

「藥品給付規定」修正對照表
第10節 抗微生物劑 Antimicrobial agents
(自104年12月1日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>10.7.3. Lamivudine 100mg(如 Zeffix); entecavir (如 Baraclude); telbivudine 600mg (如 Sebivo); tenofovir 300mg (如 Viread): (92/10/1、93/2/1、93/8/1、94/10/1、95/10/1、95/11/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1、99/7/1、100/6/1、102/2/1、104/12/1)</p> <p>限用於參加「全民健康保險加強慢性B型及慢性C型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性B型肝炎患者：</p> <p>1. HBsAg (+) 且已發生肝代償不全者；(98/11/1)</p> <p>(1)以 lamivudine 100mg、entecavir <u>1.0mg</u>、或 telbivudine 600mg、或 tenofovir 300mg 治療，療程12~36個月；(98/11/1、100/6/1、102/2/1、<u>104/12/1</u>)</p> <p>(2)HBeAg 陽性病患若治療療程36個月內有 e 抗原轉陰者，則可再給付最多12個月治療。(98/11/1)</p> <p>註：</p> <p><u>I.</u> 肝代償不全條件為 prothrombin time 延長\geq3秒</p>	<p>10.7.3. Lamivudine 100mg(如 Zeffix); entecavir <u>0.5mg</u> (如 Baraclude); telbivudine 600mg (如 Sebivo); tenofovir 300mg (如 Viread): (92/10/1、93/2/1、93/8/1、94/10/1、95/10/1、95/11/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1、99/7/1、100/6/1、102/2/1)</p> <p>限用於參加「全民健康保險加強慢性B型及慢性C型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性B型肝炎患者：</p> <p>1. HBsAg (+) 且已發生肝代償不全者；(98/11/1)</p> <p>(1)以 lamivudine 100mg、entecavir <u>0.5mg</u> 或 telbivudine 600mg 或 tenofovir 300mg 治療，療程12~36個月；(98/11/1、100/6/1、102/2/1)</p> <p>(2)HBeAg 陽性病患若治療療程36個月內有 e 抗原轉陰者，則可再給付最多12個月治療。(98/11/1)</p> <p>註：肝代償不全條件為 prothrombin time 延長\geq3秒 或 bilirubin\geq2.0mg/dL，</p>

修正後給付規定	原給付規定
<p>或 bilirubin\geq2.0mg/dL， prothrombin time 延長係以 該次檢驗 control 值為準。</p> <p><u>II. Entecavir 每日限使用1粒。</u></p> <p>2. 慢性 B 型肝炎病毒帶原者 HBsAg(+)：(98/11/1)</p> <p>(1) 接受非肝臟之器官移植後，B 型肝炎發作者，可長期使用。 (98/11/1)</p> <p>(2) 接受癌症化學療法中，B 型肝 炎發作者，經照會消化系專科 醫師同意後，可長期使用。 (93/2/1、94/10/1、98/11/1)</p> <p>(3) 接受肝臟移植者，可預防性使 用。(95/10/1、98/11/1)</p> <p>(4) 接受癌症化學療法，經照會消 化系專科醫師同意後，可於化 學療法前1週開始給付使用， 直至化學療法結束後6個月， 以預防 B 型肝炎發作。 (98/11/1)</p> <p>(5) 肝硬化病患，可長期使用。 (99/7/1)</p> <p>註：肝硬化條件為需同時符合下 列二項條件：(99/7/1)</p> <p>I. HBsAg(+)且血清 HBV DNA\geq2,000IU/mL 者。</p> <p>II. 診斷標準： a. 肝組織切片 (Metavir F4 或 Ishak F5以上，血友病 患及類血友病患經照會消 化系專科醫師同意後，得 不作切片)；或</p>	<p>prothrombin time 延長係以 該次檢驗 control 值為準。</p> <p>2. 慢性 B 型肝炎病毒帶原者 HBsAg(+)：(98/11/1)</p> <p>(1) 接受非肝臟之器官移植後，B 型肝炎發作者，可長期使用。 (98/11/1)</p> <p>(2) 接受癌症化學療法中，B 型肝 炎發作者，經照會消化系專科 醫師同意後，可長期使用。 (93/2/1、94/10/1、98/11/1)</p> <p>(3) 接受肝臟移植者，可預防性使 用。(95/10/1、98/11/1)</p> <p>(4) 接受癌症化學療法，經照會消 化系專科醫師同意後，可於化 學療法前1週開始給付使用， 直至化學療法結束後6個月， 以預防 B 型肝炎發作。 (98/11/1)</p> <p>(5) 肝硬化病患，可長期使用。 (99/7/1)</p> <p>註：肝硬化條件為需同時符合下 列二項條件：(99/7/1)</p> <p>I. HBsAg(+)且血清 HBV DNA\geq2,000IU/mL 者。</p> <p>II. 診斷標準： a. 肝組織切片 (Metavir F4 或 Ishak F5以上，血友病 患及類血友病患經照會消 化系專科醫師同意後，得 不作切片)；或</p>

修正後給付規定	原給付規定
<p>b. 超音波診斷為肝硬化併食道或胃靜脈曲張，或超音波診斷為肝硬化併脾腫大。<u>若患者因其他臨床適應症接受電腦斷層或核磁共振檢查而被診斷為肝硬化時，可做為診斷依據。</u></p> <p>(6) <u>在異體造血幹細胞移植時：</u> (104/12/1)</p> <p>I. <u>捐贈者之 HBsAg 為陽性反應，則捐贈者可自其確認為移植捐贈者後開始使用預防性抗病毒藥物治療，原則上治療到血液中偵測不到 HBV DNA；若捐贈者符合10.7.3之3至5項治療條件，則依其規範給付。</u></p> <p>II. <u>受贈者之 HBsAg 為陽性反應，或捐贈來源之 HBsAg 為陽性反應，則受贈者可在經照會消化系專科醫師同意後，於移植前一週起至移植後免疫抑制藥物停用後6個月內，給付使用抗 B 型肝炎病毒藥物以預防發作。</u></p> <p>3. HBsAg(+)超過6個月及 HBeAg(+)超過3個月，且 ALT 值大於(或等於)正常值上限5倍以上(ALT\geq5X)，符合前述條件者，其給付療程為12至36個月。若治療療程36個月內有 e 抗原轉陰者，則可再給付最多12個月治療。(98/11/1、99/5/1)</p>	<p>b. 超音波診斷為肝硬化併食道或胃靜脈曲張，或超音波診斷為肝硬化併脾腫大。</p> <p>3. HBsAg(+)超過6個月及 HBeAg(+)超過3個月，且 ALT 值大於(或等於)正常值上限5倍以上(ALT\geq5X)，符合前述條件者，其給付療程為12至36個月。若治療療程36個月內有 e 抗原轉陰者，則可再給付最多12個月治療。(98/11/1、99/5/1)</p>

修正後給付規定	原給付規定
<p>4. HBsAg(+)超過6個月及 HBeAg(+)超過3個月，其 ALT 值介於正常值上限2至5倍之間($2X \leq ALT < 5X$)，且血清 HBV DNA $\geq 20,000$ IU/mL，或經由肝組織切片（血友病患及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片）證實 HBcAg 陽性之患者，符合前述條件者，其給付療程為12至36個月。若治療療程36個月內有 e 抗原轉陰者，則可再給付最多12個月治療。(93/8/1、95/11/1、98/11/1、99/5/1)</p> <p>5. HBsAg(+)超過6個月及 HBeAg(-)超過3個月，且 ALT 值半年有兩次以上(每次間隔3個月)大於或等於正常值上限2倍以上($ALT \geq 2X$)，且血清 HBV DNA $\geq 2,000$ IU/mL，或經由肝組織切片（血友病患及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片）證實 HBcAg 陽性之患者，符合前述條件者，其療程為12至36個月。(93/8/1、95/11/1、98/11/1)</p> <p>6. 若上述治療中出現 lamivudine 100mg、entecavir、telbivudine 抗藥性病毒株，可改換對於抗藥株有效之 B 型肝炎抗病毒藥劑治療，治療藥物及療程之規定詳如 10.7.4. 之 1至4項。(98/11/1、99/5/1、99/7/1、102/2/1、104/12/1)</p> <p>7. 符合第2至5項條件者，若使用</p>	<p>4. HBsAg(+)超過6個月及 HBeAg(+)超過3個月，其 ALT 值介於正常值上限2至5倍之間($2X \leq ALT < 5X$)，且血清 HBV DNA $\geq 20,000$ IU/mL，或經由肝組織切片（血友病患及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片）證實 HBcAg 陽性之患者，符合前述條件者，其給付療程為12至36個月。若治療療程36個月內有 e 抗原轉陰者，則可再給付最多12個月治療。(93/8/1、95/11/1、98/11/1、99/5/1)</p> <p>5. HBsAg(+)超過6個月及 HBeAg(-)超過3個月，且 ALT 值半年有兩次以上(每次間隔3個月)大於或等於正常值上限2倍以上($ALT \geq 2X$)，且血清 HBV DNA $\geq 2,000$ IU/mL，或經由肝組織切片（血友病患及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片）證實 HBcAg 陽性之患者，符合前述條件者，其療程為12至36個月。(93/8/1、95/11/1、98/11/1)</p> <p>6. 若上述治療中出現 lamivudine 100mg、entecavir <u>0.5mg</u>、telbivudine 抗藥性病毒株，可改換對於抗藥株有效之 B 型肝炎抗病毒藥劑治療，治療藥物及療程之規定詳如 10.7.4. 之 1至3項。(98/11/1、99/5/1、99/7/1、102/2/1)</p>

修正後給付規定	原給付規定
<p><u>entecavir，劑量為每日0.5mg。</u> <u>(104/12/1)</u></p> <p>10.7.4. Adefovir dipivoxil (如 Hepsara Tablets 10mg) ; Entecavir (如 Baraclude 1.0mg) ; <u>tenofovir 300mg (如 Viread)</u> : (95/9/1、95/10/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1、99/7/1、102/2/1、<u>104/12/1</u>)</p> <p>限用於參加「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性B型肝炎患者：</p> <p>1. 經使用 lamivudine 100mg、entecavir 0.5mg <u>或1.0mg</u>、telbivudine 治療或預防B型肝炎發作出現抗藥株(指於治療中一旦HBV DNA從治療期間之最低值上升超過一個對數值(1 log IU/mL)，以下條件擇一給付： (98/11/1、99/5/1、102/2/1、<u>104/12/1</u>)</p> <p>(1)得以原治療藥物再加上 adefovir 進行合併救援治療 (rescue therapy) 3年； (95/9/1、95/10/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1、99/7/1)</p> <p>(2)改用 entecavir 1.0mg(僅限於 lamivudine 產生抗藥性之病人)單一藥物治療3年； (98/11/1、99/5/1、99/7/1)</p> <p>(3)以 Interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 或 interferon</p>	<p>10.7.4. Adefovir dipivoxil (如 Hepsara Tablets 10mg) ; Entecavir (如 Baraclude 1.0mg) (95/9/1、95/10/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1、99/7/1、102/2/1)</p> <p>限用於參加「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性B型肝炎患者：</p> <p>1. 經使用 lamivudine 100mg、entecavir 0.5mg、telbivudine 治療或預防B型肝炎發作出現抗藥株(指於治療中一旦HBV DNA從治療期間之最低值上升超過一個對數值(1 log IU/mL)，以下條件擇一給付： (98/11/1、99/5/1、102/2/1)</p> <p>(1)得以原治療藥物再加上 adefovir 進行合併救援治療 (rescue therapy) 3年； (95/9/1、95/10/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1、99/7/1)</p> <p>(2)改用 entecavir 1.0mg(僅限於 lamivudine 產生抗藥性之病人)單一藥物治療3年； (98/11/1、99/5/1、99/7/1)</p> <p>(3)以 Interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 或 interferon</p>

修正後給付規定	原給付規定
<p>alpha-2b (如 Intron A) 或 peginterferon alfa-2a (如 Pegasys) 治療1年。 (98/11/1、99/5/1、99/7/1)</p> <p><u>(4)改用 tenofovir 300mg 單一藥物治療3年。(104/12/1)</u></p> <p><u>(5)原已接受其他口服抗病毒藥物救援治療，治療期間出現抗藥株，或治療未達預期之病毒學反應，得改以 tenofovir 單一藥物救援治療，並給付其原救援治療剩餘之期間。(104/12/1)</u></p> <p>2. 若停藥後復發，得以合併療法或 <u>tenofovir 單一藥物</u>再治療一次，療程為3年；或以干擾素再治療1年。(99/7/1、104/12/1)</p> <p>3. 慢性 B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 帶原者： (1)肝硬化之病患。(99/7/1) (2)接受非肝臟之器官移植後發作或接受肝臟移植，須持續接受免疫抑制劑時。(95/10/1、97/8/1、99/5/1) 上述病患長期使用 lamivudine 100mg、entecavir 0.5mg、telbivudine，以治療或預防 B 型肝炎發作，若出現抗藥性病毒株者，治療藥物及療程之規定詳如10.7.4.之1項。 (95/10/1、97/8/1、99/5/1、99/7/1、102/2/1)</p>	<p>alpha-2b (如 Intron A) 或 peginterferon alfa-2a (如 Pegasys) 治療1年。 (98/11/1、99/5/1、99/7/1)</p> <p>2. 若停藥後復發，得以合併療法再治療一次，療程為3年；或以干擾素再治療1年。(99/7/1)</p> <p>3. 慢性 B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 帶原者： (1)肝硬化之病患。(99/7/1) (2)接受非肝臟之器官移植後發作或接受肝臟移植，須持續接受免疫抑制劑時。(95/10/1、97/8/1、99/5/1) 上述病患長期使用 lamivudine 100mg、entecavir 0.5mg、telbivudine，以治療或預防 B 型肝炎發作，若出現抗藥性病毒株者，治療藥物及療程之規定詳如10.7.4.之1項。 (95/10/1、97/8/1、99/5/1、99/7/1、102/2/1)</p>

修正後給付規定	原給付規定
<p>4. <u>臨床上若產生多重抗藥病毒株時可給予 tenofovir 300mg 單一藥物治療，或合併 entecavir 1.0mg 及 tenofovir 300mg 治療3年。</u> (104/12/1)</p> <p>註：<u>多重抗藥病毒株指病毒對 lamivudine、telbivudine、entecavir 或 adefovir 產生二種(含)藥物以上之抗藥性。</u> (104/12/1)</p>	

備註：劃線部份為新修訂之規定。