



# 薬局通信 第103号



大阪母子医療センター

## 新規試用または採用、採用区分が変更になった医薬品一覧

新規試用医薬品	新規採用医薬品	新規患者限定医薬品
①ベタメタゾンリン酸エステル Na・PF 眼耳鼻科用液 0.1% 「日点」 ②ヒアルロン酸ナトリウム PF 点眼液 0.1% 「日点」 ③ピソプロロールフマル酸塩錠 2.5mg 「トーワ」 ④ランソプラゾール OD 錠 15mg 「武田テバ」 ⑤ロタリックス内用液 ⑥メブチン錠 50 $\mu$ g ⑦モメタゾン点鼻液 50 $\mu$ g 「杏林」56 噴霧用	①デキストロメトルファン 臭化水素酸塩錠 15mg 「NP」	①サラジェン錠 5mg ②エンタイビオ点滴静注用 300mg ③注射用サイメリン 100mg ④アクアチムクリーム 1% ⑤ベリプラストP コンビセット 組織接着用 1mL
新規院外専用医薬品	採用中止医薬品	
①フィコンバ細粒 1% ②L-ケフレックス小児用顆粒 ③レクチゾール錠 25mg ④ロキシニンパップ 100mg ⑤コントミン糖衣錠 12.5mg ⑥アンテベートクリーム 0.05% ⑦メキシチールカプセル 50mg ⑧コレクチム軟膏 0.5% ⑨マイコスポールクリーム 1% ⑩リアルダ錠 1200mg	【供給停止・販売停止】 ①リネゾリド点滴静注液 600mg 「KCC」 ②シプロキサソ注 200mg ③バルプロ酸ナトリウム徐放 U 顆粒 40% 「アメル」 【同種・同効薬の導入】 ①サンベタゾン眼耳鼻科用液 0.1% ②ヒアレイ点眼液 0.1% ③タケブロン OD 錠 15 ④ナゾネックス点鼻液 50 $\mu$ g56 噴霧用	

採用薬品の処方開始は、原則として **2020年11月4日** からとなります。

ただし、採用中止薬、切り替え等は院内在庫薬がなくなり次第実施となりますので開始日が異なる場合があります。

## 薬事委員会からのお知らせ

### ・販売中止などにより変更した医薬品

No	院内採用削除薬	理由	当院採用薬での代替薬など
1	リネゾリド点滴静注液 600mg「KCC」	自主回収と供給停止のため	ザイボックス注射液 600mg
2	シプロキサシ注 200mg	① 自主回収と供給停止のため ② 後発品購入不可のため	クラビット点滴静注 500mg/20mL [限] パズクロス点滴静注液 500mg
3	バルプロ酸ナトリウム徐放U顆粒 40%「アメル」	販売中止のため	バルプロ酸 Na 徐放顆粒 40%「フジナガ」

※ [限]：特定患者使用購入薬

## 新規試用医薬品

### ① ベタメタゾンリン酸エステル Na・PF 眼耳鼻科用液 0.1%「日点」 処方箋医薬品

(日本点眼薬研究所) 眼科、耳鼻科用合成副腎皮質ホルモン製剤

一般名：ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム

#### 採用理由

防腐剤を含まない後発品への変更。

#### 効能効果・用法用量

	効能・効果	用法・用量
眼科用	外眼部及び前眼部の炎症性疾患の対症療法（眼瞼炎、結膜炎、角膜炎、強膜炎、上強膜炎、前眼部ブドウ膜炎、術後炎症）	通常、1日3～4回、1回1～2滴ずつ点眼する。なお、症状により適宜増減する。
耳鼻科用	外耳・中耳（耳管を含む）又は上気道の炎症性・アレルギー性疾患（外耳炎、中耳炎、アレルギー性鼻炎等）、術後処置	通常、1日1～数回、適量を点耳、点鼻、耳浴、ネブライザー又はタンポンにて使用するか、又は患部に注入する。なお、症状により適宜増減する。

処方区分：院内・院外処方可

長期投与の可否：可

薬価：20.<sup>80</sup>円/mL

### ② ヒアルロン酸ナトリウム PF 点眼液 0.1%「日点」 処方箋医薬品

(日本点眼薬研究所) 角結膜上皮障害治療用点眼剤

一般名：ヒアルロン酸ナトリウム

#### 採用理由

後発品への変更。

## 効能効果

下記疾患に伴う角結膜上皮障害

シェーグレン症候群、スティーブンス・ジョンソン症候群、眼球乾燥症候群（ドライアイ）等の内因性疾患  
術後、薬剤性、外傷、コンタクトレンズ装用等による外因性疾患

## 用法用量

1回1滴、1日5～6回点眼し、症状により適宜増減する。なお、通常は0.1%製剤を投与し、重症疾患等で効果不十分の場合には、0.3%製剤を投与する。

処方区分：院内・院外処方可

長期投与の可否：可

薬価：137.<sup>10</sup>円/瓶

## ③ ビソプロロール fumarate 2.5mg「トーフ」 処方箋医薬品

（東和薬品株式会社）選択的β<sub>1</sub>アンタゴニスト

一般名：ビソプロロール fumarate

## 採用理由

後発品への変更。

## 効能効果

1. 本態性高血圧症（軽症～中等症）
2. 狭心症
3. 心室性期外収縮
4. 次の状態で、アンジオテンシン変換酵素阻害薬又はアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬、利尿薬、ジギタリス製剤等の基礎治療を受けている患者  
虚血性心疾患又は拡張型心筋症に基づく慢性心不全
5. 頻脈性心房細動

## 用法用量

1. 本態性高血圧症（軽症～中等症）、狭心症、心室性期外収縮  
通常、成人にはビソプロロール fumarateとして、5mgを1日1回経口投与する。  
なお、年齢、症状により適宜増減する。
2. 虚血性心疾患又は拡張型心筋症に基づく慢性心不全  
通常、成人にはビソプロロール fumarateとして、1日1回0.625mg経口投与から開始する。1日1回0.625mgの用量で2週間以上経口投与し、忍容性がある場合には、1日1回1.25mgに増量する。その後忍容性がある場合には、4週間以上の間隔で忍容性をみながら段階的に増量し、忍容性がない場合は減量する。用量の増減は1回投与量を0.625、1.25、2.5、3.75又は5mgとして必ず段階的に行い、いずれの用量においても、1日1回経口投与とする。通常、維持量として1日1回1.25～5mgを経口投与する。  
なお、年齢、症状により、開始用量は更に低用量に、増量幅は更に小さくしてもよい。また、患者の本剤に対する反応性により、維持量は適宜増減するが、最高投与量は1日1回5mgを超えないこと。
3. 頻脈性心房細動  
通常、成人にはビソプロロール fumarateとして、1日1回2.5mg経口投与から開始し、効果が不十分な場合には1日1回5mgに増量する。なお、年齢、症状により適宜増減するが、最高投与量は1日1回5mgを超えないこと。

処方区分：院内・院外処方可

長期投与の可否：可

薬価：10.1<sup>0</sup>円/錠

#### ④ ランソプラゾールOD錠 15mg「武田テバ」 処方箋医薬品

(武田テバファーマ株式会社/武田薬品工業株式会社) プロトンポンプ・インヒビター

一般名：ランソプラゾール

#### 採用理由

後発品 (AG) への変更。

#### 効能効果

1. 胃潰瘍、十二指腸潰瘍、吻合部潰瘍、逆流性食道炎、Zollinger-Ellison 症候群、非びらん性胃食道逆流症、低用量アスピリン投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制、非ステロイド性抗炎症薬投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制
2. 下記におけるヘリコバクター・ピロリの除菌の補助  
胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃 MALT リンパ腫、特発性血小板減少性紫斑病、早期胃癌に対する内視鏡的治療後胃、ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎

#### 用法用量

1. 胃潰瘍、十二指腸潰瘍、吻合部潰瘍、Zollinger-Ellison 症候群の場合  
通常、成人にはランソプラゾールとして 1 回 30mg を 1 日 1 回経口投与する。  
なお、通常、胃潰瘍、吻合部潰瘍では 8 週間まで、十二指腸潰瘍では 6 週間までの投与とする。
2. 逆流性食道炎の場合  
通常、成人にはランソプラゾールとして 1 回 30mg を 1 日 1 回経口投与する。なお、通常 8 週間までの投与とする。  
さらに、再発・再燃を繰り返す逆流性食道炎の維持療法においては、1 回 15mg を 1 日 1 回経口投与するが、効果不十分の場合は、1 日 1 回 30mg を経口投与することができる。
3. 非びらん性胃食道逆流症の場合 (ランソプラゾール OD 錠 15mg「武田テバ」のみ)  
通常、成人にはランソプラゾールとして 1 回 15mg を 1 日 1 回経口投与する。なお、通常 4 週間までの投与とする。
4. 低用量アスピリン投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制の場合 (ランソプラゾール OD 錠 15mg「武田テバ」のみ)  
通常、成人にはランソプラゾールとして 1 回 15mg を 1 日 1 回経口投与する。
5. 非ステロイド性抗炎症薬投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制の場合 (ランソプラゾール OD 錠 15mg「武田テバ」のみ)  
通常、成人にはランソプラゾールとして 1 回 15mg を 1 日 1 回経口投与する。
6. ヘリコバクター・ピロリの除菌の補助の場合  
通常、成人にはランソプラゾールとして 1 回 30mg、アモキシシリン水和物として 1 回 750mg (力価) 及びクラリスロマイシンとして 1 回 200mg (力価) の 3 剤を同時に 1 日 2 回、7 日間経口投与する。  
なお、クラリスロマイシンは、必要に応じて適宜増量することができる。ただし、1 回 400mg (力価) 1 日 2 回を上限とする。  
プロトンポンプインヒビター、アモキシシリン水和物及びクラリスロマイシンの 3 剤投与によるヘリコバクター・ピロリの除菌治療が不成功の場合は、これに代わる治療として、通常、成人にはランソプラゾール

ルとして1回30mg、アモキシシリン水和物として1回750mg（カ価）及びメトロニダゾールとして1回250mgの3剤を同時に1日2回、7日間経口投与する。

処方区分：院内・院外処方可

長期投与の可否：可

薬価：23円/錠

⑤ **ロタリックス内用液** 生物由来製品・劇薬・処方箋医薬品  
（グラクソ・スミスクライン）経口弱毒生ヒトロタウイルスワクチン

一般名：弱毒生ヒトロタウイルス（RIX4414株）

#### 採用理由

2020年10月より定期接種化され、適切な時期に対象者に接種する必要があるため。

#### 効能効果

ロタウイルスによる胃腸炎の予防

#### 用法用量

乳児に通常、4週間以上の間隔をおいて2回経口接種し、接種量は毎回1.5mLとする。

処方区分：院内処方可

長期投与の可否：該当しない

薬価：薬価未収載

⑥ **ムブチン錠50μg** 処方箋医薬品

（大塚製薬株式会社）気管支拡張剤

一般名：プロカテロール塩酸塩水和物

#### 採用理由

年長児で錠剤を好む患者さんへの同効薬品がないため。

#### 効能効果

下記疾患の気道閉塞性障害に基づく呼吸困難など諸症状の緩解

気管支喘息、慢性気管支炎、肺気腫、急性気管支炎

#### 用法用量

通常、成人にはプロカテロール塩酸塩水和物として1回50μg（1錠）を1日1回就寝前ないしは1日2回、朝及び就寝前に経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。

処方区分：院内・院外処方可

長期投与の可否：可

薬価：13.<sup>60</sup>円/錠

⑦ **モメタゾン点鼻液50μg「杏林」56噴霧用** 処方箋医薬品

（キョーリンリメディオ株式会社/杏林製薬株式会社）定量噴霧式アレルギー性鼻炎治療剤

一般名：モメタゾンフランカルボン酸エステル水和物

#### 採用理由

後発品（AG）への変更。

#### 効能効果

アレルギー性鼻炎

## 用法用量

### <成人>

通常、成人には、各鼻腔に2噴霧ずつ1日1回投与する（モメタゾンフランカルボン酸エステルとして1日200 $\mu$ g）。

### <小児>

通常、12歳未満の小児には、各鼻腔に1噴霧ずつ1日1回投与する（モメタゾンフランカルボン酸エステルとして1日100 $\mu$ g）。通常、12歳以上の小児には、各鼻腔に2噴霧ずつ1日1回投与する（モメタゾンフランカルボン酸エステルとして1日200 $\mu$ g）。

処方区分：院内・院外処方可

長期投与の可否：可

薬価：698.<sup>90</sup>円/瓶