

仙台赤十字病院における 経口プロトンポンプ阻害剤標準フォーミュラリー

	薬品名
第一選択薬	ラベプラゾール
第二選択薬	エソメプラゾール
第三選択薬	ランソプラゾール

※タケキャブ錠(ボノプラザン)に関しては、厳密にはP-CAB(Potassium-Competitive Acid Blocker)に分類され、PPIと作用機序が異なるため本フォーミュラリーの対象から除外した。

参考ガイドライン

●日本消化器学会

『消化性潰瘍診療ガイドライン 2020』

『胃食道逆流症（GERD）診療ガイドライン 2021』

参考:盛岡赤十字病院薬剤部 院内フォーミュラリー プロトンポンプ阻害薬（内服薬）

経口プロトンポンプ阻害剤 標準フォーミュラリー

		【第一選択薬】 ラベプラゾール	【第二選択薬】 エソメプラゾール	【第三選択薬】 ランソプラゾール
禁忌	過敏症の既往歴	○	○	○
	アタザナビル硫酸塩、リルピピリン塩酸塩を投与中	○	○	○
特定の背景を有する患者	薬物過敏症の既往歴	注意	注意	注意
	肝障害	注意	注意	注意
	腎障害	減量不要	減量不要	減量不要
非除菌治療	胃潰瘍	A	A	A
	十二指腸潰瘍	A	A	A
	非選択的 NSAIDs 潰瘍	A	A	A
	低用量アスピリン潰瘍	A	A	A
備考		<ul style="list-style-type: none"> ●CYP 2C19による影響が少なく、併用注意の薬剤が少ない ●NSAID s 潰瘍の適応無し 	<ul style="list-style-type: none"> ●小児への適応有り ●先発品の懸濁用顆粒製剤有り 	<ul style="list-style-type: none"> ●OD錠があり、嚥下困難な患者に有用で、軽く粉砕も可能 ●NSAID s 潰瘍の適応は15mgのみ