

「藥品給付規定」修訂對照表
 第9節 抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs
 (自115年5月1日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>9. 20. Rituximab 注射劑(如 Mabthera，不同劑型之適用範圍需符合藥品許可證登載之適應症)：用於抗癌瘤部分(91/4/1、93/1/1、95/3/1、97/2/1、102/1/1、103/2/1、103/9/1、104/6/1、106/9/1、111/6/1、113/2/1、113/12/1、115/5/1)</p> <p>1. ~8. 略</p> <p>9. <u>Rituximab(限使用 Rixathon)合併 lenalidomide(限使用 Revlimid)用於先前曾接受至少一線全身性治療之復發性或難治性濾泡性淋巴瘤成人病人，需符合 lenalidomide 之藥品給付規定。(115/5/1)</u></p> <p>10. 使用於1、4、5、6、7、8及9病人時，需經事前審查核准後使用。(102/1/1、103/2/1、103/9/1、113/12/1、115/5/1)</p>	<p>9. 20. Rituximab 注射劑(如 Mabthera，不同劑型之適用範圍需符合藥品許可證登載之適應症)：用於抗癌瘤部分(91/4/1、93/1/1、95/3/1、97/2/1、102/1/1、103/2/1、103/9/1、104/6/1、106/9/1、111/6/1、113/2/1、113/12/1)</p> <p>1. ~8. 略</p> <p>9. 使用於1、4、5、6、7及8病人時，需經事前審查核准後使用。(102/1/1、103/2/1、103/9/1、113/12/1)</p>
<p>9. 43. Lenalidomide(如 Revlimid)：(101/12/1、106/10/1、109/2/1、109/8/1、112/4/1、114/10/1、115/3/1、</p>	<p>9. 43. Lenalidomide(如 Revlimid)：(101/12/1、106/10/1、109/2/1、109/8/1、112/4/1、114/10/1、115/3/1、</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>115/4/1、115/5/1)</p> <p>1. 多發性骨髓瘤： (1)~(5)(略)</p> <p>2. 瀰漫性大型 B 細胞淋巴瘤： (114/10/1、115/3/1、 115/4/1) (1)~(2)(略)</p> <p>3. <u>Lenalidomide(限使用 Revlimid)與 rituximab(限 使用 Rixathon)併用，治療 先前曾接受至少一線全身性 治療之復發性或難治性濾泡 性淋巴瘤成人病人：</u> <u>(115/5/1)</u></p> <p>(1) <u>具 CD20 抗原陽性。</u></p> <p>(2) <u>需符合 WHO 淋巴瘤分類為 I、II 或 IIIa 期的診斷。</u></p> <p>(3) <u>開始使用前之疾病狀態需 出現下列任一情形：</u></p> <p><u>I. 有單一腫瘤直徑7公分以 上者；</u></p> <p><u>II. 有三顆以上之腫瘤其直 徑大於3公分以上者；</u></p> <p><u>III. 脾臟腫大，其長度16公 分以上者；</u></p> <p><u>IV. 對 vital organs 造成擠 壓者；</u></p> <p><u>V. 周邊血中出現淋巴球增 生超過5000/ mm³者；</u></p> <p><u>VI. 出現任一系列血球低下 者 (platelet<100, 000/ mm³，或 Hb<10gm/dL， 或 absolute</u></p>	<p>115/4/1)</p> <p>1. 多發性骨髓瘤： (1)~(5)(略)</p> <p>2. 瀰漫性大型 B 細胞淋巴瘤： (114/10/1、115/3/1、 115/4/1) (1)~(2)(略)</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>neutrophil count<1500/mm3</u>)。</p> <p><u>VII. B symptoms</u>。</p> <p><u>(4) 需經事前審查核准後使用，每3個月需再次申請，再次申請時需檢附影像資料 (CT 或 MRI)，若未達 partial remission 或 complete remission，則不予給付。</u></p> <p><u>(5) 每位病人最多給付12個療程，若病情惡化應即停止使用。</u></p> <p><u>(6) 每日限處方1粒。</u></p>	

備註：劃線部分為新修訂規定