

이카클로정 40/6.25 mg 40/12.5 mg(텔미사르탄, 클로르탈리돈)

【원료약품 및 분량】 1정 중

■40/6.25mg
○유효성분: 텔미사르탄(EF) 40mg, 클로르탈리돈(범규) 6.25mg
○기타제(동등유래성분): 스테아르산마그네슘(기원동물: 소)(사용부여: 유지), 돼지(사용부여: 토지)
○기타 첨가제: 수산화나트륨, 글лиц린, 포비돈, D-인산, 스테아릴말마르산나트륨, 친분글리콜산나트륨, 미결정셀룰로오스, 전호전분, 폴리옥시산이산화구소, 산화티탄, 적색산화철, 셀, 히프노멜로오스, 폴리메틸렌글리콜6000

■40/12.5mg
○유효성분: 텔미사르탄(EF) 40mg, 클로르탈리돈(범규) 12.5mg
○기타제(동등유래성분): 스테아르산마그네슘(기원동물: 소)(사용부여: 유지), 돼지(사용부여: 토지)
○기타 첨가제: 수산화나트륨, 메글루민, 포비돈, D-인산, 스테아릴말마르산나트륨, 친분글리콜산나트륨, 미결정셀룰로오스, 전호전분, 폴리옥시산이산화구소, 산화티탄, 텔크, 히프노멜로오스, 폴리메틸렌글리콜6000

【성상】 40/6.25mg: 연한 빨간색의 타원형 필름코팅정

40/12.5mg: 흰색 또는 미백색의 타원형 필름코팅정

	40/6.25mg	40/12.5mg
앞면	 Y H	 Y H
뒷면	 t c1	 t c2

【효능·효과】 텔미사르탄 단일요법으로 혈압이 적절히 조절되지 않는 본태성 고혈압
【용법·용량】

○성인: 이 약은 1회 1정을 식사와 관계없이 물과 함께 복용한다. 가능하면 매일 같은 시간(예: 아침)에 복용하는 것이 권장된다. 이 약을 투여하기 전에 텔미사르탄으로 용량을 조절할 것이 권장된다.

40/6.25mg일 경우, 40/12.5 밀리그램: 텔미사르탄 40밀리그램 단일요법으로 혈압이 적절하게 조절되지 않는 환자에 투여한다.

【사용상의 주의사항】

1.고혈

1)임부에게 레닌-안지오텐신-알도스테르게(RAAS)에 직접 작용하는 약물들의 투여시, 태아 및 신생아에게 손상 및 사망까지도 일어날 수 있으며, 이러한 사례는 ACE억제제를 복용한 환자에서도 선택적으로 수식 계가 보고된 바 있다. 따라서 임신 일주일초 확인된 경우 즉시 이 약의 투여를 중단해야 한다(‘임부 및 수유부에 대한 투여 항 참조).

2)간기능 손상은 전정형 간질환 환자: 채택과 전정형 간질환의 경향인 변화로 인하여, 특히 간경변환자에게 있어 간손상을 유발할 가능성이 있다.

3)중증 신장질환 환자: 타이디즈게 이노제들은 중증의 신장질환 환자에 있어 고질소혈증을 유발할 수 있으며, 빈번한 투여에 따른 축적작용을 나타낼 수 있다.

2.다른 환자에게 투여하지 말 것

1)약 및 이 약의 구성성분이나 타이디즈게 약물, 또는 다른 saphonamide계 수송체에 과민반응이 있는 환자
2)임부 또는 임신하고 있을 가능성이 있는 여성 및 수유부
3)중증의 간부전, 중증의 간장애 환자, 담도폐쇄 또는 담즙정체 환자
4)우전성 혈관부종 환자(기타, ACE억제제 또는 안지오텐신 II 수용체 길항제 치료시 혈관부종의 병력이 있는 환자
5)당뇨병이나 중증도~중증도의 신장애 환자(사구체여과율 <60mL/min/1.73m²)에서 알리스키린 함유제제와의 병용
6)노약자 환자
7)중증 신부전 환자(크레아티닌청소율 <30 mL/min)
8)중증성 저칼륨혈증 환자
9)저나트륨혈증, 고칼륨혈증 환자
10)중상이 있는 고요산혈증 환자(통풍 병력 또는 요산결석증)
11)치료되지 않은 메디소중후군 환자
12)리튬요법을 받고 있는 환자
13)테르페나딘 또는 아스테말톨을 투여 중인 환자(QT 연장, 심실부정맥을 일으킬 수 있다.)

3.다른 환자에게 신중히 알아맞 것

1)고혈압
2)고혈압혈증 환자 또는 혈청 칼륨치가 높아지기 쉬운 환자
3)중증에서 중증도 간장애 환자(주의하여 투여해야 하며, 1회 1회 40 mg을 초과하지 않아야 한다.) 및 간기능 손상은 전형성 간질환 환자(간장손상을 유발시키거나, 간기능을 악화시킬 수 있다.)
4)대하맥관 및 송문관 협착증 환자 또는 폐쇄비대성근부 환자
5)허혈 심장병, 허혈 심장질환 질환, 뇌혈관 장애 환자(과거에 혈압합하는 심근경색이나 뇌혈류 부전으로 인한 뇌졸중을 일으킬 수 있다.)
6)혈동성 및 또는 심이치장폐양 등 위장관계 질환 환자
7)신장질환 고혈압 환자(약속성 신동맥 협착증 환자 또는 단독기능 신장의 신동맥 협착증 환자)
8)중증의 신장애 환자(신기능을 악화시킬 우려가 있기 때문에 혈청 크레아티닌 3.0 mg/dL 이상인 경우에는 신중하게 투여한다.)

9)레닌-안지오텐신-알도스테르게(RAAS)의 이중차단: 안지오텐신 II 수용체 길항제(ARB), ACE억제제, 또는 알리스키렌 또는 레닌-안지오텐신-알도스테르게(RAAS)에 영향을 미치는 다른 약제와의 병용은 권장되지 않는다(2, 5항 참조).
10)중증 혈관경화증 또는 뇌동맥 경화증 환자(급작적인 이뇨가 나타나는 경우 급속한 혈장량 감소, 혈액농축을 초래 하고 혈전색전증을 유발할 수 있다.)
11)빈분 또는 부요, 혈제에 통통, 당뇨병이 있는 환자(통통 혹은 당뇨병을 악화 또는 유발시킬 수 있다.)
12)신, 구토, 환한 전정현질 손상을 일으킬 수 있다.)
13)부갑상선 기능항진증 환자(고칼슘혈증을 악화시키거나 유발시킬 수 있다.)
14)디기탈리스, 담정부신피질 호르몬제 또는 ACE기 투여를 받는 환자
15)감염(減菌)요법시 환자(저나트륨혈증이 나타날 수 있다.)
16)교감신경 절제 환자(클로르탈리돈의 감압작용이 증가될 수 있다.)
17)임아

4.이상응용

○텔미사르탄/클로르탈리돈 40/12.5mg, 40/6.25mg
안전성은 고혈압 환자 252명을 대상으로 4주간의 도임기(텔미사르탄 40mg 투여) 후 투여군(텔미사르탄/클로르탈리돈 40mg/12.5mg (83명), 텔미사르탄/클로르탈리돈 40mg/6.25mg 군(84명), 텔미사르탄 40mg 군(85명))에 따라 각각 8주 투여한 무작위배정, 이중눈 가림, 횡상대조, 3상 임상시험에서 평가되었다. 임상시험 중 인과관상적 이상과 상관없이 1% 이상 보고되고 이상사례를 표제 나타내었다.

표.1. 임상시험 중 1% 이상 보고된 이상사례, 환자수(%)

기관계	이상사례	텔미사르탄/클로르탈리돈 40/12.5mg 군(n=83)	텔미사르탄/클로르탈리돈 40/6.25mg 군(n=84)	텔미사르탄 40mg 군(n=85)
경사수치 이상	혈액요산증가	1(1.20)	1(1.19)	0
	소변 전해질 양성	0	1(1.19)	1(1.18)
	알라닌아미노 전이 효소증가	1(1.20)	0	0
	혈액 크레아티닌 증가	0	1(1.19)	0
위장관계 장애	혈압 상승	0	0	1(1.18)
	요단백 증대	0	0	1(1.18)
	체위성 어지러움	0	2(2.38)	0
	운동성 어지러움	0	1(1.19)	0
신장계 장애	감각 저하	0	0	1(1.18)
	심장제동	0	0	1(1.18)
	신변	0	1(1.19)	0
	두근거림	0	1(1.19)	0
전신장애 및 투여부반대	설사	0	1(1.19)	1(1.18)
	대장 용종증	0	1(1.19)	0
	홍부 분열증	0	0	1(1.18)
	바-스장성 통증	0	0	1(1.18)
신장외요로 장애	발열	0	1(1.19)	0
	눈노	0	1(1.19)	0
	수신증	0	0	1(1.18)
	요관 결석증	0	0	1(1.18)
대사 및 영양 장애	고지혈증	1(1.20)	0	1(1.18)
	근육통	0	1(1.19)	0
	탈장	0	0	1(1.18)
	혈청 사이이슬	0	1(1.19)	0
생식기 및 영양 장애	혈청 장애	0	0	1(1.18)
	관두부 통증	1(1.20)	0	0
	습성 기침	0	0	1(1.18)
	난청	0	1(1.19)	0
손상, 운동 및 자율 합병증	특성 물질에 대한 노출	0	0	1(1.18)
	발진	0	1(1.19)	0
	혈관 장애	0	0	0
	저혈압	1(1.20)	0	0

임상시험 중 약과 관련이 있다고 보고된 약물이상반응을 표2에 나타내었다.

표.2. 임상시험 중 보고된 약물이상반응, 환자수(%)

기관계	약물 이상반응	텔미사르탄/클로르탈리돈 40/12.5mg 군(n=83)	텔미사르탄/클로르탈리돈 40/6.25mg 군(n=84)	텔미사르탄 40mg 군(n=85)
경사수치 이상	소변 전해질 양성	0	1(1.19)	1(1.18)
	알라닌 아미노 전이 효소증가	1(1.20)	0	0
	혈액요산증가	0	1(1.19)	0
	혈액	0	1(1.19)	0

신경계 장애	요단백 증대	0	0	1(1.18)
신경계 장애	체위성 어지러움	0	1(1.19)	0
신경계 장애	운동성 어지러움	0	1(1.19)	0
위장관계 장애	설사	0	0	1(1.18)
근골격 및 결합조직 장애	사지 통증	0	0	1(1.18)
피부 및 피하조직 장애	발진	0	1(1.19)	0
혈관계 장애	저혈압	1(1.20)	0	0

○개개 주성분에 대한 추가정보

비록 이 약을 투여한 임상시험에서 관찰되지 않았더라도, 이 약 복용 시 개개의 주성분에 대하여 보고된 이상반응이 나타날 수 있다.

① 텔미사르탄

1) 고혈압 환자에게 실시된 위약대조 임상시험에서 텔미사르탄 투여 후 보고된 전반적인 이상반응의 발현 빈도는 위약과 유사하여 이 약 투여군에서 41.4 %, 위약 투여군에서 43.9 %였다. 이들 이상반응의 발현율은 위약과 관련 있으며 환자의 성별, 연령, 인종과도 무관하다. 심혈관 질환의 위험성 감소효과를 평가하기 위해 이 약을 투여받은 환자에서 얻어진 텔미사르탄 안전성 프로파일은 고혈압환자를 대상으로 실시한 임상시험에서 얻어진 것과 동일하였다. 아래의 이상반응 목록은 고혈압 환자를 대상으로 실시한 대조 임상시험과 시판 후 조사로부터 수집된 것이다. 또한, 다음의 표는 최고 6년까지 실시된 세 개의 장기간 임상 시험(심혈관 질환의 위험성 감소효과 평가를 위해 텔미사르탄을 투여받은 21,642명의 환자 포함)에서 보고된 중대한 이상반응과 임상시험의 중단을 요구한 이상반응을 고려하였다. 이상반응의 발생빈도는 다음과 같이 정의한다.
○흔하지 않게(≥ 1/1,000 , < 1/100); 드물게(≥ 1/10,000, < 1/1,000); 매우 드물게(< 1/10,000)
각각의 빈도 분류 내에서는 중증도가 높아지는 순서대로 이상반응을 기재하였다.

발현부위	중증발 발현빈도		
	흔하지 않게	드물게	매우 드물게
감염증	상기도 감염 (인두염, 부비동염 포함), 요로감염 병영염	패혈증(치명적 결과 포함)	
혈액 및림프계	빈혈	혈소판 감소증, 호산구증가증	
면역계		과민성, 아나필락시스 반응	
대사 및 영양	고칼륨 혈증	저칼슘, 저나트륨혈증	
정신	우울, 불안	불안	
신경계	실신	졸림	
눈		시각 이상	
귀 및 미로	현훈		
심장	사맥	빈맥	
혈관	저혈압*, 기립저혈압		
호흡, 흉부 및종격동	호흡곤란, 기침	복부부과래간, 규강건조, 기관 이상	간질성 폐 질환
위장관	복통, 설사, 소화불량, 복부팽만감, 구토		
간 및담도		간기능 이상(간장애)**	
		홍반, 혈관부종(치명적 결과 포함), 약물발진	
피부 및 피하조직	발한증가, 가려움, 발진	독성피부발진, 습진, 두드러기	
골격근 및 결합조직	근육통, 요통 (예: 좌골 신경통), 근육경련(다리경련)	관통통, 사지통증(다리통증), 혈관통증(간염발진)	
신장 및비뇨기	금상신부전을 포함한 신장애		
전신 및투여부위	가슴통증, 무력증(쇠약)	인물루엔자모양 질환	
		혈중 요산 증가*, 간효소 증가*, 혈청 크레아티닌치대(CK) 상승, 헤모글로빈 감소	
검사치	혈중 크레아티닌 증가		

* 심혈관 위험성 감소를 위해 텔미사르탄을 투여받은 환자 중 혈압이 조절되고 있던 환자군에서는 흔하게 보고됨.

** 일반인을 대상으로 한 시판후 경험에서 보고된 경우가 대부분임.

2) 대사 이상: 저혈당(드물게)이 나타난 사례가 있었으며(당뇨병 치료중인 환자에게 나타나거나 없다.) 관혈을 충분히 하고, 무력감, 공복감, 식은땀, 소 열림, 집중력저하, 전련, 의식장애 등이 나타나는 경우를 주의하고 적절한 조치를 한다.

3) 혈관부종: 얼굴, 신장, 인두 후두, 혀 등의 중증증 증상으로 하는 혈관부종이 나타나 후두부종 등으로 호흡 곤란을 초래할 사례도 보고되어 있으므로 관혈을 충분히 하고 이상이 인정되는 경우 예는 즉시 투여를 중지하고 적절한 조치를 한다.
4) 고칼륨혈증: 심각한 고칼륨혈증 등이 나타날 수 있으므로 관혈을 충분히 하고 이상이 인정되는 경우에는 즉시 적절한 조치를 한다.
5) 신기능 장애: 신부전을 보인 사례가 보고되어 있으므로 관혈을 충분히 하고 이상이 인정되는 경우에는 투여를 중지하는 등 적절한 조치를 한다.
6) 소크, 실신, 의식 소실: 소크, 혈압강하에 따른 실신, 의식 소실 등이 나타날 수 있으므로 관혈을 충분히 하고 적기에는 내진, 구토, 의식 소실, 등이나 신장 기능에 이상이 있는 경우 적절한 조치를 한다. 특히 혈액 투석, 임산부, 폐쇄환, 기능장애 환자, 고지혈증 환자, 낮은 혈압에 대하여는 주의하여야 하며, 관혈을 충분히 관찰하면서 서서히 해야 한다.
7) 간기능 장애: 황달; AST, ALT, ALP, LDH와 상승 등 간기능 장애, 황달이 나타나 수 있으므로 관혈을 충분히 하고 이상이 인정되는 경우에는 투여를 중지하는 등 적절한 조치를 한다.
8) 아나필락시스모양 증상: 호흡 곤란, 혈압강하, 후두부종 등이 증상으로 나타날 수 있으므로 관혈을 충분히 하고 이상이 인정되는 경우에는 투여를 중지하고 적절한 조치를 한다.
9) 간질성 폐렴(빈도 불명): ‘발열, 기침, 호흡 곤란, 홍부 X 선 이상 등을 수반하는 간질성 폐렴이 나타날 수 있으므로 이러한 경우에는 투여를 중지하고 적절한 조치를 한다.
10) 혈문곤궁증(빈도 불명): 근육통, 무력감, 크레아티닌치대(CK) 상승, 혈청 및 요중 미오글로빈 상승을 특징으로 하는 횡문곤궁증이 나타날 수 있으므로 관혈을 충분히하고 이러한 증상을 투여를 중지하고 적절한 조치를 한다.
11) 위에서 언급한 이상반응 이외에 심혈관계, 심신, 구토, 효과부종이 보고된 바 있다.
12) 저나제에 15.60mg의 고혈압 환자를 대상으로 시판 후 사용빈도조사결과 이상반응을 발현율은 1.54 % (240명/15,601명)이었으며, 이 중 약효증의 인과관계를 배제할 수 있는 것은 1.2 %, 약33명/15,601명)이었다. 두명(0.138 %/60명/15,601명)에 적지 않았고, 그 다름은 어지러움 0.2 % (33명/15,601명), 약13.3 % (21명/15,601명), 소화불량 0.07 % (11명/15,601명), 상계항진 0.06 % (10명/15,601명) 등의 순이었다. 중대한 이상반응으로 부정맥 1례가 보고되었다. 약물과의 인과관계를 배제할 수 있는 것으로서, 시판 전 임상시험에서 유발되고자 발현율이 낮았거나(예: 로 사시) 시판 전 임상시험에서 나타나지 않았던 새로운 이상반응은 다음과 같다(발현율의 수치는 발현 예수인).

(1) 중추 및 말초 신경계: 두통*(60), 얼굴경련(2), 감각이상(2), 마비(1)
(2) 호흡기계: 기침*(21), 과호흡(1), 폐렴(1)
(3) 자율신경계: 증후(5), 부기부전(1), 식욕부진(1), 부정맥(1)
(4) 전신: 무력(4), 부종(3)
(5) 정신신경계: 상극감소(2)
(6) 피부 및 부속기관: 열부종(1), 발진(1), 탈모증(1)
(7) 감각기관: 결막염(1), 귀에서 소리가 남(1)
(8) 혈관관 협혈 및 응고이상: 정맥혈종(1)
이 중 신장애 환자의 이상반응 발현율은 0.9 % (4명/445례)로 두통, 어지럼, 근육통, 피부염이 보고되었으며, 간장애 환자의 이상반응 발현율은 2.0 % (6명/296례)로 어지럼, 소화불량, 기침, 복통, 식욕부진, 무력 이 보고되었다.

13) 안지오텐신 II 수용체 길항제 사용 후 장 혈관 부종 사례들이 보고되었다.

② 클로르탈리돈

1) 중대한 이상반응: 다음과 같은 이상반응이 나타나는 경우 투여를 중지하고 적절한 조치를 한다(빈도불명).
(1) 재생분량성 빈혈 (2) 과사성 혈관염 (3) 폐수종
(4) 허혈성 (5) 과파혈구증 (6) 급성 신부전(간질성신염 등)
2) 중대한 이상반응(유사화합물): 유사화합물(히드로클로로티아지드 등)에 있어 독성피파사증후(리얼증후군)가 보고되었으나, 이러한 이상반응이 나타나는 경우 투여를 중지하고 적절한 조치를 한다.
3) 전정현질 장애: 매우 자주 주로 고지혈증의 저칼륨혈증, 고지혈증, 혈액내 지질의 증가, 저자 나트륨혈증, 저자 고지혈증, 고지혈증, 때때로 통통, 드물게 고칼슘혈증, 당뇨, 당뇨병 대사사태의 약화, 매우 드물게 저염소혈증성 알칼리증이 나타날 수 있다.
4) 피부: 자주 두드러기, 피부발진, 드물게 광민감증이 나타날 수 있다.
5) 각: 드물게 간내의 쓸개주정체 또는 혈압이 나타날 수 있다.
6) 심혈관계: 자주 기립저혈압, 드물게 심부정맥, 심계항진
7) 중추신경계: 자주 어지럼, 드물게 지각이상, 두통, 우울증, 무중간이 나타날 수 있다.
8) 위장관계: 자주 식욕부전, 경미한 위장관계곤란, 드물게 경증의 구역 및 구토, 위통, 빈혈, 설사, 매우 드물게 횡장염이 나타날 수 있다.
9) 혈액: 드물게 혈소판감소증, 백혈구감소증, 무파립증, 호산구증가증, 자반이 나타날 수 있다.
10) 눈: 시각이상, 황시증이 나타날 수 있다.
11) 기타: 자주 피부 부종, 드물게 특이적 폐부종(호흡기 이상), 알레르기성 장관신염, 편대강, 탈락질이 나타날 수 있다.
(발현빈도: 매우 드물게 < 0.01%, 0.01% 도 드물게 < 0.1%, 0.1% 도 때때로 < 1%, 1% 도 자주 < 10%, 매우 자주 > 10%)

5. 일반적 주의

① 신장애 및 신장기능 환자

신장애 환자에게 텔미사르탄을 투여할 때 혈청 칼륨 및 크레아티닌치의 주기적인 모니터링이 권장된다. 최근에 신장애를 이신한 환자에 대해서는 텔미사르탄의 사용경험이 없다. 텔미사르탄은 혈액 투석을 받는 환자를 포함한 신장애 환자에게 용량조정이 필요 있으며, 혈액여과 및 투석으로 제거되지 않는다.

2) 혈액량 및/또는 나트륨 감소 환자

고용량의 이노제, 사이성 염분제한, 설사 및 구토 등에 의해 혈액량 및/또는 나트륨을 감소시킬 환자, 혈액투석환자의 경우, 특히 회회 투여 후 저혈압 증상이 나타날 수 있다. 이런 증상, 특히 혈액량 및/또는 나트륨의 고갈은 텔미사르탄 투여 전에 교정되어야 한다. 저혈압이 발생하는 경우 환자를 반드시 눕히고 필요시 생리식염 주사액을 정맥주입한다.

3) 레닌-안지오텐신-알도스테르게를 자극하는 다른 조건

혈관경화성대 및 신기능이 레닌-안지오텐신-알도스테르게의 활성에 주로 의존하는 환자의 경우(예, 중증의 동맥류성심부전 환자 또는 신동맥협착증을 포함한 관상신장 질환 환자), 레닌-안지오텐신-알도스테르게에 영향을 미치는 다른 약물의 투여는 소용 제혈압, 고지혈증, 빈뇨 및 드물게 급성신부전 및/또는 사망과 관련이 있다. 텔미사르탄을 투여한 환자들에게서도 유사한 결과가 예측된다.

4) 전정현질증형/고칼륨혈증
레닌-안지오텐신-알도스테르게에 영향을 미치는 약물을 복용하는 경우 고칼륨혈증을 유발할 수 있다. 고령자, 신부전 환자, 당뇨병 환자, 혈청 칼륨농도에 영향을 줄 수 있는 약물을 복용중인 환자 등에서 고칼륨혈증을 지참할 수 있다. 레닌-안지오텐신-알도스테르게에 영향을 주는 약물을 병용하기 전에 유체소과와 위험성을 고려해야 한다. 고칼륨혈증을 유발할 수 있는 주요 위험 요소는 다음과 같다.

- 당뇨병, 신부전, 신장장애, 고령자(≥ 70)

- 레닌-안지오텐신-알도스테르게에 영향을 주는 약물(칼륨보존이노제, 칼륨보충제, 칼륨이 함유된 염 대용품 및 칼륨제를 상습시킬 수 있는 다른 약제(바나나 등)), ACE억제제, 안지오텐신 II 수용체 길항제, 비스테로이드소염진통제(선택적 COX-2억제제를 포함하는 비스테로이드소염진통제(시클로코스타트, 트리에토프릴 등)을 한가지 이상 병용하는 경우.

- 탈수, 급성 신장보상기능상실, 대사산증, 신장기능의 약화, 신장성질의 갑작스런 약화(예, 감염성 질환), 세포용해 (예, 골다사지형질, 횡문근융해, 확대된 근육)와 같은 병발질환이 있는 경우

5) 수술 전 24시간은 투여하지 않는 것이 바람직하다.

6) 혈동성 및 또는 심이치장폐양 등 위장관계질환 환자에게 텔미사르탄 투여시 위장관계 이상반응이 위약 투여시보다 더 자주 나타났다. 위장관 출혈이 임상시험에서 드물게 관찰된 바 있으며 대부분 위장관 질환을 가진 환자에서 초기에 나타났다. 따라서 위장관계 질환자에게 텔미사르탄을 투여할 때는 주의하여야 한다.

7) 신장질환고혈압 환자(약속성 신동맥 협착증 환자 또는 단독 기능 신장의 신동맥 협착증 환자)를 레닌-안지오텐신-알도스테르게에 영향을 미치는 약물로 치료할 경우에는 중증의 저혈압이나 신부전의 위험이 증가된다. 약측 또는 한쪽의 신동맥협착증이 있는 환자에게 텔미사르탄을 투여할 경우 ACE억제제와 마찬가지로 혈청 크레아티닌 또는 혈중 요산질소의 상승이 예측된다. 또한 신장혈류량 감소와 사구체 여과율의 저하에 의해 급속히 신장기능을 악화시킬 우려가 있으므로 치료 부속하고 고관단되는 경우를 제외하고는 사용을 피하는 것이 권장된다.

8) 일반적으로 원발알도스테론증이 있는 환자는 레닌-안지오텐신-알도스테르게를 억제하는 혈장항제에 대해서 반응성이 있으므로 이런 환자에게 텔미사르탄의 투여는 권장되지 않는다.

9) 심혈관 질환에 대한 추가적인 위험성이 있는 당뇨병 환자(예: 당뇨병과 관상동맥질환을 동반한 환자)에서 안지오텐신 II 수용체 길항제 또는 ACE 차단제와 같은 혈압강제제 투여 시 치명적인 심근경색 및 예상치 못한 심혈관 질환으로 인한 사망 위험성이 증가될 수 있다. 당뇨병 환자에서 관상동맥질환에 대한 증상이 나타나지 않아, 이에 대해 진단되지 않았을 수 있으므로 당뇨병자에게 이 약을 투여하기 전에 관상동맥질환에 대한 적절한 진단 평가에 운동 부하 검사를 우선적으로 실시해야 한다.

10) 안지오텐신 II 수용체 길항제 투여 환자에게서 장 열관 부종이 보고되었다. 이들 환자는 복통, 오심, 구토, 설사 증상을 나타냈다. 증상은 안지오텐신 II 수용체 길항제 투여 중단 후 해소되었다. 장 열관 부종으로 진단된 경우, 투여를 중단하고 증상이 완전히 해소될 때까지 적절한 모니터링을 실시해야 한다.

11) 타이디즈게 이노제들은 저칼륨혈증이나 저마그네슘혈증, 고혈당증, 저나트륨혈증 등의 전정현 장애와 관련되어 있으므로, 전해질 배설을 증가시키는 약한 저염분 식이는 피한다. 저칼륨혈증은 심장을 위협하게 하거나 다기탈리스 등 독을 가혹화시킨다. 다른 모든 타이디즈게 이노제와 마찬가지로 클로르탈리돈에 의해 유도된 칼륨농도는 용량 의존적이다 그 정도는 개개인 다르다. 일 25 ~ 50 mg 용량에서 혈청 칼륨농도 평균적인 값은 0.5 mmol/L이다. 특히, 다기탈리스 등 독화적인 경우에는 타이디즈게 이노제에 대한 전해질의 측정이 요구된다. 필요한 경우 클로르탈리돈은 칼륨을 함유하는 약물보존이노제(예: 트리타르탄 등)와 병용할 수 있다. 저칼륨혈증이 유역, 부비동염 및 당뇨 등의 임상적 증상을 동반하는 경우에는 클로르탈리돈의 투여를 중단한다. 이미 ACE억제제를 투여받고 있는 환자에서 클로르탈리돈을 병용할 때는 클로르탈리돈 수용체 길항제에 대한 주의가 필요하다. 특히 고령환자나 간장기능에 약한 환자, 신중증으로 인한 부종 환자일 때에는 혈청 전해질의 모니터링을 실시한다. 타이디즈게 이노제 치료에 따른 신장장애 증상(구역, 무기력, 전정형 병항강감제, 무관심)을 동반한 저나트륨혈증 발현에 대한 보고가 있다. 신중증 환자에 있어, 클로르탈리돈은 체액 정수화가 있고 혈청 칼륨이 정상인 환자에 한하여 세심한 관찰 하에서만 사용된다.

12) 대사 이상

클로르탈리돈은 혈청 요산치를 증가시킬 수 있으나, 장기적인 치료에 있어도 통풍으로 진전되는 예는 흔하지 않다. 일반적으 다른 타이디즈게 이노제와 마찬가지로 포도당당내성이 나타날 수 있다. 이는 과혈당증과 당뇨를 의미한다. 이 약은 매우 드물게 당뇨병을 유발하거나 악화시킬 수 있으나, 통풍증상으로 투여를 중단하면 거의적으로 회복된다. 타이디즈게 이노제와 타이디즈게 유사 이노제를 장기간 투여한 환자에 있어서 총콜레스테롤, 트리글리세리드 및 LDL콜레스테롤의 혈당농도가 경미하게 일부 약역으로 증가됨이 보고되었다. 이러한 현상의 임상적 연관성에 대한 이는 진행중에 있다. 클로르탈리돈은 현상 당뇨병 환자 또는 고콜레스테롤혈증 치료요법을 시행하고 있는 환자의 장기용법을 위한 1차 신약으로 사용되지 않는다. 모든 혈압강제제와 마찬가지로 중증의 관상동맥경화 환자 또는 뇌동맥경화증 환자의 경우에는 용량을 주의한다.

13) 대사 이상

ACE억제제의 혈압강화 효과는 이노제 등 혈청 레닌 활성을 증가시키는 약물에 의해 중화된다. 병용시에는 이노제의 용량을 줄이거나 2~3일간 단약하여/하거나 ACE억제제 소용증으로부터 사용을 중지한다. 저용 사용 후 지체없이 환자를 모니터링 하여야 한다.

14) 클로르탈리돈의 경우 이노효과가 급격히 나타나는 수가 있으므로, 전해질 실험, 탈수에 충분히 주의하고, 쇼