

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)。