



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

「蘇」暢之氣 - 藥食同源的紫蘇葉

許韋莉 藥師

審稿：賴尚志 助理教授、何銘喜 藥師

後疫情時代的冬季來臨，全球新型冠狀病毒肺炎 (COVID-19) 確診者截至 110 年 12 月已達兩億七千萬五百萬，而在中醫藥盛行的臺灣，民眾紛紛尋求保健之道來與病毒共存。紫蘇葉，記載於三千多年前古籍中即有此特質，《本草綱目》作者李時珍詳述道：「蘇同穌，舒暢也；蘇性舒暢，行氣和血，故謂之蘇。……紫蘇近世要藥也，其味辛，入氣分；其色紫，入血分。」

我們常說韶光荏苒裡的「荏」即是紫蘇，「苒」則有茂盛之意，用荏苒來表達時光的飛逝，可以想成一年生的紫蘇，觀看其生長與凋零也等同過了一年。藥用的紫蘇葉為唇形科 *Lamiaceae* 一年生草本植物紫蘇 *Perilla frutescens* (L.) Britton 之乾燥葉，外觀平整後呈卵圓狀，先端尖、基部近圓形、邊緣有鋸齒狀，兩面紫色或上面綠色下面紫色，均有稀毛。常見食用的紫蘇葉則有紅紫蘇、青紫蘇、白紫蘇等 (表一)，根據品種不同用法稍有差異，在臺灣、日本、中國、韓國、越南與印度等亞洲國家，皆有使用紫蘇的蹤跡，並逐漸發展成琳瑯滿目的化妝品與保健食品。

中醫觀點的紫蘇，即指紫蘇葉，辛溫，入肺、脾經，功能發散風寒、行氣寬中，應用於治療風寒感冒輕症、胸悶噁嘔等症狀，現代臨床研究中，亦發現具有抗菌、抗氧化、抗過敏、抗憂鬱、抗

腫瘤、安眠、外用止血等效用，其有效成分主要存在於揮發油 (紫蘇醛 *Perillaldehyde*、紫蘇醇 *Perillyl alcohol*、紫蘇酮 *Perilla ketone* 等) 中，另有酚類 *Phenolic Compounds*、類黃酮 *Flavonoids*、類胡蘿蔔素 *Carotenoid*、花青素 *Anthocyanins* 等成分，煎煮時不宜久煎，屬於「後下」藥品，使用劑量一般為 5-11 g。

被《本草綱目》譽為萬用藥的紫蘇，可與其他藥品一起使用而發揮不同功效，如胸脘脹滿的風寒感冒會用香蘇散，配伍香附、陳皮等藥；同用人參、葛根、枳殼、桔梗等藥的參蘇飲，能兼顧有痰的喘咳；發熱惡寒、頭痛無汗、咳嗽痰稀的外感風寒使用杏蘇散，則與杏仁、半夏、茯苓等藥相輔相成。

近年來面對新冠病毒不斷變異的挑戰，一項針對新冠病毒抑制劑的研究，亦將中藥納入分析，提到紫蘇葉的水萃取物可以降低被新冠病毒感染的宿主細胞發生病變，但機轉仍不明確；另一項中藥研究篩選出具有抗病毒活性的紫蘇葉，顯示其提取物可能針對病毒感染早期的階段，經滅活 (*inactivate*) 病毒來抑制 SARS-CoV-2 複製並阻止病毒入侵宿主細胞，以達到預防效果，但目前研究僅限於細胞實驗階段，未來仍然有潛力應用於臨床。治療方面，中醫文獻整合 COVID-19 病程的不同證型，提出觀察期可依照不同的臨床表現，歸類為「乏力伴胃腸不適」與「乏力伴發熱」。若屬外感濕邪為患，影響中焦氣機運化，可見整體乏力兼有腸胃不適，故基本方以藿香、紫蘇葉、白芷解除外感風寒兼祛濕化濁，半夏、陳皮燥濕降逆，茯苓、白朮健脾運濕，厚朴、大腹皮行氣寬中並化濕除滿，桔梗宣肺利氣，生薑、

大棗、甘草調和中焦。整體可以達到解表化濕，理氣和中的功效。

是食物也是藥品的紫蘇葉，在亞洲各國的使用和研究日新月異，入藥用的紫蘇應依據《臺灣中藥典第四版》之基原 *Perilla frutescens* (L.)

Britton 做選用為佳，雖然目前研究尚未顯示紫蘇潛在的嚴重副作用和中西藥交互作用，但在中藥使用上，由於紫蘇葉性溫、味辛，表虛自汗、體虛多汗及濕熱病者應忌用。



圖一、紅紫蘇(左圖)、青紫蘇(右圖)

表一、常見紫蘇葉的品種與用途

品種	變種之學名	常見用途
<i>Perilla frutescens</i> Britton		
紅紫蘇	var. <i>crispa form purpurea</i>	藥用、醃漬、防腐、辛香料、染色劑
青紫蘇	var. <i>crispa form viridis</i>	藥用、生食、油炸、辛香料、精油萃取
尖紫蘇	var. <i>acuta</i>	生食、醃製
白紫蘇	var. <i>arguta</i>	種子產量較高，通常榨油用
荳胡麻	var. <i>frutescens</i>	生食、醃製、種子榨油用
耳齒紫蘇	var. <i>auriculato-dentata</i>	辛香料
野生紫蘇	var. <i>purpurascens</i>	辛香料

參考資料

1. 衛生福利部疾病管制署網站·國際重要疫情
<https://www.cdc.gov.tw/TravelEpidemic/List/> (cited: 26 Dec 2021)
2. 衛生福利部藥典編修小組：臺灣中藥典第四版，衛生福利部。2021：334-336。
3. 呂鋒洲：善用紫蘇，元氣齋出版社。2002。
4. 洪千惠：紫蘇之栽培與利用，行政院農業委員會花蓮區農業改良場花蓮區農業專訊。2019：1-5。
5. Hiwa M. Ahmed. Ethnomedicinal, phytochemical and pharmacological investigations of *Perilla frutescens* (L.) Britt. *Molecules* 2019;24:102.
6. 張廷模：張廷模臨床中藥學講稿，人民衛生出版社。2010：128-129。
7. Jia-Tsong Jan, Ting-Jen Rachel Cheng, Yu-Pu Juang, et al. Identification of existing pharmaceuticals and herbal medicines as inhibitors of SARS-CoV-2 infection. *PNAS* 2021;Vol. 118 No. 5 e2021579118:1-8.
8. Wen-Fang Tang, Hui-Ping Tsai, Yu-Hsiu Chang, et al. *Perilla* (*Perilla frutescens*) leaf extract inhibits SARS-CoV-2 via direct virus inactivation. *Biomedical Journal* 44 2021:293-303.
9. 張哲儒、李威毅、黃頌儼等：中醫在 SARS 及 COVID-19 嚴重流行疫病臨床應用之系統性回顧，中醫藥雜誌。2020;31(2):28-49。
10. 圖片來源：洪千惠：紫蘇之栽培與採收，行政院農業委員會花蓮區農業改良場花蓮區農業專訊。2020：94-98。

Fluoroquinolone 類抗生素可能導致心臟瓣膜閉鎖不全之風險

歐盟 EMA 發布全身作用型與吸入型含 fluoroquinolone 類抗生素，具心臟瓣膜閉鎖不全 (heart valve regurgitation/incompetence) 風險。近期一份流行病學研究結果顯示，使用全身作用型 fluoroquinolone 類抗生素相較使用其它抗生素 (amoxicillin 或 azithromycin) 病人，約增加 2 倍導致二尖瓣與主動脈瓣閉鎖不全風險。另一份研究指出，主動脈肌纖維母細胞 (取自主動脈病變 (包含主動脈閉鎖不全) 病人) 暴露於 ciprofloxacin 下，會導致膠原蛋白降解，而膠原蛋白降解作用亦被認為是 fluoroquinolone 類抗生素可能引起肌腱與主動脈相關疾病原因。所以 EMA 評估現有證據後，認為 fluoroquinolone 類抗生素可能增加心臟瓣膜閉鎖不全風險，故建議全身作用型與吸入型 fluoroquinolone 類抗生素用於心臟瓣膜閉鎖不全高風險族群，應審慎評估臨床風險效益與考量其它治療選項後才能使用。因此，醫師應衛教病人若出現任何心臟瓣膜閉鎖不全相關症狀，如：急性呼吸困難、新發作的心悸或出現腹部/下肢水腫情況時，應立即尋求緊急醫療協助。

本院品項：

1. Baccidal® 100 mg/FC tab (Norfloxacin)
2. Cinolone® F.C. 250 mg/tab (Ciprofloxacin)
3. Ciproxin® 400 mg /200 mL/bot (Ciprofloxacin)
4. Cravit® 500 mg/tab (Levofloxacin)
5. Cravit® 250 mg/50 mL/vial (Levofloxacin)
6. Avelox® 400 mg/tab (Moxifloxacin)
7. Avelox® 400 mg/250 mL/bot (Moxifloxacin)

※ 資料來源：財團法人藥害救濟基金會

※ 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

9.61.ibrutinib (如 Imbruvica) : (106/11/1、108/9/1、111/1/1)

自一百一十一年一月一日生效

1. 用於先前接受過至少一種化學或標靶治療方式無效或復發的被套細胞淋巴瘤病人。

(1) 需經事前審查核准後使用。首次申請事前審查之療程以四個月為限，之後每三個月需再次申請，再次申請時應檢附前次治療結果評估資料，如影像學檢查報告。

(2) 若疾病進展或無法耐受藥物副作用，則必須停止使用。

(3) 每位病人限給付 20 個月。(111/1/1)

(4) 每日至多處方 4 粒。(108/9/1)

2. 單獨使用於具有 17p 缺失的慢性淋巴球性白血病 (CLL) 患者。(108/9/1)

(1) 限先前曾接受至少 1 種包括 alkylating agent 與 anti-CD20 (如 R-CVP、R-CHOP、rituximab 加

bendamustine 等) 的治療 2 個療程以上仍惡化或復發者。

(2)開始使用前之疾病狀態需出現下列任一情形：

- I. 進行性的血液相惡化至 Hb < 10.0 gm/dL 或 PLT < 100 K/uL，且無其他原因可以解釋。
- II.脾臟腫大超過左肋骨下緣 6 cm。
- III.淋巴結腫大，最長徑超過 10 cm。
- IV.周邊血液淋巴球在 2 個月內增加 50%以上，或倍增時間 (doubling time) 小於 6 個月。
- V. 出現自體免疫併發症，且經類固醇治療無效。
- VI.出現具症狀的淋巴結外病灶。

(3)需經事前審查核准後使用，每 3 個月需再次申請。再次申請時需檢附療效評估資料，若未達 iwCLL (International Workshop on CLL) 最新定義之 partial remission 或 complete remission，則不予給付。

(4)Ibrutinib 與 venetoclax 二者僅能擇一使用，唯有在出現無法忍受其副作用時方可互換。二者使用總療程合併計算，以全部 24 個月為上限。

(5)每日至多處方 3 粒。

本院品項：Imbruvica® 140 mg/cap (Ibrutinib)

4.2.3.第八、第九凝血因子製劑 (103/4/1、106/9/1、106/12/1、107/11/1、108/10/1、109/3/1、109/9/1、111/1/1)：

自一百一十一年一月一日生效

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，比照化療以「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) 及登錄醫療評估追蹤紀錄表 (附表十八之五)。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、108/10/1、109/12/1)

2.用於 A 型或 B 型無抗體存在之血友病人：(111/1/1)

(1)需要時治療 (on demand therapy)：適用一般型血友病病人，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、107/11/1、108/10/1、111/1/1)

(2)預防性治療 (primary prophylaxis)：限嚴重型 (VIII: C 小於 1 %) 血友病病人。

I.嚴重 A 型血友病病人：

i. Eloctate：(106/9/1、106/12/1、109/3/1、111/1/1)

A.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。

B.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。若臨床上需要使用超過

上述劑量，則需要事前審查。

ii. Adynovate : (107/11/1、109/3/1、111/1/1)

A.每週注射 2 次，每次 40-50 IU/kg。

B.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。若臨床上需要使用超過上述劑量，則需要事前審查。

iii. Kovaltry、Afstyla : (109/3/1、109/9/1、111/1/1)

A.每週注射 2 至 3 次，每次 20-40 IU/kg。

B.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。若臨床上需要使用超過上述劑量，則需要事前審查。

iv. Jivi : (109/12/1、111/1/1)

A.每週注射 2 次，每次 30-40 IU/kg；每 5 天注射 1 次，每次 45-60 IU/kg；每週注射 1 次，每次 60 IU/kg。

B.限用於 12 歲 (含) 以上且曾接受治療之 A 型血友病病人。

v.其他製劑：每週注射 1-3 次，每一次劑量為 15-25 IU/kg。(106/12/1、109/3/1、111/1/1)

II.嚴重 B 型血友病病人：

i. Idelvion：用於 12 歲以上病人每週注射一次，每次 25-35 IU/kg，或每 2 週注射一次，每次 40-50 IU/kg；用於未滿 12 歲病人每週注射一次，每次 35 IU/kg。(109/9/1、111/1/1)

ii. Alprolix：每週注射一次，每次 50 IU/kg。(109/9/1、111/1/1)

iii. Refixia：用於 12 歲以上之病患，每週注射一次，每次 40 IU/kg。(110/3/1、111/1/1)

iv.其他製劑：每週注射 1-2 次，每一次劑量為 30-50 IU/kg。(103/4/1、109/9/1、111/1/1)

III.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 1 IU/dL，得再調整劑量。(106/12/1、109/3/1、111/1/1)

IV.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。

(3)Idelvion、Alprolix 及 Refixia 限用於預防性治療 (primary prophylaxis)。(109/9/1、110/3/1、111/1/1)

3.免疫耐受治療 (immune toleration induction ; ITI) : (111/1/1)

(1)需經事前審查核准後使用。送審時需檢附最近 5 年內就醫紀錄 (包含抗體檢驗數值、整合醫療評估表) 和 1 年內出血凝血因子使用記錄。

(2)起始劑量以每週 3 次，每次 50 IU/kg 開始。最高劑量不得超過 100 IU/kg/day。

(3)開始治療後，每個月檢測抗體，治療開始 3 個月後，每 6 個月評估療效，於第 9 個月內進行第一次療效評估，若抗體下降未達前 9 個月內最高點之 20%，可考慮增加劑量、頻率，但最高劑量不得超過 100 IU/kg/day 或改用 vWF 之第八因子產品，方可繼續執行。第 15 個月後仍未下降達最高點 (9 個月 ~ 15 個月之間) 之 20%，可以考慮給予免疫抑制劑，若第 21 個月仍未下降達

最高點 (15 ~ 21 個月之間) 之 20% , 則應該停止。若持續下降達前次最高點之 20% , 則可以繼續治療 , 至多不超過 33 個月。

(4)若評估時 , 達到 partial response (定義為抗體效價下降至無法檢出) , 則之後每個月需加驗第八因子 recovery rate 。若 recovery rate <66% , 則照原採行之方式繼續 ITI ; 若 recovery rate ≥ 66% , 往後需每 3 個月加驗第八因子之 half-life :

I.若第八因子之 half-life < 6 小時 , 則照原採行之方式繼續 ITI 。

II.若 half-life ≥ 6 小時 , 可考慮逐步降低劑量至停止 ITI , 至多不超過 33 個月。若達到 tolerization (定義為抗體效價抗體效價下降至無法檢出 , 第八因子 recovery rate ≥ 66% , 第八因子之 half-life ≥ 6 小時且未出現 anamnestic response) , 則可停止 ITI 。

(5)每位病人以做一次 ITI 為限。如需再次做治療須敘明理由經特殊專案審查核准後使用。

(6)不得與 emicizumab 合併使用。

(7)限未滿 9 歲之兒童使用。

本院品項：

1. Eloctate® 500 IU/3 ml/vial (Recombinant Factor VIII)
2. Eloctate® 1000 IU/3 ml/vial (Recombinant Factor VIII)
3. Xyntha® F.S. 500 IU/vial (Factor VIII)
4. Haemate® P 250 IU/vial (Factor VIII)
5. Benefix® Coagulation Factor IX 500 IU/vial (Factor IX)

藥品給付規定通則

四、注射藥品之使用原則：

自一百一十一年一月一日生效

(一) 注射藥品使用時機 , 應以經醫師診斷後 , 判斷病情需要且病人不能口服 , 或口服仍不能期待其有治療效果 , 記明於病歷表者 , 方得為之。(86/1/1)

(二) 因病情需要 , 經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品包括：

- 1.治療糖尿病之 insulin 及 GLP-1 受體促效劑。(109/12/1)
- 2.CAPD 使用之透析液。
- 3.CAPD 使用之抗生素及抗凝血劑 (至多攜回二週)。
- 4.Desferrioxamine (如 Desferal)。
- 5.慢性腎臟功能衰竭 , 使用紅血球生成素 (至多攜回二週 , 如因特殊病情需要 , 需敘明理由 , 得以臨床實際需要方式給藥 , 惟一個月不超過 20,000 U (如 Eprex 、 Recormon) 或 100 mcg (如 Aranesp 、 Mircera) 為原則)。(98/9/1)
- 6.治療白血病使用之 α -interferon (至多攜回二週)。
- 7.G-CSF (如 filgrastim ; lenograstim) (至多攜回六天)。(98/11/1)
- 8.生長激素 (human growth hormone) (至多攜回一個月)。

- 9.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、繞徑治療藥物、第十三凝血因子備用，繼續治療時，比照化療以「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等) 及申報費用時上傳上述治療紀錄表電子檔。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。(86/9/1、92/5/1、100/4/1、108/10/1、109/2/1)
- 10.於醫院內完成調配之靜脈營養輸液 (TPN)，或不需調配之靜脈營養輸液，可攜回使用。(85/10/1、93/12/1、111/1/1)
- 11.肢端肥大症病人使用之 octreotide、lanreotide (如 Sandostatin、Somatuline 等) 至多攜回一個月，另 octreotide (如 Sandostatin 等) 需個案事前報准 (93/12/1)。lanreotide inj 30 mg (如 Somatuline) 每次注射間隔兩週 (88/6/1)，octreotide LAR (如 Sandostatin LAR Microspheres for Inj.) 每次注射間隔四週 (89/7/1)。
- 12.結核病病人持回之 streptomycin、kanamycin 及 enviomycin 注射劑 (至多攜回二週)。(86/9/1)
- 13.抗精神病長效針劑 (至多攜回三個月)。(87/4/1、109/6/1)
- 14.低分子量肝凝素注射劑：金屬瓣膜置換後之懷孕病患，可准予攜回低分子量肝凝素注射劑自行注射，但至多攜回兩週。(90/11/1)
- 15.Apomorphine hydrochloride 10 mg/mL (如 Apo-Go Pen)：限使用於巴金森氏病後期產生藥效波動 (on-and-off) 現象，且經使用其他治療方式無法改善之病患使用，每人每月使用量不得超過 20 支。(91/2/1、99/11/1)
- 16.罹患惡性貧血 (pernicious anemia) 及維生素 B12 缺乏病患，如不能口服者或口服不能吸收者，得攜回維生素 B12 注射劑，每次以一個月為限，且每三個月應追蹤一次。(91/4/1)
- 17.患者初次使用 aldesleukin (如 Proleukin Inj) 治療期間 (第一療程)，應每週發藥，俾回診觀察是否有無嚴重之副作用發生。第一療程使用若未發生嚴重副作用，在第二療程以後可攜回兩週之處方量。(91/12/1)
- 18.慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素，至多攜回四週之使用量。(92/10/1)
- 19.類風濕關節炎、僵直性脊椎炎、乾癬、乾癬性周邊關節炎、乾癬性脊椎病變與克隆氏症病患使用 etanercept、adalimumab、abatacept、tocilizumab、opinercept、certolizumab、brodalumab 等生物製劑皮下注射劑，經事前審查核准後，在醫師指導下，至多可攜回四週之使用量。(93/8/1、109/10/1)
- 20.(刪除) (109/12/1)
- 21.(刪除) (109/12/1)
- 22.含 teriparatide 成分注射劑。(103/9/1)
- 23.含 interferon beta-1a 成分注射劑。(103/9/1)
- 24.含 interferon beta-1b 成分注射劑。(103/9/1)
- 25.含 glatiramer 成分注射劑。(103/9/1)

(三) 電解質及營養靜脈補充輸液之使用，應說明理由並有明確需要，以積極治療為目的，始得為之。

(四) 癌症病人使用之 morphine 及化學治療藥品，於院內經醫師或藥師完成調劑作業後，亦可由病人攜回使用。(85/10/1)

本院品項：

1. Bfluid® 1000 mL/bag (Amino acid Mixture)
2. Clinimix® N9G15E 1500 mL/twin bag (TPN Ingredients, commercials)
3. Clinimix® N17G35E 1500 mL/twin bag (TPN Ingredients, commercials)
4. Smofkabiven® Central Emulsion 1477 mL/bag (Glucose, amino acid, electrolyte & fat emulsion)
5. Oliclinomel® N4-550E Emulsion For Infusion 1500 mL/bag (Glucose, amino acid & fat emulsion)
6. TPN-A® (Glucose, amino acid, electrolyte; Standard TPN)
7. TPN-B® (Glucose, amino acid, electrolyte; high protein TPN)
8. TPN-C® (Glucose, amino acid, electrolyte; peripheral TPN)
9. TPN-D® (Glucose, amino acid, electrolyte; hepatic TPN)
10. TPN-E® (Glucose, amino acid, electrolyte)
11. TPN-P® (Glucose, amino acid, electrolyte; pediatric TPN)

9.28.Bortezomib (如 Velcade) : (96/6/1、98/2/1、99/3/1、99/9/1、100/10/1、101/6/1、105/5/1、109/4/1、109/6/1、111/1/1) 附表九之三

自一百一十一年一月一日生效

限用於

1.合併其他癌症治療藥品使用於多發性骨髓瘤病人：(99/3/1、100/10/1、101/6/1、109/4/1、109/6/1、111/1/1)

(1)每人以 16 個療程為上限。(99/9/1、109/4/1、109/6/1、111/1/1)

(2)需經事前申請後使用，每次申請 4 個療程。(101/6/1)

(3)使用 4 個療程後，必須確定藥物使用後 paraprotein (M-protein)未上升 (即表示為 response 或 stable status)，或對部分 non-secretory type MM 病人以骨髓檢查 plasma cell 之比率為療效依據，方可繼續使用。(101/6/1、109/4/1)

(4)若病患於前線療程符合前項規定 (3) 之療效而醫師決定可暫時停藥，則後續療程可保留，於疾病復發時，再行申請使用。(101/6/1、109/4/1)

2.被套細胞淋巴瘤 (Mantle Cell Lymphoma, MCL) 病人：(98/2/1、105/5/1)

(1)每人以 8 個療程為上限。(99/9/1)

(2)每日最大劑量 1.5 mg/m²/day；每個療程第 1,4,8,11 日給藥。

(3)第一線使用過復發者，不得申請再次使用。(105/5/1)

(4)需經事前審查核准後使用。

本院品項：Velcade® 3.5 mg/vial (Bortezomib)