*2025年1月改訂

日本標準商品分類番号
871139、871179

貯法：室温保存
有効期間：3年

抗てんかん剤、躁病・躁状態治療剤、片頭痛治療剤

日本薬局方バルプロ酸ナトリウム徐放錠A

バルプロ酸ナトリウムSR錠 100mg「アメル」 バルプロ酸ナトリウムSR錠 200mg「アメル」

Sodium Valproate SR Tablets [AMEL]

処方箋医薬品
注意 - 医師等の処方箋により使用すること

	SR錠100mg	SR錠200mg
承認番号	22500AMX01526	21800AMZ10075
販売開始	2014年1月	2006年7月

2. 禁忌（次の患者には投与しないこと） 〈効能共通〉

- 2.1 重篤な肝障害のある患者[9.3.1 参照]
- 2.2 カルバペネム系抗生物質を投与中の患者[10.1 参照]
- 2.3 尿素サイクル異常症の患者〔重篤な高アンモニア血症があらわれることがある。〕
〈片頭痛発作の発症抑制〉
- 2.4 妊婦又は妊娠している可能性のある女性[9.5.1 参照]

3. 組成・性状

3.1 組成

販売名	バルプロ酸ナトリウムSR錠 100mg「アメル」	バルプロ酸ナトリウムSR錠 200mg「アメル」
有効成分	1錠中、日局バルプロ酸ナトリウム 100mg を含有する。	1錠中、日局バルプロ酸ナトリウム 200mg を含有する。
* 添加剤	メタケイ酸アルミン酸マグネシウム、エチルセルロース、ステアリン酸マグネシウム、ヒプロメロース、ポビドン、白糖、エタルク、沈降炭酸カルシウム、酸化チタン、アラビアゴム末、マクロゴール6000、カルナウバロウ	メタケイ酸アルミン酸マグネシウム、ヒドロキシプロピルセルロース、ステアリン酸マグネシウム、ヒプロメロース、エチルセルロース、グリセリン脂肪酸エステル、タルク、白糖、沈降炭酸カルシウム、低置換度ヒドロキシプロピルセルロース、ゼラチン、ポリオキシエチレン (105) ポリオキシプロピレン (5) グリコール、酸化チタン、カルナウバロウ

3.2 製剤の性状

販売名	剤形・色	外形・大きさ等	識別コード
バルプロ酸ナトリウムSR錠 100mg「アメル」	糖衣錠		Kw 522R
	白色	直径：約 8.4mm 厚さ：約 5.7mm 質量：約 288.9mg	
* バルプロ酸ナトリウムSR錠 200mg「アメル」	糖衣錠		Kw VPA R
	白色	直径：約 10.5mm 厚さ：約 6.4mm 質量：約 487.0mg	

本剤はマトリックスを核とする錠剤に、徐放性皮膜をコーティングすることにより徐放化した製剤である。

4. 効能又は効果

- 各種てんかん（小発作・焦点発作・精神運動発作ならびに混合発作）およびてんかんに伴う性格行動障害（不機嫌・易怒性等）の治療
- 躁病および躁うつ病の躁状態の治療
- 片頭痛発作の発症抑制

5. 効能又は効果に関連する注意

- 〈片頭痛発作の発症抑制〉
- 5.1 本剤は、片頭痛発作の急性期治療のみでは日常生活に支障をきたしている患者にのみ投与すること。
- 5.2 本剤は発現した頭痛発作を緩解する薬剤ではないので、本剤投与中に頭痛発作が発現した場合には必要に応じて頭痛発作治療薬を頓用させること。投与前にこのことを患者に十分に説明しておくこと。

6. 用法及び用量

- 〈各種てんかんおよびてんかんに伴う性格行動障害の治療、躁病および躁うつ病の躁状態の治療〉
通常1日量バルプロ酸ナトリウムとして400～1,200mgを1日1～2回に分けて経口投与する。
ただし、年齢・症状に応じ適宜増減する。
- 〈片頭痛発作の発症抑制〉
通常1日量バルプロ酸ナトリウムとして400～800mgを1日1～2回に分けて経口投与する。
なお、年齢・症状に応じ適宜増減するが、1日量として1,000mgを超えないこと。

7. 用法及び用量に関連する注意

- 〈躁病および躁うつ病の躁状態の治療〉
バルプロ酸の躁病および躁うつ病の躁状態に対する、3週間以上の長期使用については、国内外の臨床試験で明確なエビデンスは得られていない^{1),2)}。

8. 重要な基本的注意

- 〈効能共通〉
- 8.1 重篤な肝障害（投与初期6ヵ月以内に多い）があらわれることがあるので、投与初期6ヵ月間は定期的に肝機能検査を行うなど、患者の状態を十分に観察すること。その後も連用中は定期的に肝機能検査を行うことが望ましい。[11.1.1 参照]
- 8.2 高アンモニア血症を伴う意識障害があらわれることがあるので、定期的にアンモニア値を測定するなど観察を十分に行うこと。[10.2、11.1.2 参照]
- 8.3 連用中は定期的に腎機能検査、血液検査を行うことが望ましい。[11.1.3、11.1.5 参照]
- 8.4 眠気、注意力・集中力・反射運動能力等の低下が起こることがあるので、本剤投与中の患者には自動車の運転等危険を伴う機械の操作に従事させないよう注意すること。
- 8.5 他のバルプロ酸ナトリウム製剤を使用中の患者において使用薬剤を本剤に切り替える場合、血中濃度が変動することがあるので、血中濃度を測定することが望ましい。
- 〈各種てんかんおよびてんかんに伴う性格行動障害の治療〉
- 8.6 連用中における投与量の急激な減少ないし投与の中止により、てんかん重積状態があらわれることがあるので、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。
[9.1.6、9.8.2 参照]

〈片頭痛発作の発症抑制〉

8.7 患者の日常生活への支障がなくなったら一旦本剤の投与を中止し、投与継続の必要性について検討すること。症状の改善が認められない場合には、漫然と投与を継続しないこと。

9. 特定の背景を有する患者に関する注意

9.1 合併症・既往歴等のある患者

〈効能共通〉

9.1.1 薬物過敏症の既往歴のある患者

9.1.2 自殺企図の既往及び自殺念慮のある躁病及び躁うつ病の躁状態の患者

自殺企図や自殺念慮が悪化するおそれがある。[15.1.1 参照]

9.1.3 尿素サイクル異常症が疑われる患者

以下のような患者においては、本剤投与前にアミノ酸分析等の検査を考慮するとともに、本剤投与中は、アンモニア値の変動に注意し、十分な観察を行うこと。重篤な高アンモニア血症があらわれるおそれがある。[11.1.2 参照]

- ・原因不明の脳症若しくは原因不明の昏睡の既往のある患者
- ・尿素サイクル異常症又は原因不明の乳児死亡の家族歴のある患者

9.1.4 重篤な下痢のある患者

本剤は製剤学的にバルプロ酸ナトリウムの溶出を制御して徐放化させたものであり、服用後一定時間消化管内に滞留する必要があるため、血中濃度が十分に上昇しない可能性がある。

9.1.5 腸管狭窄のある患者又は便秘のある患者

錠剤の通過が妨げられ、腸閉塞や潰瘍形成をきたすことがある。

〈各種てんかんおよびてんかんに伴う性格行動障害の治療〉

9.1.6 虚弱者

投与を中止する場合には、徐々に減量するなど特に注意すること。[8.6 参照]

9.2 腎機能障害患者

9.2.1 腎機能障害患者

蛋白結合率の低下等の要因により、遊離型薬物濃度が上昇するおそれがある。

9.2.2 血液透析患者

血液透析による本剤の除去や蛋白結合能の変化により遊離型薬物濃度が低下するおそれがある。

9.3 肝機能障害患者

9.3.1 重篤な肝障害のある患者

投与しないこと。肝障害が強くあらわれ致死的になるおそれがある。[2.1 参照]

9.3.2 肝機能障害又はその既往歴のある患者（重篤な肝障害のある患者を除く）

肝機能障害が強くあらわれるおそれがある。[11.1.1 参照]

9.4 生殖能を有する者

妊娠する可能性のある女性に使用する場合には、本剤による催奇形性について十分に説明し、本剤の使用が適切であるか慎重に判断すること。本剤で催奇形性が認められている。[9.5.4、9.5.8 参照]

9.5 妊婦

〈片頭痛発作の発症抑制〉

9.5.1 妊婦又は妊娠している可能性のある女性には、投与しないこと。[2.4 参照]

〈各種てんかんおよびてんかんに伴う性格行動障害の治療、躁病および躁うつ病の躁状態の治療〉

9.5.2 妊婦又は妊娠している可能性のある女性には、治療上やむを得ないと判断される場合を除き、投与しないこと。

9.5.3 妊娠中にやむを得ず本剤を投与する場合、可能な限り単独投与することが望ましい。他の抗てんかん剤（特にカルバマゼピン）と併用時に、奇形を有する児を出産した例が本剤単独投与時と比較して多いとの疫学的調査報告がある。

〈効能共通〉

9.5.4 二分脊椎児を出産した母親の中に、本剤の成分を妊娠初期に投与された例が対照群より多いとの疫学的調査報告があり、また、本剤の成分を投与された母親に、心室中隔欠損

等の心奇形や多指症、口蓋裂、尿道下裂等の外表奇形、その他の奇形を有する児を出産したとの報告がある。また、特有の顔貌（前頭部突出、両眼離開、鼻根扁平、浅く長い人中溝、薄い口唇等）を有する児を出産したとの報告がある。[9.4 参照]

9.5.5 妊娠中の投与により、新生児に呼吸障害、肝障害、低フィブリノーゲン血症、低血糖、退薬症候（神経過敏、過緊張、痙攣、嘔吐）等があらわれるとの報告がある。

9.5.6 海外で実施された観察研究において、妊娠中に抗てんかん薬を投与されたてんかん患者からの出生児 224 例を対象に 6 歳時の知能指数（IQ）[平均値（95%信頼区間）]を比較した結果、本剤を投与されたてんかん患者からの出生児の IQ [98（95-102）]は、ラモトリギン [108（105-111）]、フェニトイン [109（105-113）]、カルバマゼピン [106（103-109）]を投与されたてんかん患者からの出生児の IQ と比較して低かったとの報告がある。なお、本剤の投与量が 1,000mg/日（本研究における中央値）未満の場合は [104（99-109）]、1,000mg/日を超える場合は [94（90-99）]であった³⁾。

9.5.7 海外で実施された観察研究において、妊娠中に本剤を投与された母親からの出生児 508 例は、本剤を投与されていない母親からの出生児 655,107 例と比較して、自閉症発症リスクが高かったとの報告がある [調整ハザード比：2.9（95%信頼区間：1.7-4.9）]⁴⁾。

9.5.8 動物実験（マウス）で、本剤が葉酸代謝を阻害し、新生児の先天性奇形に関与する可能性があるとの報告がある⁵⁾。[9.4 参照]

9.6 授乳婦

治療上の有益性及び母乳栄養の有益性を考慮し、授乳の継続又は中止を検討すること。ヒト母乳中へ移行することがある。

9.7 小児等

〈効能共通〉

9.7.1 低出生体重児又は新生児を対象とした有効性及び安全性を指標とした臨床試験は実施していない。

〈片頭痛発作の発症抑制〉

9.7.2 小児等を対象とした有効性及び安全性を指標とした臨床試験は実施していない。

9.8 高齢者

〈効能共通〉

9.8.1 用量に留意して慎重に投与すること。本剤は、血漿アルブミンとの結合性が強いが、高齢者では血漿アルブミンが減少していることが多いため、遊離の薬物の血中濃度が高くなるおそれがある。

〈各種てんかんおよびてんかんに伴う性格行動障害の治療〉

9.8.2 投与を中止する場合には、徐々に減量するなど特に注意すること。[8.6 参照]

〈片頭痛発作の発症抑制〉

9.8.3 高齢者を対象とした有効性及び安全性を指標とした臨床試験は実施していない。

10. 相互作用

10.1 併用禁忌 (併用しないこと)

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
カルバペネム系抗生物質 パニペネム・ベタミ プロン (カルベニン) メロペネム水和物 (メロペン) イミペネム水和物・ シラスタチン (チエナム) レレバクタム水和 物・イミペネム水和 物・シラスタチン (レカルブリオ) ピアペネム (オメガシン) ドリペネム水和物 (フィニバックス) テビペネム ピボキ シル (オラベネム) [2.2 参照]	てんかんの発作 が再発すること がある。	バルプロ酸の血中濃 度が低下する。

10.2 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
バルビツール酸剤 フェノバルビタール 等	バルプロ酸の作 用が減弱、左記 薬剤の作用が増 強することがあ る。	左記薬剤がバルプロ 酸の代謝を誘導し、 バルプロ酸の血中濃 度が低下する。また、 左記薬剤の血中濃 度を上昇させる ⁶⁾ 。
フェニトイン カルバマゼピン	バルプロ酸の作 用が減弱、左記 薬剤の作用が増 強又は減弱する ことがある。	左記薬剤がバルプロ 酸の代謝を誘導し、 バルプロ酸の血中濃 度が低下する。また、 左記薬剤の血中濃 度を上昇又は低下 させる ⁶⁾ 。
フェニトイン ホスフェニトイン フェノバルビタール [8.2、11.1.2 参照]	バルプロ酸によ る高アンモニア 血症の発現リス クが高まるおそ れがある。	機序は不明である。
エトスクシミド アミトリプチリン ノルトリプチリン	左記薬剤の作用 が増強すること がある。	左記薬剤の血中濃度 を上昇させる。
クロバザム	バルプロ酸の作 用が増強される ことがある。	機序は不明である が、バルプロ酸の血 中濃度が上昇する。
ラモトリギン	左記薬剤の消失 半減期が約2倍 延長するとの報 告がある。	肝におけるグルクロ ン酸抱合が競合す る。
ロラゼパム	左記薬剤の消失 半減期が延長す ることがある。	肝におけるグルクロ ン酸抱合が競合す る。
グルクロン酸抱合を誘 導する薬剤 リトナビル ニルマトレルビル・ リトナビル ロピナビル・リトナ ビル配合剤等	バルプロ酸の作 用が減弱するこ とがある。	肝における本剤のグ ルクロン酸抱合が促 進される。

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 ジアゼパム等 ワルファリン	左記薬剤の作用 が増強すること がある。	遊離型の左記薬剤の 血中濃度を上昇させ る。
** クロザピン	左記薬剤の副作 用 (心筋炎およ び好中球減少 症) が増強する 可能性がある。	機序は不明である。
サリチル酸系薬剤 アスピリン等	バルプロ酸の作 用が増強される ことがある。	遊離型バルプロ酸濃 度が上昇する。また、 バルプロ酸の代謝 が阻害される。
エリスロマイシン シメチジン	バルプロ酸の作 用が増強される ことがある。	左記薬剤が肝チトク ローム P-450 によ る薬物代謝を抑制 し、バルプロ酸の血 中濃度が上昇する。
クロナゼパム	アブサンス重積 (欠神発作重積) があらわれたと の報告がある。	機序は不明である。

11. 副作用

次の副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、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。

11.1 重大な副作用

11.1.1 劇症肝炎等の重篤な肝障害、黄疸、脂肪肝等 (いずれも頻度不明)

肝障害とともに急激な意識障害があらわれることがある。
[8.1、9.3.2 参照]

11.1.2 高アンモニア血症を伴う意識障害 (頻度不明)
[8.2、9.1.3、10.2 参照]

11.1.3 溶血性貧血、赤芽球癆、汎血球減少、重篤な血小板減少、顆粒球減少 (いずれも頻度不明)
[8.3 参照]

11.1.4 急性膵炎 (頻度不明)

激しい腹痛、発熱、嘔気、嘔吐等の症状があらわれたり、腎酵素値の上昇が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。

11.1.5 間質性腎炎、ファンコニー症候群 (いずれも頻度不明)
[8.3 参照]

11.1.6 中毒性表皮壊死融解症 (Toxic Epidermal Necrolysis : TEN)、皮膚粘膜眼症候群 (Stevens-Johnson 症候群) (いずれも頻度不明)

11.1.7 過敏症候群 (頻度不明)

初期症状として発疹、発熱がみられ、さらにリンパ節腫脹、肝機能障害、白血球増加、好酸球増多、異型リンパ球出現等の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。なお、発疹、発熱、肝機能障害等の症状が再燃あるいは遷延化することがあるので注意すること。

11.1.8 脳の萎縮、認知症様症状、パーキンソン様症状 (いずれも頻度不明)

認知症様症状として健忘、見当識障害、言語障害、寡動、知能低下、感情鈍麻等があらわれることがある。パーキンソン様症状として静止時振戦、硬直、姿勢・歩行異常等があらわれることがある。なお、これらの症状が発現した例では中止により、ほとんどが1~2ヶ月で回復している。

11.1.9 横紋筋融解症 (頻度不明)

筋肉痛、脱力感、CK 上昇、血中及び尿中ミオグロビンの上昇等が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

11.1.10 抗利尿ホルモン不適合分泌症候群 (SIADH) (頻度不明)

低ナトリウム血症、低浸透圧血症、尿中ナトリウム量の増加、高張尿等があらわれた場合には、水分摂取の制限等の適切な処置を行うこと。

11.1.11 間質性肺炎、好酸球性肺炎（いずれも頻度不明）

咳嗽、呼吸困難、発熱等が認められた場合には、速やかに胸部 X 線、胸部 CT 等の検査を実施すること。間質性肺炎、好酸球性肺炎が疑われた場合には投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。

11.2 その他の副作用

	0.1~5%未満 ^{注1)}	0.1%未満 ^{注1)}	頻度不明
血液	貧血、白血球減少、好酸球增多	低フィブリノーゲン血症	血小板凝集能低下
精神神経系	傾眠、失調、めまい、頭痛	不眠、不穏、感覚変化、振戦	視覚異常、抑うつ
消化器	悪心・嘔吐、食欲不振	胃部不快感、腹痛、下痢、食欲亢進	口内炎、便秘
肝臓	AST 上昇、ALT 上昇、Al-P 上昇		
** 呼吸器			胸膜炎、胸水(好酸球性を含む)
皮膚		脱毛	
過敏症	発疹		
泌尿器		血尿、夜尿・頻尿	尿失禁
生殖器			月経異常(月経不順、無月経)、多嚢胞性卵巣、精子数減少 ^{注2)} 、精子運動性低下 ^{注2)}
その他	倦怠感、高アンモニア血症、体重増加	鼻血、口渇、浮腫	歯肉肥厚、発熱、カルニチン減少

注1) 発現頻度は使用成績調査を含む。

注2) 本剤の投与中止後に、改善されたとの報告がある。

13. 過量投与

13.1 症状

誤飲や自殺企図による過量服用により意識障害（傾眠、昏睡）、痙攣、呼吸抑制、高アンモニア血症、脳水腫を起こした例が報告されている。外国では死亡例が報告されている。本剤は徐放性製剤であるため、症状が遅れてあらわれることがある。

13.2 処置

下剤、活性炭投与を行い、尿排泄を促進させる。また、必要に応じて直接血液灌流、血液透析を行う。ナロキソンの投与が有効であったとする報告がある。

14. 適用上の注意

14.1 薬剤交付時の注意

14.1.1 本剤は噛み砕かずに、水とともに服薬させること。

14.1.2 本剤の白色の残渣が糞便中に排泄される。

14.1.3 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へ刺入し、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ある。

15. その他の注意

15.1 臨床使用に基づく情報

15.1.1 海外で実施された本剤を含む複数の抗てんかん薬における、てんかん、精神疾患等を対象とした 199 のプラセボ対照臨床試験の検討結果において、自殺念慮及び自殺企図の発現のリスクが、抗てんかん薬の服用群でプラセボ群と比較して約 2 倍高く（抗てんかん薬服用群：0.43%、プラセボ群：0.24%）、抗てんかん薬の服用群では、プラセボ群と比べ 1,000 人あたり 1.9 人多いと計算された（95%信頼区間：0.6-3.9）。また、てんかん患者のサブグループでは、プラセ

ボ群と比べ 1,000 人あたり 2.4 人多いと計算されている。[9.1.2 参照]

15.1.2 本剤との因果関係は明らかではないが、北欧で実施された観察研究において、受胎前の 3 ヶ月間に本剤に曝露した父親の児は、ラモトリギン又はレベチラセタムに曝露した父親の児と比較して、神経発達症リスクの増加を示唆する報告がある（調整ハザード比 1.50 [95%信頼区間：1.09-2.07]）⁷⁾。一方で、てんかんを有する父親を対象とした海外で実施された観察研究において、受胎前の 120 日間に本剤に曝露した父親の児は、本剤に曝露していない父親の児と比較して、統計学的に有意な神経発達症リスクの増加は認められないとする報告もある⁸⁾。

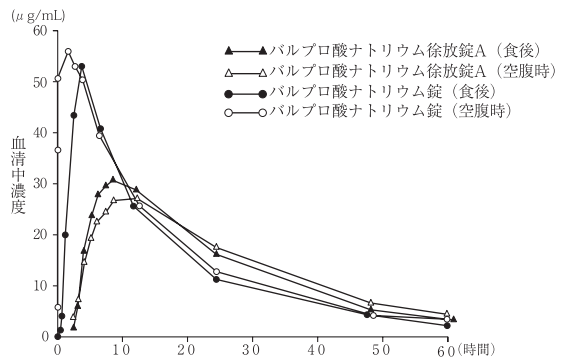
16. 薬物動態

16.1 血中濃度

16.1.1 単回投与

健康成人 8 例にバルプロ酸ナトリウム徐放錠 A600mg（徐放錠 200mg を 1 回 3 錠）及びバルプロ酸ナトリウム錠 600mg（普通錠 200mg を 1 回 3 錠）をそれぞれ単回経口投与したときの血清中バルプロ酸濃度の推移及び薬物動態パラメータは以下のとおりであった^{9),10)}。

普通錠と比較してバルプロ酸ナトリウム徐放錠 A では制御された溶出に由来する血中濃度の安定した持続性（服薬後 6、12 及び 24 時間のそれぞれの濃度は食後投与群：28.0、28.8 及び 16.3 µg/mL、空腹時投与群：22.9、27.4 及び 16.8 µg/mL）が認められた^{9),11)}。[16.2.2 参照]



健康成人に単回経口投与したときの血清中濃度推移

健康成人に単回経口投与したときの薬物動態パラメータ

	Tmax (hr)	Cmax (µg/mL)	AUC _{0-∞} (µg·hr/mL)	T _{1/2} (hr)	CL ^{注)} (L/hr)	Vd (L)
空腹時投与	10.26 ± 1.51	27.9 ± 5.3	863 ± 271	12.92 ± 3.34	0.79	14.00 ± 2.03
食後投与	8.95 ± 1.08	31.4 ± 5.3	843 ± 262	12.18 ± 4.03	0.83	12.84 ± 1.35

mean ± S.D., n=8

注) Vd、Kel より算出

16.1.2 反復投与

健康成人各 6 例にバルプロ酸ナトリウム徐放錠 A1 回 600mg（200mg を 1 回 3 錠）1 日 2 回、計 15 回の反復投与及び 1,200mg（200mg を 1 回 6 錠）1 日 1 回、計 8 回の反復投与を行い、バルプロ酸の血漿中動態を検討した。

その結果、1 回 600mg 1 日 2 回の反復投与では 6~7 日で血漿中濃度が定常状態に達し、最終回投与後の Cmax 及び Cmin はそれぞれ 103.8 及び 85.4 µg/mL であった。また、1,200mg 1 日 1 回反復投与後の血漿中濃度の推移は 7 日間で定常状態に達し、最終回投与後の Cmax 及び Cmin はそれぞれ 103.9 及び 61.8 µg/mL であった¹²⁾。

16.1.3 バルプロ酸ナトリウム錠とバルプロ酸ナトリウム徐放錠 A の比較

健康成人にバルプロ酸ナトリウム錠又はバルプロ酸ナトリウム徐放錠 A（各 600mg）を経口投与したとき、AUC に有意差は認められなかったが、徐放効果を示す吸収速度定数、Tmax 及び Cmax では両製剤間に有意差が認められた⁹⁾。

16.1.4 クリアランス

バルプロ酸の吸収率を 100% と仮定したとき、全身クリアランスは外国人健康成人（16~60 歳）で 6~8mL/hr/kg、外国人小児てんかん患者（3~16 歳）で 13~18mL/hr/kg との報

告がある¹³⁾。

外国人高齢者では、全身クリアランスは成人と差はないが、遊離型のクリアランスは低下するとの報告がある¹⁴⁾。バルプロ酸の全身クリアランスは主に肝固有クリアランスと血漿蛋白非結合率の影響を受ける^{13),15)}。

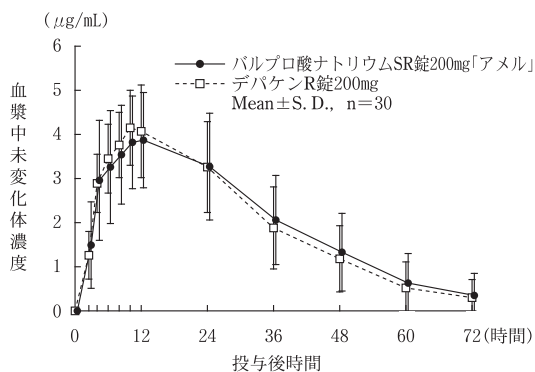
16.1.5 生物学的同等性試験

バルプロ酸ナトリウム SR 錠 200mg「アメル」とデパケン R 錠 200mg を、クロスオーバー法によりそれぞれ 1 錠(バルプロ酸ナトリウムとして 200mg)健康成人男子に絶食又は食後単回経口投与して血漿中未変化体濃度を測定し、得られた薬物動態パラメータ(AUC、Cmax)について 90%信頼区間法にて統計解析を行った結果、 $\log(0.80) \sim \log(1.25)$ の範囲内であり、両剤の生物学的同等性が確認された¹⁶⁾。

薬物動態パラメータ (生物学的同等性、絶食)

	判定パラメータ		参考パラメータ		
	AUC (0-72) ($\mu\text{g} \cdot \text{hr/mL}$)	Cmax ($\mu\text{g/mL}$)	Tmax (hr)	T _{1/2} (hr)	MRT (hr)
バルプロ酸ナトリウム SR 錠 200mg「アメル」	146.08 ± 57.25	4.24 ± 1.23	12.3 ± 5.8	17.27 ± 4.67	23.90 ± 5.32
デパケン R 錠 200mg	142.63 ± 50.49	4.37 ± 0.81	10.0 ± 2.1	14.88 ± 3.63	22.96 ± 4.84

(Mean ± S.D., n = 30)

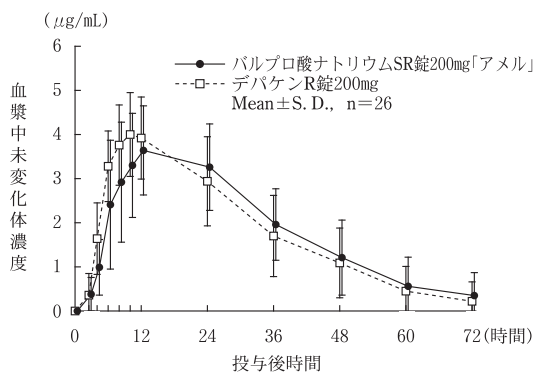


血漿中未変化体濃度 (生物学的同等性、絶食)

薬物動態パラメータ (生物学的同等性、食後)

	判定パラメータ		参考パラメータ		
	AUC (0-72) ($\mu\text{g} \cdot \text{hr/mL}$)	Cmax ($\mu\text{g/mL}$)	Tmax (hr)	T _{1/2} (hr)	MRT (hr)
バルプロ酸ナトリウム SR 錠 200mg「アメル」	131.25 ± 46.36	4.04 ± 1.03	14.8 ± 7.2	16.83 ± 6.14	25.20 ± 5.14
デパケン R 錠 200mg	128.54 ± 48.29	4.21 ± 0.89	11.2 ± 4.1	15.22 ± 4.58	22.74 ± 5.09

(Mean ± S.D., n = 26)



血漿中未変化体濃度 (生物学的同等性、食後)

血漿中濃度並びに AUC、Cmax 等のパラメータは、被験者の選択、体液の採取回数・時間等の試験条件によって異なる可能性がある。

16.2 吸収

16.2.1 バイオアベイラビリティ

バルプロ酸のバイオアベイラビリティは剤形の違いによらず約 100%との報告がある¹⁷⁾。

16.2.2 食事の影響

健康成人 8 例にバルプロ酸ナトリウム徐放錠 A600mg (200mg を 1 回 3 錠) を空腹時及び食後に単回経口投与したとき、空腹時投与と食後投与では薬物動態パラメータに有意差はなく、食事の影響を受けずに安定した吸収が得られた⁹⁾。[16.1.1 参照]

16.3 分布

16.3.1 体組織への分布

ラットに¹⁴C-バルプロ酸ナトリウム (100mg/kg) を経口投与したとき、投与 30 分後の体組織への分布は胃>小腸>肝臓>大腸>腎臓>肺>脳>心臓>睾丸>骨の順であった^{11),18)}。

16.3.2 血液-脳関門通過性

手術前の外国人脳腫瘍患者 9 例にバルプロ酸ナトリウム (600~1,600mg/日) を投与したとき、脳内濃度は、血漿中濃度の 6.8~27.9%であった¹⁹⁾。

16.3.3 血液-胎盤関門通過性

妊娠中てんかん患者 4 例にバルプロ酸ナトリウム (600~1,200mg/日) を経口投与したとき、臍帯血中濃度は、母体血漿中濃度の 1.7 倍であった²⁰⁾。

16.3.4 母乳中への移行性

授乳期の患者 2 例にバルプロ酸ナトリウム (1,000~1,400mg/日) を投与したとき、母乳中濃度は、血中濃度の 3~6%であった²¹⁾。

16.3.5 髄液への移行性

てんかん患者 3 例にバルプロ酸ナトリウム錠を経口投与したとき、髄液中濃度は、血清中濃度の 12%であった²²⁾。

16.3.6 蛋白結合率

バルプロ酸の血漿蛋白結合率は 90%超であり、総血清中濃度がおおよそ 100 $\mu\text{g/mL}$ 以上では結合が飽和するとの報告がある^{17),23)}。蛋白結合率が低下した場合、定常状態では平均総血漿中濃度は低下すると考えられるが、平均遊離型濃度は低下しないとされている^{11),15),24)}。

蛋白結合率 (*in vitro*)

添加濃度 ($\mu\text{g/mL}$)	20	50	100	150	200
結合率 (%)	91.39 ± 0.72	91.36 ± 0.20	88.63 ± 0.72	85.52 ± 0.74	80.03 ± 0.37

mean ± S.D.

16.3.7 分布容積

バルプロ酸の分布容積は 0.1~0.4L/kg であり、ほぼ細胞外液に相当するとの報告がある¹⁷⁾。

16.4 代謝

バルプロ酸の大半は肝臓で代謝され、ヒトでは主に、グルクロン酸抱合、 β -酸化、 ω 、 ω_1 及び ω_2 -酸化を受けることが報告されている¹⁷⁾。

関与する代謝酵素の割合はチトクローム P-450 (CYP) が 10%、グルクロン酸転移酵素 (UGT) が 40%、 β -酸化が 30~35%程度であることが報告されている⁶⁾。

4-en 体の生成には主に CYP2A6、2B6、2C9 分子種が、バルプロ酸のグルクロン酸抱合体の生成には UGT2B7 分子種が関与することが報告されている^{25),26)} (*in vitro*)。

16.5 排泄

健康成人 6 例を対象にバルプロ酸ナトリウム徐放錠 A 又はバルプロ酸ナトリウム錠を 600mg 単回経口投与したとき、尿中への総排泄量は両製剤投与群間で差はなく、投与後 5 日以内に投与量の約 60% (バルプロ酸当量) であった。尿中へは主に 3-keto 体として排泄され、以下バルプロ酸のグルクロン酸抱合体、3-OH 体、2-propyl-glutaric acid、4-OH 体、5-OH 体、4-keto 体、cis-2-en 体、trans-2-en 体の順であり、未変化体、3-en 体、4-en 体はほとんど排泄されなかった²⁷⁾。

なお、バルプロ酸の未変化体の尿中排泄率は 1~3%との報告がある^{10),28)}。

16.8 その他

16.8.1 有効血中濃度

〈各種てんかんおよびてんかんに伴う性格行動障害の治療〉

(1) 有効血中濃度は40~120 µg/mLと報告されているが、各種の報告があり、その下限は50 µg/mLを示唆する報告や上限は150 µg/mLとする報告もある¹¹⁾。

〈躁病および躁うつ病の躁状態の治療〉

(2) 有効血中濃度は40~120 µg/mLと報告されているが、各種の報告があり、その下限は50 µg/mLを示唆する報告や上限は150 µg/mLとする報告もある。急性期治療を目的としているため、原則的に血中濃度モニタリングは必須ではないが、本剤の用量増減時に臨床状態の変化があった場合や、予期した治療効果が得られない場合等には、必要に応じ血中濃度モニタリングを行い、用量調整することが望ましい¹¹⁾。

〈片頭痛発作の発症抑制〉

(3) 有効血中濃度が明確になっていないため、原則的に血中濃度モニタリングは必須ではないが、本剤の用量増減時に臨床状態の悪化があった場合等には、必要に応じ血中濃度モニタリングを行い、用量調整することが望ましい¹¹⁾。

16.8.2 バルプロ酸ナトリウム SR錠 100mg「アメル」について、「含量が異なる経口固形製剤の生物学的同等性試験ガイドライン(平成18年11月24日 薬食審査発第1124004号)」に基づき、バルプロ酸ナトリウム SR錠 200mg「アメル」を標準製剤としたとき、溶出挙動が同等と判断され、生物学的に同等とみなされた²⁹⁾。

17. 臨床成績

17.1 有効性及び安全性に関する試験

〈各種てんかんおよびてんかんに伴う性格行動障害の治療〉

17.1.1 国内一般臨床試験

国内においてバルプロ酸ナトリウム錠(普通錠)1日1~4回の投与によって治療されている症例(166例)を対象として、用量を変更することなくバルプロ酸ナトリウム徐放錠A(徐放錠)1日1~2回投与に用法を変更し評価した結果、全般改善度では著明改善47.0%(78/166例)、改善38.0%(63/166例)で改善以上は84.9%であった^{30)~32)}。また、両製剤間の優劣を比較した結果は以下のとおりであった。

	徐放錠が優る	同等である	徐放錠が劣る
臨床発作に対する効果	5例 (3.9%)	116例 (91.3%)	6例 (4.7%)
性格行動障害に対する効果	2例 (12.5%)	14例 (87.5%)	0例 (-)
脳波に対する効果	14例 (13.5%)	82例 (78.8%)	8例 (7.7%)

なお、バルプロ酸ナトリウム錠からバルプロ酸ナトリウム徐放錠Aへの1日の投与回数の変更は2回→1回が86例で最も多く、次いで3回→2回45例、2回→2回26例、3回→1回3例、その他6例であった。副作用発現頻度は5.4%(9/166例)であった。主な副作用は、悪心・嘔吐2.4%、食欲不振及び肥満各1.8%、失調・ふらつき、全身倦怠感及び浮腫各0.6%であった。

17.1.2 クロスオーバー比較試験

国内30施設の共同研究において、てんかん患者101例に、バルプロ酸ナトリウム錠1日2回投与とバルプロ酸ナトリウム徐放錠A1日1回投与(いずれも400~1,200mg/日)のクロスオーバー法により、12週ずつ計24週間反復経口投与した。両製剤の同等性を評価した結果、全般改善度、有用度とも同等以上と判定されたものが98.9%(94/95例)であった³³⁾。

副作用発現頻度は6.0%(6/100例)であった。主な副作用は、傾眠、体重増加であった。

〈躁病および躁うつ病の躁状態の治療〉

17.1.3 海外二重盲検比較試験

米国で、双極性障害患者179例を対象に、バルプロ酸、リチウム又はプラセボを3週間投与する二重盲検比較試験が実施された。その結果、著明改善(躁病評価尺度で少なくとも50%以上改善)を示した割合は、バルプロ酸群48%、リチウム群49%であり、バルプロ酸群及びリチウム群ともにプラセボ群25%に比べ有意に優れていた。有害事象についてバル

プロ酸群で多く発現した事象は、嘔吐及び疼痛のみであった¹⁾。

17.1.4 海外二重盲検比較試験

米国で、リチウムに反応しないかあるいは忍容性のない36例の双極性障害患者について、プラセボを対照にバルプロ酸の安全性と有効性が二重盲検比較試験により検討された。その結果、主要有効性評価項目である躁病評価尺度総合点中央値の変化の割合はバルプロ酸群で54%、プラセボ群で5%とバルプロ酸群で有意に優れていた。プラセボ群に比べバルプロ酸群で有意に発現頻度の高い有害事象は認められなかった²⁾。

18. 薬効薬理

18.1 作用機序

本剤の投与により脳内GABA濃度、ドパミン濃度の上昇とともに、セロトニン代謝が促進されることが認められている。これらの事実から、本剤の抗てんかん作用は神経伝達物質の作用を介した脳内の抑制系の賦活作用に基づくと推定されている³⁴⁾。

抗躁作用及び片頭痛発作の発症抑制作用についてもGABA神経伝達促進作用が寄与している可能性が考えられている³⁵⁾³⁶⁾。

18.2 薬理作用

18.2.1 各種誘発痙攣に対する作用

最大電撃痙攣(マウス、ラット、ウサギ)、ストリキニーネ痙攣(マウス)、ピクロトキシン痙攣(マウス)、聴原発作(ラット)、無酸素痙攣(マウス)、ペンテトラゾール痙攣(マウス、ウサギ)、ベメグライド痙攣(マウス)を抑制する^{37)~39)}。

18.2.2 全般てんかんモデルに対する作用

全般てんかんモデルの光誘発痙攣(ヒヒ)、聴原発作(マウス)を抑制する^{40)~42)}。

18.2.3 部分てんかんモデルに対する作用

部分てんかんモデルのKindling痙攣(ネコ)を抑制する⁴³⁾。

18.2.4 海馬後放電及び扁桃核の発作性放電に及ぼす影響

海馬後放電及び扁桃核の発作性放電を抑制する(ウサギ)³⁷⁾。

18.2.5 中脳網様体刺激による筋肉微細振動の増強効果に及ぼす影響

中脳網様体刺激による筋肉微細振動の増強効果を鋭敏に抑制する(ウサギ)³⁷⁾。

18.2.6 躁病の動物モデルに対する作用

躁病の動物モデルと考えられる、デキサンフェタミンとクロロジアゼポキシドとの併用投与により生じる自発運動亢進作用を有意に抑制する(マウス、ラット)⁴⁴⁾。

19. 有効成分に関する理化学的知見

一般名

バルプロ酸ナトリウム (Sodium Valproate)

化学名

Monosodium 2-propylpentanoate

分子式

C₈H₁₅NaO₂

分子量

166.19

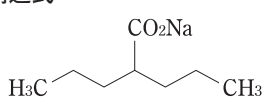
性状

白色の結晶性の粉末である。

水に極めて溶けやすく、エタノール(99.5)又は酢酸(100)に溶けやすい。

吸湿性である。

構造式



20. 取扱い上の注意

〈SR錠 100mg〉

アルミピロー包装開封後は湿気を避けて保存すること。

22. 包装

〈バルプロ酸ナトリウム SR錠 100mg「アメル」〉

100錠 [10錠 (PTP) × 10]

100錠 [瓶、バラ]

*〈バルプロ酸ナトリウム SR 錠 200mg 「アメル」〉

100 錠 [10 錠 (PTP) × 10]
500 錠 [瓶、バラ]

23. 主要文献

- 1) Bowden, CL. et al. : JAMA. 1994 ; 271 : 918-924
- 2) Pope, HG Jr. et al. : Arch Gen Psychiatry. 1991 ; 48 : 62-68
- 3) Meador, KJ. et al. : Lancet Neurol. 2013 ; 12 : 244-252
- 4) Christensen, J. et al. : JAMA. 2013 ; 309 : 1696-1703
- 5) Delgado-Escueta, AV. et al. : Neurology. 1992 ; 42 : 149-160
- 6) Riva, R. et al. : Clin Pharmacokinet. 1996 ; 31 : 470-493
- 7) PASS -Paternal exposure to valproate -Updated Abstract Following Reanalysis of Norway Data of Corrigendum to Final Study Report Version 1.1 and Addendum Version 2 Valproate EU consortium Stand Alone Abstract V2.0 : https://catalogues.ema.europa.eu/system/files/2024-02/Valproate_PASS_Abstract_V2.0_0.pdf
- 8) Christensen, J. et al. : JAMA Netw Open. 2024 ; 7 : e2414709
- 9) 武田明夫, 他 : てんかん研究. 1988 ; 6 : 196-203
- 10) 薬物動態 (デパケン R 錠 : 2002 年 9 月 20 日承認、審査報告書 へ. (1))
- 11) 日本薬剤師研修センター編 : 日本薬局方 医薬品情報 JPDI. 2021 ; 548-549
- 12) 小林智, 他 : 臨床薬理. 1994 ; 25 : 419-428
- 13) Levy, RH. et al. : Antiepileptic Drugs. 4th ed. New York : Raven Press ; 1995 : 605-619
- 14) Perucca, E. et al. : Br. J. Clin. Pharmacol. 1984 ; 17 : 665-669
- 15) 緒方宏泰, 他 : 臨床薬物動態学 - 薬物治療の適正化のために -. 丸善. 東京. 2000 : 125-128
- 16) 陶易王, 他 : 新薬と臨牀. 2006 ; 55 (7) : 999
- 17) Zaccara, G. et al. : Clin. Pharmacokinet. 1988 ; 15 : 367-389
- 18) 久木野和暁, 他 : 久留米医学会雑誌. 1971 ; 34 : 369-379
- 19) Vajda, FJE. et al. : Neurology. 1981 ; 31 : 486-487
- 20) Ishizaki, T. et al. : Pediatr Pharmacol. 1981 ; 1 : 291-303
- 21) 前田共秀, 他 : 九州薬学会会報. 1986 ; 40 : 27-30
- 22) 武田明夫, 他 : 脳と発達. 1976 ; 8 : 401-408
- 23) Gómez, BMJ. et al. : J Clin Pharm Ther. 1993 ; 18 : 191-197
- 24) Scheyer, RD. et al. : Antiepileptic Drugs. 4th ed. New York : Raven Press ; 1995 : 621-631
- 25) Anari, MR. et al. : J. Chromatogr. B. 2000 ; 742 : 217-227
- 26) Jin, C. et al. : J. Pharmacol. Exp. Ther. 1993 ; 264 : 475-479
- 27) 龍原徹, 他 : 臨床薬理. 1988 ; 19 : 749-757
- 28) Gugler, R. et al. : Eur. J. Clin. Pharmacol. 1977 ; 12 : 125-132
- 29) 社内資料 : 生物学的同等性試験 (溶出挙動比較)
- 30) 河合逸雄, 他 : 診療と新薬. 1988 ; 25 : 2037-2045
- 31) 村田忠良, 他 : 診療と新薬. 1988 ; 25 : 2073-2082
- 32) 太田秀臣, 他 : 診療と新薬. 1988 ; 25 : 2111-2116
- 33) 大田原俊輔, 他 : 診療と新薬. 1988 ; 25 : 2013-2021
- 34) Kukino, K. et al. : Chem. Pharm. Bull. 1977 ; 25 : 2257-2262
- 35) Emrich, HM. et al. : Arch Psychiat Nervenkr. 1980 ; 229 : 1-16
- 36) Cutrer, FM. et al. : Br. J. Pharmacol. 1995 ; 116 : 3199-3204
- 37) 君島健次郎, 他 : 米子医誌. 1969 ; 20 : 317-325
- 38) 石飛達男, 他 : 福岡医誌. 1969 ; 60 : 806-809
- 39) 周藤勝一, 他 : 応用薬理. 1970 ; 4 : 937-949
- 40) Patry, G. et al. : Can. J. Physiol. Pharmacol. 1971 ; 49 : 568-572
- 41) Simler, S. et al. : Biochem. Pharmacol. 1973 ; 22 : 1701-1708

- 42) Anlezark, G. et al. : Biochem. Pharmacol. 1976 ; 25 : 413-417
- 43) Leviel, V. et al. : Epilepsia. 1977 ; 18 : 229-234
- 44) Cao, BJ. et al. : Eur. J. Pharmacol. 1993 ; 237 : 177-181

24. 文献請求先及び問い合わせ先

共和薬品工業株式会社 お問い合わせ窓口
〒 530-0005 大阪市北区中之島 3-2-4
☎ 0120-041-189
FAX 06-6121-2858

26. 製造販売業者等

26.1 製造販売元

共和薬品工業株式会社
大阪市北区中之島 3-2-4