

전문 의약품

로수토바정 5mg

로수바스타틴칼슘

로수토바정 5mg

로수바스타틴칼슘

전문 의약품

Rosutova Tab.

원료약품 및 그 분량 1정 중

- 유효성분 : 로수바스타틴칼슘(CP)..... 5.2mg(로수바스타틴으로서 5mg)
- 첨가제(동등유제성분) : 유당수화물(건강한 소의 우유)
- 기타첨가제 : 무수인산수소염, 미결정셀룰로오스, 스테아르산마그네슘, 오프드라이노란색(03B62323), 크로 소브민, 폴리메틸렌글리콜6000, 하이드록시프로필셀룰로오스

성상 노란색의 원형 필름 코팅정

효능·효과

- 원발성 고콜레스테롤혈증(type Ia), 복합형 고지혈증(type IIb) : 식이 및 운동으로 조절이 안 될 경우 식이요법 의 보조제
- 동형접합 가족성 고콜레스테롤혈증에 식이요법이나 다른 지질저하요법(예 : LDL 분리나출반)의 보조제
- 고콜레스테롤혈증 환자에서 총콜레스테롤과 LDL-콜레스테롤을 목표 수준으로 낮추어 이상동맥경화증의 진행을 지연
- 원발성 이심베타리노프로테인혈증(type III) 환자의 식이요법 보조제
- 심혈관 질환에 대한 위험성 감소 : 관상동맥 심질환에 대한 임상적 증거는 없으나, 만 60세 이상의 남성 및 60세 이상의 여성으로 고감도 C-반응단백(high sensitive C-reactive protein, hsCRP)이 2mg/L 이상이며, 적어도 하나 이상의 추가적인 심혈관 질환 위험 인자(예 : 고혈압, 낮은 HDL-콜레스테롤치, 흡연 또는 조기 관상동맥 심질환의 가족력 등)를 가진 환자의
 - 뇌졸중을 위한 위험성 감소
 - 심근경색에 대한 위험성 감소
 - 동맥 혈관경화상에 대한 위험성 감소

용법·용량

- 원발성 고콜레스테롤혈증(type IIa), 복합형 고지혈증(type IIb) 원발성 이심베타리노프로테인혈증(type III) 및 동형접합 가족성 고콜레스테롤혈증
이 약을 투여한 뒤 투여중인 환자는 표준 콜레스테롤 저하제를 하야하여 하며, 이를 치료기간동안 지속하여야 한다. 식사의 상관없이 하루 중 아무때나 이 약을 투약할 수 있다. 초회용량은 1일 1회 5밀리그램이며, 더 많은 LDL-콜레스테롤을 저감시키기 필요한 경우 유지용량으로 조절하여 투여할 수 있다. 유지용량은 1일 1회 10밀리그램으로 대부분의 환자는 이 용량에서 조절된다. 유지용량은 4주 또는 그 이상의 간격을 두고 LDL-콜레스테롤 수치, 치료목표 및 환자의 반응에 따라 적절히 조절하여야 하며, 1일 최대 20밀리그램까지 증량할 수 있다.
- 노인 :
 - 용량조정이 필요하지 않다.
- 신부전 환자 :
 - 경증 및 중등도 신부전 환자의 경우 용량을 조절할 필요가 없다. 중증의 신부전 환자에는 투여하지 않는다. 중 등도 신부전 환자에서 약 20mg 투여시 각별히 주의해야 한다.
- 간부전 환자 :
 - Child-Pugh 점수가 7이하인 경우에는 로수바스타틴의 전신 노출 증가가 나타나지 않았으나, Child-Pugh 점수가 8 또는 9인 환자에서는 증가하였다. 이러한 환자에서는 식기를 투여시 입산하지 않을 수 있다. Child-Pugh 점수가 9를 초과하는 환자에 대한 투여 경험은 없다. 혈중총 간질형 환자는 이 약을 투여하지 않는다.
- 인종 :
 - 아시아계 환자들에게 이 약의 전신노출이 증가하기 때문에, 권장 초기 용량은 5밀리그램이다. 40밀리그램 용량 투여는 금기이다.
- 근병증에 걸리기 쉬운 환자 :
 - 근병증에 걸리기 쉬운 환자들의 권장 초기 용량은 5밀리그램이다. 이러한 환자를 좀 몇몇에게 이 약 40밀리그램 용량 투여는 금기이다.

사용상의 주의사항

1. 다음 환자에게 투여하지 말 것.

- 이 약의 구성성분에 과민증이 있는 환자
- 원인 불명의 지속적인 혈청 트랜스아미나제 상승 또는 정상 상한치의 3배를 초과하는 혈청 트랜스아미나제 상승을 포함하는 혈청성 간질환 환자
- 근병증 환자
- 사이클로스포린 병용투여 환자
- 중증의 신부전의 신장에 환자(creatinine clearance(C_{cr})<30mL/min)
- 임부 및 수유부 : 적절한 피임방법을 사용하지 않는 기임여성 출산이 가능한 임부에 여성에게 이 약을 투여시 입산하지 않을 가능성이 높은 경우와 태아에 대한 잠재적인 위험성에 대해 알려주어야 한다. 투여한다.
- 근병증/혈당근증증후군에 걸리기 쉬운 환자들에게 이 약 40밀리그램 용량 투여는 금기이다. 이러한 인종들은 아래와 같다.
 - 중등도의 신장애(크레아티닌 청소율 < 60mL/min)
 - 갑상선기능저하증
 - 유전적인 근질환 병력 또는 가족력이 있는 경우
 - 다른 HMG-CoA 환원효소 또는 피브레이트 계열 약물에 대한 근육 독성의 병력이 있는 경우
 - 알코올 중독
 - 혈장 농도가 증가할 수 있는 상황
 - 아시아계 환자
- 이 약은 유당을 함유하고 있으므로, 갈락토오스 불내성(galactose intolerance), Lapp 유당분해효소 결핍증 (Lapp lactase deficiency) 또는 포도당-갈락토오스 흡수장애(glucose-galactose malabsorption) 등의 유 전적인 문제가 있는 환자에게는 투여하면 안 된다.(유당함유제제 한함)

2. 다음 환자에게는 신중히 투여할 것.

- 다른 HMG-CoA 환원효소 저해제와 마찬가지로 이 약은 일요효를 과다 섭취하거나 진 질환의 병력이 있는 환자에 투여시 주의해야 한다. 이 약 투여 시작 전 및 후 임상적 필요에 따라 빈번하여 간효소 검사를 실시할 것을 권고한다. 갑상선기능저하증이나 신증후군에 의한 2차적 고콜레스테롤혈증 환자는 이 약을 투여 하기 전에 원인 질환을 치료해야 한다.
- 다른 HMG-CoA 환원효소 저해제와 마찬가지로 골격근에 대한 효과, 예를 들면, 근육통 및 근병증, 드물게 횡문근융해증(이 약을 투여한 환자에서 보고되었다. 이 약을 포함하여 스타틴을 복용 중이거나 중단한 환자에서, 면역매개성과자신근병증이 보고되었다. 면역매개성 근병증은 임상적 특징으로 근위근 약화 및 혈 중 CK(Creatine kinase)의 증가를 나타내며, 투여중지 이후에도 그 증상이 지속된다.
 - 다른 HMG-CoA 환원효소 저해제와 마찬가지로 근병증/횡문근융해증에 걸리기 쉬운 요인을 갖고 있는 다증의 환자에서는 치료의 위험성과 유익성이 고려되어야 하며, 임상 모니터링이 권장된다. 치료제로 CK(Creatine kinase)값이 기저수준에서 유익성있게 증가(정상 상한치의 5배 이상 증가)되어 있는 경우 치료 를 시작해서는 안 된다.
 - 신장애 환자
 - 갑상선기능저하증
 - 유전적인 근질환의 병력 또는 가족력이 있는 경우
 - 다른 HMG-CoA 환원효소 저해제 또는 피브레이트에 대한 근육 독성의 병력이 있는 경우
 - 알코올 남용
 - 70세 이상의 노인
 - 혈장 농도가 증가할 수 있는 상황
 - 피브레이트 계열 약물 병용투여
- 치료 중에는 특히 간때나나 열과 관련이 있을 경우, 다른 이유로 설명되지 않는 근육통이나 근육식약, 경로를 즉시 보고해야 한다. 이러한 환자에서 CK치를 측정하여하고 하고 이때 CK치가 현저히 상승되거나(정상 상한치의 5배 이상 증가), CK치가 정상 상한치의 5배 이하로 증가했다 할지라도 근육 증상이 심하고 일상의 불편함을 야기한다면 이 약의 투여를 중단해야 한다. 증상이 해결되고 CK치가 정상으로 돌아가면

면밀한 모니터링과 함께 이 약 또는 다른 HMG-CoA 환원효소 저해제를 최저 용량으로 재시작할 것을 고 려해야 한다. 무중상인 환자에서 일반적인 CK치의 모니터링은 필요하지 않다.

- 복전 결과의 해석을 어떻게 할 수 있으므로 적절한 운동 후나 CK값을 증가시킬 수 있는 기타 원인이 있 는 경우는 CK를 측정하지 않도록 한다. CK값이 기저상태에서 유익성있게 증가(정상 상한치의 5배 이상 증가)한 경우 5~7일 내에 확인시험이 수행되어야 한다. 시험반에서도 기저상태의 CK값이 정상 상한 치의 5배 이상 증가한 경우 이 약을 투여하지 않는다.

3) 근병증이나, 횡문근융해증에 부차적인 신부전으로 약화된 것을 암시하는 급성 중증 상태(예를 들면, 패혈 증, 저혈압, 대수소, 창상, 중증의 대사성/내분비성/전해질성 질환, 조절되지 않는 뇌전증발작)에서는 이 약 의 투여를 중단해야 한다.

4) 스타틴계 약물은 드물게 중증 근육 무력증 또는 안근 무력증을 유발하거나 악화시킬 수 있으며, 같은 종류 또는 다른 종류의 스타틴계 약물을 투여하였 때 재발한 사례가 보고되었다. 이 약은 이러한 상태의 환자에 게 주의해서 사용되어야 하며, 중증 근육 무력증 또는 안근 무력증이 유발되거나 악화된 경우 투여를 중단 해야 한다.

5) 임상시험에서 이 약과 다른 약을 병용 투여한 소수의 환자에서 골격근에 대한 효과와 증가된 증거는 없다. 그러나 다른 HMG-CoA 환원효소 저해제들의 경우, 피브린산 유도제(경피브로질 포함), 사이클로스포린, 니 코틴산, azole계 항진균제, protease 저해제, macrolide 항생제 등을 함께 투여받은 환자에서 근경과 근병 증의 빈도가 증가했다. 경피브로질은 HMG-CoA 환원효소 저해제와 병용시 근병증의 위험을 증가시킨다. 따라서 이 약과 경피브로질의 병용은 추천되지 않는다. 이 약을 피브레이트나 니아신과 병용투여시 골격근 과 위험성을 주의 깊게 평가하여야 한다. 피브레이트 계열 약물에 병용투여할 때 이 약 40밀리그램 용량은 금기이다.

6) 고통을 특히 40mg 복용 환자에서, dipstick 테스트에 의해 검출되는 대부분의 세뇨관 기원인 단백뇨가 관 찰되었다. 이것은 일반적으로 일시적이고 급성 또는 진행성 신부전의 예측 인자는 아니다. 40mg 투여 환 자의 추적기간동안에는 신기능 감사를 고려하여야 한다.

7) 약학적 시험에 의하면 코카시나인과 비교시 아시아인에서 전신 노출의 증가(AUC 및 C_{max}의 중앙값이 약 2 배 증가)가 나타났으나 아시아인에게 용량결정시 이러한 사항을 고려하여야 한다.

8) 만 10- 만 17세의 소아 환자 : 로수바스타틴을 복용한 소아 환자에서 Tanner staging에 의한 이차 성징 및 성형 성징(키, 체중, BMI(body mass index)의 평가는 년으로 제한적이다.

3. 이상반응
1) 보고된 이상반응은 일반적으로 경미하고 일시적이었다. 이상반응으로 연구를 중단한 환자는 이 약 투여군 중 4% 미만이었다.

이상반응의 발현빈도는 다음과 같이 분류하였다 :

흔하게(>10%, <1/100);

흔하지 않게(>1/1,000, <1/100);

드물게(>1/10,000, <1/1,000);

매우 드물게(<1/10,000).

알려지지 않음(확률할 수 있는 자료로부터는 추정할 수 없다.)

발현부위	중상별 발현빈도		
	흔하게	흔하지 않게	드물게
면역계			혈관부종을 포함한 과민 반응
내분비계	당뇨 ¹⁾		
신경계	두통, 어지러움		
위장관계	변비, 구역, 복통		헛장염
피부 및 피하조직		가려움증, 발진 및 두드러기	
근골격계 및 결합조직	근육통		근육병증(근육염 포함) 횡문근융해증
전신	무력증		

주1 : JUPITER 임상시험에서 공복시 혈당이 5.6 ~ 6.9 mmol/L 환자에서 가장 많이 보고된 이상반응(로수 바스타틴 투여군 2.8%, 위약군에 2.3% 보고)

다른 HMG-CoA 환원효소 저해제와 마찬가지로 용량 증가에 따라 이상반응이 증가하는 경향이 나타났다. 2) 신장애 미치는 영향 : Dipstick 테스트에 의해 검출되는 대부분의 기원인 단백뇨가 관찰되었다. 노 단백이 음성 또는 극소량에서 ++ 이상으로 전환되는 현상이 10, 20밀리그램에서는 1%미만, 40밀리그램에 서는 약 3%에서 나타났다. 노단백이 음성 또는 극소량에서 +로 약간 증가하는 것도 20밀리그램 용량에서 관찰되었다. 단백뇨는 대부분의 경우 치료 중 감소하거나 자발적으로 사라졌으며 급성 또는 진행성 신부 전의 예측 인자는 아니다. 이 약을 투여한 환자 및 임상시험자료에서 혈뇨가 관찰되었으며, 발현빈도는 낮 았다.

3) 근골격계에 미치는 영향 : 급성 신부전과 함께 또는 급성 신부전 없이 근골격계에 미치는 영향(예 : 근육통, 근육병증(근육염 포함), 드물게 횡문근융해증 등)이 이 약 모든 용량의 치료환자(특히 20밀리그램 이상)에 서 보고되었다. 로수바스타틴을 투여받은 환자군에서 creatinine kinase(CK) 수치가 용량 의존적으로 증가 하였다. 대부분의 경우 경미하고 무증상이었으며 일시적이었다. creatinine kinase(CK) 수치가 현저히 증가 (정상상한의 5배 이상 증가)하는 경우 일시적으로 치료를 중단하여야 한다.

4) 간에 미치는 영향 : 다른 HMG-CoA 환원효소 저해제와 마찬가지로, 이 약을 투여받은 소수의 환자에서 트 랜스아미나제치가 용량 의존적으로 증가하였다. 대부분의 경우 경미하고 무증상이었으며 일시적이었다.

5) 국외 시판 후 경험

- 위의 이상반응에 대하여 다음의 이상반응이 시판 후 조사동안 보고되었다.
- 신장애 : 매우 드물게 다발성신경병증, 기역상성, 말초신경병증, 중증 근육 무력증(빈도 불명)
 - 호흡기계 및 흉부 : 기침, 호흡곤란(빈도 불명)
 - 위장관계 : 설사(빈도 불명)
 - 안구 장애 : 안근 무력증(빈도 불명)
 - 혈액학적 장애 : 혈소판감소증(빈도 불명)
 - 간담도계 : 매우 드물게 황달, 간염, 드물게 트랜스아미나제 증가
 - 피부 및 피하조직 장애 : 스티븐스-존슨 증후군(빈도 불명), 호신구 증가 및 전신 증상 동반 약물 반응 증 후군(DRESS), 태반모양 약물 발진(빈도 불명)
 - 근골격계 : 드물게 류무사성 증후군, 근육파열, 매우 드물게 관절통, 면역매개성 괴사성 근병증(빈도 불명)
 - 신장 : 매우 드물게 혈뇨
 - 기타 : 부종(빈도 불명)

일부 스타틴계열 약물과 관련하여 다음과 같은 이상반응이 보고된 바 있다.

- 정신신경계 : 우울증, 수면장애(불면 및 과용 포함)(빈도 불명)
- 호흡기계 : 특히 장기투여시 간질성 폐질환과 같은 폐외적 사례
- 비노출시기에 : 성적 기능이상, 여성성유방염(빈도 불명)
- 간담도계 : 지혈제 투여시 지혈 지연
- 스타틴 사용과 관련하여 시판 후 임상장애가 드물게 보고되었다.(예, 기억력감퇴, 건망증, 기억상실증, 기억 장애, 혼음) 이러한 인지장애는 모든 스타틴 계열 약물에서 보고되었다. 이러한 보고들은 일반적으로 심각 하지 않고 약물 사용중단 후 기억력악화, 증상발생 시점(일~수 년) 및 증상개선기간(일~3주)은 편차가 있 다.

6) 국내 시판 후 조사 결과
국내에서 재상사를 위하여 6년 동안 3,081명을 대상으로 실시한 사용성적조사 결과 인과관계에 상관없이 유해사례 발현율은 10.06%(310명, 4152명)로 주로 두통 0.78%(24명, 242건), 어지러움 0.75%(23명, 232건), ALT 증가 0.58%(18명, 182건), 가슴통증, 기침, 근육통등 각각 0.49%(15명, 152건)등이 보고되었고, 이 중 이 약 과 인과관계를 배제할 수 없는 약물유해반응은 2.82%(90명, 1062건)이다.
보고된 약물유해반응으로는 ALT증가가, 0.55%(17명, 172건)로 가장 많았고 근육통 0.42%(13명, 132건), 두통

0.39%(12명, 122건), CK 증가 0.29%(9명, 92건), 어지러움 0.26%(8명, 82건), 변비, AST증가가 각각 0.16%(5명, 52건), 무력증, 관절통등이 각각 0.13%(4명, 42건), 피로, 무감각이 각각 0.10%(3명, 32건), 감각이상, 가슴불편 함, 구역, 복통, 설사, 식욕부진, 복부팽만, 가려움증, 간기능검사이상인 각각 0.06%(2명, 22건), 실신, 전신통 증, 근육경련, 통풍, 발기부전지 지 못한 환자나지 않았던 예상하지 못한 약물유해반응으로는 관절 통증 0.13%(4명, 42건), 피로, 무감각이 각각 0.10%(3명, 32건), 감각이상, 가슴불편함, 식욕부진, 복부팽만, 간 기능검사이상인 각각 0.06%(2명, 22건), 실신, 전신통증, 근육경련, 통풍, 발기부전이 각각 0.03%(1명, 12건)으 로 나타났다. 중대하고 예상하지 못한 약물유해반응으로 관절통등이 12건 보고되었다.

재상사 기간 동안 지발적으로 보고된 유해사례가 98건이 있었으며, 이 중 중대하고 예상하지 못한 약물유 해반응으로 급성신부전이 2건, 피부, 혈소판감소증, 혈중크레아티닌증가가 각각 1건씩 보고되었다.

7) 만 10 ~ 만 17세의 소아 환자

만 10 ~ 만 17세의 소아 환자를 대상으로 실시한 52주 동안인 임상시험에서 운동 및 증가된 신체 활동 후 정상 범위의 상한치 10배를 초과하는(10 x uL/N) creatinine kinase 수치 상승이 성인 환자에 비해 좀 더 빈 번하게 관찰되었다. 다른 사항에 대해 소아 환자의 안전성 프로파일은 성인과 유사하였다.

4. 일반적 주의

1) 간질성 폐질환 : 일부 스타틴계열 약물과 관련하여 특히 장기 투여시 간질성 폐질환과 같은 이례적인 사례 가 보고된 바 있다. 발현되는 양상으로는 호흡곤란, 기래가 없는 기침 및 일반적인 건강의 악화(피로, 체중 감소 및 발열)가 포함될 수 있다. 환자가 간질성 폐질환으로의 발진이 의심될 경우에는 스타틴 약물 치료를 중단하여야 한다.

2) 이 약을 포함하여 스타틴 계열 약물을 복용한 환자에서 치명적 및 비치명적 간부전 관련 시판 후 사례들이 드물게 보고되었다. 이 약 투여 중 임상적 증상이 있는 심각한 간손상 및/또는 고빌리루빈혈증 또는 황달이 발생한 경우 즉시 치료를 중단한다. 다른 병인이 발견되지 않은 경우 이 약을 재투여하지 않는다.

3) 이 약을 포함한 HMG-CoA 환원효소 억제제 투여시 HbA1c 및 공복 혈당 수치 증가가 보고되었다.

4) 당뇨병 : 항후 당뇨병이 발생할 위험성이 높은 몇몇 환자들에게서 적절한 당뇨병 치료를 요하는 과혈당증 을 유발할 수 있다는 몇 가지 증거가 제시되었다. 그러나 스타틴 제제의 혈관성 위험성 감소효과는 이러한 위험성을 상회하므로 스타틴 치료 중단이 사유가 될 수 없다. 위험성이 있는 환자(공복혈당 5.6~6.9 mmol/L, BK>30mg/㎡, 중성지방수치 상승, 고혈압)들은 진료처함에 따라 임상적 및 실험실적 수치 모 니터링을 실시해야 한다.

JUPITER 연구에서 공복혈당이 5.6~6.9 mmol/L인 환자들에서서 보고된 당뇨병 발생 증빈도는 로수바스타 틸투여군에서 2.8%, 위약군에서 2.3%이었다.

5) 유전적 다형성 : SLCO1B1 c.521TT 및 ABCG2 c.421CC와 비교하여 SLCO1B1(OATPB1) c. 521CC 또는 ABCG2(BCBP) c.421A/A의 유전형이 로수바스타틴의 노출(AUC) 증가와 관련있는 것으로 보고되었다. 유전 적다형성에 따라 이 약의 안전성 및 유효성이 확립되진 않았으나, 환자의 치료반응 및 내약성에 따라 용량 을 조절할 필요가 있다.

6) 중증피부이상반응 : 스티븐스-존슨 증후군(SJS), 호신구 증가 및 전신 증상 동반 약물 반응 증후군(DRESS) 등 생명을 위협하거나 치명적일 수 있는 중증피부이상반응이 로수바스타틴에서 보고되었다. 처방 시 환자 에게 중증 피부반응에 대한 증상 및 징후에 대해 조언하고 면밀히 관찰해야 한다. 이러한 피부 반응을 일으키는 증상은 징후가 나타나는 경우 이 약을 즉시 중단하고 대안 치료법을 고려해야 한다. 만약 환자에게 이 약의 사용으로 스티븐스-존슨 증후군 또는 호신구 증가 및 전신 증상 동반 약물 반응 증 후군과 같은 중증 반응이 발생했던 경우 언제라도 이 약의 치료를 재개해서는 안 된다.

5. 상호작용

1) 다른 약물이 이 약에 미치는 영향

시판관 내 및 생체 내 시험결과에 따르면 이 약은 사이토크롬 P450과 임상적으로 유의한 상호 작용을 보이 지(기침, 저해제 또는 유도제로서 작용하지) 않는다.

이 약은 간 흡수 약물수송체 OATPB1과 유출수송체 BCRP 등 일부 수송체 단백질의 기질이 되며, 이 수송 체 단백질의 저해제와 이 약을 병용하는 경우 이 약의 혈중 농도가 증가하여 근병증의 위험을 높일 수 있다 (아래 표 참조).

(다른 약물이 로수바스타틴의 노출(AUC)에 미치는 영향(발표된 임상 결과에 근거))			
병용한 약물 요법	로수바스타틴 요법	로수바스타틴 AUC의 변화	
소포스부비르 400mg/ 별파타스비르 100mg/목실라프레비르 100mg/복실라프레비르 100mg 1일 1회, 15일간	10mg, 단회투여	7.4배 증가	
사이클로스포린 75~200 mg 1일 2회, 6개월간	10 mg 1일 1회, 10일간	7.1배 증가	
다로루타미드 600mg 1일 2회, 5일간	5mg, 단회투여	5.2배 증가	
레고라넬라 160mg 1일1회, 14일간	5mg, 단회투여	3.8배 증가	
아티자나비어 300 mg/ 리토나비어 100 mg 1일 1회, 8일간	10 mg, 단회 투여	3.1배 증가	
록사두스타트 200mg, 29일 2회	10mg, 단회투여	2.9배 증가	
별파타스비르 100mg 1일 1회	10mg, 단회투여	2.7배 증가	
올비타스비르25mg/ 파리타프레비르 150mg/ 리토나비르 100mg 1일1회/ 다사부비르 400mg 1일2회, 14일간	5mg, 단회투여	2.6배 증가	
테라플루노마이드	—	2.51배 증가	
에나시데라 100mg 1일 1회, 28일간	10mg, 단회투여	3.4배 증가	
그라조프프레비르 200mg/ 엘바스타비르 50mg 1일1회, 11일간	10mg, 단회투여	2.3배 증가	
글레라프레비르 400mg/ 피브렌타스비르 120mg 1일1회, 7일간	5mg 1일1회, 7일간	2.2배 증가	
로피나비어 400 mg/ 리토나비어 100 mg 1일 2회, 17일간	20 mg 1일 1회, 7일간	2.1배 증가	
카프마티드 400mg 1일 2회	10mg, 단회투여	2.08배 증가	
플루피도그렐 부하용량 300 mg 투여 후 24시간 뒤 75 mg 투여	20 mg, 단회 투여	2배 증가	
타파미다스 61mg 1~2일차 1일 2회, 3~9일차 1일 1회	10mg, 단회투여	1.97배 증가	
포스타마티드 100mg 1일 2회	20mg, 단회투여	1.96배 증가	
페복스타트 120mg 1일 1회	10mg, 단회투여	1.9배 증가	
경피브로질 600 mg 1일 2회, 7일간	80 mg, 단회 투여	1.9배 증가	
엘트롬보라프 75 mg 단회 증여, 5일간	10 mg, 단회 투여	1.6배 증가	
다루나비어 600 mg/ 리토나비어 100 mg 1일 2회, 7일간	10 mg 1일 1회, 7일간	1.5배 증가	
티프라나비어 500 mg/ 리토나비어 200 mg 1일 2회, 11일간	10 mg, 단회 투여	1.4배 증가	
드로메다린 400 mg 1일 2회	10 mg	1.4배 증가	
이트라코나졸 200 mg 1일 1회, 5일간	10 mg, 단회 투여 80 mg, 단회 투여	1.4배 증가 1.3배 증가	
에제티미드 10 mg 1일 1회, 14일간	10mg, 1일 1회, 14일간	1.2배 증가	
에리스로마아신 500 mg 1일 4회, 7일간	80 mg, 단회 투여	20% 감소	
비미달린 50 mg 1일 3회, 14일간	20 mg, 단회 투여	47% 감소	

* 배수 변화로 제공된 데이터는 로수바스타틴의 병용투여와 단독투여 사이의 단순한 비율을 나타낸다.
% 변화로 제공된 데이터는 로수바스타틴의 단독투여 대비 % 차이를 나타낸다.
다움의 약물은 로수바스타틴과 병용하여 시 로수바스타틴의 AUC 비율에 임상적으로 유의한 영향을 미치지 않았다.

- 알레콜리타지 0.3 mg 7일간: 페도피브레이트 67 mg 1일 3회 7일간: 플루코나졸 200mg 1일 1회 11일간: 포스포레나비어 700 mg/리토나비어 100 mg 1일 2회 8일간: 케토코나졸 200 mg 1회 2회 7일간: 리라펜 450 mg 1일 1회 1일간: 살리마린 140 mg 1일 1회 3회 5일간

기타 약물의 영향

- 제제제 : 수산화알루미늄, 수산화마그네슘을 함유하는 제제제와 이 약을 병용 투여한 결과, 로수바스타틴

의 혈장 농도가 약 50% 감소되었다. 그러나 이 효과는 제제제를 이 약 투여 2시간 후에 투여했을 때에 한

회되었다. 이 상호작용의 임상적 관련성은 연구되지 않았다.

- 푸시딘산 : 로수바스타틴과 푸시딘산의 상호작용 연구는 수행된 바 없다. 다른 스타틴계열 약물과 마찬가지로, 시판 후 사용검험에서 로수바스타틴과 푸시딘산을 병용했을 때 횡문근융해증을 포함하여 근육 관 련 이상반응들이 보고된 바 있다. 따라서 로수바스타틴과 푸시딘산의 병용은 권장되지 않는다. 가능하다 면 로수바스타틴의 투여를 일시적으로 중단하는 것이 권장되고, 투여가 불가피하다면 면밀한 모니터링을 해야 한다.

- 티카그렐라 : 티카그렐라의 신장을 통한 로수바스타틴의 배출에 영향을 미쳐 로수바스타틴의 축적 위험 을 증가시킬 수 있다. 일부 사례에서는 티카그렐라와 로수바스타틴의 병용 투여가 신기능 감소, CKP 수 치 증가, 혈당조 용해를 초래했다.

2) 이 약이 다른 약물에 미치는 영향

- 와파린 : 이 약과 병용 시 와파린은 약물동태학적으로 유의한 영향을 받지 않는다. 그러나 다른 HMG-CoA 환원효소 저해제와 마찬가지로, 이 약과 와파린을 병용 투여하면 와파린 단독 투여 시에 비해 INR이 증가될 수 있다. 비타민K 길항제(예 : 와파린)를 투여받고 있는 환자에서 이 약의 시작, 중단 또는 용량 조 절 시 INR 모니터링이 권장된다.

- 사이클로스포린 : 이 약과 사이클로스포린의 병용투여는 사이클로스포린의 혈중농도에 영향을 미치지 않 는다.

- 페노피브레이트/피브린산 유도제 : 페노피브레이트와 로수바스타틴의 약물동태학적 상호작용은 관찰되 지 않았으나, 약물동력학적 상호작용은 발생할 수 있다. 경피브로질, 페노피브레이트, 다른 피브레이트 계 열 약물 및 지질저하용량(일 1g 이상)의 니코틴산은 단독투여했을 때 근병증을 일으킬 수 있기 때문에, HMG-CoA 환원효소 저해제와 병용투여했을 때 근병증 위험성을 증가시킨다. 피브레이트 계열 약물을 병용투여할 때 이 약 40 mg 용량 투여는 금기이며, 투여 초기 용량으로 5 mg을 투여해야 한다.

- 경구용 피임제 : 경구용 피임제와 병용투여할 때, ethinyl oestradiol과 norgestrel의 AUC가 각각 26%, 34% 증가되었다. 경구용 피임제의 용량 선택시 이러한 혈장 농도의 증가를 고려하여야 한다. 이 약과 HRT를 병용하는 환자의 약동학 자료를 없으므로 유사한 효과를 배제하여서는 안된다. 임상시험시 여성에게 병 용 투여가 많았으나 내약성은 우수하였다.

- 기타 약물에의 영향 : 디곡신 또는 에제티미브와는 임상적으로 유의한 상호작용을 나타내지 않았다.

6. 임부 및 수유부에 대한 투여

임신 및 수유부에 대한 이 약의 안전성은 확립되지 않았으므로 임신 또는 수유중에 사용하면 안 된다. 임신 가능성이 있는 여성은 적절한 피임법을 사용해야 한다. 콜레스테롤 및 콜레스테롤 생성상 산물이 태아의 발달에 있어 필수적이므로 HMG-CoA 환원효소를 저해하여 발생하는 잠재적 위험성이 임신 중 치료하여 얻 게 되는 유익성을 상회한다. 동물시험의 의하면 제한된 생식독성의 증거가 있다. 이 약을 사용하는 동안 임신 을 할 경우 즉시 복용을 중단해야 한다. 로수바스타틴은 젖의 모유로 이행된다. 사람에서 이 약이 모유로 이 행한다는 제한적인 데이터가 보고되었으며, 작용 기전상 영아에게 부작용이 발생할 잠재적인 위험이 있다.

7. 과량 투여 시의 처치
과량 투여 시 특별한 처치 방법은 없다. 과량 투여 시에는 대증요법 및 보조 치료가 행해져야 한다. 감기능 및 CK치를 모니터링해야 한다. 혈액 투석은 도움이 되지 않는다. 보디언.

8. 적응상의 주의

이 약이 운전이나 기계작동능력에 영향에 대한 시험이 수행되지 않았으나 약력학적 특성에 근거할 때 영향을 미치는 것으로는 보이지 않는다. 운동이나 기계작동시 이 약 투여로 인하여 어지러움 수 있음을 고려하여야 한 다.

9. 기타

1) 일반약리시험, 반복투여독성시험, 유전독성시험, 발암성시험에 근거한 전임상 자료에 의하면 사람에 대한 특별한 위험은 없다. 젖의 출생 전후 발생시험에서, 동복자 크기 감소, 동복자 무게 감소, 자식대 생중 감 소 등 생식 독성이 나타났다. 이러한 효과는 치료 용량의 수배에 해당하는 용량을 모체에 전신 투여하였을 때 나타났다.

2) 약독학 시험에 의하면 아시아인(일본, 중국, 필리핀, 베트남, 한국)에서 코카시안인과 비교로 AUC 및 C_{max}