

「藥品給付規定」修訂對照表
 第2節 心臟血管及腎臟藥物 Cardiovascular-renal drugs
 (自107年12月1日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>2.8.2.3. Ambrisentan (如 Volibris) (98/12/1、103/7/1、104/8/1、 <u>107/12/1</u>)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限用於原發性肺動脈高血壓之治療。 2. 需經事前審查核准使用。 3. 每次限用1粒。 <p>2.8.2.6. Macitentan (如 Opsumit) (107/12/1)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 用於原發性肺動脈高血壓： <ol style="list-style-type: none"> (1)需經事前審查核准使用。 (2)每日限用1粒。 2. 用於結締組織病變導致之肺動脈高血 壓： <ol style="list-style-type: none"> (1)限符合下列各項條件之病患使用： <ol style="list-style-type: none"> I. 經右心導管檢查，證實確實符合肺 動脈高血壓之診斷。 II. 結締組織病變導致之肺動脈高血壓 成年患者(須經肺動脈高血壓相關 檢查，如肺功能、高解析胸部電腦 斷層、肺部通氣及灌注核醫掃瞄、 血液檢查、心臟超音波檢查、或六 分鐘走路測試等排除其他病因)， 且使用現有藥物(如：sildenafil) 治療3個月後成效仍不佳，且無其 他藥物可供選擇者。 III. 經風濕免疫專科醫師會診，確認有 需使用者。 	<p>2.8.2.3. Ambrisentan (如 Volibris)； <u>macitentan (如 Opsumit)</u> (98/12/1、103/7/1、104/8/1)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限用於原發性肺動脈高血壓之治療。 2. 需經事前審查核准使用。 3. 每次限用1粒。

(2)需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以6個月為限。申請時須檢附NYHA Functional class、六分鐘步行測試、心臟超音波或心電圖、心房衰竭指數(Pro-BNP or NT Pro-BNP)等檢查結果，專科醫師會診意見等病歷紀錄。

(3)使用後每6個月需重新評估一次治療之療效，前述檢查結果皆無較使用前改善者，應暫停使用並加強結締組織病本身疾病之控制。必要時得於3個月後再行申請使用1次，惟若再行使用6個月後狀況仍無進步者，則不得再使用。

(4)每日限用1粒。

備註：劃線部份為新修正之規定。