

三總藥訊

一百零七年7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：蔡建松
主 編：陳正隆

總編輯：李宜勳
編輯群：黃志偉、洪乃勻、王筱萍

全民健康保險藥品給付規定修正 (107 年 6 月 1 日生效)	p.1
行政院衛生福利部食品藥物管理署公告之藥物安全資訊.....	p.4
專題：類固醇製劑使用基本原則.....	p.5

全民健康保險藥品給付規定修正 (自107年6月1日生效)

第 4 節 血液治療藥物 Hematological drugs

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>4.3.3.Anagrelide (如 Agrylin) : (107/6/1)</u></p> <p>1.用於經骨髓穿刺檢查並診斷為原發性血小板過多症者，<u>惟具有 JAK2、CALR 或 MPL 之基因突變者，可不進行骨髓穿刺。</u></p> <p>2.<u>初次使用時，需經事前審查。</u></p>	無

第 9 節 抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs

修訂後給付規定	原給付規定
<p>9.53.Panitumumab (如 Vectibix) : (105/4/1、<u>107/6/1</u>)</p> <p>1.與 FOLFOX (folinic acid/ 5-fluorouracil/oxaliplatin) 或 <u>FOLFIRI (folinic acid/ 5-fluorouracil/irinotecan)</u> 合併使用於治療 K-RAS 基因及 N-RAS 基因沒有突變之轉移性直腸結腸癌病患之第一線治療。</p> <p>2.本藥品需經事前審查核准後使用，每次申請事前審查之療程以 18 週為限，再次申請必須提出客觀證據 (如：影像學) 證實無惡化，才可繼續使用。</p> <p>3.<u>Panitumumab 與 cetuximab 二者僅能擇一使用</u>，唯有在無法忍受化療(其副作用)時方可互換。<u>二者使用總療程合併計算，以全部 36 週為上限。(107/6/1)</u></p> <p>4.本藥品不得與 bevacizumab 併用。(107/6/1)</p>	<p>9.53.Panitumumab (如 Vectibix) : (105/4/1)</p> <p>1.與 FOLFOX (folinic acid/ 5-fluorouracil/oxaliplatin)合併使用於治療 K-RAS 基因及 N-RAS 基因沒有突變之轉移性直腸結腸癌病患之第一線治療。</p> <p>2.本藥品需經事前審查核准後使用，每次申請事前審查之療程以 12 週為限，再次申請必須提出客觀證據 (如：影像學) 證實無惡化，才可繼續使用。</p> <p>3.使用總療程以 24 週為上限。</p> <p>4.<u>Vectibix+FOLFOX 與 Erbitux+FOLFIRI 二者僅能擇一使用</u>。唯有在無法忍受化療(其副作用)時方可互換。</p>
<p>9. 2.7.Cetuximab (如 Erbitux) : (96/3/1、98/7/1、98/8/1、99/10/1、101/12/1、104/11/1、106/1/1、106/4/1、<u>107/6/1</u>)</p> <p>1. 直腸結腸癌治療部分： (1)與 FOLFIRI (Folinic acid/ 5-fluorouracil/irinotecan) 或</p>	<p>9.27.Cetuximab (如 Erbitux) : (96/3/1、98/7/1、98/8/1、99/10/1、101/12/1、104/11/1、106/1/1、106/4/1)</p> <p>1. 直腸結腸癌治療部分： (1)與 FOLFIRI(Folinic acid/ 5-fluorouracil/irinotecan)或</p>

<p>FOLFOX (Folinic acid/5-fluorouracil/ oxaliplatin) 合併使用於治療具表皮生長因子受體表現型(EGFR expressing), RAS <u>基因沒有突變</u>之轉移性直腸結腸癌病患之第一線治療。(101/12/1、104/11/1、106/1/1)</p> <p>I.本藥品需經事前審查核准後使用,每次申請事前審查之療程以18週為限,再次申請必須提出客觀證據(如:影像學)證實無惡化,才可繼續使用。</p> <p>II.<u>Cetuximab 與 panitumumab 二者僅能擇一使用。唯有在無法忍受化療(其副作用)時方可互換,二者使用總療程合併計算,以全部36週為上限。(107/6/1)</u></p> <p>III.本藥品不得與 bevacizumab 併用。</p> <p>(2)與 irinotecan 合併使用,治療已接受過含5-fluorouracil、irinotecan 及 oxaliplatin 二線以上之細胞毒性治療失敗、具有表皮生長因子受體(EGFR)表現型且 <u>K-RAS 基因沒有突變</u>的轉移性直腸結腸癌的病患。(98/8/1)</p> <p>I.本藥品需經事前審查核准後使用,每次申請事前審查之療程以9週為限,再次申請必須提出客觀證據(如:影像學)證實無惡化,才可繼續使用。</p> <p>II.使用總療程以18週為上限。</p> <p>2. 口咽癌、下咽癌及喉癌治療部分(略)</p> <p>3. 頭頸癌部分(略)</p>	<p>FOLFOX(Folinic acid/5-fluorouracil /oxaliplatin)合併使用於治療具表皮生長因子受體表現型(EGFR expressing), RAS <u>原生型</u>之轉移性直腸結腸癌病患之第一線治療。(101/12/1、104/11/1、106/1/1)</p> <p>I.本藥品需經事前審查核准後使用,每次申請事前審查之療程以18週為限,再次申請必須提出客觀證據(如:影像學)證實無惡化,才可繼續使用。</p> <p>II.<u>使用總療程以36週為上限。</u></p> <p>III.本藥品不得與 bevacizumab 併用。</p> <p>(2)與 irinotecan 合併使用,治療已接受過含5-fluorouracil(5-FU)、irinotecan 及 oxaliplatin 二線以上之細胞毒性治療失敗、具有表皮生長因子受體(EGFR)表現型且 <u>K-ras 基因沒有突變</u>的轉移性直腸結腸癌的病患。(98/8/1)</p> <p>I.本藥品需經事前審查核准後使用,每次申請事前審查之療程以9週為限,再次申請必須提出客觀證據(如:影像學)證實無惡化,才可繼續使用。</p> <p>II.使用總療程以18週為上限。</p> <p>2. 口咽癌、下咽癌及喉癌治療部分(略)</p> <p>3. 頭頸癌部分(略)</p>
---	--

第10節 抗微生物劑 Antimicrobial agents

修訂後給付規定	原給付規定
<p>10.7.5. Daclatasvir (如 Daklinza) 及 asunaprevir (如 Sunvepra) (106/1/24、106/5/15、<u>107/6/1</u>) :</p> <p>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。</p> <p>2. Daclatasvir 與 asunaprevir 合併使用於 Anti-HCV 陽性超過六個月(或 <u>HCV RNA 陽性超過六個月</u>)、HCV RNA 為陽性、無肝功能代償不全之病毒基因型第1b型成人病患,且需符合下列條件:(106/5/15、<u>107/6/1</u>)</p> <p>經由肝組織切片或肝臟纖維化掃描或 Fibrosis-4 (FIB-4)證實,等同 METAVIR system 纖維化大於或等於 F3;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。</p> <p>註:略</p> <p>3. ~5. 略</p> <p>10.7.6. Ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (如 Viekirax) 及 dasabuvir (如 Exviera) (106/1/24、106/5/15、<u>107/6/1</u>) :</p> <p>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。</p> <p>2. Ombitasvir/paritaprevir/ ritonavir 與 dasabuvir 合併使用於 Anti-HCV 陽性超過六個月(或 <u>HCV RNA 陽性超過六個月</u>)、HCV RNA 為陽性、無肝功能代償不全之病毒基因型第1型成人病患,且需符合下列條件:(106/5/15、<u>107/6/1</u>)</p>	<p>10.7.5. Daclatasvir (如 Daklinza) 及 asunaprevir (如 Sunvepra) (106/1/24、106/5/15) :</p> <p>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。</p> <p>2. Daclatasvir 與 asunaprevir 合併使用於 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1b型成人病患,且需符合下列條件:(106/5/15)</p> <p>經由肝組織切片或肝臟纖維化掃描或 Fibrosis-4 (FIB-4)證實,等同 METAVIR system 纖維化大於或等於 F3;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。</p> <p>註:略</p> <p>3. ~5. 略</p> <p>10.7.6. Ombitasvir/paritaprevir/ritonavir (如 Viekirax) 及 dasabuvir (如 Exviera) (106/1/24、106/5/15) :</p> <p>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。</p> <p>2. Ombitasvir/paritaprevir/ ritonavir 與 dasabuvir 合併使用於 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型成人病患,且需符合下列條件:(106/5/15)</p> <p>經由肝組織切片或肝臟纖維化掃描或 FIB-4 證實,等</p>

<p>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。</p> <p>註：略</p> <p>3. ~4. 略</p> <p>10.7.7. Elbasvir/grazoprevir (如 Zepatier) (106/8/1、107/6/1)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 限使用於 Anti-HCV 陽性超過六個月(或 HCV RNA 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：(107/6/1) 經由肝組織切片或肝臟纖維化掃描或 FIB-4 證實，等同 METAVIR system 纖維化大於或等於 F3；或超音波診斷為肝硬化併食道或胃靜脈曲張，或超音波診斷為肝硬化併脾腫大。 <p>註：略</p> <p>3. ~4. 略</p> <p>10.7.8. Sofosbuvir/ledipasvir (如 Harvoni) (107/1/1、107/6/1)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 限使用於 Anti-HCV 陽性超過六個月(或 HCV RNA 陽性超過六個月)、HCV RNA 為陽性之病毒基因型第 1 型、第 4 型、第 5 型或第 6 型成人病患，且需符合下列條件之一：(107/6/1) (1)~(2)略 <p>3. ~4. 略</p> <p>10.7.9. Sofosbuvir (如 Sovaldi) (107/1/1、107/6/1)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 限使用於 Anti-HCV 陽性超過六個月(或 HCV RNA 陽性超過六個月)、HCV RNA 為陽性、無肝功能代償不全之病毒基因型第 2 型成人病患，且需符合下列條件：(107/6/1) 經由肝組織切片或肝臟纖維化掃描或 FIB-4 證實，等同 METAVIR system 纖維化大於或等於 F3；或超音波診斷為肝硬化併食道或胃靜脈曲張，或超音波診斷為肝硬化併脾腫大。 <p>註：略</p> <p>3. ~4. 略</p>	<p>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。</p> <p>註：略</p> <p>3. ~4. 略</p> <p>10.7.7. Elbasvir/grazoprevir (如 Zepatier) (106/8/1)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 <p>註：略</p> <p>3. ~4. 略</p> <p>10.7.8. Sofosbuvir/ledipasvir (如 Harvoni) (107/1/1)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 限使用於 Anti-HCV 陽性超過六個月、HCV RNA 為陽性之病毒基因型第 1 型、第 4 型、第 5 型或第 6 型成人病患，且需符合下列條件之一： (1)~(2)略 <p>3. ~4. 略</p> <p>10.7.9. Sofosbuvir (如 Sovaldi) (107/1/1)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 限使用於 Anti-HCV 陽性超過六個月、HCV RNA 為陽性、無肝功能代償不全之病毒基因型第 2 型成人病患，且需符合下列條件： 經由肝組織切片或肝臟纖維化掃描或 FIB-4 證實，等同 METAVIR system 纖維化大於或等於 F3；或超音波診斷為肝硬化併食道或胃靜脈曲張，或超音波診斷為肝硬化併脾腫大。 <p>註：略</p> <p>3. ~4. 略</p>
---	--

全民健康保險藥品給付規定修正 (自 107 年 7 月 1 日生效)

第 8 節 免疫製劑 Immunologic agents

修正後給付規定	原給付規定
---------	-------

修正後給付規定	原給付規定
<p>8.2.3.多發性硬化症治療藥品 (91/4/1、92/3/1、92/12/1、93/3/1、94/10/1、96/7/1、97/8/1、99/10/1、100/5/1、100/10/1、101/9/1、102/10/1、<u>107/7/1</u>)</p> <p>8.2.3.1.Interferon beta-la (如 Rebif)、<u>teriflunomide 14mg (如 Aubagio)</u>：(91/4/1、97/8/1、100/10/1、<u>107/7/1</u>)</p> <p>1、限用於復發型多發性硬化症。</p> <p>2、初次<u>使用時需經事前審查核准後使用。</u></p> <p>3、不適用於視神經脊髓炎 (neuromyelitis optica, NMO)，包括：(100/10/1)</p> <p>1. 有視神經及脊髓發作。</p> <p>2. 出現下列2種以上症狀：</p> <p>I 脊髓侵犯大於3節。</p> <p>II NMO-IgG or Aquaporin-4 抗體陽性。</p> <p>III 腦部磁振造影不符合多發性硬化症診斷標準。</p>	<p>8.2.3.多發性硬化症治療藥品 (91/4/1、92/3/1、92/12/1、93/3/1、94/10/1、96/7/1、97/8/1、99/10/1、100/5/1、100/10/1、101/9/1、102/10/1)</p> <p>8.2.3.1.Interferon beta-la (如 Rebif <u>Micrograms</u>)：(91/4/1、97/8/1、100/10/1)</p> <p>1、限用於復發型多發性硬化症。</p> <p>2、不適用於視神經脊髓炎 (neuromyelitis optica, NMO)，包括：(100/10/1)</p> <p>1. 有視神經及脊髓發作。</p> <p>2. 出現下列2種以上症狀：</p> <p>I 脊髓侵犯大於3節。</p> <p>II NMO-IgG or Aquaporin-4 抗體陽性。</p> <p>III 腦部磁振造影不符合多發性硬化症診斷標準。</p>

備註：劃線部份為新修訂之規定。

食品藥物管理署公告之藥物安全資訊

轉知公告(一) Benzocaine 藥品安全資訊風險【發布日期：2017-06-27】

公告內容:

1. 美國 FDA 評估後認為因含 benzocaine 成分藥品可能引起罕見但嚴重的變性血紅素血症 (methemoglobinemia)，且對於治療口腔疼痛 (包括嬰幼兒長牙造成的牙齦疼痛) 並無顯著效益，含該成分之非處方口腔止痛藥品不應用於未滿 2 歲的嬰幼兒。
2. 變性血紅素血症 (methemoglobinemia) 會造成血中攜氧量大量減少，可能危及生命甚至導致死亡，其相關徵兆及症狀可能出現於用藥後數分鐘至 2 小時內；可能出現於首次使用此類藥品時，亦可能出現於使用此類藥品數次後。
3. 美國 FDA 已要求藥商停止販售用於治療未滿 2 歲嬰幼兒長牙造成牙齦疼痛的含 benzocaine 成分非處方口腔止痛藥品。同時將修訂用於成人及 2 歲以上兒童之該類藥品仿單如下：
 - 加註變性血紅素血症相關警語。
 - 增列禁用於長牙及未滿 2 歲嬰幼兒之禁忌。
 - 修訂相關指引提醒家長和照護人員此類藥品不應用於未滿 2 歲之嬰幼兒。

食品藥物管理署說明：

1. 經查，我國曾於 100 及 101 年多次發布新聞稿及風險溝通表提醒醫療人員及民眾注意上述風險，並於 101 年 9 月以署授食字第 1011406106 號公告含 benzocaine 成分藥品仿單應於「注意事項」章節處加刊：「本藥品含 benzocaine 成分，可能造成罕見但嚴重的變性血紅素血症 (methemoglobinemia) 之不良反應」及「除非在醫療專業人員的建議及監督下，該類藥品勿使用於 2 歲以下之嬰幼兒」。
2. 次查，截至目前我國並未接獲與該成分藥品相關之不良反應通報。
3. 本署現正評估是否針對該成分藥品採取進一步風險管控措施。

醫療人員應注意事項：

1. 醫師處方含 benzocaine 成分藥品予兒童前，應審慎評估使用該類藥品之臨床效益與風險。
2. 藥師交付該類藥品時，應先行確認使用者年齡，並提醒病人或其照護者應遵照仿單（藥品說明書）或醫囑使用。
3. 醫師處方或藥師交付該類藥品時，應告知病人或其照護者，可能引起罕見但嚴重的變性血紅素血症（methemoglobinemia），並提醒病人或其照護者，用藥期間如出現下列徵兆及症狀，如：皮膚、嘴唇及甲床顏色呈現蒼白、灰色或藍色、呼吸急促、虛弱、意識混亂、頭痛、頭暈、心跳加速等，應立即就醫。
4. 有下列情形之病人發生變性血紅素血症的風險較高，包括：有呼吸疾病（如：氣喘、支氣管炎或肺氣腫）者、有心臟疾病者、吸菸者及老年患者。
5. 在醫療過程中使用局部麻醉劑時，應採取適當措施，以減少變性血紅素血症之風險，包括：監測病人是否出現變性血紅素血症相關徵兆及症狀、應備有急救設備及相關藥品（包括：methylene blue）。

病人應注意事項：

1. 除非於醫療專業人員的建議及監督下，此類藥品勿使用於未滿 2 歲之嬰幼兒，2 歲以上兒童及成人亦應遵循仿單（藥品說明書）或醫囑使用。
2. 用藥期間如出現下列徵兆及症狀，如：皮膚、嘴唇及甲床顏色呈現蒼白、灰色或藍色、呼吸急促、虛弱、意識混亂、頭痛、頭暈、心跳加速等，應立即就醫。
3. 貯放此類藥品時，應放置於兒童無法觸及處，以免誤用。

專題：類固醇製劑使用基本原則

前言

外用類固醇製劑 (topical corticosteroid, TC) 自 1952 上市後，已使用約 60 年，因其安全且具有強力的抗發炎及抗增生 (antiproliferative) 效果，在皮膚疾病如圓形禿 (alopecia areata)、牛皮癬 (psoriasis)、硬化性苔癬 (lichen sclerosus)、異位性皮膚炎 (atopic dermatitis) 等治療上扮演極重要的角色。皮膚炎治療成功主要是依據正確診斷、選用適當的外用類固醇製劑，包括所使用的基質 (vehicle)、強度、使用頻率、治療時間和副作用處理等。

類固醇製劑強度分級及吸收

根據美國 stoughton cornell 分類系統將外用類固醇依個別成分及劑型對血管收縮的影響，分為七級效度，數字越大，效度越低，粗分為低效 (6-7 級)、中效 (3-5 級)、強效 (2 級) 和超強效 (1 級)。

Clobetasol propionate 藥膏在分類上屬於第 1 級，強度是 7 級 1% hydrocortisone 的 1000 倍。相較正常皮膚狀態，類固醇在皮膚發炎或脫屑 (desquamation) 時，吸收率會增加，而身體表皮較薄部位的穿透力比厚的部位來得強，因此依據身體解剖部位不同，吸收率也會有所不同，如使用於手掌、腳掌，吸收率低於 1%，其他如前額處為 6%，生殖部位則達 42%。影響類固醇強度的其他因子尚包括藥物濃度，及製劑內所使用的基質 (vehicle)。藥膏 (ointment) 比其他產品可提供更多的潤滑 (lubrication) 和密封 (occlusive dressings) 特性。密封特性會促進皮膚水合 (hydration)，明顯增加吸收及強度，可增加外用類固醇效度高達 100 倍。藥膏之吸收較其他劑型如乳霜或水劑來得高，對治療乾燥、厚皮和高度角質化 (hyperkeratotic) 病變處非常有幫助。要注意的是藥膏不應使用於多毛區，可能會造成毛囊炎，同時其油膩特質可能會導致患者滿意度和使用配合度不佳。乳膏 (cream) 是水懸浮在油內的混合物，具有良好的潤滑特性。

藥物劑型的選用

外用類固醇藥膏應由最低有效強度開始使用，並盡可能避免長期使用。藥物劑型的選用基本上可透過以下幾點來選擇。

1. 超強效類固醇藥膏適合用於非臉或生殖部位上之嚴重皮膚病，如牛皮癬 (銀屑病)，嚴重異位性皮膚炎、嚴重接觸性皮膚炎，以及皮層較厚的患處如手掌或腳掌處。
2. 中效至強效適用於輕至中度非臉或非擦爛性 (nonintertriginous) 皮膚病。
3. 眼瞼和生殖部位應使用弱效外用類固醇。
4. 大面積使用時，考慮到藥品全身性吸收的可能性，應使用弱至中效產品來治療。

治療時間

超強效外用類固醇製劑治療時間不應超過三周，而中效至強效製劑使用低於六至八周，較少發生皮膚不良反應。對於需使用外用類固醇製劑維持長期疾病控制的病人，也許可以採行間歇性治療方式。臨床上低效製劑少有不良反應發生，但就大面積且長期治療而言，仍優先考量間歇性治療。臉部、生殖處皮膚由於藥品吸收率高，全身性吸收增加，且容易引發皮膚萎縮 (atrophy)、毛細血管擴張 (telangiectasia) 和痤瘡樣疹 (acneiform eruption) 之不良反應，故建議一至二周短期使用。一旦患處症狀緩解後，應停止外用類固醇治療。

特殊族群

1. 12 歲以下兒童不建議使用等級為強效以上的外用類固醇製劑，除非是症狀非常嚴重者，且使用不應超過 2 周，每日宜使用一次。兒童一般建議使用較低效 (4-7 級) 的外用類固醇製劑短期治療。
2. 孕婦或哺乳婦使用外用類固醇製劑之安全性資料有限，研究顯示，懷孕期間曾暴露在強效以上之外用類固醇製劑者，產出低出生體重 (low birth weight, LBW) 新生兒的相對風險 (relative risk) 是對照組的 2.1 倍，95% CI: 1.4-3.1。另一研究顯示，孕期間曾使用強效以上的類固醇藥物超過 300 克，低出生體重的相對風險是 7.7 倍，95% CI: 1.5-40.1。

副作用

外用類固醇製劑最常見的副作用包括皮膚萎縮、皮紋產生、酒糟鼻、痤瘡和紫斑症等，比較少見的副作用則包括多毛症、色素沉澱、傷口延遲癒合和皮膚感染惡化等，除此之外，外用類固醇製劑也會造成全身性副作用包括高血糖、青光眼和腎上腺功能不足，尤其是兒童族群，原因為兒童體表面積相較體重之比率較其他族群來得高。當外用類固醇製劑經過長期、高頻次或高效度類固醇使用後，可能導致病人在心理和生理上產生依賴，稱為外用類固醇成癮症 (Topical Corticosteroid Addiction, TCA)，一旦突然停藥，病人可能發生戒斷症狀，尤其是皮膚部位發生燒灼、刺痛感，且皮膚表面也會呈現亮紅色樣 (bright red skin)，這時病人不僅要面臨原疾病復發的可能，同時也要處理因藥品戒斷所帶來的不適感。外用類固醇製劑之戒斷症狀可以發生在身體各處，特別是臉和生殖部位。

外用類固醇戒斷症狀如何治療

面對可能的戒斷反應時，醫師確認診斷前需先排除目前的症狀是否為過敏性接觸性皮炎、感染或濕疹發作，一旦確立是戒斷或藥物過度使用所致，接下來就是要停止不適當使用。停止外用類固醇製劑使用前需有完整的考量，包括後續所要採行的支持性療法，如患處進行冷敷 (cool compress) 以減緩疼痛，使用較溫和的潤膚乳液來緩解乾燥症狀等，同時也需逐步轉換使用較低效率的外用類固醇製劑來預防因戒斷所引起的不適感。藥品戒斷症狀持續時間與先前藥品使用的經驗有關，高效外用類固醇製劑經長期使用，戒斷症狀持續時間亦相對長，可以預先告知患者，使其有心理準備。另外，因戒斷可能引起病人焦慮發生，可考慮使用抗焦慮藥物，有嚴重搔癢感時，可使用口服抗組織胺劑，以維持病人正常或趨近正常的社交生活。

外用類固醇是皮膚炎治療很好的利器，但水能載舟亦能覆舟，一旦症狀緩解時，可考慮先暫時停止治療，以減緩副作用或外用類固醇戒斷症狀發生之風險。外用類固醇戒斷症目前並沒有非常有效的治療策略，事前了解個別產品特性，適當選擇，正確使用，不濫用，才是最主要的解決方式。

參考資料

- 1) Goldstein, B. G., & Goldstein, A. O. (2016). General principles of dermatologic therapy and topical corticosteroid use. UptoDate JANUARY.
- 2) Ghosh, A., Sengupta, S., Coondoo, A., & Jana, A. K. (2014). Topical corticosteroid addiction and phobia. Indian journal of dermatology, 59(5), 465.
- 3) Hengge, U. R., Ruzicka, T., Schwartz, R. A., & Cork, M. J. (2006). Adverse effects of topical glucocorticosteroids. Journal of the American Academy of Dermatology, 54(1), 1-15.