

KGMP 적적업체제표	전문의약품 분류번호 : 396
 	
DPP-4 억제제	
 가브빌다정 50mg 가브빌다정 50mg (빌다글립틴)	

■ **원료약품 및 분량** (1장 중)
유효성분 : 빌다글립틴(별규) 50mg
첨가제(동물용류) : 유당수화물(건강한 소의 우유)
기타첨가제 : 미결정셀룰로오스, 스테아르산마그네슘, 전분글리콜산나트륨

■ **성상** : 흰색 내지 밝은 노란색을 띠는 원형 정제

■ **효능·효과**

이 약은 제 2형 당뇨병 환자의 혈당조절을 향상시키기 위해 식사요법 및 운동요법의 보조제로 투여한다.

- 이 약은 단독요법으로 투여한다.
- 이전 당뇨병 약물치료를 받은 경력이 없으며 단독요법으로 충분한 혈당조절이 어려운 경우 메트포르민과 병용투여한다.
- 설모날우레이 또는 메트포르민 또는 차아글리피딘은 단독요법으로 충분한 혈당조절을 할 수 없는 경우 이 약과 병용투여한다.
- 설모날우레이 및 메트포르민 병용요법으로 충분한 혈당조절을 할 수 없는 경우, 이 약과 병용투여한다.
- 인슐린(인슐린 단독 또는 메트포르민 병용)요법으로 충분한 혈당조절을 할 수 없는 경우, 이 약과 병용투여한다.

■ **용법·용량**

- 이 약은 단독요법 또는 이전 당뇨병 약물치료를 받은 경력이 없는 경우 메트포르민과 병용투여 시 1일 50mg으로 1일 1회 아침에 투여 또는 1일 100mg으로 50mg 씩 1일 2회 아침, 저녁으로 분할 투여한다.
- 메트포르민 또는 차아글리피딘은 단독요법으로 충분한 혈당조절을 할 수 없는 경우 이 약을 메트포르민 또는 차아글리피딘과 병용투여 시 권장용량은 1일 100mg으로, 50mg 씩 1일 2회 아침, 저녁으로 분할 투여한다.
- 설모날우레이의 단독요법으로 충분한 혈당조절을 할 수 없는 경우 이 약을 설모날우레이와 병용투여 시 권장용량은 1일 50mg으로 1일 1회 아침에 투여한다. 이러한 환자군에서 빌다글립틴 100mg을 1일 1회 투여하는 것이 50mg을 1일 1회 투여할 때보다 더 효과적이진 않았다.
- 설모날우레이와 메트포르민 병용요법으로 충분한 혈당조절을 할 수 없는 경우 이 약을 병용 투여 시 (제 3제 요법 시) 권장용량은 1일 100mg으로, 50mg 씩 1일 2회 아침, 저녁으로 분할 투여한다.
- 인슐린(인슐린 단독 또는 메트포르민 병용)요법으로 충분한 혈당조절을 할 수 없는 경우 이 약을 병용투여시 권장용량은 1일 100mg으로, 50mg 씩 1일 2회 아침, 저녁으로 분할 투여한다.
- 이 약은 식사와 관계없이 복용할 수 있으며, 1일 100mg 이상의 용량은 권장되지 않는다.
- 이 약을 설모날우레이와 병용하는 경우, 저혈당의 위험을 줄이기 위해 설모날우레이의 용량의 감소가 필요할 수 있다.
- 이 약의 복용을 잊은 경우 기각난 즉시 이 약을 복용하고 다음 투여는 평소의 시간에 맞추어 복용한다. 다음 복용 시간에 근접하여 기각이 나면 놓친 약을 복용하지 않는다. 복용하지 못한 약을 복용하기 위해 한 번에 두 배의 용량을 복용하지 않는다. 간장애 환자 : 이 약을 투여하기 전 ALT 또는 AST 수치가 정상 상한치의 2.5배를 초과하는 간장애 환자에는 권장되지 않는다.

신장애 환자

- 경증의 신장애 환자(크레아티닌 청소율 ≥5mL/min) : 용량 조절이 필요하지 않다.
- 중증도 및 중증의 신장애 환자 또는 말기 신장애(ESRD) 환자 : 1일 1회 50mg 투여가 권장된다.

(사용상의주의사항 '3.일반적 주의 중 2항 참조)

■ **사용상의 주의사항**

1. 다음 환자에는 투여하지 말 것

- 이 약의 주성분 또는 다른 성분에 과민증이 있는 환자
- 제1형 당뇨병 또는 당뇨병성 케톤산증 환자
- 이 약은 유당을 함유하고 있으므로, 갈락토오스 불내증(galactose intolerance), Lapp 유당불내증 결핍증(Lapp lactase deficiency) 또는 포도당-갈락토오스 흡수장애(glucose-galactose malabsorption) 등의 유전적인 문제가 있는 환자에게는 투여하면 안 된다.

2. 이상반응

- 12주 이상의 대조임상시험에서 1일 50mg(1일 1회) 또는 1일 100mg(1일 1회 100mg 또는 1일 2회 50mg) 용량의 빌다글립틴에 노출된 총 3,764명으로부터의 안전성 자료를 수집하였다. 이 환자들 중에서 2,264명은 빌다글립틴을 단독으로 투여 받았고, 1,520명은 다른 약물과 함께 투여받았다. 2,662명의 환자들은 빌다글립틴을 1일 100mg(1일 1회 100mg 또는 1일 2회 50mg) 투여 받았고, 1,102명은 1일 1회 50mg을 투여 받았다.
- 임상시험에서 나타난 이상반응의 대부분은 경증 및 일시적이었으며, 투여를 중단할 필요가 없었다. 이상빈증과 나이, 인종, 약물 노출기간 또는 일일 투여용량과의 관계는 발견되지 않았다.
- 간염을 포함한 간기능 이상이 드물게 보고되었다. 일반적으로 임상적 후유증이 없이 무증상이었으며, 투약을 중단한 후에 간기능은 정상으로 회복되었다. 24주 의 단독요법 및 병용요법의 대조임상시험들의 결과에서, ALT 또는 AST가 정상 상한치(ULN)의 3배 이상을 나타내는 비율은 빌다글립틴 50mg 1일 1회, 빌다글립틴 50mg 1일 2회 및 모든 대조군들에서 각각 0.2%, 0.3%, 0.2%로 나타났다. 트랜스아미나제의 수치 상승은 일반적으로 무증상적이고 비-진행적이며, 임상 정제 및 황달과 관련이 없었다.
- 대조군과 유사한 비율로 빌다글립틴 투여군에서 혈관부종이 드물게 보고되었고, ACE 저해제와 병용투여하였을 때 비율이 더 높았다. 이상빈응의 대부분은 경증이었으며 빌다글립틴을 계속 투여 시 해결되었다.
- 단독요법 및 병용요법으로 이중령경으로 이 약을 투여받은 환자에서 보고된 이상반응을 MedDRA 기전계 및 절대 빈도수에 따라 나열하였다. 각 기전계내에서 이상반응을 빈도별로 나열하였다.(가장 빈번하게 발생한 이상반응을 처음에 기재함) 개별 빈도 내에서 심각성이 감소하는 순으로 이상반응을 나열하였다. 또한 각 이상빈응에 대한 해당 빈도의 분류는 다음과 같다: 매우 흔하게(≥1/10) ; 흔하게(≥1/100, <1/10) ; 흔하지 않게(≥1/1,000, <1/100) ; 드물게(≥1/10,000, <1/1,000) ; 매우 드물게(<1/10,000) ; 빈도불명(예측할 수 없음)

- 메트포르민과 병용투여
 - 이 약 1일 100mg과 메트포르민의 병용투여 대조 임상시험에서, 이상빈응으로 인한 시험중단은 이 약과 메트포르민 병용투여군 또는 위약과 메트포르민 투여군 모두에서 보고되지 않았다.
 - 임상시험에서 저혈당의 발생률은 이 약 1일 100mg과 메트포르민 병용투여군에서 1%로 흔하게, 위약과 메트포르민 투여군에서 0.4%로 흔하지 않게 나타났다. 이 약 투여군에서 중증의 저혈당은 보고되지 않았다.
 - 임상시험에서 메트포르민에 이 약 1일 100mg을 병용투여하였을 때 이 약 투여군 +0.2kg, 위약 투여군 -1.0kg으로 체중의 변화는 없었다.
- [표1] 이중 평정 임상시험(208명)에서 메트포르민과 병용요법으로 1일 빌다글립틴 100mg을 투여 받은 환자에서 보고된 이상빈응

신경계 이상	
흔하게	진전
흔하게	두통
흔하게	어지러움
흔하지 않게	피로
위장관계 이상	
흔하게	오심
대사 및 영양 이상	
흔하게	저혈당

- 2년 이상의 기간 동안 진행된 임상시험에서 메트포르민에 빌다글립틴을 추가 투여하였을 때, 추가적인 안전성 신호 또는 예측하지 못했던 위험은 보이지 않았다.
- 이전에 당뇨병 약물을 투여받지 않은 환자에서 빌다글립틴과 메트포르민을 병용 투여한 임상시험에서도 추가적인 안전성 신호 또는 예측하지 못했던 위험은 보이지 않았다.

- 설모날우레이와 병용투여
 - 이 약 50mg과 설모날우레이의 병용투여 대조 임상시험에서, 이상빈응으로 인한 시험 중단률은 이 약과 설모날우레이 병용투여군 0.6%, 위약과 설모날우레이 투여군 0%이었다.
 - 임상시험에서 저혈당의 발생률은 글리메피리드에 이 약 1일 1회 50mg을 추가 투여하였을 때 1.2%이었고 위약과 글리메피리드에 투여군은 0.6%이었다. 이 약 투여군에서 중증의 저혈당은 보고되지 않았다.
 - 임상시험에서, 글리메피리드에 이 약 1일 50mg을 추가 투여하였을 때 이 약 투여군 -0.1kg, 위약 투여군 -0.4kg으로 체중의 변화는 없었다.
- [표2] 이중 평정 임상시험(170명)에서 설모날우레이와 병용요법으로 1일 빌다글립틴 50mg을 투여 받은 환자에서 보고된 이상빈응

감염 (infections and infestations)	
매우 드물게	코인두염
신경계 이상	
흔하게	진전
흔하게	두통
흔하게	어지러움
흔하게	무력증
위장관계 이상	
흔하지 않게	변비
대사 및 영양 이상	
흔하게	저혈당

(3) 차아글리피딘과 병용투여

- 이 약 1일 100mg과 피오글리타존의 병용투여 대조 임상시험에서, 이상빈응으로 인한 시험 중단은 이 약과 피오글리타존 병용투여군 및 위약과 피오글리타존 투여군 모두에서 보고되지 않았다.
- 임상시험에서 저혈당의 발생률은 빌다글립틴과 피오글리타존을 투여 받은 환자(0.6%)에서 흔하지 않았지만, 위약과 피오글리타존을 투여 받은 환자(1.9%)에서는 흔하였다. 이 약 투여군에서 중증의 저혈당은 보고되지 않았다.
- 피오글리타존과의 병용투여 임상시험에서 위약 및 이 약 1일 100mg 투여 시 절대 중증 증가는 각각 1.4kg 및 2.7kg이었다.

- 이 약 1일 100mg이 피오글리타존(1일 45mg)의 최대 용량에 추가 투여되었을 때 말초 부종의 발생률은 7.0%이었고, 피오글리타존 단독 투여시에는 2.5%이었다.

[표3] 이중 평정 임상시험(156명)에서 차아글리피딘과 병용요법으로 1일 빌다글립틴 100mg을 투여 받은 환자에서 보고된 이상빈응

신경계 이상	
흔하지 않게	두통
흔하지 않게	무력증
대사 및 영양 이상	
흔하게	체중 증가
흔하지 않게	저혈당
전신 이상 및 투여부위 상태	
흔하게	말초 부종

(4) 빌다글립틴 단독투여

- 단독요법 대조 임상시험에서, 이상빈응으로 인한 시험 중단률은 위약(0.6%) 또는 활성대조의(0.5%)에 비해 빌다글립틴 투여군(0.3%)에서 더 높지 않았다.
- 비교 대조 단독요법 임상시험에서, 저혈당은 활성대조약 또는 위약 투여군(0.2%, 1.082명 중 2명)에 비해 빌다글립틴 1일 100mg 투여군(0.4%, 1.865명 중 7명)에서 흔하지 않게 보고되었다. 중대한 또는 중증의 이상 빈응은 보고되지 않았다.
- 임상시험에서, 빌다글립틴 투여군 -0.3kg, 위약 투여군 -1.3kg으로 빌다글립틴 1일 100mg이 단독요법으로써 투여되었을 때 체중의 변화는 없었다.

신경계 이상	
흔하게	어지러움
흔하지 않게	두통
위장관계 이상	
흔하지 않게	변비
근골격계 및 결합조직 이상	
흔하지 않게	관절통
대사 및 영양 이상	
흔하지 않게	저혈당
감염 (infections and infestations)	
매우 드물게	상기도 감염
매우 드물게	코인두염
전신 이상 및 투여부위 상태	
흔하지 않게	말초 부종

[표4] 이중 평정 임상시험(1,665명)에서 단독요법으로 빌다글립틴 1일 100mg을 투여 받은 환자에서 보고된 이상빈응

- 2년 이상의 기간 동안 진행된 임상시험에서 빌다글립틴 단독요법의 추가적인 안전성 신호 또는 예측하지 못했던 위험은 보이지 않았다.

(5) 인슐린과 병용투여

- 인슐린 또는 인슐린 및 메트포르민과 빌다글립틴 50mg을 1일 2회 추가 투여한 임상시험에서 이상빈응으로 인한 시험 중단률은 빌다글립틴 투여군이 0.3%였고, 위약군은 해당 경우가 보고되지 않았다.
- 저혈당의 발생빈도는 빌다글립틴군(14.0%)과 위약군(16.4%)이 유사하였다. 빌다글립틴군에서는 2명의 중증 저혈당이 보고되었고, 위약군에서는 6명의 중증 저혈당이 보고되었다.
- 시험의 종료시점에서 이 약이 평균체중에 미치는 영향은 미미하였다. [빌다글립틴군(기저치로부터 +0.6kg)/ 위약군(0kg)]

[표5] 인슐린 또는 인슐린 및 메트포르민과 빌다글립틴 1일 100mg을 투여 받은 임상시험(371명)에서 보고된 이상빈응

신경계 이상	
흔하게	두통
위장관계 이상	
흔하게	오심
흔하게	위식도역류
흔하지 않게	설사
흔하지 않게	고창
전신 이상 및 투여부위 상태	
흔하게	오한
검사(Investigations) 수치	
흔하게	혈당 감소

(6) 메트포르민 및 설모날우레이와 병용투여

- 빌다글립틴+메트포르민+글리메피리드 복용군(이하 빌다글립틴군)에서는 이상빈응으로 인한 시험중단이 보고되지 않았고, 위약+메트포르민+글리메피리드 복용군(이하 위약군)에서는 시험중단률이 0.6%이었다.
- 저혈당의 발생빈도는 빌다글립틴군(5.1%)과 위약군(1.9%)로 흔하게 발생하였다. 빌다글립틴군에서 1명의 중증 저혈당이 보고되었다.
- 시험의 종료시점에서 이 약이 평균체중에 미치는 영향은 미미하였다. [빌다글립틴군(+0.6kg)과 위약군(-0.1kg)]

[표6] 메트포르민 및 설모날우레이와 빌다글립틴 1일 100mg을 투여받은 임상시험(157명)에서 보고된 이상빈응

신경계 이상	
흔하게	어지러움
흔하게	진전
전신 이상 및 투여부위 상태	
흔하게	무력증
대사 및 영양 이상	
흔하게	저혈당
피부 및 피하조직 이상	
흔하게	다한증

(7) 시판 후 경험

자발보고 및 문헌 사례를 통한 이 약에 대한 시판 후 경험으로부터 다음의 약물 이상빈응이 보고되었다. 이러한 이상빈응은 불분명한 크기의 인구집단에서 자발적으로 보고된 것으로 빈도에 대한 신뢰성 있는 평가가 어렵기 때문에 빈도를 미정으로 분류하였다.

- 취침염
- 간염(투여 중단 시 가역적임)
- 두드러기, 물집 및 박탈성 피부병변(수소성 유사천도창 포함)

- 중증 및 장애를 동반하는 관절통

(9) 국내 시판 후 조사결과

- 국내에서 재상사를 위하여 6년 동안 3,060명을 대상으로 실시한 시판 후 조사 결과, 유효사례의 발현율은 인과관계와 상관없이 2.05%(63/3,060명, 총 862건)로 보고되었다.

이 중 중대한 유효사례의 발현율은 0.32%(10/3,060명, 162건)로, 금성심근경색증' 0.06%(2/3,060명, 22건), '결핵성부전증', '금성담낭증', '기흉', '담석증', '대박골절', '발초종맥폐색질환', '상상심장빈맥', '울혈성심부전', '위궤양', '위암', 'INR 증가', '중수결막염', '폐부종', '현훈' 각 0.03%(1/3,060명, 12건), 이 약과 인과관계를 배제할 수 없는 중대한 유효사례는 없었다. 예상하지 못한 유효사례의 발현율은 인과관계와 상관없이 1.36%(42/3,060명, 총 55건)로 보고되었으며, 주 유효사례는 '홍부렴증', 0.16%(5/3,060명, 5건), '호흡곤란' 0.13%(4/3,060명, 42건), '금성심근경색증', '기침', '소화불량', '졸린', '현훈' 각 0.06%(2/3,060명, 22건) 등으로 조사되었다. 이 중 이 약과 인과관계를 배제할 수 없는 예상하지 못한 유효사례 발현율은 0.32%(10/3,060명, 총 102건)로 '가려움증', '구강건조', '구토', '불면증', '소화불량', '신장애', '입속물집', '졸린', '홍부불면', '허기' 각 0.03%(1/3,060명, 12건)이 보고되었다.

- 이 약에 대한 국내 재상사 유효사례 및 자발적 부작용 보고 자료를 국내 시판 허가된 모든 의약품을 대상으로 보고된 유효사례 보고 자료와 재상사 종료시점에서 통한 평가한 결과, 다른 모든 의약품에 보고된 유효사례에 비해 이 약에서 통계적으로 유의하게 많이 보고된 유효사례 중 새로 확인된 것들은 다음과 같다. 다만, 이 결과가 해당성분과 다음의 유효사례간에 인과관계가 입증된 것을 의미하는 것은 아니다.

- 중증 및 말초신경계 장애 : 감지저하, 척추관협착
- 위장관계 장애 : 복통, 소화불량, 위장염, 위염, 위궤양, 트림, 충수 돌기염
- 간 및 담도계 질환 : 지방간, 담낭염
- 대사 및 영양 질환 : 고칼륨혈증, 고중성지방혈증
- 일반적 신장애 질환 : 심부전, 심장비대
- 심근, 심내막, 심막, 판막 질환 : 협심증
- 심장 박동 장애 : 심장정지
- 비뇨기계 질환 : 신장증
- 신장류 : 폐암증
- 전신적 질환 : 다리통증, C빈응단백질증가

3. 일반적 주의

- 이 약은 인슐린 투여가 필요할 필요한 환자에서 인슐린을 대체하지 않는다.
 - 이 약은 제1형 당뇨병 환자 또는 당뇨병성 케톤산증 환자에 사용해서는 안 된다.
- 신장애 : 혈액투석을 받는 말기 신장애(ESRD)환자에서의 사용 경험이 제한적이므로, 이를 환자에서는 신중히 사용하여야 한다.
- 간기능 : 간염을 포함한 간기능 이상이 드물게 보고되었다. 일반적으로 임상적 후유증이 없이 무증상이었으며, 투약을 중단한 후에 간기능은 정상으로 회복되었다. 투약을 시작하기 전혈청의 기저 값을 얻기 위해 및 투여하는 동안 간기능 검사를 실시하여 간기능을 모니터링하여야 한다. 간기능 검사를 실시하는 경우에는 처음 1년은 3개월마다, 이후에는 정기적으로 실시하는 것이 바람직하다.
- 트랜스아미나제 수치가 상승된 환자는 이차 간기능이 평가되어야 하고, 정상으로 회복될 때까지 모니터링되어야 한다. 정상 상한치(ULN)의 3배 이상의 AST 또는 ALT 상승이 지속되면 이 약의 투여를 중지할 것을 권고

한다. 황달 또는 다른 간기능 이상을 나타내는 증후를 보인 환자는 이 약을 중단하여야 한다.

이 약의 투여를 중단하고 간기능 검사가 정상으로 회복된 후에도 이 약의 투여를 재개하지 않아야 한다.

- 심부전 : New York Heart Association (NYHA) functional class I-III 환자 대상으로 이 약을 투여한 임상시험에서 위약과 비교하였을 때, 이 약의 투여가 좌심실 기능 변화 또는 기존 울혈성 심부전 악화와는 관련되지 않음을 보였다. NYHA class III 환자의 임상시험은 제한적이어서 결과를 단정하기는 어렵다.

NYHA class IV 환자에서의 임상경험이 없기 때문에 이 약의 사용이 권장되지 않는다.

- 피부이상 : 수모 및 케양 등의 피부 병변이 환자의 발단부에서 보고되었으나, 기타 참고, 임상시험에서 피부 병변 발생률이 증가되지는 않았지만, 당뇨병성 피부 합병증이 있는 환자에서의 사용경험이 적다. 시판 후 경험에서 물집 및 박탈성 피부병변이 보고되었다. 그러므로 수모 또는 케양 등과 같은 피부 장애가 나타나거나 시 모티어링을 하여 지속적으로 당뇨병 환자를 관리할 것을 권장한다.

(6) 금성회경염 :

빌다글립틴의 사용은 금성회경염 발병 위험과 관련이 있다. 이 약을 복용하는 환자에서 금성회경염의 특징적인 증상을 알려주어야 한다. 만약 회경염 이 의심될 경우 빌다글립틴의 투여를 중단해야 하며, 금성회경염으로 확진된 경우에 이 약을 다시 투여해서는 안된다. 금성 회경염의 병력이 있는 환자에서는 주의해서 사용하여야 한다.

- 저혈당을 일으키는 것으로 알려진 의과의 병용투여 하는 환자 : 설모날우레이 계열제와 인슐린 분비 촉진제는 저혈당을 유발할 수 있다. 이 약을 설모날우레이와 병용투여되었을 때 저혈당의 유발위험이 있다. 따라서 이 약과 병용하여 투여시 저혈당의 위험을 최소화시키기 위하여 더 낮은 용량의 인슐린 분비촉진제 투여가 필요할 수도 있다.

- 이 약이 운전 및 기계 조작에 미치는 영향에 대해 연구되지 않았으나 이상빈응으로 어지러움을 경험할 수 있는 환자는 운전 또는 기계사용을 피해야 한다.

- 중증 및 장애를 동반하는 관절통

DPP-4 저해제를 복용한 환자의 시판 후 조사에서 중증 및 장애를 동반하는 관절통이 보고되었다. 약물 투여 이후 증상의 발생시기는 1일 후부터 수 년 후까지 다양하였다. 약물 투여 중지 시에 증상은 완화되었다. 일부 환자에서는 동일한 약 또는 다른 DPP-4 저해제를 다시 복용시에 증상의 재발이 나타났다. 중증 관절통의 원인으로 DPP-4 저해제를 고려하여 적절한 경우 투여를 중지한다.

10) 수소성 유사천도창

DPP-4 저해제를 복용한 환자의 시판 후 조사에서 약원을 필요로 하는 수소성 유사천도창이 보고되었다. 환자들은 일반적으로 DPP-4 저해제 투여중지 및 국소 또는 전신 면역억제제 치료로 회복되었다. 환자들에게 이 약을 복용하는 동안 수모 또는 거두름이 발생하면 즉시 의사에게 보고하도록 알려져 한다. 만약, 수소성 유사천도창이 의심되는 경우, 이 약을 중단하고 진단 및 적절한 치료를 위해 피부과 전문의와 상담해야 한다.

4. 상호작용

- 빌다글립틴은 병용약물과 약물상호작용의 가능성이 낮다. 빌다글립틴은 CYP450의 기질이 아니고, CYP450의 저해 및 유도 작용을 갖지 않기 때문에 이 효소의 기질, 저해제 또는 유도제와 상호작용을 일으키지 않는 것으로 보인다.
- 피오글리타존, 메트포르민, 글리벤클라미드 : 경구성 당뇨병 약물들과 수행된 임상시험 결과 임상적으로 의미 있는 약동학적인 상호작용을 나타내지 않았다.
- 다독산(CP 당단백의 기질), 와파린(CYP2C9의 기질) : 건강한 피험자에 수행된 임상시험 결과 임상적으로 의미 있는 약동학적 상호작용을 보이지 않았다. 그러나 목표 환자군에서 수반된 것은 아니다.
- 임도디핀, 리미프릴, 발사르탄 또는 심바스타틴 : 건강한 피험자에서의 임도디핀, 리미프릴, 발사르탄 및 심바스타틴과 수행된 임상시험 결과, 빌다글립틴과의 병용투여 후 임상적으로 의미 있는 약동학적 상호작용이 관찰되지 않았다.
- 다른 경우성 당뇨병 약물과 같이, 빌다글립틴의 혈당강하 작용은 차이짓, 코르티코스테로이드, 감산성 약물 및 교감신경작용약물과 같은 특정 혈당 물질에 의해 감소될 수도 있다.

5. 일부, 수유부, 고령자 및 소아에 대한 투여

1) 임부에 대한 투여

임부에 대한 적절한 연구 결과가 없다. 동물시험 결과, 고용량에서 생식독성을 나타내었다. 사람에서의 잠재적 위험은 알려진 바가 없다. 사람에서의 결과가 부족하기 때문에 이 약을 임신부에 사용해서는 안 된다.

2) 수유부에 대한 투여

빌다글립틴이 사람 모유에 분비되는지 알려지지 않았다. 동물시험에서 빌다글립틴이 유즙으로 분비되는 것으로 알려졌기 때문에 이 약을 수유부에 게 사용해서는 안 된다.

3) 수태증

이 약이 인간 수태증에 미치는 영향에 대한 연구는 진행되지 않았다.

4) 고령자(65세 이상)에 대한 투여

고령자에서 용량 조절은 필요하지 않다.

5) 소아에 대한 투여

이 약은 18세 미만의 소아 및 청소년에서의 안전성 및 유효성이 확립되어있지 않으므로, 이 약의 사용은 권장되지 않는다.

6. 과량 투여시의 처치

1) 빌다글립틴의 과량투여에 대한 치료가 제한적이다.

건강한 피험자에 10일 동안 용량증량 내약성 시험결과로부터, 400mg 용량에서 3건의 근육통과 경증이면서 일시적인 이강각, 발열, 부종, 리파아제 수치의 일시적 상승이 1건씩 있었다. 600mg 용량에서 1명의 파혈자가 소금의 부종, 크레아티닌 인산화효소(CPK), AST, C-빈응 단백질(CRP) 및 미오글린 수치의 상승을 경험하였다. 세 명의 다른 파혈자가 2건의 이상강각과 함께 발의 부종을 경험하였다. 모든 증상 및 실험실적 이상이 시험일의 투여 중단 후 저지없이 해결되었다.

2) 처치

과량투여 시 지지요법을 권장한다. 빌다글립틴은 혈액투석으로 제거할 수 없으나, 주요 가수분해 대사체(MAV15)는 혈액투석으로 제거할 수 있다.

7. 보관 및 취급상의 주의사항

- 어린이의 손이 닿지 않는 곳에 보관할 것.
- 다른 용기에 바꾸어 넣는 것은 사고원인이 되거나 품질 유지 면에서 바람직하지 않으므로 이를 주의할 것.

8. 의약품동등성시험 정보

가. 시험약 : 빌다포트정50밀리그램(빌다글립틴)(주식회사제뉴원사이언스)과 대조약 : 가브스정50밀리그램(빌다글립틴)(한국노바티스㈜)을 2×2 교차시험으로 각 1명씩 건강한 성인에게 공복 시 단회 경구투여하여 30명의 혈중 빌다글립틴을 측정한 결과, 비교평가항목치(AUC_{0-∞}, Cmax)를 로그변환하여 통계처리하였을 때, 평균치 치의 90% 신뢰구간이 log 0.6에서 log 1.25 이내로서 생물학적으로 동등함을 입증하였다.

구분		비교평가항목		참고평가항목	
		AUC _{0-∞} (12hr) (ng·hr/mL)	Cmax (ng/mL)	Tmax (hr)	t½(hr)
대조 약	가브스정50밀리그램 (빌다글립틴) (한국노바티스제)	1083±174	2814±66.6	1.25 (0.50~5.00)	1.69±0.26
시험 약	빌다포트정50밀리그램 (빌다글립틴) (주식회사제뉴원사이언스)	1090±160	2715±69.3	1.50 (0.50~4.00)	1.68±0.25
90% 신뢰구간* (기존: log 0.8 ~ log 1.25)		log0.9868 ~ log0.9320	log0.8961 ~ log0.9307	-	-
(AUC: Cmax, t½; 평균값 ± 표준편차, Tmax: 종양발생일, n=30) AUC: 투여시작부터 최종혈중농도 정상시간 16자의 혈중농도-시간곡선하면적 Cmax: 최고혈중농도 Tmax: 최고혈중농도 도달시간 t½: 발산 속도 반감기 * 비교평가항목치를 로그변환한 평균치 치의 90%신뢰구간, p<0.05					