

Pharmacy Newsletter

01

醫藥焦點新聞

世界衛生組織首推全球
戒菸指南
p.1

磷蝦油(Krill Oil)能有效
治療膝關節炎?
p.2

02

用藥安全資訊

仿單異動
p.3-4
FDA 或 TFDA 藥品資訊
風險溝通表
p.5

健保給付規定異動
p.6-13

03

院內新藥介紹

Lemborexant (Dayvigo)
達衛眠 5 mg/tab
p.14

04

院內藥品異動

新進藥品 *p.15-16*
換廠藥品 *p.16*

05

常見藥品諮詢

醫生開立 Acetazolamide 預
防高山症，請問該如何使用?
p.17-18

出版單位
總編輯
執行編輯
編輯

大林慈濟醫院藥學部
李紀慧
郭孟璇
陳竑璇

2024.Q3 季刊

01醫藥焦點新聞



世界衛生組織首推全球戒菸指南

菸草每年導致超過 **800** 萬人死亡並給全世界帶來沉重的經濟負擔，全球仍有 **12.5** 億人使用。隨著菸草管控政策力度加大，擴大綜合戒菸服務以支持戒菸者勢在必行，世界衛生組織(**WHO**)於 **2024** 年 **7** 月首推戒菸指南。

【有效戒菸療法】

1. 建議醫療機構定期提供吸菸者簡短戒菸建議（每次 **30** 秒至 **3** 分鐘）。
2. 提供有意戒煙者更深入的行為支持(個人/小組諮詢或電話諮詢)。
3. 數位戒煙模式（簡訊、手機 **APP**、**AI** 或網路等方法介入），提供輔助或自我管理工具。
4. 對有戒煙意願之吸菸者建議以 **varenicline**、尼古丁替代療法（**NRT**）**bupropion and cytisine** 作為一線治療藥品選擇；欲使用 **NRT** 戒菸者，可選擇貼片加上一種短效劑型(如口嚼錠或口含錠)。
5. 一線治療反應不佳時，可提供 **bupropion** 與 **NRT** 或 **varenicline** 組合治療。
6. 對有意戒除無煙菸草使用者提供更深入的行為支持（個人/小組諮詢或電話諮詢）。
7. 欲戒除無煙菸草者建議以 **varenicline** 或 **NRT** 作為藥品治療選擇。
8. **WHO** 建議結合藥品治療及行為干預來支持戒菸者。
9. 目前無足夠證據推薦或反對有意戒煙者採用傳統、輔助及替代療法。若使用上述療法進行戒菸，應確保提供行為支持或藥品治療。
10. 建議醫療機構將菸草使用狀況和戒菸干預措施使用情況紀錄於病歷中。
11. 建議機構對醫療人員提供戒菸干預培訓，並持續進行提醒與反饋。
12. 建議提供有意戒煙者免費或減免方式戒煙。

JAMA. Published online August 2, 2024. doi:10.1001/jama.2024.13772

磷蝦油(Krill Oil)能有效治療膝關節炎？

問題：

對於磁振造影顯示明顯膝蓋疼痛和積液滑膜炎的膝骨關節炎患者，與安慰劑相比，補充磷蝦油是否可以改善膝蓋疼痛？

試驗設計

澳洲一項多中心、隨機、雙盲安慰劑對照臨床試驗。2016年12月至2019年6月期間招募參與者。總共262收入名患者(磷蝦油組130人，安慰劑組132人)，平均年齡為61.6歲，53%是女性。參與者隨機分配每天2g磷蝦油或安慰劑，為期24週。試驗期間，40名參與者退出或失訪(試驗組17人，安慰劑組23人)，最終完成實驗人數共222人。

主要結果與測量

24週內透過視覺類比量表(範圍0-100；0表示疼痛最小；最小臨床重要改善=15)評估的膝蓋疼痛變化。

研究結果

與安慰劑相比，磷蝦油並未改善膝蓋疼痛(VAS評分平均變化，-19.9 [磷蝦油] vs -20.2 [安慰劑]；兩組間平均差，-0.3；95% CI，-6.9至6.4)。最常見不良事件是肌肉骨骼和結締組織疾病，包括膝蓋疼痛(磷蝦油組n=10；安慰劑組n=9)、下肢疼痛(南極蝦油n=1；安慰劑n=5)和髖部疼痛(南極蝦油n=3；安慰劑n=2)。

結論

本研究不支持患有嚴重膝關節疼痛和積液性滑膜炎的膝骨關節炎患者每天補充2克磷蝦油來改善膝關節疼痛。

JAMA. 2024;331(23):1997-2006. doi:10.1001/jama.2024.6063

仿單異動

藥品名稱 ★Enfortumab vedotin★★ (Padcev) 備思復 30mg/vial(審)

異動項目 新增適應症

- 異動內容
1. 單獨使用適用於治療患有局部晚期或轉移性泌尿道上皮癌的成人病人：**(1)** 先前接受過 **PD-1 (programmed death receptor-1)** 或 **PD-L1 (programmed death-ligand 1)** 抑制劑和含鉑化學治療；或 **(2)** 不適合接受含 **cisplatin** 化學治療，且先前接受過一線以上治療。
 2. 併用 **pembrolizumab** 適用於治療不適合接受含 **cisplatin** 化學治療的局部晚期或轉移性泌尿道上皮癌的成人病人。

藥品名稱 Upadacitinib (Rinvoq) 銳虎 15 mg/tab(審)

異動項目 新增適應症

- 異動內容
1. 類風濕性關節炎
 2. 乾癬性關節炎
 3. 僥直性脊椎炎
 4. 異位性皮膚炎
 5. 潰瘍性結腸炎
 6. 克隆氏症：對傳統或生物製劑治療反應不佳、失去反應、或無法耐受的中度至重度活動性克隆氏症成人病人。
 7. 用於治療嚴重活動性無放射影像確認之中軸性脊椎關節炎 (**Non-radiographic axial spondyloarthritis** · 簡稱 **nr-axSpA**) 且符

合下列所有條件的成人病人：

- (1)對非類固醇抗發炎藥物(NSAID)治療反應不佳或無法耐受**
- (2)其 C 反應蛋白(C-reactive protein，簡稱 CRP)濃度升高**
- (3)核磁共振造影(MRI)檢查證據顯示有發炎的客觀跡象**
- (4)HLA-B27 陽性**

藥品名稱 **Risankizumab(Skyrizi)喜開悅 150mg/1ml/syringe(審)**

異動項目 新增適應症/用法用量

- 1. 乾癬:**適合接受全身性治療的中度至重度斑塊性乾癬成人病人。
- 2. 乾癬性關節炎:**單獨使用或與傳統疾病緩解型抗風濕藥物(**cDMARD**)合併使用，適用於治療對疾病緩解型抗風濕藥物(**DMARDs**)療效不佳或無法耐受之活動性乾癬性關節炎成人病人。
- 3. 掌蹠膿皰症:**適用於治療對傳統療法未能產生有效反應或無法耐受的中至重度掌蹠膿皰症成人病人。
- 4. 克隆氏症:**適用於治療 **16** 歲以上之中度至重度克隆氏症：對傳統治療或生物製劑治療反應不佳、失去反應、無法耐受、或不適合接受上述治療之病人。

掌蹠膿皰症:建議劑量為 **150 mg**，在第 **0** 週、第 **4** 週和之後每 **12** 週以皮下注射方式投予。

02用藥安全資訊



藥品資訊風險溝通表

(發佈日期: 2024.06 - 2024.08)

藥品

警訊內容

連結

Tolperisone

瑞士 Swissmedic 發布將限縮含 tolperisone 成分藥品僅能使用於成人腦脊髓損傷或病變所致肌痙攣 (spasticity) 之適應症，並提醒該成分藥品可能發生嚴重過敏反應風險。



113.06 TFDA

Hydroxyprogesterone caproate

2024/5/17 歐洲醫藥管理局(EMA)之藥品安全監視風險評估委員會(PRAC)回顧研究發現曾在子宮內暴露於 hydroxyprogesterone caproate (17-OHPC)之族群，可能增加其癌症發生之風險，且 17-OHPC 不具預防早產之臨床效益，故建議歐盟暫停販售含 17-OHPC 成分藥品。



113.07 TFDA

「藥品給付規定」修訂對照表
第 7 節 腸胃藥物 Gastrointestinal drugs
(自 113 年 8 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>7.1.消化性潰瘍用藥：</p> <p>1.藥品種類： (1)~(5)(略)</p> <p>2.使用規定：(106/12/1、110/12/1、<u>113/8/1</u>) (1)~(9)(略)</p> <p>(10)經由<u>碳 13 尿素呼氣檢查、或幽門螺旋桿菌糞便抗原檢查、或上消化道內視鏡切片檢查，確診為幽門螺旋桿菌感染之病人，得進行初次幽門螺旋桿菌消除治療，使用時需檢附檢測報告並註明初次治療。</u>(92/10/1、<u>113/8/1</u>) (11)幽門螺旋桿菌之消除治療療程以二週為原則，特殊病例需延長治療或再次治療，需檢附相關檢驗報告說明理由。 (12)~(14)(略)</p>	<p>7.1.消化性潰瘍用藥：</p> <p>1.藥品種類： (1)~(5)(略)</p> <p>2.使用規定：(106/12/1、110/12/1) (1)~(9)(略)</p> <p>(10)消化性潰瘍病患得進行<u>初次幽門螺旋桿菌消除治療，使用時需檢附上消化道內視鏡檢查或上消化道 X 光攝影報告並註明初次治療。</u>(92/10/1)</p> <p>(11)幽門螺旋桿菌之消除治療療程以二週為原則，特殊病例需延長治療或再次治療，需檢附相關檢驗報告說明理由。 (12)~(14)(略)</p>

備註：劃線部份為新修訂之規定

「藥品給付規定」修訂對照表
第 9 節 抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs
(自 113 年 8 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>9.87.Tрастузумаб эмтансин (как Кадцила) : <u>(110/2/1 、 113/8/1)</u></p> <p>1. 早期乳癌(113/8/1)</p> <p><u>(1) 使用於具 HER2 過度表現(IHC 3+或 FISH+)之早期乳癌患者，曾接受過至少 6 個療程（每 3 週一療程，至少 16 週）的化學治療（其中至少 3 個療程(9 週)的 taxane 藥物）和至少 3 個療程(9 週)的 trastuzumab 術前輔助治療後，仍有殘留病灶的術後輔助治療，且需符合下列任一條件：</u></p> <p>I. 具腋下淋巴結轉移但無遠處臟器轉移之早期乳癌患者。</p> <p>II. 未發生腋下淋巴結轉移，但雌激素受體(ER)為陰性且腫瘤大於 2 公分之早期乳癌患者。</p> <p><u>(2) 經事前審查核准後使用，核准後每 12 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。每位病人使用本藥品以 14 個療程為上限。</u></p> <p>(3) 排除使用本藥品條件：</p> <p>I. 未於術後 12 週內開始治療或提出治療申請。</p> <p>II. 左心室射出分率少於 45% 或有症狀的心衰竭病人。</p> <p>III. 不得與其他抗 HER2 藥物併用。</p> <p>(4) 本藥品申請通過後，如轉換成 trastuzumab 或其他抗 HER2 藥物後不得再次申請本藥品，且本藥品與 trastuzumab 使用於早期乳癌手術前後的總療程合併計算，每位病人以</p>	<p>9.87.Tрастузумаб эмтансин (как Кадцила) : (110/2/1)</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>全部 18 個療程為上限。</u></p> <p>2.轉移性乳癌(110/2/1、113/8/1)</p> <p>(1)限單獨使用於<u>先前未使用過本藥品且 HER2 過度表現(IHC3+或 FISH+)</u>之轉移性乳癌患者作為二線治療，<u>並</u>同時符合下列情形：</p> <p>I. 之前分別接受過 trastuzumab 與一種 taxane 藥物治療，或其合併療法，或 pertuzumab 與 trastuzumab 與一種 taxane 藥物治療。</p> <p>II. 之前已經接受過轉移性癌症治療，或在輔助療法治療期間或完成治療後 6 個月內癌症復發。</p> <p>III. 合併有主要臟器(不包含骨及軟組織)轉移。</p> <p>(2)經事前審查核准後使用，核准後每 12 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 10 個月(13 個療程為上限)。</p> <p>(3)Trastuzumab emtansine 和 lapatinib 僅能擇一使用，不得互換。</p>	<p>1.限單獨使用於 HER2 過度表現 (IHC3+或 FISH+) 之轉移性乳癌患者作為二線治療，且同時符合下列情形：</p> <p>(1)之前分別接受過 trastuzumab 與一種 taxane 藥物治療，或其合併療法，或 pertuzumab 與 trastuzumab 與一種 taxane 藥物治療。</p> <p>(2)之前已經接受過轉移性癌症治療，或在輔助療法治療期間或完成治療後 6 個月內癌症復發。</p> <p>(3)合併有主要臟器(不包含骨及軟組織)轉移。</p> <p>2.經事前審查核准後使用，核准後每 12 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 10 個月(13 個療程為上限)。</p> <p>3. Trastuzumab emtansine 和 lapatinib 僅能擇一使用，不得互換。</p>
<p>8.2.4.13. Baricitinib (Olumiant) : (113/1/1)</p> <p>1. <u>用於新型冠狀病毒疾病，需同時符合下述所有條件：</u></p> <p>(1) <u>住院成年病人。</u></p> <p>(2) <u>與 dexamethasone 及 remdesivir 合併用於未使用吸氧治療下 $SpO_2 \leq 94\%$、需使用吸氧治療、高流量氧氣或非侵襲性呼吸器之患者。</u></p> <p>2. <u>每日劑量口服4mg，使用14天或至出院。</u></p> <p>3. <u>排除懷孕婦女。</u></p>	無

修訂後給付規定	原給付規定
<p>9.18.Tрастузумаб (如 Herceptin) : (91/4/1、93/8/1、95/2/1、99/1/1、99/8/1、99/10/1、101/1/1、105/11/1、108/5/1、109/2/1、111/12/1、112/10/1、113/8/1)</p> <p>1.早期乳癌(99/1/1、99/8/1、99/10/1、101/1/1、111/12/1、112/10/1、113/8/1)</p> <p>(1)外科手術前後、化學療法(術前輔助治療或輔助治療)治療後，具 HER2 過度表現(IHC3+或 FISH+)，且具腋下淋巴結轉移但無遠處臟器轉移之早期乳癌患者，作為輔助性治療用藥：(99/8/1、99/10/1、101/1/1、111/12/1、112/10/1、113/8/1)。</p> <p>I. 外科手術後達病理上緩解(pCR)，本藥品使用於外科手術前後以 18 個療程為上限。</p> <p>II. 若外科手術後無法達病理上緩解(non-pCR)，本藥品與 trastuzumab emtansine 使用於外科手術前後的總療程合併計算，以全部 18 個療程為上限，其中 trastuzumab emtansine 以 14 個療程為上限。</p> <p>(2)外科手術前後、化學療法(術前輔助治療或輔助治療)治療後，符合下列所有條件之早期乳癌患者(限使用 Ongivri、Herzuma、Eirgasun)：(111/12/1、112/10/1、113/8/1)</p> <p>I .HER2 過度表現(IHC 3+或FISH+)。</p> <p>II .雌激素受體 (ER)為陰性。</p> <p>III .腫瘤大於 2 公分。須經乳房超音波或乳房X光攝影或核磁共振診斷。</p> <p>IV .且未發生腋下淋巴結轉移之早期乳癌患者，作為輔助性治療用藥。</p>	<p>9.18.Tрастузумаб (如 Herceptin) : (91/4/1、93/8/1、95/2/1、99/1/1、99/8/1、99/10/1、101/1/1、105/11/1、108/5/1、109/2/1、111/12/1、112/10/1)</p> <p>1.早期乳癌(99/1/1、99/8/1、99/10/1、101/1/1、111/12/1、112/10/1)</p> <p>(1)外科手術前後、化學療法(術前輔助治療或輔助治療)治療後，具 HER2 過度表現(IHC3+或 FISH+)，且具腋下淋巴結轉移但無遠處臟器轉移之早期乳癌患者，作為輔助性治療用藥至多以 1 年為限：(99/8/1、99/10/1、101/1/1、111/12/1、112/10/1)。</p> <p>(2)外科手術前後、化學療法(術前輔助治療或輔助治療)治療後，符合下列所有條件之早期乳癌患者(限使用 Ongivri、Herzuma、Eirgasun)：(111/12/1、112/10/1)</p> <p>I .HER2 過度表現(IHC 3+或FISH+)。</p> <p>II .雌激素受體 (ER)為陰性。</p> <p>III .腫瘤大於 2 公分。須經乳房超音波或乳房X光攝影或核磁共振診斷。</p> <p>IV .且未發生腋下淋巴結轉移之早期乳癌患者，作為輔助性治療用藥。</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>V.依下列條件之一使用(113/8/1)：</u></p> <p>i. <u>外科手術後達病理上緩解(pCR)，本藥品使用</u> <u>於外科手術前後以 9 個療程為上限。</u></p> <p>ii. <u>若外科手術後無法達病理上緩解</u> <u>(non-pCR)，本藥品與 trastuzumab</u> <u>emtansine 使用於外科手術前後的總療程</u> <u>合併計算，以全部 18 個療程為上限，其中</u> <u>trastuzumab emtansine 以 14 個療程為上</u> <u>限。</u></p> <p>2. 轉移性乳癌(略)</p> <p>3. 轉移性胃癌(略)</p> <p>4.(略)</p>	<p><u>V.使用至多以 6 個月為限。</u></p> <p>2. 轉移性乳癌(略)</p> <p>3. 轉移性胃癌(略)</p> <p>4.(略)</p>

備註：劃線部分為新修訂之規定

「藥品給付規定」修訂對照表

第 13 節 皮膚科製劑 Dermatological preparations

(自113年8月1日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>13.17.Dupilumab (如 Dupixent) ; upadacitinib(如 Rinvoq) ; abrocitinib (如 Cibinqo) : (108/12/1、109/8/1、111/8/1、112/4/1、112/6/1、112/8/1、113/2/1、<u>113/8/1</u>)</p> <p>13.17.1.Dupilumab(如 Dupixent) ; upadacitinib(如 Rinvoq) ; abrocitinib(如 Cibinqo) (113/2/1、<u>113/8/1</u>) (12 歲以上病人治療部分)</p> <p>1. (略)</p> <p>2.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)治療之全身慢性中重度之異位性皮膚炎患者。(111/8/1)</p> <p>(1)所稱慢性中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) ≥ 16 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。(111/8/1)</p> <p>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。</p> <p>(2)~(3) (略)</p> <p>3.需經事前審查核准後使用。</p> <p>(1)初次申請時，以 6 個月為 1 個療程。經評估需續用者，每 6 個月需再次提出事前審查申請續用評估，且應於期滿前 1 個月提出，並於申請時檢附照片。</p>	<p>13.17.Dupilumab (如 Dupixent) ; upadacitinib(如 Rinvoq) ; abrocitinib (如 Cibinqo) : (108/12/1、109/8/1、111/8/1、112/4/1、112/6/1、112/8/1、113/2/1)</p> <p>13.17.1.Dupilumab(如 Dupixent);upadacitinib(如 Rinvoq);abrocitinib(如 Cibinqo) (113/2/1) (12 歲以上病人治療部分)</p> <p>1. (略)</p> <p>2.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)治療之全身慢性中重度之異位性皮膚炎患者。(111/8/1)</p> <p>(1)所稱慢性中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) ≥ 16 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。(111/8/1)</p> <p>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。</p> <p>(2)~(3) (略)</p> <p>3.需經事前審查核准後使用。</p> <p>(1)初次申請時，以 6 個月為 1 個療程。經評估需續用者，每 6 個月需再次提出事前審查申</p>

<p>(2)初次申請經核准，於治療滿 6 個月後，經評估需續用者，申請續用時，需檢附照片證明初次申請治療 6 個月後，與初次治療前之療效達 EASI 50 方可申請使用。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。</p> <p>(3)使用劑量：(112/4/1、112/6/1、112/8/1、 <u>113/8/1</u>)</p> <p>I.dupilumab：(略)</p> <p>II.upadacitinib：(略)</p> <p>III.abrocitinib：(112/6/1、<u>113/8/1</u>)</p> <p>i.限使用於 <u>12</u> 歲以上，每日 1 次 100mg 或 200mg。</p> <p>ii.於 16 週時，須先行評估，至少有 EASI 50 療效方可使用。</p> <p>(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。</p> <p>(5)使用 abrocitinib 時，宜紀錄患者 HBsAg、B 型肝炎核心抗體 (anti-HBc Ab) 及 anti-HCV 資料 (若 HBsAg 檢驗為陽性，宜加作 HBV DNA)。(112/6/1)</p> <p>(6)Upadacitinib 及 abrocitinib 僅能擇一使用。 唯有在出現無法忍受其副作用時方可互換。 (113/8/1)。</p> <p>4.~7. (略)</p> <p>◎附表三十二：異位性皮膚炎面積暨嚴重度指數【Eczema Area and Severity Index (EASI)】(108/12/1)</p> <p>◎附表三十二之一：全民健康保險 12 歲以上病</p>	<p>請續用評估，且應於期滿前 1 個月提出，並於申請時檢附照片。</p> <p>(2)初次申請經核准，於治療滿 6 個月後，經評估需續用者，申請續用時，需檢附照片證明初次申請治療 6 個月後，與初次治療前之療效達 EASI 50 方可申請使用。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。</p> <p>(3)使用劑量：(112/4/1、112/6/1、112/8/1)</p> <p>I.dupilumab：(略)</p> <p>II.upadacitinib：(略)</p> <p>III.abrocitinib：(112/6/1)</p> <p>i.限使用於 <u>18</u> 歲以上，每日 1 次 100mg 或 200mg。</p> <p>ii.於 16 週時，須先行評估，至少有 EASI 50 療效方可使用。</p> <p>(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。</p> <p>(5)使用 abrocitinib 時，宜紀錄患者 HBsAg、B 型肝炎核心抗體 (anti-HBc Ab) 及 anti-HCV 資料 (若 HBsAg 檢驗為陽性，宜加作 HBV DNA)。(112/6/1)</p> <p>4.~7. (略)</p> <p>◎附表三十二：異位性皮膚炎面積暨嚴重度指數【Eczema Area and Severity Index (EASI)】(108/12/1)</p> <p>◎附表三十二之一：全民健康保險 12 歲以上病</p>
---	---

人異位性皮膚炎使用生物製劑申請表 (109/8/1、111/8/1、113/2/1) 13.17.2. Dupilumab (如 Dupixent) : (113/2/1) (6 歲以上未滿 12 歲兒童治療部分) (略)	人異位性皮膚炎使用生物製劑申請表 (109/8/1、111/8/1、113/2/1) 13.17.2. Dupilumab (如 Dupixent) : (113/2/1) (6 歲以上未滿 12 歲兒童治療部分) (略)
--	--

備註：劃線部分為新修訂之規定

03本院新藥介紹



Lemborexant (Dayvigo)

達衛眠 5 mg/tab



適應症

失眠症

外觀

劑量

1. 成年人建議劑量為 **5mg**，每晚最多服用一次，臨睡前服用。

2. 宜預留 **7** 小時或以上的睡眠時間。如果對 **5mg** 的劑量耐受良好，但需要更大的效果，劑量可以增加至每日一次 **10mg**。

3. 最大建議劑量為每日一次 **10 mg**。

特殊族群

使用

1. **懷孕**: 應僅在若對於胎兒的潛在效益大於潛在風險時才可使用。

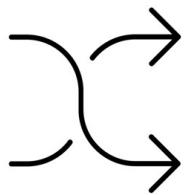
2. **哺乳**: 沒有關於 **lemborexant** 對母乳餵養嬰兒影響或對產奶量影響之數據。應監測通過母乳暴露於 **Dayvigo** 的嬰兒是否有過度鎮靜的情況。母乳餵養對發育和健康的益處，應當與母親對 **Dayvigo** 臨床需求及 **Dayvigo** 或潛在母體狀況對母乳餵養嬰兒的任何潛在不良影響一起考慮。

3. 中度肝功能不全的病人，最大建議劑量為 **5mg**。重度肝功能不全的病人，不建議使用 **lemborexant**。

副作用

嗜睡、尿道感染、疲勞

04院內藥品異動



2024.06-2024.08
新進藥品

成分	外觀	用途	價格
Mecobalamin (Methycobal) 彌可保 500 mcg/ml/amp	 	<p>1. 末梢神經障礙</p> <p>2. 維他命 B12 缺乏所引起之巨紅血球性貧血</p>	自費
Adalimumab(Idacio)修邁 40mg/0.8ml/pen 生物相似(審)		類風濕性關節炎、乾癬性關節炎、僵直性脊椎炎、克隆氏症、乾癬、潰瘍性結腸炎、腸道貝西氏症、化膿性汗腺炎、葡萄膜炎、幼年型自發性多關節炎、小兒克隆氏症、小兒葡萄膜炎	7437/支
Alyssa(Estetrol/Drospirenone) 愛莉莎 15/3mg/tab,28tab/box		口服避孕藥	自費
Caffeine Citrate(Peyona)啡那輸 注溶液及口服液 20mg/1ml/amp(臨)		治療原發性早產兒呼吸暫停	自費

Dufanas Nasal Spray
(Azelastine/Fluticasone)
120 doses/bot



治療 6 歲以上兒童及成人之中度至重度過敏性鼻炎的相關症狀 **152 元/瓶**

Faricimab(Vabysmo)羅視萌
6mg/0.05ml; 0.24ml/vial(審)



1. 血管新生型(濕性)年齡相關性黃斑部退化病變(nAMD) **18230 元/支**
2. 糖尿病黃斑部水腫(DME)

2024.06-2024.08 換廠藥品

成分	外觀	價格
Atorvastatin (Tulip) 妥寧 40 mg/tab		18 元/顆
Hydralazine 25 mg/tab(專)		1.5 元/顆
Diclofenac Sodium 迪可露芬娜克(針) 75mg/3ml/amp		15 元/支
Tetracycline(Tetralin)特林 250mg/cap		1.5 元/顆
(針)Dexamethasone 的剝美剝松 4mg/1ml/amp		15 元/支

05常見藥品諮詢



預計跟營隊去爬山，醫生開立

Acetazolamide 預防高山症

請問該如何使用？

高山症泛指人體處在高海拔地區時，隨著高度增加、大氣壓力逐漸降低、吸入氧氣也隨之降低下所產生的症狀。當爬升速度超過身體適應的能力時就可能會發生；而其正確名稱為「高海拔疾病(**High altitude illness**)」。

【常見高海拔疾病分三類】

1. **急性高山病(Acute mountain sickness; AMS):** 因缺氧出現頭痛、頭暈、失眠、噁心、嘔吐、厭食、虛弱等非特異性症狀，屬多數人到達高海拔地區**1~12** 小時後開始出現的症狀。
2. **高海拔腦水腫(High-altitude cerebral edema; HACE):** 少數發生急性高山病旅客會惡化至高海拔腦水腫。症狀包括嚴重頭痛、嗜睡、意識不清、運動失調(步態不穩)、昏迷，其中步態不穩是高海拔腦水腫的重要指標。
3. **高海拔肺水腫(High-altitude pulmonary edema; HAPE):** 缺氧時會造成肺動脈壓上升，肺部血管通透性增加，使血液中水份外滲到肺部。高海拔肺水腫症狀包括運動能力變差、休息狀態下仍持續喘氣、乾咳、胸悶，隨著疾病惡化會出現呼吸困難、咳嗽帶血、發紺。當發生高海拔肺水腫的患者也可能併發其他高海拔疾病。

【高海拔地區如何預防出現高山症症狀】

1. **謹慎規劃爬升速度：**避免快速上升高度，使身體能慢慢適應高海拔環境。建議可在海拔**2000~3000** 公尺處待**1** 至 **2** 天；當海拔超過**2750** 公尺，每天睡眠高度不要爬升超過**500** 公尺。此外睡眠高度每增加**1000** 公尺，最好要多花一天時間適應。

2. **提早練習適應高海拔環境：**建議於活動前**30** 天內可至海拔**2750** 公尺以上

的地區停留 **2** 天以上，有助於身體適應高地環境。

3. 使用預防藥品：

(1) 預防急性高山病(AMS)、高海拔腦水腫(HACE)：**Acetazolamide** 是目前一線用藥，除了預防及治療效果外，還能加速人體適應高海拔環境、緩解在高海拔地區的失眠症狀。目前多數醫生給法是從爬升前二天開始，每 **8** 至 **12** 小時口服 **Acetazolamide 250mg**，至目的高度後繼續使用至少 **48** 小時。另外，類固醇 **Dexamethasone** 也有預防及治療效果。

(2) 預防高海拔肺水腫(HAPE)：鈣離子阻斷劑 **CCB (Nifedipine)**、乙型交感神經促進劑 **β -agonist (Salmeterol)**、第五型磷酸二酯酶抑制劑

PDE5 inhibitors (Tadalafil、Sildenafil)。

另外高海拔地區一般性預防措施包含減少劇烈/高耗氧活動、保持身體溫暖、不要飲酒或服用鎮靜/安眠藥、爬山時要慢慢上山，不要操之過急，當發生發生高海拔疾病時，降低高度是治療高海拔疾病最有效的方式。

(本藥品諮詢專欄由楊雅清藥師撰寫)

【參考資料】 衛生福利部疾病管制署