

15mg衛署藥製字第049500號
30mg衛署藥製字第049116號
須由醫師處方使用

"培力" 安醣錠 15/30毫克Piotas Tablets 15/30 mg "P.L."

特殊警語：「依文獻記載」

(一) Thiazolidinediones類藥品，包括藥品成分(Rosiglitazone、Pioglitazone)，在某些病人族群有導致或加重其充血性心衰竭之嚴重不良反應。病人一開始使用藥品名稱治療或增加治療劑量時，必須謹慎觀察病人是否有心臟衰竭之徵候(包括快速體重增加、呼吸困難、和/或水腫)，倘若沒有發展出這些症狀，應該依據現行標準治療心臟衰竭，進一步考慮停止該藥品或降低治療劑量。

(二) Pioglitazone不建議使用於有心臟衰竭症狀之病人。心臟衰竭狀態第三級或第四級(紐約心臟協會「NYHA」ClassIII 或 IV cardiac status)的病人禁止使用本藥品。

- 性狀：
 - 1.1有效成分及含量：每錠中含有Pioglitazone 15/30mg。
 - 1.2賦形劑：Lactose, Hydroxypropylcellulose, Povidone K-30, Sodium Starch Glycolate, Magnesium Stearate
 - 1.3劑型：錠劑。
 - 1.4藥品外觀：

"培力"安醣錠15毫克：白色圓形錠一面T41，另一面 PL之字樣。

"培力"安醣錠30毫克：白色圓形錠一面30字樣，另一面有中斷有刻痕及PL字樣。

- 適應症：第二型糖尿病患者(非胰島素依賴型糖尿病，NIDDM)。
說明：Pioglitazone 輔以飲食及運動來改善第二型糖尿病患者之血糖控制；pioglitazone可以單獨使用，或是當單一降血糖藥物加上飲食及運動仍無法有效控制血糖時，pioglitazone可以與sulfonylurea、metformin或insulin併用做合併療法。控制第二型糖尿病還必須包括營養學指導、必要的減輕體重以及運動。這些努力不僅在第二型糖尿病的初期治療時很重要，在保持治療藥物的療效時亦同樣重要。

- 用法及用量：

- 用法用量：

本藥每日服用一次，於飯前或飯後服用均可。糖尿病的治療應視個別患者而異。理論上，應利用HbA1c而非單靠空腹血糖來評估治療反應，因為HbA1c是一個較佳的長期監控血糖的指標，它可反應過去2～3個月來的血糖情形。臨床使用時，除非血糖控制變差，建議以pioglitazone治療的患者應每隔一段期間(三個月)評估HbA1c的變化情形。

單獨療法

對於飲食及運動療法仍不能適當控制的第二型糖尿病患者可採用pioglitazone單獨療法，可由每日15mg或30mg開始。對pioglitazone起始劑量反應不佳的患者，可增加劑量最高至每日45mg。而對於單獨療法反應不好的患者，應考慮採用合併療法。

合併療法

Sulfonylurea：與sulfonylurea併用時pioglitazone劑量可由每日15mg或30mg開始。於加入pioglitazone療法之初，目前採用sulfonylurea劑量仍可繼續維持。如果患者出現低血糖，則應降低sulfonylurea劑量。

Metformin：與metformin併用時pioglitazone劑量可由每日15mg或30mg開始。於加入pioglitazone療法之初，目前採用的metformin劑量仍可繼續維持。與pioglitazone併用期間，因低血糖而需要調整metformin劑量之情況通常不太會發生。

Insulin：與insulin併用時pioglitazone劑量可由每日15mg或30mg開始。於加入pioglitazone療法之初，目前採用的insulin劑量仍可繼續維持。當患者併用pioglitazone及insulin時，如果患者出現低血糖或血糖濃度降低至100mg/dL以下，則insulin劑量可降低10％～25％。進一步劑量調整應視個別血糖降低反應而定。

最大建議劑量

單一療法或併用 sulfonylurea、metformin 或 insulin一起治療時，pioglitazone每日的劑量不應高於45mg。

- 調製方法：NA

- 特殊族群用法用量：

對於腎功能不全的患者並不建議調整劑量(請參照11. 藥物動力學特性)。

若患者有臨床明顯的活動性肝病或血清 transaminase值升高(ALT > 2.5倍正常值上限)的情況，則不應採用pioglitazone治療(請參照5.5其他注意事項：一般注意事項-肝功能、11. 藥物動力學特性特殊族群：對肝功能不全的患者)的建議，建議所有的患者於pioglitazone治療開始前及治療中定期地接受肝臟酵素監測(請參照5.5其他注意事項：一般注意事項-肝功能)。

目前尚無pioglitazone使用於18歲以下患者的資料，對於小兒患者不建議使用本藥。

目前尚無使用 pioglitazone併用另一種thiazolidinedione類藥物的資料。

- 禁忌：「依文獻記載」

第三級和第四級心臟衰竭病人為pioglitazone使用禁忌之確立，是為紐約心臟協會所訂定的。(請見仿單正面特殊警語)

對本藥的成分曾發生藥物過敏的病人。

- 警語及注意事項「依文獻記載」

- 警語/注意事項：

心臟衰竭或其他心臟作用

Pioglitazone和其他的thiazolidinedione類似，單獨使用或與其他抗血糖藥物包含insulin合併療法時，會產生體液滯留。體液滯留可能會引起或惡化心臟衰竭的症狀。病人須密切注意心臟衰竭的徵候與症狀如果有這些症狀或徵象產生，則應根據目前的照護標準來處理心臟衰竭。而且，必須考慮到停止使用或降低pioglitazone的劑量(請參照5.1 警語/注意事項)。

由於紐約心臟協會訂定的第三級及第四級心臟衰竭病人未參與pioglitazone臨床試驗，故pioglitazone不建議使用於此類病人。(請參照仿單正面特殊警語與5.1 警語/注意事項)在美國的16週、雙盲、安慰劑對照的臨床試驗中，566位使用insulin的第二型糖尿病病人，分別併用pioglitazone 15mg、30mg或安慰劑。此試驗會長期罹患糖尿病病人及曾有下列病史的病人：動脈高血壓(57.2%)、周邊神經病變(22.6%)、冠狀動脈心臟疾病(19.6%)、視網膜病變(13.1%)、心肌梗塞(8.8%)、血管疾病(6.4%)、心絞痛(4.4%)、中風和/或暫時性缺氧(4.1%)及充血性心衰竭(2.3%)。在此試驗中，191位接受pioglitazone 15mg併用insulin的病人中有2位(1.1%)以及188位接受pioglitazone 30mg併用insulin的病人中有2位(1.1%)，發現有充血性心衰竭，而在187位單獨使用insulin的病人中並未發現。這4位病人皆有心血管疾病的病史，包含冠狀動脈疾病、previous CABG procedures和心肌梗塞。

在一項為期24週，Pioglitazone與胰島素併用的劑量對照研究中，0.3%(1/345)使用30mg的病人以及0.9% (3/345)使用45mg的病人，有發生充血性心衰竭(CHF)之嚴重不良反應事件。這些試驗的分析結果無法確定pioglitazone與insulin併用會增加充血性心衰竭的危險性。用於第二型糖尿病伴有充血性心臟衰竭(收縮功能障礙)在一項為期24週的上市後藥物安全性研究中，比較糖尿病控制不良(基準點的平均HbA1c為8.8%)且伴有紐約心臟協會訂定的第二級和第三級心臟衰竭及左心室射出率小於40%(基準點的平均射出率為30%)的病人，使用pioglitazone(262位)及glyburide(256位)的情形。在整個研究期間，使用pioglitazone的病人有9.9% 報告因充血性心臟衰竭而住院過夜，而使用glyburide的病人則有4.7%有此情形，治療從第6週開始出現差異。這個和pioglitazone有關的不良事件在使用最低劑量胰島素及年齡超過64的病人身上較為明顯。心血管死亡率在兩個治療組間並無差異。

以pioglitazone治療第二型糖尿病且伴有收縮性心臟衰竭(紐約心臟協會第二級)的病人時，一開始應給予最低的有效劑量。如果之後劑量需逐步增加，最好治療數月後再逐漸增加劑量，同時應小心監測病人的體重增加情形、水腫或充血性心臟衰竭惡化的徵象及症狀。

前瞻性Pioglitazone在大血管事件的臨床試驗 (PROactive) 在PROactive研究中，5238位有大血管病史的第二型糖尿病病人，在標準的治療照護之上，逐漸服用增加劑量至一天45mg的pioglitazone (n=2605)或安慰劑(n=2633)。(請參照8.副作用/不良反應)。使用pioglitazone治療所發生嚴重心衰竭的病人(5.7%，n=149)比使用安慰劑的病人(4.1%，n=108)比例高。發生嚴重心衰竭死亡的比例在pioglitazone為1.5%(n=40)，在使用安慰劑的病人為1.4%(n=37)。以病人使用胰島素製劑療法為基準線，使用pioglitazone發生嚴重心衰竭的比率為6.3%(n=54/864)。使用安慰劑的為5.2%(n=47/896)。以sulfonylurea 製劑療法為基準線，使用pioglitazone發生嚴重心衰竭的比率為5.8%(n=94/1624)。使用安慰劑的為4.4%(n=71/1626)。

- 藥物濫用及依賴性

目前尚無資訊

- 操作機械能力

目前尚無資訊

- 實驗室檢測：

為監測血糖控制和pioglitazone療效，應定期測量空腹血糖及HbA1c值。建議所有病人使用pioglitazone前及治療期間皆須定期於醫療專業人員的臨床判斷下檢測肝臟酵素。(請參照5.5 其他注意事項：一般注意事項-肝功能及8.2 臨床試驗經驗：實驗室異常反應-transaminase血清濃度)。

- 其他注意事項：

一般注意事項

Pioglitazone須於胰島素存在的情況下才能發揮抗高血糖的作用，因此，不應使用於第1型糖尿病病人或用來治療糖尿病酮酸血症。

低血糖：當病人合併使用pioglitazone和胰島素或其他口服降糖藥物時，可能有低血糖發生的危險，因此可能須要降低合併用藥的劑量。

心血管：在美國之安慰劑對照臨床試驗中，並不包含紐約心臟協會(NYHA)訂定的第三級及第四級心臟衰竭病人，無論是單獨使用pioglitazone或是pioglitazone併用sulfonylureas或metformin的病人，相較於安慰劑組，皆沒有增加因為血漿體積擴張引起的嚴重心臟不良反應報告。在pioglitazone併用insulin的臨床實驗中，少數曾有心臟疾病史的病人發現有充血性心衰竭(請參照5.1 警語/注意事項)。由於第三級及第四級心臟衰竭病人未參與 pioglitazone 臨床試驗，故pioglitazone並不適用於紐約心臟協會訂定的第三級及第四級心臟衰竭病人。在pioglitazone上市後之使用經驗中，無論是曾有或無心臟疾病的病人，皆有充血性心衰竭的報告。

水腫：本藥對水腫的病人必須謹慎投與。在所有美國的臨床試驗中，pioglitazone組發生水腫的頻率多於安慰劑組(請參照8.副作用/不良反應)。pioglitazone上市後，亦曾獲獲服用pioglitazone引起或加重水腫情形的報告。上述Thiazolidinediones包含pioglitazone，會造成體液滯留，其會加重或導致鬱血性心衰竭。Pioglitazone應小心使用在有心衰竭風險的病人。病人須被觀察心衰竭的症狀及徵象(包括過度急速的體重增加，呼吸困難及/或水腫)。

體重增加：不論是單獨使用或與其他降血糖藥物合併使用，病人的體重會隨pioglitazone劑量的增加而上升(請參照表1)。目前尚不清楚有關體重上升的機轉，但有可能與體液滯留和脂肪堆積相關。

	對照組 (安慰劑)	Pioglitazone 15mg	Pioglitazone 30mg	Pioglitazone 45mg
	中位點 (25 th /75 th 分段值)	中位點 (25 th /75 th 分段值)	中位點 (25 th /75 th 分段值)	中位點 (25 th /75 th 分段值)
單獨療法	-1.4 (-2.7/0.0) n=256	0.9 (-0.5/3.4) n=79	1.0 (-0.9/3.4) n=188	2.6 (0.2/5.4) n=79
合併療法				
Sulfonylurea	-0.5 (-1.8/0.7) n=187	2.0 (2.0/3.2) n=183	3.1 (1.1/5.4) n=528	4.1 (1.8/7.3) n=333
Metformin	-1.4 (-3.2/0.3) n=160	N/A	0.9 (-0.3/3.2) n=567	1.8 (-0.9/5.0) n=407
Insulin	0.2 (-1.4/1.4) n=182	2.3 (0.5/4.3) n=190	3.3 (0.9/6.3) n=522	4.1 (1.4/6.8) n=338

備註：試驗期間為16至24週

血液：Pioglitazone可能造成血紅素及血球比容的降低。綜括上述臨床試驗，改變主要發生在治療的前4~12週，其後維持穩定。此改變可能和血漿體積增加有關，與任何顯著的血液臨床效應罕有關連。(請參照8.2 臨床試驗經驗-實驗室異常反應)。

肝功能：在全世界pioglitazone的臨床試驗中，超過4500位受試者已接受治療。美國的臨床試驗，有4700位以上第2型糖尿病病人服用過pioglitazone。其中並無證據顯示有藥物引發肝毒性或ALT酵素升高的情形。

在美國之安慰劑對照臨床試驗中，1526位接受pioglitazone治療病人有4位(0.26%)及接受793位安慰劑治療病人有2位(0.25%)發生ALT值≥ 3倍正常值上限。接受本藥治療的病人其ALT值上升為可逆性，且不清楚是否和pioglitazone的治療相關。

於pioglitazone上市後的使用經驗中，曾經接獲肝炎與肝臟酵素≥ 3倍正常值有關的報告。極少數案例與引起或未引起死亡的肝臟衰竭有關，然而其因果關係仍未確立。

參考其他尚未完成的大型、長期對照臨床試驗結果及上市後臨床大量使用pioglitazone所得的安全資料，建議使用pioglitazone的病人須定期監測肝臟酵素。所有使用pioglitazone之病人應於治療前接受血清ALT (alanine transaminase)值檢測，用藥後定期於醫療專業人員的臨床判斷下接受檢測。同時，若病人有肝功能異常的症狀發生，例如：噁心、嘔吐、腹脹、疲勞、食慾減退或尿液顏色變暗，也應做肝功能檢測。

實驗值未回復前，是否繼續接受本藥的治療須依據臨床判定。如果發生黃疸現象，則應停藥。Pioglitazone不應使用於臨床證據明顯的活動性肝病或病人ALT超過2.5倍正常值上限的病人。肝臟酵素稍微上升的ALT值在1~2.5倍正常值上限之間)，不論在基準點或本藥治療中應評估了解肝臟酵素升高的原因。此類病人，無論開始或是繼續服用本藥治療都必須謹慎，並採適當的臨床追蹤，包括更頻繁的肝臟酵素監測。如果血清transaminase值增高 (ALT>2.5倍正常值上限)後，肝功能檢測的評估必須更加頻繁，直到ALT恢復正常或回到治療前的情況。若ALT值超過3倍正常值上限，應儘速重測，如果ALT值仍維持大於3倍正常值上限或出現黃疸，則應停止服用本藥。

黃斑部水腫：在上市後使用經驗報告中，服用pioglitazone或另外的thiazolidinedione的糖尿病病人出現黃斑部水腫情形。有些病人呈現視力模糊或視力減退現象，但有些病人已在例行性眼科檢查診斷出黃斑部水腫。有些病人在診斷出黃斑部水腫時有周邊水腫情形。有些病人在停用thiazolidinedione後，黃斑部水腫即獲得改善。pioglitazone和黃斑部水腫之間是否有因果關係還不知道。糖尿病病人應定期由眼科專業醫師，依照美國糖尿病學會照護標準做眼晴檢查。除此之外，糖尿病病人如發現有任何視覺症狀應立即找眼科醫師處理，不論病人基本用藥或其他體檢結果如何(請參照8.副作用/不良反應)。

骨折：在第二型糖尿病病人隨機試驗(PROactive)，(平均糖尿病9.5年)，服用pioglitazone的女性被發現發生骨折的發生率增加。在經過平均34.5個月的追蹤，服用pioglitazone的女性被發現發生骨折發生率為5.1% (44/870)而使用安慰劑的為2.5%(23/905)。這個差異被發現在研究期間的治療第一年之後及其維持。上述結果被觀察到在女性的骨折為非隨性骨折，包括下肢及遠端上肢。沒有觀察到服用pioglitazone治療的男性1.7% (30/1735) 與安慰劑2.1% (37/1728)，骨折機率上升。在照護病人時應考慮到骨折的危險，尤其是使用pioglitazone的女性病人且應注意應依照目前的照護標準給予協助維持骨質的健康。

膀胱腫瘤：為期兩年的致癌性試驗中，在雄性大鼠的膀胱有發現腫瘤。除此之外，在為期3年的PROactive臨床試驗中，隨機分派到pioglitazone的2605位病人中有14位(0.54%)、隨機分派到安慰劑的2633位病人中有5位(0.19%)被診斷出膀胱癌。若排除服用試驗藥物未滿一年即診斷為膀胱癌的病人，則pioglitazone治療組的膀胱癌病人有6例(0.23%)、安慰劑組有2例(0.08%)。試驗完成後，有一大子群的病人額外被觀察最多至10年，且很少額外暴露pioglitazone。在PROactive試驗及追蹤觀察共13年間，膀胱癌發生率在pioglitazone治療組和安慰劑組之間沒有差別(HR=1.00 [95% CI 0.59-1.72])。

關於暴露pioglitazone的病人，其膀胱癌風險的觀察性研究結果不盡相同，有些沒有發現pioglitazone與膀胱癌風險增加有關，而有些則有。一項在美國進行的為期10年的大型前瞻性觀察世代研究中，發現曾暴露pioglitazone的糖尿病病人相較於不曾暴露的病人，膀胱癌的風險沒有統計上的顯著增加(HR=1.06 [95% CI 0.89-1.26])。一項用英國資料進行的回溯性世代研究中，發現曾暴露pioglitazone與膀胱癌有統計上的顯著相關(HR=1.63 [95% CI 1.22-2.19]。在一些研究中沒有發現pioglitazone的累積劑量或累積暴露時間與膀胱癌的相關性，包括這個在美國的10年觀察性研究，然而在其他研究則有。因這些研究和其他研究固有的限制及不一致的結果故無法確切解讀觀察資料。

Pioglitazone可能與膀胱腫瘤的風險增加有關。現有資料不足以判定pioglitazone是否是為泌尿道膀胱癌之促癌因子。因此，本藥不適用於進行性膀胱癌病人；曾有膀胱癌病史的病人，則應權衡本藥控制血糖的效益與癌症復發的未知風險。

給病人的訊息

告知病人堅守飲食指示及定期做血糖和HbA1c檢測很重要。

在特殊狀況，如發燒、創傷、感染或手術時，藥物需求量可能改變，此時病人應立即尋求醫師的指示。

病人服用pioglitazone 如發現異常體重驟增、水腫、呼吸短促或其他心臟衰竭的症狀時，應立即告知醫師。病人應被告知須在治療前及治療後定期於醫療專業人員的臨床判斷下檢測肝功能。此外，應告知病人如有無法解釋的噁心、嘔吐、腹脹、疲勞、食慾減退或尿液顏色變暗，應立即尋求醫師指示。

應告知病人每日服用pioglitazone一次。Pioglitazone可飯前或飯後服用，如果當天未服藥，不可隔天加倍服用。

當pioglitazone與胰島素或口服降糖藥物併用時，應對病人及其家屬說明發生低血糖危險性、其症狀和治療及可能誘發的情況。(因具胰島素阻抗而不排外的停經前婦女，使用pioglitazone(噁iazolidinediones類藥物)可能導致恢復排卵增加懷孕的風險，因此建議停經前婦女使用pioglitazone時，須採取適當的避孕措施。由於在臨床試驗中並未研究這種可能造成恢復排卵的作用，因此該作用發生的機率仍然未知)。

藥物交互作用

在體內藥物-藥物交互作用的研究中顯示，pioglitazone或許是一個 CYP450異構體CYP3A4受質之弱的誘導劑(請參照11. 藥物動力學特性及7. 交互作用)。CYP2C8誘導劑(如gemfibrozil)可明顯提高pioglitazone之AUC，而CYP2C8誘發劑(如rifampin)可明顯降低pioglitazone之AUC。所以，在pioglitazone治療期間，如果要開始或停止使用CYP2C8之抑制劑或誘發劑，糖尿病治療可能須根據臨床反應而改變(請參照11. 藥物動力學特性及7. 交互作用)。

致癌性、致突變性及生殖力的損害

以雄性及雌性大鼠進行二年致癌性試驗，其口服劑量高達63mg/kg(以mg/m² 換算，約為人體最大口服建議劑量45mg的14倍)，除了膀胱之外並沒有在其他器官發現藥物引起的腫瘤。當投與劑量為4mg/kg/day以上時(以mg/m² 換算，相當於人體最大口服建議劑量)，於雄鼠發現良性及/或惡性的過速細胞贅瘤，這一起在雄鼠的發現和人體的關連性並不清楚。另一為期2年以雄性及雌性小鼠進行的致癌性試驗，其口服劑量高達100mg/kg/day(以mg/m²換算，約為人體最大口服建議劑量的11倍)，在各器官中並沒有發現藥物所引發之腫瘤。在前瞻性尿液細胞學評估的臨床試驗中，1800位以上病人服用pioglitazone長達一年，並未鑑定出膀胱腫瘤的新病例。在兩項三年的研究中，pioglitazone與安慰劑或glyburid比較下，服用pioglitazone比率為16/3656(0.44%)，與無使用pioglitazone相比，其有膀胱腫瘤的比率為5/3679 (0.14%) 與沒有使用pioglitazone。在排除病人已經在一年內被診斷為膀胱癌後，有6個個案(0.16%)是使用pioglitazone，有2個(0.05%)是使用安慰劑。

於一連串基因毒性試驗中，包含Ames細菌分析、哺乳類動物進化基因的突變性試驗(CHO/HPRT及AS52/XPRT)、利用CHL細胞的體外細胞基因分析、不定期的DNA合成分析及體內淋巴核仁分析等，顯示Pioglitazone HCl並無致突變性。授予交配及受孕前後之雄性及雌性大鼠口服劑量高達40mg/kg/day的pioglitazone HCl (以mg/m²換算，約為人體最大口服建議劑量的9倍)，並未發現影響生殖力之副作用。

動物毒理學

每天授予口服的pioglitazone HCl給小鼠(100mg/kg)、大鼠(4mg/kg及更高劑量)與狗(3mg/kg)，曾發現有這些動物有心臟肥大現象(以mg/m² 換算，授予小鼠、大鼠及狗的劑量，分別約為人體最大口服建議劑量的11倍、1倍及2倍)。在一個持續一年的大鼠試驗中，口服劑量達到160mg/kg/day(以mg/m²換算，約為人體最大口服建議劑量的35倍)，曾出現由於明顯心臟功能異常而導致藥物相關之早期死亡。於一個13週的試驗，口服授予猴子8.9mg/kg及更高的劑量(以mg/m² 換算，約為人體最大口服建議劑量的4倍)，曾發現心臟肥大現象，但此現象於另一個52週、口服劑量高達32mg/kg(以mg/m² 換算，約為人體最大口服建議劑量的13倍)的試驗中並沒有發現。

- 特殊族群注意事項「依文獻記載」

- 懷孕：

風險摘要：

Pioglitazone使用於懷孕婦女的數據有限，不足以確定藥物相關的重大出生缺陷和流產的風險。懷孕時糖尿病控制不佳對母體與胎兒有相關風險。在動物生殖研究中，分別於懷孕的大鼠和兔子於器官形成期投與劑量達相當臨床劑量45毫克的5倍與35倍的pioglitazone(根據體表面積計算)，並無觀察到發育上的不良影響。(請參照6.1懷孕-數據)具有懷孕前糖尿病且HbA1c >7者，發生重大出生缺陷的背景風險估計為6 -10%，並曾有報告HbA1c >10者，其背景風險高達20 -25%。尚未知此特定族群懷孕的背景風險。在美國糖尿病人口中，估計在臨床辨認出的懷孕中發生重大出生缺陷與流產的背景風險分別是2-4%與15-20%。

臨床考量：

與疾病相關的孕婦和/或胚胎/胎兒的風險

控制不住的糖尿病增加了孕婦於懷孕期間糖尿病酮酸中毒、子癲前症、自發性流產、早產、死胎及分娩併發症的風險。控制不住的糖尿病增加胎兒重大出生缺陷、死胎、巨大胎兒相關發生率的風險。

數據：

動物數據

對懷孕的大鼠於器官形成期授予pioglitazone，依據體表面積，在20 mg/kg(相當於臨床劑量45毫克的5倍)並未導致發育上的不良反應，但在40及80mg/kg(相當於臨床劑量45毫克的9倍以上)導致延遲分娩和降低胚胎-胎兒活動力。對懷孕的兔子在器官形成期授予pioglitazone，依據體表面積，在80mg/kg(相當於臨床劑量45毫克的35倍)並未導致發育上的不良反應，但在160 mg/kg (相當於臨床劑量45毫克的69倍)導致胚胎—胎兒活動力降低。對懷孕後期與哺乳期的大鼠，依據體表面積，授予劑量10mg/kg的pioglitazone(相當於臨床劑量45毫克的2倍以上)，結果造成後代產後發育遲緩，體重降低。

- 哺乳：

風險摘要：

沒有關於pioglitazone分泌到人類乳汁、對哺乳嬰兒或對乳汁分泌影響的資料。Pioglitazone會分泌到大鼠乳汁，然而因為物種特異性的泌乳生理差異，動物數據可能無法可靠的預測在人類乳汁中的藥物濃度。需衡量哺乳對發育及健康的益處與母親對pioglitazone的臨床需求，以及pioglitazone或母體疾病狀況對哺乳嬰兒的任何潛在不良反應。

- 有生育能力的女性與男性：

使用pioglitazone治療時，需與更年期前婦女討論意外懷孕的可能性。如同其他thiazolidinediones，pioglitazone可能使無排卵的女性引起排卵，建議停經前已無排卵的女性，在接受pioglitazone治療期間採取適當的避孕措施。

- 小兒：

Pioglitazone對小兒安全性及效用尚未確立。

- 老年人：

在pioglitazone的安慰劑對照臨床試驗中，將近500位病人在年紀為65歲或以上，這些高齡病人和較年輕病人間療效及安全性並無顯著差異。

- 肝功能不全：目前尚無資訊。

- 腎功能不全：目前尚無資訊。

- 其他族群：目前尚無資訊。

- 交互作用：「依文獻記載」

健康受試者服用Pioglitazone 45mg一天一次，且併用下列藥物之研究已經完成，研究結果如下：

口服避孕藥：併用Pioglitazone (每天服用一次45mg)與一種口服避孕藥(每天服用一次1mg norethindrone及0.035mg ethinyl estradiol) 21天時，ethinyl estradiol的曲線下面積(0-24小時)及血中的尖峰濃度分別減少11%及11-14%，但norethindrone的曲線下面積(0-24小時)及血中的尖峰濃度無明顯改變。ethinyl estradiol之藥動學可見到有很高的變異性，但這項發現的臨床意義還不是很清楚。

Fexofenadine HCl：併用Pioglitazone一天一次和60mg Fexofenadine一天二次7天，並不會對pioglitazone的藥動學特性有顯著的影響，pioglitazone對Fexofenadine藥動學特性不會有顯著的影響。

Glipizide：併用Pioglitazone和5mg Glipizide一天一次7天，不會改變Glipizide穩定期的藥動學特性。

Digoxin：併用Pioglitazone和0.25 mg Digoxin一天一次7天，不會改變Digoxin穩定期的藥動學特性。

Warfarin：併用Pioglitazone和Warfarin一起使用7天，不會改變Warfarin穩定期的藥動學特性，把pioglitazone給予正在接受長期Warfarin治療的病人時，pioglitazone對前凝酶時間沒有臨床上的顯著的影響。

Metformin：在使用Pioglitazone 7天之後，併用pioglitazone和單一劑量1000mg之Metformin，不會改變單一劑量Metformin的藥動學特性。

Midazolam：在使用15天的Pioglitazone之後，接著授予單一劑量7.5 mg的Midazolam糖漿，會造成Midazolam的血中尖峰濃度和曲線下面積減少26%。

Ranitidine HCl：在授予Pioglitazone的7天期間內，同時有4天或7天的時間也授予Ranitidine一天二次，對Pioglitazone的藥動學特性都不會有顯著影響，Pioglitazone對Ranitidine藥動學特性不會產生臨床顯著之影響。

Nifedipine ER：讓男性與女性自願受試者在使用Pioglitazone的7天期間，同時投與30mg Nifedipine ER一天一次共4天，會造成未改變的Nifedipine之血中尖峰濃度最小均方值(90%信賴區間)為0.83 (0.73-0.95)，曲線下面積為0.88 (0.80-0.96)。有鑒於Nifedipine藥動學可見到很高的變異性，但這項發現的臨床意義還不甚清楚。

Ketoconazole：併用Pioglitazone和Ketoconazole 200mg一天二次共7天，會造成未改變的Pioglitazone之血中尖峰濃度最小均方值(90%信賴區間)為1.14 (1.06-1.23)、曲線下面積為1.34 (1.26-1.41)、血中最低濃度為1.87 (1.71-2.04)。

Atorvastatin Calcium：併用Pioglitazone和Atorvastatin calcium 80mg一天一次共7天，會造成未改變的Atorvastatin之血中尖峰濃度最小均方值(90%信賴區間)為

亡率或大血管事件並無增加。

[表3] 發生第一次及發生總和在每一種心血管併發症要素指標的數量

	安 慰 劑 N=2633		Pioglitazone N=2605	
心血管事件	第一次發生	發生總和	第一次發生	發生總和
任何發生	572	900	514	803
全部 - 導致死亡	122	186	110	177
非致命性心肌梗塞	118	157	105	131
中風	96	119	76	92
急性冠狀動脈症候群	63	78	42	65
心導管治療	101	240	101	195
腿部截肢	15	28	9	28
腿部血管繞道術	57	92	71	115

上市後報告也接獲使用者出現糖尿病性黃斑部水腫新生或惡化伴隨視力減退(請參照5.5 其他注意事項：一般注意事項-黃斑部水腫)

實驗至異常反應

血液學：Pioglitazone可能造成血紅素及血球比容降低。血紅素及血球比容因pioglitazone而下降的程度似乎與pioglitazone的劑量有關。綜合所有的臨床試驗，pioglitazone 治療的病人血紅素值平均降低2%~4%。一般來說，這些改變發生在治療的前4~12週，其後維持穩定。此改變可能與血漿體積增加有關，與任何顯著的血液臨床效應甚少關連。

Transaminase血清濃度：美國所有pioglitazone臨床試驗中，4780位pioglitazone治療病人有14位(0.43%)其ALT≥3倍正常值上限。所有病人後續追蹤皆發現升高的ALT值是可逆的。以pioglitazone治療的病人中，將最後一次回診與基準點比較，發現bilirubin、AST、ALT、alkaline phosphatase及GGT平均值均有下降的情況。在美國僅有不到0.9%以pioglitazone治療的病人，因為肝功能檢測異常而退出臨床試驗。

Pioglitazone在取得許可前的臨床試驗，並無特異性藥物反應導致肝臟衰竭的病例發生(請參照5.5 其他注意事項：一般注意事項-肝功能)。

CPK值：臨床試驗期間要求的實驗室檢測結果，發現有偶發性、短暫的creatine phosphokinase (CPK)值升高的現象。9位病人發生有單一、獨立CPK值大於10倍正常值上限(2150~11400 IU/L)。其中的8位仍繼續接受pioglitazone，有2位病人在CPK值升高時已完成試驗，另有一位病人因CPK值升高而停止治療。CPK值升高再回復後並無任何明顯的臨床後遺症。上述案例與服用本藥的相關性仍未確定。

8.3 上市後經驗：目前尚無資訊。

9. 過量：「依文獻記載」

在對照性臨床試驗中，曾報告有一個服用pioglitazone過量的案例。一位男性病人每日服用120mg連續4日，接著每日服用180mg連續7日。此病人否認於此期間有任何臨床上的症狀。如果有服藥過量的情況，應該根據病人的臨床症候及徵兆，提供適當的治療。

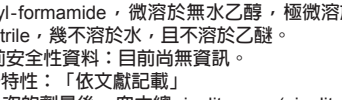
10. 藥理特性：「依文獻記載」

10.1 作用機轉：

胰島素是thiazolidinedione類的抗糖尿病藥物，必須有胰島素存在才有作用。可降低周邊組織與肝臟的胰島素阻抗而增加依賴胰島素的葡萄糖利用，且降低肝臟的葡萄糖產量。的不同於，它是peroxisome proliferatoractivated receptor- γ (PPAR γ)的強力高選擇性作用劑，PPAR受器存於數種對胰島素作用很重要的組織中，例如脂肪組織，骨骼肌及肝臟。活化 PPAR γ 細胞核受器可以調整數種受胰島素作用影響而控制葡萄糖及脂質代謝的基因的轉錄。在糖尿病動物模式中，pioglitazone能降低類似第2型糖尿病之高血糖、高胰島素血症及高三酸甘油脂血症等胰島素阻抗狀態。在很多胰島素阻抗的動物模式中，皆可發現因pioglitazone所產生的代謝改變而導致依賴胰島素作用之組織反應性提高。由於pioglitazone是藉由降低胰島素阻抗來加強血中胰島素作用，它在缺乏內生性胰島素的動物模式中，並不會降低血糖。

10.2 藥效藥理特性：

Piotas 是一種口服抗糖尿病藥物，其主要的作用是降低胰島素阻抗，用於治療第2型糖尿病(即非胰島素依賴型糖尿病NIDDM或成年型糖尿病)。藥理研究發現，它可以改善肌肉及脂肪組織對胰島素的敏感度，且抑制肝臟的糖質新生作用(glucoseogenesis)。Piotas改善血糖的控制，同時降低血中胰島素濃度。物理化學性質「依文獻記載」Pioglitazone (($\pm$)-5-[[4-[2-(5-ethyl-2-pyridinyl) ethoxy] phenyl] methyl]-2, 4-) thiazolidinedione monohydrochloride 或不同胰基尿素類藥物(sulfonylureas)、雙膦類藥物(metformin)或 α -葡萄糖抑制劑(甘肅劑(α -glucosidase inhibitors)，其與上述藥物的化學分類及藥理作用不同。本藥由化學合成，分子內含有一個不對稱的碳，以消除混合物(racemic mixture)型式使用，在體內(+) 旋、(-)旋2個鏡像化合物(enantiomer)會相互轉換，但在藥理作用上並無不同。其結構式如下所示：



Pioglitazone Hydrochloride 是無臭的白色結晶狀粉末，分子式為C₁₉H₂₀N₂O₃·HCl，分子量為392.9，可溶於N、N-dimethyl-formamide，微溶於無水乙醇，極微溶於丙酮及acetonitrile，幾不溶於水，且不溶於乙醚。

10.3 臨床前安全性資料：目前尚無資訊。

11. 藥物動力學特性：「依文獻記載」

服用每日一次的劑量後，血中總pioglitazone (pioglitazone+活性代謝物)的濃度可維持24小時，7日內血中pioglitazone及總pioglitazone的量可達到穩定期。穩定期下，pioglitazone的三種活性代謝物，代謝物III(M-III)及IV(M-IV)，血中的濃度相當於或甚至高於pioglitazone本身的濃度。在健康自願者及罹患第2型糖尿病病人的身上，pioglitazone約佔總pioglitazone血中尖峰濃度的30%~50%及曲線下面積(AUC)的20%~25%。每日使用15mg及30mg的劑量，pioglitazone及總pioglitazone之血清最大濃度(C_{max})、曲線下面積(AUC)及血清最低濃度(C_{min})是成比例增加的。而在每日60mg的劑量下，這些數值稍低於成比例的增加。

吸收：在空腹狀態下口服之後，在30分鐘內可於血中第一次測到pioglitazone，尖峰濃度的出現不超過二個小時。食物會稍延遲血中尖峰濃度出現的時間至3~4小時，但並不改變吸收的程度。

分佈：單次投與pioglitazone，其平均分佈體積(Vd/F)為0.63 ± 0.41 (mean ± SD) L/Kg體重。在人的血清中，pioglitazone廣泛地和蛋白質結合(>99%)，主要是血清白蛋白；雖然pioglitazone也和其他的血清蛋白質結合，但親合力較低。代謝物M-III及M-IV也廣泛地和血清白蛋白結合(>98%)。

代謝：Pioglitazone主要是經氧化及氧化來代謝，其代謝產物有部份會轉換成尿酸鹽(glucuronide)或硫酸鹽結合物。在第2型糖尿病的動物模式中，M-II及M-IV (pioglitazone的氧基衍生物)及M-III (pioglitazone的酮基衍生物)為藥理活性代謝物。多次劑量後，人體血清中除了pioglitazone外，主要與藥物相關的代謝物為M-III及M-IIIAB。在穩定期時，不論是健康自願者或第2型糖尿病病人，pioglitazone 約佔所有血清尖峰濃度的30%~50%及曲線下面積的20%~25%。體外試驗顯示，與肝臟代謝pioglitazone有關的Cytochrome P450異構物主要為CYP2C8和CYP3A4，其他多種異構物，包括肝外CYP1A1也有貢獻。體內試驗，則曾進行過pioglitazone與P450抑制劑及受質併用的研究(請參照5.5 其他注意事項：一般注意事項-藥物交互作用)。由投與pioglitazone病人尿中測得的 6 β -hydroxycortisol/cortisol比率顯示，pioglitazone不是一個強的CYP3A4誘導物。

排泄及排除：口服之後，約15%~30%的 pioglitazone量由尿液排出。Pioglitazone由腎臟排出的量幾可忽視，主要是以代謝物或其結合物的形式排出。據推測，大部份的口服劑量以原型或代謝物型式經由膽汁，以糞便排除。Pioglitazone及總pioglitazone的平均血中半衰期分別為3~7小時及16~24小時。Pioglitazone的廓清率(CL/F)為5~7 L/hr。

特殊族群

腎功能不全者：中度腎臟損害(肌酸酐廓清率30~60 ml/min)至嚴重腎臟損害(肌酸酐廓清率<30 ml/min)的病人和正常人比較，其pioglitazone、M-II及M-IV之血中半衰期並無差異。所以對腎功能異常的病人不建議調整劑量。(請參照3.3 特殊族群用法用量)。

肝功能不全者：和正常人比較，肝功能損害(Child-Pugh Grade B/C)的病人，其pioglitazone和總pioglitazone平均血中尖峰濃度約減少45%，但曲線下面積並無改變。Pioglitazone療法不建議使用於臨床症狀明顯的活動性肝病病人或血清中Transaminase (ALT)值超過2.5倍正常值上限的病人(請參照5.5 其他注意事項：一般注意事項-肝功能)。

老年人：對健康高齡者，pioglitazone和總pioglitazone於血中的尖峰濃度和年輕者並無顯著不同，但曲線下面積稍高及半衰期也稍延長。但這些改變並不認為具有臨床相關性。

兒童：目前尚無兒童族群的藥物動力學資料。

性別：女性的平均尖峰濃度和曲線下面積增加20%~60%。無論是單獨使用或併用sulfonylurea、metformin或insulin，pioglitazone皆能改善男性及女性的血糖控制。臨床試驗的對照組中發現，糖化血色素(HbA1c)下降的程度通常女性高於男性(HbA1c 平均相差0.5%)。由於每位病人都必須個別治療以達到控制血糖之目的，故不須針對性別做劑量調整。

種族：尚無種族差異的藥物動力學資料。

12. 臨床試驗資料：「依文獻記載」

臨床研究顯示pioglitazone能改善胰島素阻抗病人的胰島素敏感度。pioglitazone會加強細胞對胰島素的反應，增加依賴胰島素的葡萄糖利用，改善肝臟對胰島素的敏感度及改善失衡的葡萄糖恆定(homeostasis)。對第2型糖尿病病人，pioglitazone降低胰島素阻抗，而使血糖降低，血漿中胰島素濃度及HbA1c降低。根據一個開放性的延時試驗結果顯示，pioglitazone降低血中葡萄糖效應可持續至少一年。在對照臨床試驗中，pioglitazone和sulfonylurea、metformin或insulin併用，對血糖的控制具有相加效果。Pioglitazone的臨床試驗亦包含血脂質異常的病人，整體看來，病人使用pioglitazone可降低三酸甘油酯，增加高密度膽固醇(HDL)，但對低密度膽固醇(LDL)及總膽固醇並無改變。在一個26週、安慰劑對照、不同劑量的臨床試驗中，15 mg、30 mg及45 mg Pioglitazone組之平均三酸甘油酯皆降低，而安慰劑組則增加；pioglitazone組病人平均之高密度膽固醇(HDL)的量與安慰劑組比較有顯著地增加，與安慰劑組比較，pioglitazone組病人的低密度膽固醇(LDL)及總膽固醇則沒有顯著差異 (表4) [表4] 在26週、不同劑量、安慰劑單獨療法之對照試驗中的血脂變化

	安慰劑	Pioglitazone 15 mg	Pioglitazone 30 mg	Pioglitazone 45 mg
	每日一次	每日一次	每日一次	每日一次
三酸甘油酯(mg/dL)	N=79	N=79	N=84	N=77
基準點(平均)	262.8	283.8	261.1	259.7
相對基準點改變的百分比(調整後的平均)*	4.8%	-9.0% [†]	-9.6% [†]	-9.3% [†]
高密度膽固醇(mg/dL)	N=79	N=79	N=83	N=77
基準點(平均)	41.7	40.4	40.8	40.7
相對基準點改變的百分比(調整後的平均)*	8.1%	14.1% [†]	12.2%	19.1% [†]
低密度膽固醇(mg/dL)	N=65	N=63	N=74	N=62
基準點(平均)	138.8	131.9	135.6	126.8
相對基準點改變的百分比(調整後的平均)*	4.8%	7.2%	5.2%	6.0%
總膽固醇(mg/dL)	N=79	N=79	N=84	N=77
基準點(平均)	224.6	220.0	222.7	213.7
相對基準點改變的百分比(調整後的平均)*	4.4%	4.6%	3.3%	6.4%
*Adjusted for baseline, pooled center and pooled center by treatment interaction				
[†] p < 0.05 vs. 安慰劑				

在另外2個單獨治療之試驗(16週及24週)或合併sulfonylurea(16週及24週)以及合併metformin(16週及24週)治療的試驗，皆顯示與上表一致的結果。在安慰劑對照試驗中，經安慰劑對照校正後，相較於基準點(baseline)，三酸甘油酯降低了5%~26%而高密度膽固醇(HDL)增加了6%~13%。類似的結果亦可見於pioglitazone與sulfonylurea或metformin進行24週的合併療法中。併用胰島素治療試驗(16週)，經安慰劑對照校正後的pioglitazone組顯示亦可降低三酸甘油酯。在pioglitazone 15mg劑量組，低密度膽固醇(LDL)降低了7%，高密度膽固醇(HDL)及總膽固醇的改變和上述試驗相似。類似的結果亦可見於pioglitazone與胰島素進行24週的合併療法中。

單獨療法

在美國有3個隨機、雙盲、安慰劑對照的試驗，為期16~26週，目的為評估以pioglitazone為單獨療法治療第2型糖尿病病人的療效，共計治療865位病人，pioglitazone的最高劑量至45mg或安慰劑每日一次。在26週的不同劑量試驗中，408位第2型糖尿病病人隨機分配到每日服用一次7.5mg、15mg、30mg或45mg pioglitazone或安慰劑。每日服用一次7.5mg、15mg、30mg或45mg pioglitazone相較於安慰劑組，均顯著改善HbA1c及空腹血糖(FPG)(見圖1，表4) [圖1] 顯示在26週的試驗中，所有受試者其空腹血糖和HbA1c在不同時間的變化

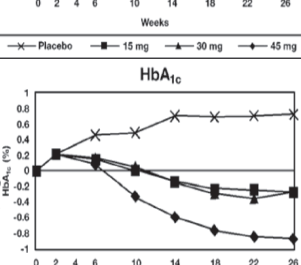


表5顯示所有受試者的 HbA1c和空腹血糖值。

[表5] 在26週的不同劑量、安慰劑對照試驗中的血糖指標

	安慰劑	Pioglitazone 15 mg	Pioglitazone 30 mg	Pioglitazone 45 mg
	每日一次	每日一次	每日一次	每日一次
所有受試者				
HbA1c (%)	N=79	N=79	N=85	N=76
基準點(平均)	10.4	10.2	10.2	10.3
相對基準點的改變 (調整後的平均)*	0.7	-0.3	-0.3	-0.9
與安慰劑組的差異 (調整後的平均)*		-1.0*	-1.0*	-1.6*
空腹血糖(mg/dL)	N=79	N=79	N=84	N=77
基準點(平均)	268	267	269	276
相對基準點的改變 (調整後的平均)*	9	-30	-32	-56
與安慰劑組的差異 (調整後的平均)*		-39*	-41*	-65*
*Adjusted for baseline, pooled center and pooled center by treatment interaction				
[†] p < 0.050 vs. 安慰劑				

受試者包含從未使用過抗糖尿病藥物的病人(31%)及參與試驗前已服用過抗糖尿病藥物的病人(69%)，這方面的數據列於表6中。所有的病人在進入 雙盲試驗治療前先進入8週的篩選期，對於從未服用抗糖尿病藥物的病人，在篩選期造成HbA1c及空腹血糖值的改變不大。然而，對於已服用過抗糖尿病藥物的病人，在篩選期停止服用原有之抗糖尿病藥物，會導致血糖控制惡化及 HbA1c和空腹血糖值升高，雖然大部分已服藥的病人在接受 pioglitazone 治療後，其HbA1c和空腹血糖值皆從基準點下降，但許多病人在

試驗結束時並不會回復到篩選時的數值。本實驗設計並不評估由服用另一種抗糖尿病藥物直接轉換pioglitazone的受試者。

[表6] 在26週的不同劑量、安慰劑對照試驗中的血糖指標

	安慰劑	Pioglitazone 15 mg	Pioglitazone 30 mg	Pioglitazone 45 mg
	每日一次	每日一次	每日一次	每日一次
從未使用過抗糖尿病藥物的受試者				
HbA1c (%)	N=25	N=26	N=26	N=21
篩選期數值(平均)	9.3	10.0	9.5	9.8
基準點(平均)	9.0	9.9	9.3	10.0
相對基準點的改變 (調整後的平均)*	0.6	-0.8	-0.6	-1.9
與安慰劑組的差異 (調整後的平均)*		-1.4	-1.3	-2.6
空腹血糖(mg/dL)	N=25	N=26	N=26	N=21
篩選期數值(平均)	223	245	239	239
基準點(平均)	229	251	225	235
相對基準點的改變 (調整後的平均)*	16	-37	-41	-64
與安慰劑組的差異 (調整後的平均)*		-52	-56	-80
已服用過其他抗糖尿病藥物的受試者				
HbA1c (%)	N=54	N=53	N=59	N=55
篩選期數值(平均)	9.3	9.0	9.1	9.0
基準點(平均)	10.9	10.4	10.4	10.6
相對基準點的改變 (調整後的平均)*	0.8	-0.1	-0.2	-0.6
與安慰劑組的差異 (調整後的平均)*		-1.0	-0.9	-1.4
空腹血糖(mg/dL)	N=54	N=53	N=58	N=56
篩選期數值(平均)	222	209	230	215
基準點(平均)	285	275	286	292
相對基準點的改變 (調整後的平均)*	4	-32	-27	-55
與安慰劑組的差異 (調整後的平均)*		-36	-31	-59
*Adjusted for baseline and pooled center				

在24週的安慰劑對照試驗中，將260位第2型糖尿病病人隨機分配到2組強制劑量調整的pioglitazone組或安慰劑組，其他的抗糖尿病藥物治療都必須於雙盲試驗期的6週前停藥。其中一組pioglitazone組服用的起始劑量為7.5mg每日一次，4週後，劑量增加為15mg每日一次；再過4週，劑量增至30mg每日一次，維持此劑量至試驗結束(16週)。第二組pioglitazone治療組，服用每日一次的起始劑量為15mg，以前述方式將pioglitazone劑量增加為30mg及45mg。上述pioglitazone治療方式，實驗結束時與安慰劑組比較，顯著改善HbA1c和空腹血糖值，且具統計上的意義(見表7)。

[表7] 在24週的強制劑量調整、安慰劑對照試驗中的血糖指標

	安慰劑	Pioglitazone 30 mg ⁺	Pioglitazone 45 mg ⁺
	每日一次	每日一次	每日一次
所有受試者			
HbA1c (%)	N=83	N=85	N=85
基準點(平均)	10.8	10.3	10.8
對基準點的改變 (調整後的平均)**	0.9	-0.6	-0.6
與安慰劑組的差異 (調整後的平均)**		-1.5*	-1.5*
空腹血糖(mg/dL)	N=78	N=82	N=85
基準點(平均)	279	268	281
對基準點的改變 (調整後的平均)**	8	-44	-50
與安慰劑組的差異 (調整後的平均)**		-62*	-68*
*強制劑量調整的最終劑量			
** Adjusted for baseline, pooled center and pooled center by treatment interaction.			
*p<0.050 vs. 安慰劑			

對於從未使用過抗糖尿病藥物的病人(24%)，於篩選期平均HbA1c值為10.1%，平均空腹血糖值為238mg/dL。基準點的HbA1c值平均為10.2%，空腹血糖值平均為243mg/dL。相較於安慰劑組，採用 pioglitazone 劑量漸增的方式至最終劑量為30mg及45mg者，平均HbA1c值各降低2.3%及2.6%，而平均空腹血糖值各降低63mg/dL及95mg/dL。對於已服用抗糖尿病藥物的病人(76%)，其治療藥物皆於篩選期停藥，停藥時平均HbA1c值為9.4%，平均空腹血糖值為216mg/dL。基準點的平均HbA1c值為10.7%，平均空腹血糖值為290mg/dL。相較於安慰劑組，採用 pioglitazone 劑量漸增的方式至最終劑量為30mg及45mg者，其HbA1c值平均各降低1.3%及1.4%，而空腹血糖值平均則各降低55mg/dL及60mg/dL。對很多曾服藥的病人來說，於試驗結束時，其HbA1c值和空腹血糖值並不會回復至篩選期的數值。在16週的試驗，197位第2型糖尿病病人被隨機分配到30mg pioglitazone 組或安慰劑組每日服藥一次。任何其他的抗糖尿病治療藥物都必須於雙盲試驗期的6週前停藥。服用30mg pioglitazone組相較於安慰劑組，顯著改善HbA1c和空腹血糖值，且具統計上意義。(表8) [表8] 在16週的安慰劑對照試驗中的血糖指標

	安慰劑	Pioglitazone 30 mg 每日一次
所有受試者		
HbA1c	N=93	N=100
基準點(平均)	10.3	10.5
對基準點的改變 (調整後的平均)**	0.8	-0.6
與安慰劑組的差異 (調整後的平均)**		-1.4*
空腹血糖(mg/dL)	N=91	N=99
基準點(平均)	270	273
對基準點的改變 (調整後的平均)**	8	-50
與安慰劑組的差異 (調整後的平均)**		-58*
** Adjusted for baseline, pooled center and pooled center by treatment interaction.		
*p<0.050 vs. 安慰劑		

對於從未使用過抗糖尿病藥物的病人(40%)，於篩選期平均HbA1c值為10.3%，平均空腹血糖值為240 mg/dL。基準點的平均HbA1c值為10.4%，平均空腹血糖值為254 mg/dL。相較於安慰劑組，服用Pioglitazone 30 mg組其HbA1c平均降低1.0%，空腹血糖值降低62 mg/dL。對於已使用過其他種抗糖尿病藥物的病人(60%)，其治療藥物皆於篩選期停藥。停藥時平均HbA1c值為10.6%，平均空腹血糖值為216 mg/dL。基準點的平均HbA1c值為10.6%，平均空腹血糖值為267 mg/dL。相較於安慰劑組，服用Pioglitazone 30 mg組其HbA1c值平均降低1.3%，空腹血糖值平均降低46 mg/dL。對很多曾服藥的病人來說，於試驗結束時，其HbA1c值和空腹血糖值並不會回復至篩選期的數值。

合併療法

有三個16週、隨機、雙盲、安慰劑對照的臨床試驗及三個24週、隨機、雙盲、安慰劑對照的臨床試驗，對目前以metformin、sulfonylurea或insulin治療仍未能適當控制血糖的第2型糖尿病病人(HbA1c ≥ 8%)，評估pioglitazone對其血糖控制的效果。病人先於治療糖尿病的方法可為單獨療法或合併療法。Pioglitazone併用sulfonylurea的臨床試驗有二個pioglitazone併用 sulfonylurea的臨床試驗。二個試驗均包含單獨服用sulfonylurea或合併其他抗糖尿病藥物治療的第2型糖尿病病人。所有其他的抗糖尿病藥物均於開始試驗前停藥。在第一個合併療法試驗中，560 名病人被隨機分配到每日一次的pioglitazone 15mg、30mg組或安慰劑組，再加上原使用的sulfonylurea療法，共計進行16週的臨床試驗。於16週時，與安慰劑組比較，pioglitazone併用sulfonylurea療法使pioglitazone 15mg組及pioglitazone 30mg組的平均HbA1c顯著降低0.9%及1.3%。相較於安慰劑組，pioglitazone 15mg組及pioglitazone 30mg組空腹血糖值平均分別降低39 mg/dL及58 mg/dL。在第二個合併療法試驗中，720 名病人被隨機分配到每日一次的pioglitazone 30mg、45mg組加上原使用的sulfonylurea療法，共計進行24週的臨床試驗。在24週時，30mg及45mg組由基準點的HbA1c平均減少值，分別為1.55%及1.67%，由基準點的空腹血糖平均減少值分別為 51.5mg/dL及56.1mg/dL。無論病人服用的是低、中或高劑量的sulfonylurea (<50%，50%或 >50%的每日最大建議劑量)，pioglitazone和sulfonylurea併用的療效非常顯著。

Pioglitazone併用metformin的臨床試驗

有二個pioglitazone併用metformin的臨床試驗。二個試驗均包含單獨服用metformin或合併其他抗糖尿病藥物治療的第2型糖尿病病人。所有其他的抗糖尿病藥物均於開始試驗前停藥。在第一個合併療法試驗，328 名病人被隨機分配到每日一次pioglitazone 30mg組或安慰劑組，再加上原使用的metformin療法，共計進行16週的臨床試驗。在16週時，相較於安慰劑組，pioglitazone併用metformin療法使平均HbA1c顯著降低0.8%，平均空腹血糖顯著降低38mg/dL。在第二個合併療法試驗，827名病人被隨機分配到每日一次的pioglitazone 30mg或45mg組加上原使用的metformin療法，共計進行24週的臨床試驗。於24週時，30mg及45mg組由基準點HbA1c平均減少值，分別為0.80%及1.01%，由基準點的空腹血糖平均減少值分別為38.2mg/dL及50.7mg/dL。無論病人服用的是較低或較高劑量的metformin (每日 < 2000mg 或 ≥ 2000mg)，pioglitazone和metformin併用的療效非常顯著。

Pioglitazone併用胰島素的臨床試驗

有二個pioglitazone併用胰島素的臨床試驗。二個試驗均包含單獨使用胰島素或合併其他抗糖尿病藥物治療的第2型糖尿病病人。所有其他的抗糖尿病藥物均於開始試驗前停藥。在第一個合併療法試驗中，566名平均每天接受60.5單位(中位數)胰島素的病人被隨機分配到每日一次的pioglitazone 15mg、30mg組或安慰劑組，再加上原使用的胰島素療法，共計進行16週的臨床試驗。於16週時，相較於安慰劑組，加上pioglitazone的胰島素合併治療明顯地同時降低平均HbA1c (pioglitazone 15mg 組0.7%，pioglitazone 30mg組1.0%)及空腹血糖值(pioglitazone 15mg組35mg/dL，pioglitazone 30mg組49mg/dL)。在第二個合併療法試驗中，690名病人被隨機分配到每日一次的pioglitazone 30mg或45mg組，再加上原使用的胰島素療法，共計進行24週的臨床試驗。於24週時，30mg及45mg組由基準點的HbA1c平均減少值分別為1.17%及1.46%，由基準點的空腹血糖平均減少值分別為31.9 mg/dL及45.8 mg/dL。伴隨著血糖控制的情況獲得改善，30mg及45mg組每天需要使用的胰島素劑量相較於基準點分別顯著減少6.0%及9.4%。不論病人是接受較低或較高劑量的胰島素(每日< 60.5單位或 ≥ 60.5單位)，pioglitazone和胰島素的併用的療效非常顯著。

13. 包裝及儲存

13.1 包裝：

“培力”安甌錠15毫克：2~1000錠鋁膠瓶裝，鋁箔盒裝。

“培力”安甌錠30毫克：4~1000錠鋁膠瓶裝，鋁箔盒裝。

13.2 效期：如外包装所示。

13.3 儲存條件：25°C以下。

13.4 儲存注意事項：密閉儲存。

14. 病人使用須知

「含pioglitazone 成分藥品病人用藥須知」