

# 高脂血症治療之探討

## The Treatment of Hypercholesterolemia

### 行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會

#### 前言

依據行政院衛生署 91 年衛生統計我國老年人口比率已高達 8.91%，高齡化社會的來臨，加上國人生活及飲食習慣的改變，台灣地區高膽固醇血症的盛行率已由 1974 年的 5.5% 增加到 1991 年的 16.9%，而高三酸甘油脂血症亦由 6.5% 增加到 24.1%；91 年國人十大死因統計排行中，慢性疾病之腦血管疾病、心臟病、糖尿病，分列第二、三、四名，而渠等慢性病與引起動脈粥狀硬化之主因「高血脂」息息相關。另由健保降血脂藥物申報金額來看，據了解亦約由 87 年之 11 億左右增加至 91 年之 21.5 億左右，高脂血症之預防與治療照護品質實值得關切與重視；有鑑於此，本會於處理降血脂藥物費用爭議案件之同時，進行分析探究，認為其間涉有醫療品質之相關議題值得探討，遂藉此議題邀請相關人員及專家，以降血脂藥物費用爭議案件為例，召開討論會議，本文將以一案例為代表說明。

#### 案例

##### 案情摘要

63 歲男性病患，患有長期之高脂血症及高血壓。血脂檢驗值為 89 年 11 月 TC：218mg/dl、LDL-C：158mg/dl、90 年 2 月 TC：226mg/dl、LDL-C：185mg/dl、TG：55mg/dl，開始使用降血脂藥物治療，91 年 7 月 TC、LDL-C、TG 檢驗值分別為 173 mg/dl、128 mg/dl、58 mg/dl，續使用降血脂藥物治療。健保局以「適應症/種類/用量不符該品項藥品給付規定、無 CV risk factor、lipid profile 達目標區」為由不予給付該項藥物費用。

院所以「病患之 89 年 12 月 TC：218mg/dl、LDL-C：158mg/dl、90 年 2 月 TC：226mg/dl、LDL-C：185mg/dl 給予 Zocor 後 lipid profile 改善，曾予停藥治療，惟因血脂檢驗值(TC、LDL-C)又立即有升高情形，而又開始使用 Lipitor 治療。至 91 年 7 月血脂檢驗值恢復正常，是藥物影響下的表現。對一位罹患高血壓的六十歲老人而言，難道沒有 CV risk factors，lipid profile 落入治療目標區後仍可繼續使用藥物，以免反彈徒留傷害。」為由向本會申請審議。

##### 審定結果

原核定撤銷。

##### 審定理由

病患為 63 歲男性，患有長期之慢性高脂血症及高血壓，屬無心血管疾病，但潛藏有兩個可能導致心血管疾病危險因子(男性 $\geq$ 45 歲、高血壓)之危險分群；查所附病歷資料，血脂檢驗值 90 年 10 月為 TC:249mg/dl、LDL-C:222mg/dl、TG：93mg/dl，91 年 7 月為 TC：173mg/dl、LDL-C：128mg/dl、TG：58mg/dl，顯示血脂檢查值已達治療目標，惟依申復理由載明，曾試著停藥，血脂檢驗值又立即有升高情形，且依全民健康保險降血脂藥物給付規定「如已達治療目標請考慮減量，並持續治療之。」，病患於 91 年 10 月續使用 Lipitor 治療尚屬合理。惟嗣後需定期追蹤檢查血脂，並評估及考慮減少用藥劑量。

#### 討論

##### 臨床觀點

##### 一. 高脂血症之治療

高脂血症治療的目的是使血脂恢復正常，以期降低動脈硬化及心臟血管疾病的發生率；目前世界各國對高脂血症的處理均有各自的治療指引(Guideline)，但大都參考美國「國家膽固醇教育計劃」(National Cholesterol Education Program)(以下簡稱 NCEP)的治療指引修改而成，我國也不例外。有關 NCEP ATP 高脂血症治療指引目前已發展至 ATP III(2001 年版)，該治療指引所建議之高脂血症治療步驟共 9 項，初步著重於高脂血症之篩檢，建議病患需空腹 9-12 小時再抽血，檢查項目涵蓋有 TG、TC、HDL-C、LDL-C(ATP II 初次篩檢不需禁食，檢查項目為 TC、HDL-C)，應用 Framingham Table 找出危險因子及確定危險分群，將糖尿病者的危險分群提昇至已有冠心病者等同危險組，再依所得資料決定危險分群與治療目標，包括確定 LDL 的治療目標、決定是否需要給予非藥物治療及決定考慮藥物治療的時機，並在改善病患對於非藥物治療及藥物治療的順從性方面提出具體策略，如飲食建議加入植物性 Stanols/Sterols、Viscous(soluble)fiber，以加強降 LDL-C 的作用，最後列有 Metabolic syndrome 的診斷與治療指引及高三酸油脂之治療指引，有關各項血脂之定義值較前版不同處有：定義 LDL-C < 100mg/dl 為理想範圍、定義 HDL-C < 40mg/dl 為 low HDL-C(前版為 < 35mg/dl)、調降 TG 各分群之定義值，TG ≥ 500mg/dl 為 Very high(ATP II 則定義 TG ≥ 1000mg/dl 為 Very high，400-1000mg/dl 為 high)。

## 二. 其他

(1) 高脂血症應視為一種慢性病，與糖尿病、高血壓等慢性病同等重要且需持續治療，治療宜先衛教病患從飲食及生活型態作改變，此類病患經由臨床營養師給予飲食及生活型態改變之衛教是相當重要的，亦應於病歷中載明需有完整之生活飲食指導紀錄。另對家族性膽固醇高脂血症病患，常須藥物併用才有療效，惟部分審查醫師認為不宜藥物併用，臨床治療與審查觀點顯有落差；又此類部分病患，有血漿置換術之需，亦應予以慎重考量。

- (2) 高脂血症之病患，分佈於各科，其臨床治療指引之建立，對於非在教學醫院執業或非相關專科之醫師實有助益，目前健保局雖訂有降血脂藥物給付規定(全民健保降血脂藥物給付規定表)，惟仍有需修改之處，如已有許多文獻報告指出，驟然停止降血脂藥物，病患之急性冠心症比率會突然增多，故該規定對有心血管疾病或糖尿病患者停藥之建議顯無意義，研擬一套適合國人之本土化高脂血症治療指引確有其必要性。
- (3) 高脂血症之治療，其降血脂藥費平均一天約三十多元，卻能達成減少併發其他疾病之效益，宜對其治療成本效益作進一步的評估及分析。

## 綜合意見

高齡化社會的來臨加上國人飲食及生活習慣改變，高脂血症盛行率越來越高，其治療已是社會趨勢，未來降血脂藥物費用與高脂血症引起之相關疾病的醫療費用恐有逐年上升之趨勢，因其涉及層面甚廣，如何利用有限的醫療資源加強高脂血症的預防及治療，並建置一套完善的治療指引給付規範為高脂血症治療品質與費用把關，值得重視，謹摘錄學會專家關於醫療品質方面之綜合意見提供醫界參考：

- 一. 目前對同樣可以經由生活習慣的改善及定期追蹤來改善與控制病情之高血壓與糖尿病二種慢性病，係採取透過調整支付方式，提供適當誘因，引導醫療院所對患者提供整體性醫療照顧。即以醫療品質做為支付費用依據之「論質計酬方案」；就高脂血症而言，宜將其列為慢性疾病因應，於有限醫療資源下，維護病患的醫療品質。因此建議可考慮就高脂血症，研議正向誘因之給付方式，並由學會(如心臟學會)提供國際性準則供參。另可透過整合醫療資源，強化醫療團隊之照顧，如由臨床營養師給予飲食及生活型態改變之衛教，並經由公共衛生護士之訪視，追蹤其後續治療情形，並藉由醫療評鑑制度評

估及改善醫療院所治療照護品質。

- 二. 該類病患需長期照顧，宜加強教育民眾於固定的醫療院所就診，俾能追蹤病患藥物使用療效、副作用及生活習慣之改變。如病患在不同醫院就診，看診醫師並無法取得病患先前於他院就診之病歷資料，建議類此相關資料宜予以資訊化，使病患能接受連續性、整體性之照顧，例如建置醫療衛生資訊平台或利用健保 IC 卡之實施，研議對特殊疾病、藥物提供查詢，勾稽病患就醫資料，建立病患就診資料的關聯性，除可確實掌握病患病情，避免重複檢查及處置外，亦可提供病患過去病史，以達到連續性、整體性的照顧病患。
- 三. 降血脂藥物宜由醫師視病患當時的整體狀況而作之判斷中，檢視其用藥是否適當、合理；目前降血脂藥物給付規定表中，有關‘得’、‘應’、‘定期’等字，是讓此規定較有彈性。基於全人照顧，訂定降血脂藥物給付規定值得肯定，可作為各科醫師用藥之規範。
- 四. 有關降血脂藥物給付規定表中未臻明確處可考慮予以釐清，例如無心血管疾病患者，如已達治療目標宜加註「請注意副作用之產生」。關於有心血管疾病或糖尿病患者，則刪除「如經藥物治療二年已達治療目標，建議醫師可考慮暫時停藥」之規定。另對有心血管疾病或糖尿病患者之追蹤檢查，建議可考慮與高血壓、糖尿病患者一樣，每 3-6 個月抽血檢驗一次。
- 五. 對初次治療的病患需做非藥物治療部分，宜規範非藥物治療內容及施行者。另可製作統一衛教單張，俾供醫師看診時說明病情及衛教所需，加強病患健康觀念。
- 六. 為求起步治療審查一致性及考量病患就醫之權益，申報「降血脂用藥」案件送審時，是否需檢附高脂血症初次治療或連續 6 個月病歷，建議研議。另病歷需書寫內容及需檢附何種資料，併予考量；有關醫療法、醫師法所規定清晰、詳實及完整之病歷記載，亦建議學會於繼續教育中向會員宣導。

## 致 謝

本文之完成感謝邵文逸醫師協助審稿及本會陸含肖小姐彙整文章內容。

## 推薦讀物

1. 謝博生：醫療概論。台北，台大醫學院。2003。
2. 行政院衛生署網站：<http://www.doh.gov.tw>，91 年衛生統計(二)生命統計。2004，1 月 16 日。
3. 行政院衛生署網站：<http://www.doh.gov.tw>，91 年國人主要死因統計資料計。2004，1 月 16 日。
4. 中央健康保險局網站：<http://www.nhi.gov.tw>，全民健康保險五項疾病醫療給付改善方案成果發表會。2004，2 月 3 日。
5. NHLBI：<http://www.nhlbi.nih.gov/about/ncep>，NCEP ATP III，2003，11 月 20 日。
6. 劉文俊：<http://home.kimo.com.tw/weiliu/NCEPATP.htm>，簡介美國 NCEP ATP III (2001)高脂治療指引，2003，12 月 11 日。
7. 蕭璧容：<http://www.kmuh.org.tw/www/kmcj/data/9005/4708.htm>，糖尿病高脂血症，2004，1 月 30 日。
8. 陳明豐：高脂血症與動脈硬化性心臟血管疾病之研究。生命科學簡訊 2000;14:3-6。
9. 曾愉桓等：高脂血症與腦血管疾病。當代醫學 1998;25:993-5。
10. 葉建宏等：高脂血症之雙重過濾血漿分離療法。台灣醫學 2001;6:546-51。
11. 蘇大成等：比較在 - 台灣社區中使用 Pravastain 和 Fenofibrate 治療源發性高膽固醇血症患者的效果及安全性。內科學誌

2000;11:91-9。  
12. 臺大醫院網站：<http://ntuh.mc.ntu.edu.tw>

[/intro/research-3.htm](#)，高血脂與心血管疾病，2004年2月11日。