

2014年1月作成（第1版）

日本標準商品分類番号

873399

## 医薬品インタビューフォーム

日本病院薬剤師会のIF記載要領2013に準拠して作成

抗血小板剤  
**ニトギス<sup>®</sup> 配合錠A81**  
**NITOGIS<sup>®</sup>**  
制酸緩衝アスピリン錠剤

剤 形	素錠
製剤の規制区分	該当しない
規格・含量	1錠中 アスピリン…81mg 炭酸マグネシウム…22mg ジヒドロキシアルミニウム アミノアセテート…11mg
一般名	和名：アスピリン（JAN） 炭酸マグネシウム（JAN） ジヒドロキシアルミニウム アミノアセテート（JAN） 洋名：Aspirin（JAN） Magnesium carbonate（JAN） Dihydroxyaluminum aminoacetate（JAN）
製造販売承認年月日 薬価基準収載・発売年月日	製造販売承認年月日：2009年4月20日（販売名変更による） 薬価基準収載年月日：2009年9月25日（販売名変更による） 発売年月日：2000年12月
開発・製造販売（輸入）・ 提携・販売会社名	製造販売元：シオノケミカル株式会社
医薬情報担当者の連絡先	
問い合わせ窓口	シオノケミカル株式会社 学術情報本部 TEL：03-5202-0213 FAX：03-5202-0230 医療関係者向けホームページ：http://www.shiono.co.jp/

本IFは2014年1月改訂の添付文書の記載に基づき作成した。  
最新の添付文書情報は、医薬品医療機器情報提供ホームページ  
<http://www.info.pmda.go.jp/>にてご確認ください。

# IF 利用の手引きの概要

## －日本病院薬剤師会－

### 1. 医薬品インタビューフォーム作成の経緯

医療用医薬品の基本的な要約情報として医療用医薬品添付文書（以下、添付文書と略す）がある。医療現場で医師・薬剤師等の医療従事者が日常業務に必要な医薬品の適正使用情報を活用する際には、添付文書に記載された情報を裏付ける更に詳細な情報が必要な場合がある。

医療現場では、当該医薬品について製薬企業の医薬情報担当者等に情報の追加請求や質疑をして情報を補完して対処してきている。この際に必要な情報を網羅的に入手するための情報リストとしてインタビューフォームが誕生した。

昭和 63 年に日本病院薬剤師会（以下、日病薬と略す）学術第 2 小委員会が「医薬品インタビューフォーム」（以下、IF と略す）の位置付け並びに IF 記載様式を策定した。その後、医療従事者向け並びに患者向け医薬品情報ニーズの変化を受けて、平成 10 年 9 月に日病薬学術第 3 小委員会において IF 記載要領の改訂が行われた。

更に 10 年が経過し、医薬品情報の創り手である製薬企業、使い手である医療現場の薬剤師、双方にとって薬事・医療環境は大きく変化したことを受けて、平成 20 年 9 月に日病薬医薬情報委員会において IF 記載要領 2008 が策定された。

IF 記載要領 2008 では、IF を紙媒体の冊子として提供する方式から、PDF などの電磁的データとして提供すること（e-IF）が原則となった。この変更にあわせて、添付文書において「効能・効果の追加」、「警告・禁忌・重要な基本的注意の改訂」などの改訂があった場合に、改訂の根拠データを追加した最新版の e-IF が提供されることとなった。

最新版の e-IF は、（独）医薬品医療機器総合機構の医薬品情報提供ホームページ（<http://www.info.pmda.go.jp/>）から一括して入手可能となっている。日本病院薬剤師会では、e-IF を掲載する医薬品情報提供ホームページが公的サイトであることに配慮して、薬価基準収載にあわせて e-IF の情報を検討する組織を設置して、個々の IF が添付文書を補完する適正使用情報として適切か審査・検討することとした。

2008 年より年 4 回のインタビューフォーム検討会を開催した中で指摘してきた事項を再評価し、製薬企業にとっても、医師・薬剤師等にとっても、効率の良い情報源とすることを考えた。そこで今般、IF 記載要領の一部改訂を行い IF 記載要領 2013 として公表する運びとなった。

### 2. IF とは

IF は「添付文書等の情報を補完し、薬剤師等の医療従事者にとって日常業務に必要な、医薬品の品質管理のための情報、処方設計のための情報、調剤のための情報、医薬品の適正使用のための情報、薬学的な患者ケアのための情報等が集約された総合的な個別の医薬品解説書として、日病薬が記載要領を策定し、薬剤師等のために当該医薬品の製薬企業に作成及び提供を依頼している学術資料」と位置付けられる。

ただし、薬事法・製薬企業機密等に関わるもの、製薬企業の製剤努力を無効にするもの及び薬剤師自らが評価・判断・提供すべき事項等は IF の記載事項とはならない。言い換えると、製薬企業から提供された IF は、薬剤師自らが評価・判断・臨床適応するとともに、必要な補完をするものという認識を持つことを前提としている。

#### 【IF の様式】

①規格は A4 版、横書きとし、原則として 9 ポイント以上の字体（図表は除く）で記載し、一色刷

- りとする。ただし、添付文書で赤枠・赤字を用いた場合には、電子媒体ではこれに従うものとする。
- ②IF 記載要領に基づき作成し、各項目名はゴシック体で記載する。
  - ③表紙の記載は統一し、表紙に続けて日病薬作成の「IF 利用の手引きの概要」の全文を記載するものとし、2 頁にまとめる。

#### [IF の作成]

- ①IF は原則として製剤の投与経路別（内用剤、注射剤、外用剤）に作成される。
- ②IF に記載する項目及び配列は日病薬が策定した IF 記載要領に準拠する。
- ③添付文書の内容を補完すると IF の主旨に沿って必要な情報が記載される。
- ④製薬企業の機密等に関するもの、製薬企業の製剤努力を無効にするもの及び薬剤師をはじめ医療従事者自らが評価・判断・提供すべき事項については記載されない。
- ⑤「医薬品インタビューフォーム記載要領 2013」（以下、「IF 記載要領 2013」と略す）により作成された IF は、電子媒体での提供を基本とし、必要に応じて薬剤師が電子媒体（PDF）から印刷して使用する。企業での製本は必須ではない。

#### [IF の発行]

- ①「IF 記載要領 2013」は、平成 25 年 10 月以降に承認された新医薬品から適用となる。
- ②上記以外の医薬品については、「IF 記載要領 2013」による作成・提供は強制されるものではない。
- ③使用上の注意の改訂、再審査結果又は再評価結果（臨床再評価）が公表された時点並びに適応症の拡大等がなされ、記載すべき内容が大きく変わった場合には IF が改訂される。

### 3. IF の利用にあたって

「IF 記載要領 2013」においては、PDF ファイルによる電子媒体での提供を基本としている。情報を利用する薬剤師は、電子媒体から印刷して利用することが原則である。

電子媒体の IF については、医薬品医療機器総合機構の医薬品医療機器情報提供ホームページに掲載場所が設定されている。

製薬企業は「医薬品インタビューフォーム作成の手引き」に従って作成・提供するが、IF の原点を踏まえ、医療現場に不足している情報や IF 作成時に記載し難い情報等については製薬企業の MR 等へのインタビューにより薬剤師等自らが内容を充実させ、IF の利用性を高める必要がある。また、随時改訂される使用上の注意等に関する事項に関しては、IF が改訂されるまでの間は、当該医薬品の製薬企業が提供する添付文書やお知らせ文書等、あるいは医薬品医療機器情報配信サービス等により薬剤師等自らが整備するとともに、IF の使用にあたっては、最新の添付文書を医薬品医療機器情報提供ホームページで確認する。

なお、適正使用や安全性の確保の点から記載されている「臨床成績」や「主な外国での発売状況」に関する項目等は承認事項に関わることもあり、その取扱いには十分留意すべきである。

### 4. 利用に際しての留意点

IF を薬剤師等の日常業務において欠かすことができない医薬品情報源として活用して頂きたい。しかし、薬事法や医療用医薬品プロモーションコード等による規制により、製薬企業が医薬品情報として提供できる範囲には自ずと限界がある。IF は日病薬の記載要領を受けて、当該医薬品の製薬企業が作成・提供するものであることから、記載・表現には制約を受けざるを得ないことを認識しておかなければならない。

また製薬企業は、IF があくまでも添付文書を補完する情報資材であり、インターネットでの公開等も踏まえ、薬事法上の広告規制に抵触しないよう留意し作成されていることを理解して情報を活用する必要がある。

(2013 年 4 月改訂)

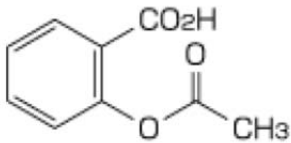
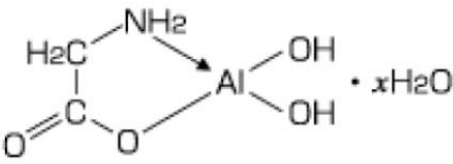
# 目 次

I. 概要に関する項目	
1. 開発の経緯	1
2. 製品の治療学的・製剤学的特性	1
II. 名称に関する項目	
1. 販売名	2
2. 一般名	2
3. 構造式又は示性式	2
4. 分子式及び分子量	2
5. 化学名（命名法）	2
6. 慣用名、別名、略号、記号番号	2
7. CAS 登録番号	2
III. 有効成分に関する項目	
1. 物理化学的性質	3
2. 有効成分の各種条件下における安定性	3
3. 有効成分の確認試験法	3
4. 有効成分の定量法	4
IV. 製剤に関する項目	
1. 剤形	5
2. 製剤の組成	5
3. 懸濁剤、乳剤の分散性に対する注意	5
4. 製剤の各種条件下における安定性	5
5. 調製法及び溶解後の安定性	5
6. 他剤との配合変化（物理化学的変化）	5
7. 溶出性	6
8. 生物学的試験法	6
9. 製剤中の有効成分の確認試験法	6
10. 製剤中の有効成分の定量法	6
11. 力価	6
12. 混入する可能性のある夾雑物	7
13. 注意が必要な容器・外観が特殊な容器に関する情報	7
14. その他	7
V. 治療に関する項目	
1. 効能又は効果	8
2. 用法及び用量	8
3. 臨床成績	8
VI. 薬効薬理に関する項目	
1. 薬理学的に関連ある化合物又は化合物群	10
2. 薬理作用	10
VII. 薬物動態に関する項目	
1. 血中濃度の推移・測定法	13
2. 薬物速度論的パラメータ	13
3. 吸収	13
4. 分布	14
5. 代謝	14
6. 排泄	14
7. トランスポーターに関する情報	14
8. 透析等による除去率	14
VIII. 安全性（使用上の注意等）に関する項目	
1. 警告内容とその理由	15
2. 禁忌内容とその理由（原則禁忌を含む）	15
3. 効能又は効果に関連する使用上の注意とその理由	15
4. 用法及び用量に関連する使用上の注意とその理由	15
5. 慎重投与内容とその理由	15
6. 重要な基本的注意とその理由及び処置方法	16
7. 相互作用	16
8. 副作用	20
9. 高齢者への投与	21
10. 妊婦、産婦、授乳婦等への投与	21
11. 小児等への投与	22
12. 臨床検査結果に及ぼす影響	22
13. 過量投与	22
14. 適用上の注意	22
15. その他の注意	22
16. その他	22
IX. 非臨床試験に関する項目	
1. 薬理試験	23
2. 毒性試験	23
X. 管理的事項に関する項目	
1. 規制区分	24
2. 有効期間又は使用期限	24
3. 貯法・保存条件	24
4. 薬剤取扱い上の注意点	24
5. 承認条件等	24
6. 包装	24
7. 容器の材質	24
8. 同一成分、同効薬	24
9. 国際誕生年月日	24
10. 製造販売承認年月日及び承認番号	24
11. 薬価基準収載年月日	24
12. 効能又は効果追加、用法及び用量変更追加等の年月日及びその内容	24
13. 再審査結果、再評価結果公表年月日及びその内容	25
14. 再審査期間	25
15. 投薬期間制限医薬品に関する情報	25
16. 各種コード	25
17. 保険給付上の注意	25
XI. 文献	
1. 引用文献	26
2. その他の参考文献	26
XII. 参考資料	
1. 主な外国での発売状況	27
2. 海外における臨床支援情報	27
XIII. 備考	
1. その他の関連資料	28

## I. 概要に関する項目

1. 開発の経緯	<p>アスピリン・ダイアルミネートの配合剤は、抗血小板剤であり、本邦では昭和 38 年に上市されている。</p> <p>旧販売名であるニトギス錠 81mg は、シオノケミカル株式会社が後発医薬品として開発を企画し、薬発第 698 号（昭和 55 年 5 月 30 日）に基づき、規格及び試験方法を設定、加速試験、生物学的同等性試験を実施し、平成 12 年 9 月に承認を得て、平成 12 年 12 月に発売された。</p> <p>その後、医療事故防止のため、ニトギス錠 81mg の名称をニトギス配合錠 A81 とする代替新規申請を行い、平成 21 年 4 月に承認を得て、平成 21 年 9 月に発売し現在に至っている。</p>
2. 製品の治療学的・製剤学的特性	<p>重大な副作用として、ショック、アナフィラキシー、出血（脳出血等の頭蓋内出血、肺出血、消化管出血、鼻出血、眼底出血等）、中毒性表皮壊死融解症（Toxic Epidermal Necrolysis : TEN）、皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson 症候群）、剥脱性皮膚炎、再生不良性貧血、血小板減少、白血球減少、喘息発作の誘発、肝機能障害、黄疸、消化性潰瘍、小腸・大腸潰瘍があらわれることがある（頻度不明）。(「Ⅷ. - 8. (2) 重大な副作用と初期症状」の項参照)</p>

## II. 名称に関する項目

<p>1. 販売名          (1) 和名          (2) 洋名          (3) 名称の由来</p>	<p>ニトギス配合錠 A81          NITOGIS          特になし</p>
<p>2. 一般名          (1) 和名 (命名法)          (2) 洋名 (命名法)          (3) ステム</p>	<p>アスピリン (JAN)          炭酸マグネシウム (JAN)          ジヒドロキシアリウム アミノアセテート (JAN)          Aspirin (JAN)          Magnesium carbonate (JAN)          Dihydroxyaluminum aminoacetate (JAN)          不明</p>
<p>3. 構造式又は示性式</p>	<p>アスピリン</p>  <p>炭酸マグネシウム  <math>MgCO_3</math></p> <p>ジヒドロキシアリウム アミノアセテート</p> 
<p>4. 分子式及び分子量</p>	<p>アスピリン  <math>C_9H_8O_4</math> : 180.16          炭酸マグネシウム  <math>MgCO_3</math> : 84.31          ジヒドロキシアリウム アミノアセテート  <math>C_2H_6AlNO_4 \cdot xH_2O</math> : 135.05 (無水物)</p>
<p>5. 化学名 (命名法)</p>	<p>アスピリン          2-Acetoxybenzoic acid (IUPAC)          炭酸マグネシウム          Magnesium carbonate (IUPAC)          ジヒドロキシアリウム アミノアセテート          Dihydroxyaluminum aminoacetate</p>
<p>6. 慣用名、別名、略号、記号番号</p>	<p>アスピリン          アセチルサリチル酸          ジヒドロキシアリウム アミノアセテート          アルミニウム グリシネート</p>
<p>7. CAS 登録番号</p>	<p>アスピリン 50-78-2          炭酸マグネシウム 23389-33-5          ジヒドロキシアリウム アミノアセテート 13682-92-3</p>










### Ⅲ. 有効成分に関する項目

<p>1. 物理化学的性質</p> <p>(1) 外観・性状</p> <p>(2) 溶解性</p> <p>(3) 吸湿性</p> <p>(4) 融点（分解点）、沸点、凝固点</p> <p>(5) 酸塩基解離定数</p> <p>(6) 分配係数</p> <p>(7) その他の主な示性値</p>	<p>アスピリン 白色の結晶、粒又は粉末で、においはなく、わずかに酸味がある。</p> <p>炭酸マグネシウム 白色のもろい塊又は粉末で、においはない。</p> <p>ジヒドロキシアルミニウム アミノアセテート 白色の粉末又は粒で、においはなく、味はわずかに甘い。</p> <p>アスピリン エタノール（95）又はアセトンに溶解やすく、ジエチルエーテルにやや溶解やすく、水に溶解にくい。水酸化ナトリウム試液又は炭酸ナトリウム試液に溶解する。 溶解度（37℃） pH1.2：5.8g/L pH4.0：7.6g/L pH6.8：8.0g/L 水：6.3g/L</p> <p>炭酸マグネシウム 水、エタノール（95）、1-プロパノール又はジエチルエーテルにほとんど溶解しない。希塩酸に泡立って溶解する。</p> <p>ジヒドロキシアルミニウム アミノアセテート 水又はエタノールにほとんど溶解しない。希塩酸又は水酸化ナトリウム試液に大部分溶解する。</p> <p>アスピリン 湿った空気中で徐々に加水分解してサリチル酸及び酢酸になる。</p> <p>アスピリン 融点：約 136℃（あらかじめ溶液を 130℃に加熱しておく。）</p> <p>アスピリン p<i>K</i><sub>a</sub>（25℃）：3.49（カルボキシル基）</p> <p>該当資料なし</p> <p>炭酸マグネシウム 飽和水溶液はアルカリ性である。</p>
<p>2. 有効成分の各種条件下における安定性</p>	<p>該当資料なし</p>
<p>3. 有効成分の確認試験法</p>	<p>アスピリン 日本薬局方「アスピリン」の確認試験法による (1) 塩化鉄（Ⅲ）試液による呈色反応 (2) 希硫酸、エタノール（95）及び硫酸による定性反応</p> <p>炭酸マグネシウム 日本薬局方「炭酸マグネシウム」の確認試験法による (1) マグネシウム塩の定性反応 (2) 炭酸塩の定性反応（1）</p> <p>ジヒドロキシアルミニウム アミノアセテート 日本薬局方外医薬品規格「ジヒドロキシアルミニウム アミノアセテート」の確認試験法による (1) アルミニウム塩の定性反応 (2) ニンヒドリン試液による呈色反応</p>

<p>4. 有効成分の定量法</p>	<p>アスピリン          日本薬局方「アスピリン」の定量法による          0.25mol/L 硫酸による滴定（指示薬：フェノールフタレイン試液 3 滴）</p> <p>炭酸マグネシウム          日本薬局方「炭酸マグネシウム」の定量法による          0.05mol/L エチレンジアミン四酢酸二水素二ナトリウム液による滴定（指示薬：エリオクロムブラック T・塩化ナトリウム指示薬 0.04g）</p> <p>ジヒドロキシアルミニウム アミノアセテート          日本薬局方外医薬品規格「ジヒドロキシアルミニウム アミノアセテート」の定量法による          (1) 酸化アルミニウム：0.05mol/L 酢酸亜鉛液による滴定（指示薬：ジチゾン試液 2mL）          (2) 窒素：窒素定量法</p>
--------------------	--



#### IV. 製剤に関する項目

<p>1. 剤形 (1) 剤形の区別、外観及び性状</p> <p>(2) 製剤の物性 (3) 識別コード (4) pH、浸透圧比、粘度、比重、無菌の旨及び安定な pH 域等</p>	<p>区別：素錠</p> <table border="1" data-bbox="544 264 1442 600"> <tr> <td>販売名</td> <td colspan="3">ニトギス配合錠 A81</td> </tr> <tr> <td>色・剤形</td> <td colspan="3">淡橙色の素錠で、わずかに芳香を有する</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">外形</td> <td>表面</td> <td>裏面</td> <td>側面</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">規格</td> <td>直径 (mm)</td> <td>厚さ (mm)</td> <td>重量 (mg)</td> </tr> <tr> <td>8.0</td> <td>3.6</td> <td>190</td> </tr> </table> <p>該当資料なし C (錠剤)、NTG (PTP) 該当しない</p>	販売名	ニトギス配合錠 A81			色・剤形	淡橙色の素錠で、わずかに芳香を有する			外形	表面	裏面	側面				規格	直径 (mm)	厚さ (mm)	重量 (mg)	8.0	3.6	190											
販売名	ニトギス配合錠 A81																																	
色・剤形	淡橙色の素錠で、わずかに芳香を有する																																	
外形	表面	裏面	側面																															
																																		
規格	直径 (mm)	厚さ (mm)	重量 (mg)																															
	8.0	3.6	190																															
<p>2. 製剤の組成 (1) 有効成分 (活性成分) の含量 (2) 添加物 (3) その他</p>	<p>1 錠中 アスピリン…81mg 炭酸マグネシウム…22mg ジヒドロキシアルミニウム アミノアセテート…11mg トウモロコシデンプン、D-マンニトール、ヒドロキシプロピルセルロース、無水ケイ酸、プルラン、サッカリンナトリウム水和物、黄色 5 号、香料、タルク、ステアリン酸、部分アルファー化デンプン、アルファー化デンプン、硬化油、ステアリン酸マグネシウム 該当しない</p>																																	
<p>3. 懸濁剤、乳剤の分散性に対する注意</p>	<p>該当しない</p>																																	
<p>4. 製剤の各種条件下における安定性</p>	<p>加速試験<sup>1)</sup> 最終包装製品を用いた加速試験 (40℃、相対湿度 75%、6 ヶ月) の結果、ニトギス配合錠 A81 は通常の市場流通下において 3 年間安定であることが推測された。</p> <p>試験条件：40℃、75%RH 試験製剤：紙箱入りのアルミパックした PTP 包装</p> <table border="1" data-bbox="544 1435 1442 1727"> <thead> <tr> <th colspan="2">試験項目</th> <th>規格</th> <th>開始時</th> <th>1 ヶ月</th> <th>3 ヶ月</th> <th>6 ヶ月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">性状</td> <td>淡橙色の素錠で、わずかに芳香を有する</td> <td>淡橙色の素錠で、わずかに芳香を有した</td> <td>変化無し</td> <td>変化無し</td> <td>変化無し</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">定量 (%)</td> <td>アスピリン</td> <td>95~105</td> <td>99.5</td> <td>100.0</td> <td>99.1</td> <td>100.4</td> </tr> <tr> <td>炭酸マグネシウム</td> <td>38.0~44.0</td> <td>43.6</td> <td>43.7</td> <td>43.7</td> <td>43.5</td> </tr> <tr> <td>ジヒドロキシアルミニウム アミノアセテート</td> <td>33.3~40.7</td> <td>37.6</td> <td>37.5</td> <td>37.5</td> <td>38.2</td> </tr> </tbody> </table> <p>その他の試験項目 (確認試験、純度試験、崩壊試験) についても変化を認めなかった。</p>	試験項目		規格	開始時	1 ヶ月	3 ヶ月	6 ヶ月	性状		淡橙色の素錠で、わずかに芳香を有する	淡橙色の素錠で、わずかに芳香を有した	変化無し	変化無し	変化無し	定量 (%)	アスピリン	95~105	99.5	100.0	99.1	100.4	炭酸マグネシウム	38.0~44.0	43.6	43.7	43.7	43.5	ジヒドロキシアルミニウム アミノアセテート	33.3~40.7	37.6	37.5	37.5	38.2
試験項目		規格	開始時	1 ヶ月	3 ヶ月	6 ヶ月																												
性状		淡橙色の素錠で、わずかに芳香を有する	淡橙色の素錠で、わずかに芳香を有した	変化無し	変化無し	変化無し																												
定量 (%)	アスピリン	95~105	99.5	100.0	99.1	100.4																												
	炭酸マグネシウム	38.0~44.0	43.6	43.7	43.7	43.5																												
	ジヒドロキシアルミニウム アミノアセテート	33.3~40.7	37.6	37.5	37.5	38.2																												
<p>5. 調製法及び溶解後の安定性</p>	<p>該当しない</p>																																	
<p>6. 他剤との配合変化 (物理化学的変化)</p>	<p>該当資料なし</p>																																	

<p>7. 溶出性</p>	<p>(1) 溶出挙動における類似性 (品質再評価)<sup>2)</sup>          (「後発医薬品の生物学的同等性試験ガイドライン等の一部改正について」：平成13年5月31日付 薬食審発第786号)</p> <p>試験方法：日本薬局方 一般試験法 溶出試験法 パドル法          試験条件          試験液量：900mL 温度：37.0±0.5℃          試験液：pH1.2、pH4.0、pH6.8、水          回転数：50rpm          試験結果：全ての条件において判定基準に適合した。</p> <p>&lt;溶出曲線&gt;</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <p>pH1.2、50rpm</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>pH4.0、50rpm</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>pH6.8、50rpm</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>水、50rpm</p> </div> </div> <p>(2) 公的溶出規格への適合性<sup>3)</sup>          ニトギス配合錠 A81 は、日本薬局方外医薬品規格第3部に定められたアスピリン・ダイアルミネート (アスピリン 81mg・炭酸マグネシウム 22mg・ジヒドロキシアルミニウム アミノアセテート 11mg) 錠の溶出規格に適合していることが確認されている。</p>
<p>8. 生物学的試験法</p>	<p>該当しない</p>
<p>9. 製剤中の有効成分の確認試験法</p>	<p>アスピリン          塩化鉄 (III) 試液による呈色反応          炭酸マグネシウム          (1) 沈殿反応及びヨウ素試液による呈色反応          (2) 炭酸塩の定性反応 (1)          ジヒドロキシアルミニウム アミノアセテート          (1) アルミニウム塩の定性反応 (4)          (2) ニンヒドリン試液による呈色反応</p>
<p>10. 製剤中の有効成分の定量法</p>	<p>アスピリン          液体クロマトグラフィー          炭酸マグネシウム          0.02mol/L エチレンジアミン四酢酸二ナトリウム液による滴定 (指示薬：エリオクロムブラック T 試液 3 滴)          ジヒドロキシアルミニウム アミノアセテート          0.01mol/L 酢酸亜鉛液による滴定 (指示薬：ジチゾン試液 2mL)</p>
<p>11. 力価</p>	<p>該当しない</p>

12. 混入する可能性のある 夾雑物	アスピリン 吸湿によって脱アセチル化が起こり、サリチル酸と酢酸を生じる。 <sup>4)</sup>
13. 注意が必要な容器・外観 が特殊な容器に関する 情報	該当資料なし
14. その他	該当しない

## V. 治療に関する項目

<p>1. 効能又は効果</p>	<p>○下記疾患における血栓・塞栓形成の抑制 狭心症（慢性安定狭心症、不安定狭心症） 心筋梗塞 虚血性脳血管障害（一過性脳虚血発作（TIA）、脳梗塞） ○冠動脈バイパス術（CABG）あるいは経皮経管冠動脈形成術（PTCA） 施行後における血栓・塞栓形成の抑制 ○川崎病（川崎病による心血管後遺症を含む）</p>
<p>2. 用法及び用量</p>	<p>○狭心症（慢性安定狭心症、不安定狭心症）、心筋梗塞、虚血性脳血管障害（一過性脳虚血発作（TIA）、脳梗塞）における血栓・塞栓形成の抑制、冠動脈バイパス術（CABG）あるいは経皮経管冠動脈形成術（PTCA）施行後における血栓・塞栓形成の抑制に使用する場合 通常、成人には1錠（アスピリンとして81mg）を1回量として、1日1回経口投与する。 なお、症状により1回4錠（アスピリンとして324mg）まで増量できる。 ○川崎病（川崎病による心血管後遺症を含む）に使用する場合 急性期有熱期間は、アスピリンとして1日体重1kgあたり30～50mgを3回に分けて経口投与する。解熱後の回復期から慢性期は、アスピリンとして1日体重1kgあたり3～5mgを1回経口投与する。 なお、症状に応じて適宜増減する。</p> <p style="text-align: center;">＜用法・用量に関連する使用上の注意＞</p> <p>○空腹時の投与は避けることが望ましい。 ○心筋梗塞及び経皮経管冠動脈形成術に対する投与に際しては、初期投与量として維持量の数倍が必要とされていることに留意すること<sup>5)</sup>。 ○原則として川崎病の診断がつき次第、投与を開始することが望ましい<sup>6)</sup>。 ○川崎病では発症後数ヵ月間、血小板凝集能が亢進しているため、川崎病の回復期において、本剤を発症後2～3ヵ月間投与し、その後断層心エコー図等の冠動脈検査で冠動脈障害が認められない場合には、本剤の投与を中止すること。冠動脈瘤を形成した症例では、冠動脈瘤の退縮が確認される時期まで投与を継続することが望ましい<sup>6),7)</sup>。 ○川崎病の治療において、低用量では十分な血小板機能の抑制が認められない場合もあるため、適宜、血小板凝集能の測定等を考慮すること。</p>
<p>3. 臨床成績</p> <p>(1) 臨床データパッケージ (2) 臨床効果 (3) 臨床薬理試験 (4) 探索的試験 (5) 検証的試験 1) 無作為化並行用量反応試験 2) 比較試験 3) 安全性試験 4) 患者・病態別試験 (6) 治療的使用 1) 使用成績調査・特定使用成績調査（特別調査）・製造販売後臨床試験（市販後臨床試験）</p>	<p>該当しない 該当資料なし 該当資料なし 該当資料なし 該当資料なし 該当資料なし 該当資料なし 該当資料なし 該当資料なし 該当資料なし</p>

2) 承認条件として実施予定の内容又は実施した試験の概要	該当しない
------------------------------	-------

## VI. 薬効薬理に関する項目

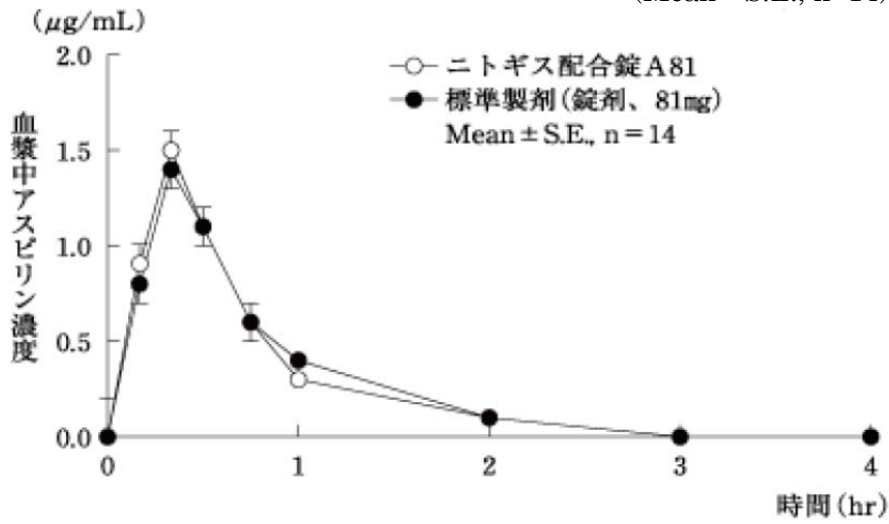
<p>1. 薬理的に関連ある化合物又は化合物群</p>	<p>抗血小板剤 チクロピジン塩酸塩、シロスタゾール、ジピリダモール等</p> <p>抗凝血剤 ワルファリン、ヘパリン製剤等</p> <p>血栓溶解剤 ウロキナーゼ製剤、t-PA 製剤等</p>										
<p>2. 薬理作用 (1) 作用部位・作用機序</p>	<p>(1) 血小板凝集抑制作用 低用量アスピリンの経口投与は、虚血性脳疾患患者<sup>8)</sup>、虚血性心疾患患者<sup>9)</sup>及び川崎病患者<sup>10)</sup>においてADP、コラーゲン等による血小板凝集を抑制する。高用量のアスピリンは、解熱、鎮痛、抗炎症作用を示す<sup>11)</sup>。</p> <p>1) 作用機序 アスピリンは、そのアセチル基によって血小板シクロオキシゲナーゼを不可逆的に阻害して血小板のトロンボキサン A<sub>2</sub> (TXA<sub>2</sub>) の産生を抑制することにより、血小板凝集を抑制し血小板血栓の形成を阻止する<sup>11)</sup>。一方、アスピリンの主代謝物であるサリチル酸は、抗炎症効果はアスピリンと同程度の効力を示すものの、血小板凝集抑制作用は示さない<sup>12)</sup>。アスピリンは、血管内皮細胞のシクロオキシゲナーゼも阻害してプロスタサイクリン (PGI<sub>2</sub>) の生成も抑制し、その結果、血小板凝集抑制作用が減弱される可能性が指摘されてきた (アスピリンジレンマ)。そのため低用量アスピリン (75mg/日～325mg/日) の経口投与が推奨されている。</p> <p>2) 作用持続時間 アスピリンの経口投与後、アスピリンの血中濃度半減期は短いにもかかわらず、TXA<sub>2</sub> 産生抑制作用や血小板凝集抑制作用は血小板の寿命期間 (7～10 日) 継続する。これは、アスピリンのアセチル基によるシクロオキシゲナーゼ阻害作用は不可逆的であり、かつ血小板はシクロオキシゲナーゼの合成能を有しないためと考えられている<sup>11)</sup>。</p> <div data-bbox="630 1288 1436 1736" data-label="Figure"> <table border="1"> <caption>血小板凝集抑制率の経日変化 (平均値±S.D., n=8)</caption> <thead> <tr> <th>投与前</th> <th>90分</th> <th>3日</th> <th>5日</th> <th>7日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>-82</td> <td>-70</td> <td>-42</td> <td>-22</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>日本人の健常成人男子にアスピリン・ダイアルミネート配合剤 1錠 (アスピリンとして 81mg) を経口投与した場合のコラーゲン 1 μg/mL 刺激による血小板凝集に対する抑制率の経日変化<sup>13)</sup> (平均値±S.D., n=8)</p>	投与前	90分	3日	5日	7日	0	-82	-70	-42	-22
投与前	90分	3日	5日	7日							
0	-82	-70	-42	-22							

<p>(2) 薬効を裏付ける試験成績</p>	<p>(2) 川崎病 川崎病の急性期において、アスピリンは高用量投与による抗炎症作用<sup>11)</sup>により血管や心筋の炎症を抑えて心血管後遺症の発生を抑制するとともに、発熱などの臨床症状を改善することを目的として使用される。そして、解熱後から慢性期においては、低用量投与による血小板凝集抑制作用により血栓形成を抑制することを目的として使用される<sup>6)</sup>。</p> <p>(1) 狭心症 1) 慢性安定狭心症 スウェーデンで安定狭心症 2,035 名について、「プラセボ+ソタロール」を対照に「アスピリン (75mg/日) +ソタロール」の有効性が検討された結果、「心筋梗塞+突然死」が有意に減少した<sup>14)</sup>。 2) 不安定狭心症 アメリカで不安定狭心症 1,266 名についてアスピリン (324mg/日) の有効性が検討された結果、「死亡+心筋梗塞」や非致死的心筋梗塞がアスピリン群で有意に抑制された<sup>15)</sup>。スウェーデンで「不安定狭心症+non-Q 心筋梗塞」796 名についてアスピリン (75mg/日) の有効性が検討された結果、「死亡+心筋梗塞」が有意に抑制された<sup>16)</sup>。出血性の副作用はまれで軽度であったが、消化管障害は3ヵ月後に増加した。</p> <p>(2) 心筋梗塞 1) 心筋梗塞の再発防止 抗血小板薬の無作為化比較臨床試験のメタアナリシスは、アスピリンに代表される抗血小板薬が、高リスク患者の脳卒中、心筋梗塞及び血管死（以下、血管事故という）発生リスクを有意に減少することを示した。アスピリンの至適用量は 75～325mg/日であった<sup>17)</sup>。国内の急性心筋梗塞の患者 723 名を対象とした無作為化比較臨床試験では、心筋梗塞の再発がアスピリン 81mg/日群で有意に抑制された。アスピリンの副作用は、消化管の不快症状 4 例、消化管出血 1 例及び出血異常 2 例であった<sup>18)</sup>。 2) 急性心筋梗塞 急性心筋梗塞の 17,187 名を対象として、イギリスで実施された無作為化比較臨床試験 (ISIS-2) では、アスピリン (162.5mg/日) を 5 週間投与した結果、アスピリン群の血管死、非致死的心筋梗塞及び非致死的心筋梗塞が有意に減少した<sup>19)</sup>。</p> <p>(3) 虚血性脳血管障害（一過性脳虚血発作 (TIA)、脳梗塞) TIA あるいは軽度の虚血性脳卒中の患者 1,360 例について低用量のアスピリン (75mg/日) の有効性を検討したスウェーデンの大規模臨床試験 (SALT) の結果、「脳卒中+死亡」は有意に減少し、脳卒中、TIA、心筋梗塞の発症も減少した<sup>20)</sup>。消化管出血の副作用はアスピリン群で有意に多かった。また、抗血小板薬の無作為化比較臨床試験のメタアナリシスは、アスピリンに代表される抗血小板薬が、高リスク患者の血管事故発生のリスクを有意に減少することを示した。アスピリンの至適用量は 75～325mg/日であった<sup>17)</sup>。</p> <p>(4) 冠動脈バイパス術 (CABG) あるいは経皮経管冠動脈形成術 (PTCA) 施行後における血栓・塞栓形成の抑制 抗血小板薬の無作為化比較臨床試験のメタアナリシスは、アスピリンに代表される抗血小板薬が PTCA、CABG などの心血管術後の血管事故発生リスクを有意に減少することを示した<sup>17), 21)</sup>。</p> <p>(5) 健常人に対する一次予防を目的とした抗血小板療法 有効性は確立されていない。</p>
------------------------	---

<p>(3) 作用発現時間・持続時間</p>	<p>(6) 川崎病</p> <p>川崎病患者 306 例を対象として、川崎病の急性期治療に対するアスピリン療法 (50mg/kg、分 2)、フルルビプロフェン療法及びプレドニゾロン+ジピリダモール療法の間で、冠動脈異常所見出現頻度を比較したプロスペクティブ研究の結果、30 病日、60 病日のいずれの時点でもアスピリン療法が他の療法より優れていた<sup>22)</sup>。副作用による投与中止は肝機能障害 6 例、汎血球減少症 1 例があった。さらに、60 病日の時点で冠動脈後遺症を残していた症例を対象とした発病後 1 年及び 2 年の追跡調査成績でも、アスピリン群が他の 2 群に対して成績が優れる傾向にあった<sup>23)</sup>。</p> <p>「VI.-2. (1) 作用部位・作用機序」の項参照</p>
------------------------	---



## VII. 薬物動態に関する項目

<p>1. 血中濃度の推移・測定法</p> <p>(1) 治療上有効な血中濃度</p> <p>(2) 最高血中濃度到達時間</p> <p>(3) 臨床試験で確認された血中濃度</p> <p>(4) 中毒域</p> <p>(5) 食事・併用薬の影響</p> <p>(6) 母集団（ポピュレーション）解析により判明した薬物体内動態変動要因</p>	<p>該当資料なし</p> <p>「VII.-1. (3) 臨床試験で確認された血中濃度」の項参照</p> <p>生物学的同等性試験<sup>24)</sup></p> <p>ニトギス配合錠 A81 と標準製剤を、クロスオーバー法によりそれぞれ 1 錠（アスピリン 81mg）健康成人男子に絶食単回経口投与して血漿中アスピリン濃度を測定し、得られた薬物動態パラメータ（AUC、Cmax）について、統計解析を行った結果、両剤の生物学的同等性が確認された</p> <table border="1" data-bbox="544 517 1437 775"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">判定パラメータ</th> <th colspan="2">参考パラメータ</th> </tr> <tr> <th>AUC<sub>0-4</sub> (<math>\mu\text{g}\cdot\text{hr}/\text{mL}</math>)</th> <th>Cmax (<math>\mu\text{g}/\text{mL}</math>)</th> <th>Tmax (hr)</th> <th>t<sub>1/2</sub> (hr)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ニトギス配合錠 A81</td> <td>1.0±0.1</td> <td>1.6±0.1</td> <td>0.3±0.0</td> <td>0.8±0.1</td> </tr> <tr> <td>標準製剤 (錠剤、81mg)</td> <td>1.0±0.1</td> <td>1.5±0.1</td> <td>0.3±0.0</td> <td>0.8±0.0</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">(Mean ± S.E., n=14)</p>  <p>血漿中濃度並びに AUC、Cmax 等のパラメータは、被験者の選択、体液の採取回数・時間等の試験条件によって異なる可能性がある。</p> <p>該当資料なし</p> <p>「VIII.-6. 重要な基本的注意とその理由及び処置方法」の項参照</p> <p>「VIII.-7. 相互作用」の項参照</p> <p>該当資料なし</p>		判定パラメータ		参考パラメータ		AUC <sub>0-4</sub> ( $\mu\text{g}\cdot\text{hr}/\text{mL}$ )	Cmax ( $\mu\text{g}/\text{mL}$ )	Tmax (hr)	t <sub>1/2</sub> (hr)	ニトギス配合錠 A81	1.0±0.1	1.6±0.1	0.3±0.0	0.8±0.1	標準製剤 (錠剤、81mg)	1.0±0.1	1.5±0.1	0.3±0.0	0.8±0.0
	判定パラメータ		参考パラメータ																	
	AUC <sub>0-4</sub> ( $\mu\text{g}\cdot\text{hr}/\text{mL}$ )	Cmax ( $\mu\text{g}/\text{mL}$ )	Tmax (hr)	t <sub>1/2</sub> (hr)																
ニトギス配合錠 A81	1.0±0.1	1.6±0.1	0.3±0.0	0.8±0.1																
標準製剤 (錠剤、81mg)	1.0±0.1	1.5±0.1	0.3±0.0	0.8±0.0																
<p>2. 薬物速度論的パラメータ</p> <p>(1) 解析方法</p> <p>(2) 吸収速度定数</p> <p>(3) バイオアベイラビリティ</p> <p>(4) 消失速度定数</p> <p>(5) クリアランス</p> <p>(6) 分布容積</p> <p>(7) 血漿蛋白結合率</p>	<p>該当資料なし</p> <p>該当資料なし</p> <p>アスピリン 68%<sup>4)</sup></p> <p>該当資料なし</p> <p>アスピリン 9.3mL/min/kg<sup>4)</sup></p> <p>アスピリン 0.15L/kg<sup>4)</sup></p> <p>アスピリン 49%<sup>4)</sup></p>																			
<p>3. 吸収</p>	<p>アスピリン 主として小腸上部から速やかに吸収される。<sup>4)</sup></p> <p>炭酸マグネシウム 非吸収性である。<sup>4)</sup></p>																			



## VIII. 安全性（使用上の注意等）に関する項目

1. 警告内容とその理由	該当しない
2. 禁忌内容とその理由（原則禁忌を含む）	<p style="text-align: center;"><b>【禁忌（次の患者には投与しないこと）】</b></p> <p>(1) 本剤及び本剤の成分又はサリチル酸系製剤に対し過敏症の既往歴のある患者</p> <p>(2) 消化性潰瘍のある患者（ただし、「VIII.-5. 慎重投与内容とその理由」の項参照）〔胃出血の発現又は消化性潰瘍が悪化するおそれがある。〕</p> <p>(3) 出血傾向のある患者〔出血を増強するおそれがある。〕</p> <p>(4) アスピリン喘息（非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発）又はその既往歴のある患者〔重症喘息発作を誘発するおそれがある。〕</p> <p>(5) 出産予定日12週以内の妊婦〔「VIII.-10. 妊婦、産婦、授乳婦等への投与」の項参照〕</p> <p>(6) 低出生体重児、新生児又は乳児〔錠剤である本剤の嚥下が不能である。〕</p>
3. 効能又は効果に関連する使用上の注意とその理由	該当しない
4. 用法及び用量に関連する使用上の注意とその理由	「V.治療に関する項目」の項参照
5. 慎重投与内容とその理由	<p><b>慎重投与（次の患者には慎重に投与すること）</b></p> <p>(1) 消化性潰瘍の既往歴のある患者〔消化性潰瘍が再発するおそれがある。〕</p> <p>(2) 血液の異常又はその既往歴のある患者〔副作用が強くあらわれることがある。〕</p> <p>(3) 出血傾向の素因のある患者〔出血を増強するおそれがある。〕</p> <p>(4) 肝障害又はその既往歴のある患者〔副作用が強くあらわれることがある。〕</p> <p>(5) 腎障害又はその既往歴のある患者〔副作用が強くあらわれることがある。〕</p> <p>(6) 高血圧の患者〔血管や内臓等の障害箇所に出血が起こることがある。〕</p> <p>(7) 過敏症の既往歴のある患者</p> <p>(8) 気管支喘息のある患者〔喘息発作が誘発されるおそれがある。〕</p> <p>(9) アルコール飲料の常用者〔胃出血の危険性が増加することがある。（「VIII.-7. 相互作用」の項参照）〕</p> <p>(10) 高齢者〔「VIII.-9. 高齢者への投与」の項参照〕</p> <p>(11) 妊婦（ただし、出産予定日12週以内の妊婦は禁忌）又は妊娠している可能性のある婦人〔「VIII.-10. 妊婦、産婦、授乳婦等への投与」の項参照〕</p> <p>(12) 小児〔「VIII.-6. 重要な基本的注意とその理由及び処置方法」の項、「VIII.-11. 小児等への投与」の項参照〕</p> <p>(13) 手術、心臓カテーテル検査又は抜歯前1週間以内の患者〔失血量を増加させるおそれがある。〕</p>

	<p>(14) 非ステロイド性消炎鎮痛剤の長期投与による消化性潰瘍のある患者で、本剤の長期投与が必要であり、かつミソプロストールによる治療が行われている患者 [ミソプロストールは非ステロイド性消炎鎮痛剤により生じた消化性潰瘍を効能・効果としているが、ミソプロストールによる治療に抵抗性を示す消化性潰瘍もあるので、本剤を継続投与する場合には、十分経過を観察し、慎重に投与すること。]</p> <p>(15) 月経過多の患者 [月経血が増加するおそれがある。]</p>												
<p>6. 重要な基本的注意とその理由及び処置方法</p>	<p><b>重要な基本的注意</b></p> <p>(1) サリチル酸系製剤の使用実態は我が国と異なるものの、米国においてサリチル酸系製剤とライ症候群との関連性を示す疫学調査報告があるので、本剤を15歳未満の水痘、インフルエンザの患者に投与しないことを原則とするが、やむを得ず投与する場合には、慎重に投与し、投与後の患者の状態を十分に観察すること。 [ライ症候群：小児において極めてまれに水痘、インフルエンザ等のウイルス性疾患の先行後、激しい嘔吐、意識障害、痙攣（急性脳浮腫）と肝臓ほか諸臓器の脂肪沈着、ミトコンドリア変形、AST (GOT) ・ALT (GPT) ・LDH ・CK (CPK) の急激な上昇、高アンモニア血症、低プロトロンビン血症、低血糖等の症状が短期間に発現する高死亡率の病態である。]</p> <p>(2) 脳梗塞患者への投与にあたっては、他の血小板凝集を抑制する薬剤等との相互作用に注意するとともに、高血圧が持続する患者への投与は慎重に行い、投与中は十分な血圧のコントロールを行うこと。</p> <p>(3) 長期投与する場合には定期的に臨床検査（尿検査、血液検査及び肝機能検査等）を行うこと。また、異常が認められた場合には減量、休薬等の適切な措置を講ずること。</p> <p>(4) 川崎病の急性期に対して投与する場合には、適宜、肝機能検査を行い異常が認められた場合には減量、休薬等の適切な措置を講ずること。</p> <p>(5) 他の消炎鎮痛剤との併用は避けさせることが望ましい。 [「VIII. 相互作用」の項参照]</p>												
<p>7. 相互作用</p> <p>(1) 併用禁忌とその理由</p> <p>(2) 併用注意とその理由</p>	<p>該当しない</p> <p><b>併用注意（併用に注意すること）</b></p> <table border="1" data-bbox="544 1491 1441 1964"> <thead> <tr> <th colspan="2">薬剤名等</th> <th>臨床症状・措置方法</th> <th>機序・危険因子</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">尿酸排泄促進剤 プロベネシド ベンズブロマロン</td> <td>尿酸排泄促進剤の尿酸排泄作用を減弱させる。</td> <td>本剤が尿酸排泄促進剤の尿酸排泄に拮抗する。</td> </tr> <tr> <td>抗凝固剤</td> <td>クマリン系抗凝固剤 ワルファリンカリウム</td> <td>クマリン系抗凝固剤の作用を増強し、出血時間の延長、消化管出血等を起こすことがあるので、クマリン系抗凝固剤を減量するなど、慎重に投与すること。</td> <td>本剤は血漿蛋白に結合したクマリン系抗凝固剤と置換し、遊離させる。また、本剤は血小板凝集抑制作用、消化管刺激による出血作用を有する。</td> </tr> </tbody> </table>	薬剤名等		臨床症状・措置方法	機序・危険因子	尿酸排泄促進剤 プロベネシド ベンズブロマロン		尿酸排泄促進剤の尿酸排泄作用を減弱させる。	本剤が尿酸排泄促進剤の尿酸排泄に拮抗する。	抗凝固剤	クマリン系抗凝固剤 ワルファリンカリウム	クマリン系抗凝固剤の作用を増強し、出血時間の延長、消化管出血等を起こすことがあるので、クマリン系抗凝固剤を減量するなど、慎重に投与すること。	本剤は血漿蛋白に結合したクマリン系抗凝固剤と置換し、遊離させる。また、本剤は血小板凝集抑制作用、消化管刺激による出血作用を有する。
薬剤名等		臨床症状・措置方法	機序・危険因子										
尿酸排泄促進剤 プロベネシド ベンズブロマロン		尿酸排泄促進剤の尿酸排泄作用を減弱させる。	本剤が尿酸排泄促進剤の尿酸排泄に拮抗する。										
抗凝固剤	クマリン系抗凝固剤 ワルファリンカリウム	クマリン系抗凝固剤の作用を増強し、出血時間の延長、消化管出血等を起こすことがあるので、クマリン系抗凝固剤を減量するなど、慎重に投与すること。	本剤は血漿蛋白に結合したクマリン系抗凝固剤と置換し、遊離させる。また、本剤は血小板凝集抑制作用、消化管刺激による出血作用を有する。										

薬剤名等		臨床症状・措置方法	機序・危険因子
抗凝固剤	血液凝固阻止剤 ヘパリン製剤 ダナパロイドナトリウム 第 Xa 因子阻害剤 リバーロキサバン等 抗トロンビン剤 ダビガトランエテキシ ラートメタンスルホン 酸塩等 トロンボモデュリン ア ルフア等	これら薬剤との併用により、出血の危険性が增大するおそれがあるので、観察を十分に行い、注意すること。	本剤は血小板凝集抑制作用を有するため、これら薬剤との併用により出血傾向が増強されるおそれがある。
	血小板凝集抑制作用を有する薬剤 チクロピジン塩酸塩 シロスタゾール クロピドグレル硫酸塩 トロンボキサン合成酵素阻害剤 オザグレルナトリウム プロスタグランジン E <sub>1</sub> 製剤、E <sub>1</sub> 及び I <sub>2</sub> 誘導体制剤 ベラプロストナトリウム等 サルポグレラート塩酸塩 イコサペント酸エチル等	これら薬剤との併用により、出血の危険性が增大するおそれがあるので、観察を十分に行い、注意すること。	本剤は血小板凝集抑制作用を有するため、これら薬剤との併用により出血傾向が増強されるおそれがある。
	血栓溶解剤 ウロキナーゼ t-PA 製剤等		
	糖尿病用剤 インシュリン製剤、 トルブタミド等	血糖降下作用を増強することがあるので注意し、必要があれば減量する。	サリチル酸自身が血糖降下作用をもつ。また、血漿蛋白と結合したスルホニル尿素系血糖降下剤（トルブタミド等）と置換し、遊離のスルホニル尿素系血糖降下剤が増加すると考えられている。
	メトトレキサート	メトトレキサートの副作用（骨髄抑制、肝・腎・消化管障害等）が増強されることがある。	本剤（高用量投与時）は血漿蛋白に結合したメトトレキサートと置換し、遊離させる。また、本剤はメトトレキサートの腎排泄を阻害すると考えられている。

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
リチウム製剤	血中リチウム濃度を上昇させ、リチウム中毒を起こすおそれがある。	本剤の腎におけるプロスタグランジン生合成抑制作用により、リチウムの腎排泄が減少し、血中濃度が上昇するためと考えられる。
チアジド系利尿剤	利尿・降圧作用を減弱するおそれがある。	本剤の腎におけるプロスタグランジン生合成抑制作用により、水・ナトリウムの排泄を減少させるためと考えられている。
フロセミド、アゾセミド、ピレタニド	本剤の副作用が増強することがある。	腎の排泄部位にて本剤と競合する。
非ステロイド性消炎鎮痛剤 インドメタシン、ジクロフェナクナトリウム	非ステロイド性消炎鎮痛剤の血中濃度が低下し、作用を減弱することがある。 出血を増加し、腎機能低下をもたらすことがある。	非ステロイド性消炎鎮痛剤の吸収阻害あるいは血漿蛋白結合部位での遊離置換が考えられている。 機序は不明である。
イブプロフェン、ナプロキセン	本剤の血小板凝集抑制作用を減弱するとの報告がある。	血小板のシクロオキシゲナーゼ-1 (COX-1) と本剤の結合を阻害するためと考えられる。
オキシカム系消炎鎮痛剤 ピロキシカム等	両剤又は一方の薬剤の副作用の発現頻度を増加させるおそれがある。	機序は不明である。
ニトログリセリン	ニトログリセリンの作用を減弱するおそれがある。	本剤は血管内皮細胞から産生され血管拡張作用を有するプロスタグランジン I <sub>2</sub> 等の生合成を阻害し、ニトログリセリンの血管拡張作用を減弱させる可能性が考えられる。
テトラサイクリン系抗生物質 ニューキノロン系抗菌剤	テトラサイクリン系抗生物質またはニューキノロン系抗菌剤の作用を減弱させ、抗菌力が低下する。	本剤中の制酸緩衝剤が消化管内でテトラサイクリン系抗生物質又はニューキノロン系抗菌剤と難溶性のキレートを作り、これらの医薬品の消化管からの吸収を阻害し、血中濃度が低下するためと考えられている。
副腎皮質ホルモン剤 ベタメタゾン、コルチゾン酢酸エステル、メチルプレドニゾロン等	高用量の本剤とこれらの薬剤の併用時、これらの薬剤を減量する際、本剤の血中濃度が増加し、サリチル酸中毒を起こすことが報告されているので、併用する場合には用量に注意する。	副腎皮質ホルモン剤は、サリチル酸の腎排泄と肝代謝を著しく増加し、サリチル酸濃度を治療域以下にするといわれており、副腎皮質ホルモン剤との併用時には、サリチル酸の投与量を増量することがあるので、副腎皮質ホルモン剤を減量又は中止するときには注意する。

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
乳酸ナトリウム	本剤の尿中排泄を増加することがある。	乳酸ナトリウムのアルカリ化作用により、本剤の尿中排泄が促進するためと考えられる。
バルプロ酸ナトリウム	バルプロ酸ナトリウムの作用を増強し、振戦等を起こすことがある。	アスピリンは血漿蛋白に結合したバルプロ酸ナトリウムと置換し、遊離させる。
フェニトイン	総フェニトイン濃度を低下させるが、非結合型フェニトイン濃度を低下させないとの報告があるので、総フェニトイン濃度に基づいて増量する際には臨床症状等を慎重に観察すること。	本剤（高用量投与時）は血漿蛋白に結合したフェニトインと置換し、遊離させる。
アセタゾラミド	アセタゾラミドの副作用を増強し、嗜眠、錯乱等の中枢神経系症状、代謝性アシドーシス等を起こすことが報告されている。	アスピリンは血漿蛋白に結合したアセタゾラミドと置換し、遊離させる。
アンジオテンシン変換酵素阻害剤（ACE阻害剤）	ACE阻害剤の降圧作用が減弱することがある。	本剤はACE阻害剤のプロスタグランジン生合成作用に拮抗する。
β-遮断剤	β-遮断剤の降圧作用が減弱することがある。	本剤がプロスタグランジン生合成を抑制し、β-遮断剤の降圧作用に拮抗する。
ドネペジル塩酸塩	消化性潰瘍を起こすことがある。	コリン系が賦活され胃酸分泌が促進される。
タクロリムス水和物、シクロスポリン	腎障害が発現することがある。	腎障害の副作用が相互に増強されると考えられる。
ザフィルルカスト	ザフィルルカストの血漿中濃度が上昇することがある。	機序不明。
プロスタグランジンD <sub>2</sub> 、トロンボキサンA <sub>2</sub> 受容体拮抗剤（セラトロダスト、ラマトロバン）	ヒト血漿蛋白結合に対する相互作用の検討（in vitro）において、本剤によりこれら薬剤の非結合型分率が上昇することがある。	これら薬剤が本剤と血漿蛋白結合部位で置換し、遊離型血中濃度が上昇すると考えられる。
選択的セロトニン再取り込み阻害剤（SSRI） フルボキサミンマレイン酸塩、塩酸セルトラリン等	皮膚の異常出血（斑状出血、紫斑等）、出血症状（胃腸出血等）が報告されている。	SSRIの投与により血小板凝集が阻害され、本剤との併用により出血傾向が増強すると考えられる。

	薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
	アルコール	消化管出血が増強されるおそれがある。	アルコールによる胃粘膜障害と本剤のプロスタグランジン合成阻害作用により、相加的に消化管出血が増強すると考えられる。
<b>8. 副作用</b> (1) 副作用の概要  (2) 重大な副作用と初期症状	<p>本剤は使用成績調査等の副作用発現頻度が明確となる調査を実施していない。</p> <p><b>重大な副作用（頻度不明）</b></p> <p>(1) <b>ショック、アナフィラキシー</b>：ショックやアナフィラキシー（呼吸困難、全身潮紅、血管浮腫、蕁麻疹等）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し、適切な処置を行うこと。</p> <p>(2) <b>出血</b>：  <b>脳出血等の頭蓋内出血</b>：脳出血等の頭蓋内出血（初期症状：頭痛、悪心・嘔吐、意識障害、片麻痺等）があらわれることがあるので、観察を十分に行い、このような症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。  <b>肺出血、消化管出血、鼻出血、眼底出血等</b>：肺出血、消化管出血、鼻出血、眼底出血等があらわれることがあるので、観察を十分に行い、このような症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。</p> <p>(3) <b>中毒性表皮壊死融解症（Toxic Epidermal Necrolysis：TEN）、皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson 症候群）、剥脱性皮膚炎</b>：中毒性表皮壊死融解症、皮膚粘膜眼症候群、剥脱性皮膚炎があらわれることがあるので、観察を十分に行い、このような症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。</p> <p>(4) <b>再生不良性貧血、血小板減少、白血球減少</b>：再生不良性貧血、血小板減少、白血球減少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し、適切な処置を行うこと。</p> <p>(5) <b>喘息発作の誘発</b>：喘息発作を誘発することがある。</p> <p>(6) <b>肝機能障害、黄疸</b>：AST（GOT）、ALT（GPT）、<math>\gamma</math>-GTP等の著しい上昇を伴う肝機能障害や黄疸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。</p> <p>(7) <b>消化性潰瘍、小腸・大腸潰瘍</b>：下血（メレナ）を伴う胃潰瘍、十二指腸潰瘍等の消化性潰瘍があらわれることがある。また、消化管出血、腸管穿孔を伴う小腸・大腸潰瘍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し、適切な処置を行うこと。</p>		



<p>(3) その他の副作用</p> <p>(4) 項目別副作用発現頻度及び臨床検査値異常一覧</p> <p>(5) 基礎疾患、合併症、重症度及び手術の有無等背景別の副作用発現頻度</p> <p>(6) 薬物アレルギーに対する注意及び試験法</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">頻度不明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>消化器</td> <td>胃腸障害、嘔吐、腹痛、胸やけ、便秘、下痢、食道炎、口唇腫脹、吐血、吐き気、悪心、食欲不振、胃部不快感</td> </tr> <tr> <td>過敏症</td> <td>蕁麻疹、発疹、浮腫</td> </tr> <tr> <td>皮膚</td> <td>掻痒、皮疹、膨疹、発汗</td> </tr> <tr> <td>精神神経系</td> <td>めまい、興奮、頭痛</td> </tr> <tr> <td>肝臓</td> <td>AST (GOT) 上昇、ALT (GPT) 上昇</td> </tr> <tr> <td>腎臓</td> <td>腎障害</td> </tr> <tr> <td>循環器</td> <td>血圧低下、血管炎、心窩部痛</td> </tr> <tr> <td>呼吸器</td> <td>過呼吸、気管支炎、鼻出血、鼻炎</td> </tr> <tr> <td>感覚器</td> <td>角結膜炎、耳鳴、難聴</td> </tr> <tr> <td>血液</td> <td>貧血</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>代謝性アシドーシス、倦怠感</td> </tr> </tbody> </table> <p>該当資料なし</p> <p>該当資料なし</p> <p>「Ⅷ.－2. 禁忌内容とその理由（原則禁忌を含む）」の項参照  「Ⅷ.－5. 慎重投与内容とその理由」の項参照  「Ⅷ.－8. (2) 重大な副作用と初期症状」の項参照  「Ⅷ.－8. (3) その他の副作用」の項参照</p>	頻度不明		消化器	胃腸障害、嘔吐、腹痛、胸やけ、便秘、下痢、食道炎、口唇腫脹、吐血、吐き気、悪心、食欲不振、胃部不快感	過敏症	蕁麻疹、発疹、浮腫	皮膚	掻痒、皮疹、膨疹、発汗	精神神経系	めまい、興奮、頭痛	肝臓	AST (GOT) 上昇、ALT (GPT) 上昇	腎臓	腎障害	循環器	血圧低下、血管炎、心窩部痛	呼吸器	過呼吸、気管支炎、鼻出血、鼻炎	感覚器	角結膜炎、耳鳴、難聴	血液	貧血	その他	代謝性アシドーシス、倦怠感
頻度不明																									
消化器	胃腸障害、嘔吐、腹痛、胸やけ、便秘、下痢、食道炎、口唇腫脹、吐血、吐き気、悪心、食欲不振、胃部不快感																								
過敏症	蕁麻疹、発疹、浮腫																								
皮膚	掻痒、皮疹、膨疹、発汗																								
精神神経系	めまい、興奮、頭痛																								
肝臓	AST (GOT) 上昇、ALT (GPT) 上昇																								
腎臓	腎障害																								
循環器	血圧低下、血管炎、心窩部痛																								
呼吸器	過呼吸、気管支炎、鼻出血、鼻炎																								
感覚器	角結膜炎、耳鳴、難聴																								
血液	貧血																								
その他	代謝性アシドーシス、倦怠感																								
<p>9. 高齢者への投与</p>	<p>高齢者では腎機能、肝機能などの生理機能が低下しているため、副作用があらわれやすいので、患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。</p>																								
<p>10. 妊婦、産婦、授乳婦等への投与</p>	<p>(1) 出産予定日 12 週以内の妊婦には投与しないこと。〔妊娠期間の延長、動脈管の早期閉鎖、子宮収縮の抑制、分娩時出血の増加につながるおそれがある。海外での大規模な疫学調査では、妊娠中のアスピリン服用と先天異常児出産の因果関係は否定的であるが、長期連用した場合は、母体の貧血、産前産後の出血、分娩時間の延長、難産、死産、新生児の体重減少・死亡などの危険が高くなるおそれを否定できないとの報告がある。また、ヒトで妊娠末期に投与された患者及びその新生児に出血異常があらわれたとの報告がある。さらに、妊娠末期のラットに投与した実験で、弱い胎児の動脈管収縮が報告されている。〕</p> <p>(2) 妊婦（ただし、出産予定日 12 週以内の妊婦は除く）又は妊娠している可能性のある婦人には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。〔動物実験(ラット)で催奇形性作用があらわれたとの報告がある。妊娠期間の延長、過期産につながるおそれがある。〕</p> <p>(3) 授乳中の婦人には本剤投与中は授乳を避けさせること。〔母乳中へ移行することが報告されている。〕</p>																								

11. 小児等への投与	<p>(1) 低出生体重児、新生児又は乳児では、錠剤である本剤の嚥下が不能であることから、投与しないこと。</p> <p>(2) 幼児には本剤の嚥下が可能なことを確認して、慎重に投与すること。</p> <p>(3) 小児等では、副作用があらわれやすいので、患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。腎障害またはその既往歴のある川崎病の患者ならびに低出生体重児の川崎病の患者に注意すること。川崎病の治療において肝機能障害<sup>25)</sup>の報告があるので適宜肝機能検査を行い、注意すること。[「Ⅷ.－6. 重要な基本的注意とその理由及び処置方法」の項参照]</p> <p>(4) 15歳未満の水痘、インフルエンザの患者に投与しないことを原則とするが、やむを得ず投与する場合には、慎重に投与し、投与後の患者の状態を十分に観察すること。[「Ⅷ.－6. 重要な基本的注意とその理由及び処置方法」の項参照]</p> <p>(5) 本剤投与中の15歳未満の川崎病の患者が水痘、インフルエンザを発症した場合には、投与を中断することを原則とするが、やむを得ず投与を継続する場合には、慎重に投与し、投与後の患者の状態を十分に観察すること。[「Ⅷ.－6. 重要な基本的注意とその理由及び処置方法」の項参照]</p>
12. 臨床検査結果に及ぼす影響	該当資料なし
13. 過量投与	<p>(1) 症状：悪心、嘔吐、口渇、下痢、頭痛、めまい、耳鳴り、難聴、興奮、痙攣、過呼吸、昏睡などの症状を示す。酸塩基平衡異常と電解質異常が生じることがあり、発熱と脱水を併発する。過呼吸のとき呼吸性アルカローシスを生じ、すぐに代謝性アシドーシスが生じる。</p> <p>(2) 機序：肝臓のサリチル酸代謝能に限界があるため、サリチル酸の血中濃度が高くなるとクリアランスが減少し、半減期が増加する。</p> <p>(3) 処置：催吐、胃洗浄を行い、その上で活性炭や下剤を投与することも有用。ブドウ糖輸液などにより体液と電解質のバランスの維持を図る。小児の高熱には、スポンジ浴を行う。炭酸水素ナトリウムの静脈注射などによりアシドーシスを補正すると共に尿のアルカリ化を図る。重篤な場合、血液透析、腹膜灌流などを考慮する。</p>
14. 適用上の注意	<p><b>薬剤交付時：</b> 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報告されている。）</p>
15. その他の注意	<p>(1) <i>in vitro</i> の試験において、アスピリン等のグルクロン酸抱合により代謝される薬剤が抗ウイルス剤（ジドブジン）のグルクロン酸抱合を阻害したとの報告がある<sup>26)</sup>。</p> <p>(2) 非ステロイド性消炎鎮痛剤を長期間投与されている女性において、一時的な不妊が認められたとの報告がある。</p>
16. その他	該当しない

## Ⅸ. 非臨床試験に関する項目

1. 薬理試験 (1) 薬効薬理試験 (「Ⅵ. 薬効薬理に関する項目」参照) (2) 副次的薬理試験 (3) 安全性薬理試験 (4) その他の薬理試験	該当資料なし 該当資料なし 該当資料なし
2. 毒性試験 (1) 単回投与毒性試験 (2) 反復投与毒性試験 (3) 生殖発生毒性試験 (4) その他の特殊毒性	該当資料なし 該当資料なし 該当資料なし 該当資料なし

X. 管理的事項に関する項目

1. 規制区分	製 剤：該当しない 有効成分： アスピリン 該当しない 炭酸マグネシウム 該当しない ジヒドロキシアルミニウム アミノアセテート 該当しない	
2. 有効期間又は使用期限	使用期限：3年（安定性試験結果に基づく）	
3. 貯法・保存条件	室温保存	
4. 薬剤取扱い上の注意点 (1) 薬局での取り扱い上の留意点について (2) 薬剤交付時の取扱いについて（患者等に留意すべき必須事項等） (3) 調剤時の留意点について	該当資料なし  本剤は吸湿により分解されるので、PTPシートで包装された状態のまま患者に交付すること。 「Ⅷ.-14. 適用上の注意」の項参照  該当資料なし	
5. 承認条件等	該当しない	
6. 包装	100錠（PTP10錠×10）、2,000錠（PTP10錠×200）	
7. 容器の材質	P T P：ポリ塩化ビニル、アルミニウム ピロー：ポリエチレン、アルミニウム 個装箱：紙	
8. 同一成分・同効薬	同一成分：バファリン配合錠 A81、バッサミン配合錠 A81、ファモター配合錠 A81、アスファネート配合錠 A81 同 効 薬：アスピリン、チクロピジン塩酸塩、シロスタゾール、ジピリダモール	
9. 国際誕生年月日	該当しない	
10. 製造販売承認年月日及び承認番号	製造販売承認年月日：2009年4月20日（販売名変更による） 承認番号：22100AMX00637000 [注]旧販売名：製造販売承認年月日 ニトギス錠 81mg：2000年9月22日	
11. 薬価基準収載年月日	2009年9月25日	
12. 効能又は効果追加、用法及び用量変更追加等の年月日及びその内容	一部変更承認年月日：2005年10月31日 【効能又は効果】	
	変更後	変更前
	○下記疾患における血栓・塞栓形成の抑制 狭心症（慢性安定狭心症、不安定狭心症） 心筋梗塞 虚血性脳血管障害（一過性脳虚血発作（TIA）、脳梗塞） ○冠動脈バイパス術（CABG）あるいは経皮経管冠動脈形成術（PTCA）施行後における血栓・塞栓形成の抑制 ○川崎病（川崎病による心血管後遺症を含む）	○下記疾患における血栓・塞栓形成の抑制 狭心症（慢性安定狭心症、不安定狭心症） 心筋梗塞 虚血性脳血管障害（一過性脳虚血発作（TIA）、脳梗塞） ○冠動脈バイパス術（CABG）あるいは経皮経管冠動脈形成術（PTCA）施行後における血栓・塞栓形成の抑制

	【用法及び用量】							
	変更後	変更前						
	<p>○<u>狭心症（慢性安定狭心症、不安定狭心症）、心筋梗塞、虚血性脳血管障害（一過性脳虚血発作（TIA）、脳梗塞）における血栓・塞栓形成の抑制、冠動脈バイパス術（CABG）あるいは経皮経管冠動脈形成術（PTCA）施行後における血栓・塞栓形成の抑制に使用する場合</u></p> <p>通常、成人には1錠（アスピリンとして81mg）を1回量として、1日1回経口投与する。          なお、症状により1回4錠（アスピリンとして324mg）まで増量できる。</p> <p>○<u>川崎病（川崎病による心血管後遺症を含む）に使用する場合</u></p> <p>急性期有熱期間は、アスピリンとして1日体重1kgあたり30～50mgを3回に分けて経口投与する。解熱後の回復期から慢性期は、アスピリンとして1日体重1kgあたり3～5mgを1回経口投与する。          なお、症状に応じて適宜増減する。</p>	<p>通常、成人には1錠（アスピリンとして81mg）を1回量として、1日1回経口投与する。          なお、症状により1回4錠（アスピリンとして324mg）まで増量できる。</p>						
13. 再審査結果、再評価結果公表年月日及びその内容	該当しない							
14. 再審査期間	該当しない							
15. 投薬期間制限医薬品に関する情報	本剤は、投薬（あるいは投与）期間に関する制限は定められていない。							
16. 各種コード	<table border="1"> <thead> <tr> <th>HOT 番号</th> <th>厚生労働省薬価基準 収載医薬品コード</th> <th>レセプト電算コード</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>113748403</td> <td>3399100F1094</td> <td>621374801</td> </tr> </tbody> </table>		HOT 番号	厚生労働省薬価基準 収載医薬品コード	レセプト電算コード	113748403	3399100F1094	621374801
HOT 番号	厚生労働省薬価基準 収載医薬品コード	レセプト電算コード						
113748403	3399100F1094	621374801						
17. 保険給付上の注意	本剤は診療報酬上の後発医薬品である。							

## X I . 文献

<p>1. 引用文献</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) シオノケミカル(株) : ニトギス配合錠A81の安定性に関する資料 (社内資料)</li> <li>2) シオノケミカル(株) : ニトギス配合錠A81の溶出性に関する資料 (品質再評価) (社内資料)</li> <li>3) シオノケミカル(株) : ニトギス配合錠A81の溶出性に関する資料 (公的) (社内資料)</li> <li>4) 第十六改正日本薬局方解説書 廣川書店</li> <li>5) ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction : J.Am.Coll.Cardiol.,28 (5) ,1328~1419 (1996)</li> <li>6) 日本小児循環器学会、川崎病急性期治療のガイドライン (2003)</li> <li>7) 日本循環器学会、日本心臓病学会、日本小児科学会、日本小児循環器学会、日本胸部外科学会合同研究班、川崎病心臓血管後遺症の診断と治療に関するガイドライン : Circulation Journal 67 Suppl. IV : 1111~1152 (2003)</li> <li>8) Tohgi,H.et al. : Stroke 23 (10) ,1400~1403 (1992)</li> <li>9) 谷口直樹ら : 日本老年医学会誌 18 (6) , 463~468 (1981)</li> <li>10) 白幡 聡ら : 日本小児科学会雑誌 89 (10) , 2207~2214 (1985)</li> <li>11) グッドマン・ギルマン薬理書,第9版,監訳 : 高折修二ら,825~882, 1789~1790,廣川書店 (1999)</li> <li>12) 鶴見介登ら : 炎症 11 (1) , 33~42 (1991)</li> <li>13) 星 恵子ら : 臨床薬理 32 (5) , 223~230 (2001)</li> <li>14) SAPAT : Lancet 340 (8833) ,1421~1424 (1992)</li> <li>15) Lewis,H.D.et al. : N.Engl.J.Med.,309 (7) ,396~403 (1983)</li> <li>16) The RISC Group : Lancet 336 (8719) ,827~830 (1990)</li> <li>17) Antiplatelet Trialists'Collaboration : Br.Med.J.,308 (6921) ,81~106 (1994)</li> <li>18) Yasue,H.et al. : Am.J.Cardiol.,83 (9) ,1308~1313 (1999)</li> <li>19) ISIS-2 Collaborative Group : Lancet,2 (8607) ,349~360 (1988)</li> <li>20) The SALT Collaborative Group : Lancet,338 (8779) ,1345~1349 (1991)</li> <li>21) Antiplatelet Trialists'Collaboration : Br.Med.J.,308 (6922) ,159~168 (1994)</li> <li>22) 草川三治ら : 日本小児科学会雑誌 87(12), 2486~2491 (1983)</li> <li>23) 浅井利夫ら : 小児科 26(9), 995~1004 (1985)</li> <li>24) シオノケミカル(株) : ニトギス配合錠 A81 の生物学的同等性に関する資料 (社内資料)</li> <li>25) 赤木禎治ら : 総合臨床 44 (10) ,2410~2413 (1995)</li> <li>26) Sim,S.M.et al. : Br.J.Clin.Pharmac.,32 (1) ,17~21 (1991)</li> </ol>
<p>2. その他の参考文献</p>	<p>該当資料なし</p>

## X II. 参考資料

1. 主な外国での発売状況	該当しない
2. 海外における臨床支援情報	該当資料なし

### XⅢ. 備考

1. その他の関連資料	該当資料なし
-------------	--------