

頭痛病患：電腦斷層攝影檢查之爭議

戴春暉

台大醫院神經部

案情摘要

病患為 24 歲女性，因頭痛、嘔吐於 90 年 4 月 21 日至急診就醫，急診病歷之 physical examination 記載如下：「意識：E4V5M6、瞳孔：3.0/3.0、結膜：無蒼白、鞏膜：無搔癢、頸部：充足血流、胸部：清徹呼吸音、心臟：規律心跳、腹部：柔軟、四肢：可活動無水腫、實驗室及放射學檢查發現：點滴藥物治療後頭痛、嘔吐症狀無法緩解，懷疑有蜘蛛網膜下腔出血，計劃安排頭部 CT」，病患接受腦部電腦斷層造影(不加顯影劑)，其檢查報告為：腦皮髓質接合處變不清楚、腦室變小、皮質溝閉塞，顯示有腫脹；臆斷為不明原因之腦水腫，可能為假性腦瘤或創傷導致。健保局之初複核意見為依據病歷記載及病況，不足以支持實施本項之理由、未進行詳細理學檢查、問診，評估，逕予進行該項檢查，不符一般醫學程序，且神經學的評估不足。

申請人(XX醫院)以「病患因持續頭痛、嘔吐未改善，以鎮痛劑治療無效，故安排腦部電腦斷層造影，以得知病變大小、位置、程度等作為診斷治療依據，鑑別是否有蜘蛛膜下出血」為由，向爭審會提起爭議審議。

爭審會審查意見

- 一. 查所附病歷資料，無記錄顯示有關神經學之檢查。
- 二. 無就診當次之前治療相關病歷，亦無相關資料足資佐證申請人所稱「以鎮痛劑治療無效」之意見。(行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會提供)

討論

電腦斷層攝影檢查健保局申報費用相關事項

- 一. 全民健康保險醫療費用支付標準
 1. 放射線診療通則：於施行特殊造影時，如併行普通檢查時，不得加算普通檢查費用。
 2. 頭部型電腦斷層造影
 - (1)同時具有頭部型及全身機型醫院，申報頭部造影時，均依本項頭部型價格給付之。
 - (2)申報費用時應檢附報告。
 3. 全身型電腦斷層造影：申報費用時應檢附報告。
- 二. 全民健康保險審查注意事項
 1. 內科審查注意事項
 - (1)電腦斷層審查原則須附檢查申請書及報告，否則不予給付。
 - (2)檢查申請書或報告內容須包括：①臨床診斷。②檢查目的。③相關病史。④理學(身體)檢查(若係神經系統檢查需附詳細神經學理學檢查)。⑤其他相關檢查結果。
 - (3)完整檢查結果應註明檢查日期，並由放射科專科醫師具名並標明証照號碼。
 - (4)除非必要不可同時施行同部位電腦斷層及磁振造影檢查，若同時實施，應詳加審查。
 2. 神經內科審查注意事項
 - (1)應儘量先使用腦波、肌電圖、神經傳導速度、誘發電位及腦血管超音波檢查方法以確定診斷，但如經神經科專科醫師診察認為尚無法確定診斷而病情需要時，得施行 CT 或 MRI 檢查。
 - (2)如未有神經專科醫師診察而逕行施行

表一：88年至91年電腦斷層造影(CT)件數及費用分局別統計表

分局別	醫令數量						
	88年	89年	90年	91年	89年 成長率	90年 成長率	91年 成長率
台北分局	222,386	198,740	218,470	253,500	-10.63%	9.93%	16.03%
北區分局	116,401	109,964	96,709	100,376	-5.53%	-12.05%	3.79%
中區分局	139,249	132,895	135,939	156,447	-4.56%	2.29%	15.09%
南區分局	87,908	84,382	93,634	109,791	-4.01%	10.96%	17.26%
高屏分局	108,923	111,116	117,929	128,930	2.01%	6.13%	9.33%
東區分局	17,242	14,479	15,491	18,513	-16.02%	6.99%	19.51%
合計	692,109	651,576	678,172	767,557	-5.86%	4.08%	13.18%

分局別	醫令點數						
	88年	89年	90年	91年	89年 成長率	90年 成長率	91年 成長率
台北分局	992,994,843	888,836,510	977,412,609	1,137,904,401	-10.49%	9.97%	16.42%
北區分局	518,800,526	496,417,694	437,650,712	455,362,265	-4.31%	-11.84%	4.05%
中區分局	569,417,875	575,776,618	602,899,916	693,190,747	1.12%	4.71%	14.98%
南區分局	396,634,932	379,584,769	423,529,774	499,840,062	-4.30%	11.58%	18.02%
高屏分局	489,465,510	510,705,496	541,703,328	597,236,869	4.34%	6.07%	10.25%
東區分局	77,365,093	64,590,272	68,930,888	80,710,746	-16.51%	6.72%	17.09%
合計	3,044,678,779	2,915,911,359	3,052,127,227	3,464,245,090	-4.23%	4.67%	13.50%

前述神經學檢查項目者，應加強審查之，以避免檢查浮濫。

3. 神經外科審查注意事項：頭部外傷之檢查，若有必要應以 CT 為主，MRI 為輔。

4. 放射線科審查注意事項

三. 普通檢查之審查要點

1. 門診患者：當日於同醫院所門診以不得重覆做同一項目之影像學檢查為原則，急診患者因病情需要不在此限。

2. 住院患者：重症、急症或各種加護病房之患者因急性變化施行二或二次以上同一項目(含不同部位)檢查，應有報告備查。

函釋

84.9.20 健保醫字第 84016620 號函：有關「電腦斷層造影」及「磁振造影」項目之支付標準，該二項檢查仍比照原勞保支付方式，採按機器型別(全身型或頭部型)及有無造影劑支付，其給付單位與磁振造影檢查相同，係以「次」為給付單

位，非以「部位」為計算單位，亦即同時實施多部位之上開檢查時，費用以一次給付，又多部位可同時一次檢查者，不得分次分項施行。

CT 健保局費用申報狀況

自民國 88 年至 91 年，全民健保有關 CT (33067B、33068B、33069B、33070B、33071B、33072B)件數及費用申報狀況如表一至二所示(資料來源：健保資料倉儲醫令彙總檔)

實證醫學探討

現存證據及剖析

我們依據 Headache/CT, Migraine/CT, Headache/Diagnosis 等關鍵字搜尋自 1994 至 2003 年已發表的文獻，發現至少有三篇文獻針對頭痛病患的電腦斷層攝影(以下簡稱 CT)的必要性及有用性進行研究及整理。

依據 1994 年美國神經醫學會(American Academy of Neurology, AAN)所發表的“Practice Parameter: The Utility of Neuroimaging in the

表二：88年至91年電腦斷層造影(CT)件數及費用層級別統計表

層級別	醫令數量						
	88年	89年	90年	91年	89年 成長率	90年 成長率	91年 成長率
醫學中心	315,288	306,643	322,024	357,949	-2.74%	5.02%	11.16%
區域醫院	227,884	217,878	244,618	299,697	-4.39%	12.27%	22.52%
地區醫院	148,936	127,043	111,503	109,911	-14.70%	-12.23%	-1.43%
基層院所	1	12	27	0	1100.00%	125.00%	-100.00%
合計	692,109	651,576	678,172	767,557	-5.86%	4.08%	13.18%

層級別	醫令點數						
	88年	89年	90年	91年	89年 成長率	90年 成長率	91年 成長率
醫學中心	1,399,228,514	1,406,986,366	1,493,919,392	1,666,315,251	0.55%	6.18%	11.54%
區域醫院	1,022,099,672	973,156,284	1,090,431,826	1,336,706,307	-4.79%	12.05%	22.59%
地區醫院	623,348,408	535,718,834	467,663,187	461,223,532	-14.06%	-12.70%	-1.38%
基層院所	2,185	49,875	112,822	0	2182.61%	126.21%	-100.00%
合計	3,044,678,779	2,915,911,359	3,052,127,227	3,464,245,090	-4.23%	4.67%	13.50%

Evaluation of Headache in patients with Normal Neurologic Examinations“回顧了十七個較具規模的案例研究(皆為 Class III 的資料)發現，在所有因頭痛而前來求診的病人，如果身體及神經學檢查為正常，則利用神經影像學檢查發現有可治療的顱內異常病變的機率僅有 2.4%左右，若進一步排除了因頭痛轉診至醫學中心的研究所引致選擇性收案的誤差，實際在這些各種頭痛但神經學檢查正常的病人，CT 發現顱內病變的機率更降至 0.4%左右。在考量病人接受電腦斷層顯影劑的危險性(使用含碘的造影劑，嚴重的併發症可能性約 1%，而致死率 1/50000)及其經濟上考量，故並不建議例行性地使用 CT 來檢查頭痛的病人。但是如果在頭痛的病症有出現：(1)異常的神經學檢查發現(例如視乳突水腫，或局部的神經學症狀)，或(2)病史上有出現特殊值得懷疑的表現，(如頭痛的型態改變，固定一側位置的頭痛，頭痛時才出現的局部神經症狀，中老年才發生的頭痛，或突然發生的急性劇烈頭痛)時，則應該考慮進行神經影像的檢查[1]。

在 2000 年美國頭痛論壇(The US Headache Consortium)所發表的文獻“Evidence-Based Guidelines in the Primary Case Setting: Neuroimaging in Patients with Nonacute

Headache“亦有如下的建議：神經影像學的檢查在非急性頭痛的病人應用在具有無法解釋的神經學症狀的病人身上。但是對於急性頭痛的病人，中老年才發生頭痛的病人，頭痛急速惡化或將病人從睡眠中驚醒等病史的病人，則 CT 可能發現顱內出血或其他病灶的可能性大為增加 [2]。

美國急診醫學會(American College of Emergency Physician, ACEP)於 1996 年所發表的文獻，由於對於具有生命危險性之病因的頭痛病人，並沒有良好設計的追蹤研究可供參考，因此，採用了較寬鬆的實証醫學方法來進行研究，對於來到急診室突然發作嚴重頭痛的病人，懷疑顱內感染的病人，具有局部神經學變化或有特殊病史的病人，皆建議應進行 CT 的檢查，以排除顱內病灶之可能[3-4]。此外，ACEP 在 2002 年所發表的文獻並建議，對於頭痛治療之反應，並無法依此推測頭痛之病因因此並不得以治療的效果來決定頭痛的病因[5]。

由於上述的文獻在研究方法上皆有相當大的限制，除了全數皆為案例的收集研究外，各種急性頭痛的狀況以及各種病史、症狀表現的重要性，並未能詳加界定，使得這些臨床建議的可用性大打折扣，仍有許多值得進一步研究

及改進的地方。

此外，醫師除了在病人出現頭痛，依病人病史及神經學症狀懷疑顱內可能有病灶而安排 CT 檢查外，病人對其可能有顱內病灶的嚴重焦慮感，病患家屬的強烈要求攝影檢查，及醫師為避免遭遇醫療糾紛等醫學法律問題等，亦為影響頭痛病人安排 CT 檢查的重要因素，有待進一步客觀的研究[6]。

建議

本案例對於病患就醫的病史及神經學檢查應該加以詳實紀錄，並進一步依據實証醫學之精神來判斷患者是否應接受 CT 檢查，應可給予患者更合理的處置與治療。

推薦讀物

1. Frishberg BM: The Utility of Neuroimaging in the evaluation of headache in patients with normal neurologic examinations. *Neurology* 1994;44:1191-7.
2. Frishberg BM, Rosenberh JH, Matchar DB, et al: US Headache Consortium. Evidence-based guidelines in the primary care setting: neuroimaging in patients with nonacute headache. *American Academy of Neurology*, 2000 [online]. Available at:<http://www.aan.com>. Accessed January 1, 2001.
3. Smith EE, Cantrill SV, Dalsey WC, et al: The American College of Emergency Physicians. Clinical policy for the initial approach to adolescents and adults presenting to the emergency department with a chief complaint of headache. *Ann Emerg Med* 1996; 27:821-44.
4. Ramirez-Lassepas M, Epinosa CE, Cicero JJ, et al: Predictors of intracranial pathologic findings in patients who seek emergency care because of headache. *Arch Neurol* 1997; 54:1506-9.
5. Jagoda AS, Dalsey WC, Fairweather PG, et al: The American College of Emergency Physicians. Clinical policy: Critical issues in the evaluation and management of patients presenting to the emergency department with acute headache. *Ann Emerg Med* 2002; 39:108-22.
6. Sudlow C: US guidelines on neuroimaging in patients with non-acute headache: A commentary. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;72(Suppl ii):ii16-8.