

「藥品給付規定」修訂對照表

第 10 節 抗微生物劑 Antimicrobial agents

(自 110 年 7 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>10.8.1. Teicoplanin 及 vancomycin： (88/3/1、110/7/1)</p> <p>10.8.1.1. Teicoplanin 及 vancomycin 注射劑： (88/3/1、110/7/1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對其他抗生素有抗藥性之革蘭氏陽性菌感染。 2. 病患對其他抗生素有嚴重過敏反應之革蘭氏陽性菌感染。 3. 治療抗生素引起之腸炎 (antibiotics-associated colitis)，經使用 metronidazole 無效者始可使用口服 vancomycin。 4. vancomycin 10 gm(溶液用粉劑)限骨髓移植病例使用。 5. 其他經感染症專科醫師認定需使用者。 <p>10.8.1.2. Vancomycin 口服製劑(110/7/1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>限用於梭狀桿菌引起之假膜性結腸炎，且需符合下列診斷方法之一：</u> <ol style="list-style-type: none"> (1) <u>內視鏡檢查證實有假膜性結腸炎之病理變化。</u> (2) <u>臨床上有腸炎、結腸炎之相關症狀，如腹瀉、腹痛、腸阻塞(ileus)等，加上下列任一種條</u> 	<p>10.8.1. Teicoplanin 及 vancomycin： (88/3/1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對其他抗生素有抗藥性之革蘭氏陽性菌感染。 2. 病患對其他抗生素有嚴重過敏反應之革蘭氏陽性菌感染。 3. 治療抗生素引起之腸炎 (antibiotics-associated colitis)，經使用 metronidazole 無效者始可使用口服 vancomycin。 4. vancomycin 10 gm(溶液用粉劑)限骨髓移植病例使用。 5. 其他經感染症專科醫師認定需使用者。

件：

I. 糞便檢驗證實有梭狀桿菌之
toxin A或toxin B存在、或其毒
素基因存在。

II. 糞便細菌培養證實有梭狀桿
菌或糞便之抗原檢測證實有
GDH(glutamate
dehydrogenase)存在。

2. 申報時應檢附下列報告之一：

(1) 內視鏡檢查報告。

(2) 臨床症狀敘述，加上Toxin A+B
檢測報告、糞便細菌培養結
果、糞便細菌抗原檢測(GDH)
結果或PCR基因檢測結果。

備註：劃線部分為新修訂規定