



## 「藥品給付規定」修訂對照表

## 第 5 節 激素及影響內分泌機轉藥物

## Hormones &amp; drugs affecting hormonal mechanism

(自 108 年 12 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>5.2.2. 含 testosterone 5-alpha reductase inhibitor 製劑 (101/3/1)</p> <p>5.2.2.1 Finasteride (如 Proscar) ; dutasteride (如 Avodart) (86/1/1、87/4/1、93/10/1、101/3/1、102/12/1、106/10/1、<u>108/12/1</u>) :</p> <p>限<u>前列腺增生</u>且有阻塞症狀，<u>使用</u>經直腸超音波前列腺掃描 (TRUS of prostate)或<u>使用</u>腹部超音波測量(僅限無法實施直腸超音波前列腺掃描者)為原則，前列腺大於 30mL 或最大尿速(Qmax)小於 15 mL/sec 之病人方可使用。</p>	<p>5.2.2. 含 testosterone 5-alpha reductase inhibitor 製劑 (101/3/1)</p> <p>5.2.2.1 Finasteride (如 Proscar) ; dutasteride (如 Avodart) (86/1/1、87/4/1、93/10/1、101/3/1、102/12/1、106/10/1) :</p> <p>1. 限<u>良性前列腺肥大</u>且有阻塞症狀，經直腸超音波前列腺掃描 (TRUS of prostate) 或<u>經</u>腹部超音波測量(僅限無法實施直腸超音波前列腺掃描者)前列腺大於 30mL 或最大尿流速 (Qmax) 小於 15 mL/sec 之病人，<u>前列腺特異抗原 (PSA) 高於正常參考值之病人</u>，<u>需經病理診斷無前列腺癌</u>，<u>無法接受切片檢查者</u>，應於病歷詳載原因方可使用。(102/12/1)</p> <p>2. <u>服藥後第一年內</u>，每半年需作直腸超音波前列腺掃描或腹部超音波測量(僅限無法實施直腸超音波前列腺掃描者)或尿流速儀(uroflow-metry)檢查，<u>需證明前列腺有縮小或尿流速有增加</u>，方得繼續使用。(102/12/1、</p>

<p>5.2.2.2. Dutasteride + tamsulosin (如 Duodart) (101/3/1、102/12/1、106/10/1、<u>108/12/1</u>)：</p> <p><u>限前列腺增生且有阻塞症狀，使用經直腸超音波前列腺掃描 (TRUS of prostate) 或使用腹部超音波測量 (僅限無法實施直腸超音波前列腺掃描者) 為原則，前列腺大於 30mL 或最大流速(Qmax) 小於 15 mL/sec 之病人。(102/12/1、<u>108/12/1</u>)</u></p>	<p><u>106/10/1</u>)</p> <p>5.2.2.2. Dutasteride + tamsulosin (如 Duodart) (101/3/1、102/12/1、106/10/1)：</p> <p>1. <u>限良性前列腺肥大且有阻塞症狀，經直腸超音波前列腺掃描 (TRUS of prostate) 或經腹部超音波測量 (僅限無法實施直腸超音波前列腺掃描者) 前列腺大於 30mL 或最大流速 (Qmax) 小於 15 mL/sec 之病人，<u>前列腺特異抗原 (PSA) 高於正常參考值之病人，需經病理診斷無前列腺癌，無法接受切片檢查者，應於病歷詳載原因，且已使用其他攝護肥大症之藥品但症狀沒有改善或無法耐受之病人方可使用。(102/12/1)</u></u></p> <p>2. <u>服藥後第一年內，每半年需作直腸超音波前列腺掃描或腹部超音波測量 (僅限無法實施直腸超音波前列腺掃描者) 或尿流速 (uroflow-metry) 檢查，需證明前列腺有縮小或尿流速有增加，方得繼續使用。(102/12/1、<u>106/10/1</u>)</u></p>
---	---

備註：劃線部分為新修訂規定