



香港醫院藥劑師學會
The Society of Hospital Pharmacists of Hong Kong

2014-15 藥物治療指南 上冊

序言：

香港醫院藥劑師學會出版了全港首部由醫院藥劑師編寫的《藥物治療指南2014/15》旨在：

- 一. 為市民提供正確、中立、有臨床實證的最新藥物治療資訊
- 二. 增加市民對預防疾病的知識，了解各種疾病藥物治療的選擇
- 三. 鼓勵病友積極參與治療的討論和決定，為自己的藥物治療作出選擇，提高病友自我管理 (Self-management) 的能力
- 四. 加強病友對藥物的認識，如藥物的服用方法及副作用等，從而提升病友服藥的安全性、依從性、療效

《藥物治療指南2014/15》共分為兩冊，編寫了三十多種的疾病，如癌症、糖尿病、哮喘等的最新藥物治療資訊。內容除了疾病概覽、各種常用的藥物治療方案、藥物比較、醫院管理局藥物名冊分類和病人互助組織資料外，本指南亦提供兩項重要的項目，分別是「藥劑師提提你」和「問問你的醫生」。「藥劑師提提你」主要為病友提供服藥或治療期間的建議和要留意的細節，例如副作用的處理和日常生活的協調等。

《藥物治療指南2014/15》會免費派發予有需要的市民和病友，學會並提供指南的電子版，方便市民和病友可隨時登上 www.derc.org.hk 瀏覽。

用藥醫病 用心醫人

2014年10月

目錄



001	目錄
002-003	支持機構
004-011	胃腸系統疾病
012-045	心血管系統疾病
046-052	呼吸系統疾病
053-091	中樞神經系統疾病
092-117	內分泌系統疾病
118-126	泌尿系統疾病
127-151	肌肉骨骼及關節疾病
152-159	眼科疾病
160-169	耳鼻喉疾病
170-179	皮膚疾病
180	病人自助組織名單

001	目錄
002-003	支持機構
004-011	傳染病
012-019	營養補充
020-034	疫苗
035-129	癌症
130	病人自助組織名單

2

支持機構

「關心您的心」主席 梁艷貞女士

與會員朋友談話時，總不時聽到他們用藥時的煩惱，「擔心藥物與食物相沖」、「忘記服藥」、「轉用新藥後擔心未能適應」、「出現副作用」等等。我們除了分享自身的患病及服藥經驗，給予他們支持和鼓勵外，亦會提供心臟病資訊單張及小冊子，幫助他們進一步認識疾病及藥物。

得知「香港醫院藥劑師學會」計劃製作「藥物治療指南」，講解公立醫院藥物名冊中的各類藥物後，我們都十分高興及欣慰，終於有一本適合香港病人的書刊，全面性記載醫院管理局現有提供的藥物及其藥物的詳細資料。透過了解藥物的療效、副作用等，可讓病友進一步掌握資訊，與醫生共同選擇最适合自己的治療方案。如服藥後發覺身體有不良反應，病友會更警覺及主動向醫護人員反映，預防因服用不適合藥物而帶來的問題。

「關心您的心」致力為各心臟病友及市民大眾提供心臟健康及復康服務，亦一直與「香港醫院藥劑師學會」合作，為心臟病友提供不同的專業藥物知識講座及活動。合作過程中，我們深深感受到藥劑師們對病人用藥的關顧及為藥物教育付出的努力。期望各位讀者從書刊中感受到這份愛心及努力。

請您也推薦本書刊給您身邊有需要的朋友！

與您攜手並肩 同行心臟復康路



「香港哮喘會」主席 陳永佳先生

哮喘病在本港是一種很普遍的疾病，而發病時辛苦情況，真的感覺到「咳到痴肺」，非病患者總不能完全感受箇中情況。所以香港哮喘會早於1989年便成立，透過醫生、護士、治療師、社工、哮喘病患者等，多角度的分享，給予鼓勵及支援予病友及家屬。

本會樂見「香港醫院藥劑師學會」的同工，體諒及感到病友的需要，並緊密地連繫各病友組織、團體，計劃製作「藥物治療指南」刊物。除了介紹病理、藥物分類、不同的治療方案外，更設有「藥劑師提提你」及「問問你的醫生」部份，讓病友及家屬可以與醫護人員商討治療方案。更登載有關本地病人互助組織的資料，使病友可以接觸各病類的病友組織，哮喘病友可以聯絡本會，如致電、登入本會的網站，以獲取更多相關的資料。

「香港哮喘會」是一個為哮喘和過敏症患者及其家屬提供服務的病人自助組織，亦為一個非牟利慈善團體。本會定期為哮喘者及家屬提供藥物管理、自我照顧的知識、技巧方法，以控制好哮喘。本會旨在透過提供多元化病友支援服務，增進病友、其家屬和市民對哮喘和過敏症成因和預防的認識，並建立相互支援網絡，發揮會友間的互助精神。

關注呼吸道健康

協助哮喘及過敏症患者過着正常的生活





胃腸系統 疾病 Gastro-intestinal System Disorders

- 克隆氏症

沙門氏菌
NOD2

5

破壞腸道組織

Salmonella

{ 克隆氏症 Crohn's Disease }

Campylobacter

簡介



引言

- 克隆氏症是一種慢性腸道炎
- 消化道任何一個部位，上至口腔下至肛門都可能發炎及潰瘍
- 迴腸(小腸末端)最常受影響



流行病學

- 本港每10萬人中約有1-2人發病，以男性患者居多
- 平均發病年齡約為20-30歲



風險因素

- 吸煙會令發病風險提高一倍
- 沙門氏菌(*Salmonella*)或弧形桿菌(*Campylobacter*)感染
- 自體免疫系統異常



成因

- 克隆氏症成因至今未明，有研究指出它與遺傳基因NOD2有關
- 克隆氏症的臨床表徵主要是由於炎症細胞被激活，釋放細胞因子，破壞腸道組織



徵狀

初期徵狀與普通腸胃炎相似，主要徵狀如下：

- | | |
|--------|------|
| • 肚痛 | • 消瘦 |
| • 腹瀉 | • 乏力 |
| • 腹部不適 | |

由於消化道任何一個部位都可能出現發炎及潰瘍，所以有可能會出現以下徵狀：

- | | |
|--------|--------|
| • 口腔潰瘍 | • 肛門疼痛 |
|--------|--------|



治療

先用臨床檢驗分級系統如克隆氏症活動指數(Crohn's Disease Activity Index, CDAI)為病人的病況進行評估。根據病情分為無症狀類、輕微、中度及嚴重，再因應其嚴重程度給予不同的治療。克隆氏症難以根治，患者須長期透過藥物控制病情，並降低出現嚴重併發症的機會。藥物治療的目的是要在急性期控制腸道的炎症，減輕慢性發炎以及改善生活質素。如藥物治療無效，或出現嚴重併發症時才考慮使用手術治療。

藥物治療

一線藥物包括：

- 5-氨基水楊酸及其衍生物(5-aminosalicylic acid and its derivatives)
 - ▲ 美沙拉嗪(Mesalazine)
 - ▲ 柳氮磺胺吡啶(Sulfasalazine)
 - ▲ 醫學實證並不支持使用這種藥物，但臨床上某些患者使用後徵狀能得以改善。因此，它成為了常用的一線治療藥物
- 類固醇
 - ▲ 強體松(Prednisone)
 - ▲ 布地奈德(Budesonide)
- 免疫調節藥物
 - ▲ 硫唑嘌呤(Azathioprine)
 - ▲ 6-巰基嘌呤(6-Mercaptopurine)
 - ▲ 甲氨蝶呤(Methotrexate)



- 抗腫瘤壞死因子製劑(TNF inhibitors)

- ▲ 因福來美(Infliximab)
- ▲ 阿達木單抗(Adalimumab)

其他舒緩徵狀的藥物包括：

- 抗生素(用於治療克隆氏症所引起的肛門周邊疾病)

- ▲ 甲硝唑(Metronidazole)
- ▲ 環丙沙星(Ciprofloxacin)

- 止瀉藥*

- ▲ 洛哌丁胺(Loperamide)
- ▲ 地芬諾酯與阿托品(Diphenoxylate and Atropine)

* 必需經醫生指示才可使用，因止瀉藥可能導致毒性巨腸症，不適用於嚴重結腸炎患者



併發症

- 腹膜炎
- 膿腫
- 小腸阻塞

藥物治療



視乎病情的嚴重程度，治療克隆氏症會選用不同的治療方案。根據美國腸胃病學會(American College of Gastroenterology ACG)的建議，輕度至中度克隆氏症的患者可服用美沙拉嗪(Mesalazine)或柳氮磺胺吡啶(Sulfasalazine)。至於中度至嚴重克隆氏症的患者，建議可服用類固醇，之後可服用硫唑嘌呤(Azathioprine)，6-巰基嘌呤(6-mercaptopurine)或靜脈輸注的甲氨蝶呤(Methotrexate)。

對於傳統療法未能有效控制的嚴重克隆氏症，美國腸胃病學會建議病人服用生物製劑。現時主要有兩種生物製劑治療克隆氏症，均屬抗腫瘤壞死因子製劑(TNF inhibitors)，包括阿達木單抗(Adalimumab)及因福利美(Infliximab)，藥理在於選擇性地與抗腫瘤壞死因子結合，控制及減低過度發炎，從而舒緩病情。

藥物名稱	適應症	藥物劑型
阿達木單抗 Adalimumab	克隆氏症 類風濕性關節炎 幼年特發性關節炎 牛皮癬 中軸性脊椎關節炎 銀屑病關節炎 潰瘍性結腸炎 強直性脊椎炎	針劑： 皮下注射
因福利美 Infliximab	克隆氏症 類風濕性關節炎 牛皮癬 銀屑病關節炎 潰瘍性結腸炎 強直性脊椎炎	針劑： 靜脈滴注 (不少於兩小時)

* 只顯示有於香港註冊的藥品與其成分含量

** 只列出最主要的相互作用，並不代表其他藥物或食品與上表中的藥物完全沒有相互作用。如有任何疑問，請向藥劑師查詢。



胃腸系統疾病 • 克隆氏症 • 藥物治療

成分含量*	服用劑量	服用藥物須知	常見副作用	與食物的相互作用**	與藥物的相互作用**	醫院管理局藥物名冊分類(於2014年7月)	國際指引
40毫克	首次注射劑量為 160 毫克，然後於療程第 15 天注射 80 毫克，然後每一至兩星期一次，每次 40 毫克	應注射於下腹或大腿，避開肚臍兩吋位置；避免每次注射同一位置	注射部位反應（疼痛，腫脹，發紅或痕癢）、感染、頭暈、頭痛	紫錐花：可能減低阿達木單抗的藥效	不能與活性疫苗 (Live vaccines) 同時服用		
100毫克	開始時第一，三，七週各一次，每次 5 毫克/ kg ；往後每八週一次，每次 5 毫克/ kg	留意會否出現輸液反應（呼吸困難、發燒、皮疹、泛紅、皮疹、頭痛）；如有以上情況，需立刻告訴醫護人員	輸液反應（呼吸困難、發燒、皮疹、頭痛）、感染、噁心	紫錐花：可能減低因福利美的藥效	不能與活性疫苗 (Live vaccines) 同時服用 不能與阿巴西普 (Abatacept) 同時服用	自費藥物（有安全網）	美國腸胃病學會 2009年指引： - 對於傳統療法未能有效控制，及從未使用過生物製劑治療的嚴重克隆氏症病人，可使用阿達木單抗或因福利美 - 對於曾使用因福利美但失效的病人，可使用阿達木單抗



問問你的醫生：



- 我正在服用其他藥物及保健產品，可否跟我的治療克隆氏症藥物同服？
- 我需要長期服用治療克隆氏症藥物嗎？我的治療療程有多長？
- 我的藥物治療有甚麼副作用？如果出現副作用，我應如何處理？
- 如果一種生物製劑治療失效，我還有甚麼選擇？可以試用其他生物製劑嗎？
- 聽說生物製劑即使本來對病情有效，但用久了也會有機會失效。請問這樣的機會有多大？如果治療失效，我可以怎樣做？
- 我正在使用生物製劑，可以同時接種疫苗嗎？

藥劑師提提你：



- 因使用生物製劑會降低身體的免疫力，增加感染機會，所以應注意個人衛生，到感染風險較高的地方時應戴上口罩；若出現感染症狀，必須求醫
- 接種任何疫苗注射時，請主動告訴醫護人員你正接受生物製劑治療
- 接受其他藥物治療前，請主動告訴醫護人員你正接受生物製劑治療
- 服用任何保健產品或中成藥前，請諮詢藥劑師的意見
- 接受生物製劑治療後，如出現任何不適，請主動告訴醫生和藥劑師
- 緊記定時覆診





參考資料

- *Lexi-comp PDA version 1.13.0(163)*
- *Hospital Authority Drug Formulary (HADF) supplementary operation guideline version 10.1*
- *Lichtenstein et al. Management of Crohn's disease in adults. Am J Gastroenterol 2009;doi:10.1038/ajg.2008.168.*
- *Drug Office, Department of Health. <http://www.drugoffice.gov.hk/>. Accessed on 12 Feb 2014*



心血管系統疾病 Cardiovascular System Disorders

• 周邊動脈疾病	13
• 非瓣膜性心房顫動	19
• 靜脈血栓栓塞	22
• 急性心肌梗塞	30
• 高血脂	38

{ 周邊動脈疾病 }

{ Peripheral Arterial Disease }

簡介



引言

- 周邊動脈疾病(Peripheral arterial disease)又名周邊血管疾病(Peripheral vascular disease)，是一種常見的心血管病症。血管因粥樣硬化或脂肪塊積聚而變窄及被阻塞，以致供應到身體各組織的血液減少。



流行病學

- 普遍發病年齡大於40歲
- 男性的發病率比女性高



風險因素

- 年齡大於40歲
- 吸煙者(最重要因素)
- 糖尿病、高血壓或高血脂患者
- 心臟病患者、曾有心臟病發作、中風或有相關家族病史
- 體重過高或缺乏運動的人



成因

動脈內圍變得狹窄，導致在遠端四肢的血流不足。血液未能在肌肉運動時提供足夠的氧氣和營養：

- 酸性代謝物在肌肉內積聚，導致跛行
- 動脈閉塞導致遠端血壓減少，使血液運行不暢





徵狀

許多患者不會有任何病徵，但部份患者可能出現以下情況：

- 腿部疼痛(尤其走路或運動時，但休息數分鐘後便會消失)
- 下腿刺痛、麻木或冰冷
- 腿部發炎或感染，並需要長時間才能復原
- 皮膚乾燥、指甲生長不佳、脫髮

周邊動脈疾病可分為四種阻塞程度(Fontaine Stage)：

阻塞程度	病徵
I	無病徵、脈搏減弱
II	間歇性跛行
III	日常休息時疼痛
IV	皮膚潰瘍、組織壞死、壞疽



治療

減輕體重，戒煙及血壓控制對於治療跛行是很重要的。

藥物治療：

- 抑制血小板凝聚藥，如阿士匹靈(**Aspirin**)，是一線藥物。阿士匹靈能減少周邊動脈疾病患者的心肌梗塞和中風風險。
- 己酮可可鹼(**Pentoxifylline**)和西洛他唑(**Cilostazol**)能減少跛行徵狀。



併發症

- 皮膚潰瘍、壞疽
- 陽痿



藥物治療

周邊動脈疾病是一種常見的心血管病症。脂肪塊在腿部的血管內積聚，令血管變窄及受到阻塞，並減少血液供應。患上周邊動脈疾病的機會隨着年齡增加，而男性一般比女性較容易於早年患上此病。

許多患者不會有任何病徵，而部份患者可能出現下腿刺痛、麻木或冰冷、腿部發炎或感染等。

如果以上病徵持續，患者應盡快求醫並接受詳細的身體檢查，其中包括量度上下肢血壓比(Ankle brachial index)，以比較足踝和手臂的血壓，若前者低於後者，代表可能已患上周邊動脈疾病。此外，血管造影、超聲波及磁力共振掃描也可用來診斷此病。

雖然周邊動脈疾病並不會於短期內對生命構成危險，但此病會增加患上冠心病及中風的機會；而當病情惡化時更可能會出現壞疽，甚至需要截肢。因此周邊動脈疾病必須及早治療，主要包括藥物治療及改變生活習慣，某些患者則需要進行外科手術。



藥物名稱	適應症	藥物劑型	成分含量	服用劑量	服用方法
西洛他唑 Cilostazol	- 治療周邊動脈疾病所引致的缺血性徵狀如疼痛、手腳冰冷等 - 預防腦梗塞復發(心因性栓塞除外)	口服藥片	口服藥片： 50毫克	口服每日兩次，每次100毫克	餐前30分鐘或餐後2小時
己酮可可鹼 Pentoxifylline	- 延長患有周邊動脈疾病(引致間歇性跛行)的患者的步行距離 - 與血液運行有關的內耳問題	口服藥片，針劑	緩釋口服藥片： 400毫克 針劑： 每5毫升含100毫克	緩釋藥片： 口服每日三次，每次400毫克 針劑： 靜脈輸注每日一至兩次，每次100至600毫克	跟餐服用
草酸萘呋胺 Naftidrofuryl oxalate	- 周邊動脈疾病(間歇性跛行) - 長者慢性感覺神經異常(阿爾茲海默氏症(Alzheimer's disease)除外) - 雷諾氏症候群(Raynaud's syndrome)	口服膠囊，口服藥片	口服膠囊： 100毫克 口服藥片： 200毫克	- 間歇性跛行：每日三次，每次200毫克 - 長者慢性感覺神經異常或雷諾氏症候群： - 口服藥片：每日兩次，每次200毫克；或 - 口服膠囊：每日三次，每次100毫克	跟餐服用，用整杯開水吞服

心血管系統疾病 • 周邊動脈疾病 • 藥物治療

常見副作用	與食物的相互作用	與藥物的相互作用	忌用	醫院管理局藥物名冊分類 (於2014年7月)	國際指引	
頭痛、肚瀉、排便異常、鼻炎、感染	西柚或西柚汁，高脂食物	以下藥物會增加西洛他唑血液水平(有機會增加副作用): 考尼伐坦(Conivaptan)，Azole類抗真菌藥；非類固醇消炎止痛藥，葡萄糖胺，己酮可可鹼(Pentoxifylline)，維他命E	不適用於患有嚴重腎病，中度至嚴重肝病，心臟衰竭或懷孕的患者	專用藥物		美國心臟協會／美國心臟病學會(AHA/ACCP)指引： - 可考慮西洛他唑為首選藥物，改善間歇性跛行患者的步行距離及症狀 英國國家健康暨臨床卓越研究所(NICE)指引： - 不建議用西洛他唑來治療間歇性跛行
潮熱、腸胃不適(如噁心、嘔吐、肚瀉)	沒有資料	- 降血壓藥(增加降血壓藥效) - 薄血藥(增加流血風險) - 降血糖藥或胰島素(增加降血糖藥及胰島素藥效) - 胃藥 Cimetidine(增加己酮可可鹼血液水平)	不適用於患有腦出血、視網膜廣泛出血、急性心肌梗死或嚴重心律失常的患者	專用藥物	歐洲心臟醫學會(European Society of Cardiology)指引建議： 西洛他唑，己酮可可鹼及草酸萘呋胺能有效增加間歇性跛行患者的步行距離，前兩者更能改善患者的生活水平	美國心臟協會／美國心臟病學會(AHA/ACCP)指引： - 可考慮己酮可可鹼為二線藥物，替代西洛他唑，改善間歇性跛行的患者的步行距離及症狀 英國國家健康暨臨床卓越研究所(NICE)指引： - 不建議用己酮可可鹼來治療間歇性跛行
腸胃不適	沒有資料	沒有資料	不適用於曾有高草酸尿症或復發性含鈣腎結石的患者	專用藥物		英國國家健康暨臨床卓越研究所(NICE)指引： 建議選用草酸萘呋胺來治療因周邊動脈疾病而導致的間歇性跛行

問問你的醫生：



- 我過往的病史會否影響我可選用的藥物？
- 我正在服用其他西藥、中成藥及保健品，可否與此類藥物同服？
- 如我受不了治療藥物的副作用，我還有其他選擇嗎？
- 我正在懷孕(或哺乳)，可選用哪種藥物？

藥劑師提提你：



- 保持正常水平的血糖，血壓和血脂對於控制周邊動脈疾病非常重要
- 戒煙和減肥對於病情控制有幫助
- 可以向醫護人員查詢適合自己的運動



參考資料

- *Lower limb peripheral arterial disease: diagnosis and management.* <http://www.nice.org.uk/guidance/CG147/chapter/introduction> Accessed on 15 Mar 2014.
- *Hospital Authority Drug Formulary (HADF) supplementary operation guideline version 10.1*

{ 非瓣膜性心房顫動 }

{ Non-Valvular Atrial Fibrillation }

簡介



引言

- 持續性或陣發性心律不整
- 快速和混亂的心房顫動
- 不規則和快速的心室反應



流行病學

- 發病率／患病率隨著年齡的增長顯著增加



風險因素

- 年齡增加
- 高血壓
- 缺血性心臟病
- 甲狀腺功能亢進症



成因

心肌細胞快速產生電流，造成心房混亂收縮。同時，房室結(Atrioventricular node)接收到超出負荷的電脈衝量，導致快速及不規則的心室跳動，令血液不能有效地送出心臟流向全身。





徵狀

- 輕微
 - ▲ 心悸
 - ▲ 胸悶
 - ▲ 乏力
 - ▲ 降低運動能力
 - ▲ 心率加快
- 嚴重
 - ▲ 心絞痛
 - ▲ 呼吸困難
 - ▲ 昏厥



治療

- 治療目標包括：
 - ▲ 防止血栓栓塞(中風為其中一個主要的後果)
 - ▲ 控制心率
 - ▲ 控制心律

防止血栓栓塞

- 使用抗凝血藥物
 - ▲ 華法林(Warfarin)
 - 用於中風風險較高的病人(曾短暫性腦缺血、中風或血栓栓塞)
 - 需長期服用
 - 需監察凝血指數
 - 需控制飲食，如維他命K含量較豐富的深綠色蔬菜
 - ▲ 達比加群酯(Dabigatran，凝血酶抑制劑)
 - 一般不需要定期監察凝血指數
 - 此藥不需要特別飲食限制
 - ▲ 利伐沙班(Rivaroxaban，凝血因子Xa抑制劑)
 - 一般不需要定期監察凝血指數
 - 此藥不需要特別飲食限制

▲ 阿哌沙班(Apixaban，凝血因子Xa抑制劑)

- 一般不需要定期監察凝血指數
- 此藥不需要特別飲食限制

▲ 阿士匹靈(Aspirin)

- 用於中風風險較低的心房顫動患者
- 如中至高度中風風險的心房顫動患者曾患有急性冠狀動脈綜合症(沒有進行冠狀動脈支架置入手術)，阿士匹靈(Aspirin)有機會與華法林(Warfarin)一併使用

控制心室率

- β - 受體阻斷劑
- 鈣通道阻斷劑(Non-dihydropyridines類)
- 地高辛(Digoxin)



併發症

- 中風
- 心臟衰竭

22

{靜脈血栓栓塞} {Venous Thromboembolism}

簡介



下肢重大骨科手術後的預防及治療



引言

- 靜脈被血栓阻塞
- 可影響任何部位的深層靜脈，較常發生於下肢靜脈
- 可分為深部靜脈血栓及肺栓塞
- 病人在接受下肢重大骨科手術後，靜脈血栓栓塞風險都會增加



風險因素

- 施行大手術(重大骨科手術)
- 長期臥床
- 心臟衰竭
- 腹腔壓力增高
- 創傷、燒傷、分娩、嚴重脫水



成因

- 主要由於靜脈血流緩滯，引致凝血機會增加



心血管系統疾病

Cardiovascular System Disorders



徵狀

- 深部靜脈血栓
 - ▲ 患肢腫脹
 - ▲ 疼痛
 - ▲ 靜脈曲張
- 肺栓塞
 - ▲ 呼吸困難



診斷

- 超聲波
- 放射性同位掃描
- 靜脈造影



治療

即時治療可以使用抗凝血針劑，如傳統肝素(Unfractionated Heparin)，依諾肝素(Enoxaparin)，亭扎肝素(Tinzaparin)等，並同時服用口服抗凝血藥如華法林(Warfarin)。服用抗凝血藥的目的是防止血塊在血管中形成，病人必須依照醫生處方的劑量服食，因為服食過量會導致出血，而劑量不足亦會引致血塊形成。故此醫生會定時替病人抽血檢驗和調節劑量，以確保血液的凝血時間在理想的指數內。新一代口服抗凝血藥利伐沙班(Rivaroxaban)，也可以用於治療下肢重大骨科手術後的靜脈血栓栓塞，而此藥一般不需要定期監察凝血指數。





預防

- 避免長時間站立
- 應鼓勵患者在床上多作下肢運動
- 不要交叉腳坐
- 遵照醫護人員指示起床前穿上彈性襪，以助靜脈血液回流及減輕水腫
- 抗凝血藥(針劑型)
 - ▲ 傳統肝素(Unfractionated Heparin)
 - ▲ 低分子量肝素(Low Molecular Weight Heparin)，
例如：依諾肝素(Enoxaparin)，
亭扎肝素(Tinzaparin)等
- 抗凝血藥(口服劑型)
 - ▲ 華法林(Warfarin)
 - ▲ 利伐沙班(Rivaroxaban)
 - ▲ 達比加群酯(Dabigatran)
 - ▲ 阿哌沙班(Apixaban)



藥物治療

靜脈血栓栓塞是髖關節或膝關節置換手術後最常見的嚴重併發症，皮下注射的抗凝血針劑是預防血栓的傳統藥物。

缺血性中風是由於血栓令腦血管堵塞而引起的，非瓣膜性心房顫動是其中一個導致中風的危險因素，因為心臟跳動不正常會令血液滯留在顫動的心房內形成血栓。

華法林(Warfarin)是傳統的口服抗凝血藥物，但它的理想治療目標範圍狹窄，而且需要定期監測抗凝血指數(International Normalized Ratio, INR)。現時市面上有一些新一代的口服抗凝血藥物，給患者多一個藥物治療的選擇。



藥物名稱	適應症	藥物劑型	成分含量	服用劑量	服用藥物須知	起效時間
達比加群酯 Dabigatran	(1) 預防全髖關節或全膝關節置換手術引致的靜脈血栓栓塞 (2) 預防非瓣膜性心房顫動引致的中風及全身性栓塞	口服膠囊	75毫克、 110毫克、 150毫克	每日75至300毫克，每日一至兩次	餐前或餐後	0.5-2小時
利伐沙班 Rivaroxaban	(1) 預防髖關節或膝關節置換手術引致的靜脈血栓栓塞 (2) 預防非瓣膜性心房顫動引致的中風及全身性栓塞 (3) 治療深部靜脈栓塞及肺動脈栓塞 (4) 預防復發性深部靜脈栓塞及肺動脈栓塞	口服藥片	10毫克、 15毫克、 20毫克	每日一次，每次10至20毫克 *治療深部靜脈栓塞及肺動脈栓塞的首21天劑量為每日兩次，每次15毫克	10毫克：餐前或餐後 15毫克、20毫克：餐後	2-4小時
阿哌沙班 Apixaban	(1) 預防髖關節或膝關節置換手術引致的靜脈血栓栓塞 (2) 預防非瓣膜性心房顫動引致的中風及全身性栓塞	口服藥片	2.5毫克	每日兩次，每次2.5毫克	餐前或餐後	3-4小時

常見副作用	注意事項	與食物的相互作用	與藥物的相互作用	醫院管理局藥物名冊分類(於2014年7月)	國際指引	資助
消化不良、腸胃不適、噁心、胃出血、貧血、影響肝功能	不建議肌酐清除速率(creatinine clearance, 腎功能的其中一個指標)每分鐘少於30毫升的患者服用	沒有	有，而其中要避免與心臟藥(Dronedarone)，抗真菌藥(如Ketoconazole、Itraconazole、posaconazole)，調節免疫系統藥(如Cyclosporin、Tacrolimus)及P-gp誘導劑(如抗結核藥Rifampicin、貫葉連翹和抗癲癇藥Carbamazepine、Phenytoin)同服	(1)專用藥物：預防髖關節或膝關節置換手術引致的靜脈血栓栓塞 (2)自費藥物：預防非瓣膜性心房顫動引致的中風及全身性栓塞，是華法林以外的另一個選擇	(1)預防全髖關節或全膝關節置換手術引致的靜脈血栓栓塞 美國胸肺學院 (American College of Chest Physicians, ACCP) - 建議低分子量肝素 (Low molecular weight heparin) (針劑)為第一線藥物 - 如患者進行大型骨科手術後拒絕接受低分子量肝素注射或間歇性充氣壓縮儀器的預防性治療，建議可考慮使用達比加群酯或阿哌沙班 (2)預防非瓣膜性心房顫動引致的中風及全身性栓塞 ACCP - 建議中至高風險的心房顫動人士可選擇達比加群酯為其抗凝血藥的治療 美國心臟協會(American Heart Association)及美國中風協會(American Stroke Association) - 建議達比加群酯及阿哌沙班可作為華法林以外的另一個有效的選擇 - 建議利伐沙班是華法林以外的另一個合理的選擇 美國腦神經學會(American Academy of Neurology) - 建議有較高顱內出血風險的人士可選擇達比加群酯、利伐沙班或阿哌沙班為其抗凝血藥的治療 歐洲心臟學會(European Society of Cardiology, ESC) - 建議相比華法林，大部份非瓣膜性心房顫動的患者應優先考慮使用新一代抗凝血口服藥物(如達比加群酯、阿哌沙班或利伐沙班)來預防血栓栓塞	聖雅各福群會惠澤社區藥房優惠(只限領取綜援、低收入人士或65歲以上長者)
消化不良、腸胃不適、噁心、眼部或胃出血、貧血、心跳過速、使肝酵素提升	不建議肌酐清除速率每分鐘少於15毫升的患者服用	沒有	有，而其中此藥要避免與心臟藥(Dronedarone)同服，而且並不建議與抗真菌藥(如Ketoconazole、Itraconazole、Voriconazole、Posaconazole)及抗愛滋病毒藥物(如Ritonavir)同服	(1)專用藥物： - 預防髖關節或膝關節置換手術引致的靜脈血栓栓塞 - 治療深部靜脈血栓及預防靜脈血栓栓塞復發 (2)自費藥物：預防非瓣膜性心房顫動引致的中風及全身性栓塞，是華法林以外的另一個選擇	美國心臟協會(American Heart Association)及美國中風協會(American Stroke Association) - 建議達比加群酯及阿哌沙班可作為華法林以外的另一個有效的選擇 - 建議利伐沙班是華法林以外的另一個合理的選擇 美國腦神經學會(American Academy of Neurology) - 建議有較高顱內出血風險的人士可選擇達比加群酯、利伐沙班或阿哌沙班為其抗凝血藥的治療 歐洲心臟學會(European Society of Cardiology, ESC) - 建議相比華法林，大部份非瓣膜性心房顫動的患者應優先考慮使用新一代抗凝血口服藥物(如達比加群酯、阿哌沙班或利伐沙班)來預防血栓栓塞	聖雅各福群會惠澤社區藥房優惠(只限領取綜援、低收入人士或65歲以上長者)
噁心、血腫、胃出血、陰道或尿道出血、貧血	不建議肌酐清除速率每分鐘少於15毫升或正接受透析治療的患者服用	沒有	有，而其中此藥並不建議與抗真菌藥(如Ketoconazole、Itraconazole、Voriconazole、Posaconazole)及抗愛滋病毒藥物(如Ritonavir)同服	未納入醫院管理局藥物名冊內		—

問問你的醫生：



- 我正在服用的其他藥物及健康產品可否與這種抗凝血藥一同服用？
- 這種抗凝血藥會有甚麼副作用嗎？
- 我是否需要戒口？
- 我需要服用這種抗凝血藥多久？

藥劑師提提你：



- 如有出血徵狀或無故瘀傷，應立即求醫
- 如忘記服藥，不要在下一次服藥時服用雙倍劑量
- 服用任何健康產品前要諮詢醫生或藥劑師的意見





參考資料

- Furie KL, Goldstein LB, Albers GW, et al. Oral Antithrombotic Agents for the Prevention of Stroke in Nonvalvular Atrial Fibrillation. A Science Advisory for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2012 Aug; 43: 3442-3453
- Guyatt G, Akl EA, Crowther M, et al. Executive Summary: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012 Feb; 141(2)(Suppl):7S-47S
- Culebras A, Messé SR, Chaturvedi S, et al. Summary of evidence-based guideline update: Prevention of stroke in nonvalvular atrial fibrillation. *Neurology*. 2014 Feb; 82(8): 716-724
- The task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Guideline for the management of Atrial Fibrillation. *European Heart Journal*, 2010; 31; 2369-2429
- Hospital Authority Drug Formulary (HADF) supplementary operation guideline version 10.1



30

{急性心肌梗塞} {Myocardial Infarction}

簡介



引言

- 由心肌缺血引致
- 心肌因缺乏養份及氧氣而壞死



流行病學

- 在美國，每年的急性冠狀動脈症候群的發病率估計為600,000人，復發人數為320,000人
- 現時在美國大概有7.5億人受心肌梗塞影響
- 多數發生在男性身上



風險因素

- 吸煙、嗜酒
- 高血壓
- 高血脂
- 糖尿病
- 年齡、性別
- 肥胖
- 家族有心血管病患史



成因

- 心臟的血管受阻塞，心肌無法獲得充足的氧氣及養份來應付心臟的需求。如阻塞情況嚴重，部份心臟肌肉更會壞死，降低心臟功能。



徵狀

- 發病初期
 - ▲ 持續性的前胸劇痛、悶痛或胃部疼痛
 - ▲ 噁心
 - ▲ 面色蒼白
 - ▲ 冒汗
 - ▲ 呼吸困難
 - ▲ 氣促



治療

分類

當病人出現急性心肌梗塞的徵狀，緊急處理方式主要為盡快把堵塞的血管打開，恢復血液供應，及阻止血塊進一步形成。主要使用的藥物包括：硝酸甘油（俗稱劑底丸），用作擴張心臟血管；阿士匹靈，抑制血小板凝聚；抗凝血針，阻止血塊進一步形成。

下一步的處理方法則視乎病人個別情況：

類型	病情	處理方法
ST段上升心肌梗塞 (STEMI)	比較嚴重	盡快把病人堵塞的血管打通 • 冠狀動脈血管成形術（俗稱通波仔）；或 • 血栓溶解劑
非ST段上升型心肌梗塞 (NSTEMI)	可分為高風險群及低風險群	先評估病人的風險，再選用以下一種治療： • 冠狀動脈血管成形術（俗稱通波仔）； • 血栓溶解劑；或 • 藥物治療

無論是透過通波仔手術，使用血栓溶解劑把堵塞的血管打開，或只透過服用藥物治療，急性心肌梗塞的病人都需服用兩種抑制血小板凝聚藥——阿士匹靈及P2Y₁₂受體抑制劑，以預防血栓形成所引起的中風、心肌梗塞及減低心臟病復發和死亡風險。

抑制血小板凝聚藥

- 阿士匹靈
 - ▲ 須終身服用
- P2Y₁₂受體抑制劑
 - ▲ 視乎病人情況決定治療服用時間
 - 氯格雷／氯吡多(Clopidogrel)
 - 普拉格雷(Prasugrel)
 - 替格瑞洛(Ticagrelor)



藥物治療

當病人出現急性心肌梗塞的徵狀，緊急處理方式主要為盡快把堵塞的血管打通，恢復血液供應，及阻止血塊進一步形成。主要使用的藥物包括：硝酸甘油（俗稱崩底丸），用作擴張心臟血管；阿士匹靈，抑制血小板凝聚；抗凝血針，阻止血塊進一步形成。

下一步的處理方法就要視乎病人個別情況。如屬於比較嚴重的ST段上升心肌梗塞(STEMI)，醫護人員需盡快把病人堵塞的血管打通。醫護人員會根據病人個別情況，決定是否為病人進行通波仔手術，或者使用血栓溶解劑把堵塞血管的血塊溶解。如屬於非ST段上升型心肌梗塞(NSTEMI)，醫生會先評估病人的風險。若評估屬於高風險群，跟STEMI的處理方法一樣，醫生會為病人進行通波仔手術或使用血栓溶解劑；如屬風險較低的病人，則可以透過服用藥物治療。

無論是透過通波仔手術、使用血栓溶解劑把堵塞的血管打通，或只透過服用藥物治療，急性心肌梗塞的病人都需服用兩種抑制血小板凝聚藥——阿士匹靈及P2Y₁₂受體抑制劑，以預防血栓形成所引起的中風及心肌梗塞。阿士匹靈須終身服用，而P2Y₁₂受體抑制劑則視乎病人情況，須服用最少14天至1年。由此可見，抑制血小板凝聚藥於急性心肌梗塞的治療中有着不可或缺的作用。

第一種P2Y₁₂受體抑制劑於90年代末面世，十多年來改寫了急性心肌梗塞的治療方法。研究發現，P2Y₁₂受體抑制劑和阿士匹靈共同使用，相比阿士匹靈單獨使用能更有效預防血管堵塞和減低死亡率。目前，醫院管理局藥物名冊中，共有3種P2Y₁₂受體抑制劑，分別是氯格雷／氯吡多(Clopidogrel)，普拉格雷(Prasugrel)，替格瑞洛(Ticagrelor)。

藥物名稱	適應症	藥物劑型	成分含量*	服用劑量	常見副作用
氯格雷 氯吡多 Clopidogrel	用於以下疾病，以預防血栓形成： – 不穩定性心絞痛或心肌梗塞 – 周邊動脈疾病 – 缺血性中風 – 心房顫動	口服藥片	75毫克	開始時需服 300至600 毫克；然後每天一次，每次 75 毫克至 150 毫克	較嚴重的副作用為出血情況，如腸胃出血。雖然風險低於 5% ，但若有相關徵狀，必須通知醫護人員
普拉格雷 Prasugrel	用於進行通波仔手術的急性心肌梗塞患者，以預防血栓形成	口服藥片	10毫克	開始時需服 60 毫克；然後每天一次，每次 5 毫克至 10 毫克	較嚴重的副作用為出血情況，如腸胃出血
替格瑞洛 Ticagrelor	用於不穩定性心絞痛或心肌梗塞後，以預防血栓形成	口服藥片	90毫克	開始時需服 180 毫克；然後每天兩次，每次 90 毫克	輕微呼吸困難。較嚴重的副作用為出血情況，如腸胃出血

* 只顯示有於香港註冊的藥品與其成分含量

** 只列出最主要的相互作用，並不代表其他藥物或食品與上表中的藥物完全沒有相互作用。如有任何疑問，請向藥劑師查詢。

與食物的相互作用**	與藥物的相互作用**	醫院管理局藥物名冊分類(於2014年7月)	國際指引	
			美國心臟協會2012及2013年指引	歐洲心臟病學會2011及2012年指引
沒有	- 同時服用胃藥質子泵抑制劑(Proton-pump inhibitors)，特別是奧美拉唑(Omeprazole)，有機會減低氯格雷／氯吡多的藥效 - 氯格雷／氯吡多需要肝酵素CYP2C19代謝才能發揮藥效；因此抑制CYP2C19的藥物都可能與氯格雷／氯吡多有相互作用	專用藥物	建議以下STEMI及NSTEMI病人服用氯格雷／氯吡多： - 將進行通波仔手術 - 將使用或曾使用血栓溶解劑 - 沒有進行過通波仔手術及沒有使用過血栓溶解劑，只用藥物治療	建議以下STEMI病人服用氯格雷／氯吡多： - 將使用或曾使用血栓溶解劑 對於以下情況並且不能使用普拉格雷及替格瑞洛的STEMI病人，建議使用氯格雷／氯吡多： - 將進行通波仔手術 - 沒有進行通波仔手術及沒有使用過血栓溶解劑，只用藥物治療 對於不能使用普拉格雷及替格瑞洛的NSTEMI病人，建議使用氯格雷／氯吡多
沒有	沒有主要相互作用	專用藥物	建議以下STEMI及NSTEMI病人服用普拉格雷： 將進行通波仔手術	建議以下STEMI及NSTEMI病人服用普拉格雷： 將進行通波仔手術
沒有	替格瑞洛需要肝酵素CYP3A4進行分解；因此影響CYP3A的藥物都可能與替格瑞洛有相互作用	專用藥物	建議以下STEMI及NSTEMI病人服用替格瑞洛： - 將進行通波仔手術 - 沒有進行過通波仔手術及沒有使用過血栓溶解劑，只用藥物治療	建議以下STEMI病人服用替格瑞洛： - 將進行通波仔手術 建議以下NSTEMI病人服用替格瑞洛： - 中等至嚴重的病人，不論任何治療方式



藥物治療的新發展

根據美國心臟協會2012年指引，有大型研究顯示，普拉格雷及替格瑞洛的預防中風及心肌梗塞的成效較氯格雷／氯吡多為佳。至於嚴重出血的風險，氯格雷／氯吡多與替格瑞洛相若，但普拉格雷的出血風險較氯格雷／氯吡多高。

問問你的醫生：



- 我正在服用其他藥物及保健產品，可否跟我的抑制血小板凝聚藥同服？
- 我將會接受手術，我應該於何時停服我的抑制血小板凝聚藥？
- 我的過往病史會影響我可選用的抑制血小板凝聚藥嗎？
- 我需要長期服用抑制血小板凝聚藥嗎？我的治療療程是多長？

藥劑師提醒你：



- 在接受任何手術前，包括牙科手術，請主動告訴醫護人員你正服用抑制血小板凝聚藥，因為視乎你正服用的抑制血小板凝聚藥和手術的類型，你或需在手術前停服藥物一段時間(五天至七天不等)，以減低手術時出血的風險
- 接受其他藥物治療前，請主動告訴醫護人員你正服用抑制血小板凝聚藥
- 服用任何保健產品或中成藥前，請諮詢藥劑師的意見
- 特別留意出血徵狀，開始治療後如出現任何不適，請主動告訴醫護人員



參考資料

- Lexi-comp PDA version 1.13.0(163)
- Hospital Authority Drug Formulary (HADF) supplementary operation guideline version 10.1
- Hamm CW et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndrome (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ECS). *Eur Heart J* 2011;32:2999-3054.
- Steg G et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction with ST-segment elevation: The Task Force for the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ECS). *Eur Heart J* 2012;33:2569-2619.
- Jneid et al. 2012 ACCF/AHA focused update of the guideline for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction (updating the 2007 guideline and replacing the 2011 focused update). *Circulation* 2012;126:875-910.
- O'Gara et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: executive summary. *Circulation* 2013;127:529-555.
- Drug Office, Department of Health. <http://www.drugoffice.gov.hk/>. Accessed on 12 Jan 2014.



心血管系統疾病

Cardiovascular System Disorders

38

{高血脂}

{Hyperlipidaemia}

簡介



引言

- 高血脂即是血液內的脂質水平過高
- 血脂包括膽固醇、磷脂及三酸甘油脂，以脂蛋白的形式在體內運行
- 脂蛋白有五大種，包括乳糜微粒(**Chylomicron**)、極低密度脂蛋白(**Very low-density lipoprotein, VLDL**)、低密度脂蛋白(**Low-density lipoprotein, LDL**)、中間密度脂蛋白(**Intermediate-density lipoprotein, IDL**)和高密度脂蛋白(**High-density lipoprotein, HDL**)
- 膽固醇是天然存在於體內的脂肪物質，用於製造細胞膜、荷爾蒙和其他物質
- 血液中膽固醇的來源：
 - I) 肝臟製造
 - II) 小腸吸收(從食物吸收或膽汁循環)
- 高血脂是導致冠狀動脈疾病和中風的主要風險因素



流行病學

- 患高血脂的人隨年齡增長而增加
- 香港近九成的病患者年齡是45歲或以上
- 港人患高血脂情況有年輕化趨勢



心血管系統疾病

Cardiovascular System Disorders



風險因素

- 飲食吸收大量飽和脂肪和膽固醇
- 習慣經常進食大量高卡路里食物
- 年齡高(男性大於45歲，女性大於55歲)少運動或中央肥胖
- 其他家庭成員患有高血脂
- 女性在更年期前比男性較少有高血脂問題，但更年期後女性出現高血脂問題的機率會急速上升



預防

控制血脂水平能減少動脈粥樣硬化及患心血管疾病的風險：

- 均衡飲食
- 多做運動
- 維持正常體重
(標準體重指數(Body mass index, BMI)：18.5 - 22.9)
- 戒煙



徵狀

- 大部份人都沒有徵狀
- 血液測試顯示總膽固醇、低密度脂蛋白或三酸甘油脂水平提升
- 嚴重高血脂可使上眼瞼出現黃色斑塊、筋腱上出現黃色堅硬物





治療

改變飲食習慣，例如：多進食蔬菜及高纖食物、減少進食高膽固醇食物、多做運動，及藥物治療能降低總膽固醇、低密度脂蛋白或三酸甘油酯水平。

• 藥物治療

降膽固醇藥物的種類繁多，包括他汀類藥物(**Statins**)、纖維類藥物(**Fibrates**)、膽汁酸隔離劑(**Bile acid sequestrants**)、菸酸(**Nicotinic acid**)及膽固醇吸收抑制劑依折麥布(**Ezetimibe**)。不同的降膽固醇藥對於降低或提升不同種類膽固醇的功效不同，醫生會因應病人的血液報告及身體狀況而作出選擇。

• 一線藥物

他汀類藥物是現時的一線藥物，有多項研究證實他汀類藥物能有效減低心臟病發風險。他汀類藥物能降低低密度脂蛋白水平，他汀類藥物包括：阿伐他汀(**Atorvastatin**)、氟伐他汀(**Fluvastatin**)、普伐他汀(**Pravastatin**)、瑞舒伐他汀(**Rosuvastatin**)、辛伐他汀(**Simvastatin**)等。



併發症

- 高血脂會增加患心血管疾病及二型糖尿病的風險
- 嚴重的高三酸甘油酯(>500毫克/dL)可能引起胰臟炎



藥物治療

有足夠的臨床實證指出服食降膽固醇藥能有效減低心臟病發的風險。需要服食降膽固醇藥的人主要分兩大類：第一類是曾經患上心臟病的人士，第二類是從沒患過心臟病，但患上心臟病風險較高(如同時患有糖尿病、膽固醇水平高、年紀較大等)的人士。常用的降膽固醇藥包括：他汀類藥物(Statins)，纖維類藥物(Fibrates)，膽汁酸隔離劑(Bile acid sequestrants)，菸酸(Nicotinic acid)及依折麥布(Ezetimibe)。不同的降膽固醇藥對於減低低密度膽固醇、總膽固醇和三酸甘油酯水平及提升高密度膽固醇水平的成效都不同。目前，他汀類降膽固醇藥物有最多研究證實有效減低心臟病發風險，因此，在美國心臟病學會(American Heart Association AHA)2013年的指引中，此類藥物為降膽固醇治療的一線選擇。視乎個別患者本身的心臟病風險，患者會獲處方不同種類及劑量的他汀類藥物。現時醫院管理局藥物名冊中，共有5種他汀類藥物，包括辛伐他汀(Simvastatin)，阿托伐他汀(Atorvastatin)，瑞舒伐他汀(Rosuvastatin)，氟伐他汀(Fluvastatin)及普伐他汀(Pravastatin)。



藥物名稱	適應症	藥物劑型	成分含量*	服用劑量	服用藥物須知	常見副作用	
辛伐他汀 Simvastatin	- 原發性高血脂症 - 原發性高血三酸甘油酯症 - 原發性血β脂蛋白不良症 - 家族性高血膽固醇症 - 用於心臟病風險高的病人，預防中風及心血管疾病	口服藥片	5毫克, 10毫克, 20毫克, 40毫克及80毫克	每天一次，每次5毫克至40毫克	建議於晚上服食，以增加藥效	頭痛、腹痛、便秘及肌肉疼痛	- 一般而言，服用藥物出現副作用的機會率及嚴重性會隨著服用劑量增加而上升 - 如出現肌肉疼痛等症狀，應立刻告訴醫生。 - 極罕見的嚴重副作用為橫紋肌溶解症
阿托伐他汀 Atorvastatin	- 原發性高血膽固醇症 - 高血三酸甘油酯症 - 血β脂蛋白不良症 - 家族性高血膽固醇症 - 預防中風及心血管疾病	口服藥片	10毫克, 20毫克, 40毫克及80毫克	每天一次，每次10毫克至80毫克	沒有特別注意事項	腹瀉、關節痛、肌肉疼痛	
瑞舒伐他汀 Rosuvastatin	- 原發性高血脂症 - 原發性高血三酸甘油酯症 - 原發性血β脂蛋白不良症 - 家族性高血膽固醇症 - 減慢動脈粥樣硬化 - 用於心臟病風險高，但沒有冠心病的病人，預防中風及心血管疾病	口服藥片	5毫克, 10毫克, 20毫克及40毫克	每天一次，每次5毫克至40毫克	沒有特別注意事項	肌肉疼痛、頭痛	
氟伐他汀 Fluvastatin	- 高血脂症 - 用於曾進行通波仔手術的病人，預防心血管疾病	口服藥片／膠囊	20毫克, 40毫克及80毫克	每天一次，每次20毫克至80毫克	沒有特別注意事項	肌肉疼痛、頭痛、消化不良	
普伐他汀 Pravastatin	高血脂症	口服藥片	10毫克, 20毫克及40毫克	每天一次，每次10毫克至80毫克	沒有特別注意事項	頭痛、噁心、肌肉疼痛	

* 只顯示有於香港註冊的藥品與其成分含量

與食物的相互作用**		與藥物的相互作用**	降低低密度膽固醇的成效	能否增加好膽固醇	用藥限制		醫院管理局藥物名冊分類(於2014年7月)	國際指引
大量飲酒有機會增加藥物對肝臟的副作用	避免與大量西柚汁同服	辛伐他汀需要肝酵素CYP3A4進行分解，因此影響CYP3A4的藥物都可能與辛伐他汀有相互作用，包括抗生素，抗真菌藥，心臟藥，降血壓藥，抗排斥藥等	根據美國食品及藥物管理局(FDA)2011年數據，瑞舒伐他汀於相對的劑量，比其他相對劑量的他汀類藥物如辛伐他汀及阿托伐他汀更能有效地降低低密度膽固醇水平	可以		由於副作用的風險增加，不建議亞洲人服用每天80毫克或以上的劑量	專用藥物	美國心臟病學會2013年指引： - 他汀類藥物屬降低密度膽固醇及預防心臟病的一線藥物 - 對於心臟病風險最高的病人，只建議使用瑞舒伐他汀及阿托伐他汀 - 心臟病風險較低的病人，則可使用以上5種他汀類藥物的其中一種 歐洲心臟病學會2011年指引： - 他汀類藥物屬降低密度膽固醇及預防心臟病的一線藥物
	避免與大量西柚汁同服	阿托伐他汀需要肝酵素CYP3A4進行分解；因此影響CYP3A4的藥物都可能與阿托伐他汀有相互作用。 雖然與阿托伐他汀有相互作用的藥物較辛伐他汀少，但亦包括抗真菌藥及抗排斥藥		可以				
		瑞舒伐他汀不需要完全依賴肝酵素CYP3A4進行分解；因此與藥物的相互作用遠比辛伐他汀少		可以	不能用於患有活躍性肝病的人士及懷孕或正餵哺母乳的婦女	由於副作用的風險增加，不建議亞洲人服用每天40毫克或以上的劑量		
		氟伐他汀不需要完全依賴肝酵素CYP3A4進行分解；因此與藥物的相互作用遠比辛伐他汀少 普伐他汀不需要完全依賴肝酵素CYP3A4進行分解；因此與藥物的相互作用遠比辛伐他汀少		可以 可以				

** 只列出最主要的相互作用，並不代表其他藥物或食品與上表中的藥物完全沒有相互作用。如有任何疑問，請向藥劑師查詢。

問問你的醫生：



- 我正在服用其他藥物及保健產品，可否跟我的降膽固醇藥同服？
- 我過往的病史會影響我可選用的降膽固醇藥嗎？
- 我需要長期服用降膽固醇藥嗎？
- 服用降膽固醇藥是否需要戒口？

藥劑師提醒你：



- 接受其他藥物治療前，請主動告訴醫生和藥劑師你正服用降膽固醇藥
- 服用任何保健產品或中成藥前，請諮詢藥劑師的意見
- 接受治療後如出現任何不適，尤其是肌肉酸痛，請主動告訴醫生和藥劑師
- 緊記定時覆診





參考資料

- Lexi-comp PDA version 1.13.0(163)
- Hospital Authority Drug Formulary (HADF) supplementary operation guideline version 10.1
- Reiner Z et. al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: The task force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J* 2011;32:1769-1818.
- Stone NJ et. al. 2013 ACC/AHA Guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines. *Circulation* 2013 Nov 12.
- Jones PH et. al. Comparison of the efficacy and safety of rosuvastatin versus atorvastatin, simvastatin, and pravastatin across doses (STELLAR* trial). *Am J Cardiol* 2003;92:152-160.
- Rising HDL in clinical practice: clinical strategies to elevate HDL. http://www.medscape.org/viewarticle/479499_5. Accessed on 12 Feb 2014.
- Olsson et al. Comparison of the efficacy and tolerability of fluvastatin extended-release and immediate-release formulations in the treatment of primary hypercholesterolemia: a randomized trial. *Clin Ther* 2001 Jan;23(1):45-61.
- Drug Office, Department of Health. <http://www.drugoffice.gov.hk/>. Accessed on 12 Feb 2014.
- MIMS Hong Kong 133rd edition 2013



呼吸系統 疾病 Respiratory System Disorders

• 哮喘

47

{哮喘}

{Asthma}

簡介



引言

- 哮喘是慢性氣管疾病，氣管發炎導致可逆轉的氣管收縮。哮喘發作比較多在晚上或運動時出現，也會由致敏原誘發(如春天時花粉所導致的哮喘發作)。治療方案根據哮喘的嚴重程度而選擇。嚴重程度取決於哮喘發作的頻密次數、對病者生活的影響、氣管的收縮程度等。



流行病學

- 兒童最常見的慢性疾病
- 在兒童中，男性患者比女性患者多
- 在成年人中，女性患者比男性患者多



風險因素

- 個人因素：遺傳、性別、種族、運動、肥胖、情緒壓力
- 環境：病毒感染、致敏原(動物身上和空氣中)、煙草煙霧等
- 藥物：阿士匹靈、非類固醇消炎藥(Non-steroidal anti-inflammatory drug, NSAIDs)、降血壓藥 β 受體阻斷劑(beta-blocker)
- 疾病：濕疹、過敏性鼻炎



成因

- 哮喘主要成因是氣管發炎。慢性的炎症使氣管產生變化，如平滑肌肥大或收縮、下層細胞纖維化及分泌黏液，引起間歇性氣流阻塞及支氣管敏感反應。氣管容易受到致敏原刺激及其他因素導致收縮。



徵狀

- 咳嗽(尤其是晚間)
- 喘氣
- 胸口悶或呼吸困難



治療

藥物治療及生活上的改變對預防哮喘發作都有幫助。

• 生活習慣

患者應保持室內環境整潔及避免接觸致敏原（如塵蟎、動物毛髮、花粉等），例如保持室內乾爽、經常清洗床單窗簾、戒煙或避免吸入「二手煙」。

• 藥物治療

哮喘藥物可分為即時舒緩哮喘發作(**Relievers**)及作長期預防(**Controllers**)兩類。

▲ 氣管舒張劑(例如**Salbutamol**)：能擴張氣管，緩解症狀

▲ 類固醇(例如**Beclomethasone, Budesonide, Fluticasone**)：能對抗氣管發炎

醫生會按病情的嚴重性而選用單一或多種藥物治療，通常會用上直接作用於氣管的吸入式藥物（如定量噴霧器、乾粉吸入劑及準納器等）。吸入式藥物比口服藥物有較少全身性的副作用。嚴重急性哮喘發作或輔助治療嚴重哮喘時會短期使用口服類固醇



病情預期進展

- 男性患者、非吸煙者、患輕微疾病的兒童病情預期進展良好
- 1/3的懷孕婦女哮喘會惡化，另1/3會好轉



併發症

- 肺炎、肺萎陷、呼吸衰竭



藥物治療

哮喘是慢性氣管疾病，哮喘病患者的氣管會出現發炎現象，亦會過度敏感，當受到刺激時，氣管便會收窄，出現氣喘、呼吸困難、長期咳嗽等症狀。這些病徵很多時在晚上或在運動後發生，也會由「致敏原」引起。

一些環境的因素例如塵蟎、花粉、霉菌都屬「致敏原」，會引起哮喘症狀。當氣管接觸到這些物質時，氣管內的組織便會發炎，使氣管變窄，而令呼吸困難。此外，突然轉變的氣溫、動物皮屑、二手煙、劇烈運動、上呼吸道感染等因素都會誘發哮喘發作。

遺傳因素和環境因素都會增加患上哮喘的機會，例如有皮膚敏感或鼻敏感病史的人士、過度肥胖、出生時體重過低的嬰兒、或長期接觸污染物的人士都會增加患上哮喘的機會。

要預防哮喘發作，患者要避免接觸已確定的致敏原，如塵埃蟎、動物毛髮、花粉等。他們亦應保持室內乾爽以減少霉菌的滋生，經常清洗床單、床褥、枕頭、窗簾以避免接觸到塵蟎，亦應戒煙和避免吸入「二手煙」。

哮喘藥物可分為即時舒緩急性哮喘發作的救急藥物(**Relievers**)及作長期預防(**Controllers**)兩大類，患者宜了解所服用藥物的作用，並按醫護人員指示定時服用；一些可直接作用於氣管的藥物(如定量噴霧器、乾粉吸入劑及準納器等)需要使用者掌握正確的使用技巧，才能將藥效完全發揮。患者在用藥時如有疑問，必須向藥劑師查詢清楚。



治療方針(適用於成人或 5 歲以上之少年)

第一階段	如哮喘病情不嚴重，可以用救急藥物(Relievers)，即吸入式短效氣管舒張劑(如 Salbutamol)。 但假如每週需要使用兩次或以上，或出現超過每週一次的晚間氣喘症狀，便需要使用第二階段治療。
第二階段	除了吸入式短效氣管舒張劑，患者可加入定期使用低劑量吸入式類固醇，或選用白三烯受體阻滯劑(leukotriene modifier)，減少支氣管的發炎及腫脹。
第三階段	除了吸入式短效氣管舒張劑，患者在使用低劑量吸入式類固醇的同時，輔以長效氣管舒張劑(β_2 交感神經受體作用劑)白三烯受體阻滯劑或口服緩釋劑型的茶鹼(Theophylline)，都可增加療效。
第四階段	和第三階段相似，不過改為中至高劑量的吸入式類固醇，配合以上其餘一種或多種藥物一同使用，以加強藥效。
第五階段	假如治療效果仍未理想，患者需在使用第四階段藥物的同時，另外服用每天一次的口服類固醇來治療。

在治療的第三階段起，患者可以選用吸入式類固醇，同時輔以長效氣管舒張劑作哮喘治療。市面上有些吸入式的藥物劑型併合了以上兩種藥物，患者只須使用一次，便同時吸入了兩種藥物，不但較方便，而且也可提升患者的用藥依從性。

合併藥物	適應症	藥物劑型 成分含量
吸入式類固醇／長效氣管舒張劑		壓縮吸入器 (Meter-dose inhaler) 50mcg/25mcg 125mcg/25mcg 250mcg/25mcg
		標準器(乾粉) (Accuhaler) 100mcg/50mcg 250mcg/50mcg 500mcg/50mcg
	長期預防哮喘 (Maintenance)	壓縮吸入器 (Meter-dose inhaler) 80mcg/4.5mcg 160mcg/4.5mcg
	長期預防 (Maintenance) 及短效救急 (Relief)均可	都保吸入器(乾粉) (Turbuhaler) 160mcg/4.5mcg 320mcg/9mcg

常見劑量	主要副作用	服用藥物須知	與食物的相互作用	與藥物的相互作用	醫院管理局藥物名冊分類 (於2014年7月)	國際指引
每日兩次 每次一至兩口	聲音嘶啞、 喉嚨刺激感、頭痛、 鵝口瘡 罕見： 皮膚過敏、 震顫、青光眼	使用吸入式類固醇後，患者必須漱口，以預防口腔潰瘍 由於每種吸入式藥物的使用方法都不一樣，必須向藥劑師查詢清楚使用步驟，以令藥物達到最佳療效	沒有	CYP3A4抑制劑 (如抗真菌藥 Ketoconazole， 抗病毒藥 Ritonavir)	專用藥物	「全球哮喘管理和預防策略(Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA))」建議： - 長效氣管舒張劑 (Formoterol及 Salmeterol)必須配合吸入式類固醇一同用於哮喘的長期治療 - 患者應定時檢討藥物療效，如情況穩定，可慢慢減藥 - 由於Salmeterol的起效時間較慢，不適合在哮喘發作時代替救急藥物使用
每日兩次 每次一至兩口				CYP3A4抑制劑 (如抗真菌藥 Ketoconazole， 抗病毒藥Ritonavir)		
每日兩次 每次一至兩口	咳嗽、口乾、喉嚨刺激感、頭痛、鵝口瘡 罕見： 皮膚過敏、 心律問題					
每日兩次 每次一至兩口						

問問你的醫生：



- 如何自我管理哮喘？
- 「短效氣管舒張劑」是否安全？假如哮喘持續，可否自行增加使用次數？
- 長期使用吸入式類固醇，對我的身體有哪些影響？

藥劑師提提你：



- 如需同時吸服氣管舒張劑及類固醇吸劑，應先吸服氣管舒張劑，使支氣管擴張，這有助類固醇的吸收
- 每次使用類固醇吸劑後，用清水漱口可減低副作用
- 「短效氣管舒張劑」雖然起效快，使用後可立即舒緩哮喘，但只是「治標不治本」；千萬不可會依賴它，而不使用作長期預防之藥物
- 很多小童和年長患者在使用吸入器時會遇上困難，可能需要成人協助；他們亦可考慮配合輔助器(Aerochamber)使用，以增加療效
- 如使用短效氣管舒張劑的次數多於指示，這表示哮喘控制不理想，患者需要找家庭醫生或藥劑師再次評估藥物的劑量。如情況嚴重，便需要立刻到急症室求診
- 患者可使用「最高流速計」幫助判斷哮喘是否控制得宜，監察治療的反應，並及早發現哮喘的惡化



參考資料

- *Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA), 2012*
- *Hospital Authority Drug Formulary (HADF) supplementary operation guideline version 10.1*

中樞神經 系統疾病 Central Nervous System Disorders

• 精神分裂症	54
• 躁狂抑鬱症(躁鬱症)	63
• 自閉症	73
• 柏金遜症	79
• 認知障礙症	85



- 流行病學

- 風險因素

- ## 成因

- 精神分裂症的成因至今未明。研究指出，此病是由於患者腦部細胞中的神經傳遞物質及受體發生病變所致，掃描影像顯示精神分裂症患者的腦部結構與一般人不同。另外，精神分裂症患者腦內某些神經傳遞物質(如多巴胺)的分泌亦比一般人多。



徵狀

患者一般有以下兩類或其中一類病徵：

• 陽性病徵

- ▲ 導致患者有不正常的行為表現
 - 言語紊亂
 - 幻聽
 - 妄想
 - 幻覺

• 陰性病徵

- ▲ 會影響患者的工作能力或自我照顧能力
 - 冷漠
 - 寡言
 - 對事物不感興趣



治療

精神分裂症需要長期心理及藥物治療，以穩定情緒及預防復發。其中一種常用藥物為抗精神病藥物，希望透過控制病情及防止病情惡化，令患者回復正常生活。

抗精神病藥物主要可分為兩大類，分別是第一代(典型)和第二代(非典型)抗精神病藥物。就藥效而言，第一代和第二代的抗精神病藥物並無太大分別，但兩者的副作用則有些不同。故此，醫生會為不同的病人選擇不同的抗精神病藥物。



藥物治療

• 一線藥物包括：

- ▲ 第一代(典型)抗精神病藥物
 - 氯丙嗪(Chlorpromazine)
 - 氟奮乃靜(Fluphenazine)
 - 氟哌啶醇(Haloperidol)
 - 奮乃靜(Perphenazine)
 - 三氟拉嗪(Trifluoperazine)
- ▲ 第二代(非典型)抗精神病藥物
 - 阿立哌唑(Aripiprazole)
 - 氯氮平(Clozapine)
 - 奧氮平(Olanzapine)
 - 帕利哌酮(Paliperidone)
 - 喹硫平(Quetiapine)
 - 利培酮(Risperidone)
 - 齊拉西酮(Ziprasidone)



併發症

- 抑鬱
- 自毀行為
- 自殺傾向



藥物治療

精神分裂症患者初期會出現焦慮、失眠、多疑、思想不集中及社交退縮；後期徵狀較為明顯，會出現陽性徵狀如思想及言語紊亂、幻聽、妄想、幻覺，以及陰性徵狀如冷漠、寡言及對事物不感興趣等。

其中一類常用治療藥物為抗精神病藥物，透過控制病情及防止病情惡化，令患者回復正常的生活。抗精神病藥物泛指用於治療精神疾病之藥物，這類藥物主要是靠影響腦內某些神經傳遞物質來達到治療效果。抗精神病藥物可以用來治療不同的疾病，包括精神分裂症、心神不寧、躁狂症等。

抗精神病藥物主要可分為兩大類，分別是第一代(典型)和第二代(非典型)。就藥效而言，第一代和第二代的抗精神病藥物並無太大的分別，但兩者的副作用則有些不同。故此，醫生會為不同的患者處方不同的抗精神病藥物。一般而言，第二代抗精神病藥物較少出現第一代抗精神病藥物的錐體外系副作用，例如肌肉僵硬、坐立不安、反眼和遲發性運動障礙等。而第一代抗精神病藥物也有它們的優點——它們較少機會會引致肥胖，而增加患上糖尿病和心臟病的風險的程度亦較第二代抗精神病藥物為低，故適合有糖尿病或心臟病的患者使用。

藥物名稱	適應症	藥物劑型	成分含量
奧氮平 Olanzapine	精神分裂症、躁狂抑鬱症	口服藥片、口溶口服藥片、注射針劑、肌肉注射針劑	口服藥片、口溶口服藥片：5毫克, 10毫克 注射針劑：10毫克(只適用於急性躁動) 肌肉注射懸浮劑：210毫克, 300毫克, 405毫克
利螺環酮 Risperidone	精神分裂症、躁狂抑鬱症一型、兒童及青少年自閉症患者的煩躁不安	口服藥片、口溶口服藥片、藥水、長效肌肉注射針劑	口服藥片：0.5毫克, 1毫克, 2毫克, 3毫克, 4毫克 口溶口服藥片：1毫克, 2毫克, 3毫克, 4毫克 藥水：1毫克/ml 長效肌肉注射針劑：25毫克, 37.5毫克, 50毫克
齊拉西酮 Ziprasidone	精神分裂症、躁狂抑鬱症	膠囊、肌肉注射針劑	膠囊：20毫克, 40毫克, 60毫克, 80毫克 肌肉注射針劑：20毫克/ml (只適用於急性躁動)
阿立哌唑 Aripiprazole	精神分裂症、躁狂抑鬱症一型、嚴重抑鬱症(輔助治療)、兒童及青少年自閉症患者的煩躁不安	口服藥片	口服藥片：2毫克, 5毫克, 10毫克, 15毫克
喹硫平 Quetiapine	口服藥片：精神分裂症、躁狂抑鬱症 緩釋片劑：精神分裂症、躁狂抑鬱症、復發性嚴重抑鬱症、廣泛焦慮症	口服藥片、緩釋片劑	口服藥片：25毫克, 100毫克, 200毫克, 300毫克 緩釋片劑：50毫克, 150毫克, 200毫克, 300毫克, 400毫克
帕利哌酮 Paliperidone	精神分裂症、分裂情感性疾病	口服藥片、肌肉注射針劑	緩釋片劑：3毫克, 6毫克, 9毫克 肌肉注射針劑：50毫克/0.5mL, 75毫克/0.75mL, 100毫克/1mL, 150毫克/1.5mL,
阿米舒必利 Amisulpride	思覺失調、精神分裂症	口服藥片	口服藥片：100毫克, 200毫克, 400毫克
氯氮平 Clozapine	難治性精神分裂症、復發性自殺行為	口服藥片	口服藥片：25毫克, 100毫克

服用劑量	服用方法	起效時間	常見副作用	與食物有相互作用	與藥物的相互作用	醫院管理局藥物名冊分類 (於2014年7月)	國際指引		
							美國精神醫學學會 (American Psychiatric Association, APA)	英國國家健康暨臨床卓越研究所 (National Institute for Health and Care Excellence, NICE)	
口服每日一次，每次 10-20 毫克 肌肉注射懸浮針劑每兩星期一次，每次 210-300 毫克或每四星期一次，每次 405 毫克	口服藥片：餐前或餐後	1-2 星期	有睡意、錐體外系症狀、頭痛、頭暈、焦慮、便秘、食慾增加、體重增加、疲倦	避免飲酒	切勿與止嘔藥Metoclopramide,抗精神病藥物Sulpiride, Amisulpride同服 避免服用草藥：當歸、St. John's Wort (貫葉連翹)	通用藥物		不建議用於高血壓、高血脂及糖尿病患者	
口服每日 4-8 毫克,每日一至兩次 長效肌肉注射針劑每兩星期一次，每次 25-50 毫克	口服藥片：餐前或餐後 藥水：可與飲品同服(可樂或茶除外)	1-2 星期	有睡意、柏金遜症候群、失眠、焦慮、舞蹈症、尿失禁、頭痛、頭暈、手震、食慾增加、月經失調	避免飲酒	切勿與止嘔藥Metoclopramide,抗精神病藥物Sulpiride, Amisulpride同服 避免服用草藥	通用藥物及專用藥物		不建議用於容易受催乳激素上升或錐體外系症狀影響的患者	
口服每日兩次，每次 20-80 毫克	膠囊：與食物同服	1-2 星期	有睡意、錐體外系症狀、頭暈、頭痛、體位性低血壓	避免飲酒及西柚汁(能提升藥物水平)，此外食物能提升藥物在血液中水平	切勿與止嘔藥Metoclopramide,抗精神病藥物Sulpiride, Amisulpride,延長心率QT間期的藥物(如Amiodarone, Fluoxetine)同服 避免服用草藥	通用藥物		適用於肥胖、容易受高血糖或血脂影響的患者	
口服每日一次，每次 10-15 毫克，每天最多可服 30 毫克	口服藥片：餐前或餐後	1-2 星期	有睡意、頭痛、失眠、焦慮、錐體外系症狀、腸胃不適、體重增加	避免飲酒及進食高脂肪的食物	切勿與止嘔藥Metoclopramide同服 避免服用草藥：Valerian(纈草)、kava kava(卡瓦胡椒)、gotu kola(崩大碗)	通用藥物		適用於肥胖、容易受高血糖或血脂影響的患者	
口服藥片：一般每日兩次，從低劑量開始，逐日遞增至每日最多 800 毫克 緩釋片劑：每日黃昏一次，從低劑量開始，逐日遞增至最多 800 毫克	口服藥片：餐前或餐後 緩釋片劑：餐前或與低卡路里食物同服	1-2 星期	血糖、血壓或血脂增加、睡意、疲倦、頭痛、頭暈、錐體外系症狀、腸胃不適、口乾、食慾及體重增加	避免飲酒	切勿與止嘔藥Metoclopramide、抗真菌藥Fluconazole、Posaconazole或某些會延長QT間期的藥物(如Dronedarone、Pimozide、Thioridazine等)同服 避免服用草藥：纈草、貫葉連翹、卡瓦胡椒、崩大碗	通用藥物及專用藥物		應按照患者及藥物的因素來選擇抗精神病藥物(例如藥物副作用)。除Clozapine之外，所有第二代抗精神病藥物的療效沒有顯著分別。	
口服每日早上一次，每次 3-12 毫克 肌肉注射懸浮針劑每個月一次，每次 25-150 毫克(維持劑量)	口服藥片：餐前或餐後	1-2 星期	便秘、消化不良、失眠、頭痛、睡意、焦慮	避免飲酒	切勿與止嘔藥Metoclopramide、某些會延長QT間期的藥物(如Dronedarone、Amifampridine、Thioridazine等)同服 避免服用草藥：纈草、貫葉連翹、卡瓦胡椒、崩大碗	通用藥物及專用藥物			應按照患者及藥物的因素來與患者一同討論所選擇的抗精神病藥物
口服每日一次，每次 300-400 毫克或每日兩次，每次 500-1200 毫克	口服藥片：餐前	1-2 星期	失眠、焦慮、躁動、錐體外系症狀、體重增加、乳溢、月經停止、男性乳房發育症、乳房腫脹、陽萎、性冷感	避免飲酒	切勿與多巴胺促進劑(如Amantadine、Bromocriptine、Ropinirole、Selegiline等)同服，但柏金遜症患者除外 切勿與治療躁動藥Sultopride同服，會增加心室心律失常的風險	通用藥物			
口服每日一至兩次，每次 12.5 毫克，每日最多可服 300-450 毫克	口服藥片：餐前或餐後	3 個月	心跳過快、有睡意、頭暈、失眠、唾液增加、腸胃不適、體重增加等，錐體外系症狀則較少 嚴重的副作用：粒性白血球缺乏症	避免飲酒	切勿與止嘔藥Metoclopramide、Droperidol或某些會延長QT間期的藥物(如抗心律失常藥Dronedarone、第一代抗精神病藥物Pimozide、Thioridazine等)同服； 避免服用草藥：纈草、貫葉連翹、卡瓦胡椒、崩大碗	專用藥物	此藥的療效比其他第二代(非典型)抗精神病藥物可能更顯著，適用於對兩種或以上抗精神病藥物反應不理想的患者，或當其他藥物無助減低持續自殺意念及行為的風險		

問問你的醫生：



- 我過往的病史會否影響我可選用的抗精神病藥物？
- 我正在服用其他西藥、中成藥及保健產品，可否與抗精神病藥物同服？
- 如果我受不了所服用藥物的副作用，我還有其他選擇嗎？
- 我正在懷孕(或哺乳)，可選用哪種抗精神病藥物？

藥劑師提提你：



第一代(典型)和第二代(非典型)的抗精神病藥物有很多不同的副作用，如有睡意、失眠、口乾、錐體外系症狀等，改變生活習慣或服用適合的藥物能幫助減輕副作用。

- 如藥物使患者有睡意及影響日常工作，同時藥物每天只需服用一次，患者可在夜間或睡前服用藥物。相反如藥物使患者感到難以入睡，患者可避免睡前服用藥物
- 如要舒緩便秘，患者應多喝開水，多進食膳食纖維，多做運動
- 如要減輕口乾徵狀，患者可含服糖片
- 如要減少體重增加，可透過飲食節制，多做運動
- 為防止體位性低血壓，應避免突然改變姿勢，例如蹲下後慢慢起身至站立姿勢
- 不同種類的錐體外系症狀則有不同的處理方法，藥物治療，例如Benzhexol，能減輕一些副作用
- 如果患者無法忍受副作用，例如副作用對生活造成大影響，醫生評估後可能會減低藥物劑量或考慮轉藥
- 當患者受到藥物副作用困擾時，應該主動向醫生和藥劑師查詢，不應自行停藥或減低劑量
- 抗精神病藥物的起效時間較長，患者須依從指示服藥一至兩星期，藥效才開始明顯。而突然停藥容易引致精神問題復發
- 服用任何保健產品或中成藥前，請諮詢藥劑師的意見



參考資料

- http://www21.ha.org.hk/smartpatient/tc/chronicdiseases_zone/details.html?id=157
- *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia Second Edition - APA Practice Guidelines*
- *CG178 Psychosis and schizophrenia in adults - NICE Guidance*
- *Hospital Authority Drug Formulary (HADF) supplementary operation guideline version 10.1*



{ 躁狂抑鬱症(躁鬱症) }

Bipolar Disorder

簡介



引言

- 躁狂抑鬱症是一種兩極性情緒病，患者會有極度躁狂及抑鬱的情緒周期
- 躁狂時，患者情緒會非常高漲，沒辦法靜止下來；抑鬱時，患者會對所有事物失去興趣，憂慮悲觀
- 醫生會跟據患者躁狂和抑鬱的程度及周期，而把躁狂抑鬱症分不同的類型
- 躁狂抑鬱症的主要分類為躁鬱症一型、躁鬱症二型、混合型躁鬱症和快速循環型躁鬱症



流行病學

- 發病年齡通常為**15至30歲**
- 躁狂發作較多見於男性而抑鬱發作較多見於女性
- 據統計每一百名成年香港人中約有兩個或以上患躁狂抑鬱症



風險因素

- 遺傳因素：如同卵雙胞胎或直系親屬有躁鬱症，發病機會較高
- 生活壓力，如經歷重大事故(離婚、失業等)
- 腦部結構問題或腦部神經傳遞物質失調
- 濫用藥物、荷爾蒙變化、有其他器官疾病



病理

- 生物胺或神經傳遞物質失調（尤其是血清素、去甲腎上腺素和多巴胺）
- 磁力共振研究結果顯示發病之前的前額皮層區、紋狀體或杏仁體可能已經出現異常



成因

- 遺傳因素加上生活壓力可以觸發初次躁狂抑鬱症發病及之後的復發



徵狀

- 躁狂發作
 - ▲ 容易分心
 - ▲ 睡眠需求減少，甚至不用睡覺，自覺精神良好
 - ▲ 情緒高昂或暴躁
 - ▲ 過份自信、表現高傲自大、誇大事實
 - ▲ 思想或意念飛躍、很多意見
 - ▲ 說話很快，比平時健談
 - ▲ 過度參與可給予自己快感的活動，如無節制的購物和性活動
- 抑鬱發作
 - ▲ 持續情緒低落、對事物失去興趣、覺得生存沒有價值
 - ▲ 極易疲倦、食慾不振、體重減輕
 - ▲ 睡眠障礙（如入睡困難、早起）
 - ▲ 記憶力減退、思考困難、反應遲緩
 - ▲ 有自殺或殺人念頭





治療

心理治療和藥物治療對於控制病情十分重要。

藥物治療會用上穩定情緒藥物(Mood stabilizers)：

- 鋰劑(Lithium)

- 抗精神病藥物

- ▲ 阿立哌唑(Aripiprazole)、奧氮平(Olanzapine)、喹硫平(Quetiapine)及利螺環酮(Risperidone)等

- 抗腦癇藥物

- ▲ 卡馬西泮(Carbamazepine)、拉莫三嗪(Lamotrigine)及丙戊酸鈉(Sodium Valproate)等

醫生還會處方抗抑鬱藥物及苯二氮草類鎮靜劑去控制徵狀。

不同穩定情緒藥物的適應症都不同，例如適用於急性躁狂發作、急性抑鬱發作或幫助患者長期預防復發。患者不同時間可能出現不同的病徵，而只服用一種藥物或未能有效完全防止復發，所以藥物治療可能會同時用上數種穩定情緒藥物，亦通常會選擇有不同藥理的藥物。

穩定情緒藥物有不少副作用，所以要慢慢調節劑量，讓患者有時間適應藥物的效力。

穩定情緒藥物可能需要較長的起效時間，亦要長期服用才能減低復發的機會。





病情預期進展

- 準時服藥、保持良好睡眠質素和家人的支持對減低躁狂抑鬱症的發作頻率十分重要
- 大約有一半的躁狂抑鬱症一型病人會在第一次發作的兩年內經歷另一個躁狂發作
- 藥物濫用、失業、同時患有思覺失調的病人及男性病人的病情預期進展較差



藥物治療

躁狂抑鬱症(又稱躁鬱症)是一種雙向性精神病，病徵包括躁狂及抑鬱(或輕躁狂)兩種，患者常有極大的情緒波動。躁鬱症在香港頗為普遍，每20人就有一人患病，32%患者在30歲以下；估計2006年有多達18萬成年人患上不同程度的躁鬱症。年輕、失業及離婚容易引致病發。

根據美國精神醫學學會的診斷標準DSM-IV-TR，躁狂抑鬱症的患者需要經歷抑鬱發作及躁狂或輕度躁狂發作。躁狂抑鬱症的患者會有嚴重的情緒波動，而那些極端情緒會影響日常生活、工作和社交生活。所以，穩定情緒藥物十分重要，因為它們可以控制患者極端的情緒及讓他們回復正常社交生活。穩定情緒藥物的種類繁多，不同的藥物分別用於治療躁狂發作、混合性發作、抑鬱發作或情緒快速循環的徵狀。下文是一些常見穩定情緒的藥物：

藥物名稱	適應症	藥物劑型	成分含量	服用劑量*	服用方法	起效時間	常見副作用
鋰劑 Lithium	躁狂抑鬱症	口服藥片、緩釋口服藥片	口服藥片：250毫克 緩釋口服藥片：400毫克	口服每日3-4次，每天900-2400毫克 緩釋口服藥片口服每日2次，每天900-1800毫克	與食物同服	沒有資料	頭痛、頭暈、腹瀉、嘔吐、出汗、疲倦等
丙戊酸鈉 Valproate Sodium	單純性及複雜性腦癇、複雜性局部腦癇、躁狂抑鬱症	口服藥片、緩釋口服藥片、腸溶口服藥片、藥水、針劑	口服藥片：100毫克 緩釋口服藥片：200毫克, 300毫克, 500毫克 腸溶口服藥片：200毫克 藥水：200毫克/5ml 針劑：400毫克	開始時口服每日750毫克，分開多次服用 依照臨床效果調整劑量	與食物同服	沒有資料	睡意、失眠、焦慮、頭痛、頭暈、嘔吐、腸胃不適、手震等
卡馬西平 Carbamazepine	躁狂抑鬱症、泛發性／局部性／混合形腦癇、三叉神經痛	口服藥片、緩釋口服藥片、藥水	口服藥片：200毫克 緩釋口服藥片：200毫克 藥水：100毫克/5ml	開始時口服每日兩次，每次200毫克 一般每天需要400-800毫克，分開兩次服用	與食物同服	沒有資料	睡意、抑鬱、焦慮、頭痛、頭暈、嘔吐、腸胃不適等
拉莫三嗪 Lamotrigine	躁狂抑鬱症一型、L-G綜合症(Lennox-Gastaut syndrome)、局部性腦癇、全身型僵直陣攣性發作腦癇	口服藥片、口溶口服藥片	口服藥片：50毫克, 100毫克 口溶口服藥片：5毫克	開始時1-2星期口服每日25毫克 一般每天需要200毫克	餐前或餐後	沒有資料	噁心、睡意、失眠、皮疹、腸胃不適、體重增加等
奧氮平 Olanzapine	精神分裂症、躁狂抑鬱症	口服藥片、口溶口服藥片、針劑、肌肉注射懸浮針劑	口服藥片，口溶口服藥片：5毫克, 10毫克 針劑：10毫克（只適用於急性躁動） 肌肉注射懸浮針劑：210毫克, 300毫克, 405毫克	口服每日一次，每次5-20毫克	餐前或餐後	1-2星期	睡意、錐體外系症狀、頭痛、頭暈、焦慮、便秘、食慾增加、體重上升、疲倦等

* 劑量要視乎適應症而定

與食物有相互作用	與藥物的相互作用	醫院管理局藥物名冊分類(於2014年7月)	國際指引	
			美國精神醫學學會(American Psychiatric Association, APA) 指引建議：	英國莫茲利精神病學處方指引2012 (United Kingdom Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry 2012)建議：
避免攝取大量咖啡因	可能會增加Lithium藥效／副作用：Carbamazepine, Fluoxetine, Fluvoxamine, Haloperidol 可能會減低Lithium藥效：Chlorpromazine, Caffeine	通用藥物	躁狂抑鬱症(躁狂期、抑鬱期及混合期)的一線治療藥物	急性躁狂期的治療藥物及維持治療的一線藥物
避免飲酒	可能會增加Valproate藥效／副作用：Clarithromycin, Erythromycin, Isoniazid, Aspirin 可能會減低Valproate藥效：Ertapenem, Imipenem, Meropenem等	通用藥物	躁狂抑鬱症(躁狂期及混合期)的一線治療藥物	急性躁狂期的治療藥物及維持治療的二線藥物
沒有記載	可能會增加Carbamazepine藥效／副作用：Azole口服抗真菌藥，Clarithromycin, Diclofenac 可能會減低Carbamazepine藥效：Phenytoin, Phenobarbital	通用藥物	用於躁狂抑鬱症(躁狂期及混合期)，可代替Lithium或Valproate	維持治療的二線藥物
沒有記載	可能會增加Lamotrigine藥效／副作用：Valproate, 可能會減低Lamotrigine藥效：Carbamazepine, Estrogens, Phenytoin	專用藥物	躁狂抑鬱症(抑鬱期)的一線治療藥物	維持治療的二線藥物
避免飲酒	切勿與止嘔藥Metoclopramide, 抗精神病藥物Sulpiride, Amisulpride同服 避免服用草藥：當歸、St. John's Wort(貫葉連翹)	通用藥物	躁狂抑鬱症(躁狂期及混合期)的一線治療藥物	急性躁狂期的治療藥物及維持治療的一線藥物

接上頁

藥物名稱	適應症	藥物劑型	成分含量	服用劑量*	服用方法	起效時間	常見副作用
利螺環酮 Risperidone	精神分裂症、躁狂抑鬱症一型、兒童及青少年自閉症患者的煩躁不安	口服藥片、口溶口服藥片、藥水、長效肌肉注射針劑	口服藥片：0.5毫克, 1毫克, 2毫克, 3毫克, 4毫克 口溶口服藥片：1毫克, 2毫克, 3毫克, 4毫克 藥水：1毫克/ml 長效肌肉注射針劑：25毫克, 37.5毫克, 50毫克	口服每日1-6毫克	口服藥片：餐前或餐後 藥水：可與飲品同服(可樂或茶除外)	1-2 星期	睡意、柏金遜症候群、失眠、焦慮、舞蹈症、尿失禁、頭痛、頭暈、手震、食慾增加、月經失調等
齊拉西酮 Ziprasidone	精神分裂症、躁狂抑鬱症	膠囊、肌肉注射針劑	膠囊：20毫克, 40毫克, 60毫克, 80毫克 肌肉注射針劑：20毫克/ml(只適用於急性躁動)	口服每日兩次，每次40-80毫克	與食物同服	1-2 星期	睡意、錐體外系症狀、頭暈、頭痛、體位性低血壓等
阿立哌唑 Aripiprazole	精神分裂症、躁狂抑鬱症一型、嚴重抑鬱症(輔助治療)、兒童及青少年自閉症患者的煩躁不安	口服藥片	口服藥片：2毫克, 5毫克, 10毫克, 15毫克	口服每日一次，每次10-15毫克，最多可服30毫克	餐前或餐後	1-2 星期	睡意、頭痛、失眠、焦慮、錐體外系症狀、腸胃不適、體重增加等
喹硫平 Quetiapine	口服藥片：精神分裂症、躁狂抑鬱症 緩釋片劑：精神分裂症、躁狂抑鬱症、復發性嚴重抑鬱症、廣泛焦慮症	口服藥片、緩釋片劑	口服藥片：25毫克, 100毫克, 200毫克, 300毫克 緩釋片劑：50毫克, 150毫克, 200毫克, 300毫克, 400毫克	一般每日兩次，從低劑量開始，逐日遞增至每日最多800毫克 緩釋片劑：每日黃昏一次，從低劑量開始，逐日遞增至最多800毫克	口服藥片：餐前或餐後 緩釋片劑：餐前或與低卡路里食物同服	1-2 星期	血糖、血壓或血脂增加、睡意、疲倦、頭痛、頭暈、錐體外系症狀、腸胃不適、口乾、食慾及體重增加等

* 劑量要視乎適應症而定

中樞神經系統疾病 • 躁狂抑鬱症(躁鬱症) • 藥物治療

與食物有相互作用	與藥物的相互作用	醫院管理局藥物名冊分類(於2014年7月)	國際指引	
			美國精神醫學學會(American Psychiatric Association, APA)指引建議：	英國莫茲利精神病學處方指引2012 (United Kingdom Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry 2012)建議：
避免飲酒	切勿與止嘔藥Metoclopramide,抗精神病藥物Sulpiride, Amisulpride同服 避免服用草藥：St. John's Wort(貫葉連翹)	通用藥物及專用藥物	躁狂抑鬱症(躁狂期及混合期)的一線治療藥物	急性躁狂期的治療藥物及維持治療的二線藥物
避免飲酒及服用西柚汁(能提升水平)，此外食物能提升藥物在血液中的水平	切勿與止嘔藥Metoclopramide,抗精神病藥物Sulpiride, Amisulpride,延長心率QT間期的藥物(如Amiodarone, Fluoxetine)同服 避免服用草藥：St. John's Wort(貫葉連翹)(能減低Ziprasidone水平)	通用藥物	用於躁狂抑鬱症(躁狂期及混合期)	沒有對Ziprasidone作出任何建議
避免飲酒及進食高脂肪的食物	切勿與止嘔藥Metoclopramide同服 避免服用草藥：Valerian(纈草)、St. John's Wort(貫葉連翹)、Kava Kava(卡瓦胡椒)、GotuKola(崩大碗)	通用藥物	美國精神醫學學會(APA)並沒有對Aripiprazole作出任何建議	急性躁狂期的治療藥物及維持治療的一線藥物
避免飲酒	切勿與止嘔藥Metoclopramide,抗真菌藥Fluconazole, Posaconazole或某些會延長QT間期的藥物(如Dronedarone, Pimozide, Thioridazine)同服 避免服用草藥：纈草、貫葉連翹、卡瓦胡椒、崩大碗	通用藥物及專用藥物	用於躁狂抑鬱症(躁狂期及混合期)	急性躁狂期的治療藥物及維持治療的一線藥物

72

問問你的醫生：



- 我正在服用其他西藥、中成藥及保健產品，可否與穩定情緒藥物同服？
- 除藥物以外，躁狂抑鬱症有甚麼非藥物治療方法？
- 我打算或正在懷孕或哺乳，可以選用哪種抗精神病藥物？
- 有那些病人支援小組可參與？

藥劑師提提你：



- 治療躁狂抑鬱症的藥物有不少副作用，如患者受到藥物的副作用困擾，請主動向醫生和藥劑師查詢，這有助優化治療和減輕某些副作用
- 穩定情緒藥物的起效時間較長，患者要依從指示服藥一至兩星期，藥效才會完全發揮（治療抑鬱發作可能需要更長時間）
- 躁狂抑鬱症的其中一個治療目標為預防復發，所以藥物一般需要長時間服用，突然停藥容易引起復發。如有任何原因想減藥或停藥，請先諮詢主診醫生的意見
- 很多用於治療躁狂抑鬱症的藥物都有不少藥物相互作用，服用任何保健產品或中成藥前，可先諮詢藥劑師的意見
- 家人可以留意患者的情緒變化，及早識別復發，提醒或陪伴患者見醫生
- 家人的了解、支持和體諒是十分重要的



參考資料

- *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Bipolar Disorder Second Edition - APA Practice Guidelines*
- *D. Taylor. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*
- *Lexi-Comp, Inc. (Lexi-Drugs™). Lexi-Comp, Inc; April 2, 2014.*
- *Hospital Authority Drug Formulary (HADF) supplementary operation guideline version 10.1*

引言

- 流行病學

- 風險因素

- 男性
 - 自閉症患者的兄弟姐妹
- ▲ 患上此症的風險比普通人高達5倍，約2-8%



成因

- 自閉症的成因不明，但有科學證據顯示遺傳是引致此症的一項重要因素
- 單卵雙胞胎的患病率遠高於異卵雙胞胎
- 基因異常可能會影響神經系統的發展



徵狀

自閉症患者一般有以下方面的缺陷或障礙：

- 語言能力
- 溝通技巧
- 社交能力
 - ▲ 避免與別人有眼神接觸
 - ▲ 欠缺面部表情或情感表達
 - ▲ 甚少留意四周的事物，仿似只活在自己的世界
- 認知及適應能力
- 因感官系統不協調而導致反應遲緩

此外，患者可能出現以下的情況：

- 喜歡不斷重覆某些動作
- 某些兒童可能會出現較嚴重的行為問題，如自我傷害、勃然大怒等



治療

自閉症的治療方法以行為治療為主，以處理相關的行為問題為先。至於藥物治療主要針對此症的徵狀，較常用的藥物包括：

• 興奮劑，如哌醋甲酯(Methylphenidate)

- ▲ 對同時患有過度活躍症的患者較有療效，可減少相關徵狀

• 選擇性血清素再回收抑制劑(Selective Serotonin Reuptake Inhibitors，簡稱SSRIs)

- ▲ 本為一種抗抑鬱藥，可舒緩焦慮及抑鬱情緒或控制情緒失調
- ▲ 有助改善情緒和語言表達能力

- 第二代(非典型)抗精神病藥物

- ▲ 利螺環酮(Risperidone)可作短期治療自閉症患者的煩躁不安、不斷重覆的行為及社交退縮(獲美國食品及藥物管理局(Food and Drug Administration, FDA)批准的適應症)
- ▲ 阿立哌唑(Aripiprazole)可有效治療自閉症患者的煩躁不安、多動症及不斷重覆的動作(獲FDA批准的適應症)

- 褪黑激素(Melatonin)

- ▲ 針對患者的睡眠問題(未獲得FDA批准的適應症)



病情預期進展

- 若患者於年幼時(2-4歲)開始接受治療，療效會更為顯著
- 患者的病情預期進展與發病前的智力水平有密切關係



併發症

- 增加腦癇症發作的機會高達25%
- 導致飲食不均衡
- 增加腸胃道不適的風險，如體重或排便習慣異常
- 增加染上異食癖的機會

參考資料：

- Griffith's 5-minute Clinical Consult 2014
- <http://www.autismpartnership.com.hk/chi/index/>
- <http://autismchildren.org.hk/chipage3.html>
- http://www.dhcas.gov.hk/sc_chi/health_pro/files/SeriesII_ASD_Chi.pdf
- <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>

藥物治療



自閉症的治療方法主要包括行為、飲食、輔助及另類療法、藥物治療等。

有研究指出，在自閉症患者幼兒時期或學齡前進行早期密集式的行為治療，可顯著改善其認知及語言能力。某些家長可能為患上自閉症之子女選擇飲食療法，如服用維他命及礦物質補充劑，但事實上不少飲食療法欠缺足夠的科學實證來支持其廣泛應用，故家長採用前必須先諮詢醫生或營養師的意見。輔助及另類療法(如重金屬螯合)可能有助舒緩自閉症的徵狀，但較具爭議性。

至於藥物治療方面，藥物雖未能治癒自閉症，但可幫助某些患者減輕相關徵狀，如注意力不集中、抑鬱、癲癇發作等。目前有兩種第二代(非典型)抗精神病藥物利螺環酮(Risperidone)和阿立哌唑(Aripiprazole)獲美國食品及藥物管理局(Food and Drug Administration, FDA)批准，可用作治療5-16歲自閉症患者的煩躁不安、攻擊性甚至自我傷害行為。

藥物名稱	適應症	藥物劑型	成分含量
利螺環酮 Risperidone	精神分裂症、躁狂抑鬱症一型、兒童及青少年自閉症患者的煩躁不安	口服藥片、口溶口服藥片、藥水、長效肌肉注射針劑	(口服藥片) 0.5毫克, 1毫克, 2毫克, 3毫克, 4毫克 (口溶口服藥片) 1毫克, 2毫克, 3毫克, 4毫克 (藥水)1毫克/ml (長效肌肉注射針劑) 25毫克, 37.5毫克, 50毫克
阿立哌唑 Aripiprazole	精神分裂症、躁狂抑鬱症一型、嚴重抑鬱症(輔助治療)、兒童及青少年自閉症患者的煩躁不安	口服藥片	(口服藥片) 2毫克, 5毫克, 10毫克, 15毫克

中樞神經系統疾病 • 自閉症 • 藥物治療

服用劑量	服用方法	常見副作用	與食物的相互作用	與藥物的相互作用	醫院管理局藥物名冊分類 (於2014年7月)	國際指引	
五歲的以上小童： 口服起初每日 0.25 毫克，每日一至兩次 其後增加至：口服每日 1 毫克	藥片：餐前或餐後 藥水：餐前或餐後，可與飲品同服（可樂和茶除外）	睡意、柏金遜症候群、失眠、焦慮、舞蹈症、尿失禁、頭痛、頭暈、手震、食慾增加、月經失調	避免飲酒	切勿與止嘔藥 Metoclopramide, 抗精神病藥物 Sulpiride, Amisulpride 同服 避免服用草藥：St. John's Wort (貫葉連翹)	通用藥物及專用藥物	蘇格蘭聯合學會指引網絡 (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)：	英國國家健康暨臨床卓越研究所 (National Institute for Health and Care Excellence, NICE)：
六歲以上的小童：口服起初每日2毫克，最多每日可服 15 毫克	藥片：餐前或餐後	睡意、頭痛、失眠、焦慮、錐體外系症狀、腸胃不適、體重增加	避免飲酒及進食高脂肪的食物	切勿與止嘔藥 Metoclopramide 同服 避免服用草藥：Valerian (纈草)、St. John's Wort (貫葉連翹)、Kava kava (卡瓦胡椒)、Gotu kola (崩大碗)	通用藥物	學術研究指出	

• Risperidone 可降低自閉症譜系障礙的一些症狀

• Aripiprazole 可減少自閉症兒童和青少年相關的煩躁不安

• 抗精神病藥物可用於有具挑戰性的行為的自閉症患者上

78

問問你的醫生：



- 自閉症有甚麼治療方法？
- 我的孩子應選擇哪種治療方法？治療期大約多久？
- 我的孩子正在服用其他西藥、中成藥或保健產品，可否與治療自閉症的藥物同服？
- 治療自閉症的藥物有甚麼副作用？如果我的孩子受不了其副作用，還有其他選擇嗎？

藥劑師提醒你：



- 治療自閉症的藥物可能會導致不同種類的副作用，患者可透過改變生活習慣減輕副作用。例如：當藥物使患者有睡意及影響日常生活時，而藥物每天只需服用一次，患者可在夜間或睡前服用藥物。相反，如藥物使患者感到難以入睡，患者可避免於睡前服用藥物
- 如果患者受到藥物副作用困擾，切勿自行停藥或減輕劑量，應先向醫生和藥劑師查詢
- 患者在服用任何中成藥或保健產品前，應諮詢藥劑師的意見



參考資料

- <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/treatment.html>
- <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/a-parents-guide-to-autism-spectrum-disorder/index.shtml>
- Lexi-Comp, Inc. (Lexi-Drugs™). Lexi-Comp, Inc; April 2, 2014.
- <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign98.pdf>
- Autism: recognition, referral, diagnosis and management of adults on the autism spectrum, June 2012, NICE clinical guideline 142
- Hospital Authority Drug Formulary (HADF) supplementary operation guideline version 10.1

{ 帕金森症 }

{ Parkinson's Disease }

簡介



引言

- 帕金森症是一種慢性腦神經組織衰退疾病
- 主要徵狀包括震顫、肌肉僵硬、運動遲緩及走路容易失平衡
- 此病主要根據臨床評估來診斷，而治療方法以藥物為主



流行病學

- 平均發病年齡約為60歲
- 60歲或以上長者的發病率為1-2%



風險因素

- 發病機會隨着年齡增加
- 男性(患此病較為普遍)
- 基因突變與帕金森症的形成可能有關



成因

帕金森症的成因在於腦幹內名為黑質(**Substantia nigra**)的部位退化，故未能產生足夠的多巴胺(**Dopamine**，一種神經傳導物質)，損害腦部指揮肌肉的功能，影響身體的活動能力。



徵狀

帕金森症的診斷方法以臨床評估為主，主要徵狀如下：

- 震顫
 - ▲ 大多由一邊的手或腳開始
 - ▲ 隨着自主運動減少而更加強烈，尤其於靜止時最明顯
 - ▲ 亦可能於顎骨、下巴、嘴唇及舌頭出現
- 肌肉僵硬
 - ▲ 嘗試伸直或屈曲手腳時感到困難
- 運動遲緩
 - ▲ 例如：起步或停步時感到困難、步行時腳部拖在地上而不能提起
- 走路容易失平衡
 - ▲ 身軀前傾，容易跌倒，故患者習慣於每步後以急促碎步向前衝



治療

雖然暫時仍未有根治帕金森症的方法，但藥物、手術及其他輔助性治療(如物理治療、言語治療等)都能為患者舒緩徵狀，改善患者的生活質素。

藥物治療

- 治療目標：改善患者的運動能力及減少其他生活上的障礙
- 雖然目前還沒有可治癒帕金森症的藥物，但不少藥物可舒緩徵狀
- 選用的藥物主要根據患者的年齡及徵狀而決定
- 皆針對患者體內的多巴胺不足的藥物，包括：
 - ▲ 左旋多巴(Levodopa/L-dopa)
 - 能於體內轉化為多巴胺
 - 若與卡比多巴(Carbidopa)混合使用，可增強左旋多巴的效力並減少其副作用
 - 長期使用左旋多巴可能令身體對藥物的反應不穩定，出現藥效波動
 - ▲ 多巴胺受體激動劑，如羅匹尼羅(Ropinirole)、羅替高汀(Rotigotine)及普拉克索(Pramipexole)
 - ▲ MAO-B抑制劑，如司來吉蘭(Selegiline)
- 主要作用為控制震顫情況的藥物，包括金剛胺(Amantadine)及抗膽鹼藥物(Anticholinergics)，如苯海索(Benzhexol)
- 另外COMT抑制劑如恩他卡朋(Entacapone)一般用於增強及延長左旋多巴的效力，並減少與左旋多巴相關的運動障礙

如果藥物未能有效控制徵狀或出現藥效波動，醫生可能會考慮為患者進行深腦刺激手術(Deep Brain Stimulation)，以提高患者的運動能力。



藥物治療

雖然目前還沒有可治愈帕金森症的藥物，但不少藥物可舒緩帕金森症的症狀。帕金森症的病因是患者未能產生足夠的多巴胺，早期的帕金森症病徵輕微，一般可先考慮服用MAO-B抑制劑，如司來吉蘭(Selegiline)，或多巴胺受體激動劑(Dopamine Receptor Agonist)，如溴隱亭(Bromocriptine)、羅匹尼羅(Ropinirole)、羅替高汀(Rotigotine)、普拉克索(Pramipexole)。另外也可加入苯海索(Benzhexol)或金剛胺(Amantadine)以控制震顫情況。當徵狀逐漸惡化成運動遲緩，或出現步態問題時，患者便可能需要目前最有效的左旋多巴(Levodopa/L-dopa)。左旋多巴能在體內轉化為多巴胺，若混合卡比多巴(Carbidopa)，可增加左旋多巴的效力並減少其副作用。而COMT(Catechol-O-methyl transferase)抑制劑如恩他卡朋(Entacapone)，一般只用作補助性質，以增強及延長左旋多巴的效力。長期使用左旋多巴可令身體對藥物反應變得不穩定而出現稱為「開關」的藥效波動(On-off Syndrome)，多巴胺受體激動劑可減少「開關」情況及左旋多巴的劑量，另外及早加入恩他卡朋於左旋多巴治療亦可減少左旋多巴相關的運動失調副作用。如藥物未能有效控制病徵又或出現「開關」的藥效變動等副作用，醫生便可能考慮為患者進行稱為深腦刺激(Deep Brain Stimulation)的手術，以提高患者活動能力。

藥物名稱	適應症	藥物劑型	成分含量	服用劑量
司來吉蘭 Selegiline	帕金森症： 早期作單一治療；或配合 L-dopa治療	即時釋放口服藥片	5毫克	口服每天一至兩次，每日 10 毫克 年長患者初期服用此藥時可由 2.5 毫克開始，以避免昏亂或緊張等副作用
恩他卡朋 Entacapone	帕金森症：與 L-dopa共用作輔助治療	即時釋放口服藥片	200毫克	口服配合 L-dopa 同服，每次 200 毫克，最多每天 8 次
羅匹尼羅 Ropinirole	帕金森症： 早期作單一治療；或配合 L-dopa治療	即時釋放口服藥片、24小時長效釋放口服藥片	0.25毫克、 0.5毫克、 1毫克、 2毫克、 5毫克	長效釋放藥片： 口服每天一次，起初 2 毫克，按反應每星期增加 2 毫克至最適當劑量，每天最高劑量為 24 毫克
普拉克索 Pramipexole	帕金森症： 早期作單一治療；或配合 L-dopa治療	即時釋放口服藥片	0.25毫克、 1毫克	口服起初每天服用三次，按反應每星期增加最多 0.75 毫克。每天最高劑量為 4.5 毫克
羅替高汀 Rotigotine	帕金森症： 早期作單一治療；或配合 L-dopa治療	24小時控釋藥貼	2毫克、 4毫克、 6毫克、 8毫克	早期：外用每天一貼 2至6 毫克 後期：外用每天一貼 4 – 8 毫克
左旋多巴士 卡比多巴 L-dopa ± Carbidopa	帕金森症	多種劑型，包括口服藥片、膠囊、口溶片、控釋片	膠囊： 125 毫克 口溶片： 250 毫克控釋混合片： 50 毫克carbidopa/ 200 毫克L-dopa 混合藥片： 25 毫克carbidopa/ 100 毫克L-dopa、 25 毫克carbidopa/ 250 毫克L-dopa	起初口服每天 3 次，每次 25 毫克carbidopa/ 100 毫克L-dopa，其後根據反應加至每天最高劑量 200 毫克carbidopa或 2000 毫克L-dopa

服用藥物須知	副作用	與食物的相互作用	與藥物的相互作用	醫院管理局 藥物名冊分類 (於2014年7月)	國際指引	
					英國國家健康暨臨床 卓越研究所(National Institute for Health and Care Excellence, NICE) 指引	
可飽腹或空肚服用	噁心、口乾、體位性低 血壓、運動失調、暈 眩、失眠、昏亂、幻覺	酒精可增加藥物的副作用	進食含有 豐富酪胺 (tyramine) 的食物，如 芝士、醃制 食物等，可 引導致血壓 上升	與L-dopa共用時可能需要 減少L-dopa劑量；與抗抑 鬱藥、α 1受體激動劑(如大 部份通鼻塞藥物)、血壓藥 (methyldopa)、抗腦癇藥 (carbamazepine)合用時，可 產生不良反應	通用藥物	● 初期：一線藥物 ● 晚期補助治療： 一線藥物
與L-dopa同服	噁心、嘔吐、肚痛、便 秘、腹瀉、尿液變色、 口乾、運動異常		恩他卡朋 可減少食 物中的鐵 質吸收	與L-dopa共用時可能需要減 少L-dopa劑量	通用藥物	● 晚期補助治療： 一線藥物
可飽腹或空肚服用； 需整粒吞服				與L-dopa共用時可能需要 減少L-dopa劑量；與抗 精神病藥物共用，可減低 ropinirole的功效；與抗生素 ciprofloxacin共用，可增加 ropinirole在體內的濃度	專用藥物	
可飽腹或空肚服用	突發性昏 睡、體 位性低 血壓、 頭暈、噁 心、失 眠、腸胃 不適、便			與抗精神病藥物共用，可減 低Pramipexole的功效；抑 制胃酸藥cimetidine會增加 pramipexole在體內的濃度	專用藥物	● 初期：一線藥物 ● 晚期補助治療： 一線藥物
可將藥貼貼於毛髮稀少 (可於最少3天前先剃 毛)的位置包括：肩膀、 手臂、大腓、腹部、臀 部；勿貼於傷口或敏感 皮膚上；避免藥貼過 熱；沐浴及運動一般不 影響藥貼功效；每天更 換貼藥位置，同一部位 不應於兩週內重複貼藥	秘、幻 覺、不自 主運動及 水腫等		皮膚敏 感	與抗精神病藥物共用，可減低 Rotigotine的功效	專用藥物	
宜空肚服用，長效藥 片不可磨碎	情緒改變、坐立不安、 運動異常、緊張、抑 鬱、體位性低血壓、噁 心、嘔吐、食欲不振、 便秘或腹瀉、失眠、心 跳加速、分泌物變色		食物中的 蛋白質 可減慢 L-dopa的 吸收	與鐵質合用時，可減少 L-dopa吸收；與血壓藥或 selegiline共用可引致體位性 低血壓；與Isoniazid、抗神 病藥物共用可減低L-dopa的 功效	通用藥物	● 初期：一線藥物 ● 晚期：一線藥物

問問你的醫生：



- 是否有任何非藥物治療可幫助病情？有什麼起居生活上的改變可幫助改善病情？
- 我可以選擇哪些治療方案(包括藥物及非藥物治療)？
- 每種治療方案有何利弊？
- 我的治療方案有哪些短期和長期的副作用？我可以做什麼來減少副作用？
- 你可推薦一些支援團體給我和我的家人嗎？

藥劑師提醒你：



- 不要突然停服藥物或自行改變藥物劑量，以免病情惡化及出現戒斷症狀
- 不少帕金森症藥物的劑型是控釋片，除非根據醫生的指示，否則不應自行分割、磨碎藥丸，或拆開膠囊服用
- 使用完的藥貼還有剩餘藥物、應將藥貼對接，然後小心棄置，以免他人誤用
- 避免飲酒以免增加藥物對中樞神經系統的影響
- 服用MAO-B抑制劑時應避免進食含有酪胺(Tyramine)的食物，如大豆、肉乾、醃製肉類等，以免引致血壓上升



參考資料

- 香港帕金森症基金<http://www.hkpdf.org.hk>
- *Advances in the pharmacologic management of early Parkinson disease. Accessed on 12Jan2014 available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17495756>*
- *WebMD Parkinson's Disease Health Center. Accessed on 12Jan2014 available at <http://www.webmd.com/parkinsons-disease/guide/drug-treatments?page=2>*
- *Parkinson's disease. Diagnosis and management in primary and secondary care. June 2006. Accessed on 12Jan2014 available at <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10984/30088/30088.pdf>*
- *Hospital Authority Drug Formulary (HADF) supplementary operation guideline version 10.1*

{ 認知障礙症 }

{ Dementia }

簡介



引言

- 「認知障礙症」以往被稱為「老人痴呆症」，又或者「腦退化症」
- 患者的腦細胞退化及死亡，導致認知能力下降
- 症狀包括記憶、理解、語言、學習等障礙
- 認知障礙症分為不同種類，最常見的是阿爾茲海默氏症 (Alzheimer's Disease)
- 阿爾茲海默氏症
 - ▲ 佔所有病例的50%-70%，成因未明
 - ▲ 患者的認知能力逐漸下降
- 血管性認知障礙症 (Vascular Dementia)
 - ▲ 第二常見的類型
 - ▲ 腦中風或腦血管疾病導致腦部損壞及細胞功能退化
- 散播性路易氏體認知障礙症 (Dementia With Lewy Bodies)
 - ▲ 一些球狀組織 (路易氏體) 在腦部神經積聚，影響腦細胞
 - ▲ 患者有柏金遜症狀 (如：跌倒、手震)、幻覺、思想紊亂
- 額顳葉認知障礙症 (Frontotemporal Dementia)
 - ▲ 患者有較多的語言困難、性格改變及行為障礙
- 認知障礙症，也可能因腦部創傷、情緒問題、感染等引起



流行學

- 每十名**60歲**以上長者有一名認知障礙症患者
- 每三名**85歲**以上長者有一名認知障礙症患者



風險因素

- 年齡：一般**65歲**以上，患病的機會率會隨年齡增加
- 性別：女性的發病率比男性高（部份與女性較長壽有關）
- 遺傳
- 其他疾病：高血壓、高膽固醇、糖尿病、甲狀腺功能減退、庫興氏綜合症(**Cushing's syndrome**)
- 缺乏維生素**B12**和維生素**B1**
- 較低的教育水平或缺乏活動
- 早期顱腦損傷
- 藥物或酒精



一般預防

- 治療可逆轉的風險因素，如補充缺乏的維生素，控制高血壓、高膽固醇和糖尿病
- 多動腦筋（例如下棋和學習新的事物），保持腦部活躍
- 保持身體健康，飲食均衡及做適量運動
- 避免吸煙及酗酒



成因

不同種類的認知障礙症皆由不同成因引起

- 阿爾茲海默氏症：成因不明，但研究發現病人的腦部出現 β 澱粉樣蛋白質或神經原纖維纏結，它們可能會沉積而阻礙神經系統的傳輸或損害神經細胞
- 血管性認知障礙症：因為腦動脈硬化、栓塞、腦中風而令腦細胞受損



徵狀

- 失去短期記憶，容易忘記一些近期發生的事情
- 對熟悉的工作程序感到困難
- 語言表達、理解思考、計算判斷等出現困難
- 情緒、行為及個性有轉變
- 變得被動，對事物失去興趣



治療

藥物治療和行為療法(包括認知訓練、心理行為治療及感官刺激等)同樣重要

藥物治療：

輕度認知功能障礙會用上膽鹼酯酶抑制劑(**Cholinesterase inhibitors**)，如：多奈哌齊(**Donepezil**)，卡巴拉汀(**Rivastigmine**)和加蘭他敏(**Galantamine**)，提高腦部神經傳導物質的濃度，控制症狀。

中度至嚴重認知功能障礙則會用上膽鹼酯酶抑制劑或美金鋼(**Memantine**)或合併兩類藥物的治療。美金鋼能減低谷氨酸(**Glutamate**)過度刺激腦細胞，而減慢病情惡化。



併發症

- 精神錯亂
- 跌倒受傷
- 吸入性肺炎

參考資料：

- Griffith's 5-minute Clinical Consult 2014
- 香港認知障礙症協會(www.hkada.org.hk)
- Yu R, Chau PH, McGhee SM, Cheung WL, Chan KC, Cheung SH, Woo J. Trends in prevalence and mortality of dementia in elderly Hong Kong population: projections, disease burden, and implications for long-term care. *Int J Alzheimers Dis* 2012.

藥物治療



現今醫學還未有治癒認知障礙症的方法。不過藥物及行為治療可幫助患者舒緩病徵。常用於治認知障礙症中的阿茲海默症(Alzheimer's Disease)的藥物主要為「膽鹼酶抑制劑」(Cholinesterase inhibitors)，它們不能減緩腦部的病變發展，即是不能制止腦細胞被破壞，但可以透過影響腦部細胞傳遞物質的代謝，讓它能繼續在腦內發揮作用，它們可為部份患者舒緩病徵上的惡化。膽鹼脂酶抑制劑(如多奈哌齊、加蘭他敏和卡巴拉汀)的副作用相似，包括噁心、嘔吐、腹瀉和頭暈等。它們大多數都是口服藥物，不過卡巴拉汀亦提供了外用藥貼的選擇，而且研究顯示它的噁心和嘔吐情況較口服卡巴拉汀為輕。研究發現阿茲海默症患者的腦細胞釋放過多的谷氨酸(Glutamine)。NMDA受體拮抗劑(如美金剛)有助於調節谷氨酸在腦部的活動，對部分中度至嚴重程度病情的患者有幫助。美金剛的副作用包括頭痛、頭暈和便秘。行為及情緒問題在認知障礙症中相當普遍，常見的如遊走、失眠、焦慮、抑鬱、妄想及幻覺等，醫生會因應個別患者的情況而考慮處方適量的抗抑鬱藥，抗精神病藥，穩定情緒藥以及鎮定劑，以減輕家人或照顧者的壓力。



中樞神經系統疾病
Central Nervous System Disorders

藥物名稱	適應症	藥物類別	藥物劑型
多奈哌齊 Donepezil	輕度至嚴重阿茲海默症	膽鹼酶抑制劑 (Cholinesterase Inhibitors, ChEIs)	即時釋放口服藥片， 即時釋放口溶片
加蘭他敏 Galantamine	輕度至中度阿茲海默症		即時釋放口服藥片， 長效口服藥片
卡巴拉汀 Rivastigmine	輕度至中度嚴重阿茲海默症		即時釋放口服膠囊 外用24小時釋放藥貼
美金剛 Memantine	中度至嚴重阿茲海默症	NMDA受體拮抗劑	即時釋放口服藥片

成分含量	服用劑量	服用藥物須知	常見副作用	與食物的相互作用	與藥物的相互作用	醫院管理局藥物名冊分類 (於2014年7月)	國際指引
5毫克、10毫克、23毫克	起初每天一次，每次5毫克，視乎反應，四至六星期後加至每天一次，每次10毫克； 最少三個月後，中度至嚴重阿茲海默症可增加至每天一次，每次23毫克	與食物一起服用，有機會減輕副作用	極常 (≥10%)：頭痛、腹瀉和噁心 常見 (1-10%)：頭暈、燥動、厭食、昏厥、幻覺、失眠、疲倦無力、肌肉痙攣、嘔吐、尿失禁、皮疹和瘙癢	沒有	可增加抗思覺失調藥的副作用	專用藥物	歐盟神經學學會 (European Federation of Neurological Societies, EFNS) 2010 診斷及管理阿茲海默症的指引： 於初診斷阿茲海默症患者時，醫生需考慮給予所有患者膽鹼酶抑制劑治療，並需平衡預期的治療益處和潛在的安全問題；及治療中度至嚴重程度的阿茲海默症患者，醫生應考慮給予美金剛治療，並需平衡預期的治療益處和潛在風險
8毫克、16毫克、24毫克	即時釋放藥片：起初每天兩次，每次4毫克，視乎反應，四星期後可增加至每天兩次，每次8毫克，最多可增加至每天兩次，每次12毫克 長效釋放藥片：每天服一至兩次，每日總劑量與即時釋放藥片相同	與食物一起服用，可能會減輕副作用	極常 (≥10%)：噁心和嘔吐 常見 (1-10%)：頭痛、頭暈、厭食、昏厥、幻覺、食慾不振、嗜睡、抑鬱、顫抖、心動過緩、體重減輕、多汗、心神不寧、疲倦無力、肌肉痙攣、腹瀉、腹痛和消化不良 嚴重不良反應： 史蒂芬斯 — 強森症候群和急性膿胞症	沒有	可增加抗思覺失調藥的副作用	專用藥物	
口服：1.5毫克、3毫克、4.5毫克； 外用：4.6毫克／24小時、9.5毫克／24小時 13.3毫克／24小時 (未納入醫院管理局藥物名冊)	口服：起初每天兩次，每次1.5毫克；期後每四星期可每次增加1.5毫克至每天兩次，每次6毫克 藥貼：起初每天一片4.6毫克／24小時，一個月後可增加至每天一片9.5毫克／24小時 如有需要，在至少6個月後，醫生會考慮加至每天一片13.3毫克／24小時	口服：必須與食物一起服用 藥貼：必須撕去舊藥貼，才將新藥貼貼上；不可把藥貼剪開使用；利用手心按壓藥貼至少30秒以確保藥貼穩固	口服：極常 (≥10%)：噁心和嘔吐 常見 (1-10%)：燥動、頭痛、頭暈、焦慮、食慾不振、嗜睡、混亂、顫抖、體重減輕、多汗、心神不寧、疲倦無力、腹瀉、腹痛和消化不良 藥貼：常見 (1-10%)：噁心、嘔吐、燥動、頭痛、頭暈、厭食、昏厥、焦慮、食慾不振、瞻妄、抑鬱、體重減輕、疲倦無力、腹瀉、腹痛、消化不良、尿失禁、泌尿道感染、皮疹、瘙癢和給藥部位反應	沒有	可增加抗思覺失調藥的副作用	專用藥物	
10毫克	起初每天一次，每次5毫克；一星期後加至每天兩次，每次5毫克，再一星期後加至每天兩次，一次5毫克，一次10毫克，再一星期後加至每天兩次，每次10毫克。 腎衰竭人士需要減劑量	可空腹或與食物同服	常見 (1-10%)：頭痛、頭暈、嗜睡、高血壓、便秘和肝功能指數上升	沒有	碳酸氫鈉可減少Memantine排出身體，或令副作用增加	專用藥物	

90

問問你的醫生：



- 有什麼方法可減少患者遊走或跌倒的風險？
- 有什麼方法可以減少認知障礙症所引致的健康問題，如體重下降、皮膚感染及肺炎？
- 有什麼非藥物治療的選擇？
- 有什麼社區組織對認知障礙症有相關支援？

藥劑師提提你：



- 目前沒有直接比較表列四種藥物的研究，但由於他們的藥理相似（除**Memantine**外），所以轉藥帶來的療效未必比起以前能出現明顯分別
- 治療認知障礙症的藥物和不少抗精神病藥物的副作用都可以增加患者跌倒的風險，所以必須注意患者的家居安全
- 使用藥貼時必須先撕去舊藥貼，才將新藥貼貼上，以免吸收過量而產生更多副作用



參考資料

- *European Journal of Neurology.EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. 2010, 17: 1236–1248*
- *California Workgroup on Guidelines for Alzheimer's Disease Management 2008 accessed on 1/2/2014 available at http://www.cdph.ca.gov/programs/alzheimers/Documents/professional_GuidelineFullReport.pdf*
- *WebMD A Treatment Overview of Alzheimer's Disease. accessed on 1/2/2014 available at <http://www.webmd.com/alzheimers/guide/treatment-overview>*
- *Pubmed Health. Alzheimer's disease. 2011 accessed on 1/2/2014 available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0001767/>*
- *Hospital Authority Drug Formulary (HADF) supplementary operation guideline version 10.1*



內分泌系統疾病 Endocrine System Disorders

- 糖尿病 93
- 子宮內膜異位 101
- 骨質疏鬆症 107



93

{糖尿病} Diabetes}

簡介



引言

- 糖尿病是一種內分泌失調的慢性疾病
- 患者血糖過高
- 當血糖濃度超出某個水平，糖份便會經尿液排出，造成「糖尿」現象



流行病學

- 全球約有**3.6億**糖尿病患者
- 全球每年約有**460萬**人死於糖尿病的併發症
- 全港約有**70萬**糖尿病患者，數目亦有持續上升的趨勢



風險因素

糖尿病的風險因素有很多，當中包括一些可改善及不可改善的因素。

- 有其他家人患糖尿病
- 懷孕期間曾患糖尿病(妊娠期糖尿病)或分娩時嬰孩體量達**9磅(4公斤)**或以上
- **40歲以上**
- 體重過量
- 缺乏運動

▲ 不可改善因素

▲ 可改善因素



成因

- 主要成因包括身體停止分泌胰島素、身體胰島素分泌不足或體內細胞對胰島素產生抗拒，導致血糖過高，碳水化合物、蛋白質及脂肪代謝紊亂。



分類

糖尿病主要分為兩類：

類型	病理	原因
一型	- 製造胰島素的細胞被破壞 - 不能製造胰島素提供身體所需	與遺傳及免疫系統疾病有關
二型	- 胰臟衰退或身體對胰島素產生抗拒 - 胰島素分泌不足	與遺傳、不良飲食習慣、缺乏運動及肥胖有關



徵狀

- 口渴
- 小便頻密
- 體重減輕
- 容易疲累
- 視力模糊
- 傷口癒合困難
- 容易受感染





治療

糖尿病的治療主要針對一型及二型糖尿病：

一型糖尿病治療

主要使用胰島素治療(合併使用各種不同的胰島素)

- 長效胰島素
- 中效胰島素
- 速效胰島素

二型糖尿病治療

口服藥物：

- 二甲雙胍(Metformin)
- 磺脲類(Sulfonylureas, 如Glipizide, Gliclazide等)
- 噻唑烷二酮(Thiazolidinediones, 如Pioglitazone)
- α -葡萄糖苷酶抑制劑(α -Glucosidase inhibitors, 如Acarbose)
- 二肽基肽酶-4抑制劑(Dipeptidyl peptidase-4 inhibitors, 如Linagliptin, Saxagliptin, Sitagliptin, Vildagliptin等)

針劑藥物：

- 長效胰島素
- 中效胰島素
- 速效胰島素
- 胰高血糖素樣肽-1受體激動劑

以下是糖尿病的常用藥物：

藥物類別	Biguanides	Sulfonylureas	Meglitinides
藥物名稱	Metformin	Glibenclamide, Glipizide, Gliclazide, Glimepiride	Repaglinide, Nateglinide
適應症	二型糖尿病	二型糖尿病	二型糖尿病
藥物劑型	口服藥片	口服藥片	口服藥片
服用劑量	每日一至三次	每日一至兩次	每日一至三次
藥理	— 減少製造肝糖 — 改善身體對胰島素的敏感度	刺激胰島素分泌	快速刺激胰島素分泌
服用方法	隨餐服用	餐前30分鐘或隨餐服用	餐前15-30分鐘服用
服用藥物須知	若預定進行影像學檢查(如斷層掃描、血管攝影等)，應告知醫生目前正在使用此藥品	隨身攜帶含糖食物，以便低血糖時服用	若未用餐則不需服藥；隨身攜帶含糖食物，以便低血糖時服用
常見副作用	腸胃不適、脹氣，使用不當可引致乳酸酸中毒	低血糖(常見)、體重增加	低血糖、體重增加



Thiazolidinediones	Alpha-Glucosidase inhibitors	DPP-4 inhibitors	GLP-1 receptor agonists	Insulin
Pioglitazone	Acarbose	Linagliptin, Saxagliptin, Sitagliptin, Vildagliptin,	Exenatide, Liraglutide	
二型糖尿病	二型糖尿病	二型糖尿病	二型糖尿病	一、二型糖尿病
口服藥片	口服藥片	口服藥片	針劑	針劑
每日一次	每日一至三次	每日一次	每日一至兩次	每日一至三次
增加身體對胰島素的敏感度	抑制多醣類在小腸的分解與吸收	刺激胰臟分泌胰島素、抑制肝臟釋放肝糖	刺激胰臟分泌胰島素、抑制肝臟釋放肝糖	代替身體的胰島素
固定時間服用（飯前或餐後均可）	隨餐服用	固定時間服用（飯前或飯後均可）	飯前60分鐘注射	視乎不同的劑型，短效：餐前注射，長效：睡前注射
有心臟病、心臟衰竭與肝臟功能不全的患者未必適宜使用	此藥通常為輔助治療之藥物		須學習注射技巧，以防注射位置皮下組織受損或感染	須學習注射技巧，以防注射位置皮下組織受損或感染；隨身攜帶含糖食物，低血糖時服用
體重增加、水腫	腸胃不適、脹氣、肚瀉	腹瀉、喉痛	腸胃不適、噁心、暈眩、頭痛	低血糖（常見）、體重增加

藥物治療



我們的身體內有一個控制體內血糖的系統，稱為「腸促胰島素」GLP-1和GIP，這些荷爾蒙由小腸釋放。當進食後，身體內血糖濃度升高時，GLP-1和GIP便會促使胰臟β細胞釋放胰島素，協助身體攝取葡萄糖，從而降低血糖。

然而，身體內有一種酵素叫dipeptidyl peptidase-4(簡稱DPP-4)。這種DPP-4酵素會迅速分解腸促胰島素，限制了GLP-1和GIP的活動時間。

藥物DPP-4抑制劑，透過抑制DPP-4酵素，增加腸促胰島素的有效時間及濃度，從而提高胰島素水平、降低血糖。

此類藥物可單一使用或配合其他治療糖尿病的藥物使用，而配合其他藥物一同使用，效果較佳。除非跟胰島素或磺酰脲類藥物Sulphonylurea同用，否則此類藥物較少引起低血糖反應；另外亦較少引起體重上升的副作用。

藥物名稱	適應症	藥物劑型	成分含量	服用劑量
西洛列汀 Sitagliptin	治療二型糖尿病患者	口服藥片	100毫克/ 50毫克/ 25毫克	每日一次， 每次50至 100毫克
沙洛列汀 Saxagliptin	治療二型糖尿病患者	口服藥片	2.5毫克/ 5毫克	每日一次， 每次5毫克
利格列汀 Linagliptin	治療二型糖尿病患者	口服藥片	5毫克	每日一次， 每次5毫克
維格列汀 Vildagliptin	治療二型糖尿病患者	口服藥片	50毫克	每日一次至 兩次， 每次50毫克



服用藥物須知	常見副作用	與食物的相互作用	與藥物的相互作用	醫院管理局藥物名冊分類 (於2014年7月)	國際指引
空腹／飯後均可 腎功能不全的患者需要按病情減藥(減至每天25-50毫克)	流鼻水、頭痛、喉嚨痛，腹瀉	沒有	生長激素 Somatropin可能影響藥效	專用藥物	美國糖尿病協會(American Diabetes Association) 及歐洲糖尿病研究協會 (European Association for the Study of Diabetes) 指引： - 建議為二線藥物 - 患者在改善生活習慣及服用雙胍類藥物Metformin後，三個月內HbA1c治療指標不理想，便可加服DPP-4抑制劑類藥物或其他二線藥物，和Metformin作合併治療 - 部分不適合服用Metformin的患者，也可以服用Sulphonylurea和DPP-4抑制劑作合併治療
空腹／飯後均可 中度至嚴重腎功能不全患者需要按病情減藥(減半)，此藥可用於腎臟衰竭及需接受血液透析治療的患者	流鼻水、頭痛、喉嚨痛，噁心，尿道炎	沒有	抗生素 clarithromycin、抗真菌藥物 Itraconazole、ketoconazole、生長激素 Somatropin可能影響藥效		
空腹／飯後均可 無須因應患者的腎臟功能調較劑量	頭痛，肌肉痛	沒有	抗生素Rifampicin		
空腹／飯後均可 腎臟功能中度至嚴重不全的患者需要按病情減藥(減至每日一次)，較少研究顯示適用於接受血液透析治療的患者有嚴重心臟衰竭的患者，由於研究較少，不建議使用	頭痛，腹瀉，水腫	沒有	沒有		

認清目標：血糖控制指標

空腹血糖濃度	4.0-6.0mmol/L
餐後2小時血糖濃度	< 8.0mmol/L
糖化血紅素(HbA1c)	< 6.5%

100

問問你的醫生：



- 如何自我監測血糖？多久檢查一次？
- 除了監測血糖，還有沒有其他定期測試？
- 我應該選擇口服藥物，還是打胰島素？
- 長期服藥，對我的身體有影響嗎？
- 糖尿病患者是否不能吃甜品或朱古力？

藥劑師提提你：



- 糖尿病屬於長期病患，由於所有糖尿病的藥物都是以「控制病情」為主，並不能「根治」糖尿病，所以患者必須依照醫護人員的指示，定期服藥，假如病情受控，也不應自行減藥或停藥
- 除了藥物治療，生活習慣對病情的影響亦不容忽視。患者應控制飲食，多運動，過胖的患者要適度減重，才可以達到最佳治療效果
- 患者要定時在家監測血糖，了解理想血糖值，以得知病情的變化
- 現時的國際指引重視個人化的治療，因此患者可以多認識不同種類的治療糖尿病的藥物，從而選擇適合自己的治療方案



參考資料

- Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, et al. American Diabetes Association. European Association for Study of Diabetes Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. 2009;32:193–203.
- American College of Physicians. Oral Pharmacologic Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus: A Clinical Practice Guideline. February 2012
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2013. January 2013
- FDA. <http://www.fda.gov/>
- Eleonora Russo, Giuseppe Penno, and Stefano Del Prato. Managing diabetic patients with moderate or severe renal impairment using DPP-4 inhibitors: focus on vildagliptin. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2013; 6: 161–170.
- Hospital Authority Drug Formulary (HADF) supplementary operation guideline version 10.1

101

{子宮內膜異位} {Endometriosis}

簡介



引言

- 子宮內膜異位是指子宮內膜組織於子宮以外的地方生長所致的慢性、良性疾病
- 常見於生育年齡的婦女，但發病年齡可能持續到早期更年期
- 通常發生於骨盆腔，但亦可以發生在體內任何地方，例如：
 - ▲ 盆腔：盆壁、膀胱、輸卵管、卵巢、子宮頸、陰道、淋巴結、腸等
 - ▲ 較遠的位置：肺、胸膜、乳房、隔膜、腹壁、胃、脾、膽、鼻粘膜等
- 美國生殖醫學學會(American Society for Reproductive Medicine)的評分系統根據疾病的嚴重性，將子宮內膜異位分為第I(最輕微)至IV(最嚴重)階段



流行病學

- 只影響女性
- 具生育能力女性的發病率介乎0.5-5%，而不孕婦女的發病率則高達30-50%
- 約50-60%感到盆腔疼痛的婦女(包括青少年)被診斷為子宮內膜異位患者



風險因素

- 月經受阻
- 月經初潮過早
- 月經週期過短
- 更年期延遲
- 較遲生育
- 肥胖
- 飲食中攝取過多紅肉和反式脂肪
- 遺傳
- 出生體重過高
- 出生前於母體子宮內接觸己烯雌酚(Diethylstilbestrol，一種人工合成的雌激素物質)
- 長期接觸內源性雌激素



病理

- 未完全明確
- 子宮內膜組織(包括腺體和間質)異常地植入和擴散至其他位置，引起慢性腹膜發炎
- 於不孕婦女之中尤其常見，可能由以下原因所導致：
 - ▲ 盆腔炎
 - ▲ 盆腔結構受到破壞
 - ▲ 腹腔內的巨噬細胞(Macrophages)增生及被活化



徵狀

患者可出現以下徵狀；也可能並無任何徵狀，偶然於腹腔鏡或手術檢查時始被發現：

- 痛經(50-90%)
- 子宮異常出血
- 慢性盆腔疼痛(長達6個月或以上)
- 盆腔腫塊
- 腹部中間疼痛
- 週期性腰痛
- 性交疼痛
- 排便疼痛
- 噁心
- 血尿
- 腸阻塞
- 直腸出血
- 腎積水
- 不孕



治療

雖然藥物有助舒緩痛經與各種疼痛徵狀，但不能有效防止徵狀復發。

一線藥物

- 月經剛開始時或月經前服用非類固醇消炎止痛藥(Non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs)
- 週期性複方口服避孕藥

二線藥物

- 連續性複方口服避孕藥
 - ▲ 若服用週期性複方口服避孕藥後徵狀仍未有改善(如持續的盆腔疼痛)，可改服為連續性複方口服避孕藥達3-6個月
- 孕激素(Progestogens)：
 - ▲ 含有左炔諾孕酮(Levonorgestrel)的宮內節育器
 - ▲ 醋酸炔諾酮(Norethisterone acetate)
 - ▲ 醋酸甲羟孕酮(Medroxyprogesterone acetate)每3個月一次的皮下注射
 - ▲ 地諾孕素(Dienogest)
- 促性腺激素釋放激素促效劑(Gonadotrophin releasing hormone agonists, GnRH agonists)，例如：
 - ▲ 醋酸亮丙瑞林(Leuporelin acetate)臀部肌肉注射
 - ▲ 戈舍瑞林(Goserelin)植入皮下組織
- 達那唑(Danazol)
 - ▲ 受到雄激素副作用限制，現時並不常用
- 芳香化酶抑制劑(Aromatase inhibitors)
 - ▲ 包括阿那曲唑(Anastrozole)和來曲唑(Letrozole)
 - ▲ 減少雌激素的形成和子宮內膜異位的增長
 - ▲ 長期使用有機會降低患者的骨質密度



病情預期進展

- 一般良好，尤其當此病症於早期得到診斷及治療
- 可能需要反覆的手術治療
- 當病情進展到較後期(第III-IV期)，患者較難恢復生育能力

參考資料：

- Griffith's 5-minute Clinical Consult 2014
- <http://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis-of-endometriosis>
- Koda-Kimble & Young's Applied Therapeutics: The Clinical Use of Drugs, 10th edition, 2013

藥物治療



子宮內膜異位症是指子宮內膜組織生長在子宮以外的地方，引致慢性炎症反應。

患者會感到盆腔疼痛，亦有經前疼痛及痛經。現時的治療以止痛藥、荷爾蒙療法和腹腔鏡手術為主。如果患者的徵狀輕微而不影響日常生活，患者可選擇不接受治療。荷爾蒙療法主要採用孕激素(Progestogen)及促性腺激素釋放激素促效劑(Gonadotropin-Releasing Hormone agonists, GnRH agonists)。因促性腺激素釋放激素促效劑主要用於子宮內膜異位症手術前以短暫控制子宮的情況或一些輕微的子宮內膜異位症個案，所以這章節只集中講解孕激素的療法。

藥物名稱	適應症	藥物劑型	成分含量	服用劑量	服用藥物須知
炔諾酮 (Norethisterone)	子宮內膜異位症、經前期綜合症、月經過多、經痛	口服藥片	5毫克	每日5至20毫克，可分一至兩次服用	餐前或餐後
甲經孕酮 (Medroxyprogesterone)	子宮內膜異位症、子宮出血、無月經	口服藥片	5毫克	每日三次，每次10毫克	餐前或餐後
地諾孕素 (Dienogest)	子宮內膜異位症	口服藥片	2毫克	每日一次，每次2毫克	餐前或餐後



內分泌系統疾病 • 子宮內膜異位 • 藥物治療

常見副作用	禁忌	與食物的相互作用	與藥物的相互作用	醫院管理局藥物名冊分類(於2014年7月)	國際指引
頭痛、乳房不適、情緒低落／緊張、痤瘡、無月經、體重改變、脫髮／多毛症、腸胃不適、噁心、水腫	- 懷孕 - 哺乳 - 現時或過去曾經有靜脈血栓栓塞問題的患者 - 現時或過去曾經有動脈和心血管疾病的患者 - 現時或過去曾經有嚴重肝臟疾病的患者	沒有	沒有	通用藥物	歐洲人類生殖及胚胎學會 (The European Society of Human Reproduction and Embryology) - 孕激素如 Norethisterone、口服或針劑的 Medroxyprogesterone acetate、Dienogest等都可減少子宮內膜異位症所引致的疼痛 - 促性腺激素釋放激素促效劑可減少子宮內膜異位症所引致的疼痛，但對於其劑量或療程只有有限資料
頭痛、乳房不適、情緒低落／緊張、痤瘡、月經的流量改變、體重改變、脫髮／多毛症、噁心、水腫	- 懷孕 - 哺乳(藥廠沒有列為禁忌，但不建議) - 現時或過去曾經有靜脈血栓栓塞問題的患者 - 現時或過去曾經有動脈和心血管疾病的患者 - 嚴重肝臟疾病的患者	沒有	沒有	通用藥物	
頭痛、乳房不適、情緒低落／緊張、痤瘡、月經的流量改變、體重增加、脫髮、腸胃不適、潮熱	- 懷孕(藥廠沒有列為禁忌，但不建議) - 哺乳(藥廠沒有列為禁忌，但不建議) - 有靜脈血栓栓塞問題的患者 - 現時或過去曾經有動脈和心血管疾病的患者 - 現時或過去曾經有嚴重肝臟疾病的患者	沒有	沒有	專用藥物	世界子宮內膜異位症協會 (World Endometriosis Society) 口服避孕藥、孕激素及止痛藥是舒緩子宮內膜異位症所引致的疼痛的一線治療

問問你的醫生：



- 我正在服用的其他藥物及健康產品可否與這藥物一同服用？
- 這藥物有甚麼副作用？
- 我是否需要戒口？
- 我需要服用這藥物多久？

藥劑師提醒你：



- 如忘記服藥，不要在下次服藥時服用雙倍劑量
- 服用任何健康產品前要諮詢藥劑師的意見



參考資料

- <http://www.patient.co.uk/health/endometriosis-leaflet>
- *Guideline of the European Society of Human Reproduction and Embrology.*
"Guideline on the management of women with endometriosis", 2013 September.
Available from:
<http://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline.aspx>
- Johnson, N.P. and Hummelshoj, L for World Endometriosis Society. *Consensus of current management of endometriosis. Human Reproduction* 2013 28(6):1552-1568
- Hospital Authority Drug Formulary (HADF) supplementary operation guideline version 10.1



107

{骨質疏鬆症} {Osteoporosis}

簡介



引言

- 隨年齡增長，骨骼的新陳代謝減慢，當中的鈣質開始日漸流失
- 骨質變得脆弱易斷



流行病學

- 隨著香港人口老化，骨質疏鬆症的發病率有持續上升趨勢
- 資料顯示，現時香港約有**30萬**婦女及**10萬**男士患有此症



風險因素

- 年長
- 更年期後女性
- **50歲**以上的男性
- 曾接受卵巢切除手術
- 遺傳
- 鈣質攝取不足
- 運動不足或長期不活動
- 身材瘦小
- 患有其他慢性疾病
- 服食荷爾蒙



成因

- 骨質疏鬆症的成因在於骨質形成和流失之間的失衡，令骨質形成的速度比流失慢



徵狀

骨質疏鬆症患者可以患病很長時間也不自覺，因為骨質疏鬆症並沒有任何病徵，患者往往在發生骨折時才發覺自己已患上此病症。



診斷

以下檢查方法可用於檢查及診斷骨質疏鬆症：

- 骨質密度測量儀(Dual-energy X-ray absorptiometry, DEXA)
- 超聲波骨質密度量儀(Ultrasound densitometry)
- X光檢查



治療

如果骨質密度檢查顯示骨質密度低或診斷出骨質疏鬆症，醫生會為患者處方鈣與維他命D補充劑。此外，如病情嚴重，醫生可處方以下藥物：

- 雙磷酸鹽(Bisphosphonates)
 - ▲ 增加骨質密度及避免脊椎和髖部骨折
- 選擇性雌激素受體調節劑(Selective Estrogen Receptor Modulators, SERMs)
 - ▲ 增加骨質密度，減少脊椎骨折的風險
- 人類基因重組副甲狀腺素(Teriparatide)
- 雌激素療法
 - ▲ 可用於骨質疏鬆症高危女性
 - ▲ 避免骨質繼續流失及減少骨折的風險
- RANK配體(RANKL)抑制劑
 - ▲ 地舒單抗(Denosumab)
 - ▲ 增加骨質密度，減低髖部、脊椎及非脊椎的骨折風險





併發症

- 骨質流失會令骨頭變得脆弱，容易發生骨折，造成行動不便
 - ▲ 脊椎骨折
 - ▲ 手腕骨折
 - ▲ 臍骨骨折
- 脊椎疼痛及變形

藥物治療



隨著年紀增長，骨質便會自然流失，再加上飲食中未能吸收足夠的鈣質，骨質密度降低的速度便會進一步增加。而踏入更年期的女士，由於身體的雌激素水平下降，骨質流失的速度亦會加快，嚴重的便會引致骨質疏鬆。但除了年紀漸長及飲食不均衡外，其他原因如長期服用類固醇等亦有機會導致骨質疏鬆。骨質疏鬆會大大增加骨折的風險，除了有機會致命外，骨折的後遺症如疼痛更會為患者帶來長遠的身心負擔。因此，預防及治療骨質疏鬆症的重要性是不能忽視的。由於已流失的骨質並不能被替代，因此骨質疏鬆症的治療主要是要減緩及預防進一步的骨質流失；不過近年治療骨質疏鬆症的藥物有了新發展，除了有增加骨質的藥物外，在藥物劑型，服用次數等方面都有了更多的選擇。

治療骨質疏鬆症的藥物可分為數大類，包括雙磷酸鹽類(Bisphosphonates)、雌激素替代療法(Hormone Replacement Therapy, HRT)、選擇性雌激素受體調節劑(Selective Estrogen Receptor Modulator, SERM)、抑鈣素(Calcitonin)、副甲狀腺素(Parathyroid Hormone Analogue)、雷奈酸銹(Strontium Ranelate)及最新的細胞核因數NFKB受體活化因數配基抑制劑(Receptor Activator of Nuclear factor NFKB ligand inhibitor, RANK ligand inhibitor)地舒單抗(Denosumab)。而以下討論主要集中講述更年期婦女的骨質疏鬆症治療方案的選擇。

根據美國臨床內分泌學家協會(American Association of Clinical Endocrinologists, AACE) 2010年及香港骨質疏鬆學會(The Osteoporosis Society of Hong Kong, OSHK)2013年的指引建議，雙磷酸鹽類藥物包括阿崙膦酸鈉(Alendronate)、利塞膦酸鈉(Risedronate)和唑來膦酸(Zoledronic Acid)及新研發的地舒單抗(Denosumab)都是預防及治療骨質疏鬆症的一線治療方案，研究顯示此兩類藥物均可有效減少髖關節(Hip)、脊椎(Vertebral)及非脊椎(Non-vertebral)骨折的風險。雙磷酸鹽類可抑制骨骼骨質吸收(破骨)，降低骨質新陳代謝以減慢骨質流失，其中阿崙膦酸鈉及利塞膦酸鈉為口服藥，可以選擇每天或每週服用，而唑來膦酸則是每年一次的注射針劑，這數種都是傳統治療骨質疏鬆中有效而常用的雙磷酸鹽類藥物。但需留意的是雙磷酸鹽類中的伊班膦酸鈉(Ibandronate)是此類藥物中唯一一種未能減少髖關節及非脊椎骨折風險的藥物，因此AACE指引只建議伊班膦酸鈉為二線藥物。

新研發的**地舒單抗**則是一種骨骼骨質吸收抑制劑，可以阻斷破骨細胞的生長和存活，提升骨質密度；一項長達**12**個月的研究顯示，地舒單抗比阿崙麟酸鈉增加骨質密度的功效更好，而且由於地舒單抗只需每半年注射一次，因此患者的藥物依從性亦可提升。

傳統的**雌激素替代療法**主要為更年期女士提高身體雌激素的水平，由於雌激素可抑制骨質吸收，降低骨質的新陳代謝，因此對骨質密度及降低骨折風險方面都有正面影響。但研究發現雌激素有機會增加乳癌及靜脈血管栓塞的風險，因此只建議用於年輕(**50至59歲**)或踏入更年期少於十年的更年期女士預防及治療骨質疏鬆症。新一代的**選擇性雌激素受體調節劑**雷洛昔芬(**Raloxifene**)通過選擇性地影響身體不同的雌激素受體，從而達到類似雌激素的效果，對骨骼帶來正面的影響，減少骨質流失；同時減少對乳房的不良影響，不會如雌激素替代療法般增加乳癌風險。雷洛昔芬能有效降低脊椎骨折的風險，但由於降低非脊椎或髖關節骨折風險的數據不足，因此**AACE**指引只建議用作二或三線治療，而**OSHK**指引亦只建議用於髖關節骨折風險不高的年輕更年期女士身上。

副甲狀腺素特立帕肽(**Teriparatide**)是一種可刺激造骨細胞增加骨質生長的藥物。它可增加骨質組織，加強骨骼強度及結構穩定性。但由於需要每日皮下注射，因此患者接受性較低；另外，因藥物的效用及安全性研究數據只有**2**年，延長使用時期的效用及安全性仍然未明。因此，此藥暫時只批准最多使用**2**年，其後可能需考慮轉用其他治療方案。在降低骨折風險方面，數據顯示特立帕肽亦可有效降低脊椎及非脊椎骨折的風險，但降低髖關節骨折風險的數據不足，因此**OSHK**指引只建議特立帕肽為特定患者(如骨質密度極低、有一次或以上骨質疏鬆性骨折等)的一線治療，而**AACE**指引則建議適用於對雙磷酸鹽類反應欠佳而且骨折風險高的患者身上。

抑鈣素(**Calcitonin**)同樣是通過減少骨質流失以治療骨質疏鬆症。患者可選擇皮下注射或鼻腔噴霧劑，兩種劑型都具有減輕骨骼痛楚的效果，但由於其降低骨折風險的效用並未有一致的數據証實，加上有研究發現此藥可能會增加癌症的風險，因此**OSHK**指引並不建議用作治療骨質疏鬆症的選擇，而**AACE**指引亦建議抑鈣素為最後藥物治療選擇。

雷奈酸鋁是有別於其他骨質疏鬆症藥物的治療方案，它既可增加骨質生長，亦可同時減慢骨質流失。雖然它的作用機理至今仍未完全明確，但此藥主要是影響骨骼重組(**Bone Remodelling**)過程以達到以上兩種功效。研究指出雷奈酸鋁可有效降低脊椎及非脊椎骨折的風險，而在高風險的患者群組亦可降低髖關節骨折的風險；但由於近年有數據指出雷奈酸鋁在部分患者群組中會增加心血管疾病，如心肌梗塞的風險，因此歐盟藥品管理局(**European Medicines Agency, EMA**)在**2013**年發出指引建議限制使用。**OSHK**指引中亦建議給因有上消化道病史而不適合用雙磷酸鹽類的患者考慮使用；由於雷奈酸鋁並未在美國註冊，因此**AACE**指引並沒有對此藥有任何建議。

口服藥物

藥物名稱	藥物類別	適應症	功效		藥物劑型
			增加骨質生長	減慢骨質流失	
阿崙膦酸鈉 Alendronate	雙磷酸鹽類	— 預防及治療更年期女士骨質疏鬆症 — 治療男士骨質疏鬆症 — 治療類固醇引起的骨質疏鬆症 — 佩吉特氏症(Paget's Disease)		✓	口服藥片
利塞膦酸鈉 Risedronate		— 預防及治療更年期女士骨質疏鬆症 — 治療男士骨質疏鬆症 — 預防及治療類固醇引起的骨質疏鬆症 — 佩吉特氏症(Paget's Disease)		✓	口服藥片
伊班膦酸鈉 Ibandronate		— 預防及治療更年期女士骨質疏鬆症		✓	口服藥片
雷奈酸鋇 Strontium Ranelate	其他	— 治療更年期女士骨質疏鬆症	✓	✓	口服藥物顆粒
雷洛昔芬 Raloxifene	選擇性雌激素受體調節劑	— 預防及治療更年期女士骨質疏鬆症		✓	口服藥片

成分含量	服用劑量	劑量調整	服用方法	常見副作用	與食物的相互作用	與藥物的相互作用	醫院管理局 藥物名冊 分類(於2014年 7月)	國際指引(更年期女士骨質疏鬆症治療)	
								美國臨床內分泌學家協會 (American Association of Clinical Endocrinologists, AACE) 2010	香港骨質疏鬆學會 (The Osteoporosis Society of Hong Kong, OSHK) 2013
10毫克或 70毫克	每日一次， 每次10毫克或 每星期一次， 每次70毫克	嚴重腎功能不全的患者不建議使用	- 餐前1小時服用 - 服用後1小時內避免躺臥(以避免灼傷食道) - 服用後1小時內避免服用其他藥物 - 用清水送服	血鈣水平下降、血磷水平下降、肌肉關節疼痛、腸胃不適	- 與食物及飲料(尤其是橙汁、咖啡及奶類)同服會影響雙磷酸鹽類的吸收 - 雙磷酸鹽類需於早上服用，服用後至少30分鐘才可進食食物及飲料	- 鈣劑、鐵劑、中和胃酸藥、鎂劑—同時服用可能會減低雙磷酸鹽類的藥物水平 → 兩者服用時間應相隔1—2小時	專用藥物	用於一線治療	用於一線治療
5毫克或 35毫克	每日一次， 每次5毫克或 每星期一次， 每次35毫克			血壓上升、頭痛、皮疹、背痛、關節痛、腹瀉			專用藥物	用於一線治療	用於一線治療
150毫克	每月一次， 每次150毫克			腸胃不適、肚痛、背痛、關節痛			專用藥物	用於二線治療	用於二線治療
2克	每日一次， 每次2克		- 臨睡前(餐後至少2小時)服用 - 用至少30毫升開水送服	腹瀉、噁心、頭痛	- 高鈣食物如奶類會減低雷奈酸銹的吸收 - 兩者服用時間應相隔至少2小時	- 鈣劑、鐵劑、中和胃酸藥、鎂劑—同時服用可能會減低雷奈酸銹的藥物水平 → 兩者服用時間應相隔2小時 - 喹諾酮類(Quinolone)及四環素類屬(Tetracycline)抗生素—可能會減低雷奈酸銹的藥物水平 → 避免同時服用	專用藥物	並未提及	因有上消化道病史而不適合用雙磷酸鹽類的患者可考慮
60毫克	每日一次， 每次60毫克		空肚或餐後服均可	水腫、潮熱、乳房脹痛、關節疼痛、腿抽筋、靜脈血管栓塞	沒有	考慮選擇其他藥物組合 - 甲狀腺素(Levothyroxine) —減低甲狀腺素的藥物水平 - 降膽固醇藥消膽胺(Cholestyramine) —減低雷洛昔芬的藥物水平	專用藥物	用於二線或三線治療	只建議用於髖關節骨折風險不高的年輕更年期女士

針劑藥物

內分泌系統疾病 • 骨質疏鬆症 • 藥物治療 • 針劑藥物

藥物名稱	藥物類別	適應症	功效		藥物劑型	成分含量	服用劑量	常見副作用	與藥物的相互作用	醫院管理局藥物名冊分類(於2014年7月)	國際指引(更年期女士骨質疏鬆症治療)	
			增加骨質生長	減慢骨質流失							美國臨床內分泌學家協會(American Association of Clinical Endocrinologists, AACE) 2010	香港骨質疏鬆學會(The Osteoporosis Society of Hong Kong, OSHK) 2013
地舒單抗 Denosumab	細胞核因數NFKB受體活化因數配基抑制劑	治療有高骨折風險的更年期女士的骨質疏鬆症 治療有高骨折風險的男士的骨質疏鬆症(增加其骨骼質量) 治療因接受雄激素阻斷治療的前列腺癌患者的骨質流失 治療因接受芳香化酶抑制(Aromatase Inhibitor)治療的乳癌患者的骨質流失		✓	皮下注射針劑	每針60毫克	每6個月注射一次，每次60毫克	背痛、肌肉骨骼疼痛、上呼吸道感染	並未發現有重要的藥物相互作用	專用藥物	用於一線治療	用於一線治療
唑來膦酸 Zoledronic acid	雙磷酸鹽類	治療更年期女士及男士骨質疏鬆症 用於有至少一個風險因素的更年期女士身上以治療骨質減少的情況 用於髖關節曾經骨折的患者身上預防骨折 預防及治療因類固醇引起的骨質疏鬆症 佩吉特氏症(Paget's Disease)		✓	靜脈輸注針劑	每100毫升含5毫克	每年注射一次，每次5毫克	發燒、類似感冒的徵狀、肌肉疼痛、噁心、嘔吐	未曾進行任何藥物相互作用的研究	專用藥物	用於一線治療	用於一線治療
特立帕肽 Teriparatide	副甲狀腺素	治療有高骨折風險的更年期女士及男士的骨質疏鬆症 治療類固醇引起的骨質疏鬆症	✓		筆型皮下注射針劑	每毫升含250微克	每日注射一次，每次20微克	體位性低血壓、暈眩、抽搐、關節疼痛	並未發現有重要的藥物相互作用	自費藥物	只建議用於有高骨折風險的人士 曾嘗試雙磷酸鹽類但無效的二線治療	用於一線治療(尤其是骨質密度極低、有一次或以上骨質疏鬆性骨折、服用減緩骨質流失藥物時仍有骨折或繼續惡化的患者)

問問你的醫生：



- 服用雙磷酸鹽類治療骨質疏鬆藥的療程需要多久？需要終身服用嗎？
- 口服及針劑型類的雙磷酸鹽類療程對治療骨質疏鬆的療效有分別嗎？
- 如果我有服用其他藥物，會否對雙磷酸鹽類治療有影響？

藥劑師提醒你：



- 由於骨質疏鬆症患者需要補充較多的鈣質及維他命D，因此建議應多進食高鈣及含維他命D的食物如奶類製品等以吸收足夠的鈣及維他命D。指引一般建議50歲以上的女士或70歲以上的男士每日鈣質攝取量應為1200毫克，而50至70歲的男士每日鈣質攝取量則為1000毫克；而維他命D的每日攝取量則為800至1000國際單位。如果飲食上未能吸收足夠的鈣及維他命D，亦可考慮服用補充劑



參考資料

- *The Osteoporosis Society of Hong Kong. Guideline for Clinical Management of Postmenopausal Osteoporosis. 2013.*
- *Watts N.B. et al. Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Treatment of Postmenopausal Osteoporosis. Endocr Pract. 2010; 16(Supp3).*
- *LexiComp Drug Information Database. Accessed at www.lexi.com*
- *European Medicines Agency. Recommendation to restrict the use of Protelos/Osseor (strontium ranelate). 2013. Accessed from http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Press_release/2013/04/WC500142507.pdf on 30 Mar 2014.*
- *Hospital Authority Drug Formulary (HADF) supplementary operation guideline version 10.1*

泌尿系統 疾病 Urinary Tract Disorders

- 良性前列腺增生

119

{ 良性前列腺增生 }

{ Benign Prostatic Hyperplasia }

簡介



引言

- 也被稱為前列腺良性肥大或前列腺增生症
- 是一種常見的老年退化性疾病
- 前列腺增生會令尿道受壓收窄，更有機會出現小便阻塞的徵狀
- 良性前列腺增生並非致命疾病，但會令患者生活質素下降，嚴重會導致急性尿液滯留



流行病學

- 在本港，約有五成五十歲以上的男性會有前列腺增生的情況
- 80歲以上，幾乎九成以上的男性都會出現前列腺增生



風險因素

- 年長
- 肥胖
- 心理壓力
- 抑鬱
- 酗酒
- 吸煙



成因

- 目前仍未清楚前列腺增生的真正成因，只知道荷爾蒙隨著年齡增長而轉變，引致前列腺組織增生，繼而令尿道受壓收窄，出現下尿道徵狀。



徵狀

前列腺增生會導致下尿道徵狀，如

- 排尿困難
- 小便流量減弱或尿流斷斷續續
- 加倍用力才能排出尿液
- 尿頻
- 經常有尿意
- 排尿後仍感到有尿意
- 尿液滯留
- 小便失禁



診斷

醫生會採用以下的檢查來診斷良性前列腺增生：

- 肛門指探
- 量度血液前列腺特性抗原(**Prostate-specific antigen, PSA**)水平
- 前列腺超聲波掃描
- 尿液化驗
- 膀胱鏡檢查
- 泌尿動態檢查
- 尿流速度測試

醫生也會根據國際前列腺徵狀評分(**International Prostate Symptom Score, IPSS**)，以問卷形式來評估良性前列腺增生的嚴重程度。





治療

良性前列腺增生的治療方法主要包括藥物治療、微創療法及手術治療。美國泌尿學會 (American Urological Association, AUA) 指引建議，若下尿道徵狀沒有對患者造成很大的困擾，而患者還未出現嚴重的併發症時，可先觀察病情再決定治療方案。

藥物治療

一線藥物治療包括：

1. α -腎上腺素受體阻斷劑 (α -adrenergic receptor blockers)
 - 可放鬆前列腺平滑肌，改善尿流量
 - ▲ 特拉唑嗪 (Terazosin)
 - ▲ 多沙唑嗪 (Doxazosin)
 - ▲ 阿夫唑秦 (Alfuzosin)
 - ▲ 坦索羅辛 (Tamsulosin)：選擇性針對 α_{1A} -受體
 - ▲ 哌唑嗪 (Prazosin)
2. 5- α -還原酶抑制劑 (5- α -reductase inhibitors)
 - 可減少前列腺體積，對治療前列腺增生尤其有效
 - 有助控制前列腺出血
 - ▲ 非那甾胺 (Finasteride)
 - ▲ 度他雄胺 (Dutasteride)

若患者的前列腺體積較大， α -腎上腺素受體阻斷劑(如坦索羅辛)與5- α 還原酶抑制劑(如度他雄胺)的治療組合比單一藥物治療優勝。

微創療法

美國泌尿協會指引建議，以下微創療法適用於出現中度至嚴重下尿道徵狀的患者：

- 經尿道前列腺針刺消融術 (Transurethral needle ablation of the prostate, TUNA)
- 經尿道微波熱療 (Transurethral microwave thermotherapy, TUMT)

手術治療

美國泌尿協會指引建議，手術治療適用於出現中度至嚴重下尿道徵狀，甚至急性尿液滯留(Acute urinary retention)或其他併發症，又或服藥後效果不理想的患者，其中經尿道前列腺電刮術(Transurethral resection of the prostate, TURP)為最佳選擇，而其他選擇則包括開放式前列腺切除術(Open prostatectomy)、經尿道前列腺切除術(Transurethral incision of the prostate, TUIP)等。



併發症

- 急性尿液滯留
- 膀胱結石
- 前列腺炎
- 小便出血
- 腎臟功能受損
- 尿道感染或發炎

參考資料：

- Griffith's 5-minute Clinical Consult 2014
- http://www21.ha.org.hk/smartpatient/tc/chronicdiseases_zone/details.html?id=176
- American Urological Association Guideline: Management of Benign Prostatic Hyperplasia (BPH). Revised, 2010. Available at: <https://www.auanet.org/common/pdf/education/clinical-guidance/Benign-Prostatic-Hyperplasia.pdf>



藥物治療

治療良性前列腺增生症的藥物主要分為三大類： α -腎上腺素受體阻斷劑，5- α 還原酶抑制劑及抗膽鹼藥物。 α -腎上腺素受體阻斷劑能鬆弛膀胱頸及前列腺的平滑肌；5- α 還原酶抑制劑可以將已增生的前列腺縮小；抗膽鹼藥物阻截乙酰膽鹼，從而令膀胱肌肉放鬆，三類治療藥物均能舒緩下尿道徵狀。視乎患者情況，美國泌尿協會建議使用單一或組合治療。



	藥物名稱	適應症	藥物劑型	成分含量*	治療良性前列腺增生症的劑量	服用藥物須知
α -腎上腺素受體阻斷劑	哌唑嗪 Prazosin	- 減輕良性前列腺增生症徵狀 - 高血壓 - 左心室衰竭 - 雷諾氏症	口服藥片	1毫克、2毫克及5毫克	每天兩次，每次0.5至2毫克	沒有特別注意事項
	特拉唑嗪 Terazosin	- 減輕良性前列腺增生症徵狀 - 高血壓	口服藥片	1毫克、2毫克、5毫克及10毫克	每天一次，每次1至20毫克	沒有特別注意事項
	阿夫唑嗪 Alfuzosin	減輕良性前列腺增生症徵狀	口服藥片	5毫克及10毫克	每天一次，每次10毫克	建議餐後服用
	多沙唑嗪 Doxazosin	- 減輕良性前列腺增生症徵狀 - 高血壓	口服藥片	1毫克、2毫克、4毫克及8毫克	每天一次，每次1至8毫克	建議餐後服用
	坦索羅辛 Tamsulosin	減輕良性前列腺增生症徵狀	口服藥片	0.2毫克及0.4毫克	每天一次，每次0.4至0.8毫克	建議餐後30分鐘後服用
5- α -還原酶抑制劑	非那甾胺 Finasteride	- 減輕良性前列腺增生症徵狀 - 男性型脫髮	口服藥片	1毫克及5毫克	每天一次，每次5毫克	沒有特別注意事項
	度他雄安 Dutasteride	減輕良性前列腺增生症徵狀	口服膠囊	0.5毫克	每天一次，每次0.5毫克	沒有特別注意事項

* 只顯示有於香港註冊的藥品與其成分含量

** 只列出最主要的相互作用，並不代表其他藥物或食品與上表中的藥物完全沒有相互作用。如有任何疑問，請向藥劑師查詢。

常見副作用	與食物的相互作用**	與藥物的相互作用**	醫院管理局藥物名冊分類 (於2014年7月)	國際指引
頭暈，頭痛，低血壓	避免飲酒	其他 α -腎上腺素受體阻斷劑、抗凝血藥達比加群(Dabigatran)	通用藥物	美國泌尿協會2010年指引： - 視乎患者的情況，建議單一使用 α-腎上腺素受體阻斷劑，5-α還原酶抑制劑或抗膽鹼藥物 - 若患者證實出現前列腺腫大，建議使用 α-腎上腺素受體阻斷劑及5-α還原酶抑制劑組合治療，成效較佳
頭暈，頭痛，低血壓，肌肉疲勞，有睡意	沒有主要的相互反應	其他 α -腎上腺素受體阻斷劑		
頭暈，頭痛，疲倦	避免與貫葉連翹同服	其他 α -腎上腺素受體阻斷劑 由於需要肝酵素CYP3A4進行分解，因此與影響CYP3A4的藥物都可能有相互作用。包括抗生素，抗真菌藥，心臟藥，降血壓藥，抗排斥藥等等	專用藥物	
頭暈，頭痛，疲倦，低血壓	沒有主要的相互反應	其他 α -腎上腺素受體阻斷劑		
頭暈，頭痛，低血壓，射精問題	避免與貫葉連翹同服	其他 α -腎上腺素受體阻斷劑 由於需要肝酵素CYP3A4進行分解，因此與影響CYP3A4的藥物都可能有相互作用。這些藥物包括抗生素，抗真菌藥，心臟藥，降血壓藥，抗排斥藥等等		
頭暈，低血壓，減低性慾，射精問題，不舉	避免與貫葉連翹同服	沒有主要的相互作用		
減低性慾，射精問題，不舉	避免與貫葉連翹同服	沒有主要的相互作用	不在醫院管理局藥物名冊	



藥物治療的新發展

如上表所言，對於出現前列腺腫大的患者，建議使用 α -腎上腺素受體阻斷劑及5- α 還原酶抑制劑組合治療。然而，若患者對於服用多種藥物感到困難，可考慮選用組合配方，減低服藥次數。

問問你的醫生：



- 我正在服用其他藥物及保健產品，可否跟治療良性前列腺增生症的藥物同服？
- 我過往的病史會影響我可選用的治療良性前列腺增生症藥物嗎？
- 我需要長期服用治療良性前列腺增生症的藥物嗎？
- 服用治療良性前列腺增生症藥物是否需要戒口？

藥劑師提提你：



- 減輕傷風感冒症狀如通鼻塞及收鼻水的藥物有機會增加前列腺增生症的徵狀，患者在選用相關藥物前，請諮詢藥劑師的意見
- 接受其他藥物治療前，請主動告訴醫生和藥劑師你正服用治療良性前列腺增生症藥物
- 服用任何保健產品或中成藥前，請諮詢藥劑師的意見
- 接受治療後如出現任何不適，請主動告訴醫生和藥劑師
- 緊記定時複診



參考資料

- Lexi-comp PDA version 1.13.0(163)
- Hospital Authority Drug Formulary (HADF) supplementary operation guideline version 10.1
- American Urological Association Education and Research. American Urological Association guideline: management of benign prostatic hyperplasia (BPH). Revised, 2010.
- Drug Office, Department of Health. <http://www.drugoffice.gov.hk/>. Accessed on 6 Apr 2014.

肌肉骨骼及 關節疾病 Musculoskeletal and Joint Diseases

- 痛症 128
- 類風濕性關節炎 133
- 強直性脊椎炎 143

128

{痛症} Pain }



簡介



引言

- 痛的定義為一種與實際或與身體內組織損傷有關的不愉快感覺和情緒體驗
- 痛是主觀的感覺，與情感、心理和認知因素有關
- 痛症可以分為感官性疼痛(Nociceptive pain)、神經性和功能性疼痛(Neuropathic pain)和原因不明的疼痛(Idiopathic pain)



成因

- 肌肉或組織受到損害而導致痛楚，例如勞損或創傷
- 神經受到壓迫或損害而導致異常的感覺，如觸電感覺、刺痛或麻痺
- 其他原因：如情緒影響、其他疾病



治療

不同種類的痛症的治療方案不同。痛症的分類非常重要，減低神經性和功能性疼痛與感官性疼痛所服用的藥物不同，例如治療神經性痛症會用抗抑鬱藥(如：**Amitriptyline**)、抗癲癇藥(如：**Gabapentin**)。醫生普遍會找出導致痛楚的原因和分析痛楚的程度而設計合適的治療。

不同種類的止痛藥物能減少痛的感覺，以提升病人的生活質素。世界衛生組織(World Health Organization, WHO)設計了止痛藥使用的階梯原則(Pain Ladder)為癌病痛症控制訂立了指引。醫學界將這個階梯原則的概念運用到普遍的急性或慢性痛症。

止痛藥使用的階梯原則：

- 1) 輕度痛症：選用非鴉片類藥物，以非類固醇消炎止痛藥(Non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs)或撲熱息痛(Paracetamol)為首選

- 2) 輕度至中度痛症：藥效較弱的鴉片類藥物如可待因(**Codeine**)或曲馬朵(**Tramadol**)可作為首選。如有需要，可同時服用非鴉片類藥物增加止痛效果
- 3) 中度至嚴重痛症：藥效較強的鴉片類藥物如嗎啡(**Morphine**)可作為首選。如有需要，可同時服用非鴉片類藥物增加止痛效果

非鴉片類藥物

- 好處為較少或沒有耐藥性和生理依賴的風險
- 撲熱息痛：有止痛和退燒的作用，但沒有消炎的作用，副作用比較少
- 非類固醇消炎止痛藥：可分為傳統非類固醇消炎止痛藥及新一代非類固醇消炎止痛藥**COX-II**抑制劑(**COX-II inhibitors**)。COX-II 抑制劑引起胃出血的風險比傳統非類固醇消炎止痛藥為低，但形成血栓塞的風險比較高

鴉片類藥物

- 長期服用會產生藥物耐藥性和依賴性



併發症

- 導致活動不便
- 影響睡眠質素或失眠
- 抑鬱症
- 依賴鴉片類藥物

藥物治療



常見的止痛藥主要分為三大類：撲熱息痛(Paracetamol)，非類固醇消炎止痛藥(Non-steroidal anti-inflammatory drugs NSAIDs)及鴉片類止痛藥(Opioids)，包括較弱效的鴉片類止痛藥曲馬朵(Tramadol)和較強效的鴉片類止痛藥嗎啡(Morphine)和芬太尼(Fentanyl)。

以止痛功效來說，鴉片類止痛藥的止痛效力比撲熱息痛和非類固醇消炎止痛藥強。副作用方面，卻是撲熱息痛最少。鴉片類止痛藥有不少副作用，如噁心、頭暈和有睡意，其中曲馬朵與不少藥物包括抗生素利奈唑胺(Linezolid)和精神科藥物有相互作用。使用過高劑量的強效鴉片類止痛藥有可能引致呼吸停頓等致命副作用。非類固醇消炎止痛藥的主要副作用為胃痛，長期服食高劑量的非類固醇消炎止痛藥會有機會出現嚴重副作用如胃潰瘍、腎功能變差、出現心血管問題等。為預防胃部的副作用，醫生和藥劑師多同時處方胃藥來保護胃部。

COX-II抑制劑(COX-II inhibitors)是新一代非類固醇消炎止痛藥。常用的COX-II抑制劑包括美國食品及藥物管理局(U.S. Food and Drug Administration, FDA)和歐洲藥物管理局(European Medicines Agency, EMA)認可的塞來昔布(Celecoxib)及歐洲藥物管理局認可的依托考昔(Etoricoxib)。傳統非類固醇消炎止痛藥抑制COX-I及COX-II兩種酵素，因為抑制COX-I會減少胃黏膜的分泌，減低胃部的保護，增加胃潰瘍的機會。COX-II抑制劑就針對這個問題，選擇性地抑制COX-II酵素，達到消炎的效果同時也減少對胃部的刺激。然而，COX-II抑制劑也有傳統非類固醇消炎止痛藥的其他副作用如腎功能變差、出現心血管問題等。儘管COX-II抑制劑對胃部的副作用較少，英國的NICE指引仍然建議處方COX-II抑制劑時應同時處方胃藥質子泵抑制劑(Proton-pump inhibitors)來保護胃部。

藥物名稱	適應症	藥物劑型
塞來昔布 (Celecoxib)	- 骨性關節炎（又稱退化性關節炎） - 類風濕性關節炎 - 急性疼痛 - 原發性經痛 - 強直性脊椎炎 - 腰痛	口服膠囊
依托考昔 (Etoricoxib)	- 骨性關節炎（又稱退化性關節炎） - 類風濕性關節炎 - 急性痛風發作 - 強直性脊椎炎 - 急性疼痛 - 經痛	口服藥片

肌肉骨骼及關節疾病 • 痛症 • 藥物治療

成分含量*	服用劑量	服用藥物須知	常見副作用	與食物的相互作用**	與藥物的相互作用**	醫院管理局藥物名冊分類 (於2014年7月)	國際指引
100毫克， 200毫克及 400毫克	每天100毫克至 400毫克	- 不能用於對磺胺敏感的人士身上 - 若患者缺乏分解藥物的肝酵素CYP2C9，需要服食較低劑量	腸道方面： 胃痛，腸胃副作用的機會遠比傳統非類固醇消炎止痛藥低	沒有	塞來昔布需要肝酵素CYP2C9進行分解；因此影響CYP2C9的藥物都可能與塞來昔布有相互作用	專用藥物	世界衛生組織指引： 非鴉片類止痛藥均為治療痛症的首選
30毫克， 60毫克， 90毫克及 120毫克	每天一次，每次 30毫克至120毫克 - 如用作治療急性痛風發作，而且每天劑量達120毫克，不建議連續服用多於8天。 - 如用作牙科手術後止痛，而且每天劑量達90毫克，不建議連續服用多於3天。	- 不能用於16歲以下的病人 - 若血壓長期高於140/90mmHg，不建議服食依托考昔	心血管方面： 水腫，血壓上升，增加血栓形成的機會	沒有	- 與甲氨蝶呤(Methotrexate)同服會增加身體甲氨蝶呤的水平 - 與鋰劑(Lithium)同服有機會增加身體鋰劑的水平 - 與雌激素同服有機會增加身體雌激素的水平		

* 只顯示有於香港註冊的藥品與其成分含量

** 只列出最主要的相互作用，並不代表其他藥物或食品與上表中的藥物完全沒有相互作用。如有任何疑問，請向藥劑師查詢。

問問你的醫生：



- 我正在服用其他藥物及保健產品，可否跟我的非類固醇消炎止痛藥同服？
- 我需要長期服用非類固醇消炎止痛藥嗎？
- 對於我的情況，服用新一代非類固醇消炎止痛藥COX-II抑制劑是否需要同時服用胃藥？

藥劑師提提你：



- 接受其他藥物治療前，請主動告訴醫護人員你正服用非類固醇消炎止痛藥
- 服用任何保健產品或中成藥前，請諮詢藥劑師的意見
- 特別留意腸胃不適徵狀，接受治療後如出現任何不適或敏感，請主動告訴醫生和藥劑師。



參考資料

- Lexi-comp PDA version 1.13.0(163)
- Hospital Authority Drug Formulary (HADF) supplementary operation guideline version 10.1
- WHO's Pain Relief Ladder. <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>. Accessed on 12 Feb 2014.
- Drug Office, Department of Health. <http://www.drugoffice.gov.hk/>. Accessed on 12 Feb 2014.



133

{類風濕性關節炎} {Rheumatoid Arthritis}

簡介



引言

- 類風濕性關節炎是一種自體免疫系統過激的慢性疾病，影響全身
- 慢性的炎症引致全身關節疼痛紅腫、僵硬及變形，減低關節活動能力，及破壞肌肉骨骼、皮膚、血液、淋巴、腎臟、心血管、神經系統等器官



流行病學

- 病發率：每10,000人有大約3個患者
- 常見發病年齡：一般在30至50歲
- 性別：女性患病的機會是男性的2至3倍
- 家族病史：醫學界認為不是直接遺傳病，不過如家族中有人曾患上類風濕性關節炎會有較大機會誘發此病



風險因素

- HLA基因導致30-50%的遺傳風險
- 家族史：如近親有類風濕性關節炎，患病風險增加1.5倍
- 吸煙



病理

- 醫學界推測一些風險因素(如感染)，有機會觸發有問題的自體免疫反應。異常的B-和T-淋巴細胞及所產生的細胞激素攻擊滑膜組織，導致滑膜增厚和關節發炎。



成因

- 真正成因不明，相信類風濕性關節炎受遺傳基因及後天環境因素影響。



徵狀

- 關節症狀：(最初影響小關節)
 - ▲ 晨僵：早上關節僵硬，持續一至兩個小時，甚至整天
 - ▲ 關節腫脹、痛楚及發熱，手和手肘等位置的皮膚下長出結節
 - ▲ 日常活動受阻
- 全身症狀：
 - ▲ 疲倦乏力
 - ▲ 低燒
 - ▲ 沒有胃口及消瘦
- 其他症狀：
 - ▲ 皮膚、心臟、肺和眼睛的症狀，如：眼睛及嘴乾燥、脾腫大和呼吸時胸口刺痛等



治療

類風濕性關節炎的治療方法主要是藥物、手術及物理／職業治療。

治療的目標：減輕痛楚和炎症，防止關節繼續受損，維持或改善日常活動及關節功能，延緩病情惡化



藥物治療：

藥物主要有止痛藥及改善病情抗風濕藥(DMARDs)兩大類

• 止痛藥

非類固醇消炎止痛藥(NSAIDs)屬舒緩類風濕性關節炎疼痛症狀的常用藥物，能減低發炎、舒緩痛楚，但對防止關節損壞和惡化沒有大幫助。常用的非類固醇消炎止痛藥有布洛芬(Ibuprofen)、奈普生(Naproxen)及雙氯芬酸(Diclofenac)。

• 皮質類固醇

醫生會因應病人狀況處方口服或關節內注射類固醇，幫助減輕痛楚、關節腫脹和僵硬。

• 改善病情抗風濕藥(DMARDs)

能改善和減慢病情惡化，是治療類風濕性關節炎的常用藥物。改善病情的藥物需要長期服用才有效果，病人不應自行停藥或減劑量。

現時比較常用的改善病情抗風濕藥包括甲氨蝶呤(Methotrexate)，羥氯(Hydroxychloroquine)，來氟米特(Leflunomide)及柳氮磺胺吡啶(Sulfasalazine)，因應病人狀況可用上單一或多種改善病情抗風濕藥，藥物治療大多都包括甲氨蝶呤(Methotrexate)，並與止痛藥一起服用。

• 生物製劑

若病人使用單一或多種DMARDs後療效仍然不顯著，而且屬中度至嚴重的類風濕性關節炎，美國風濕病學會及歐洲風濕症聯盟均建議改用生物製劑。生物製劑能抑制人體內的細胞激素，如腫瘤壞死因子(TNF)、第六型白細胞介素(IL-6)等，阻止引發連串發炎反應，防止對關節的骨骼組織的侵蝕。

現時醫管局藥物名冊中用於類風濕性關節炎的生物製劑有七種，包括屬於腫瘤壞死因子抑制劑(TNF inhibitors)的阿達木單抗(Adalimumab)、依那西普(Etanercept)、戈利木單抗(Golimumab)、因福利美(Infliximab)；屬於T細胞融合蛋白抑制劑(T-cell costimulation inhibitors)的阿巴西普(Abatacept)，第六型白細胞介素受體抑制劑(IL-6 receptor inhibitor)的托珠單抗(Tocilizumab)及抗B-淋巴細胞上CD20抗原(anti-CD20 antigen on B-cell)的利妥昔單抗(Rituximab)。

病情預期進展

如病人有持續的中度至嚴重的病情，或在很年青或年老才發病，病情控制會比較困難。

併發症

肺疾病、血管炎、心包炎、腎病、周邊神經病變、寰樞椎不穩、肌肉萎縮、眼睛問題、費爾蒂綜合徵和貧血等



肌肉骨骼及關節疾病
Musculoskeletal and
Joint Diseases



藥物治療

治療類風濕性關節炎的治療方案主要由兩部分組成：長期服用的改善關節發炎情況的藥物，以及舒緩關節疼痛的止痛藥。

目前，改善關節發炎情況的藥物主要分為兩種：傳統的改善病情抗風濕藥(Disease-modifying anti-rheumatic drugs，簡稱DMARDs)，及較新的生物製劑(Biologics)。比較常用的DMARDs 包括甲氨蝶呤(Methotrexate)，氫氯(Hydroxychloroquine)，來氟米特(Leflunomide)及柳氮磺胺吡啶(Sulfasalazine)；而現時醫院管理局藥物名冊中用於類風濕性關節炎的生物製劑就有七種，包括屬於腫瘤壞死因子抑制劑(TNF inhibitors)的阿達木單抗(Adalimumab)，依那西普(Etanercept)，戈利木單抗(Golimumab)，因福利美(Infliximab)；屬於T細胞融合蛋白抑制劑(T-cell costimulation inhibitors) 的阿巴西普(Abatcept)，第六型白細胞介素受體抑制劑(IL-6 receptor inhibitor)的托珠單抗(Tocilizumab)及抗B細胞上CD20抗原(Anti-CD20 antigen on B-cell)的利妥昔單抗(Rituximab)。

根據美國風濕病學會(American College of Rheumatology)和歐洲風濕症聯盟(European League Against Rheumatism)的最新指引建議，DMARDs為治療類風濕性關節炎的一線藥物。醫護人員會視乎患者病情的嚴重性，患病時間的長短及病情預期的好壞，從而決定使用那種DMARD，以及使用單一或多種DMARD治療。無論單一或合併療法，療程大多都包括甲氨蝶呤(Methotrexate)。若患者服用過單一或多種DMARDs三至六個月後療效仍然不足，疾病活躍程度屬中度至嚴重或未能達到目標，美國風濕病學會及歐洲風濕症聯盟均建議改用生物製劑或與DMARDs合併服用。

藥物名稱	適應症	藥物劑型	每針成分含量*	治療類風濕關節炎的服用劑量
阿達木單抗 (Adalimumab)	類風濕性關節炎 強直性脊椎炎 克隆氏症 幼年特發性關節炎 牛皮癬 中軸性脊椎關節炎 銀屑病關節炎 潰瘍性結腸炎	針劑：皮下注射	40毫克	每兩週一次， 每次 40 毫克
依那西普 (Etanercept)	類風濕性關節炎 強直性脊椎炎 牛皮癬 銀屑病關節炎	針劑：皮下注射	25毫克, 50毫克	每週一次， 每次 50 毫克
戈利木單抗 (Golimumab)	類風濕性關節炎 強直性脊椎炎 銀屑病關節炎	針劑：皮下注射	50毫克	每月一次， 每次 50 毫克
因福利美 (Infliximab)	類風濕性關節炎 強直性脊椎炎 牛皮癬 銀屑病關節炎 潰瘍性結腸炎 克隆氏症	針劑：靜脈滴注 (不少於兩小時)	100毫克	開始時第一， 三，七週各一次， 每次劑量視乎體重 (3 毫克/公斤)； 往後每八週一次， 每次劑量視乎體重 (3至10 毫克/公斤)
阿巴西普 (Abatacept)	類風濕性關節炎 幼年特發性關節炎	針劑：靜脈滴注 (約三十分鐘)	250毫克 或125 毫克	開始時第一，三， 五週各一次，往後每 四週一次，每次 500- 1000 毫克
托珠單抗 (Tocilizumab)	類風濕性關節炎 幼年特發性關節炎	針劑：靜脈滴注 (約一小時)	80毫克, 200毫克 或400 毫克	每四週一次， 每次劑量視乎體重(4 至8 毫克/公斤)
利妥昔單抗 (Rituximab)	類風濕性關節炎 慢性淋巴性白血病 非霍奇金氏淋巴瘤	針劑：靜脈滴注 (至少三個半小時)	100毫克 或500 毫克	第一及第十五天 各一次，每次 1000 毫克； 往後每十六到二十四 週一次

* 只顯示有於香港註冊的藥品與其成分含量
** 只列出最主要的相互作用，並不代表其他藥物或食品與上表中的藥物完全沒有相互作用。如有任何疑問，請向藥劑師查詢。

服用藥物須知	常見副作用	與食物的相互作用**	與藥物的相互作用**			醫院管理局藥物名冊分類 (於2014年7月)	國際指引	
應注射於下腹或大腿，避開肚臍兩吋位置，避免每次注射同一位置	注射部位反應(疼痛、腫脹、發紅或痕癢)、感染、頭暈、頭痛	紫錐花：可能減低阿達木單抗的藥效	不能與活性疫苗 (Live vaccines) 同時服用			自費藥物 (有安全網)	美國風濕病學會2012年指引： - 若患者使用過單一或多種DMARDs後療效仍然不足，而且屬中度至嚴重的類風濕性關節炎，可考慮轉用或於原來的治療組合上加上腫瘤壞死因子抑制劑[阿達木單抗(Adalimumab)、依那西普(Etanercept)、戈利木單抗(Golimumab)或因福利美(Infliximab)]、阿巴西普(Abatacept)或利妥昔單抗(Rituximab) - 若患者屬於病情非常嚴重，而且預期病情會急速惡化，即使患者沒有接受過DMARDs治療，都可考慮單獨使用腫瘤壞死因子抑制劑[阿達木單抗(Adalimumab)、依那西普(Etanercept)或戈利木單抗(Golimumab)]或使用腫瘤壞死因子抑制劑[阿達木單抗(Adalimumab)、依那西普(Etanercept)、戈利木單抗(Golimumab)或因福利美(Infliximab)]及甲氨蝶呤(Methotrexate)組合作為治療 - 若患者曾經患上淋巴瘤、固體惡性腫瘤或非黑色素瘤皮膚癌，利妥昔單抗(Rituximab)為首選生物製劑 - 若患者患有丙型肝炎，依那西普(Etanercept)為首選生物製劑 - 若第一種生物製劑的療效不足，可嘗試另一種生物製劑，最理想是轉用另一種藥理不同的生物製劑	
應注射於下腹或大腿；每次注射位置應與上一次注射位置相隔一吋以上；每個注射位置不應注射多於25毫克藥物	注射部位反應(疼痛、腫脹、發紅或痕癢)、感染	紫錐花：可能減低依那西普的藥效			不能與環磷酰胺(cyclophosphamide)同時服用			歐洲風濕症聯盟2013年指引： - 若患者使用過單一或多種DMARDs後療效仍然不足，而且預期病情會惡化，可考慮於原來的治療組合上加上腫瘤壞死因子抑制劑[阿達木單抗(Adalimumab)、依那西普(Etanercept)、戈利木單抗(Golimumab)或因福利美(Infliximab)]、阿巴西普(Abatacept)或托珠單抗(Tocilizumab) - 指引建議，以上生物製劑應與甲氨蝶呤(Methotrexate)共同服用，作合併治療，以取得最理想的治療效果。如必須單獨服用生物製劑，只有托珠單抗(Tocilizumab)有相關的研究數據，單獨服用比甲氨蝶呤(Methotrexate)或其他DMARDs有效 - 若患者曾經患上淋巴瘤或患有潛伏性結核病，利妥昔單抗(Rituximab)為首選生物製劑 - 若第一種生物製劑的療效不足，可嘗試另一種生物製劑，最理想是轉用另一種藥理不同的生物製劑
應注射於下腹，上臂或大腿。避免每次注射同一位置	注射部位反應(疼痛、腫脹、發紅或痕癢)、感染、血壓上升、肝酵素上升、頭暈	沒有主要相互作用		不能與阿巴西普(Abatacept)同時服用				
留意會否出現輸液反應(呼吸困難、泛紅、皮疹、頭痛)；如有以上情況，立刻告訴醫護人員	輸液反應(呼吸困難、泛紅、皮疹、頭痛)、呼吸道感染、噁心	紫錐花：可能減低因福利美的藥效						
沒有	呼吸道感染、噁心、尿道感染、頭痛	紫錐花：可能減低阿巴西普的藥效						
沒有	注射部位反應(疼痛、腫脹、發紅或痕癢)、血壓上升、肝酵素上升、感染、頭暈、頭痛、肚瀉	沒有主要相互作用		不能與其他治療類風濕性關節炎的生物製劑同時服用				
留意會否出現輸液反應(呼吸困難、皮疹、發冷)；如有以上情況，立刻告訴醫護人員	急性輸液反應(呼吸困難、高血壓、皮疹、發冷)、感染	沒有顯著的相互作用						

問問你的醫生：



- 我正在服用其他藥物及保健產品，可否跟我的類風濕性關節炎藥物同服？
- 我過往的病史會影響我可選用的治療類風濕性關節炎藥物嗎？
- 我需要長期服用類風濕性關節炎藥物嗎？我的治療療程是多長？
- 我有機會出現甚麼副作用？如果出現副作用，我還可以繼續我的治療嗎？
- 如果一種生物製劑治療失效，我還有甚麼選擇？可以試用其他生物製劑嗎？
- 聽說生物製劑即使本來對病情有效，但用久了也會有機會失效。請問這樣的機會有多大？如果治療失效，我可以怎樣做？
- 我正在服用生物製劑，可以同時注射疫苗嗎？

藥劑師提提你：



- 因服用生物製劑會降低身體的免疫力，增加感染機會，所以應注意個人衛生，到感染風險較高的地方應戴上口罩；若出現感染症狀，必須求醫
- 接受任何疫苗注射時，請主動告訴醫護人員你正接受生物製劑治療
- 接受其他藥物治療前，請主動告訴醫護人員你正接受生物製劑治療
- 服用任何保健產品或中成藥前，請諮詢藥劑師的意見
- 開始生物製劑治療後如出現任何不適，請主動告訴醫護人員
- 緊記要定時覆診



參考資料

- Lexi-comp PDA version 1.13.0 (163)
- Hospital Authority Drug Formulary (HADF) supplementary operation guideline version 10.1
- Singh et al. 2012 Update of the 2008 American College of Rheumatology recommendations for the use of disease-modifying antirheumatic drugs and biologic agents in the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research* 2012;64:625-639.
- Smolen et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs:2013 update. *Ann Rheum Dis* 2013;0:1-18.
- Drug Office, Department of Health. <http://www.drugoffice.gov.hk/>. Accessed on 12 Jan 2014.





143

{ 強直性脊椎炎 }

{ Ankylosing Spondylitis }

簡介



引言

- 強直性脊椎炎是一種自體免疫系統失調所致的炎性風濕科疾病，主要影響中軸骨骼和骶髂關節。大部份病人體內會帶有**HLA-B27**抗原。免疫系統失調導致肌腱及韌帶等軟組織發炎、鈣化及變得僵硬。脊椎附近的軟組織長期發炎下會令骨骼外圍出現增生及脊椎融合，使病人失去活動能力。強直性脊椎炎也可能影響肌肉骨骼、眼睛、心臟、神經系統、肺和腸道等。



流行病學

- 發病年齡：十多至四十歲之間(通常在二十多歲)
性別：男性患者比女性患者多



風險因素

- 帶有**HLA-B27**抗原(發病率大約為**1-8%**)
- 家族史(擁有此**HLA-B27**抗原而有親屬患此病，發病率大約為**20%**)





病理

- 自體免疫系統失調引起肌腱韌帶和筋膜等的炎症。骶髂關節通常是最初發病的地方，之後會伸延至臀部、大腿及小腿後面及背部底端。關節發炎而引致侵蝕，骨骼外圍會增生，最後增生骨骼融合而阻礙關節活動。當病情惡化及炎症發展到其他關節，最終令全身僵直、不能正常活動。



成因

- 真正成因不明
- **HLA-B27**抗原、遺傳因素和其他未知因素的觸發(例如細菌感染)之間的相互作用而引起



徵狀

- 原因不明的背痛或脊柱位置的晨僵
 - ▲ 持續時間多於三個月
 - ▲ 靜止或長時間維持同樣姿勢後會感到僵硬
 - ▲ 活動後痛楚會減輕
 - ▲ 休息或睡眠後背痛惡化
- 晚上因腰酸背痛而頻繁痛醒
- 臀部兩邊交替疼痛
- 其他症狀：乏力、消瘦、低燒、腳跟痛、眼睛發炎、逐漸駝背、腸道炎





治療

藥物及運動能有助病人減輕痛楚及關節僵硬。但如果關節已經變形，便可能要採用手術去增加關節的活動能力。

藥物治療

- 非類固醇消炎止痛藥(Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs, NSAIDs)

- ▲ 如：吲哚美辛(Indomethacin)及萘普生(Naproxen)
- ▲ 能舒緩徵狀：減輕疼痛、炎症及僵硬
- ▲ 對恢復活動能力沒有大幫助

- 改善病情抗風濕藥(Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drugs, DMARDs)

- ▲ 如柳氮磺吡啶(Sulfasalazine)和甲氨蝶呤(Methotrexate)
- ▲ 調節免疫系統，阻止關節組織進一步惡化
- ▲ 對軸向性的關節問題效用不大

- 生物製劑

- ▲ 例如阿達木單抗(Adalimumab)、依那西普(Etanercept)及因福利美(Infliximab)
- ▲ 用於病情持續活躍的病人
- ▲ 抑制病人體內導致發炎的腫瘤壞死因子(TNF)，舒緩病徵及改善脊椎活動能力，防止關節惡化及變形
- ▲ 同時有效控制併發的虹膜炎和腸胃炎
- ▲ 使用生物製劑前需要做結核病檢驗

 病情預期進展

病程的進展程度變化很大，不容易預計

 併發症

- 脊柱
 - ▲ 脊柱融合導致駝背
 - ▲ 頸椎骨折
- 肺
 - ▲ 胸腔變形影響呼吸
- 心臟
 - ▲ 主動脈瓣關閉不全
 - ▲ 心房纖顫
 - ▲ 主動脈炎
- 虹膜炎
- 腸道炎
 - ▲ 腸道粘膜潰瘍、出現腹痛、腹瀉和大便帶血
- 腎炎



藥物治療

強直性脊椎炎的一線藥物治療為非類固醇消炎止痛藥，病情較嚴重的強直性脊椎炎病人需要長期服用非類固醇消炎止痛藥(有關非類固醇消炎止痛藥的資料，請參閱「痛症」部分)。與類風濕性關節炎不同，傳統的改善病情抗風濕藥(Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drugs，簡稱DMARDs)於治療強直性脊椎炎的效果並不理想。對於病情嚴重的患者，歐洲風濕症聯盟建議使用一種生物製劑——腫瘤壞死因子抑制劑(TNF inhibitors)。研究顯示，近42%強直性脊椎炎病人同時患有非關節組織的炎症問題，包括銀屑病，炎症性腸病，葡萄膜炎等。若使用的生物製劑能同時針對非關節組織的炎症問題，最為理想。



治療強直性脊椎炎的生物製劑

藥物名稱	適應症	藥物劑型	成分含量*	治療強直性脊椎炎的服用劑量	服用藥物須知
阿達木單抗 Adalimumab	強直性脊椎炎 克隆氏症 類風濕性關節炎 幼年特發性關節炎 銀屑病 中軸性脊椎關節炎 銀屑病關節炎 潰瘍性結腸炎	針劑： 皮下注射	40毫克	每兩週一次，每次40毫克	- 應注射於下腹或大腿，避開肚臍兩吋位置 - 避免每次注射同一位置
依那西普 Etanercept	強直性脊椎炎 類風濕性關節炎 銀屑病 銀屑病關節炎	針劑： 皮下注射	25毫克， 50毫克	每週一次，每次50毫克	- 應注射於下腹或大腿 - 每次注射位置應與上一次注射位置相隔一吋以上 - 每個注射位置不應注射多於25毫克藥物
戈利木單抗 Golimumab	強直性脊椎炎 類風濕性關節炎 銀屑病關節炎	針劑： 皮下注射	50毫克	每月一次，每次50毫克	- 應注射於下腹，上臂或大腿 - 避免每次注射同一位置
因福利美 Infliximab	強直性脊椎炎 類風濕性關節炎 銀屑病 銀屑病關節炎 潰瘍性結腸炎 克隆氏症	針劑： 靜脈滴注 (不少於兩小時)	100毫克	開始時第一，三，七週各一次，每次劑量視乎體重(5毫克/公斤)；往後每六週一次，每次劑量視乎體重(5毫克/公斤)	留意會否出現輸液反應(呼吸困難、泛紅、皮疹、頭痛)；如有以上情況，請立刻告訴醫護人員

* 只顯示有於香港註冊的藥品與其成分含量

肌肉骨骼及關節疾病 • 強直性脊椎炎 • 藥物治療

常見副作用	與食物的相互作用**	與藥物的相互作用**		醫院管理局 藥物名冊分類 (於2014年7月)	國際指引
注射部位反應(疼痛、腫脹、發紅或痕癢)、感染、頭暈、頭痛	紫錐花：可能減低阿達木單抗的藥效	不能與活性疫苗(Live vaccines)同時服用		自費藥物 (有安全網)	歐洲風濕症聯盟2010年指引： - 對於病情嚴重的患者，建議服用腫瘤壞死因子抑制劑 - 如病人同時患有炎症性腸病，在選擇腫瘤壞死因子抑制劑時應考慮該藥物對於治療炎症性腸病的功效
注射部位反應(疼痛、腫脹、發紅或痕癢)、感染	紫錐花：可能減低依那西普的藥效		- 不能與環磷酰胺(cyclophosphamide)同時服用 - 不能與阿巴西普(Abatacept)同時服用		
注射部位反應(疼痛、腫脹、發紅或痕癢)、感染、血壓上升、肝酵素上升、頭暈	沒有主要相互作用				
輸液反應(呼吸困難、泛紅、皮疹、頭痛)、呼吸道感染、噁心	紫錐花：可能減低因福利美的藥效		不能與阿巴西普(Abatacept)同時服用		

** 只列出最主要的相互作用，並不代表其他藥物或食品與上表中的藥物完全沒有相互作用。如有任何疑問，請向藥劑師查詢。



藥物治療的新發展

對於其他屬於非強直性脊椎炎的脊椎關節炎，現時治療的選擇比強直性脊椎炎少。非強直性脊椎炎的脊椎關節炎是目前醫學界關注的範疇，很多相關的研究正在進行。目前，阿達木單抗，依那西普及因福利美都有初步研究證實對非強直性脊椎炎的脊椎關節炎有幫助。

問問你的醫生：



- 我正在服用其他藥物及保健產品，可否跟我治療強直性脊椎炎的藥物同服
- 我需要長期服用治療強直性脊椎炎藥物嗎？我的治療療程有多長？
- 我的藥物有甚麼副作用？如果出現副作用，我可以怎樣處理？
- 如果一種生物製劑治療失效，我還有甚麼選擇？可以試用其他生物製劑嗎？
- 聽說生物製劑即使本來對病情有效，但服用久了也會有機會失效。請問這樣的機會有多大？如果治療失效，我可以怎樣做？
- 我正在服用生物製劑，可以同時接種疫苗嗎？

藥劑師提醒你：



- 因使用生物製劑會降低身體的免疫力，增加感染機會，所以應注意個人衛生，到感染風險較高的地方應戴上口罩；若出現感染症狀，必須求醫
- 接受任何疫苗注射時，請主動告訴醫護人員你正接受生物製劑治療
- 接受其他藥物治療前，請主動告訴醫護人員你正接受生物製劑治療
- 服用任何保健產品或中成藥前，請諮詢藥劑師的意見
- 接受生物製劑治療後，如出現任何不適，請主動告訴醫生和藥劑師
- 緊記要定時覆診



參考資料

- Lexi-comp PDA version 1.13.0(163)
- Hospital Authority Drug Formulary (HADF) supplementary operation guideline version 10.1
- Braun et al. 2010 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2011;70:896-904.
- Drug Office, Department of Health. <http://www.drugoffice.gov.hk/>. Accessed on 12 Feb 2014



{眼科疾病} {Eye Disorders}

• 老年黃斑病變

153

153

{ 老年黃斑病變 }

{ Age-related Macular Degeneration }

簡介



引言

- 老年黃斑病變是一種視網膜退化疾病
- 患者的中央視力會逐漸受損，嚴重會致盲
- 65歲以上長者的頭號致盲原因



流行病學

- 平均發病年齡約為60歲
- 據醫學界估計，本港有多於十六萬老年黃斑病變患者
- 數目有持續上升的趨勢



風險因素

- 年齡增加
- 家族遺傳
- 吸煙
- 高血壓
- 高血脂
- 癡肥
- 曾有心血管疾病
- 藍或淺的虹膜顏色
- 遠視





成因

黃斑區為視網膜的中心區域，表面有大量感光細胞，主要負責把看到的影像轉變成神經脈衝，再經由視覺神經送到大腦。老年黃斑病變為黃斑區上的感光細胞退化引致。



分類

類型	病理	視力喪失的程度	患者人數比例
濕性 Exudative	- 視網膜後方出現血管增生 - 血液滲出損害黃斑區	- 較嚴重 - 較快	約一成
乾性 Non-exudative	- 黃斑區下方出現沉積物 - 視網膜細胞退化	- 較輕微 - 較慢	約九成



徵狀

- 病發初期
 - ▲ 中央視力會開始模糊
 - ▲ 觀看直線時會出現變形及彎曲情況
- 隨病情惡化
 - ▲ 中央視力會完全喪失





診斷

- 視網膜檢查
- **Amsler**方格測試
- 螢光血管造影
- 光學干涉斷層掃描



治療

乾性老年黃斑病變較為普遍，但造成視力喪失的程度較輕，暫時並沒有藥物或手術治療；而濕性老年黃斑病變雖然較為罕見，卻是造成嚴重視力喪失的主要原因。因此，一般老年黃斑病變的治療方案都是針對濕性老年黃斑病變。

濕性老年黃斑病變的治療方案包括抑制血管增生藥物、**Verteporfin**光動力療法、激光凝固療法以及手術移走增生血管。

濕性老年黃斑病變的藥物治療

- 全為抑制血管內皮生長因子藥物 (**Anti-vascular endothelial growth factor agents**)
- 一線的藥物包括：
 - ▲ **Aflibercept**
 - ▲ **Ranibizumab**
 - 減慢視力喪失
- 二線的藥物包括：
 - ▲ **Pegaptanib**
 - 減少中及高風險的視力衰退

藥物治療



老年黃斑病變是一種隨年紀增長，黃斑逐漸退化而造成視力喪失的疾病。老年黃斑病變可分為乾性或濕性；乾性老年黃斑病變的成因主要是因為黃斑下方出現沉積物加上視網膜細胞退化而減低視覺銳利度；而濕性老年黃斑病變則是由於視網膜後方出現血管增生的情況，當血液從這些脆弱的血管滲出時便會損害黃斑點而影響視力。乾性老年黃斑病變較為普遍但造成視力喪失的程度較輕，暫時並沒有藥物或手術治療；而濕性老年黃斑病變雖然較為少見，但卻是造成嚴重視力喪失的主要原因。因此一般老年黃斑病變的治療方案都是針對濕性老年黃斑病變。

濕性老年黃斑病變的治療方案包括抑制血管增生藥物、Verteporfin光動力療法、激光凝固療法以及利用手術移除增生血管。抑制血管增生藥物(Anti-VEGF)，如阿柏西普(Aflibercept)、雷珠單抗(Ranibizumab)及脈加他尼(Pegaptanib)可透過抑制血管內皮生長因子以抑制或減慢血管生長。Verteporfin光動力療法主要是先將藥物Verteporfin注射至血液中並將其聚集於黃斑區下的異常血管，再用激光活化以阻斷異常增生的血管。

現時英國皇家眼科醫學院(Royal College of Ophthalmologists)及英國國家健康暨臨床卓越研究所(National Institute for Health and Care Excellence, NICE)都建議使用Anti-VEGF藥物作為治療濕性老年黃斑病變血管增生的一線藥物。市場上三種抑制血管增生藥物為阿柏西普、雷珠單抗及脈加他尼都有研究數據支持其效用。脈加他尼可減少中及高風險的視力衰退，但基於成本效益的考慮，英國NICE指引並不建議新被診斷濕性老年黃斑病變的患者使用；另外，臨床數據顯示首三個月後每兩個月注射一次2毫克阿柏西普及每一個月注射一次0.5毫克雷珠單抗的治療效果相若，因此指引建議兩者都可用作治療濕性老年黃斑病變的一線藥物。

藥物名稱	適應症
阿柏西普 (Aflibercept)	- 濕性老年黃斑病變 - 中央視網膜靜脈阻塞引起的黃斑水腫
雷珠單抗 (Ranibizumab)	- 濕性老年黃斑病變 - 中央視網膜靜脈阻塞引起的黃斑水腫 - 糖尿病黃斑水腫
脈加他尼 (Pegaptanib)	濕性老年黃斑病變

眼科疾病 • 老年黃斑病變 • 藥物治療

藥物劑型	成分含量	服用劑量	常見副作用	與藥物的相互作用	醫院管理局藥物名冊分類 (於2014年7月)	國際指引 (治療濕性老年黃斑病變)	
						英國皇家眼科醫學院 (Royal College of Ophthalmologists) 2013	英國國家健康暨臨床卓越研究所 (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) 2012
注射眼腔針劑	40毫克/mL	首三個月每月一次，每次注射2毫克； 隨後每兩個月一次，每次注射2毫克	眼結膜出血、眼部疼痛、白內障、眼壓增加	未曾進行任何藥物相互作用的研究	自費藥物	✓	✓
注射眼腔針劑	2.3毫克/ 0.23mL	每月一次，每次注射0.5毫克(三針後可考慮減少注射頻率至九個月內四至五針)	眼結膜出血、眼部疼痛、白內障、眼壓增加	未曾進行任何藥物相互作用的研究	自費藥物	✓	✓
注射眼腔針劑	0.3毫克/ 90mL	每六星期一次，每次注射0.3毫克	眼腔發炎、視力模糊、白內障、眼壓增加、過敏性反應	未曾進行任何藥物相互作用的研究	未納入醫院管理局藥物名冊	✓	×

* 只列出最主要的相互作用，並不代表其他藥物或食品與上表中的藥物完全沒有相互作用。如有任何疑問，請向藥劑師查詢。

問問你的醫生：



- 老年黃斑病變可以根治嗎？
- 注射Anti-VEGF藥物的療程要多久，病情改善後可否停藥？
- 注射Anti-VEGF藥物後視力可以恢復或改善嗎？

藥劑師提提你：



- 由於注射藥物後數天眼內發炎的风险會增加，因此通常眼科專科醫生會處方抗生素眼藥水予患者作預防用。但如果患者眼睛仍出現異常情況，如眼白變紅、對光敏感、刺痛、視力改變等，應立即通知眼科專科醫生作進一步檢查
- 由於藥物主要針對眼部出現病變的部位，較少進入血液影響身體其他地方及不用依靠腸胃吸收，因此一般與食物或其他藥物沒有相互作用
- 研究指出中度老年黃斑病變患者服用抗氧化維他命(維他命C 500毫克，維他命E 400國際單位及胡蘿蔔素15毫克)及鋅補充劑可減少病情惡化的機會，並可減少視力流失



參考資料

- Heier JS, Brown DM, Chong V, Korobelnik JF, Kaiser PK, Nguyen QD, et al. Intravitreal aflibercept (VEGF trap-eye) in wet age-related macular degeneration. *Ophthalmology*. 2012;119(12):2537-48.
- The Royal College of Ophthalmologists. Age-Related Macular Degeneration: Guidelines for Management. 2013 Sep; Accessed from www.rcophth.ac.uk on 6 Jan 2014
- Dillon A. et al. NICE technology appraisal guidance 155: Ranibizumab and pegaptanib for the treatment of age-related macular degeneration. 2012 May. Accessed from guidance.nice.org.uk/ta155 on 6 Jan 2014
- The Age-Related Eye Disease Study Research Group. A randomized, placebo-controlled, clinical trial of high-dose supplementation with vitamins C and E and beta-carotene for age-related cataract and vision loss: AREDS report number 9. *Arch Ophthalmol*. 2001; 119:1439-52
- Hospital Authority Drug Formulary (HADF) supplementary operation guideline version 10.1



耳鼻喉 疾病 Ear, Nose and Oropharynx Disorders

• 過敏性鼻炎(鼻敏感) 161

{ 過敏性鼻炎(鼻敏感) }

{ Allergic Rhinitis }

簡介



引言

過敏性鼻炎源於身體的免疫系統對環境中的某些致敏原產生過強的反應。過敏性鼻炎有很多不同症狀，可以涉及鼻、眼、耳朵和咽喉。當鼻或其他粘膜接觸到一些致敏原時，會出現IgE抗體引起的炎症，患者一般會出現流鼻水、鼻塞、打噴嚏等病徵。過敏性鼻炎可以分為季節性或常年性，症狀會間歇或持續出現。季節性的反應通常是由室外過敏原誘發，如春天的花粉、夏天的草和秋天的黴菌；常年反應則通常與室內過敏原，像塵蟎、動物皮屑等有關。



流行病學

- 發病：通常20歲前(但很少在六個月大前出現)，發病率隨著年齡的增長而下降
- 平均發病年齡：8-11歲，過半數病例在20歲前被診斷有過敏性鼻炎



風險因素

- 家庭病歷：如果父母雙方都有過敏體質，會有較大機會患上過敏性鼻炎
- 煙草煙霧(會使症狀加劇)
- 有其他過敏症，如哮喘
- 經常接觸各類致敏原





預防

- 主要的方法為避免接觸能誘發病徵的致敏原
- 過敏季節時減少在戶外活動，關閉門窗
- 使用除濕機使室內濕度降低
- 沒有確實數據支持HEPA空氣淨化器的功效



成因

致敏原刺激免疫系統，產生炎症細胞及細胞激素導致黏膜炎吸入性過敏原：

- 常年性：塵蟎、室內黴菌、動物皮屑、蟑螂／昆蟲碎屑
- 季節性：樹、草和雜草花粉、戶外黴菌
- 職業性：乳膠、植物產品、化學品和某些動物（在農場和獸醫診所工作）



徵狀

- 鼻塞、流鼻涕、鼻子、眼睛、耳朵痕癢、打噴嚏、流眼淚
- “過敏性黑眼圈”（眶下靜脈淤血）
- 鼻上出現橫向摺痕（因經常向上搓鼻而造成，常見於兒童）
- 濕軟、藍灰色鼻黏膜
- 鼻水倒流，以痰液排出
- 口咽淋巴組織增生





治療

過敏性鼻炎的治療方法主要是避免接觸致敏原、藥物治療和免疫治療。

藥物治療

過敏性鼻炎主要會用口服藥物和外用噴鼻劑。口服藥物可分為三類，抗組織胺(Antihistamine)、白三烯素受體拮抗劑(Leukotriene Receptor Antagonist)及通鼻塞藥。而外用噴鼻劑主要分為抗組織胺噴鼻劑、通鼻塞噴鼻劑及類固醇消炎噴鼻劑三類。外用噴鼻劑可以針對局部出現徵狀的地方發揮作用，因此能減少藥物對身體其他器官的影響及副作用。類固醇消炎噴鼻劑能針對鼻黏膜炎症，除了減少鼻水外，多項研究亦指出類固醇消炎噴鼻劑與其他藥物相比效果更為顯著。



病情預期進展

- 目標：控制症狀至可容忍的程度
- 治療有利於減少併發症，如鼻竇炎和哮喘的風險



併發症

- 繼發性感染，如中耳炎或鼻竇炎
- 鼻出血
- 鼻咽淋巴組織增生
- 哮喘
- 面部的變化，尤其在用嘴呼吸的兒童上
- 睡眠障礙

藥物治療



過敏性鼻炎是由於身體的免疫系統對環境中的某些致敏原產生過強反應而出現的症狀，患者一般會出現流鼻水、鼻塞、打噴嚏等病徵。要有效地治療過敏性鼻炎，首要是避免接觸能誘發病徵的致敏原；至於藥物治療方面主要可分為口服藥物及外用噴鼻劑兩大類。

治療過敏性鼻炎的口服藥物主要有三類，分別是**抗組織胺類(Antihistamine)**的抗敏感藥、**白三烯素受體拮抗劑(Leukotriene Receptor Antagonist)**及**通鼻塞藥**。第一代的抗組織胺如氯苯那敏(Chlorpheniramine)，**羥嗪(Hydroxyzine)**及第二代的抗組織胺如西替利嗪(Cetirizine)，氯雷他定(Loratadine)等同樣能有效減少鼻水、打噴嚏及痕癢等徵狀；但第二代的抗組織胺相比第一代較少令人產生睡意和引起較少副作用(如口乾、便秘、小便困難等)，因此國際指引建議治療過敏性鼻炎時應先考慮第二代的抗組織胺；白三烯素受體拮抗劑如孟魯司特(Montelukast)主要通過阻隔過敏時所產生的白三烯素，減少鼻水、打噴嚏、眼部敏感徵狀以及預防哮喘。研究數據顯示孟魯司特能有效減少鼻敏感的徵狀，並且與第二代的抗組織胺的治療效果相若。但由於孟魯司特較為昂貴，因此國際指引建議治療過敏性鼻炎時應先嘗試抗組織胺，但如果患者同時患有哮喘，則可考慮先用孟魯司特；而通鼻塞藥如苯福林(Phenylephrine)，偽麻黃鹼(Pseudoephedrine)，等則能收縮鼻黏膜充血的血管，減少過敏性鼻炎引起的鼻塞。此類藥物通常會與抗組織胺同時使用，但可能會引起較多副作用，如高血壓、心跳加速、手震及失眠等，因此國際指引並不建議長期使用。

外用噴鼻劑主要分為**抗組織胺噴鼻劑**、**通鼻塞噴鼻劑**及**類固醇消炎噴鼻劑**三大類。外用噴鼻劑可以針對局部出

現徵狀的地方發揮作用，因此能減少藥物對身體其他器官的影響及副作用。第一類抗組織胺噴鼻劑如氮卓斯汀(Azelastine)能快速減少鼻水及止痕癢；第二類通鼻塞噴鼻劑如塞洛唑啉(Xylometazoline)及苯福林則能快速收縮鼻黏膜充血的血管，舒緩鼻塞。但由於長時間使用此類通鼻塞噴鼻劑會導致鼻黏膜血管再次充血，加劇鼻塞，因此療程一般建議為三至五天；而第三類類固醇消炎噴鼻劑是治療過敏性鼻炎最有效的藥物，多項研究都指出類固醇消炎噴鼻劑與其他藥物相比效果更為顯著，因此國際指引建議類固醇消炎噴鼻劑應用作過敏性鼻炎的一線藥物。而研究亦指出各種類固醇消炎噴鼻劑在治療效果、患者接受程度等都沒有太大差異，不過如有特別考慮如懷孕期間使用的安全性，布地奈德(Budesonide)則有較多安全使用的數據支持。傳統較常用的類固醇消炎噴鼻劑包括二丙酸倍氯米松(Beclomethasone dipropionate)，丙酸氟替卡松(Fluticasone propionate)，布地奈德(Budesonide Aqua)等。而現時新一代的類固醇消炎噴鼻劑(見下表)如糠酸莫米松(Mometasone Furoate)，糠酸氟替卡松(Fluticasone Furoate)等和傳統的消炎噴鼻劑不同，它們通常只需每日用一次，而且吸收入血液的比例更少、更安全。

過敏性鼻炎的藥物選擇要考慮多方面因素，如病徵、病情嚴重程度等。一般來說，輕微的過敏性鼻炎可選用第二代抗組織胺或類固醇消炎噴鼻劑作為一線治療；而較嚴重的患者可以類固醇消炎噴鼻劑作為一線治療，如患者對類固醇消炎噴鼻劑的反應欠佳或不適用，可考慮使用抗組織胺與白三烯素受體拮抗劑或通鼻塞藥的組合治療。

藥物名稱	適應症	藥物劑型	成分含量	服用劑量
糠酸莫米松 (Mometasone Furoate)	- 預防及治療季節性及常年性過敏性鼻炎 - 治療急性鼻竇炎（成人及青少年） - 急性竇炎的輔助治療 - 治療鼻腔瘰肉	噴霧式噴鼻劑	每劑量含有50微克糠酸莫米松	2-11歲：噴雙鼻孔每日1次，每次1劑量 12歲或以上：噴雙鼻孔每日1次，每次2劑量
糠酸氟替卡松 (Fluticasone Furoate)	治療季節性及常年性過敏性鼻炎	噴霧式噴鼻劑	每劑量含有27.5微克糠酸氟替卡松	2-11歲：噴雙鼻孔每日1次，每次1劑量 12歲或以上：噴雙鼻孔每日1次，每次2劑量
布地奈德 (Budesonide)	- 治療季節性及常年性過敏性鼻炎 - 預防及治療鼻腔瘰肉	噴霧式噴鼻劑／都保吸入器	噴鼻劑每劑量含有32 / 64微克布地奈德 都保吸入器每劑量含有100微克布地奈德	6歲或以上：噴雙鼻孔每日2次，每次1劑量（64微克），然後減至噴雙鼻孔每日1次，每次1劑量（32微克）

服用藥物須知	起效時間	常見副作用	與藥物的相互作用	醫院管理局藥物名冊分類(於2014年7月)	國際指引
1. 先清潔鼻腔內的鼻涕 2. 搖勻噴鼻劑 3. 頭微微向前傾 4. 將噴嘴插入一邊鼻腔，噴嘴應靠向外側鼻壁 5. 按下噴鼻劑並同時吸入 6. 用嘴呼氣 7. 於另一邊鼻腔重覆步驟4-6	使用後約12小時開始見效，但最佳效果需要連續使用數天至2星期才出現	頭痛、咽喉炎、流鼻血	沒有	專用藥物	世界衛生組織(World Health Organization, WHO)於2010年的指引建議 • 類固醇消炎噴鼻劑為過敏性鼻炎的第一線藥物 美國敏感哮喘及免疫學學會(American Academy of Allergy, Asthma & Immunology, AAAAI)於2008年發表的指引亦指出 • 類固醇消炎噴鼻劑是治療過敏性鼻炎最有效的藥物
		流鼻血、頭痛、鼻腔潰瘍	1. 治療愛滋病的抗病毒藥利托那韋(Ritonavir)有機會增加血液中糠酸氟替卡松的濃度，藥廠及文獻都不建議與糠酸氟替卡松同用 2. 強力肝酵素 CYP3A4 抑制劑如部分抗真菌藥(伊曲康唑 Itraconazole，酮康唑 ketoconazole等)及部分抗生素(如克拉黴素 Clarithromycin)亦有機會增加血液中糠酸氟替卡松的濃度，如同時使用時需要加強監察	專用藥物	
		頭痛、咽喉炎、流鼻血	強力肝酵素 CYP3A4 抑制劑如部分抗真菌藥(伊曲康唑 Itraconazole，酮康唑 ketoconazole等)及部分抗生素(如克拉黴素 Clarithromycin)亦有機會增加血液中布地奈德的濃度，如同時使用時需要加強監察	噴霧式噴鼻劑 – 通用藥物 都保吸入器 – 專用藥物	

* 暫時未有指引或研究指出各類固醇消炎噴鼻劑效用上的分別

問問你的醫生：



- 過敏性鼻炎可以根治嗎？
- 鼻敏感和普通傷風有什麼不同？
- 小朋友相比成人會較容易有鼻敏感嗎？

藥劑師提醒你：



1. 如何能減少使用噴鼻劑後流鼻血的情況？

由於使用噴鼻劑會令鼻腔較為乾燥，因此流鼻血的機會會增加。假如出現鼻腔乾燥的情況，可考慮使用一些潤鼻藥膏或凡士林滋潤鼻腔。同時在使用噴鼻劑時，可將放進鼻孔內的噴鼻劑噴嘴微微指向外側鼻壁，避免將噴嘴垂直放進鼻孔，以減少使用時對鼻腔造成衝擊導致流鼻血。但假如流鼻血的情況持續，則可能要跟醫生商量，看看是否適合繼續使用。

2. 六歲以下的小朋友是否都適合使用類固醇消炎噴鼻劑？

類固醇消炎噴鼻劑是國際指引建議治療過敏性鼻炎的一線藥物。傳統的類固醇消炎噴鼻劑主要適用於六歲或以上的患者；但新一代的類固醇消炎噴鼻劑如糠酸莫米松及糠酸氟替卡松都可安全有效地用於二至六歲的小朋友身上，而且新一代的類固醇消炎噴鼻劑被身體吸收的比例不多於百分之二，因此亦無需太擔心會出現一般口服類固醇的副作用。





參考資料

- Yilmaz O, Altintas D, Rondon C, Cingi C, Oghan F. Effectiveness of montelukast in pediatric patients with allergic rhinitis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2013 Dec;77(12):1922-4.
- Benninger M, Farrar JR, Blaiss M, Chipps B, Ferguson B, Krouse J, Marple B, Storms W, Kaliner M. Evaluating approved medications to treat allergic rhinitis in the United States: an evidence-based review of efficacy for nasal symptoms by class. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2010 Jan;104(1):13-29.
- Herman H. Once-daily administration of intranasal corticosteroids for allergic rhinitis: A comparative review of efficacy, safety, patient preference, and cost. *Am J Rhinol.* 2007; 21, 70-79
- Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, Bonini S, Canonica GW, Casale TB, van Wijk RG, Ohta K, Zuberbier T, Schünemann HJ. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 Revision. *J Allergy Clin Immunol.* 2010 Sep;126(3):466-76.S
- Wallace DV, Dykewicz MS, Bernstein DI, Blessing-Moore J, Cox L, Khan DA, Lang DM, Nicklas RA, Oppenheimer J, Portnoy JM, Randolph CC, Schuller D, Spector SL, Tilles SA. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol.* 2008 Aug;122(2 Suppl):S1-84.
- Hospital Authority Drug Formulary (HADF) supplementary operation guideline version 10.1



{皮膚疾病} {Skin Disorders}

• 銀屑病

171



171

{ 銀屑病 }

{ Psoriasis }

簡介



引言

- 俗稱「牛皮癬」，是一種自體免疫系統過激導致的炎性疾病
- 可涉及身體多個系統，但最常見於皮膚
- 可以急性發作或慢性顯現
- 並非傳染病



流行病學

- 男性與女性患者的比例相若
- 患病率介乎2-4%
- 發病年齡的中位數為28歲
- 約80%患者的病情為輕微至中度，只有約20%患者有較嚴重的銀屑病



風險因素

- 基因遺傳及家族史
 - ▲ 40%患者有直系親屬亦患有銀屑病
- 局部創傷或刺激
- 身體或情感上的壓力
- 微生物感染(鏈球菌、愛滋病毒等)
- 吸煙
- 代謝綜合症(包括中央肥胖)
- 糖尿病
- 藥物
 - ▲ 服用抗瘧疾藥物(Antimalarial)、 β -受體阻斷劑(Beta adrenergic receptor antagonist)、鋰(Lithium)等
 - ▲ 停止類固醇治療



病理

某些因素(如上列)可激活免疫系統中的樹突狀細胞(Dendritic cells)和T細胞，促進細胞因子(Cytokine)的製造和皮膚角質細胞的增生，引致銀屑病的各種徵狀。



分類及徵狀

根據臨牀徵狀主要分為5種：

- 斑塊狀銀屑病(Plaque psoriasis)
 - ▲ 此病最常見的類型
 - ▲ 皮膚會出現凸起且有明顯分界的紅色厚斑塊，被銀白色的皮屑覆蓋着
 - ▲ 斑塊最常在頭皮、膝蓋、手肘或下背部出現
 - ▲ 亦可能導致皮膚痕癢、痛楚甚至出血等
- 點滴狀銀屑病 (Guttate psoriasis)
 - ▲ 第二最常見的類型
 - ▲ 通常於20歲前發病
 - ▲ 無數水滴狀的紅色斑點於軀幹和四肢出現，也可能於頭皮、面部或耳朵出現
 - ▲ 可能由鏈球菌感染引發
- 逆銀屑病 (Inverse psoriasis)
 - ▲ 於皮膚皺褶處(如腋窩、腹股溝等)出現很紅、平滑而富光澤的損傷
 - ▲ 身體的其他位置可出現另一種銀屑病



- 膿皰性銀屑病 (Pustular psoriasis)
 - ▲ 紅色皮膚包圍着白色的膿皰
 - ▲ 膿液含白血球，並無傳染性
- 紅皮性銀屑病 (Erythrodermic psoriasis)
 - ▲ 較罕見的類型
 - ▲ 可影響大部份身體表面
 - ▲ 皮膚呈現火紅色並會脫落，患者亦往往感到嚴重痕癢或疼痛



治療

一線藥物治療可分為外用藥物及口服或注射的藥物治療，可根據病情決定用藥：

外用藥物治療(多用於輕度至中度的銀屑病)

- 潤膚劑(Emollient)
- 皮質類固醇(Corticosteroids)
 - ▲ 包括不同種類，應視乎患處及嚴重性而選擇，如藥效較低的Hydrocortisone 1%可用於面部皮膚
- 維生素D類似物(Vitamin D analogues)，如鈣泊三醇(Calcipotriol)
- 維甲酸(Retinoids)，如他扎羅汀(Tazarotene)
- 焦油(Tar)，包括煤焦油(Coal Tar) 和松焦油(Pine Tar)

口服或注射藥物治療(多用於嚴重銀屑病)

- 甲氨喋呤(Methotrexate)
- 環孢素(Cyclosporin A)
- 阿維A (Acitretin)
- 生物製劑，如阿達木單抗(Adalimumab)、依那西普(Etanercept)、因福利美(Infliximab)及烏司奴單抗(Ustekinumab)

病情預
期進展

- 慢性斑塊狀：為終生疾病，但病情可能間中會自發地減輕
- 點滴狀：發病4個月後有機會自動痊癒
- 膿皰性和紅皮性：病情可能較嚴重並持久





藥物治療

視乎病情的嚴重程度，治療銀屑病會選用不同的治療方案。美國皮膚病學會 (**American Academy of Dermatology AAD**) 建議，對於輕度銀屑病，主流的治療為外用治療。常用的外用藥物包括水楊酸(**Salicylic acid**)、焦油(**Coal tar**)、硫磺(**Sulphur**)、外用類固醇(**Topical corticosteroids**)、維生素D (**Calcipotriol**)、皮得露(**Pinetarsol**)及寶麗她(**Polytar**)等。至於中度及嚴重銀屑病，則會使用口服藥物，常用的藥物包括甲氨蝶呤(**methotrexate**)、環孢素(**Cyclosporin A**)及維生素A (**Acitretin**)。另外亦會配合口服甲氧沙林(**Methoxsalen**)使用照光療法(**Phototherapy**)。

對於傳統療法無法控制的嚴重銀屑病，美國皮膚病學會建議病人使用生物製劑。現時主要有兩類生物製劑，透過不同的藥理發揮療效。第一類為腫瘤壞死因子抑制劑(**TNF inhibitors**)，包括阿達木單抗(**Adalimumab**)，依那西普(**Etanercept**)及因福利美(**Infliximab**)。它們會選擇性地與腫瘤壞死因子結合，控制及減低過度發炎，從而舒緩病情。腫瘤壞死因子抑制劑同時適用於治療銀屑病關節炎，並可幫助停止對患者關節的傷害。另一類為抗白細胞介素的烏司奴單抗(**Ustekinumab**)，它有效控制**IL-12**及**IL-23**並減低過度發炎，從而舒緩病情。



藥物名稱	適應症	藥物劑型	成分含量*	治療銀屑病的服用劑量	服用藥物須知
阿達木單抗 Adalimumab	銀屑病 強直性脊椎炎 克隆氏症 類風濕性關節炎 幼年特發性關節炎 中軸性脊椎關節炎 銀屑病關節炎 潰瘍性結腸炎	針劑： 皮下注射	40毫克	首次80毫克，然後 每兩週一次，每次 40毫克	－ 應注射於下腹或大腿，避開肚臍兩吋位置 － 避免每次注射同一位置
依那西普 Etanercept	銀屑病 強直性脊椎炎 類風濕性關節炎 銀屑病關節炎	針劑： 皮下注射	25毫克， 50毫克	首三個月每週兩次，每次50毫克； 往後每週一次， 每次50毫克	－ 應注射於下腹或大腿。每次注射位置 應與上一次注射位置 相隔一吋以上 － 每個注射位置不應 注射多於25毫克藥物
因福利美 Infliximab	銀屑病 強直性脊椎炎 類風濕性關節炎 銀屑病關節炎 潰瘍性結腸炎 克隆氏症	針劑：靜脈滴 注(不少於兩 小時)	100毫克	開始時第一，三， 七週各一次， 每次劑量視乎體重 (5毫克/公斤)； 往後每八週一次， 每次劑量視乎體重 (5毫克/公斤)	－ 留意會否出現輸液 反應(呼吸困難、泛 紅、皮疹、頭痛)； 如有以上情況，立 刻告訴醫護人員
烏司奴單抗 Ustekinumab	銀屑病	針劑： 皮下注射	45毫克， 90毫克	若體重低於 100公斤： 每次45毫克，開始 時第一及五週各一 次，往後每十二週 一次 若體重大於 100公斤： 每次45-90毫克， 開始時第一及五週 各一次，往後每十二 週一次	－ 應注射於下腹、上 臂、臀部或大腿 － 避免每次注射同一 位置。避免於出現 銀屑病的皮膚注射

* 只顯示有於香港註冊的藥品與其成分含量
 ** 只列出最主要的相互作用，並不代表其他藥物或食品與上表中的藥物完全沒有相互作用。如有任何疑問，請向藥劑師查詢。

常見副作用	與食物的相互作用**	與藥物的相互作用**		醫院管理局藥物名冊分類 (於2014年7月)	國際指引
注射部位反應 (疼痛、腫脹、發紅或痕癢)、 感染、頭暈、頭痛	紫錐花：可能減低阿達木單抗的藥效	不能與活性疫苗(Live vaccines)同時服用		自費藥物 (有安全網)	美國皮膚病學會 2011年指引： - 對於傳統療法未能控制的嚴重銀屑病，建議使用生物製劑阿達木單抗、依那西普、因福利美或烏司奴單抗 - 如病人同時患有銀屑病關節炎，則不建議使用烏司奴單抗 英國皮膚科醫生協會2009指引： - 對於嚴重銀屑病，建議使用生物製劑阿達木單抗、依那西普或因福利美 - 烏司奴單抗為二線選擇
注射部位反應 (疼痛、腫脹、發紅或痕癢)、 感染	紫錐花：可能減低依那西普的藥效		避免與環磷酰胺(cyclophosphamide)同時使用 不能與阿巴西普(Abatacept)同時服用		
輸液反應(呼吸困難、泛紅、皮疹、頭痛)、 呼吸道感染、噁心	紫錐花：可能減低因福利美的藥效		不能與阿巴西普(Abatacept)同時服用		
增加感染機會、 注射部位反應 (疼痛、腫脹、發紅或痕癢)、 頭暈、頭痛	紫錐花：可能減低烏司奴單抗的藥效		避免與外用他克莫司(Tacrolimus)同時服用		

問問你的醫生：



- 我正在服用其他藥物及保健產品，可否跟我的治療銀屑病藥物同服？
- 我需要長期使用銀屑病藥物嗎？我的治療療程有多長？
- 藥物治療有甚麼副作用？如果出現副作用，我如何處理？
- 如果一種生物製劑治療失效，我還有甚麼選擇？可以試用其他生物製劑嗎？
- 聽說生物製劑即使本來對病情有效，但服用久了也會有機會失效。請問這樣的機會有多大？如果治療失效，我可以怎樣做？
- 我正在使用生物製劑，可以同時接種疫苗嗎？

藥劑師提醒你：



- 因使用生物製劑會降低身體的免疫力，增加感染機會，所以應注意個人衛生，到感染風險較高的地方應戴上口罩；若出現感染症狀，必須求醫
- 接種任何疫苗注射時，請主動告訴醫護人員你正接受生物製劑治療
- 接受其他藥物治療前，請主動告訴醫護人員你正接受生物製劑治療
- 服用任何保健產品或中成藥前，請諮詢藥劑師的意見
- 接受生物製劑治療後，如出現任何不適，請主動告訴醫生和藥劑師
- 緊記要定時覆診





參考資料

- Lexi-comp PDA version 1.13.0(163)
- Hospital Authority Drug Formulary (HADF) supplementary operation guideline version 10.1
- Menter et. al. American Academy of Dermatology. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 6. Guidelines of care for the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis: Case-based presentations and evidence-based conclusions. *J Am Acad Dermatol* 2011;65:137-74.
- Drug Office, Department of Health. <http://www.drugoffice.gov.hk/>. Accessed on 12 Feb 2014.
- Smith et. al. British Association of Dermatologists' guidelines for biologic intervention for Psoriasis 2009. *Br J Dermatol* 2009; 161:987-1079.

病人自助組織名單

截至1.7.2014

機構	服務對象	會址／聯絡地址	電話	傳真
1 腎友聯	腎病患者	九龍黃大仙橫頭磡邨宏禮樓地下 香港復康會社區復康網絡 轉	8100 0821	2336 9794
2 關心您的心	心臟病患者	香港中環皇后大道中99號中環中心地下2C室	2614 0422	2439 9137
3 心血會有限公司	血癌病患者	九龍黃大仙下邨龍昌樓地下C翼2-8號 黃大仙癌協服務中心 轉	2603 6869	3656 0920
4 香港強脊會	強直性脊椎炎病患者	九龍深水埗南山邨南偉樓103-106號地下	2794 4803	2795 7275
5 香港哮喘會	哮喘病患者	九龍油麻地上海街402號地下	2895 6502	2711 0119
6 樂唏會	系統性紅斑狼瘡患者	九龍黃大仙橫頭磡邨宏禮樓地下 香港復康會社區復康網絡 轉	2336 6546	2336 6546
7 少青風協會有限公司	兒童風濕病患者及其家屬	九龍觀塘鯉魚門道2號新城工商中心1113室	2346 3223	3020 6950
8 香港柏金遜症會	柏金遜症患者	九龍黃大仙橫頭磡邨宏禮樓地下 香港復康會社區復康網絡 轉	2337 2292	2337 2203
9 毅希會	類風濕性關節炎患者	九龍深水埗南山邨南偉樓地下103-106室 香港復康會社區復康網絡 轉	2713 6444	2715 0999
10 康寧腎友會	腎病患者	九龍觀塘協和街130號基督教聯合醫院P座 健康資源中心 轉	7773 4446	3513 5584
11 愛心天使	血科病患者	九龍加士居道30號伊利沙伯醫院日間醫療中心閣樓 五號房 病人資源中心 轉	2958 6434	2332 4585
12 糖盼樂互協會	糖尿病患者	九龍加士居道30號伊利沙伯醫院日間醫療中心閣樓 五號房 病人資源中心 轉	2958 7169	2332 4585
13 伊利沙伯醫院腎友互助會	伊利沙伯醫院末期腎衰竭病患者	九龍加士居道30號伊利沙伯醫院日間醫療中心閣樓 五號房 病人資源中心 轉	2958 5391	2332 4585
14 腎友互助協會	腎病患者	九龍黃大仙橫頭磡邨宏禮樓地下 香港復康會社區復康網絡 轉	2338 2516	2338 4820
15 展晴社(香港)有限公司	癌症病患者／康復者	香港柴灣樂民道三號東區尤德夫人那打素醫院 東座一樓 癌症病人資源中心 轉	2595 4202	2965 9852
16 香港兒童脊柱裂互勵會	兒童脊椎裂患者	九龍黃大仙橫頭磡邨宏禮樓地下 香港復康會社區復康網絡 轉	3568 0616	3904 3424
17 香港協癲會	癲癇症患者	九龍黃大仙橫頭磡邨宏禮樓地下 香港復康會社區復康網絡 轉	2794 7006	3909 4025
18 香港肝臟移植協康會	肝病患者	香港華富邨華清樓224-226室	2566 4363	2570 7527
19 香港創域會有限公司	癌症病患者／康復者	九龍黃大仙下邨龍昌樓C翼2-8號地下 黃大仙癌協服務中心 轉	3656 0700	3656 0920
20 新健社	中風病患者	九龍深水埗李鄭屋邨孝康樓地下 香港復康會社區復康網絡 轉	2307 8257	2307 8573
21 妍康會	乳癌康復者	香港中環皇后大道中99號中環中心地下G03室 中環癌協服務中心 轉	3667 3288	3667 3100
22 妍進會	乳癌康復者	九龍窩打老道25號廣華醫院南翼1樓 乳病中心 轉	3517 6103	3517 6105
23 銀屑護關會	銀屑關節炎患者	九龍黃大仙橫頭磡邨宏禮樓地下 香港復康會社區復康網絡 轉	2794 3010	2338 4820
24 香港糖尿互協會有限公司	糖尿病患者	九龍黃大仙下邨龍澤樓地下102室	2726 4023	2321 0898
25 香港過敏協會有限公司	過敏症患者	九龍尖沙咀彌敦道132號美麗華大廈十樓1001室	5687 9433	3020 6977
26 香港精神康復者聯盟	精神病康復者	九龍石硤尾南山邨南逸樓3-10號地下	3586 0569	2301 3412
27 基督教愛協團契有限公司	精神病康復者	九龍長沙灣青山道244號達明大廈2字樓	2958 1770	2386 3075
28 康和互助社聯會	精神病康復者	九龍石硤尾南山邨南逸樓3-10號地下	3586 0567	2301 3412
29 香港家連家精神健康倡導協會	精神病康復者	九龍油麻地新填地街288-290號美嘉商業大廈7字樓	2144 7244	2144 7611
30 恆康互助社	精神病康復者	九龍油麻地眾坊街60號梁顯利社區中心地下G06室	2332 2759	2332 8563
31 香港視障視全人士協會	視障人士	香港筲箕灣愛東邨愛澤樓地下14號	2967 4111	3195 4131
32 香港病人組織聯盟有限公司	長期病患者	九龍黃大仙橫頭磡邨宏禮樓地下 香港復康會社區復康網絡 轉	2304 6371	3011 6893

備註：名單是正接受社署撥款的病人自助組織。

編輯委員會:

崔俊明臨床藥劑師 (總編輯)
張嘉敏臨床藥劑師 (副總編輯)
袁靜雯臨床藥劑師
梁雅婷臨床藥劑師
陳頌瑩臨床藥劑師
陳嘉欣臨床藥劑師
葉燕華臨床藥劑師

黃樂怡藥劑師
葉允健藥劑師
鍾欣璇藥劑師

梁子軒先生
盧焯燕小姐
倪卓欣小姐

免責聲明：

1. 本指南的主要對象為病患者及公眾人士。指南內容僅供教育及參考之用，並不能用於取代醫生、藥劑師或其他醫護人員的專業意見，亦不可視作提供醫療建議。本指南的內容並不受贊助商影響。如有任何有關藥物治療的問題，請諮詢你的醫生和藥劑師。
2. 本指南的作者已循相信可靠的資料來源作出核實，以致力提供全面及合乎出版時認可標準的資料。惟鑒於可能的人為錯誤，香港醫院藥劑師學會及所有曾參與製作或出版的人員均不能保證資料完全準確或完整無缺，且不會就資料的任何錯誤、遺漏或其使用而導致的後果承擔任何責任。讀者應向有關的醫護人員確認本指南所載的資料。
3. 本指南的內容乃根據2014年7月的資料為準。



www.derc.org.hk