



Pharmacy Newsletter

2021.5
Vol.17 No.5

Contents

- | | |
|-------------------------------------|------------------------|
| 1. 의약품 정보 변경사항 안내 | 3. Q&A |
| 2. 신약소개 : RemSIMA 120mg/1ml/PEN Inj | 4. Pharmacy News Brief |



의약품 정보 변경사항 안내

▣ 의약품 급여인정기준 변경 안내

2021년 4월, 5월에 적용된 『요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 일부 개정』 내용 중 주요 약제에 대한 정보를 안내드리오니 업무에 참고해주시기 바랍니다.

[1] 메르스 코로나바이러스 (MERS-CoV) 및 코로나바이러스 감염증-19 (COVID-19) 치료제

[적용일자 : 2021. 4. 1]

- 허가사항 범위를 초과하여 메르스(MERS) 및 코로나바이러스감염증-19(COVID-19)에 다음과 같은 기준으로 투여 시 요양급여 인정

〈메르스 코로나바이러스(MERS-CoV)〉 : 기존 내용과 동일함(세부 내용 생략).

〈코로나바이러스감염증-19(COVID-19)〉

1) 투여 대상 : **코로나바이러스감염증-19가 확진된 환자**

[삭제] 코로나바이러스감염증-19 감염이 의심되어 확진 검사를 시행중인 경우

▣ 의약품 급여인정기준 변경 안내 - 이어서

[1] 메르스 코로나바이러스 (MERS-CoV) 및 코로나바이러스 감염증-19 (COVID-19) 치료제

[적용일자 : 2021. 4. 1]

〈코로나바이러스감염증-19(COVID-19)〉

2) 대상 약제 :

- ① Interferon 제제(peg-interferon 제제 포함) → remdesivir 제제, corticosteroid 제제 등 임상진료지침에서 권고되는 치료법으로 효과가 불충분하거나 이러한 치료법을 사용할 수 없는 경우
- ② Human immunoglobulin G(IVIG) 제제 → 패혈증 또는 급성 호흡곤란 증후군일 경우
- ③ Oseltamivir 경구제, zanamivir 외용제 → 인플루엔자 감염이 합병되었거나 강하게 의심되는 경우
- ④ 항생제 → 세균성 감염이 동반되어 있거나 의심되는 경우
- ⑤ 코르티코스테로이드 제제(대상 성분 : dexamethasone, prednisolone, methylprednisolone, hydrocortisone) → 중증 이상의 경우
- ⑥ 저분자량 헤파린(대상 성분 : bemiparin, dalteparin, enoxaparin, nadroparin, fondaparinux) → 코로나바이러스감염증-19로 인해 입원한 환자에 투여한 경우
- ⑦ 신항응고제(대상 성분 : apixaban, edoxaban, rivaroxaban, dabigatran) → 코로나바이러스감염증-19로 인해 입원한 환자 중 저분자량 헤파린을 투여할 수 없는 경우
- ⑧ Baricitinib 제제 → remdesivir + 코르티코스테로이드제를 투여할 수 없을 때 대안으로 remdesivir와 병용 투여하는 경우
- ⑨ 대상 목록에서 **삭제된 약품** : lopinavir+ritonavir 제제, hydroxychloroquine 제제, ribavirin 제제

[2] Brolucizumab 주사제

[적용일자 : 2021. 4. 1]

(본원 약품명 : Beovu 19.8mg/0.165ml/PFS Inj)

- 허가사항 범위 내에서 다음과 같은 기준으로 투여 시 요양급여 인정, 그 외에는 약값 전액을 환자가 부담.

[신설] 〈신생혈관성(습성) 연령관련 황반변성〉

1) 투여대상 :

연령관련 황반변성(Age-related macular degeneration)에 의한 황반하 맥락막 신생혈관(Subfoveal choroidal neovascularization)을 가진 환자. 다만, 반흔화된 경우나 위축이 심한 경우 등은 투여 대상에서 제외됨.

2) 투여방법 :

- ① 초기 3회 투여 후에도 치료효과가 보이지 않으면 그 이후 투여는 **급여 인정하지 않음.**
- ② Aflibercept 또는 ranibizumab 주사제에서 동 약제로 교체(투여조건서 첨부)하여 3회 투여 후에도 치료효과가 보이지 않으면 그 이후 투여는 **급여 인정하지 않음.**
- ③ 5회 투여부터는 교정시력이 0.1이하인 경우 **급여 인정하지 않음**(단안시의 경우 사례별로 인정).

3) Verteporfin(약품명 : Visudyne Inj 15mg(차광투여))과의 병용투여는 **급여 인정하지 않음.**

▣ 의약품 급여인정기준 변경 안내 - 이어서

[3] Guselkumab 주사제

[적용일자: 2021. 5. 1]

(본원 약품명 : Tremfya 100mg/1ml/PFS Inj)

- 허가사항 범위 내에서 다음과 같은 기준으로 투여 시 요양급여 인정, 그 외에는 약값 전액을 환자가 부담

[신설] <손발바닥 농포증>

- 1) 투여대상 : 6개월 이상 지속되는 중등도-중증 손발바닥 농포증 환자(만 18세 이상 성인)로 **가), 나)** 또는 **가), 다)**를 충족하는 경우(단, 광선요법에 모두 금기인 환자는 가), 나) 조건을 충족하는 경우)

가) PPPASI(Palmoplantar Pustular Psoriasis Area & Severity Index) 12 이상

나) Acitretin을 치료용량으로 3개월 이상 투여하였음에도 반응이 없거나, 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우(소견서 첨부)

다) 광선요법으로 3개월 이상 치료하였음에도 반응이 없거나, 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우

2) 평가방법

- 동 약제를 20주간(4회) 투여 후 28주 이내에 평가하여 PPPASI가 50% 이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함.
- 이후에는 지속적으로 6개월마다 평가하여 최초 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.

※ PPPASI(Palmoplantar Pustular Psoriasis Area & Severity Index)

- 왼손/오른손바닥과 왼발/오른발바닥 각각의 홍반(erythema), 농포(pustule), 표피 박리(desquamation), 병변 범위(area affected)의 정도에 따라 항목별로 0~6점의 점수 부여.

Score	0	1	2	3	4	5	6
Erythema(E)	None	Slight	Moderate	Severe	Very severe	-	-
Pustule(P)	None	Slight	Moderate	Severe	Very severe	-	-
Desquamation(D)	None	Slight	Moderate	Severe	Very severe	-	-
Area affected(%)	0	10	10~30	30~50	50~70	70~90	90~100

- PPPASI 계산식 : $\{(E+P+D) \times \text{Area} \times 0.2[\text{왼손바닥}] + (E+P+D) \times \text{Area} \times 0.2[\text{오른손바닥}] + (E+P+D) \times \text{Area} \times 0.3[\text{왼발바닥}] + (E+P+D) \times \text{Area} \times 0.3[\text{오른발바닥}]\}$

Ref) *British Journal of Dermatology* 2001; 145: 546-553.

신약 소개



RemSIMA 120mg/1ml/PEN Inj

램시마 펜주



1. 성분 및 함량

- Infliximab 120mg/1ml/Pen

2. 약가 및 제약사

- 약가 : (급여) 282,677원/Pen
- 제약사 : 셀트리온

3. 성상 및 포장단위

- 성상 : 무색 또는 옅은 갈색이고 투명에서 탁한 용액이 무색투명한 프리필드시린지가 내부에 장착 된 펜에 든 주사제
- 포장단위 : 1 Pen/Box

4. 기전

- Infliximab은 $TNF\alpha$ 와 높은 친화도로 결합하여 $TNF\alpha$ 와 수용체의 결합을 억제하여 $TNF\alpha$ 의 활성을 억제한다. 또한, 보체 또는 주효세포(effector cell)와 함께 세포용해를 유도할 수 있다.

5. 효능효과

1) 성인 크론병

- 코르티코스테로이드제나 면역억제제 등의 치료에 반응을 나타내지 않거나, 내약성이 없는 경우 또는 이러한 치료방법이 금기인 **중등도~중증의 활성 크론병**
- 항생제, 배출법, 면역억제 치료 등 보편적인 치료에 반응을 나타내지 않는 **누공성 활성 크론병**

2) 보편적인 치료에 적절한 반응을 나타내지 않는, 중증 축성 증상 및 염증과 관련된 혈청학적 지표의 상승이 나타나는 **강직성 척추염**3) 코르티코스테로이드나 6-머캅토피린 또는 아자치오프린 등 보편적인 치료 약제에 대해 적절한 반응을 나타내지 않거나 내약성이 없는 경우 또는 이러한 약제가 금기인 **중등도~중증의 궤양성 대장염**

4) 성인 류마티스성 관절염

- 메토트렉세이트를 포함, 질환 완화 약제(DMARD)에 대한 반응이 불충분한 **활성 관절염**
- 기존에 메토트렉세이트 및 다른 DMARD로 치료받은 적이 없는 **중증, 활성, 진행성 관절염** (이러한 환자군에서는 X선 측정으로 평가 시 관절 손상 진행 속도의 감소가 관찰되었다.)

6. 용법용량

- 초기에는 정맥주사(IV) 제형 사용 후, 유지요법 시 **피하주사(SC)** 제형인 이 약 사용 가능
- 코르티코스테로이드제나 면역억제제와 같은 다른 치료와 병용 가능
- 인플릭시맷을 정맥 주입 받는 유지요법에서 이 약(피하주사)으로 투여 경로를 변경하려는 경우, 8주 간격의 인플릭시맷 정맥 주입 중 마지막 정맥 주입 후 8주 후에 이 약 120mg을 매 2주마다 피하 투여

(적응증별 용법용량)

- 성인

적응증	용법·용량
크론병, 강직성 척추염, 궤양성 대장염	초기 : 0, 2주차에 5mg/kg IV Inf. 유지 : 마지막 IV Inf. 4주 후 120mg SC, 이후 매 2주마다 120mg SC
류마티스성 관절염	초기 : 0, 2주차에 3mg/kg IV Inf. 유지 : 마지막 IV Inf. 4주 후 120mg SC, 이후 매 2주마다 120mg SC

7. 사용상 주의사항

(금기)

- 이 약의 주성분 및 부형제 또는 다른 마우스 단백질에 과민성의 병력이 있는 환자
- 결핵 및 다른 중증감염(패혈증, 농양 등), 기회감염 환자
- 중증도에서 중증의 심부전 환자(NYHA class III/IV)

(신중투여)

- 경미한 울혈성 심부전 환자(NYHA class I/II)

(일반적 주의)

- 1) 운전 및 기계조작 능력에 이 약이 미치는 영향에 대해서는 연구된 바 없으나 피로를 느끼는 환자는 운전 또는 기계조작을 피하도록 주의해야 한다.
- 2) 환자에게 이 약을 투여하기 전 이 약의 부작용에 대해 충분히 설명하여야 하며, 만일 감염이 있는 환자에게 이 약을 투여하는 경우 매 방문 시 전반적인 건강상태를 확인해야 한다.

8. 이상반응

- 자주(1%~10% 미만) 발생하는 이상반응

감염증	바이러스 감염(예 : 인플루엔자, 헤르페스 바이러스 감염)
면역계	혈청병 유사반응
신경계	두통, 어지러움, 현기증
혈관계	홍조
호흡기계 및 흉부	하기도감염(예 : 기관지염, 폐렴), 상기도 감염, 호흡곤란, 부비동염
위장관계	구역, 설사, 복통, 소화불량
간 및 담즙 질환	간 트랜스아미나제 상승
피부 및 피하조직 질환	발진, 가려움, 두드러기, 발한증가, 피부 건조
전신질환 및 투여부위 반응	홍통, 주입관련 반응, 피로, 발열

9. 상호작용

- 1) TNF α 저해제와 anakinra(IL-1 수용체 저해제)의 병용 투여 시 중증 감염과 호중구감소증이 발생하였고, TNF α 저해제 단독투여와 비교 시 별도의 유의성이 없었다. 따라서 두 약물의 병용투여는 권장되지 않는다.
- 2) TNF α 저해제와 abatacept의 병용투여 시 TNF α 저해제 단독투여보다 중증 감염을 포함한 감염의 위험성이 증가하였고, 유의성은 증가하지 않았다. 따라서 두 약물의 병용투여는 권장되지 않는다.
- 3) Infliximab과 같은 치료목적을 위해 사용되는 다른 생물학적 치료제와의 병용 투여는 감염의 위험성을 증가시킬 수 있어 권장되지 않는다.
- 4) Infliximab과 생백신 또는 치료적 감염성 물질의 병용투여는 감염의 위험성을 높일 수 있으므로 권장되지 않는다.

10. 임부 및 수유부에 대한 투여

- 임부 : Infliximab은 태반을 통과하며 임신 중 infliximab을 투여받은 환자에게서 태어난 태아의 혈중에서 6개월까지 측정되었다. 이러한 태아는 감염의 위험이 높을 수 있으며, 이러한 태아에게 생백신을 투여할 때는 주의하여야 한다.
- 가임여성 : 임신을 예방하기 위하여 적절한 피임을 시행하고 infliximab으로 치료 후 최소 6개월간 피임해야 한다.
- 수유부 : Infliximab이 모유로 이행되는지는 알려지지 않았으나, 사람 면역글로불린은 모유 중으로 이행되므로, infliximab으로 치료한 후 최소한 6개월간 수유를 중단한다.

11. 보관 및 취급상의 주의사항

<보관방법>

- 밀봉용기, 차광하여 냉장(2~8°C) 보관
- 외부포장에 보관된 채로 최대 25°C에서 28일간 사용하기 한 내에서 보관 가능. 이 경우 다시 냉장보관불가

<적용상의 주의사항>

- 1) 투여 전, 이 약이 실온 상태가 되도록 실온에 30분간 놓아 둔다. 바늘 커버는 이 약이 실온으로 될 때까지 제거해서는 안된다.
- 2) 주사부위를 알코올 솜으로 닦는다. 녹색 캡을 주사 직전에 제거한다. 캡을 다시 닫거나 주사바늘 커버를 만져서는 안된다.
- 3) 창이 보이도록 잡고 피부와 직각(90도)이 되도록 놓는다. 이 때 피부를 손으로 집거나 늘려서는 안된다.
- 4) 펜을 피부에 강하게 눌러 주입을 시작한다. 바늘이 나올 때 나는 ‘딸깍’ 소리가 들리고 녹색 표시가 창 내로 이동하는 것이 보인다. 두번째 ‘딸깍’ 소리가 들릴 때까지 기다린다.
- 5) 두번째 ‘딸깍’ 소리가 들릴 때 펜을 피부에 강하게 누른 채로 천천히 하나부터 다섯까지 센다. 이는 주사가 완전히 이루어질 때까지 기다리기 위함이다.
- 6) 녹색 표시가 창을 완전히 채운 것을 확인 한 후 펜을 피부에서 제거한다. 녹색 표시가 창을 완전히 채우지 않았을 경우, 주사가 완전히 이루어지지 않은 것이며 담당 의사에게 해당 사실을 전해야 한다. 주사부위를 문지르면 안 된다.
- 7) 사용하지 않고 남은 부분은 버린다. 이 약은 일회용이며 재사용하지 않는다.



다음은 약제팀 내 약품정보실로 유선 문의한 내용을 정리한 것입니다.

Q1. 신기능이 저하되어 있는 칸디다혈증 환자에게 Oneflu Inj 100mg/50ml (fluconazole)를 투여하려고 하려고 합니다. eGFR 20ml/min/1.73m² 정도인데 용량 조절이 필요한가요?

A1. 식약처 허가사항에 따르면, 칸디다혈증 환자에게 보통 첫날 400mg을 1회 투여하고 다음날부터 1일 1회 200mg을 투여하며, 환자의 반응에 따라 1일 1회 400mg까지 증량할 수 있습니다.

신장애 환자에게 단회 투여하는 경우에는 용량 조절이 필요없으나, 여러번 투여해야 하는 경우에는 투여 첫날에만 상용량을 투여하고 다음날부터는 다음과 같이 용량 조절이 필요합니다.

크레아티닌 청소율 (ml/min)	권장 투여용량
>50	상용량의 100%
≤50 (투석하지 않음)	상용량의 50%
혈액투석 환자	각 혈액투석 후에 상용량의 100%

[참고자료 : 식약처 허가사항]

Q2. Duphalac(변비) Easy Syr (lactulose)을 복용하면 체내 나트륨 상승이 발생할 수 있나요?

A2. Lactulose는 갈락토오스와 과당으로 구성된 합성 이당류로서 그 결합이 이당분해효소에 의해 분해되지 않습니다. 그로 인해 소장에서 체내로 흡수되지 않고 소장 내 삼투 작용을 증가시켜, 수분을 함유한 변의 부피를 증가시키고 소장 운동을 자극합니다. 또한, 대장에서 당 분해 세균에 의해 발효되어 단사슬 지방산을 형성함으로써 삼투 작용을 증가시키고, 대장의 연동운동을 촉진시키는 것으로 알려져 있습니다.

이러한 삼투성 완하제인 lactulose를 장기간 또는 과량 투여 시, 체액 손실 및 저칼륨혈증, 고나트륨혈증 등의 전해질 이상이 나타날 수 있으므로 주의가 필요합니다.

[참고자료 : 식약처 허가사항, 대한소화관운동학회지 (2006) 12:127-135]

Q3. 환자분이 본원에서 건강검진 후 헬리코박터 제균약으로 Amoxicillin Cap 500mg (amoxicillin), Klaricid Tab 500mg (clarithromycin), Nexium Tab 40mg (esomeprazole)을 처방 받았습니다. 비노기과약인 Thrupas ODT 8mg (silodosin)을 같이 복용해도 될까요?

A3. 환자분 복용약 중 Klaricid Tab의 성분인 clarithromycin은 강력한 CYP3A4 저해제로, Thrupas ODT의 성분인 silodosin의 대사를 저해하여 혈중 농도를 증가시킬 수 있어 병용 금기입니다.

Silodosin은 체내에서 주로 CYP3A4, UDP-글루쿠론산 전이효소(UGTs), 알코올 탈수소효소(ADH) 및 알데히드 탈수소 효소(ALDH)에 의해 대사됩니다. 강력한 CYP3A4 저해제인 ketoconazole 400mg을 silodosin 8mg과 병용투여 했을 때, AUC가 3.2배, Cmax가 3.8배 증가한 연구결과가 있습니다. 특이적인 상호작용이 연구되지는 않았지만, 다른 강력한 CYP3A4 저해제(예: clarithromycin, itraconazole, ritonavir)와 병용투여 시 silodosin의 대사가 저해되어 이 약의 혈 중 농도가 상승할 수 있으므로, 병용투여하지 않아야 합니다.

[참고자료 : 식약처 허가사항]

Q4. Ongentys Cap 50mg (opicapone)을 레보도파/도파탈탄산효소억제제 (benserazide 또는 carbidopa)와 1시간 이상 간격을 두고 복용해야 하는 이유가 무엇인가요?

A4. Opicapone의 임상시험에서 opicapone을 레보도파/도파탈탄산효소억제제(DDCI)와 동시에 투여 시, opicapone의 용량에 따라 레보도파의 Cmax 및 AUC의 변화에 차이가 있고, 레보도파의 제형(IR/CR)에 따라서도 차이가 있었습니다. 또한, DDCI 종류에 따라서도 DDCI의 Cmax 및 AUC 변화에 차이가 있었습니다. 이는 opicapone과 레보도파/DDCI 제제 간 흡수 단계에서의 상호작용에 기인한 것으로 보이며, 1시간 간격을 두고 투여하였을 때는 이러한 상호작용으로 인한 변화가 거의 없었기에, 최소 1시간 이상의 간격을 두고 복용하도록 허가되었습니다.

[참고자료 : 제약사(SK케미칼) 답변 - European journal of neurology (2017) 24: 339, 식약처 허가사항]

Q5. 원내 처방 가능한 골다공증 치료제 중 일주일에 1번 복용하는 약품으로 어떤 것이 있나요?

A5. 원내 주 1회 복용하는 골다공증 치료제로는 Ostron Tab 35mg과 Fosamax Plus D Tab 70mg/5,600unit이 있습니다.

약품명	성분명	효능효과	용법
Ostron Tab 35mg	Risedronate 35mg	1. 폐경 후 여성의 골다공증 치료와 예방 2. 남성의 골다공증 치료	1주 1회 1T, 아침식사 최소 30분 전 충분한 양의 물과 함께 복용
Fosamax Plus D Tab 70mg/5,600unit	Alendronate 70mg + Cholecalciferol 5,600unit	1. 폐경 후 여성의 골다공증 치료 2. 남성의 골다공증 치료	

[참고자료 : 식약처 허가사항]



Pharmacy News Brief

1. 신규 입고 약품 (2021.4.1 ~ 4.30)

약품명	성분명	제약회사	사유
Tapcom 0.3ml(30EA/PAK) 점안액(원외)	Tafluprost 15mcg/ml + Timolol 5mg/ml	한국산텐제약	2021-1차 약사위원회 승인 / Tapcom Opth Sol 2.5ml(원외) 대체
Dylastine Nasal Spray(120회) (원외)	(Fluticasone propionate 0.05mg + Azelastine HCl 0.137mg)/회	부광약품	2021-1차 약사위원회 승인 / Azeptin Nasal Soln(10ml) 대체
RAMnos 250mg(30Cap/병)	Lactobacillus casei variety rhamnosus freeze-dried culture	한화제약	2021-1차 약사위원회 승인 / Antibio Cap 300mg 대체
Amitiza Soft Cap 24mcg	Lubiprostone	한국다케다	2021-1차 약사위원회 승인
Rinvoq ER Tab 15mg	Upadacitinib	한국애브비	
VANcozin Cap 125mg	Vancomycin HCl(PO)	한국유나이티드제약	
Cresemba Cap 100mg	Isavuconazole	한국화이자	
Cresemba Inj 200mg			
DUPixent 200mg/1.14ml/PFS Inj	Dupilumab	사노피-아벤티스	
RemSIMA 120mg/1ml/PEN Inj	Infliximab	셀트리온제약	
Fasenra 30mg/1ml/PFS Inj	Benralizumab	한국아스트라제네카	
XOLair 75mg/0.5ml/PFS Inj	Omalizumab	한국노바티스	
ALBumin(SK) 20% 100ml Inj	Human serum albumin	SK플라즈마	
Omegaven Inj 10% 50ml	Purified fish oil	프레지니우스 카비	
Truset Tab 40/5/12.5mg(원외)	Telmisartan 40mg + Amlodipine 5mg + Chlorthalidone 12.5mg	유한양행	
Truset Tab 80/5/12.5mg(원외)	Telmisartan 80mg + Amlodipine 5mg + Chlorthalidone 12.5mg		
Truset Tab 80/5/25mg(원외)	Telmisartan 80mg + Amlodipine 5mg + Chlorthalidone 25mg		
Jardiance Duo 12.5/1000mg Tab(원외)	Empagliflozin + Metformin HCl	한국베링거인겔하임	

약품명	성분명	제약회사	사유	
Nocdurna 25mcg 설하정(원외)	Desmopressin	한국페링	2021-1차 약사위원회 승인	
Nocdurna 50mcg 설하정(원외)				
Biotop High Cap(원외)	Enterococcus faecalis + Bacillus mesentericus + Clostridium butyricum	한올바이오파 마		
Liporaxel Sol 50mg/5ml(원외)	Paclitaxel	대화제약		
Liporaxel Sol 100mg/10ml(원외)				
Liporaxel Sol 300mg/30ml(원외)				
Eybelis 0.002% 2.5ml 점안액(원외)	Omidenepag isopropyl	한국산텐제약		
Alesion 0.05% 5ml 점안액(원외)	Epinastine HCl	한국산텐제약		
Beovu 19.8mg/0.165ml/PFS Inj	Brolucizumab	한국노바티스		안과 긴급신청약품
Immunate 535 (Unit) Inj	Coagulation factor VIII (vWF 포함)	대한적십자사		소아청소년과 긴급신청약품
Epidyolex Oral Sol(100ml/병) (회귀/원외)	Cannabidiol 100mg/ml	한국희귀필수 의약품센터	소아청소년과 긴급신청약품	
Ringer Light 125ml Sol	Potassium citrate, Sodium chloride, Sodium citrate, Glucose	경남제약	Pedira Pow (6.264g/PAK) 생산중단 대체	
HEAlon 5 Inj 0.6ml	Sodium Hyaluronate 13.8mg	메디탑	Viscoat Eye Drop 0.75ml 품질 대체	

2. 코드 폐기 약품 (2021.4.1 ~ 4.30)

약품명	성분명	제약회사	사유
Instilla Gel 11ml	Lidocaine + Chlorhexidine	제일메딕스약 품	2020-4차 약사위원회 결정사항 / INcaine Gel 11ml로 대체
MORPHINE Sulfate 1MG/1ml Inj	Morphine Sulfate	비씨월드제약	규격 변경(앰플→바이알) / MORPHINE Sulfate 1MG/1ml(바이알) Inj로 대체
Concerta Oros Tab 18mg	Methylphenidate HCl	한국얀센	규격 변경(56Tab/Bot→30Tab/Bot)
Concerta Oros Tab 27mg			
Isuprel Inj 0.2mg/1ml	Isoproterenol.HCl	한국화이자	제약사 공급중단 / Isuprel Inj 0.2mg/1ml(회귀/원내)로 대체
Jurnista IR Tab 2mg	Hydromorphone HCl 2mg	한국얀센	공급중단 / Dilid Tab 2mg로 대체
Prozac Dispersible Tab 20mg	Fluoxetine	한국릴리	생산중단 / Proctin dispersible Tab 20mg로 대체
Pedira Pow (6.264g/PAK)	Potassium citrate, Sodium chloride, Sodium citrate, Glucose	JW신약	생산중단 / Ringer Light 125ml Sol로 대체

약품명	성분명	제약회사	사유
Amphojel Tab 300mg	Aluminium hydroxide	일동제약	생산중단 / Gelusam-M Tab 300mg로 대체
Exviera Tab 250mg(원외)	Dasabuvir sodium	한국애브비	생산중단
Viekirax Tab(원외)	Ombitasvir 12.5mg + Paritaprevir 75mg + Ritonavir 50mg	한국애브비	생산중단
Diogel Susp 17g/P	Diomagnate	녹십자	생산중단
Ca. lactate	Calcium Lactate	아주대 제약실	원내제제 생산중단

발행인 : 이영희

발행처 : 아주대학교병원 약제팀

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

편집인 : 한지운, 이진아, 박정용, 김보경, 견진욱

16499

경기도 수원시 영통구 월드컵로 164

TEL : 031-219-5678/5684

Fax : 031-219-4865