

貯法：室温保存
有効期間：3年

抗酸菌症治療薬
処方箋医薬品^{注1)}

日本標準商品分類番号

876164

承認番号

22100AMX01803

販売開始

1971年8月

日本薬局方 リファンピシンカプセル

リファジン[®]カプセル150mg

RIFADIN[®] CAPSULES

注) 注意－医師等の処方箋により使用すること

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

2.1 胆道閉塞又は重篤な肝機能障害のある患者[9.3.1参照]

****2.2** ルラシドン塩酸塩、タダラフィル(アドシルカ)、マシテンタン、ペマフィブラート、チカグレロル、ロルラチニブ、ポリコナゾール、イサブコナゾニウム硫酸塩、ホスアンブレナビルカルシウム水和物、アタザナビル硫酸塩、リルピリン塩酸塩、リルピリン塩酸塩・テノホビル アラフェナミドフマル酸塩・エムトリシタピン、ドルテグラビルナトリウム・リルピリン塩酸塩、エルビテグラビル・コビススタット・エムトリシタピン・テノホビル アラフェナミドフマル酸塩、ダルナビル エタノール付加物・コビススタット・エムトリシタピン・テノホビル アラフェナミドフマル酸塩、ドラビリン、カボテグラビル、カボテグラビルナトリウム、レナカパビルナトリウム、ソホスブビル、レジパスビル アセトン付加物・ソホスブビル、ソホスブビル・ベルパタスビル、グレカプレビル水和物・ピブレントスビル、テノホビル アラフェナミドフマル酸塩、ビクテグラビルナトリウム・エムトリシタピン・テノホビル アラフェナミドフマル酸塩、アメナメビル、ニルマトレルビル・リトナビル、エンシトレビル フマル酸、アルテメテル・ルメファントリン又はプラジカンテルを投与中の患者[10.1参照]


2.3 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

3. 組成・性状

3.1 組成

販売名	有効成分	添加剤
リファジンカプセル150mg	1カプセル中 リファンピシン(日局) 150mg(力価)	結晶セルロース、低置換度ヒドロキシプロピルセルロース、ステアリン酸ポリオキシル40、ステアリン酸マグネシウム、ショ糖脂肪酸エステル カプセル：ゼラチン、ラウリル硫酸ナトリウム、赤色102号、黄色5号、青色1号

3.2 製剤の性状

販売名	剤形	色		外形	
		キャップ	ボディ	全長(mm)	重さ(mg)
リファジンカプセル150mg	カプセル(3号)	青色不透明	赤色不透明		約15.8 約229

4. 効能又は効果

〈適応菌種〉

本剤に感性的マイコバクテリウム属

〈適応症〉

肺結核及びその他の結核症、マイコバクテリウム・アビウムコンプレックス(MAC)症を含む非結核性抗酸菌症、ハンセン病

6. 用法及び用量

〈肺結核及びその他の結核症〉

通常成人には、リファンピシンとして1回450mg(力価)を1日1回毎日経口投与する。ただし、感性的併用剤のある場合は週2日投与でもよい。原則として朝食前空腹時投与とし、年齢、症状により適宜増減する。また、他の抗結核剤との併用が望ましい。

〈MAC症を含む非結核性抗酸菌症〉

通常成人には、リファンピシンとして1回450mg(力価)を1日1回毎日経口投与する。原則として朝食前空腹時投与とし、年齢、症状、体重により適宜増減するが、1日最大量は600mg(力価)を超えない。〈ハンセン病〉

通常成人には、リファンピシンとして1回600mg(力価)を1ヵ月に1~2回または1回450mg(力価)を1日1回毎日経口投与する。原則として朝食前空腹時投与とし、年齢、症状により適宜増減する。また、他の抗ハンセン病剤と併用すること。

7. 用法及び用量に関連する注意

〈MAC症を含む非結核性抗酸菌症〉

投与開始時期、投与期間、併用薬等について国内外の各種学会ガイドライン¹⁾⁻³⁾等、最新の情報を参考にし、投与すること。

8. 重要な基本的注意

〈効能共通〉

- 重篤な肝機能障害があらわれることがあるので、定期的に肝機能検査を行うこと。[10.2、11.1.1参照]
- 間歇投与又は投与を一時中止し再投与する場合には、アレルギー性の副作用(ショック、アナフィラキシー、腎不全、間質性腎炎、溶血性貧血)があらわれやすい。〈肺結核及びその他の結核症〉
- 耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、疾病の治療上必要な最小限の期間の投与にとどめること。
- 本剤を含む抗結核薬による治療で、薬剤逆説反応を認めることがある。治療開始後に、既存の結核の悪化又は結核症状の新規発現を認めた場合は、薬剤感受性試験等に基づき投与継続の可否を判断すること。〈ハンセン病〉
- 「ハンセン病診断・治療指針」(厚生省・(財)藤楓協会発行)を参考に治療を行うことが望ましい。
- 本剤による治療についての科学的データの蓄積が少ないことを含め、患者に十分な説明を行い、インフォームド・コンセントを得ること。

9. 特定の背景を有する患者に関する注意

- 合併症・既往歴等のある患者
 - 過敏症の既往歴のある患者(ただし、本剤に対し過敏症の既往歴のある患者には投与しないこと)
 - 副腎皮質不全のある患者
副腎(急性)クリーゼを誘発することがある。
 - 慢性甲状腺炎のある患者
甲状腺機能低下症を増悪又は顕在化させることがある。
- 肝機能障害患者
 - 胆道閉塞又は重篤な肝機能障害のある患者
投与しないこと。症状が悪化するおそれがある。[2.1参照]
 - 肝機能障害又はその既往歴のある患者(重篤な肝機能障害のある患者を除く)
症状が悪化又は再発するおそれがある。
- 妊婦
妊婦又は妊娠している可能性のある女性には、投与しないことが望ましい。動物実験(ラット、マウス)で催奇形作用が報告されている。
- 授乳婦
治療上の有益性及び母乳栄養の有益性を考慮し、授乳の継続又は中止を検討すること。ヒト乳汁中へ移行することが報告されている。

9.8 高齢者

減量するなど慎重に投与すること。一般に生理機能が低下していることが多い。

10. 相互作用

本剤はチトクロームP450 3A4(CYP3A4)をはじめとする肝薬物代謝酵素、UDP-グルクロン酸転移酵素(UGT)、P糖蛋白を誘導する作用がある。また、トランスポーター(OATP1B1、OATP1B3)を阻害する作用がある。本剤は多くの薬剤との相互作用が報告されているが、可能性のあるすべての組み合わせについて検討されているわけではないので、他剤と併用する場合には注意すること。

10.1 併用禁忌(併用しないこと)

薬効分類	薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
経精神用剤	ルラシドン塩酸塩 ラソーダ [2.2参照]	ルラシドン塩酸塩の作用が減弱するおそれがある。	本剤のCYP3A4誘導作用により、ルラシドン塩酸塩の代謝を促進し、血中濃度を低下させると考えられている。
循環器管薬	タダラフィル アドシルカ [2.2参照]	タダラフィルの作用が減弱するおそれがある。	本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4)誘導作用により、本剤(600mg/日)の併用で、タダラフィル(10mg)のCmax及びAUCをそれぞれ46%及び88%低下させると考えられている。
	マシテンタン オプスミット [2.2参照]	マシテンタンの作用が減弱するおそれがある。	本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4)誘導作用により、マシテンタンの代謝を促進し、血中濃度を低下させると考えられている。
症高用脂剤血	ペマフィブラート バルモディア [2.2参照]	ペマフィブラートの血中濃度が上昇するおそれがある。	本剤がトランスポーター(OATP1B1及びOATP1B3)を阻害すると考えられている。
体血液液用・剤	チカグレロル プリリント [2.2参照]	チカグレロルの作用が減弱するおそれがある。	本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4)誘導作用により、チカグレロルの代謝を促進し、血中濃度を低下させると考えられている。
腫抗瘍悪剤性	ロルラチニブ ローブレナ [2.2参照]	ALT及びASTが上昇するおそれがある。	機序は不明である。
抗真菌剤	ボリコナゾール ブイフェンド [2.2参照]	ボリコナゾールの作用が減弱するおそれがある。	本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4)誘導作用により、ボリコナゾールのCmax及びAUCをそれぞれ93%及び96%低下させると考えられている。
	イサブコナゾニウム硫酸塩 クレセンバ [2.2参照]	イサブコナゾニウム硫酸塩の作用が減弱するおそれがある。	本剤のCYP3A誘導作用により、イサブコナゾニウム硫酸塩の代謝を促進し、血中濃度を低下させると考えられている。
抗ウイルス剤	HIV感染症治療薬 ホスアンプレナビルカルシウム水和物 レクシヴァ アタザナビル硫酸塩 レイアタツツ [2.2参照]	これらの薬剤の作用が減弱するおそれがある。	本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4)誘導作用により、これらの薬剤又は活性代謝物の代謝を促進し、血中濃度を1/5以下に低下させると考えられている。
	リルピピリン塩酸塩 エジュラント [2.2参照]		本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4)誘導作用により、リルピピリン塩酸塩の代謝を促進し、Cmin、Cmax及びAUC ₂₄ をそれぞれ89%、69%及び80%低下させると考えられている。
	リルピピリン塩酸塩・テノホビル ア アラフェナミドフマル酸塩・エムトリシ タピン オデフシ [2.2参照]	リルピピリン及びテノホビル ア アラフェナミドの作用が減弱するおそれ がある。	本剤のCYP3A誘導作用により、リルピピリン の代謝が促進し、血中濃度を低下させると考 えられている。また、P糖蛋白誘導作用により、 テノホビル アアラフェナミドの血中濃度を低 下させると考えられている。
	ドルテグラビルナトリウム・リルピ ピリン塩酸塩 ジャルカ [2.2参照]	ドルテグラビル及びリルピピリンの作 用が減弱するおそれがある。	本剤のCYP3A4及びUGT1A1誘導作用により、 ドルテグラビルの代謝が促進し、血中濃度を低 下させると考えられている。また、CYP3A4誘 導作用によりリルピピリンの代謝が促進し、血 中濃度を低下させると考えられている。
	エルビテグラビル・コビススタット・ エムトリシタピン・テノホビル ア アラフェナミドフマル酸塩 ゲンボイヤ [2.2参照]	エルビテグラビル、コビススタット及 びテノホビルの作用が減弱するおそれ がある。	本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4等)誘導作用に より、エルビテグラビル及びコビススタットの 代謝を促進し、血中濃度を低下させると考 えられている。また、本剤のP糖蛋白誘導作用に よるものと考えられている。
	ダルナビル エタノール付加物・コ ビススタット・エムトリシタピン・テ ノホビル アアラフェナミドフマル酸塩 シムツェザ [2.2参照]	ダルナビル、コビススタット及びテ ノホビル アアラフェナミドの作用が減 弱するおそれがある。	本剤のCYP3A誘導作用により、ダルナビル、 コビススタット及びテノホビル アアラフェ ナミドの代謝を促進し、血中濃度を低下させ ると考えられている。また、本剤のP糖蛋白 誘導作用によるものと考えられている。
ドラピリン ピフェルトロ [2.2参照]	ドラピリンの作用が減弱するおそれ がある。	本剤のCYP3A4誘導作用により、ドラピリンの 代謝を促進し、血中濃度を低下させると考 えられている。	

**

薬効分類	薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
*	カボテグラビル カボテグラビルナトリウム ボカブリア [2.2参照]	カボテグラビルの作用が減弱するおそれがある。	本剤のUGT1A1誘導作用により、カボテグラビルの代謝を促進し、血中濃度を低下させると考えられている。
	レナカパビルナトリウム シュレンカ [2.2参照]	レナカパビルの作用が減弱し、耐性が発現するおそれがある。	本剤のCYP3A、P糖蛋白及びUGT1A1誘導作用により、レナカパビルの血中濃度を低下させると考えられている。
*	ソホスブビル ソバルディ [2.2参照]	ソホスブビルの作用が減弱するおそれがある。	本剤のP糖蛋白誘導作用によるものと考えられている。
	レジパスビル アセトン付加物・ソホスブビル ハーボニー [2.2参照]	レジパスビル アセトン付加物及びソホスブビルの作用が減弱するおそれがある。	
	ソホスブビル・ベルパタスビル エプクルーサ [2.2参照]	ソホスブビル及びベルパタスビルの作用が減弱するおそれがある。	本剤のCYP及びP糖蛋白誘導作用により、ソホスブビル及びベルパタスビルの血中濃度を低下させると考えられている。
	グレカプレビル水和物・ピブレントスビル マヴィレット [2.2参照]	グレカプレビル水和物及びピブレントスビルの作用が減弱するおそれがある。	本剤のP糖蛋白誘導作用によるものと考えられている。
	テノホビル アラフェナミドフマル酸塩 ベムリディ [2.2参照]	テノホビル アラフェナミドフマル酸塩の作用が減弱するおそれがある。	
	ビクテグラビルナトリウム・エムトリシタピン・テノホビル アラフェナミドフマル酸塩 ビクタルビ [2.2参照]	ビクテグラビルの血漿中濃度が低下するため、効果が減弱し、耐性が発現する可能性があることから、併用しないこと。また、テノホビル アラフェナミドの血漿中濃度も低下する可能性がある。	本剤のCYP3A、UGT1A1及びP糖蛋白誘導作用によるものと考えられている。
	アメナメビル アメナリーフ [2.2参照]	アメナメビルの作用が減弱するおそれがある。	本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4)誘導作用により、アメナメビルの代謝を促進し、血中濃度を低下させると考えられている。
	ニルマトレルビル・リトナビル パキロビッド [2.2参照]	ニルマトレルビル及びリトナビルの作用の減弱や耐性出現のおそれがある。	本剤のCYP3A誘導作用により、ニルマトレルビル及びリトナビルの代謝を促進し、血中濃度を低下させると考えられている。
	エンシトレルビル フマル酸 ゾコーバ [2.2参照]	エンシトレルビル フマル酸の作用が減弱するおそれがある。	本剤のCYP3A誘導作用により、エンシトレルビル フマル酸の代謝を促進し、血中濃度を低下させると考えられている。
抗原虫剤	アルテメテル・ルメファントリン リアメット [2.2参照]	アルテメテル及びルメファントリンの作用が減弱するおそれがある。	本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4)誘導作用により、アルテメテル及びルメファントリンの代謝を促進し、血中濃度を低下させると考えられている。
駆虫剤	プラジカンテル ビルトリシド [2.2参照]	プラジカンテルの作用が減弱するおそれがある。	本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4)誘導作用により、プラジカンテルの代謝を促進し、血中濃度を約100%低下させると考えられている。

10.2 併用注意(併用に注意すること)

薬効分類	薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
催眠不鎮安静剤、 抗てんかん剤	ベンゾジアゼピン系薬剤 ジアゼパム ミダゾラム トリアゾラム等	これらの薬剤の作用が減弱することがある。	本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4等)誘導作用により、これらの薬剤の代謝を促進し、血中濃度を低下させると考えられている。
	不眠症治療薬 ゾルピデム酒石酸塩 ゾピクロン		
抗てんかん剤	フェニトイン カルバマゼピン等	本剤のUGT誘導作用によるものと考えられている。	
	ラモトリギン		
解熱鎮痛消炎剤	アセトアミノフェン	本剤の長期投与により、肝薬物代謝酵素が誘導され、肝障害を生じやすくなるとの報告がある。	本剤の肝薬物代謝酵素誘導作用により、アセトアミノフェンの代謝を促進し、肝毒性を有する代謝物の産生を増加させると考えられている。
	ブプレノルフィン塩酸塩	これらの薬剤の作用が減弱することがある。	本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4等)誘導作用により、ブプレノルフィン塩酸塩の代謝を促進し、血中濃度を低下させると考えられている。

薬効分類	薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
抗ソノ剤キ	イストラデフィリン	これらの薬剤の作用が減弱することがある。	本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4等)誘導作用により、これらの薬剤の代謝を促進し、血中濃度を低下させると考えられている。
精神神経用剤	ハロペリドール プロムペリドール オランザピン クエチアピンフマル酸塩 クロザピン ノルトリプチリン塩酸塩 ミルタザピン等		
中枢神経系用薬	ドネペジル塩酸塩 スボレキサント		
鎮けい剤	チザニジン塩酸塩		
強心剤	ジギタリス製剤		本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4等)及びP糖蛋白誘導作用によるものと考えられている。
不整脈用剤	キニジン硫酸塩水和物 メキシレチン塩酸塩 ジソピラミド プロパフェノン塩酸塩 ピルシカイニド塩酸塩水和物 β遮断剤 メトプロロール酒石酸塩 プロプラノロール塩酸塩等		本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4等)誘導作用により、これらの薬剤の代謝を促進し、血中濃度を低下させると考えられている。
利尿剤	トルバプタン		
血圧降下剤	ブナゾシン塩酸塩 エプレレノン カルベジロール アゼルニジピン エナラプリルマレイン酸塩		機序は不明である。
収血管剤	エレトリプタン臭化水素酸塩		本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4等)誘導作用により、これらの薬剤の代謝を促進し、血中濃度を低下させると考えられている。
拡張管剤	カルシウム拮抗薬 ベラパミル塩酸塩 ニフェジピン等		
高脂血症用剤	クロフィブラート フルバスタチンナトリウム CYP3A4で代謝される薬剤 シンバスタチン等 ピタバスタチンカルシウム	外国人健康成人を対象に行った併用試験において、ピタバスタチンのCmax及びAUCが上昇したとの報告がある。	有機アニオントランスポーターを介したピタバスタチンの肝臓への取り込みを阻害すると考えられる。
循環器官用薬	ボセンタン水和物 トレプロスチニル セレキシパグ	これらの薬剤の作用が減弱することがある。 セレキシパグの活性代謝物のAUCが低下したとの報告がある。	本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4等)誘導作用により、これらの薬剤の代謝を促進し、血中濃度を低下させると考えられている。 本剤の肝薬物代謝酵素(CYP2C8)誘導作用により、セレキシパグの活性代謝物の代謝が促進すると考えられている。
拡張管剤支	テオフィリン	これらの薬剤の作用が減弱することがある。	本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4等)誘導作用により、これらの薬剤の代謝を促進し、血中濃度を低下させると考えられている。
消化器官用薬	5-HT ₃ 受容体拮抗型制吐薬 オンダンセトロン塩酸塩水和物 NK ₁ 受容体拮抗型制吐薬 ホスアプレピタントメグルミン セビメリン塩酸塩水和物		本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4等)誘導作用により、これらの薬剤の代謝を促進し、これらの薬剤又は活性代謝物の血中濃度を低下させると考えられている。

薬効分類	薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子	
副腎皮質ホルモン剤		これらの薬剤の作用が減弱することがある。	本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4等)誘導作用により、これらの薬剤の代謝を促進し、血中濃度を低下させると考えられている。	
卵胞ホルモン・黄体ホルモン剤				
泌尿生殖器官用薬	ホスホジエステラーゼ5阻害剤 シルденаフィルクエン酸塩 バルデナフィル塩酸塩水和物 タダラフィル(シアリス、ザルティア)		本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4等)及びP糖蛋白誘導作用によるものと考えられている。	
	過活動膀胱治療薬 コハク酸ソリフェナシン等 ミラベグロン ビベグロン			
外用薬	ジアフェニルスルホン		本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4等)誘導作用により、ジアフェニルスルホンの代謝を促進し、血中濃度を低下させると考えられている。	
血液凝固阻止剤	クマリン系抗凝固薬		本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4等)誘導作用により、これらの薬剤の代謝を促進し、血中濃度を低下させると考えられている。	
	リバーロキサバン アピキサバン			
	ダビガトランエテキシラートメタンスルホン酸塩	ダビガトランの血中濃度が低下することがある。	本剤のP糖蛋白誘導作用によるものと考えられている。	
体血液用・薬	クロピドグレル硫酸塩	クロピドグレル硫酸塩の血小板阻害作用が増強されることにより、出血リスクが高まるおそれがある。クロピドグレル硫酸塩との併用は避けることが望ましい。	本剤のCYP2C19誘導作用により、クロピドグレル硫酸塩の活性代謝物の血漿中濃度が上昇すると考えられている。	
解毒剤	デフェラシロクス	これらの薬剤の作用が減弱することがある。	本剤のUGT誘導作用によるものと考えられている。	
糖尿病用剤	カナグリフロジン水和物		本剤のUGT1A9及びUGT2B4誘導作用によるものと考えられている。	
	その他CYP3A4等で代謝される経口糖尿病薬			
代謝性医薬品	ミコフェノール酸モフェチル シクロスポリン タクロリムス水和物 トファシチニブクエン酸塩 エリグルスタット酒石酸塩 レフルノミド	外国人健康成人を対象に行った併用試験において、レフルノミドの活性代謝物のCmaxが上昇したとの報告がある。	本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4等)誘導作用により、レフルノミドから活性代謝物への代謝を促進すると考えられている。	
抗悪性腫瘍製剤	CYP3A4等で代謝される薬剤 イリノテカン塩酸塩水和物 タモキシフェンクエン酸塩 トレミフェンクエン酸塩 イマチニブメシル酸塩 ゲフィチニブ ラパチニブトシル酸塩水和物 レトロゾール エンザルタミド等	これらの薬剤の作用が減弱することがある。	本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4等)誘導作用により、これらの薬剤の代謝を促進し、これらの薬剤又は活性代謝物の血中濃度を低下させると考えられている。	
	ギルテリチニブフマル酸塩			本剤のCYP3A4及びP糖蛋白誘導作用によるものと考えられている。
	ロミデプシン			ロミデプシンの血中濃度が上昇するおそれがある。
質抗製生剤物	クラリスロマイシン クロラムフェニコール ドキシサイクリン塩酸塩水和物	これらの薬剤の作用が減弱することがある。	本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4等)誘導作用により、これらの薬剤の代謝を促進し、血中濃度を低下させると考えられている。	
抗真菌剤	カスポファンギン酢酸塩	カスポファンギン酢酸塩との併用により、本剤単回投与ではカスポファンギンのAUCが上昇し、本剤の代謝誘導作用が定常状態下ではカスポファンギンのトラフ濃度が低下したとの報告がある。	トランスポーター(OATP1B1)を介した輸送過程が影響すると考えられている。	

薬効分類	薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
抗結核薬	抗結核薬 イソニアジド等 [8.1参照]	重篤な肝機能障害があらわれることがある。	本剤の肝薬物代謝酵素誘導作用により、イソニアジドの代謝を促進し、肝毒性を有する代謝物の産生を増加させると考えられている。
	エタンブトール塩酸塩	エタンブトール塩酸塩の視力障害を増強するおそれがある。 視力障害について観察を十分に行う。	機序は不明である。
抗真菌剤	リネゾリド	外国人健康成人を対象に行った併用試験において、リネゾリドのCmax及びAUCが低下したとの報告がある。	
抗ウイルス剤	HIV感染症治療薬 HIVプロテアーゼ阻害剤 (リトナビル、ロピナビル等) ネビラピン マラビロク エファビレンツ ジドブジン	これらの薬剤の作用が減弱することがある。	本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4等)誘導作用により、これらの薬剤の代謝を促進し、血中濃度を低下させると考えられている。
	ラルテグラビルカリウム		本剤のUGT誘導作用によるものと考えられている。
	ドルテグラビルナトリウム	ドルテグラビルの血漿中濃度が低下したとの報告がある。	本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4等)及びUGT1A1誘導作用によるものと考えられている。
	エムトリシタピン・テノホビル アラフェナミドフマル酸塩	テノホビル アラフェナミドフマル酸塩の作用が減弱することがある。	本剤のP糖蛋白誘導作用によるものと考えられている。
化学療法剤	テルビナフィン塩酸塩 アゾール系抗真菌薬 フルコナゾール等	これらの薬剤の作用が減弱することがある。	本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4等)誘導作用により、これらの薬剤の代謝を促進し、血中濃度を低下させると考えられている。
	アトバコン	アトバコンとの併用により、アトバコンの血中濃度が約53%低下し、t _{1/2} は約33時間短縮したとの報告がある。	機序は不明である。
麻天薬然	オキシコドン塩酸塩水和物	オキシコドン塩酸塩水和物の作用が減弱することがある。	本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4等)誘導作用により、オキシコドン塩酸塩水和物の代謝を促進し、血中濃度を低下させると考えられている。
麻合薬成	メサドン塩酸塩	メサドン塩酸塩の作用が減弱することがある。	本剤の肝薬物代謝酵素(CYP3A4等)誘導作用により、メサドン塩酸塩の代謝を促進し、血中濃度を低下させると考えられている。

11. 副作用

次の副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

11.1 重大な副作用

11.1.1 劇症肝炎等の重篤な肝機能障害(頻度不明)

[8.1参照]

11.1.2 ショック(頻度不明)、アナフィラキシー(頻度不明)

初期症状：悪寒、顔面潮紅、呼吸困難等

11.1.3 腎不全(頻度不明)、間質性腎炎(頻度不明)、ネフローゼ症候群(頻度不明)

11.1.4 溶血性貧血(頻度不明)

11.1.5 無顆粒球症(頻度不明)、血小板減少(頻度不明)

11.1.6 偽膜性大腸炎等の血便を伴う重篤な大腸炎(頻度不明)

症状：腹痛、頻回の下痢等

11.1.7 中毒性表皮壊死融解症(Toxic Epidermal Necrolysis : TEN)(頻度不明)、皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)(頻度不明)、扁平苔癬型皮疹(頻度不明)、天疱瘡様及び類天疱瘡様皮疹(頻度不明)、紅皮症(剥脱性皮膚炎)(頻度不明)

11.1.8 間質性肺炎(頻度不明)

11.2 その他の副作用

	5%以上	0.1～5%未満	頻度不明
肝臓		AST上昇、ALT上昇等	黄疸
過敏症		発疹等	発熱等のかぜ様症候群、蕁麻疹等
腎臓		尿蛋白等	血尿等
血液			顆粒球減少、出血傾向、好酸球増多等

	5%以上	0.1～5%未満	頻度不明
消化器	胃腸障害(食欲不振、悪心、嘔吐、胃痛、下痢、胃不快感等)		出血性びらん性胃炎
精神神経系		頭痛、めまい	不眠、いらいら感、傾眠、錯乱
内分泌			月経異常、甲状腺機能低下症、副腎機能不全
その他		しびれ感	全身倦怠感、筋脱力、手指のこわばり、浮腫、運動失調、尿・便等の着色 ^(注)

(注)尿、便、唾液、痰、汗、涙液がリファンピシン及びその代謝物により橙赤色等に着色する。なお、血清も同様の着色を示す。また、ソフトコンタクトレンズが変色することもある。

12. 臨床検査結果に及ぼす影響

12.1 インドシアニングリーン(ICG)排泄の遅延がみられることがある。

12.2 微生物学的検査法による血清中薬酸値、ビタミンB₁₂値が異常を示すことがある。

13. 過量投与

13.1 症状

皮膚・唾液・涙液・汗・顔面の橙赤色化(red man syndrome)、嘔気・嘔吐、腹痛、肝肥大、黄疸、AST・ALT等の上昇、頭痛、顔面又は眼窩周囲浮腫、急性肺水腫、嗜眠、意識障害、痙攣、低血圧、洞頻脈、心室性不整脈、心停止

14. 適用上の注意

14.1 薬剤交付時の注意

PTP包装の薬剤はPTPシートから取り出して服用するよう指導すること。PTPシートの誤飲により、硬い鋭角部が食道粘膜へ刺入し、更には穿孔をおこして縦隔洞炎等の重篤な合併症を併発することがある。

15. その他の注意

15.1 臨床使用に基づく情報

海外において、ポルフィリン症の患者に投与した場合、症状を誘発又は悪化させたとの報告がある。

16. 薬物動態

16.1 血中濃度

16.1.1 単回投与

健康成人4例にリファンピシン450mgを朝食前30分に単回経口投与した場合の薬物動態パラメータは次のとおりであった⁴⁾。

単回経口投与におけるリファンピシンの薬物動態パラメータ

Tmax(hr)	1.90
Cmax($\mu\text{g/mL}$)	7.99
t _{1/2} (hr)	2.26

One compartment model

16.3 分布

16.3.1 組織分布

リファンピシンは、喀痰、肺・骨・腎等の各臓器、リンパ液及び脳脊髄液等の体液に広く分布する。また、乳汁、臍帯血及び羊水中へ移行することが認められている⁵⁾⁻⁸⁾。

16.3.2 蛋白結合率

リファンピシンの蛋白結合率は、平衡透析法でヒトアルブミンに対して24.2~27.8%、プール血清に対して22.2%であった⁹⁾ (*in vitro*)。

16.4 代謝

健康成人にリファンピシン450mgを経口投与した場合、尿中に検出される主な代謝物は、Desacetyl-rifampicin (DA-RFP)、3-Formyl-rifamycin SV及びRFP-glucuronides等であった^{10)、11)}。DA-RFPは、リファンピシンより劣る抗菌力を示した¹²⁾。

なお、リファンピシンは肝薬物代謝酵素チトクロームP450 (主にCYP3A4)を誘導する¹³⁾。

16.5 排泄

健康成人男性1例にリファンピシン450mgを朝食前に単回経口投与した場合、投与後24時間までに糞便中に約58%、尿中に約30%が排泄された¹¹⁾。また、胆汁中に排泄されたリファンピシン及びDA-RFPは腸肝循環することが認められた¹²⁾。

16.6 特定の背景を有する患者

16.6.1 腎機能障害患者

腎機能障害患者4例にリファンピシン300mgを単回経口投与した場合、投与後1~2時間で最高血中濃度(5.1~6.8 $\mu\text{g/mL}$)に達し、t_{1/2}は3.85時間であった。健康成人と顕著な差は認められなかったが、投与後12時間までの平均尿中回収率は3.1%と健康成人に比べて低かった¹⁴⁾。

16.6.2 透析患者

慢性腎不全患者3例にリファンピシン300mgを単回経口投与し、投与3時間後に透析を開始した場合、t_{1/2}は1.92~2.21時間であり、健康成人と比べて短縮した¹⁴⁾。

16.6.3 肝機能障害患者

肝硬変患者13例に1日リファンピシン600mgを7日間毎日経口投与した場合、健康成人に比べ、血中濃度の上昇及び半減期の延長が認められた¹⁵⁾ (外国人データ)。

17. 臨床成績

17.1 有効性及び安全性に関する試験

(肺結核)

17.1.1 国内臨床試験

(1) 初回治療

・非空洞患者221例にリファンピシン・イソニアジドを6ヵ月間併用し、さらにイソニアジドを単独で3ヵ月間計9ヵ月間投与した場合、投与前排菌例46例は投与開始2ヵ月以内に全例菌陰性化(培養)し、平均1.5年観察し得た182例の再排菌率は1.1%(2/182例)であった¹⁶⁾。

・主に空洞患者にリファンピシン・イソニアジド・ストレプトマイシンを3ヵ月間毎日併用し、さらにリファンピシン・イソニアジドを毎日、ストレプトマイシンを週2回併用した場合、6ヵ月目の菌陰性化率(培養)は99%(97/98例)で

あった。また、菌陰性化後6ヵ月間投与時及び12ヵ月間投与時の治療中止後36ヵ月までの再排菌率は、それぞれ2.3%(3/128例)及び0%(0/124例)であった。主な副作用は、聴力低下、耳鳴り、めまいの合計がそれぞれ6.3%(8/128例)、7.3%(9/124例)であった¹⁷⁾。

・主に菌陽性の空洞患者にリファンピシン・イソニアジドを毎日、ストレプトマイシンを週2回(又はエタンブトールを毎日)6ヵ月間併用し、さらにリファンピシン・イソニアジドを3ヵ月間(9ヵ月投与群76例)又は6ヵ月間(12ヵ月投与群75例)毎日併用した。9ヵ月投与群では投与開始3ヵ月以内に、12ヵ月投与群では6ヵ月以内に全例菌陰性化(培養)した。また、両群の36ヵ月までの再排菌率は、1.3%(1/76例)及び2.7%(2/75例)であった。主な副作用は、好酸球増多でそれぞれ34.2%(26/76例)、33.3%(25/75例)であった¹⁸⁾。

(2) 再治療

再治療患者を対象にしたリファンピシンと他の抗結核薬との併用群(リファンピシン準単独投与)121例、リファンピシン・エタンブトール毎日投与群67例及びリファンピシン(週2回)・エタンブトール投与群65例の6ヵ月目の菌陰性化率(培養)は、それぞれ50.4%(53/105例)、82.5%(47/57例)、84.5%(49/58例)であった。主な副作用は、胃腸症状でそれぞれ13.3%(19/147例)、18.6%(16/86例)、3.9%(3/76例)であった¹⁹⁾。これらのうち3年間追跡し得た患者の再排菌率は、それぞれ31.3%(15/48例)、10.0%(5/50例)、7.8%(4/51例)であった²⁰⁾。

(骨・関節結核)

17.1.2 国内臨床試験

難治性骨・関節結核患者31例にリファンピシン(300~450mg/日)をイソニアジド、パラアミノサリチル酸等いずれか1~3剤との併用で6~12ヵ月間毎日投与した場合、有効率は67.7%(21/31例)であった。1例でAST、ALTの上昇があった²¹⁾。

(泌尿器結核及び性器結核)

17.1.3 国内臨床試験

未治療尿路結核患者83例にリファンピシン450mg/日をイソニアジド(又はイソニアジドメタンスルホン酸ナトリウム)、パラアミノサリチル酸と2年間以上毎日併用した場合の治療率は、91.6%(76/83例)であった。83例中報告された副作用は65.0%(54/83例)で、主な副作用は、肝機能障害19.3%(16/83例)、血小板減少13.3%(11/83例)、胃腸症状12.0%(10/83例)であった²²⁾。

(リンパ節結核)

17.1.4 国内臨床試験

リンパ節結核患者29例にリファンピシン450mg/日をイソニアジド、エタンブトール等と1~6ヵ月間毎日併用した場合、観察し得た37個の腫大リンパ節に対する有効率は94.6%(35/37個)であった。29例中報告された副作用は20.7%(6/29例)であった²³⁾。

17.2 製造販売後調査等

(ハンセン病)

ハンセン病患者を対象にした使用成績調査においてリファンピシンは本剤を含み5製剤使用された。有効性評価対象症例116例における有効率は90.5%(105/116例)であった。また、多菌型に対する有効率は89.7%(96/107例)、少菌型に対する有効率は100%(7/7例)であった。118例中報告された副作用は22.9%(27/118例)で、主な副作用は胃不快感、嘔吐等の胃腸障害5.1%(6/118例)であった²⁴⁾。

18. 薬効薬理

18.1 作用機序

リファンピシンは、放線菌*Streptomyces mediterranei*から発見されたRifamycinの誘導体である。細菌のDNA依存性RNAポリメラーゼに作用し、RNA合成を阻害することにより抗菌作用を示すが、動物細胞のRNAポリメラーゼは阻害しない²⁵⁾。

18.2 抗菌力

18.2.1 分裂静止結核菌及び分裂増殖結核菌に対して殺菌作用を示し²⁶⁾、ヒト型結核菌H₃₇Rv株に対する最小発育阻止濃度(MIC)は、Dubos液体培地では0.05 $\mu\text{g/mL}$ 、Kirchner半流動培地では0.1~0.25 $\mu\text{g/mL}$ 、1%小川培地では10 $\mu\text{g/mL}$ である²⁷⁾ (*in vitro*)。

18.2.2 ヒト型結核菌黒野株によるマウス実験的結核症に対し、リファンピシン10mg/kgの経口投与は、静脈内投与におけるストレプトマイシン10mg/kg、イソニアジド1mg/kg投与よりも優れた治療効果を示した²⁷⁾。H₃₇Rv株によるマウス実験的結核症に対してもリファンピシン1mg/kg(皮下注)はストレプトマイシン1mg/kg(皮下注)に優る治療成績を

示した²⁸⁾。またリファンピシンによって喀痰中の結核菌が培養陰性化した症例の空洞内結核菌に対しても作用し、早期かつ高率に培養陰性化することが認められている²⁹⁾。

18.3 耐性

比較的高い頻度で耐性菌が出現することが認められている³⁰⁾。しかし、他の抗結核薬との交叉耐性は認められていない²⁷⁾ (*in vitro*)。

19. 有効成分に関する理化学的知見

一般名：リファンピシン(Rifampicin)

略号：RFP

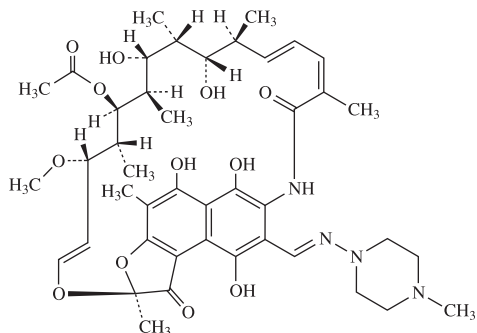
化学名：(2*S*,12*Z*,14*E*,16*S*,17*S*,18*R*,19*R*,20*R*,21*S*,22*R*,23*S*,24*E*)-5,6,9,17,19-Pentahydroxy-23-methoxy-2,4,12,16,18,20,22-heptamethyl-8-(4-methylpiperazin-1-yliminomethyl)-1,11-dioxo-1,2-dihydro-2,7-(epoxypentadeca[1,11,13]trienimino)naphtho[2,1-*b*]furan-21-yl acetate

分子式：C₄₃H₅₈N₄O₁₂

分子量：822.94

性状：橙赤色～赤褐色の結晶又は結晶性の粉末である。水、アセトニトリル、メタノール又はエタノール(95)に溶けにくい。

構造式：



20. 取扱い上の注意

瓶又はアルミピロー開封後は湿気を避けて保存すること。

21. 承認条件

(ハンセン病)

ハンセン病については、WHOが現在実施中の多剤併用療法の大規模二重盲検比較臨床試験が終了し、結果が公表された時点で、効能・効果、用法・用量を見直す。

22. 包装

(瓶：バラ) 100カプセル

(PTP) 100カプセル(10カプセル×10)

23. 主要文献

- 1) 日本結核病学会非結核性抗酸菌症対策委員会：結核 2012；87(2)：83-86
- 2) 日本結核病学会非定型抗酸菌症対策委員会：結核 1998；73(10)：599-605
- 3) Griffith DE, et al. : Am J Respir Crit Care Med. 2007；175(4)：367-416
- 4) 河野晴一ほか：臨床薬理 1982；13(3)：403-412
- 5) Furesz S, et al. : Arzneimittel-Forschung 1967；17(5)：534-537
- 6) 河盛勇造ほか：診療 1970；23(S-6)：996-1002
- 7) 柴田清人ほか：診療 1970；23(S-6)：1156-1160
- 8) 松田静治ほか：診療 1970；23(S-6)：1190-1195
- 9) 五味二郎ほか：診療 1970；23(S-6)：1047-1050
- 10) 佐野光司ほか：Jpn J Antibiot. 1970；23(4)：416-420
- 11) 中川英雄ほか：結核 1981；56(12)：577-586
- 12) 清水喜八郎ほか：診療 1970；23(S-6)：969-973
- 13) 千葉 寛：薬物動態 1995；10(3)：391-402
- 14) 木下康民ほか：診療 1970；23(S-6)：1056-1062
- 15) McConnell JB, et al. : Q J Med. 1981；50(197)：77-82
- 16) 岩崎龍郎ほか：結核 1980；55(3)：138-139
- 17) 長沢誠司：結核 1984；59(2)：81-89
- 18) 五味二郎ほか：結核 1985；60(8)：435-445
- 19) 五味二郎：結核 1970；45(7)：227-235
- 20) 五味二郎：結核 1974；49(4)：107-112
- 21) 大谷 清：結核 1973；48(3)：75-88
- 22) 仁平寛巳ほか：西日本泌尿器科 1976；38(5)：754-770
- 23) 青柳昭雄ほか：結核 1973；48(8)：351-356
- 24) 社内資料：リファンピシン使用成績調査(ハンセン病)の結果

- 25) 梅沢浜夫ほか：J Antibiot. 1968；21(3)：234-236
- 26) 金井興美ほか：結核 1979；54(2)：89-92
- 27) 山本和男ほか：診療 1970；23(S-6)：1292-1299
- 28) 副島林造ほか：診療 1970；23(S-6)：1076-1083
- 29) 亀田和彦ほか：結核 1975；50(7)：185-189
- 30) 堂野前維摩郷ほか：日本結核化学療法研究会報告 1970

24. 文献請求先及び問い合わせ先

第一三共株式会社 製品情報センター

〒103-8426 東京都中央区日本橋本町3-5-1

TEL：0120-189-132

26. 製造販売業者等

26.1 製造販売元



第一三共株式会社

東京都中央区日本橋本町3-5-1