

「藥品給付規定」修訂對照表

第4節 血液治療藥物 Hematological drugs

(自109年8月1日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>4.2.7. 雙特異性單株抗體藥物(如 Hemlibra)：<u>(108/11/1、109/8/1)</u> 用於 A 型血友病且有抗體病人預防性治療，並符合以下情形：</p> <p>1. 經 Bethesda 分析法不只一次證實帶有第八凝血因子抑制性抗體 <u>≥5.0BU。</u>(108/11/1、109/8/1)</p> <p>2. <u>使用 Hemlibra 24 小時以前繞徑藥物須停止使用。病人領取的 Feiba 必須先使用完後，才能考慮開始使用 Hemlibra。</u>(108/11/1、109/8/1)</p> <p>3. 若發生突破性出血時，第一線藥物為 rVIIa 或第八凝血因子；除非沒有其他選擇，儘量避免使用 Feiba。 (1)用 rVIIa，需要從低劑量 (45-90IU/kg)開始使用，不可以使用高劑量。 (2)用 Feiba，第一次使用不可超過 50IU/Kg；需第二劑使用時，一天內不得超過 100IU/Kg。</p> <p>4. <u>皮下注射預防性治療 (prophylaxis)：最初 4 週，每週一次投予 3 mg/kg(負荷劑量)，之後改為每週一次投予 1.5 mg/kg、每 2 週</u></p>	<p>4.2.7. 雙特異性單株抗體藥物(如 Hemlibra)：<u>(108/11/1)</u> 用於 A 型血友病且有抗體病人預防性治療，並符合以下情形：</p> <p>1. 經 Bethesda 分析法不只一次證實帶有第八凝血因子抑制性抗體 <u>≥5.0BU，並符合以下至少一項條件：</u> <u>(1)需繞徑治療者</u> <u>(2)以 Feiba 或 NovoSeven 繞徑治療，成效不彰或有突破性出血者。</u></p> <p>2. <u>除發生突破性出血 (breakthrough bleeding)外，不得併用繞徑治療藥物。</u></p> <p>3. 若發生突破性出血時，第一線藥物為 rVIIa 或第八凝血因子；除非沒有其他選擇，儘量避免使用 Feiba。 (1)用 rVIIa，需要從低劑量 (45-90IU/kg)開始使用，不可以使用高劑量。 (2)用 Feiba，第一次使用不可超過 50IU/Kg；需第二劑使用時，一天內不得超過 100IU/Kg。</p> <p>4. 預防性治療(prophylaxis)：最初 4 週，每週一次投予 3 mg/kg(負荷劑量)，之後改為每週一次投予 1.5 mg/kg (維持劑量)。</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>一次 3 mg/kg 或每 4 週一次 6 mg/kg(維持劑量)。(108/11/1、109/8/1)</u></p> <p>5. 需經事前審查後核准後使用，每次申請一年為限，期滿需經再次申請核准後，才得以續用。申請續用時，需檢附關節出血次數、是否有血栓副作用發生等資料。<u>(108/11/1、109/8/1)</u></p> <p>6. <u>門診之血友病病人得攜回一至二劑量(至多攜回一個月)備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄(如附表十八之六一全民健康保險血友病患者使用雙特異性單株抗體藥物在家治療紀錄表)及填寫附表十八之五一醫療評估追蹤紀錄表：(109/8/1)</u></p> <p><u>(1)每 1 週皮下注射一次者，可攜回二次劑量。</u></p> <p><u>(2)每 2 週皮下注射一次者，可攜回一次劑量。</u></p> <p><u>(3)每 4 週皮下注射一次者，則每 4 週均回醫院領藥注射並觀察追蹤。</u></p>	<p>5. 需經事前審查後核准後使用，每次申請一年為限，期滿需經再次申請核准後，才得以續用。申請續用時，需檢附關節出血次數、<u>第八凝血因子抗體力價</u>、是否有血栓副作用發生等資料。</p>

備註：劃線部分為新修訂規定

預防性注射

出血時注射

附表十八之六 全民健康保險血友病患者使用「雙特異性單株抗體藥物」在家治療紀錄表

姓名：_____ 體重：_____公斤 診斷：A型血友病合併第八因子抗體 其他

B型血友病合併第九因子抗體

領藥日(年/月/日)：____/____/____ 領藥量(瓶)：_____ 藥品名稱及批號：_____

繳回空瓶數量及批號：_____ 上次家中剩餘藥量(瓶)：_____ 確認人員簽名(章)：_____

注射日 (月/日)	注射時間			注射瓶數 (瓶)	每瓶含量	出血原因		出血部位 (請依背面圖示填寫)			注射後效果		注射後發生之不 適症狀	注射者簽 名(章)
	上午	下午	時間 (時/分)			自發性出血	受傷後出血	代號或部位	左	右	改善	未改善		

備註：

1. 病人於下次回診需攜帶此紀錄表，並請黏貼於病歷，同時繳回已注射後之空瓶備查。紀錄表未黏貼於回診病歷及未繳回空瓶，則該項費用不予支付。
2. 領藥量請詳記藥品規格量及瓶數，例如：500IUx2瓶，使用空瓶於繳回時，請由醫療院所相關人員進行確認(包含回收空瓶日期及總結存量等)，並請確認人員簽名(章)。
3. 出血部位說明請見背面圖示。

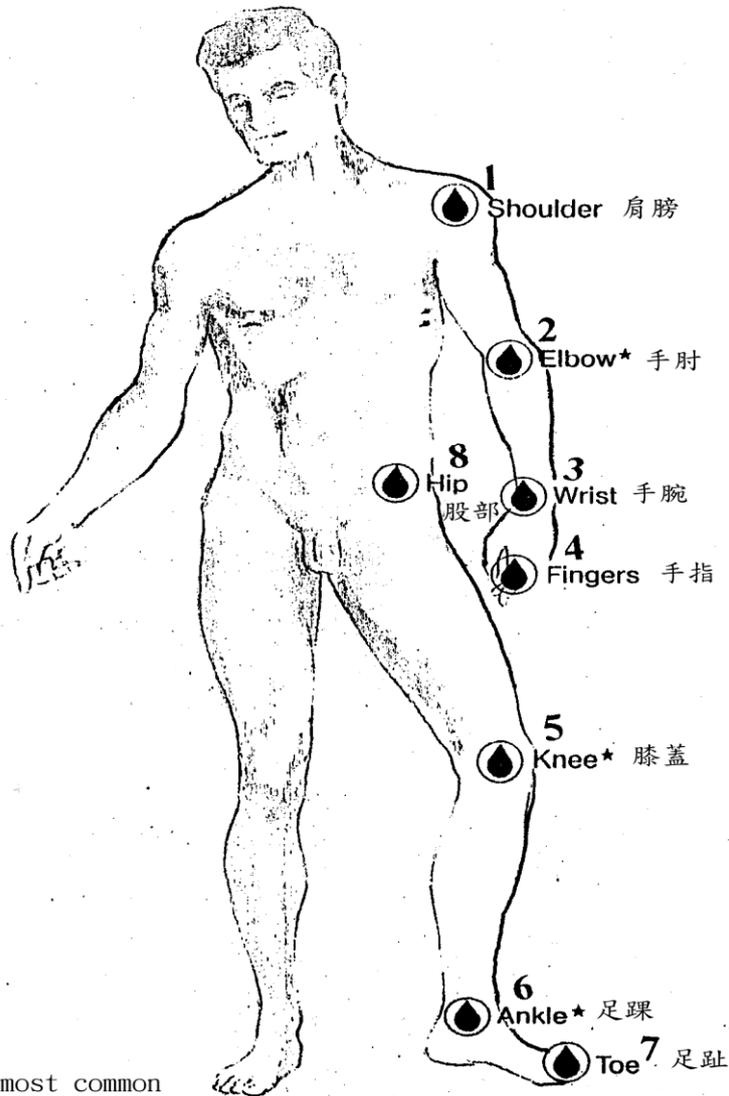
回收空瓶日期：_____ 總結存量(瓶)：_____

Possible Sites of Joint Bleeding

關節可能出血的部位

- 9 肌肉出血
- 10 皮下出血
- 11 腸胃道出血
- 12 血尿
- 13 鼻腔出血
- 14 牙齦出血
- 15 口腔內出血
- 16 腦部出血

※如非關節出血・請直接於
欄位中填寫出血部位。



* most common
有記號者最容易出血處