

CITATION: Prasad M, Krishnan PR, Sequeira R, Al-Roomi K. Anticonvulsant therapy for status epilepticus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 9. Art. No.: CD003723. DOI: 10.1002/14651858.CD003723.pub3.
CRG名: Cochrane Epilepsy Group

[最新版\(英語版\)はこちら](#)

英語版最終改訂年月: 15 AUG 2013
Clib issue No.: N/U: 2014 Issue 9; Update

アブストラクト

背景: てんかん重積状態は、有意な死亡率および罹患率を伴う医学的緊急事態であり、迅速かつ有効な治療が求められる。

目的: (1) てんかん重積状態に対する特定の抗けいれん薬の使用が別の薬剤またはプラセボに比べて有効または安全かどうかを判断すること。
(2) 推奨される治療レジメンに関する文献に不一致が見られる理由を記述し、今後の研究領域を明らかにすること。

検索戦略: 前回の本レビューの更新では、2013年8月15日に以下の電子データベースを検索した: Cochrane Epilepsy Group's Specialized Register、コクラン・ライブラリCENTRAL(2013年7月、第7号)、MEDLINE(Ovid)(1946年~2013年8月15日)。

選択基準: 前駆期、早期、診断後、または難治性のてんかん重積状態の参加者を対象に、治療のランダム割り付けまたは準ランダム割り付けを用いたランダム化比較試験を組み入れた。

データ収集と分析: 2名のレビューアが個別に試験を選択して組入れ、試験の質の評価およびデータの抽出を行った。

主な結果: 参加者2,755例が関与する18件の研究を組み入れた。同じ介入を使用した研究はほとんどなかった。発作の非停止リスク[リスク比(RR)0.73、95%信頼区間(CI)0.57~0.92]、換気補助の必要性(RR 0.39、95%CI 0.16~0.94)、別の薬剤または全身麻酔の使用が必要なたんかん重積状態の持続(RR 0.73、95%CI 0.57~0.92)の低減に関して、ジアゼパムの静脈内投与はプラセボよりも優れていた。発作の非停止リスク(RR 0.52、95%CI 0.38~0.71)および別の薬剤または全身麻酔が必要なたんかん重積状態の持続リスク(RR 0.52、95%CI 0.38~0.71)に関して、ロラゼパムの静脈内投与はプラセボよりも優れていた。また、ロラゼパムの静脈内投与は、発作の非停止リスク(RR 0.64、95%CI 0.45~0.90)と別の薬剤または全身麻酔が必要なたんかん重積状態の持続リスク(RR 0.63、95%CI 0.45~0.88)に関して、ジアゼパムの静脈内投与よりも優れていた。さらに、ロラゼパムの静脈内投与は、発作の非停止リスクに関して、フェニトインの静脈内投与よりも優れていた(RR 0.62、95%CI 0.45~0.86)。ジアゼパムジェルは、発作の非停止リスクに関して、プラセボジェルよりも優れていた(RR 0.43、95%CI 0.30~0.62)。

プレホスピタル治療については、ミダゾラムの筋肉内投与が発作のコントロール(RR 1.16、95%CI 1.06~1.27)、入院(RR 0.88、95%CI 0.79~0.97) または緊急治療室入室(RR 0.79、95%CI 0.65~0.96)の頻度に関して、ロラゼパムの静脈内投与と同程度に(おそらくはそれより)有効である。発作の非停止リスクの低減に関して、バルプロ酸の静脈内投与がフェニトインの静脈内投与に勝るかどうかは不明であった(RR 0.75、95%CI 0.28~2.00)。レベチラセタムおよびロラゼパムの両剤は、発作の予防に関して同程度に有効であった(RR 0.97、95%CI 0.44~2.13)。その他の抗けいれん薬治療の研究比較は、2~3人の患者を対象とした単一研究であったため、不明であった。

臨床的判断を導くためのランダム化エビデンスは少ない。研究および参加者がほとんど見出せなかったため、有害事象に関して、どの抗けいれん薬が他の薬剤に勝るかは不明であった。組み入れた試験のエビデンスの質は強固ではないが、容認可能である。研究著者らによる報告が不明確なため、不完全なアウトカム報告(症例減少バイアス)および選択的なアウトカム報告(選択バイアス)のバイアスリスク領域について判断を下すことはできなかった。

レビューアの結論: ロラゼパムの静脈内投与は、発作を停止させるという点では、ジアゼパムの静脈内投与またはフェニトインの静脈内単独投与よりも優れている。また、ロラゼパムの静脈内投与は、ジアゼパムの静脈内投与に比べ、他の薬剤または全身麻酔が必要なたんかん重積状態の持続リスクも低い。ロラゼパムおよびジアゼパムの静脈内投与はいずれも、同じアウトカムでプラセボに勝る。プレホスピタル管理では、ミダゾラムの筋注が発作の停止、入院およびICU入室の頻度の点でロラゼパム静注よりも有効と見られたが、治療間で発作の再発リスクが異なるかどうかは不明であった。他の抗けいれん薬療法を相互に比較した結果も不明であった。前駆期、早期、診断後、難治性のたんかん重積状態については、広く認められた定義が必要である。ジアゼパムジェルは、発作の非停止リスクの低減に関してプラセボよりも優れていた。抗けいれん薬療法を比較した他の結果は、2~3人の参加者を対象とした単一研究しかなかったため、不明であった。

平易な要約(Plain language summary)

てんかん重積状態に対する抗けいれん薬療法

脳神経細胞に異常に過剰な電気活動が生じる患者がいます。この異常に過剰な電気活動は発作活動と称され、脳の小領域あるいは脳全体を巻き込んで、四肢の震えなど影響を受ける体の部位に突発的な機能障害をもたらします。発作活動はしばしば、ぎくしゃくした動き(けいれん)を引き起こし、通常は数分間でおさまります。発作活動の持続時間が30分間を超える場合、または連続して2回以上生じ、2回の発作の間に意識の完全回復が認められない場合、この病態はてんかん重積状態と呼ばれ、医学的緊急事態にあたります。この病態の管理については、多くの薬剤が研究されてきました。本レビューでは、てんかん重積状態の迅速管理において、ロラゼパムの静脈内投与(静脈内注射)がジアゼパムまたはフェニトインより優れていることが確認されました。連続発作の治療では、ジアゼパムジェルの直腸内投与が発作コントロールに有効です。てんかん重積状態の迅速管理において、ロラゼパムの静脈内投与は、ジアゼパムまたはフェニトインの静脈内投与に勝ります。プレホスピタル治療(病院前救護)では、発作コントロール、入院あるいは緊急治療室入室の頻度に関して、ミダゾラムの筋肉内投与がロラゼパムの静脈内投与と同程度に(おそらくはそれより)有効です。この病態に対する他の薬剤のルーチンな使用については、さらなる研究を実施する必要があります。

(監訳 前川 敏彦)

翻訳公開日: 2015年9月1日

ご注意: この日本語訳は、臨床医、疫学研究者などによる翻訳のチェックを受けて公開していますが、訳語の間違いなどお気づきの点がありましたら、Minds事務局までご連絡ください。なお、2013年6月からコクラン・ライブラリーのNew review, Updated reviewとも日単位で更新されています。Mindsでは最新版の日本語訳を掲載するよう努めておりますが、タイム・ラグが生じている場合もあります。ご利用に際しては、最新版(英語版)の内容をご確認ください。