

소화성궤양/ GERD 치료제

란소졸[®] 15mg 캡슐 30mg (란소프라졸)

【원료약품의 분량】1캡슐 중

란소졸캡슐15mg

유효성분：란소프라졸(USP)..... 15mg
기타 첨가제：경질탄산마그네슘, 구형백당, 글리세린모노스테아레이트, 상·하부 흰색의 캡슐, 시트르산스트리메일, 메타아크릴산·아크릴산에틸공중합체, 말코, 폴리소크베이트80, 히프르멜로소스2910

란소졸캡슐30mg

유효성분：란소프라졸(USP)..... 30mg
기타 첨가제：경질탄산마그네슘, 구형백당, 글리세린모노스테아레이트, 상·하부 흰색의 캡슐, 시트르산스트리메일, 메타아크릴산·아크릴산에틸공중합체, 말코, 폴리소크베이트80, 히프르멜로소스2910

【성 상】

란소졸캡슐15mg: 흰색 나지 얇은 캡슐을 띠는 흰색의 과립이 들어있는 상·하부 흰색의 경질캡슐제

란소졸캡슐30mg: 흰색 나지 얇은 캡슐을 띠는 흰색의 과립이 들어있는 상·하부 흰색의 경질캡슐제

【효능·효과】

(장용캡슐제)

- 활동성 십이지장 궤양의 단기치료
- 활동성 양성 위궤양의 단기치료
- 십이지장궤양 재발방지를 위한 헬리코박터필로리의 박멸
- 십이지장궤양의 치료후 유지요법
- 비스테로이드소염진통제 유발성 위궤양의 치료
- 비스테로이드소염진통제 유발성 위궤양의 발생위험 감소
- 위식도 역류질환 관련 증상의 단기치료
- 미란성 역류식도염의 단기치료
- 미란성 역류식도염의 치료후 유지요법
- 출렁거 열리슨 증후군을 포함한 병리학적 과분비 상태

【용법·용량】

(장용캡슐제)

이 약은 식전에 투여하여야 한다.

약을 삼키기 어려운 환자는 캡슐을 개봉하여 이 약을 소량의(60mL) 오렌지 주스 또는 토마토 주스에 넣어 섞은 후 즉시 투여한다.

약을 완전히 투여하기 위해 2배 또는 그 이상의 주스로 잔을 씻어서 즉시 마신다.

이 약을 개봉한 후 씹거나 부순 후 복용해서는 안된다.

- 성인
 - 활동성 십이지장 궤양의 단기치료：란소프라졸 15mg을 1일 1회 4주 동안 경구투여한다.
 - 활동성 양성 위궤양의 단기치료：란소프라졸 30mg을 1일 1회 8주 동안 경구투여한다.
 - 십이지장궤양 재발방지를 위한 헬리코박터필로리의 박멸
 - 란소프라졸 30mg을 클레트리트로마신 250 ~ 500mg, 아목시실린 1,000mg과 함께 1일 2회(12시간마다) 7일간 투여한다. 필요에 따라 14일까지 투여할 수 있다.
 - 란소프라졸 30mg, 아목시실린 1,000mg과 함께 1일 3회(8시간마다) 14일간 병용투여한다.
 - 십이지장궤양의 치료 후 유지요법：란소프라졸 15mg을 1일 1회 경구투여한다. 비요임상시험기간은 12개월을 넘지 않았다.
 - 비스테로이드소염진통제 유발성 위궤양의 치료：란소프라졸 30mg을 1일 1회 8주 동안 경구투여한다. 비요임상시험 기간은 8 주를 초과하지 않았다.
 - 비스테로이드소염진통제 유발성 위궤양의 발생위험 감소：란소프라졸 15mg을 1일 1회 12주 동안 경구투여한다. 비요임상시험기간은 12주를 초과하지 않았다.
 - 위식도 역류 질환 관련 증상의 단기치료
 - 란소프라졸 15mg을 1일 1회 8주 동안 경구투여한다.
 - 미란성 역류식도염의 단기치료：란소프라졸 30mg을 1일 1회 8주 동안 경구투여한다.
 - 미란성 역류식도염의 치료 후 유지요법：란소프라졸 15mg을 1일 1회 경구투여한다.
 - 출렁거 열리슨 증후군을 포함한 병리학적 과분비 상태
 - 병리학적 과분비 상태에 따른 란소프라졸의 투약은 환자 개개인에 따라 다르다. 보통 성인에 60mg 1일 1회로 투약을 시작한다. 용량은 환자의 필요에 따라 조절되어야 하며 임상적으로 효과가 있는 한 계속 투여할 수 있다. 1회 90mg으로 1일 2 회까지 투여되었다. 1일 120mg 이상 투여할 경우 분할하여 투여하여야 한다.
- 12 ~ 17세 소아 및 청소년
 - 비미란성 위식도 역류질환 관련증상의 단기치료
 - 15mg 1일 1회, 8주간 투여
 - 미란성 역류식도염의 단기 치료
 - 30mg 1일 1회, 8주간 투여
- 1 ~ 11세 소아
 - 위식도 역류질환 관련증상 및 미란성 역류식도염의 단기치료
 - 30kg 이하：15mg 1일 1회, 12주간 투여
 - 30kg 초과：30mg 1일 1회, 12주간 투여
 - 고령자
 - 고령자에서 이 약의 클리어런스가 감소되므로 용량조정이 필요하다. 1일 용량 30mg을 초과하지 않는다.
 - 간장애 환자
 - 간장애 환자는 이 약의 대사, 배설이 지연될 수 있으므로 용량 조정 등 신중히 투여한다.

【사용상의 주의사항】

(장용성캡슐)

1. 다음 환자에는 투여하지 말 것.

- 이 약, 이 약의 구성성분 또는 벤조이미다졸류에 과민반응 및 그 병력이 있는 환자(아나필락시스, 아나필락시스 쇼크, 혈관 부종, 기관지 경련, 급성 간질성 신장염 및 두드러기 등의 과민반응이 나타날 수 있다)
- 페니실린계 항생제에 과민반응 환자(헬리코박터필로리 박멸을 위해 아목시실린과 병용임상시험)
- 마이크로아미드계 항생제 과민반응 환자(헬리코박터필로리 박멸을 위해 클레트리트로마아신과 병용임상에 한함.)
- 티르페나딘, 시사프리드, 피모지드, 아스테미졸을 투여 받고 있는 환자(헬리코박터필로리 박멸을 위해 클레트리트로마아신과 병용임상에 한함) (상호작용항 참조)
- HIV 프로테아제 억제제(아타자나비어, 넬피나비어)를 투약중인 환자 (상호작용항 참조)
- 일부
- 필리비린 함유제제를 투여중인 환자 (상호작용항 참조)

2. 다음 환자에는 신중히 투여할 것.

- 악물과민반응의 병력 환자
- 2) 간장애 환자
- 3) 고령자
- 4) 수유부 및 소아

3. 이상반응

1) 중대한 이상반응

- 시판후 사용성적 조사 및 환자의 자발보고 등에서 나타난 중대한 이상반응은 다음과 같다.
- 아나필락시스 반응(전신발진, 안면부종, 호흡곤란 등)(0.1% 미만)이 발현되었고, 쇼크(0.1% 미만)를 유발한 예가 있으므로 관찰을 충분히 하고 이상반응이 확인되는 경우에는 투여를 중지하고, 적절한 조치를 취해야 한다.
 - 발열구감소, 무과립구증, 용혈빈혈(0.1% 미만), 과립구감소, 혈소판감소, 빈혈(0.1 ~ 0.5% 미만)이 나타나는 경우가 있으므로 관찰을 충분히 하고 이상이 확인되는 경우 투여를 중지하고, 적절한 조치를 취해야 한다.
 - 황달, AST, ALT의 상승을 수반한 중증증 간기능장애(0.1 % 미만)가 나타나는 경우가 있으므로 관찰을 충분히 하고 이상반응이 확인되는 경우에는 투여를 중지하고, 적절한 조치를 취한다.
- 약을 투여 시에 시아노코발린 결핍이 드물게 보고되었다. 시아노코발린 결핍과 같은 이상반응이 관찰되는 경우, 이러한 진단을 고려해야 한다.
- 이 약으로 장기간 치료할 경우(특히 1년 이상) 환자는 정기적으로 검사를 받아야 한다.
 - 치료시 경로를 충분히 관찰하고 증상에 따라 이 약을 최소용량 및 적절한 치료기간으로 투여하여야 한다. 위궤양, 십이지장궤양, 문합부궤양에 사용하는 경우 장기간의 사용 경험은 충분하지 않으므로 유지요법에는 사용하지 않는 것이 바람직하다.
 - 헬리코박터필로리 박멸을 위한 항생제 병용요법으로 이 약과 같이 투여하는 항균제의 사용설명서를 참조해야 한다.
 - 클레트리트로마아신은 적당한 대체 치료법이 없는 경우를 제외하고는 일부에게 투여하여서는 안된다. 클레트리트로마아신 복용 중 임신할 한 경우, 환자는 태아에 대한 잠재적 위험성을 알고 있어야 한다.
 - 클레트리트로마아신, 아목시실린 등 거의 모든 항생제에서 위약성 대장염이 보고되었으나 경증에서 생명을 위협하는 경우까지 그 정도가 다양하다. 따라서 항생제 투여후 설사를 나타내는 환자의 진단은 중요하다. 항생제 치료는 대장의 정상 세균총을 변경시키고 클로스트리디아의 과성장을 유도할 수 있다. 여러 연구에서 클로스트리듬 디피실레에 의해 생산된 독소가 항생제 관련 대장염의 주요 원인으로 나타났다. 위약성 대장염 진단에는 치료를 시작해야 한다. 경증의 위약성 대장염은 약물 투여의 중지만으로 완양된다. 중증도 또는 중증의 경우 체액과 전해질 치료, 단백질 공급, 클로스트리듬 디피실레 대장염에 대해 임상적으로 효과가 있는 항생제 치료가 고려된다. 심각하고 때로는 치명적인 과민반응(아나필락시스)이 페니실린 치료중인 환자에서 보고되었다. 이러한 반응들은 페니실린 과민반응 병력을 가졌거나 여러 알레르기항원에 감수성을 갖는 사람에게 나타나기 쉽다. 세팔로스포린을 투여하였을 때 중증의 과민반응을 경험한 환자가 페니실린에 과민반응 병력을 가지고 있다는 많은 보고서가 있다. 페니실린으로 치료할 환자에서 페니실린계 약물, 세팔로스포린계 약물 기타 알레르기항원에 과민반응이 있는지를 조사하여야 한다. 만약 과민반응이 일어난다면 아목시실린 투여가 중지되어야 하고 대체 치료가 고려되어야 한다. 중증의 아나필락시스 반응은 즉각적인 에피네프린, 산소, 스테로이드 정맥주사 및 삼관계를 포함한 기도유지 등의 응급조치가 필요하다.

- 일부 해의 역학연구에서 프로톤펌프억제제(Proton Pump Inhibitor) 치료와 관련된, 속목 및 척추 골절의 위험성 증가와 관련이 있을 가능성이 있다고 보고되었다. 골절의 위험은 권장용량을 상회하는 고용량을 투여한 환자와 1 년 이상의 장기사용 환자에서 보고되었다.
- 8) 3개월 이상 프로톤펌프억제제(Proton Pump Inhibitor) 치료를 받은 환자들에게서 저마그네슘혈증이 드물게 보고되었으며, 1년 이상 치료를 받은 경우에 가장 많이 나타났다. 대부분의 환자들에게 저마그네슘혈증의 치료로서 마그네슘보충 및 프로톤펌프억제제(Proton Pump Inhibitor) 투여 중단이 필요하다. 장기간 치료가 필요하거나 다국산 또는 저마그네슘 혈증을 유발하는 약물(예, 이노제)을 병용투여하는 환자들은 치료 시지를 포함한 주기적 마그네슘 수치 모니터링이 필요하다. 중대한 이상반응은 경직, 부종, 발작을 포함한다.
- 9) 프로톤펌프억제제로 인해 위에 산도가 감소하면 위궤양에 보통 존재하는 세균의 수가 증가한다. 이 약으로 치료할 때 살모넬라, 캄필로박터, 클로스트리움 디피실레와 같은 세균에 의한 위장관의 감염 위험이 약간 증가할 수 있다. 이것은 일반적으로 디피실레균성 설사 위험성 증가와 연관이 있으며 특히 일련환자에서 이러한 위험성이 증가되었는 여러 관찰연구 결과와 보고되었다. 이러한 진단은 임상증세가 개선되지 않았을 때 고려되어야 한다. 클로스트리디움 디피실레균성 설사는 거의 모든 항균제 사용 중 보고되고 있다.

- 10) 지속적인 비스테로이드소염진통제로 치료 요구되는 환자의 소화성 궤양의 예방요법은 다음과 같은 고위험환자에게 제한되어야 한다：위장관출혈병력, 천공 또는 궤양, 고령자, 상부위장관 이상반응을 일으 키는 것으로 알려진 약물(예, 코르티코스테로이드 또는 항응고제)과 병용 투여, 심각한 동반질환(요소의 존재 또는 비스테로이드소염진통제의 최대 추천용량으로 지속되는 사용)
- 11) 어지럼, 시력장애, 졸음과 같은 이상반응이 일어날 수 있다. 이런 조건하에서 반응하는 능력이 떨어질 수 있다.
- 12) 메토트렉세이트：프로톤펌프억제제와 메토트렉세이트(주로 고용량을 사용하는 경우, 메토트렉세이트의 사용상의 주의사항 참조)를 병용하는 경우 메토트렉세이트 그리그/또는 그 대체제의 혈청 농도가 낮아지고 이는 클레트리트로마신의 독성이 나타날 수 있다는 문헌보고가 있었다. 고용량의 메토트렉세이트를 사용하는 경우, 프로톤펌프억제제의 일시적인 투여 중단을 고려할 수 있다.(상호작용항 참조)
- 13) 피부 및 전신홍반루푸스：프로톤펌프억제제를 복용한 환자에서 피부홍반루푸스(Cutaneous lupus erythematosus, CLD)와 전신홍반루푸스(Systemic lupus erythematosus, SLE)가 보고되었다. 이러한 사례들은 새로 발생하거나 기존의 자기면역질환의 악화로 발생하였다. 프로톤펌프억제제로 유발되는 홍반루푸스 사례는 대부분 피부홍반루푸스였다.

- 프로톤펌프억제제를 복용한 환자에서 보고된 피부홍반루푸스의 가장 흔한 형태는 아급성피부홍반루푸스이며, 영어부터 노인에 이르기까지 지속적인 약물 치료 후 수주에서 수년 이내에 발생하였다. 일반적으로 조직학적 결과는 특징적임이 없는 상태로 관찰되었다.
- 프로톤펌프억제제를 복용한 환자에서 전신홍반루푸스는 피부홍반루푸스보다 덜 흔하게 보고되었다. 프로톤펌프억제제에 관련 전신홍반루푸스는 보통 피부발양(위장성전신홍반루푸스보다 더 가벼운 증례)을 보인다. 전신홍반루푸스는 주로 젊은층의 성인부터 노인에 이르기까지 초기 약물 치료 후 수일에서 수년 이내에 발생한다. 대다수의 환자는 발진이 나타났다. 관절통과 혈구감소증도 보고되었다. 의학적중독으로 지시된 것 보다 더 오랫동안 프로톤펌프억제제를 투여하지 않는다. 만약 이 약을 복용한 환자에서 피부홍반루푸스 또는 전신홍반루푸스의 일차하는 증상이나 징후가 나타나는 경우, 약물 복용을 중단하여 적절한 전문의에게 환자 평가를 지양한다. 대부분의 환자들은 4~12주 내로 프로톤펌프억제제 중단만을 통하여 개선되었다. 혈청학적 검사(예 항핵항체(Antinuclear antibody, ANA))에서 양성으로 나타날 수 있고, 이는 혈청학적 검사결과는 임상 증상보다 해롭도록 더 시간이 소요될 수 있다.
- 1) 산화-환원성 흡수 약동학을 보이는 약물
 - 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 2) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 3) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 4) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 5) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 6) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 7) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 8) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 9) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 10) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 11) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 12) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 13) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 14) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 15) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 16) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 17) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 18) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 19) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 20) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 21) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 22) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 23) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 24) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 25) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 26) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 27) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 28) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 29) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 30) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 31) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나 넬피나비어와 같은 HIV 프로테아제 억제제의 혈중농도를 감소시킬 수 있고, 그 결과로 치료효과의 손실과 약물대상이 나타날 수 있다. 따라서, 아타자나비어 또는 넬피나비어와의 병용투여를 금한다.
 - 32) 위산의 pH가 생체내이온들의 중요한 결정 요인이 되는 약물인 경우에는 이 약에 의한 위산분비억제작용 때문에 약물의 흡수가 저해될 수 있다. 다른 산 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나솔, 이트라코나솔, 암피실린에스트로, 아타자나비어, 철염, 엘로라핀, 페피타니브 및 미코페롤레이트 모페틸의 흡수가 감소될 수 있다. 반면에 디곡산과 같은 약물의 흡수는 증가될 수 있다. 이 약은 위산분비를 억제하므로, 흡수가 위산에 의존적인 아타자나비어나