



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、黃欣怡、
 黃詠銘、張維舜、
 彭鳳宜

新藥介紹

LABA+LAMA組合新藥有效控制慢性阻塞性肺病

黃欣怡 藥師

慢性阻塞性肺病 (COPD) 是一種可預防及治療的持續性進展氣道受限疾病，通常是因為有毒粒子或氣體造成呼吸道或肺的慢性發炎反應而持續惡化。目前用來治療 COPD 的藥物並無法改變日趨下降的肺功能，但是適當的使用藥物可以減低 COPD 的症狀、發生頻率及惡化時嚴重度，並有效改善患者運動的耐受性與健康狀態。

COPD 的治療藥物以吸入型氣管擴張劑為主，包括選擇性乙二型受體促效劑或抗膽鹼劑，而長效型氣管擴張劑已證實較短效型氣管擴張劑能更有效控制 COPD 且方便使用，2015 年 1 月慈濟藥訊第一百二十七期曾介紹用來治療 COPD 的新型長效乙二型受體促效劑 Indacaterol，本文則介紹本院新進合併長效乙二型受體促效劑 (LABA) 及長效抗膽鹼劑 (LAMA) 之組合新藥 umeclidinium/vilanterol (UMEC/VIL) 商品名稱為 Anoro[®] ELLIPTA (安肺樂[®] 易利達[®]) 乾粉吸入劑。此組合新藥為固定劑量乾粉吸入劑，每一藥囊含有 umeclidinium 62.5 mcg 及 vilanterol 25 mcg，可遞送 55 mcg umeclidinium 及 22 mcg vilanterol。適應症為 COPD 患者之氣道阻塞症狀的維持治療。

Anoro[®] ELLIPTA 為長效型，故每日只需使用一次，每次一劑。特殊族群如肝腎功能不全者及老人不需調整劑量。懷孕婦女部分無相關的試驗，不過須注意在生產時使用乙二型受體促效劑是可能影響子宮的收縮。此藥品起始作用時間約 27 分鐘，因此不建議用於緩解急性症狀。Vilanterol 會經由肝臟酵素 CYP3A4 代謝，因此與強效 CYP3A4 抑制劑或誘導劑併用時應特別小心。

一篇系統性回顧研究收集 11 項隨機對照試驗 (RCT)，共包括 9609 位 COPD 病患，比較 UMEC/VIL

125/25 或 62.5/25 mcg QD 和它各別單一成分的 UMEC 125 或 62.5 mcg QD、VIL 25mcg QD、tiotropium 18 mcg QD、fluticasone/salmeterol (FSC) 250/50 或 500/50 mcg BID 之吸入型藥品。該研究觀察的主要結果為給藥前第一秒用力呼氣量 (trough FEV1) 及嚴重不良反應 (SAEs) 和嚴重心血管事件 (SCVEs)。統合分析 (meta-analysis) 結果顯示 UMEC/VIL 有較好的肺功能改善成效，試驗終點之 trough FEV1 UMEC/VIL 比 UMEC、VIL、tiotropium 和 FSC 分別多了 60、110、90、and 90 mL， $p < 0.0001$ 。Trough FEV1 改善超過 100 mL 以上的病患比率 UMEC/VIL 也較多 (NNT 分別為 10、6、8、6~9)。還有，受試者在感受到呼吸困難的相關指數，如 TDI 及 COPD 惡化與各別單一成分 UMEC 或 VIL 皆有較佳的結果，但是和 tiotropium 相較則無明顯差異。

UMEC/VIL 組合新藥安全性高，在上述的系統性回顧中不論是 SAEs 及較令人擔心的 SCVEs 皆無差異。雖然如此，因試驗中納入的病患心血管風險相對較低，對於冠狀動脈疾病、心律不整、高血壓病患仍可能增加心血管事件，應謹慎使用。對於氣喘之病患，因為有相關之試驗顯示 LABA 可能增加氣喘的死亡率，故不建議使用。另外，此組合新藥因含有抗膽鹼藥物，因此可能惡化狹角性青光眼、尿液滯留等症狀。此藥最常見的不良反應包括胸痛 (1%)、便秘 (1%)、腹瀉 (2%)、頸痛 (1%)、四肢痛 (2%)、肌肉痙攣 (1%)、下呼吸道感染 (1%)、咽喉炎 (2%)、鼻竇炎 (>1%) 等。

Anoro[®] ELLIPTA 組合新藥吸入劑使用方式簡易方便，安全性高。目前證實相較於單方使用 LABA 或 LAMA 可明顯增加 COPD 病患的第一秒用力呼氣量。2016 年 COPD 的黃金治療指引建議 LABA/LAMA 合併用藥可用於低風險多症狀或高風險少症狀病患的替代治療，本院新進此藥可提供 COPD 病患病情控制的另一項選擇。

1. Anoro ELLIPTA 藥品仿單
2. DRUGDEX® System (electronic version) . Truven Health Analytics . Greenwood Village . Colorado . USA. Available at: <http://www.micromedexsolutions.com/> (cited: Feb/15/2016) .
3. Marion . DW. Diaphragmatic pacing. In: UpToDate . Post TW (Ed) . UpToDate . Waltham . MA. (Accessed on November 25 . 2013.)
4. Chest. 2015 Mar 12. doi: 10.1378/chest.15-0084. [Epub ahead of print]

藥物警訊

= 臨床藥學科整理 =

Clopidogrel 成分藥物應避免同時併用 repaglinide

一則對健康受試者的研究顯示，CYP2C8 抑制劑 clopidogrel(首日服用 300 mg，之後 75 mg 連續服用 2 天) 併用 repaglinide (於第一及第三天服用 clopidogrel 後 1 小時服用 repaglinide 0.25 mg) 時，會使 repaglinide 的全身性暴露量增加，可能導致低血糖情形，其平均血糖值將於服用 repaglinide 後持續顯著減少 3 小時。因此，加拿大衛生部 (Health Canada) 於 2015 年發布警訊禁止兩者之併用。

本院品項：

- Plavix® 75 mg/tab (Clopidogrel)
- Plavix® 300 mg/tab (Clopidogrel)
- Clopidogrel Sandoz® 75 mg/tab (Clopidogrel)
- NovoNorm ® 1 mg/tab (Repaglinide)

※ 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。

健保給付規定修正

10.1. 抗微生物劑用藥給付規定通則：

自一百零五年二月一日生效

1. 凡醫師診斷為感染症，確有臨床需要者得適當使用抗微生物製劑。
2. 門診使用抗微生物製劑以不超過三日份用量為原則。如有必要，每次以七日為限；慢性骨髓炎病患得視病情需要延長抗微生物製劑給藥日數，惟每次門診處方仍以兩週為上限 (87/7/1)。
3. 「上呼吸道感染病患」如屬一般感冒 (common cold) 或病毒性感染者，不應使用抗生素。如需使用，應有細菌性感染之臨床佐證，例如診斷為細菌性中耳炎、細菌性鼻竇炎、細菌性咽喉炎，始得使用抗生素治療 (90/2/1)。
4. 使用抗微生物製劑，宜以同療效、價廉為原則。使用三種抗微生物製劑 (含) 以上，需附微生物培養及藥物敏感試驗報告，藥物敏感試驗報告應包括第一線及第二線抗微生物製劑及各類常用藥物；同類同抗菌範疇之抗微生物製劑，若未能都進行藥物敏感性試驗時，得以其中之一種藥物的敏感性試驗結果做為使用其他同類同抗菌範疇藥物合理性之判定參考。

(87/4/1)

5. 使用抗微生物製劑應以本保險規定之第一線抗微生物製劑優先使用，如欲使用第一線以外之抗微生物製劑，需依規定第 6、7 項辦理。
6. 醫師得按下列病情及診斷於進行微生物培養及藥物敏感試驗後直接使用第一線以外抗微生物製劑，惟若微生物培養證明第一線抗微生物製劑有效，應考慮改用第一線抗微生物製劑。

(91/4/1)

(1) 感染病情嚴重者，包括：

I. 敗血症 (sepsis) 或敗血性休克 (septic shock)

II. 中樞神經感染

III. 使用呼吸器者。

(2) 免疫狀態不良併發感染者：

I. 接受免疫抑制劑。

II. 接受抗癌化學療法。

III. 白血球數在 1000/cumm 以下或多核白血球數在 500/cumm 以下。

(3) 經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者 (申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料) (86/10/1、92/9/1)。

(4) 手術中發現有明顯感染病灶者。

(5) 脾臟切除病人有不明原因發熱者。

(6) 臟器穿孔。

(7) 嚴重污染傷口病人。

(8) 患疑似感染之早產兒及新生兒 (出生二個月以內)。

(9) 發生明確嚴重院內感染症者。

(10) 常有厭氧菌與非厭氧菌混合感染之組織部位感染時 (如糖尿病足部壞疽併感染、骨盆腔內感染)，得直接使用可同時治療厭氧菌與非厭氧菌多重感染之單一非第一線抗微生物製劑。

7. 醫師得按下列病情改用第一線以外抗微生物製劑：

(1) 使用第一線抗微生物製劑超過 72 小時，經微生物培養及藥物敏感試驗證實對第一線抗微生物製劑具抗藥性，確有需要使用者，並請檢附該檢驗報告。

(2) 每 72 小時更換第一線抗微生物製劑一次，歷經 7 日以上仍無效，由其他醫療機構轉送至有微生物培養室醫院病人者。

(3) 嬰幼兒 (出生二個月以上至滿五足歲) 患疑似感染疾病，在使用第一線抗微生物製劑 72 小時仍無明顯療效者。

8. 預防性的使用抗微生物製劑：(105/2/1)。

(1) 清淨的手術：大致可分甲、乙兩類。

甲類：如單純性疝氣手術、精索靜脈曲張手術、甲狀腺手術、乳房切除手術...等，原則上可「免用」抗微生物製劑，如需使用，可術前一劑量，手術時間超過二小時者得於術中追加一劑，使用之抗微生物製劑應以本表之第一線抗微生物製劑為限(90/2/1)。

乙類：如心臟手術、腦部手術、臟器移植手術及放置人工植入物之手術，原則上使用不可

超過 24 小時，以本表之第一線抗微生物製劑為主；如需使用第一線以外之抗微生物製劑或超過 48 小時，請詳敘理由，俾利審查 (90/2/1、95/6/1)

(2) 清淨但易受污染的手術。

術野是清淨但術中易受污染，如肝膽胃腸手術、泌尿道手術、肺部手術、婦科手術、耳鼻喉科手術、牙科手術...等手術。原則上抗微生物製劑使用 24 小時，以本表之第一線抗微生物製劑為主，若有厭氧菌與嗜氧菌混合污染之可能時，得使用 Cephamycin (cefoxitin, cefmetazole) 或 ampicillin 類合併 β -lactamase inhibitor (ampicillin/sulbactam, amoxicillin/clavulanic acid) 之藥物；如需使用第一線以外之抗微生物製劑或超過 48 小時，請詳敘理由，俾利審查 (90/2/1、95/6/1)。

(3) 免疫不全病人經醫師判斷感染風險高，依實證及流行病學資料及相關治療指引等，經感染症專科醫師認定需使用者，得適當使用預防性抗微生物製劑。申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料。(105/2/1)。

9. 污染性傷口之手術及手術後發生感染併發症，依本保險規定之抗微生物製劑使用原則用藥 (90/2/1)。
10. 本保險第一線抗微生物製劑範圍暫訂如附表一，並得視實際需要予以增減。
11. 使用本表以外之抗微生物製劑超過七日時，除需附微生物培養與敏感試驗報告外，尚需附相關檢驗報告 (如血、尿...等) 與 TPR chart 影本並註明使用抗微生物製劑之規格、劑量、使用日期以利審核。
12. 非第一線抗微生物製劑其於本藥品給付規定中另訂有規定者，依各該規定給付之。
13. 有關結核病治療選擇的藥物種類、使用的劑量與治療的時程，應依衛生福利部疾病管制署最新版「結核病診治指引」辦理 (網址 <http://www.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=5710&ctNode=1540&mp=230>)。(99/11/1、102/7/23)

11.1.8. Duloxetine (如 Cymbalta) : (102/8/1、105/2/1)

自一百零五年二月一日生效

1. 使用於糖尿病併發周邊神經病變並具有臨床神經疼痛 (neuropathic pain)，且符合以下條件：
 - (1) 經神經科專科醫師診斷或經神經傳導 (NCV) 檢查證實之多發性神經病變 (polyneuropathy)。
 - (2) Pain rating scale ≥ 4 分。
 - (3) 不得併用同類適應症之藥品。
 - (4) 使用後應每 3 個月評估一次，並於病歷中記載評估結果，倘 Pain rating scale 較前一次評估之數值未改善或未持續改善，應予停止使用。
 - (5) 每日最大劑量為 60 mg。
2. 使用於纖維肌痛 (fibromyalgia) (105/2/1)
 - (1) 需符合 American College of Rheumatology (ACR) 及臨床試驗實證纖維肌痛診斷標準：
 - I . WPI (wide spread pain index) ≥ 7 、Symptom severity (SS) ≥ 5 且 pain rating

scale \geq 6 分或 WPI 3-6、SS scale \geq 9 且 pain rating scale \geq 6 分。

II. 症狀持續超過三個月。

III. 應排除其他疾病因素，並於病歷詳載。

(2) 限風濕免疫科、神經內科、復健科、疼痛專科及精神科醫師使用，不得併用同適應症之它類藥品。

(3) 如使用 3 個月後 pain rating scale 未減少 2 分以上應予停藥。

(4) 病歷每 3 個月應記載一次評估結果，每日最大劑量為 60mg。

本院品項：Cymbalta® 30 mg/cap (Duloxetine)

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

自一百零五年二月一日生效

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。

本院品項：

Zyvox® 2 mg/ml ; 300 ml/bag (Linezolid)

Zyvox® 600 mg/tab (Linezolid)

14.9.2. 新生血管抑制劑 (Anti-angiogenic agents) : Verteporfin (如 Visudyne) 及 Anti-VEGF 如 ranibizumab (Lucentis)、 aflibercept (Eylea) (100/1/1、101/5/1、102/2/1、103/8/1、104/5/1、105/2/1) (附表二十九)

自一百零五年二月一日生效

本類藥品使用須符合下列條件：

1. 未曾申請給付本類藥品者。

2. 須經事前審查核准後使用。

(1) 第一次申請時需檢附一個月內之最佳矯正視力、眼底彩色照片、FAG (fluorescein angiography)、OCT (optical coherence tomography)、及相關病歷紀錄資料。

(2) 經評估需續用者，再次申請時需檢附第一次申請資料及再次申請前一個月內有改善證明

之相關資料。

3. 限眼科專科醫師施行。
4. 病眼最佳矯正視力介於 0.05~0.5 (含) 之間。
5. 依疾病別另規定如下：

(1) 50 歲以上血管新生型 (濕性) 年齡相關性黃斑部退化病變 (wAMD) : (101/5/1)

I. Ranibizumab 及 aflibercept 僅能擇一申請。

II. 第一次申請時以 3 支為限，每眼給付以 7 支為限，申請核准後有效期限為 2 年。

III. 若有需要排除多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變 (polypoidal choroidal vasculopathy, PCV) 之疑慮時，須執行並於申請時檢附 ICG (indocyanone green angiography)。

IV. 必須排除下列情況：

i. 已產生黃斑部結痂者。

ii. 血管新生型 wAMD 進展至視網膜下纖維化或 advanced geographic atrophy 者反應不佳。

iii. 經確認為多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變 (PCV)。

iv. 高度近視，類血管狀破裂症 (angioid streaks)，或其他非 wAMD 所造成視網膜中央窩 (fovea) 下之脈絡膜新生血管 (Choroidal neovascularization ; CNV) (101/5/1)。

(2) 糖尿病引起黃斑部水腫 (diabetic macular edema, DME) 之病變：限 ranibizumab (102/2/1、103/8/1、105/2/1)

I. 中央視網膜厚度 (central retinal thickness, CRT) $\geq 300\mu\text{m}$ 。

II. 近三個月內之糖化血色素 (HbA1c) 數值低於 10%。

III. 第一次申請以 5 支為限，每眼給付以 8 支為限，申請核准後有效期限為 2 年。(105/2/1)

IV. 每次申請時另需檢附下列資料：(105/2/1)

i. 近三個月內之糖化血色素 (HbA1c) 數值。

ii. 第二次重新申請時，需檢附與第一次申請項目相同之各項最近檢查紀錄外，並檢送使用後有改善證明之相關資料。(105/2/1)

V. 有下列情況不得申請使用：

i. 已產生中央窩下 (subfoveal) 結痂者。

ii. 血管新生型 AMD 進展至視網膜下纖維化或 advanced geographic atrophy 者反應不佳或因其他因素 (如玻璃體牽引) 所造成之黃斑部水腫。

(3) 多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變 (PCV) 之用藥：Verteporfin (104/5/1)

I. 病灶限位於大血管弓內 (major vessels archade)。

II. 每次申請給付 1 支，每次治療間隔至少 3 個月，每人每眼給付以 3 次為上限，申請核准後之有效期限為二年。

III. 每次申請時需另檢附一個月內有效之 ICGA 照片、治療紀錄及病歷等資料。

IV. 已產生中央窩下 (subfoveal) 結痂者不得申請使用。

本院品項：

Visudyne® 15 mg/vial (Verteporfin)

2.11.2. 含 allopurinol 成分製劑 (105/2/1)

自一百零五年二月一日生效

1. 限使用於痛風症、痛風性關節炎、尿酸結石、癌症或經化學治療產生之高尿酸血症之治療。
2. 本藥品可能發生嚴重藥物不良反應，故不得使用於非核准之適應症。且須充分提醒病人相關不良反應症狀及後續作為。

本院品項： Urinol® 100 mg/tab (Allopurinol)

4.2.2. 繞徑治療藥物 (活化的第七因子 rVIIa, 如 NovoSeven 和活化的凝血酶原複合物濃縮劑 APCC, 如 Feiba) : (88/6/1、93/7/1、94/2/1、98/8/1、103/4/1、105/2/1)

自一百零五年二月一日生效

1. 門診之血友病人得攜回二~三劑量繞徑治療藥物備用，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(如附表十八之二—全民健康保險血友病患者使用「繞徑治療藥物」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. 缺乏第七凝血因子之病患：
可以使用 rVIIa 10~20µg/kg IV · q 2~3 hr · 1~3 劑至止血為止。
3. 發生第八因子抗體之 A 型血友病患者：
(1) 低反應者 (low responder) –指第八 (或第九) 因子抗體力價平常≤5 BU/mL 以下，再注射第八 (或第九) 因子後不會有記憶性反應。使用平常治療沒有抗體病人出血時兩倍劑量的第八因子，可以加上適當的抗纖維蛋白溶解劑。如無效可以改用下述(2)之方法。
(2) 高反應者 (high responder) –指第八 (或第九) 因子抗體力價平常>5 BU/mL 以上，即使降到<5 BU/mL 以下，如再注射第八 (或第九) 因子都會有記憶性反應。
I. 出血時抗體≤5 BU/mL：
i. 輕度出血時：使用 rVIIa 70~90µg/kg IV · q 2 hr · 1~3 劑或 rVIIa 270µg/kg IV 單次注射劑量或 APCC 50~100 U/kg IV · q6-12h · 1 ~ 4 劑量。(98/8/1)。
無效時改用下述 ii 之方法。
ii. 嚴重出血時：使用第八因子 100 U/kg IV bolus，然後第八因子 5~10 U/kg/hr IV inf. 或第八因子 100 U/kg IV q8-12 hr, 至 5 天，可以加上適當的抗纖維蛋白溶解劑。
無效時可使用下述 II 之方法。
II. 出血時抗體>5 BU/mL：
i. rVIIa 70~90µg/kg IV · q 2 hr · 3 劑量或至止血為止或 rVIIa 270µg/kg IV 單次注射劑量，可以加上適當的抗纖維蛋白溶解劑或 APCC 50~100 U/kg IV · q6-12h · 3 ~ 4 劑量或至止血為止。(98/8/1)。
如都無效則改用下述 ii。

ii.可改用體外吸收抗體的方式 (如 protein A) 或 Plasmaphoresis , 去除大部分抗體後 , 再大量使用第八因子。

(3) 手術時 :

I 術前開始 , 術中及術後兩天 rVIIa 70~90 μ g/kg IV , q2 ~3 hr 。

II 術後第三天至傷口癒合 , rVIIa 70~90 μ g/kg IV , q 3 ~ 6 hr 。

III 或術前 , 術中及術後至傷口癒合 APCC 50~100 U/kg IV , q6-12hr , 需留心病人有無過高凝血現象發生。

4. 發生第九因子抗體之 B 型血友病患者。

(1) 對第九因子沒有過敏反應者 :

I 低反應者 (\leq 5BU/mL): 使用平常劑量兩倍的第九因子。

II 高反應者 , 出血時抗體在 \leq 5BU/mL : 使用第九因子 200U/kg IV q12-24hr,2-3 天或至止血為止。

I、II無效時可使用下述 III。

III 高反應者出血時抗體 $>$ 5BU/mL : 使用 rVIIa 70-90 μ g/kg IVq2h , 3 劑量或至止血為止或 rVIIa 270 μ g/kg IV 單次注射劑量。或 APCC 50-100U/kg IV q6-12hr , 4 劑量或至止血為止 , 需留心記憶性反應。(98/8/1)

(2) 對第九因子有過敏反應者 :

I 不能使用第九因子或 APCC 。

II 只能使用 rVIIa 70-90 μ g/kg IV q2h , 3 劑量或至止血為止或 rVIIa 270 μ g/kg IV 單次注射劑量。(98/8/1)

5. 凡使用 rVIIa、APCC 之申請給付案件 , 均需由醫療機構詳細填具事後申報表 (附表五) , 俾利本保險以電腦勾稽方式事後逐案審查。

6. A 型或 B 型且有高反應抗體存在之血友病病人 :(103/4/1)

(1) 在六個月內同一關節發生四次以上出血且關節傷害輕微而認定為標的關節時 , 可給予 1-3 個月繞徑治療藥物。

(2) 接受重大手術後 , 可視術後傷口出血及復原狀況給予 1-2 週繞徑治療藥物 , 接受骨關節手術後 , 每次復健之前得視狀況使用。

(3) 發生顱內出血或後腹腔出血接受治療穩定後 , 可視臨床狀況給 1-3 個月的繞徑治療藥物治療。

(4) 血友病合併抗體患者 , 如不符合上述 (1) 至 (3) 項短期預防之規定 , 不可使用繞徑治療藥物進行預防性治療。

7. 後天型血友病患者急性出血治療 (申報費用時須附詳實評估記錄) :(105/2/1)

(1) 嚴重出血時 :

I.若患者第八因子抗體小於 5 BU/mL 時 , 可使用高劑量第八因子 100 U/kg q8-12 hr 或 desmopressin (0.3 μ g/kg) 治療。

II.若患者第八因子抗體不詳或大於 5 BU/mL 時 , 可使用 rVIIa 70~90 μ g/kg IV , q2-3 hr , 或 APCC 50~100 U/kg IV , q6-12 hr (最多一天 200U/kg) , 至止血為止。

III.必要時可併用體外吸收抗體的方式 (如 protein A) 或 Plasmapheresis , 去除大部分抗體

後，再使用第八因子。

(2) 需侵襲性處理或緊急手術時：

I. 於術前、術中至傷口癒合期間，依患者實際出血及傷口癒合情況，使用 rVIIa 70~90µg/kg IV，q2-8 hr。

II. 於術前、術中至傷口癒合期間，依患者實際出血及傷口癒合情況，使用 APCC 50~100 U/kg IV，q6-12 hr。

備註：APCC，如 Feiba，應依藥品仿單記載，每次使用劑量勿超過 100U/kg，每日劑量勿超過 200U/kg。(94/2/1)

本院品項： NovoSeven® RT 50kiu/vial (Eptacog Alfa)

9.4.Gemcitabine (如 Gemzar):(92/12/1、93/8/1、94/10/1、96/5/1、99/10/1、105/2/1)

自一百零五年二月一日生效

1. 晚期或無法手術切除之非小細胞肺癌及胰臟癌病患。
2. 晚期膀胱癌病患。(92/12/1)
3. Gemcitabine 與 paclitaxel 併用，可使用於曾經使用過 anthracycline 之局部復發且無法手術切除或轉移性之乳癌病患。(94/10/1)
4. 用於曾經使用含鉑類藥物 (platinum-based) 治療後復發且間隔至少 6 個月之卵巢癌，作為第二線治療。(96/5/1、99/10/1)
5. 無法手術切除或晚期或復發之膽道癌 (含肝內膽管) 病患。(105/2/1)

本院品項： Gemzar® 200 mg/vial (Gemcitabine)



過去的留不住，
未來的難預測，
守住現在，當下即是。

~證嚴法師靜思語

The past is gone.
The future is unpredictable.
All we have is now.
Make great use of it.

~Still Thoughts



105 年 1 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
Degarelix 80 mg/vial	Firmagon 輔美康注射劑 (輝凌) 衛署藥輸字第 025882 號	針劑/注射 	成年男性晚期荷爾蒙依賴型前列腺癌。	僅供皮下注射。 (1041229公告)	4801元
Umeclidinium & Vilanterol 55 mcg & 22 mcg/ dose ; 30 doses/box	Anoro Ellipta 安肺樂易利達 (葛蘭素) 衛部藥輸字第 026315 號	外用/吸入劑 	慢性阻塞性肺病 (COPD) 患者之氣道 阻塞症狀的維持治療。	存放於 < 25°C 環 境，自藥盒取出後 六週用畢。 (1041229公告)	1502元

105 年 1 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			
Diltiazem 90 mg	Diltelan 達爾能 (友華) 衛署藥製字第 048127 號	白色 橢圓形 口服/膠囊 e90	Cardizem 凱帝心 (台田) 衛署藥輸字第 019885 號	白色 圓形 口服/錠劑	狹心症、高血壓。	藥品劑型由膠囊 改錠劑；不可撥 半、磨粉。藥錠外 殼會完整的經腸 胃道排出。 ※廠商缺貨 (1050119公告)	6.3 元
							
Dihydroergo- tamine 5 mg/cap	Seglor 塞戈羅 (葛蘭素) 衛署藥輸字第 021253 號	橙色/透明 長橢圓形 口服/膠囊	Lesiton 樂息痛 (瑞士) 衛署藥製字第 057356 號	橙色/透明 長橢圓形 口服/膠囊 KEC	偏頭痛。	不可磨碎。 不建議空腹服用。 ※廠商缺貨 (1050119公告)	10.3 元
							

105 年 1 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
Mebeverine 100 mg/tab	Dobecon 肚比康 (永信) 衛署藥製字第 045247 號	白色 圓形 口服/錠劑 YSP 43	原發性續發性結腸過敏合併症、腸憩室炎、腸憩室形成及區域性腸炎、膽胰運動困難、胃潰瘍、消化器官炎等症。	(1050119公告) 本院另有下列藥品可供取代: 1. Hyoscyamine (Buwecon®) 0.125 mg/tab 2. Pinaverium (Dicetel®) 50 mg/tab 3. Scopolamine (Buscopan®) 10 mg/tab	2.2元
					

