

## 「藥品給付規定」修訂對照表(草案)

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

(自 110 年 3 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>1.6.5. Galcanezumab(如 Emgality)： (110/3/1)</p> <p>慢性偏頭痛之預防性治療：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 需經事前審查核准後使用。</li> <li>2. 限神經內科或神經外科專科醫師 診斷處方，並不得攜回注射。</li> <li>3. 需符合慢性偏頭痛診斷：至少有 3 個月時間，每個月<math>\geq</math>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<math>\geq</math>8 天。</li> <li>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</li> <li>5. 第一次注射 240mg(連續兩次皮下 注射，每次 120mg)做為負荷劑量 (loading dose)，之後每月皮下 注射 120 mg 的劑量。</li> <li>6. 首次申請給付 3 個月療程共 4 支， 3 個月療程治療之後，評估每月 頭痛天數，需比治療前降低 50% 以上，方可持續給付。</li> <li>7. 接續得申請 3 個月療程，每月施打</li> </ol>	無

<p><u>一次。療程完畢後半年內不得再次申請。</u></p> <p>8. <u>若病況再度符合慢性偏頭痛診斷，得再次申請3個月療程時，需於病歷記錄治療後相關臨床資料，包括頭痛天數。</u></p> <p>9. <u>不得與 Botox 併用。</u></p>	
<p>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、109/12/1、<u>110/3/1</u>)</p> <p>1. ~6. (略)</p> <p>7. 慢性偏頭痛之預防性治 (<u>109/2/1、110/3/1</u>) (1)~(9) (略)</p> <p><u>(10)不得與 galcanezumab 併用。</u> (<u>110/3/1</u>)</p>	<p>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、109/2/1、109/12/1)</p> <p>1. ~6. (略)</p> <p>7. 慢性偏頭痛之預防性治(109/2/1)  (1)~(9) (略)</p>

備註：劃線部分為新修訂規定