



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
◆2011年四月號【雙月刊】◆

目 錄

衛教專欄：慢性 B 型肝炎之臨床藥物選擇	p.02
中醫園地：中藥『藥對』應用	p.05
藥植特區：薰衣草的研究和應用	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

藥品不良反應通報流程

回報人員填寫

主治醫師簽章

電話連絡藥局

將通報卡送至藥局

慢性 B 型肝炎之臨床藥物選擇

王雅萍藥師撰稿 廖光福醫師審閱

一. 前言

近10年來肝癌死亡率一直位居台灣癌症死因的第1或第2位。根據死因統計，每年約有8千人死於肝癌，而造成國人肝癌的最大禍首就是B型肝炎。全世界估計約有20億人曾被感染，超過4億人終身帶原。除了急性感染外，B型肝炎一旦帶原轉變為肝硬化或肝癌，就會成為影響健康的一大威脅。台灣地區成人粗估250-300萬B型肝炎帶原者，帶原率高達15%。

二. 流行病學¹⁻²

B型肝炎在全世界的盛行率依照地區及人種的不同約為0.1% 到 15%。B型肝炎病毒的傳染途徑分為經由帶原的母親在生產前後將B型肝炎病毒傳染給新生兒的垂直傳染及經由含有病毒的血液或體液透過皮膚或粘膜進入體內，例如輸血、共用針頭或注射器、血液透析、針灸、穿耳洞、紋眉、刺青、共用牙刷或刮鬍刀、性行為的水平傳染。在高盛行率的地區，B型肝炎病毒的主要傳染途徑為生產時的母子垂直傳染，台灣的帶原者主要就是經由此途徑感染。不同年齡層感染B型病毒後帶原的比例有極大的差異，出生時即感染者，有90%發展為慢性帶原；1-5歲感染者，有20-50%發展為慢性帶原；5歲以上的幼年或成年感染者，僅1-10%發展為慢性帶原。因此，出生時給予疫苗施打以阻斷B型肝炎病毒感染，成為疾病防治最重要的一環⁸。

三. 病毒結構³

B型肝炎病毒，是一個42 nm大之雙股去氧核糖核酸 (DNA) 病毒；由27 nm大小之核心 (HBcAg)，外包以一層脂蛋白外套，此脂蛋白外套包含 B 型肝炎表面抗原 (HBsAg)。B型肝炎標記包括表面抗原(HBsAg)、表面抗體 (anti-HBs)、e 抗原 (HBeAg)、e 抗體 (anti-HBe) 與核心抗體 (anti-

HBc)，其代表的意義為：表面抗原 (HBsAg) 陽性，是感染B型肝炎，若抗原持續6個月，表示為B型肝炎帶原者；表面抗體 (anti-HBs) 陽性，表示體內有保護性抗體；e 抗原 (HBeAg) 陽性，表示病毒傳染性較高；e 抗體 (anti-HBe) 陽性，表示較不具傳染性；核心抗體 (anti-HBc) 陽性，表示曾經有過B型肝炎病毒的自然感染，若為接種B型肝炎疫苗，此項並不會呈現陽性。B型肝炎病毒有不同的基因型，目前已知有8種 (A-H型)，愈來愈多的研究顯示，不同基因型會造成疾病嚴重度不同。

四. 臨床症狀⁴

感染B型肝炎者一般多無症狀，少部分的人會有腹部不適、食慾不振、全身無力、疲倦、噁心、嘔吐、黃疸及茶色尿。B型肝炎慢性帶原者常無症狀或僅出現容易疲累或倦怠等情形，因此容易被忽視，但B肝帶原者是極易形成肝硬化或肝癌而影響健康的。

五. 藥物選擇⁵⁻⁶

目前用於治療慢性B型肝炎的藥物有皮下施打干擾素(Interferon α)及口服抗病毒藥(表一、二)兩大類。以下我們就來個別做介紹：

干擾素(Interferon α)：給予方式為皮下注射，為了提供病患較方便的使用方式，目前較常選擇長效型的干擾素(Pegylated interferon α -2a, 2b)進行治療，它只需每週給予一次即可。干擾素的臨床治療效果良好，治療48個星期後，約有39%的病人其ALT的數值可降回至正常範圍，約有27%的病人其e 抗原可轉為陰性，且沒有抗藥性的問題。最特別的是約有百分之三病人的表面抗原會因為治療而消失。不過因為注射方式病人的接受度比較低且副作用較多，患者施打後常會有類流感症狀 (如肌肉酸痛、頭痛、畏寒、發燒、疲倦..)、抑制骨

髓造血系統、誘發自體抗體...等副作用。若病患已產生肝功能代償不全，則不可使用干擾素來治療。

干安能(Lamivudine)：一種口服的抗B肝病毒藥物，它能有效的抑制肝臟中B型肝炎病毒的複製，降低肝細胞發炎的機率。治療方式是每天口服一粒(100毫克)，腎功能不佳者須調整劑量(C_{cr} < 50ml/min)，服用時間視個案情況而定。資料顯示連續服用干安能一年，大約15-20%患者體內的B型肝炎病毒會對之產生抗藥性，連續服用2年出現抗藥性之機率增至40%左右，連續3年則高達66%左右。因此對於因服用干安能而產生抗藥性的病患則需以替代藥物來治療。

干適能(Adefovir)：一種口服的抗B肝病毒藥物，它能直接和B型肝炎病毒的DNA聚合酶結合，進而抑制B型肝炎病毒的複製。治療劑量為每天10毫克，腎功能不佳者須調整劑量(C_{cr} < 50ml/min)，其結構使病毒較不容易對它產生抗藥性，因此長期使用下較能維持其抑制病毒的效果。連續服用干適能一年幾乎不會導致抗藥性的產生，即使連續服用3年也僅有5%左右的病人會產生抗藥性。

貝樂克(Entecavir)：一種口服的類核苷酸藥物，它主要是藉由抑制B型肝炎病毒聚合酶的活性，來達到治

療B型肝炎的目的。大劑量下能抑制已對干安能產生抗藥性的B肝病毒，且很少產生抗藥性。對於先前未曾使用過干安能或干適能治療的B型肝炎患者，使用劑量為每天0.5毫克；如果是曾經使用干安能且已經產生抗藥性的患者，則建議每天服用1毫克。一般建議於用餐後2小時服用，藥物在體內維持有效濃度的時間約15小時。腎功能不佳者須調整劑量(C_{cr} < 50ml/min)。

喜必福(Telbivudine)：一種口服的抗B肝病毒藥物，建議劑量為每日一次，每次600毫克，腎功能不佳者須調整劑量(C_{cr} < 50ml/min)，可和食物併服或單獨使用。對於e抗原陽性的慢性B型肝炎患者每天服用600毫克的喜必福，持續52週或76週，其抑制B型肝炎病毒之能力、血中e抗原轉為陰性及ALT值趨於正常之機率，比每天服用干安能100mg的患者來得好。但對於e抗原陰性的患者則差不多。此藥在懷孕婦女的使用上，若B肝發作或病毒濃度高時，可給予治療，以減少嬰兒B型肝炎之感染率。

美國上市的新藥Tenofovir：是一個同時核准用於HIV及HBV的口服抗病毒藥，治療劑量為每天300毫克，腎功能不佳者須調整劑量(C_{cr} < 50ml/min)，其結構類似干適能(Adefovir)，較不易產生抗藥性，因此長

表一、口服抗病毒藥比較^{7,9}

學名	Lamivudine	Adefovir	Entecavir	Telbivudine	Tenofovir
商品名	Zeffix®	Hepsera®	Baraclude®	Sebivo®	Viread®
中文名	干安能	干適能	貝樂克	喜必福	--
規格(錠劑)	100 mg	10 mg	0.5 mg 1 mg	600 mg	300 mg
健保價(元/顆)	83	187	165 187	119	預計2011年5月上市
用法用量	每天一次 口服一顆	每天一次 口服一顆	每天一次 口服一顆	每天一次 口服一顆	每天一次 口服一顆
副作用	腸胃不適、血液病變、頭痛、嗜中性球減少和周邊神經炎	腎臟毒性	頭痛、疲倦、腹瀉	眩暈、頭痛、腹瀉、皮疹、疲倦	皮疹、腹瀉、噁心、嘔吐、疲倦
懷孕分級	C	C	C	B	B
注意事項	腎功能不全患者須調整劑量、出現乳酸中毒時須停止服用。	腎功能不全患者須調整劑量。	空腹服用(餐後至少2小時空腹服用及在下次用餐前2小時服用)、腎功能不全患者須調整劑量。	腎功能不全患者須調整給藥間隔、須小心有肌肉病變發生。	腎功能不全患者須調整劑量、出現乳酸中毒及脂肪變性(steatosis)時須停止服用。

期使用下較能維持其抑制病毒的效果。由於它的腎毒性比干適能(Adefovir)小，因此在治療上較能給予大劑量的選擇。此藥目前已獲得國內藥品許可證並進入審核流程，預計2011年5月上市，屆時可提供B型肝炎患者另一種藥物選擇。

六. 健保規範⁷

健保給付上因考量到B肝對國人健康影響甚劇，口服抗病毒藥的給付規範已由原先的最長給付時間18個月放寬至36個月(2009年1月)，主要情況有三：

- 一、表面抗原陽性超過6個月及e抗原陽性超過3個月，且ALT值大於(或等於)正常值上限5倍以上(ALT \geq 5X)，其給付療程為12至36個月。
- 二、表面抗原陽性超過6個月及e抗原陽性超過3個月，且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 20,000IU/mL 其給付療程為12至36個月。
- 三、表面抗原陽性超過6個月及e抗原陰性超過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，其給付療程為12至36個月。另外，針對肝代償不全患者，e抗原陰轉後可再多給付12個月治療，以確保治療。對於一般B肝患者，則為給付36個月。

七. 結論

目前而言，貝樂克、干安能、喜必福皆列為B型肝炎的第一線用藥，臨床上這三種藥對於B型肝炎病毒的抑制效果差不多。而干適能因起始作用較慢、抗藥性低，通常在其他藥物出現抗藥性時使用。藥物的選用上應考量到每位病患的狀況及經濟效益給予最適當的藥物治療，期能達到最理想的治療效果。

八. 參考資料

1. Jules L. Dienstag, M.D. Hepatitis B Virus Infection. N Engl J Med 2008;359:1486-500.
2. Lok ASF, McMahon BJ. Chronic hepatitis B. HEPATOLOGY 2007;45:507-539.
3. Anna S. F. Lok and Brian J. McMahon. Chronic Hepatitis B. HEPATOLOGY, September 2009
4. Marcellin P, Heathcote EJ, Buti M, Gane E, de Man RA, Krastev Z, et al. Tenofovir disoproxil fumarate versus adefovir dipivoxil for chronic hepatitis B. N Engl J Med 2008;359:2442-2455.
5. Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach, Sixth Edition, 2005.
6. ASHP's Pharmprep 3, 2007.
7. <http://www.nhi.gov.tw> 中央健康保險局-全民健保給付規範。
8. <http://www.doh.gov.tw> 行政院衛生署。
9. 莊善安：慢性B型肝炎的藥物治療，台灣醫學雜誌第四卷五期(2000)。

表二、e抗原陽性的B型肝炎首次治療的藥物比較³

	Placebo/ Control	Standard IFN- 5 MU qd 12-24 wk	Lamivudine 100 mg qd 48-52 wk	Adefovir 10mg qd 48 wk	Entecavir 0.5 mg qd 48 wk	Tenofovir 300 mg qd 48 wk	Telbivudine 600 mg qd 52 wk	PegIFN 180 mcg qw 48 wk
Loss of serm HBV DNA*	0%–17%	37%	40%–44%	21%	67%	76%	60%	25%
Loss of HBeAg	6%–12%	33%	17%–32%	24%	22%	na	26%	30%/34%†
HBeAg Seroconversion	4%–6%	Difference of 18%	16%–21%	12%	21%	21%	22%	27%/32%†
Loss of HBsAg	0%–1%	7.80%	1%	0%	2%	3.2%	0%	3%
Normalization of ALT	7%–24%	Difference of 23%	41%–75%	48%	68%	68%	77%	39%
Histologic Improvement	na	na	49%–56%	53%	72%	74%	65%	38%‡
Durability of response		80%–90%	50%–80%§	~90%§	69%§	na	~80%	na

*Hybridization or branched chain DNA assays (lower limit of detection 20,000-200,000 IU/mL or 5-6 log copies/mL) in standard IFN- studies and some lamivudine studies, and PCR assays (lower limit of detection approximately 50 IU/mL or 250 copies/mL) in other studies. na _ not available.

†Responses at week 48 / week 72 (24 weeks after stopping treatment).

‡Post-treatment biopsies obtained at week 72.

§Lamivudine and entecavir – no or short duration of consolidation treatment, Adefovir and telbivudine – most patients had consolidation treatment.

表三、e抗原陰性的B型肝炎首次治療的藥物比較³

	Placebo/ Control	Standard IFN- 5 MU qd 12-24 wk	Lamivudine 100 mg qd 48-52 wk	Adefovir 10mg qd 48 wk	Entecavir 0.5 mg qd 48 wk	Tenofovir 300 mg qd 48 wk	Telbivudine 600 mg qd 52 wk	PegIFN 180 mcg qw 48 wk
Loss of serm HBV DNA*	0%–20%	60%–70%	60%–73%	51%	90%	88%	93%	63%
Normalization of ALT	10%–29%	60%–70%	60%–79%	72%	78%	74%	76%	38%
Histologic Improvement	33%	na	60%–66%	64%	70%	67%	72%	48%
Durability of response	Control	10%–20%	<10%	~5%	3%	na	na	~20%

na _ not available

*Hybridization or branched chain DNA assays (lower limit of detection 20,000-200,000 IU/mL or 5-6 log copies/mL) in standard IFN- studies and some lamivudine studies, and PCR assays (lower limit of detection approximately 50 IU/mL or 250 copies/mL) in other studies.

†Post-treatment biopsies obtained at week 72.

中醫園地

中藥『藥對』應用

楊志偉藥師撰稿 廖振羽醫師審閱

一、前言¹

「藥對」，又稱對藥、對子藥，是臨床用藥中，相對固定的兩味藥的配伍形式，在方劑配伍中能具有相輔相成的作用。藥對是體現於藥物方劑的使用。由單味藥的發現，發展成為兩味、三味乃至多味藥的配伍運用，因而增進了藥物的作用及療效，擴大了藥物的治療範圍，也形成了方劑組織的基礎，藥對是古今醫家長期醫療實踐的經驗總結，具有豐富的內容和奧妙的內涵。基於藥對基本形式，在臨床研究中，許許多多的新方由此而衍生出來，由此可知藥對的研究，無疑是中醫藥的重要寶庫。

二、藥對歷史進程²

古代有《雷公藥對》四卷、徐之才《藥對》二卷等，現代有《施今墨對藥》。儘管中藥藥對的專著存世稀少，研究者亦寥若晨星，但在中醫臨床辯證中廣泛的應用，因為它的生命力來自確切和肯定的臨床療效，故而深受廣大中醫醫療人員喜愛並成為施治方法之一，這也是中藥藥對應用不衰的緣故。

《神農本草經》於兩藥配伍效應上便記載有：藥「有相須者，有相使者，有相畏者，有相惡者，有相反者，有相殺者」。在運用方式及禁忌上，建議「當用相須、相使者良，勿用相惡、相反者」。而在使用有毒藥物時，則曰：「若有毒宜制，可用相畏、相殺者，不爾，勿合用也」。這一藥對應用原則言簡意賅，指導了千百年的中醫從業者，在臨床應用中發揮著積極的作用。

《施今墨藥對》詳細地介紹了近代名醫施今墨臨床常用對藥，包括藥的組成、配伍功用、主治病症、常用劑量及臨床經驗等。施氏繼承和發揚並重，有其獨創的藥對組成法則：

- 1、相互協助以增藥力
- 2、相互制約而展其長
- 3、兩藥合用另生其他作用

三、常用藥對之介紹^{3,4}

1、配對成丸散膏丹，治專病特有妙用

把兩種不同的中藥，配對成方，以供臨床運用，這對一些特殊的病症，具有特別的功效，如：

(1)「黃柏 - 蒼朮」名為二妙丸

黃柏，以清下焦濕熱為長；蒼朮，化濕運脾，通治內外濕邪。蒼朮得黃柏，燥濕之力大增；黃柏得蒼朮，清熱而不致損陽。兩藥相伍，相使相制，清熱燥濕之功尤為顯著。常用於下焦濕熱之足膝紅腫熱痛、足痿無力，或濕熱帶下、濕瘡淋漓並見小便短赤、舌苔黃膩等病症。

(2)「當歸 - 黃耆」名為養血膏

當歸與黃耆相配伍，為臨床常用的氣血雙補藥對之一。當歸，補血以載氣；黃耆，補氣以生血，氣血互生，可使氣壯血旺。臨床適用於氣血兩虛的面色蒼白或萎黃、心悸怔忡、失眠、氣短懶言、四肢倦怠等症。

2、不同氣味相配對，攻補清散皆相宜

把含有不同性味中藥相配對運用，使之相反相成，或寒溫相制，或辛酸並存，或升降相平，使得這些配對藥物能有效的治療病症，而又無偏勝之副作用，使得它們在攻補清散中各盡其能，如：

(1)「紅棗 - 生薑」

生薑和大棗配伍應用極為常見，生薑，散寒解表、溫中和胃；大棗，補中益氣、健脾安胃。二藥相伍，具有調和營衛、調理脾胃雙重功效。一般來說，用於外感表症，主要取其調和營衛的作用；用於內傷雜症，主要取其調理脾胃的作用。此外，補益劑如六君子湯、歸脾湯等應用此藥對時，還可促進補益藥物吸收並減除其壅滯的作用。

(2)「枸杞子 - 菊花」

枸杞，有滋補肝腎、益精明目的作用。菊花，本疏風解毒之劑，然有清肝明目之功，二者一補一清，兩藥相伍，表本兼顧，具有良好的益肝明目作用。對於肝腎不足，精血不能上養目

系，或兼肝陽上亢、肝風上擾而見的兩目昏暗、視物模糊不清或頭目眩暈者，均宜應用。

3、配對相輔共相成，共同發揮療效佳

把性味相同的中藥配對運用，加強其治病力道，使得療效更加確切可靠。或者選擇功能相近的中藥配對，以治病的不同角度，以協同發揮作用，加強治病療效，如：

(1)「桃仁 - 紅花」

桃仁，入心、肝、大腸經；紅花也入心、肝經，兩者皆有活血化瘀之功，且擅入心、肝二經，相須配對後，祛瘀之力大增，入心，則可散血中之滯；入肝，則可理血中之壅，故能療一切血脈瘀滯之症。臨床廣為應用，婦科之經痛、閉經；外科之瘡瘍，癰腫；傷科之跌打損傷；內科之心腹疼痛等症，皆可用之。

(2)「乳香 - 沒藥」

乳香與沒藥，皆為臨床常用的活血散瘀、消腫止痛之品。然乳香偏入氣分而善於調氣、止痛力強；沒藥，偏入血分而長於散瘀，破泄力大。二藥相伍，血氣並治，相得益彰。故凡心胃、肋腹、肢體關節諸疼痛皆能治之。又治女子行經腹痛、月事不以時下。或取此兩藥等分為末外用，具有較好的消腫散瘀止痛、去腐生肌，常用於瘡瘍潰爛、久不收口者。

四、總結

中藥的藥理研究，不僅要研究單味藥和複方藥，而且還要多研究「藥對」。以「藥對」與單味藥之間的研究相互結合，將有助於闡明複方藥的組成法則，從藥理學角度總結出其組方規律，從而取代以往複方的君、臣、佐、使配伍方法，形成一種能體現中醫結合的全新複方。

五、參考資料

- 1.王立群：中醫臨床常用藥對手冊。
- 2.董益河、郭雷、董清：淺議中藥「藥對」研究的重要性，中華中西醫雜誌，2005年第6卷第13期。
- 3.李世滄：臨床常用中藥方劑手冊。
- 4.<http://bbs.tcmhk.net/forumdisplay.php?fid=57&page=1> 香港中醫藥論壇。

薰衣草的研究和應用

藍子修藥師撰稿

薰衣草屬全世界約28種，分布於大西洋群島及地中海地區至索馬里、巴基斯坦、中國新疆及印度。薰衣草系唇形科〈*labiatae*〉植物狹葉薰衣草〈*lavandula angustifolia mill.*〉的乾燥地上部分。薰衣草是一種名貴而重要的天然香料植物，因其氣味芳香，常用作芳香劑、驅蟲劑及配制香精的原料。此外，在醫藥方面也有一定用途。早在古羅馬和古希臘時代，即以藥用而出名。如今，已證明薰衣草精油具有抗菌、鎮靜催眠、抗驚厥、解痙、鎮痛、改善心肌功能等作用¹。

薰衣草精油是多種芳香族化合物組成的複雜混合物，其成分組成與含量可能會受多方面因素的影響，因品種和產地不同而異，因提取的部位不同相差也很大，也會因提取的方式〈目前有水蒸氣蒸餾法、有機溶劑提取法、超臨界流體萃取法等等〉及檢驗方法不同而異。許多報導提出GC-MS分析方法檢測狹葉薰衣草揮發油，其化學成分約為35個，其中乙酸芳樟酯含量約36%，芳樟醇36%，乙酸薰衣草酯5%，樟腦0.6%等²。

在藥理作用方面有研究報導，抗菌作用主要是藉由芳樟醇來達成，可用於預防和治療局部感染，再加以百部、木賊等提取物對於治療手足癬，療效肯定。鎮靜催眠作用在睡眠障礙、情緒障礙病人身上都有改善。抗驚厥方面在對重度痴呆患者的狂躁行為有中等療效；改善心肌功能方面，以芳香療法可以改善心肌功能，不依靠藥物也能使狹心症患者減輕病情。解痙、鎮痛作用方面，使用薰衣草精油進行按摩能減輕病人的痛覺，而改善睡眠質量和減少慢性風濕性關節炎患者的痛苦與減輕產婦分娩後的疼痛和不適³。

薰衣草及其精油在醫藥、化妝及保健領域的應用，充分體現了其良好的經濟和社會價值，與多種的藥理活性。雖然近幾年對薰衣草及其精油的藥理活性研究已有一定的進展，但藥理作用的機轉仍不十分清楚，毒理、安全性的研究資料也不多。這些都是值得努力的方向，若是如此薰衣草藥用將會得到更好地發展。

參考資料：

- 1.張群、扎靈麗：薰衣草的研究和應用，時珍國醫國藥，2008；19(06)：1312。
- 2.王國衛、王自軍：薰衣草活性成分的提取和抗氧化能力的測定，時珍國醫國藥，2008；19(10)：2478。
- 3.陳和平、周賀新：薰衣草的研究進展，農墾醫學，2005；27(2)：142。



全民健保藥品給付相關規定異動 (100 年 2 月)

新修正給付規定	原給付規定
<p>Imatinib (如 Glivec) :</p> <p>限用於</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 治療正值急性轉化期 (blast crisis)、加速期或經 ALPHA- 干擾素治療無效之慢性期的慢性骨髓性白血病 (CML) 患者使用。 2. 用於治療初期診斷為慢性骨髓性白血病 (CML) 的病人。 3. 惡性胃腸道基質瘤 (GIST) : <ol style="list-style-type: none"> (1) 治療成年人無法手術切除或轉移的惡性胃腸道基質瘤。 (2) 作為 GIST 切除術之術後輔助治療，惟腸胃道基質瘤須大於等於 6 公分且使用期間為一年，須事前審查核准後使用。 4. 治療初診斷為費城染色體陽性急性淋巴性白血病 (Ph+ ALL) 且併用化療之成年人。 5. 未曾使用 imatinib 治療之成人復發性或難治性費城染色體陽性急性淋巴性白血病 (Ph+ ALL) 之單一療法。 6. 下列適應症患者必須在第一線的藥物如 hydroxyurea;corticosteroid 等無效後，經事前審查核准才可使用，且每 6 個月需重新申請審查。 <ol style="list-style-type: none"> (1) 治療患有與血小板衍生長因子受體 (PDGFR) 基因重組相關之骨髓發育不全症候群 (MDS)/ 骨髓增生性疾病 (MPD) 之成人。 (2) 治療嗜伊紅性白血球增加症候群 (HES) 與 / 或慢性嗜伊紅性白血病 (CEL) 且有血小板衍生長因子受體 (PDGFR) 基因重組之成人患者，且存在器官侵犯證據者。 7. 治療患有無法手術切除、復發性或轉移性且有血小板衍生長因子受體 (PDGFR) 基因重組之隆突性皮膚纖維肉瘤 (DFSP) 之成人患者。 	<p>Imatinib (如 Glivec) :</p> <p>限用於</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 治療正值急性轉化期 (blast crisis)、加速期或經 ALPHA- 干擾素治療無效之慢性期的慢性骨髓性白血病 (CML) 患者使用。 2. 用於治療初期診斷為慢性骨髓性白血病 (CML) 的病人。 3. 治療成年人無法手術切除或轉移的惡性胃腸道基質瘤。 4. 治療初診斷為費城染色體陽性急性淋巴性白血病 (Ph+ ALL) 且併用化療之成年人。 5. 未曾使用 imatinib 治療之成人復發性或難治性費城染色體陽性急性淋巴性白血病 (Ph+ ALL) 之單一療法。 6. 下列適應症患者必須在第一線的藥物如 hydroxyurea;corticosteroid 等無效後，經事前審查核准才可使用，且每 6 個月需重新申請審查。 <ol style="list-style-type: none"> (1) 治療患有與血小板衍生長因子受體 (PDGFR) 基因重組相關之骨髓發育不全症候群 (MDS)/ 骨髓增生性疾病 (MPD) 之成人。 (2) 治療嗜伊紅性白血球增加症候群 (HES) 與 / 或慢性嗜伊紅性白血病 (CEL) 且有血小板衍生長因子受體 (PDGFR) 基因重組之成人患者，且存在器官侵犯證據者。 7. 治療患有無法手術切除、復發性或轉移性且有血小板衍生長因子受體 (PDGFR) 基因重組之隆突性皮膚纖維肉瘤 (DFSP) 之成人患者。
<p>Carmustine 植入劑 (如 Gliadel Wafer) : 附表八之四</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 作為復發性多形神經膠母細胞瘤病人的手術輔助，且不得與 temozolomide 併用。 2. 需經事前審查核准後使用。 	<p>無</p>

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>