



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

治療腎上腺皮質癌新藥

- Mitotane

胡焜棟 藥師

審稿：黃欣怡、王雅賢 藥師

腎上腺皮質癌 (adrenocortical carcinoma) 是一種罕見腫瘤，會依據腎上腺皮質是否能分泌荷爾蒙，分為功能性與非功能性，發生率為每百萬人年 1 至 2 人，其中功能性佔 60%。功能性腫瘤的主要臨床表徵為庫欣氏症候群，其它為高血壓、體重增加、肌肉無力；非功能性腫瘤的臨床表徵與腫瘤增生相關，如：腹痛、腰痛。治療以手術切除為主，對於已轉移、復發與預後較差的病人，則可選擇 mitotane 做為輔助治療。

本院新藥 mitotane (Lysodren® 500 mg/tab) 是一種抑制腎上腺皮質活性的藥物，確切機轉未知。此外，有研究顯示此藥能改變皮質固醇的周邊代謝，在不影響皮質類固醇的濃度下，會降低 17-hydroxy corticosteroids 與增加 6-β-hydroxycortisol。

2007 年一篇回溯性世代研究，共納入 177 位腎上腺皮質癌病人且都有接受手術切除腎上腺。其中，47 位 mitotane 組病人術後服用 mitotane 作為輔助治療、第一組控制組有 55 位病人、第二組控制組有 75 位病人。結果顯示 mitotane 組較其它兩個對照組能顯著延長無復發存活期 (recurrence-free survival)，mitotane 組的中位數無復發存活期為 42 個月、第一組控制組為 10 個月、第二組控制組為 25 個月。兩個控制組的復

發風險比值分別為 2.91 (95% CI=1.77-4.78, $P<0.001$) 與 1.97 (95% CI=1.21-3.20, $P=0.005$)。

2018 年一篇回溯性世代研究，共納入 127 位疾病惡化病人，評估單用 mitotane 治療後的療效。結果顯示中位數無惡化存活期為 4.1 個月，中位數存活期為 18.5 個月。

此藥起始劑量為每天 2-6 g，分 3 至 4 次隨餐服用，之後逐漸增量至血中濃度 14-20 mcg/mL 或無法耐受。剛開始服用時，需每 4-8 周抽血監測，達目標濃度後，則為每 3 個月監測一次。常見副作用，如：噁心 ($\leq 80\%$)、嘔吐 ($\leq 80\%$)、腹瀉 ($\leq 80\%$)、憂鬱 ($\leq 40\%$)、暈眩 ($\leq 40\%$)、皮膚紅疹 ($\leq 15\%$)。由於腎上腺皮質被抑制，mitotane 可能造成腎上腺功能不足 (adrenal insufficiency)，必要時可使用類固醇治療。當發生休克、感染、外傷時，可能發生急性腎上腺機能不足 (adrenal crisis)，此時需停用藥物，並給予 hydrocortisone 直至腎上腺功能恢復正常。有研究顯示停經前婦女服用 mitotane 會有卵巢囊腫 (ovarian macrocysts) 發生，多以雙側或多處呈現。因此服用 mitotane 的停經前婦女若陰道發生出血、骨盆疼痛應盡速就醫。

由於 mitotane 具高親脂性，服用後會廣佈在身體組織，尤其是脂肪組織，半衰期可達 18-159 天。此藥具強力 CYP3A4 誘導作用，若要併用 atorvastatin、nifedipine、linagliptin 等經 CYP3A4 代謝藥物，需評估併用藥的藥效。懷孕婦女使用需謹慎評估流產或早產風險；授乳婦女則因此藥會分泌到乳汁，故禁止使用。

由於疾病的罕見性，目前尚無大型研究證實 mitotane 的療效。除手術外，在治療腎上腺皮質癌方法中，mitotane 被證實能有效延長存活期。

儘管對於疾病惡化的病人，此藥尚無顯著療效證據，但仍有症狀緩解效果，是目前較佳的輔助治療選擇。

參考資料

1. Lysodren® 藥品仿單
2. Uptodate. Mitotane : drug information. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/mitotane-drug-information>. (cited:november 11 2018).
3. Dailymed. <https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/labelrss.cfm?setid=f0cd76e9-460c-450e-b094-172e636f340a> (updated:September 7 2018)
4. EMC. <https://www.medicines.org.uk/emc/product/80> (updated:09 may 2016)
5. Terzolo M, Angeli A, Fassnacht M, et al. Adjuvant mitotane treatment for adrenocortical carcinoma. NEJM 2007; 356:2372.
6. Felix Megerle, Wiebke Herrmann, Wiebke Schloetelburg, et al. Mitotane Monotherapy in Patients With Advanced Adrenocortical Carcinoma. J Clin Endocrinol Metab, 2018, 103(4):1686–1695.

藥物警訊

= 臨床藥學科整理 =

SGLT2 抑制劑可能發生生殖器區域出現罕見但嚴重感染之不良反應風險

美國 FDA 發佈有關使用 SGLT2 抑制劑類藥品治療糖尿病，可能發生生殖器區域出現罕見但嚴重之感染風險。此感染稱為會陰部壞死性筋膜炎(necrotizing fasciitis of the perineum)，亦稱為弗尼爾氏壞疽(Fournier' s gangrene)。Fournier' s gangrene 是一種極罕見但可能危及生命的細菌性感染，會延及會陰部周圍皮膚下組織，包括：肌肉、神經、脂肪和血管。細菌通常會經由皮膚的切口或破裂處進入體內，迅速擴散並破壞其感染的組織。糖尿病雖是發生 Fournier' s gangrene 的危險因子，然而於糖尿病病人仍屬罕見。醫師若懷疑病人發生 Fournier' s gangrene，應立即對病人使用廣效性抗生素治療，如有必要應進行外科清創手術。其次，應停用 SGLT2 抑制劑類藥品，密切監測血糖值並提供合適的替代療法來控制血糖。此外，也應告知病人若於服用 SGLT2 抑制劑類藥品後，生殖器或生殖器到直腸區域出現任何壓痛、發紅、腫脹，伴隨發燒超過 38°C 或感覺不適，請立即尋求醫療協助，因為這些症狀可能迅速惡化。

本院品項：

1. Forxiga® 10 mg/tab (Dapagliflozin)
2. Jardiance® 25 mg/tab (Empagliflozin)

※ 資料來源：U.S. FDA MedWatch

※ 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：107 年 9 月至 107 年 11 月花蓮慈院 ADR 通報案件共 21 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
11	Iohexol [®] 300 mg/ml, 10 ml/vial (Omnipaque)	臉頰癢	輕度	可能
16	Zepatier [®] 50 mg & 100 mg/tab (Elbasvir & Grazoprevir)	膽紅素總量數值上升	輕度	極有可能
19	Gadovist [®] 15 mmol/15 ml/bot (Gadobutrol)	噁心、嘔吐	輕度	極有可能
4	Kemoplat [®] 10 mg/20 ml/vial (Cisplatin)	白血球低下->G3: 1000 - 2000/mm3 中性球低下->G3: 500 - 1000/mm3	輕度	極有可能
6	Ciproxin [®] 500 mg/vial (Ciprofloxacin)	皮疹	輕度	極有可能
1	Gemzar [®] 200 mg/vial (Gemcitabine)、Kemoplat [®] 50 mg/100 ml/vial (Cisplatin)	血紅素低下	中度	可能
3	Uretropic [®] 40 mg/tab (Furosemide)	Stevens-Johnson 症候群	中度	可能
2	Curam [®] 600 mg/vial (Amoxicillin & Clavulanic Acid)	皮疹	中度	極有可能
5	Baccidal [®] 100 mg/FC tab (Norfloxacin)、Cofarin [®] 5 mg/tab (Warfarin)	嚴重貧血	中度	極有可能
8	Holoxan [®] 2 gm/vial (Ifosfamide)、Carboplatin 150 mg/15 ml/vial (Carboplatin)、Fytosid [®] 100 mg/5 ml/vial (Etoposide)、Mabthera [®] 100 mg/10 ml/vial (Rituximab)、Imbruvica [®] 140mg/cap (Ibrutinib)	白血球低下->G3: 1000 - 2000/mm3 中性球低下->G3: 500 - 1000/mm3	中度	極有可能
9	Endoxan [®] 500 mg/vial (Cyclophosphamide)、Adriablastina [®] 10 mg/vial (Doxorubicin)、Vincristine Sulphate 1 mg/ml/vial、Ebetrexat [®] 500 mg/5 ml/vial (Methotrexate)、Fasturtec [®] 1.5 mg/vial (Rasburicase)	白血球低下->G4: < 1000/mm3 中性球低下->G4: < 500/mm3 血小板低下->G3: 25000-50000/mm3	中度	極有可能
10	Curam [®] 600 mg/vial (Amoxicillin & Clavulanic Acid)、Metacin [®] 1 g/vial (Cefmetazole)	皮疹	中度	極有可能
12	Kemoplat [®] 10 mg/20 ml/vial (Cisplatin)、5-Fu [®] 1000 mg/20 ml/vial (Fluorouracil)、UFT [®] 100 mg & 224 mg/cap (Tegafur & Uracil)	血紅素低下->G3: 6.5-8 g/dl	中度	極有可能
14	MABTHERA [®] 500 mg/50 ml/vial (Rituximab)、Holoxan [®] 2 gm/vial (Ifosfamide)、Fytosid [®] 100 mg/5 ml/vial (Etoposide)、CYTOSAR [®] 500 mg/vial (Cytarabine)、Ebetrexat [®] 500 mg/5 ml/vial (Methotrexate)	白血球低下->G4: < 1000/mm3 中性球低下->G4: < 500/mm3 血小板低下->G3: 25000-50000/mm3	中度	極有可能
15	Fytosid [®] 100 mg/5 ml/vial (Etoposide)、CYTOSAR [®] 500 mg/vial (Cytarabine)、Kemoplat [®] 10 mg/20 ml/vial (Cisplatin)、MABTHERA [®] 500 mg/50 ml/vial (Rituximab)	中性球低下->G4: < 500/mm3 血紅素低下->G3: 6.5-8 g/dl 血小板低下->G3: 25000-50000/mm3	中度	極有可能
18	Mefenamic acid 250 mg/cap	Stevens-Johnson 症候群	中度	極有可能
20	Iohexol [®] 350 mg/ml ,100 ml/vial (Omnipaque)	皮疹、癢	中度	確定
21	Nolbaxol [®] Injection 20 mg/1 ml/vial (Docetaxel)	白血球低下->G3: 1000 - 2000/mm3	中度	確定
13	Fytosid [®] 100 mg/5 ml/vial (Etoposide)、Hydrea [®] 500 mg/cap (Hydroxyurea)、Carmuther [®] 100 mg/vial	白血球低下->G4: < 1000/mm3 中性球低下->G4: < 500/mm3	重度	極有可能

	(Carmustine) 、 Vincristine Sulphate 1mg/ml/vial 、 Ebetrexat® 500 mg/5 ml/vial (Methotrexate)	血紅素低下->G3: 6.5-8 g/dl 血小板低下->G4: < 25000/mm3		
17	Colimycin® 2 MU/vial (Colistin Methanesulfonate)	急性腎損傷	重度	極有可能
7	Streptomycin 1000 mg/vial (Streptomycin)	Stevens-Johnson 症候群	重度	極有可能

▶▶健保給付規定修正

3.3.15.Galsulfase (如 Naglazyme) : (106/10/1、107/12/1)

自一百零七年十二月一日生效

- 病患須符合以下診斷條件：須證明患者之週邊血液白血球或經培養之皮膚纖維芽細胞 ARSB 活性缺乏，或是患者 ARSB 基因經分子生物學檢驗確認有兩個分別來自父母雙方，已知或必然會引起黏多醣症第六型之突變。
- 限兒科專科經醫學遺傳學次專科訓練取得證書之醫師使用。
- 排除使用於：
 - (1)患者若未給予治療，並不會導致健康情況之惡化時。
 - (2)重型病患：完全臥床且無行動能力，或是無法自行呼吸且完全仰賴呼吸器維生者。
 - (3)早期診斷帶有已知嚴重突變點的病患，但無明顯臨床症狀者。
- 標準劑量為每週經靜脈注射給予 galsulfase 1 mg/Kg。
- 黏多醣症第六型對於器官之傷害多屬不可逆性，治療前應與患者及家屬充分溝通知下列事項，並請其簽名確認已被告知，留存病歷備查：
 - (1)確定其了解治療的預期效果。
 - (2)患者有義務接受定期追蹤評估。
- 應定期追蹤評估治療效果及下列事項：
 - (1)至少每半年追蹤一次：
 - I.身高體重；
 - II.尿液黏多醣量；
 - (2)至少每一年追蹤一次：
 - I.腹部超音波、肝臟大小、脾臟大小；
 - II. 心電圖；
 - III.心臟超音波；
 - IV.六分鐘步行測驗 (6-minute walk test) 或於 5 歲以下幼童以 DDST (Denver Developmental Screening Test) 粗動作及精細動作 (Gross Motor and Fine Motor) 檢測；(107/12/1)；
 - V.肺功能；
- 需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以 1 年為限。重新申請時，若有下列任一情況，則不再給予 galsulfase 治療：(107/12/1)
 - (1)尿中葡萄糖胺聚醣與肌酸酐比值：於接受治療的第一年之後評估，較前一年有 50%以上的增加；第二年之後評估，較之前一年有 100%以上的增加。(107/12/1)
 - (2)六分鐘步行測驗：較之前一年退步 50%以上或連續 2 年有退步現象；5 歲以下幼童以 DDST 粗動作

及精細動作檢測，發展進程年齡與實際年齡商數低於 60%，或比初次檢測時之發展進程年齡退步。
(107/12/1)

(3)呼吸功能檢查：在未供給任何氧氣治療下，血液中氧氣飽和度在 2 小時內無法持續維持 1 小時以上≥ 90%。(107/12/1)

8.須立即停止 galsulfase 治療的情形：

(1)有證據顯示病人開始呈現明顯的中樞神經系統退化之臨床表徵。

(2)病人在接受治療時發生其它致命的疾病，這表示病人無法獲得 galsulfase 的療效。

(3)病人發生嚴重不良反應。

(4)病人無法配合最適療程所需的注射規定或無法配合療效的評估。

本院品項：Naglazyme® 5 mg/5 ml/vial (Galsulfase)

2.8.2.3.Ambrisentan (如 Volibris) (98/12/1、103/7/1、104/8/1、107/12/1)：

自一百零七年十二月一日生效

1.限用於原發性肺動脈高血壓之治療。

2.需經事前審查核准使用。

3.每次限用 1 粒。

本院品項：Volibris® 10 mg/tab (Ambrisentan)

2.8.2.6.Macitentan (如 Opsumit) (107/12/1)：

自一百零七年十二月一日生效

1.用於原發性肺動脈高血壓：

(1)需經事前審查核准使用。

(2)每日限用 1 粒。

2.用於結締組織病變導致之肺動脈高血壓：

(1)限符合下列各項條件之病患使用：

I.經右心導管檢查，證實確實符合肺動脈高血壓之診斷。

II.結締組織病變導致之肺動脈高血壓成年患者(須經肺動脈高血壓相關檢查，如肺功能、高解析胸部電腦斷層、肺部通氣及灌注核醫掃描、血液檢查、心臟超音波檢查、或六分鐘走路測試等排除其他病因)，且使用現有藥物(如：sildenafil)治療 3 個月後成效仍不佳，且無其他藥物可供選擇者。

III.經風濕免疫專科醫師會診，確認有需使用者。

(2)需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以 6 個月為限。申請時須檢附 NYHA Functional class、六分鐘步行測試、心臟超音波或心電圖、心房衰竭指數(Pro-BNP or NT Pro-BNP)等檢查結果，專科醫師會診意見等病歷紀錄。

(3)使用後每 6 個月需重新評估一次治療之療效，前述檢查結果皆無較使用前改善者，應暫停使用並加強結締組織病本身疾病之控制。必要時得於 3 個月後再行申請使用 1 次，惟若再行使用 6 個月後狀況仍無進步者，則不得再使用。

(4)每日限用 1 粒。

本院品項：Opsumit® 10 mg/tab (Macitentan)

8.1.3.高單位免疫球蛋白 (如 Gamimune-N; Venoglobulin 等)：

限符合下列適應症病患檢附病歷摘要 (註明診斷，相關檢查報告及數據，體重、年齡、性別、病史、曾否使用同一藥品及其療效...等)

自一百零七年十二月一日生效

- 1.先天或後天性免疫球蛋白低下症併發嚴重感染時 (需附六個月內免疫球蛋白檢查報告)
 - 2.免疫血小板缺乏性紫斑症 (ITP) 經傳統治療效果不佳，其血小板 $< 20,000/\text{cumm}$ 且符合下列情況之一者：
 - (1)有嚴重出血危及生命者。
 - (2)需接受緊急手術治療者。(103/4/1)
 - 3.緊急狀況下，免疫血小板缺乏性紫斑症 (ITP) 病例合併血小板嚴重低下 ($< 20,000/\text{cumm}$)，雖未經傳統治療，但合併有嚴重出血，而又必須接受緊急手術治療者。(103/4/1)
 - 4.免疫血小板缺乏性紫斑症(ITP)且於懷孕或分娩期間，經臨床醫師判斷不適合以類固醇治療者。(107/4/1)
 - 5.先天性免疫不全症之預防性使用，但需有醫學中心之診斷證明。
 - 6.川崎病合乎美國疾病管制中心所訂之診斷標準，限由區域醫院(含)以上教學醫院實施，並填寫「全民健康保險使用 Intravenous Immune Globulin (IVIG) 治療川崎病」申請表(詳附表六)併當月份醫療費用申報。
 - 7.因感染誘發過度免疫機轉反應，而致維生重要器官衰竭，有危及生命之慮者，限由區域醫院 (含) 以上有加護病房乙等級以上之教學醫院實施。(93/2/1)
 - 8.腸病毒感染嚴重患者，且符合衛生福利部疾病管制署修訂之「腸病毒感染嚴重患者靜脈注射免疫球蛋白之適應症」。(97/5/9、102/7/23、105/8/1)
 - 9.急性發炎性去髓鞘多發性神經根病變 (Guillain Barré症候群)：(107/12/1)
 - (1)不得與血漿置換術併用。
 - (2)使用於未滿 18 歲的病人
 - I.限無法自行走路的病童，自行走路指不需要他人扶助可以走路，前述只適用於發病前會自行走路的孩童，經小兒神經專科醫師或神經科醫師確定診斷。
 - II. 限由區域醫院 (含) 以上教學醫院實施。劑量為每公斤體重 2 公克，分成 2 天或 5 天給予。
 - (3)使用於 18 歲(含)以上成人病人
 - I. 限發病兩週內有嚴重病況 (呼吸衰竭或瀕臨呼吸衰竭) 病人使用。
 - II. 限經神經科醫師確定診斷，限由區域醫院 (含) 以上教學醫院實施。劑量為每公斤體重 2 公克，分成 5 天給予。
- 註：川崎病診斷標準：
- 1.發燒五天或五天以上且合併下列五項臨床症狀中至少四項。

- (1)兩眼眼球結膜充血。
- (2)嘴唇及口腔的變化：嘴唇紅、乾裂或草莓舌或咽喉泛紅。
- (3)肢端病變：手（足）水腫或指（趾）尖脫皮。
- (4)多形性皮疹。
- (5)頸部淋巴腺腫。

2.排除其他可能引起類似臨床疾病。

3.或只符合三項臨床症狀，但心臟超音波檢查已發現有冠狀動脈病變。

本院品項：

1. Human Immunoglobulin 6 %,3 g/50 ml/vial
2. Privigen® 5 g/50 mL/vial (Immunoglobulin Human)

9.66. Trifluridine/tipiracil (如 Lonsurf) : (107/12/1)

自一百零七年十二月一日生效

1. 用於治療先前曾接受下列療法的轉移性大腸直腸癌之成人患者，包括 fluoropyrimidine, oxaliplatin 及 irinotecan 為基礎的化療，和抗血管內皮生長因子(anti-VEGF)等療法；若 RAS 為原生型(wild type)，則需接受過抗表皮生長因子受體(anti-EGFR)療法。
2. 須經事前審查核准後使用，每次申請事前審查之療程以8週為限，再次申請必須提出客觀證據（如：影像學）證實無惡化，才可繼續使用。
3. 本藥品不得與 regorafenib 併用。

本院品項：Lonsurf® 20 mg & 8.19 mg/tab (Trifluridine & Tipiracil)

9.51.Regorafenib (如 Stivarga) : (104/9/1、105/8/1、107/12/1)

自一百零七年十二月一日生效

1.轉移性大腸直腸癌(mCRC)：

- (1)用於治療先前曾接受下列療法的轉移性大腸直腸癌(mCRC)患者，療法包括 fluoropyrimidine、oxaliplatin、irinotecan 為基礎的化療，和抗血管內皮生長因子(anti-VEGF)等療法；若 K-ras 為原生型(wild type)，則需接受過抗表皮生長因子受體(anti-EGFR)療法。
- (2)須經事前審查核准後使用，每次申請事前審查之療程以 8 週為限，再次申請必須提出客觀證據（如：影像學）證實無惡化，才可繼續使用。

2.胃腸道間質瘤(GIST) (105/8/1)

- (1)先前曾接受 imatinib 與 sunitinib 治療的局部晚期、無法切除或轉移性的胃腸道間質瘤患者。
- (2)需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以 3 個月為限，送審時需檢送影像資料，每 3 個月評估一次。

3.本藥品不得與 trifluridine/tipiracil 併用。(107/12/1)

本院品項：Stivarga® 40 mg/tab (Regorafenib)

10.7.1.抗疱疹病毒劑(98/11/1)

10.7.1.1.全身性抗疱疹病毒劑

自一百零七年十二月一日生效

1.Acyclovir : (98/11/1、100/7/1、107/12/1)

(1)使用本類製劑，除 400mg 規格量口服錠劑外，應以下列條件為限：(107/12/1)

I.疱疹性腦炎。

II.帶狀疱疹或單純性疱疹侵犯三叉神經第一分枝 VI 皮節，可能危及眼角膜者。

III.帶狀疱疹或單純性疱疹侵犯薦椎 S2 皮節，將影響排泄功能者。

IV.免疫機能不全、癌症、器官移植等病患之感染帶狀疱疹或單純性疱疹者。

V.新生兒或免疫機能不全患者的水痘感染。

VI.罹患水痘，合併高燒(口溫 38°C以上)及肺炎(需 X 光顯示)或腦膜炎，並需住院者。(85/1/1)

VII.帶狀疱疹或單純性疱疹所引起之角膜炎或角膜潰瘍者。

VIII.急性視網膜壞死症(acute retina necrosis)。

IX.帶狀疱疹發疹三日內且感染部位在頭頸部、生殖器周圍之病人，可給予五日內之口服或外用藥品。

(86/1/1、87/4/1)

X.骨髓移植術後病患得依下列規定預防性使用 acyclovir : (87/11/1)

A.限接受異體骨髓移植病患。

B.接受高劑量化療或全身放射治療 (TBI) 前一天至移植術後第三十天為止。

(2)其中 I 與VI應優先考慮注射劑型的 acyclovir。疱疹性腦炎得使用 14 至 21 天。(95/6/1、100/7/1)

(3)使用 acyclovir 400mg 規格量口服錠劑除用於前述(1)X.外，療程以 7 天為限。(107/12/1)

2.Famciclovir ; valaciclovir : (100/7/1、101/5/1)

使用本類製劑應以下列條件為限：

(1)帶狀疱疹或單純性疱疹侵犯三叉神經第一分枝 VI 皮節，可能危及眼角膜者。

(2)帶狀疱疹或單純性疱疹侵犯薦椎 S2 皮節，將影響排泄功能者。

(3)免疫機能不全、癌症、器官移植等病患之感染帶狀疱疹或單純性疱疹者。

(4)帶狀疱疹或單純性疱疹所引起之角膜炎或角膜潰瘍者。

(5)急性視網膜壞死症 (acute retina necrosis)。

(6)帶狀疱疹發疹 3 日內且感染部位在頭頸部、生殖器周圍之病人，可給予 5 日內之口服或外用藥品。

(7)骨髓移植術後病患得依下列規定用於預防復發性生殖器疱疹：(101/5/1)

A.限接受異體骨髓移植病患。

B.接受高劑量化療或全身放射治療 (TBI) 前一天至移植術後第 30 天為止。

3.Acyclovir、famciclovir 及 valaciclovir 除上述特別規定外，使用療程原則以 10 天為限，口服、注射劑及外用藥膏擇一使用，不得合併使用。(95/6/1、100/7/1、101/5/1)

本院品項：

1. Zovirax[®] 糖漿 200 mg/5 ml；125 ml/bt (Acyclovir)
2. Virless[®] 250 mg/vial (Acyclovir Na)
3. Valtrex[®] 500 mg/tab (Valaciclovir)

107 年 11 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
Urofollitrophin (FSH) 75 IU /1 mL/ vial	Fostimon 福喜多滿注射劑(IBSA) 衛署藥輸字第 025661 號	針劑/注射	因FSH與LH之比例不適當所引起之不孕卵不孕症及多囊性卵巢之症狀。	※臨採自費新藥，限醫師處方。 (1071107公告)
				
Progesterone 25 mg/vial	Prolutex 普潤寶注射液 (IBSA) 衛部藥輸字第 027338 號	針劑/注射	適用於不孕女性進行人工協助生殖技術治療時，用於黃體功能的補充。	※臨採自費新藥，限婦產部處方。 (1071107公告)
				本院另有同成分不同規格藥品：Progesterone [®] 25 mg/ 1 mL/amp

成分名 Generic Name	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	適應症 Indication	備註 Notes
Blinatumomab 35 mcg/vial	Blincyto 百利妥注射劑 (BOEHRINGER) 衛部菌疫輸字第 001040 號	針劑/注射	1.1 微量殘留病灶 (MRD) 陽性 B 細胞前驅細胞之急性淋巴芽細胞白血病 (ALL) BLINCYTO 適用於治療第一次或第二次完全緩解後仍有大於或等於 0.1% 微量殘留病灶 (MRD) 之 B 細胞前驅細胞急性淋巴芽細胞白血病 (ALL)。	※臨採新藥 (1071113公告) 輸注時需使用低蛋白結合且孔徑0.2 micron in-line filter。「IV 溶液穩定劑」絕不可以加入Blincyto藥瓶中。
			1.2 復發型或頑固型 B 細胞前驅細胞之急性淋巴芽細胞白血病 (ALL) BLINCYTO 適用於治療復發型或頑固型 B 細胞前驅細胞之急性淋巴芽細胞白血病 (ALL)。	

成分名 Generic Name	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	適應症 Indication	備註 Notes
Pralatrexate 20 mg/1 mL/vial	Folutyn 服瘤停注射劑 (BAXTER) 衛部藥輸字第 026419 號	針劑/注射	治療復發或頑固型周邊T細胞淋巴瘤(PTCL)。 適應症依據為腫瘤反應率，目前沒有資料證實無惡化存活期或整體存活期改善等臨床效益。	※臨採新藥 (1071119公告) 2-8°C冷藏。若在原盒中儲存於室溫下，未開封的藥瓶可維持穩定72小時。
				
Nalbuphine HCl 10 mg/1 mL/ amp	Mutonpain 彌痛注射液 (永信) 衛部藥製字第 059306 號	針劑/注射	解除中度到嚴重疼痛，也可作為平衡麻醉的補助劑。如手術前後之麻醉，及在分娩陣痛過程中的產科麻醉。	※臨採新藥，限急診處方。 (1071123公告) 本院另有同成分不同規格自費藥品：Nalbuphine Sebacate (Naldebain [®] ER) 150 mg/2 mL/vial
				

成分名 Generic Name	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	適應症 Indication	備註 Notes
Nefopam HCl 30 mg/tab	Capain 痛定膜衣錠 (永信) 衛署藥製字第 026272 號	橘色 圓形 口服/錠劑 C/刻痕	鎮痛。	※臨採新藥，限骨科處方。 (1071123公告)
				

107 年 11 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
	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance		
Bethanechol 25 mg/tab	Bethanechol 脲酯膽鹼 (強生) 衛署藥製字第 044254 號	黃色 三角形 口服/錠劑 刻痕	Wecoli 胃可麗 (應元) 衛署藥製字第 037225 號	黃色 圓形 口服/錠劑 YP/121	手術後、產後之非阻塞性 儲留，神經性膀胱緊張力 減低及尿儲留。	※年度合約換廠 (1071101公告)
						
Meclizine 25 mg/tab	Meclizine 美克旅鎮 (福元) 內衛藥製字第 004781 號	白色 圓形 口服/錠劑 FY T069	Meclizine 美克利靜 (強生) 內衛藥製字第 012916 號	白色 五角形 口服/錠劑 刻痕	預防或緩解動暈症 (暈 車、暈船、暈機) 引起之 頭暈、噁心、嘔吐、頭痛 等症狀。	※年度合約換廠 (1071102公告)
						

成分名 Generic Name	換廠前 Before		換廠後 New		適應症 Indication	備註 Notes
	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance		
Cefazolin 1 g/vial	Cefa 信華 (信東) 衛署藥製字第 029447 號	針劑/注射	Stazolin 賜爾寧 (生達) 衛署藥製字第 032549 號	針劑/注射	葡萄球菌、鏈球菌、肺炎 雙球菌、腦膜炎球菌及其 他具有感受性細菌所引起 之感染症。	※年度合約換廠 (1071104公告)
						
Phytonadione (Vitamin K1) 10 mg/1 mL/amp	Phytonadione 血納定 (信東) 內衛藥製字第 002090 號	針劑/注射	Katimin-1 嘉體民 (中化) 內衛藥製字第 002789 號	針劑/注射	低凝血酶元血症、新生兒 之出血症狀、手術時之過 多出血之預防及治療、維 生素K吸收之障礙及缺乏 維生素K所引起之諸症。	※藥品缺貨 (1071106 公告)
						

成分名 Generic Name	換廠前 Before		換廠後 New		適應症 Indication	備註 Notes
	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance		
Glucosamine Sulfate 250 mg/cap	Glustrong 骨永壯 (永信) 衛署藥製字第 043262 號	紅色/白色 圓形 口服/膠囊 YSP GSC	Kudona 骨多能 (健喬信元) 衛署藥製字第 042350 號	紅色/白色 圓形 口服/膠囊 SY Kudona	緩解退化性關節炎之疼痛。	※年度合約換廠 (1071106公告)
						
Hydroquinone ointment 4% 40 mg/g; 10 g/tube	Melquine 美白 (杏輝) 衛署藥製字第 021570 號	外用/軟膏	Hychine 海琴倫 (中生生技) 衛署藥製字第 042460 號	外用/軟膏	黑斑、雀斑。	※年度合約換廠 (1071107公告)
						

成分名 Generic Name	換廠前 Before		換廠後 New		適應症 Indication	備註 Notes
	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance		
Rocuronium 50 mg/5 mL/vial	Rocuronium 橫樂肌安寧 (SIEGFRIED) 衛部藥輸字第 027026 號	針劑/注射	Esmeron 安心麻儂 (默沙東) 衛署藥輸字第 022140號	針劑/注射	全身麻醉的輔佐藥，以幫助支氣管內插管、提供手術需快速麻醉誘導時骨骼肌肉鬆弛狀態，加護病房中需插管及使用人工呼吸器時。	※藥品缺貨 (1071109公告)
						
Aminophylline 100 mg/tab	Aminophyllinae 氨基非林 (應元) 內衛藥製字第 003633 號	白色 圓形 口服/錠劑 109/YP	Aminophylline 胺非林 (優良) 衛署藥製字第 028945號	白色 圓形 口服/錠劑 049/UL	氣喘及支氣管痙攣。	※年度合約換廠 (1071112公告)
						

成分名 Generic Name	換廠前 Before		換廠後 New		適應症 Indication	備註 Notes
	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance		
Dextrose Monohydrate & Sodium Chloride 2.5% & 0.45%; 500 mL/bag	Dext-Saline 滴沙林 (大塚) 衛署藥製字第 020591 號	針劑/注射	Suntose 沙多士 (南光) 衛署藥製字第 029960號	針劑/注射	手術或其他疾患之水分及 電解質之補給。	※年度合約換廠 (1071112公告) 藥品包裝變更：原「瓶裝」 改「袋裝」
						
Glipizide 5 mg/tab	Glipizide 泌得贊 (中化) 衛署藥製字第 057921 號	白色 圓形 口服/錠劑 刻痕	Glutrol 利糖妥 (瑞安) 衛署藥製字第 034621號	白色 四方形 口服/錠劑 PURZER038	糖尿病。	※年度合約換廠 (1071113公告)
						

成分名 Generic Name	換廠前 Before		換廠後 New		適應症 Indication	備註 Notes
	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance		
Danazol 200 mg/cap	Danol 達爾諾 (健喬信元) 衛署藥製字第 031280 號	橘色 長橢圓形 口服/膠囊 DN200/SYN	Kodazol 可達娜 (國嘉) 衛署藥製字第 031544號	橘色 長橢圓形 口服/膠囊 KJ 144	子宮內膜異位症、囊狀慢性乳腺炎、乳腺肥大、乳痛、月經過多、纖維性囊腫性乳房疾病。	※年度合約換廠 (1071113公告)
						
Ibuprofen 20 mg/mL; 60 mL/bot	Ibuprofen 依普芬 (晟德) 衛署藥製字第 043152 號	口服/懸液劑	Idefen 炎熱消 (生達) 衛署藥製字第 045415號	口服/懸液劑	消炎、鎮痛、解熱。	※年度合約換廠 (1071116公告)
						

成分名 Generic Name	換廠前 Before		換廠後 New		適應症 Indication	備註 Notes
	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance		
Tramadol 100 mg/ 2 mL/amp	Tramtor 頓痛特 (美時) 衛署藥製字第 038145 號	針劑/注射	Limadol 立克痛 (南光) 衛署藥製字第 039058號	針劑/注射	嚴重之急慢性疼痛。	※年度合約換廠 (1071116公告)
						
Tetracycline 250 mg/cap	Tetracycline 鹽酸四環素 (榮民) 衛署藥製字第 015791 號	黑色/橙色 長橢圓形 口服/膠囊 圖騰/184	Tetralin 特林 (國嘉) 衛署藥製字第 039519號	紅色/黃色 長橢圓形 口服/膠囊 KJ 164	革蘭氏陽性菌、陰性菌、 立克次氏體及濾過性病毒 引起之感染症。	※年度合約換廠 (107116公告)
						

成分名 Generic Name	換廠前 Before		換廠後 New		適應症 Indication	備註 Notes
	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance	藥品名稱 Brand Name	外觀/劑型 Appearance		
Hydroxocobalamin (Vit B12) 1 mg/1 mL /amp	B-Red 杏立血 (杏林) 衛署藥製字第 009754 號	針劑/注射	Hydroxocobalamin 羧酮鈷胺明(台裕) 衛署藥製字第 013583號	針劑/注射	惡性貧血、神經炎、維他命 B 12 缺乏症。	※年度合約換廠 (1071127公告)
						

