



新藥介紹

糖尿病新型胰島素針劑 -Toujeo®

邱佳安 藥師

全球糖尿病人口年年攀升，據衛生福利部國民健康署統計，2016 年台灣糖尿病患約 200 萬人，且每年以 25,000 人的速度持續增加，糖尿病位居國人十大死因之一，其併發症影響國人健康不容小覷，造成龐大醫療負擔。

胰島素是治療糖尿病藥物中重要的角色，除第 1 型糖尿病患者適用外，第 2 型糖尿病患者若使用多種口服降血糖藥物仍無法達目標血糖時，則會合併注射胰島素來治療。

2016 年新一代的長效型高濃度胰島素：Toujeo® (insulin glargine) 300 IU/mL (健保價為 612 元/支)，相較於 Lantus® (insulin glargine) 100IU/ml (健保價為 454 元/支) 注射阻力更小，注射體積是 Lantus® 的 1/3，隨著其問世，讓血糖控制更理想，亦減少低血糖發生率，成為 Lantus® 的後繼者。

Toujeo® 糖德仕為一種長效胰島素 (皮下注射給藥) 利用 DNA 重組技術，從大腸桿菌 (Escherichia coli) K₁₂ 株所製造之人體胰島素類似物。其在衛福部核准適應症為成人之糖尿病，由於兒童病患使用 Toujeo® 的安全性及效果尚未建立，所以不建議 18 歲以下之青少年及兒童使用，若臨床上有使用 Insulin glargine 之需求，建議使用其他長效型胰島素或 Lantus® (適應症為成人，青少年及 6 歲以上之糖尿病患者)。一般來說，Toujeo® 可在使用在 Lantus® 或其他長效型胰島素

後，空腹血糖控制不佳，易發生低血糖的患者，或施打胰島素時容易因手抖或不適等情形於注射過程中滴出來等各種不良狀況的患者使用，以上這兩種病患，可與醫師討論選用 Toujeo®，但若現所用之胰島素已良好控制住血糖，就不一定要換。

Toujeo® 最大的優點為「高濃度胰島素 (concentrated insulin)」，對於有胰島素抗性 (insulin resistance) 而需要提高施打高劑量之患者而言，皮下注射體積小，在注射後停留的時間縮短五秒鐘，所以較不會痠痛，體感感覺較舒服，而提高用藥順從性。此外，高濃度的 Toujeo® 藥物穩定性比 Lantus® 高，能減少隔日清晨低血糖的風險。筆型注射器的器械亦有經過調整，相較於 Lantus® 的注射阻力更小，施打力道更輕，按壓時順暢，對年長患者、虛弱患者更省力。但因其濃度為 300 IU/ml，注入總體積較小，所以使用上需注意：應使用原廠附帶之筆針注射，勿以傳統的「胰島素空針」(只適用 100 IU/ml) 抽取 Toujeo®，以免造成嚴重的劑量錯誤！

在第 1 型糖尿病成人病患，以為期 26 週之臨床試驗中，每日一次給予 Toujeo® 與 Lantus® 的安全及療效評估發現，使用 Toujeo® 治療的病患比 Lantus® 多使用了 17.5% 的基礎胰島素。而第 2 型糖尿病成人病患之臨床試驗中，經隨機分配給予 Toujeo® 或 Lantus® 治療，結果發現接受 Toujeo® 治療的病患比 Lantus® 多使用了 11% 的基礎胰島素。這表示 Toujeo® 效果較 Lantus® 低，但亦發現其於身體中之血清濃度與時間關係曲線較平緩，吸收較緩慢但更穩定持久。一般來說，若病患從其他基礎胰島素轉換成 Toujeo®，在治療最初幾週其平均空腹血糖值可能較高。需在給藥後 5 天才能

達最大降血糖效果（即穩定濃度）。在轉換藥物後幾週，應仔細監測病患代謝狀況、增加血糖監測頻率。

Toujeo[®]以皮下注射方式於腹部、大腿或上臂三角肌，需輪流更換不同的注射部位，以降低脂肪代謝障礙（lipodystrophy）之風險，可於一天中任選一時段，每日固定施打，如果必要，可提前或延後 3 小時。Toujeo[®] 單次注射的劑量範圍為 1-80 IU，未接受過胰島素治療的第 1 型糖尿病患者，

Toujeo[®]起始劑量為 0.2-0.4 IU/kg。而未接受胰島素治療的第 2 型糖尿病患者，Toujeo[®] 起始劑量為 0.2 IU/kg。為降低低血糖風險，應間隔 3-4 天緩慢調整劑量，其它降血糖藥物應隨 Toujeo[®] 開始用藥後調整劑量。

Toujeo[®] 是一種新型高濃度胰島素，能夠提供方便、有效、安全之糖尿病治療，期望能給予之前治療成效不佳及新病患開創另一治療新希望及新選擇（黃欣怡藥師、黃詠銘藥師審稿）。

參考資料

1. Toujeo[®]藥品仿單
2. Lantus[®]藥品仿單
3. Toujeo[®]糖德仕注射劑（衛部菌疫輸字第 001011 號）衛福部食品藥物管理署，西藥、醫療器材、含藥化粧品許可證查詢（<https://www.fda.gov.tw/mlms/H0001D.aspx?Type=Lic&LicId=6000101>
4. Lantus[®]蘭德仕注射劑（衛部菌疫輸字第 000728 號）衛福部食品藥物管理署，西藥、醫療器材、含藥化粧品許可證查詢（<https://www.fda.gov.tw/mlms/H0001D.aspx?Type=Lic&LicId=10000728>）

藥物警訊

= 臨床藥學科整理 =

Vancomycin 成分注射劑可能發生出血阻塞性視網膜血管炎之潛在風險

美國 FDA 近期發布，接獲 1 件白內障手術結束時於眼內注射含 triamcinolone、moxifloxacin 及 vancomycin 成分調製劑後，發生出血阻塞性視網膜血管炎（hemorrhagic occlusive retinal vasculitis，HORV）之案例。HORV 之臨床症狀包括：延遲發作（可長達 3 週）的突發性無痛的視力下降、眼內炎、視網膜內出血、視網膜血管炎、視網膜血管阻塞及視網膜缺血。如將含 vancomycin 成分注射劑藥品以眼內注射於雙眼，可能因 HORV 而導致失明。目前並無充分的研究證明於眼前房內或玻璃體內注射含 vancomycin 成分注射劑藥品之安全性及有效性。因此，醫療人員應注意含 vancomycin 成分注射劑藥品並未核准用於眼內注射，亦未核准用於預防眼內炎，白內障手術期間或術後於眼前房內或玻璃體內注射含 vancomycin 成分注射劑藥品，可能引起罕見但可能造成永久性視力喪失的 HORV。

本院品項：U-Vanco[®] 500 mg/vial (Vancomycin)

※ 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6月至106年8月花蓮慈院ADR通報案件共14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	Viekirax [®] 12.5 & 75 & 50 mg/tab (Ombitasvir & Paritaprevir & Ritonavir)、Exviera [®] 250 mg/tab (Dasabuvir)、Robatro [®] I 200 mg/cap (Ribavirin)	膽紅素總量數值上升	中度	極有可能
2	Tienam [®] 500 mg/vial (Imipenem & Cilastatin)	癲癇發作	中度	極有可能
3	Iohexol [®] 350 mg/ml , 200 ml/bot (Omnipaque)、Metacin [®] 500 mg/vial (Cefmetazole Na)	皮疹	中度	確定
4	Xeljanz [®] 5 mg/tab (Tofacitinib)	肺結核	中度	確定
5	Ceftriaxone [®] 1 g/vial (Ceftriaxone Sandoz)	嗜中性白血球低下	中度	確定
6	Tapimycin [®] 4 g & 0.5 g/vial (Piperacillin & Tazobactam)	皮疹、發癢、Steven-Johnson 症候群	重度	極有可能
7	Truvada [®] 200 mg & 300 mg/tab (Emtricitabine & Tenofovir)	急性腎小管壞死	重度	極有可能
8	Tygaci [®] I 50 mg/vial (Tigecycline)	肝炎	重度	極有可能
9	Cymevene [®] 500 mg/vial (Ganciclovir)	血小板減少	重度	極有可能
10	U-Vanco [®] 500 mg/vial (Vancomycin HCl)、Tapimycin [®] 4 g & 0.5 g/vial (Piperacillin & Tazobactam)	血小板減少、嗜中性白血球低下	重度	極有可能
11	CURAM [®] 1gm/tab (Amoxicillin 875mg & Clavulanic Acid 125mg)	皮疹、支氣管痙攣	重度	極有可能
12	Glimet [®] F.C.Tab 2/500 mg (Glimepiride & Metformin)	頭昏眼花、乳酸中毒	重度	確定
13	U-Vanco [®] 500 mg/vial (Vancomycin HCl)	紅皮症、廣泛性鱗屑、急性腎損傷	重度	確定
14	Baktar [®] 400 mg & 80 mg (Sulfamethoxazole & Trimethoprim)	高鉀血症	重度	確定

▶▶健保給付規定修正

9.49. Abiraterone (如 Zytiga) (103/12/1、105/9/1、106/9/1)

自一百零六年九月一日生效

1.與 prednisone 或 prednisolone 併用，治療藥物或手術去勢抗性的轉移性前列腺癌(mCPRC)，且在雄性素去除療法失敗後屬無症狀或輕度症狀(ECOG 分數 0 或 1)，未曾接受化學治療者：(106/9/1)

(1)若病患先前接受雄性素去除療法時，在小於12個月的時間內演化成去勢抗性前列腺癌(CRPC)，且葛里森分數(Gleason score)≥8時，不得於使用化學治療前使用 abiraterone。(106/9/1)

(2)申請時需另檢附：

I. 用藥紀錄(證明未常規使用止痛藥物，屬無症狀或輕度症狀)。

II. 三個月內影像報告證明無臟器轉移。(106/9/1)

2. 與 prednisone 或 prednisolone 併用·治療藥物或手術去勢抗性的轉移性前列腺癌(EOCG 分數須 \leq 2)且已使用過 docetaxel 2 個療程以上治療無效者。
3. 須經事前審查核准後使用·每 3 個月需再次申請。
 - (1) 申請時需檢附病理報告、使用雄性素去除療法紀錄及系列 PSA 和睪固酮數據。(106/9/1)
 - (2) 再申請時若 PSA 值下降未超過治療前的 50%以上·或下降達最低值後之持續追蹤出現 PSA 較最低值上升 50%以上·則需停藥。(106/9/1)
4. 去勢抗性前列腺癌(CRPC)病患若於化學治療前先使用過 abiraterone·當化學治療失敗後不得再申請使用 abiraterone。(106/9/1)
5. 本品與 enzalutamide 僅能擇一使用·且不可互換·但若屬嚴重藥品副作用耐受性不佳者·不在此限。(105/9/1、106/9/1)

本院品項：Zytiga® 250 mg/tab (Abiraterone Acetate)

9.54.Enzalutamide (如 Xtandi)(105/9/1、106/9/1):

自一百零六年九月一日生效

1. 治療藥物或手術去勢抗性的轉移性前列腺癌(mCRPC)·且在雄性素去除療法失敗後屬無症狀或輕度症狀(EOCG 分數0或1)·未曾接受化學治療者：(106/9/1)
 - (1) 若病患先前接受雄性素去除療法時·在小於12個月的時間內演化成去勢抗性前列腺癌(CRPC)·且葛里森分數(Gleason score) \geq 8時·不得於使用化學治療前使用 enzalutamide。(106/9/1)
 - (2) 申請時需另檢附：(106/9/1)
 - I. 用藥紀錄(證明未常規使用止痛藥物·屬無症狀或輕度症狀)。
 - II. 三個月內影像報告證明無臟器轉移。
2. 治療藥物或手術去勢抗性的轉移性前列腺癌(EOCG 分數須 \leq 2)且已使用過 docetaxel 2個療程以上治療無效者。
3. 須經事前審查核准後使用·每3個月需再次申請。
 - (1) 申請時需檢附病理報告、使用雄性素去除療法紀錄及系列 PSA 和睪固酮數據。(106/9/1)
 - (2) 再申請時若 PSA 值下降未超過治療前的50%以上·或下降達最低值後之持續追蹤出現 PSA 較最低值上升50%以上·則需停藥。(106/9/1)
4. 去勢抗性前列腺癌(CRPC)病患若於化學治療前先使用過 enzalutamide·當化學治療失敗後不得再申請使用 enzalutamide。(106/9/1)
5. 本品與 abiraterone 僅能擇一使用·且不可互換·但若屬嚴重藥品副作用耐受性不佳者·不在此限。(106/9/1)

本院品項：Xtandi® Soft Capsules 40 mg/cap (Enzalutamide)

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

自一百零六年九月一日生效

- 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，建議劑量如附表十八之三 - 全民健康保險一般型血友病患需要時治療之凝血因子建議劑量。長效型藥品之劑量依仿單調整。(106/9/1)。
- 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，或每 3-5 天注射 25-65 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)

9.20.Rituximab 注射劑 (如 Mabthera, 不同劑型之適用範圍需符合藥品許可證登載之適應症) : 用於抗
癌部分(91/4/1、93/1/1、95/3/1、97/2/1、102/1/1、103/2/1、103/9/1、104/6/1、106/9/1)

限用於：

自一百零六年九月一日生效

- 1.復發或對化學療效有抗性之低惡度 B 細胞非何杰金氏淋巴瘤。(91/4/1)
- 2.併用 CHOP 或其他化學療法，用於 CD20 抗原陽性之 B 瀰漫性大細胞非何杰金氏淋巴瘤之病患。
(93/1/1、95/3/1)
- 3.併用 CVP 化學療法，用於未經治療之和緩性 (組織型態為濾泡型) B 細胞非何杰金氏淋巴瘤的病人。
(95/3/1)
- 4.作為濾泡性淋巴瘤患者於接受含 rituximab 誘導化學治療後產生反應(達 partial remission 或 complete remission)之病患，若在接受含 rituximab 誘導化學治療前有下列情形之一者，得接受 rituximab 維持治療，限用八劑，每三個月使用一劑，最多不超過二年。(97/2/1、104/6/1)
 - (1)有單一腫瘤直徑超過 7 公分者；
 - (2)有超過三顆腫瘤直徑超過 3 公分者；
 - (3)脾臟腫大，其長度超過 16 公分者；
 - (4)對 vital organs 造成擠壓者；
 - (5)周邊血中出現淋巴球增生超過 5000/mm³ 者；
 - (6)出現任一系列血球低下者 (platelet<100,000/mm³，或 Hb< 10gm/dL，或 absolute neutrophil count<1500/mm³)。
- 5.慢性淋巴球性白血病：(103/2/1)
 - (1)Rai Stage III/IV (或 Binet C 級)之 CLL 病人。若用於 Rai Stage I /II (或 Binet A/B 級)併有疾病相關免疫性症候(如自體免疫性溶血、免疫性血小板低下紫癍症等)的病人時，需經過至少一種標準的烷化基劑治療無效或病情惡化者，且 CD20 陽性細胞須大於 50%。
 - (2)與化學療法併用，做為復發或頑固性的 CD20 陽性慢性淋巴球性白血病病患的治療用藥，且 CD20 陽性細胞須大於 50%。
 - (3)初次申請最多六個 (月) 療程，再次申請以三個療程為限。
- 6.與類固醇併用，治療嗜中性白血球細胞質抗體(ANCA)陽性之肉芽腫性血管炎及顯微多發性血管炎病人：(103/9/1)
 - (1)需經事前審查核准後使用，診斷需有病理報告確定及血清學檢驗結果。
 - (2)初次發作之肉芽腫性血管炎及顯微多發性血管炎，經 cyclophosphamide 治療 4 週以上但療效不佳者。
 - (3)復發之肉芽腫性血管炎(GPA，或稱為韋格納肉芽腫症 Wegener' s granulomatosis) 及顯微多發性血管炎(MPA)，先前曾接受過 cyclophosphamide 治療者。
 - (4)對 cyclophosphamide 治療無法耐受且有具體事證，或具使用禁忌之肉芽腫性血管炎及顯微多發性血管炎。
 - (5)每次申請，以治療 4 週之療程為限。復發時可再次申請。

註：原發(初次發作)之肉芽腫性血管炎及顯微多發性血管炎，經 cyclophosphamide 治療 4 週以

上但療效不佳者之定義為：

經 cyclophosphamide 治療 4 週以上，但至少有一項受侵犯的主要器官症狀未能改善，包括：

- A 肺部
- B 腎臟
- C 神經系統
- D 腸胃道系統

申請時需檢附病歷及病理及影像資料等，經專科醫師事前審查同意後使用。

7.使用於 1、4、5 及 6 病人時，需經事前審查核准後使用。(102/1/1、103/2/1、103/9/1)

本院品項：

- 1.Mabthera® 100 mg/10 ml/vial (Rituximab)
- 2.Mabthera® 100 mg/10 ml/vial (Rituximab)

8.2.7.Rituximab 注射劑 (如 Mabthera，不同劑型之適用範圍需符合藥品許可證登載之適應症)：用於

類風濕性關節炎之成人治療部分 (97/11/1、99/2/1、101/7/1、102/1/1、102/4/1、106/9/1)

自一百零六年九月一日生效

1.給付條件：

(1)限用於曾經接受抗腫瘤壞死因子 (如 etanercept、adalimumab 或 golimumab 等) 治療，但未達療效，或無法耐受的成人活動性類風濕性關節炎患者。(101/7/1)

I.Etanercept、adalimumab 或 golimumab 的療效：經治療後評估 DAS28 總積分下降程度大於等於(\geq)1.2，或 DAS28 總積分小於 3.2 者。(101/7/1)

II.無法耐受的定義：無法忍受 etanercept、adalimumab 或 golimumab 治療的副作用。(101/7/1)

(2)需與 methotrexate 併用 (但對 methotrexate 過敏，或 methotrexate 引起嚴重血球低下、肝毒性及其它嚴重副作用者除外)。

(3)給予重複療程之時機：

I.與前次治療相隔 24 週或以上，且

II.符合下列給藥時機規定： DAS28 總積分 \geq 3.2，或與前次接受 rituximab 治療後第 21 週比較，DAS28 總積分上升 \geq 0.6。

(4)每次療程為靜脈注射 500 毫克~1,000 毫克，兩週後相同劑量再注射一次，共注射兩次。

2.限內科專科醫師且具有風濕或免疫專科醫師證書者處方。

3.需經事前審查核准後使用：

(1)申請初次治療：應檢附曾經使用抗腫瘤壞死因子之用藥結果，包括種類、劑量、治療前後 DAS28 積分及副作用報告等資料。並宜記錄患者 HBsAg 及 Anti-HCV 資料(若 HBsAg 檢驗為陽性，宜加作 HBV DNA)。

(2)申請給予重複療程：符合下列條件者，得再提出申請。

I.接受 rituximab 初次治療後第 21 週評估 DAS28 總積分，必須下降程度 \geq 1.2，或 DAS28 總積

分 < 3.2 者，方可給予重複療程。

II. 重複療程之申請可於治療後第 21 週提出。申請第 1 次重複療程者，應先填寫初次療效；申請第 2 次以上重複療程者，必須填寫前兩次療效。並宜記錄患者發生之重大感染等副作用。

(3) 每次申請時應檢附治療前後之相關照片。(99/2/1)

4. 需排除或停止使用 rituximab 治療之情形如下：

- 對 rituximab 過敏
- 重度活動性感染症
- 未經完整治療之結核病的病患 (包括潛伏結核感染治療未達四週者，申請時應檢附潛伏結核感染篩檢紀錄及治療紀錄供審查)。(102/1/1)
- 心衰竭病患 (New York Heart Association class IV)
- 懷孕或授乳婦女
- 未達療效
- 藥物引起嚴重毒性

◎附表二十三：全民健康保險使用 rituximab 申請表


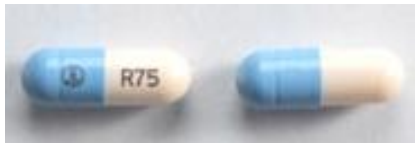
本院品項：


1. Mabthera® 100 mg/10 ml/vial (Rituximab)
2. Mabthera® 100 mg/10 ml/vial (Rituximab)



106年8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
Tamsulosin S.R.F.C 0.2 mg/tab	Tamlosin D 暢利淨 D 持續釋放錠 (生達) 衛部藥製字第 058548 號	白色 圓形 口服/口溶錠 D751	前列腺肥大症(增生)所伴隨的排尿障礙。	※藥委決議 (1060731 公告)	8.3元
					
Pravastatin & Fenofibrate 40 mg & 160 mg/cap	Pravafen 普脂芬膠囊 (SMB) 衛部藥輸字第 026169 號	淺綠色/綠色 橢圓形 口服/膠囊	治療混合性高脂血症併有冠心病[或與冠心病風險相當 (CHD risk equivalent)]，且使用 pravastatin 40mg 單一療法可充分控制LDL膽固醇之成人病患，在配合飲食控制下，pravafen可以降低三酸甘油酯及提升HDL膽固醇。	※藥委決議 (1060731 公告)	19.2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
Piracetam Granules 1.2 g/pk	Syntam 郝智 (健喬信元) 衛署藥製字第 048082 號	口服/顆粒劑	1.腦血管障礙及老化所引起的智力障礙可能有效。 2.皮質性陣發性抽搐之輔助療法。	※藥委決議 (1060731 公告)	6元
					
Dabigatran 75 mg/cap	Pradaxa 普栓達 (百靈佳) 衛部藥輸字第 026233 號	藍色/白色 橢圓形 口服/膠囊 R75	1.用於靜脈血栓高危險群病患，以預防其於接受下肢重大骨科手術後之靜脈血栓栓塞症(VTE)。 2.預防非瓣膜性心房纖維顫動病患發生中風與全身性栓塞。 3.急性深層靜脈血栓(DVT)及/或肺栓塞(PE)之治療。	※藥委決議 (1060731 公告)	27.5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
Mirabegron 50 mg/tab	Betmiga 貝坦利 (安斯泰來) 衛部藥輸字第 026216 號	黃色 橢圓形 口服/錠劑 355	治療伴有急尿、頻尿和/或急迫性尿失禁症狀的膀胱過動症。	※藥委決議 (1060823 公告)	36.9元
					



106年8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			
Amisulpride 200 mg/tab	Ribelite 樂彼來 (瑞士) 衛署藥製字第 048867 號	白色 橢圓形 口服/錠劑 RIBELITE 200	Solian 首利安 (賽諾菲) 衛署藥輸字第 023492 號	白色 圓形 口服/錠劑 AMI 200	思覺失調症。	※ 藥 委 決 議 (1060731公告)	27.1 元
							

106年8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
Tamsulosin S.R. 0.2 mg/tab	Urnal 優那持續釋放錠(壽元) 衛署藥製字第 049342 號	白色 圓形 口服/錠劑	前列腺肥大症(增生)所伴隨的 排尿障礙。	※藥委決議：Tamlosin D 進 藥後，停用 Urnal。 (1060731 公告)	8.3元
					
Lovastatin & Niacin 20 & 500 mg/tab	Linicor 理脂 (東生華) 衛署藥製字第 057216 號	米黃色 橢圓形 口服/膜衣錠	高血脂症，且適合同時使用 Niacin 及 lovastatin 治療 者。患者在接受 Linicor 治療 之前應採用標準之低膽固醇 飲食療法，並且在 Linicor 治 療期間仍應持續進行這種飲 食療法。	※藥委決議：Pravastatin & Fenofibrate (Pravafen) 40&160 mg/cap 進藥後， 停用 Linicor。 (1060731 公告)	10.3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
Piracetam 1200 mg/tab	Syntam 欣坦 (健喬信元) 衛署藥製字第 046681 號	白色 橢圓形 口服/膜衣錠 SY/刻痕	1.腦血管障礙及老化所引起的智力障礙可能有效。 2.皮質性陣發性抽搐之輔助療法。	※藥委決議：Piracetam Granules (Syntam) 1.2g/1.2g/pk 進藥後，停用 Syntam 1.2g/tab。 (1060731 公告)	2.38元
					
Na2HPO4 & NaH2PO4 45 mL/bt	Fleet 護舒達口服液 (C.B.) 衛署藥輸字第 023766 號	口服/溶液劑	緩解偶發性便秘、手術前、X光或內視鏡檢查前之腸灌洗。	※藥品缺貨 (1060731 公告) 本院另有下列藥品可供取代：Bowklean Powder 16.2 gm/pk	自費價 200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
Fentanyl Citrate 50 mcg/h, 5 mg/patch	Durogesic D-TRANS 多 瑞喜穿皮貼片劑 (管管署) 衛署藥輸字第 024842 號	外用/貼片	需要使用類鴉片製劑控制的慢性疼痛和頑固性疼痛。	※藥品缺貨 (1060808 公告) 本院另有下列藥品可供取代： Durogesic D-TRANS Transdermal Patch 75mcg/h, 5.4mg/ patch ; 25mcg/h, 2.5mg/patch 及 12mcg/h, 2.1mg/patch	470元
					
Mirabegron 25 mg/tab	Betmiga 貝坦利 (安斯泰來) 衛署藥輸字第 026217 號	褐色 橢圓形 口服/錠劑 325	治療伴有急尿、頻尿和/或急迫性尿失禁症狀的膀胱過動症。	※藥委決議：Betmiga 50 mg/tab 進藥後，停用 25 mg/tab。 (1060823 公告)	36.9元
					