

くすり一口メモ

腎機能障害時における痛風治療薬の使い方

痛風治療薬は、発作治療薬と尿酸降下薬に分類されます。中でも尿酸降下薬は、作用機序の違いから尿酸排泄促進薬と尿酸生成阻害薬に分類されます。尿酸排泄促進薬は、添付文書によると高度な腎機能障害のある患者には禁忌となっています。一方、尿酸生成抑制薬は、腎機能障害のある患者では排泄が遅延し高い血中濃度が持続するので、投与量の減量や投与間隔の延長を考慮することと記載されています。今回は、腎機能障害時の痛風治療薬の使い方についてまとめました。

分類	成分名	主な商品名 (メーカー)	規格	常用量・用法	腎機能低下時の用量・用法			
					Ccr > 50	10 Ccr 50	< 10または透析	
発作治療薬	コルヒチン	コルヒチン (塩野義)	0.5mg	3～4mg 分6～8	減量の必要なし。ただし、蓄積してミオパチーを起こしやすいとの報告あり			
	NSAIDs	インドメタシン	インダシン (万有)	25mg	25～75mg 分1～3	減量の必要なし		腎障害の恐れがあるため禁忌となっているが減量の必要はない
		ナプロキセン	ナイキサン (田辺三菱)	100mg 300mg	300～600mg 分2～3	減量の必要なし		腎障害の恐れがあるため禁忌となっているが減量の必要はない
尿酸生成抑制薬	アロプリノール	ザイロリック (GSK)	50mg 100mg	100～600mg 分1～3	100～300mg/日	100mg/日	50mg/日 透析患者に対しては週3回透析後1回100mgあるいは50mg/日	
尿酸排泄促進薬	ベンズプロマロン	ユリノーム (鳥居)	25mg 50mg	25mg～150mg 分1～3	減量の必要なし	減量の必要はないがCcr30ml/min以下では効果が減弱するため投与しない	無効のため禁忌	
	プロベネシド	ベネシット (科研)	250mg	0.5～2g 分2～4	減量の必要なし	Ccr30ml/min以下では無効であり、高度の腎障害のある患者では、尿中尿酸排泄量の増加により腎障害を悪化させるおそれがあるため禁忌		
尿アルカリ化薬	クエン酸K・クエン酸Na水和物	ウラリット-U (ケミファ・鳥居)	1g	3g 分3(pH6.2～6.8の範囲に調整)	腎不全患者では一般的に高カリウム血症になりやすいため、慎重投与			

ベンズプロマロンとプロベネシドは、腎における尿酸の再吸収を阻害することで尿酸排泄を促進します。そのため、高度な腎障害のある患者には無効であり、禁忌となっています。

アロプリノールは代謝され、オキシプリノールになります。オキシプリノールにも尿酸生成合成阻害作用があります。消失半減期 $t_{1/2}$ はアロプリノールでは1～3時間と短いに対して、オキシプリノールでは12～30時間と長いことから臨床的にはオキシプリノールが活性本体と考えられます。また、アロプリノールの尿中未変化体排泄率は10%前後ですが、活性代謝物であるオキシプリノールは70%と高いため、腎機能障害時に常用量のアロプリノールを投与すると、オキシプリノールの血中濃度が異常上昇すると考えられます。腎障害患者に常用量のアロプリノールを投与されたことによる重篤な副作用が報告されており、注意して使用していただきますようお願いいたします。

参考資料

病気と薬の説明ガイド2006 南山堂  
腎不全と薬の使い方Q&A じほう  
各種添付文書  
(鹿児島市医師会病院薬剤部 池村 佳代)