

+ 医知創造ラボ | 内科医向け

スタチンでも 中性脂肪が下がらない

パルモディア併用の可否と、腎機能・筋障害の実務



医知創造ラボ

監修：今村久司（脳神経内科・総合内科専門医）

2026年8月26日

TGは26.2%下がった。 イベントは動かなかった

結論

「TGが下がる」と「イベントが減る」は別問題。
一次エンドポイントのハザード比は
1.03 (95%CI 0.91-1.15) でした。

この動画で分かること

1 心血管予防が目的なら根拠はまだない

PROMINENTが示したことと、示さなかったこと

2 先に決めるのは「何のために下げるか」

膵炎予防か、ASCVD残余リスクか

3 実害は筋よりも腎に出る

CKだけでなく血清Cr・eGFRをセットで追う



はじめにお読みください（医療従事者向け）

この動画は**医療従事者向け**の情報整理です。
患者さんご自身の判断には使用しないでください。
用量・禁忌・モニタリング間隔は**2026年8月時点**の
電子添文とガイドラインの記載に基づく整理です。
モニタリング間隔の一部は実務的な合成であり、
ガイドラインが数値で規定したものではありません。

まず潰す①②：採血条件と二次性



空腹時TG 150／随時TG 175 mg/dL 以上



TG 400以上と随時採血は non-HDL-C で見る



二次性脂質異常症は全脂質異常症の 30～40%

二次性を洗う前に、フィブラートを足さない

10～20%

⚠ ベースラインTGで効きが変わる

TG<150 ではほとんど動かず、TG>250 では22～45% 低下する

増量してもTGが動かないのは 失敗ではなく想定内

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版／Stein 1998

目的で、選ぶ薬が変わる



膵炎予防モードの閾値と紹介



TG 1,000 mg/dL 以上

動脈硬化専門医へ、すみやかに紹介する



空腹時TG 500 mg/dL 以上

急性膵炎の予防が目的になる。専門医への紹介を検討する



TG 150~499 mg/dL (随時 175~499)

ASCVD残余リスクとして扱う区間になる

随時TG が 89 mg/dL 上がるごとに急性膵炎は HR 1.17 (1.10–1.24)。TG 177–265 で HR 2.3、443以上で HR 8.7。
ただし絶対発生率は最高区分でも 12件/1万人年。相対リスクと絶対リスクは必ずセットで説明する。

PROMINENT が示したこと



n=10,497 (2型糖尿病・TG 200-499・HDL-C $\leq$ 40、スタチン下 LDL-C 中央値78、追跡中央値3.4年)。

棒の高さは変化率の絶対値。狙った脂質はすべて下がり、apoB だけが上がった。

それでも一次エンドポイントは HR 1.03 (95%CI 0.91-1.15) で動かなかった。

PROMINENT が示さなかったこと



TG は -26.2%

中性脂肪もレムナントも、
狙いどおり下がった



apoB は +4.8%

粒子数は減っていない。
これが解釈の鍵になる

対象は **TG 200-499 mg/dL**。TG 500以上は試験対象外で、
膵炎予防目的は否定されていない。

信頼区間の下限でも 0.91。臨床的に意味のあるイベント低減は、ほぼ否定されている。

「併用禁忌」は二段階で解除された



「解除」は自由化ではない



腎機能に関する臨床検査値に異常が認められる患者に、本剤とHMG-CoA還元酵素阻害薬を併用する場合には、治療上やむを得ないと判断される場合にのみ併用すること

— [重要な基本的注意] (2018年10月の改訂で移行し、現在も有効)

シンバスタチン併用時は 10 mg/日 を超えないという上限も付く

腎機能低下例では使える薬が変わる

薬剤	腎機能に関する電子添文の規定
ペマフィブラート	腎機能に関する禁忌なし。eGFR 30 mL/min/1.73m ² 未満は低用量で開始するか投与間隔を延長。最大 1日 0.2 mg
フェノフィブラート	血清Cr 2.5 mg/dL 以上、または CCr 40 mL/min 未満は禁忌
ベザフィブラート	血清Cr 2.0 mg/dL 以上は禁忌

ガイドライン2022年版の禁忌記載は改訂前。現行の運用は電子添文に従う。

第4相（高度腎障害・透析例21例）：12週投与後の AUC τ は eGFR 30-60 の群と同等（幾何平均比 0.92）。

ただしPROMINENTでは腎有害事象が多く報告された。「使える」は「安全」ではない。

よくある誤解：シスタチンC

× シスタチンCを測れば、見かけのCr上昇が分かる

○ 実測GFRは落ちていない。それでもシスタチンCもCrと並行して上昇する

イヌリンクリアランスは不変（ $\Delta 0.8$ mL/min、95%CI -10.5~12.2、 $P=0.9$ ）だった一方で、血漿シスタチンCは $\Delta +0.18$ mg/L（95%CI 0.03~0.34、 $P=0.02$ ）上昇していた。別コホートでも上昇率の中央値はCr 15.1%、シスタチンC 9.9% で、判別の道具にはならない。

上がった Cr をどう扱うか

1

**STEP 1**
(判断)

他に原因がなく血清Cr が 30% 上がったら、
中止を検討する（専門家意見）

⋮

2

**STEP 2**
(中止後)

中止6～8週後に再検する。ACCORD では中止51日後に
Cr 1.11→0.97、eGFR 68.4→77.8 に戻り、
プラセボ群と有意差はなくなった

⋮

3

**STEP 3**
(再検後)

戻らない例もある。中止後の報告では24例中18例が回復し、
6例（全例が移植レシipient）では非可逆だった

実害は、筋より腎に出る

ACCORD-Lipid	併用群	スタチン単独群
CK>基準上限の10倍	10例 (0.4%)	9例 (0.3%)
eGFR低下による減量	440例 (15.9%)	194例 (7.0%)
eGFR低下による中止	66例 (2.4%)	30例 (1.1%)

フェノフィブラート併用 vs シンバスタチン単独。一次エンドポイントは HR 0.92 (95%CI 0.79–1.08)。

CK の基準値は男性 50–200 / 女性 40–170 IU/L。開始後は初回4週後を目安に確認する。

CKだけを追うと見落とす。血清Cr・eGFR をセットで追う設計にしておく。

先に置くのはイコサペント酸エチル

REDUCE-IT

IPE 4 g/日 vs 薬用鉱物油

HR 0.75

95%CI 0.68–0.83

RESPECT-EPA

IPE 1,800 mg/日・日本人

HR 0.79

95%CI 0.62–1.00, P=0.055

STRENGTH

EPA+DHA 4 g/日 vs コーン油

HR 0.99

95%CI 0.90–1.09

PROMINENT

ペマフィブラート vs プラセボ

HR 1.03

95%CI 0.91–1.15

棒はハザード比の点推定。対照薬が異なり4本を横並びで比較できない。エパデールは1日2,700 mg まで。REDUCE-IT の対照は薬用鉱物油。付随研究では鉱物油群の hsCRP が試験終了時に群間差38.5%。心房細動も説明する。REDUCE-IT：AF/粗動入院 3.1% vs 2.1%／RESPECT-EPA：新規AF 3.1% vs 1.6%。

外来で上から順に使う

- 1 採血条件を確認：空腹時TG 150／随時TG 175 mg/dL
- 2 二次性を洗う：TSH・fT4／HbA1c／eGFR・尿定性／ γ -GT／薬剤歴
- 3 目的を宣言：500以上＝膵炎予防、150～499＝ASCVD残余リスク
- 4 スタチンの限界：TG低下は10～20%にとどまる
- 5 目標を確認：non-HDL-Cは「LDL-C目標＋30 mg/dL」が原則
- 6 ここで初めて、上乘せを検討する

モニタリング：開始前・開始4週後・半年で2～3回・以後3～6か月ごと

今日の要点

01

根拠はまだない

心血管予防が目的なら、
上乘せの根拠はまだない。
ハザード比は 1.03。

02

目的を先に宣言

TG 500以上は膵炎予防、
150～499（随時175～）は
残余リスク。薬が変わる。

03

見張るのは腎

eGFR低下による減量は
15.9% vs 7.0%。
CKだけでなく
血清Cr・eGFRも追う。

一次資料で必ずご確認ください



記事で詳しく

本文と参考文献は
ブログ記事に



チャンネル登録

臨床の判断材料を
お届けします



高評価で応援

次回も**お楽しみに**

処方・中止の判断は主治医が行うものです。
用量・禁忌・モニタリング間隔は、必ず最新の電子添文と
ガイドラインをご確認ください。