

100 年度西醫基層大內科暨兒科審查共識會議

會議時間：100 年 6 月 22 日(星期三)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、審查共識會議，一旦形成共識，請各審查醫師共同遵循，至分區業務組執行審查作業時，若有疑義請隨時參閱共識會議紀錄。
- 二、有關審查醫師共識會議召開，除非有事請假以外，請各審查醫師務必參與審查共識會議，因身為審查醫師有義務需將審查尺度、觀點明確訂定，有齊一之標準，可利於會員醫師有所遵循。

參、提案討論

提案一

案由：未經胃鏡證實而依臨床診斷 peptic ulcer，開立單價 4 元以下之潰瘍藥品（如 gaster），現階段規範為何？感冒併胃痛一律都開給 gaster，應如何審查？

說明：

- 1、依藥品給付規定：醫療院所使用單價 4 元以下之消化性潰瘍藥物得由醫師視病情決定是否需要胃鏡檢查。
- 2、因此感冒併一般胃痛，如果是簡表（依簡表藥物定額給付精神）不予核刪。如果是專案則不宜（況且一般的胃藥本來就是健保不給付，不能

申報呢!)，但如果診所常態將 Gaster 一般當胃藥使用申報，不合規定。

- 3、至於臨床診斷潰瘍，長期使用，應限至多一個療程三個月。如果再復發則應建議病患做胃鏡，不宜再開給長期用藥。由於並沒有足夠證據證明是 Ulcer 只可依一般慢性病開藥處理，不宜開連續處方箋。

健保局說明：開立 Gaster 藥品 (H2 Blocker 類) 應審慎評估是否符合適應症，並考量其副作用 (如附件 1)，不宜當成一般胃藥使用且勿以其價格或案件類別作為審查結果及依據。

決議：

1. 不宜常態性使用較昂貴 H2 Blocker 類藥物，作為一般胃藥使用。
2. 如無胃鏡照片佐證，不宜開立連續處方箋。

提案二

案由： moprime, duspatalin 要限制為第二線藥嗎？

說明：

- 1、有關 moprime 及 duspatalin 之審查，並無所謂第一線、第二線之規定。
- 2、moprime 雖較不會 EPS，但對於 UGI 的效用不及 motilium 類藥物。因此審查宜注意 indication 及比例原則，如果院所常態使用，應提醒注意。
- 3、一般的副交感解劑，有口乾...等較多副作用，對 BPH 的病患尤其不適合。加上現在健保申報價每顆 2~2.97 元 (持續性藥效膠囊 6.4 元)，

因此 Duspatalin 類藥物不宜再設限為第二線藥物。

4、依學理審查

決議：

1. Mopride 類藥物請依學理審查，同時注意處方是否合乎比例原則。
2. duspatalin 類藥物不再設限為第二線藥物。

提案三

案由：胃鏡如何診斷 hiatus hernia? 可以開給 PPI 嗎? 胃鏡診斷 GERD，有關 mucosal break 照片 lesion 不清楚，很難判定，但開予 PPI 如何審查？

說明：

- 1、Hiatus hernia 只是 GERD 的病因之一。依 PPI 用藥規範應看食道是否有 lesion。合乎 Los Angeles classification 規定，才可以開予 PPI。
- 2、診斷 GERD 但 mucosal break 並不明顯的病患 (Boardline 的 case) 不宜開高價 PPI，宜使用一般 H2 Blocker 及其他藥物。

決議：審查請依說明 1、2 共識審查。

提案四

案由：100 年 1 月 1 日起，審查注意事項新規定 B、C 肝每 6 個月腹部超音波追蹤檢查，以 19009C 申報，審查原則為何？肝硬化則每 3 個月追蹤一次，以 19009C 申報，審查原則為何？

說明：

- 1、是否更改以前的共識：1 年內追蹤是以 19009C 申報，一年後再追蹤則

以 19001C 申報。

2、B、C 肝試辦計劃須每六個月追蹤 echo，如果檢查結果正常，
可否申報？

健保局說明：

- 1、依內科審查注意事項 21-2 申報腹部超音波檢查費用時，若無相關症狀或理學檢查之記載等，應不予支付。
- 2、99 年 7 月 16 日大內科審查醫師共識：腹部 echo 年度第 1 次以 19001C 申報(882 點)，12 個月內執行第 2 次都以追蹤超音波 19009C 申報(643 點)。
- 3、參與 B、C 肝治療計畫或個案追蹤方案者，則另依其規定。

建議：

1. 初次 Echo 診斷申報 19001C 以後每六個月檢查（間隔 6-12 月之檢查）應申報 19009C。至於間隔超過一年的追蹤檢查，應可以 19001C 申報。
2. 肝硬化 echo 申報原則如 1。但須注意診斷肝硬化的證據是否充足。如果肝硬化證據不夠，不宜每三個月頻繁申報 echo。
3. 審查注意事項及 B、C 肝試辦計劃之規範，B、C 肝病患(不管健康帶原者或有肝功能異常者)，都需要每 6 個月檢查 echo 一次，因此檢查正常者也可申報。

決議：同意依建議 1、2、3 共識審查。

提案五

案由：病患初診自述有 B、C 肝帶原者應如何處理?如何審查?

說明：

- 1、病患自述 B、C 肝（但沒有檢查報告證實）fresh case 可以檢查 B、C 肝標記（HBsAg 或 Anti HCV）及 GOT/GPT。
- 2、至於其 AFP, echo 等檢查必須等 B、C 肝確認後，再依臨床專業判斷是否執行。
- 3、如果 fresh case 檢 B、C 肝標記，陰性率較高則應加強審查。

決議：

1. 病患自述不知是否有無肝炎或醫師懷疑有肝炎者 fresh case 可以先檢查 GOT/GPT。
2. 病患自述有 B、C 肝炎（但沒有檢查報告證實）fresh case 可以先檢查 B、C 肝標記（HBsAg 或 Anti HCV）及 GOT/GPT。
3. 確定是 B、C 肝後，才可執行 AFP 及 Echo 檢查。
4. 如有 fresh case 檢驗 B、C 肝標記，陰性率較高則應加強審查。
5. 針對特殊案例，請審查醫師在審查清單上加註說明，並請費用行政端提供歸戶報表參酌，以利專業審查。

提案六

案由：確診 B、C 肝病患，一般的肝功能檢查，初次檢驗可以包含那幾項？

追蹤檢驗可以哪幾項？

說明：

- 1、初診 B、C 肝病患肝功能檢查可以包括 A/G、GOT/GPT、Alk P/rGT, AFP、, CBC, 乃至視臨床需要加做其他檢驗，例如 PT…等。
- 2、肝功能正常的 BC 肝帶原者，六個月追蹤檢查，宜限 GOT/GPT、Alk P。
- 3、肝功能異常者，除 GOT/GPT、Alk P 外，可以就不正常部份，及臨床需要，加驗其他檢查。

決議：

1. 初診 B、C 肝病患肝功能檢查可以包括 GOT/GPT、AFP，如有肝功能異常者，可視臨床需要加驗 A/G、CBC、Alk P/rGT…等。
2. 肝功能正常的 BC 肝帶原者，六個月追蹤檢查，宜限 GOT/GPT、AFP。
3. 肝功能異常者，除 GOT/GPT、AFP 外，可以就不正常部份，及臨床需要，加驗其他檢查。

提案七

案由：AFP 申報原則為何？

說明：依文獻歸納如下，

- 1、HCC 視需要不定期追蹤檢查。
- 2、肝硬化（B、C 肝或非 B 非 C 肝）三個月追蹤檢查。

3、健康 B、C 肝帶原，<45 歲，沒有肝癌家族史，1 年追蹤檢查。

4、B、C 肝病患（或併有肝癌家族史，或併有慢性肝炎，或男性且>45 歲）
每六個月追蹤檢查。

健保局說明：

1、全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案問答
集：

Q. B2、本方案未將該項檢驗 AFP 項目納入追蹤必要登錄項目，係因學理
上認定本項證據強度不足並經專家學者討論決定醫師得視臨床需要及專
業判斷提供檢查及診療服務。

2、依西醫基層內科審查注意事項：第 12 條

肝功能指數略為異常（如 GPT:46），後續再執行 B、C 肝檢查
及超音波檢查之診療準則：(97/5/1)

(1) B 型肝炎帶原者初次檢查是合理，若該院所確認患者為 B 型肝炎
表面抗原陽性報告者，則不需再檢驗。

(2) 非 B、C 型肝炎患者，肝功能異常，超音波檢查以一年一次為原則。

(3) 超音波檢查比例異常者加強審查。

(4) B、C 型肝炎患者每 6 個月超音波追蹤檢查一次（診療代碼 19009C
追蹤性超音波）、肝硬化患者每三個月超音波追蹤檢查（診療代
碼 19009C）一次為原則。(100/1/1)

決議：

1、HCC 視需要不定期追蹤檢查。

2、肝硬化（B、C 肝或非 B 非 C 肝）三個月追蹤檢查。

3、B、C 肝病患每六個月追蹤檢查。

提案八

案由：DM，HT 等 CKD high risk 病患做 urine Cr，urine protein 或 urine microalbumin(DM 病患)結果 Upcr、Uacr 不符 CKD 標準(Upcr > 150mg/gm 及 Uacr > 30mg/gm) 是否應予核刪？

說明：為配合政府推動 CKD 治療計劃，檢驗 Upcr、Uacr 為必要條件，因此：

- 1、如果病患合乎尿常規檢查，protein(±) 或 protein(±) 以上的病患。
- 2、Cr > 1.4 的 CKD 高危險群病患。
- 3、血尿（排除尿路感染及結石、月經）的病患。

建議：

初次檢驗 Upcr、Uacr 不以結果當做核刪之依據。

決議：如說明 1、2、3 點及建議。

提案九

案由：HTN 病患，History 並沒提及 Goutic arthritis，是否可以檢驗 uric acid？（因為 HT 試辦計劃，填表裡有關合併症一項，有提問 uric acid 這一項）

說明：

- 1、依國健局有關 HTN 的規定

HTN 病患初診應檢驗血糖、Cr、lipid profile (chol、TG、HDL、LDL 四項) Na/k 及 EKG。

- 2、為了解是否為 2nd HTN，視需要可以進一步檢驗 Thyroid function VMA 等。
- 3、至於考慮 uric acid 與 HTN 或 CAD 之關連性。因此只對於有 Goutic arthritis 的病患或 HTN fresh case 的初次檢驗，建議可以驗 uric acid。
- 4、uric acid 異常者，才可追蹤檢驗。

決議：

1. 比照國健局有關 HTN 規定：HTN 病患初診應檢驗血糖、Cr、lipid profile (chol、TG、HDL、LDL 四項) Na/k 及 EKG。
2. 對於有 Goutic arthristis 的病患或 HTN fresh case 的初次檢驗，建議可以驗 uric acid，uric acid 異常者或使用 Thiazide 利尿劑病患，才可追蹤檢驗。

提案十

案由：HT 病患，是否可以不經試用 ACEI，而逕行開給 ARB？

說明：

- 1、過去審查共識，基於醫療經濟而有所設限，有關 ARB 用於高血壓，健保藥品給付規定未有相關條文。
- 2、ARB 在單純性高血壓或高血壓有併發症病人治療的適應症優於 ACEI。
- 3、服用 ACEI 副作用多的比例還算不少，因此病患的服藥順從性差。

4、現在有些 ACEI 比 ARB 還貴。因此建議依學理而言，只要沒
contraindication 的病患 (e.g 懷孕) ARB 可以第一線使用。
決議：只要沒 contraindication 的病患 (e.g 懷孕) ARB 可以第一線使用。

提案十一

案由：DM 病患只描述腳麻，被電到的感覺或蟻行感或其他神經學的主觀
complain 可以開給 methycobal 嗎？

說明：

- 1、DM 病患神經病變的比例還算蠻高的
- 2、如果病歷記載有主觀 complain 加上理學檢查 (e.g 音叉檢查、針刺檢
ankle reflex…) positive finding，可以開予 Tofranil 或
methycobal 等藥物。

健保局說明：依藥品給付規定

3.2.1. Mecobalamin 製劑：(85/4/1、100/8/1)

限符合以下條件之一使用：

1. 糖尿病併發周邊神經病變並具有臨床神經學病徵 (須於處方上敘明)。
2. 經神經科專科醫師診斷或經神經傳導(NCV) 檢查證實之慢性多發性神經病變(chronic polyneuropathy)。(100/8/1)

決議：

- 1、如果病歷記載有主觀 complain 加上理學檢查 (e.g 音叉檢查、針刺檢
ankle reflex…) positive finding，可以開予 Tofranil 或
methycobal 等藥物。

2、宜追蹤病患用藥之成效。

提案十二

案由：只有病歷上記載 intermittent claudication 或 dorsal pedis pulsation 下降，就可以給予 lofty 嗎？

說明：

- 1、依用藥規範 lofty 可用於 DM 末梢血管循環障礙。
- 2、建議除主訴間歇跛行及理學檢查足部脈搏減弱，還須有其他明確證據（例如 Angio、Doppler…等檢驗）才可開予 lofty。

健保給付規定：限 1. 糖尿病所併發之末梢血管循環障礙。

2. 雷諾氏症候群。

3. 間歇性跛行病例使用。

決議：同意說明 1、2，並注意使用上比例之原則。

提案十三

案由：有關 TZD 及 DPP4 inhibitor，審查注意事項已有修定應如何審查？

說明：

依最新修定內容，建議如下：

1、除了 metformin 不適或有禁忌病患，未先使用 metformin 不得用 TZD(或 DPP4 inhibitor)，應開予其他類口服降血糖藥物。

2、metformin 至少需用到 submaximal dose (1500mg/D) DM 仍控制不良

者，方可開立 TZD。

3、DM 控制不良，其界定為 HbA1C \geq 7%。

4、依審查注意事項 11. (4)：使用 TZD 類藥物治療請檢附治療前後 3-6 個月 HbA1C 之報告；並未有規定 HbA1C 不降，就不可再給 TZD，但診所仍宜就 HbA1C 不降之原因加以探討，加強衛教及或調整（或增加）其他藥物。

5、基於健保醫療資源有限，故暫不同意 TZD 與 DPP4 inhibitor 併用，只能擇一使用。

決議：

- 1、除了 metformin 不適或有禁忌病患，未先使用 metformin 不得用 TZD（或 DPP4 inhibitor）
- 2、metformin 至少需用到 submaximal dose (1500mg/D) DM 仍控制不良者，才可開予 TZD 或 DPP4 inhibitor
- 3、如果 metformin 不適或有禁忌，應開予其他類降血糖藥物達 submaximal dose 仍控制不良者，方可開立 TZD 或 DPP4 inhibitor
- 4、DM 控制不良，其界定為 HbA1C \geq 7%
- 5、使用 TZD 或 DPP4 inhibitor 類藥物治療，請檢附治療前後 3-6 個月 HbA1C 之報告
- 6、未有規定 HbA1C 不降，就不可再給 TZD 或 DPP4 inhibitor。但診所仍宜就 HbA1C 不降之原因加以探討，加強衛教及或調整（或增加）其他藥物。
- 7、基於健保資源有限之故，暫不同意 TZD 與 DPP4 inhibitor 併用，只能擇一使用。

提案十四

案由：使用 insulin 的病患，不可以併用 sulfaurea 類藥物嗎？

說明：學理上並無不可，可依病患需求給予藥物。

決議：同意，如說明段。

提案十五

案由：追蹤 HbA1C 太高或 sugar 太高，表示 DM 控制不佳，不可開立慢性連續處方箋？

說明：初始治療 DM 控制不佳，應予衛教或藥物調整，原則上不宜開立慢性連續方箋。

決議：『初始治療』DM 控制不佳，應予衛教或藥物調整，原則上不宜開立慢性連續方箋。

提案十六

案由：降血脂藥物給付規定，對於無心血管疾病患者，開予藥物時，應附三個月前及本次檢驗數據（如附表 2），其所謂三個月前，所指是多久？

說明：

- 1、依據高屏分區委員會以前的共識會議決議：因為現代人實際就醫生態如出國，外出工作…等，可以不必嚴格要求 3-6 個月的區間，而予放

寬至 2.5-7 個月。

2、藥品給付規定(附件 2)，只說應附三個月前的報告，並無強制規定 3-6 個月或 3 個月-1 年之規定。

3、其他分區規定初次治療應附此次及三個月至 1 年內之報告。是否比照其他分區，附上此次及 3 月-1 年內的檢驗報告(1 年以上不予承認)

建議：

1. 比照其他分區，初次治療，應附上此次及 3 月-1 年內之檢驗報告。
2. 若非初次降血脂治療，而是停藥後血脂再升高，只要有以前治療過的病史記錄，就可以不必再等三個月後第二次檢查，就可逕行治療。

決議：

- 1、初次治療，應附上此次及 3 月-1 年內之檢驗報告。
- 2、若非初次降血脂治療，而是停藥後血脂再升高，只要有以前治療過的病史記錄，就可以不必再等三個月後第二次檢查，就可逕行治療。

提案十七

案由：請問 DM、CAD、CVA 病患治療 6 個月後沒有再做 lipid 的檢驗，可否給予 1/2 dose 的抗血脂藥物，或是 1 年後沒再做 lipid 的檢驗，可否給予最低有效劑量繼續治療？

說明：

- 1、依規定，如開始服藥治療，應每 3-6 個月抽血檢查一次(本

分區 99 年 7 月共識會議因考量現今病患實際就醫型態，放寬為 2.5-7 個月）同時注意副作用產生，如肝功能異常或橫紋肌溶解症等。

2、應追蹤檢驗就是要追 chol/TG 之變化以及注意病患是否有副作用產生而調整用藥，因此沒依規定追蹤，應不予給付。

決議：同意前開說明段第 1、2 點。

提案十八

案由：99 年度審畢抽審及爭議審議案件，有關 HDL 檢驗一項，本分區很多個案都被評量為“不應核減而核減”。

說明：衛生署 100.5.13 文，自 100.8.1 起成人健檢增加 HDL 及 urine protein（定量）兩項，DM 試辦計劃規定每半年驗 HDL、LDL。CKD 試辦計劃規定必須有 LDL 資料。

重申 99.7.16 本分區審查共識

(1) lipid 檢查不宜限制 chol/TG HDL/LDL 任一項。

(2) 不參加 DM 照護計劃及非 CAD 非 DM 病患均可比照檢驗

決議：再次重申 99.7.16 本分區審查共識，請各位審查醫師參照該決議共識審查。

提案十九

案由：有關許多抗血脂用藥（例如 lipitor 或 crestor），在審畢抽審時，

被評量為“不應核減而核減”(依健保降血脂給付規定 DM、CAD、CVA 病人，當血脂已達治療目標，得考慮減量至最低有效劑量，並持續治療。)(非 DM、CAD、CVA 病患，當血脂已達治療目標，得考慮減量至最低有效劑量，並持續衛教治療。)應如何治療才算合理，審查共識為何?

說明：

98.6.25 共識會議：

1. DM、CAD、CVA 病患，當血脂已達治療目標，得考慮減量至最低有效劑量，並持續治療。
2. 非 DM、CAD、CVA 病人當血脂肪已達治療目標，可減量繼續使用，並追蹤血中 chol/TG 變化，連續一年都在正常值內，可考慮停藥
3. 非 DM、CAD、CVA 病人，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 個月再次檢驗，即可逕行處方。

決議：

- 1、高血脂病患，當血脂已達治療目標，得考慮減量至最低有效劑量，並持續治療。
- 2、非 DM、CAD、CVA 病人，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 個月再次檢驗，即可逕行處方。

提案二十

案由：Hyperlipidemia 使用 statin 或 fibrate 的規範為何?

說明：

整理以前共識會議決議如下：

1. Pure TG 高或 TG > 500 優先使用 fibrate
2. 單純 Hypercholesterol 或 Hyper LDL 優先使用 statin
3. Mixed hyperlipidemia (TG 高, chol 或 LDL 也高) 學理上宜優先使用 Statin。乃至併用 fibrate 及 statin 在學理上也是適當的。但儘量尊重第一線醫師用藥選擇 statin 或 fibrate。
4. 高血脂治療中，常有翹翹板現象（例如治療 chol 一段時間，變成 TG 上升學理上可以減量 statin 再加上 fibrate。反之用 fibrate 治療 TG 一陣子後，chol 上升，宜改用 statin）但因慢性處方箋的緣故，無法立即將 statin 變成 fibate（或 fibate 變成 statin）宜尊重醫師的選擇，不必太過硬性要求。
5. 未達治療目標前，可以不用減量。

決議：同意前開說明段。

提案二十一

案由：oxolamin 與 Toclase（或 codepin）併用是否屬於重覆用藥？

如：簡表申報則不核刪，但應提示重覆用藥，專案（09 案件）則只能用其中一種藥。

決議：同意，簡表申報則不核刪，但應提示重覆用藥。專案（09 案件）則

只能用其中一種藥。

提案二十二

案由：Augmentin 可以第一線用於 sinusitis, otitis media 嗎？

建議：參考其他區的規定

1. 使用一般第一線抗生素 3 天以上，無效，才可以使用 Augmentin、keflor、zinnat，若確為病情需要，得予病歷上詳註。
2. 使用天數超過 10 天或使用比率過高則嚴審。
3. 其他種類第二線抗生素需細菌培養及藥物敏感報告證實有需要，才可使用

依藥品給付規定：

10.2.1. Amoxicillin + clavulanic acid (如 Augmentin tab) : (85/1/1)

用於 1、急性化膿性中耳炎或急性化膿性鼻竇炎。

2、急性下呼吸道感染。

3、厭氧性細菌感染。

4、菌血症等適應症，得免附細菌敏感試驗報告，惟以十日為限。

決議：

1. Augmentin 藥物屬第二線抗生素。
2. 急性化膿性鼻竇炎、急性化膿性中耳炎使用一般第一線抗生素 3 天以上，無效者，方可使用 Augmentin。
3. 若確為病情需要，需使用 Augmentin，病歷應詳細記載。
4. 使用天數超過 10 天或使用比率過高則嚴審。
5. 其他種類第二類抗生素需細菌培養及藥物敏感報告證實有需要，才可

使用。

提案二十三

案由：貧血病患，沒 evidence 證明是 vit B12 def 造成的，而給予 vit B12 是否合理？

說明：

- 1、至少須證據顯示 macrocytic Anemia 才可開予 vit B12
- 2、以前共識會議決議：由於現在檢驗所有關 Hb、Ht、RBC 檢查都是套裝檢驗，因此貧血檢驗不管是初診或追蹤都可申報 08011C，不宜限縮為 Hb、Ht、RBC 三項。

決議：同意如說明 1、2 點

提案二十四

案由：有關第一型 DM，開立慢性病處方箋，其處方每月 120 支血糖試紙，3 個月共計 360 支，請問給付處方數量是否適當？

說明：某診所每位 DM 病人皆處方每月 120 支血糖試紙，衛教飲食單只簡單在每餐飲食內容填寫吃飯、吃麵、吃稀飯，如此處方不知是否恰當？

建議：上限是每月 120 支，但應視病人情況決定給予數量。

決議：同意前開建議事項，請依病患情況開立給予數量。