

三總藥訊

一百零八年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

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 (10805~10806)	p.1
全民健康保險藥品給付規定修正 (108 年 6 月 1 日及 108 年 7 月 1 日生效)	p.7
衛生部食藥署藥物安全資訊公告.....	p.12
專題：類固醇藥膏用於包莖之治療.....	p.14

本院近期藥品異動新增資訊 10805~10806

藥品異動清單 10805~10806

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
1080614	005FLE03	FLEXER FC TAB 10 MG	刪除	FLEXER ER FC TAB 15 MG (***) MUSGUD TAB 5 MG	005FLE06 005MUS01
1080614	005CEF23	CEFDIME INJ 2 G	刪除	CEFULIN INJ 2 G CEFADIME INJ 2 G TATUMCEF INJ 2 G	005CEF21 005CEF24 005TAT01
1080604	005VOM02	VOMIZ FC TAB 8 MG	刪除		
1080604	005ARI05	ARIPIRAZOLE TAB 10 MG	刪除	ABILIFY TAB 10 MG (OTSUKA)	005ABI03

新進藥品清單(按藥品建檔日期由近至遠排列) 10805~10806

項次	藥品名稱	院內碼 健保碼	學名	適應症	健保價 (元)	備註
1	TECFIDERA GASTRO-RESISTANT CAP 240 MG (***)	005TEC04 VC00040100	DIMETHYL FUMARATE	復發-緩解型多發性硬化症 (relapsing-remitting multiple sclerosis)成人患者之治療(前一年 有一次或一次以上復發者)。	454.00	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
2	TECFIDERA GASTRO-RESISTANT CAP 120MG	005TEC03 VC00039100	DIMETHYL FUMARATE	復發-緩解型多發性硬化症 (relapsing-remitting multiple sclerosis)成人患者之治療(前一年 有一次或一次以上復發者)。	252.00	註 1
3	HERCEPTIN INJ 600 MG/5 ML (皮下 注射劑) (&)	005HER07 KC01065221	TRASTUZUMAB	乳癌	47212.0	註 2
4	LENVIMA CAP 4 MG (&)	005LEN06 BC26933100	LENVATINIB MESILATE	1. Differentiated thyroid cancer, DTC: 適用於放射性碘治療無 效之進行性, 且為局部晚期或 轉移性之分化型甲狀腺癌之成 人患者。 2. Renal Cell Carcinoma, RCC: 適 用於和 everolimus 併用治療曾 經接受過一種抗血管新生療法的 晚期腎細胞癌患者。	1214.00	註 3
5	LICURE SUSPENSION 20 G	005LIC03 不給付	L-ISOLEUCINE L-LEUCINE L-VALINE	支鏈胺基酸之營養補給。	-	
6	STROMEKTOL TAB 3 MG	005STR10 BC27134100	IVERMECTIN	疥瘡(適用於治療已在臨床上及/或 寄生蟲檢查中確立診斷的疥瘡, 未 經確診時, 不應給予搔癢個案治 療)。腸道糞小桿線蟲感染。蟠尾 絲蟲感染。	122.00	註 4
7	FLEXER ER FC TAB 15 MG (***)	005FLE06 AC58755100	CYCLOBENZAPRI NE	緩解急性骨骼肌肉之痙攣	8.00	
8	CEFADIME INJ 2 G	005CEF24 AC50081212	CEFTAZIDIME	殺菌性頭孢子菌抗生素、對多種乙 內醯胺酵素有抵抗力、並對廣範的 革蘭氏陽性及陰性的細菌有效。	257.00	註 5
9	XYNTHA SOLOFUSE INJ 1000 IU (***)	005XYN02 KC00854299	FACTOR VIII	治療和預防 A 型血友病患者(先天 性第八凝血因子缺乏)的出血。	23.00	註 6
10	XYNTHA SOLOFUSE INJ 500 IU	005XYN01 KC00852299	FACTOR VIII	治療和預防 A 型血友病患者(先天 性第八凝血因子缺乏)的出血。	23.00	註 6
11	VALGOVIR FC TAB 450 MG	005VAL08 BC26714100	VALGANCICLOVI R HCL	1. 用於治療愛滋病患者罹患巨細 胞病毒視網膜炎(CMV retinits)。 2. 可用於預防接受固體器官移植 病患中, 具有發生巨細胞病毒 疾病之高危險性族群(捐贈者血 清巨細胞病毒陽性/受贈者血清 巨細胞病毒陰性[(D+/R-)]。	437.00	註 5
12	QTERN FC TAB 5 MG/10 MG	005QTE01 不給付	SAXAGLIPTIN DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL MONOHYDRATE	適用於 18 歲和以上的成年第二型 糖尿病病人: 當 metformin 和 QTERN 中之單一成分無法達到充	-	

項次	藥品名稱	院內碼 健保碼	學名	適應症	健保價 (元)	備註
				分的血糖控制時，以改善血糖控制；已使用 dapagliflozin 和 saxagliptin 的自由組合治療時。		
13	PHARNOMIDE FC TAB 10MG	005PHA08 BC27175100	LEFLUNOMIDE	治療成人類風濕性關節炎，並可能減緩類風濕病程對關節所造成之結構性損害。治療具活動性的成人乾癱性關節炎。	26.60	註7
14	LABISU TAB 100 MG	005LAB01 AC43972100	TICLOPIDINE HCL	適用於曾發生完成性栓塞型中風 (COMPLETED THROMBOTIC STROKE) 及有中風前兆 (STROKE PRECURSORS)，且不適用於使用 ASPIRIN 之患者。	3.82	註8
15	IMIPENEM / CILASTATIN KABI INJ 500MG/ 500MG	005IMI05 BC26741277	CILASTATIN IMIPENEM	對 imipenem 具感受性之革蘭氏陰性菌，革蘭氏陽性菌感染症。	332.00	註9
16	EPINE FC TAB 300 MG	005EPI06 AC57231100	QUETIAPINE FUMARATE	思覺失調症、雙極性疾患之躁症發作。	39.20	註10
17	ATOZET FC TAB 10 MG/20 MG	005ATO03 BC27283100	EZETIMIBE ATORVASTATIN CALCIUM	高膽固醇血症	26.50	註11
18	PRIORIX INJ 0.5ML/DOSE	005PRI10 不給付	MEASLES VACCINE, LIVE ATTENUATED MUMPS VACCINE LIVE ATTENUATED RUBELLA VACCINE LIVE ATTENUATED	麻疹、腮腺炎及德國麻疹之主動免疫。	-	
19	CERVARIX INJ 0.5 ML(CDC-公費)	005CER07 不給付	PAPILLOMAVIRU S(HUMAN TYPES 16,18)	HPV 疫苗接種服務補助計畫。108年5月1日~108年12月10日止，107學年度國一女生，其他接種對象依健康署公布為主。	-	註12
20	PLEASE ORALLY SOLUBLE FILM 50 MG (口溶膜)	005PLE07 不給付	SILDENAFIL	成年男性起功能障礙。	-	

備註(健保給付規定及其他說明)：

註1

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、107/7/1、107/10/1)

8.2.3.1.Interferon beta-la (如 Rebif)、teriflunomide 14mg (如 Aubagio)、dimethyl fumarate (如 Tecfidera)：(91/4/1、97/8/1、100/10/1、107/7/1、107/10/1)

1.限用於復發型多發性硬化症。

2.初次使用 teriflunomide 及 dimethyl fumarate 時需經事前審查核准後使用。

3.不適用於視神經脊髓炎 (neuromyelitis optica, NMO)，包括：(100/10/1)

(1)有視神經及脊髓發作。

(2)出現下列 2 種以上症狀：

- i 脊髓侵犯大於 3 節。
- ii NMO-IgG or Aquaporin-4 抗體陽性。
- iii 腦部磁振造影不符合多發性硬化症診斷標準。

註 2

9.18.Trastuzumab (如 Herceptin)：(91/4/1、93/8/1、95/2/1、99/1/1、99/8/1、99/10/1、101/1/1、105/11/1、108/5/1)

1.早期乳癌(99/1/1、99/8/1、99/10/1、101/1/1)

(1)外科手術前後、化學療法(術前輔助治療或輔助治療)治療後，具 HER2 過度表現(IHC3+或 FISH+)，且具腋下淋巴結轉移但無遠處臟器轉移之早期乳癌患者，作為輔助性治療用藥。(99/10/1、101/1/1)

(2)使用至多以一年為限(99/8/1)。

2.轉移性乳癌

(1)單獨使用於治療腫瘤細胞上有 HER2 過度表現(IHC3+或 FISH+)，曾接受過一次以上化學治療之轉移性乳癌病人。(91/4/1、99/1/1)

(2)與 paclitaxel 或 docetaxel 併用，使用於未曾接受過化學治療之轉移性乳癌病患，且為 HER2 過度表現(IHC3+或 FISH+)者。(93/8/1、95/2/1、99/1/1)

(3)轉移性乳癌且 HER2 過度表現之病人，僅限先前未使用過本藥品者方可使用；但與 pertuzumab 及 docetaxel 併用時，不在此限。(99/1/1、108/5/1)

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

註 3

9.63. Lenvatinib (如 Lenvima)(107/7/1)

用於放射性碘治療無效之局部晚期或轉移性的進行性(progressive)分化型甲狀腺癌(RAI-R DTC)：

1.需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以 3 個月為限，送審時需檢送影像資料，每 3 個月評估一次。

2.Lenvatinib 與 sorafenib 不得合併使用。

註 4

13.16.Ivermectin(如 Stromectol)：(107/8/1)

1.限鏡檢呈陽性之確診的疥瘡病患使用，須附照片備查。

2.結痂性疥瘡患者，可合併外用疥瘡藥物治療，但需附照片備查，且每次處方時，限仍有新典型臨床病灶及鏡檢呈陽性者。

註 5

※請依據三軍總醫院特殊藥品作業規定之 5.3 抗微生物製劑使用規定辦理。

並請依健保局 10.1.抗微生物劑用藥給付規定通則使用。

10.1.抗微生物劑用藥給付規定通則：

1.凡醫師診斷為感染症，確有臨床需要者得適當使用抗微生物製劑。

2.門診使用抗微生物製劑以不超過三月份用量為原則。如有必要，每次以七日為限；慢性骨髓炎病患得視病情需要延長抗微生物製劑給藥日數，惟每次門診處方仍以兩週為上限(87/7/1)。

3.「上呼吸道感染病患」如屬一般感冒 (common cold) 或病毒性感染者，不應使用抗生素。如需使用，應有細菌性感染之臨床佐證，例如診斷為細菌性中耳炎、細菌性鼻竇炎、細菌性咽喉炎，始得使用抗生素治療 (90/2/1)。

4.使用抗微生物製劑，宜以同療效、價廉為原則。使用三種抗微生物製劑(含)以上，需附微生物培養及藥物敏感試驗報告，藥物敏感試驗報告應包括第一線及第二線抗微生物製劑及各類常用藥物；同類同抗菌範疇之抗微生物製劑，若未能都進行藥物敏感性試驗時，得以其中之一種藥物的敏感性試驗結果做為使用其他同類同抗菌範疇藥物合理性之判定參考。(87/4/1)

5.使用抗微生物製劑應以本保險規定之第一線抗微生物製劑優先使用，如欲使用第一線以外之抗微生物製劑，需依規定第 6、7 項辦理。

6.醫師得按下列病情及診斷於進行微生物培養及藥物敏感試驗後直接使用第一線以外抗微生物製劑，惟若微生物培養證明第一線抗微生物製劑有效，應考慮改用第一線抗微生物製劑。(91/4/1)

(1)感染病情嚴重者，包括：

I.敗血症(sepsis)或敗血性休克(septic shock)

II.中樞神經感染

13. 有關結核病治療選擇的藥物種類、使用劑量與時程，應依衛生福利部疾病管制署最新版「結核診治指引」辦理（網址 <http://www.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=5710&ctNode=1540&mp=230>）。（99/11/1、102/7/23）

註 6

4.2.3. 第八、第九凝血因子血液製劑（103/4/1、106/9/1、106/12/1、107/11/1）：用於 A 型或 B 型無抗體存在之血友病人：

1. 門診之血友病人得攜回二~三劑量（至多攜回一個月）第八、第九凝血因子備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄（如附表十八之一—全民健康保險血友病患者使用第八、第九凝血因子在家治療紀錄）。醫療機構、醫師開立使用血液製劑時，應依血液製劑條例之規定辦理。（103/4/1）

2. 需要時治療（on demand therapy）：適用一般型血友病病人，一般型製劑及長效型製劑（如 Eloctate、Adynovate）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、107/11/1）

3. 預防性治療（primary prophylaxis）：限嚴重型（VIII:C 小於 1%）血友病病人。

(1) 嚴重 A 型血友病病人：

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）

II. 長效型製劑（如 Eloctate、Adynovate）：（106/12/1、107/11/1）

? Eloctate：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）

? Adynovate：每週注射 2 次，每次 40-50 IU/kg。（107/11/1）

iii. 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）

iv. 若臨床上需要使用超過上述劑量，則需要事前審查。（106/12/1）

(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。

(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。（106/12/1）

(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。

註 7

8.2.5. leflunomide（如 Arava、Arheuma）：（92/9/1、93/5/1、97/09/01）

1. 限治療成人類風濕性關節炎，且用於 methotrexate 治療無效，或無法忍受 methotrexate 副作用時使用。

2. 限治療具活動性的成人乾癱性關節炎，且於 DMARDs（疾病修飾抗風濕病藥物）治療無效後使用。（97/09/01）

註 8

2.1. 抗血小板劑 Antiplatelet agents

2.1.1. 血小板凝集抑制劑 Platelet aggregation inhibitors（100/7/1）

2.1.1.2. Ticlopidine（原 ticlopidine 與 acetylsalicylic acid 合併使用之情況條文修訂）：（87/4/1、88/9/1、90/1/1、100/7/1）

1. 限無法忍受 acetylsalicylic acid（Aspirin）或對 acetylsalicylic acid（Aspirin）有禁忌而需使用抗血小板製劑之病患使用（88/9/1）。

2. 原則上本類製劑與 acetylsalicylic acid（Aspirin）不宜合併使用，僅於冠狀動脈支架植入術後三個月內，得依病情需要合併使用。（87/4/1、90/1/1）

3. 申報費用時需註明放置支架（stent）之日期。（87/4/1、90/1/1、100/7/1）

註 9

※請依據三軍總醫院特殊藥品作業規定之抗微生物製劑使用規定辦理。

10.5. Carbapenem 類抗微生物製劑：

10.5.1 imipenem+cilastatin（如 Tienam）；meropenem（如 Mepem）：（87/11/1、93/2/1、93/5/1、99/5/1、99/8/1）

1. 經細菌培養證實有意義之致病菌且對其他抗微生物製劑均具抗藥性，而對 carbapenem 具有感受性（sensitivity）。

2. 經細菌培養，發現有意義之致病菌對 carbapenem 及其他抗微生物製劑具有感受性，但病患對其他抗微生物製劑過敏無其他藥物可供選用時。

3. 臨床上為嚴重之細菌感染，且經其他廣效性的非第一線抗微生物製劑治療仍無法控制病情者。

4. 經感染症專科醫師會診，確認有感染症需使用者（申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料）。（93/5/1）

註 10

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)

註 11

2.6.3. ezetimibe+simvastatin (如 Vytorin 10/20mg、Vytorin 10/10mg) : (95/12/01) :

限用於原發性高膽固醇血症、同型接合子家族性高膽固醇血症(HOFH)病患並符合全民健康保險降血脂藥物給付規定表降血脂藥物給付規定表者。

註 12

依據衛生福利部國民健康署 107-108 年 HPV 疫苗接種服務補助計畫辦理。

一、實施期間: 108 年 5 月 1 日起至 108 年 12 月 10 日止。

二、實施對象: 107 學年度國一女生, 其他接種對象依健康署公布為主。

三、接種劑次及間隔時程 :

1.國一女生未滿 15 歲以下:接種 2 劑, 間隔期為 0, 6 個月。

2.國一女生滿 15 歲以上(含):接種 3 劑, 間隔期為 0, 1, 6 個月。

四、接種劑量:0.5 毫升。

全民健康保險藥品給付規定修正 (自108年7月1日生效)

第 2 節 心臟血管及腎臟藥物 Cardiovascular-renal drugs

修訂後規定	現行規定
<p>2.13.Tolvaptan(105/9/1、<u>108/7/1</u>) :</p> <p><u>2.13.1.Tolvaptan (如 Samsca)(105/9/1、<u>108/7/1</u>) :</u></p> <p>1.限用於住院病人罹患心臟衰竭及抗利尿激素分泌不當症候群 (SIADH) 引起之低血鈉症(血清鈉濃度低於 125mEq/L), 經傳統治療(包括限水, loop diuretics 及補充鹽分等) 48 小時以上症狀仍無法改善之成年患者, 鈉濃度達 125mEq/L(含)以上應即停藥。</p> <p>2.每位病人每年限給付 3 次療程, 同次住院限給付 1 次療程。每次療程最多給付 4 日, 每日最多給付 1</p>	<p>2.13.Tolvaptan (如 Samsca)(105/9/1) :</p> <p>1.限用於住院病人罹患心臟衰竭及抗利尿激素分泌不當症候群 (SIADH) 引起之低血鈉症(血清鈉濃度低於 125mEq/L), 經傳統治療(包括限水, loop diuretics 及補充鹽分等) 48 小時以上症狀仍無法改善之成年患者, 鈉濃度達 125mEq/L(含)以上應即停藥。</p>

修訂後規定	現行規定
<p>粒。</p> <p>3. 須於使用後監測肝功能，肝功能指數大於正常上限 3 倍者應停用。</p> <p><u>2.13.2.Tolvaptan (如 Jinarc)(108/7/11) :</u></p> <p><u>1. 限腎臟專科醫師處方，須經事前審查核准後使用，每日至多使用 2 粒，每年檢附評估資料重新申請。</u></p> <p><u>2. 限用於已出現病情迅速惡化跡象之第 3 期慢性腎臟病的 18-50 歲自體顯性多囊性腎臟病(ADPKD) 患者，且腎臟影像呈雙側/瀰漫性水泡，病情須符合下列至少一項：</u></p> <p>(1) <u>一年之內 eGFR 下降≥ 5.0 mL/min/1.73 m² 或五年內 eGFR 每年下降≥ 2.5 mL/min/1.73 m²，且排除其它如脫水、藥物、感染、阻塞等原因所致。</u></p> <p>(2) <u>htTKV 符合 Mayo 分期 IC-IE disease</u></p> <p><u>3. 病患開始使用 tolvaptan 前，確認下列條件及病史：</u></p> <p>(1) <u>用藥前肝功能正常</u></p> <p>(2) <u>血清尿酸濃度控制在 7mg/dL 或以下</u></p> <p>(3) <u>沒有青光眼或經眼科醫師證明眼壓控制良好</u></p> <p>(4) <u>沒有皮膚腫瘤的病史</u></p> <p>(5) <u>沒有電解質異常</u></p> <p>(6) <u>排除懷孕、哺乳、脫水、尿路阻塞、及肝臟損傷病史</u></p> <p><u>4. 出現下列情況時停用 tolvaptan :</u></p> <p>(1) <u>在藥物調整後，肝功能指數仍高於上限三倍</u></p> <p>(2) <u>在使用 tolvaptan 一年後，eGFR 下降仍≥ 5 mL/min/1.73 m²</u></p> <p>(3) <u>有明顯副作用以致有危害健康的疑慮時</u></p>	<p>2. 每位病人每年限給付 3 次療程，同次住院限給付 1 次療程。每次療程最多給付 4 日，每日最多給付 1 粒。</p> <p>3. 須於使用後監測肝功能，肝功能指數大於正常上限 3 倍者應停用。</p> <p>無</p>

第 4 節 血液治療藥物 Hematological drugs

修訂後規定	現行規定
<p>4.3.1. Deferasirox (如 Exjade、Jadenu) (96/7/1、104/12/1、108/7/1) :</p> <p>限用於治療因輸血而導致慢性鐵質沉著症(輸血性血鐵質沉積)的成年人及 2 歲以上兒童患者且符合下列條件之一者：</p> <p>1. 重型海洋性貧血或骨髓造血功能不良症候群、再生不良性貧血患者。</p> <p>2. 需長期輸血治療且已併有鐵質沉積之患者，則在患者血清內鐵蛋白 (Ferritin) > 2000ug/L 時使用。</p> <p>3. 中型(非輸血依賴)海洋性貧血患者：</p> <p>(1) 使用條件：病患已開始長期接受輸血治療(即一年輸血兩次以上或四個單位以上者)，且血清內鐵蛋白 (Ferritin) > 800μg/L(至少二次檢查確認，檢查之間隔需經過至少 3 個月，並排除感染及發炎等狀況)或肝臟鐵質 (Liver iron content) > 7mg/g dry weight 者。</p> <p>(2) 當肝臟鐵質 < 3mg/g dry weight，或血清內鐵蛋白 (Ferritin) < 300μg/L 時即停藥。</p>	<p>4.3.1. Deferasirox (如 Exjade) (96/7/1、104/12/1) :</p> <p>限用於治療因輸血而導致慢性鐵質沉著症(輸血性血鐵質沉積)的成年人及 2 歲以上兒童患者且符合下列條件之一者：</p> <p>1. 重型海洋性貧血或骨髓造血功能不良症候群、再生不良性貧血患者。</p> <p>2. 需長期輸血治療且已併有鐵質沉積之患者，則在患者血清內鐵蛋白 (Ferritin) > 2000ug/L 時使用。</p> <p>3. 中型(非輸血依賴)海洋性貧血患者：</p> <p>(1) 使用條件：病患已開始長期接受輸血治療(即一年輸血兩次以上或四個單位以上者)，且血清內鐵蛋白 (Ferritin) > 800μg/L(至少二次檢查確認，檢查之間隔需經過至少 3 個月，並排除感染及發炎等狀況)或肝臟鐵質 (Liver iron content) > 7mg/g dry weight 者。</p> <p>(2) 當肝臟鐵質 < 3mg/g dry weight，或血清內鐵蛋白 (Ferritin) < 300μg/L 時即停藥。</p>

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

修訂後給付規定	原給付規定
<p>5.1.3.GLP-1 受體促效劑及其複方 (105/8/1、107/4/1、108/7/1) (略)</p> <p>5.1.3.3.含 lixisenatide 及 insulin glargine 之複方製劑(如 Soliqua)(108/7/1)</p> <p>1. 限用於第二型糖尿病成人病人，當患者已接受 lixisenatide 或基礎胰島素治療仍未達理想血糖控制時，與口服降血糖藥物併用。</p> <p>2. 本藥品不得與 DPP-4 抑制劑、SGLT-2 抑制劑併用。</p>	<p>5.1.3.GLP-1 受體促效劑(105/8/1、107/4/1) (略)</p> <p>5.1.3.3.無</p>
<p>5.1.5. SGLT-2 抑制劑： Dapagliflozin (如 Forxiga)、empagliflozin (如 Jardiance)、canagliflozin (如 Canaglu)、ertugliflozin (如 Steglatro) (105/5/1、107/3/1、108/7/1) 每日限處方1 粒。</p>	<p>5.1.5. SGLT-2 抑制劑： Dapagliflozin (如 Forxiga)、empagliflozin (如 Jardiance)、canagliflozin (如 Canaglu) (105/5/1、107/3/1) 每日限處方1 粒。</p>

第 6 節 呼吸道藥物 Respiratory tract drugs

修訂後給付規定	原給付規定
<p>6.1. 吸入劑 Inhalants：</p> <p>1. 乙二型擬交感神經劑 (β_2-agonists)、抗膽鹼劑 (anticholinergics)、類固醇藥物吸入劑 (steroid inhalants) 等，依「成人呼吸道疾患吸入製劑給付規定表」(91/8/1)及「兒童呼吸道疾患吸入製劑給付規定表」規定辦理；呼吸道藥物複方製劑比照辦理。</p> <p>2. Formoterol fumarate dehydrate (如 Oxis Turbuhaler)，依「成人呼吸道疾患吸入製劑給付規定表」(91/8/1)及「兒童呼吸道疾患吸入製劑給付規定表」規定辦理。</p> <p>3. Fluticasone furoate/umeclidinium bromide/vilanterol trifenate (如 Trelegy Ellipta 92/55/22 mcg Inhalation Powder) (108/7/1)：</p> <p>(1)限用於慢性阻塞性肺病患者的維持治療，且須同時符合以下條件：</p> <p>I. Gold Guideline Group D 病人或 ACO (asthma-COPD overlap) 病人。</p> <p>II. 已接受吸入性皮質類固醇與長效 β_2 作用劑合併治療，仍然有顯著症狀或惡化控制不佳者。</p> <p>(2)每月限用1盒(30劑)。</p>	<p>6.1. 吸入劑 Inhalants</p> <p>1. 乙二型擬交感神經劑 (β_2-agonists)、抗膽鹼劑 (anticholinergics)、類固醇藥物吸入劑 (steroid inhalants) 等，依「成人呼吸道疾患吸入製劑給付規定表」(91/8/1)及「兒童呼吸道疾患吸入製劑給付規定表」規定辦理；呼吸道藥物複方製劑比照辦理。</p> <p>2. Formoterol fumarate dehydrate (如 Oxis Turbuhaler)，依「成人呼吸道疾患吸入製劑給付規定表」(91/8/1)及「兒童呼吸道疾患吸入製劑給付規定表」規定辦理。</p>

第 7 節 腸胃藥物 Gastrointestinal drugs

修訂後給付規定	原給付規定
<p>7.3.4. Cholic acid (如 Cholbam) (108/7/1)： 限 E7870 先天性膽酸合成障礙、E71.510 Zellweger 氏症候群病患使用。</p> <p>1. 需符合以下診斷條件之一者：</p> <p>(1) 除臨床表徵外，須佐證患者尿液膽酸質譜分析顯示尿液膽汁酸異常，或證明患者基因經分子</p>	無

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>生物學檢驗確認有一處已知或必然會引起單一酵素缺乏造成先天性膽酸合成障礙之突變。</u></p> <p>(2) <u>過氧化體代謝異常 (包括 Zellweger spectrum disorders) 病人呈現之肝病表現、脂肪瀉或脂溶性維生素吸收降低所引起的併發症。</u></p> <p>2. <u>限兒科消化次專科醫師，或兒童神經科醫師，或兒科專科經醫學遺傳學次專訓練取得證書之醫師使用。</u></p> <p>3. <u>應定期追蹤評估治療效果及下列事項：</u> <u>用藥後第一年至少每 3 個月監測一次血清 aspartate aminotransferase (AST)，血清 alanine aminotransferase (ALT)，膽紅素等之血中濃度，之後每 6 個月監測一次。</u></p> <p>4. <u>需經事前審查核准後使用。</u></p>	
<p>7.3.5. <u>Budesonide(如 Cortiment MMX)(108/7/1)</u></p> <p>1. <u>限符合下列各項條件之病患使用：</u></p> <p>(1) <u>對已接受 aminosalicylate 類藥物治療效果不佳或不能耐受之成人患者。</u></p> <p>(2) <u>領有潰瘍性結腸炎重大傷病卡。</u></p> <p>2. <u>每療程限使用 8 週，每日限使用 1 粒。</u></p>	(7.3.5. 無)

第 8 節 免疫製劑 Immunologic agents

修訂後給付規定	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、107/7/1、107/10/1、<u>108/7/1</u>)</p> <p>8.2.3.1. ~8.2.3.5. (略)</p> <p>8.2.3.6. <u>Alemtuzumab (如 Lemtrada)：</u></p> <p>1. <u>限用曾經使用兩類或以上的多發性硬化症藥物治療後，仍控制不佳之高度活躍型復發緩解多發性硬化症病人 (highly active relapsing - remitting multiple sclerosis，意即前一年有一次以上復發或是前兩年有兩次以上復發)，但排除使用於：</u></p> <p>(1) <u>EDSS (Expanded Disability Status Scale) 大於5.5之患者。</u></p> <p>(2) <u>視神經脊髓炎(neuromyelitis optica, NMO)，包括：</u></p> <p>I. <u>有視神經及脊髓發作。</u></p> <p>II. <u>出現下列2種以上症狀：</u></p> <p>i. <u>脊髓侵犯大於3節</u></p> <p>ii. <u>NMO-IgG or Aquaporin-4抗體陽性</u></p> <p>iii. <u>腦部磁振造影不符合多發性硬化症診斷標準。</u></p> <p>2. <u>須經事前審查核准後使用，治療第三年後如需再接受治療者，每次追加療程都須重新申請經事前審查核准後使用，併應提出整個用藥期間的復發情形。</u></p> <p><u>需再接受治療者應符合以下其中任一條件：</u></p> <p>(1) <u>前一年有一次以上復發</u></p> <p>(2) <u>腦部核磁共振影像上有>=2個以上 gadolinium-enhanced lesion 或 T2WI 病灶數量明顯增加</u></p> <p>(3) <u>脊椎核磁共振影像上有新的 gadolinium-enhanced lesion 或新的 T2WI 病灶</u></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、107/7/1、107/10/1)、</p> <p>8.2.3.1. ~8.2.3.5. (略)</p> <p>8.2.3.6. 無</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>3. <u>第一次療程以申請第一年五支，第二年三支為限，治療第三年後如需再接受治療者，每年每次追加療程以三支為限。</u></p> <p>4. <u>使用兩年後，年度復發率(average annual relapse)無法減少時應停止本藥品之治療。</u> <u>※年度復發率無法減少之定義：</u> <u>採計使用 Alemtuzumab 藥物後兩年內復發次數之數據(以最近兩年之復發次數除以 2 來計算)，較諸更先前一年或兩年之年復發率皆無再減少時。</u></p>	

全民健康保險藥品給付規定修正（自108年8月1日生效）

第 3 節 代謝及營養劑 Metabolic & nutrient agents

修正後給付規定	原給付規定
<p>3.3.6. "Baxter" Extraneal Peritoneal Dialysis Solution With 7.5% Icodextrin (93/12 /1、96/1/1、99/9/1、100/2/1、<u>108/8/1</u>)</p> <p>1. 限下列病患使用： (1)high transporters 病患，用於每天長留置期。(100/2/1) <u>(2)high average transporters 病患，每天使用 1 袋\geq2.5%葡萄糖腹膜透析液。(108/8/1)</u> <u>(3)脫水衰竭病患及臨界脫水衰竭邊緣之病患，即病患下列情形之一者：</u> I. 使用 4.25%傳統式葡萄糖腹膜透析液 4 小時內脫水量小於等於 400cc. 者。 II. 每天使用總袋數 1/2 以上(含) \geq2.5%葡萄糖腹膜透析液。<u>(108/8/1)</u></p> <p><u>(4)HbA1c 大於 7.0%的糖尿病腹膜透析病患，用於每天長留置期。</u> <u>(5)腹膜炎病患。</u></p> <p>2. 每天限用一袋。</p> <p>3. 申報時，應檢附最近<u>1</u>個月內，殘餘尿量與每日脫水量之相關文件，以及使用 Extraneal solution 前，每日脫水量等相關資料，供審查參考。(99/9/1、<u>108/8/1</u>)</p>	<p>3.3.6. "Baxter" Extraneal Peritoneal Dialysis Solution With 7.5% Icodextrin (93/12 /1、96/1/1、99/9/1、100/2/1)</p> <p>1. 限下列病患使用： (1)high transporters 病患，用於每天長留置期。(100/2/1) <u>(2)脫水衰竭病患及臨界脫水衰竭邊緣之病患，即病患：</u> I. 使用 4.25%傳統式葡萄糖腹膜透析液 4 小時內脫水量小於等於 400cc. 者<u>或；</u> II. 每天使用總袋數 1/2 以上(含) 2.5 % <u>或 4.25% 葡萄糖腹膜透析液。</u> <u>III. 體重 20 公斤以下之兒童，脫水困難或會倒吸者，每天使用 3 袋(含) 2.5% 或 4.25% 葡萄糖腹膜透析液。</u> <u>IV. 申報時，應檢附最近 3 個月內，殘餘尿量與每日脫水量之相關文件，以及使用 Extraneal solution 前，每日脫水量之相關資料，供審查參考。(99/9/1)</u> <u>(3)HbA1c 大於 7.0 % 的糖尿病腹膜透析病患，用於每天長留置期。</u> <u>(4)腹膜炎病患。</u></p> <p>2. 每天限用一袋。</p>

備註：劃藍線部分為新修訂規定

衛生部食藥署藥物安全資訊公告

轉知公告(一) Modafinil 成分藥品安全資訊風險【發布日期：20190716】

公告事項內容如下：

1. 於動物實驗中發現 modafinil 具發育毒性後，美國 FDA 要求啟動 Nuvigil[®] (modafinil) 及 Provigil[®] (armodafinil, modafinil 的鏡像異構物) 的妊娠登錄 (Pregnancy Registry)，以探究懷孕期間暴露於 Nuvigil[®] 及 Provigil[®] 之相關妊娠與胎兒結果。
2. 2018 年 Nuvigil[®] 及 Provigil[®] 妊娠登錄的年度報告中記錄了自然流產與包含先天性心臟異常在內之重大先天性異常的病例。報告中指出與此藥品暴露相關之重大先天性異常 (17.3%) 與心臟異常 (4%) 的發生頻率大於在一般族群中觀察到的頻率 (分別為 3% 與 1%)。此外亦有先天性畸形、胎兒低度生長及嬰兒生長遲緩 (身體發育不良) 的上市後報告。
3. Health Canada 擬修訂 modafinil 之藥品仿單，將「懷孕婦女與計畫懷孕之婦女」列為禁忌症。

食品藥物管理署說明：

我國核准含 modafinil 成分藥品許可證共 1 張 (Provigil tablet, 衛署罕藥輸字第 000010 號)，許可證持有商為香港商艾維斯有限公司台灣分公司，其中文仿單於「注意事項」處刊載「由於服用普衛醒錠，及中斷治療一個月後，可能會降低固醇類避孕藥的效果」、「建議病患在治療期間內，如已懷孕或計畫懷孕時應告知醫生」，於「對胎兒的傷害」處刊載「大鼠與兔子中進行之試驗，於臨床顯著的暴露下曾觀察到發育毒性」等安全資訊。然未刊載「Modafinil 禁用於懷孕或可能懷孕之女性」等相關風險。

醫療人員應注意事項：

1. Modafinil 禁用於懷孕或計畫懷孕之婦女。應與所有接受過 modafinil 治療或將要接受 modafinil 治療的女性病人討論於懷孕期間使用 modafinil 與胎兒相關的潛在風險。

2. 應確定所有育齡婦女於開始使用 modafinil 治療前一週內的妊娠試驗結果為陰性。
3. 告知所有育齡婦女於使用 modafinil 治療期間與停藥後 2 個月內須採用有效避孕措施。且因 modafinil 可能會降低固醇類避孕藥的有效性，使用固醇類避孕藥的病人須於 modafinil 治療期間與治療後 2 個月內採用替代或額外的避孕方法。

病人應注意事項：

1. 正值生育年齡之女性病人，應諮詢專業醫療人員有關使用 modafinil 期間的正確避孕措施。
2. 若您發現可能懷孕或計畫懷孕，請立即告知您的醫師。
3. 服藥期間若有任何疑問請諮詢專業醫療人員。若發生任何不良反應亦須通知專業醫療人員。

本院藥品：Provigil[®] Tab 200 mg

轉知公告(二) 直接口服抗凝血劑成分藥品安全資訊風險溝通【發布日期：20190731】

公告事項內容如下：

1. 依據一項多中心研究 (TRAPS study) 結果顯示，在具血栓病史的抗磷脂質症候群 (antiphospholipid syndrome, APLS) 病人中，相較於使用 warfarin，使用含 rivaroxaban 成分藥品可能會增加發生復發性血栓之風險。
2. 因 apixaban、edoxaban 及 dabigatran 用於 APLS 病人的臨床試驗尚未完成，故目前關於這些成分用於 APLS 病人的臨床數據仍有限。然而相較於 vitamin K 拮抗劑 (例如：warfarin 或 phenprocoumon)，含 apixaban、edoxaban 及 dabigatran 成分藥品亦可能會增加發生復發性血栓之風險。
3. 含 DOACs 類成分藥品不建議用於 APLS 病人，特別是高風險病人 (如下列 3 項抗磷脂試驗皆為陽性之病人：lupus anticoagulant、anticardiolipin antibodies 及 anti-beta 2 glycoprotein I antibodies)。
4. 對於目前使用含 DOACs 類成分藥品預防血栓栓塞之 APLS 病人 (特別是高風險病人)，

應評估繼續使用此類藥品是否適當，並建議考慮改使用 vitamin K 拮抗劑。

食品藥物管理署說明：

食藥署現正評估是否針對該類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. 一項研究結果指出，在具血栓病史之 APLS 病人中，相較於 warfarin，使用含 rivaroxaban 成分藥品可能會增加發生復發性血栓之風險。而其他 DOACs 類藥品 (apixaban、edoxaban 與 dabigatran) 也可能具有相似風險。
2. 對於目前使用含 DOACs 類成分藥品預防血栓栓塞之 APLS 病人(特別是高風險病人)，應評估繼續使用此類藥品是否適當，並建議考慮改使用 vitamin K 拮抗劑。

病人應注意事項：

1. 就醫時應主動告知醫療人員自身病史。
2. 若於服藥期間出現任何不適症狀，請立即回診。

本院藥品：rivaroxaban、apixaban、edoxaban 與 dabigatran

轉知公告(三) Fingolimod 成分藥品會對胎兒造成傷害且可能會導致先天性缺陷之安全資訊風險溝通【發布日期：20190821】

公告事項內容如下：

1. 上市後報告指出，於懷孕期間使用 fingolimod 的母親所產下的嬰兒發生重大先天性畸形的風險是在一般族群中觀察到的兩倍（根據歐洲以流行病學監測先天性異常的登錄資料(EUROCAT)指出一般族群的比例為 2-3%）。
2. 在母體時曾暴露於 fingolimod 的嬰兒最常被通報的嚴重畸胎為先天性心臟疾病（例如：心房及心室中膈缺損、法洛氏四重症）、腎臟及肌肉骨骼異常。

3. 歐盟 EMA 建議懷孕婦女與具生育能力但未使用有效避孕措施的婦女不得使用 fingolimod。若於使用 fingolimod 時懷孕，必須停藥，且密切監測其妊娠狀況。
4. 為了降低此風險，育齡婦女於開始接受 fingolimod 治療前必須進行妊娠試驗，以確保沒有懷孕，且於治療期間及停藥後 2 個月內必須採取有效的避孕措施。

食品藥物管理署說明：

1. 我國核准含 fingolimod 成分藥品許可證共 1 張 (Gilenya hard capsules)，許可證持有商為台灣諾華股份有限公司，其中文仿單於「警語與注意事項」處刊載「對胎兒的風險-根據動物試驗，Gilenya 可能對胎兒造成傷害。因為 Gilenya 排除至體外約需 2 個月，育齡婦女在 Gilenya 治療期間及停藥 2 個月期間，應採取有效的避孕措施以避免懷孕」。然未刊載「Gilenya 禁用於孕婦與具生育能力但未使用有效避孕措施的婦女」等相關安全資訊。
2. 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. 須告知育齡婦女 fingolimod 可能具有對胎兒造成傷害的風險。
2. 開始使用 fingolimod 治療育齡婦女前應確認其妊娠試驗結果為陰性。
3. 須告知育齡婦女於使用 fingolimod 期間與停藥後 2 個月內必須採取有效的避孕措施。
4. 須於育齡婦女計畫生育前 2 個月停用 fingolimod。
5. 若病人於使用 fingolimod 期間懷孕，建議立即停藥並告知病人 fingolimod 可能有傷害胎兒的風險。應密切監測其妊娠狀況及進行相關檢查（如：超音波檢查）。

病人應注意事項：

1. 育齡婦女於使用 fingolimod 期間必須採用有效的避孕措施。若您正在使用 fingolimod 且計畫生育，請事先諮詢醫師。

計畫生育前必須至少停用 fingolimod 2 個月，而於這段期間亦須採取避孕措施。

2. 若您於使用 fingolimod 期間懷孕，請立即通知醫師。醫師將會進一步評估您的用藥並進行額外檢查以監測您的妊娠狀況。

本院藥品：Gilenya® cap 0.5 mg

專題：類固醇藥膏用於包莖之治療

前言

包莖 (phimosis) 指的是包皮 (foreskin) 在無粘連的情況下，無法完全退到冠狀溝 (coronal groove)，讓龜頭露出來。包莖又分成生理性及病態性兩種。一般情況下，新生男嬰在出生時是無法由龜頭往後收回，此為生理性包莖。新生兒的外包皮不需任何特殊的護理，洗澡後應定期以不刺激性的肥皂清洗陰莖，且經常更換尿布，防止尿布疹和減少刺激。隨著生長發育，直至出生後四年內，這種包皮沾粘的情形會逐漸自動消失，至青春期前，包莖發生率由 8% 降至 1%。包皮亦可能因外傷、發炎、結痂等因素，造成其無法收回到冠狀溝處時，即形成所謂病態性包莖。包莖造成的臨床症狀包括小便疼痛，包皮如水球般鼓起，尿失禁等。

流行病學

一項針對 2149 名台灣學童的研究顯示三個不同年齡組分別為一、四和七年級，在包莖的解剖學發病率上，完全可回縮的分別為 8%、21%和 58%；不完全回縮，可看見部分龜頭的分別為 40%、41%和 29%；部份包莖，僅可見尿道口，無法看到陰莖龜頭者，分別為 33%、25%和 7%；包莖並伴隨無法看到龜頭，分別為 17%、10%和 1%¹。

包莖治療

包莖治療方式有三種，依嚴重程度來選擇。大部分的案例，都可以透過良好的衛生習慣及類固醇藥膏來治療。少部分案例則可透過手術來改善。

1. 包皮環切術 (circumcision)，俗稱割包皮，若包皮嚴重嚴重、或之前類固醇藥膏治療

失敗、時常龜頭包皮發炎時，可考慮選擇手術治療。包皮環切術可能併發症是流血和感染。其它少見併發症與手術有關，如包皮去除過多、陰莖受損等。

2. 局部使用抗生素藥膏：若龜頭包皮發炎 (balanoposthitis)，且原因來自於真菌、細菌等，則可能須使用抗生素藥膏來治療。
3. 局部使用類固醇：以往包莖治療以外科手術為主，近期局部使用類固醇可作為有效的替代性療法，常用的類固醇藥膏有 hydrocortisone 2.5%、betamethasone 0.05%、triamcinolone 0.01%和 0.05%。其治療機轉與其抗發炎、免疫抑制和使皮膚軟化、變薄的特質有關。每天使用類固醇藥膏二次，連續使用 4 週，塗抹冠狀溝 (coronal groove) 至口 (meatus) 處，冠狀溝-陰莖頸的俗稱，是男性陰莖龜頭下緣的一圈溝狀構造，冠狀溝平時為包皮所覆蓋。治療後前二週期間，不需要嘗試將包皮往後收回，當包皮變得柔軟有彈性時，再鼓勵父母協助將包皮收回。一統合分析研究 12 個不同成分的局部使用類固醇製劑用於包莖治療，研究結果顯示類固醇可有效或部分緩解包莖 (RR: 2.45%，95 CI: 1.84-3.26%)²。由於包莖類固醇局部治療，所塗抹面積範圍 < 0.1%，相較於全身是很小的，因此，發生全身性副作用的機率是微乎其微。目前透過實驗室檢查，亦無法證明局部使用類固醇會造成使用者在血清和唾液的 cortisol 濃度上會出現明顯的變化³⁻⁴。

結論

對於大於三歲以上的兒童之包莖透過局部使用類固醇來治療，相較於手術是容易、安全且無痛的低成本的治療方法。新生兒時期，照護者可以溫水協助清理外包皮及陰莖，男孩長大後，再指導其自行收回包皮，定期清潔和擦乾龜頭後，再將包皮恢復到正常的位置。包皮環切術不是大手術，但仍可能引起併發症，包括出血、腫脹、疼痛、感染、或包皮切太過或太少等問題。同時，若病人本身有尿道下裂、凝血功能異常、包皮急性期階段，則不建議進行割包皮手術。以外力硬性剝離包皮，可能

反而可能因外傷、發炎等造成病態性包莖。

參考資料:

1. HSIEH, T. F., CHANG, C. H., & CHANG, S. S. (2006). Foreskin development before adolescence in 2149 schoolboys. *International journal of urology*, 13(7), 968-970.
2. Moreno, G., Corbalan, J., Penaloza, B., & Pantoja, T. (2014). Topical corticosteroids for treating phimosis in boys. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
3. Golubovic, Z., Milanovic, D., Vukadinovic, V., Rakic, I., & Perovic, S. (1996). The conservative treatment of phimosis in boys. *British journal of urology*, 78(5), 786-788.
4. Pileggi, F. O., Martinelli Jr, C. E., Tazima, M. D. F. G. S., Daneluzzi, J. C., & Vicente, Y. A. M. V. A. (2010). Is suppression of hypothalamic-pituitary-adrenal axis significant during clinical treatment of phimosis?. *The Journal of urology*, 183(6), 2327-2331.