



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

治療急性腹瀉新藥 -Racecadotril

古乃文 藥師

審稿：黃欣怡、黃詠銘 藥師

腹瀉 (diarrhea) 是可能導致兒童與老人致死的疾病之一。腹瀉的定義為：當一天發生三次以上鬆散水狀糞便被排出或 <10 kg 的兒童每日排出糞便超過 20 g/kg，或 >10 kg 的孩童每日排便超過 20 g，即為腹瀉。

腹瀉依病程長度區分，當病程小於十四天稱為急性腹瀉，大於十四天則稱為慢性腹瀉。腹瀉依機轉分為：滲透性腹瀉 (osmotic diarrhea，腸胃道中不易消化之物質所致)、分泌性腹瀉 (secretory diarrhea，腸胃道中有刺激物質所致)、發炎性腹瀉 (inflammatory diarrhea，多為感染所致)、機能性腹瀉 (motility-related diarrhea，腸道機能改變所致)。

治療腹瀉藥物本院目前有三種：第一種為 loperamide，屬於抑制腸道蠕動藥物 (antimotility agents)，是藉由減少腸胃蠕動達到減少腸胃道排出液體，不建議使用於感染性腹瀉，亦不建議長期使用；第二種為 dioctahedral smectite，屬於天然矽酸鹽，其片狀黏塑結構可覆蓋胃腸道達到保護止瀉作用，可長期或短期使用；第三種為本文所介紹的 racecadotril (Hidrasec®)。

Racecadotril 是一種前驅藥，需經水解成其活性代謝物 (thiophan) 後，抑制小腸上皮細胞

的 enkaphalinase，降低 enkaphalin 的分解，在不影響腸道基本活性的狀況下，減少小腸過度分泌來減緩腹瀉。此藥的安全性很高，曾有成人服用二十倍劑量而無有害影響，不良反應 (如扁桃腺炎、出疹、紅斑) 亦不常見，在三個月以上的嬰兒即可使用。使用劑量為 1.5 mg/kg/dose，每天三次，兒童每次不應超過 60 mg，療程持續至有兩個正常排便紀錄為止，但不可超過 5 天。本品具有杏桃香味，使用時可混入食物或少量水 (<5 ml) 後立即服用，應貯存在室溫 25°C 以下之環境。

2011 年一篇統合分析 (meta-analysis) 研究探討 racecadotril 在治療兒童腹瀉時與安慰劑比較的效果。此篇包含 9 個隨機試驗，共 1384 位患有急性腸胃炎之住院及門診患者。結果顯示，與安慰劑相比，racecadotril 組恢復率較高 (HR = 2.04, 95%CI = 1.85-2.32, $p < 0.001$)。在住院病患，racecadotril 與安慰劑的平均排便次數比為 0.59 (95%CI = 0.51-0.74, $p < 0.001$)。在門診病患，racecadotril 與安慰劑的平均腹瀉次數比為 0.63 (95%CI = 0.51-0.74, $p < 0.001$)。

Racecadotril 於特殊族群的使用注意事項如下：在小於三個月的嬰兒、懷孕婦女的安全性沒有臨床數據證實，因此不建議使用在此二類族群；在授乳婦女，此藥亦沒有臨床試驗證實不會分泌至乳汁，因此不建議使用；在糖尿病患者，因此藥每包 10 mg 含有 0.966 g 的蔗糖，達 5 g 蔗糖時應將糖分攝取量考慮進每日攝取量；肝腎功能不全患者沒有實驗數據，故無論嚴重程度，建議小心使用；racecadotril 不曾有用在抗生素所致腹瀉之臨床試驗，因此不建議使用。此藥目前沒有與食物藥物交互作用的紀錄。

同樣用於急性腹瀉，使用年齡範圍
racecadotril (>3 個月嬰兒至成人) 優於
loperamide (>2 歲幼兒至成人) ；安全療程
racecadotril (<5 天) 優於 loperamide (<2
天) ；使用方便性 racecadotril (加入食物或 <5

毫升水溶解) 優於 dioctahedral smectite
(30-50 ml 水溶解) ；對其他藥品影響
racecadotril 小於 dioctahedral smectite 。本院
新進藥品 racecadotril 使用方便性高、安全性高，
將提供嬰幼兒腹瀉另一項選擇。

參考資料

1. Hidrasec® 藥品仿單
2. Jay R Thiagarajah, Martin G Martin, et al. Pathogenesis of acute diarrhea in children. UpToDate.2017; Nov
3. Philippe Leheret, Gérard Chéron, et al. Racecadotril for childhood gastroenteritis: an individual patient data meta-analysis. Digestive and Liver Disease 2011; 43(9): 707-713 .

藥物警訊

= 臨床藥學科整理 =

Ibuprofen 成分藥品可能增加發生嚴重心血管栓塞風險

衛生福利部發布，含ibuprofen藥品可能增加發生嚴重心血管栓塞風險，包括心肌梗塞與中風，嚴重者可能致命。此風險可能發生在使用此藥品的早期階段，且使用時間越長，機率越大。因此，ibuprofen 禁用於目前有消化性潰瘍、出血或穿孔、曾因使用非類固醇消炎藥導致腸胃道出血或穿孔、具反覆發作的消化性潰瘍或出血病史、嚴重出血傾向（例如：嘔吐時出血、血便或黑便）、嚴重肝或腎衰竭、服用阿斯匹林（aspirin）或其他非類固醇消炎藥後曾發生氣喘、蕁麻疹或其他過敏反應、進行冠狀動脈繞道手術後14天內的病人。其次，醫療人員應告知病人使用含ibuprofen成分藥品可能發生皮膚癢、皮疹、憂鬱、頭痛、頭暈、再生不良性貧血、視覺異常、重聽、耳鳴、黃疸、肝功能指數、胃痛或有灼熱感、血便等不良反應並說明其症狀，若出現相關症狀請立即停止使用，並回診接受醫師診治。

本院品項：

1. Ibuprofen® 20 mg/ml, 60 ml/bot (Ibuproden)
2. Ibuprofen® injection 400 mg/ 4ml/ amp (Ibuproden)

※ 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。

健保給付規定修正

1.6.2.Botulinum toxin type A 本類藥品限以下適應症使用，每一個案每一年需重新評估一次(98/5/1、107/2/1)。

自一百零七年二月一日生效

1.6.2.1.Botox(90/1/1、93/1/1、94/6/1、98/3/1、98/5/1、100/8/1、104/5/1、104/9/1、107/2/1)

1.使用於眼瞼痙攣或半面痙攣：

(1)限 12 歲以上，經區域以上（含）教學醫院之眼科、神經內科或小兒神經科專科醫師診斷為眼

臉痙攣或半面痙攣之病患使用。

(2)需符合 Spasm Intensity Scale 3 級(含)以上，另有病歷記載病史 6 個月以上者可申請治療。
(94/6/1)

(3)每次注射最高劑量：眼臉痙攣為每側 20 單位，半面痙攣為每側 30 單位。每年最多注射 3 次為原則。

2.使用於局部肌張力不全症 (focal dystonia) (如斜頸、書寫性痙攣、口顎部肌張力不全等)

(1)限 12 歲以上，經區域以上 (含) 教學醫院之神經內科、小兒神經科或復健科專科醫師診斷為局部張力不全症之病患使用。

(2)需有病歷記載已持續以其他方式治療 6 個月以上無效，且斜頸症者需符合 Tsui' s rating scale for cervical dystonia 分數 11 分 (含) 以上者。

(3)每次注射最高劑量：斜頸症為 150 單位，書寫性痙攣及口顎部肌張力不全為 70 單位，且每年最多注射 3 次為原則。

(4)全身性肌張力不全症不在給付範圍。

3.使用於腦性麻痺病患

(1)限滿 2 歲以上，經區域以上 (含) 教學醫院復健科、神經內科或小兒神經科專科醫師診斷為痙攣型腦性麻痺之病患使用。

(2)其肢體之痙攣影響主動功能 (如行走或手部動作)，該肢體之痙攣程度以 Modified Ashworth Scale 評估為 2 或 3 級，且經藥物、復健或輔具治療至少 6 個月以上無效者。

(3)無固定不可逆之關節攣縮。

(4)每次注射最高劑量每公斤體重 12~15 單位 (總劑量不超過 300 單位)，下肢每塊肌肉每公斤體重使用 3~6 單位，上肢每塊肌肉每公斤體重使用 1~2 單位，且每年最多注射 3 次。(94/6/1)

(5)經外科手術治療之同肌肉部位不得再行注射。

(6)使用於 12~17 歲病患，需經事前審查一次，並附有小兒神經科或神經科專科醫師近期之診察紀錄；使用於 18 歲(含)以上病患，需再經事前審查一次。(107/2/1)

4.使用於成人中風後之手臂痙攣：(93/1/1、94/6/1、98/3/1、100/8/1)

(1)限 20 歲以上，中風發生後，經復健、輔具或藥物治療至少 6 個月以上仍有手臂痙攣，影響其日常活動(如飲食、衛生、穿衣等)者，痙攣程度符合 Modified Ashworth Scale 評估 2 或 3 級，且關節活動度 (R1/R2) 顯示顯著痙攣，並排除臥床、手臂攣縮或關節固定不可逆攣縮者。(94/6/1、98/3/1)

(2)限地區醫院以上 (含) 神經內科或復健科專科醫師診斷及注射。(94/6/1、100/8/1)

(3)每次注射最高劑量 Botox 360 單位，且每年最多 3 次。(94/6/1)

(4)需經事前審查核准後使用，申請時需檢附病歷資料、治療計畫及照片。

(5)再次申請時需提出使用效果評估結果。

(6)如因再次中風而導致臥床、手部肌肉攣縮或關節固定不可逆攣縮者，則應停用。(98/3/1)

5.使用於脊髓病變所引起的逼尿肌過動而導致尿失禁(104/5/1)

(1)事前審查，每年附尿動力學審查，確診為逼尿肌過動症。

(2)18 歲以上(含)之成人病患。

(3)泌尿專科或神經內科或復健科醫師診斷為因脊髓病變引發的逼尿肌過動症病患，由泌尿專科

醫師施行注射。

(4)每週尿失禁次數至少 14 次。

(5)病患需經至少一種抗膽鹼藥物治療三個月無效(仍有明顯逼尿肌過動症狀)，或無法耐受抗膽鹼藥物副作用。

(6)第 1 次注射後 6-12 週評估尿失禁頻率改善未達 50%者，不得再注射。

(7)每次治療建議劑量 200 個單位，二次注射時間應間隔 24 週以上，且病患有治療前症狀(頻尿、急尿與尿失禁)時再次注射，每年注射以兩次為限。

6.使用於膀胱過動症：(104/9/1)

(1)經尿路動力學檢查診斷為原發性膀胱過動症 (idiopathic overactive bladder)且有尿失禁 (wet type)每週大於 14 次的成年患者，且經至少一種抗膽鹼藥物治療無效。

(2)需經事前審查核准後使用，每次治療建議劑量為 100 單位，每年限用兩次，兩次注射時間需相隔三個月以上，且第二次使用限於第一次注射後在 6-12 週評估有尿失禁頻率減少 50%以上的患者。

(3)限由泌尿專科或婦產科醫師診斷及施行注射。

◎前開注射劑量單位僅適用於 Botox®劑量計算。

1.6.2.2.Dysport (91/2/1、93/1/1、94/6/1、98/3/1、98/5/1、100/8/1、107/2/1)

1.使用於眼瞼痙攣或半面痙攣：

(1)限 12 歲以上，經區域以上 (含) 教學醫院之眼科、神經內科或小兒神經科專科醫師診斷為眼瞼痙攣或半面痙攣之病患使用。

(2)需符合 Spasm Intensity Scale 3 級(含)以上，另有病歷記載病史 6 個月以上者可申請治療。
(94/6/1)

(3)每次注射最高劑量：眼瞼痙攣為每側 80 單位，半面痙攣為每側 120 單位。每年最多注射 3 次為原則。

2.使用於局部肌張力不全症 (focal dystonia)(如斜頸、書寫性痙攣、口顎部肌張力不全等)

(1)限 12 歲以上，經區域以上 (含) 教學醫院之神經內科、小兒神經科或復健科專科醫師診斷為局部張力不全症之病患使用。

(2)需有病歷記載已持續以其他方式治療 6 個月以上無效，且斜頸症者需符合 Tsui' s rating scale for cervical dystonia 分數 11 分 (含) 以上者。

(3)每次注射最高劑量：斜頸症為 600 單位，書寫性痙攣及口顎部肌張力不全為 280 單位，且每年最多注射 3 次為原則。

(4)全身性肌張力不全症不在給付範圍。

3.使用於腦性麻痺病患

(1)限滿 2 歲以上，經區域以上 (含) 教學醫院復健科、神經內科或小兒神經科專科醫師診斷為痙攣型腦性麻痺之病患使用。

(2)其肢體之痙攣影響主動功能 (如行走或手部動作)，該肢體之痙攣程度以 Modified Ashworth Scale 評估為 2 或 3 級，且經藥物、復健或輔具治療至少 6 個月以上無效者。

(3)無固定不可逆之關節攣縮。

(4)每次注射最高劑量每公斤體重 30 單位 (總劑量不超過 900 單位)，下肢每塊肌肉每公斤體重

使用 9~18 單位，上肢每塊肌肉每公斤體重使用 3~6 單位，且每年最多注射 3 次。(94/6/1)

(5)經外科手術治療之同肌肉部位不得再行注射。

(6)使用於 12~17 歲病患，需經事前審查一次，並附有小兒神經科或神經科專科醫師近期之診察紀錄；使用於 18 歲(含)以上病患，需再經事前審查一次。(107/2/1)

4.使用於成人中風後之手臂痙攣：(93/1/1、94/6/1、98/3/1、100/8/1)

(1)限 20 歲以上，中風發生後，經復健、輔具或藥物治療至少 6 個月以上仍有手臂痙攣，影響其日常活動(如飲食、衛生、穿衣等)者，痙攣程度符合 Modified Ashworth Scale 評估 2 或 3 級，且關節活動度 (R1/R2) 顯示顯著痙攣，並排除臥床、手臂攣縮或關節固定不可逆攣縮者。(94/6/1、98/3/1)

(2)限地區醫院以上 (含) 神經內科或復健科專科醫師診斷及注射。(94/6/1、100/8/1)

(3)每次注射最高劑量 Dysport 1000 單位，且每年最多 3 次。(94/6/1)

(4)需經事前審查核准後使用，申請時需檢附病歷資料、治療計畫及照片。

(5)再次申請時需提出使用效果評估結果。

(6)如因再次中風而導致臥床、手部肌肉攣縮或關節固定不可逆攣縮者，則應停用。(98/3/1)

◎前開注射劑量單位僅適用於 Dysport 劑量計算。

◎Spasm Intensity Scale：

0 正常眨眼次數。

1 眨眼次數因對外界刺激 (如光、風等) 而增加。

2 輕微但明顯之眼瞼震顫 (無痙攣)，且未引起生活不便。

3 中度，且極明顯之眼瞼痙攣，且引起生活不便。

4 嚴重影響生活 (無法閱讀、駕駛等)。

◎ Modified Ashworth Scale：

0 無肌張力增加。

1 肌肉張力輕微增加，表現在關節活動範圍之末端。

1+ 肌張力輕微增加，表現在關節活動一半範圍之內。

2 肌肉張力明顯增加，表現在整個關節活動範圍內。

3 肌張力更明顯增加，關節活動出現困難。

4 肌張力極高，無關節活動可言。

本院品項：BOTOX® 100U/vial(Botulinum Toxin Type A)

10.7.3.Lamivudine 100mg(如 Zeffix)；entecavir (如 Baraclude)；telbivudine 600mg (如 Sebivo)；tenofovir 300mg (如 Viread)：(92/10/1、93/2/1、93/8/1、94/10/1、95/10/1、95/11/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1、99/7/1、100/6/1、102/2/1、104/12/1、106/1/1、106/4/1、107/2/1)

自一百零七年二月一日生效

限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」之下列慢性病毒性 B 型肝炎患者：

1.HBsAg(+)且已發生肝代償不全者，以 lamivudine 100mg、entecavir 1.0mg、telbivudine 600mg、或 tenofovir 300mg 治療，其給付療程如下：(98/11/1、100/6/1、102/2/1、104/12/1、106/1/1、

106/4/1)

(1)HBeAg 陽性病患治療至 e 抗原轉陰並再給付最多 12 個月治療。

(2)HBeAg 陰性病患治療至少二年，治療期間需檢驗血清 HBV DNA，並於檢驗血清 HBV DNA 連續三次，每次間隔 6 個月，均檢驗不出 HBV DNA 時停藥，每次療程至多給付 36 個月。

註：

I.肝代償不全條件為 prothrombin time 延長 $\geq$ 3 秒或 bilirubin (total) $\geq$ 2.0 mg/dL，prothrombin time 延長係以該次檢驗 control 值為準。

II.Entecavir 每日限使用 1 粒。

2.慢性 B 型肝炎病毒帶原者 HBsAg(+) : (98/11/1)

(1)接受非肝臟之器官移植後，B 型肝炎發作者，可長期使用。(98/11/1)

(2)接受癌症化學療法中，B 型肝炎發作者，經照會消化系專科醫師同意後，可長期使用。(93/2/1、94/10/1、98/11/1)

(3)接受肝臟移植者，可預防性使用。(95/10/1、98/11/1)

(4)接受癌症化學療法，經照會消化系專科醫師同意後，可於化學療法前 1 週開始給付使用，直至化學療法結束後 6 個月，以預防 B 型肝炎發作。(98/11/1)

(5)肝硬化病患，可長期使用。(99/7/1)

註：肝硬化條件為需同時符合下列二項條件: (99/7/1)

I.HBsAg(+)且血清 HBV DNA $\geq$ 2,000 IU/mL 者。

II.診斷標準：

a.肝組織切片 (Metavir F4 或 Ishak F5 以上，血友病患及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片)；或

b.超音波診斷為肝硬化併食道或胃靜脈曲張，或超音波診斷為肝硬化併脾腫大。若患者因其他臨床適應症接受電腦斷層或核磁共振檢查而被診斷為肝硬化時，可做為診斷依據。

(6)在異體造血幹細胞移植時：(104/12/1)

I.捐贈者之 HBsAg 為陽性反應，則捐贈者可自其確認為移植捐贈者後開始使用預防性抗病毒藥物治療，原則上治療到血液中偵測不到 HBV DNA；若捐贈者符合 10.7.3 之 3 至 5 項治療條件，則依其規範給付。

II.受贈者之 HBsAg 為陽性反應，或捐贈來源之 HBsAg 為陽性反應，則受贈者可在經照會消化系專科醫師同意後，於移植前一週起至移植後免疫抑制藥物停用後 6 個月內，給付使用抗 B 型肝炎病毒藥物以預防發作。

(7)血清 HBV DNA $\geq$ 10⁶ IU/mL 之懷孕者，可於懷孕滿 27 週後開始給付使用 telbivudine 或 tenofovir，直至產後 4 週。(107/2/1)

3.HBsAg(+)超過 6 個月及 HBeAg(+)超過 3 個月，且 ALT 值大於(或等於)正常值上限 5 倍以上(ALT $\geq$ 5X)，符合前述條件者，其給付療程為治療至 e 抗原轉陰並再給付最多 12 個月。(98/11/1、99/5/1、106/1/1)

4.HBsAg(+)超過 6 個月及 HBeAg(+)超過 3 個月，其 ALT 值介於正常值上限 2 至 5 倍之間(2X $\leq$ ALT<5X)，且血清 HBV DNA $\geq$ 20,000 IU/mL，或經由肝組織切片 (血友病患及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片) 證實 HBcAg 陽性之患者，符合前述條件者，其給付療程為治療

至 e 抗原轉陰並再給付最多 12 個月。(93/8/1、95/11/1、98/11/1、99/5/1、106/1/1)

5.HBsAg(+)超過 6 個月及 HBeAg(-)超過 3 個月，且 ALT 值半年有兩次以上(每次間隔 3 個月)大於或等於正常值上限 2 倍以上($ALT \geq 2X$)，且血清 HBV DNA $\geq 2,000$ IU/mL，或經由肝組織切片(血友病患

及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片)證實 HBcAg 陽性之患者，符合前述條件者，其療程至少二年，治療期間需檢驗血清 HBV DNA，並於檢驗血清 HBV DNA 連續三次，每次間隔 6 個月，均檢驗不出 HBV DNA 時停藥，每次療程至多給付 36 個月。(93/8/1、95/11/1、98/11/1、106/1/1、106/4/1)

6.若上述治療中出現 lamivudine 100mg、entecavir、telbivudine 抗藥性病毒株，可改換對於抗藥株有效之 B 型肝炎抗病毒藥劑治療，治療藥物及療程之規定詳如 10.7.4.之 1 至 4 項。(98/11/1、99/5/1、99/7/1、102/2/1、104/12/1)

7.符合第 2 至 5 項條件者，若使用 entecavir，劑量為每日 0.5mg。(104/12/1)

本院品項：

1. Zeffix® 100 mg/tab (Lamivudine)
2. Entecavir® 0.5 mg/tab (BARACLUDE)
3. Entecavir® 1 mg/tab (BARACLUDE)
4. Sebivo® 600 mg/tab (Telbivudine)
5. Viread® 300 mg/tab (Tenofovir disoproxil fumarate)

6.2.4. Montelukast sodium (如 Singulair Coated Tab、Singulair Chewable Tabs): (90/7/1、107/2/1)

自一百零七年二月一日生效

1.限用於六歲以上之小兒及成人「輕度至中度持續性支氣管哮喘」疾患。

2.病歷上應詳細記載上個月發作次數、頻率及 PEFr 值之變化。

3.每月最大量限三十粒。

※「輕度持續支氣管哮喘 (mild persistent asthma)」之定義：

(1)氣喘發作次數每週多於一次，但並非每天發作。

(2)發作時會影響日常生活及睡眠。

(3)夜晚發作次數每月多於二次。

(4)尖峰呼氣流速 (Peak Expiratory Flow Rate ; PEFr) 或第一秒呼氣量大於 80%預測值；每日變異值為 20-30%。

本院品項：

1. Singulair® 5 mg/tab (Montelukast)
2. Anxokast® 10 mg/tab (Montelukast)

6.2.5.Montelukast sodium 4mg(如 Singulair Chewable Tab. 4mg、Singulair oral granules 4mg) : (92/1/1、100/7/1、107/2/1)

自一百零七年二月一日生效

須符合下列各項條件：

1.限用於「輕度至中度持續支氣管哮喘病患」。

2.Chewable Tab. 4mg 限用於二歲~五歲嬰幼兒、oral granules 4mg 限用於6個月~五歲嬰幼兒。

3.病歷上應詳細記載上個月發作次數、頻率。

4.每月最大量限三十粒(包)。

本院品項：

1. Singulair® oral Granules 4 mg/pk (Montelukast)
2. SINGULAIR® 4 mg/tab 咀嚼錠 (Montelukast)

1.3.2.抗癲癇劑 Antiepileptic drugs

自一百零七年二月一日生效

1.3.2.2.Gabapentin (如 Neurontin)、vigabatrin (如 Sabril)、tiagabine (如 Gabitril)、pregabalin(如 Lyrica)、perampanel(如 Fycompa)、lacosamide(如 Vimpat)：(89/9/1、89/2/1、93/6/1、96/3/1、97/1/1、97/10/1、101/2/1、102/1/1、104/6/1、104/11/1、107/2/1)

限用於其他抗癲癇藥物無法有效控制之局部癲癇發作之輔助性治療(add on therapy)。

1.3.2.8.Zonisamide(如 Zonegran) (107/2/1)

限用於其他抗癲癇藥物無法有效控制之局部癲癇發作之輔助性治療(add on therapy)或作為新診斷成人局部癲癇發作之單一藥物治療。

本院品項：Zonegran® 100 mg/tab (Zonisamide)



107 年 1 月新進藥品

成分名 Generic Name	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	適應症 Indication	備註 Notes	健保價 price
Fluvoxamine 100 mg/tab	Lote 樂得腸溶錠 (南光) 衛署藥製字第 045381 號	黃色 橢圓形 口服/錠劑 NK 403	情緒性症狀(持續性情緒低落，精神功能傷害及精神異常等)。	※臨採新藥，限精神醫學部處方。 (1061229公告)	25.4元
					
Oxycodone 10 mg/tab	Oxycontin CR 疼始康定持續藥效錠 (管管署) 衛部藥輸字第 026432 號	白色 圓形 口服/錠劑 OP 10	1.需要長期疼痛控制之中重度癌症疼痛病患。 2.需要長期疼痛控制之慢性中重度非癌症疼痛病患，且曾經接受過類鴉片藥物而無法有效控制疼痛者。	※藥委決議 (1070103公告) 二級管制藥品。請整粒吞服，不可剝半、嚼碎或磨粉。	40元
					

成分名 Generic Name	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	適應症 Indication	備註 Notes	健保價 price
Penicillin G Sodium 3 MU/vial	Penicillin G Sodium 苄基青黴素鈉 (永豐) 衛署藥製字第 014756 號	針劑/注射	葡萄球菌、鏈球菌、肺炎雙球菌、腦膜炎球菌及其他具感受性細菌引起之感染症。	※ 廠 商 恢 復 供 貨，藥委會決議進藥。 (1070111公告)	106元
					
Abatacept 125 mg/1 mL/syringe	Orencia 恩瑞舒皮下注射劑 (必治妥) 衛部菌疫輸字第 000945 號	針劑/皮下注射	成人類風濕性關節炎：Orencia 與 methotrexate 併用，用於治療罹患中度至重度活動性類風溼性關節炎且對其他疾病修飾抗風濕病藥物[包括 methotrexate(MTX)或一種腫瘤壞死因子(TNF)抑制劑]反應不良或耐受性不佳的成人患者。	※臨採新藥 (1070111公告) 本院另有同成分，靜脈輸注給藥劑型： Orencia® 250 mg/vial	5615元
					

成分名 Generic Name	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	適應症 Indication	備註 Notes	健保價 price
Lacosamide 100 mg/tab	Vimpat 維帕特膜衣錠 (優時比) 衛部藥輸字第 026285 號	黃色 橢圓形 口服/錠劑 SP/100	十六歲以上： 1.有或無次發性全身發作的局部癲癇發作患者的單一藥物治療。 2. (1)複雜性局部癲癇發作與 (2)單純或複雜性局部發作之合併有次發性全身發作癲癇患者之輔助治療。	※藥委會決議 (1070111公告)	61元
					
Lansoprazole 30 mg/tab	Takepron OD 泰克胃通口溶錠 (武田) 衛署藥輸字第 024273 號	粉紅色 圓形 口服/口溶錠	胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃食道逆流性疾病-糜爛性逆流性食道炎之治療，胃食道逆流性疾病之症狀治療。Zollomger-Ellison症候群、合併抗生素治療與幽門螺旋桿菌(Helicobacter pylori)相關的消化性潰瘍、治療因NSAID類藥物引起之胃潰瘍。	※藥委會決議 (1070112公告)	15.6元
					

成分名 Generic Name	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	適應症 Indication	備註 Notes	健保價 price
Panitumumab 100 mg/5 mL/vial	Vectibix 維必施注射劑 (安進) 衛署菌疫輸字第 000941 號	針劑/注射	治療RAS基因正常之轉移性大腸直腸癌(mCRC)成人病患：1.與FOLFOX 或 FOLFIRI併用作為第一線療法。 2.在接受含有Fluoropyrimidine、Oxaliplatin與Irinotecan之化學療法失敗後，作為單一療法使用。	※臨採新藥，須事前審查。 (1070118公告)	13002元
					
Methylphenidate 10 mg/cap	Ritalin LA 利長能持續性藥效膠囊(諾華) 衛署藥輸字第 025332 號	橙色/白色 橢圓形 口服/膠囊 NVR/R10	治療注意力缺失過動症： (1) 6至12歲之兒童。 (2)在13-17歲之青少年及18-60歲之成人患者：限用於兒童時期即已符合ADHD診斷並曾以中樞神經興奮劑治療之病患。 (3)未滿6歲或60歲以上患者，因療效及安全性尚未。	※臨採新藥，限精神醫學部處方。 (1070123公告) 無法吞服者可打開膠囊，但不可咬碎藥粒。	21.1元
					

成分名 Generic Name	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	適應症 Indication	備註 Notes	健保價 price
Fluticasone & Vilanterol 92 & 22 mcg/dose, 30 doses/bot	Relvar Ellipta 潤娃易利達乾粉吸入劑(葛蘭素) 衛部藥輸字第 026318 號	外用/吸入	1. 慢性阻塞性肺病的維持治療: 慢性阻塞性肺病(COPD)患者之氣道阻塞症狀的維持治療。 降低有惡化病史患者之COPD惡化。	※藥委會決議 (1070118公告)	848元
			2. 氣喘的治療: 治療適合使用吸入型皮質類固醇及長效β2作用劑合併治療的18歲及以上氣喘患者。		

107 年 1 月換廠藥品

成分名 Generic Name	換廠前 Before		換廠後 New		適應症 Indication	備註 Notes	健保價 price
	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance			
Levocetirizine 5 mg/tab	Levozine 舒敏寧 (生達) 衛署藥製字第 049833 號	白色 橢圓形 口服/錠劑 STD/293	Xyzal 驅異樂 (葛蘭素史克) 衛署藥輸字第 023792號	白色 橢圓形 口服/錠劑 Y	治療成人及六歲以上孩童因過敏性鼻炎、慢性蕁麻疹等所引起的各種過敏徵狀。	※Xyzal®恢復供貨 (1061227公告)	3.85 元
							
Adalimumab 40 mg /syringe	Humira 復邁 (艾伯維) 衛署菌疫輸字第 000776 號	針劑/注射 40mg/0.8mL/syringe	Humira 復邁 (艾伯維) 衛部菌疫輸字第 001039 號	針劑/注射 40mg/0.4mL/syringe	類風濕性關節炎/ 乾癬性關節炎/ 僵直性脊椎炎/ 克隆氏症/乾癬/ 潰瘍性結腸炎/腸道貝西氏症/小兒適應症/葡萄膜炎	※藥品單位含量變更，可以減少注射部位疼痛與不適。 (1070108公告)	14436 元
							

成分名 Generic Name	換廠前 Before		換廠後 New		適應症 Indication	備註 Notes	健保價 price
	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance			
Atropine Eye Drops 0.25%, 5mL/bot	Kintropine 舒視平 (景德) 衛署藥製字第 049186 號	外用/眼藥水	Atropine 硫酸阿托品(五福) 衛署藥製字第 046565號	外用/眼藥水	散瞳、睫狀肌麻痺。	※廠商缺貨 (1070116公告)	12 元
							
Propylthiouracil 50 mg/tab	Procil 普樂治 (尼斯可) 內衛藥製字第 007870 號	白色 圓形 口服/錠劑 Nysco/刻痕	Polupi 僕樂彼 (汎生) 衛署藥製字第 043335號	白色 圓形 口服/錠劑 刻痕	甲狀腺機能亢進症。	※廠商缺貨 (1070117公告)	2 元
							

107 年 1 月停用藥品

成分名 Generic Name	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	適應症 Indication	備註 Notes	健保價 price
Oxycodone 5 mg/cap	OxyNorm IR 奧諾美速效膠囊 (管管署) 衛部藥輸字第 026421 號	棕色/橘色 橢圓形 口服/膠囊 ONR 5	(1)需要長期疼痛控制之中重度癌症疼痛病患。 (2)需要長期疼痛控制之慢性中重度非癌症疼痛病患，且曾經接受過類鴉片藥物而無法有效控制疼痛者。	※藥委決議： OxyContin [®] 10mg/tab 進藥後，停用 OxyNorm [®] 5mg/cap。 (1070103 公告)	14.5元
					
Omeprazole 20 mg/cap	Omezol 瘍寧 (生達) 衛署藥製字第 045016 號	橙色/紅色 長橢圓形 口服/膠囊 STD 516	十二指腸潰瘍、胃潰瘍、逆流性食道炎、Zollinger- Ellison 症候群、合併抗生素治療與幽門螺旋桿菌 (Helicobacter pylori)相關的消化性潰瘍。	※藥委會決議: Takepron [®] OD 進藥後，停用 Omezol [®] 20mg/cap。	2.51元
					

成分名 Generic Name	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	適應症 Indication	備註 Notes	健保價 price
Ketotifen Oph. Solu. 0.25 mg/mL, 5 mL/bot	Zaditen 立敏停 (諾華) 衛署藥輸字第 023793 號	外用/眼藥水	暫時預防因過敏性結膜炎引起之眼睛癢。	※藥委會決議：Relestat [®] 進藥後，停用 Zaditen [®] 。 (1070119 公告)	74元
					
Fluticasone 2 mg/2 mL/pill	Flixotide Nebules 輔舒 酮呼吸溶液劑 (葛蘭素) 衛署藥輸字第 022793 號	外用/吸入劑	成人及十六歲以上青少年重度氣喘之預防及氣喘急性發作之治療，四歲至十六歲之兒童及青少年：氣喘急性發作之治療。	※藥委會決議：Relvar [®] Ellipta 進藥後，停用 Flixotide [®] Nebules。 (1070123 公告)	115元
					