



慈濟藥訊

TZU CHI HOSPITAL PHARMACY BULLETIN

出版單位：花蓮慈濟醫院藥學部
總編輯：劉采艷
執行編輯：何振珮
編輯：陳怡珊、黃欣怡、黃詠銘、彭鳳宜

新藥介紹

癲癇發作之輔助治療藥物 -Perampanel

連柏鈞 藥師

癲癇發作(epileptic seizures)是由於大腦灰質神經細胞不正常放電所致，常為自發、無預警性發作，臨床上反覆發作，稱為癲癇(epilepsy)。調查指出，全世界癲癇患者約五千萬人，台灣盛行率為 0.6 %。誘發癲癇發作因素可能與：年齡、睡眠週期、腦部創傷、基因及藥物相關。藥物治療以作用機轉分成抑制電壓調控鈉離子通道(voltage gated Na⁺ channel)、阻斷興奮性神經傳遞物質 Glutamine 作用與釋放及增加抑制性傳導物質 GABA 的釋放等。

本院新進藥品 Perampanel (Fycompa®，癲癇達膜衣錠 2 mg/tab)，是第一個選擇性、非競爭型

α-amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazolepropionic acid (AMPA) 受體拮抗劑，可阻斷興奮性神經傳導物質 Glutamine 的作用，作為癲癇發作之輔助治療。

根據隨機分派臨床試驗發現，perampanel 對於局部癲癇發作(partial-onset seizures, POS)發生率有顯著下降，分別為 23.3 % (4 mg/day)、26.3 % - 30.8 % (8mg/day)、17.6 % - 34.5 % (12mg/day)；復發率亦能顯著下降，分別為 29 % (4 mg/day)、35 % (8mg/day)、35 % (12mg/day)。對於原發型全身性強直陣攣癲癇發作(primary generalized tonic-clonic seizures, PGTC)治療，病人每 28 天平均有 2.5 次 PGTC

發作，且同時服用 2 或 3 種其他抗癲癇藥，結果顯示對於每月原發型全身性強直陣攣癲癇發作輔助治療，與安慰劑相比其發生率(- 76.5 %)及復發率(- 64.2 %)有顯著差異。

國內核准 perampanel 適應症：一、適用於 12 歲以上成人及青少年患者局部癲癇發作併有或未併有續發型全身之發作(secondary generalized seizures)之輔助治療。二、適用於 12 歲以上成人及青少年患者原發型全身性強直陣攣癲癇發作併有原發性全身發作之輔助治療。癲癇局部發作建議起始劑量為 2 mg/day；治療劑量為 4 - 12mg/day，每日睡前一次。依據耐受性及臨床反應，劑量可每 2 週調高一次(每次增加 2 mg)至 12mg/day。臨床上使用 12 mg/day 患者對於癲癇發作率有較好控制效果，但副作用發生機率也較高。原發型全身性強直陣攣癲癇發作建議起始劑量為 2mg/day，治療劑量為 8 - 12mg/day，每日睡前一次。若病患同時服用酵素誘導型抗癲癇藥(enzyme-inducing AEDs)，如 phenytoin、carbamazepine，起始劑量建議為 4 mg/day，調整劑量間隔可縮短為一週。肝、腎功能不全者，肌酸酐清除率 < 30 ml/min/1.73m² 不建議使用；輕度肝功能不全劑量為 < 6 mg/day，中度肝功能不全劑量為 < 4 mg/day，嚴重肝功能不全則不建議使用。

頭暈(16% - 43%)為 perampanel 常見副作用，建議睡前服用，減低副作用造成的意外事件(如：跌倒)。其他可能發生致命精神副作用，如：易怒、攻擊性、出現敵意、自殺意圖，使用高劑量的患者要注意精神副作用，因此需監測病人情緒、行為上有無改變或有想自殺的徵兆；一旦出現以上

症狀，應立刻就醫，並考慮降低劑量，嚴重者甚至必須停藥。

癲癇是常見的神經疾病，患者需接受長期藥物治療來控制癲癇發作，有時須服用數種藥來達到治

療效果。隨著新藥陸續開發，患者會有更多的藥物選擇，相較傳統抗癲癇藥於耐受性及副作用的嚴重性，perampanel 是患者的另一項新選擇（彭鳳宜藥師、何振珮藥師審稿）。

參考資料

1. Fycompa®藥品仿單
2. Fycompa (perampanel) [prescribing information]. Woodcliff Lake, NJ: Eisai Inc; July 2017
3. French JA, Krauss GL, Biton V, et al, "Adjunctive Perampanel for Refractory Partial-Onset Seizures: Randomized Phase III Study 304," Neurology, 2012, 79(6):589-96.
4. Krauss GL, Serratosa JM, Villanueva V, et al, "Randomized Phase III Study 306: Adjunctive Perampanel for Refractory Partial-Onset Seizures," Neurology, 2012, 78(18):1408-15.
5. Krauss GL, Bar M, Biton V, et al, "Tolerability and Safety of Perampanel: Two Randomized Dose-Escalation Studies," Acta Neurol Scand, 2012, 125(1):8-15.

藥物警訊

=臨床藥學科整理=

含碘顯影劑成分藥品有發生甲狀腺機能低下風險

加拿大衛生部(Health Canada)發布有關使用含碘顯影劑後發生甲狀腺機能低下風險。回顧通報案例及醫學文獻發現，暴露於含碘顯影劑可能發生甲狀腺機能低下。這種情況較容易發生於某些易感族群，如嬰兒（尤其早產兒）、年長者及甲狀腺相關疾病之患者。含碘顯影劑造成之甲狀腺機能低下與急性身體自我調節機制(Wolff-Chaikoff effect)有關，身體為抵抗血漿內碘的快速上升，可能會造成短暫或永久的甲狀腺機能低下。此調節機制通常會發生在暴露過量的碘後 24 至 48 小時內發生。嬰兒倘患有甲狀腺機能低下恐會影響外在發育及心智發展，此病症通常不會有顯著的症狀表現。使用該類藥品於嬰兒，應加強評估及監測嬰兒之甲狀腺機能。若發現異常，應持續監測直到恢復正常為止。

本院品項：

1. Iodixanol® 652 mg/ml 100 ml/bt (Visipaque)
2. Iohexol® 350 mg/ml 200 ml/vial (Omnipaque)
3. Iohexol® 350 mg/ml 100 ml/vial (Omnipaque)
4. Iohexol® 300 mg/ml 10 ml/vial (Omnipaque)
5. Ultravist® 370 mg/ml 200 ml/vial (Iopromide)
6. Lipiodol® Ultra-fluid 480 mg/ml 10 ml/amp (Ethiodized Poppy Seed Oil)

※ 資料來源：全國藥物不良反應通報系統

※ 提醒醫療人員，若有任何藥物不良反應，請由醫囑、護囑系統通報，或撥打 13297、13097 通報。

●●藥物不良反應

表：106 年 9 月至 106 年 11 月花蓮慈院 ADR 通報案件共 8 件，可疑藥品品項、不良反應、發生之嚴重度及相關性整理如下表

=臨床藥學科整理=

	可疑藥品	不良反應	嚴重度	相關性
1	FLU-D® 150 mg/cap (Fluconazole)	QT 波延長	輕度	極有可能
2	Viekirax® 12.5 & 75 & 50 mg/tab (Ombitasvir & Paritaprevir & Ritonavir)、Exviera® 250 mg/tab (Dasabuvir)	高膽紅素血症	輕度	極有可能
3	Tapimycin® 4 g & 0.5 g/vial (Piperacillin & Tazobactam)	全血球低下、中性球低下 G2:1000-1500/mm3、血紅素低下 G3: 6.5-8 g/dl、血小板低下 G1:75000-150000 cell/mm3	輕度	極有可能
4	Kemoplat® 10 mg/20 ml/vial (Cisplatin)	血紅素低下->G4: < 6.5 g/dL	中度	可能
5	Atripla® 600/300/200 mg/tab (Efavirenz & Tenofovir DF & Emtricitabine)	頭暈	中度	確定
6	Tienam® 500 mg/vial (Imipenem & Cilastatin)	癲癇發作	重度	極有可能
7	Tegretol® CR 200 mg/tab (Carbamazepine)	Steven-Johnson 症候群	重度	極有可能
8	U-Vanco® 500 mg/vial (Vancomycin HCl)	血小板減少	重度	極有可能

●●健保給付規定修正

1.1.5.非類固醇抗發炎劑 (NSAIDs) 藥品，屬下列成分之口服製劑：celecoxib、nabumetone、meloxicam、etodolac、nimesulide (90/7/1、97/9/1)、etoricoxib (96/1/1、99/10/1)、含 naproxen 及 esomeprazole 複方製劑(101/10/1) (106/12/1)

自一百零六年十二月一日生效

1.本類製劑之使用需符合下列條件之一者(99/10/1)：

- (1)年齡大於等於六十歲之骨關節炎病患。(celecoxib 可用於年齡大於等於五十歲之骨關節炎病患) (106/12/1)
- (2)類風濕性關節炎、僵直性脊髓炎、乾癬性關節炎等慢性病發炎性關節病變，需長期使用非類固醇抗發炎劑者。
- (3)合併有急性嚴重創傷、急性中風及急性心血管事件者 (97/2/1)。
- (4)同時併有腎上腺類固醇之患者。
- (5)曾有消化性潰瘍、上消化道出血或胃穿孔病史者。
- (6)同時併有抗凝血劑者。
- (7)肝硬化患者。

2.使用本類製劑之病患不得預防性併用乙型組織胺受體阻斷劑、氫離子幫浦阻斷劑及其他消化性潰瘍用藥，亦不得合併使用前列腺素劑 (如 misoprostol)

3.Nimesulide 限用於急性疼痛緩解，其連續處方不得超過 15 日(97/9/1)。

4.含 naproxen 及 esomeprazole 複方製劑不得作為急性疼痛的初始治療。(101/10/1)

本院品項：

1. Celebrex® 200 mg/cap (Celecoxib)
2. Mopik® 7.5 mg/tab (Meloxicam)
3. Lonine® 200 mg/cap (Etodolac)
4. Arcoxia® 60 mg/tab (Etoricoxib)

7.1.消化性潰瘍用藥：

自一百零六年十二月一日生效

1.藥品種類：

(1)制酸懸浮劑：

各廠牌瓶裝、袋裝制酸懸浮劑及袋裝顆粒制酸劑。

(2)乙型組織胺受體阻斷劑：

各廠牌乙型組織胺受體阻斷劑之口服製劑與針劑。

(3)氫離子幫浦阻斷劑：

各廠牌氫離子幫浦阻斷劑。

(4)細胞保護劑：如 gefarnate、cetraxate、carbenoxolone 等。

(5)其他消化性潰瘍用藥：

dibismuth trioxide, sucralfate, pirenzepine HCl, Gaspin, Caved-S, misoprostol, proglumide 及其他未列入之同類藥品，價格與其相當者比照辦理。

2.使用規定：(106/12/1)

(1)使用於治療活動性 (active) 或癒合中 (healing) 之消化性潰瘍及逆流性食道炎。(92/10/1)

(2)癒痕期 (scar stage) 之消化性潰瘍復發預防，其劑量依照醫理減量使用。

(3)消化性潰瘍及逆流性食道炎符合洛杉磯食道炎分級表 (The Los Angeles Classification of Esophagitis※備註) Grade A 或 Grade B 者，欲使用消化性潰瘍用藥，其使用期間以四個月為限，申報費用時需檢附四個月內有效之上消化道內視鏡檢查或上消化道 X 光攝影報告，其針劑限使用於消化道出血不能口服之病人急性期替代療法。(92/10/1)

(4)經上消化道內視鏡檢查，診斷為重度逆流性食道炎，且符合洛杉磯食道炎分級表(The Los Angeles Classification of Esophagitis※備註) Grade C 或 Grade D 者，得經消化系專科醫師之確認後可長期使用消化性潰瘍用藥一年。另外，下列病患得比照辦理：(92/10/1)

I.胃切除手術縫接處產生之潰瘍。

II.經消化系專科醫師重覆多次 (三次以上) 上消化道內視鏡檢查確認屬難治癒性之潰瘍。經診斷定為 Zollinger-Ellison 症候群之病患，得長期使用氫離子幫浦阻斷劑而不受一年之限制。

(5)需使用 NSAIDs 而曾經上消化道內視鏡或 X 光攝影證實有過潰瘍，得於使用 NSAIDs 期間內，經消化系專科醫師之確認後可使用消化性潰瘍用藥。(92/10/1)

(6)對於症狀擬似逆流性食道炎之患者，但其上消化道內視鏡檢查無異常，若欲使用消化性潰瘍用藥，則需檢附其他相關檢查 (如 24 小時 pH 監測) 的結果。(92/10/1)

- (7)消化性潰瘍穿孔病人經手術證實者，且所施手術僅為單純縫合，未作胃酸抑制相關手術者，可檢附手術記錄或病理檢驗報告，申請使用消化性潰瘍用藥，但以四個月內為限，如需繼續使用，仍請檢附胃鏡檢查或上腸胃道 X 光檢查四個月內有效報告影本。(92/10/1)
- (8)嚴重外傷、大手術、腦手術、嚴重燙傷、休克、嚴重胰臟炎及急性腦中風者為預防壓力性潰瘍，得使用消化性潰瘍藥品。此類藥物之針劑限使用於不能口服之前述病患短期替代療法。
- (9)消化性潰瘍病患得進行初次幽門螺旋桿菌消除治療，使用時需檢附上消化道內視鏡檢查或上消化道 X 光攝影報告並註明初次治療。(92/10/1)
- (10)幽門螺旋桿菌之消除治療療程以二週為原則，特殊病例需延長治療或再次治療，需檢附相關檢驗報告說明理由。
- (11)下列病患若因長期服用 NSAIDs 而需使用前列腺素劑(如 misoprostol)，得免附胃鏡報告：
(99/7/1)

I 紅斑性狼瘡。

II 五十歲以上罹患類風濕性關節炎或僵直性脊椎炎之病患。

- (12)經消化系專科醫師上消化道內視鏡檢查，並經病理切片確診為 Barrett' s esophagus 之病患，可使用消化性潰瘍用藥一年，一年內至少須經上消化道內視鏡檢查追蹤一次。(101/1/1)
- (13)腦性麻痺、先天性心臟病、消化道畸形及其他有施行胃鏡檢查困難之兒科病患有消化道出血、消化性潰瘍、逆流性食道炎者，可使用消化性潰瘍用藥六個月。上述病人若經上消化道 X 光攝影或經食道酸鹼度測定為重度逆流者，得經兒科消化醫學次專科醫師確認後長期使用消化性潰瘍用藥一年。(106/12/1)

備註：

1.The Los Angeles Classification of Esophagitis

Grade A: One or more mucosal break,each $\leq 5\text{mm}$ long,confined to the mucosal folds。

Grade B: One or more mucosal break $> 5\text{mm}$ long, confined to the mucosal folds but not continuous between the tops of two mucosal folds。

Grade C: One or more mucosal break continuous between the tops of two or more mucosal folds but which involve less than 75% of the esophageal circumference。

Grade D: Mucosal breaks which involve less than 75% of the esophageal circumference。

2. 醫療院所使用單價新台幣四元(含)以下之消化性潰瘍用藥時，得由醫師視病情決定是否需要上消化道內視鏡檢查。(92/10/1)

本院品項：

1. Aluzaine® Susp 360 ml/bot ($\text{Mg}(\text{OH})_2$ & $\text{Al}(\text{OH})_3$ & Oxethazine)
2. Stogamet® 300 mg/tab (Cimetidine)
3. Welizen® 20 mg/tab (Famotidine)
4. Famodine® 20 mg/amp (Famotidine)
5. Dexilant® DR 60 mg/cap (Dexlansoprazole)
6. Nexium® 40 mg/tab (Esomeprazole)
7. Nexium® 40 mg/vial (Esomeprazole)
8. Omezol® 20 mg/cap (Omeprazole)
9. Pane® 40 mg/vial (Pantoprazole)
10. Pariet® 20 mg/tab (Rabeprazole Sodium)
11. Scrat® suspension 1 g/10 ml/pk (Sucralfate)
12. Cytotec® 200 ug/tab (Misoprostol)

5.6.1 抗骨質再吸收劑(anti- resorptive)(101/3/1、101/5/1、102/2/1、102/8/1、103/2/1、103/10/1、104/8/1、106/12/1)

自一百零六年十二月一日生效

1.藥品種類

- (1)Bisphosphonates (雙磷酸鹽類): alendronate (如 Fosamax)、 zoledronate 5mg (如 Aclasta 5mg/100mL solution for infusion) 、 risedronate (如 Reosteo)、 ibandronate 3mg/3mL (如 Bonviva 3mg/3mL solution for injection)
- (2)Selective estrogen receptor modulators (SERM，選擇性雌激素接受體調節劑): raloxifene (如 Evista)、 bazedoxifene (如 Viviant) (102/2/1)
- (3)Human monoclonal antibody for RANKL (RANKL 單株抗體): denosumab (如 Prolia) (101/3/1)

2.使用規定

- (1)限用於停經後婦女 (alendronate、zoledronate、denosumab 及 risedronate 35mg 亦可使用於男性，risedronate 150mg 不可使用於男性) 因骨質疏鬆症 (須經 DXA 檢測 BMD 之 T score $\leq$ -2.5SD) 引起脊椎或髖部骨折，或因骨質疏少症(osteopenia)(經 DXA 檢測 BMD 之-2.5SD <T score <-1.0SD)引起脊椎或髖部 2 處或 2 次(含)以上之骨折。(101/5/1、102/8/1、103/10/1、104/8/1、106/12/1)
- (2)治療時，一次限用一項藥物，不得併用其他骨質疏鬆症治療藥物。
- (3)使用雙磷酸鹽類藥物，須先檢測病患之血清 creatinine 濃度，符合該項藥物仿單之建議規定。

本院品項：

1. Fosamax® Plus tab 70 mg & 140 ug /tab (Alendronate & Cholecalciferol)
2. Prolia® 60 mg/ml/vial (Denosumab)

14.9.2.新生血管抑制劑 (Anti-angiogenic agents) : Verteporfin (如 Visudyne)及 Anti-VEGF 如 ranibizumab (Lucentis)、 aflibercept (Eylea) (100/1/1、 101/5/1、102/2/1、103/8/1、104/5/1、105/2/1、105/7/1、105/11/1、105/12/1、106/4/1、106/12/1)(附表二十九)

自一百零六年十二月一日生效

本類藥品使用須符合下列條件:

- 1.未曾申請給付本類藥品者。
- 2.須經事前審查核准後使用。
 - (1)第一次申請時需檢附一個月內之病眼最佳矯正視力(介於 0.05~0.5(含)之間)、眼底彩色照片、FAG (fluorescein angiography)、OCT (optical coherence tomography)、及相關病歷紀錄資料。
 - (2)經評估需續用者，再次申請時需檢附第一次申請資料及再次申請前一個月內有改善證明之相關資料。
- 3.限眼科專科醫師施行。

4.已產生中央窩下(subfoveal)結痂者不得申請使用。

5.依疾病別另規定如下：

(1)50 歲以上血管新生型(濕性)年齡相關性黃斑部退化病變(wAMD)：(101/5/1、105/12/1)

I.限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請。

II.第一次申請時以 3 支為限，每眼給付以 7 支為限，須於第一次申請核准後 5 年內使用完畢。
(105/12/1)

III.若有需要排除多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變 (polypoidal choroidal vasculopathy, PCV) 之疑慮時，須執行並於申請時檢附 ICG (indocyanone green angiography)。

IV.必須排除下列情況：

i.血管新生型 wAMD 進展至視網膜下纖維化或 advanced geographic atrophy 者反應不佳。

ii.經確認為多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變(PCV) (註：aflibercept 適用於 PCV 部分請依 5.(3)辦理)。

iii.高度近視·類血管狀破裂症(angiod streaks)·或其他非 wAMD 所造成視網膜中央窩(fovea) 下之脈絡膜新生血管 (Choroidal neovascularization ; CNV) (101/5/1)。

(2)糖尿病引起黃斑部水腫 (dia-betic macular edema, DME)之病變：(102/2/1、103/8/1、105/2/1、105/11/1、105/12/1、106/4/1)

I.限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請，且未曾申請給付 dexamethasone 眼後段植入劑者。(106/4/1)

II.中央視網膜厚度(central retinal thickness,CRT) $\geq$ 300 μ m。

III.近三個月內之糖化血色素(HbA1c)數值低於 10%，並於每次申請時檢附近三個月內之檢查結果。

IV.第一次申請以 5 支為限，每眼給付以 8 支為限，須於第一次申請核准後 5 年內使用完畢。
(105/2/1、105/12/1)

V.再次申請時，需檢附與第一次申請項目相同之各項最近檢查紀錄外，並檢送使用後有改善證明之相關資料。(105/2/1、105/12/1)

VI.血管新生型 AMD 進展至視網膜下纖維化或 advanced geographic atrophy 者反應不佳或因其他因素(如玻璃體牽引)所造成之黃斑部水腫不得申請使用。

(3)多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變(polypoidal choroidal vasculopathy, PCV)之用藥：
(104/5/1、105/11/1、105/12/1、106/12/1)

I.限 verteporfin、aflibercept 及 ranibizumab 擇一申請。(106/12/1)

II.Verteporfin 病灶限位於大血管弓內(major vessels archade)。

III.Verteporfin 每次申請給付 1 支，每次治療間隔至少 3 個月，每人每眼給付以 3 次為上限；
aflibercept 及 ranibizumab 第一次申請時以 3 支為限，每眼給付以 7 支為限。須於第一次申請核准後 5 年內使用完畢。(106/12/1)

IV.每次申請時需另檢附一個月內有效之 ICGA 照片、治療紀錄及病歷等資料。

(4)中央視網膜靜脈阻塞(CRVO)續發黃斑部水腫所導致的視力損害：(105/7/1、105/11/1、105/12/1)

I.限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請，且未曾申請給付 dexamethasone 眼後段植入劑

者。

II.限 18 歲以上患者。

III.中央視網膜厚度(central retinal thickness, CRT) $\geq$ 300 μ m。

IV.第一次申請時以 3 支為限，每眼最多給付 7 支，須於第一次申請核准後 5 年內使用完畢。
(105/12/1)

(5)病理性近視續發的脈絡膜血管新生所導致的視力損害：(105/7/1、105/12/1、106/12/1)

I.限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請。(106/12/1)

II.限超過 600 度近視。

III.眼軸長大於 26mm。

IV.因 CNV 病變而導致動態滲漏或中央視網膜內或視網膜下液。

V.申請以一次為限，每眼最多給付 3 支，申請核准後有效期限為 5 年。

VI.有下列情況者不得申請使用：

i.有中風病史。

ii.三個月內曾使用過類固醇眼內治療者。

(6)分支視網膜靜脈阻塞(BRVO)續發黃斑部水腫所導致的視力損害：(106/12/1)

I.限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請。

II.限 18 歲以上患者。

III.中央視網膜厚度(central retinal thickness, CRT) $\geq$ 300 μ m。

IV.第一次申請時以 3 支為限，每眼最多給付 7 支，須於第一次申請核准後 5 年內使用完畢。

本院品項：

1. Visudyne® 15 mg/vial (Verteporfin)
2. Lucentis® 2.3 mg/0.23 ml/vial (Ranibizumab)
3. Eylea® 40 mg/ml, 100 mcL/vial (Aflibercept)

4.2.3.第八、第九凝血因子血液製劑 (103/4/1、106/9/1、106/12/1)：用於 A 型或 B 型無抗體存在之血友病人：

自一百零六年十二月一日生效

- 1.門診之血友病人得攜回二~三劑量(至多攜回一個月)第八、第九凝血因子備用，繼續治療時，比照治療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄 (如附表十八之一—全民健康保險血友病患者使用第八、第九凝血因子在家治療紀錄)。醫療機構、醫師開立使用血液製劑時，應依血液製劑條例之規定辦理。(103/4/1)
2. 需要時治療(on demand therapy):適用一般型血友病病人，一般型製劑及長效型製劑(如 Eloctate)建議劑量均如附表十八之三 - 全民健康保險一般型血友病患者需要時治療之凝血因子建議劑量。(106/9/1、106/12/1)
3. 預防性治療(primary prophylaxis)：限嚴重型(VIII:C 小於 1%)血友病病人。

(1)嚴重 A 型血友病病人：

I.一般型製劑：每週注射 1-3 次，每一次劑量為 15-25 IU/kg。(106/12/1)

II.長效型製劑(如 Eloctate)：(106/12/1)

i .每 3 天注射一次，每次 25-35 IU/kg 或每 4 天注射一次，每次 36-50 IU/kg 或每 5 天注射一次，每次 51-65 IU/kg。(106/9/1、106/12/1)

ii .每天最大平均劑量不可超過 15 IU/kg，單次劑量不可超過 65 IU/kg。(106/12/1)

iii.若臨床上需要使用超過上述劑量，則需要事前審查。(106/12/1)

(2)嚴重 B 型血友病病人：

每週注射 1-2 次，每一次劑量為 30-50 IU/kg。

(3)一般型製劑及長效型製劑施行預防性治療期間，其預防效果可以臨床觀察為之，如病人仍然出現突破性出血時，得檢測給藥前最低濃度(trough level)，其濃度低於 1IU/dL，得再調整劑量。(106/12/1)

(4)如病患治療時產生凝血因子低反應性抗體，則建議暫時終止預防性治療，直到確定抗體消失始得重新治療；病人如產生凝血因子高反應性抗體時，則需停止預防性治療，在接受免疫耐受性療法確定成功且抗體消失後，可重新使用「預防性」治療。

本院品項：

1. Xyntha® F.S. 500 IU/vial (Factor VIII)
2. Kogenate® F.S. 500 IU/vial (Factor VIII)
3. Benefix® Coagulation Factor IX 500 IU/vial (Factor IX)
4. Haemate® P 250 IU/vial (Factor VIII)



106 年 11 月新進藥品

成分名 Generic Name	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	用途/適應症 Use	注意事項 Caution	健保價
Pitavastatin 2 mg/tab	Livalo OD 力清之口溶錠 (台田) 衛部藥輸字第 027002 號	白色 圓形 口服/口溶錠	原發性高膽固醇血症及混合性血脂異常。	※藥委會決議 (1061116 公告)	17.9元
					
Epinastine Oph. Soln 0.05% 5 mL/bt	Relestat 銳視代眼用液劑 (愛力根) 衛署藥輸字第 024332 號	外用/眼藥水	減緩過敏性結膜炎所引起的眼睛搔癢。	※藥委會決議 (1061116 公告)	95元
					

成分名 Generic Name	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	用途/適應症 Use	注意事項 Caution	健保價
Dienogest 2 mg/tab	Visanne 異位寧 (拜耳) 衛部藥輸字第 027029 號	白色 圓形 口服/錠劑 B	治療子宮內膜異位症伴隨之骨盆腔疼痛。	※臨採新藥，限婦產部處方。 (1061116 公告)	48.8元
					
Cefaclor 25 mg/mL, 60 mL/bt	Cefaclor 賜福樂素 (政德) 衛署藥製字第 040659 號	口服/懸液劑	甲族乙型溶血性鏈球菌、葡萄球菌、肺炎雙球菌、大腸桿菌、奇異變形桿菌、克霍氏肺炎桿菌、嗜血桿菌、淋球菌等病原菌所引起之感染症。	※臨採新藥，限小兒部處方。 (1061116 公告)	110元
					

成分名 Generic Name	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	用途/適應症 Use	注意事項 Caution	健保價
Triptorelin Pamoate 3.75 mg/vial	Pamorelin 帕摩霖長效注射劑 (友華生技) 衛部藥輸字第 026704 號	針劑/注射	用於晚期攝護腺癌之紓解治療 (palliative treatment)。	※藥委會決議 (1061124 公告)	38.7元
					



106 年 11 月換廠藥品

成分名 Generic Name	換廠前 Before		換廠後 New		用途/適應症 Use	注意事項 Caution	健保價
	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance			
Silodosin 4 mg/tab	Urief 優列扶 (健喬信元) 衛署藥製字第 055118 號	白色 橢圓形 口服/膠囊 URIEF 4	Urief 優列扶 (健喬信元) 衛部藥製字第 058838 號	白色 圓形 口服/錠劑	治療前列腺肥大症所伴 隨的排尿障礙。	※ 藥 品 劑 型 更 換：膠 囊 改 錠 劑。 (1061027公告)	6.7 元
							
Clindamycin 1% 30 mL/bot	Cleocin T 麗歐迅 (輝瑞) 衛署藥輸字第 020951 號	外用/液劑	Royalsense 若蘭仙施 (杏輝) 衛署藥製字第 038982 號	外用/凝膠	尋常性痤瘡。	※廠商缺貨。藥品 劑型更換：液劑 改凝膠。 (1061116公告)	25.9 元
							

成分名 Generic Name	換廠前 Before		換廠後 New		用途/適應症 Use	注意事項 Caution	健保價
	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance			
Dextromethorphan, Potassium Cresolsulfonate & Lysozyme 20 mg & 90 mg & 20 mg/cap	Fucou 去咳寧 (華興) 衛署藥製字第 027598 號	綠色 橢圓形 口服/膠囊 HS 52	Romicon-A 樂滅咳 (景德) 衛署藥製字第 038819 號	白色 橢圓形 口服/膠囊 G-4776	鎮咳、祛痰。	※Romicon-A 恢復供貨。 (1061116公告)	2 元
							



106 年 11 月停用藥品

成分名 Generic Name	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	用途/適應症 Use	注意事項 Caution	健保價
Pitavastatin 2 mg/tab	Pitator 必抑脂膜衣錠 (友霖生技) 衛署藥製字第 057372 號	白色 圓形 口服/錠劑 OP 15	原發性高膽固醇血症及混合型血脂異常。	※藥委決議：Livalo [®] OD 2 mg/tab 進藥後，停用 Pitator [®] 2 mg/tab。 (1061116 公告)	17.2元
					

