

爾壓順 膜衣錠

150 毫克

Irbesartan F.C.Tablets
150 mg

【成分】每錠含有

Irbesartan..... 150 mg.

【適應症】

本應性高血壓之治療。

治療併有高血壓及第二型糖尿病患者的高血壓及糖尿病性腎病變。

【用法・用量】(依文獻記載)

本藥須由醫師處方使用。

一般建議起始劑量及維持劑量為每日一次，每次 150 mg，隨餐或空腹服用。通常本品每日一次，每次 150 mg 所提供的血壓控制(24 小時內)比 75 mg 更好。然而，可考慮用 75 mg 作為起始治療，尤其是血液透析的患者，以及 75 歲以上的老年人。如果本品每日服用一次，每次 150 mg 仍無法充分控制血壓，則可將劑量提高至 300 mg，或者添加其他降血壓劑。添加利尿劑，如 hydrochlorothiazide，已被證實具有和本品相加的作用。

併有高血壓的第二型糖尿病病人，治療腎臟疾病時，以每日一次，每次 150 mg 作為起始治療，建議維持劑量則逐步增加到每天一次，每次 300 mg 來治療腎病變。

本品對併有高血壓的第二型糖尿病患者的腎臟的保護效果，已經由臨床試驗得到證實。在這些試驗中，基於醫療的需求，irbesartan 併用其他降血壓劑以達到預定的血壓值。(參閱“藥理特性藥效學”欄)

腎功能不全：腎功能不全的患者，不需要調整本品之劑量；接受血液透析的患者，應考慮以較低的劑量(75 mg)開始治療。

血管內容積消耗：投予本品之前，應先矯正體積及/或鈉離子消耗的情況。

肝功能不全：輕至中度肝功能不全的患者，不需要調整本品之劑量。目前還沒有本品用於嚴重肝功能不全患者的臨床經驗。

老年患者：當本品用於 75 歲以上的老年患者時，雖然應該考慮由 75 mg 開始治療；但是通常老年人並不需要調整劑量。

兒童：本品用於兒童的安全性及有效性尚未確立。

【禁忌】(依文獻記載)

對本品任何成分過敏者(參閱“賦形劑”欄)。

懷孕第二期及第三期(參閱“懷孕與授乳”欄)。

授乳(參閱“懷孕與授乳”欄)。

【警語及注意事項】(依文獻記載)

血管內容積消耗：由於強效利尿劑療法、限鹽飲食、腹瀉或嘔吐而導致容積及/或鈉離子消耗的患者，可能會出現低血壓症狀，特別是在服用第一次劑量之後。這些情況應在投予本品之前，便加以矯治。

腎血管性高血壓：具有兩個腎動脈狹窄，或唯一有灌注功能的腎臟該側發生動脈狹窄的患者，接受會影響腎素-血管張力素-醛固酮(renin-angiotensin-aldosterone)系統之藥物治療時，發生嚴重低血壓及腎功能不全的危險性可能會增加。雖然本品並未被證實會引起這種作用，但應預期血管張力素 II 受體拮抗劑具有類似作用。

腎功能不全與腎臟移植：當本品用於腎功能不全患者時，建議定期監測鉀離子與肌酐的血清濃度。

目前還沒有本品用於近期接受腎臟移植患者的經驗。

併有第二型糖尿病和腎病變的高血壓患者：依據一項針對腎病變後期患者所進行的臨床試驗分析，irbesartan 對腎臟和心血管事故的效果，在各細分的實驗組別間尚未有一致結果。特別是，在女性和非白人族群的效果較不明顯(參閱“藥理特性藥效學”欄)。

高血鉀症：正如其他會影響腎素-血管張力素-醛固酮系統的藥物，本品可能會發生高血鉀症，當患者具有腎功能不全、因糖尿病腎病變引起明顯的蛋白尿及/或心衰竭時更是如此。應充分監測高危險群患者的血清鉀離子濃度(參閱“交互作用”欄)。

鉀離子：本品不建議與鉀離子併用(參閱“交互作用”欄)。

主動脈瓣或僧帽瓣狹窄、阻塞性肥厚性心臟病：正如其他血管擴張劑一樣，本品用於主動脈瓣或僧帽瓣狹窄、或阻塞性肥厚性心臟病患者時，應特別小心。

原發性腎上腺鹽皮质激素過多症(aldosteronism)：原發性腎上腺鹽皮质激素過多症患者，通常對藉由抑制腎素-血管張力素系統而產生作用的降血壓劑沒有反應；因此，不建議使用本品。

一般注意事項：血管張力與腎功能大部分取決於腎素-血管張力素-醛固酮系統活性的患者，例如具有嚴重心衰竭或腎臟病(包括腎動脈狹窄)之患者，使用會影響這個系統的 ACE 抑制劑或血管張力素 II 受體拮抗劑治療時，證實可能會伴隨急性低血壓、高氣血症、鼻塞，可能但極少引起急性腎衰竭。正如任何一種降血壓劑一樣，缺血性心臟病或缺血性心血管疾病患者如果血壓過度降低，可能會引發心肌梗塞或中風。

如同在 ACE 抑制劑所觀察到的，irbesartan 和其它血管張力素 II 受體拮抗劑顯然對黑人的降壓效果比黑人以外的人種較差。可能是因為黑人的高血壓患者中屬於低腎素狀態的比例比較多(參閱“藥理特性藥效學”欄)。

【交互作用】(依文獻記載)

利尿劑與其他降血壓劑：其他降血壓劑可能會增加 irbesartan 的降血壓效果。然而，本品曾經安全地與其他降血壓劑合併使用，諸如乙型阻斷劑、長效型鈣離子通道阻斷劑，以及 thiazide 類利尿劑。先前以高劑量利尿劑治療可能會導致容積消耗，而當開始本品療法時，便可能有發生低血壓的危險(參閱“警語及注意事項”欄)。

鉀離子補充劑與留鉀利尿劑：根據其他會影響腎素-血管張力素系統藥物的使用經驗，併用留鉀利尿劑、補鉀劑、含鉀代鹽、或其它可能提高血清中鉀離子濃度的藥物(如肝素 heparin)，可能會使鉀離子血清濃度上升，因此不建議與鉀離子併用(參

閱“警語及注意事項”欄)。

鉀離子：在鉀鹽與血管張力素轉化酵素抑制劑(ACE 抑制劑)之併用期間，曾有可逆性增加鉀離子血清濃度及毒性的報告。Irbesartan 曾經有相似的作用被報導過但非常罕見。因此不建議併用(參閱“警語及注意事項”)。如果一定得併用，應小心監測鉀離子的血清濃度。

非類固醇抗炎發覺止痛劑：正如其他降壓劑一般，irbesartan 的降壓效果可能因併用非類固醇發覺止痛劑而減弱。

其他藥品交互作用資訊：Digoxin 用於健康男性的藥品動力學並不會因為同時投予 irbesartan 150 mg 而改變。Irbesartan 的藥品動力學也不會受到同時投予 hydrochlorothiazide 的影響。Irbesartan 主要由 CYP2C9 代謝，少量經由形成尿苷酸化合物(glucuronidation)代謝。抑制葡萄糖醛酸轉移酵素(glucuronyl transferase)途徑不大可能引起具有臨床意義的交互作用。體外試驗觀察到 irbesartan 與 warfarin-tolbutamide(CYP2C9 受質)及 nifedipine(CYP2C9 抑制劑)之間的交互作用。然而，當 irbesartan 與 warfarin 併用於健康男性志願受檢者時，並未觀察到明顯的藥品動力學或藥效動力學交互作用。

Irbesartan 的藥品動力學不會受到同時投予 nifedipine 的影響。諸如 rifampicin 等 CYP2C9 誘發劑對於 irbesartan 的影響尚未經評估。根據體外試驗的資料，預料不會與依賴細胞色素 P450 同功酵素(isoenzyme)CYP1A1、CYP1A2、CYP2A6、CYP2B6、CYP2D6、CYP2E1 或 CYP3A4 代謝的藥物發生交互作用。

【懷孕與授乳】(依文獻記載)

懷孕：(參閱“禁忌”欄)

為了安全起見，不建議 irbesartan 使用於懷孕的第一期。對於有計劃懷孕的病應在懷孕前改用其他的治療藥物。在懷孕的第二期及第三期，由於直接作用於腎素-血管張力素系統的藥物可能會引起胎兒或新生兒腎衰竭、胎兒頭骨發育不全甚至於胎兒死亡，因此 irbesartan 禁用於懷孕的第二期及第三期。如果在治療期間發覺懷孕，應儘速停用 irbesartan；若由於病人疏忽已服藥很長的一段時間，應以超音波檢查胎兒之頭骨及腎臟功能。

授乳：本品禁用於授乳期間。目前還不清楚 irbesartan 是否會分泌至人類的乳汁中。Irbesartan 會分泌至授乳的大鼠乳汁中(參閱“禁忌”欄)。

【對駕駛與機械操作能力的影響】(依文獻記載)

Irbesartan 對於駕駛與機械操作能力的影響尚未經研究；但根據它的藥效學性質來看，irbesartan 不大可能影響這種能力。駕駛或操作機械時，必須考慮在高血壓的治療期間，有時可能會出現頭暈或疲倦的現象。

【副作用】(依文獻記載)

副作用的發生頻率乃根據下列定義來表示：

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)；極罕見(<1/10,000)。

高血壓患者：根據高血壓患者的安慰劑對照試驗顯示，副作用的總發生率在 irbesartan 治療組(56.2%)與安慰劑對照組(56.5%)之間，並沒有差別。因臨床症狀或實驗室數據之副作用而停藥的情形在 irbesartan 治療組的病人(3.3%)甚至要比安慰劑對照組(4.5%)的機率為低。副作用的發生率與劑量(在推薦劑量範圍內)、性別、年齡、種族或治療期的長短無關。

在安慰劑對照試驗中 1,965 個服用 irbesartan 的病人，其發生的副作用包括：

神經系統的失調：

常見：頭暈

心臟功能的失調：

不常見：心跳過快

血管方面的失調：

不常見：潮紅

呼吸，胸腔及縱隔的失調：

不常見：咳嗽

消化系統的失調：

常見：噁心/嘔吐

不常見：腹瀉，消化不良/胸口灼熱

生殖系統與乳房的失調：

不常見：性功能障礙

整體的不適與用藥部位之狀況：

常見：疲倦

不常見：胸痛

調查結果：

常見：以 irbesartan 治療的患者，常見其血漿肌酐酸化活性的濃度有顯著的上升(1.7%)。然而，該副作用與臨床上可確認之肌肉骨骼副作用無關。

高血壓和併有腎病變的第二型糖尿病患者：除了高血壓所導致的副作用外，具有正常腎功能但已出現微白蛋白尿的高血壓糖尿病患，出現直立性頭暈及直立性低血壓的比率(0.5%，不常見)明顯高於安慰劑對照組。

有慢性腎功能不全及明顯蛋白尿的高血壓糖尿病患，以下副作用的發生率>2%且明顯高於安慰劑對照組。

神經系統的失調：

常見：直立性頭暈

血管方面的失調：

常見：直立性低血壓

肌肉骨骼、結締組織及骨骼的失調：

常見：肌肉骨骼疼痛

調查結果：

irbesartan 治療組的糖尿病患者比安慰劑對照組的患者有較高的高血鉀發生率。正常腎功能但已有微白蛋白尿的高血壓糖尿病患，irbesartan 300 毫克治療組的高血鉀(≥5.5 mEq/L)發生率為 29.4%(很常見)，安慰劑對照組則為 22%。對於慢性腎功能不全及明顯蛋白尿的高血壓糖尿病患，高血鉀(≥5.5 mEq/L)發生率為 46.3%(很常見)，安慰劑對照組則為 26.3%。至於血紅素下降的情況，在臨床上則較不明顯。以 irbesartan 治療有進行性糖尿病的高血壓病人，血紅素降低的發生率約 1.7%(常見)。

irbesartan 上市後通報經驗：

免疫系統的失調：

罕見：和其他的血管張力素 II 受體拮抗劑一樣，有極少數過敏反應的案例，如出現紅疹、蕁麻疹以及血管水腫。

代謝和營養方面的失調：

極罕見：高血鉀症

神經系統的失調：

極罕見：頭痛

耳朵及內耳的失調：

極罕見：耳鳴

消化系統的失調：

極罕見：味覺異常

肝膽系統的失調：

極罕見：肝功能異常、肝炎

肌肉骨骼、結締組織及骨骼的失調：

極罕見：肌肉痛、關節痛

腎臟與泌尿系統的失調：

極罕見：腎功能不良，包括發生腎衰竭的少數個案(參閱「警語及注意事項」欄)

【過量】(依文獻記載)

成人接受劑量高達每日 900 mg 為期 8 週的經驗顯示，本品未產生毒性反應。最可能出現的過量表現為低血壓及心悸過速；藥物過量也可能會引起心悸徐緩。目前還沒有關於本品過量治療的特定資訊。

應密切監視患者，並依據症狀予以治療及支持性療法，建議的處置方法包括催吐及/或洗胃。活性度也許可用於過量之治療。Irbesartan 無法經由血液透析排出。

【藥理特性】(依文獻記載)

藥效學特性

藥理治療學分類：血管張力素 II 拮抗劑。ATC code C09C A04。

Irbesartan 是一種口服的強效選擇性血管張力素 II 受體(AT1 型)拮抗劑。

作用機轉：預料它可阻斷所有經由 AT1 媒介之血管張力素 II 的作用，無論合成該血管張力素 II 的來源或途徑為何。此種對血管張力素 II (AT1 型)受體的選擇性拮抗作用，使得腎素與血管張力素 II 的血漿濃度升高，並使醛固酮的血漿濃度降低。在推薦劑量下，單獨服用 irbesartan 並不會顯著影響鉀離子的血清濃度。Irbesartan 不會抑制 ACE(活化酵素 kininase-II)，後者是一種能產生血管張力素 II，也可將緩激肽(bradykinin)降解為無活性代謝物的酵素。Irbesartan 不需要經過代謝活化，即具有活性。

臨床效果

高血壓

Irbesartan 可降低血壓，同時對於心搏速率的影響很小。每天一次的投藥方式下，血壓的降低幅度與劑量有關。當每日服用一次的劑量超過 300 mg 時，血壓降低的幅度便已達到最大幅度的趨勢。當每日服用一次的劑量在 150-300 mg 時，使躺姿及坐姿血壓，在最低血中濃度時(意即於給藥後 24 小時)降幅比安慰劑多出 8-13/5-8 毫米汞柱(mm Hg)(收縮壓/舒張壓)。

最大降血壓作用於給藥後 3-6 小時之內達到，降血壓效果可以持續至少 24 小時。在建議劑量下，給藥後 24 小時，舒張壓與收縮壓的降壓幅度為最大降壓作用時的 60-70%。150 mg 每日服用一次所產生的最低血中濃度及平均 24 小時反應，與每日服用二次但總量相同所產生的反應相似。

開始治療以後，本品的降血壓作用在 1-2 週之內就很明顯；治療後 4-6 週內出現最大療效。在長期治療期間內，本品的降血壓效果依然持續；停止治療後，血壓逐漸回復至治療前的程度，未曾觀察到反彈性高血壓。

Irbesartan 與 thiazide 類利尿劑的降血壓作用是相加的。對於 irbesartan 單一療法無法充分控制血壓的患者，在每日一次的 irbesartan 之外，添加低劑量的 hydrochlorothiazide(12.5 mg)，比只添加安慰劑者最低血中濃度時的血壓，進一步降低 7-10/3-6 毫米汞柱(收縮壓/舒張壓)。

本品的療效不受年齡或性別的影響。與其他影響腎素-血管張力素系統藥物的情況一樣，罹患高血壓的黑人患者對於 irbesartan 單一療法的反應特別差。當 irbesartan 與低劑量 hydrochlorothiazide(如每日 12.5 mg)同時給予黑人患者時，其降血壓反應便趨近於白人患者。

本品對於血清中的尿酸濃度或尿液中的尿酸分泌，並沒有重要的臨床作用。

高血壓和併有腎病變的第二型糖尿病

在“irbesartan 糖尿病腎病變臨床試驗(IDNT)”中，顯示 irbesartan 減緩患有慢性腎功能不全及明顯蛋白尿患者腎臟疾病的惡化。IDNT 是一個雙盲的對照試驗，比較 irbesartan, amlodipine 和安慰劑之罹病率和致死率。在 1715 個併有第二型糖尿病的高血壓患者，尿蛋白大於 900 mg/day 和血清中肌酸酐濃度範圍為 1.0-3.0 mg/dl，測量長期使用 irbesartan(平均 2.6 年)其對腎病變惡化和總死亡率。病人從本品 75 mg 劑量開始服藥，若能耐受者，逐漸增加到維持劑量 300 mg，或從 amlodipine 2.5 mg 開始，若能耐受，則增加到 10 mg，或投與安慰劑。

所有的治療組都服用 2-4 種降壓劑(如利尿劑、乙型受體阻斷劑和甲型受體阻斷劑)來達到預定的降壓目標，即血壓小於 135/85 mmHg 或原來血壓大於 160 mmHg 者的收縮壓降低 10 mmHg。安慰組有 60%的病患達到了這個目標，irbesartan 和 amlodipine 治療組分別有 76%和 78%達到了這個目標。綜合使血清中 creatinine 增加到兩倍所需時間、末期腎疾(ESRD)或總死亡率(all-cause mortality)的這三個試驗終點，顯示 irbesartan 有意義降低相對危險性。Irbesartan 組約有 33%的病患進行到腎臟方面的試驗終點，安慰組有 39%而 amlodipine 組有 41%[比安慰組減少了 20%的相對危險率(p=0.024)而比 amlodipine 減少了 23%的相對危險率(p=0.006)]。針對主要試驗終點各個試驗終點加以分析，沒有觀察到對總死亡率(all cause mortality)有影響。可以觀察到有減少末期腎病(ESRD)的趨勢和有意義的減慢使血清中肌酸酐增加到兩倍所需時間。

分組分析：評估性別、人種、年齡，糖尿病史的長短、原本血壓的高低，肌酸酐的血清濃度和白蛋白的排除率對治療效果的影響。女性和黑人試驗組分別佔所有參與試驗人數的 32%和 26%，雖然不能從信賴區間排除它的有意義性，但對於腎臟的保護作用較不明顯。至於第二個死亡或非死亡的心血管事故的試驗終點，對所有參與試驗的患者，這三組沒有什麼不同，雖然 irbesartan 試驗組比起安慰劑對照組，女性患者的非致死性心肌梗塞增加和男性患者的非致死性心肌梗塞減少。Irbesartan 試驗組比 amlodipine 試驗組於女性患者非致死性心肌梗塞和腦中風增加，然而所有的試驗患者因心衰竭而住院者減少了。

總之，在女性患者的這些發現，尚未有適當的解釋。

“Irbesartan 在高血壓併有糖尿病患者出現微量蛋白尿的效果(IRMA2)”的試驗中顯示 irbesartan 300 mg 延緩微量蛋白尿患者惡化成明顯的蛋白尿。IRMA2 是一個針對 590 位併有第二型糖尿病患者進行的含對照組和雙盲的罹病率的研究。患者已出現微量蛋白尿(30-300mg/day)而仍具有正常腎功能(男性血中肌酸酐濃度 serum creatinine ≤ 1.5mg/dl，女性血中肌酸酐濃度 serum creatinine < 1.1 mg/dl)。這個臨床試驗在測驗長期使用(2 年)本品對於惡化或臨床可見的蛋白尿(尿中白蛋白排除率(UAER) > 300 mg/dl，以及 UAER 比 base line 增加至少 30 %。)預設的血壓目標為 ≤ 135/85

mmHg。加入另外的降壓劑(除了 ACE 抑制劑，血管張力素 II 受體拮抗劑，以及含 dihydropyridine 的鈣離子阻斷劑以外)是為達到降壓的目標。

當所有的治療組都達到相似的血壓時，在 irbesartan 300 mg 試驗組(5.2%)比在安慰劑組(14.9%)或 irbesartan 150 mg 組(9.7%)有更少的患者進行到了明顯蛋白尿的試驗終點。證實在高劑量下比起安慰劑有 70%的相對危險降低率(p=0.0004)。伴隨的腎絲球過濾速率的改善，並未在治療的前三個月觀察到。延緩臨床蛋白尿的進行在早期的三個月即已獲得證實而且持續超過 2 年。回復為正常白蛋白(< 30mg/day)的情形，在本品 300 mg 試驗組(34%)比安慰劑組(21%)更常看到。

藥動學特性

Irbesartan 的口服吸收良好：研究顯示，其生體可用率的絕對值約為 60-80%。與食物同時服用對於 irbesartan 的生體可用率沒有顯著影響。Irbesartan 的血漿蛋白質結合率約為 96%，幾乎不會與細胞性的血液成份結合。Irbesartan 的分佈體積為 53-93 公升。

口服或靜脈注射具 ¹⁴碳(¹⁴C)標記的 irbesartan 之後，血漿中的放射活性有 80-85%是來自於未改變的 irbesartan。Irbesartan 由肝臟經尿苷酸化合物結合及氧化代謝，血液循環內的主要代謝物為 irbesartan 尿苷酸化合物(約 6%)。體外試驗顯示，irbesartan 主要被細胞色素 P450 酵素 CYP2C9 氧化，同功酵素 CYP3A4 的影響微不足道。

在 10-600 mg 的劑量範圍之內，irbesartan 表現出線性並與劑量成比例的藥學動力學。當劑量超過 600 mg(即最大推薦劑量的兩倍)時，觀察到的口服吸收低於比例增加量，目前還不清楚造成此種現象的轉機為何。口服後 1.5-2 小時達到最高血漿濃度。全身及腎臟廓清率分別為 157-176 及 3-3.5 公撮/分鐘。Irbesartan 的終端排出半衰期為 11-15 小時。每日一次的療法開始之後，三天內即可達到穩定狀態血漿濃度。反覆投予每日一次的劑量之後，可觀察到有限的 irbesartan 蓄積現象(< 20%)。一項研究觀察到女性高血壓患者的 irbesartan 血漿濃度比男性患者高一些；然而，irbesartan 的半衰期與蓄積作用卻沒有差異。女性患者不需要調整劑量。老年人(≥ 65 歲)的 irbesartan AUC 及 C_{max} 也比青年人(18-40 歲)高一些；然而，終端半衰期並沒有明顯的改變。老年人也不需要調整劑量。Irbesartan 及其代謝物乃是經由膽道及腎臟途徑排出體外。口服或靜脈注射具有 ¹⁴碳的 irbesartan 之後，約有 20%放射活性在尿液中出現，其餘則在糞便中出現。不到 2%的投予劑量是以未改變的 irbesartan 由尿液排出。

腎功能不全：Irbesartan 用於腎功能不全或接受血液透析之患者，其藥學動力學參數並沒有明顯的改變。Irbesartan 無法藉由血液透析排除。

肝功能不全：Irbesartan 用於輕度至中度肝硬化患者，其藥學動力學參數並沒有明顯的改變。尚未進行用於嚴重肝功能不全患者的研究。

臨床前安全性資料

在臨床相關劑量下，沒有異常全身性或目標器官毒性的證據。在臨床前安全性研究中，高劑量 irbesartan(大鼠 ≥ 250 mg/公斤/日，短尾猿 ≥ 100 mg/公斤/日)引起紅血球參數降低(紅血球數目、血紅素、血比容)。在極高的劑量下(≥ 500 mg/公斤/日)，irbesartan 曾使大鼠及短尾猿發生腎臟變質性變化，諸如間質性腎炎，腎小管膨脹、嗜鹼基小管、尿素及肌酸酐血漿濃度上升等；一般認為，是由於它的降血壓作用減少腎臟灌注所致。此外，irbesartan 曾引起近腎絲球細胞的增生/肥大(irbesartan 劑量：大鼠 ≥ 90 mg/公斤/日，短尾猿 ≥ 10 mg/公斤/日)。一般認為這些變化是 irbesartan 的藥理作用所造成的。對於 irbesartan 的人體推薦劑量而言，腎臟近腎絲球細胞的增生/肥大似乎沒有任何關聯。

沒有致突變性、誘裂性(clastogenicity)或致癌性的證據。

動物試驗顯示，irbesartan 對大鼠的胎兒具有短期毒性作用(腎盂空洞形成、輸尿管水腫或皮下水腫)，這些毒性作用於出生後消失。在產生明顯母體毒性及致死的 irbesartan 劑量下，兔子有流產或早期吸收的現象。不論是老鼠或兔子都沒有致畸胎性。

【儲存】

請於 25℃ 以下，兒童伸手不及，乾燥避光處儲存。

【包裝】

2-1000 粒塑膠瓶裝，鋁箔盒裝。

衛署藥製字第 G-11009 號
055028 號

SYNMOSA

健喬信元醫藥生技股份有限公司

藥商地址：303 新竹縣湖口鄉光復北路 21 巷 4 號

製造廠名：健喬信元醫藥生技股份有限公司健喬廠

製造廠址：303 新竹縣湖口鄉工業一路 6 號