

「藥品給付規定」修訂對照表

第3節代謝及營養劑 Metabolic & nutrient agents

(自108年5月1日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>3.3.18. Eliglustat Capsules</u> <u>(如 Cerdelga) (108/5/1)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>限用於改善成人第一型高雪氏症症狀。</u> 2. <u>使用劑量須依 CYP2D6代謝狀況調整。</u> 3. <u>不得併用其他高雪氏症酵素療法之藥品。</u> 4. <u>需經事前審查核准後使用。</u> 	<p>(無)</p>
<p>3.3.9. Imiglucerase (如 Cerezyme inj.) : <u>(97/7/1、108/5/1)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限用於第一型高雪氏症之治療。 2. <u>不得併用其他高雪氏症酵素療法之藥品。</u> 3. <u>需經事前審查核准後使用。</u> 	<p>3.3.9. Imiglucerase (如 Cerezyme inj.) : <u>(97/7/1)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限用於第一型高雪氏症之治療。 2. 需經事前審查核准後使用。
<p>3.3.11. Miglustat (如 Zavesca) (98/8/1、<u>108/5/1</u>)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限用於第一型高雪氏症、Niemann-Pick Disease Type C 之治療。 	<p>3.3.11. Miglustat (如 Zavesca) (98/8/1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限用於第一型高雪氏症、Niemann-Pick Disease Type C 之治療。 2. 本品使用於 Niemann-Pick

2. 本品使用於 Niemann-Pick

Disease Type C 之規定：

- (1) 需事前審查，核准後才得以使用。
- (2) 不得併用其他高雪氏症酵素療法之藥品。
- (3) 申請使用藥物時需附上之資料包括：
 - I 生化或基因分析等足以確定診斷之依據。
 - II 臨床、神經學或影像上顯示有神經系統之侵犯。
- (4) 限遺傳或神經專科醫師使用，每六個月須再申請事前審查一次。
- (5) 治療前應告知患者及家長其有義務接受定期追蹤評估。
- (6) 醫師應定期追蹤評估治療效果及副作用。
- (7) 申報費用時須檢附病歷資料。
- (8) 排除條件
 - I 對於嚴重腎損傷患者（肌酸酐廓清率小於 30mL/min/1.73m²）不建議使用 Zavesca。
 - II 無神經症狀之患者不建議使用。

Disease Type C 之規定：

- (1) 需事前審查，核准後才得以使用。
- (2) 申請使用藥物時需附上之資料包括：
 - I 生化或基因分析等足以確定診斷之依據。
 - II 臨床、神經學或影像上顯示有神經系統之侵犯。
- (3) 限遺傳或神經專科醫師使用，每六個月須再申請事前審查一次。
- (4) 治療前應告知患者及家長其有義務接受定期追蹤評估。
- (5) 醫師應定期追蹤評估治療效果及副作用。
- (6) 申報費用時須檢附病歷資料。
- (7) 排除條件
 - I 對於嚴重腎損傷患者（肌酸酐廓清率小於 30mL/min/1.73m²）不建議使用 Zavesca。
 - II 無神經症狀之患者不建議使用。

3.3.16. Taliglucerase

alfa(如 Elelyso 注射劑)、velaglucerase alfa (如 VPRIV 凍晶注射劑)(107/3/1、107/9/1、108/5/1)

1. 用於改善高雪氏症症狀，包括貧血、血小板減少症、肝臟或脾臟腫大、骨病變，但對於神經學症狀無效。
2. 不得併用其他高雪氏症酵素療法之藥品。
3. 需經事前審查後使用。

3.3.16. Taliglucerase

alfa(如 Elelyso 注射劑)、velaglucerase alfa (如 VPRIV 凍晶注射劑)(107/3/1、107/9/1)

1. 用於改善高雪氏症症狀，包括貧血、血小板減少症、肝臟或脾臟腫大、骨病變，但對於神經學症狀無效。
2. 需經事前審查後使用。

備註：劃線部分為新修訂規定