



嘉基藥訊 180

2025 年 11 月

1995 年 2 月創刊

發行人：陳 煒 編輯：賴輝雄、董秀花、賴玉琪、楊雅雯、黃庭威

總編輯：林慧娟 地址：嘉義市忠孝路 539 號 藥劑科 臨床藥學組

降低中藥作業系統異常率

黃蕙安 藥師

主題選定

為確保科學中藥調劑的即時準確，須從系統層面預防錯誤。隨著資訊設備與院內系統持續升級，原系統已無法因應現今需求，易致操作錯誤並影響效率。本計畫依HFMEA分析結果進行系統改善，以提升調劑安全與流程效能。期盼中藥作業系統異常率能由6.8%降至3.4%以下。

主題範圍

「中藥作業系統異常」指在調劑、調配、給藥或藥品管理過程中，系統因功能失效、操作錯誤、設備故障，溝通不順暢導致無法正常執行或操作中斷，包含：

1. 資料傳輸錯誤或遺失：資料處理或傳輸過程中出現資料遺失或錯誤。
2. 設備故障：自動包粉機、條碼掃描器等設備無法正常運作，需人工介入。
3. 系統更新後不相容問題：新系統更新後與目前中藥軟體或硬體設備不相容。
4. 操作介面異常：系統出現異常顯示或錯誤訊息。
5. 錯誤警示或訊息：系統產生錯誤警示，導致操作混亂或不必要的中斷。
6. 語言障礙導致的用藥誤解：因語言障礙導致病人無法理解用藥說明。

主題定義

將「系統異常」與「調劑、調配、給藥或藥品管理的困擾次數」作連結，可以準確反映系統異常對執行中藥作業過程的影響。評估邏輯以次數為統計單位，旨在如實呈現異常類型與分佈情形，避免遺漏實際發生的問題細節。

中藥作業系統異常率(%)=[異常事件次數總和/中藥處方張數總和]*100%

組成團隊

由藥劑科、中醫部、資訊室、品質管理科等院內單位跨領域之團隊合作。

對策措施探討

經流程盤點，將調劑作業分為4個主流程、14個次流程與33個子流程。HFMEA分析發現47項潛在失效模式與69項原因，評估風險指數並以決策樹分析，歸納出三大核心改善目標，並擬定相關對策：

1. 資料傳輸錯誤或遺失：資料處理或傳輸過程中出現資料遺失或錯誤
 - (1) 升級調劑系統程式：升級調劑系統程式，提升資料傳輸穩定性。
 - (2) 重整包粉機之介接：更新包粉機程式與介接，提升處方接收穩定與便利。
 - (3) 建立條碼驗證機制：建立條碼驗證機制，確保藥品資訊正確。
 - (4) 改善條碼讀取與辨識效能：改善條碼讀取與辨識效能，提高操作效率。

本 期 要 目

1. 降低中藥作業系統異常率.....黃蕙安藥師
2. 使用生物製劑病人於全髖/全膝關節置換術之停復藥建議.....郭惠如藥師
3. 慢性阻塞性肺病的治療用藥新選擇.....洪于絢藥師
4. 114年度第1-3次藥委會通過新藥.....賴玉琪藥師

(5) 各系統標準化分類與命名：系統標準化分類與命名，提升系統操作的快速性與便捷性。

2. 流程升級與強化資訊追蹤

(1) 優化包粉機程式:優化包粉機程式，避免藥包資訊錯誤。

(2) 建置藥品開封資訊管理:藥品開封資訊管理，防範效期管理疏失。

(3) 包粉機操作標準化與考核:包粉機操作標準化與考核。

(4) 建構調劑過程補藥核對系統: 建構調劑過程補藥核對系統。

3. 提升外籍病人的用藥指導方義

(1) 藥袋多語言語音提示，避免病人用藥錯誤。

效果確認

1. 中藥作業系統異常率由6.8%降至2.0%。

2. 改善措施使風險計分由106分降至35分。

達到選題理由目標

1. 對病人：給藥正確率達100%。

2. 對同仁：每年節省錯誤處理與效期管理時間共774.3小時。

3. 對院方：每年節省耗材費用26,808元。

活動檢討

1. 團員雖不熟 HFMEA，經討論確認其適用中藥作業改善，盼藉由實作經驗平行推動其他單位參與學習培訓。

2. 建議院內能自行架構「中藥調劑檢核系統」，強化資訊整合與臨床實用性。

3. 評估導入「藥粉分包專用二維條碼」，因應網路異常，提升操作穩定性，盼與資訊室協作推動。

參考資料

1. Card AJ, Ward JR, Clarkson PJ. Beyond FMEA: the structured what-if technique (SWIFT). J Healthc Risk Manag 2012;31(4):23-9.

2. Fassett WE. Key performance outcomes of patient safety curricula: root cause analysis, failure mode and effects analysis, and structured communications skills. Am J Pharm Educ 2011;75(8):164.

3. 謝承穎、蔡佩玲、莊謹如等。以 HFMEA 手法改善自備藥管理作業。藥學雜誌。2019；35(4)：141

4. 張秀芳、林旭志、鄭清連等。運用醫療失效模式與效應分析 (HFMEA) 改善住院給藥作業品質。台灣醫院協會雜誌。2012；45(3)：28-39

使用生物製劑病人於全髖/全膝關節置換術之停復藥建議

郭惠如 藥師

前言

隨著生物製劑在風濕免疫疾病治療上的療效逐漸被確認，其臨床使用人數也持續上升。這些接受治療的患者多屬於發炎性關節炎(inflammatory arthritis, IA)族群，包括脊椎關節炎(spondylarthritis, SpA)、類風濕性關節炎(rheumatoid arthritis, RA)、乾癬性關節炎(psoriatic arthritis, PsA)，以及紅斑性狼瘡(systemic lupus erythematosus, SLE)等疾病。對於出現嚴重關節破壞或功能障礙的患者而言，全髖關節置換術(total hip arthroplasty, THA)與全膝關節置換術(total knee arthroplasty, TKA)仍是最終的治療方式。THA 與 TKA 能顯著改善患者的疼痛、關節活動度與生活品質，但與退化性關節炎患者相比，其術後感染風險約增加 50%。造成此現象的主要原因除了疾病本身的嚴重程度外，使用生物製劑也是重要的危險因素之一。

因此，預防感染成為這類病患圍手術期管理中的重要目標。當這些患者接受骨科手術時，生物製劑治療的持續或停藥成為臨床課題，一方面停藥可降低感染風險，另一方面又可能導致疾病惡化或復發，為了提供更明確的實證指引，美國風濕病學會 (American College of Rheumatology, ACR) 與美國髖膝外科醫師學會 (American Association of Hip and Knee Surgeons, AAHKS) 於 2022 年共同發布了更新版的臨床指引 (clinical guidelines)，針對生物製劑藥物的圍手術期管理提出重要依據。

手術前後生物製劑使用建議

一、針對類風濕性關節炎、脊椎關節炎、乾癬性關節炎、及幼年特發性關節炎：

對於需接受THA或TKA之患者，建議於手術前暫停所有生物製劑，並將手術安排在下一次預定給藥週期結束後進行。此時藥物活性較低，可降低術後感染與併發症風險。例如：

Adalimumab (每兩週注射一次) 建議於最後一次給藥後第 3 週進行手術；Rituximab (每六個月給藥一次) 則建議於第 7 個月進行手術 (表一)。

表一生物製劑於關節置換手術 (THA/TKA) 之建議停藥與手術安排時機

藥物分類	代表成分(商品名)	常見給藥間隔	建議手術時機
抗腫瘤壞死因子製劑 (TNF- α inhibitors)	Infliximab (Remicade)	每 4-8 週靜脈注射	第 5-9 週
	Adalimumab (Humira)	每 2 週皮下注射	第 3 週
	Etanercept (Enbrel)	每週皮下注射	第 2 週
	Golimumab (Simponi)	每 4 週皮下注射	第 5 週
	Certolizumab (Cimzia)	每 2 或 4 週皮下注射	第 3 或 5 週
T 細胞協同刺激途徑抑制劑 (T-cell costimulation inhibitors)	Abatacept (Orencia)	每 4 週靜脈注射/ 每週皮下注射	IV：第 5 週 / SC：第 2 週
B 細胞抗 CD20 單株抗體 (anti-CD20 monoclonal antibodies)	Rituximab (Mabthera/Rixathon)	每 4-6 個月靜脈注射	第 7 個月
IL-6 受體抑制劑 (IL-6 receptor inhibitors)	Tocilizumab (Actemra)	每週皮下注射/ 每 4 週靜脈注射	SC：第 2 週 / IV：第 5 週
IL-17 抑制劑 (IL-17 inhibitors)	Secukinumab (Cosentyx)	每 4 週皮下注射	第 5 週
	Ixekizumab (Taltz)	每 4 週皮下注射	第 5 週
IL-12/23 抑制劑 (IL-12/23 inhibitors)	Ustekinumab (Stelara)	每 12 週皮下注射	第 13 週
IL-23 抑制劑 (IL-23 inhibitors)	Guselkumab (Tremfya)	每 8 週皮下注射	第 9 週

根據研究結果，在手術前一個給藥週期內接受 infliximab 或 abatacept 治療的患者，其術後預後並無明顯差異。唯有在手術前兩週內 (約半個給藥週期) 接受靜脈注射 Abatacept 的患者中，雖觀察到不良事件增加，但未達統計顯著性。若患者因關節疼痛嚴重 (如晚期股骨頭壞死) 而急需手術，則可經由患者與醫師可共同討論，在給藥週期內手術。此外，對於疾病控制困難或停藥後易惡化的患者，也可考慮持續使用原治療藥物，以維持疾病穩定，但可能增加感染風險。

二、針對紅斑性狼瘡患者：

由於病情嚴重度不同，其圍手術期用藥策略亦有所差異。

(1)非嚴重型紅斑性狼瘡患者：以降低感染風險為優先，對於每六個月給藥一次的 rituximab，

建議於第 7 個月安排手術。

(2)嚴重型紅斑性狼瘡患者(伴器官損害者)：此類患者若中斷治療，可能導致疾病惡化或急性發作。因此建議以維持疾病穩定為首要考量，手術期間可持續使用治療藥物，包括 voclosporin 與 belimumab (皮下注射劑型)。對於 rituximab，由於給藥間隔較長(每六個月一次)，建議於給藥週期的最後一個月(第 5 - 6 個月)手術，以避免長時間停藥造成治療中斷。若患者有嚴重感染病史或 SLE 病情穩定超過 6 個月，臨床醫師可考慮延長停藥時間。
術後復藥建議：

建議於傷口明顯癒合後再恢復生物製劑治療，條件包括：縫線或釘針已移除、傷口無明顯腫脹、紅斑或滲出、無其他部位活動性感染。一般建議於術後約 14 天重新開始使用，此為條件性建議。若患者有嚴重感染史或曾發生人工關節感染，則應延後復藥，以降低感染風險。

臨床應用與限制：

2022 年 ACR/AAHKS 更新版指引為風濕性疾病患者在接受 THA 與 TKA 時，圍手術期生物製劑停復藥建議，對臨床決策具有重要參考價值。但是，此指引僅適用於 THA 或 TKA，且現有證據多屬低品質或間接推論。因此，臨床工作者仍需根據疾病活動度、感染風險及手術急迫性，透過醫病共享決策 (shared decision-making)，制定個別化的停復藥策略，以兼顧安全與疾病控制。

參考文獻

1. 2022 American College of Rheumatology/American Association of Hip and Knee Surgeons Guideline for the Perioperative Management of Antirheumatic Medication in Patients With Rheumatic Diseases Undergoing Elective Total Hip or Total Knee Arthroplasty. Goodman SM, Springer BD, Chen AF, et al. Arthritis Care & Research. 2022;74(9):1399-1408. doi:10.1002/acr.24893.

慢性阻塞性肺病的治療用藥新選擇

洪于綸 藥師

前言

慢性阻塞性肺病 (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) 為全球主要的死亡與失能原因之一。根據全球疾病負擔研究 (Global Burden of Disease, GBD) 與世界衛生組織的資料，2019 年約造成 323 萬人死亡，居全球第三大死因，也對公共衛生與醫療資源造成長期負擔。COPD 屬於氣道發炎所導致的進行性、不可逆的氣流受限疾病，主要病理變化包括慢性支氣管炎及肺氣腫。治療目標包括減少症狀、預防急性惡化、降低急性惡化頻率、提升運動耐受性與生活品質。現行治療藥物以長效乙型受體促進劑 (Long-acting β_2 Sympathomimetic Agonists, LABA)、長效抗膽鹼藥物 (Long-acting muscarinic antagonist, LAMA) 及吸入型類固醇 ((inhaled corticosteroid, ICS) 為主。然而，部分患者即使採用三種合併療法 (LABA + LAMA + ICS)，仍持續有呼吸困難或急性惡化，代表仍有未被滿足的臨床需求，藥物研究發展仍屬迫切。2025 年最新版的全球慢性阻塞性肺病倡議 (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD) 指引新增兩項新作用機轉藥物-Ensifentrine 與 Dupilumab，提供臨床上新的治療選擇。

Ensifentrine 簡介

Ensifentrine (Ohtuvayre®) 為近二十年來第一個選擇性磷酸二酯酶 3 和 4 (Phosphodiesterase 3 and 4, PDE3/PDE4) 雙重抑制劑治療 COPD 的吸入式藥物。該藥同時抑制 PDE-3 與 PDE-4；

PDE-3抑制有助於平滑肌舒張，並使支氣管擴張；而PDE-4抑制可抑制發炎細胞活化與介質釋放，減少氣道慢性發炎。此雙重作用使ensifentrine兼具支氣管擴張與抗發炎效果。

Ensifentrine 的療效數據主要來自兩項第三期 ENHANCE-1 和 ENHANCE-2 臨床試驗的結果。Ensifentrine 治療達成了主要臨床終點，即在第12週時，相較於安慰劑，顯著改善了平均12小時內FEV₁ (第一秒吐氣量) 的曲線下面積。此外，在24週後，ensifentrine 相較於安慰劑，在 ENHANCE-1 中將中度或重度 COPD 急性惡化率降低了 36%，在 ENHANCE-2 中降低了 43%。

關於生活品質，Ensifentrine 在 ENHANCE-1 試驗的第 24 週顯著改善了 SGRQ 總分 (P=0.025)；但在 ENHANCE-2 試驗中，此項改善在第 24 週則沒有達到統計學顯著差異 (P=0.669)。

在安全性方面，研究中未觀察到明顯的安全疑慮，整體耐受性良好，不良事件發生率與安慰劑組相似。試驗排除了接受 LAMA+LABA 或 LAMA+LABA+ICS 合併治療的患者，雖然難以完全確定其在這些特定組合治療方案中的作用，但在接受 LAMA、LABA 或 LABA/ICS 等背景維持性治療的患者中，ensifentrine 的效果仍保持一致。2025年的 GOLD 指引中已明確建議於已接受 LABA合併LAMA治療但仍有呼吸困難者，除了調整現有藥物組合或採取非藥物治療外，可作為後續加成治療的選項。

臨床上ensifentrine須以氣動噴射霧化器(jet nebulizer)吸入，霧化給藥適合吸氣流速不足、手部肌耐力差或高齡患者，每日兩次，每次約5分鐘。Ensifentrine於2024年8月上市後，也持續進行研究ensifentrine於其他呼吸道疾病治療之潛力，包括囊狀纖維化(Cystic fibrosis)、非囊狀纖維化支氣管擴張症以及氣喘等。

Dupilumab 簡介

Dupilumab (Dupixent®) 是一種 IgG4 人類單株抗體，它能專一性地結合於 interleukin-4 (IL-4)及interleukin-13 (IL-13)受體複合體上的IL-4R α 次單位，進而抑制IL-4及IL-13的訊息傳遞，抑制第二型發炎反應。Dupilumab原本用於異位性皮膚炎、氣喘、異位性皮膚炎與慢性鼻竇炎伴鼻息肉等疾病，該機轉能調控嗜酸性粒細胞相關發炎反應，是針對「嗜酸性COPD」的重要治療策略，2024年 6月獲 FDA 核准擴大適應症至 COPD，成為第一個用於 COPD 的生物製劑。

在兩項關鍵的第三期臨床試驗-BOREAS與NOTUS中，針對血中嗜酸性球 $\geq 300/\mu\text{L}$ 且具慢性支氣管炎表現的中重度COPD患者：與安慰劑相比，dupilumab 顯著降低中度或重度急性惡化率31%；改善肺功能並提升生活品質指標；不良事件發生率與對照組相似，整體安全性良好，未出現顯著的安全性問題。因此指引建議對於已使用三種療法(LABA+LAMA+ICS)，但仍反覆急性惡化的患者，當符合血中嗜酸性球 $\geq 300/\mu\text{L}$ 且有慢性支氣管炎症狀(如咳痰、痰液黏稠、反覆惡化)，可考慮加上dupilumab治療。使用方式為皮下注射，每2週一次。

結論

COPD 的治療方式正邁入免疫調控的新階段，從「支氣管擴張控制」轉向「發炎機轉調控」。Ensifentrine以非類固醇機轉結合支氣管擴張與抗發炎雙重功效，適用於對標準吸入治療反應不佳、或對ICS不耐受或無法耐受副作用的患者，可作為附加(add-on)治療。Dupilumab可視為特定嗜酸性發炎亞群的加成選項，特別適用於嗜酸性發炎型患者。但目前對於藥品在真實臨床上的使用情況、和長期效益仍有不確定性，兩項藥品仍需持續監測長期使用的安全性與成本效益，並研究與現有療法的併用策略。未來隨著針對 IL-33、IL-5、TSLP等不同發炎路徑的單株抗體陸續問世，COPD的治療策略將更趨精準化與個體化，提供病患更多元且安全的治療方案。

參考文獻

1. World Health Organization. (2023). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) fact sheet.

Geneva, Switzerland: Author. Retrieved November 11, 2025.

2. Venkatesan P. GOLD COPD report: 2025 update. Lancet Respir Med. 2025;13(1):e7-e8.
3. Anzueto A, Barjaktarevic IZ, Siler TM, et al. Ensifentrine for COPD: the ENHANCE trials. Am J Respir Crit Care Med. 2023;208:406-416.
4. Ohtuvayre™ (ensifentrine). Prescribing Information. Raleigh, NC: Verona Pharma plc; 2024.
5. Bhatt SP, Rabe KF, Hanania NA, et al. Dupilumab for COPD with Type 2 Inflammation Indicated by Eosinophil Counts. N Engl J Med. 2023;389(3):205-214.

114 年度第一、二、三次藥委會通過之新藥介紹

賴玉琪 藥師

藥品/成分/代碼/附帶決議	衛署許可適應症/用法劑量/注意事項
Methydur SR /Methylphenidate 33mg/cap./[METHY] 附帶決議：DC Acetaminophen 80mg	適應症：治療注意力不足過動症。 用法劑量：每天早餐後服用一次。 注意事項：膠囊應整粒吞服，不可咀嚼、剝半或壓碎。
Volen Ophthalmic Sol. /Diclofenac Sodium 0.1% 1mg/mL, 10mL/bot/[VOLEL]	適應症：白內障手術後之眼部發炎。 用法劑量：手術前：開刀前3小時起，每半小時一滴； 手術後：開刀後立即滴3滴，之後每天3-5 次，每次一滴，依需要調整。 注意事項：1.開瓶後四星期未用完，請拋棄；2.治療期 間應避免配戴隱形眼鏡；3.使用後可能會視 力模糊，應避免開車或操作機械；4.戴隱形 眼鏡病人需卸下鏡片後才使用此藥。
Fycompa oral suspension /Perampanel 0.5 mg/mL, 340mL/bot/[FYCOL]	適應症：1.適用於4歲以上病人局部癲癇發作併有或未併 有續發型全身發作之治療。2.適用於7歲以上病 人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。 用法劑量：4 mg/day至12 mg/day，睡前單次服用。 注意事項：可能引起頭暈和嗜睡，因此可能影響駕駛或 操作機器之能力。
Imfinzi 500mg /Durvalumab 50 mg/ml , 10mL/vail/[IMFI5] 附帶決議：刪除Imfinzi 120mg 2.4mL inj。	適應症：非小細胞肺癌、小細胞肺癌、膽道癌、肝細胞 癌、子宮內膜癌。 用法劑量：依不同癌別劑量給予。 注意事項：1.勿以同一條輸注管線同時給予其他藥物； 2.治療期間和投予最後一次劑量後至少3個月 應使用有效的避孕措施。
Vafseo /Vadadustat 300mg/tab. / [VAFST]	適應症：治療透析病人因慢性腎臟疾病導致之貧血 用法劑量：每日一次口服 300-600 mg。 注意事項：應在非含鐵磷結合劑或其他主要成分含多價 陽離子(例如鐵、鈣、鎂或鋁)的藥品之前至 少 1 小時或之後至少 2 小時服用。

藥品/成分/代碼/附帶決議	衛署許可適應症/用法劑量/注意事項
Hypnomidate/Etomidate 2mg/mL/[HYPNI]	適應症：靜脈注射麻醉劑。 用法劑量：成人誘導劑量：0.15-0.3 mg/kg IV、兒童與老年患者：0.15-0.2 mg/kg IV靜脈注射 注意事項：給藥後24小時內不要駕車或操作機械。
Peyona/Caffeine Citrate 20mg/1mL/amp/[PEYOI]	適應症：治療原發性早產兒呼吸暫停。 用法劑量：起始劑量：20 mg/kg IVD 30 min、維持劑量：5 mg/kg IVD 10 min QD。 注意事項：不得採用肌肉注射、皮下注射、鞘內注射或腹腔內注射的方式給予。
Mounjaro 2.5mg inj./Tirzepatide 2.5 mg/0.6 mL/[MOUNI] 附帶決議：刪除Metalcaptase。	適應症：作為飲食及運動療法之外的輔助治療，用於改善第二型糖尿病成人病人之血糖控制。 用法劑量：2.5-10mg 一週一次皮下注射。 注意事項：以皮下注射方式在腹部、大腿或上臂注射，注射應輪替注射部位。
Mounjaro 5mg inj./Tirzepatide 5 mg/0.6 mL/[MOUN5] 附帶決議：刪除Takepron 30mg inj。	同Mounjaro 5mg inj.。
Mounjaro 7.5mg inj./Tirzepatide 7.5 mg/0.6 mL/[MOUN7]	同Mounjaro 5mg inj.。
Mounjaro 10mg inj./Tirzepatide 10 mg/0.6 mL/[MOUN1]	同Mounjaro 5mg inj.。
Alvosteo/Teriparatide 250mcg/mL, 2.4mL/cartridge/[ALVOI]	適應症：1.停經後婦女骨質疏鬆症具高度骨折風險者； 2.男性原發性或次發於性腺功能低下症之骨質疏鬆症且高度骨折風險者；3.女性及男性因糖化皮質類固醇治療引起之骨質疏鬆症且具高度骨折風險者。 用法劑量：20 mcg皮下注射一天一次。 注意事項：每支注射筆於第一次注射後使用28天，28天後若有剩餘藥液應丟棄。
Rixathon 100mg/Rituximab 100mg/vial./[RIXA1]	適應症：非何杰金氏淋巴瘤、類風濕性關節炎、慢性淋巴球性白血病、成人和兒童病人之肉芽腫性血管炎、尋常性天疱瘡。 用法劑量：癌症治療：375 mg/m ² or 500 mg/m ² per cycle；類風濕性關節炎或天疱瘡：500-1000 mg/dose (打兩個劑量，間隔2週)。 注意事項：應投與解熱鎮痛、抗組織胺等前置處理。
Rixathon 500mg/Rituximab 500mg/vial./[RIXAI]	同Rixathon 100mg。

藥品/成分/代碼/附帶決議	衛署許可適應症/用法劑量/注意事項
Fulphila /Pegfilgrastim 6mg/0.6mL/prefilled syringe/[FULPI]	適應症：用於非骨髓性癌症患者在接受可能引起臨床顯著發生率之發燒性嗜中性白血球減少症的化學治療時，用來降低嗜中性白血球減少症的發生率。 用法劑量：每一化學療法週期單一皮下注射6mg。 注意事項：放置於室溫下超過48小時則須丟棄。
Vocabria /Cabotegravir 600mg/3mL/[VOCAI]	適應症：與rilpivirine併用，適用於已在穩定抗反轉錄病毒治療下達到病毒學抑制(HIV-1 RNA < 50 copies/mL) 且對兩者無已知或疑似抗藥性的 HIV-1 感染成人。 用法劑量：初次注射：第 1 個月和第 2 個月肌肉注射 600 mg；持續注射：第4個月肌肉注射 600mg，之後每2個月一次。 注意事項：與rilpivirine注射劑併用，應於同一次門診在不同的臀部注射部位注射。
Rekambys /Rilpivirine 900mg/3mL/[REKAI]	適應症及注意事項：同cabotegravir。 用法劑量：初次注射：第 1 個月和第 2 個月肌肉注射 900 mg；持續注射：第4個月肌肉注射 900mg，之後每2個月一次。
Flixotide Evohaler /Fluticasone propionate 50 mcg/puff, 120puff/bot./[FLIXE]	適應症：用於預防性治療成人及兒童氣喘。 用法劑量：1-4歲兒童：50 mcg至100 mcg，一天二次；大於4歲的兒童：50 mcg至200 mcg，一天二次。 注意事項：吸完藥品後需漱口。
Trelegy Ellipta 184/55/22 /Fluticasone furoate, Umeclidinium, Vilanterol 184/55/22 mcg/bot./[TREL1] 附帶決議：刪除Seretide 250 Evohaler。	適應症：適用於併用吸入性長效型 β_2 -腎上腺受體作用劑和吸入性皮質類固醇治療氣喘仍控制不佳的成年病人，做為氣喘維持治療。 用法劑量：每日經口吸入的方式投予1劑。 注意事項：吸完藥品後需漱口。
Litfulo /Ritlecitinib Tosylate 50mg/cap./[LITFT]	適應症：適用於治療12歲以上嚴重圓禿病人。 用法劑量：每日一次口服50mg。 注意事項：治療期間或開始治療前不久應避免使用活性減毒疫苗。
Cibinquin /Abrocitinib 200mg/tab./[CIBIT]	適應症：適用於治療12歲以上患有中-重度異位性皮膚炎且適合接受全身性治療的病人，可搭配或不搭配食物服用(搭配食物服用可能改善噁心)。 用法劑量：每日一次口服50-100 mg。 注意事項：在治療期間或治療前不久應避免使用活性減毒疫苗。始治療前不久應避免使用活性減毒疫苗。