



### 目錄

- 藥品異動 10708-10709 新增、停用品項
- 醫藥新知 登革熱的治療
- 藥物 Q&A 10708-10709 藥物諮詢分享

第 1 頁

第 4 頁

第 7 頁



台北慈濟藥訊

### 藥品異動

## 10708-10709 新增、停用品項

### 新增品項

| 藥名  | 衛福部核准適應症   |
|---|--|
| Relestat Oph. Soln 0.5mg/mL, 5mL/bt<br>(Epinastine)   | 減緩過敏性結膜炎所引起的眼睛搔癢。  |
| Ozurdex 0.7mg/syringe<br>(Dexamethasone)              | 因 BRVO(Branch Retinal Vein Occlusion) 或 CRVO(Central Retinal Occlusion) 導致黃斑部水腫。用於影響眼後段的非感染性葡萄膜炎的治療。糖尿病黃斑部水腫(DME)所導致的視力損害。   |
| Betmiga 50 mg/tab<br>(Mirabegron)                     | 治療伴有急尿、頻尿和/或急迫性尿失禁症狀的膀胱過動症。  |
| Fycompa 2mg/tab<br>(Perampanel)                       | Fycompa 適用於 12 歲以上成人及青少年患者局部癲癇發作併有或未併有續發型全身發作之輔助治療。<br>Fycompa 適用於 12 歲以上成人及青少年患者原發型全身性強直陣攣癲癇發作併有原發性全身發作之輔助治療)。  |
| Privigen (Human Immunoglobulin)<br>10%, 5gm/50ml/vial | 作為替代療法：<br>1. 原發性免疫不全症(Primary immunodeficiency syndromes, PID) 如：(1) 先天性丙種免疫球蛋白缺乏症(congenital agammaglobulinemia) 及 丙種免疫球蛋白過低症(hypogammaglobulinemia) (2) 常見變異性免疫不全症(common variable immunodeficiency) (3) 嚴重複合型免疫不全症(severe combined immunodeficiency) (4) Wiskott-Aldrich 氏症候群<br>2. 慢性淋巴性白血病引致丙種免疫球蛋白過低與復發 |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>性細菌感染者，且預防性抗生素治療無效的患者。</p> <p>3.多發性骨髓瘤穩定期(plateau phase) 引致三種免疫球蛋白過低與復發性細菌感染，且施打肺炎鏈球菌疫苗無效的患者。</p> <p>4.異體造血幹細胞移植後引致三種免疫球蛋白過低。</p> <p>5.先天性愛滋病(AIDS)伴隨復發性細菌感染者。</p> <p>作為免疫調節：</p> <p>1.免疫性血小板缺乏紫斑症(Immune thrombocytopenic purpura, ITP) 且具高出血風險或用於手術前矯正血小板計數。</p> <p>2.格林-巴利症候群(Guillain-Barre Syndrome)。</p> <p>3.川崎氏症(Kawasaki Disease)。</p> <p>4.慢性脫髓鞘多發性神經炎(Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy, CIDP)，對孩童的使用經驗有限。</p> |
| Aqua Easy Antiseptic Solution 2% (Chlorhexidine gluconate) | 手術前手部消毒、病房手部消毒、病人手術前皮膚消毒。  |
| Exelderm cream 20gm/tube (Sulconazole)                     | 下列皮膚黴菌之治療：足癬（香港腳）股癬、體癬、皮膚念珠菌症、花斑癬（汗斑）。   |
| Cefe 1g/vial (Cefmetazole)                                 | 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。  |
| Maviret(Glecaprevir/Pibrentasvir 100/40mg)tab              | MAVIRET適用於治療成人慢性C型肝炎病毒(HCV)基因型1、2、3、4、5、或6之感染。   |

## 停用品項

| 藥名  | 衛福部核准適應症  |
|---|---|
| Zaditen 0.25 mg/mL, 5 mL/bot (Ketotifen Eye Drops)                            | 暫時預防因過敏性結膜炎引起之眼睛癢。  |
| Betmiga 25 mg/tab (Mirabegron)  | 治療伴有急尿、頻尿和/急迫性尿失禁的膀胱過動症   |
| Hiros S.R.M.C (Cetirizine 5mg & Pseudoephedrine 120mg/cap)                    | 治療季節型及常年型過敏性鼻炎的相關症狀，包括鼻黏膜充血、打噴嚏、流鼻水、鼻腔和眼睛搔癢。  |
| Viekirax 12.5/75/50mg/tab (Ombitasvir, Paritaprevir, Ritonavir: 12.5/75/50mg) | Viekirax 適用於與 Exviera、ribavirin 併用(併用方式詳參劑量與投藥方法段)，以治療成人慢性 C 型肝炎基因型 1、4 之感染。  |
| Aggrenox(Dipyridamole & Acetylsalicylic Acid) 200mg&25mg/cap                  | <p>作為替代療法：</p> <p>1.原發性免疫不全症(Primary immunodeficiency syndromes, PID)如：(1)先天性三種免疫球蛋白缺乏症(congenital agammaglobulinemia)及三種免疫球蛋白過低症(hypogammaglobulinemia)(2)常見變異性免疫不全症(common variable</p> |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>immunodeficiency) (3)嚴重複合型免疫不全症 (severe combined immunodeficiency)</p> <p>(4)Wiskott-Aldrich氏症候群</p> <p>2.慢性淋巴性白血病引致丙種免疫球蛋白過低與復發性細菌感染者，且預防性抗生素治療無效的患者。</p> <p>3.多發性骨髓瘤穩定期(plateau phase) 引致丙種免疫球蛋白過低與復發性細菌感染，且施打肺炎鏈球菌疫苗無效的患者。</p> <p>4.異體造血幹細胞移植後引致丙種免疫球蛋白過低。</p> <p>5.先天性愛滋病(AIDS)伴隨復發性細菌感染者。</p> <p>作為免疫調節：</p> <p>1.免疫性血小板缺乏紫斑症(Immune thrombocytopenic purpura, ITP) 且具高出血風險或用於手術前矯正血小板計數。</p> <p>2.格林-巴利症候群(Guillain-Barre Syndrome)。</p> <p>3.川崎氏症(Kawasaki Disease)。</p> <p>4.慢性脫髓鞘多發性神經炎(Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy, CIDP)，對孩童的使用經驗有限。</p> |
| <p>Privigen (Human Immunoglobulin)<br/>6%, 3g/50ml/vial</p> | <p>同上述 Privigen 10%。</p>   |

## 登革熱的治療

吳安然 藥師

10月9日衛福部新聞公告：「新北、臺中新增5例本土登革熱病例，籲請民眾保持警覺，加強落實孳生源清除及防蚊措施」，內文說明：「疾病管制署公布國內新增5例本土登革熱病例，分別為臺中市3例及新北市2例，個案為3女2男，年齡介於8歲至70多歲，發病日介於9月24日至10月5日。」<sup>[1]</sup>。登革熱發生於熱帶、亞熱帶等有埃及斑蚊和白線斑蚊分布的地區，隨著全球化發展逐漸便利，各國之間相互流通及往返也趨於頻繁，自1980年代之後，登革熱也開始向各國蔓延，成為嚴重的公共衛生問題<sup>[2]</sup>。台灣位屬亞熱帶地區，以往多發生於南台灣<sup>[3]</sup>，但有往北蔓延趨勢，今（2018）年截至目前新北市已有42例<sup>[1]</sup>，是以往未見的現象。

登革熱（Dengue fever）是一種由登革病毒所引起的急性傳染病，這種病毒會經由蚊子傳播給人類。並且依據不同的血清型病毒，分為I、II、III、IV四種型別，而每一型都具有能感染致病的能力<sup>[2]</sup>。典型登革熱的潛伏期約為3至8天（最長可達14天）<sup>[4]</sup>，臨床症狀依個人體質而異，可能從輕微或不明顯的症狀到突發性發燒（ $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ）、頭痛、後眼窩痛、肌肉痛、關節痛、出疹的典型登革熱症狀，或出現嗜睡、躁動不安、肝臟腫大等警示徵象，甚至可能導致嚴重出血或嚴重器官損傷的登革熱重症，若是先後感染不同型別之登革病毒，有更高機率導致較嚴重的症狀，如果沒有及時就醫或治療，死亡率可以高達20%以上<sup>[5]</sup>。

依疾管署「登革熱病例管理流程圖」指引，感染登革熱的處理方式分成Group A（居家追蹤）、Group B（安排住院）及Group C（需緊急治療或轉院，為登革熱重症危險期患者）三種情形<sup>[6]</sup>。Group A（居家追蹤）的確診且無明顯登革熱表徵的病人需能配合「口服飲用大量液體」及至少「每六小時解尿一次」兩個條件才可在家休養，此類病人需充分臥床休息、補充足夠液體，若病人出現高燒或熱性痙攣，解熱藥可給予Acetaminophen（各年齡層使用Acetaminophen劑量對照表請參照表一），此時不可給予Aspirin或其他NSAIDs，因為Aspirin可能會引起雷氏症候群，NSAID類藥品可能會引起胃炎或胃出血，若臨床症狀未改善或退燒時症狀惡化、嚴重腹痛、持續嘔吐、四肢冰冷濕黏、出現嗜睡或煩躁不安、出血、超過4~6小時未排尿時，需立即至醫院就醫<sup>[3]</sup> <sup>[6]</sup>。

Group B（安排住院）病人需持續監測病人體溫、靜脈輸注液體量，每4~6小時監測一次尿液排出量及每6~12小時監測一次血比容值（指紅血球對血容量的百分比，濃度增加表示出現血液濃縮情形，靜脈輸注液體前、後皆需監測）、白血球、血小板計數及其他器官功能。如病人可口服，鼓勵病人口服補充大量水分，若病人無法口服或特殊狀況無法配合，在測量血比容值後可用0.9% Normal Saline 或 Lactated Ringers，靜脈輸注5~7 mL/kg/hr 持續1~2小時，若病情有改善再逐漸減少至3~5 mL/kg/hr 約2~4小時，最後依臨床表徵減少至2~3 mL/kg/hr 或更少量。但若病人血比容值維持不變或些微上升，則需持續2~4小時靜脈輸注2~3 mL/kg/hr，若病人生命徵象變差或血比容值快速升高，則靜脈輸注需提高至5~10 mL/kg/hr，並持續1~2小時<sup>[6]</sup>。

Group C（需緊急治療或轉院，為登革熱重症危險期患者）指出現嚴重血漿滲漏導致休克、體液蓄積及呼吸窘迫病人、嚴重出血病人，及嚴重器官損傷（肝腎功能損傷、中樞神經系統損傷、心臟衰竭等）之病人。體液輸注目標主要在促進中樞及周邊循環、促進終末器官灌流及意識穩定，並維持尿量 $\geq 0.5$  mL/kg/hr，降低出現代謝性酸中毒機會。輸液量需足夠維持有效循環，血漿流失應快速使用等張晶體輸液補充，或是在低血壓性休克時用膠體溶液補充。輸液補充前應先檢驗血比容值，輸血應僅在

懷疑有嚴重出血時才進行<sup>[3]</sup>。輸液給予建議依病人為代償性休克或低血壓性休克有所差異，請見表二整理資料。

登革熱的處理著重在體液量及血比容值的維持，避免脫水或休克、出血導致器官損傷，因此需嚴密監測排尿量及血比容值，但相對需留意液體過度給予導致攝取過量，液體給予過量常見症狀有大量肋膜積水及腹水，此為造成登革熱重症病人急性呼吸窘迫症候群常見的問題，當出現輸液過量時，可立即給予氧氣，恢復期時即停止輸液，必要時可給予利尿劑處理，但給予利尿劑時要留意避免在危險期時給予，因為會導致血管內容積減少，且需注意，病人休克且有相對較低血比容值時，需考慮可能有潛在出血可能<sup>[3]、[6]</sup>。

登革熱目前沒有有效可施打的疫苗，也沒有特效藥物可以治療，最好的預防方法是清除病媒蚊孳生源<sup>[3]</sup>。如果不幸罹患登革熱，要衛教病人補充足夠液體，維持足夠排尿量，如果因病情嚴重需住院，要嚴密監測病人排尿量及血比容值，輸液前後需監測血比容值，並依輸液後血比容值決定病人後續輸液進行方案，並小心監測勿過度給予病人液體，以免造成登革熱重症病人急性呼吸窘迫症候群。

表一、各年齡層使用 Acetaminophen 劑量對照表<sup>[3]</sup>

| 年齡     | 劑量             |
|--------|----------------|
| <1 歲   | 60 mg/dose     |
| 1~3 歲  | 60~120 mg/dose |
| 3~6 歲  | 120 mg/dose    |
| 6~12 歲 | 240 mg/dose    |
| >12 歲  | 500 mg/dose    |

表二、Group C 重症病人輸液給予建議<sup>[6]</sup>

| 輸液類別           | 代償性休克  | 低血壓性休克  |
|----------------|--|---|
|                | 等張輸液   | 等張輸液  |
| <b>第一次輸液</b>   |  |   |
| 輸液量 (輸注時間)     | 5~10 mL/kg/hr (1 小時)                                     | 20 mL/kg (15 分鐘)  |
| <b>第二次輸液</b>   |  |   |
| 病人情況改善         | 5~7 mL/kg/hr (約 1~2 小時)                                  | 10 mL/kg/hr (1 小時)  |
| 病人情況不穩定或血比容↑   | 10~20 mL/kg/hr (約 1 小時)                                  | 10~20 mL/kg (30 分鐘~1 小時)  |
| <b>第三次之後輸液</b> |  |   |
| 病人情況持續改善       | 3~5 mL/kg/hr (約 2~4 小時)<br>→2~3 mL/kg/hr (約 2~4 小時)      | 逐漸減少輸注量   |
| 不穩定病人第二次輸液後    | 有改善：降至 7~10 mL/kg/hr (約 1~2 小時)                          | 有改善：降至 7~10 mL/kg/hr (約 1~2 小時) 再逐漸減少<br>若血比容值增加：10~20 mL/kg/hr (1 小時) → 逐漸減少至 7~10 mL/kg/hr (約 1~2 小時) 再繼續減少 |
| 血比容值太低         | 表示可能有出血，可能需要輸血。<br>病人接受輸血治療後仍有出血情況，或血比容值沒有回升，則可考慮重複輸血治療。 |   |

## 血小板計數

生命徵象穩定、無嚴重出血的登革熱病人，不需要「預防性」實施血小板輸注。

血小板數 $<20,000/\text{mcL}$  且出現以下危險因子時，則可輸注血小板，使其血小板計數達  $20,000/\text{mcL}$  以上：(1)嚴重無法控制的高血壓 (SBP  $>180 \text{ mmHg}$  或 DBP  $>110 \text{ mmHg}$ )，(2) 半年內有出血性腦中風、頭部創傷或顱內手術病史，(3) 必須持續接受抗凝血劑治療者，(4) 必須接受手術或其它侵襲性治療者。

資料來源：

1. 107 年衛生福利部新聞。<https://www.mohw.gov.tw/cp-3801-44303-1.html>
2. 衛生福利部疾病管制署傳染病介紹：第二型法定傳染病：登革熱。  
<https://www.cdc.gov.tw/professional/ThemaNet.aspx?treeid=beac9c103df952c4&nowtreeid=6FD88FC9BF76E125&did=641>
3. 衛生福利部疾病管制署傳染病介紹：第二型法定傳染病：登革熱：登革熱臨床症狀、診斷與治療。
4. 衛生福利部疾病管制署傳染病介紹：第二型法定傳染病：登革熱：認識疾病：潛伏期。  
<https://www.cdc.gov.tw/professional/page.aspx?treeid=6FD88FC9BF76E125&nowtreeid=C2E93F315C9A46A5>
5. 衛生福利部疾病管制署傳染病介紹：第二型法定傳染病：登革熱：臨床症狀。  
<https://www.cdc.gov.tw/professional/page.aspx?treeid=6FD88FC9BF76E125&nowtreeid=6105338D5C4EA7A8>
6. 衛生福利部疾病管制署傳染病介紹：第二型法定傳染病：登革熱：登革熱病例管理流程圖。

**Q：聽說補充維他命 D 好處很多，請問可以由食物補充嗎？還是一定要吃保健食品呢？**

我們先來了解一下維他命 D 的來源及功效，再來思考是不是需要額外補充。

**維他命 D 的來源**

當皮膚接受到紫外線照射後 7-脫氫膽甾醇(7-Dehydrocholesterol)會形成前維他命 D3(Previtamin D3)，接著會再轉換成維他命 D3。除了靠曬太陽接受紫外線照射以外，**食物也是獲取維他命 D 來源**。通常植物來源的是維他命 D2 (Ergocalciferol，麥角鈣化醇)，動物來源的是維他命 D3 (Cholecalciferol，膽鈣化醇)。不管是源自於食物或日照合成的維他命 D，在體內都需再經過肝臟與腎臟兩次的轉換，才能成為有生理活性的維他命 D。若肝或腎的功能異常，也可能影響維他命 D 活化的過程。

**維他命 D 的功效及生理作用**

活化的維他命 D 在小腸裡能**促使鈣吸收、維持適當的血鈣與磷濃度**，也能預防低血鈣引起的肌肉抽搐。體內維他命 D 不足時，骨骼會變薄、脆，足夠的維他命 D 能預防部分骨骼疾病，如：兒童佝僂病(Rickets)、骨軟化症(osteomalacia)等。維他命 D 除了與鈣有關的作用外，還有其他的用途，包含**調節細胞生長、神經肌肉與免疫功能**，以及**減少發炎反應**。功用可說是非常多元。

目前是以抽血檢驗 25(OH)D 的濃度來評估體內維他命 D 的含量；根據 2005–2008 年的國民營養健康狀況變遷調查，研究 19 歲以上國人血清中 25(OH)D 的濃度，結果全國平均為 18.1ng/mL，66% 以上的國人處於缺乏 (<20ng/mL)，僅有不到 2% 的人充足 (>33ng/mL)；按參與者抽血季節評估，發現夏季濃度最高 (19.7ng/mL)，春季最低 (16.8ng/mL)；結果顯示國人的維他命 D 缺乏的人比率偏高。

**造成維他命 D 缺乏的原因有哪些呢？**

長期攝取量低、曬太陽時間太少、肝腎無法轉換 25(OH)D 為活化型態或腸道吸收不佳...等，都可能是造成維他命 D 缺乏的原因。較常見易缺乏維他命 D 的族群有：

| 族群         | 說明  |
|------------|---|
| 喝母乳的嬰兒     | 嬰兒較少外出曬太陽僅能由食物獲得維他命 D，若哺乳媽媽本身維他命 D 缺乏，就容易導致嬰兒也缺乏。                           |
| 年長者        | 年長者肌膚合成維他命 D 的效率較年輕人差，部分長輩較少外出或飲食攝取不足皆容易造成缺乏。                               |
| 較少外出曬太陽    | 較少外出，飲食若不補充較多含維他命 D 食物的人容易造成缺乏。   |
| 膚色較黝黑      | 維他命 D 的合成位置在基底層及棘狀層，吸收紫外線的黑色素分布在表皮層。膚色較黝黑的人會有較多的紫外線被黑色素吸收掉，造成合成維他命 D 的能量較少。 |
| 患有脂質吸收不良疾病 | 維他命 D 屬脂溶性，與油脂一起會較好吸收，患有脂質吸收不良疾病的人，也會連帶影響吸收。                                |
| 肥胖或做過胃繞道手術 | 肥胖族群皮下脂肪容易阻礙維他命 D 釋放到血液循環。做過胃繞道手術的人，少了小腸上段的吸收，導致影響維他命 D 的吸收。                |

## 維他命 D 的來源

| 動物性-維他命 D3<br>(Cholecalciferol, 膽鈣化醇) | 植物性-維他命 D2<br>(Ergocalciferol, 麥角鈣化醇) |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 深海魚、動物內臟、奶及蛋黃                         | 大豆、菇類、藻類、五穀類                          |

要從食物中攝取維他命 D 建議可由魚類、藻類、牛奶補充，但人體對維他命 D 的吸收並不佳，光想靠食物補充足量維他命 D 應該是不太夠的，還是建議需要由曬太陽補充。有研究建議**每天早上 10 點到下午 3 點之間，讓臉、手臂、腿或背部曬 5-30 分鐘的太陽**，就足夠讓身體合成維他命 D，但須注意的是促使肌膚合成維他命 D 的是紫外線，若是待在室內玻璃窗會阻隔 UVB，這樣就無法讓身體合成維他命 D 喔！如果是沒辦法靠曬太陽或食物取得足夠維他命 D 的人，可能就會考慮維他命 D 的營養補充品，但需要注意避免過度攝取反而導致相關副作用。

參考國人每日健康攝取量的維他命 D 標準如下

| 年齡      | 維他命 D<br>mcg / IU | Max Dose<br>mcg / IU |
|---------|-------------------|----------------------|
| 1 歲以下   | 10 / 400          | 25 / 1000            |
| 1-50 歲  | 5 / 200           | 50 / 2000            |
| 51 歲以上  | 10 / 400          |                      |
| 懷孕/哺乳婦女 | +5 / +200         |                      |

攝取過多維他命 D 可能導致厭食、體重下降、頻尿與心律不整等副作用，嚴重可能增加血鈣濃度，導致血管與組織鈣化，進而損害心臟、血管與腎臟。

目前很多人都會選擇額外補充維他命 D 來訴求一些幫助鈣質吸收、減緩發炎反應等功用，但實際上真的有幫助嗎？! 2018/10/4 在醫學期刊 Lancet 發表了一篇大型分析論文，標題是：Effects of vitamin D supplementation on musculoskeletal health: a systematic review, meta-analysis, and trial sequential analysis (維他命 D 補充對肌肉骨骼健康的影響：系統評價，薈萃分析和試驗序貫分析)。論文中分析目前所有已發表關於維他命 D 護骨功效的臨床試驗，研究成果歸於以下幾點：

1. 至 2018/02/26 止，共有 81 個臨床試驗符合嚴格的分析條件
2. 此 81 個臨床試驗共包含 53536 為受試者
3. 結果發現，服用維他命 D 補充劑，不論是高劑量或低劑量，對總骨折率、髖部骨折率、跌倒風險或骨密度都沒影響。
4. 研究人員(三位教授醫師)建議應修改現有臨床指南，不再建議使用維他命 D 補充劑來維持或改善肌肉骨骼健康。

在這個研究結果推翻了我們很多對維他命 D 功效的觀念，也可讓我們反思是否有需要在日照及食物之外，額外再補充維他命 D。2018/10/2 美國醫學會期刊(JAMA)發表一篇關於補充劑的論文，標題是 Given Their Potential for Harm, It's Time to Focus on the Safety of Supplements (鑑於它們的潛在危害，現在應該關注補充劑的安全性了)，內文的補充劑，包括維他命、礦物質和草藥產品，對老年人的研究發現，補充劑與藥物相互作用的潛在可能性從 2005 年到 2011 年顯著增加，從 8% 增加到超過 15%。內文甚至提到美國每年約有兩萬三千次急診可歸因於補充劑的不良事件；在我們追求身體健康而特意補充這些補給品時，應思考是否飲食均衡充足、有無良好的生活及運動習慣，先由改變自己開始，或許不需額外補充健康食品也能充滿活力健康喔！