

全民健康保險藥事小組第 8 屆第 18 次(99 年 9 月)會議紀錄

時間：99 年 9 月 2 日及 9 月 9 日上午 9 時 15 分

地點：中央健康保險局 9 樓第 1 會議室

出席人員：如會議簽到單

主席：陳召集人燕惠

紀錄：杜安琇

壹、主席致詞(略)

貳、上次會議紀錄確認(略)

參、報告事項

報告案

案由：全民健康保險藥事小組待審議案件進度報告。

決定：洽悉。

肆、提案討論

提案一

案由：有關治療乾癬時併用 tazarotene 與 calcitriol，以及治療異位性皮膚炎併用 tacrolimus 與 pimecrolimus，是否應於藥品給付規定中限定使用數量乙案，提請討論。

結論：

- 一、治療乾癬時併用 tazarotene 與 calcitriol (或 calcipotriol)，以及治療異位性皮膚炎併用 tacrolimus 與 pimecrolimus，在安全性及療效性並無不妥，但基於避免浪費之考量，兩者併用以每週不超過 30gm 或 30mL 為原則，倘須更高使用量，應於病歷清楚記載原因。
- 二、修訂全民健康保險藥品給付規定 13.3 及 13.8~13.11 如附件 1。

提案二

案由：有關「行政院衛生署疾病管制局」建議將結核病診治指引加註於全民健康保險藥品給付規定乙案，提請討論。

結論：同意將結核病診治指引，加註於全民健康保險藥品給付規定第 10 章抗微生物劑(antimicrobial agents)之 10.1. 抗微生物劑用藥給付規定通則之

13「為求審查一致，有關結核病治療選擇的藥物種類、使用的劑量與治療的時程，應依行政院衛生署疾病管制局最新版「結核病診治指引」辦理(網址 <http://www.cdc.gov.tw/ct.asp?xItem=5710&ctNode=1540&mp=230>)，俾利醫療院所遵行」。

提案三

案由：有關「晟德大藥廠股份有限公司」申請提高治療心臟衰竭用醣劑 Cardiacin elixir 50 μ g/mL “Center” (digoxin, 50 μ g/mL, 60mL, A047126151) 健保支付價格乙案，提請討論。

結論：

- 一、本案藥品之主成分 digoxin，為治療濃度範圍狹窄(narrow therapeutic range)的藥物，臨床上對兒童劑量之準確給予有其必要性，故屬不可替代之必要藥品。
- 二、考量廠商之製藥成本，同意調高本案藥品之健保支付價，以國際最低價(法國同成分規格藥品價格)核定為每瓶 94 元。

提案四

案由：有關全民健康保險已收載骨質疏鬆治療藥物給付規定之研修乙案，提請討論。

結論：有關全民健康保險已收載骨質疏鬆治療藥物給付規定修訂內容，經各委員提供意見及充分討論後，為能更完備周詳，將彙整各委員意見後，於下次會議再予確認。

提案五

案由：有關「台灣諾華股份有限公司」申請修正骨質疏鬆治療藥物 zoledronic acid 5mg (如 Aclasta 5mg/100mL solution for infusion)給付規定乙案，提請討論。

結論：

- 一、依全民健康保險法第 2 條規定，全民健康保險係於保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，方依規定給予保險給付。本案廠商申請將 zoledronic

acid 使用於「初級防護」，即預防停經後骨質疏鬆婦女之骨折，係屬預防保健之一環，依法非健保險給付範圍，故本案藥品不予擴大給付至初級防護。

二、另有關廠商申請修正「次級防護」之給付規定，因骨質疏鬆治療藥物之給付規定，目前正全面檢討中，本案藥品之給付規定應併同類（雙磷酸鹽類）已收載骨質疏鬆治療藥物討論。

提案六

案由：有關「廣欣藥品有限公司」申請已收載成分新劑型用於舒緩口腔及咽喉疼痛之口腔噴液劑 Cufflam anti-inflammatory spray 1.5mg/mL (benzydamine HCl 1.5mg/mL, 30mL, A052299443) 健保支付價格乙案，提請討論。

結論：本案藥品不予納入本保險給付範圍，理由如下：

- 一、目前國內與本案藥品同成分、同含量、劑型之口腔噴霧劑，均未有健保給付；在國際上本類製劑大都屬保健藥品，各國也大都未納入給付。
- 二、與本案藥品同成分、劑型、含量之藥品，於 92 年及 96 年分別有中美兄弟製藥及丹賓國際股份有限公司申請納入健保給付，分別經本小組會議討論，以其療效與 0.2% chlorhexidine 漱口水相當，且在改善口腔潰瘍上，本類製劑亦未優於安慰劑，又需要每 1.5 至 3 小時重複使用一次，使用上不方便，不符合經濟效益，故不予納入健保給付。
- 三、本次廠商並未提供療效之新事證，臨床療效尚不明確。

提案七

案由：有關「美商亞培股份有限公司台灣分公司」申請修訂免疫抑制劑 adalimumab（如 Humira）藥品給付規定乙案，提請討論。

結論：考量本案藥品可能產生之嚴重副作用，以及高昂藥費對健保財務之衝擊，本案仍維持本小組第 8 屆第 9 次（98 年 12 月）會議結論，不予修改本案藥品用於治療「克隆氏症」申請續用之規定。

提案八

案由：有關「晟德大藥廠股份有限公司」申請已收載成分治療失智症新劑型內服液劑 Rementia Oral Solution (rivastigmine 2mg/mL, 120mL, A052566157) 健保支付價格乙案，提請討論。

結論：

- 一、本藥品為已收載成分之新劑型藥品，屬第 2B 類新藥，同意納入全民健康保險藥價基準收載。
- 二、核價方式：核價參考品為 Exelon Capsule 6mg (健保代碼：B022859100)，以療程劑量比例法換算。每瓶主成分總量為 240mg 換算後，核定為每瓶 2,000 元 $[50 \times (240 \div 6) = 2,000 \text{ 元}]$ 。
- 三、給付規定：同 Exelon。

提案九

案由：有關「台灣默克股份有限公司」申復治療因 tetrahydrobiopterin 缺乏引起之高苯丙胺酸血症及對 tetrahydrobiopterin 有反應之苯酮尿症(PKU)之罕見疾病用藥 Kuvan Tablets (sapropterin 100mg, X000095100)健保支付價格乙案，提請討論。

結論：全民健康保險藥價基準業已收載同成分、劑型、近似規格品項之 Tetrahydro-Biopterin (BH4) 50MG (健保代碼：X000072100) 及 10MG (健保代碼：X000040100)，可提供該等藥品至 100 年 12 月，且台灣默克股份有限公司所提申復價格過高，故仍先維持原核定價為每粒 540 元。

提案十

案由：有關重新檢討本保險給付規定「10.7 抗病毒劑」之 10.7.11. 全身性抗疱疹病毒劑 acyclovir、tromantadine、famciclovir 及 valaciclovir 給付規定之妥適性乙案，提請討論。

結論：本案請先徵詢專科醫學會之意見，俟彙集相關意見後，再提會討論。

提案十一

案由：有關「臺灣諾華股份有限公司」申請高血壓治療藥品 Co-Rasilez 150/12.5mg、150/25mg、300/12.5mg 及 300/25mg Film-Coated Tablets

(aliskiren + hydrochlorothiazide) 共 4 品項健保支付價格乙案，提請討論。

結論：

- 一、本案藥品為 aliskiren + hydrochlorothiazide 之複方製劑，全民健康保險藥價基準已收載各主成分單方，屬 2B 類新藥，同意納入藥價基準收載。
- 二、本案以 Rasilez Film-Coated Tablets 150mg (健保代碼：B024884100) 為 Co-Rasilez 150/12.5mg 及 150/25mg Film-Coated Tablets 之核價參考品；以 Rasilez Film-Coated Tablets 300mg (健保代碼：B024883100) 為 Co-Rasilez 300/12.5mg 及 300/25mg Film-Coated Tablets 之核價參考品，並按藥價比例法核定為相同藥價，Co-Rasilez 150/12.5mg 及 150/25mg Film-Coated Tablets 均核定為每粒 28.5 元；Co-Rasilez 300/12.5mg 及 300/25mg Film-Coated Tablets 均核定為每粒 39.7 元。

提案十二

案由：有關「荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司台灣分公司」申請血栓溶解劑 Arixtra 2.5mg/0.5mL solution for injection, pre-filled syringe (fondaparinux sodium) 之健保支付價格乙案，提請討論。

結論：本案藥品為第一個 synthetic selective Factor Xa inhibitor 血栓溶解劑，屬第 2A 類新藥，同意納入全民健康保險藥價基準收載。核價方式以國際最低價(瑞典)核定本案藥品健保支付價格為每支 224 元。

提案十三

案由：有關「台灣神經學學會」及「台灣腦中風學會」建議修訂抗血小板治療用藥 clopidogrel (如 Plavix) 給付規定乙案，提請討論。

結論：本案必須充分諮詢臨床專家意見及進一步分析相關資料後，再提會討論。

提案十四

案由：有關「歐舒邁克有限公司」申復焦慮症治療藥品 Prazepam Tablets 10mg “O-S” (prazepam, 10mg, A050255100) 健保支付價格乙案，提請討論。

結論：本案於第 8 屆第 12 次藥事小組會議核價時所參考之文獻，為與本案藥品

相同成分、劑型之國外產品 prazepam 40mg 與 lorazepam 3.75mg 之 head-to-head 療效比較研究，其文獻證據力較廠商本次申復時所提出之間接比較研究者為佳，原核價方式並無不妥，本案仍維持原議，以現行藥價基準收載 lorazepam 1mg 錠劑之學名藥最高價藥品為核價參考品，採藥價比例法核定本案藥品為每粒 1.28 元 (1 元×1.28=1.28 元)。

提案十五

案由：有關「台灣東洋股份有限公司」申請修訂抗癌瘤藥物 doxorubicin liposome injection (如:Lipo-Dox)藥品給付規定乙案，提請討論。

結論：依據 2007 年 9 月 1 日 Journal of Clinical Oncology 之文獻報導，合併使用 bortezomib 與 liposome-doxorubicin 相較於單獨使用 bortezomib 治療復發之多發性骨髓瘤病患，改善整體存活期有限，故暫不予擴增給付範圍。

提案十六

案由：有關「香港商愛力根有限公司台灣分公司」申復治療嚴重乾性角結膜炎新藥 Restasis ophthalmic emulsion 0.05% (cyclosporine 0.5mg/mL, 0.4mL/小瓶, B024206471)健保支付價格乙案，提請討論。

結論：因廠商所提出之給付規範中 schirmer test 及 tear film break up time 仍有不易客觀判定之疑慮，故請眼科醫學會協助對於嚴重乾性角膜炎提供較精確、客觀且可審查之區別標準後，再提會討論。

提案十七

案由：有關是否取消肺動脈高壓用藥，需經事前審查核准後使用之給付規定乙案，提請討論。

結論：

- 一、原發性肺動脈高壓藥物價格昂貴，且造成肺動脈高壓之原因尚且有許多病人為次發性(secondary)，若病情急迫，可先處方 sildenafil，故肺動脈高血壓治療劑【iloprost (如 Ventavis Nebuliser Solution)、bosentan (如 Tracleer) 及 ambrisentan (如 Volibris)】應維持需經事前審查核

准後使用。

二、另建議健保局請學會提供事前審查申請表格之簡化，以提升申請效率。

提案十八

案由：有關「友華生技醫藥股份有限公司」申復氣喘治療藥品 Foster (formoterol fumarate dehydrate 6mcg+beclomethasone dipropionate 0.1mg, B025092157)健保支付價格乙案，提請討論。

結論：

- 一、Foster 與 Seretide 之 head-to-head 比較研究中未直接比較對於小支氣管影響之差異，故無法證實 Foster 優於 Seretide。
- 二、Seretide 使用上雖然需要藉助輔助器以增加肺部沉降率，然而並不影響其使用程序及便利性。
- 三、Seretide 其中所含之 beta-agonist (salmeterol)開始作用時間需 10~20 分鐘，比 Foster 其中所含之 beta-agonist (formoterol)還長，然而一般 LABA/ICS 吸入劑型多作為長期控制用藥，非作急性緩解症狀之用。
- 四、綜上，因目前文獻資料顯示 Foster 與 Seretide 於整體療效及安全性而言並無明顯差異，故建議維持原決議，以常用之 Seretide 125 evohaler 120 doses (健保代碼：B023482137) 為核價參考品，依國際藥價比例法換算，核定每支為 992 元 ($1,128 \text{ 元} \times 0.88 = 992 \text{ 元}$)，給付規定比照全民健康保險呼吸道疾患吸入製劑給付規定。

提案十九

案由：有關本局北區業務組建議修正巴金森氏症治療用藥 apomorphine hydrochloride 10mg/mL (如 Apo-Go Pen) 每月使用量之給付規定乙案，提請討論。

結論：嚴重之症狀波動巴金森氏症病人，每日治療劑量最大為 20mg，每月最大使用量為 600mg，故同意放寬每個月上限為 20 支。

提案二十

案由：有關「羅氏大藥廠股份有限公司」就抗癌瘤新藥 Avastin Injection 25mg/mL,

4mL (bevacizumab, K000807219)用於第一線轉移性大腸直腸癌所提風險分攤方案乙案，提請討論。

結論：廠商所提之風險分攤方案為單純降價，且其幅度極為有限，未能有效提高臨床治療效益及大幅降低對健保財務衝擊。另根據英國 The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2010 年 8 月公布的初步評估報告指出，即使以本案藥品於英國之藥價，每人一年給付本藥品 20,800 英鎊（約新台幣 100 萬元），加上廠商願意負擔其他化療藥物藥費之情形下，NICE 仍認為本案藥品合併化療所延長之存活期無法與其高額藥價相稱。綜上所述，本案藥品暫不予納入給付。

伍、臨時提案

案由：有關擬暫緩公告於肺動脈高血壓治療劑之 iloprost 吸入劑、bosentan 及 ambrisentan 給付規定中加入「不得與其他原發性肺動脈高壓藥物合併使用」之限制乙案，提請討論。

結論：

- 一、台灣拜耳公司 Ilomedin-20 之健保藥價及給付規定生效之公告可先行辦理，如附件 2。
- 二、同意暫緩公告於肺動脈高血壓治療劑之 iloprost 吸入劑、bosentan 及 ambrisentan 給付規定中加入「不得與其他原發性肺動脈高壓藥物合併使用」之限制，俟財團法人醫藥品查驗中心彙整肺動脈高血壓治療劑併用之臨床療效及經濟評估等相關資料，再提本小組會議審議。

陸、散會（9 月 2 日會議於下午 13 時 20 分結束、9 月 9 日會議於下午 13 時 30 分結束）

第 13 章 皮膚科製劑 Dermatological preparations

(自○年○月○日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>13.3.Calcipotriol 外用製劑：(87/4/1、89/2/1、94/3/1、94/5/1、○/○/○)</p> <p>13.3.1.Calcipotriol 外用單方製劑 (87/4/1、89/2/1、94/3/1、○/○/○)</p> <p>限確經診斷為尋常性牛皮癬 (psoriasis) 之病例使用，使用量以每星期不高於 <u>30gm</u> 或 <u>30mL</u> 為原則，若因病情需要使用量需超過每星期 <u>30gm</u> 或 <u>30mL</u> 者，應於病歷詳細紀錄理由。</p> <p>13.3.2.含 calcipotriol 及類固醇之外用複方製劑 (如 Daivobet) (94/5/1、○/○/○)</p> <p>1.限確經診斷為尋常性牛皮癬 (psoriasis) 之病例使用，使用量以每星期不高於 <u>30gm</u> 為原則，若因病情需要使用量需超過每星期 <u>30gm</u> 者，應於病歷詳細紀錄理由。</p> <p>2. 同一部位之療程不得超過 4 週。</p> <p>13.3.3 與 tazarotene 併用，兩者合計總量每星期不超過 <u>30gm</u> 或 <u>30mL</u>，若因病情需要兩者合併使用量需超過每星期 <u>30gm</u> 者，應於病歷詳細紀錄理由。(○/○/○)</p>	<p>13.3.Calcipotriol 外用製劑：(87/4/1、89/2/1、94/3/1、94/5/1)</p> <p>13.3.1.Calcipotriol 外用單方製劑 (87/4/1、89/2/1、94/3/1)</p> <p>限確經診斷為尋常性牛皮癬 (psoriasis) 之病例使用，使用量以每星期不高於 <u>一支(30gm)</u> 或 <u>一瓶 (30mL)</u> 為原則，若因病情需要使用量需超過每星期 <u>一支(30gm)</u> 或 <u>一瓶(30mL)</u> 者，應於病歷詳細紀錄理由。</p> <p>13.3.2.含 calcipotriol 及類固醇之外用複方製劑 (如 Daivobet) (94/5/1)</p> <p>1. 限確經診斷為尋常性牛皮癬 (psoriasis) 之病例使用，使用量以每星期不高於 <u>一支(30gm)</u> 為原則，若因病情需要使用量需超過每星期 <u>一支(30gm)</u> 者，應於病歷詳細紀錄理由。</p> <p>2. 同一部位之療程不得超過 4 週。</p>
<p>13.8.Tazarotene (如 Tazorac Topical Gel)：(91/4/1、○/○/○)</p>	<p>13.8.Tazarotene (如 Tazorac Topical Gel)：(91/4/1)</p>

<p>1. 限乾癬之病例使用。</p> <p>2. 使用量以每星期不高於 <u>30gm</u> 為原則。若因病情需要，使用量需超過每星期 <u>30gm</u> 者，應於病歷詳細記載理由。(○/○/○)</p> <p>3. <u>與 calcitriol (或 calcipotriol) 併用</u>，兩者合計總量每星期不超過 <u>30gm 或 30mL</u>，若因病情需要兩者合併使用量需超過每星期 <u>30gm</u> 者，應於病歷詳細記載理由。(○/○/○)</p>	<p>1. 限乾癬之病例使用。</p> <p>2. 使用量以每星期不高於 <u>一支</u> 為原則。若因病情需要，使用量需超過每星期 <u>一支</u> 者，應於病歷詳細記載理由。</p>
<p><u>13.10. Tacrolimus (如 Protopic Ointment)</u> : (91/12/1、93/8/1、95/7/1、○/○/○)</p> <p>限二歲以上孩童、青少年及成人因為潛在危險而不宜使用其他傳統治療、或對其他傳統治療反應不充分、或無法耐受其他傳統治療且患部面積>30%之中、重度異位性皮膚炎之下列病患第二線使用：(95/7/1)</p> <p>1. 成人患部面積 30%~50%，<u>每星期不超過 30gm</u>；患部面積>50%，<u>每星期不超過 60gm</u>。(○/○/○)</p> <p>2. 孩童患部面積 30%~50%，<u>每兩星期不超過 30gm</u>；患部面積>50%，<u>每星期不超過 30gm</u>。(○/○/○)</p> <p>3. 面積計算：成人依照 rule of nines(詳備註 1)，由部位乘予大約比例之總和，兒童依比例(備註 2，Barkin 公式)修訂。</p> <p>4. 使用一個月後，症狀若無改善，應改用其他藥物治療。</p> <p>5. 以三個月為一個療程，作間歇性長期治療者，若需繼續治療，每</p>	<p><u>13.9. Tacrolimus (如 Protopic Ointment)</u> : (91/12/1、93/8/1、95/7/1)</p> <p>限二歲以上孩童、青少年及成人因為潛在危險而不宜使用其他傳統治療、或對其他傳統治療反應不充分、或無法耐受其他傳統治療且患部面積>30%之中、重度異位性皮膚炎之下列病患第二線使用：(95/7/1)</p> <p>1. 成人患部面積 30%~50%，<u>1tube/30g/wk</u>；患部面積>50%，<u>2 tube/ 30g/wk</u>。</p> <p>2. 孩童患部面積 30%~50%，<u>1tube/30g/2wk</u>；患部面積>50%，<u>1 tube/ 30g/wk</u>。</p> <p>3. 面積計算：成人依照 rule of nines(詳備註 1)，由部位乘予大約比例之總和，兒童依比例(備註 2，Barkin 公式)修訂。</p> <p>4. 使用一個月後，症狀若無改善，應改用其他藥物治療。</p> <p>5. 以三個月為一個療程，作間歇性長期治療者，若需繼續治療，每</p>

<p>月限使用 30 公克。(93/8/1)</p> <p>6. 不可合併紫外線治療。(93/8/1)</p> <p>7. 與 <u>pimcrolimus</u> 併用時 (○/○/○) :</p> <p>(1)成人：<u>患部面積 30%~50%，每星期兩者合併用量不超過 30gm；患部面積>50%，兩者每星期合併用量不超過 60gm。</u></p> <p>(2)孩童：<u>患部面積 30%~50%，每兩星期兩者合併用量不超過 30gm；患部面積>50%，每星期兩者合併用量不超過 30gm。</u></p> <p>(3)<u>若因病情需要兩者合併使用量需超過限制者，應於病歷詳細記錄理由。</u></p> <p>備註 1：rule of nines 計算法：頭頸 9%，兩上肢 18%，軀幹 18%，背 18%，兩下肢 36%，陰部 1%。</p> <p>備註 2：兒童患部面積計算如附表十七 (From Roger M. Barkin)</p>	<p>月限使用 30 公克。(93/8/1)</p> <p>6. 不可合併紫外線治療。(93/8/1)</p> <p>備註 1：rule of nines 計算法：頭頸 9%，兩上肢 18%，軀幹 18%，背 18%，兩下肢 36%，陰部 1%。</p> <p>備註 2：兒童患部面積計算如附表十七 (From Roger M. Barkin)</p>
<p><u>13.9. Calcitriol (如 Silkis ointment) :</u> (92/11/1、93/9/1、○/○/○)</p> <p>1.限用於小於 35%體表面積之輕度至中重度乾癬之病例，使用量以每星期不高於 <u>30gm</u> 為原則，若因病情需要使用量需超過每星期 <u>30gm</u> 者，應於病歷詳細記錄理由。其面積計算：依照 rule of nines 計算法。(同 13.9 備註 1)</p> <p>2.<u>與 tazarotene 併用，兩者合計總量每星期不超過 30gm 或 30mL，若因病情需要兩者合併使用量需超過每星期 30gm 者，應於病歷詳細記錄理由。(○/○/○)</u></p>	<p><u>13.10. Calcitriol (如 Silkis ointment) :</u> (92/11/1、93/9/1)</p> <p>限用於小於 35%體表面積之輕度至中重度乾癬之病例，使用量以每星期不高於<u>一支 (30gm)</u> 為原則，若因病情需要使用量需超過每星期<u>一支 (30gm)</u>者，應於病歷詳細記錄理由。其面積計算：依照 rule of nines 計算法。(同 13.9 備註 1)</p>

<p>13.11. Pimecrolimus (Elidel 1%) : (92/11/1、93/8/1、94/3/1、95/7/1、 <u>○/○/○</u>)</p> <p>限二歲以上孩童、青少年及成人且患部面積>30%之中、重度異位性皮膚炎之下列病患第二線使用： (94/3/1、95/7/1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 成人患部面積 30%~50%，<u>每星期不超過 30gm</u>；患部面積>50%，<u>每星期不超過 60gm</u>。(94/3/1、<u>○/○/○</u>) 2. 孩童患部面積 30%~50%，<u>每兩星期不超過 30gm</u>；患部面積>50%，<u>每星期不超過 30gm</u>。(○/<u>○/○</u>) 3. 面積計算：成人依照 rule of nines(詳 13.9 之備註 1)，由部位乘予大約比例之總和，兒童依比例(詳 13.9 之備註 2，Barkin 公式)修訂。(94/3/1) 4. 使用一個月後，症狀若無改善，應改用其他藥物治療。 5. 以三個月為一個療程，作間歇性長期治療者，若需繼續治療，每月限使用 30 公克。(93/8/1) 6. 不可合併紫外線治療。(93/8/1) 7. <u>與 tacrolimus 併用時(○/○/○)：</u> (1)<u>成人：患部面積 30%~50%，每星期兩者合併用量不超過 30gm；患部面積>50%，兩者每星期合併用量不超過 60gm。</u> (2)<u>孩童：患部面積 30%~50%，每兩星期兩者合併用量不超過 30gm；患部面積>50%，每星期兩者合併用量不超過 30gm。</u> 	<p>13.11. Pimecrolimus (Elidel 1%) : (92/11/1、93/8/1、94/3/1、95/7/1)</p> <p>限二歲以上孩童、青少年及成人且患部面積>30%之中、重度異位性皮膚炎之下列病患第二線使用： (94/3/1、95/7/1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.成人患部面積 30%~50%， 1tube/30g/wk；患部面積>50%， 2 tube/ 30g/wk。(94/3/1) 2. 孩童患部面積 30%~50%， 1tube/30g/2wk；患部面積>50%， 1tube/30g/wk。 3. 面積計算：成人依照 rule of nines(詳 13.9 之備註 1)，由部位乘予大約比例之總和，兒童依比例(詳 13.9 之備註 2，Barkin 公式)修訂。(94/3/1) 4. 使用一個月後，症狀若無改善，應改用其他藥物治療。 5. 以三個月為一個療程，作間歇性長期治療者，若需繼續治療，每月限使用 30 公克。(93/8/1) 6. 不可合併紫外線治療。(93/8/1)
---	--

(3)若因病情需要兩者合併使用量需 超過限制者，應於病歷詳細記錄 理由。	
--	--

備註：劃線部份為新修訂之規定。

第 2 章 心臟血管及腎臟藥物 Cardiovascular-renal drugs

(自○年○月○日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>2.8.2. 肺動脈高血壓治療劑 (95/1/1、97/6/1、98/12/1、<u>○/○/○</u>)：</p> <p>2.8.2.1. Iloprost (如 Ventavis、<u>Ilomedin-20</u>)：(95/1/1、<u>○/○/○</u>)</p> <p>1. <u>吸入劑</u>：限用於原發性肺動脈高血壓之治療。</p> <p>2. <u>輸注液</u>：</p> <p>(1) <u>限用於原發性肺動脈高血壓且合併右心室衰竭嚴重度高於 class III。</u></p> <p>(2) <u>不得與其他原發性肺動脈高血壓藥物 (如 sildenafil 或 bosentan) 合併使用。</u></p> <p>3. 需經事前審查核准後使用。</p>	<p>2.8.2. 肺動脈高血壓治療劑給付規定 (95/1/1、97/6/1、98/12/1)：</p> <p>2.8.2.1. Iloprost (如 Ventavis Nebuliser Solution)：(95/1/1)</p> <p>1. 限用於原發性肺動脈高血壓之治療。</p> <p>2. 需經事前審查核准後使用。</p>

備註：劃線部份為新修訂之規定。