

## 「藥品給付規定」修訂對照表(草案)

## 第8節 免疫製劑 Immunologic agents

(自109年3月1日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>6.2.8. Mepolizumab (如Nucala)、 Benralizumab (如Fasenra)： (107/11/1、109/3/1)</p> <p>1. 限用於經胸腔內科或過敏免疫專科醫師診斷為嗜伊紅性(嗜酸性)白血球的嚴重氣喘且控制不良(severe refractory eosinophilic asthma)之18歲以上成人病患，且需符合下列條件：</p> <p>(1) 病患同意且遵循最適切的標準療法且符合下述條件者：</p> <p>I. 過去12個月有4次或4次以上因急性惡化而需要使用全身性類固醇，且其中至少一次是因為氣喘惡化而需急診或住院。</p> <p>II. 過去6個月持續使用口服類固醇 prednisolone 至少每天5mg或等價當量(equivalent)。</p> <p>(2) 投藥前12個月內的血中嗜伊紅性(嗜酸性)白血球<math>\geq 300</math> cells/mL。</p> <p>2. 需經事前審查核准後使用。</p> <p>3. 使用頻率：(109/3/1)</p> <p>(1) <u>Mepolizumab</u>每4週使用不得超過1</p>	<p>6.2.8. Mepolizumab(如Nucala)： (107/11/1)</p> <p>1. 限用於經胸腔內科或過敏免疫專科醫師診斷為嗜伊紅性白血球的嚴重氣喘且控制不良(severere reactory osinophilic sthma)之18歲以上成人病患，且需符合下列條件：</p> <p>(1) 病患同意且遵循最適切的標準療法且符合下述條件者：</p> <p>I. 過去12個月有4次或4次以上因急性惡化而需要使用全身性類固醇，且其中至少一次是因為氣喘惡化而需急診或住院。</p> <p>II. 過去6個月持續使用口服類固醇 prednisolone 至少每天5mg或等價當量(equivalent)。</p> <p>(2) 投藥前12個月內的血中嗜伊紅性白血球<math>\geq 300</math>cells/mL。</p> <p>2. 需經事前審查核准後使用。</p> <p>3. 每4週使用不得超過1次。</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>次。</p> <p>(2) <u>Benralizumab第一個8週使用不得超過3次(第0、4、8週)，以後每8週使用不得超過1次。</u></p> <p>4. 使用32週後進行評估，與未使用前比較，若「惡化」情形減少，方可繼續使用。</p> <p>備註：「惡化」的定義為必須使用口服/全身性類固醇治療、或住院治療、或送急診治療的氣喘惡化現象。</p>	<p>4. 使用32週後進行評估，與未使用前比較，若「惡化」情形減少，方可繼續使用。</p> <p>備註：「惡化」的定義為必須使用口服/全身性類固醇治療、或住院治療、或送急診治療的氣喘惡化現象。</p>

備註：劃線部分為新修訂規定