

# 三總藥訊

一百零二年二月號

TSGH Pharmacy Newsletter

中華民國 75 年 12 月創刊

三軍總醫院藥事審議會 發行

(76) 國報字第〇〇一號

發行人：孫光煥  
主 編：陳建同

總編輯：黃旭山  
編輯群：李宜勳、秦亞惠、洪乃勻  
王筱萍、簡志豪、葉爵榮

本院近期藥品異動資訊(10112~10201) .....	p.1
全民健康保險藥品給付規定修正 (102 年 02 月 01 日生效) .....	p.7
專題：認識接觸性皮炎(Contact Dermatitis) .....	p.12

## 本院近期藥品異動新增資訊 10112~10201

### 藥品異動清單 10112~10201

公佈日期	藥品異動品項	院內碼	異動原因	本院同成分其他品項	院內碼
1020123	RINDERON-A EYE OINT 0.1% 3G	005RIN04	停產		
1020121	BEZALIP RETARD COATED TAB 400 MG	005BEZ02	刪除		
1020121	ATROPINE INJ 1 MG/ML 1 ML (ASTAR)	005ATR01	不再供貨		
1020121	SODIUM BICARBONATE INJ 70MG/ML(7%) 20ML	005SOD11	不再供貨		
1020112	ANXIEDIN TAB 1MG	005ANX01	刪除	SILENCE TAB 1 MG	005SIL09
1020112	URESON CREAM 10 MG/100 MG/GM 16 GM	005URE04	刪除		
1020111	LIDIN TAB 300MG	005LID02	停產	LIGILIN CAP 300 MG	005LIG01
1020110	SCALPHEN OINT 330 MG/G 15 G	005SCA04	停產		
1020110	BIOCAL CHEWABLE TAB	005BIO08	刪除		
1020108	GENZOSIN TAB 2MG	005GEN09	刪除	DOXABEN TAB 2 MG	005DOX02

1020108	RASILEZ FC TAB 150 MG	005RAS02	刪除		
1020108	UROSIN FC TAB 50 MG	005URO14	刪除	UROSIN FC TAB 100 MG (***)	005URO10
1020108	TOP-CAL TAB 500 MG	005TOP06	停產		
1020108	ROFERON-A INJ 3 MIU	005ROF02	停產		
1020107	PARLODEL TAB 2.5MG	005PAR05	停產		
1020107	DIAMICRON MR TAB 30 MG	005DIA44	刪除	KLUDONE MR TAB 30 MG DIAMICRON MR TAB 60 MG	005KLU01 005DIA54
1020107	ANSURES ER TAB 500 MG	005ANS01	刪除	CTL XR TAB 500 MG	005CTL01

### 新進藥品清單(按藥品建檔日期由近至遠排列) 10112~10201

藥品名稱	院內碼 健保碼	學名	衛生署核准適應症	健保價 (元)	備註
LIGILIN CAP 300 MG 鋰齊寧膠囊	005LIG01 A009299100	LITHIUM CARBONATE	躁病、預防躁鬱病。	1.27	註 1
GIN SOL EYE GEL 2 MG/GM 10 GM 睛潤眼用凝膠	005GIN05 A049459429	CARBOMER	乾眼症。	142.00	註 2
ADIMFLU-S INJ 0.5 ML (CDC-自費) “安定伏”裂解型流感疫苗 (CDC-自費)	005ADI04 衛署菌疫製 字第 000113 號	A/STRAIN H1N1; A/STRAIN H3N2; B/STRAIN	預防流行性感冒。	—	註 3
TROPINE EYE DROPS 1.25 MG/ML(0.125%) 5 ML 雅托平眼藥水 0.125%	005TRO04 AC52569421	ATROPINE SULFATE	散瞳、睫狀肌麻痺。	5.70	註 4
TROPINE EYE DROPS 3 MG/ML(0.3%) 5 ML (***) 雅托平眼藥水 0.3%	005TRO03 AC48251421	ATROPINE SULFATE	散瞳、睫狀肌麻痺。	11.30	註 4
ONGLYZA FC TAB 5 MG 昂格莎膜衣錠 5 毫克	005ONG01 B025221100	SAXAGLIPTIN HYDROCHLORIDE	第二型糖尿病。	28.70	—
FORMOXOL INJ 6 MG/ML 10 ML 伏摩素注射液	005FOR06 AC44601229	PACLITAXEL	晚期卵巢癌、腋下淋巴轉移之乳癌，作為接續含杜薩魯比辛 (DOXORUBICIN) 在內之輔助化學療法、已使用合併療法 (除非有禁忌，至少應包括使用 ANTHRACYCLINE 抗癌藥) 失敗的轉移乳癌、非小細胞肺癌、愛滋病相關卡波西氏肉瘤之第二線療法；與 CISPLATIN 併用，作為晚期卵巢癌之第一線療法。與 GEMCITABINE 併用，可用於曾經使用過 ANTHRACYCLINE 之局部復發且無法手術切除或轉移性之乳癌病患、與 HERCEPTIN 併用時，用於治療未接受過化學治療之轉移性且乳癌過度表現 HER-2 之病人。	7837.00	註 5

LIVALO FC TAB 2 MG 力清之膜衣錠 2 毫克	005LIV02 B025350100	PITAVASTATIN CALCIUM	原發性高膽固醇血症及混合型 血脂異常。	24.70	註 6
VAXIGRIP INJ 0.5 ML (CDC-自 費) 巴斯德流感疫苗 (CDC-自費)	005VAX04 衛署菌疫輸 字第 000453 號	A/STRAIN H1N1; A/STRAIN H3N2; B/STRAIN	預防流行性感冒。	—	註 3
COVAXIN TAB 70 MG 可骨華錠 70 毫克	005COV01 A049787100	ALENDRONATE SODIUM TRIHYDRATE	停經婦女骨質疏鬆症之治療。 治療男性骨質疏鬆症，以增加 骨密度。	231.00	註 7
RADI-K TAB 595 MG 鉀順錠 (葡萄糖鉀)	005RAD01 AC22314100	POTASSIUM GLUCONATE	血鉀過低症 (因手術前後、使用 藥物、瀉肚、心臟病引起之 血鉀過低症)	1.93	註 8
REVLIMID CAP 25 MG (&) 瑞復美膠囊 25 毫克	005REV05 B025214100	LENALIDOMIDE	Revlimid 與 dexamethasone 合 併使用可治療先前已接受至少 一種治療失敗之多發性骨髓瘤 (multiple myeloma, MM) 患 者。	8922.00	註 9
PENTASA SACHET PRG 2 G 頗得斯安 持續性藥效顆粒劑 2 g	005PEN17 B024962112	MESALAZINE	潰瘍性結腸炎。	43.00	註 10
DAXAS FC TAB 500 MCG 迪開舒膜衣錠 500 微克	005DAX01 衛署藥輸字 第 025573 號	ROFLUMILAST (MICRONIZED)	Daxas 適用於重度慢性阻塞性 肺疾(使用支氣管擴張劑後 FEV1 低於預期數值的 50%)， 並伴隨頻繁惡化病史的成年慢 性支氣管炎患者，作為支氣管 擴張劑治療的維持治療。	—	註 11
TRAJENTA FC TAB 5 MG 糖漸平膜衣錠 5 毫克	005TRA21 B025537100	LINAGLIPTIN	第二型糖尿病。	30.30	—
MEZAVANT XL EFC TAB 1200 MG "安適凡特"長效腸溶膜衣錠 1200 毫克	005MEZ02 B025351100	MESALAZINE	誘導輕至中度活動性潰瘍性結 腸炎之緩解及維持緩解作用。	38.20	註 10
VIMAX FOAMING SOLN 0.5 MG/GM 25 ML 可易適泡沫液	005VIM02 A049063340	CLOBETASOL PROPIONATE	牛皮癬、濕疹、扁平苔癬、盤 狀紅斑性狼瘡。	131.00	—
GALVUS MET FC TAB 50 MG/500 MG (###) 高糖優美膜衣錠 50/500 毫克	005GAL05 B025480100	VILDAGLIPTIN; METFORMIN HCL	適用於配合飲食和運動，以改 善下列第二型糖尿病患者的血 糖控制：已接受 vildagliptin 和 metformin 合併治療者，或 單獨使用 metformin 或 vildagliptin，但血糖控制不佳 者。	15.10	註 12
SILENCE TAB 1 MG 悠然錠 (樂耐平)	005SIL09 AC192471G 0	LORAZEPAM	焦慮狀態。	2.00	—
ROSTAN CAP 20 MG 樂斯坦膠囊 (艾士辛)	005ROS04 A020857100	AESCLUS HIPPOCASTANUM L EXTRACT	改善慢性靜脈功能不全引起局 部腫脹之輔助療法。	4.15	—
0.298% KCL IN 0.9% NA CL INJ 500 ML 0.298% 氯化鉀注射液	005KCL02 A052544277	POTASSIUM CHLORIDE	治療鉀缺乏症。	27.50	—
UROGEN SC TAB 50 MG 抑炎源糖衣錠	005URO15 NC01783100	PHENAZOPYRIDINE HCL	膀胱炎、腎盂炎、尿道炎、泌 尿生殖器粘膜之鎮痛。	1.50	註 4
BLOPRESS TAB 8 MG 博脈舒 錠 8 公絲	005BLO01 B023128100	CANDESARTAN CILEXETIL	1. 本態性高血壓。 2. 治療左心室射出率 ≤ 40% 之 心臟衰竭病患，作為血管	12.00	—

			加壓素轉化酶抑制劑 (ACE-inhibitors) 輔助療法，或使用於無法耐受血管加壓素轉化酶抑制劑 (ACE-inhibitors) 的病人，以減少心臟血管死亡率或心衰竭導致之住院。		
EXFORGE HCT FC TAB 5 MG/160 MG/12.5 MG (###) 力安穩 膜衣錠 5/160/12.5 毫克	005EXF02 B025419100	AMLODIPINE BESYLATE; VALSARTAN; HYDROCHLOROTHIAZIDE	治療高血壓。本品適用於以 amlodipine, valsartan, hydrochlorothiazide 其中兩種成分合併治療，仍無法有效控制血壓的高血壓患者。	27.80	—
URACARE TAB 10 MG 悠尿可錠 10 毫克	005URA01 A050008100	TROSPIUM CHLORIDE	平滑肌痙攣緩解及鎮痛。	6.00	—
MANNITOL INJ 200 MG/ML(20%) 100 ML 邁尼妥注射液 20%	005MAN05 A015561255	MANNITOL	利尿、降顱內壓、腦水腫、促進毒物之尿中排除、腎小球過濾速率之測定 (診斷用)	41.80	註 4
MECOMIN CAP 500 MCG 美可敏膠囊 0.5 毫克(甲鈷胺明)	005MEC07 A038616100	MECOBALAMIN	末梢性神經障礙、維生素 B12 缺乏之巨紅芽球形貧血。	2.00	註 13
DIPHENHYDRAMINE INJ 30 MG/ML 1 ML (台裕) 鹽酸二苯胺明注射液	005DIP11 A022049209	DIPHENHYDRAMINE HCL	皮膚疾患 (濕疹、皮膚炎) 枯草熱、過敏性鼻炎、急性鼻炎、血管神經性鼻炎。	3.00	註 4
HEARTQUINONE CAP 10 MG 心肌樂膠囊 10 公絲 (悠卞諾)	005HEA02 A038194100	UBIDECARENONE	心衰竭輔助療法	4.53	註 4
PREVENAR(CDC-疾管局) 13-VALENT VACCINE INJ 0.5ML(公費疾管局 2 個月-5 歲) 沛兒肺炎鏈球菌十三價結合型疫苗(公費疾管)	005PRE31 衛署菌疫輸字第 000906 號	PNEUMOCOCCAL POLYSACCHARIDE SEROTYPE 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F	出生 2 個月至 5 歲大嬰幼兒的主動免疫接種，以預防血清型 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F 及 23F 等肺炎球菌 (Streptococcus pneumoniae) 所引起的侵入性疾病。也可用於預防 2 歲以下嬰幼兒血清型 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F 及 23F 肺炎鏈球菌引起的中耳炎。	—	註 14
DIAMICRON MR TAB 60 MG 岱蜜克龍持續性藥效錠 60 毫克	005DIA54 B025266100	GLICLAZIDE	治療經飲食、運動及體重控制後，仍無法達到適當的血糖控制之成人非胰島素依賴型糖尿病 (Type 2)。	5.10	—
GLUFAST TAB 10 MG 快如妥錠 10 毫克	005GLU08 A052337100	MITIGLINIDE CALCIUM HYDRATE	對無法經由飲食控制與運動達到良好控制的第二型糖尿病患者，有助於改善餐後血糖。	4.76	—
SEVIKAR HCT FC TAB 20MG/5MG/12.5MG (###) 舒脈優膜衣錠 20/5/12.5 毫克	005SEV03 B025492100	OLMESARTAN MEDOXOMIL; HYDROCHLOROTHIAZIDE; AMLODIPINE BESYLATE	治療高血壓。本品適用於以 Olmesartan、Amlodipine、Hydrochlorothiazide 其中兩種成分合併治療，仍無法有效控制血壓的高血壓病患。	15.50	—
POSANOL ORAL SUSP 40 MG/ML 105 ML 波賽特口服懸液劑	005POS03 B025274194	POSACONAZOLE, MICRONIZED	1. 對 amphotericin B 或 itraconazole 或 voriconazole 治療無效或不能忍受之成人侵入性麴菌病的第二線用藥。 2. 對 itraconazole 或 fluconazole 治療無效或不能忍受之成人念珠菌感染的第二線用藥。 3. 適用於 13 歲以上高危險病人，用來預防侵入性黴菌	14742.00	註 15

			感染。		
SAMSCA TAB 15 MG 伸舒康錠 15 毫克	005SAM01 衛署藥輸字 第 025296 號	TOLVAPTAN	適用於治療心臟衰竭,肝硬化 及抗利尿激素分泌不當症候群 (SIADH) 引起之低血鈉症。	—	註 16
RENVELA ORAL SUSP 800 MG (###) 磷減樂口服懸液用粉劑	005REN05 衛署藥輸字 第 025733 號	SEVELAMER CARBONATE	適用於控制接受透析治療的成 年慢性腎病患者的高磷血症。		註 16
ROTLIP FC TAB 10 MG 洛脂平膜衣錠 10 毫克	005ROT02 AC57130100	ROSUVASTATIN CALCIUM	高膽固醇血症、高三酸甘油酯 血症。	22.40	註 6
ATROPINE OPH SOLN 1% 10 ML(***) 硫酸阿托品點眼液 1%	005ATR08 A032050429	ATROPINE SULFATE	散瞳、睫狀肌麻痺。	33.90	註 4

**備註**(健保給付規定及其他說明)：

註 1

因應 LIDIN TAB 300MG (005LID02)停產，上簽零購新藥。

註 2

上簽零購藥品。

14.5. 人工淚液：(87/7/1、93/2/1)

1. 乾眼症病患經淚液分泌機能檢查(basal Schirmer test)至少單眼淚液分泌少於 5 mm 者。
2. 因乾眼症導致角膜病變、暴露性角膜病變或其它相關之角膜病變必需時之使用。

註 3

CDC 提供流感疫苗於旅遊門診自費接種。

註 4

上簽零購藥品。

註 5

9.5. paclitaxel 成分注射劑：(88/8/1、88/11/1、89/6/1、89/10/1、91/4/1、91/8/1、93/8/1、94/1/1、98/8/1)  
限用於

1. 晚期卵巢癌，作為第一線治療時須與 cisplatin 併用。(94/1/1)
2. 非小細胞肺癌，作為第一線用藥時須與 cisplatin 併用。(94/1/1)
3. 已使用合併療法(除非有禁忌症、至少應包括使用 anthracycline)失敗的轉移性乳癌患者。(91/4/1、94/1/1)
4. 腋下淋巴轉移之乳癌且動情素受體為陰性之患者，paclitaxel 可作為接續含 doxorubicin 在內之輔助化學治療。(91/4/1、94/1/1、98/8/1)
5. 卡波西氏肉瘤第二線用藥。(88/11/1)

註 6

1. 2.6. 降血脂藥物 Drugs used for dyslipidemia

2. 2.6.1. 全民健康保險降血脂藥物給付規定表 (86/1/1、87/4/1、87/7/1、91/9/1、93/9/1)。

3. (詳細內容請參考網路藥典健保給付規定)。

註 7

上簽零購藥品

5.6. 骨質疏鬆症治療藥物(100/1/1)

(發文日期：中華民國 99 年 12 月 15 日,發文字號：健保審字第 0990082312 號)

(發文日期：中華民國 99 年 11 月 22 日,發文字號：健保審字第 0990082152 號)

5.6.1 抗骨質再吸收劑 (anti-resorptive) (101/3/1、101/5/1)

(發文日期：中華民國 101 年 4 月 11 日,發文字號：健保審字第 1010052034 號)

(發文日期：中華民國 101 年 2 月 15 日,發文字號：健保審字第 1010074833 號)

1. 藥品種類

(1) Calcitonin preparations (抑鈣激素製劑)：salmon calcitonin nasal spray、injection

(2) Bisphosphonates (雙磷酸鹽類)：alendronate (如 Fosamax)、zoledronate 5mg (如 Aclasta 5mg/100mL solution for infusion)、risedronate (如 Actonel)、ibandronate 3mg/3mL (如 Bonviva 3mg/3mL solution for injection)

(3) Selective estrogen receptor modulators (SERM, 選擇性雌激素接受體調節劑)：raloxifene (如 Evista 60mg Tablets)

(4) Human monoclonal antibody for RANKL (RANKL 單株抗體) : denosumab (如 Prolia) (101/3/1)

## 2. 使用規定

(1) 限用於停經後婦女 (alendronate 及 zoledronate 亦可使用於男性) 因骨質疏鬆症 (須經 DXA 檢測 BMD 之 T score  $\leq$  -2.5SD) 引起脊椎或髖部骨折, 或因骨質疏少症 (osteopenia) (經 DXA 檢測 BMD 之 -2.5SD < T score < -1.0SD) 引起脊椎或髖部 2 處或 2 次 (含) 以上之骨折。 (101/5/1)。

(2) 治療時, 一次限用一項藥物, 不得併用其他骨質疏鬆症治療藥物。

(3) 使用雙磷酸鹽類藥物, 須先檢測病患之血清 creatinine 濃度, 符合該項藥物仿單之建議規定。

### 註 8

因應 SLOW-K SC TAB 600MG 停止進口, 上簽零購新藥。

### 註 9

上簽零購專人專用藥品。

9.43. Lenalidomide (如 Revlimid) : (101/12/1)

1. 與 dexamethasone 合併使用於先前已接受至少一種治療失敗之多發性骨髓瘤患者。

(1) 每人以 12 個療程為上限 (每療程為 4 週)。

(2) 每天限使用 1 粒。

(3) 使用 4 個療程後, 必須確定 paraprotein (M-protein) 未上升 (即表示對藥物有反應或為穩定狀態) 或對部分 non-secretory type MM 病人以骨髓檢查 plasma cell 為療效依據, 方可繼續使用。

2. 須經事前審查核准後使用, 每次申請事前審查之療程以 4 個療程為限, 每 4 個療程須再次申請。

3. 本品不得與 bortezomib 合併使用。

### 註 10

上簽零購藥品

7.3. 其他 Miscellaneous

7.3.1. mesalazine (如 Asacol)、balsalazide (如 Basazyde) (94/5/1) : 限潰瘍性結腸炎、庫隆氏症病例使用。

### 註 11

自費藥品。

### 註 12

5.1.4. vildagliptin (100/8/1)

若與 sulphonylurea 合併使用時, vildagliptin 每日建議劑量為 50mg。

### 註 13

3.2. 維生素 Vitamins

(使用維生素醫治之適應症詳附表三-A)

3.2.1. Mecobalamin 製劑 : (85/4/1、100/8/1)

限符合以下條件之一使用 :

1. 糖尿病併發周邊神經病變並具有臨床神經學病徵 (須於處方上敘明)。

2. 經神經科專科醫師診斷或神經傳導 (NCV) 檢查證實之慢性多發性神經病變 (chronic polyneuropathy)。(100/8/1)

### 註 14

疾管局提供 :

「疾病管制局」- 公費 13 價肺炎鏈球菌疫苗

1. 實施對象 : 5 歲以下高危險族群幼兒。(不限設籍臺北市) 低收入戶 / 中低收入戶、高危險族群 (脾臟功能缺損、先天或後天免疫功能不全、人工耳植入者、慢性疾病、腦脊液滲漏、接受免疫抑制劑或放射治療的惡性腫瘤及器官移植者) 及 99 年後出生之山地離島偏遠地區幼兒。本次新增「5 歲以下肌肉萎縮之幼兒」。

2. 請務必攜帶以下證明文件 :

(1) 健保 IC 卡

(2) 兒童健康手冊

※ 「中低收入戶 5 歲以下幼童免費接種肺炎鏈球菌疫苗通知單」及 「中低收入戶證明」、「低收入戶證明」等憑據。

※ 山地離島偏遠地區幼兒, 由 「疾管局 → 衛生局 → 內湖健康服務中心」妥善安排個案接種至指定醫院接種。

※ 肌肉萎縮症之幼兒 (專科醫師開立該項疾病之診斷書)。

3. 補助疫苗劑次及期程 :

(1) 年滿 2 個月以上接種 (補助 4 劑)、2 歲-5 歲 (補助 1 劑)。

(2) 幼兒已完整接種 7 價型或 10 價型肺炎鏈球菌疫苗, 僅提供 1 劑 13 價型肺炎鏈球菌公費疫苗。

### 註 15

上簽零購藥品。

## 10.6.抗黴菌劑 Antifungal drugs

10.6.10. Posaconazole 內服液劑 (如 Posanol oral suspension 005POS03) : (101/1/1)

1. 限下列條件之一使用:

- (1) 對 amphotericin B 或 itraconazole 或 voriconazole 治療無效或不能忍受之成人侵入性麴菌病 (invasive aspergillosis) 的第二線用藥。(無效的定義是先前用有效抗黴菌劑的治療劑量至少 7 天, 感染惡化或未改善)。
- (2) 對 itraconazole 或 fluconazole 治療無效或不能忍受之成人咽念珠菌感染 (oropharyngeal candidiasis) 的第二線用藥。(無效的定義是先前用有效抗黴菌劑的治療劑量至少治療一段時間: 持續性黴菌血症 3 天, 非黴菌血症型感染 7 天, 食道念珠菌病 14 天, 感染惡化或未改善)。
- (3) 用於造血幹細胞移植接受者因發生嚴重(grade III、IV)急性植體宿主反應(acute graft versus host reaction, GVHD), 而接受高劑量免疫抑制劑(prednisolone 使用劑量超過 0.8mg/kg/day)治療之 13 歲以上高危險病人, 做為預防侵入性黴菌感染, 使用期間以 3 個月為限。

2. 使用本藥須經感染症專科醫師會診確認需要使用, 申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料。

註 16

上簽零購自費藥品。

## 全民健康保險藥品給付規定修正規定

(自 102 年 2 月 1 日生效)

## 第 1 章 神經系統藥物 Drugs acting on the nervous system

修正後給付規定	原給付規定
<p>I.1.疼痛解除劑 Drugs used for pain relief</p> <p>1.1.1. 非類固醇抗發炎劑外用製劑~1.1.5. 非類固醇抗發炎劑 (NSAIDs) 藥品(略)</p> <p>1.1.6.Gabapentin、lidocaine 貼片劑 (97/12/1、98/4/1、98/9/1、101/2/1、101/5/1、102/2/1)</p> <p>限使用於帶狀疱疹皮膚病灶後神經痛, 並符合下列條件:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 使用其他止痛劑或非類固醇抗發炎劑 (NSAIDs) 藥品治療後仍無法控制疼痛或有嚴重副作用者。(97/12/1、98/4/1)</li> <li>2. Gabapentin 成分口服製劑, 限每日最大劑量為 3,600mg, 且日劑量超過 2,400mg 時, 需於病歷記載理由。臨床症狀改善, 應逐步調低劑量。(97/12/1、98/4/1、98/9/1、101/5/1)</li> <li>3. Lidocaine 貼片劑(限使用 Lidopat Patch): (略)</li> </ol> <p><u>1.1.7.Pregabalin (101/2/1、102/2/1)</u></p> <p><u>1.使用於帶狀疱疹皮膚病灶後神經痛, 並符合下列條件:</u></p> <p><u>(1)經使用其他止痛劑或非類固醇抗發炎劑 (NSAIDs) 藥品治療後仍無法控制疼痛或有嚴重副作用者。(97/12/1、98/4/1)</u></p> <p><u>(2)每日最大劑量為 600mg。</u></p> <p><u>2.使用於纖維肌痛 (fibromyalgia)</u></p> <p><u>(1)需符合 American College of Rheumatology (ACR) 及臨床試驗實證纖維肌痛診斷標準:</u></p> <p><u>I. WPI(wide spread pain index) ≥ 7、Symptom severity (SS) ≥ 5 且 pain rating scale ≥ 6 分或 WPI 3-6、SS scale ≥ 9 且 pain rating scale ≥ 6 分。</u></p> <p><u>II. 症狀持續超過三個月</u></p> <p><u>III. 應排除其他疾病因素, 並於病歷詳載。</u></p> <p><u>(2)限風濕免疫科、神經內科、復健科及疼痛專科醫師使用, 不得併用同適應症之它類藥品。</u></p> <p><u>(3)如使用 3 個月後 pain rating scale 未減少 2 分以上應予停藥。</u></p>	<p>I.1.疼痛解除劑 Drugs used for pain relief</p> <p>1.1.1. 非類固醇抗發炎劑外用製劑~1.1.5. 非類固醇抗發炎劑 (NSAIDs) 藥品(略)</p> <p>1.1.6.Gabapentin、<u>pregabalin</u>、lidocaine 貼片劑 (97/12/1、98/4/1、98/9/1、101/2/1、101/5/1)</p> <p>限使用於帶狀疱疹皮膚病灶後神經痛, 並符合下列條件:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 使用其他止痛劑或非類固醇抗發炎劑 (NSAIDs) 藥品治療後仍無法控制疼痛或有嚴重副作用者。(97/12/1、98/4/1)</li> <li>2. Gabapentin 成分口服製劑, 限每日最大劑量為 3,600mg, 且日劑量超過 2,400mg 時, 需於病歷記載理由。臨床症狀改善, 應逐步調低劑量。(97/12/1、98/4/1、98/9/1、101/5/1)</li> <li>3. Lidocaine 貼片劑(限使用 Lidopat Patch): (略)</li> <li><u>4.Pregabalin 口服製劑, 限每日最大劑量為 600mg。(101/2/1)</u></li> </ol> <p>1.1.7. (無)</p>

<p><u>(4) 病歷每 3 個月應記載一次評估結果，每日最大劑量為 450mg。</u></p> <p>1.5.Parasympathomimetic (Cholinergic) Agents (93/8/1、94/2/1、96/7/1、97/5/1、<u>102/2/1</u>)</p> <p>1.5.1. Pilocarpine hydrochloride 口服劑型</p> <p>1.使用於修格蘭氏症候群 (Sjogren's syndrome) 病人：</p> <p>(1) ~ (2): 略</p> <p><u>(3) 治療期程及評量：使用後每半年需檢附 pilocarpine hydrochloride 口服劑型治療後症狀改善評量表 (如附表十九) 於病歷上，證明 pilocarpine hydrochloride 口服劑型治療有效方可繼續使用。(102/2/1)</u></p> <p><u>(4) 使用劑量：每日三至四次，每次一錠 (5mg/tab) 依病人反映，可做劑量調整參考。</u></p> <p>2.使用於頭頸部癌放射線治療病人：(略)</p> <p>備註：(略)</p> <p>1.5.2. Cevimeline hydrochloride (如 Evoxac Capsules) (97/5/1、<u>102/2/1</u>)</p> <p>1.~2.: (略)</p> <p><u>3. 治療期程及評量：使用後每半年需檢附 cevimeline hydrochloride 治療後症狀改善評量表 (如附表二十) 於病歷上，證明 cevimeline hydrochloride 治療有效方可繼續使用。(102/2/1)。</u></p> <p><u>4. 使用劑量：每日三次，每次一顆 (30mg/cap) 依病人反映，可做劑量調整參考。</u></p>	<p>1.5.Parasympathomimetic (Cholinergic) Agents (93/8/1、94/2/1、96/7/1、97/5/1)</p> <p>1.5.1. Pilocarpine hydrochloride 口服劑型</p> <p>1.使用於修格蘭氏症候群 (Sjogren's syndrome) 病人：</p> <p>(1) ~ (2): 略</p> <p>(3) <u>需經事前審查核准後使用。</u> (96/7/1)</p> <p><u>(4) 治療期程及評量：使用後每半年需重新申請事前審查，申請時需檢附 pilocarpine hydrochloride 口服劑型治療後症狀改善評量表 (如附表十九)，證明 pilocarpine hydrochloride 口服劑型治療有效。</u></p> <p><u>(5) 使用劑量：每日三至四次，每次一錠 (5mg/tab) 依病人反映，可做劑量調整參考。</u></p> <p>2.使用於頭頸部癌放射線治療病人：(略)</p> <p>備註：(略)</p> <p>1.5.2. Cevimeline hydrochloride (如 Evoxac Capsules) (97/5/1)</p> <p>1.~2.: (略)</p> <p><u>3. 需經事前審查核准後使用。</u></p> <p><u>4. 治療期程及評量：使用後每半年需重新申請事前審查，申請時需檢附 cevimeline hydrochloride 治療後症狀改善評量表 (如附表二十)，證明 cevimeline hydrochloride 治療有效。</u></p> <p><u>5. 使用劑量：每日三次，每次一顆 (30mg/cap) 依病人反映，可做劑量調整參考。</u></p>
--	--

## 第 2 章 心臟血管及腎臟藥物

修正後給付規定	原給付規定
<p>2.1.4.2.Rivaroxaban (如 Xarelto) (101/1/1、<u>102/2/1</u>) 限用於</p> <p>1. 靜脈血栓高危險 (符合下列條件之一) 病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術時，預防其術後之靜脈血栓栓塞症 (VTE)，<u>限用 10 mg 錠劑，每日一粒，人工髖關節手術術後治療，最多 5 週；人工膝關節手術術後治療，最多 2 週；(102/2/1)</u></p> <p>(1) 曾發生有症狀之靜脈血栓症病史 (須於病歷詳細說明發生之時間與診療過程) 之病患；</p> <p>(2) 經靜脈超音波檢查 (Venous ultrasonography)、靜脈攝影 (Venography) 或血中 D-dimer 檢測，診斷為靜脈血栓症之病患。</p> <p><u>2. 非瓣膜性心房纖維顫動病患，限用 15 mg 及 20mg 錠劑且須符合下列條件之一：(102/2/1)</u></p> <p><u>(1) 曾發生中風或全身性栓塞。</u></p> <p><u>(2) 左心室射出分率小於 40%。</u></p> <p><u>(3) 有症狀之心臟衰竭：收案前依紐約心臟協會衰竭功能分級為第二級或以上。</u></p> <p><u>(4) 年齡 75 歲 (含) 以上。</u></p> <p><u>(5) 年齡介於 65 歲至 74 歲且合併有糖尿病、高血壓或冠狀動脈疾病。</u></p> <p><u>(6) 排除標準：</u></p> <p><u>I 病人曾有嚴重心臟瓣膜疾病。</u></p> <p><u>II 14 天內發生中風。</u></p> <p><u>III 收案前的 6 個月內發生嚴重中風。</u></p> <p><u>IV 有增加出血風險的情況。</u></p> <p><u>V 肌酸酐清除率小 30 mL/min。</u></p> <p><u>VI 活動性肝病和懷孕。</u></p>	<p>2.1.4.2.Rivaroxaban (如 Xarelto) (101/1/1)</p> <p>1. 限用於靜脈血栓高危險 (符合下列條件之一) 病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術時，預防其術後之靜脈血栓栓塞症 (VTE)：</p> <p>(1) 曾發生有症狀之靜脈血栓症病史 (須於病歷詳細說明發生之時間與診療過程) 之病患；</p> <p>(2) 經靜脈超音波檢查 (Venous ultrasonography)、靜脈攝影 (Venography) 或血中 D-dimer 檢測，診斷為靜脈血栓症之病患。</p> <p>2. 用於人工髖關節手術術後治療，最多 5 週，每日 10mg。</p> <p>3. 用於人工膝關節手術術後治療，最多 2 週，每日 10mg。</p>

## 第 5 章 激素及影響內分泌機轉藥物

修正後給付規定	原給付規定
5.6.1 抗骨質再吸收劑 (anti- resorptive) (101/3/1、101/5/1、 <a href="#">102/2/1</a> ) 1.藥品種類 (1)略 (2)略 (3) Selective estrogen receptor modulators (SERM，選擇性雌激素接受體調節劑)：raloxifene (如 Evista)、 <a href="#">bazedoxifene (如 Viviant) (102/2/1)</a> (4)略 2.使用規定(略) (1)(略)(2)(略)(3)(略)	5.6.1 抗骨質再吸收劑 (anti- resorptive) (101/3/1、101/5/1) 1.藥品種類 (1)略 (2)略 (3) Selective estrogen receptor modulators (SERM，選擇性雌激素接受體調節劑)：raloxifene (如 Evista 60mg Tablets) (4)略 2.使用規定(略) (1)(略)(2)(略)(3)(略)

## 第 8 章 免疫製劑 Immunologic agents

修正後給付規定	原給付規定
8.2.4.Etanercept (如 Enbrel); adalimumab (如 Humira) ; golimumab (如 Simponi) ; abatacept (如 Orencia) : (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、 <a href="#">102/2/1</a> )  8.2.4.4. Adalimumab (如 Humira) ; etanercept (如 Enbrel) ; <a href="#">golimumab (如 Simponi) (98/8/1、98/11/1、99/1/1、102/1/1、<a href="#">102/2/1</a>)</a> : 用於 <a href="#">活動性乾癱性關節炎</a> —乾癱性周邊關節炎治療部分 1. (略) 2. 需經事前審查核准後使用。 3.~6. (略) <a href="#">◎附表二十二之一：全民健康保險乾癱性周邊關節炎使用 Adalimumab/Etanercept/Golimumab 申請表</a> <a href="#">◎附表二十二之二：乾癱性週邊關節炎使用 DMARDs 標準目標劑量及有效治療劑量的定義</a> <a href="#">◎附表二十二之三：乾癱性關節炎評估表</a>  8.2.4.5. Adalimumab (如 Humira) ; etanercept (如 Enbrel) ; <a href="#">golimumab (如 Simponi) (98/8/1、98/11/1、99/1/1、102/1/1、<a href="#">102/2/1</a>)</a> : 用於 <a href="#">活動性乾癱性關節炎</a> —乾癱性脊椎病變治療部分 1. (略) 2. 需經事前審查核准後使用。 3.~6. (略) <a href="#">◎附表二十二之四：全民健康保險乾癱性脊椎病變使用 Adalimumab/Etanercept/Golimumab 申請表</a> <a href="#">◎附表二十二之五：NSAID 藥物副作用</a>	8.2.4.Etanercept (如 Enbrel); adalimumab (如 Humira) ; golimumab (如 Simponi) ; abatacept (如 Orencia) : (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)  8.2.4.4. Adalimumab (如 Humira) ; etanercept (如 Enbrel) (98/8/1、98/11/1、99/1/1、102/1/1) : 用於乾癱性周邊關節炎治療部分 1. (略) 2. 需經事前審查核准後使用。 3.~6. (略)  8.2.4.5. Adalimumab (如 Humira) ; etanercept (如 Enbrel) (98/8/1、98/11/1、99/1/1、102/1/1) : 用於乾癱性脊椎病變治療部分 1. (略) 2. 需經事前審查核准後使用。 3.~6. (略)

## 第 10 章 抗微生物劑 Antimicrobial agents

修正後給付規定	原給付規定
<p>10.7.抗病毒劑 Antiviral drugs</p> <p>10.7.3 Lamivudine 100mg(如 Zeffix)；entecavir 0.5mg (如 Baraclude)；telbivudine 600mg (如 Sebivo)；tenofovir 300mg (如 Viread)：(92/10/1、93/2/1、93/8/1、94/10/1、95/10/1、95/11/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1、99/7/1、100/6/1、<u>102/2/1</u>)</p> <p>限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及慢性 C 型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性 B 型肝炎患者：</p> <p>1.HBsAg(+)且已發生肝代償不全者；(98/11/1)</p> <p>(1)以 lamivudine 100mg、entecavir 0.5mg 或 telbivudine 600mg 或 tenofovir 300mg 治療，療程 12~36 個月；(98/11/1、100/6/1、<u>102/2/1</u>)</p> <p>(2)(略)</p> <p>2.~5.(略)</p> <p>6.若上述治療中出現 lamivudine 100mg、entecavir 0.5mg、telbivudine 抗藥性病毒株，可改換對於抗藥株有效之 B 型肝炎抗病毒藥劑治療，治療藥物及療程之規定詳如 10.7.4.之 1 至 3 項。(98/11/1、99/5/1、99/7/1、<u>102/2/1</u>)</p> <p>10.7.4.Adefovir dipivoxil (如 Hepsera Tablets 10mg)；Entecavir (如 Baraclude 1.0mg) (95/9/1、95/10/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1、99/7/1、<u>102/2/1</u>)</p> <p>限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性 B 型肝炎患者：</p> <p>1.經使用 lamivudine 100mg、entecavir 0.5mg、telbivudine 治療或預防 B 型肝炎發作出現抗藥株(指於治療中一旦 HBV DNA 從治療期間之最低值上升超過一個對數值 (1 log IU/mL)，以下條件擇一給付：(98/11/1、99/5/1、<u>102/2/1</u>)</p> <p>(1) 得以原治療藥物再加上 adefovir 進行合併救援治療 (rescue therapy) 3 年；(95/9/1、95/10/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1、99/7/1)</p> <p>(2) 改用 entecavir 1.0mg (僅限於 lamivudine 產生抗藥性之病人)單一藥物治療 3 年；(98/11/1、99/5/1、99/7/1)</p> <p>(3) 以 Interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 或 interferon alpha-2b (如 Intron A) 或 peginterferon alfa-2a (如 Pegasys) 治療 1 年。(98/11/1、99/5/1、99/7/1)</p> <p>2.若停藥後復發，得以合併療法再治療一次，療程為 3 年；或以干擾素再治療 1 年。(99/7/1)</p> <p>3.慢性 B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 帶原者：</p> <p>(1) 肝硬化之病患。(99/7/1)</p> <p>(2) 接受非肝臟之器官移植後發作或接受肝臟移植，須持續接受免疫抑制劑時。(95/10/1、97/8/1、99/5/1) 上述病患長期使用 lamivudine 100mg、entecavir 0.5mg、telbivudine，以治療或預防 B 型肝炎發作，若出現抗藥性病毒株者，治療藥物及療程之規定詳如 10.7.4.之 1 項。(95/10/1、97/8/1、99/5/1、99/7/1、<u>102/2/1</u>)</p>	<p>10.7.抗病毒劑 Antiviral drugs</p> <p>10.7.3 Lamivudine (限使用 Zeffix tablets 100mg)；entecavir 0.5mg (如 Baraclude)；telbivudine 600mg (如 Sebivo)；tenofovir 300mg (如 Viread)：(92/10/1、93/2/1、93/8/1、94/10/1、95/10/1、95/11/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1、99/7/1、100/6/1)</p> <p>限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及慢性 C 型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性 B 型肝炎患者：</p> <p>1.HBsAg(+)且已發生肝代償不全者；(98/11/1)</p> <p>(1)以 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)、entecavir 0.5mg 或 telbivudine 600mg 或 tenofovir 300mg 治療，療程 12~36 個月；(98/11/1、100/6/1)</p> <p>(2)(略)</p> <p>2.~5.(略)</p> <p>6.若上述治療中出現 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)、entecavir 0.5mg、telbivudine 抗藥性病毒株，可改換對於抗藥株有效之 B 型肝炎抗病毒藥劑治療，治療藥物及療程之規定詳如 10.7.4.之 1 至 3 項。(98/11/1、99/5/1、99/7/1)</p> <p>10.7.4.Adefovir dipivoxil (如 Hepsera Tablets 10mg)；Entecavir (如 Baraclude 1.0mg) (95/9/1、95/10/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1、99/7/1)</p> <p>限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性 B 型肝炎患者：</p> <p>1.經使用 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)、entecavir 0.5mg、telbivudine 治療或預防 B 型肝炎發作出現抗藥株(指於治療中一旦 HBV DNA 從治療期間之最低值上升超過一個對數值 (1 log IU/mL)，以下條件擇一給付：(98/11/1、99/5/1)</p> <p>(1) 得以原治療藥物再加上 adefovir 進行合併救援治療 (rescue therapy) 3 年；(95/9/1、95/10/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1、99/7/1)</p> <p>(2) 改用 entecavir 1.0mg (僅限於 lamivudine 產生抗藥性之病人)單一藥物治療 3 年；(98/11/1、99/5/1、99/7/1)</p> <p>(3) 以 Interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 或 interferon alpha-2b (如 Intron A) 或 peginterferon alfa-2a (如 Pegasys) 治療 1 年。(98/11/1、99/5/1、99/7/1)</p> <p>2.若停藥後復發，得以合併療法再治療一次，療程為 3 年；或以干擾素再治療 1 年。(99/7/1)</p> <p>3.慢性 B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 帶原者：</p> <p>(1) 肝硬化之病患。(99/7/1)</p> <p>(2) 接受非肝臟之器官移植後發作或接受肝臟移植，須持續接受免疫抑制劑時。(95/10/1、97/8/1、99/5/1) 上述病患長期使用 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)、entecavir 0.5mg、telbivudine，以治療或預防 B 型肝炎發作，若出現抗藥性病毒株者，治療藥物及療程之規定詳如 10.7.4.之 1 項。(95/10/1、97/8/1、99/5/1、99/7/1)</p>

## 第 14 章眼科製劑 Ophthalmic preparations

修正後給付規定	原給付規定
<p>14.9 其他 Miscellaneous</p> <p>14.9.2 Ranibizumab (如 Lucentis) (100/1/1、101/5/1、<u>102/2/1</u>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 須經事前審查核准後使用。</li> <li>2. 限眼科專科醫師使用。</li> <li>3. 限病眼最佳矯正視力於 0.05~0.5 之間。</li> </ol> <p><u>4. 限符合下列適應症患者使用：</u></p> <p><u>(1) 50 歲以上血管新生型(濕性)年齡相關性黃斑部退化病變患者(AMD)：(101/5/1)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><u>I. 每眼每年給付支數以 3 支為限，使用期限為 2 年。</u></li> <li>II. 申請時需檢附一個月內有效之 FAG(fluorescein angiography)，OCT(optical coherence tomography)，<u>最佳</u>矯正視力及眼底彩色照片。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)。</li> <li>III. 必須排除下列情況： <ol style="list-style-type: none"> <li>i. 已產生黃斑部結痂者。</li> <li>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。</li> <li>iii. 經確認為多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變(PCV)。</li> <li>iv. 高度近視，類血管狀破裂症(angioid streaks)，或其他非 AMD 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)。</li> </ol> </li> </ol> <p><u>(2) 糖尿病引起黃斑部水腫 (diabetic macular edema, DME) 導致視力損害之患者：</u> <u>(102/2/1)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><u>I. 中央視網膜厚度(central retinal thickness, CRT) <math>\geq 300\mu\text{m}</math>。</u></li> <li><u>II. 近三個月內之糖化血色素(HbA1c)數值低於 10%。</u></li> <li><u>III. 第一年每眼給付支數以 5 支為限，第二年給付支數以 3 支為限。</u></li> <li>IV. 申請時需檢送下列資料： <ol style="list-style-type: none"> <li><u>i. 第一年首次申請時需檢附一個月內有效之 FAG、OCT、最佳矯正視力、眼底彩色照片及近三個月內之糖化血色素(HbA1c)數值。</u></li> <li><u>ii. 第一年連續使用 3 支後，經評估視力或中央視網膜厚度有改善而需續用者，後續 2 支需重新申請。申請時需檢附第一次申請及治療 3 次後一個月內有效之 OCT、最佳矯正視力、眼底彩色照片之比較及近三個月內之糖化血色素(HbA1c)數值。</u></li> <li><u>iii. 第二年重新申請時，需檢附過去二次申請及與第一次申請項目相同之各項最近檢查紀錄外，並檢送過去一年使用後有改善證明之相關資料(病歷及 HbA1c 或 FAG 及 OCT 等之變化資料)</u></li> </ol> </li> </ol> <p><u>V. 有下列情況不得申請使用：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><u>i. 已產生中央窩下(subfoveal)結痂者。</u></li> <li><u>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。</u></li> </ol>	<p>14.9 其他 Miscellaneous</p> <p>14.9.2 Ranibizumab (如 Lucentis) <u>10mg/mL solution for injection</u> (100/1/1)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 限用於 50 歲以上血管新生型(濕性)年齡相關性黃斑部退化病變(AMD)。(101/5/1)</li> <li>2. 限眼科專科醫師使用。</li> <li>3. 限病眼最佳矯正視力於 0.05~0.5 之間。</li> <li><u>4. 須經事前審查核准後使用，申請時需檢附一個月內有效之 fluorescein angiography (FAG)，Optical coherence tomography (OCT)，矯正視力及眼底彩色照片。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 indocyanone green angiography (ICG)。</u></li> <li><u>5. 限定每眼每年使用不得超過 3 次，使用期限為 2 年。</u></li> <li><u>6. 必須排除下列情況：</u> <ol style="list-style-type: none"> <li><u>(1) 已產生黃斑部結痂者。</u></li> <li><u>(2) 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。</u></li> <li><u>(3) 經確認為多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變(PCV)。</u></li> <li><u>(4) 高度近視，類血管狀破裂症(angioid streaks)，或其他非 AMD 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)</u></li> </ol> </li> </ol>

## 專題：認識接觸性皮膚炎(Contact Dermatitis)

接觸性皮膚炎(contact dermatitis)指的是皮膚直接曝露在某些物質下所引發的皮膚炎。接觸性皮膚炎又可分為過敏性接觸性皮膚炎及刺激性接觸性皮膚炎，臨床上 80% 的接觸性皮膚炎為前者。刺激性接觸性皮膚炎主要是觸發物質(trigger)對皮膚直接產生傷害，而過敏性接觸性皮膚炎則是由過敏原誘導免疫反應所致。以下就這兩大類接觸性皮膚炎做一簡介。

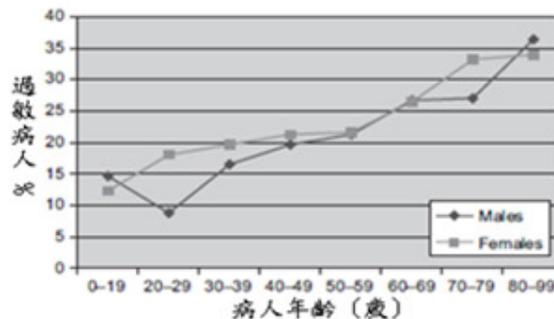
### 過敏性接觸性皮膚炎(allergic contact dermatitis, ACD)

#### 發病機轉—

Gell 和 Coombs 學者依據發生的快慢及反應的機轉，將過敏反應分為四類，過敏性接觸性皮膚炎屬 type IV 延遲性或細胞性免疫過敏反應，當病人接觸到特定物質後所引起，由被敏感化的 T-淋巴球釋放細胞激素(cytokines)，如 IL-8、IL-5，此細胞激素會誘使單核細胞，嗜中性粒細胞和嗜酸性粒細胞對組織產生浸潤的發炎反應，從暴露至反應發生通常需要 24~48 小時的發展時間。

#### 誘發物質(triggers)—

根據國外文獻報導，常見具引發過敏性接觸性皮膚炎的物質包括植物，如毒常春藤、橡樹、漆樹，或是含鎳的首飾、甲醛、化妝品(例如香水)、護膚品配方的高效防腐劑(Quaternium-15)、防曬劑、染髮劑和芳香劑及外用藥品需使用的防腐劑以及橡膠等。藥物中也有文獻紀錄含 hydrocortisone, antibiotic 和 benzocaine 等成分之外用藥品導致之過敏性接觸性皮膚炎。一納入 329 名受試者之小型研究結果顯示，其中 42 名(13%)經由皮膚貼布測試，證實對局部使用藥品過敏，其中以含 neomycin 居多。<sup>(4,5)</sup> 研究結果顯示，年長者較年輕人易發生 ACD<sup>6</sup> (如圖一所示)。最常見局部使用藥品內之過敏原是香水、防腐劑，其他包括羊毛脂和局部麻醉劑等。<sup>6</sup>



圖一、經貼布試驗呈現過敏反應者，依據病人性別及年齡呈現之分布圖

#### 臨床表徵—

過敏性接觸性皮膚炎通常會伴隨極度搔癢、紅疹等症狀。急性過敏性接觸性皮膚炎通常於接觸到誘發物質後二星期內發生上述症狀，而慢性過敏性接觸性皮膚炎，其症狀可能

長達數月至數年之久，以致於難以判斷導致皮膚反應的原因到底為何！一般理學檢查於皮膚暴露部位可發現的症狀包括丘疹樣紅斑，紅斑間界線模糊等。這些丘疹充滿液體，在組織學上又稱為海綿層水腫(spongiosis)，嚴重時甚至會有囊泡和漿液滲出。

### 診斷—

過敏性接觸性皮膚炎主要是依據病人的接觸史和理學上的發現及皮膚貼布試驗(patch test)做鑑別診斷，以與刺激性接觸性皮膚炎和異位性皮膚炎區分。

**貼布試驗**是診斷 ACD 重要的工具，首先，由醫師詢問詳細的接觸史，接著在背部貼上含有待檢驗的過敏原測試劑之貼布並在貼布邊緣做記號，48 小時後取下貼布，分別在 48 小時及 96 小時判讀，或在第 72 小時做一次性判讀，再回診判讀完成前，受檢查部位不可以碰觸水，也要避免會產生大量汗水的活動，以免影響檢查結果；檢查前應停止使用抗組織胺劑和類固醇，以免呈現偽陰性檢查結果。

### 治療—

確定和避免接觸過敏原是治療急性過敏性接觸性皮膚炎的重要步驟，確認的過程，除了需有完整的病史及用藥史的評估外，對於某些病人還需進行貼布試驗。“多管齊下”是急性過敏性接觸性皮膚炎理想的治療方式，若過敏原為藥物則應尋求其它替代治療藥物，另外需治療皮膚的發炎反應以及修復皮膚表皮和建立皮膚保護措施。治療通常依據症狀發生的嚴重度來進行，症狀輕微者可使用 calamine lotion 舒緩搔癢症狀，中等以下嚴重程度者，一般局部使用中至強效類固醇可有效抑制發炎反應的進程。當病灶發生在臉部或皮膚皺褶處時，低~中效(5-6 級)類固醇較適合，每日塗抹 1-2 次，連續使用 1-2 週；發生在手、腳及非皮膚皺褶處的病灶，則建議選用強度較高(1-3 級)的類固醇藥膏，每日塗抹 1-2 次，連續 2-4 週或直到症狀緩解，慢性 ACD 則需長期治療。本院局部用類固醇藥膏強度分級表，如表一所示。

表一、局部用類固醇藥品強度分級一覽表

局部用類固醇藥品強度分級一覽表			
強度	藥物/濃度	劑型	商品名(TSGH)
<b>Super-High (1)</b> All super-high potency corticosteroids require prior approval for children under 12.	Augmented Betamethasone dipropionate (Propylene glycol) 0.05%	Ointment, Gel	—
	Clobetasol propionate 0.05%	Cream	<a href="#">CLOBETASOL CREAM 0.5 MG/G 10 G</a>
		Ointment	<a href="#">DERMOVATE OINT 0.5 MG/G 5G</a>
		Emollient cream, gel, solution, emollient foam, foam, lotion, shampoo, spray	—
	Fluocinonide 0.1%	Cream	—

局部使用類固醇藥品強度分級一覽表 (續)			
強度	藥物/濃度	劑型	商品名(TSGH)
<b>High (2)</b>	Amcinonide 0.1%	Ointment	—
	Augmented Betamethasone dipropionate (Propylene glycol) 0.05%	Cream, lotion	—
	Betamethasone dipropionate 0.05%	Gel, ointment	—
	Desoximetasone 0.25%	Cream, ointment	—
	Desoximetasone 0.05%	Gel	—
	Diflorasone diacetate 0.05%	Ointment, emollient cream, emollient ointment	—
	Fluocinonide 0.05%	Cream, emollient cream, gel, ointment, solution	TOPSYM LOTION 0.05% 10ML TOPSYM CREAM 0.5 MG/GM 10 GM
	Triamcinolone acetonide 0.5%	Ointment	—
<b>Medium-High (3)</b>	Amcinonide 0.1%	Cream, lotion	—
	Betamethasone dipropionate 0.05%	Cream	SHIN-SHIN CREAM 0.5 MG/G 450 G, DAIVOBET OINT 50MCG/0.5MG/G 30 G (0.05%, 複方)
	Betamethasone valerate 0.1%	Ointment	—
	Desoximetasone 0.05%	Cream	—
	Diflorasone diacetate 0.05%	Cream	—
	Diflucortolone valerate 0.1%	Cream, ointment	ENFULON CREAM 1MG/G 30G
	Fluticasone propionate 0.005%	Ointment	—
	Mometasone furoate 0.1%	Ointment	—
	Triamcinolone acetonide 0.5%	Cream	—
	Triamcinolone acetonide 0.1%	Ointment	—
<b>Medium (4)</b>	Fluocinolone acetonide 0.025%	Ointment	—
	Hydrocortisone probutate 0.1%	Cream	—
	Hydrocortisone valerate 0.2%	Ointment	—
	Mometasone furoate 0.1%	Cream	ELOMET CREAM 1MG/G (0.1%) 5G
	Triamcinolone acetonide 0.1%	Cream	EXTRACOMB CREAM 6 G (0.1%, 複方)
<b>Medium-Low (5)</b>	Betamethasone dipropionate 0.05%	Lotion	SEPTON SOLN 0.5 MG/G 10 G
	Betamethasone valerate 0.1%	Cream	—
	Desonide 0.05%	Gel, ointment	—
	Fluocinolone acetonide 0.025%	Cream	—
	Flurandrenolide 0.05%	Lotion	—
	Fluticasone propionate 0.05%	Cream, lotion	CUTIVATE CREAM 0.5MG/G 5 G
	Hydrocortisone butyrate 0.1%	Cream, emollient cream, ointment, solution	—
	Triamcinolone acetonide 0.1%	Lotion	—
	Triamcinolone acetonide 0.025%	Ointment	—

強度	藥物/濃度	劑型	商品名(TSGH)
<b>Low (6)</b>	Betamethasone valerate 0.1%	Lotion	—
	Desonide 0.05%	Cream, lotion	—
	Flumethasone pivalate 0.03%	Cream	(FLUSALIC OINT 0.2 MG/30 MG/GM 15 GM (0.02%, 複方))
	Triamcinolone acetonide 0.025%	Aerosol spray, cream, lotion	—
<b>Very-Low (7)</b>	Dexamethasone 0.1%	Cream	(DEXALTIN ORAL PASTE 1MG/G 2G)
	Hydrocortisone 2.5%	Cream, lotion, ointment, solution	—
	Hydrocortisone acetate/Aloe vera 2%	Gel, cream	—
	Hydrocortisone 1%	Lotion, ointment	—
	Hydrocortisone acetate/urea 1%	Cream	HYDROCORTISONE CREAM 10 MG/GM 10 GM (單方)
	Hydrocortisone 0.5%	Cream, ointment	—

參考資料:  
 1. Topical Corticosteroids, Illinois Department of Healthcare and Family Services  
 2. MICROMEDEX® Healthcare Series

若患部超過 20% 的體表面積(含臉部部位)，則口服類固醇為第一線治療藥物。Prednisone 為常使用之藥物，以每日 0.5-1 mg/kg/day 投予，最大日劑量為 60 mg，連續口服投予 7 天，接下來的 5-7 天，用量減至原用量的 50%，然後於二週內採逐漸遞減方式停藥。類固醇效價比較表如表二所示。

表二、類固醇效價比較表

糖質類皮質酮 (Glucocorticoid)	懷孕分級 (U.S. FDA)	等效劑量 (mg)	給藥途徑	相對抗發炎強度 (Relative anti-inflammatory potency)	相對礦物皮質酮強度 (Relative mineralocorticoid potency)
<b>Short-Acting</b>					
Cortisone	D	25	PO, IM	0.8	2
Hydrocortisone	C	20	IM, IV	1	2
<b>Intermediate-Acting</b>					
Methylprednisolone	C	4	PO, IM, IV	5	0
Prednisolone	C	5	PO, IM, IV, intra-articular, intradermal, soft tissue injection	4	1
Prednisone	C	5	PO	4	1
Triamcinolone	C	4	PO, IM, intra-articular, intradermal, intrasynovial, soft tissue injection	5	0
<b>Long-Acting</b>					
Betamethasone	C	0.6 - 0.75	PO, IM, intra-articular, intradermal, intrasynovial, soft tissue injection	25	0

糖質類皮質酮 (Glucocorticoid)	懷孕分級 (U.S. FDA)	等效劑量 (mg)	給藥途徑	相對抗發炎強度 (Relative anti-inflammatory potency)	相對礦物皮質酮強度 (Relative mineralocorticoid potency)
Dexamethasone	C	0.75	PO, IM, IV, intra-articular, intradermal, soft tissue injection	25 - 30	0
<i>Mineralocorticoids</i>					
Fludrocortisone	C	—	PO	10	125
參考資料: Drug Information Handbook, Lexi-Comp, 18 <sup>th</sup> Edition, 2009-2010					

### 其他治療方式—

倘若病人對類固醇治療無效，可考慮使用光療法或局部免疫抑制劑如 0.1% tacrolimus 或 1% pimecrolimus (calcineurin inhibitors) 藥膏治療慢性局部性 ACD 或對類固醇過敏的 ACD 患者。小型觀察性研究結果顯示，使用 psoralen 類藥物(例如 methoxsalen)加上長波紫外光(PUVA)或使用窄波紫外線 B 光治療(narrow band UVB)進行治療，臨床上都有改善效果，然窄波 UVB 較 PUVA 少發生副作用，且治療上更方便。局部使用抗組織胺劑可能對 ACD 有效，但藥物本身也可能是另外一個致敏原。皮膚過敏症狀嚴重者，病灶可能會有滲出液和結痂的情形，此時可採濕性敷料(wet dressings)，可以舒緩皮膚的不適，減少皮膚發紅、吸附傷口滲出液及溫和去除結痂，也可避免病人的皮膚與外界接觸，讓病人免於搔抓造成的二次傷害。病人可將能夠覆蓋病灶的棉製服裝浸在水中再將多餘水分擰出當作敷料，外面再罩一件較寬大的乾的服裝。建議大人於夜間使用濕的敷料，若是要白天使用則應每 8 小時更換敷料一次。嬰幼兒則可穿著濕的睡衣再外罩一件乾的睡衣或是麻質睡袋。

### 刺激性接觸性皮炎(irritant contact dermatitis, ICD)

暴露在對皮膚具物理性或化學性刺激物質下所造成的皮膚炎稱之。常見的化學性刺激性物質有肥皂、清潔劑和藥用酒精等。漂白劑、強酸、強鹼物質亦會對皮膚造成嚴重的傷害。個別物質對皮膚刺激的程度受到物質本身的性質及其與皮膚接觸時間的長短而有所不同，同時接觸到不同的化學性刺激物質則會因協同作用(synergistically)導致更嚴重的皮膚炎。物理性刺激物質則有金屬工具、木材、玻璃纖維、灰塵或土壤等。

### 誘發因素—

ICD 發生受到個人和環境因素所影響，其中個人因素包括年紀、性別、好發部位、本身是否有異位性皮膚炎和基因因素等。刺激性接觸性皮炎好發於嬰兒，嬰幼兒常見的尿布疹也屬於此類。好發族群包括了皮膚本來就有狀況者、皮膚乾燥、膚色較淺或是皮膚白皙者，但任何人都可能發生這類的接觸性皮炎。女性則可能因為接觸刺激物質機會較男性高，所以發生機率較男性高；至於對刺激物的反應，年齡大於 65 歲者通常比年齡小於 30 歲者來的小。由於皮膚表皮各處結構的不同，臉、手背和手指間較手掌、腳掌等，更容易受到物質的刺激；本身患有異位性皮膚炎者，因長期皮膚表皮受損，更易受刺激性物質所影響。環境因素如溫度、空氣、溼度等亦會影響，高溫和氣流 (air flow) 可能會降低皮膚的屏障功能，增加刺激性物質穿透皮膚的可能性；潮濕環境如長期穿戴手

套，排汗增加，會加強皮膚對化學和機械性刺激的發炎反應。

### 臨床特徵和診斷—

症狀輕微者會有皮膚紅、乾、裂以及搔癢等。當皮膚糜爛和裂隙持續存在，病人通常會有疼痛的抱怨。較強的刺激性物質則可能導致腫脹、滲出物、皮膚變軟、或起水泡等症狀。刺激性接觸性皮炎通常是根據病人的個人接觸史及身體檢查做診斷。少部份案例可能會在皮膚上使用含有微量可疑物質的貼布試驗(patch test)來判定皮膚炎是由過敏原或是刺激性物質造成的。這樣的測試應由受過這方面訓練的皮膚科專家或是過敏專家來執行。

### 治療—

ICD 病人之治療目標首重皮膚的修復和避免皮膚再次與刺激性物質接觸，某些案例只是單純的減少使用肥皂然後使用潤膚乳膏(cream)或軟膏(ointment)，症狀就可完全解除。另外，接觸刺激性物質時使用手套對症狀的改善或預防也有幫助。建議可慎選手套，適當的隔離皮膚與刺激性物質接觸或使用隔離霜(barrier creams)，隔離霜主要的目的是減少有害物質滲透至皮膚。類固醇外用製劑用來治療此類皮膚炎，在劑型選擇上軟膏(ointment)通常較乳膏(cream)佳。通常以塗抹後覆蓋如保鮮膜、敷料、棉質手套或是凡士林等，效果最好。至於口服類固醇(例如 prednisone)則可用來短暫治療嚴重的皮膚炎，但不建議用來長期治療刺激性接觸性皮炎。

### 病人教育

對乳膠或是其他物質過敏的病人，尤其是小孩，應隨身攜帶容易辨識的手環或項鍊告知別人自己對哪些物質過敏，萬一遇到緊急狀況病人無法及時或無能力說明時，方便救護者做適當的處置。辨識物上應詳列病人的所有過敏史、病人姓名、緊急聯絡人電話等資訊。

病人應協助醫師找出自己對哪些物質過敏而造成過敏性的接觸性皮炎，或是哪些物質會對自己造成刺激性的接觸性皮炎，在日常生活中避免接觸所有相關物質。提醒病人務必於就醫時，告知醫師、牙醫師或其他醫療人員自己完整的過敏史。

### 參考文獻

1. <http://www.uptodate>. Overview of dermatitis.
2. <http://www.uptodate>. Management of allergic contact dermatitis.
3. <http://www.uptodate>. Irritant contact dermatitis in adults.
4. Lazzarini R, Duarte I, Braga JC, Ligabue SL. Allergic contact dermatitis to topical drugs: descriptive analysis. *An Bras Dermatol*. 2009;84(1):30-4.
5. Kathryn AG, Erin MW. Allergic contact dermatitis to topical antibiotics: Epidemiology, responsible allergens, and management. *J Am Acad Dermatol*. 2008; 58(1): 1-21.
6. Carl MM, Cathrtine RH & David JG. Contact allergy to topical medicaments becomes more common with advancing age: an age-stratified study. *Contact Dermatitis*. 2007; 56: 229 – 231.