



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

開竅通神醒腦丸劑 -牛黃清心丸

陳虹奴 藥師

審稿：賴尚志 助理教授、彭鳳宜、何振珮 藥師

凡是以芳香開竅藥組成的方劑，具開竅通神醒腦，治療神昏竅閉之閉症，都稱為開竅劑。心主掌精神思想，腦部為生命中樞，心臟為供應腦部血液循環，血液充足則腦髓充盈。舉凡風、寒、暑、濕、燥、火、疫癘之氣的外邪，經皮膚或口鼻傳入人體，影響神智，導致情緒過度喜、怒、憂、思、恐，進而影響臟腑氣血活動。肝陽暴張、肝氣太旺、上擾神府，會產生頭痛、昏眩、易怒、失眠。如果飲食不節制，釀濕生痰，痰濁痰火內蒙心竅，上擾心神，會引起神志、言語錯亂、狂躁妄動。此外，各類中毒、顱腦外傷等，造成神機失運，均會引發閉證。

牛黃清心丸為開竅劑中的涼開劑，出自明·萬全《痘診世醫心方》，又稱萬氏牛黃清心丸，用於清心瀉熱解毒，理氣和血，鎮驚安神，醒腦開竅。本方劑常用於治療閉症，主要針對熱性病之邪熱內陷，毒熱入裡侵犯心包，邪熱使通行氣血的道路受阻，導致心主管的神明失去原有清靈慧爽，進而產生神昏譫語、高熱煩躁。

本方劑中的君藥：牛黃為牛的膽囊結石得日月之精華，可通心主之神，苦甘性涼，氣味芳香，專入心肝二經，能內透包絡，清心解毒。臣藥：黃芩能燥濕熱，化膽肺之火，瀉火解毒，使邪火隨香氣一齊俱散。佐藥：冰片辛苦微寒，芳香走竄，開竅醒腦；白藜、桔梗、苦杏仁清肺化痰、開鬱散結；

桂皮以熱治熱、引火歸原使虛陽之火歸回陽氣所在的命門；川芎、蒲黃活血止血；柴胡、防風能鼓動清陽升發，除風邪而散熱；大豆黃卷散利濕、通利血脈；人參、茯苓、白朮、山藥補氣健脾，促進氣血生化；當歸、白芍、阿膠、麥門冬能滋陰養血，寧心安神，加上消食導滯的神麩，搭配健脾開胃的乾薑、大棗防止寒涼藥傷及陽氣，使補而不滯、滋而不膩，共為佐藥。使藥：甘草結合人參、茯苓、白朮而補氣、解毒，調和諸藥，故為使藥；蜂蜜除做賦形劑，也可和胃調中。整體而言，本方劑針對補虛、安定神志，多用補脾益氣、滋補養血，防止長期服用造成體過虛寒。目前牛黃清心丸用於治療各類腦炎、顱腦損傷、小兒驚風、登革熱等熱閉證。其次，也可用於治療鼻竇炎、黃疸性肝病、農藥中毒所致的高熱、毒蛇咬傷。

由於本方劑中配伍大量清熱藥，清熱而開竅，故有“涼開”之稱。組成為芳香開竅藥，如冰片、安息香、鬱金、石菖蒲等，常用配伍藥為 1. 化痰藥：膽南星、川貝、雄黃、天竺黃等。當邪熱內陷，痰濁上蒙，加重神昏時，配伍此類化痰藥，可開瀉痰濁，助於芳香藥啓閉醒神。2. 平肝熄風：天麻、僵蠶、鉤藤等。熱閉而肝風內動、眩暈抽搐者，用此配伍以止癇定搐。3. 重鎮安神：牡蠣、磁石、珍珠等。熱入心包，擾亂神明，常見躁動不安，多配伍安神藥以鎮心安神。4. 清熱藥：牛黃、黃連、黃芩、梔子、石膏等。因熱閉多由邪熱內陷心包導致，搭配清熱瀉火、涼血解毒之藥，除致病成因。

本方劑型多為丸、散劑，不做煎劑，因開竅之品香氣濃郁，遇熱易揮發，固不可加熱煎煮。丸、散劑於急救使用，可用溫開水化服或將用溫水化開

後鼻胃管灌食。方劑多含辛香走竄之藥，有礙胎元，所以孕婦需慎用，且要遵從醫師指示服用。

牛黃清心丸，主方牛黃搭配清熱藥，佐以補氣健脾、滋補養血。諸藥合用，具清熱解毒，安神開

竅。臨床多治療暈眩、高血壓、中風等熱象病證，但本方劑非一般保健食品，須遵照醫師診斷，針對個人疾病症狀使用。

參考資料

1. 楊進、黃煌、朱麗江：一百天學開中藥方。台灣商務印書館。1993：119-123。
2. 焦樹德：方劑心得十講 第二版，人民衛生出版社。1994：292-294。
3. 王綿知、許濟信：高等中醫研究參考叢書，方劑學。知音出版社，1998：321-327。
4. 中醫藥資訊網 <http://www.twtcm.com.tw/>

表一、牛黃清心丸成份組成

成份組成 (每丸 500 mg)					
牛黃	7.5 mg	蒲黃	16.1 mg	當歸	9.7 mg
黃芩	9.7 mg	柴胡	8.0 mg	白芍	9.7 mg
冰片	6.4 mg	防風	9.7 mg	阿膠	11.3 mg
白蘂	5.0 mg	大豆黃卷	11.3 mg	麥門冬	9.7 mg
桔梗	8.0 mg	人參	16.1 mg	神麩	16.1 mg
苦杏仁	8.0 mg	茯苓	8.0 mg	乾薑	5.0 mg
桂皮	11.3 mg	白朮	9.7 mg	大棗	64.4 mg
川芎	8.0 mg	山藥	45.1 mg	甘草	32.2 mg
蜂蜜 154 mg 製程丸劑					
用法用量:成人每次服用 4 丸，8~15 歲每次服用 2 丸，日服二次，以溫開水送服					

藥物警訊

= 臨床藥學科整理 =

Fulvestrant 成分藥品可能干擾免疫分析所測得之雌二醇濃度值較實際濃度高

加拿大衛生部 (Health Canada) 發布，含 fulvestrant 成分藥品可能干擾免疫分析 (immunoassay) 所測得之雌二醇 (estradiol) 濃度值，導致誤判病人之停經狀態，錯誤的檢測數值可能導致變更或中止原本合適的治療方式，而進行非必要的手術或內分泌治療的調整。由於 fulvestrant 是用於治療停經婦女之乳癌，用藥期間可能會抽血檢查雌二醇的濃度，以確認乳癌患者的停經狀態。因此，應特別留意雌二醇數值的判讀，並考慮回顧先前檢測數據之必要性。因 fulvestrant 可能會干擾免疫分析所測得之雌二醇濃度，所以可考慮以替代方法，如：液相層析質譜 (liquid chromatography-mass spectrometry) 等分析方法來檢測使用含 fulvestrant 成分藥品病人之雌二醇濃度，避免發生檢驗數值誤判。

本院品項：Faslodex® solution for inj 250 mg/5 ml/syringe (Fulvestrant)

※ 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。

10.8.2. Quinolone 類 : (96/9/1、97/9/1、107/1/1)

自一百零七年一月一日生效

限使用於下列疾病，若使用於結核病不予給付。(96/9/1)

10.8.2.1. Moxifloxacin (如 Avelox) : (91/2/1、92/11/1、94/3/1、97/9/1、105/8/1)

限用於成人(18 歲以上)之下列感染症：

- 1.慢性支氣管炎的急性惡化、社區性肺炎、複雜性腹腔內感染。
- 2.急性鼻竇炎或複雜性皮膚和軟組織感染，因抗藥性細菌感染及病情需要，經感染科醫師會診確認需要使用者。

10.8.2.2. Gemifloxacin (如 Factive) : (96/6/1、97/9/1)

限用於成人(18 歲以上)之慢性支氣管炎的急性惡化、社區性肺炎。

10.8.2.3. Levofloxacin (如 Cravit) (97/9/1)

限用於成人(18 歲以上)之慢性支氣管炎的急性惡化、社區性肺炎、複雜性泌尿道感染。

10.8.2.4. Nemonoxacin (如 Taigexyn) : (107/1/1)

限用於成人(18 歲以上)適合於門診治療之社區性肺炎。

10.8.3. Linezolid (如 Zyvox Injection 及 Tablets) : (91/4/1、100/7/1、105/2/1)

1.限下列條件之一使用：

- (1)證實 MRSA (methicillin-resistant staphylococcus aureus)感染，且證明為 vancomycin 抗藥菌株或使用 vancomycin、teicoplanin 治療失敗者或對 vancomycin、teicoplanin 治療無法耐受者。
- (2)確定或高度懷疑為 MRSA 肺炎 (痰液培養出 MRSA，伴隨全身發炎反應，且 CXR 出現新的浸潤或痰液性狀改變或氧氣需求增加)，並符合下列危險因子之一：(105/2/1)
 - I. 65 歲以上。
 - II. BMI \geq 30。
 - III. 急性腎衰竭、腎功能不穩定時。
- (3)證實為 VRE (vancomycin-resistant enterococci)感染，且無其他藥物可供選擇者。
- (4)其他抗藥性革蘭氏陽性球菌感染，因病情需要，經感染症專科醫師會診確認需要使用者。

2.骨髓炎(osteomyelitis)及心內膜炎(endocarditis)病患不建議使用。

3.申報費用時需檢附會診紀錄或相關之病歷資料。

10.8.4. Telithromycin (如 Ketek) : (93/10/1)

限用於成人(18 歲以上)之慢性支氣管炎的急性惡化或輕度至中度社區性肺炎。

本院品項：Taigexyn® 250 mg/cap (Nemonoxacin)

8.2.4.3. Adalimumab (如 Humira) etanercept (如 Enbrel) ; golimumab (如 Simponi); secukinumab (如 Cosentyx) (98/8/1、98/11/1、101/1/1、102/1/1、107/1/1)：用於僵直性脊椎炎治療部分

自一百零七年一月一日生效

1.限內科專科醫師且具有風濕或免疫專科醫師證書者處方。

- 2.需經事前審查核准後使用。
- 3.需符合下列所有條件：
 - (1)年齡 18 歲以上
 - (2)HLA B27 陽性
 - (3)X 光(plain X Ray)檢查需有薦腸關節炎：雙側性二級以上，或單側性三級以上、附有報告影印或 X 光影像光碟。
 - (4)臨床症狀及身體檢查，下列三條件至少需符合二項
 - i.下背痛及晨間僵硬的症狀持續 3 個月以上，這些症狀無法因休息而緩解，但會隨運動改善。
 - ii.腰椎活動受到限制，有確切體檢發現者。
 - iii.胸部擴展受到限制，有確切體檢發現者。
 - (5)所有的病患都必須曾經使用過至少 2 種 (NSAIDs)進行充分的治療，但療效不彰。充分治療的定義為：使用最高建議劑量或最高耐受劑量的 NSAID 抗發炎藥物，在同一家醫院連續治療三個月以上，且每種 NSAID 至少使用四週以上，除非出現毒性而停藥，需以附表二十一之二為根據記錄 NSAID 之毒性送審。
 - (6)周邊關節炎患者必須曾經同時使用 NSAIDs 和 sulfasalazine 進行充分的治療，sulfasalazine 需以 2 g/day 之標準治療 4 個月或以上，除非有相關毒性發生而停藥，並有適當病歷記載者。
 - (7)必須附有(1) 風濕或免疫專科且具有保險人核定復健處方權之醫師所開立之運動衛教證明書和(2) 病患自身在家運動狀況聲明書。
 - (8)活動性疾病持續四週以上。(需連續二次檢查 BASDAI \geq 6、ESR > 28 mm/1 hr 暨 CRP > 1 mg/dL，且二次檢查之間隔需經過至少 4 週以上之充分治療)
 - (9)病患需填具藥物使用同意書以示瞭解本藥物之適應症、禁忌及副作用。
- 4.Secukinumab 每次使用劑量為 150mg，起始於第 0，1，2，3 和 4 週，之後每 4 週給予維持劑量 150mg。(107/1/1)
- 5.療效評估與繼續使用：
 - (1)治療 12 週後評估 BASDAI：與使用前比較,出現 50%以上的進步或減少 2 分以上，方得繼續使用。
 - (2)繼續使用者，需每 12 週評估一次。
- 6.需排除使用的情形
應參照藥物仿單，重要之排除使用狀況包括(以下未列者參照仿單所載)：
 - (1)懷孕或正在授乳的婦女
 - (2)活動性感染症之病患
 - (3)具高度感染機會的病患，包括：
 - i.慢性腿部潰瘍之病患
 - ii.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)
 - iii.過去 12 個月內曾有感染性關節炎者
 - iv.曾有人工關節感染，若該人工關節未去除前，不可使用
 - v.頑固性或復發性的胸腔感染症
 - vi.具有留置導尿管者

(4)惡性腫瘤或癌前狀態之病患 (但不包括已經接受過充分治療達 10 年以上的惡性腫瘤)

(5)多發性硬化症(multiple sclerosis)

7.需停止治療的情形

如果發生下列現象應停止治療：

(1)療效不彰：療效評估未達繼續使用標準者

(2)不良事件，與藥物之使用有關或無關的事件，包括：

i.惡性腫瘤

ii.該藥物引起的嚴重毒性

iii.懷孕(暫時停藥即可)

iv.嚴重的間發性感染症(依嚴重性判斷可選擇暫時停藥即可)

◎附表二十一之一：全民健康保險僵直性脊椎炎使用生物製劑申請表(107/1/1)

◎附表二十一之二：NSAID 藥物副作用

本院品項：

1. Humira® 40 mg/0.8 ml/syringe (Adalimumab)
2. ENBREL® 25 mg/0.5 ml/vial (Etanercept)
3. Simponi® 50 mg/0.5 ml/vial (Golimumab)
4. Cosentyx® 150 mg/ml/vial (Secukinumab)

8.2.4.4.Adalimumab(如 Humira); etanercept (如 Enbrel); golimumab(如 Simponi); ustekinumab (如 Stelara);secukinumab(如 Cosentyx)(98/8/1、98/11/1、99/1/1、102/1/1、102/2/1、105/10/1、107/1/1)：用於活動性乾癬性關節炎 - 乾癬性周邊關節炎治療部分

自一百零七年一月一日生效

1.限內科專科醫師且具有風濕或免疫專科醫師證書者，或皮膚科專科醫師處方。(99/1/ 1)

2.需經事前審查核准後使用。

3.需符合下列所有條件：

(1)經內科專科醫師且具有風濕或免疫專科醫師證書者診斷為乾癬性關節炎之患者。

(2)曾經皮膚科醫師診斷為乾癬患者，或經皮膚切片診斷為乾癬患者。

(3)三個或是三個以上的疼痛關節及三個或三個以上的腫脹關節，且至少間隔一個月或一個月以上之連續兩次評估均符合上述條件。(需附關節腫脹相關 X-光片或照片輔証)。

(4)應先使用非類固醇類消炎止痛劑(NSAID)及疾病修飾治療藥物(DMARDs)，且必須曾使用過至少 2 種疾病修飾治療藥物(DMARDs)進行充分的治療，但療效不彰。(附表二十二之二)

i.疾病修飾治療藥物[DMARDs 包括下列四種: sulfasalazine、methotrexate (MTX)、cyclosporine、leflunomide]，治療至少六個月，且至少有兩個月都達標準目標劑量(除非有明顯副作用或毒性反應)，仍然未達療效者。

ii.疾病修飾治療藥物中 sulfasalazine、methotrexate (MTX)、cyclosporine 為第一線藥物，leflunomide 為第二線藥物，第一線疾病修飾類藥物治療無效，應先經 leflunomide 治療 3 個月無效後，方可使用腫瘤壞死因子抑制劑或 secukinumab 150mg 作為第三線治療。(107/1/1)

iii.標準治療失敗之定義：經過充分使用以上藥物治療又給予規定劑量，且至少先後使用或併用兩種疾病修飾類藥物(DMARDs)仍無法使病情緩解，即符合下列情況之一：

- 治療療程至少有六個月，且至少有兩個月都達標準目標劑量(除非有明顯副作用或毒性反應)仍然未達療效者。
- 治療不到六個月，但是病患無法忍受藥物副作用或是藥物毒性而停藥者，但需說明藥物之何種毒性或副作用。
- 治療大於兩個月，且因無法忍受藥物副作用或是藥物毒性而停止療程，其中至少有兩個月需達有效治療劑量，且需說明藥物之何種毒性或副作用。

(5) Ustekinumab 限用於曾經接受抗腫瘤壞死因子(如 etanercept、adalimumab 或 golimumab 等)或 secukinumab 治療，但未達療效，或無法耐受的活動性乾癬性關節炎。申請初次治療者，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 PsARC 評估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)。(105/10/1、107/1/1)

4.Secukinumab 每次使用劑量為 150mg，起始於第 0、1、2、3 和 4 週，之後每 4 週給予維持劑量 150mg。(107/1/1)

5.療效評估與繼續使用：(105/10/1)

(1)療效定義：治療 12 週(ustekinumab 初次治療則為 24 週)後，評估乾癬關節炎反應標準(PsARC, Psoriatic Arthritis Response Criteria)，其標準為下列四項中至少有二項較原基礎值改善，且其中一項需為疼痛關節或腫脹關節的關節總數，且下述各種指標不得有任一項惡化，方得繼續使用。(附表二十二之三)

- i.疼痛關節的關節總數：改善的定義為關節總數減少 30%或以上，惡化定義為總數增加 30%或以上。
- ii.腫脹關節的關節總數：改善的定義為關節總數減少 30%或以上，惡化定義為總數增加 30%或以上。
- iii.醫師的整體評估(0-5 分)：改善定義為減少 1 分，惡化定義為增加 1 分。
- iv.病患的整體評估(0-5 分)：改善定義為減少 1 分，惡化定義為增加 1 分。

(2)初次申請 ustekinumab 以 3 劑(初次、4 週後及 16 週時投予每劑 45mg)為限，且於 24 週時，需先行評估，至少有 PsARC 療效方可申請續用，續用以 45mg q12w 為限。(105/10/1)

(3)繼續使用者，需每 12 週評估一次，再次提出申請續用。

6.需排除使用的情形：

應參照藥物仿單，重要之排除使用狀況包括〔以下未列者參照仿單所載〕：

(1)懷孕或正在授乳婦女

(2)活動性感染症之病患

(3)具高度感染機會之病患

i.慢性腿部潰瘍之病患

ii.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)

iii.過去 12 個月內曾罹患感染性關節炎者

iv.曾有人工關節感染，若該人工關節未去除前，不可使用

v.頑固性或復發性的胸腔感染疾病

vi.具有留置導尿管之情形

(4)惡性腫瘤或癌前狀態之病患〔但不包括已經接受過充分治療達 10 年以上的惡性腫瘤〕

(5)多發性硬化症 (multiple sclerosis)

7.需停止治療的情形

如果發生下列現象應停止治療：

- (1)療效不彰：療效評估未達繼續使用標準者
- (2)不良事件：與藥物之使用有關或無關的事件，包括：
 - i.惡性腫瘤
 - ii.該藥物引起的嚴重毒性
 - iii.懷孕〔暫時停藥即可〕
 - iv.嚴重感染症〔依嚴重性判斷可選擇暫時停藥〕

◎附表二十二之一：全民健康保險乾癬性周邊關節炎使用

adalimumab/etanercept/golimumab/secukinumab 申請表

◎附表二十二之二：乾癬性周邊關節炎使用 DMARDs 標準目標劑量及有效治療劑量的定義

◎附表二十二之三：乾癬性關節炎評估表

◎附表二十二之六：全民健康保險乾癬性周邊關節炎使用 Ustekinumab 申請表

本院品項：

1. Humira® 40 mg/0.8 ml/syringe (Adalimumab)
2. ENBREL® 25 mg/0.5 ml/vial (Etanercept)
3. Simponi® 50 mg/0.5 ml/vial (Golimumab)
4. Cosentyx® 150 mg/ml/vial (Secukinumab)

8.2.4.5. Adalimumab (如 Humira) ; etanercept(如 Enbrel) ; golimumab (如 Simponi) ;

secukinumab(如 Cosentyx)(98/8/1、98/11/1、99/1/1、102/1/1、102/2/1、107/1/1)：用於活動

性乾癬性關節炎 - 乾癬性脊椎病變治療部分

自一百零七年一月一日生效

1.限內科專科醫師且具有風濕或免疫專科醫師證書者，或皮膚科專科醫師處方。(99/1/1)

2.需經事前審查核准後使用。

3.需符合下列所有條件方可使用腫瘤壞死因子抑制劑或 secukinumab 150mg 作為第二線治療：

(107/1/1)

(1)經內科專科醫師且具有風濕或免疫專科醫師證書者診斷為乾癬性關節炎之患者。

(2)曾經皮膚科醫師診斷為乾癬患者，或經皮膚切片診斷為乾癬患者。

(3)下列三項條件至少需符合二項：

- i.下背痛及晨間僵硬的症狀持續 3 個月以上，這些症狀無法因休息而緩解，但會隨運動改善。
- ii.腰椎前屈活動受限。
- iii.胸廓擴張受限。

(4)X 光(plain X ray)檢查需有薦腸關節炎：單側性二級以上、附有報告影印及 X 光影像光碟。

(5)病患必須曾使用過至少 2 種非類固醇類消炎止痛劑(NSAIDs)進行充分的治療，但療效不彰。充分治療的定義為：使用最高建議劑量或最高耐受劑量的 NSAID 抗發炎藥物，在同一家醫院連續治療三個月以上，且每種 NSAID 至少使用四週以上，除非出現毒性而停藥，需以附表二十二之五為根據，記

錄 NSAID 之毒性送審。

(6)活動性疾病持續四週以上。(需連續二次檢查 BASDAI \geq 6、ESR > 28 mm/1 hr 及 CRP > 1 mg/dL，且二次檢查之間隔需經過至少 4 週以上充分治療)

4.Secukinumab 每次使用劑量為 150mg，起始於第 0、1、2、3 和 4 週，之後每 4 週給予維持劑量 150mg。(107/1/1)

5.療效評估與繼續使用：

(1)初次使用者治療 12 週評估 BASDAI：與使用前比較，出現 50%以上的進步或減少 2 分以上，方得繼續使用。

(2)繼續使用者，需每 12 週評估一次，再次提出申請續用。

6.需排除使用的情形：

應參照藥物仿單，重要之排除使用狀況包括〔以下未列者參照仿單所載〕：

(1)懷孕或正在授乳婦女

(2)活動性感染症之病患

(3)具高度感染機會之病患

i.慢性腿部潰瘍之病患

ii.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)

iii.過去 12 個月內曾罹患感染性關節炎者

iv.曾有人工關節感染，若該人工關節未去除前，不可使用

v.頑固性或復發性的胸腔感染疾病

vi.具有留置導尿管之情形

(4)惡性腫瘤或癌前狀態之病患〔 但不包括已經接受過充分治療達 10 年以上的惡性腫瘤 〕

(5)多發性硬化症 (multiple sclerosis)

7.需停止治療的情形

如果發生下列現象應停止治療：

(1)療效不彰：療效評估未達繼續使用標準者

(2)不良事件：與藥物之使用有關或無關的事件，包括：

i.惡性腫瘤

ii.該藥物引起的嚴重毒性

iii.懷孕〔 暫時停藥即可 〕

iv.嚴重的間發性感染症〔 依嚴重性判斷可選擇暫時停藥 〕

◎附表二十二之四：全民健康保險乾癬性脊椎病變使用

adalimumab/etanercept/golimumab/secukinumab 申請表(107/1/1)

◎附表二十二之五：NSAID 藥物副作用

本院品項：

1. Humira® 40 mg/0.8 ml/syringe (Adalimumab)
2. ENBREL® 25 mg/0.5 ml/vial (Etanercept)
3. Simponi® 50 mg/0.5 ml/vial (Golimumab)
4. Cosentyx® 150 mg/ml/vial (Secukinumab)

10.7.8.Sofosbuvir/ledipasvir (如 Harvoni) (107/1/1):

自一百零七年一月一日生效

- 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、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：
 - (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) \geq 9.5Kpa 或 Acoustic Radiation Force Impulse elastography (ARFI) \geq 1.81m/sec。
 - II.Fibrosis-4 (FIB-4) \geq 3.25，計算公式為 $[\text{Age}(\text{years}) \times \text{AST}(\text{U/L})] / [\text{Platelet count}(10^9/\text{L}) \times \sqrt{\text{ALT}(\text{U/L})}]$ 。
 - (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 (ledipasvir/sofosbuvir)

10.7.9.Sofosbuvir (如 Sovaldi) (107/1/1):

自一百零七年一月一日生效

- 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、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：
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) \geq 9.5Kpa 或 Acoustic Radiation Force Impulse elastography (ARFI) \geq 1.81m/sec 。

II.Fibrosis-4 (FIB-4) \geq 3.25，計算公式為[Age(years) \times AST(U/L)] / [Platelet count(10^9 /L) \times \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：Sovaldin® 400 mg/tab (Sofosbuvir)



106年12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
Japanese Encephalitis Virus Vaccine 0.5 mL/ 1 dose/ vial	Imojev Injection 日本腦炎疫苗 (賽諾菲) 衛部菌疫輸字第 000967 號	針劑/注射	可用於預防日本腦炎病毒所引起的日本腦炎，接種者的年齡應等於或大於9個月。	※藥委會決議 (1061215公告)	自費價 3000元
					
Ibrutinib 140 mg/cap	Imbruvica 億珂膠囊 (嬌生) 衛部藥輸字第 026656 號	白色 橢圓形 口服/膠囊 ibr 140mg	適用於對先前治療無效或復發的被套細胞淋巴瘤病人。	※藥委會決議 (1061215公告)	2285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
Palbociclib 125 mg/cap	Ibrance 愛乳適膠囊 (輝瑞) 衛部藥輸字第 027104 號	淡褐色 橢圓形 口服/膠囊 PBC125	1. 對於荷爾蒙受體為陽性、第二型人類表皮生長因子接受體(HER2)呈陰性之局部晚期或轉移性乳癌之停經後婦女，可與芳香環轉化酶抑制劑(aromatase inhibitor)合併使用。 2. 對於雌激素受體為陽性、第二型人類表皮生長因子接受體(HER2)呈陰性之局部晚期或轉移性乳癌之婦女，可合併fulvestrant用於先前曾接受過內分泌治療者。	※臨採自費，限病人處方。 (1061215公告)	自費價 6990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
Ibuprofen injection 400 mg/ 4 mL/amp	Ibuprofen 布洛芬注射液 (歐舒邁克) 衛部藥製字第 058382 號	針劑/注射	早產兒開放性肺動脈導管。	※臨採新藥，限小兒部處方。 (1061215公告)	153元
					
Mitotane 500 mg/tab	Lysodren (Corden) 專案藥品	白色 圓形 口服/錠劑 BL L1	腎上腺皮質癌。	※專案藥品，限病人使用。 (1061218公告)	345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
Nab-Paclitaxel 100 mg/vial	Abraxane 亞伯杉注射劑 (賽基) 衛部藥輸字第 026484 號	針劑/注射	轉移性乳癌：用於以合併化療治療轉移疾病失敗之乳癌。 非小細胞肺癌：對於無法手術或放射治療的患者，併用carboplatin，做為局部晚期或轉移性非小細胞肺癌之第一線治療。 胰腺癌：合併gemcitabine，做為轉移性胰腺癌患者之第一線治療。	※臨採自費新藥。 (1061220公告)	自費價 21160元
					
Alectinib 150 mg/cap	Alecensa 安立適 (中外製藥) 衛部藥輸字第 027028 號	白色 橢圓形 口服/膠囊 ALE 150mg	適用於在crizotinib治療中惡化或無法耐受之ALK陽性的晚期非小細胞肺癌(NSCLC)患者。	※臨採新藥，須事前審查。 (1061220公告)	596元
					

106 年 12 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			
Nicardipine 10 mg/ 10 mL/ syringe	Perdipine 培爾吉平 (安斯泰來) 衛署藥輸字第 020021 號	針劑/注射	Holdipine 欣立定 (南光) 衛部藥製字第 058993 號	針劑/注射	適用於當口服治療不可行或不合適時、對高血壓的短期處置。	※藥委會決議 (1061221公告) Holdipine ®為預充式注射液包裝。	201 元
							
Terlipressin Acetate	Glypressin 可利新 (輝凌) 衛署藥輸字第 020825 號	針劑/注射 1 mg/ 5 mL/ vial	Glypressin 可利新 (輝凌) 衛署藥輸字第 025557 號	針劑/注射 1 mg/ 8.5mL/ amp	出血性食道靜脈曲張、第一型肝腎症候群。	※廠商缺貨 (1061225公告) 新規格藥品不需溶解，但需冷藏儲存。	1029 元
							