



# 台中慈濟藥訊

Taichung Tzuchi Hospital  
Drug Bulletin

Vol. 10, No. 05

發行人：簡守信 總編輯：陳綺華 執行編輯：藥學部臨床藥學科  
電話：(04) 36060666-4029 傳真：(04) 25362258  
◆ 2019年10月號【雙月刊】◆

## 目 錄

醫藥專欄：中重度疼痛用藥新選擇 -Buprenorphine 緩釋貼片 (Transtec®)	p.02
醫藥專欄：不寐之中藥療法	p.06
全民健保藥品給付相關規定異動	p.10

**家庭藥師**  
Family Pharmacist



## 中重度疼痛用藥新選擇 -Buprenorphine 緩釋貼片 (Transtec<sup>®</sup>)

許雅婷 藥師 撰稿

### 前言

止痛藥大致可分為三類，由弱到強分別為非鴉片類、弱鴉片類及強鴉片類。世界衛生組織 WHO 根據疼痛程度設立止痛藥使用階梯原則 (analgesic ladder)，提出三階段式疼痛治療方案：(1) 第一階段針對輕度疼痛病患可採用 acetaminophen 或非類固醇類止痛藥 (NSAIDs)。(2) 第二階段針對中度疼痛病患可再加上弱效鴉片類止痛藥 (如：codeine、tramadol 等) 或選擇包含弱效鴉片類的複方止痛藥 tramacet (tramadol37.5mg+acetaminophen325mg)。(3) 第三階段則將弱效鴉片類止痛藥換成強效鴉片類止痛藥 (如：morphine、fentanyl 等)。Buprenorphine 長效型緩釋穿皮貼片劑 (Transtec<sup>®</sup>) 屬於強效鴉片類止痛藥，其不良反應與其他強效鴉片類止痛劑相近，但依賴性之可能性低於 morphine，本院目前 Transtec<sup>®</sup> 進藥規格為 35 µg/h、52.5 µg/h 的兩種緩釋貼片<sup>[1-3]</sup>。

### 新型強效鴉片類止痛貼片 -Buprenorphine 緩釋貼片 (Transtec<sup>®</sup>)

Transtec<sup>®</sup> 於 2017 年取得台灣藥品許可證，屬於第三級管制藥品，Transtec<sup>®</sup> 適應症限使用於曾經使用過類鴉片藥物的患者，其需要長期全天性使用類鴉片鎮痛劑之中度至重度癌症疼痛，以及對非類鴉片鎮痛劑無效之重度疼痛。該貼片止痛效果需於使用後 12-24 小時後才會出現，約 3 天後達到頂點，故不適用於急性疼痛治療，初次止痛效果評估宜於使用後 24 小時進行<sup>[1,3]</sup>。

### Buprenorphine 作用機轉及藥物動力學

Buprenorphine 主要作用於  $\mu$ 、 $\kappa$  類鴉片受體， $\mu$  受體會造成止痛、鎮靜、便秘、欣快感、縮瞳、成癮、呼吸抑制的作用； $\kappa$  受體則和止痛、鎮靜、縮瞳以及煩躁不安有關，受體主要分布於中樞的腦和脊髓，肺臟、心臟、腸胃道也有少量的分布。Buprenorphine 對於  $\mu$  類鴉片受體屬部份促效劑，但對於  $\kappa$  類鴉片受體則具拮抗活性。其長效型貼片的止痛療效在建議劑量區間內無天花板效應，止痛強度相對效價約為口服 morphine 的 75~115 倍，緩釋貼片藥效可持續 96 小時，在撕除 buprenorphine 後血漿中 buprenorphine 濃度會穩定下降，其清除半衰期為 22~36 小時。另外，因動物研究顯示其具有生殖毒性，但對人類的可能風險尚不清楚。在懷孕末期時，即使短期使用，高劑量 buprenorphine 亦可能會引發新生兒的呼吸抑制，於懷孕最後三個月期間長期使用 buprenorphine 則可能會引發新生兒的戒斷症候群，故病人使用該藥物期間應採取避孕措施。Buprenorphine 及另一種臨床常用的鴉片類止痛藥物 Fentanyl 長效型緩釋穿皮貼片劑的比較可參考表一<sup>[1,3,4]</sup>。



商品名	Transtec Transdermal Patch	Fentanyl Transdermal Patch
成分	Buprenorphine	Fentanyl
規格	35ug/h、52.5 ug/h	12ug/h、25ug/h、50ug/h
管制藥品分級	第三級管制藥品	第二級管制藥品
作用機轉	屬於混合型鴉片受體促放-拮抗劑，對於μ類鴉片受體為部份促放，但對於κ類鴉片受體則具拮抗活性	屬於鴉片受體促放劑，對於μ類鴉片受體具促放活性
半衰期	22~36 小時	20~27 小時
適應症	需要長期全天性使用鴉片類鎮痛劑之中度至重度痛症疼痛，以及對非鴉片類鎮痛劑無效之重度疼痛。說明：僅限使用於曾經使用過鴉片類藥物的患者。	需要使用鴉片類鎮痛劑控制的慢性疼痛和頑固性疼痛。
劑量	每次一片，最高劑量為一次使用一片52.5 ug/h緩釋貼片，每96小時(每四天)更換一次	依病人疼痛狀況調整劑量，可同時給予數片無最高劑量限制，每72小時(每三天)更換一次
肝功能不全	輕度者慎用； 重度者建議更換為其他止痛藥物	慎用，必要時降低劑量
腎功能不全	不需調整劑量	輕度者不需調整劑量； 重度者慎用，必要時應降低劑量
懷孕	動物實驗具有生殖毒性，不宜使用	動物實驗具有生殖毒性，不宜使用
處方限制	每次處方使用天數以十五日為限	

表一、Buprenorphine 及 Fentanyl 長效型緩釋穿皮貼片劑比較表<sup>[1,3,4]</sup>

### Buprenorphine 用法用量

Transtec®35µg/h 緩釋貼片每片 Buprenorphine 含量為 20 mg，相當於口服 morphine 60~90mg/day 或一片 fentanyl 25~37.5µg/h 緩釋貼片；Transtec®52.5 µg/h 緩釋貼片每片 Buprenorphine 含量為 30 mg，相當於口服 morphine 90~145mg/day 或一片 fentanyl 37.5~50µg/h 緩釋貼片 (鴉片類止痛藥劑量轉換表可參考表二)。Transtec® 緩釋貼片藥效均可持續 96 小時 (4 天)，應以固定間隔每週更換兩次，例如在週一早上與週四晚上更換。無論使用何種劑量強度，皆不得同時使用超過一片貼片，最高劑量為一次使用一片 52.5 µg/h 緩釋貼片。在轉用 Transtec® 緩釋貼片前 12 小時期間，除經皮吸收之類鴉片藥物外應繼續使用先前使用的止痛藥，並在隨後的 12 小時期間依需要給予適當救援藥物。Transtec® 緩釋貼片初始劑量可由 35 µg/h 緩釋貼片開始使用，再視個別病患狀況 (疼痛強度、所承受的痛苦、個別反應) 調整劑量，但臨床經驗顯示若先前接受過較高每日劑量強效鴉片類藥物治療者 (約 120mg 口服 Morphine) 則可從 52.5 µg/h 緩釋貼片開始使用。由 35 µg/h 緩釋貼片更換成 52.5 µg/h 緩釋貼片前，應考量除了先前使用之穿皮貼片外的其他類鴉片藥物總量，亦即所需的所有類鴉片藥物總量，並據以調整劑量<sup>[1,3]</sup>。

Codeine	Tramadol	Morphine			Hydromorphone OROS	Oxycodone	Fentanyl	Buprenorphine	
mg/day	mg/day	mg/day			mg/day	mg/day	µg/hr	µg/hr	
口服	口服	SC	IV	口服	口服	口服	穿皮貼片	穿皮貼片	
200	150	10	10	30		15_20	12.5		
	200			40	8				
	300	20	20	60	8~16	30-40	25	35*	52.5*
		30	30	90	16~24	40-60	37.5		
		40	40	120	24	60-80	50		
		60	60	180	36	90-120	75		
		80	80	240	48	120-160	100		

\*：Buprenorphine 緩釋貼片35µg/hr劑量相當於口服morphine 60~90mg/day；而52.5µg/hr劑量則相當於口服morphine 90~145mg/day。

表二、Buprenorphine 與其他鴉片類止痛藥劑量轉換表<sup>[1]</sup>

Transtec® 緩釋貼片不建議 18 歲以下病人使用。年長者、腎功能不全者無須調整劑量；因 buprenorphine 主要經肝臟代謝，肝硬化病人使用後可能減少清除率，增加生體可用率，故重度肝功能不全者建議更換為其他替代止痛藥<sup>[1,3]</sup>。



Transtec® 緩釋貼片應黏貼在無刺激不適之乾淨、無毛髮、表面平坦的乾燥皮膚，不可黏貼在有傷疤的皮膚部位，建議黏貼位置為上背部或胸部鎖骨下，每次黏貼於不同的皮膚部位，相同的皮膚位置至少需相隔 3 週才可再次黏貼，黏貼時應以手掌將貼片緊壓在黏貼部位大約 30 秒。貼片不會受泡澡、淋浴或游泳影響，但不可暴露於高熱（例如蒸汽浴、紅外線照射）以免影響藥物釋放<sup>[3]</sup>。

## Buprenorphine 臨床研究

在一系統性統合分析中進行各研究的 buprenorphine 及 fentanyl 緩釋貼片對於癌症止痛療效比較，一研究顯示使用 buprenorphine 緩釋貼片的腎功能不全癌症病人對於中重度止痛效果和使用 fentanyl 緩釋貼片的腎功能正常癌症病人具有相似效果，治療期間追蹤病人疼痛減緩狀況及使用輔助型止痛藥物的使用量兩者無顯著差異。另外有研究顯示癌症病人使用 fentanyl 緩釋貼片的處方增加劑量高於使用 buprenorphine 緩釋貼片的病人 (42.7% vs 21.7% ; P <0.05)，使用輔助型止痛藥物的使用量兩者無顯著差異，結論認為 buprenorphine 緩釋貼片產生耐受性風險較低。在另一研究亦顯示類似結論，使用 fentanyl 緩釋貼片的癌症病人治療期間其劑量調整較 buprenorphine 緩釋貼片頻繁 (30.6% vs 11.8% ; P <0.05)，使用 fentanyl 緩釋貼片的病人，平均劑量增加百分比顯著高於接受 buprenorphine 緩釋貼片的病人 (81.4% vs 34.5% ; P <0.05)。而從 fentanyl 緩釋貼片轉為 buprenorphine 緩釋貼片的病人與從 buprenorphine 緩釋貼片轉換為 fentanyl 緩釋貼片的病人之間的疼痛評分沒有統計學上的顯著差異，兩者具有相似的止痛功效。藥物安全性方面，使用 buprenorphine 緩釋貼片的腎功能不全病人及使用 fentanyl 緩釋貼片的腎功能正常病人發生藥物不良反應的機率相似，常見不良反應包含嗜睡、意識不清、噁心、嘔吐、便秘和搔癢，但皆無需降低貼片劑量或停藥<sup>[5]</sup>。

在另一個研究中則是針對罹患非癌症疼痛的 46 名病人進行 buprenorphine 及 fentanyl 緩釋貼片的止痛療效比較，在 12 個月的追蹤期中，因副作用或疼痛控制不佳而停止使用緩釋貼片治療的病人共 16 人 (34%)，其中使用 buprenorphine 緩釋貼片及 fentanyl 緩釋貼片的病人停藥比例相近 (41% vs 37.5%)。而有 30 人完成 12 個月的療程，結果顯示 buprenorphine 及 fentanyl 緩釋貼片在疼痛、體能活動及睡眠改善狀況皆有相似的效果，但使用 fentanyl 緩釋貼片的病人需要較高劑量以達到同等治療效果，使用 buprenorphine 緩釋貼片的病人較有明顯的情緒穩定作用。在接受治療後三個月，buprenorphine 緩釋貼片者使用輔助型止痛藥物較 fentanyl 緩釋貼片少 (31% vs 57%)，但治療 12 個月後，buprenorphine 緩釋貼片者使用輔助型止痛藥物較 fentanyl 緩釋貼片高 (78% vs 44%)。儘管使用 buprenorphine 緩釋貼片產生局部皮膚過敏反應的機率較高，但整體副作用發生率仍較 fentanyl 緩釋貼片低<sup>[6]</sup>。

另一系統性回顧研究中顯示相較於 buprenorphine 緩釋貼片，fentanyl 緩釋貼片較容易造成嘔吐 (odds ratio 4.66, 95% CI 1.07~ 20.39) 及副作用停藥 (odds ratio 5.94, 95% CI



1.78~19.87)·但是暈眩、嗜睡、噁心、戒斷症狀無顯著差別，兩者可互為替代藥物，但肝、腎功能不佳者使用 fentanyl 緩釋貼片時需調整劑量，故對於年長者、腎功能不全者而言 buprenorphine 緩釋貼片較具有優勢<sup>[7-8]</sup>。

## Buprenorphine 之副作用及注意事項

Buprenorphine 在建議止痛劑量下的呼吸抑制副作用有天花板效應，常見不良反應包含噁心 (23%)、嘔吐 (11%)、紅斑 (3~10%)、搔癢 ( $\geq 10\%$ ) 等。Buprenorphine 藥物交互作用方面，併用中樞神經系統抑制劑 (如：鎮靜安眠藥、精神疾病藥物、全身麻醉劑、酒精等) 可能增加呼吸抑制、低血壓與嚴重鎮靜作用而增加昏迷風險；併用骨骼肌肉鬆弛劑可能增強神經肌肉阻斷作用與呼吸抑制；併用抗膽鹼藥物或具有抗膽鹼活性之藥物則可能增加尿液滯留、便秘風險，進而導致癱瘓性腸阻塞。在考慮併用以上這些療法時，應審慎評估並追蹤病人用藥後的不良反應以考慮停藥或降低部分藥物的劑量<sup>[3,7,8]</sup>。

## 結語

針對需使用鴉片類止痛劑之中重度疼痛病人而言，Transtec® 緩釋貼片是一個全新的選擇。相較於 Fentanyl 緩釋貼片，Transtec® 緩釋貼片療效類似，但較不易產生耐受性，且在建議止痛劑量下的呼吸抑制有天花板效應，並可減少更換貼片的頻率，提升病人用藥依順性。

## 參考資料

1. 國家衛生研究院。癌症疼痛之藥物治療指引。取自 [https://www.wecare.org.tw/wp-content/uploads/2018/11/Cancer-Pain\\_%E7%B7%9A%E4%B8%8A%E7%89%88%E5%85%A8%E4%B8%8D%E5%8F%AF%E8%A4%87%E8%A3%BD1115.pdf](https://www.wecare.org.tw/wp-content/uploads/2018/11/Cancer-Pain_%E7%B7%9A%E4%B8%8A%E7%89%88%E5%85%A8%E4%B8%8D%E5%8F%AF%E8%A4%87%E8%A3%BD1115.pdf)。出版 2018 年。摘取 2019 年 08 月 30 日。
2. World Health Organization。WHO' s cancer pain ladder for adults。取自 <https://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>。Retrieved on Aug, 2019。
3. 衛生福利部食品藥物管理署。Buprenorphine patch (Transtec®) 仿單。出版 2018 年。摘取 2019 年 08 月 30 日。
4. 衛生福利部食品藥物管理署。Fentanyl 仿單。出版 2018 年。摘取 2019 年 08 月 30 日。
5. Jin Seok Ahn, Johnson Lin, Setsuro Ogawa, et al. Transdermal buprenorphine and fentanyl patches in cancer pain: a network systematic review. *J Pain Res.* 2017; 10: 1963–1972.
6. Farzana Mitra, FRACGP, MBBS, et al. A Feasibility Study of Transdermal Buprenorphine Versus Transdermal Fentanyl in the Long-Term Management of Persistent Non-Cancer Pain. *Pain Medicine*, Volume 14, Issue 1, January 2013, Pages 75–83.
7. Wolff RF, Aune D, Truysers C, et al. Systematic review of efficacy and safety of buprenorphine versus fentanyl or morphine in patients with chronic moderate to severe pain. *Curr Med Res Opin.* 2012 May;28(5):833-45. doi: 10.1185/03007995.2012.678938. Epub 2012 Apr 25.
8. Wolff RF, Reid K, di Nisio M, et al. Systematic review of adverse events of buprenorphine patch versus fentanyl patch in patients with chronic moderate-to-severe pain. *Pain Manag.* 2012 Jul;2(4):351-62. doi: 10.2217/pmt.12.22.



## 不寐之中藥療法

胡仁珍 藥師 撰稿

### 前言

不寐，即一般所謂“失眠”，而與“失眠”有關之典籍記載，首見於《內經》，如《素問·診要經終論》：「冬刺春分，病不已，令人欲卧不能眠，眠而有見。」不寐症中醫學稱為“少寐”“不得臥”“不得眠”“目不暝”等，是指由於心神失養或不安而引起經常不能獲得正常睡眠為特徵的一類病證<sup>[1]</sup>。且因為陽不入陰所引起的經常不易入睡為主特徵的病證。輕者入睡困難，有寐而易醒，有醒後不能再寐，亦有時寐時醒等，嚴重者則整夜不能入睡。

現代醫學中失眠是指睡眠的始發和睡眠維持發生障礙，使睡眠時間減少或睡眠中斷，睡眠品質不能滿足個體生理需要的一種症狀，屬於睡眠障礙和伴有精神神經性疾病的睡眠障礙中的亞型<sup>[2]</sup>。

### 病因及病機

正常的睡眠，依賴於人體的“陰平陽秘”，臟腑調和，氣血充足，心神安定，衛陽能入於陰。臨床上不寐病因以虛實分類，實證多由飲食不節，情志失常所致。虛證多由勞逸失調，病後體虛而發。《傷寒論雜病論》中，張仲景將其病因分為外感與內傷，外感多因陽經病失治、誤治及燥熱內結、氣機不暢，內傷則為“虛煩虛勞不得眠”<sup>[3]</sup>。

不寐的病因雖多，但總體病理變化屬陽盛陰衰。人體寤寐有時，夜間陽氣歸陰則寐，陰虛不納陽，陽盛格陰於外都可導致不寐的發生<sup>[4]</sup>。此病機大約可歸類為：(1) 化源不足，心神失養。(2) 陰虛火旺，陰不斂陽。(3) 心虛膽怯，心神不安。(4) 痰熱、實火，擾動心神。

### 治法方藥

治療上以補虛瀉實，調整陰陽為原則，同時輔以安神之品。大致虛證多由陰血不足或氣血虧虛，宜滋補肝腎或益氣養血；實證宜清火化痰，消導和中<sup>[3]</sup>。証型分為下述五種：

#### 1. 心脾兩虛：

症狀為多夢易醒，心悸健忘。頭暈目眩，肢倦神疲，飲食無味，面色少華，或腕悶納呆。

治法：益氣補血，健脾養心。

【方藥】歸脾湯。方中人參、炙黃耆、白朮、炙甘草補氣健脾；當歸、龍眼肉滋養營血；茯苓、酸棗仁、遠志寧心安神；木香理氣醒脾，補而不滯。

(1) 失眠較重者，可加養心安神藥，如夜交藤、柏子仁。

(2) 脾失健運，痰濕內阻，可加陳皮、半夏、茯苓、肉桂。

#### 【現代藥理】



(1) 酸棗仁：含皂甙約 0.1%，其組成為酸棗仁皂甙 A 及 B，另含兩種三萜化合物（白樺醇酯、白樺脂酸）、脂肪油 31.8% 和多種維生素與有機酸等。

酸棗仁煎劑有鎮靜、催眠作用，其主要有效成份為酸棗仁皂甙，能對抗咖啡因引起的興奮狀態，與巴比妥類藥物表現協同作用。

(2) 遠志：根皮含遠志皂甙約 0.7%，水解生成遠志皂甙元 A 及 B，並含遠志醇、脂肪油、樹脂等。遠志皂甙成份對體內作用機制為多巴胺和 5- 羥色胺受體拮抗作用。<sup>5</sup>

## 2. 陰虛火旺：

症狀為心煩不寐，心悸不安。頭暈耳鳴，健忘，腰痠，五心煩熱，口乾津少。

治法：滋陰降火，養心安神。

【方藥】黃連阿膠湯。方中黃連、黃芩除熱以堅陰；生地黃、白芍、阿膠、雞子黃滋腎陰而養血。其中白芍佐阿膠，於補腎陰中而斂陰氣，雞子黃佐黃芩、黃連於瀉心火中補陰血。

(1) 面微紅、眩暈、耳鳴，可加牡蠣、龜板等以重鎮潛陽。

(2) 五心煩熱，可加梔子、淡竹葉。

### 【現代藥理】

阿膠：主要由膠原及部分水解產生的賴氨酸、精氨酸、組氨酸等多種氨基酸組成，另含鈣、硫等。阿膠能促進紅血球和血紅蛋白的生成，作用優於鐵劑；改善動物體內鈣平衡，促進鈣的吸收和在體內的存留；預防和治療進行性肌營養障礙；可使血壓升高而抗休克。

8

## 3. 心膽氣虛：

症狀為不寐多夢，易於驚醒。膽怯恐懼，遇事易驚，心悸氣短，倦怠，小便清長，或虛煩不寐，形體消瘦，面色白，易疲勞，或不寐心悸，虛煩不安，頭目眩暈，口乾咽燥。

治法：益氣鎮驚，安神定志。

【方藥】安神定志丸。方中的人參大補元氣；茯神、龍齒定驚安神；茯苓淡滲利濕，健脾益氣以化痰；石菖蒲去心竅之痰濁而安神。

(1) 若虛煩不眠，形體消瘦，為氣血不足，可合用歸脾湯，以益氣養血，安神、鎮靜。

(2) 若陰血偏虛則虛煩不寐，失眠心悸，虛煩不安，頭目眩暈，口乾咽燥，宜用酸棗仁湯。治療因肝血不足，陰虛內熱所致。

### 【現代藥理】

(1) 茯神：目前已分離鑒定的特徵性化合物有 50 餘種，包括多糖、三萜、脂肪酸、甾醇、酶等。包含：**a.** 茯苓糖：含 β- 茯苓糖、葡萄糖、蔗糖及果糖。**b.** 茯苓素：為一組小分子的四環三萜類化合物，它以酸的形式存在於植物中，含茯苓酸、塊茯苓、齒孔酸、松苓酸、松苓新酸等。**c.** 其它：有麥角甾醇、膽鹼、腺嘌呤、組氨酸、蛋白質、卵磷脂、脂肪、酶、無機鹽等。茯神可以延長睡眠時間，與巴比妥類藥物有協同作用。<sup>6</sup>



(2) 石菖蒲：含揮發油 0.11~0.42%，其中主要為  $\beta$ - 細辛腦 ( $\beta$ - 細辛醚)、 $\alpha$ - 細辛腦、細辛醚等。本品總揮發油功效為鎮靜、催眠、抗驚厥， $\alpha$ - 細辛醚及  $\beta$ - 細辛醚是上述作用主要的活性成份。<sup>7</sup>

#### 4. 痰熱內擾：

症狀為不寐頭重，痰多胸悶，心煩。嘔噦噯氣，口苦，目眩，或大便秘結，徹夜不寐。  
治法：清化痰熱，和中安神。

【方藥】溫膽湯加黃連、瓜蒌主之。方中半夏、竹茹化痰降逆，清熱和胃，止嘔除煩；枳實、橘皮理氣化痰，使氣順痰消；茯苓健脾利濕，濕去痰不生。加入黃連、瓜蒌與半夏為伍，辛開苦降，加強清熱滌痰之力。

(1) 若食積不化明顯，加檳榔、焦三仙、萊菔子、雞內金，以消積化痰。

(2) 若心悸動甚，驚惕不安，加珍珠母、龍骨，以鎮靜安神定志。

(3) 若痰熱較重，經久不眠或徹夜不眠，大便秘結者，加大黃，以降火瀉熱，逐痰安神。

#### 5. 肝鬱化火：

症狀為不寐，急躁易怒，嚴重者徹夜不寐。胸悶脇痛，口渴喜飲，不思飲食，口苦而乾，目赤耳鳴，小便黃赤，或頭暈目眩，頭痛欲裂，大便秘結。

治法：清肝瀉火，佐以安神。

【方藥】龍膽瀉肝湯加減。方中龍膽草、黃芩、梔子清肝瀉火；澤瀉、木通、車前子清肝經濕熱，導熱下行，使熱邪從水道而去；當歸、生地養陰血而和肝，使邪去而不傷正；柴胡以疏肝膽之氣。

(1) 若胸悶脅脹，喜嘆息者，加香附、郁金，加強疏肝解鬱的作用。

(2) 如胃脘滿悶，沒胃口，噯氣，呃逆明顯者，加佛手、香緣、枳殼，以疏肝和胃。

#### 保健茶飲

##### 1. 燈心竹葉茶

藥材：燈心草 5 錢、淡竹葉 10 錢。

功效：安神定志，震驚清心。適用於失眠，易驚易怒，心悸健忘等症。

作法：將全部藥材放入杯中，加入 1000mL 沸水沖泡，蓋悶 15 分鐘或煮 5~10 分鐘，代茶飲用。不拘時溫服。



## 2. 甘麥大棗飲

藥材：浮小麥 10 錢、紅棗 6 粒、甘草 2 錢。

功效：養心安神，和中緩急。適用於心氣不足，陰虛血少，肝氣鬱滯引起的失眠多夢、心煩、呵欠頻頻、盜汗等均宜飲用。

作法：將全部藥材放入杯中，加入 1000mL 沸水，煮 15~20 分鐘，代茶飲用。不拘時溫服。



## 結論

現代社會快節奏、壓力大的學習、工作環境影響，常使人們作息時間紊亂，晝夜顛倒，使睡眠不能得到正常的滿足，在環境與體質多種因素的共同作用下發展為不寐症。此病機的關鍵為陽不入陰。本病的發生多由情志所傷、勞逸過度、久病體虛、飲食不節、五志過極等引起。在不寐症的治療中，用藥固為重要，但是養成良好的生活習慣，規律作息，調暢情志也尤為關鍵。

## 參考資料

1. 張敬珍。中藥足浴配合頭部按摩治療失眠觀察與護理。光明中醫，2015，30(7)：1536-1537。
2. 李長輝。不寐症的中醫藥治療概況。光明中醫，2016，31(9)：2758-2760。
3. 周仲瑛、金實。中醫內科學。中國中醫藥出版社，2007：147。
4. 穀松。《傷寒論》失眠証治辨析。國醫論壇，1997，12(2)：4-5。
5. 傅晶。遠志屬植物的皂苷類成分及其藥理作用研究進展。中草藥 Chinese Traditional and Herbal Drugs，2006，37(1)：144-146。
6. 張雪、向瑞平、劉長河。茯神的化學成分和藥理作用研究進展。鄭州牧業工程高等專科學校學報，2009，29(4)：19-21。
7. 朱旭峰。石菖蒲的研究進展。中國民族民間醫藥，2013，9：9-10。
8. 顏正華。中藥學。知音出版社，2003：839。



# 全民健保藥品給付相關規定異動(108年09月)

## 修正後給付規定

公告主旨：自 108 年 09 月 01 日起，健保給付修正規定

公告內容：Crizotinib ( Xalkori )  
Ibrutinib ( Imbruvica )  
Venetoclax ( Venclexta )  
Eculizumab ( Soliris )

抗腫瘤藥物 Antineoplastics drugs

一、 Crizotinib ( Xalkori )：

1. 適用於 ALK 陽性之晚期非小細胞肺癌患者。
2. ~~符合前述之病患且併有腦轉移之非小細胞肺癌病人，需達腦部穩定狀態 (brain-stabilized) 始得使用。腦部穩定狀態定義為「無因腦轉移之臨床症狀 (Asymptomatic brain metastases) 或有腦轉移之臨床症狀 (Symptomatic brain metastases) 經治療後腦轉移相關臨床症狀穩定至少達三週以上之病人 (類固醇劑量穩定)」。~~單獨使用於 ROS-1 陽性之晚期非小細胞肺癌患者。
3. 須經事前審查核准後使用：
  - (1)、~~用於 ALK 陽性之晚期非小細胞肺癌患者之第一線治療：需檢具確實患有非小細胞肺癌之病理或細胞檢查報告，以及符合診斷之 ALK 突變或 ROS-1 突變檢測報告。~~
  - (2)、~~用於 ALK 陽性之晚期非小細胞肺癌患者之第二線治療：需檢具確實患有非小細胞肺癌之病理或細胞檢查報告及 ALK 突變檢測報告，並附曾經接受第一線含鉑化學治療又有疾病惡化之影像診斷證明 (如胸部 X 光、電腦斷層或其他可作為評估的影像)，此影像證明以可測量 (measurable) 的病灶為優先，如沒有可以測量的病灶，則可評估 (evaluable) 的病灶亦可採用。~~
  - (2)、每次申請事前審查之療程以三個月為限，每三個月需再次申請，再次申請時並需附上治療後相關臨床資料，如給藥四週後，需追蹤胸部 X 光或電腦斷層等影像檢查一遍，評估療效，往後每四週做胸部 X 光檢查，每隔八週需追蹤其



作為評估藥效的影像 ( 如胸部 X 光或電腦斷層 ) ，若病情惡化即不得再次申請。

~~(4)、每次處方以 4 週為限。~~

4. Crizotinib 與 ceritinib 用於 ALK 陽性之晚期非小細胞肺癌時，僅得擇一使用，且治療失敗後不得互換。
5. 每日最大劑量限 500mg。

## 二、 Ibrutinib ( Imbruvica ) :

1. 限用於先前接受過至少一種化學或標靶治療方式無效或復發的被套細胞淋巴瘤病人。

(1)、需經事前審查核准後使用。初首次申請之療程以 4 個月為限，之後每 3 個月需再次申請，再次申請時應檢附前次治療結果評估資料，如影像學檢查報告。

(2)、若疾病進展或無法耐受藥物副作用，則必須停止使用。

(3)、每位病人限給付 13 個月。

(4)、每日至多處方 4 粒。

2. 單獨使用於具有 17p 缺失的慢性淋巴球性白血病 (CLL) 患者。

(1)、限先前曾接受至少 1 種包括 alkylating agent 與 anti-CD20 ( 如 R-CVP、R-CHOP、rituximab 加 bendamustine 等 ) 的治療 2 個療程以上仍惡化或復發者。

(2)、開始使用前之疾病狀態需出現下列任一情形：

I. 進行性的血液相惡化至  $Hb < 10.0 \text{ gm/dL}$  或  $PLT < 100 \text{ K/uL}$ ，且無其他原因可以解釋。

II. 脾臟腫大超過左肋骨下緣 6 cm。



- III. 淋巴結腫大，最長徑超過 10 cm。
  - IV. 周邊血液淋巴球在 2 個月內增加 50% 以上，或倍增時間 (doubling time) 小於 6 個月。
  - V. 出現自體免疫併發症，且經類固醇治療無效。
  - VI. 出現具症狀的淋巴結外病灶。
- (3)、需經事前審查核准後使用，每 3 個月需再次申請。再次申請時需檢附療效評估資料，若未達 iwCLL (International Workshop on CLL) 最新定義之 partial remission 或 complete remission，則不予給付。
- (4)、Ibrutinib 與 venetoclax 二者僅能擇一使用，唯有在出現無法忍受其副作用時方可互換。二者使用總療程合併計算，以全部 24 個月為上限。
- (5)、每日至多處方 3 粒。

### 三、Venetoclax ( Venclexta ) :

單獨使用於具有 17p 缺失的慢性淋巴球性白血病 (CLL) 患者。

1. 限先前曾接受至少 1 種包括 alkylating agent 與 anti-CD20 ( 如 R-CVP、R-CHOP、rituximab 加 bendamustine 等 ) 的治療 2 個療程以上仍惡化或復發者。
2. 開始使用前之疾病狀態需出現下列任一情形：
  - (1)、進行性的血液相惡化至 Hb < 10.0 gm/dL 或 PLT < 100 K/uL，且無其他原因可以解釋。
  - (2)、脾臟腫大超過左肋骨下緣 6 cm。
  - (3)、淋巴結腫大，最長徑超過 10 cm。
  - (4)、周邊血液淋巴球在 2 個月內增加 50% 以上，或倍增時間 (doubling time) 小於



6 個月。

- (5)、出現自體免疫併發症，且經類固醇治療無效。
- (6)、出現具症狀的淋巴結外病灶。
- 3. 需經事前審查核准後使用，每 3 個月需再次申請。再次申請時需檢附療效評估資料，若未達 iwCLL (International Workshop on CLL) 最新定義之 partial remission 或 complete remission，則不予給付。
- 4. Venetoclax 與 ibrutinib 二者僅能擇一使用，唯有在出現無法忍受其副作用時方可互換。二者使用總療程合併計算，以全部 24 個月為上限。
- 5. 每日至多處方 4 粒。

#### 免疫製劑 Immunologic agents

##### 一、 Eculizumab ( Soliris )

- 1. 用於陣發性夜間血紅素尿症患者：
  - (1)、 ~ (4) 略
- 2. 用於非典型性尿毒溶血症候群病人：
  - (1)、 ~ (5) 略
  - (6)、需檢送基因檢測報告經專家會議事前小組特殊專案審查核准後使用，每 24 週須重新申請，必要時得請照護病人之醫師專案報告。
  - (7)、使用 eculizumab 治療 aHUS 之退場機制：略

