

貯法：室温保存
有効期間：3年処方箋医薬品^{注)}アテノロール錠25mg「ツルハラ」
アテノロール錠50mg「ツルハラ」
Atenolol Tablets「TSURUHARA」

	錠25mg	錠50mg
承認番号	22600AMX 00580000	22600AMX 00581000
販売開始	2012年2月	1992年7月

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 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- 2.2 糖尿病性ケトアシドーシス、代謝性アシドーシスのある患者
【アシドーシスによる心筋収縮力の抑制を増強するおそれがある。】
- 2.3 高度又は症状を呈する徐脈、房室ブロック（Ⅱ、Ⅲ度）、洞房ブロック、洞不全症候群のある患者【これらの症状が悪化するおそれがある。】
- 2.4 心原性ショックのある患者【心機能を抑制し、症状が悪化するおそれがある。】
- 2.5 肺高血圧による右心不全のある患者【心機能を抑制し、症状が悪化するおそれがある。】
- 2.6 うっ血性心不全のある患者【心機能を抑制し、症状が悪化するおそれがある。】
- 2.7 低血圧症の患者【心機能を抑制し、症状が悪化するおそれがある。】
- 2.8 重度の末梢循環障害のある患者（壊疽等）【症状が悪化するおそれがある。】
- * 2.9 未治療の褐色細胞腫又はパラガングリオーマの患者【7、9.1.9 参照】

3. 組成・性状

3.1 組成

販売名	アテノロール錠25mg 「ツルハラ」	アテノロール錠50mg 「ツルハラ」
有効成分	1錠中 アテノロール 25mg	1錠中 アテノロール 50mg
添加剤	D-マンニトール、結晶セルロース、無水リン酸水素カルシウム、低置換度ヒドロキシプロピルセルロース、ヒドロキシプロピルセルロース、デンブングリコール酸ナトリウム、ステアリン酸、ステアリン酸マグネシウム、ヒプロメロース、マクロゴール 6000、酸化チタン、カルナウバロウ、サラシミツロウ	乳糖水和物、結晶セルロース、トウモロコシデンプン、ヒドロキシプロピルセルロース、カルメロースカルシウム、ステアリン酸マグネシウム、ヒプロメロース、マクロゴール 6000、タルク、酸化チタン、カルナウバロウ

3.2 製剤の性状

販売名	アテノロール錠25mg 「ツルハラ」	アテノロール錠50mg 「ツルハラ」
剤形	フィルムコート錠	フィルムコート錠
色調	白色	白色
外形		
大きさ	直径 約 6.6mm 厚さ 約 3.8mm	直径 約 7.6mm 厚さ 約 3.5mm
質量	約 130mg	約 155mg
識別コード	A54	A35

4. 効能又は効果

- 本態性高血圧症（軽症～中等症）
- 狭心症
- 頻脈性不整脈（洞性頻脈、期外収縮）

6. 用法及び用量

〈アテノロール錠 25mg「ツルハラ」〉

通常成人には2錠（アテノロールとして50mg）を1日1回経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減できるが、最高量は1日1回4錠（100mg）までとする。

〈アテノロール錠 50mg「ツルハラ」〉

通常成人には1錠（アテノロールとして50mg）を1日1回経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減できるが、最高量は1日1回2錠（100mg）までとする。

* 7. 用法・用量に関連する注意

褐色細胞腫又はパラガングリオーマの患者では、α遮断剤で初期治療を行った後に本剤を投与し、常にα遮断剤を併用すること。[2.9、9.1.9 参照]

8. 重要な基本的注意

8.1 長期投与の場合は、心機能検査（脈拍・血圧・心電図・X線等）を定期的に行うこと。徐脈又は低血圧の症状があらわれた場合には、減量又は中止すること。また、必要に応じアトロピンを使用すること。

なお、肝機能、腎機能、血液像等に注意すること。

8.2 類似化合物（プロプラノロール塩酸塩）使用中の狭心症の患者で急に投与を中止したとき、症状が悪化したり、心筋梗塞を起こした症例が報告されているので、休薬を要する場合は徐々に減量し、観察を十分に行うこと。

また、患者に医師の指示なしに服薬を中止しないよう注意すること。狭心症以外の適用、例えば不整脈で投与する場合でも、特に高齢者においては同様の注意をすること。[9.8 参照]

8.3 手術前48時間は投与しないことが望ましい。

8.4 めまい、ふらつきがあらわれることがあるので、本剤投与中の患者（特に投与初期）には、自動車の運転等危険を伴う機械の操作に従事させないよう注意すること。

9. 特定の背景を有する患者に関する注意

9.1 合併症・既往歴等のある患者

9.1.1 気管支喘息、気管支痙攣のおそれのある患者

観察を十分に行い、慎重に投与すること。気管支を収縮し、喘息症状が誘発又は悪化するおそれがある。

9.1.2 うっ血性心不全のおそれのある患者

ジギタリス剤を併用するなど慎重に投与すること。心機能を抑制し、うっ血性心不全が発現するおそれがある。

9.1.3 低血糖症、コントロール不十分な糖尿病、長期間絶食状態の患者

血糖値に注意すること。低血糖の前駆症状である頻脈等の交感神経系反応をマスクしやすい。

9.1.4 甲状腺中毒症の患者

(1) 休薬を要する場合には徐々に減量し、観察を十分に行うこと。急に投与を中止すると、症状を悪化させることがある。

(2) 中毒症状をマスクするおそれがある。

9.1.5 重度でない末梢循環障害のある患者（レイノー症候群、間欠性跛行症等）

症状が悪化するおそれがある。

9.1.6 徐脈のある患者

徐脈が悪化するおそれがある。

9.1.7 房室ブロック（Ⅰ度）のある患者

房室伝導時間が延長し、症状が悪化するおそれがある。

9.1.8 異型狭心症の患者

症状が悪化するおそれがある。

* 9.1.9 褐色細胞腫又はパラガングリオーマの患者

本剤の単独投与により急激に血圧が上昇することがある。[2.9、7. 参照]

9.2 腎機能障害患者

9.2.1 重篤な腎障害のある患者

クレアチニン・クリアランス値が35mL/分、糸球体ろ過値が35mL/分以下の場合は投与間隔をのばすなど、慎重に投与すること。薬物の排泄が影響をうける可能性がある。

9.3 肝機能障害患者

9.3.1 重篤な肝障害のある患者

薬物の代謝が影響をうける可能性がある。

9.5 妊婦

妊婦または妊娠している可能性のある女性には、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。本剤は胎盤を通過し、臍帯血にあらわれる。また、高血圧症の妊婦への投与により胎児の発育遅延が認められたとの報告がある。妊娠中の投与により、新生児に低血糖、徐脈があらわれたとの報告がある。[16.3 参照]

9.6 授乳婦

授乳中の女性に投与することを避け、やむを得ず投与する場合には、授乳を中止させること。母乳中へ高濃度に移行する。授乳中の投与により、新生児に低血糖、徐脈があらわれたとの報告がある。[16.3 参照]

9.7 小児等

小児等を対象とした有効性及び安全性を指標とした臨床試験は実施していない。

9.8 高齢者

次の点に注意し、少量から投与を開始するなど患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。

- ・過度の血圧低下や心機能抑制（徐脈、心停止、心不全等）に注意すること。高齢者では一般に生理機能（心機能、腎機能等）が低下している。
- ・高齢者では一般に過度の降圧は好ましくないとされている。脳梗塞等が起こるおそれがある。
- ・休薬を要する場合は、徐々に減量する。[8.2 参照]

10. 相互作用

10.2 併用注意（併用に注意すること）

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
交感神経系に対し抑制的 に作用する他の薬剤 レセルピン β遮断剤（チモ ロール等の点眼剤 を含む）等	交感神経系の過剰の 抑制（徐脈、心不全等） をきたすことがあるの で、減量するなど慎重 に投与すること。	相 互 に 作 用 （交感神経抑制作用） を増強させる。
血糖降下剤 インスリン トルブタミド アセトヘキサミ ド等	血糖降下作用が増強さ れることがある。また、 低血糖症状（頻脈等） をマスクすることがあ るので、血糖値に注意 すること。	血糖値が低下するとカ テコールアミンが副腎 から分泌され、肝での グリコーゲンの分解を 促し、血糖値を上昇さ せる。 このとき、肝臓のβ受 容体が遮断されている と、カテコールアミン による血糖上昇作用が 抑えられ、血糖降下作 用が増強する可能性が ある。通常、カテコー ルアミンは心拍数を増 加させるが、心臓のβ ₁ 受容体が遮断されてい ると、心拍数の増加が 起きず、頻脈のような 低血糖症状がマスクさ れるためと考えられて いる。

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
カルシウム拮抗剤 ベラパミル ジルチアゼム ニフェジピン等	ベラパミル、ジルチア ゼム等では、低血圧、 徐脈、房室ブロック等 の伝導障害、心不全が 発現するおそれがあり、 心停止/洞停止に至る 可能性があるので減 量するなど注意するこ と。また、ジヒドロピ リジン系薬剤でも低血 圧、心不全が発現する おそれがあるので注意 すること。 本剤からカルシウム拮 抗剤の静脈投与に変更 する場合には48時間以 上あけること。	相互に作用（心収縮力 や刺激伝導系の抑制作 用、降圧作用等）を増 強させる。
クロニジン	クロニジンの投与中止 後のリバウンド現象（血 圧上昇、頭痛、嘔気等） を増強する可能性がある。 クロニジンを中止する 場合には、本剤を先に 中止し、その後数日間 観察した後、クロニジ ンを中止すること。ま た、クロニジンから本 剤へ投与を変更する場 合には、クロニジンを 中止した数日後から本 剤を投与すること。	クロニジンを投与され ている患者でクロニジ ンを中止すると、血中 カテコールアミンが上 昇し、血圧上昇をきた す。β遮断剤が投与さ れていると、カテコー ルアミンによるα刺激 作用が優位になり、血 管収縮がさらに増強さ れる。
クラスI抗不整脈剤 ジソピラミド プロカインアミド アジマリン等 クラスIII抗不整脈剤 アミオダロン等	過度の心機能抑制 （徐脈、心不全等）が あらわれ、心停止/洞停 止に至る可能性がある ので、減量するなど慎 重に投与すること。	抗不整脈剤は陰性変力 作用及び陰性変時作用 を有する。β遮断剤も カテコールアミンの作 用を遮断することによ り心機能を抑制するた め、併用により心機能 が過度に抑制される。
麻酔剤 セボフルラン等	反射性頻脈が弱まり、 低血圧のリスクが増強 することがある。また、 過度の心機能抑制 （徐脈、心不全等）が あらわれ、心停止/洞停 止に至る可能性がある。 陰性変力作用の小さい 麻酔剤を選択すること。 また、心筋抑制作用を 有する麻酔剤との併用 は出来るだけ避けるこ と。	麻酔剤により低血圧が 起こると反射性の頻脈 が起こる。β遮断剤が 併用されていると、反 射性の頻脈を弱め、低 血圧が強められる可能 性がある。 また、陰性変力作用を 有する麻酔剤では、相 互に作用を増強させる 。
ジギタリス製剤	房室伝導時間が延長 し、徐脈、房室ブロッ ク等が発現することが あるので注意すること。	ジギタリス、β遮断剤 はともに房室結節伝導 時間を延長させる。ジ ギタリス中毒時には特 に注意を要する。
非ステロイド性抗炎症 剤 インドメタシン等	本剤の降圧作用が減弱 することがある。	非ステロイド性抗炎症 剤は血管拡張作用を有 するプロスタグランジ ンの生成を阻害する。
交感神経刺激剤 アドレナリン等	相互の薬剤の効果が減 弱する。また、血管収 縮、血圧上昇をきたす ことがあるので注意す ること。	相互に作用を減弱させ る。α刺激作用を有す る薬剤の場合には、本 剤により交感神経刺激 剤のβ刺激作用が抑制 され、α刺激作用が優 位となり、血管収縮が 起こる。

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
フィンゴリモド	フィンゴリモドの投与開始時に本剤を併用すると重度の徐脈や心ブロックが認められることがある。	共に徐脈や心ブロックを引き起こすおそれがある。

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 徐脈、心不全、胸部圧増大、房室ブロック、洞房ブロック、失神を伴う起立性低血圧（いずれも頻度不明）

11.1.2 呼吸困難、喘鳴（いずれも0.1～5%未満）、気管支痙攣（0.1%未満）

11.1.3 血小板減少症、紫斑病（いずれも頻度不明）

11.2 その他の副作用

	0.1～5%未満	0.1%未満	頻度不明
過敏症			発疹、そう痒
眼	視力異常		霧視、涙液分泌減少
循環器	低血圧		胸部圧迫感、動悸、四肢冷感、レイノー症状、間欠性跛行
精神神経系	頭痛、めまい	うつ状態（神経性うつ病）、耳鳴、耳痛	眩暈、不眠、眠気、錯乱、悪夢、気分の変化、精神変調
消化器	口渇、嘔吐、食欲不振、下痢、便秘、腹痛	悪心・嘔気	腹部不快感、軟便
肝臓			AST、ALTの上昇、胆汁うっ滞性肝炎
腎臓			BUN、クレアチニンの上昇
その他	倦怠	CK（CPK）の上昇	脱力感、しびれ感、浮腫・末梢性浮腫、高脂血症、脱毛、冷汗、頻尿、高血糖、高尿酸血症、乾癬様皮疹、乾癬悪化、抗核抗体陽性化、勃起障害

13. 過量投与

過度の徐脈をきたした場合は、まずアトロピン硫酸塩水和物（1～2mgを静注）を投与し、更に必要に応じて β_1 刺激剤であるドブタミン（毎分2.5～10 μ g/kgを静注）を投与する。グルカゴン（10mgを静注）が有効であったとの報告もある。

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

アナフィラキシーの既往歴のある患者で、本剤又は他の β 遮断剤投与中に発生したアナフィラキシー反応の増悪を示し、又、アドレナリンによる治療に抵抗性を示したとの報告がある。

16. 薬物動態

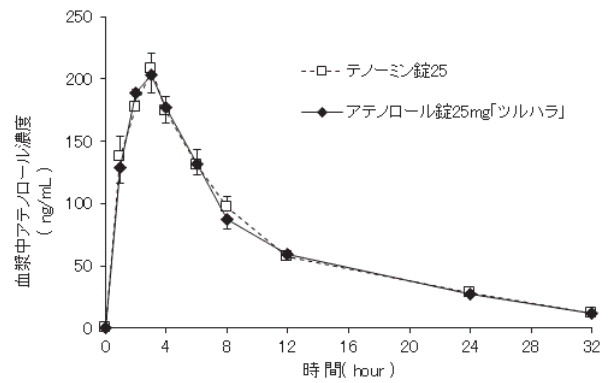
16.1 血中濃度

16.1.1 生物学的同等性試験

〈アテノロール錠 25mg「ツルハラ」〉

アテノロール錠 25mg「ツルハラ」とテノーミン錠25を、クロスオーバー法によりそれぞれ2錠（アテノロール 50mg）を健康成人男子に絶食時単回経口投与して血漿中未変化体濃度を測定し、得られた薬物動態パラ

メータ（AUC、Cmax）について90%信頼区間法にて統計解析を行った結果、 $\log(0.8) \sim \log(1.25)$ の範囲内であり、両剤の生物学的同等性が確認された¹⁾。

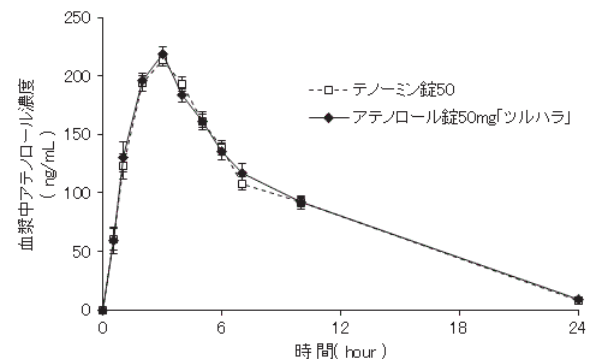


	判定パラメータ		参考パラメータ	
	AUC ₀₋₃₂ (ng·hr/mL)	Cmax (ng/mL)	Tmax (hr)	t _{1/2} (hr)
アテノロール錠 25mg 「ツルハラ」 × 2 錠	2108 ± 101	211.7 ± 11.9	2.9 ± 0.2	約8.7
テノーミン錠25 × 2 錠	2130 ± 106	212.7 ± 11.6	2.8 ± 0.1	約8.7

(Mean ± S.E., n=12)

〈アテノロール錠 50mg「ツルハラ」〉

アテノロール錠 50mg「ツルハラ」とテノーミン錠50を、クロスオーバー法によりそれぞれ1錠（アテノロール 50mg）を健康成人男子に絶食時単回経口投与して血漿中未変化体濃度を測定し、得られた薬物動態パラメータ（AUC、Cmax）について90%信頼区間法にて統計解析を行った結果、 $\log(0.8) \sim \log(1.25)$ の範囲内であり、両剤の生物学的同等性が確認された²⁾。



	判定パラメータ		参考パラメータ	
	AUC ₀₋₂₄ (ng·hr/mL)	Cmax (ng/mL)	Tmax (hr)	t _{1/2} (hr)
アテノロール錠 50mg 「ツルハラ」	2102 ± 77	219.0 ± 6.3	3.0 ± 0.0	約4.6
テノーミン錠50	2072 ± 46	217.2 ± 5.7	2.9 ± 0.2	約4.3

(Mean ± S.E., n=12)

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。

16.2 吸収

約50%が消化管から吸収された（英国での成績）³⁾。肝臓で初回通過効果を受けずに体循環に入る⁴⁾。

16.3 分布

アテノロールはプロプラノロール、メトプロロールに比べ脳内移行が少ないことが脳手術を必要とした患者について示されている（英国での成績）⁵⁾。

出産前の高血圧症患者にアテノロールを経口投与した場合、胎盤を通過することが示されている（スウェーデンでの成績）⁶⁾。

授乳中の高血圧症患者にアテノロールを経口投与した場合、母乳中に移行することが示されている（スウェーデンでの成績）⁷⁾。

16.4 代謝

アテノロールは肝臓でほとんど代謝を受けないが、健康男子にアテノロールを経口投与した場合、グルクロン酸抱合体、アミド側鎖の水酸化体等をわずかに生成する（英国での成績）³⁾。

16.5 排泄

健康男子にアテノロールを経口投与した場合、尿中、糞中から投与量のそれぞれ約50%が回収されたが、その約90%は未変化体であった（英国での成績）³⁾。

18. 薬効薬理

18.1 作用機序

交感神経β受容体においてカテコールアミンと競合的に拮抗し、β受容体遮断作用を示すことによって抗狭心症作用、抗不整脈作用を発揮するものと考えられる。降圧作用の機序については十分には解明されていないが、心拍出量の減少⁸⁾、末梢血管抵抗減少作用⁹⁾、¹⁰⁾、レニン分泌抑制作用¹⁰⁾、¹¹⁾等が考えられる。

18.2 交感神経β受容体遮断作用

健康男子¹²⁾、狭心症患者¹³⁾でアテノロールはインプレナリン負荷¹²⁾及び運動負荷¹²⁾、¹³⁾による心拍数の上昇に拮抗し、心仕事量を減少させ、交感神経β受容体遮断作用を示す。

18.3 心臓選択性(β₁選択性)

アテノロールのβ₁遮断作用はプロプラノロール塩酸塩よりやや弱く、気管及び末梢血管のβ₂受容体に対する作用は極めて弱い。

ヒトの心房及び気管支の筋肉標本を用いたin vitro実験で、アテノロールのβ₁選択性はプロプラノロール塩酸塩、ピンドロール、メトプロロール酒石酸塩より高く、アセプトロール塩酸塩とほぼ同等であった¹⁴⁾。臨床的にも、アテノロールは可逆性の閉塞性気道疾患を有する患者の呼吸機能に及ぼす影響は少なかった¹⁵⁾。

18.4 降圧作用

アテノロールは本態性高血圧症患者に対し1日1回連日経口投与により24時間にわたって安定した降圧作用を示した⁹⁾、¹⁶⁾。また血漿レニン活性、血漿アルドステロン濃度を低下させ、全末梢血管抵抗を減少させた¹⁰⁾。

18.5 その他の作用

ウサギ心房、心室筋標本を用いた電気生理学的実験において膜安定化作用を示さなかった¹⁷⁾。イヌ¹⁸⁾、ラット¹⁹⁾を用いた実験で、アテノロールは内因性交感神経刺激作用を示さなかった。

19. 有効成分に関する理化学的知見

一般的名称：アテノロール (Atenolol)

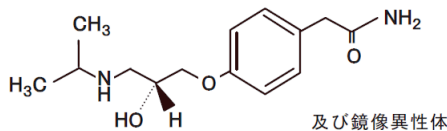
化学名：2-(4-{(2*RS*)-2-Hydroxy-3-[(1-methylethyl) amino] propyloxy}phenyl) acetamide

分子式：C₁₄H₂₂N₂O₃

分子量：266.34

性状：白色～微黄色の結晶性の粉末である。メタノール又は酢酸(100)に溶けやすく、エタノール(99.5)にやや溶けやすく、水に溶けにくい。メタノール溶液(1→25)は旋光性を示さない。

化学構造式：



融点：152～156℃

22. 包装

〈アテノロール錠 25mg 「ツルハラ」〉

PTP：100錠(10錠×10)

〈アテノロール錠 50mg 「ツルハラ」〉

PTP：100錠(10錠×10)、1,000錠(10錠×100、乾燥剤入り)

バラ【缶】：1,200錠(乾燥剤入り)

23. 主要文献

- 社内資料：生物学的同等性試験(錠25mg)
- 社内資料：生物学的同等性試験(錠50mg)
- Reeves,P.R.,et al. : Xenobiotica, 1978 ; 8 (5) : 313-320
- 第十八改正日本薬局方解説書,廣川書店,2021 ; C-191-194
- Cruickshank,J.M.,et al. : Clin.Sci., 1980 ; 59 : 453s-455s
- Melander,A.,et al. : Eur.J.Clin.Pharmacol., 1978 ; 14 : 93-94
- Liedholm,H. : Drugs,25 (Suppl.2) , 1983 : 217-218
- Heel,R.C.et al. : Drugs, 1979 ; 17 : 425-460
- 築山久一郎 他：臨床薬理, 1980 ; 11 (3) : 215-224
- Sasaki,Y.,et al. : Jpn.Circ.J., 1984 ; 48 (9) : 988-993
- 佐野博志 他：薬理と治療, 1980 ; 8 (12) : 373-379
- Conway,F.J.,et al. : Br.J.Clin.Pharmacol., 1976 ; 3 : 267-272
- 近藤照夫 他：薬理と治療, 1980 ; 8 (10) : 3751-3759
- Harms,H.H. : J.Pharmacol.Exp.Ther., 1976 ; 199 (2) : 329-335
- Suzuki,S.,et al. : Acta Ther., 1981 ; 7 : 55-65
- Floras,J.S.,et al. : Br.Med.J., 1982 ; 285 (6352) : 1387-1392
- Singh,B.N.,et al. : Eur.J.Pharmacol., 1975 ; 34 : 75-86
- Harry,J.D.,et al. : Br.J.Pharmacol., 1974 ; 51 : 169-177
- 泉 堯 他：日本薬理学雑誌, 1980 ; 76 : 05-513

24. 文献請求先及び問い合わせ先

鶴原製薬株式会社 医薬情報部

〒563-0036 大阪府池田市豊島北1丁目16番1号

TEL : 072-761-1456 (代表) FAX : 072-760-5252

26. 製造販売業者等

26.1 製造販売元

鶴原製薬株式会社

大阪府池田市豊島北1丁目16番1号