

로바티탄 정

5/80mg
5/160mg
10/80mg
10/160mg
20/80mg
20/160mg

【원료약품의 분량】
로바티탄정5/80밀리그램 1정 중
주성분: 로수바스타틴칼슘(염) 5.2mg(로수바스타틴으로서 5mg), 발사르탄(USP) 80.0mg
항제제(타르소스): 황색소
로바티탄정5/160밀리그램 1정 중
주성분: 로수바스타틴칼슘(염) 5.2mg(로수바스타틴으로서 5mg), 발사르탄(USP) 160.0mg
항제제(타르소스): 황색소
로바티탄정10/80밀리그램 1정 중
주성분: 로수바스타틴칼슘(염) 10.4mg(로수바스타틴으로서 10mg), 발사르탄(USP) 80.0mg
로바티탄정10/160밀리그램 1정 중
주성분: 로수바스타틴칼슘(염) 10.4mg(로수바스타틴으로서 10mg), 발사르탄(USP) 160.0mg
로바티탄정20/80밀리그램 1정 중
주성분: 로수바스타틴칼슘(염) 20.8mg(로수바스타틴으로서 20mg), 발사르탄(USP) 80.0mg
로바티탄정20/160밀리그램 1정 중
주성분: 로수바스타틴칼슘(염) 20.8mg(로수바스타틴으로서 20mg), 발사르탄(USP) 160.0mg

【성상】
로바티탄정5/80밀리그램 : 밝은 주황색의 원형 필름코팅정제
로바티탄정5/160밀리그램 : 밝은 주황색의 타원형 필름코팅정제
로바티탄정10/80밀리그램 : 분홍색의 원형 필름코팅정제
로바티탄정10/160밀리그램 : 분홍색의 타원형 필름코팅정제
로바티탄정20/80밀리그램 : 갈색의 원형 필름코팅정제
로바티탄정20/160밀리그램 : 갈색의 타원형 필름코팅정제

【효능·효과】
이 약은 동·약물(발사르탄과 로수바스타틴)을 동시에 투여하여야 하는 환자에만 사용된다.
◆발사르탄
1. 본태고혈압
2. 심부전
3. ACE억제제에 불내성(intolerant)인 심부전(NYHA class II ~ IV)
4. 심근경색 후의 사망 위험성 감소
증상, 중추 혹은 반사신학적으로 좌심실 부전 및/또는 좌심실 수축 기능 부전을 가진 임상적으로 안정된 환자에서의 심근경색 후 사망 위험성 감소
◆로수바스타틴
1. 원발성 고콜레스테롤혈증(이형형질 가족성 고콜레스테롤혈증을 포함하는 type Ia), 복합형 고지혈증(type IIb): 식이 및 운동으로 조절이 안 될 경우 식이 요법의 보조제
2. 동형접합 가족성 고콜레스테롤혈증에 식이요법이나 다른 저지질하요법(예: LDL-부리나출법)의 보조제
3. 고콜레스테롤혈증 환자에서 중콜레스테롤과 LDL-콜로스테롤을 목표 수준으로 낮추어 죽상동맥경화증의 위험을 type IIb)
4. 원발성 이심테라디포프로테인혈증(type III) 환자의 식이요법 보조제
5. 심근경색에 대한 위험성 감소: 관상동맥 질환에 대한 임상시험에서 이 약은 심근경색 증가는 없으나, 반 65세 이상의 남성 및 만 60세 이상의 여성으로 고지혈 C-반응단백(high sensitive C-reactive protein, hsCRP)이 2mg/L 이상이며, 적어도 하나 이상의 추가적인 심혈관질환 위험 인자(예: 고혈압, 낮은 HDL-콜레스테롤 수치, 흡연 또는 조기 관상동맥 질환환자의 가족력 등)를 가진 환자의 -비중증에 대한 위험성 감소
-심근경색에 대한 위험성 감소
-동맥 혈관재형성술에 대한 위험성 감소

【용법·용량】
이 약은 성인에 한하여 투여하며, 투여용량은 발사르탄/로수바스타틴 각 성분의 용량에 따라 내약성에 근거하여 각 환자에서 개별화되어야 한다.

- ◆발사르탄
- 본태고혈압
 - 심부전
 - ACE억제제에 불내성(intolerant)인 심부전(NYHA class II ~ IV)
 - 심근경색 후의 사망 위험성 감소

증상, 중추 혹은 반사신학적으로 좌심실 부전 및/또는 좌심실 수축 기능 부전을 가진 임상적으로 안정된 환자에서의 심근경색 후 사망 위험성 감소
 - ◆로수바스타틴
 - 원발성 고콜레스테롤혈증(이형형질 가족성 고콜레스테롤혈증을 포함하는 type Ia), 복합형 고지혈증(type IIb): 식이 및 운동으로 조절이 안 될 경우 식이 요법의 보조제
 - 동형접합 가족성 고콜레스테롤혈증에 식이요법이나 다른 저지질하요법(예: LDL-부리나출법)의 보조제
 - 고콜레스테롤혈증 환자에서 중콜레스테롤과 LDL-콜로스테롤을 목표 수준으로 낮추어 죽상동맥경화증의 위험을 type IIb)
 - 원발성 이심테라디포프로테인혈증(type III) 환자의 식이요법 보조제
 - 심근경색에 대한 위험성 감소: 관상동맥 질환에 대한 임상시험 증가는 없으나, 반 65세 이상의 남성 및 만 60세 이상의 여성으로 고지혈 C-반응단백(high sensitive C-reactive protein, hsCRP)이 2mg/L 이상이며, 적어도 하나 이상의 추가적인 심혈관질환 위험 인자(예: 고혈압, 낮은 HDL-콜레스테롤 수치, 흡연 또는 조기 관상동맥 질환환자의 가족력 등)를 가진 환자의 -비중증에 대한 위험성 감소
 - 심근경색에 대한 위험성 감소
 - 동맥 혈관재형성술에 대한 위험성 감소

【용법·용량】
이 약은 성인에 한하여 투여하며, 투여용량은 발사르탄/로수바스타틴 각 성분의 용량에 따라 내약성에 근거하여 각 환자에서 개별화되어야 한다.

- ◆발사르탄
- 본태고혈압

식사 조율과 함께 복용하거나 식간에 복용한다. 가능하면 매일 같은 시간에, 약물에 복용할 것이 권장된다.
 - 성인: 성별, 인종에 상관없이 발사르탄으로서 1일 1회 80 mg 경구투여가 권장된다. 혈압강화효과는 2주 이내에 점진적으로 나타나며 4주 이후 최대효과를 나타낸다. 혈압조절이 잘 되지 않는 환자는 용량을 1일 160 mg으로 증량하거나 1일 2회로 분할 병용하여 할 수 있다. 만약 추가적인 혈압 강하가 필요할 경우, 1일 최대 320 mg까지 용량을 증량할 수 있다.
 - 고령자(75세 이상): 이 약으로서 1일 1회 40 mg으로 투여를 시작한다.
 - 신장에 환자:
 - 신기능에 비례한 20 ~ 50 mL/min: 용량 조절이 필요하지 않다.
 - 크레아티닌청소율 10 ~ 20 mL/min : 이 약으로서 1일 1회 40 mg으로 투여를 시작한다.
 - 크레아티닌청소율 10 mL/min 미만 투석환자: 이 약을 투여하지 않는다.
 - 혈액 내 체액 부족 환자: 혈액 내 체액이 부족한 환자의 경우에도, 고용량의 이 약에 복용한자로 용량을 강할할 수 없는 경우), 이 약으로서 1일 1회 40 mg으로 투여를 시작한다.
 - 간장애 환자: 경증 및 중등도 간장애 환자인 경우 이 약으로서 1일 1회 40 mg으로 치료를 시작하며, 1일 1회로 투여하는 것은 권장하지 않는다. 중증의 간장애, 간경화, 담낭질환환자에게 이 약을 투여하지 않는다.
 - 소아: 18세 미만 소아 및 청소년에서 안전성, 유효성이 확립되어 있지 않다.
 - 심부전
 - 성인: 개시용량은 이 약으로서 1일 2회, 1회 40 mg 경구투여가 권장되며, 1회 80 mg 또는 160 mg까지 증량할 수 있다. 이노제 병용 투여 시 이노제의 용량 감소로 고려해야 한다. 1일 1회로 투여 용량은 320 mg으로 분할 투여한다. 이 약은 ACE억제제와 베타차단제와의 3중 병용투여는 권장되지 않는다.
 - 심근경색 후의 사망 위험성 감소

성인: 심근경색 발현 후 12시간 이내에 투여를 시작할 수 있다. 개시용량은 이 약으로서 1회 20 mg씩, 1일 2회로 시작하는 것이 권장되고, 이후 주 2회로 일차 이 약을 1회 40 mg, 80 mg, 160 mg을 1일 2회 투여하는 방식으로 환자의 혈액 성분을 고려하여 용량을 증량한다. 제철일 증상 또는 심부전이 나타날 경우 3배량 투여를 고려한다. 심근경색 후 다른 투여법에, 혈전용해제, 이세혈관혈관신, 베타 차단제 및 스타틴 계열 약물)으로 치료 중인 환자에게도 이 약을 투여할 수 있다. 그러나 ACE억제제와의 병용은 권장되지 않는다.
 - 신장제 환자: 크레아티닌청소율 10 mL/min 이하면 10 mg/일 용량 증강하지 필요치 않았다. 크레아티닌청소율 10 mL/min 미만 투석환자에 대한 사용경험이 없으므로 이 약을 투여하지 않는다.
 - 간장애 환자: 경증 및 중등도의 간장애 환자에 대한 이 약의 1일 투여량은 1일 80 mg을 초과하지 않는 것이 바람직하다. 1일 80 mg을 투여하는 경우, 용량 증량 시 치료의 유익성이 위험성을 상회하거나 고려해야 한다. 중증의 간장애, 간경화, 담낭질환환자인 경우 이 약을 투여하지 않는다.
 - 소아: 18세 미만 소아 및 청소년에서 안전성, 유효성이 확립되어 있지 않다.
 - ◆로수바스타틴
 - 원발성 고콜레스테롤혈증(이형형질 가족성 고콜레스테롤혈증을 포함하는 type Ia), 복합형 고지혈증(type IIb) 원발성 이심테라디포프로테인혈증(type III) 및 복합형 가족성 고콜레스테롤혈증

이 약을 투여 전 및 투여 중인 환자는 표준 콜레스테롤 저하치를 부여하여 하며, 이를 치료기간동안 지속하여야 한다. 식사와 상관없이 하루 중 아무때나 이 약을 투여할 수 있다. 최초용량은 1일 1회 50밀리그램이며, 더 많은 LDL-콜레스테롤치 감소가 필요할 경우 추가용량으로 조절하여 투여할 수 있다. 추가용량은 1일 1회 100밀리그램으로 대부분의 환자는 이 용량에서 조절된다. 추가용량은 2주 또는 그 이상의 간격을 두고 LDL-콜레스테롤 수치, 치료목표 및 환자의 반응에 따라 적절히 조절해야 하며, 1일 최대 200밀리그램까지 증량할 수 있다.

- 간장애 환자: 경증 및 중등도의 간장애 환자에 대한 이 약의 1일 투여량은 1일 80 mg을 초과하지 않는 것이 바람직하다. 1일 80 mg을 투여하는 경우, 용량 증량 시 치료의 유익성이 위험성을 상회하거나 고려해야 한다. 중증의 간장애, 간경화, 담낭질환환자인 경우 이 약을 투여하지 않는다.
- 소아: 18세 미만 소아 및 청소년에서 안전성, 유효성이 확립되어 있지 않다.
- ◆로수바스타틴
- 원발성 고콜레스테롤혈증(이형형질 가족성 고콜레스테롤혈증을 포함하는 type Ia), 복합형 고지혈증(type IIb) 원발성 이심테라디포프로테인혈증(type III) 및 복합형 가족성 고콜레스테롤혈증

이 약을 투여 전 및 투여 중인 환자는 표준 콜레스테롤 저하치를 부여하여 하며, 이를 치료기간동안 지속하여야 한다. 식사와 상관없이 하루 중 아무때나 이 약을 투여할 수 있다. 최초용량은 1일 1회 50밀리그램이며, 더 많은 LDL-콜레스테롤치 감소가 필요할 경우 추가용량으로 조절하여 투여할 수 있다. 추가용량은 1일 1회 100밀리그램으로 대부분의 환자는 이 용량에서 조절된다. 추가용량은 2주 또는 그 이상의 간격을 두고 LDL-콜레스테롤 수치, 치료목표 및 환자의 반응에 따라 적절히 조절해야 하며, 1일 최대 200밀리그램까지 증량할 수 있다.
- 간장애 환자: 경증 및 중등도 심부전 환자의 경우 용량을 조절할 필요도 있다. 심부전환자: 경증 및 중등도 심부전 환자에 대한. 중증도 심부전 환자에게 이 약 20mg 투여 시 간장애 주의해야 한다.
- 간부전환자: Child-Pugh 점수가 7이하인 경우에는 로수바스타틴의 전신 노출 증가가 나타나지 않았으나, Child-Pugh 점수가 8 또는 9인 환자에서는 증가하였

었다. 이러한 환자에서는 신기능 검사기 고려되어야 한다. Child-Pugh 점수가 9를 초과하는 환자에 대한 투여 경험은 없다. 활동성 간질환 환자에게 이 약을 투여하지 않는다.

- 중증: 아시아계 환자들에게 이 약의 전신노출이 증가하기 때문에, 권장 초기 용량은 50밀리그램이다. 40밀리그램 용량 투여는 금기이다.
- 근병증에 걸리기 쉬운 환자: 근병증이 걸리기 쉬운 환자들의 권장 초기 용량은 50밀리그램이다. 이러한 환자들은 중 몇몇몇에게 이 약 40밀리그램 용량 투여는 금기이다.

발사르탄과 로수바스타틴을 병용으로 복용하고 있는 환자인 경우, 복용의 편의 확을 위하여 이 약(개개의 주성분 함량이 동일한 복합제)으로 전환할 수 있다.

【사용상의주의사항】
1. 경고
임상예에 레닌-안지오텐신-알도스테론계(RAAS)에 직접 작용하는 약물의 투여 시, 태아 및 신생아에게 심각한 손상 및 사망까지도 일어날 수 있으며, 이러한 사례는 ACE억제제를 복용한 환자에서보다 상대적으로 수 배가 더 높고 있다. 따라서 만일 임신으로 확인될 경우 즉시 이 약의 투여를 중단해야 한다(‘임부 및 수유부에 대한 투여’ 항 참조).

2. 다른 물질과제에는 투여하지 말 것
 - 이 약 또는 이 약의 구성성분에 과민증이 있는 환자
 - 임부 또는 임신하고 있을 가능성이 있는 여성 및 수유부, 적절한 피임방법을 사용하지 않는 가임여성
 - 출산시 가능한 연명의 여성에 이 약을 투여 시 임신하지 않을 가능성이 높은 경우에도 태아에 대한 잠재적인 위험성에 대해 알려주어야 한다 투여한다.
 - 중증의 간장애 환자, 간경화증 또는 담도폐쇄, 담낭질환 환자, 원인 불명의 만성적인 혈청 트랜스아미나제 상승 또는 정상 상한치의 3배를 초과하는 혈청 트랜스아미나제 상승을 포함하는 활동성 간질환 환자
 - 근경화증 환자
 - 유전성 혈관부종 환자이거나, ACE억제제 혹은 안지오텐신 II수용제 길항제 투여 시 혈관 부종의 병력이 있는 환자
 - 중증의 신부전의 신소산 수치(creatinine clearance (CrCl)_{SC} <30mL/min)
 - 원발성알도스테론증 환자(원발성알도스테론증 환자는 레닌-안지오텐신-알도스테론계에 활성화되지 않기 때문으로 이 약을 투여하지 않는다.)
 - 사이코스포린 병용투여 환자
 - 당뇨병이나 중증도 -중증의 신장애 환자(사구체여과율 <60mL/min/1.73m²)에서 서 알리스칸 함유제제와의 병용
 - 근경증/형문근용해증에 걸리기 쉬운 환자들에게 이 로수바스타틴 40밀리그램 용량 투여는 금기이다. 이러한 인자들은 아래와 같다.
 - 중증도의 신소산 (크레아티닌 청소율 <60mL/min)
 - 감작성간질염
 - 유전적인 근질환 병력 또는 가족력이 있는 경우
 - 다른 HMG-CoA 환원효소 또는 피브레이트 계열 약물에 대한 근육 독성의 병력이 있는 경우
 - 혈중 농도가 증가할 수 있는 상황
 - 피사이드 투여
 - 사이클로포스 계열 약물 병용투여

3. 다른 환자경우에는 신중히 투여할 것.

- 고혈압
 - 고혈압혈증 환자 혹은 혈청 칼륨치가 높아지기 쉬운 환자
 - 경증 ~ 중등도 간장애 환자(경증 및 중등도의 간장애 환자에 대한 발사르탄 1일 1회 투여량은 80 mg을 초과하지 않는 것이 바람직하다.) 또한, 다른 HMG-CoA 환원효소 저해제와 마찬가지로 알코올을 과다 섭취하거나 간 질환의 병력이 있는 환자에 투여 시 주의해야 한다. 이 약 투여 시작 전 및 그 후 임상적 필요에 따라 반복하여 간효소 검사를 실시할 것을 권고한다. 갑상선 기능저하증이나 신부전증에 의한 2차적 고콜레스테롤혈증 환자는 이 약을 투여하기 전에 원인 질환을 치료해야 한다.
 - 다혈맥관 및 심모관 협착증 환자 혹은 폐쇄비대성관 환자
 - 허혈 심질환, 허혈 심질환과 질환, 뇌혈관 장애 환자(과도한 혈압강하는 심근 경색으로 뇌혈류 부전으로 인한 뇌졸중을 일으킬 수 있다.)
 - 고령자의 이노제 투여와 같은 나트륨 또는 체액 부족 환자에 이 약 투여 초기에도 투여지혈할 현상이 나타날 수 있다.)
 - 약성작용 또는 편측성 신동맥 협착증 환자(레닌-안지오텐신-알도스테론계에 작용하는 모든 편측성 신동맥 협착증 환자는 투여 초기에도 투여지혈할 현상이 나타날 수 있다.)
 - 신경성 또는 심근경색 후 환자: 신기능이 레닌-안지오텐신-알도스테론계(RAAS)의 활성화에 의존하는 환자(예, 중증의 신부전)에게 ACE억제제 또는 안지오텐신 수용제 길항제(ARB)의 투여는 신부전증 및/또는 진행성 고지혈증 및 (드물게) 급성 신부전 및/또는 뇌와 관련이 있다. 심부전 또는 심근경색 후 환자에 대한 평가에는 신기능 평가를 항상 포함해야 한다.
 - 혈액응취 중인 환자, 임종한 검출 요증에 있는 환자(신부전증 투여하기 시작하고 증량을 하는 경우에는 환자 상태를 충분히 관찰하면서 서서히 행해야 한다.)
 - 수술 전 24시간 이내의 환자
 - 혈인-안지오텐신-알도스테론계(RAAS)의 이중타겟: 안지오텐신 수용제 길항제(ARB), ACE 억제제 또는 알리스카텐 또는 레닌-안지오텐신-알도스테론계(RAAS)에 영향을 미치는 다른 약물의 병용은 권장되지 않는다.
 - 다른 HMG-CoA 환원효소 저해제와 마찬가지로 알코올에 대한 과다, 예를 들면, 알함증으로 설명되지 않는 근육통 및 근병증, 드물게 횡문근용해증이 이 약을 투여 받은 환자에서 보고되었다.
- 다른 HMG-CoA 환원효소 저해제와 마찬가지로 근병증/형문근용해증에 걸리기 쉬운 요인으로 작용하는 환자에게는 즉시 사육부전, 간경화, 심근경색, 고지혈증, 발작, 기러울, 혈청형, 혈관염을 포함하는 다른 과민성(알레르기) 반응, 신기능 손상, 실신, 비혈청, 간염, 부전병
- 간질환 폐렴: 발열, 기침, 호흡곤란, 흉부 통증 이상 등을 동반하는 간질환 폐렴이 나타나는 일이 있으므로, 이러한 경우에는 투여를 중지하고, 부신 피질 호르몬제의 투여 등 적절한 처치를 행하여야 한다.
- 지혈제 투여: 특히, 당뇨병 치료 중인 환자에게 지혈당 증세가 나타나는 경우가 있기 때문에, 관찰을 충분히 하여 탈진감, 공복감, 식은땀, 손떨림, 진공력 저하, 경련, 의식장애 등 이 나타날 경우에는 투여를 중지하고 적절한 처치를 행하여야 한다.
- 혈관부종(혈액, 입술, 인두, 혀 부종 등이 증상), 간염, 신부전과 같은 이상 현상이 나타날 수 있으므로 관찰을 충분히 하고 증상이 나타날 경우에는 투여를 중지하고 적절한 처치를 한다.
- 고혈압증: 심각한 고혈압혈증 등이 나타날 수 있으므로 관찰을 충분히 하고 신기능 인성되는 경우에는 즉시 적절한 처치를 한다.
- 쇼크, 실신, 의식 소실: 쇼크, 혈압강하에 따른 실신, 의식 소실이 나타날 수 있으므로 관찰을 충분히 하고 치아는 쇼크, 구토, 의식 소실 등이 나타날 경우에는 즉시 적절한 처치를 한다. 특히 혈액 투수 중 유전적 소실 감소로 법, 이노제 투여중인 환자에서 저용량에서 투여 시작하고 증량하는 경우 에는 환자의 상태를 충분히 관찰하면서 서서히 한다.
- 횡문근용해증: 근육통, 무력감, 크레아티닌아제(CK) 상승, 혈청 및 요중 미립자형 단백을 특징으로 하는 횡문근용해증이 나타날 수 있으므로 관찰을 충분히 하고 이러한 경우에는 투여를 중지하고 적절한 처치를 한다.
- 이와 무관痛증, 백혈구 감소, 혈소판 감소가 나타날 수 있으므로 충분히 관찰하여 이상이 인정되는 경우 즉시 적절한 처치를 실시한다.

- 실현성질환자
 - 이 약을 투여받은 환자 0.8%, 0.4 %에서 각각 저혈당유증, 해모글로빈이 20% 감소한 상태에, 대조적으로 위약투여군 0.1 %에서도 저혈당유증, 해모글로빈 감소가 나타났다.
 - ACE억제제로 치료받은 환자는 1.6 %에서 호중구수소치가 관찰된 반면 이 약으로 치료받은 환자에게는 1.9 %에서 관찰되었다.
 - 고혈압 환자를 대상으로 한 대조 임상시험에서 혈청 크레아티닌, 칼륨, 총 빌리루빈치의 상승한 증가가 관찰되었는데 ACE억제제로 치료받은 환자에서는 각각 1.6 %, 6.4 %, 12.9 % 증가가 관찰된 반면 이 약으로 치료받은 환자에서는 각각 0.8 %, 4.4 %, 6 % 증가하는 것이 관찰되었다. 발사르탄을 투여 받은 본태고혈압 환자는 특별한 실험학적 수치 모니터링이 필요 없다.
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 %에 더 많이 관찰되었다. 또한 20.0 %의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(5.1 %보다 발사르탄 치료그룹(10 %에 더 많이 관찰되었다. 심부전 연구에서 BUN은 50 % 이상 증가는 위약 그룹(6.3 %보다 발사르탄 치료그룹(16.6 %에 더 많이 관찰
- 심부전 환자에 있어 50 %이상의 혈청 크레아티닌 농도 증가는 위약 그룹(0.9 %보다 발사르탄 치료그룹(3.9 </