

表 1 | 各種てんかん症候群に対する選択薬

てんかん症候群	第一選択薬	第二選択薬	併用療法・他	避けるべき薬剤
特発性部分てんかん	カルバマゼピン バルプロ酸 レベチラセタム	ラモトリギン オクスカルバゼピン* トピラマート* ガバペンチン* クロバザム*	スルチアム (BECTS)	
小児欠神てんかん	バルプロ酸 エトスクシミド	ラモトリギン		ガバペンチン カルバマゼピン フェニトイン
Lennox-Gastaut 症候群	バルプロ酸(妊娠可能年齢女性については第 13 章参照)	ラモトリギン* ゾニサミド トピラマート* ルフィナミド*	クロバザム (転倒発作)* エトスクシミド (非定型欠神発作) レベチラセタム	ガバペンチン カルバマゼピン
若年ミオクロニー てんかん	バルプロ酸(妊娠可能年齢女性については第 13 章参照)	レベチラセタム* ラモトリギン ゾニサミド トピラマート*	クロナゼパム (ミオクロニー発作)	ガバペンチン カルバマゼピン フェニトイン
全般強直間代発作のみを示すてんかん	バルプロ酸(妊娠可能年齢女性については第 13 章参照)	ゾニサミド ラモトリギン レベチラセタム* トピラマート*	クロバザム*	

*：わが国における保険適用

- ・トピラマート、ガバペンチンは部分発作における併用療法に保険適用。
- ・クロバザムは部分発作および全般発作の併用療法に保険適用。
- ・ラモトリギンは部分発作、強直間代発作、欠神発作には単剤でも保険適用、Lennox-Gastaut 症候群では併用療法に保険適用。
- ・ルフィナミドは Lennox-Gastaut 症候群の強直発作・脱力発作における併用療法に保険適用。
- ・レベチラセタムは部分発作には単剤でも保険適用、強直間代発作では併用療法に保険適用。

特発性部分てんかんの選択薬はなにか

要約

- ①特発性部分てんかんでは治療的介入が不要のこともあるため、治療により期待される効果とその弊害について十分に検討する。
- ②特発性部分てんかんに対する第一選択薬は、カルバマゼピン、バルプロ酸、レベチラセタムである。
- ③第二選択薬はラモトリギン、オクスカルバゼピン、トピラマート、ガバペンチン、クロバザムである。
- ④中心側頭部に棘波をもつ良性小児てんかん（BECTS）では第二選択薬としてスルチアムも用いられる。

解説

特発性部分てんかんは基本的に予後良好で、生涯で一度しか発作を生じない場合もあるなど、治療的介入が不要のこともあるため、抗てんかん薬による治療の効果とその弊害について家族（および患者本人）に十分に説明してから、治療方針を検討する必要がある¹⁾。

特発性部分てんかんに対する薬物治療の無作為化比較対照試験（randomized controlled trial：RCT）は行われておらず、部分てんかんに用いられる一般的な抗てんかん薬（カルバマゼピン、バルプロ酸、レベチラセタム、ラモトリギン、オクスカルバゼピン、トピラマート、ガバペンチン、クロバザム）が用いられる^{2,3)}。このなかで、発作抑制効果や副作用の面などからカルバマゼピン、バルプロ酸、レベチラセタムが第一選択薬とされる^{2,4)}。

特発性部分てんかんの中核をなす中心側頭部に棘波をもつ良性小児てんかん（benign epilepsy of childhood with centrottemporal spikes：BECTS）におけるスルチアムに対する RCT では、対照における発作抑制率が 40%であったのに対してスルチアムは 87.1%とその有効性が示されている⁵⁾。また、BECTS に対してはスルチアムとレベチラセタム⁶⁾ もしくはオクスカルバゼピンとレベチラセタム⁷⁾ で RCT が行われ、それぞれの試験において発作抑制率がスルチアム 90.9%に対してレベチラセタム 81.0%，もしくはオクスカルバゼピン 72.2%に対してレベチラセタム 90.5%といずれも高い発作抑制効果が報告されている。

文献

- 1) Oguni H. Treatment of benign focal epilepsies in children : when and how should be treated ? Brain Dev. 2011 ; 33 (3) : 207-212.
- 2) Marson AG, Al-Kharusi AM, Alwaidh M, et al. The SANAD study of effectiveness of carbamazepine, gabapentin, lamotrigine, oxcarbazepine, or topiramate for treatment of partial epilepsy : an unblinded randomised controlled trial. Lancet. 2007 ; 369 (9566) : 1000-1015.
- 3) Wheless JW, Neto W, Wang S. Topiramate, carbamazepine, and valproate monotherapy : double-blind comparison in children with newly diagnosed epilepsy. J Child Neurol. 2004 ; 19 (2) : 135-141.

- 4) Wheless JW, Clarke DF, Arzimanoglou A, et al. Treatment of pediatric epilepsy : European expert opinion, 2007. *Epileptic Disord.* 2007 ; 9(4) : 353-412.
- 5) Rasing D, Wolf C, Bast T. Sulthiame as monotherapy in children with benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes : a 6-month randomized, double-blind, placebo-controlled study. Sulthiame Study Group. *Epilepsia.* 2000 ; 41(10) : 1284-1288.
- 6) Borggräfe I, Bonfert M, Bast T, et al. Levetiracetam vs. sulthiame in benign epilepsy with centrotemporal spikes in childhood : a double-blinded, randomized, controlled trial (German HEAD study). *Eur J Paediatr Neurol.* 2013 ; 17(5) : 507-514.
- 7) Coppola G, Franzoni E, Verrotti A, et al. Levetiracetam or oxcarbazepine as monotherapy in newly diagnosed benign epilepsy of childhood with centrotemporal spikes (BECTS) : an open-label, parallel group trial. *Brain Dev.* 2007 ; 29(5) : 281-284.

■ 検索式・参考にした二次資料

PubMed 検索 : 2015 年 6 月 25 日

((((("Epilepsies, Partial" [Mesh]) AND ((idiopathy) OR idiopathic)) AND Anticonvulsants/therapeutic use [Mesh])) OR "Epilepsy, Rolandic/drug therapy" [Mesh] Filters: Publication date from 2008/01/01 to 2015/12/31; Humans; English; Japanese = 55 件

医中誌検索 : 2015 年 6 月 15 日

((((((抗けいれん剤/TH or 抗てんかん薬/AL)) and ((特発性部分てんかん/AL) or (((てんかん-焦点/TH or 部分てんかん/AL)) and (特発性/AL)))))) and (PT=会議録除く)) = 41 件

参考にした二次資料

The epilepsies: the diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care. National Institute for Health and Care Excellence.

<http://www.nice.org.uk/guidance/cg137>

小児欠神てんかんの選択薬はなにか

要約

- ①第一選択薬はバルプロ酸、エトスクシミドである。
- ②第二選択薬はラモトリギンである。
- ③ガバペンチン、カルバマゼピン、フェニトインは用いない。

解説

従来、小児欠神てんかんではバルプロ酸、エトスクシミド、ラモトリギンが用いられてきたが¹⁾、RCTによりバルプロ酸とエトスクシミドが同等の発作抑制効果を示し（16週における発作抑制率がそれぞれ58%、53%）、いずれもラモトリギン（29%）よりも有効性が高いことが示された²⁾。エトスクシミドのほうが副作用の面でバルプロ酸より優位であったが、服用のしやすさではバルプロ酸が勝る。一方で、全般性強直間代発作を併発する場合にはエトスクシミドよりバルプロ酸が用いられる。

ガバペンチン³⁾、カルバマゼピン^{4,5)}、フェニトイン⁵⁾では、欠神発作の増悪が報告されている。

文献

- 1) Wheless JW, Clarke DF, Carpenter D. Treatment of pediatric epilepsy : expert opinion, 2005. J Child Neurol. 2005 ; 20 : (Suppl 1) : S1-S56.
- 2) Glauser TA, Cnaan A, Shinnar S, et al. Ethosuximide, valproic acid, and lamotrigine in childhood absence epilepsy. N Engl J Med. 2010 ; 362(9) : 790-799.
- 3) Trudeau V, Myers S, LaMoreaux L, et al. Gabapentin in naive childhood absence epilepsy : results from two double-blind, placebo-controlled, multicenter studies. J Child Neurol. 1996 ; 11(6) : 470-475.
- 4) Horn CS, Ater SB, Hurst DL. Carbamazepine-exacerbated epilepsy in children and adolescents. Pediatr Neurol. 1986 ; 2(6) : 340-345.
- 5) Osorio I, Reed RC, Peltzer JN. Refractory idiopathic absence status epilepticus : A probable paradoxical effect of phenytoin and carbamazepine. Epilepsia. 2000 ; 41(7) : 887-894.

検索式・参考にした二次資料

PubMed 検索 : 2015 年 6 月 25 日

"Epilepsy, Absence/drug therapy" [Mesh] Filters: Publication date from 2008/01/01 to 2015/12/31; Humans; English; Japanese = 91 件

医中誌検索 : 2015 年 6 月 15 日

(((((てんかん-欠神/TH or 欠神てんかん/AL))) or (((てんかん-欠神/TH or 欠神発作/AL)))) and (PT=会議録除く and SH=薬物療法)) = 88 件

参考にした二次資料

The epilepsies: the diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care. National Institute for Health and Care Excellence.

<http://www.nice.org.uk/guidance/cg137>

Lennox-Gastaut 症候群の選択薬はなにか

要約

- ① Lennox-Gastaut 症候群 (LGS) は薬剤抵抗性のことが多く、治療においては適切な評価と治療目標の検討が必要である。
- ② 第一選択薬はバルプロ酸であるが、妊娠可能年齢女性においてはまずバルプロ酸以外の薬剤での治療を優先する。
- ③ バルプロ酸を用いることができない、もしくはバルプロ酸で効果が不十分な場合にはラモトリギン、ゾニサミド、トピラマート、ルフィナミド、レベチラセタムが用いられる。
- ④ 転倒発作にはクロバザムが、非定型欠神発作にはエトスクシミドが用いられる。
- ⑤ ガバペンチン、カルバマゼピンは用いない。
- ⑥ 治療が困難な場合には専門医へ紹介する。

解説

Lennox-Gastaut 症候群 (LGS) では、強直発作、非定型欠神、脱力発作、ミオクロニー発作など多様な発作を生じ、これらが薬剤抵抗性であり、さらに精神遅滞などの合併症も呈する。発作抑制のために抗てんかん薬を増量し続けるとかえって QOL を阻害することもあり、またある発作型に対する薬剤が他の型の発作を増悪させることもあるため、治療にあたっては適宜 QOL とその阻害要因を再評価しつつ、適切な治療目標を設定する必要がある¹⁾。

Expert opinion ではバルプロ酸が第一選択薬として、またそれ以降の第一選択薬としてトピラマートとラモトリギンが推奨されている²⁾。

LGS に対する RCT がラモトリギン³⁾、トピラマート⁴⁾、ルフィナミド⁵⁾ において行われており、それぞれの薬剤における併用療法での有効率 (50% reduction rate) はラモトリギン 33% (プラセボ 16%)³⁾、トピラマート 33% (プラセボ 8%)⁴⁾、ルフィナミド 32.7% (プラセボ 11.7%)⁵⁾ と報告されている。ゾニサミドではコホート研究が行われ、併用療法での有効率 (50% reduction rate) は 51.6% であった⁶⁾。

LGS における転倒発作に対するクロバザムの有効性は RCT で検討されており、0.2~1 mg/kg/日 で用いた場合の有効率 (50% reduction rate) は 77.6% であった⁷⁾。エトスクシミドは非定型欠神発作やミオクロニー発作などに有効性が報告されており、副作用も少ないことから、これらの発作に対する薬剤として推奨されている⁸⁾。

ガバペンチン、カルバマゼピンは LGS において発作が増加したとする報告もある⁹⁾。

文献

- 1) Arzimanoglou A, French J, Blume WT, et al. Lennox-Gastaut syndrome : a consensus approach on diagnosis, assessment, management, and trial methodology. *Lancet Neurol*. 2009 ; 8(1) : 82-93.

- 2) Wheless JW, Clarke DF, Arzimanoglou A, et al. Treatment of pediatric epilepsy : European expert opinion, 2007. *Epileptic Disord.* 2007 ; 9(4) : 353-412.
- 3) Motte J, Trevathan E, Arvidsson JF, et al. Lamotrigine for generalised seizures associated with the Lennox-Gastaut syndrome. *Lamictal Lennox-Gastaut Study Group. New Engl J Med.* 1997 ; 337(25) : 1807-1812.
- 4) Sachdeo RC, Glauser TA, Ritter F, et al. A double-blind, randomized trial of topiramate in Lennox-Gastaut syndrome. *Topiramate YL Study Group. Neurology.* 1999 ; 52(9) : 1882-1887.
- 5) Glauser T, Kluger G, Sachdeo R, et al. Rufinamide for generalized seizures associated with Lennox-Gastaut syndrome. *Neurology.* 2008 ; 70(21) : 1950-1958.
- 6) You SJ, Kang H, Kim HD, et al. Clinical efficacy of zonisamide in Lennox-Gastaut syndrome : Korean multicentric experience. *Brain Dev.* 2008 ; 30(4) : 287-290.
- 7) Ng YT, Conry JA, Drummond R, et al. Randomized, phase III study results of clobazam in Lennox-Gastaut syndrome. *Neurology.* 2011 ; 77(15) : 1473-1481.
- 8) Farrell K. Symptomatic generalized epilepsy and Lennox-Gastaut syndrome. In : Wyllie E ed. *Wyllie's Treatment of Epilepsy : Principles and Practice*, 2nd edition. ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1996, p.530-539.
- 9) Schmidt D, Bourgeois B. A risk-benefit assessment of therapies for Lennox-Gastaut syndrome. *Drug Safety.* 2012 ; 22(6) : 467-477.

■ 検索式・参考にした二次資料

PubMed 検索 : 2015 年 6 月 25 日

((("Lennox Gastaut Syndrome" [Mesh]) OR "Lennox Gastaut Syndrome" [TIAB])) AND "drug therapy" [Subheading]
Filters: Publication date from 2008/01/01 to 2015/12/31; Humans; English; Japanese = 122 件

医中誌検索 : 2015 年 6 月 29 日

(((((Lennox-Gastaut 症候群/TH or Lennox-Gastaut 症候群/AL))) and (SH=薬物療法))) and (PT=会議録除く) = 89 件

参考にした二次資料

The epilepsies: the diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care. National Institute for Health and Care Excellence.

<http://www.nice.org.uk/guidance/cg137>

若年ミオクロニーてんかんの選択薬はなにか

要約

- ① 第一選択薬はバルプロ酸であるが、妊娠可能年齢女性においてはまずバルプロ酸以外の薬剤での治療を優先する。
- ② バルプロ酸を用いることができない、もしくはバルプロ酸で効果が不十分な場合にはレベチラセタム、ラモトリギン、ゾニサミド、トピラマートの単剤療法が用いられる。
- ③ ミオクロニー発作に対しては併用療法としてクロナゼパムが用いられる。
- ④ ガバペンチン、カルバマゼピン、フェニトインは用いない。

解説

若年ミオクロニーてんかん (juvenile myoclonic epilepsy : JME) は主にミオクロニー発作と全般性強直間代発作を生じ、その双方の発作型が治療の対象であるが¹⁾、QOL への影響から後者が²⁾ 主要な治療対象となることも多い。

JME に対する Expert opinion では第一選択薬としてバルプロ酸が推奨されている¹⁾。JME だけを対象としたバルプロ酸の RCT はないが、全般てんかん一般に対する RCT ではバルプロ酸が有効であり (発作抑制率 92%)、その効果がトピラマートやラモトリギンよりも優位であることが示されている²⁾。なお、バルプロ酸では催奇形性³⁾ や胎児の認知機能への影響⁴⁾ が報告されているため、妊娠可能年齢女性においてはまずバルプロ酸以外の薬剤での治療を優先する。

JME を対象とした研究ではレベチラセタム (発作抑制率 80%)⁵⁾、ラモトリギン (発作抑制率 81.9%)⁶⁾、ゾニサミド (発作抑制率 38.5~69.5%)⁷⁾、トピラマート (発作抑制率 67%)⁸⁾ の単剤での有効性が示されている。このなかで、ラモトリギンはミオクロニー発作を増悪させる可能性が報告されており注意が必要である⁹⁾。クロナゼパムはミオクロニー発作に対する効果が期待できる¹⁰⁾。

ガバペンチンとカルバマゼピンでは欠伸発作とミオクロニー発作の増悪が³⁾、フェニトインでは欠伸発作の増悪が報告されている¹¹⁾。一方でカルバマゼピンとバルプロ酸の併用が全般性強直間代発作の抑制に必要な症例も存在する¹²⁾。

文献

- 1) Wheless JW, Clarke DF, Arzimanoglou A, et al. Treatment of pediatric epilepsy : European expert opinion, 2007. *Epileptic Disord.* 2007 ; 9(4) : 353-412.
- 2) Marson AG, Al-Kharusi AM, Alwaidh M, et al. The SANAD study of effectiveness of valproate, lamotrigine, or topiramate for generalized and unclassifiable epilepsy : an unblinded randomised controlled trial. *Lancet.* 2007 ; 369(9566) : 1016-1026.
- 3) Tomson T, Battino D, Bonizzoni E, et al. Dose-dependent risk of malformations with antiepileptic drugs : an analysis of data from the EURAP epilepsy and pregnancy registry. *Lancet Neurol.* 2011 ; 10(7) : 609-617.

- 4) Meador K, Baker GA, Browning N, et al. Fetal antiepileptic drug exposure and cognitive outcomes at age 6 years (NEAD study) : a prospective observational study. *Lancet Neurol.* 2013 ; 12(3) : 244-252.
- 5) Sharpe DV, Patel AD, Abou-Khalil B, et al. Levetiracetam monotherapy in juvenile myoclonic epilepsy. *Seizure.* 2008 ; 17(1) : 64-68.
- 6) Machado RA, Garcia VF, Astencio AG, et al. Efficacy and tolerability of lamotrigine in juvenile myoclonic epilepsy in adults : a prospective, unblinded randomized controlled trial. *Seizure.* 2013 ; 22(10) : 846-855.
- 7) Kothare SV, Valencia I, Khurana DS, et al. Efficacy and tolerability of zonisamide in juvenile myoclonic epilepsy. *Epileptic Disord.* 2004 ; 6(4) : 267-270.
- 8) Levisohn PM, Holland KD. Topiramate or valproate in patients with juvenile myoclonic epilepsy : a randomized open-label comparison. *Epilepsy Behav.* 2007 ; 10(4) : 547-552.
- 9) Biraben A, Allain H, Scarabin JM, et al. Exacerbation of juvenile myoclonic epilepsy with lamotrigine. *Neurology.* 2000 ; 55(11) : 1758.
- 10) Obeid T, Panayiotopoulos CP. Clonazepam in juvenile myoclonic epilepsy. *Epilepsia.* 1989 ; 30(5) : 603-606.
- 11) Perucca E, Gram L, Avanzini G, et al. Antiepileptic drugs as a cause of worsening seizures. *Epilepsia.* 1998 ; 39(1) : 5-17.
- 12) Knott C, Panayiotopoulos CP. Carbamazepine in the treatment of generalised tonic clonic seizures in juvenile myoclonic epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1994 ; 57(4) : 503.

■ 検索式・参考にした二次資料

PubMed 検索 : 2015 年 6 月 25 日

"Myoclonic Epilepsy, Juvenile/drug therapy" [Mesh] Filters: Publication date from 2008/01/01 to 2015/12/31; Humans; English; Japanese = 63 件

医中誌検索 : 2015 年 6 月 29 日

(((((若年ミオクロニーてんかん/AL) or (てんかん-ミオクロヌス-若年性/TH))) and (PT=会議録除く and SH=薬物療法)) = 35 件

参考にした二次資料

The epilepsies: the diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care. National Institute for Health and Care Excellence.

<http://www.nice.org.uk/guidance/cg137>

全般強直間代発作のみを示すてんかん(覚醒時大発作てんかん)の選択薬はなにか

要約

- ①第一選択薬はバルプロ酸であるが、妊娠可能年齢女性においてはまずバルプロ酸以外の薬剤での治療を優先する。
- ②バルプロ酸を用いることができない、もしくはバルプロ酸で効果が不十分な場合にはゾニサミド、ラモトリギン、レベチラセタム、トピラマートが用いられる。
- ③これらの薬剤を使用できない、もしくはこれらの薬剤で効果が不十分な場合にはクロバザムの併用が用いられる。

解説

これまでは、「覚醒時大発作てんかん」と呼ばれていたが¹⁾、2010年の国際抗てんかん連盟(ILAE)のてんかん症候群分類では「全般強直間代発作のみを示すてんかん」という病名に変更された¹⁾。

全般強直間代発作のみを示すてんかんに限定したRCTの報告はないが、全般性強直間代発作に対するメタアナリシスではバルプロ酸とフェニトインの有効性が示されている²⁾。なお、バルプロ酸では催奇形性³⁾や胎児の認知機能への影響⁴⁾が報告されているため、妊娠可能年齢女性においてはまずバルプロ酸以外の薬剤での治療を優先する。

ゾニサミド(発作抑制率42.6%)⁵⁾、ラモトリギン(発作抑制率30~37%:1年もしくは40週時点)⁶⁻⁸⁾、レベチラセタム(発作抑制率34.2%)⁹⁾、トピラマート(発作抑制率39~49%)^{8,10)}についても全般強直間代発作に対する抑制効果が報告されている。なお、フェニトインとフェノバルビタールについての効果も報告されているが³⁾、副作用の面から現在は第一選択薬としては用いられない。併用療法としては、クロバザム(発作抑制率10~30%)¹¹⁾で発作抑制効果が示されている。

文献

- 1) Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ, et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005–2009. *Epilepsia*. 2010; 51(4): 676–685.
- 2) Tudur Smith C, Marson AG, Chadwick DW, et al. Multiple treatment comparisons in epilepsy monotherapy trials. *Trials*. 2007; 8: 34.
- 3) Tomson T, Battino D, Bonizzoni E, et al. Dose-dependent risk of malformations with antiepileptic drugs: an analysis of data from the EURAP epilepsy and pregnancy registry. *Lancet Neurol*. 2011; 10(7): 609–617.
- 4) Meador K, Baker GA, Browning N, et al. Fetal antiepileptic drug exposure and cognitive outcomes at age 6 years (NEAD study): a prospective observational study. *Lancet Neurol*. 2013; 12(3): 244–252.
- 5) Yamauchi T, Aikawa H. Efficacy of zonisamide: our experience. *Seizure*. 2004; 13(Suppl 1): S41–48.
- 6) Steiner TJ, Dellaportas CI, Findley LJ, et al. Lamotrigine monotherapy in newly diagnosed untreated epilepsy: a double-

- blind comparison with phenytoin. *Epilepsia*. 1999 ; 40(5) : 601-607.
- 7) Brodie MJ, Richens A, Yuen AW. Double-blind comparison of lamotrigine and carbamazepine in newly diagnosed epilepsy. *Lancet*. 1995 ; 345(8948) : 476-479.
 - 8) Marson AG, Al-Kharusi AM, Alwaidh M, et al. The SANAD study of effectiveness of valproate, lamotrigine, or topiramate for generalised and unclassifiable epilepsy : an unblinded randomised controlled trial. *Lancet*. 2007 ; 369(9566) : 1016-1026.
 - 9) Berkovic SF, Knowlton RC, Leroy RF, et al. Placebo-controlled study of levetiracetam in idiopathic generalized epilepsy. *Neurology*. 2007 ; 69(18) : 1751-1760.
 - 10) Privitera MD, Brodie MJ, Mattson RH, et al. Topiramate, carbamazepine and valproate monotherapy : double-blind comparison in newly diagnosed epilepsy. *Acta Neurol Scand*. 2003 ; 107(3) : 165-175.
 - 11) Clobazam in treatment of refractory epilepsy : the Canadian experience. A retrospective study. Canadian Clobazam Cooperative Group. *Epilepsia*. 1991 ; 32(3) : 407-416.

■ 検索式・参考にした二次資料

PubMed 検索 : 2015 年 6 月 26 日

((("Epilepsy, Tonic-Clonic" [Mesh]) OR (((("Epilepsy" [Mesh]) AND awaking [TIAB])) AND "Grand mal" [TIAB]))) AND (("Drug Therapy" [Mesh]) OR "drug therapy" [Subheading]) Filters: Publication date from 2008/01/01 to 2015/12/31; Humans; English; Japanese = 169 件

医中誌検索 : 2015 年 6 月 29 日

((((覚醒時大発作てんかん/AL) or (覚醒時/AL and 発作/AL and (てんかん/TH or てんかん/AL)))) and (PT=会議録除く and SH=薬物療法)) = 35 件

参考にした二次資料

The epilepsies: the diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care. National Institute for Health and Care Excellence.

<http://www.nice.org.uk/guidance/cg137>