

6.2.8. Mepolizumab (如 Nucala) 、Benralizumab (如 Fasenra)

(107/11/1、109/3/1、109/11/1)：

1. 限用於經胸腔專科或過敏免疫專科醫師診斷為嗜伊紅性(嗜酸性)白血球的嚴重氣喘且控制不良(severe refractory eosinophilic asthma)之18歲以上成人病患，投藥前12個月內的血中嗜伊紅性(嗜酸性)白血球 ≥ 300 cells/mcL，且需符合下列條件：(109/11/1)
 - (1) 病患已遵循最適切的標準療法且過去6個月持續使用口服類固醇 prednisolone 每天至少5mg 或等價當量 (equivalence)。
 - (2) 過去12個月內有2次或2次以上因氣喘急性惡化而需要使用全身性類固醇，且其中至少一次是因為氣喘惡化而需急診或住院治療。
2. 需經事前審查核准後使用。
3. 使用頻率：
 - (1) Mepolizumab 每4週使用不得超過1次。
 - (2) Benralizumab 第一個8週使用不得超過3次(第0、4、8週)，以後每8週使用不得超過1次。
4. 使用32週後進行評估，與未使用前比較，若「惡化」情形減少，方可繼續使用。

備註：

1. 「惡化」的定義為必須使用口服/全身性類固醇治療、或住院治療、或送急診治療的氣喘惡化現象。
2. 「最適切的標準療法」係指符合GINA治療指引 Step 5之規範。
(109/11/1)