

「藥品給付規定」修訂對照表

第 1 節 神經系統藥物 Drugs acting on the nervous system

(自 109 年 2 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
1. 6. 2. 1. Botox(90/1/1、93/1/1、94/6/1、98/3/1、98/5/1、100/8/1、104/5/1、104/9/1、107/2/1、<u>109/2/1</u>) 1. ~2. (略) 3. 使用於腦性麻痺病患 (1)~(5) (略) (6)使用於 12~17 歲病患，需經事前審查一次，並附有<u>復健科</u>、小兒神經科或神經科專科醫師近期之診察紀錄；使用於 18 歲(含)以上病患，需再經事前審查一次。(107/2/1、<u>109/2/1</u>) 4. 使用於成人中風後之手臂<u>或下肢</u>痙攣：(93/1/1、94/6/1、98/3/1、100/8/1、<u>109/2/1</u>) (1)限 20 歲以上，中風發生後，經復健、輔具或藥物治療<u>上肢至少 6 個月以上，下肢至少 3 個月以上</u>痙攣，影響其日常活動(如飲食、衛生、穿衣等)者，痙攣程度符合 Modified Ashworth Scale	1. 6. 2. 1. Botox(90/1/1、93/1/1、94/6/1、98/3/1、98/5/1、100/8/1、104/5/1、104/9/1、107/2/1) 1. ~2. (略) 3. 使用於腦性麻痺病患 (1)~(5) (略) (6)使用於 12~17 歲病患，需經事前審查一次，並附有小兒神經科或神經科專科醫師近期之診察紀錄；使用於 18 歲(含)以上病患，需再經事前審查一次。(107/2/1) 4. 使用於成人中風後之手臂痙攣：(93/1/1、94/6/1、98/3/1、100/8/1) (1)限 20 歲以上，中風發生後，經復健、輔具或藥物治療至少 6 個月以上仍有手臂痙攣，影響其日常活動(如飲食、衛生、穿衣等)者，痙攣程度符合

評估 2 或 3 級，且關節活動度 (R1/R2) 顯示顯著痙攣，並排除臥床、肢體攣縮或關節固定不可逆攣縮者。 (94/6/1、98/3/1、<u>109/2/1</u>) (2)限地區醫院以上（含）神經內外科或復健科專科醫師診斷及注射。(94/6/1、100/8/1、<u>109/2/1</u>) (3)每次注射 Botox 最高劑量上肢限 360 單位，下肢限 400 單位，且每年最多 3 次，需列出每條肌肉要注射的劑量。(94/6/1、<u>109/2/1</u>) (4)需經事前審查核准後使用，申請時需檢附病歷資料、治療計畫及照片或影片 (<u>109/2/1</u>)。 (5)再次申請時需提出使用效果評估結果。 (6)如因再次中風而導致臥床、手部或下肢肌肉攣縮或關節固定不可逆攣縮，則應停用。(98/3/1、<u>109/2/1</u>) 5.~6. (略) <u>7.慢性偏頭痛之預防性治療</u> (<u>109/2/1</u>) <u>(1)需經事前審查核准後使用。</u> <u>(2)限神經內科或神經外科專科</u>	Modified Ashworth Scale 評估 2 或 3 級，且關節活動度 (R1/R2) 顯示顯著痙攣，並排除臥床、手臂攣縮或關節固定不可逆攣縮者。(94/6/1、98/3/1) (2)限地區醫院以上（含）神經內科或復健科專科醫師診斷及注射。(94/6/1、100/8/1) (3)每次注射最高劑量 Botox 360 單位，且每年最多 3 次。(94/6/1) (4)需經事前審查核准後使用，申請時需檢附病歷資料、治療計畫及照片。 (5)再次申請時需提出使用效果評估結果。 (6)如因再次中風而導致臥床、手部肌肉攣縮或關節固定不可逆攣縮，則應停用。(98/3/1) 5.~6. (略)
--	--

醫師診斷及注射。

(3)需符合慢性偏頭痛診斷：至少
有 3 個月時間，每個月 ≥ 15
天，每次持續 4 小時以上，且
其中符合偏頭痛診斷的發作
每個月 ≥ 8 天。(重要限制：
Botox 對每個月頭痛天數 ≤ 14
天的陣發性偏頭痛之安全性
及有效性，尚無證據證實其療
效)。

(4)患者需經 3 種(含)以上偏頭
痛預防用藥物(依據台灣頭痛
學會發表之慢性偏頭痛預防
性藥物治療準則之建議用
藥，至少包括 topiramate)
治療無顯著療效，或無法忍受
其副作用

(5)每次注射最高劑量 Botox 155
單位，且每年最多 4 個療程。

(6)首次申請給付 2 個療程，2 個
療程治療之後，評估每月頭痛
天數，需比治療前降低 50%以
上，方可持續給付。

(7)接續得申請一年療程，分為 4
次注射治療。療程完畢後半年
內不得再次申請。

(8)若病況再度符合慢性偏頭痛
診斷，得再次申請一年使用量
時，需於病歷記錄治療後相關

<u>臨床資料，包括頭痛天數。</u> <u>(9)神經內科、神經外科專科醫師</u> <u>需經台灣神經學學會訓練課</u> <u>程認證慢性偏頭痛診斷與</u> <u>Botox PREEMPT 155U 標準注</u> <u>射法。</u>	
--	--

備註：劃線部分為新修訂規定。