



# 台中慈濟藥訊

Taichung Tzuchi Hospital  
Drug Bulletin

Vol. 11, No. 02

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04月號【雙月刊】◆

## 目 錄

醫藥專欄：巴金森氏症患者精神症狀的用藥選擇 .....	p.02
醫藥專欄：板藍根抗病毒之研究及類藥比較 .....	p.07
全民健保藥品給付相關規定異動 .....	p.11

**家庭藥師**  
Family Pharmacist



## 巴金森氏症患者精神症狀的用藥選擇

林順治 藥師 撰稿

### 壹、前言

巴金森氏症 (Parkinson Disease, 簡稱 PD) 是一種慢性進行的神經退化疾病，由於腦內黑質中的多巴胺神經元隨年齡增長而退化，導致多巴胺分泌不足而影響運動訊息傳遞，造成運動遲緩、運動幅度降低併顫抖或僵硬。發生率隨年齡增加而升高，60 歲以上的盛行率約為 1%，80 歲以上約為 2%<sup>[1]</sup>。PD 除了有動作障礙等症狀，也因為製造乙醯膽鹼、正腎上腺素、血清素等神經元受損，無法產生足夠的神經傳導物質而有非動作症狀如：幻覺、妄想等精神症狀、睡眠障礙、自主神經系統功能障礙、胃腸道症狀與感覺異常等，其中大約會有 40% 的 PD 患者受到幻覺影響<sup>[2]</sup>，本文針對 PD 患者的幻覺妄想等精神症狀治療進行用藥選擇討論。

### 貳、評估與治療步驟

#### (一)、評估與排除

對於 PD 患者精神症狀評估治療步驟如表一，先評估是否有潛在環境或身體因素影響，如晝夜顛倒、感覺異常、需助聽器或視力輔助或家庭環境改變等，再來需排除是否有感染、電解質異常或是疼痛等其他疾病因素<sup>[2, 3]</sup>。

#### (二)、調整用藥

由於抗 PD 藥物多會影響多巴胺與乙醯膽鹼調控，也可引發或惡化 PD 患者的精神症狀，對於已使用抗膽鹼藥治療 PD 的患者，可能因此引起幻覺而使精神症狀惡化，另外還有其他藥物像鎮靜劑、抗焦慮藥和抗憂鬱藥等也都可能導致精神症狀，所以需進行用藥調整，盡可能減少或停止服用。在有良好耐受性的輕幻覺患者中，通常降低劑量或減少用藥可以改善幻覺妄想情況，若明確知道幻覺妄想是在某特定用藥後產生，則可優先停用或降低該藥劑量，但若無法得知用藥與症狀關聯性，則建議依照停用順序如下：anticholinergic drugs → amantadine → dopamine agonists → MAO-B inhibitors → COMT inhibitors → L-dopa 緩釋型，最後有必要才停用 L-dopa 正常劑型<sup>[3]</sup>。

#### (三)、使用藥物治療

PD 患者在藥物調整後仍有幻覺、妄想、概念混亂等困擾，則可針對精神症狀使用抗精神病藥物治療，但使用抗精神病藥物也有風險，特別是老年人會增加心血管事件與提高死亡



率。因此，在謹慎的利益風險衡量後，才可使用抗精神病藥物。其中非典型抗精神病藥物相較於典型抗精神病藥物較少造成 PD 動作障礙的惡化，所以建議使用非典型抗精神病藥物 (如表二) 治療，且必須從低劑量開始進行治療，再視情況慢慢調整，期能以最低治療劑量即達到症狀改善<sup>[2, 4]</sup>。在非典型抗精神病用藥選擇方面，目前各國指引建議以 **quetiapine**、**clozapine** 為主要用藥選擇，另有一美國 FDA 核准但台灣未上市之新藥 **pimavanserin**，此三種藥物相較於其他非典型抗精神病藥物如 **risperidone**、**olanzapine** 或 **aripiprazole** 等，較不會有惡化 PD 症狀的風險<sup>[2, 4, 6, 7]</sup>。另外，部分研究顯示給予膽鹼酯酶抑制劑如 **Rivastigmine** 等，可改善 PD 失智 (**dementia**) 和路易體失智 (**Dementia with Lewy bodies**) 患者的精神症狀，但是這些藥物似乎並未在臨床上顯著改善神經精神症狀 (**neuropsychiatric symptoms**)<sup>[2]</sup>。

## 參、非典型抗精神病藥物

### (一)、Quetiapine

依目前臨床試驗研究顯示，使用 **quetiapine** 治療 PD 患者的精神症狀是屬於可能有效的建議。因其支持性數據包括多項觀察性研究，其中約 80% 的患者顯示精神症狀有改善<sup>[2]</sup>，但在 2005-2009 年間的 4 個小型安慰劑對照試驗中，只有一篇為期 8 週的研究顯示 **quetiapine** 比安慰劑有益處，在以臨床整體改善評分 (**clinician-based rating of global improvement, CGI-C**) 與簡短精神症狀量表 (**Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS**) 的幻覺部分均有顯著改善<sup>[5]</sup>；在與 **clozapine** 相比較的兩篇為期 22 週與 12 週雙盲隨機分派試驗，兩篇試驗結果均顯示兩組患者在 **CGI-C** 或 **BPRS** 評分均較藥物使用前有顯著改善，代表 **quetiapine** 與 **clozapine** 有相似治療效果，兩篇研究的患者也都發現輕微副作用影響。不過在為期 22 週隨機分派試驗的研究結果顯示 **clozapine** 組在神經精神病學調查表 (**Neuropsychiatric Inventory, NPI**) 的妄想與幻覺評分比用藥前有顯著改善，而 **quetiapine** 組並無<sup>[5]</sup>。依據目前文獻，**quetiapine** 建議起始治療劑量為在睡前服用 12.5 mg，必要時可依症狀緩慢調整劑量至 100 mg。然而 **quetiapine** 像其他抗精神病藥一樣，需注意可能有 QT 延長的副作用與交互作用<sup>[2]</sup>。

### (二)、Clozapine

在 **clozapine** 的 2 篇為期四週的多中心隨機分派安慰劑對照試驗中，分別透過正性與負性症狀量表 (**Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS**)、正性症狀量表 (**Scale for the Assessment of Positive Symptoms, SAPS**)、**CGI-C** 與 **BPRS** 評分來進行評估。兩篇研究的結果皆顯示 **clozapine** 顯著改善各項精神症狀評估得分，與安慰劑組相比有相似的運動和認知功能，顯示 **clozapine** 在治療 PD 精神症狀方面效果良好<sup>[5]</sup>。在 **clozapine** 與其他藥物的小型隨機分派研究，與 **quetiapine** 相比較的兩篇隨機分派試驗如前面所述，**clozapine** 與



quetiapine 有相似的治療效果，但 clozapine 組在 NPI 的妄想與幻覺評分比用藥前有顯著改善這部分略勝 quetiapine。Clozapine 與 risperidone 的 12 週小型隨機分派研究中，兩組用藥治療效果相比並沒有差異，但在 risperidone 組則是出現僵硬的副作用，因為 risperidone 會惡化 PD 患者的動作障礙與認知，因此不建議使用。Clozapine 與 ziprasidone 的小型隨機分派研究，兩組在用藥後均有顯著改善，兩組治療間也沒有差異，雖然這項研究顯示 ziprasidone 可能具有潛在療效，但由於樣本數過少且無法提出有效的證據，故尚無法做出可信的結論<sup>[5]</sup>。Clozapine 在使用上建議起始治療劑量為 12.5mg 睡前使用，必要時可視情況逐漸調整至 50mg，除了嚴密的監控血液副作用，若有必要在白天使用，須注意嗜睡的現象<sup>[2]</sup>。

使用 clozapine 治療 PD 患者的精神症狀是目前各國治療指引中公認較有效的，且部分治療指引評定建議等級為 A<sup>[2,6,7]</sup>，但由於此藥有 1-2% 的機率會引起較嚴重血液方面副作用如顆粒性白血球低下，必須在治療時的前 18 週，每週監控白血球數值，之後維持每雙週定期追蹤，才能確保用藥安全<sup>[2]</sup>。

### (三)、其他藥物

目前加拿大治療指引中，並不建議其他非典型抗精神病藥如：olanzapine、risperidone 和 aripiprazole 用在治療 PD 患者的幻覺和妄想，因為可能會導致 PD 惡化的現象<sup>[6]</sup>。英國治療指引中特別不建議使用 olanzapine<sup>[7]</sup>，有關於 olanzapine 的 4 篇隨機分派安慰劑對照試驗中，olanzapine 組與安慰劑組比均無有效的顯著差異，且顯著增加動作障礙惡化、錐體外症候群、幻覺與流口水等副作用，顯示使用 olanzapine 並不具臨床好處<sup>[5]</sup>。

2016 年，美國 FDA 核准 pimavanserin 上市，為一血清素 5-HT<sub>2A</sub> 接受器的逆活化劑 (selective serotonin 5-HT<sub>2A</sub> receptor inverse agonist)，可用於治療 PD 患者的幻覺與妄想<sup>[2]</sup>，根據 2010 年與 2014 年兩個隨機雙盲安慰劑對照試驗顯示，對於減少幻覺，迫害妄想和整體評分中有顯著差異，此外，pimavanserin 好處為不會加重 PD 病症，也沒有出現與抗精神病藥有關的動作障礙惡化。然而，pimavanserin 的安全性與副作用仍有待長期觀察評估，且在使用上也須考量與其他藥物併用的潛在風險<sup>[5]</sup>。

## 肆、結論

在治療 PD 患者的精神症狀，目前沒有任何研究明確顯示一種藥物治療優於另一種，僅能依靠與安慰劑比較的研究結果來做臨床決策，而目前建議的藥物治療是以使用低劑量的 quetiapine 或 clozapine，再視症狀慢慢增加劑量，但使用期間除需注意各藥物副作用，也須持續注意 PD 是否有動作障礙惡化的現象。





表一 巴金森氏症患者精神症狀的評估治療步驟<sup>[2,3]</sup>

步驟	動作	
評估與排除	一般處理	恢復晝夜節律 恢復正常的感覺 助聽器或視力輔助 重建家庭環境
	特殊處理	感染，脫水的治療 平衡電解質，葡萄糖，維生素等 其他疾病的治療
調整用藥	停用非必要的藥物	特別是抗膽鹼藥、鎮靜劑、抗焦慮藥和抗憂鬱藥
	減少抗巴金森氏症藥物	Anticholinergics → amantadine → dopamine agonists → MAO-B inhibitors → COMT-inhibitors → L-dopa retard → L-dopa nonretarded
使用藥物治療	認知障礙患者的膽鹼酯酶抑制劑	Rivastigmine , or donepezil (off-label)
	抗精神病藥	Clozapine or quetiapine

 表二 非典型抗精神病藥物<sup>[2,4,5]</sup>

藥物	機轉	常用劑量 (每日)	禁忌症 / 補充
Clozapine	D2, D4, 5HT2A, α1, and H1 antagonist	6.25-100 mg	治療巴金森氏症精神症狀有效 不會惡化動作障礙 需進行血液監測
Quetiapine	D1, D2, 5HT2, α1, and H1 antagonist	12.5-300 mg	治療巴金森氏症精神症狀是可能有效 不會惡化動作障礙 注意 QT-interval 延長的副作用與交互作用
Pimavanserin	Selective 5HT2A inverse agonist	20-60 mg	台灣未上市
Qlanzapine	D2, D4, 5HT2A, 5HT2C, M1, α1 receptor antagonist	2.5-15 mg	會惡化動作障礙、錐體外症候群、幻覺與流口水等
Risperidone	D2, 5HT2 antagonist	0.25-1.5 mg	會惡化巴金森氏症患者的動作障礙與認知
Ziprasidone	D2, 5HT2A antagonist	20-80 mg	有 QT-interval 延長病史、心肌梗塞、心衰竭病史、併用其他 QTc-prolonging 藥物之患者應避免使用



## 參考資料：

1. 謝美芬、顏兆熊。巴金森氏症的症狀與診斷。家庭醫學與基層醫療。2010；25(1)：10-14。
2. Database on the Internet. Lana Chahine, MD, Daniel Tarsy, MD. Management of nonmotor symptoms in Parkinson disease. [database on the Internet]. ©2020 UpToDate, Inc. [updated May 17, 2019]. Retrieved on Feb 14, 2002 from [https://www.uptodate.com/contents/management-of-nonmotor-symptoms-in-parkinson-disease/print?search=parkinson%20psychosis&source=search\\_r](https://www.uptodate.com/contents/management-of-nonmotor-symptoms-in-parkinson-disease/print?search=parkinson%20psychosis&source=search_r)
3. Taddei RN, Cankaya S, Dhaliwal S, et al.  
： Parkinson' s Disease: Emphasizing Clinical Subtypes and Pathophysiological Mechanisms of the Condition. Parkinsons Dis. 2017;2017:3256542
4. 余政穎。巴金森氏症精神症狀之治療。藥學雜誌 2010;26(3):63-67
5. Wilby KJ, Johnson EG, Johnson HE, et al. : Evidence-Based Review of Pharmacotherapy Used for Parkinson' s Disease Psychosis. Ann Pharmacother. 2017;51(8):682-695.
6. Grimes D, Fitzpatrick M, Gordon J, et al. : Canadian guideline for Parkinson disease. CMAJ 2019;191:E989-1004.
7. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK). Parkinson' s disease in adults. NICE guideline [NG71]. ; 2017 July



## 板藍根抗病毒之研究及類藥比較

陳辰芳 藥師 撰稿

### 前言

自 2019 年 12 月以來，中國湖北省武漢市發現多起病毒性肺炎病例，經相關病毒分型檢測，2020 年 1 月 7 日，實驗室檢出一種新型冠狀病毒，1 月 10 日完成病原核酸檢測，2 月 12 日，世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 秘書長譚德塞 (TedrosAdhanom) 將新型冠狀病毒肺炎正名為 COVID-19 ( coronavirus disease2019) ，簡稱「新冠肺炎或武漢肺炎」。隨後疫情在中國其他省市擴散，亦先後造成泰國、日本、南韓以及美國等國際境外移入疫情，國內亦於 2020 年 1 月 21 日出現第一起境外移入確診個案<sup>[1]</sup>。由於目前並無特殊藥物可以治療 COVID-19 感染個案且預防之疫苗仍在研發中，因此，希冀藉由曾在 2003 年嚴重急性呼吸道症候群 (Severe acute respiratory syndrome,SARS) 防疫中扮演重要角色的板藍根之研究文獻，整合並探討其相關抗病毒作用，以求在這次的防疫作戰中，適切的發揮所長。

### 漢方醫學

板藍根以「藍」之名收載於神農本草經，列為上品，名醫別錄記載為藍實，但歷代本草書均無板藍根名稱，唐代著名醫師重訂《唐本草》的右監門長史蘇恭說：「藍有三種，一種葉圓徑二吋許.....出嶺南，太常名為木藍子；陶氏 ( 弘景 ) 所說乃是菘藍.....」自此出現菘藍之名。《本草綱目》記載：「藍凡五種，各有主治.....蓼藍葉如蓼，菘藍葉如白菘，馬藍葉如苦賈，即郭璞所謂大葉冬藍，俗中所謂板藍者.....」自此板藍根得名。因此，板藍根的藥用價值始載於《神農本草經》，得名於李時珍的《本草綱目》<sup>[2]</sup>，其論述內容應指北板藍根。

然板藍根之藥用部位與品種不同，其性味功效與主治病症亦有所差異<sup>[3][4][5][6]</sup>：

藥名	大青葉	板藍根	青黛
基源	十字花科 Cruciferae 植物菘藍 <i>Isatisindigotica</i> Fortune 之乾燥葉	北板藍根：十字花科 Cruciferae 植物菘藍 <i>Isatisindigotica</i> Fortune 之乾燥根 南板藍根：爵床科 Acanthaceae 植物板藍 ( 馬藍 ) <i>Strobilanthes cusia</i> (Nees) Kuntze 之乾燥根莖及根	爵床科 Acanthaceae 植物板藍 ( 馬藍 ) <i>Strobilanthes cusia</i> (Nees) Kuntze、蓼科 Polygonaceae 植物蓼藍 <i>Polygonum tinctorium</i> W. T. Aiton 或十字花科 Cruciferae 植物菘藍 <i>Isatisindigotica</i> Fortune 之葉或莖葉經加工製得乾燥粉末或團塊



主要成分	色胺酸、葡萄糖芸苔素、靛藍 (indigo) 等，台灣中藥典規範本品所含靛玉紅 (indirubin) 不得少於 0.02%	台灣中藥典規範北板藍根所含表告衣春 (epigoitrin) 不得少於 0.02%	台灣中藥典規範本品所含靛藍 (indigo) 不得少於 2.0%，靛玉紅 (indirubin) 不得少於 0.13%
性味歸經	苦寒。歸心、肺、胃經	苦寒。歸心、胃經	鹹寒。歸肝、肺、胃經
用法用量	10-60g，煎服	10-30g，煎服	1.5-3g，做散劑沖服；外用適量
功效	清熱涼血、解毒消癰	清熱涼血、解毒利咽	清熱解毒、涼血止血
主治	風熱感冒、溫病初起、瘟熱病熱入營血、咽喉腫痛、癰腫瘡瘍、病毒性肺炎等	苦寒清降，又入血分，善解毒利咽，主要用於溫熱病氣血兩燔、發熱、喉痛，或溫毒發斑、斑疹、舌絳紫暗、癰腫瘡毒、腮腺炎、急性扁桃腺炎等多種熱毒熾盛之症	熱毒瘡瘍、疔腮、溫病熱毒發斑、血熱吐血
功效比較	長於涼血消斑，用於溫病、毒盛、發斑者	抗病毒作用較強，長於散結利咽，用於因感冒而致咽喉腫痛、頭面紅腫者	長於瀉肝定驚，用於肝火犯肺而致咳嗽及溫病抽搐者

### 現代藥理 [7][8][9][10]

#### 1. 板藍根之抗病原微生物作用：

(1) 抗細菌、黴菌：現代藥理研究顯示，板藍根中的抑菌成分色胺酮對枯草桿菌、金黃色葡萄球菌等細菌與皮癬菌等皮膚黴菌均具有抑制作用，最低抑菌濃度為 5 mg/L。另外，對於 G(-) 產生之內毒素亦有抑制作用。

(2) 干擾病毒 DNA、RNA 複製、抑制病毒增殖，此外亦有抗 B 型肝炎、A 型流感、腮腺炎、腎病出血熱、日本腦炎、單純疱疹及巨細胞病毒之研究。

#### 2. 抗腫瘤作用：靛玉紅成分已被證實具有提高免疫及抗腫瘤的作用。透過抑制 MMP-9 和 Viementin 的基因表達，抑制腫瘤細胞生長

#### 3. 抗氧化抗發炎作用：萃取黃酮、多醣、多酚及生物鹼四種成分，具 SOD 活性與消除自由基之抗氧化作用，與抑制 IL-12、IL-4 和 IFN- $\gamma$ 誘導之發炎作用，能保護細胞抗發炎。所含之多醣體與官能基，可與金屬離子進行離子交換、螯合與靜電吸附作用，故能用於預防重金屬中毒。

#### 4. 免疫調節作用：多糖體是增強機體免疫的主要成分，研究顯示板藍根多糖體能明顯增加正常小鼠脾臟重量、淋巴細胞數、白細胞總數，進而提高小鼠的免疫功能。

#### 5. 抗癌作用：侯華新 [11] 等研究發現，板藍根中的不飽和脂肪酸具有抑制 S180 骨肉瘤細胞生長，並可降低人類肝癌 BEL27402 細胞的活性。梁永紅 [12] 等發現板藍根二酮 B 可抑制卵巢癌 A2780 細胞和肝癌 BEL-7402 細胞的增殖，降低端粒酶活性的表達、誘導癌細胞向正常細胞轉化。





6. 白血病的作用：靛玉紅成分透過抑制細胞訊息傳遞轉錄和轉譯因子 ( signaltransducer and activator of transcription, STAT5 ) 之目標蛋白 Bcl-xL 和 Mcl-1 的表達，進而誘發慢性骨髓性白血病細胞的凋亡，可有效降低慢性骨髓性白血病 (chronic myelocyticleukemia 衍生的 K562 細胞的生存能力，也有效的降低了體內外對標靶藥物 Imatinib 產生抗藥性的 K562 細胞的活性，故可用於緩解白血病患者的病情<sup>[13]</sup>。

### 抗病毒作用之研究<sup>[14][15][16]</sup>

多數板藍根的抗病毒成分研究中，指出許多活性成分並非直接殺滅病毒，而是透過調節免疫與抗發炎來達到抑制病毒的作用，主要的成分分析如下：

板藍根主要活性成分群及其藥理機制：

化合物	化學成分特質	抗病毒作用	抗炎藥理機轉
多醣 / 多肽 代表成分：告依春 (goitrin)、表告依春 (epigoitrin)	可紫外吸收，相對含量較高，結構複雜	抗 A 型流感 (H1N1, H3N2, H9N2)、B 型流感	抑制流感病毒吸附過程，透過抑制 TLR3 訊息傳遞，抑制流感病毒導致的發炎反應
木脂素類 代表成分：紫丁香苷、(+)- 異落葉松脂素	主要成 (0.14%)，具有特徵性落葉松脂素母結構	抗 A 型流感 A/PR/8/34(H1N1)	抑制流感病毒核輸出，調控宿主 NF- $\kappa$ b 訊息傳遞路徑，抑制流感病毒導致的發炎反應
吲哚類生物鹼 代表成分：靛藍 (indigo)、靛紅 (isatin)、靛玉紅 (inderubin)	屬微量成分 (0.001%)，含有結構類似的吲哚類生物鹼化合物群；Cappari-loside A 與抗病毒西藥 arbidol 類似，可合成放大至公克的劑量，具開發潛力，3-吲哚醛具有廣效的抗病毒譜與較強的體內外抗病毒活性	3- 吲哚醛抑制多種 A 型流感 (H1N1, H3N2 等) 及多種其他呼吸道病毒 HSV- I, HSV- II, COXB3, EV71, PIV3, RHV; Cappari-loside A 抑制多種 A 型流感病毒, ADV3, PIV3	抑制流感及若干呼吸道病毒 / 體內外抑制流感病毒或 LPS 誘導的發炎因子釋放；抑制干擾素訊息傳遞路徑中 STAT1 的磷酸化反應及病毒誘導干擾素蛋白 ( I 和 III 型)
$\beta$ - 谷甾醇 ( $\beta$ -sitosterol)	非紫外吸收，含量高於微量成分 (0.15%)，結構清楚	無抗病毒作用，具抑制病毒導致的發炎反應	透過往下調節 RIG-I 的表現，阻斷干擾素合成和干擾素訊息傳遞，進而抑制放大的免疫反應；抑制病毒誘導 CD3+、CD8+、T 細胞傳遞至肺組織

綜上所述，板藍根的抗病毒作用，應該是多種化學成分與作用機轉綜合的結果，如生物鹼直接抑制病毒的作用；多醣體促進免疫與抗體生成反應；水提醇萃取物具抗發炎與縮短病程之作用；有機酸的抗菌與抗內毒素之作用，因此，板藍根的抗病毒活性成分之研究，不應侷限於單一抗病毒成分與直接抗病毒之作用機轉，應綜合考慮多方機制，選擇合理的藥理研究指標和藥效評估方式，對板藍根中抗病毒之有效成分進行追蹤及系統篩選<sup>[8]</sup>，如此才能更精確的掌握，板藍根於臨床上之抗病毒應用。



## 注意事項<sup>[2]</sup>

板藍根並不是所有人都適用。以下三種情形應謹慎服用板藍根：

1. 體質偏寒者：板藍根性寒涼，體質偏寒者服用容易傷及脾胃，出現胃痛、畏寒、腹瀉等不良反應。
2. 年老、幼兒體弱者：板藍根是治療風熱類藥，年老體弱者使用不當或久用，會出現怕冷、肢體發涼、食欲不振等不良反應。且幼兒身體機能尚未發育完全，過量服用板藍根容易引起消化不良等症狀。
3. 藥物過敏者：對板藍根過敏者，輕者會出現頭昏眼花、嘔吐、心慌、皮疹，有時為全身多型性紅斑藥疹，重者會因血壓下降出現過敏休克。

如發生過敏現象，應立即停藥並送醫，若是出現上消化道出血的情形，除了停藥外，還需禁食，並立即送醫治療。

## 結論

目前板藍根中的幾百種化學成分被分離鑑定出，分子多樣性十分豐富，然而對於這些化合物如抗細菌、病毒有效成分的藥理活性等多缺乏系統評價和論述，因此，仍有待多方專家學者的研究分析。至於臨床使用上，選用正確基源的藥物，並依照病患本身的寒熱虛實處方用藥，如此才能達到適當的治療目的。

## 參考資料

1. 行政院衛生福利部疾病管制署 (2020·0202)-2019 新型冠狀病毒 (2019-nCoV) 感染臨床處置暫行指引·取自 <https://www.cdc.gov.tw/File/Get/CsOCsCV4F5t1N-bvJiMaCA>
2. 陳志文：預防 SARS 生藥 - 板藍根。藥學雜誌 2003;19:42。
3. 黃春林、朱曉新。中藥藥理與臨床手冊。人民衛生出版社，2006：88-93。
4. 魏睦新、謝立群。中醫臨床合理用藥手冊。科學技術文獻出版社，2007：103-105。
5. 王大觀、楊淑芬。中藥臨床學。知音出版社，2005：91-94。
6. 衛生福利部台灣中藥典修編委員會。台灣中藥典第三版，2018：10、83、202、206。
7. 潘慧清、朱平、魏學明、張櫻山。概述板藍根的研究進展。中國醫藥指南 2018;16:30。
8. 何立巍、李祥、陳健偉。板藍根抗病毒有效成分研究進展。中醫藥信息 2005;22:5。
9. 劉麗芳、李方洲。板藍根化學成分、藥理及質量控制管理。中國衛生產業 2018;13:36-37。
10. 王建敏、李偉。板藍根顆粒中有效成分的測定及藥理作用研究進展。中國醫藥報導 2019; 16:18。
11. 侯華新、黎丹戎、秦箐等。板藍根高級不飽和脂肪組酸體內抗腫瘤實驗研究。中國新藥與臨床藥理 2002;13(3):156-158。
12. 梁永紅、侯華新、黎丹戎...等。板藍根二酮 B 體外抗癌活性研究。中草藥 2000;31(7):531-533。
13. 賴金倫、劉玉輝、劉暢...等。中藥靛玉紅作用機理及其臨床應用研究進展。中獸醫醫藥雜誌 2017;36(1):76-79。
14. 黃遠、李菁、徐科一...等。板藍根抗流感病毒有效成分研究進展。中國現代應用藥學 2019;36:20。
15. 彭婷婷、江勛、周峰。複方板藍根顆粒及板藍根的質量研究概況。中成藥 2017;39:12。
16. 齊有勝、孫毅坤、劉為萍。單位中藥抗流感病毒研究進展。中國實驗方劑學雜誌 2017;23:14。



## 全民健保藥品給付相關規定異動(109年02月)

### 修正後給付規定

公告主旨：自 109 年 02 月 01 日起，健保給付修正規定

公告內容：Brentuximab vedotin ( Adcetris )

Trastuzumab ( Herceptin )

Lenalidomide ( Revlimid )

Botox、Dysport

Propofol

非類固醇抗發炎劑外用製劑

Eltrombopag ( Revolade )

新生血管抑制劑 ( Anti-angiogenic agents )、Verteporfin ( Visudyne )

抗腫瘤藥物 Antineoplastics drugs

一、Brentuximab vedotin ( Adcetris ) 限用於成人患者：

1. 治療復發或頑固型 CD30+ 何杰金氏淋巴瘤 (HL)：(1) 已接受自體幹細胞移植 (ASCT)，或 (2) 無法使用 ASCT 或多重藥物化療，且先前至少已接受兩種治療。
2. 治療復發或頑固型全身性退行分化型大細胞淋巴瘤 (systemic anaplastic large cell lymphoma；sALCL)。
3. CD30+ 何杰金氏淋巴瘤 (HL) 病患接受 ASCT 後仍具有高復發風險之病患：需先前未曾使用過本品，並於 ASCT 前具有下列任一危險因子者：
  - (1). 對於第 1 線治療未達完全緩解。
  - (2). 第 1 線治療結束後 12 個月內復發或惡化。
  - (3). ASCT 前出現的復發具有淋巴結外侵犯。
4. 須經事前審查核准後使用：
  - (1). 前述第 1 及 2 項之病患：每次申請療程以 4 個療程為限，再申請應檢附前次治療結果評估資料。若病人病情已達完全緩解，得再給付 4 個療程；若病情惡化即須停止使用。健保給付以 16 個療程為上限。
  - (2). 前述第 3 項之病患：每次申請療程以 4 個療程為限，再申請應檢附疾病無惡化之評估資料，若病情惡化即須停止使用。健保給付以 16 個療程為上限。曾依本項核准使用之病患，若之後疾病惡化或復發後將不再給付本藥品

二、Trastuzumab ( Herceptin )

1. 早期乳癌 ( 略 )
1. 轉移性乳癌 ( 略 )
2. 轉移性胃癌 ( 限 IV 劑型 )：trastuzumab 合併 capecitabine ( 或 5-fluorouracil ) 及 cisplatin 適用於未曾接受過化學治療之 HER2 過度表現 (IHC3+ 或 FISH+) 轉移性



胃腺癌 (或胃食道接合處腺癌) 的治療。

3. 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，若疾病有惡化情形即不應再行申請

三、 Lenalidomide ( Revlimid )

1. 先前尚未接受過任何治療且不適用造血幹細胞移植的多發性骨髓瘤患者可使 lenalidomide 併用 dexamethasone 作為第一線治療。(須依藥品許可證登載之適應症使用)
2. 與 dexamethasone 合併使用於先前已接受至少一種治療失敗之多發性骨髓瘤患者。

**(MCXXXV)、每人以 18 個療程為上限 (每療程為 4 週)**

3. 需經事前審查核准後使用，每次申請事前審查之療程以 4 個療程為限，每 4 個療程須再次申請。
  - (1)、每天限使用 1 粒。
  - (2)、使用 4 個療程後，必須確定 paraprotein (M-protein) 未上升 (即表示對藥物有反應或為穩定狀態) 或對部分 non-secretory type MM 病人以骨髓檢查 plasma cell 為療效依據，方可繼續使用。
3. ~~本品不得與 bortezomib 合併使用。~~
4.
  - (1)、Revlimid、Leavdo 每人至多給付 24 個療程為限 (每療程為 4 週)。
  - (2)、Lenli 每人至多給付 18 個療程為限 (每療程為 4 週)。

神經系統藥物 Drugs acting on the nervous system

一、 Botox

1. -2. (略)
3. 使用於腦性麻痺病患
  - (1)、-(5)(略)
  - (6)、使用於 12~17 歲病患，需經事前審查一次，並附有復健科、小兒神經科或神經科專科醫師近期之診察紀錄；使用於 18 歲 (含) 以上病患，需再經事前審查一次。
4. 使用於成人中風後之手臂或下肢痙攣：
  - (1)、限 20 歲以上，中風發生後，經復健、輔具或藥物治療上肢至少 6 個月以上，下肢至少 3 個月以上痙攣，影響其日常活動 (如飲食、衛生、穿衣等) 者，痙攣程度符合 Modified Ashworth Scale 評估 2 或 3 級，且關節活動度 (R1/R2) 顯示顯著痙攣，並排除臥床、肢體攣縮或關節固定不可逆攣縮者。



- (2)、限地區醫院以上 ( 含 ) 神經內外科或復健科專科醫師診斷及注射。
  - (3)、每次注射 Botox 最高劑量上肢限 360 單位，下肢限 400 單位，且每年最多 3 次，需列出每條肌肉要注射的劑量。
  - (4)、需經事前審查核准後使用，申請時需檢附病歷資料、治療計畫及照片或影片
  - (5)、再次申請時需提出使用效果評估結果。
  - (6)、如因再次中風而導致臥床、手部或下肢肌肉攣縮或關節固定不可逆攣縮，則應停用。
5. -6. ( 略 )
7. 慢性偏頭痛之預防性治療
- (1)、需經事前審查核准後使用。
  - (2)、限神經內科或神經外科專科醫師診斷及注射。
  - (3)、需符合慢性偏頭痛診斷：至少有 3 個月時間，每個月  $\geq 15$  天，每次持續 4 小時以上，且其中符合偏頭痛診斷的發作每個月  $\geq 8$  天。(重要限制：Botox 對每個月頭痛天數  $\leq 14$  天的陣發性偏頭痛之安全性及有效性，尚無證據證實其療效)。
  - (4)、患者需經 3 種 ( 含 ) 以上偏頭痛預防用藥物 ( 依據台灣頭痛學會發表之慢性偏頭痛預防性藥物治療準則之建議用藥，至少包括 topiramate ) 治療無顯著療效，或無法忍受其副作用
  - (5)、每次注射最高劑量 Botox 155 單位，且每年最多 4 個療程。
  - (6)、首次申請給付 2 個療程，2 個療程治療之後，評估每月頭痛天數，需比治療前降低 50% 以上，方可持續給付。
  - (7)、接續得申請一年療程，分為 4 次注射治療。療程完畢後半年內不得再次申請。
  - (8)、若病況再度符合慢性偏頭痛診斷，得再次申請一年使用量時，需於病歷記錄治療後相關臨床資料，包括頭痛天數。
  - (9)、神經內科、神經外科專科醫師需經台灣神經學學會訓練課程認證慢性偏頭痛診斷與 Botox PREEMPT 155U 標準注射法。

## 二、 Dysport

1. -2. ( 略 )
3. 使用於腦性麻痺病患
  - (1)、-(5)( 略 )
  - (6)、使用於 12~17 歲病患，需經事前審查一次，並附有復健科、小兒神經科或神經科專科醫師近期之診察紀錄；使用於 18 歲 ( 含 ) 以上病患，需再經事前審查一次。
4. 使用於成人中風後之手臂或下肢痙攣：
  - (1)、限 20 歲以上，中風發生後，經復健、輔具或藥物治療上肢至少 6 個月以上，





下肢至少 3 個月以上痙攣，影響其日常活動（如飲食、衛生、穿衣等）者，痙攣程度符合 Modified Ashworth Scale 評估 2 或 3 級，且關節活動度（R1/R2）顯示顯著痙攣，並排除臥床、肢體攣縮或關節固定不可逆攣縮者。

- (2)、限地區醫院以上（含）神經內外科或復健科專科醫師診斷及注射。
- (3)、每次注射 Dysport 最高劑量 上肢限 1000 單位，下肢限 1500 單位，且每年最多 3 次，需列出每條肌肉要注射的劑量。
- (4)、需經事前審查核准後使用，申請時需檢附病歷資料、治療計畫及照片或影片
- (5)、再次申請時需提出使用效果評估結果。
- (6)、如因再次中風而導致臥床、手部或下肢肌肉攣縮或關節固定不可逆攣縮者，則應停用。

### 三、 Propofol

1. 限使用人工呼吸器治療且需要每日進行神智評估之病例使用。
2. 每次使用以不超過七十二小時為原則，依病程需要至多延長至七天。超過三天之使用需醫師評估病患在非重度鎮靜之輕、中度鎮靜狀態下使用，且需做相關預防 Propofol 之併發症的評估。
3. 不得作為例行性使用。

### 四、 疼痛解除劑 Drugs used for pain relief：非類固醇抗發炎劑外用製劑：

1. 外用非類固醇抗發炎軟膏，不得同時併用口服或其他外用非類固醇發炎製劑，每 4 週至多以處方 40gm 為限。~~限不適合口服非類固醇抗發炎製劑之軟組織風濕症或關節炎病患使用—每月至多以處方 40gm 為限—~~
2. Flurbiprofen 40mg patch (如 Flur Di Fen Patch): 限同時符合下列條件之病患使用：
  - (1)、單一關節（部位）或軟組織風濕症。
  - (2)、不適合口服非類固醇抗發炎製劑者。
  - (3)、不得同時併用口服或其他外用非類固醇發炎製劑，亦不得開立慢性連續處方箋。
  - (4)、每 4 週限處方 16 片以內

### 血液治療藥物 Hematological drugs

#### 一、 Eltrombopag ( Revolade )

1. 限用於 6 歲（含）以上之慢性自發性（免疫性）血小板缺乏症 (ITP) 且對於其他治療（例如：類固醇、免疫球蛋白等）失敗患者，且符合下列情況之一者使用：



- (1)、未曾接受脾臟切除患者，且符合下列所有條件：
- I. 需接受計畫性手術或侵入性檢查並具出血危險者，且血小板 < 80,000/ $\mu$ L。
  - II. 具有下列不適合進行脾臟切除之其一條件：
    - i. 經麻醉科醫師評估無法耐受全身性麻醉。
    - ii. 難以控制之凝血機能障礙。
    - iii. 心、肺等主要臟器功能不全。
    - iv. 有其他重大共病，經臨床醫師判斷不適合進行脾臟切除。
    - v. 兒童。
  - III. 未曾接受脾臟切除患者須經事前審查同意使用，限用 12 週。
- (2)、未曾接受脾臟切除患者，且符合下列所有條件：
- I. 長期血小板 < 20,000/ $\mu$ L(三個月內至少兩次)，且有紫斑及出血紀錄者。
  - II. 須排除下列共病：C 型肝炎、肝硬化、脾腫大 (Hypersplenism)、骨髓化生不良症候群 (MDS)、再生不良性貧血、HIV 或化學治療相關之血小板低下。
  - III. 須經事前審查同意使用，首次申請限用三個月，如申請續用，之後每六個月須再次申請，血小板 >50,000/ $\mu$ L 者方得續用。
- (3)、若曾接受脾臟切除患者，且符合下列所有條件：
- I. 治療前血小板 < 20,000/ $\mu$ L，或有明顯出血症狀者。
  - II. 治療 12 週後，若血小板無明顯上升或出血未改善，則不得再繼續使用。
- (4)、每天劑量以 50mg 為上限。
- (5)、治療期間，不得同時併用免疫球蛋白，且 eltrombopag 與 romiplostim 不得併用。

#### 眼科製劑 Ophthalmic preparations

一、新生血管抑制劑 ( Anti-angiogenic agents )：~~Verteporfin ( Visudyne )~~及 Anti-VEGF 如 ranibizumab ( Lucentis )、 aflibercept ( Eylea ) 本類藥品使用須符合下列條件：

1. -4.( 略 )
5. 限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請，且不得併用 dexamethasone 眼後段植入劑者或 verteporfin。
6. 申請續用同一藥物時，需檢附與第一次申請項目相同之各項最近檢查紀錄外，並檢送使用後有改善證明之相關資料。
7. 須於第一次申請核准後 5 年內使用完畢。
8. 依疾病別另規定如下：
  - (1)、50 歲以上血管新生型 ( 濕性 ) 年齡相關性黃斑部退化病變 (wAMD)：
    - I. 第一次申請時以 3 支為限，每眼給付以 7 支為限。
    - II. 必須排除下列情況：
      - i. 血管新生型 wAMD 進展至視網膜下纖維化或 advanced geographic



atrophy 者反應不佳。

- ii. 高度近視，類血管狀破裂症 (angioid streaks)，或其他非 wAMD 所造成視網膜中央窩 (fovea) 下之脈絡膜新生血管 (Choroidal neovascularization；CNV) 經確認為多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變 (PCV) (註：~~afibercept 適用於 PCV 部分請依 5.(3) 辦理~~)。

- III. 若有需要排除多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變 (~~polypoidal choroidal vasculopathy, PCV~~) 之疑慮時，須執行並於申請時檢附 ICG (indocyanone green angiography)。

(2)、糖尿病引起黃斑部水腫 (diabetic macular edema, DME) 之病變：

- I. ~~限 ranibizumab 及 afibercept 擇一申請，且未曾申請給付 dexamethasone 眼後段植入劑者。第一次申請以 5 支為限，每眼給付以 8 支為限。~~
- II. 中央視網膜厚度 (central retinal thickness, CRT)  $\geq 300\mu\text{m}$ 。
- III. 近三個月內之糖化血色素 (HbA1c) 數值低於 10%，並於每次申請時檢附近三個月內之檢查結果。
- IV. ~~第一次申請以 5 支為限，每眼給付以 8 支為限，須於第一次申請核准後 5 年內使用完畢。~~
- V. ~~再次申請時，需檢附與第一次申請項目相同之各項最近檢查紀錄外，並檢送使用後有改善證明之相關資料。~~
- VI. 因其他因素 (如玻璃體牽引) 所造成之黃斑部水腫不得申請使用。

(3)、多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變 (polypoidal choroidal vasculopathy, PCV) 之用藥：

- I. ~~限 verteporfin、afibercept 及 ranibizumab 擇一申請。~~
- II. ~~Verteporfin 病灶限位於大血管弓內 (major vessels arcade)。~~
- III. ~~Verteporfin 每次申請給付 1 支，每次治療間隔至少 3 個月，每人每眼給付以 3 次為上限；afibercept 及 ranibizumab 第一次申請時以 3 支為限，每眼給付以 7 支為限。須於第一次申請核准後 5 年內使用完畢。~~
- IV. 每次申請時需另檢附一個月內有效之 ICGA 照片、治療紀錄及病歷等資料。

(4)、中央視網膜靜脈阻塞 (CRVO) 續發黃斑部水腫所導致的視力損害：

- I. ~~限 ranibizumab 及 afibercept 擇一申請，且未曾申請給付 dexamethasone 眼後段植入劑者。限 18 歲以上患者。~~
- II. 中央視網膜厚度 (central retinal thickness, CRT)  $\geq 300\mu\text{m}$ 。
- III. 第一次申請時以 3 支為限，每眼最多給付 7 支，須於第一次申請核准後 5 年內使用完畢。
- IV. (略)

(5)、病理性近視續發的脈絡膜血管新生所導致的視力損害：



- I. ~~限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請。限超過 600 度近視。~~
  - II. 眼軸長大於 26mm。
  - III. 因 CNV 病變而導致動態滲漏或中央視網膜內或視網膜下液。
  - IV. 申請以一次為限，每眼最多給付 3 支 ~~申請核准後有效期限為 5 年。~~
  - V. 有下列情況者不得申請使用：(略)
- (6)、分支視網膜靜脈阻塞 (BRVO) 續發黃斑部水腫所導致的視力損害：
- I. ~~限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請。限 18 歲以上患者。~~
  - II. 第一次申請時以 3 支為限，每眼最多給付 7 支 ~~須於第一次申請核准後 5 年內使用完畢。~~
  - III. 中央視網膜厚度 (central retinal thickness, CRT)  $\geq 300\mu\text{m}$ 。
  - IV. (略)

二、Dexamethasone intravitreal implant ( Ozurdex ) 本類藥品使用須符合下列條件：

1. 限眼科專科醫師施行。
2. 須於第一次申請核准後 5 年內使用完畢。
3. 用於非感染性眼後房葡萄膜炎病人，需符合下列條件：
  - (1)、限地區醫院以上層級 ( 含 ) ~~之眼科專科醫師~~施行。
  - (2)、-(7) ( 略 )
4. 用於中央視網膜靜脈阻塞 (CRVO) 導致黃斑部水腫，需符合下列條件：
  - (1)、未曾申請給付新生血管抑制劑 (anti-angiogenic agents) 者。
  - (2)、~~限眼科專科醫師施行。限 18 歲以上患者。~~
  - (3)、中央視網膜厚度 (central retinal thickness, CRT)  $\geq 300\mu\text{m}$ 。
  - (4)、已產生中央窩下 (subfoveal) 結痂者不得申請使用。
  - (5)、須經事前審查核准後使用。
    - I. 第一次申請以 2 支為限，第一次申請時需檢附一個月內之病眼最佳矯正視力 ( 介於 0.05~0.5( 含 ) 之間 )、眼底彩色照片、FAG (fluorescein angiography)、OCT (optical coherence tomography) 及相關病歷紀錄資料。若患者腎功能不全 (eGFR  $< 45\text{mL}/\text{min}/1.73\text{m}^2$  或 serum creatinine  $\geq 1.5\text{mg}/\text{dL}$ )，或具有藥物過敏史者需檢附相關資料，得檢附足以證明其罹患疾病之光學共軛斷層血管掃描儀 (optical coherence tomography angiography, OCTA) 檢查結果代替 FAG 資料。
    - II. 經評估需續用者，再次申請時需檢附第一次申請資料及再次申請前一個月內有改善證明之相關資料 每眼給付以 4 支為限。
    - III. ~~第一次申請以 2 支為限。每眼最多給付 4 支。須於第一次申請核准後 5 年內使用完畢。~~
5. 用於糖尿病引起黃斑部水腫 (diabetic macular edema, DME) 之病變，需符合下列



條件：

- (1)、~~未曾申請給付新生血管抑制劑 (anti-angiogenic agents) 者。~~中央視網膜厚度 (central retinal thickness, CRT)  $\geq 300\mu\text{m}$ 。
- (2)、~~限眼科專科醫師施行。~~已產生中央窩下 (subfoveal) 結痂者不得申請使用。
- (3)、近三個月內之糖化血色素 (HbA1c) 數值低於 10%，並於每次申請時檢附近三個月內之檢查結果。
- (4)、須經事前審查核准後使用。
  - I. ~~未曾申請給付新生血管抑制劑 (anti-angiogenic agents) 者，~~第一次申請以 3 支為限，第一次申請時需檢附一個月內之病眼最佳矯正視力 (介於 0.05~0.5(含) 之間)、眼底彩色照片、FAG (fluorescein angiography)、OCT (optical coherence tomography)、及相關病歷紀錄資料。
  - II. 經評估需續用者，再次申請時需檢附與第一次申請項目相同之各項最近檢查紀錄外，並檢送使用後有改善證明之相關資料，每眼給付以 5 支為限。
  - III. ~~第一次申請以 3 支為限，每眼給付以 5 支為限，須於第一次申請核准後 5 年內使用完畢。~~
- (5)、有下列情況不得申請使用：(略)

三、Verteporfin ( Visudyne ) 使用於多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變 (polypoidal choroidal vasculopathy,PCV) 。並符合下列條件：

1. 未曾申請給付新生血管抑制劑 (anti-angiogenic agents) 者。
2. 須經事前審查核准後使用。
  - (1)、第一次申請時需檢附一個月內之病眼最佳矯正視力 (介於 0.05~0.5(含) 之間)、眼底彩色照片、FAG (fluorescein angiography)、OCT (optical coherence tomography) 及相關病歷紀錄資料。
  - (2)、經評估需續用者，再次申請時需檢附第一次申請資料及再次申請前一個月內有改善證明之相關資料。
3. 限眼科專科醫師施行。
4. 已產生中央窩下 (subfoveal) 結痂者不得申請使用。
5. 須於第一次申請核准後 5 年內使用。
6. 病灶限位於大血管弓內 (major vessels archade)。
7. 每次申請給付 1 支，每次治療間隔至少 3 個月，每人每眼給付以 3 次為上限。
8. 每次申請時需另檢附一個月內有效之 ICGA 照片、治療紀錄及病歷等資料。





# 全民健保藥品給付相關規定異動(109年03月)

## 修正後給付規定

公告主旨：自 109 年 03 月 01 日起，健保給付修正規定

公告內容：Anti-VEGF 如 ranibizumab ( Lucentis )、 aflibercept ( Eylea )

Dexamethasone intravitreal implant ( Ozurdex )

Megestrol 口服液劑

C 型肝炎全口服新藥

眼科製劑 Ophthalmic preparations

一、 新生血管抑制劑 (Anti-angiogenic agents) : Anti-VEGF 如 ranibizumab (Lucentis)、 aflibercept (Eylea) 本類藥品使用須符合下列條件：

1. -4.( 略 )
5. 限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請，且未曾申請給付 dexamethasone 眼後段植入劑者或 verteporfin ( DME 及 CRVO 除外 )。
6. ~~申請續用同一藥物時，需檢附與第一次申請項目相同之各項最近檢查紀錄外，並檢送使用後有改善證明之相關資料。~~
6. 須於第一次申請核准後 5 年內使用完畢。
7. 依疾病別另規定如下：
  - (1)、50 歲以上血管新生型 ( 濕性 ) 年齡相關性黃斑部退化病變 (wAMD) : ( 略 )
  - (2)、糖尿病引起黃斑部水腫 (diabetic macular edema, DME) 之病變：
    - I. 第一次申請以 5 支為限，每眼給付以 8 支為限。
    - II. 中央視網膜厚度 (central retinal thickness, CRT)  $\geq 300\mu\text{m}$ 。
    - III. 近三個月內之糖化血色素 (HbA1c) 數值低於 10%，並於每次申請時檢附近三個月內之檢查結果。
    - IV. 再次申請時，需檢附與第一次申請項目相同之各項最近檢查紀錄外，並檢送使用後有改善證明之相關資料。
    - V. 第一次申請治療後，患者治療成果不彰或對原申請藥物產生不良反應者，得申請更換給付不同作用機轉藥物，申請時需檢送第一次申請資料及再次申請前一個月內有黃斑水腫仍具臨床活性且中央視網膜厚度 (central retinal thickness, CRT)  $\geq 300\mu\text{m}$  之相關資料。
    - VI. 每人每眼申請更換給付不同作用機轉藥物以一次為限。
    - VII. 申請更換給付 dexamethasone 眼後段植入劑者，以 2 支為限。
    - VIII. 因其他因素 ( 如玻璃體牽引 ) 所造成之黃斑部水腫不得申請使用。
  - (3)、多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變 (polypoidal choroidal vasculopathy,



PCV) 之用藥：( 略 )

(4)、中央視網膜靜脈阻塞 (CRVO) 續發黃斑部水腫所導致的視力損害：

I. -III.( 略 )

IV. 第一次申請治療後，患者治療成果不彰或對原申請藥物產生不良反應者，得申請更換給付不同作用機轉藥物，申請時需檢送第一次申請資料及再次申請前一個月內有黃斑水腫仍具臨床活性且中央視網膜厚度 (central retinal thickness, CRT)  $\geq 300\mu\text{m}$  之相關資料。

V. ( 略 )

VI. 每人每眼申請更換給付不同作用機轉藥物以一次為限。

VII. 申請更換給付 dexamethasone 眼後段植入劑者，以 2 支為限。

(5)、病理性近視續發的脈絡膜血管新生所導致的視力損害：( 略 )

(6)、分支視網膜靜脈阻塞 (BRVO) 續發黃斑部水腫所導致的視力損害：( 略 )

二、Dexamethasone intravitreal implant ( Ozurdex ) 本類藥品使用須符合下列條件：

1. -3.( 略 )

4. 用於中央視網膜靜脈阻塞 (CRVO) 導致黃斑部水腫，需符合下列條件：

(1)、~~未曾申請給付新生血管抑制劑 (anti-angiogenic agents) 者~~限 18 歲以上患者。

(2)、中央視網膜厚度 (central retinal thickness, CRT)  $\geq 300\mu\text{m}$ 。

(3)、已產生中央窩下 (subfoveal) 結痂者不得申請使用。

(4)、須經事前審查核准後使用。

I. 第一次申請以 2 支為限，第一次申請時需檢附一個月內之病眼最佳矯正視力 ( 介於 0.05~0.5( 含 ) 之間 )、眼底彩色照片、FAG (fluorescein angiography)、OCT (optical coherence tomography) 及相關病歷紀錄資料。若患者腎功能不全 (eGFR  $< 45\text{mL}/\text{min}/1.73\text{m}^2$  或 serum creatinine  $\geq 1.5\text{mg}/\text{dL}$ )，或具有藥物過敏史者需檢附相關資料，得檢附足以證明其罹患疾病之光學共軛斷層血管掃描儀 (optical coherence tomography angiography, OCTA) 檢查結果代替 FAG 資料。

II. 經評估需續用者，再次申請時需檢附第一次申請資料及再次申請前一個月內有改善證明之相關資料，每眼給付以 4 支為限。

III. 第一次申請治療後，患者治療成果不彰或對原申請藥物產生不良反應者，得申請更換給付新生血管抑制劑 ( 限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請 )，申請時需檢送第一次申請資料及再次申請前一個月內有黃斑水腫仍具臨床活性且中央視網膜厚度 (central retinal thickness, CRT)  $\geq 300\mu\text{m}$  之相關資料。

IV. 每人每眼申請更換給付不同作用機轉藥物以一次為限，申請更換給付新生血管抑制劑 ( 如 aflibercept 或 ranibizumab ) 者，以 4 支為限。

5. 用於糖尿病引起黃斑部水腫 (diabetic macular edema, DME) 之病變，需符合下列



條件：

- (1)、中央視網膜厚度 (central retinal thickness, CRT)  $\geq 300\mu\text{m}$ 。
- (2)、已產生中央窩下 (subfoveal) 結痂者不得申請使用。
- (3)、近三個月內之糖化血色素 (HbA1c) 數值低於 10%，並於每次申請時檢附近三個月內之檢查結果。
- (4)、須經事前審查核准後使用。
  - I. 未曾申請給付新生血管抑制劑 (anti-angiogenic agents) 者，第一次申請以 3 支為限，申請時需檢附一個月內之病眼最佳矯正視力 (介於 0.05~0.5(含) 之間)、眼底彩色照片、FAG (fluorescein angiography)、OCT (optical coherence tomography)、及相關病歷紀錄資料。
  - II. 經評估需續用者，再次申請時需檢附與第一次申請項目相同之各項最近檢查紀錄外，並檢送使用後有改善證明之相關資料，每眼給付以 5 支為限。
  - III. 第一次申請治療後，患者治療成果不彰或對原申請藥物產生不良反應者，得申請更換給付新生血管抑制劑 (限 ranibizumab 及 aflibercept 擇一申請)，申請時需檢送第一次申請資料及再次申請前一個月內有黃斑水腫仍具臨床活性且中央視網膜厚度 (central retinal thickness, CRT)  $\geq 300\mu\text{m}$  之相關資料。
  - IV. 每人每眼申請更換給付不同作用機轉藥物以一次為限，申請更換給付新生血管抑制劑者，以 3 支為限。
- (5)、有下列情況不得申請使用：(略)

激素及影響內分泌機轉藥物

#### 一、 Megestrol 口服液劑

1. 限用於已排除其他可治療之體重減輕 (如全身性感染、影響吸收的腸胃道疾病、內分泌疾病、腎臟或精神病) 之具惡病質的後天免疫缺乏症候群患者及癌症患者。
2. 惡病質之條件包括最近 6 個月以內±體重流失  $>5\%$ ，或 BMI  $<20$  且體重流失  $>2\%$ 。

「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」部分內容修訂對照表

#### 一、 藥物使用條件：

- (一). 依全民健康保險藥物給付項目及支付標準第六編第八十三條之藥品給付規定第 10 節抗微生物劑 10.7.6.、10.7.7.、10.7.8.、10.7.9.、10.7.10. 及 10.7.11. 辦理。
- (二). 須參加「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」。
- (三). 自 108 年 9 月 20 日起至 108 年 12 月 31 日止之新收個案，須符合「經由肝組織切片或肝臟纖維化掃描或 FIB-4 證實，等同 METAVIR system 纖維化大於或等於 F3；或超音波診斷為肝硬化併食道或胃靜脈曲張，或超音波診斷為肝硬化併脾腫大」。



- (四). 自 109 年 1 月 1 日起之新收個案，若以含「Zepatier」、「Viekirax + Exviera」或「Maviret」治療組合收案，須符合「經由肝組織切片或肝臟纖維化掃描或 FIB-4 證實，等同 METAVIR system 纖維化大於或等於 F3；或超音波診斷為肝硬化併食道或胃靜脈曲張，或超音波診斷為肝硬化併脾腫大」。

