



台中慈濟藥訊

Taichung Tzuchi Hospital
Drug Bulletin

Vol. 11, No. 01

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
◆ 2020 年 02月號 【雙月刊】◆

目 錄

醫藥專欄：腦中風的中醫藥物治療.....	p.02
醫藥專欄：老藥新用 - 低劑量秋水仙素降低心血管事件風險	p.08
全民健保藥品給付相關規定異動	p.13

家庭藥師
Family Pharmacist



腦中風的中醫藥物治療

朱怡蓁 藥師 撰稿

前言

中風又稱卒中，因其病發急驟、症狀多端、變化迅速，與風性善行數變的特徵相似，故以中風稱之。而與中風有關的典籍記載，首見於《內經》，如《靈樞·刺節真邪》篇云：「虛邪偏客於身半，其入深，內居榮衛，榮衛稍衰，則真氣去邪氣獨留，發為偏枯。」中風依發病的階段而有不同名稱，屬於中醫理論「卒中」、「大厥」、「偏枯」、「偏風」範疇^[1]。中醫學認為氣虛血瘀是中風的發病病機，中風的臨床表現為突然昏倒、不省人事，伴隨意識障礙、語言障礙、肢體障礙等^[2]。

現代醫學中風病為腦血管疾病 (cerebrovascular disease) 是急性神經系統損傷，血管或腦循環受到阻礙，無法正常供應腦部氧氣和營養的需求，造成細胞受損或死亡而發生腦部功能障礙，屬於一種急症，依病理表現可分為缺血性腦中風與出血性腦中風，其中缺血性腦中風約佔了 87 %^[3]。中風屬於發病率高、死亡率高和致殘率高的「三高」疾病，根據衛生福利部 2018 年國人死因統計的結果，腦血管疾病位居第四名^[4]。

病因及病機

中醫根據病理、病因將中風分為缺血性與出血性兩大類，其中出血性中風的病機為氣血逆亂、腦血管破裂，血溢於腦，常見證型有風火上擾、痰熱內閉；缺血性中風的病機為氣血不足、腦血流量供應不足，常見證型為風痰阻絡、元氣敗損。瘀血是缺血性與出血性中風共同的病理基礎。

《素問·調經論》謂：「血之與氣，併走于上，則為大厥。」長久年老體衰、飲酒飽食、憂思惱怒、疲勞過度等誘因，造成腎之經血陰陽虧虛、風陽挾諸邪上乘清竅、上擾神明、陰陽失衡、營衛不周、氣血逆亂，而形成上實下虛，陰陽互不協調的危急證候^[2]。病機可歸類為：(1) 積損正衰，真氣耗散。(2) 飲食不節，痰瘀化熱。(3) 情志所傷，心神昏冒。(4) 氣虛邪中，氣血痹阻^[1]。

治法方藥

中風發生時，病情有輕重緩急的差別，根據張仲景的《金匱要略》：「邪在於絡，肌膚不仁；邪在於經，即重不勝；邪入於腑，即不識人；邪入於臟，舌即難言，口吐涎。」由此可知，輕者僅侷限於血脈筋絡，重則常內侵臟腑。臨床又依嚴重度將中風分為中經絡和中臟腑兩大類。中經絡，初起無神志改變，或偶有短暫的迷糊失神，出現口眼歪斜、顏面麻木、肢體僵



直沉重，或半身不遂等症；中臟腑，突然昏倒、神智不清，接著出現口眼歪斜、肢體偏廢、口噤不語等症。結合現代醫學診斷，目前將其發病分期為：(1) 中風先兆期。(2) 急性期：發病後兩週以內。中臟腑最長可達一個月。(3) 恢復期：發病後至半年以內。(4) 後遺症期：發病半年以上^[2]。下文將針對中經絡和中臟腑兩大類於急性期所表現之証型及後遺症期治療逐一介紹：

一、中經絡

1. 絡脈空虛，風邪入中：

症狀：手足麻木，肌膚不仁，突然口眼歪斜、言語不清，流口水，甚至吞嚥困難等現象。

治法：祛風清熱、養血活血、通經絡。

【方藥】：大秦芎湯。方中秦芎苦辛而平，祛風除邪，通經活絡。羌活、獨活、防風、細辛、白芷為辛溫之藥疏散宣通，進一步加強秦芎祛風通絡之功。獨活善治下部之痹，與羌活善治上部之痹相合，可宣通周身疼痛。熟地黃、當歸、白芍、川芎四物，可補血活血。白朮、茯苓、甘草益氣健脾，以助氣血生化，達到補氣生血之目的。黃芩、石膏涼血清熱；甘草調和諸藥。

(1) 心下痞，可加枳實。

(2) 口眼歪斜，可加牽正散。

【現代藥理】：

(1) 秦芎：秦芎根含有秦芎鹼甲、秦芎鹼乙、秦芎鹼丙及龍膽苦苷，尚含有糖類揮發油等。秦芎有鎮痛、鎮靜、抗發炎作用，其主要作用成分為秦芎鹼甲，除前述作用，亦可使血糖升高，並具有抗過敏性休克及抗組織胺作用。龍膽苦苷可使血清中 TNF 濃度顯著下降，可能為其抗肝損傷作用的原因之一，另有利膽作用^[5]。

(2) 獨活：主要成分為香豆素（東莨菪素、甲氧基歐芹酚、二氫歐芹鹼、花椒毒素等）、揮發油（ α -pinene 和 L-檸檬酸烯）、 γ -氨基丁酸、當歸酸等。獨活煎劑有鎮靜、催眠、抗發炎、鎮痛作用。其香豆素成分具有抗血小板凝集，抑制血栓形成； γ -氨基丁酸為其抗心律不整活性成分之一^[6]。

【中西藥物交互作用】：

白芍屬於酸性藥物，不宜與制酸劑、氫氧化鋁、磺胺類等藥物併用，因可能造成酸鹼中和，失去藥效。

2. 肝腎陰虛，風陽上擾：

症狀：頭暈頭痛，耳鳴目赤，少寐多夢，突然發生口眼歪斜，手足重滯，甚至半身不遂等症。

治法：滋陰潛陽，息風通絡。

【方藥】：鎮肝熄風湯。方中重用牛膝引血下行，兼有補肝腎之功；白芍、玄參、天門冬滋陰柔肝熄風；龍骨、牡蠣、龜板、代赭石鎮肝潛陽；茵陳蒿、川楝子、麥芽、清肝、疏肝；最後再以甘草調和諸藥。



- (1) 痰多者，加膽南星、川貝母以化痰。
- (2) 若頭痛暈眩者，加夏枯草、菊花、黃芩、鉤藤以平肝洩火。
- (3) 有瘀血阻滯者，加桃仁、乳香、沒藥以活血祛瘀。

【現代藥理】：

現代藥理研究顯示，鎮肝熄風湯除了降低血漿和心肌組織中血清張力素 II 的濃度外，亦對腦組織中的內皮素含量有抑制釋放的作用，當上述物質減少，對心臟和腦組織都有其保護作用^[7]。

【中西藥物交互作用】：

龍骨、牡蠣、龜板含有鈣、鎂、鐵、鋁等成分，會與四環素形成難以吸收的複合物而影響其吸收，降低抗菌效果，如需併用，建議間隔 3-4 小時為宜。

二、中臟腑

中臟腑主要表現是突然昏倒、不省人事。根據正邪情況有閉證和脫證的區別。閉證以邪實內閉為主，屬於實證，祛邪為要。脫證以陽氣欲脫為主，屬虛證，急宜扶正。閉證、脫證皆屬重症，且治法相左，應辨別清楚再進行正確的治療。

1. 閉證：

閉證主要症狀是忽然暈倒、牙關緊閉、雙手緊握、肢體強痙。又依有無熱象 分為陽閉與陰閉。

(1) 陽閉：

症狀：肝陽暴張，氣血上逆，挾痰火上蒙清竅，導致忽然昏厥、不省人事，另外也可見其面赤身熱，氣粗口臭，躁擾不寧等症狀。

治法：清肝熄風，辛涼開竅。

【方藥】：安宮牛黃丸。牛黃清心熱毒，熄風定驚，豁痰開竅；麝香辛溫，通行十二經，善於開竅行腦。兩者併用體現清心開竅之旨。水牛角清心涼血解毒；黃連、黃芩、梔子清三焦火熱；冰片、鬱金通竅開閉；硃砂、珍珠、金箔為衣，取其鎮心安神；雄黃幫助排痰解毒，蜂蜜和胃調中。

【現代藥理】：

從臨床研究發現安宮牛黃丸能明顯減少急性期出血腦組織中一氧化氮的含量，降低一氧化氮合成酶活性；且抑制 MMP-9、TNF- α 因子，減輕腦水腫，抑制腦出血後的發炎反應；改善全血及血漿黏稠度，降低血小板凝集；綜上述所示，安宮牛黃丸具有保護且幫助中風後腦損傷組織恢復作用^[8]。

【中西藥物交互作用】：

牛黃成分應避免與鎮靜安眠類西藥（如：Barbiturates）併服，因為會增強鎮靜安眠類藥物的中樞抑制作用，產生毒性作用。

陰閉：



症狀：除上述閉證，因痰濕偏盛，痰阻滯陽氣，導致面白唇暗，靜臥不煩，四肢不溫。

治法：豁痰熄風，辛溫開竅。

【方藥】：蘇合香丸。方中蘇合香、麝香、冰片、安息香芳香開竅；木香、白檀香、沉香、丁香、香附、乳香行氣解鬱，散寒化濁；萆薢可增強散寒、止痛、開鬱；水牛角清心解毒；硃砂鎮心安神；白朮健脾、化濁。訶子收澀斂氣，防其辛香太過，耗損正氣。

【現代藥理】：

蘇合香的化學組成含樹脂、水分和油狀液體。其中樹脂部分由樹脂酯類及樹脂酸類組成，前者為樹脂醇類與芳香酸（主要是桂皮酸、苯甲酸）結合而成的酯類；後者主要為齊墩果酮酸和 3-表-齊墩果酮酸。現代藥理研究表明，蘇合香具有明顯的抗血小板凝集，抑制血栓形成；增加冠狀動脈血流量，抑制心肌缺血、缺氧作用^[9]。

【中西藥物交互作用】：

白朮會促進人體組織對葡萄糖的利用，提高胰島素受體敏感性，會增強降血糖類藥物的作用。硃砂成分與溴化鉀、碘化鉀西藥併服，會引起赤痢樣大便而導致藥源性腸炎

脫證：

症狀：陽浮於上、陰竭於下，有陰陽離決之勢，正氣虛脫。呼吸低微、四肢厥冷、大小便失禁、脈細弱而微等皆屬危證。

治法：益氣回陽，救陰固脫。

【方藥】：續命湯。方中麻黃、川芎、桂枝發散風寒，解肌行血；當歸、人參補氣血；杏仁宣肺利氣，並幫助疏散風邪；石膏清熱以防麻黃、桂枝過於辛熱；甘草、乾薑協助復氣。

(1) 麻木不仁：加黃耆、牛膝。

(2) 肢體拘急：加防風、防己。

【現代藥理】：

川芎中含有重要的有效成分：川芎嗪、阿魏酸可抑制血小板凝集、抗血栓形成。此外，川芎嗪可以迅速穿越血腦障壁，改善患者的神經功能。另有研究證明，川芎嗪、阿魏酸可防止腦血栓的形成，揮發油可保護腦缺血引起的神經功能損傷。

人參主要成分為：(1) 皂苷類，約有 30 幾種。如人參皂苷 -Ro、-Rb1、-Rb2 等，其苷元為人參二醇、人參三醇等。(2) 糖類：單糖、低聚糖、多糖。(3) 另含有少量揮發油、胺基酸、多肽、微量元素等。人參皂苷能改善腦循環，具有預防腦缺血及抗血栓形成的作用，其中人參皂苷 Rb1、人參二醇皂苷 (PDS) 均為保護腦損傷的活性成分，能促進受損腦組織修復^[10]。

【中西藥物交互作用】：

麻黃含有麻黃素會促使血管收縮，不建議與降血壓藥物併用，以免影響降血壓藥物的降壓效果。

後遺症期治療



中風患者經過救治後，部分仍存留後遺症，如常見半身不遂、口眼歪斜、癱瘓、語言障礙等症狀，乃瘀血、濕痰阻絡所致，治療宜標本兼顧，益氣活血、養陰通絡、滋陰潛陽、健脾化痰均是常用之法。

治法：補氣活血、通經活絡。

【方藥】：補陽還五湯。出自清代王清任《醫林改錯》一書。方中重用黃耆，大補元氣，氣旺以促血行；當歸活血補血；赤芍、桃仁、紅花、川芎活血化瘀，行氣通經；地龍通經活絡，善於走竄，以行藥勢^[11]。

(1) 伴隨語言不利：加石菖蒲、遠志。

(2) 伴隨肢體麻木，加益母草、桂枝、茯苓、木瓜、伸筋草等。

(3) 口眼歪斜嚴重者，加全蠍、僵蠶。

【現代藥理】：

藥理研究顯示，黃耆主要含有黃耆皂苷等三萜皂苷、多糖類、黃酮類、胺基酸、微量元素等。黃耆能明顯地擴張周邊血管，降低血管阻力，具有強心、利尿、降血壓作用、抑制血小板凝集，促進血栓溶解作用。川芎、赤芍、當歸分別含有有效成分川芎嗪、阿魏酸、芍藥苷，具有促進血小板凝集，抑制血栓形成。^[12]

補陽還五湯能夠改善中風患者的腦循環，大量的黃耆能夠有效調整患者的血液流變學。搭配活血化瘀之藥材，促進血管擴張，提升大腦的血液循環，並避免患者缺血再灌注時造成損傷。除此之外，補陽還五湯也具有顯著的抗氧化作用，能夠降低患者體內丙二醛含量，提升超氧化物歧化酶的含量，能夠防止自由基形成，並清除多餘的自由基，保護腦部組織細胞^[13]。

【中西藥物交互作用】：

赤芍、紅花、桃仁具有活血化瘀作用，與 Wafarin、Aspirin 等影響血液凝集的西藥併用時，會增加出血風險。

結語

高血壓、糖尿病、高血脂、抽菸、肥胖、酗酒、缺乏運動為中風之危險因子，平常可以透過健康飲食的調整、養成規律的運動等生活型態來降低發生機率。因此有三高或心臟疾病的患者，更應該定時測量血壓，規律的服藥。調整心境，保持情緒平穩、勿過度憂慮或憤怒；避免熬夜，工作也不宜過度勞累；並遠離煙、酒危害。中風病人發病之前多有臟腑功能失調，陰陽不平衡，氣血逆亂的狀態，可根據高風險族群臨床表現症狀，及時服用藥物或靠飲食調理，進行預防性治療，防止中風發生。

參考資料

1. 張伯臾。中醫內科學。知音出版社，2002：291。
2. 張惜燕，邢玉瑞。論中風病因病機理論及其層級劃分。山東中醫雜誌。2019；38(5)：418-421。
3. Razvan Alexandru Radu, Elena Oana Terecoasa, Ovidiu Alexandru Bajenaru, et al. Etiologic classification



of ischemic stroke: where do we stand? Clinical Neurology and Neurosurgery.2017-08-01 ; 159 : Pages 93-106.

4. 衛生福利部。107 年國人死因統計結果。出版 2018 年。摘取 2019 年 12 月 30 日。
5. 黃春林，朱曉新。中藥藥理與臨床手冊。人民衛生出版社，2006:208-210。
6. 黃春林，朱曉新。中藥藥理與臨床手冊。人民衛生出版社，2006:202-204。
7. 趙洪波。鎮肝熄風湯的現代藥理與臨床應用。中醫中藥。2013;5：297-298。
8. 崔愛瑛。安宮牛黃丸的藥理研究及臨床研究進展。中國實驗方劑學雜誌。2012；18(20)：341-344。
9. 陳巧利，路鋒，鞏江等。蘇合香藥學研究概況。遼寧中醫藥大學學報。2011;13(4)：114-115。
10. 陳坤飛，周天梅，樊雅麗等。《古今錄驗》續命湯治療缺血性中風經驗探析。中國中醫急症。2018；27(9)：1690-1692。
11. 董征亮，陳永斌，姜薇。補陽還五湯及其加減方治療腦梗死的臨床研究進展。中國當代醫藥。2013；20(9)：24-25。
12. 張民慶。現代臨床方劑學。人民衛生出版社。2004：517-525。
13. 吳維曜。補陽還五湯治療缺血性中風療效機制研究。2019；6(17)：193。



醫藥專欄

老藥新用 - 低劑量秋水仙素降低心血管事件風險

徐千惠 藥師 撰稿

前言

秋水仙素 (Colchicine) 為 *Colchicum autumnale* 的生物鹼，藉由阻斷 β -微管蛋白 (beta-tubulin) 朝向微管 (microtubules) 的聚合，達到干擾尿酸結晶在關節液 (synovial fluid) 所引發的嗜中性顆粒白血球 (neutrophils) 遷移而導致的發炎作用，臨床上被作以有效對抗痛風發作的古老抗發炎藥物。而在近期的臨床研究顯示，秋水仙素除了能治療痛風關節炎外，由於與心肌梗塞有關的粥狀動脈硬化 (atherosclerosis) 本身與發炎反應息息相關，故近年來亦有研究指出使用秋水仙素可降低心血管事件風險，本篇文章將針對此議題進行相關研究探討。

文獻探討

在 2013 年 1 月的一篇前瞻性觀察者雙盲之隨機分組 Low-dose colchicine for secondary prevention of cardiovascular disease (LoDoCo) 臨床試驗中，共收案 532 位併用 aspirin $\pm$ clopidogrel (93%) 和 statins (95%) 的穩定性冠心症患者，隨機分成 282 位每日使用一次 0.5mg 的秋水仙素實驗組及 250 位未使用秋水仙素的對照組並持續追蹤 3 年，主要指標為急性冠心症、到院前心跳停止或非心因性缺血性中風的發生率，結果顯示使用秋水仙素可降低心血管事件的發生率 (HR: 0.33; 95% CI 0.18-0.59; $p < 0.001$; NNT: 11)，對於併用 statins 及標準次級預防療法的穩定性冠心症患者而言使用秋水仙素有其益處，但由於此試驗收案人數不多故仍需要更大型研究支持秋水仙素降低心血管事件風險的論點^[1]。

而在 2019 年 11 月的新英格蘭醫學期刊 (The New England Journal of Medicine) 發表了一篇大型相關研究 Colchicine Cardiovascular Outcomes Trial (COLCOT)，這篇隨機雙盲研究指出在 30 日內發生過心肌梗塞 (myocardial infarction) 的病人族群中，若持續每日服用 0.5mg 的秋水仙素，能顯著降低缺血性心血管事件發生的風險，上述兩篇試驗比較詳見表一^{[1][2]}。

表一、2013 年 LoDoCo 試驗和 2019 年 COLCOT 試驗比較^{[1][2]}

	<<LoDoCo trial>> Low-dose colchicine for secondary prevention of cardiovascular disease. (2013)	<<COLCOT trial>> Efficacy and Safety of Low-Dose Colchicine after Myocardial Infarction. (2019)
性質	前瞻性、隨機、觀察者盲	隨機、雙盲
分組	每日服用 0.5mg colchicine v.s. 未服用	每日服用 0.5mg colchicine v.s. 未服用
追蹤期	中位數：36 個月	中位數：22.6 個月



族群	532 位有穩定性冠狀動脈疾病的患者 (同時服用 aspirin 和 / 或 clopidogrel(93%) 以及 statins (95%))	4745 位在 30 天內發生過缺血性心肌梗塞且已完成經皮下血管重建手術和使用國際治療指引標準治療 (如：長期使用 statins) 的患者
主要指標	急性冠狀動脈症候群、致命或非致命性院外心臟驟停或非心臟栓塞性缺血性中風的綜合分析	心血管相關而造成的死亡、心臟驟停後又復甦、缺血性心肌梗塞、中風或因心絞痛緊急住院而進行冠狀動脈血管重建的事件發生時間 (time-to-event) 發生率的綜合分析
次要指標	急性冠狀動脈症候群、致命或非致命性院外心臟驟停或非心臟栓塞性缺血性中風及無關支架的急性冠狀動脈症候群	心血管相關而造成的死亡、心臟驟停後又復甦、缺血性心肌梗塞、中風及整體死亡率的事件發生時間的綜合分析
不良反應	N/A	秋水仙素組以噁心、脹氣、肺炎較對照組的發生機率為高
結論	每日服用 0.5mg 的秋水仙素可以顯著降低穩定性冠狀動脈患者發生心血管相關事件的風險	對於近期發生過心肌梗塞且已完成經皮下血管重建手術和使用國際治療指引標準治療的病人，每日服用 0.5mg 的秋水仙素能顯著降低缺血性心血管事件發生的風險且安全性高

COLCOT 試驗共有 12 個國家 (167 個中心) 參與；此試驗收案 2015 年 12 月至 2018 年 8 月在 30 天內發生過缺血性心肌梗塞 (myocardial infarction) 且已完成經皮下血管重建手術 (percutaneous revascularization procedures) 和使用國際治療指引標準治療 (如：長期使用 statins) 的患者；但排除有嚴重心衰竭、左心室射出率小於 35%、三個月內發生中風、第二型缺血性心肌梗塞、三年內已進行或計畫進行冠狀動脈繞道手術 (coronary-bypass surgery)、過去三年內有非皮膚的癌症病史、發炎型腸道病症或慢性腹瀉、神經肌肉疾病或非暫時性 creatine kinase 高於正常值上限的三倍以上、顯著的臨床非暫時性血液檢驗值異常、嚴重腎疾病 (serum creatinine 檢驗值高於正常值上限兩倍以上)、嚴重肝疾病、藥物或酒精濫用、正在或計畫使用類固醇療法、或臨床上對秋水仙素有顯著感受性等條件的患者，並以 1:1 方式隨機分配到秋水仙素組及對照組，並進行至少 24 個月的追蹤。

主要指標為心血管相關而造成的死亡、心臟驟停後又復甦、缺血性心肌梗塞、中風或因心絞痛緊急住院而進行冠狀動脈血管重建的事件發生時間 (time-to-event) 發生率的綜合分析；次要指標除了包含主要結束終點的心血管相關而造成的死亡、心臟驟停後又復甦、缺血性心肌梗塞、中風以外，再加上整體死亡率的事件發生時間的綜合分析。探索性終點指標 (exploratory end points) 包含冠狀動脈血管重建發生率、因心衰竭或心房顫動或深層靜脈栓塞而住院發生率、肺栓塞發生率、6 個月的高敏感度 C-反應蛋白 (high-sensitivity c-reactive protein；HS-CRP) 及 12 個月的白血球數與基準值的改變情形；其中 HS-CRP 及白血球數改變狀況的發炎反應的生物標記次研究為選擇性讓受試中心參與，最終共有 34 個中心參與此次研究。

實驗最後於 2019 年 8 月 28 日結束，期間共收案 4745 位患者，2366 位被分派到秋水



仙素組，2379 位則為對照組，追蹤期長的中位數為 22.6 個月。受試者平均在缺血性心肌梗塞後 13.5 天內加入試驗，受試者平均年齡為 60.6 歲；男性居多 (80.8% vs 19.2%)；20.2% 的受試者為糖尿病患者；93.0% 的患者因缺血性心肌梗塞而接受過經皮下冠狀動脈介入治療，服用 Aspirin、抗血小板藥物和 statin 類藥物的患者分別為 98.8%、97.9% 和 99.0%。

結果顯示，使用秋水仙素可顯著降低主要指標的整體發生率 (HR : 0.77 ; 95% CI 0.61-0.96 ; P : 0.02)；細項分析顯示秋水仙素組在中風 (HR : 0.26 ; 95% CI 0.10-0.70) 和因心絞痛緊急住院而進行冠狀動脈血管重建 (HR : 0.50 ; 95% CI 0.31-0.81) 較對照組風險更低。但於次要指標分析，秋水仙素組與對照組並無達到顯著差異 (HR : 0.85 ; 95% CI 0.66-1.10) (詳見表二)。

表二、臨床結束終點指標分析^[2]

結束終點	秋水仙素組 (N=2366)	對照組 (N=2379)	Hazard Ratio (95% CI)	P 值
人數 (百分比)				
主要指標分析	131(5.5)	170(7.1)	0.77(0.61-0.96)	0.02
心血管相關而造成的死亡	20(0.8)	24(1.0)	0.84(0.46-1.52)	
心臟驟停後又復甦	5(0.2)	6(0.3)	0.83(0.25-2.73)	
缺血性心肌梗塞	89(3.8)	98(4.1)	0.91(0.68-1.21)	
中風	5(0.2)	19(0.8)	0.26(0.10-0.70)	
因心絞痛緊急住院而進行冠狀動脈血管重建	25(1.1)	50(2.1)	0.50(0.31-0.81)	
次要指標分析	111(4.7)	130(5.5)	0.85(0.66-1.10)	
死亡	43(1.8)	44(1.8)	0.98(0.64-1.49)	
深層靜脈栓塞及肺栓塞	10(0.4)	7(0.3)	1.43(0.54-3.75)	
心房顫動	3.6(1.5)	40(1.7)	0.93(0.59-1.46)	

關於發炎反應的生物標記次研究的部分，參與 HS-CRP 改變狀況的受試者僅 207 人，參與白血球數改變狀況的受試者則有 1972 人，雖然這些人和主群體的特性相似，結果顯示在 6 個月的秋水仙素組其 HS-CRP 檢驗值較對照組減少 10.1% (placebo-adjusted geometric mean percent : 10.1% ; 95% CI -28.6-13.4)；在 12 個月白血球數改變研究中秋水仙組較對照組增加 0.26%(placebo-adjusted geometric mean percent : 0.26 ; 95% CI -2.15 to 2.72)，但皆無達到顯著差異 (詳見表三)。

表三、發炎反應的生物標記分析^[2]

生物標記	秋水仙素組	對照組
高敏感度 C- 反應蛋白 (mg/L)	N=99	N=108
隨機幾何平均 (IQR)	4.27(2.12, 7.22)	5.09(2.45, 11.96)
六個月幾何平均 (IQR)	1.37(0.75, 2.13)	1.60(0.90, 2.65)
修正幾何平均百分比變化 (95% CI)	-70.0(-74.6, -64.5)	-66.6(-71.5, -60.8)
對照組修正幾何平均百分比變化 (95% CI)	-10.1(-28.6, 13.4)	--
全白血球數 (10 ³ /μL)	N=992	N=980



隨機幾何平均 (IQR)	8.54(7.10, 10.40)	8.63(7.20, 10.70)
12 個月幾何平均 (IQR)	6.95(5.99, 8.30)	7.03(5.96, 8.48)
修正幾何平均百分比變化 (95% CI)	-18.81(-20.12, -17.47)	-19.02(-20.46, -17.55)
對照組修正幾何平均百分比變化 (95% CI)	0.26(-2.15, 2.72)	--

藥物安全性方面，整體而言不論在一般不良反應事件或嚴重不良反應事件中，秋水仙素組和對照組皆無差異（所有一般不良反應事件：16.0% vs 15.8%；P：0.89；所有嚴重不良反應事件：16.4% vs 17.2%；P：0.47），秋水仙素組以噁心、脹氣、肺炎較對照組的發生機率為高（詳見表四）。

表四、不良反應事件分析^[2]

事件	秋水仙素 (N=2330)	對照組 (N=2346)	P 值
患者數 (百分比)			
所有相關不良反應事件	372(16.0)	371(15.8)	0.89
不良事件			
腸胃道相關	408(17.5)	414(17.6)	0.90
腹瀉	225(9.7)	208(8.9)	0.35
噁心	43(1.8)	24(1.0)	0.02
脹氣	15(0.6)	5(0.2)	0.02
腸胃道出血	7(0.3)	5(0.2)	0.56
貧血	14(0.6)	10(0.4)	0.40
白血球低下	2(0.1)	3(0.1)	0.66
血小板低下	3(0.1)	7(0.3)	0.21
嚴重不良反應事件			
所有嚴重不良反應事件	383(16.4)	404(17.2)	0.47
腸胃道相關	46(2.0)	36(1.5)	0.25
感染	51(2.2)	38(1.6)	0.15
肺炎	21(0.9)	9(0.4)	0.03
敗血性休克	2(0.1)	2(0.1)	0.99
心衰竭而就醫	25(1.1)	17(0.7)	0.21
癌症	43(1.8)	46(2.0)	0.77

綜合以上結果分析，對於近期發生過心肌梗塞且已完成經皮下血管重建手術和使用國際治療指引標準治療的病人，每日服用 0.5mg 的秋水仙素能顯著降低缺血性心血管事件發生的風險且安全性高，但仍有賴未來能有更多大型的長期研究支持其療效及風險。

結語

隨著醫藥科技發展日新月異，越來越多心血管疾病藥物問世，但其研發難度與耗費的成本和時間龐大，透過老藥新用不但可以節省許多研發支出，其藥物的安全性亦有較多臨床研究與使用經驗可以參考，期許未來能藉由更多相關研究佐證秋水仙素對於心血管疾病的效益，帶給世人更多用藥選擇。

參考資料



1. Nidorf SM, Eikelboom JW, Budgeon CA, et al. Low-dose colchicine for secondary prevention of cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol* 2013; 61: 404 -10.
2. Tardif JC, Kouz S, Waters DD, et al. Efficacy and Safety of Low-Dose Colchicine after Myocardial Infarction. *N Engl J Med*. 2019 Nov 16. doi: 10.1056

全民健保藥品給付相關規定異動(108年12月)

修正後給付規定

公告主旨：自 108 年 12 月 01 日起，健保給付修正規定

公告內容：Alectinib (Alecensa) 、 Crizotinib (Xalkori) 、 Ceritinib (Zykadia)

CDK4/6 抑制劑 (Ribociclib ; Palbociclib)

Eribulin (Halaven)

Pertuzumab (Perjeta)

Dupilumab (Dupixent)

Febuxostat (Feburic)

Fluconazole 製劑、Quinolone 類

Nintedanib (Ofev) 、 pirfenidone (Pirespa)

Finasteride (Proscar) ; dutasteride (Avodart) 、 Dutasteride + tamsulosin (Duodart)

失智症治療藥品

抗腫瘤藥物 Antineoplastics drugs

一、Alectinib (Alecensa)

1. 適用於在 crizotinib 治療中惡化或無法耐受之 ALK 陽性的晚期非小細胞肺癌患者。
適用於 ALK 陽性之晚期非小細胞肺癌。
2. 須經事前審查核准後使用：
 - (1)、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 ALK 突變檢測報告。
 - (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 4 週後，需追蹤胸部 X 光或電腦斷層等影像檢查評估療效，往後每 4 週做胸部 X 光檢查，每隔 8 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。
3. Alectinib 與 ceritinib、crizotinib 用於 ALK 陽性之晚期非小細胞肺癌時，僅得擇一使用，除因病人使用後，發生嚴重不良反應或耐受不良之情形外，**alectinib 與 ceritinib** 不得互換。
4. 每日最大劑量限 1200mg。

二、Crizotinib (Xalkori)

1. 適用於 ALK 陽性之晚期非小細胞肺癌患者。
2. (略)
3. 須經事前審查核准後使用：
 - (1)、(略)



- (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 4 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 4 週做胸部 X 光檢查，每隔 8 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. Crizotinib 與 ceritinib、alectinib 用於 ALK 陽性之晚期非小細胞肺癌時，僅得擇一使用，且治療失敗後除因病人使用後，發生嚴重不良反應或耐受不良之情形外，不得互換。
5. (略)

三、Ceritinib (Zykadia)

- 適用於 ALK 陽性之晚期非小細胞肺癌。
- 須經事前審查核准後使用：
 - (略)
 - (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 4 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 4 週做胸部 X 光檢查，每隔 8 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。
- Ceritinib 與 crizotinib、alectinib 用於 ALK 陽性之晚期非小細胞肺癌時，僅得擇一使用，除因病人使用後，發生嚴重不良反應或耐受不良之情形外，且治療失敗後不得互換。

四、CDK4/6 抑制劑 (Ribociclib ; Palbociclib)：

- 限與芳香環轉化酶抑制劑併用，做為停經後乳癌婦女發生遠端轉移後之第 1 線內分泌治療，須完全符合以下條件：
 - (1)、荷爾蒙接受體為強陽性：ER 或 PR >30%。
 - (2)、HER-2 檢測為陰性。
 - (3)、經完整疾病評估後未出現器官轉移危急症狀 (visceral crisis)。
- 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，若疾病惡化即不得再次申請每位病人至多給付 24 個月為限必須停止使用。
- 使用限制：
 - (1)、ribociclib 每日最多處方 3 粒。
 - (2)、palbociclib 每日最多處方 1 粒。
 - (3)、本類藥品僅得擇一使用，唯有在耐受不良時方可轉換使用。本類藥品使用總療程合併計算，以每人給付 24 個月為上限。

五、Eribulin (Halaven)

- 轉移性乳癌：



- (1)、用於治療轉移性乳癌患者且先前曾接受過 anthracycline 和 taxane 兩種針對轉移性乳癌之化學治療輔助性治療。
- (2)、每 3 個療程需進行療效評估，病歷應留存評估紀錄，無疾病惡化方可繼續使用。

2. 脂肪肉瘤：

- (1)、限單獨使用於治療無法手術切除或轉移性脂肪肉瘤成人患者，且先前應至少接受一次含 anthracycline 之全身化療。
- (2)、須經事前審查核准後使用，每次申請以 3 個療程為限，再次申請時應檢附前次治療結果評估資料證實無惡化，才可繼續使用。

六、Pertuzumab (Perjeta)

1. Pertuzumab 與 Herceptin (trastuzumab) 及 docetaxel 併用於治療轉移後未曾以抗 HER2 或化學療法治療之 HER2 過度表現 (IHC3+ 或 FISH+) 轉移性乳癌病患。
2. 須經事前審查核准後使用，核准後每 18 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，每位病人至多給付 18 個月為限。

皮膚科製劑 Dermatological preparations

一、Dupilumab (Dupixent)

1. 限用於經照光治療及其他系統性 (全身性) 治療無效 (治療需 6 個月的完整療程，得合併它院就診病歷)，或因醫療因素而無法接受照光治療及其他系統性 (全身性) 治療之全身慢性重度之異位性皮膚炎患者。
 - (1)、所稱“ 慢性” 重度之異位性皮膚炎，指病灶持續至少 6 個月，且 Eczema area severity index (EASI) ≥ 20 且異位性皮膚炎皮膚紅腫體表面積需 $\geq 30\%$ 且 Investigator' s Global Assessment (IGA):3~4。

註：Eczema area severity index (EASI) 之異位性皮膚炎面積計算，只含皮膚紅腫濕疹部位，單純的皮膚乾燥、脫皮、抓痕，不可列入計算。

- (2)、所稱治療無效，指 3 個月內連續兩次治療後嚴重度仍符合上列第 (1) 點情況，且兩次評估之間相隔至少 4 週。
 - I. 治療必須包括足量之照光治療及包括以下三種系統性 (全身性) 治療之至少二種，包括 methotrexate、azathioprine、cyclosporin。
 - II. 照光治療應依學理，如光化療法 (PUVA) 及窄頻 UVB(nb-UVB) 必須每週至少 2 次，療程達 12 週。申請時必須附病歷影印及詳細照光劑量紀錄。
 - III. Methotrexate 合理劑量需達每週 15mg。Azathioprine 為 2mg/kg/d。Cyclosporin 為 5mg/kg/d。足量治療至少各分別使用 12 週無效或是有客觀證據產生不良反應 (如相隔至少 4 週，兩次肝功能 AST/ALT >2.5 UNL，白血球低於 4000/ μ L，高血壓或腎功能異常，或是至少兩次經培養確診之胞



疹性皮膚炎) 或有禁忌症後，且不應同時合併使用兩種或以上傳統用藥。

2. 需經事前審查核准後使用。

- (1)、初次申請時，以 6 個月為 1 個療程，持續使用時每 6 個月需再申報一次，且應於期滿前 1 個月提出，並於申請時檢附照片。
- (2)、Dupilumab 起始劑量 600mg (300mg 注射兩劑)，接著以 300 mg 隔週注射一次，且於 16 週時，須先行評估，至少有 EASI50 療效方可使用。
- (3)、初次申請後每 6 個月須再次申請續用，續用時，與初次治療前之療效達 EASI50 方可使用，續申請時需檢附照片。停藥超過 3 個月再申請者，視同新申請案件，否則視為續用案件。
- (4)、若患者曾核准使用治療乾癬之生物製劑，需等到乾癬症狀消失後，至少兩年才能提出申請。或申請前須切片確定排除乾癬診斷並經皮膚科專科醫師確立診斷。

3. 需排除使用的情形應參照藥物仿單資訊，重要之排除使用狀況包括：

- (1)、懷孕或正在授乳的婦女。
- (2)、寄生蟲 (蠕蟲) 感染。

4. 需停止治療應參照藥物仿單之禁忌情形，如果發生下列現象應停止治療：

- (1)、不良事件，包括：
 - I. 惡性腫瘤。
 - II. 懷孕與授乳期間。
 - III. 寄生蟲 (蠕蟲) 感染。
- (2)、療效不彰：患者經過 6 個月治療 (初次療程) 後未達療效者，療效定義指 EASI 改善未達 50%。

5. 暫緩續用之相關規定：

- (1)、暫緩續用時機：使用生物製劑治療 1 年後符合 $EASI \leq 20$ 者。
- (2)、暫緩續用後若疾病再復發，可重新申請使用，須符合至少有 50% 復發或 $EASI \geq 20$ (需附上次療程治療前、後，及本次照片)。

心臟血管及腎臟藥物 Cardiovascular-renal drugs

一、Febuxostat (Feburic)：限慢性痛風患者之高尿酸血症使用，且符合以下條件之一：

1. 曾使用過降尿酸藥物 benzbromarone 治療反應不佳，尿酸值仍高於 6.0 mg/dL。
2. 患有慢性腎臟病 ($eGFR < 45 \text{ mL/min/1.73m}^2$ 或 $\text{serum creatinine} \geq 1.5\text{mg/dL}$)，或具尿酸性腎臟結石或尿酸性尿路結石或痛風石，或肝硬化之痛風病人。
3. 痛風石病人使用時需於病歷上詳細記載部位 (需有照片或 X 光攝影檢查) 及醫療理由。

抗微生物劑 Antimicrobial agents

一、Fluconazole 錠劑膠囊劑 (如 Diflucan oral)、注射劑 (如 Diflucan inj)、口服液劑 (如



Fluzole powder for oral suspension)

1. 限用於 12 歲 (含) 以下兒童或吞嚥困難患者，併下列條件之一使用：念珠球菌局部或全身感染、囊珠菌感染。
2. 病人接受本品治療期間，不得併用其他同類藥品。

二、Quinolone 類

限使用於下列疾病，若使用於結核病不予給付，請向衛生福利部疾病管制署申請並依最新版「結核病診治指引」辦理。

呼吸道藥物 Respiratory tract drugs

一、Nintedanib (Ofev) 、pirfenidone (Pirespa)

1. 需檢附肺部 HRCT(High resolution computed tomography) 影像檢查。
2. 經專科醫師確診為特發性肺纖維化 (Idiopathic pulmonary fibrosis,IPF) 後，病人的用力肺活量 (forced vital capacity, FVC) 在 50~80% 之間。
3. Nintedanib(如 Ofev) 用於經專科醫師確診為特發性肺纖維化，且 FVC>80% 之病患，需具明顯症狀 (病歷須清楚記載如呼吸困難、喘或咳嗽等臨床症狀)。
4. 停止治療條件：
 - (1)、FVC 在 50-80% 間之病人，肺功能出現惡化 (經確認病人的用力肺活量預測值降低 10% 或以上情況發生時)，得以續用或得申請使用不同機轉藥物治療並觀察 12 週，如再測之 FVC 未改善應停止使用。
 - (2)、FVC>80% 病人，肺功能出現惡化 (經確認病人的用力肺活量預測值降低 10% 或以上情況發生時)，得以續用並觀察 12 週，如再測之 FVC 未改善應停止使用。
5. 需經事前審查核准後使用，每 24 週需檢送評估資料再次申請。
6. Nintedanib 與 pirfenidone 不得同時併用。

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

一、Finasteride (Proscar) ; dutasteride (Avodart)

1. 限前列腺增生~~良性前列腺肥大~~且有阻塞症狀，經使用直腸超音波前列腺掃描 (TRUS of prostate) 或經使用腹部超音波測量 (僅限無法實施直腸超音波前列腺掃描者) 為原則，前列腺大於 30mL 或最大尿流速 (Qmax) 小於 15 mL/sec 之病人~~→ 前列腺特異抗原 (PSA) 高於正常參考值之病人 → 需經病理診斷無前列腺癌 → 無法接受切片檢查者 → 應於病歷詳載原因方可使用。~~
2. ~~服藥後第一年內 → 每半年需作直腸超音波前列腺掃描或腹部超音波測量 (僅限無法實施直腸超音波前列腺掃描者) 或尿流速儀 (uroflow-metry) 檢查 → 需證明前列腺有縮小或尿流速有增加 → 方得繼續使用。~~

二、Dutasteride + tamsulosin (Duodart)



1. 限前列腺增生~~良性前列腺肥大~~且有阻塞症狀，經使用直腸超音波前列腺掃描 (TRUS of prostate) 或經使用腹部超音波測量 (僅限無法實施直腸超音波前列腺掃描者) 為原則，前列腺大於 30mL 或最大尿流速 (Qmax) 小於 15 mL/sec 之病人~~→ 前列腺特異抗原 (PSA) 高於正常參考值之病人 → 需經病理診斷無前列腺癌 → 無法接受切片檢查者 → 應於病歷詳載原因方可使用 →~~
2. ~~服藥後第一年內 → 每半年需作直腸超音波前列腺掃描或腹部超音波測量 (僅限無法實施直腸超音波前列腺掃描者) 或尿流速儀 (uroflow-metry) 檢查 → 需證明前列腺有縮小或尿流速有增加 → 方得繼續使用 →~~

神經系統藥物 Drugs acting on the nervous system

一、失智症治療藥品

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。
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。~~



全民健保藥品給付相關規定異動(109年01月)

修正後給付規定

公告主旨：自 109 年 01 月 01 日起，健保給付修正規定

公告內容：Lenvatinib (Lenvima)、Sorafenib (Nexavar)

Alirocumab (Praluent)

慢性 B 型肝炎抗病毒用藥

C 型肝炎全口服新藥

抗腫瘤藥物 Antineoplastics drugs

一、Lenvatinib (Lenvima)

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)：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. 晚期肝細胞癌部分：

- (1). 轉移性或無法手術切除且不適合局部治療或局部治療失敗之 Child-Pugh A class 晚期肝細胞癌成人患者，並符合下列條件之一：

- I. 肝外轉移 (遠端轉移或肝外淋巴結侵犯)。
- II. 大血管侵犯 (腫瘤侵犯主門靜脈或侵犯左 / 右靜脈第一或第二分支)。
- III. 經導管動脈化學藥物栓塞治療 (Transcatheter arterial chemo embolization, T.A.C.E.) 失敗者，需提供患者於 12 個月內 ≥ 3 次局部治療之記錄。

- (2). 需經事前審查核准後使用，初次申請之療程以 3 個月為限，之後每 2 個月評估一次。送審時需檢送影像資料，無疾病惡化方可繼續使用。

3. Lenvatinib 與 sorafenib 僅得擇一使用，不得互換；且 lenvatinib 治療失敗後，不得申請使用 Stivarga 或 Opdivo。

二、Sorafenib (Nexavar)

1. (略)

1. 晚期肝細胞癌部分：

- (1)、轉移性或無法手術切除且不適合局部治療或局部治療失敗之 Child-Pugh A class 晚期肝細胞癌成人患者，並符合下列條件之一：

- I. 肝外轉移 (遠端轉移或肝外淋巴結侵犯)。
- II. 大血管侵犯 (腫瘤侵犯主門靜脈或侵犯左 / 右靜脈第一或第二分支)。
- III. 經導管動脈化學藥物栓塞治療 (Transcatheter arterial chemo embolization, T.A.C.E.) 失敗者，需提供患者於 12 個月內 ≥ 3 次局部治療之記錄。

- (1)、需經事前審查核准後使用，初次申請之療程以 3 個月為限，之後每 2 個月評估



一次。送審時需檢送影像資料，無疾病惡化方可繼續使用。

(2)、每日至多處方 4 粒。

(3)、Sorafenib 與 Lenvatinib 僅得擇一使用，不得互換。

2. (略)

心臟血管及腎臟藥物 Cardiovascular-renal drugs

一、Alirocumab (Praluent) 限使用於發生重大心血管事件之病人：

1. 須經事前審查核准後使用，每次申請得核准使用 6 個月，再次申請須檢附評估報告，若血中 LDL-C 較本藥物開始使用前下降程度未達 30%，即屬療效不佳，則不再給付。
2. 限給付於發生重大心血管事件之後一年內且使用最大耐受劑量 statin 之病人，如心肌梗塞、接受冠狀動脈或其他動脈血管再通術 (revascularization)、動脈硬化相關之缺血性腦中風等之動脈粥狀硬化心血管疾病之成人病人，且符合下列條件之一者：
 - (1)、經使用高強度 statin (如 rosuvastatin 20mg 或 atorvastatin 40 mg(含) 以上) 或病人可耐受之最大劑量的 statin 三個月 (含) 以上且之後再合併使用 ezetimibe 10 mg 三個月 (含) 以上，LDL-C 仍高於 135 mg/dL 者。
 - (1)、對 statin 有禁忌症或確診為對 statin 不耐受之病人，經其他降血脂藥物 (至少需有 ezetimibe 10 mg) 持續治療 3 個月，LDL-C 仍高於 135 mg/dL 者。
3. 最高劑量為每兩週使用 1 支。
4. 不可同時使用其他 PCSK9 血脂調節劑。

抗微生物劑 Antimicrobial agents

一、Lamivudine 100mg (Zeffix) ; entecavir (Baraclude) ; telbivudine 600mg (Sebivo) ; tenofovir disoproxil (Viread) ; tenofovir alafenamide (Vemlidy) 限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」之下列慢性病毒性 B 型肝炎患者：

1. 略

1. 慢性 B 型肝炎病毒帶原者 HBsAg(+)：

(1)、-(7)(略)

(8)、確診為肝癌並接受根除性治療且 HBV DNA $\geq$ 2000 IU/mL，可長期使用，直至肝癌復發且未能再次接受根除性治療止。

註：

- a. 根除性治療包括手術切除、肝臟移植、射頻燒灼 (radiofrequency ablation)、局部酒精注射及微波消融 (microwave ablation)、冷凍治療 (cryotherapy)。
- b. 已符合肝硬化給付條件可長期使用者，不在此限。

二、~~Daclatasvir (Daklinza) 及 asunaprevir (Sunvepra)~~：(刪除)



三、Ombitasvir/paritaprevir/ ritonavir (Viekirax) 及 dasabuvir (Exviera) :

1. 限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」之成人慢性病毒性 C 型肝炎患者，並依據「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」辦理。
2. -4.(略)

四、Elbasvir/grazoprevir (Zepatier)

1. 限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」之成人慢性病毒性 C 型肝炎患者，並依據「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」辦理。
2. -4.(略)

五、Sofosbuvir/ledipasvir (Harvoni)

1. 限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」之成人慢性病毒性 C 型肝炎患者，並依據「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」辦理。
2. -4.(略)

六、Sofosbuvir (Sovaldi)

1. 限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」之成人慢性病毒性 C 型肝炎患者，並依據「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」辦理。
2. -4.(略)

七、Glecaprevir/pibrentasvir (Maviret)

1. 限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」之成人慢性病毒性 C 型肝炎患者，並依據「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」辦理。
2. -4.(略)

八、Sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa)

1. 限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」之成人慢性病毒性 C 型肝炎患者，並依據「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」辦理。
2. -4.(略)

醫令代碼	治療組合
HCVDA0001	Daklinza + Sunvepra 治療基因型 1b 型 24 週療程
HCVDA0002	Viekirax + Exviera 治療基因型 1b 型，無肝硬化或具代償性肝硬化 12 週療程
HCVDA0003	Viekirax + Exviera + ribavirin 治療基因型 1a 型，無肝硬化 12 週療程
HCVDA0004	Viekirax + Exviera + ribavirin 治療基因型 1a 型，代償性肝硬化 24 週療程
HCVDA0005	Zepatier ± ribavirin 治療基因型 1a 型，無抗藥性病毒株，12 週療程
HCVDA0006	Zepatier + ribavirin 治療基因型 1a 型，有抗藥性病毒株，16 週療程
HCVDA0007	Zepatier ± ribavirin 治療基因型 1b 型，12 週療程
HCVDA0008	Zepatier 治療基因型第 4 型，12 週療程
HCVDA0009	Zepatier + ribavirin 治療基因型第 4 型，16 週療程
HCVDA0010	Harvoni ± ribavirin 治療基因型第 1、2、4、5 或 6 型，12 週療程
HCVDA0011	Sovaldi + ribavirin 治療基因型第 2 型，12 週療程
HCVDA0012	Maviret 治療基因型第 1、2、3、4、5 或 6 型，8 週療程
HCVDA0013	Maviret 治療基因型第 1、2、3、4、5 或 6 型，12 週療程
HCVDA0014	Maviret 治療基因型第 1 或 3 型，16 週療程
HCVDA0015	Epclusa 治療基因型第 1、2、3、4、5 或 6 型，12 週療程
HCVDA0016	Epclusa + ribavirin 治療基因型第 1、2、3、4、5 或 6 型，12 週療程

註：自 108 年 9 月 20 日以後之新收個案，不得以「Daklinza + Sunvepra」治療組合 (醫令代碼：HCVDA0001) 收案。

