

國立臺灣大學醫學院附設醫院  
全民健康保險病人使用自費醫材說明書

一、使用品項：

中文品名："社得思" 射釷菲爾釷-90 微球體

英文品名："Sirtex" Sir-Spheres Yttrium 90 Microspheres

二、自費金額：

42 萬元整

三、產品特性、應注意事項、副作用、與健保給付品項之療效比

較：

**產品特性：**選擇性體內放射治療有辦法將帶有高放射性源(35  $\mu$ m, 毛髮直徑的三分之一)的極小微球注入肝動脈, 微球可遠端集中分佈在腫瘤肝動脈的微細血管中, 給與較體外放射治療高過十倍的幅射劑量 (>100Gy), 達到腫瘤縮小及延緩疾病惡化時間的效果。

**應注意事項：**必須由受過特別訓練、具有治療肝臟腫瘤經驗的醫師來進行, SIR-Spheres 療法必須由受過特別訓練、具有治療肝臟腫瘤經驗的醫師來進行, 這項程序通常是在放射科進行手術, 需要局部麻醉。

**副作用：**如果選擇性體內放射療法實施得當, 並不會在肝部之外的器官積聚, 患者一般不會出現任何嚴重的併發症。

1. 胃炎和消化性潰瘍：釷 90 微球體植入肝動脈過程中若逆流至腸胃道血管便可能造成腸潰瘍。這樣的副作用發生率約 5%, 之所以會發生如此副作用是因為微球體植入時, 越來越多的微球體湧入細小的肝動脈, 所以血流往前的阻力變大, 導致部分血液轉而逆流, 微球體有機會沉積於腸胃道引起潰瘍, 為避免釷 90 微球體注入胃及十二指腸引起之併發症, 放射科醫師都會在事前評估時即判斷是否需栓塞一些肝總動脈之側枝(如流向胃及十二指腸的小動脈), 可將發生比例再降低。

2. 放射線引起的肝臟病變：因為釷 90 微球體釋出的輻射線也會影響肝臟細胞, 若超過肝組織耐受的上限值, 可能造成肝臟損傷, 臨床症狀為在腫瘤無惡化情況下出現腹水及黃疸, 多發生於選擇性體內放射治療後 4 至 8 周。發生比例不高僅 <5%, 但不可掉以輕心, 建議病患一定要密切注意治療後 1—3 個月之

肝指數( 抽血檢查：鹼性磷酸、總膽紅素) 變化，一旦發覺腹水、腰圍變粗、腹脹、黃疸的症狀應立即就醫並告訴主治醫師或醫護人員。

3. 放射線引起的膽囊炎、胰臟炎、肺炎：發生率低，分別為膽囊炎<1%、胰臟炎<0.1%、肺炎<0.1%，因現在每位病人都經過謹慎的肺分流率檢查，已經幾乎沒有再出現放射性肺炎的副作用。

#### 與健保給付品項之療效比較：

體外放射線治療：正常肝臟細胞可耐受之輻射劑量低，若傳送較高劑量放射線到肝腫瘤會傷到健康的肝細胞。

#### 四、使用原因( 含不符健保給付規定之原因)：

若肝內病灶已不可手術或不可局部根除，目前常用的方式為經動脈肝臟腫瘤栓塞術，體外放射治療或全身性化療。經動脈肝臟腫瘤栓塞術通常需要每隔 2~3 個月反覆治療來穩定病情，選擇性體內放射治療，多數病患只需進行一次，較能提供病患及其家人良好的生活品質。另外相較於體外放射線治療，射釷菲爾釷 90 微球體能選擇性傳送更高的輻射劑量到肝臟腫瘤，且將傷害健康肝細胞的程度降至最低。

全民健康保險病人自願付費同意書

病人\_\_\_\_\_病歷號碼\_\_\_\_\_性別\_\_\_\_\_，西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日生，本人經醫療人員說明後，瞭解下列健保未給付之項目之使用原因、應注意事項、副作用及與健保給付品項之療效比較，同意使用並願意負擔費用。關於下開所使用之項目，其估計使用數量僅係預估性質，實際收費依實際使用以電腦結算核計之金額，願由立同意書人及連帶保證人負擔，絕無異言。

本同意書一式兩份，第一份留存病歷，第二份交由病人收執。

勾選	醫令代碼	項目名稱	醫材許可証號 (如不適用,請寫NA)	單價	估計使用數量
	20202240	射釷菲爾 釷-90 微球體		420000 元	
	醫師排定「釷-90 選擇性體內放射治療」日期後，病人同意在治療日期前 7 至 10 天支付「釷-90 微球體」醫材自費費用，並在完成繳費手續後，將支付憑條交與核醫部承辦人員，核醫部確認無誤後將儘速通知生產製造「釷-90 微球體」之原廠進行「釷-90 微球體」製造。因放射性核種釷-90 半衰期短，故不得因病患方面的任何理由改變治療日期；若因病患自己之事由（例如病患撤銷治療同意、拒絕治療或發生不適合「釷-90 選擇性體內放射治療」之情況）導致本治療不能如期執行，病患就其已給付之醫材費用視為同意放棄；且病患亦同意不請求該醫材之交付。				

預估自費金額總計\_\_\_\_\_

註：1.自費使用健保品項者，其價格可能會受到「兒童加成」(20%~100%)、「緊急加成」(20%~30%)等給付規定而有增加。

2.門急診及出院開立之自費藥品，請當場清點數量，離院後恕無法退費或要求補發。

此 致 台大醫院

立同意書人(即病人本人)：\_\_\_\_\_ (親自簽章)

連帶保證人：\_\_\_\_\_ (親自簽章) 與病人之關係：\_\_\_\_\_

身分證號碼：\_\_\_\_\_

出生年月日：西元\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 聯絡電話：\_\_\_\_\_

戶籍住址：\_\_\_\_\_

現住地址：\_\_\_\_\_

西 元 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

說明：

一、「立同意書人」欄由病人親自簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由醫療法第六十三條第一項規定之相關人員（例如：家屬或法定代理人）簽具。