

레아타즈 캡슐 150밀리그램 / 200밀리그램 (아타자나비어항산염)



- 성상
150밀리그램 캡슐 : 백색~연노란색의 과립이 충전된 상부 청색, 하부 연청색의 불투명한 캡슐
200밀리그램 캡슐 : 백색~연노란색의 과립이 충전된 상, 하부 청색의 불투명한 캡슐
- 원료약품 및 그 분량
150밀리그램 캡슐 중 아타자나비어항산염 (별규) 170.84밀리그램 (아타자나비어로서 150밀리그램)
200밀리그램 캡슐 중 아타자나비어항산염 (별규) 227.79밀리그램 (아타자나비어로서 200밀리그램)
- 효능·효과
다른 항레트로바이러스제와 병용하여 HIV-1 감염치료
- 용법·용량
1. 일반적인 권장 용법
① 치료 경험이 없는 환자에 대한 용법
치료 경험이 없는 환자에 대한 권장 용량은 이 약 300mg 및 리토나비어 100mg을 1일 1회 병용한다 (식사와 함께 한꺼번에 복용). 또는 리토나비어에 내약성이 좋지 않은 치료 경험이 없는 환자에 대한 권장 용량은 이 약 400mg (리토나비어 없이)를 1일 1회 식사와 함께 병용한다.
2. 성인 권장 용량
① 치료 경험이 있는 환자에 대한 용법
치료 경험이 있는 환자에 대한 권장 용량은 이 약 300mg 및 리토나비어 100mg을 1일 1회 병용한다 (식사와 함께 한꺼번에 복용). 또는 리토나비어에 내약성이 좋지 않은 치료 경험이 없는 환자에 대한 권장 용량은 이 약 400mg (리토나비어 없이)를 1일 1회 식사와 함께 병용한다.

병용요법
다음 약제와 병용한다면 이 약 300mg 및 리토나비어 100mg을 1일 1회 (식사와 함께 한꺼번에 복용)
• 테노포비어
• H₂ 수용체 길항제 : H₂ 수용체 길항제 용량은 파모티딘 40mg 1일 2회 해당량을 초과해서는 안된다. 이 약 300mg과 리토나비어 100mg을 H₂ 수용체 길항제 투여와 동시에, 그리고/또는 H₂ 수용체 길항제 투여 후 적어도 10시간 이후에 투여해야 한다. 리토나비어에 대한 내약성이 좋지 않은 환자에 대해서는, 이 약 400mg을 1일 1회 식사와 함께 H₂ 수용체 길항제 복용 최소 2시간 이전 및 적어도 10시간 이후에 투여해야 한다. 이러한 환자들에 있어서, H₂ 수용체 길항제의 일회 용량은 파모티딘 20mg에 상응하는 용량을 넘어서서는 안되며, 일일 총용량은 파모티딘 40mg에 상응하는 용량을 넘어서서는 안된다.
• 프로톤 펌프 억제제 : 오메프라졸 20mg 해당량을 초과하지 않아야 하며 이 약 300mg과 리토나비어 100mg을 병용하기 위 12시간 이전에 투여되어야 한다.
• 만일 이 약물 에파비렌즈와 병용 투여한다면, 이 약 400mg (200mg 캡슐 2개)과 리토나비어 100mg을 1일 1회 식사와 함께 한꺼번에 복용하여야 하며, 에파비렌즈는 공복시, 주로 철차리에 들기 전에 복용하여야 한다.
2) 치료 경험이 있는 환자에 대한 용법
이 약 300mg 및 리토나비어 100mg을 1일 1회 (식사와 함께 한꺼번에 복용)

병용요법
• H₂ 수용체 길항제를 이 약 및 리토나비어를 병용하고 있는 환자에게 사용할 때마다 H₂ 수용체 길항제는 파모티딘 20mg 1일 2회 해당량을 초과해서는 안된다. 이 약과 리토나비어는 H₂ 수용체 길항제 투여와 동시에, 그리고/또는 H₂ 수용체 길항제 투여 후 적어도 10시간 이후에 투여해야 한다.
• H₂ 수용체 길항제를 병용한다면, 이 약 300mg 및 리토나비어 100mg 1일 1회 (식사와 함께 한꺼번에 복용)
• 테노포비어와 H₂ 수용체 길항제를 모두 병용한다면, 이 약 400mg 및 리토나비어 100mg 1일 1회 (식사와 함께 한꺼번에 복용)
• 프로톤 펌프 억제제는 치료 경험이 있으면서 이 약을 병용하고 있는 환자에게 사용해서는 안된다.
• 에파비렌즈 : 치료 경험이 있는 환자에 대한 에파비렌즈와 이 약의 병용은 아타자나비어 노출을 감소시키기 때문에 함께 투여하지 않는다.

[아를 약물과 기타 항레트로바이러스 제제를 병용하는 경우에는 적절한 용량을 변경할 수 있다. (사용상 주의사항 5. 상호작용 참조)]

3. 신장에 환자
혈액투석을 받지 않는 중증 신장에 환자를 포함하여, 신장에 환자에 대하여는 이 약의 용량 조정이 요구되지 않는다. 치료경험이 없고, 혈액투석 요법을 받고 있는 말기 신질환 환자에게는 이 약 300mg과 리토나비어 100mg을 투여한다. 이 약은 혈액투석을 받고 있는 말기 신질환이면서 HIV 치료 경험이 없는 환자에게는 사용하지 않아야 한다.
4. 간장에 환자
경미~중증도의 간부전 환자에서는 주의해서 사용해야 한다. 이전에 바이러스 억제에 실패한 경험이 없는 중증도의 간부전 환자(Child-Pugh Class B)에 대해서는 300mg 1일1회로 용량감소를 고려해야 한다. 이 약은 중증 간부전 환자에 사용해서는 안된다 (Child-Pugh Class C).
간장에 환자에 대하여 이 약/리토나비어 사용이 연구된 바 없으므로 권장되지 않는다.

사용상 주의사항

1. 경고
① 약물상호작용
생명을 위협할 가능성이 있는 이상 반응, 중요한 약물 상호작용, 또는 바이러스 활성도 감소로 인하여 이 약과의 병용이 금지된 약물들에 대해서는 표 1을 참조한다. (2. 다음 환자에는 투여하지 않 것 참조)
② 신장 전도 이상
(1) 이 약은 일부 환자에게 심전도상 PR간격의 연장을 보였. 건강한 지원자 및 환자에서, 발실(AV)전도 이상은 무중상이었으며 1도의 발실차단으로 제한되었다. 2도의 발실차단 및 이외의 전도 이상은 거의 드물게 나타났다 (3. 이상반응 3) 시판후 보고사항 및 7. 과량투여시 처치할 참조). 심전도가 포함된 임상연구에서, 무중상의 1도 발실차단이 이 약 치료환자 (n=920)의 5.9%, 로피나비어/리토나비어 치료환자 (n=252)의 5.2%, 넬피나비어 치료환자 (n=483)의 5.0%, 에파비렌즈 치료환자 (n=329)의 3.0%에서 관찰되었다. A424-045 임상 시험에서, 무중상의 1도의 발실차단이 임상시험 중 심전도를 측정된 환자 중 이 약/리토나비어 치료에서 5% (6/118)와 로피나비어/리토나비어 치료에서 5% (6/116)가 관찰되었다. 제한적인 임상경험으로 인하여, 이 약은 기 존제하는 전도시스템의 질환 (예. 현저한 1도 발실차단 또는 2도나 3도의 발실차단을 가진 환자)에 대해서는 주의하여 사용해야 한다.
(2)타자나비어와 델타/람의 병용시 델타/람의 혈당농도가 2배 상승하고 PR 간격에 상가적인 영향을 미쳤다. 이 약과 병용할 때는 델타/람의 용량을 절반씩 감소하고 심전도를 관찰해야 한다.
(3)타자나비어 400mg 1일1회와 아테놀롤 50mg 1일1회 투여 간의 약동학적 연구에서, 이 약과 아테놀롤의 PR 간격에 대한 임상적으로 유의한 상가적인 영향이 없었이 관찰되었다. 이 약과 병용할 때 아테놀롤의 용량을 조절할 필요가 없다.
(4)타자나비어와 베타 차단제(아테놀롤 제외), 베타파일, 다국산을 비롯하여 PR간격을 연장시키는 다른 약물 간의 약동학적 연구는 실시되지 않았다. 이 약과 이들 약물의 상가적인 영향을 배제할 수는 없으므로, 이들 약물, 특히 CYP3A4 (예:베라파밀로 대체되는 약물과 이 약을 병용할 때 주의를 기울여야 한다.
3) 당뇨/고혈당증
단백분해 저해제 요법을 받는 HIV-감염환자에서, 기판후 조사기간 중 당뇨병의 새로운 발병, 기존 당뇨병의 악화, 고혈당증이 보고되었다. 몇몇 환자에서는 이들 부작용의 치료를 위해 인슐을 투여하였다. 저해제 요법을 받는 HIV-감염환자에서, 기판후 조사기간 중 당뇨병의 새로운 발병, 기존 당뇨병의 악화, 고혈당증이 보고되었다. 몇몇 환자에서는 이들 부작용의 치료를 위해 인슐을 투여하였다.

전문의약품 수입의약품

	Study A424-034		Study A424-007, -008	
	64 주 ^a 이 약 400 mg 1일 1회 + 라이부딘 +지도부딘 ^a (n=404)	64 주 ^a 에파비렌즈 600 mg 1일 1회 +라이부딘 +지도부딘 ^a (n=401)	120 주 ^{a,b} 이 약 400 mg 1일 1회 + 스타부딘+ 라이부딘 또는 디다노신 (n=279)	73 주 ^{a,c} 넬피나비어 750 mg 1일 3회 또는 1250 mg 1일 2회 + 스타부딘 + 라이부딘 또는 디다노신 (n=191)
전신				
두통	6%	6%	1%	2%
소화기계				
오심	14%	12%	6%	4%
황달/망막황달	7%	*	7%	*
구토	4%	7%	3%	3%
설사	1%	2%	3%	16%
복통	4%	4%	4%	2%
신경계				
헌기증	2%	7%	1%	*
불면	3%	3%	1%	*
말초신경증상	1%	1%	4%	3%
피부 및 부속기계				
발진	7%	10%	5%	1%

*이 치료군에서는 보고되지 않았다.
a 치료 처방과의 possible, probable, certain, 또는 unknown relationship 중계 포함
b 이 약 포함 처방에 근거
c 치료기간의 중간값
d 장기 추적 관찰 포함
e fixed dose combination 사용 : 150mg 라이부딘, 300mg 지도부딘 1일 2회

② 치료를 받은 경험이 있는 환자에서 치료에 필요한 용량 이상반응
치료 경험이 있는 성인에서의 이 약 안전성 프로파일은 임상시험에서 119명의 HIV-1 감염 환자를 근거로 하고 있다.
가장 빈번하게 나타난 이상반응은 황달/망막 황달 및 근육통이었다.
이전에 치료 받은 경험이 있는 환자가 이 약/리토나비어를 병용요법으로 치료받았을 때, 2% 이상에서 발생한 중증도 또는 중증의 약물과 관련된 임상적 이상반응을 포개 나타냈다.

표 4 치료경험이 있는 성인환자의 2% 이상에서 보고된 중증도 또는 중증의 치료에 필요한 용량 이상반응, 임상시험 A424-045

	48 주 ^a 이 약 / 리토나비어 300/100mg 하루 한 번 + 테노포비어 + NRTI (n=119)	48주 ^a 로피나비어 / 리토나비어 400/100mg 하루 두 번 + 테노포비어 + NRTI (n=118)
전신		
발열	2%	*
소화기계		
황달 / 공막황달	9%	*
설사	3%	11%
구토	3%	2%
신경계		
우울증	2%	1%
근골격계		
관절통	4%	*

*이 치료군에서는 보고되지 않았다.
a 치료 처방과의 possible, probable, certain, 또는 unknown relationship 중계 포함
b 이 약 포함 처방에 근거
c 치료기간의 중간값
d fixed dose combination 사용

③ 치료경험이 없는 환자에서의 임상경험 이상
치료경험이 없는 성인환자가 이 약 (아타자나비어항산염) 300mg과 리토나비어 100mg 또는 이 약 400mg (리토나비어와 병용하지 않음)을 포함하여 병용치료를 받고 3-4등급의 임상경험 이상을 나타낸 백분율을 표5와 표6에 각각 나타냈다.

표 5. 치료경험이 없는 성인환자의 2% 이상에서 보고된 3-4등급의 임상경험 이상, A424-138

변수	한계 ^c	48 주 ^a 이 약 300mg / 리토나비어 100mg 하루 한 번 + 테노포비어 + 엘트라시타빈 ^a (n=441)	48주 ^a 로피나비어 400mg / 리토나비어 100mg 하루 두 번 + 테노포비어 + 엘트라시타빈 ^a (n=437)
화학적	최고		
SGOT/AST	≥5.1xULN	2%	1%
총빌리루빈	≥2.6xULN	3%	1%
크레아티닌치	≥5.1xULN	5%	5%
총콜레스테롤	≥240mg/dL	7%	16%
혈액학	최저		
중성구	<7050cells/mm ³	3	1%

a 이 약 포함 요법에 근거
b 치료기간의 중간값
c ULN : 정상상한치
d fixed dose combination 사용 : 300mg 테노포비어, 200mg 엘트라시타빈 1일 1회

표 6. 치료경험이 없는 성인환자의 2% 이상에서 보고된 3-4등급의 임상경험 이상, Studies A424-034, A424-007, 및 A424-008

	A424-034		A424-007, -008	
	64 주 ^a 이 약 400 mg 1일 1회 + 라이부딘 + 지도부딘 ^a (n=404)	64 주 ^a 에파비렌즈 600 mg 1일 1회 + 라이부딘 + 지도부딘 ^a (n=401)	120 주 ^{a,b} 이 약 400 mg 1일 1회 + 스타부딘 + 라이부딘 또는 + 스타부딘 + 디다노신 (n=279)	73 주 ^{a,c} 넬피나비어 750 mg 1일 3회 또는 1250 mg 1일 2회 + 스타부딘 + 라이부딘 또는 + 스타부딘 + 디다노신 (n=191)
수치				
한계				

	이 약 / 리토나비어 ^{a)}			로피나비어 / 리토나비어 ^{a)}		
	개시값	48주		개시값	48주	
	mg/dL (n=428)	mg/dL (n=372)	변화 ^{c)} (n=372)	mg/dL (n=424)	mg/dL (n=335)	변화 ^{c)} (n=335)
LDL-Cholesterol ^{b)}	92	105	+14%	93	111	+19%
HDL-Cholesterol ^{b)}	37	46	+29%	36	48	+37%
Total-Cholesterol ^{b)}	149	169	+13%	150	187	+25%
Triglyceride ^{b)}	126	145	+15%	129	194	+52%

a) 1월 1회 이 약 300mg과 리토나비어 100mg을 fixed dose combination과 병용 : 300mg 테노포비어, 200mg 엘트라티아민 1월 1회
b) 혈청 지질 저하제의 개시 이후에 얻어진 수치들은 이 분석에 포함되지 않았다. 개시시 혈청 지질 저하제는 로피나비어/리토나비어 치료군 1%에서 사용되었으며 이 약/리토나비어 치료군 1%에서 사용되었다. 48주간, 혈청 지질 저하제는 로피나비어/리토나비어 치료군 8%에서 사용되었고 이 약/리토나비어 치료군 2%에서 사용되었다.
c) 1월 2회 로피나비어 400mg과 리토나비어 100mg을 fixed dose combination과 병용 : 300mg 테노포비어, 200mg 엘트라티아민 1월 1회
d) 개시값으로부터 변화는 개시값과 48주 값이 있는 환자들의 개시값으로부터 환자 변화의 평균값이며, 단순히 개시값과 48주 평균값의 차이는 아니다.
e) LDL-cholesterol을 측정한 환자수
f

	이 약 ^{a)}			에파버렌트 ^{b)}		
	48주		변화 ^{c)} (n=272)	48주		변화 ^{c)} (n=253)
	개시값 mg/dL (n=363)	mg/dL (n=283)		개시값 mg/dL (n=378)	mg/dL (n=264)	
LDL-Cholesterol ^{d)}	98	98	+1%	98	+18%	
HDL-Cholesterol	39	43	+13%	38	+24%	
Total-Cholesterol	164	168	+2%	162	+21%	
Triglyceride ^{e)}	138	124	-9%	129	+23%	

a) 1일 1회 이 약 400mg을 fixed dose combination과 병용: 150mg 라미부딘, 300mg 지도부딘 1일 2회
b) 혈청 지질 측정법의 개시 이후에 얻어진 수치들은 이 분석에 포함되지 않았다. 개시시 혈청 지질 저하제는 에파버렌트 치료군 0%에서 사용되었으며 이 약 치료군 (1%에서 사용되었다. 48주간, 혈청 지질 저하제 사용은 에파버렌트 치료군(3%)이 이 약 치료군에 비해(1%) 더 빈번하였다.
c) 1일 1회 에파버렌트 600mg을 fixed dose combination과 병용: 150mg 라미부딘, 300mg 지도부딘 1일 2회
d) 개시값으로부터 변화는 개시값과 48주 값이 있는 환자들의 개시값으로부터 환자내 변화의 평균이며, 단순히 개시값과 48주 평균간의 차이는 아니다.
e) LDL-cholesterol을 측정한 환자수
f) 공백

표 10. 지질값, 개시값으로부터 평균 변화, Study AI424-045

	이 약 / 리토나비어 [®]			로피나비어 / 리토나비어 [®]		
	개시값	49주		개시값	48주	
		mg/dL (n=11)*	변화 ^a (n=7)*		mg/dL (n=10)*	변화 ^a (n=7)*
LDL-Cholesterol ¹	108	98	-10%	103	103	+1%
HDL-Cholesterol	40	39	-7%	39	41	+2%
Total-Cholesterol	188	170	-8%	181	187	+6%
Triglyceride ¹	215	161	-4%	196	224	+30%

a 1월 1회 이 약 300mg + 리토나비어 + 테노포비어 + NRTI 1개
b 혈청 지질 하계한치 개시 이후에 얻어진 수치는 이 분석에 포함되지 않았다. 개시시, 혈청 지질 하계한치는 로피나비어/리토나비어 치료군 4%에서 사용되었으며 이 약/리토나비어 치료군 4%에서 사용되었다. 48주간, 혈청 지질 하계한치 사용은 로피나비어/리토나비어 치료군 19%이 이 약/리토나비어 치료군 6%에 비하여 더 빈번하였다.
c 로피나비어/리토나비어 (400/100mg) 1일 2회 + 테노포비어 + NRTI 1개
d 개시값으로부터 변화는 개시값과 48주 값이 있는 환자들의 개시값으로부터 환자내 변화의 평균값이며, 단순히 개시값과 48주 평균값의 차이는 아니다.
e LDL-cholesterol을 측정한 환자수
f 공백

- 가) 고빌리루빈증
- 나) 고빌리루빈혈증
① 악성 루페의 환자는 UDP-glucuronosyl transferase (UGT)의 저해와 관련된 간접적 (비담즙) 빌리루빈 값의 정상성 증가가 나타난다. 이 고빌리루빈혈증은 투약중단시 가역적이다. 약물로부터 빌리루빈 생성과 함께 발생한 간의 트랜스아미네라제 상승에 의해서는 도파민 방출에 대한 영향이 아니다. 총 빌리루빈까지의 정상 상한선의 5배를 초과하여 지속적으로 상승하는 환자들에 대한 장적인 임상 데이터는 없다. 빌리루빈 상승과 관련된 황달이나 망막황반색에 황색에 이용되는 염색제 이용하는 경우, 다른 형태트랜스비타르도 대체요법을 고려한다. 감소된 용량의 장기적인 유산성이 확인되지는 않았으나, 약의 복용 강도는 배양되지 않는다. (3. 이상반응) ② 임신에서의 임상적 경험 참조)
- 발진
조절된 임상시험에서, 이 약으로 치료 받은 환자의 20%에게서 발진 (모든 등급, 일반적으로 삼관염이 발생함)이 발생하였다. 임상 시험에서 이 약 투여로부터 발진 발현까지의 걸린 시간의 중간값은 7.1주였으며 이전 참가기간의 중간값은 1.3주였다. 발진은 일반적인 경증 이하 중증도의 반점구진 피부 발진이 특징이다. 중등 또는 중증 증상을 치료하기 필요한 일부 환자들은 (5% 초과 발생) 개별 임상 시험부터 제외되었다. (3. 이상반응) ③ 임신에서의 임상 시험 경험 참조. 발진이 발현할 환자에게 증상 투여 중단 없이 이 약을 계속한다. 임상 시험에서 발진으로 인한 병용 중단율은 19.1만이었다. 만일 중증 발진이 발생한다면 이 약의 투여는 중단하여야 한다. 스티븐스-존슨 증후군과 다형홍반, 그리고 독성 피부 발진 레가 이 약을 투여하는 환자에서 보고된 바 있다. (2. 다음 환자에는 투여하지 않 것 참조)
- 간독성
간독성 환자에게는 이 약의 농도가 적할 수 있으므로 이 약을 투여할 때 주의해야 한다. (용법용량 항 4) 간장애 환자 참조. 치료에 반응 또 드문 경우 간장애 비아사이드 감염이나 트랜스아미네라제의 농도가 두배이상 상승된 환자들 트랜스아미네라제의 농도가 2배 상승하거나 간 기능상 장애로 의심할 수 있는 환자들에게는, 이러한 환자들에게 이 약을 투여 개시하기 전에 적절한 임상 검사를 해야하며 이러한 결과를 치료 기간 동안 관찰해야 한다. (3. 이상반응) 2) 위험 관리 및 모든 다른 환자 비아사이드 등제에 감염된 환자 및 8, 간장애 환자에서 약물 사용 참조
- 신장질환
신장질환의 존재가 이 약 치료를 받는 HIV 감염 환자에서 시판용 조사 및 7년 동안 보고되었다. 이러한 사례들은 임상에서 이들 중에 자발적으로 보인 것이 때문에, 빈도 예측은 할 수 없다. 만일 신장결석 증상이나 증후가 발생한다면, 치료의 중지 또는 일시적인 중단을 고려할 수 있다. (3. 이상반응 3) 시판용 비교 사례 참고)
- 지혈/고지치정
덴베크테호소 억제제로 여러 가지 고지치제가 관찰되었다. 이 약에 대한 지혈효과 인하여 다른 덴베크테호소 억제제를 계속 사용하는 것을 권장하는 것을 검토할 수 있다.
- 항우울제
덴베크테호소 억제제로 치료 받은 A형 및 B형 혈형 환자에서 다능성 피부 발진 및 관절염을 비롯하여 출혈 증가가 관찰되었다. 몇몇 환자에서, 추가적인 VMO 주사된다. 보고된 사례들의 절반 이상이 다른 덴베크테호소 억제제로 치료받거나 제거되었다. 다능성 피부 발진 억제제로 치료받은 이들 사례는 확인되지 않았다.

Benzodiazepines: parenterally administered midazolam	midazolam	이 약과 주사용 미다졸람 병용 투여는 미다졸람의 혈중 농도를 증가시킬 수 있다. 특히 성인 및 노인 과민성 환자에게 종종 저혈압, 그리고/또는 진정작용 및 구역에 적절한 의학적 치료로 해결한다. 병적 미다졸람의 일회 이상 투여할 경우 미다졸람의 용량 감소를 고려해야 한다. 경구용 미다졸람과 이 약을 병용하는 것은 금기이다.
Calcium channel blockers: diltiazem	diltiazem and desacyl-diltiazem	주요 - 50% 정도 말타이젠의 용량감을 고려해야 한다. 심상도관절 비정상이다. 이 약/미다졸람과 말타이젠을 병용하여 연구는 수행되지 않았다.
eg, felodipine, nifedipine, nicardipine, and verapamil	calcium channel blocker	주요 - 칼슘채널 차단제의 용량 조절을 고려해야 한다. 심상도 관절이 비정상적이다.
HMG-CoA reductase inhibitors : atorvastatin, rosuvastatin	atorvastatin rosuvastatin	최소한의 아토르바스타틴 또는 로수바스타틴 용량을 사용하며 주당 1회 관리해야 한다. 이 약 병용할 때 프라카사르나 다른 다른 HMG-CoA reductase inhibitor를 사용해서는 안 된다. 이 약을 포함한 단백질배합제 제형은 아토르바스타틴과 병용할 때 혈중 총 용해도를 비롯한 근관장애의 위험성 증가할 수 있으므로 주의해서 사용해야 한다.
		이 약 400mg을 하루 1회 하루 400mg 하루 두 번 투여할 동시에 할 경우 혈중 농도 약 10배가 증가하여 치료 효과의 상실 나열의 발현이 초래할 수 있다. 치료 용량에 있는 환자 이 약 300mg과 리토나비어 100mg H: 수용성 정제 투여와 동시에 그리고/또는 H: 수용성 정제 투여 후 2시간 10시간 이내에 투여해야 한다. 치환정제는 한 환자에게 이 약 300mg과 리토나비어 100mg 정제 H: 수용성 정제 정제는 피오르틴 20mg 1회 18시간 상용을 피오르틴에 피오르틴 400mg 1회 2회 투여할 때 투여할 수 있다. 또는 리토나비어 다른 대량으로 출시 않은 정제에 대해서는 이 약 400mg 1회 1회 용량과 함께 H: 수용성 정제 투여를 2시간 1회 1회 2회 10시간 이내에 투여해야 한다. 이러한 환자에게 2시간 1회 H: 수용성 정제 투여와 함께 용량 피오르틴 20mg 는 용량을 병사하는 안과, 입술 용량으로 피오르틴 40mg에 용량을 병사하는 안과. 치료 용량에 있는 환자 H: 수용성 정제 투여와 이 약 리토나비어 투여를 병용하여 투여해야 한다. H: 수용성 정제 용량은 피오르틴 20mg을 하루에 두 번 투여하여 400mg을 고려 하는 안과. 이 약 리토나비어 용량은 H: 수용성 정제 투여와 동시에 그리고/또는 두 배 10시간 이내에 투여해야 한다. H: 수용성 정제 투여와 투여할 때 이 약 300mg과 리토나비어 100mg을 병용하여 한 번 투여 (항상 식후와 함께 투여) 하거나 한 번 투여 - 리토나비어 및 H: 수용성 정제 모두 두 번 투여한다. 이 약 400mg과 리토나비어 100mg을 하루에 한 번 투여 (항상 식후와 함께 투여) 하거나 한 번 투여
H ₂ -Receptor antagonists	atazanavir	
Immunosuppressants: cyclosporine, sirolimus, tacrolimus	immuno- suppressants	이 약과 함께 병용할 때 면역억제제에 대한 치료로는 점진이 권장된다.
	이 약 fluticasone	이 약을 리토나비어 없이 피오르틴은 플루티카손의 병용투여시 피오르틴은 플루티카손의 혈중 농도가 증가될 수 있으므로 주의를 기울여 사용해야 한다. 병용을 고려해서 특히 장기간 사용과 고혈압, 프로스타틴 플루티카손의 대용량 고려하는 것이 권장된다.
Inhaled/nasal steroid: fluticasone	이 약 리토나비어 fluticasone	이 약/리토나비어 프로스타틴 플루티카손의 병용투여는 프로스타틴 플루티카손의 혈중 농도를 증가시킬 수 있으며, 유익하게 감소된 혈장 코르티솔 농도를 나타낼 수 있다. 주당 2회 용량으로 주 사용에 포함된 전신 코르티코스테로이드 영향 리토나비어와 함께 또는 비경구 투여는 프로스타틴 플루티카손 병용 환자 에게서 시판하여 보고되었다. 전신 코르티코스테로이드 주의를 위험한 환자에서 이루어지 상해하지 않는 한 이 약/리토나비어와 프로스타틴 플루티카손의 병 용투여는 권장되지 않는다.
Macrolide antibiotics : clarithromycin 14-OR clarithromycin atazanavir	clarithromycin 14-OR clarithromycin atazanavir	클라리트로마이신의 농도 증가를 0.7% 정도의 약이므로 이 약과 병용할 때는 클라리트로마이신의 혈중 농도를 50% 정도 감소시키는 것을 고려 하고, 특히 용량 (450mg/일) 14-시간 간격으로 클라리트로마이신의 용량을 400mg에 Mycobacterium avium에 의한 결핵의 진정제에 대해서는 대용량을 고려해야 한다. 이 약/리토나비어와 클라리트로마이신의 병용투여에 대한 연구는 수행되지 않았다.
	ethinyl estradiol norgestimate ²	약물 이 약은 두 약 모두 이 약/리토나비어와 함께 병용할 경우 주의할 필요가 있다. 경구용 피오르틴과 이 약 및 리토나비어를 병용할 경우 경구용 피오르틴은 최소한 ethinyl estradiol 35mcg을 포함하는 것이 권장된다. 만일 이 약을 리토나비어 없이 투여할 경우, 경구용 피오르틴은 ethinyl estradol 30mcg 이 약을 포함해야 한다.
Hormonal contraceptives: ethinyl estradiol and norgestimate or norethindrone	ethinyl estradiol norethindrone	장기간의 안전성 위험성은 프로그레스톤 노출의 상당한 증가에 있다. 프로그레스톤 제제 투여에서의 증가의 37%인 양은 임박하지 않 이러한 제형의 사용(450mg/일) 14-시간 간격으로 클라리트로마이신의 용량을 400mg에 Mycobacterium avium에 의한 결핵의 진정제에 대해서는 대용량을 고려해야 한다. 이 약/리토나비어와 클라리트로마이신의 병용투여에 대한 연구는 수행되지 않았다.
PDE5 inhibitors: dysfunction agents: sildenafil, tadalafil, vardenafil	sildenafil tadalafil vardenafil	이 약의 병용투여에 대해 연구된 것은 없다. 적절한 사해할, 사해할을 비롯한 PDE5 억제제 관련 이상반응의 증가를 초래할 수 있다. 48시간 미다 졸람 용량 120mg으로 주당 1회 사용용을 사용하고 이상반응을 관찰하도록 한다. 72시간 미다 졸람 100mg으로 주당 1회 사용용을 사용하고 이상반응을 관찰하도록 한다. 72시간 미다 졸람 120mg으로 주당 1회 사용용을 사용하고 이상반응을 관찰하도록 한다. 72시간 미다 졸람 120mg으로 주당 1회 사용용을 사용하고 이상반응을 관찰하도록 한다.
Proton-pump inhibitors: omeprazole	atazanavir	하루에 한 번 이 약 400mg 또는 이 약 300mg/리토나비어 100mg을 2회씩 400mg 하루 2회 병용 투여할 경우 약 10배가 증가하여 치료 효과의 상실 나열의 발현이 초래할 수 있다. 치료 용량에 있는 환자 프로톤 펌프 억제제는 2회씩 400mg 2회씩 투여할 것이 아니라 이 약 300mg과 리토나비어 100mg을 병용하여 2시간 이내에 투여해야 한다. 치료 용량에 있는 환자 프로톤 펌프 억제제는 이 약 리토나비어 병용에 한하여 사용해야 한다.

a 경구용 미다졸람 투여시에는 2 다음 환자에게는 투여하지 말 것
b 1일 1회 이 약 300mg과 리토나비어 100mg과 병용투여시
c 1일 1회 이 약 400mg과 병용투여시

평균 Cmax는 9% 낮았으며, AUC는 19% 낮았고 Cmin은 96% 높았다. 이타지나비어는 혈액투석 동안에도 다소 제거되지 않았다. 4시간 투석 세션에서 투여 용량의 0.12%가 제거되었다. 이타지나비어는 혈액투석 이전 또는 이후에 투여할 때 (n=10), 정상 신기능 환자에서 비교하여 Cmax, AUC 및 Cmin이 약 26 배나 43% 낮아졌다. 이러한 감소의 기원은 알려져 있지 않다. 이 약은 혈액투석으로 관리하는 환자나 투석을 가진 HIV, HIV 성 감염에 있는 환자에서 투여해서는 안된다.

표 11 악물상충작용이 평가되고 가능한 예측된 경우 : 악물상충작용연구나 예측되는 상충작용에 의하여 용량 또는 처방의 조절이 추천됨
(TIA에 의해 저혈압으로 치료받지 않고 투여한 첫 번째 고혈압약이 비오우마이드(가시)인 약제 포함됨)

Antimicrobial: rifabutin	Rifabutin	75% 정도까지 리팜비딘의 용량을 감소시키는 것이 바람직하다. (예: 경구 150mg 또는 매주 3회)
--------------------------	-----------	---

※ 제품에 대한 문의는 02)3404-1300으로 연락하십시오