

九十八年度第二次內科暨兒科審查醫師共識會議

會議紀錄

會議時間：98年9月4日(星期五)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157號>

紀錄：陳幸慧

壹、主席致詞(略)

貳、宣導及報告事項：

- 一、有關門前藥局之申報是否有規避審查之情事，爾來發現門前藥局在申報時，常利用日劑藥費來規避審查，請各審查醫師審核案件時依據專業判斷是否合理需嚴加注意。
- 二、有關復健科病人內科申報之情形，少數復健科內科案件需經由內科醫師審核，為避免發生爭議，倘若初審醫師進行核刪動作時，請述明核刪理由，俾利複審醫師複審時更了解原由。
- 三、審查共識會議，一旦形成共識，請各審查醫師共同遵循，至分局執行審查作業時，若有疑義請隨時參閱共識會議紀錄。
- 四、審查醫師審核時，若發現審查案件有任何可疑或不合理之現象，請善用橘單填寫審查發現，再由分局或委員會管理組做適當之輔導或訪查。
- 五、再次重申有關審查知悉之內容，請勿對外發佈或談論，若發現有違反規定情事，分局將報請適當處理。

參、提案討論

提案一

案由：有關糖尿病病患併用 Tenomin+Tiazide?

說明：沒有絕對 contraindication，但請處方醫師注意可能的副作用。

決議：通過，原則上可併用，若審查醫師審核時覺得使用不妥，請加註意見，例如：會增加 DM 的發生率。

提案二

案由：有關女性或年輕男性(<40 歲)高血壓病患之降血壓，使用 Doxaben 是否合理。

說明：通常女性或年輕男性很少會 fresh case 就開立 doxaben(doxazosin)主要是怕其副作用(如 postural hypotension)但這並非禁忌。

決議：

- 一、一般原則不需用於第一線藥物降壓(因可能引起鈉及水份滯留，使用三年後心衰竭病患增加)。
- 二、老年人、糖尿病患及自主神經失常者，小心起立性低壓(尤其是短效之 α -Blocker prazosin)。
- 三、女性或是年輕男性少數會因 fresh case 就開立 doxaben 但並非構成禁忌。若有疑義，應請載明理由。

提案三

案由：A. concor+carvedilol 二種併用?

B. Doxaben+ β -Blocker 二種併用?

決議：

A、同樣是 β -Blocker 不宜併用

B、不同 mechanism 藥物可以併用

提案四

案由：HT 第一次門診就開慢性連續處方(慢連診察費為 550 點)—改核診察費？

說明：Fresh case(過去從來未曾接受 Anti-HT 治療者)最好不要一下子開太長時間藥物。但宜尊重臨床醫師之判斷，臨床醫師自負其責任。

建議：Fresh case(過去從來未曾接受 Anti-HT 治療者)最好不要一下子開太長時間藥物→可改核一般門診診察費(320 點)，核減理由為：慢性連續處方之開立應視病情穩定及病患適用該藥物後再開立為宜。

決議：

一、針對 Fresh case 患者開立慢性連續處方箋之審查共識為：慢性病（例：DM、Hypertension、Asthma 等）病情未穩定前請勿開立慢性連續處方箋，發現此情形均可能被改核診察費，另請四縣市醫師公會對會員診所佈達相關訊息。

二、有關 Fresh case 之認定，審查時醫師若有所質疑需做核刪動作時，但又無去確立該案件是否為 fresh case，可先行跟行政人員「調閱歸戶報表」，確認患者半年內或一年內跨院所資料，是否有無開立慢箋資料或是就醫資料，就以上訊息判定是否為 fresh case。

三、請審查醫師審查時，除個案外，應依宏觀的角度上看整體結構是否有無異常，特殊不合理逕行核刪，並請詳述異常之理由。

提案五

案由：HbA1C 太高，開慢性連續處方---改核診察費？

HbA1C 太高，沒調整藥物---刪診察費？

血糖、HbA1C 控制良好，沒開慢性病處方或慢連---刪診察費？

沒驗 HbA1C，診療品質差---刪診察費？

說明：HbA1C 太高之定義為何？(正常值 4~6%，治療目標 7~9%)

建議：

1. HbA1C 持續 >7%，未見調整藥物或施予衛教→可核刪診察費(原申報慢連者，可改核一般門診診察費)，核減理由為：血糖控制不穩定，未見調整藥物或施予衛教，診療品質不符臨床常規。但若病歷有記載藥物使用已達最高劑量、病人拒絕調整藥物或不願注射 insulin 等因素時，此類案件不予核減。
2. 血糖、HbA1C 控制良好，沒開慢性病處方或慢連---
 - * 處方 <1~2 週且該病患當月以慢性病就醫 3~4 次以上→可核刪診察費，核減理由為：慢性病病情穩定毋需多次就診(220A)。
 - * 未開立慢性病處方或慢連→輔導開立慢性病處方或慢連。
3. 沒驗 HbA1C，診療品質差---
 - * 血糖控制不佳且從來沒驗 HbA1C→可核刪診察費(001A、002A)。
 - * 血糖控制好但沒驗 HbA1C→不予核減。

決議：

一、HbA1C 太高，開慢性連續處方---改核診察費？

HbA1C 太高，沒調整藥物---刪診察費？

1、HbA1C 持續>9%，未見調整藥物或施予衛教→可核刪診察費（原申報慢連者，見可改核一般門診診察費），核減理由為：血糖控制不穩定，未見調整藥物或施予衛教，診療品質不符臨床常規。但若病歷有記載藥物使用已達最高劑量、病人拒絕調整藥物或不願注射 insulin 等因素時，建議此類案件不予核減。

2、有診察事實且臨床醫師自負責任不宜設限過多，若無上述病歷記載，除有其他堅強理由，盡量不刪診察費。

二、血糖、HbA1C 控制良好，沒開慢性病處方或慢連---

1、處方<1~2 週且該病患當月以慢性病就醫 3~4 次以上→可核刪診察費，核減理由為：慢性病病情穩定毋需多次就診(220A)。

2、未開立慢性病處方或慢連→輔導開立慢性病處方或慢連。如有明顯理由，請審查醫師尊重第一線醫師判斷

三、沒驗 HbA1C，診療品質差---

原則上不核刪診察費，但可建議該病患久未驗 HbA1C 請注意診療品質等提示用語。

提案六

案由：APC(心房早期收縮)、VPC(心室早期收縮)治療 criteria 為何？

說明：病患是否有 symptom、complaint 即可或需併有 organic heart dis 者。

決議：

- 一、無症狀的 APC 及 VPC 是不需長期治療的。
- 二、若病患有頭暈、無力、心悸、呼吸困難的症狀(如心跳加速、心跳大力)則考慮症狀治療或治療不整脈。
- 三、若病患合併有 organic heart disease 時則應治療其心臟病本身毛病。先評估心臟整體功能狀況，再考量是否使用抗心律不整藥。
- 四、如長期使用，需提醒臨床醫師注意抗不整脈藥物之可能副作用，例：抗不整脈藥物本身也可以導致心律不整。
- 五、合乎治療 criteria，例：short run VPC、multifocal VPC、R on T 或 VT 等可以使用。

提案七

案由：Stilnox 併用其他抗鬱或抗焦慮藥物？

決議：

- 一、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記錄，且在合理劑量內使用。
- 二、焦慮或憂鬱病患，常併有失眠症狀。如上述 S/S 同時存在，學理上可以併用。
- 三、抗憂鬱、抗焦慮、安眠藥視為不同屬性歸類。

提案八

案由：Januvia 使用規範？

說明：

1. 已使用 metformin 及其他 OHA 已達 submaximum dose，但血糖、HbA1C 仍未達目標值(暫定 HbA1C>9.0mg/dl)方得使用 januvia。
2. Januvia 雖與 TZD 作用機轉不同，但處方時，這兩種高藥宜限擇一使用，況且有些研究報告也不贊成兩者合用。
3. 全聯會之西醫基層總額醫療費用審查注意事項已增訂 Sitagliptin(januvia)使用規範如下：
 - A、葡萄糖失耐症(IGT)之病人不得作為預防性的治療。
 - B、使用第一線藥物兩種以上(SULFONYLUREAS， α -Glucosidase inhibitor，MEGLIYINIDE，BIGUANIDE)血糖尚控制不佳時，可以使用。
 - C、請檢附治療前後 3 至 6 個月 HbA1C 之報告。
 - D、使用此藥，請詳細註明使用理由於病歷。
4. 內分泌科醫師建議如下：
 - A、葡萄糖失耐症(IGT)之病人不得作為預防性的治療。
 - B、胰島素依賴型之第一型糖尿病患者不宜使用。
 - C、使用第一線藥物兩種以上(SULFONYLUREAS， α -Glucosidase inhibitor，MEGLIYINIDE，BIGUANIDE)已達 Sub maximal dose 且血糖尚控制不佳時(HbA1C>7%)，可以考量使用。
 - D、Januvia 與 TZD 作用機轉不同，但處方時，宜限擇一使用，因有些研究報告也不贊成兩者合用。
 - E、審查時請檢附治療前後 3 至 6 個月 HbA1C 之報告。
 - F、使用此藥，請詳細註明使用理由於病歷。
 - G、腎衰竭的病人不宜或減量使用。

H、Januvia 單一治療其 HbA1C 約可降低 0.5-0.8%。故使用前應整體評估患者血糖控制情形(HbA1C 之高低)，以避免降低使用之價值。

I、長期使用之安全性仍待評估。

決議：

一、通過前開內分泌醫師之建議，惟 C 點修正為：已使用 metformin 及其他 OHA 已達 submax dose 或使用第一線藥物 2 種以上，但血糖、HbA1C 仍未達目標值(暫定 HbA1C > 7.0mg/dl)方得使用 januvia。

二、建議本案再提至全聯會增修 Sitagliptin(januvia)使用規範。

提案九

案由：檢驗 microalbumin(12111C-275 點)、CEA(12021C-400 點)、PSA(12081C-400 點)、CRP(12015C-275 點)之時機為何？

建議：

1. 糖尿病患 urine protein(trace 或 Neg.)，初診及年度(一年一次)可以檢查 microalbumin。
2. 有病史或家族史、S/S 或 PE 合理懷疑者，可以做 CEA、PSA。若非癌症病患的追蹤檢查一年一次檢查足矣。
3. 有持續>48 小時高燒不退，臨床上有 toxic sign(high fever, chill 或 vital sign 變化...etc)可做 CRP 檢驗。

其他醫師建議：

1. 屬糖尿病試辦計畫病患之年度檢查有關 microalbumin 建議得視

病人病情為選擇性執行項目(且在 UP(一)情況下才選擇執行)原則上 1 年 1 次；故建議非糖尿病試辦計畫之病患應可比照辦理。

2. 有病史或家族史、S/S 或 PE 合理懷疑者，應可做 CEA、PSA。

3. 有持續>48 小時高燒不退，臨床上有 toxic sign 及 評估高血脂病患之血管內皮細胞發炎情形或關節炎之發炎程度，以作為治療依據時，應可做 CRP 檢驗。

決議：

一、糖尿病患 urine protein 檢驗報告為 trace 和 Neg.，初診及年度(一年一次)可以檢查 microalbumin。

二、有病史或家族史、S/S 或 PE 合理懷疑，可做 CEA、PSA。

三、有關 CRP 檢驗時機：有持續>48 小時高燒不退、嚴重性感染或發燒原因不明者及臨床上有 toxic sign 者。

提案十

案由：ARB 審查規範？

說明：用藥處方原則應與時俱進，但計畫趕不上變化，5 月底共識會議囿於醫療經濟而訂下的規範，因為 10 月 ARB 藥價大幅調降，原規範原因已不存在，因此回歸學理審查抗高血壓藥物。

決議：此案回歸學理審查抗高血壓藥物，盡量優先使用 ACEI，並請審查醫師注意使用 ARB 比例是否偏高。

提案十一

案由：Hyperlipidemia 審查規範？

決議：

一、TG>500 優先使用 fibrate。

二、Hypercholesterolemia、高 LDL，使用 statin。

三、mix hyperlipidemia 在治療過程中，常見翹翹板現象，宜尊重臨床醫師用藥選擇，乃至併用 fibrate 與 statin 在學理上也是適當合理的。

四、未達治療目標前可不用減量。

提案十二

案由：併用 novonorm+sulfaurea 可否？

說明：mechanism 同樣是刺激 insulin 增加分泌，不應併用。

決議：無併用之必要性。

提案十三

案由：Insulin+TZD 可否？

說明：學理上可以併用，但應注意體液滯留的副作，尤其是 HF 病患更應小心。

決議：Insulin+TZD 所造成體液滯留的現象對於 Heart failure 的病患並非 absolute contraindication。且通常滯留有限不致於造成太大危害，若用藥實屬必需則應尊重臨床醫師。但請注意病歷是否紀錄測量體重及觀察頸靜脈壓力→並適時調整利尿劑及心臟藥物即可。

提案十四

案由：Thiazide、Natrilix(Indapamide)的規範？

說明：

1. 並沒有規定抗高血壓複合療法，第二種藥物一定要用利尿劑。上次的共識是如需使用第三種降血壓藥物時，應優先考慮使用利尿劑。
2. Natrilix 在歸類上，有人將它歸為 Thiazide 類(但也有人另外歸一類)此外 Natrilix 效果比 Thiazide 佳，還能改善高血脂、對微蛋白尿不影響。上次共識是不管 Natrilix 用於 mono 或 dual therapy 應以中庸的態度審查之，用藥上沒有 contraindication 時，宜尊重醫師的選擇，不宜過度自我設限。
3. 6/25 審查共識：關於 Thiazide 類藥省應避免使用在 $U/A > 9\text{mg/dl}$ 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。
4. 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 dual 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請清楚使用 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。

決議：

- 一、抗高血壓複合療法，如需使用第三種降血壓藥物時，應優先考慮使用利尿劑。
- 二、Natrilix 用於 mono 或 dual therapy 應以中庸態度審查

之，用藥上沒有 contraindication 時，宜尊重醫師的選擇，不宜過度自我設限。

三、有關於 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。

四、Indapamide 之使用，審查時，請依病歷記載上是否註明清楚使用 Indapamide 之考量因素。

提案十五

案由：persantin 或 trental 是否可用 DM 併 nephropathy 或 proteinuria 的病患？

說明：

1. persantin 可以增加 cyclic AMP，抑制 Platelet aggregation 及可以抑制支持性細胞、主動脈平滑肌細胞，間質性纖維母細胞功能。
2. persantin 可改善支持性細胞增生性腎炎，故可改善蛋白尿。

參考資料：

1. editorial review : Acta Nephrologica 1997 : 11 : 1-2
2. pharmacologic intervention in renal fibrosis and vascular sclerosis Jnephrol 2001 : 14 : 332-339)。

3. Dipyridamole(persantin)與其他藥物合併使用，對於 DM、IgA Nephropathy、membranoproliferative glomerulonephritis、或 membranous glomerulonephritis 所發生之 proteinuria 有幫助，所以應可使用。
4. Trental 也被認為對 DM nephropathy 及蛋白尿有幫忙 (400mg/bid)

建議：persantin 因藥價較便宜不應過度嚴審，而 trental 因藥價較高，審查時應注意該院所使用上是否有過度浮濫之情形。

決議：

- 一、Trental 治療 DM 併腎病變或蛋白尿俟提出進一步證據後再決議是否提案修改。故此兩項藥品仍請依健保相關規定審查。
- 二、原 98.09.04 之決議事項暫予刪除：~~persantin 或 trental 均可用於 DM 併 nephropathy 或 proteinuria 病患，尊重臨床醫師選擇用藥。~~

提案十六

案由：Trental 及 pletaal tablets 使用規範？

說明：依健保藥品給付規定如下：

- 1、Trental(2.8.1)規定為：腦循環改善劑、腦代謝改善劑及血球流變改善劑：因治療上需要使用腦循環改善劑或腦代謝改善劑或血球流變改善劑時，最多使用一類，且須檢附相關之紀錄或報告，並於病歷上詳細記載。
- 2、Pletaal(2.1.6)規定為：限用於緩解間歇性跛足之症狀。

建議：Pletaal 則除了病歷 PE 上要有周邊動脈的脈搏強度記載外，也應附有確切的檢查報告佐證(如動脈攝影報告…)

決議：經查證其他心內、神內及腎內醫師有關 2.8.1 之規定後修改決

議如下：

- 一、有關 trental 用於間歇性跛足之症狀，符合健保藥品給付規定 2.8.1 腦循環改善劑、腦代謝改善劑及血球流變改善劑中之 血球流變改善劑 適應症範圍。使用時最多使用一類，且須檢附相關之紀錄或報告，並於病歷上詳細記載。
- 二、Pletaal 請依健保藥品給付規定 2.1.6 規定審查：限用於緩解間歇性跛足之症狀。病歷 PE 上要有周邊動脈的脈搏強度記載外，也應附有確切的檢查報告佐證。

提案十七

案由：可否沒 clotest 或 13-UBT(碳 13)(只有胃鏡 proved ulcer)逕行給予 Anti-HP 治療?Anti-HP 採二合一療法合理性為何?

說明：

1. 全聯會之審查注意事項條文建議修正為：經內視鏡或上腸胃道攝影，初次診斷為消化性潰瘍者，得不做幽門桿菌相關檢驗，逕行幽門桿菌清除治療。
2. 目前西醫基層內科審查注意事項(五)-3 規定：胃鏡切片施行幽門桿菌檢查限消化性潰瘍病例經過初次幽門桿菌清除治療後，再次消化性潰瘍復發，於同一院所懷疑再次感染或前次治療失敗時施行，應附前次胃鏡及治療紀錄。
3. 支付標準有關 13C-UBT(3512C：1160 點)之適應症為：
 - (1) 出血、幼兒、孕婦、衰老等不適合做胃鏡檢查之消化性潰瘍患者治療前之幽門螺旋桿菌感染鑑定檢查。

(2) 證實為潰瘍併幽門螺旋桿菌感染患者為除菌治療後之療效確認 HP 治療根除治療是否成功與追蹤，第一次於治療停藥後一個月施行一次。

(3) 不得同時申報 13018C(CLOTEST)、28016C(胃鏡)、28030C(內視鏡切片)及 13007C(細菌培養)。

(4) 本項檢查採包裹式給付，不論方法皆不得另行申請材料費用。

4. 擷取高屏分 97 年 3 月消化性潰瘍疾病分析其用藥組合比率如下：單純使用潰瘍藥：二合一：三合一：其他=28.3%：21.9%：25.6%：24.2%。

建議：經內視鏡或上腸胃道攝影，初次診斷排除 NSAID 引起之消化性潰瘍者，得不做幽門桿菌相關檢驗，逕行幽門桿菌清除治療。

決議：

- 一、無 clotest 或 13-UBT 檢查報告可逕行給予 Anti-HP 治療規範，故請先依目前全聯會之審查注意事項建議條文及西醫基層內科審查注意事項(五)-3 規定（詳說明 1、2）作為審查規範。
- 二、另有關 clotest 檢驗規範請向全聯會提以下建議案：患者診斷為消化性潰瘍者(含初次診斷)，得做幽門桿菌相關檢驗。
- 三、有關 Anti-HP 之第二線藥物使用之合理性俟下次會議討論。

提案十八

案由：請統一 Anxokast Chewable(singulair coated)5mg 用藥審查共識？

說明：98.05 健保總局請辦單詳如附件。

決議：通過，雖年滿 6 足歲以上使用劑量應為 5mg，宜尊重臨床醫師用藥時，若因考量病童體重或其他因素而使用 4mg 劑型之藥物，建議不應予以核扣。

提案十九

案由：有關抽樣審查之個案須檢附病歷範圍應如何，請討論。

說明：

1. 現規定抽樣之審查個案應檢送病歷首頁影本及該案當月之全部病歷影本，惟為 04 案件(慢性病)或 08 案件(慢性病連續處方)案件也僅附當月者，審查上難以得知該慢性病全貌，因無法得知該疾病狀況。
2. 近來有部分醫師反應慢性病案件(04 或 08)，因無充分資料供參，造成審查困難情形。

建議：抽樣之審查個案應檢送病歷首頁影本及該案當月之全部病歷影本：屬同療程者，應附同療程內所有病歷；慢性病則應檢附 3 個月病歷。

決議：

- 一、請依現行抽審規定審查之，雖僅附單月病歷，較難得知病情全貌，請各審查醫師量力而為。
- 二、有關 08 案件(慢連處方)第 2、3 次取藥應檢附第一個月病歷。
- 三、針對此項議題請各審查醫師集思廣義提供相關意見，俾便彙整提至高屏分區委員會討論。