

소화성 궤양 치료제

에스듀오

20/800밀리그램

정

(에스오메프라졸마그네슘삼수화물, 탄산수소나트륨)

Esduo Tab. 20/800mg

분류번호 : 232



제 제 메디카코리아는 인간존엄성 기증, 혈액 내 불을 이 기증하는 장의이념을 바탕으로 인 생의 건강과 아름다운 삶을 위해 최우선 품질의 제제를 공급해드리고자 노력하고 있습니다. 제제가 생산되는 과정을 투명하게 공개하는 투명약의 생산을 가장 가치로 여기는 메디카코리아가 제제가 생산되는 장의이 기증에 있습니다.

【성분·함량】 1정 중

• 유효성분 : 에스오메프라졸마그네슘삼수화물(KP)..... 22.26mg
(에스오메프라졸로서 20mg)
탄산수소나트륨(KP)..... 800.0mg

• 기타 첨가제 : 미결정셀룰로오스, 산화이그네슘, 스테아릴마그네슘나트륨, 아르 기닌, 오프드라이블용색(AMB1188A540035), 전분글리콜산나트륨, 코코버튼, 히드록시프로필셀룰로오스

【성상】

연분홍색 성형형 필름코팅정제

【효능·효과】

위식도 역류질환(GERD)

- 미란성 역류식도염의 치료

- 식도염 환자의 재발방지를 위한 장기간 유지요법

- 식도염이 없는 위식도 역류질환의 증상 치료요법

【용법·용량】

이 약은 식사하기 적어도 1시간 전 공복에 복용한다.

이 약을 복용할 때는 적어도 반 컵 이상의 물과 함께 그대로 삼킨다. 물 이외의 다 른 음료수와 복용하지 않는다. 이 약은 씹거나 부수어서는 안된다. 이 약 20/800mg, 40/800mg은 에스오메프라졸을 각각 20, 40mg 함유하고 있 으나, 이 약 20/800mg 2정과 40/800mg 1정의 탄산수소나트륨의 양은 동일할 지 않으므로 주의한다.

1. 성인

위식도 역류성 질환(GERD).

- 미란성 역류식도염의 치료 : 4주 동안 1일 1회, 1회 40/800mg을 투여한다. 식도염이 치료되지 않거나 증상이 계속되는 환자의 경우 4주 더 복용한다.

- 식도염 환자의 재발 방지를 위한 장기간 유지요법 : 1일 1회, 1회 20/800mg

- 식도염이 없는 위식도 역류질환의 증상치료요법 : 1일 1회, 1회 20/800mg, 4주후에도 증상 조절이 되지 않을 경우 추가 진로 가 필요하다.

• 일단 증상이 완화되면 그 후 연속되는 증상은 1일 1회, 1회 20/800mg을 투여하여 조절한다.

• 성인에서 1일 1회, 1회 20/800mg을 필요시마다 투여할 수 있다. 비스테로이드소염진통제 투여로 위궤양 및 십이지장궤양의 발현 위험이 높은 환자에 게는 연속되는 증상 조절을 위해 필요시마다 투여하는 것을 권장하지 않는 다.

2. 간기능장애 : 경증·중등도의 간장애 환자에서 용량을 조절할 필요는 없다. 중증 간장애환자의 경우 이 약 20/800mg 용량을 조려해서는 안된다.

【사용상의 주의사항】

1. 다음 환자에는 투여하지 말 것.

- 이 약, 이 약의 구성성분 또는 벤조이미다졸류에 과민반응 및 그 병력이 있는 환자
- 아타자나비르 및 펠리나비르를 투여 중인 환자(상호작용항 참조)
- 수유부
- 필라비린 함유제제를 투여중인 환자 (상호작용항 참조)
- 심근경색 및 그 병력이 있는 환자 (L-아르기닌 함유 제제)

2. 다음 환자에는 신중히 투여할 것.

- 간장애환자
- 고령자
- 심한 소화불량환자 환자
- 신장애 환자
- 심기능장애, 폐기능장애 환자
- 심기능장애, 심기능장애 환자
- 저콜레스테롤기증증의 전해질실조 환자
- 바터 증후군, 저칼륨혈증, 저칼슘혈증, 산-염기 균형 장애를 가진 환자(이 약은 탄산수소 나트륨을 함유하고 있으므로 주의하여 투여한다.)
- 나트륨 섭취 제한을 필요로 하는 환자(고나트륨혈증, 부종, 임신중독증, 방광결석, 고혈압환자 등)

3. 이상반응

1) 에스오메프라졸

- 다음의 이상반응이 에스오메프라졸에 대한 임상시험과 사후 후 조사에서 확인 또는 의심되었다. 용량 상관성은 없었다. 이상반응을 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 무파괴구 중, 비혈구감소증
 - 면역계 : 드물게 발열, 혈관부종, 아나필락시스 반응/쇼크 등과 같은 과민반응
 - 대사/영양 : 때때로 말초 부종, 드물게 지나트륨혈증, 매우 드물게 저마그네슘혈증 (중증의 저마그네슘혈증은 저칼슘혈증을 유발할 수도 있다. 저마그네슘혈증은 또한 저칼슘혈증을 유발할 수 있다.)
 - 정신계 : 때때로 불면, 드물게 초조, 정신 혼란, 우울, 매우 드물게 공격성, 환각
 - 신경계 : 자주 두통, 때때로 어지럼(dizziness), 지각이상, 졸음, 드물게 미각 장애
 - 시각 : 드물게 혼란시력
 - 청각 및 미로계 : 때때로 어지럼(vertigo)
 - 호흡기계 : 드물게 기관지염
 - 위장관계 : 핵장염, 자주 복통, 변비, 설사, 복부팽만감, 구역·구토, 때때로 구강건조증, 드물게 구내염, 위장관 칸디다증, 매우 드물게 현기증상 경련
 - 간담도계 : 때때로 간효소 증가, 드물게 황달을 동반하거나 동반하지 않는 간염, 매우 드물게 간변연, 기존 간질환이 있는 환자에서 뇌병증
 - 피부 및 피하조직 : 때때로 피부염, 가려움, 발진, 두드러기, 드물게 발모, 광각수술, 매우 드물게 다형홍반, 피부정맥안정증후군(스티븐스-존슨증후군), 독성표피괴사증후군(중증후군)
 - 근골격계 : 골절 드물게 관절통, 근육통, 매우 드물게 근육약화
 - 신장 및 비뇨기계 : 매우 드물게 간질성 신장염
 - 생식계 : 매우 드물게 여성형유방
 - 전신 및 투여부위 : 드물게 무력증, 발한증
 - 감염 : 클로스트리듐 디피실배설성 설사(빈도불명)

(2) 이외에 다음의 이상반응이 1 % 미만의 발생률로 에스오메프라졸과 관련이 있거나 또는 관련 가능성이 있는 것으로 보고되었다.

- 전신 : 복부팽만, 일례러기 반응, 등통, 흉통, 흉골가슴통, 안면부종, 안면홍조, 발모, 발열, 인플루엔자 유사상제, 일반부종, 다리부종, 권대, 통증, 경직, 무력증, 말초부종
- 삼혈관계 : 홍조, 고혈압, 빈맥
- 내분비계 : 갑상선증
- 소화기계 : 대장과만증, 변비/하, 소화불량, 연하곤란 위장관궤양장애, 상복부통증, 트림, 식도장애, 잦은배변, 위장염, 위장관출혈, 혈장질, 흑색변, 구강장애, 인두장애, 직장장애, 위장관 증상, 혈장괴스트린증가, 허상에, 허부종, 폐양성 구내염, 구토
- 청각 : 귀이명, 이명

- 혈액계 : 빈혈, 저색소빈혈, 적구형모프모결핵증,코피, 백혈구증가증, 백혈구감소증, 혈소판감소증
- 간 : 빌리루빈혈증, 간기능 이상, ALT 증가, AST 증가
- 대사/영양 : 당뇨, 고요산혈증, 지나트륨혈증, ALP증가, 구갈, 비타민 B12결핍, 체중증가, 체중감소
- 근골격계 : 관절염/관절, 관절병증, 경련, 섬유근육통증후군, 탈장, 류마티스성 다발성근육통, 관절통
- 정신신경계 : 식욕부진, 무감동, 식욕증가, 혼란, 우울/악화, 과다곤란감각증, 초조, 감각저하, 발기부전, 불면증, 편두통, 편두통약화, 수면장애, 떨림, 어지럼(dizziness, vertigo), 시야결손, 지각이상, 졸음
- 생식계 : 월경통, 월경장애, 질염
- 호흡기계 : 천식/악화, 가래, 호흡곤란, 후두부종, 인두염, 비염, 비부종
- 피부/부속기관 : 여드름, 홍문가려움, 발진, 홍반발진, 반구진성발진, 혈관부종, 피부염, 가려움, 두드러기, 발한증가
- 특수감각 : 중이염, 이상후각, 미각소실, 미각도착
- 비뇨기계 : 소변이상, 일반빈뇨, 방광염, 배뇨곤란, 잔뇨감, 혈뇨, 배뇨노수, 칸디다증, 생식기 칸디다증, 당뇨
- 시각 : 결막염, 시각이상
- 내시경 상에서 발견된 이상반응 : 십이지장염, 식도염, 식도협착, 식도궤양, 식도정맥류, 위궤양, 위암, 양성폴립 또는 결절, 바르테식도(Barrett's esophagus), 점막변색, 탈장

(3) 다음은 프로톤펌프억제제의 사후 후 조사를 통해 보고된 이상반응이다. 이 이상반응은 불특정 다수의 인구집단에서 자발적으로 보고된 것이기 때문에, 항상 발생률을 신뢰성 있게 예측하거나 약물 투여와의 인과관계를 확립할 수 있지는 않다.

- 면역계 : 전신홍반루푸스
- 피부 및 피하조직계 : 피부홍반루푸스
- 위장관계 : 위저신 용증

(4) 황문근증해 : 황문근증해가 나타날 수 있으나 신중하게 관찰하고 근육통, 무력증, 크레피타나키나제크레아틴인산(산화효소) 상승, 혈중 및 소변 미오글로빈 상승을 포함하는 증상이 나타난 경우에는 투여를 중지하고 적절한 처치를 취해야한다.

2) 탄산수소나트륨

(1) 대사기능 : 알칼리증, 나트륨 축적에 의한 부종 등이 나타날 수 있으므로 충분히 관찰하고 이상이 인정되는 경우에는 감당 또는 휴약후 적절한 처치를 한다.

(2) 소화기계 : 때때로 위부팽만, 트림 드물게 위산의 반동성 분비 등이 나타날 수 있다.

4. 일반적 주의

- 이 약으로 인해 약성증상의 증상이 완화되거나 진단이 지연될 수 있으므로 약성 증상이 의심되는 경우 증상의약하지 않은 환자의 체중 감소, 재발성 구토, 삼킴곤란, 탈진, 흑색변 등이 있으면서 위궤양이 있거나 의심되는 경우 약성이 아님을 확인하고 투여해야 한다.
- 이 약으로 장기간 치료할 경우(특히 1년 이상) 환자는 정기적으로 검사를 받아야 한다.
- 이 약을 필요시 투여하는 환자에게는 증상의 변화가 있을 때 의사와 상담하도록 주의시킨다. 이 약을 필요시 투여하도록 처방받은 경우 이 약의 혈중농도 변동으로 인한 다른 약물과의 상호작용을 고려해야 한다.
- 프로톤펌프억제제로 인해 위내 산도가 감소하면 위장관에 보통 존재하는 세균의 수가 증가한다. 이 약으로 치료할 때 살모넬라, 캄필로박터, 클로스트리듐 디피실레와 같은 세균에 의한 위장관의 감염 위험이 약간 증가할 수 있다. 이것은 클로스트리듐 디피실레균성 설사 위험성 증가와 연관이 있으며 특히 입원환자에서 이러한 위험성이 증가되었다는 여러 건 관찰연구 결과가 보고되었다. 이러한 진단은 임상증상이 개선되지 않았을 때 고려되어야 한다. 클로스트리듐 디피실레균성 설사는 거의 모든 항균제 사용 중 보고되고 있다.
- 일부 해외 역학연구에서 프로톤펌프억제제(Proton Pump Inhibitor) 치료와 관련된 속목 및 척추 골절의 위험성 증가와 관련이 있을 가능성이 있다고 보고되었다. 골절의 위험은 전장용량을 상하하는 고용량을 투여한 환자와 1년 이상의 장기치용 환자에서 증가되었다.

오메프라졸 및 에스오메프라졸과 골다공증성 골절 간의 인과관계가 밝혀진 것은 아니나, 골다공증 및 골다공증성 골절이 진행될 위험이 있는 환자의 경우 최선의 임상 지침에 따라 적절한 임상적 모니터링이 권고된다.

- 3개월 이상 프로톤펌프억제제(Proton Pump Inhibitor) 치료를 받은 환자들에 게서 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 치료와 필요하거나 다국산 또는 저마그네슘혈증을 유발하는 약물(예 이노제)을 병용투여하는 환자들은 치료 시작을 포함한 주까지 마그네슘 수치 모니터링이 필요하다. 중대한 이상반응은 경직, 부형, 발작을 포함한다.
- 이 약의 투여로 인한 위내 산도의 감소는 혈청 크로모그리닌 A(serum chromogranin A, CgA)의 농도를 증가시킨다. 따라서 이 약을 투여 중인 사람은 신경내분비종양 진단검사에서 위양성 결과를 야할 수 있다. CgA검사 전 최소 14 일 전에는 이 약의 투여를 일시적으로 중단해야 하며, 검사치가 참고 상한치를 초과한 경우 재검사 시행을 고려하도록 한다. 반복적으로 검사를 실시할 경우(예 모니터링), 실험실간 참고 범위가 다르므로 농도의 측정은 동일한 실험실에서 실시해야 한다.

(8) 메트트렉세이트 : 프로톤펌프억제제와 메트트렉세이트(주로 고용량을 사용하는 경우, 메트트렉세이트의 사용상의 주의사항 참조)를 병용하는 경우 메트트렉세이트 그리고/또는 그 대체제의 혈청 농도가 상승 및 지속되어 메트트렉세이트의 독성이 나타날 수 있다는 문헌보고가 있었다. 고용량의 메트트렉세이트를 사용하는 경우, 프로톤펌프억제제의 일시적인 투여 중단을 고려할 수 있다 (상호작용항 참조).

(9) 치료시 경과를 충분히 관찰하고 증상에 따라 이 약을 최소용량 및 적절한 치료기간으로 투여하여야 한다.

(10) 피부 및 전신홍반루푸스 : 프로톤펌프억제제를 복용한 환자에서 피부홍반루푸스(Cutaneous lupus erythematosus, CL)과 전신홍반루푸스(Systemic lupus erythematosus, SLE)가 보고되었다. 이러한 사례들은 새로 발생하거나 기존의 자발적발현의 약화로 발생하였다. 프로톤펌프억제제로 유발되는 홍반루푸스 사례는 대부분 피부홍반루푸스였다.

프로톤펌프억제제를 복용한 환자에서 보고된 피부홍반루푸스의 가장 흔한 형태는 아급성피부홍반루푸스이며, 영아부터 노인에 이르기까지 지속적인 약물 치료 후 수주에서 수년 이내에 발생하였다. 일반적으로 조직학적 결과는 장기 침윤이 없는 상태로 관찰되었다. 프로톤펌프억제제를 복용한 환자에서 전신홍반루푸스는 피부홍반루푸스보다 덜 흔하게 보고되었다. 프로톤펌프억제제 관련 전신홍반루푸스는 보통 비아를 유발성전신홍반루푸스보다 더 가벼운 증상을 보인다. 전신홍반루푸스는 주로 절은증의 상반부터 노인에 이르기까지 초기 약물 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 증상이나 징후가 나타나면, 경우, 약물 복용을 중단하고 적절한 전문의에게 환자 평가를 의뢰한다. 대부분의 환자들은 4 ~ 12 주로 프로톤펌프의 제제 중단만을 통하여 개선되었다. 혈청학적 검사(예, 항핵항체(Antinuclear antibody, ANA)에서 양성으로 나타날 수 있으며, 높은 혈청학적 검사결과)는 임상 증상보다 해결되는데 시간이 더 소요될 수 있다.

(11) 율혈성심부전, 부종 또는 나트륨 정체 뿐만 아니라 감소증 또는 무뇨증이 있는 환자에는 주의하여 투여한다.

(12) 이 약에 포함된 탄산수소나트륨은 완충성이 있으나 장기 투여로 알칼리증(혈액, 구토, 출혈, 혈수종)이 일어날 수 있으므로 주의하여 투여한다.

(13) 위저신 용증(Gland polyp: 프로톤펌프억제제 사용은 위저신 용증의 위험 증가와 관련이 있으며 특히 1년 이상 장기간 사용 시 위험이 증가한다. 프로톤펌프억제제를 사용하는 환자 중 위저신 용증의 발병한 대부분의 환자들은 무증상이었으며 내시경 검사를 통해 우연히 발견되었다. 프로톤펌프의 제제는 치료하고자 하는 증상에 맞게 최단 기간 사용해야 한다.

5. 상호작용

1) 에스오메프라졸

(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 분비 억제제나 제산제와 마찬가지로 이 약 투여 중에는 케토나졸과 이트라코나졸 및 에르티닌의 흡수가 감소될 수 있고 다국산의 흡수가 증가할 수 있다. 건강한 자원자들에서 오메프라졸(하루에 20mg)과 다국산의 동시투여는 다국산의 생체이용률을 10%정도 증가시켰다(10mg의 다국산은 30%까지 증가). 에스오메프라졸은 오메프라졸의 이상질제이다. 따라서 이 약을 다국산과 병용투여시 환자의 상태는 모니터링 되어야 한다.

(2) 에스오메프라졸은 CYP2C19과 CYP3A4에 의해 대사된다. 그리고 에스오메프라졸은 이 약의 주 대사효소의 CYP2C19을 저해한다. 다이제발, 시릴로라, 이비프라민, 클로미프라민, 페니토인, 외로파린 등과 같이 CYP2C19에 의해 대사되는 약물과 병용시 이들 약물의 혈장 농도가 증가될 수 있으므로 이들 약물의 강성이 필요할 수 있다. CYP2C19 기질인 다이제발과 에스오메프라졸 30mg의 병용투여로 다이제발의 혈중농도가 45% 감소되었다. 간질한 지제에 페니토인과 에스오메프라졸 40 mg의 병용투여로 페니토인의 혈장 농도 최저치가 13% 증가되었다. 이 약을 투여하기 시작하거나 중단할 때 페니토인의 혈장 농도를 모니터링하도록 한다. 오메프라졸(1일 1회 40mg 투여)은 보르코나졸(CYP2C19 기질)의 Cmax와 AUC를 각각 15% 및 41% 증가시켰다.

임상시험에서 외과관을 투여하고 있는 환자에서 에스오메프라졸 40 mg을 병용 투여하였을 때 응고 시간은 정상 범위에 포함되었다. 그러나 사후 조사에서 두 약물을 병용투여하는 동안 임상적으로 유의한 INR과 프로트롬빈 시자의 상승이 몇 건 보고되었으며 이는 비정상작출혈과 심지어 사망까지 초래할 수 있다. 그러므로 외과관 또는 다른 쿠마린 유도제와 이 약과의 병용투여를 시작하거나 중단할 때 모니터링이 필요하다.

(3) 에스오메프라졸은 CYP2C19과 CYP3A4에 의해 대사된다. 에스오메프라졸과 CYP3A4 저해제인 클레르티마신(500 mg 1일 2회 투여)을 동시에 투여하면 이 약의 AUC가 2배로 증가된다. 이 약과 CYP2C19, CYP3A4 저해제와의 병용투여는 이 약의 노출을 두 배 이상 증가시킬 수 있다. CYP2C19, CYP3A4 저해제인 보르코나졸은 오메프라졸의 AUC를 280 % 까지 증가시킨다. 이 때문에 이 약의 용량을 조절할 필요는 없다. 그러나 중증의 간기능 장애환자와 장기간의 치료가 필요한 환자에서는 용량조절을 고려하여야 한다.

(4) CYP2C19나 CYP3A4 혹은 두가지 모두를(예, 라파마신과 세틴트존스위트) 유도한다. 알려진 약물들은 에스오메프라졸 대사를 증가시키므로 에스오메프라졸 혈장 농도를 감소시킬 수도 있다. 이 약과 라파마신 또는 세틴트존스위트의 병용투여를 피한다.

(5) 에스오메프라졸 뿐만 아니라, 오메프라졸도 CYP2C19의 억제제로서 작용한다. 교차연구에서 건강한 자원자에게 40 mg의 오메프라졸을 투여한 경우 실로스타톨의 Cmax와 AUC가 각각 18 %와 26 % 증가하였고 실로스타톨의 혈청 대사체 중 하나의 Cmax와 AUC는 각각 29 %와 69 % 증가하였다.

(6) 건강한 자원자에게 오메프라졸(40mg 1일 1회 투여)과 아타자나비르 300 mg/피리다나비르 100mg을 병용투여했을 때 아타자나비르의 노출이 감소했다 (AUC, Cmax, Cmin)이 약 75% 감소, 아타자나비르 400mg 1일 4회 투여는 오메프라졸의 아타자나비르 노출에 대한 영향을 생체시할 수 없다. 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 투여시의 위내 산도 감소는 항 바이러스제들의 흡수를 변화시킬 수 있다. 가능한 상호작용의 또 다른 기전은 CYP2C19(예, 아타자나비르 및 펠리나비르)과 같은 항바이러스 제제에서는 오메프라졸과 병용 투여시 혈청수치 감소가 보고되었으며 병용투여는 권장되지 않는다. 그 외 사퀴나비르와 같은 항바이러스 제제에서는 혈청수치 증가가 보고되었다. 오메프라졸과 병용 투여시 혈청수치가 변하지 않는 항바이러스 제제 또한 존재한다. 오메프라졸과 에스오메프라졸은 유사한 약력학/약동학적 특성을 갖고 있으므로 아타자나비르 및 펠리나비르와 같은 항바이러스제제 약물과 병용투여해서는 안된다.

(8) 건강한 자원자에게 시사프리드와 에스오메프라졸 40mg을 병용투여했을 때 시사프리드의 AUC가 32% 증가되고 배설 반감기가 31% 연장되었으나, 최고 혈장 농도의 유의한 증가는 없었다. 이러한 상호작용으로 심장 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 연장되지는 않았다.

(9) 에스오메프라졸은 아세트아미노 또는 퀴니딘의 약물동력학에 임상적으로 유의한 영향을 미치지 않았다.

(10) 에스오메프라졸과 나프록센 또는 로페록시브의 병용 투여를 단기간 평가한 시험에 의하면 임상적으로 연관있는 약동학적 상호작용이 나타나지 않았다.

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

(12) 이상반응 사례 보고, 집단역학적 연구(population pharmacokinetic studies) 및 후향적 연구 등에서 메트트렉세이트(주로 고용량을 사용하는 경우, 메트트렉세이트의 사용상의 주의사항 참조)와 프로톤펌프억제제를 병용하는 경우 메트트렉세이트 그리고/또는 그 대체제인 히드록시메트트렉세이트의 혈청 농도가 상승 및 유지되어 메트트렉세이트의 독성이 나타날 수 있다고 보고되었다. 그러나 고용량의 메트트렉세이트와 프로톤펌프억제제에 대한 정식 약물상호작용연구는 수행되지 않았다(일반적 주의항 참조).

(13) 이 약과 타크로리무스를 병용하면 타크로리무스의 혈청치가 증가할 수 있다. (14) 이 약과 밀파비린의 병용 시 밀파비린의 혈장농도가 감소할 수 있으므로위장 pH 증가) 병용 투여해서는 안된다. 이는 밀파비린의 치료효능을 저하시킬 수 있다.

2) 탄산수소나트륨

- 이 약의 소화관내,체액의 pH 상승에 의해 병용약물의 흡수배설에 영향을 줄 수 있으므로 신중히 투여한다.
- 다량의 우유, 칼슘제제와 병용시 우유 일일리 중증구(고칼슘혈증, 고칼슘혈증, 알칼리증 등)이 나타날 수 있으므로 충분히 관찰하고 이러한 증상이 나타나는 경우에는 투여를 중지한다.

6. 일반에 대한 투여

에스오메프라졸의 임신 중 노출에 대한 데이터는 제한되어 있다. 동물실험 결과 배태자 발달과 관련하여 적 · 간접의 유해작용은 나타나지 않았다. 라세미체 혼합물의 동물실험 결과 임신, 분만 또는 분만후 발달에 대한 적 · 간접의 유해작용도 나타나지 않았다. 그러나 이 약을 임부에 처방시 주의해야 한다.

7. 수유부에 대한 투여

에스오메프라졸이 사람의 모유 중으로 이행하지 여부 는 알려져 있지 않다. 수유부를 대상으로 한 시험은 실시되지 않았으므로, 이 약을 수유 중 투여해서는 안된다.

8. 광량 투여시의 처리

계획된 광량투여(에스오메프라졸 240mg/day용량)의 제한된 경험과 관련해서 나타나는 증상은 일시적이다. 에스오메프라졸 80mg을 1회 투여한 경우 별 다른 문제가 없었다. 대부분의 해독제는 알려져 있지 않다. 에스오메프라졸은 단백결합률이 아주 높기 때문에 투석치리 하었을 때, 평균치 치의 90% 신회귀기간 log0.8에서 log1.25 이내로서 생물학적으로 동등함을 입증하였다.

9. 보관 및 취급상의 주의사항

- 어린이의 손이 닿지 않는 곳에 보관한다.
- 다른 용기에 바꾸어 넣는 것은 사교원인이 되거나 물질유지면에서 바람직하지 않으므로 이를 주의한다.

10. 의약품동등성시험 정보

가, 시험약 에스오메프라졸정20/800밀리그램(에스오메프라졸마그네슘삼수화물, 탄산수소나트륨)(제비티씨바이오)과 대조약 에스오메프라졸정20/800밀리그램(제비티씨바이오)은 2x4 교차시험으로 각 1회씩 건강한 성인에게 공복 시 단회 경구 투여하여 32명의 혈중 에스오메프라졸을 측정한 결과, 비교평가항목치(AUC, Cmax)를 로그변환하여 통계처리 하였을 때, 평균치 치의 90% 신회귀기간 log0.8에서 log1.25 이내로서 생물학적으로 동등함을 입증하였다.

구분	비교평가항목		참고평가항목		
	AUC _{0-∞} (ng·hr/mL)	C _{max} (ng/mL)	T _{max} (hr)	T _{1/2} (hr)	
대조약	에스오메프라졸20/ 800밀리그램 (제비티씨바이오)	1244 ± 784	1045 ± 525	0.50 (0.33 ~ 3.00)	1.13 ± 0.40
시험약	에스오메프라졸스 정20/800밀리 그램(제비티씨 바이오)	1269 ± 802	973 ± 431	0.50 (0.17 ~ 2.00)	1.13 ± 0.38
	90% 신회귀기간* (기증) log0.8~log1.25)	Log0.9615~ log1.1421	log0.8614~ log1.1859	-	-

(AUC, C_{max}, t_{max}: 평균값±표준편차, T_{max}: 중앙값[범위], n=32)
AUC: 투약시간부터 최종혈중농도 측정시간까지의 혈중농도-시간곡선하면적
C_{max}: 최고혈중농도
T_{max}: 최고혈중농도 도달시간
t_{1/2}: 말단 소실 반감기
* 비교평가항목치를 로그변환한 평균치 치의 90%신회귀기간