

全民健康保險藥品已收載品項異動明細表

項次	健保代碼	藥品名稱	成分及含量	規格量	藥商名稱	原支付價	初核價格	初核說明	生效日期
1	BC20266277	ERYTHROCIN LACTOBIONATE -I.V.	ERYTHROMYCIN 500MG	500MG	新加坡商美納里尼醫 藥有限公司台灣分公 司	161.00	366.00	1.本案藥品屬特殊藥品。 2.本品項之品質符合PIC/S GMP。 3.依據藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第46次(109年10月)會議紀錄辦理。 4.給付規定:適用通則及10.4.規定。	110/4/01

「藥品給付規定」修訂對照表

第 10 節 抗微生物劑 Antimicrobial agents

(自 110 年 4 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>10.4. 巨環類 Macrolides (如 erythromycin、azithromycin、clarithromycin、roxithromycin) : (90/11/1、93/9/1、97/12/1、98/10/1、100/5/1、108/1/1、<u>110/4/1</u>)</p> <p>1. (略)</p> <p>2. <u>Erythromycin lactobionate (如 Erythrocin lactobionate-I.V.)</u></p> <p>(1)<u>限用於無法口服之病患。</u></p> <p>(2)<u>使用期間不得超過 10 日。</u></p> <p>(3)<u>若需使用高劑量 (成人每日劑量大於 2g) 或延長治療者，需經感染症專科醫師會診確認需要使用。(110/4/1)</u></p> <p>3. (1)Azithromycin</p> <p>a. 錠劑膠囊劑(如 Zithromax capsules)使用期間不得超過 3 日，每日最大劑量 500mg。對於「禽結核桿菌(Mycobacterium avium- intracellulare complex, MAC)」感染患者，使用期限及劑量則不受上述之限制。(100/5/1)</p>	<p>10.4. 巨環類 Macrolides (如 erythromycin、azithromycin、clarithromycin、roxithromycin) : (90/11/1、93/9/1、97/12/1、98/10/1、100/5/1、108/1/1)</p> <p>1. (略)</p> <p>2. (1)Azithromycin</p> <p>a. 錠劑膠囊劑(如 Zithromax capsules)使用期間不得超過 3 日，每日最大劑量 500mg。對於「禽結核桿菌(Mycobacterium avium- intracellulare complex, MAC)」感染患者，使用期限及劑量則不受上述之限制。(100/5/1)</p>

b. 口服液劑(如 Zithromax Powder for Oral Suspension)使用期間不得超過 3 日，每日最大劑量 500mg。(100/5/1)

(2)Azithromycin 長效製劑(如 Zmax extended release powder for oral suspension)限單次投予，每次最大劑量為 2g；不受全民健康保險藥品給付規定通則八之限制。
(97/12/1、100/5/1)

4. (1)Clarithromycin (如 Klaricid Tab、Klaricid Paediatric Suspension)使用期間不得超過 10 日，每日最大劑量 500mg。對於「非結核分枝(耐酸)桿菌 (NTM)」感染患者，每日得使用 1000mg，且得持續使用 6 個月以上。(93/9/1、100/5/1)

(2)Clarithromycin (如 Klaricid Tab) 用於消化性潰瘍之胃幽門桿菌消除治療，使用總量以 28 顆 (每顆 250mg) 為限；依比例換算使用 clarithromycin 500mg 者，則使用總量以 14 顆為限。(98/10/1、100/5/1)

(3)Clarithromycin (如 Klaricid IV) (108/1/1)
I. 限用於無法口服之病患。

b. 口服液劑(如 Zithromax Powder for Oral Suspension)使用期間不得超過 3 日，每日最大劑量 500mg。(100/5/1)

(2)Azithromycin 長效製劑(如 Zmax extended release powder for oral suspension)限單次投予，每次最大劑量為 2g；不受全民健康保險藥品給付規定通則八之限制。
(97/12/1、100/5/1)

3. (1)Clarithromycin (如 Klaricid Tab、Klaricid Paediatric Suspension)使用期間不得超過 10 日，每日最大劑量 500mg。對於「非結核分枝(耐酸)桿菌 (NTM)」感染患者，每日得使用 1000mg，且得持續使用 6 個月以上。(93/9/1、100/5/1)

(2)Clarithromycin (如 Klaricid Tab) 用於消化性潰瘍之胃幽門桿菌消除治療，使用總量以 28 顆 (每顆 250mg) 為限；依比例換算使用 clarithromycin 500mg 者，則使用總量以 14 顆為限。(98/10/1、100/5/1)

(3)Clarithromycin (如 Klaricid IV)(108/1/1)
I. 限用於無法口服之病患。

<p>II. 若需使用高劑量（成人每日劑量大於 1g）或延長治療者，需經感染症專科醫師會診確認需要使用。</p> <p><u>5.</u> Roxithromycin（如 Rulid）使用期間不得超過 10 日，每日最大劑量 500mg。（100/5/1）</p> <p><u>6.</u> 本類製劑應儘量避免合併使用其他抗生素，用於治療「非結核分枝（耐酸）桿菌（NTM）」者不在此限。（100/5/1）</p>	<p>II. 若需使用高劑量（成人每日劑量大於 1g）或延長治療者，需經感染症專科醫師會診確認需要使用。</p> <p><u>4.</u> Roxithromycin（如 Rulid）使用期間不得超過 10 日，每日最大劑量 500mg。（100/5/1）</p> <p><u>5.</u> 本類製劑應儘量避免合併使用其他抗生素，用於治療「非結核分枝（耐酸）桿菌（NTM）」者不在此限。（100/5/1）</p>
--	--

備註：劃線部分為新修訂規定