高雄榮總藥訊

Kaohsiung Veterans General Hospital Drug Bulletin

2015年11月第24卷第11期

No158

高雄榮民總醫院
Kaohsiung Veterans General Hospital

高雄榮總藥訊

Kaohsiung Veterans General Hospital Drug Bulletin

2015年11月第24卷第11期

高雄榮總藥訊電子期刊

定價:每本8元整
贈閱品

CC BY NC ND

本期內容

用藥安全資訊

ACEIs、ARBs或Aliskiren不建議併用

銀杏葉抽出物留意出血風險

藥物諮詢問答

那些臨床檢驗項目會受顯影劑影響？

醫藥新知選粹

成人腦室內注射Vancomycin的效果好嗎？

心肌梗塞病人長期使用Ticagrelor好處多？

藥學專題報告

慢性C型肝炎治療的新進展

醫藥焦點新聞

藥事照護分組討論 引導藥師共學習

新列管制藥品

「食用玩家」選好文抽大獎

民眾教育藥文

冬季養生，你做對了嗎？

藥學部大事紀

1991年10月創刊

出版年月/ 2015年11月

出版機關/ 高雄榮民總醫院

發 行 人 / 莫景棠

總 編 輯 / 曾碧萊

編輯委員/ 李建立、劉宇祥
江妮娜、陳淑梅
李季黛、陳妙婷
孫憲龍、毛志民

出刊頻率/月刊

版面設計/毛志民

電話 07-3422121轉6104

網址 www.vghks.gov.tw/ph

政府出版統一編號:

GPN 4908100246

ISSN 2227-2151

封面攝影/陳蓉誼

I. 用藥安全資訊

I.1. ACEIs、ARBs 或 Aliskiren 不建議併用 毛志民總藥師

合併使用 ACEIs、ARBs 或含 Aliskiren 成分等阻斷腎素－血管昇壓素－醛固酮系統(Renin-Angiotensin-Aldosterone System, RAAS)藥品，會增加低血壓、高鉀血症及腎功能下降(包括急性腎衰竭)之風險；因此，糖尿病患或腎功能不全患者 (GFR < 60 ml/min/1.73 m^2)忌用，若確有必要使用雙重阻斷治療，應密切監測患者之腎功能、電解質及血壓。

我國目前核准作用於 RAAS 之藥品包括：

1. 血管收縮素轉化酶抑制劑(Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors, ACEIs)-Benazepril、Captopril、Cilazapril、Enalapril、Fosinopril、Imidapril、Lisinopril、Perindopril、Quinapril、Ramipril；
2. 血管收縮素 II 受器阻斷劑 (Angiotensin II Receptor Blockers, Arbs)-Azilsartan、Candesartan、Irbesartan、Losartan、Olmesartan、Telmisartan、Valsartan；
3. 腎素抑制劑 (Direct Renin Inhibitors) - Aliskiren。

參考資料：食藥署。公告作用於 RAAS(renin-angiotensin-aldosterone system)之藥品安全性再評估結果相關事宜。[2015/09/11]

I.2. 銀杏葉抽出物留意出血風險 毛志民總藥師

含銀杏葉抽出物成分(Ginkgo Biloba Extract)口服劑型藥品，經衛福部評估後，要求其中文仿單應加刊及修訂事項如下：

1. 「禁忌」欄位加刊：「懷孕」。
2. 「警語及注意事項」欄位加刊：

2.1. 「手術出血風險」：「如果必須進行手術，請務必告訴醫師正在服用本藥品，並在手術前七天停止使用」。

2.2. 「不良反應」：「依據案例報告、臨床研究及上市後資料顯示，使用含此成分藥品，可能發生以下不良事件，包含器官(如眼睛、鼻子、大腦和胃腸道)出血、頭痛、頭暈、輕微的胃腸道不適(如腹瀉、腹痛、噁心和嘔吐)及過敏性皮膚反應(如紅斑、皮疹、水腫、瘙癢)，嚴重者甚至可能發生過敏性休克」。

3. 「特殊族群」欄位加刊：癲癇病人服用銀杏製劑產品，無法排除該品會促使其下一次癲癇的發作；建議此類病人避免使用此成分，及已知會降低癲癇發作閾值之藥品。」
4. 「藥品交互作用」欄位統一為：

4.1. 此成分與抗凝血劑(如 Phenprocoumon 或 Warfarin)或抗血小板藥品(如 Clopidogrel、Acetylsalicylic Acid 及 NSAIDs 等)併用可能會影響抗凝血劑或抗血小板藥品之作用。

4.2. 此成分與 Warfarin 合併使用時，建議應於開始合併使用、改變劑量、停止或更換使用銀杏製劑時，進行凝血功能監測。

4.3. 此成分可能具有抑制 P-Glycoprotein 作用，而因此增加 P-gp 受質藥品(如 Dabigatran)之暴露，建議合併此成分與 P-gp 受質藥品時應謹慎使用。

5. 其他：刪除仿單中所有與核准適應症無關之醫療效能描述(如：老年癡呆、器質性腦部神經症狀、腦部急性病變、視網膜病變、斑狀衰退性失明、經期水腫、陽痿…)。

考量銀杏葉抽出物成分藥品具有出血風險，臨床療效尚不明確，且目前臨床已有其他抗凝血劑藥品可供使用，為確保病人用藥安全，衛福部將針對含該成分之針劑劑型藥品進行臨床效益與風險再評估作業，倘評估結果未獲通過，將廢止其藥品許可證。

參考資料：

1. 食藥署。公告含銀杏葉抽出物成分(Ginkgo biloba extract)口服劑型藥品中文仿單修訂相關事宜 [2015/9/1]
2. 食藥署。公告含銀杏葉抽出物成分(Ginkgo biloba extract)針劑劑型藥品之臨床效益與風險再評估相關事宜 [2015/9/1]

本主題節錄自衛生署發布之用藥安全資訊，以提醒本院同仁用藥時留意。當醫療人員或病患疑似因為使用(服用)藥品導致不良反應發生時，請立即於"線上藥物不良反應通報系統"通報，本院藥物不良反應相關訊息請參考藥學部網頁。

II. 藥物諮詢問答

II.1. 那些臨床檢驗項目會受顯影劑影響? 一般檢驗科金一如醫檢師

答：隨著臨床上攝影檢查使用顯影劑的增加，臨床檢驗項目的準確性也受到影響。根據文獻資料顯示會干擾檢驗方法使得結果有偏差，這些檢驗項目有：

1. 尿液檢查：尿液比重 (urine specific gravity)、尿糖、尿沉渣 (urine sediment)、尿蛋白 (urinary protein)。
2. 血液檢查：肌酐酸 (creatinine)、總鐵結合能力 (TIBC)、鎂 (magnesium)、鈣 (calcium)、鋅 (zinc)、硒 (selenium)、血管收縮素轉換酶(angiotensin converting enzyme；ACE)、心肌鈣蛋白 I (cardiac troponin I)、血清蛋白毛細管區帶電泳(capillary zone electrophoresis of serum proteins)。

總之，請先抽完血後，再施打對比劑(舊名顯影劑)；若已施打對比劑後，請隔天以後再來抽血。

參考資料：

1. Feeney DA, Osborne CA, Jessen CR. Effects of radiographic contrast media on results of urinalysis, with emphasis on alteration in specific gravity. Journal of the American Veterinary Medical Association. 1980;176(12): 1378-1381.

2. Morcos SK, el-Nahas AM, Brown P, Haylor J. Effect of iodinated water soluble contrast media on urinary protein assays. BMJ 1992; 305(6844):29.

3. Lippi G, Daves M, Mattiuzzi C. Interference of medical contrast media on laboratory testing. Biochem Med (Zagreb). 2014; 24(1):80-88.

III. 醫藥新知選粹

III.1. 成人腦室內注射 Vancomycin 的效果好嗎?

原文標題：Systematic Review of Efficacy, Pharmocokinetics, and Administraion of Intraventricular Vancomycin in Adults

原文出處：Neurocrit Care 2014; 20:158-171.[文章連結]

摘要內容：隨著顱內裝置出現，多重抗藥性及院內細菌感染盛行率增加，選擇腦室內注射 (Intraventricular, IVT) Vancomycin 日益普遍。

Vancomycin 常使用靜脈注射(Intravenous,IV)來治療革蘭式陽性菌，或是抗甲氧苯青黴素金黃色葡萄球菌(Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus; MRSA)的感染；使用 IVT 的投予方式，藥物不經過血腦屏障，直接局部的控制藥物遞送到患部，達到較高藥物濃度，提高殺菌效果。本文系統性回顧成人使用 IVT Vancomycin 相關的文獻、資訊和彙整證據作為實務參考。適應症包含使用 IV 抗生素無效的腦膜炎、腦室炎及顱內裝置感染，且研究顯示是安全、有效的。使用 IVT Vancomycin 無嚴重的副作用報告，建議劑量範圍是 5 至 20 mg/day，治療期間最常使用 7 至 21 天。治療藥物濃度監測顯示：腦脊髓液 Vancomycin 的濃度為 1.1 至 812.6 mg/L，且此濃度和毒性或副作用沒有顯著相關性。理想的治療方法目前尚不清楚，且斟酌劑量需要考慮病人特性及對中樞神經系統生理的影響，更多高品質的臨床試驗是必要的。

(大仁科技大學藥學生陳玟璇、張庭溪，黃彩桂藥師指導)

III.2.心肌梗塞病人長期使用 Ticagrelor 的好處多?

原文標題：Long-Term Use of Ticagrelor in Patients with Prior Myocardial Infarction

原文出處：N Engl J Med 2015;372:1791-800. [文章連結]

摘要內容：曾發生過心肌梗塞的病人再次發生缺血性事件的風險較一般人高，根據最新治療指引，建議在心肌梗塞後一年內併用兩種抗血小板藥物，可以降低再次發生心血管事件風險，但是對於這類病患滿一年後使用二種抗血小板藥物的療效及安全性則無實證。

本研究(即 PEGASUS-TIMI 54)對此議題，在 2010 年 10 月到 2013 年 5 月期間，收集來自全球 31 個國家 1161 個研究機構，共 21162 位病人，進行隨機雙盲控制試驗。研究結果發現 Aspirin 併用一天服用 2 次 90 mg 及 60 mg 的 Ticagrelor，比較 Aspirin 併用 Clopidogrel，可以顯著降低心血管事件、但也會伴隨發生出血事件，平均每一萬個服用 90 mg 與 60 mg Ticagrelor 病人，每年分別可預防 40 與 42 件心血管不良事件，但曾發生 41 與 31 件大出血事件；因此，如何權衡效益與風險是治療時需要考量的。

(中國醫藥大學藥學生楊宗穎，蘇怡嘉藥師指導)

IV. 藥學專題報告

慢性 C 型肝炎治療的新進展　陳怡璇藥師

壹、前言

慢性 C 型肝炎是世界性的公共衛生課題，全球感染率約 3%[1]。C 型肝炎病毒 (HCV) 突變機率高且基因型變異大，至今尚未開發出有效的疫苗[3]。目前以干擾素合併 Ribavirin (Peg-IFN/RBV) 為常見治療。FDA 於 2011 年核准直接作用型抗病毒藥物[4]。隨著新藥發展，C 型肝炎的治療效果佳，可望減少因 C 型肝炎導致的肝硬化及肝癌[2]。

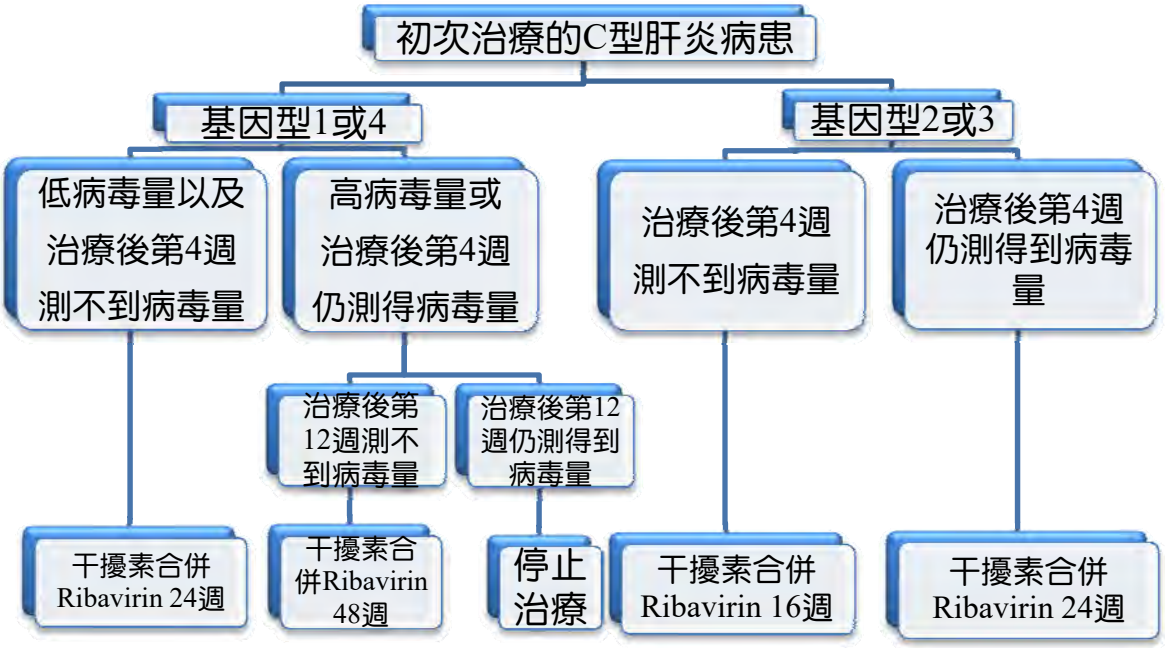
貳、C 型肝炎病毒

C 型肝炎病毒為核糖核酸病毒。正股 RNA 有一個開放閱讀架構，可直接轉譯一段約 3000 個胺基酸組成的序列。此序列經由病毒及宿主蛋白水解酶作用，分割為 3 個結構蛋白 (core, E1, E2)、p7 以及 6 個非結構蛋白 (NS2, NS3, NS4A, NS4B, NS5A, NS5B)[2]，非結構蛋白對於 HCV 的生活周期非常重要[3]。

C 型肝炎病毒有六種主要的基因型，其中基因型 1a、1b、2a、2b 和 3a 是全世界 C 型肝炎的主要病毒基因型。臺灣的主要病毒基因型是 1b 與 2a [1]。

參、目前 C 型肝炎療法

健保藥品給付規定的慢性 C 型肝炎治療準則，病患 ALT 值異常者，且 Anti-HCV 與 HCV RNA 均為陽性，即可參加「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」，治療藥物為干擾素應與 Ribavirin 兩者併用[5]。健保藥品給付規定是依病毒動力學作區分，而不以基因型做區別。臨床上先檢測基因型及病毒量，再以病毒動力學反應決定療程。基因型 1 或 4，在治療第 4 週及第 12 週檢測病毒動力學反應，決定療程為 24 週或 48 週。若治療後第 12 週仍測得到病毒量，應中止治療。基因型 2 或 3，在第 4 週檢測病毒動力學反應，決定療程為 16 週或 24 週[1] (圖一)。治療後達到持續病毒學反應(療程結束後 24 週仍測不到病毒量)，在台灣基因型第 1 型約 77% (76-80%)，基因型第 2 或 3 型約 84%-95%[1]。合併療法的藥物用法用量及療程參見表一[4]。



圖一: 慢性 C 型肝炎個人化治療路徑圖[1]

摘自 Yu ML & Chuang WL. J Gastoenterol Hepatol 2009;24:336-45

註 1. 低病毒量(LVL, low virus load): RNA 的量<400,000IU/mL； 高病毒量(HVL, high virus load): RNA 的量>400,000 IU/mL)

註 2. 快速病毒學反應(RVR，Rapid virological response): 治療後第 4 週測不到病毒量；早期病毒學反應(EVR，Early virological response): 治療後第 12 週測不到病毒量

表一、慢性 C 型肝炎的藥物建議[4]

基因型	療程(週)	長效型干擾素劑量(每週一次皮下注射)	Ribavirin(每日劑量，口服)
基因型 1 基因型 4~6	48	180μgPegIFN α-2a	1000mg(<75kg) 1200mg(>75kg)
		1.5μg/kg PegIFN α-2b	800mg(<65kg) 1000mg(65~85kg) 1200mg(85~105kg) 1400mg(>105kg)
基因型 2/3	24	180μgPegIFNα-2a	800mg(all)
		1.5μg/kg PegIFN α-2b	800mg(<65kg) 1000mg(65~85kg) 1200mg(>85kg)

肆、治療新藥一直接作用型抗病毒藥物 (direct-acting antiviral, DAA)

一、NS3⁄4A 蛋白酶抑制劑 (NS3⁄4A protease inhibitors, PIs)

NS3 絲胺酸蛋白酶負責將非構造性蛋白質切割，而 NS4A 為 NS3 蛋白酶之輔酶。蛋白酶抑制劑，均結合於所需水解酶的活性位點，而有效抑制病毒增生。此類學名的字尾多為~previr。FDA 於 2011 年 5 月核准第一代藥物 Telaprevir 和 Boceprevir，與 Peg-IFN/RBV 之三合一組合來治療基因型第 1 型，將第 1 型治療率從 40-44%提高到 68-75%。此兩種藥品必須與 Peg-IFN/RBV 組合，不可單獨使用，都為口服劑型，每 8 小時服用一次(Telaprevir 可以 12 小時服用一次)。臨床上因為副作用比傳統療法高、藥物交互作用較多、較易產生病毒抗藥性及每日服藥粒數和頻率都較多，在發展上有限制[3, 6]。

第二代 Simeprevir，美國及歐洲已核准上市。治療基因型第 1、2 和 4 型，對於基因型第 3 型則沒有相關的臨床資料證實藥物有效[7]。雖其有較少藥物交互作用及副作用[6]，但仍然容易產生病毒的抗藥性[7]。

第二代 Asunaprevir，日本核准與 NS5A 聚合酶抑制劑 Daclatasvir 併用來治療第 1 型 (1b)[8, 9]，是不需要 Peg-IFN/RBV 的治療方案[9]。

二、NS5A 聚合酶抑制劑 (NS5A polymerase inhibitors)

NS5A 抑制藥物作用在 NS5A 上，破壞調控病毒複製能力，也能夠阻礙病毒從感染細胞中釋出的能力。此類學名的字尾多為~asvir，包括 Daclatasvir, Ledipasvir, Ombitasvir。都能夠有效治療第 1 及 4 型，但是無法治療第 2 及 3 型，且容易產生病毒抗藥性[3]。

三、NS5B 聚合酶抑制劑 (NS5B polymerase inhibitors)

NS5B 負責病毒複製。NS5B 聚合酶抑制劑抑制 RNA 聚合酶活性，造成病毒複製週期終止。此類學名的字尾多為~buvir [3]，可治療不同基因型，有不容易產生抗藥性的優點[7]。次分為兩類：一類是核苷酸類似物抑制劑 (Nucleoside/nucleotide analogue inhibitors, NIs)，如 Sofosbuvir；另一類是非核苷酸類似物抑制劑 (Non-Nucleoside inhibitors, NNIs)，如 Dasabuvir。

伍、兩種或兩種以上 DAAs 合併療法

一、Ledipasvir + Sofosbuvir

Sofosbuvir 400 mg 加上 Ledipasvir 90 mg 合併成固定劑量複方藥物。

二、Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir + Dasabuvir

Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir 是固定劑量複方藥品（劑量分別是 12.5/75/50 mg)，而 Dasabuvir 是 250 mg/tab 單獨一顆藥物。

上述藥物，美國 FDA 在 2014 年底皆已核准上市。

整理目前本院 C 型肝炎治療藥物及其治療療程提供參考(表二)。

表二、本院 C 型肝炎治療藥物介紹 [6, 8, 10-13]

分類	藥名	用法用量	療程	核准治療的基因型	發生率高的副作用
傳統療法	干擾素及 Ribavirin	參見表一	干擾素及 Ribavirin 併用 48 週	第 1.4.5.6 型	干擾素:頭痛(27% ~ 54%)、疲倦(24% ~ 56%)、發燒(37%)
傳統療法	干擾素及 Ribavirin	參見表一	干擾素及 Ribavirin 併用 24 週	第 2.3 型	Ribavirin:頭痛(43% ~66%)、疲倦(60% ~ 70%)、發燒(32%~ 55%)
NS3⁄4A PIs	Boceprevir 200mg	每日三次、每次 800 mg 與食物併用	無肝硬化之未藥物治療過者：第 1~4 週只用干擾素及 Ribavirin；第 5 週起與干擾素及 Ribavirin 併用 共 28~48 週	第 1 型	疲倦(55%~ 58%)、貧血(45% ~ 50%)
NS3⁄4A PIs	Asunaprevir 100 mg	每日二次、每次 100 mg	與 Daclatasvir 60mg 每日一次、併用 24 週(美國未核准)	第 1b 型	高熱(嚴重)、耐受性良好

分類	藥名	用法用量	療程	核准治療的基因型	發生率高的副作用
NS5A NNIs	Daclatasvir 60mg	每日一次、每次 60 mg	與 Sofosbuvir 400 mg/每天，併用 12 週	第 3 型	耐受性良好
NS5B NIs	Sofosbuvir 400 mg	每日一次、每次 400 mg	與干擾素及 Ribavirin 併用 12 週	第 1. 3. 4. 5. 6 型 (第 5.6 型為 off-label use)	疲倦(30% ~ 59%)
			與 Ribavirin 併用 24 週	第 1.3.4.型 (第 4 型為 off-label use)	
			與 Ribavirin 併用 12 週	第 2 型	
複方藥	Sofosbuvir 400mg/ Ledipasvir 90mg	每日一次、每次一錠	12 週	第 1 型	耐受良好

陸、總結

由於傳統療法的療效低、耐受性差及有些患者對干擾素是禁忌而受到限制。直接抗病毒藥品增加療效、改善耐受性和安全性，但是藥價較高須自費，無法人人負擔的起，目前是傳統療法失敗時或是不想接受傳統療法副作用的另一項選擇。

參考文獻

1. 陳朝棟，郭垣宏，黃志芳，盧勝男. 慢性 C 型肝炎標準照顧在臨床上的療效：南台灣醫學中心某醫師的經驗. 內科學誌 2011; 22: 192-8.
2. 文薛帷，黃一城，黃煜庭. C 型肝炎. 輔仁醫學期刊 2013; 11:

29-38.
3. 吳俊男，林俊哲，慢性 C 型肝炎治療的新進展. J Taiwan Pharmacy 2015; 31: 25-31.
4. 劉俊人，許景盛，高嘉宏. 慢性 C 型肝炎治療的新進展：從干擾素到直接抗病毒藥物. 內科學誌 2012; 23: 383-91.
5. 全民健康保險藥品給付規定-104 年版. Retrieved from August 30 2015.
6. Pockros, PJ. Direct-acting antivirals for the treatment of hepatitis C virus infection. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Retrieved from September 6, 2015.
7. 吳秉儒，張淑媛. C 型肝炎感染及新型治療藥物的發展. 愛之關懷 2014; 87:16-34.
8. Kumada H1, Suzuki Y, Ikeda K, Toyota J, Karino Y, Chayama K, et al. Daclatasvir Plus Asunaprevir for Chronic HCV Genotype 1b Infection. Hepatology 2014; 59: 2083-2091.
9. Bristol-Myers Squibb Statement about Asunaprevir in the US.[cited 2015 August 30]. Available from: http://news.bms.com/press-release/rd-news/bristol-myers-squibb-statement-about-asunaprevir-us
10. Muir, AJ. Treatment regimens for chronic hepatitis C virus genotypes 4, 5, and 6. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Retrieved from September 6, 2015.
11. Chopra S, Muir AJ. Treatment regimens for chronic hepatitis C virus genotype 1. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Retrieved from September 6, 2015.
12. Chopra S, Graham CS. Treatment regimens for chronic hepatitis C virus genotypes 2 and 3. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Retrieved from September 6, 2015.
13. Drug information In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. Retrieved from September 6, 2015.

V. 醫藥焦點新聞

V.1. 藥事照護分組討論 引導藥師共學習 毛志民總藥師

9 月 8 日在高雄榮總舉行的高診次民眾居家照護高屏業務組月例會，首次嘗試由社區藥師案例介紹後，針對案例疾病用藥問題進行分組討論、報告，再由醫師、護理師與營養師進行跨團隊經驗交流。

月例會集合「全民健康保險高診次藥事照護」試辦計畫及「用藥安全繁星計畫」，廣邀醫師、護理師、營養師和社工師等醫療人員與社區藥局及醫院藥局藥師共同針對個案照護進行跨團隊討論，此次首度於課前分組及寄發案例簡報，會議時先由陳浩銘藥師介紹案例，與會藥師們分別就病人的糖尿病與周邊循環障礙、心血管疾病(血壓、血脂)與氣喘、巴金森氏症與失眠、退化性關節炎與攝護腺肥大分四組，由各組組長搭配學術支援藥師引領組員討論約三十分鐘，上台報告討論結果，再由周明岳、王郁鈞、余宛蓁醫師、許慧雅營養師和魯英屏護理師和藥師們討論。

醫師認為對於一個高診次的個案，往往要考慮的，並不只是疾病與用藥，而是回到最原點來看，為什麼病患需要用藥，病患用藥的原因是什麼，

是為了治癒疾病?還是減緩不舒服的感覺?治療的目標與目的為何?而一位高齡的長者對於醫療的依賴，或許，只是長期心靈上的寂寞。
首次在月例會導入分組討論，高雄榮總與台南分院也安排實習生、新進和培訓藥師參與。新進藥師陳子昂表示：很喜歡參加跨領域案例討論會，從各科專業可以學到不同方面的東西，大家看的角度不同，但唯一不變的是為了病人好。對一個 90 歲的老人家來說，標上紅字的血糖值，不能光從數據就立馬判斷，生活品質與個人期望也要納入考量。

培訓藥師黃旭輝表示：看到大家都在為了病患提出更具體的改善方法，並藉由討論，讓彼此的想法激發，真是大開眼界，更加了解自己的不足，要求自己好好再充實。丁肇昱藥師表示：印象最深刻的是討論會快結束時，有一位藥師前輩問到，是否可以將病患全部的藥品停用，所考量的是這位高齡伯伯期望「減少藥物數量」，讓他聯想到安寧照護一讓病人盡可能不用藥品，治療方式採取緩和與支持療法，有尊嚴地走完最後一程。

楊佳蓉藥師表示：在同一病患身上能同時獲得不同領域專業人員的看法和意見，真的很棒!社區藥局的藥師們對於病患用藥的看法，能更全方位的思考到病患貼近的生活和現實情況，讓她回憶起 4 年前在社區藥局實習的經驗，藥局裡的藥師和常來的病患就像老朋友般，對於是否確實用藥，頭暈且在何時跌倒的情況都能瞭若指掌，這樣的關係能更親近病患，病患也會更加信任藥師。

弘興藥局黃芬民藥師表示：月例會五年來都是聽課，分組討論可以引發藥師說出心裡所想，繼續推行將更能引導藥師習慣互動討論，提高學習的成效，日後對於照護病人也會有更適當用藥選擇和建議。
※ 轉載自[藥師週刊電子報第 1938 期]

V.2. 新列管制藥品：Lisdexamphetamine、AB-CHMINACA 毛志民總藥師

10 月 20 日，食藥署管制藥品組發布行政院於 104 年 10 月 7 日公告修正管制藥品分級及品項，增列離胺右旋安非他命(Lisdexamphetamine)為第二級管制藥品，新興濫用物質 AB-CHMINACA 為第三級管制藥品。

Lisdexamphetamine 為安非他命類化學合成物質，屬中樞神經系統興奮劑，服用後在體內代謝成右旋安非他命，美國 FDA 核准用於治療注意力不足過動症(ADHD)及暴食症(BED)，惟安非他命類藥品在國內屬「禁藥」，具有濫用性，不當使用會有依賴性，增列為第二級管制藥品。

AB-CHMINACA 為類大麻活性物質，係仿照大麻活性成分-四氫大麻酚(delta-9-tetrahydrocannabinol，Δ9-THC)之結構，利用化學合成方法製造，含有類大麻活性物質的草本混合物，在歐洲、美國及日本有濫用，吸食時會產生類似大麻的精神活性反應。行政院先於 104 年 8 月 10 日增列為第三級毒品，鑒於 AB-CHMINACA 不具醫療用途，有科學上使用之需要，依例亦增列為第三級管制藥品。

參考資料：食藥署。管制藥品組。增列離胺右旋安非他命為第二級管制藥品，及 AB-CHMINACA 為第三級管制藥品 [2015/10/20]

V.3. 「食用玩家」選好文抽大獎 毛志民總藥師

即日起至 11 月 16 日，食品藥物管理署 FB 官方粉絲團「食用玩家」邀請大家針對過去一年半的時間，所分享的豐富實用資訊，分別從足趣味、足實用、足貼心三類文章中，選擇您最喜愛的(網址)，就有機會帶走【萬元旅遊券】、【運動健身錶】、【二合一吸塵器】等多項精美好禮，請大家告訴大家。(如圖)

VI. 民眾教育藥文

VI.1. 冬季養生，你做對了嗎? 侯秀珍藥師

一年四季，春生夏長，秋收冬藏。傳統的養生觀念就是天人合一，人要順應四時自然的變化，增強人體適應自然的能力，進而增進身體的健康，延年益壽。

早睡晚起

冬日的保養首先是要「早睡晚起」。依《黃帝內經》：“冬三月，此謂閉藏。水冰地坼，無擾乎陽。早臥晚起，必待日光……此冬氣之應，養藏之道也……。”意思是冬季氣候寒冷，陽氣潛藏，減少活動，以免擾動陽氣。早睡晚起，可保存我們的陽氣，並蓄積我們的陰精。

注意防寒

冬季寒冷多變的天氣，最容易導致心腦血管疾病及呼吸道疾病的發生，常常因為感冒而誘發宿疾，甚至有生命危險。所以冬季防寒保暖是非常重要的。尤其注意頭部、背部、腳部。頭部是「諸陽之會」，受寒可誘發頭痛，感冒。背部有督脈循行，受寒後，陽氣受損，寒氣凝滯，容易腰背脹痛。腳部離心臟最遠，血循較差，脂肪層又薄，寒冷刺激，可能導致感冒。每天晚上可煮水泡腳，疏通經絡，排出體內的寒氣和廢物。

適當運動

「冬天動一動，少鬧一場病；冬天懶一懶，多喝藥一碗」。這句俗諺提醒我們：冬季也要有適當運動，來促進氣血循環，增強體能。可以在有陽光的時候進行戶外運動。要注意的是秋冬人體表面陽氣不足，運動類型盡量以緩和調氣為主，避免劇烈運動，散步或是打太極拳，都是很好的選擇。

飲食保健

冬季時氣候乾燥，飲食基本原則是要滋陰補陽。皮膚及毛髮在這時候會有乾燥、緊繃、細紋、龜裂、脫皮脫屑等狀況，這時應多吃比較滋潤的食物來養陰。比如牛奶、杏仁、白木耳、梨，蜂蜜檸檬茶等。

冬令進補

《內經》提到：「冬不藏精，春必病溫。」這個時節可以根據個人體質，服用保養身體的藥膳來增進健康，避免疾病。怕冷、四肢冰涼，易受風寒等屬於陽氣虛弱的體質，可服食扶陽益氣的藥膳，比如薑母鴨、當歸羊肉、十全大補湯等。陰虛體質的，可以服用滋陰補腎的藥膳，如百合紅棗粥、黑糯米芝麻粥。腸胃虛弱者則可多吃四神湯。

進補需要依個人的體質情況「量身定制」，也就是中醫所說的辨證論治。在冬天進補，就是養精蓄銳。但補亦不宜過，應適度，建議在醫師指導下服用湯藥養生。

※轉載自高雄榮總醫訊。2015;18(10):13。[文章連結]

VII.藥學部大事紀

日期	事項
104/9/5	林佩津藥師發表口頭報告榮獲第一名。題目：Could network meta-analysis be a tool to detect the safety: signal in pharmacovigilance?
104/10/18	黃彩桂藥師發表壁報論文榮獲第一名。題目：南區某醫學中心使用周邊靜脈營養商業配方之臨床成效分析
104/11/8	洪碧蓮藥師發表期刊論文獲評選為臺灣臨床藥學雜誌年度優良文章之原著文章第一名。題目：某醫學中心兒童住院病患抗癲癇藥物使用合理性之回溯性評估。2014;22(4):207-17.

意見回饋信箱