



發行人：陳振文

總編輯：簡淑真

執行編輯：林奕瑱

電話：27372181-8444

地址：台北市吳興街 252 號

中華民國一百零三年七月一日 出刊

第 65 期

本期內容：  
🌿 治療 Her-2 陽性轉移性乳癌的新希望 —Kadcyla 賀癌寧 /楊智舜 藥師  
🌿 酒精戒斷症候群 / 劉于萱 藥師  
🌿 胺基酸補充－麩胺 (Glutamine) / 張智翔 藥師  
🌿 藥劑部 103 年 4 月- 103 年 6 月藥品異動



## 治療Her-2 陽性轉移性乳癌的新希望 — Kadcyla 賀癌寧

楊智舜 藥師

### 前言

依國民健康署的統計，民國 99 年乳癌在臺灣女性癌症排名第一，在男性則排名第 34；死亡率的排名於女性為第 4 位，男性則為第 35 位。民國 99 年初次診斷為乳癌者分別為 9655 人〈女性〉及 39 人〈男性〉；當年死因為乳癌者分別為 1706 人〈女性〉及 12 人〈男性〉。

目前已知的乳癌危險因子有：

1. 家族遺傳：以BRCA1〈breast cancer susceptibility gene 1〉和BRCA2〈breast cancersusceptibility gene 2〉之基因突變為主，約佔全部家族遺傳乳癌20%。
2. 雌激素：暴露在雌激素下的時間愈長，越容易導致乳癌；也就是說停經越早或初經越晚時因雌激素停止分泌，罹患乳癌的機率越小。
3. 飲食或生活習慣：肥胖及抽菸會使乳癌發生率增加。
4. 暴露於放射線

## 乳癌的症狀

乳癌是由乳房乳腺管細胞或是腺泡細胞不正常的分裂後，繁殖而形成的固態惡性腫瘤。這些惡性腫瘤除了侵犯乳房，更可能轉移到遠處器官，如骨骼、肺、肝、腦等，而破壞重要器官的功能，造成身體健康之損害，甚至危害生命。早期乳癌通常不會引起疼痛；事實上，當乳癌開始形成時，可能完全沒有症狀，醫師觸診時也無法觸摸得到；但是隨著癌症的生長，它會造成異常例如無痛性乳房腫塊、乳頭凹陷、乳頭出現分泌物〈尤其是帶血分泌物〉、乳房外型改變、乳房局部凹陷或凸出、乳房皮膚有橘皮樣變化紅腫或潰爛、腋下淋巴腺腫大。

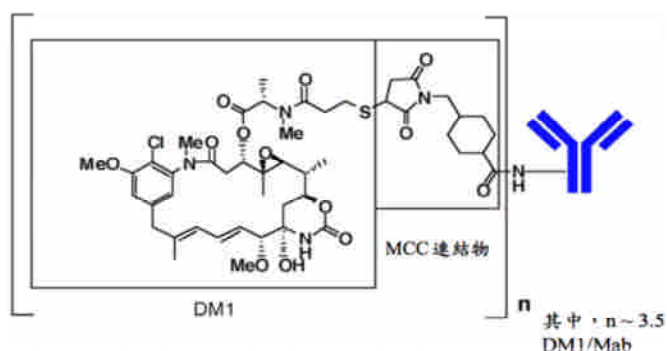
若確定為乳癌，那麼進一步的檢查是必須的，包括它的期別〈腫瘤的大小、淋巴腺的轉移〉，腫瘤的病理特性，有否賀爾蒙接受器〈Estrogen receptor 或 progesterone receptor〉為陽性反應，年齡、是否停經、以及身體狀態，這些皆會影響以後將接受的治療計劃以及預後。

## Her-2 陽性乳癌

HER2 是參與正常細胞生長的一種蛋白質。在某些類型的腫瘤細胞中其數量會增加（HER2 陽性），包括某些乳癌。在這些 HER2 陽性乳癌，HER2 蛋白質數量的增加有助於癌細胞的生長與存活。美國食品藥物管理局在2013年批准了Kadcyla（ado-trastuzumab emtansine），一種 HER-2 陽性、晚期（轉移性）乳癌患者的新治療方法。Kadcyla主要用於曾經接受過taxane或trastuzumab類藥物治療的乳癌患者。

## Kadcyla 結構與特性說明

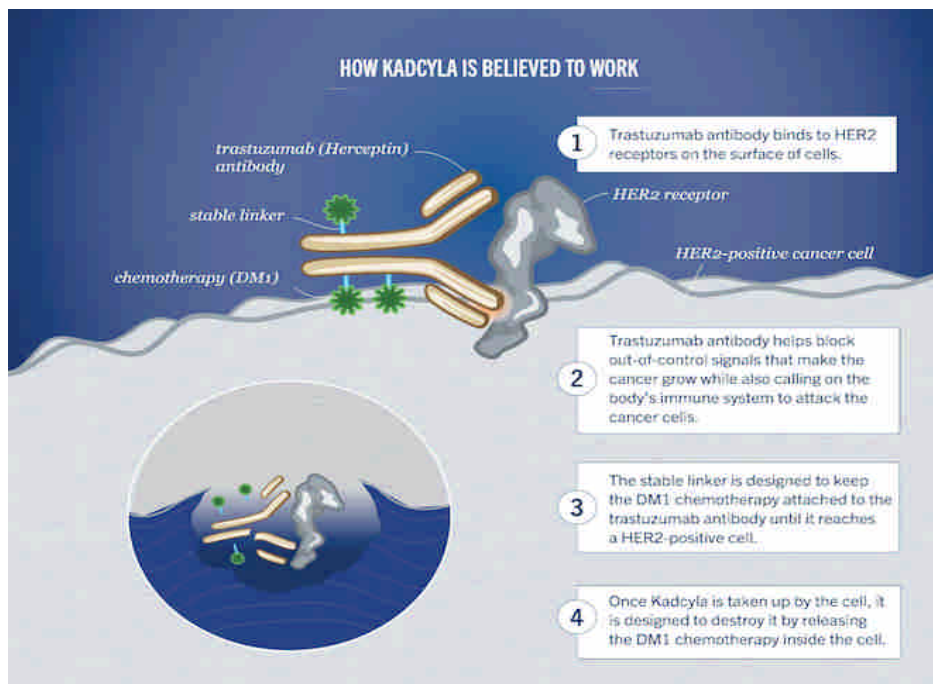
Kadcyla 〈trastuzumab emtansine〉是一種鎖定 HER2 的抗體藥物複合體，成分包含人類抗HER2 IgG1- 〈trastuzumab〉，透過穩定的硫醚結合物MCC 〈4-[N-



maleimidomethyl] cyclohexane-1-carboxylate) 與微管抑制藥物DM1 (一種 maytansine 衍生物) 進行共價連結。Emtansine是指MCC-DM1複合物。Trastuzumab是重組單株抗體，由哺乳動物(中國倉鼠卵巢)的細胞製造而來。小分子成分(DM1與MCC)則是透過化學合成製造而來。Trastuzumab emtansine每抗體平均含有 3.5 個DM1分子。

### Kadcyla 作用機轉

當小分子細胞毒素 DM1結合到 HER2受體的第 IV 小區後，trastuzumab emtansine 開始以受體為媒介進行內化，之後的溶體降解過程讓細胞內釋放含有 DM1的細胞毒性代謝物。DM1結合到微管蛋白(tubulin)的過程會破壞細胞內的微管網絡，導致細胞周期阻滯與細胞凋亡。此外體外試驗顯示，trastuzumab emtansine 與trastuzumab 類似，也會抑制 HER2受體訊息傳遞的功能，引起抗體依賴性細胞媒介的細胞毒性，並抑制 HER2 過度表現的人類乳癌細胞內的HER2胞外區脫落。



### 臨床試驗

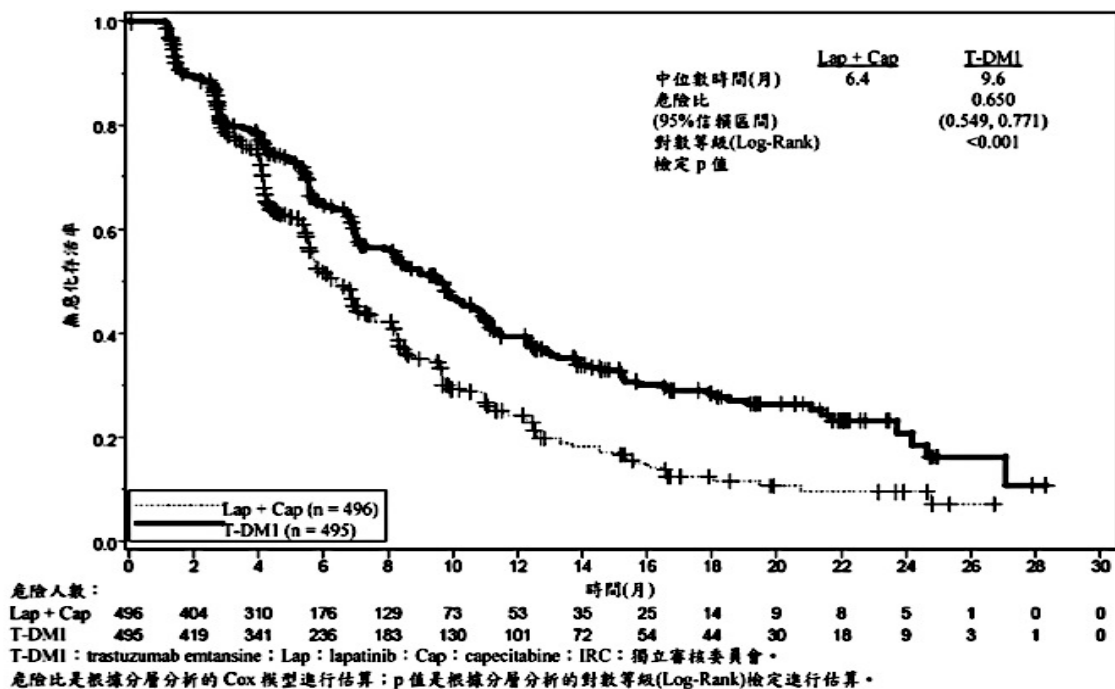
根據EMILIA臨床試驗，針對991位HER2陽性、無法切除的局部晚期或轉移性乳癌病患執行一項隨機分配、多中心的開放標記試驗，藉此評估Kadcyla的療效。納入試驗

前必須曾經接受過taxane或trastuzumab類的治療。先前使用輔助治療的病患必須在治療期間或完成輔助治療後6個月內出現復發。乳房腫瘤檢體需顯示HER2過度表現，定義為中央實驗室判定IHC分數為3+或FISH法的放大比例 $\geq 2.0$ 。病患隨機分配〈1:1〉接受lapatinib併用capecitabine或Kadcyla的治療。隨機分配依照地區別〈美國、西歐、其他〉、之前接受過針對無法切除的局部晚期乳癌或轉移性乳癌化療的次數，以及主持人判定為內臟或非內臟轉移等因子分層，執行分層隨機分配。Kadcyla組在每個21天周期的第1天經由靜脈施打3.6 mg/kg的Kadcyla。Lapatinib組在每個21天周期每天口服1次lapatinib 1250 mg/day，及在每個21天週期的第1-14天每天口服2次capecitabine 1000 mg/m<sup>2</sup>。病患持續接受Kadcyla或lapatinib併用capecitabine的治療，直到疾病惡化、撤銷同意或出現無法接受的毒性為止。

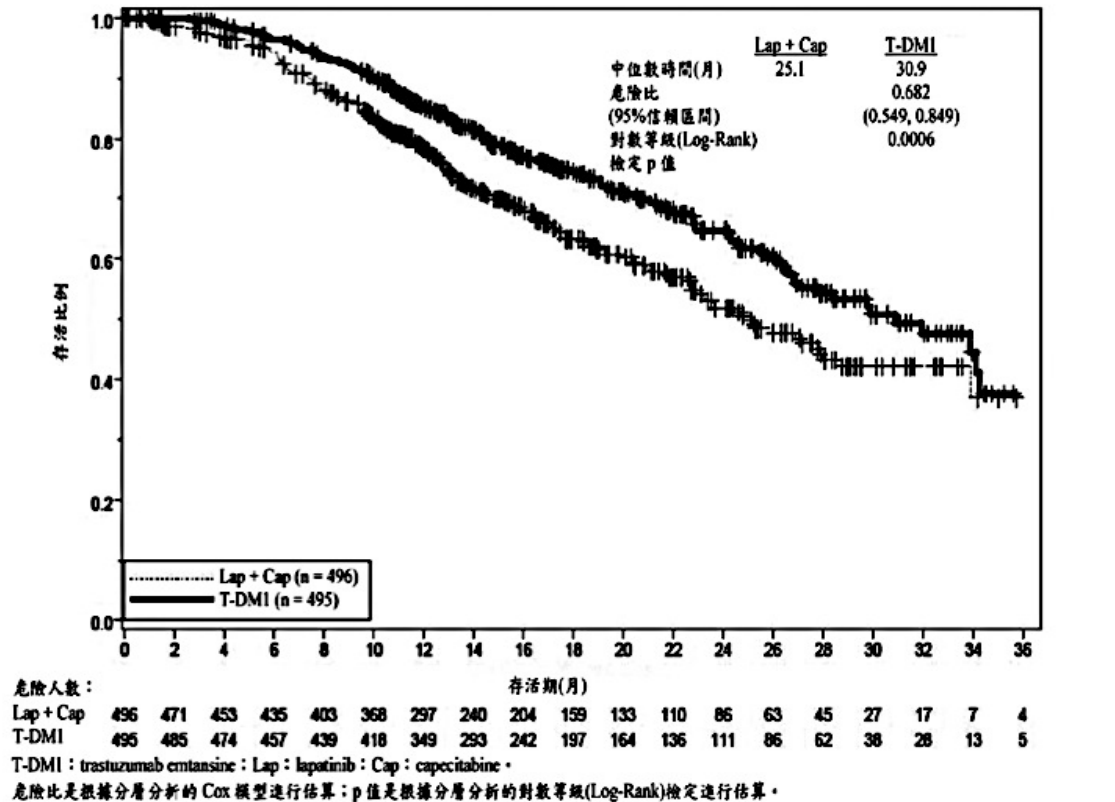
在此試驗中，病人使用Kadcyla的期間為5.7個月〈範圍：0-28.4〉，lapatinib為4.9個月〈範圍：0-30.8〉，capecitabine為4.8個月〈範圍：0-30.4〉。各治療組間病患人口統計學及基期腫瘤特徵的分布相當。所有病患在納入試驗時都有轉移性疾病。年齡中位數約53歲〈範圍：24-84歲〉，74%為白種人，18%為亞洲人，5%為黑人。除了5位病患外，其餘皆為女性。整體而言，病患針對轉移性疾病接受全身性治療藥物的種類中位數為3。在荷爾蒙受體陽性腫瘤病患中，44.4%曾接受輔助荷爾蒙治療，44.8%曾因局部惡化/轉移性疾病接受荷爾蒙治療。

此項隨機分配試驗的結果顯示：相對於lapatinib併用capecitabine治療，Kadcyla治療顯著地改善獨立審查委員會〈IRC〉評估的無惡化存活期〈PFS〉[HR=0.65，95% CI：0.55、0.77，p<0.0001]。Kadcyla治療組與lapatinib併用capecitabine治療組相較之下，PFS中位數增加了3.2個月〈9.6個月 vs. 6.4個月〉。主持人評估的PFS與IRC評估的PFS結果相當。執行PFS分析時，已有223位病患死亡。大部分死亡的案例發生於lapatinib併用capecitabine治療組〈26%〉，Kadcyla組則僅有19%發生死亡。分析結果顯示，病患接受Kadcyla治療顯著地改善病人存活期〈HR=0.68，95% CI：0.55、0.85；p=0.0006〉。且此項分析結果達到了預先設定的因療效提早停止試驗邊界點〈HR=0.73或p=0.0037〉。OS第二次期中分析結果顯示Kadcyla組的存活期中位數為30.9個月，lapatinib併用capecitabine組為25.1個月。

圖一：獨立審查委員會〈IRC〉評估的無惡化存活期Kaplan-Meier曲線



圖二：總存活期的Kaplan-Meier曲線



## 建議劑量與排程

Kadcyla建議的劑量為3.6 mg/kg，每3週〈為期21天的周期〉靜脈輸注一次，直到病情惡化或出現無法接受的毒性為止。Kadcyla和trastuzumab不可互相取代。在施打藥物期間，需仔細監測輸注部位可能出現的皮下浸潤。第1次輸注應輸注90分鐘，並在輸注過程中以及輸注後至少90分鐘觀察病患是否出現發燒、冷顫或其他輸注相關的反應。若之前輸注耐受情況都很好，可將輸注縮短為30分鐘，並在輸注過程中及輸注後至少30分鐘觀察病患的反應。

## 劑量調整

調降Kadcyla之後不應該再調升劑量。若延後或遺漏某次排定的劑量，應儘快補打，切勿等到下一次排定的時間才打。應調整施打的時間表，讓劑量之間彼此維持3週的間隔。可按照病患最近一次輸注時耐受的劑量與輸注速度進行施打。若病患出現與輸注相關的反應，則Kadcyla的輸注速率可減緩或中斷。若出現危及生命的輸注相關反應，請永遠停用Kadcyla。處理血清轉胺酶濃度升高、高膽紅素血症、左心室功能不全、血小板減少症、肺臟毒性或周邊神經病變等問題時，可能需要根據所列規範暫時中斷、減少劑量或停止Kadcyla的治療〈見表1-5所列〉。

若有下列情況應永遠停止Kadcyla的治療：

1. 病患的血清轉胺酶>3倍ULN，合併總膽紅素>2倍ULN。
2. 病患經診斷出罹患結節狀再生性增生〈Nodular regenerative hyperplasia〉。
3. 病患經診斷罹患間質性肺病〈Interstitial lung disease, ILD〉或肺炎。

另外，針對出現第3或第4級周邊神經病變的病患，應該暫停使用Kadcyla，直到恢復至≤第2級為止。

表1 發生不良反應事件時建議的劑量調降時間表

劑量調降時間表	劑量
開始劑量	3.6 mg/kg
第1次調降劑量	3 mg/kg
第2次調降劑量	2.4 mg/kg
需要進一步調降劑量	停止治療

**肝臟毒性[見警語與注意事項(5.1)]**

出現肝臟毒性症狀如血清轉胺酶及/或高膽紅素血症時，建議調降KADCYLA的劑量(見表2與表3所列)。

表2 血清轉胺酶濃度(AST/ALT)增加時的劑量調整規範

第2級 (>2.5至≤5倍ULN)	第3級 (>5至≤20倍ULN)	第4級 (>20倍ULN)
以相同劑量治療。	暫停施打KADCYLA，等候AST/ALT恢復到≤2級，然後調降一級劑量。	永遠停用KADCYLA。

ALT=丙胺酸轉胺酶；AST=天門冬胺酸轉胺酶；ULN=正常值上限。

表3 高膽紅素血症時的劑量調整規範

第2級 (>1.5至≤3倍ULN)	第3級 (>3至≤10倍ULN)	第4級 (>10倍ULN)
暫停施打KADCYLA，等候總膽紅素恢復到≤1級，然後以相同的劑量繼續治療。	暫停施打KADCYLA，等候總膽紅素恢復到≤1級，然後調降一級劑量。	永遠停用KADCYLA。

**左心室功能不全[見警語與注意事項(5.2)]**

表4 針對左心室功能不全進行的劑量調整

有症狀的CHF	LVEF<40%	LVEF 40%至 ≤45%且比基準 值減少的幅度 ≥10%	LVEF 40%至 ≤45%且比基準 值減少的幅度 <10%	LVEF>45%
停用 KADCYLA	請勿施打 KADCYLA。  在3週內重新評 估LVEF。若確 認LVEF<40%， 請停用 KADCYLA。	請勿施打 KADCYLA。  在3週內重新 評估LVEF。 若比基準值的 LVEF降低幅度 未恢復到10% 以內，請停用 KADCYLA。	繼續接受 KADCYLA的 治療。  在3週內重新評 估LVEF。	繼續接受 KADCYLA的 治療。

CHF=鬱血性心衰竭；LVEF=左心室射出率

表5 血小板減少症時的劑量調整規範

第3級	第4級
PLT 25,000/mm <sup>3</sup> 至 <50,000/mm <sup>3</sup>	PLT <25,000/mm <sup>3</sup>
暫停施打KADCYLA，等候血小板恢復到≤1級(≥75,000/mm <sup>3</sup> )，然後以相同的劑量繼續治療。	暫停施打KADCYLA，等候血小板恢復到≤1級(≥75,000/mm <sup>3</sup> )，然後調降一級劑量。

PLT=血小板

## 給藥的製備

為了避免用藥錯誤，在製備及施打Kadcyla前務必先檢查藥瓶上的標籤，確定該藥物確實為Kadcyla，而非trastuzumab。給藥時需使用0.2-0.22微米、不會吸收蛋白質的線內聚醚〈In-line non-protein adsorptive polyethersulfone〉過濾器，只能以靜脈輸注的方式施打Kadcyla；不得以靜脈推注或快速灌注方式給藥。配製時以無菌注射用水溶解藥品，將溶液加進0.9%氯化鈉注射液的輸注袋內。切記不可使用5%葡萄糖溶液。配製後應立即使用。如果沒有立即使用，配製後的Kadcyla小瓶可放在冰箱內，以2°C—8°C儲存最多至24小時。

## 結語

Her-2狀態呈現陽性的轉移性乳癌患者，目前是乳癌治療發展史當中相當幸運的一個族群，從Her-2致癌基因的被發現，乃至於Her-2狀態檢測的日益成熟以及標準化，都帶給這類病患相當的希望；不只是如此，針對Her-2致癌基因所研發的治療藥物不論在早期的預防復發、甚至在轉移性的病患來說，目前都有比以前長足的進步，Pertuzumab 賀疾妥2013年的問世已經讓Her-2陽性的乳癌患者獲得相當不錯的轉移性治療的選擇，然而今年2014即將進入台灣市場的Kadcyla 賀癌寧更加讓這一類的患者，特別是標準藥物Herceptin〈trastuzumab〉治療失敗的患者，帶來一個新的希望。

## 參考資料

1. Verma S, Miles D, Gianni L, *et al.* Trastuzumab Emtansine for HER2-Positive Advanced Breast Cancer. *N Engl J Med* 2012;367:1783-91.



2. Kadcyla product information. [http : //www.Kadcyla.com/hcp/clinical-information/emilia-trial-design](http://www.Kadcyla.com/hcp/clinical-information/emilia-trial-design). 4 July 2014.
3. 行政院衛生署國民健康局。民國 99 年癌症登記報告。中華民國 102 年 2月出版。
4. 張源清。談HER2 陽性乳癌治療的進展。財團法人台灣癌症基金會[http : //www.canceraway.org.tw/cancerpageshow.asp?IDno=1131](http://www.canceraway.org.tw/cancerpageshow.asp?IDno=1131). 4 July 2014.
5. Kadcyla 藥品仿單



### 前言

酒精是最常被濫用的物質，因此酒精依賴〈alcohol dependence〉為現代社會常見的問題，根據流行病學調查，在美國，超過 18 歲的人口中有 8.5% 患有酒精濫用或依賴。嚴重酒精依賴的患者如突然停止飲酒，約有 70% 的患者會出現酒精戒斷症候群〈alcohol withdrawal syndromes〉。

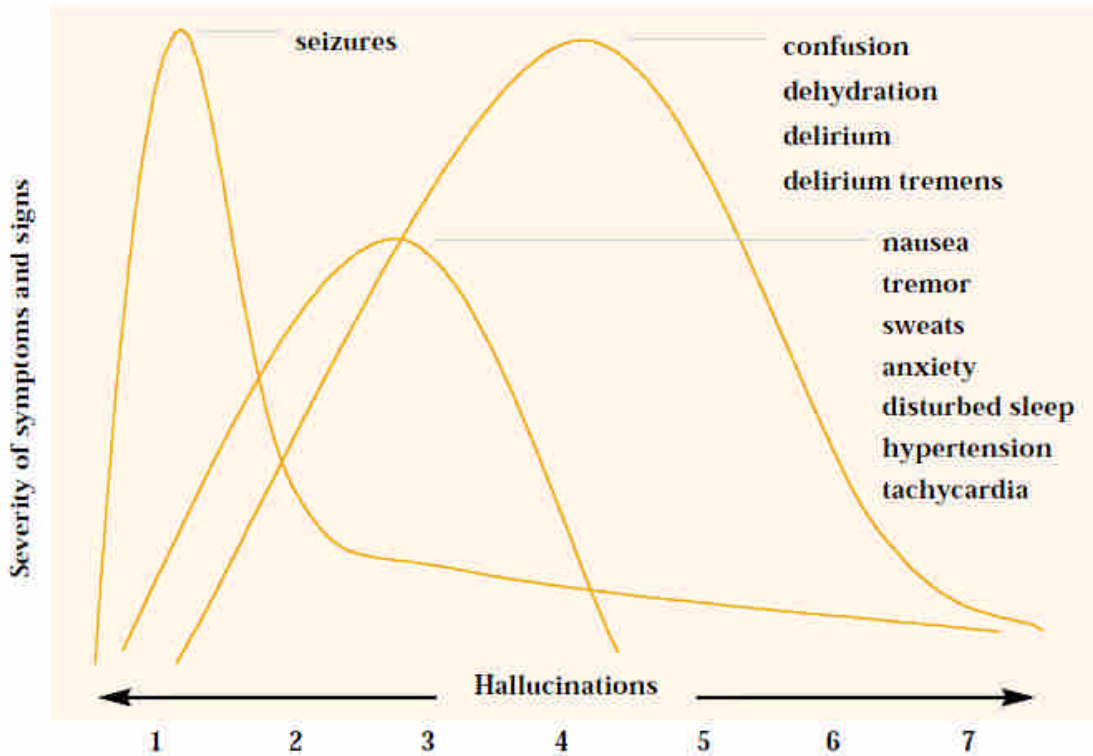
酒精戒斷症候群是長期飲酒的患者突然停止或大幅減少他們的酒精攝取量，容易於幾小時到幾天之內造成一些身體和情緒症狀，從輕度焦慮、疲勞、噁心、嘔吐、心跳過速、體溫上升等，到嚴重時可能出現全身性痙攣、意識障礙、妄想或幻覺等精神病症狀，在最嚴重時可能發生酒精戒斷性譫妄〈alcohol withdrawal delirium〉，若未經適當治療則可能危及性命。

### 病理生理學

中樞神經系統中主要的抑制性神經傳導物質為  $\gamma$ -amino-butyric acid 〈GABA〉，其作用於 GABA- $\alpha$  receptor，長期使用酒精的情況下，腦中之 GABA- $\alpha$  受體對 GABA 本身的反應下降，而且 GABA- $\alpha$  受體也會自發性的向下調節〈down-regulated〉，使得受體數目減少造成其功能降低；而 glutamate 則是興奮性神經傳導物質，其作用於 NMDA 〈N-methyl-D-aspartate〉受體，長期使用酒精會抑制 glutamate 傳導路徑，並且 NMDA 受體數會向上調節，因此長期飲酒的患者之中樞神經系統是處於抑制的狀態。故突然停止喝酒時，本來被酒精所抑制的 NMDA 受體變得不再受抑制，且大腦內具有抑制性作用的 GABA 明顯減少，加上其他興奮性傳導物質的分泌反彈性增加，造成中樞神經系統變得過度興奮，產生心跳加快、血壓升高、顫抖與幻覺等症狀；更嚴重者則會產生酒精戒斷癲癇與震顫性譫妄。

### 臨床表徵

酒精戒斷症通常是酒精在血液裡的濃度開始減少後就逐漸開始，其病程是持續進展的，約自停止飲酒後數小時至數天後開始發生，其發生的症狀嚴重度依停止飲酒後的天數表示〈如下圖〉。



輕度的戒斷症狀自停止飲酒 6 至 12 小時後開始發生，由輕微的交感神經興奮所引起，像是失眠、顫抖、輕度焦慮、腸胃不適、厭食、頭痛、發汗、心悸等，通常在有無治療的 24 小時到 48 小時內緩解。

酒精性幻覺症〈alcoholic hallucinosis〉通常發生於停用酒精後的 12-24 小時，幻覺的產生是由於多巴胺的增加，而這個症狀會在 24-48 小時後緩解，幻覺出現的方式通常以視幻覺較常見，其餘的聽幻覺以及觸幻覺也可能會發生。

酒精戒斷癲癇〈withdrawal seizures〉的形式為全身性僵直型發作，通常發生於停止飲酒後的 24-48 小時，若是酒精戒斷癲癇發作不及時治療的話，近三分之一的患者會發展為震顫性譫妄。

酒精戒斷譫妄〈delirium tremens〉，或稱震顫性譫妄，其主要發生時間在停止酒精後的 48-96 小時，並持續 1-5 天，是以意識模糊為主要表現，伴隨有加劇的顫抖、嚴重的躁動、幻覺、無定向感、注意力喪失、發燒，還有心跳、血壓、呼吸、脈搏與流汗增加等症狀。震顫性譫妄是最嚴重最激烈的戒斷症狀，約有 5% 的酒精戒斷症患者會發生，其發生之危險因子包含先前大量飲酒造成高血中酒精濃度、酒精依賴的時間較長、過去曾經發生過酒精戒斷震顫性譫妄、年齡大於 30 歲或是酒精戒斷症狀發生時間距離停止喝酒後的時間比正常時間長。死亡率約 5%，死因多為心血管併發症、外傷、感染等。

## 診斷

根據美國精神醫學學會〈American Psychiatric Association〉出版之精神疾病診斷與統計手冊〈DSM-IV〉酒精戒斷應同時符合以下 ABCD 四項診斷：

- A. 在大量且長期的酒精攝取之後，停止〈或減少〉喝酒
- B. 在準則 A 之後數小時到數天之內，發展出下列各項中的兩項〈含〉以上：
  - 1. 自主神經過度活化〈例如：出汗或脈搏超過每分鐘 100 下〉
  - 2. 手顫抖
  - 3. 失眠
  - 4. 噁心或嘔吐
  - 5. 暫時性視覺、觸覺或聽覺之幻覺或錯覺
  - 6. 精神運動性激躁
  - 7. 焦慮
  - 8. 大發作癲癇
- C. 準則 B 之症狀造成臨床上顯著不適或損害社會、職業或其它重要領域的功能
- D. 以上症狀並非一般身體狀況或其他精神疾病所造成

目前評估酒精戒斷嚴重度常用的量表為 Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale, Revised 〈簡稱 CIWA-Ar〉包含十個評估面向，除了可以評估酒精戒斷嚴重度外，也可用於監測病患於酒精戒斷期的症狀變化，及評估藥物治療的效果。十個面向包括激動〈agitation〉、焦慮〈anxiety〉、聽覺混亂〈auditory disturbances〉、感覺異常〈clouding of sensorium〉、頭痛〈headache〉、噁心或嘔吐〈nausea or vomiting〉、陣發性的出汗〈paroxysmal sweats〉、觸覺混亂〈tactile disturbances〉、顫抖〈tremor〉、視覺混亂〈visual disturbances〉等來評分〈如下表〉。

### Appendix. Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol.\*

Category	Range of Scores	Examples
Agitation	0-7	0=normal activity 7=constantly thrashes about
Anxiety	0-7	0=no anxiety, at ease 7=acute panic states
Auditory disturbances	0-7	0=not present 7=continuous hallucinations
Clouding of sensorium	0-4	0=oriented, can do serial additions 4=disoriented as to place, person, or both
Headache	0-7	0=not present 7=extremely severe
Nausea or vomiting	0-7	0=no nausea, no vomiting 7=constant nausea, frequent dry heaves and vomiting
Paroxysmal sweats	0-7	0=no sweat visible 7=drenching sweats
Tactile disturbances	0-7	0=none 7=continuous hallucinations
Tremor	0-7	0=no tremor 7=severe, even with arms not extended
Visual disturbances	0-7	0=not present 7=continuous hallucinations

\* The Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol measures 10 categories of symptoms, with a range of scores in each. The maximal score is 67. Minimal-to-mild withdrawal symptoms result in a total score below 8; moderate withdrawal symptoms (marked autonomic arousal), in a total score of 8 to 15; and severe withdrawal symptoms, in a total score of more than 15. High scores are predictive of seizures and delirium.

CIWA-Ar 表總分最高為 67 分，若小於等於 8 分代表輕度戒斷，8 分至 15 分代表中度戒斷，15 分以上則為重度戒斷。若有重度戒斷則發生癲癇與震顫性譫妄的危險性大增。

## 治療

酒精戒斷症的主要治療目標包括：預防及治療酒精戒斷症狀（包括初期的癲癇及震顫性譫妄）和精神性疾病併發症。臨床上早期發現到酒精戒斷症產生的可能性，給予藥物治療並預防酒精戒斷譫妄的發生是不容忽視的。

## 一般照護

長期酒癮的患者中，常常可以發現維他命 B1 (thiamine) 的缺乏，所以需要補充維他命 B1，避免導致 Wernicke's encephalopathy。Wernicke's encephalopathy 是維他命 B1 缺乏導致意識混亂、眼球運動出現問題、記憶喪失以及運動失調的急性腦病變。為防止上述症狀的發生，戒斷急性期間以 IV 或 IM 的方式注射 thiamine 每天 100~200 毫克，之後改口服每天補充 100 毫克。

如果有嚴重的酒精戒斷症狀，其高體溫 (hyperthermia)、流汗、嘔吐等症狀都會造成體液大量流失，則需要用靜脈補充體液，但靜脈補充體液不需用在所有酒精戒斷的患者。若用於輕微的酒精戒斷症患者可能會造成體液過載 (overhydrated) 的情形。另外長期喝酒會容易發生電解質缺乏的情形，如果出現低鈣、低鎂或低磷等血中濃度偏低時需給予補充該電解質。

## 藥物治療—Benzodiazepines

酒精戒斷症候群治療的首選用藥為 Benzodiazepines (BZD)。Benzodiazepines 已被證明是安全有效的，特別是預防或治療酒精戒斷之癲癇和譫妄。BZD 可以作用於 GABA- $\alpha$  受體，增加 GABA 活性來取代酒精對中樞神經的作用。在 BZD 選擇上，取決於多種因素，包括該藥品之藥物動力學、劑型、是否存在肝臟損傷等。一般來說，長效型的 BZD 如 diazepam 和 chlordiazepoxide 是首選，因為他們可使戒斷過程較為平順，且較短效型藥物不易產生反彈症狀 (rebound effects)，但長效型藥物對於具嚴重肝疾患者易產生過度鎮靜 (oversedation) 的副作用。短效型的 BZD 如 lorazepam 或 oxazepam 是經由肝臟代謝氧化為無活性代謝物，需要較頻繁的給予劑量，適用於老年、肝損傷患者來避免過度鎮靜的發生。

給藥途徑方面，所有發生酒精戒斷癲癇及震顫性譫妄的患者都須使用 BZD 靜脈注射治療，以確保藥物的吸收和快速地起效時間；肌肉注射給藥則應避免使用，因其吸收的不確定性。口服製劑則適用於預防戒斷症狀的門診患者。

治療劑量的給予，分為固定時間表方案 (fixed schedule regimens) 和依症狀調整劑量方案 (symptom-triggered regimen) 兩種。固定時間表方案指的是 BZD 以特定的時間間隔給予，而是否須給予額外劑量則要看戒斷症狀是否無法控制，亦即 CIWA-A 表分數維持在至少 8~10 分。依症狀調整劑量方案是指 CIWA-Ar 分數大於 8 分時才給

予治療，之後每小時評估 1 次 CIWA-Ar 分數並視其狀況給藥，直到連續 3 小時 CIWA-Ar 分數低於 8 分，才改成每 4 小時評估 1 次。若又有大於等於 8 分的情形，則改回每小時評估 1 次，給予方式則如下表。若症狀較嚴重的個案會一開始給予一次大劑量〈loading dose〉，如每 5~10 分鐘 IV 給予 5~10mg diazepam 直到病患呈現適度的鎮靜。依症狀調整劑量方案與固定時間表方案效果相同，但依症狀調整劑量方案的優點是治療所需的總藥量較低、縮短治療時間而降低病患對藥物的依賴性，以及較適合老年或肝損傷患者。

<b>Treatment Regimens for Alcohol Withdrawal</b>
<b>Symptom-triggered regimens</b>
Administer the CIWA-Ar every hour to assess the patient's need for medication.
Administer one of the following medications every hour when the CIWA-Ar score is at least 8 to 10 points:
Chlordiazepoxide (Librium), 50 to 100 mg
Diazepam (Valium), 10 to 20 mg
Lorazepam (Ativan), 2 to 4 mg
<b>Fixed-schedule regimen</b>
Administer one of the following medications every 6 hours:
Chlordiazepoxide, four doses of 50 mg, then eight doses of 25 mg
Diazepam, four doses of 10 mg, then eight doses of 5 mg
Lorazepam, four doses of 2 mg, then eight doses of 1 mg
Provide additional medication as needed when symptoms are not controlled (i.e., the CIWA-Ar score remains at least 8 to 10 points).

## 輔助性藥物治療

許多藥物可用作酒精戒斷的輔助治療，但這些藥物不宜作為單一治療，應搭配 BZD 才有幫助。

### 1. 抗癲癇藥物：

Carbamazepine 可增加腦中 GABA 濃度以提高癲癇閾值來避免酒精戒斷癲癇的發生。其優點為不會加強酒精引起的中樞神經系統抑制、不與酒精之間產生交互作用，但對譫妄的預防或治療無明顯助益，故仍應搭配 BZD 使用。另外，phenytoin 對於治療酒

精戒斷癲癇是無效的，故不建議使用。Phenobarbital 可與 BZD 併用於短期控制難治療的震顫性譫妄，以靜脈注射投予 phenobarbital 130~260mg，每 15-20 分鐘重複一次，直到症狀控制住。

## 2. Beta blockers：

可減輕酒精戒斷期間過度活化的交感神經問題，但對於治療酒精戒斷癲癇及震顫性譫妄無效，故不建議用於嚴重的酒精戒斷患者，應和 BZD 藥物併用於輕微的戒斷症患者。

## 3. 抗精神病製劑：

用於 BZD 難治之躁動、知覺障礙、幻覺。應與 BZD 類藥物併用。通常抗精神病製劑不會常規使用或當作預防用藥，因其缺發療效證據和它的副作用，特別是會降低癲癇閾值造成戒斷性癲癇的發生率上升。Haloperidol 可用於治療患者的激躁與幻覺的症狀，以口服、IV 或 IM 的方式給予 0.5~5mg 每 2-4 小時一次 PRN 使用。

## 結論

發生酒精戒斷症的患者，建議使用 CIWA-Ar 來初步評估和後續追蹤酒精戒斷症的嚴重度，根據患者於 CIWA-Ar 表所得到的分數，來決定適當的治療方法。通常 CIWA-Ar < 8 分的患者，也就是輕度戒斷症患者，只需要支持性療法，包括補充維他命 B1、體液、電解質等；當 CIWA-Ar ≥ 8 時，則須使用藥物治療。藥物治療首選為 BZD 類藥品，其可防止癲癇及譫妄的發生。在急性戒斷期過後，仍須配合藥物治療預防其他精神方面的併發症。在酒精戒斷症候群治療完畢後，應讓患者繼續接受酒精依賴或濫用的治療，以戒酒為最終目標。

## 參考資料

1. Caetano R, Clark CL, Greenfield TK. Prevalence, trends, and incidence of alcohol withdrawal symptoms: analysis of general population and clinical samples. *Alcohol Health Res World*. 1998;22:73-79
2. Hall W, Zador D. The alcohol withdrawal syndrome. *Lancet* 1997; 349: 1897-1900
3. Kosten TR, O'Connor PG. Management of drug and alcohol withdrawal. *N Engl J Med* 2003; 348:1786-1795
4. McKeon A, Frye M, and Delanty N. The alcohol withdrawal syndrome. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 2008;79:854-862



5. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *JAMA* 1997;278:144
6. Malcolm R, Myrick H, Brady KT, *et al.* Update on anticonvulsants for the treatment of alcohol withdrawal. *Am J Addict* 2001;10:16-23.
7. Sarff M, Gold JA. Alcohol withdrawal syndromes in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2010;38:494-501
8. Bayard MJ, Hill KR, Woodside J, Jr. Alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician.* 2004;69:1443-1450
9. Hoffman RS, Goldfrank LR. Management of moderate and severe alcohol withdrawal syndromes. In: S.J. Traub, J. Grayzel, eds. UpToDate, 2013



## 前言

Glutamine 是血液中含量最高的游離態胺基酸，參與體內許多代謝，用於提供能量及核苷酸的生成。大多由骨骼肌儲存及合成，經由血液分佈到各器官。在正常情況下飲食的攝取及人體可自行合成足夠的量維持生理所需，而在重大創傷或大面積燒燙傷病患需要大量 glutamine 時則需要補充。Glutamine 除了提供體內細胞能源之外，在蛋白質合成、腸道功能、免疫系統及組織修復上都扮演重要的角色。

## 麩胺 (Glutamine) 的生理作用

Glutamine 是組成骨骼肌主要元件，通常以左旋形態 (L-glutamine) 儲存。當血漿中的含量不足需求時，骨骼肌及肝臟即開始進行 glutamine 的合成。Glutamine 和體內許多代謝步驟相關，例如轉變為葡萄糖作為體內能量供給；同時也會被白血球利用，因此對於免疫系統也相當重要。

Glutamine 也會調節某些基因的表現，同時幫助調節 DNA 及 RNA 的生成。DNA 的建構需要仰賴足夠濃度的 glutamine。同時 glutamine 也會增加人體分泌生長激素的能力，連帶幫助了體內代謝脂肪及維持肌肉組織的生長。

## 本院所使用的麩胺 (Glutamine)

### 1. 商品名：雙勝胺靜脈輸注液 (Dipeptiven®)

經由靜脈輸注給予，做為一般非經消化道營養須額外補充 glutamine 的病人〈如：異化過度或新陳代謝過度之病人〉氨基酸溶液之補充品。



## 2. 禁忌症：

- (1) 嚴重腎功能不全〈creatinine clearance <25ml/min〉
- (2) 嚴重肝功能不全
- (3) 嚴重代謝性酸血症

## 3. 使用注意事項：

- (1) 代償性肝功能不全病患，應定期追蹤肝功能。
- (2) 孕婦、授乳婦及幼兒之使用資料不足，因此不建議使用。
- (3) 應定期監測 alkaline phosphatase、AST、ALT、bilirubin 及酸鹼平衡狀態。
- (4) 輸注速度過快時可能產生冷顫、噁心或嘔吐，此時應立即停止使用。

## 麩胺 (Glutamine) 使用於重症病人

雖然 glutamine 在人體內扮演一定的重要性，但在近期登載在 NEJM 的一篇文獻對於 glutamine 使用於重症病患卻持有不同的看法。

在一個 2x2 階乘試驗設計中，作者分別於加拿大、美國及歐洲的 40 個加護病房收納了 1223 位多重器官衰竭的重症病患，並且分別給予他們 glutamine、抗氧化劑、兩者皆給予或安慰劑。試驗在患者入住加護病房 24 小時內開始並同時經由靜脈及腸道給予。試驗結果發現，接受 glutamine 與沒有接受 glutamine 的患者 28 天死亡率分別為 32.4% 及 27.2% 〈RR 1.28, 1.00~1.64; P = 0.05〉。顯示 glutamine 並不能降低重症患者的死亡率，甚至可能增加（並無達到統計上的顯著差異）。

**Table 3. Clinical Outcomes in All 1218 Study Patients.**

Variable	Glutamine	No Glutamine	P Value	Antioxidants	No Antioxidants	P Value
Death—no. of patients/total no. (%)						
At day 28	198/611 (32.4)	165/607 (27.2)	0.05*	190/617 (30.8)	173/601 (28.8)	0.48
At day 14	157/611 (25.7)	129/607 (21.3)	0.07	154/617 (25.0)	132/601 (22.0)	0.23
In hospital	227/611 (37.2)	188/607 (31.0)	0.02	216/617 (35.0)	199/601 (33.1)	0.51
At 6 mo†	259 (43.7)	218 (37.2)	0.02	242 (40.4)	235 (40.6)	0.87
Time from randomization to final discontinuation of mechanical ventilation and alive—days‡						
Median	11.0	8.7	0.03	9.1	10.5	0.67
Interquartile range	4.0–undefined	3.9–58.8		3.9–undefined	4.0–undefined	
Time from randomization to discharge alive from ICU—days‡						
Median	17.1	13.1	0.03	15.1	14.0	0.34
Interquartile range	7.3–undefined	7.1–undefined		7.2–undefined	7.2–undefined	
Time from randomization to discharge alive from hospital—days‡						
Median	51.0	40.1	0.04	43.8	42.7	0.39
Interquartile range	17.9–undefined	16.3–undefined		18.0–undefined	16.2–undefined	
Hospital length of stay—days§						
Median	16.0	17.1	0.15	16.9	16.6	0.97
Interquartile range	7.9–33.9	8.4–36.1		8.0–36.2	8.1–33.0	
ICU length of stay—days§						
Median	8.4	8.9	0.62	8.4	8.9	0.87
Interquartile range	4.4–16.0	5.1–15.3		4.6–15.3	5.1–15.8	
Time from randomization to final discontinuation of mechanical ventilation—days§						
Median	6.1	5.9	0.71	6.0	6.1	0.69
Interquartile range	2.8–12.8	2.9–11.9		2.8–11.8	2.9–12.7	

\* A P value of less than 0.044 was considered to indicate statistical significance.

† The number of deaths at 6 months was estimated by means of the Kaplan–Meier method, and these numbers are slightly higher than the result of dividing the number of deaths by the number of randomly assigned patients because some patients were lost to follow-up (i.e., their data were censored) within 6 months after randomization.

‡ In this category, death was considered a competing risk for discharge, so that patients who died before (or within 24 hours after) discharge remained undischarged forever. Interquartile ranges are undefined because more than 25% of patients died before discharge.

§ In this category, death was considered as discharge for patients who died before discharge.

應該對人體有益的 glutamine 在此次試驗中為何對於重症患者反而看似有害的機轉仍不得而知，但對於此次試驗結果作者們提出了幾個看法：

1. 本次試驗使用的是”最高”劑量（每天 30 g），相較於其他試驗這可能是較不安全的。
2. 同時使用了靜脈及腸道補充，相較於其他試驗僅分別經由靜脈或腸道給予。
3. 在受試者的方面，選擇了多重器官衰竭的病人，此類的病患在其他試驗通常是被排除的。
4. 受試者在入住重症病房後 24 小時內即開始給予 glutamine，相較於其他試驗通常是在患者接受靜脈營養後開始。
5. 本次試驗患者多數接受腸道營養，相較於其他試驗則是靜脈營養占多數。

總結這篇論文認為及早提供 glutamine 的營養補充對於重症患者並不能改善臨床結果，且與死亡率的增加可能相關。但由於實驗結果並無達到顯著差異，而且一般病人並不會在一開始就給予高劑量的 glutamine，又因 glutamine 用於燒燙傷及加護病房病人是為減少腸胃不適、增加免疫淋巴球及減少感染，而非存活率的比較。另外目前 glutamine 的使用經常被應用在緩解腫瘤病人因化療藥品產生的副作用，而腫瘤科病人並非本次實驗收案主要族群。

## 麩胺（Glutamine）與腫瘤

在許多體內及體外的研究當中都顯示，腫瘤細胞會劇烈的消耗 glutamine，而 glutamine 逐漸的耗竭也被作為腫瘤細胞生長的標誌。口服 glutamine 的補充經常被應用在緩解化療藥物引起的副作用。腫瘤本身導致體內 glutamine 的缺乏，而化療藥物的毒性使其更為加重；同時使得腫瘤對於化療藥物的耐受性變高並使正常細胞對於化療藥物產生的副作用耐受性降低。Glutamine 的補充被認為對於接受放射治療和 5-FU 引起的黏膜炎（mucositis）、anthracycline 類藥品引起的心毒性，及紫杉醇類（Paclitaxel）藥品引起的肌肉疼痛具有保護作用。另外對於 paclitaxel、cisplatin、oxaliplatin bortezomib 和 lenolidamide 引起的神經毒性以及 irinotecan 引起的腸胃毒性皆有緩解作用。另外在需要靜脈營養的急性骨髓性白血病病人，glutamine 的補充能加速化療後 neutrophil 的恢復。然而，儘管有些研究認為口服 glutamine 能有效緩解化療藥物引起的副作用，但是目前仍缺乏有力的證據證實其療效。

## 結語

在 glutamine 的使用上，由於要價不斐且在使用的結果上依然存在著相當大的爭議，因此主要還是必須在平時即有良好的營養均衡攝取。而在化療藥品副作用方面，黏膜破損則必須更進一步的維持口腔清潔，腹瀉在確認排除感染的狀態下可以搭配使用止瀉藥品，另外也能從飲食上著手。因應不同的病情狀況作調整，才不會花了大錢但效果卻遠不如預期。

## 參考資料

1. Heyland D, Muscedere J, Wischmeyer PE, *et al.* A Randomized Trial of Glutamine and Antioxidants in Critically Ill Patients. *N Engl J Med* 2013; 368:1489-1497
2. Walsh NP, Blannin AK, Robson PJ, *et al.* Glutamine, Exercise and Immune Function. *Sports Med.* 1998 Sep;26(3):177-91.
3. Gaurav K, Goel RK, Shukla M, Pandey M. Glutamine: A novel approach to chemotherapy-induced toxicity. *Indian J Med Paediatr Oncol.* 2012 Jan-Mar;33(1):13–20
4. Dipeptiven 藥品仿單

藥劑部 103 年 4 月-103 年 6 月藥品異動

通告主旨：藥品異動

通告事由：因藥品缺貨或停產，經附醫、萬芳、雙和醫聯合藥委會決議通過取代藥品

異動藥品名稱 (院內代碼)	取代藥品名稱 (院內代碼)	藥品適應症及藥品相關資訊
Verelan 120mg (Verapamil) (OVERE)	<b>Cintsu S.R.F.C. 240mg (Verapamil) (OCINT)</b>	1. 適應症：高血壓。 2. 本品項為緩釋劑型，同成分、不同劑量取代。 3. 本品項成分為Verapamil，240mg/cap。
Vitamin B6 Tab (Pyridoxine HCl) (OVB6)	<b>Vitamin B6 10mg (Pyridoxine HCl) (OVITB6)</b>	1. 適應症：維他命 B 6 缺乏症。 2. 本品項為同成分、同劑量取代。 3. 本品項成分為 Pyridoxine HCl，10mg/tab。
Cal carbonate (井 田)500mg (CaCO3) (OCAL)	<b>Calcium carbonate 500mg (CaCO3) (OCALC)</b>	1. 適應症：緩解胃部不適或灼熱感、或經 診斷為胃及十二指腸潰瘍、胃炎、食道炎 所伴隨之胃酸過多。 2. 本品項為同成分、同劑量取代。
Unidac(Sulindac)2 00mg (Sulindac) (OUNI)	<b>Sulinton 200mg (Sulindac) (OSUL)</b>	1. 適應症：骨關節炎、風濕性關節炎、關 節粘連性脊椎炎、急性痛風性關節炎。 2. 本品項為同成分、同劑量取代。
Haldol drop 15mL (Haloperidol) (LHAL)	<b>HALdol drop 30ml (Haloperidol) (LHAL-1)</b>	1. 適應症：躁病、精神病狀態、嘔吐、噁 心、攻擊性與破壞性之行為障礙、舞蹈 病。 2. 本品項為同成分、同劑量、不同包裝量 取代。 3. 本品項成分為：Haloperidol，2mg/ml， 30ml/bot。
Oestrogel 30g/tube (Estrogen) (TOES30)	<b>Ladiol gel 30g/tube (Estrogen) (TLAD)</b>	1. 適應症：因停經引起之血管異常、因卵 巢分泌障礙所致之萎縮、女性生殖功能不 足、婦女卵巢切除患者、原發性卵巢功能 障礙。 2. 本品項為同成分、同劑量取代。
Bisolvon solution 50 ml (Bromhexine) (LBIS)	<b>BISOLVON solution 50 ml (Bromhexine) (LBIS-1)</b>	1. 適應症：祛痰。 2. 本品項為同成分、同劑量取代。

<p>Utrogestan 100mg (Progesterone) (OUTR)</p>	<p><b>UTROgestan 100mg (Progesterone) (OUTRO)</b></p>	<p>1. 適應症：婦科：-黃體素不足造成失調，主要為：經前症候群，因異常排卵或停止排卵引起的經期不規則，良性乳腺病，停經前期症狀。-更年期治療(雌激素療法的輔助藥品)。-黃體期障礙造成不孕。產科：-預防因黃體期障礙造成習慣性流產。陰道途徑給藥：-因黃體期障礙引起初級或次級不孕(主要用於：排卵困難，作人工受孕或卵子捐贈時的黃體期補充)。預防黃體期障礙造成習慣性流產。 2.本品項為同成分、同劑量取代。</p>
<p>Solu-Tisone 100mg (Hydrocortisone) (ISOL)</p>	<p><b>Solu cortef (Hydrocortisone)100 mg/vial (ISLC)</b></p>	<p>1. 適應症：腎上腺皮質機能不全、劇列休克、膠原疾病（全身性紅斑性狼瘡）過敏反應（支氣管氣喘）、過敏性皮膚疾患（天皰瘡、剝脫性皮膚炎）。 2.本品項為同成分、同劑量取代。</p>
<p>Dexamethasone 5mg/ml/amp (Dexamethasone) (IDEXA)</p>	<p><b>Dexamethasone 5mg/ml/amp (Dexamethasone) (IDE)</b></p>	<p>1. 適應症：僂麻質斯性關節炎、散播性之紅斑性狼瘡、結節性動脈周圍炎、皮膚炎、支氣管氣喘、滑液囊炎、腱炎、關節周圍炎、濕疹、天？瘡、火傷、手術時之休克。 2.本品項為同成分、同劑量取代。</p>
<p>Formoxol★◎ 60mg/10ml/vial (Paclitaxel) (IFORM01)</p>	<p><b>Formoxol★◎ 150mg/25ml/vial (Paclitaxel) (IFORM02)</b></p> <p><b>Formoxol★◎ 30mg/5ml/vial (Paclitaxel) (IFORM)</b></p>	<p>1. 適應症：晚期卵巢癌、腋下淋巴轉移之乳癌，作為接續含杜薩魯比辛（DOXORUBICIN）在內之輔助化學療法、已使用合併療法（除非有禁忌，至少應包括使用ANTHRACYCLINE抗癌藥）失敗的轉移乳癌、非小細胞肺癌、愛滋病相關卡波西氏肉瘤之第二線療法；與CISPLATIN併用，作為晚期卵巢癌之第一線療法。與GEMCITABINE併用，可使用於曾經使用過ANTHRACYCLINE之局部復發且無法手術切除或轉移性之乳癌病患、與HERCEPTIN併用時，用於治療未接受過化學治療之轉移性且乳癌過度表現HER-2之病人。 2.本品項為同成分、不同劑量取代。</p>



通告主旨：藥品異動

通告事由：經附醫、萬芳醫、雙和醫聯合藥委會決議通過取代藥品

異動藥品名稱 (院內代碼)	取代藥品名稱 (院內代碼)	藥品適應症及藥品相關資訊
Diovan F.C.80mg (Valsartan) (ODIO)	<b>DIOvan F.C. 1 6 0 mg (Valsartan) (ODIO160)</b>	1. 適應症：高血壓、心衰竭(NYHA 二到四級)。心肌梗塞後左心室功能異常。 2. 本品項為同成分、不同劑量取代。 3. 本品項成分為Valsartan，160mg/tab。
Nonin ★ 2mg (Glimepiride) (ONON)	<b>Amaryl★2mg (Glimepiride) (OAMA)</b>	1. 適應症：非胰島素依賴型（第2型）糖尿病。 2. 本品項為同成分、同劑量取代。 3. 本品項成分為Glimepiride，2mg/tab。
Mobic 7.5mg (Meloxicam) (OMOB)	<b>Mobic 15mg (Meloxicam) (OMOB02)</b>	1. 適應症：類風濕性關節炎、骨關節炎及僵直性脊椎炎之症狀治療。 2. 本品項為同成分、不同劑量取代。 3. 本品項成分為Meloxicam，15 mg/tab。
Bokey EM 100 mg (Aspirin) (OBOK)	<b>Aspirin Protect 100mg (Aspirin) (OASPI)</b>	1. 適應症：預防心肌梗塞、預防血栓性栓塞症、短暫性缺血性發作。 2. 本品項為同成分、同劑量取代。 3. 本品項成分為Aspirin，100mg/tab。
Cialis 20mg (Tadalafil) (OCIA)	<b>Cialis 5mg (Tadalafil) (OCIA5)</b>	1. 適應症：(1)治療勃起功能障礙。(2)良性攝護腺(前列腺)肥大症所伴隨的下泌尿道症狀。 2. 本品項為同成分、不同劑量取代。 3. 本品項成分為Tadalafil，5mg/tab。

通告主旨：新進藥品

通告事由：經附醫、萬芳醫、雙和醫聯合藥委會決議通過為常備藥品

藥品名稱 (院內代碼)	藥品相關資訊
<b>Azarga susp. 5ml/Bot (TAZA)</b>	1. 適應症：用於治療曾使用單方治療效果不佳的隅角開放性青光眼或高眼壓成人患者，以降低其眼內壓。 2. 本品項成分為 Brinzolamide 10mg/ml + Timolol maleate 5mg/ml，5ml/Bot。

通告主旨：新進藥品

通告事由：經附醫、萬芳醫、雙和醫聯合藥委會決議通過為緊急採購藥品

藥品名稱 (院內代碼)	藥品相關資訊
<b>Dynastat 40mg inj. (Parecoxib Sodium) (IDYN)</b>	1. 適應症：短期(不宜超過四天)使用於外科手術後疼痛之緩解。 2.本品項成分為：Parecoxib Sodium，40mg/vial。

通告主旨：新進藥品

通告事由：暫以簽呈通過為緊急採購藥品

藥品名稱 (院內代碼)	藥品相關資訊
<b>Celsentri F.C. 300mg (Maraviroc) (OCELS)</b>	1. 適應症：Celsentri與其他抗反轉錄病毒藥物併用，適用於對第一線抗反轉錄病毒藥物無法耐受或治療失敗，且只具CCR5趨性之HIV-1感染之成人患者。 2.本品項成分為：Maraviroc，300mg/tab。
<b>Esperal 500mg (Disulfiram) (OESPE)</b>	1. 適應症：戒酒輔助劑。 2.本品項成分為：Disulfiram，500mg/tab。 3. 此藥為專案進口藥品，開立前請務必填寫專案進口藥品病患同意書。
<b>Replagal 3.5mg/3.5mL/vial (Agalsidase Alfa) (IREP)</b>	1. 適應症：用於治療 $\alpha$ -GALACTOSIDASE A缺乏患者(即FABRY DISEASE)，提供長期酵素補充治療。 2. 本品項成分為：Agalsidase Alfa，3.5mg/3.5mL/vial。
<b>Zaltrap 100mg/4mL/vial (Aflibercept) (IZAL)</b>	1. 適應症：與5-fluorouracil、leucovorin、irinotecan-(FOLFIRI)合併使用，治療已使用含有oxaliplatin化學療法無效或惡化之轉移性大腸直腸癌病患。 2. 本品項成分為：Aflibercept，100mg/4mL/vial。
<b>REVLIMID 25mg (Lenalidomide) (OREV25)</b>	1. 適應症：Revlimid與dexamethasone合併使用可治療先前已接受至少一種治療失敗之多發性骨髓瘤(multiple myeloma, MM)患者。 2. 本品項成分為：Lenalidomide，25mg/cap。
<b>Fibro-vein 3%/5ml (Sodium Tetradecyl sulfate) (IFIB)</b>	1. 適應症：治療靜脈曲張。 2. 本品項成分為：Sodium Tetradecyl sulfate，3%/5ml/Amp。 3. 此藥為專案進口藥品，開立前請務必填寫專案進口藥品病患同意書。

通告主旨：藥品停藥通知

通告事由：經附醫、萬芳醫、雙和醫聯合藥委會決議取消此品項

藥品名稱 (院內代碼)	藥品相關資訊
Emadine oph 0.05% 5ml/bot (Emedastine)  (TEMA)	1. 適應症：Revlimid與dexamethasone合併使用可治療 先前已接受至少一種治療失敗之多發性骨髓瘤 (multiple myeloma, MM)患者。 2.本品項成份為：Lenalidomide，15mg/cap。