

고지혈증 치료제	전문약약품
유니피토^정 10mg	유니피토^정 20mg
(아토르바스타틴칼슘삼수화물)	
	
【원료약품 및 그 분량】1정 중 유니피토정 10mg 유효성분 : 아토르바스타틴칼슘삼수화물(JP)···········10.85mg(아토르바스타틴으로서 10mg) 동용유래성분 : 스테아르산과그라섬(소, 우지), 유당수화물(소, 우유) 가용(3차)제 : 폴리크로메이트80 부형제 : 미결정셀룰로오스, 저치화하이드록시프로필셀룰로오스, 침강탄산칼슘 붕해제 : 크로스카르멜로오스나트륨 겔합제 : 히드록시프로필셀룰로오스 코팅제 : 오파드라이인핵(03B28796)	
유니피토정 20mg 유효성분 : 아토르바스타틴칼슘삼수화물(JP)···········21.70mg(아토르바스타틴으로서 20.0mg) 동용유래성분 : 스테아르산과그라섬(소, 우지), 유당수화물(소, 우유) 가용(3차)제 : 폴리크로메이트80 부형제 : 미결정셀룰로오스, 저치화하이드록시프로필셀룰로오스, 침강탄산칼슘 붕해제 : 크로스카르멜로오스나트륨 겔합제 : 히드록시프로필셀룰로오스 코팅제 : 오파드라이인핵(03B28796)	
【성 상】유니피토정 10mg : 흰색의 원형 필름코팅정 유니피토정 20mg : 흰색의 원형 필름코팅정	
【효능·효과】	

- 다량의 심장혈관 질환에 대한 위험성 감소
 - 관상동맥 심장 질환에 대한 임상적 증거는 없으나, 관상동맥 심장 질환의 다중위험요소(55세 이상, 흡연, 고혈압, 낮은 HDL-콜레스테롤치 또는 조기 관상동맥 심장 질환의 가족력 등)가 있는 성인 환자의 (1) 심근경색증에 대한 위험성 감소 (2) 뇌졸중에 대한 위험성 감소 (3) 혈관재색을 및 만성 안정형 협심증에 대한 위험성 감소 2) 관상동맥 심장 질환에 대한 임상적 증거는 없으나, 관상동맥 실질화의 다중위험요소(망막병증, 알부민뇨, 흡연, 또는 고혈압 등)가 있는 제2형 당뇨병 환자의 (1) 심근경색증에 대한 위험성 감소 (2) 뇌졸중에 대한 위험성 감소 3) 관상동맥 심장 질환에 대한 임상적 증거가 있는 성인 환자의 (1) 비치명적 심근경색증에 대한 위험성 감소 (2) 치명적 및 비치명적 뇌졸중에 대한 위험성 감소 (3) 혈관재색술에 대한 위험성 감소 (4) 울혈성부전으로 인한 입원에 대한 위험성 감소 (5) 협심증에 대한 위험성 감소
- 고지혈증
 - 원발성 고콜레스테롤혈증(이형집합 가족형 및 비가족형) 및 혼합형 이상지질혈증(Fredrickson Type IIa 및 IIb형) 환자의 상승된 총 콜레스테롤, LDL-콜레스테롤, 아포-B 단백질, 트리글리세라이드 수치를 감소시키고 HDL-콜레스테롤치를 증가시키는 식이요법의 보조제 2) 식이요법에 적절히 반응을 하지 않는 원발성 이상배타리 프로테오단일혈증 (Fredrickson Type III) 3) 혈청 트리글리세라이드가 상승된 환자(Fredrickson Type IV)의 식이요법보조제 4) 동맥경합 가족형 고콜레스테롤혈증 환자의 총 콜레스테롤, LDL-콜레스테롤치를 감소시키기 위해 다른 지질저하제(예, LDL-apheresis)와 병용하거나, 다른 지질저하제로의 치료가 불가능한 경우 3. 식이요법에 대해 불응하고 여전히 아래의 기준에 해당되는 이형집합 가족형 고콜레스테롤혈증을 가진 10 ~ 17세의 소아환자(여성의 경우 초경 이후의 환자)의 총콜레스테롤, LDL-콜레스테롤, 아포-B 단백질 수치를 감소시키는 식이요법의 보조제 4. LDL-콜레스테롤이 여전히 190mg/dL 이상 (≥190mg/dL) 이거나 나. LDL-콜레스테롤이 여전히 160mg/dL 이상(≥160mg/dL) 이고, 조기 심장혈관 질환의 가족력이 있는 경우 또는 해당 소아환자에서 두 가지 이상의 다른 심장혈관 질환의 위험인자가 있는 경우

【용법·용량】

아토르바스타틴을 투여전 및 투여중인 환자는 표준 콜레스테롤 저하식을 하여야 하며, 하루 중 아무 때나 음식물과 상관없이 투약할 수 있다.

- 고지혈증 - 권장 초회 용량은 1일 1회 아토르바스타틴으로서 10mg이나, 더 많은 LDL-콜레스테롤치 감소가 요구되는 환자의 경우 1일 1회 20mg 또는 40mg(45% 이상의 LDL-콜레스테롤치 감소가 요구되는 경우에 한함.)으로 시작할 수 있다. 이 약은 1일 1회 10~80mg의 용량범위로 투여한다. 이 약의 최효능량 및 유지용량은 치료목표 및 병용 등을 고려하여 환자의 특성에 따라 개별화되어야 하며, 투여시작 및/혹은 용량경량 후, 2~4주안에 지질수치를 분석하고, 이에 따라 용량을 조정해야 한다. 치료의 목표는 LDL-콜레스테롤치를 저하시키는 것이므로, 치료의 시작 및 치료반응 평가시 LDL-콜레스테롤치를 이용한 것을 권장한다. 다만, LDL-콜레스테롤 수치를 이용할 수 없는 경우에는 치료반응을 모니터링하기 위해 총 콜레스테롤 수치를 사용한다.
 - 동맥경합 가족형 고콜레스테롤혈증 환자 : 이 약의 투여용량은 1일 1회 10~80mg으로, 다른 지질저하 치료법(예, LDL apheresis)과 병행하거나, 이런 지질저하 치료법이 불가능한 경우에는 이 약을 투여한다.
 - 이형집합 가족형 고콜레스테롤혈증 소아환자(10~17세) - 권장 초회용량은 이 약으로서 1일 10mg이며, 권장 최대용량은 1일 20mg이다(소아 환자군에서 이 약 20mg보다 고용량을 투여한 임상자료는 없다.). 투여 용량은 개개의 환자에서 권장되는 치료목표에 따라 적절히 증감한다. 용량은 4주 또는 그 이상의 간격을 두고 조절하여야 한다.
 - 신장에 대한 : 신장질환은 아토르바스타틴의 혈장농도나 LDL-콜레스테롤 저하효과에 영향을 미치지 않으므로 용량을 조절할 필요가 없다.
 - 고령자 : 70세 이상의 고령 환자군에 대한 유효성과 안전성은 보통 성인 환자군의 경우와 유사하다.

【사용상의 주의사항】

- 경고 - 현저한 크레아티닌카아제(CK) 레벨 상승이 나타나거나 근육병증으로 진단되거나 의심되는 경우 아토르바스타틴 치료를 중단해야 한다. 또한 급성 및 심각하게 여겨지는 근육병증 또는 횡문근융해에서 이차적으로 신부전으로 발전할 수 있는 위험요소(예, 중증 급성감염, 저혈압, 주요 외과수술, 외상, 중증 대사, 내분비, 전해질 장애 및 제외되지 않는 것)를 겪는 환자는 아토르바스타틴 치료를 일시적으로 보류 또는 중단해야 한다(‘일반적 주의의 근육병증/횡문근융해’ 참조).**

- 다른 환자에서 투여하지 말 것** - 1) 이 약 및 이 약의 구성성분에 과민반응 환자 2) 활동성 간질환 환자 또는 혈청 아미노전달효소의 상승이 정상상한치의 3배 이상 상승된 환자 3) 근질환 환자 4) 임부 또는 임신하고 있을 가능성이 있는 여성 및 수유부 5) 10세 미만의 소아 6) 글루코프라비르 및 피브렌타스비르를 투여중인 환자 7) 이 약은 유당수화물을 함유하고 있으므로, 갈락토오스 불내성(galactose intolerance), Lapp 유당분해효소 결핍증(Lapp lactase deficiency) 또는 포도당-갈락토오스 흡수장애(glucose-galactose malab-sorption) 등의 유전적인 문제가 있는 환자에게는 투여하면 안 된다.
- 다른 환자에서 신중히 투여할 것** - 1) 알코올 중독자 또는 간질환의 병력이 있는 환자(‘이상반응’항 참조) 2) 다음과 같은 횡문근융해에 대한 소인이 있는 환자에 대해서는 투여를 시작하기 전에 CK 수준을 측정하여 신중히 투여해야 한다. 1) 신기능 손상 또는 신장애 병력이 있는 환자 (2) 갑상선기능저하증 환자 3) 유전성 근육이상의 개인병력 또는 가족력이 있는 환자 (4) 스타틴제일이나 피브레이트(fibrate)계열 약물 사용 근육 독성의 병력이 있는 환자 (5) 간질환의 병력 또는 상당량의 알코올을 섭취하는 경우 6) 70세를 초과하는 고령자로 횡문근융해의 소인이 있는 환자
- 이상반응** - 1) 아토르바스타틴은 일반적으로 내약성이 좋다. 이상반응은 대체로 경미하고 일시적이다. 이 약과 연관된 이상반응으로 인하여 임상시험 중 투여를 중단한 사례는 2% 미만의 환자에게 발생하였다. 아토르바스타틴에 대한 위약 대조 임상시험에서 16,066명의 환자(이 약 투여군 대 위약 투여군 7,311명)가 중앙값 53주의 기간 동안 약물을 투여 받았으며, 위약 투여군의 4.0%와 아토르바스타틴 투여군의 5.2%에서 이상반응으로 인해 투여를 중단하였다. 2) 임상시험 및 시판후 조사에 기초하여 이 약의 이상반응은 다음과 같다. 이상반응에 대한 발현빈도는 다음과 같다. ; 매우 자주(≥ 1/10), 자주(≥ 1/100, 100마디(≥ 1/1,000), 드물게(≥ 1/1,000), 매우 드물게(1/1,000), (1) 전신 : 때때로 무력감, 근대강, 가슴통증, 알부민뇨, 피로, 발열 (2) 감염 : 자주 코인두염 (3) 대사 : 자주 고혈당증, 때때로 저혈당증, 체중증가, 식욕부진 (4) 소화기계 : 자주 변비, 복부팽만감, 소화불량, 구역, 설사, 때때로 복통, 구토, 대, 체장염 (5) 호흡기계 : 자주 인두 · 후두 통증, 코피 (6) 정신계 : 때때로 불면증, 약국 (7) 신경계 : 자주 두통, 때때로 어지러움, 지각이상, 감각저하, 미각이상, 기억상실, 드물게 말초신경병증 (8) 관절계 및 결합조직 : 자주 근육통, 관절통, 사지통, 근 · 골격계 통증, 근육경련, 관절종창, 등통증, 때때로 목통증, 근육파열, 의하지 환통증, 드물게 근육병증, 근육경, 횡문근융해, 혈종종창, 근육파열, 매우 드물게 무릎수상 증후군, 빈도불명-면역매개성 과다성 근육병증 (9) 혈액 및 림프계 : 드물게 혈소판감소증 (10) 면역계 : 자주 알레르기 반응, 매우 드물게 아나필락시스 (11) 간 · 담도계 : 때때로 간염, 드물게 담낭경계, 매우 드물게 간부전 (12) 눈 : 때때로 시야흐림, 드물게 시각장애 (13) 귀 : 때때로 이명, 매우 드물게 청력소실 (14) 피부 및 피하조직 : 때때로 두드러기, 피부발진, 가려움, 탈모, 혈관부종, 드물게 혈관신경성 부종, 다형홍반을 포함한 물집형성, 피부부종/만종증후군 (스티븐스-존슨 증후군), 특색표피과사용해(리얼증후군) (15) 생식기계 : 매우 드물게 여성형 유방 (16) 검사 : 자주 간기능 검사이상, 혈중 CK 증가, 때때로 요중 백혈구 양성 3) 아토르바스타틴 위약대조 임상연구 중 다음과 같은 추가 이상반응이 나타났다. 이 때문에 기술된 모든 이상반응이 아토르바스타틴과 인과관계가 있는 것은 아니다. (1) 검사 : 위음 (2) 눈 : 시야 흐림 (3) 귀 : 이명 (4) 소화기계 : 구토, 복부 이상, 간염, 체장염, 담낭종창, 담낭염체성형양, 간기능 검사치이상(혈청 ALT 수치)의 상승), 위장경, 장염, 입안건조, 직장출혈, 식도염, 트림, 열열, 구강건조, 구내염, 담낭통, 구수증, 위 · 십이지장장애, 연골관란, 흑색변, 지운출혈, 이금주증(배설 뒤 남은 통증) (5) 호흡기계 : 기관지염, 비염, 폐렴, 호흡곤란, 천식, 코피 (6) 신경계 : 감각이상(지각이상), 말초신경병증, 편두통, 평안감각증, 졸음, 건망증, 비정상성, 식욕감소, 신경통, 간경변증, 운동협소질증, 사경, 안면마비, 과운동증, 우울증, 긴장형진 (7) 근골격계 및 결합조직 : 근육경련, 근육피로, 근염, 근질환, 관절염, 점액낭염, 건활낭염, 근무력증, 목의 통증, 건구축, CK 상승, 혈청 미오글로빈상승 (8) 피부 및 피하조직 : 가려움, 발진, 탈모증, 접촉성 피부염, 피부부종, 발한, 여드름, 두드러기, 습진, 지루, 피부병증 (9) 비뇨생식기계 : 발기불능, 요로감염, 비뇨, 방광염, 질염, 배뇨곤란, 신장결석, 야간뇨, 부고환염, 유방성유양, 질출혈, 알부민뇨, 유방비대, 자궁경부 분비물, 신장염, 신장염, 요로감, 요저류, 급박성, 비정상 사경, 자궁출혈, 척색노(10) 대사 및 영양장애 : 저혈당증, 고혈당증, 식욕부진, 식욕증진 (11) 전신이상 및 투여부위 이상 : 관대감, 맥관신경성 부종, 홍통, 협심증, 안면부종, 열, 경부강직, 전신부진 (12) 특수감각 : 약시, 이명, 안구건조, 굴절이상, 안출혈, 청각상실, 녹내장, 착취각, 미각상실, 미각도약 (13) 혈액 및 림프계 : 혈소판감소증, 백혈구감소, 빈혈 (14) 내분비계 : 테스토스테론 저하, 코린에스테라제 상승, TSH 상승, ACTH 상승, 알도스테론 저하, 여성형 유방 (15) 신장 : 칼슘상승, BUN상승 (16) 기타 : 비경색, 심계항진, 빈맥 (17) 검사 : 소변 중 백혈구 양성 4) 소아환자 (10세~17세) (아토르바스타틴정제 10, 20mg에 해당) 이형집합 가족형 고지혈증을 가진 10~17세 소아환자를 대상으로 한 6개월 동안의 임상시험에서 나타난 이상반응 프로파일은 일반적으로 위약군에서 나타난 것과 유사하였다. 약물과의 인과관계와 상관없이 양쪽 그룹 모두에서 가장 흔하게 나타난 이상반응은 감염이었다. 5) 혈청 CK 수치(정상범위의 3배 이상)의 증가를 보인 경우는 임상연구에서 다른 HMG-CoA 환원효소 억제제의 경우 3.1% 발생한데 비하여 아토르바스타틴은 2.5% 발생하였다. 정상치 상한범위의 10배 이상의 수치를 보인 경우는 아토르바스타틴 투여 환자 중 0.4%에서 나타났다. 이 환자 중 0.1%는 근육통, 민감성(tenderness) 또는 쇠약증 등을 보였다. 6) 국내에서 시판후 6년동안 실시한 사용성적 조사결과는 다음과 같다. 1) 일반사용성적조사 : 11,535명을 대상으로 실시한 시판후 조사결과 이상반응의 발현빈도율은 인과관계와 상관없이 1.78% (205례/11,535례)로 보고되었다. 이중 시판전 임상시험에서 나타나지 않았던 새로운 이상반응으로 과다성지방혈증 7례, 안면부종 4례, 비탄핵질소증, 고요산혈증이 각각 3례, 치루부위 1례가 보고되었다. (2) 장기사용성적조사 : 12주 이상 이 약을 복용한 2,625명을 대상으로 실시한 시판후 장기조사결과 이상반응의 발현빈도율은 인과관계와 상관없이 3.70% (97례/2,625례)로 보고되었다. 이중 시판전 임상시험에서 나타나지 않았던 새로운 이상반응으로 고요산혈증 7례, 안면부종, 체중증, 비탄핵 질소 증가가 각각 1례씩 보고되었다. 7) 일부 스타틴계열 약물과 관련하여 다음과 같은 이상반응이 보고된 바 있다. (1) 정신신경계 : 수면장애(불면 및 약국 포함), 기억상실, 우울 (2) 호흡기계 : 특히 장기투여시 간질성 폐질환과 같은 예외적 사례 (3) 비뇨생식기계 : 성적 기능이상 (4) 내분비계 : 당뇨병 : 빈도는 위험인자 존재여부에 따라 다르다. (공복혈당 5.6~6.9mmol/L, BMI>30kg/m², 중성지방수치 상승, 고혈압) 5) 스타틴 (총용)과 관련하여 시판 후 인지장래에 드물게 보고되었다. (예, 기억력저하, 건망증, 기억상실증, 기억장애, 혼동) 이러한 인지장애는 모든 스타틴 계열 약물에서 보고되었다. 이러한 보고들은 일반적으로 심각하지 않고 약물 사용중단 후 가역적이며, 증상발생 시점 (1일~수 년) 및 증상개시(증강값 3주)은 편차가 있었다. 8) 국내 자발적 유해사례 보고 자료(1989~2013년)를 분석한 결과, 유해사례가 보고된 본의 의약품에서 발생한 유해사례에 비해 통계적으로 유의하게 많이 보고된 유해사례는 다음과 같이 나타났다. 다만, 이로써 곧 해당성분과 다음의 유해사례 간에 인과관계가 입증된 것을 의미하는 것은 아니다. * AST증가

- 일반적 주의** - 1) 성별 : 여성의 경우 아토르바스타틴의 농도는 (Cmax는 약 20% 높고 AUC는 약 10% 더 낮음) 남성과 차이가 있다. 이러한 차이점은 임상적 유의성이 없었으며 남성과 여성간에 지혈에 대한 효과는 임상적으로 별 차이가 없었다. 2) 신부전 : 신장질환은 아토르바스타틴의 혈장농도 혹은 LDL-콜레스테롤 저하효과에 영향을 미치지 않았다. 3) 간부전 : 아토르바스타틴의 혈장농도는 만성 알콜성간질환(Child-Pugh Class B) 환자의 경우 현저하게(Cmax가 약 16배, AUC가 약11배) 증가하였다. 4) 간염 : 이 약의 투여 후 전격적 간염 등의 간염이 나타날 수 있으므로 구역, 구토, 권대감 등의 증상이 발생하는 경우에는 투여를 중지하고 의사에게 알려야한다. 5) 가임여성 : 이 약을 투여 받는 가임여성은 이 약물을 투여받는 동안 적절한 피임법을 사용해야 한다. 6) 간질성 폐질환 : 일부 스타틴계열 약물과 관련하여 특히 장기 투여시 간질성 폐질환과 같은 이례적인 사례가 보고된 바 있다. 발현되는 양상으로는 호흡곤란, 비정상성 기침 및 일반적인 건강의 악화(피로, 체중감소 및 발열)가 포함될 수 있다. 환자가 간질성 폐질환으로의 발현의 의심될 경우에는 스타틴 약물 치료를 중단하여야 한다. 7) 근육 병증/횡문근융해 : 미오글로빈으로의 이차적으로 급성 신부전을 동반하는 횡문근융해가 이 약 및 이 계열의 다른 약물에서 드물게 보고되었다. 신기능 부전에 대한 병력은 횡문근융해 발현의 위험인자가 될 수 있다. 이런 환자들은 급격근 효과에 대한 면밀한 모니터링이 도움이 될 수 있다. 다른 스타틴과 마찬가지로 아토르바스타틴은 때때로 CK 가 정상상한치의 10배 이상 증가와 결합된 근육통증 또는 근육약화로 정의되는 근육병증이 나타날 수 있다. 시클로스포린 및 강력한 CYP3A4 저해제(예, 클라리트로마이신, 이트라코나졸 및 HIV프로테아제 억제제)와 같은 특정한 약물과 아토르바스타틴의 고용량 병용은 근육병증/횡문근융해의 위험을 증가시킨다. 스타틴 사용과 관련된 자기감은 근육병증의 면역매개성/과다성근육병증이 드물게 보고되었다. 면역매개성/과다성근육병증은 권위권 약학 및 혈중 CK 의 증가가 나타나면 스타틴 투여 중지 대조군도 증상이 지속된다. 또한 근육병증에서 유의한 감염을 동반하지 않는 과다성 근육병증을 보이며 면역억제제 투여 시 증상이 개선된다. 근육통, 허산, 근긴장, 근육약화 그리고/또는 현저한 CK 상승이 있는 환자는 근육병증을 고려해야 한다. 특히 무기력 혹은 열을 동반한 설명되지 않는 근육통, 근긴장, 근육약화가 나타나는 환자는 즉시 보고하도록 환자에게 교육하여야 한다. 이 계열에서 약물치료 동안 근육병증의 위험은 시클로스포린, 피브린산 유도제, 에트리트마이신, 클라리트로마이신, 엘바시비르, 그라조프라비르, 텔라프라비르, 보세프레비르, HIV 프로테아제 억제제 병용요법 (사루나비르와 리토나비르, 로피나비르와 리토나비르, 티프라나비르와 리토나비르, 다루나비르와 리토나비르, 포스프레나비르, 포스프레나비르와 리토나비르 포함), 리코넨산, 아즐레 항진균제와 병용투여 시 증가된다. 포스프레나유제, 혹은 지질 변화용량의 리코넨산과 아토르바스타틴의 병용투여를 고려하는 의사는 치료상의 유의성이 위험성을 상회하지는지를 주의깊게 고려하여야 하고, 근육통, 근긴장 또는 근육약화(특히, 투여초기 1달 및 두 가지 약물 중 한 약물의 용량변향을 위한 경정간격)과 관련된 증상 및 증후를 주의깊게 모니터링해야 하며 아토르바스타틴의 중환자의 시작용량 및 유지용량의 감소가 고려되어야 한다. 아토르바스타틴과 류시드산(경구제)은 병용투여하지 않는다. 주지적인 CK치 측정이 고려되어야 하지만, 모니터링이 심각한 근육병증의 발생을 막는다는 확신은 없다. 횡문근융해를 포함한 근육병증의 사례가 이 약과 콜키신과의 병용투여에서 보고 되었다. 이 약과 콜키신과 같이 처방 시 주의가 요구된다. 8) 간기능 이상 : 다른 지질저하 치료제와 마찬가지로 스타틴은 간기능의 생화학적인 이상과 연관되어 있다. 임상시험에서 혈청 아미노전달효소의 계속적인 증가[정상상한치(ULN)의 3배 이상 증가가 2번이상 나타나면]가 아토르바스타틴 투여 환자의 0.7%에서 나타났다(10mg투여군 0.2%, 20mg투여군 0.2%, 400mg투여군 0.6%, 80mg투여군 2.3%). 이 약에서 후 간기능 이상, 황달, 전격성 간염, 간염 등의 이상반응이 나타날 수 있으므로 정기적으로 검사를 실시하는 등 충분히 관찰하여 이상이 인정되는 경우에는 투여를 중지하고 적절한 처치를 한다. 치료 시작 전 간기능 검사를 해야 하며, 그 이후 임상적으로 간손상의 증후를 보이는 환자의 경우 간기능 검사를 반복하여 실시하여야 한다. 시판후조사에서 스타틴을 투여하는 환자에서 치명적 그리고 비-치명적 간부전이 드물게 보고되었다. 이 약으로 치료하는 동안 임상적 증상과 함께 종종 간손상 그리고/또는 고빌리루빈혈증 또는 황달이 나타나는 경우, 즉시 치료를 중단한다. 대체 병인이 발견되지 않는다면 이 약을 다시 투여하지 않아야 한다. 아토르바스타틴은 알코올남용자(과다복용자) 또는 간질환의 병력이 있는 경우 신중하게 투여하여야 한다. 활동성 간질환 환자 또는 설명되지 않는 혈청트랜스 아미나지치의 상승이 지속되는 환자에게는 아토르바스타틴을 투여하지 않는다. 9) 내분비 기능 : 이 약을 포함한 HMG-CoA 환원효소 저해제에서 HbA1C 및

공복 혈청 당 레벨의 증가가 보고되었다. 그러나, 스타틴제제의 투여로 인한 혈당관리의 감소의 유의성이 고혈당의 위험성을 상회한다. 10) 출혈성 뇌졸중 : 관상동맥 실질화의 병력은 없으나 최근 6개월내 뇌졸중이나 일과성 허혈발작을 경험했던 4,731명의 환자를 대상으로 아토르바스타틴 80mg을 시작용량으로 투여한 임상시험에 대한 환자의 임상시험 후 분석(post - hoc analysis)에서, 위약군과 비교하여 아토르바스타틴 80mg 투여군에서 출혈성 뇌졸중의 발현이 높다는 보고가 있었다(아토르바스타틴 투여군 55명 대 위약군 33명). 이는 임상시험 시작 당시 이미 출혈성 뇌졸중이 있던 환자군에서 그 위험성이 높아진 것으로 보여진다(아토르바스타틴 투여군 7명 대 위약 투여군 2명). 그러나 아토르바스타틴 80mg 투여 환자에서 전체 뇌졸중(265명 대 311명) 발생 빈도와 관상동맥 실질화의 발병(123명 대 204명)은 위약군 보다 더 격게 나타났다. 11) CK치 측정 : CK는 격심한 운동 후 또는 CK치를 증가시키는 다른 요인이 존재하는 경우 측정해서는 안된다. CK치가 기저치에서 현저히 상승한 경우, 이 레벨은 5~7일 안에 결과를 확인하여 원래 측정경해야 한다. 12) 이 약 치료 중 특히 권대감, 피로, 발열을 동반한 근육통증, 입통 또는 근육약화가 생기면 즉시 의사에게 알려도록 해야 한다. 이 약 투여 중 이러한 증상이 나타날 경우 CK 레벨을 측정해야 한다. 이 레벨이 현저히 상승한 경우[정상상한치(ULN)의 5배 초과] 치료는 중단되어야 한다. 근육통증이 중증이고 매일 불편한 경우, CK 레벨이 정상상한치 5배 이하라도 치료 중단을 고려해야 한다. 증상이 해소되고 CK 레벨이 정상으로 돌아온 경우, 면밀한 모니터링을 하면서 이 약의 재투여 또는 다른 대체 스타틴 도입을 고려해야 한다. 이 약은 임상적으로 CK 레벨의 현저한 상승이 나타난 경우 또는 횡문근융해가 CYP3A4 억제제로 알려진 경우 중단해야한다. 13) 피부부적응증후군(스티븐스-존슨 증후군), 특색표피과사용해(리얼 증후군), 다형홍반 : 피부부적응증후군(스티븐스-존슨 증후군), 특색표피과사용해(리얼증후군), 다형홍반 등의 수포성 발진이 나타났다는 보고가 있다. 이러한 증상이 나타나는 경우 투여를 중단한다. 14) 당뇨병 : 항후 당뇨병이 발생할 위험성이 높은 몇몇 환자들에서 적절한 당뇨병 치료를 요하는 과열당증을 유발할 수 있다는 몇 가지 증거가 제시되었다. 그러나 스타틴제제의 혈당성 위험성 감소효과는 이러한 위험성을 상회하므로 스타틴 치료 중단의 사유가 될 수 없다. 위험성이 있는 환자(공복혈당 5.6~6.9mmol/L, BMI>30kg/m², 중성지방수치 상승, 고혈압)들은 진로지침에 따라 임상적 및 실험적 수치 모니터링을 실시해야 한다.

- 상호작용** - 1) 강력한 CYP3A4 억제제 : 이 약은 CYP3A4에 의하여 대사된다. 강력한 CYP3A4 억제제와 이 약의 병용은 아토르바스타틴의 혈장 농도를 증가시킬 수 있다. 상호작용 범위와 효과의 증강은 CYP3A4에 변동성 효과에 의존한다. (1) 에트리트마이신, 클라리트로마이신 : 간간인의 경우 아토르바스타틴과 CYP3A4 억제제로 알려진 에트리트마이신(1일 4회 500mg) 또는 클라리트로마이신(1일 2회, 1일 500mg)과 병용시 아토르바스타틴 혈장 농도가 증가하였다. 그러므로 클라리트로마이신을 투여하는 환자에서 이 약 20mg 이상을 투여하는 경우 주의해야 한다. (2) 프로테아제 억제제와의 병용 : 아토르바스타틴 AUC는 이 약 단독투여와 비교하여 간염C 프로테아제 억제제 델라프라비르와 마찬가지로 몇몇 HIV 프로테아제 억제제와 이 약의 병용 투여로 현저하게 증가되었다. 그러므로 HIV 프로테아제 억제제 티프라나비르와 리토나비르 병용요법 또는 간염C 프로테아제 억제제 델라프라비르를 투여하는 환자에게 이 약의 병용은 피해야 한다. HIV 프로테아제 억제제 로피나비르와 리토나비르 병용 요법으로 투여하는 환자에게 이 약을 처방할 때 주의하여야 하고 가장 낮은 용량을 사용해야 한다. HIV 프로테아제 억제제 사쿠나비르와 리토나비르 병용요법, 다루나비르와 리토나비르 병용요법, 포스프레나비르, 또는 포스프레나비르와 리토나비르를 병용요법으로 투여받는 환자에는, 이 약 용량이 20mg을 넘어서는 안되며 주의하여 사용해야 한다. 델파나비르를 투여받는 HIV 환자에서, 이 약의 치료는 40mg으로 제한되고, 이 약의 필요 최소 용량이 적용될 수 있게 적절한 임상병리가 권장된다. 보세프레비르 800mg, 1일 3회와 이 약 40mg, 1일 1회를 7일간 병용투여시 이 약의 AUC, Cmax는 각각 2.30배, 2.66배 증가하였다. 보세프레비르를 투여받는 환자는 이 약 용량이 1일 40mg을 초과해서는 안된다. (3) 이트라코나졸 : 아토르바스타틴 AUC는 이트라코나졸 200mg과 이 약 40mg 병용 투여로 현저하게 증가되었다. 그러므로 이트라코나졸을 투여받는 환자에서 이 약 20mg 이상을 투여하는 경우 주의해야 한다. 2) 이 약은 P-글리코프로테인의 기질이며 P-글리코프로테인의 저해제(예, 시클로스포린)와 병용투여시 이 약의 생체 이용률을 증가시켜 근질환과 같은 이상반응의 위험성을 증가시킨다. 3) 이 약을 CYP3A4 억제제(시클로스포린, 마크로라이드)에 항생제 및 아즐레 항진균제)와 투여할 경우 이 약의 혈장농도가 증가할 수 있으므로 신중하게 투여하여야 한다. 4) 리피핀신 또는 다른 CYP3A4 유도제 : 이 약을 CYP3A4 유도제와 병용 투여시(예, 에파비렌즈, 리피핀신) 아토르바스타틴의 혈장 농도를 감소시킬 수 있다. 리피핀신의 이중 상호작용의 기전 때문에(CYP3A4 유도 및 hepatocyte uptake transporter OATP1B1 억제), 아토르바스타틴과 리피핀신을 병용 투여하는 경우 동시에 투여하는 것이 권장되며, 리피핀신 투여 후 아토르바스타틴을 늦게 투여하면 아토르바스타틴의 혈장 농도가 유의하게 감소한다. 5) 이 약과 혈압강화제 또는 혈당강화제 또는 에스트로겐 대체요법을 병용한 임상연구에서 임상적으로 유의할 만한 상호작용은 관찰되지 않았다. 아직 모든 특이한 제제와의 상호작용에 대해 연구된 것은 아니다. 6) 약물수송체 저해제 : 아토르바스타틴과 그 대사체는 OATP1B1수송체의 기질이다. OATP1B1 저해제(예, 시클로스포린)는 아토르바스타틴의 생체이용률을 증가 시킬 수 있다. 아토르바스타틴 10mg과 시클로스포린 5.2mg/kg/day와의 병용투여는 아토르바스타틴의 AUC를 8.7배 증가시켰다. 아토르바스타틴을 시클로스포린과 병용투여시 아토르바스타틴의 투여용량은 10mg을 초과해서는 안된다. 7) 유방암 내성 단백질억(BCRP) 억제제 : BCRP 억제제(예, 엘바시비르, 그라조프레비르)와 병용 투여 시 아토르바스타틴의 혈장 농도가 증가하여 근육병증의 위험이 증가할 수 있으므로, 아토르바스타틴의 용량 조절이 필요할 수 있다. 아토르바스타틴을 엘바시비르 및 그라조프레비르와 병용 투여하는 경우 아토르바스타틴의 혈장 농도가 1.9배까지 증가된다. 따라서 엘바시비르 또는 그라조프레비르 함유제제를 이 약과 함께 투여받는 환자의 경우, 아토르바스타틴의 용량은 1일 20mg을 초과해서는 안된다(‘일반적 주의’항 참조). 8) 디곡신 : 아토르바스타틴 10mg과 디곡신을 수회용량 수회용량 항정상태의 혈장 디곡신의 농도는 영향을 받지 않는다. 그러나 80mg 아토르바스타틴을 디곡신과 수회용량 병용 투여 후 항정상태의 혈장 디곡신 농도는 약 20%정도 증가되었다. 디곡신 투여 환자의 경우 적절한 모니터링하여야 한다. 9) 경구피임제 : 노르에티나데론 및 에티닐에스트라디올을 함유하는 경구피임제와 이 약의 병용투여시 노르에티나데론 및 에티닐에스트라디올의 AUC가 약 30%, 20%씩 각각 증가하였다. 따라서, 아토르바스타틴과 병용투여는 여성이 경구피임제 선택시 이 사항을 고려하여야 한다. 10) 콜레스티폴 : 콜레스티폴과 병용투여시 아토르바스타틴의 혈장농도가 약 25%정도 낮아졌다. 그러나 이 약물들을 단독으로 투여하는 경우보다 아토르바스타틴과 콜레스티폴을 병용투여하는 경우 LDL-콜레스테롤 저하효과는 증가하였다. 11) 제산제 : 이 약과 수산알루미늄과제 그리고 수산화알루미늄을 함유하는 경구용 제산제(antacid) 헥사액과 병용투여시 아토르바스타틴 혈장농도가 약 35% 정도 감소하였다. 그러나 LDL-콜레스테롤의 감소에는 영향이 없었다. 12) 오파르핀 : 아토르바스타틴과 오파르핀과의 상호작용에 관한 연구가 진행되었다. 그러나 임상적으로 유의적인 상호작용은 없었다. 13) 안티피린 : 이 약과 안티피린의 수회 용량 병용투여는 안티피린의 청소율에 거의 영향을 미치지 않으므로 같은 CYP-450 동종효소를 공유하여 대사되는 약제들과의 상호작용은 기대되지 않는다. 14) 시메티딘 : 시메티딘과 이 약의 상호작용연구에서 상호작용은 확인되지 않았다. 15) 아지트로마이신 : 아토르바스타틴(1일 1회 10mg)과 아지트로마이신(1일 1회 500mg)의 병용투여는 아토르바스타틴의 혈장농도에 영향을 주지 않았다. 16) 알코올 : 건강한 지원자에 대한 약물-약물 상호작용시험에서 아토르바스타틴 80mg과 알코올 10mg 병용투여시 아토르바스타틴의 농율이 18% 증가하였으나, 임상적으로 의미있는 결과는 아니었다. 17) 테르페나딘 : 아토르바스타틴과 테르페나딘의 병용투여시 테르페나딘의 약물동태에 임상적으로 유의적인 영향이 없었다. 18) 딜티아렘 : 아토르바스타틴 (40mg)과 딜티아렘(240mg)을 병용 투여시 아토르바스타틴의 혈장 농도가 더 높게 나타났다. 19) 자몽주스 : 자몽주스는 하나이상의 CYP3A4를 억제하는 성분을 함유하고 있으며, 이는 자몽주스 섭취량이 지나질 경우(하루 1.2L이상) 아토르바스타틴의 혈장 농도를 증가시킬 수 있다. 20) 류시드산(경구제) : 비록 아토르바스타틴과 류시드산과의 약물상호작용에 대한 시험은 실시되지 않았지만, 이 두 약물을 병용투여한 시판 후 경험에서 횡문근융해와 같은 중증의 근육이상이 보고되었다. 이런 환자는 면밀히 모니터링하여야 하고, 아토르바스타틴 투여를 일시적으로 중단한다. 21) 니코틴산 : 니코틴산과 병용하는 경우 급격근 효과의 위험이 증가될 수 있으므로 이 약의 감량을 고려해야 한다. 22) 콜키신 : 비록 아토르바스타틴과 콜키신의 약물상호작용에 대한 시험은 수행되지 않았지만, 횡문근융해를 포함한 근육병증의 사례가 이 약과 콜키신과의 병용투여에서 보고되었고, 이 약과 콜키신과 같이 처방 시 주의가 요구된다. 23) 겐피프로질 : HMG-CoA 환원효소 억제제는 겐피프로질과 병용 시 증가된 근육병증/횡문근융해 위험으로 인해, 겐피프로질과 이 약의 병용은 피해야 한다. 24) 기타 : 임상시험에서 아토르바스타틴은 혈압강화제 및 에스트로겐 대체요법 약물들과 임상적으로 유의한 상호작용 없이 병용투여 되었다. 특정 약물과의 약물상호작용에 대한 연구는 시행되지 않았다. 25) 다른 피브레이트계 약물 : 다른 피브레이트계 약물과 병용투여했을 때 근병증 위험이 있다고 알려져 있기 때문에 주의하여 투여해야 한다.

- 임부 및 수유부에 대한 투여** - 1) 이 약의 임신 중 사용은 금기이다. 가임여성은 적절한 피임방법을 강구하여야 한다. 이 약은 임신할 가능성이 없는 경우 및 태아에 대한 잠재적 위험성을 알려준 후에만 가임 여성의 사용에 허용된다. 2) 이 약의 수유 중 사용은 금기이다. 이 약이 모유 중으로 분비되는지에 대해서는 알려지지 있지 않다. 수유중인 유아에 이상반응이 나타날 수 있으므로, 아토르바스타틴을 복용중인 여성은 수유를 해서는 안 된다.
- 소아에 대한 투여** - 1) 18세 미만의 소아에 대하여 52주 이상 투여기간 동안의 안전성, 유효성은 연구되지 않았으며, 실험관계 결과에 대한 장기적인 영향은 알려지지 않았다. 2) 소아환자에 관한 약동학 자료는 없다.
- 고령자에 대한 투여** - 65세 이상의 건강한 노인의 경우 아토르바스타틴의 혈장농도는 젊은 성인군에 비해 더 높게 나타났다(Cmax 40%증가, AUC 30 %증가), LDL-콜레스테롤 저하효과는 젊은 성인군과 유사하였다. 고령자는 심근경색에 취약하므로, 이 약은 고령자에게 주의하여 처방하여야 한다.
- 과량투여시의 처치** - 아토르바스타틴 과량복용에 적용할 수 있는 특별한 처치방법은 없다. 과량복용 시 환자는 반드시 증상으로 치료하여야 하며 필요시 대증요법을 시행하여야 한다. 간기능 검사 및 혈청 CK치를 모니터링하여야 한다. 광범위하게 혈청단계 결합을 하기 때문에 혈액투석은 아토르바스타틴의 청소율을 유의하게 증가시키지 않는다.

- 보관 및 취급상의 주의사항** - 1) 어린이의 손이 닿지 않는 곳에 보관한다. 2) 의약품을 원래 용기에서 꺼내어 다른 용기에 보관하는 것은 의약품 오용에 의한 사고 발생이나 의약품 품질 저하의 원인이 될 수 있으므로 원래의 용기에 넣고 꼭 닫아 보관한다.

- 의약품동등성시험 정보** - 가. 시험약 유니피토정20일리그램 (아토르바스타틴칼슘삼수화물) [유니메드제약(주)]과 대조약 리피토정20일리그램 (아토르바스타틴칼슘삼수화물) [한국화이자제약(주)]을 2X2 교차시험으로 각 1명씩 건강한 성인에게 공복 시 단회 경구투여하여 56명의 혈청 루수바스타틴을 측정한 결과, 비교병가 항목치(AUC, Cmax)를 로그변환하여 통계처리하였을 때, 평균치 차의 90% 신뢰구간이 log 0.8에서 log 1.25 이내로서 생물학적으로 동등함을 입증하였다.

구분		비교평가항목		참고평가항목	
		AUC _{0-36hr} (ng · hr/mL)	C _{max} (ng/mL)	T _{max} (hr)	t _{1/2} (hr)
대조약	리피토정20밀리그램 (아토르바스타틴칼슘삼수화물) [한국화이자제약(주)]	43.89±14.69	12.16±5.54	0.75 (0.33~8.00)	8.92±2.34
시험약	유니피토정20밀리그램 (아토르바스타틴칼슘삼수화물) [유니메드제약(주)]	42.28±15.38	11.91±6.26	0.75 (0.33~2.50)	8.77±2.21
90% 신뢰구간* (기준 : log 0.8 ~ log 1.25)		log0.9182 ~ 0.9945	log0.8483 ~ 1.1163	—	—

(AUC_t, C_{max}, t_{1/2}; 평균값 ± 표준편차, T_{max}; 중앙값(범위), n = 56)

(AUC₀, C_{max}, t1/2 : 평균값 ± 표준편차, T_{max} : 중앙값(범위), n = 56)

AUC₀ : 투약시간부터 최종혈중농도 정량