

三總藥訊

一百零八年3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

總編輯：李宜勳

主 編：鄭書孟

編輯群：黃志偉、洪乃勻、王婷瑩、王筱萍

本院近期藥品異動新增資訊 (10801~10802)	p.1
全民健康保險藥品給付規定修正 (107 年 2 月 1 日及 108 年 3 月 1 日生效)	p.9
專題：帕金森氏症藥物治療概論.....	p.14

本院近期藥品異動新增資訊 10801~10802

藥品異動清單 10801~10802

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
1080227	005FLA01	FLAGYL TAB 250 MG	停產		
1080222	005DOM02	DOMTOO FC TAB 10 MG	刪除		
1080213	005TIE02	TIENAM INJ 500 MG (500 MG/500 MG)	停止進口	BESTNEM INJ 500 MG (500 MG/500 MG) (***)	005BES01
1080128	005VIV02	VIVIAN T FC TAB 20 MG	刪除		
1080116	005PHY05	PHYTONADIONE INJ 10 MG/ML 1 ML	刪除	VITAMIN K1 INJ 10 MG/ML 1 ML (KATIMIN)	005VIT13
1080115	005AVA04	AVAMYS NASAL SPRAY 27.5 MCG/DOSE 120 DOSES	刪除		
1080110	005KEM02	KEMOPLAT INJ 0.5 MG/ML 100 ML	刪除	KEMOPLAT INJ 1 MG/ML 50 ML	005KEM03
1080109	005PIR06	PIRAMIDE TAB 500 MG	刪除	PYRAZINAMIDE TAB 500 MG	005PYR04
1080107	005GEM01	GEMD CAP 300 MG	刪除		
1080103	005LUC01	LUCENTIS INJ 10 MG/ML 0.23 ML (&)	刪除		

新進藥品清單(按藥品建檔日期由近至遠排列) 10801~10802

項次	藥品名稱	院內碼 健保碼	學名	適應症	健保價 (元)	備註
1	TENOF FC TAB 300 MG	005TEN06 BC27375100	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE	Tenofovir 用於治療具有病毒複製及活動性肝臟發炎證據之慢性 B 型肝炎的成人與 12 歲及以上小兒患者。	130.00	註 1
2	ESTENGY FC TAB 5 MG/160 MG	005EST05 AC59643100	AMLODIPINE BESYLATE;VALSARTAN;	治療高血壓，此複方藥品不適用於起始治療。	17.90	
3	PRAxBIND INJ 50 MG/ML 50 ML	005PRA09 KC01041248	IDARUCIZUMAB;	服用 PRADAXA 病人需反轉 dabigatran 抗凝血作用時使用：病人發生危及生命或無法控制之出血時，或是需要緊急手術時。	31,500	
4	DECAPEPTYL INJ 0.1 MG/ML 1 ML	005DEC05 不給付	TRIPTORELIN ACETATE	攝護腺癌之輔助療法，子宮內膜異位症，子宮肌瘤切除手術前縮減子宮肌瘤體積之輔助治療，女性不孕症在體外受精及胚胎植入(IVF-ET)之輔助治療。	-	
5	SYNNA TAB 2 MG/10 MG	005SYN11 AC45181100	ESTRADIOL VALERATE;MEDROXYPROGESTERONE ACETATE	動情激素缺乏、更年期諸症狀、無月經症、骨鬆症、月經過少、卵巢切除手術後之治療。	4.61	
6	ERAFLU CAP 75 MG (CDC-公費)	005ERA02 條件給付	OSELTAMIVIR PHOSPHATE;	公費流感抗病毒藥劑，請參考使用對象一覽表。	-	註 2
7	VAXIGRIP TETRA INJ 0.5 ML (CDC-公費) (###)	005VAX06 K000453277	INFLUENZA VACCINE	疾管署提供四價季節流感疫苗，適用年齡 6 個月至 3 歲以下。	-	註 3
8	BERIPLAST P COMBI-SET 1ML	0-05BER06 不給付	FIBRINOGEN;FACTOR XIII;HUMAN THROMBIN	出血性胃、十二指腸的內視鏡進一步治療。	-	
9	COVORIN INJ 10 MG/ML 5 ML	005COV02 AC47621221	FOLINIC ACID (LEUCOVORIN)	葉酸拮抗劑(如 Methotrexate)過量之解毒劑；與 5-FU 合併治療直腸癌。	87.00	
10	MIRTAPINE ORALLY DISINTEGRATING TAB 30 MG	005MIR11 AB49656100	MIRTAZAPINE	鬱症。	13.00	註 4
11	RHYNORM TAB 150 MG	005RHY01 AC50210100	PROPAFENONE HCL	心室性心搏過速，上室性心搏過速，W-P-W 症候群。	10.60	
12	ZOLADEX LA DEPOT INJ 10.8 MG	005ZOL03 BC222332D1	GOSERELIN ACEATE	攝護腺癌。	12,028	註 5
13	TRACETON FC TAB 37.5 MG/325 MG	005TRA23 AC56706100	TRAMADOL HCL,ACETAMINOPHEN	使用非鴉片類止痛劑無效的中度至嚴重性疼痛。	4.53	註 6
14	SEROQUEL FC TAB 25 MG	005SER15 BC22543100	QUETIAPINE	精神疾病治療藥物。	10.70	註 7
15	ROCURONIUM KABI INJ 10 MG/ML 5 ML	005ROC05 不給付	ROCURONIUM BROMIDE	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，加護病房中須插管	-	

項次	藥品名稱	院內碼 健保碼	學名	適應症	健保價 (元)	備註
				及使用人工呼吸器時。		
16	STERITALC 4 G	005STE08 不給付	TALC	預防惡性胸腔積液復發；預防氣胸復發。	-	
17	STERITALC 3 G WITH CANNULA	005STE09 不給付	TALC	預防惡性胸腔積液復發；預防氣胸復發。	-	
18	麻醉科-ROCURONIUM KABI INJ 10 MG/ML 5 ML	006ROC05 不給付	ROCURONIUM BROMIDE	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，加護病房中須插管及使用人工呼吸器時。		註8
19	ADRIAMYCIN INJ 2 MG/ML 10 MG	005ADR05 BC22712221	DOXORUBICIN HCL	抗腫瘤製劑。	452.00	
20	PHARMORUBICIN INJ 2 MG/ML 5 ML (NEW)	005PHA06 BC22695221	EPIRUBICIN HCL	抗腫瘤製劑。	521.00	
21	PHARMORUBICIN INJ 2 MG/ML 25 ML (NEW)	005PHA07 BC22695240	EPIRUBICIN HCL	抗腫瘤製劑。	2848.00	
22	ADIMFLU-S (QIS) INJ 0.5 ML (CDC-公費)	005ADI05 J000113277	INFLUENZA VACCINE	預防流感。		註9
23	MOMENASE NASAL SPRAY 50 MCG/DOSE 140 DOSES	005MOM01 AC58777424	MOMETASONE FUROATE MONOHYDRATE	成人青少年及二歲以上兒童之季節性或常年性過敏性鼻炎。亦用於治療 18 歲及以上成人輕度到中度鼻息肉之相關症狀。	151.00	
24	TAIGEXYN CAP 250 MG	005TAI07 AC58540100	NEMONOXACIN MALATE HEMIHYDRATE	治療成人對 nemonoxacin 有感受性的致病菌所引起之感染：適合於門診治療之輕度社區型肺炎。	180.00	註10
25	OLMESARDIN FC TAB 40 MG	005OLM03 AC59278100	OLMESARTAN MEDOXOMIL	高血壓。	15.20	
26	LUCENTIS INJ 10 MG/ML 0.165 ML (&)	005LUC03 KC00990288	RANIBIZUMAB	1)治療血管新生型(濕性)年齡相關性黃斑部退化病變。2)治療脈絡膜血管新生所導致的視力損害。3)治療糖尿病引起黃斑部水腫所導致的視力損害。4)治療視網膜靜脈阻塞(分支或中央視網膜靜脈阻塞；BRVO 或 CRVO)續發黃斑部水腫所導致的視力損害。	21599	註11
27	RELINIDE TAB 1 MG	005REL07 AA49061100	REPAGLINIDE	第二型糖尿病 (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。	2.65	

備註(健保給付規定及其他說明)：

註 1

10.9.抗人類免疫缺乏病毒藥品使用規定(106/2/4)

- 1.限在台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。

10.7.3.Lamivudine 100mg(如 Zeffix)；entecavir (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、102/2/1、104/12/1、106/1/1、106/4/1、107/2/1)

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 型肝炎患者：

1.HBsAg(+)且已發生肝代償不全者，以 lamivudine 100mg、entecavir 1.0mg、telbivudine 600mg、或 tenofovir 300mg 治療，其給付療程如下：(98/11/1、100/6/1、102/2/1、104/12/1、106/1/1、106/4/1)

- (1)HBeAg 陽性病患治療至 e 抗原轉陰並再給付最多 12 個月治療。
- (2)HBeAg 陰性病患治療至少二年，治療期間需檢驗血清 HBV DNA，並於檢驗血清 HBV DNA 連續三次，每次間隔 6 個月，均檢驗不出 HBV DNA 時停藥，每次療程至多給付 36 個月。

註：

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

II.Entecavir 每日限使用 1 粒。

2.慢性 B 型肝炎病毒帶原者 HBsAg(+): (98/11/1)

- (1)接受非肝臟之器官移植後，B 型肝炎發作者，可長期使用。(98/11/1)
- (2)接受癌症化學療法中，B 型肝炎發作者，經照會消化系專科醫師同意後，可長期使用。(93/2/1、94/10/1、98/11/1)
- (3)接受肝臟移植者，可預防性使用。(95/10/1、98/11/1)
- (4)接受癌症化學療法，經照會消化系專科醫師同意後，可於化學療法前 1 週開始給付使用，直至化學療法結束後 6 個月，以預防 B 型肝炎發作。(98/11/1)
- (5)肝硬化病患，可長期使用。(99/7/1)

註：肝硬化條件為需同時符合下列二項條件:(99/7/1)

I.HBsAg(+)且血清 HBV DNA \geq 2,000IU/mL 者。

II.診斷標準：

- a.肝組織切片 (Metavir F4 或 Ishak F5 以上，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)；或
- b.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。若患者因其他臨床適應症接受電腦斷層或核磁共振檢查而被診斷為肝硬化時，可做為診斷依據。

(6)在異體造血幹細胞移植時:(104/12/1)

I.捐贈者之 HBsAg 為陽性反應，則捐贈者可自其確認為移植捐贈者後開始使用預防性抗病毒藥物治療，原則上治療到血液中偵測不到 HBV DNA；若捐贈者符合 10.7.3 之 3 至 5 項治療條件，則依其規範給付。

II.受贈者之 HBsAg 為陽性反應，或捐贈來源之 HBsAg 為陽性反應，則受贈者可在經照會消化系專科醫師同意後，於移植前一週起至移植後免疫抑制藥物停用後 6 個月內，給付使用抗 B 型肝炎病毒藥物以預防發作。

(7)血清 HBV DNA \geq 106 IU/mL 之懷孕者，可於懷孕滿 27 週後開始給付使用 telbivudine 或 tenofovir，直至產後 4 週。(107/2/1)

3.HBsAg(+)超過 6 個月及 HBeAg(+)超過 3 個月，且 ALT 值大於(或等於)正常值上限 5 倍以上(ALT \geq 5X)，符合前述條件者，其給付療程為治療至 e 抗原轉陰並再給付最多 12 個月。(98/11/1、99/5/1、106/1/1)

4.HBsAg(+)超過 6 個月及 HBeAg(+)超過 3 個月，其 ALT 值介於正常值上限 2 至 5 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 陽性之患者，符合前述條件者，其給付療程為治療至 e 抗原轉陰並再給付最多 12 個月。(93/8/1、95/11/1、98/11/1、99/5/1、106/1/1)

5.HBsAg(+)超過 6 個月及 HBeAg(-)超過 3 個月，且 ALT 值半年有兩次以上(每次間隔 3 個月)大於或等於正常值上限 2 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 陽性之患者，符合前述條件者，其療程至少二年，治療期間需檢驗血清 HBV DNA，並於檢驗血清 HBV DNA 連續三次，每次間隔 6 個月，均檢驗不出 HBV DNA 時停藥，每次療程至多給付 36 個月。(93/8/1、95/11/1、98/11/1、106/1/1、106/4/1)

6.若上述治療中出現 lamivudine 100mg、entecavir、telbivudine 抗藥性病毒株，可改換對於抗藥株有效之 B 型肝炎抗病毒藥物治療，治療藥物及療程之規定詳如 10.7.4 之 1 至 4 項。(98/11/1、99/5/1、99/7/1、102/2/1、104/12/1)

註 2

公費流感抗病毒藥劑使用對象一覽表(適用日期：104年5月1日起)

公費藥劑使用對象，倘非本國籍人士，除通報流感併發重症及新型 A 型流感等法定傳染病患者外，應有居留證(18 歲以下孩童其父母需一方為本國籍或持有居留證)

- 一、符合「流感併發重症」通報病例(需通報於法定傳染病通報系統)
- 二、孕婦經評估需及時用藥者(領有國民健康署核發孕婦健康手冊之婦女)
- 三、伴隨危險徵兆之類流感患者

註：

- 1.危險徵兆包括呼吸急促、呼吸困難、發紺、血痰、胸痛、意識改變、低血壓。
- 2.另兒童之危險徵兆尚包含呼吸急促或困難、缺乏意識、不容易喚醒及活動力低下。

四、重大傷病、免疫不全(含使用免疫抑制劑者)或具心肺血管疾病、肝、腎及糖尿病等之類流感患者

註：

- 1.重大傷病：IC 卡註記為重大傷病或持有重大傷病證明紙卡者。
- 2.心肺血管疾病、肝、腎及糖尿病之 ICD CODE 為 571、250、390-398、410-414、415-429、490-519、493、580-588。

五、過度肥胖之類流感患者(BMI \geq 35)

六、經本署各區管制中心防疫醫師認可之類流感群聚事件

註：選填此項者需填寫群聚編號

七、符合新型 A 型流感通報定義者(需通報於法定傳染病通報系統)

八、新型 A 型流感極可能/確定病例之密切接觸者(接觸者名冊經傳染病防治醫療網區正/副指揮官或其授權人員研判需給藥者)

註：選填此項者需填寫所接觸之個案的法傳編號

九、動物流感發生場所撲殺清場工作人員(接觸者名冊經傳染病防治醫療網區正/副指揮官或其授權人員研判需給藥者)

註：選填此項者需填寫群聚編號

十、高燒持續 48 小時之類流感患者(每年 12 月 1 日起至隔年 3 月 31 日止)

十一、家人/同事/同班同學有類流感發病者(每年 12 月 1 日起至隔年 3 月 31 日止)

註：係指該就醫之類流感患者，其家人/同事/同班同學有類流感發病

註 3

依據衛生福利部疾病管制署 107 年度流感疫苗接種計畫：

一、實施期間：108 年 2 月 1 日起至疫苗用罄為止。

流感疫苗其他相關時程說明：以衛生福利部疾病管制署統一發布為準

二、依疾管署政策該疫苗『僅』提供於實施對象：滿 6 個月以上至未滿 3 歲幼童(幼兒及其父母均為外國人，且均無加入健保及無居留證之幼兒需自費接種)。

三、接種劑量劑次：依藥品仿單 0.5mL。

註 4

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)、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(flvoxamine maleate、fluoxetine、paroxetine、sertraline、venlafaxine、milnacipran、mirtazapine、citalopram、escitalopram、duloxetine、agomelatine、vortioxetine 等製劑)：(88/12/1、89/10/1、91/5/1、92/6/1、93/5/1、94/2/1、94/12/1、99/10/1、101/7/1、107/3/1)

使用時病歷上應詳細註明診斷依據及使用理由。

註 5

5.5.1.Gn-RH analogue (如 Buserelin；Goserelin；Leuprorelin；Triptorelin；Nafarelin(acetate)等製劑)(92/1/1、93/4/1、95/4/1、98/5/1、99/2/1、99/10/1、100/2/1)

1.本類藥品限用於前列腺癌、中樞性早熟、子宮內膜異位症及停經前(或更年期前)之嚴重乳癌病例。(85/1/1)(98/5/1)

2.本類製劑用於中樞性早熟、乳癌及子宮內膜異位症病例需經事前審核核准後依下列規範使用(98/5/1、99/10/1)：

(I)中樞性早熟

I.診斷：中樞性早熟(central precocious puberty, CPP) LHRH 測驗呈 LH 反應最高值 \geq 10 mIU/mL 且合併第二性徵。包括特發性(Idiopathic CPP, ICPP)和病理性(Pathologic CPP, PCPP)

II.治療條件：

i.年齡：開始發育的年齡，女孩 \leq 七歲，男孩 \leq 八歲。

- ii. 骨齡加速：較年齡至少超前二年。
- iii. 預估成人身高需兼具下列 3 條件：(95/4/1)
 - a. 女 \leq 一五三公分，男 \leq 一六五公分
 - b. 比標的身高 (target height, TH) 至少相同或較矮； $TH = \frac{\text{父親身高} + \text{母親身高} + 11(\text{男}) - 11(\text{女})}{2}$ 。
 - c. 在追蹤六至十二個月期間，骨齡增加與年齡增加比率 ≥ 2.0 ，且預估身高 (PAH) 減少至少五公分。

iv. PCPP 中合併中樞神經疾病者，不受 ii、iii 之限制。

III. 治療劑量及使用法：

GnRH analogue 最高 3.75 mg，每三至四週注射一次 (途徑依藥廠規定)

IV. 治療監測：

身高和體重至少每三個月測量一次，骨齡至少每六至十二個月測定一次。

V. 繼續治療條件：

- i. 生長速率 ≥ 2 公分/年，
- ii. 骨齡：女小於十四歲，男小於十五歲。

VI. 使用醫師：限小兒內分泌或新陳代謝專科醫師。

VII. 限區域醫院以上層級之醫院使用。

(2) 停經前 (或更年期前) 之嚴重乳癌，須完全符合以下二點：(86/9/1、99/2/1)

- I. 荷爾蒙接受體陽性。
- II. 無法忍受其他荷爾蒙製劑 (tamoxifen、megestrol 等)，且為停經前婦女有轉移性乳癌者。

(3) 停經前 (或更年期前) 之早期乳癌，且須完全符合以下六點：(100/2/1)

- I. 與 tamoxifen 合併使用，作為手術後取代化學治療之輔助療法。
- II. 荷爾蒙接受體為強陽性：ER/PR 為 2+ 或 3+。
- III. Her-2 Fish 檢測為陰性或 IHC 為 1+。
- IV. 淋巴結轉移數目須 ≤ 3 個。

V. 使用期限：goserelin 使用 3 年，tamoxifen 使用 5 年。

VI. 須事前審查，並於申請時說明無法接受化學治療之原因。

(4) 本品使用於子宮內膜異位症之規定：(87/10/1、98/5/1)

I. 經客觀診斷之第二期 (含) 以上子宮內膜異位症 (AFS 修訂之評分標準 (以下簡稱 rAFS)，需附手術紀錄及病理報告證明)；且符合下列各項條件之一者，需經事前審查核准後使用 GnRH analogue。

- i. 肝機能不全 (ALT 或 AST 大於正常值三倍)、腎功能不全 (creatinine > 2 mg %)、鬱血性心臟病，不適用各種荷爾蒙藥物治療者。
 - ii. 曾使用各種荷爾蒙藥物治療，引起藥物過敏或不可逆之藥物不良反應者。
- II. 前項藥物治療以連續六個月為上限。

註 6

1.1.4. tramadol HCl + acetaminophen (如 Ultracet Tablets) (93/7/1、95/5/1) 限用於中度至嚴重性疼痛之病人，

須符合下述條件：

- 1. 經其他止痛藥、或非類固醇抗發炎藥物 (NSAIDs) 治療後仍無法控制疼痛或有嚴重副作用者。
- 2. 非癌症病患使用超過五天時，須檢附疼痛評估報告，並每隔三個月再評估乙次，內容須包括疼痛強度及疼痛緩解的 VAS 與 VRS (Visual Analogue Scale 和 Verbal Rating Scale)。

註 7

1.2.2. 抗精神病劑 Antipsychotics

1.2.2.2. Second generation antipsychotics (簡稱第二代抗精神病藥品，如 clozapine、olanzapine、risperidone、quetiapine、amisulpride、ziprasidone、aripiprazole、paliperidone、lurasidone 等)：(91/9/1、92/1/1、92/7/1、94/1/1、95/10/1、97/5/1、99/10/1、106/1/1)

1. 本類製劑之使用需符合下列條件 (95/10/1、97/5/1、99/10/1、106/1/1)：

(1) 開始使用「第二代抗精神病藥品」時需於病歷記載：

醫療理由或診斷，以及臨床整體評估表 (Clinical Global Impression, 簡稱 CGI) 之分數。

(2)經規則使用六至八週後，需整體評估其療效，並於病歷記載：臨床整體評估表之分數。

(3)日劑量超過下列治療劑量時，需於病歷記載理由：

- clozapine 400 mg/day
- risperidone 6 mg/day
- olanzapine 20 mg/day
- quetiapine 600 mg/day
- amisulpride 800mg/day (92/1/1)
- ziprasidone 120mg/day (92/7/1)
- aripiprazole 15mg/day (94/1/1)
- paliperidone 12mg/day (97/5/1)
- lurasidone 120mg/day (106/1/1)

2.本類藥品不得使用於雙極性疾患之鬱症發作。(95/10/1)

3.Olanzapine 用於預防雙極性疾患復發時，限 lithium、carbamazepine、valproate 等藥品至少使用兩種以上，治療無效或無法耐受副作用時使用。(95/10/1)

全民健康保險藥品給付規定通則

四、注射藥品之使用原則：

(一)注射藥品使用時機，應以經醫師診斷後，判斷病情需要且病人不能口服，或口服仍不能期待其有治療效果，記明於病歷表者，方得為之。(86/1/1)

(二)因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品包括：

13. 抗精神病長效針劑(至多攜回一個月)。(87/4/1)

八、內服液劑之使用原則(94/11/1、97/03/01)

(一)12歲(含)以下兒童得使用內服液劑。

(二)施行管灌飲食等不適合服用錠劑之病人，得依病情需要使用

註 8

1.4. 麻醉劑 Drugs used in anesthesia

1.4.3. vecuronium、rocuronium (91/2/1、100/7/1)

1.限使用人工呼吸器治療之血液動力學不穩定之重症病患，且具有下述情形者(100/7/1)：

(1)心臟功能不穩定者。

(2)心搏過速可能惡化者。

2.每次使用以不超過七十二小時為原則。

3.不得作為例行性使用。

註 9

依據衛生福利部疾病管制署 107 年度流感疫苗接種計畫：

一、實施期間：107 年 10 月 15 日起至疫苗用罄為止。

流感疫苗其他相關時程說明：以衛生福利部疾病管制署統一發布為準

二、實施對象：

(1)滿 6 個月以上至國小入學前幼兒：出生滿 6 個月以上至國小註冊就學前之幼兒（幼兒及其父母均為外國人，且均無加入健保及無居留證之幼兒需自費接種）

(2)國小、國中、高中、高職、五專一至三年級學生（校園集中接種）：

-107 學年度第一學期註冊為我國國小學生。

-107 學年度第一學期註冊為我國國中學生。

-107 學年度第一學期註冊為我國高中、高職或五專 1-3 年級學生(含日/夜間部，但不含補校)。

(3)50 歲以上成人：

-以「接種年」減「出生年」計算大於等於 65 歲者。

-以「接種年」減「出生年」計算介於 50-64 歲者。

(4)具有潛在疾病者(高風險慢性病患/罕病重大傷病)：

-高風險慢性病患，經醫師評估符合或具有曾因糖尿病、慢性肝病（含肝硬化）、心、肺、血管疾病（不含單純高血壓）、腎臟及免疫低下(HIV 感染者)等疾病門、住診紀錄者（疾病代碼詳如附表 1）、BMI \geq 30 者、帕金森氏病、阿茲海默症、癲癇、心衰竭與心律不整及慢性病毒性肝炎。

-罕見疾病患者（健保 IC 卡內具註記，或疾病代碼詳如附表 2，並以國民健康署最新公告為準）。

-重大傷病(健保 IC 卡內具註記或領有重大傷病證明紙卡者)。

(5)「6 個月內嬰兒之父母」及「幼兒園托育人員及托育機構專業人員」

(6)孕婦及產後 6 個月內婦女：

-已領取國民健康署編印「孕婦健康手冊」之懷孕婦女。

-持有嬰兒出生證明文件或完成新生嬰兒登記之戶口名簿之 6 個月內(以「接種年月」減「嬰兒出生年月」計算小於等於 6 個月)產婦。

(7)機構對象：

-目前居住於安養機構、養護機構、長期照護機構、護理之家(不含產後護理之家)、榮民之家、身心障礙福利服務機構(不含福利服務中心)、呼吸治療中心、精神復健機構之康復之家等機構之受照顧者、榮民醫院公務預算床榮惠及居家護理個案等。

-直接照顧上述機構之受照顧者或個案之機構所屬工作人員。

(8)醫事等單位人員：具執業登記醫事人員、醫療院所非醫事人員

(9)衛生等單位防疫相關人員：

衛生單位、各消防隊第一線緊急救護人員、第一線海巡、岸巡人員、國際機場港口入境安全檢查、證照查驗及第一線關務人員、實施空中救護勤務人員。

(10)禽畜養殖等及動物防疫人員：依農委會制訂之定義說明

三、接種劑量劑次：

(1)50 歲以上成人：0.5ml-1 劑

(2)機構等對象之受照顧者及直接照顧者：0.5ml-1 劑

(3)重大傷病、高風險慢性病患及罕見疾病患者：0.5ml-1 劑

(4)消防隊救護車緊急救護人員、海岸巡人員、國際機場、禽畜業者、動物防疫人員及空中緊急救護人員：0.5ml-1 劑

(5)國小、國中、高中職/五專、1-3 年級學生：0.5ml-1 劑

(6)6 個月以上至入學前(出生滿 6 個月以上至 6 歲未入學者)：依實際年齡接種

-6 個月以上至 3 歲以下 (35M)：0.25ml

-3 歲以上 (36M)：0.5ml

(7)執業登錄之醫事人員及醫療院所員額內非醫事人員：0.5ml-1 劑

註 10

10.8.2.Quinolone 類：(96/9/1、97/9/1、107/1/1)

限使用於下列疾病，若使用於結核病不予給付。(96/9/1)

10.8.2.4.Nemonoxacin (如 Taigexyn)：(107/1/1)

限用於成人(18 歲以上)適合於門診治療之社區性肺炎。

註 11

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、106/12/1)(附表二十九)

本類藥品使用須符合下列條件：

1.未曾申請給付本類藥品者。

2.須經事前審查核准後使用。

(1)第一次申請時需檢附一個月內之病眼最佳矯正視力(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。

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

3.限眼科專科醫師施行。

4.已產生中央窩下(subfoveal)結痂者不得申請使用。

5.依疾病別另規定如下：

(1)50 歲以上血管新生型(濕性)年齡相關性黃斑部退化病變(wAMD)：(101/5/1、105/12/1)

- I. 限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請。
- II. 第一次申請時以 3 支為限，每眼給付以 7 支為限，須於第一次申請核准後 5 年內使用完畢。(105/12/1)
- III. 若有需要排除多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變 (polypoidal choroidal vasculopathy, PCV) 之疑慮時，須執行並於申請時檢附 ICG (indocyanone green angiography)。
- IV. 必須排除下列情況：
- i. 血管新生型 wAMD 進展至視網膜下纖維化或 advanced geographic atrophy 者反應不佳。
 - ii. 經確認為多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變(PCV) (註：aflibercept 適用於 PCV 部分請依 5.(3)辦理)。
 - iii. 高度近視，類血管狀破裂症(angiod streaks)，或其他非 wAMD 所造成視網膜中央窩 (fovea) 下之脈絡膜新生血管 (Choroidal neovascularization; CNV) (101/5/1)。
- (2) 糖尿病引起黃斑部水腫 (dia-betic macular edema, DME) 之病變：(102/2/1、103/8/1、105/2/1、105/11/1、105/12/1、106/4/1)
- I. 限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請，且未曾申請給付 dexamethasone 眼後段植入劑者。(106/4/1)
 - II. 中央視網膜厚度(central retinal thickness, CRT) $\geq 300 \mu\text{m}$ 。
 - III. 近三個月內之糖化血色素(HbA1c)數值低於 10%，並於每次申請時檢附近三個月內之檢查結果。
 - IV. 第一次申請以 5 支為限，每眼給付以 8 支為限，須於第一次申請核准後 5 年內使用完畢。(105/2/1、105/12/1)
 - V. 再次申請時，需檢附與第一次申請項目相同之各項最近檢查紀錄外，並檢送使用後有改善證明之相關資料。(105/2/1、105/12/1)
- VI. 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不得申請使用。
- (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、106/12/1)
- I. 限 verteporfin、aflibercept 及 ranibizumab 擇一申請。(106/12/1)
 - II. Verteporfin 病灶限位於大血管弓內(major vessels archade)。
 - 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 及 ranibizumab 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)
 - 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。
- (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)
- I. 限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請，且未曾申請給付 dexamethasone 眼後段植入劑者。
 - II. 限 18 歲以上患者。
 - III. 中央視網膜厚度(central retinal thickness, CRT) $\geq 300 \mu\text{m}$ 。
 - 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)
- (5) 病理性近視續發的脈絡膜血管新生所導致的視力損害：(105/7/1、105/12/1、106/12/1)
- I. 限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請。(106/12/1)
 - II. 限超過 600 度近視。
 - III. 眼軸長大於 26mm。
 - IV. 因 CNV 病變而導致動態滲漏或中央視網膜內或視網膜下液。
 - V. 申請以一次為限，每眼最多給付 3 支，申請核准後有效期限為 5 年。
 - VI. 有下列情況者不得申請使用：
 - i. 有中風病史。
 - ii. 三個月內曾使用過類固醇眼內治療者。
- (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)
- I. 限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請。
 - II. 限 18 歲以上患者。
 - III. 中央視網膜厚度(central retinal thickness, CRT) $\geq 300 \mu\text{m}$ 。
 - 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。

全民健康保險藥品給付規定修正 (自108年2月1日生效)

第 8 節 免疫製劑 Immunologic agents

修訂後給付規定	原給付規定
<p>2.1.3.肝素類 Heparin group</p> <p>2.1.3.1.Tinzaparin 注射劑 (如 Innohep) : 略</p> <p><u>2.1.3.2.Enoxaparin 注射劑 (如 Clexane) : (108/2/1)</u></p> <p>依下列情形使用：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>治療深部靜脈栓塞(DVT)：每次療程使用小於10天。</u> 2. <u>治療急性冠心症(ACS)：每次療程使用60mg 1天2次，2~8天。</u> <p><u>預防手術後靜脈栓塞：腹部手術，每次療程使用40mg 1天1次，7~10天；膝蓋或髖關節手術，每次療程使用30mg 1天1次，7~10天。</u></p>	<p>2.1.3.肝素類 Heparin group</p> <p>2.1.3.1.Tinzaparin 注射劑 (如 Innohep) : 略</p> <p>2.1.3.2.無</p>
<p>8.1.3.高單位免疫球蛋白 (如 Gamimune-N; Venoglobulin 等)：</p> <p>限符合下列適應症病患檢附病歷摘要 (註明診斷，相關檢查報告及數據，體重、年齡、性別、病史、曾否使用同一藥品及其療效…等)</p> <p>1.~9. (略)</p> <p><u>10.慢性脫髓鞘多發性神經炎 (Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy, CIDP) (限使用 Privigen) : (108/2/1)</u></p> <p><u>(1)限用於依歐洲神經醫學會聯合會 (European Federation of Neurological Societies; EFNS)之診斷標準確診為慢性脫髓鞘多發性神經炎之成人，且對於類固醇治療無效或無法耐受類固醇，臨床上仍產生急性惡化時使用。</u></p> <p><u>(2)前述類固醇治療無效定義，係指使用口服每日每公斤體重 1mg 或每日 60mg prednisolone 兩個月仍未有 INCAT (Inflammatory Neuropathy Cause and Treatment) Disability scale 1 分(含)以上之進步。</u></p> <p><u>(3)限由區域醫院(含)以上教學醫院神經科專科醫師診斷及使用。</u></p> <p><u>(4)需經事前審查核准後使用，每次申請半年兩個療程，每年最多四個療程，需檢附病歷資料及治療前後的 INCAT 評估結果。</u></p> <p><u>(5)每月最大劑量每公斤體重 2 公克。</u></p> <p><u>(6)如在開始兩個療程後無 INCAT 1 分(含)以上之進步，則不再給予高單位免疫球蛋白。</u></p> <p>註：川崎病診斷標準：(略)</p>	<p>8.1.3.高單位免疫球蛋白 (如 Gamimune-N; Venoglobulin 等)：</p> <p>限符合下列適應症病患檢附病歷摘要 (註明診斷，相關檢查報告及數據，體重、年齡、性別、病史、曾否使用同一藥品及其療效…等)</p> <p>1.~9. (略)</p> <p>註：川崎病診斷標準：(略)</p>
<p><u>10.3.5.Ceftaroline (如 Zinforo) : (108/2/1)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>限用於成人及 2 個月以上兒童之社區性肺炎，經使用第一線社區性肺炎抗生素(如盤尼西林類抗生素、第三代頭孢子菌素、quinolone 類抗生素)治療失敗或致病菌對第一線抗生素不具感受性，且經感染症專科醫師會診確認需使用者。</u> 2. <u>申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料。</u> 	<p>(無)</p>

<p>10.7.3.Lamivudine 100mg(如 Zeffix)；entecavir(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、102/2/1、104/12/1、106/1/1、106/4/1、107/2/1、<u>108/2/1</u>)</p> <p>限用於參加「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」之下列慢性病毒性B型肝炎患者：</p> <p>1.略</p> <p>2.慢性B型肝炎病毒帶原者 HBsAg(+)：(98/11/1)</p> <p>(1)~(7)略</p> <p><u>(8)確診為肝癌並接受根除性治療且 HBV DNA \geq 2000 IU/mL，可長期使用，直至肝癌復發且未能再次接受根除性治療止。(108/2/1)</u></p> <p>註：</p> <p><u>a.根除性治療包括手術切除、肝臟移植、射頻燒灼(radiofrequency ablation)及局部酒精注射。</u></p> <p><u>b.已符合肝硬化給付條件可長期使用者，不在此限。</u></p> <p>3.~7.略</p>	<p>10.7.3.Lamivudine 100mg(如 Zeffix)；entecavir(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、102/2/1、104/12/1、106/1/1、106/4/1、107/2/1)</p> <p>限用於參加「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」之下列慢性病毒性B型肝炎患者：</p> <p>1.略</p> <p>2.慢性B型肝炎病毒帶原者 HBsAg(+)：(98/11/1)</p> <p>(1)~(7)略</p>
---	---

全民健康保險藥品給付規定修正（自108年3月1日生效）

第10節 抗微生物劑 Antimicrobial agents

修訂後給付規定	原給付規定
<p>1. 4. 5. Dexmedetomidine (如 Precedex)：(96/8/1、<u>108/3/1</u>)</p> <p>1. <u>限用於短期可拔管需鎮靜之18歲以上加護病房病人使用，連續使用不得超過24小時，再次使用需間隔6小時以上，每次住院最多使用3次。</u></p> <p>2. <u>申報費用時檢附病歷紀錄(資料)。</u></p>	<p>1. 4. 5. Dexmedetomidine (如 Precedex Inj.)：(96/8/1)</p> <p>限用於短期可拔管之18歲以上外科病患，術後24小時內需鎮靜與止痛病患使用，且使用時間不得超過24小時。</p>
<p>8. 2. 4. 2. Etanercept(如 Enbrel)；adalimumab(如 Humira)；golimumab(如 Simponi)；abatacept(如 Orencia)；tocilizumab(如 Actemra)；tofacitinib(如 Xeljanz)；certolizumab(如 Cimzia)；baricitinib(如 Olumiant)；<u>opinercept(如 Tunex)</u>(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、106/11/1、107/9/1、<u>108/3/1</u>)：</p> <p>成人治療部分</p> <p>1. 限內科專科醫師且具有風濕病專科醫師證書者使用於類風濕關節炎病患。</p> <p>2. 經事前審查核准後使用。</p> <p>3. 申報時須檢附使用 DMARD 藥物六個月以上後之 DAS28 積分，各種 DMARD 藥物使用之種類、劑量、治療時間、副作用、及關節腫脹之相關照片或關節 X 光檢查報告等資料。(99/2/1)</p> <p>4~9. (略)</p> <p>◎附表十三~◎附表十五：(略)</p>	<p>8.2.4.2. Etanercept(如 Enbrel)；adalimumab(如 Humira)；golimumab(如 Simponi)；abatacept(如 Orencia)；tocilizumab(如 Actemra)；tofacitinib(如 Xeljanz)、certolizumab(Cimzia)、baricitinib(如 Olumiant)(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、106/11/1、107/9/1)：</p> <p>成人治療部分</p> <p>1. 限內科專科醫師且具有風濕病專科醫師證書者使用於類風濕關節炎病患。</p> <p>2. 經事前審查核准後使用。</p> <p>3. 申報時須檢附使用 DMARD 藥物六個月以上後之 DAS28 積分，各種 DMARD 藥物使用之種類、劑量、治療時間、副作用、及關節腫脹之相關照片或關節 X 光檢查報告等資料。(99/2/1)</p> <p>4.~9. (略)</p> <p>◎附表十三~◎附表十五：(略)</p>

<p>8.2.4.6. Etanercept (如 Enbrel) ; adalimumab (如 Humira) ; ustekinumab (如 Stelara) ; secukinumab (如 Cosentyx) ; ixekizumab (如 Taltz) ; <u>guselkumab (如 Tremfya)</u> (98/11/1、100/7/1、101/5/1、101/12/1、102/1/1、104/4/1、105/9/1、107/8/1、<u>108/3/1</u>) :</p> <p>用於乾癬治療部分</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 給付條件：(略) 2. 需經事前審查核准後使用： <ol style="list-style-type: none"> (1)~(6)(略) (7) Ixekizumab 起始於第 0 週投予 160 mg，接著於第 2, 4, 6, 8, 10, 12 週投予 80mg，之後每 4 週投予 80mg，且於 12 週時，須先行評估，至少有 PASI25 療效。(107/8/1) (8) Guselkumab 起始於第 0 週投予 100 mg，接著於第 4 週投予 100mg，之後每 8 週投予 100mg，且於 12 週時，須先行評估，至少有 PASI25 療效。(108/3/1) (9) <u>原先使用 cyclosporin 控制有效且腎功能異常 (Creatinine 基礎值上升\geq30%)者，於 6 個月療程結束後，應回復使用 cyclosporin，除非產生腎功能異常，或其他無法有效控制之副作用，減藥後乾癬仍無法有效控制，否則下次申請應於 1 年後。</u> (10) <u>初次申請後每 6 個月須再次申請續用，續用時，與初次治療前之療效達 PASI50 方可使用；且 etanercept 再次申請時僅限使用 25mg biw 之劑量。停藥超過 3 個月再申請者，視同新申請案件，否則視為續用案件。</u> (101/12/1、104/4/1) <p>3. 使用生物製劑時，考慮其於乾癬療效可能較慢，及立即停藥之可能反彈現象，治療前 2 個月得合併使用 cyclosporine 及照光治療，但生物製劑療效出現時即應逐漸停用。(101/5/1、105/9/1、107/8/1)</p> <p>4. ~7. (略)</p> <p>◎附表二十四之一~附表二十四之三(略)</p>	<p>8.2.4.6. Etanercept (如 Enbrel) ; adalimumab (如 Humira) ; ustekinumab (如 Stelara) ; secukinumab (如 Cosentyx) ; ixekizumab (如 Taltz)(98/11/1、100/7/1、101/5/1、101/12/1、102/1/1、104/4/1、105/9/1、107/8/1) :</p> <p>用於乾癬治療部分</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 給付條件：(略) 2. 需經事前審查核准後使用： <ol style="list-style-type: none"> (1)~(6)(略) (7) Ixekizumab 起始於第 0 週投予 160 mg，接著於第 2, 4, 6, 8, 10, 12 週投予 80mg，之後每 4 週投予 80mg，且於 12 週時，須先行評估，至少有 PASI25 療效。(107/8/1) (8) 原先使用 cyclosporin 控制有效且腎功能異常 (Creatinine 基礎值上升\geq30%)者，於 6 個月療程結束後，應回復使用 cyclosporin，除非產生腎功能異常，或其他無法有效控制之副作用，減藥後乾癬仍無法有效控制，否則下次申請應於 1 年後。 (9) 初次申請後每六個月須再次申請續用，續用時，與初次治療前之療效達 PASI50 方可使用；且 etanercept 再次申請時僅限使用 25mg biw 之劑量。停藥超過 3 個月再申請者，視同新申請案件，否則視為續用案件。(101/12/1、104/4/1) <p>3. 使用生物製劑時，考慮其於乾癬療效可能較慢，及立即停藥之可能反彈現象，治療前兩個月得合併使用 cyclosporine 及照光治療，但生物製劑療效出現時即應逐漸停用。(101/5/1、105/9/1、107/8/1)</p> <p>4. ~7. (略)</p> <p>◎附表二十四之一~附表二十四之三(略)</p>
<p>9.37. Bevacizumab (如 Avastin) : (100/6/1、101/05/1、106/4/1、<u>108/3/1</u>)</p> <p>1. 轉移性大腸或直腸癌：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Bevacizumab 與 <u>FOLFIRI (Folinic acid/5-fluorouracil/irinotecan)</u> 或 <u>FOLFOX (Folinic acid/5-fluorouracil/oxaliplatin)</u> 或 <u>5-fluorouracil/leucovorin</u> 的化學療法合併使用，作為轉移性大腸或直腸癌患者的第一線治療。(108/3/1) (2) 使用總療程以 36 週為上限(106/4/1)。 (3) 須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。(106/4/1) <p>2.(略)</p> <p><u>3.本藥品不得與 cetuximab、panitumumab 併用。</u> (108/3/1)</p>	<p>9.37. Bevacizumab (如 Avastin) : (100/6/1、101/05/1、106/4/1)</p> <p>1. 轉移性大腸或直腸癌：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Bevacizumab 與含有 irinotecan/ 5-fluorouracil/ leucovorin 或 5-fluorouracil/ leucovorin 的化學療法合併使用，作為轉移性大腸或直腸癌患者的第一線治療。 (2) 使用總療程以 36 週為上限(106/4/1)。 (3) 須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。(106/4/1) <p>2.(略)</p>

<p>10.7.1. 抗疱疹病毒劑(98/11/1)</p> <p>10.7.1.1. 全身性抗疱疹病毒劑</p> <p>1. Acyclovir : (98/11/1、100/7/1、107/12/1、<u>108/3/1</u>)</p> <p>(1) 使用本類製劑，除400mg <u>及800mg(限 Virless)</u> 規格量口服錠劑外，應以下列條件為限： (107/12/1、<u>108/3/1</u>)</p> <p>I. 疱疹性腦炎。</p> <p>II. 帶狀疱疹或單純性疱疹侵犯三叉神經第一分枝 VI 皮節，可能危及眼角膜者。</p> <p>III. 帶狀疱疹或單純性疱疹侵犯薦椎 S2皮節，將影響排泄功能者。</p> <p>IV. 免疫機能不全、癌症、器官移植等病患之感染帶狀疱疹或單純性疱疹者。</p> <p>V. 新生兒或免疫機能不全患者的水痘感染。</p> <p>VI. 罹患水痘，合併高燒(口溫38°C以上)及肺炎(需X光顯示)或腦膜炎，並需住院者。 (85/1/1)</p> <p>VII. 帶狀疱疹或單純性疱疹所引起之角膜炎或角膜潰瘍者。</p> <p>VIII. 急性視網膜壞死症(acute retina necrosis)。</p> <p>IX. 帶狀疱疹發疹三日內且感染部位在頭頸部、生殖器周圍之病人，可給予五日內之口服或外用藥品。(86/1/1、87/4/1)</p> <p>X. 骨髓移植術後病患得依下列規定預防性使用 acyclovir : (87/11/1)</p> <p>A. 限接受異體骨髓移植病患。</p> <p>B. 接受高劑量化療或全身放射治療(TBI)前一天至移植術後第三十天為止。</p> <p>(2) 其中 I 與 VI 應優先考慮注射劑型的 acyclovir。疱疹性腦炎得使用14至21天。 (95/6/1、100/7/1)</p> <p>(3) 使用 acyclovir 400mg <u>及800mg(限 Virless)</u> 規格量口服錠劑除用於前述(1)外，療程以7天為限。(107/12/1、<u>108/3/1</u>)</p> <p>2. Famciclovir ; valaciclovir : (100/7/1、101/5/1)(略)</p> <p>3. Acyclovir、famciclovir 及 valaciclovir 除上述特別規定外，使用療程原則以10天為限，口服、注射劑及外用藥膏擇一使用，不得合併使用。(95/6/1、100/7/1、101/5/1)</p>	<p>10.7.1. 抗疱疹病毒劑(98/11/1)</p> <p>10.7.1.1. 全身性抗疱疹病毒劑</p> <p>1. Acyclovir : (98/11/1、100/7/1、107/12/1)</p> <p>(1) 使用本類製劑，除400mg 規格量口服錠劑外，應以下列條件為限：(107/12/1)</p> <p>I. 疱疹性腦炎。</p> <p>II. 帶狀疱疹或單純性疱疹侵犯三叉神經第一分枝 VI 皮節，可能危及眼角膜者。</p> <p>III. 帶狀疱疹或單純性疱疹侵犯薦椎 S2皮節，將影響排泄功能者。</p> <p>IV. 免疫機能不全、癌症、器官移植等病患之感染帶狀疱疹或單純性疱疹者。</p> <p>V. 新生兒或免疫機能不全患者的水痘感染。</p> <p>VI. 罹患水痘，合併高燒(口溫38°C以上)及肺炎(需X光顯示)或腦膜炎，並需住院者。(85/1/1)</p> <p>VII. 帶狀疱疹或單純性疱疹所引起之角膜炎或角膜潰瘍者。</p> <p>VIII. 急性視網膜壞死症(acute retina necrosis)。</p> <p>IX. 帶狀疱疹發疹三日內且感染部位在頭頸部、生殖器周圍之病人，可給予五日內之口服或外用藥品。 (86/1/1、87/4/1)</p> <p>X. 骨髓移植術後病患得依下列規定預防性使用 acyclovir : (87/11/1)</p> <p>A. 限接受異體骨髓移植病患。</p> <p>B. 接受高劑量化療或全身放射治療(TBI)前一天至移植術後第三十天為止。</p> <p>(2) 其中 I 與 VI 應優先考慮注射劑型的 acyclovir。疱疹性腦炎得使用14至21天。 95/6/1、100/7/1)</p> <p>(3) 使用 acyclovir 400mg 規格量口服錠劑除用於前述(1)<u>X.</u>外，療程以7天為限。(107/12/1)</p> <p>2. Famciclovir ; valaciclovir : (100/7/1、101/5/1)(略)</p> <p>3. Acyclovir、famciclovir 及 valaciclovir 除上述特別規定外，使用療程原則以10天為限，口服、注射劑及外用藥膏擇一使用，不得合併使用。 (95/6/1、100/7/1、101/5/1)</p>
--	---

備註：劃藍線部分為新修訂規定

專題：帕金森氏症藥物治療概論

前言

帕金森氏症(Parkinson disease, PD)是一種合併運動遲緩、休息性震顫、僵硬和姿勢不穩的臨床症狀。特發性 PD 是最常見的帕金森氏症候群的一種，80% PD 案例屬於這一種，是一個因腦部多巴胺神經元退化、慢性、進行性疾病。臨床表現為不對稱帕金森症綜合症狀和透過多巴胺治療能獲得清楚及顯著的效益。續發性帕金森氏症候群中，則以藥物引起帕金森氏症候是最為常見。帕金森氏症早期階段，仍有賴於臨床醫生辨別其特徵和相關症狀的能力。準確的診斷對於帕金森氏症藥物治療極為重要，其它形式的帕金森氏症對抗帕金森氏症藥物治療的反應普遍不佳。

流行病學

在美國，每 40 萬人中就有 100 至 200 人受到影響，在北美就有超過 100 人罹病。帕金森氏症在 40 歲以下族群中並不常見，發病率則隨年齡增長而增加，60 歲以上，迅速增加，診斷時平均年齡為 70.5 歲。¹ 全球數據統合分析結果顯示，隨著年齡的增長，PD 患病率呈上升趨勢，平均每 100,000 人分別在 40 至 49 歲為 41 歲；107 至 50 至 59 歲；173 至 55 歲至 64 歲；428 年在 60 至 69 歲；425 年在 65 至 74 年；1087 年在 70 至 79 年；年齡大於 80 歲的 1903 年。地理位置的流行率僅在 70 至 79 歲的個體中存在顯著差異，北美，歐洲和澳大利亞的個體患病率為 1,601，而亞洲個體的患病率為 646 ($P < 0.05$)。50 至 59 歲的個體的性別流行率存在顯著差異，女性患病率為 41，男性患病率為 134 ($P < 0.05$)。PD 患病率隨年齡增長而穩步增加。可以檢測到地理位置和性別的流行程度。

臨床表現及疾病進程

帕金森氏症的主要特徵是震顫(tremor)、運動遲緩(bradykinesia)和僵硬(rigidity)。姿勢不穩是另一個常見的特徵，但通常發生在疾病的後期。除了主要表現外，帕金森氏症的其他運動特徵包括面具臉(masked face)、自發性眨眼率降低、言語障礙、吞嚥困難、視野模糊、小

碎步步行(shuffling gait)，慌張步態(festinating)、凍結現象(freezing)等。PD 的進展是具變異性，目前特發性 PD 並無症狀或徵候可以讓醫療人員可以針對個體正確預測其未來的進程。PD 傳統上被認為是一種運動系統性疾病，但它現在被認為是一種除了運動症狀外，並且合併其它多種臨床特徵包括神經性精神性等非運動表現的複雜性疾病。這些非運動症狀包括認知功能障礙和癡呆、精神並和幻覺、情緒障礙，包括抑鬱和冷漠、睡眠障礙、疲勞、自主神經功能紊亂、嗅覺及胃腸功能障礙等。某些病人發生運動功能障礙前可能會先出現上述非運動特徵。大多數研究結果顯示，約 77% 的患者在診斷後 10 年內發生死亡、癡呆或姿勢不穩定等預後不良症狀，中位生存期為 6-22 年。年齡和癡呆症與死亡風險增加有關。²

診斷

PD 診斷的最佳標準是依據組織病理的結果而定，然而，PD 的醫學診斷是依據臨床表現如震顫出現、運動遲緩及僵硬等。初期 PD 診斷是困難的，隨疾病逐步進展，PD 診斷就會逐漸明確。

治療

PD 治療目標是改善運動和非運動症狀如焦慮、認知障礙、便秘、憂鬱、吞嚥困難、流涎、睡眠障礙、說話困難、尿失禁等及日常生活活動和品質，同時盡量減少急性和長期藥物不良反應。常見 PD 治療使用藥物及劑量如表一。

表一、治療 PD 的藥物

學名	劑量範圍(mg/day)
Amantadine	200-300
Apomorphine	3-12
Benzotropine	0.5-4
Bromocriptine	15-40
Carbidopa	25-75
Carbidopa/l-dopa	300-1000
Carbidopa/l-dopa CR	400-1000
Carbidopa/l-dopa/entacapone	600-1600
Entacapone	200-1600
Pramipexole	1.5-4.5
Pramipexole ER	1.5-4.5

學名	劑量範圍(mg/day)
Rasagiline	0.5-1
Ropinirole	9-24
Ropinirole XL	8-24
Rotigotine	2-6
Selegiline	5-10
Selegiline	1.25-2.5
Tolcapone	300-600
Trihexyphenidyl	1-6

單胺氧化酶抑制劑(Moniamine oxidase type B inhibitor, MAO-B-I) :

MAOB-I 是一種單胺氧化酶的不可逆抑制劑，作為早期帕金森症的治療單一藥物治療和中、晚期帕金森症運動波動(motor fluctuations)輔助治療。目前國內核准使用中的藥物有傳統的 selegiline 和第二代的 MAO-B-I — rasagiline。Rasagiline 核准用於早期巴金森氏病之起始單一治療，或和 levodopa 併用治療中期和晚期巴金森氏病患者，減少藥效波動。

Safinamide 是一個同時具有 MAO-B-I、NMDA 受體阻斷、電壓依賴型鈉通道(voltage-dependent sodium channels)阻斷，以及鈣離子通道調控的可逆性藥物，近年來的研究也提出了 safinamide 具有神經保護作用。然目前僅在歐洲上市。

Amantadine

作為 PD 的運動症狀的單一或輔助性治療，值得注意的是 amantadine 可用於 levodopa 誘導出的運動困難(dyskinesias)。

抗膽鹼藥物(Anticholinergics)

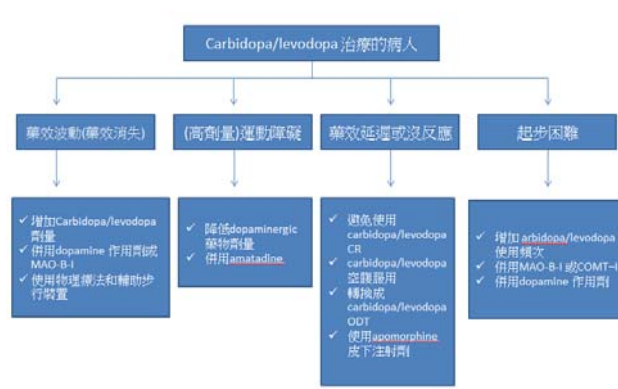
基本上，這類藥物限用於改善帕金森氏症的震顫。同時也具有與劑量相關之中樞神經性副作用，如意識混亂、記憶障礙、嗜眠等。由於年長者對此方面的副作用特別敏感且不具耐受性，這類藥品包括 benztropine, trihexyphenidyl 不適用於老年族群。若病人用藥後經歷上述及幻覺等副作用，則應避免或停止使用這類藥品。

Carbidopa/Levodopa

何時開始使用 levodopa 治療是一個臨床意

見問題。一般共識是 60 歲以下的族群，初期優先選擇非 levodopa 藥物如 dopamine 作用劑及 MAO-B 抑制劑治療。理由是長期使用 levodopa 治療，會使得多巴胺受體的敏感性下降，提高運動併發症發生的風險，這些併發症可能會導致病人失能和疾病治療維持困難。老年族群或合併有嚴重症狀者，則應考慮以 carbidopa/levodopa 作為首選治療。然而年紀並非藥物選擇的主要依據，病人失能及藥物副作用才是藥物治療決定的依據。

運動併發症包括藥效波動 (motor fluctuations)及運動障礙(dyskinesias)等相關症狀及管理如圖一所示。



多巴胺作用劑 (Dopamine Agonists)

中、重度 PD 病人，多巴胺作用劑可做為單一療法，也可用於運動波動患者的 levodopa 之輔助治療。臨床研究顯示，比起 levodopa，多巴胺作用劑單一療法可以延遲運動併發症發作的時間。由於年輕族群比較可能發生運動併發症，因此較傾向使用多巴胺作用劑及不含 levodopa 藥物，然而老年族群則較易經歷到多巴胺作用劑的副作用所影響。

多巴胺作用劑的使用，應以逐步調整劑量方式進行，這段時期通常歷時數週，主要是為了減小副作用的影響，需緊急介入治療的副作用包括精神混亂、幻覺、頭暈目眩、下肢水腫、噁心、嗜眠和生動夢境等，其他不常見但嚴重的副作用包括強迫性及衝動性行為，如暴食、性慾亢進、賭博及妄想、精神病行為和猝睡等。幻覺和妄想型為可以透過減低 dopaminergic 劑量或加入非典型抗精神病藥物治療，如

clozapine 或 quetiapine。

兒茶酚-O-甲基轉移酶抑制劑 (Catechol-o-methyltransferase inhibitor, COMT)

Entacapone 和 tolcapone 對使用 levodopa 同時又經歷運動波動的病人而言是有效的輔助治療藥物

非運動相關症狀之藥物治療

PD 病人全面及最佳的照護應納入非運動症狀之管理，非運動症狀包括自主性、認知、精神、感覺和睡眠等問題，上述問題之藥物介入治療如表二所示。

表二、非運動症狀和藥物治療管理

症狀分類	症狀	藥物治療管理
自主	便秘	水、食用富含纖維的食物、軟便劑、瀉劑、甘油等
	勃起功能障礙	第五型磷酸二酯酶抑制劑 (phosphodiesterase type 5 inhibitor, PDE-5 Inhibitor) : sildenafil、tadalafil)
	姿勢性低血壓	Midodrine、fludrocortisone
	膀胱過動	抗膽鹼激性藥物
	流涎	Botulinum toxins
精神	焦慮	抗焦慮藥物
	癡呆	膽鹼酯酶抑制劑
	憂鬱	抗憂鬱藥物
感覺	疲倦	Methylphenidate
睡眠	EDS	armodafinil、caffeine、modafinil
	失眠	鎮靜安眠藥
	RBD	Clonazepam, melatonin
	RLS	Carbidopa/levodopa, 多巴胺作用劑
	睡眠呼吸中止症	轉介睡眠醫療

EDS: 過度日間睡眠; RBD: 快速動眼睡眠行為失調症; RLS: 不寧腿症候群

PD 治療照護管理計畫

帕金森氏症是一個複雜性疾病，目前藥物

仍是最主要的治療方式之一。藥物治療上病人需有個人專一性 PD 藥物治療策略，以符合療效目標及減少藥物不良反應發生的嚴重度及機率，若有不良反應或交互作用存在，則須盡快調整藥物使用策略。除藥物治療外，建立管理 PD 的非運動症狀的治療與 levodopa 有關的藥效波動和運動障礙併發症治療也是帕金森氏症治療照護中不可缺少的一部份。

參考資料:

1. Van Den Eeden, S. K., Tanner, C. M., Bernstein, A. L., Fross, R. D., Leimpeter, A., Bloch, D. A., & Nelson, L. M. (2003). Incidence of Parkinson's disease: variation by age, gender, and race/ethnicity. *American journal of epidemiology*, 157(11), 1015-1022.
2. Williams-Gray, C. H., Mason, S. L., Evans, J. R., Foltynie, T., Brayne, C., Robbins, T. W., & Barker, R. A. (2013). The CamPaIGN study of Parkinson's disease: 10-year outlook in an incident population-based cohort. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 84(11), 1258-1264.