

## デキサメタゾン (dexamethasone)

### ポイント

- ・抗炎症作用, 抗アレルギー作用, 免疫抑制作用, 広範囲にわたる代謝作用を有する合成糖質副腎皮質ホルモンである.
- ・抗炎症作用はヒドロコルチゾン(ソル・コーテフ<sup>®</sup>)の約25倍, プレドニゾロン(プレドニン<sup>®</sup>)の約7倍, ベタメタゾン(リンデロン<sup>®</sup>)と同等である.
- ・鉱質コルチコイド作用はほとんどみられず, ナトリウム貯留作用はない.
- ・全身作用(がん悪液質に伴う食欲不振・倦怠感の改善)と局所作用(腫瘍周囲の浮腫・炎症・圧迫の減少, 鎮痛作用の増強)がある.
- ・緩和ケアの症状マネジメントにおいて広く使用されている.
- ・非ステロイド性抗炎症薬と併用すると, 消化性潰瘍の危険性は高くなる(本剤の単独投与では消化性潰瘍の危険性は高くない).
- ・本剤投与7~10日以内に期待する効果が明らかに得られなければ中止する(この場合, 突然の中止は可能).
- ・連用後に投与を突然中止すると, 発熱, 頭痛, 食欲不振, 脱力感, 筋肉痛, 関節痛, ショック等の離脱症状が発現することがある.
- ・①デキサメタゾン/ベタメタゾン>4mg/日またはプレドニゾロン>40mg/日, ②投与期間が3週間以上の場合, 減量は徐々に行う.
- ・フッ素基を持たないプレドニゾロンやメチルプレドニゾロンの方が, フッ素基を持つベタメタゾンやデキサメタゾンと比較してミオパチーは起きにくい(長期投与になる場合は, プレドニゾロンやメチルプレドニゾロンを使用する).
- ・長期投与(3カ月以上)にならないように予後を予測しながら, 少量から開始する.
- ・不眠を予防するため1日1回(朝)あるいは1日2回(朝, 昼)とし, 夕方以降には投与しない.

### 分類

副腎皮質ホルモン(コルチコステロイド)

### 製品

デカドロン<sup>®</sup>;錠剤(0.5mg), 注射剤(2mg/0.5mL/1管 2mg/1mL/1管, 8mg/2mL/1バイアル)

### 適応

重症消耗性疾患(がん末期)の全身状態の改善, がん悪液質に伴う食欲不振・倦怠感\*, 頭蓋内圧亢進\*, 脊髄圧迫\*, 神経圧迫\*, 骨転移\*, 腫瘍熱\*, 上大静脈症候群\*, 放射線肺臓炎, がん性リンパ管症\*, がん性胸膜炎\*, がん性腹膜炎\*, 肝被膜の進展に伴う疼痛\*, 悪心・嘔吐\*, 腸閉塞\*  
(\*承認外使用)

### 原則禁忌

- ・有効な抗菌剤の存在しない感染症, 全身の真菌症[免疫機能抑制作用による感染症の増悪]

- ・消化性潰瘍[粘膜防御能の低下等による消化性潰瘍の増悪]
- ・精神病[中枢神経系の影響による精神病の増悪]
- ・結核性疾患[免疫機能抑制作用による結核性疾患の増悪]
- ・単純疱疹性角膜炎[免疫機能抑制作用による単純疱疹性角膜炎の増悪]
- ・後嚢白内障[水晶体線維の影響による後嚢白内障の増悪]
- ・緑内障[眼圧上昇による緑内障の増悪]
- ・高血圧症[ナトリウム・水貯留作用等による高血圧症の増悪]
- ・電解質異常[ナトリウム・水貯留作用による電解質異常の増悪]
- ・血栓症[血液凝固能の亢進による血栓症の増悪]
- ・最近行った内臓手術創[創傷治癒の遅延]
- ・急性心筋梗塞[心破裂の危険性]
- ・コントロール不良の糖尿病[糖新生促進作用による糖尿病の増悪]

## 用法・用量

緩和ケアにおける投与量(目安)

症 状	プレドニゾン投与量	デキサメタゾン投与量
食欲不振, 倦怠感, 悪心・嘔吐, 骨転移	10-30mg/日	1-4mg/日
神経圧迫, 腸閉塞, 放射線肺臓炎	30-60mg/日	4-8mg/日
頭蓋内圧亢進, 脊髄圧迫, 上大静脈症候群	60-120mg/日	8-16mg/日

### 1. 非緊急時や予後が数カ月以内の場合

1回 1〜2mg, 1日1回(朝)から開始

効果をみながら徐々に増量

1日1回(朝)あるいは1日2回(朝, 昼)(漸増法)

### 2. 緊急時(頭蓋内圧亢進, 脊髄圧迫, 上大静脈症候群)や予後が1カ月以内の場合

8/mg/日以上から開始

効果をみながら徐々に減量

必要最小限の投与量で維持(漸減法)

## 主要な副作用

口腔内カンジダ症, 活動性亢進, 消化管潰瘍, 高血糖, 精神変調, 気分高揚, 意欲亢進, 抑うつ, 満月様顔貌, 不眠, 斑状出血, ミオパチー, 骨粗鬆症

## 薬物動態

	ヒドロコルチゾン	プレドニゾン	デキサメタゾン	ベタメタゾン
抗炎症作用	1	4	25-30	25-30
等用量	20mg	5mg	0.5-1mg	0.5-1mg
ナトリウム貯留	1	0.25	<0.01	<0.01
生物学的利用率	96	75-85	78	98
最高血中濃度到達時間	-	1時間(経口)	1-2時間(経口)	-
血中半減期	1.5	3-4	5-6	5-6
生物学的半減期	8-12時間	12-36時間	36-54時間	36-54時間
作用時間による分類	短時間型	短時間型	長時間型	長時間型

- ・代謝：肝臓において CYP3A4 により代謝。  
また, CYP3A4 の誘導作用をもつ。
- ・排泄：主に尿中

## 慎重投与

- ・感染症[免疫抑制作用による感染症の増悪]
- ・糖尿病[糖新生成促進作用等による糖尿病の増悪]
- ・骨粗鬆症[骨形成抑制作用およびカルシウム代謝障害による骨粗鬆症の増悪]
- ・腎不全[症状の増悪]
- ・甲状腺機能低下[血中半減期延長による副作用の危険性]
- ・肝硬変[血中半減期延長による副作用の危険性]
- ・脂肪肝[脂質代謝の影響による脂肪肝の増悪]
- ・脂肪塞栓症[脂質代謝の影響による脂肪塞栓症の増悪]
- ・重症筋無力症[使用当初に一時症状が増悪する危険性]
- ・高齢者[長期投与した場合に感染症の誘発, 糖尿病, 骨粗鬆症, 高血圧症, 後囊白内障, 緑内障等の副作用の危険性]

## 相互作用

### 1. 本剤の作用増強

- ・マクロライド系抗生剤(エリスロマイシン)[本剤の代謝阻害]

### 2. 本剤の作用減弱

- ・エフェドリン[本剤の代謝促進, 機序不明]
- ・バルビツール酸誘導体(フェノバルビタール)[CYP の誘導により本剤の代謝促進]
- ・カルバマゼピン(テグレトール®)[CYP の誘導により本剤の代謝促進]
- ・フェニトイン(アレビアチン®)[CYP の誘導により本剤の代謝促進]
- ・リファンピシン(リマクタン®)[CYP の誘導により本剤の代謝促進]

### 3. 併用薬剤の作用増強

- ・ シクロスポリン(サンディミュン<sup>®</sup>) [本剤による併用薬剤の代謝阻害]

### 4. 併用薬剤の作用減弱

- ・ インスリン製剤[本剤の肝臓での糖新生促進, 末梢組織での糖利用抑制]
- ・ 経口糖尿病用剤[本剤の肝臓での糖新生促進, 末梢組織での糖利用抑制]
- ・ 血圧降下剤[併用薬剤の作用減弱, 機序不明]
- ・ 抗凝血剤(ワルファリン(ワーファリン<sup>®</sup>)) [本剤の血液凝固促進作用]
- ・ サリチル酸誘導体(アスピリン) [本剤によるサリチル酸誘導体の腎排泄と肝代謝の促進]
- ・ 利尿剤[併用薬剤の作用減弱, 機序不明]

### 5. その他

- ・ HIV プロテアーゼ阻害剤(サキナビル(インビラーゼ<sup>®</sup>), リトナビル(ノービア<sup>®</sup>), インジナビル(クリキシバン<sup>®</sup>)) [本剤の AUC 上昇, 併用薬剤の AUC 低下, CYP の競合]
- ・ サリドマイド(国内未承認) [中毒性表皮壊死症 (Lyell 症候群)の発現の報告]
- ・ 利尿剤(カリウム保持性利尿剤を除く)(トリクロールメチアジド(フルイトラン<sup>®</sup>), フロセミド(ラシックス<sup>®</sup>)) [本剤の尿細管でのカリウム排泄促進]
- ・ フェニトイン(アレビアチン<sup>®</sup>) [併用薬剤の血中濃度の上昇またへ低下, 機序不明]