

#### 10.8.1.Teicoplanin 及 vancomycin : ( 88/3/1 、 110/7/1 )

##### 10.8.1.1.Teicoplanin 及 vancomycin 注射劑 : ( 88/3/1 、 110/7/1 )

1. 對其他抗生素有抗藥性之革蘭氏陽性菌感染。
2. 病患對其他抗生素有嚴重過敏反應之革蘭氏陽性菌感染。
3. 治療抗生素引起之腸炎(antibiotics-associated colitis), 經使用 metronidazole 無效者始可使用口服 vancomycin 。
4. vancomycin 10 gm(溶液用粉劑)限骨髓移植病例使用。
5. 其他經感染症專科醫師認定需使用者。

##### 10.8.1.2.Vancomycin 口服製劑(110/7/1)

1. 限用於梭狀桿菌引起之假膜性結腸炎，且需符合下列診斷方法之一：
  - (1) 內視鏡檢查證實有假膜性結腸炎之病理變化。
  - (2) 臨床上有腸炎、結腸炎之相關症狀，如腹瀉、腹痛、腸阻塞(ileus)等，加上下列任一種條件：
    - I.糞便檢驗證實有梭狀桿菌之 toxin A 或 toxin B 存在、或其毒素基因存在。
    - II.糞便細菌培養證實有梭狀桿菌或糞便之抗原檢測證實有 GDH(glutamate dehydrogenase)存在。
2. 申報時應檢附下列報告之一：
  - (1) 內視鏡檢查報告。
  - (2) 臨床症狀敘述，加上 Toxin A+B 檢測報告、糞便細菌培養結果、糞便細菌抗原檢測(GDH)結果或 PCR 基因檢測結果。