

「藥品給付規定」修訂對照表

第1節 神經系統藥物 Drugs acting on the nervous system

(自109年12月1日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>1. 6. 2. 1. Botox(90/1/1、93/1/1、94/6/1、98/3/1、98/5/1、100/8/1、104/5/1、104/9/1、107/2/1、109/2/1、109/12/1)</p> <p>1. ~3. (略)</p> <p>4. 使用於成人中風後之手臂或下肢痙攣：(93/1/1、94/6/1、98/3/1、100/8/1、109/2/1、109/12/1)</p> <p>(1)~(4)(略)</p> <p>(5)再次申請時需提出使用效果評估結果(如附表三十四)、病歷、治療紀錄及治療計畫以供參考，並檢附前次及本次病人之照片或影片，如病人已呈現「意識不清合併臥床」、「手部或下肢肌肉攣縮或關節固定不可逆者(Modified Ashworth Scale 4分)」，該明顯不可逆攣縮肌肉與固定關節部位得不予給付。(109/12/1)</p> <p>(6)(略)</p> <p>5. ~7. (略)</p>	<p>1. 6. 2. 1. Botox(90/1/1、93/1/1、94/6/1、98/3/1、98/5/1、100/8/1、104/5/1、104/9/1、107/2/1、109/2/1)</p> <p>1. ~3. (略)</p> <p>4. 使用於成人中風後之手臂痙攣：(93/1/1、94/6/1、98/3/1、100/8/1、109/2/1)</p> <p>(1)~(4)(略)</p> <p>(5)再次申請時需提出使用效果評估結果。</p> <p>(6) (略)</p> <p>5. ~7. (略)</p>
<p>1. 6. 2. 2. Dysport (91/2/1、93/1/1、94/6/1、98/3/1、98/5/1、100/8/1、107/2/1、109/2/1、109/12/1)</p> <p>1. ~3. (略)</p>	<p>1. 6. 2. 2. Dysport (91/2/1、93/1/1、94/6/1、98/3/1、98/5/1、100/8/1、107/2/1、109/2/1)</p> <p>1. ~3. (略)</p>

<p>4. 使用於成人中風後之手臂或下肢痙攣：(93/1/1、94/6/1、98/3/1、100/8/1、109/2/1、<u>109/12/1</u>)</p> <p>(1)~(4)(略)</p> <p>(5)再次申請時需提出使用效果評估結果(如附表三十四)、病歷、治療紀錄及治療計畫以供參考，並檢附前次及本次病人之照片或影片，如病人已呈現「<u>意識不清合併臥床</u>」、「<u>手部或下肢肌肉攣縮或關節固定不可逆者 (Modified Ashworth Scale 4分)</u>」，該明顯不可逆攣縮肌肉與固定關節部位得不予給付。(109/12/1)</p> <p>(6)(略)</p> <p>◎前開注射劑量單位僅適用於Dysport 劑量計算。</p> <p>◎Spasm Intensity Scale：(略)</p> <p>◎Modified Ashworth Scale：(略)</p> <p>◎<u>附表三十四：成人中風後之手臂或下肢痙攣肉毒桿菌素再次申請治療效果評估表。</u>(109/12/1)</p>	<p>4. 使用於成人中風後之手臂或下肢痙攣：(93/1/1、94/6/1、98/3/1、100/8/1、109/2/1)</p> <p>(1)~(4)(略)</p> <p>(5)再次申請時需提出使用效果評估結果。</p> <p>(6)(略)</p> <p>◎前開注射劑量單位僅適用於Dysport 劑量計算。</p> <p>◎Spasm Intensity Scale：(略)</p> <p>◎ Modified Ashworth Scale：(略)</p>
---	--

備註：劃線部分為新修訂規定。

附表三十四：成人中風後之手臂或下肢痙攣

肉毒桿菌素再次申請治療效果評估表

姓名 _____ 病歷號碼 _____ 一年施打總劑量： 手臂 _____ units, 下肢 _____ units
 注射部位 左側 右側 上肢 下肢 注射藥物 Botox Dysport

	Clinical Pattern	Potential Muscle involved	Modified Ashworth Scale (注射相關部位必填)	ROM (R1/R2) (依需要填寫)		是否改善		擬注射劑量 (units)
				Initial Angle	Review Angle	是	否	
Upper Limb	Adducted/ Internally Rotated Shoulder	Pectoralis complex						
		Latissimus dorsi						
		Teres major						
		Subscapularis						
	Flexed Elbow	Brachioradialis						
		Biceps						
		Brachialis						
	Pronated Forearm	Pronator quadratus						
		Pronator teres						
	Flexed Wrist	Flexor carpi radialis						
Flexor carpi ulnaris								
Thumb-in -Palm	Flexor pollicis longus							
	Adductor pollicis							
	Flexor pollicis brevis/ opponens							
Clenched Fist	Flexor digitorum superficialis (per fascicle)							
	Flexor digitorum profundus (per fascicle)							
Intrinsic plus hand	Lumbricales/interossei (per lumbrical)							
Others								
Lower Limb	Equinovarus Foot	Gastrocnemius medial/lateral						
		Soleus						
		Tibialis posterior						
		Flexor digitorum longus						
	Flexor hallucis longus							
Others								

以下條件均須為是：

- 腦中風經藥物/復健治療六個月後，仍有手臂痙攣或腦中風經藥物/復健治療三個月後，仍有下肢痙攣
- 已排除意識不清且合併臥床
- 已排除手部或下肢注射部位呈現明顯不可逆攣縮肌肉或固定關節

以下條件任一符合：

- 改善病患清潔
- 降低輔具穿戴困難度
- 減低肢體痙攣所致之疼痛
- 改善關節活動度或活動能力
- 其他因肉毒桿菌素注射所改善之功能，如：_____

Additional Comments :

主治醫師：

日期：_____年_____月_____日