

Pharmacy

Newsletter

01

醫藥焦點新聞

GLP-1 RA 在酒精使用
障礙 (AUD) 的潛力
p.1

02

用藥安全資訊

FDA 或 TFDA 藥品資訊
風險溝通表
p.2

03

院內新藥介紹

Finerenone (Kerendia)
可申達 20 mg/tab
p.3-4

04

院內藥品異動

新進藥品 *p.5-8*

05

常見藥品諮詢

告別打嗝不適-成因、分類與
治療對策 *p.9-10*

06

AI 工具介紹

臨床決策輔助 AI 工具
-DynaAI 與
OpenEvidnece
p.11-12

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
李泓俞 蘇靖欽 蔡曉瑩 楊雅清

2026.Q1 季刊

GLP-1 RA 在酒精使用障礙 (AUD) 的潛力

李泓俞藥師

背景

酒精的有害使用佔全球疾病負擔高達 5.1%。臨床上雖然已有 disulfiram、naltrexone 和 acamprosate 等獲准使用於酒精使用障礙 (AUD) 的藥物，但其療效溫和且耐受性有限，導致在臨床上時常面臨效果不如預期的困境。近期的臨床前研究、個案報告及遺傳學研究顯示，原本用於治療第 2 型糖尿病與肥胖症的 GLP-1 agonist，被發現可能透過調節大腦獎賞與渴望路徑，進而達到減少酒精攝取的潛力。

方法

一項在瑞典進行的全國性觀察研究，利用 2006 年至 2023 年間的大數據資料，針對 227,866 名年齡介於 16 至 64 歲的 AUD 患者進行分析。該研究採用的「個體內設計 (within-individual design)」，讓每位受試者在用藥期與非用藥期之間進行自我對照，有效降低了研究偏差。

結果

在平均追蹤長達 8.8 年的過程中，研究結果顯示，與未使用期間相比，患者在使用 Semaglutide 期間，因 AUD 住院的風險大幅降低了 36% (aHR 0.64)，而 Liraglutide 亦能降低 28% 的住院風險 (aHR 0.72)。相較之下，傳統 AUD 藥物對降低住院風險的效果則顯得微弱 (aHR 0.98)。

除了針對酒精成癮的直接效益，GLP-1 藥物在整體健康防護上也展現附加價值。Semaglutide (aHR 0.78) 與 Liraglutide (aHR 0.79) 皆與降低生理疾病住院風險具備顯著相關性。在安全性指標方面，醫療人員普遍關注的 GLP-1 藥物與自殺企圖風險，在本研究中並未發現統計學上的顯著關聯，顯示其在安全性上具有初步的可信度。

結論

對於患有 AUD 且合併肥胖或第 2 型糖尿病的患者，使用 Semaglutide 和 Liraglutide 與 AUD 住院風險的大幅降低顯著相關。雖然目前證據多來自觀察性數據，仍需未來隨機對照試驗 (RCT) 進一步確立其因果關係。

JAMA Psychiatry. 2025;82(1):94-98. doi:10.1001/jamapsychiatry.2024.3599



藥品安全資訊風險溝通表

時間	藥物	風險	證據來源	給醫療人員的建議
TFDA 2026.01	Mesalazine	原發性顱內 高血壓 (IIH)	英國 NHS 每 年約 150 萬筆 處方量中，接獲 6 件相關案例	監測病患是否出現 不明原因頭痛、視 力障礙或耳鳴
FDA 2026.01	GLP-1 RA	自殺意念或 行為風險 (SI/B) 警語移 除	FDA 核准標示 更新	移除減重適應症產 品之 SI/B 警告標 示，現有數據未支 持關聯性
MHRA 2026.01	GLP-1 RA	嚴重/壞死性 胰臟炎	MHRA 通報 19 例	詢問胰臟炎病史， 教育病人辨識腹痛
FDA 2026.02	5-FU / Capecitabine	二氫嘧啶脫 氫酶 (DPD) 缺乏毒性	FDA 強化警語	強烈建議治療前進 行 DPYD 基因檢 測，詢問親屬化療 反應史

03本院新藥介紹



非類固醇礦物性皮質素受體拮抗劑

Finerenone (Kerendia)可申達

20 mg/tab 蘇靖欽藥師

適應症

- 1.用於患有第二型糖尿病(T2D)相關的慢性腎臟病(CKD)成年病人，可降低持續性腎絲球過濾率(eGFR)下降、末期腎病(ESKD)、心血管死亡、非致命性心肌梗塞以及因心衰竭住院的風險。
- 2.用於心衰竭且左心室射出分率(LVEF) ≥40%的成人病人，可降低心血管死亡、心衰竭住院及心衰竭緊急就醫的風險。

劑量

	CKD (血鉀濃度 ≤ 5 mEq/L，方可開始治療)			LVEF ≥40%			
起始劑量	eGFR			劑量			
	≥ 60			20 mg QD			
	≥ 25 至 < 60			10 mg QD			
	<25			不建議使用			
目標劑量	20 mg QD			eGFR		劑量	
				≥ 60		40 mg QD	
				≥ 25 至 < 60		20 mg QD	
劑量調整	血鉀 mEq/L	原 10mg/QD	原 20mg/QD	血鉀 mEq/L	原 10 mg/QD	原 20 mg/QD	原 40 mg/QD
	≤ 4.8	20	20	<5	20	40	40
	4.8-5.5	10	20	5-5.5	維持目前劑量		
	>5.5	停止	停止	5.5-6.0	停止	10	20
				≥ 6.0	停止		

非類固醇礦物性皮質素受體拮抗劑

Finerenone (Kerendia)可申達 20 mg/tab

副作用

高血鉀症、低血壓、低血鈉症。

注意事項

1. 肝功能不全：重度肝功能不全的病人(Child Pugh C)，避免使用。
2. 腎功能不全：針對 $\text{eGFR} < 25 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ 之病人，由於缺乏臨床使用經驗，不建議開始 Finerenone 治療。
3. 治療期間 $\text{eGFR} < 15 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ ，應停止治療
4. 無法以口吞服整粒藥錠的病人，本藥品可磨碎後與水或軟質食物(如蘋果泥)混和後立即服用

禁忌

1. 禁與強效 CYP3A4 抑制劑併用(如 Itraconazole、ketoconazole、Ritonavir、Nelfinavir、Cobicistat、Clarithromycin)
2. 患有腎上腺功能不全。

04院內藥品異動



2026.01-02 新進藥品

蔡曉瑩藥師

成分	外觀	用途
Indomethacin (Methacin) 腫消 20 gm/tube	麻 	暫時緩解局部疼痛。
Curam (Amoxicillin/Clavulanic Acid) 諾快寧 1200mg/vial		葡萄球菌、鏈球菌、肺炎雙球菌、腦膜炎球菌及其他具有感受性細菌引起之感染症。
(針)Torsemide (Torsix) 妥速適 20mg/2ml/amp		治療鬱血性心臟衰竭，腎疾病、肝臟疾病及慢性腎衰竭引發的水腫症狀，高血壓。
Aflibercept (Eylea) 采視明 【8mg/0.07ml/vial】(審)		血管新生型 (溼性) 年齡相關性黃斑部退化病變。糖尿病黃斑部水腫(DME)所導致的視力損害。
Nirsevimab(Beyfortus)樂唯初 50mg/0.5ml/syringe Nirsevimab(Beyfortus)樂唯初 【100mg/ml/syringe】		預防呼吸道融合病毒(RSV)引起的下呼吸道疾病，適用於 1.一歲以下兒童。 2. 具有易感染嚴重 RSV 疾病的風險因子，包括支氣管肺發育不全(BPD)或患有血液動力學上顯著之先天性心臟病(CHD)之一歲以上至未滿兩歲兒童。

EnVAX-A71《自費》安拓伏腸病毒
71 型疫苗 0.5ml/syringe



適用於2個月以上至未滿6歲嬰幼兒的主動免疫接種，以預防腸病毒71型感染所引起疾病。

Pneumococcal 15 疫苗《自費》
(VAXNEUVANCE)肺恩賜
0.5ml/syringe



適用於6週以上兒童及成人的主動免疫接種，以預防由肺炎鏈球菌血清型1、3、4、5、6A、6B、7F、9V、14、18C、19A、19F、22F、23F和33F所引起的侵襲性疾病。

Pneumococcal 20《自費》
肺炎疫苗 (Prevenar 20)
0.5ml/syringe



適用於6週以上兒童、青少年和成人的主動免疫接種，以預防肺炎鏈球菌血清型1、3、4、5、6A、6B、7F、8、9V、10A、11A、12F、14、15B、18C、19A、19F、22F、23F及33F所引起的侵襲性疾病。

Tirzepatide(Mounjaro)猛健樂筆
5mg/0.6ml/dose, 4doses/pen



1. 血糖控制：作為飲食及運動療法之外的輔助治療，用於改善第二型糖尿病成人病人之血糖控制。

Tirzepatide(Mounjaro)猛健樂筆
【10mg/0.6ml/dose,
4doses/pen】



2. 肥胖與過重之體重控制：(1)作為低熱量飲食及增加體能活動之輔助療法，適用對象為成人且初始身體質量指數(BMI)為 $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (肥胖)，或 $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ 至 $< 30 \text{ kg/m}^2$ (過重)且至少患有一項體重相關共病，例如高血壓、血脂異常、糖尿病前期或第二型糖尿病、阻塞性睡眠呼吸中止或心血管疾病。(2)作為低熱量飲食及增加體能活動之輔助療法，適用於具有中度至重度阻塞性睡眠呼吸中止症且身體質量指數(BMI) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ 之成人，改善睡眠呼吸中止的嚴重程度。

Propofol★飛可復/ Fresofol 【500 mg/50ml/vial】 《管 4》



短效性靜脈注射全身麻醉劑。使用於成人及一個月以上之兒童作為誘導或維持麻醉之用。使用於成人病人診斷及外科手術過程中之鎮靜之用，可單獨使用或與其他局部麻醉劑或全身麻醉劑合併使用。已住在加護病房中使用人工呼吸器之超過 16 歲成人病人作為鎮靜之用。

Finerenone (Kerendia)可申達 20 mg/tab



用於患有第二型糖尿病(T2D)相關的慢性腎臟病(CKD)成年病人，可降低持續性腎絲球過濾率(eGFR)下降、末期腎病(ESKD)、心血管死亡、非致命性心肌梗塞以及因心衰竭住院的風險。

Upadacitinib (Rinvoq)
銳虎【45mg/tab】(臨)(審)



1.潰瘍性結腸炎：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潰瘍性結腸炎成人病人。
2.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。

Bempedoic acid (Nilemdo)
寧脂德 180 mg/tab(臨)



1.原發性高膽固醇血症或混合型血脂異常 2.心血管疾病

Trelegy Ellipta 【184/55/22 mcg/dose, 30 doses/bt】



適用於併用吸入性長效型β2-腎上腺受體作用劑和吸入性皮質類固醇治療氣喘仍控制不佳的成年病人，做為氣喘維持治療。



告別打嗝不適-成因、分類與治療

對策 楊雅清藥師

某天一位小姐跑來藥物諮詢室詢問:最近一直打嗝打不停，會自己好嗎?要看醫生嗎?

首先我們來說說甚麼是打嗝?「打嗝」是一種不自主，常見且經常的短暫症狀，在生活中隨時都會發生。是人體橫膈膜與肋間肌痙攣性收縮造成突發性吸氣，之後緊跟著聲門突然關閉，因而產生打嗝音，打嗝頻率約每分鐘 4-60 次。

打嗝依照持續時間分成 3 種:

一般打嗝(hiccup bout): 打嗝持續不超過 48 小時

持續性打嗝(persistent hiccups): 打嗝時間大於 48 小時至 1 個月

頑固性打嗝(intractable hiccups): 打嗝超過 1 個月以上

一般打嗝超過 48 小時才需要治療，打嗝打不停除了會造成生活品質下降外，也容易導致營養不良、體重減輕。

真正引起打嗝的機轉尚未清楚，一般打嗝通常是因為過度飲食引起胃脹或飲用過多碳酸飲料、吞入空氣(如吸菸、嚼口香糖)或做胃鏡檢查時打入空氣等造成的。持續性或頑固性打嗝大多與產在疾病有關。故建議該病人若打嗝超過 48 小時還是需要看醫生。

打嗝治療分為：

1.物理性治療：閉氣/用力憋氣 (打斷正常呼吸模式)、冷水漱口/咬檸檬片/喝冷水(刺激鼻咽及食道)、按壓眼球/驚嚇病人(刺激迷走神經)或是以蹲姿抱膝壓迫胸部(抑制橫膈的刺激)。

2.藥物治療：Chlorpromazine 是目前美國 FDA 唯一核准治療打嗝的藥物。另外其他常見用於治療打嗝的藥物尚有 Metoclopramide、Baclofen、Gabapentin 等。一般只用 7-10 天，當打嗝症狀改善或消失即可停藥。藥物治療與劑量整理於下表一

3.針灸、催眠

4.手術

打嗝是很多人日常症狀，但因持續性及頑固性打嗝易造成長期不適，影響生活品質。臨床上治療大多是請病人先採取物理性治療，藥物治療做為第二線。

表一：打嗝治療藥物

藥名	Chlorpromazine	Metoclopramide	Baclofen	Gabapentin
常用劑量	漸增劑量 25-50mg *3 次/day (FDA 核准)	10mg *3-4 次/day	5-10mg *3 次/day	300-600mg *3 次/day
可能副作用	鎮靜、姿勢性低血壓(常見於靜脈給藥時)、遲發性運動障礙	錐體外症狀、遲發性運動障礙	鎮靜、腎損傷(老人容易累積毒性)、頭暈	鎮靜、視覺障礙、笨拙及不穩

臨床決策輔助 AI 工具 郭孟璇藥師

本次跟大家分享兩款臨床工作者必須得用的臨床決策輔助 AI 工具：DynaAI 與 OpenEvidence。

如果您需要權威、標準化的臨床處置建，且機構有訂閱，首選 Dyna AI。它的封閉式來源確保了內容的一致性與安全性，適合臨床決策。如果您需要廣泛搜尋最新文獻、免費資源，或尋找鑑別診斷靈感，OpenEvidence 是極佳的助手。它能快速閱覽大量期刊並整理重點，但務必記得它扮演的是「文獻顧問」角色，最終決策權仍在您手中。

臨床實務上，可先用 Dyna AI 確認標準治療指引；若遇到罕見病例或 DynaMed 未收錄的細節，再使用 OpenEvidence 檢索廣泛的醫學期刊。

	DynaAI	OpenEvidence
核心邏輯	RAG (封閉式檢索增強生成)	Medical LLM (開放式文獻聚合)
資料來源	DynaMed	開放式高品質文獻 (PubMed, JAMA, NEJM)
強項	1. 直接連結至 DynaMed 相關章節 2. 快速產出條列式建議(有證據等級) 3. 高度可信	跨期刊搜尋，適合回答 DynaMed 未收錄的冷門題
弱項	1. 門檻高：需機構訂閱 (本院有定) 2. 範圍受限：僅限於 DynaMed 已有的內容	AI 僅彙整資訊，無法判斷證據等級。
準確度	1. 極低幻覺，但資訊可能滯後。 2. 若 DynaMed 編輯群尚未更新該條目，AI 就會說「無資訊」。	1. 低幻覺 (優於 ChatGPT)，但需人腦驗證。 2. 可能引用到撤稿論文或品質低的期刊。

1 下載 OpenEvidence app



IOS



Android



2 進行認證

1. 強烈建議用手機下載app進行認證 (網頁版很嚴格)

OpenEvidence

Complete Your Registration

First Name
皮克敏

Occupation
Pharmacist

Verify Your Credentials

OpenEvidence is free for verified health-care professionals (HCPs). If you are eligible for access, please provide your official HCP identification number.

Verify Your Credentials

OpenEvidence is free for verified health-care professionals (HCPs). If you are eligible for access, please provide your official HCP identification number.

Upload proof of professional status. For example:

- A picture of an ID badge bearing name and professional status.
- A copy of board certification documents or notification printout from a recognized certifying body.

Allowed file formats: PNG, JPG, JPEG, GIF, or MP4. Maximum allowed file size is 20 MB.

Upload

I affirm that I am a licensed healthcare professional and all information provided is true and accurate.

I have read and agree to the Terms of Service, Privacy Policy, and OpenEvidence Account Security & Access.

2. 醫事人員認證建議用識別證 (不要有用ID的認證資料)

3 在搜尋欄輸入想問的問題

1. 關鍵字/完整文句皆可
2. 中英文皆可(聽說日文也可)

OpenEvidence

Share New Conversation

GLP-1 agonist 內視鏡前停藥時間與-po時間

提問

Related thinking

目前醫學文獻支持，GLP-1 雙體促劑 (GLP-1 agonist) 在內視鏡檢查前不需禁食停藥。建議採用「檢查前 24 小時清流質飲食」及「標準禁食時間 (固體食物禁食 6 小時、清流質禁食 2 小時)」即可。若患者有嚴重胃腸空虛症狀或高風險 (如糖尿病合併胃腸病變)，可考慮進一步風險分層 (如胃部超音波評估殘留內容物) 或使用促動力 (如靜脈注射紅糖素)。(Anesth Analg 2022; 135: 100)

美國麻醉學會 (ASA) 建議可依賴藥物輔助作用 1-7 天，但美國麻醉學會 (AGA) 及多個腸胃專科學會強調，停藥並不一定能使胃排空恢復正常，且對於腸胃病患者，停藥可能導致生命控制惡化，因此應個別化管理，並以清流質飲食及標準禁食為主。現有研究顯示，採用 24 小時清流質飲食及 12 小時禁食可有效降低手術後胃內容物，且可增加吸入性肺炎等併發症風險。(Anesth Analg 2022; 135: 100)

若患者僅因減重使用 GLP-1 agonist，且無腸胃病，臨床上可考慮暫停一次劑量，但並不屬於必須措施。目前尚無明確建議停藥多久可完全消除胃排空延遲。藥物是最佳管理策略。(Anesth Analg 2022; 135: 100)

我建議您可以進一步查閱英文文獻，針對「GLP-1 agonist 使用者在不同內視鏡檢查 (如上述化 vs. 下消化) 時，胃排空延遲的實際風險及相關併發症發生率」進行比較，以便更精確地評估是否需個別化停藥或調整禁食策略。您有這方面的研究或相關研究嗎？

解答

References

1. 2025 ASBA/ASA/AGA/ACG Clinical Practice Recommendations for the Perioperative Management of GLP-1/USP Receptor Agonists. Anesthesiology and Intensive Care. 2025; Hacking SL, Scott DA, Remington ML, et al. (2025)

針對本主題繼續提問