

# 三總藥訊

一百零七年1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) 國報字第〇〇1號

發行人：林石化  
主 編：查岱龍

總編輯：謝政智  
編輯群：黃志偉、洪乃勻、王筱萍

本院近期藥品異動新增資訊 (10610~10701) .....	p.1
全民健康保險藥品給付規定修正 (106 年 12 月 1 日生效) .....	p.6
專題：眼內炎 (Endophthalmitis) .....	p.10

## 本院近期藥品異動新增資訊 10610~10701

### 藥品異動清單 10610~10701

公佈日期	院內碼	藥品異動品項	異動原因	本院同成分(同途徑)其他品項	院內碼
1070105	005PYR03	PYRAZINAMIDE TAB 500 MG (PZA)	停產	—	—
1061228	005TEL01	TELEBRIX-35 INJ 100 ML	停止銷售	—	—
1061218	005RAS03	RASITOL TAB 40 MG	刪除	ROSIS TAB 40 MG	005ROS03
1061218	005ETO02	ETO GEL 100 MG/G 40 G	刪除	TEIRIA GEL 100 MG/G 40 G (***)	005TEI03
1061218	005COV02	COVORIN INJ 10 MG/ML 5 ML	刪除	FOLINA INJ 10 MG/ML 5 ML	005FOL07
1061215	005FOS06	FOSAMAX PLUS TAB 70 MG/5600 IU (***)	刪除	—	—
1061202	005OPT02	OPTIVE SENSITIVE LUBRICANT EYE DROPS (單支裝)	刪除	OPTIVE FUSION LUBRICANT EYE DROPS (單支裝)	005OPT05
1061127	006PRO45	麻醉科-PROPOFOL-LIPURO INJ 10 MG/ML 20 ML	刪除	麻醉科-ANESVAN INJ 10 MG/ML 50 ML 麻醉科-FRESOFOL INJ 1% MCT/LCT 50 ML 麻醉科-FRESOFOL 1% MCT/LCT INJ 20 ML	006ANE04 006FRE02 006FRE04
1061127	005PRO45	PROPOFOL-LIPURO INJ 10 MG/ML 20 ML	刪除	ANESVAN INJ 10 MG/ML 50 ML FRESOFOL INJ 1% MCT/LCT 50 ML FRESOFOL 1% MCT/LCT INJ 20 ML	005ANE04 005FRE02 005FRE04

公佈日期	院內碼	藥品異動品項	異動原因	本院同成分(同途徑)其他品項	院內碼
1061117	005ZOM01	ZOMETA POWDER FOR INFUSION 4 MG	刪除	ZOBONIC LYOPHILIZED POWDER FOR INFUSION 4 MG	005ZOB01
1061117	005SIB01	SIBELIUM CAP 5 MG	刪除	SUZIN CAP 10 MG	005SUZ01
1061117	005RIF07	RIF CAP 300 MG	刪除	RIFAMPICIN CAP 300 MG	005RIF08
1061117	005PRO47	PROTOS 2 G	刪除	—	—
1061117	005PKM02	PK-MERZ TAB 100 MG	刪除	DOPADINE FC TAB 100 MG	005DOP08
1061117	005LAC04	LACTATED RINGER'S INJ 500 ML (信東)	刪除	LACTATED RINGER'S B INJ 500 ML	005LAC03
1061117	005FUM01	FUMIDE ORAL SOLN 10 MG/ML 120 ML	刪除	—	—
1061117	005FOR03	FORMALIN 1LB	刪除	—	—
1061117	005CYT08	CYTADINE SYR 0.4 MG/ML 60 ML	刪除	CYPROH SOLN 0.4 MG/ML 60 ML	005CYP02
1061117	005CHL02	CHLORAL HYDRATE CRYSTAL 1-LB	停產	—	—
1061117	005BEC02	BECANTEX SC TAB 30 MG	刪除	—	—
1061109	005TRE04	TRENTAL INJ 20 MG/ML 5 ML	停產	—	—
1061018	005CIM01	CIMZIA INJ 200 MG/ML 1 ML (&)	刪除	—	—

### 新進藥品清單(按藥品建檔日期由近至遠排列) 10610~10701

項次	藥品名稱	院內碼 健保碼	學名	適應症	健保價 (元)	備註
1	麻醉科-FENTANYL INJ 0.05MG/ML 2 ML PPCD "管制藥品廠" 吩坦尼注射液 0.05 毫克/毫升	006FEN09 AC44332212	FENTANYL CITRATE	麻醉和麻醉前給藥、急性劇烈疼痛之緊急治療	—	
2	FENTANYL INJ 0.05MG/ML 2 ML PPCD "管制藥品廠" 吩坦尼注射液 0.05 毫克/毫升	005FEN09 AC44332212	FENTANYL CITRATE	麻醉和麻醉前給藥、急性劇烈疼痛之緊急治療	20.00	
3	GENVOYA FC TAB 10 MG/200 MG/150 MG/150 MG 捷扶康 膜衣錠	005GEN16 BC27001100	TENOFOVIR ALAFENAMIDE FUMARATE; EMTRICITABINE; ELVITEGRAVIR; COBICISTAT	適用於感染第一型人類免疫缺乏病毒(HIV-1)且尚未對嵌入酶抑制劑類藥品、emtricitabine 或 tenofovir 產生抗藥性突變的成年或青少年(12歲(含)以上且體重至少 35 公斤)病人	466.00	註 1

項次	藥品名稱	院內碼 健保碼	學名	適應症	健保價 (元)	備註
4	CHLORAMPHENICOL 0.25% EYE DROPS 5 ML (###) 氯黴素眼藥水 0.25%	005CHL16 AC44483421	CHLORAMPHENICOL	沙眼、葡萄球菌、鏈球菌、肺炎雙球菌、大腸桿菌等引起之疾患。	12.00	
5	FREEZE-DRIED GLUTAMATE BCG VACCINE INJ 0.5 MG (JAPAN) (CDC-健兒門診公費) 凍結乾燥卡介苗(日本)	005FRE05 X000158206	BCG VACCINE FREEZE-DRIED	(疾管署提供公費疫苗，預防結核病)	—	註 2
6	MIRTAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 30 MG 美妥平口溶錠 30 毫克	005MIR11 AB49656100	MIRTAZAPINE	鬱症。	15.60	註 3
7	AVAXIM INJ 80 U PEDIATRIC 0.5 ML (CDC-健兒門診公費) 巴斯德 A 型肝炎疫苗(兒童用)	005AVA05	HEPATITIS A VIRUS, PURIFIED, INACTIVATED	(疾管署提供公費疫苗)可用於 12 個月至 15 歲兒童的主動免疫接種，以預防 A 型肝炎。	—	註 2
8	DESUD PLUS SL TAB 8 MG/2 MG 解佳益 舌下錠	005DES03	BUPRENORPHINE (HYDROCHLORIDE); NALOXONE HCL DIHYDRATE	適用於鴉片類成癮的治療。	自費	
9	RIFAMPICIN CAP 300 MG 立汎黴素膠囊 300 公絲	005RIF08 AC16953100	RIFAMPIN	肺結核、奈瑟氏腦膜炎球菌帶原者	8.00	
10	麻醉科-MIDATIN INJ 5 MG/ML 1 ML 美得定注射液 5 毫克/毫升	006MID03	MIDAZOLAM	知覺鎮靜、急救加護病房鎮靜、麻醉誘導及維持、手術前給藥。	—	
11	MIDATIN INJ 5 MG/ML 1 ML 美得定注射液 5 毫克/毫升	005MID03 AC46285209	MIDAZOLAM	知覺鎮靜、急救加護病房鎮靜、麻醉誘導及維持、手術前給藥。	22.30	
12	BFLUID INJ 1 L 必富力得注射液	005BFL01 BC25179209	ELECTROLYTE; AMINO ACIDS; GLUCOSE; THIAMINE	經口攝取不足、輕度的低蛋白血症、輕度的營養障礙、手術前後等狀態時的氨基酸、電解質、維生素 B1 及水分之營養補給。	348.00	
13	BINOSTO EFFERVESCENT TAB 70 MG 骨密妥發泡錠	005BIN03 BC26565100	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。	202.00	註 4
14	REPAGLINIDE TAB 1 MG 柔醅錠 1 毫克	005REP05 AB57225100	REPAGLINIDE	第 2 型糖尿病(NIDDM)無法經由飲食控制、減重及加強運動等方法達成良好控制者。	2.94	
15	ZOBONIC LYOPHILIZED POWDER FOR INFUSION 4 MG 抑骨凍晶靜脈注射劑 4 毫克	005ZOB01 AA55020219	ZOLEDRONIC ACID MONOHYDRATE	1)與標準癌症治療併用，適用於多發性骨髓瘤及固體腫瘤併有骨骼轉移之病人。2)用於攝護腺癌病人之骨骼轉移時，應至少接受過一種荷爾蒙治療而仍持續惡化者。3)治療惡性腫瘤之高血鈣併發症(HCM)。	9531.00	註 5
16	ZEPATIER TAB 50 MG/100 MG 賀肝樂膜衣錠	005ZEP01 BC26972100	ELBASVIR; GRAZOPREVIR	Zepatier 適用於治療成人的慢性 C 型肝炎基因型第 1 或第 4 型感染症。	—	註 6
17	POLUPI TAB 50 MG 僕樂彼錠 50 毫克	005POL10 AC433351G0	PROPYLTHIOURACIL	甲狀腺機能亢進症	2.00	
18	OPTIVE FUSION LUBRICANT EYE DROPS (單支裝) 優麗舒保濕型單支裝點眼液	005OPT05	CARBOXYMETHYLCELLULOSE SODIUM	暫時緩解因眼睛乾澀所引起灼熱感與刺激感，亦可暫時緩解因配戴隱形眼鏡造成之不適。	自費	

項次	藥品名稱	院內碼 健保碼	學名	適應症	健保價 (元)	備註
19	IRBIS H FC TAB 300 MG 安壓適膜衣錠 300 毫克	005IRB01 BB26577100	IRBESARTAN	本態性高血壓。治療併有高血壓及第二型糖尿病患者的高血壓及糖尿病性腎病變。	13.40	
20	NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 8MG/24H (***) 紐普洛穿皮貼片劑 8 毫克/24 小時	005NEU15 BC24936326	ROTIGOTINE	原發性帕金森氏症。	122.00	註 7
21	FUCON INJ 20 MG/ML 1 ML 保賜康注射液	005FUC08 AB08642209	BUTYLSCOPOLAMIN E BROMIDE	胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎、十二指腸炎、賁門痙攣、食道痙攣、痙攣性便秘、膽管之痙攣及運動障礙、尿路之痙攣。	15.00	

**備註(健保給付規定及其他說明)：**註 1

※給付規定適用 10.1.抗微生物劑用藥給付規定通則及 10.9 規定

## 10.9.抗人類免疫缺乏病毒藥品使用規定(106/2/4)

- 1.限在臺灣地區確診且服藥兩年以上之病患使用。
- 2.依衛生福利部疾病管制署最新版「抗人類免疫缺乏病毒藥品處方使用規範」之建議辦理。

註 2

健兒門診公費疫苗

註 3

## 1.2. 精神治療劑 Psychotherapeutic drugs

## 1.2.1. 選擇性血清促進素再吸收抑制劑(SSRI)及血清促進素及正腎上腺素再吸收抑制劑(SNRI)及其他抗憂鬱劑

( fluvoxamine maleate ; fluoxetine ; paroxetine ; sertraline ; venlafaxine HCl ; milnacipran ; mirtazapine ; citalopram ; escitalopram ; duloxetine ; agomelatine 等製劑 ) : (88/12/1、89/10/1、91/5/1、92/6/1、93/5/1、94/2/1、94/12/1、101/7/1) 使用時須符合衛生主管機關核准之適應症，病歷上應詳細註明診斷依據及使用理由。

註 4

## 5.6.1 抗骨質再吸收劑 (anti-resorptive) (101/3/1、101/5/1、102/2/1、102/8/1、103/2/1、103/10/1、104/8/1、106/12/1)

## 1.藥品種類

- (1)Bisphosphonates (雙磷酸鹽類) : alendronate (如 Fosamax)、zoledronate 5mg (如 Aclasta 5mg/100mL solution for infusion)、risedronate (如 Reosteo)、ibandronate 3mg/3mL (如 Bonviva 3mg/3mL solution for injection)
- (2)Selective estrogen receptor modulators (SERM, 選擇性雌激素接受體調節劑) : raloxifene (如 Evista)、bazedoxifene (如 Viviant) (102/2/1)
- (3)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、zoledronate、denosumab 及 risedronate 35mg 亦可使用於男性，risedronate 150mg 不可使用於男性) 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  $-2.5SD < -1.0sd$ )引起脊椎或髖部 2 處或 2 次(含)以上之骨折。(101="" 5="" 1、102="" 8="" 1、103="" 10="" 1、104="" 1、106="" 12="" 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 5

## 5.5.3. Bisphosphonate

## 5.5.3.2. Zoledronic acid : (93/6/1、93/12/1、96/1/1、98/6/1)

## 5.5.3.2.1. Zoledronic acid 4mg/vial (如 Zometa Powder For Solution For Infusion 4mg)( 98/6/1、100/1/1)

限符合下列條件之一患者使用：

1. 用於治療惡性腫瘤之高血鈣併發症 (HCM)，且限用於血清鈣濃度超過 2.75 mmol/L (11.0mg/dL) 或游離鈣大於 5.6 mg/dL (93/6/1)。
2. Multiple Myeloma, Breast Cancer, Prostate Cancer 併有蝕骨性骨轉移之病患 (96/1/1)。

註 6

※(1)Zepatier (elbasvir and grazoprevir) Tablet之健保代碼為 BC26972100，該項藥品不另核價，供藥商及醫療院所進行藥品市場實際交易價格調查申報作業使用。

(2)醫療院所申報醫療費用時，需依其處方用藥組合，以 HCVDA0005~HCVDA0009 申報藥品費用(支付價格為每日藥費，依處方日數申報藥費)，毋須另行申報備註 1 所述個別藥品健保代碼。處方用藥組合含 ribavirin 者，不得另申報 ribavirin 費用。

## 10.7.7.Elbasvir/grazoprevir (如 Zepatier) (106/8/1) :

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 1 型或第 4 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)  $\geq 9.5\text{Kpa}$  或 Acoustic Radiation Force Impulse elastography (ARFI)  $\geq 1.81\text{m/sec}$ 。

II.Fibrosis-4 (FIB-4)  $\geq 3.25$ ，計算公式為  $[\text{Age}(\text{years}) \times \text{AST}(\text{U/L})] / [\text{Platelet count}(\text{109/L}) \times \sqrt{\text{ALT}(\text{U/L})}]$ 。

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)基因型第 1a 型且治療前未帶有 NS5A 抗藥性相關多形性病毒株：

I.給付 12 週。

II.若為先前使用 interferon/ ribavirin/蛋白酶抑制劑(protease inhibitor)合併治療失敗者，需合併 ribavirin 治療，給付 12 週。

(2)基因型第 1a 型且治療前帶有 NS5A 抗藥性相關多形性病毒株，需合併 ribavirin 治療，給付 16 週。

(3)基因型第 1b 型：

I.給付 12 週。

II.若為先前使用 interferon/ ribavirin/蛋白酶抑制劑合併治療失敗者，需合併 ribavirin 治療，給付 12 週。

(4)基因型第 4 型：

I.給付 12 週。

II.若為先前使用 interferon/ ribavirin 合併治療中發生病毒學失敗者，需合併 ribavirin 治療，給付 16 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。

註 7

1.3.4. 帕金森氏症治療藥品：(91/11/1、93/2/1、95/9/1、96/9/1、97/7/1、100/6/1、101/6/1)

(發文日期：中華民國 101 年 5 月 11 日,發文字號：健保審字第 1010026040 號)

1.如病人開始出現功能障礙，在使用 levodopa 之前或同時，得使用一種 dopamine agonist (ropinirole、pramipexole、pergolide、lisuride 及 rotigotine)，或 amantadine，或是 levodopa 併用 COMT 抑制劑 (entacapone：如 Comtan film-coated tab.)

2. Levodopa + carbidopa + entacapone 三合一製劑 (如 Stalevo Film-Coated Tablets 150/37.5/200mg 等 3 品項)：

限用於表現藥效終期運動功能波動現象，以左多巴/多巴脫羧基酶抑制劑無法達到穩定治療效果之帕金森氏症病人。(95/9/1)

3.若已同時使用上述藥物且達高劑量，仍無法達到滿意的 "on" state，或出現運動併發症 (如異動症或肌強直)，需合併使用多類藥物治療時，應於病歷上詳細記載理由。

4. Rasagiline：(101/6/1)

(1)可單獨使用，每日最高劑量為 1 mg；或與 levodopa 併用，rasagiline 每日最高劑量為 0.5 mg。

(2)本品不得與 levodopa 以外之其他帕金森氏症治療藥品併用。

5. Pramipexole 及 ropinirole 用於治療原發性腿部躁動症時需先排除腎衰竭、鐵缺乏症及多發性神經病變，且不得與 dopamine agonist 及 levodopa 併用。(96/9/1、97/7/1)

(1) pramipexole 每日最大劑量為 0.75mg。(96/9/1)

(2) ropinirole 每日最大劑量為 4mg。(97/7/1)

6. Rotigotine 貼片劑 (如 Neupro Patch)，限用於原發性帕金森氏症，每日限用一片，且不得併用其他 dopamine agonist 之口服藥品 (100/6/1)

(發文日期：中華民國 100 年 5 月 16 日,發文字號：健保審字第 1000027031 號)

## 全民健康保險藥品給付規定修正規定（下列自106年12月生效）

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

修訂後給付規定	原給付規定
<p>1.1.5. 非類固醇抗發炎劑 (NSAIDs) 藥品，<u>屬下列成分之口服製劑</u>：celecoxib、nabumetone、meloxicam、etodolac、nimesulide (90/7/1、97/9/1)、etoricoxib (96/1/1、99/10/1)、含 naproxen 及 esomeprazole 複方製劑(101/10/1) <u>(106/12/1)</u></p> <p>1. 本類製劑之使用需符合下列條件之一者(99/10/1)：</p> <p>(1) 年齡大於等於六十歲之骨關節炎病患。<u>(celecoxib 可用於年齡大於等於五十歲之骨關節炎病患) (106/12/1)</u></p> <p>(2) 類風濕性關節炎、僵直性脊髓炎、乾癱性關節炎等慢性病發炎症關節病變，需長期使用非類固醇抗發炎劑者。</p> <p>(3) 合併有急性嚴重創傷、急性中風及急性心血管事件者 (97/2/1)。</p> <p>(4) 同時併有腎上腺類固醇之患者。</p> <p>(5) 曾有消化性潰瘍、上消化道出血或胃穿孔病史者。</p> <p>(6) 同時併有抗凝血劑者。</p> <p>(7) 肝硬化患者。</p> <p>2.~4. (略)</p>	<p>1.1.5. 非類固醇抗發炎劑 (NSAIDs) 藥品<u>(如 celecoxib、nabumetone、meloxicam、etodolac、nimesulide)</u> (90/7/1、97/9/1) etoricoxib (96/1/1、99/10/1)、含 naproxen 及 esomeprazole 複方製劑(101/10/1)</p> <p>1. 本類製劑之使用需符合下列條件之一者 (99/10/1)：</p> <p>(1) 年齡大於等於六十歲之骨關節炎病患。</p> <p>(2) 類風濕性關節炎、僵直性脊髓炎、乾癱性關節炎等慢性病發炎症關節病變，需長期使用非類固醇抗發炎劑者。</p> <p>(3) 合併有急性嚴重創傷、急性中風及急性心血管事件者 (97/2/1)。</p> <p>(4) 同時併有腎上腺類固醇之患者。</p> <p>(5) 曾有消化性潰瘍、上消化道出血或胃穿孔病史者。</p> <p>(6) 同時併有抗凝血劑者。</p> <p>(7) 肝硬化患者。</p> <p>2.~4. (略)</p>

### 第4節 血液治療藥物 Hematological drugs

修正後給付規定	原給付規定
<p>4.2.3. 第八、第九凝血因子血液製劑 (103/4/1、106/9/1、<u>106/12/1</u>)：用於 A 型或 B 型無抗體存在之血友病人：</p> <p>1. 略。</p> <p>2. 需要時治療(on demand therapy)：適用一般型血友病病人，<u>一般型製劑及長效型製劑(如 Eloctate) 建議劑量均如附表十八之三—全民健康保險一般型血友病患需要時治療之凝血因子建議劑量。(106/9/1、106/12/1)</u></p> <p>3. 預防性治療(primary prophylaxis)：限嚴重型 (VIII:C 小於 1%) 血友病病人。</p> <p>(1) 嚴重 A 型血友病病人：</p> <p><u>I. 一般型製劑：每週注射 1-3 次，每一次劑量為 15-25 IU/kg。(106/12/1)</u></p> <p><u>II. 長效型製劑(如 Eloctate)：(106/12/1)</u></p> <p><u>i. 每 3 天注射一次，每次 25-35 IU/kg 或每 4 天注射一次，每次 36-50 IU/kg 或每 5 天注射一次，每次 51-65 IU/kg。(106/9/1、106/12/1)</u></p> <p><u>ii. 每天最大平均劑量不可超過 15 IU/kg，單次劑量不可超過 65 IU/kg。(106/12/1)</u></p> <p><u>iii. 若臨床上需要使用超過上述劑量，則需要事前審查。(106/12/1)</u></p> <p>(2) 嚴重 B 型血友病病人：</p>	<p>4.2.3. 第八、第九凝血因子血液製劑 (103/4/1、106/9/1)：用於 A 型或 B 型無抗體存在之血友病人：</p> <p>1. 略。</p> <p>2. 需要時治療(on demand therapy)：適用一般型血友病病人，建議劑量如附表十八之三—全民健康保險一般型血友病患需要時治療之凝血因子建議劑量。長效型藥品之劑量依仿單調整。(106/9/1)</p> <p>3. 預防性治療(primary prophylaxis)：限嚴重型 (VIII:C 小於 1%) 血友病病人。</p> <p>(1) 嚴重 A 型血友病病人：每週注射 1-3 次，每一次劑量為 15-25 IU/kg，或每 3-5 天注射 25-65 IU/kg。(106/9/1)。</p> <p>(2) 嚴重 B 型血友病病人：每週注射 1-2 次，每一次劑量為 30-50 IU/kg。</p>

修正後給付規定	原給付規定
<p>每週注射 1-2 次，每一次劑量為 30-50 IU/kg。</p> <p>(3)一般型製劑及長效型製劑施行預防性治療期間，其預防效果可以臨床觀察為之，如病人仍然出現突破性出血時，得檢測給藥前最低濃度(trough level)，其濃度低於 1IU/dL，得再調整劑量。 <a href="#">(106/12/1)</a></p> <p>(4)如病患治療時產生凝血因子低反應性抗體，則建議暫時終止預防性治療，直到確定抗體消失始得重新治療；病人如產生凝血因子高反應性抗體時，則需停止預防性治療，在接受免疫耐受性療法確定成功且抗體消失後，可重新使用「預防性」治療。</p>	<p>(3)接受預防性治療期間，其預防效果可以臨床觀察為之，如病人仍然出現突破性出血時，得檢測給藥前最低濃度(trough level)，其濃度低於 1IU/dL，得再調整劑量。</p> <p>(4)如病患治療時產生凝血因子低反應性抗體，則暫時終止預防性治療，直到確定抗體消失始得重新治療；病人如產生凝血因子高反應性抗體時，則需停止預防性治療，在接受免疫耐受性療法確定成功且抗體消失後，則可重新使用「預防性」治療。</p>

## 第 5 節 激素及影響內分泌機轉藥物 Hormones &amp; drugs affecting hormonal mechanism

修正後給付規定	原給付規定
<p>5.6.1 抗骨質再吸收劑 (anti-resorptive) (101/3/1、101/5/1、102/2/1、102/8/1、103/2/1、103/10/1、104/8/1、<a href="#">106/12/1</a>)</p> <p>1.藥品種類 (1)~(3)(略)</p> <p>2.使用規定 (1)限用於停經後婦女 (alendronate、zoledronate、denosumab 及 risedronate <a href="#">35mg</a> 亦可使用於男性，<a href="#">risedronate 150mg 不可使用於男性</a>) 因骨質疏鬆症 (須經 DXA 檢測 BMD 之 T score <math>\leq -2.5SD</math>) 引起脊椎或髖部骨折，或因骨質疏少症(osteopenia)(經 DXA 檢測 BMD 之 <math>-2.5SD &lt; T \text{ score} &lt; -1.0SD</math>) 引起脊椎或髖部 2 處或 2 次(含)以上之骨折。(101/5/1、102/8/1、103/10/1、104/8/1、<a href="#">106/12/1</a>)</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>	<p>5.6.1 抗骨質再吸收劑 (anti-resorptive) (101/3/1、101/5/1、102/2/1、102/8/1、103/2/1、103/10/1、104/8/1)</p> <p>1.藥品種類 (1)~(3)(略)</p> <p>2.使用規定 (1)限用於停經後婦女 (alendronate、zoledronate、denosumab 及 risedronate 亦可使用於男性) 因骨質疏鬆症 (須經 DXA 檢測 BMD 之 T score <math>\leq -2.5SD</math>) 引起脊椎或髖部骨折，或因骨質疏少症(osteopenia)(經 DXA 檢測 BMD 之 <math>-2.5SD &lt; T \text{ score} &lt; -1.0SD</math>) 引起脊椎或髖部 2 處或 2 次(含)以上之骨折。(101/5/1、102/8/1、103/10/1、104/8/1)</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>

## 第 7 節 腸胃藥物 Gastrointestinal drugs

修正後給付規定	原給付規定
<p>7.1.消化性潰瘍用藥：</p> <p>1.藥品種類：(略)</p> <p>2.使用規定：<a href="#">(106/12/1)</a></p> <p>(1)~(12)略</p> <p><a href="#">(13)腦性麻痺、先天性心臟病、消化道畸形及其他有施行胃鏡檢查困難之兒科病患有消化道出血、消化性潰瘍、逆流性食道炎者，可使用消化性潰瘍用藥六個月。上述病人若經上消化道 X 光攝影或經食道酸鹼度測定為重度逆流者，得經兒科消化醫學次專科醫師確認後長期使用消化性潰瘍用藥一年。(106/12/1)</a></p> <p>備註： 1.(略) 2.(略)</p>	<p>7.1.消化性潰瘍用藥：</p> <p>1.藥品種類：(略)</p> <p>2.使用規定： (1)~(12)略</p> <p>備註： 1.(略) 2.(略)</p>

## 第 8 節 免疫製劑 Immunologic agents

修正後給付規定	原給付規定
<p>8. 2. 4. 2. Etanercept(如 Enbrel)； adalimumab (如 Humira)； golimumab (如 Simponi)； abatacept (如 Orencia)； tocilizumab (如 Actemra)； tofacitinib (如 Xeljanz)、<a href="#">certolizumab (Cinzia)</a>(92/3/1、93/8/1、93/9/1、98/3/1、99/2/1、100/12/1、101/1/1、101/6/1、102/1/1、102/4/1、102/10/1、103/12/1、106/4/1、<a href="#">106/11/1</a>)：成人治療部分</p> <p>1. ~5. (略)</p> <p>6. 病患需同時符合下述(1)(2)(3)項條件，方可使用；若有第(4)項情形，不得使用；若有第(5)項情形，需停止使用。</p> <p>(1)~(3)(略)</p> <p>(4)需排除使用的情形 (93/9/1、<a href="#">106/11/1</a>) 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)：</p> <p>I. 懷孕或正在授乳的婦女 (<a href="#">certolizumab 除外</a>) (<a href="#">106/11/1</a>)</p> <p>II. ~V. (略)</p> <p>7. ~9. (略)</p> <p>附表十三：(略)</p> <p>附表十四：(略)</p> <p>附表十五：全民健康保險類風濕關節炎<a href="#">使用生物製劑</a>申請表(<a href="#">106/11/1</a>)</p>	<p>8. 2. 4. 2. 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、102/1/1、102/4/1、102/10/1、103/12/1、106/4/1)：成人治療部分</p> <p>1. ~5. (略)</p> <p>6. 病患需同時符合下述(1)(2)(3)項條件，方可使用；若有第(4)項情形，不得使用；若有第(5)項情形，需停止使用。</p> <p>(1)~(3)(略)</p> <p>(4)需排除使用的情形 (93/9/1) 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)：</p> <p>I. 懷孕或正在授乳的婦女</p> <p>II. ~V. (略)</p> <p>7. ~9. (略)</p> <p>附表十三：(略)</p> <p>附表十四：(略)</p> <p>附表十五：全民健康保險類風濕關節炎使用 etanercept/ adalimumab/golimumab/abatacept/tocilizumab/ tofacitinib 申請表</p>

## 第 14 節 眼科製劑 Ophthalmic preparations

修正後給付規定	原給付規定
<p>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、105/7/1、105/11/1、105/12/1、106/4/1、<a href="#">106/12/1</a>) (附表二十九)</p> <p>本類藥品使用須符合下列條件：</p> <p>1. 未曾申請給付本類藥品者。</p> <p>2. 須經事前審查核准後使用。</p> <p>(1)第一次申請時需檢附一個月內之病眼最佳矯正視力(介於 0.05~0.5(含)之間)、眼底彩色照片、FAG (fluorescein angiography)、OCT (optical coherence tomography)、及相關病歷紀錄資料。</p> <p>(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。</p> <p>3. 限眼科專科醫師施行。</p> <p>4. 已產生中央窩下(subfoveal)結痂者不得申請使用。</p>	<p>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、105/7/1、105/11/1、105/12/1、106/4/1)(附表二十九)</p> <p>本類藥品使用須符合下列條件：</p> <p>1. 未曾申請給付本類藥品者。</p> <p>2. 須經事前審查核准後使用。</p> <p>(1)第一次申請時需檢附一個月內之病眼最佳矯正視力(介於 0.05~0.5(含)之間)、眼底彩色照片、FAG (fluorescein angiography)、OCT (optical coherence tomography)、及相關病歷紀錄資料。</p> <p>(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。</p> <p>3. 限眼科專科醫師施行。</p> <p>4. 已產生中央窩下(subfoveal)結痂者不得申請使用。</p> <p>5. 依疾病別另規定如下：</p>



修正後給付規定	原給付規定
<p>5. 依疾病別另規定如下：</p> <p>(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)：(略)</p> <p>(2) 糖尿病引起黃斑部水腫 (dia-betic macular edema, DME)之病變：(略)</p> <p>(3) 多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變 (polypoidal choroidal vasculopathy, PCV)之用藥：(104/5/1、105/11/1、105/12/1、<u>106/12/1</u>)</p> <p>I. 限 verteporfin、aflibercept <u>及 ranibizumab</u> 擇一申請。(106/12/1)</p> <p>II. Verteporfin 病灶限位於大血管弓內(major vessels archade)。</p> <p>III. Verteporfin 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；aflibercept <u>及 ranibizumab</u> 第一次申請時以 3 支為限，每眼給付以 7 支為限。須於第一次申請核准後 5 年內使用完畢。(106/12/1)</p> <p>IV. 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。</p> <p>(4) 中央視網膜靜脈阻塞(CRVO)續發黃斑部水腫所導致的視力損害：(105/7/1、105/11/1、105/12/1)</p> <p>I. 限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請，且未曾申請給付 dexamethasone 眼後段植入劑者。</p> <p>II. 限 18 歲以上患者。</p> <p>III. 中央視網膜厚度(central retinal thickness, CRT) <math>\geq 300 \mu\text{m}</math>。</p> <p>IV. 第一次申請時以 3 支為限，每眼最多給付 7 支，須於第一次申請核准後 5 年內使用完畢。(105/12/1)</p> <p>(5) 病理性近視續發的脈絡膜血管新生所導致的視力損害：(略)</p> <p><u>(6) 分支視網膜靜脈阻塞(BRVO)續發黃斑部水腫所導致的視力損害：(106/12/1)</u></p> <p><u>I. 限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請。</u></p> <p><u>II. 限 18 歲以上患者。</u></p> <p><u>III. 中央視網膜厚度(central retinal thickness, CRT) <math>\geq 300 \mu\text{m}</math>。</u></p> <p><u>IV. 第一次申請時以 3 支為限，每眼最多給付 7 支，須於第一次申請核准後 5 年內使用完畢。</u></p>	<p>(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)：(略)</p> <p>(2) 糖尿病引起黃斑部水腫 (dia-betic macular edema, DME)之病變：(略)</p> <p>(3) 多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變(PCV)之用藥：(104/5/1、105/11/1、105/12/1)</p> <p>I. 限 verteporfin 及 aflibercept 擇一申請。</p> <p>II. Verteporfin 病灶限位於大血管弓內(major vessels archade)。</p> <p>III. Verteporfin 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；aflibercept 第一次申請時以 3 支為限，每眼給付以 7 支為限。須於第一次申請核准後 5 年內使用完畢。</p> <p>IV. 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。</p> <p>(4) 中央視網膜靜脈阻塞(CRVO)續發黃斑部水腫所導致的視力損害：(105/7/1、105/11/1、105/12/1)</p> <p>I. 限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請，且未曾申請給付 dexamethasone 眼後段植入劑者。</p> <p>II. 限 18 歲以上患者。</p> <p>III. 中央視網膜厚度(central retinal thickness, CRT) <math>\geq 300 \mu\text{m}</math>。</p> <p>IV. 第一次申請時以 3 支為限，每眼最多給付 7 支，須於第一次申請核准後 5 年內使用完畢。(105/12/1)</p> <p>(5) 病理性近視續發的脈絡膜血管新生所導致的視力損害：(略)</p> <p>(6) (無)</p>

備註：劃線部份為新修訂之規定。

## 專題：眼內炎（Endophthalmitis）

文/王筱萍藥師

### 前言

眼內炎指的是發生在眼球內部組織，包括水晶體和房水受到細菌或真菌感染稱之。大部分眼內炎是外源性感染，細菌透過創傷、眼科手術或角膜感染併發所致。內源性眼內炎，通常是生物體先於血管分佈密集的脈絡膜繁殖，繼而延伸至玻璃體。急性眼內炎大多是由細菌所引起，是一種會威脅視力的疾病，必須緊急接受治療，治療結果取決於細菌的毒性（virulence）及及時接受正確的治療。

### 細菌性眼內炎依發生原因分類如下：

- 1) 白內障術後感染：是引起急性眼內炎最常見的原因，通常發生於白內障手術後六星期內，75%受到感染的人於術後第一週內發生。在美國，白內障術後發生眼內炎的機率為 0.1-0.2%，雖然發生機率不高，甚至是少見，但每年進行白內障手術的病人為數眾多，因此，對此感染也不可不察。病人的症狀通常是術後出現視力下降、眼痛等。凝固酶阴性葡萄球菌（coagulase-negative staphylococci）是眼球表面常駐的菌種，因此，也成為造成白內障術後眼內炎的主要元兇，其他細菌則包括金黃色葡萄球菌（10%）、鏈球菌（9%）、革蘭氏陽性菌（5%）、革蘭氏陰性菌（6%）等。急性眼內炎是緊急醫療狀況，需立刻就醫，最直接的治療方式就是在玻璃體內採檢後，於玻璃體內注射抗生素，嚴重時，則需進行玻璃體切除術。在美國，通常會經驗性於玻璃體內給予 vancomycin 1mg 加上 ceftazidime 2.25 mg，然玻璃體內的抗生素濃度於注射後會快速下降，僅能維持 24-48 小時，可能無法維持殺死所有細菌的濃度，所以 48 小時後，病人狀況若未獲改善或惡化，則須再投予一劑，然第二劑建議依細菌培養的結果，選擇適當的藥品。近期美國 FDA 公佈，過去曾接獲數十件內帳受術結束後於眼內注射含 vancomycin 成分注射劑後，發生出血性阻塞性視網膜血管炎（hemorrhagic occlusive retinal vasculitis, HORV）通報案例，HORV 臨床症狀包含突發性無痛視力下降、眼內炎、視網膜內出血、視網膜血管炎、阻塞及缺血，此為延遲性症狀，發作時間可長達 3 週。

- 2) 人工水晶體感染：是罕見白內障手術後併發症，白內障手術移除病變的晶狀體後，在原空間會放置人工水晶體，慢性人工水晶體感染通常由瘡窗桿菌（cutibacterium acnes）造成。治療至少包括玻璃體切除術（vitrectomy）和玻璃體內注射 vancomycin。
- 3) 水晶體內注射後感染：濕性黃斑部病變，通常需要每月規律於水晶體內注射血管內皮生長因子（vascular endothelial growth factor，簡稱 VEGF），每次注射所負載的眼內炎風險與白內障術後感染相似，風險發生率約 0.09%，但由於重複注射治療，因此，會有風險大量累積的可能性存在。
- 4) 與濾過性水泡（bleb）相關之眼內炎：當嚴重青光眼經藥物治療無效時，會採取一種手術，即在鞏膜瓣之下，經由前房隅角處做一切口，使眼內之房水經由此人工造口引流至結膜下腔，此手術結果會在病人的鞏膜組織形成濾泡，看起來像是個小凸起。當濾泡
- 5) 創傷（posttraumatic）：3% -10% 眼內炎案例，因眼球受玻璃或金屬物所傷所致，
- 6) 與青光眼濾過術形成之水泡有關：此水泡（bleb）通常用於藥物治療失效的嚴重青光眼病人，這種手術是在鞏膜上創造出一個濾過性水泡，僅由結膜覆蓋，可容納眼房水，之後自體內吸收。這是正常眼房水流動路徑的一個替代道路。當此水泡受到感染，細菌可能進入眼睛，造成眼內炎。眼內炎可能於手術突然發生，但大部份是在術後數月至數年內發生。治療方式與其他眼內炎大致相同。
- 7) 創傷後引起：3%-10% 眼內炎案例，與眼球受創有關。因金屬物體所致之眼球受創較玻璃或鈍物造成的，更易引發眼內炎。當眼內有異物存在及修復的時間超過 24 小時，眼內炎發生風險亦隨之增加。為了預防眼球開放性創傷後引起的眼內炎，通常會建議預防性靜脈輸注 vancomycin 加上 ceftazidime，經預防性投予抗生素後，眼內炎發生率降至 0.9%。另外，黴菌感染也可能會是其中的一個感染源，但通常屬亞急性感染。
- 8) 內源性細菌性眼內炎：臨床上很少見。正常情況下，血眼屏障可抵抗生物的入侵，但感染期間，血管內皮會產生變化，若病人同時有菌血症，細菌便可能因此散播至眼部任何組織。菌血症的來源包括，心內膜炎、尿路感染、腹部膿瘍、腦膜炎、留置導管、內視鏡檢查和非法注射藥物等。此類感染，需要玻璃體內及全身性投予抗生素，並且，由於所涉及的病原體大都具致命性，因此，還另需施予玻璃體切除術。

## 眼內炎的症狀

75%眼內炎案例發生在術後一星期內，患者通常在 12 至 24 小時內，有眼睛疼痛和視力下降的抱怨，但也有些病人否認有眼痛，發熱等症狀。

## 局部抗生素眼藥水

近期研究顯示，第三和第四代 fluoroquinolone，如 levofloxacin 和 moxifloxacin 眼藥水可有效穿透眼睛，對 G(+)菌株具有廣泛的抑制作用。每二小時投與 moxifloxacin 一次，平均濃度可達 2.3µg/mL<sup>5</sup>，歐洲白內障及屈光手術醫學會（the European Society of Cataract and Refractive Surgeons，簡稱 ESCRS）表明預防性於前房投與抗生素，可有助於白內障術後眼內炎發生率降低 75%<sup>6</sup>，而一前瞻性研究結果顯示，在玻璃體內注射前 1 小時先投予局部抗生素可有效降低結膜上的菌群，給予第四代 fluoroquinolones 顯示在 5-15 分鐘內可根除一些眼內炎的病原體，因此，局部使用抗生素可考慮用於玻璃體內注射抗生素之後，也可減少細菌透過注射過程進入眼球內(1-3)。局部抗生素眼藥水用於預防眼內炎的策略，目前是有爭議的，局部使用的抗生素無法在玻璃體內達到足夠的治療濃度，以及抗生素耐藥菌株的出現和藥費成本，使用局部抗生素眼藥水的必要性仍須再評估。

## 治療措施

眼內炎的治療措施包括眼部玻璃體採檢和細菌培養，當懷疑或確診眼內炎，則儘快於玻璃體內注射抗生素如針對 G(+)的 vancomycin (1.0 mg/0.1 mL)加上對抗 G(-)的  $\beta$ -lactam 類抗生素 ceftazidime (2.25 mg/0.1 mL)，並視改善結果，決定 24 至 48 小時內是否需要再給予第二劑甚或第三劑，至於玻璃體切除術則用於嚴重視力損傷者，另外，若是慢性眼內炎或真菌引起的感染，應先移除已植入之人工水晶體，至於是否投與全身性抗生素，應視嚴重程度而定。

## 治療後的視力改善結果

以白內障手術為例，約有半數白內障術後罹患眼內炎患者，透過即時治療後，視力最終可恢復至 20/40，前面的 20 代表受測者在 20 英尺處可看到視標，後面的 40 則代表視力正常者在 40 英尺處亦可看到相同的視標，20/40 相當於視力 0.5，而約 10% 患者，則會喪失視力（5/200 或更差）。

眼內炎早期診斷及治療是恢復視力的唯一法門，玻璃體內直接投予抗生素可有達到有效抗菌

濃度，提高療效，玻璃體切除術對於眼內炎之治療，似乎也提供了實質性的好處。

### 參考資料

- 1) Ta CN, Egbert PR, Singh K, Shriver EM, et al. Prospective randomized comparison of 3-day versus 1-hour preoperative ofloxacin prophylaxis for cataract surgery. *Ophthalmology* 2002;109:2036-2040; discussion 2040-2031.
- 2) Moss JM, Nguyen D, Liu YI, et al. Comparison of one-day versus one-hour application of topical gatifloxacin in eliminating conjunctival bacterial flora. *Ophthalmology* 2008;115:2013-2016.
- 3) Callegan MC, Novosad BD, Ramadan RT, Wiskur B, Moyer AL. Rate of bacterial eradication by ophthalmic solutions of fourth-generation fluoroquinolones. *Adv Ther* 2009;26:447-454.
- 4) Results of the Endophthalmitis Vitrectomy Study. A randomized trial of immediate vitrectomy and of intravenous antibiotics for the treatment of postoperative bacterial endophthalmitis. Endophthalmitis Vitrectomy Study Group. *Arch Ophthalmol.* 1995;113(12):1479.
- 5) McCulley JP, Caudle D, Aronowicz JD, Shine WE. Fourth-generation fluoroquinolone penetration into the aqueous humor in humans. *Ophthalmology.* 2006;113(6):955–959.
- 6) Prophylaxis of postoperative endophthalmitis following cataract surgery: Results of the ESCRS multicenter study and identification of risk factors. *J Cataract Refract Surg.* 2007;33(6):978–988.