

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
リザトリプタン	リトナビル, インジナビル, イトラコナゾール, マクロライド系抗生物質 (エリスロマイシンなど), ベラパミル, グレープフルーツジュース モノアミン酸化酵素阻害薬, プロプラノロール	禁忌 禁忌	処方薬の毒性増強 処方薬の毒性増強	併用薬の使用が臨床上必要な場合には処方薬を一時中止。 MAO 阻害作用のある薬物を使用しない。
3. 抗リウマチ薬				
メトトレキサート	アスピリン 多くの非ステロイド性抗炎症薬 (インドメタシン, フェルビナク, ジクロフェナクなど), メロキシカム, ロルノキシカム プロベネシド, スルファメトキサゾール-トリメトプリム, 非ステロイド性抗炎症薬 (NSAIDs), アモキシシリン, シスプラチン スルファメトキサゾール-トリメトプリム (SMZ-TMP) アムホテリシン B, シスプラチン	注意 注意 注意 注意 注意	処方薬の毒性増強の可能性 処方薬の毒性増強の可能性 処方薬の毒性増強の可能性 処方薬の毒性増強の可能性 処方薬の毒性増強の可能性	処方薬の投与量を減量するか TDM を実施する。 処方薬の投与量を減量するか TDM を実施する。 処方薬の投与量を減量するか TDM を実施する。 処方薬の投与量を減量するか TDM を実施する。 処方薬の投与量を減量するか TDM を実施する。
レフルノミド	コレステラミン	注意	処方薬の毒性増強の可能性 処方薬の活性代謝の消失を促進し毒性を軽減する 処方薬の毒性増加の可能性	処方薬の投与量を減量するか TDM を実施する。 処方薬の毒性出現時に積極的に併用薬の投与を行う。 併用やむい場合には腎機能に注意。可能なら金製剤をより新しい DMARD に変更。
金製剤 (オーラノフィンなど)	骨髄抑制作用を有するすべての薬物			
4. 痛風・高尿酸血症治療薬				
高尿酸血症治療薬 プロベネシド	インドメタシン, その他の非ステロイド性抗炎症薬	注意	処方薬の効果減弱	併用薬の長期使用がやむい場合には処方薬をアロプリノールに変更。
5. 催眠・鎮静薬				
ベンゾジアゼピン系薬物 超短期作用型 トリアゾラム	シメチジン, フルコナゾール, ミコナゾール, イトラコナゾール, ジルチアゼム, エリスロマイシン, クラリスロマイシン, ジョサマイシン, オレアンドマイシン, ネルフィナビル, エファビレンツ, デラビルジン, リトナビル, 経口避妊薬, ペロスピロン, イマチニブ リファンピシン	禁忌 注意	処方薬の効果増強 処方薬の効果減弱	処方薬服用患者には CYP 3A 阻害作用のない類薬に変更する。潰瘍治療薬なら PPI へ, 深部真菌症の治療に抗真菌薬が必要な場合は処方薬中止, HIV 感染症で鎮静薬が必要な場合抱合代謝で消失するロラゼパムなどに処方薬を変更する。 通常, 併用薬の投与の必要性の方が高いので, 処方薬の投与量を増量する。
ゾルピデム				

副作用

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
短期作用型 ミダゾラム	イトラコナゾール		処方薬の効果増強	通常、併用薬の投与の必要性の方が高いので、処方薬を抱合代謝により消失するロラゼパムなどに変更する。
	エリスロマイシン		処方薬の効果増強	併用薬をCYP3A阻害作用のない薬物(βラクタム薬など)に変更する。
	リファンピシン	注意	処方薬の効果減弱	通常併用薬の投与の必要性の方が高いので、処方薬の投与量を増量する。
	エリスロマイシン、クラリスロマイシン、ジルチアゼム、ベラパミル、グレープフルーツジュース飲用、イトラコナゾール、フルコナゾール、ネルフィナビル、テルピナフィン、フェンタニル、エファビレンツ、サキナビル、デラビルジン、経口避妊薬、インドメタシン、クロルゾキサゾン、テリスロマイシン	注意	処方薬の効果増強	併用薬の投与の方が臨床的意義が高ければ処方薬をCYP3A代謝を受けないロラゼパムなどに変更。それ以外はCYP3A阻害作用のない同効薬に変更。
	リファンピシン、フェニトイン、カルバマゼピン、副腎皮質ホルモン(デキサメタゾンなど)	注意	処方薬の効果減弱	併用薬の投与の方が臨床的意義が高ければ処方薬をCYP3A代謝を受けないロラゼパムなどに変更。
中期作用型 フルニトラゼパム フルラゼパム	リトナビル	禁忌	処方薬の効果増強	併用薬の投与の方が臨床的意義が高ければ処方薬をCYP3A代謝を受けないロラゼパムなどに変更。それ以外はCYP3A阻害作用のない同効薬に変更。
	プロポフォール	注意	処方薬の鎮静効果増強、血圧低下作用増強	临床上併用の必要があれば循環管理を慎重に行う。
	エリスロマイシン、イトラコナゾール リトナビル	禁忌	臨床的に意義のある変化の可能性は少ない 鎮静効果の増強	鎮静効果の観察。 リトナビルは強力なCYP3A4阻害作用があるので併用時には他薬の効果増強に注意。
長期作用型 クアゼパム	リトナビル、シメチジン	リトナビル: 禁忌 シメチジン: 注意	鎮静効果の増強	併用薬の半減期は長いので相互作用の影響が遷延する。併用が必要な短半減期の薬物か抱合代謝を受けるロラゼパムなどに変更。
6. 抗不安薬				
ベンゾジアゼピン系 中期作用型 高力価型 ベンゾジアゼピン系抗不安・鎮静薬(ジアゼパムなど)	テオフィリン		鎮静効果の減弱	処方薬の増量が必要となる可能性がある。

副作用

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
ロラゼパム アルプラゾラム 中力価型 -- プロマゼパム 長期作用型 中力価型 ジアゼパム	バルプロ酸 フルボキサミン フルボキサミン フルボキサミン シメチジン, オメプラゾール, イソニアジド, シプロフロキサシン リトナビル	米国(注意) リトナビル, インジナビル 禁忌. 他は注意 原則禁忌 注意 禁忌	鎮静効果増強の可能性 鎮静効果増強の可能性 鎮静効果増強の可能性 鎮静効果の増強 鎮静効果増強の可能性 鎮静効果の増強	両者の併用が必要であれば, 処方薬の投与量を半減することが米国添付文書で勧められている。 リトナビルは強力な CYP 3A4 阻害作用があるので併用時には他薬の効果増強に注意。 処方薬の投与量半減, または併用薬を他の CYP 阻害のない抗うつ薬に変更。 処方薬の投与量半減, または併用薬を他の CYP 阻害のない抗うつ薬に変更。 併用薬投与やむない場合には処方薬を抱合代謝で消失するロラゼパムなどに変更する。 併用薬投与やむない場合には処方薬を抱合代謝で消失するロラゼパムなどに変更する。
7. 抗精神病薬				
高力価群 ブチロフェノン誘導体 ハロペリドール	アルコール, オピオイド, 睡眠・鎮静薬 リチウム カルバマゼピン, リファンピシン, フェノバルビタール, フェニトイン シメチジン, レボメプロマジン, チオリダジン, フルボキサミン, プロメタジン メトクロプラミド, プロクロルペラジン, 抗コリン(アトロピン)系薬物 イプリフラボン イトラコナゾール	注意 注意 注意 注意	鎮静効果の増強 薬効自体の変化はない 処方薬の効果減弱 鎮静効果増強の可能性 副作用増加の可能性 処方薬の薬理作用増強の可能性 処方薬の薬理作用増強の可能性	統合失調症患者に併用薬処方の際には臨床観察を慎重に。 強い躁状態の患者に対してハロペリドールを投与した患者にリチウムの投与を開始する場合には中枢症状に注意。 処方薬の慎重な増量, 併用薬の投与を中止する際には必ず処方薬を減量すること。 慎重な症状観察。 ドパミン受容体遮断作用があるので併用薬は少量から開始する。 併用薬を同効のビスホスホネートなどに変更する。 深部真菌症治療ではアムホテリシン B へ変更。

副作用

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
フェノチアジン誘導体 ペルフェナジン	パロキセチン	注意	処方薬の薬理作用増強	両者を併用する臨床的な状況は少ないと想定されるが、その際には処方薬の減量が必要。
非定型抗精神病薬 リスペリドン	パロキセチン		処方薬の薬理作用増強	両者を併用する臨床的な状況は少ないと想定されるが、その際には処方薬の減量が必要。
	カルバマゼピン	注意	処方薬の効果減弱	処方薬の慎重な増量。ただし、その際には併用薬の投与を中止するときには忘れずに処方薬を減量すること。
低力価群 フェノチアジン誘導体 クロルプロマジン	アルコール、オピオイド、睡眠・鎮静薬、フェノバルビタール、ベンゾジアゼピン、抗ヒスタミン系薬物、モルヒネなどの中枢抑制薬 水酸化アルミニウムを含む制酸薬 モノアミン酸化酵素阻害薬、メチルドパ、クロニジン、トラゾドン	注意	鎮静効果増強の可能性	併用する際には処方薬の減量が必要となることもある。
	抗コリン薬（アトロピン、ベンツトロピンなど）、抗パーキンソン病治療薬 シメチジン、プロプラノロール、ノルトリプチリン	注意	処方薬の副作用増強の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。 血圧の慎重なモニタリング、理論的にはどの降圧薬でも生じる可能性がある。 併用薬は低用量から開始する。
チオリダジン	プロプラノロール、ピンドロール、フルボキサミン、パロキセチン	禁忌	処方薬の副作用増強の可能性	シメチジンはPPIへ、プロプラノロールはCYP2D6阻害作用のない薬物に（降圧薬ならACE阻害薬など）に変更。 それぞれCYP2D6阻害作用のない薬物に変更する。
非定型抗精神病薬 クエチアピン	フェニトイン、カルバマゼピン、フェノバルビタール、リファンピシン	注意	処方薬の効果減弱の可能性	必要なら処方薬の慎重な増量。併用薬の投与を中止する際には忘れずに処方薬を減量すること。
	エリスロマイシン、イトラコナゾール	注意	処方薬の副作用増強の可能性	それぞれCYP2D6阻害作用のない薬物（エリスロマイシンはβラクタム薬へ、イトラコナゾールはアムホテリシンBなど）に変更する。
中間・異型群 チエピン誘導体 ゾテピン	ジアゼパム、フルラゼパム	注意	鎮静効果増強の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。
ブチロフェノン系薬物 ブロムペリドール	レボメプロマジン		処方薬の副作用増強の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。

副作用

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
ピモジド	クラリスロマイシン, イマチニブ, ミコナゾール, テリスロマイシン, リトナビル	禁忌	処方薬の副作用 (特にQT延長症候群) 増強の可能性	CYP3A阻害作用のない同効薬に変更。
非定型抗精神病薬 ペロスピロン	ドンペリドン, メトクロプラミド	注意	錐体外路系副作用増加	医学的に併用薬の投与やむなない場合には少量からの投与が望ましい。
オランザピン	マクロライド系抗生物質	注意	処方薬の副作用増強の可能性	CYP3A阻害作用のない同効薬 (βラクタム薬など) に変更。
..	フルボキサミン, シプロフロキサシン, イプリフラボン	注意	処方薬の薬理作用増強の可能性	併用の臨床的意義は不明。
..	カルバマゼピン	注意	処方薬の効果減弱の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。
B. 抗うつ薬・気分安定薬・精神刺激薬				
抗うつ薬				
モノアミン再取り込み阻害薬 ノルアドレナリン系>セロトニン系				
三環系抗うつ薬 (イミプラミン, ノルトリプチリン, クロミプラミンなど)	カルバマゼピン, フェノバルビタール	注意	処方薬の効果減弱の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。
三環系抗うつ薬 (イミプラミン, デシプラミン, ノルトリプチリン, クロミプラミンなど)	キニジン, 経口避妊薬, 急性飲酒	注意	処方薬の薬理作用増強の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。
マプロチリン	シメチジン, フェノチアジン系抗精神病薬 (クロルプロマジン, ペルフェナジンなど), メチルフェニデート フルボキサミン	注意	処方薬の薬理作用増強の可能性	慎重な処方薬の効果評価と必要に応じてTDMの実施。
セロトニン系>ノルアドレナリン系 イミプラミン	フルコナゾール, リトナビル, リスペリドン		処方薬の薬理作用増強の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。
	フルフェナジン, ペルフェナジン, パロキセチン	注意	処方薬の副作用増強の可能性	抗うつ薬はどちらか単剤投与。それ以外は処方薬の薬理効果をモニターし必要なら投与量減量。
	シメチジン, メチルフェニデート, エストロゲン含有経口避妊薬 (ピル), フルボキサミン リルゾール	注意 注意	処方薬の副作用増強の可能性 併用薬の効果が増強する可能性	抗うつ薬はどちらか単剤投与。それ以外は処方薬の薬理効果をモニターし必要なら投与量減量。
アミトリプチリン	フルボキサミン, パロキセチン バルプロ酸 リルゾール	注意 注意	処方薬の副作用増強の可能性 併用の臨床的意義不明 併用薬の効果が増強する可能性	リルゾールの長期投与が必要なALS患者ではCYP1A2阻害作用のある薬物との併用に注意。 抗うつ薬はどちらか単剤投与。 慎重な処方薬の効果評価が必要。

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
トリミプラミン	フルボキサミン		併用の臨床的意義不明	慎重な処方薬の効果評価が必要。
クロミプラミン	フルボキサミン	注意	処方薬の副作用（セロトニン症候群など）増強の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。
クロミプラミン	バルプロ酸		処方薬の副作用増強の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。
	リルゾール	注意	併用薬の効果が増強する可能性	リルゾールの長期投与が必要なALS患者ではCYP1A2阻害作用のある薬物との併用に注意。
トラゾドン	カルバマゼピン, リファンピシン	注意	処方薬の効果減弱の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。処方薬の慎重な増量。併用薬の投与を中止する際には忘れずに処方薬を減量すること。
選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI) フルボキサミン	リチウム, モノアミン酸化酵素阻害薬(セレギリンなど)	注意	処方薬の副作用（セロトニン症候群など）増強の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。投与量変更の必要性については不明。
パロキセチン	ゾルミトリプタン	注意	処方薬の副作用（セロトニン症候群など）増強の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。投与量変更の必要性については不明。
	フェニトイン, フェノバルビタール	注意	処方薬の効果減弱の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。処方薬の慎重な増量。併用薬の投与を中止する際には忘れずに処方薬を減量すること。
	キニジン, シメチジン	注意	処方薬の副作用増強の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。処方薬の減量が必要。
セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI) ミルナシプラン	カルバマゼピン		処方薬の効果減弱の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。処方薬の慎重な増量。ただし、その際には併用薬の投与を中止するときには忘れずに処方薬を減量すること。
	モノアミン酸化酵素阻害薬(サフラジン, セレギリンなど)	注意	処方薬の副作用（セロトニン症候群など）増強の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。投与量変更の必要性は不明。
シナプス前 α_2 -アドレナリン受容体を阻害する薬物 ミアンセリン	カルバマゼピン		処方薬の効果減弱の可能性	慎重な処方薬の効果評価が必要。処方薬の慎重な増量。併用薬の投与を中止する際には忘れずに処方薬を減量すること。
気分安定薬(抗躁薬) リチウム	ハロペリドール, チオリダジン, ペルフェナジン, フルフェナジン, フルボキサミン ペラパミル	注意	処方薬の副作用増強の可能性	併用の必要性について熟慮。併用やむない場合には臨床観察を慎重に。
			薬理効果の低下	慎重な臨床効果の観察。必要なら処方薬のTDM。

副作用

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
	チアジド系利尿薬, アルプラゾラム, カルバマゼピン, メチルドパ, 非ステロイド性抗炎症薬 (ジクロフェナクなど), 塩化ナトリウム, メロキシカム, ロルノキシカム アンジオテンシン変換酵素阻害薬 (カプトプリル, エナラプリル, テルミサルタンなど) テオフィリン	注意 注意	処方薬の効果増強 処方薬の効果増強 処方薬の薬理効果の低下	慎重な臨床効果の観察。必要なら処方薬のTDM。 慎重な臨床効果の観察。必要なら処方薬のTDMまたは腎尿細管での水・電解質再吸収亢進作用のない降圧薬 (Caチャネル遮断薬など) に変更。 慎重な臨床効果の観察。必要なら処方薬のTDM。
9. 抗てんかん薬				
大発作に使用される主なもの フェニトイン系 フェニトイン	クロラムフェニコール, シメチジン, イソニアジド, スルチアム, ワルファリン; トルブタミド, チクロピジン, スルファフェナゾール, スルファメトキサゾール-トリメトプリム, プロポキシフェン, フェニルブタゾン, オメプラゾール, ミコナゾール, フルコナゾール, ジルチアゼム, アミオダロン, トラゾドン, ゾニサミド, アロプリノール, イミプラミン, バルプロ酸, フルボキサミン, オキサプロジン, フルバスタチン, インジナビル, フルオロウラシル (5-FU), クロルプロマジン リファンピシン	注意 注意	処方薬の効果と毒性増強 処方薬の薬理効果の低下	CYP2C9, CYP2C19を阻害する作用のある薬物 (II. 参照) は併用を避けるのが望ましい。併用やむなき場合は処方薬の毒性発現に注意。 慎重な処方薬の効果評価が必要。処方薬の慎重な増量。併用薬の投与を中止する際には忘れずに処方薬を減量すること。
バルビツール酸系 バルビツール系およびベンゾジアゼピン系薬物 フェノバルビタール	アルコール, その他の中枢神経抑制薬 バルプロ酸, フェニトイン	注意 注意	処方薬の効果と毒性増強 処方薬の薬理効果の低下	予測できない鎮静効果の増加の可能性があるため併用はすべきでない。 てんかん治療の場合なら単剤投与を選択する。抗てんかん薬の併用投与はこのような薬物相互作用があり注意を要する。
バルプロ酸ナトリウム バルプロ酸	エリスロマイシン, クロルプロマジン カルバペネム系抗生物質 (パニペネム, メロペネム, ピアペネムなど)	注意 注意	処方薬の効果と毒性増強の可能性 処方薬の薬理効果の低下, てんかん発作頻度増加	事例は症例報告であり, 臨床的意義は不明。 対象菌に対して抗菌範囲の類似した薬物を使用する, 安易なカルバペネム使用を慎む。

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
<p>カルバマゼピン カルバマゼピン</p> <p>欠神発作に有効なもの オキサゾリジン系 エトスクシミド</p> <p>その他： ベンゾジアゼピン系 クロナゼパム</p>	<p>フルボキサミン</p> <p>リチウム</p> <p>フェノバルビタール，フェニトイン，プリミドン</p> <p>エリスロマイシン，トリアセチルオレアンドマイシン，クラリスロマイシン，ジョサマイシンなどのマクロライド系抗生物質，シメチジン，ダナゾール，ベラパミル，ジルチアゼム，バルプロ酸，ゾニサミド，イソニアジド，リトナビル，フルボキサミン，グレープフルーツジュース，チクロピジン，クエチアピン，オメプラゾール</p> <p>バルプロ酸，イソニアジド</p> <p>カルバマゼピン，フェニトイン</p> <p>フェニトイン，カルバマゼピン，フェノバルビタール</p>	<p></p> <p>注意</p> <p>注意</p> <p>注意</p> <p>注意</p> <p>注意</p> <p>注意</p>	<p>処方薬の効果と毒性増強</p> <p>処方薬の効果と毒性増強 処方薬の薬理効果の低下の可能性</p> <p>処方薬の効果と毒性増強</p> <p>処方薬の効果と毒性増強</p> <p>処方薬の薬理効果の低下の可能性</p> <p>処方薬の薬理効果の低下の可能性</p>	<p>CYP 3 A 阻害作用の弱い古典的な三環系抗うつ薬に変更するか，TDM を行いカルバマゼピンの投与量を減ずる。</p> <p>慎重な臨床観察，処方薬の TDM は無効。 てんかん治療の場合なら単剤投与を選択する。抗てんかん薬の併用投与はこのような薬物相互作用がありやっかいである。 併用薬を CYP 阻害作用のないあるいは弱い同効薬に変更する。</p> <p>てんかん治療の場合なら単剤投与を選択する。抗てんかん薬の併用投与はこのような薬物相互作用があり注意を要する。 てんかん治療の場合なら単剤投与を選択する。抗てんかん薬の併用投与はこのような薬物相互作用があり注意を要する。</p> <p>てんかん治療の場合なら単剤投与を選択する。抗てんかん薬の併用投与はこのような薬物相互作用があり注意を要する。</p>
<p>10. 筋弛緩薬</p>				
<p>麻酔・手術用注射薬 パンクロニウム</p> <p>スキサメトニウム</p>	<p>リチウム，アミノグリコシド系抗生物質（ストレプトマイシン，カナマイシン，ゲンタマイシンなど），キニジン，コルチコステロイド，三環系抗うつ薬 テオフィリン</p> <p>リチウム</p>	<p>注意</p>	<p>処方薬の効果と毒性増強</p> <p>処方薬の薬理効果の低下の可能性 処方薬の効果増強</p>	<p>併用やむない場合には神経・筋遮断作用の増強，作用時間の短縮（ステロイド併用時），頻脈の副作用に注意。</p> <p>症例報告であり，臨床的意義は不明。 症例報告であり，臨床的意義は不明。</p>

副作用

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
痙縮・筋緊張治療薬 チザニジン ..	抗コリンエステラーゼ薬 (点眼薬, 有機リン系殺虫剤を含む), シクロホスファミド, チオテパ, エストロゲン, クロロプロマジン	注意	筋弛緩作用の持続時間増強	アルキル化剤の抗癌剤を服用している患者では処方薬投与後の症状観察を慎重にする。
	アミノグリコシド, ポリミキシンB プロカイン (大量), キニジン	注意	筋弛緩作用の持続時間増強 筋弛緩作用の持続時間増強	処方薬投与後の症状観察を慎重にする。 処方薬投与後の症状観察を慎重にする。
	フルボキサミン		中枢性のアドレナリン α_2 作動効果が増強され 血圧が低下する	CYP1A2阻害作用が併用薬よりも弱い古典的三環系抗うつ薬へ変更する。
ボツリヌス毒素 ボツリヌス毒素 A 型	アミノグリコシド系抗生物質, スペクチノマイシン, ポリミキシンB, テトラサイクリン系抗生物質, 抗コリン薬(スコポラミン, トリヘキシフェニジルなど), チアプリド, スルピリド	注意	筋弛緩作用の持続時間増強	筋弛緩作用のある薬物の併用は避けるべきである。グラム陰性桿菌が対象の感染症ではアズトレオナムなどへ変更する。
その他 筋弛緩薬 (非脱分極性筋弛緩薬) (パンクロニウムなど)	アミノグリコシド, サイアザイド系およびループ利尿薬, 低カリウム血症を生ずる薬物	注意	処方薬の効果増強	術前の電解質濃度 (特にカリウム) に注意, 可能な限りアミノグリコシド薬の併用は避ける。併用やむない場合は遷延性の呼吸抑制に注意。
II. パーキンソン病/症候群治療薬				
レボドパ単剤 レボドパ	ピリドキシリン, パパベリン	注意	処方薬の薬理効果の低下の可能性	症状を観察し, 必要なら処方薬の投与量増量を慎重に行う。
	鉄剤	注意	処方薬の薬理効果の低下の可能性	症状を観察し, 必要なら処方薬の投与量増量を慎重に行う。
ドパミン受容体作用薬 カベルゴリン	マクロライド系抗生物質 (エリスロマイシン, クラリスロマイシンなど)	注意	処方薬の効果と毒性増強	CYP3A4阻害作用のない β ラクタム薬などに変更する。
プロモクリプチン	エリスロマイシン	注意	処方薬の効果と毒性増強	臨床的な意義は不明だがプロモクリプチンの投与量を減量した方がよいと思われる。
モノアミンオキシダーゼB阻害薬 セレギリン	フルボキサミン, パロキセチン, リチウム	禁忌	高血圧, 失神, 不全収縮, 発汗, てんかん, 動作・精神障害の変化および筋強剛といった副作用あり, さらに死亡例の報告もある	処方薬服用中止から14日以内には併用薬の投与は危険である。

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
<p>モノアミン酸化酵素 (MAO: monoamine oxidase) 阻害薬 (セレギリンなど)</p> <p>モノアミン酸化酵素 (MAO: monoamine oxidase) 阻害薬 (セレギリンなど)</p> <p>抗コリン薬 抗コリン (中枢性) 薬 (トリヘキシフェニジル, メチキセン, ピロヘプチンなど)</p>	<p>キニジン, プロパフェノン, ハロペリドール</p> <p>シメチジン, エリスロマイシン, ジョサマイシン, クラリスロマイシン, イトラコナゾール, 経口避妊薬, ベラパミル, ジルチアゼム</p> <p>三環系抗うつ薬 (イミプラミン, カルピプラミンなど), リチウム, ミルナシبران, フルボキサミン</p> <p>チラミン含有飲用または食品など (ワイン, ビール, バナナ, そら豆, チーズ, ニシン, レバー, 酵母などの摂取), マジンドール</p> <p>ドネペジル</p>	<p>注意</p> <p>注意</p> <p>禁忌</p>	<p>処方薬の効果と毒性増強</p> <p>処方薬の効果と毒性増強, 薬物濃度が増加すると B 型 MAO 阻害作用の選択性が消失し, アミンを含有する食品により, いわゆる「チーズ反応」が出現するおそれがある</p> <p>高血圧, 失神, 不全収縮, 発汗, てんかん, 動作・精神障害の変化および筋強剛といった副作用あり, さらに死亡例の報告もある</p> <p>高血圧発作, 頻脈など</p> <p>処方薬の薬理効果の低下の可能性</p>	<p>臨床的な意義は不明だが処方薬の投与量はとりあえず減量すべき。または, 併用薬を CYP 2D6 阻害作用 (II. 参照) のない薬物に変更。</p> <p>左記の併用薬は控える。女性患者でピル服用者では処方薬の初期投与量は十分に下げる。</p> <p>処方薬服用中止から 14 日以内には併用薬の投与は危険である。</p> <p>通常量では B 型 MAO 選択的な阻害なため, いわゆるチーズ反応は生じないが, 高用量あるいは CYP 阻害薬との併用下では注意。</p> <p>中枢性抗コリン作用のある薬物は副作用として, 記憶障害, せん妄や幻覚などの精神症状を生じることがあり, 認知症のある患者は使用すべきではない。</p>
<p>12 自律神経系作用薬</p>				
<p>副交感神経興奮薬 重症筋無力症治療薬 抗コリンエステラーゼ薬 (アンペニウム, ピリドスチグミン, ネオスチグミン)</p> <p>副交感神経抑制・遮断薬 アトロピン系薬 (ロートエキス, 硫酸アトロピン, スコポラミンなど)</p>	<p>ドネペジル</p> <p>抗ヒスタミン系薬物 (クロルフェニラミン, ジフェンヒドラミンなどの H₁ 受容体拮抗薬), 三環系抗うつ薬 (イミプラミンなど), フェノチアジン系薬物 (クロルプロマジンなど)</p>	<p>注意</p>	<p>処方薬の効果と毒性増強の可能性</p> <p>処方薬の効果と毒性増強の可能性</p>	<p>臨床的に併用の必要性がある状況は少なく, 臨床的な意義は不明。</p> <p>併用薬にはできるだけ抗コリン作用の少ない同効薬を選択する。抗うつ薬では SSRI など。抗精神病薬ではオランザピンなど。</p>

副作用

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
13. 脳循環代謝改善薬				
脳の生理的活性物質 アデノシン	ジピリダモール	注意	処方薬の効果と毒性増強の可能性	現在、処方薬の臨床適応としては発作性上室性頻拍症治療（添付文書では適用にないので保険適用外使用となる）以外のは、EBMの立場からは根拠が不明確であるので、併用やむない場合には処方薬の方を中止すべきと思われる。 現在、処方薬の臨床適応としては発作性上室性頻拍症治療（添付文書では適用にないので保険適用外使用となる）以外のは、EBMの立場からは根拠が不明確であるので、併用やむない場合には処方薬の方を中止すべきと思われる。
	テオフィリン		処方薬の効果が減少することが理論的に想定される	
14. アレルギー治療薬				
抗アレルギー薬 ヒスタミンH ₁ 拮抗薬（塩基性抗アレルギー薬） フェキソフェナジン	エリスロマイシン	注意	処方薬の効果と毒性増強の可能性	慎重な臨床症状の観察と、必要であれば抗菌範囲の類似した他の抗菌薬に変更すべき。 慎重に臨床効果を観察し、必要なら処方薬をP糖蛋白の基質とならない他の抗アレルギー薬（ロラタジンなど）に変更。
	リファンピシン		処方薬の薬理効果の低下の可能性	
トロンボキサンA ₂ 阻害薬 オザグレル	チクロピジン、ウロキナーゼ、ヘパリン、ワルファリン	注意	出血傾向が出現する可能性	併用やむない場合には、処方薬を気管支喘息治療薬から外す。必要に応じて他の薬物（吸入ステロイド薬など）増量。
ロイコトリエン拮抗薬 プラナルカスト	イトラコナゾール、エリスロマイシン	注意	処方薬の効果と毒性増強の可能性	他のCYP3A4阻害作用のない抗生物質（II参照）へ変更。 慎重な臨床効果の観察と、必要なら処方薬の増量。ただし、併用薬中止の際に処方薬減量を忘れないように。
モンテルカスト	フェニトイン、フェノバルビタール、リファンピシン		処方薬の薬理効果の低下の可能性	
15. 強心薬				
ジギタリス製剤 ジギタリス薬（強心配糖体）	カリウム保持性以外の利尿薬（チアジド系およびループ利尿薬）	注意	低K血症による副作用増強	カリウム保持性利尿薬への変更。

副作用

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
カテコールアミン系薬剤 カテコールアミン系薬物（フェニルプロパノールアミン、フェニレフリン、エフェドリン含有かぜ薬・鼻づまり治療薬） α型ヒト心房性ナトリウム利尿ポリペプチド製剤 カルペリチド その他の強心薬 非カテコールアミン系経口強心薬 ベスナリノン	カオリン-ペクチン、水酸化アルミニウム・水酸化マグネシウム制酸薬、メトクロプラミド、スクラルファート、活性炭、フェニトイン、コレステラミン、アカルボース	注意	作用減少	血中濃度を指標として増量するか、併用薬で相互作用（ジゴキシン（ジギトキシンではない）の消化管吸収の低下）のないものに変更する。
	マクロライド系抗生物質、テリスロマイシン、キニジン、イトラコナゾール、シクロスポリン、テルミサルタン、カルベジロールなど	注意	作用増強	血中濃度を指標として減量するか、併用薬で相互作用（腎尿細管または腸管上皮におけるP糖蛋白によるジゴキシンの排泄機構の阻害により、ジゴキシンのクリアランスが低下すると想定される）のないものに変更する。
	セントジョーンズ・ワート	注意	作用減少	血中濃度を指標として増量するか、セントジョーンズ・ワートを中止する。
	三環系抗うつ薬	注意	作用増強	フェニルプロパノールアミン（PPA）を含有する一般用医薬品（市販薬）を高血圧患者に使用した場合、脳出血のリスクが増加する。これにより厚労省はPPA含有品を非含有品に切り替えるように推奨しており、各社自主的に中止し、代替薬に切り替えている。
	シルденаフィル、フロセミド エリスロマイシン	注意	過度の血圧低下をきたすおそれ 作用増強の可能性	処方薬の血管拡張作用を併用薬が増強するおそれ。 臨床症状や血行動態の指標を参考にして投与量を調節する、不可能な場合には他の非カテコールアミン系経口強心薬に変更を考慮する。
16. 抗狭心症薬				
硝酸薬 ニトログリセリン、二硝酸イソソルビド	ホスホジエステラーゼ（PDE）5を阻害する薬物（シルденаフィルなど）、カプトプリル、N-アセチルシステイン、利尿薬	禁忌または注意	処方薬の血管拡張作用増強	処方薬継続の場合にはPDE5阻害薬は併用不可、他の場合には臨床症状による処方薬投与量調節で対処。

副作用

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
<p>17. β 遮断薬</p> <p>降圧薬 (β 受容体遮断薬を含む)</p> <p>プロプラノロール</p> <p>メトプロロール</p> <p>アテノロール</p> <p>α, β 遮断薬 ラベタロール, カルベジロール</p>	<p>非ステロイド性抗炎症薬 (インドメタシン, ナプロキセン, ピロキシカム, イブプロフェンなど)</p> <p>硝酸薬, その他の血管拡張薬, クロルプロマジン</p> <p>経口避妊薬 (卵胞ホルモン, 黄体ホルモンを含む)</p> <p>クロルプロマジン, シメチジン, ニソルジピン, フルボキサミン</p> <p>プロパフェノン, ベラパミル, ジルチアゼム, ニカルジピン, ジフェンヒドラミン, パロキセチン, ヒドララジン, シメチジン, ベラパミル</p> <p>リファピシン</p> <p>インドメタシンなどの非ステロイド性抗炎症薬</p> <p>ベラパミル, ジルチアゼム, ジソピラミド</p> <p>水酸化アルミニウム含有制酸薬</p> <p>シメチジン</p>	<p>注意</p> <p>注意</p> <p>注意</p> <p>注意</p> <p>注意の記載が特にないものもある</p> <p>注意</p> <p>注意</p> <p>注意</p>	<p>作用減弱</p> <p>作用増強</p> <p>作用減弱</p> <p>作用増強の可能性 (ただし, β 受容体遮断薬の濃度・効果曲線は平坦なので気づかれないこともある)</p> <p>作用増強の可能性</p> <p>作用減弱</p> <p>作用減弱</p> <p>伝導障害, 心機能抑制のおそれ</p> <p>作用減弱の可能性</p> <p>作用増強 (血中濃度上昇)</p>	<p>投与量増強で対処できない場合や, 投与量が著しく高くなる場合で, 臨床上併用薬の使用が長期にわたり必要な場合には処方薬を相互作用のないカルシウム拮抗薬などに変更するのが賢明。減量など慎重に。</p> <p>避妊法としてピルを選択する希望が強く, 他の避妊法の選択ができない場合には, 処方薬の投与量増加や併用により血圧を調節する。</p> <p>処方薬を服用している患者での抗うつ薬としてはフルボキサミン以外を選択する。</p> <p>投与量調節を慎重に。</p> <p>投与量調節を慎重に。</p> <p>心臓に器質的障害を有する患者では両薬の併用は慎重に行う。臨床効果の慎重な観察と下記の対処。 アテノロール吸収が減少するので投与時間を少なくとも1-2時間離す。</p> <p>併用する場合は, 減量など慎重に。</p>
<p>18. Ca^{2+} 拮抗薬</p> <p>ジヒドロピリジン系薬剤 ジヒドロピリジン系 Ca^{2+} 拮抗薬</p>	<p>グレープフルーツあるいはグレープフルーツジュース (GFJ) 飲用, HIV プロテアーゼ阻害薬, アゾール系抗真菌薬</p> <p>リファンピシン</p>	<p>注意</p> <p>注意</p>	<p>作用増強</p> <p>作用減弱</p>	<p>CYP3A4 を阻害し血中濃度が上昇。過度の血圧低下などが認められた場合は, 本剤の減量などの処置。また同時服用しないように注意。</p> <p>リファンピシンの投与が優先される臨床状況が多いので, 処方薬を CYP3A によって代謝消失されない薬物に変更する。</p>

副作用

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
<p>第1世代 ニフェジピン, ニカルジピン, ニソルジピン*, ニトレンジピン*, ニルバジピン* (*:第2世代)</p>	β受容体遮断薬, シメチジン	注意	降圧作用の作用増強	β受容体遮断薬: 過度の血圧低下が認められた場合は, 本剤または他の降圧薬の減量もしくは中止などの処置. シメチジン: 過度の血圧低下や頻脈などの症状が認められた場合は, 本剤を減量またはシメチジンを中止などの処置.
ニフェジピン	ジルチアゼム, キニジン	注意	作用増強	併用やむない場合には極少量から開始するべき。
<p>第2世代 フェロジピン</p>	エリスロマイシン, グレープフルーツジュース飲用, イトラコナゾール, シクロスボリン, ネルフィナビル	注意	作用増強	血圧を指標とする処方薬の減量。
<p>第3世代 アゼルニジピン</p>	イトラコナゾール, ミコナゾール, インジナビル, サキナビル, リトナビル, グレープフルーツジュース	禁忌 (グレープフルーツジュースは注意)	作用増強	臨床的には併用薬が優先される場合が多いので, 処方薬をアテノロールなど腎消失型のものに変更する。
ベラパミル ベラパミル	β受容体遮断薬 (メプロロールなど)	注意	心抑制作用が増強 (心機能低下や徐脈が現れることがある)	併用やむない場合には少量から慎重に投与を開始する。
	リファンピシン, フェノバルピタール, カルバマゼピン, フェニトイン	注意	リファンピシン, フェノバルピタール, フェニトイン: 作用減弱, カルバマゼピン: カルバマゼピンの血中濃度上昇 (中毒症状 (めまい, 頭痛など) が現われることあり)	併用やむない場合には少量から慎重に投与を開始する。
<p>ジルチアゼム ジルチアゼム</p>	β受容体遮断薬, シメチジン, アタザナビル	注意	作用増強 (β受容体遮断薬: 徐脈, 房室ブロック, 洞房ブロックなどが現れることがある。シメチジン, アタザナビル: 作用増強, 徐脈など)	β受容体遮断薬: 定期的には脈拍数測定し, 必要に応じ心電図検査を行い, 異常が認められた場合, 減量もしくは中止。 シメチジン, アタザナビル: 定期的には臨床症状を観察し, 必要に応じ心電図検査を行い, 異常が認められた場合, 減量もしくは中止。
19 抗不整脈薬				
<p>第I群 (Naチャンネル抑制) Ia群 (APD延長) キニジン</p>	フェノバルピタール, フェニトイン, リファンピシン	注意	作用減弱	処方薬の血中濃度と臨床効果により増量を行う。

副作用

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
プロカインアミド	シメチジン, アミオダロン, エリスロマイシン, グレープフルーツジュース, ジルチアゼム, ネルフィナビル, イトラコナゾール, フルボキサミン, メトロニダゾール, デラビルジン, ミコナゾール	注意: シメチジン, アミオダロン, エリスロマイシン 禁忌: リトナビル, ネルフィナビル, イトラコナゾール, ミコナゾール	血中濃度上昇 (不整脈誘発などの重大な副作用のおそれ)	処方薬の血中濃度と臨床効果を指標として増量を行う。または、併用薬をCYP 3A 阻害作用のない薬物に変更。
	アミオダロン	注意	抗不整脈作用などの心血管作用を増強のおそれ	プロカインアミドの用量調節。
	シメチジン, ラニチジン	注意	抗不整脈作用などの心血管作用を増強のおそれ	プロカインアミドの用量調節。
ジソピラミド	スパルフロキサシン, バルデナフィル, クラリスロマイシン, エリスロマイシン	禁忌または注意	作用増強	併用薬をβラクタム薬に変更。バルデナフィルは当面使用を禁止する。
	フェニトイン, フェノバルビタール, リファンピシン, セントジョーンズ・ワート 抗コリン薬 (アトロピン系薬), シベンゾリン	注意	作用減弱 副作用増強	処方薬のTDMと臨床症状を指標に投与量を増量する。 併用薬を抗コリン作用のないか少ないものに変更。
Ib群 (APD短縮) メキシレチン	フルボキサミン, キニジン		血中濃度に影響を与えるおそれ	処方薬のTDMと臨床効果を指標に減量の必要があれば行う。
	フェノバルビタール, フェニトイン, リファンピシン	注意	作用減弱 (血中濃度低下)	処方薬のTDMと臨床効果を指標に増量の必要があれば行う。
アプリンジン	アミオダロン	注意	QT延長作用増強	臨床的によほど特別な状況であるが、併用時には極少量から開始する。
Ic群 (APD不変) ピルジカイニド	シメチジン		抗不整脈作用などの心血管作用を増強のおそれ	シメチジンをプロトンポンプ阻害薬に変更する。
	アミオダロン, キニジン, パロキセチン	注意	作用増強 (血中濃度上昇)	アミオダロン: フレカイニドの投与量を2/3に減量。
フレカイニド	リトナビル, チオリダジン	禁忌	不整脈, 血液障害, けいれんなどの重篤な副作用を起こすおそれ	
プロパフェノン	リファンピシン		抗不整脈作用の減少の可能性	プロパフェノンのTDMが可能であれば濃度を指標に増量も可能。理論的にはプロパフェノンを腎排泄型のクラスIc薬 (ピルジカイニドなど) に変更が可能だが、効果を観察しながら慎重に行う。

副作用

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
第 III 群 (再分極遅延薬) アミオダロン	リトナビル, (アンブレナビル)	禁忌	不整脈などの重篤な副作用を起こすおそれ	禁忌なので併用しない, 理論的にはプロパフェノンを腎排泄型のクラス Ic 薬 (ピルジカイニドなど) に変更が可能だが, 効果を観察しながら慎重に行う。
	ジルチアゼム, フレカイニド, ベラパミル	注意	作用増強	併用やむない場合には併用薬は極少量から開始すべき。
	クラス Ia (ジソピラミド, キニジン), クラス Ic (プロパフェノン), クラス Ib (メキシレチン)	注意	作用増強	併用やむない場合には併用薬は極少量から開始すべき。
	ジゴキシシン, フレカイニド	注意	作用増強	併用やむない場合には併用薬は極少量から開始すべき。
	スパルフロキサシン, 塩酸バルデナフィル水和物	注意	QT 時間の延長と致命的な不整脈 (torsade de pointes) の出現	極力併用すべきでない。併用薬は QT 時間に対する影響の少ない同効薬に変更。
ニフェカラン	プロブコール, アステミゾール, シサブリド, 三環系抗うつ薬 (イミプラミンなど), ハロペリドール, チオリダジン, ペルフェナジン	注意	QT 時間の延長と致命的な不整脈 (torsade de pointes) の出現	極力併用すべきでない。併用薬は QT 時間に対する影響の少ない同効薬に変更。
	ソタロール	注意	作用増強	減量など注意。
第 IV 群 (Ca 拮抗薬) ベプリジル	ジルチアゼム, ベラパミル	注意	作用増強	減量など注意。
	クラス Ia・Ic 抗不整脈薬, クロルプロマジン, ハロペリドール, ピモジド, テルフェナジン	注意	QT 時間の延長と致命的な不整脈 (torsade de pointes) の出現	減量など注意。
	クラス I またはクラス III 抗不整脈薬	注意	不整脈を誘発することがある	可能な限り併用は避ける。
利尿薬	カリウム低下をもたらす利尿薬 (チアジド系およびループ利尿薬, インダパミドなど)	注意	不整脈を誘発することがある	ベプリジル投与前に血清 K 濃度を測定し, 低 K 血症の場合はあらかじめ適切な処置後にベプリジル投与。
	リトナビル	禁忌	心室頻脈などの重篤な副作用のおそれ	併用できない。
20. 利尿薬				
ループおよびチアジド系利尿薬	アンジオテンシン変換酵素阻害薬 (カプトプリル, エナラプリル, シラザプリル, リシノプリルなど), アンジオテンシン II 受容体 (AT ₁) 遮断薬 (ロサルタン, バルサルタン, テルミサルタンなど) プロベネシド, 非ステロイド性抗炎症薬 (インドメタシンなど, ただしスリンダクを除く), リチウム, メロキシカム, ロルノキシカム	注意 注意	降圧作用増強 併用薬による利尿効果の減少など	併用する場合には極少量から開始する。 不用意に併用薬を使用しない。併用やむない場合には左記の相互作用を考慮して投与量を慎重に調節する。

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
ループ利尿薬 ループ利尿薬（フロセミド、 ブメタニド、エタクリン酸、 ピレタニド、メフルシド）	副腎皮質ホルモン		降圧効果、利尿効果の 減弱の可能性	併用時には治療目的の指 標を頻繁に観察し投与量 を調節する。
	シクロスポリン		処方薬の電解質異常誘 発リスクが増加する可 能性	血清電解質のより頻繁な モニタリングを行う。
..	アミノグリコシド系抗生 物質（ゲンタマイシン、ト ブラマイシン、ネチルマ イシン、アミカシン、アル ベカシンなど）、セファロ リジン、セファロチン、カ ルボプラチン、シスプラ チン	注意	併用薬による副作用を 増強（聴覚障害、腎毒性 を増強）	腎障害患者で併用やむな い場合には特に注意。
フロセミド、ブメタニドなど のループ利尿薬	インドメタシンその他の 非ステロイド性抗炎症薬	注意	利尿作用減弱	併用時には治療目的の指 標を頻繁に観察し投与量 を調節する。
カリウム保持性利尿薬 カリウム保持性利尿薬（スピ ロノラクトン、トリアムテレン）	アンジオテンシン変換酵 素阻害薬（カプトプリル など）	注意	降圧作用増強	併用時には治療目的の指 標を頻繁に観察し投与量 を調節する。
	アンジオテンシン変換酵 素阻害薬、シクロスポリ ン、アンジオテンシンII 受容体遮断薬（ARB：ロ サルタン、テルミサルタ ンなど）	注意	高K血症を誘発	血清K値を観察するな ど注意（特に腎障害患者、 高齢者）。
スピロノラクトン	タクロリムス アンジオテンシン変換酵 素阻害薬（カプトプリル、 エナラプリル）	禁忌 注意	高K血症 高K血症を誘発	血清K値を観察するな ど注意（特に腎障害患者、 高齢者）。
トリアムテレン	ロサルタン、カンデサル タン	注意	高K血症を誘発	血清K値を観察するな ど注意（特に腎障害患者、 高齢者）。
	アンジオテンシン変換酵 素阻害薬（カプトプリル、 エナラプリル）、ARB（ロ サルタン、カンデサルタ ン） インドメタシン、ジクロ フェナク	注意 禁忌	高K血症が現れる 急性腎不全を誘発	血清K値を観察するな ど注意（特に腎障害患者、 高齢者）。
21. 降圧薬				
交感神経抑制薬 中枢性 α_2 アゴニスト クロニジン、グアナベンズ、 guanfacinなどの中枢作 動性 α_2 受容体刺激薬	三環系抗うつ薬（イミプ ラミンなど）、非ステロイ ド性抗炎症薬、トラゾド ン	注意	作用減弱	併用時には治療目的の指 標を頻繁に観察し投与量 を調節する。
メチルドパ	ベンゾジアゼピン、抗ヒ スタミン系薬、アルコー ル飲用	注意	処方薬の中枢鎮静作用 の増強	併用時には極少量から開 始。
	クロルプロマジン	注意	作用増強	併用時には極少量から開 始。
α 遮断薬 プラゾシン	鉄剤	注意	作用減弱の可能性	併用やむない場合には投 与時間を開ける。
	バルデナフィル	注意	血圧低下	用量調節など注意。

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
<p>血管拡張薬 ニトロブシド</p> <p>ACE 阻害薬 アンジオテンシン変換酵素阻害薬 (カプトプリル, エナラプリル, アラセプリル, デラプリル, リシノプリル, シラザプリル, トランドラプリル, ペリンドプリル) エナラプリル</p> <p>アンジオテンシン II 受容体拮抗薬 (ARB) カンデサルタン, バルサルタン, ロサルタン, テルミサルタン</p>	<p>非ステロイド性抗炎症薬 (インドメタシンなど, ただしスリンダクを除く) ベラパミル</p> <p>ホスホジエステラーゼ 5 型阻害薬 (シルデナフィール, バルデナフィル) 降圧薬 (ニカルジピン, プラゾシンなど), パンクロニウム, 吸入麻酔薬 (セボフルラン, イソフルランなど)</p> <p>カリウム保持性利尿薬 (スピロラクトン, トリアムテレン), 非ステロイド性抗炎症薬 (特にインドメタシン)</p> <p>アスピリンその他の非ステロイド性抗炎症薬</p> <p>カリウム保持性利尿薬 (スピロラクトン, トリアムテレンなど)</p>	<p>禁忌</p> <p>注意</p> <p>注意</p> <p>注意</p>	<p>作用減弱の可能性</p> <p>作用増強</p> <p>降圧作用増強</p> <p>作用増強</p> <p>作用減弱</p> <p>血清 K 値上昇</p>	<p>併用時には治療目的の指標を頻繁に観察し投与量を調節する。 減量など注意。</p> <p>用量調節など注意。</p> <p>併用やむない場合には血清電解質の頻回なモニタリングを行う。</p> <p>併用時には治療目的の指標を頻繁に観察し投与量を調節する。</p> <p>特に腎機能障害のある患者。</p>
22. 高脂血症用薬				
<p>HMG - CoA 還元酵素阻害薬</p> <p>プラバスタチン</p> <p>シンバスタチン</p> <p>フルバスタチン</p>	<p>フィブラート系薬剤</p> <p>シクロスポリン</p> <p>シクロスポリン, イトラコナゾール, ミコナゾール, エリスロマイシン, ベラパミル, ジルチアゼム, ネルフィナビル, イマチニブ, ロキシシロマイシン, テリスロマイシン, アゼルニジピン グレープフルーツジュース</p> <p>シクロスポリン, エリスロマイシン</p>	<p>原則禁忌</p> <p>禁忌または注意</p> <p>注意</p>	<p>急激な腎機能悪化を伴う横紋筋融解症が現れやすい</p> <p>急激な腎機能悪化を伴う横紋筋融解症が現れやすい</p> <p>横紋筋融解症リスクの増加</p> <p>処方薬の血中濃度上昇</p> <p>急激な腎機能悪化を伴う横紋筋融解症が現れやすい</p>	<p>自覚症状 (筋肉痛, 脱力感) の発現, CK 上昇, 血中および尿中ミオグロビンならびに血清クレアチニン上昇などの腎機能悪化で直ちに中止。</p> <p>自覚症状 (筋肉痛, 脱力感) の発現, CK 上昇, 血中および尿中ミオグロビン上昇を認めた場合, 直ちに中止。</p> <p>併用時には極少量から開始。</p> <p>併用時にはコレステロール値を参考に投与量を調節する。</p> <p>自覚症状 (筋肉痛, 脱力感) の発現, CK 上昇, 血中および尿中ミオグロビンならびに血清クレアチニン上昇などの腎機能悪化で直ちに中止。</p>

副作用

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
アトルバスタチン ピタバスタチン その他 イコサペント酸エチル ..	ニコチン酸, マクロライド系抗生物質, アゾール系抗真菌薬 (イトラコナゾールなど), デラビルジン, テリスロマイシン シクロスポリン アスピリン, チクロピジン, シロスタゾール, ヘパリン, ワルファリン, ジピリダモール, 線維素溶解薬 (ウロキナーゼ, シルテプララーゼ, アルテプララーゼ), オザグレレ	注意 禁忌 注意	作用増強 横紋筋融解症などの重篤な有害事象 (血中濃度上昇) 作用増強	代謝相互作用のない水溶性スタチン (プラバスタチンなど) に変更するのも考慮。 併用できない。 併用やむない場合には副作用の観察を頻繁に行う。
23 気管支拡張薬・喘息治療薬				
β_2 -アドレナリン受容体刺激薬 第1世代 エフェドリン 吸入式喘息治療薬 ブデソニド, フルチカゾン キサンチン誘導体 テオフィリン	カフェイン イトラコナゾール フルボキサミン, キノロン系抗菌薬 (エノキサシン, シプロフロキサシン, パズフロキサシン, プリフロキサシンなど), 経口避妊薬 (ピル), アロプリノール, シメチジン, インターフェロン, ペグインターフェロンアルファ-2a, BCG ワクチン, カルシウム拮抗薬 (ニフェジピン, ベラパミル, ジルチアゼム) ハロタン	注意 注意 注意 注意	血清 K 値低下 副腎皮質ステロイド剤を全身投与した場合と同様の症状が現れる可能性 (血中濃度上昇) テオフィリンの中毒症状が現れる 不整脈などの副作用増強, 連続併用により作用増強	臨床症状を観察しつつ処方薬の投与量の減量を試みる。 異常の際は減量または中止などの処置。 異常の際は減量または中止などの処置。
24 消化器潰瘍治療薬				
攻撃因子抑制薬 酸分泌抑制薬 (制酸薬) プロトンポンプ阻害薬 オメプラゾール	クラリスロマイシン, チクロピジン, フルボキサミン, フルコナゾール		酸分泌抑制作用の増強	ピロリ菌除菌などではむしろ除菌作用を増強することがある (オメプラゾール)。
25 健胃・消化薬				
健胃薬 胃腸機能調整薬 ドンペリドン	クロルプロマジン, ハロペリドール, レセルピンなど	注意	抗ドパミン作用増強により内分泌機能異常または錐体外路症状の誘発	併用やむない場合には副作用の観察を頻繁に行う。

分類・処方薬	併用薬	禁忌または注意	処方薬の変化	対応・処置
26. 下剤				
緩下剤 塩類下剤 マグネゾール（硫酸マグネシウムとグルコースの合剤の注射剤）	カルシウム拮抗薬		血圧低下作用の増強	併用される場合には少量より投与し、より頻回に血圧を測定して漸増投与する。
27. 止痢・整腸薬				
止痢薬 ロペラミド	キニジン	注意	ロペラミドの中枢作用増強の可能性	併用やむない場合には併用薬は少量から使用する。
28. その他の消化器用薬				
5-HT ₂ 受容体拮抗型制吐薬 オンダンセトロン	リファンピシン	注意	作用減弱	併用する場合には慎重に投与量を増量する。
29. 糖尿病用薬				
インスリン製剤 速効型インスリン インスリン	β 受容体遮断薬	注意	処方薬の副作用に関係する自覚症状をわかりにくくする 作用減弱	併用する場合には血糖モニタリングを頻回にする。 併用時には血糖を指標に慎重に増量を考える。
経口血糖降下薬 スルホニルウレア系（SU剤） トルブタミド	リトナビル、フルボキサミン、スルファメトキサゾール-トリメトプリムフェノチアジン、チアジド、フロセミド、コルチコステロイド、経口避妊薬（ピル）	注意	作用増強の可能性 作用減弱の可能性	併用時には血糖を指標に慎重に減量を考える。 併用時には血糖を指標に慎重に投与量の個別化を考慮する。
糖尿病治療薬（トルブタミド、グリベンクラミドなど）	アスピリン、スルフィンピラゾン、フェニルブタゾン、オキシフェンブタゾン、フルコナゾール、ミコナゾール、アンジオテンシン変換酵素阻害薬（カプトプリル、エナラプリル）、メロキシカム、ロルノキシカム β 受容体遮断薬、チアジド系およびループ利尿薬	注意	作用増強	併用時には血糖を指標に慎重に投与量を設定する。
アセトヘキサミド	ミコナゾール	注意	作用増強	血糖値その他患者の状態を十分観察しながら投与。
グリベンクラミドなど	バルビタール、フェントイン、リファンピシン、経口避妊薬（ピル）	注意	作用減弱	併用時には血糖を指標に投与量を慎重に増量、ただし併用薬中止時には減量を忘れない。