

附件

特管辦法開放之細胞治療項目及適應症

項 目 名 稱	適 應 症
一、自體 CD34 selection/CD45RA depletion 周邊血幹細胞移植	一、血液惡性腫瘤 (Hematological Malignancies) (一) 白血病 (慢性骨髓白血病之慢性期除外) (二) 淋巴瘤 (三) 多發性骨髓瘤 二、慢性缺血性腦中風 三、嚴重下肢缺血症
二、自體免疫細胞治療 (包括 CIK、NK、DC、DC-CIK、adaptive T 等細胞治療)	實質癌 (solid tumor) 第四期病人
三、自體脂肪幹細胞移植	一、慢性或困難傷口 (滿六週未癒合傷口) 二、大面積燒傷或皮膚創傷受損 (佔總體面積百分之二十 (含) 以上) 三、皮下暨軟組織缺損
四、自體纖維母細胞移植	一、皮膚缺陷：皺紋、凹洞及疤痕等之填補與修復 二、體表傷口之修復 三、其它表面性微創技術之合併或輔助療法
五、自體間質幹細胞 (mesenchymal stem cell) 移植	一、皮膚缺陷：皺紋、凹洞及疤痕等之填補與修復 二、體表傷口之修復 三、退化性關節炎及膝關節軟骨缺損 四、腦中風 五、脊髓損傷 六、其它表面性微創技術之合併或輔助療法
六、自體軟骨細胞移植術	退化性關節炎及膝關節軟骨缺損