

西醫基層醫療服務審查執行會高屏區分會

102 年高屏區大內科(內、家醫、小兒、腎內科)審查醫師研討會議會議紀錄

會議時間：102 年 8 月 19 日(星期一)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

主席：王召集人欽程

出席單位及參加人員：王召集人欽程、本屆大內科審查醫師

列席人員：

高屏分區委員會 李主任委員昭仁

健保署高屏業務組 曾視察慧玲、楊專員桂花、王課員秀鳳、邱辦事員桂春、
張科員玉蓉

高屏分區委員會會務人員 黃雅惠、陳幸慧

壹、主席致詞

貳、報告事項

有關 102 年 8 月 1 日修正之全民健保降血脂藥物給付規定及審查注意事項說明(附表)。

一、給付說明(如附表 1)

(一)高 chol 治療(血脂值單位 mg/dl)

1、CAD 或 DM 起始治療值為:TC \geq 160 或 LDL-C \geq 100(與 97/7/1 不同)

2、兩個危險因子起始治療值: TC \geq 200 或 LDL-C \geq 130 (如 97/7/1)

3、一個危險因子起始治療值: TC \geq 240 或 LDL-C \geq 160 (與 97/7/1 不同)

4、0 個危險因子起始治療值: LDL-C \geq 190 (97/7/1 規定為 LDL \geq 160)

5、危險因子多了一個 HDL $<$ 40。

(二)高 TG 治療(三酸甘油酯值單位 mg/dl)

- 1、CAD 或 DM 起始治療值（如 97/7/1） $TG \geq 200$ 且 $TC/HDL-C > 5$ 或 $HDL < 40$ 。
- 2、無心血管疾病起始治療值（如 97/7/1）未規範須兩個危險因子，（如 97/7/1）但須 3-6 個月非藥物治療後。
- 3、 $TG \geq 500$ （與 97/7/1 不同）沒規定須有罹患胰臟炎危險者，也沒限制須非藥物治療 3-6 個月。

（三）降血脂（chol/TG）治療以前是（97/7/1）合併一個表，現分為二個表。因此合乎高 chol 者，適用高 chol 治療表，合乎高 TG 者，適用高 TG 表。如同時高 chol/高 TG，則可以同時用兩種藥。

例如複方藥物：

Linicor 是 Nicotinic acid + statin，其中 Nicotinic acid 是降 TG，Statin 是降 chol，因此視為併用兩種藥。

Vytorin 是 Ezetimibe + Simvastatin，同時都是降 chol，視為一種藥物，其最低有效劑量是 Simvastatin 10mg。

二、審查注意事項：

（一）自 102.8.1 起，第一年應每 3-6 個月檢驗一次 lipid profile（2.5-7 個月尚可接受），第二年以後至少每 6-12 個月抽血檢驗一次。

※第二年檢驗的頻率放寬，可以每 3-6 個月檢驗，也可以 6-12 個月才檢驗。

※以前超過 6 個月沒檢驗，不可繼續開藥，現在第二年要超過 12 月沒檢驗才不得繼續開藥。

（二）病人常抱怨再到大醫院掛號不容易，為了開降血脂藥物，又再跑一趟醫院開診斷書，病患頗有怨言，怎麼處理較合理？

說明：(97.7.1) 之規定曾患心肌梗塞住院（須附檢查報告、醫院名稱及日期）就可開予降血脂藥物。

建議：

※病患自述曾患心肌梗塞，心臟有裝支架或腦梗塞者，可依病患自述開藥。最好要求病患在病歷上簽名，對自述負責，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（須附檢查報告）

(三) TIA 或有症狀之頸動脈狹者（102.8.1 起規定）須神內專科醫師確診才能開藥。日後將爭取 TIA 開放給予基層內科、家醫科醫師診斷，不需強制由神內專科醫師確診才可開藥。

(四) 週邊血管硬化（已不再是高血脂治療的適應症）

(五) 102/8/1 新規定，降血脂治療達到治療目標後，應怎麼辦？

※兼顧醫療品質與醫療經濟，維持舊規定，到達治療目標後應減量至最低有效劑量，持續追蹤治療及衛教治療。

附記：

這些規定的改變，宜給予醫師至少三個月寬限期，去做調整（慢性連續處方簽一開就是 2-3 個月）因此 102 年 8、9、10、11、12 月依新或舊規範申報的 case 均可 PASS。另 11、12 月開立連續處方籤時請注意勿超過年底寬限期時限。

參、提案討論

提案一 有關糖尿病用藥、檢查檢驗審查共識，提請討論。

(一)案由：有關 DM 病患就醫先檢驗，2-3 天後再就診或 DM 就診，2-3 天後看報告或 DM 就診 2-3 天後來檢驗，是否給付診察費審查共識，提請討論。

說明：

1. 原則上須給診察費。
2. 如果平均就診率太高，或以上模式為固定行為模式，審查醫師可以酌刪診察費，並且要求診所改進。如非固定行為模式，及平均就診率正常，則不宜刪診察費。

決議：同意說明 1、2 點共識審查。

(二)案由：如果 insulin 用到 0.5 unit/kg/Day 以上仍控制不好，可以加上什麼口服藥嗎？請討論。

說明：

1. 先給 metformin 藥物並且加強衛教（飲食及運動等之的重要性），如 metformin > 1500mg 仍控制不好，學理上可再加上 TZD 或 DPP4。但必須注意其副作用。
2. 如 insulin 使用量 > 200 unit/D 表示 insulin resistance 或 insulin Antibody。

決議：insulin 用到 30 unit/D 以上仍控制不好，可先給 metformin 藥物並且加強衛教（飲食及運動等之重要性），如 metformin > 1500mg 仍控制不好，學理上可再加上 TZD 或 DPP4，但需注意副作用的問題。

(三)案由：有關 methylcobal 用於 DM neuropathy 的規範為何？提請討論。

說明：

1. 有關 methylcobal 請參閱藥品給付規定使用規範（3.2.1 如附表 2）

2. 如病歷有症狀描述(例如：痛、蟻行感、觸電感、溫感消失(小神經)觸感、振動感、位置感減弱 Deep Tendon Reflex 異常(大神經))，(PE：針刺 monofilament test、溫度、感覺、音叉 vibration test)異常，依適應症可以開予 methylcobal。

決議：同意說明 1、2 點共識審查。

(四)案由：有關 DM 間歇性跛行，只是病歷提到或 PE 踝血壓下降，是否可用相關藥物？例如 Loftyl、cilostazol (pletaal)或 ticlopidine。(目前周邊血流測定是 B 表項目)提請討論。

說明：

1. cilostazol(pletaal)及 ticlopidine 健保用藥相關規定詳附件規定(附表 3)(參考藥品使用規範 2.1 抗血栓劑、2.2 血管擴張劑)。
2. 使用 pletaal 一定要 ABI 檢查確定，才可以開藥
3. 間歇性跛行最好轉診醫院，作進一步檢查。
4. Loftyl、Trental、ticlopidine 較不嚴格限制。

決議：依說明 1、2、3、4 點審查共識。

(五)案由：有關 Metformin (XR) 用藥審查共識，提請討論。

說明：

1. metformin (XR) 是長效藥用 qd 或 bid 合理，tid 在學理上不合適。
2. metformin 其作用為 8-12 小時，故開 metformin Qd 學理上合理。

決議：同意說明 1、2 點共識審查。

(六)案由：臨床醫療病患使用 TZD、Norvasc 用藥產生水腫，是應停藥或開

立 diuretics，提請討論。

說明：停藥或開給 diuretics 均合理。

決議：停藥或開給 diuretics 均合理，請審查醫師依專業判定。依規定 HF GIII、IV 不宜使用 TZD。

(七)案由：DM 新藥，Exenatide (Byetta) 健保規定為何？提請討論。

說明：參照 Byetta 藥品給付規定審查 5.1.3(附表 4)。

決議：請審查醫師參照 Byetta 藥品給付規定 5.1.3 審查，並注意病患的腎功能狀況。

(八)案由：病患健檢 sugar：110~130mg/dl 即再檢驗 HbA1C 之審核共識，提請討論。

決議：可以。如 HbA1C 正常，半年內不得再驗 HbA1 C

(九)案由：有關病患若施打 NovoMix(1mL100u, 1 支 3 mL)的劑量為每天早上 28u 及晚上 16u，開立 30 天的處方時，請問要開 4 支還是 5 支？提請討論。

說明：因為病患施打胰島素時若殘留少許劑量，不會繼續使用而會開一支新的胰島素施打。

決議：病患若施打 insulin 如超過一個整數，可再多給予 1 支胰島素供施打。

(十)案由：病患 HbA1C 執行審核，提請討論。

決議：DM 不管之前 HbA1C 正常與否，可以每 3-6 個月都檢驗一次。

提案二

案由：有關高尿酸血症治療藥物(如 Urinorm)，審核共識，提請討論。

說明：

1. Cr. >2.0mg/dl 時或 Ccr <50 時不宜使用。
2. 病歷如有記載等 Acute attack s/s subside 後，再服用降尿酸藥物，則合乎使用原則。

決議：同意說明 1、2 點共識審查。

提案三

案由：Asthma 治療用藥降階治療，病患都會自動降階，常一支 seretide 或 symbicort 用兩個月以上，而不喜歡降階為 steroid 吸入±口服 theophyllin?提請討論。

說明：Guideline 並非絕對，應為病患量身訂做，病患 subjective 的感受應予考慮，請專業判定。

決議：如說明段，應依病患臨床症狀及控制情形，病歷應記載詳實，請審查醫師專業上判定。

提案四

案由：Hydergine 或 Nootropil 用於 CVA 使用期限其審核共識，提請討論。

決議：健保藥品給付規定尚無相關規範，故尊重醫師的用藥判斷。

提案五

案由：頑固性高血壓（resistant HT）用第四種藥（Aldacton、Doxaben、carvedilol、concor）審核方式？提請討論。

說明：

1. 用三種降血壓藥(除非 thiazide 不宜的病患，應包含 thiazide 25mg/d，血壓還控制不好，可給予第四種藥物)。
2. 高血鉀症或 e GFR < 30，不宜使用 Aldacton。
3. 女性也可給予 Doxaben。
4. resistant HT 須考慮是否為 2nd HT 必要時進一步檢查。

決議：

1. 使用三種降血壓藥，除非有禁忌症或特別適應症，應至少含一種利尿劑。
2. 高血鉀症或 e GFR < 30，不宜使用 Aldacton。
3. 女性也可給予 Doxaben。
4. resistant HT 須考慮是否為 2nd HT 必要時進一步檢查。

提案六 有關各項檢驗、檢查之審核共識, 提請討論。

(一)案由：GOT / GPT 異常，B、C 肝均 Negative，執行 AFP、echo 檢查之審核共識，請討論。

說明：1. 可以檢查 echo。

2. 發現有腫瘤可能性時，才做 AFP。

3. 非 B、C 肝炎可以一年做一次 echo。

決議：

1. 可以檢查 echo。

2. 疑有腫瘤之可能性時，才做 AFP。

3. 非 B、C 肝炎可以一年做一次 echo，echo 檢查間隔一年以上可申報 19001C 腹部超音波(支付點數：882 點)，間隔一年內則以超音波追蹤檢查申報。

(二)案由：EKG 審查共識，提請討論。

說明：請不要用結果論而刪 EKG。

決議：為了保護病人及醫師，EKG 不宜太設限，且勿以結果論而核刪 EKG。

(三)案由：有關使用 methimazole 檢驗 LFT 及 CBC 之審核共識？提請討論。

說明：

1. 服用後 2-4 星期可做 WBC/DC(如沒有 s/s 以後不必 routine 檢驗)。

2. 服用後 3-6 個月可做 LFT (如果 NL，以後不必 routine 檢驗)。

決議：同意說明 1、2 點共識審查。

(四)案由：HT 之 chol/TG HDL/LDL 均正常，多久可再 F/u 之審核共識，提請討論。

說明：原則上，一年後才可再驗，但為了方便病患，可以比照成人健檢以年度來規範，每年度可以檢驗一次。

決議：原則上，一年後才可再驗，但為了方便病患，可以比照成人健檢以年度來規範，每年度可以檢驗一次，並且可以一併檢驗 Cr、Uric acid、sugar 等項目。

(五)案由：DM 之 chol/TG HDL/LDL 均正常，可以 6 個月再驗一次嗎，提請

討論。

說明：1. 可以。

2. 曾不正常記錄，可以 3-6 個月再驗。

決議：可以，若有不正常記錄者，可以 3-6 個月再驗。

(六)案由：依據病患陳述有 B 或 C 肝，就做 GOT/GPT AFP echo 是否合宜？

提請討論。

說明：

1. 先驗 B、C 肝+GOT/GPT，有 B、C 肝後才進一步檢驗，不宜過於頻繁。

2. 如果一起檢驗發現 B 或 C 肝(+)，則不予刪減，如果 B 或 C 肝(-)則

AFP、echo 會被核減。

決議：同意說明 1、2 點共識審查。

肆、15 時 30 分散會