

「藥品給付規定」修訂規定

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

(自 107 年 11 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>2.1.2.1. <u>rt-PA</u> (如 Actilyse Inj)、tenecteplase (如 Metalyse)：用於血管 (不含腦血管) 血栓時：(91/12/1、100/7/1、<u>107/11/1</u>)</p> <p>1.~6. (略)</p> <p>7. 醫院於病例發生時，應填寫「全民健康保險使用 <u>rt-PA</u> (Actilyse) 或 tenecteplase (Metalyse Inj.) 申報表 (血管 (不含腦血管) 血栓病患用)」(請詳附表二-A) 併附兩張有意義之不同時段心電圖於當月份醫療費用申報。(93/1/1)</p> <p>8. 醫院如擬將 <u>rt-PA</u> 或 tenecteplase 列為常備藥品，請於申報時檢附心臟病診斷設備，加護病房 (ICU 或 CCU) 之相關資料，經本保險同意後再按使用規定辦理。</p> <p><u>2.1.2.2. rt-PA (如 Actilyse Inj) 用於急性缺血性腦中風時：(93/1/1、100/7/1、107/11/1)</u></p> <p>1.~2. 略</p> <p>3. 使用本藥品前，應先作病人腦部電腦斷層或磁振造影檢查、神經學檢</p>	<p>2.1.2.1. r-TPA (如 Actilyse Inj)、tenecteplase (如 Metalyse)：用於血管 (不含腦血管) 血栓時：(91/12/1、100/7/1)</p> <p>1.~6. (略)</p> <p>7. 醫院於病例發生時，應填寫「全民健康保險使用 r-TPA (Actilyse) 或 tenecteplase (Metalyse Inj.) 申報表 (血管 (不含腦血管) 血栓病患用)」(請詳附表二-A) 併附兩張有意義之不同時段心電圖於當月份醫療費用申報。(93/1/1)</p> <p>8. 醫院如擬將 r-TPA 或 tenecteplase 列為常備藥品，請於申報時檢附心臟病診斷設備，加護病房 (ICU 或 CCU) 之相關資料，經本保險同意後再按使用規定辦理。</p> <p>2.1.2.2. r-TPA (如 Actilyse Inj) 用於急性缺血性腦中風時：(93/1/1、100/7/1)</p> <p>1.~2. 略</p> <p>3. 使用本藥品前，應先作病人腦部電腦斷層或磁振造影檢查、神經學檢查</p>

查 (含 NIHSS)、心電圖、胸部 X 光、凝血時間、凝血酶原時間、肝腎功能及血糖，並且必須符合「急性缺血性腦中風之血栓溶解治療檢查表」(請詳附表二-C) 之條件。

(107/11/1)

4. 醫院於病例發生後，於當月醫療費用申報時，應填寫「全民健康保險使用 rt-PA (Actilyse) 申請表 (急性缺血性腦中風病患用)」(請詳附表二-B)，並附注射前及 24 小時、36 小時後之腦部電腦斷層 (或磁振造影檢查) 與 NIHSS。

(含 NIHSS)、心電圖、胸部 X 光、凝血時間、凝血酶原時間、肝腎功能及血糖，並且必須符合「急性缺血性腦中風之血栓溶解治療檢查表」(請詳附表二-C) 之條件。

4. 醫院於病例發生後，於當月醫療費用申報時，應填寫「全民健康保險使用 r-TPA (Actilyse) 申請表 (急性缺血性腦中風病患用)」(請詳附表二-B)，並附注射前及 24 小時、36 小時後之腦部電腦斷層 (或磁振造影檢查) 與 NIHSS。

備註：劃線部分為新修訂規定

附表二-A 全民健康保險使用 rt-PA(Actilyse)或 Tenecteplase (Metalyse)申報表 (血管 (不含腦血管) 血栓病患用)

醫院代號		醫院名稱		申請日期	
病人姓名		性別		年齡	
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	

<input type="checkbox"/> 急性心肌梗塞 <input type="checkbox"/> 懷疑有急性肺動脈栓塞 <input type="checkbox"/> 周邊血管血栓

診	<input type="checkbox"/> 急性心肌梗塞，符合以下各條件 <input type="checkbox"/> 確定診斷 <input type="checkbox"/> 發作在十二小時以內 <input type="checkbox"/> 無出血性疾病 <input type="checkbox"/> 近期中無腦血管疾病，手術及出血現象 <input type="checkbox"/> 無禁忌症	診斷根據 <input type="checkbox"/> 臨床症狀 <input type="checkbox"/> 心電圖變化 <input type="checkbox"/> SGOT 升高 <input type="checkbox"/> CPK 升高 <input type="checkbox"/> 冠狀動脈造影 <input type="checkbox"/> 其他
	<input type="checkbox"/> 在梗塞發作十二小時以內注射 發作時刻 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 來診時刻 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 開始注射時間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 間隔 <input type="checkbox"/> 1 小時以內 <input type="checkbox"/> 1-2 小時 <input type="checkbox"/> 2-4 小時 <input type="checkbox"/> 4-6 小時 <input type="checkbox"/> 6-12 小時	
用量	<input type="checkbox"/> 2 瓶(100mg) <input type="checkbox"/> 1 瓶(50mg)	
心肌梗塞部位 <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 側壁 <input type="checkbox"/> 中隔部 <input type="checkbox"/> 後壁		

申報醫師：

本表請併醫療費用申報

附表二-B 全民健康保險使用 rt-PA(Actilyse)申報表 (急性缺血性腦中風病患用)

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	

急性缺血性腦中風

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 <input type="checkbox"/> 發作在三小時以內 <input type="checkbox"/> 無出血性疾病 <input type="checkbox"/> 符合適應症 <input type="checkbox"/> 無禁忌症	<input type="checkbox"/> 電腦斷層 <input type="checkbox"/> 核磁共振 <input type="checkbox"/> 神經檢查(含 NIHSS) <input type="checkbox"/> 實驗室檢查 <input type="checkbox"/> 心電圖 <input type="checkbox"/> 其他
斷	<input type="checkbox"/> 在腦梗塞發作三小時以內注射 發作時刻 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 來診時刻 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 電腦斷層和核磁共振完成時間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 開始注射時間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分	
實際用量： _____ mg		

申報醫師：

本表請併醫療費用申報

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 3 小時內並已完成各項檢查。
- 腦部電腦斷層沒有顱內出血。
- 年齡在 18 歲以上。

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 3 小時或症狀發作時間不明。
- 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 中大腦動脈灌流區之低密度變化)。
- 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³<100,000/mm³。
- 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）。