

三劑作用依MedDRA的系統器官分類列出。於每個系統器官類別，依下面的原則將副作用的發生頻率依序排列：很常見(≥1/10)，常見(≥1/100、<1/10)，不常見(≥1/1,000、<1/100)，罕見(≥1/10,000、<1/1,000)，很罕見(<1/10,000)。包括個別別的報告在內。每個頻率分組的不良反應，依嚴重度遞減來列出。

表三、因治療而造成的急性副作用發生頻率，來自發性與臨床試驗的報告估計而來。

血液與淋巴系統異常	
常見	白血球減少/WBC減少/嗜中性白血球過多，嗜伊紅性白血球過多，白血球過多症
不常見	顆粒性白血球缺乏
罕見	貧血
很罕見	血小板減少，血小板增生
代謝與營養異常	
常見	體重增加
罕見	糖尿病病情惡化，葡萄糖耐受性功能缺損，新發生之糖尿病
很罕見	高滲透性昏迷，酮酸中毒症，嚴重高血糖，高膽固醇，高三酸甘油酯
精神疾病	
常見	發音困難
不常見	口吃
罕見	激動，坐立不安
神經系統疾病	
很常見	昏昏欲睡/鎮靜作用，暈眩
常見	癱瘓/抽搐/肌躍型抽搐，錐體外徑症狀，靜坐困難，顫抖，身體僵硬，頭痛
不常見	抗精神病藥劑惡性症候群
罕見	困惑，體暈
很罕見	遲發性不由自主運動症，強迫症
眼部疾病	
常見	視覺模糊
心臟疾病	
很常見	心跳過快
常見	心電圖異常
罕見	循環系統虛脫，心律不整，心肌梗死，心包膜炎
很罕見	心肌病變
血管異常	
常見	昏厥，姿勢性低血壓，高血壓
罕見	血栓性栓塞症
呼吸異常	
常見	吸入食物，可能致命的肺炎和下呼吸道感染
很罕見	呼吸壓迫/停頓
腸胃道疾病	
很常見	便秘，嘔吐過多
常見	噁心，嘔吐，口乾
罕見	舌嚥困難
很罕見	腸道阻塞/腸胃痙攣/糞便壅塞，腸脹大
肝膽疾病	
常見	肝膽酵素升高
罕見	胰臟炎，肝炎，膽汁滯留性黃腫
很罕見	阻塞性肝組織壞死
皮膚與皮下組織疾病	
很罕見	皮膚反應
腎臟與泌尿系統疾病	
常見	尿液滯留，尿失禁
很罕見	間質性腎炎
生殖系統疾病	
很罕見	陰莖持勃起症
一般疾病	
常見	良性體溫過高，排汗障礙/體溫控制，疲勞
很罕見	不明原因猝死
研究報告	
常見	CPK增加

曾觀察到很罕見的可能與Torsades De Pointes相關之心室性心搏過速、心跳停止和QT延長事件，但與藥物使用間並無確切的因果關係。

自發性通報及文獻個案中的副作用(發生頻率未知)

以下列作用係來自Clozapine上市後經驗(依據自發性通報病例與文獻個案)。由於這些自願性通報不良反應的族群大小未定，進而無法確實估計發生頻率，因此歸類於頻率未知。各項副作用係依MedDRA系統器官分類逐項列出。於每個系統器官類別的不良反應，依嚴重度遞減來列出。

表四、自發性通報及文獻個案中的副作用(發生頻率未知)

感染及寄生蟲感染	敗血病
免疫系統疾病	血管性水腫、白血球破碎性血管炎(Leukocytoclastic vasculitis)
內分泌異常	假性嗜睡病
代謝和營養方面的問題	肥胖
神經系統疾病	體酸中毒候群、腦電圖異常、側呂反張(Pleurothotonus)、不寧腿症候群(Restless legs syndrome)
心臟疾病	有時可能致命的心肌梗塞、有時可能致命的心肌炎、胸痛/心絞痛、心悸、心臟癱瘓動脈、與Clozapine相關心臟病變有關的二尖瓣閉鎖不全
血管異常	低血壓
呼吸、胸部及縱膈異常	胸腔積液、睡眠呼吸中止症、鼻塞
腸胃道疾病	有時可能致命的巨腸腸症、有時可能致命的腸梗塞/缺血、腹瀉、腹部不適/心灼熱/消化不良、結膜炎
肝膽疾病	脂肪肝、肝壞死、肝毒性、肝纖維化、肝硬化、肝膽疾病(包括可能危及生命的肝臟問題)，例如肝臟損傷(肝細胞性、膽汁滯留性或混合性)和可能致命或需要肝臟移植的肝衰竭
皮膚與皮下組織疾病	色素沉著症
肌肉骨骼與結締組織疾病	橫紋肌溶解症、肌肉無力、肌肉痙攣、肌肉疼痛、全身性紅斑性狼瘡
腎臟與泌尿系統疾病	腎衰竭、夜尿症
生殖系統和乳房發生異常	逆行性射精
一般嚴重及危險部位的狀況	多發性肺炎
損傷、毒性和併發症	跌倒(可能由Clozapine引起的癱瘓、嗜睡、姿勢性低血壓、運動和感覺失調)

【交互作用】(依文獻記載)

藥物效力學相關之交互作用

預期有藥效學交互作用，故不建議併用

已知具有相當廣泛在骨骨髓劑效效果的藥物，不可與Clozapine併用(見「警語與注意事項」)。

如同其他的抗精神病藥品，當Clozapine與已知會延長QT間隔而造成電解質失衡的藥物併用時應特別謹慎。

因觀察到藥效學交互作用，使用時應列入考量

當有使用(或最近曾使用)Benzodiazepines或任何其他抗精神病藥物的患者，開始接受Clozapine的治療時該藥應加以特別注意，因為這些患者可能會較高的循環系統崩潰的危險性。在少數時候，這些情況可能會導致心跳和/或呼吸停止。

與锂鹽或其他中樞神經興奮劑併用時，可能會增加抗精神病藥物惡性症候(NMS)出現的危險性。

癲癇發作的可能性相當低，但有一些系列個案報告，包括在非癲癇的患者出現癲癇發作。也有罕見的個案報告顯示與Valproic acid併用時出現論證。這些效果可能來自藥效學的交互作用，這些機構尚未被確認。

預期有藥效學交互作用，使用時應列入考量

Clozapine可能增強酒精、單胺氧化酶(MAO)抑制劑以及中樞神經抑制劑，如麻醉劑(Narcotics)、抗組織胺以及Benzodiazepines對中樞的作用。

因為有加成作用的可能性，在和具有抗體酸、低血壓或呼吸抑制等作用的物質併用時，必須特別注意。

由於其抗腎上腺素腺素的作用，Clozapine可能會降低血壓、增加正腎上腺素或其他主要交感神經上腺素物質的效果，並逆轉腎上腺素增加血壓的效果。

藥物動力學相關交互作用

Clozapine是許多CYP450同功酵素的受質，特別是1A2與3A4。於作用在個別的同功酵素所造成的代謝交互作用危險性，因此會被降至最低。儘管如此，當病患同時接受其他物質治療，不論是這些酵素的抑制劑或誘導劑，仍須加以注意。

至今尚未觀察到與P450 2D6結合的三環抗鬱劑，本硫胺酸或L型抗心律不整藥物，有臨床上的交互作用。

因觀察到藥效學交互作用，使用時應列入考量

與已知會誘導Cytochrome P450酵素的物質併用，可能會降低血漿中Clozapine的含量。

- * 已知會誘導3A4作用，且有報告指出會與Clozapine有交互作用的物質，例如Carbamazepine、Phenytoin和Rifampicin。
- 與已知具有抑制Cytochrome P450 同功酵素作用的物質併用，可能增加血漿中Clozapine的濃度。
- * 已知具有抑制Cytochrome代謝中主要酵素活性的物質，以及有報告指出具有交互作用的，例如包括Cimetidine、紅蘆素(3A4)、Fluvoxamine(1A2)、Perazine(1A2)、Ciprofloxacin(1A2)和口服避孕藥(1A2、3A4、2C19)。
- * Clozapine的血漿濃度會因為咖啡因(1A2)的攝取而增加，而在五天不攝取咖啡因之後，會大約降低50%。
- * 同時使用選擇性血清素回收抑制劑(SSRIs)，如Paroxetine(1A2)、Sertraline、Fluoxetine和Citalopram的患者，有報告指出Clozapine的血漿濃度增加的例子。

預期有藥效學交互作用，使用時應列入考量

與已知會誘導Cytochrome P450酵素的物質併用，可能會降低血漿中Clozapine的含量。

- * 已知之1A2的誘導物，例如Omeprazole和Nicotine。在突然中止巴古丁蓋用的個案，血漿中Clozapine的濃度會增加而導致副作用的增加。
- 與已知具有抑制Cytochrome P450 同功酵素作用的物質併用，可能增加血漿中Clozapine的濃度。
- * 有效的CYP3A4抑制劑，例如Azole Antimycotics，蛋白醣抑制劑，可能也會潛在地增加Clozapine血漿濃度；然而迄今仍沒有報告指出有交互作用。

【可能懷孕的婦女、懷孕、授乳及生育力】(依文獻記載)

可能懷孕的婦女及懷孕措施

有些接受Clozapine以外的其他抗精神病藥物治療的婦女病人，可能會造成無月經。從其它抗精神病藥物轉換到Clozapine，可能就可以使月經恢復正常。因此，有懷孕或可能性的婦女必須採取適當的避孕措施。

懷孕

對動物的生殖實驗中，沒有證據顯示Clozapine對生殖力或胎兒有害。然而，Clozapine對懷孕婦女使用的安全性尚未建立。因此，只有在預期益處遠超過潛在危險時才可將Clozapine使用於懷孕婦女身上。

非畸形影響

在懷孕7-9個月時曾暴露於抗精神病藥物的新生兒，具有分娩後發生錐體外徑症狀和/或癲癇症狀的風險。這些新生兒曾出現激動、張力亢進、張力減退、顫抖、困倦、呼吸窘迫和鎮食障礙等情況。這些併發症的嚴重程度各不相同；在一些案例中症狀可自行緩解，而在其他案例中曾有新生兒需要在加護病房中接受治療以及延長住院的情形。僅有當藥物潛在效益超過對胎兒的潛在風險時，才應於懷孕期間使用抗精神病藥品(包括Clozapine)。

授乳

動物實驗顯示，Clozapine會分泌至乳汁中並會對哺乳後代造成影響，因此接受Clozapine治療的母親不應該授乳。

【過量】(依文獻記載)

當發生急性故障或意外的Clozapine使用過量時，相關結果的資訊是可以取得的，迄今死亡率為12%。大部分的死亡與心臟衰竭或吸入性肺炎有關，發生在劑量超過2,000毫克時。曾有報告顯示，患者在使用超過10,000毫克後仍復原。然而在某些大部分之前未使用Clozapine的成人個案中，使用低到400毫克的劑量，即會導致致命性的昏迷，且有一個案例死亡。兒童服用50到200毫克，會導致強烈的鎮靜作用或非致命性的昏迷。

症狀與徵候

頭暈、嗜睡、無反射、昏迷、混亂、幻覺、躁動、體暈、錐體外徑症狀、過度反射、抽搐、唾液分泌過多、瞳孔放大、癱瘓模糊、不耐熱；低血壓、虛脫、心搏過速、心律不整、吸入性肺炎、呼吸困難、呼吸抑制或衰竭。

治療

Clozapine沒有特定的解毒劑。

在服下Clozapine的六小時內洗胃和/或給與活性炭(腹膜透析與血液透析未必有效)。在持續監測心肺功能以及電解質與酸鹼平衡下，進行症狀治療。由於有「反轉性腎上腺素」效果產生的可能性，應避免使用腎上腺素來治療低血壓。因為有遲延反應出現的可能性，因此密切的醫療監護需至少持續五天。

【臨床藥理學】(依文獻記載)

藥劑學效類別：抗精神病藥物(ATC Code N05A H02)

作用機轉

Clozapine與傳統的抗精神病藥物不同。

在藥理學實驗中，這個化合物不會引起強直性昏厥，或抑制Apomorphin或安非他命誘發的常同行為。它只有微弱的多巴胺受體 D₁、D₂、D₃及D₄的阻斷效果，但對多巴胺受體D₂及抗甲型腎上腺素、抗膽鹼、抗組織胺和激酶反應抑制等作用，皆顯示有強大的藥力和效果。它也有抗血清清壓素的作用。

藥效學

臨床Clozapine可產生快速且顯著的鎮靜作用，且對其他藥物有抗性的思覺失調症患者，也有抗精神病治療效果。在這樣的情況下，Clozapine經很多短期與長期的臨床試驗證實，在緩解思覺失調症正性和負性症狀上均有有效。

Clozapine是幾乎不會產生錐體外徑的反應，例如急性肌張力不足與遲發性不由自主運動。另外，類帕金森症副作用和靜坐困難也是很少發生的。相較於傳統抗精神病藥物，Clozapine 只產生輕微或甚至沒有催乳激素上升的反應，因此可以避免如男性乳房症、閉經、泌乳與陽萎的副作用產生。

因Clozapine治療而造成的潛在副作用作用是顆粒性白血球減少和顆粒性白血球缺乏症，其發生率分別是3%和0.7% (見「警語與注意事項」)。

藥動力學

吸收

經口接受Clozapine的吸收率是90%到95%，其速率與吸收度不會受食物影響。Clozapine容易遭受中度的首渡代謝(First-pass Metabolism)，造成絕對生體可用率為50%到60%。

分布

在穩定的狀態中每天兩次給藥，血中最高濃度會在平均2.1小時出現(範圍：0.4到4.2小時)，其分布體積為每公斤1.6升。Clozapine與血清蛋白的結合率約95%。

生物轉化/代謝

Clozapine在排出前幾乎是由CYP1A2及3A4完全代謝，某種程度上是由CYP2C19及2D6。主要的代謝物中只有甲基代謝物是具活性的。其藥理作用類似於Clozapine，但是較弱且時間較短。

排除

其排出方式為雙相，平均半衰期為12小時(範圍：6到26小時)。在單次給與75公克的劑量後，平均半衰期為7.9小時。當每日服藥穩定給與至少七天後，其半衰期會增加至14.2個小時。

在尿液與糞便中，只有存在微量未改變的藥物。代謝物大約50%經尿液排除，而30%經糞便排除。

毒性/非線性

每天兩次給與由37.5毫克到75毫克的劑量，結果顯示在穩定的狀態下，血清濃度時間曲線下方的區域(AUC) 依劑量比例呈線性增加，且最高與最低的血清濃度也增加。

【臨床試驗】(依文獻記載)

針對治療具抗性之思覺失調症所進行之臨床試驗 (Clozapine試驗編號16與30)

第一項試驗是試驗編號16，為一項以對治療具抗性之思覺失調症(精神疾病診斷與統計手冊第二版[DSM-III])住院病患(年齡介於18到65歲，不均性別)為對象，比較Clozapine和Chlorpromazine (CPZ)的隨機分配、雙盲、多中心、平行分組比較試驗。共有151名此類病患隨機分配接受Clozapine (150-900mg)或Chlorpromazine (300-1800mg) 28天治療，並含最多28天的選擇性延申期(75位被分到Clozapine組；76位被分到Chlorpromazine組)。療效評估方式依據國際精神症狀量表(BPRS)、臨床整體印象評估(CGI)分數、住院病患護理觀察評量表(NOSI-30)相較於基準值的平均變化。依據整個試驗的評估指標，使用Clozapine者比Chlorpromazine用藥者更快出現療效，並在BPRS評分項目上有顯著改善。在第一週，Clozapine在兩個評分項目中優於CPZ，並具統計意義：動作遲滯[0.67相較於0.12；p<0.05]和情感遲滯[0.93相較於0.34；p<0.01]。在第二週，Clozapine組於額外兩個評分項目出現具統計意義的改善：情感遲滯[1.48相較於0.98；p<0.01]和不尋常思想[2.06相較於1.45；p<0.05]。第三週，Clozapine組於BPRS的18個評估項目中有7項表現較佳，並具統計意義。依據評估指標的結果，Clozapine在所有評估項目均出現具統計意義的改善。BPRS評估得分和CGI分數呈現類似的結果。第二週起，BPRS總分以Clozapine組的表現較佳，具備統計學意義。可在整個試驗期間維持療效：評估指標上的療效比較結果顯示，Clozapine組在下列五項因子的表現較佳，並具顯著意義：焦慮/憂鬱(0.85相較於0.54；p<0.05)、精神不振(1.15相較於0.72；p<0.001)和思覺障礙(1.80相較於1.28；p<0.01)、病活化(Activation)(1.34相較於0.89；p<0.01)和敵意/多疑(1.26相較於0.74；p<0.01)。根據評估指標的結果，Clozapine組在BPRS總分[22.53相較於14.64；p<0.001]以及CGI[1.95相較於1.33；p<0.001]各項變異上均達到具統計意義的改善。普遍來說，除了社交互動外，Clozapine組病患在各項NOSIE因子的表現都比較好。根據相較於基準值的平均變化，Clozapine組於第三週(6.28相較於0.67；p<0.01)和第四週(6.84相較於1.36；p<0.05)在易怒類項目的改善較佳，並具統計意義。從大多數的因子來看(特別是總病態結果[Total Patient Assets])，有明確證據指出Clozapine組較早出現治療效益(但未觀察到具統計意義的差異)，此結果證實了BPRS的數據。根據評估指標的結果，Clozapine組在下列NOSIE因子僅優於CPZ：社交意願(4.14相較於3.24)、個人整潔(3.19相較於2.26)、易怒(3.04相較於0.60)與明顯的精神疾病(6.32相較於4.24)以及總結果(Total Assets)(20.54相較於16.66)。

第二項試驗是試驗編號30，為一項比較Clozapine和Chlorpromazine加上Benzotropine的隨機分配、雙盲、多中心、平行分組、為期六週的比較試驗。試驗族群共包含319位對治療具抗性之思覺失調症病患，年齡介於18到60歲之間，符合DSM-III準則中難治性(Refractory To Treatment)思覺失調症的定義。符合條件的病患被隨機分配到Clozapine (每天每次使用900 mg)組，或是Chlorpromazine 併用Benzotropine (每天Chlorpromazine多使用900 mg)組，加上每天6 mg Benzotropine)。療效評估依據BPRS評估。在第七週，CGI-SS-BPRS量表的變異，為或7分變異以內。除「體大妄想」和「BPRS總分」之外，Clozapine組在BPRS各項「正性」、「負性」和「一般症狀」的結果都顯著優於Chlorpromazine組(p<0.001)。從第一週起，Clozapine組在CGI量表的變化顯著優於Chlorpromazine組(p<0.001)。從第一週起，Clozapine組在所有六個NOSIE-30因子和總結果優於Chlorpromazine組(p< 0.05至0.001)。Clozapine組於下列NOSIE因子具統計意義：社交能力、社交意願、個人整潔與總結果(p<0.001)，以及易怒與動作遲緩(分別為p<0.01和0.05)。

評估復發性自殺傾向風險的臨床試驗(InterSePT Trial)

自殺預防多國試驗(InterSePT)旨在評估Clozapine對於降低復發性自殺傾向風險的效用，屬於一項前瞻性、隨機分配、開放性、多國、平行分組試驗，其針對經判定可能有自殺傾向復發風險的思覺失調症或情感性分裂症(DSM-IV)病患對Clozapine和Olanzapine進行比較，為期24個月。共有956名病患被隨機分配到Clozapine (起始劑量為每天25mg，逐步調高到每天200到900mg)或Olanzapine (每天5到20mg)。主要療效評估指標為下列事件的時間：(1)顯著者的自殺企圖，包括自殺致死；(2)因為有立即自傷的風險而住院(包括對已在住院的病患加強在自殺方面的監控)；或是(3)經CGI-SS-BPRS量表基準值證實存在自殺嚴重度上出現「嚴重惡化」或「非常嚴重的惡化」。根據Clozapine組和Olanzapine組在主要療效上的結果，顯示前者於整體治療效用上具統計意義(p=0.0309)。Clozapine組在第一類事件(顯著者自殺企圖或立即自傷風險而住院[包括加強監控等級])的治療效用較佳，並具統計意義(p=0.0316)。危險比(危險比)為0.76(95%危險區間[C.I.]：0.68、0.89)。同樣地，Clozapine組在第二類事件(第七項CGI-SS-BPRS量表的變異，為或7分變異以內)的治療效用也較佳。或根據出現第一類事件者的結果證實為自傷嚴重度明顯惡化的治療效用較佳，並具統計意義(p=0.0388)。危險比為0.78(95% C.I.：0.61、0.99)。根據所有有回診結果者，Olanzapine用藥者出現第一類事件和第二類事件的機率(標準誤[SE])高於使用Clozapine的病患。第104週時，證實Clozapine治療組發生第一類事件(24%相較於32%；95% C.I.：2%、14%)與第二類事件(28%相較於37%；95% C.I.：2%、15%)的機率較低，此結果具顯著意義。

評估帕金森氏症期間之精神疾病的臨床試驗

這項隨機分配、雙盲平行分組、多中心試驗，旨在比較Clozapine相較於安慰劑對治療帕金森氏症精神疾病(對一般處置缺乏反應的藥物誘發性精神疾病)的效用，以及Clozapine相較於安慰劑對於帕金森氏症病患在動作功能上的效果。參與試驗的病患被分配60位符原發性帕金森氏症診斷標準的良性或女性病患(32位使用Clozapine；28位使用安慰劑)。這些病患將參加下列有關帕金森氏症藥物誘發性精神疾病的標準：精神疾病症狀嚴重週以內，且需接受治療(正性反應性份量表(PANSS)的P1或P3總分≥4)；MMS≥20；儘管已接受一般治療虛度，一週內精神疾病症狀未見改善或在動作功能上出現無法接受的惡化；CGI-SS≥4。病患接受4週的Clozapine或安慰劑治療，一開始有10天的劑量調整期，最高可調整至50mg(第二階段)。所有完成第二階段病患，於12週期間內可將Clozapine劑量彈性調整到最高每天150 mg(第三階段)。接受安慰劑Clozapine(為期一週)，並於3週後安排回診(第四階段)。Clozapine治療結束時的CGI-SS分數變化(主要療效變異)顯著者優於安慰劑組(-1.8相較於-0.6；p=0.001)。Clozapine組的CGI-S分數於第1週達到顯著改善，並於第二階段各時間點均維持效力。第二階段結束時，相較於安慰劑組，Clozapine組在PANSS正性分數(次要療效變異)上的平均變化顯著較佳。PANSS正性分數從第1週即有顯著改善，並於接下來的各時間點維持效力。所有個別項目分數減少的情況均與顯著性。在第三階段開始時，接受Clozapine 治療者在兩個參數指標均維持改善。第三階段結束時，在CGI-S (Clozapine為-2.5，安慰劑為-1.8)與PANSS (Clozapine為-7.7，安慰劑為-4.8)這兩個效力參數上均觀察到改善程度較為增加。

【非臨床安全性數據】(依文獻記載)

根據傳統的安全性藥理學、重複給藥毒性、基因毒性、以及致癌可能性等研究，這些臨床前的數據顯示，對人體並沒有特別的危險性(有關生殖毒性請參見「可能懷孕的婦女、懷孕、授乳及生育力」)。

致突變性

在檢視基因突變、染色體異常、與致使DNA損壞的一些活體外致突變性試驗發現，Clozapine與其它代謝物完全不是基因因素(Genotoxic)。同樣地，在活體的研究也沒有發現會造成基因毒性(1)鼠骨髓體微核測試(Micronucleus test)。

致癌性

在Sprague-Dawley(CD)大量的飼料中加入其最大容忍劑量，每天35mg/kg，兩年之後發現Clozapine並不具致癌性。同樣地，在兩個為期一年半的Charles River(CD)小鼠飼食研究中，也沒有發現有致致腫瘤作用的證據。在第一個研究中，給予雄鼠與雌鼠的最高口服劑量分別為每天64mg/kg與75mg/kg。在第二個研究中，雄鼠與雌鼠的最高口服劑量都達每天61mg/kg。

生殖毒性

在每天口服劑量高達40mg/kg下，Clozapine並不會造成大量或免子胚胎毒性或畸形的形成。在公鼠交配前劑量相同劑量70天，對其生殖能力並無影響。

在母鼠方面，交配前口服Clozapine(每天高達40mg/kg)對生殖力及生產前後幼鼠的發展並無任何不良的影響。於懷孕後期及哺乳期有被觀察的母鼠，若服用相同劑量，其幼鼠的存活率會降低且有過動現象。然而，這些影響將不會發生於哺乳期之後。

不相容性

因為缺乏不相容性的研究，本藥劑產品不得與其他它藥劑產品混合。

【貯存】

貯存於25℃以下處所，緊密容器。須避免小孩接觸不到之處。使用/處置指示：任何廢棄劑量或廢棄物質都必須依規定處理。

【包裝】

「信東」來特平錠 25毫克 衛署藥製字第048058號 1~1,000錠 塑膠瓶裝、鋁箔盒裝
「信東」來特平錠 100毫克 衛署藥製字第045414號 2~1,000錠 塑膠瓶裝、鋁箔盒裝



信東生技股份有限公司
桃園市桃園區介壽路22號

54260110⑧