



台中慈濟藥訊

*The Buddhist Tzuchi Taichung General Hospital
Drug Bulletin*

Vol. 03. No. 03

發行人：陳子勇 總編輯：陳綺華 執行編輯：臨床藥學組
電話：(04) 36060666-4029 傳真：(04) 25362258
◆ 2012 年 6 月號【雙月刊】◆

目 錄

衛教專欄：偏頭痛之相關藥物治療介紹	p.02
中醫園地：養生聖品—山藥	p.07
藥品異動資訊	p.09
全民健保藥品給付相關規定異動	p.10

家庭藥師
Family Pharmacist



偏頭痛之相關藥物治療介紹

李雅蓁 藥師 撰稿 郭啟中 醫師 審閱

偏頭痛(Migraine)一詞係由古文字hemiparalysis衍生而來，在醫學上已經成為一個特定的疾病，有特別的症狀與病因，已不是當初字義上所泛指的一般半邊的頭痛。頭痛一邊的確是偏頭痛的特徵之一，但卻不是唯一的特點，有些人發生疼痛的部位不一，兩邊痛、後腦勺痛，甚至整個頭一起痛都是有可能的。根據歐美國家的統計¹，全球大約6-8%男性與12-14%女性罹患偏頭痛。青春期以前，4-5%少男少女也約以等比例飽受偏頭痛之苦。最常罹患偏頭痛的年齡約在35~45歲之間，而在這段時間內，女性易罹患偏頭痛的機率是男性的三倍，並且病情較嚴重、患病時間較長。在流行病學的統計方面，偏頭痛是近年來最普遍的頭痛疾病，全球所有國家國民患偏頭痛的比率除了中國、日本稍低之外相差無幾。

偏頭痛的特徵為頭部局部引發的劇烈、常發性、搏動式疼痛（像抽痛或脹痛，伴隨心跳或脈搏跳動），疼痛並會在身體持續動作時越演越烈，1/3的病患會產生全頭性的頭痛。伴隨偏頭痛而來的症狀，最常見的有胃口不佳（幾乎100%）、噁心（80%）、嘔吐（40-50%）、畏光（60%）、對噪音敏感（50%）以及對特定的氣味過敏（10%）。疼痛可能沿著頭部、太陽穴延伸到臉部，發作的時間短則4小時，長可達到72小時不等。國際頭痛協會(International Headache Society, IHS)針對偏頭痛的發作類型定義有以下症狀：

1. Aura symptoms：視覺預兆(visual symptom)，如閃光、視野時黑時白等症狀。最常發生的是所謂視覺障礙，例如複視、重疊影像、半邊偏盲，或出現盲斑、亮點、色線等的閃

動、跳躍。有時候甚至出現幻覺、視覺影像扭曲變形、變大變小。持續時間通常不會超過一個小時，頭痛也常在預兆開始後一個小時內發生。

2. 自發性(idiopathic)、循環再發的(recurring)。
3. 存在持續4~72小時。
4. 單側(unilateral location)、搏動(pulsating)、中至重度、隨著身體活動會惡化。
5. 伴隨有噁心(nausea)、畏光(photophobia)、畏音(phonophobia)。

最近的研究則是發現偏頭痛是因受到內在或外在的刺激，導致神經系統失去平衡和諧的狀態，引發腦內神經傳導物質的改變，如血清素與正腎上腺素等，進而誘發一系列的疼痛流程，牽涉到腦內三叉神經與血管的交互作用，一方面三叉神經系統受神經傳導物質的刺激引發疼痛的感覺，一方面血管系也引發發炎反應，更加重腫脹與疼痛。因此可能誘發頭痛的相關因子（觸發性因素）又可分為²：

1. 生物因素：像女性賀爾蒙的波動就是一種典型的觸發性因素，女性患者在月經來潮或者排卵時特別容易受到偏頭痛密集的侵襲³；此外在首度服用荷爾蒙避孕或者調整更年期症狀（例如預防骨質疏鬆症）的女性身上，都有可能引發第一次的偏頭痛或者加劇原有的病症。
2. 環境因素：如閃爍的光線、Spa噪音、停留在高處或者寒冷、煙霧瀰漫的空間裡，都是可能引發偏頭痛的原因⁴。
3. 心理因素：有如因期待而引起的害怕、壓力、壓力後突然的放鬆等等。
4. 物質因素：酒精(特別是紅酒)，以及一些特別



的乾乳酪種類、巧克力等在特定食物中，最有名的是所謂的3C食物⁵，這3C指的是含檸檬酸的水果(citrus fruits，常見的是檸檬、葡萄柚、柑橘)、起司(cheese，包含其它乳製品)和巧克力(chocolate)。有些醃漬或加工的食物(例如香腸)，因為加入亞硝酸鹽(nitrate)，也可能造成偏頭痛，還有習慣性使用含咖啡因食物的患者也會因為攝取的咖啡因含量有波動而引發病症。

5.其他常見因素：氣候變化、睡眠習慣變更。

6.藥物因素⁶：主要是常用於心絞痛、可以造成血管擴張的藥物。常見的有：硝化甘油舌下含片(nitroglycerine)，含有二硝酸異山梨醇(isosorbide dinitrate)的藥物。

偏頭痛的治療可概分為兩個層面，一是急性發作時，緩解止痛的治療；另一則為針對慢性反覆頭痛的預防治療。臺灣目前可用於偏頭痛急性發作之藥物治療種類很多，大致可分為偏頭痛專一性與非專一性藥物。其中，口服具專一性的翠普登(triptan)、麥角胺(ergotamine)，或非專一性的非類固醇抗發炎藥物(NSAIDs)，證據等級最佳，建議優先選用，且應依循「分層治療」之原則。以下為各種藥物之介紹：

一、偏頭痛專一性藥物 (migraine-specific agents)

(A) Triptan 類藥物

Triptan係為serotonin 1B/1D接受器之活化劑，目前在臺灣上市的只有「英明格」(sumatriptan, Imigran[®])一種，有三種劑型，都對急性偏頭痛有效：50mg口服錠、20mg鼻噴劑、50和100mg速效錠(fast-disintegrating/rapid-release tablet, FDT)。在口服錠部分，分析53個臨床試驗(n=24,089)顯示⁷，口服sumatriptan 100mg兩小時後，「頭痛緩解率」為59%，「頭痛解除率」則為29%。其中，

20%的患者服藥2小時後頭痛解除，24小時內頭痛沒有復發，且不需使用其他止痛藥物。此外，有67%的患者在三次服用英明格中至少有兩次能達到頭痛緩解。口服sumatriptan 50mg，兩小時的頭痛緩解率與解除率與上述100mg相近。另一涵蓋32個臨床試驗(n=8,347)分析顯示⁸，投與三種不同劑量的sumatriptan：100mg (n=4581)、50mg (n=2252) 及25mg (n=1541)，兩小時頭痛緩解率分別是59%、59%、及56%；扣除安慰劑效應(三種劑量由高至低分別是28%、30%、32%)後，治療獲益率分別是31%、29%、24%。由此可見，50mg的效果與100mg相當接近。可視為sumatriptan 50mg是治療偏頭痛最理想的劑量，但仍應視個別的反應而定。

Triptan的不良反應⁹多為暫時性且輕微。服用sumatriptan 100mg的不良反應發生率與劑量有關，常見的不良反應(及其發生率)包括：噁心/嘔吐(11%)、倦怠感(6%)、嗜睡(6%)及頭暈/眩暈(6%)等。胸口或頸部的緊繃或疼痛感亦可見，發生率約3-6%。其他還有軀體與四肢麻木、刺痛、灼熱、潮紅以及苦味等。Triptan不適用於懷孕及授乳婦女、雷諾氏症(Raynaud's disease)、肝腎衰竭、高血壓控制不良、腦血管疾病患者或冠狀動脈病變高危險群。如果太晚服用Triptan，當偏頭痛變成中至重度疼痛時，效果較差，建議宜在發作早期服用。

(B)麥角胺(Ergotamine)及其複方製劑

麥角胺是除Triptan外，另一種偏頭痛專一性藥物，主要亦作用於serotonin 1B/1D接受器，但影響層面較廣(包含Dopamine、Norepinephrine等系統)，專一性不如Triptan佳⁸；歐洲的隨機雙盲平行試驗(N=580)比較2mg ergotamine及200mg caffeine (n=246)與sumatriptan 100mg (n=220)對偏頭痛的療效，結果顯示¹⁰：



ergotamine /caffeine兩小時頭痛緩解率 (48%) 雖不及sumatriptan(66%, $p<.001$)，但四十八小時頭痛復發率則較低 (30% vs. 41%, $p=0.009$)。假如患者頭痛的發作時間長(48小時以上)，則可考慮投與此藥。

ergotamine /caffeine造成的不良反應⁸近似Triptan，但噁心、嘔吐與腸胃不適的比率較高(~10%)，中樞神經不良反應則相對較少。需留意的是，懷孕及授乳婦女、心血管、腦血管疾病、雷諾氏症與腎衰竭患者，禁止使用此藥。另外根據歐洲神經學會聯盟 (EFNS)⁵的建議¹¹，因ergotamine會造成「藥物使用過度頭痛」，在用量與使用頻率方面需嚴格監控。ergotamine每次用量為0.5-2mg，平均每月使用不宜超過六次。同時服用心血管藥物和過度使用Triptan並不會使心臟、周邊血管和腦缺血發生率增加，但是若過度使用ergotamine，會使得缺血機會增加2.55倍¹²，同時服用心血管藥物和過度使用ergotamine，會使得缺血機會增加8.52倍。因此，處方ergotamine時須留意共同使用藥物。

二、偏頭痛非專一性藥物(migraine-nonspecific agents)

(A)單純止痛藥 (Simple Analgesics)

以acetaminophen最為常見。一般而言，單方的acetaminophen對嚴重頭痛是無效的，投與1000mg雖有研究¹³顯示對輕中度偏頭痛有效，但服用後兩小時頭痛緩解的治療獲益率約20%。此外，大劑量下所產生的肝毒性必須留意。因此，acetaminophen目前主要用於孕婦、小兒急性偏頭痛的第一線治療，臨床上處理急性偏頭痛，應直接選用非類固醇抗發炎藥物為佳。

(B)非類固醇抗發炎藥物 (Non-steroid

anti-inflammatory drugs: NSAID)

曾有研究¹⁴指出，每日口服aspirin 900-1000mg，與安慰劑相較之下，能有效治療偏頭痛，其效果比ergotamine /caffeine好，與sumatriptan 50mg接近，但須嚴格的考慮Aspirin對於腸胃方面帶來的副作用。其他NSAID，如口服ibuprofen 200-400mg、naproxen 750mg、diclofenac 50-100mg、ketoprofen 75-150mg、tolfenamic acid 200mg及ketorolac 30-60mg IM或30mg IV，也都能有效緩解頭痛。至於在不良反應方面，NSAID主要會引起腸胃不適，發生率至少10-20%，有消化道潰瘍的患者宜避免。

(C)其他急性治療

Anti-dopaminergics除能緩解偏頭痛外，同時也能緩解噁心、嘔吐等伴隨症狀，其作用機轉可能與多巴胺 (dopamine) 及血清張力素 (5-HT 2A) 系統的拮抗作用有關¹⁵。其中，prochlorperazine與metoclopramide較適合急診室用於急性偏頭痛發作之治療。與其他藥物相較，這類藥物緩解急性頭痛的效果不輸Triptan，且比NSAID好¹⁶。因此，Anti-dopaminergics常用以輔助其他偏頭痛急性療法，可增強治痛的效果。例如：國內的研究¹⁷顯示：重覆靜脈注射prochlorperazine (每八小時5-10mg)，平均五日，能減輕轉化型偏頭痛 (transformed migraine)的疼痛程度達50%以上。但需留意的是，目前在台灣地區常使用的prochlorperazine針劑並不建議靜脈注射，僅建議肌肉注射。另外像是類固醇 (steroids)這類的藥物，雖目前無確切的相關報告，但若偏頭痛持續發作超過24小時，且上述急性治療藥物無效，或演變成重積狀態，可使用靜脈注射類固醇 (如dexamethasone、hydrocortisone)]，並可搭配 Anti-dopaminergics使用。



針對上述藥物的使用時機¹⁸而言，一般來說，輕至中度的偏頭痛，可先選擇口服、靜脈/肌肉注射NSAIDs，替代藥物包括口服Aspirin、複方止痛藥或ergotamine。中重度偏頭痛，建議口服或鼻噴triptan或是ergotamine，宜在頭痛早期使用。NSAIDs藥物對部份患者亦有效。triptan與NSAIDs藥物同時使用，效果較單獨使用更好。偏頭痛若演變為重積狀態，首先應以非腸道途徑投予類固醇並配合輸液治療。acetaminophen對中重度偏頭痛療效不佳，但為兒童及孕婦偏頭痛急性發作之首選用藥。需注意的是，這類於急性發作使用的藥物需儘早，最好在預兆發生，或頭痛的初期就要趕緊服用，若在頭痛劇烈到頂點時才服藥，不僅緩不濟急，而且到這時候，病人易伴隨噁心與嘔吐，連藥都無法服用。使用急性治療藥物，要當心藥物過度使用頭痛，原則上一個月使用不宜超過十天。此外，病人若經常性反覆頭痛，便應接受預防性治療，每天固定服藥，以預防頭痛的發生。視病人的情況，醫生可以處方不同類型的藥物，如NSAIDs、 β -blocker、calcium channel blocker或三環抗憂鬱劑(TCA)等。假若處方得宜，皆可收到治療與預防的效果，不過為了確定良好的療效，通常需要治療持續兩到三個月以上。

除了藥物的治療外，生活上的調適也很重要。避免誘發因子的出現將是一項重要的功課，如養成良好的生活習慣、起居規律定時、睡眠充足而不過量、避免過勞、放鬆心情等，雖有些老生常談，卻是患者自我調養的不二法門。某些病人可能會注意到特別的誘發因素，如食物、酒類、氣溫的劇烈變動，或炎夏時進出冷氣房等，則可以自我提醒，避免類似狀況，即可預防偏頭痛。還有研究顯示，規律運

動，尤其是有氧運動，如慢跑、游泳、騎自行車等，都可以改善體質而預防頭痛，值得大力提倡。

References

1. Evers S, Áfra J, Frese A, et al. EFNS guideline on the drug treatment of migraine: report of an EFNS task force. Eur J Neurol 2006;13:560-572
2. Zagami A, Bahra A. Symptomatology of Migraines without Aura. In: Olesen J, Goadsby P, Ramadan N, Tfelt-Hansen P, Welch M, editors. The Headache, 3rd edition. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2006:399-405.
3. Massiou H, MacGregor A. Influence of Female Hormones on Migraines. In: Olesen J, Goadsby P, Ramadan N, Tfelt-Hansen P, Welch M, editors. The Headache, 3rd edition. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2006:331-342.
4. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalalgia 2004;24(Supp.1):8-160.
5. 維基百科: http://en.wikipedia.org/wiki/Citric_acid
6. 賴資賢:台灣頭痛學會電子報No.66-偏頭痛的誘發因子(98年7月) <http://www.taiwanheadache.com.tw>
7. Ferrari MD, Roon KI, Lipton RB, Goadsby PJ. Oral triptans (serotonin 5-HT_{1B/1D} agonists) in acute migraine treatment: a meta-analysis of 53 trials. Lancet 2001;358:1668-1675.
8. Tfelt-Hansen P, De Vries P, Saxena PR. Triptans in migraine: a comparative review of pharmacology, pharmacokinetics and efficacy. Drugs 2000;60:1259-1287.



9. Mc Crory DC, Gray RN. Oral sumatriptan for acute migraine. Cochrane Database Syst Rev 2003;3:CD002915.
10. The Multinational Oral Sumatriptan and Cafergot Comparative Study Group. A randomized, double-blind comparison of sumatriptan in the acute treatment of migraine. Eur Neurol 1991;31:314-322.
11. Evers S, Ára J, Frese A, et al. EFNS guideline on the drug treatment of migraine: report of an EFNS task force. Eur J Neurol 2006;13:560-572.
12. Wammes-van der Heijden EA, Rahimtoola H, Leufkens HG, Tijssen CC, Egberts AC. Risk of ischemic complications related to the intensity of triptan and ergotamine use. Neurology 2006;67:1128-1134.
13. Lipton RB, Baggish JS, Stewart WF, Codispoti JR, Fu M. Efficacy and safety of acetaminophen in the treatment of migraine: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, population-based study. Arch Intern Med 2000;160:3486-3492.
14. Lange R, Schwarz JA, Hohn M. Acetylsalicylic acid effervescent 1000 mg (Aspirin) in acute migraine attacks; a multicentre, randomized, doubleblind, single-dose, placebo-controlled parallel group study. Cephalalgia 2000;20:663-667.
15. Siow HC, Young WB, Silberstein SD. Neuroleptics in headache. Headache 2005;45:358-371.
16. Ellis GL, Delaney J, DeHart DA, et al. The efficacy of metoclopramide in the treatment of migraine headache. Ann Emerg Med 1993;22:191-195.
17. Lu SR, Fuh JL, Juang KD, Wang SH. Repetitive intravenous prochlorperazine treatment of patients with refractory chronic daily headache. Headache 2000;40:724-729.
18. 陳韋達 等編：偏頭痛急性發作藥物治療準則。台灣頭痛治療準則。第一版。台灣頭痛學會。2007, 1-16。



中醫園地

養生聖品—山藥

陳辰芳 藥師 撰稿 廖振羽 醫師 審閱

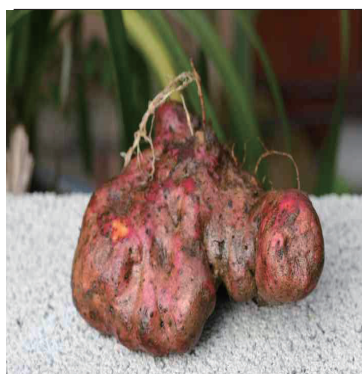
一、前言：山藥為常用中藥，以薯蕷之名首載於《神農本草經》，列為上品。¹至唐朝時，為避唐代宗李豫諱（「蕷」與「豫」同音），改稱薯藥。宋朝時，又為避宋英宗趙曙諱（「薯」與「曙」同音），改稱山藥，至此延用至今。²因其營養豐富，自古以來就被視為物美價廉的補虛佳品，既可作主糧，又可作蔬菜，還可供為藥用。

二、異名：除上述別名外，山藥亦作淮山、田薯、柱薯、長薯等。其中淮山最為人所周知。其典故來自產地，品質最佳的淮山來自於大陸河南省武陟縣地區，這個地區在夏朝時稱為「覃懷」，周朝時改稱「懷邑」，到了秦朝時再設「懷縣」。從唐貞觀元年廢懷縣為武陟，於是歷代均以武陟為懷。至明清時期稱武陟所產的山藥為懷山藥，因懷與淮發音相同，就簡寫淮山。³

三、英文名：Common Yam, Cinnamon Vine, Chinese Yam。

四、來源：本品為薯蕷科多年蔓生草本植物薯蕷(*Dioscorea opposita* Thunb.)及其同屬近源植物之乾燥塊莖。⁴

五、種類：山藥的品種繁多，不論在塊莖的外型或是產量上，都有極大的差異，最常見的有圓形、紡錘狀、棍棒型等，肉質也有白色、紅色的不同。目前全世界的山藥品種已超過600多種。³



塊狀山藥

<http://www.hijh.tcc.edu.tw/teach/>



長型山藥

<http://pda.coa.gov.tw/view.php?catid=24400&showtype=pda>



紫山藥

http://www.loha-life.com/?op=products_view&id=70

1. 塊狀與長型山藥之營養成分分析：³

品種 / 成份	熱量 (卡)	水份 (克)	蛋白質 (克)	脂肪 (克)	醣類 (克)	纖維 (克)
塊狀山藥	118	69.6	2.8	0.7	25.4	0.5
長型山藥	65	82.6	2.2	0.4	13.5	0.3
品種 / 成份	礦物質 (毫克)			維生素 (毫克)		
	鈣	磷	鐵	B1	B2	C
塊狀山藥	10	30	0.8	0.11	0.04	15
長型山藥	17	27	0.4	0.10	0.02	6

2. 白山藥與紫山藥之異同：³ 白山藥和紫山藥，莖方，葉寬，根肥，兩種形態完全相同，只是顏色不同。在營養成分上有些許差異：白山藥的粗纖維、鈣、鎂及硒含量較高；紫山藥則是銅、鐵、錳及鉀含量較高些。

六、性味歸經：甘，平。歸脾、肺、腎經。^{4、5}



七、功效：益氣養陰，補脾肺腎，固精止帶。^{4、5}補陰生津宜生用；補脾止瀉宜土炒；益脾和胃、益腎固精宜麩炒。¹

八、主治：^{5、6}

1. 用於脾胃虛弱症。山藥能平補氣陰，且性兼澀，故凡脾虛食少，體倦便溏，及婦女帶下，兒童消化不良的泄瀉等，皆可應用。常配人參（或黨參）、白朮、茯苓等同用，如參苓白朮散。
2. 用於肺腎虛弱症。山藥既補脾肺之氣，又益肺腎之陰，並能固澀腎精。治肺虛咳喘，或肺腎兩虛久咳久喘，常配人參、麥冬、五味子等同用，
 - (1) 治腎虛不固的遺精、尿頻等，常配熟地黃、山茱萸、菟絲子、金櫻子等同用；
 - (2) 腎虛不固，帶下清稀，綿綿不止，可與熟地黃、山茱萸、五味子等同用。
3. 用於陰虛內熱，口渴多飲，小便頻數的消渴證。有益氣養陰、生津止渴之效。常配黃耆、生地黃、天花粉等同用。

九、使用注意：山藥中的澱粉含量較高，胸腹脹滿、大便乾燥、便秘者最好少吃。山藥是偏補的藥，甘平且偏熱，體質偏熱、容易上火的人也要慎食。山藥能滋陰、補腎、降血糖，能治療糖尿病，但糖尿病患者如果要把山藥當食品吃，就會對血糖產生一定影響。糖尿病者不可一次吃過量的山藥，食用量較大時應適當減少主食的量。山藥屬根莖類食物，澱粉量較高，過量食用可致血糖升高。此外，消化性潰瘍和肝硬化患者，應選用蒸、燉等烹飪方法，忌爆炒和醋溜。胃腸道不好的人吃山藥時，不要同時服用制酸劑等鹼性藥物，以免山藥中的澱粉酶失效。山藥中的薯蕷皂苷可以合成荷爾蒙，如睪丸激素和雌激素，因此，男性前列腺癌患者與女性乳腺癌患者皆須謹慎使用。^{6、7}

十、現代研究：山藥的營養成分豐富，含蛋白質、碳水化合物、鈣、磷等元素。此外還有氨基酸、多酚氧化酶等營養成分，具有誘導產生干擾素、增強人體免疫功能的作用。在山藥中還有一種重要的營養成分，那就是薯蕷皂苷，被稱為是天然的DHEA（de-hydro-epi-androsterone）。這類成分有助於體內合成各種荷爾蒙，有荷爾蒙之母的稱謂，能促進皮膚表皮細胞的新陳代謝，提升肌膚的保濕功能，並對改善體質也有一定的幫助。山藥中富含纖維素以及膽鹼、黏液質等成分，可供給人體所需的大量黏液蛋白，能預防心血管系統的脂肪沉積，保持血管的彈性及防止動脈粥樣硬化發生；同時它還能減少皮下脂肪堆積，避免肥胖；而且這種黏液多糖類物質與無機鹽相結合時，還可使軟骨富有一定的彈性，有助於預防老年骨折。⁷

十一、參考資料：

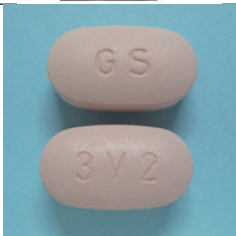
1. 陳瑞生、陳相銀、張越：山藥的加工方法。首都醫藥，2012/4：55
2. 維基百科，山藥。網址：http://zh.wikipedia.org/zh-hant/%E5%B1%B1%E8%97%A5#cite_ref-1
3. 陽明山山藥資訊網。網址：<http://yam.a-team.com.tw/>
4. 林海南：認識常見中藥（一）。行政院衛生署中醫藥委員會編印。民國88年6月出版、91年12月第二刷。p6-8
5. 王憲齡：中醫方藥學。北京：人民軍醫出版社，2006/7。p235-236
6. 醫砭：沈藥子。常用中藥 - 山藥。網址：<http://yibian.hopto.org/yao/?yno=376>
7. 常怡勇：冬季吃山藥 勝過吃補藥。心食補網址：<http://www.xinshipu.com/>



藥品異動資訊

新增品項

101 年 4 月 -101 年 5 月

藥名	適應症	健保價	藥品外觀
Risperidone 37.5mg/ vial(Risperdal Consta®)	治療急性及慢性精神分裂症之精神病及其他有明顯活性症狀 (如幻覺、妄想、思考障礙、敵意、多疑) 和 / 或負性症狀 (如情感遲滯、情緒和社交退縮、缺乏言談) 的精神異常狀況。RISPERDAL CONSTA 亦可減輕伴隨精神分裂症產生之情感症 (如抑鬱、愧疚感、焦慮)。	4796 元	
Olanzapine 10mg/ vial (Zyprexa®)	成人精神分裂及成人雙極性第 I 型躁症之激動症狀。	360 元	
Ropinirole Prolonged Release 2mg/tab (Requip®)	治療帕金森氏症。	22 元	
Tacrolimus 0.5mg/ cap (Prograf®)	肝腎移植之第一線用藥或肝腎移植 CYCLOSPORIN 無效之第二線用藥，心臟移植之第二線用藥，心臟移植之第一線用藥。	63 元	
Montelukast 4mg/ pk(Singulair®)	適用於預防與長期治療成人及小兒的氣喘，包含預防日間及夜間氣喘症狀，及防止運動引起的支氣管收縮。緩解成人或小兒的日間及夜間過敏性鼻炎症狀。	25.5 元	
Propranolol 40mg/tab (Cardolol®)	狹心症、不整律 (上心室性不整律、心室性心搏過速)、原發性及腎性高血壓、偏頭痛、控制原發性震顫、控制焦慮性心搏過速、甲狀腺毒症的輔助劑、親鉻細胞瘤。	1.5 元	

停用品項

藥名	適應症	健保價
Ropinirole 1mg/ tab(Requip)	治療自發性帕金森氏症	18.8 元



全民健保藥品給付相關規定異動 (101 年 4 月)

修正給付規定

腸胃藥物 Gastrointestinal drugs

止吐劑 Antiemetic drugs

Neurokinin-1 receptor antagonist 【Aprepitant 125mg/cap(Emend)】

1. 與其他止吐藥劑併用，以防止由高致吐性癌症化療藥物在初次或重覆使用時所引起的急性或延遲性噁心與嘔吐。
2. 限用三天，每日限用一顆，除第一天外，不得併用 5-HT₃ 之藥物。
3. Aprepitant 使用劑量如下：高致吐性藥品化療前 125mg 第二天及第三天 80mg。

備註：

1. 高致吐性藥物：Cisplatin ($>50\text{mg}/\text{m}^2/\text{day}$)、Carmustine ($\geq 250\text{mg}/\text{m}^2/\text{day}$)、Cyclophosphamide ($>1500\text{mg}/\text{m}^2/\text{day}$)、Methotrexate ($\geq 1.2\text{gm}/\text{m}^2/\text{day}$)、中致吐劑量之 Anthracycline 藥物合併另一中致吐性藥物。
2. 中致吐性藥品：Cisplatin ($\geq 30\text{mg}/\text{m}^2/\text{day}$, $\leq 50\text{mg}/\text{m}^2/\text{day}$)、Carmustine ($<250\text{mg}/\text{m}^2/\text{day}$)、Cyclophosphamide ($\leq 1500\text{mg}/\text{m}^2/\text{day}$)、Doxorubicin ($\geq 45\text{mg}/\text{m}^2/\text{day}$)、Epirubicin ($\geq 70\text{mg}/\text{m}^2/\text{day}$)、Irinotecan、Idarubicin ($\geq 10\text{mg}/\text{m}^2/\text{day}$)、Daunorubicin ($\geq 60\text{mg}/\text{m}^2/\text{day}$)、Dactinomycin (actinomycin-D)、Arsenic trioxide、Melphalan ($\geq 50\text{mg}/\text{m}^2/\text{day}$)、Cytarabine、Carboplatin、Oxaliplatin、Ifosfamide、Mitoxantrone、Dacarbazine 且其使用劑量為一般公認治療劑量或上述規定劑量時。

激素及影響內分泌機轉藥物

Hormones & drugs affecting hormonal mechanism

骨質疏鬆症治療藥物

1.1 抗骨質再吸收劑 (anti-resorptive)

1. 藥品種類

- (1) Calcitonin preparations : Salmon calcitonin nasal spray、injection
- (2) Bisphosphonates (雙磷酸鹽類) : Alendronate (如 Fosamax)、Zoledronate 5mg (如 Aclasta)、Ibandronate 3mg/3mL (如 Bonviva)
- (3) Selective estrogen receptor modulators (SERM, 選擇性雌激素接受體調節劑) : Raloxifene (如 Evista)

2. 使用規定

- (1) 限用於停經後婦女 (Alendronate 及 Zoledronate 亦可使用於男性) 因骨質疏鬆症 (須經 DXA 檢測 BMD 之 T score $\leq -2.5\text{SD}$) 引起脊椎或髖部骨折，或因骨質疏少症 (osteopenia) (經 DXA 檢測 BMD 之 $-2.5\text{SD} < \text{T score} < -1.0\text{SD}$) 引起脊椎或髖部 2 處或 2 次 (含) 以上之骨折。
- (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。



修正給付規定

抗腫瘤藥物 Antineoplastics drugs

Erlotinib 150mg/tab(Tarceva)

1. 限單獨使用於

- (1) 先前已使用過第一線含鉑化學治療，或 70 歲 (含) 以上接受過第一線化學治療，但仍局部惡化或轉移之腺性非小細胞肺癌之第二線用藥。
- (2) 先前已使用過 Platinum 類及 Docetaxel 或 Paclitaxel 化學治療後，但仍局部惡化或轉移之非小細胞肺癌之第三線用藥。

2. 需經事前審查核准後使用，若經事前審查核准，因臨床治療需轉換同成份不同含量品項，得經報備後依臨床狀況轉換使用，惟總使用期限不得超過該次申請事前審查之療程期限。

- (1) 用於第二線用藥：檢具確實患有非小細胞肺癌之病理或細胞檢查報告，並附曾經接受第一線含鉑化學治療，或 70 歲 (含) 以上接受過第一線化學治療之證明，及目前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) 用於第三線用藥：檢具確實患有非小細胞肺癌之病理或細胞檢查報告，並附曾經接受第一線及第二線化學藥物如 Platinum (Cisplatin 或 Carboplatin) 與 taxanes (Paclitaxel 或 Docetaxel) 治療之證明，及目前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。
 - (3) 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)。
3. 醫師每次開藥以兩週為限，每兩週應回門診追蹤一次。
4. 本藥品與 Gefitinib (如 Iressa) 不得併用。
5. 若使用本藥品治療失敗或無法忍受其副作用，不得替換使用 gefitinib (如 Iressa)。

Sunitinib 12.5mg/cap(Sutent)

1. 腸胃道間質腫瘤：

- (1) 限用於以 Imatinib 治療期間出現疾病惡化或對該藥出現不能忍受之腸胃道間質腫瘤。
- (2) 若使用本藥品出現疾病惡化或無法忍受其副作用，不得替換使用 Imatinib 治療。
- (3) 需經事前審查核准後使用，送審時須檢送病歷及對 Imatinib 耐受性不良或無效之證明。

2. 晚期腎細胞癌：

- (1) 可用於第一線治療晚期或轉移性腎細胞癌，即病理上為亮細胞癌 (clear cell renal carcinoma)。
- (2) 無效後則不給付 temsirolimus 及其他酪胺酸激酶阻斷劑 (tyrosine kinase inhibitor, TKI)。
- (3) 需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以三個月為限，送審時需檢送影像資料，每三個月評估一次。



修正給付規定

- (4) 病人若對藥物產生耐受性不佳 (intolerance)，則以原來藥物減量為原則，若嚴重耐受性不佳，可以換其他 TKI。
3. 進展性，無法切除或轉移性分化良好之胰臟神經內分泌腫瘤的成人病患，須同時符合下列條件：
- (1) 符合 WHO 2010 分類方式之 G1 or G2 胰臟神經內分泌瘤。
 - (2) 於一年內影像檢查證實有明顯惡化者。
 - (3) 不可合併使用 somatostatin analogue、化學治療或相關標靶藥物。
 - (4) 經事前專案審查核准後使用，且需每 3 個月評估一次。

2.3 Bevacizumab 100mg/4ml/vial(Avastin)

1. 轉移性大腸或直腸癌：
 - (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 24 週為上限。
2. 惡性神經膠質瘤 (WHO 第 4 級) - 神經膠母細胞瘤：

單獨使用可用於治療曾接受標準放射線治療且含 Temozolomide 在內之化學藥物治療失敗之多型性神經膠母細胞瘤 (Glioblastoma multiforme) 復發之成人患者。
3. 本藥須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。

- ◆提醒醫療人員，若發現疑似藥品不良反應時，請立即通報本院藥物不良反應小組。Ext：4029
- ◆凡是遵照醫師處方或藥師指示下，使用合法藥物，卻發生嚴重的藥物副作用 (也可稱為藥害)，都可以提出藥害救濟的申請。藥害救濟諮詢專線：02-2358-4097

疫苗接種受害救濟申請流程

