

에스오엠

정

20mg (에스오메프라졸마그네슘삼수화물)

전문 의약품

분류번호 : 02320

■ **원료약품 및 분량** : 1정 중

· 유효성분 : 에스오메프라졸마그네슘삼수화물(EF) ······ 22.25mg(에스오메프라졸로서 20mg)

· 첨가제(타르색소) : 황색호

· 기타 첨제 : 이소장생물로서 소, 산화마그네슘, 시트르산트리에틸, 아크릴아이드93A84421필크, 오파드라이 20A680000하이트, 크로스카르멜로오스나트륨, 포비돈, 푸미라스타에틸나트륨, L-아르기닌

■ **성상**

연분홍색의 원형 필름코팅정

■ **효능·효과**

1. 위식도 역류질환(GERD)

- 미란성 역류식도염의 치료
- 식도염 환자의 재발방지를 위한 장기간 유지요법
- 식도염이 없는 위식도 역류질환의 증상치료요법

2. 헬리코박터필로리 박멸을 위한 항생제 병용요법

- 헬리코박터필로리 양성인 십이지장궤양의 치료
- 헬리코박터필로리 양성인 소화성궤양 환자의 재발방지

3. 비스테로이드염증진통제(COX-2 비선택성, 선택성) 투여와 관련된 상부 위장관 증상(통증, 불편감, 작열감) 치료의 단기요법

4. 지속적인 비스테로이드염증진통제 투여가 필요한 환자

- 비스테로이드염증진통제 투여와 관련된 위궤양의 치료
- 비스테로이드염증진통제 투여와 관련된 위궤양 및 십이지장궤양의 예방

5. 출혈가-엘리스 증후군의 치료

6. 정맥주사로 위궤양 또는 십이지장궤양에 의한 재출혈 예방 유도 이후의 유지 요법

■ **용량·용량**

이 약은 물 등의 액체와 함께 씹어가 하여 씹거나 부수어서는 안된다.

1. 성인

1) 위식도 역류성 질환(GERD),

- 미란성 역류식도염의 치료 : 4주동안 1일 1회, 1회 40 mg를 투여한다. 식도염이 치료되지 않거나 증상이 계속되는 환자의 경우 4주 더 복용한다.
- 식도염 환자의 재발 방지를 위한 장기간 유지요법 : 1일 1회, 1회 20 mg
- 식도염이 없는 위식도 역류질환의 증상치료요법 :
 - 1일 1회, 1회 20 mg, 4주후에도 증상 조절이 되지 않을 경우 추가 치료가 필요하다.
 - 일단 증상이 완화되면 그 후 연속되는 증상은 1일 1회, 1회 20 mg를 투여하여 조절한다.
- 성인에서, 1일 1회, 1회 20 mg를 필요시마다 투여할 수 있다. 비스테로이드염증진통제 투여로 위궤양 및 십이지장궤양의 발현 위험이 높은 환자에게는 연속되는 증상 조절을 위해 필요시 마다 투여하는 것을 권장하지 않는다.

2) 헬리코박터필로리 박멸을 위한 항생제 병용요법

- 이 약 20 mg를 아목시실린 1 g, 클라리트로마이신 500 mg과 병용하여 1일 2회, 7일간 투여한다.
- 비스테로이드염증진통제(COX-2 비선택성, 선택성)투여와 관련된 상부 위장관 증상(통증, 불편감, 작열감) 치료의 단기요법
 - 1일 1회, 1회 20 mg, 4주후에도 증상이 조절이 되지 않을 경우 추가진료가 필요하다. 4주를 초과하는 임상시험은 실시되지 않았다.

4) 지속적인 비스테로이드염증진통제 투여가 필요한 환자

- 비스테로이드염증진통제 투여와 관련된 위궤양 및 십이지장궤양의 치료 : 1일 1회, 1회 20 mg, 치료기간은 4~8주이다.
- 비스테로이드염증진통제 투여와 관련된 위궤양 및 십이지장궤양의 예방 : 1일 1회, 1회 20 mg.

- 5) 출혈가-엘리스 증후군의 치료
 - 권장 최대 용량은 40 mg 1일 2회 투여이다. 이후 용량은 환자별로 조절되어야 하며, 임상증상이 있는 동안 치료를 지속해야 한다. 임상자료에 따르면, 대부분의 환자는 1일 80 ~ 160 mg의 용량에서 조절 가능하다. 1일 80 mg 이상의 용량은 1일 2회로 나누어 복용하도록 한다.
- 6) 정맥주사로 위궤양 또는 십이지장궤양에 의한 재출혈 예방 유도 이후의 유지 요법
 - 정맥주사로 위궤양 또는 십이지장궤양에 의한 재출혈 예방 유도 이후 4주동안 1일 1회, 1회 40 mg를 투여한다.

2. 12세 이상의 청소년

1) 위식도 역류성 질환(GERD),

- 미란성 역류식도염의 치료 : 4주동안 1일 1회, 1회 40 mg를 투여한다. 식도염이 치료되지 않거나 증상이 계속되는 환자의 경우 4주 더 복용한다.
- 식도염이 없는 위식도 역류질환의 증상치료요법 :
 - 1일 1회, 1회 20 mg, 4주후에도 증상 조절이 되지 않을 경우 추가 치료가 필요하다.
 - 일단 증상이 완화되면 그 후 연속되는 증상은 1일 1회, 1회 20 mg를 투여하여 조절한다.
- 성인에서, 1일 1회, 1회 20 mg를 필요시마다 투여할 수 있다. 비스테로이드염증진제 투여로 위궤양 및 십이지장궤양의 발현 위험이 높은 환자에게는 연속되는 증상 조절을 위해 필요시마다 투여하는 것을 권장하지 않는다.

3. 12세 미만의 소아 : 이 약을 12세 미만의 소아에 투여한 경험은 없다.

4. 신기능장애 : 용량을 조절할 필요는 없다. 증증의 신부전환자에 투여한 예가 많지 않기 때문에 신증히 투여해야 한다.

5. 간기능장애 : 경증~중증도의 간장애 환자에서 용량을 조절할 필요는 없다. 중증 간장애환자의 경우 이 약 20 mg 용량을 초과해서는 안된다.

6. 고령자 : 용량을 조절할 필요가 없다.

■ **사용상의 주의사항**

1. 다음 환자에는 투여하지 말 것.

- 이 약, 이 약의 구성성분 또는 벤조이미다졸류에 과민반응 및 그 병력이 있는 환자
- 페니실린에 항생제에 과민반응 환자(헬리코박터필로리 박멸을 위해 아목시실린과 병용요법시)
- 마크로라이드계 항생제 과민반응 환자(헬리코박터필로리 박멸을 위해 클라리트로마이신과 병용시에 한함.)
- 테르페나딘, 시사프리드, 피오지드, 아스테미졸을 투여 받고 있는 환자(헬리코박터필로리 박멸을 위해 클라리트로마이신과 병용시에 한함.)(상호작용항 참조)
- 아타자나비르 및 넬비마비르를 투여 중인 환자(상호작용항 참조)
- 수유부
- 심근경색 및 그 병력이 있는 환자
- 릴리비린 함유제제를 투여중인 환자 (상호작용항 참조)

2. 이상반응

- 다음의 이상반응이 임상시험과 시판 후 조사에서 확인 또는 의심되었다. 용량 상관성은 없었다. 이상 반응을 빈도에 따라 분류하였다(자주) 1/100, 1/10; 때때로 1/1,000, 1/100; 드물게 1/10,000, 1/1,000; 매우 드물게 1/10,000).
 - 혈액 및 림프계 : 드물게 백혈구감소증, 저혈소판증, 매우 드물게 무립구증, 백혈구감소증
 - 면역계 : 드물게 발열, 혈관부종, 아나필락시스 반응/쇼크 등과 같은 과민반응
 - 대사/영양 : 때때로 말초 부종, 드물게 저나트륨혈증, 매우 드물게 저마그네슘혈증 (중증의 저마그네슘혈증은 저칼슘혈증을 유발할 수도 있다. 저마그네슘혈증은 또한 저칼륨혈증을 유발할 수 있다.)
 - 정신계 : 때때로 불면, 드물게 초조, 정신 혼란, 우울, 매우 드물게 공격성, 환각
 - 신경계 : 자주 두통, 때때로 어지럼(dizziness), 지각이상, 졸음, 드물게 마작장애
 - 시각 : 드물게 흐린시력
 - 청각 및 미각 : 때때로 어지럼(vertigo)
 - 호흡기계 : 드물게 기관지경련
 - 위장관계 : 헛장염, 자주 복통, 변비, 설사, 복부팽만감, 구역·구토, 때때로 구강건조증, 드물게 구내염, 위장관 칸디다증, 매우 드물게 헐미경적 결장염
 - 간담도계 : 때때로 간효소 증가, 드물게 황달을 동반하거나 동반하지 않는 간염, 매우 드물게 간부전, 기존 간질환이 있는 환자에서 뇌병증
 - 피부 및 피하조직 : 때때로 피부염, 가려움, 발진, 두드러기, 드물게 발모, 광각수선, 매우 드물게 다형 홍반, 피부정맥막안종후(스타인브-조슨증후군), 독성피피자사용예(리얼증후군), 급성 전신 피진성 농포증 호산구 증) 및 전신 증상 동반 약물 반응 (DRESS 증후군)
 - 근골격계 : 골절 드물게 관절염, 근육통, 매우 드물게 근육소약
 - 신장 및 비뇨기계 : 매우 드물게 간질신장염
 - 생식계 : 매우 드물게 여성불임
 - 전신 및 투여부위 : 드물게 무력증, 발한증가
 - 감염 : 클로스트리돌 디피실레성 설사(빈도불명)
- 2) 이외에 다음의 이상반응이 1% 미만의 발생률로 이 약과 관련이 있거나 또는 관련 가능성이 있는 것으로 보고되었다.
 - 전신 : 복부팽만, 알레르기 반응, 등통, 홍통, 종골허통통, 안면부종, 안면홍조, 피로, 발열, 인플루엔자 유사증, 일반부종, 다리부종, 근대비, 통증, 경직, 무력증, 말초부종
 - 심혈관계 : 흉조, 고혈압, 빈맥
 - 내분비계 : 갑상샘증
 - 호화기계 : 대장과민증, 변비악화, 소화불량, 연하곤란, 위장관항생성장애, 상복부통증, 트림, 식도장애, 잦은변비, 위장염, 위장관출혈, 말골질, 흑색변, 구강장애, 인두장애, 직장장애, 위장관 증상, 혈중가스 트린증가; 하정애, 허부종, 폐양성 구내염, 구토
 - 청각 : 귀울림, 이명
 - 혈액계 : 빈혈, 저색소빈혈, 자궁경부과발병증, 코피, 백혈구증가증, 백혈구감소증, 혈소판 감소증
 - 다 : 발리루빈혈증, 간기능 이상, ALT 증가, AST 증가
 - 대사/영양 : 당뇨, 고옥산혈증, 저나트륨혈증, ALP증가, 구갈, 비타민 B12결핍, 체중증가, 체중감소
 - 근골격계 : 관절염악화, 관절병증, 경련, 섬유근육통증후군, 탈장, 루미티스성 다발성근육통, 관절통
 - 정신신경계 : 식욕부진, 무감동, 식욕증가, 혼란, 우울악화, 과다근육긴장증, 초조, 감각저하, 발기부전, 불면증, 편두통, 편두통악화, 수면장애, 떨림, 어지럼(dizziness, vertigo), 시야결손, 지각이상, 졸음
 - 생식계 : 월경증, 월경장애, 질염
 - 호흡기계 : 천식악화, 기침, 호흡곤란, 후두부종, 인두염, 비염, 부비동염
 - 피부/부수기관 : 여드름, 항문가려움, 발진, 홍반발진, 반구진발진, 혈관부종, 피부염, 가려움, 두드러기, 발한증가
 - 특수감각 : 중이염, 이소창각, 미각소실, 미각도착
 - 비뇨기계 : 소변이상, 알부민뇨, 방광염, 배뇨곤란, 잔뇨감, 혈뇨, 배뇨회수, 칸디다증, 생식기칸디다증, 난노
 - 시각 : 결막염, 시각이상
 - 내시경 상에서 발견된 이상반응 : 십이지장염, 식도염, 식도협착, 식도궤양, 식도정맥류, 위궤양, 위염, 양성성돌 또는 결절, 바레트식도(Barrert's esophagus), 정맥변색, 탈장
- 3) 다음은 프로톤펌프억제제의 시판 후 조사를 통해 보고된 이상반응이다. 이 이상반응은 불특정 다수의 인구집단에서 자발적으로 보고된 것이기 때문에, 항상 발생률을 신중히 있게 예측하거나 약물 투여와 의 인과관계를 확립할 수 있지는 않다.
 - 면역계 : 전신홍반루푸스
 - 피부 및 피하조직계 : 피부홍반루푸스
 - 위장관계 : 위저신 용종
 - 대사 및 영양계 : 저칼슘혈증, 저철혈증
- 4) 혈관근용해 : 혈관근용해가 나타날 수 있으나 신중하게 관찰하고 근육통, 무력증, 크레아티닌키나제(크레아티닌산화효소) 상승, 혈중 및 소변 미요글로빈 상승을 포함하는 증상이 나타난 경우에는 투여를 중지하고 적절한 처치를 취해야한다.

3. 일반적 주의

1) 이 약으로 인해 약성증양의 증상이 완화되거나 진전이 지연될 수 있으므로 약성 증양이 의심되는 경

고 증상(의도하지 않은 현저한 체중 감소, 개발성 조루, 성립곤란, 토혈, 흑색변 등이 있으면서 위궤양이 있거나 의심되는 경우 약성이 아픔을 확인하고 투여해야 한다.

2) 이 약으로 장기간 치료할 경우(특히 1년 이상) 환자는 정기적으로 검사를 받아야 한다.

3) 이 약을 필요시 투여하는 환자에게는 증상의 변화가 있을 때 의사와 상담하도록 조치시킨다. 이 약을 필요시 투여하도록 처방받은 경우 이 약의 혈중농도 변동으로 인한 다른 약물과의 상호작용을 고려해야 한다.

4) 헬리코박터필로리 박멸을 위한 항생제 병용요법으로 이 약과 같이 투여하는 항균제의 사용설명서를 참조해야 한다. 클라리트로마이신은 강력한 CYP3A4억제제므로 시사프리드와 같이 CYP3A4에 의해 대사되는 다른 약물을 복용하고 이 약을 투여하는 경우에도 클라리트로마이신의 금기 및 상호작용을 고려해야 한다.

- 프로톤펌프억제제로 인해 위내 산도가 감소하면 위장관계에 보통 존재하는 세균의 수가 증가한다. 이 약으로 치료할 때 살모넬라, 캄필로박터, 클로스트리돌 디피실레와 같은 세균에 의한 위장염의 감염 위험이 약간 증가할 수 있다. 이것은 클로스트리디움 디피실레균성 설사 위험성 증가와 연관이 있으며 특히 입원환자에서 이러한 위험성이 증가되었다는 여러 관찰연구 결과와도 일치하였다. 이러한 진단은 설사증세가 개시되지 않았을 때 고려되어야 한다. 클로스트리디움 디피실레균성 설사는 거의 모든 항균제 사용 중 보고되고 있다.
- 일부 해외 역학연구에서 프로톤펌프억제제(Proton Pump Inhibitor) 치료가 고관절, 손목 및 척추 골절의 위험성 증가와 관련이 있을 가능성이 있다고 보고되었다. 골절의 위험은 관장용량을 상하하는 고

용량을 투여한 환자와 1년 이상의 장기사용 환자에서 증가되었다. 오메프라졸 및 에스오메프라졸과 골다공증성 골절 간의 인과관계가 밝혀진 것은 아니다. 골다공증 및 골다공증성 골절이 진행될 위험이 있는 환자의 경우 최선의 임상 지침에 따라 적절한 임상적 모니터링이 권고된다.

7) 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 저마그네슘혈증을 유발하는 약물(예, 이노제)을 병용투여하는 환자들은 치료 시작을 포함한 정기적 마그네슘 수치 모니터링이 필요하다. 중대한 이상반응은 감직, 부정맥, 발작을 포함한다.

8) 실험실적 검사와의 간섭 : 증가된 CgA(serum chromogranin A) 수치는 신경 내분비 종양 검사시에 간섭을 일으킬 수 있다. 이 간섭을 피하기 위해 CgA 측정값이 적어도 5일 전 일시적으로 에스오메프라졸 투여를 중지해야만 한다.

9) 메토트렉세이트 : 프로톤펌프억제제와 메토트렉세이트(주로 고용량을 사용하는 경우, 메토트렉세이트의 사용상의 주의사항 참조)를 병용하는 경우 메토트렉세이트의 그리고/또는 그 대사체의 혈청 농도가 상승 및 지속되어 메토트렉세이트의 독성이 나타날 수 있다는 문헌 보고가 있었다. 고용량의 메토트렉세이트를 사용하는 경우, 프로톤펌프억제제의 일시적인 투여를 고려할 수 있다(상호작용항 참조).

10) 치료시 검사를 충분히 관찰하고 증상에 따라 이 약을 최소용량 및 적절한 치료기간으로 투여하여야 한다.

11) 이 약은 황색5호(선셋옐로우 FCF, Sunset Yellow FCF)를 함유하고 있으므로 이 성분에 과민하거나 알레르기 병력이 있는 환자에는 신중히 투여한다.

12) 피부 및 전신홍반루푸스 : 프로톤펌프억제제를 복용한 환자에서 피부홍반루푸스(Cutaneous lupus erythematosus, CLD)와 전신홍반루푸스(Systemic lupus erythematosus, SLE)가 보고되었다. 이러한 사례들은 새로 발생하거나 기존의 자간면역질환의 악화로 발생하였다. 프로톤펌프억제제로 유발되는 홍반루푸스 사례는 대부분 피부홍반루푸스였다. 프로톤펌프억제제를 복용한 환자에서 보고된 피부홍반루푸스의 가장 흔한 형태는 아급성피부홍반루푸스이며, 열이부터 노인에 이르기까지 지속적인 약물 치료 후 수주에서 수년 이내에 발생하였다. 일반적으로 조직학적 결과는 장기침습이 없는 상태로 관찰되었다. 프로톤펌프억제제를 복용한 환자에서 전신홍반루푸스는 피부홍반루푸스보다 덜 흔하게 보고되었다. 프로톤펌프억제제 관련 전신홍반루푸스는 보통 비약물유발성전신홍반루푸스보다 더 가벼운 증세를 보인다. 전신홍반루푸스는 주로 젊은층의 성인부터 노인에 이르기까지 초기 약물을 치료 후 수일에서 수년 이내에 발생한다. 대다수의 환자는 발진이 나타났으나, 관절통과 혈구감소증도 보고되었다. 의학적으로 지시된 것 보다 더 오랫동안 프로톤펌프억제제를 투여하지 않는다. 만약 이 약을 복용한 환자에서 피부홍반루푸스 또는 전신홍반루푸스와 일치하는 증상이 있 징후가 나타나는 경우, 약물 복용을 중단하고 적절한 전문의에게 환자 평가를 의뢰한다. 대부분의 환자들은 4 ~ 12주 내로 프로톤펌프억제제 중단만을 통하여 개선되었다. 혈액학적 검사에, 항핵항체 (Antinuclear antibody, ANA)에서 양성으로 나타날 수 있으며, 항핵항체 검사결과에 임상 증상 보다 해결되지 않지긴 다 소요될 수 있다.

13) 위저신 용종(Fundic gland polyps) : 프로톤펌프억제제 사용은 위저신 용종의 위험 증가와 관련이 있으며 특히 1년 이상 장기간 사용 시 위험이 증가한다. 프로톤펌프억제제를 사용하는 환자 중 위저신 용종이 발생한 대부분의 환자들은 무증상이었으며 내시경 검사를 통해 우연히 발견하였다. 프로톤펌프억제제는 치료라고도 하는 증상에 맞게 최단 기간 사용해야 한다.

14) 중증 피부이상 반응, 프로톤 펌프억제제 사용 시 스티븐스존슨증후군(SJS) 독성 피부피자 사용예(TEN), 호산구 증가 및 전신 증상 동반 약물 반응(DRESS 증후군) 및 급성 전신 피진성 농포증(AGEP)을 포함한 중증 피부 이상 반응(SCAR)이 보고되었다. 중증 피부 이상 반응의 최초 징후 또는 과민반응이 나타난 뒤 이 약투여를 중단하고 주 거적인 평가를 고려해야한다.

4. 상호작용

1) 이 약 투여 중 위내 산도 감소로 인해 위 산도에 의해 흡수 기전이 영향을 받는 약물의 흡수가 증가 또는 감소될 수 있다. 다른 산 분해 약제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토코나졸과 이트라코나졸 및 에르메티닌의 흡수가 감소될 수 있고 다국산의 흡수가 증가할 수 있다. 건강한 자원자 들에서 오메프라졸(하루에 20 mg)과 다국산의 동시투여는 다국산의 혈 체이용량을 10% 정도 증가시킨다(10명의 자원자중 2명은 30 %까지 증가). 이 약은 오메프라졸의 이성질체이다. 따라서 이 약을 다국산과 병용투여시 환자의 상태는 모니터링 되어야 한다.

2) 이 약은 CYP2C19와 CYP3A4에 의해 대사된다. 그리고 이 약은 이 약의 주 대사효소인 CYP2C19을 저해한다. 이(제페말, 시말로프랄, 이미프라민, 클로미프라민, 페니토인, 와르파린 등과 같이 CYP2C19 에 의해 대사되는 약물과 병용시 이들 약물의 혈장 농도가 증가될 수 있으므로 이들 약물의 강량이 필요할 수 있다. CYP2C19 기질인 디아제팜과 이 약 30 mg의 병용투여로 디아제팜의 청소율이 45 % 감소되었다. 간질환자에게 페니토인과 이 약 40 mg의 병용투여로 페니토인의 혈장농도 최저치 가 13 % 증가되었다. 이 약을 투여하기 시작하거나 중단할 때 페니토인의 혈장 농도를 모니터링하도록 한다. 오메프라졸(1일 1회 40 mg 투여)은 보리코나졸(CYP2C19 기질)의 Cmax와 AUC를 각각 15 및 41 % 증가시켰다. 임상시험에서 와르파린을 투여하고 있는 환자에서 이 약 40 mg를 병용 투여하였을 때 응고시간은 정상 범위애 포함되었다. 그러나 시판 후 조사에서 두 약물을 병용투여하는 동안 임상적으로 유의한 INR과 프로트롬빈 시간의 상승이 몇 건 보고되었으며 이는 비정상성출혈과 심지어 사망까지 초래할 수 있다. 그러므로 와르파린 또는 다른 쿠마린 유도체와 이 약과의 병용투여를 시작하거나 중단할 때 모니터링이 필요하다.

3) 이 약은 CYP2C19과 CYP3A4에 의해 대사된다. 이 약과 CYP3A4 저해제인 클라리트로마이신(500 mg 1일 2회 투여)을 동시에 투여하면 이 약의 AUC가 2배로 증가한다. 이 약과 CYP2C19, CYP3A4 저해제와의 병용투여는 이 약의 노출을 두 배 이상 증가시킬 수 있다. CYP2C19, CYP3A4 억제제인 보리코나졸은 오메프라졸의 AUC를 280 %까지 증가시켰다. 이 때문에 이 약의 용량을 조절할 필요는 없다. 그러나 중증의 간기능 장애환자와 장기간의 치료가 필요한 환자에서는 용량조절을 고려하여 야 한다.

4) CYP2C19나 CYP3A4 효은 두가지 모두(예를, 리람피라과 세틴토존스이트) 유도한다고 알려진 약물들은 에스오메프라졸 대사를 증가시킴으로써 에스오메프라졸 혈청 농도를 감소시킬 수도 있다. 이 약과 리람피린 또는 세틴토존스이트의 병용투여를 피한다.

5) 이 약 뿐만 아니라, 오메프라졸도 CYP2C19의 억제제로써 작용한다. 고차연구에서 건강한 자원자에게 40 mg의 오메프라졸을 투여한 경우 실로스타졸의 Cmax와 AUC가 각각 18 %와 26 % 증가하였고 실험실동물의 혈장 대체제 중 하나의 Cmax와 AUC는 각각 29 %와 69 % 증가하였다.

6) 건강한 자원자에게 오메프라졸40 mg 1일 1회 투여와 아타자나비르 300 mg/리토나비르 100 mg를 병용투여했을때 아타자나비르의 노출이 감소했다(AUC, Cmax, Cmin이 약 75 % 감소). 아타자나비르 400 mg 1일 4회 투여는 오메프라졸의 아타자나비르 노출에 대한 영향을 상쇄시킬 수 있다. 이 약을 포함한 프로톤펌프억제제들은 아타자나비르와 병용투여할 수 없다.

7) 오메프라졸은 몇 개의 항 바이러스제와 상호작용이 있는 것으로 보고되었다. 이 보고된 상호작용 의 임상적 중요성과 기전은 밝혀지지 않았다. 오메프라졸 투여시와 위내 산도 감소는 항 바이러스제의 흡수를 변화시킬 수 있다. 가능한 상호작용의 또 다른 기전은 CYP2C190기, 아타자나비르 및 넬비마비르와 같은 항바이러스제와 병용 투여시 혈청수치 감소가 보고되었으므로 병용투여는 권장되지 않는다. 그 외 사퀴나비르와 같은 항바이러스제에서는 혈청수치 증가가 보고되었다. 오메프라졸과 병용 투여시 혈청수치가 변하지 않는 항바이러스제 또는 존재한다. 오메프라졸과 에스오메프라졸은 유사한 약력학/약동학적 특성을 갖고 있으므로 아타자나비르 및 넬비마비

르와 같은 항바이러스제제 약물과 병용투여해서는 안된다.

8) 건강한 자원자에게 시사프리드와 이 약 40 mg를 병용투여했을 때 시사프리드의 AUC가 32 % 증가 되고 배설 반감기 가 31 % 연장되었다. 최고 혈장 농도의 유의한 증가는 없었다. 이러한 상호작용으로 임상적 전기생리에 대한 시사프리드의 영향이 변경되지 않았다. 즉, 시사프리드 단독 투여에 의한 QTc 간격의 근소한 연장 외에 이 약과 시사프리드의 병용투여에 의해 더 이상 QTc 간격이 연장되지 는 않았다.

9) 이 약은 아목시실린 또는 퀴나딘의 약물동력학에 임상적으로 유의한 영향을 미치지 않았다.

10) 이 약과 나프록센 또는 로페카시브의 병용 투여를 단기간 평가한 시험에 의하면 임상적으로 연관있 는 약동학적 상호작용이 나타나지 않았다.

11) 건강한 자원자로부터의 연구결과로부터 플로피도그렐(초기용량 300 mg/ 유지용량일 75 mg)과 에스오메프라졸(경구투여 1일 40 mg)은 약동학/약력학적인 상호작용이 있는 것으로 보였었으며, 이것은 평균 14 % 정도 혈소판 응집을 감소시키는 것으로 보여졌으며 플로피도그렐의 활성 대사체의 노출을 평균 40 % 정도 감소시키는 것으로 나타났다. 이 결과에 근거하여 에스오메프라졸과 플로피도그렐는 병용투여하지 않도록 한다.

12) 이상반응 사례 보고, 집단약동학 연구(population pharmacokinetic studies) 및 후향적 연구 등에서 메토트렉세이트(주로 고용량을 사용하는 경우, 메토트렉세이트의 사용상의 주의사항 참조)와 프로톤 펌프억제제를 병용하는 경우 메토트렉세이트 그리고/또는 그 대사체인 히드록시메토트렉세이트의 혈청 농도가 상승 및 유지되어 메토트렉세이트의 독성이 나타날 수 있다고 보고되었다. 그러나 고용량의 메토트렉세이트와 프로톤펌프억제제에 대한 정식 약물상호작용연구는 수행되지 않았으나(일반적 주의항 참조).

13) 이 약과 타크로리무스를 병용하면 타크로리무스의 혈청치가 증가할 수 있다.

14) 헬리코박터필로리 박멸을 위한 항생제병용요법 : 클라리트로마이신 및/또는 에리트로마이신을 피모지드와 병용 투여시 심부정맥(QT연장, 심실성 빈맥, 심실세동, Torsades de pointes 포함)이 나타나고 이는 클라리트로마이신 및 에리트로마이신에 의해 약물의 간대사와 방해를 받기 때문인 것으로 약국의 시판후 조사결과 보고되었으며 치명적인 사례도 보고되었다.

15) 이 약과 릴리비린의 병용 시 릴리비린의 혈장농도가 감소할 수 있으므로(위장 pH 증가) 병용 투여해서는 안된다. 이는 릴리비린의 치료효과를 저하시킬 수 있다.

5. 일부에 대한 투여

이 약의 임상 중 노출에 대한 데이터는 제한되어 있다. 동물실험 결과 배/태자 발달과 관련하여 직·간접의 유해작용은 나타나지 않았다. 라세미체 혼합물의 동물실험 결과 임신, 분만 또는 분만후 발달에 대한 직·간접의 유해작용도 나타나지 않았다. 그러나 이 약을 일부에 처할시 주의해야한다.

6. 수유부에 대한 투여

이 약이 사람의 모유 중으로 이행하는지 여부는 알려져 있지 않다. 수유부를 대상으로 한 시험은 실시되지 않았으므로, 이 약을 수유 중 투여해서는 안된다.

7. 과량 투여시의 처치

계획된 과량투여(240 mg/day용량의 제한된 경험)와 관련하여 나타나는 증상들은 일시적이다. 이 약 80 mg을 1회 투여한 경우 별다른 문제가 없었다. 특이적인 해독제는 알려져 있지 않다. 이 약은 단백결합율이 아주 높기 때문에 투석되지 않는다. 따라서 과량투여시 대증요법 및 일반 유지 요법을 사용하여야 한다.

8. 보관 및 취급상의 주의사항

1) 어린이의 손이 닿지 않는 곳에 보관한다.

2) 다른 용기에 바꾸어 넣는 것은 사교원인이 되거나 품질유지면에서 바람직하지 않으므로 이를 주의한다.

9. 약품동등성시험 정보^{*)}

가. 시험약 에스오피엠정40밀리그램(에스오메프라졸마그네슘삼수화물)(주)마더스제약과 대조약 넥시움정40밀리그램(에스오메프라졸마그네슘삼수화물)(한국의약품거래회)(주)지스시험으로 각 1정씩 각각 한 성인 57명에게 공복 시 단회 경구투여하여 혈청 에스오메프라졸을 측정한 결과, 비교평가항목치(AUC, Cmax)를 로그변환하여 통계처리하였을 때, 평균치 차의 90%신뢰구간이 log0.8에서 log1.25이 내로서 생물학적으로 동등함을 입증하였다.

구 분	비교평가항목		참고평가항목	
	AUC _{0-12hr} (ng · hr/mL)	C _{max} (ng/mL)	T _{max} (hr)	t _{1/2} (hr)
대조약	4342±2331	1544±541	2.00(0.67~4.00)	1.46±0.47
시험약	4605±2641	1801±760	2.00(0.33~6.00)	1.46±0.48
90% 신뢰구간* (기준: log 0.8 ~ log1.25)	log 0.9290 ~ 1.1077	log 0.9776 ~ 1.2298	—	—
(AUC, Cmax, T _{1/2} : 평균값±표준편차, T _{max} : 중증값(범위), n=57) AUC : 투약시간부터 최종혈중농도 정량시간 1까지의 혈중농도-시간곡선하면적 C _{max} : 최고혈중농도 T _{max} : 최고혈중농도 도달시간 t _{1/2} : 말단 소실 반감기 * 비교평가항목치를 로그변환한 평균치 차의 90%신뢰구간				

나. 의약품동등성시험기준 제7조제2항에 따라, 시험약 에스오피엠정20밀리그램(주마더스제약)은 대조약 에스오피엠정40밀리그램(주제파나제약)의 기준 및 시험방법 조건에 따른 비교용출시험자료로 제출하였으며, 대조약과 용출양상이 동등하였다. 이에 따라 해당 자료로서 생물학동등성을 입증하였다.

※ 이 약은 (주)마더스제약 에스오피엠정20밀리그램과 동일한 원료를 사용하여 동일한 제조방법으로 정공정을 (주)마더스제약에 위탁 제조하였음.