

脂質異常症治療薬(スタチン)院内フォーミュラリ

監修 内分泌内科 孫 徹
 2023年5月初版作成 薬剤部 森 良江
 2024年4月薬価改訂

※ガイドライン上で3剤の厳密な使い分けは特になく、いずれも高LDL血症の第一選択薬である。

ストロングスタチン

	同等	
水溶性	2.5mg	最大用量 20mg
脂溶性	10mg	最大用量 40mg
脂溶性	2mg	最大用量 4mg

ロスバスタチン
 (先発：クレストール)
 11.4円(2.5mg/錠)

アトルバスタチン
 (先発：リピトール)
 15.8円(10mg/日)

ピタバスタチン
 (先発：リバロ) (院外専)
 17.8円(2mg/日)

代謝酵素	OD錠	配合剤	その他
ほとんど関与なし (わずかに CYP2C9, 2C19)	あり	+エゼチミブ	用量調節がしやすい。酸化マ グネシウムと同時併用で血中 濃度50%低下
CYP3A4	あり	+アムロジピン/ +エゼチミブ	腎保護作用が示唆されている ※2
ほとんど関与なし (わずかに CYP2C9)	あり	+エゼチミブ	ロスバスタチン,アトルバスタ チンに比べ耐糖能リスクが低 い※1

レギュラースタチン

水溶性	最大用量 20mg
-----	----------------------

フルバスタチン
 (先発：メバロチン)
 15.4円(10mg/日)

※レギュラースタチン3剤（フルバスタチン、シンバスタチン、プラバスタチン）の効果に差はなし。採用薬であるプラバスタチンのみ掲載。

関与なし (胆汁排泄)	— 細粒あり 採用なし	—	ストロングスタチンに比べ耐 糖能リスクが低い※1
----------------	-------------------	---	-----------------------------

参考資料：動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022年版,動脈硬化性疾患予防のための脂質異常症診療ガイドライン2018年版, 日本フォーミュラリ学会モデルフォーミュラリ, スタチン不耐に関する診療指針2018 ※1, 同効薬比較ガイド 1 第2版、J Cardiol Jpn Ed 2012; 7: 194 – 198※2

スタチン不耐に関するフローチャート

参考資料：スタチン不耐に関する診療指針2018
 ※検査値は院内基準値を基に設定

高LDL-C血症

診断基準
 リスク評価
 管理目標値 } ガイドラインに準ずる

薬物治療の
 適応あり

血清CKを
 測定

◎ 事前に激しい運動、
 筋注の確認を行う。

スタチン
 開始

◎ 副作用の既往を確
 認し薬剤選択を行う
 こと(スタチンフォー
 ミュラリ参照)
 ◎ 隔日投与から開始
 も考慮。

※妊婦に禁忌

~4週

評価

◎ 自覚症状
 SAMS※
 ◎ 検査値
 (血清CK,肝酵素,血清
 Cr)
 ◎ 耐糖能 (HbA1c)

※ SAMS：スタチン関連筋症状
 (筋痛、つり、こわばり、違和感
 等)

SAMS (-)
 CK上昇 (-)
 肝障害 (-)

治療
 継続

効果なし

増量
 or 併用薬 (エゼチミブ) を考慮
 or 他のスタチンへ切替*

筋症状

CK値	SAMS (-)	SAMS (+)
660 IU未満	リスクA	リスクB
660-1650 IU未満	リスクB	リスクC
1650 IU以上	リスクC	リスクD

リスクA

治療継続
 or 他のスタチンへ切替*

リスクB
 リスクC

治療継続/減量
 or
 中止

2-4週

4-6週

評価

リスクA,B

リスクC,D

リスクD

中止

肝障害

ALT 90 IU以上
 T.Bill 2.4 IU以上

休薬や肝臓専門家へコンサルト
 他剤への変更*の可能性を検討

* 2剤目選択は代謝系の異なるスタチンを低用量から投与が望ましい

副作用対策

- ✓ 肝障害、横紋筋融解症 (筋肉痛、脱力感、CK上昇、血中及び尿中ミオグロビン上昇) 血清クレアチニン上昇等の腎機能の悪化などの副作用に留意する。
 副作用の定期的なフォローが望ましい。
 (添文：投与開始又は増量後12週までの間は原則、月に1回、それ以降は定期的〈半年に1回等〉に肝機能検査を行うこと)
- ✓ 腎機能障害患者(CKDステージ3以上、またはCcr<30mL/min等)、高齢者、脱水傾向 (SGLT2阻害薬、利尿剤服用中等) の患者は横紋筋融解症リスク因子であり、スタチンは低用量に留め、定期的な腎機能検査を行うこと。