

推奨順	医薬品名	規格 (mg)	薬価 (円)	適応	用法用量 (日)	上段;1日量(mg) [下段]:1日薬価(円)				
						[腎機能]低下時 [高齢者]導入時	通常用量		最大	
1	エナラプリル	2.5	10.1	高血圧症	5-10mg		2.5	5	10	
		5	10.1	慢性心不全		[10.1]	[10.1]	[12.3]		
1	リシノプリル	5	10.1	高血圧症	10-20mg		5	10	20	
		10	10.6	慢性心不全	5-10mg	2.5 [5.1]	[10.1]	[10.6]	[14.9]	
2	カプトプリル	12.5 25	5.7 5.9	高血圧症	37.5- 75mg			37.5 [17.1]	75 [17.7]	150 [35.4]
2	イミダプリル	2.5	11.5	高血圧症	5-10mg		2.5	5	10/[43.6]	
		5	21.7	(1型)糖尿病 性腎症	5mg		[11.5]	[21.7]		
2	テモカプリル	1	12.3	高血圧症	2-4mg		1	2	4	
		2	24.6							
		4	49.4							
2	ペリンドプリル	2 4	26.1 44.9	高血圧症	2-4mg			2 [26.1]	4 [44.9]	8 [89.8]
2 ※1	テルミサルタン	20 40 80	10.1 16.0 23.8	高血圧症	20-40mg			20 [10.1]	40 [16.0]	80 [23.8]
2 ※2	カンデサルタン	2	10.1	高血圧症	4-8mg		2 [10.1]	4 [10.5]	8 [20.4]	12 [25.8]
		4	10.5	慢性心不全	4-8mg					
		8	20.4	腎実質性 高血圧症	2-8mg					
		12	25.8							
3	ロサルタン	25	13.0	高血圧症	25-50mg			25 [13.0]	50 [23.6]	100 [39.8]
		50	23.6	(2型)糖尿病 性腎症	50mg					
		100	39.8							
3	オルメサルタン	5	10.1	高血圧症	10-20mg		5 [10.1]	10 [11.5]	20 [21.6]	40 [30.7]
		10	11.5							
		20	21.6							
		40	30.7							
3	バルサルタン	20	10.1	高血圧症	40-80mg		20 [10.1]	40 [11.4]	80 [20.8]	160 [35.3]
		40	11.4							
		80	20.8							
		160	35.3							
3	イルベサルタン	50	14.0	高血圧症	50- 100mg			50 [14.0]	100 [26.1]	200 [37.3]
		100	26.1							
		200	37.3							
4	アジルサルタン	10 20 40	93.8 140.2 210.2	高血圧症	20mg			10 [93.8]	20 [140.2]	40 [210.2]

臨床成績・その他注意
有効性
全死因死亡率

- ・HT : 全死因リスクの低減効果は ACEI と ARB で同等。(JSH2019, CDSR)
- ・ACE 阻害剤は CKD 患者における全死因の抑制効果あり。(JSH2019)
- ・他の降圧薬と RA 系阻害薬に有意差なし。(JSH2019)

心血管イベント抑制

- ・HT : 心血管イベントの低減効果は ACEI と ARB で同等。(JSH2019) (CDSR)
- ・ACE 阻害剤は冠動脈疾患の発症リスクを有意に抑制。(JSH2019) (BPLTTC)
- ・HFREF において、ACE 阻害剤と ARB は同等の抑制効果。(JSH2019, JCS2017)
- ・RA 系阻害剤は CKD 患者の心血管イベントを抑制。(JSH2019)

脳血管イベント抑制

- ・脳血管イベントの発症で、RAS 系と他の降圧薬との間に有意差なし。(JSH2019)

慢性心不全

- ・HFREF において ACE 阻害剤が第一選択。(JCS2017, ACC/AHA/HFSA2017, ESC2017: 推奨 1-A)
- ・HFREF において、ACE 阻害剤は生命予後改善と心血管イベント抑制効果。(CONSENSUS, SOLVD, JCS2017)
- ・忍容性があれば(咳嗽, 血圧, Scr 値, 血清 K 値)、ACE 阻害剤の増量を試みる。(推奨 I : JCS2017, CONSENSUS, SOLVD, ATLAS)

降圧効果

- ・用量調節により ACEI, ARB 共に同程度 (Barnett2004, Nixon2009, Rakugi2012)

安全性

- ・急性腎障害の発症で、他の降圧薬との間に有意差なし。(JSH2019)
- ・微量アルブミン尿以上の腎機能障害には RA 系阻害薬が有用。(JSH2019)
- ・CKD と糖尿病性腎臓病 (DKD) の末期腎不全への進行抑制あり。(JSH2019)
- ・心不全患者 (NYHA II-IV) において、3剤併用 (ACEI と β -blocker と ARB) は総死亡を増加し、腎機能を悪化させる。(JSH2019, SUPPORT2015)
- ・ACE 阻害薬と ARB の併用に付加的な有効性は確認されない。(JCS2017)
- ・誤嚥性肺炎を繰り返す高齢者に、ACE 阻害薬を第一選択薬とする。(JSH2019, okaishi1999)
- ・ACE 阻害剤は脳卒中後のアジア人患者に対し肺炎リスクを低下。(Shinohara2012)
- ・ACE 阻害剤の空咳はアジア人の女性に比較的多く、就寝前投与により改善することもある。80% は自然消失するのでしばらく様子を見てよい。(日本呼吸器学会、咳嗽に関するガイドライン第 2 版)
- ・ARB の心、腎、脳の臓器保護作用の大部分は降圧作用自体に由来する。(JSH2019)

※1; 高血圧症 (ACEI に忍容性なし) ※2; 慢性心不全 (ACEI に忍容性なし) 【JSH2019】…高血圧治療ガイドライン 【JCS2017】…日本循環器学会ガイドライン 2014 年 11 月初版、2020 年 6 月改定第 7 版 (2020 年 4 月薬価)

