

西醫基層醫療服務審查執行會高屏區分會

105 年高屏區大內科(內、家醫、小兒、腎內科)審查醫師研討會議紀錄

會議時間：105 年 8 月 26 日(星期五)中午 12 時 30 分

會議地點：衛生福利部中央健康保險署高屏業務組 11 樓會議室

壹、主席致詞

貳、報告事項

重申之前的審查共識

1. Mosapride 可第一線直接使用(101 年 7 月 18 日共識)。
2. 4 元以下之 peptic ulcer 用藥包括 H2 blocker、PPI 不需胃鏡報告，即可使用 (健保藥品給付規定)。
3. Vit B12 可用於 Diabetic Neuropathy(102 年 8 月 19 日共識)。
4. Persantin 用於 CAD、proteinuria 或 CKD，原則上不核刪 (103 年 6 月 30 日共識)。
5. 降血脂藥物使用規定之心血管疾病定義，包括冠狀動脈粥狀硬化病人及缺血性腦血管疾病病人。其中冠狀動脈疾病心肌梗塞經心導管置放支架或腦梗塞者，可依病患自訴並於病歷簽名，以利審查。至於只有心絞痛的病患，依規定須有心導管證實或缺氧性心電圖變化或負荷性試驗陽性反應者(附檢驗報告)(102 年 8 月 19 日共識)。
6. 處方降血脂藥物，達標不要求一定要減量 (103 年 6 月 30 日共識)。
7. 只要有 indication，檢驗追蹤 lipid profile，T-Chol、TG、HDL-Chol、LDL-Chol 四項都可以申報(西醫基層審查注意事項)(101 年 7 月 18 日共

識)。

參、提案討論

提案一、有關內視鏡審查注意事項之審核共識，提請討論。

說明：

1. 病歷完整記載症狀，有相關臨床診斷，符合適應症，即可安排內視鏡檢查。不宜以症狀長短或需先治療幾次為由核刪內視鏡。也不因檢查結果正常而核刪，唯應符合比例原則。(症狀長短與檢查結果嚴重度無必然相關，治療改善也不表示沒重大問題。沒檢查前，無法知道是否正常。)
2. Barrett's esophagus 內視鏡只要照片有 lesion(不管長短大小)，並有病理報告符合 Barrett esophagus(gastric metaplasia)，可使用 PPI 一年，治療期間一年內至少須經上消化道內視鏡檢查追蹤一次。(附件 1)。
3. 胃部病灶切片應執行 4 片以上(含)， 食道病灶切片應執行 2 片以上(含)。以上胃部及食道病灶無法達此數目應於報告中說明原因，如病灶太小或懷疑早期癌有執行 ESD(Endoscopic submucosal dissection)可能。(食道切片常因出血模糊視野，造成多次切片困難。多次切片會讓患者之後 ESD 操作困難與危險。)

決議：同意說明段第 1、2、3 點。

提案二、有關超音波審查注意事項之審核共識，提請討論。

說明：

1. 病歷有詳實症狀描述，理學檢查，執行超音波檢查，只要有 finding 即可申報，不宜核刪。重申規定：超音波追蹤肝、膽、腎良性腫瘤每 6 個月一次。無症狀肝、膽、腎結石每年一次。囊泡依專業認定，大於一年以上可再追蹤。(附件 2)
2. 符合適應症之超音波追蹤，每大於 12 個月可申報一次 19001C。
3. 超音波只要達應追蹤時間，不管患者因何病就診，均可同時追蹤。

決議：通過，同意說明段 1、2、3 點。

提案三、有關病毒性肝炎檢驗項目審查注意事項之審核共識，提請討論。

說明：

1. 患者初次主訴 B、C 肝炎帶原，可檢驗 GOT、GPT、HBsAg (或 Anti-HCV)，即使結果正常，亦不應核刪。
2. B、C 肝炎每 6 個月追蹤一次，含 GOT、GPT、AFP、ECHO。高危險群每 3 個月追蹤一次。(高危險群指肝硬化、肝癌家族史)。肝功能檢查必要時得包含 ALP、GGT …。
3. B 肝患者，追蹤 HBeAg 間隔時間：陽性者得每 6-12 月追蹤一次。陰性

者，肝功能突然上升可追加檢驗。

4. B、C 肝炎追蹤試辦計畫之收案規定：應有 HBsAg 與 Anti-HCV 報告，HBsAg 陽性者應再驗 HBeAg。

5. HBeAg 陽性患者使用抗病毒製劑治療，使用期限至少 3 年。治療期間陰轉者，自陰轉點起可延長一年治療期，故共治療 ≥ 3 年， ≤ 4 年。
HBeAg 陰性者，可補檢查 anti-HBe。

6. B、C 肝治療試辦計畫規定 >161 天即可登錄。

決議：通過，同意說明段 1~6 點，惟第 5 點修正為：HBeAg 陽性患者使用抗病毒製劑治療，使用期限 12~36 個月，治療期間即使一年內陰轉也可以使用三年，且自陰轉點起可延長一年治療期，故共治療 ≥ 3 年， ≤ 4 年。

HBeAg 陰性者，可補檢查 anti-HBe。

提案四、有關甲狀腺相關疾病檢驗檢查審查注意事項之審核共識，提請討論。

說明：

1. 甲狀腺機能亢進

1) 有症狀描述、理學檢查，初次檢驗得包括 TSH、T3、T4、CBC-1、GPT。

2) 治療中，TSH、T3、T4、CBC/DC、GPT 之檢驗頻率起始治療後 4~8 週驗一次，之後 3~6 個月追蹤，停藥後每 6~12 個月追

蹤。

3) 甲狀腺超音波檢查

初診斷時可執行，治療中每半年可申報一次，以作為是否停藥的參考依據。

2. 甲狀腺機能低下

1) 懷疑時篩檢：TSH、T4。

2) 治療中追蹤 TSH、T4 之頻率起始治療後 4 週驗一次，之後 3~6 個月追蹤。

3. 甲狀腺結節

1) 超音波：初次診斷，有病歷描述，即可執行。

2) 抽吸：初次診斷，即可執行。若第一次 cytology 結果懷疑惡性或結節變大變多，可 1~2 個月追蹤超音波和抽吸，否則 3~6 個月追蹤。

4. 尊重醫師臨床選擇，T3 可由 free T3 取代，T4 可由 free T4 取代。但不宜同時申報 T3 & free T3，或同時申報 T4 & free T4。

決議：通過上述說明段，另在甲狀腺機能亢進藥物治療方面，因甲狀腺素 (Eltroxin) 有抗發炎，抑制甲狀腺腫的效果，現今合併療法 Block and replacement therapy (Tapazol/Procil + Eltroxin) 已是常見療法，甲狀腺腫亦同。

提案五、有關鞣固酮檢驗之審核共識，提請討論。

說明：

睪固酮(testosterone)已開放診所 C 表，有適應症者可以申報。

適應症如下：

- 1) 40 歲以上男性，評估性功能低下原因。
- 2) 評估不孕或女性男性化。
- 3) 男童性發育遲緩評估
- 4) 女性月經不規則原因評估

決議：通過，同意說明段。

提案六、有關糖尿病用藥審查注意事項之審核共識，提請討論。

說明：

1. 在無禁忌或不能耐受情形下 Metformin 應為第一線用藥。其使用期間 eGFR <45 應減量、eGFR <30 禁用。在有禁忌或不能耐受 Metformin 情形下，尊重臨床醫師對口服降血糖藥物的選擇。
2. TZD 製劑、DPP-4 inhibitor、SGLT-2 inhibitor，此三類藥物限用於已接受 Metformin 使用劑量達 1000 mg/day 三個月以上，且 HbA1C 仍大於等於 7 之第二型糖尿病病人。對 Metformin 有使用禁忌或不能耐受者，不在此限。
3. SGLT-2 inhibitor 不得與 DPP-4 inhibitor 或 GLP-1 受體促效劑併用，每

天限處方一粒。

決議：通過上述說明 1、2、3 點，另有關胰島素治療注意事項：

1. Basal insulin 合併使用口服降血糖藥物，仍依健保署公告，以四種為限。
2. 加強性胰島素治療(每天 3~4 次以上之胰島素注射)應可減少口服降血糖藥物的種類和劑量，如 Sulfonylureas 及 Glinide。

提案七、有關高血壓用藥審查注意事項之審核共識，提請討論。

說明：

併用三種降血壓藥物，原則上尊重醫師臨床裁量權，不再要求至少一種為利尿劑。

決議：通過，同意說明段。

提案八、有關心絞痛用藥審查注意事項之審核共識，提請討論。

說明：

心絞痛為臨床診斷，只要病歷記載清楚，有相關診斷，即可處方相關藥物如各種 Nitrites/Nitrates、beta blocker、CCB 及 K channel opener 如：Nicorandil。不應以 "無心肌缺氧之證據" 為理由加以核刪。

決議：通過，同意說明段。

提案九、有關降膽固醇藥物審查注意事項之審核共識，提請討論。

說明：

較高劑量降膽固醇藥物或 Moderate-Intensity Statin (如 Atorvastatin 20mg、Rosuvastatin 10mg、Simvastatin 20mg、Pravastatin 40mg、Fluvastatin 80mg、Pitavastatin 4mg、Lovastatin 40mg) 之使用規範

1. 高危險群病患如 DM、CAD、CVA，其 LDL-C \geq 160 或 T-Cholesterol \geq 240，即可逕行使用。
2. 符合降膽固醇藥物之使用規範，以起始劑量治療((如 Atorvastatin 10mg、Rosuvastatin 5~10mg、Simvastatin 10~20mg、Pravastatin 10~20mg、Fluvastatin 20~40mg、Pitavastatin 2mg、Lovastatin 20mg)，經三個月以上療程，仍未能達血脂目標值，得調高劑量。

決議：通過，同意說段 1、2 點。

提案十、有關降尿酸藥物審查注意事項之審核共識，提請討論。

說明：

1. Allopurinol 因有造成嚴重藥物過敏反應，即所謂史蒂芬症候群(Stevens Johnson Syndrome)的風險，讓醫師用藥有所顧忌。因此自 103 年 3 月 1 日起，已將原治療痛風的第二線藥物 Febuxostat (商品名 Feburic 80

mg)，開放於第一線使用（附件 3）。

2. 又根據衛福部公告, Benzbromarone 之禁忌症，包括嚴重肝功能不良、嚴重腎功能不良、尿酸性腎臟結石（附件 4）。

建議：

1. 在兼顧痛風患者用藥安全的考量下，有鑑於肝功能不良是 benzbromarone 藥物的禁忌症，因此建議，開放中重度的慢性腎臟病 (eGFR<45 或 Cr ≥1.5) 以及肝功能異常(大於兩倍正常值)的痛風病人可直接使用 Febuxostat。
2. 根據台灣痛風與高尿酸血症診療指引，降尿酸藥物於曾經急性痛風關節炎患者，長期終生使用，目標 < 6 mg/dl。於合併痛風石病患，目標 < 5 mg/dl。

決議：同意建議事項 1、2 點

提案十一、有關簡表 01 案件及釋出處方 09 案件藥費審查注意事項之審核共識，提請討論。

說明：「簡表 01 案件」或部分「處方釋出之 09 案件」（類簡表，如三天藥費 66 元以下），除了有危及病患健康或用藥禁忌情形，原則上不應核刪藥費。

決議：同意說明段。

提案十二、有關診察費核刪注意事項之審核共識，提請討論。

說明：

1. 有診療事實，原則上就不應刪診察費，即使只是理學檢查，接受諮詢，或解釋病情而沒有處方藥物。但對於在同一診所就醫過於頻繁，例如：患者有多種慢性病，於同一診所分多次處方各種慢性病藥物者，宜加強審查其合理性。
2. 在流行疾病的季節，6歲(含)以下病人，每月9次(含)以下的就診，原則上不刪診察費，除非每月平均就診次數 ≥ 1.8 。

決議：通過，同意說明段1、2點。

提案十三、有關氣喘照護案件審查注意事項之審核共識，提請討論。

說明：

1. 最近90天內曾在該院所同一醫師診斷為氣喘，至少就醫達2(含)次以上者，可以收案。收案時須有病人或家屬同意簽名，14歲(含)以上診斷氣喘者，須有肺功能或尖峰流速值至少一項的紀錄。
2. 因為氣喘的病程與治療追蹤的變異度很大，建議當失聯超過一年才結案。

決議：通過，同意說明段1、2點

提案十四、有關是否放寬低價 COX-2 inhibitor 使用之審核共識，提請討論。

說明：低價(≤ 4 元) COX-2 inhibitor 之使用，是否比照消化性潰瘍用藥與以放寬？

決議：通過，同意低價(≤ 4 元) COX-2 inhibitor 之使用，比照消化性潰瘍用藥與以放寬。

提案十五、有關 Tolterodine 審查注意事項之審核共識，提請討論。

說明：

1. 根據 Tolterodine 之給付規定(附件 5)，符合診斷標準條件之一，並有詳實病歷紀錄，應予給付。
2. 依據台灣泌尿科醫學會健保審查小組審議結果，於 105.6.2 函文至健保署轉知本分組，確認上述用藥合乎病症及規範，當無拒絕之理由。
3. 有關是否需附上尿路動力學、超音波檢查甚至膀胱鏡檢查來進一步評估，則可作為提升醫療品質之建議，尚請不要做為核刪之依據。

決議：通過，同意說明段 1、2、3 點。

提案十六、有關 Bethanechol 使用規定之審核共識，提請討論。

說明：病歷完整記錄症狀與相關診斷下，建議放寬 Bethanechol 使用規定

決議：通過，同意說明段。

提案十七. 有關『呼吸道抽吸』47041C 審查標準之審核共識，提請討論

說明：

1. 根據支付標準呼吸道抽吸【47041C(次)、47042C(天)】之申報規定：

痰液抽取每次以 47041C 申報，每日超過 8 次以 47042C 申報。

2. 『呼吸道抽吸』臨床執行技術如下：

(1) 目的：清除呼吸道分泌物，維持通暢。

(2) 設備：中央系統痰液抽吸器或痰液抽吸機，無菌抽痰管及手套，接管，引流管或痰液收集袋...

(3) 抽痰管經由鼻孔，氣管內管，氣切套管放入執行。

3. 建議『呼吸道抽吸』47041C 審查標準如后：插管病人(氣管內管、鼻胃管)，氣切，意識昏迷或虛弱無法自行有效排痰之病患所作之處置，其操作需有 Suction tube 可以直接到 Airway，且須為無菌操作，非一般單純鼻腔或口腔內之痰液及鼻液抽吸。

決議：通過，同意建議『呼吸道抽吸』47041C 審查標準如后：插管病人(氣管內管、鼻胃管)，氣切，意識昏迷或虛弱無法自行有效排痰之病患所

作之處置，其操作需有 Suction tube 可以直接到 Airway，且須為無菌操作，非一般單純鼻腔或口腔內之痰液及鼻液抽吸。

肆、散會下午 15 時 15 分

附件 1. 經消化系專科醫師上消化道內視鏡檢查，並經病理切片確診為 Barrett' s esophagus 之病患，可使用消化性潰瘍用藥一年，一年內至少須經上消化道內視鏡檢查追蹤一次。(全民健康保險藥品給付規定)

附件 2.依內科審查注意事項

13. 膽結石，膽囊息肉，腎結石，肝、腎囊泡，肝、腎良性腫瘤等狀況，

超音波追蹤的原則：(97/5/1)

(1)肝、腎良性腫瘤以 6 個月追蹤 1 次為原則。

(2)肝、腎囊泡依病歷紀錄由專業個案認定。

(3)無症狀之膽結石、腎結石（含 urine 檢查陰性反應），以 1 年為原則，如有反覆發作依病歷紀錄為專業個案認定。

附件 3.

2.11.1.Febuxostat (如 Feburic)：(101/4/1、103/3/1、105/8/1)

限慢性痛風患者之高尿酸血症使用，且符合以下條件之一：

1. 曾使用過降尿酸藥物 benzbromarone 治療反應不佳，尿酸值仍高於 6.0 mg/dL。
(103/3/1)

2. 患有慢性腎臟病 (eGFR < 45 mL/min/1.73m² 或 serum creatinine ≥ 1.5mg/dL)，或具尿酸性腎臟結石或尿酸性尿路結石，或肝硬化之痛風病人。(103/3/1、105/8/1)

附件 4.

含 benzbromarone 成分藥品之中文仿單修訂內容

一、「禁忌症」欄位統一修訂為：

(一) 對本藥過敏者。

(二) 嚴重肝功能不良。

(三) 嚴重腎功能不良。

(四) 尿酸性腎臟結石。

(五) 懷孕及可能懷孕的婦女。

二、於「警語及注意事項」欄位加刊：

在使用本藥前須檢查肝功能，以確認有無肝臟疾病。並應告知病人使用本藥可能有肝臟疾病的副作用，如出現食慾不振、噁心嘔吐、疲倦虛弱、腹痛、下痢、發燒、深色尿液、結膜變黃等症狀，應停藥並立即就醫。

附件 5. 第 1 節 神經系統藥物 Drugs acting on the nervous system

1.6.3. Tolterodine L-tartrate (如 Detrusitol) ; solifenacin

succinate (如 Vesicare) ; mirabegron (如 Betmiga):(90/7/1、

93/10/1、96/4/1、104/2/1)

1. 限符合下列診斷標準條件之一者：

(1) 頻尿：每天 (24 小時) 排尿次數超過八次，並有詳實病歷紀錄。

(2) 急尿：病患自述經常有一種很突然、很強烈想解尿的感覺。

(3) 急迫性尿失禁：對於尿急的感覺無法控制，並於 24 小時內至少也有一次漏尿之情形。

2. 不宜使用本類藥品者：

(1) 小兒夜尿。

(2) 單純性應力性尿失禁。

(3) 膀胱逼尿肌無反射 (detrusor areflexia) 或膀胱不收縮所引起之
排尿困難或尿失禁之症狀。