

薬価基準追補収載（新薬）のお知らせ

平成24年11月22日

社団法人 福岡県薬剤師会薬事情報センター

厚労省は新薬の薬価基準追補収載を平成24年11月22日に告示、即日実施した。

〔内用薬〕

劇：劇薬、麻：麻薬、処：処方せん医薬品、生：生物由来製品

分類	医薬品名(会社名)	規格・単位	薬価(円)	規制	備考(成分, 薬効)									
214	アイミクス配合錠HD " LD (大日本住友)	1 T 1 T	173.40 150.40	劇 処	<p>イルベサルタン・アムロジピンベシル酸塩 アンジオテンシンII受容体拮抗薬 (ARB)・カルシウム拮抗薬。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>イルベサルタン</th> <th>アムロジピン</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HD</td> <td>100mg</td> <td>10mg</td> </tr> <tr> <td>LD</td> <td>100mg</td> <td>5mg</td> </tr> </tbody> </table> <p>適応は、高血圧症。 成人は、1日1回1錠を投与。高血圧治療の第一選択薬として用いない。 イルベサルタン 100mg およびアムロジピン 5mg を併用あるいはいずれか一方でコントロールが不十分な場合に 100mg/5mg への切り替えを検討する。 イルベサルタン 100mg およびアムロジピン 5mg を併用もしくは 100mg/5mg でコントロールが不十分な場合に 100mg/10mg への切り替えを検討する。 ※新医薬品に係る処方日数制限(1回14日分まで)ではない。</p>		イルベサルタン	アムロジピン	HD	100mg	10mg	LD	100mg	5mg
	イルベサルタン	アムロジピン												
HD	100mg	10mg												
LD	100mg	5mg												
235	アミティーザカプセル24μg (スキャンポファーマ〜 アボットジャパン)	24μg, 1 C	156.60	処	<p>ルビプロストン クロライドイオンチャネルアクチベーター。 適応は、慢性便秘症(器質疾患による便秘を除く)。 成人は、1回24μg, 1日2回朝・夕食後に投与。症状により適宜減量。 薬剤性および症候性の便秘に対する使用経験はなく、有効性・安全性は未確立。 継続的な症状の改善や副作用が認められた場合は、減量、休薬または中止を考慮し、漫然と継続投与はしない。 中等度・重度の肝機能障害者(Child-Pugh分類クラスBまたはC)や重度の腎機能障害者は1日1回24μgから開始し、慎重に投与する。 妊婦・妊娠している可能性がある婦人は禁忌、また妊娠する可能性がある婦人は避妊する(動物実験で胎児喪失の報告)。 腸管粘膜上のクロライドイオンチャネル ClC-2 を選択的に活性化し、小腸腸管内腔への Cl⁻ 輸送により Cl⁻ による浸透圧を生じさせて腸液の分泌を亢進し、便の水分含有量を増やして柔軟化し、腸管内輸送を高めて排便を促進する。</p>									
429	ゾトリエント錠200mg (グラクソ・スミスクライン)	200mg, 1 T (パゾパニブとして)	4,027.20	劇 処	<p>パゾパニブ塩酸塩 抗悪性腫瘍薬。チロシンキナーゼ阻害薬。 適応は、悪性軟部腫瘍。 成人は、1日1回800mgを食事の1時間以上前または食後2時間以降に投与(食後投与で C_{max} および AUC が上昇)。患者の状態により適宜減量。 化学療法未治療例および他の抗悪性腫瘍薬との併用について、有効性・安全性は未確立。 副作用の重症度に応じて休薬、減量、中止する。 継続の場合、症状、重症度等に応じて、200mg ずつ減量し、減量後に増量する場合は 200mg ずつ増量するが 800mg を超えない。 臨床試験で中等度の肝機能障害を有する患者に</p>									

					<p>対する最大耐用量は 200mg で、中等度以上の肝機能障害者に対し 200mg を超える用量の投与は推奨されない。</p> <p>肝不全による死亡例があり、投与開始前および投与中は定期的に肝機能検査を実施する。</p> <p>血管内皮増殖因子受容体 (VEGFR-1, 2, 3), 血小板由来増殖因子受容体 (PDGFR-α, β), 幹細胞因子受容体 (c-Kit) に対し阻害作用を示すマルチキナーゼ阻害薬で、血管内皮細胞の増殖を抑制し、血管新生を阻害して抗腫瘍効果を示す。専門の医師・医療機関が投与し、事前にインフォームド・コンセントを取得する。</p>								
396	スイニー錠 100mg (三和化学, 興和)	100mg, 1 T	83.00	処	<p>アナグリプチン</p> <p>経口血糖降下薬。選択的DPP-4阻害薬。</p> <p>適応は、2型糖尿病 (ただし、①食事療法, 運動療法のみ, ②食事療法, 運動療法に加えてα-グルコシダーゼ阻害剤を使用, ③食事療法, 運動療法に加えてビグアナイド系薬剤を使用, ④食事療法, 運動療法に加えてスルホニルウレア剤を使用, ⑤食事療法, 運動療法に加えてチアゾリジン系薬剤を使用, のいずれかの治療で十分な効果が得られない場合に限る)。</p> <p>成人は、1回100mgを1日2回朝夕に投与。効果不十分な場合には、経過を十分に観察しながら1回量を200mgまで増量可能。</p> <p>重度以上の腎機能障害者は表を目安に用量調節。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>クレアチニンクリアランス (mL/分)</th> <th>血清クレアチニン値 (mg/dL)</th> <th>投与量</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>重度腎機能障害患者/末期腎不全患者</td> <td>Cr<30</td> <td>男性: Cr>2.4 女性: Cr>2.0</td> <td>100mg, 1日1回</td> </tr> </tbody> </table> <p>末期腎不全患者は、血液透析との時間関係は問わない。低血糖の発現に注意 (特にスルホニルウレア剤との併用時はスルホニルウレア剤の減量を検討)。</p> <p>血糖検査を定期的に行い、2~3ヶ月投与で効果不十分な場合は他の治療法への変更を考慮する。</p> <p>速効型インスリン分泌促進薬との併用について、臨床効果・安全性は未確立。</p> <p>インクレチン分解酵素DPP-4 (ジペプチジルペプチダーゼ-4) の競合的かつ可逆的な選択的阻害薬で、活性型グルカゴン様ペプチド-1 (GLP-1) 濃度を上昇させる結果、血糖依存的にインスリン分泌促進および過剰のグルカゴン分泌抑制に働き、HbA_{1c}を低下させて食後血糖コントロールを改善する。</p>		クレアチニンクリアランス (mL/分)	血清クレアチニン値 (mg/dL)	投与量	重度腎機能障害患者/末期腎不全患者	Cr<30	男性: Cr>2.4 女性: Cr>2.0	100mg, 1日1回
	クレアチニンクリアランス (mL/分)	血清クレアチニン値 (mg/dL)	投与量										
重度腎機能障害患者/末期腎不全患者	Cr<30	男性: Cr>2.4 女性: Cr>2.0	100mg, 1日1回										
113	ディアコミット カプセル 250mg 〃 ドライシロップ分包 250mg 〃 ドライシロップ分包 500mg (Meiji Seika ファルマ)	250mg, 1 C 250mg, 1 包 500mg, 1 包	507.10 507.10 1,015.10	劇 処	<p>スチリペントール</p> <p>抗てんかん薬。</p> <p>適応は、クロバザムおよびバルプロ酸ナトリウムで十分な効果が認められないDravet 症候群患者における間代発作または強直間代発作に対するクロバザムおよびバルプロ酸ナトリウムとの併用療法。</p> <p>1歳以上は、1日50mg/kgを1日2~3回に分割投与。1日20mg/kgから開始し、1週間以上の間隔をあげ10mg/kgずつ増量。体重50kg以上は、1日1000mgから開始し、1週間以上の間隔をあげ500mgずつ増量。1日最大投与量は50mg/kgまたは2500mgのいずれか低い方を超えない。食事中または食直後に投与 (空腹時より食後投与の方が血中濃度が高く、有効性・安全性は食事中または食直後で確認)。</p> <p>単独では投与しない。</p> <p>肝・腎機能障害者は低用量から開始し、本剤および併</p>								

					<p>用抗てんかん薬の血中濃度測定を行い、慎重に観察しながら徐々に増量する。</p> <p>クロバザムおよびバルプロ酸ナトリウムの代謝を阻害するので、投与開始または増量により食欲減退、傾眠、ふらつき等が認められた場合は、各薬剤の血中濃度推移等を確認し、クロバザムおよびバルプロ酸ナトリウムの減量も考慮する。</p> <p>連用中の中止は1ヶ月以上かけて徐々に減量する。眠気、注意力・集中力等の低下が起こることがあるので、自動車の運転等に從事させない。</p> <p>カプセル剤はドライシロップ剤と比較してCmaxが低くなるので、切り替え時は血中濃度を測定して患者の状態を観察する。ドライシロップ剤は250mgを約10mLの水に用時懸濁して必要量を投与し、調製後の保存は避け、残薬は廃棄する。</p> <p>GABA取り込み阻害作用、GABAトランスアミナーゼ活性低下作用、脳内組織中GABA濃度増加作用およびGABA_A受容体に対する促進性アロステリック調節作用によりGABA神経伝達を亢進する。またCYP阻害作用に基づく薬物代謝阻害により、併用抗てんかん薬の血中濃度を高め、その抗痙攣作用を増強する。</p>
399	<p>ブフェニール顆粒 94% // 錠 500mg (オーファンバシフィック)</p>	<p>94%, 1 g 500mg, 1 T</p>	<p>831.70 449.40</p>	<p>処</p> <p>フェニル酪酸ナトリウム</p> <p>適応は、尿素サイクル異常症（出生後28日以内に発症する完全な尿素サイクル酵素欠損症患者および高アンモニア血症の既往を有する遅発型尿素サイクル異常症の患者）。</p> <p>成人および体重20kg以上の小児は、1日9.9～13.0g/m²（体表面積）、体重20kg未満の新生児、乳幼児および小児は、1日450～600mg/kgを3回～6回に分割し、食事または栄養補給とともに若しくは食直後に投与。顆粒剤は食物（固形、液状どちらでも可）との混合投与が望ましい。</p> <p>少量より開始し、患者の状態、血中アンモニア濃度、血漿中アミノ酸濃度等を参考に適宜増減。食事制限（食品蛋白の摂取制限）および必須アミノ酸補給等の十分な栄養管理の下に投与。</p> <p>1日20g（40錠）以上の投与の安全性・臨床効果は未確認。風邪、過激な運動、食事、便秘等により高アンモニア血症が悪化した場合は適宜増量し、急性増悪の場合は他の治療法を検討する。</p> <p>ナトリウム含量が高く、うっ血性心不全、腎不全、浮腫等を伴うナトリウム貯留の患者には注意。</p> <p>体内でβ酸化によりフェニル酢酸となり、グルタミンと結合して尿中に排泄されるが、グルタミンが生成される過程でアンモニアが取り込まれるため、余剰アンモニア産生の原因となる残余窒素を減らすことで血中アンモニア濃度の上昇を抑制する。プロドラッグ。</p> <p>錠剤は柔らかく自動分包機に適さない。</p>	
821	<p>メサペイン錠5mg // 10mg (帝國～テルモ)</p>	<p>5mg, 1 T 10mg, 1 T</p>	<p>178.30 338.50</p>	<p>劇麻 処</p> <p>メサドン塩酸塩</p> <p>オピオイド系μ受容体作動薬。</p> <p>適応は、他の強オピオイド鎮痛剤で治療困難な中等度から高度の疼痛を伴う各種癌における鎮痛。</p> <p>成人は、初回投与量は本剤投与前に使用していた強オピオイド鎮痛剤の用法・用量を勘案して、1回5～15mgを1日3回投与。症状や状態により適宜増減。</p> <p>初回投与量:本剤と他のオピオイド鎮痛剤の等鎮痛比は未確立。経口モルヒネ量60mg/日未満のオピオイド鎮痛剤からの切り替えは推奨されない。下</p>	

記換算表を目安に患者の症状等を考慮して投与量を選択し、過量投与にならないように注意する。

メサドン塩酸塩 (mg/日)	15mg/日	30mg/日	45mg/日
	↑	↑	↑
モルヒネ経口剤 (mg/日)	60≦～≦160	160<～≦390	390<

【初回投与時】投与後少なくとも7日間は増量を行わない（血中濃度が定常状態に達するまで時間を要し、7日未満の増量は過量投与の可能性）。フェンタニル貼付剤から本剤へ変更する場合は、剥離直後の使用は避け、フェンタニルの血中濃度が適切な濃度に低下するまでの時間をあけ、低用量から投与する（剥離後血中濃度が50%に減少するまで17時間以上かかる）。

【疼痛増強時】直ちに速放性のオピオイド製剤の追加投与（レスキュードーズ）を行う。

【増量】初回投与後および増量後少なくとも7日間は増量を行わない（呼吸抑制発現の恐れ）。鎮痛効果が得られるまで患者毎に用量調整を行い、効果ない場合は1日当たり本剤1日投与量の50%、1回あたり5mgを上限に副作用に注意して増量。

【減量】連用中の急激な減量は、退薬症候が現れることがあるので行わない。副作用等により減量する場合、患者の状態を観察しながら慎重に行う。

【中止】徐々に減量する。副作用等により直ちに投与を中止する場合、退薬症候の発現に注意する。他の強オピオイド鎮痛剤から切り替えて使用。他の強オピオイド鎮痛剤では十分な鎮痛効果が得られない患者で、かつオピオイド鎮痛剤の継続的な投与を必要とするがん性疼痛の管理にのみ使用。

QT延長や心室頻拍（Torsades de pointesを含む）、呼吸抑制等が現れ、死亡に至る例が報告されている。投与開始前および投与中は心電図・電解質検査を行う。特に1日投与量が100mgを超える前およびその1週間後、QT延長を起こしやすい患者は、投与量が安定した時点で心電図検査を行うことが望ましい。

投与開始時および増量時には、患者の状態を十分に観察し副作用の発現に注意する。本剤の薬物動態は個人差が大きく、呼吸抑制は鎮痛効果よりも遅れて発現することがあり、他のオピオイド鎮痛剤に対する耐性がある患者では、本剤に対する交差耐性が不完全で、過量投与となることがある。高用量の強オピオイド鎮痛剤からの切り替え、呼吸抑制を起こしやすい患者等では、入院又はそれに準じる管理の下で投与開始および用量調節を行う等、重篤な副作用発現に関する観察を十分に行う。眠気、めまいが起こることがあるので、自動車の運転等に従事させない。

本剤が不要となった場合、病院又は薬局へ返納するなどの処置について適切に指導する。

オピオイドμ受容体に高い親和性が認められ、モルヒネと同様にオピオイドμ受容体を介して鎮痛作用を示す。

がん性疼痛の治療に精通した医師によってのみ処方・使用され、本剤のリスク等についても十分に管理・説明できる医師・医療機関・管理薬剤師のいる薬局のもとでのみ用いられ、それら薬局においては調剤前に当該医師・医療機関を確認した上で調剤がなされるよう、流通管理を実施。全症例を対象とした使用成績調査を実施。

218	ロトリガ粒状カプセル2g (武田)	2 g, 1包	254.00	オメガー3脂肪酸エチル EPA-E (イコサペント酸エチル)・DHA-E (ドコサヘキサエン酸エチル) 適応は、高脂血症。 成人は1日1回2gを食直後に投与(空腹時で吸収が悪化)。トリグリセライド高値の程度により、1回2g, 1日2回まで増量可能。 嘔まずに服用。 出血している患者(血友病, 消化管潰瘍, 尿路出血, 硝子体出血等)には投与しない。投与中は血中脂質値を定期的に検査し、効果がない場合は中止する。 肝臓からのトリグリセライド(TG)分泌を抑制し、さらに血中からのTG消失を促進してTGを低下する。EPA-EおよびDHA-Eは肝臓のTG含量を低下させ、脂肪酸・TG合成経路の酵素活性を低下する。
-----	----------------------	---------	--------	---

〔外用薬〕

分類	医薬品名(会社名)	規格・単位	薬価(円)	規制	備考(成分, 薬効)
421	ギリアデル脳内留置用剤 7.7mg (ノーバルファーマ～ エーザイ)	7.7mg, 1枚	156,442.60	劇 処	カルムスチン (略号: BCNU) 抗悪性腫瘍薬。ニトロソウレア系アルキル化薬。 適応は、悪性神経膠腫。 成人は、腫瘍切除腔の大きさや形状に応じて、本剤8枚または適宜減じた枚数を脳腫瘍切除術時の切除面を被覆するように留置。 本剤を分割して使用した場合および2回以上留置した場合の有効性・安全性は未確立。 留置後、妊娠可能な婦人は最低2週間、パートナーが妊娠する可能性がある男性は最低3ヶ月間避妊する。 カルムスチンが皮膚に接触すると、重度の熱傷と色素沈着をきたすおそれがある。 カルムスチンと生分解性の酸無水物共重合体からなる局所徐放性製剤。基剤の加水分解に伴い、有効成分が放出され、高濃度の有効成分を局所に暴露できる。 DNAをアルキル化し、核酸合成を阻害することで、細胞周期の停止およびアポトーシスを誘導する。 専門の医師・医療機関が投与。 全症例対照に使用成績調査を実施。
225	シーブリ吸入用カプセル 50μg (ノバルティス ファーマ, エーザイ)	50μg, 1C (グリコピロニウムとして)	199.20	処	グリコピロニウム臭化物 長時間作用型ムスカリン拮抗薬(LAMA)。 気管支拡張薬。ドライパウダー式吸入薬。 適応は、慢性閉塞性肺疾患(慢性気管支炎, 肺気腫)の気道閉塞性障害に基づく諸症状の緩解。 成人は、1日1回50μgを吸入。一定の時間帯に吸入。吸入できなかつたら可能な限り速やかに1回分を吸入。ただし1日1回を超えない。 吸入後5分より呼吸機能(FEV ₁)が改善し、1日1回投与で24時間効果が持続する。長期管理薬であり急性増悪には用いない。 眼に入らないように注意する。 他の抗コリン作動性気管支拡張薬との併用における有効性・安全性は未確立。 気管支平滑筋のムスカリン受容体M ₃ 受容体に結合して副交感神経節後線維末から放出されるアセチルコリンの作用を阻害し、気管支平滑筋を弛緩する。 専用の吸入用器具(ブリーズヘラー™)を用いて吸入し、内服しない。

612	トービイ吸入液 300mg (ノバルティス ファーマ)	300mg, 5 mL 1 管	8, 633. 80	劇 処	<p>トブラマイシン (略号: TOB) アミノグリコシド系抗生物質。 適応は、嚢胞性線維症における緑膿菌による呼吸器感染に伴う症状の改善。</p> <p>1回300mgを1日2回、28日間噴霧吸入し、その後28日間休薬。これを1サイクルとして投与を繰り返す。可能な限り、12時間間隔で投与し、少なくとも投与間隔を6時間以上あける。</p> <p>6歳未満の小児および、1秒量 (FEV₁) が予測正常値に対し<25%または>75%の患者、バークホルデリア・セパシア感染を合併している患者における有効性・安全性は未確立。</p> <p>気管支拡張薬等の吸入および肺理学療法を行う場合は、これらの治療を行った後に本剤を投与することが望ましい。</p> <p>眩暈、耳鳴、難聴等の第8脳神経障害の発現が疑われる患者には聴覚検査の実施が望ましい。第8脳神経障害または腎機能障害が認められたら、血中濃度が2 μg/mL以下になるまで投与中止。</p> <p>注射用アミノグリコシド系抗生物質製剤と併用の場合は、トブラマイシンの血清中トラフ値をモニタリングすることが望ましい。</p> <p>原則としてパリ・LC プラスネブライザーおよびプロモエイドコンプレッサーを使用し、座位もしくは直立の姿勢で約15分かけて吸入する。吸入以外の経路で投与しない。</p> <p>細菌の蛋白合成阻害により抗菌作用を発揮する (殺菌的作用)。</p> <p>全症例を対象とした製造販売後調査を実施。</p>
-----	------------------------------------	--------------------	------------	-----	---

[注射薬]

分類	医薬品名(会社名)	規格・単位	薬価(円)	規制	備考(成分, 薬効)
131	アイリーア硝子体内注射液 40mg/mL (バイエル~参天)	2mg, 0.05mL 1 瓶	159, 289	劇 処 生	<p>アフリベルセプト (遺伝子組換え) 血管内皮増殖因子 (VEGF) 阻害薬。 適応は、中心窩下脈絡膜新生血管を伴う加齢黄斑変性。 2mg (0.05mL) を1ヶ月ごとに1回、連続3回 (導入期) 硝子体内投与。その後の維持期は、通常、2ヶ月ごとに1回、硝子体内投与。症状により投与間隔を適宜調節。</p> <p>定期的に視力等に基づき有効性を評価し、投与継続の要否を判断し、有効性がない場合は漫然と投与しない。両眼治療の体系的評価はない。初回治療での両眼同日投与は避け、片眼での安全性を評価して対側眼の治療を行う。</p> <p>投与3日前から3日後まで広域抗菌点眼薬を投与。 硝子体内注射後、一時的に霧視等が現れることがあるため、回復するまで自動車の運転等に從事させない。 VEGF-Aと胎盤増殖因子 (PIGF) に高い親和性で結合し、VEGFの結合および活性化を阻害して、血管新生を抑制する。</p>
117	ジプレキサ筋注用 10mg (日本イーライリリー)	10mg, 1 瓶 (オランザピンとして11.0mg)	2, 067	劇 処	<p>オランザピン 非定型抗精神病薬。 適応は、統合失調症における精神運動興奮。 成人は、1回10mgを筋肉内注射。効果不十分な場合は、1回10mgまでを追加投与できるが、前回の投与から2時間以上あける。投与回数は、追加投与を含め1日2回まで。年齢、症状に応じて減量を考慮。急激な精神運動興奮等で緊急を要する場合に用いる。 追加投与で過鎮静等が発現するおそれがあるので、必要性を慎重に判断し、追加投与後は患者の状態を十分</p>

					<p>に観察する。経口抗精神病薬等による管理が可能になった場合には、速やかに投与を終了する（3日間を超えて連用した経験はない）。</p> <p>糖尿病性ケトアシドーシス、糖尿病性昏睡により死亡に至る場合がある。投与前に血糖値の測定等を行い、可能な限り上記副作用について患者および家族に説明し、口渇、多飲、多尿、頻尿等の異常に注意し、症状が現れたら直ちに医師の診察を受けるよう指導する。非経口ベンゾジアゼピン製剤との併用は過鎮静や心肺機能抑制のおそれがあり、死亡例が報告されているので、治療上の有益性が危険性を上回る場合以外は併用しない。併用時は十分な間隔をあげ、患者の状態を十分に観察する。</p> <p>傾眠、注意力・集中力等の低下が起こることがあるので、自動車の運転等に從事させない。</p> <p>速効性筋注製剤で、Cmaxは経口剤の約5倍、Tmaxは15分で、投与2～3時間後、経口剤とほぼ同様の薬物動態を示す。</p> <p>※溶解薬液の吸引時および投与時の損失を考慮し、表示量を投与するための十分量が充填。</p>
249	<p>ソマチュリン皮下注 60mg</p> <p>〃 90mg</p> <p>〃 120mg</p> <p>(帝人ファーマ)</p>	<p>60mg, 1筒</p> <p>90mg, 1筒</p> <p>120mg, 1筒</p> <p>(ランレオチドとして)</p>	<p>180,360</p> <p>253,900</p> <p>323,624</p>	劇 処	<p>ランレオチド酢酸塩</p> <p>ソマトスタチンアナログ（徐放性製剤）。</p> <p>適応は、先端巨大症・下垂体性巨人症（外科的処置で効果が不十分な場合または施行が困難な場合）における成長ホルモン、IGF-I（ソマトメジン-C）分泌過剰状態および諸症状の改善。</p> <p>成人は、90mgを4週毎に3ヶ月間、深部皮下に注射。その後は病態に応じて60mg, 90mgまたは120mgを4週毎に投与。30mg単位で適宜増減できるが、120mgを上限とし、改善しない場合には他の治療法を考慮する。</p> <p>中等度から重度の肝・腎機能障害者は、60mgを開始用量として4週毎に3ヶ月間投与後、120mgを上限として30mg単位で適宜増減。60mgまたは90mgで状態が良好で安定している場合は、120mgに変更して投与間隔を8週毎または6週毎に延長できる場合がある。</p> <p>下垂体性巨人症については、鑑別診断により下垂体性病変由来であることを十分に確認する。</p> <p>注射部位は原則として臀部の上部外側とし、深部皮下への投与となるよう注射針を皮膚面に垂直に根元または許容される深さまで素早く刺す。投与毎に注射部位を左右交互に変え、同一部位への連続注射はしない。注射部位は揉まない。</p> <p>下垂体腫瘍が進展したら（視野狭窄等）、他の治療法を考慮する。一過性の低血糖や高血糖、徐脈、甲状腺機能低下に注意する。</p> <p>成長ホルモンおよびIGF-I（ソマトメジン-C）の定期的な測定が望ましい。</p> <p>胆石形成または胆石症悪化の報告があり、投与前および投与中の定期的（6～12ヶ月毎）な超音波、X線による胆嚢および胆管検査が望まれる。</p> <p>下垂体前葉のソマトスタチン受容体サブタイプの2型および5型と主に結合して、成長ホルモンの分泌を抑制する。</p> <p>針付きプレフィルドシリンジ製剤で、投与後針先がシリンジ内に収納され針刺し事故を回避可能。</p>
612	<p>タイガシル点滴静注用 50mg</p> <p>(ファイザー)</p>	<p>50mg, 1瓶</p> <p>(チゲサイクリンとして53mg)</p>	<p>12,188</p>	劇 処	<p>チゲサイクリン (略号：TGC)</p> <p>グリシルサイクリン系抗生物質。</p> <p>適応菌種は、本剤に感性の大腸菌、シトロバクター属、</p>

				<p>クレブシエラ属, エンテロバクター属, アシネトバクター属 (他の抗菌薬に耐性を示した株菌に限る)。 適応症は, 深在性皮膚感染症, 慢性膿皮症, 外傷・熱傷及び手術創等の二次感染, びらん・潰瘍の二次感染, 腹膜炎, 腹腔内膿瘍, 胆嚢炎。</p> <p>成人は, 初回用量100mgを30～60分かけて点滴静注, 以後12時間ごとに50mgを30～60分かけて点滴静注。</p> <p>βラクタム系, フルオロキノロン系およびアミノ配糖体系のうち2系統以上に耐性を示した菌株で, 抗菌活性を示す他剤が使用できない場合のみに使用する。緑膿菌に抗菌活性を示さないので, 緑膿菌との重複感染が明らかである場合, 抗緑膿菌作用を有する抗菌薬と併用する。</p> <p>投与期間は5～14日間が推奨されるが, 感染部位, 重症度, 患者の症状等を考慮し, 適切な時期に継続投与の可否を判定し, 最小限の期間にとどめる。</p> <p>高度の肝機能障害者は, 初回100mgを投与後, 12時間後からの投与では25mgに減量し, 投与期間中は臨床症状を注意深く観察する。</p> <p>28日を超えて投与した場合の有効性・安全性および小児等 (18歳以下) への有効性・安全性は未確立。 悪心・嘔吐の発現率が高いが制吐剤の併用効果は未確立。</p> <p>小児 (特に歯牙形成期にある8歳未満の小児) への投与で, 歯牙の着色・エナメル質形成不全, 一過性の骨発育不全を起こすことがある。</p> <p>溶解・希釈には生理食塩液または5%ブドウ糖注射液を使用し, 注射用水は等張とならないので使用しない。 リボソームを阻害し, 細菌のタンパク合成阻止により抗菌作用を発揮するが, リボソーム30Sサブユニットへの結合部位がテトラサイクリン系抗生物質と異なるため, リボソーム保護や薬剤排出ポンプ等のテトラサイクリン耐性機構を克服する。</p> <p>全症例を対象に使用成績調査を実施。 ※調製時の採取量を考慮し, 十分量が充填。</p>
--	--	--	--	---