

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、112/11/1)

1. 使用於眼瞼痙攣或半面痙攣：

- (1) 限12歲以上，經區域以上（含）教學醫院之眼科、神經內科或小兒神經科專科醫師診斷為眼瞼痙攣或半面痙攣之病患使用。
- (2) 需符合 Spasm Intensity Scale 3級（含）以上，另有病歷記載病史6個月以上者可申請治療。(94/6/1)
- (3) 每次注射最高劑量：眼瞼痙攣為每側80單位，半面痙攣為每側120單位。每年最多注射3次為原則。

2. 使用於局部肌張力不全症（focal dystonia）（如斜頸、書寫性痙攣、口顎部肌張力不全等）

- (1) 限12歲以上，經區域以上（含）教學醫院之神經內科、小兒神經科或復健科專科醫師診斷為局部張力不全症之病患使用。
- (2) 需有病歷記載已持續以其他方式治療6個月以上無效，且斜頸症者需符合 Tsui' s rating scale for cervical dystonia 分數11分（含）以上者。
- (3) 每次注射最高劑量：斜頸症為600單位，書寫性痙攣及口顎部肌張力不全為280單位，且每年最多注射3次為原則。
- (4) 全身性肌張力不全症不在給付範圍。

3. 使用於腦性麻痺病患

- (1) 限滿2歲以上，經區域以上（含）教學醫院復健科、神經內科或小兒神經科專科醫師診斷為痙攣型腦性麻痺之病患使用。
- (2) 其肢體之痙攣影響主動功能（如行走或手部動作），該肢體之痙攣程度以 Modified Ashworth Scale 評估為2或3級，且經藥物、復健或輔具治療至少6個月以上無效者。
- (3) 無固定不可逆之關節攣縮。
- (4) 每次注射最高劑量每公斤體重30單位（總劑量不超過900單位），下肢每塊肌肉每公斤體重使用9~18單位，上肢每塊肌肉每公斤體重使用3~6單位，且每年最多注射3次。(94/6/1)
- (5) 經外科手術治療之同肌肉部位不得再行注射。
- (6) 使用於12~17歲病患，需經事前審查一次，並附有復健科、小兒神經科或神經科專科醫師近期之診察紀錄；使用於18歲(含)以上病患，需再經事前審查一次。(107/2/1、109/2/1)

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、112/11/1)

- (1) 限18歲以上，中風發生後，經復健、輔具或藥物治療上肢至少3個月以上，下肢至少3個月以上痙攣，影響其日常活動(如飲食、衛生、穿衣等)者，痙攣程度符合 Modified Ashworth Scale 評估2或3級，且關節活動度（R1/R2）顯示顯著痙攣，並排除臥床、肢體攣縮或關節固定不可逆攣縮者。(94/6/1、98/3/1、109/2/1、112/11/1)
- (2) 限地區醫院以上（含）神經內外科或復健科專科醫師診斷及注射。(94/6/1、100/8/1、109/2/1)
- (3) 每次注射 Dysport 最高劑量上肢限1000單位，下肢限1500單位，且每年最多3次，需列出每條肌肉要注射的劑量。(94/6/1、109/2/1)
- (4) 需經事前審查核准後使用，申請時需檢附病歷資料、治療計畫及照片或影片(109/2/1)。

(5)再次申請時需提出使用效果評估結果(如附表三十五)、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)。

(6)如因再次中風而導致臥床、手部或下肢肌肉攣縮或關節固定不可逆攣縮者，則應停用。(98/3/1、109/2/1)

◎前開注射劑量單位僅適用於 Dysport 劑量計算。

◎Spasm Intensity Scale：

- 0 正常眨眼次數。
- 1 眨眼次數因對外界刺激（如光、風等）而增加。
- 2 輕微但明顯之眼瞼震顫（無痙攣），且未引起生活不便。
- 3 中度，且極明顯之眼瞼痙攣，且引起生活不便。
- 4 嚴重影響生活（無法閱讀、駕駛等）。

◎ Modified Ashworth Scale：

- 0 無肌張力增加。
- 1 肌肉張力輕微增加，表現在關節活動範圍之末端。
- 1+ 肌張力輕微增加，表現在關節活動一半範圍之內。
- 2 肌肉張力明顯增加，表現在整個關節活動範圍內。
- 3 肌張力更明顯增加，關節活動出現困難。
- 4 肌張力極高，無關節活動可言。

◎附表三十五：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。(109/12/1、112/11/1)

附表三十五：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		注射劑量 (unit s)
				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： ☐ 使用 Dysport 者，須為腦中風經藥物/復健治療3個月後仍有手臂或下肢痙攣； 或 使用 Botox 者，須為腦中風經藥物/復健治療6個月後仍有手臂痙攣或前述治療3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								