

있는 약물에는, 이트르코나졸, 케토코나졸, 포시코나졸, 보리코나졸, 에트리코나진, 클리트리코아진, 테르트리코마이신, HM 프로테아제 저해제, 보세프로비르, 델라프라비르, 네파조돈과 병용투여하지 않습니다. 만일 강력한 CYP3A4 억제제의 단기 투여가 불가피하다면 그 투여기간 동안 일시적으로 이 약의 투여를 중지해야 합니다(2). 다음 환자에는 투여하지 않습니다. 및 5. 상호작용 참조.

- 1) 캄피로질, 시클로스포린 또는 다나졸: 이 약은 캄피로질, 시클로스포린, 다나졸과 병용투여하지 않습니다(2). 다음 환자에는 투여하지 않습니다. 및 5. 상호작용 참조.
- 2) 피르페니트계 약물: 심바스타틴과 피르페니트계 약물의 병용투여 시 근육병증의 위험이 증가합니다. 에테르미브와 의 병용투여에 대한 안전성 및 유효성은 확립되어 있지 않습니다(2). 따라서, 이 약물과 피르페니트계 약물의 병용투여는 피해야 합니다(2)(캄피로질은 이 약물과 병용투여 해서는 안 됩니다)(5. 상호작용 참조).
- 3) 류마티스 이 약물과 류마티스를 병용투여하는 환자는 근육병증의 위험이 증가될 수 있습니다(5. 상호작용 참조). 이 약물과 류마티스의 병용은 권장되지 않습니다. 류마티스의 전신 사용이 필수적인 환자의 경우, 류마티스 치료 기간 동안 심바스타틴의 사용을 중단하여야 합니다. 예외적으로 장기적인 류마티스의 전신 사용이 필요한 경우 (예, 중증의 관절에 대한 치료) 이 약물과 류마티스의 병용 투여에 대한 유효성을 각 사례별로 91주의 주의의 감독 하에 고려해야 합니다.
- 4) 이미오다론: 임상시험에서, 심바스타틴 80mg과 이미오다론을 병용투여한 환자의 6%에서 근육병증이 보고되었습니다. 이 약의 용량은 이미오다론을 병용투여하고 있는 환자에서 1일 10/20mg을 초과해서는 안 됩니다(5. 상호작용 참조).
- 5) 드로비다론: 이 약의 용량은 드로비다론을 병용투여하고 있는 환자에서 1일 10/10mg을 초과해서는 안 됩니다.
- 6) 라놀라진: 이 약의 용량은 라놀라진을 병용투여하고 있는 환자에서 1일 10/20mg을 초과해서는 안 됩니다.

- 7) 갑상선 질환에
- 배리파린, 딜티아젠프: 심바스타틴 80mg과 딜티아젠프를 병용투여한 환자는 근육병증의 위험성이 2배 증가하였습니다. 이 약의 용량은 배리파린, 딜티아젠프를 병용투여하고 있는 환자에서 1일 10/10mg을 초과해서는 안 됩니다(5. 상호작용 참조).
- 임도미란: 임상시험에서, 심바스타틴 80mg과 임도미란을 병용투여하는 환자는 근육병증의 위험성이 약 2배 증가하였습니다. 이 약의 용량은 임도미란을 병용투여하고 있는 환자에서 1일 10/20mg을 초과해서는 안 됩니다(5. 상호작용 참조).
- 중간 정도의 CYP3A4 억제제: 이 약, 특히 이 약과 고품량과 CYP3A4에 대한 중간 정도의 억제 효과를 갖는 것으로 알려져 있는 약물을 병용투여하는 경우, 근육병증의 위험성이 증가될 수 있습니다. 중간 정도의 CYP3A4 억제제와 이 약을 병용 투여 할 때, 이 약의 용량 조절이 필요할 수 있습니다.
- 니코틴산: 1일 1g 이상 이 약물과 지질저하 용량(1일 1g 이상)의 니코틴산을 병용투여하였을 때 근육병증/혈문근공해가 관찰되었습니다. 심혈관질환의 위험성이 높고 심바스타틴 40 mg을 단독 또는 에테르미브 10 mg과 병용하여 LDL-콜레스테롤이 잘 조절되는 환자를 대상으로 한 임상시험(평균 39.5일) 연구에서, 지질저하 용량(1일 1g 이상)의 니코틴산 추가에 따른 심혈관질환 개선 효과는 없었습니다. 따라서, 이 약물과 니코틴산 병용의 이점은 병용으로 인한 잠재적인 위험과 해를 고려해야 합니다. 추가로, 이 환자에서, 근육병증 발현률은 심바스타틴 40 mg 또는 에테르미브/심바스타틴 10/40 mg을 서방형 니코틴산/라피로피란트 2 g/40 mg과 병용투여한 중국인 환자에서 1.24%인 것에 비해, 심바스타틴 40 mg 또는 에테르미브/심바스타틴 10/40 mg을 투여한 중국인 환자에서는 약 0.24%였습니다. 이 시험에서 보석한 아사히 피파진으로 중국인 환자에게서 근육인 환자에서 근육병증 발현률이 높았기 때문에 지질저하 용량(1일 1g 이상)의 니코틴산과 이 약의 병용은 아사히 환자에게 권장되지 않습니다. 비아사히 환자의 경우, 1일 10/20mg 을 초과하는 용량의 이 약물과 지질저하 용량(1일 1g 이상)의 니코틴산을 병용투여하지 않도록 합니다(5. 상호작용 참조).
- 항응고제: 이 약물과 와파린, 다른 쿠파린계 항응고제를 병용투여시, 프로트롬빈시간(International Normalized Ratio, INR)을 측정해 모니터링해야 합니다(5. 상호작용 참조).

- 2) 간 기능 이상 환자
- 37세의 위약조, 12주 임상시험결과, 혈청 이미노-전달효소 수치의 지속적 상승(정상상한치의 3배 이상의 발현률은 이 약을 투여한 전체 환자에서 1.7%였고, 이 약 10/80mg을 투여한 환자에서는 2.6%로 용량과 관련 있게 나타났습니다). 장기 대조 임상시험(48주)에서, 혈청 이미노-전달효소 수치의 지속적인 상승(정상상한치의 3배 이상은 전체 환자의 1.8%에서 나타났고 이 약 10/80mg을 투여한 환자의 3.6%에서 나타났습니다). 이러한 상승은 대개 증상이 없으며, 쓸개즙정량의 연관성이 아직 치료 중지 후 또는 지속적인 투여 중에도 가시지로 회복되었습니다. 만성 신장질환자 9270명(위약 4620명)의 발현률은 이 약 투여군은 4.65%였을 때 소인한 임상시험(SARF) 결과, 혈청 이미노-전달효소 수치(위약 30.1μM)의 발현률은 이 약을 투여한 군에서 0.7%, 위약군에서 0.8%였습니다. 이 약 치료 시작전 및 임상적 증상이 있는 경우 간 기능 검사를 빈번으로 실시할 것을 권장합니다. 이 약을 포함한 스타틴을 복용하는 환자에서 지장적 그리고 비-지장적 간부전으로 인해 빈번한 조사가 이루어지고 있습니다. 이 약 치료 임상적 증상 그리고 또는 그보다 무거운 증상은 모든 혈당을 동반한 중증 간손상이 발현될 경우 치료를 중단하여 하고 다른 원인 확인되지 않을 경우 재투여를 하지 않습니다. ALT는 근육에서 방출될 수 있으므로, 크레아티닌/1.73m² 이상을 동반한 ALT의 상승은 근육병증을 의미할 수 있음을 유의해야 합니다(2). 경고 참조). 과용하는 경우, 또는 간질환 병력이 있는 환자에서 투여시 세심한 주의를 요합니다. 활동성 간질환 또는 혈청 이미노-전달효소 수치가 원발적으로 지속적으로 높은 환자에서 이 약을 사용할 수 없습니다.
- 3) 환자에 의한
- 환자에게 이 약물 병용투여할 수 있는 약물에는 대체 안 됩니다. 이 약 투여 중 심정맥이 없는 근육통, 일통, 근육인발이 생기거나 이 약 투여중 지체로 근육의 징후나 증상이 지속된다면 즉시 이 약을 중단하고 의료진에게 알리고, 근육병증 4, 일반적 주의, 근육 병증/혈문근공해 항 참조). 환자는 다른 의사와에게 새로운 약물을 처방 받을 경우, 이 약을 복용하고 있음을 알려야 합니다.
- 4) 간 부전 환자
- 중증도 내지 중증의 간부전 환자에는 이 약에 대한 노출이 증가하여 예상치 못한 효과가 나타날 수 있으므로, 이 약이 권장되지 않습니다.
- 5) 간질성 폐질환
- 일부 스타틴계 약물과 관련하여 특히 장기 투여시 간질성 폐질환과 같은 이례적인 사례가 보고된 바 있습니다. 발현되는 양상으로는 호흡곤란, 기침, 만성성 폐렴 및 일반적인 건강의 악화, 폐종양 및 발열이 포함될 수 있습니다. 환자가 간질성 폐 폐질환으로의 발진이 의심될 경우에는 스타틴 약물 치료를 중단하여야 합니다.
- 6) 말초신, 변이성, 생식독성
- 이 약의 발암성 또는 생식독성에 대한 전임상 시험은 수행되지 않았습니다. *Salmonella typhimurium* 및 *Escherichia coli*를 사용한 체외 미생물학에 대한 유전독성 Ames 시험 결과, 대사활성 유무와 관계없이 편이성으로 관찰되지 않았습니다. 에테르미브와 심바스타틴에 대한 발암 실험은 발암 실험과 관련된 체외의 암세포의 유무와 관계없이 편이성으로 관찰되지 않았습니다. 마우스의 체내 실험에서, 이 약(에테르미브와 심바스타틴 비율이 1:1)을 800mg/kg까지 경구투여하여 투여 시 생식독성이 관찰되지 않았습니다.
- 7) 당뇨병
- 항우 당뇨병의 위험성이 높은 몇몇 환자에서 혈당을 상승시키는 약물군인 스타틴을 투여했을 때, 당뇨병의 정규 치료가 필요한 정도로 고혈당증을 유발할 수 있다는 점이 몇몇 고혈당증에 대한 연구에서 제시된 바 있습니다. 그러나, 스타틴의 투여로 인한 혈당 위험성의 감소가 이러한 위험성을 상회하므로, 이는 스타틴의 투여를 중단하는 사유가 될 수 없습니다. 각 국가별 규정에 근거하여 위험성을 보유한 환자(공복혈당 5.6-6.9mmol/L, BW)30kg/m², 트리글리세리드의 증가, 고혈압을 임상적 및 생화학적으로 모니터링 해야 합니다.

- 5. 상호작용
- 1) 강력한 CYP3A4 억제제
- 이러한 강력한 CYP3A4 억제제는 심바스타틴의 배설을 감소시킴으로써 근육병증의 위험성을 증가시킵니다. CYP3A4에 대한 강력한 억제 효과를 갖는 것으로 알려져 있는 약물에는, 이트르코나졸, 케토코나졸, 포시코나졸, 보리코나졸, 에트리코나진, 클리트리코아진, 테르트리코마이신, HM 프로테아제 저해제, 보세프로비르, 델라프라비르, 네파조돈과 병용투여하지 않습니다(2). 다음 환자에는 투여하지 않습니다. 및 4. 일반적 주의, 근육병증/혈문근공해 항 참조)
- 2) 캄피로질, 시클로스포린 또는 다나졸: 2 다음 환자에는 투여하지 않습니다(2). 참조)
- 3) 피르페니트계 약물: 이 약물과 피르페니트계 약물의 병용투여에 대한 안전성과 유효성은 확립되지 않았습니다. 피르페니트계 약물은 담즙으로의 콜레스테롤 배설을 증가시켜 사용을 유발할 수 있습니다. 이 약을 대상으로 한 전임상시험에서 에테르미브는 담즙 담즙의 콜레스테롤을 증가시켰습니다.
- 전임상시험 결과 시대에 대한 안전성 연구에서, 이 약은 장기간 투여 시, 이 약물과 피르페니트계 약물의 병용투여는 환자를 대상으로 한 연구 결과가 나오기 전까지는 권장되지 않습니다(2)(캄피로질은 이 약물과 병용투여해서는 안 됩니다)
- 4) 류마티스 이 약물과 류마티스를 병용투여하는 환자에서 근육병증의 위험이 증가될 수 있습니다(4. 일반적 주의, 근육병증/혈문근공해 항 참조).
- 5) 이미오다론, 드로비다론, 라놀라진 이 약물 이미오다론 또는 드로비다론, 라놀라진의 병용투여에 의하여 근육병증/혈문근공해의 위험성이 증가합니다.
- 6) 플라스티딘: 플라스티딘을 병용투여시 총 에테르미브(exzetimibe + ezetimibe glucuronide)의 평균 AUC가 약 55% 감소하였습니다. 플라스티딘과 이 약의 병용투여로 기대되는 LDL-C 감소의 병합효과가 이러한 상호작용에 의하여 감소할 수 있습니다.
- 7) 갑상선과 체내: 이 약물 배리파린, 딜티아젠프는 임도미란의 병용투여에 의하여 근육병증/혈문근공해의 위험성이 증가합니다.
- 8) 중간 정도의 CYP3A4 억제제: 이 약, 특히 이 약과 고품량과 CYP3A4에 대한 중간 정도의 억제 효과를 갖는 것으로 알려져 있는 약물을 병용투여하는 경우, 근육병증의 위험성이 증가될 수 있습니다(4. 일반적 주의, 근육병증/혈문근공해 항 참조).
- 9) 약물수송체 OATP1B1 저해제: 심바스타틴은 약물수송체 OATP1B1의 기질입니다. 이 약물과 약물수송체 OATP1B1 저해제인 약물을 병용투여 시 심바스타틴의 혈장 농도가 증가하여 근육병증의 위험성이 증가될 수 있습니다(2). 다음 환자에는 투여하지 않습니다. 및 4. 일반적 주의, 근육병증/혈문근공해 항 참조).
- 10) 니코틴산: 1일 1g 이상 심바스타틴과 니코틴산 1g 이상을 투여한 환자에서 이 약의 니코틴산을 병용투여하였을 때 근육병증/혈문근공해가 관찰되었습니다. (4. 일반적 주의, 근육병증/혈문근공해 항 참조).
- 11) 디아산: 이 약과 디아산을 병용투여하는 환자에서 근육병증의 위험이 증가될 수 있습니다(4. 일반적 주의, 근육병증/혈문근공해 항 참조).
- 12) 쿠파린 유도체에, 와파린, 심바스타틴 20~40mg/일의 용량으로 투여시 와파린의 항응고작용이 약간 증가하였습니다. 건강한 지원자와 환자에서 프로트롬빈 시간(International Normalized Ratio, INR)이 각각 1.7에서 1.8로, 2.8에서 3.4로 증가되었습니다. 다른 스타틴과 쿠파린계 항응고제와의 병용투여시 출혈과 프로트롬빈 시간 증가가 보고된 바 있으므로 반드시 주의하여 투여 환자에서는 이 약 투여 전과 투여 후에 측정할 프로트롬빈 시간 사이에 유의한 변화가 없음을 확인합니다. 프로트롬

- 빈 시간의 변동이 안정화되면, 항응고제 투여 환자에게 일반적으로 권장되는 간격으로 측정할 수 있습니다.
- 이 약의 용량을 증가하거나 중지할 경우, 같은 과정을 반복합니다. 항응고제를 투여하지 않은 환자에서는 심바스타틴으로 인한 혈통과 프로트롬빈 시간의 변화가 수반되지 않습니다.
- 13) 콜리산: 심부전 환자에서 심바스타틴과 콜리산을 병용투여시 근육병증 및 혈문근공해가 보고된 바 있습니다. 이 약물과 콜리산을 병용투여시 주의감은 모니터링을 권장합니다.
- 14) 제산제: 제산제의 병용투여는 에테르미브의 흡수 속도를 감소시키지만 생체 내 이용률에는 영향을 미치지 않습니다. 에테르미브의 배설률 흡수 속도는 임상적으로 유의하지는 않습니다.
- 15) 저용량: 저용량에서는 CYP3A4를 저해하는 약 또는 그 이상의 성능을 함유하고 있어 CYP3A4에 의해 대사는 약물의 혈통 농도를 증가시킬 수 있습니다. 일반적인 섭취량(1일 1, 250mL)의 용량은 미미하며 AUC로 평가한 혈통 HMG-CoA 환원효소 억제 작용 13% 증가, 임상적으로 유의하지 않습니다. 그러나 이 약물과 대용량 1.0L 이상의 저용량의 저용량을 병용할 경우, 혈통 HMG-CoA 환원효소 억제 작용을 유의하게 증가시키므로 이 약 투여시 저용량을 선택하지 않도록 합니다.
- 심바스타틴
- 1) 프로프라놀롤: 건강한 남성 지원자에서 이 약물 병용투여시 이 약의 평균 Cmax가 감소하였습니다. 이 약의 총 저해효과 및 활성형의 저해효과와 AUC에는 변화가 없었고 임상적 안전성은 확립되지 않습니다. 프로프라놀롤의 광학 이성체(enantiomer) 병용투여시 유의한 상호작용은 나타나지 않았습니다.
- 에테르미브
- 1) 페르피라이트: 약물용량 시험에서, 페르피라이트와 병용투여하였을 때, 총 에테르미브의 농도는 1.5배 증가합니다.
- 2) 캄피로질: 약물용량 시험에서, 캄피로질과 병용투여하였을 때, 총 에테르미브의 농도는 1.7배 증가합니다.

- 6. 임부에 대한 투여
- 이 약은 임부에 투여해서는 안 됩니다. 이 약의 임부에 대한 안전성은 확립되어 있지 않기 때문에, 임신이 확인되면 즉시 투여를 중지해야 합니다. 이 약은 임신을 원하지 않는 가임 여성에게 투여시 잠재적 위험성을 알려주어야 합니다.
- 심바스타틴: 심바스타틴의 임부에 대한 안전성은 확립되어 있지 않습니다. 임부를 대상으로 심바스타틴을 투여한 대조 임상시험은 수행되지 않았습니다. 드물게, HMG-CoA 환원효소저해제가 자궁 내에 노출된 후, 선천성 기형이 드물게 보고되었습니다. 임신 37주일 이내 심바스타틴 또는 다른 HMG-CoA 환원효소저해제에 노출된 임부 약 200명을 분석하였을 때, 선천성 기형의 발생률이 전체 연구에 대한 발생률과 유사하였습니다. 조사 대상의 수에 의해 대한 선천성 기형의 발생률이 자연발생률보다 2배 또는 그 이상 높은 경우를 배제할 수 있는 통계적으로 유의한 예수입니다. 심바스타틴 또는 다른 HMG-CoA 환원효소저해제를 복용한 환자의 태아에서 선천성 기형의 발생률이 전체 연구에 대한 발생률이 다르지 않았으나, 심바스타틴을 임부에 투여하면 콜레스테롤 생합성의 전구체인 태아의 mevalonate의 수치가 감소할 수 있습니다. 이 약은 임부에 모든 임신을 해하는 여성 및 임신 할 가능성이 있는 여성에게 이 약을 사용해서는 안 됩니다. 임신 기간 동안 이 약의 투여를 보류하거나, 임신을 하지 않아야 합니다. (2 다음 환자에는 투여하지 않습니다. 참조).
- 에테르미브: 에테르미브를 임부에 투여한 임상자료는 없습니다. 에테르미브를 심바스타틴과 병용 투여하였을 때, 임신한 쥐에 대한 배태 발생 시험에서 37%형성 효과는 관찰되지 않았습니다. 임신한 토끼에서, 골격기 기형의 낮은 발생률 관찰되었습니다.
- 7. 수유부에 대한 투여
- 젖트 실험에서 수유 중인 새끼의 총 에테르미브에 대한 노출이 모체 혈장에서 관찰되는 값의 절반에 이르렀습니다. 에테르미브와 심바스타틴이 사람의 모유로 분비되는지 여부는 알려져 있지 않습니다. 심바스타틴의 모유로의 이행은 알려진 바 없으며 같은 종류의 다른 약에서 소량 모유 중으로 모유로 이행이 보고되고 있어 모유로 이행시 유아에게 임상적인 응용 유발할 수 있으므로 이 약을 투여하는 경우 수유를 중지합니다(2). 다음 환자에는 투여하지 않습니다. 참조).
- 8. 소아에 대한 투여
- 소아 환자에 대한 안전성 및 유효성 자료는 불충분합니다.
- 심바스타틴: 0~17세 아동의 콜레스테롤혈증인 10~17세 청소년(여성의 경우 초경 후 적어도 1년이 지난) 환자를 대상으로 한 임상시험에서 심바스타틴의 청소년에서의 안전성 및 유효성을 평가하였습니다. 심바스타틴을 복용한 환자에서 나타난 이상반응은 프로트롬빈 시간의 증가와 대체로 유사하였습니다. 이 환자에서 40mg 이상의 용량에 대한 연구는 실시되지 않았습니다. 이 임상시험에서 이 약이 청소년의 성장 또는 성적성숙에 미치는 영향, 여성성의 경우 월경주기 간격에 미치는 영향은 관찰되지 않았습니다. 청소년이 여성에게는 심바스타틴을 복용하는 동안의 적절한 피임방법에 관한 상담을 실시하여 야 합니다(2). 다음 환자에는 투여하지 않습니다. 3. 임부 및 수유부 항, 6. 임부에 대한 투여 및 7. 수유부에 대한 투여 참조).
- 10세 미만 환자, 초경 이전의 소녀에 대한 이 약의 효과는 연구되지 않았습니다.
- 에테르미브: 10~18세 소아 및 청소년의 에테르미브 약동학은 성인에서 관찰되는 바와 유사하였습니다. 이 약의 소아 및 청소년에 대한 치료 경험은 시도-태를혈통 시험의 4명(9세~17세), 동형정형 가호형 콜레스테롤혈증 시험의 5명(11세~17세)에 한정되어 있습니다. 10살 미만의 소아에 대한 이 약의 투여는 권장되지 않습니다.

- 9. 고령자에 대한 투여
- 임상시험에서, 이 약을 투여한 환자 중 792명이 65세 이상이었습니다(76명의 환자는 75세 이상이었습니다). 이 약의 안전성은 고령자 환자와 젊은 환자간에 유사하였습니다. 일부 고령자 환자에서 보다 민감한 반응이 나타날 수 있음을 배제할 수 없습니다(4). 이상반응 참조).
- 10. 임상시험에서의 영향
- 1) 혈청 이미노-전달효소 수치: 지속적 또는 현저하게 상승할 수 있습니다. 또한 약 5%의 환자에서 정상치의 3배 이상으로 크레아티닌/1.73m²(CK) 수치가 상승하였는데, 이는 크레아티닌/1.73m²(CK) 비정상분포에 기인한 것으로 근육통 또는 기능부전은 큰 대체로 보고되지 않았습니다.
- 2) 심바스타틴을 포함한 스타틴계 약물 치료를 받은 환자에서 HbA1c 및 공복 혈당수치의 증가가 보고되었습니다.
- 11. 과용투여시 대처
- 이 약의 과용투여에 대한 특별한 처치는 없습니다. 과량투여시 일반적인 대응요법 및 지지 요법을 실시합니다.
- 심바스타틴: 과량투여에 대한 몇몇의 경우가 보고되었습니다. 복용한 최대 용량은 3.9g이었습니다. 모든 환자는 후유증 없이 회복되었습니다.
- 에테르미브: 임상시험에서, 에테르미브 50mg/일을 5명의 건강한 지원자에게 14일까지 투여하거나 또는 40mg/일을 18명의 과량투여 환자(과량투여에 56일까지 투여시 전반적으로 나락상치)가 우수하였습니다. 과량투여의 몇몇의 경우가 보고되고 있는 과량투여의 경우 이상반응과 관련성이 없었습니다. 보고된 이상반응은 중증이 아니었습니다.
- 12. 기타
- (미국 고지혈증 치료지침)

위험도 분류	LDL 목표 (mg/dL)	치료적 생활양식 변화 *를 시작하는 LDL 수준 (mg/dL)	약물치료를 고려하는 LDL 수준 (mg/dL)
CHD 및 CHD 위험에 상당하는 위험 ^b (10년간 위험도 ≥ 20%) ^c	<100	≥100	≥130 (100~129: 선택적 약물) ^d
2+ 위험 인자 ^e (10년간 위험도 < 20%) ^c	<130	≥130	10년간 위험도 10~20% ≥130 10년간 위험도(10% ≥160
0-1 위험 인자 ^f	<160	≥160	≥180 (160~159: 선택적 LDL-저하제)

- (NCEP ATP III Guideline 요약)
- * 치료적 생활양식 변화란 다음 내용을 포함한다.: 1) 식이요법 변화: 고지방지방 콜로리의 7% 미만 및 콜레스테롤을 일 200 mg 미만 섭취를 줄이고, 식물 스타롤/스테롤(일 2 g) 및 점착성(가용성) 섬유 증가(일 10~25 g)로 LDL 감소를 강화 2) 체중 관리: 3) 신체활동 증가
- CHD 위험에 상당하는 위험은 다음 내용을 포함한다.: 당뇨병, CHD에 대한 10년간 위험도 20% 이상을 초래하는 다양한 위험 인자, 동맥경화성 질환의 다른 임상적 형태(말초동맥질환, 복부대동맥류, 중풍성 동맥경화)
- CHD 발병에 대한 10년간 위험도를 결정하는 위험성 평가는 Framingham risk scoring에 따릅니다. 더욱 자세한 정보는 JAMA, May 16, 2001; 285 (18): 2486-2497, 혹은 NCEP 웹사이트(<http://www.nhlbi.nih.gov>)를 참조하십시오.
- ^a 일부 전문가가 치료적 생활양식 변화만으로는 LDL 콜레스테롤 100 mg/dL 미만에 도달할 수 없는 경우가 일부에서 LDL-저하요법을 권장한다. 다른 전문가들은 트리글리세리드와 HDL을 주로 변화시키는 약물, 예를 들어 nicotinic acid 혹은 niacin 사용을 선호한다. 임상적 판단에 의해 이 범주에서의 약물 사용을 연구할 수 있습니다.
- ^b 콜레스테롤, 고혈압(BP > 140/90 mmHg), 혹은 고혈압인 약물(중, 중, 낮은 LDL 콜레스테롤(40 mg/dL), 조발성 CHD 가족력 (56세 미만) 남성 3가지가족의 CHD; 65세 미만인 여성 3가지가족의 CHD, 연령(남성 45세 이상, 여성 55세 이상) LDL 목표를 변화시킬 수 있는 주요 위험 인자(LDL 콜레스테롤 제외), 60 mg/dL 이상의 HDL 콜레스테롤은 (-) 위험 인자로 계산한다.; HDL 콜레스테롤이 80 mg/dL 이상일 때에는 위험인자 총합에서 1개 위험인자를 제외한다.
- ^c 0-1 위험인자는 거의 모든 사람들의 10년간 위험도는 10% 미만입니다.; 따라서 0-1 위험인자 사람들에게 대한 10년간 위험도 평가는 불필요합니다.
- | **저장방법**: 7개월용, 습기를 피하여 실온(~30°C)에서 보관
- | **저장방법**: 3개월용 참조
- | **포장단위**: 30일/PTP

※ 본 약품명은 KGM(의약품제조 및 공급관리)조직에서 생산하여 엄격한 품질 관리를 위한 제품입니다. 만약 구입시 유효기간 또는 사용(유통)기간과 다르게 기재된 바, 본 약은 오손된 제품은 구입한 약국 및 판매업체에 연락하여 교환을 요청하십시오. ※ 약은 소량의 내용 담고 있는 용기에 보관합니다. ※ 작성일자 및 유효기간은 홈페이지(www.daeuwonpharm.com)에 기재된(080-467-8872)에 확인하실 수 있습니다. ※ 약품용 용출일 및 기타 자세한 약품정보는 온라인약도서관(<http://drug.mds.go.kr>)의약품 정보를 참조하십시오. ※ 작성일자: 2016. 04. 08.