

「藥品給付規定」修訂對照表
第9節 抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs
(自108年9月1日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
9.61. Ibrutinib (如 Imbruvica) : (106/11/1、108/9/1) 1.用於先前接受過至少一種化學或標靶治療方式無效或復發的被套細胞淋巴瘤病人。 (1)需經事前審查核准後使用。<u>初次申請之療程以4個月為限，之後每3個月需再次申請，再次申請時應檢附前次治療結果評估資料，如影像學檢查報告。</u> (2)若疾病進展或無法耐受藥物副作用，則必須停止使用。 (3)每位病人限給付13個月。 (4)每日至多處方4粒。(108/9/1) 2.<u>單獨使用於具有17p 缺失的慢性淋巴球性白血病(CLL)患者。</u> (108/9/1) (1)<u>限先前曾接受至少1種包括 alkylating agent 與 anti-CD20 (如 R-CVP、R-CHOP、rituximab 加 bendamustine 等) 的治療2個療程以上仍惡化或復發者。</u> (2)<u>開始使用前之疾病狀態需出現下列任一情形：</u> I. <u>進行性的血液相惡化至 Hb < 10.0 gm/dL 或 PLT < 100 K/uL，且無其他原因可以解釋。</u>	9.61. Ibrutinib (如 Imbruvica) : (106/11/1) 1.<u>限</u>用於先前接受過至少一種化學或標靶治療方式無效或復發的被套細胞淋巴瘤病人。 2.需經事前審查核准後使用。<u>首次申請事前審查之療程以四個月為限，之後每三個月需再次申請，再次申請時應檢附前次治療結果評估資料，如影像學檢查報告。</u> 3.若疾病進展或無法耐受藥物副作用，則必須停止使用。 4.每位病人限給付13個月。

II. <u>脾臟腫大超過左肋骨下緣 6 cm。</u> III. <u>淋巴結腫大，最長徑超過 10 cm。</u> IV. <u>周邊血液淋巴球在 2 個月內增加 50%以上，或倍增時間(doubling time)小於 6 個月。</u> V. <u>出現自體免疫併發症，且經類固醇治療無效。</u> VI. <u>出現具症狀的淋巴結外病灶。</u> (3)<u>需經事前審查核准後使用，每 3 個月需再次申請。再次申請時需檢附療效評估資料，若未達 iwCLL (International Workshop on CLL)最新定義之 partial remission 或 complete remission，則不予給付。</u> (4)<u>Ibrutinib 與 venetoclax 二者僅能擇一使用，唯有在出現無法忍受其副作用時方可互換。二者使用總療程合併計算，以全部 24 個月為上限。</u> (5)<u>每日至多處方 3 粒。</u>	
---	--

備註：劃線部分為新修訂規定