



Pharmacy Newsletter

2020.8
Vol.16 No.8

Contents

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| 1. 의약품 정보 안내 | 3. Q&A |
| 2. 신약소개 : Lyrica CR Tab | 4. Pharmacy News Brief |



의약품 정보 안내

▣ 급여심사기준 변경 약제 안내

2020년 6~8월 적용된 『요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 일부 개정』 내용 중 주요 약제에 대한 정보를 안내드리오니 업무에 참고해주시기 바랍니다.

▶ Nifepidine 서방정 - 임부의 조기 진통에 사용 시 [적용일자 : 2020. 8. 1]

- 본원 약품명 : Adalat Oros Tab 30mg, Niferon CR 40 Tab
- 변경사항 : 허가사항 범위를 초과하여 '조기 진통(가진통)'에 투여한 경우에는 아래의 기준으로 요양급여를 인정함.
- * 투여대상 : 임신 24주에서 36주 사이에 자궁 수축이 있고 조산의 가능성이 있는 경우
- * 용법·용량 :
10~30mg 투여 후, 자궁수축억제 정도에 따라 10~20mg을 4-8시간마다 또는 1일 용량으로 30~120mg 투여
- 추가된 항목 : 저혈압인 임신부에는 주의하여 투여하여야 함.

▶ 유전자재조합 혈액응고인자 IX 주사제 - 혈우병B 항체 환자의 면역관용요법에 사용 시 [적용일자 : 2020. 6. 1]

- 본원 약품명 : Benefix (Unit) Inj(비재고)
- 추가된 항목 :
허가사항을 초과하여 혈우병B 항체 환자의 면역관용요법에 투여하고자 건강보험심사평가원의 사전승인을 받은 경우에도 요양급여를 인정함.
- 이 경우 사전승인을 위한 위원회 구성, 사전승인의 기준, 절차 및 방법 등 필요한 사항은 건강보험심사평가원장이 정함.

▶ 아래 대상 약제 - 혈우병A, B 항체 환자의 면역관용요법에 사용 시

[적용일자 : 2020. 6. 1]

- 대상 약제

종 류	본원 약품명
Cyclosporin 주사제	Sandimmun Inj 250mg/5ml
Cyclosporin 경구제	Cipol-N Cap 25mg, Cipol-N Cap 100mg, Cipol-N Sol 50ml, Implanta Cap 25mg, Implanta Cap 100mg, Sandimmun 25mg Neoral Cap, Sandimmun 100mg Neoral Cap
Mycophenolate mofetil 경구제	Cellcept Cap 250mg, Cellcept Susp 1g/5ml (34.98g/bot), My-Rept Cap 250mg, My-REPT Tab 500mg
Cyclophosphamide 제제	Alkyloxan Tab 50mg, Endoxan Inj 500mg
Rituximab 주사제	MabThera Inj 100mg/10ml, MabThera Inj 500mg/50ml, Truxima Inj 100mg/10ml, Truxima Inj 500mg/50ml
Human immunoglobulin G 주사제	IV Globulin 1g/10ml 10% SN Inj, IV Globulin 2.5g/25ml 10% SN Inj, IV Globulin 10g/100ml 10% SN Inj, IV Globulin 20g/200ml 10% SN Inj, Liv-GAMMA SN Inj 0.5g/10ml, Liv-GAMMA SN Inj 1g/20ml, Liv-GAMMA SN Inj 2.5g/50ml, Liv-GAMMA SN Inj 2.5g/50ml

- 추가된 항목 :

허가사항을 초과하여 **혈우병A, B 항체 환자의 면역관용요법**에 투여하고자 **건강보험심사평가원의 사전승인**을 받은 경우에도 **요양급여**를 인정함.

이 경우 사전승인을 위한 위원회 구성, 사전승인의 기준, 절차 및 방법 등 필요한 사항은 건강보험심사평가원장이 정함.

▶ Vedolizumab 주사제 : 급여인정 대상 확대

[적용일자 : 2020. 8. 1]

- 본원 약품명 : Kynteles Inj 300mg

- 변경사항 : 허가사항 범위 내에서 아래의 기준으로 투여 시 **요양급여** 인정, 그 외에는 약값 전액을 환자가 부담함.

1) 궤양성 대장염

* 투여대상 : **Corticosteroid나 6-mercaptopurine 또는 azathioprine 등 보편적인 치료 약제에 대해 적정한 반응을 나타내지 않거나 내약성이 없는 경우, 또는 상기 약제가 금기인 중등도-중증의 궤양성 대장염 환자**

* 평가방법 : 동 약제를 **3회** 투약 후(14주 이내) 다음 조건을 **모두 충족**하는 경우 지속 투여를 인정함.

- ① Mayo score가 최초 투여시점 보다 30% 이상 감소하고 3점 이상 감소한 경우
- ② Rectal bleeding subscore 1점 이상 감소 또는 rectal bleeding subscore 0점 또는 1점인 경우

2) 크론병

* 투여대상 : **보편적인 치료(2가지 이상의 약제 : corticosteroid나 면역억제제 등)에 반응이 없거나 내약성이 없는 경우, 또는 이러한 치료법이 금기인 중등도-중증의 활성 크론병 (크론병활성도 (CDAI) 220 이상)**

* 평가방법 : 첫 투약 후 14주 이내에 CDAI가 70점 이상 감소 또는 총 CDAI score의 25% 이상 감소된 경우에 한하여 **유지요법**을 인정함.

- **종양괴사인자알파저해제(TNF- α inhibitor: adalimumab, golimumab, infliximab 주사제) 또는 ustekinumab 주사제, tofacitinib 경구제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없는 경우 또는 복약순응도 개선이 필요한 경우에 vedolizumab 주사제로 교체투여(switch)를 급여로 인정하며, 이 때 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함.**

▶ **Omalizumab 주사제 요양급여 인정**

[적용일자 : 2020. 7. 1]

- 본원 약품명 : Xolair Inj 150mg

- 허가사항 범위 내에서 아래의 기준으로 투여 시 요양급여 인정, 그 외에는 약값 전액을 환자가 부담함.

- **알레르기성 천식**

* 투여대상

가) 성인 및 청소년(만 12세 이상) :

알레르기성 중증 지속성 천식 환자 중 고용량의 흡입용 코르티코스테로이드-장기지속형 흡입용 베타2 작용제 (ICS-LABA)¹⁾와 장기지속형 무스카린 길항제 (LAMA)²⁾의 투여에도 불구하고 적절하게 조절되지 않는 경우로서, 다음의 조건을 **모두 만족**하는 경우

- ① 치료 시작 전 면역글로불린 E의 수치가 76 IU/mL 이상
- ② 통년성 대기 알러젠에 대하여 시험관 내 (in vitro) 반응 또는 피부반응 양성
- ③ FEV₁ (1초 강제호기량) 값이 예상 정상치의 80% 미만
- ④ 치료 시작 전 12개월 이내에 전신 코르티코스테로이드가 요구되는 천식 급성악화가 2회 이상 발생한 경우

나) 소아(만 6세~만 12세 미만) :

알레르기성 중증 지속성 천식 환자 중 고용량의 흡입용 코르티코스테로이드-장기지속형 흡입용 베타2 작용제 (ICS-LABA)의 투여에도 불구하고 적절하게 조절되지 않는 경우로서, 다음의 조건을 **모두 만족**하는 경우

- ① 치료 시작 전 면역글로불린 E의 수치가 76 IU/mL 이상
- ② 통년성 대기 알러젠에 대하여 시험관 내 (in vitro) 반응 또는 피부반응 양성
- ③ 치료 시작 전 12개월 이내에 전신 코르티코스테로이드가 요구되는 천식 급성악화가 2회 이상 발생한 경우

* 평가방법

가) 최초 투여 후 **16주째** 반응평가³⁾를 하여 전반적인 천식조절을 확인한 환자에 대한 소견서 제출 시 향후 지속 투여를 인정함.

나) 이후 지속적으로 **3~6개월마다** 반응 평가하여 투여지속 여부를 판단하도록 함.

※ **급여개시일(2020년 7월 1일) 이전부터 Xolair 주사를 투여중인 환자**는 다음 조건에 해당함이 진료기록부 세부내역과 의사 소견으로 확인되는 경우 급여 인정함.

- * 투여대상 : 급여개시일 이전 Xolair 최초 투여 시작 시점에 현행 급여기준에 해당한다고 확인된 환자
- * 평가방법 : **급여개시일 이후** 현행 급여기준에 따라 최초 투여 후 16주째 반응평가하고 및 이후 지속적으로 3~6개월마다 반응평가 실시

1) ICS-LABA: Inhaled corticosteroid - Long acting β_2 -agonist

2) LAMA: Long acting muscarinic antagonist

3) 반응평가: 최대호기유속(peak expiratory flow), 주간 및 야간 증상, 구원치료제(rescue medication) 사용, 폐활량검사(spirometry), 증상 악화(exacerbations) 등

▷ **약제비 심사지침에 관한 고시 내용은 '약품정보조회-DIF'에서 해당 약품을 검색하신 후에 '심사지침' 항목을 눌러 조회 가능합니다.**

신약 소개



Lyrica CR Tab

리리카 CR 서방정



1. 성분 및 함량

- Pregabalin 165mg, 330mg

2. 약가 및 제약사

- 약가
 - 165mg : (급여) 1,098원/Tab
 - 330mg : (급여) 1,400원/Tab
- 제약사 : 한국화이자제약

3. 성상 및 포장단위

- 성상
 - 165mg : 연한 주황색의 아몬드형인 필름코팅 서방정
 - 330mg : 분홍색의 아몬드형인 필름코팅 서방정
- 식별문자
 - 165mg : Pfizer/PGN 165
 - 330mg : Pfizer/PGN 330
- 포장단위 : 각각 30Tab/Bot

4. 효능효과

- 성인에서 말초 신경병증성 통증의 치료

5. 기전

- 프레가발린은 가바펜틴과 유사한 작용 및 구조를 지닌 GABA (3-isobutyl gamma-aminobutyric acid) 유사체이다. 가바펜틴과 같이 프레가발린은 항간질, 진통, 항불안의 활성을 지니는데, CNS의 alpha-2-delta site에 높은 친화력으로 결합하고 통증과 발작 장애에서 가바펜틴보다 더 강한 효과를 나타낸다.

6. 용법용량

〈용량〉

- 165mg/day로 시작하여 최대 660mg/day까지 증량할 수 있다.
- 신장에 환자에서는 아래와 같이 용량 조절이 필요하다.

CLcr (mL/min)	1일 총 투여량 (mg/day)	투여방법
≥60	165~660	1일 1회
30~60	50% 감량	1일 1회
<30 또는 혈액투석	이 약 투여가 권장되지 않음 → 리리카 캡슐로 투여	

〈용법〉

- 1) 1일 1회 저녁 식후 1시간 이내에 통째로 삼켜 복용해야 하며, 쪼개거나 으개거나 씹어서는 안 된다.
- 2) 이 약의 투여를 중단할 경우, 적어도 1주일 이상의 간격을 두고 점진적으로 중단해야 한다.
- 3) 복용을 잊은 경우
 - 저녁 식후 1시간 이내에 복용 하는 것을 잊은 경우, 취침 전 간식을 섭취하고 복용
 - 취침 전 복용을 잊은 경우, 아침 식후 복용
 - 아침 식후 복용을 잊은 경우, 다음 복용시점(저녁 식후)에 복용하도록 권고

〈리리카 캡슐에서 서방정으로 전환〉

- 리리카 캡슐에서 서방정으로 전환할 경우, 전환하는 날에 리리카 캡슐 아침 용량을 복용하고 저녁 식후 서방정 투여를 시작한다.

리리카 캡슐 (1일 2~3회로 분복)	리리카CR서방정 (1일 1회)
75mg/day	82.5mg/day
150mg/day	165mg/day
225mg/day	247.5mg/day
300mg/day	330mg/day
450mg/day	495mg/day
600mg/day	660mg/day

7. 사용상 주의사항

〈금기〉

- 프레가발린 또는 이 약의 성분에 과민한 환자

〈신중투여〉

- 1) 당뇨병자
 - : 최근 프레가발린의 투여로 체중이 증가된 당뇨병자는 혈당강하제의 용량 조절이 필요할 수 있다.
- 2) 혈관부종을 포함한 과민반응
 - : 혈관부종의 증상(예: 안면/입 주위/상기도 부종)이 나타난 경우, 즉시 이 약을 중단해야 한다.
- 3) 고령자
 - : 이 약 투여로 인한 어지러움 및 졸음은 고령의 환자에서 우연한 상해의 빈도를 증가시킬 수 있으므로 환자에게 주

지시시켜야 한다.

- 4) 일시적 시야 흐림과 시력 변화
: 일시적으로 발생한 시야 흐림과 시력 변화는 이 약의 중단으로 사라지거나 개선될 수 있다.
- 5) 이 약을 중단 예정인 환자
: 프레가발린을 단기간 또는 장기간 치료하다 중단한 경우 금단증상(예: 불면증, 불안, 두통, 구역, 설사 등)이 관찰되었다.
- 6) 약물 오남용 병력이 있는 환자
: 다른 CNS 활성 약물과 마찬가지로 환자들의 약물 남용 병력을 검토하고, 오용 및 남용의 징후(예: 내성의 발전, 투여 용량 증량, 약물추구행위)를 관찰해야 한다.
- 7) 신기능 장애 환자
: 프레가발린의 중단이나 용량 감소 후에 신기능이 개선되었다는 보고가 있었다.
- 8) 중증의 울혈성심부전 환자
: 중증의 울혈성 심부전 환자에 대한 자료가 충분치 않으므로 이러한 환자들에게는 신중히 투여해야 한다.

〈일반적 주의〉

- 1) 환자와 보호자에게 이 약의 복용 후 우울증의 징후 및 증상의 발현 또는 악화, 비정상적 기분과 행동의 변화, 자살 충동 및 자살행동 또는 자해충동의 위험을 증가시킬 수 있음을 알려야 한다. 이러한 증상이나 행동이 나타날 경우, 즉시 의료전문가에게 보고될 수 있도록 한다.
- 2) 이 약의 유효성은 당뇨병성 말초 신경병증 및 대상 포진 후 신경통 환자를 대상으로 한 임상시험에서 입증되었으나, 다른 신경병증성 통증에 대해서는 평가되지 않았다.
- 3) 이 약은 어지러움 및 졸음을 유발할 수 있다. 환자들은 이 약이 활동에 영향을 주는지에 대해 알기 전까지는 이 약을 복용하는 동안 운전 및 복잡한 기계 조작 혹은 잠재적인 위험성이 있는 활동을 하지 않도록 권고되어야 한다.

8. 이상반응

- 가장 흔한 이상반응 : 어지러움, 졸음, 말초부종, 두통, 피로, 현기증, 시야흐림, 구역, 구강건조, 체중증가

9. 상호작용

- 프레가발린은 옥시코돈에 의해 발생한 인지력 및 운동기능의 감소에 영향을 미친다.
- 프레가발린은 에탄올 및 로라제팜의 효과를 증강시킬 수 있다.
- 프레가발린과 다른 중추신경계 억제제를 병용 투여한 환자에서 호흡부전과 혼수가 보고된 바 있다.
- 아편유사 진통제와 같은 변비가 유발될 수 있는 성분의 약물과 병용투여 시, 하부소화기계 기능 감소와 관련된 사례(예: 장폐쇄증, 무력 장폐쇄증, 변비)가 보고된 바 있다.

10. 임부 및 수유부에 대한 투여

- 1) 임부 : 임부를 대상으로 프레가발린을 투여한 적절한 자

료는 없으므로, 치료상의 유익성이 태아에 대한 위험성을 상회하는 경우를 제외하고는 임부에 투여하지 않는다. 가임 여성에 투여할 경우에는 피임을 해야 한다.

- 2) 수유부 : 프레가발린은 수유부의 모유 중으로 이행된다. 영아에 대한 프레가발린의 안전성은 밝혀진바 없으므로 이 약을 투여하는 동안 수유는 권장되지 않는다. 모유수유 또는 이 약의 투여를 중단해야 한다.

11. 고령자에 대한 투여 (만 65세 이상)

- 신기능이 저하된 고령자의 경우에는 감량이 필요할 수도 있다.

12. 저장방법

- 기밀용기, 실온(1~30°C)보관



다음은 약제팀 내 약품정보실로 유선 문의한 내용을 정리한 것입니다.

Q1. Beta-blocker antidote 목적으로 Glucagon (해독제) Inj을 사용하려고 합니다. 희석 시 어떤 수액을 사용하나요?

A1. 해독제에 대한 정보는 '중앙응급의료센터 홈페이지 (<https://www.e-gen.or.kr>) 상단의 중독정보 → 해독제 안내'에서 확인할 수 있습니다. 중앙응급의료센터 glucagon 설명서에 의하면, 수액요법과 atropine에 회복되지 않는 beta-blocker 중독에 glucagon이 사용될 수 있으며, 약효 지속시간이 30분으로 짧아 반복사용 또는 유지요법이 반드시 필요합니다. 초기 용량으로 glucagon 3mg을 2~3분간 정맥주사하고, 10~15분 후 맥박, 혈압 호전이 없으면 glucagon 5mg을 1~2분간 반복 주사합니다(최대 10mg). 지속주입시에는 glucagon 20mg을 5% DW 100ml에 희석하여 2~5mg/hr의 속도로 투여하시면 됩니다.

[참고자료 : 중앙응급의료센터 glucagon 설명서 (Novo nordisk, Fresenius kabi)]

Q2. Fresofol MCT Inj 2% 1000mg/50ml 허가사항에 보면 '이 약은 다른 주사제 또는 주입액과 사전 혼합하여 투여하지 않는다(2% 제제에 한함)' 이라 되어 있습니다. Ultian Inj(울티안 주)와 3-way valve로 연결하여 투여할 수 없나요?

A2. Fresofol MCT Inj은 propofol 성분의 전신 마취제이며, Ultian Inj은 remifentanil 성분의 마약성 진통제입니다. Fresofol MCT Inj 2%의 허가사항 중 '사용상의 주의사항-적용상의 주의' 항에 '이 약을 투여하고 있는 장치에 다른 약물이나 수액을 가할 때 카놀라 부위에 근접하게 투여하여야 한다.'고 되어 있습니다. 또한, Ultian Inj의 허가사항 중 '사용상의 주의사항-적용상의 주의-병용금지' 항에 '이 약은 프로포폴과 함께 같은 정맥주사 혼합액에 혼합해서는 안된다. 각 약물을 독립적으로 조절하기 위해서 별도의 정맥투여 세트(running IV set)를 이용하여 투여하도록 한다.'고 명시되어 있습니다. Propofol과 remifentanil의 IV compatibility를 확인한 결과, Y-site의 경우 불확실하거나 가변적이며 admixture 또한 화학적으로 불안정하여 부적합성을 나타내므로 Ultian Inj과 Fresofol MCT Inj 2%는 별도의 라인으로 투여하시기 바랍니다.

[참고자료 : 식약처 허가사항, Lexicomp]

Q3. 성인 폐렴구균 예방백신으로 사용되는 PROdiac-23 Inj 0.5ml/PFS와 PREVenar 13 Inj 0.5ml/PFS의 차이가 무엇인가요?

A3. . PROdiac-23 Inj 0.5ml/PFS는 23개 혈청형을 포함하는 다당백신(pneumococcal polysaccharide vaccine)이며, PREVenar 13 Inj 0.5ml/PFS는 13개 혈청형의 다당이 단백질반체에 결합된 단백질결합백신(pneumococcal conjugated vaccine)입니다. 두 백신은 서로 다른 조성으로 인해 면역반응에 차이를 보이는데, 다당백신은 체내에서 T세포

포 비의존적인 항원으로 작용하므로 면역체계가 미성숙한 2세 미만의 영유아에게 접종시에는 항체 형성이 잘 되지 않습니다. 반면, 단백결합백신은 T세포 의존적인 반응으로 전환할 수 있어 2세 미만의 영유아에게도 좋은 면역반응을 유도할 수 있습니다. PROdiac-23 Inj 0.5ml/PFS는 2세 이상의 고위험군 소아청소년과 성인, 65세 이상 노인이 접종 대상이며, PREVenar 13 Inj 0.5ml/PFS는 생후 2개월부터 5세 미만의 모든 소아, 5세 미만에 접종을 받지 않은 5세 이상의 고위험군 중 만성질환 및 면역저하 상태의 6세 미만의 소아와 면역저하, 무비증, 뇌척수액 누출, 인공와우 이식상태의 소아청소년과 성인이 접종 대상입니다.

[참고자료 : 식약처 허가사항, 예방접종대상 감염병 관리 지침(질병관리본부, 2020), 성인 예방접종 안내서 제2판(질병관리본부, 2018), 예방접종실시 기준 및 방법(질병관리본부, 2017)]

Q4. Lasix Inj 20mg/2ml 10amp을 N/S 100ml에 희석하여 한번에 투여해도 되는지, 하루 최대 얼마나 투여 가능한지 궁금합니다.

A5. Lasix Inj은 고혈압, 부종 등에 사용하는 furosemide 성분의 loop diuretics입니다. ‘식약처 허가사항-용법용량’ 항에 따르면, 성인의 경우 1일 1회 20~40mg을 정맥 또는 근육 주사하며, 충분한 효과가 나타나지 않을 시 2시간마다 20mg씩 증량하여 1일 1~2회 주사하도록 되어 있습니다. Lexicomp 약품 정보에 따르면, loop diuretics 경구제를 복용하는 환자에서 acute decompensation이나 refractory edema 발생 시, 평소 복용하던 일일 총 투여량의 1~2.5배를 초기 용량으로 IV 투여하고, 만약 초기 용량으로 이뇨가 일어나지 않으면 이뇨 발생 시까지 용량을 두배로 하여 투여합니다. 유효 용량이 정해지면 일반적으로 1일 1~2회 투여하며, 필요시 더 자주 투여할 수 있습니다. Bolus에 반응이 있는 경우 continuous infusion이 가능하고 eGFR이 30이상일 경우는 초기 5mg/hr로, eGFR이 30미만이면 초기 20mg/hr의 속도로 최대 40mg/hr까지 투여할 수 있습니다. Furosemide의 독성을 피하기 위해서 권고되는 1일 최대 투여량은 600mg/day입니다.

[참고자료 : 식약처 허가사항, UptoDate, Lexicomp]



Pharmacy News Brief

1. 신규 입고 약품 (2020.7.1 ~ 7.31)

약품명	성분명	제약회사	사유
ETOloce 50mg/1ml/PEN Inj	Etanercept	삼성바이오에피스	2020-2차 약사위원회 승인 / EtoLoce 50mg/1ml/PFS Inj 대체
Medinoxil Plus Soln 90ml(원외)	Minoxidil 5%+Tocopherol +Pyridoxine+Menthol	동구바이오제약	2020-2차 약사위원회 승인 / Minoxyl Gel 5% 45g(원외) 대체

약품명	성분명	제약회사	사유
Mycal-D Tab(원외)	Ca으로 240mg+Cholecalciferol 400unit+Cyanocobalamin 0.5mg+Folic acid 0.25mg	명문제약	2020-2차 약사위원회 승인 / Cavid Chew Tab(원외) 대체
Velphoro Chewable Tab (30정/병)	Sucroferric oxyhydroxide 2500mg (Fe로서 500mg)	FMC Korea	2020-2차 약사위원회 승인
LYNparza Tab 100mg(56정/BOX) (비재고)	Olaparib	한국아스트라제네카	
LynpaRZA Tab 150mg(56정/BOX) (비재고)			
TECentriq 840mg/14ml Inj(비재고)	Atezolizumab	한국로슈	
Dovato Tab	Dolutegravir 50mg + Lamivudine 300mg	한국글락소스미스클라인	
HIDRASEC Cap 100mg	Racecadotril	한국애보트	
PLAvix A Tab(원외)	Clopidogrel 75mg + Aspirin 100mg	사노피-아벤티스	무상 약품(특례수입 승인, 국립중앙의료원 공급)
Remdesivir Inj 100mg	Remdesivir	Gilead Science	
Megbal Inj 50mg	Melphalan	에이스파마	
Sidovis Inj 375mg/5ml(희귀/원외)	Cidofovir	한국희귀필수의약품센터	Cidofovir Inj 375mg/5ml(희귀/원외) 공급중단 대체

2. 코드 폐기 약품 (2020.7.1 ~ 7.31)

약품명	성분명	제약회사	사유
Zejula Cap 100mg(원외)	Niraparib	한국다케다	2020-2차 약사위원회 결정사항 / 원외→원내 . 외 전환
Acelex Cap 2mg	Polmacoxib	크리스탈지노믹스	제형변경 / ACElex Tab 2mg로 대체
Pocral Syr 100mg/ml	Chloral hydrate	한림제약	규격단위 변경 (10ml→5ml)
Merogel Gel 10g	Metronidazole 7.5mg/g	비씨월드제약	규격단위 변경 (10g→5g)
Prednilone Eye Drops 1%(10ml)	Prednisolone Acetate	대우제약	Pred Forte Eye Drop 품질 해체에 따른 대체약 코드폐기
Zepeed Tab 200mg(원외)	Avanafil 200mg	JW중외제약	생산중단
Sunvepra Cap 100mg	Asunaprevir	한국BMS	생산중단
Daklinza Tab 60mg	Daclatasvir hydrochloride	한국BMS	생산중단
Isepamicin Inj 200mg/2ml	Isepamicin sulfate	유한양행	생산중단

발행인 : 이영희

발행처 : 아주대학교병원 약제팀

(<http://pharm.ajoumc.or.kr>)

편집인 : 최리라, 이선경, 박정용, 김보경, 견진옥

16499

경기도 수원시 영통구 월드컵로 164

TEL : 031-219-5678/5684

Fax : 031-219-4865