

「藥品給付規定」修正對照表

第 10 節 抗微生物劑 Antimicrobial agents

(自 106 年 5 月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
10.6.10. Posaconazole (如 Posanol) : (101/1/1、104/7/1、<u>106/5/1</u>) 1. 限下列條件之一使用： (1)對 amphotericin B 或 itraconazole 或 voriconazole 治療無效或不能忍受之成人侵入性麴菌病 (invasive aspergillosis) 的第二線用藥。(無效的定義是先前用有效抗黴菌劑的治療劑量至少 7 天，感染惡化或未改善) (2)對 itraconazole 或 fluconazole 治療無效或不能忍受之成人口咽念珠菌感染 (oropharyngeal candidiasis) 的第二線用藥。(無效的定義是先前用有效抗黴菌劑的治療劑量至少治療一段時間：持續性黴菌血症 3 天，非黴菌血症型感染 7 天，食道念珠菌病 14 天，感染惡化或未改善) 限使用口服懸液劑劑型。(104/7/1) (3)用於造血幹細胞移植接受者因發生嚴重(grade III、IV)急性植體宿主反應(acute graft versus host reaction, GVHD)，而接受高劑量免疫抑制劑(prednisolone 使用劑量超過	10.6.10. Posaconazole (如 Posanol) : (101/1/1、104/7/1) 1. 限下列條件之一使用： (1)對 amphotericin B 或 itraconazole 或 voriconazole 治療無效或不能忍受之成人侵入性麴菌病 (invasive aspergillosis) 的第二線用藥。(無效的定義是先前用有效抗黴菌劑的治療劑量至少 7 天，感染惡化或未改善) (2)對 itraconazole 或 fluconazole 治療無效或不能忍受之成人口咽念珠菌感染 (oropharyngeal candidiasis) 的第二線用藥。(無效的定義是先前用有效抗黴菌劑的治療劑量至少治療一段時間：持續性黴菌血症 3 天，非黴菌血症型感染 7 天，食道念珠菌病 14 天，感染惡化或未改善) 限使用口服懸液劑劑型。(104/7/1) (3)用於造血幹細胞移植接受者因發生嚴重(grade III、IV)急性植體宿主反應(acute graft versus host reaction, GVHD)，而接受高劑量免疫抑制劑(prednisolone 使用劑量超過

0.8mg/kg/day)治療之高危險病人 (口服劑型限用於 13 歲以上病人、 注射劑限用於 18 歲以上病人)，做 為預防侵入性黴菌感染，使用期間 以 3 個月為限。(106/5/1) (4)急性骨髓性白血病 (acute myelogenous leukemia)或高危險骨 髓化生不良症候群(myelodysplastic syndrome) 病人接受誘導性化學治 療者，給付條件如下：(104/7/1) I. 用於初診斷之誘導性化學治 療、誘導失敗進行第二次誘導性 化學治療，或復發病患進行復發 後第一次誘導性化學治療者。 II. 誘導性化學治療需使用 「cytarabine (Ara-C) 7 天及 anthracycline 類藥物 3 天」或「高 劑量 Ara-C」、或「老年人(>60 歲)使用 cytarabine (Ara-C) 5 天及 anthracycline 類藥物 2 天」、或較上述療法更強的化學 治療。 III. 自化學治療第一天開始使用，當 絕對嗜中性白血球數 (absolute neutrophil count, ANC) 大於 500/mm³，或出現侵入性黴菌感 染時應停止使用。每次療程投予 posaconazole 預防以一個月為 限，最多給付 2 次誘導性化學治	0.8mg/kg/day)治療之 <u>13 歲以上</u>高危 險病人，做為預防侵入性黴菌感 染，使用期間以 3 個月為限。 (4)急性骨髓性白血病 (acute myelogenous leukemia)或高危險骨 髓化生不良症候群(myelodysplastic syndrome) 病人接受誘導性化學治 療者，給付條件如下：(104/7/1) I. 用於初診斷之誘導性化學治 療、誘導失敗進行第二次誘導性 化學治療，或復發病患進行復發 後第一次誘導性化學治療者。 II. 誘導性化學治療需使用 「cytarabine (Ara-C) 7 天及 anthracycline 類藥物 3 天」或「高 劑量 Ara-C」、或「老年人(>60 歲)使用 cytarabine (Ara-C) 5 天及 anthracycline 類藥物 2 天」、或較上述療法更強的化學 治療。 III. 自化學治療第一天開始使用，當 絕對嗜中性白血球數 (absolute neutrophil count, ANC) 大於 500/mm³，或出現侵入性黴菌感 染時應停止使用。每次療程投予 posaconazole 預防以一個月為 限，最多給付 2 次誘導性化學治
--	---

療療程。 <u>IV. 口服劑型限用於 13 歲以上病人、注射劑限用於 18 歲以上病人。(106/5/1)</u> 2. 使用本藥須經感染症專科醫師會診確認需要使用，申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料。 <u>3. 注射劑限用於無法口服之病人。(106/5/1)</u>	療療程。 2. 使用本藥須經感染症專科醫師會診確認需要使用，申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料。
---	---

備註：劃線部分為新修訂之規定