

中華民國醫師公會全國聯合會
西醫基層醫療服務審查執行會高屏分會

101 年西醫基層大內科第 1 次審查共識會議紀錄

會議時間：101 年 7 月 18 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>

出席單位及參加人員：

高屏分區委員會 王組長欽程、林主任委員正泰、本屆大內科審查醫師

健保局高屏業務組 張科長清雲、曾專員慧玲、楊專員桂花、曾順麟、

黃阿香、顏如玉、邱姍穎

高屏分區委員會會務人員 黃雅惠、陳幸慧

紀錄：陳幸慧

主席：王欽程組長

壹、主席致詞(略)

貳、宣導及報告事項：

為使專業審查尺度趨近，將以往共識會議常見之審查議題，再次說明：

一、Mopride 的使用規範?(依學理與適應症使用)

Mopride 類藥物請依學理及適應症審查。

二、Insulin 又開予 sulfaruea, 是否要刪除 sulfaruea?

100 年內科共識：學理上並無不可。若是使用中長效 Insulin 再加上一天三次短效 Insulin 治療病人實無不必再用 sulfaruea。目前

若碰到上述案例將（請費用端）先施行 2-3 月勸導期，勸導期一過則進行核刪。

三、Insulin 與 Actos 併用, 是否要刪除 Actos?

98 年內科共識：併用多種 OHA 或口服降血脂藥物併用 Insulin，若符合學理不重覆使用相同機轉之藥物並無不可。核刪恐易衍生爭議。審查時可以建議醫療院所考慮使用 insulin 或增加 insulin 用量而減少 OHA 的種類。至於 Insulin 與 Actos 併用無絕對的禁忌，在 Actos 仿單上也說明可併用。（至於 HF、Gade III、IV 或 active hepatitis 或 GPT > 3 倍，則不宜使用 Actos）

四、Bokey 之使用共識?

Bokey 使用之審查共識：

1. 用於 HT、DM 上原則上都不核刪，除非有臨床禁忌（例如：ASA 過敏，急性 ulcer，BP 很高，還沒控制好）。
2. 可用於 High risk factor 的病人：年齡 > 50 歲且有 CAD 家族史、抽煙、血脂異常、代謝症候群、心律不整、瓣膜疾病、頸動脈狹窄、週圍血管病變。

五、HT 檢驗 uric acid?

對於有 Goutic arthristi 的病患或 HTN fresh case 的初次檢驗，可以驗 uric acid。至於 uric acid 異常者或有 Goutic arthristi、HT 使用 Thiazide 利尿劑病患，可追蹤檢驗。

六、Chol/TG/HDL/LDL 的檢驗規範？

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) 規定 3-6M 期間檢驗，稍微 $< 3m$ 或稍微 $> 6m$ 檢驗應可以被接受。因為病患就診時間，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(因考量現今病患實際就醫型態，放寬為 2.5-7 個月)。
- (3) 非 DM，非 CAD 病患檢查報告需以當次及 3 個月前(一年內)的檢查報告 2 次為基準。
- (4) 非 DM，非 CAD 病患以前曾經 hyperlipidemia，並服藥治療過。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，因此只要停藥 6 個月內再檢查有問題，可以立即給予治療劑量，如停藥後 6 個月內，檢查有上昇之現象(雖還未超標)可以立即再給予低維持劑量。

七、降血脂藥物之審查規範？

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。

八、使用三種以上降血壓藥物之審查規定，一定要其中一種是 diuretics?

單純性的 HT，無其他疾病，如用第三種藥物的話，以 diuretics 為優先。如果有 diuretics 不適應症(例：Cr > 2.5、Thiazide 使用效果不佳、高血脂、高尿酸、高血糖不宜用 Thiazide)或有其他適應症(BPH、HF...等)，則使用第三種藥物，不一定要是利尿劑。

九、請召集人或審查醫師將討論結果彙整歸納後，委由公會宣導會員醫師相關規定，以避免不必要的核刪。

參、提案討論

提案一

案由:有關 TZD 與 DPP4 inhibitor 要限制併用嗎?

建議:

1. 雖併用與否有人贊用有人反對，依 2012 年台灣糖尿病治療指引，並不反對併用。
2. 如開放併用，對於併用比率高的診所宜加強審查。

決議:通過前開建議項目，對於併用比率高的診所宜加強審查，必要時可批註立意抽審。

提案二

案由：成人開感冒藥水(例：BM 藥水)？

建議：

1. 簡表可以開予。
2. 如健保沒有規範，成人不支付感冒藥水。專案案件只要沒有同時使用其他相同作用的藥物，應同意給付。

決議：

1. 同意建議 1、2 項共識審查。
2. 有關抗生素藥水限定 12 歲以下才可使用，成人則不可開立。至於 BM 藥水，並無限定成人不可使用，應同意給付。如果同時使用其他相同作用藥物，則應予核刪。

提案三

案由：疑有甲狀腺亢進，可同時檢驗 T3 及 T4(或 Free T4)及 TSH？

建議：

1. 如症狀及 PE 懷疑甲狀腺亢進可以同時檢驗 T3 及 T4(或 Free T4)及 TSH。
2. 甲狀腺亢進或甲狀腺低下的治療期間，追蹤檢查可同時檢驗 T3 及 T4(或 Free T4)及 TSH。

決議：通過前開建議事項，放寬可同時檢驗 T3 及 T4(或 Free T4)及 TSH。

提案四

案由:PSA 檢驗規範?

建議:

1. 前列腺超音波檢查或前列腺肛診，發現前列腺 stony hard 及 irregular surface。
2. 男性大於 60 歲，有血尿併排尿困難(先排除尿路結石)。
3. 保留 BPH。
4. 使用 Proscar 治療 BPH 者，依規定必須 PSA<4。
5. PSA 檢查異常者，可 3-6 個月定期追蹤檢查。

決議:

PSA 檢查適應症如下：

1. 前列腺超音波檢查或前列腺肛診，發現前列腺腫大或前列腺 stony hard 及 irregular surface。
2. 男性大於 60 歲前有血尿併排尿困難(先排除尿路結石)。
3. 使用 Proscar 治療 BPH 者，依規定必須 PSA<4。
4. PSA 檢查異常者，可 3-6 個月定期追蹤檢查。

提案五

案由：降血脂藥的最低劑量使用原則，請討論。

說明：依照健保對降血脂藥物使用規範，若達標者建議亦減量使用。造成醫師用藥困擾，如藥品已用 0.5# Q0d 仍達標，要再減量實有困難，患者服藥順從性也不方便(曾看到診所開立處方 0.5# Q5d 案例)。

建議：建立藥品使用之最低合理劑量，兼顧用藥方便即可，例如：

Lipitor(10) 0.5# Q0d，為最低使用劑量。

決議：依一般用藥劑量的 1/2 劑量為最低使用劑量。

以下最低有效劑量係指經藥物治療達治療目標後的 maintenance dose。

Statin 藥物劑量列表供參：

	藥品名	建議最低有效劑量
1	Atorvastatin (Lipitor)	5mg
2	Fluvastatin (Lescol)	40mg
3	Lovastatin (Mevacor)	10mg
4	Pravastatin (Mevalotin)	10mg
5	Rosuvastatin (Crestor)	5mg
6	Simvastatin (Zocor)	10mg
7	Pitavastatin (Livalo)	1mg

提案六

案由：HBV-DNA(12184C, 2000 點)，HCV-RNA(12185C, 2200 點)檢查時機及合理性為何，請討論。

說明：

1. 有些醫師沒有加入 B、C 肝治療試辦計畫，且對 B 肝帶原者或 Anti-HCV(+) 逕行檢查 HBV-DNA 或 HCV-RNA。
2. HBV-DNA, HCV-RNA 之檢查報告，也非屬衛生署認可的方法(應附上衛生署認證字號)，如此申報是否合理。

建議：

1. 該項檢驗應限制在加入 B、C 肝治療試辦計劃的醫師。
2. 該項檢驗應標明衛生署認證字號(符合國際標準)，不能是該實驗室自行使用的方法(In-house)
3. 該項檢驗是決定治療與否的必要條件。
4. 請參考：二、內科審查注意事項 如附件 1。

決議：同意前開建議 1、2 項。至於檢驗報告無標明衛生署認證字號之案例，先施行 3 個月勸導期加以改善。

提案七

案由：高血壓病人，長期服用降血壓藥，應該定期檢驗那些生化項目？多久檢驗一次？

說明：高血壓病人常合併有肥胖、高血脂、高血糖、尿酸過高等生化異常，而且使用藥物亦有可能造成生化異常(如利尿劑會造成血糖高、尿酸過高、Na, K 離子異常等；ACE-I 及 ARB 亦可能會影響 K 離子)。因此，定期做生化檢驗是必要的。即使初診所做生化檢驗是正常的，亦有必要定期做生化檢驗並適當控制心血管疾病的危險因子及腎功能。目前對本事項尚未有共識。

建議：

1. 若初診檢驗有異常者，依照異常項目之必要性，每 3~6 個月檢驗一

次。

2. 若初診檢驗都正常則：

(1) 用藥項目不含利尿劑，ACE-I 及 ARB 者：每半年檢驗一次

Creatinine, sugar, T-CHOL, TG, HDL-C 及 LDL-C。

(2) 使用利尿劑者：增加檢驗 Uric acid, Na, K。

(3) 使用 ACE-I 或 ARB 者，除 (1) 項之檢驗外，增加檢驗 K。

決議：同意前開建議事項。惟第 2 項第 1 點修改為(1)用藥項目不含利尿劑，ACE-I 及 ARB 者：每一年檢驗一次 Creatinine, sugar, T-CHOL, TG, HDL-C 及 LDL-C。

肆、15 時 10 分散會

(二) 門診部分審查注意事項

9. BC 肝治療計劃用藥審查原則

- (1) ALT 上升情況或肝失代償情況(如 bilirubin >2mg/dL, PT prolong>3 sec) 符合 BC 肝治療計劃所需條件情況下，可施行 HBV DNA 或 HCV RNA 定量檢查，三個月內不得重覆檢查。
- (2) B 肝治療前，治療後每六個月，臨床懷疑出現抗藥性，停藥前，停藥後 6 個月及 12 個月需作 HBV DNA 定量檢查。
- (3) C 肝治療前，治療後一個月，三個月(如無 RVR)，停藥前，停藥後 6 個月需作 HCV RNA 定量檢查。
- (4) 此類案件送審時，應附 6 個月內病歷供參。(99/7/1)