

令和4年度第19回薬事・食品衛生審議会 薬事分科会  
医薬品等安全対策部会 安全対策調査会

ニフェジピンの使用上の注意の改訂について

< 目次 >

調査結果報告書	1
別添1 調査対象品目の概要（令和4年9月1日時点）	6
別添2 添付文書改訂資料（WG報告書）	9
別添3 妊娠と新生児関連事象の集積状況	50
別添4 添付文書改訂案	52
添付文書	54

# 調査結果報告書

令和4年11月8日

独立行政法人医薬品医療機器総合機構

## I. 品目の概要

- [一般名] ニフェジピン
- [販売名] 別添1のとおり
- [承認取得者] 別添1のとおり
- [効能・効果] 別添1のとおり
- [用法・用量] 別添1のとおり
- [調査担当部] 医薬品安全対策第一部

## II. 今回の調査の経緯

厚生労働省は、「妊婦・授乳婦を対象とした薬の適正使用推進事業」<sup>1</sup>において、医師、薬剤師、生殖毒性の専門家等で構成される情報提供ワーキンググループ（以下、「WG」）を設置し、国立成育医療研究センターの妊娠と薬情報センターに集積された情報等を評価・整理し、妊婦・授乳婦（以下、「妊婦等」）への医薬品投与に関する情報の添付文書への反映を推進する取組を行っている。

ニフェジピン（以下、「本薬」）については、ラット、マウス等を用いた毒性試験において催奇形性が確認されたため本薬の先発医薬品の製造販売承認時より禁忌に「妊婦又は妊娠している可能性のある婦人」が設定された。平成23年（2011年）に当該禁忌の見直しが検討された結果、当該禁忌は「妊婦（妊娠20週未満）又は妊娠している可能性のある婦人」に改訂された<sup>2</sup>。

今般、妊娠全期間において厳格な血圧コントロールが求められるようになってきた医療環境を踏まえ、WGにより、積極的適応のない場合の高血圧に対して第一選択薬とされているCa拮抗薬のうち医療現場での処方割合の高い本薬について、添付文書の禁忌「妊婦（妊娠20週未満）又は妊娠している可能性のある婦人」の適正性が検討され、報告書（以下、「WG報告書」）（別添2）が取りまとめられた。WG報告書を受けて、厚生労働省医薬・生活衛生局医薬安全対策課は、「医薬品等の安全性に係る調査依頼について」（令和4年5月13日付薬生安発0513第4号）により独立行政法人医薬品医療機器総合機構（以下、「機構」）に本薬の妊産婦等に係る「使用上の注意」の改訂に関する調査を依頼した。機構は、当該依

<sup>1</sup> 医薬品・医療機器等安全性情報 No.355（厚生労働省医薬品・生活衛生局発行）  
(<https://www.mhlw.go.jp/content/11120000/000307752.pdf>)（最終確認：2022年9月15日）

<sup>2</sup> 平成23年度第2回薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会資料1  
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001hbq8.html>)（最終確認：2022年9月15日）

頼に基づく調査及び添付文書改訂の必要性の検討を行った。

なお、機構は、本調査において専門協議を実施しており、本専門協議の専門委員は、調査対象品目についての専門委員からの申し出等に基づき、「医薬品医療機器総合機構における専門協議等の実施に関する達」（平成 20 年 12 月 25 日付 20 達第 8 号）の規程により、指名した。

### III. WG における検討

本薬の添付文書における「妊婦（妊娠 20 週未満）又は妊娠している可能性のある婦人」への注意事項の適切性について、表 1 に示す項目を含む WG 報告書（別添 2）が取りまとめられた。

表 1. WG 報告書の項目

1. 品目の概要	5. 臨床使用に関する報告
2. 背景	6. 国内外のガイドライン
3. 海外添付文書における記載状況	7. 禁忌解除の妥当性
4. 動物試験	8. 添付文書改訂案

### IV. 機構における調査

機構は、WG 報告書を踏まえ、以下の点について検討を行った。

#### 1. 非臨床試験に基づく情報（WG 報告書「4. 動物試験」参照）

##### 1-1. 公表文献

WG により、非臨床試験における本薬の催奇形性に関する文献が検索されたが、本薬の先発医薬品の製造販売承認申請時及び 2011 年の本薬の禁忌事項の見直し時点で評価された知見に加え、新たな知見は認められなかった（検索日：2019 年 5 月 14 日）。

本薬の先発医薬品の製造販売承認取得者（バイエル薬品株式会社）により、WG 報告書と同様の検索条件<sup>3</sup>を用いて、WG 報告書の検索日以降に公表された非臨床試験における本薬の催奇形性に関する文献が抽出された（検索日：2022 年 6 月 1 日）。抽出された 17 報の内容を確認した結果、本薬の催奇形作用に関する文献はなかった。

#### 2. 臨床使用に基づく情報（WG 報告書「5. 臨床使用に関する報告」参照）

##### 2-1. 公表文献

WG により、Ca 拮抗薬と妊娠に関する文献が抽出された（検索日：2018 年 8 月 7 日）。抽出された 10 報及びハンドサーチで特定された 1 報の計 11 報が臨床使用における催奇形性を検討した公表文献であった（WG 報告書「5. 臨床使用に関する報告」参照）。なお、当該 11 報のうち 3 報は、2011 年の本薬の禁忌事項の見直し時点でも評価された文献であった（WG 報告書文献番号 1、3、4）。

<sup>3</sup> WG 報告書 p.25 参照

当該 11 報のうち、10 報は先天異常のリスク推定指標（リスク比、オッズ比等）が記述されている研究報告であり、1 報はリスク推定指標が記載されていない研究報告であった。対照のある研究報告 10 報のうち、6 報は妊娠初期における Ca 拮抗薬（うち 3 報は本薬を含むことが記載）の使用による先天異常のリスク増加は認められなかったという報告であった（WG 報告書文献番号 1～4、8、10）。1 報は、妊娠初期の使用であるかは不明であるが、本薬の使用による食道閉塞のリスク増加は認められなかったという報告であった（WG 報告書文献番号 11）。1 報は、妊娠初期の Ca 拮抗薬の使用による先天異常全体（先天異常の種類は問わない）のリスク増加は認められなかった一方、先天異常の種類別の検討では上部消化管奇形のリスク増加が認められたという報告であった（WG 報告書文献番号 6）。2 報は、いずれも妊娠初期の使用であるかは不明であるが、それぞれ、本薬の使用が頭蓋顔面奇形又は右心系の狭窄・閉塞病変のリスク増加が認められたという報告であった（WG 報告書文献番号 5、9）。リスク推定指標が記述されていない研究報告は、妊娠判明時に Ca 拮抗薬の曝露があった 8 例の女性の追跡した結果、全症例健康な児を出産したという報告であった（WG 報告書文献番号 7）。

本薬の先発医薬品の製造販売承認取得者（バイエル薬品株式会社）により、WG 報告書と同様の検索条件<sup>4</sup>を用いて、WG 報告書の検索日以降に公表された本薬を含む Ca 拮抗薬と妊娠に関する文献が抽出された（検索日：2022 年 6 月 3 日）。抽出された 8 報の内容を確認した結果、Ca 拮抗薬と催奇形性の関係性を検討した文献は 1 報（下記①の文献）であり、妊娠初期のアムロジピンの曝露による先天異常のリスク増加は認められなかったという報告であった。

#### ① Safety of Amlodipine in Early Pregnancy (J Am Heart Assoc. 2019; 8: e012093.)

2008 年 4 月～2016 年 7 月に慢性高血圧（chronic hypertension）の妊婦が生児で出産した 231 児を対象として、第 1 三半期にアムロジピンに曝露された 48 児、他の降圧薬に曝露された 54 児、降圧薬に曝露されなかった 129 児を比較したところ、新生児の先天異常の発生割合は、アムロジピン曝露例 4.2%（2/48 児）、他の降圧薬曝露例 5.6%（3/54 児）、降圧薬非曝露例 4.7%（6/129 児）であり、他の降圧薬群に対するアムロジピン曝露例のオッズ比は 0.74（95% CI: 0.118–4.621）、非曝露例に対しては 0.89（95% CI: 0.174–4.575）であった。

## 2-2. 副作用報告

機構の副作用等報告データベースにおける妊娠と新生児に関する本薬の国内副作用症例報告<sup>5</sup>の集積状況は、別添 3 のとおりであり、126 報 211 件の事象が報告されている（データロック日：2022 年 5 月 31 日）。

<sup>4</sup> WG 報告書 p.25 参照

<sup>5</sup> MedDRA 標準検索式（SMQ）「妊娠と新生児のトピック」に該当する症例を抽出

非臨床試験でリスク増加の可能性が示唆されている四肢異常について関連事象の報告はなかった。その他先天異常に関連するものとして、心房中隔欠損症2件、筋強直性ジストロフィー、心中隔欠損、先天性嚢胞性腎疾患、先天性肺動脈弁狭窄症及び大動脈縮窄各1件が報告されているが、いずれも薬剤が投与された原疾患等の影響も考えられた。

また、胎児死亡関連事象として後期流産1件、胎児死亡7件及び死産1件の計9件が報告されている。このうち、追加情報により胎児死亡1件は報告者（文献著者）より因果関係が否定されており、胎児死亡1件は報告者（医師）より因果関係は「関係ないらしい」とされ、他の7件は報告者（医師又は文献著者）による因果関係は報告されていない。いずれも薬剤が投与された原疾患等の影響も考えられた。

## V. WG 報告書及び「IV. 機構における調査」を踏まえた機構の判断

WG 報告書、上記の「IV. 機構における調査」の結果及び本薬の医療上のニーズを踏まえ、機構は、以下の点から、本薬の添付文書の禁忌から「妊婦（妊娠20週未満）又は妊娠している可能性のある婦人」を削除し、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合には本薬を妊婦又は妊娠している可能性のある女性に投与することは可能と判断した。

- 本邦の高血圧治療ガイドラインにおいて、Ca拮抗薬はアンジオテンシン受容体拮抗薬、アンジオテンシン変換酵素II阻害薬、利尿薬とともに、積極的適応のない場合の高血圧に対して投与すべき降圧薬（第一選択薬）の一つとされていること（WG 報告書「2. 背景」参照）。
- 国内外のガイドラインにおいて、本薬は妊娠初期を含め妊娠中の降圧薬の第一選択薬又は第二選択薬として推奨されていること（WG 報告書「6. 国内外のガイドライン」参照）。
- 臨床使用に関する公表文献において、妊娠初期におけるCa拮抗薬の使用による上部消化管奇形、妊娠初期の使用であるかは不明であるが本薬の使用による頭蓋顔面奇形又は右心系の狭窄・閉塞病変のリスク増加が認められたとの報告がある。一方で、妊娠初期の使用であるかは不明であるが、本薬の使用により上部消化管奇形の一つである食道閉塞のリスク増加は認められなかったとの報告、妊娠初期のCa拮抗薬（6報のうち3報は本薬を含むことを記載）の使用による先天異常のリスク増加は認められなかったとの複数の報告があることも踏まえると、妊娠初期における本薬の使用により先天異常のリスクが増加するか否かについて、一致した見解が得られていないこと（WG 報告書「5. 臨床使用に関する報告」及び本報告書「IV-2-1. 公表文献」参照）。
- 海外添付文書（米国、英国、カナダ、オーストラリア）について、カナダ及びオーストラリアでは非臨床試験で催奇形性が認められていることから禁忌とされている一方で、米国と英国では禁忌とされておらずベネフィットとリスクを勘案して使用することが可能とされており、妊婦に対する禁忌要否は一致していないこと（WG 報告書「3. 海外添付文書における記載状況」参照）。

## **VI. 専門協議**

本薬の添付文書の禁忌から「妊婦（妊娠 20 週未満）又は妊娠している可能性のある婦人」を削除し、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合には本薬を妊婦又は妊娠している可能性のある女性に投与することは可能とする機構の判断は、全ての専門委員に支持された。

## **VII. 総合評価**

機構は、以上の検討を踏まえ別添 4 に示すとおり添付文書の使用上の注意を改訂して差し支えないと判断した。

別添 1

調査対象品目の概要（令和4年9月1日時点）

No	販売名	承認取得者	効能・効果／用法・用量
1	アダラート L 錠 10mg、同 L 錠 20mg、同 CR 錠 10mg、同 CR 錠 20mg、同 CR 錠 40mg	バイエル薬品株式会社	<p>〈L 錠 10mg、L 錠 20mg〉</p> <p>○本態性高血圧症、腎性高血圧症</p> <p>ニフェジピンとして、通常成人 1 回 10～20mg を 1 日 2 回経口投与する。症状に応じ適宜増減する。</p>
2	セパミット R カプセル 10、同 R カプセル 20、同 R 細粒 2%、同細粒 1%	日本ジェネリック株式会社	<p>○狭心症</p> <p>ニフェジピンとして、通常成人 1 回 20mg を 1 日 2 回経口投与する。症状に応じ適宜増減する。</p>
3	ニフェジピン L 錠 10mg「杏林」、同 L 錠 20mg「杏林」	キョーリンリメディオ株式会社	<p>〈CR 錠 10mg、CR 錠 20mg、CR 錠 40mg〉</p> <p>○高血圧症</p>
4	ニフェジピン CR 錠 10mg「NP」、同 CR 錠 20mg「NP」、同 CR 錠 40mg「NP」	ニプロ株式会社	<p>通常、成人にはニフェジピンとして 20～40mg を 1 日 1 回経口投与する。ただし、1 日 10～20mg より投与を開始し、必要に応じ漸次増量する。なお、1 日 40mg で効果不十分な場合には、1 回 40mg 1 日 2 回まで増量できる。</p>
5	ニフェジピン L 錠 10mg「三和」、同 L 錠 20mg「三和」、同 CR 錠 10mg「三和」、同 CR 錠 20mg「三和」、同 CR 錠 40mg「三和」	株式会社三和化学研究所	<p>○腎実質性高血圧症、腎血管性高血圧症</p> <p>通常、成人にはニフェジピンとして 20～40mg を 1 日 1 回経口投与する。ただし、1 日 10～20mg より投与を開始し、必要に応じ漸次増量する。</p> <p>○狭心症、異型狭心症</p>
6	ニフェジピン L 錠 10mg「KPI」、同 L 錠 20mg「KPI」	京都薬品工業株式会社	<p>通常、成人にはニフェジピンとして 40mg を 1 日 1 回経口投与する。なお、症状に応じ適宜増減するが、最高用量は 1 日 1 回 60mg とする。</p>
7	ニフェジピン L 錠 10mg「ZE」、同 L 錠 20mg「ZE」、同 CR 錠 10mg「ZE」、同 CR 錠 20mg「ZE」、同	全星薬品工業株式会社	<p>〈R カプセル 10、R カプセル 20〉</p> <p>○本態性高血圧症、腎性高血圧症</p>

	CR錠40mg「ZE」		通常成人には、ニフェジピンとして1回10～20mgを1日2回経口投与する。なお、症状により適宜増減する。
8	ニフェジピン L錠10mg「サワイ」、同L錠20mg「サワイ」、同CR錠10mg「サワイ」、同CR錠20mg「サワイ」、同CR錠40mg「サワイ」、同カプセル5mg「サワイ」、同カプセル10mg「サワイ」	沢井製薬株式会社	<p>○狭心症</p> <p>通常成人には、ニフェジピンとして1回20mgを1日2回経口投与する。なお、症状により適宜増減する。</p> <p>〈R細粒2%〉</p> <p>○本態性高血圧症</p>
9	ニフェジピンL錠10mg「ツルハラ」、同L錠20mg「ツルハラ」、同カプセル5mg「ツルハラ」、同錠10mg「ツルハラ」、同細粒1%「ツルハラ」	鶴原製薬株式会社	<p>通常、成人にはニフェジピンとして1回10～20mgを1日2回食後経口投与する。なお、症状により適宜増減する。</p> <p>○狭心症</p> <p>通常、成人にはニフェジピンとして1回20mgを1日2回食後経口投与する。なお、症状により適宜増減する。</p>
10	ニフェジピン L錠10mg「トーフ」、同L錠20mg「トーフ」、同CR錠10mg「トーフ」、同CR錠20mg「トーフ」、同CR錠40mg「トーフ」	東和薬品株式会社	<p>〈細粒1%〉</p> <p>セパミット細粒</p> <p>○本態性高血圧症、腎性高血圧症、狭心症</p> <p>ニフェジピンとして1回10mgを1日3回経口投与する。症状に応じ適宜増減する。</p>
11	ニフェジピン L錠10mg「日医工」、同L錠20mg「日医工」、同CR錠10mg「日医工」、同CR錠20mg「日医工」、同CR錠40mg「日医工」	日医工株式会社	<p>ニフェジピン細粒1%「ツルハラ」</p> <p>○本態性高血圧症、腎性高血圧症、狭心症</p> <p>ニフェジピンとして、通常成人1回10mgを1日3回経口投与する。症状に応じ適宜増減する。</p> <p>〈カプセル5mg、カプセル10mg※、錠5mg、錠10mg、細粒1%〉</p>



12	ニフェジピンカプセル 5mg 「テバ」、同カプセル 10mg 「テバ」	武田テバ薬品株式会社	<p>○本態性高血圧症、腎性高血圧症、狭心症</p> <p>ニフェジピンとして通常成人 1 回 10mg を 1 日 3 回経口投与する。症状に応じ適宜増減する。</p> <p>※ニフェジピンカプセル 10mg 「サワイ」の用法・用量は、「1 回 1 カプセルを 1 日 3 回経口投与する。症状に応じ適宜増減する。」である。</p>
----	-------------------------------------	------------	---

別添 2

令和元年度  
妊娠と薬情報センター情報提供  
ワーキンググループ委員会  
成果物

令和 2 年 3 月 31 日

(報告書：令和 4 年 3 月 31 日追加提出)

妊娠と薬情報センター

村島温子

## ニフェジピン添付文書改訂資料

2020年3月31日

### 1. 品目の概要

一般名	ニフェジピン
販売名	① アダラート CR 錠 10mg、同 CR 錠 20mg、同 CR 錠 40mg ② アダラート L 錠 10mg、同 L 錠 20mg ③ セパミット-R カプセル 10、同 R カプセル 20 ④ セパミット-R 細粒 2% ⑤ セパミット細粒 1% 他
承認取得者	①・②：バイエル薬品株式会社、 ③・④・⑤：日本ジェネリック株式会社 他
効能・効果	①：高血圧症、腎実質性高血圧症、腎血管性高血圧症、狭心症、異型狭心症 ②・③・⑤：本態性高血圧症、腎性高血圧症、狭心症 ④：本態性高血圧症、狭心症
用法・用量	① ○高血圧症 通常、成人にはニフェジピンとして 20～40mg を 1 日 1 回経口投与する。ただし、1 日 10～20mg より投与を開始し、必要に応じ漸次増量する。なお、1 日 40mg で効果不十分な場合には、1 回 40mg 1 日 2 回まで増量できる。 ○腎実質性高血圧症、腎血管性高血圧症 通常、成人にはニフェジピンとして 20～40mg を 1 日 1 回経口投与する。ただし、1 日 10～20mg より投与を開始し、必要に応じ漸次増量する。 ○狭心症、異型狭心症 通常、成人にはニフェジピンとして 40mg を 1 日 1 回経口投与する。なお、症状に応じ適宜増減するが、最高用量は 1 日 1 回 60mg とする。  ②・③ ○本態性高血圧症、腎性高血圧症 ニフェジピンとして、通常成人 1 回 10～20mg を 1 日 2 回経口投与する。症状に応じ適宜増減する。 ○狭心症 ニフェジピンとして、通常成人 1 回 20mg を 1 日 2 回経口投与する。症状に応じ適宜増減する。  ④ ○本態性高血圧症 通常、成人にはニフェジピンとして 1 回 10～20mg を 1 日 2 回食後経口投与する。なお、症状により適宜増減する。 ○狭心症 通常、成人にはニフェジピンとして 1 回 20mg を 1 日 2 回食後経口投与する。なお、症状により適宜増減する。

	<p>⑤ニフェジピンとして1回10mgを1日3回経口投与する。症状に応じ適宜増減する。</p>
<p>妊婦への投与</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 妊婦（妊娠20週未満）又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。〔動物実験において、催奇形性及び胎児毒性が報告されている。〕</li> <li>2. 妊娠20週以降の妊婦に投与する場合には、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。〔妊娠中の投与に関する安全性は確立していない。〕 投与に際しては、最新の関連ガイドライン等を参照しつつ、急激かつ過度の血圧低下とならないよう、長時間作用型製剤の使用を基本とし、剤形毎の特徴を十分理解した上で投与すること、また、母体や胎児及び新生児の状態を十分に観察し、過度の血圧低下や胎児胎盤循環の低下等の異常が認められた場合には適切な処置を行うこと。〔妊婦への投与例において、過度の血圧低下等が報告されている。〕</li> <li>3. 硫酸マグネシウム水和物の注射剤を併用する場合には、血圧等を注意深くモニタリングすること。〔併用により、過度の血圧低下や神経筋伝達遮断の増強があらわれることがある。〕</li> </ol>

## 2. 背景

ニフェジピン (nifedipine) (以下、「本薬」) は、ジヒドロピリジン系のカルシウム拮抗薬 (以下、「Ca 拮抗薬」) に分類され、血管拡張薬として高血圧症や狭心症に用いられている。本薬を含む Ca 拮抗薬は、日本高血圧学会による高血圧治療ガイドライン 2019<sup>1)</sup>において、ARB、ACE 阻害剤、利尿薬とともに第一選択薬のひとつに挙げられている。また、当該ガイドラインにおいて、ジヒドロピリジン系 Ca 拮抗薬及び本薬の特徴について、ジヒドロピリジン系 Ca 拮抗薬に関しては、血管拡張作用が急速・強力であり、心収縮力抑制作用や刺激伝導系の抑制作用は臨床用量域ではほとんどみられない旨が、本薬の徐放化製剤に関しては、1 日 1 回の服用で治療可能な降圧作用として現在でも頻用されている旨が記載されている。

妊娠中に高血圧を認める場合を妊娠高血圧症候群という。<sup>2)</sup> 妊婦が降圧薬を使用する状況は大きく二通りに分けられ、①妊娠中期 (20 週) 以降に発症する妊娠高血圧腎症・妊娠高血圧・加重型妊娠高血圧腎症と②妊娠前又は妊娠 20 週未満に高血圧が存在する高血圧合併妊娠である。

本邦における妊娠高血圧症候群の薬物治療については、第一選択薬である ARB と ACE 阻害薬はヒトにおいて胎児毒性が示されていることから妊婦には使用できず、利尿薬は胎盤血流を低下させる可能性があるため通常妊婦には使用しない。また、Ca 拮抗薬では、妊娠 20 週以降の妊婦への本薬の投与が可能であるものの、妊娠前又は妊娠 20 週未満に高血圧が存在する高血圧合併妊娠症例では本薬を含めた Ca 拮抗薬が使用できない状況が続いている。そのため、妊娠中に使用できる降圧薬は、添付文書上、ラベタロール、メチルドパ、ヒドララジン、本薬 (妊娠 20 週以降) 等の限られた品目だけである。

なお、本薬の妊婦などへの使用については、経口薬の 1975 年の製造販売承認時に、ラット、マウス、ウサギを用いた生殖発生毒性試験において催奇形性ならびに胎児毒性が確認されたため、添付文書において「妊婦又は妊娠している可能性のある婦人」への投与は「禁忌」とされていたが、平成 19 年 2 月に日本産科婦人科学会から「ニフェジピンの妊娠 20 週以降の妊産婦への投与についての要望」が提出され、禁忌事項の見直しが検討された。平成 23 年度第 2 回医薬品等安全対策部会安全対策調査会において審議がなされた結果、海外添付文書、公表論文、ガイドライン等を踏まえ、妊娠 20 週以降の禁忌が解除された一方で、妊娠 20 週未満の妊婦に対する本薬の使用については、ヒトへの疫学研究の報告が少ないこと、英国をはじめ欧州諸国においても妊娠 20 週未満が禁忌とされていること等から、本邦においても引き続き禁忌とすることが妥当と判断された。

高血圧合併妊娠は、正常血圧妊娠と比較して母体の加重型妊娠高血圧腎症や高血圧の重症化、低出生体重児出産、早産、児の NICU 入室、新生児死亡の割合が高いハイリスク妊娠である。<sup>3)</sup> 海外の総説では全妊娠の 1-5%<sup>3)</sup> に合併すると報告されており、本邦では 0.5-3.5% という報告がある。<sup>4),5)</sup> 肥満の増加や近年の出産年齢の上昇から増加していると予想されている。<sup>3),6),7)</sup> さらに本邦では、1980 年代後半より将来の高血圧発症のリスクである低出生体重児出産が増加<sup>8)</sup> していること、20 歳代での高血圧有病率が増加していること等から、今後高血圧合併妊娠は増加していくことが予想される。妊娠高血圧症候群女性 (高血圧合併妊娠 75%、妊娠高血圧 25%) を対象とした、前向き介入研究では、より低い血圧コントロールが母児予後を改善した。<sup>9),10)</sup>

先述のとおり、国内においては、高血圧合併妊娠には Ca 拮抗薬が使用できない状況が続いているが、海外においては、2014 年に本薬の英国添付文書の 20 週未満の妊婦に対する禁忌が解除されおり、また、国際妊娠高血圧学会のガイドライン (2018)<sup>11)</sup> や米国産科婦人科学会のガイドライン (2019)<sup>12)</sup> などでは、妊娠初期を含めた妊娠時使用の降圧薬の第一選択薬又は第二選択薬として

本薬が推奨されている。

米国からの 2019 年の報告では、妊娠高血圧症候群において重症域の高血圧の存在が母体死亡に有意に関連していたことが報告<sup>13)</sup>され、妊娠中のより厳格な血圧コントロールが求められるようになった。2020 年のシステマティックレビューでは、妊娠中の重症域の高血圧に対して推奨されている経口降圧薬はニフェジピンのみであった。<sup>14)</sup>

さらに、「妊娠と薬情報センター」に設置された「情報提供ワーキンググループ」(以下、「ワーキンググループ」)において、Ca 拮抗薬の国内使用実態を調査したところ、レセプト情報・特定健診等情報データベースにおける処方数、「妊娠と薬情報センター」の相談件数、日本高血圧学会高血圧専門医に対するアンケート調査結果(参考資料 1~3)から、妊娠年齢女性に対して Ca 拮抗薬のうち本薬及びアムロジピンが頻用されていることが推察された。

今般、医療環境や最新の知見を含めた以上の背景に加え、日本循環器学会より妊婦禁忌の解除の要望を受けたことも踏まえ、ワーキンググループは、本薬の添付文書における「妊婦(妊娠 20 週未満)又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。」の注意喚起の適正性について、検討するに至った。

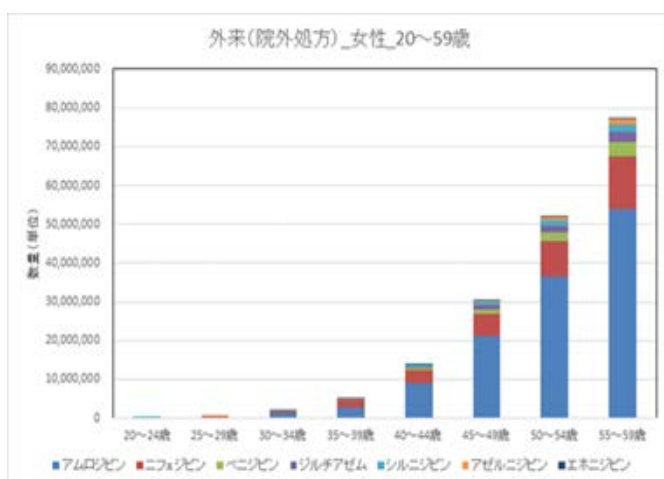
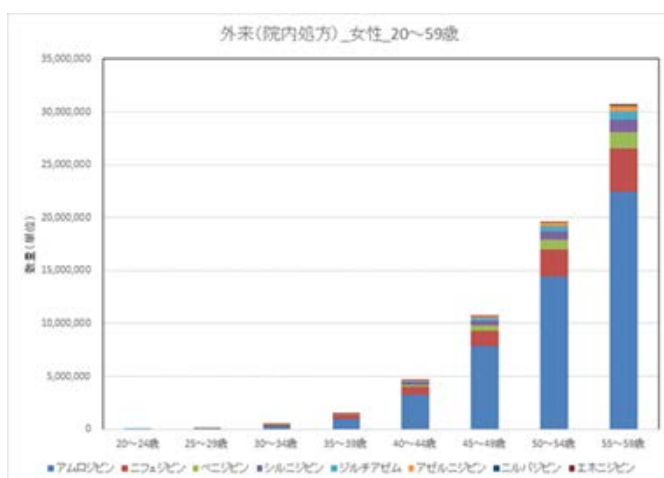
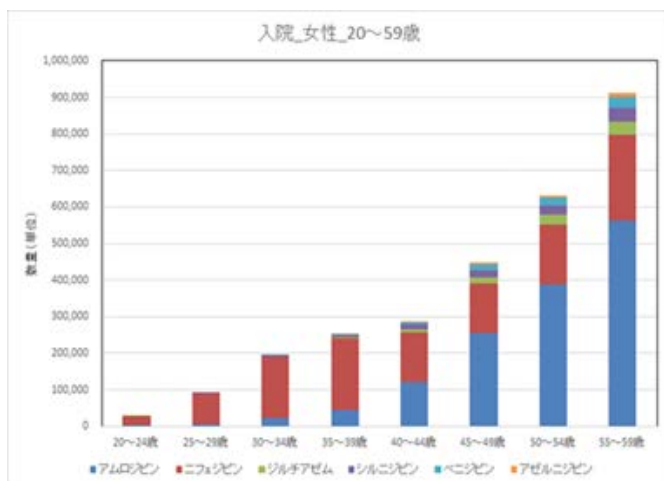
#### [参考資料 1]

レセプト情報・特定健診等情報データベースを利用した処方数の集計

レセプト情報・特定健診等情報データベース(通称:NDB)は、厚生労働省により電子化されたレセプト情報並びに特定健診・特定保健指導情報を収集し構築されたデータベースである。NDB にはレセプトデータ及び特定健康診査、特定保健指導のデータが蓄積されており、これらの貴重なデータを利活用可能なように NDB オープンデータとして統計資料が公表されている。

#### ① Ca 拮抗薬の処方状況

第 4 回 NDB オープンデータ(平成 29 年度 4 月~平成 30 年 3 月診療分)の薬剤データ(内服、外用、注射それぞれにつき、外来院内、外来院外、入院ごとに、薬価収載の基準単位に基づき、薬効分類別に処方数の上位 100 を紹介したもの)から、Ca 拮抗薬の内服において、入院、外来(院内処方)、外来(院外処方)のデータを利用し集計を行った。女性 20-59 歳での数量は、入院 本薬 1,143,996、アムロジピン 1,400,531、シルニジピン 102,550、ジルチアゼム 94,570、ベニジピン 78,433、アゼルニジピン 26,817、外来(院内処方)本薬 9,320,095、アムロジピン 49,348,014、ベニジピン 3,234,165、シルニジピン 2,729,342、ジルチアゼム 1,668,531、アゼルニジピン 1,155,617、エホニジピン 158,512、ニルバジピン 155,463、外来(院外処方)本薬 34,240,637、アムロジピン 124,861,872、ベニジピン 7,582,923、ジルチアゼム 6,539,371、シルニジピン 4,548,963、アゼルニジピン 2,799,658、エホニジピン 464,177)であった。

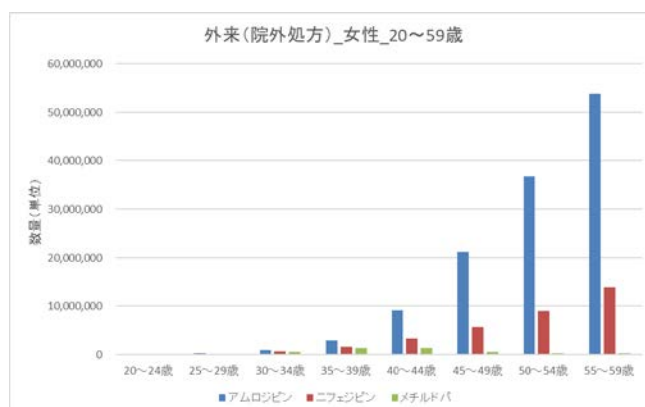
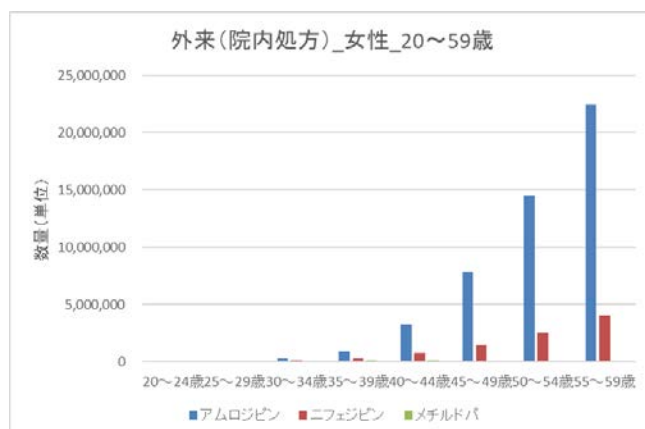
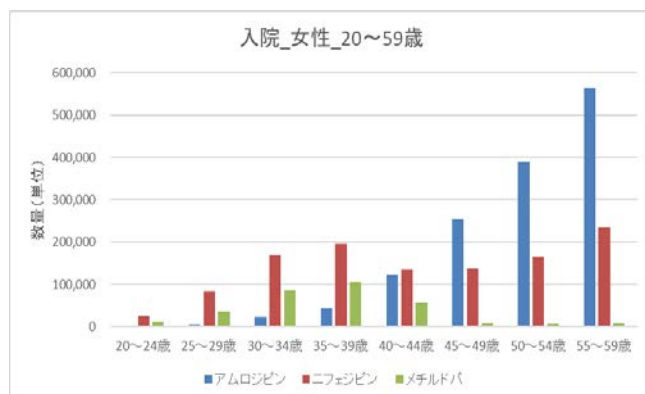


② Ca拮抗薬の処方状況と妊娠中の使用が添付文書上禁忌とされていないメチルドパ、ヒドラルジン、ラベタロールの処方状況の比較

第4回NDBオープンデータ(平成28年4月~平成29年3月診療分)の薬剤データから、入院、外来(院内処方)、外来(院外処方)のデータを利用し集計を行った。集計を行った薬剤は、本薬、アムロジピンに加え、妊娠中の使用が添付文書上禁忌とされていないメチルドパ、ヒドラル

ラジン、ラベタロールとした。

本薬・アムロジピン・メチルドパは、薬効分類別処方数上位 100 に含まれていたが、ヒドララジン、ラベタロールは含まれていなかった。女性 20-59 歳での数量は、入院 本薬 1,143,996、アムロジピン 1,400,531、メチルドパ 318,471、外来（院内処方）本薬 9,320,095、アムロジピン 49,348,014、メチルドパ 550,867、外来（院外処方）本薬 34,240,637、アムロジピン 124,861,872、メチルドパ 4,498,323 であった。





## [参考資料 2]

### 高血圧専門医を対象したアンケート調査

日本高血圧学会高血圧専門医を対象に「妊娠年齢高血圧女性・高血圧合併妊娠の血圧診療におけるアンケート調査」をおこない、①挙児希望がない又は明らかでない妊娠年齢高血圧女性に使用する降圧薬、②挙児希望高血圧女性に使用する降圧薬について質問した（いずれの質問も複数回答可）。降圧薬の選択肢は、各国の診療ガイドラインに挙げられている薬剤と、本邦での臨床現場で使用されている薬剤をあわせて検討し、メチルドパ、ラベタロール、ヒドララジン、ニフェジピン徐放剤、アムロジピン、アテノロール、利尿剤、ACE 阻害薬・ARB、エプレレノンとした。

1. 方法 : 日本高血圧学会事務局より高血圧専門医 855 名に対し、メールでアンケート調査について周知し、google form による回答方式でおこなった。
2. 回答期間 : 2019 年 6 月 18 日～8 月 31 日
3. 結果 : 834 名にメール送信完了し、うちメール開封は 408 名 (49.7%) であった。回答は 141 名 (16.9%) (メール開封者中 34.6%) であった。

①挙児希望がない又は明らかでない妊娠年齢高血圧女性に「よく使う」降圧薬は以下の順であった。

- ・アムロジピン 62 名 (44.0%)
- ・ニフェジピン 59 名 (41.8%)
- ・ACE 阻害薬・ARB 20 名 (14.2%)
- ・ラベタロール 4 名 (2.8%)
- ・利尿剤 4 名 (2.8%)
- ・メチルドパ 3 名 (2.1%)
- ・アテノロール 3 名 (2.1%)
- ・ヒドララジン 3 名 (2.1%)
- ・エプレレノン 2 名 (1.4%)

②挙児希望高血圧女性に「よく使う」降圧薬は以下の順であった。

- ・メチルドパ 63 名 (45.0%)
- ・ニフェジピン徐放剤 37 名 (26.4%)
- ・アムロジピン 25 名 (17.9%)
- ・ラベタロール 24 名 (17.1%)
- ・ヒドララジン 16 名 (11.4%)
- ・アテノロール 4 名 (2.9%)
- ・利尿剤 2 名 (1.4%)
- ・エプレレノン 1 名 (0.7%)
- ・ACE 阻害薬・ARB 0 名

[参考資料 3]

**妊娠と薬情報センターでの Ca 拮抗薬相談事例**

2005 年 10 月に国立成育医療研究センター内に設置された「妊娠と薬情報センター」では妊婦・胎児に対する服薬の影響に関する相談・情報収集を実施している。開設から 2020 年 3 月末までに妊娠中の Ca 拮抗薬使用による児への影響に関する相談事例 245 件のうち、本剤の相談事例は 64 例であった。

薬剤名	相談件数
アムロジピン	125
ニフェジピン	64
ジルチアゼム	18
ベニジピン	15
シルニジピン	14
アゼルニジピン	4
ニカルジピン	3
エホニジピン	1
マニジピン	1
ニソルジピン	0
ニトレンジピン	0
ニルバジピン	0
バルニジピン	0
フェロジピン	0
アラニジピン	0
総計	245

## 参考文献

1. 日本高血圧学会 高血圧治療ガイドライン 2019
2. 日本妊娠高血圧学会 妊娠高血圧症候群 新定義・分類運用上のポイント 2019
3. Bramham K, Parnell B, Nelson-Piercy C, Seed PT, Poston L and Chappell LC. Chronic hypertension and pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014;348:g2301.
4. Ogawa K, Urayama KY, Tanigaki S, Sago H, Sato S, Saito S, Morisaki N. Association between very advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: a cross sectional Japanese study. *BMC pregnancy and child* 2017;349
5. Iwama N, Metoki H, Nishigori H, Mizuno S, Takahashi F, Tanaka K, Watanabe Z, Saito M, Sakurai K, Ishikuro M, Obara T, Tatsuta N, Nishijima I, Sugiyama T, Fujiwara I, Kuriyama S, Arima T, Nakai K, Yaegashi N; Japan Environment & Children's Study Group. Association between alcohol consumption during pregnancy and hypertensive disorders of pregnancy in Japan: the Japan Environment and Children's Study. *Hypertens Res* 2019; 42: 85-94
6. Lawler J, Osman M, Shelton JA, Yeh J. Population-based analysis of hypertensive disorders in pregnancy. *Hypertens Pregnancy*. 2007;26(1):67-76.
7. Sibai BM. Chronic hypertension in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 369-77.
8. 厚生労働省 平成 30 年我が国の人口動態
9. Magee LA, von Dadelszen P, Rey E, Ross S, Asztalos E, Murphy KE, Menzies J, Sanchez J, Singer J, Gafni A, Gruslin A, Helewa M, Hutton E, Lee SK, Lee T, Logan AG, Ganzevoort W, Welch R, Thornton JG, Moutquin JM. Less-tight versus tight control of hypertension in pregnancy. *N Engl J Med*. 2015 Jan 29;372(5):407-17.
10. Magee LA, von Dadelszen P, Singer J, et al; CHIPS Study Group. The CHIPS Randomized Controlled Trial (Control of Hypertension in Pregnancy Study): is severe hypertension just an elevated blood pressure? *Hypertension*. 2016; 68: 1153–1159.
11. Brown MA, Magee LA, Kenny LC, Karumanchi SA, McCarthy FP, Saito S, Hall DR, Warren CE, Adayi G, Ishaku S; International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP). *Hypertension*. 2018; 72:24-43.
12. ACOG Practice Bulletin No. 203: Chronic hypertension in pregnancy, ACOG Committee on Practice Bulletin. *Obstet Gynecol* 2019; 133: e26-e50.
13. AE Judy, McCain CL, Lawton ES, Morton CH, Main EK, Druzin ML. Systolic Hypertension, Preeclampsia-Related Mortality, and Stroke in California. *Obstet Gynecol*. 2019 Jun;133(6):1151-1159.
14. Scott G, Gillon TE, Pels A, von Dadelszen P, Magee LA. Guidelines—similarities and dissimilarities: a systematic review of international clinical practice guidelines for pregnancy hypertension. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;S0002-9378(20)30846-2.

### 3. 海外添付文書における記載状況

本薬について、海外（米国、英国、加国及び豪州）におけるそれぞれの添付文書の記載状況を確認した結果<sup>1</sup>、米国の添付文書においては妊婦は禁忌とされておらず、妊娠の項に、動物実験で形態異常が認められたこと、適切で比較対照のある妊婦での研究はない、と記載されている。英国の添付文書記載に関しては、妊娠 20 週未満の妊婦に対して禁忌であったものが、2014 年に「代替薬が使用できない、ないしは無効の場合にリスクとベネフィットを勘案して使用すること」と変更され、米国と同様の注意事項記載となった。加国及び豪州では動物実験結果を根拠として妊娠全期間において禁忌となっている。

#### 経口剤（米国）

(1) 製品名	PROCARDIA XL/ PFIZER
効能・効果	<p>INDICATIONS AND USAGE</p> <p>I. Vasospastic Angina</p> <p>II. Chronic Stable Angina (Classical Effort-Associated Angina)</p> <p>III. Hypertension</p> <p>PROCARDIA XL is indicated for the treatment of hypertension, to lower blood pressure. Lowering blood pressure reduces the risk of fatal and nonfatal cardiovascular events, primarily strokes and myocardial infarctions. These benefits have been seen in controlled trials of antihypertensive drugs from a wide variety of pharmacologic classes including PROCARDIA XL.</p> <p>Control of high blood pressure should be part of comprehensive cardiovascular risk management, including, as appropriate, lipid control, diabetes management, antithrombotic therapy, smoking cessation, exercise, and limited sodium intake. Many patients will require more than one drug to achieve blood pressure goals. For specific advice on goals and management, see published guidelines, such as those of the National High Blood Pressure Education Program's Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC).</p> <p>Numerous antihypertensive drugs, from a variety of pharmacologic classes and with different mechanisms of action, have been shown in randomized controlled trials to reduce cardiovascular morbidity and mortality, and it can be concluded that it is blood pressure reduction, and not some other pharmacologic property of the drugs, that is largely responsible for those benefits. The largest and most consistent cardiovascular outcome benefit has been a reduction in the risk of stroke, but reductions in myocardial infarction and cardiovascular mortality also have been seen regularly.</p> <p>Elevated systolic or diastolic pressure causes increased cardiovascular risk, and the absolute risk increase per mmHg is greater at higher blood pressures, so that even modest reductions of severe</p>

<sup>1</sup> 以下のウェブサイトを検索し、先発医薬品（徐放製剤）の添付文書を確認した（検索日：2021年6月14日）。なお、本報告書に添付文書の記載状況を記載した製品以外の製品の添付文書についても、同様の記載であることを確認している。

米国：<https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/daf/>

英国：<https://www.medicines.org.uk/EMC/>

加国：<https://health-products.canada.ca/dpd-bdpp/index-eng.jsp>

豪州：<https://tga-search.clients.funnelback.com/s/search.html?query=&collection=tga-artg>

	<p>hypertension can provide substantial benefit. Relative risk reduction from blood pressure reduction is similar across populations with varying absolute risk, so the absolute benefit is greater in patients who are at higher risk independent of their hypertension (for example, patients with diabetes or hyperlipidemia), and such patients would be expected to benefit from more aggressive treatment to a lower blood pressure goal.</p> <p>Some antihypertensive drugs have smaller blood pressure effects (as monotherapy) in black patients, and many antihypertensive drugs have additional approved indications and effects (e.g., on angina, heart failure, or diabetic kidney disease). These considerations may guide selection of therapy.</p> <p>PROCARDIA XL may be used alone or in combination with other antihypertensive agents.</p>
妊婦への 投与	<p><b>PRECAUTIONS</b></p> <p>Pregnancy : Pregnancy Category C:</p> <p>Nifedipine has been shown to produce teratogenic findings in rats and rabbits, including digital anomalies similar to those reported for phenytoin. Digital anomalies have been reported to occur with other members of the dihydropyridine class and are possibly a result of compromised uterine blood flow. Nifedipine administration was associated with a variety of embryotoxic, placentotoxic, and fetotoxic effects, including stunted fetuses (rats, mice, rabbits), rib deformities (mice), cleft palate (mice), small placentas and underdeveloped chorionic villi (monkeys), embryonic and fetal deaths (rats, mice, rabbits), and prolonged pregnancy/decreased neonatal survival (rats; not evaluated in other species). On a mg/kg basis, all of the doses associated with the teratogenic embryotoxic or fetotoxic effects in animals were higher (5 to 50 times) than the maximum recommended human dose of 120 mg/day. On a mg/m<sup>2</sup> basis, some doses were higher and some were lower than the maximum recommended human dose but all were within an order of magnitude of it. The doses associated with placentotoxic effects in monkeys were equivalent to or lower than the maximum recommended human dose on a mg/m<sup>2</sup> basis.</p> <p>There are no adequate and well-controlled studies in pregnant women. PROCARDIA should be used during pregnancy only if the potential benefit justifies the potential</p>

#### 経口剤（英国）

(2) 製品名	Adalat LA 30 mg prolonged-release tablets/ Bayer plc
効能・効果	<p>4. Clinical particulars</p> <p>4.1 Therapeutic indications</p> <p>For the treatment of all grades of hypertension.</p> <p>For the prophylaxis of chronic stable angina pectoris either as monotherapy or in combination with a beta-blocker.</p>
妊婦への 投与	<p>4. Clinical particulars</p> <p>4.4 Special warnings and precautions for use</p> <p>Adalat LA should not be used during pregnancy unless the clinical condition of the woman requires treatment with nifedipine. Adalat LA should be reserved for women with severe</p>

hypertension who are unresponsive to standard therapy (see section 4.6). Careful monitoring of blood pressure must be exercised when administering nifedipine with I.V. magnesium sulfate, owing to the possibility of an excessive fall in blood pressure, which could harm both mother and foetus. For further information regarding use in pregnancy, refer to section 4.6.

4.6 Fertility, pregnancy and lactation

Pregnancy

Nifedipine should not be used during pregnancy unless the clinical condition of the woman requires treatment with nifedipine (see section 4.4).

In animal studies, nifedipine has been shown to produce embryotoxicity, foetotoxicity and teratogenicity (see section 5.3).

There are no adequate well controlled studies in pregnant women.

From the clinical evidence available a specific prenatal risk has not been identified, although an increase in perinatal asphyxia, caesarean delivery, as well as prematurity and intrauterine growth retardation have been reported. It is unclear whether these reports are due to the underlying hypertension, its treatment, or to a specific drug effect.

The available information is inadequate to rule out adverse drug effects on the unborn and newborn child. Therefore any use in pregnancy requires a very careful individual risk benefit assessment and should only be considered if all other treatment options are either not indicated or have failed to be efficacious.

Acute pulmonary oedema has been observed when calcium channel blockers, among others nifedipine, have been used as a tocolytic agent during pregnancy (see section 4.8), especially in cases of multiple pregnancy (twins or more), with the intravenous route and/or concomitant use of beta-2 agonists.

4.8 Undesirable effects

System Class (MedDRA)	Organ	Common	Uncommon	Rare	Not Known
Respiratory, Thoracic, and Mediastial Disorders	and		Nosebleed Nasal cogestion		Dyspnoea Pulmonary edema**

\*\*cases have been reported when used as tocolytic during pregnancy (see section 4.6)

5. Pharmacological properties

5.3 Preclinical safety data

Preclinical data reveal no special hazards for humans based on conventional studies of single and repeated dose toxicity, genotoxicity and carcinogenic potential.

Following acute oral and intravenous administration of nifedipine in various animal species, the following LD50 (mg/kg) values were obtained:

Mouse:	Oral: 494 (421-572)*;	i.v.: 4.2 (3.8-4.6)*.
--------	-----------------------	-----------------------

	Rat:	Oral: 1022 (950-1087)*;	i.v.: 15.5 (13.7-17.5)*.
	Rabbit	Oral: 250-500;	i.v.: 2-3.
	Cat:	Oral: ~ 100;	i.v.: 0.5-8.
	Dog:	Oral: > 250;	i.v.: 2-3.
			* 95% confidence interval.
	<p>In subacute and subchronic toxicity studies in rats and dogs, nifedipine was tolerated without damage at doses of up to 50 mg/kg (rats) and 100 mg/kg (dogs) p.o. over periods of thirteen and four weeks, respectively. Following intravenous administration, dogs tolerated up to 0.1 mg/kg nifedipine for six days without damage. Rats tolerated daily intravenous administration of 2.5 mg/kg nifedipine over a period of three weeks without damage.</p> <p>In chronic toxicity studies in dogs with treatment lasting up to one year, nifedipine was tolerated without damage at doses up to and including 100 mg/kg p.o. In rats, toxic effects occurred at concentrations above 100 ppm in the feed (approximately 5-7 mg/kg bodyweight).</p> <p>In a carcinogenicity study in rats (two years), there was no evidence of a carcinogenic effect of nifedipine.</p> <p>Nifedipine has been shown to produce teratogenic findings in rats, mice and rabbits, including digital anomalies, malformation of the extremities, cleft palates, cleft sternum and malformation of the ribs.</p> <p>Digital anomalies and malformation of the extremities are possibly a result of compromised uterine blood flow, but have also been observed in animals treated with nifedipine solely after the end of the organogenesis period.</p> <p>Nifedipine administration was associated with a variety of embryotoxic, placentotoxic and foetotoxic effects, including stunted fetuses (rats, mice, rabbits), small placentas and underdeveloped chorionic villi (monkeys), embryonic and foetal deaths (rats, mice, rabbits) and prolonged pregnancy/decreased neonatal survival (rats; not evaluated in other species). The risk to humans cannot be ruled out if a sufficiently high systemic exposure is achieved, however, all of the doses associated with the teratogenic, embryotoxic or foetotoxic effects in animals were maternally toxic and were several times the recommended maximum dose for humans.</p> <p>In <i>in vitro</i> and <i>in vivo</i> tests, nifedipine has not been associated with mutagenic properties.</p>		
備考	<p>2006年時点での英国添付文書記載は、妊娠20週以降の妊婦に対してはリスク・ベネフィットを慎重に評価して他の治療方法が適切でない、あるいは有効でない場合に限定して使用することとされ、妊娠20週未満は妊婦禁忌とされていた。2012年からEU規制当局による統一評価手続きがなされ、2014年1月22日に妊娠20週未満の妊婦についての記載を「Contraindications」から削除し、「Special warnings and precautions for use」に注意としての記載に変更された。</p>		

### 経口剤（加国）

(3) 製品名	ADALAT OROS (nifedipine extended-release tablets)/ Bayer Inc.
効能・効果	<p>INDICATIONS AND CLINICAL USE</p> <p>ADALAT OROS (nifedipine extended-release tablets) is indicated for::</p> <p><u>Chronic Stable Angina</u></p> <p><u>Hypertension</u></p> <p>ADALAT OROS is indicated in the management of mild to moderate essential hypertension.</p>

	<p>ADALAT OROS should normally be used in those patients in whom treatment with diuretics or beta blocker has been ineffective, or has been associated with unacceptable adverse effects.</p> <p>ADALAT OROS can be tried as an initial agent in those patients in whom the use of diuretics and/or beta blockers is contraindicated, or in patients with medical conditions in which these drugs frequently cause serious adverse effects.</p> <p>Combination of ADALAT OROS with a diuretic has been found compatible and has shown added antihypertensive effect. Concurrent administration of low doses of ADALAT OROS andenalapril has been shown to produce an enhanced antihypertensive effect with no additional safety concerns when compared to that observed with either of the monotherapies.</p> <p>Safety of concurrent use of ADALAT OROS with other antihypertensive agents has not been established.</p>
<p>妊婦への 投与</p>	<p><b>CONTRAINDICATIONS</b></p> <p>ADALAT OROS (nifedipine extended-release tablets) is contraindicated in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pregnancy, during lactation, and in women of childbearing potential. Fetal malformations and adverse effects on pregnancy have been reported in animals. An increase in the number of fetal mortalities and resorptions occurred after the administration of 30 and 100 mg/kg nifedipine to pregnant mice, rats, and rabbits. Fetal malformations occurred after the administration of 30 and 100 mg/kg nifedipine to pregnant mice and 100 mg/kg to pregnant rats (see TOXICOLOGY, Reproductive Toxicology)</li> </ul> <p><b>WARNINGS AND PRECAUTIONS</b></p> <p><u>Special Populations</u></p> <p><b>Pregnant Women</b></p> <p>The use of ADALAT OROS is contraindicated during pregnancy (see CONTRAINDICATIONS).</p> <p>There are no adequate and well-controlled studies of ADALAT OROS in pregnant women. An increase in the number of fetal mortalities and resorptions occurred after the administration of 30 and 100 mg/kg nifedipine to pregnant mice, rats, and rabbits. Fetal malformations occurred after the administration of 30 and 100 mg/kg nifedipine to pregnant mice and 100 mg/kg to pregnant rats (see CONTRAINDICATIONS).</p> <p><b>.TOXICOLOGY</b></p> <p><b>Reproductive Toxicology</b></p> <p>Pregnant mice, rats, and rabbits were treated orally with 10, 30, and 100 mg/kg nifedipine from Day 6 to Day 15 of gestation.</p> <p>In the mouse, at doses of 30 and 100 mg/kg, there was an increase in the number of fetal resorptions. Fetal malformations in the form of cleft palate and rib deformities occurred at all dose levels in a dose-related fashion (cleft palate occurred in 5/218 controls, 13/190 at 10 mg/kg, 22/112 at 30 mg/kg and 3/3 at 100 mg/kg).</p> <p>In the rat, the dose of 30 mg/kg was not toxic to pregnant dams, but caused reduced fetal weight and increased fetal loss. The dose of 100 mg/kg produced malformations in the fetuses from 20% of the mother animals. In a total of 11 fetuses, 10 showed malformation of the front or hind paws (ectrodactyly, oligodactyly, and adactyly) and one developed a severe malformation of the sinciput.</p>



	<p>In the rabbit, there was dose-dependent anorexia and weight loss in mothers during the dosing period. At 30 and 100 mg/kg reduced litter size and weight and increased fetal loss were evident. Studies on pregnant Rhesus monkeys with oral doses of 2 (1 animal) or 6 mg/kg/day (4 animals) revealed no teratogenic effects. The placentas were poorly developed in these animals.</p> <p>Pre-natal and post-natal studies on rats with daily doses of 3, 10, 30, and 100 mg/kg showed that nifedipine caused significant prolongation of the gestation period at dosages of 10 mg/kg upwards and a decrease in litter size. The post-natal development of the newborn animals was impaired when doses of 30 mg/kg or more had been administered. All offspring in the 100 mg/kg group died</p>
--	--

#### 経口剤（豪州）

(4) 製品名	Adalat OROS/ BAYER AUSTRALIA LTD
効能・効果	<p>INDICATIONS</p> <p>Adalat OROS is indicated for:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. the treatment of mild to moderate hypertension</li> <li>2. the prophylaxis of chronic stable angina pectoris</li> </ol>
妊婦への 投与	<p>CONTRAINDICATIONS</p> <p>Adalat OROS is contraindicated in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-female patients throughout pregnancy</li> </ul> <p>FERTILITY, PREGNANCY AND LACTATION Use in Pregnancy (Category C)</p> <p>Nifedipine carries the potential for fetal hypoxia, caesarean deliveries, prematurity and intrauterine growth retardation, which may be associated with maternal hypotension. Accordingly, it is contraindicated throughout pregnancy.</p> <p>Nifedipine has been shown to produce teratogenic findings in rats, mice and rabbits, including digital anomalies, malformation of the extremities, cleft palates, cleft sternum and malformation of the ribs. Digital anomalies are possibly a result of compromised uterine blood flow. Nifedipine administration was associated with a variety of embryotoxic, placentotoxic and fetotoxic effects, including stunted fetuses (rats, mice, rabbits), small placentas and underdeveloped chorionic villi (monkeys), embryonic and fetal deaths (rats, mice, rabbits) and prolonged pregnancy/decreased neonatal survival (rats; not evaluated in other species).</p> <p>All of the doses associated with the teratogenic, embryotoxic or fetotoxic effects in animals were maternally toxic and several times the recommended maximum dose for humans. There are no adequate and well controlled studies in pregnant women.</p> <p>Acute pulmonary oedema has been observed when calcium channel blockers, among others nifedipine (primarily in IR formulation), have been used as a tocolytic agent during pregnancy, especially in cases of multiple pregnancy (twins or more), with the intravenous route and/or concomitant use of beta-2 agonists.</p>

#### 4. 動物試験

本薬の先発医薬品の承認申請時には、マウス、ラット、ウサギ及びサルを用いた動物試験が実施され、いずれの試験も正常血圧の動物を用いて評価されている。<sup>1)~11)</sup>

正常血圧動物を用いたマウス、ラット及びウサギの試験では、母動物の死亡や流産などの明らかな母動物毒性が発現する本薬 100 mg/kg/day の用量において吸収胚又は胎児死亡の増加、胎児の低体重、外表異常及び骨格異常（指趾骨の過剰、欠損等）の増加が認められた。また、ラットの試験では本薬 25mg/kg/day の用量で胎児の外表異常（欠指、短指、短尾等）の増加がみられた。しかし、ヒトの1日臨床投与量の約20倍に相当する本薬 10 mg/kg/day の用量では胚死亡や胎児の形態異常等は認められなかった。本薬の動物試験で確認されている胎児致死作用及び催奇形作用等は、母動物の過度な血圧低下に伴う子宮胎盤血流量の低下等に起因するものであり、これは本薬を含むCa拮抗剤の薬理作用に基づくものと、文献の著者は考察している。<sup>12)</sup>

他方、文献検索により自然発症高血圧ラットを用いた試験の中から次の妊娠ラットを用いた2試験<sup>13,14)</sup>を抽出した。それらの試験結果は以下のとおりである。

- ① 高血圧妊娠ラットを用いて動脈圧及び血流量を測定した試験<sup>13)</sup>では、本薬(0.2 mg/kg)を妊娠21日のラットの心室内に投与した結果、薬物投与により動脈圧は低下するものの、心拍出量が増加し、内臓及び生殖器への血流量は増加を示した。妊娠中に生じる母体の過度な高血圧を下げるための本薬の使用は子宮胎盤の血流量を必ずしも減少させるとは限らないと、文献の著者は考察している。
- ② 正常血圧ラット及び高血圧ラットを用いて比較した試験<sup>14)</sup>では、本薬(5、10、25 mg/kg/day)をそれぞれのラットの妊娠15~19日に経口投与して胎盤血流量、胎盤重量及び胎児体重に及ぼす影響について検討した結果、本薬投与により正常血圧ラットの胎児体重、胎盤重量及び胎盤血流量はいずれも有意に減少したが、高血圧ラットでは、本薬投与による胎児体重、胎盤重量及び胎盤血流量の減少は認められなかった。なお、収縮期血圧は、本薬投与により、高血圧ラットでは著明に減少したが、正常血圧ラットでは減少しなかった。これらのデータを踏まえ、本薬の胎盤血流量に及ぼす影響は正常血圧動物と高血圧動物では異なる反応を示すことが示唆されたと、文献の著者は考察している。

##### (1) 胎児の発生ならびに生後発育におよぼす影響<sup>1)</sup>

① マウス胎児に対する影響	
動物種(妊娠動物数)	マウス (15~16 匹/群)
投与期間	妊娠 7~12 日
投与量・投与経路	本薬 10、25、100 mg/kg/day (強制経口投与)
結果の概要	母動物には投与による影響は認められなかった。本薬 100 mg/kg/day 投与群で死亡胎児数の増加、胎児体重の減少、外表異常（口蓋裂、欠指、欠趾等）の増加、骨格異常（頸椎異常、胸骨癒着等）の増加がみられ、本薬 25 mg/kg/day 投与群では胎児体重の減少が認められた。本薬 10 mg/kg/day 群では投与の影響は認められなかった。

② マウス胎児に対する影響	
動物種(妊娠動物数)	マウス (2~11 匹/群)
投与期間	妊娠 6、7、8、9、10、11、12、13 日のいずれか 1 日
投与量・投与経路	本薬 100 mg/kg/day (強制経口投与)
結果の概要	母動物には投与による影響は認められなかった。妊娠 9 日投与群で死亡胎児数の増加がみられ、妊娠 10、11、12 日投与群で死亡胎児数の増加、胎児体重の減少、外表異常(口蓋裂、欠指、欠趾等)の増加が認められた。

③ マウス胎児に対する影響	
動物種(妊娠動物数)	マウス (5~8 匹/群)
投与期間	妊娠 10、11、12 日のいずれか 1 日又は妊娠 10~12 日
投与量・投与経路	本薬 25 mg/kg/day (強制経口投与：妊娠 10、11 又は 12 日) 本薬 25、50 mg/kg/day (強制経口投与：妊娠 10~12 日)
結果の概要	母動物には投与による影響は認められなかった。本薬 50 mg/kg/day (妊娠 10~12 日) 投与群で胎児体重の減少、外表異常(口蓋裂)の増加が認められた。

④ ラット胎児に対する影響	
動物種(妊娠動物数)	ラット (16~26 匹/群)
投与期間	妊娠 9~14 日
投与量・投与経路	本薬 10、25、100 mg/kg/day (強制経口投与)
結果の概要	本薬 100 mg/kg/day 投与群で母動物の死亡(26 例中 2 例)及び体重減少、死亡胎児数の増加、胎児体重の減少、外表異常(欠指、多趾、短尾)の増加、骨格異常(腰椎異常、胸骨核癒着等)の増加、骨格変異(胸骨核骨化不全)の増加がみられ、本薬 25、10 mg/kg/day 投与群で骨格変異(胸骨核骨化不全)の増加が認められた。

⑤ ラット胎児に対する影響	
動物種(妊娠動物数)	ラット (5~12 匹/群)
投与期間	妊娠 11、12、13、14、15 日のいずれか 1 日
投与量・投与経路	本薬 100 mg/kg/day (強制経口投与)
結果の概要	母動物には投与による影響は認められなかった。妊娠 12、又は 15 日投与群で死亡胎児数の増加、妊娠 13 日投与群で死亡胎児数の増加、外表異常(欠指、多趾、短尾)の増加、妊娠 14 日投与群で死亡胎児数の増加、胎児体重の減少、外表異常(口蓋裂、欠指、多趾、短尾)の増加が認められた。

⑥ ラット胎児に対する影響	
動物種(妊娠動物数)	ラット (3~10 匹/群)
投与期間	妊娠 12~14 日
投与量・投与経路	本薬 10、 25、 50 mg/kg/day (強制経口投与)
結果の概要	母動物には投与による影響は認められなかった。本薬 50 mg/kg/day 投与群で死亡胎児数の増加、生存胎児数の減少、胎児体重の減少、外表異常(欠指、短尾)の増加がみられ、本薬 25 mg/kg/day 投与群で外表異常(欠指、欠趾、短指、短趾、短尾)の増加が認められた。

⑦ マウス出生児に対する影響	
動物種(妊娠動物数)	マウス (5~7 匹/群)
投与期間	妊娠 7~12 日
投与量・投与経路	本薬 10、 25、 100 mg/kg/day (強制経口投与)
結果の概要	本薬 100 mg/kg/day 投与群で出生児数の減少が認められた。

⑧ ラット出生児に対する影響	
動物種(妊娠動物数)	ラット (5~8 匹/群)
投与期間	妊娠 9~14 日
投与量・投与経路	本薬 10、 25、 100 mg/kg/day (強制経口投与)
結果の概要	本薬 100 mg/kg/day 投与群で出産児数の減少が認められた。

(2) 指趾異常成立過程について<sup>2)</sup>

動物種(妊娠動物数)	ラット (5~9 匹/群)
投与期間	妊娠 14 日
投与量・投与経路	本薬 100 mg/kg/day (強制経口投与)
解剖日	妊娠 14、 15、 16、 17、 18、 19 又は 20 日
結果の概要	母動物には投与による影響は認められなかった。 妊娠 15 日以降の解剖日各群で死亡胎児数の増加、外表異常(指趾の出血、血腫、欠損、短小等)の増加が認められた。

(3) 皮下投与による胎児の発生ならびに生後発育におよぼす影響<sup>3)</sup>

① マウス胎児に対する影響	
動物種(妊娠動物数)	マウス (15 匹/群)
投与期間	妊娠 7~12 日
投与量・投与経路	本薬 10、 25、 100 mg/kg/day (皮下投与)
結果の概要	母動物、胎児ともに投与による影響は認められなかった。

② マウス胎児に対する影響	
動物種(妊娠動物数)	マウス (5 匹/群)

投与期間	妊娠 10～12 日
投与量・投与経路	本薬 10、 25、 100 mg/kg/day (皮下投与)
結果の概要	母動物、胎児ともに投与による影響は認められなかった。

③ ラット胎児に対する影響	
動物種(妊娠動物数)	ラット (15 匹/群)
投与期間	妊娠 9～14 日
投与量・投与経路	本薬 10、 25、 100 mg/kg/day (皮下投与)
結果の概要	本薬 100 mg/kg/day 投与群の母動物体重増加抑制がみられたが、胎児には投与による影響は認められなかった。

④ ラット胎児に対する影響	
動物種(妊娠動物数)	ラット (5 匹/群)
投与期間	妊娠 12～14 日
投与量・投与経路	本薬 10、 25、 100 mg/kg/day (皮下投与)
結果の概要	胎児に投与による影響は認められなかった。

⑤ マウス出生児に対する影響	
動物種(妊娠動物数)	マウス (5 匹/群)
投与期間	妊娠 7～12 日
投与量・投与経路	本薬 10、 25、 100 mg/kg/day (皮下投与)
結果の概要	母動物、出生児ともに投与による影響は認められなかった。

⑥ ラット出生児に対する影響	
動物種(妊娠動物数)	ラット (5～6 匹/群)
投与期間	妊娠 9～14 日
投与量・投与経路	本薬 10、 25、 100 mg/kg/day (皮下投与)
結果の概要	25 及び 100 mg/kg/day で 6 例中 2 及び 3 例の母動物の死亡がみられ、25 mg/kg/day 以上で妊娠期間が延長した。25 mg/kg/day 以上で出生児数の減少がみられた。

(4) アカゲザルの胎児におよぼす影響<sup>4)</sup>

動物種(妊娠動物数)	アカゲザル (1～4 匹/群)
投与期間	妊娠 22～31 日
投与量・投与経路	本薬 2、 6 mg/kg/day (強制経口投与)
結果の概要	6 mg/kg/day 投与群で絨毛膜の発育不良、胎盤の部分剥離・壊死、胎児死亡 (1 例)、2 mg/kg/day 投与群で絨毛膜の発育不良が認められたが、胎児体重には影響はなく、奇形もみられなかった。

(5) マウス胎児毒性作用に関する研究<sup>5)</sup>

動物種(妊娠動物数)	マウス (20 匹/群)
投与期間	妊娠 6～15 日
投与量・投与経路	本薬 10、 30、 100 mg/kg/day (強制経口投与)
結果の概要	すべての投与群で母動物の死亡がみられたが、用量相関性は認められなかった。また、すべての投与群で吸収胚数の増加、胎児体重の減少、外表異常 (口蓋裂) の増加がみられた。吸収胚の増加に伴い、本薬 100mg/kg/day 群では生存胎児がほとんど得られず、本薬 30 mg/kg/day 群でも生存胎児数の減少が認められた。

(6) ラット胎児毒性作用に関する研究<sup>6)</sup>

動物種(妊娠動物数)	ラット (17～20 匹/群)
投与期間	妊娠 6～15 日
投与量・投与経路	本薬 10、 30、 100 mg/kg/day (強制経口投与)
結果の概要	本薬 100 mg/kg/day 投与群の母動物に元気消失、体重増加抑制がみられ、胎児の外表異常 (前肢、後肢の異常等) の増加が認められた。本薬 30 mg/kg/day 以上の投与群で生存胎児数の減少、吸収胚の増加、胎児体重の減少が認められた。

(7) ニュージーランド白色種ウサギの妊娠におよぼす影響<sup>7)</sup>

動物種(妊娠動物数)	ニュージーランド白色種ウサギ (10～13 匹/群)
投与期間	妊娠 6～18 日
投与量・投与経路	本薬 10、 30、 100 mg/kg/day (強制経口投与)
結果の概要	本薬 100 mg/kg/day 投与群では母動物に死亡例が多発し (9/13 例)、十分な生存胎児が得られなかった。本薬 10 mg/kg/day 以上の投与群で母動物の食欲不振、体重増加抑制がみられ、本薬 30 mg/kg/day 群では吸収胚の増加、胎児骨格変異 (13 肋骨) の増加が認められた。

(8) Embryotoxicity study on rabbits after the oral administration of 100 mg/kg per day (100 mg/kg/day 投与によるウサギ胚・胎児毒性試験)<sup>8)</sup>

動物種(妊娠動物数)	ウサギ (11 匹/群)
投与期間	妊娠 6～18 日
投与量・投与経路	本薬 100 mg/kg/day (強制経口投与)
結果の概要	母動物に流産及び体重増加抑制がみられ、胎児には胎児死亡率の増加、生存胎児数の減少及び低体重児の増加 (25g 未満の胎児) が認められた。

(9) ラットにおける催奇形性作用の時期特異性に関する研究<sup>9)</sup>

動物種(妊娠動物数)	ラット (10～21 匹/群)
投与期間	妊娠 9、 10、 11、 12、 13、 14、 15 日のいずれか 1 日又は妊娠 16～

	19日
投与量・投与経路	本薬 200 mg/kg/day (強制経口投与)
結果の概要	<p>母動物所見</p> <p>妊娠 9 日投与群：全胚吸収母動物の増加  妊娠 10 日投与群：体重増加抑制  妊娠 11 日投与群：死亡例 (3/13)、体重増加抑制  妊娠 12 日投与群：全胚吸収母動物の増加、体重増加抑制  妊娠 13 日投与群：体重増加抑制  妊娠 14 日投与群：全胚吸収母動物の増加、体重増加抑制  妊娠 15 日投与群：全胚吸収母動物の増加、体重増加抑制  妊娠 16～19 日投与群：立毛・下痢・元気消失、死亡例 (10/22)、体重増加抑制</p> <p>胎児所見</p> <p>妊娠 9 日投与群：胚死亡率増加  妊娠 10 日投与群：胚死亡率増加、骨格異常 (胸骨分離)  妊娠 11 日投与群：胚死亡率増加、低体重、骨格異常 (胸骨分離)  妊娠 12 日投与群：胚死亡率増加、生存胎児数の減少、低体重、骨格異常 (胸骨分離)  妊娠 13 日投与群：胚死亡率増加、生存胎児数の減少、外表異常 (四肢異常)  妊娠 14 日投与群：胚死亡率増加、生存胎児数の減少、外表異常 (四肢異常)  妊娠 15 日投与群：胚死亡率増加、生存胎児数の減少、低体重  妊娠 16～19 日投与群：胚死亡率増加、生存胎児数の減少、低体重、外表異常 (四肢異常)</p>

(10) ラットの妊娠初期に経口投与した際の胚発生におよぼす影響<sup>10)</sup>

動物種(受精動物数)	ラット (10～20 匹/群)
投与期間	妊娠 0～5 日又は妊娠 6、7、8 日のいずれか 1 日
投与量・投与経路	本薬 200 mg/kg/day (強制経口投与)
結果の概要	<p>母動物所見</p> <p>妊娠 0～5 日投与群：下痢・るい瘦 (2/13 例)、体重増加抑制  妊娠 7 日投与群：体重増加抑制  妊娠 8 日投与群：体重増加抑制</p> <p>胎児所見</p> <p>妊娠 0～5 日投与群：吸収胚数の増加、低体重  妊娠 6 日投与群：吸収胚数の増加  妊娠 7 日投与群：吸収胚数の増加  妊娠 8 日投与群：吸収胚数の増加、低体重</p>

(11) ラット妊娠初期における最大経口耐用量に関する胎児毒性実験の追補<sup>11)</sup>

① 妊娠 0～5 日投与試験	
動物種(受精動物数)	ラット (10～13 匹/群)
投与期間	妊娠 0～5 日
投与量・投与経路	本薬 10、 30、 100 mg/kg/day (強制経口投与)
結果の概要	本薬 30 mg/kg/day 以上の群で母動物の体重増加抑制がみられたが、胎児にはいずれの投与群でも投与による影響は認められなかった。

② 妊娠 8 日投与試験	
動物種(受精動物数)	ラット (10～13 匹/群)
投与期間	妊娠 8 日
投与量・投与経路	本薬 10、 30、 100 mg/kg/day (強制経口投与)
結果の概要	本薬 100 mg/kg/day 投与群では母動物に影響はみられなかったが、死亡胚数の増加が認められた。その他の群には投与による影響は認められなかった

(12) 高血圧妊娠ラットの子宮胎盤血流量に及ぼす影響<sup>13)</sup>

動物種(妊娠動物数)	自然発症高血圧ラット (SHR) (12 匹)
投与期間	妊娠 21 日
投与量・投与経路	本薬 0.2 mg/kg/day (心室内投与)
結果の概要	<p>本薬の母動物の血行動態と臓器還流に及ぼす影響を自然発症高血圧妊娠ラットを用いて検討した (radioactive-labeled microsphere technique)。妊娠期間中の正常血圧への低下を避けるために、妊娠 7 日に 1 腹当たり 2 つの着床胚に減らした。</p> <p>12 例中 9 母体は妊娠末期に 2 胎児、2 母体は 1 胎児 (1 胎児は流産) が得られた (妊娠 7 日に左右子宮に各 1 胎児のみ残すように調整)。</p> <p>本薬(200 <math>\mu</math>g/kg) は末梢抵抗を 38%減少させることにより平均動脈圧を 25%効果的に低下させた。心拍出量は 15%増加した。本薬投与後に内臓と生殖器への血流量は増加した。生殖器への血流量の増加は血管抵抗性の著しい低下による卵巣及び子宮壁への還流量の増加の結果であった。</p> <p>胎盤血流量は著明な変化はなかったが、抵抗性は減少した。従って、妊娠中に生じる母体の過度の高血圧を下げるために使用する本薬は子宮胎盤の血流量を必ずしも減少させるとは限らない。</p>

(13) 正常血圧及び高血圧ラットの子宮胎盤血流量、胎盤重量及び胎児体重に及ぼす影響<sup>14)</sup>

動物種(妊娠動物数)	正常血圧 Wistar Kyoto ラット (WKY) 及び自然発症高血圧ラット (SHR) (5 匹/群)
------------	--



投与期間	妊娠 15～19 日
投与量・投与経路	本薬 5、 10、 25 mg/kg/day (強制経口投与)
結果の概要	<p>自然発症高血圧ラット(SHR)を用いて、正常血圧の Wistar Kyoto ラット(WKY)と比較しながら本薬の胎盤血流量に及ぼす影響を検討した。ラットの胎盤血流量は電気分解によって発生した水素ガスのクリアランスにより評価した。</p> <p>収縮期血圧は、本薬投与により、高血圧ラットでは著明に減少したが、正常血圧ラットでは減少しなかった。</p> <p>胎児体重は、正常血圧ラットでは対照群（本薬非投与群）に比べて 10mg/kg/day 以上の本薬投与群で有意に減少したが、高血圧ラットでは本薬投与による減少はみられなかった。</p> <p>胎盤重量は、正常血圧ラットでは本薬投与により用量相関的に減少した。高血圧ラットの胎盤重量は、対照群では正常血圧ラットと比べて有意に低く、いずれの本薬投与群でも正常血圧ラットに比べて低値を示した。また、高血圧ラットの胎盤重量は、5mg/kg/day の本薬投与群に比べて 10mg/kg/day 以上の本薬投与群では増加傾向が認められた。</p> <p>胎盤血流量は、正常血圧ラットでは対照群と比較して本薬投与群(5、 10、 25 mg/kg/day) で有意に減少したが、高血圧ラットでは本薬を投与しても変化はみられなかった。いずれの本薬投与群でも、胎盤血流量は正常血圧ラットに比べ高血圧ラットで有意に増加した。</p>

#### 文献等

1. 申請時資料 1 (吉富製薬・S46)
2. 申請時資料 2 (吉富製薬・S48)
3. 申請時資料 3 (吉富製薬・S47)
4. 申請時資料 4 (実中研・S47)
5. 申請時資料 5 (バイエル・S47)
6. 申請時資料 6 (バイエル・S45)
7. 申請時資料 7 (ハンチントン中央研究所・S44)
8. 申請時資料 8 (バイエル・1973)
9. 申請時資料 10 (バイエル・1972)
10. 申請時資料 13 (バイエル・1973)
11. 申請時資料 14 (バイエル・1975)
12. Danielsson,B R et al. Histological and in vitro studies supporting decreased uteroplacental blood flow as explanation for digital defects after administration of vasodilators. Teratology. 1990 Feb;41(2):185-93.

13. Ahokas R A et al. Nifedipine does not adversely affect uteroplacental blood flow in the hypertensive term-pregnant rat. Am J Obstet Gynecol. 1988 159(6): 1440-45.
14. Furuhashi N et al. Effects of Nifedipine on Placental Blood Flow, Placental Weight and Fetal Weight in Normotensive and Spontaneously Hypertensive Rats. Gynecol Obstet Invest. 1992 34:193-96.

動物試験における本薬に関する文献検索

検索日： 2019年5月14日

PubMed に収録されている論文を対象として、下記に示すキーワード検索により本薬に関する283報の論文を抽出した。

それらの論文（抄録による）を確認したが、先発医薬品の申請時及び2011年の本薬の禁忌事項の見直し時点で評価された催奇形作用に関して知見に加え、新たな知見は認められなかった。

PubMed による検索結果

[nifedipine AND reproductive toxicity]	32 報
[nifedipine AND developmental toxicity]	8 報
[nifedipine AND teratogenicity]	7 報
[nifedipine AND placental transfer]	6 報
[nifedipine AND fetal weight]	32 報
[nifedipine AND blood concentration AND fetal]	21 報
[nifedipine [TI] AND toxicity]	113 報
[nifedipine[TI] AND blood flow AND rodent]	64 報

計 283 報

## 5. 臨床使用に関する報告

本薬とアムロジピンを含めた Ca 拮抗薬と妊娠に関する公表された文献について、システマティックレビューを行った。

検索用データベースとして CINAHL、EMBASE、MEDLINE、及び British Nursing Index を用い、専門家の意見、文献レビュー、MeSH (Medical Subject Headings) 等の統制語を考慮し、キーワードとして「Amlodipine」、「Nifedipine」「他の Ca 拮抗剤の各薬剤英語名」「Ca blocker」「Pregnancy」、「Pregnancy Complications」、「Fetus」等を用いた (検索年月日 2018 年 8 月 7 日)。

抽出した公表文献 1647 件のうち、タイトルや Abstract から①in vitro 試験、②動物試験、③既報告のデータ引用のみの文献 を除外し、248 件を選定した。これら 248 件の公表文献を取り寄せて詳細を検討した結果、臨床使用に関する報告について先天奇形に関する記載がある 10 件を記載した。また、JDIIP サマリー※に含まれるハンドサーチにより文献 1 件を追加検討した (3)。

小規模ながら本薬や本薬を含む Ca 拮抗薬、Ca 拮抗薬 (薬剤名不明) による使用で先天奇形の頻度は上昇しないとの研究報告 (コホート研究 : 1、3、4、6-8、症例対照研究 : 2、10、11) が複数ある。一方で、米国の保険請求に基づく研究で Ca 拮抗薬曝露群 40 例中 2 例に上部消化管奇形 (詳細不明) がみられ、対照に比べてその頻度が高かった (リスク比 7.20 (1.89-27.51)) という報告がある (6)。ハンガリーのレジストリを用いておこなった、児の食道閉鎖を対象とした症例対照研究では population control 群との比較では本薬との関連が認められ、matched control 群との比較では本薬との関連は認められなかった (11)。他に、右心系の狭窄・閉塞病変と本薬の関連を認める症例対照研究報告 (オッズ比 7.03 (3.13-13.84)) (9)、頭蓋顔面奇形との関連を認める症例対照研究報告 (オッズ比 2.88 (1.22-6.79)) (5) がある。

※JDIIP サマリー : Reprotox、TERIS 等の催奇形性情報データベースや MEDLINE 等から得られる情報を精査・評価し要約したもの (参照 Global Health & Medicine 2021 Volume 3 Issue 3 Pages 175-179)

(1) L. A. Magee et al. The safety of calcium channel blockers in human pregnancy: a prospective, multicenter cohort study, American Journal of Obstetrics & Gynecology, 1996;174,3,823-8	
対象疾患	高血圧
評価例数	Ca 拮抗薬曝露 78 例 81 妊娠、本薬曝露は 78 例のうち 44%
概要	カナダ、アメリカ、イギリスの 6 つの催奇形性物質情報サービスによる前向きコホート研究 (1985-94 年登録)。 妊娠第 1 三半期に Ca 拮抗薬に曝露のあった 78 人の女性を登録し催奇形性について検討した。73%は第 1 三半期のみの曝露で、19%は妊娠経過を通じて使用していた。 大奇形発生率については、Ca 拮抗薬曝露例の児では 3.0% (2/66 例 : 66 例には周産期死亡の 2 例を含む)、妊婦の年齢と喫煙歴でマッチングした催奇形性物質への非曝露例 (対照) の児では 0% (0/72 例) であり、有意差は認められなかった。

(2) H. T. Sorensen et al. The risk of limb deficiencies and other congenital abnormalities in children exposed in utero to calcium channel blockers, Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica,2001;80:397-401	
対象疾患	高血圧
評価例数	Ca拮抗薬の使用は、先天奇形のあるケース 22,865 例のうち 586 例、先天奇形のないコントロール 38,151 例のうち 907 例。薬剤名の記載なし。
概要	ハンガリーの国家レジストリを用い、妊娠中の Ca 拮抗薬内服と 17 の先天奇形、特に動物実験（ラット）でリスク上昇の可能性が指摘された四肢異常との関連を検証した症例対照研究。 症例は先天異常レジストリに登録された 22,865 例でこのうち 586 例で妊娠中に Ca 拮抗薬曝露があった。対照は性別、在胎週数、両親の居住区をマッチさせた 38,151 例で、このうち 907 例で妊娠中に Ca 拮抗薬曝露があった。 Ca 拮抗薬の妊娠 2-3 ヶ月での曝露使用例は、四肢異常を含めいずれの奇形とも関連を認めなかった（四肢異常について 調整オッズ比 (aOR) 1.4 (95%CI 0.2-10.0)）。

(3) Weber-Schoendorfer et al. The safety of calcium channel blockers during pregnancy: a prospective, multicenter, observational study, Reproductive Toxicology,2008;26:24-30	
対象疾患	高血圧
評価例数	Ca 拮抗薬全体で 299 妊娠、本薬 76 例
概要	欧州の催奇形性物質情報サービスによる多施設前向きコホート研究（1986-2003 年登録）。 妊娠第 1 三半期に Ca 拮抗薬に曝露した群（299 妊娠）と催奇形性のある物質に曝露していない対照群（806 妊娠）において、大奇形は曝露例で 3.5%、非曝露例で 1.9%であり、aOR 2.27 (95%CI 0.90-5.69) であったが、有意な差は認められなかった。Ca 拮抗薬曝露群のうち本薬に曝露した妊婦は 76 例であり、当該妊婦から出生した児 51 例のうち大奇形は 2 例（3.9%）であった。

(4) Lennetal et al. Maternal use of antihypertensive drugs in early pregnancy and delivery outcome, notably the presence of congenital heart defects in the infants. Eur J Clin Pharmacol. 2009 Jun;65(6):615-25.	
対象疾患	高血圧
評価例数	Ca 拮抗薬全体で 343 例、本薬 53 例
概要	スウェーデンの出生レジストリデータベースを用いたコホート研究。 妊娠初期に降圧剤を使用した妊婦 1418 例を後向きに調査した。Ca 拮抗薬を含む降圧剤の使用により、心血管奇形は aOR 2.59 (95%CI 1.92-3.51) とリスクの増加を認めたが、Ca 拮抗薬の単独使用例に限ると、心血管奇形は 3/217 児であり、相対危険度 (RR) 1.15 (95%CI 0.24-3.35) であった。

(5) Zarante et al. Impact and risk factors of craniofacial malformations in a Colombian population. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 73(10):1434-1437, 2009.	
対象疾患	高血圧
評価例数	本薬の使用は、頭蓋顔面奇形のあるケース 361 例のうち 13 例、先天奇形のないコントロール 719 例のうち 9 例含まれる。
概要	コロンビアの症例対照研究。頭蓋顔面奇形について、本薬の使用例はケースのうち 13/361 例、コントロールのうち 9/719 例でありオッズ比 (OR) 2.88 (95% CI 1.22-6.79)と関連と認めた。

(6) R. L. Davis, et al. Risks of congenital malformations and perinatal events among infants exposed to calcium channel and beta-blockers during pregnancy. Pharmacoeconomics & Drug Safety. 2011;20:138-45.	
対象疾患	高血圧
評価例数	Ca 拮抗薬を処方された 804 例のうち妊娠第 1 三半期に曝露し 365 日経過を追った 40 例。薬剤名の記載なし。
概要	アメリカの 5 つの保険請求情報を利用した研究。妊娠判明直前に降圧薬を処方され、児との、連携できた登録された症例の後向きコホート研究。1996-2000 年登録。妊娠第 1 三半期に Ca 拮抗剤曝露のあった 40 人を産後 365 日フォローした。 妊娠第 1 三半期における Ca 拮抗薬への曝露の有無と先天奇形について比較検討した。先天奇形全体については、曝露群 6/40 例 (15%)、非曝露群 6825/49,796 例 (13.71%)、RR 0.96 (95%CI, 0.47-1.97) とリスク上昇を認めなかったが、上部消化管奇形については曝露群で有意なリスクの上昇を認めた [曝露群 2/40 例 (5%)、非曝露群 422/49796 例 (0.85%)、RR 7.20 (95%CI, 1.89-27.51)]。

(7) X. Jais et al. Pregnancy outcomes in pulmonary arterial hypertension in the modern management era, European Respiratory Journal, 2012;40:881-5,	
対象疾患	肺高血圧
評価例数	Ca 拮抗薬 8 例。薬剤名の記載なし。
概要	ヨーロッパ、アメリカ、オーストラリアからの前向きコホート研究。妊娠判明時に Ca 拮抗薬に曝露のあった 8 人の女性の追跡研究 (全症例出産まで継続)。全症例健常児を出産した。

(8) C. Vasilakis-Scaramozza et al. Antihypertensive drugs and the risk of congenital anomalies, 2013, Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology & Drug Therapy, 2013; 33: 476-82.	
対象疾患	高血圧
評価例数	Ca拮抗薬 55 例。薬剤名の記載なし。
概要	イギリスの General Practice Research Database を使用した研究。妊娠第 1 三半期に Ca 拮抗薬に曝露した 55 例と降圧薬の曝露がない 682 例において、先天奇形は Ca 拮抗薬曝露例 1/55、降圧薬非曝露例 16/682 であり RR 0.8 (95%CI 0.1-4.5)、調整相対危険度 (aRR) 0.6 (95%CI 0.1-4.8) とリスク増加を認めなかった。四肢の異常については、Ca 拮抗薬曝露例では認められなかった。性器の異常については、Ca 拮抗薬曝露例 1/55、降圧薬非曝露例 4/682 であり aRR 1.3 (95%CI 0.1-12.4) であった。

(9) M. Csaky-Szunyogh et al. Maternal hypertension with nifedipine treatment associated with a higher risk for right-sided obstructive defects of the heart: a population-based case-control study, Heart Asia, 2014; 6: 3-7.	
対象疾患	高血圧
評価例数	本薬の使用は、右心系の狭窄・閉塞病変のあるケース 9/200 例。コントロールでの例数記載なし。
概要	ハンガリーの国家レジストリを用いた症例対照研究。右心系の狭窄・閉塞病変について、本薬の使用例はケース 9/200 例 4.5%で、population control では 0.7% (症例数不明) であり OR 7.03 (95%CI 3.13-13.84) と関連を認めた。

(10) M. M. H. J. Van Gelder et al. Maternal hypertensive disorders, antihypertensive medication use, and the risk of birth defects: A case-control study, BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2015; 122: 1002-1009	
対象疾患	高血圧
評価例数	Ca 拮抗薬の使用 (妊娠初期: 受精 1 ヶ月前~妊娠 20 週の使用) は、先天奇形のあるケース 5568 例のうち 14 例、先天奇形のないコントロール 7,253 例のうち 15 例含まれる。薬剤名の記載なし。
概要	アメリカ・カナダの Slone Birth Defect Study (症例対照研究)。Ca 拮抗薬使用例はケースのうち 14/5568 例 (0.3%)、コントロールのうち 15/7253 例 (0.2%)、OR は 1.2 (95%CI 0.6-2.5) であり、妊娠初期の Ca 拮抗薬の曝露と先天奇形との関連は認めなかった。

(11) Vermes G et al. Maternal factors in the origin of isolated oesophageal atresia: A population-based case-control study. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2015 Sep; 103(9): 804-13.	
対象疾患	高血圧
評価例数	本薬の使用は、食道閉鎖のあるケース 221 例のうち 6 例、population

	コントロールでは 38,151 例のうち 279 例、Matched コントロール 356 例のうち 2 例であった。
概要	ハンガリーの国家レジストリを用いた症例対照研究。 <b>Population</b> コントロールとの比較では、本薬曝露と食道閉鎖との関連は認めたが (OR 3.35、95%CI 1.47-7.64)、背景因子を調整した Matched コントロールとの比較では本薬曝露と食道閉鎖との関連は認めなかった (OR 2.80、95%CI 0.82-9.63)

## 6. 国内外のガイドライン

本邦のガイドラインにおける本薬に関する記載状況は以下のとおりであった。

- 「妊娠高血圧症候群の診療指針 2021」（日本妊娠高血圧学会編）では、妊娠中の経口降圧薬として、メチルドパ、ラベタロール、本薬（妊娠 20 週以降）などが推奨されると記載されている。
- 「産婦人科ガイドライン産科編 2020」（日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会 編集・監修）では、添付文書上いわゆる禁忌の医薬品のうち、妊娠初期のみに使用された場合に、臨床的に有意な胎児への影響はないと判断してよい医薬品のなかに、本薬（妊娠 20 週未満）の記載がある。
- 「高血圧治療ガイドライン 2019」（日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会 編）では、他に選択する薬剤がなく本薬を妊娠 20 週未満で使用する場合は、十分な説明と同意のうえで使用すると記載されている。
- 「腎疾患患者の妊娠診療ガイドライン 2017」（日本腎臓学会学術委員会編）は高血圧治療ガイドライン（2014）を参考に、妊娠初期からの長期投与の経口薬の第一選択薬はメチルドパ、ラベタロール、ヒドララジンが推奨され、妊娠 20 週以降では、本薬を第一選択薬とできると記載されている。
- 「心疾患患者の妊娠・出産の適応、管理に関する ガイドライン（2018 年改訂版）」（日本循環器学会/日本産科婦人科学会）において、妊娠初期からの長期投与の経口薬の第一選択薬はメチルドパ、ラベタロール、ヒドララジンが推奨され、妊娠 20 週以降では、本薬を第一選択薬とできると記載されている。

国外のガイドラインにおける本薬に関する記載状況は以下のとおりであった。

- 国際妊娠高血圧学会のガイドライン（2018）では、高血圧合併妊娠に対する降圧薬の第一選択薬の一つとして本薬が推奨されている。
- 米国産科婦人科学会のガイドライン（2019）では、高血圧合併妊娠に対する降圧薬の第一選択薬の一つとして本薬が推奨されている。
- 米国循環器学会・米国心臓協会・米国高血圧学会のガイドライン（2018）では、妊娠した高血圧女性及び妊娠を計画する高血圧女性に対する降圧薬療法について、メチルドパ、本薬、ラベタロールへの変更が推奨されている。
- 欧州高血圧学会・欧州心臓病学会のガイドライン（2018）では、妊娠前から内服していた降圧薬のうち、Ca 拮抗薬は妊娠中も継続可能で、選択すべき薬剤として記載されている。
- 英国の女性とこども医療センター、産科婦人科学会、英国及びアイルランド高血圧学会が共同で作成した NICE のガイドライン（2019）では、高血圧合併妊娠の降圧薬療法として、ラベタロールが適さない症例に本薬を考慮する旨が記載されている。
- 加国産科婦人科学会と加国高血圧学会作成のガイドライン（2018）では、妊娠中の降圧薬の第一選択薬の一つとして長時間作用型の本薬が挙げられている。
- オーストラリア・ニュージーランド関連学会作成のガイドライン（2014）では、高血圧合併



妊娠に対する降圧薬療法について、本薬は第二選択薬の一つとして挙げられている。

### 国内ガイドライン（産科婦人科領域）

<p>(1) 日本妊娠高血圧学会（編集） 妊娠高血圧症候群の診療指針 2021</p> <p>II 妊婦の診断と管理</p> <p>CQ3 高血圧合併妊娠の管理は</p> <p>【推奨】</p> <p>4 妊娠中の経口降圧薬として、メチルドパ、ラベタロール、本薬*などが推奨される。</p> <p>*妊娠 20 週以降（2021 年 4 月 30 日現在）</p> <p>■降圧薬</p> <p>本薬（徐放剤）</p> <p>カルシウム拮抗薬。欧米諸国のガイドラインでは妊娠全期における使用が推奨されている。ただし、わが国では 2021 年 4 月時点で添付文書上は妊娠 20 週以降のみの使用が認められており、妊娠 20 週未満の使用では十分なインフォームドコンセントが必要である。長時間作用型の使用が原則であり、カプセル製剤の舌下投与は行わない。</p>
---

### 国内ガイドライン（産科婦人科領域）

<p>(2) 日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会（編集） 産婦人科診療ガイドライン 産科編 2020</p> <p>B. 胎児障害・形態異常に関する相談</p> <p>CQ 104-2 添付文書上いわゆる禁忌の医薬品のうち、特定の状況下では妊娠中であってもインフォームドコンセントを得たうえで使用される代表的医薬品は？</p> <p>Answer</p> <p>表 1 に示す医薬品は各々特定の状況下では妊娠中であってもインフォームドコンセントを得たうえで使用する</p> <p><b>（表 1） 添付文書上いわゆる禁忌*の医薬品のうち、特定の状況下（解説参照）では妊娠中であってもインフォームドコンセントを得たうえで使用される代表的医薬品</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>医薬品</th> <th>使用する状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ワルファリンカリウム（クマリン系抗凝血薬）</td> <td>・人工弁置換術後 ・ヘパリンでは抗凝固療法の調節が困難な場合</td> </tr> <tr> <td>コルヒチン</td> <td>・他の医薬品では治療効果が不十分なパーチエット病</td> </tr> <tr> <td>イトラコナゾール（抗真菌薬）</td> <td>・深在性真菌症、全身性真菌症</td> </tr> <tr> <td>添付文書上いわゆる禁忌*の抗悪性腫瘍薬</td> <td>・悪性腫瘍</td> </tr> <tr> <td>ニフェジピン（妊娠 20 週未満）、ニカルジピン塩酸塩（経口錠）、アムロジピンベシル酸塩</td> <td>・他の医薬品では治療効果が不十分な高血圧</td> </tr> <tr> <td>アスピリン（妊娠 28 週以降、低用量）</td> <td>・妊娠 36 週までの抗リン脂質抗体症候群 ・妊娠高血圧腎症予防については CQ309-2 参照</td> </tr> </tbody> </table> <p>添付文書上いわゆる禁忌とされている降圧薬については、妊娠 20 週未満のニフェジピンは、</p>	医薬品	使用する状況	ワルファリンカリウム（クマリン系抗凝血薬）	・人工弁置換術後 ・ヘパリンでは抗凝固療法の調節が困難な場合	コルヒチン	・他の医薬品では治療効果が不十分なパーチエット病	イトラコナゾール（抗真菌薬）	・深在性真菌症、全身性真菌症	添付文書上いわゆる禁忌*の抗悪性腫瘍薬	・悪性腫瘍	ニフェジピン（妊娠 20 週未満）、ニカルジピン塩酸塩（経口錠）、アムロジピンベシル酸塩	・他の医薬品では治療効果が不十分な高血圧	アスピリン（妊娠 28 週以降、低用量）	・妊娠 36 週までの抗リン脂質抗体症候群 ・妊娠高血圧腎症予防については CQ309-2 参照
医薬品	使用する状況													
ワルファリンカリウム（クマリン系抗凝血薬）	・人工弁置換術後 ・ヘパリンでは抗凝固療法の調節が困難な場合													
コルヒチン	・他の医薬品では治療効果が不十分なパーチエット病													
イトラコナゾール（抗真菌薬）	・深在性真菌症、全身性真菌症													
添付文書上いわゆる禁忌*の抗悪性腫瘍薬	・悪性腫瘍													
ニフェジピン（妊娠 20 週未満）、ニカルジピン塩酸塩（経口錠）、アムロジピンベシル酸塩	・他の医薬品では治療効果が不十分な高血圧													
アスピリン（妊娠 28 週以降、低用量）	・妊娠 36 週までの抗リン脂質抗体症候群 ・妊娠高血圧腎症予防については CQ309-2 参照													

胎児へのリスクは低いとされ、また、ヒトでのデータは限られているものの、アムロジピン、ニカルジピン経口錠もヒトにおいて胎児への有害作用は証明されていない。アムロジピンについては少数例ながら、妊娠初期の使用で形態異常の頻度の上昇を示さなかったという報告がある。

CQ 104-3 添付文書上いわゆる禁忌の医薬品のうち、妊娠初期のみに使用された場合、臨床的に有意な胎児への影響はないと判断してよい医薬品は？

Answer

1. 表 1 に示す医薬品は、妊娠初期のみに使用された場合、臨床的に有意な胎児への影響はないと判断する
2. 表 1 に示す医薬品のうち、使用中止可能な医薬品については中止する
3. 表 1 に示す医薬品のうち、使用の継続が不可欠な医薬品については、より胎児に安全で治療効果が同等の代替薬があればその医薬品に変更し、代替薬がない場合には継続に伴う胎児への影響を説明し、同意を得たうえで投与を継続する

(表 1) 添付文書上いわゆる禁忌\*の医薬品のうち、妊娠初期のみに使用された場合、臨床的に有意な胎児への影響はないと判断してよい医薬品

医薬品<一般名>	分類
イトラコナゾール, ミコナゾール	抗真菌薬
オフロキサシン, シプロフロキサシン, スパルフロキサシン, トスフロキサシントシル酸塩, ノルフロキサシン, レボフロキサシン, ロメフロキサシン塩酸塩	ニューキノロン系抗菌薬
ニフェジピン (妊娠 20 週未満), ニカルジピン塩酸塩 (経口錠), アムロジピンベシル酸塩	カルシウム拮抗薬
ヒドロキシジン塩酸塩	抗ヒスタミン薬
オキサトミド, トラニラスト, ペミロラストカリウム	抗アレルギー薬
風疹ワクチン, 水痘ワクチン, 流行性耳下腺炎ワクチン, 麻疹ワクチン	生ワクチン
センナ, センノシド	緩下薬
ハロペリドール, フロムペリドール (ただしこれらは、妊娠末期では新生児離脱症候群のリスクとなる)	ブチロフェノン系抗精神病薬
メトホルミン塩酸塩, グリベンクラミド	経口血糖降下薬
ドンペリドン	制吐薬
卵胞ホルモン, 黄体ホルモン, 低用量ピル	女性ホルモン薬
クロミフェンクエン酸塩	排卵誘発薬
ニコチン置換療法薬	禁煙補助薬
エチドロン酸二ナトリウム, ミノドロン酸水和物, リセドロン酸ナトリウム	ビスフォスフォネート製剤
インドメタシン, ジクロフェナクナトリウム, スリンダク, メロキシカム (ただしこれらは、妊娠末期では胎児毒性を示す)	非ステロイド系抗炎症薬
アンジオテンシン変換酵素阻害薬 (ACE-I), アンジオテンシン II 受容体拮抗薬 (ARB) (ただしこれらは、妊娠中期以降では胎児毒性を示す)	降圧薬

## 国内ガイドライン (内科領域)

(3) 日本高血圧学会 (編集) 高血圧治療ガイドライン 2019

### 第 10 章 女性の高血圧

#### POINT

2. 妊娠 20 週未満の高血圧 (高血圧合併妊娠) では第一選択薬としてメチルドパ、ラベタロールを推奨する。20 週以降では本薬も使用可能である。他に選択する薬剤がなく本薬を妊娠 20 週未満で使用する場合は、十分な説明と同意のうえで使用する。

## 5)各種降圧薬

### (2)Ca拮抗薬

Ca拮抗薬は、わが国では妊婦または妊娠している可能性のある婦人に対して、妊娠20週以降の本薬使用以外は添付文書上禁忌とされている。本薬以外のCa拮抗薬を用いるときには、エビデンスが不十分でガイドラインで推奨されていないが、病態上、他剤での降圧が困難で、母児の危険性が高い状況では使用はやむを得ない旨を十分に説明し、適切なインフォームド・コンセントを取ったうえで医師の判断と責任の下で用いることを検討してもよい。少なくともCa拮抗薬の安全性に関しては、妊娠20週以降の妊婦および新生児に関して問題が少ないと考えられる。

## 国内ガイドライン（内科領域）

(4) 日本腎臓学会学術委員会 腎疾患患者の妊娠：診療の手引き改訂委員会（編集）  
腎疾患患者の妊娠 診療ガイドライン 2017

### V 妊娠中に使用できる薬物

#### CQ1 妊娠中の高血圧に対して推奨される降圧薬はどれか？

ステートメント

- ・妊娠前に関しては、IICQ5を参照、妊娠中に関しては、『高血圧治療ガイドライン2014』に則って治療を行う。高血圧治療ガイドラインの記載は下記のとおりである。
- ・妊娠高血圧症候群の第一選択の傾向降圧薬としてメチルドパ、ラベタロール、ヒドララジンもしくは20週以降であれば徐放性ニフェジピンを用いる。

## 国内ガイドライン（内科・産科領域）

(5) 日本循環器学会/日本産科婦人科学会合同ガイドライン  
心疾患患者の妊娠・出産の適応、管理に関するガイドライン（2018年改訂版）

### 第1章 総論

#### 10. 妊娠中の薬物療法（表19～27）

表22 妊娠中の薬物療法（降圧薬）において、本薬の妊娠中投与の疫学研究評価として「おそらく安全である」と記載されている。



## 10.1 降圧薬の選択（経口）

経口降圧薬の第一選択薬は、メチルドパ（アルドメット）、ラベタロール（トランデート）、ニフェジピン（アダラート：妊娠 20 週以降）、ヒドララジン（アプレゾリンなど）のいずれかを用いる。

### 海外ガイドライン 国際妊娠高血圧学会

(6) Brown MA et al. Hypertensive Disorders of Pregnancy. ISSHP Classification, Diagnosis, and Management Recommendations for International Practice. Hypertension. 2018 Jul;72(1):24-43. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.10803. Review. No abstract available. PMID: 29899139

#### Section 4. Management Principles for the Hypertensive Disorders of Pregnancy

##### Chronic Essential Hypertension

Acceptable initial antihypertensives include labetalol, oxprenolol, methyldopa, nifedipine, diltiazem; prazosin and hydralazine are usually used as second or third line agents.

### 海外ガイドライン 米国産科婦人科学会

(7) ACOG Practice Bulletin No. 203: Chronic Hypertension in Pregnancy. Committee on Practice Bulletins- Obstetrics. Obstet and Gynecol. 2019 Jan;133(1):e26-e50. doi: 10.1097/AOG.0000000000003020. PMID: 30575676

#### **Clinical Considerations and Recommendations**

▶What treatments should be used for pregnant women with chronic hypertension, and what are the goals of treatment?

##### **Control of Chronic Hypertension**

For chronic maintenance treatment, the oral agents listed in Table 2 can be considered alone or in combination. The table lists the most commonly used medications in pregnancy and is not meant to be comprehensive. For the long-term treatment of pregnant women who require pharmacologic therapy, labetalol or nifedipine are reasonable options and are recommended above all other antihypertensive drugs.

#### **Clinical Considerations and Recommendations**

▶ **What considerations are important for pregnancy counseil in patients with chronic hypertension?**

The medication review should place special emphasis on agents to be avoided, in particular angiotensin converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers.

#### **Background**

##### **Effects of Chronic Hypertension on Pregnancy**

###### Fetal risks

Limited evidence is emerging that patients with chronic hypertension may be at higher risk of fetal congenital malformations. In a systematic review of 16 observational studies, a higher relative risk of congenital heart disease of 1.4 (95% CI, 1.221.7) and 2.0 (95% CI, 1.522.7) was found among the

offspring of women with both untreated and treated chronic hypertension, respectively. The specific mechanism involved is unclear, but it does not appear to be simply because of a teratogenic effect from medication. The authors of a case– control study based on registry data confirmed the above findings supporting the hypothesis that physiological changes early in pregnancy among women with chronic hypertension may play a role in the etiology of cardiac septal defects, hypospadias, and esophageal atresia.

**Table 2. Common Oral Antihypertensive Agents in Pregnancy**

Drug	Dosage	Comments
Labetalol	200–2,400 mg/d orally in two to three divided doses. Commonly initiated at 100–200 mg twice daily	Potential bronchoconstrictive effects. Avoid in women with asthma, preexisting myocardial disease, decompensated cardiac function, and heart block and bradycardia.
Nifedipine	30–120 mg/d orally of an extended-release preparation. Commonly initiated at 30–60 mg once daily (extended-release)	Do not use sublingual form. Immediate-release formulation should generally be reserved for control of severe, acutely elevated blood pressures in hospitalized patients. Should be avoided in tachycardia.
Methyldopa	500–3,000 mg/d orally in two to four divided doses. Commonly initiated at 250 mg twice or three times daily	Safety data up to 7 years of age in offspring. May not be as effective as other medications, especially in control of severe hypertension. Use limited by side effect profile (sedation, depression, dizziness).
Hydrochlorothiazide	12.5–50 mg daily	Second-line or third-line agent

**Box 1. Risks of Chronic Hypertension in Pregnancy**

Maternal	Fetal and Neonatal
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Death</li> <li>• Stroke</li> <li>• Pulmonary edema</li> <li>• Renal insufficiency and failure</li> <li>• Myocardial infarction</li> <li>• Preeclampsia</li> <li>• Placental abruption</li> <li>• Cesarean delivery</li> <li>• Postpartum hemorrhage</li> <li>• Gestational diabetes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stillbirth or perinatal death</li> <li>• Growth restriction</li> <li>• Preterm birth</li> <li>• Congenital anomalies (eg, heart defects, hypospadias, esophageal atresia)</li> </ul>

海外ガイドライン 米国循環器学会・米国心臓協会・米国高血圧学会他

(8) Whelton PK et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2018; Oct 23;138(17):e426-e483. doi: 10.1161/CIR.0000000000000597.

10.2.2 Pregnancy

Recommendations for Treatment of Hypertension in Pregnancy

1. Women with hypertension who become pregnant, or are planning to become pregnant, should be transitioned to methyldopa, nifedipine, and/or labetalol during pregnancy.
2. Women with hypertension who become pregnant should not be treated with ACE inhibitors, ARBs, or direct renin inhibitors.

海外ガイドライン 欧州高血圧学会・欧州心臓病学会

(9) Williams B et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* . 2018 Sep 1;39(33):3021-3104. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339

8.9 Women, pregnancy, oral contraception, and hormone replacement therapy

### 8.9.1 Hypertension and pregnancy

Women with pre-existing hypertension may continue their current antihypertensive medication, but ACE inhibitors, ARBs, and direct renin inhibitors are contraindicated due to adverse foetal and neonatal outcomes. Methyldopa, labetalol, and CCBs are the drugs of choice.

#### 海外ガイドライン

英国関連学会 **National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, British and Irish Hypertension Society**

(10) Hypertension in pregnancy: diagnosis and management (2019) NICE guideline CG107. National Institute for Health and Care Excellence

#### 1.3 Management of pregnancy with chronic hypertension

##### Pre-pregnancy advice

1.3.1 Offer women with chronic hypertension referral to a specialist in hypertensive disorders of pregnancy to discuss the risks and benefits of treatment. [2010, amended 2019]

1.3.2 Advise women who take angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors and angiotensin II receptor blockers (ARBs):

- that there is an increased risk of congenital abnormalities if these drugs are taken during pregnancy
- to discuss other antihypertensive treatment with the healthcare professional responsible for managing their hypertension, if they are planning pregnancy.
- to discuss alternative treatment with the healthcare professional responsible for managing their condition, if ACE inhibitors or ARBs are being taken for other conditions such as renal disease. [2010, amended 2019]

##### Treatment of chronic hypertension

1.3.10 Consider labetalol to treat chronic hypertension in pregnant women. Consider nifedipine[3] for women in whom labetalol is not suitable, or methyldopa if both labetalol and nifedipine[3] are not suitable. Base the choice on any pre-existing treatment, side-effect profiles, risks (including fetal effects) and the woman's preference. [2019]

[3] At the time of publication (June 2019), some brands of nifedipine were specifically contraindicated during pregnancy by the manufacturer in its summary of product characteristics. Refer to the individual summaries of product characteristics for each preparation of nifedipine for further details.

#### 海外のガイドライン カナダ産科婦人科学会・カナダ高血圧学会

(11) Butalia Set al, Hypertension Canada's 2018 Guidelines for the Management of Hypertension in Pregnancy. Can J Cardiol. 2018 May;34(5):526-531. doi: 10.1016/j.cjca.2018.02.021. Epub 2018 Mar 1. PMID: 29731014

#### Hypertension Canada's 2018 Guidelines: Management of Hypertension in Pregnancy

I. Management of nonsevere hypertension (BP 140-159/90-109 mm Hg) in pregnancy  
Guidelines

2. A. Initial antihypertensive therapy should be monotherapy from the following first-line drugs: oral labetalol, oral methyldopa, long-acting oral nifedipine, or other oral b-blockers (acebutolol, metoprolol, pindolol, and propranolol) (Grade C).

**Table 2. Antihypertensive medications commonly used in pregnancy**

First-line oral drugs (Grade C)	Second-line oral drugs (Grade D)	Medications to avoid
Labetalol	Clonidine	ACEi* (Grade C)
Methyldopa	Hydralazine	ARBs* (Grade D)
Long-acting oral nifedipine	Thiazide diuretics	
Other $\beta$ -blockers (acebutolol, metoprolol, pindolol, and propranolol)		

ACEi, angiotensin-converting enzyme inhibitors; ARBs, angiotensin receptor blockers.

\* Fetotoxicity of renal system.

## 海外のガイドライン オーストラリア・ニュージーランド関連学会

### Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand

(12) Lowe SA et al. SOMANZ guidelines for the management of hypertensive disorders of pregnancy 2014. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2015 Oct;55(5):e1-29. doi: 10.1111/ajo.12399. Epub 2015 Sep 28. Review. PMID: 26412014

#### 9. Chronic hypertension in pregnancy

##### Antihypertensive therapy

First line drugs include methyldopa, labetalol and oxprenolol (55-57). Second line agents are hydralazine, nifedipine and prazosin (58-61). These same agents may be used for treating gestational or chronic hypertension.

Table 5. Guidelines for selecting antihypertensive drug treatment in pregnancy

Drug	Dose	Action	Contraindications	Practise Points
Methyl dopa	250-750mg tds	Central	Depression	Slow onset of action over 24 hours, dry mouth, sedation, depression, blurred vision
Clonidine	75-300 $\mu$ g tds			Withdrawal effects: rebound hypertension
Labetalol	100-400mg q8h	$\beta$ Blocker with mild alpha vasodilator effect	Asthma, chronic airways limitation	Bradycardia, bronchospasm, headache, nausea, scalp tingling (labetalol only) which usually resolves within 24 hours
Oxprenolol	20-160 mg q8h	$\beta$ Blocker with intrinsic sympathomimetic activity		
Nifedipine	20mg -60 mg slow release bd	Ca channel antagonist	Aortic stenosis	Severe headache in first 24 hours Flushing, tachycardia, peripheral oedema, constipation
Prazosin	0.5-5 mg q8h	$\alpha$ blocker		Orthostatic hypotension especially after first dose
Hydralazine	25-50 mg q8h	Vasodilator		Flushing, headache, nausea, lupus-like syndrome



## 7. 禁忌解除の妥当性

ワーキンググループにおいて、以下の理由から、妊娠 20 週未満の妊婦への本薬の投与については、「禁忌」の項から削除し、「妊婦への投与」の項において「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」旨の注意喚起を記載することが適切であると判断した。

- ① 本薬は、妊娠初期を含め妊娠中の降圧薬の第一選択薬又は第二選択薬として国内外のガイドラインで推奨されている。高血圧合併妊娠では母体の高血圧腎症や低出生体重児、新生児死亡の割合が高い、など母児の予後が不良であることが示されている。妊娠高血圧症候群女性 987 人（高血圧合併妊娠 75%、妊娠高血圧 25%）を対象とした前向き介入研究で、血圧値を低くコントロールした群で母児予後の改善を認めたため、妊娠全期間において厳格な血圧コントロールが求められるようになってきている。
- ② 正常血圧動物（マウス、ラット及びウサギ）を用いた非臨床試験では、本薬 25mg/kg/day 以上の高用量を投与した場合には胎児致死作用や指趾骨の異常等が発現する催奇形作用が認められ、これらの毒作用は Ca 拮抗剤の薬理作用に基づく母動物の過度な血圧低下に伴う胎盤血流量の減少等により発現すると考えられている。しかし、正常血圧動物（マウス、ラット及びウサギ）を用いた非臨床試験においてヒトの 1 日臨床投与量の約 20 倍に相当する 10 mg/kg/day の用量では胚死亡や胎児の形態異常等は認められなかったこと、また、高血圧妊娠ラットを用いた試験では、本薬 25 mg/kg/day を投与しても胎盤血流量の低下や胎児体重の減少などがみられなかったことから、高血圧の状況下で用いられる臨床使用の条件下（妊婦の過度な血圧低下を起ささない状況）においては、正常血圧動物試験でみられたような催奇形作用等が発現することは考え難い。
- ③ 欧州の催奇形性情報サービスによる、妊娠第 1 三半期に Ca 拮抗薬 299 例（本薬 76 例）に曝露した妊婦を対象とした前向きコホート研究 3) において、大奇形の発生リスクについて対照群との有意差は示されなかった。この他にも 40-300 例規模の複数の研究（加・米・英における催奇形性情報サービスによる、妊娠第 1 三半期に Ca 拮抗薬 78 例（本薬 34 例）に曝露した妊婦を対象とした前向きコホート研究 1)、スウェーデンの出生レジストリデータベース情報を利用した研究 4) (Ca 拮抗薬 343 例、本薬 53 例)、イギリスの General Practice Research Database を利用した研究 8) (Ca 拮抗薬 55 例) では、先天異常の発生リスクが示されなかった。一方、アメリカ保険請求情報を利用した研究 (Ca 拮抗薬 40 例) 6) では、奇形全体の発生率は上昇させないものの、上部消化管奇形との関連が示された。ハンガリーの国家レジストリを用いた症例対照研究 2) 11) では、動物実験でみられた四肢異常やアメリカ保険請求情報を利用した研究 6) でリスクが上昇することが示された上部消化管奇形との関連について検証したが、これらを支持する結果は得られなかった。ハンガリーの国家レジストリを用いた症例対照研究で右心系の狭窄・閉塞病変との関連について認めたとの報告 9) があるが、器官形成期の曝露を対象としていない。コロンビアで行われた頭蓋顔面奇形 361 例と対照 719 例を解析した症例対照研究 5) では、本剤曝露群で発生率が数倍になることが示されたが、著者らは、本薬は早産に使用される医薬品であり、この結果は交絡によるものと考察している。また、本薬の曝露時期が明記されていない。この他に、米・加で行った先天奇形 5568 例と対

照 7253 例を解析した症例対照研究 10) では先天奇形との関連は認めなかった。

以上、先天異常のリスクが示されなかった疫学研究は 9 報 (コホート研究 6 報 (1、3、4、6-8)、症例対照研究 3 報 (2、10、11) )、先天異常のリスクを示した疫学研究 3 報 (コホート 1 報 (6)、症例対照研究 2 報 (5、9)) であった。これらの疫学研究の質・量を考量すると、本薬を含む Ca 拮抗薬は、妊娠初期の使用により、先天異常の発生リスクを大きく増加させるとは考えにくい。

- ④ 海外の添付文書においては、妊娠中の本薬の投与は、禁忌としている国もあるが、米国と英国では禁忌とされておらず潜在的利益が胎児への潜在的危険性よりも大きい場合にのみ投与すべきとされていること。

## **8. 添付文書改訂案**

ワーキンググループは、上記の判断を踏まえ、本薬の「妊婦への投与」の項において妊娠 20 週未満の妊婦及び妊娠している可能性のある女性についても「治療上の有益性が危険性を上回ると判断された場合にのみ投与する」旨の注意喚起を記載した上で、「禁忌」の項から、「妊婦 (妊娠 20 週未満) 又は妊娠している可能性のある婦人」を削除するよう添付文書を改訂することが適切であると判断した。

## 別添 3

妊娠と新生児関連事象<sup>注1)</sup>の集積状況

事象名 (PT)	件数
<b>新生児障害 (SMQ)</b>	
アプガールスコア低値	1
吸啜反射不良	1
新生児一過性頻呼吸	2
新生児仮死	1
新生児呼吸窮迫症候群	6
新生児呼吸促進	1
新生児高ビリルビン血症	1
新生児低酸素症	1
早産児	31
低出生体重児	35
妊娠週に比して小さい児	1
未熟児網膜症	1
<b>先天性、家族性および遺伝性障害 (SMQ)</b>	
筋強直性ジストロフィー	1
心中隔欠損	1
心房中隔欠損症	2
先天性嚢胞性腎疾患	1
先天性肺動脈弁狭窄症	1
大動脈縮窄	1
<b>胎児障害 (SMQ)</b>	
子宮内感染	1
胎児ジストレス症候群	2
胎児一過性徐脈異常	2
胎児機能不全心拍パターン	3
胎児徐脈	3
胎児障害	1
胎児心拍障害	1
胎児心拍数基線細変動障害	3
胎児発育不全	16
羊水過少	2
羊水量減少	1
臍帯血管障害	2
<b>妊娠、分娩合併症と危険因子 (流産および死産を除く) (SMQ)</b>	
HELLP 症候群	3
子宮破裂	2
子癇前症	4
時期不明な胎児の曝露	2
周産期心筋症	3
切迫早産	4
前期破水	2
早産	19
胎盤機能不全	2
胎盤後血腫	1
胎盤障害	1

胎盤早期剥離	3
帝王切開	20
妊娠高血圧	4
妊娠時曝露	3
分娩停止	1
良性胎状奇胎	1
絨毛膜下血腫	1
<b>妊娠中絶および流産のリスク (SMQ)</b>	
後期流産	1
死産	1
胎児死亡	7

注 1) MedDRA 標準検索式 (SMQ) 「妊娠と新生児のトピック」を用いて抽出。「妊娠と新生児のトピック (SMQ)」は次の SMQ を包含する。: 「先天性、家族および遺伝障害 (SMQ)」、「妊娠、分娩合併症と危険因子 (流産および死産を除く) (SMQ)」、「胎児障害 (SMQ)」、「乳汁分泌関連トピック (新生児の母乳を介した曝露を含む) (SMQ)」、「新生児障害 (SMQ)」、「妊娠中絶および流産のリスク (SMQ)」、「正常妊娠の状態および転帰 (SMQ)」

別添 4

【改訂案：新記載要領】ニフェジピン

下線部：変更箇所

現行	改訂案
<p>2. 禁忌（次の患者には投与しないこと）  <u>妊婦（妊娠 20 週未満）又は妊娠している可能性のある女性</u></p>	<p>2. 禁忌（次の患者には投与しないこと）            （削除）</p>
<p>9.5 妊婦  <u>妊婦（妊娠 20 週未満）又は妊娠している可能性のある女性には投与しないこと。動物実験において、催奇形性及び胎児毒性が報告されている。</u></p> <p>妊娠 20 週以降の妊婦に投与する場合には、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。            投与に際しては、最新の関連ガイドライン等を参照しつつ、急激かつ過度の血圧低下とならないよう、長時間作用型製剤の使用を基本とし、剤形毎の特徴を十分理解した上で投与すること。また、母体や胎児及び新生児の状態を十分に観察し、過度の血圧低下や胎児胎盤循環の低下等の異常が認められた場合には適切な処置を行うこと。            妊婦への投与例において、過度の血圧低下等が報告されている。</p>	<p>9.5 妊婦            （削除）</p> <p><u>妊婦又は妊娠している可能性のある女性に投与する場合には、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。動物実験において催奇形性及び胎児毒性が報告されている。</u></p> <p>投与に際しては、最新の関連ガイドライン等を参照しつつ、急激かつ過度の血圧低下とならないよう、長時間作用型製剤の使用を基本とし、剤形毎の特徴を十分理解した上で投与すること。また、母体や胎児及び新生児の状態を十分に観察し、過度の血圧低下や胎児胎盤循環の低下等の異常が認められた場合には適切な処置を行うこと。妊婦への投与例において、過度の血圧低下等が報告されている。</p>

現行	改訂案
<p>禁忌 妊婦（妊娠 20 週未満）又は妊娠している可能性のある婦人</p>	<p>禁忌 （削除）</p>
<p>妊婦、産婦、授乳婦等への投与 妊婦（妊娠 20 週未満）又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。<u>〔動物実験において、催奇形性及び胎児毒性が報告されている。〕</u></p>	<p>妊婦、産婦、授乳婦等への投与 （削除）</p>
<p>妊娠 20 週以降の妊婦に投与する場合には、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。<u>〔妊娠中の投与に関する安全性は確立していない。〕</u></p> <p>投与に際しては、最新の関連ガイドライン等を参照しつつ、急激かつ過度の血圧低下とならないよう、長時間作用型製剤の使用を基本とし、剤形毎の特徴を十分理解した上で投与すること。また、母体や胎児及び新生児の状態を十分に観察し、過度の血圧低下や胎児胎盤循環の低下等の異常が認められた場合には適切な処置を行うこと。 〔妊婦への投与例において、過度の血圧低下等が報告されている。〕</p>	<p>妊婦又は妊娠している可能性のある婦人に投与する場合には、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。<u>〔動物実験において催奇形性及び胎児毒性が報告されている。〕</u></p> <p>投与に際しては、最新の関連ガイドライン等を参照しつつ、急激かつ過度の血圧低下とならないよう、長時間作用型製剤の使用を基本とし、剤形毎の特徴を十分理解した上で投与すること。また、母体や胎児及び新生児の状態を十分に観察し、過度の血圧低下や胎児胎盤循環の低下等の異常が認められた場合には適切な処置を行うこと。 〔妊婦への投与例において、過度の血圧低下等が報告されている。〕</p>

貯法: 室温, 遮光した  
気密容器に保存  
使用期限: 外箱に表示

劇薬  
処方箋医薬品<sup>注</sup>

持続性Ca拮抗剤/高血圧・狭心症治療剤

**アダラート®L錠10mg**  
**アダラート®L錠20mg**

(ニフェジピン徐放錠)

日本標準商品分類番号 872171	
承認番号	10mg 16000AMY00066
	20mg 16000AMY00067
薬価収載	10mg 1985年7月
	20mg 1985年7月
販売開始	10mg 1985年8月
	20mg 1985年8月
再審査結果	10mg 1991年3月
	20mg 1991年3月



Adalat®-L10 / Adalat®-L20

D7

■ 禁忌(次の患者には投与しないこと)

- (1)本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- (2)妊婦(妊娠20週未満)又は妊娠している可能性のある婦人〔妊婦, 産婦, 授乳婦等への投与〕の項参照
- (3)心原性ショックの患者〔血圧低下により症状が悪化するおそれがある。〕

■ 組成・性状

販売名	アダラートL錠10mg	アダラートL錠20mg
成分・含量	1錠中, 日局ニフェジピン10mg含有	1錠中, 日局ニフェジピン20mg含有
添加物	結晶セルロース, トウモロコシデンプン, 乳糖水和物, ポリソルベート80, ステアリン酸マグネシウム, ヒプロメロース, マクロゴール4000, 酸化チタン, 三酸化鉄	
色・剤形	淡赤色のフィルムコーティング錠	
外形(識別コード)		
直径(mm)	5.5	6.0
厚さ(mm)	2.85	2.50
重さ(mg)	82.5	82.5

■ 効能・効果

- 本態性高血圧症, 腎性高血圧症
- 狭心症

■ 用法・用量

- 本態性高血圧症, 腎性高血圧症:  
ニフェジピンとして, 通常成人1回10~20mgを1日2回経口投与する。症状に応じ適宜増減する。
- 狭心症:  
ニフェジピンとして, 通常成人1回20mgを1日2回経口投与する。症状に応じ適宜増減する。

■ 使用上の注意

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

- (1)大動脈弁狭窄, 僧帽弁狭窄のある患者, 肺高血圧のある患者〔血管拡張作用により重篤な血行動態の悪化を招くおそれがある。〕
- (2)過度に血圧の低い患者〔更に血圧が低下するおそれがある。〕
- (3)血液透析療法中の循環血液量減少を伴う高血圧患者〔過度に血圧が低下するおそれがある。〕
- (4)重篤な腎機能障害のある患者〔急速な降圧等により腎機能が悪化するおそれがある。〕
- (5)重篤な肝機能障害のある患者〔血中濃度が上昇することがある。また門脈圧が上昇するおそれがある。〕
- (6)うっ血性心不全(特に高度の左室収縮機能障害)のある患者〔心不全が悪化するおそれがある。〕
- (7)高齢者〔「高齢者への投与」の項参照〕

2. 重要な基本的注意

- (1)カルシウム拮抗剤の投与を急に中止したとき, 症状が悪化した症例が報告されているので, 本剤の休薬を要する場合は徐々に減量し, 観察を十分に行うこと。また患者に医師の指示なしに服薬を中止しないように注意すること。
- (2)まれに過度の血圧低下を起こし, ショック症状や一過性の意識障害, 脳梗塞があらわれることがあるので, そのような場合には投与を中止し, 適切な処置を行うこと。
- (3)降圧作用に基づくめまい等があらわれることがあるので, 高所作業, 自動車の運転等危険を伴う機械を操作する際には注意させること。

3. 相互作用

本剤は主にチトクロームP-450 3A4(CYP3A4)により代謝される。

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
他の降圧剤 レセルピン, メチルドパ 水和物, プ ラゾシン塩 酸塩等	相互に血圧低下作用を増強することがある。 患者の状態を注意深く観察し, 過度の血圧低下が認められた場合, 本剤又は他の降圧剤を減量若しくは中止するなど適切な処置を行う。	薬理的な相加・相乗作用によるものと考えられている。
β遮断剤 アテノロー ル, アセブ トロール塩 酸塩, プロ プラノロー ル塩酸塩等	相互に作用を増強することがある。 患者の状態を注意深く観察し, 過度の血圧低下や心不全等の症状が認められた場合, 本剤又はβ遮断剤を減量若しくは中止するなど適切な処置を行う。	薬理的な相加・相乗作用によるものと考えられている。
ジゴキシン	ジゴキシンの血中濃度が上昇することがある。 ジゴキシン中毒症状(悪心・嘔吐, 頭痛, 視覚異常, 不整脈等)が認められた場合, 症状に応じジゴキシンの用量を調節又は本剤の投与を中止するなど適切な処置を行う。	機序は完全には解明されていないが, ジゴキシンの腎及び腎外クリアランスが減少するためと考えられている。
シメチジン	本剤の血中濃度が上昇し, 作用が増強されることがある。 患者の状態を注意深く観察し, 過度の血圧低下や頻脈等の症状が認められた場合, 本剤を減量又はシメチジンの投与を中止するなど適切な処置を行う。	シメチジンが肝血流量を低下させ, 本剤の肝ミクロソームでの酵素代謝を抑制する一方で, 胃酸を低下させ, 本剤の吸収を増加させるためと考えられている。

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
ジルチアゼム	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されることがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下等の症状が認められた場合、本剤を減量又はジルチアゼムの投与を中止するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、ジルチアゼムが本剤の肝代謝(チトクロームP-450酵素系)反応を抑制し、クリアランスを低下させるためと考えられている。
トリアゾール系抗真菌剤 イトラコナゾール、フルコナゾール等	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されることがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下や浮腫等の症状が認められた場合、本剤を減量又はトリアゾール系抗真菌剤の投与を中止するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、トリアゾール系抗真菌剤が本剤の肝代謝(チトクロームP-450酵素系)反応を抑制し、クリアランスを低下させるためと考えられている。
リファンピシン フェニトイン カルバマゼピン	本剤の有効血中濃度が得られず、作用が減弱されることがある。 患者の状態を注意深く観察し、血圧上昇や狭心症発作の悪化等の症状が認められた場合、他剤への変更又はリファンピシン、フェニトイン、カルバマゼピンの投与を中止するなど適切な処置を行う。	リファンピシン、フェニトイン、カルバマゼピンにより誘導された肝薬物代謝酵素(チトクロームP-450)が本剤の代謝を促進し、クリアランスを上昇させるためと考えられている。
タクロリムス	タクロリムスの血中濃度が上昇することがある。 患者の状態を注意深く観察し、腎機能障害等の症状が認められた場合、タクロリムスの用量を調節又は本剤の投与を中止するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、本剤がタクロリムスの肝代謝(チトクロームP-450酵素系)反応を抑制し、クリアランスを低下させるためと考えられている。
シクロスポリン	歯肉肥厚があらわれやすいとの報告がある。 患者の状態を注意深く観察し、歯肉肥厚が認められた場合、本剤又はシクロスポリンの投与を中止するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、両剤の相加的な作用によるものと考えられている。
HIVプロテアーゼ阻害剤 サキナビル、リトナビル等	本剤のAUCが上昇することが予想される。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下等の症状が認められた場合、本剤を減量するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、本剤とこれらの薬剤の肝代謝酵素が同じ(CYP3A4)であるため、競合的に拮抗し、本剤の代謝が阻害される可能性があると考えられている。

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
キヌプリスチン・ダルホプリスチン	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されることがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下等の症状が認められた場合、本剤を減量するなど適切な処置を行う。	キヌプリスチン・ダルホプリスチンが、CYP3A4を阻害し、本剤のクリアランスを低下させるためと考えられている。
* 硫酸マグネシウム水和物(注射剤)	過度の血圧低下や神経筋伝達遮断の増強があらわれることがある。[「妊婦、産婦、授乳婦等への投与」の項参照]	併用により降圧作用や神経筋伝達遮断作用が増強されると考えられている。
** グレープフルーツジュース	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されることがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下等の症状が認められた場合、本剤を減量するなど適切な処置を行う。またグレープフルーツジュースとの同時服用をしないように注意する。	グレープフルーツジュースに含まれる成分が、CYP3A4を阻害し、本剤のクリアランスを低下させるためと考えられている。

#### 4. 副作用

承認時及び使用成績調査での調査症例15,802例中809例(5.12%)に副作用(臨床検査値の異常変動を含む)が認められ、主な副作用は顔面潮紅190件(1.20%)、めまい110件(0.70%)、頭痛105件(0.66%)等であった。(再審査終了時)

##### (1) 重大な副作用(0.1%未満)

次のような副作用があらわれることがある。このような副作用があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

- 1) 紅皮症(剥脱性皮膚炎)
- 2) 無顆粒球症、血小板減少
- 3) ショック：ショックを起こすことがあるので、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し、適切な処置を行うこと。
- 4) 意識障害：血圧低下に伴う一過性の意識障害があらわれることがあるので、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 5) 肝機能障害、黄疸：AST(GOT)、ALT(GPT)、 $\gamma$ -GTPの上昇等を伴う肝機能障害や黄疸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し、適切な処置を行うこと。

##### (2) その他の副作用

以下のような副作用があらわれた場合には、症状に応じ適切な処置を行うこと。太字の副作用については投与を中止すること。

	0.1~5%未満	0.1%未満
肝 臓	AST (GOT) 上昇, ALT (GPT) 上昇, AI-P 上昇	黄疸
腎 臓	BUN 上昇	クレアチニン上昇
循 環 器	顔面潮紅, 熱感, のぼせ, 潮紅, 動悸, 血圧低下, 起立性低血圧, 浮腫 (下肢, 顔面等)	胸部痛, 頻脈, 頻尿, 発汗, 悪寒



	0.1～5%未満	0.1%未満
精神神経系	頭痛, めまい, 倦怠感	眠気, 不眠, 脱力感, 筋痙攣, 四肢しびれ感, 異常感覚, 振戦
消化器	悪心・嘔吐, 便秘	上腹部痛, 下痢, 腹部不快感, 口渇, 胸やけ, 食欲不振, 鼓腸
過敏症	発疹, 掻痒	光線過敏症, 紫斑, 血管浮腫
口腔		歯肉肥厚
代謝異常		高血糖
血液		血小板減少, 貧血, 白血球減少
呼吸器		呼吸困難, 咳嗽, 鼻出血, 鼻閉
その他		女性化乳房, 視力異常(霧視等), 眼痛, 筋肉痛, 関節痛, 関節腫脹, 勃起不全

### 5. 高齢者への投与

高齢者では低用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。[一般に過度の降圧は好ましくないとされている(脳梗塞等が起こるおそれがある).]

### 6. 妊婦, 産婦, 授乳婦等への投与

- \*1(妊婦(妊娠20週未満)又は妊娠している可能性のある婦人)には投与しないこと。[動物実験において, 催奇形性及び胎児毒性が報告されている.]
- \*2(妊娠20週以降の妊婦に投与する場合には, 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。[妊娠中の投与に関する安全性は確立していない.] 投与に際しては, 最新の関連ガイドライン等を参照しつつ, 急激かつ過度の血圧低下とならないよう, 長時間作用型製剤の使用を基本とし, 剤形毎の特徴を十分理解した上で投与すること。また, 母体や胎児及び新生児の状態を十分に観察し, 過度の血圧低下や胎児胎盤循環の低下等の異常が認められた場合には適切な処置を行うこと。[妊婦への投与例において, 過度の血圧低下等が報告されている.]
- \*3(硫酸マグネシウム水和物の注射剤を併用する場合には, 血圧等を注意深くモニタリングすること。[併用により, 過度の血圧低下や神経筋伝達遮断の増強があらわれることがある。])
- (4)授乳中の婦人に投与することを避け, やむを得ず投与する場合には授乳を中止させること。[母乳中へ移行することが報告されている.]

### 7. 小児等への投与

低出生体重児, 新生児, 乳児, 幼児又は小児に対する安全性は確立していない。

### 8. 過量投与

徴候と症状: 過量投与に関する情報は少ないが, 主要な臨床症状として過度の血圧低下等が引き起こされる可能性がある。また肝機能障害があると症状が遷延することがある。  
処置: 本剤の急性中毒に対しては, 通常, 胃洗浄若しくは催吐, 下剤及び活性炭の投与などの初期治療を行う。心電図や呼吸機能等のモニターを行いながら, 下肢の挙上, また必要に応じて輸液, カルシウムの静注, 昇圧剤の投与など積極的な支持・対症療法を行う。なお, 蛋白結合率が高いので, 強制利尿, 血液透析等は本剤の除去にはそれほど有用ではないと考えられる。

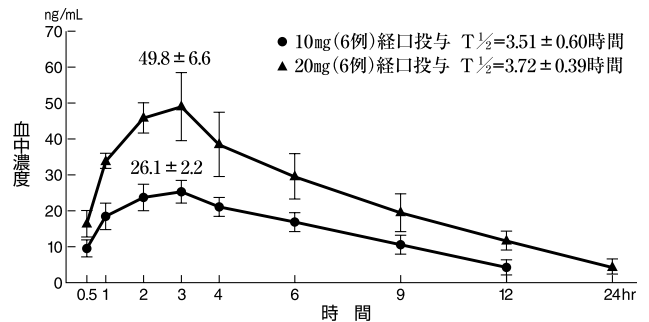
### 9. 適用上の注意

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, 更には穿孔を起こして縦隔洞炎等の重篤な合併症を併発することが報告されている。]

### ■ 薬物動態

#### 血中濃度

健康成人に経口投与した場合, 血中濃度は図のとおりである。なお, 1回20mgを1日2回経口投与した場合, 有効血中濃度はほぼ24時間持続する<sup>1)</sup>。



### 〈参考〉分布<sup>2,3)</sup>

ラットに<sup>14</sup>C-ニフェジピンを1回1mg/kg経口あるいは静脈内投与した実験では, 骨格筋よりも心筋に高濃度の放射活性が認められている。投与後2日以内に放射活性の97%以上が排泄され, この時点で肝臓にはわずか0.4%以下が残存しているに過ぎない。いずれの組織においてもニフェジピン又は代謝産物の選択的蓄積作用を示唆する所見は認められていない。授乳ラットに<sup>14</sup>C-ニフェジピンを1回3mg/kg静脈内投与した実験では血中濃度の1/2~1/4の濃度で乳汁中に移行し, 血中濃度の低下とともに速やかに低下するのが認められる。

### \*\*肝機能障害(外国人での成績)

軽度の肝機能障害(Child-Pugh分類A 8例)又は中等度の肝機能障害(Child-Pugh分類B 8例)のある患者にニフェジピンGITS錠(GastroIntestinal Therapeutic System, 承認外剤形)30mgとカンデサルタン シレキセチル8mgとの配合錠(国内未承認)を単回投与したとき, 健康成人と比べてニフェジピンのAUCはそれぞれ93%, 253%上昇し, Cmaxはそれぞれ64%, 171%上昇した。

### ■ 臨床成績

二重盲検比較試験を含めて, 総計691例について実施された臨床試験の概要は次のとおりである<sup>4,5)</sup>。

- 高血圧症: 本態性高血圧症では573例中501例87.4%, 腎性高血圧症では67例中57例85.1%の有効率を示している。また二重盲検比較試験により有用性が認められている。
- 狭心症: 各種病型の狭心症でニフェジピンの軟カプセル剤を対照薬とした二重盲検比較試験により有用性が認められている。

### ■ 薬効薬理

ニフェジピンは筋の興奮収縮連関物質であるCaの血管平滑筋及び心筋細胞内への流入を抑制して, 冠血管を拡張するとともに全末梢血管抵抗を減少させ, 抗高血圧作用と心筋酸素需給バランスの改善作用をあらわす。

- 全身細動脈の拡張により全末梢血管抵抗を減少させ, 安定かつ持続的な降圧作用をあらわす。また左室後負荷を軽減して心機能を改善する。
- 冠血管を持続的に拡張して冠循環を増強するとともに側副血行路の発達を促進し, また冠血管攣縮を抑制することにより, 心筋虚血部への酸素供給を増加する。
- ATP, CP等高エネルギーリン酸化合物の消費を抑制することにより, 心臓のエネルギーバランスを改善し, 低酸素状態に対する耐性を高める。

●血管平滑筋の細胞内Ca過負荷による動脈壁へのCa沈着やアテローム性動脈硬化等の抑制並びに持続性高血圧に伴う血管病変の進展を抑制する。

#### 1. 血圧に及ぼす作用

●本態性高血圧症及び腎性高血圧症患者11例に1回20mgを1日2回、9～23ヵ月間単独又は従来の治療薬に追加して経口投与した場合、収縮期及び拡張期血圧の平均値は投与前173.6/107.5mmHgより投与後2週目には145.3/88.3mmHg、4週目には127.4/82.0mmHgと有意に下降し、以後長期にわたり良好な血圧を維持する<sup>1)</sup>。

●高血圧症患者21例に1回20mgを1日2回経口投与した場合、1日8回の血圧測定値の標準偏差と血圧日内較差からみた血圧日内変動の大きさには有意の変化を及ぼさず、1日の血圧日内変動のパターンにも大きな変化を及ぼさない<sup>6)</sup>。

#### 2. 心・全身血行動態に及ぼす作用

麻酔開胸犬に5μg/kgを静脈内投与した実験では、投与3分後には平均血圧が著明に低下し、左室最大駆出速度の上昇を伴う心拍出量の増加と全末梢血管抵抗の減少がみられる。左室外部仕事及び心拍数は変化せず、また容量血管には有意の影響は認められない<sup>7)</sup>。

#### 3. 冠循環に及ぼす作用

●麻酔開胸犬に静脈内投与した実験では、総冠血流量を増加させる有効量は1～5μg/kgで、3μg/kgの場合、総冠血流量はほぼ100%増加する。また300μg/kgを経口投与した場合、総冠血流量は投与10分後から増加しはじめ、作用は2時間以上持続する<sup>8)</sup>。

●正常成犬に1日60mgを4～5ヵ月間あらかじめ毎日経口投与した実験では、左冠動脈前下行枝の結紮1週間後における摘出心の冠動脈造影から冠動脈間吻合の数、口径の大きさともに有意に発達する<sup>9)</sup>。

#### 4. 心筋エネルギー代謝及び酸素消費量に及ぼす作用

●麻酔開胸犬に1, 3, 10μg/kgを静脈内投与した実験では、心拍数はほとんど変化せず、平均動脈圧はそれぞれ10, 20, 31%低下し、同時に心筋酸素消費量は8, 20, 30%減少する<sup>10)</sup>。

●家兎に2mg/kgを1日2回、4～5日間あらかじめ皮下投与した後の摘出心では、左冠動脈結紮による90分間の虚血時及び虚血後30分間の再灌流時にみられる酸化的リン酸化能の低下と心筋細胞ミトコンドリア内のCa含量の増加が抑制される。また同時に心筋細胞内の高エネルギーリン酸化合物(ATP, CP)が保持される<sup>11)</sup>。

#### 5. 血管・臓器に及ぼす作用

●高血圧自然発症ラット(生後4週齢)に1日50～150mg/kgを5ヵ月間経口投与した実験では大動脈及び腸間膜動脈壁のCaの異常蓄積(Mönckeberg型動脈硬化症)は有意に抑制される<sup>12)</sup>。

●Dahl食塩感受性高血圧ラットに8%NaClを負荷し、ニフェジピン300ppmを6週間経口投与した実験では、心臓の肥大及び心、腎、腸間膜の動脈における内膜の肥厚や類線維壊死の発生を抑制するとともに修復する<sup>13)</sup>。

#### 6. その他の作用

##### ●血小版

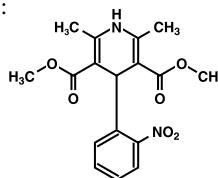
麻酔犬に1分間当たり4μg/kgを静脈内に持続投与した実験では、両側大腿動脈に挿入したポリテトラフルオロエチレン人工血管での<sup>111</sup>In標識自家血小板の沈着及び血小板沈着総数は有意に低下する<sup>14)</sup>。

##### ●房室伝導

麻酔開胸犬に総冠血流量を100%増加する用量の3μg/kgから10μg/kgを静脈内投与した実験では、in situ心臓の房室伝導は抑制されずむしろ軽度促進する。30μg/kgまで増量すると房室伝導時間と房室伝導系の機能不応期はともに延長するが、それぞれ約20, 30ミリ秒の延長にとどまり、何ら障害を及ぼさない<sup>15)</sup>。

## ■ 有効成分に関する理化学的知見

構造式：



一般名：ニフェジピン(Nifedipine)JAN (Nifedipine INN)

化学名：Dimethyl 2,6-dimethyl-4-(2-nitrophenyl)-1,4-dihydropyridine-3,5-dicarboxylate

分子式：C<sub>17</sub>H<sub>18</sub>N<sub>2</sub>O<sub>6</sub>

分子量：346.33

融点：172～175℃

性状：本品は黄色の結晶性の粉末で、におい及び味はない。

本品はアセトン又はジクロロメタンに溶けやすく、メタノール、エタノール(95)又は酢酸(100)にやや溶けにくく、ジエチルエーテルに溶けにくく、水にほとんど溶けない。本品は光によって変化する。

## ■ 包装

錠剤

10mg PTP包装 100錠(10錠×10)、500錠(10錠×50)  
700錠(14錠×50)

バラ包装 1,000錠

20mg PTP包装 100錠(10錠×10)、500錠(10錠×50)  
700錠(14錠×50)

バラ包装 1,000錠

## ■ 主要文献

- 1) 浅田裕啓他：バイエル薬品社内資料[薬物動態](1983)
- 2) Duhm, B. et al. : *Arzneim.-Forsch./Drug Res.*, 22(1), 42(1972)
- 3) Duhm, B. et al. : バイエル薬品社内資料[ラットにおける乳汁排泄](1971)
- 4) 阿部圭志他：臨牀と研究, 61(4), 261(1984)
- 5) 中村芳郎他：臨牀と研究, 60(6), 309(1983)
- 6) 栃久保修他：薬理と治療, 11(9), 393(1983)
- 7) Hayase, S. et al. : *Jpn. Circulation J.*, 35(8), 903(1971)
- 8) 橋本虎六他：心臓, 3(11), 1294(1971)
- 9) Kanazawa, T. et al. : *Arzneim.-Forsch./Drug Res.*, 24(9), 1267(1974)
- 10) Vater, W. : In Proceedings, 2nd International Adalat<sup>®</sup> Symposium, p.77(1975)
- 11) Nayler, W. G. et al. : *Am. J. Cardiol.*, 46, 242(1980)
- 12) Fleckenstein, A. et al. : In Proceedings, 5th International Adalat<sup>®</sup> Symposium, p.36(1983)
- 13) Kazda, S. et al. : In Proceedings, 5th International Adalat<sup>®</sup> Symposium, p.133(1983)
- 14) Pumphrey, C. W. et al. : *Am. J. Cardiol.*, 51(3), 591(1983)
- 15) Taira, N. et al. : In Proceedings, 2nd International Adalat<sup>®</sup> Symposium, p.40(1975)

## ■ 文献請求先

主要文献に記載の社内資料につきましても下記にご請求下さい。

バイエル薬品株式会社・メディカルインフォメーション  
〒530-0001 大阪市北区梅田二丁目4番9号

## ■ バイエル医療用医薬品のお問い合わせ先

バイエル薬品株式会社・くすり相談 ☎0120-106-398

貯 法：室温、気密容器に  
保存  
使用期限：外箱に表示

劇 薬  
処方箋医薬品<sup>注</sup>

持続性Ca拮抗剤(高血圧・狭心症治療剤)

**アダラート<sup>®</sup>CR錠10mg**  
**アダラート<sup>®</sup>CR錠20mg**  
**アダラート<sup>®</sup>CR錠40mg**

(ニフェジピン徐放錠)

日本標準商品分類番号 872171	
承 認 番 号	10mg 21000AMZ00571
	20mg 21000AMZ00572
	40mg 21000AMZ00573
薬 価 収 載	10mg 1998年6月
	20mg 1998年6月
	40mg 1998年6月
販 売 開 始	10mg 1998年6月
	20mg 1998年6月
	40mg 1998年6月
再 審 査 果	10mg 2008年10月
	20mg 2008年10月
	40mg 2008年10月



Adalat<sup>®</sup>CR10 / Adalat<sup>®</sup>CR20 / Adalat<sup>®</sup>CR40

D5

■ 禁忌(次の患者には投与しないこと)

- (1)本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- (2)妊婦(妊娠20週未満)又は妊娠している可能性のある婦人〔妊婦、産婦、授乳婦等への投与〕の項参照
- (3)心原性ショックの患者〔血圧低下により症状が悪化するおそれがある。〕

■ 組成・性状

販売名	アダラートCR錠 10mg	アダラートCR錠 20mg	アダラートCR錠 40mg
成分・含量	1錠中、日局ニフェジピン10mg含有	1錠中、日局ニフェジピン20mg含有	1錠中、日局ニフェジピン40mg含有
添加物	ヒドロキシプロピルセルロース、ステアリン酸マグネシウム、三二酸化鉄、アンモニオアルキルメタクリレートコポリマー、ヒプロメロース、マクロゴール4000、酸化チタン		
	乳糖水和物	その他2成分	乳糖水和物
色・剤形	帯赤灰色のフィルムコーティング錠	淡赤色のフィルムコーティング錠	淡赤褐色のフィルムコーティング錠
外形 (識別コード)			
直径(mm)	9.2	7.1	8.1
厚さ(mm)	5.5	4.3	5.0
重さ(mg)	312	151	237

■ 効能・効果

- 高血圧症、腎実質性高血圧症、腎血管性高血圧症
- 狭心症、異型狭心症

■ 用法・用量

- \* ● 高血圧症：  
通常、成人にはニフェジピンとして20～40mgを1日1回経口投与する。ただし、1日10～20mgより投与を開始し、必要に応じ漸次増量する。なお、1日40mgで効果不十分な場合には、1回40mg1日2回まで増量できる。
- 腎実質性高血圧症、腎血管性高血圧症：  
通常、成人にはニフェジピンとして20～40mgを1日1回経口投与する。ただし、1日10～20mgより投与を開始し、必要に応じ漸次増量する。
- 狭心症、異型狭心症：  
通常、成人にはニフェジピンとして40mgを1日1回経口投与する。なお、症状に応じ適宜増減するが、最高用量は1日1回60mgとする。

■ 使用上の注意

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)
  - (1)大動脈弁狭窄、僧帽弁狭窄のある患者、肺高血圧のある患者〔血管拡張作用により重篤な血行動態の悪化を招くおそれがある。〕
  - (2)過度に血圧の低い患者〔更に血圧が低下するおそれがある。〕
  - (3)血液透析療法中の循環血液量減少を伴う高血圧患者〔過度に血圧が低下するおそれがある。〕
  - (4)重篤な腎機能障害のある患者〔急速な降圧等により腎機能が悪化するおそれがある。(「薬物動態」の項参照)〕
  - (5)重篤な肝機能障害のある患者〔血中濃度が上昇することがある。また門脈圧が上昇するおそれがある。〕
  - (6)うっ血性心不全(特に高度の左室収縮機能障害)のある患者〔心不全が悪化するおそれがある。〕
  - (7)高齢者〔「高齢者への投与」の項参照〕
2. 重要な基本的注意
  - (1)カルシウム拮抗剤の投与を急に中止したとき、症状が悪化した症例が報告されているので、本剤の休薬を要する場合は徐々に減量し、観察を十分に行うこと。また患者に医師の指示なしに服薬を中止しないように注意すること。
  - (2)まれに過度の血圧低下を起こし、ショック症状や一過性の意識障害、脳梗塞があらわれることがあるので、そのような場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
  - (3)降圧作用に基づくめまい等があらわれることがあるので、高所作業、自動車の運転等危険を伴う機械を操作する際には注意させること。
3. 相互作用

本剤は主にチトクロームP-450 3A4(CYP3A4)により代謝される。

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
他の降圧剤 レセルピン、 メチルドパ 水和物、プ ラゾシン塩 酸塩等	相互に血圧低下作用を増強することがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下が認められた場合、本剤又は他の降圧剤を減量若しくは中止するなど適切な処置を行う。	薬理的な相加・相乗作用によるものと考えられている。

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
β遮断剤 アテノロール、アセブトロール塩酸塩、プロプラノロール塩酸塩等	相互に作用を増強することがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下や心不全等の症状が認められた場合、本剤又はβ遮断剤を減量若しくは中止するなど適切な処置を行う。	薬理的な相加・相乗作用によるものと考えられている。
ジゴキシン	ジゴキシンの血中濃度が上昇することがある。 ジゴキシン中毒症状(悪心・嘔吐、頭痛、視覚異常、不整脈等)が認められた場合、症状に応じジゴキシンの用量を調節又は本剤の投与を中止するなど適切な処置を行う。	機序は完全には解明されていないが、ジゴキシンの腎及び腎外クリアランスが減少するためと考えられている。
シメチジン	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されることがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下や頻脈等の症状が認められた場合、本剤を減量又はシメチジンの投与を中止するなど適切な処置を行う。	シメチジンが肝血流量を低下させ、本剤の肝ミクロソームでの酵素代謝を抑制する一方で、胃酸を低下させ、本剤の吸収を増加させるためと考えられている。
ジルチアゼム	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されることがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下等の症状が認められた場合、本剤を減量又はジルチアゼムの投与を中止するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、ジルチアゼムが本剤の肝代謝(チトクロームP-450酵素系)反応を抑制し、クリアランスを低下させるためと考えられている。
トリアゾール系抗真菌剤 イトラコゾール、フルコナゾール等	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されることがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下や浮腫等の症状が認められた場合、本剤を減量又はトリアゾール系抗真菌剤の投与を中止するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、トリアゾール系抗真菌剤が本剤の肝代謝(チトクロームP-450酵素系)反応を抑制し、クリアランスを低下させるためと考えられている。
リファンピシン フェニトイン カルバマゼピン	本剤の有効血中濃度が得られず、作用が減弱することがある。 患者の状態を注意深く観察し、血圧上昇や狭心症発作の悪化等の症状が認められた場合、他剤への変更又はリファンピシン、フェニトイン、カルバマゼピンの投与を中止するなど適切な処置を行う。	リファンピシン、フェニトイン、カルバマゼピンにより誘導された肝薬物代謝酵素(チトクロームP-450)が本剤の代謝を促進し、クリアランスを上昇させるためと考えられている。

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
タクロリムス	タクロリムスの血中濃度が上昇することがある。 患者の状態を注意深く観察し、腎機能障害等の症状が認められた場合、タクロリムスの用量を調節又は本剤の投与を中止するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、本剤がタクロリムスの肝代謝(チトクロームP-450酵素系)反応を抑制し、クリアランスを低下させるためと考えられている。
シクロスポリン	歯肉肥厚があらわれやすいとの報告がある。 患者の状態を注意深く観察し、歯肉肥厚が認められた場合、本剤又はシクロスポリンの投与を中止するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、両剤の相加的な作用によるものと考えられている。
HIVプロテアーゼ阻害剤 サキナビル、リトナビル等	本剤のAUCが上昇することが予想される。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下等の症状が認められた場合、本剤を減量するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、本剤とこれらの薬剤の肝代謝酵素が同じ(CYP3A4)であるため、競合的に拮抗し、本剤の代謝が阻害されることが考えられている。
キノプリスチン・ダルホプリスチン	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されることがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下等の症状が認められた場合、本剤を減量するなど適切な処置を行う。	キノプリスチン・ダルホプリスチンが、CYP3A4を阻害し、本剤のクリアランスを低下させるためと考えられている。
硫酸マグネシウム水和物(注射剤)	過度の血圧低下や神経筋伝達遮断の増強があらわれることがある。[「妊婦、産婦、授乳婦等への投与」の項参照]	併用により降圧作用や神経筋伝達遮断作用が増強されると考えられている。
** グレープフルーツジュース	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されることがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下等の症状が認められた場合、本剤を減量するなど適切な処置を行う。またグレープフルーツジュースとの同時服用をしないように注意する。	グレープフルーツジュースに含まれる成分が、 <u>CYP3A4を阻害し、本剤のクリアランスを低下させるためと考えられている。</u>

\*4. 副作用<sup>注1)</sup>

承認時及び使用成績調査での調査症例5,745例中639例(11.1%)に副作用(臨床検査値の異常変動を含む)が認められ、主な副作用は頭痛・頭重感159例(2.8%)、顔面潮紅・顔のほてり130例(2.3%)、動悸75例(1.3%)であった。(再審査終了時)

40mg 1日1回で降圧効果不十分な本態性高血圧症患者を対象に40mgを1日1回又は1日2回投与した二重盲検比較試験において、40mg 1日2回投与群では177例中16例(9.0%)に、40mg 1日1回投与群では175例中17例(9.7%)に臨床検査値異常を含む副作用が認められた。40mg 1日2回投与群での主な副作用は、頭痛3例(1.7%)、便秘2例(1.1%)等であった。二重盲検比較試験対象症例のうち、継続して40mg 1日2回投与の長期投与試験の対象となった120例では、投与開始後52週までに21例(17.5%)に臨床検査値異常を含む副作用が認められた。主な副作用は浮腫7例(5.8%)、貧血2例(1.7%)、Al-P上昇2例(1.7%)等であった。また、40mg 1日1回とカルシウム拮抗剤以外の降圧剤の併用投与で降圧効果不十分な本態性高血圧症患者を対象に40mg 1日2回を他の降圧剤と併用投与した長期併用投与試験において、投与開始後52週までに72例中21例(29.2%)に臨床検査値異常を含む副作用が認められた。主な副作用は頻脈5例(6.9%)、肉肉肥厚3例(4.2%)等であった。(用法・用量の一部変更承認時)

(1) 重大な副作用(0.1%未満)

次のような副作用があらわれることがある。このような副作用があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

- 1) 紅皮症(剥脱性皮膚炎)
- 2) 無顆粒球症、血小板減少
- 3) 肝機能障害、黄疸：AST(GOT)、ALT(GPT)、 $\gamma$ -GTPの上昇等を伴う肝機能障害や黄疸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し、適切な処置を行うこと。
- 4) 意識障害：他のニフェジピン製剤で、血圧低下に伴う一過性の意識障害があらわれることがあるので、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

(2) その他の副作用

以下のような副作用があらわれた場合には、症状に応じ適切な処置を行うこと。太字の副作用については投与を中止すること。

	0.1~5%未満	0.1%未満
肝臓	AST(GOT)上昇、ALT(GPT)上昇、 $\gamma$ -GTP上昇、Al-P上昇、LDH上昇	黄疸
腎臓	BUN上昇	クレアチニン上昇
循環器	顔面潮紅、熱感、のぼせ、潮紅、動悸、血圧低下、起立性低血圧、浮腫(下肢、顔面等)	胸部痛、頻脈、頻尿、発汗、悪寒
精神神経系	頭痛、めまい、倦怠感	眠気、不眠、脱力感、筋痙攣、四肢しびれ感、異常感覚、振戦
消化器	悪心・嘔吐、便秘	上腹部痛、下痢、腹部不快感、口渇、胸やけ、食欲不振、鼓腸

	0.1~5%未満	0.1%未満
過敏症	発疹、痒痒	光線過敏症、紫斑、血管浮腫
口腔		肉肉肥厚
代謝異常		高血糖
血液		血小板減少、貧血、白血球減少
呼吸器		呼吸困難、咳嗽、鼻出血、鼻閉
その他		女性化乳房、視力異常(霧視等)、眼痛、筋肉痛、関節痛、関節腫脹、勃起不全

注1) 発現頻度は、ニフェジピン製剤の承認時までの臨床試験(ただし、本剤の用法・用量の一部変更承認時の臨床試験を除く)及び使用成績調査の成績等に基づく。

5. 高齢者への投与

高齢者では一般に過度の降圧は好ましくないとされている(脳梗塞等が起こるおそれがある)ので、高血圧症の高齢者に使用する場合には低用量(10mg/日)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。

なお、国内で実施された臨床試験において、65歳以上の高齢者での副作用は206例中21例にみられた。75歳以上の高齢者での使用経験は少ないが、投与された19例のうち4例に副作用が認められた。

6. 妊婦、産婦、授乳婦等への投与

(1) 妊婦(妊娠20週未満)又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。[動物実験において、催奇形性及び胎児毒性が報告されている。]

(2) 妊娠20週以降の妊婦に投与する場合には、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。[妊娠中の投与に関する安全性は確立していない。]投与に際しては、最新の関連ガイドライン等を参照しつつ、急激かつ過度の血圧低下とならないよう、長時間作用型製剤の使用を基本とし、剤形毎の特徴を十分理解した上で投与すること。また、母体や胎児及び新生児の状態を十分に観察し、過度の血圧低下や胎児胎盤循環の低下等の異常が認められた場合には適切な処置を行うこと。[妊婦への投与例において、過度の血圧低下等が報告されている。]

(3) 硫酸マグネシウム水和物の注射剤を併用する場合には、血圧等を注意深くモニタリングすること。[併用により、過度の血圧低下や神経筋伝達遮断の増強があらわれることがある。]

(4) 授乳中の婦人に投与することを避け、やむを得ず投与する場合には授乳を中止させること。[母乳中へ移行することが報告されている。]

7. 小児等への投与

低出生体重児、新生児、乳児、幼児又は小児に対する安全性は確立していない。

8. 過量投与

徴候と症状：過量投与に関する情報は少ないが、主要な臨床症状として過度の血圧低下等が引き起こされる可能性がある。また肝機能障害があると症状が遷延することがある。  
処置：本剤の急性中毒に対しては、通常、胃洗浄若しくは催吐、下剤及び活性炭の投与などの初期治療を行う。心

電図や呼吸機能等のモニターを行いながら、下肢の挙上、また必要に応じて輸液、カルシウムの静注、昇圧剤の投与など積極的な支持・対症療法を行う。なお、蛋白結合率が高いので、強制利尿、血液透析等は本剤の除去にはそれほど有用ではないと考えられる。

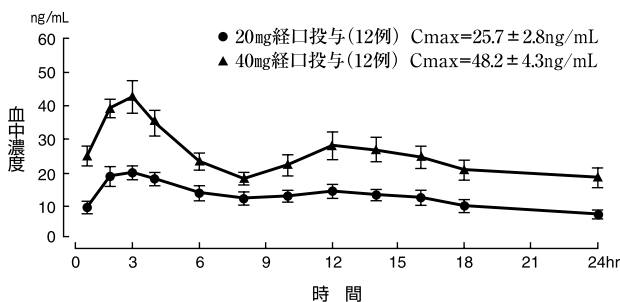
### 9. 適用上の注意

- (1)服用時：本剤は割ったり、砕いたり、すりつぶしたりしないで、そのままかまわずに服用させること。[割ったり、かみ砕いたりして服用すると、血中濃度が高くなり、頭痛、顔面潮紅等の副作用が発現しやすくなる可能性がある。]
- (2)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、更には穿孔を起こして縦隔洞炎等の重篤な合併症を併発することが報告されている。]

## ■ 薬物動態

### 吸収・排泄

健康成人に20、40mgを単回経口投与したときの血中未変化体濃度の推移は図のとおりである<sup>1)</sup>。  
尿中には未変化体は検出されず、投与後60時間までに約60%が代謝物として排泄された<sup>1)</sup>。



- \*本態性高血圧症患者に40mgを1日1回又は1日2回2週間経口投与したときのトラフ時血中未変化体濃度は、1日1回投与で26.7ng/mL、1日2回投与で68.1ng/mLであった<sup>2)</sup>。  
軽～中等度の腎機能障害を伴う高血圧症患者に経口投与したとき、腎障害のない本態性高血圧症患者と比較してCmax及びAUCが約1.4倍であり、代謝物の尿中排泄がやや遅延した<sup>3)</sup>。

### 〈参考〉分布<sup>4,5)</sup>

ラットに<sup>14</sup>C-ニフェジピンを1回1mg/kg経口あるいは静脈内投与した実験では、骨格筋よりも心筋に高濃度の放射活性が認められている。投与後2日以内に放射活性の97%以上が排泄され、この時点で肝臓にはわずか0.4%以下が残存しているに過ぎない。いずれの組織においてもニフェジピン又は代謝産物の選択的蓄積作用を示唆する所見は認められていない。授乳ラットに<sup>14</sup>C-ニフェジピンを1回3mg/kg静脈内投与した実験では血中濃度の1/2～1/4の濃度で乳汁中に移行し、血中濃度の低下とともに速やかに低下するのが認められる。

### \*\*肝機能障害(外国人での成績)

軽度の肝機能障害(Child-Pugh分類A 8例)又は中等度の肝機能障害(Child-Pugh分類B 8例)のある患者にニフェジピンGITS錠(GastroIntestinal Therapeutic System, 承認外剤形)30mgとカンデサルタン シレキセチル8mgとの配合錠(国内未承認)を単回投与したとき、健康成人と比べてニフェジピンのAUCはそれぞれ93%、253%上昇し、Cmaxはそれぞれ64%、171%上昇した。

## ■ 臨床成績

\*二重盲検比較試験を含む臨床試験の概要は次のとおりである<sup>6~11)</sup>。

### \*1. 高血圧症、腎実質性高血圧症、腎血管性高血圧症

- 本態性高血圧症に対する10～40mg 1日1回投与時(漸増法)の有効率は89.8% (386/430)であった。また、二重盲検比較試験において本剤の有用性が認められている。
- 40mgを1日1回4～6週間投与後に、拡張期血圧が降圧目標に達しなかった本態性高血圧症患者351例を2群に分けて、40mgを1日2回又は1日1回8週間投与したときの収縮期及び拡張期血圧のベースライン(1日2回投与群：148.7/95.3mmHg、1日1回投与群：146.4/95.6mmHg)からの変化量の最小二乗平均値は、1日2回投与群で11.1/7.7mmHgの低下、1日1回投与群で3.7/3.6mmHgの低下であり、両群間に統計学的に有意な差がみられた。さらに、継続して40mgを1日2回通算して52週間投与した長期投与試験の有効解析対象となった119例では、収縮期及び拡張期血圧のベースライン(147.8/96.4mmHg)からの変化量の平均値は、16.8/12.0mmHgの低下を示した。
- 40mgを1日1回とカルシウム拮抗剤以外の降圧剤を2週間併用投与した後に、拡張期血圧が降圧目標に達しなかった本態性高血圧症患者71例に40mgを1日2回と他の降圧剤を52週間併用投与したとき、収縮期及び拡張期血圧のベースライン(150.6/93.5mmHg)からの変化量の平均値は、19.1/13.1mmHgの低下を示した。
- 腎実質性高血圧症に対する有効率は73.0% (27/37)、腎血管性高血圧症に対する有効率は77.8% (7/9)であった。

### 2. 狭心症、異型狭心症

- 狭心症に対する有効率は73.4% (94/128)であった。また、二重盲検比較試験において本剤の有用性が認められている。
- 異型狭心症に対する有効率は88.2% (45/51)であった。また、二重盲検比較試験において本剤の有用性が認められている。

### 3. 高齢者への投与

65歳以上の高齢者における有効例は、高血圧症で127/138例(92.0%)、狭心症で51/69例(73.9%)、臨床検査値異常を含めた副作用発現例は21/206例(10.2%)であった。75歳以上の高齢者での使用経験は少ないが、有効例は高血圧症で8/10例(80.0%)、狭心症で6/8例(75.0%)、臨床検査値異常を含めた副作用発現例は4/19例(21.1%)で、頭痛、めまい、総コレステロールの上昇、AST(GOT)・ALT(GPT)・LDHの上昇が各1例にみられた。

## ■ 薬効薬理

ニフェジピンは筋の興奮収縮連関物質であるCaの血管平滑筋及び心筋細胞内への流入を抑制して、冠血管を拡張するとともに全末梢血管抵抗を減少させ、抗高血圧作用と心筋酸素需給バランスの改善作用をあらわす。

- 全身細動脈の拡張により全末梢血管抵抗を減少させ、安定かつ持続的な降圧作用をあらわす。また左室後負荷を軽減して心機能を改善する。
- 冠血管を持続的に拡張して冠循環を増強するとともに側副血行路の発達を促進し、また冠血管攣縮を抑制することにより、心筋虚血部への酸素供給を増加する。
- ATP、CP等高エネルギーリン酸化合物の消費を抑制することにより、心臓のエネルギーバランスを改善し、低酸素状態に対する耐性を高める。
- 血管平滑筋の細胞内Ca過負荷による動脈壁へのCa沈着やアテローム性動脈硬化等の抑制並びに持続性高血圧に伴う血管病変の進展を抑制する。

### 1. 血圧に及ぼす作用

- 軽・中等症本態性高血圧症患者43例に1回20～40mgを1日1回、8週間経口投与した場合、収縮期及び拡張期血圧は投与前の169/101mmHgより、投与後2週目には149/89mmHg、4週目には143/88mmHg、6週目には144/86mmHg、8週目には141/85mmHgと、有意な降圧が認められている<sup>12)</sup>。



- 軽・中等症本態性高血圧症患者27例に1回20～40mgを1日1回経口投与した場合、血圧日内変動のパラメータである血圧の日内較差及び標準偏差に影響を及ぼすことなく、24時間にわたり有意な降圧が持続する<sup>13)</sup>。

## 2. 心・全身血行動態に及ぼす作用

麻酔開胸犬に5 $\mu$ g/kgを静脈内投与した実験では、投与3分後には平均血圧が著明に低下し、左室最大駆出速度の上昇を伴う心拍出量の増加と全末梢血管抵抗の減少がみられる。左室外部仕事及び心拍数は変化せず、また容量血管には有意の影響は認められない<sup>14)</sup>。

## 3. 冠循環に及ぼす作用

- 麻酔開胸犬に静脈内投与した実験では、総冠血流量を増加させる有効量は1～5 $\mu$ g/kgで、3 $\mu$ g/kgの場合、総冠血流量はほぼ100%増加する。また300 $\mu$ g/kgを経口投与した場合、総冠血流量は投与10分後から増加しはじめ、作用は2時間以上持続する<sup>15)</sup>。

- 正常成犬に1日60mgを4～5ヵ月間あらかじめ毎日経口投与した実験では、左冠動脈前下行枝の結紮1週間後における摘出心の冠動脈造影から冠動脈間吻合の数、口径の大きさともに有意に発達する<sup>16)</sup>。

## 4. 心筋エネルギー代謝及び酸素消費量に及ぼす作用

- 麻酔開胸犬に1, 3, 10 $\mu$ g/kgを静脈内投与した実験では、心拍数はほとんど変化せず、平均動脈圧はそれぞれ10, 20, 31%低下し、同時に心筋酸素消費量は8, 20, 30%減少する<sup>17)</sup>。
- 家兎に2mg/kgを1日2回、4～5日間あらかじめ皮下投与した後の摘出心では、左冠動脈結紮による90分間の虚血時及び虚血後30分間の再灌流時にみられる酸化的リン酸化能の低下と心筋細胞ミトコンドリア内のCa含量の増加が抑制される。また同時に心筋細胞内の高エネルギーリン酸化合物(ATP, CP)が保持される<sup>18)</sup>。

## 5. 血管・臓器に及ぼす作用

- 高血圧自然発症ラット(生後4週齢)に1日50～150mg/kgを5ヵ月間経口投与した実験では大動脈及び腸間膜動脈壁のCaの異常蓄積(Mönckeberg型動脈硬化症)は有意に抑制される<sup>19)</sup>。
- Dahl食塩感受性高血圧ラットに8%NaClを負荷し、ニフェジピン300ppmを6週間経口投与した実験では、心臓の肥大及び心、腎、腸間膜の動脈における内膜の肥厚や類線維壊死の発生を抑制するとともに修復する<sup>20)</sup>。

## 6. その他の作用

### ●血小板

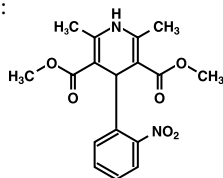
麻酔犬に1分間当たり4 $\mu$ g/kgを静脈内に持続投与した実験では、両側大腿動脈に挿入したポリテトラフルオロエチレン人工血管での<sup>111</sup>In標識自家血小板の沈着及び血小板沈着総数は有意に低下する<sup>21)</sup>。

### ●房室伝導

麻酔開胸犬に総冠血流量を100%増加する用量の3 $\mu$ g/kgから10 $\mu$ g/kgを静脈内投与した実験では、in situ心臓の房室伝導は抑制されずむしろ軽度促進する。30 $\mu$ g/kgまで増量すると房室伝導時間と房室伝導系の機能不応期はともに延長するが、それぞれ約20, 30ミリ秒の延長にとどまり、何ら障害を及ぼさない<sup>22)</sup>。

## ■ 有効成分に関する理化学的知見

構造式：



一般名：ニフェジピン(Nifedipine)JAN (Nifedipine INN)

化学名：Dimethyl 2,6-dimethyl-4-(2-nitrophenyl)-1,4-dihydropyridine-3,5-dicarboxylate

分子式：C<sub>17</sub>H<sub>18</sub>N<sub>2</sub>O<sub>6</sub>

分子量：346.33

融点：172～175℃

性状：本品は黄色の結晶性の粉末で、におい及び味はない。本品はアセトン又はジクロロメタンに溶けやすく、メタノール、エタノール(95)又は酢酸(100)にやや溶けにくく、ジエチルエーテルに溶けにくく、水にほとんど溶けない。

本品は光によって変化する。

## ■ 包装

### 錠剤

10mg	PTP包装	100錠(10錠×10), 500錠(10錠×50)
20mg	PTP包装	100錠(10錠×10), 500錠(10錠×50), 700錠(14錠×50)
	バラ包装	500錠
40mg	PTP包装	100錠(10錠×10), 500錠(10錠×50), 700錠(14錠×50)
	バラ包装	500錠

## ■ 主要文献

- 1) 中道 昇他：薬理と治療, 23(Suppl. 2), 7(1995)
- \* 2) 梶川麻里子他：バイエル薬品社内資料[40mg 1日1回投与で効果不十分な高血圧症患者を対象とした臨床薬理試験](2009)
- 3) 島本和明他：薬理と治療, 23(Suppl. 2), 173(1995)
- 4) Duhm, B. et al. : *Arzneim.-Forsch./Drug Res.*, 22(1), 42(1972)
- 5) Duhm, B. et al. : バイエル薬品社内資料[ラットにおける乳汁排泄](1971)
- 6) 石井當男他：薬理と治療, 25(7), 121(1997)
- \* 7) Paulson, D. : バイエル薬品社内資料[40mg 1日1回投与で効果不十分な高血圧症患者を対象とした二重盲検比較試験](2012)
- \* 8) Paulson, D. : バイエル薬品社内資料[二重盲検比較試験から継続の長期継続投与試験](2012)
- \* 9) Paulson, D. : バイエル薬品社内資料[長期併用投与試験](2012)
- 10) 加藤和三他：薬理と治療, 25(7), 195(1997)
- 11) 加藤和三他：薬理と治療, 25(7), 227(1997)
- 12) 石井當男他：薬理と治療, 25(7), 69(1997)
- 13) 石井當男他：薬理と治療, 25(7), 81(1997)
- 14) Hayase, S. et al. : *Jpn. Circulation J.*, 35(8), 903(1971)
- 15) 橋本虎六他：心臓, 3(11), 1294(1971)
- 16) Kanazawa, T. et al. : *Arzneim.-Forsch./Drug Res.*, 24(9), 1267(1974)
- 17) Vater, W. : In Proceedings, 2nd International Adalat<sup>®</sup> Symposium, p.77(1975)
- 18) Nayler, W. G. et al. : *Am. J. Cardiol.*, 46, 242(1980)
- 19) Fleckenstein, A. et al. : In Proceedings, 5th International Adalat<sup>®</sup> Symposium, p.36(1983)
- 20) Kazda, S. et al. : In Proceedings, 5th International Adalat<sup>®</sup> Symposium, p.133(1983)
- 21) Pumphrey, C. W. et al. : *Am. J. Cardiol.*, 51(3), 591(1983)
- 22) Taira, N. et al. : In Proceedings, 2nd International Adalat<sup>®</sup> Symposium, p.40(1975)

## ■ 文献請求先

主要文献に記載の社内資料につきましても下記にご請求下さい。

バイエル薬品株式会社・メディカルインフォメーション  
〒530-0001 大阪市北区梅田二丁目4番9号

## ■ バイエル医療用医薬品のお問い合わせ先

バイエル薬品株式会社・くすり相談 ☎0120-106-398

製造販売元 **バイエル薬品株式会社**  
大阪市北区梅田二丁目4番9号

貯法：室温保存  
有効期間：3年

	承認番号	販売開始
Rカプセル10	16100AMZ03456000	1986年12月
Rカプセル20	16300AMZ00536000	1988年9月

カルシウム拮抗剤・ニフェジピン持効性製剤  
日本薬局方 ニフェジピン徐放カプセル

劇薬  
処方箋医薬品<sup>註</sup>

セパミット<sup>®</sup>-Rカプセル10  
セパミット<sup>®</sup>-Rカプセル20

SEPAMIT<sup>®</sup>-R Capsules

註) 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）

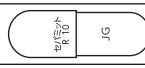
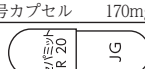
- 2.1 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- 2.2 妊婦（妊娠20週未満）又は妊娠している可能性のある女性 [9.5.1 参照]
- 2.3 心原性ショックの患者 [血圧低下により症状が悪化するおそれがある。]

3. 組成・性状

3.1 組成

販売名	成分・含量 (1カプセル中)	添加剤
セパミット <sup>®</sup> -R カプセル10	日局 ニフェジピン 10.0mg	トウモロコシデンプン、白糖、ヒドロキシプロピルセルロース、その他4成分
セパミット <sup>®</sup> -R カプセル20	日局 ニフェジピン 20.0mg	カプセル本体：黄色5号、ラウリル硫酸ナトリウム

3.2 製剤の性状

販売名	色・剤形	外形・大きさ・重量	本体表示
セパミット <sup>®</sup> -R カプセル10	硬カプセル (キャップ濃いだいたい色、ボディだいたい色)		セパミットR 10 JG
		大きさ 重量 4号カプセル 170mg	
セパミット <sup>®</sup> -R カプセル20	硬カプセル (キャップ濃いだいたい色、ボディだいたい色)		セパミットR 20 JG
		大きさ 重量 2号カプセル 325mg	

4. 効能又は効果

- 本態性高血圧症、腎性高血圧症
- 狭心症

6. 用法及び用量

〈本態性高血圧症、腎性高血圧症〉

通常成人には、ニフェジピンとして1回10～20mgを1日2回経口投与する。なお、症状により適宜増減すること。

〈狭心症〉

通常成人には、ニフェジピンとして1回20mgを1日2回経口投与する。なお、症状により適宜増減すること。

8. 重要な基本的注意

- 8.1 カルシウム拮抗剤の投与を急に中止したとき、症状が悪化した症例が報告されているので、本剤の休薬を要する場合は徐々に減量し、観察を十分に行うこと。また患者に医師の指示なしに服薬を中止しないように注意すること<sup>1)</sup>。
- 8.2 まれに過度の血圧低下を起し、ショック症状や一過性の意識障害、脳梗塞があらわれることがあるので、そのような場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 8.3 降圧作用に基づくめまい等があらわれることがあるので、高所作業、自動車の運転等危険を伴う機械を操作する際には注意させること。

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 大動脈弁狭窄、僧帽弁狭窄のある患者、肺高血圧のある患者  
血管拡張作用により重篤な血行動態の悪化を招くおそれがある。
- 9.1.2 過度に血圧の低い患者  
さらに血圧が低下するおそれがある。

9.1.3 血液透析療法中の循環血流量減少を伴う高血圧患者

過度に血圧が低下するおそれがある。

9.1.4 うっ血性心不全（特に高度の左室収縮機能障害）のある患者

心不全が悪化するおそれがある<sup>2)</sup>。

9.2 腎機能障害患者

9.2.1 重篤な腎機能障害のある患者

急速な降圧等により腎機能が悪化するおそれがある。

9.3 肝機能障害患者

9.3.1 重篤な肝機能障害のある患者

血中濃度が上昇することがある。また門脈圧が上昇するおそれがある<sup>3)</sup>。

9.5 妊婦

9.5.1 妊婦（妊娠20週未満）又は妊娠している可能性のある女性には投与しないこと。動物実験において、催奇形性及び胎児毒性が報告されている。[2.2 参照]

9.5.2 妊娠20週以降の妊婦に投与する場合には、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。投与に際しては、最新の関連ガイドライン等を参照しつつ、急激かつ過度の血圧低下とならないよう、長時間作用型製剤の使用を基本とし、剤形毎の特徴を十分理解した上で投与すること。また、母体や胎児及び新生児の状態を十分に観察し、過度の血圧低下や胎児胎盤循環の低下等の異常が認められた場合には適切な処置を行うこと。妊婦への投与例において、過度の血圧低下等が報告されている。

9.5.3 硫酸マグネシウム水和物の注射剤を併用する場合には、血圧等を注意深くモニタリングすること。[10.2 参照]

9.6 授乳婦

授乳しないことが望ましい。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

小児等を対象とした臨床試験は実施していない。

9.8 高齢者

高齢者では低用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。一般に過度の降圧は好ましくないとされている。脳梗塞等が起こるおそれがある。

10. 相互作用

本剤は主にチトクロームP450 3A4 (CYP3A4) により代謝される。[16.4 参照]

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
他の降圧剤 レセルピン メチルドパ プラザシン塩酸塩等	相互に血圧低下作用を増強することがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下が認められた場合、本剤又は他の降圧剤を減量若しくは中止するなど適切な処置を行う。	薬理的な相加・相乗作用によるものと考えられている。
β遮断剤 アテノロール アセプトロール塩酸塩 プロプラノロール塩酸塩等	相互に作用を増強することがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下や心不全等の症状が認められた場合、本剤又はβ遮断剤を減量若しくは中止するなど適切な処置を行う。	薬理的な相加・相乗作用によるものと考えられている。



薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
ジゴキシン	ジゴキシンの血中濃度が上昇することがある。 ジゴキシン中毒症状（悪心・嘔吐、頭痛、視覚異常、不整脈等）が認められた場合、症状に応じジゴキシンの用量を調節又は本剤の投与を中止するなど適切な処置を行う。	機序は完全には解明されていないが、ジゴキシンの腎及び腎外クリアランスが減少するためと考えられている。
シメチジン	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されることがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下や頻脈等の症状が認められた場合、本剤を減量又はシメチジンの投与を中止するなど適切な処置を行う。	シメチジンが肝血流量を低下させ、本剤の肝ミクロソームでの酵素代謝を抑制する一方で、胃酸を低下させ、本剤の吸収を増加させるためと考えられている。
ジルチアゼム	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されることがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下等の症状が認められた場合、本剤を減量又はジルチアゼムの投与を中止するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、ジルチアゼムが本剤の肝代謝（チトクロームP450酵素系）反応を抑制し、クリアランスを低下させるためと考えられている。
トリアゾール系抗真菌剤 イトラコナゾール フルコナゾール等	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されることがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下や浮腫等の症状が認められた場合、本剤を減量又はトリアゾール系抗真菌剤の投与を中止するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、トリアゾール系抗真菌剤が本剤の肝代謝（チトクロームP450酵素系）反応を抑制し、クリアランスを低下させるためと考えられている。
リファンピシン フェニトイン カルバマゼピン	本剤の有効血中濃度が得られず、作用が減弱することがある。 患者の状態を注意深く観察し、血圧上昇や狭心症発作の悪化等の症状が認められた場合、他剤への変更又はリファンピシン、フェニトイン、カルバマゼピンの投与を中止するなど適切な処置を行う。	リファンピシン、フェニトイン、カルバマゼピンにより誘導された肝薬物代謝酵素（チトクロームP450）が本剤の代謝を促進し、クリアランスを上昇させるためと考えられている。
タクロリムス	タクロリムスの血中濃度が上昇することがある。 患者の状態を注意深く観察し、腎機能障害等の症状が認められた場合、タクロリムスの用量を調節又は本剤の投与を中止するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、本剤がタクロリムスの肝代謝（チトクロームP450酵素系）反応を抑制し、クリアランスを低下させるためと考えられている。
シクロスポリン	歯肉肥厚があらわれやすいとの報告がある。 患者の状態を注意深く観察し、歯肉肥厚が認められた場合、本剤又はシクロスポリンの投与を中止するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、両剤の相加的な作用によるものと考えられている。
HIVプロテアーゼ阻害剤 サキナビル リトナビル等	本剤のAUCが上昇することが予想される。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下等の症状が認められた場合、本剤を減量するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、本剤とこれらの薬剤の肝代謝酵素が同じ（CYP3A4）であるため、競合的に拮抗し、本剤の代謝が阻害される可能性があると考えられている。
キヌプリスチン・ダルホプリスチン	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されるおそれがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下等の症状が認められた場合、本剤を減量するなど適切な処置を行う。	キヌプリスチン・ダルホプリスチンが、CYP3A4を阻害し、本剤のクリアランスを低下させるためと考えられている。
硫酸マグネシウム水和物 [注射剤] [9.5.3 参照]	過度の血圧低下や神経筋伝達遮断の増強があらわれることがある。	併用により降圧作用や神経筋伝達遮断作用が増強されると考えられている。
グレープフルーツジュース	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されることがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下等の症状が認められた場合、本剤を減量するなど適切な処置を行う。またグレープフルーツジュースとの同時服用をしないように注意する。	グレープフルーツジュースに含まれる成分が、CYP3A4を阻害し、本剤のクリアランスを低下させるためと考えられている。

## 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 紅皮症（剥脱性皮膚炎）（頻度不明）
- 11.1.2 無顆粒球症、血小板減少（いずれも頻度不明）
- 11.1.3 ショック（頻度不明）
- 11.1.4 意識障害（頻度不明）

血圧低下に伴う一過性の意識障害があらわれることがある。

### 11.1.5 肝機能障害、黄疸（いずれも頻度不明）

AST、ALT、 $\gamma$ -GTPの上昇等を伴う肝機能障害や黄疸があらわれることがある。

### 11.2 その他の副作用

	0.1～5%未満	0.1%未満	頻度不明
肝臓	AST上昇、ALT上昇、Al-P上昇		黄疸
腎臓	BUN上昇		クレアチニン上昇
循環器	のぼせ、動悸、浮腫（下肢、顔面等）、熱感、頻尿	顔面潮紅、潮紅、胸部痛、頻脈、発汗	血圧低下、起立性低血圧、悪寒
精神神経系	頭痛、めまい、倦怠感、四肢しびれ感	眠気	不眠、脱力感、筋痙攣、異常感覚、振戦
消化器	悪心・嘔吐、食欲不振、便秘、上腹部痛	下痢、口渇	腹部不快感、胸やけ、鼓腸
過敏症	そう痒、発疹		光線過敏症 <sup>4)</sup> 、紫斑、血管浮腫
口腔			歯肉肥厚
代謝異常			高血糖
血液	白血球減少		血小板減少、貧血
呼吸器			呼吸困難、咳嗽、鼻出血、鼻閉
その他			視力異常（霧視等）、女性化乳房、眼痛、筋肉痛、関節痛、関節腫脹、勃起不全

## 13. 過量投与

### 13.1 症状

過量投与に関する情報は少ないが、主要な臨床症状として過度の血圧低下等が引き起こされる可能性がある。また、肝機能障害があると症状が遷延することがある。

### 13.2 処置

蛋白結合率が高いので、強制利尿、血液透析等は本剤の除去にはそれほど有用ではないと考えられる。

## 14. 適用上の注意

### 14.1 薬剤交付時の注意

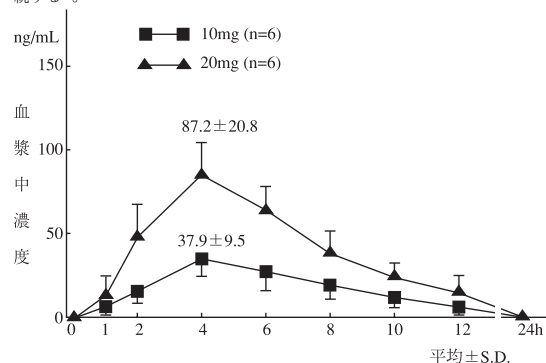
#### 14.1.1 本剤をかみ砕かず服用するよう指導すること。

#### 14.1.2 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、更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。

## 16. 薬物動態

### 16.1 血中濃度

健康成人に本剤を経口投与したときのニフェジピン血漿中濃度は図のとおりであり、緩徐な立ち上がり持続性が認められた。なお1回10～20mgを1日2回経口投与することにより、有効血漿中濃度はほぼ24時間持続する<sup>5)</sup>。



### 16.4 代謝

本剤は主にCYP3A4によって酸化される<sup>6)</sup>。[10. 参照]

### 16.5 排泄

本剤は主として尿中へまた一部は糞中へ排泄される。尿中への排泄率は24時間で60～70%であり、大部分が酸化・加水分解された代謝物であった<sup>5)</sup>。

## 17. 臨床成績

### 17.1 有効性及び安全性に関する試験

#### 〈本態性高血圧症、腎性高血圧症〉

##### 17.1.1 国内一般臨床試験

本態性高血圧症及び腎性高血圧症を対象とした一般臨床試験での本剤の有効率（「下降」以上、判定不能例は除く）は80.4%（366例/455例）であった。臨床検査値異常を含む副作用の発現率は14.6%（86例/590例）であり、主な副作用はのぼせ（2.7%）、AST上昇（2.4%）、頭痛（2.2%）、ALT上昇（2.0%）であった<sup>7)～10)</sup>。

### 17.1.2 国内二重盲検比較試験

本態性高血圧症を対象とした二重盲検比較試験での本剤の有効率（「下降」以上、判定不能例は除く）は80.6%（162例/201例）であった。臨床検査値異常を含む副作用の発現率は17.4%（39例/224例）であり、主な副作用は頭痛（3.6%）、悪心・嘔吐（3.1%）、のぼせ（2.7%）、動悸（2.2%）、AST上昇（2.2%）、ALT上昇（2.2%）であった<sup>11)</sup>。

#### 〈狭心症〉

### 17.1.3 国内一般臨床試験

狭心症を対象とした一般臨床試験での本剤の有効率（「改善」以上、判定不能例は除く）は75.5%（142例/188例）であった。臨床検査値異常を含む副作用の発現率は14.7%（31例/211例）であり、主な副作用はのぼせ（2.8%）、AST上昇（2.4%）であった<sup>12)~15)</sup>。

### 17.1.4 国内二重盲検比較試験

狭心症を対象とした二重盲検比較試験での本剤の有効率（「改善」以上、判定不能例は除く）は71.8%（28例/39例）であった。臨床検査値異常を含む副作用の発現率は8.9%（5例/56例）であり、主な副作用はのぼせ（5.4%）であった<sup>16)</sup>。

## 18. 薬効薬理

### 18.1 作用機序

ニフェジピンは血管平滑筋に直接作用し、細胞内へのCa<sup>2+</sup>の流入を抑制することにより血管拡張作用を発現する。

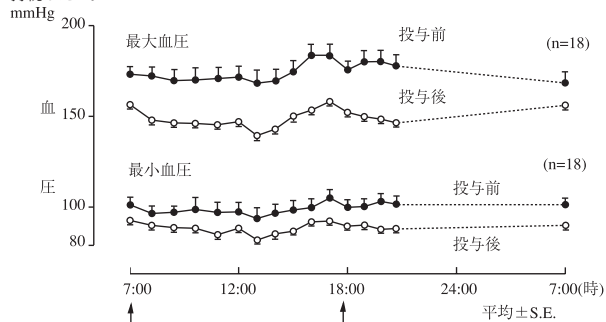
### 18.2 血圧降下作用

18.2.1 ニフェジピンを自然発症高血圧ラット、腎性高血圧ラット及びDOCA-食塩負荷高血圧ラットに経口投与したところ、いずれの高血圧ラットに対しても速やかな、かつ用量依存的な降圧作用を示したが、正常血圧ラットの血圧にはほとんど影響を及ぼさなかった。心拍数は、降圧に伴い軽度の増加が認められた<sup>16)</sup>、<sup>17)</sup>。

18.2.2 ニフェジピン10mg/kg/日を自然発症高血圧ラットに単回経口投与したとき、投与後15分以内に血圧の下降がみられ、28日間連続経口投与しても耐性は認められなかった<sup>19)</sup>。

18.2.3 本態性高血圧症患者に対して本剤10mgを単回投与したところ、有意な降圧と全末梢血管抵抗の有意な低下を認めた<sup>20)</sup>。

18.2.4 本態性高血圧症患者に本剤を1日2回投与（1回10~20mg）した血圧日内変動試験の結果、図に示すように降圧作用の持続性が認められ、その結果は翌朝投与時まで持続した<sup>21)</sup>。



18.2.5 ニフェジピンは、麻酔イスへの十二指腸内投与で腎血流量を有意に増加させた<sup>22)</sup>。

18.2.6 腎性高血圧症患者に本剤を1日2回投与（1回10~20mg）したところ、有意な降圧と安定した血圧のコントロールが得られた。また、血清クレアチニンを指標とした腎機能に変化を認めなかった<sup>23)</sup>。

### 18.3 冠血流量増加作用

18.3.1 ニフェジピンは、麻酔イスへの静脈内投与又は十二指腸内投与により、冠血流量及び冠静脈洞酸素分圧を増加させた<sup>22)</sup>、<sup>24)</sup>。

18.3.2 ニフェジピンは、麻酔イスへの静脈内投与により、用量依存的に血圧及び左室内圧を下降させ、心仕事量を減少させた<sup>25)</sup>。

18.3.3 労作性狭心症患者に本剤30mgを単回投与したところ、運動時間は有意に持続した。運動時間増分の推移は、血漿中ニフェジピン濃度とよく対応していた<sup>26)</sup>。

## 19. 有効成分に関する理化学的知見

一般名：ニフェジピン (Nifedipine)

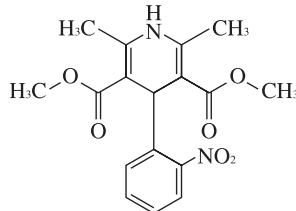
化学名：Dimethyl 2, 6-dimethyl-4-(2-nitrophenyl)-1, 4-dihydropyridine-3, 5-dicarboxylate

分子式：C<sub>17</sub>H<sub>18</sub>N<sub>2</sub>O<sub>6</sub>

分子量：346.33

性状：黄色の結晶性の粉末で、におい及び味はない。アセトン又はジクロロメタンに溶けやすく、メタノール、エタノール（95）又は酢酸（100）にやや溶けにくく、ジエチルエーテルに溶けにくく、水にほとんど溶けない。光によって変化する。

構造式：



融点：172~175℃

## 22. 包装

### 〈セバミット®-Rカプセル10〉

PTP：100カプセル（10カプセル×10）、1,000カプセル（10カプセル×100）、2,800カプセル（14カプセル×200）

バラ：1,000カプセル（プラスチック容器）

### 〈セバミット®-Rカプセル20〉

PTP：100カプセル（10カプセル×10）

バラ：1,000カプセル（プラスチック容器）

## 23. 主要文献

- 1) Bursztyn, M., et al. : Arch. Intern. Med. 1986 ; 146 : 397
- 2) Elkayam, U., et al. : Circulation., 1990 ; 82 : 1954-1961
- 3) Kleinbloesem, C. H., et al. : Clin. Pharmacol. Ther. 1986 ; 40 : 21-28
- 4) Zenarola, P., et al. : Dermatologica. 1991 ; 182 : 196-198
- 5) 小川暢也ほか：医学と薬学. 1984 ; 12 : 643-649
- 6) Muller-Enoch D. : Arzneimittel.-Forsch./Drug Res. 1999 ; 49 : 470-475
- 7) 国府達郎ほか：診療と新薬. 1984 ; 21 : 2287-2304
- 8) 梶原長雄ほか：臨床と研究. 1985 ; 62 : 1592-1598
- 9) 西崎良知ほか：新薬と臨床. 1985 ; 34 : 219-226
- 10) 堺 幹太ほか：医学と薬学. 1985 ; 13 : 163-169
- 11) 国府達郎ほか：医学のあゆみ. 1985 ; 132 : 894-922
- 12) 水野 康ほか：新薬と臨床. 1985 ; 34 : 73-81
- 13) 小田島秀夫ほか：医学と薬学. 1984 ; 12 : 1833-1845
- 14) 戸嶋裕徳ほか：臨床と研究. 1985 ; 62 : 568-574
- 15) 梶原長雄：薬理と治療. 1985 ; 13 : 857-876
- 16) 神原啓文ほか：薬理と治療. 1985 ; 13 : 2231-2253
- 17) Ishii, H., et al. : Eur. J. Pharmacol. 1980 ; 64 : 21-29
- 18) Morita, T., et al. : Arzneimittel.-Forsch./Drug Res. 1982 ; 32 : 1047-1052
- 19) Kubo, T., et al. : J. Pharmacobio-Dyn. 1981 ; 4 : 294-300
- 20) 小川明男ほか：医学と薬学. 1984 ; 11 : 187-192
- 21) 増山善明ほか：基礎と臨床. 1984 ; 18 : 4551-4560
- 22) 森田富範ほか：基礎と臨床. 1979 ; 13 : 2879-2882
- 23) 原田篤実ほか：基礎と臨床. 1985 ; 19 : 1105-1110
- 24) 森田富範ほか：基礎と臨床. 1978 ; 12 : 3041-3046
- 25) Morita, T., et al. : Arzneimittel.-Forsch./Drug Res. 1982 ; 32 : 1053-1056
- 26) 外畑 巖ほか：臨床薬理. 1985 ; 16 : 735-748

## 24. 文献請求先及び問い合わせ先

日本ジェネリック株式会社 お客さま相談室  
〒100-6739 東京都千代田区丸の内一丁目9番1号  
TEL 0120-893-170 FAX 0120-893-172

## 26. 製造販売業者等

### 26.1 製造販売元

**日本ジェネリック株式会社**  
東京都千代田区丸の内一丁目9番1号



\*2016年11月改訂（第2版）  
2016年10月作成

日本標準商品分類番号
872171

承認番号	21900AMX01456000
薬価収載	2007年12月
販売開始	1981年9月
効能追加	1986年6月

カルシウム拮抗剤・ニフェジピン固溶体制剤  
日本薬局方 ニフェジピン細粒

劇薬  
処方箋医薬品：注意－医師等の処方箋により使用すること

# セパミット®細粒1%

貯法：遮光保存、室温保存、気密容器  
使用期間：5年  
使用期限：包装に表示の使用期限内に使用すること

SEPAMIT® Fine Granules 1%

### 【禁忌（次の患者には投与しないこと）】

- (1) 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- (2) 妊婦（妊娠20週未満）又は妊娠している可能性のある婦人（「妊婦、産婦、授乳婦等への投与」の項参照）
- (3) 心原性ショックの患者【血圧低下により症状が悪化するおそれがある】
- (4) 急性心筋梗塞の患者【急激な血行動態の変化により、病態が悪化するおそれがある】

### 【組成・性状】

販売名	セパミット®細粒1%
成分・含量 (1g中)	ニフェジピン 10mg
添加物	D-マンニトール、乳糖水和物、ヒドロキシプロピルセルロース、ラウリル硫酸ナトリウム、その他1成分
色・剤形	黄色細粒

### 【効能・効果】

本態性高血圧症、腎性高血圧症  
狭心症

### 【用法・用量】

ニフェジピンとして1回10mgを1日3回経口投与する。症状に応じ適宜増減する。

### 【使用上の注意】

#### 1. 慎重投与（次の患者には慎重に投与すること）

- (1) 大動脈弁狭窄、僧帽弁狭窄のある患者、肺高血圧のある患者【血管拡張作用により重篤な血行動態の悪化を招くおそれがある】
- (2) 過度に血圧の低い患者【さらに血圧が低下するおそれがある】
- (3) 血液透析療法中の循環血液量減少を伴う高血圧患者【過度に血圧が低下するおそれがある】
- (4) 重篤な腎機能障害のある患者【急速な降圧等により腎機能が悪化するおそれがある】
- (5) 重篤な肝機能障害のある患者【血中濃度が上昇することがある。また門脈圧が上昇するおそれがある】<sup>1)</sup>
- (6) うっ血性心不全（特に高度の左室収縮機能障害）のある患者【心不全が悪化するおそれがある】<sup>2)</sup>
- (7) 不安定狭心症の患者【急激な血行動態の変化により、症状が悪化するおそれがある】
- (8) 高齢者（「高齢者への投与」の項参照）

#### 2. 重要な基本的注意

- (1) カルシウム拮抗剤の投与を急に中止したとき、症状が悪化した症例が報告されているので、本剤の休薬を要する場合は徐々に減量し、観察を十分に行うこと。また患者に医師の指示なしに服薬を中止しないように注意すること<sup>3)</sup>。
- (2) まれに過度の血圧低下を起こし、ショック症状や一過性の意識障害、脳梗塞があらわれることがあるので、そのような場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- (3) 降圧作用に基づくめまい等があらわれることがあるので、高所作業、自動車の運転等危険を伴う機械を操作する際には注意させること。

### \*3. 相互作用

本剤は主にチトクローム P450 3A4 (CYP3A4) により代謝される。

#### 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
他の降圧剤 レセルピン メチルドパ プラゾシン塩酸塩等	相互に血圧低下作用を増強することがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下が認められた場合、本剤又は他の降圧剤を減量若しくは中止するなど適切な処置を行う。	薬理的な相加・相乗作用によるものと考えられている。
β遮断剤 アテノロール アセプトロール塩酸塩 プロプラノロール塩酸塩等	相互に作用を増強することがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下や心不全等の症状が認められた場合、本剤又はβ遮断剤を減量若しくは中止するなど適切な処置を行う。	薬理的な相加・相乗作用によるものと考えられている。
ジゴキシン	ジゴキシンの血中濃度が上昇することがある。 ジゴキシン中毒症状（悪心・嘔吐、頭痛、視覚異常、不整脈等）が認められた場合、症状に応じジゴキシンの用量を調節又は本剤の投与を中止するなど適切な処置を行う。	機序は完全には解明されていないが、ジゴキシンの腎及び腎外クリアランスが減少するためと考えられている。
シメチジン	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されることがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下や頻脈等の症状が認められた場合、本剤を減量又はシメチジンの投与を中止するなど適切な処置を行う。	シメチジンが肝血流量を低下させ、本剤の肝ミクロソームでの酵素代謝を抑制する一方で、胃酸を低下させ、本剤の吸収を増加させるためと考えられている。



ジルチアゼム	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されることがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下等の症状が認められた場合、本剤を減量又はジルチアゼムの投与を中止するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、ジルチアゼムが本剤の肝代謝（チトクローム P450 酵素系）反応を抑制し、クリアランスを低下させるためと考えられている。
トリアゾール系抗真菌剤 イトラコナゾール フルコナゾール等	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されることがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下や浮腫等の症状が認められた場合、本剤を減量又はトリアゾール系抗真菌剤の投与を中止するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、トリアゾール系抗真菌剤が本剤の肝代謝（チトクローム P450 酵素系）反応を抑制し、クリアランスを低下させるためと考えられている。
リファンピシン フェントイン カルバマゼピン	本剤の有効血中濃度が得られず、作用が減弱することがある。 患者の状態を注意深く観察し、血圧上昇や狭心症発作の悪化等の症状が認められた場合、他剤への変更又はリファンピシン、フェントイン、カルバマゼピンの投与を中止するなど適切な処置を行う。	リファンピシン、フェントイン、カルバマゼピンにより誘導された肝薬物代謝酵素（チトクローム P450）が本剤の代謝を促進し、クリアランスを上昇させるためと考えられている。
タクロリムス	タクロリムスの血中濃度が上昇することがある。 患者の状態を注意深く観察し、腎機能障害等の症状が認められた場合、タクロリムスの用量を調節又は本剤の投与を中止するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、本剤がタクロリムスの肝代謝（チトクローム P450 酵素系）反応を抑制し、クリアランスを低下させるためと考えられている。
シクロスポリン	歯肉肥厚があらわれやすいとの報告がある。 患者の状態を注意深く観察し、歯肉肥厚が認められた場合、本剤又はシクロスポリンの投与を中止するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、両剤の相加的な作用によるものと考えられている。
HIV プロテアーゼ阻害剤 サキナビル リトナビル等	本剤の AUC が上昇することが予想される。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下等の症状が認められた場合、本剤を減量するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、本剤とこれらの薬剤の肝代謝酵素が同じ（CYP3A4）であるため、競合的に拮抗し、本剤の代謝が阻害される可能性があると考えられている。

キノプリスチン・ダルホプリスチン	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されるおそれがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下等の症状が認められた場合、本剤を減量するなど適切な処置を行う。	キノプリスチン・ダルホプリスチンが、CYP3A4 を阻害し、本剤のクリアランスを低下させるためと考えられている。
硫酸マグネシウム水和物（注射剤）	過度の血圧低下や神経筋伝達遮断の増強があらわれることがある。（「妊婦、産婦、授乳婦等への投与」の項参照）	併用により降圧作用や神経筋伝達遮断作用が増強されると考えられている。
グレープフルーツジュース	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されることがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下等の症状が認められた場合、本剤を減量するなど適切な処置を行う。またグレープフルーツジュースとの同時服用をしないように注意する。	グレープフルーツジュースに含まれる成分が、CYP3A4 を阻害し、本剤のクリアランスを低下させるためと考えられている。

#### 4. 副作用

市販後の一般臨床試験等による調査症例 1,281 例中 166 例 (13.0%) に副作用がみられた。主な副作用は、ほてり・のぼせ感 (2.7%)、顔面潮紅 (2.2%)、頭痛・頭重 (1.5%)、動悸 (1.3%)、めまい (1.3%)、悪心・嘔吐 (0.6%)、胸やけ (0.5%)、立ちくらみ (0.5%) 等であった<sup>4-11)</sup>。

##### (1) 重大な副作用

次のような副作用（頻度不明）があらわれることがある。このような副作用があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

- 1) 紅皮症（剥脱性皮膚炎）
- 2) 無顆粒球症、血小板減少
- 3) ショック：ショックを起こすことがあるので、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し、適切な処置を行うこと。
- 4) 意識障害：血圧低下に伴う一過性の意識障害があらわれることがあるので、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 5) 肝機能障害、黄疸：AST (GOT)、ALT (GPT)、 $\gamma$ -GTP の上昇等を伴う肝機能障害や黄疸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し、適切な処置を行うこと。

(2) その他の副作用

次のような副作用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。

	副作用の頻度		
	頻度不明	0.1~5%未満	0.1%未満
肝 臓 <sup>注)</sup>		AST (GOT) 上昇、ALT (GPT) 上昇、ALP 上昇	黄疸
腎 臓 <sup>注)</sup>	クレアチニン 上昇	BUN 上昇	
循 環 器	悪寒	顔面潮紅、熱感、のぼせ、潮紅、動悸、血圧低下、起立性低血圧、浮腫(下肢、顔面等)	胸部痛 <sup>注)</sup> 、頻脈、頻尿、発汗
精神神経系	筋痙攣、異常感覚、振戦	頭痛、めまい、倦怠感	眠気、不眠、脱力感、四肢しびれ感
消 化 器	鼓腸	悪心・嘔吐、便秘、食欲不振	上腹部痛 <sup>注)</sup> 、下痢、腹部不快感、口渇、胸やけ
過 敏 症 <sup>注)</sup>	光線過敏症 <sup>12)</sup> 、紫斑、血管浮腫	発疹、そう痒	
口 腔 <sup>注)</sup>			歯肉肥厚
代謝異常 <sup>注)</sup>	高血糖		
血 液 <sup>注)</sup>	血小板減少、貧血、白血球減少		
呼 吸 器	呼吸困難 <sup>注)</sup> 、咳嗽、鼻出血、鼻閉		
そ の 他	女性化乳房 <sup>注)</sup> 、眼痛、筋肉痛、関節痛、関節腫脹、勃起不全		視力異常(霧視等)

注) 投与を中止すること。

5. 高齢者への投与

高齢者では低用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。[一般に過度の降圧は好ましくないとされている(脳梗塞等が起こるおそれがある)]

6. 妊婦、産婦、授乳婦等への投与

(1) 妊婦(妊娠20週未満)又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。[動物実験において、催奇形性及び胎児毒性が報告されている]

(2) 妊娠20週以降の妊婦に投与する場合には、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。[妊娠中の投与に関する安全性は確立していない]

投与に際しては、最新の関連ガイドライン等を参照しつつ、急激かつ過度の血圧低下とならないよう、長時間作用型製剤の使用を基本とし、剤形毎の特徴を十分理解した上で投与すること。また、母体や胎児及び新生児の状態を十分に観察し、過度の血圧低下や胎児胎盤循環の低下等の異常が認められた場合には適切な処置を行うこと。[妊婦への投与例において、過度の血圧低下等が報告されている]

(3) 硫酸マグネシウム水和物の注射剤を併用する場合には、血圧等を注意深くモニタリングすること。[併用により、過度の血圧低下や神経筋伝達遮断の増強があらわれることがある]

(4) 授乳中の婦人に投与することを避け、やむを得ず投与する場合には授乳を中止させること。[母乳中へ移行することが報告されている]

7. 小児等への投与

低出生体重児、新生児、乳児、幼児又は小児に対する安全性は確立していない。

8. 過量投与

徴候と症状: 過量投与に関する情報は少ないが、主要な臨床症状として過度の血圧低下等が引き起こされる可能性がある。また、肝機能障害があると症状が遷延することがある。

処置: 本剤の急性中毒に対しては、通常、胃洗浄もしくは催吐、下剤及び活性炭の投与などの初期治療を行う。心電図や呼吸機能等のモニターを行いながら、下肢の挙上、また、必要に応じて輸液、カルシウムの静注、昇圧剤の投与など積極的な支持・対症療法を行う。なお、蛋白結合率が高いので、強制利尿、血液透析等は本剤の除去にはそれほど有用ではないと考えられる。

9. 適用上の注意

服用時: 本剤をかみ砕いて服用しないこと。

10. その他の注意

外国においてニフェジピン(徐放剤を除く)に関し、急性心筋梗塞及び不安定狭心症等の患者を対象にした複数文献報告を用いたメタアナリシスの結果、高用量(1日80mg)投与群で非心臓死を含む全死亡へのリスク比が増加したとの報告<sup>13)</sup>や、高齢の高血圧症患者を対象にした観察研究で、本剤投与群の生存率が他の降圧剤投与群と比べて低かったとの報告<sup>14)</sup>がある。

【薬物動態】

健常男子6例にセパミット細粒(ニフェジピンとして10mg)を単回経口投与したときの血漿中未変化体濃度は、投与30分後で最高値120.2ng/mLに達し、その後、半減期約90分で血中より消失した。また、投与量の約70%が24時間以内に尿中に排泄された<sup>15)</sup>。

【臨床成績】

1. 本態性高血圧症

本態性高血圧症患者を対象とし、セパミット細粒を1.5~3.0g/日、1日3回経口投与した一般臨床試験において有意の降圧効果を認め、本剤の有用性が認められた<sup>4~7)</sup>。

2. 狭心症

狭心症患者を対象とし、セパミット細粒を1.5~3.0g/日、1日3回経口投与した一般臨床試験において、本剤の種々の狭心症に対する有用性が認められた<sup>8~10)</sup>。

【薬効薬理】

ニフェジピンは血管平滑筋に直接作用し、細胞内へのCa<sup>2+</sup>の流入を抑制することにより血管拡張作用を発現する。

1. 血圧降下作用

(1) ニフェジピンを自然発症高血圧ラット、腎性高血圧ラット及びDOCA-食塩負荷高血圧ラットに経口投与したところ、いずれの高血圧ラットに対しても速やかな、かつ用量依存的な降圧作用を示したが、正常血圧ラットの血圧にはほとんど影響を及ぼさなかった。心拍数は、降圧に伴い軽度の増加が認められた<sup>16,17)</sup>。

(2) ニフェジピン10mg/kg/日を自然発症高血圧ラットに単回経口投与したとき、投与後15分以内に血圧の下降がみられ、28日間連続経口投与しても耐性は認められなかった<sup>18)</sup>。

(3) 高血圧症患者に対して本剤10mgを経口投与したところ、投与15分後の測定で有意な降圧作用がみられ、投与30分後に最大効果を示すような速効性降圧作用が認められた<sup>19)</sup>。

(4) 本態性高血圧症患者に対して、本剤を1日3回(1回5~10mg)長期間経口投与したところ、降圧作用の減弱は認められなかった<sup>4)</sup>。

(5) ニフェジピンは、麻酔イヌへの十二指腸内投与で腎血流量を有意に増加させた<sup>20)</sup>。

2. 冠血流量増加作用

(1) ニフェジピンは、麻酔イヌへの静脈内投与又は十二指腸内投与により、冠血流量及び冠静脈洞酸素分圧を増加させた<sup>20,21)</sup>。

(2) ニフェジピンは、麻酔イヌへの静脈内投与により、用量依存的に血圧及び左室内圧を下降させ、心仕事量を減少させた<sup>22)</sup>。

## 【有効成分に関する理化学的知見】

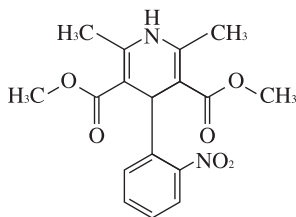
一般名：ニフェジピン (Nifedipine)

化学名：Dimethyl 2, 6-dimethyl-4-(2-nitrophenyl)-1, 4-dihydropyridine-3, 5-dicarboxylate

分子式：C<sub>17</sub>H<sub>18</sub>N<sub>2</sub>O<sub>6</sub>

分子量：346.33

構造式：



性状：黄色の結晶性の粉末で、におい及び味はない。アセトン又はジクロロメタンに溶けやすく、メタノール、エタノール (95) 又は酢酸 (100) にやや溶けにくく、ジエチルエーテルに溶けにくく、水にほとんど溶けない。光によって変化する。

融点：172~175℃

## 【取扱い上の注意】

本剤を容器から取り出して調剤する場合には、光に不安定であるため、できるだけ光にあてないよう注意すること。

## 【包装】

セバミット®細粒 1%：250g (プラスチック容器)  
600g (SP1.0g × 600包)

## 【主要文献】

- 1) Kleinbloesem, C. H., et al. : Clin. Pharmacol. Ther. 40, 21 (1986)
- 2) Elkayam, U., et al. : Circulation 82, 1954 (1990)
- 3) Bursztyn, M., et al. : Arch. Intern. Med. 146, 397 (1986)
- 4) 中村 仁ほか：呼吸と循環 31, 549 (1983)
- 5) 荒川正昭ほか：臨床と研究 59, 1334 (1982)
- 6) 斎藤 博ほか：臨床成人病 12, 2421 (1982)
- 7) 本岡龍彦ほか：診療と新薬 18, 1655 (1981)
- 8) 河合忠一ほか：臨床と研究 58, 989 (1981)
- 9) 豊嶋英明ほか：治療 63, 2349 (1981)
- 10) 鈴木典夫ほか：臨床と研究 59, 2022 (1982)
- 11) 増山善明ほか：診療と新薬 19, 69 (1982)
- 12) Zenarola, P., et al. : Dermatologica 182, 196 (1991)
- 13) Furberg, C.D., et al. : Circulation 92, 1326 (1995)
- 14) Pahor, M., et al. : J. Am. Geriatr. Soc. 43, 1191 (1995)
- 15) 薬物動態 (社内資料)
- 16) Ishii, H., et al. : Eur. J. Pharmacol. 64, 21 (1980)
- 17) Morita, T., et al. : Arzneim.-Forsch./Drug Res. 32, 1047 (1982)
- 18) Kubo, T., et al. : J. Pharmacobio-Dyn. 4, 294 (1981)
- 19) 川崎 武ほか：医学と薬学 6, 1339 (1981)
- 20) 森田富範ほか：基礎と臨床 13, 2879 (1979)
- 21) 森田富範ほか：基礎と臨床 12, 3041 (1978)
- 22) Morita, T., et al. : Arzneim.-Forsch./Drug Res. 32, 1053 (1982)

## 【文献請求先・製品情報お問い合わせ先】

主要文献に記載の社内資料につきましても下記にご請求ください。

日本ジェネリック株式会社 お客様相談室

〒100-6739 東京都千代田区丸の内一丁目9番1号

TEL 0120-893-170 FAX 0120-893-172

貯法：室温保存

有効期間：3年

承認番号	販売開始
21900AMX01707000	1992年2月

## カルシウム拮抗剤・ニフェジピン持効性製剤

## 日本薬局方 ニフェジピン腸溶細粒

## セパミット®-R 細粒2%

SEPAMIT®-R Fine Granules

劇薬

処方箋医薬品<sup>注)</sup>

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 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- 2.2 妊婦（妊娠20週未満）又は妊娠している可能性のある女性 [9.5.1 参照]
- 2.3 心原性ショックの患者 [血圧低下により症状が悪化するおそれがある。]

## 3. 組成・性状

## 3.1 組成

販売名	成分・含量 (1g中)	添加剤
セパミット®-R細粒2%	日局 ニフェジピン 20.0mg	結晶セルロース、乳糖水和物、ヒドロキシプロピルセルロース、合成ケイ酸アルミニウム、その他1成分

## 3.2 製剤の性状

販売名	色・剤形
セパミット®-R細粒2%	黄色細粒

## 4. 効能又は効果

- 本態性高血圧症
- 狭心症

## 6. 用法及び用量

## 〈本態性高血圧症〉

通常、成人にはニフェジピンとして1回10～20mgを1日2回食後経口投与する。なお、症状により適宜増減する。

## 〈狭心症〉

通常、成人にはニフェジピンとして1回20mgを1日2回食後経口投与する。なお、症状により適宜増減する。

## 8. 重要な基本的注意

- 8.1 カルシウム拮抗剤の投与を急に中止したとき、症状が悪化した症例が報告されているので、本剤の休薬を要する場合は徐々に減量し、観察を十分に行うこと。また患者に医師の指示なしに服薬を中止しないように注意すること<sup>1)</sup>。
- 8.2 まれに過度の血圧低下を起し、ショック症状や一過性の意識障害、脳梗塞があらわれることがあるので、そのような場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 8.3 降圧作用に基づくめまい等があらわれることがあるので、高所作業、自動車の運転等危険を伴う機械を操作する際には注意させること。

## 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 大動脈弁狭窄、僧帽弁狭窄のある患者、肺高血圧のある患者  
血管拡張作用により重篤な血行動態の悪化を招くおそれがある。

## 9.1.2 過度に血圧の低い患者

さらに血圧が低下するおそれがある。

## 9.1.3 血液透析療法中の循環血液量減少を伴う高血圧患者

過度に血圧が低下するおそれがある。

## 9.1.4 うっ血性心不全（特に高度の左室収縮機能障害）のある患者

心不全が悪化するおそれがある<sup>2)</sup>。

## 9.2 腎機能障害患者

## 9.2.1 重篤な腎機能障害のある患者

急速な降圧等により腎機能が悪化するおそれがある。

## 9.3 肝機能障害患者

## 9.3.1 重篤な肝機能障害のある患者

血中濃度が上昇することがある。また門脈圧が上昇するおそれがある<sup>3)</sup>。

## 9.5 妊婦

9.5.1 妊婦（妊娠20週未満）又は妊娠している可能性のある女性には投与しないこと。動物実験において、催奇形性及び胎児毒性が報告されている。[2.2 参照]

9.5.2 妊娠20週以降の妊婦に投与する場合には、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。

投与に際しては、最新の関連ガイドライン等を参照しつつ、急激かつ過度の血圧低下とならないよう、長時間作用型製剤の使用を基本とし、剤形毎の特徴を十分理解した上で投与すること。また、母体や胎児及び新生児の状態を十分に観察し、過度の血圧低下や胎児胎盤循環の低下等の異常が認められた場合には適切な処置を行うこと。妊婦への投与例において、過度の血圧低下等が報告されている。

9.5.3 硫酸マグネシウム水和物の注射剤を併用する場合には、血圧等を注意深くモニタリングすること。[10.2 参照]

## 9.6 授乳婦

授乳しないことが望ましい。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

小児等を対象とした臨床試験は実施していない。

## 9.8 高齢者

高齢者では低用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。一般に過度の降圧は好ましくない<sup>4)</sup>とされている。脳梗塞等が起こるおそれがある。

## 10. 相互作用

本剤は主にチトクロームP450 3A4（CYP3A4）により代謝される。[16.4 参照]

## 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
他の降圧剤 レセルピン メチルドパ プラザシン塩酸塩 等	相互に血圧低下作用を増強することがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下が認められた場合、本剤又は他の降圧剤を減量若しくは中止するなど適切な処置を行う。	薬理的な相加・相乗作用によるものと考えられている。
β遮断剤 アテノロール アセプトロール塩酸塩 プロプラノロール塩酸塩等	相互に作用を増強することがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下や心不全等の症状が認められた場合、本剤又はβ遮断剤を減量若しくは中止するなど適切な処置を行う。	薬理的な相加・相乗作用によるものと考えられている。
ジゴキシン	ジゴキシンの血中濃度が上昇することがある。 ジゴキシン中毒症状（悪心・嘔吐、頭痛、視覚異常、不整脈等）が認められた場合、症状に応じジゴキシンの用量を調節又は本剤の投与を中止するなど適切な処置を行う。	機序は完全には解明されていないが、ジゴキシンの腎及び腎外クリアランスが減少するためと考えられている。
シメチジン	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されることがある。 患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下や頻脈等の症状が認められた場合、本剤を減量又はシメチジンの投与を中止するなど適切な処置を行う。	シメチジンが肝血流量を低下させ、本剤の肝ミクロソームでの酵素代謝を抑制する一方で、胃酸を低下させ、本剤の吸収を増加させるためと考えられている。



薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
ジルチアゼム	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されることがある。患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下等の症状が認められた場合、本剤を減量又はジルチアゼムの投与を中止するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、ジルチアゼムが本剤の肝代謝（チトクロームP450酵素系）反応を抑制し、クリアランスを低下させるためと考えられている。
トリアゾール系抗真菌剤 イトラコナゾール フルコナゾール等	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されることがある。患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下や浮腫等の症状が認められた場合、本剤を減量又はトリアゾール系抗真菌剤の投与を中止するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、トリアゾール系抗真菌剤が本剤の肝代謝（チトクロームP450酵素系）反応を抑制し、クリアランスを低下させるためと考えられている。
リファンピシン フェニトイン カルバマゼピン	本剤の有効血中濃度が得られず、作用が减弱されることがある。患者の状態を注意深く観察し、血圧上昇や狭心症発作の悪化等の症状が認められた場合、他剤への変更又はリファンピシン、フェニトイン、カルバマゼピンの投与を中止するなど適切な処置を行う。	リファンピシン、フェニトイン、カルバマゼピンにより誘導された肝薬物代謝酵素（チトクロームP450）が本剤の代謝を促進し、クリアランスを上昇させるためと考えられている。
タクロリムス	タクロリムスの血中濃度が上昇されることがある。患者の状態を注意深く観察し、腎機能障害等の症状が認められた場合、タクロリムスの用量を調節又は本剤の投与を中止するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、本剤がタクロリムスの肝代謝（チトクロームP450酵素系）反応を抑制し、クリアランスを低下させるためと考えられている。
シクロスポリン	歯肉肥厚があらわれやすいとの報告がある。患者の状態を注意深く観察し、歯肉肥厚が認められた場合、本剤又はシクロスポリンの投与を中止するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、両剤の相加的な作用によるものと考えられている。
HIVプロテアーゼ阻害剤 サキナビル リトナビル等	本剤のAUCが上昇することが予想される。患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下等の症状が認められた場合、本剤を減量するなど適切な処置を行う。	発現機序の詳細は不明であるが、本剤とこれらの薬剤の肝代謝酵素（CYP3A4）であるため、競合的に拮抗し、本剤の代謝が阻害される可能性があると考えられている。
キヌプリスチン・ダルホプリスチン	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されるおそれがある。患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下等の症状が認められた場合、本剤を減量するなど適切な処置を行う。	キヌプリスチン・ダルホプリスチンが、CYP3A4を阻害し、本剤のクリアランスを低下させるためと考えられている。
制酸剤	本剤の持続性がそこなれるおそれがある。やむを得ず併用するときは十分に服用間隔をあけること。	本剤はpH依存性の徐放性製剤であり、制酸剤によりニフェジピンの溶出率が上昇するおそれがある。
硫酸マグネシウム水和物（注射剤） [9.5.3 参照]	過度の血圧低下や神経筋伝達遮断の増強があらわれることがある。	併用により降圧作用や神経筋伝達遮断作用が増強されると考えられている。
グレープフルーツジュース	本剤の血中濃度が上昇し、作用が増強されることがある。患者の状態を注意深く観察し、過度の血圧低下等の症状が認められた場合、本剤を減量するなど適切な処置を行う。またグレープフルーツジュースとの同時服用をしないように注意する。	グレープフルーツジュースに含まれる成分が、CYP3A4を阻害し、本剤のクリアランスを低下させるためと考えられている。

## 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 紅皮症（剥脱性皮膚炎）（頻度不明）

#### 11.1.2 無顆粒球症、血小板減少（いずれも頻度不明）

#### 11.1.3 ショック（頻度不明）

#### 11.1.4 意識障害（頻度不明）

血圧低下に伴う一過性の意識障害があらわれることがある。

#### 11.1.5 肝機能障害、黄疸（いずれも頻度不明）

AST、ALT、 $\gamma$ -GTPの上昇等を伴う肝機能障害や黄疸があらわれることがある。

### 11.2 その他の副作用

	0.1~5%未満	頻度不明
肝臓	ALT上昇、AST上昇、Al-P上昇	黄疸
腎臓		BUN上昇、クレアチニン上昇
循環器	顔面潮紅、のぼせ、動悸、浮腫（下肢、顔面等）、熱感、頻尿	潮紅、血圧低下、起立性低血圧、胸痛、頻脈、発汗、悪寒
精神神経系	頭痛、めまい、脱力感	倦怠感、眠気、不眠、四肢しびれ感、筋痙攣、異常感覚、振戦
消化器	悪心・嘔吐、腹部不快感	便秘、食欲不振、上腹部痛、下痢、口渇、胸やけ、鼓腸
過敏症	発疹、そう痒	光線過敏症 <sup>4)</sup> 、紫斑、血管浮腫
口腔		歯肉肥厚

	0.1~5%未満	頻度不明
代謝異常	高血糖	
血液		白血球減少、貧血、血小板減少
呼吸器		呼吸困難、咳嗽、鼻出血、鼻閉
その他		視力異常（霧視等）、女性化乳房、眼痛、筋肉痛、関節痛、関節腫脹、勃起不全

## 13. 過量投与

### 13.1 症状

過量投与に関する情報は少ないが、主要な臨床症状として過度の血圧低下等が引き起こされる可能性がある。また、肝機能障害があると症状が遷延することがある。

### 13.2 処置

蛋白結合率が高いので、強制利尿、血液透析等は本剤の除去にはそれほど有用ではないと考えられる。

## 14. 適用上の注意

### 14.1 薬剤調製時の注意

本剤を容器から取り出して調剤する場合には、光に不安定であるため、できるだけ光にあてないよう注意すること。

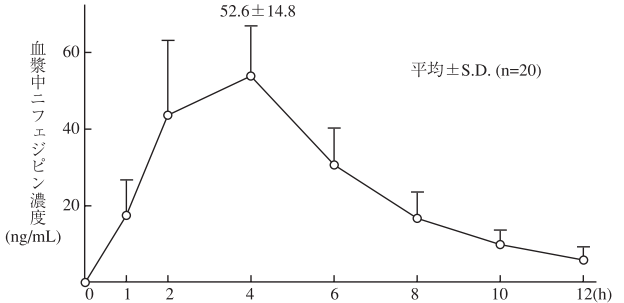
### 14.2 薬剤交付時の注意

本剤をかみ砕かず服用するよう指導すること。

## 16. 薬物動態

### 16.1 血中濃度

健康成人に本剤（ニフェジピンとして10mg）を食後経口投与したときのニフェジピン血漿中濃度は、図のとおりであり、緩やかな立ち上がり持続性が認められた<sup>3)</sup>。



### 16.4 代謝

本剤は主にCYP3A4によって酸化される<sup>6)</sup>。[10. 参照]

### 16.5 排泄

本剤は主として尿中へまた一部は糞中へ排泄される。尿中への排泄率は20mg投与後24時間までに60%であり、大部分が酸化・加水分解された代謝物であった<sup>7)</sup>。

## 17. 臨床成績

### 17.1 有効性及び安全性に関する試験

#### 〈本態性高血圧症〉

##### 17.1.1 国内一般臨床試験

本態性高血圧症を対象とした一般臨床試験での本剤の有効率（「下降」以上、判定不能例は除く）は85.9%（67例/78例）であった。臨床検査値異常を含む副作用の発現率は16.5%（14例/85例）であり、主な副作用は顔面潮紅（3.5%）、動悸（2.4%）、頭痛（2.4%）、AST上昇（2.4%）、ALT上昇（2.4%）であった<sup>8)</sup>、<sup>9)</sup>。

##### 17.1.2 国内二重盲検比較試験

本態性高血圧症を対象とした二重盲検比較試験での本剤の有効率（「下降」以上、判定不能例は除く）は77.6%（52例/67例）であった。臨床検査値異常を含む副作用の発現率は25.4%（17例/67例）であり、主な副作用は頭痛（4.5%）、AST上昇（4.5%）、ALT上昇（4.5%）であった<sup>10)</sup>。

#### 〈狭心症〉

##### 17.1.3 国内一般臨床試験

狭心症を対象とした一般臨床試験での本剤の有効率（「改善」以上、判定不能例は除く）は63.3%（31例/49例）であった。臨床検査値異常を含む副作用の発現率は27.3%（15例/55例）であり、主な副作用は頭痛（7.2%）、ALT上昇（3.6%）であった<sup>11)</sup>、<sup>12)</sup>。

## 18. 薬効薬理

### 18.1 作用機序

ニフェジピンは血管平滑筋に直接作用し、細胞内へのCa<sup>2+</sup>の流入を抑制することにより血管拡張作用を発現する。

### 18.2 血圧降下作用

18.2.1 ニフェジピンを自然発症高血圧ラットに経口投与したところ、速やかな、かつ用量依存的な降圧作用を示したが、正常血圧ラットの血圧にはほとんど影響を及ぼさなかった。心拍数は、降圧に伴い軽度の増加が認められた<sup>13)</sup>、<sup>14)</sup>。

18.2.2 ニフェジピン10mg/kg/日を自然発症高血圧ラットに単回経口投与したとき、投与後15分以内に血圧の下降がみられ、28日間連続経口投与しても耐性は認められなかった<sup>15)</sup>。

### 18.3 冠血流量増加作用

18.3.1 ニフェジピンは、麻酔イヌへの静脈内投与又は十二指腸内投与により、冠血流量及び冠静脈洞酸素分圧を増加させた<sup>16)</sup>、<sup>17)</sup>。

18.3.2 ニフェジピンは、麻酔イヌへの静脈内投与により、用量依存的に血圧及び左室内圧を下降させ、心仕事量を減少させた<sup>18)</sup>。

## 19. 有効成分に関する理化学的知見

### 一般名：ニフェジピン（Nifedipine）

化学名：Dimethyl 2, 6-dimethyl-4-(2-nitrophenyl)-1, 4-dihydropyridine-3, 5-dicarboxylate

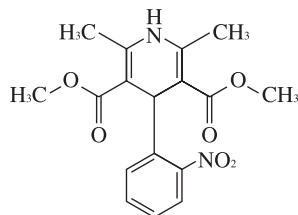
分子式：C<sub>17</sub>H<sub>18</sub>N<sub>2</sub>O<sub>6</sub>

分子量：346.33



**性状：**黄色の結晶性の粉末で、におい及び味はない。アセトン又はジクロロメタンに溶けやすく、メタノール、エタノール（95）又は酢酸（100）にやや溶けにくく、ジエチルエーテルに溶けにくく、水にほとんど溶けない。光によって変化する。

**構造式：**



**融点：**172~175℃

## 22. 包装

バラ：300g（プラスチック容器）

分包：150g（SP0.5g×300包）、225g（SP0.75g×300包）、300g（SP1.0g×300包）

## 23. 主要文献

- 1) Bursztyn, M., et al. : Arch. Intern. Med. 1986 ; 146, 397
- 2) Elkayam, U., et al. : Circulation. 1990 ; 82 : 1954-1961
- 3) Kleinbloesem, C. H., et al. : Clin. Pharmacol. Ther. 1986 ; 40 : 21-28
- 4) Zenarola, P., et al. : Dermatologica 1991 ; 182 : 196-198
- 5) ニフェジピンの血漿中濃度（社内資料）
- 6) Muller-Enoch D. : Arzneimittel-Forsch. 1999 ; 49 : 470-475
- 7) ニフェジピンの尿中代謝物（社内資料）
- 8) 梶原長雄ほか：医学と薬学. 1988 ; 20 : 1143-1157
- 9) 額田忠篤ほか：基礎と臨床. 1988 ; 22 : 4959-4970
- 10) 額田忠篤ほか：医学と薬学. 1990 ; 24 : 1335-1353
- 11) 梶原長雄ほか：医学と薬学. 1988 ; 20 : 1133-1142
- 12) 北畠 顕ほか：基礎と臨床. 1988 ; 22 : 4943-4958
- 13) Ishii, H., et al. : Eur. J. Pharmacol. 1980 ; 64 : 21-29
- 14) Morita, T., et al. : Arzneimittel-Forsch./Drug Res. 1982 ; 32 : 1047-1052
- 15) Kubo, T., et al. : J. Pharmacobio-Dyn. 1981 ; 4 : 294-300
- 16) 森田富範ほか：基礎と臨床. 1979 ; 13 : 2879-2882
- 17) 森田富範ほか：基礎と臨床. 1978 ; 12 : 3041-3046
- 18) Morita, T., et al. : Arzneimittel-Forsch./Drug Res. 1982 ; 32 : 1053-1056

## 24. 文献請求先及び問い合わせ先

日本ジェネリック株式会社 お客さま相談室

〒100-6739 東京都千代田区丸の内一丁目9番1号

TEL 0120-893-170 FAX 0120-893-172

## 26. 製造販売業者等

### 26.1 製造販売元



**日本ジェネリック株式会社**

東京都千代田区丸の内一丁目9番1号