



# 台中慈濟藥訊

The Buddhist Tzuchi Taichung General Hospital  
Drug Bulletin

Vol. 01, No. 06

發行人：陳子勇 總編輯：陳綺華 執行編輯：臨床藥學組  
電話：(04) 36060666-3433 傳真：(04) 36060666-3435

中華民國九十九年十二月號【雙月刊】

◆2010年12月刊◆

## 目 錄

新藥介紹：Aliskiren (Rasilez® 絡舒樂適) ..... p.02

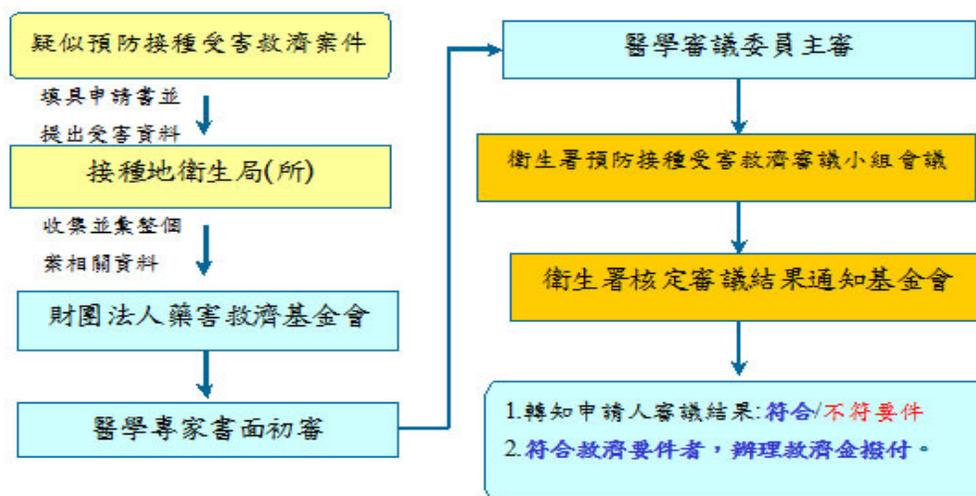
衛教園地：按「時」吃中藥..... p.05

藥品異動資訊..... p.07

全民健保藥品給付相關規定異動..... p.08

- ◆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：3433
- ◆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



## 新藥介紹

# Aliskiren (Rasilez® 絡舒樂適)

陳美森 藥師撰稿  
吳佳穎 藥師審閱

### 壹、前言

高血壓與腎素-血管收縮素-醛酮系統 (Renin-Angiotensin-Aldosterone System, RAAS) (圖一) 具有高度相關性；腎素 (Renin) 是一種蛋白酶，主要分解的基質是血管收縮素原 (Angiotensinogen)，而血管收縮素原是一個含有400多個氨基酸的醣蛋白，由肝臟負責合成。血管收縮素原經由腎素分解後，產生一段含十個氨基酸的胜肽，稱為血管收縮素I (Angiotensin I)，再經由血管收縮素轉化酶 (Angiotensin Converting Enzyme, ACE) 移除2個氨基酸後，產生血管收縮素II (Angiotensin II)<sup>1,2</sup>。

近年來有不少專家提出血管收縮素II會增加末梢血管阻力，是導致高血壓主因之一；除此之外，血管收縮素II為強力血管收縮劑，可直接作用於心臟、末梢血管、腎上腺、中樞神經等處，這些共同作用均可增加血壓。血管收縮素II是以二種不同的接受器當媒介來發揮作用，其一是與G蛋白連接的AT<sub>1</sub>接受器，另一個則是能抑制酪氨酸磷酸酶 (Tyrosine phosphatase) 活性的AT<sub>2</sub>接受器。一般認為AT<sub>1</sub>接受器與血管收縮作用相關。目前廣泛使用的降血壓藥就是以抑制ACE的活性及血管收縮素II拮抗劑 (Angiotensin II receptor blockers, ARBs) 為主；ARBs主要是專一作用於AT<sub>1</sub>接受器上，直接阻斷血管收縮素II的作用，至於AT<sub>2</sub>接受器的作用，目前則尚無定論<sup>2</sup>。

### 貳、直接腎素抑制劑 (Direct Renin Inhibitor, DRI) —

#### Aliskiren

美國食品藥物管理局 (FDA)<sup>3</sup> 於2007年核准全新機轉降血壓藥品 - Aliskiren (圖二)<sup>4,5</sup>上市，可單一治療或合併Hydrochlorothiazide、Valsartan或Amlodipine使用於可能需要多種藥物達到血壓控制目標的高血壓病患。我國衛生署核准之適應症為治療高血

壓；可單獨使用或與其他抗高血壓藥物合併使用<sup>5,6</sup>。

一、作用機轉：Aliskiren為腎素的競爭性抑制劑，使得血漿腎素活性 (Plasma Renin Activity, PRA) 降低，並阻斷腎素對血管收縮素原的切割作用 (圖一)<sup>2,4</sup>。血管收縮素轉化酶抑制劑 (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors, ACEIs) 及ARBs可能經由間接的機轉造成PRA的增加，而Aliskiren則是直接抑制腎素，進而減少PRA、血管收縮素I及血管收縮素II，藉此達到降血壓的效果。

#### 二、藥物動力學<sup>5,6</sup>：

1. 起始作用時間：開始治療後兩週內可達最大降壓療效。

2. 吸收與分佈：Aliskiren的吸收很差，當與高脂膳食合併服用時，平均AUC (area under curve) 和C<sub>max</sub> 分別會降低71%和85%。

3. 代謝：根據體外研究，負責Aliskiren代謝的主要酵素為CYP3A4。

4. 生體可用率：約為3%。

5. 半衰期：約24小時。

6. 最高血中濃度：口服後Aliskiren可於1到3小時內達血漿最高濃度。

7. 排除：約1/4吸收劑量以原型藥物形式出現在尿液中。

三、劑量<sup>5,6</sup>：成人起始劑量為75~150 mg每日一次，本品與利尿劑併用時建議起始劑量為75mg。血壓未受適當控制的病患，每日劑量可增至300 mg。劑量300 mg以上不會提升降壓反應，但會提高腹瀉機率。

四、藥物交互作用<sup>5,6</sup>：臨床前試驗發現，P-glycoprotein (Pgp) 是Aliskiren吸收與清除的主要排出系統，Pgp是存在於腸上皮細胞 (enterocyte) 的主動運輸蛋白，當口服投予藥物，藥物分子會穿過腸上

皮細胞進入血液，若不幸遇上Pgp，其會將藥物分子打回腸道內，此機制可以阻止藥物分子進入全身循環，有效地降低藥物生體可用率<sup>7</sup>。

Aliskiren與Pgp受質或弱-中效抑制劑（例如：Atenolol、Digoxin、Amlodipine及Cimetidine）合併使用時，未觀察到相關的臨床交互作用。Aliskiren與Pgp強效抑制劑（例如：Atorvastatin 80mg）合併使用時，多劑量給予後可增加Aliskiren的Cmax及AUC達50%。與Pgp強效抑制劑及CYP3A4強效抑制劑（例如：Ketoconazole，劑量為200 mg，每日兩次）合併使用，可使Aliskiren的血中濃度增加80%。Aliskiren 75 mg與Pgp強效抑制劑（Cyclosporine 200 mg或Cyclosporine 600 mg）合併使用，可使Aliskiren的Cmax增加約2.5倍，AUC增加5倍左右。因此不建議合併使用這兩種藥物。

五、副作用<sup>5,6</sup>：常見包括腹瀉和其他胃腸道的疾病如：腹痛、消化不良和胃食道逆流。其他不良反應發生率> 1%：包括頭痛、頭暈、乏力、背痛、鼻咽炎。

六、懷孕分級<sup>5,6</sup>：懷孕用藥級數為C（懷孕初期3個月）和D（懷孕中期和晚期3個月）。

七、哺乳<sup>5,8</sup>：目前不清楚Aliskiren是否會分泌至人類的乳汁中。因為對哺乳嬰兒有潛在不良反應，應考量藥

物對母親的重要性來決定是否停止哺乳或停用藥物。

八、注意事項<sup>5,8</sup>：

1. Aliskiren、ACEI和ARB均禁止用於懷孕婦女
2. 對老年人、肝腎功能不全病患並無調整Aliskiren起始劑量的需要。但是重度腎功能不全病患應小心使用。
3. 若使用Aliskiren治療，病患的臉部、四肢末端、嘴唇、舌頭、聲門和/或喉頭有血管性水腫，應立即中斷使用，直到產生的徵兆和症狀完全解除。
4. 治療時如果發生血壓下降過低，須讓病患呈仰躺姿勢，必要時給予靜脈生理食鹽水灌注。
5. Aliskiren 與留鉀性利尿劑、鉀補充劑、或其他增加鉀量的藥物合併使用時，可能會造成血清鉀離子量增加，須謹慎使用。

### 參、結論

雖然高血壓是能夠控制的慢性疾病，然而約只有一半左右的人接受治療，且不到1/3的人血壓控制得宜<sup>9</sup>，因此雖然有這麼多降血壓藥品，還是不足以完全治療高血壓病人，因此需要全新機轉降血壓藥品才能突破；此外，不同高血壓藥品，對病人有不同感受性，能提供醫師與病人更多選擇，可以針對個體差異，選擇適合的用藥，對醫師與病人來說都是一大福音。

### 肆、參考文獻

- 1、潘淑芬(2003)：醫學生物化學(修訂版)。臺灣藝軒出版社，295-300。
- 2、Staessen JA, et al. Oral renin inhibitors. Lancet 2006;368:1449-56.
- 3、<http://www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2007/NEW01580.html>.  
Food and Drug Administration: Approves New Drug for High Blood Pressure.
- 4、Wood JM, et al. Structure-based design of aliskiren, a novel orally effective renin inhibitor. Biochem. Biophys. Res. Commun. 2003; 308:698-705.
- 5、Aliskiren 衛生署核准仿單。
- 6、UpToDate：Aliskiren Drug Information.
- 7、Vaidyanathan S, et al. Pharmacokinetics of the oral direct renin inhibitor aliskiren in combination with digoxin, atorvastatin, and ketoconazole in healthy subjects: the role of P-glycoprotein in the disposition of aliskiren. J. Clin. Pharmacol. 2008;48(11):1323-1338.
- 8、MICROMEDEX<sup>®</sup> 2010: Drugdex<sup>®</sup> Evaluation for aliskiren.
- 9、Ong KL, et al. Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension Among United States Adults 1999–2004. Hypertension. 2007;49-69.

圖一、( RAAS & Aliskiren的作用機轉 )

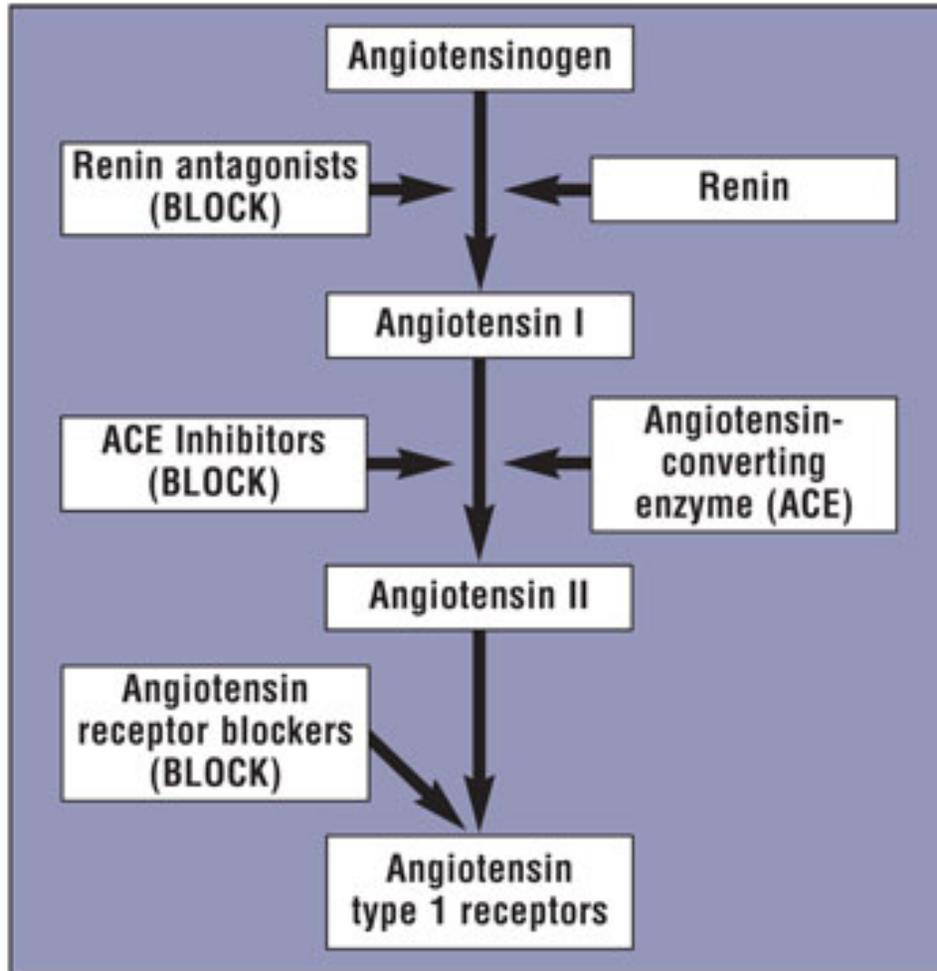
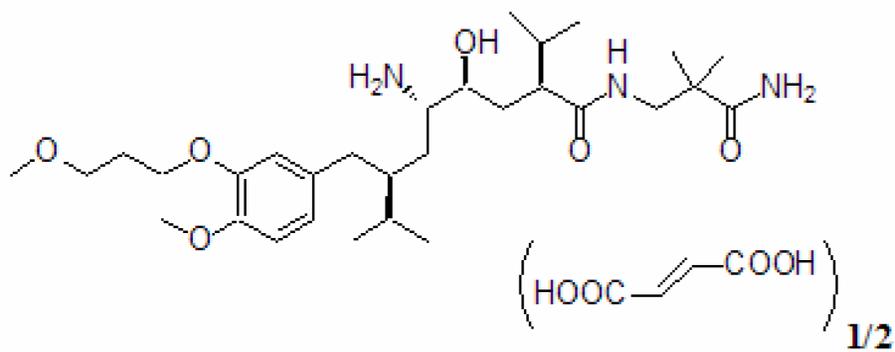


Figure 1. Renin-angiotensin system and medications that affect it.

資料來源：US Pharm. 2008;33(2)38-42.

圖二、( Aliskiren的結構式 )



## 衛教園地

# 按「時」吃中藥

陳辰芳 藥師編譯  
廖宜敬 藥師審閱

### 一、前言

「按時吃藥」是每個病患所必須依循的自然法則，但是大多數病患往往只記得要「吃藥」，卻忽略了更重要的二字精髓—「按時」。在看診時，醫師的專業診斷與對症下藥固然重要，倘若煎煮方法或服藥時間不當，則不但無法發揮最佳的療效，甚至可能引起無法預期的不良反應。正如清代名醫徐大椿《醫學源流論》中所述：「病之癒不癒，不但方必中病，方雖中病，而服之不得其法，則非特無功，而反有害，此不可不知也。」由此可知正確解讀「按時吃藥」的重要性。

中藥服藥是根據不同的病情和藥物的種類，採用不同的服藥時間和方法，使中藥充分發揮藥效。而口服是中醫臨床主要用藥方式，口服用藥的效果不但受劑型影響，還受到服藥時間、次數及冷熱影響。

### 二、中藥適宜的服藥時間

具體服藥時間應根據腸胃狀況、病情需要及藥物特性來決定。

(一) 飯前服用：飯前服用是指進食前30分鐘至1小時服用。

1. 作用於中、下焦的藥物：飯前胃中空虛，有利於藥物以較高濃度迅速進入小腸消化吸收，所以治療腸道與肝腎病變的方劑應在飯前服用，例如瀉下藥：大黃、芒硝、火麻仁等。

2. 補益藥：補益人體氣血陰陽不足，治療所有虛證的中藥，宜在飯前服用，可免除食物影響，讓藥效充分發揮滋潤臟腑的功效。例如四君子湯、四物湯、八珍湯、六味地黃丸等。

3. 驅蟲藥：能驅除寄生在人體消化道的蛔、蟯、鉤等寄生蟲的中藥，宜空腹服用，以利藥物迅速入腸，使消化道中保有較高濃度的藥劑成分。例如檳榔、使君子、烏梅丸等。

4. 化痰止咳平喘藥：飯前服用，祛痰緩咳效果比較明顯。例如半夏、貝母、桔梗、苦杏仁、桑白皮、二陳湯等。

(二) 飯後服用：飯後服用是指進食後，間隔30分鐘至1小時再服用。

飯後服用的意義：為防止強烈藥性刺激胃腸道黏膜，或利用胃腸道裡的食物阻滯藥劑迅速下行，延長有效成分被吸收的時間。

1. 清食健胃劑：如保和丸、藿香正氣丸等，宜在飯後服用，使其充分接觸食物，達到清食化積，寬中消脹的目的。

2. 祛風勝濕藥物：用於治療外感風濕所致的頭痛、身痛、腰膝疼痛以及腳氣足腫所用藥物，例如羌活、防風、秦艽、威靈仙等，藥性辛散溫燥，配伍或服食不當，容易刺激或損傷胃腸道黏膜，若在飯後服用，即可防止。臨床上常用來治療腰膝疼痛、關節屈伸不利或麻木的方劑，如獨活寄生湯、羌活勝濕湯等；或臨床運用廣泛，治療巔頂、前額頭痛和偏頭痛、目眩鼻塞等症狀的疏風止痛良劑，如川芎茶調散等，均應在飯後服用。

3. 藥性峻猛藥物：一般常用的中藥，如草烏頭、生南星、生半夏、雷公藤、馬錢子、蜈蚣、全蠍等，主要成分為多種生物鹼、皂苷及毒性蛋白等。這些藥物均經過炮製，以降低有毒成分，煎煮時也必須遵守久煎法則。為了避免服後產生噁心、舌麻等輕微中毒現象，應該在飯後服用，以減輕藥性對脾胃肝的不利影響，並發揮最大療效。

(三) 睡前服用：為了順應人體生理節律而充分發揮藥效，有些中藥須於臨睡前30分鐘至1小時服用。一般須用200 ~ 300 毫升溫開水送服，且服藥後不宜馬上躺臥，以免藥物黏在食道上，引起食道損傷。

1. 安神劑：以重鎮安神（磁石等）或滋養安神（酸

棗仁、柏子仁、龍眼肉等藥物為主要組成的方劑，統稱為「安神劑」，例如天王補心丹、酸棗仁湯。其具有鎮靜安神、滋補養陰等功效，常用於治療驚恐喜怒無常、煩躁不寧、失眠多夢等症狀。

2. 澀精止遺劑：因腎虛失常、精關不固所造成的青壯年遺精，常用沙苑蒺藜、芡實、牡蠣等藥物來補腎澀精。腎虛不攝、膀胱失約導致的小兒遺尿或老人頻尿等，常用桑螵蛸、蓮鬚、金櫻子等藥物來固腎止遺，又如方劑中的金鎖固精丸、桑螵蛸散等，均宜睡前服用。

(四) 不拘時服：病情危急則當不拘時服，以便力挽狂瀾。

(五) 其他：調經藥宜在行經前數日開始服用；解熱發汗藥如桑菊飲可於身體發熱時，一天服用4~6次，直到退燒時再一天兩次使用；雞鳴散在天明前空腹冷服，效果較好。

### 三、服用頻次

(一) 湯藥一般每日1劑，分2次服，上下午各1次。急症、發熱、重危病人可斟酌病情每日服用3~4劑，遵醫囑使用。

(二) 病在口腔、咽喉宜緩慢多次分服或隨時含服

(三) 丸、片、散等藥應定時服，每日1~4次。

### 四、服藥注意事項

(一) 藥煮好了，真的要趁熱喝嗎？

1. 一般湯藥宜溫服(30-37°C)，以免過冷、過熱對胃腸產生不良刺激。

2. 寒證用熱藥宜熱服，熱證用寒藥宜涼服。

3. 真熱假寒(內有伏熱)須寒藥熱服，真寒假熱(陰盛格陽)須熱藥涼服。

4. 涼血、止血藥宜偏涼服。例如大小蓟、槐花、地榆等。

### 五、參考資料

1. 王憲齡主編. 中醫方藥學. 人民軍醫出版社, 2006, 7, p2-11; p30-31。
2. 張坤隆. 中藥應該怎麼吃? 中國醫訊, 2009, 9, p63-66。
3. 徐及敏、李紫霞、任玉文、孟玲玉. 湯劑正確煎服法對中藥療效的影響. 當代醫學, 2009, 6, 第15卷, 第18期, 總第173期, p155。
4. 白曉蘭. 中藥服法簡介. 中國民間療法, 2009, 11, 第17卷, 第11期, p68。
5. 姚扶有. 正確解讀“按時”服藥. 中華養生保健, 2010年3期3月1日出版, p32-33。
6. 董長喜. 中藥熱飲涼服有講究. 家庭科技, 2009, 12, p17。

5. 回陽補益藥宜溫服。例如四逆湯等。

6. 發汗解表藥、透疹藥宜熱服。例如麻黃湯、桂枝湯、小青龍湯、杏蘇散等。

(二) 可以配茶服用嗎？

茶葉中含有鞣酸(又稱單寧酸)，若與含生物鹼、蛋白質或重金屬鹽等起作用而發生化學變化，將影響療效。特別是服用安神劑時，不宜再喝濃茶，因為茶葉有提神醒腦作用，會降低安神劑的效果。此外，有的安神劑是由金礦石藥物所組成，如磁石、真珠母、牡蠣等，含有碳酸鈣、氨基酸、硒、鋅等金屬成分，因此服用此類藥物又同時飲茶，會產生沉澱作用，不利於腎臟及膀胱代謝。

但有些方劑需要配茶服用以增療效，常見的有川芎茶調散、蒼耳子散、防風通聖散、三黃石膏湯、消風散等，此等方劑配「清茶」飲服，以達到上清頭目、疏風止痛和祛風通竅(竅指耳、眼、鼻、口等器官)效果。

(三) 中、西藥可否同時服用？

中西藥同時服用則中藥內某些化學成分可能與西藥產生反應，如此除了可能導致療效降低，也可能影響彼此的藥物代謝及排泄而產生毒性反應，危及健康。為了避免互相干擾，建議兩者之服藥時間至少間隔1至2小時為宜。

(四) 服藥禁忌

1. 服藥期間，一般應忌食生冷、油膩、辛辣、腥臭等刺激性食物，脾胃虛弱者更應注意。

2. 服人參和其他滋補藥時忌蘿蔔，以免降低或消除滋補效力。

3. 服解表藥，忌生冷、油膩、酸性食品。

4. 服清熱涼血及滋陰藥，忌辛辣、溫燥之品。

# 藥品異動資訊

## 新增品項

99年10月-99年11月

| 藥名  | 適應症   | 健保價   | 藥品外觀  |
|---|---|-------|---|
| ★ Etomidate<br>(Etomidate-Lipuro®)<br>20mg/10ml/amp           | 靜脈注射麻醉劑。  | 自費    |    |
| Parecoxib<br>(Dynastat®)40mg/vial                             | 短期(不宜超過四天)使用於外科手術後疼痛之緩解。  | 自費    |    |
| Fluvirin® 0.5ml/vial  | 預防流感。   | 自費    |    |
| Glycal-Amin® 500ml/bt   | 不能攝取適當食物之患者之補助治療劑、蛋白質之消化吸收機能及合成利用障礙、嚴重創傷、火傷、朋折時蛋白質之補給、蛋白質攝取減少之營養失調症。  | 206元  |    |
| Bromocriptine Mesylate<br>(Volbro®)2.5mg/tab                  | 乳漏症：產後原發性腫瘤、藥物引起、催乳素引起之月經失調及不孕症、抑制泌乳、原發性及腦炎後的帕金森氏病、產後乳腺炎、初期產後乳房充盈、催乳素引起之月經前症狀、催乳素有關之男性機能減退、陽萎及精子過少引起之不育症、催乳素分泌腺瘤、肢端肥大症。 | 3.62元 |    |
| Ziprasidone<br>(Geodon®)60mg/cap                              | 精神分裂症、雙極性疾患之躁症發作。   | 52元   |   |
| Quetiapine (Seroquel XR®) 300mg/tab                           | 治療精神分裂症、雙極性疾患之鬱症發作、躁症發作或混合發作。   | 89元   |  |
| Coffegot® tab<br>(Ergotamine Tartrate & Caffeine Anhydrous)   | 血管性頭痛如偏頭痛、組織胺性頭痛。   | 0.91元 |  |
| Latanoprost<br>(Xalatan®)50 µg/ml<br>2.5ml/bot                | 青光眼及降低眼壓過高患者之眼內壓。   | 636元  |  |
| Otozambon Ear Drops<br>8ml/bot                                | 細菌性引起之耳部感染及耳部外聽道發炎。   | 113元  |  |
| Azelastine Nasal Spray<br>(Azetin®)0.14mg/dose<br>120dose/bot | 過敏性鼻炎。  | 211元  |  |
| Beclomethasone<br>(Salcoat®)50ug/cap                          | 糜爛性及伴隨潰瘍性之口內炎。  | 10.3元 |  |

## 停用品項

| 藥名                                  | 適應症                                       | 健保價 |
|-------------------------------------|---|-----|
| ★ Pancuronium (Pavulon®)4mg/2ml/amp | 本品作全身麻醉的輔佐藥、以幫助氣管內插管及提供中度及長時間手術時的骨骼肌鬆弛狀態。 | 60元 |
| Quetiapine (Seroquel®) 200mg/tab    | 精神分裂症，雙極性疾患之躁症發作。                         | 62元 |

“詳細異動內容請參考院內網路查詢專區”

網址：<http://tchome/tchw/TChome/Home/Query/Main.aspx>

全民健保藥品給付相關規定異動(99年10月)

| 新修正給付規定   | 原給付規定  |
|---|--|
| <p><b>1.1.5.非類固醇抗發炎劑 (NSAIDs) 藥品</b> (如 celecoxib、nabumetone、meloxicam、etodolac、nimesulide) etoricoxib<br/>1.本類製劑之使用需符合下列條件之一者：(以下略)</p> <p><b>1.2.精神治療劑 Psychotherapeutic drugs</b><br/>1.2.1.選擇性血清促進素再吸收抑制劑 (SSRI) 及血清促進素及正腎上腺素再吸收抑制劑 (SNRI) 抗憂鬱劑」(fluvoxamine maleate； fluoxetine； paroxetine； sertraline； venlafaxine HCl； milnacipran； mirtazapine； citalopram； escitalopram； duloxetine等製劑)：使用時病歷上應詳細註明診斷依據及使用理由。<br/>1.2.1.1.Bupropion HCL：作為戒菸治療者不予給付。<br/><b>1.3.3.失智症治療藥品</b><br/>1.限用於依NINDS-ADRDA或DSM或ICD標準診斷為阿滋海默氏症或帕金森氏症之失智症病患。<br/>2.如有腦中風病史，臨床診斷為「血管性失智症」，或有嚴重心臟傳導阻斷 (heart block) 之病患，不建議使用。<br/>3.需經事前審查核准後使用，第一次申請須檢附以下資料：<br/>(1)CT、MRI或哈金斯氏量表 (Hachinski Ischemic Score) 三項其中之任一結果報告。<br/>(2)CBC, VDRL, BUN, Creatinine, GOT, GPT, T4, TSH檢驗。<br/>(3)病歷摘要。<br/>(4)MMSE或CDR智能測驗報告。<br/>4.依疾病別及嚴重度，另規定如下：<br/>(1)阿滋海默氏症之失智症<br/>由神經科或精神科醫師處方使用。<br/><b>I.輕度至中度失智症：</b><br/>限使用Donepezil (如Aricept)，Rivastigmine (如Exelon)，Galantamine (如Reminyl)：<br/>i.智能測驗結果為MMSE 10~26分或CDR 1級及2級之患者。<br/>ii.使用前述三種藥品任一種後，三個月內，因副作用得換用本類另一種藥物，不需另外送審，惟仍應於病歷上記載換藥理由。<br/>iii.使用後每一年需重新評估，追蹤MMSE或CDR智能測驗，如MMSE較起步治療時減少2分(不含)以上或CDR退步1級，則應停用此類藥品。<br/><b>II.中重度失智症：</b><br/>限使用Memantine (如Witgen、Ebixa)<br/>i.智能測驗結果為10≤MMSE≤14分或CDR 2級之患者。<br/>ii.曾使用過Donepezil, Rivastigmine, Galantamine其中任一種藥品之患者，若不再適用上述其中任一藥物，且MMSE或CDR智能測驗達標準(10≤MMSE≤14分或CDR 2級)，並經事前審查核准後得換用Memantine。惟 Memantine 不得與前項三種藥品併用。<br/>iii.使用後每一年需重新評估，追蹤MMSE或CDR智能測驗，如MMSE較起步治療時減少2分(不含)以上或CDR退步1級，則應停用此類藥品。<br/><b>III.重度失智症：</b><br/>限使用Donepezil (如Aricept)、Memantine (如Witgen、Ebixa)<br/>i.智能測驗結果為MMSE 5-9分且CDR 3級之患者。<br/>ii.臥床或無行動能力者不得使用。<br/>iii.曾使用過Memantine、Donepezil, Rivastigmine, Galantamine而不再適用者，不得使用。<br/>iv.Donepezil及Memantine二者不能併用。<br/>v.使用後每一年需重新評估，追蹤MMSE智能測驗，如MMSE較起步治療時減少2分(不含)以上，則應停用此類藥品。<br/>(2)帕金森氏症之失智症<br/>限神經科醫師診斷及處方使用於輕度至中度之失智症。<br/>限使用Rivastigmine (如Exelon)<br/><b>I.智能測驗結果為MMSE 10~26分或CDR 1級及2級之患者。</b><br/><b>II.失智症發生於帕金森氏症診斷至少一年以後。</b><br/><b>III.使用後每一年需重新評估，追蹤MMSE或CDR智能測驗，如MMSE較起步治療時減少2分(不含)以上或CDR退步1級，則應停用此類藥品。</b></p> | <p><b>1.1.5. 非類固醇抗發炎劑 (NSAIDs) 藥品</b> (如 celecoxib、nabumetone、meloxicam、etodolac、nimesulide) etoricoxib<br/>1.本類製劑之使用需合乎衛生主管機關許可之適應症範圍，並符合下列條件之一者：(以下略)</p> <p><b>1.2.精神治療劑 Psychotherapeutic drugs</b><br/>1.2.1.選擇性血清促進素再吸收抑制劑 (SSRI) 及血清促進素及正腎上腺素再吸收抑制劑 (SNRI) 抗憂鬱劑」(fluvoxamine maleate； fluoxetine； paroxetine； sertraline； venlafaxine HCl； milnacipran； mirtazapine； citalopram； escitalopram； duloxetine等製劑)：使用時需符合衛生主管機關核准之適應症，病歷上應詳細註明診斷依據及使用理由。<br/>1.2.1.1.Bupropion HCL (如Wellbutrin S-R Tab. 150mg)：作為戒菸治療者不予給付。<br/><b>1.3.3.失智症治療藥品donepezil(如Aricept)；Rivastigmine (如Exelon)；Galantamine hydrobromide (如Reminyl)；Memantine (如Witgen、Ebixa)</b><br/>1.使用下列藥物，須經神經科或精神科醫師依NINDS-ADRDA或DSM或ICD標準診斷為阿滋海默氏症或帕金森氏症之失智症病患，規定如下：<br/>(1)阿滋海默氏症失智症<br/><b>I.Donepezil (如Aricept)，Rivastigmine(如Exelon capsules)，Galantamine hydrobromide (如Reminyl)：</b><br/>i.限輕度至中度之失智症 (MMSE 10~26分或CDR 1級及2級) 患者使用。<br/>ii.使用前述三種藥品任一種後，三個月內，因副作用得換用本類另一種藥物，不需另外送審，惟仍應於病歷上記載換藥理由。<br/>iii.限神經科或精神科醫師使用，使用後每一年需重新評估，追蹤MMSE或CDR智能測驗，如MMSE較起步治療時減少2分(不含)以上或CDR退步1級，則應停用此類藥品。<br/><b>II.Memantine (如Witgen、Ebixa)：</b><br/>i.限中度至中重度之失智症(10≤MMSE≤14分或CDR 2級)患者使用。<br/>ii.曾使用過Donepezil, Rivastigmine, Galantamine其中任一種藥品之患者，若不再適用上述其中任一藥物，且MMSE或CDR智能測驗達標準(10≤MMSE≤14分或CDR 2級)，並經事前審查核准後得換用Memantine。惟Memantine 不得與前項三種藥品併用。<br/>iii.限神經科或精神科醫師使用，使用後每一年需重新評估，追蹤MMSE或CDR智能測驗，如MMSE較起步治療時減少2分(不含)以上或CDR退步1級，則應停用此類藥品。<br/>(2).帕金森氏症失智症<br/><b>I.Rivastigmine(如Exelon)</b><br/>i.經神經科醫師診斷患帕金森氏症。<br/>ii.限輕度至中度之失智症 (MMSE 10~26分或CDR 1級及2級) 患者使用。<br/>iii.失智症發生於帕金森氏症診斷至少一年以後。<br/>iv.限神經科醫師使用，使用後每一年需重新評估，追蹤MMSE或CDR智能測驗，如MMSE較起步治療時減少2分(不含)以上或CDR退步1級，則應停用此類藥品。<br/>2.如有腦中風病史，臨床診斷為「血管性失智症」，或有嚴重心臟傳導阻斷 (heart block) 之病患，不建議使用。<br/>3.需經事前審查核准後使用，第一次申請需檢附以下資料：<br/>(1)CT、MRI或哈金斯氏量表 (Hachinski Ischemic Scale) 三項其中之任一結果報告。<br/>(2)CBC, VDRL, BUN, Creatinine, GOT, GPT, T4, TSH檢驗。<br/>(3)病歷摘要。<br/>(4)MMSE或CDR智能測驗報告。<br/><br/>備註：<br/>起步治療定義：係指同組藥品第一次申請同意治療之評分</p> |