財 團 法 人 基 督 復 臨 安 息 日 會
TAIWAN ADVENTIST HOSPITAL
臺 安 藥 訊
VOL. 2 ,NO 1 . 1998 年 01 月 05 日
發行人：院長蘇主惠 編輯：臺安藥局藥劑科藥物諮詢室

壹、藥品專題研討

愛滋病抗病毒療法的現況

陳俐君藥師

前言：人類免疫缺乏病毒 (Human Immunodeficiency Virus，HIV) 爲引起後天性免疫不全症候群 (acquired immunodeficiency syndrome，AIDS)--愛滋病之主要致病因子。從這個疾病的 HIV 病毒被認定、被分離至今，僅僅十數年，但感染的人數持續增加，感染的範圍也不斷擴大。大多數病患在發病前並不會出現症狀，但卻可能在數年內因爲免疫系統的破壞而受到其他病原體致命的侵襲，或是發展出卡波西氏肉瘤 (Kaposi's Sarcoma)、惡性淋巴瘤等。至目前爲止，藥物治療所得到之最佳成果，僅是將血中病毒量抑制在偵測濃度之下。因爲對於 HIV 病毒與其致病過程之有進一步了解，及偵測體內病毒數量的新方法被採用，加上出現新的抗反轉病毒藥物，使得今日對於愛滋病的治療方針需要再次重整，1997 年下旬，位於美國的國際愛滋病協會再度發表了最新的抗 HIV 病毒藥物療法之使用原則。

A.訂定治療標準之理論根據

1. 最近研究顯示，HIV 病毒在受感染者體內有相當高的轉換率(turnover rate)，每天約有一百億的病毒複製並被摧毀，其半生期約爲六小時，並且病人血中的 HIV RNA 濃度可以反映病毒在其他組織中的高生成率。例如：血中 HIV RNA 數量僅有少量增加，但在淋巴系統中卻已活化並大量繁殖，接著就會破壞免疫系統。
2. 血液、淋巴組織之外的其他部位，其病毒數量會受到局部因素的影響，故不能做爲個體疾病進行之判斷依據。
3. 對於了解致病過程與使用抗病毒藥物時之評估，最有幫助的發展是對於血中

HIV RNA 數目的定量。在諸多的研究觀察中發現，現在血中的 HIV RNA 濃度與病人往後一至十年的病情發展有密切關聯，血中 HIV 濃度超出偵測範圍會大幅增加發病率。但值得注意的是，單憑一次試驗結果來決定治療方向，可能因爲檢驗操作不當、使用方法不同、病人近期接受預防注射或有及其他感染疾病，而導致誤判，最好配合其他已確立之檢驗數據，如：CD4 細胞計數。

4. 以 HIV 複製的速率來計算，其基因中的鹼基對每經一天就可能發生突變，此即過去的單一藥物療法很快產生抗藥性的主因，因此，在病毒數量尚少的時候，合併強效的數個藥物加以攻擊，較不會出現抗藥病毒株。

5. 採用病人血中 HIV RNA 濃度作爲指標，將可對現有抗病毒藥物療法提供重要資訊，除此之外，基於避免抗藥性之發生與因應 HIV 病毒有高複製率之特性，早期治療與選擇強效的合併藥物爲目前抗病毒療法的用藥準則。

B. 初始療程

過去建議病人等到 CD4 細胞低於 0.5 $\times 10^9$/L，血漿病毒濃度高達 30000~50000 個/mL，或是已出現臨床症狀時，才給予藥物治療。

現在的建議有些許改變，考慮以藥物治療的情形有：

(1) 若其血中 HIV RNA 濃度高於 5000~10000 個/mL，則不論其 CD4 細胞計數結果如何，都應接受治療。

(2) 當確定已遭受 HIV 感染，血液中亦可測得病毒 RNA 時，若病人提出治療的要求，並經過評估，其具有接受長期治療的意願，且能耐受複雜且不適的治療過程，則療程亦可進行。

(3) 對於已出現臨床症狀，但無法取得病患血中 HIV RNA 濃度數據時，只要 CD4 細胞少於 0.5 $\times 10^9$/L (特別是低於 0.35 $\times 10^9$/L)，則建議其接受治療。

(4) 若是病人爲血中 HIV RNA 濃度很低，CD4 細胞數目較高，則其病情可能進行緩慢或長期不變，在此情況下，每三到六個月給予血液檢驗，定期追蹤病情發展，暫緩藥物治療是安全的作法。

C. 初始療程的藥物處方

目前可用於對抗 HIV 病毒的藥物分爲以下幾類：

(1) Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI)：Stavudine、Zidovudine(AZT)、Lamivudine、Didanosine(DDI) 、Zalcitabine 等。

(2) HIV Protease Inhibitor(PI)：Ritonavir、Indinavir、Nelfinavir、Saquinavir 等。

(3) Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor(NNRTI)：

Nevirapine 與 Delavirdine。

過去主要採用二種 NRm 藥物合併治療，但由現有的資料發現，在二種 NMI 藥物之外再加上一種 PI 類藥物時，三藥併用的結果可降低並維持病毒 RNA 的血中濃度低於 400 至 500 個 /mL。因此，此種對病毒更具攻擊性的組合，可望在一開始藥物治療時，便給予迎頭痛擊。但特別注意的是，由於「三台一」的藥物療法的給藥時間複雜，價錢昂貴，司能有很多潛在毒性，尤其療程漫長，病人必須與醫師有充分溝通，確定其具有足夠的耐受力與意願，才能開始施行。若是中途放棄，即使只有短期的中斷，不但病毒會快速地再度占據淋巴系統，更糟的是，病毒抗藥性可能就此產生，接下來的治療立刻出現難題，例如：因使用含 Indinavir 之藥物組台失敗，可能於體內培養出對 Ritonavir 也有交叉抗藥性之病毒，反之亦然。但基於一些客觀因素，有些病患無法使用 PI 類的藥物，或是因價錢、遵醫囑性無法配合時，可依個別情況，選擇下列替代的藥物組合：

(1)二種 NRTI 加一種 NNRTI：Nevirapine、Zidovudine、didanosine 的組合，在臨床試驗中，有 55%的病患 (CD4 細胞數目在 0.2 $x10^9$/L 至 0.6 $x10^9$) 血中病毒 RAN 被抑制在 20 個 /mL 的濃度之下，可長達 52 週，而且若選用的藥物是病人從未使用過的，效果又更強。原則上，在初始療程就應該使用較具攻擊性的藥物組合。

(2)二種 PI 併用：Ritonavir 與 Saquinavir 的合併使用，目前看來頗有潛力，但臨床試驗關於療效的資料不足，加上藥動學上對藥物交互作用的無法預測，使得其目前無法作爲臨床上第一線用藥。

(3)NRTI、NNRTI 與 PI 的三藥合併使用：臨床試驗進行中，尚未有結論，不建議於初始療程使用。

(4)病情需要時，只使用二種 NRTI 至少比完全不用來得要好：Zidovudine 加上 Didanosine 或 zidovudine 加上 Zalcitabine，都比 Zidovudine 單一藥物有更佳的療效，zidovudine 加上 Lamivudine 也顯示有臨床上的效益。Satavudine 加上 Didanosine 與 Stavudine 加上 Lamivudine 各證實可降低病毒 RNA 血中濃度倍數達 1.5 log，並有一天服藥一次的方便性。但是含有 Lamivudine 的組合因爲通常耐受性較佳，爲避免抗藥性發生，建議留待「三合一」療法時再與 PI 類藥物合併使用。而且，只使用二種 NRTI 的病患須更密切監測血中病毒濃度變化，隨時準備加入更強的藥物。

(5)目前所有的藥物皆不建議於初始療程單獨使用，因爲通常導致單一或交叉抗藥性的出現。

E.復發時之抗病毒療法-------改變抗病毒療法的時機

下列情形發生時，組合中至少一個以上的藥物須作改變

(1)治療失敗：HIV 病毒的複製是病情進行的原動力，因而當現有的藥物組合不再能抑制病毒複製時，趁著病毒數量不多，趕緊改換其他藥物，不但避免抗藥病毒株的量繁殖，更增加替代藥物成功作用的機會。一般的原則是，若病人血中病毒 RNA 濃度原本低於偵測範圍 (尤其接受 PI 類藥物治療之病人)，若病毒濃度確實昇高並可被偵測，就可更改處方。但目前可替代的藥物數目有限，較實際的作法是，等到血中病毒 RNA 濃度上升 2000 至 5000 個 /mL 再作更動。若病人血中病毒 RNA 濃度有顯著減少，但仍高於偵測範圍，則給予密切關察，等到血中病毒 RNA 濃度上升 5000 至 10000 個 /mL 再作更動。特別要小心的是，切勿在一種療法開始不久，而且未經完整評估即任意停止，例如：先前曾經接受過藥物治療或是血中病毒濃度很高的病人，其治療效果可能遲至第 24 週才出現 (一般若爲 4 週)。其他因素也可能導致治療失效，如：未遵醫囑服藥、近期曾施打疫苗等。其他治療失敗監測之指標；病毒缺乏對藥物的起始反應、血中病毒 RNA 濃度回到治療前數值、CD4 細胞計數減少、臨床症狀進行等。但使用 PI 類藥物的前幾週，血中病毒 RNA 濃度與 CD4 細胞計數的結果可能互相矛盾。

(2)毒性產生：如 Didanosinee 之典型副作用爲胰臟炎，則毒性發生時需以另一 NRTI 類藥物取代之。

(3)病人耐受力不佳而致無法遵醫服藥時，可改以其他可被遵行的處方進行治療。

(4)有更好的藥物選擇：可能目前使用的並非最佳組合，或是有更新的藥物出現。病人的血中病毒數目在 400 至 500 個 /mL 的範圍，並獲得良好的控制，基於藥品數目不多，最好持續原處方，並定期追蹤，至於是否加入另一種藥物，則尚未定論。

替代藥物的組合要考慮的因素有：

(1)改變處方的直接原因：是否無法抑制病毒?或是因產生某種副

作用?是否有病人對藥物不耐的主訴。

(2)病人之前使用過的抗病毒藥物歷史。

(3)可取得的藥物種類。

(4)與其他藥物可能的交互作用。

(5)藥品價格。

若因治療失敗而更動處方，最好三個藥都以全新的藥物代替，最少也要改變二個，切勿只是在原處方加入一個新藥，如此只會加重藥物毒性，而且效果只等於單一藥物治療，很快出現抗藥性。若因毒性而必須改變用藥，而且可判斷引起毒性的藥物種類，則以另一同類藥物替代。

F.幾種特定情況的處理

(1)急性感染、首度感染：當病毒剛進入體內，尚未大量繁殖蔓延時，若立刻以強效的藥物進行攻擊，理論上是根除 HIV 感染的最佳時機，但是，急性感染通常不被發現與診斷出來，因而尚未有大規模的臨床報告，目前建議使用二種 NRTI 藥物之外，合併一種 PI 類藥物，持續服用至血中病毒濃度低於偵測範圍，並一直繼續，等待更新的治療方式出現。目前可知，即使淋巴組織中無法檢驗到 HIV 病毒也並不代表治療完成。

(2)接觸後的預防：若因職業上爲高危險群，或因其他意外而暴露於 HIV 病毒時，其預防性的用藥必須依感染來源，個別宿主的用藥歷史決定。但在抗反轉錄病毒藥物安全性尚未建立的今天，要未證實感染的人服用這些藥物，仍有很大的爭議與困難。

(3)出生前後的感染，因爲目前的「三台一，藥物療法較復雜，療效也沒有完全證實，對於懷孕期間的安全性仍未建立，因此無法成爲孕婦抗 HIV 的標準用藥。但另一方面，母親血中病毒濃度若能低於偵測範圍，對胎兒也有益處，因此，如病患懷孕前即已接受藥物治療，最好持續進行，但不論孕婦是否開始一項全新的療程，或是更動處方，都應與醫師討論藥物可能帶來的益處或是危險性，才可以進行。Zidovudine 是目前得知唯一可預防垂直感染的抗 HIV 藥物，不論母親體內病毒數量爲何，胎兒的垂直感染率可降低 65%至 75%，而且其在出生前、分娩過程與新生兒的使用，至今尚未發現明顯副作用。因此，懷孕婦女的抗 HIV 用藥中，至少應含有 zidode。

目前的愛滋病抗病毒療法因爲檢驗技術的進步，加上多種藥物合併使用的"雞尾酒式"處方，似乎帶來新的希望與衝擊，但因此一領域的快速進展，更新的治療方法可能在短期內會接續出現。

參考文獻：Rosalind Haddon，Can Researchers Use New Drugs to Push HIV Envelope to Extinction?JAMA 1997 June Vol 13 No6.

Charles C.J>Carpenter,Margaret A.Fischi,Scott M.Hammer，Antiretoviral Therapy for HIV Infection in 1997.JAMA 1997 Vol 13 No10.

貳、新藥介紹

自從三環抗憂鬱劑問世後，許多憂鬱症之患者得以開拓新的人生，但三環抗憂鬱劑強烈抑制 Norepinephrine 在突觸前α_2-Receptor 再回收，使交感作用增加，並且與許多藥物有交互作用，副作用也多。後來 Luvox®與 Prozac®相繼問世後，抗憂鬱劑便趨向減少副作用的方向研發。

1994 年 Zoloft®經 FDA 通過正式上市，Zoloft®每一錠含有主成分 Sertraline 50 mg，爲選擇性的神經傳導物質 Serotonin (5-HT) 再回收抑制劑，藥理作用爲抑制 Serotonin 在突觸前的再吸收，升高在突觸後的濃度，相較於其他三環抗憂鬱藥物，其作用目標之專一性極高，Sertraline 對 Norepinephrine 與 Dopamine 等其他神經傳導物之影響很小。Zoloft®對不同的憂鬱症病人都有效，例如伴有焦慮或失眠，持續使用並可預防復發。其心血管與抗膽鹼性副作用的發生率均較三環類抗鬱劑爲低。

在藥物動力學方面，Sertraline 的吸收緩慢，約口服後 4 至 8 小時達到最高血中濃度 (20 ~ 50 μg / L)，可與食物併服，約一星期可達穩定血中濃度。其分布體積很大，與血漿蛋白的結合率約 99 %，主要經肝臟代謝成僅剩八分之一活性的 N-desmethyl Sertraline，再由糞便及尿液排出，只有少量以原型經排除，因而 Sertraline 中毒無法以強迫性利尿排出，而建議以洗胃或口服 50 mg 活性碳來處理。其用於憂鬱症的治療通常是口服 50 mg QD，若臨床症狀未獲改善，劑量最高可調至 200 mg QD，在此範圍之治療劑量下，效果相當於 Amitriptyline 50 ~ 150 mg / day，但比 Imipramine (Tofranil®) 50 ~ 200 mg 來得強。其常見副作用有：惡心、頭痛、口乾、腹瀉、失眠、暈眩、顫抖、疲倦、精神激昂、嗜睡等等，通常持續使用一段時間後，這些症狀會慢慢減輕。可能發生的藥物交互作用有 (1) 與 MAO 抑制劑併用可能引起高血壓危像，必須 Sertraline 停藥 14 天以上再開始

使用。 (2) 從同作用機轉的長效藥物 Fluoxetine (Prozac®) 轉換成 Sertraline 時須特別小心，Sertraline 也不可與 Serotonergic 藥品，如：Fenflunamine 或 Tryptophan 同時使用。 (3) 與高血漿蛋白結合率之藥物併用，會改變彼此藥動學參數，如：Diazepam 與 Tolbutamide。Sertraline 與 Warfarin 同時使用會增長凝血脢素原時間。(4) Sertraline 與鋰併用會增加 5-HT 相關副作用發生率。

參、藥委會動態

由八十六年十二月至二十二日會議結果，本院藥品更動如下：

取代藥品:

新取代藥品	原有藥品
Lexotem 3mg tab	Lexotem 1.5mg tab
Extracomb cream	Fungiderma cream
Ulex 24mg/ml	Cephamycin 24mg/ml
Panoxy 6g	Panoxy 40g
Prepulsid 5mg	Cisa 5mg
Lipofondin 10% 250ml	Lipovenous 10% 250ml
Anegyn 500mg/100ml	SABS
Vesyca	Zantac
Piperacillin	Pipril

下列藥品已列入正式品項：

廠商藥名	一般名	劑 量	劑 型	備 注
Stanyl Calcium	Calcium Carbonate	500mg	Tab	
Adenocor	Adenosine	6mg/Vial	Inj	
Risperdal	Risperdone	2mg	Tab	
Stilnox	Zopidem	10mg	Tab	

Stiemycin	Erythromycin	2%/25ml	Solution	
Cutivate	Fluticasone	0.05%	Cream	
Daivonex	Calcipotriol	50μg/gm	Cream	
Celance	Pergolide Mesylate	0.05mg	Tab	
Atropin 0.5%	Atropine Sulfate 0.5%	5ml	Eye Solution	
Voren-G	Diclofenac sodium	11.6mg/g	Ointment	
Zoladex Depot	Goserelin	3.6mg	Depot Inj	
Xanthium	Theothylline	200mg	Cap	
Importal Powder	Lactitol monohydrate	10g/PK	Powder	
Spartin	Sparteine	100mg	Inj	
Atrican	a-theroxyl-2-amino-5 Nitrothiazole (TC-109)	100mg	Tab	

下列藥品已刪除

Fungiderma Oint	Periactin Syr	Fluanxol	Laroxyl
Mefoxin	Proctosedyl Supp	Trental 100mg	Navane
Varidase	Leuplin Depot	Duphalac	Cortril Cream
Caltrate			

肆、藥師藥物諮詢服務

病患：請問藥師，懷孕婦女可否使用氣喘藥物 ？

藥師：孕婦氣喘的用藥原則如下

支氣管壁的發炎，支氣管平滑肌的收縮及黏液分泌的增加， 是造成氣喘病人呼吸道受阻的主要原因，並因此而造成呼吸急促、咳嗽及喘息性呼吸。 此外，吸入過敏原(例如：璃、灰塵、花粉等)， 經由與肥大細胞結合之 IgE 作用，產生過敏反應，而使肥大細胞釋出媒介物，如組織胺、白三烯素及化學趨向因子等，均可造成支氣管收縮及黏膜稠厚，促使氣喘發作 ；而感冒造成的呼吸道黏膜發炎，也會引起氣喘發作。

藥物可直接作用於支氣管上，或藉由影響中樞神經系統之機轉，以控制呼吸系統。這些藥物多藉由鬆弛支氣管平滑肌或改變支氣管黏液的分泌，以達到治療的效果。目前爲止，治療氣喘的藥物可分爲五類，而根據 FDA 孕婦用藥安全性

分級的標準(表一)

，這五類氣喘治療藥物中，並沒有 A 級的藥物 (證實對胎兒無危險性) 可供懷孕婦女選擇及使用，大部份的藥物爲 B 級 (尚未證實對胎兒無危險性) 或 C 級 (對胎兒的安全性尚未確定， 此類藥品的治療效益大於對胎兒的危險時才用)。

一般而言，懷孕婦女在選擇氣喘 s 治療藥物時 需考慮下列幾點：(1) 藥物經由動物及人體試驗，均證實對胎兒無危險 性。(2) 藥物的效價高且具有使用的必要性。(3) 給藥途徑。(4) 該藥物的臨床研究結果及使用歷史。??=not classified and animal studies not repotr !=notcallified but teratogenicity suggestedin some animal studie

氣喘治療的 FDA 分類

DRUG	FDA CLASS
Epinephrine	!
Ephedrine	??
Isoproterenol	!
Terbutaline	B
Salbutamol	C
Metaproterenol	C
Theophylline	C
Atropine	??
Ipratropine	B
Cromolyn sodium	B
Steroid	C

支氣管擴張劑

目前爲止，並沒有足夠的證據顯示，吸入性的β2- agonists 能安全無虞的使用於孕婦，而口服的 β2-agonists 則因爲對孕婦及胎兒的不良反應，遠大於投藥所能得到的好處，而且又會抑制生產，因此並不建議懷孕婦女使用 。 然 而，β2- agonists 中， Terbutaline (Bricnyl®) 卻有足夠的研究證據顯示，它對子宮血流並無不良影響，所以，當患有氣喘的孕婦確實有必要使用β2-agonists 以幫助其緩解氣喘症狀時，可選擇 Terbutaline 吸入劑，因爲吸入劑比全身性途徑所造成的毒性較小。

Xanthines

無法藉 β2-agonists 控制的氣喘症狀，可使用此類藥物，例如 ：Aminopylline。此類藥物主要的副作用是痙攣或心率不整。 目前爲止，雖然並無報告指出 Aminophylline 會造成嬰兒先天性的畸形，但是仍建議給予孕婦使用 Sod．Cromoglycate 或 吸入性 Corticosteroids 都無效之後 ， 再考慮經由口服投與 Aminophylline。

Mast-Cell Stabilisers

Cromolyn 可能是藉由阻斷鈣離子，穩定肥大細胞，防止其釋出引起氣喘的

媒介物，而達到有效預防氣喘的作用，但對急性的氣喘發作並無效果。研究指出，孕婦使用 Sod. Ciomoglycate (Intal®)，並不會造成早產或提高嬰兒的死亡率。

Corticosteroids

類固醇可消除黏膜水腫，降低微血管的滲透及抑制白三烯酸釋出，改善發炎反應。吸入性 Corticosteroids 對慢性氣喘有很好的療效，例如 :Baclomethasone 、Triamcinolone 等，可促進呼吸道的暢通，而且全身性作用小，故可使用於患有氣喘的孕婦。口服的 Corticosteroids，例如：Prednisone、Methylprednisolone 、 Hydrocortisone 等) ，通常使用於患有嚴重氣喘的孕婦，但是因爲口服 Corticosteroids 有很大的全身性作用，並且有報告指出，孕婦口服 Corticosteroids 會增加子癇、早產及初生兒體重過低等，且短時間投與 (不超過 24 週)，則沒有上述之不良作用。 然而，除非孕婦患有非常嚴重的氣喘，必須使用 Corticosteroids 以控制病情，而且所能得到的治療效益大於不使用藥物控制氣喘的後果，否則，基於 Corticosteroids 的不良副作用太大，並不建議孕婦使用。

懷孕期間急性氣喘的處理原則

1.供給適當足夠的氧氣。

2.給β_2 agonist，3 dose/1~1.5 hrs 直到病情緩和。

3 靜脈注射 Methylprednisolone，起始劑量 1mg/kg/6~8 hrs。

4.靜脈注射 Aminophylline。Loading dose 6mg/kg ，Initial maintenance dose 0.5mg/kg/hr，使血中濃度維持 8~12mg/L。

5.以上均無效時，考慮使用 Terbutaline 0.25mg S.C.

懷孕期間慢性氣喘的處理原則

級數	發作頻率	剩餘肺功能	治療步驟
輕微	日間<3 次/週 夜間<2 次/月	>80%	β2 agonist
中度	≥3 次/週，睡眠及活動均受影響	60~80%	β2 agonist add Cromolyn or Beclomethasoneadd theophylline
嚴重	每天發作，無法活動	<60%	如中度氣喘治療，可併服 Corticosteroid

已屆生育年齡而又患有氣喘的婦女，經常擔心氣喘治療藥物是否會造成胎兒先天的畸形或突變，其實， 所有育齡的婦女都應正視這個問題。 在使用藥物時，應該以 pregnancy-appropriate 的方式，有計畫而且小心地治療疾病，以達到控制病情且降低藥物不良作用的目的。

五、醫藥新知

Promycin 簡介

頭頸部癌症治療藥 Promycin (Profiromycin) ， 是一種生化還原烷化劑(Alkylating Agent)目前與放射療法合併治療頭頸部癌症，目前正進行第三期臨床試驗。放射治療低需氧性癌細胞比其他腫瘤細胞較低敏感，不易被殺死，Promycin 是一種低需氧性癌細胞的治療劑， Promycin 自一九九六年和一九九七年被美國食品藥品檢驗局認可唯一用於治療頭頸部癌症藥物。在一個第三期臨床試驗中，將 Promycin 與放射療法合併治療頭頸部癌症病人五年，存活率 33%，此值爲治療頭頸部癌症的指標，該臨床試驗研究正在美國與歐州進行評估中。

RU 一 486 墮胎丸可望引進

墮胎丸 RU 一 4 8 6 近期內可望合法引進臺海。 衛生署官員在 RU 一 4 8 6 研討會中指出，RU 一 4 8 6 的流產效果及安全性都已有基本水準，爲提供國內流產婦女另一種選擇，衛生署短期內將向法國原廠要求進口，並先由婦產科醫學會以專案方式申請輸入。長期目標則將是輔導業者引進技術，由國人自行製造。

根據統計，國內合法的墮胎 (子宮刮搔術) 個案一年有三十萬件，若以每件四千至六千元的醫療費用計算，國內合法墮胎市場一年約十至二十億元，若改用非侵入性的 RU 一 486 ，至少可省下三分之一到一半的醫療費用。

研討會還邀請 RU 一 4 8 6 的發明者、法國國家科學院教授包留 (Etienne-Emile Baulieu) 進行演講。對 RU-486 信心十足的包留指出，根據法國十年使用經驗，RU-486 的墮胎成功率高達 95%，安全性很高，目前先進國家只有法、英、美及瑞典使用，主要是因爲天主教國家對墮胎有道德爭議。 衛生署同時強調，未來 RU 一 4 8 6 引進國內，必須由可施行人工流產的婦產科醫師，在醫院或診所使用，藥房、藥局不得販賣，若非法販售，將依藥事法處罰 ; 而針對市面上早已充斥由大陸製造、走私進口的墮胎丸，致使醫界有意直接由大陸進口 RU 一 4 8

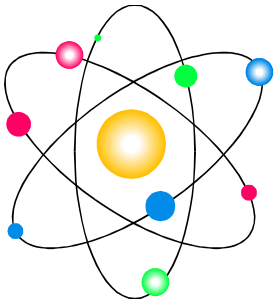
6，衛生署則根據國內持續對大陸藥品監測，認爲大陸藥品品質堪慮，至今也未核准任何一種大陸藥品上市，故在引進 RU 一 4 8 6 時將不會考慮。

Plavix 簡介

日前發佈一種可以讓因近期心肌梗塞、近期中風或長期週邊動脈疾病之動脈疾病患者減少動脈硬化病變(如心肌梗塞、中風、血管性病因死亡)的Plavix (Clopidogrel bisulfate)已經獲得美國FDA的核准，準備上市。

Clopidogrel 這種新產品的新藥1997年4月20日提出，並獲准只針對一些對危及生命之嚴重疾病有效的重要新藥物重要品項審查。 上市 Plavix 主要是依據 CAPRIE 的臨床研究結果。CAPRIE 是一個研究Clopidogel 與 Aspirin 對發生缺血性病症危險之患者的臨床研究 ;這個研究是一個隨機雙盲試驗，總共收集了一萬九千餘位近期發生缺血性中風、心臟病或長期有週退動脈疾病患者的資料。

CAPRIE 這個研究比較了上述患者在接受Clopidogrel 與 Aspirin 治療1~3年後，具減低發生突發性中風、心周病或其他血管性病症的臨床效果及安全性。



歡迎各位同任踴躍投稿，並請隨時指導，敬祝順利!