



中華民國核醫學學會

# 2026核醫國際學術春季會

2026 INTERNATIONAL SPRING MEETING OF THE TSNM:  
PRECISION DIAGNOSIS AND RADIOLIGAND THERAPY

時間：2026/4/25(星期六)

地點：中山醫學大學正心樓0211教室

主辦單位：中華民國核醫學學會、中山醫學大學附設醫院、亞東紀念醫院  
協辦單位：台灣血脂衛教協會



# 2026核醫國際學術春季會

## 2026 International Spring Meeting of the TSNM: Precision Diagnosis and Radioligand Therapy

Time	Title	Speaker	Moderator
09:00-09:20	Registration		
09:20-09:40	Opening Remark	中山醫學大學附設醫院 詹貴川副院長 中華民國核醫學學會 吳彥雯理事長	
09:40-10:10	Diagnosing Cardiac Amyloidosis in Clinical Practice: Experience from Japan	<b>Prof. Kenichi Nakajima</b> Kanazawa University, Japan	洪光威副院長 彰濱秀傳紀念醫院  胡蓮欣主任 台北榮民總醫院
10:10-10:40	Diagnosing Cardiac Amyloidosis in Clinical Practice: Experience from KCGMH	陳宏杰醫師 高雄長庚醫院	
10:40-11:00	Coffee break		
11:00-11:30	Brain Metabolism and Perfusion Imaging in the Era of Anti-Amyloid Therapy for Dementia	<b>Prof. Hiroshi Matsuda</b> Nippon Medical School Clinical Imaging Center, Japan	蕭穎聰教授 長庚大學  樊裕明主任 耕莘醫院
11:30-12:00	Selecting candidates for anti-amyloid therapy: real-world consideration	劉議謙主任 耕莘醫院 神經內科	
12:00-13:30	Lunch time / 理監事會議		
13:30-14:00	神經內分泌瘤之鎳177治療-病人選取	陳世欣主任 林口長庚醫院	林立凡主任 三軍總醫院  鄭媚方主任 臺大醫院
14:00-14:30	Implementing PRRT for NET Patients: Experience and Lessons from KMUH	吳宜珍副院長 高雄醫學大學 高醫胃腸內科	
14:30-14:50	Coffee break		
14:50-15:20	Selecting Candidates for PSMA-RLT: Practical Considerations	張雁翔主任 高雄長庚醫院	翁瑞鴻主任 中山醫學大學附設醫院  曾能泉主任 童綜合醫院
15:20-15:50	Implementing PSMA-RLT for prostate cancer patients: Experience and Lessons from TVGH	林宜瀾主任 台中榮民總醫院	
15:50-16:00	Closing Remarks	中山醫學大學附設醫院 翁瑞鴻主任	



# 2026核醫國際學術春季會

2026 International Spring Meeting of the TSNM:  
Precision Diagnosis and Radioligand Therapy

## 目 錄

<u>會長歡迎詞</u>	P. 4
<u>講師介紹</u>	P. 5
<u>場地資訊</u>	P. 15



# 2026核醫國際學術春季會

2026 International Spring Meeting of the TSNM:  
Precision Diagnosis and Radioligand Therapy



大會會長  
翁瑞鴻 主任  
中山醫學大學附設醫院

歡迎詞

各位參加2026核醫國際學術春季會的同好您們好：

身為東道主，本人謹代表中山醫學大學附設醫院，熱烈歡迎遠自日本與台灣各地的醫界專家與同好，在明媚怡人的春日，蒞臨氣候和煦的台中，參加今天的盛會。感謝核醫學學會與理事長吳彥雯教授的器重，非常榮幸能與核醫學學會於本校，合辦本次國際學術春季會。

本屆核醫學學會新任理事長吳彥雯教授，學養深厚，襄助會務多年，出力甚多；出任理事長乃勢所必至，眾望所歸。其就任以來，學會會務有感推動，氣象一新。

令人佩服的是，吳理事長與學會專家規劃的今天議程的內容，完全緊扣目前核醫界風頭浪尖的發展議題，涵蓋心臟學，神經學，與核醫治療；邀請到的講者，也都是目前日本與台灣本地各大醫學中心，經驗最豐富的專家與醫界名嘴。風雲際會，珠玉併陳，想必會給同好聽眾帶來醍醐灌頂的收穫。

今年適逢中山醫學大學65週年校慶與中山醫大附設醫院60週年院慶，竭誠歡迎與會嘉賓，共同體驗本校與本院白手起家，從無到有，進而深耕中台灣一甲子的成果。

最後，敬祝大會順利成功，嘉賓滿載而歸，台灣越來越好，世界恢復和平，謝謝大家！

中山醫學大學附設醫院 核子醫學科主任 翁瑞鴻  
2026年4月8日



# 2026核醫國際學術春季會

## 2026 International Spring Meeting of the TSNM: Precision Diagnosis and Radioligand Therapy

講師介紹



姓名：Kenichi Nakajima  
Professor, Kanazawa University,  
Japan  
演講時間：09:40-10:10

### Diagnosing Cardiac Amyloidosis in Clinical Practice: Experience from Japan

$^{99m}\text{Tc}$ -PYP scintigraphy is specific for ATTR cardiac amyloidosis when AL amyloidosis is excluded:

$^{99m}\text{Tc}$ -pyrophosphate (PYP) scintigraphy is widely used for noninvasive diagnosis of transthyretin cardiac amyloidosis (ATTR-CM). Uptake of Perugini visual grade 2 or 3 in the absence of monoclonal proteins (serum/urine immunofixation and free light chains) is highly specific for ATTR-CM and forms the basis of non-biopsy diagnostic criteria in practice.

Clinical red flags guiding appropriate patient selection for scanning:

Common clinical features prompting  $^{99m}\text{Tc}$ -PYP imaging include age > 60 years with heart failure symptoms, increased ventricular wall thickness, diastolic dysfunction, atrial arrhythmias or conduction abnormalities, and supportive multimodality imaging findings (echocardiography/MRI). Excluding AL amyloidosis prior to attributing uptake to ATTR is essential. According to our clinical experience, the positive PYP scan rate in referred patients is approximately 10–30%, largely reflecting detection of wild-type ATTR (ATTRwt) in appropriately selected populations undergoing routine screening.



# 2026核醫國際學術春季會

## 2026 International Spring Meeting of the TSNM: Precision Diagnosis and Radioligand Therapy

### Diagnosing Cardiac Amyloidosis in Clinical Practice: Experience from Japan

$^{99m}\text{Tc}$ -PYP scintigraphy is specific for ATTR cardiac amyloidosis when AL amyloidosis is excluded:

$^{99m}\text{Tc}$ -pyrophosphate (PYP) scintigraphy is widely used for noninvasive diagnosis of transthyretin cardiac amyloidosis (ATTR-CM). Uptake of Perugini visual grade 2 or 3 in the absence of monoclonal proteins (serum/urine immunofixation and free light chains) is highly specific for ATTR-CM and forms the basis of non-biopsy diagnostic criteria in practice.

Clinical red flags guiding appropriate patient selection for scanning:

Common clinical features prompting  $^{99m}\text{Tc}$ -PYP imaging include age > 60 years with heart failure symptoms, increased ventricular wall thickness, diastolic dysfunction, atrial arrhythmias or conduction abnormalities, and supportive multimodality imaging findings (echocardiography/MRI). Excluding AL amyloidosis prior to attributing uptake to ATTR is essential. According to our clinical experience, the positive PYP scan rate in referred patients is approximately 10–30%, largely reflecting detection of wild-type ATTR (ATTRwt) in appropriately selected populations undergoing routine screening.



# 2026核醫國際學術春季會

## 2026 International Spring Meeting of the TSNM: Precision Diagnosis and Radioligand Therapy



姓名：陳宏杰  
職稱：主治醫師  
單位：高雄長庚醫院  
演講時間：09:40-10:10

講師介紹

### Diagnosing Cardiac Amyloidosis in Clinical Practice: Experience from KCGMH

Cardiac amyloidosis radionuclide imaging (CARI) has transformed the diagnostic approach to suspected transthyretin cardiomyopathy (ATTR-CM), enabling non-invasive diagnosis and reducing the need for biopsy. Exclusion of monoclonal gammopathy is essential to preserve specificity. When absent, Perugini grade 2-3 uptake on single-photon emission computed tomography (SPECT) is diagnostic; planar imaging or heart-to-contralateral ratios alone are insufficient. Optimal practice includes validated tracers ( $^{99m}\text{Tc}$ -DPD, -PYP, -HMDP), correct timing to avoid blood pool activity, and SPECT - preferably with CT - for accurate localization. Interpretation should account for pitfalls such as non-diffuse uptake, artifacts, and alternative causes (e.g., AL amyloidosis, infarction, drug toxicity). We share the experience of diagnosing cardiac amyloidosis from Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital.



# 2026核醫國際學術春季會

## 2026 International Spring Meeting of the TSNM: Precision Diagnosis and Radioligand Therapy

講師介紹



姓名：Hiroshi Matsuda  
Head of Nippon Medical  
School Clinical Imaging  
Center, Japan

演講時間：11:00-11:30

### Brain Metabolism and Perfusion Imaging in the Era of Anti-Amyloid Therapy for Dementia

Recent advances in molecular imaging have enabled the in vivo visualization of amyloid- $\beta$  ( $A\beta$ ) deposition and tau pathology using positron emission tomography (PET), leading to a paradigm shift in the diagnosis of Alzheimer's disease (AD) toward a biologically defined framework. Consequently, the clinical relevance of conventional functional imaging modalities, such as cerebral perfusion SPECT and FDG-PET, has frequently been reconsidered. Nevertheless, these techniques continue to play important and complementary roles in contemporary clinical practice.

Amyloid and tau PET directly reflect the core pathological substrates of AD, allowing highly accurate determination of the presence or absence of AD pathology and providing indispensable information for assessing eligibility for disease-modifying anti- $A\beta$  antibody therapies. In contrast, brain perfusion SPECT and FDG-PET capture downstream functional consequences of neurodegeneration, manifested as reductions in cerebral blood flow or glucose metabolism that reflect neuronal dysfunction. Thus, while pathological imaging demonstrates "what is occurring in the brain," functional imaging elucidates "how these pathological changes affect brain function."



# 2026核醫國際學術春季會

## 2026 International Spring Meeting of the TSNM: Precision Diagnosis and Radioligand Therapy

### Brain Metabolism and Perfusion Imaging in the Era of Anti-Amyloid Therapy for Dementia

Functional imaging is particularly valuable for the differential diagnosis among neurodegenerative disorders. Disease-specific patterns of hypoperfusion or hypometabolism facilitate the distinction of AD from frontotemporal dementia, dementia with Lewy bodies, and vascular dementia, conditions that are often difficult to differentiate using amyloid PET alone. Furthermore, functional imaging shows relatively close correlations with clinical symptoms and the severity of cognitive impairment, making it useful for disease staging and longitudinal follow-up.

In the era of anti-A $\beta$  antibody therapy, amyloid PET is indispensable for treatment selection, whereas cerebral perfusion SPECT and FDG-PET can provide complementary information for evaluating clinical outcomes and persistent neuronal dysfunction after treatment initiation. Functional imaging should not be regarded as obsolete, but rather as a core component of an integrated imaging strategy. The combined use of pathological and functional imaging enables a more comprehensive understanding of neurodegenerative diseases and supports rational clinical decision-making. In this lecture, these issues are reviewed with illustrative clinical cases.



# 2026核醫國際學術春季會

## 2026 International Spring Meeting of the TSNM: Precision Diagnosis and Radioligand Therapy

講師介紹



姓名：劉議謙  
職稱：主任  
單位：耕莘醫院神經內科  
演講時間：11:30-12:00

### Selecting candidates for anti-amyloid therapy: real-world consideration

From a clinical neurologist's perspective, selecting candidates for anti-amyloid therapy (ATT) is best anchored in real-world memory-clinic workflows. This talk highlights why amyloid PET is pivotal—not only for diagnostic confirmation, but also for shaping prognosis, patient expectations, and shared decision-making. Drawing on hands-on ATT experience, I will present practical referral and interpretation patterns, including common pitfalls (borderline uptake, clinic-PET discordance, mixed pathology) and how PET integrates with MRI, blood/CSF biomarkers, and functional staging. A series of illustrative cases will be shared, with special focus on ARIA: risk stratification, MRI surveillance timing, and key imaging features that inform treatment continuation or pause.



# 2026核醫國際學術春季會

2026 International Spring Meeting of the TSNM:  
Precision Diagnosis and Radioligand Therapy



姓名：陳世欣  
職稱：主任  
單位：林口長庚紀念醫院  
演講時間：13:30-14:00

講師介紹

## 神經內分泌瘤之鎰177治療-病人選取

核醫科在神經內分泌細胞瘤的診斷與處置有重要角色。長庚醫院從臨床試驗開始引入鎰68正子掃描，到臨床引進自費鎰177治療，完成從診斷到治療完整的核醫診療一體化。本次演講將講解本院經驗，尤其著重於如何選擇適當的病人進行鎰177治療。



# 2026核醫國際學術春季會

2026 International Spring Meeting of the TSNM:  
Precision Diagnosis and Radioligand Therapy



姓名：吳宜珍  
職稱：副院長  
單位：高雄醫學大學  
高醫胃腸內科  
演講時間：14:00-14:30

講師介紹

## Implementing PRRT for NET Patients: Experience and Lessons from KMUH

Lutathera ( 鎰癌平® ) 為一種以 Lu-177 標記的生長抑素類似物，屬於肽受體放射性核素療法 ( PRRT )。其機轉為結合腫瘤細胞表面的生長抑素受體 ( SSTR )，進入細胞後釋放 $\beta$ 射線，造成腫瘤細胞DNA損傷而達到治療效果。

Lutathera 的核准主要來自兩項研究支持。NETTER-1 及NETTE-2二項隨機第三期試驗。另一項來自荷蘭單一中心、共 1,214 名 SSTR 陽性腫瘤患者之回溯性分析中，在 360 名 GEP-NET 亞群裡，16% 病人達到部分腫瘤縮小。

高醫至今累積7位(共30次)PRRT經驗，將於會中分享。其中一位67歲女士，罹患功能性神經內分泌瘤併肝臟及淋巴結轉移，於標靶及荷爾蒙治療後仍持續惡化，遂接受 Lutathera 合併 Lysakare 之 PRRT。治療4次後達到緩解，然於34個月後復發，再接受2次PRRT rechallenge，達到疾病穩定。



# 2026核醫國際學術春季會

## 2026 International Spring Meeting of the TSNM: Precision Diagnosis and Radioligand Therapy

講師介紹



姓名：張雁翔  
職稱：主任  
單位：高雄長庚紀念醫院  
演講時間：14:50-15:20

### Selecting Candidates for PSMA-RLT: Practical Considerations

Prostate-specific membrane antigen (PSMA)-targeted radioligand therapy (RLT) has emerged as an effective treatment for metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC). The phase III VISION trial demonstrated improved survival with Lutetium-177 vipivotide tetraxetan in patients progressing after androgen receptor pathway inhibitors and taxane chemotherapy. Appropriate patient selection is essential to optimize therapeutic benefit. PSMA positron emission tomography (PET) plays a central role by confirming sufficient PSMA expression and identifying discordant lesions that may predict poor response. In addition to imaging, clinical status, prior therapies, tumor burden, and organ function must be considered. This presentation reviews practical strategies for selecting suitable candidates for PSMA-targeted radioligand therapy.



# 2026核醫國際學術春季會

2026 International Spring Meeting of the TSNM:  
Precision Diagnosis and Radioligand Therapy



姓名：林宜瀟  
職稱：主任  
單位：台中榮民總醫院  
演講時間：15:20-15:50

講師介紹

## Implementing PSMA-RLT for prostate cancer patients: Experience and Lessons from TVGH

提供POSLUMA ([ 18 F]-flotufolastat) 正子影像關於臨床使用時機，使用經驗，儀器配置，影線判讀與報告輸出等細節，比對科內使用PET/CT 與PET/MR scanners之間的差異，並提供PSMA影像與Plucivto治療案例進行討論。分享Pluvicto 案例治療期間副作用與評估治療效果經驗。



# 2026核醫國際學術春季會

2026 International Spring Meeting of the TSNM:  
Precision Diagnosis and Radioligand Therapy



## 中山醫學大學

Chung Shan Medical University

### 路線指引MAP GUIDE

場地資訊



[Google Map](#)



# 2026核醫國際學術春季會

## 2026 International Spring Meeting of the TSNM: Precision Diagnosis and Radioligand Therapy

### 自行開車

- **國道一號**北上、南下高速公路(南屯交流道)

於南屯交流道下→接**五權西路**往台中市區方向直行→遇**文心南路**右轉→直行文心南路→左轉**建國北路**→左轉進入校本部大門→進入校本部停車場

- **國道三號**北上高速公路(接中投公路:台63線)

**中投公路(3.5公里處)**出口往台中、大里德芳路段下中投公路→左轉**文心南路**往台中市→直行文心南路→右轉**建國北路**→左轉進入校本部大門→進入校本部停車場

- **國道三號**南下高速公路(烏日交流道)

於烏日交流道下→接**環中路八段**往台中市→直行上路橋環中路七段→下路橋後**靠右側接慢車道**繼續直行環中路七段→直行慢車道右轉**復興路一段(中山路一段)**往台中市→直行復興路一段左轉**文心南路**→直行文心南路→右轉**建國北路**→左轉進入校本部大門→進入校本部停車場



# 2026核醫國際學術春季會

2026 International Spring Meeting of the TSNM:  
Precision Diagnosis and Radioligand Therapy

## 搭乘高鐵

於台中烏日高鐵站下車，轉乘統聯客運159號、中鹿客運99號、99延號、綠1公車，於中山醫學大學站下車，往建國北路(台中火車站方向)步行約5分鐘

- 轉乘火車從新烏日往北至大慶火車站下車，出站後右轉建國北路步行約6分鐘
- 轉乘計程車(告訴司機建國北路直走中山醫學大學，車程約5~8分鐘)
- 轉乘捷運至大慶(中山醫大)，出口1出站後直走步行約5分鐘

## 搭乘台鐵

- 至台中火車站者，轉搭台鐵通勤電車往南至大慶車站下車，出站後右轉建國北路步行約6分鐘
- 至台中大慶車站者，出站後右轉建國北路步行約6分鐘



# 2026核醫國際學術春季會

2026 International Spring Meeting of the TSNM:  
Precision Diagnosis and Radioligand Therapy

## 搭乘公車

搭乘統聯客運公車53號、73號、159號、中鹿客運99號、99延、綠1、全航客運58號、58副、58區1、豐榮客運127延、捷順交通356號。於中山醫學大學站下車。

- 搭乘統台灣好行公車6670號於捷運大慶站(建國北路)下車。
- 搭乘全航客運公車158號、四方公司242號於中山醫學大學(建國北路)站下車。
- 搭乘統聯客運公車79號於建國南德富路口下車，穿越高架鐵路下方(步行約2分鐘)。

## 搭乘捷運

搭乘捷運至大慶(中山醫大)，出口1出站後直走步行約5分鐘。



# UG-05

## 放射性藥品 自動分注投藥裝置



- 屏蔽防護 | 有效降低輻射暴露風險
- 自動高效 | 精準分注取代人工抽藥

許可證字號：衛部醫器輸字第 037481 號 (儀器)、第 038714 號 (耗材)

### 放射性藥品 自動分注投藥裝置 UG-05

#### 設備簡介

UG-05 實現藥品分注與投藥全自動化，精確作業並大幅節省人力。設備內建鎊罐以及鉛製屏蔽總計 80mm，最高可處理 37GBq 高活度藥劑。即便於最大活度下持續 8 小時，累計輻射僅 4  $\mu$ Sv，單次分注投藥輻射洩漏僅 0.25  $\mu$ Sv。另外整合不斷電備援系統，即便電力中斷，防護與精準分注依然持續，確保醫護人員在任何極端環境下，皆享有極低輻射暴露的安全職場。



放射性藥品原液置於防護鎊罐



操作流程圖像化



即時操作畫面顯示



高經濟效益一次性耗材

#### 設備特點



● 高活度下的極致防護



● 精準分注投藥



● 對應不同臨床需求



● 高經濟效益一次性耗材



● 操作簡單



● 內建緊急供電電池



● 智能全自動原液分注



● 多模態分注投藥



● 投藥資料可追溯性

本設備為醫療器材，需定期對其進行維護管理。  
維護管理需要專門的知識和技術，請聯絡本公司進行維護作業。



Vyndamax<sup>®</sup>  
(tafamidis)  
61 mg capsules

2024年2月1號納入健保給付

用於治療  
轉甲狀腺素蛋白類澱粉沉著症  
造成之心肌病變 (ATTR-CM)  
以降低總死亡率及心血管疾病住院

每日口服一次

Vyndamax<sup>®</sup>  
(tafamidis)  
61 mg capsules

顯著降低  
死亡風險

顯著降低  
心血管疾病  
住院風險

30.2%

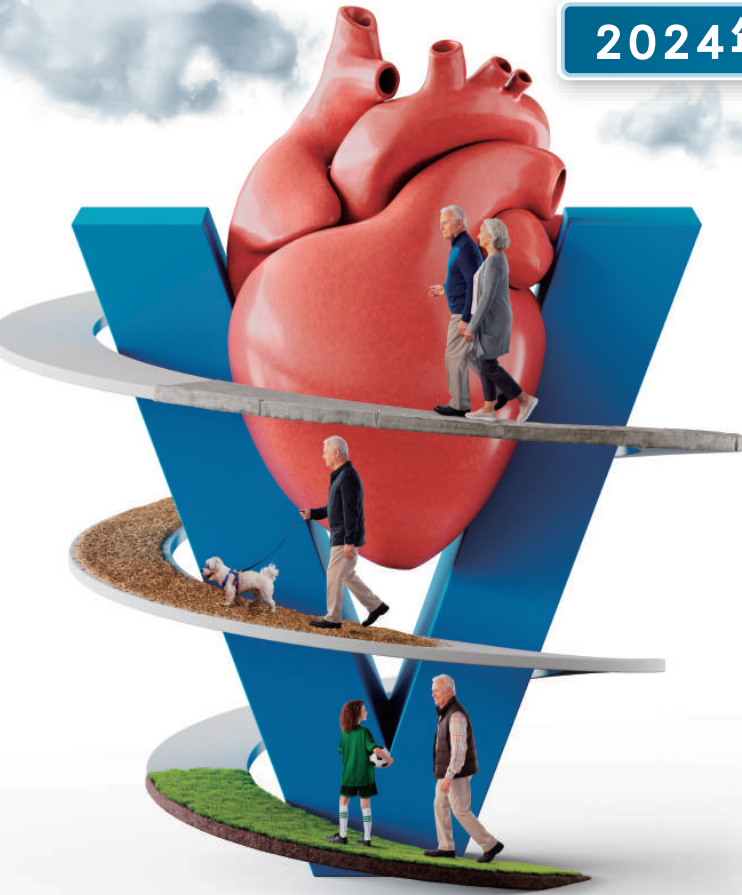
危險比：0.698  
 $p=0.0259$

Vyndamax<sup>®</sup> vs. 安慰劑

32.4%

相對風險比：0.6761  
 $p<0.0001$

Vyndamax<sup>®</sup> vs. 安慰劑



ATTR-CM, transthyretin-mediated amyloid cardiomyopathy

參考文獻：Vyndamax<sup>®</sup> 中文仿單，仿單版本：SPC 20230215-2。

維萬心軟膠囊 61 毫克 Vyndamax<sup>®</sup> 61 mg 處方資訊摘要 仿單版本：SPC 20230215-2。處方資訊摘要核准日期：20240321。

衛部藥輸字第 027923 號

**【定性與定量組成】**每顆軟膠囊內含 61 毫克微粒化 tafamidis。【**成分含量與劑型**】軟膠囊。紅棕色、不透明橢圓形 (約 21 公厘) 膠囊。有關賦形劑的完整列表，請參閱完整仿單 6.1 節。【**適應症**】用於治療成人野生型或遺傳性的轉甲狀腺素蛋白類澱粉沉著症造成之心肌病變 (transthyretin-mediated amyloid cardiomyopathy)，以降低總死亡率和心血管疾病住院。【**用法與用量**】建議劑量為 VyndamaxTM 61 毫克 (一顆含 61 毫克 tafamidis 的膠囊) 口服每日一次。VyndamaxTM (tafamidis) 61 毫克對應於 tafamidis meglumine 80 毫克。但兩者間每毫克無法等值互換。膠囊應該整顆吞嚥，不可以壓碎或切開。VyndamaxTM 可與食物併服，亦可不與食物併服。如果漏服劑量，請指示病人在記得時盡早服用該劑量，或者跳過此次漏服的劑量並在下次規定的時間服用，之後按時服用。請勿服用加倍的劑量 (服用藥物)。老年人：老年病人 (≥ 65 歲) 無須調整劑量。肝腎功能不全：腎功能不全或輕度至中度肝功能不全的病人不需調整劑量。重度腎功能不全病人 (肌酸酐廓清率低於或等於 30 毫升/分鐘) 的相關資料十分有限。未曾對重度肝功能不全病人使用 tafamidis 進行研究，建議謹慎使用。懷孕：目前尚無 tafamidis 使用於懷孕婦女的資料。動物試驗已顯示發育毒性。不建議在懷孕期間使用 tafamidis，亦不建議用於有生育能力但未受孕的女性。哺乳：動物試驗顯示 tafamidis 會分泌至乳汁中。無法排除對新生兒/嬰兒有害的風險。不應在哺乳期間使用 tafamidis。兒童族群：Tafamidis 並非針對兒童族群，無相關使用資料。【**禁忌事項**】針對活性成分或所列的任何賦形劑過敏者。賦形劑清單：膠囊殼：Gelatin (E 441)、Glycerine (E 422)、Red iron oxide (E 172)、Sorbitan、Sorbitol (E 420)、Mannitol (E 421)、Purified water。膠囊內容物：Macrogol 400 (E 1521)、Polysorbate 20 (E 432)、Povidone (K-value 90)、Butylated hydroxytoluene (E 321)、印刷油墨 (Opacode white)：Ethyl alcohol、Isopropyl alcohol、Purified water、Macrogol 400 (E 1521)、Polyvinyl acetate phthalate、Propylene glycol (E 1520)、Titanium dioxide (E 171)、Ammonium hydroxide (E 527) 28%。【**警語與注意事項**】有生育能力的女性在使用 tafamidis 期間應採用適當避孕方式，並持續使用適當避孕方式直到停止 tafamidis 治療後 1 個月。Tafamidis 應增加到轉甲狀腺素蛋白類澱粉沉著症病人的標準治療中。醫師應監測病人，並持續評估是否需要其他治療，包括作為標準治療之一的器官移植。由於目前並無在器官移植情況下使用 tafamidis 的相關資料，因此進行器官移植之病人應停用 tafamidis。可能發生肝功能指數增加和甲狀腺素減少。口服藥品的山梨醇成分可能會影響其他同時投予的口服藥品之生體可用率。使用 tafamidis 時應考量到同時投予其他含山梨醇 (或果糖) 產品，以及飲食攝取山梨醇 (或果糖) 所造成的加乘作用。【**藥品交互作用**】在一項健康自願者的臨床試驗中，tafamidis meglumine 20 毫克不會誘導或抑制細胞色素 P450 酵素 CYP3A4。在體外實驗中，每天 61 毫克劑量的 tafamidis 會抑制排出轉運蛋白 BCRP，且在臨床相關濃度下，可能與此轉運蛋白的受質產生藥物交互作用。一項針對健康參與者的臨床試驗中，每天給予 61 毫克的多次劑量 tafamidis 後，BCRP 受質 rosuvastatin 的暴露量增加了約 2 倍。應監測 BCRP 受質藥物相關的毒性反應，並依情況適時調整受質藥物之劑量。同理，tafamidis 會抑制攝取轉運蛋白 OAT1 與 OAT3，且在臨床相關濃度下，可能與這些轉運蛋白的受質間產生藥物交互作用。不預期 tafamidis 對 OAT1 或 OAT3 轉運蛋白的抑制會導致臨床上顯著的交互作用。未曾進行交互作用試驗以評估其他藥品對 tafamidis 造成之影響。實驗室檢測異常：Tafamidis 可能會減低總甲狀腺素的血清濃度，不伴隨游離甲狀腺素 (T4) 或促甲狀腺素 (TSH) 之變化。【**過量**】目前對藥物過量的臨床經驗十分稀少。處置：當攝取過量藥物時，應視需要開始採取標準支持措施。【**不良反應**】接受 80 毫克 tafamidis meglumine 治療的病人出現不良事件的頻率與安慰劑組近似或相當。常見不良反應 (≥ 1/100 至 < 1/10)：腹瀉、皮疹、搔癢症。【**藥品保存注意事項**】請儲存於 25°C 以下。架貯期：請參閱外盒標示。

\*此為處方資訊摘要，完整處方資訊請詳閱仿單。



台北總公司  
110 台灣台北市信義區松仁路 100 號 42 樓  
TEL: (02) 5575-2000  
FAX: (02) 5575-2890

北市衛藥廣字第 114060191 號  
PP-VDM-TWN-0414-202505

# Your Faster Way to Answers



## **Symbia Pro.specta with myExam Companion**

Unlocks your full potential with fully integrated SPECT and CT capabilities.



## **AIDAN Platform**

Advance your imaging with AI-enabled Biograph PET/CT.

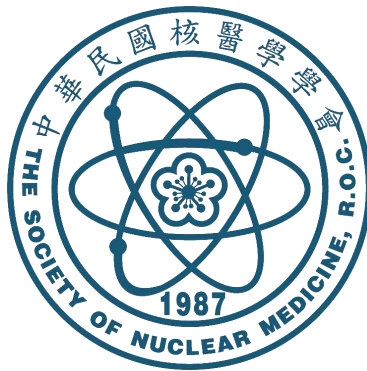
# 2026核醫國際學術春季會

## 2026 International Spring Meeting of the TSNM: Precision Diagnosis and Radioligand Therapy

### 贊助廠商 (依筆劃排序)

- 元新儀器股份有限公司
- 台灣諾華股份有限公司
- 西門子醫療設備股份有限公司
- 泰歷藥品儀器股份有限公司
- 臺灣新吉美碩股份有限公司
- 輝瑞大藥廠股份有限公司





# 中華民國核醫學學會

