

「藥品給付規定」修訂對照表

第4節 血液治療藥物 Hematological drugs

(自112年1月1日生效)

| 修訂後給付規定  | 原給付規定  |
|--|--|
| <p>4.3.2.1. Eltrombopag (如 Revolade)(108/6/1、109/2/1、<u>112/1/1</u>)</p> <p>1. (略)</p> <p>(1)未曾接受脾臟切除患者，且符合下列所有條件：<u>(109/2/1、112/1/1)</u></p> <p>I. (略)</p> <p>II. 具有下列不適合進行脾臟切除之其一條件：</p> <p>i. ~v. (略)</p> <p>III. (略)</p> <p><u>IV. 本藥品與 romiplostim 僅得擇一使用，惟有在耐受不良時方可轉換使用。</u></p> <p>2. 用於免疫抑制療法(IST)反應不佳的嚴重再生不良性貧血，<u>需同時符合下列條件：</u>(108/6/1、<u>112/1/1</u>)</p> <p>(1)<u>不適合</u>接受幹細胞移植的病患。</p> <p>(2)已接受或<u>不適合</u>接受抗胸腺細胞免疫球蛋白(ATG)治療之病患。</p> <p>(3)(略)</p> <p><u>(4)本藥品與 romiplostim 僅得擇一使用，惟有在耐受不良時方可轉換使用。</u></p> | <p>4.3.2.1. Eltrombopag (如 Revolade)(108/6/1、109/2/1)</p> <p>1. (略)</p> <p>(1)未曾接受脾臟切除患者，且符合下列所有條件：<u>(109/2/1)</u></p> <p>I. (略)</p> <p>II. 具有下列不適合進行脾臟切除之其一條件：</p> <p>i. ~v. (略)</p> <p>III. (略)</p> <p>2. 用於免疫抑制療法(IST)反應不佳的嚴重再生不良性貧血(<u>限 eltrombopag</u>)需同時符合下列條件：<u>(108/6/1)</u></p> <p>(1)<u>不適於</u>接受幹細胞移植的病患。</p> <p>(2)已接受或<u>不適於</u>接受抗胸腺細胞免疫球蛋白(ATG)治療之病患。</p> <p>(3)(略)</p> |

| 修訂後給付規定  | 原給付規定  |
|--|--|
| <p>4.3.2.2. Romiplostim(如 Romiplate) (108/6/1、<u>112/1/1</u>)</p> <p>1. 限用於成年慢性自發性(免疫性)血小板缺乏紫斑症(ITP)且對於其他治療(例如：類固醇、免疫球蛋白等)失敗患者，且符合下列情況之一者使用：(105/8/1、106/4/1、<u>112/1/1</u>)</p> <p>(1)未曾接受脾臟切除患者，且符合：<u>(112/1/1)</u></p> <p>I. 需接受計畫性手術或侵入性檢查並具出血危險者，且血小板 &lt; 80,000/uL。</p> <p>II. 具有下列不適合進行脾臟切除之其一條件：</p> <p>i. 經麻醉科醫師評估無法耐受全身性麻醉。</p> <p>ii. 難以控制之凝血機能障礙。</p> <p>iii. 心、肺等主要臟器功能不全。</p> <p>iv. 有其他重大共病，經臨床醫師判斷不適合進行脾臟切除。</p> <p>III. 未曾接受脾臟切除患者須經事前審查同意使用，限用 <u>12</u> 週。</p> <p>(2)未曾接受脾臟切除且不適合進行脾臟切除之患者，並符合下列所有條件：<u>(112/1/1)</u></p> | <p>4.3.2.2. Romiplostim(如 Romiplate) (108/6/1)</p> <p>1. 限用於成年慢性自發性(免疫性)血小板缺乏紫斑症(ITP)且對於其他治療(例如：類固醇、免疫球蛋白等)失敗患者，且符合下列情況之一者使用：(105/8/1、106/4/1)</p> <p>(1)未曾接受脾臟切除患者，且符合：</p> <p>I. 需接受計畫性手術或侵入性檢查並具出血危險者，且血小板 &lt; 80,000/uL。</p> <p>II. 具有下列不適合進行脾臟切除之其一條件：</p> <p>i. 經麻醉科醫師評估無法耐受全身性麻醉。</p> <p>ii. 難以控制之凝血機能障礙。</p> <p>iii. 心、肺等主要臟器功能不全。</p> <p>iv. 有其他重大共病，經臨床醫師判斷不適合進行脾臟切除。</p> <p>III. 未曾接受脾臟切除患者須經事前審查同意使用，限用 <u>8</u> 週。</p> |

| 修訂後給付規定  | 原給付規定   |
|--|---|
| <p><u>I. 長期血小板 &lt; 20,000/μL (三個月內至少兩次)，且有紫斑及出血紀錄者。</u></p> <p><u>II. 須排除下列共病：脾腫大 (Hypersplenism)、骨髓化生不良症候群(MDS)、再生不良性貧血、 HIV 或化學治療相關之血小板低下。</u></p> <p><u>III. 須經事前審查同意使用，首次申請限用三個月，如申請續用，之後每六個月須再次申請，血小板 &gt; 50,000/μL 者方得續用。</u></p> <p><u>IV. 本藥品與 eltrombopag 僅得擇一使用，惟有在耐受不良時方可轉換使用。</u></p> <p><u>(3) 若曾接受脾臟切除患者，且符合下列所有條件：(112/1/1)</u></p> <p>I. 治療前血小板 &lt; 20,000/μL，或有明顯出血症狀者。</p> <p>II. 治療 <u>12</u> 週後，若血小板無明顯上升或出血未改善，則不得再繼續使用。</p> <p><u>(4) 每週劑量以 10 μg/kg 為上限。(112/1/1)</u></p> <p><u>(5) 治療期間，不得同時併用免疫球蛋白，且 eltrombopag 與 romiplostim 不得併用。</u></p> | <p><u>(2) 曾接受脾臟切除患者，且符合：</u></p> <p>I. 治療前血小板 &lt; 20,000/μL，或有明顯出血症狀者。</p> <p>II. 治療 <u>8</u> 週後，若血小板無明顯上升或出血未改善，則不得再繼續使用。</p> <p><u>2. 治療期間，不得同時併用免疫球蛋白，且 eltrombopag 與 romiplostim 不得併用。</u></p> |

| 修訂後給付規定  | 原給付規定 |
|--|-------|
| <p>2. <u>用於免疫抑制療法(IST)反應不佳的嚴重再生不良性貧血，需同時符合下列條件：(112/1/1)</u></p> <p><u>(1)不適合接受幹細胞移植的病患。</u></p> <p><u>(2)已接受或不適合接受抗胸腺細胞免疫球蛋白(ATG)治療之病患。</u></p> <p><u>(3)需經事前審查核准後使用。首次申請之療程以4個月為限，之後每6個月評估及申請，送審時需檢附血液檢查報告。</u></p> <p><u>(4)本藥品與eltrombopag僅得擇一使用，惟有在耐受不良時方可轉換使用。</u></p> |       |

備註：劃線部分為新修訂規定