

九十九年度第一次大內科暨兒科審查醫師共識會議 會議紀錄

會議時間：99 年 7 月 16 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：

參、提案討論

提案討論

提案一

案由：

有關吸入性類固醇+吸入型長效乙二型交感神經興奮劑(ICS+LABA)合併型藥物及抗白三烯素(Antileukotrienes)的藥品使用規定。(Symbicort, Seretide....及 Singulair, Accolate...)

說明：

目前藥品給付規定「成人呼吸道疾患吸入製劑給付規定表」(Page 6-3)，所列吸入性藥物的使用條件過於簡略，為八年前制定的版本與目前GINA的內容已不相附。自2006GINA即已開始強調以氣喘控制狀況來區分病人，並根據現階段氣喘控制狀況而採取升階、降階或維持的治療計畫。

過去以氣喘嚴重度來分類氣喘病人，如輕度間歇型、輕度持續型...等四類，但氣喘的嚴重度有可能因病人在接受治療後而改變，因此以病人現階段氣喘控制的好壞來區分病人較有意義。但我們常發現基層診所使用此類藥物，並未能把握住GINA基本精神，病人

控制情況未能有效評估，一直持續的使用 ICS+LABA，或未有合適理由只單獨使用抗白三烯素，未能有升階或降階的治療計畫，也很少見有使用第二階的治療方式。又病人常未能正確的使用吸入劑而達到應有的效果。

建議：

一、病歷應有下述記載方可使用

(參考 2009 GINA 或「2008 臺灣慢性呼吸道疾病診斷和治療手冊-基層醫師照護指引」)

1、初診時病人診斷為氣喘的依據，及氣喘嚴重度評估。

2、複診時病人氣喘控制程度表(內含 PEF 或 FEV1)。(附件 1)

3、複診時病人自我評估表(如氣喘控制測驗 ACT...)。(附件 2)

4、基於氣喘控制程度而採取升階、降階或維持的治療計畫內容。(附件 3)

5、衛教：避免誘發因子及正確使用吸入劑。

二、如病人控制良好超過三個月以上應考慮降階治療。

三、正確吸入性類固醇(ICS)使用劑量(各種製劑可使用的次數不同)。

四、急性惡化病人宜 2-4 週內回診。

五、Symbicort 亦可以作為 reliever 使用。

六、參加氣喘試辦計畫務必遵循前開原則。

決議：1. 氣喘病患治療應遵循 GINA Guideline

2. 參加試辦計畫，病歷須遵循上開原則記載

3. 長期處方 singulair，或 3S 併用 SABA 及口服藥者宜審查其是否合乎適應症。

提案二

案由：

內視鏡檢查偏多或診斷 ulcer、GERD 比率偏高，申報 clotest (13018C) 或 Biopsy 比率偏高 (又以第 4 級複雜性外科病理切片 25004C 支付點數：1741 點申報)，使用 PPI 超乎常態？怎麼審？

說明：

- 一、ulcer、GERD 比率偏高，必須附“清晰”照片以供審查
- 二、Biopsy 比率過高 (選樣原則不過嚴謹)，建議加強審查其必要性。
- 三、Clotest (13018C) 98/9/4 內科會議決議非 ulcer 不必做 clotest，第一次診斷 ulcer 可不做 clotest 逕行 Anti Hp 治療，若再發性 ulcer 才做 clotest。
- 四、屬 Board line 診斷的病患，宜優先選擇較不昂貴的藥物。

決議：

1. 胃鏡切片可以 25004C 申報，但比率異於同儕，則需加強審查。
2. 內視鏡檢查偏多或診斷 ulcer、GERD 比率偏高，申報 clotest (13018C) 或 Biopsy 比率偏高 (以第 4 級複雜性外科病理切片 25004C 支付點數：1741 點申報)，使用 PPI 超乎常態之院所，可會審 GI 次專科審查。
3. 審查請依說明一、二、三、四共識審查。

提案三

案由：Ticlopidine、plavix 的使用規範不夠明確，造成審查困難，

又 plavix 與 PPI 可以併用嗎？

說明：

一、有關 plavix 之規範不夠明確，e.g 近期（？）發生中風、心肌梗塞、血管粥狀硬化（？）一年內有證實（？）消化性潰瘍，或無法忍受(?)GI 檢查（可用多久，並無規範）或 Aspirin 過敏，無法忍受(?)者，可使用 plavix。 支架植入 3 個月內，可以 Aspirin 合併 plavix 使用，Plavix 屬較昂貴藥物，宜適當把關。

二、plavix 與 PPI 不得併用，因為會 interfere plavix 的效用。

決議：

1. plavix 藥價高，審查時注意是否合乎規範，嚴謹使用，同時注意處方是否合乎比例原則。
2. 請本區業務組就上述疑義（？部份）明確定義規範，以利審查。
3. plavix 與 PPI 不得併用。

提案四

案由：metformin 可用於 >80 y/o 的病患嗎？

說明：

一、Old age 病患使用 metformin 致 lactic acidosis 的可能性較高，因此依現行衛生署藥字第 0970344756 號公告（如附件 4）

1. 80 歲以上之老年病患不建議開始使用。
2. 當腎功能不全患者，男性血中肌氨酸酐（Creatinine Scr）濃度 ≥ 1.5 mg/dL，女性 Scr ≥ 1.4 mg/dL 之病患不可服用 Metformin 成分藥品。

二、如有不同意見，得移請內分泌專科醫學會討論

決議：

1. 依衛署藥字第 0970344756 號規定，腎功能不全男性血中肌氨酸酐 (Creatinine Scr) 濃度 ≥ 1.5 mg/dL，女性 Scr ≥ 1.4 mg/dL 之病患不可服用 Metformin。
2. 80 歲以上老年病患，不建議開始使用 Metformin 治療。

提案五

案由：NSAID + colchicine 屬重覆用藥嗎？痛風關節炎急性發作，可併用 NSAID 及 STEROID 嗎？

說明：

- 一、由於 NSAID 之普及，colchicine 之角色逐漸變成預防痛風關節炎發作的預防性藥物，而早期之 colchicine 療法，已不再建議用於急性痛風性關節炎的治療。
 - 二、NSAID 與 colchicine 作用機轉不同，不屬重覆用藥。
 - 三、痛風急性發作，可以短期併用 NSAID 及 STEROID。
 - 四、Allopurinol 或 uricorin 併 colchicine 可以使用於治療慢性期痛風。
 - 五、單獨使用 colchicine 預防痛風，一般可使用 6 個月
- 註：西醫基層內科審查注意事項（五）其他注意事項 10：…，使用尿酸藥物時應隨病歷附上檢驗報告。

決議：

1. 高尿酸併腎功能異常 (Cr > 1.5) 治療時建議使用 Allopurinol，

不建議使用 urinorum

2. 使用 colchicine 預防痛風關節炎, 可使用六個月, 如六個月內無痛風相關症狀發作, 尿酸正常, 可以停藥。
3. NSAID 與 colchicine 作用機轉不同, 不屬重覆用藥。
4. Allopurinol 或 urinorum 併 colchicine 可以使用於治療慢性期痛風。

提案六

案由：27004C TSH (RIA) 如何審查？

說明：依全執委審畢抽審案件後之建議，為維護病人治療品質，同意基層 TSH (EIA) 比照 TSH (RIA) 申報。

健保局說明：

- 1、本案經洽詢總局結果：TSH (EIA) 甲狀腺激素免疫分析是否放寬基層診所執行，已移請醫師公會全國聯合會研議，各分區委員會可逕洽，未經修訂程序同意施行前，不可比照申報。
- 2、支付標準放寬適用前，可建議全執委開放跨表。
- 3、TSH (EIA) 甲狀腺激素免疫分析 09112B (支付點數：240)
TSH (RIA) 甲狀腺激素放射免疫分析 27004C (支付點數：300)

決議：

1. TSH 檢驗，對於甲狀腺低下或甲狀腺亢進的診斷及治療，有其必要性。為保障病患醫療品質，應予開放基層診所檢驗。
2. 當年開放基層可申請 TSH (RIA) 而不開放 TSH (EIA) 應是全執委不小心的錯誤，多年來未改正，函請全執委改正錯誤。
3. 在未改正前，由委員會函請全執委，研議開放 09112B, TSH (EIA)

跨表申請事宜。

提案七

案由：Hb electrophoresis 血紅素電泳分析（08030C：支付點數 300 點）如何審查？是否須限定 Hb < ?? 以下，才可以做檢查？

說明：

- 一、地中海型貧血很多只是輕微貧血，因此，貧血病患排除缺鐵性貧血，就可以做 Hb electrophoresis。
- 二、缺鐵性貧血可以同時做 Ferritin 及 Serum Fe + TIBC 的檢查以了解鐵在體內的靜態貯藏及動態變化。

決議：

1. 建議委員會提案修改審查注意事項。修改為如下：Hb < 12 排除缺鐵性貧血就可以做 Hb electrophoresis。
2. 為確認缺鐵性貧血，可以 Ferritin 及 Serum Fe + TIBC 擇一檢查或合併檢查。
3. 如已有 evidence 是缺鐵性貧血可逕行補充鐵劑。

提案八

案由：超音波診斷骨鬆症，可以開給鈣片嗎？隔多久必須再做檢查？

說明：

- 一、骨鬆症的認定，限定必須雙光子（DXA）檢查報告，一般的 echo 檢查報告，不予認定。
- 二、使用鈣片需 6 個月至 1 年後再檢查骨質密度，再確定才可再開

藥。

三、骨科醫師建議：T-Score \leq 2.5 才可開立鈣片。

決議：

1. 骨鬆症或骨質流失之認定，均限必須雙光子（DXA）檢查報告。
2. $-1 < \text{T-Score} < -2.5$ 屬 osteopenia
3. 依健保規定骨質疏鬆才給付鈣片（骨質 不足，應補充鈣片，但不屬健保給付範圍）

提案九

案由：有關「診察費審查」的一把尺在哪裡？

說明：

- 一、治療效果不佳-刪診察費。
- 二、DM 照護計劃，做得不完善-刪診察費。
- 三、給藥與檢查分開-刪診察費。
- 四、穩定慢性病，14 天看診一次，（但整體就診率不高）-刪診察費。
- 五、病歷記載草率-刪診察費。
- 六、另請參考平均就診率，如果平均就診率不高，則不宜以上述理由刪診察費。

註：

- 1、依 98/9/4 內科共識會議共識：若核減診察費時請參考 PE 報表等各項統計，例如平均就醫次數、總申請點數等資料。並依病歷記載作為依據，除非有相當充分理由或其他異常情形，儘量不刪診察費。
- 2、若同一病人患有多種慢性病，疑切割每次以一種慢性病開立

慢連簽，請改核一般門診診察費方式處理。

- 3、健保內科審查注意事項：(一)門診部分審查原則 14：病歷記載不全之審查原則：(99/4/1)(1)病歷中無身體檢查記錄者，及無符合用藥、處置或檢查之身體檢查紀錄者，則相關之藥品、處置或檢查項目，應予核刪。

決議：

1. 審查宜參考 PE 報表，如平均就診率過高，建議以” 頻繁就醫 (220A)” 刪減，否則除非有相當充分理由，不宜刪診查費
2. 記載草率，不宜刪診查費，可依內科審查注意事項(一之 14)刪藥費或檢驗費。如懷疑記載有造假之嫌，可刪診查費(刪減理由：病歷記載制式化…等)或移請審查課詢問病患是否如病歷記載就診。
3. 多種慢性病宜在三個月內整合成單一慢連箋，如一直切割就診，每次一種慢性病開立慢連箋，請以改核一般門診診查費方式處理。
4. 建議全執委，一次同時處理兩種(含兩種)以上次專科慢性病應加成給付診查費。

提案十

案由：chol/TG HDL/LDL 可同時檢驗嗎？

說明：

- 一、不在 3-6M 期間檢驗，稍微 < 3m 或稍微 > 6m 檢驗可以被接受？病患就診時間，有時難掌握，宜給予延後 1 個月或提前半個月的實務運作彈性空間。

二、非 DM，非 CAD 病患以前曾經 hyperlipidemia，並服藥治療過。

Initial 治療停藥後一段時間（例如 3-6M 或 >1 年）又檢查有問題，是否可以立即給藥？

以前已確認高血脂症，並經過 life style 調整，因此只要再檢查有問題，可以立即給藥。

三、DM 病患新收案及年終不管是否 lipid profit 以前如何，都必檢驗 chol/TG、HDL/LDL 嗎？LDL 可用 calculate LDL 取代嗎？

（依規定新收案必做 blood suger、chol/TG HDL/LDL、Cr、GPT、U/A）

年度必做 blood suger、chol/TG、HDL/LDL、Cr、GPT、U/A 新收案及年度檢查可以同時檢驗 chol/TG、HDL/LDL，不需以 calculate LDL 取代。

使用抗血脂藥物，年中追蹤是否有效，必要時，也可以 chol/TG、HDL/LDL 一起做，但不宜太頻繁，或只對不正常項目檢驗或 LDL 以 calculate LDL 取代。

四、不參加 DM 照護者是否比照？非 CAD 或 DM 病患可比照辦理？

可以比照檢驗，但不能申請照護計劃的相關費用。

決議：

1. lipid profit 檢查不宜限制 chol/TG、HDL/LDL 任何一項。但歡迎醫療院所對於 TG < 400 者，LDL 可以用 calculate LDL 代替。
2. 不參加 DM 照護 辦計畫及非 CAD、非 DM 病患均可比照檢驗
3. 其餘依說明一、二審查。

案由：檢驗費是否可界定一個合理範圍，超過就嚴審？

說明：

原則依診所申報之 indication，施行檢驗之合理性，並參考 PE 報表。

決議：審查時宜見樹又見林。因此，宜同時參考 PE 報表及審視檢驗的 indication 做為審查的依據。

提案十二

案由：併有 Asthma 病史的 CAD 病患，用 Dilatrend 可以嗎？

說明：

- 一、Asthma attack 時，不宜使用 Dilatrend
- 二、至於有 Asthma 病史的病人，雖非禁忌，但應謹慎斟酌

決議：如說明一、二

提案十三

案由：Amaryl 用 1[#]Bid 可以嗎？(還是一定要 2[#]qd)Acarbos 用 1[#]Bid 可否？或一定得 tid 使用？

說明：只要不超過 Maximum dose，上述不同的用法，都可以被接受。

決議：如說明。

提案十四

案由：TZD 一定要從低 dose (1/2dose) 開始使用嗎？

說明：一般而言，由低劑量使用應是對可能有潛在問題的病患，觀察是否使用 TZD 後會有副作用產生，以及 HbA1C 較接近 7.0mg/dl，病患才需要由低劑量使用。

註：內科審查注意事項（一）-11: TZD (thiazolidione) 類藥物使用原則 (p18)，已有明確規範。

決議：

1. 輕度心衰竭、肝功能異常 及骨鬆症病患, TZD 由低劑量開始使用，以觀察是否產生副作用。
2. HbA1C 較接近 7.0mg/dl 病患, 再加上 TZD 治療時, 宜由低劑量開始使用

提案十五

案由：HT 病患 combine therapy 用第三種藥，是優先使用利尿劑或必用利尿劑？

說明：沒有利尿劑的禁忌或特殊適應症的病患，單純性高血壓 combine therapy 的第三種藥，需用利尿劑。(98/9/4 已有決議)

決議：如說明。例如痛風關節炎、高血脂、腎功能 >2.5 ，不宜使用 thiazide。例如 HTN 合併其他疾病 (BPH、CAD…) 得視情況選用最合適藥物，第三種藥優先選用利尿劑, 但不限一定使用利尿劑。

提案十六

案由：Abd echo 19001c 及 19009c 如何規範？

說明：

- 一、腹部 echo 年度第一次以 19001C 申報 (882 點)，12 個月內執行第二次 都以追蹤超音波 19009C 申報 (643 點)。
- 二、內科 (五) 其他注意事項 14-2 及 14-3 申報腹部超音波若無相關症狀或理學檢查之記載等不予給付。追蹤超音波 19009C 其適用同一病人為同疾病之目的之再次腹部超音波檢查為原則。

決議：如說明一、二。

提案十七

案由：有關門診 One touch 血糖檢驗未附報告單遭核刪事宜，提請討論

說明：診所未設置檢驗中心 One touch 測血糖並無附報告單的必要。

建議：診所 blood sugar 需自製報告單，徒增紙張浪費，可否只紀錄在病歷上即可。

決議：只在病歷上記載 sugar 檢驗結果即可，不須另列印報告單。

提案十八

案由：01 案件如何審查？

決議：

1. 非必要之連續就診與有影響病人安全之處方，整筆核刪 (含診查費、整筆藥費及藥事服務費)。
2. 依 99 年 6 月總局請辦單釋示，有關 01 案件，藥費依定額藥費之精神，採 “all or none” 給付。只刪部份藥品品項仍有部份藥品需給付者，依定額給付精神，不核扣藥費。

附表 1

氣喘控制之狀況			
指標	控制良好 (下列項目須全數達到)	部份控制 (任一週中有任何一項出現)	控制不佳
日間症狀	沒有 (每週兩次或兩次以下)	每週兩次以上	在任何一週中出現 三項或三項以上
日常活動的限制	沒有	有	
夜間症狀或醒來	沒有	有	
需要用緩解型藥物	沒有 (每週兩次或兩次以下)	每週兩次以上	
肺功能 (尖峰流速或第一秒呼氣量)	正常	<80%預測值或個人最佳值	
惡化	沒有	每年一次或以上	

附表 2

氣喘控制測驗 (ACT™) 成人版

1	在過去 4 週中，您的氣喘會讓您無法完成一般的工作、課業或家事嗎？					分數 <input type="checkbox"/>
	<input type="radio"/> 總是如此	<input type="radio"/> 經常如此	<input type="radio"/> 有時如此	<input type="radio"/> 很少如此	<input type="radio"/> 不曾如此	
2	在過去 4 週中，您多常發生呼吸急促的情形？					<input type="checkbox"/>
	<input type="radio"/> 一天超過 1 次	<input type="radio"/> 一天 1 次	<input type="radio"/> 一週 3 至 6 次	<input type="radio"/> 一週 1 至 2 次	<input type="radio"/> 完全沒有發生過	
3	在過去 4 週中，您多常因氣喘症狀 (喘喘、咳嗽、呼吸急促、胸悶或胸痛) 而讓您半夜醒來或提早醒來？					<input type="checkbox"/>
	<input type="radio"/> 一週 4 次或以上	<input type="radio"/> 一週 2 至 3 次	<input type="radio"/> 一週 1 次	<input type="radio"/> 四週 1 或 2 次	<input type="radio"/> 完全沒有發生過	

附表 3

基於氣喘控制程度之氣喘治療方法



全球氣喘防治組織 (GINA) 2008、2007。

* 使用含有複合成分 formoterol 與 budesonide 的合併吸入劑，此藥物可同時做為解除劑和維持劑。在相對低劑量治療時，此一方式可降低病情惡化並改善對於成人與青少年的氣喘控制。此類含有速效及長效乙二型交感神經興奮劑和吸入式類固醇之合併吸入劑，能有效維持高度的氣喘控制，並減少需要投予全身性類固醇或急診照護治療的氣喘急性惡化。

發文字號：衛署藥字第 0970344756 號

發文日期：民國 98 年 8 月 05 日

資料來源：行政院衛生署

要旨：公告含 Metfomin 成分藥品仿單加刊警語注意事項相關事宜

修正：依據行政院衛生署 98.08.05 衛署藥字第 0980325034 號公告修正公告事項『一、(三)、(2) 80 歲以上老年病人不可開始使用 Metformin 治療』內容為「80 歲以上老年病人不建議開始使用 Metformin 治療」

主旨：公告含 Metfomin 成分藥品仿單加刊警語注意事項相關事宜。

依據：藥事法第 48 條。

公告事項：一、含 Metformin 成分藥品，有導致代謝性酸中毒（例如：乳酸中毒等）之風險，經本署再評估該成分藥品之風險與效益後，所有含 Metformin 成分藥品之仿單，應加刊下列內容：

(一) 警語：Metformin 有導致代謝性酸中毒（例如：乳酸中毒）之風險，醫療人員宜提醒病患該不良反應，倘若出現代謝性酸中毒之不良反應，應立即停藥並回診開立處方之醫師。

(二) 禁忌：腎功能不全患者，男性血中肌氨酸酐 (Creatinine Scr) 濃度 ≥ 1.5 mg/dL 女性 Scr ≥ 1.4 mg/dL 之病患不可服用 Metformin 成分藥品。

(三) 用法用量：

(1) Metformin 之每日最高治療劑量為 3GM。

(2) 大於 80 歲之老年患者 不建議 開始使用 Metformin 治療。

(3) Metformin 用於治療 80 歲以下之老年患者時，應特別謹慎。

(四) 注意事項：

(1) 靜脈注射顯影劑有導致急性腎功能下降之危險，因此醫師為病患注射顯影劑應先停用 Metformin，且需確認病患術後之腎功能恢復正常，才能再開始使用該藥品。

(2) 醫師為病患處方 Metformin 時，需定期監測其腎功能。

二、持有前項藥品許可證者，應於 98 年 5 月 31 日前，依前述內容自行刊印於仿單，毋須另向本署報備，逾期未辦理者，依藥事法有關規定處理。嗣後向本署申請許可證展展時亦應檢附更新之仿單供本署核備，否則其許可證將不准予展延。

副本：臺灣醫院協會、臺灣社區醫院協會、中華民國基層醫療協會、臺灣醫學會、臺灣家庭醫學醫學會、臺灣內科醫學會、臺灣腎臟醫學會、中華民國醫師公會全國聯合會、臺灣區製藥工業同業公會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、中華民國開發性製藥研究協會、中華民國西藥代理商業同業公會、中華民國製藥發展協會、台北市西藥代理商業同業公會、台北市西藥商業同業公會、中華民國全國商業總會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國醫師公會全國聯合會、台北市藥師公會、高雄市藥師公會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、台北市藥劑生公會、高雄市藥劑生公會、台灣省藥劑生公會、中華民國生物產業發展協會、中華生物科技發展協會、中華綜合發展研究院生物科技研究所、財團法人藥害救濟基金會、全國藥物不良反應通報中心、本署藥政處第一科、本署藥政處第三科、本署藥政處第四科、本署藥政處第五科