

西醫基層醫療服務審查執行會高屏區分會

103 年高屏區大內科(內、家醫、小兒、腎內科)審查醫師研討會議

會議時間：103 年 6 月 30 日(星期一)中午 12 時 30 分

103 年 7 月 22 日(星期二) 中午 12 時 30 分(續)

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

出席人員：大內科審查醫藥專家

列席人員：李主任委員昭仁、中央健康保險署高屏業務組費用二科、費用三科、黃雅惠、陳幸慧

紀錄：陳幸慧

壹、主席致詞

貳、報告事項

一、依 101 年西醫基層醫療費用內科審查注意事項修訂 TZD 類藥物使用原則：宜遵守以低劑量(例：ACTOS 15mg)為起始劑量之原則，再逐步考慮增加劑量(101/5/1)，惟修訂前已使用 Actos(30)且病情穩定的病患應可以繼續使用 Actos(30)，不需減量為 Actos(15)，再慢慢增加至 Actos(30)。

二、100 年規定：80 歲以上 DM 患者初次治療不宜處方 metformin，此規定是指初次治療的 80 歲以上 DM 患者，如果病患是 80 歲以前就已經使用 metformin 且病情穩定，Cr 正常的病患，雖達 80 歲了，仍可繼續處方 metformin。

三、102 年 8 月全民健康保險降血脂藥物給付修訂表說明

全民健康保險降膽固醇藥物給付規定表

	非藥物治療	起始藥物治療血脂值	血脂目標值	處方規定
心血管疾病或糖尿病病人	與藥物治療可並行	TC \geq 160mg/dL 或 LDL-C \geq 100mg/dL	TC<160mg/dL 或 LDL-C<100mg/dL	第一年應每 3-6 個月抽血檢查一次，第二年以後應至少每 6-12 個月抽血檢查一次，同時請注意副作用之產生如肝功能異常，橫紋肌溶解症。
2 個危險因子或以上	給藥前應有 3-6 個月非藥物治療	TC \geq 200mg/dL 或 LDL-C \geq 130mg/dL	TC<200mg/dL 或 LDL-C<130mg/dL	
1 個危險因子	給藥前應有 3-6 個月非藥物治療	TC \geq 240mg/dL 或 LDL-C \geq 160mg/dL	TC<240mg/dL 或 LDL-C<160mg/dL	
0 個危險因子	給藥前應有 3-6 個月非藥物治療	LDL-C \geq 190mg/dL	LDL-C<190mg/dL	

中央健康保險署對血脂達標後高屏區的共識減半持續治療有意見，依該署意見修改如下：

- (一)降血脂治療到達治療目標後，除持續追蹤及衛教治療外，應依病患症狀及治療的需要適當用藥。因此維持原劑量或減半使用或停藥，依病人狀況及治療的需要由醫師專業判斷。
- (二)有關 lipid profile 的檢驗第一年應每 3-6 個月抽血檢驗一次。
- (三)考量慢性病藥物控制中心患者，病況穩定可以開立慢性連續處方箋 3 個月，現況是開立 28 天×3 次=84 天(28 天可視為 1 個月)。服藥完畢日前一週(77 天起)來抽血檢驗，以作為調整藥品之參考基準。健保署之糖尿病與 CKD 之照護方案亦遵循此一原則說明(附件一)，明確規範 3 個月間隔放寬為 ≥ 77 天即可申報。另有關間隔 6 個月部分，放寬 ≥ 161 天即可申報。

四、Galvus 與 SU 併用時劑量是 50mg，與 SU 及 metformin 三合一併用時劑量是 100mg。

1. Galvus 廠商提供了實驗數據，並經衛福部通過，修改仿單。
2. 依衛福部最新通過的仿單，審查 Galvus 的處方(如附件二)。

五、全民健康保險醫療費用支付標準診療項目「血液透析」內含之費用說明。

- (一)依健保署健保醫字第 0990072848 號函釋：查全民健康保險醫療費用支付標準中，血液透析之支付標準係採包裹式定額支付方式，並載明內含技術費、檢驗費、藥劑費、一般材料費、

特殊材料費、特殊藥劑費用(含 EPO)及腎性貧血之輸血費在內，另全民健康保險醫療費用審查注意事項中亦規定：「其尿毒症相關治療(包含簡單感冒藥)及檢查應包括於血液透析費用在內」，故血液透析病患因尿毒症相關治療之相關藥費，應屬該次血液透析治療之內含費用，**惟透析病患情況各異，需使用何種藥品，屬臨床專業範疇，仍宜由專業判斷及遵循臨床治療指引。**

(二) 依專業判斷建議如下：

1. 洗腎病患其高血壓治療用藥可另申報(不內含在血液透析費用內)。
2. 消化性潰瘍使用 PPI 藥物，需檢附胃鏡報告佐證，可另申報。
3. 鎮靜安眠類藥物、感冒、酸痛、腸胃炎、及膚炎、過敏等相關症狀治療之藥物，屬包裹式給付內，不得申報。

(三) 同一醫師同次醫療服務中，提供保險對象血液透析及上述可開立之慢性病用藥之醫療服務者，僅給付藥費，原則上不給付診察費。

參、提案討論

提案一 有關高血脂用藥之審核共識，提請討論。

(一)案由：長期使用 Statin 或 TZD 之病患，其肝功能正常，是否明確規範每 6 個月(≥ 161 天)可追蹤 GPT 乙次，以確保用藥安全，請討論。

建議：Harrison' s 內科學教科書文中建議，使用 Statin 後 8 週應檢測肝功能，其後每半年追蹤一次 GOT、GPT 數值，若數值高於上

限 3 倍應停藥，以確保用藥安全。

決議：請依全民健康保險降血脂藥物給付修訂表處方規定審查。

(二) 案由：降血脂藥物(Statin 或 Fibrate)病患使用後引起 GOT/GPT(尤其脂肪肝引起的)異常時之審核共識?請討論。

說明：

1. Statin 治療前，宜先注意肝功能狀況，如 GPT $>3x$ ，不宜開予 statin 降血脂藥物。
2. 一般而言，開始治療 8 週後，宜檢查 GPT，視需要加驗 CPK。特殊情況可依需要，做適當檢驗。
3. 8 週後 GPT 升高(但 $<3x$)不必減量；但升高($>3x$)宜減量或停藥，並且在 4-6 週，再檢查 GPT。
4. 如 fatty liver 引起 GPT 上昇，利用運動、處方肝庇護劑及降膽固醇藥物應屬合理。
5. 降血脂治療，肝功能追蹤可包含 GOT/GPT。

決議：

1. Statin 治療前，宜先注意肝功能狀況，如 GPT $>3x$ ，不宜開予 statin 降血脂藥物。
2. 一般而言，開始治療 8 週後，宜檢查 GPT 及視需要加驗 CPK，依專業判斷視需要做適當檢驗。
3. 8 週後 GPT 升高(但 $<3x$)不必減量；但升高($>3x$)宜減量或停藥，並且在 4-6 週，再檢查 GPT。
4. 如 fatty liver 引起 GPT 上昇，利用運動、處方肝庇護劑及降膽固醇藥物應屬合理。

5. 降血脂治療，肝功能追蹤可包含 GOT/GPT。

(三) 案由：有關 Ezetimibe(27.5 元/#)用於高血脂病患之規範為何?提請討論。

說明：Ezetimibe 及 Vytorin 使用，請依全民健康保險藥品給付規定審查。

2.6.2 Ezetimibe(如 Ezetrol Tablets)：(94/6/1)

原發性高膽固醇血症、同型接合子家族性高膽固醇血症、同型接合子性麥脂醇血症(植物脂醇血症)患者並符合下列條件之一者：

1. 符合全民健康保險降血脂藥物給付規定表且對 Statins 類藥品發生無法耐受藥物不良反應(如 Severe myalgia、Myositis)者。
2. 符合全民健康保險降血脂藥物給付規定表經使用 Statins 類藥品單一治療 3 個月未達治療目標者，得合併使用本案藥品與 Statins 類藥品。

2.6.3 Ezetimibe + simvastatin(Vytorin 10/20mg、Vytorin 10/10mg)：(95/12/1)

限用於原發性高膽固醇血症、同型接合子家族性高膽固醇血症(HOFH)病患並符合全民健康保險降血脂藥物給付規定表者。

決議：有關 Ezetimibe 及 Vytorin 使用規定，請依全民健康保險藥品給付規定審查。

(四) 案由：病患使用 Statin 期間，引起 myalgia 之審查共識應為何，請討論。

說明：

1. Statin 引起 myalgia 是 dose dependent。
2. Myalgia 原因不只一種。如第一線醫師認為可繼續處方，尊重第一線醫師的判斷。
3. 如醫師認為有 risk 決定檢驗 CPK，則不宜開給長天期 Statin，應停藥、減量或只給短天期藥物。等 CPK 結果出來後，再進一步處方(停藥、減量或換其他藥物)。

決議：

1. Statin 引起 myalgia 是 dose dependent。
2. Myalgia 原因不只一種。如第一線醫師認為可繼續處方，尊重第一線醫師的判斷，但需注意併發症的可能性。

(五) 案由：Chol/LDL 異常，開予 fibrate 藥物，是否核刪?請討論。

說明：考量 fibrate 也有點降 chol 的作用，審查醫師可建議改開立 statin 較適宜。

決議：同意前開說明段。

提案二 有關糖尿病之審核共識，提請討論。

(一) 案由：DPP4 與 TZD 併用的審查原則，請討論。

說明：

1. 二者作用機轉不同，原則上可併用。

2. 依比例原則審查。
3. DPP4 與 TZD 併用應考量醫療經濟 cont-effect 的問題。

決議：

1. 二者作用機轉不同，原則上可併用。
2. 依比例原則審查。
3. 使用 TZD 及 DPP4 宜應附上足夠的資料證明符合 Guideline，顯示使用的必要性，併用半年後，HbA1C 仍不降，請醫師依專業判斷是否繼續使用。

(二)案由：Pre-DM 糖尿病病患執行 HbA1C 之審核共識及後續處置應如何，提請討論。

說明：

1. HbA1C(5.7%-6.4%)屬 pre-DM stage，DM p't 原則上 3 個月驗一次 HbA1C，如病情穩定一年至少兩次，Pre-DM p't 一年可檢查 2 次，可比照病情穩定 DM p't。
2. 其後續處置應如何？
 - (1) 原則上，當患者還不是糖尿病患者時，宜先衛教、飲食、運動、life style 調整，3 個月後再追蹤。
 - (2) 預防性處方 Acarbose 或 metformin，不僅藥費很便宜且可以 preserve pancreas function 長期而言，對病患有好處，對健保財務也有好處。
 - (3) 肥胖，或有 DM 家族史，或有 target organ disorder 或 metabolic syndrome(男性腰圍 >90 cm 女性腰圍 >80cm、

BP>130/85、abnormal blood sugar、HDL<40、TG>150)的病患等，如病患同意用藥，處 metformin 或 Acarbose 並不過。

決議：

- (1) 原則上，當患者還不是糖尿病患者時，宜先衛教、飲食、運動、life style 調整，3-6 個月後再追蹤。
- (2) life style 調整無效，則可考慮預防性治療 metformin。
- (3) 肥胖，或有 DM 家族史，或有 target organ disorder 或 metabolic syndrome(男性腰圍 >90 cm 女性腰圍 >80cm、BP>130/85、abnormal blood sugar、HDL<40、TG>150)的病患妊娠糖尿病可考慮使用 metformin。
- (4) DM 高血脂用藥準則不適用於 Pre-DM 患者。

(三)案由：慢性病人（如 DM、CKD、高血脂等病患）的抽血日期與開藥日期的時程，應如何申報與審查？（因有部分醫師反映遭刪除診察費，或以沒有『相對應日期』的理由遭刪除檢驗費用）

說明：

1. 因排檢的關係，檢驗檢查結果之採用期限，在 DM 照護計畫是『由醫師專業判定，建議以一個月內之檢驗檢查資料為原則』；在 CKD 照護計畫則是『就醫日期前後 2 個月內』與『U_{pcr} 及 U_{acr} 最長可採計收案日前 6 個月最新數據，eGFR 最長可採計收案日前 3 個月最新數據』。
2. 慢性病人的照護，若於開藥前有完整的檢驗數據對病人的幫助會

較大，此時提前回診就醫抽血的時程為何？若有掛號看診，申請診察費的要件為何？

建議：

1. 對病情穩定的病人，若就診當日有空腹，同時完成抽血與開藥，這是最理想的狀況。
2. 對病情不穩定或未達治療目標的病人，若病人事先回診掛號，基層醫師在瞭解病患有關的病情並施以必要的診治後，開立適當的檢驗（不管有無開藥），等日後再回診掛號看報告時，才開立長期處方用藥。建議審查上不應刪除診察費。
3. 對於符合個別 DM 與 CKD 照護計畫採用期限的檢驗項目，建議審查上不應刪除檢驗費用。

決議：

1. 對病情穩定的病人，若就診當日有空腹，同時完成抽血與開藥，這是最理想的狀況。
2. 對病情不穩定或未達治療目標的病人，若病人事先回診掛號，基層醫師在瞭解病患有關的病情並施以必要的診治後，開立適當的檢驗（不管有無開藥），等日後再回診掛號看報告時，才開立長期處方用藥。建議審查上不應刪除診察費。
3. 對於符合個別 DM 與 CKD 照護計畫採用期限的檢驗項目，建議審查上不應刪除檢驗費用
4. 平均就診率偏高，或是只檢查又同時申報 DM 照護計畫者，請醫

師依專業判斷，必要時可刪除診察費。

提案三 有關消化內科之審核共識，提請討論。

(一)案由:30512C(碳-13 尿素呼氣檢查幽門螺旋桿菌感染支付點數:1160點)審查規範，請討論。

說明：

一、依全民健康保險醫療費用支付標準規定碳-13尿素呼氣檢查幽門螺旋桿菌感染(13C-urea breath test for *Helicobacter pylori* infection)，其適應症如下：

1. 出血、幼兒、孕婦、衰老等不適合做胃鏡檢查之消化性潰瘍患者治療前之幽門螺旋桿菌感染鑑定檢查。
2. 證實為潰瘍併幽門螺旋桿菌感染患者為除菌治療後之療效確認與追蹤，第一次於治療停藥後一個月施行一次。
3. 不得同時申報13018C(幽門桿菌檢驗)、28016C(上消化道泛內視鏡檢查)、28030C(經內視鏡切片(每一診次))及13007C(細菌培養鑑定檢查(包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外))。(因此如追蹤scope就不得申報UBT)
4. 本項檢查採包裹式給付，不論方法皆不得另行申請材料費用。

二、依上述規定：

1. Scope 證實是 ulcer。
2. 經三合一 HP 根除治療後。且 PPI 停藥 2 週後，且抗生

素停藥 1 個月後，得以檢驗。

3. 如果 ulcer 治療後，施以 scope 追蹤檢查則應施行 CLO test，不得施行 C13 UBT。

三、建議 30512C 申報比例過高，得立意抽審。

決議：

1. Scope 證實是 ulcer。
2. 經三合一 HP 根除治療後。且 PPI 停藥一個月後，且抗生素停藥 1 個月後，得以檢驗(參照健保署 103/8/1 最新規定)。
3. 如果 ulcer 治療後，施以 scope 追蹤檢查則應施行 CLO test，不得施行 C13 UBT。
4. 30512C 申報比例過高，得立意抽審。

(二)案由：有關 PPI 使用審查共識，提請討論。

說明：

一、依全民健保藥品給付規定 7.1 消化性潰瘍用藥限制使用規定：

1. 使用於治療活動性 (active) 或癒合中 (healing) 之消化性潰瘍及逆流性食道炎。(92/10/1)
2. 消化性潰瘍及逆流性食道炎符合洛杉磯食道炎分級表 (The Los Angeles Classification of Esophagitis※備註) Grade A 或 Grade B 者，欲使用消化性潰瘍用藥，其使用期間以四個月為限，申報費用時需檢附四個月內有效之上消化道內視鏡檢查或上消化道 X 光攝影報告，其針劑限使用於消化道出血不能口服之病人急性期替代療法。(92/10/1)

3. 經上消化道內視鏡檢查，診斷為重度逆流性食道炎，且符合洛杉磯食道炎分級表（The Los Angeles Classification of Esophagitis※備註）Grade C 或 Grade D 者，得經消化系專科醫師之確認後可長期使用消化性潰瘍用藥一年。
4. 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。
(101/1/1)。
5. 依上述規定：
 - (1) Barneett's esophagus 可使用 PPI1 年，並追蹤 scope 檢查。
 - (2) Barneett's esophagus 的診斷，原則上必須 scope picture 以及病理檢驗兩者均符合，才算証實。兩者缺一不可。
 - (3) Barneett's esophagus 使用 PPI 一年後，如要再處方 PPI 一定要 scope 追蹤檢查報告。

二、故 Scope 診斷 Hiatal hernia 並不以逕行處方 PPI，一定要有 GERD 才可以。

決議：

1. Barneett's esophagus 可使用 PPI1 年，並追蹤 scope 檢查。
2. Barneett's esophagus 的診斷，原則上必須 scope picture 以及病理檢驗兩者均符合，才算証實。兩者缺一不可。
3. Barneett's esophagus 使用 PPI 一年後，如要再處方 PPI 一定要 scope 追蹤檢查報告。
4. 故 Scope 診斷 Hiatal hernia 並不以逕行處方 PPI，一定要有 GERD 才可以。

(三) 案由：GERD LA class A. B. C. D 照片的判斷，有點模糊，應如何審查，請討論。

說明：GERD 的 scope picture 一定要明確，才可處方 PPI。(模糊或模稜兩可者，不宜處方 PPI)

決議：

1. GERD 的 scope picture 一定要明確，才可處方 PPI。照片認定請儘量會審 GI 次專科醫師。
2. 若使用比例高於同儕，將嚴加審查。

(四) 案由：胃鏡檢查、切片比例偏高或切片 specimen 太少審查共識，請討論。

說明：

1. 懷疑 malignant ulcer 切 4-6 片 specimen 以利病理檢驗，是較合理的。
2. Esophagus，例如 Barneett's 由於切片較困難且較易 bleeding，如能較精確切片 2-3 片，亦可以接受。
3. 由 PE 報表 scope 及 biopsy 施行量，可得知切片比例，比例偏高者，宜立意抽審，並移 GI 專科專業審查。

決議：同意說明段 1、2、3 點共識審查。

(五) 案由：B 型肝炎病患其 GPT data 40U/L 多一點，處方

Silymarin(150)Bid 劑量是否合宜，請討論。

說明：依全民健保藥品給付規定 3.3.1 肝庇護劑用藥使用規定：

1. 肝硬化、肝炎患者，限下列情形之一者，得由醫師依肝功能和影像檢查或病理切片檢查確實診斷後，視病情需要處方之。(94/7/1)
 - (1)HBV (+) 及 HCV (+) 之病患且 GOT、GPT 值大於(或等於)正常值上限 1 倍以上。
 - (2)任何原因所引起之肝硬化且 GOT、GPT 值大於(或等於)正常值上限 1 倍以上。
 - (3)HBV (-) 及 HCV (-) 之病患，GOT、GPT 值大於(或等於)正常值上限 2 倍以上。
2. 肝庇護劑之使用，門診以口服一種為原則；使用於高血氨症(hyperammonemia) 之肝庇護劑應檢附氨之異常報告。
3. 使用肝庇護劑應檢附肝功能報告，該報告有效期為三個月，逾期應再複查。
4. 肝功能檢查如檢查結果正常，應停止用藥，在檢查未得結果前，所用藥物以一週為宜。

決議：silymarin 仿單的劑量是 300mg/D。雖有些 paper 認為 silymarin 對肝炎治療不是很有效，但健保署對此無特別規範，因此審查只宜宣導不必處方那麼多劑量，但不宜核刪。

其他：

(一) 案由：初診高血壓病患檢驗內容，請討論

說明：

1. 初步檢查包含 Chol/TG/HDL/LDL、urine routine、Cr、sugar/uric acid/Na/K/Ca、EKG。
2. 年度檢查，包含 Chol/TG/HDL/LDL、urine routine、Cr、sugar。如使用利尿劑或 ACEI、ARB 藥物可以加驗 K^+ 。如再有其他異常，則依專業判斷，再加上其他檢驗。

決議：

1. 初步檢查包含 Chol/TG/HDL/LDL、urine routine、Cr、sugar/uric acid/Na/K/Ca、EKG。
2. 年度檢查，包含 Chol/TG/HDL/LDL、urine routine、Cr、sugar/uric acid。如使用利尿劑請加驗 Na、K 或 ACEI、ARB 藥物可以加驗 K^+ 。
3. 如再有其他異常，可依病人病情及治療需要，由醫師專業判斷依規定做必要之檢驗。

(二) 案由：resistant HT 處方第四種降血壓藥物，有何規範？

說明：沒有用藥禁忌的話，使用第四種降血壓藥物並沒有特別限制，但可優先考慮 aldactone。

決議：沒有用藥禁忌的話，使用第四種降血壓藥物並沒有特別限制。

(三) 案由：Persantin 用於 proteinuria 或冠心症及 Trental 用於 proteinuria 之審核共識，請討論。

說明：

1. Persantin 依仿單(附件三)所載可用於 CAD,但是現在很多 paper 都告訴我們,有 coronary steal syndrom 的潛在危險,因此 CAD 病患儘量不用 persantin。
2. Persantin 用於 proteinuria 是 off label use。有的 paper 偏向對 proteinuria 有效,有的 paper 認為療效不明確,但由於 Persantin 價格已低,所以尊重醫師的自我決定。
3. 原則上 proteinuria 的第一線治療,應是 ACEI 或 ARB,但有些 p't BP 已偏低,因此逕行處方 persantin 還屬合理。
4. Trental 治療 proteinuria 的情況與 Persantin 相同,都是 off label use。我們也暫訂尊重醫師的自我決定,當然 off label use 的責任,由處方醫師自我承擔。(附件四)

決議：

1. Persantin 用於 CAD 的病患上,原則上暫時不核刪,但建議應先使用 β blocker 或 calcium blocker 後效果不佳,再使用 Persantin,但需注意 coronary steal syndrome 的潛在危險。
2. Persantin 用於 proteinuria,尊重醫師的自我決定,原則上先不逕行核刪,但建議先用過 ACEI 或 ARB 後無效後,再處方 Persantin 較合宜。
3. Trental 治療 proteinuria 的情況與 Persantin 相同,尊重醫師的自我決定。

(四) 案由：有關有症狀 UTI 病患除 urine routine 外,另執行 culture

及 sensitivity test 之審核共識，提請討論。

說明：

1. UTI 可執行 urine routine。
2. Repeat UTI、High risk p't (DM 或 GU stone 或 GU stmctmal disorder)還可做 culture 及 sensitivity test。
3. 治療後，仍有 s/s，可再做 urine routine。

決議：

1. UTI 可執行 urine routine，但不以 urine routine 結果判斷是否需要做檢查的必要。
2. Repeat UTI、High risk p't (DM 或 GU stone 或 GU stmctmal disorder)還可做 culture 及 sensitivity test。
3. 治療後，仍有 s/s，可再做 urine routine。
4. Asmyptomatic bacteriuria 一般不需要治療。

(五) 案由：有關 COPD 病患用藥，應如何審查，請討論。

說明：

1. 現階段 COPD 的診斷明顯是低估，COPD 的用藥也沒有濫用的情形，COPD p't 在診所所得到的醫療照護受影響。
2. 考量診所設備，病歷如記載完整病患病況，加上 MRC 或 CAT 的問卷，治療評估病患衛教資料及或 FEV1/FVC，也可依 COPD 嚴重度開予處方治療。

決議：同意前開說明段 1、2 點；並附上 COPD 診斷問卷表(附件)。

(六) 案由：有關 Singulair 藥品使用，應如何審查，請討論。

1. 長期使用 Singulair 病況永遠是同一階，沒有依 p't 病情進展做進階或降階調整。
2. 長期使用欣流，抽審病歷沒有任何是否符合 Guideline 的記載。
3. 上呼吸道疾病就診，只要 p't 有 wheezing 或過去病史有 wheezing，就開 3 天藥加上一星期 Singulair。
4. 現況 ICS 並無濫用情況。

說明：

1. 依全民健康保險藥品給付規定：

6.2.4 Montelukast sodium (如 Singulair Coated Tab, Singulair Chewable Tabs)：(90/7/1)使用規定：

1. 限用於六歲以上之小兒及成人「輕度至中度持續性支氣管哮喘」疾患。
2. 病歷上應詳細記載上個月發作次數、頻率及 PEFr 值之變化。
3. 每月最大量限三十粒。
4. 本品項不得與 cromoglycate 或 ketotifen 併用。

※「輕度持續支氣管哮喘 (mild persistent asthma)」之定義：

- (1) 氣喘發作次數每週多於一次，但並非每天發作。
- (2) 發作時會影響日常生活及睡眠。
- (3) 夜晚發作次數每月多於二次。
- (4) 尖峰呼氣流速 (Peak Expiratory Flow Rate; PEFr) 或第一秒呼氣量大於 80% 預測值；每日變異值為 20-30%。

6.2.5. Montelukast sodium 4mg

(如 Singulair Chewable Tab. 4mg、Singulair oral granules 4mg)：(92/1/1、100/7/1)

須符合下列各項條件：

1. 限用於「輕度至中度持續支氣管哮喘病患」。
 2. Chewable Tab. 4mg 限用於二歲~五歲嬰幼兒、oral granules 4mg 限用於6個月~五歲嬰幼兒。
 3. 病歷上應詳細記載上個月發作次數、頻率。
 4. 每月最大量限三十粒(包)。
 5. 本品項不得與 cromoglycate 或 ketotifen 併用
2. 使用欣流或 ICS 治療 Asthma，應附足夠的資料(3個月以上病歷)，證明符合 Guideline。申報氣喘照護計劃，應附上氣喘照護管理檔案資料。
 3. 氣喘病人檢驗只能先從 eosinophil count、IgE 或 phadiatop test(30021C 支付點數：505 點)三種中，擇一申報(需滿二歲以上)。必須上述檢驗發現異常，才可申報特異過敏原檢驗(30022C 支付點數：1620 點)。不得同一次就診時，同時申報。
 4. 氣喘治療使用 singulair 每三個月後應做升降階評估處置，三個月後若成效好，需降階停用欣流。降階後氣喘又發作，評估發作次數及嚴重度後，符合條件可再升階使用欣流。反之，用欣流三個月後，氣喘沒改善，仍經常發作應改變或增加其他藥物，若仍在用欣流而不升階降治療，將不同意欣流給付。

決議：

1. 使用欣流或 ICS 治療 Asthma，應附足夠的資料，證明符合 Asthma

治療 Guideline。申報氣喘照護計劃，應符合氣喘照護計劃規定，並附上氣喘照護管理檔案資料。

2. 氣喘病人檢驗從 eosinophil count、IgE 或 phadiatop test(30021C 支付點數：505 點)三種，可一起檢驗。必須上述檢驗發現異常，才可申報特異過敏原檢驗(30022C 支付點數：1620 點)。
3. 氣喘治療使用 singulair 每三個月後應做成效評估處置，三個月後若成效好，可繼續治療 3-6 個月，以後預做升降階評估處置。如降階停用欣流後氣喘又發作，評估發作次數及嚴重度後，符合條件可再升階使用欣流。反之，用欣流三個月後，氣喘沒改善，仍經常發作應改變或增加其他藥物，鼓勵使用 ICS，若仍一直使用欣流而不升階降治療，將不同意欣流給付。
4. 請小兒氣喘專家再討論予以增減及修改。

(七) 案由： 缺鐵或小血球貧血檢驗之審核共識，請討論。

說明：

1. 小血球貧血，有許多情況均可造成，因此宜進一步檢查才給藥。
2. 可同時檢驗 Fe、TIBC 或 Ferritin(101 年共識會議已決議)。
IDA(Iron def Anemia)病患，會 $Fe < 50$ 、 $TIBC > 400$ 或 $Fe/TIBC < 10\%$ 或 $Ferritin < 12$ 。(CKD P'T Ferritin < 100)
3. 建議總局修改 $Hb < 10$ g/dl，才可做 HB electrophoresis(約 250 點)的規定。Anemia($Hb < 12$ g/dl)只要證明不是 IDA，不管 microcytic 或 nomocytic，宜進一步檢驗是否地中海貧血。
4. 臨床經驗，小朋友由於抽血不易，經常是大人貧血，進步檢驗出

地中海型貧血，才發現小孩有此疾病。

5. 地中海貧血如需更精密檢驗，建議可轉診至相關診治醫院進一步檢查。

決議：同意說明段 1、2、3、4、5 點，建議將血紅素電泳申報事項條件修訂(如下表格)，俾利各科別共同遵循。

原審查注意事項規定內容	建議修訂內容
<p>壹、一般原則</p> <p>二十一、 血紅素電泳 (08030C)</p> <p>1. 小血球性貧血最主要的因素有二：</p> <p>(1) 缺鐵性貧血</p> <p>(2) 地中海型貧血</p> <p>2. 血紅素 < 6mg/dl，不論原因建議住院。</p> <p>3. 一般血液檢查屬小血球性貧血時，建議成人血紅素 < 6mg/dl (即是缺鐵性貧血) 予以轉診住院治療。</p> <p>4. 血紅素介於 6mg/dl ~ 10 mg/dl 之間，有以下情形，且經專業判斷須進行治療者，可執行本項檢查：</p> <p>(1) 有疑似地中海型貧血者或有地中海型貧血家族史者。</p> <p>(2) 必須區別地中海型貧血之類型。</p> <p>小血球性貧血補充鐵質後仍未改善者。</p>	<p>壹、一般原則</p> <p>二十一、 血紅素電泳 (08030C)</p> <p>1. 小血球性貧血最主要的因素有二：</p> <p>(1) 缺鐵性貧血</p> <p>(2) 地中海型貧血</p> <p>2. 血紅素 < <u>6</u>10mg/dl，不論原因建議住院。</p> <p>3. 一般血液檢查屬小血球性貧血時，建議成人血紅素 < <u>6</u>10mg/dl (即是缺鐵性貧血) 予以轉診住院治療。</p> <p>4. 血紅素介於 6mg/dl ~ 10 mg/dl 之間，有以下情形，且經專業判斷須進行治療者，可執行本項檢查：</p> <p>(1) 有疑似地中海型貧血者或有地中海型貧血家族史者。</p> <p>(2) 必須區別地中海型貧血之類型。</p> <p>小血球性貧血補充鐵質後仍未改善者。</p>