

1.6.5. Galcanezumab(如 Emgality) 、fremanezumab(如 Ajovy)：  
(110/3/1、111/3/1)

慢性偏頭痛之預防性治療：

1. 需經事前審查核准後使用。
2. 限神經內科或神經外科專科醫師診斷處方，並不得攜回注射。
3. 需符合慢性偏頭痛診斷：至少有3個月時間，每個月 $\geq 15$ 天，每次持續4小時以上，且其中符合偏頭痛診斷的發作每個月 $\geq 8$ 天。
4. 患者需經3種（含）以上偏頭痛預防用藥物（依據台灣頭痛學會發表之慢性偏頭痛預防性藥物治療準則之建議用藥，至少包括 topiramate）治療無顯著療效，或無法忍受其副作用
5. Galcanezumab：第一次注射240mg（連續兩次皮下注射，每次120mg）做為負荷劑量（loading dose），之後每月皮下注射120 mg 的劑量；fremanezumab 為每月注射一次225 mg，或每3個月注射一次675 mg。
6. 首次申請給付3個月療程(galcanezumab 共4支； fremanezumab 共3支)，3個月療程治療之後，評估每月頭痛天數，需比治療前降低50%以上，方可持續給付。
7. 接續得申請3個月療程，每月施打一次。療程完畢後半年內不得再次申請。
8. 若病況再度符合慢性偏頭痛診斷，得再次申請3個月療程時，需於病歷記錄治療後相關臨床資料，包括頭痛天數。
9. CGRP(calcitonin gene-related peptide)單株抗體製劑僅能擇一使用且不得互換，並不得與 Botox 併用。