

「藥品給付規定」修訂對照表
第8節 免疫製劑 Immunologic agents

(自114年7月1日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
8.1.3. 高單位免疫球蛋白(111/2/1、113/11/1)： 本類藥品限依藥品許可證登載之適應症範圍內用於符合下列任一條件病人，須檢附病歷摘要（註明診斷，相關檢查報告及數據，體重、年齡、性別、病史、曾否使用同一藥品及其療效...等） 1. 靜脈注射劑： (1)~(10)(略) <u>(11)多灶性運動神經病變(Multifocal motor neuropathy, MMN)(限使用 Privigen、Privigen TW Solution for Intravenous Infusion、KIOVIG、GAMUNEX-C)(114/7/1)</u> <u>I. 限用於多灶性運動神經病且符合下列條件之病人：</u> <u>i. 漸進性不對稱的局部肢體無力，至少影響到兩條運動神經支配區域，且缺乏明顯的感覺異常。</u> <u>ii. 影響區域其肌腱反射低下或喪失。</u> <u>iii. 影響之運動神經具備等於或超過50%傳導障礙(≥ 50% conduction block)。</u>	8.1.3. 高單位免疫球蛋白(111/2/1、113/11/1)： 本類藥品限依藥品許可證登載之適應症範圍內用於符合下列任一條件病人，須檢附病歷摘要（註明診斷，相關檢查報告及數據，體重、年齡、性別、病史、曾否使用同一藥品及其療效...等） 1. 靜脈注射劑： (1)~(10)(略)

<u>iv. 排除上運動神經元徵象(upper motor neuron sign)及侵犯腦神經/延髓症狀(cranial nerves and bulbar involvement)。</u> <u>v. ONLS (Overall Neuropathy Limitations Scale)≥2分。</u> <u>II. 限由區域醫院(含)以上教學醫院神經科專科醫師診斷及使用。</u> <u>III. 需經事前審查核准後使用，每次申請半年2個療程，每年最多4個療程。</u> <u>IV. 每療程最大劑量每公斤體重2公克。</u> <u>V. 需檢附病歷資料、治療前後的神經傳導及 ONLS 量表評估結果。</u> <u>VI. 如在開始2個療程後無 ONLS 1分(含)以上之進步，則不再給予高單位免疫球蛋白治療。繼續使用者，需每半年評估一次，若 ONLS 量表改善或穩定無惡化者，得繼續使用下半年兩個療程。</u> <u>VII. 經免疫球蛋白治療滿1年而未復發(ONLS 進步1分(含)以上)者，應停止治療；若停止治療後惡化(ONLS 增加≥1分)的患者，可重新申請使用。</u> 2. 皮下注射劑：(略)	2. 皮下注射劑：(略)
--	---------------------

備註：劃線部分為新修訂規定