



目錄

- 藥品異動 2024.02-2024.03 新增、停用品項 第 1 頁
- 醫藥新知 異位性皮膚炎之藥物治療 第 5 頁
- 藥物 Q&A 2024.02-2024.03 藥物諮詢分享 第 9 頁



台北慈濟藥訊

藥品異動

2024.02-2024.03 新增、停用品項

新增品項

| 藥名 | 衛福部適應症 |
|---|---|
| Aminosteril N-Hepa 8%, 500mL/bot (Amino Acid Mixture) | 腸外營養補充劑。 |
| ★Agglutex 25KU/5mL/vial (Heparin sodium) | 血栓性栓塞症及其預防、抗凝血。 |
| B-RED INJECTION 1mg/1ml/amp (Hydroxocobalamin Acetate) | 惡性貧血、巨赤芽球性貧血、寄生蟲性貧血、妊娠性貧血、營養性大紅血球性貧血、具有神經合併症之惡性貧血、維他命 B12 缺乏症 |
| Disfect F.C. 250mg/tab (Fusidate Sodium) | 革蘭氏陽性菌及葡萄球菌引起之感染症。 |
| Invega Trinza 525mg/syringe(Paliperidone) | INVEGA TRINZA 是一種 3 個月型注射劑，用於已使用 INVEGA SUSTENNA® (1 個月型 paliperidone palmitate 持續性藥效注射用懸浮液)充分治療至少 4 個月後之思覺失調症患者。 |
| Ketalar 50mg/mL,10mL/vial (Ketamine) | 麻醉劑 |
| Rifampicin 300mg/cap (Rifampicin) | 肺結核、奈瑟氏腦膜炎球菌帶原者。 |
| SABS 500 mg/100 ml/bot (Metronidazole) | 厭氧性菌引起之感染症。 |

| 藥名 | 衛福部適應症 |
|--------------------------------------|---|
| Latuda 40mg/tab(Lurasidone HCl) | 1、思覺失調症：用於治療成人和青少年(13 至 17 歲)的思覺失調症。 2、第一型雙極性疾患之鬱症發作：單一療法用於治療患有第一型雙極性疾患之鬱症發作的成人和兒童及青少年(10 至 17 歲)病人。配合鋰鹽或 Valproate 之輔助療法用於治療患有第一型雙極性疾患之鬱症發作的成人病人。 |
| ★Ozempic 2mg/1.5ml/pen (Semaglutide) | 1. 單一療法或與其他糖尿病治療藥物併用，治療控制不佳的第二型糖尿病成人病人，作為飲食及運動之外的輔助治療。 2. 用於已有心血管疾病的第二型糖尿病病人時，可降低發生主要心血管事件(MACE：包括心血管疾病死亡、非致命性心肌梗塞、非致命性中風)之風險。 |

停用品項

廠商缺貨、停產

| 藥名 | 衛福部適應症 |
|---|--|
| Picibanil 5 KE/vial (Streptococcus Pyogenes) | 消化器癌（胃癌、肝臟癌、膽道癌、大腸癌）頭頸部癌（上顎癌、喉、咽頭癌、舌癌）甲狀腺癌、肺癌。 |
| Clobex shampoo 0.05%, 60mL/bot (Clobetasol) | 局部性治療成人之中度頭皮乾癬。 |
| Pamisol 15mg/5mL/vial (Disodium Pamidronate) | 惡性腫瘤之蝕骨性骨頭轉移、惡性高血鈣症。 |
| Choles powder 9gm/pk (含 cholestyramine resin 4gm) | 原發性高膽固醇血症；伴隨膽道阻塞之癢症；迴腸切除局部性迴腸炎、切除迷走神經、糖尿病迷走神經性病變所致之腹瀉；輻射線所致之腹瀉。 |
| Aminoplasmal Hepa 10%, 500mL/bot (50g Amino acid, 7.15g Total Nitrogen, Electrolyte) | 不能攝取適當食物之患者之輔助治療劑、蛋白質之消化吸收機能及合成利用障礙；嚴重創傷、火傷、骨折時蛋白質之補給、蛋白質攝取減少之營養失調症。 |

| 藥名 | 衛福部適應症 |
|--|---|
| ★ Victoza 6mg/mL, 3mL/syringe (Liraglutide) | <ol style="list-style-type: none"> 1. 血糖控制：可單獨使用或與口服降血糖藥物及/或基礎胰島素併用，適用於藉由飲食與運動仍未達理想血糖控制的 10 歲以上第 2 型糖尿病病人，作為血糖控制之輔助治療。 2. 預防心血管事件：用於已有心血管疾病的第 2 型糖尿病病人時，可降低發生主要心血管事件 (MACE：包括心血管疾病死亡、非致命性心肌梗塞、非致命性中風) 之風險。 |
| Mixre 40mg/cap (Atomoxetine) | 注意力缺損/過動症(ADHD)。 |
| Remsima 100mg/vial (Infliximab) | <ol style="list-style-type: none"> 1、克隆氏症：適用於對傳統治療無效之成人中度至重度活動性克隆氏症，可減輕症狀與徵兆及誘導與維持臨床緩解；適用於對傳統治療(包含抗生素、引流與免疫抑制劑)反應不佳之成人活動性瘻管性克隆氏症。 2、小兒克隆氏症：適用於對皮質類固醇及免疫調節劑(immunomodulators)反應不佳之小兒(6-17 歲)中度至重度活動性克隆氏症，可減輕症狀與徵兆及誘導與維持臨床緩解。 3、潰瘍性結腸炎：適用於皮質類固醇和 6-mercaptopurine (6-MP)或 azathioprine (AZA)等傳統治療無效、無法耐受或有醫療禁忌之中度至重度活動性潰瘍性結腸炎成人病人。 4、小兒潰瘍性結腸炎：適用於對皮質類固醇和 6-mercaptopurine (6-MP)或 azathioprine (AZA)等傳統治療無效、無法耐受或有醫療禁忌之中度至重度活動性潰瘍性結腸炎小兒(6-17 歲)病人。 5、類風溼性關節炎：與 methotrexate 併用，減緩中度到重度活動性疾病病人的徵兆及症狀，抑制結構性損傷的惡化，經 HAQ-DI 量表評估，可改善日常生活功能。 6、僵直性脊椎炎：減緩活動性疾病病患的徵兆及症狀。 |
| Entyvio 300mg/vial (Vedolizumab) | 成人潰瘍性結腸炎；成人克隆氏症。 |

原缺貨品項恢復供貨

| 藥名 | 衛福部適應症 |
|--|--|
| Hydroxocobalamin "T.F." 1mg/mL/amp (Hydroxocobalamin) | 惡性貧血、大肉芽性及大血球性貧血、妊娠貧血、產褥貧血、胃腸性及營養性貧血、神經性貧血症狀 |
| Sortuss cough liquid 60mL/bot (Dextromethorphan HBr & Glyceryl Guaiacolate & Ipecac Fluid Extract) | 鎮咳、祛痰。 |

異位性皮膚炎之藥物治療

吳安然 藥師

前言

異位性皮膚炎 (Atopic Dermatitis, AD) 是一種慢性、搔癢性、發炎性皮膚病，最常見於兒童，但也影響成人，臨床特徵包括皮膚乾燥、脫屑、紅斑、滲出、結痂和苔蘚狀病變。異位性皮膚炎的治療目標是減輕症狀 (搔癢和皮膚炎)、預防病情惡化並最大程度降低治療風險^[1-3]。

有關異位性皮膚炎

異位性皮膚炎通常與血清 immunoglobulin E (IgE) 濃度升高以及個人或家族史特異性 (包括濕疹、氣喘和過敏性鼻炎) 相關。

異位性皮膚炎的危險因子包括多種遺傳和環境因素：

1. 遺傳因素：有異位性家族史 (濕疹、氣喘或過敏性鼻炎) 是最強危險因子，約有 70% 病人有特異性家族史^[4]，父母一方有異位性皮膚炎的兒童罹患異位性皮膚炎的風險會增加兩到三倍，如果父母雙方都是異位性皮膚炎，則風險會增加到三到五倍^[2]。
2. 環境因素：包括氣候、都市與鄉村環境、空氣污染、早期接觸非病原微生物等，都可能影響異位性皮膚炎的罹病風險^[5-6]。

異位性皮膚炎的可能發病因子包括：

1. 遺傳：異位性皮膚炎與家族遺傳有關，尤其是父母一方或雙方有過敏體質的病人^[2]。異位性皮膚炎最常見遺傳變異是 FLG 變異導致之功能缺失，是最常見單基因遺傳性角化症 (即「魚鱗病」)，也是異位性皮膚炎最強遺傳危險因子^[7-8]。
2. 皮膚屏障功能異常：病人的皮膚屏障功能受損，容易失去水分並受到刺激物侵害。表皮屏障功能主要存在於角質層，角質層由垂直堆疊的無核角質細胞組成，表皮屏障功能障礙是異位性皮膚炎病理生理學的關鍵異常。表皮屏障功能障礙是由多種因素引起的，包括聚絲蛋白 (Filaggrin) 合成減少、角質層蛋白酶和抗蛋白酶活性之間的不平衡、緊密連接 (tight junction) 異常、表皮脂質組成和層狀組織改變、微生物移生、搔癢-抓癢循環和促發炎細胞因子的釋放^[9]。
3. 免疫系統：異位性皮膚炎與免疫系統的異常反應有關：皮膚屏障破壞引發的警報素釋放會活化發炎樹突狀表皮細胞 (inflammatory dendritic epidermal cells) 和第 2 型免疫細胞 (type 2 immune cells, 包括 Th2 細胞、皮膚 2 類先天淋巴細胞 (ILC2)、肥大細胞和嗜鹼性粒細胞)。活化的 Th2 細胞會釋放 IL-4 和 IL-13，促進發炎及 B 細胞 IgE 轉換，後者透過訊號傳導器和轉錄活化劑 (signal transducer and activator of transcription, STAT) 途徑產生抗原特異性 IgE 分子^[9]。

4. 環境和過敏原：如塵蟎、動物皮屑、花粉、食物等過敏原和環境因素可能導致皮膚炎症狀加劇^[10]。觸發或惡化因子如刺激物（肥皂、清潔劑）、皮膚感染（*Staphylococcus aureus*、herpes simplex），及接觸、吸入或食物過敏原。

異位性皮膚炎的常用藥物治療方法

異位性皮膚炎治療前，需先評估罹病史、病情嚴重程度，並評估疾病對病人生活品質及家庭負擔。要先對病人及其照護者進行衛教，衛教內容包括皮膚照護、減少接觸觸發或惡化因子，以及藥物使用方式及安全性。

輕度異位性皮膚炎：臨床表徵為皮膚乾燥、偶發搔癢（有或沒有小面積發紅）；對日常活動、睡眠和心理健康影響不大。可先使用低強度局部外用類固醇，每天塗抹患部一次，持續 2 至 4 週後評估療效，若有改善，則以維持潤膚劑使用為主，並搭配需要時之局部外用類固醇（topical corticosteroid, TCS）治療。若未改善，TCS 需持續使用，或改採外用局部鈣調神經磷酸酶抑制劑（topical calcineurin inhibitor, TCI）或 crisaborole（衛福部核准適應症：適用於患有輕度至中度異位性皮膚炎的成人及 3 個月大以上兒科病人的外用治療），同時確認病人遵醫囑性及有無接觸觸發或惡化因子，也要評估有無感染情形。TCS 強度的選擇應根據病人的年齡、所涉及的身體部位和皮膚發炎程度而定。劑型部分，軟膏劑（ointment）比乳膏劑（cream）更有效且具有更優異的潤膚特性。乳膏配方比軟膏含有更多的添加劑，並且更容易灼傷或刺痛。油（oil）配方更容易塗抹，適用於頭皮或大面積的身體表面積^[2]。

調整用藥後再 2 至 4 週後進行評估，若有改善，則一樣以維持潤膚劑使用為主，並搭配需要時之 TCS 治療，若未改善，則採局部中至高強度 TCS，每天塗抹患部一至兩次，持續 2 至 4 週。若患部在萎縮高風險區域（如臉部、皮膚皺褶處），建議可採用低至中強度 TCS 或 TCI 治療。若為成人和 12 歲以上兒童病人，亦可使用局部 ruxolitinib 做為替代療法，唯使用面積不要超過 20% 體表面積（經查國內西藥許可證，ruxolitinib 僅有口服劑型）。

中度異位性皮膚炎臨床表徵為皮膚乾燥、經常發癢、發紅（有或沒有表皮脫落和局部皮膚增厚）；對日常活動和社會心理健康有中等影響，經常擾亂睡眠；嚴重異位性皮膚炎臨床表徵為大面積皮膚乾燥、持續搔癢、發紅（有或沒有表皮脫落、皮膚大面積增厚、出血、滲出、開裂和色素沉著改變）；日常活動和心理社會功能嚴重受限，夜間睡眠不足。一開始就以中度至重度異位性皮膚炎表現者，可直接採局部中至高強度 TCS 每天塗抹患部一至兩次，持續 2 至 4 週的療法。若 2 至 4 週後有改善，可維持 TCS 或 TCI 局部塗抹患部的療法，每週使用 2 至 3 天即可。若未改善，則需持續使用局部 TCS 加/或 TCI，並需檢視病人遵醫囑性、有無觸發或惡化因子干擾，或是否有感染。持續再治療 2 至 4 週後若有改善，則可調整為每週使用 2 至 3 天局部 TCS 或 TCI 即可，若未改善，嬰幼兒可考慮短期潤膚劑或低強度 TCS 濕敷。若為 6 個月以上兒童至成人，每天使用 TCS 無效，可採用 dupilumab 做為第一線療法，若為 12 歲以上至成人，tralokinumab 可作為替代療法。第二線治療方法包括光療法（利用窄頻紫外線 B 進行光照）、傳統免疫抑制劑等治療，12 歲以上至成人亦可採用 abrocitinib 和 upadacitinib 做為替代選擇^[2]。

結論

異位性皮膚炎的發生與遺傳、皮膚屏障功能異常、免疫系統、環境和過敏原有關，藥物治療選擇與病人病情嚴重度有關，症狀較輕微可採用局部使用（軟膏或乳膏塗抹），中重度病人若局部使用效果不佳，可選用單株抗體皮下注射給藥，Janus kinase (JAK) inhibitors 口服製劑也可做為後線替代用藥。

表、治療異位性皮膚炎的藥物^[12]

| 給藥方式 | 類別 | 品項 | 用法及備註 |
|------|--|---|--|
| 局部使用 | Topical corticosteroid (TCS) | 高強度：如 Betamethasone ointment、Clobetasol (多種劑型)、 Fluocinonide cream 中強度：如 Hydrocortisone ointment 低強度：如 Triamcinolone (多種劑型) | 每天兩次，局部塗抹患部 |
| | Topical calcineurin inhibitors (TCI) | Tacrolimus ointment、 Pimecrolimus cream | 每天兩次，局部塗抹患部 |
| | Topical phosphodiesterase 4 (PDE4) inhibitor | Crisaborole ointment | 每天兩次，局部塗抹患部 |
| | Janus kinase (JAK) inhibitor | Ruxolitinib cream、 Delgocitinib cream | 每天兩次，局部塗抹患部 |
| 全身使用 | Human monoclonal antibody | Dupilumab | 600 mg loading 後，每 2 週一次，皮下注射 300 mg |
| | | Tralokinumab | 600 mg loading 後，每 2 週一次，皮下注射 300 mg |
| | Janus kinase (JAK) inhibitors | Abrocitinib | 100 mg QD PO，若效果不佳可上調至 200 mg QD |
| | | Upadacitinib | 15 mg QD PO，效果不佳，三個月後可上調至 30 mg QD |
| | 免疫抑制劑 | Cyclosporine | 每天 3-5 mg/kg 的劑量分兩次給藥，持續 4 至 8 週，或直到症狀 |

| 給藥方式 | 類別 | 品項 | 用法及備註 |
|------|----|--------------|--|
| | | | 改善，之後將劑量降至最低有效劑量至穩定改善 |
| | | Methotrexate | 每週一次 7.5-25 mg，合併每週六到七次、每次 1 毫克葉酸，或每週補充 5 毫克葉酸，以降低 Methotrexate 毒性風險 |

[參考資料]

1. Weidinger S et al. Atopic dermatitis. *Lancet* 2016; 387:1109.
2. Eichenfield LF et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. *J Am Acad Dermatol* 2014; 71:116.
3. Sidbury R et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents. *J Am Acad Dermatol* 2014; 71:327.
4. Irvine AD et al. Filaggrin mutations associated with skin and allergic diseases. *N Engl J Med* 2011; 365:1315.
5. Schram ME et al. Is there a rural/urban gradient in the prevalence of eczema? A systematic review. *Br J Dermatol* 2010; 162:964.
6. Silverberg JI et al. Climatic factors are associated with childhood eczema prevalence in the United States. *J Invest Dermatol* 2013; 133:1752.
7. Palmer CN et al. Common loss-of-function variants of the epidermal barrier protein filaggrin are a major predisposing factor for atopic dermatitis. *Nat Genet* 2006; 38:441.
8. Smith FJ et al. Loss-of-function mutations in the gene encoding filaggrin cause ichthyosis vulgaris. *Nat Genet* 2006; 38:337.
9. Weidinger S et al. Atopic dermatitis. *Nat Rev Dis Primers* 2018; 4:1.
10. Fu T et al. Eczema and sensitization to common allergens in the United States: a multiethnic, population-based study. *Pediatr Dermatol* 2014; 31:21.
11. UpToDate, Algorithms: Management of atopic dermatitis. Graphic 115549 Version 7.0.
12. UpToDate, Treatment of atopic dermatitis (eczema). Last updated: Apr 04, 2024.

孩子高燒不退會不會腦損傷？一小時前吃了退燒藥，溫度降不下來怎麼辦？

陳泳群藥師

發燒的好處

發燒是有益還是有害呢？這件事仍是有爭議性的。但是，發燒可以帶來的潛在性好處包括延緩細菌或病毒的生長與繁殖，以及適度的溫度升高下可以增強免疫功能，算是身體一種保護性的本能反應。至於發高燒會不會導致小孩腦損傷，目前沒有任何證據顯示高燒本身會對神經組織造成永久性的傷害，真正會損害腦部的是腦部嚴重感染病症，而非發燒事件本身。

退燒方法

1. 物理性退燒

| 方式 | 使用時機 | 注意事項 |
|------|---|---|
| 酒精擦澡 | X | 酒精快速揮發散熱會引起表層血管急速收縮，且酒精如不慎讓小孩吸入會有中毒之虞，反而有礙散熱，所以不應作為退燒之用。 |
| 冰枕 | 衣服穿太多、中暑等體溫過高的情形，腦部體溫定位點正常而只是產熱與散熱失調，此時才可使用物理退燒 | 物理退燒法只能加速散熱，並不會矯正發炎反應所引起腦部體溫定位點的異常上升現象，所以發炎性疾病不應使用冰枕等物理退燒法，而應使用可以矯正腦部體溫定位點的退燒藥。 |
| 低溫毯 | | |
| 散熱貼片 | | |
| 溫水拭浴 | | |

*注意：代謝異常、慢性心肺疾病、慢性貧血等患者使用冰枕等物理退燒法違背腦部體溫定位點上升的事實，會大幅增加發燒生理反應所需進行的代謝作用，反而讓身體承受更多代謝負擔而有危險。

2. 常見的退燒藥物

| 藥品 | 建議劑量 | 注意事項 |
|---------------|--------------------------------|--|
| Acetaminophen | 10-15 mg/kg/dose q4-6h prn | 必要時可輪流使用，不建議常規使用。例如 acetaminophen 每 4 小時可給予一次，ibuprofen 每 6 至 8 小時給予一次，可接受的輪流給法為兩種退燒藥均每 6 小時給一次，其間間隔 3 小時。 |
| Ibuprofen | 5-10mg/kg/dose q6-8h prn | |
| Diclofenac | 兒童的安全性與有效性尚未被確認，因此不建議優先用於兒童退燒。 | |

退燒時機

退燒時機取決於發燒的原因，若是體溫上升的原因不是發炎性疾病，體溫升高對人體並沒有幫助，隨時都可予以退燒；至於發炎反應引起的發燒，如果體溫並未太高也沒有引起特殊不舒服的時候，並不需要積極退燒，尤其當體溫還沒超過 39°C 以上的時候。

若符合下列情形，體溫超過 38°C 以上就可考慮退燒：

1. 慢性疾病、成人型呼吸窘迫症候群
2. 有心臟衰竭之心臟病或發紺性心臟病
3. 慢性貧血
4. 糖尿病與其他代謝異常
5. 曾有熱痙攣 (febrile convulsion) 或曾有癲癇發作的神經系統疾病
6. 孕婦
7. 其他因為發燒而有不適症狀者

參考資料

1. 台灣兒童感染症醫學會 兒童發燒處置建議 第三版
2. 衛生福利部疾病管制署
3. 衛生福利部國民健康署
4. UpToDate Fever in infants and children: Pathophysiology and management

醫師開的類固醇藥膏治什麼？有沒有要注意的地方？是不是擦越厚越好？

游聿茹藥師

外用類固醇藥膏的用途

1. 抗發炎作用：治療過敏、濕疹、皮膚炎、眼瞼炎、結膜炎。
2. 免疫抑制作用：抑制淋巴球的活性而影響細胞激素作用，治療過敏性或接觸性皮膚炎、扁平苔癬皮膚病。
3. 抑制增生作用：暫時干擾表皮細胞內 DNA 的合成，治療乾癬、牛皮癬。
4. 血管收縮作用：使真皮上層微血管收縮，以減少紅斑。

外用類固醇的常見劑型

| 劑型 | 特色 | 常用位置 |
|----------------|---------------------------------|-------------------------------|
| 軟膏 (ointments) | 黏稠度高易附著皮膚→吸收率好。 缺點：較油膩、黏稠。 | 手掌、腳底。 |
| 乳霜 (creams) | 容易推展、可水洗不油膩。 | 患處大。 皮膚光滑、無毛之處。 皮膚皺褶之間。 |
| 洗劑 (lotions) | 延展性較佳。 缺點：較難控制用量。 | 多毛區域或患處面積較大時， |
| 凝膠 (gels) | 質地清爽。 缺點：可能含酒精或丙二醇→有刺激感。 | 例如：頭皮。 |
| 泡沫 (foams) | 易塗抹、吸收。 不易引起皮膚過敏。 缺點：較昂貴。 | 皆可使用。 |

外用類固醇的強度

根據美國分類系統（收縮血管的能力(Vasoconstrictive properties)），外用皮質類固醇可分為七級，其中第 1 級效力最強，第 7 級效力最弱。再將這七級整合、歸納、簡化，成為四個級別，方便應用：第一級為超強效(Super-high potency)，第二級為強效(High potency)，第三、四、五級為中效(Mid-potency)，第六、七級為弱效(Mild)。外用類固醇的效力除了取決於類固醇的成分以外，也與選用的劑型有關。

1. 眼瞼和生殖器皮膚因吸收較好，因此建議選用低效外用皮質類固醇進行治療。
2. 孩童：孩童皮膚薄，吸收率較高，且皮膚屏障發育尚未完全，身體較不易代謝藥劑，因此建議使用第 4~7 級弱效類固醇藥膏。

- 懷孕：根據現有證據，使用低效至中效外用皮質類固醇似乎不會增加母親和胎兒不良後果的風險。但無法準確排除母親長期使用強效外用皮質類固醇與新生兒體重較低的關聯，因此孕婦使用時應謹慎使用低效或中效外用類固醇。
- 年長者：因皮膚較薄，適合使用弱效類固醇，並需避免長期頻繁使用，以防皮膚變得更薄，若看到蜘蛛網的皮下血管，可能需要調整類固醇的頻率及強度。

用量與頻率

通常每天使用一到兩次。然而，因為病情的考量，有些病患可能需要使用更多次。

外用類固醇並非擦越厚越好，建議薄擦一層即可。塗抹適量的藥膏除了可以達到療效外，也可以避免皮膚吸收過多類固醇而增加副作用的發生機率。用量除了與患處大小有關，也與皮膚的吸收力有關，角質越薄吸收力越好，吸收力：眼瞼/生殖器官 > 臉部 > 頭皮 > 前臂 > 手掌 > 足底。因此腳掌的用量會大於手掌。

院內品項

| Potency | 品項 | 成份 |
|------------|-----------------------|--|
| Super-high | 絲玫歐凝膠 Xamiol® | Calcipotriol & Betamethasone 50mcg & 0.5mg/gm, 30gm/bot |
| | 可立舒軟膏 Clobetasol® | Clobetasol ointment 0.5mg/gm, 7gm/tube |
| | 可易適泡沫液 Vimax® | Clobetasol propionate 0.05%, 25mL/bot |
| High | 妥膚淨乳膏 Topsy® | Fluocinonide 0.05%, 10gm/tube |
| | 妥膚淨洗劑 Topsy® | Fluocinonide 0.05%, 10mL/bt |
| Mid | 膚益舒乳膏 fuTiSone cream® | Fluticasone 0.05%, 5gm/tube |
| | 寧康口內膠 Nincort® | Triamcinolone 1 mg/g, 5 g/條 |
| | 美康乳膏 Mycomb® | Nystatin, Neomycin, Gramicidin, Triamcinolone 20 g/tube |
| Mild | 臨得隆乳膏 Rinderon-V® | Betamethasone Valerate 0.06% 5 g/tube |
| | 悠力素 Ulex Cream® | Crotamiton & Hydrocortisone 100mg & 2.5mg/gm, 10gm/tube |

參考資料

Uptodate - Topical corticosteroids: Use and adverse effects

<https://reurl.cc/VNdk5A>

Pubmed - A Review of Topical Corticosteroid Foams - <https://reurl.cc/oraWey>

藥師週刊-外用類固醇藥膏用藥指導(上) - <https://reurl.cc/VNdkjA>

類固醇藥膏別擦?食藥署破解 3 大迷思- <https://reurl.cc/K4aNb9>

【問題簡述】

急性結腸假性阻塞(Acute colonic pseudo-obstruction, 又稱為 Ogilvie's syndrome)為結腸急性擴張為特徵的疾病¹, 主要臨床表現為腹脹, 通常發生在因嚴重內外科疾病或手術後住院, 是一種罕見的手術併發症²⁻³, Neostigmine(acetylcholinesterase inhibitor, 乙醯膽鹼酯酶抑制劑)注射可作為急性結腸假性阻塞且盲腸直徑>12 公分或接受保守治療 48 至 72 小時仍失敗的病人之治療⁴, 對此我們將透過實證手法進行 Neostigmine 用於急性結腸假性阻塞的治療效果與安全性之探討。

翁苡芳藥師

【文獻探討】

Neostigmine 能夠促進乙醯膽鹼活性, 進而誘導腸胃平滑肌收縮, 達到改善急性結腸假性阻塞其腹圍脹大情況⁵。利用 PubMed 搜尋比較使用 Neostigmine 之治療急性結腸假性阻塞的效果與安全性之文獻, 搜尋關鍵字包含: Acute colonic pseudo-obstruction、Ogilvie's syndrome、Neostigmine、Clinical response、side effects, 以布林邏輯串聯, 共有 4 篇, 設定篩選條件十年內、Meta-analysis、Systematic review 研究設計, 並檢視標題與瀏覽摘要後, 符合臨床問題之文獻僅得 1 篇⁶。

| | |
|-------|---|
| 作者/年份 | Valle RG, et al. 2014 ⁶ |
| 出處 | <i>Annals of Medicine & Surgery.</i> |
| 標題 | Neostigmine for acute colonic pseudo-obstruction: A meta-analysis |
| PICO | Population: acute colonic pseudo-obstruction. Intervention: with neostigmine. Comparison: without neostigmine. Outcome: clinical response, side effects (abdominal pain, bradycardia, vomiting, sialorrhoea). |
| 摘要 | 本篇系統性回顧 4 篇隨機對照試驗(RCT), 共有 127 位病人, 年紀落在 64 至 66.7 歲, 大多為男性, 作者使用 Jadad score 和 CONSORT Statement 評讀工具來評估納入文獻之品質, 使用勝算比(Peto odds ratio)作為總和統計量, 透過計算需要治療的數量(Number needed to treat, NNT), 將結果轉化為臨床結果獲益, 並使用 Odds ratio 呈現副作用統合結果。 <ul style="list-style-type: none"> ■ 解決急性結腸假性阻塞的有效性: 4 篇 RCT 分析此項結果, 使用 neostigmine 比起沒有使用其勝算比(Peto OR) 22.57 [95% CI 11.25 to 45.27]; P < 0.001, 有統計上顯著差異, NNT = 1 [95% CI 1-2]。 ■ 腹痛(最常見的副作用): 2 篇 RCT 分析此項結果, 使用 neostigmine 比起沒有 |

使用其勝算比(OR) 17.4 [95% CI 5.3–57.2]，有統計上顯著差異。

- 流口水：2 篇 RCT 分析此項結果，使用 neostigmine 比起沒有使用其勝算比 (OR) 9.4 [95% CI 3.0–29.2]，有統計上顯著差異。
- 嘔吐：2 篇 RCT 分析此項結果，使用 neostigmine 比起沒有使用其勝算比 (OR) 7.5 [95% CI 1.2–48.8]，有統計上顯著差異。
- 心搏過緩：2 篇 RCT 分析此項結果，使用 neostigmine 發生心搏過緩的比例約為 6.3%，比起沒有使用其勝算比(OR) 6.3 [95% CI 0.3–102]，沒有統計上顯著差異。

【結論】

對於保守治療無效之急性結腸假性阻塞病人而言，neostigmine 是一種有效的治療選擇，安全性上嚴重副作用，如心搏過緩，發生率約為 6.3%，雖比起沒有使用 neostigmine 者無顯著差異，但使用時仍需建議定期監測心跳，此外 neostigmine 也會帶來其他常見的副作用，像是腹痛、嘔吐、流口水等，因此使用 neostigmine 治療急性結腸假性阻塞需考量副作用的發生和嚴重程度。目前仍缺乏關於 neostigmine 治療急性結腸假性阻塞之更大樣本數的研究，期許未來有更多相關資訊可作為參考。

參考文獻：

1. Ertberg P, et al. Diagnosis and treatment of acute colonic pseudo-obstruction. *Ugeskr Laeger*. 2013; 175(17):1176-80.
2. Vanek VW, et al. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome). An analysis of 400 cases. *Dis Colon Rectum*. 1986;29(3):203-10.
3. Kahi CJ, et al. Bowel obstruction and pseudo-obstruction. *Gastroenterol Clin North Am*. 2003; 32(4):1229-47.
4. Naveed M, et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on the role of endoscopy in the management of acute colonic pseudo-obstruction and colonic volvulus. *Gastrointest Endosc*. 2020;91(2):228-235.
5. Saunders MD, et al. Systematic review: acute colonic pseudo-obstruction. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;22(10):917-25.
6. Valle RG, et al. Neostigmine for acute colonic pseudo-obstruction: A meta-analysis. *Ann Med Surg (Lond)*. 2014;3(3):60-4.