

## 内蒙古自治区门诊特殊用药目录

| 编号 | 药品名称                 | 备注                                                                                                                                                                                                                            |
|----|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 替戈拉生片                | 限反流性食管炎。                                                                                                                                                                                                                      |
| 2  | 门冬氨酸鸟氨酸颗粒            | 限因急、慢性肝病如肝硬化、脂肪肝、肝炎所致的高血氨症。                                                                                                                                                                                                   |
| 3  | 利那洛肽胶囊               | 限成人便秘型肠易激综合征(IRS-C)。                                                                                                                                                                                                          |
| 4  | 麦格司他胶囊               | 限C型尼曼匹克病患者。                                                                                                                                                                                                                   |
| 5  | 注射用维得利珠单抗            | 限中度至重度活动性溃疡性结肠炎的二线用药或中度至重度活动性克罗恩病的二线用药。                                                                                                                                                                                       |
| 6  | 阿加糖酶 $\alpha$ 注射用浓溶液 | 限法布雷病( $\alpha$ -半乳糖苷酶A缺乏症)患者的长期酶替代治疗,适用于成人、儿童和青少年。尚未确定本品在0-6岁儿童中的安全性和有效性。                                                                                                                                                    |
| 7  | 酒石酸艾格司他胶囊            | 限经CYP2D6基因型检测为弱代谢型(PMs)、中间代谢型(IMS)或快代谢型(EMS)的 I 型戈谢病(GD1)成年患者。                                                                                                                                                                |
| 8  | 司来帕格片                | 限WHO功能分级II级-III级的肺动脉高压(WHO第1组)的患者。                                                                                                                                                                                            |
| 9  | 铝镁匹林片(II)            |                                                                                                                                                                                                                               |
| 10 | 注射用重组人凝血因子VIIa       | 限下列患者群体出血的治疗,以及外科手术或有创操作出血的防治:1.凝血因子VIII或IX的抑制物>5个Bethesda单位(BU)的先天性血友病患者;预计对注射凝血因子VIII或凝血因子IX,具有高记忆应答的先天性血友病患者;2.获得性血友病患者;3.先天性凝血因子VII(FVII)缺乏症患者;4.具有血小板膜糖蛋白IIb-IIIa(GPIIb-IIIa)和/或人白细胞抗原(HLA)抗体和既往或现在对血小板输注无效或不佳的血小板无力症患者。 |
| 11 | 艾曲泊帕乙醇胺片             | 限:1.既往对糖皮质激素、免疫球蛋白等治疗反应不佳的成人和6岁及以上儿童慢性免疫性(特发性)血小板减少症(ITP)患者;2.既往对免疫抑制治疗缓解不充分的重型再生障碍性贫血(SAA)患者。                                                                                                                                |
| 12 | 海曲泊帕乙醇胺片             | 限:1.既往对糖皮质激素、免疫球蛋白等治疗反应不佳的慢性原发免疫性血小板减少症(ITP)成人患者;2.对免疫抑制治疗(IST)疗效不佳的重型再生障碍性贫血(SAA)成人患者。                                                                                                                                       |
| 13 | 甲氧聚二醇重组人促红素注射液       | 限因慢性肾脏病引起的贫血,且正在接受红细胞生成刺激剂类药品治疗的患者。                                                                                                                                                                                           |
| 14 | 罗沙司他胶囊               | 限慢性肾脏病(CKD)引起的贫血。                                                                                                                                                                                                             |
| 15 | 注射用罗特西普              | 限 $\beta$ -地中海贫血成人患者。                                                                                                                                                                                                         |
| 16 | 达依泊汀 $\alpha$ 注射液    | 限接受血液透析的成人慢性肾脏病患者(CKD)的贫血。                                                                                                                                                                                                    |
| 17 | 恩那度司他片               | 限非透析的成人慢性肾脏病(CKD)患者。                                                                                                                                                                                                          |
| 18 | 培莫沙肽注射液              | 限因慢性肾脏病引起的贫血,包括:1.未接受红细胞生成刺激剂(ESA)治疗的成人非透析患者;2.正在接受短效促红细胞生成素治疗的成人透析患者。                                                                                                                                                        |
| 19 | 拉那利尤单抗注射液            | 限12岁及以上患者预防遗传性血管性水肿(HAE)发作。                                                                                                                                                                                                   |
| 20 | 波生坦片                 | 限WHO功能分级II级-IV级的肺动脉高压(WHO第1组)的患者。                                                                                                                                                                                             |
| 21 | 马昔腾坦片                | 限WHO功能分级II级-III级的肺动脉高压(WHO第1组)的患者。                                                                                                                                                                                            |
| 22 | 沙库巴曲缬沙坦钠片            | 限:1.射血分数降低的慢性心力衰竭(NYHA II-IV级, LVEF $\leq$ 40%)成人患者;2.原发性高血压。                                                                                                                                                                 |

| 编号 | 药品名称            | 备注                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23 | 依洛尤单抗注射液        | 限：1.降低心血管事件的风险：在已有动脉粥样硬化性心血管疾病的成人患者中，降低心肌梗死、卒中以及冠脉血运重建的风险。通过：与最大耐受剂量的他汀类药物联合用药，伴随或不伴随其他降脂疗法，或者在他汀类药物不耐受或禁忌使用的患者中，单独用药或与其他降脂疗法联合用药；2.原发性高胆固醇血症(包括杂合子型家族性高胆固醇血症)和混合型血脂异常：可作为饮食的辅助疗法，用于成人原发性高胆固醇血症(杂合子家族性和非家族性)或混合型血脂异常患者的治疗，以降低低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平：在接受最大耐受剂量的他汀类药物治疗仍无法达到LDL-C目标的患者中，与他汀类药物、或者与他汀类药物及其他降脂疗法联合用药，或者在他汀类药物不耐受或禁忌使用的患者中，单独用药或与其他降脂疗法联合用药；3.纯合子型家族性高胆固醇血症：用于成人或12岁以上青少年的纯合子型家族性高胆固醇血症。可与饮食疗法和其他降低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)治疗(例如他汀类药物、依折麦布、LDL分离术)合用，用于患有纯合子型家族性高胆固醇血症(HoFH)且需要进一步降低LDL-C的患者。 |
| 24 | 阿利西尤单抗注射液       | 限：1.心血管事件预防。在确诊为动脉粥样硬化性心血管疾病的成人患者中，降低心肌梗死、卒中、需要住院的不稳定性心绞痛的风险。通过：与最大耐受剂量的他汀类药物联合用药，伴随或不伴随其他降脂疗法，或者在他汀类药物不耐受或禁忌使用的患者中，单独用药或与其他降脂疗法联合用药；2.原发性高胆固醇血症(包括杂合子型家族性和非家族性)和混合型血脂异常：可作为饮食的辅助疗法，用于成人原发性高胆固醇血症(杂合子型家族性和非家族性)或混合型血脂异常患者的治疗，以降低低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平。在接受最大耐受剂量的他汀类药物治疗仍无法达到LDL-C目标的患者中，与他汀类药物、或者与他汀类药物及其他降脂疗法联合用药，或者在他汀类药物不耐受或禁忌使用的患者中，单独用药或与其他降脂疗法联合用药。                                                                                                                                      |
| 25 | 本维莫德乳膏          | 限轻中度稳定性寻常型银屑病患者的一线治疗，需按说明书用药。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 26 | 度普利尤单抗注射液       | 限对传统治疗无效、有禁忌或不耐受的中重度特应性皮炎患者，需按说明书用药。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 27 | 克立硼罗软膏          | 限2岁及以上轻度至中度特应性皮炎患者。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 28 | 阿布昔替尼片          | 限其他系统治疗(如激素或生物制剂)应答不佳或不适宜上述治疗的难治性、中重度特应性皮炎成人患者。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 29 | 注射用醋酸奥曲肽微球      | 限胃肠胰内分泌肿瘤、肢端肥大症，按说明书用药。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 30 | 醋酸兰瑞肽缓释注射液(预充式) | 限肢端肥大症，按说明书用药。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 31 | 艾米替诺福韦片         | 限慢性乙型肝炎成人患者。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 32 | 恩替卡韦颗粒          | 限乙型肝炎。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 33 | 来迪派韦索磷布韦片       | 限成人和12至<18岁青少年的慢性丙型肝炎病毒(HCV)感染。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 34 | 索磷布韦维帕他韦片       | 限成人慢性丙型肝炎病毒(HCV)感染。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 35 | 盐酸可洛派韦胶囊        | 限基因1、2、3、6型成人慢性丙型肝炎。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 36 | 索磷维伏片           | 限既往接受过含直接抗病毒药物(DAA)方案、无肝硬化或伴代偿性肝硬化(Child-Pugh A)的成人慢性丙型肝炎病毒(HCV)感染。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 37 | 达诺瑞韦钠片          | 限与盐酸拉维达韦片等联合用于治疗初治的非肝硬化的基因1b型慢性丙型肝炎成人患者。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 38 | 盐酸拉维达韦片         | 限初治的基因1b型慢性丙型肝炎病毒感染的非肝硬化成人患者。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 39 | 磷酸依米他韦胶囊        | 限与索磷布韦片联合，用于治疗成人基因1型非肝硬化慢性丙型肝炎。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 40 | 奥磷布韦片           | 限基因1、2、3、6型成人慢性丙型肝炎。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 41 | 艾考恩丙替片          | 限艾滋病病毒感染。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 42 | 奈韦拉平齐多拉米双夫定片    | 限艾滋病病毒感染。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| 编号 | 药品名称              | 备注                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 43 | 注射用艾博韦泰           | 限艾滋病病毒感染。                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 44 | 比克恩丙诺片            | 限艾滋病病毒感染。                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 45 | 艾诺韦林片             | 限艾滋病病毒感染。                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 46 | 拉米夫定多替拉韦片         | 限艾滋病病毒感染。                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 47 | 多拉米替片             | 限艾滋病。                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 48 | 阿兹夫定片             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 49 | 艾诺米替片             | 限艾滋病病毒感染。                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 50 | 硫酸氢司美替尼胶囊         | 限3岁及3岁以上伴有症状、无法手术的丛状神经纤维瘤(PN)的I型神经纤维瘤病(NF1)儿童患者。                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 51 | 阿伐替尼片             | 限携带血小板衍生生长因子受体 $\alpha$ (PDGFRA)外显子18突变(包括PDGFRA D842V突变)的不可切除或转移性胃肠道间质瘤(GIST)成人患者。                                                                                                                                                                                                              |
| 52 | 西尼莫德片             | 限成人复发型多发性硬化的患者。                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 53 | 盐酸芬戈莫德胶囊          | 限10岁及以上患者复发型多发性硬化(RMS)的患者。                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 54 | 奥法妥木单抗注射液         | 限成人复发型多发性硬化(RMS)。                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 55 | 依维莫司片             | 限：1.既往接受舒尼替尼或索拉非尼治疗失败的晚期肾细胞癌成人患者；2.不可切除的、局部晚期或转移性的、分化良好的(中度分化或高度分化)进展期胰腺神经内分泌瘤成人患者；3.无法手术切除的、局部晚期或转移性的、分化良好的、进展期非功能性胃肠道或肺源神经内分泌肿瘤(NET)成人患者；4.需要治疗干预但不适于手术切除的结节性硬化症(TSC)相关的室管膜下巨细胞星形细胞瘤(SEGA)成人和儿童患者；5.不需立即手术治疗的结节性硬化症相关的肾血管平滑肌脂肪瘤(TSC-AML)成人患者；6.来曲唑或阿那曲唑治疗失败后的激素受体阳性、表皮生长因子受体-2阴性、绝经后晚期女性乳腺癌患者。 |
| 56 | 巴瑞替尼片             | 限诊断明确的类风湿关节炎经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%者，并需风湿病专科医师处方。                                                                                                                                                                                                                                           |
| 57 | 注射用贝利尤单抗          | 限：1.在常规治疗基础上仍具有高疾病活动(例如：抗ds-DNA抗体阳性及低补体、SELENA-SLEDAI评分 $\geq 8$ )的活动性、自身抗体阳性的系统性红斑狼疮(SLE)5岁及以上患者；2.与常规治疗联合用于活动性狼疮肾炎成人患者。                                                                                                                                                                        |
| 58 | 注射用泰它西普           | 限与常规治疗联合，适用于在常规治疗基础上仍具有高疾病活动(例如：抗ds-DNA抗体阳性及低补体、SELENA-SLEDAI评分 $\geq 8$ )的活动性、自身抗体阳性的系统性红斑狼疮(SLE)成年患者。                                                                                                                                                                                          |
| 59 | 乌帕替尼缓释片           | 限：1.12岁及以上患者难治性、中重度特应性皮炎的二线治疗；2.活动性银屑病关节炎成人患者的二线治疗；3.中重度活动性类风湿关节炎成人患者的二线治疗；4.对一种或多种TNF抑制剂应答不佳或不耐受或禁忌的中度至重度活动性溃疡性结肠炎成人患者；5.对一种或多种TNF抑制剂应答不佳或不耐受或禁忌的中度至重度活动性克罗恩病。                                                                                                                                  |
| 60 | 伊奈利珠单抗注射液         | 限抗水通道蛋白4(AQP4)抗体阳性的视神经脊髓炎谱系疾病(NMOSD)成人患者。                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 61 | 艾加莫德 $\alpha$ 注射液 | 限乙酰胆碱受体(AChR)抗体阳性的成人全身型重症肌无力(gMG)患者。                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 62 | 盐酸奥扎莫德胶囊          | 限成人复发型多发性硬化。                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 63 | 依库珠单抗注射液          | 限：1.阵发性睡眠性血红蛋白尿症(PNH)的患者；2.非典型溶血性尿毒症综合征(aHUS)的患者；3.抗乙酰胆碱受体(AChR)抗体阳性的难治性全身型重症肌无力(gMG)成人患者。                                                                                                                                                                                                       |
| 64 | 依那西普注射液           | 限诊断明确的类风湿关节炎经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%者；诊断明确的强直性脊柱炎(不含放射学前期中轴性脊柱关节炎)NSAIDs充分治疗3个月疾病活动度下降低于50%者；并需风湿病专科医师处方。                                                                                                                                                                                    |
| 65 | 司库奇尤单抗注射液         | 限：1.银屑病：用于治疗符合系统治疗或光疗指征的中度至重度斑块状银屑病的成年及体重 $\geq 50\text{kg}$ 的6岁及以上儿童患者；2.强直性脊柱炎：用于常规治疗疗效欠佳的强直性脊柱炎的成年患者。                                                                                                                                                                                         |

| 编号 | 药品名称              | 备注                                                                                                                                                                                                       |
|----|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 66 | 乌司奴单抗注射液          | 限：1.对环孢素、甲氨喋呤(MTX)等其他系统性治疗或PUVA(补骨脂素和紫外线A)不应答、有禁忌或无法耐受的成年中重度斑块状银屑病患者；2.对其他系统性治疗或光疗应答不足或无法耐受的6岁及以上儿童和青少年(体重60公斤至100公斤)中重度斑块状银屑病患者；3.对传统治疗或肿瘤坏死因子 $\alpha$ (TNF $\alpha$ )拮抗剂应答不足、失应答或无法耐受的成年中重度活动性克罗恩病患者。 |
| 67 | 乌司奴单抗注射液(静脉输      | 限对传统治疗或肿瘤坏死因子 $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )拮抗剂应答不足、失应答或无法耐受的成年中重度活动性克罗恩病患者。                                                                                                                                  |
| 68 | 依奇珠单抗注射液          | 限：1.适合系统治疗或光疗的中度至重度斑块型银屑病成人患者；2.常规治疗疗效欠佳的活动性强直性脊柱炎成人                                                                                                                                                     |
| 69 | 古塞奇尤单抗注射液         | 限适合系统治疗的成人中重度斑块状银屑病。                                                                                                                                                                                     |
| 70 | 佩索利单抗注射液          | 限成人泛发性脓疱型银屑病(GPP)。                                                                                                                                                                                       |
| 71 | 替瑞奇珠单抗注射液         | 限适合系统治疗或光疗的中度至重度斑块状银屑病成人患者。                                                                                                                                                                              |
| 72 | 注射用司妥昔单抗          | 限人体免疫缺陷病毒(HIV)阴性和人疱疹病毒8型(HHV-8)阴性的多中心Castleman病(MCD)成人患者。                                                                                                                                                |
| 73 | 萨特利珠单抗注射液         | 限 $\geq 12$ 岁青少年及成人患者水通道蛋白4(AQP4)抗体阳性的视神经脊髓炎谱系疾病(NMOSD)。                                                                                                                                                 |
| 74 | 富马酸二甲酯肠溶胶囊        | 限成人复发型多发性硬化(RMS)。                                                                                                                                                                                        |
| 75 | 西罗莫司凝胶            | 限成人和6岁及以上儿童患者的结节性硬化症相关面部血管纤维瘤。                                                                                                                                                                           |
| 76 | 诺西那生钠注射液          | 限5q脊髓性肌萎缩症。                                                                                                                                                                                              |
| 77 | 利司扑兰口服溶液用散        | 限治疗16日龄及以上患者的脊髓性肌萎缩症(SMA)。                                                                                                                                                                               |
| 78 | 丁甘交联玻璃酸钠注射液       | 限对非药物保守治疗及单纯止痛药物治疗(如对乙酰氨基酚)疼痛缓解效果欠佳的膝骨关节炎(OA)成人患者。                                                                                                                                                       |
| 79 | 吡仑帕奈片             |                                                                                                                                                                                                          |
| 80 | 地西洋鼻喷雾剂           | 限6岁及以上儿童和成人癫痫患者的丛集性癫痫发作/急性反复性癫痫发作的急性治疗。                                                                                                                                                                  |
| 81 | 注射用利培酮微球(Ⅱ)       | 限急性和慢性精神分裂症以及其他各种精神病性状态的明显的阳性症状和明显的阴性症状。                                                                                                                                                                 |
| 82 | 氘丁苯那嗪片            | 限治疗成人：与亨廷顿病有关的舞蹈病；迟发性运动障碍。                                                                                                                                                                               |
| 83 | 棕榈帕利哌酮酯注射液(3M)    | 限接受过棕榈酸帕利哌酮注射液(1个月剂型)至少4个月充分治疗的精神分裂症患者。                                                                                                                                                                  |
| 84 | 盐酸可乐定缓释片          | 限6-17岁儿童和青少年的注意缺陷多动障碍(ADHD)。                                                                                                                                                                             |
| 85 | 甘露特钠胶囊            | 限轻度至中度阿尔茨海默病。                                                                                                                                                                                            |
| 86 | 盐酸美金刚口溶膜          |                                                                                                                                                                                                          |
| 87 | 氨吡啶缓释片            | 限多发性硬化合并步行障碍(EDSS评分4-7分)的成年患者。                                                                                                                                                                           |
| 88 | 氯苯唑酸软胶囊           | 限成人野生型或遗传型转甲状腺素蛋白淀粉样变性心肌病(ATTR-CM)。                                                                                                                                                                      |
| 89 | 利鲁唑口服混悬液          | 限肌萎缩侧索硬化(ALS)。                                                                                                                                                                                           |
| 90 | 盐酸替洛利生片           | 限发作性睡病成人患者。                                                                                                                                                                                              |
| 91 | 苯环喹溴铵鼻喷雾剂         | 限变应性鼻炎。                                                                                                                                                                                                  |
| 92 | 注射用奥马珠单抗          | 限：1.经吸入型糖皮质激素和长效吸入型 $\beta 2$ -肾上腺素受体激动剂治疗后，仍不能有效控制症状的中至重度持续性过敏性鼻炎的6岁及以上患者，并需IgE(免疫球蛋白E)介导确诊证据；2.H1抗组胺药治疗后仍有症状的成人和青少年(12岁及以上)慢性自发性荨麻疹患者。                                                                 |
| 93 | 美泊利珠单抗注射液         |                                                                                                                                                                                                          |
| 94 | 注射用奥马珠单抗 $\alpha$ | 限经吸入型糖皮质激素和长效吸入型 $\beta 2$ -肾上腺素受体激动剂治疗后，仍不能有效控制症状的中至重度持续性过敏性鼻炎的15岁及以上患者，并需IgE(免疫球蛋白E)介导确诊证据。                                                                                                            |

| 编号  | 药品名称            | 备注                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 95  | 奥马珠单抗注射液        | 限：1.经吸入型糖皮质激素和长效吸入型 $\beta$ 2-肾上腺素受体激动剂治疗后，仍不能有效控制症状的中至重度持续性过敏性鼻炎的6岁及以上患者，并需IgE(免疫球蛋白E)介导确诊证据；2.H1抗组胺药治疗后仍有症状的成人和青少年(12岁及以上)慢性自发性荨麻疹患者。                                                                                                                                                                 |
| 96  | 布林佐胺噻吗洛尔滴眼液     | 限二线用药。                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 97  | 布林佐胺溴莫尼定滴眼液     | 限二线用药。                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 98  | 地塞米松玻璃体内植入剂     | 限：1.视网膜静脉阻塞(RVO)的黄斑水肿；2.糖尿病性黄斑水肿(DME)。应同时符合以下条件：1.需三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方；2.首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；3.事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或OCT(全身情况不允许的患者可以提供OCT血管成像)证据；4.每眼累计最多支付5支，每个年度最多支付2支。                                                                                                                         |
| 99  | 康柏西普眼用注射液       | 限：1.50岁以上的湿性年龄相关性黄斑变性(AMD)；2.糖尿病性黄斑水肿(DME)引起的视力损害；3.脉络膜新生血管(CNV)导致的视力损害；4.继发于视网膜静脉阻塞(RVO)(视网膜分支静脉阻塞(BRVO)或视网膜中央静脉阻塞(CRVO)的黄斑水肿引起的视力损伤。应同时符合以下条件：1.需三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方；2.首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；3.事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或OCT(全身情况不允许的患者可以提供OCT血管成像)证据；4.每眼累计最多支付9支，第1年度最多支付5支。阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普的药品支数合并计算。 |
| 100 | 雷珠单抗注射液         | 限：1.50岁以上的湿性年龄相关性黄斑变性(AMD)；2.糖尿病性黄斑水肿(DME)引起的视力损害；3.脉络膜新生血管(CNV)导致的视力损害；4.继发于视网膜静脉阻塞(RVO)的黄斑水肿引起的视力损害。应同时符合以下条件：1.需三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方；2.首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；3.事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或OCT(全身情况不允许的患者可以提供OCT血管成像)证据；4.每眼累计最多支付9支，第1年度最多支付5支。阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普的药品支数合并计算。                                 |
| 101 | 氟轻松玻璃体内植入剂      | 限累及眼后段的慢性非感染性葡萄膜炎。                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 102 | 环孢素滴眼液(Ⅱ)       | 限干眼症。                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 103 | 环孢素滴眼液(Ⅲ)       | 限4岁及以上儿童和青少年的严重性春季角结膜炎。                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 104 | 环硅酸锆钠散          | 限成人高钾血症。                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 105 | 骨化三醇口服溶液        | 限：1.绝经后骨质疏松；2.慢性肾功能衰竭，尤其是接受血液透析患者之肾性骨营养不良症；3.术后甲状旁腺功能低下；4.特发性甲状旁腺功能低下；5.假性甲状旁腺功能低下；6.维生素D依赖性佝偻病；7.低血磷性维生素D抵抗                                                                                                                                                                                            |
| 106 | 尼替西农胶囊          | 限成人和儿童酪氨酸血症Ⅰ型(HT-1)。                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 107 | 氨己烯酸口服溶液用散      | 限婴儿痉挛症。                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 108 | 丁苯那嗪片           | 限亨廷顿病相关的舞蹈症。                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 109 | 富马酸伏诺拉生片        | 限反流性食管炎的患者。                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 110 | 甘草酸单铵半胱氨酸氯化钠注射液 | 限肝功能衰竭或无法使用甘草酸口服制剂的患者。                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 111 | 精氨酸谷氨酸注射液       | 限肝性脑病。                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 112 | 曲前列尼尔注射液        | 限肺动脉高压(PAH，WHO分类1)。                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 113 | 甲苯磺酸艾多沙班片       | 限华法林治疗控制不良或出血高危的非瓣膜性房颤、深静脉血栓、肺栓塞患者。                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 114 | 人凝血因子Ⅸ          | 限凝血因子Ⅸ缺乏症(B型血友病)患者的出血治疗。                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| 编号  | 药品名称            | 备注                                                                                                                                                                                                                  |
|-----|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 115 | 醋酸艾替班特注射液       | 限成人、青少年和≥2岁儿童的遗传性血管性水肿(HAE)急性发作。                                                                                                                                                                                    |
| 116 | 波生坦分散片          | 限3-12岁特发性或先天性肺动脉高压患者。                                                                                                                                                                                               |
| 117 | 利奥西呱片           | 限：1.术后持续性或复发性慢性血栓栓塞性肺动脉高压(CTEPH)或不能手术的CTEPH，且(WHO FC)为II-III的患者；2.动脉性肺动脉高压(PAH)且(WHO FC)为II-III患者的二线用药。                                                                                                             |
| 118 | 米拉贝隆缓释片         |                                                                                                                                                                                                                     |
| 119 | 泊沙康唑口服混悬液       | 限：1.预防移植后(干细胞及实体器官移植)及恶性肿瘤患者有重度粒细胞缺乏的侵袭性曲霉菌和念珠菌感染；2.伊曲康唑或氟康唑难治性口咽念珠菌病；3.接合菌纲类感染。                                                                                                                                    |
| 120 | 富马酸贝达喹啉片        | 限耐多药结核患者                                                                                                                                                                                                            |
| 121 | 德拉马尼片           | 限耐多药结核患者。                                                                                                                                                                                                           |
| 122 | 富马酸丙酚替诺福韦片      |                                                                                                                                                                                                                     |
| 123 | 恩替卡韦口服溶液        | 限慢性乙型肝炎成人患者或2岁至<18岁慢性HBV感染代偿性肝病的核苷初治儿童患者。                                                                                                                                                                           |
| 124 | 重组细胞因子基因衍生蛋白注射液 | 限HBeAg阳性的慢性乙型肝炎患者。                                                                                                                                                                                                  |
| 125 | 托法替布片           |                                                                                                                                                                                                                     |
| 126 | 特立氟胺片           | 限常规治疗无效的多发性硬化患者。                                                                                                                                                                                                    |
| 127 | 阿普米司特片          | 限符合接受光疗或系统性治疗指征的中度至重度斑块状银屑病的成人患者。                                                                                                                                                                                   |
| 128 | 阿达木单抗注射剂        |                                                                                                                                                                                                                     |
| 129 | 注射用英夫利西单抗       |                                                                                                                                                                                                                     |
| 130 | 乙磺酸尼达尼布软胶囊      | 限：1.特发性肺纤维化(IPF)；2.系统性硬化病相关间质性肺疾病(SSc-ILD)；3.具有进行性表型的慢性纤维化性间质性肺疾病。                                                                                                                                                  |
| 131 | 盐酸鲁拉西酮片         |                                                                                                                                                                                                                     |
| 132 | 富马酸喹硫平缓释片       |                                                                                                                                                                                                                     |
| 133 | 布南色林片           |                                                                                                                                                                                                                     |
| 134 | 依达拉奉氯化钠注射液      | 限肌萎缩侧索硬化(ALS)                                                                                                                                                                                                       |
| 135 | 他氟前列素滴眼液        |                                                                                                                                                                                                                     |
| 136 | 阿柏西普眼内注射溶液      | 限：1.50岁以上的湿性年龄相关性黄斑变性(AMD)；2.糖尿病性黄斑水肿(DME)引起的视力损害。应同时符合以下条件：1.需三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方；2.首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；3.事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或OCT(全身情况不允许的患者可以提供OCT血管成像)证据；4.每眼累计最多支付9支，第1年度最多支付5支。阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普的药品支数合并计算。 |
| 137 | 地拉罗司分散片         |                                                                                                                                                                                                                     |
| 138 | 碳酸司维拉姆片         |                                                                                                                                                                                                                     |
| 139 | 碳酸镧咀嚼片          | 限透析患者高磷血症。                                                                                                                                                                                                          |