



賽德薩注射劑100毫克/500毫克

CYTOSAR FREEZE-DRIED POWDER FOR INJECTION 100MG/500MG

100 毫克衛署藥輸字第 001878 號

500 毫克衛署藥輸字第 001879 號

1. 藥品名稱

賽德薩注射劑100毫克

賽德薩注射劑500毫克

2. 定性與定量組成

CYTOSAR每瓶凍晶產品含Cytarabine 100毫克，500毫克

全部賦形劑請參見第6.1節

3. 劑型

乾粉注射劑

4. 臨床特性

4.1 適應症

急性顆粒白血症及其他急性白血症

說明

本品主要是用於誘發和維持兒童和成人的急性非淋巴細胞白血症之緩解。它也可用於其他白血症。如：急性淋巴細胞白血症、慢性骨髓性白血症(急性轉化期, blast phase)的治療。本品可以單獨使用或與其他抗腫瘤劑合併使用，通常合併使用獲得最佳的療效。藉本品誘發的緩解作用若不繼續以維持療法則效果短暫。

本品曾被實驗於各種腫瘤性疾。大致上，本品僅對少數患者之實質腫瘤有效。然而以包括本品之合併療法對兒童之非何杰金氏淋巴癌有益。

本品以大劑量2-3 g/m²靜脈輸注1~3小時，每12小時給藥一次，治療2~6天，不論有無併用其它癌症化學治療劑，都被證明對高危險性白血症、難治性白血症及復發性急性白血症等有效。本品單獨使用或併用methotrexate, hydrocortisone sodium succinate經椎管內給藥可預防或治療腦膜性白血症。

4.2 用法和用量

本藥限由醫師使用

100毫克：靜脈注射、椎管內注射與皮下注射。

500毫克：靜脈注射。

CYTOSAR口服無效。療程和給藥方法因治療計畫而不同。本品可以用靜脈輸注或靜脈注射、皮下注射或椎管內給藥。患者接受快速靜脈注射比慢速靜脈輸注更能忍受較高之總劑量。此現象與藥物快速失去活性及敏感的正常細胞和腫瘤細胞在快速注射後短暫暴露於有意義濃度之因素有關。正常細胞和腫瘤細胞對此兩種不同給藥方式之反應似乎平行，但在臨床利益上並無明顯區別。

對急性非淋巴細胞白血症之誘導療法，一般cytarabine與其它抗腫瘤藥物併用之劑量為連續靜脈輸注100 mg/m²/天(第1~7天)或每12小時靜脈注射100 mg/m² (第1~7天)。

對治療急性淋巴細胞白血症之現行建議用量，請參考文獻。

腦膜性白血症之椎管內用藥：

CYTOSAR對急性白血症之椎管內用藥，劑量為5~75 mg/m²身體表面積。投藥頻率從一天一次用藥四天到每四天一次。最常使用的劑量為每4天授予30mg/m²，直到腦脊髓液檢查結果正常，接下來再給予一次額外的治療。劑量計畫通常由中樞神經系統表現之型式和嚴重性及對前次治療之反應所掌控。

CYTOSAR曾併用methotrexate, hydrocortisone sodium succinate經椎管內給藥，用於新診斷出急性淋巴細胞白血症之病童，以預防及治療腦膜性白血症。

調配：

CYTOSAR主要是為了單劑量投藥而調配成溶液使用。當使用於多劑量投藥時，其溶劑應含有保存劑。

CYTOSAR滅菌粉末可溶於注射用水、0.9%生理食鹽水或5%葡萄糖水(含或不含保存劑)。椎管內用藥則建議使用不含保存劑之0.9%生理食鹽水。

CYTOSAR經調配後可得之最高濃度為100 mg/ml，為了得到準確的100 mg/ml溶液，需加入以下的量：

需加毫升量	CYTOSAR
4.7毫升	500毫克
9.4毫升	1公克
18.7毫升	2公克

4.3 禁忌症

對本品中藥物活性物質或第6.1節所列賦形劑過敏。對於其他藥物已經引起骨髓抑制的患者，不該施行CYTOSAR[®]治療，除非認為此種治療是患者的最佳治療選擇。

4.4 警語及使用注意事項

綜述

只有專門從事癌症化學療法的臨床醫師方可使用CYTOSAR。施行誘導緩解治療時，患者須住院，在有必要設備及實驗室的部門中治療，以保證能適當控制藥品的耐受性，並保護或維護身體功能因藥品毒性受損患者的性命。

確定懷孕或可能懷孕的婦女不可使用本品。

CYTOSAR主要的續發反應是骨髓抑制作用，因此會伴隨白血球減少、血小板減少及貧血。較不重要的續發臨床表徵為噁心、嘔吐、腹瀉、腹痛及口腔潰瘍。肝功能改變也可能發生。醫師應小心權衡患者可能由此種治療得到的益處與本品可能引起的續發反應。

醫師在表達其對是否該處方此種治療的意見之前，必須徹底瞭解說明書的內容。

由於本藥主要在肝臟代謝，故對肝功能改變的患者使用本品須謹慎，而且必須減低劑量。

血液反應

CYTOSAR有強烈的骨髓抑制作用，嚴重程度取決於藥品劑量和給藥方案。對已有藥物引發骨髓抑制的患者使用時要特別小心。接受此藥的患者必需在嚴密的醫藥監視下，並且在

治療期間必須每天檢查白血球及血小板計數。當芽細胞(blasts)從未梢血液消失後，要常做骨髓檢查。應該配備相應設施以處理可能導致患者死亡的骨髓抑制併發症(如顆粒性白血球減少和其他身體防禦機能損害導致的感染以及血小板減少所引發的出血症)。

當血小板數目低於50,000/mm³或顆粒性白血球數目少於1,000/mm³時，需考慮停藥或修改療法。停藥後末梢血液內成形血球的數目可能繼續下降，且在停藥後12~24天內達到最低值。

有骨髓活性恢復之確切徵象，而且血小板或顆粒性白血球的數目增加時，即可恢復治療。等到血液學檢查值完全恢復正常之後再恢復治療，可能導致疾病失控。

其他任何器官/系統出現嚴重的中毒徵象，或者末梢血液內成形血球的數目迅速降低時，可採取不同的防範措施。Cytarabine治療曾發生過敏性反應。已有報告發現曾有過敏性反應導致心肺功能驟停、必須施行復甦術。這在cytarabine靜脈給藥後立即發生。

尚未核准高劑量給藥方案

已發現CYTOSAR授予高劑量(2-3g/m²) CYTOSAR曾引發嚴重的中樞神經系統、胃腸道臟器和肺毒性，有時可致死(反應不同於標準治療計畫)。

這些不良反應包括可逆性角膜炎和出血性結膜炎，局部使用corticosteroid類眼藥水可預防或減輕症狀；大腦和小腦功能障礙(一般可逆)，可出現性情改變、困倦、驚厥和昏迷；嚴重的胃腸道潰瘍，包括腸氣囊病導致腹膜炎；敗血症和肝臟腫；伴隨高膽紅素血症的肝損害；小腸壞死和壞疽性結腸炎；肺水腫。

已有報告發現高劑量cytarabine治療後出現嚴重甚至致死性肺毒性、成人呼吸窘迫症候群和肺水腫。

已有報告發現高劑量cytarabine實驗性治療白血症復發後出現急性呼吸衰竭並迅速進展為肺水腫，放射影像下發現明顯心臟擴大，此症狀可導致死亡。

已有在使用cyclophosphamide預備骨髓移植時，因使用實驗性高劑量cytarabine後發生致死性心臟損害的病例：是否出現此反應取決於治療方案。

高劑量cytarabine與daunorubicin、asparaginase聯合使用治療成人急性非淋巴細胞性白血症後曾發生週邊運動和感覺神經病變的情況。對於接受高劑量CYTOSAR治療的患者，應當密切觀察是否開始出現神經性病變，必要時要考慮改變劑量方案以避免導致不可逆的神經病變。

已有報導發現罕見嚴重皮膚導致脫皮。高劑量治療方案比標準方案更易出現完全脫髮。以快速靜脈輸注的方式授予高劑量時，患者常有噁心反應，有時還會出現嘔吐之不良反應，這種情況甚至可能持續達數小時。採用慢速靜脈輸注投藥時，這種問題通常較少發生。

常規給藥方案

已有報告發現常規cytarabine給藥併用其他藥品治療患者後出現腹部壓痛(腹膜炎)和guaiac陽性結腸炎伴隨嗜中性白血球低下和血小板減少。非手術治療對這些患者有效。已有報告發現併用其他藥品治療的AML兒童鞘內注射和靜脈注射常規劑量cytarabine後發生遲發進行性上行麻痺並導致死亡。

肝及/或腎功能損害

給藥的cytarabine大部分可經人體肝臟轉化為無毒物質。需要特別注意的是，腎或肝功能不全的患者在接受高劑量cytarabine治療後更易發生中樞神經系統毒性。肝或腎功能不全的患者使用本藥品時要謹慎，可能需要降低給藥劑量。

接受本品治療的患者，應定期接受骨髓活性、肝、腎功能等檢查。

神經損傷

已有報告發生從頭痛到癱瘓、昏迷和中風樣發作的嚴重神經系統不良反應的病例，主要發生在靜脈注射cytarabine聯合鞘內注射methotrexate的青少年患者中。

腫瘤溶解症候群

如同所有細胞毒性藥物，CYTOSAR能快速分解新成形的細胞，繼而引起高尿酸血症，故應定期監視患者血中尿酸濃度，必要時應採取適當的治療措施。

胰腺炎

已有報告發現cytarabine併用其他藥物治療患者發生的急性胰腺炎。

免疫抑制作用/感染風險增加

接受包括cytarabine在內的化療藥物治療導致免疫抑制的患者接種活性疫苗或滅毒活疫苗後可導致嚴重或致死性感染。接受cytarabine治療的患者應避免接種活性疫苗。可給與非活性或不活化疫苗；然而對此疫苗的免疫反應可能減弱。

Cytarabine已被證實對動物具有致突變性和致癌性。

4.5 藥品交互作用及其他交互作用

Digoxin

併用beta-acetyldigoxin及包含cyclophosphamide、vincristine和prednisone(含或不含CYTOSAR或procabazine)之化學治療的患者，digoxin的穩定狀態血漿濃度和腎臟配體排泄會有可逆性降低的現象。Digitoxin之穩定狀態血漿濃度似乎沒有改變。因此對於接受此種化學治療型的患者，須監測digoxin的血中濃度。對此類患者可考慮以digitoxin代之。

Gentamicin

體外克雷白氏肺炎桿菌(*K. pneumoniae*)感受性試驗顯示，cytarabine會對gentamicin的作用產生拮抗的效果。因此對正在接受cytarabine治療，並用gentamicin治療克雷白氏肺炎桿菌感染患者之患者，若迅速的治療反應未出現時，則需重新評估其抗菌療法。

Fluorocytosine

在CYTOSAR治療期間，fluorocytosine的療效可能受抑制，因其吸收可能產生競爭性抑制作用。

Methotrexate

靜脈注射cytarabine併用鞘內注射methotrexate會增加出現嚴重神經系統不良反應(諸如頭痛、麻痺、昏迷和類中風症候群)的風險。

4.6 生育、懷孕與授乳

懷孕

尚未進行孕婦使用cytarabine的研究。已知CYTOSAR會使某些種類動物產生畸胎。孕婦或將要懷孕的女性必須在考慮到對母體和胎兒可能的利弊後才能使用本藥品。應建議有生育能力的女性採取避孕措施。

已經觀察到懷孕期間暴露於cytarabine(單用或與其他藥品合併使用)的母親生出正常的新生兒；有些新生兒為早產兒或體重過低兒。一些正常新生兒後續追蹤至暴露後6周至7年未見異常。只有1例基本正常的嬰兒在90天時死於胃腸炎。

已有報告發現先天畸形病例，尤其是懷孕早期暴露於cytarabine全身治療的胎兒。這些畸形包括上肢和下肢遠端缺陷以及四肢和耳部畸形。

已有報告發現胎兒期暴露於cytarabine的兒童在新生兒及嬰兒期發生全血細胞減少、白血球減少、貧血、血小板減少、電解質紊亂、暫時型嗜酸性血球增多、IgM含量升高、發熱、敗血症和死亡。部分嬰兒出現早產。

對胎兒有影響，包括脾腫大和絨毛膜組織中C組染色體三體異常。

因為細胞毒性藥物治療可能造成胎兒畸形，尤其是在懷孕頭三個月時使用者，所以對孕婦或在使用CYTOSAR時懷孕的婦女，必須告知藥物對胎兒潛在的危險，以及是否應該繼續懷孕。如果是在懷孕中期或末期開始治療，這些危險雖然仍然存在，但會降低許多。儘管在整個懷孕早期都接受治療的患者有產得正常嬰兒的報告，建議對於此類嬰兒仍應繼續追蹤觀察。

授乳

關於cytarabine是否會排泄至人類或動物乳汁中，目前尚無資料。因此宜考量此藥對母親的重要性，決定中止授乳或暫停CYTOSAR治療。

4.7 對駕駛及機械操作能力之影響

無資料

4.8 副作用

安全性資料摘要(請參閱第4.4節)

血液和淋巴系統疾病

因為cytarabine是一種細胞毒性藥物，其作用為骨髓抑制劑，預期的不良反應乃是此類藥物的共同反應，諸如貧血、白血球減少、血小板減少、巨母紅血球症、網狀血球減少、骨髓細胞群體產生質變。這些反應的嚴重性視採用的劑量和治療之藥物組合而定。在骨髓形態學和外周血塗片觀察到細胞改變是可被預期的。

持續5天輸注或短時間注射50 mg/m²至600 mg/m²，出現白血球雙相下降。無論何種初始白血球計數、劑量水準或給藥方案，給藥後24小時開始出現白血球下降，第7-9天達到最低。之後大約在第12天短暫升高。第二次更低點出現在第15-24天。在之後的10天內快速上升至基線水準以上。在第5天觀察到血小板抑制，抑制的高峰出現在第12-15天。在之後的10天內快速上升到基線水準以上。

感染和寄生蟲病

CYTOSAR單獨使用或與其它免疫抑制劑合併使用影響到細胞或體液免疫後，可能會在身體任何部位產生病毒、細菌、黴菌、寄生性或寄腐性感染。這些感染可能相當輕微，也可能很嚴重，有時甚至會致死。

肌肉骨骼和結締組織疾病

Cytarabine症候群

“Cytarabine症候群”的特徵是發燒、肌肉痛、骨頭痛，偶而胸痛、斑丘疹、結膜炎和身體倦怠，通常發生於給藥後6~12小時。業已證實corticosteroid能治療並預防此種症候群。如果認為症候群之諸症狀是可治療的，需考慮使用corticosteroid並繼續進行cytarabine治療。不良反應報告依照MedDRA系統器官分類和發生率列於下表。發生率定義為：非常常見(>10%)，常見(>1%、≤10%)，不常見(>0.1%、≤1%)，罕見(>0.01%、≤0.1%)和未知(無法根據現有資料估計)。

不良反應表

感染和寄生蟲病：	
非常常見	敗血症、肺炎、感染 ^a
未知	注射部位蜂窩性組織炎
血液和淋巴系統疾病：	
非常常見	骨髓功能衰竭、血小板減少、貧血、巨幼紅血球貧血、白血球減少、網狀紅血球計數減少
免疫系統疾病：	
未知	過敏性反應、過敏性水腫
代謝和營養疾病：	
未知	食欲減退
神經系統疾病：	
未知	神經毒性、神經炎、頭暈、頭痛
眼部疾病：	
未知	結膜炎 ^b
心臟疾病：	
未知	心包炎
血管疾病：	
未知	血栓性靜脈炎
呼吸、胸部和縱隔疾病：	
未知	呼吸困難、口咽疼痛
胃腸道疾病：	
非常常見	口炎、口腔潰瘍、肛門潰瘍、肛門發炎、腹瀉、嘔吐、噁心、腹痛
未知	胰腺炎、食道潰瘍、食道炎
肝膽疾病：	
非常常見	肝功能異常
未知	黃疸
皮膚和皮下組織疾病：	
非常常見	掉髮、皮疹
常見	皮膚潰瘍
未知	掌趾紅腫症候群、蕁麻疹、瘙癢、雀斑
肌肉骨骼、結締組織和骨疾病：	
非常常見	Cytarabine症候群
腎臟和尿道疾病：	
未知	腎功能障礙、尿滯留
一般疾病和給藥部位情況：	
非常常見	發燒
未知	胸痛、注射部位反應 ^c
輔助檢查：	
非常常見	骨髓切片檢查異常、血塗片檢查異常

^a可能為輕度反應，也可能為嚴重反應，有時致命

^b可能伴隨皮疹，高劑量治療時可能發生出血

^c皮下注射部位疼痛和發炎

實驗性高劑量未被核准(請見第4.4節)

根據實驗性高劑量(2~3g/m²)療法授予CYTOSAR後，曾報告引起嚴重，甚至致死之中樞神經系統、胃腸和肺毒性(反應不同於標準治療計畫)。

不良反應表(高劑量治療)

感染和寄生蟲病：	
未知	肝膿腫
精神疾病：	
未知	性情改變 ^a
神經系統疾病：	
非常常見	大腦疾病、小腦疾病、嗜睡
未知	昏迷、驚厥、周邊運動神經病變、周邊感覺神經病變
眼部疾病：	
非常常見	角膜疾病
心臟疾病：	
未知	心肌病變 ^b
呼吸、胸部和縱隔疾病：	
非常常見	急性呼吸窘迫症候群、肺水腫
胃腸道疾病：	
常見	壞死性結腸炎
未知	胃腸道壞死、胃腸道潰瘍、腸壁囊樣積氣、腹膜炎
肝膽疾病：	
未知	肝損害、高膽紅素血症
皮膚和皮下組織疾病：	
常見	皮膚表皮剝脫

^a曾報告性情改變與大腦和小腦功能障礙相關。

^b隨後死亡。

其他不良反應

十名以實驗性劑量cytarabine (1 g/m²)單獨使用或與其它化學治療藥物(meta-AMSA、daunorubicin、etoposide)併用進行治療的患者發生了瀰漫性間質性肺炎，其與cytarabine之間的因果關係不明。

已有報告發現實驗性高劑量cytarabine治療白血病患者復發後突發呼吸窘迫，迅速進展為肺水腫、放射影像可明顯發現心臟擴大等症候群；已有死亡的報告。

疑似不良反應報告

藥品核准上市後疑似不良反應的報告很重要。可以持續監測藥品的利益/風險比。

4.9 過量

CYTOSAR過量無解毒劑。每12小時一次，每次靜脈輸注4.5 g/m²本藥品1小時，共12次，導致不可逆中樞神經系統毒性大增和死亡。中斷治療並治療造成的骨髓抑制之方法，包括有輸全血或血小板，需要時給予抗生素。

5. 藥理性質

5.1 藥效學性質

藥品治療組：抗代謝藥(嘧啶類似物)。ATC 代碼：L01BC01

CYTOSAR (1-beta-D-arabinofuranosylcytosine)是一種合成的核苷酸，與正常的核苷如cytidine或deoxycytidine不同之處，在於以阿拉伯糖(arabinose)取代核糖及去氧核糖。

細胞培養

細胞培養顯示，cytarabine對多種增生性哺乳動物細胞具有細胞毒性。

作用機制

它的活性有細胞週期階段特异性，主要是針對處於S期(即合成DNA期間)的細胞發生作用。再者，在某些情況下它會阻斷細胞從G₁期進入S期。雖然不完全明瞭其作用機制，但似乎cytarabine是透過抑制DNA聚合酶而發揮作用。曾有報告指出cytarabine會和DNA、RNA產生有限但顯著的結合作用(incorporation)。細胞培養顯示，cytarabine引發廣泛的染色體損傷，其中包括可染色體分體(chromatids)斷裂及小鼠細胞腫瘤變性。

Deoxycytidine可防止或延遲cytarabine的細胞毒性作用，但不會消除其細胞毒性作用。Cytarabine曾在培養的細胞顯示其抗病毒活性，然而此發現尚未在有關帶狀疱疹及水痘的對照性臨床試驗中得到證實。

藥效學作用

Cytarabine被deoxycytidine激酶及其他核苷酸激酶代謝成三磷酸核苷酸，其為一種有力的DNA聚合酶抑制劑；它被嘧啶-核苷-脫胺基酶消除活性，轉化成沒有細胞毒性的尿嘧啶(uracil)衍生物。激酶和脫胺基酶之間的濃度比似乎是決定細胞對cytarabine有敏感性或抗藥性的重要因素。

在小鼠，cytarabine已被證實對增生率高的腫瘤比較有效。治療效果與治療之藥物組合有直接的關係，業已證實以很短的間隔重複給藥或持續輸注給藥，以確保藥物接觸到最大量的S期腫瘤細胞時，治療效果最佳。當治療週期與時間夠長的休息期交替進行，容許患者能恢復到基線狀態，會得到最好的結果。

5.2 藥動學性質

CYTOSAR迅速被代謝，然而口服無效，因為只有20%的劑量可被胃腸道吸收。

快速靜脈輸注具有放射性的cytarabine後，可見到雙相(biphasic)血漿排除曲線，起先是半衰期約10分鐘的分佈相，然後是半衰期約1~3小時的排除相。完成分佈後，血漿中超過80%的放射活性是來自1-B-D-arabinofuranosyluracil (ara-U)，這是一種沒有活性的代謝產物。

在24小時之內約80%的放射性活性可出現在尿中，其中50%是以ara-U的形式排除。藉連續靜脈輸注可達相當穩定之血漿濃度。由皮下或肌肉注射具有放射性標記的cytarabine後20~60分鐘，血漿中的放射活性可達到顛峰，但比由靜脈注射所達到的顛峰濃度低得多。

一次靜脈注射給藥後，腦脊髓液中的cytarabine濃度比血漿濃度低；然而，有一名患者連續靜脈輸注二小時之後，其腦脊髓液中的cytarabine濃度等於穩定狀態血漿濃度的40%。椎管內投藥後，平均半衰期約為2小時，並遵循原來的型式代謝。然而因為腦脊髓液中的脫胺基酶濃度低，因此很少轉化成ara-U。

免疫抑制作用

CYTOSAR可能消除人體的免疫反應，而只有少數毒性，甚至無毒性。業已證實CYTOSAR會抑制對破傷風毒素及大腸桿菌VI抗原的初級與續發性抗體反應，也會抑制細胞性(cell-mediated)免疫反應，例如對dinitrochlorobenzene的遲發型皮膚過敏。但另一方面，它對已經存在的遲發型過敏反應沒有任何影響。

用CYTOSAR加強治療五天後，即可觀察到免疫反應受抑制，其可由以下參數顯示出來：巨噬細胞進入皮膚窗，循環的抗體對初級抗原刺激的反應，以植物性血球凝集素(phytohaemagglutinin)刺激淋巴細胞變形增大。暫停治療數天後，即可迅速恢復正常。

5.3 臨床前的安全性資料

Cytarabine對實驗動物的毒性與它的活性一樣，受投藥之藥物組合影響的程度相當大。一次腹腔內投藥後，DL₁₀超過6000 mg/m²，但每3小時重複投藥，分成8次注射後發現DL₁₀比較低，相當於750 mg/m²的總劑量。

同樣地，雖然以6小時為間隔注射12次的方案，但以1920 mg/m²的總劑量會使小獵兔犬(米格魯)死亡(嚴重骨髓發育不全，伴隨肝腎損傷)，而以6小時為間隔分成8次注射的方式接受相同總劑量的狗卻可存活下來，只有極輕微的毒性表現，存活狗的毒性變化是轉胺基酶濃度升高。

在所有被研究的動物中觀察到的主要的cytarabine劑量限制性毒性為骨髓抑制，表現為巨細胞增多、網狀紅血球減少、白血球減少、血小板減少。其他主要器官包括肝臟、腎臟和腦部。

Cytarabine對各物種有胚胎毒性和致畸性，且會產生週產期及產後毒性。觀察到小鼠經cytarabine治療後出現精子頭部畸形，但尚未進行正式的生育研究。

6. 藥劑學特性

6.1 賦形劑清單

調整pH值時所用之氫氧化鈉及鹽酸。

6.2 配伍禁忌

藥品配伍禁忌

Cytarabine溶液不能與各種藥物配伍，此種配伍禁忌與各種因子直接相關，例如藥品濃度、使用的稀釋劑、溶液pH值和溫度。

CYTOSAR[®]會與下列藥物產生物理性配伍禁忌：heparin、insulin、methotrexate、5-fluorouracil、盤尼西林類如nafcillin、oxacillin和penicillin G、methylprednisolone sodium succinate及維生素B群。

6.3 藥品相容性

在特定濃度下，Cytarabine可與以下藥物在5%葡萄糖溶液中共存8小時：cytarabine 0.8 mg/ml和Sodium Cephalothin 1.0 mg/ml；cytarabine 0.4 mg/ml和prednisolone sodium phosphate 0.2 mg/ml；cytarabine 16 mcg/ml和vincristine sulfate 4 mcg/ml；cytarabine 0.4 mg/ml和methotrexate 0.2 mg/7 ml。

6.4 架儲期

- 未開封期：60個月

- 調配好的溶液，其微生物學安定性室溫可維持6小時，冷藏可維持12小時。

- 若溶液不清澈，請勿使用。

6.5 儲存特別注意事項

藥品調配後的儲存條件，請見第6.4節。

6.6 容器材質與容量

第一類玻璃瓶。丁基橡膠瓶塞。

CYTOSAR 100 mg/5 ml：含有100毫克凍晶粉末之小瓶裝。

CYTOSAR 500 mg/10 ml：含有500毫克凍晶粉末之小瓶裝。

6.7 處置和其他處理特別注意事項

應按照當地法規要求處置所有未使用的藥品或廢棄物。

版本：Italy LPD 20140324-1

製造廠：Actavis Italy S.p.A.

地址：Nerviano - Viale Pasteur 10, 20014, Milano, Italy

藥商：輝瑞大藥廠股份有限公司

地址：新北市淡水區中正東路二段177號