



慈濟藥訊

TZU CHI HOSPITAL PHARMACY BULLETIN

出版單位：花蓮慈濟醫院藥劑部
 總編輯：劉采艷
 執行編輯：陳仲揚
 編輯：陳怡珊、張維舜、黃欣怡、黃詠銘、彭鳳宜

新藥介紹

轉移性黑色素瘤新藥

-Ipilimumab

陳仲揚 藥師

惡性黑色素瘤 (malignant melanoma) 屬於皮膚癌的一種，常轉移至其他組織器官，多數早期階段只要進行手術切除即可治癒。但少數患者被診斷時或經治療後仍舊發生轉移，後續之治療難度將大幅提高。

近年轉移性黑色素瘤之研究開始使用新的治療方法-免疫檢哨抑制劑 (immune checkpoint inhibitors) 及抑制 BRAF 與 (或) MEK 基因的標靶治療 (targeted therapy)。目前免疫檢哨抑制劑分為：抗計畫性細胞死亡抗體 (anti-programmed cell death 1 (PD-1) antibodies) 及抗細胞毒性 T 淋巴球相關蛋白 4 抗體 (anti-cytotoxic T-lymphocyte-associated protein 4 (CTLA-4) antibody)。

本院新進藥品 ipilimumab (Yervoy[®]，益伏注射劑) 屬於免疫檢哨抑制劑。Ipilimumab 為一重組的人類單株抗體，可和 CTLA-4 結合阻斷與配體 CD80/CD86 的作用，使 T 細胞活化增生，啟動抗腫瘤反應而攻擊黑色素瘤細胞。Ipilimumab 的衛生福利部許可適應症為「適用於治療成人曾接受其他療法之無法切除或轉移性黑色素瘤。」

一項隨機、雙盲試驗評估 ipilimumab 之療效與安全性，試驗包含 676 名無法切除或出現轉移性黑色素瘤患者且曾接受 aldesleukin、dacarbazine、temozolomide、fotemustine 或 carboplatin 中一種或多種藥物治療。試驗僅納入 HLA-A2*0201 基因型患者，此基因型可促進 gp100 疫苗 (可活化免疫反應，進行腫瘤毒殺) 免疫表現。試驗排除自體免疫疾病或器官移植後正接受免疫抑制劑之患者。以 3 : 1 : 1 隨機分配，分別接受 ipilimumab 合併 gp100 疫苗、單用 ipilimumab 及單用 gp100 疫苗。

Ipilimumab 為每 3 週靜脈輸注 3 mg/kg，共 4 劑；gp100 為每 3 週深層皮下注射 2 mg，共 4 劑。在第 12 及第 24 週評估腫瘤反應，之後 3 個月評估一次。主要療效結果為整體存活期 (overall survival)，ipilimumab 合併 gp100 的整體存活期中位數為 10 個月，而單用 gp100 約 6.4 個月，兩者達顯著差異 (hazard ratio 0.68，95% CI 0.55-0.85，p < 0.001)。

Ipilimumab 需在 16 週內完成總共 4 劑之療程，若時間內無法完成，須永久停藥。建議之 ipilimumab 劑量頻率為每 3 週一劑，以 90 分鐘靜脈輸注 3 mg/kg。治療中如發生中度免疫不良反應或有症狀的內分泌病變就須暫停。若不良反應 (第 0-1 級) 完全或部份消退且每日使用之 (等效) 類固醇劑量小於 7.5 mg prednisone，可重新施打，直到共施打 4 劑，或第一劑之後 16 週中止，兩種方式以先發生者為主。

劑量調整方面，若腎功能不全或輕度肝功能不全不需調整。目前尚無對中度及重度肝功能不全 (總膽紅素 > 1.5 倍正常值上限或 AST 大於正常值上限) 的劑量研究，因此無正式之調整方法。當治療中，AST 或 ALT 超過 5 倍正常值上限，或總膽紅素超過 3 倍正常值上限則永久停用。

對懷孕或計畫懷孕之婦女而言，尚無明確使用 ipilimumab 之資料，但動物研究有觀察到不良反應。Ipilimumab 為 IgG1 免疫球蛋白，且人類 IgG1 能通過胎盤，理論上可能對胎兒造成傷害。建議 ipilimumab 療程中及施打最後一劑後 3 個月內，應徹底實行有效之避孕措施。目前也尚不知 ipilimumab 是否分泌至乳汁中，因此建議欲哺乳婦女於療程中及最後一劑 3 個月內禁止哺乳。

Ipilimumab 常見之不良反應有疲勞 (34%-41%)、腹瀉 (32%-37%)、皮疹 (25%-29%)、瘙癢 (21%-31%)、結腸炎 (5%-8%)。Ipilimumab 於國內及美國雖無明確禁忌標示，但因可能活化增生 T 細胞引起免疫相關不良反應，如腸炎、肝炎、皮膚炎 (如毒性表皮壞死溶解症 (toxic epidermal necrolysis，TEN))、神經病變及內分泌病變，若病

患當下有危及生命的自體免疫疾病或進行器官移植更應當心使用 (加拿大甚至將其列為禁忌) 。治療前及每次給藥前都應嚴格評估是否有免疫相關問題。

對於轉移性黑色素瘤治療，免疫療法漸成為主流。但使用含 ipilimumab 的免疫治療時，其治療反應慢 (late response)，患者常有短暫惡化期且可

能有嚴重免疫相關副作用。已有隨機試驗 (n=945) 顯示，ipilimumab 合併 nivolumab 可較單一藥物治療顯著提高腫瘤縮小反應速度及程度。使用 ipilimumab 可有效延長存活期，相較其他藥物，雖有免疫相關之嚴重反應風險，但治療效果較佳。目前 Ipilimumab 尚未納入健保給付，仍需自費。

參考資料

1. Yervoy®中文仿單 Jun/26/2015)
2. Micromedex® 2.0, (electronic version). Truven Health Analytics, Greenwood Village, Colorado, USA. Available at: <http://www-micromedexsolutions-com.hls.w.tzuchi.com.tw:81/> (cited: 2015; 373:23).
3. Larkin J, Chiarion-Sileni V, Gonzalez R, et al. Combined Nivolumab and Ipilimumab or Monotherapy in Untreated Melanoma. N Engl J Med 2015; 373:23.

藥物不良反應

表：104 年 6 月至 104 年 8 月花蓮慈院 ADR 通報案件

	可疑藥品	不良反應	嚴重度	相關性
1	Ebutol 400 mg/FC tab (Ethambutol HCL) & Rifater (RIF120 & INH80 & PZA250)	急性肝炎及 AST & ALT 提高	重度	確定
2	Fluorescite 10% 500 mg/5 ml/amp (Fluorescein Na)	皮疹且癢	中度	確定
3	Warfarin 1 mg/tab	PT / INR 延長 (PT >100 sec · INR=8.82)	中度	極有可能
4	Cofarin 1 mg/tab (Warfarin)	腸胃道出血	中度	極有可能
5	Morphine 10 mg/tab	皮疹	輕度	極有可能
6	Diclofenac 50 mg/tab	急性腎臟損傷	重度	可能
7	Lanoxin 0.25 mg/tab (Digoxin)	毛地黃中毒	中度	可能
8	Kivexa 600 mg/300 mg (Abacavir & Lamivudine)	發熱	輕度	可能



<p>篇名</p>	<p>Apremilast: A Review in Psoriasis and Psoriatic Arthritis</p>
<p>內容摘要</p>	<p>牛皮癬 (Psoriasis) 是一種會侵犯皮膚、頭皮、指甲及關節 (psoriatic arthritis; PsA) 自體免疫疾病。目前的治療方式包括局部性的類固醇、維他命 D、焦油製劑，全身性的 retinoids、NSAIDs、傳統或生物的 DMARDs 及照光療法。這些藥可以緩解皮膚及關節的症狀，但是因安全性而使用受限。</p> <p>Apremilast (Otezla®) 是一種口服小分子標靶藥品，藉由選擇性抑制發炎細胞中的 PDE4 而減少部分 chemokines、interleukins 及 cytokines 的產生。ESTEEM 1 和 2 試驗在第 16 週時，服用 apremilast 30 mg BID 的中至重度牛皮癬病患，其達到 PASI-75 的比率較安慰劑組高約 25%，自試驗基準算起 PASI 分數也比安慰劑下降的多約 35% (p<0.0001)，顯示 apremilast 可有效改善牛皮癬的病灶面積及嚴重度，並在第 52 週證實其效果可延續。另外，身體整體評估、癢的症狀、生活品質及工作限制等次要終點目標皆較安慰劑組有意義的改善。</p> <p>PALACE 1-3 則是針對有或無併用 DMARDs 的 PsA 病患，試驗組在第 16 週達到 ACR20 的比率較安慰劑組高將近 20%，但是 ACR50 及 ACR70 則與安慰劑組無明顯的差異。而其他次要目標與長期試驗的結果與 ESTEEM 類似。</p> <p>在安全性方面，常見不良反應為腹瀉、噁心，通常在前 2 週發生，並可在 4 周內緩解。長期使用則有咽喉炎及上呼吸道感染。另外，有 10-12%病患會體重減輕，因此服藥期間需監測體重。令人所疑慮的嚴重感染、惡性腫瘤及心血管事件風險，則未顯示有增加。</p>
<p>臨床結語</p>	<p>Apremilast 口服給藥方便，目前的試驗結果對牛皮癬及 PsA 有效，並有較高的安全性，不過我們亦須持續關注其更長期的結果。此藥品台灣尚未上市，臨床上仍先以傳統或生物製劑之 DMARDs 治療為主。</p>
<p>資料來源</p>	<p>Drugs (2015) 75 : 1393–1403</p>
<p>撰稿作者</p>	<p>花蓮慈濟醫院藥劑部 臨床藥學科 <u>黃欣怡</u> 藥師</p>

一個人在世間做了多少事
就等於壽命有多長。
因此，必須與時日競爭，
切莫使時日空過。

證嚴法師靜思語

使用 GBCAs 進行核磁造影導致腦部蓄積之風險

2015/7/27 美國 FDA 發布警訊，將對於重複使用含 gadolinium 類成分之顯影劑 (gadolinium-based contrast agents, GBCAs) 於磁振造影 (magnetic resonance imaging, MRI) 而導致 GBCAs 蓄積於腦部之風險進行評估。

由於近期發表的醫學文獻指出，部分接受 4 次或更多次 GBCAs 磁振造影的病人，於最後一次用藥一段時間後，仍發現有 GBCAs 蓄積於腦部之情形。

因此美國 FDA 正在對重複使用 GBCAs 於磁振造影導致 GBCAs 蓄積於腦部之風險進行評估。目前尚未知這些 gadolinium 蓄積物是否對人體有害或有不良反應，此仍有待更多的資訊評估其安全性，故現階段美國 FDA 並未要求廠商變更 GBCAs 之藥品仿單。

本院品項：

MultiHance 529 mg/ml ; 20 ml/bot (Gadobenate Dimeglumine)
 Magnevist 469 mg/ml ; 20 ml/vial (Gadopentetate Dimeglumine)
 Dotarem 10 mmol/20 ml/vial (Meglumine gadoterate)
 Omniscan 10 mmol/20 ml/vial (Gadodiamide)

※ 資料來源：全國藥物不良反應通報

※ 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 電話通報。

▶▶ 健保給付規定修正

9.36.1. Everolimus 5 mg 及 10 mg (如 Afinitor 5 mg 及 10 mg) : (100/2/1、102/1/1、104/9/1)

自一百零四年九月一日生效

1. 治療使用 sunitinib 或 sorafenib 治療失敗之晚期腎細胞癌病患。
2. 使用於胰臟神經內分泌腫瘤成人病患，需同時符合下列條件：(102/1/1)
 - (1) 無法切除或轉移的成人胰臟內分泌腫瘤，其分化程度為良好或中度，或 WHO 2010 年分類為 G1、G2 者。
 - (2) 為進展性腫瘤，即過去 12 個月影像檢查為持續惡化者 (RECIST 定義為疾病惡化者)。
 - (3) 不可合併使用化學藥物或其他標靶藥物。
 - (4) 除因病人使用本品後，發生嚴重不良反應或耐受不良之情形外，本品與 sunitinib 不得轉換使用。
3. 與 exemestane 併用，作為已無適當之化學治療可供選擇，而先前已使用過非類固醇類之芳香環酶抑制劑治療無效，而未曾使用 exemestane 之轉移性乳癌，屬於荷爾蒙接受體陽性、HER2 受體陰性且尚未出現其他器官症狀之病人的第一線治療(104/9/1)。
4. 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。

本院品項：Afinitor 5 mg/tab (Everolimus)

9.50. Crizotinib (如 Xalkori) (104/9/1) :

自一百零四年九月一日生效

1. 適用於已接受一種含 platinum 類第一線化學治療失敗之 ALK 陽性之晚期非小細胞肺癌患者。
2. 符合前述之病患且併有腦轉移之非小細胞肺癌病人，需達腦部穩定狀態 (brain stabilized) 始得使用。

腦部穩定狀態定義為「無因腦轉移之臨床症狀 (Asymptomatic brain metastases) 或有腦轉移之臨床症狀 (Symptomatic brain metastases) 經治療後腦轉移相關臨床症狀穩定至少達三週以上之病人 (類固醇劑量穩定)」。

3. 須經事前審查核准後使用：
 - (1) 需檢具確實患有非小細胞肺癌之病理或細胞檢查報告，並附曾經接受第一線含鉑化學治療又有疾病惡化之影像診斷證明 (如胸部 X 光、電腦斷層或其他可作為評估的影像)，此影像證明以可測量 (measurable) 的病灶為優先，如沒有可以測量的病灶，則可評估 (evaluable) 的病灶亦可採用。
 - (2) 每次申請事前審查之療程以三個月為限，每三個月需再次申請，再次申請時並需附上治療後相關臨床資料，如給藥四週後，需追蹤胸部 X 光或電腦斷層等影像檢查一遍，評估療效，往後每四週做胸部 X 光檢查，每隔八週需追蹤其作為評估藥效的影像 (如胸部 X 光或電腦斷層)。
 - (3) 每次處方以 4 週為限。

本院品項：Xalkori 250 mg/cap (Crizotinib)

9.51.Regorafenib (如 Stivarga) : (104/9/1)

自一百零四年九月一日生效

1. 用於治療先前曾接受下列療法的轉移性大腸直腸癌 (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。

本院品項：Stivarga 40 mg/tab (Regorafenib)



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)

自一百零四年九月一日生效

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 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) 治療年齡 (以申請日期起計)：下肢為 2~10 歲，上肢為 2~12 歲。(94/6/1)
 - (6) 經外科手術治療之同肌肉部位不得再行注射。
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。

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



104 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
Morphine Sulfate 15 mg/tab	Morphine 硫酸嗎啡錠 (衛福部食藥署) 衛署藥製字第 056306 號	白色 圓形 口服/錠劑 m/刻痕	重度疼痛之緩解。	※ Morphine 10 mg/tab 停藥後，以 Morphine 15 mg/tab 替代。 (1040729 公告)	3.3元
					
Acemetacin 90 mg/cap	Aceo 痛立安長效膠囊 (五洲) 衛署藥製字第 045267 號	白色/綠色 長橢圓形 口服/膠囊 UC 12	風濕性關節炎、退化性關節炎 (骨關節炎)、僵直性脊椎炎、痛風、肌肉炎、腱炎、腱鞘炎、滑囊炎。	延釋膠囊:不可剝半或磨粉。 (1040808 公告)	3.13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
Sod. Biphosphate & Sod. Phosphate 118 mL/bot	EVAC Enema 意福 (瑞安) 衛署藥製字第 034255 號	外用/灌腸劑 	大腸檢查前腸道內容物排空,腹部手術前之緩瀉劑。	※EVAC [®] 恢復供貨。 (1040808公告)	39.6元
Plerixafor 24 mg/1.2 mL/vial	Mozobil 總動原注射劑 (賽諾菲) 衛署藥輸字第 025303 號	針劑/注射 	與顆粒球群落形成刺激因子 (G-CSF) 並用，驅動造血幹細胞至周邊血液供收集以施行自體移植；適用於須施行自體移植之非何杰金氏淋巴瘤或多發性骨髓瘤的病患，但驅動不佳者。	在分離術開始前 6-11 小時皮下注射投與；通常連續使用 2 到 4 天。 (1040811 公告) ※臨採新藥，需事前審查。	223020 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
Fondaparinux 2.5 mg/0.5 mL/syringe	Arixtra 愛栓通注射劑 (ASPEN) 衛署藥輸字第 025126 號	針劑/注射	1.預防接受骨科下肢手術（髌骨骨折、膝關節或髖關節置換手術）之靜脈血栓高危險群（曾發生有症狀之靜脈血栓症）患者發生靜脈血栓栓塞事件（VTE）。2.治療患有不穩定型心絞痛或非ST段升高型心肌梗塞（UA/NSTEMI）且不適合接受緊急（120分鐘內）侵入性治療（PCI）的成人。3.治療ST段升高型心肌梗塞（STEMI）的急性冠狀症候群，藉以預防使用血栓溶解劑治療或原先即不準備接受任何其它型式之再灌流治療的患者發生死亡和心肌再度梗塞。	嚴重腎衰竭者不建議使用。 (1040728公告) ※臨採新藥，限心臟內外科處方。	315元
					

能善用時間的人，
必能掌握自己努力的方向。

～說嚴法師靜思語

If you can make good use of time,
you will surely go where
you want to go.

～Still Thoughts



104 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			
Nifedipine	Atanaal 安特能 (TOYO) 衛署藥輸字第 019087 號	橘色 長橢圓形 口服/軟膠囊 10 mg/cap	Atanaal 壓達能 (TOYO) 衛署藥輸字第 022593 號	橘色 橢圓形 口服/軟膠囊 5 mg/cap	狹心症、高血壓。	※藥品規格變更：因 Atanaal [®] 10 mg/cap 停產，以同廠牌 5 mg/cap 替代。 (1040811 公告)	2 元
							
Atropine Sulfate 0.25%	Atropine 阿托品點眼液 (五福) 衛署藥製字第 046565 號	外用/眼藥水 10 mL/bot	Kintropine 舒視平點眼液 (景德) 衛署藥製字第 049186 號	外用/眼藥水 5 mL/bot	散瞳、睫狀肌麻痺。	※藥品規格變更：因 Atropine [®] 10 mL/bot 缺貨，以 Kintropine [®] 5 mL/bot 替代。 (1040812 公告)	12 元
							

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			
Diazepam 5 mg/tab	Dupin 樂平片 (中化) 衛署藥製字第 027850 號	黃色 圓形 口服/錠劑	Diapine 大安源 (強生) 內衛藥製字第 012914號	粉紅色 圓形 口服/錠劑 5	焦慮狀態，失眠，肌肉痙攣。	※廠商缺貨，以 Diapine [®] 替代。 (1040820 公告)	2 元
							
Antazoline & Tetrahydrozoline 10 mL/bt	Dellergy 傑敏 (應元) 衛署藥製字第 055909 號	外用/眼藥水	Allergopos 眼百適 (URSAPHARM) 衛署藥輸字第 013304號	外用/眼藥水	眼睛疲勞、刺激性過敏、 眼睛過敏、結膜炎、結膜 充血。	(1040821 公告)	54 元
							

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			
Granisetron	Setron 賜安特 (南光) 衛署藥製字第 049754 號	針劑/注射 3 mg/3 mL /amp	Setron 賜安特 (南光) 衛署藥製字第 049754 號	針劑/注射 1 mg/1 mL /amp	預防及治療抗腫化學療法 所引起的噁心、嘔吐及治 療抗腫瘤放射線療法引起 的噁心、嘔吐。 預防全身性及半身性抗腫 瘤放射線療法引起的噁 心、嘔吐。	※藥品規格變 更：因Setron® 3 mg /3 mL /amp 缺貨，以同 廠牌 1 mg /1 mL/amp 替代。 (1040821 公告)	335 元
							



104 年 8 月 停用藥品公告

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
Morphine HCl 10 mg/tab	Morphine 鹽酸嗎啡錠 (衛生署管管局) 衛署藥製字第 005860 號	白色 圓形 口服/錠劑 M /刻痕	鎮痛。	※ 衛福部食藥署取消 Morphine HCl 10 mg/tab 製造，改用成份較安定之 Morphine Sulfate 15 mg/tab 替代。 (1040729 公告)	2.8元
					
Ketorolac 10 mg/cap	Keto 克多炎 (永信) 衛署藥製字第 045965 號	藍色 長橢圓形 口服/膠囊 YSP KECp	止痛。	※藥委會決議： Aceo [®] (Acemetacin) 90mg/cap 進藥後，停用 Keto [®] 。 (1040808 公告)	5.8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
Monobasic sodium phosphate 160.2 mg & Dibasic sodium phosphate 60 mg 133 mL/bt	Fleet Ready to Use 佛利特樂利灌腸液 (天義) 衛署藥輸字第 023344 號	外用/灌腸劑 	緩解偶發性便秘或肛門檢查前之腸灌洗。	※EVAC [®] 恢復供貨，故停用 Fleet [®] 。 (1040808 公告)	自費價 108元

