



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

治療晚期攝護腺癌新藥

- Triptorelin 3.75 mg/vial

蔡宗憲 藥師

審稿：黃詠銘、黃欣怡 藥師

攝護腺癌可分為局部攝護腺癌（亦稱未轉移攝護腺癌）（局部攝護腺癌又分為早期與中期攝護腺癌）及已轉移攝護腺癌（亦稱晚期攝護腺癌）。局部攝護腺癌可選擇積極性治療方式（以治癒為目的），包括：開刀（即攝護腺根除性手術，包括：傳統開刀、腹腔鏡、機械手臂）、放射線治療、冷凍治療。晚期攝護腺癌治療以荷爾蒙治療為主，使用藥物注射或睪丸切除去除男性荷爾蒙，以達到抑制攝護腺癌細胞生長。

荷爾蒙治療藥物包含：促性腺激素釋放素促進劑、促性腺激素釋放素拮抗劑、抗雄性素、雌激素。本院新進藥品 triptorelin (Pamorelin®) 3.75 mg/vial 是一種人工合成、由十肽組成的促性腺激素釋放素促進劑類似物。適應症為晚期攝護腺癌紓解治療（palliative treatment）。此藥品以單次肌肉內注射至任一側臀部方式投予。建議劑量為每 4 週注射 1 劑。第一次使用後，黃體生成素、濾泡刺激素、睪固酮與雌二醇的血液濃度會短暫上升，通常在開始治療 2 至 4 週後，黃體生成素與濾泡刺激素分泌量會持續降低且睪固酮生成量會下降至經手術去勢後男性所觀察到標準。肝、腎功能不全者其暴露量（AUC 數值）上升（為年輕健康男性的 2-4 倍），但沒有資料顯示需調整劑量。對於藥物交互作用，藥動數值顯示組織降解所產生的

C 端碎片若非在組織內完全降解，就是迅速在血漿內進一步降解或由腎臟清除，與細胞色素 P450 代謝無關。

此藥品禁用於懷孕婦女。此外，亦可能對哺乳嬰兒造成嚴重不良反應，因此考量藥物對母親重要性後，停止哺乳或停用此藥品。此外，接受此藥品治療的病人可能發生：骨密度降低、腦下垂體中風、憂鬱症、血清睪固酮暫時上升（造成骨頭痛、神經病變、血尿、尿道或膀胱出口阻塞）、轉移性脊椎病灶（發生脊髓壓迫導致無力或癱瘓）、QT 波延長、高血糖和糖尿病、心肌梗塞、心臟猝死或中風，若有相關病史應密切監測與治療。常見不良反應包括：熱潮紅（58.6 %）、骨骼疼痛（12.1 %）、陽萎（7.1 %）、頭痛（5 %）、高血壓（3.6 %）、注射部位疼痛（3.6 %）。

Triptorelin 在一項針對 277 名晚期攝護腺癌男性患者進行隨機、活性藥物對照試驗。該試驗族群為白人（59.9 %）、黑人（39.3 %）、其他人種（0.8 %）。這些男性年齡為 47 至 89 歲（平均 71 歲）。結果在不同人種間，triptorelin 的藥效未有顯著差異。病人每月接受一次 triptorelin (n= 140) 或其已核准的促性腺激素釋放素促進劑（leuprolide）持續治療 9 個月。主要療效評估指標為第 29 天達成去勢效果、從第 57 至第 253 天仍維持去勢效果。137 位接受 triptorelin 治療的病人中，125 人（91.2 %）於第 29 天達到去勢範圍的血清睪固酮濃度（ ≤ 1.735 nmol/L；相當於 50 ng/dL），在第 57 天為 97.7 %。從第 57 至第 253 天維持在去勢範圍內百分比為 triptorelin 96.2% 與 leuprolide 91%，兩者療效無顯著差異。

($P = 0.092$)，需更長試驗期來證實長期療效差異。

目前治療晚期攝護腺癌的促性腺激素釋放素促進劑類藥物，包括：leuprolide、goserelin、triptorelin、histrelin，其中 triptorelin 顯示有較

佳維持血清睪固酮濃度至化學去勢狀態，因此，當此類其它藥物無法有效控制病情時，此藥品可做為另一項治療選擇。

參考資料

1. Pamorelin® 藥品仿單
2. Up-To-Date 資料庫：Triptorelin: Drug information (<https://www.uptodate.com/contents/triptorelin-drug-information>)
3. 台灣楓城泌尿學會 (臺大醫院泌尿部
蒲永孝主任教授 / 陳忠信醫師 / 2018 年更新)
© 2018 American Cancer Society, Inc.
(<https://www.tmua.org.tw/PC-therapy-new-trend.html>)
4. Breul J, Lundström E, Purcea D, Venetz WP, Cabri P, Dutailly P, Goldfischer ER. Efficacy of testosterone suppression with sustained-Release triptorelin in advanced prostate cancer. Adv Ther 2017;34(2):513-523.
5. Lepor H. Comparison of Single-Agent Androgen Suppression for Advanced Prostate Cancer. Rev Urol. 2005;7 Suppl 5:S3-S12.
6. Heyns CF, Simonin MP, Grosgrain P, Schall R, Prochet HC, South African Triptorelin Study Group. Comparative efficacy of triptorelin pamoate and leuprolide acetate in men with advanced prostate cancer. BJU Int. 2003;92(3):226-231.

藥物警訊

= 臨床藥學科整理 =

Lamotrigine 成分藥品可能導致罕見但嚴重的免疫系統過度活化風險

美國FDA發布含 lamotrigine 成分藥品可能導致罕見但嚴重免疫系統過度活化反應-噬血球性淋巴組織球增多症 (hemophagocytic lymphohistiocytosis, HLH)。過去研究發現，使用含 lamotrigine 成分藥品可能於8至24天內發生HLH。HLH屬罕見但嚴重且可能危及生命之不良反應，典型HLH會出現持續性發燒 (通常會高於38.5°C)，且可能導致血球減少和全身器官 (如肝、腎、肺等) 出現嚴重問題，若未即時診斷及治療可能造成多重器官衰竭而需住院甚至死亡。由於 lamotrigine 可能造成HLH，因此，若能即時診斷及治療，將可改善病人的預後並降低死亡率。其次，當病人服用 lamotrigine 時，如病人出現發燒或皮疹，應儘速進行評估，倘懷疑為HLH或其他嚴重免疫相關不良反應，應立即停藥並進行相關檢測以確診，且應由血液科醫師進行評估。所以使用此藥時，醫師應告知病人，當出現發燒或皮疹相關症狀與徵兆時，應儘速回診就醫。

本院品項：

1. Lamictal® 100 mg/tab (Lamotrigine)
2. Lamictal® 50 mg/tab (Lamotrigine)
3. Lamictal® Dispersible Chewable 5 mg/tab (Lamotrigine)

※ 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：107 年 3 月至 107 年 5 月花蓮慈院 ADR 通報案件共 13 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	Triumeq® 50/600/300 mg/tab (Dolut/Abaca/Lamiv)	自殺	中度	可能
2	Tapimycin® 4 g & 0.5 g/vial (Piperacillin & Tazobactam)	皮疹、發癢	中度	極有可能
3	Fonosil® 10 mg/tab (Fosinopril)	皮疹	中度	極有可能
4	Fytosid® 100 mg/5 ml/vial (Etoposide)、Carboplatin® 150 mg/15 ml/vial	全血球低下	中度	極有可能
5	B. B.® Injection 300 mg/2ml/vial (Clindamycin HCl)	皮疹	中度	極有可能
6	Ceftriaxone® 1 g/vial (Ceftriaxone Na)	皮疹	中度	極有可能
7	Baktar® 400 mg & 80 mg/tab (Sulfamethoxazole & Trimethoprim)	急性腎損傷	中度	極有可能
8	Pradaxa® 75 mg/cap (Dabigatran)	瘀斑	中度	極有可能
9	U-Vanco® 500 mg/vial (Vancomycin HCl)	皮疹	中度	極有可能
10	Zyvox® 600 mg/tab (Linezolid)、Zyvox® 2mg/ml;300ml/bag (Linezolid)	貧血	中度	極有可能
11	Kemoplat® 10 mg/20 ml/vial (Cisplatin)	白血球低下->G3: 1000 - 2000/mm3 06 中性球低下->G3: 500 - 1000/mm30	中度	確定
12	Harvoni® 90 mg & 400 mg/tab (Ledipasvir & Sofosbuvir)	急性肝衰竭	重度	可能
13	Cordarone® 150 mg/3 ml/amp (Amiodarone)	肺纖維化	重度	極有可能

▶▶健保給付規定修正

9.53.Panitumumab (如 Vectibix)：(105/4/1、107/6/1)

自一百零七年五月一日生效

- 1.與 FOLFOX (folinic acid/ 5-fluorouracil/oxaliplatin) 或 FOLFIRI (folinic acid/ 5-fluorouracil/irinotecan) 合併使用於治療 K-RAS 基因及 N-RAS 基因沒有突變之轉移性直腸結腸癌病患之第一線治療。
- 2.本藥品需經事前審查核准後使用，每次申請事前審查之療程以 18 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.Panitumumab 與 cetuximab 二者僅能擇一使用，唯有在無法忍受化療(其副作用)時方可互換。二者使用總療程合併計算，以全部 36 週為上限。(107/6/1)
- 4.本藥品不得與 bevacizumab 併用。(107/6/1)

本院品項：Vectibix® 100 mg/5 ml/vial (Panitumumab)

9. 27. Cetuximab (如 Erbitux) : (96/3/1、98/7/1、98/8/1、99/10/1、101/12/1、104/11/1、106/1/1、106/4/1、107/6/1)

自一百零七年六月一日生效

1. 直腸結腸癌治療部分：

(1) 與 FOLFIRI (Folinic acid/ 5-fluorouracil/irinotecan) 或 FOLFOX (Folinic acid/5-fluorouracil/oxaliplatin) 合併使用於治療具表皮生長因子受體表現型(EGFR expressing) , RAS 基因沒有突變之轉移性直腸結腸癌病患之第一線治療。(101/12/1、104/11/1、106/1/1)

I. 本藥品需經事前審查核准後使用，每次申請事前審查之療程以 18 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。

II. Cetuximab 與 panitumumab 二者僅能擇一使用。唯有在無法忍受化療(其副作用)時方可互換，二者使用總療程合併計算，以全部 36 週為上限。(107/6/1)

III. 本藥品不得與 bevacizumab 併用。

(2) 與 irinotecan 合併使用，治療已接受過含 5-fluorouracil、irinotecan 及 oxaliplatin 二線以上之細胞毒性治療失敗、具有表皮生長因子受體(EGFR)表現型且 K-RAS 基因沒有突變的轉移性直腸結腸癌的病患。(98/8/1)

I. 本藥品需經事前審查核准後使用，每次申請事前審查之療程以 9 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。

II. 使用總療程以 18 週為上限。

2. 口咽癌、下咽癌及喉癌治療部分：(98/7/1、99/10/1)

(1) 限與放射線療法合併使用於局部晚期之口咽癌、下咽癌及喉癌患者，且符合下列條件之一：

I. 年齡 ≥ 70 歲；

II. $Ccr < 50\text{mL/min}$ ；

III. 聽力障礙者(聽力障礙定義為 500Hz、1000Hz、2000Hz 平均聽力損失大於 25 分貝)；

IV. 無法耐受 platinum-based 化學治療。

(2) 使用總療程以接受 8 次輸注為上限。

(3) 需經事前審查核准後使用。

3. 頭頸癌部分(106/1/1、106/4/1)：

(1) 限無法接受局部治療之復發及/或轉移性頭頸部鱗狀細胞癌，且未曾申報 cetuximab 之病患使用。

(2) 須經事前審查核准後使用，每位病人使用總療程以 18 週為限，每 9 週申請一次，需無疾病惡化情形方得繼續使用。(106/4/1)

本院品項：Erbitux® 100 mg/20 ml/vial (Cetuximab)

10.7.5. Daclatasvir (如 Daklinza) 及 asunaprevir (如 Sunvepra) (106/1/24、106/5/15、107/6/1)

自一百零七年六月一日生效

1. 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」之成人慢性病毒性 C 型肝炎患者。

2. Daclatasvir 與 asunaprevir 合併使用於 Anti-HCV 陽性超過六個月(或 HCV RNA 陽性超過六個月)、

HCV RNA 為陽性、無肝功能代償不全之病毒基因型第 1b 型成人病患，且需符合下列條件：

(106/5/15、107/6/1)

經由肝組織切片或肝臟纖維化掃描或 Fibrosis-4 (FIB-4)證實，等同 METAVIR system 纖維化大於或等於 F3；或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。

註：以肝臟纖維化掃描或 Fibrosis-4 (FIB-4)證實等同 METAVIR system 纖維化大於或等於 F3 之定義為：

I.肝臟纖維化掃描 transient elastography (Fibroscan)≥9.5Kpa 或 Acoustic Radiation Force Impulse elastography (ARFI)≥1.81m/sec。

II.Fibrosis-4 (FIB-4)≥3.25，計算公式為[Age(years) × AST(U/L)] / [Platelet count(10^9 /L) × $\sqrt{ALT(U/L)}$]。

3.使用前應檢測血液病毒非結構性蛋白 5A 處(NS5A)不具抗藥性病毒株者方可使用。

4.每人給付療程 24 週，醫師每次開藥以 4 週為限。服藥後需定期監測病毒量，使用 4 週後病毒量未能下降超過二個對數值(即下降未達 100 倍)者，應停止治療，給付不超過 6 週。

5.限未曾申請給付其他同類全口服直接抗病毒藥物(direct-acting anti-viral, DAAs)，且不得併用其他 DAAs。

本院品項：

1. Daklinza® 60 mg/tab (Daclatasvir)
2. Sunvepra® 100 mg/cap (Asunaprevir)

10.7.6.Ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (如 Viekirax) 及 dasabuvir (如 Exviera) (106/1/24、106/5/15、107/6/1)

自一百零七年六月一日生效

1.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」之成人慢性病毒性 C 型肝炎患者。

2.Ombitasvir/paritaprevir/ ritonavir 與 dasabuvir 合併使用於 Anti-HCV 陽性超過六個月(或 HCV RNA 陽性超過六個月)、HCV RNA 為陽性、無肝功能代償不全之病毒基因型第 1 型成人病患，且需符合下列條件：(106/5/15、107/6/1)

經由肝組織切片或肝臟纖維化掃描或 FIB-4 證實，等同 METAVIR system 纖維化大於或等於 F3；或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。

註：以肝臟纖維化掃描或 Fibrosis-4 (FIB-4)證實等同 METAVIR system 纖維化大於或等於 F3 之定義為：

I.肝臟纖維化掃描 transient elastography (Fibroscan)≥9.5Kpa 或 Acoustic Radiation Force Impulse elastography (ARFI)≥1.81m/sec。

II.Fibrosis-4 (FIB-4)≥3.25，計算公式為[Age(years) × AST(U/L)] / [Platelet count(10^9 /L) × $\sqrt{ALT(U/L)}$]。

3.給付療程如下，醫師每次開藥以 4 週為限。服藥後需定期監測病毒量，使用 4 週後病毒量未能下降超過二個對數值(即下降未達 100 倍)者，應停止治療，給付不超過 6 週。

- (1)基因型 1a 型且無肝硬化者，需合併 ribavirin 治療，給付 12 週。
- (2)基因型 1a 型且具代償性肝硬化(Child-Pugh score A)者，需合併 ribavirin 治療，給付 24 週。
- (3)基因型 1b 型且無肝硬化者或具代償性肝硬化(Child-Pugh score A)者，給付 12 週。
- 4.限未曾申請給付其他同類全口服直接抗病毒藥物(direct-acting anti-viral, DAAs)，且不得併用其他 DAAs。

本院品項：

- 1. Viekirax[®] 12.5/75/50 mg/tab (Ritonavir, Ombitasvir, Paritaprev)
- 2. Exviera[®] 250 mg/tab (Dasabuvir Sodium Monohydrate)

10.7.7.Elbavir/grazoprevir (如 Zepatier) (106/8/1、107/6/1)

自一百零七年六月一日生效

- 1.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」之成人慢性病毒性 C 型肝炎患者。
- 2.限使用於 Anti-HCV 陽性超過六個月(或 HCV RNA 陽性超過六個月)、HCV RNA 為陽性、無肝功能代償不全之病毒基因型第 1 型或第 4 型成人病患，且需符合下列條件：(107/6/1)
經由肝組織切片或肝臟纖維化掃描或 FIB-4 證實，等同 METAVIR system 纖維化大於或等於 F3；或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。
註：以肝臟纖維化掃描或 Fibrosis-4 (FIB-4)證實等同 METAVIR system 纖維化大於或等於 F3 之定義為：
 - I .肝臟纖維化掃描 transient elastography (Fibroscan)≥9.5Kpa 或 Acoustic Radiation Force Impulse elastography (ARFI)≥1.81m/sec。
 - II.Fibrosis-4 (FIB-4)≥3.25，計算公式為[Age(years) × AST(U/L)] / [Platelet count(10⁹/L) × √ ALT(U/L)]。
- 3.給付療程如下，醫師每次開藥以 4 週為限。服藥後需定期監測病毒量，使用 4 週後病毒量未能下降超過二個對數值(即下降未達 100 倍)者，應停止治療，給付不超過 6 週。
 - (1)基因型第 1a 型且治療前未帶有 NS5A 抗藥性相關多形性病毒株：
 - I .給付 12 週。
 - II.若為先前使用 interferon/ ribavirin/蛋白酶抑制劑(protease inhibitor)合併治療失敗者，需合併 ribavirin 治療，給付 12 週。
 - (2)基因型第 1a 型且治療前帶有 NS5A 抗藥性相關多形性病毒株，需合併 ribavirin 治療，給付 16 週。
 - (3)基因型第 1b 型：
 - I .給付 12 週。
 - II.若為先前使用 interferon/ ribavirin/蛋白酶抑制劑合併治療失敗者，需合併 ribavirin 治療，給付 12 週。
 - (4)基因型第 4 型：
 - I .給付 12 週。
 - II.若為先前使用 interferon/ ribavirin 合併治療中發生病毒學失敗者，需合併 ribavirin 治療，給

付 16 週。

4.限未曾申請給付其他同類全口服直接抗病毒藥物(direct-acting anti-viral, DAAs)・且不得併用其他 DAAs。

本院品項：Zepatier® 50 &100 mg/tab (Elbasvir & Grazoprevir)

10.7.8.Sofosbuvir/ledipasvir (如 Harvoni) (107/1/1、107/6/1)

自一百零七年六月一日生效

1.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」之成人慢性病毒性 C 型肝炎患者。
2.限使用於 Anti-HCV 陽性超過六個月(或 HCV RNA 陽性超過六個月)、HCV RNA 為陽性之病毒基因型第 1 型、第 4 型、第 5 型或第 6 型成人病患，且需符合下列條件之一：(107/6/1)

(1)經由肝組織切片或肝臟纖維化掃描或 FIB-4 證實，等同 METAVIR system 纖維化大於或等於 F3；或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。

註：以肝臟纖維化掃描或 Fibrosis-4 (FIB-4)證實等同 METAVIR system 纖維化大於或等於 F3 之定義為：

I.肝臟纖維化掃描 transient elastography (Fibroscan)≥9.5Kpa 或 Acoustic Radiation Force Impulse elastography (ARFI)≥1.81m/sec。

II.Fibrosis-4 (FIB-4)≥3.25，計算公式為[Age(years) × AST(U/L)] / [Platelet count(10⁹/L) × √ALT(U/L)]。

(2)基因型第 1 型或第 4 型之肝臟移植者。

3.給付療程如下，醫師每次開藥以 4 週為限。服藥後需定期監測病毒量，使用 4 週後病毒量未能下降超過二個對數值(即下降未達 100 倍)者，應停止治療，給付不超過 6 週。

(1)給付 12 週。

(2)下列情況需合併 ribavirin 治療，給付 12 週：

I.若為先前使用 interferon、ribavirin 且合併或未合併蛋白酶抑制劑治療失敗，且具代償性肝硬化(Child-Pugh score A)者。

II.肝功能代償不全(Child-Pugh score B 或 C)者。

III.無肝功能代償不全之基因型第 1 型或第 4 型肝臟移植者。

4.限未曾申請給付其他同類全口服直接抗病毒藥物(direct-acting anti-viral, DAAs)・且不得併用其他 DAAs。

本院品項：Harvoni® 90/400 mg/tab (ledipasvir & sofosbuvir)

10.7.9.Sofosbuvir (如 Sovaldi) (107/1/1、107/6/1)

自一百零七年六月一日生效

1.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」之成人慢性病毒性 C 型肝炎患者。
2.限使用於 Anti-HCV 陽性超過六個月(或 HCV RNA 陽性超過六個月)、HCV RNA 為陽性、無肝功能代償不全之病毒基因型第 2 型成人病患，且需符合下列條件：(107/6/1)

經由肝組織切片或肝臟纖維化掃描或 FIB-4 證實，等同 METAVIR system 纖維化大於或等於 F3；或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。

註：以肝臟纖維化掃描或 Fibrosis-4 (FIB-4)證實等同 METAVIR system 纖維化大於或等於 F3 之定義為：

I .肝臟纖維化掃描 transient elastography (Fibroscan)≥9.5Kpa 或 Acoustic Radiation Force Impulse elastography (ARFI)≥1.81m/sec。

II.Fibrosis-4 (FIB-4)≥3.25，計算公式為[Age(years) × AST(U/L)] / [Platelet count(10^9 /L) × $\sqrt{ALT(U/L)}$]。

3.需合併 ribavirin 治療，每人給付療程 12 週，醫師每次開藥以 4 週為限。服藥後需定期監測病毒量，使用 4 週後病毒量未能下降超過二個對數值(即下降未達 100 倍)者，應停止治療，給付不超過 6 週。

4.限未曾申請給付其他同類全口服直接抗病毒藥物(direct-acting anti-viral, DAAs)，且不得併用其他 DAAs。

本院品項：Sovaldi[®] 400 mg/tab (Sofosbuvir)

8.2.3. 多發性硬化症治療藥品 (91/4/1、92/3/1、92/12/1、93/3/1、94/10/1、96/7/1、97/8/1、99/10/1、100/5/1、100/10/1、101/9/1、102/10/1、107/7/1)

自一百零七年六月一日生效

1. 限用於復發型多發性硬化症。

2. 初次使用時需經事前審查核准後使用。

3. 不適用於視神經脊髓炎 (neuromyelitis optica, NMO)，包括：(100/10/1)

本院品項：Rebif[®] 44 mcg/12 MIU/vial (Interferon β -1a)

8.2.3.1. Interferon beta-1a (如 Rebif) 、teriflunomide 14mg (如 Aubagio)：(91/4/1、97/8/1、100/10/1、107/7/1)

自一百零七年六月一日生效

1. 有視神經及脊髓發作。

2. 出現下列2種以上症狀：

I 脊髓侵犯大於 3 節。

II NMO-IgG or Aquaporin-4 抗體陽性。

III腦部磁共振造影不符合多發性硬化症診斷標準。

本院品項：Rebif[®] 44 mcg/12 MIU/vial (Interferon β -1a)

107 年 5 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
Cinacalcet 25 mg/tab	Regpara 高銳克鈣 (OHARA) 衛署藥輸字第 025141 號	淡綠色 圓形 口服/錠劑 KR02	治療透析患者的次發性副甲狀腺機能亢進。	※藥委會決議 (1070501公告) 以盒發藥 (30 tabs/box)	自費價 6600元/ 盒
					
Pomalidomide 2 mg/cap	Pomalyst 鉑美特膠囊 (賽基) 衛部藥輸字第 026841 號	藍色/橙色 橢圓形 口服/膠囊 2mgPOML	Pomalyst是一種 thalidomide 類似物，與dexamethasone 合併使用，核准用於多發性骨髓瘤患者，且先前接受過含 lenalidomide 和 bortezomib 在內的至少兩種療法，且確認完成前次治療時或結束治療後六十天內發生疾病惡化(disease progression)。	※臨採新藥，需事前審查。 (1070501公告)	9268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
Posaconazole 18 mg/mL, 300 mg/vial	Posanol 波賽特濃縮輸注液(默沙東) 衛部藥輸字第 026570 號	針劑/注射	1.對amphotericin B或itraconazole或voriconazole治療無效或不能忍受之成人侵入性麴菌病 (invasive aspergillosis)的第二線用藥。	※臨採新藥，限血液腫瘤科處方。 (1070507公告)	10241元
			2. 適用於18歲以上高危險病人，用於預防侵入性黴菌感染，包括造血幹細胞移植接受者因為植體宿主反應，而接受高劑量免疫抑制劑治療，及 acute myelogenous leukemia 或 高危險 myelodysplastic syndrome病人接受誘導化學治療，而引起長期嗜中性白血球減少症。	1.靜脈輸注，建議使用 0.22µm 的 In-line filter。 2.本院另有同成分錠劑 Posanol 100mg/tab。	

人與人相處之道，
應如星球運轉，
能自身圓融，
更要調整腳步彼此配合。

證嚴法師靜思語

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
Alirocumab 75 mg/ 1 mL/ pen	Praluent 保脂通注射劑 (賽諾菲) 衛部菌疫輸字第 001037 號	針劑/皮下注射	對於已接受最高耐受劑量statin，但低密度脂蛋白膽固醇(LDL-C)仍無法達到目標值之異合子家族性高膽固醇血症(HeFH)或動脈粥狀硬化心血管疾病 (clinical ASCVD) 之成人患者，Praluent 可作為飲食外的輔助治療。對statin 不耐受或禁用statin 之原發性高膽固醇血症(異合子家族性及非家族性)或混合型血脂異常之成人患者，Praluent 可單獨或併用其他降血脂藥物，作為飲食外的輔助治療。	※ 臨 採 自 費 新 藥，限病人處方。 (1070508公告)	自費價 7280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
Temozolomide 20 mg/cap	Tamos 特莫斯膠囊 (美時化學) 衛部藥製字第 058025 號	黃色/白色 橢圓形 口服/膠囊 LP 605	新診斷的多形神經膠母細胞瘤，與放射治療同步進行，然後作為輔助性治療。給予標準治療後復發性或惡化之惡性神經膠質瘤，例如多形神經膠母細胞瘤或退行性星狀細胞瘤。	※臨採新藥，需事前審查。 (1070508公告)	656元
					
Imiglucerase 400 units/vial	Cerezyme 雪瑞素 (賽諾菲) 衛部罕菌疫輸字第 000015 號	針劑/注射	1. 第一型高雪氏症:用於需要長期酵素替代療法，並經診斷確認為第一型高雪氏症且併發下列症狀之兒童或成人病患: a. 貧血 b. 血小板減少症 c. 骨病變 d. 肝臟腫大或脾臟腫大。 2. 第三型高雪氏症: 改善高雪氏症症狀。	※臨採罕見疾病用藥。 (1070514公告)	66684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
Somatropin 36 IU/ 12 mg/ vial	Saizen 帥健注射劑 (默克) 衛署菌疫輸字第 000932 號	針劑/注射	腦下垂體生長激素分泌不足所導致之生長遲滯、其他 GONADOL DYSGENESIS (TURNER'S SYNDROME)所導致之生長遲滯、青春前期因慢性腎臟衰竭導致之生長遲滯及成人生長激素嚴重分泌不足之補充療法。低出生體重兒 (Small for Gestational Age ; SGA)逾四歲者之生長障礙。	※藥委決議，需事前審查。 (1070518公告)	7454元
					



107 年 5 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			
Antazoline & Tetrahydrozoline 10 mL/bt	Allergopos 眼百適 (明盟實業) 衛署藥輸字第 013304 號	外用/眼藥水	Anzomin 安舒敏 (麥迪森) 衛署藥製字第 048471 號	外用/眼藥水	眼睛疲勞、刺激性過敏、眼睛過敏、結膜炎、眼膜充血。	※ 廠 商 缺 貨 (1070516公告)	47.1 元
							
Fexofenadine 60 mg/tab	Fexodine 樂抗敏 (生達) 衛署藥製字第 055954 號	橘色 橢圓形 口服/錠劑 SD / 731	Allegra 艾來 (賽諾菲) 衛署藥輸字第 023016 號	粉紅色 橢圓形 口服/錠劑 06	緩解成人及6歲以上兒童的季節性過敏性鼻炎及慢性自發性蕁麻疹相關症狀。	※Allegra恢復供貨 (1070516公告)	2.11 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			
Linezolid 600 mg/tab	Zyvox 采福適 (輝瑞) 衛署藥輸字第 023181 號	白色 橢圓形 口服/錠劑 600mg	Linezolid 理諾特 (諾華) 衛部藥輸字第 027228 號	白色 橢圓形 口服/錠劑 Z 600	治療由下列感受性菌株 感染的患者： Vancomycin 抗藥性的 Enterococcus faecium 感染，包括併 發菌血症的病例。	※廠商缺貨 (1070518公告)	568 元
							

