



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：何振珮
編輯：陳怡珊、黃欣怡、
黃詠銘、陳仲揚、
彭鳳宜

新藥介紹

治療青光眼眼用藥水新藥 Bimatoprost 0.01% 3 mL/bt

藥師 蔡宗憲

青光眼病因繁多，分為原發性 (primary) 與續發性 (secondary)。常見類型為隅角開放型 (open-angle) 與隅角閉鎖型 (angle-closure)。疾病初期有眼內壓 (intraocular pressure, IOP) 升高的現象，若未治療控制，則會破壞視神經，造成視力損傷。眼內壓控制目標值尚未有定論，通常經檢查判定為青光眼後，依原本眼內壓，降低 20 %–30%，即可避免青光眼惡化。隅角閉鎖型青光眼一般須經雷射或侵入性手術來恢復眼房水排除；隅角開放型青光眼可由藥物有效控制病情。

目前治療青光眼藥物，依藥理分類分為五類 (如表一)。其中，前列腺素類似物 (prostaglandin analogs) 為第一線單一治療藥物，若降眼壓效果不佳，可合併其他機轉藥物進行治療。本院藥品 bimatoprost (lumigan®) 0.01 %，3 mL/bt 為「前列腺素類似物 (prostaglandin analogs)」，適應症為降低慢性隅角開放型青光眼或高眼壓患者之眼壓，治療劑量為每晚在患眼滴一滴眼藥水，第一次使用 4 小時後，眼壓開始降低，在 8-12 小時達最大療效。對於肝腎功能不佳者皆不須調整劑量。其次，不建議用於小於 16 歲兒童，因為長期使用，會增加色素沉著。此外，用於孕婦，僅有動物實驗，劑量在最大劑量 (一天一次，每次一滴) 的 41 倍時，會出現對動物胎兒的不良影

響。因此，只有潛在效益大過對胎兒潛在風險時，才建議孕婦使用。目前還不知 bimatoprost 是否會分泌至乳汁，不過動物實驗證實 bimatoprost 確實會分泌至乳汁，所以授乳婦女使用時，應特別注意。當併用 latanoprost 會增加眼內壓；而併用非類固醇消炎劑則會增加或減少 bimatoprost 的療效。Bimatoprost 常出現的藥物不良反應為結膜充血 (25%-45%)、睫毛增生 (>10%)、眼睛搔癢 (>10%)、感冒及上呼吸道感染 (10%)、眼瞼紅斑 (1%-10%)、黑色素沉著 (1%-10%)、乾眼症 (1%-10%)、眼部刺激感 (1%-10%)。

根據兩篇臨床研究，比較「前列腺素類似物」之不同成分藥物對降眼內壓效果的差異。第一篇為系統性文獻回顧及統合分析研究，分析比較不同前列腺素類似物合併 timolol 對降低眼內壓療效的差異。收錄 9 篇隨機對照試驗，共納入 991 位受試者，隨著眼內壓的日變化，分三個時間點記錄眼內壓變化，分別為早上 9 點、中午 12 點、下午 4 點，結果顯示 latanoprost-timolol FC (LTFC) 與 travoprost-timolol FC (TTFC) 療效無顯著差異，但 bimatoprost-timolol FC (BTFC) 療效優於 LTFC、TTFC。BTFC 與 LTFC 的 WMD (weighted mean difference，加權平均差) 結果：日波動曲線：WMD = 0.88 mmHg (95% CI 0.42-1.33)；9 am: WMD = 1.27 mmHg (95% CI 0.68-1.86)；12 pm: WMD = 1.16 mmHg (95% CI 0.85-1.46)；4 pm: WMD = 0.61 mmHg (95% CI 0.51-0.70)；BTFC 與 TTFC 的

WMD 結果：日波動曲線：WMD = 1.94 mmHg (95% CI 0.19-3.68) ; 9 am: WMD = 0.68 mmHg (95% CI 0.15-1.21) ; 12 pm: WMD = 0.90 mmHg (95% CI 0.41-1.39) ; 4 pm: WMD = 1.06 mmHg (95% CI 0.61-1.51) 。

第二篇為回溯介入型世代研究，分析比較因隅角開放型青光眼病人使用 latanoprost 0.005% 眼藥水後，治療效果不佳，眼內壓上升，故將藥物轉換為 bimatoprost 0.01% 眼藥水後之治療效果。由 625 位病人中選出 41 位（眼內壓上升至少 15 %）使用 latanoprost 治療，眼內壓以 WDT（water drinking test）測定，包含治療介入前基礎值測定、喝水後眼內壓高峰值與喝水後 15 分、30 分、45 分眼內壓值，眼內壓測定有三個時間點：WDT1（尚未使用 latanoprost 治療）、WDT2（使用 latanoprost 治療後）、WDT3（使用 bimatoprost 治療後），結果顯示平均高峰值 WDT1（15.6 mmHg，SE=0.73，SE= standard error）、WDT2（21.1 mmHg，SE=0.73）與 WDT3（16.1 mmHg，SE=0.73）三個時間點呈顯著差異（ $P<0.001$ ），平均高峰值差為 WDT1 v.s. WDT2 → 5.5 mmHg（ $P<0.001$ ）；WDT1 v.s. WDT3 → 0.5 mmHg（ $P=0.312$ ）；WDT2 v.s. WDT3 → -5.0 mmHg（ $P<0.001$ ），其它時間點（喝水後 15 分、30 分、45 分）測定值，WDT1 v.s. WDT2、WDT2 v.s. WDT3 皆呈顯著差異（ $P<0.001$ ）。

根據這些臨床研究結果得知前列腺素類似物對於青光眼的療效優於其它機轉藥物。其中，又以 bimatoprost 的療效優於其它同類藥物。再者，考量療效與價格，bimatoprost 能併用其它藥理分類藥物治療青光眼，可作為青光眼治療的另一項新選擇。

參考資料

1. Lumigan®仿單
2. Primary Open-Angle Glaucoma PPP (preferred practice pattern) · © 2016 by the American Academy of Ophthalmology · Published by Elsevier Inc. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ophtha.2015.10.053>
3. Bimatoprost: Drug information in Up-To-Date
4. Open-angle glaucoma: Treatment in Up-To-Date
5. Comparative Effectiveness of First-Line Medications for Primary Open-Angle **Glaucoma**: A Systematic Review and Network Meta-analysis. (Ophthalmology 2016 Jan;123(1):129-40. doi: 10.1016/j.ophtha.2015.09.005. Epub 2015 Oct 31.)
6. Efficacy and tolerability of prostaglandin-timolol fixed combinations: an updated systematic review and meta-analysis. (Curr Med Res Opin. 2015 Jun;31(6):1139-47. doi: 10.1185/03007995.2015.1039504.)
7. Effect of Switching From Latanoprost to **Bimatoprost** in Primary Open-Angle **Glaucoma** Patients Who Experienced Intraocular Pressure Elevation During Treatment. (J Glaucoma. 2016 Apr;25(4):e359-66. doi: 10.1097/JIG.0000000000000376.)
8. **Bimatoprost** 0.01% vs **bimatoprost** 0.03%: a 12-month prospective trial of clinical and in vivo confocal microscopy in **glaucoma** patients. (Eye (Lond). 2014 Apr;28(4):422-9. doi: 10.1038/eye.2013.304. Epub 2014 Jan 17.)
9. Tolerability and efficacy of **bimatoprost** 0.01 % in patients with open-angle **glaucoma** or ocular hypertension evaluated in the Taiwanese clinical setting: the Asia Pacific Patterns from Early Access of Lumigan 0.01 % (APPEAL Taiwan) study. (BMC Ophthalmol. 2016 Sep 15;16(1):162. doi: 10.1186/s12886-016-0338-6.)
10. 衛生福利部中央健康保險署 — 健保用藥品項查詢

表一 青光眼藥物治療分類

藥理分類	作用機轉	眼內壓降低幅度
前列腺素類似物 (prostaglandin analogs) Ex: latanoprost 、 bimatoprost	透過葡萄膜鞏膜路徑與小梁網路徑， 增進眼房水排除	25%–33%
β 受體拮抗劑 (β -adrenergic antagonists) Ex: timolol	減少眼房水生成	20%–25%
α_2 受體作用劑 (α_2 -adrenergic agonists) Ex: brimonidine	減少眼房水生成	20%–25%
擬副交感神經作用劑 (parasympathomimetic agents) Ex: pilocarpine	透過小梁網路徑，增進眼房水排除	20%–25%
局部碳酸酐酶抑制劑 (topical carbonic anhydrase inhibitors) Ex: brinzolamide	減少眼房水生成	15%–20%
口服碳酸酐酶抑制劑 (oral carbonic anhydrase inhibitors) Ex: acetazolamide	減少眼房水生成	20%–30%

●●藥物警訊

=臨床藥學科整理=

直接作用型抗 C 型肝炎病毒藥品可能發生 B 型肝炎病毒再活化的嚴重不良反應

美國食品藥物管理局 (FDA) 發布，現有或過去曾有 B 型肝炎病毒感染患者，於接受直接作用型抗 C 型肝炎病毒 direct-acting antiviral (DAA) 類藥品治療 C 型肝炎後，可能發生 B 型肝炎病毒再活化 (HBV reactivation) 之風險。回顧不良反應通報資料及文獻，發現 24 例合併感染 B 型肝炎及 C 型肝炎患者，使用 DAA 類藥品治療 C 型肝炎 (未併用干擾素) 而發生 B 型肝炎病毒再活化，部分案例因而死亡或須接受肝臟移植。B 型肝炎病毒再活化通常發生自開始使用 DAA 類藥品治療起第 4 至 8 週，目前機轉仍不明。病人若出現疲倦、虛弱、食欲不振、噁心嘔吐、皮膚或眼

部黃疸、淺色糞便等嚴重肝功能異常症狀務必盡速就醫。

本院品項：

1. Sovaldi® 400 mg/tab (Sofosbuvir)
2. Harvoni® (Ledipasvir 90 mg & Sofosbuvir 400 mg)
3. Sunvepra® 100 mg/cap (Asunaprevir)
4. Daklinza® 60 mg/tab (Daclatasvir)

※ 資料來源：衛生福利部食品藥物管理署、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

8.2.4.1.Etanercept (如 Enbrel) ; adalimumab(如 Humira) ; tocilizumab (如 Actemra) (94/3/1、101/12/1、102/1/1、102/10/1、105/10/1)：兒童治療部分

自一百零五年十月一日生效

- 1.Etanercept 限使用於 4 歲至 17 歲的兒童具有活動性多關節幼年型慢性關節炎患者。adalimumab 限使用於 2 歲至 17 歲具有活動性多關節幼年型慢性關節炎患者 (101/12/1、105/10/1)。tocilizumab 限使用於 2 歲(含)以上的活動性多關節幼年型慢性關節炎患者。(102/10/1)
- 2.限具有風濕病專科醫師證書之內科、小兒科專科醫師或具有小兒過敏免疫專科醫師證書之小兒科專科醫師處方。
- 3.需事前審查核准後使用。
 - (1)申報時需檢附 methotrexate 或 corticosteroids 藥物使用的劑量、治療時間、副作用、及關節腫脹治療前後的相關照片或關節 X 光檢查報告等資料。
 - (2)使用 etanercept、adalimumab 或 tocilizumab 之後，每六個月需再申請一次；需描述使用藥物後的療效、副作用或併發症。(101/12/1、102/10/1)
- 4.病患需同時符合下述(1)(2)(3)三項條件者方可使用
 - (1)病人的關節炎必須符合下列任何一種亞型的病變：
 - I 全身性 (systemic)
 - II 多發性關節炎 (polyarticular)(類風濕性因子陽性或陰性者皆可)
 - III 擴散型嚴重少數關節炎 (extended oligoarticular)
 - (2)標準療法失敗者 (符合下列任一項)
 - I 病患必須曾經接受 methotrexate 的充分治療。
充分治療的定義：
10 毫克/身體表面積平方米/週的口服或注射 methotrexate 治療，藥物治療時間必須達 3 個月以上。
(若因藥物毒性無法忍受，以致於無法達到上項要求時，劑量可以酌情降低。)
 - II 若單獨使用類固醇來治療全身性類風濕性關節炎症狀，prednisolone 的劑量必須高於每天每公斤 0.25 毫克以上並且發生無法接受的副作用。

(3)最近 3 個月關節炎的活動性必須符合活動性多關節炎標準者。活動性多關節炎標準定義:關節病情必須同時符合下列兩個要項：

I 腫脹的關節總數大於等於 5 個。

II 關節活動受到限制而且具有疼痛或壓痛的關節總數 ≥ 3 個。

(必須附上關節腫脹之相關照片或關節 X 光檢查報告作為輔証)。

5.需排除 etanercept、adalimumab 及 tocilizumab 使用的情形(102/10/1)

應參照藥物仿單，重要之排除使用狀況包括：

(1) 懷孕或正在授乳的婦女。

(2) 罹患活動性的感染症的病患。

(3) 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)

(4) 身上帶有人工關節者，罹患或先前曾罹患過嚴重的敗血症(sepsis)者。

(5) 惡性腫瘤或具有癌症前兆 (pre-malignancy) 的病患。

(6) 免疫功能不全者 (Immunodeficiency)。

6.需停止 etanercept、adalimumab 及 tocilizumab 治療的情形(102/10/1)

如果發生下列現象應停止治療：

(1) 不良事件，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 (intercurrent infection)(暫時停藥即可)。

療效不彰：患者的 core set data 經過 6 個月治療後未達療效者。

療效定義：

I 紅血球沉降速率 (ESR) 或 CRP 及下列三項中至少有二項達到較基礎值改善 30%以上效果者。

i.活動性關節炎的總數

ii.關節活動範圍受到限制的關節總數

iii.醫師的整體評估

II 上述各種指標惡化程度達 30%以上者不得超過一項

◎附表十六:全民健康保險活動性多關節幼年型慢性關節炎使 etanercept/adalimumab/tocilizumab 申請表

◎附表十六之二 : (刪除)

本院品項：Humira® (Adalimumab) 40 mg/vial

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

自一百零五年十月一日生效

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作為第三線治療。
- 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) 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)
4. 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 (psoriatic arthritis response Criteria, PsARC)，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 45 mg）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。

5.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）

6.需停止治療的情形

如果發生下列現象應停止治療：

(1) (略)

(2) 不良事件：與藥物之使用有關或無關的事件，包括：

i. ~ iii. (略)。

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～附表二十二之三(略)

◎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：Stelara[®] (Ustekinumab) 45 mg/0.5 ml/syringe

8.2.4.7. Adalimumab (如 Humira) (100/7/1、102/1/1、105/10/1) : 用於克隆氏症治療部分

8.2.4.7.1. Adalimumab (如 Humira) (105/10/1) : 成人治療部分

8.2.4.7.2. Adalimumab (如 Humira) (105/10/1) : 兒童治療部分

自一百零五年十月一日生效

1. 限具有消化系專科證書者處方。

2. 須經事前審查核准後使用。

3. 須經診斷為成人克隆氏症，領有克隆氏症重大傷病卡，並符合下列條件之一；且申請時應附上影像診斷評估報告。

(1) 克隆氏症病情發作，經 5-aminosalicylic acid 藥物 (sulfasalazine, mesalamine, balsalazide)、類固醇、及/或免疫抑制劑(azathioprine, 6-mercaptopurine, methotrexate)充分治療超過六個月，仍然無法控制病情($CDAI \geq 300$)或產生嚴重藥物副作用時，且病況不適合手術者。

(2) 克隆氏症經 5-aminosalicylic acid 藥物如(sulfasalazine, mesalamine, balsalazide)、類固醇、及免疫抑制劑(azathioprine, 6-mercaptopurine, methotrexate)充分治療超過六個月，或外科手術治療，肛門周圍瘻管或腹壁瘻管仍無法癒合且 $CDAI \geq 100$ 者。

(3) 克隆氏症經 5-aminosalicylic acid 藥物如(sulfasalazine, mesalamine, balsalazide)、類固醇、及免疫抑制劑(azathioprine, 6-mercaptopurine, methotrexate)充分治療，仍於一年內因克隆氏症之併發症接受二次(含)以上之手術治療且 $CDAI \geq 100$ 者。

4. 療效評估與繼續使用：

(1) 初次申請 adalimumab 以 8 週(使用 4 劑)為限，治療第三劑後，達到有效緩解之誘導或部份有效緩解之誘導者，方得申請繼續使用。

i 有效緩解之誘導： $CDAI \leq 150$ 或瘻管痊癒。

ii 部份有效緩解之誘導： $CDAI$ 分數下降 ≥ 100 或瘻管數量減少。

(2) 繼續使用者，需每 16 週(使用 8 劑)評估一次，評估仍維持前一次療程有效或部份有效緩解時之 $CDAI$ 分數者，方得提出申請續用，每次申請以 16 週(使用 8 劑)為限。

(3) 治療 56 週 (使用 28 劑) 後須至少再間隔超過六個月後，因病情復發或以其他治療難以控制達上述 3.之(1)(2)(3)之標準才能再次提出申請使用。(105/10/1)

5. 使用劑量：原則上，最初第一劑 160 mg，兩週後第二劑 80 mg，第四週之第三劑 40 mg，作為緩解之誘導；之後每隔兩週給予維持劑量 40 mg，可持續至 56 週 (使用 28 劑)，作為緩解之維持。(105/10/1)

6. 須排除使用之情形

應參照藥物仿單，重要之排除使用狀況包括：

(1) 懷孕或正在授乳的婦女。

(2) 罹患活動性感染症(active infection)之病患。

(3) 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)

(4) 惡性腫瘤或具有癌症前兆(pre-malignancy)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) 具高度感染機會之病患：慢性腿部潰瘍、導尿管置留、身上有引流管、人工關節感染，該人工關節尚未摘除者、頑固性或復發性之胸腔感染症病患。

(6) 多發性硬化症(multiple sclerosis)。

7.須停止治療的情形

(1)療效不彰：療效評估未達繼續使用標準者。

(2)其他事項：包括

i 惡性腫瘤

ii 該藥物引起之嚴重毒性 (白血球過低、嚴重過敏)

iii 懷孕(暫時停藥即可)

iv 嚴重間發性感染(暫時停藥即可)。

◎附表二十六之一：全民健康保險克隆氏症使用 adalimumab 申請表

◎附表二十六之二：CDAI (Crohn' s disease activity index)

1.限具有小兒專科或消化系專科證書之醫師處方使用。

2.須經事前審查核准後使用。

3.六歲 (含) 以上，經診斷為小兒克隆氏症且領有重大傷病證明，並排除第 6 項之情形及符合下列條件之一；且申請時應附上影像診斷評估報告。

(1)克隆氏症病情發作，經皮質類固醇及免疫抑制劑 (azathioprine, 6-mercaptopurine, methotrexate) 充分治療超過三個月，仍然無法控制病情 (PCDAI> 30) 或產生過敏或其他嚴重副作用者。

(2)小兒克隆氏症病童腹部或肛門瘻管合併生長遲緩者 (height velocity Z Score -1 to -2.5) 。

(3)小兒克隆氏症病情發作且生長遲緩 (height velocity Z Score -1 to -2.5) 病童，經營養治療與免疫抑制劑治療失敗者。

4.療效評估與繼續使用：

(1)初次申請 adalimumab 以 8 週為限，治療第 3 劑後，達到臨床反應 (PCDAI 降低 $\geq$ 15) 者，方得申請繼續使用。

(2)繼續使用者，需每 16 週評估一次，評估仍維持前一次療程達到臨床反應，方得提出申請續用，每次申請以 16 週 (使用 8 劑) 為限。

(3)治療 56 週 (使用 28 劑) 後須至少再間隔超過六個月後，因病情復發或以其他治療難以控制達上述 3.之(1)(2)(3)之標準才能再次提出申請使用。

5.使用劑量：

(1)體重 $\geq$ 40 公斤者，最初第一劑 160 mg，兩週後第二劑 80 mg，第四週給予第三劑 40 mg 之後每隔兩週給予維持劑量 40 mg。

(2)體重<40 公斤者，最初第一劑 80 mg，兩週後第二劑 40 mg，第四週給予第三劑 20 mg，之後每隔兩週給予維持劑量 20 mg。

6.須排除使用之情形

應參照藥物仿單，重要之排除使用狀況包括：

(1)罹患活動性感染症（active infection）之病患。

(2)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）。

(3)惡性腫瘤或具有癌症前兆（pre-malignancy）之病患。

(4)具高度感染機會之病患：慢性腿部潰瘍、導尿管置留、身上有引流管、頑固性或復發性之胸腔感染症病患。

(5)多發性硬化症（multiple sclerosis）。

7.須停止治療的情形

(1)療效不彰：療效評估未達繼續使用標準者。

(2)其他事項：包括

i 惡性腫瘤

ii 該藥物引起之嚴重毒性（白血球過低、嚴重過敏）

iii 嚴重感染（暫時停藥即可）。

◎附表二十六之三：全民健康保險小兒克隆氏症使用 adalimumab 申請表

◎附表二十六之四：PCDAI（Pediatric Crohn's disease activity index）

本院品項：Humira®（Adalimumab）40 mg/vial

4. Etanercept（如 Enbrel）；adalimumab（如 Humira）；golimumab（如 Simponi）；abatacept（如 Orencia）；tocilizumab（如 Actemra）；tofacitinib（如 Xeljanz）：（92/3/1、93/8/1、93/9/1、98/3/1、99/2/1、100/12/1、101/1/1、101/6/1、101/10/1、102/1/1、102/2/1、102/4/1、102/10/1、103/9/1、103/12/1、105/9/1、105/10/1）

8.2.4.9. Golimumab（如 Simponi）、Adalimumab（如 Humira）（105/9/1、105/10/1）：用於潰瘍性結腸炎治療部分

自一百零五年十月一日生效

1. 須經事前審查核准後使用。

2. 須經診斷為成人潰瘍性結腸炎，並符合下列條件之一：

(1) 同時符合下列條件：

I. 領有潰瘍性結腸炎重大傷病卡（直腸型排除）。

II. 經 5-aminosalicylic acid 藥物（如 sulfasalazine、mesalamine 或 balsalazide）、類固醇、及免疫調節劑（如 azathioprine 或 6-mercaptopurine）充分治療無效（須有病歷完整記載用藥史，連續治療達 6 個月以上），或對 5-aminosalicylic acid 藥物、免疫調節劑產生嚴重藥物副作用。

III. Mayo score ≥ 9 分且 Mayo Endoscopic subscore ≥ 2 分（需檢附兩個月內之大腸鏡報告，內含可供辨識之彩色照片）。

(2)急性嚴重的潰瘍性結腸炎，同時符合下列四要件：

I.內視鏡下符合潰瘍性結腸炎。

II.病理切片排除巨細胞病毒腸炎、阿米巴結腸炎、淋巴瘤。

III.糞便檢測排除困難梭狀桿菌感染。

IV.Mayo Score 為 12 分，經類固醇全劑量靜脈注射(如 methylprednisolone 40-60mg/day 等)連續治療 5 天無效。

3.療效評估與繼續使用：

(1)初次申請： golimumab 以 6 週（ 使用 2 劑 ） 、adalimumab 以 8 週（ 使用 4 劑 ） 為限，治療後達到臨床反應評估者（ Mayo Score ≤ 6 分，且 Mayo Endoscopic subscore ≤ 2 分 ），方得申請繼續使用。(105/10/1)

(2)繼續使用者：需每 16 週評估一次，若評估仍維持前一療程或更低之 Mayo Score 分數，且 Mayo Endoscopic subscore ≤ 1 分，可再申請繼續使用 16 週，維持治療以申請兩次為限。

4.劑量給予方式及總療程：

(1) Golimumab：

I.最初第一劑 200 mg，兩週後第二劑 100 mg，作為緩解之誘導；有效患者之後每隔 4 週給予維持劑量 50 mg（ 體重大於 80 公斤病患，每隔 4 週 100 mg ），至多持續至 38 週，作為緩解之維持。

II.若使用劑量為 100 mg（ 含 ） 以上，限使用 100 mg（ 1 mL ） 規格量。

(2) Adalimumab：最初第一劑 160 mg，兩週後第二劑 80 mg，第四週之第三劑及第六週之第四劑 40 mg，作為緩解之誘導；之後每隔兩週給予維持劑量 40 mg，至多持續至 40 週（ 使用 20 劑 ），作為緩解之維持。(105/10/1)

5. Golimumab 治療 38 週；adalimumab 治療 40 週（ 使用 20 劑 ） 後若病情復發，依初次使用標準再次提出申請。(105/10/1)

6.須排除使用之情形：

應參照藥物仿單，重要之排除使用狀況包括：

(1) 懷孕或正在授乳的婦女。

(2) 罹患活動性感染症（ active infection ） 之病患。

(3) 未經完整治療之結核病病患（ 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 ）。

(4) 惡性腫瘤或具有癌症前兆（ pre-malignancy ） 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) 具高度感染機會之病患：慢性腿部潰瘍、導尿管置留、身上有引流管、人工關節感染，該人工關節尚未摘除者、頑固性或復發性之胸腔感染症病患。

(6) 多發性硬化症（ multiple sclerosis ）。

7.須停止治療的情形：

- (1)療效不彰：療效評估未達繼續使用標準者。
- (2)其他事項包括：
 - I.惡性腫瘤。
 - II.該藥物引起之嚴重毒性（白血球過低、嚴重過敏）。
 - III.懷孕（暫時停藥即可）。
 - IV.嚴重間發性感染（暫時停藥即可）。

本院品項：Humira® 40mg/vial(Adalimumab)

8.2.6.短效干擾素、長效干擾素：

8.2.6.1. Interferon alpha-2a（如 Roferon-A）及 interferon alpha-2b（如 Intron A）(92/10/1)；
peginterferon alfa-2a（如 Pegasys）(92/11/1-C 肝、94/11/1-B 肝、96/10/1、98/11/1、
99/5/1-B 肝、100/6/1-B 肝、102/2/1、105/10/1)

自一百零五年十月一日生效

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」之下列慢性病毒性 B 型或慢性病毒性 C 型肝炎患者。

(1)用於慢性病毒性 B 型肝炎患者

I. HBsAg (+) 超過六個月及 HBeAg (+) 超過三個月，且 ALT 值大於（或等於）正常值上限五倍以上（ $ALT \geq 5X$ ），且無肝功能代償不全者。療程為 12 個月。(98/11/1、105/10/1)

註：肝代償不全條件為 prothrombin time 延長 ≥ 3 秒或 bilirubin (total) ≥ 2.0 mg/dL，
prothrombin time 延長係以該次檢驗 control 值為準。

II. HBsAg (+) 超過六個月及 HBeAg (+) 超過三個月，其 ALT 值介於正常值上限二至五倍之間（ $2X \leq ALT < 5X$ ），且血清 HBV DNA $\geq 20,000$ IU/mL 或經由肝組織切片（血友病患及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片）證實 HBcAg 陽性並有慢性肝炎變化，無 D 型或 C 型肝炎合併感染，且無肝功能代償不全者，可接受藥物治療，療程為 12 個月。(98/11/1、105/10/1)

III. HBsAg (+) 超過六個月及 HBeAg (-) 超過三個月，且 ALT 值半年有兩次以上（每次間隔三個月）大於或等於正常值上限二倍以上（ $ALT \geq 2X$ ），且血清 HBV DNA $\geq 2,000$ IU/mL 或經由肝組織切片（血友病患及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片）證實 HBcAg 陽性，無 D 型或 C 型肝炎合併感染，且無肝功能代償不全之患者。療程為 12 個月。(98/11/1)

IV.符合上述 I、II、III 條件納入治療計畫且經完成治療後停藥者：(略)

V. 符合 10.7.3 之 3 至 5 項條件納入治療計畫經完成治療後停藥者：(略)

(2)用於慢性病毒性 C 型肝炎治療時：

I.應與 Ribavirin 併用

II.限 ALT 值異常者，且 Anti-HCV 與 HCV RNA 均為陽性，或經由肝組織切片（血友病患及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片）以 METAVIR system 證實輕度纖維化大

於或等於 F1 及肝炎變化，且無肝功能代償不全者。(98/11/1)

Ⅲ.療程依 Viral Kinetics 區分如下：(98/11/1)

- a、有 RVR (rapid virological response, 快速病毒反應)者，給付治療不超過 24 週。
- b、無 RVR，但有 EVR (early virologic response)者，給付治療 48 週。
- c、到第 12 週未到 EVR 者，應中止治療，治療期間不超過 16 週。
- d、第一次藥物治療 24 週後復發者，可以給予第二次治療，不超過 48 週。

※復發的定義：

治療完成時，血中偵測不到病毒，停藥後血中病毒又再次偵測到。(98/11/1)

2.限用於下列癌瘤病患「限 interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 及 interferon alpha-2b (如 Intron A)」(93/4/1、97/8/1)：

(1)Chronic myelogenous leukemia

(2)Multiple myeloma

(3)Hairy cell leukemia

(4) T 細胞淋巴瘤病例(限 a-2A、2B type) (87/4/1)。

(5)卡波西氏肉瘤 (Kaposi' s sarcoma) 病例使用 (87/4/1)。

(6)小於七十歲以下，罹患中、晚期之低度非何杰金氏淋巴瘤 (low grade non-Hodgkin' s lymphoma)，且具有高腫瘤負荷 (high tumor burden) 之病患。(89/1/1)

(「高腫瘤負荷」定義：第三或第四期病患；或血清 LDH > 350 IU/L；或腫塊大於十公分以上。)

(7)限使用於晚期不能手術切除或轉移性腎細胞癌之病患 (限 a-2A type) (89/1/1)

(8)kasabach-Merritt 症候群。(93/4/1)

(9)用於一般療法無法治療的 Lymphangioma。(93/4/1、97/8/1)

本院品項：

1. Pegasys[®] (Peginterferon α -2a) 135 ug/0.5 ml /amp
2. Peg-Intron[®] (Peginterferon α -2b) 120 ug/0.5 ml/vial
3. Pegasys[®] (Peginterferon α -2a) 180 ug/0.5 ml/vial

9.55. Ruxolitinib (如 Jakavi) (105/10/1)

自一百零五年十月一日生效

1. 用於治療International Working Group (IWG) Consensus Criteria 中度風險-2 或高風險之骨髓纖維化，包括原發性骨髓纖維化、真性紅血球增多症後骨髓纖維化、或血小板增多症後骨髓纖維化等疾病所造成脾臟腫大 (symptomatic splenomegaly) 及/或其他相關全身症狀且不適於接受幹細胞移植的病人 (stem cell transplantation)。
2. 需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以 6 個月為限，送審時需檢送影像資料及症狀改善之病歷紀錄，每 6 個月評估一次。
3. 用藥後，若沒有減少脾臟體積 【(在增加脾臟長度與基期相較達 40% (約為脾臟體積增加達 25%)】且沒有明確的疾病相關之症狀改善，則不予同意使用。
4. Jakavi 5mg 每日限最多使用 4 粒，Jakavi 15mg 或 20mg 每日限最多使用 2 粒，且其 5mg 不得

與 15mg 或 20mg 併用。

本院品項：Jakavi® (Ruxolitinib) 5 mg/tab

9.18.Trastuzumab (如 Herceptin) : (91/4/1、93/8/1、95/2/1、99/1/1、99/8/1、99/10/1、
101/1/1、105/11/1)

自一百零五年九月一日生效

1.早期乳癌 (99/1/1、99/8/1、99/10/1、101/1/1)

(1)外科手術前後、化學療法 (術前輔助治療或輔助治療) 治療後，具 HER2 過度表現 (IHC 3+ 或 FISH+)，且具腋下淋巴結轉移但無遠處臟器轉移之早期乳癌患者，作為輔助性治療用藥。
(99/10/1、101/1/1)

(2)使用至多以一年為限 (99/8/1)。

2.轉移性乳癌

(1)單獨使用於治療腫瘤細胞上有 HER2 過度表現 (IHC 3+ 或 FISH+)，曾接受過一次以上化學治療之轉移性乳癌病人。(91/4/1、99/1/1)

(2)與 paclitaxel 或 docetaxel 併用，使用於未曾接受過化學治療之轉移性乳癌病患，且為 HER2 過度表現 (IHC 3+ 或 FISH+) 者。(93/8/1、95/2/1、99/1/1)

(3)轉移性乳癌且 HER2 過度表現之病人，僅限先前未使用過本藥品者方可使用。(99/1/1)

3. 經事前審查核准後使用，核准後每 24 週須檢附療效評估資料再次申請，若疾病有惡化情形即不應再行申請 (105/11/1)。

本院品項：Herceptin® (Trastuzumab) 440 mg/vial



105 年 9 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
Polysaccharides of Astragalus membranaceus 500 mg/vial	PG2 Injection 懷特血寶注射劑 (懷特生技) 衛署藥製字第 054853 號	針劑/注射	適用於癌症末期因疾病進展所導致中重度疲勞症狀之改善。	※臨採新藥,限科別使用。 (1050831公告)	自費12650 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
Human papillomavirus 9-valent vaccine 0.5 mL/syringe	Gardasil 9 九價人類乳突病毒疫苗 (默沙東) 衛部菌疫輸字第 001001 號	針劑/注射	適合 9-26 歲之女孩及女性施打的疫苗，可用以預防下列由 HPV 所引起的病變： 1.第 16, 18, 31, 33, 45, 52 及 58 型 HPV 所引起的子宮頸癌 2.第 6 及 11 型 HPV 所引起的生殖器疣(尖型濕疣) 3.第 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 及 58 型 HPV 所引起的第 1 級子宮頸上皮內贅瘤(CIN 1)、第 2 級與第 3 級子宮頸上皮內贅瘤(CIN 2/3) 4.第 6, 11, 16 及 18 型 HPV 所引起的子宮頸原位腺癌(AIS)、第 2 級與第 3 級外陰上皮內贅瘤(VIN 2/3)、第 2 級與第 3 級陰道上皮內贅瘤(VaIN 2/3)	※臨採品項,限科別使用。 (1050831公告)	自費5000元
					

105 年 9 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			
Gentamycin, Ophth. Oint 3 mg/g, 5 g/tube	Gentamicin 紫菌素 (人人) 衛署藥製字第 025128 號	眼用/軟膏	Oftalmolosa 愛康明 (愛爾康) 衛署藥輸字第 022796 號	眼用/軟膏	角膜潰瘍、結膜炎、角膜炎、眼 瞼炎、淚囊炎。	※廠商缺貨 (1050902公告)	27 元
							
Calcium Gluconate 10 mL/amp	Calglon 鈣克康 (永豐) 衛署藥製字第 058006 號	針劑/注射	Calcium Gluconate 葡萄糖酸鈣 (濟生) 衛署藥製字第 001923 號	針劑/注射	鈣不足引起之手足搐搦、膽 囊及輸尿管絞痛、枯草熱、 蕁麻疹、妊婦哺乳時之鈣補 給。	※廠商缺貨 (1050907公告)	15 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			
Levonorgestrel & Ethinylestradiol 28 tabs/pack	家庭計劃 2 號口服避 孕藥(溫士頓) 婦幼協會提供	圓形 口服/錠劑	Winstop 30 溫不妊 30 (溫士頓) 衛署藥製字第 025649 號	圓形 口服/錠劑	抑制排卵。	※婦幼協會停止提 供 (1050908公告)	自費 200 元
							
Cephadrine 1 g/vial	S-60 双賜 (永信) 衛署藥製字第 033149 號	針劑/注射	Recef-A 利速艾 (瑞安) 衛署藥製字第 032334 號	眼用/軟膏	葡萄球菌、鏈球菌、肺炎雙球 菌、腦膜炎球菌及其他具有感受 性細菌引起之感染症。	※廠商缺貨 (1050909公告)	25.4 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			
Parenteral Solution 500 mL/bt	Nako No.1 南光 1 號 (南光) 衛署藥製字第 029333 號	針劑/注射	TAITA NO.1 台大 1 號 (大塚) 衛署藥製字第 021632 號	針劑/注射	水份、電解質、養分補充、新生 兒維持液。	※(1050909公告)	30.3 元
							
Sodium Chloride 0.9%, 1000 mL/bt	Saline 沙林 (南光) 衛署藥製字第 029836 號	針劑/注射	NaCl 氯化鈉注射液 (台裕) 衛署藥製字第 024516 號	針劑/注射	手術或其他疾患之水份及電解 質的補給。	※(1050909公告)	25 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			
Human Albumin 50 mL/bot	Plasbumin-25 白蛋白 (Grifols) 衛署菌疫輸字第 000197 號	針劑/注射 25%, 50 mL/bot	Plasbumin-20 白蛋白 (Grifols) 衛署菌疫輸字第 000777 號	針劑/注射 20%, 50 mL/bot	低蛋白血症、休克、燒傷。	新舊廠含量不同:原 25%, 50mL/bot 改 20%, 50mL/bot ※(1050912公告)	1212 元
							
Lorazepam 0.5 mg/tab	Lowen 樂穩 (中化) 衛署藥製字第 027849 號	黃色 圓形 口服/錠劑 CCP	Anxiedin 安靜 (優良) 衛署藥製字第 024463 號	淡綠色 圓形 口服/錠劑 U/L	焦慮狀態。	※(1050912公告)	2 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			
Vancomycin 500 mg/vial	Vanlyo 穩利 (台裕) 衛署藥製字第 051533 號	針劑/注射	U-Vanco 優凡可 (優良) 衛署藥製字第 041443 號	針劑/注射	葡萄球菌感染所致之心內膜炎、骨髓炎、肺炎、敗血病、軟組織感染、腸炎、梭狀桿菌感染所致之假膜性結腸炎。	※(1050914公告)	97 元
							
Parenteral Solution 500 mL/ bt	Nako No. 5 南光 5 號 (南光) 衛署藥製字第 029334 號	針劑/注射	TAITA No. 5 台大 5 號 (大塚) 衛署藥製字第 022682 號	針劑/注射	手術前後及未能進食病人之水份、電解質、熱能補充、維持液。	※(1050914公告)	30.3 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			
Folinate calcium 50 mg/ 5 mL/ amp	Folina 芙琳亞 (東洋) 衛署藥製字第 048426 號	針劑/注射	Covorin 克廢品 (瑞士) 衛署藥製字第 047621 號	針劑/注射	葉酸拮抗劑 (如Methotrexate) 過量之解毒劑。	※(1050914公告)	98 元
							
Cisatracurium 10 mg/ 5 mL /amp	Nimbex 肌弛適 (葛蘭素) 衛署藥輸字第 022770 號	針劑/注射	Cisatracurium 肌鬆弛 (Fresenius) 衛部藥輸字第 026541 號	針劑/注射	本品為一高選擇性及競爭性的非去極化神經肌肉阻斷劑。可作為全身麻醉之輔助劑或加護病房使用，用以鬆弛骨骼肌，幫助氣管插管及與人工呼吸器的協調。	※(1050921公告)	61 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			
Diphenidol 25 mg/tab	Sinphadol 杏化樂 (杏輝) 衛署藥製字第 019503 號	紅色 圓形 口服/糖衣錠	Diphenidol 敵芬尼朵 (生達) 衛署藥製字第 015078 號	粉紅色 圓形 口服/糖衣錠 STD128	內耳障礙引起之眩暈(包括血管 障礙及頭頸部外傷後遺症之眩 暈)、(美尼攸氏) 症候群。	※年度合約換廠 (1050921公告)	2 元
							
Fluconazole 200 mg/ 100mL / vial	Genazole 健那諾 (健亞) 衛署藥製字第 043000 號	針劑/注射	Fluconazole 富可納 (Fresenius) 衛署藥輸字第 024844 號	針劑/注射	抗黴菌劑。	※(1050921公告)	404 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			
Dextromethorphan, Potassium Cresolsulfonate & Lysozyme 20 mg, 90 mg & 20 mg/cap	Fucou 去咳寧 (華興) 衛署藥製字第 027598 號	綠色 橢圓形 口服/膠囊 HS 52	Romicon-A 樂滅咳 (健康) 衛署藥製字第 038819 號	白色 橢圓形 口服/膠囊 G-4776	鎮咳、祛痰。	※(1050921公告)	2 元
							
Diphenhydramine (鹽 酸二苯胺明注射液) 30 mg/mL/amp	Diphenhydramin 鹽酸二苯胺明 (應元) 內衛藥製字第 002967 號	針劑/注射	Benamine 去敏 (榮民) 衛署藥製字第 022588 號	針劑/注射	過敏性疾病、蕁麻疹、美尼攸氏 病、暈動病。	※(1050923公告)	15 元
							

Propofol 1% ; 200 mg/ 20 mL/amp	Propofol Lipuro 普洛福-立靜 (柏朗) 衛部藥輸字第 026185 號	針劑/注射	Fresofol 飛可復 (FRESENIUS) 衛署藥輸字第 022868 號	針劑/注射	短效性靜脈注射全身麻醉劑。 使用於成人及一個月以上之兒 童作為誘導或維持麻醉之用。 使用於成人病人診斷及外科手 術過程中之鎮靜之用。可單獨使 用或與其他局部麻醉劑或全身 麻醉劑合併使用。已住在加護病 房中使用人工呼吸器之超過16 歲成人病人作為鎮靜之用。	※(1050923公告)	61 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			
Terbutaline 5 mg/2 mL/amp	Bricanyl 撲咳喘 (阿斯特捷利康) 衛署藥輸字第 017214 號	外用/吸入劑	Bricanyl 必坦寧 (信東) 衛署藥製字第 043735 號	外用/吸入劑	支氣管氣喘、支氣管炎及肺氣腫 所伴隨之支氣管痙攣之緩解。	※(1050923公告)	12.5 元
							
Oxazolam 10 mg/cap	Secorin 益可寧 (生達) 衛署藥製字第 028649 號	藍色 圓形 口服/錠劑	Seanto 舒安得 (國嘉) 衛署藥製字第 031295 號	白色 橢圓形 口服/膠囊 KJ 143	焦慮狀態。	※(1050923公告)	2 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			
Dicloxacillin 250 mg/cap	Ziefmycin 奇福黴素 (永信) 衛署藥製字第 029079 號	白色/藍色 長橢圓形 口服/膠囊 YSP/ZFC	Diclocin 德可信 (景德) 衛署藥製字第 021213 號	藍色/乳白色 長橢圓形 口服/膠囊 KDM-DC250	萄球菌、鏈球菌、肺炎雙球菌、 腦膜炎球菌及其他具有感受性 細菌引起之感染症。	※(1050926公告)	1.5 元
							
Rocuronium 10 mg/mL, 5 mL/am	Rocurin 肌麻 (歐舒邁克) 衛署藥製字第 052611 號	針劑/注射	Esmeron 安心麻儂 (默沙東) 衛署藥製字第 052611 號	針劑/注射	全身麻醉的輔佐藥，以幫助支氣 管內插管、提供手術需快速麻醉 誘導時骨骼肌肉鬆弛狀態，加護 病房中需插管及使用人工呼吸 器時。	※(1050926公告)	自費 307.5 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			
Nicametate Citrate 50 mg/tab	Sanyl 暢力 (生達) 內衛藥製字第 009931 號	紅色 圓形 口服/錠劑 Sanyl	Euclidan 優庫利暖 (順華) 衛署藥製字第 009291 號	綠色 圓形 口服/錠劑	末梢血管循環障礙。	※(1050926公告)	2 元
							
Meloxicam 7.5 mg/tab	Meloxin 美息炎 (永信) 衛署藥製字第 045407 號	黃色 圓形 口服/錠劑 YSP/75	Mopik 莫比克 (南光) 衛署藥製字第 045385 號	黃色 圓形 口服/錠劑 NK/414	類風濕性關節炎、骨關節炎及僵直性脊椎炎之症狀治療。	※(1050926公告)	2.26 元
							

105 年 9 月停用藥品

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
Cytarabine 100 mg/vial	Cytosar 賽德薩注射劑 (輝瑞) 衛署藥輸字第 001878 號	針劑/注射	急性顆粒白血病及其他急性白血病。	※廠商停產。 (1050926公告) 本院另有下列藥品可供取代: ★CYTOSAR 500 mg/vial (Cytarabine)	340元
					