附件1

内蒙古自治区第一批门诊特殊用药目录

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **药品名称** | **剂型** | **限制使用范围** | **协议有效期** |
| 1 | 甘草酸单铵半胱氨酸氯化钠 | 注射剂 | 限肝功能衰竭或无法使用甘草酸口服制剂的患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 2 | 精氨酸谷氨酸 | 注射剂 | 限肝性脑病。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 3 | 麦格司他 | 口服常释剂型 | 限C型尼曼匹克病患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 4 | 司来帕格 | 口服常释剂型 | 限WHO功能分级II级-III级的肺动脉高压（WHO第1组）的患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 5 | 罗沙司他 | 口服常释剂型 | 限慢性肾脏病引起贫血的患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 6 | 利奥西呱 | 口服常释剂型 | 限以下情况方可支付：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。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 7 | 马昔腾坦 | 口服常释剂型 | 限WHO功能分级II级-III级的肺动脉高压（WHO第1组）的患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 8 | 奥曲肽 | 微球注射剂 | 限肢端肥大症，按说明书用药。 | 2019年1月1日至2020年12月31日 |
| 9 | 贝达喹啉 | 口服常释剂型 | 限耐多药结核患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| **序号** | **药品名称** | **剂型** | **限制使用范围** | **协议有效期** |
| 10 | 德拉马尼 | 口服常释剂型 | 限耐多药结核患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 11 | 丙酚替诺福韦 | 口服常释剂型 | 限慢性乙型肝炎患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 12 | 艾尔巴韦格拉瑞韦 | 口服常释剂型 | 限经HCV基因分型检测确诊为基因1b型的慢性丙型肝炎患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 13 | 来迪派韦索磷布韦 | 口服常释剂型 | 限经HCV基因分型检测确诊为基因1b型的慢性丙型肝炎患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 14 | 索磷布韦维帕他韦 | 口服常释剂型 | 限经HCV基因分型检测确诊为基因1b型以外的慢性丙型肝炎患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 15 | 艾考恩丙替 | 口服常释剂型 | 限艾滋病病毒感染。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 16 | 重组细胞因子基因衍生蛋白 | 注射剂 | 限HBeAg阳性的慢性乙型肝炎患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 17 | 托法替布 | 口服常释剂型 | 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。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 18 | 特立氟胺 | 口服常释剂型 | 限常规治疗无效的多发性硬化患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 19 | 依维莫司 | 口服常释剂型 | 限以下情况方可支付：1.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。2.不能手术的结节性硬化症相关的室管膜下巨细胞星型细胞瘤的患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| **序号** | **药品名称** | **剂型** | **限制使用范围** | **协议有效期** |
| 20 | 阿达木单抗 | 注射剂 | 限以下情况方可支付：1.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。2.对系统性治疗无效、禁忌或不耐受的中重度斑块状银屑病患者，需按说明书用药。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 21 | 英夫利西单抗 | 注射剂 | 限以下情况方可支付：1.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。2.对系统性治疗无效、禁忌或不耐受的重度斑块状银屑病患者，需按说明书用药。3.克罗恩病患者的二线治疗。4.中重度溃疡性结肠炎患者的二线治疗。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 22 | 奥马珠单抗 | 注射剂 | 限经吸入型糖皮质激素和长效吸入型β2-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哮喘患者，并需IgE（免疫球蛋白E）介导确诊证据。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 23 | 他氟前列素 | 滴眼剂 | 　 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 24 | 地塞米松 | 玻璃体内植入剂 | 限视网膜静脉阻塞（RVO）的黄斑水肿患者，并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。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 25 | 康柏西普 | 眼用注射液 | 限以下疾病：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。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。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| **序号** | **药品名称** | **剂型** | **限制使用范围** | **协议有效期** |
| 26 | 阿柏西普 | 眼内注射溶液 | 限以下疾病：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。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 27 | 雷珠单抗 | 注射剂 | 限以下疾病：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。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 28 | 地拉罗司 | 口服常释剂型 | 限铁质积聚症。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 29 | 司维拉姆 | 口服常释剂型 | 限透析患者高磷血症。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| 30 | 碳酸镧 | 咀嚼片 | 限透析患者高磷血症。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |

注：24、25、26、27序号药品仍按门诊特殊治疗管理。