「藥品給付規定」修訂對照表

第8節 免疫製劑 Immunologic agents

(自113年2月1日生效)

(4月1日生效 <i>)</i>
修訂後給付規定	原給付規定
8.2.15. Siltuximab (如	無
<u>Sylvant):(113/2/1)</u>	
1. 限免疫過敏或血液腫瘤專科醫	
師處方。	
2. 限用於治療人類免疫不全病毒	
(HIV)陰性及人類皰疹病毒-8	
(HHV-8)陰性的多發性	
<u>Castleman 氏病(Multicentric</u>	
Castleman's Disease(MCD))患	
<u>者,ECOG≦2。</u>	
3. 需經事前審查核准後使用。初	
次申請時,以6個月為限,之後	
每3個月再次申請,再次申請時	
應檢附前次治療結果評估資	
料,如血液學或影像學檢查報	
<u>告。</u>	
4. 病人需符合與 iMCD 譜系(iMCD	
spectrum)一致的組織病理學淋	
巴結特徵。	
5. 病人需至少在2個淋巴結分區	
(lymph node stations)有淋巴	
結腫大(短軸直徑至少1 cm)。	
6. 申請時須註明,病人至少符合2	
項以上 iMCD 診斷標準(iMCD 實	
驗室診斷標準(laboratory	
<u>iMCD diagnostic criteria)或</u>	

修訂後給付規定

原給付規定

iMCD 臨床診斷標準(clinical iMCD diagnostic criteria)),且至少1項須為實 驗室診斷標準。

- 7. 排除其他疾病因素:
 - (1)人類皰疹病毒-8感染。
 - (2)Epstein-Barr 病毒淋巴增生 性疾病。
 - (3)急性/不受控制的感染(如巨 細胞病毒、弓形蟲病、人類 免疫缺陷病毒、肺結核)所 導致的炎症並伴有淋巴結腫 大。
 - (4)自身免疫/自體發炎性疾 病。
 - (5)惡性/淋巴增生性疾病。
- 8. 停用時機:
 - (1)初次治療前6個月未符合治 療改善之定義,停止使用。
 - (2)維持治療:每3個月評估直 到疾病進展(Progression Disease)則停止治療。
 - (3)若疾病進展或無法耐受藥物 副作用,則必須停止使用。
- 9. 最長使用2年,復發時依初次使用標準審查。

備註:

1. iMCD 實驗室診斷標準(laboratory iMCD diagnostic criteria):

修訂後給付規定 原給付規定 (1)CRP 升高(>10mg/L)或紅血球 沉降速率(erythrocyte sedimentation rate, ESR)升 高 (>15mm/h)。 (2)貧血(男性血紅蛋白< 12.5g/dL; 女性血紅蛋白< 11.5g/dL) \circ (3)血小板減少症(血小板數< 150k/mL)或血小板增多症(血 小板數>400k/mL)。 (4)低白蛋白血症(白蛋白< $3.5g/dL) \circ$ (5) 腎功能異常 (eGFR < 60mL/min/1.73m²) 或蛋白尿 (總蛋白質150mg/24h 或 10 mg/100 mL) \circ (6)多株高丙型球蛋白血症 (polyclonal hypergammaglobulinemia) (總g球蛋白或免疫球蛋白 G > 1700 mg/dL) \circ 2. iMCD 臨床診斷標準(clinical iMCD diagnostic criteria): (1)全身症狀: 盗汗、發燒(> 38℃)、體重減輕或疲勞(使用 不良事件通用術語標準,該症 狀至少2分(CTCAE gradeⅡ以 上))。

(2)肝和/或脾臟增大。

修訂後給付規定 原給付規定 (3)積水:水腫、全身水腫、腹水 或胸腔積水。 (4)爆發性櫻桃狀血管瘤或紫羅蘭 色丘疹。 (5)淋巴細胞間質性肺炎。 3. 治療改善狀況根據 (CDCN response criteria); 需同時滿 足下列(1)~(2)條件;每3個 月評估: (1)至少與基礎比較改善,發炎反 應的客觀指標,以下4個數值 有2個符合: I. C-反應蛋白(CRP)下降50%。 Ⅱ. 血紅蛋白(Hemoglobin)上升 2g/dL 或 $\geq 10g/dL$ 。 Ⅲ. 白蛋白(Albumin)≥3.5/dL。 Ⅳ. 腎絲球過濾率 GFR 上升20%或 $\underline{GFR \geq 60mL/min/1.73m^2} \circ$ (2)淋巴結較基礎值可測量縮小

備註:劃線部分為新修訂規定

50%或無新發生淋巴結節腫大

(每半年執行檢測一次)。