

檔 號：
保存年限：

全民健康保險西醫基層總額支付制度 執行委員會台北區委員會 函

聯絡地址：台北市中正區公園路15-1號8樓

承辦人：呂小姐

聯絡電話：(02)2331-1508

傳真電話：(02)2331-1507

受文者：如正本受文者

發文日期：中華民國99年8月5日

發文字號：台北區健基字第0990000734號

速別：普通

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：轉知台北區基層醫療審核醫師(家醫科、內科)整理之共識
資料乙份(如附件)。

正本：台北市醫師公會、台北縣醫師公會、基隆市醫師公會、宜蘭縣醫師公會、金門
縣醫師公會

主任委員

何博基

台北市醫師公會收文				
日期	8	月	9	日
字號	606			號

台北區基層醫療審核醫師(家醫科、內科)整理之共識資料

時間：99 年 4 月 7 日

主席：何博基 主任委員

主持人：王佳文 組長

出席人員：全體現任基層審核醫師（家醫科，內科）

紀錄者：台北區審核醫師

一、ARB 類降血壓藥依實證醫學對降血壓及減少心血管後遺症，都比 ACEI 好，但常被核刪，違反醫學潮流，似有不妥。

結論：

1. 單方劑型可第一線使用於高血壓病人。

2. 複方劑型仍不宜使用於初診病人，若有使用之必要，請註明理由，從寬認定。

※台北市醫學中心林立，高血壓都是處方 ARB，易造成診所醫師的困擾，且醫院可以處方，診所不可以，確實不妥。

二、降血脂藥物給付規定表（附件一），對於無心血管疾病患者的處方規定中，請附三個月前，所指是多久？

結論：三個月到一年期間，即超過一年的數據不予採認。

※三個月前定義不明，易產生困擾。

三、降血脂藥物給付規定表（附件一），對於無心血管疾病患者的處方規定中，其中如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，定義為何？

結論：

1. 持續減量治療不必停藥。

2. 仍需三至六個月抽血檢查一次，以了解治療效果及調整藥物的依據。

※JCN7 建議對高血脂患者，積極治療，以減少併發症。

四、Januvia 與 TZD（Thiazolidinedione）如 Avandia、Pioglitazone 等的使用原則（附件二），其中規定須先使用 Metformin，但要處方到何種劑量才可？另 Sulfonyurea 要處方多少劑量？血糖控制不好的標準為何？

結論：

1. 依審查原則，Sulfonylureas、Biguanides、 α -glucosidase inhibitor，三者需使用至少兩種（含）。

2. Metformin 500mg 至少使用 3#（含）以上。

3. Sulfonylurea 或 α -glucosidase inhibitor 只要有使用即可，不限劑量，以減少低血糖及其他副作用發生。

4. 依據健保局糖尿病照護指標，目標值如下：

a. Sugar AC：90~130

b. Sugar PC：<160

c. HbA1c：<7.0

未達上述三個目標值的任一個，即屬糖尿病控制不良。

- ※ 1. (附件二)藥物使用原則，只規定對 Metformin 不適或有禁忌之患者，不得選用，TZD。未規定 Metformin 使用劑量造成困擾。
2. Sitagliptin(Januvia)審查注意事項請見 98 年 7 月 9 日基層總額支付執行委員會第三次會議紀錄。(附件三)
3. 規定清楚，讓醫師盡心治療病人，不必擔心審查醫師看法不同而被核刪。
4. 糖尿病照護指標請見(附件四)。

五、01 案件(簡表)中報日劑量如 3 天申報 75 元，若無違反健保規定，不要核減單一藥物，其他 04、09 案件若申報藥價在合理範圍內，儘量不要核減。

※日劑量給付若太低，全體醫師都受害！！3 天若在 75 元左右，不要核刪，以免日劑量太低，而造成 3 天 75 元再調降。

六、腹部超音波申報原則，依 99 年 4 月 1 日修訂西基審查注意事項中，B、C 型肝炎患者每 6 個月超音波追蹤檢查一次，肝硬化患者每 3 個月超音波追蹤檢查一次，申報醫令未明訂？

結論：B、C 型肝炎患者每 6 個月以上的腹部超音波追蹤檢查以 點：882，代碼：19001C 申報，肝硬化患者每 3 個月腹部超音波追蹤檢查以 點：643，代碼：19009C 申報，目前醫院及醫學中心對於 B、C 型肝炎患者 6 個月以上之腹部超音波追蹤檢查，均以 點：882，代碼：19001C 為申報醫令，全國一體適用，應為妥適。以六個月為標準，六個月以上申報 19001C，六個月以下申報 19009C。

※參考說明如下：

1. 96 年 1 月 8 日爭審會函，發文字號：健爭審字第 0960000071 號，慢性肝炎患者，施行檢查間隔時間超過 6 個月者，同意給付 點：882，代碼：19001C (參附件五)。
2. 腹部超音波檢查-追蹤性檢查申報適用原則 點：643，代碼：19009C --慢性 B、C 型肝炎在追蹤中發現病兆，建議以相隔 3 個月實施一次腹部超音波檢查 (96.04.01.)。(附件六)
3. B、C 型肝炎患者每 6 個月腹部超音波追蹤檢查，應含肝、膽、胰、脾、腎，乃是完整且重新的審視，檢查器官多，而非單一器官及病兆，申報 點：882，代碼：19001C 合理。

七、病毒性肝炎追蹤檢查原則？

結論：爭議審議委員會審查室對於病毒性肝炎追蹤檢查之爭議審議原則(附件七)，整理表格如下：

分類 肝炎類別	肝功能 (每 3 個月)	肝功能 (每 6 個月)	AFP (每 3 個月) 高危險群	AFP (每 6 個月)
HBsAg (+) 、 HBeAg (+)	V		V	V
HBsAg (+) 、 HBeAg (-) HBV DNA (+)	V		V	V
Anti-HCV (+)	V		V	V
HBsAg (+) 、 HBeAg (-)		V	V	V

※附註資料：(附件七第二頁)

- ✓ 高危險群之定義：40 歲以上男性、肝硬化及 HCC 家族史之病患。
- ✓ 肝功能不正常者，肝功能可每一~三個月檢驗一次。
- ✓ 一般肝功能檢查項目：GOT、GPT、Alk-P、 γ -GT, 必要時可依臨床症狀加驗 P.T.、T/D-Bilirubin、Albumin、Globulin。
- ✓ HBV-DNA (+) 之定義--HBV-DNA $>10^3$ copies/ml 以上濃度者。

八、H2-blocker (如：Gaster、Quimadine 降至 4 元以下)，是否仍需胃鏡報告？

結論：

1. 現行潰瘍用藥原則已有規定。
2. 消化性潰瘍用藥已降至 4 元以下，無需胃鏡報告，臨床醫師可依據病患症狀進行使用。

※(附件八)消化性潰瘍用藥使用原則第二頁的 2

九、胃幽門桿菌之滅菌標準為何？

結論：

1. 胃鏡或上消化道攝影有潰瘍依據者，可逕行使用 (胃鏡病理報告有無 H.P. 僅供臨床參考)。
2. 碳 13-幽門桿菌檢測 (U.B.T.) 陽性反應，可在胃鏡報告 4 個月的時間內，進行第二次滅菌。
3. 無潰瘍之幽門桿菌感染病患，無法以健保標準滅菌，高危險群者須自費。

※請見(附件八)第二頁的(9)，特別強調申報時要註明初次治療。

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定—第2章心臟血管及腎臟藥物

2.6.1. 全民健康保險降血脂藥物給付規定表

血脂異常之 起病治療原則	血脂濃度	≥2個危險因子 (如附註二)	TC/HDL-C>5 或 HDL-C<40mg/dl	治療目標	處方規定
無心血管 疾病患者 (如附註一)	TC ≥200mg/dl	×	×	<200mg/dl	如非藥物治療未達治療目標，得使用降 血脂藥物(請用三個月內及本表所列檢 查數值)，接受藥物治療後，應每三至六 個月抽血檢查一次，同時請注意副作用 發生，如肝功能異常或橫紋肌溶解症 等，如已達治療目標後應減量至最低 有效劑量，並持續服藥治療。(91/9/1、 93/9/1、97/07/01)
	LDL-C ≥130mg/dl	×	×	<240 mg/dl	
	TG ≥100mg/dl	×	×	<180mg/dl	
	TC ≥280mg/dl (需同時合併有 TC/HDL-C>5 或是 HDL-C<40mg/dl)(91/9/1)	×	×	<200mg/dl(87/4/1)	
患有 心臟血管 疾病者 (如附註一)	TC ≥200mg/dl	×	×	<180mg/dl(87/7/1)	接受藥物治療後，應每三至六個月抽血 檢查一次，同時請注意副作用發生，如 肝功能異常或橫紋肌溶解症等，如已達 治療目標後應減量至最低有效劑量， 並持續服藥治療。(93/9/1、97/07/01)
	LDL-C ≥130mg/dl	×	×	≤100mg/dl(87/7/1)	
	TG ≥200mg/dl (需同時合 併有 TC/HDL-C>5 或是 HDL-C<40mg/dl) (91/9/1)	×	×	<150mg/dl(87/7/1)	
	血中三酸甘油酯高於500mg/dl，具有罹患急性胰臟炎危險者，得使用降血脂藥物。(87/4/1、93/9/1)				
附註一：血脂異常患者：					
(一) 冠狀動脈粥狀硬化患者					
有心悸、胸痛、氣促、(附註一)或(附註二)者，醫院名稱及日期。					
(二) 腦血管病變患者					
有腦中風、失語、偏癱、(附註一)或(附註二)者，醫院名稱及日期。					
(三) 周邊血管病變患者					
有腳趾、腳趾、腳趾、(附註一)或(附註二)者，醫院名稱及日期。					
附註二：危險因子：					
1. 高血壓 2. 糖尿病 3. 肥胖 4. 有早發性冠心病家族史 5. 女性≥55歲或男性≥65歲或停經後有哮喘者					
6. 吸烟(因吸烟而將分數加倍) 7. 血脂異常 8. 家族性高脂血症(如家族性高脂血症，應以自費治療)					

增修訂條文	原條文
二、內科	
(一).10. 糖尿病用藥，因藥物作用機轉相同：如 <u>sulfonylureas 類型藥物 (glinepiride 等) 不可與 meglitinides 類型藥物 (如 repaglinide、nateglinide) 合併使用。</u>	新增
(一).11. TZD (thiazolidinedione) 類藥物 使用原則： (1) <u>葡萄糖失耐症 (IGT) 之病人不得作為預防性的治療。</u> (2) <u>使用前應有病患用藥安全評估，如：心臟、肝臟、腎功能狀態之描述，或其相關功能評估之檢驗 (查) 報告。</u> (3) <u>宜遵守以低劑量為起始劑量之原則，再逐步考慮增加劑量。</u> (4) <u>請檢附治療前後 3 至 6 個月 HbA1c 之報告 (除對 metformin 不適或有禁忌症之患者外，未使用 metformin 則不得選用 TZD)。</u>	新增
(一).12. 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： (1) <u>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。</u> (2) <u>非 B、C 肝炎患者，肝功能異常，超音波檢查以一年一次為原則。</u> (3) <u>超音波檢查比例異常者加強審查。</u>	新增
(一).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： (1) <u>肝、腎良性腫瘤以 6 個月追蹤 1 次為原則。</u> (2) <u>肝、腎囊泡依病歷紀錄由專業個案認定。</u> (3) <u>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。</u>	新增

基層總額支付執行委員會（審查組）第三次會議紀錄

時間：98年7月9日（星期四）下午2時

地點：台北市安和路一段廿七號九樓（第二會議室）

出席：王委員火金、張委員德旺、莊委員維周、黃委員啓嘉、蔡委員有成
藍委員義生

請假：陳委員晟康

列席：蔣執行長世中、林主任秘書志劭

主席：王組長正坤

紀錄：陳宏毅

壹、主席報告：（略）

貳、上次會議結論辦理情形：洽悉

參、討論事項：

一、案由：廣續討論「全民健康保險西醫基層總額醫療費用審查注意事項」修訂案。

結論：

（一）基層診所施行物理治療案件審查原則：

1、得由復健科、骨科、神經內科、神經外科或整型外科審查
醫師審查之項目如下：

（1）簡單治療項目—簡單 Simple（42003C）


（2）簡單治療項目—中度（指實施簡單治療項目二項以上，且
合計時間超過30分鐘）（42006C）

（3）中度治療項目—中度 Moderate（42009C）

2、應由復健科審查醫師審查之項目如下：

（1）中度治療項目—中度 Moderate（42017C）（註：限復健
科專科醫師開設之基層院所或基層院所聘有專任之復健
醫師者申報）

（2）中度治療項目—複雜（指實施中度治療項目三項以上，且
合計時間超過50分鐘）（42012C）

科別	基層總額支付執行委員會（審查組）建議增（修）訂條文	原條文	建議增（修）訂條文理由或相關單位意見
	<p>錄者，則相關之藥品、處置或檢查項目，應予核刪。</p> <p>(2) 申復案件，如再補附 SOAP 登錄應記錄者不予補付。</p>	<p>者，則相關之藥品、處置或檢查項目，應予核刪。</p> <p>(2) 申復案件如再補附 SOAP 記錄者不予補付。</p>	<p>SOAP 型式。</p>
內科	<p>二、內科審查注意事項（新增條文）</p> <p>(十三) <u>Sitagliptin (Januvia)</u></p> <p><u>訂定基層醫療院所使用規範：</u></p> <p>1. <u>葡萄糖失時症（IGT）之病人不得作為預防性的治療。</u></p> <p>2. <u>使用第一線藥物兩種以上（SULFONYLUREAS, α-Glucosidase inhibitor, MEGLITINIDE, BIGUANIDE），血糖尚控制不佳時，可以使用。</u></p> <p>3. <u>請檢附治療前後3至6個月HbA1c之報告。</u></p> <p>4. <u>使用此藥，請詳細註明使用理由於病歷。</u></p>		<p>1. 因為：JANUVIA 尚無使用規範。</p> <p>2. <u>台灣內科醫學會</u>：尚稱合理。</p>

照護指標

1. 血糖檢查率：每次就診測量一次 75% 好 50-75% 可 <50% 警戒

輔導

目標值 90-130 警戒值 <90 或 >150 (飯前)

目標值 <160 警戒值 >180 (飯後 2 小時)

2. A1C 檢查率：每三個月監測一次 75% 好 50-75% 可 <50% 警戒

輔導

目標值 <7.0% 警戒值 >8.0%

3. 血脂(TG、Total-CHOL、LDL-C、HDL-C)檢查率：正常者每一年監測一次，

異常者(醫師參考值)每三個月監測一次 一年做過一次四項都得檢查即可

美國糖尿病協會(2003)

危險性	TG	Total-CHOL	LDL-C	HDL-C	
				男	女
高危險	≥ 400 mg/dl	≥ 240	≥ 130	<40	<50
中度危險	150-399	200-239	120-129	40-59	50-69
正常	<150	<200	<100	>60	>70

4. 肝腎功能(BUN、Cr、GOT、GPT)檢查率：正常者每一年監測一次，異常者每三個月監測一次 一年做過一次四項都得檢查即可

肌酸酐(Creatinine)：正常值 0.6~1.5mg%

GPT：正常值 5~40U/L

5. 尿蛋白及微量白蛋白尿檢查率：每年監測一次 每年至少作過一次尿蛋白 (-)

才做微量白蛋白尿

正常 <20

7. 視力及眼底檢查率：視力及眼底檢查(散瞳)每年診查一次 每年至少作過一次

程度	眼底表徵
輕度	至少有一微血管瘤及一至多個視網膜微血管出血，硬性滲出物和視神經纖維層有梗塞現象。
中度	視網膜血管出血，一個或一個以上象限的微血管瘤，靜脈串珠狀變化，視神經纖維層梗塞，視網膜內微小血管病變。
重度	眼底變化出現下列三項中任何一項者： 1. 網膜血管出血及微血管瘤出現位置佔滿四個象限。 2. 靜脈串珠變化至少兩個象限。 3. 視網膜內微小血管病變至少一個象限。
極重度	含有重度眼底表徵二項或二項以上之眼底變化者。

8. 心臟功能(EKG)：每一年監測一次 每年至少一次

本局每半年將要求所轄之共同照護網認證機構進行相關報表回復，以利本局統計及訂定未來方針。

附件五
-1

檔 號：
保存年限：

全民健康保險爭議審議委員會 函

機關地址：100 台北市中正區許愛國東路 100 號 5 樓
傳 真：(02) 33222909
聯絡人及電話：陸含芳 (02) 33938633 轉 306
電子郵件信箱：egluh@doh.gov.tw

106

台北市大安區信義路三段 140 號
受文者：中央健康保險局

發文日期：中華民國 96 年 1 月 8 日
發文字號：健爭審字第 0960000071 號
速別：
密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：本會 95 年第 12 次委員會會議附帶建議詳如說明段，請 查照。

說明：

一、 95 年 12 月 14 日召開家庭醫學科審查專家座談會，決議與建議內容如下：

(一) 有關西醫基層案件病歷採認之共識。

1. 對於院所檢附之病歷資料（如醫令清單、處方明細、電腦製作病歷、手寫病歷等），如有記載病人基本資料、就診日期、主訴、檢查項目及結果、診斷或病名、治療處置或用藥等內容時，予以採認為病歷，就所載內容是否符合清晰、詳實、完整之規定，是否足資佐證醫療服務之合理性與必要性進行審查；對於檢附二份病歷且記載內容不同，致使事實認定有疑義者，不予採認。

2. 建議健保局：

(1) 建請西醫基層醫療費用審查注意事項，比照中醫門

診總額支付制度之中醫審查注意事項及牙醫門診總

106

(三) 有關慢性肝炎患者施行腹部超音波爭議案件審查之共識。

1. 對於未檢附正本照片(內含病人 ID 或病歷號碼、檢驗日期)者，不予給付。

★ 2. 慢性肝炎患者，施行檢查間隔時間超過 6 個月者，同意給付 19001C (若健保局核減理由未載明前次檢查日期者，則撤銷另核請健保局查明後另為適當之核定。)。

3. 對於腹部超音波爭議案件多之醫療院所，若適應症為慢性肝炎，應請院所檢附足資佐證慢性肝炎診斷之資料。

4. 對於非為慢性肝炎者，未經基本理學檢查，逕行腹部超音波者，不予給付。

5. 對於初複核皆未檢附腹部超音波報告，至本會才檢附者，不予採認。

6. 其他未載明內容依照本會腹部超音波檢查審議原則、家醫科審查注意事項內容審查。

(四) 有關慢性疾病爭議案件病歷審查之共識。

1. 對於使用單一藥物治療之案件，病歷至少須記載診斷及相關檢查或檢驗數值 (例如「hypertension: 150/90 或 DM PC: 150」) 等內容。

2. 對於多重用藥之病患，須詳載相關病史、用藥史等內

附件六

查項目及次數。

14-1. 肝硬化患者可每三個月做一次超音波檢查。(96/4/1)

14-2. 申報腹部超音波檢查醫療費用時，若無相關症狀或理學檢查之記載等，應不予給付。(96/4/1)

* 14-3. 對於腹部超音波一追蹤性檢查(診療代碼19009C)其適用於同一病人為同一疾病之目的之再次腹部超音波檢查，為申報適用原則。(96/4/1)

* 14-4. 對於慢性B、C型肝炎在追蹤中發現有病灶，建議以相隔3個月實施一次腹部超音波檢查一追蹤性檢查(診療代碼19009C)為適用原則。(96/4/1)

15. 腫瘤標記應注意其特性，非所有癌症患者皆需安排各類腫瘤標記檢查，應依其所患癌症及其臨床需要檢查。診療所需施行之腫瘤標記檢查，申報超過1次以上者，宜予核刪為原則，若有特殊情況需重複檢查，應於病歷記載檢查之適應症，以利審查。(97/5/1)

16. 長期留置Port-A病患於化療期間每日之換藥，限以48010C項申報一次。

17. 低血球時期(WBC總數少於1,500或血小板少於50,000)，應可考量每日檢查08011C一次。

18. 結核病案件之審查原則：(96/4/1)

(1)為顧及病人服藥安全，醫師得依專業判斷及疾病管制局修訂之「結核病診治指引」，以開立一般處方箋，或總劑量1個月之慢性病連續處方箋。

(2)如經醫師診治認為有開立總劑量1個月以上慢性病處方箋之情況者(例如病人需長期出國超過一個月者)，醫師應詳述理由。

爭議審議委員會審查室對於病毒性肝炎追蹤檢查之爭議審議原則

一、若 HBsAg (+)，而肝功能正常者，可追加檢驗之項目包括：HBeAg、Anti-HBe、AFP

(一) 若 HBeAg 檢驗結果(+)，其它檢驗項目及間隔時間如下：

1. 肝功能：每三個月檢驗一次。
2. AFP：每六個月檢驗一次(但對高危險群病人可每三個月一次)。
3. HBeAg：每六-十二個月追蹤檢驗一次。

(二) 若 HBeAg 檢驗結果(-)，其它檢驗項目及間隔時間如下：

1. 肝功能：每六個月檢驗一次。
2. AFP：每六個月檢驗一次(但對高危險群病人可每三個月一次)。
3. HBeAg：每一-二年檢驗一次。

二、若 HBsAg (+)，而肝功能不正常者，可追加檢驗之項目包括：HBeAg、Anti-HBe、Anti-HDV、AFP

(一) 若 HBeAg 檢驗結果(+)，其它檢驗項目及間隔時間如下：

1. ALT 升高 $< 5 \times$ upper limit of normal (ULN)：肝功能每一-三個月檢驗一次。
2. ALT 升高 $> 5 \times$ ULN (acute exacerbation) 或肝硬化病人：檢驗項目：除一般肝功能及 AFP 外，可檢驗 Albumin、Bilirubin(T/D)、PT 其頻率則視病情而定，AFP 亦應檢驗。
3. HBeAg 於肝功能恢復正常時，應再測試之。
4. AFP 之檢查，與肝功能正常者之 (一) 或 (二) 相同。

(二) 若 HBeAg (-)、Anti-HBe (+)、HBV DNA (+) 其處置原則與 HBeAg (+) 患者相同

三、若 Anti-HCV (+)，HBsAg (-)，而肝功能正常者，可以檢驗之項目包括：AFP，其檢驗項目及間隔時間如下：

- (一) 肝功能：每三個月檢驗一次。
- (二) AFP：每六個月檢驗一次。

四、若 Anti-HCV (+)，HBsAg (-)，而肝功能不正常者，可以檢驗之項目包括：AFP，其檢驗項目及間隔時間如下：

- (一) 肝功能：每一-三個月檢驗一次。
- (二) AFP：肝硬化(+)者，每三-六個月檢驗一次。
肝硬化(-)者，每六個月檢驗一次。

五、下列情形者，其處置同上達狀況

- (一) Dual viral infection (HBsAg (+) 與 Anti-HDV (+)；HBsAg (+) 與 Anti-HCV (+))。
- (二) Triple viral infection (HBsAg (+)、Anti-HDV (+)、Anti-HCV (+))。

註：

- ✓ 1. 高危險群病人(high-risk patients)是指 40 歲以上男性，肝硬化患者，HCC 家族史之病患。
2. 一般肝功能檢查項目包括 GOT、GPT、Alk-P、r-GT。
3. 肝炎或肝硬化病人，相關臨床症狀或特殊案例超越本原則者，須在病歷上做明理由。
4. 申請爭議審議時請醫療院所檢附原始或最近一次檢驗報告。

第7章 腸胃藥物 Gastrointestinal drugs

7.1. 消化性潰瘍用藥：

1. 藥品種類：

(1) 制酸懸浮劑：

各廠牌瓶裝、袋裝制酸懸浮劑及袋裝顆粒制酸劑。

(2) 乙型組織胺受體阻斷劑：

各廠牌乙型組織胺受體阻斷劑之口服製劑與針劑。

(3) 氫離子幫浦阻斷劑：

各廠牌氫離子幫浦阻斷劑。

(4) 細胞保護劑：如 gefarnate、cetraxate、carbenoxolone 等。

(5) 其他消化性潰瘍用藥：

dibismuth trioxide, sucralfate, pirenzepine HCl, Gaspin, Caved-S, misoprostol, proglumide 及其他未列入之同類藥品，價格與其相當者比照辦理。

2. 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) 癒痕期 (scar stage) 之消化性潰瘍復發預防，其劑量依照醫理減量使用。

(3) 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)

(4) 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。另外，下列病患得比照辦理：(92/10/1)

I 胃切除手術縫接處產生之潰瘍。

II 經消化系專科醫師重覆多次 (三次以上) 上消化道內視鏡檢查確認屬難治癒性之潰瘍。經診斷確定為 Zollinger-Ellison 症候群之病患，得長期使用氫離子幫浦阻斷劑而不受一年之限制。

(5) 需使用 NSAIDs 而曾經上消化道內視鏡或 X 光攝影證實有過潰瘍，得於使用 NSAIDs 期間內，經消化系專科醫師之確認後可使用消化性潰瘍用藥。(92/10/1)

(6) 對於症狀擬似逆流性食道炎之患者，但其上消化道內視鏡檢查無異

常，若欲使用消化性潰瘍用藥，則需檢附其他相關檢查（如 24 小時 pH 監測）的結果。(92/10/1)

(7)消化性潰瘍穿孔病人經手術證實者，且所施手術僅為單純縫合，未作胃酸抑制相關手術者，可檢附手術記錄或病理檢驗報告，申請使用消化性潰瘍用藥，但以四個月內為限，如須繼續使用，仍請檢附胃鏡檢查或上腸胃道 X 光檢查四個月內有效報告影本。(92/10/1)

(8)嚴重外傷、大手術、腦手術、嚴重燙傷、休克、嚴重胰臟炎及急性腦中風者為預防壓力性潰瘍，得使用消化性潰瘍藥品。此類藥物之針劑限使用於不能口服之前述病患短期替代療法。

★ (9)消化性潰瘍病患得進行初次幽門螺旋桿菌消除治療，使用時須檢附上消化道內視鏡檢查或上消化道 X 光攝影報告並註明初次治療。
(92/10/1)

(10)幽門螺旋桿菌之消除治療療程以二週為原則，特殊病例需延長治療或再次治療，須檢附相關檢驗報告說明理由。

(11)下列病患若因長期服用 NSAID 而需使用前列腺素劑(如 misoprostol)，得免附胃鏡報告，惟需事前報准後使用：

I 紅斑性狼瘡。

II 五十歲以上罹患類風濕性關節炎或僵直性脊椎炎之病患。

備註：

1. The Los Angeles Classification of Esophagitis

Grade A: One or more mucosal break, each ≤ 5 mm long, confined to the mucosal folds.

Grade B: One or more mucosal break > 5 mm long, confined to the mucosal folds but not continuous between the tops of two mucosal folds.

Grade C: One or more mucosal break continuous between the tops of two or more mucosal folds but which involve less than 75% of the esophageal circumference.

Grade D: Mucosal breaks which involve less than 75% of the esophageal circumference.

★ 2. 醫療院所使用單價新台幣四元(含)以下之消化性潰瘍用藥時，得由醫師視病情決定是否需要上消化道內視鏡檢查。(92/10/1)

7.2. 止吐劑 Antiemetic drugs

7.2.1. serotonin antagonists (如 ondansetron ; granisetron ; tropisetron 等)
(93/2/1 - 93/9/1)