

「九十八年度第一次內科審查醫師共識會議」

會議紀錄

會議時間：98年6月25日(星期四)中午12:30

會議地點：中央健康保險局高屏分局11會議室

<地址：高雄市三民區九如二路517號>

紀錄：陳幸慧

壹、主席致詞(略)：

貳、宣導及報告事項：

一、

二、參考資料，列入此次會議紀錄。

參、提案討論

提案一

案由：有關合併有無症狀高尿酸血症(asymptomatic hyperuricemia)的高血壓病患，是否可使用thiazide類或Indapamide等利尿劑藥物，請討論。

說明：

JNC-7曾建議，使用二種以上之高血壓藥物時，若無禁忌時，應含一種thiazide類。對於有明顯Gout的病患，自然不宜使用此類降壓藥，但對於沒有gout症狀患者，是否可以繼續使用此類降壓類物，則並無定論。曾於複審時見到初審醫師將無症狀高尿酸血症病患的thiazide類藥物核刪，感到無所適從，特此提出討論以便統一標準。

建議：

經參考多篇文獻及 16th 版之” Harrison’ s” ” Principles of internal medicine”：對於無症狀高尿酸血症的病患，並無治療之必要(P. 2308~P. 2312)附件 1。而 Uric acid 值高顧 9.0 mg/dl 的無症狀患者產生 Gout 的機率為 4.9%，相較於 Uric acid 值介於 7.0~8.9 mg/dl 的病患(產生 Gout 的機率為 0.5%)，發生於 Gout 的機率約為 10 倍，故建議對於 Uric acid 值小於 9.0 mg/dl 的無症狀高尿酸血症之病患，仍然可以使用 thiazide 類之利尿劑。

決議：

- 一、有關合併有「無症狀高尿酸血症」之病患，是否可使用 thiazide 類或 Indapamide 等利尿劑藥物，本案共識為 Thiazide 類藥物應避免使用在 $U/A > 9\text{mg/dl}$ 的病人或 Goutic arthritis 發作的病患；如果只是尿酸偏高($7\text{mg/dl} < U/A < 9\text{mg/dl}$)，且無痛風發作病史，使用 Thiazide 類藥物並不構成禁忌。
- 二、關於 Indapamide 之使用，依藥價觀點來看 Indapamide 比 D50 (Thiazide 50mg) 貴，但比一般 CCB 和 ACEI 便宜，Indapamide mono 或 dural therapy 建議以中庸的態度審查之，審查時，請依病歷記載上是否註明清楚使用 Indapamide 之考量因素，例如：是否為 DM、高血脂、高尿酸症、代謝症候群、 $cr > 1.5$ ，LVH 或不易控制之 Edema 病人。

提案二

案由：有關降血脂藥物給付規定(詳附件 2)與審查常見問題，請討論。

說明：

一、有關檢驗項目 CHOL/TG/HDL/LDL 及其檢查間隔時間疑義：

- 1、醫師無法規定或限制病人回診時間，有時 2 次檢驗會在 3 個月內或 6 個月以上，是否嚴格強調 3 至 6 個月內？
- 2、DM 病患不論之前 TG、cholesterol、HDL、LDL 異常與否，是否可每 3 個月驗此 4 項血脂濃度？曾有一爭審案，DM 病患過去 TG 和 HDL-Cholesterol 均在正常值內，且該院所每三個月就驗一次 TG、cholesterol、HDL 及 LDL，初核醫師核刪其 HDL-cholesterol 一項，申複時亦維持原議不補付，惟送至爭議審議時被撤銷(補付)。

二、有關降血脂藥物使用疑義：

- 1、血脂肪過高之藥物治療原則：單純高膽固醇症，優先使用 statin 類藥物；單純三酸甘活脂(TG)高，優先使用 fibrate 類藥物。若 cholesterol 高為主也使用 fibrate 是否核刪？但若膽固醇及 TG 皆高，應如何選擇藥約？有些診所依 T-CHOL 及 TG 結果即選擇使用 statin 類藥物，但實際上若再驗 LDL-C 可能不高。
- 2、DM、CAD 及 CVA 患者持續減量使劑較無爭議，但非 DM、CAD、CVA 患者是否也終生使用？
- 3、某些個案經治療達目標後停藥，一段時間後再追蹤血脂又升高，再次處方降脂藥物卻被核刪，理由為應予以 3~6 個月非藥物治療，此類藥物如何審查？
- 4、若有檢附其他院所 6 個月內之血脂報告(正本或影本皆可)應予採納，可據以處方降血脂藥物；若僅病歷書寫血脂數據而無具體之證據(如依病患所述其他醫療院所報告)是否不予採納，申

報之降血脂藥不予給付。

健保局說明：

爭審會 96.01.08 健爭審字第 0960000071 號文，建議有關降血脂藥物審查之共識為：

- 一、對於無心血管疾病患者初始用藥，需依規定檢附 3 個月前及本次血脂檢驗報告，以資佐證。
- 二、對於有心血管疾病(有檢附相關報告如 HbA1c、Sugar 或已處方降血糖藥物佐證者)，初次檢驗血脂異常，符合健保用藥規定，即同意使用。使用後需依規定 3-6 個月抽血檢驗，續用藥物，若未定期抽血檢驗者，不予給付，
- 三、對於 TG 與 TC 皆超出標準值之病人，使用藥物之類別，宜尊重臨床專業之判斷。

建議：

- 一、考慮實際就醫生態，如：出國、從商、外出、可以不必「很嚴格」要求間隔。若非初次起始治療，而是停藥後血脂再升高，應可以不必再等 3-6 個月而逕行處方。
- 二、治療追蹤高血脂症時，有時 TG 高，有時 cholesterol 高，藥物的選擇與審查應有共識。
- 三、非 DM、CAD 及 CVA 病人，當血脂已達治療目標，可減量使用並追蹤 TG/chol，連續一年都正常可考慮停藥。

決議：

一、針對 Chol/TG/HDL/LDL 之檢驗規範：

- 1、並無法規限制不可以同時做此四項之檢驗，但在醫療經濟考

量下，請各四縣市公會對會員診所宣導，為節省醫療資源，不需每次同時做四項檢查。

2、HDL 和/或 LDL 之追蹤檢驗原則為：

(1) 高危險群病患之追蹤檢驗：一年可以檢驗一次，如有異常得依專業判斷增加追蹤次數，但二次間隔不得少於三個月。

(2) 高血脂病人之追蹤檢驗：尊重臨床醫師判斷，不需每次都需同時做 HDL / LDL 的檢驗，例如 TG 小於 400，可考慮不做 LDL，而以 calculate LDL 取代，計算公式為：

$$\text{LDL}=\text{TC}-\text{HDL}-\text{TG}/5。$$

二、針對DM、CAD、CVA之病人，當血脂雖已達治療目標，但為預防其可能之併發症，仍可減量繼續使用。非DM、CAD、CVA之病人，當血脂雖已達治療目標，可依臨床醫師之判斷，可減量繼續使用，並追蹤血中Chol/TG之變化，連續一年都在正常值內可考慮停藥。

三、有關降血脂用藥原則：

降血脂用藥很多類，只要用的有學理依據，宜尊重臨床醫師的選擇，惟使用statin類藥物時應注意肝臟副作用宜3-6個月追蹤肝功能（GOT/GPT）。（例如：GPT大於3倍、chronic active hepatitis、acute hepatitis 及懷孕婦女應停止使用 statin…）、肌肉副作用（必要時可檢驗CPK）、及statin+fibrate(fenofibrate除外)之併用會增加橫紋肌溶解的機會。

四、檢驗時間間隔：是否需嚴格要求滿3-6個月的時間？

為考量病患就醫生態，如出國、外出工作…等，因此，不必很

嚴格強調間隔6個月以內，可有點彈性，相差半個月至一個月亦可接受，但需要第二次檢查才可。

五、處方時間間隔：是否需嚴格間隔 3-6 個月的時間？

若非初次起始治療，而是停藥後血脂再升高，應可以不必再等 3-6 個月即可逕行處方。

六、病患要求依醫院的處方箋給藥？基層診所可否照給藥？

可以，但需檢附醫院原處方箋影本、藥袋影本、檢驗報告…，若僅依病人口頭敘述記載於病歷上而逕予處方者無效。

提案三

案由：有關內科審查注意事項(一)~14 條病歷記載不全之審查原則，建議增修訂條文，請討論。

原條文	建議增(修)訂條文
(一)~14 條病歷記載不全之審查原則(97/5/1)	(一)~14 條病歷記載不全之審查原則(97/5/1)
(1) 病歷完全無身體檢查紀錄者應予核刪診察費，如無符合用藥、處置或身體檢查之紀錄者，則相關之藥品、處置或檢查項目，應予核刪。	(1) 病歷完全無 <u>相關主訴、身體檢查紀錄者或全部皆是制式之主訴內容無變化，或將慢性病分次列表者</u> ，應予核刪或改核診察費；如無符合用藥，處置或身體檢查紀錄者，則相關之藥品、處置或檢查項目，應予核刪。
(2) 申復案件，如再補付 SOAP 記錄者不予補付。	

	(2) 申復案件，如再 <u>補登相關病歷</u> 記錄者不予補付。
--	------------------------------------

說明：

- 一、病歷記載不全之認定，若完全無任何身體檢查記錄者，應予核刪診察費，但若為慢性病病人，看診次數不多，而且 stationary 穩定，足以認定診療，應給予診察費。
- 二、醫師確實有看診，則其醫病關係責任已確定，不應核刪醫師診察費。本條文(1)之其他原則同意保留(2)建議刪除。

健保局說明：

- 一、上述為 97 年度之修正條文，(1)係依據爭審會建議修訂。條文(2)係依據醫療法第六十八條：「醫療機構應督導所屬醫事人員於執行業務時親自記載病歷或製作紀錄…並於二十四小時內完成書面紀錄」，故申復時補付 SOAP 記錄，並不符合 24 小時完成記錄之規定。建議本條文應調整至通則之一般原則第(二十一)條，俾利各科別共同遵循。
- 二、96/5/24 本分局大內科共識會議有關 01 案件（簡表）之高診次審查共識如下，請參閱：
 - 1、核減診察費：依病歷記載情，若屬制式之主訴內容且未填寫理學檢查(但核減理由勿僅陳述未見 PE)、或將慢性病分次列報者，以核減診察費為原則-理由可為：病歷記載過於籠統或病歷記載過於千篇一律。
 - 2、核減藥費：若用藥與主次診斷不符、或違反臨床常規，以核減藥費為原則。

3、核減整筆醫療費用：若主訴、診斷與理學檢查不協調，以核減整筆醫療費用為原則。

建議：

慢性病穩定中，若有相關血壓脈搏之記錄，而且當月就醫次數<6次，雖然病歷包含重要項目，應不予核刪診察費。

決議：

- 一、若有核減診察費時請審查醫師參考 PE 報表內之各項統計資料，例如：平均就醫次數、總申請點數等資料，並依病歷記載情形作為依據，除非有相當充分理由，或其他異常情形，盡可能不以刪減整筆診察費為考量；若同一病人患有多種慢性病，疑似切割每次以一種慢性病開立連續處方簽以申請較高之診察費時，則診察費之核減亦請以改核一般門診診察費方式處理，盡量以輔導院所為原則。
- 二、另同時處方兩種以上慢性病之案件建議增加診察費乙案，請委員會將相關建議提報至全聯會作成支付標準修正建議案
- 三、建議將本條文調整至西醫基層總額審查注意事項條文之通則規範，例：二、一般原則第(二十一)條，俾利各科別共同遵循。
- 四、請四縣市公會宣導會員醫師針對病歷書寫請詳述記載，以免診察費刪減爭議。

提案四

案由：有關前列腺肥大的用藥—甲型阻斷劑使用之建議，請討論。

說明：

由於現已進入老人社會，超過 50 歲以上的男性可能會有急尿、頻尿、夜尿、小便較細等、LUTS(下沖尿症候群)。所以往往一般門診醫師一聽到 BPH(前列腺肥大)，即經予甲型阻斷劑一個月的藥量，如所附件，即使病人從未提出過或也可能從未治療過。

建議：

- 一、首次門診請作理學檢查(肛診)或詳細問診，並以 IPSS(國際前列腺症狀積分表-附件 3)來評估其分數，若總分 8-19 分(中等)以上者才須給藥。
- 二、必要時可轉至泌專作進一步 PSA、尿液、尿流速或超音波等檢查。
- 三、初次門診請勿直接給 1 個月藥量，原則上先給予一星期藥，再回診評估。

決議：

原則上初次門診可給予 1 週至 1 個月藥量。若審查醫師認為需要會審時，則可再分案會審泌尿科專科醫師。

提案五

案由：惠請各審查醫師審核時，應用明確用語，且對於爭論性議題宜形成共識，以上諸多案例，惠請各醫師酌參。

說明：

- 一、患者主訴 B 型肝炎，欲定期追蹤肝臟狀況。故做肝功能、胎兒蛋白及腹部超音波。結果遭刪減理由為無附 B 型肝炎血清報告。
- 二、另一患者主訴 B 型肝炎定期追蹤肝臟狀況。因有上述刪減案例

故做 B 肝血清檢驗、胎兒蛋白及腹部超音波，結果仍遭刪減，理由為主訴已提及 B 肝故無需做血清報告。

三、非必要之用藥，用藥不符合醫學常理。

決議：

若病患自述有 B、C 肝過去病史，沒有檢驗報告佐證時，於初診第一次除驗 GOT、GPT 外，還可做肝炎之相關帶原標記檢查(HBsAg 或 Anti-HCV) 做為爾後相關追蹤之證據，檢驗結果陽性者應無再重複追蹤該項檢驗之必要，如陰性比率過高者或申報異常者要加強審查。

提案六

案由：有關抗生素使用原則，請討論。

說明：

針對慢性鼻竇炎、急慢性中耳炎，應給予有效之抗生素治療，以一個療程 7 天為原則，以免造成無效及抗藥性發生。

建議：

對於急、慢性鼻竇及急慢性中耳炎，因發生率高，應給予足夠天數，已達到一個療程，為治療目標且病歷上應給予描繪圖示以資審查，建議增訂此項條文。

決議：

一、有關抗生素使用原則，請依健保局藥品給付規定第 10 章抗微生物劑之 10.1 通則審查，該款略以：「門診使用抗微生物製劑以不超過三日份用量為原則。如有必要，每次以七日為限…」，

故對於抗生素之使用，只要院所符合抗微生物製劑使用規範，請審查醫師勿矯枉過正。

- 二、另目前「門診抗生素使用率」仍屬西醫基層總額專業醫療服務品質指標資訊公開項目之一，公開內容置於健保局全球資訊網（<http://www.nhi.gov.tw/>），97年度高屏分局使用率為10.42%（第4名）居中位置，未來此品質指標若超出平均標準值，屆時再研擬審查辦法。

提案七

案由：

- 一、TYPE II DM 的病人已用 Insulin 治療又加上 4 種 OHA 藥物其審查原則？
- 二、嚴重持續性氣喘併用 SABA、LABA+ICS 再併用口服 Theophylline (SR)及 Singular 其審查原則為何？
- 三、ARB 之使用原則為何？審查原則為何？
- 四、降血脂用藥未達治療目標前是否需停藥？
- 五、STILNOX 的審查原則為何？
- 六、降尿酸治療 Cochicin 用多久？
- 七、Januvia 的處方用藥規範為何？

決議：

- 一、使用 insulin 時，再併用三、四種 OHA，若符合學理並無不可，核刪時恐易衍生爭議，審查時可以建議醫療院所宜增加 insulin 量而減少 OHA 的種類。

二、針對氣喘分期及發作頻率病歷應詳細記載，並尊重臨床醫師使用考量。

三、ARB之使用原則為何？審查原則為何？

(一) 針對有以下病情之H/T病人，優先考慮使用 ACEI：

1、腎臟疾病之考量—Chronic renal disease(CKD)、DM Nephropathy、Proteinuria 之H/T病人。

2、CV方面之考量—有慢性Heart failure、Post MI 之H/T病人。

(二) 如果以上 H/T 病人使用 ACEI，有臨床上之副作用時(如 Cough、過敏…)，可直接更換為 ARB 使用。

(三) 如果 ARB 藥物之使用，沒有 Contra-indication 之情形，且該院所之平均藥價尚在合理範圍內(參考 PE 報表)，應尊重臨床醫師之使用考量。

四、降血脂用藥未達治療目標前是否需停藥？

併提案二決議。

五、Stilnox 使用審查原則(並請參閱藥品給付規定 1.2.3)：

(一) 給藥時應予病人衛教，幫助病人建立良好睡眠習慣，病歷應記載睡眠障礙情況及可能原因。

(二) 失眠症首次就診病患，原則上處方 7 日內安眠藥，但已在其他院所拿藥、服藥者，不算失眠症首次就診。

(三) Zaleplon 成份藥物限 65 歲以下使用，用於治療難以入睡之失眠病人。僅適用於嚴重、病人功能障礙或遭到極度壓力的失眠者(因半衰期很短)。

(四) 非精神科醫師若需開立本類藥物，連續治療期間不宜超過 6

個月。若開立此藥物已達6個月，醫師認為病情需要繼續使用，應依下述三原則處理之：

- 1、如認為病情需要繼續使用，應評估繼續使用的適當性，並在病歷載明，例如：是否重覆領藥、有無副作用產生、有沒有成癮現象、病人的失眠型態、病患睡眠品質或生活品質是否改善，是否病患適合繼續使用…等。
- 2、任一種安眠藥物，用久都有愈吃愈無效的現象，必要時應換另一種安眠藥。
- 3、必要時轉診精神科醫師評估其繼續使用的適當性。

(五) 原則上，不建議各種安眠藥併用，若需不同半衰期的藥物併用時，應有明確睡眠障礙型態描述紀錄，且在合理劑量內使用。

(六) 為避免病人濫用安眠藥物，門診時如遇到懷疑濫用的病患，宜多問診幾句，必要時通知健保局或轉診精神科醫院…等，請求協助對濫用的病人加以輔導。

(七) Stilnox 屬 Non-BZD，促眠效果好，不會 hang over，不會積聚作用，較不會成癮，沒有抗焦慮及肌肉鬆弛作用，較無戒斷症。若對 Stilnox 規定太多，則可能造成 shift 到其他較不安全之安眠藥而衍生更多問題。

六、降尿酸治療 Cochicin 用多久？

使用 cochicin 預防痛風關節炎可使用六個月，如6個月內無痛風相關症狀發作，可以停藥。

七、Januvia 的處方用藥規範為何？

(一) 不宜當第一線藥物使用。

- (二)如已併用 metformin 及其他 OHA 已達 submax dose 但血糖 HbA1c 未達目標(暫定糖化血色素 7mg/dl)方可使用。
- (三) 98.04.01 起新納入之 Januvia (高價降血糖藥) 健保局藥品給付規定無任何規範,建議宜比照 TZD 類藥物於西醫基層審查注意事項條文中增修訂「Januvia 藥物使用原則」,並將前開決議提案至全聯會增訂條文。