

4.1.1. 紅血球生成素(簡稱 EPO) hu-erythropoietin (如 Eprex、Recormon)、darbepoetin alfa (如 Aranesp)、methoxy polyethylene glycol-epoetin beta (如 Mircera solution for injection in pre-filled syringe): (93/5/1、95/11/1、96/10/1、98/1/1、98/9/1、104/12/1、105/9/1)

1. 使用前和治療後每三至六個月應作體內鐵質貯存評估, 如 Hb 在 8 gm/dL 以下, 且 ferritin 小於 100 mg/dL(非透析病人)、或 200 mg/dL(透析病人), 有可能是鐵質缺乏。(104/12/1)。

2. 使用期間應排除維他命 B12 或葉酸缺乏, 腸胃道出血, 全身性感染或發炎疾病等情況, 始得繼續。(104/12/1)。

3. 限腎臟病並符合下列條件使用: (104/12/1)

(1) 末期腎臟病接受透析病人, 其 Hb <9gm/dL, 或第五期慢性腎臟病病人 (eGFR < 15 mL/min/1.73 m²), 其 Hb < 9gm/dL。

I. 使用時, 應從小劑量開始, Hb 目標為 10 gm/dL, 符合下列情形之病人, 應即暫停使用本類藥品:

i. Hb 超過 11gm/dL。

ii. 接受治療第 6 週到第 8 週內 Hb 之上升值未達 1 gm/dL。

II. 如 Hb 值維持在目標值一段時間 (一至二個月), 宜逐次減量, 以求得最低維持劑量。

(2) 每名病人所用劑量, 一個月不超過 20,000U (如 Eprex、Recormon) 或 100mcg (如 Aranesp、Mircera solution for injection in pre-filled syringe) 為原則, 如需超量使用, 應附病人臨床資料(如年齡、前月 Hb 值、前月所用劑量、所定目標值…等等)及使用理由。(93/5/1、98/9/1)。

(3) 使用本類藥品之血液透析、腹膜透析(CAPD)及未透析患者因病情需要使用本類藥品時, 應依下列頻率定期檢查 Hb 值, 其檢查費用包含於透析費用內, 不另給付(未接受透析病人除外): (105/9/1)

I. 血液透析及腹膜透析患者: 每月應檢查乙次。(105/9/1)

II. 未透析患者: 至少每 3 個月應檢查乙次。初次使用者, 治療後 6 至 8 週應檢查乙次。(105/9/1)

(4) 使用本類藥品期間如需輸血, 請附輸血時 Hb 值及原因。

4. 限癌症病人合併化學治療有關的貧血。不含使用 Mircera solution for injection in pre-filled syringe: (95/11/1、96/10/1、98/1/1、98/9/1、104/12/1)

(1) 限患有固態腫瘤接受化學藥物治療而引起之症狀性貧血, 且 Hb < 8 gm/dL 之病人使用。對於癌症患者預期有合理且足夠的存活時間者 (含治癒性治療及預期輔助性化學治療等), 不應使用 EPO 治療貧血。(98/1/1、104/12/1)

(2) Epoetin beta (如 Recormon) 與 epoetin alfa (如 Eprex) 初劑量為 150U/Kg 每週 3 次, 最高劑量 300U/Kg 每週 3 次, 或 epoetin beta (如 Recormon) 初劑量 30,000 單位, epoetin alfa (如 Eprex) 初劑量 40,000 單位, 每週 1 次, 最高劑量 60,000 單位, 每週 1 次; Darbepoetin alfa (如 Aranesp) 初劑量 2.25mcg/kg, 每週 1 次, 最高劑量 4.5mcg/kg, 每週 1 次。(96/10/1)。

(3) 每次療程最長 24 週, 如化學治療療程完全結束後 4 週也應停止 EPO 使用。

(104/12/1)

(4)符合下列情形之病人，應即停止使用本類藥品：

I. Hb 超過 10 gm/dL ($Hb > 10\text{gm/dL}$)。

II. 於接受治療第 6 週到第 8 週內 Hb 之上升值未達 1 gm/dL。

III. 化學治療結束後 4 週(104/12/1)。