

貯法：室温保存

有効期間：3年

	錠10	錠25
承認番号	15700AMY00143000	15700AMY00144000
販売開始	1962年4月	1961年6月

## 三環系抗うつ剤

処方箋医薬品<sup>注)</sup>

日本薬局方 アミトリプチリン塩酸塩錠

トリプタノール<sup>®</sup>錠10トリプタノール<sup>®</sup>錠25TRYPTANOL<sup>®</sup> Tablets

注) 注意－医師等の処方箋により使用すること

## 2. 禁忌（次の患者には投与しないこと）







- 2.1 閉塞隅角緑内障の患者 [抗コリン作用により眼圧が上昇し、症状を悪化させることがある。]
- 2.2 三環系抗うつ剤に対し過敏症の患者
- 2.3 心筋梗塞の回復初期の患者 [循環器系に影響を及ぼすことがあり、心筋梗塞が悪化するおそれがある。]
- 2.4 尿閉（前立腺疾患等）のある患者 [抗コリン作用を有するため、症状が悪化するおそれがある。]
- 2.5 モノアミン酸化酵素阻害剤（セレギリン塩酸塩、ラサギリンメシル酸塩、サフィナミドメシル酸塩）を投与中あるいは投与中止後2週間以内の患者 [10.1 参照]

## 3. 組成・性状

## 3.1 組成

販売名	トリプタノール錠10	トリプタノール錠25
有効成分	1錠中 アミトリプチリン塩酸塩 10mg	1錠中 アミトリプチリン塩酸塩 25mg
添加剤	乳糖水和物、トウモロコシデンプン、軽質無水ケイ酸、粉末セルロース、リン酸水素カルシウム水和物、ステアリン酸、ステアリン酸マグネシウム、ヒプロメロース、軽質無水ケイ酸含有ヒドロキシプロピルセルロース、酸化チタン、タルク、青色1号、カルナウバロウ	乳糖水和物、トウモロコシデンプン、軽質無水ケイ酸、粉末セルロース、リン酸水素カルシウム水和物、ステアリン酸、ステアリン酸マグネシウム、ヒプロメロース、軽質無水ケイ酸含有ヒドロキシプロピルセルロース、酸化チタン、タルク、黄色4号（タートラジン）、黄色4号（タートラジン）、黄色5号アルミニウムレーキ、カルナウバロウ

## 3.2 製剤の性状

販売名	トリプタノール錠10	トリプタノール錠25	
剤形	フィルムコーティング錠		
色調	青色	黄色	
外形	表面		
	裏面		
	側面		
直径 (mm)	6.4	6.4	
厚さ (mm)	3.3	3.3	
質量 (mg)	138	126	
本体コード	n 542	n 543	
包装コード	㊟542	㊟543	

## 4. 効能又は効果

精神科領域におけるうつ病・うつ状態、夜尿症、末梢性神経障害性疼痛

## 5. 効能又は効果に関連する注意

(効能共通)

5.1 抗うつ剤の投与により、24歳以下の患者で、自殺念慮、自殺企図のリスクが増加するとの報告があるため、本剤の投与にあたっては、リスクとベネフィットを考慮すること。[8.2-8.5、9.1.7、9.1.10、15.1.1 参照]

(末梢性神経障害性疼痛)

5.2 自殺念慮、自殺企図、敵意、攻撃性等の精神症状の発現リスクを考慮し、本剤の投与の適否を慎重に判断すること。

## 6. 用法及び用量

(うつ病・うつ状態)

アミトリプチリン塩酸塩として、通常、成人1日30～75mgを初期用量とし、1日150mgまで漸増し、分割経口投与する。まれに300mgまで増量することもある。

なお、年齢、症状により適宜減量する。

(夜尿症)

アミトリプチリン塩酸塩として、1日10～30mgを就寝前に経口投与する。

なお、年齢、症状により適宜減量する。

(末梢性神経障害性疼痛)

アミトリプチリン塩酸塩として、通常、成人1日10mgを初期用量とし、その後、年齢、症状により適宜増減するが、1日150mgを超えないこと。

## 8. 重要な基本的注意

(効能共通)

8.1 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に注意すること。

8.2 うつ症状を呈する患者は希死念慮があり、自殺企図のおそれがあるので、このような患者は投与開始早期ならびに投与量を変更する際には患者の状態及び病態の変化を注意深く観察すること。[5.1、8.3-8.5、9.1.7、9.1.10、15.1.1 参照]

8.3 因果関係は明らかではないが、不安、焦燥、興奮、パニック発作、不眠、易刺激性、敵意、攻撃性、衝動性、アカシジア／精神運動不穏、軽躁、躁病等の症状・行動を来した症例において、基礎疾患の悪化又は自殺念慮、自殺企図、他害行為が報告されている。患者の状態及び病態の変化を注意深く観察するとともに、これらの症状の増悪が観察された場合には、服薬量を増量せず、徐々に減量し、中止するなど適切な処置を行うこと。[5.1、8.2、8.4、8.5、9.1.7-9.1.10、15.1.1 参照]

8.4 自殺目的での過量服用を防ぐため、自殺傾向が認められる患者に処方する場合には、1回分の処方日数を最小限にとどめること。[5.1、8.2、8.3、8.5、9.1.7、9.1.10、15.1.1 参照]

8.5 家族等に自殺念慮や自殺企図、興奮、攻撃性、易刺激性等の行動の変化及び基礎疾患悪化があらわれるリスク等について十分説明を行い、医師と緊密に連絡を取り合うよう指導すること。[5.1、8.2-8.4、9.1.7-9.1.10、15.1.1 参照]

8.6 投与量の急激な減少ないし投与の中止により、嘔気、頭痛、倦怠感、易刺激性、情動不安、睡眠障害等の離脱症状があらわれることがある。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。

8.7 重篤な血液障害があらわれることがあるので、定期的に検査を実施するなど観察を十分に行うこと。[11.1.6 参照]

(末梢性神経障害性疼痛)

8.8 本剤による治療は原因療法ではなく対症療法であることから、疼痛の原因となる疾患の診断及び治療を併せて行い、本剤を漫然と投与しないこと。

## 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

#### 9.1.1 排尿困難のある患者

抗コリン作用を有するため、症状が悪化するおそれがある。

#### 9.1.2 開放隅角緑内障の患者

抗コリン作用により眼圧が上昇し、症状を悪化させることがある。

#### 9.1.3 眼内圧亢進のある患者

抗コリン作用を有するため、症状が悪化するおそれがある。

#### 9.1.4 心不全・心筋梗塞・狭心症・不整脈（発作性頻拍・刺激伝導障害等）等の心疾患のある患者（心筋梗塞の回復初期の患者を除く）

循環器系に影響を及ぼすことがあり、これらの症状が悪化するおそれがある。

#### 9.1.5 甲状腺機能亢進症の患者

循環器系に影響を及ぼすことがある。

#### 9.1.6 てんかん等の痙攣性疾患又はこれらの既往歴のある患者

痙攣を起こすことがある。

#### 9.1.7 躁うつ病患者

躁転、自殺企図があらわれることがある。[5.1、8.2-8.5、9.1.10、15.1.1 参照]

#### 9.1.8 脳の器質障害又は統合失調症の素因のある患者

精神症状を増悪させることがある。[8.3、8.5、9.1.9 参照]

#### 9.1.9 衝動性が高い併存障害を有する患者

精神症状を増悪させることがある。[8.3、8.5、9.1.8 参照]

#### 9.1.10 自殺念慮又は自殺企図の既往のある患者、自殺念慮のある患者

自殺念慮、自殺企図があらわれることがある。[5.1、8.2-8.5、9.1.7、15.1.1 参照]

### 9.5 妊婦

妊婦又は妊娠している可能性のある女性には、治療上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。三環系抗うつ剤には動物実験で催奇形作用が報告されているものがある。

### 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報告されている。

### 9.7 小児等

小児等に対するうつ病治療の使用経験は少ないので、投与しないことが望ましい。

### 9.8 高齢者

少量から投与を開始するなど患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。起立性低血圧、ふらつき、抗コリン作用による口渴、排尿困難、便秘、眼内圧亢進等があらわれやすい。

## 10. 相互作用

本剤は、主に肝代謝酵素チトクロームP450 2D6（CYP2D6）により代謝される。また、CYP3A4、CYP2C19及びCYP1A2によっても代謝されることが示されている。

### 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
モノアミン酸化酵素阻害剤 セレギリン塩酸塩（エフピー） ラサギリンメシル酸塩（アジレクト） サフィナミドメシル酸塩（エクフィナ） [2.5 参照]	発汗、不穏、全身痙攣、異常高熱、昏睡等があらわれることがある。なお、モノアミン酸化酵素阻害剤の投与を受けた患者に本剤を投与する場合には、少なくとも2週間の間隔をおき、また本剤からモノアミン酸化酵素阻害剤に切りかえるときには、2～3日間の間隔をおくことが望ましい。	詳細は不明であるが、相加・相乗作用によると考えられる。

### 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
アルコール	本剤の作用が増強されることがある。	アルコールが肝での本剤の代謝を阻害し、血中濃度が上昇すると考えられる。
抗コリン作用薬 ブチルスコポラミン臭化物		併用によって受容体部位での抗コリン作用が相加される。
コリン作用薬 ピロカルピン塩酸塩	本剤がこれらの薬剤の作用を減弱することがある。	本剤がこれらの薬剤の作用に拮抗すると考えられる。

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
アドレナリン作用薬 アドレナリン ノルアドレナリン	アドレナリン作用薬の作用が増強されることがある。	三環系抗うつ剤は交感神経末梢へのノルアドレナリンの取り込みを抑制し、受容体のアドレナリン作用性を上昇させ、作用を増強させることがある。
中枢神経抑制剤 バルビツール酸誘導体	本剤の治療量において血中濃度が減少されることがある。本剤の中毒量において本剤の作用が増強されることがある。	本剤の治療量において、本剤の肝での代謝が増加することがある。本剤の中毒量における有害作用を増強させることがある。
降圧剤 グアナチジン硫酸塩 硫酸ベタニジン	降圧剤の作用を減弱されることがある。	本剤はアドレナリン作用性神経末でのグアナチジンの取り込みを阻害し、降圧作用を減弱させると考えられている。
スルファメトキサゾール・トリメトプリム	本剤の作用を減弱するおそれがある。	機序不明
カリウム製剤（徐放性、腸溶剤）	カリウム製剤の消化管粘膜刺激があらわれやすい。	本剤の抗コリン作用により消化管運動が抑制される。
クマリン系抗凝血剤 ワルファリンカリウム	抗凝血作用を増強するおそれがある。	ワルファリンの肝での代謝が阻害されると考えられている。
トラマドール塩酸塩	痙攣発作の危険性が增大するとの報告がある。	機序不明
血糖降下剤 インスリン 経口血糖降下剤	これらの薬剤の血糖降下作用を増強されることがある。	機序は不明であるが、他の三環系抗うつ剤でインスリン感受性を増強する等の報告がある。
バルプロ酸ナトリウム	本剤の作用が増強されることがある。	本剤の血中濃度が上昇することがある。
CYP3A4誘導作用を有する薬剤等 カルバマゼピン フェニトイン セイヨウオトギリソウ（St. John's Wort）含有食品	本剤の作用を減弱するおそれがある。	本剤の血中濃度を減少させると考えられる。
CYP3A4阻害作用を有する薬剤 リトナビル ホスアンプレナビル	本剤の作用を増強するおそれがある。	本剤の血中濃度を増加させると考えられる。
CYP2D6阻害作用を有する薬剤 選択的セロトニン再取り込み阻害剤 フルボキサミン パロキセチン 抗不整脈剤 キニジン プロパフェノン フレカイニド シメチジン フェノチアジン系製剤	本剤の作用を増強するおそれがある。	本剤の血中濃度を増加させると考えられる。

## 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 悪性症候群（Syndrome malin）（頻度不明）

無動減熱、強度の筋強剛、嚥下困難、頻脈、血圧の変動、発汗等が発現し、それに引き続き発熱がみられる場合は、投与を中止し、体冷却、水分補給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。なお、高熱が持続し、意識障害、呼吸困難、循環虚

脱、脱水症状、急性腎障害へと移行し、死亡した例が報告されている。

### 11.1.2 セロトニン症候群（頻度不明）

不安、焦燥、せん妄、興奮、発熱、発汗、頻脈、振戦、ミオクロス、反射亢進、下痢等があらわれた場合には投与を中止し、水分の補給等の全身管理とともに適切な処置を行うこと。

### 11.1.3 心筋梗塞（頻度不明）

### 11.1.4 幻覚、せん妄、精神錯乱、痙攣（いずれも頻度不明）

### 11.1.5 顔・舌部の浮腫（0.1%未満）

### 11.1.6 無顆粒球症、骨髄抑制（いずれも頻度不明）

[8.7 参照]

### 11.1.7 麻痺性イレウス（頻度不明）

腸管麻痺（食欲不振、悪心・嘔吐、著しい便秘、腹部の膨満あるいは弛緩及び腸内容物のうっ滞等の症状）があらわれた場合には投与を中止すること。なお、この悪心・嘔吐は、本剤の制吐作用により不顕性化することもあるので注意すること。

### 11.1.8 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、尿中ナトリウム排泄量の増加、高張尿、痙攣、意識障害等があらわれた場合には投与を中止し、水分摂取の制限等適切な処置を行うこと<sup>1)</sup>、<sup>2)</sup>。

### 11.2 その他の副作用

	5%以上	0.1~5%未満	0.1%未満	頻度不明
循環器		血圧低下、 頻脈		血圧上昇、 動悸、不整脈、 心発作、 心ブロック
精神神経系	眠気	振戦等の パーキンソン 症状、運動失調、 四肢の知覚異常、 焦燥	構音障害	不眠、不安、 口周部等の 不随意運動 （長期投与時）
過敏症		発疹	蕁麻疹	
血液				白血球減少
肝臓			黄疸	肝機能障害、 AST上昇、 ALT上昇
消化器	口渇	悪心・嘔吐、 食欲不振、 下痢、便秘	味覚異常	
泌尿器		排尿困難		尿閉
その他		ふらつき、 頭痛、眩暈、 倦怠感、発汗、 視調節障害	眼内圧亢進	体重増加

## 13. 過量投与

### 13.1 症状

嗜眠、昏迷、幻視、錯乱、激越、痙攣、筋硬直、反射亢進等の中枢神経症状や重篤な低血圧、頻脈、不整脈、QT延長、伝導障害、心不全等の循環器症状並びに呼吸抑制、低体温、異常高熱、嘔吐、散瞳等があらわれる。

### 13.2 処置

心電図検査を行い、異常が認められた場合には少なくとも5日間は心機能を十分に観察することが望ましい。

## 14. 適用上の注意

### 14.1 薬剤交付時

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、さら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 海外で実施された大うつ病性障害等の精神疾患を有する患者を対象とした、本剤を含む複数の抗うつ剤の短期プラセボ対照臨床試験の検討結果において、24歳以下の患者では、自殺念慮や自殺企図の発現のリスクが抗うつ剤投与群でプラセボ群と比較して高かった。なお、25歳以上の患者における自殺念慮や自殺企図の発現のリスクの上昇は認められず、65歳以上においてはそのリスクが減少した。[5.1、8.2-8.5、9.1.7、9.1.10 参照]

15.1.2 主に50歳以上を対象に実施された海外の疫学調査において、選択的セロトニン再取り込み阻害剤及び三環系抗うつ剤を含む抗うつ剤を投与された患者で、骨折のリスクが上昇したとの報告がある。

## 16. 薬物動態

### 16.1 血中濃度

うつ病患者15例にアミトリプチリン塩酸塩を2週間以上1日30mg、75mg、125~180mg3分割経口投与したときのアミトリプチリンの血漿中濃度は、それぞれ36±5ng/mL、43±3ng/mL、79±10ng/mLであり、また代謝物であるノルトリプチリンの血漿中濃度はそれぞれ8±2ng/mL、22±4ng/mL、89±25ng/mLであった<sup>3)</sup>、<sup>4)</sup>。

## 17. 臨床成績

### 17.1 有効性及び安全性に関する試験

#### （うつ病・うつ状態）

#### 17.1.1 一般臨床試験

うつ病・うつ状態に対する一般臨床試験では有効率60.9%（357/586例）を示した。

#### （夜尿症）

#### 17.1.2 一般臨床試験

夜尿症に対する一般臨床試験では有効率75.0%（379/505例）を示した。

#### 17.1.3 二重盲検比較試験

夜尿症が認められる患者（38例）を対象にしたプラセボを対照薬とする二重盲検比較試験において、本剤の有効性が認められた<sup>5)</sup>。

## 18. 薬効薬理

### 18.1 作用機序

本剤の抗うつ作用に関する詳細な作用機序は明らかにされていないが、脳内におけるノルアドレナリン及びセロトニン再取り込みを抑制する結果、シナプス領域にこれらモノアミン量が増量することにより抗うつ作用を示すと考えられている。さらに、これらの活性アミンのシナプス間隙での増加によっておこるアドレナリンβ受容体の機能低下やセロトニン受容体機能の変化が抗うつ薬の作用機序として有力視されている<sup>6)</sup>。

### 18.2 レセルピン及びテトラベナジンに対する拮抗作用

マウスのレセルピンによる体温低下及びテトラベナジンによる鎮静作用をアミトリプチリンは抑制した<sup>7)</sup>。

### 18.3 ノルアドレナリン作用の増強

麻酔イスにおけるノルアドレナリンの昇圧反応をアミトリプチリンは増強した<sup>7)</sup>。

### 18.4 ノルアドレナリン及びセロトニンの再取り込み抑制

ラット脳でのノルアドレナリンの再取り込み及びマウス脳切片でのセロトニンの再取り込みをアミトリプチリンは抑制した<sup>8)</sup>、<sup>9)</sup>。

## 19. 有効成分に関する理化学的知見

一般的名称：アミトリプチリン塩酸塩（Amitriptyline Hydrochloride）

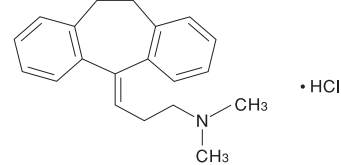
化学名：3-(10,11-Dihydro-5H-dibenzo[a,d]cyclohepten-5-ylidene)-N,N-dimethylpropylamine monohydrochloride

分子式：C<sub>21</sub>H<sub>23</sub>N・HCl

分子量：313.86

性状：無色の結晶又は白色～微黄色の結晶性の粉末で、味は苦く、麻痺性である。水、エタノール（95）又は酢酸（100）に溶けやすく、無水酢酸にやや溶けやすく、ジエチルエーテルにほとんど溶けない。1.0gを水20mLに溶かした液のpHは4.0~5.0である。

化学構造式：



融点：195~198℃

## 20. 取扱い上の注意

開封後は光を避けて保存すること。

## 22. 包装

### （トリプタノール錠10）

100錠 [10錠×10：PTP]

500錠 [10錠×50：PTP]

500錠 [プラスチックボトル：バラ：乾燥剤入り]

### （トリプタノール錠25）

100錠 [10錠×10：PTP]

500錠 [10錠×50：PTP]

1000錠 [10錠×100：PTP]

1000錠 [プラスチックボトル：バラ：乾燥剤入り]

## 23. 主要文献

- 1) Beckstrom D., et al.: JAMA. 1979; 241 (2) : 133
- 2) Luzecky M. H., et al.: South. Med. J. 1974; 67 (4) : 495-497
- 3) 浅野裕 他：精神薬療基金研究年報. 1976; 8 : 189-194
- 4) 浅野裕 他：精神薬療基金研究年報. 1978; 9 : 119-127
- 5) 宮崎澄雄 他：臨床と研究. 1973; 50 (9) : 2748-2754
- 6) 高橋彰子 他：臨床と研究. 2000; 77 (5) : 944-948
- 7) Vernier V. G., et al.: Psychosomatic Medicine, The Hahneman Symposium, Lea and Eebiger, Phila. 1962; 683-690
- 8) Glowinski J., et al.: Nature. 1964; 204 : 1318-1319
- 9) Ross S. B., et al.: Eur. J. Pharmacol. 1969; 7 : 270-277

## 24. 文献請求先

日医工株式会社 お客様サポートセンター  
〒930-8583 富山市総曲輪1丁目6番21  
TEL (0120) 517-215  
FAX (076) 442-8948

## 26. 製造販売業者等

### 26.1 製造販売元

 **日医工株式会社**  
NICHIKO 富山市総曲輪1丁目6番21