

## 「藥品給付規定」修訂對照表(草案)

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

(自 112 年 10 月 1 日生效)

| 修訂後給付規定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 原給付規定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>2.1.2.2. rt-PA (如 Actilyse Inj)<br/>用於急性缺血性腦中風時：<br/>(93/1/1、100/7/1、<br/>107/11/1、<u>112/10/1</u>)</p> <p>1. 限急性缺血性腦中風 <u>4.5</u> 小時<br/>內使用。(112/10/1)</p> <p>2. 使用醫院應具有神經內、外專<br/>科醫師及加護病房或同等級之<br/>設施。</p> <p>3. 使用本藥品前，應先作病人腦<br/>部電腦斷層或磁振造影檢查、<br/>神經學檢查 (含 NIHSS)、心電<br/>圖、胸部 X 光、凝血時間、凝<br/>血酶原時間、肝腎功能及血<br/>糖，並且必須符合「急性缺血<br/>性腦中風之血栓溶解治療檢<br/>查表」(請詳附表二-C) 之條件。<br/>(107/11/1)</p> <p>4. 醫院於病例發生後，於當月醫<br/>療費用申報時，應填寫「全民<br/>健康保險使用 rt-PA<br/>(Actilyse) 申請表 (急性缺血<br/>性腦中風病患用)」(請詳附表<br/>二-B)，並附注射前及 24 小</p> | <p>2.1.2.2. rt-PA (如 Actilyse Inj)<br/>用於急性缺血性腦中風時：<br/>(93/1/1、100/7/1、107/11/1)</p> <p>1. 限急性缺血性腦中風 <u>三</u> 小時內<br/>使用。</p> <p>2. 使用醫院應具有神經內、外專<br/>科醫師及加護病房或同等級之<br/>設施。</p> <p>3. 使用本藥品前，應先作病人腦<br/>部電腦斷層或磁振造影檢查、<br/>神經學檢查 (含 NIHSS)、心電<br/>圖、胸部 X 光、凝血時間、凝<br/>血酶原時間、肝腎功能及血<br/>糖，並且必須符合「急性缺血<br/>性腦中風之血栓溶解治療檢<br/>查表」(請詳附表二-C) 之條件。<br/>(107/11/1)</p> <p>4. 醫院於病例發生後，於當月醫<br/>療費用申報時，應填寫「全民<br/>健康保險使用 rt-PA<br/>(Actilyse) 申請表 (急性缺血<br/>性腦中風病患用)」(請詳附表<br/>二-B)，並附注射前及 24 小</p> |

| 修訂後給付規定                               | 原給付規定                                 |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 時、36 小時後之腦部電腦斷層<br>(或磁振造影檢查) 與 NIHSS。 | 時、36 小時後之腦部電腦斷層<br>(或磁振造影檢查) 與 NIHSS。 |

備註：劃線部分為新修訂規定

|      |                 |      |  |    |  |      |  |
|------|-----------------|------|--|----|--|------|--|
| 醫院代號 |                 | 醫院名稱 |  |    |  | 申請日期 |  |
| 病人姓名 |                 | 性別   |  | 年齡 |  | 出生日期 |  |
| 身份證號 |                 | 病歷號碼 |  |    |  | 體重   |  |
| 藥品名稱 |                 | 藥品代碼 |  |    |  | 申請數量 |  |
| 使用期間 | 自 年 月 日 至 年 月 日 |      |  |    |  | 用法用量 |  |

|               |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                           |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 診             | <input type="checkbox"/> 急性缺血性腦中風，符合以下各條件                                                                                                                                                                                               | 診斷根據                                                                                                                                                                                                      |
|               | <input type="checkbox"/> 確定診斷<br><input type="checkbox"/> 發作在 <u>4.5</u> 小時以內( <u>112/10/1</u> )<br><input type="checkbox"/> 無出血性疾病<br><input type="checkbox"/> 符合適應症<br><input type="checkbox"/> 無禁忌症                                  | <input type="checkbox"/> 電腦斷層<br><input type="checkbox"/> 核磁共振<br><input type="checkbox"/> 神經檢查(含 NIHSS)<br><input type="checkbox"/> 實驗室檢查<br><input type="checkbox"/> 心電圖<br><input type="checkbox"/> 其他 |
| 斷             | <input type="checkbox"/> 在腦梗塞發作 <u>4.5</u> 小時以內注射( <u>112/10/1</u> )<br>發作時刻_____年_____月_____日_____時_____分<br>來診時刻_____年_____月_____日_____時_____分<br>電腦斷層和核磁共振完成時間_____年_____月_____日_____時_____分<br>開始注射時間_____年_____月_____日_____時_____分 |                                                                                                                                                                                                           |
| 實際用量：_____ mg |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                           |

附表二-C 急性缺血性腦中風之血栓溶解治療檢查表

1、 收案條件（必須均為”是”）

是 否

- ☐ ☐ 臨床懷疑是急性缺血性腦中風，中風時間明確在 4.5 小時內並已完成各項檢查。  
(112/10/1)
- ☐ ☐ 腦部電腦斷層沒有顱內出血。
- ☐ ☐ 年齡在 18 歲以上。(107/11/1)

2、 排除條件（必須均為”否”）

是 否

- ☐ ☐ 輸注本藥前，缺血性發作的時間已超過 4.5 小時或症狀發作時間不明。  
(112/10/1)
- ☐ ☐ 輸注本藥前，急性缺血性腦中風的症狀已迅速改善或症狀輕微。（例如 NIHSS<4 分）(104/11/1)
- ☐ ☐ 臨床（例如 NIHSS>25 分）及/或適當之影像術評估為嚴重之中風（電腦斷層大於 1/3 中大腦動脈灌注區之低密度變化）。
- ☐ ☐ 中風發作時併發癲癇。
- ☐ ☐ 最近 3 個月內有中風病史或有嚴重性頭部創傷。
- ☐ ☐ 過去曾中風且合併糖尿病。
- ☐ ☐ 中風發作前 48 小時內使用 heparin，目前病人活化部分凝血酶原時間(aPTT)之值過高。
- ☐ ☐ 血小板 $<100,000/\text{mm}^3$ 。
- ☐ ☐ 活動性內出血。
- ☐ ☐ 顱內腫瘤、動靜脈畸形或血管瘤。
- ☐ ☐ 收縮壓>185mmHg 或舒張壓>110mmHg，或需要積極的治療（靜脈給藥）以降低血壓至前述界限以下。
- ☐ ☐ 血糖<50mg/dL 或>400mg/dL。

- ☐ ☐ 目前或過去 6 個月內有顯著的出血障礙、易出血體質。
- ☐ ☐ 病人正接受口服抗凝血劑，如 warfarin sodium (INR>1.3)。
- ☐ ☐ 中樞神經系統損害之病史（腫瘤、血管瘤、顱內或脊柱的手術）。
- ☐ ☐ 懷疑或證實包括蜘蛛膜下腔出血之顱內出血或其病史。
- ☐ ☐ 嚴重且未被控制的動脈高血壓。
- ☐ ☐ 過去 10 天內曾動過大手術或嚴重創傷（包括最近之急性心肌梗塞所伴隨的任何創傷）、最近頭部或顱部曾發生創傷。
- ☐ ☐ 過久的或創傷性的心肺復甦術（超過 2 分鐘）、分娩、過去 10 天內曾對無法壓制之部位施行血管穿刺（如鎖骨下靜脈或頸靜脈穿刺）。
- ☐ ☐ 嚴重肝病，包括肝衰竭、肝硬化、肝門脈高壓（食道靜脈曲張）及急性肝炎。
- ☐ ☐ 出血性視網膜病變，如糖尿病性（視覺障礙可能為出血性視網膜病變的指標）或其他出血性眼疾。
- ☐ ☐ 細菌性心內膜炎，心包炎。
- ☐ ☐ 急性胰臟炎。
- ☐ ☐ 最近 3 個月內曾患胃腸道潰瘍。
- ☐ ☐ 動脈瘤，靜/動脈畸形。
- ☐ ☐ 易出血之腫瘤。
- ☐ ☐ 對本藥之主成分或賦型劑過敏者。
- ☐ ☐ 其他（例如在排除條件未提到但會增加出血危險狀況，如洗腎患者、嚴重心衰竭或身體太衰弱者）。