



(주)성원패키나이 TEL. (031)955-9462
[담당 디자이너] 이원희

제품명	피바펜캡슐 설명서	날짜	수정진행사항
작업사양	 인쇄도수 : 먹색1도 규격 : 70*420 K 지질 : 150*20지 후가공 :	2025. 03. 13	신규
출력일	도안확인	☐	

재질 : 70도조지, 사이즈: 150*420mm 접지 사이즈 : - 거래쳐: 성원P&I

피바펜캡슐 피타바스타틴칼슘, 페노피브레이트
 Pravastatin Cap.
 【원료약품 및 분량】1캡슐 중 · 유효성분: 피타바스타틴칼슘(별규)2mg 페노피브레이트(별규).....241.51mg (페노피브레이트(이분체)로서 160mg) · 첨가제(타르색소): 청색 1호, 황색 5호, 황색 5호 · 첨가제(동물유래성분): 유당수화물(소, 우유) · 기타 첨가제: 스테아르산마그네슘, 오프라다이라헥세(03F680074), 차지화도하이드록시포도발폴테로소스, 카르나우바납, 캡슐, 크로스보빈드, 탄산마그네슘, 포비돈

【성상】
 흰색의 원형 필름코팅정과 흰색의 구형 미세과립을 함유하고 있는 상부 연색, 하부 흰색의 경질캡슐

【효능·효과】
 관상동맥질환(CHD)과 고혈압이 있는 성인환자에게 피타바스타틴 2mg 단일치료 요법시 LDL-콜레스테롤 수치는 적절히 조절되지만 트리글리세라이드 수치는 높고 HDL-콜레스테롤 수치는 낮은 복합형이상지질혈증의 치료

【용법·용량】
 이 약을 투여하기 전에 크레아티닌아지제(CrCl) 수치를 측정해야 한다. 기저치는 이 약의 투여 동안에 CK 수치가 증가되었는지 여부를 판단하기 위해 참고치로 사용될 수 있다. 특별한 운동 후 또는 CK 상승을 일으킬 수 있는 다른 장재요인이 있는 경우에는 CK 수치 해독이 어려우므로 CK를 측정하지 마라. CK 수치가 기저치에서 정상상한치의 5 배를 초과하여 유의하게 증가하였다면, 결과 확인을 위해 5~7일 후에 이를 다시 측정해야 한다. 5~7일 후에도 CK 수치가 기저치에서 정상상한치의 5배를 초과하여 유의하게 증가하였다면, 이 약으로 치료를 시작해서는 안된다. 이 약 투여 후 처음 12개월간은 3개월마다 CK 수치의 정기적인 모니터링을 실시할 것을 권장하며, 그 이후에는 주기적으로도 모니터링 한다. 이 약으로 치료를 시작하는 환자는 스타틴 용량을 증량하는 환자에게 근육병증의 위험성을 알려주어야 하며 이 약 투여 중에 정확히 설명할 수 없는 근육 통증, 압통, 근육 약화 또는 근경련 등이 있을 경우에는 즉시 의사의 상담할 것을 환자들에게 권고해야 한다. 또한 이러한 경우에는 CK 수치를 측정해야 하며 CK 수치가 현저하게 증가한다면(정상상한치의 5배 초과) 이 약의 투여를 중단해야 한다. 투여 중단은 CK 수치가 상한치인 5배 상승의 증후 여부와 일상의 불편함이 초래되었는지를 고려하여 결정해야 한다. 만약 유전적인 근질환이 의심되는 환자라면 이 약의 재투여는 권장되지 않는다. 이 약을 투여하기 전에 트랜스아미나제(ALT, AST)의 수치를 측정하여 해야 하며 이 약 투여 후 처음 12개월간은 매 3개월 마다, 그 이후에는 주기적으로도 모니터링 한다. 트랜스아미나제의 수치가 상승하는 환자들에게는 투여를 기용어하여야 AST 또는 SGOT, ALT 또는 SGPT의 수치가 정상상한치의 3배를 초과하여 증가한다면 이 약의 투여를 중단해야 한다.

이 약 투여 후 처음 12개월간은 매 3개월 마다 크레아티닌 청소율을 측정하여 체계적으 로 평가할 것을 권장하며, 그 이후에는 주기적으로도 모니터링 한다. 크레아티닌 수치가 정상상한치의 50%를 초과하는 경우, 이 약의 투여를 중단해야 한다. 조절되지 않는 제 2형 당뇨병환자, 갑상선기능저하증, 신증후군, 이상단백혈증, 폐쇄성간질 폐, 알코올 중독 등과 같은 고지혈증의 이차적 요인을 이 약 투여 전에 적절히 치료해야 한다. 환자는 치료를 시작하기 전에 표준콜레스테롤 지시치를 해야하며 치료 중에도 이를 지속하여야 한다. 권장용량으로서 1일 1회 1캡슐을 식사 직후 복용한다. 치료에 대한 반응으로 혈청 지질수치(총 콜레스테롤(TC), LDL-C, 트리글리세라이드(TG))를 관찰해야 한다. 이는 기존 단일제 병용투여와 비교시 생물학적동등성이 확립되지 않았으므로 피타바스타틴과 페노피브레이트를 병용투여 하는 환자에서 이 약으로 전환하지 않는다. 신장에 환자: 이 약은 투정사구체여과율이 60mL/min/1.73m² 미만인 중증증 내지 중증의 신장애 환자에게는 투여하지 않는다.

【사용상의 주의사항】

1. **경고**
 1) 피브레이트계 및 스타틴계 약물과 같은 지질저하제 복용 시, 신부전을 동반하거나 동반하지 않는 혈문근용해증과 같은 드문 경우를 포함하여 근골격계 독성이 보고되었다. 스타틴계 및 피브레이트계 약물에 의한 근육병증의 위험은 각 구성분별 용량 및 피브레이트계 약물의 특성과 관련이 있다. CK 수치가 기저치에서 정상상한치의 5 배를 초과하여 유의하게 증가하였다면, 결과 확인을 위해 5~7일 후에 이를 다시 측정해야 한다. 5~7일 후에도 CK 수치가 기저치에서 정상상한치의 3 배를 초과하여 유의하게 증가하였다면, 이 약으로 치료를 시작해서는 안된다. 이 약 투여 후 처음 12개월간은 매 3개월 마다 크레아티닌 청소율을 측정하여 체계적으 로 평가할 것을 권장하며, 그 이후에는 주기적으로도 모니터링 한다. 크레아티닌 수치가 정상상한치의 50%를 초과하는 경우, 이 약의 투여를 중단해야 한다. 조절되지 않는 제 2형 당뇨병환자, 갑상선기능저하증, 신증후군, 이상단백혈증, 폐쇄성간질 폐, 알코올 중독 등과 같은 고지혈증의 이차적 요인을 이 약 투여 전에 적절히 치료해야 한다. 환자는 치료를 시작하기 전에 표준콜레스테롤 지시치를 해야하며 치료 중에도 이를 지속하여야 한다. 권장용량으로서 1일 1회 1캡슐을 식사 직후 복용한다. 치료에 대한 반응으로 혈청 지질수치(총 콜레스테롤(TC), LDL-C, 트리글리세라이드(TG))를 관찰해야 한다. 이는 기존 단일제 병용투여와 비교시 생물학적동등성이 확립되지 않았으므로 피타바스타틴과 페노피브레이트를 병용투여 하는 환자에서 이 약으로 전환하지 않는다. 신장에 환자: 이 약은 투정사구체여과율이 60mL/min/1.73m² 미만인 중증증 내지 중증의 신장애 환자에게는 투여하지 않는다.

2. **이 약을 환자에게 투여하지 말 것**
 1) 이 약의 구성분 또는 이 약에 함유된 성분에 대하여 과민증이 있는 환자
 2) 피브레이트계 또는 케토프로벤으로 치료를 받는 중환 알레르기 또는 광독성반응을 경험한 환자
 3) 혈청 간질효 또는 원인이 밝혀지지 않는 아미노산효소수 수치의 지속적 상승이 있는 환자
 4) 담낭질환이 있는 환자
 5) 중증의 고트리글리세라이드혈증으로 인한 급성 췌장염을 제외한 만성 또는 급성 췌장염 환자
 6) 중증도 ~ 중증의 신장애 환자 (투정사구체여과율 < 60mL/min/1.73m²)
 7) 피브레이트계, 스타틴계, 사이클로스포린과의 병용투여
 8) 만 18세 미만의 소아
 9) 일부 또는 임신하고 있을 가능성이 있는 부인, 수유부
 10) 담관간질증 환자
 11) 정맥혈전색전증의 병력이 있는 환자
 12) 갑상선 질환, 스타틴 또는 피브레이트계 약물로 혈문근용해증 또는 근병증의 병력이 있는 환자. 이전의 스타틴계열 약물 치료 중 CK 수치가 정상상한치의 5배 이상 증가한 환자
 13) 간질성 폐질환 환자
 14) 이 약은 유당을 함유하고 있으므로, 갈락토소스 불내성(galactose intolerance), Lapp 유당분해소결핍증(Lapp lactase deficiency) 또는 모든 유당-갈락토소스 흡수장애 (glucose-galactose malabsorption) 등의 유전적인 문제가 있는 환자에게는 투여해서는 안된다.

3. **다음 환자에게 신중히 투여할 것**
 1) 근육병증/혈문근용해증에 취약한 환자(1, 경고, 5, 일반적 주의의 참조)
 2) 간장애 또는 그 병력이 있는 환자
 3) 알코올 과다섭취 환자
 4) 중증의 신장애 환자(투정사구체여과율 60~<89mL/min/1.73m²) 또는 그 병력이 있는 환자
 5) 당뇨병환자
 6) 제1유당불환증(신증후군) 환자
 7) 담석의 병력이 있는 환자
 8) 혈색소고지저혈을 투여중인 환자
 9) 갑상선기능저하증 환자
 10) 고혈자
 11) 정맥혈전색전증의 병력이 있는 환자
 FIELD 연구에서, 폐색전증의 발생에 대해 통계적으로 유의한 증가(위약 투여군 0.7% vs 페노피브레이트 투여군 1.1%, p=0.022)가 보고되었으며, 심부정맥혈전증에 대해서는 통계적으로 유의하지 않은 증가(위약 투여군 1.0%/48명/4900명) vs 페노피브레이트 투여군 1.4%/67명/4895명); p=0.074)가 보고되었다. 정맥혈전증의 발생 위험성의 증가는 증가된 호모시스테인의 농도, 혈전에 대한 위험 인자와 다른 정의되지 않은 인자들과 관련이 있을 수 있다. 이에 대한 임상적 유의성은 명확하지 않다. 그러므로 폐색전증의 병력이 있는 환자에서는 주의하도록 한다.

12) 중증 근육 무력증 또는 안근 무력증 환자(인지는 중증 또는 다른 종류의 스타틴계 약물을 투여할때 때 재발한 사례가 보고되었다.)
 13) 이 약은 황색4(히탈로르라진, 황색5(로센셀로우 FCF, Sunset Yellow FCF))를 함유하고 있으므로 이 성분에 과민하거나 알레르기 병력이 있는 환자에는 신중히 투여한다.
 4. **이상반응**
 이 약에 대한 안전성은 복합형 이상지질혈증 환자 343명을 대상으로 한 피타바스타틴칼슘 대조 임상시험에서 평가되었다. 이 임상시험은 8주간의 치료기와 16주의 연장기로 구성되어 있으며, 16주의 연장기 투여는 8주간의 치료를 완료하고 LDL-C 및 non-HDL-C 수치가 실험관계 질환에 대한 위험도에 따른 치료목표에 도달한 환자 216명을 대상으로 실시되었다. 1) 8주간의 치료기 동안 수집된 이상반응 이 기간 중 흔하게 보고된 이상반응은 비인두염(1.5%), 상기도감염(1.2%) 이었다. 이 약과 관련된 이상반응은 ALT, 증가 22인, AST 증가 22인, GGT 증가 12인, 간기능검사이상 12인, 유식도 역류질환 12인, 오심 12인, 두통 12건이 모두 경증으로 나타났다. (표) 8주 치료기간 동안 1% 이상 보고된 이상반응

신체기관별 이상반응	이 약 투여군 (N=172)	피타바스타틴칼슘 2mg 투여군 (N=171)	전체 투여군 (N=343)
감염 및 감염증			
비인두염	1	4	5 (1.5%)
상기도감염	2	2	4 (1.2%)

2) 16주간 연장연구 동안 수집된 이상반응 이 기간 중 가장 흔하게 보고된 이상반응은 비인두염(2.8%), 어지러움(1.9%), CPK 증가(1.9%), 고혈압(1.9%), 만성위염(1.4%), 미란성위염(1.4%) 이었으며 나머지 이상반응 발생률은 모두 1% 미만이었다.

3) 특정 이상반응 치료기에서 CPK 항목의 경우 이 약 투여군은 평균적으로 35.66±116.02 IU/L만, 피타바스타틴칼슘 단일 투여군은 11.07±83.98 IU/L만를 상승하였고, AST 항목의 경우 이 약 투여군은 평균 4.54±17.93 IU/L만, 피타바스타틴칼슘 단일 투여군은 0.47±9.24 IU/L만를 상승하였다. 4) 고지방혈증 복합적인 이 약의 각각의 구성분에 대한 추가적인 정보 피타바스타틴칼슘 또는 페노피브레이트를 포함하는 약물의 사용과 관련된 추가적인 이상반응은 임상시험 및 시판 후 임상에서 관찰되었으며, 아래에 나열된 이상반응은 이 약 복용 시에도 발생할 가능성이 있다. 발생빈도는 피타바스타틴과 페노피브레이트 각각의 이상반응 빈도를 토대로 하였다. (표2) 피타바스타틴칼슘 및 페노피브레이트 단일제 투여후 발생한 이상반응

신체기관	이상반응 (페노피브레이트)	이상반응 (피타바스타틴칼슘)	빈도
혈액 및 림프계 장애	헤모글로빈 감소		드물게
	백혈구수 감소		
		혈소판 감소, 과립구 감소, 백혈구 증가, 글로불린 상승, 림프신양 감소, 빈혈	드물게
			매우 드물게
면역계 장애	과민증		드물게
	두통		흔하지 않게
	피로 및 어지러움		드물게
정신 및 신경계 장애		경직감, 졸음, 불면	드물게
		두통, 두통감, 경직감, 어버, 어지러움	매우 드물게
			드물게
			드물게
혈관계 장애	혈전색전증(폐색전증, 심부정맥혈전증)**		흔하지 않게
	호흡기계, 흉부 및 종격동 장애		알 수 없음
	위장관계 증상(복통, 오심, 구토, 설사, 팽만)		흔하게
위장관계 장애	혈장암*		흔하지 않게
		구갈, 소화불량, 복통, 복부부만감, 변비, 구내염, 구토, 식욕부진, 설염	드물게
		구역, 위궤양감, 설사	매우 드물게
			드물게
간담도계 장애	트랜스아미나제 증가		흔하지 않게
	담석증		드물게
	황달, 담석증의 합병증 (담낭염, 담관염, 담석성 통)		알 수 없음
		빌리루빈 상승, 콜린에스터라제 상승, AST 상승, ALT 상승, γ-GT 상승, ALP 상승, LDH 상승	매우 드물게
내분비계 장애		알도스테론 저하, 알도스테론 상승, 부신피질자극호르몬 (ACTH) 상승, 코르티솔 상승	드물게
		테스토스테론 저하	매우 드물게
	중증 피부반응(다형 홍반, 스티븐스-존슨 증후군, 독성 표피 박리증)		알 수 없음
	피부 과민증(발진, 가려움증, 두드러기)		흔하지 않게
피부 및 피하조직장애	발진증		드물게
			드물게
			흔하지 않게
근골격계 및 결합조직장애		혈문근용해증****	알 수 없음
		근육병증	알 수 없음
		근경련, 미오글로빈 상승, CPK상승, 근육통, 무력감	매우 드물게
		빌로, BUN 상승, 혈청크레아티닌 상승	드물게
신장 및 요로계 장애	생기능 장애		흔하지 않게
	혈중 호모시스테인 수치 증가***		매우 흔하게
검사	혈당 증가		드물게
			드물게
기타		두근거림, 피로감, 피부통통, 화끈거림, 관통통, 부종, 사시혈전, 경사증, 난청, 노점열, 노산지상, 혈청 지질 및 인산의 상승, 미각이상, 착색	매우 드물게
		관대상, 항핵항체의 양성화	매우 드물게
		발모	알 수 없음
		두드러기	드물게
		발진, 가려움증	매우 드물게
		홍반	알 수 없음
		혈관부종	드물게

*혈전증

** 제 2형 당뇨병 환자 9795명을 대상으로 실시한 무작위배정, 위약 대조 임상시험인 FIELD 연구에서 위약군보다 페노피브레이트군에서 혈전증 발생이 통계적으로 유의하게 증가하였다(0.5% vs 0.8%, P=0.03).

***혈전색전증

**** FIELD 연구에서 폐색전증의 발생에 대해 통계적으로 유의한 증가(위약 투여군 0.7 %/32/4900명) vs 페노피브레이트 투여군 1.1%/53/4895명); p=0.022)가 보고되었으며, 심부정맥혈전증에 대해서는 통계적으로 유의하지 않은 증가(위약 투여군 1.0%/48명/4900명) vs 페노피브레이트 투여군 1.4% (67명/4895명); p=0.074)가 보고되었다. 혈중 호모시스테인 수치 증가 *** FIELD 연구에서 페노피브레이트를 투여한 환자의 혈중 호모시스테인 수치가 평균 6.5 μmol/L 상승하였고 이는 페노피브레이트 중단 후 회복되었다. 혈문근용해증

**** 이 약을 포함하여 스타틴 계열 약물 사용에 따라 나타나는 혈문근용해증으로 인한 사망 사례가 드물게 보고되었다. 다음의 이상반응은 일부 스타틴계 약물에 보고된 것들이다. - 신장전신계: 수면장애(불면 및 악몽 포함), 기억상실, 우울 - 호흡기계: 특히 장기투여시 간질성 폐질환과 같은 폐외적인 사례 - 비호생식기계: 성적 기능이상 - 내분비계: 당뇨병; 빈도는 위임자인 존재여부에 따라 다르다. (공복혈당 5.6~6.9 mmol/L, BMI30kg/m², 중성지방혈수치 상승, 고혈압) - 근골격계 및 결합조직 장애: 면역매개성 과민성 근육병증 - 스타틴계 약물 투여와 관련하여 중증 근육 무력증 또는 안근 무력증의 유발 또는 약화가 보고되었다.

피타바스타틴칼슘의 국내 시판 후 조사결과 국내에서 재사용을 위해 6년 동안 5,659명의 환자를 대상으로 실시한 사용성적조사 결과와 유해사례의 발현율은 인과관계와 상관없이 4.14%(224명/5,659명, 315건)으로 나타났다.

① 약과 인과관계를 배제할 수 없는 약물유해반응은 발현율은 2.19%(124명/5,659명, 171건), ALT 증가 0.76%(43명/5,659명, 43건), 자색소성 빈혈 0.44%(25명/5,659명, 25건), AST증가 0.42%(24명/5,659명, 24건), CPK증가 0.16%(9명/5,659명, 9건), 근육통 0.12%(7명/5,659명, 7건)순으로 보고되었다. 그 밖에 보고된 약물유해반응을 신체기관별로 구분하면 다음과 같다. - 전신: 알부민증, 부종, 팔부종, 과민성 - 신장계: 두통, 어지러움, 피부자립 - 정신계: 불면, 수면장애, 식욕상실 - 순환계: 혈압상승, 가슴불편감 - 근골격계: 무력증 - 위장관계: 복통, 소화불량, 구갈, 변비, 구역 - 간담도계: γ-GT증가 - 대사 및 영양: LDH증가, ALP증가 - 피부 및 부속기관: 가려움증, 두드러기 - 혈액: 혈소판감소 - 오로계: 혈중크레아티닌증가, BUN증가 ② 예상치 못한 유해사례의 발현율은 0.74%(42명/5,659명, 46건)로 이었고, 이 중 이 약과 인과관계를 배제할 수 없는 약물유해반응은 혈압상승 0.07%(4명/5,659명, 4건), 피부자립 및 가슴불편감 각각 0.02%(1명/5,659명, 1건)이었다. ③ 신장애 환자에서 유해사례 발현율은 14.01%(4명/34명, 62건)으로 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다. 이 중 이 약과 인과관계를 배제할 수 없는 약물유해반응은 10.83% (34명/314명, 45건)이었고 자색소성빈혈이 6.37%(20명/314명, 20건)으로 높게 관찰되었다. ④ 시판 후 조사 기간동안 보고된 자발보고에서 혈문근용해증이 1명에서 보고되었다.

5. **일반적 주의**
 1) 투여 전 미리 식이요법을 실시하고 운동요법이나 고혈압, 졸음 등 허혈성 심장병에 대한 위험인자 감감 정도 충분히 고려한다. 2) 투여 중에 혈중 지질 농도를 정기적으로 검사하고 3개월 이내에 치료효과가 인정되지 않는 경우에는 투여를 중지한다. 3) 수술이 계획된 경우에는 며칠 전부터 이 약을 일시적으로 중단해야 한다. 주요한 임상상 또는 수술적 상황이 발생한 경우에도 이 약을 일시적으로 중단해야 한다. 4) 간장애 피타바스타틴 또는 페노피브레이트를 투여받은 일부 환자에서 트랜스아미나제 수치 증가가 보고되었다. 이들 대부분은 경증으로 고정치로 및 관련성도 알지 회복되었다. 이 약을 투여하기 전에 트랜스아미나제의 수치를 모니터링 해야 하며 투여 첫 해에는 매 3개월 마다, 그 이후에는 주기적으로도 모니터링 한다. 트랜스아미나제의 수치가 상승하는 환자들에게는 투여를 기용어하여 하며 AST, SGOT, ALT 또는 SGPT의 수치가 정상상한치의 3배를 초과하여 증가한다면 이 약의 투여를 중단해야 한다. 간염을 나타내는 증상(예, 황달, 가려움증)이 나타나고 실험실적 검사로 진단이 확정되면, 이 약의 투여를 중단해야 한다.

이 약은 과도한 알코올 복용 환자에서 투여 시 주의해야 한다.

5) 췌장염

페노피브레이트를 투여하는 환자들에서 췌장염이 보고되었다. 이는 중증의 고트리글리세라이드 혈중 환자에서의 치료 실패, 혈장 효소가 증가한 환자 또는 담관 폐색을 동반하는 담도 결석 또는 담석 침전을 형성으로 인한 이차적 현상으로 나타날 수 있다. 6) 신장애 이 약은 중증도 ~ 중증의 신장애 환자에게 투여 금지이다. 이 약을 투정사구체여과율 60~<89 mL/min/1.73m² 인 중증의 신장애 환자에게 투여 시 주의해야 한다.

페노피브레이트 단독투여 또는 스타틴과 병용투여한 환자들에서 혈중 크레아티닌의 가역적 상승이 보고되었다. 이 약을 주기적으로 투여하는 환자의 경우 혈중 크레아티닌 농도가 상승할 수 있으므로 지속적으로 이에 대해 모니터링 하도록 한다. 크레아티닌 수치가 정상상한치의 50%를 초과하는 경우, 이 약의 투여를 중단해야 한다. 크레아티닌 측정은 이 약 투여 시작 후 처음 3개월간 실시하고 그 이후에는 주기적으로 실시하는 것이 권장된다. (표2) 피타바스타틴칼슘 및 페노피브레이트 단일제 투여후 발생한 이상반응 7) 간질성 폐질환 일부 스타틴계 및 피브레이트계 약물 투여 시, 특히 장기간 투여하는 경우에 간질성 폐질환이 보고되었다. 그 증상으로는 호흡곤란, 객담을 동반하지 않는 마른기침 및 일반적인 건강악화(피로, 체중감소 및 발열)가 포함될 수 있다. 만약 환자에게 간질성 폐질환으로의 진행이 의심된다면, 이 약의 투여를 중단해야 한다. 8) 당뇨 혈당을 상승시키는 약물은 스타틴류와 당뇨 고위험군 환자들은 당뇨 치료가 적절하더라도 고혈당을 유발할 수 있다. 그러나 스타틴으로 인한 혈관계 위험의 감소가 이러한 위험을 상회하므로 이는 스타틴 투여를 중단할 이유가 될 수 없다. 당뇨에 대한 위험요인(공복혈당 5.6~<6.9mmol/L, BMI > 30kg/m², 트리글리세이드의 상승, 고혈압)이 있는 환자들은 치료지침에 따라 임상적으로 그리고 생화학적으로도 모니터링 해야한다.

9) 급성 췌장염 FIELD 연구에서, 폐색전증의 발생에 대해 통계적으로 유의한 증가(위약 투여군 0.7% vs 페노피브레이트 투여군 1.1%, p=0.022)가 보고되었으며, 심부정맥혈전증에 대해서는 통계적으로 유의하지 않은 증가(위약 투여군 1.0%/48명/4900명) vs 페노피브레이트 투여군 1.4% (67명/4895명); p=0.074)가 보고되었다. 정맥혈전증의 발생 위험성의 증가는 증가된 호모시스테인의 농도, 혈전에 대한 위험 인자와 다른 정의되지 않은 인자들과 관련이 있을 수 있다. 이에 대한 임상적 유의성은 명확하지 않다. 그러므로 폐색전증의 병력이 있는 환자에서는 주의하도록 한다. 10) 담석증 페노피브레이트 또는 페노피브레이트를 병복을 증가시킬 수 있으며, 이는 담석증을 유발시킬 수 있다. 만약 담석증이 의심된다면, 임상 시험(gallbladder studies)으로 확인한 후, 담석이 발견되면 이 약 투여를 중단해야 한다. 11) 페노피브레이트는 운전 및 기계 조작 능력에 영향을 미치지 않는다. 그러나 피타바스타틴 환자 투여 경험에 따르면 때때로 어지러움이 보고되었다. 따라서 이 약을 투여한 운전자 운전 시 기계 조작 시 어지러움으로 나타날 수 있음을 고려해야 한다. 12) 면역매개성 과민성 근육병증 신장전신계 장애에 따른 중증 또는 안근 무력증은 매우 드물게 발생하였다. 면역매개성 과민성 근육병증은 임상적 특징으로 지속적인 근근위 약화와, 혈청 크레아티닌아제(CK)의 증가를 포함하며, 투여 중지 이후에도 그 증상이 지속된다. 13) 급성 과민증 피타바스타틴 및 혈관부종이 페노피브레이트 국외 시판후 조사에서 보고되었다. 일부 사례에서, 과민반응이 생명을 위협할정도로 응급치료를 요하였다. 환자에게 급성 과민반응의 증상이나 증후가 나타날 경우 즉각 진찰을 받고 이 약의 투여를 중지한다.

지연성 과민증: 페노피브레이트 투여 후 수일~수주 후 DRESS 증후군을 포함한 중증 피부부작용(SCAR)이 국외 시판후 조사에서 보고되었다. DRESS 사례는 피부반응(예, 발적 피부염) 및 호산구증가증, 발열, 전신성 장기 침범(systemic organ involvement)(신장, 간, 호흡기)의 조합과 관련되었다. SCAR이 의심될 경우 이 약의 투여를 중단하여야 하며 적절한 치료가 고려되어야 한다. 14) 드물게 스타틴계 약물이 중증 근육 무력증 또는 안근 무력증을 유발하거나 악화시킬 수 있다. 이 약은 이러한 상태의 환자에게 주의해서 사용해야 한다. 중증 근육 무력증 또는 안근 무력증이 유발되거나 악화될 경우 투여를 중단해야 한다.

6. **상호작용**

1) 피타바스타틴과 페노피브레이트 간의 상호작용 피타바스타틴 2mg과 페노피브레이트 160mg을 건강한 지원자에게 투여하여 실시한 약물상호작용시험 결과, 페노피브레이트 존재 하에서 피타바스타틴의 C_{max} 은는 약 1.3배로 증가하였다.

① 피타바스타틴의 상호작용

① 사이클로스포린

피타바스타틴은 CYP450에 의해 거의 대사되지 않는다. (CYP2C9에 의해 약간 대사된다.) 사이클로스포린에 의해 피타바스타틴의 혈중 농도가 상승 (C_{max}6.8배, AUC 4.6배)하여 급격한 신기능약화를 수반하는 혈문근용해증 등의 중대한 이상반응이 발생할기 쉬우므로 사이클로스포린과 병용투여해서는 안된다.

② 피브레이트계 약물 피브레이트계 약물 (예, 겔피보로질, 베사피브레이트 등)과 병용투여시 신장애 유무에 관계없이 급격한 신기능약화를 수반하는 혈문근용해증이 보고되고 있으므로 병용투여시 주의하여야 하며, 자각증상(근육통, 무력감)의 발현, CPK 수치 상승, 혈중 및 뇨 중 미오글로빈 상승 및 혈청 크레아티닌 상승 등의 신기능의 약화를 나타내는 경우에는 즉시 투여를 중지하여야 한다. ③ 니코틴산 니코틴산과 병용시 신장애가 있는 경우 급격한 신기능 약화를 수반하는 혈문근용해증이 나타나기 쉬우므로 병용투여시 주의하여야 하며 자각증상(근육통, 무력감)의 발현, CPK 수치 상승, 혈 중 및 뇨 중 미오글로빈상승 및 혈청 크레아티닌 상승 등의 신기능의 약화를 나타내는 경우에는 즉각 투여를 중지하여야 한다.

④ 콜레스테라민 콜레스테라민과 병용에 의해 이 약의 흡수가 저해되어 혈중 농도가 저하할 가능성이 있기 때문에 콜레스테라민의 투여 후 충분한 간격을 두고 이 약을 투여하는 것이 바람직하다. ⑤ 에리스로마시인 에리스로마시인과 병용투여시 급격한 신기능 약화를 수반하는 혈문근용해증이 나타날 수 있다. 자각 증상(근육통, 무력감) 발현, CPK 상승, 혈중 및 오중 미오글로빈 상승 및 혈청 크레아티닌 상승 등의 신기능 약화를 보인 경우에는 즉시 투여를 중지하여야 한다.

⑥ 리람피타신과 병용 이 약의 C_{max}가 2.0배, AUC가 1.3배로 상승했다는 보고가 있다.

3) 페노피브레이트의 상호작용 ① HMG-CoA 환원효소저해제 피브란신 유도체와 HMG-CoA 환원효소 저해제와의 병용 사용은 혈문근용해증, 현저하게 상승된 크레아티닌아제(CK) 레벨 및 급성 신부전의 높은 빈일이 되는 미오글로빈혈을 갖는 수많은 사례가 보고되었으며 HMG-CoA 환원효소저해제(로바스타틴 등)와 병용투여시 혈문근용해증의 가능성이 증가할 수 있으므로 주의하고 가능하면 병용투여를 피하는 것이 바람직하다.

② 경구 혈액응고저지제

쿠마딘 등 경구 혈액응고저지제를 증가시켜 프로트롬빈시간/INR을 연장시키므로 이 약과 경구 혈액응고저지제를 병용하는 경우 주의를 해야 한다. 혈액응고저지제의 효능을 충분히 향상되는 양치하는데 요구되는 프로트롬빈시간/INR을 유지할 수 있도록 관찰해야 한다. 프로트롬빈시간/INR이 안정화 될 때까지 빈번한 프로트롬빈시간/INR측정이 권장된다.

③ 설포닐요소계 혈당강화제 설포닐요소계 (예, 글리벤클라미드, 글리메피리드)와 병용시 저혈당증(식은땀, 강한 복통, 실신)할 수 있다. 이 약의 흡수에는 보고가 있으며, 병용하는 경우 혈당치, 환자의 상태를 충분히 관찰하면서 투여한다. ④ 요산치로 페노피브레이트는 요산배설기능이 있으므로 요산치로제와 병용 투여하는 경우에는 용량을 조절하는 등 신중히 투여한다. ⑤ 경구용 피임약 경구용 피임약(에스트로겐제제)는 혈중 지질농도를 증가시킬 수 있으므로 페노피브레이트는 병용투여하는 경우에는 신중히 투여한다.

⑥ 말레인산수산화칼슘, MAO 저해제 등 간독성의 위험이 있는 약물과 병용투여하지 마라. ⑦ 면역억제요법 중인 장기이식 환자에서 페노피브레이트의 병용 투여시 드물게 혈청 크레아티닌 상승을 수반하는 가역적인 신기능 손상시 보고되어 있으므로 이러한 환자에게 신기능을 신중히 관찰하고 실험실학적 검사 결과 이상이 확인되면 투여를 중지한다.

4) 음식 사용상의 주의사항 음식섭취가 페노피브레이트의 생체이용률을 증가시키기 때문에 이 약은 반드시 음식과 함께 복용하여야 한다. 따라서 이 약은 식후 즉시 복용하도록 권장된다.

7. **임부 및 수유부에 대한 투여**

1) 임부 이 약은 피타바스타틴칼슘을 함유하고 있으며 피타바스타틴칼슘은 임부에 투여 금지이다. 따라서 이 약은 임부에 투여하지 않는다.

피타바스타틴칼슘

피타바스타틴칼슘은 임부에 투여 금지이다. 임부에서의 안전성은 확립되지 않았다. 피타바스타틴칼슘을 모체에 투여하는 것은 태아에서 콜레스테롤 합성의 전구체인 메발론산의 수송을 감소시킬 수 있다. 이러한 이유로 임부, 임신을 계획중인 여성 또는 임신이 의심되는 여성에게 피타바스타틴칼슘을 투여해서는 안된다. 임신 기간 동안 또는 임신이 아니라고 판명될 때까지 피타바스타틴칼슘 투여를 반드시 중단해야 한다.

피노피브레이트 임신한 여성과 페노피브레이트 투여에 대한 적절한 치료는 없다. 임신중(특히 임신 3개월 이후)에 투여시 태아에 축적되어 태아독성을 유발할 위험성이 있으므로 임부 또는 임신하고 있을 가능성이 있는 부인에는 투여하지 않는다.

4) 수유부 동양의학(임작) 취해서 페노피브레이트의 생체이용률을 증가시키는 약이 보고되었다. 페노피브레이트 피타바스타틴칼슘 소고되고는는 대다수에서 시판 유제품으로 분비되지지 아무는 알려지지 않았으므로 수유부