

使用降血壓藥物之爭議

Controversy in the Use of Antihypertensive Drugs

衛生署全民健保爭議審議委員會

前言

隨著壽命的延長以及促成因子如肥胖、缺乏運動及不健康飲食型態的盛行，高血壓已為遍及世界的重要疾病。在 1980 年代著名的 Framingham 高血壓盛行率調查研究，超過 80% 的老年高血壓患者接受治療，其中年齡層在 60-69 歲之間佔 40%，70-79 歲之間佔 50%。至於台灣地區的盛行率，若依世界衛生組織定義(收縮壓 \geq 160mmHg/舒張壓 \geq 95mmHg)，20 歲以上人口為 14%，45 歲以上人口為 28%；若依 JNC VI 定義(收縮壓 \geq 140mmHg/舒張壓 \geq 90mmHg)，20 歲以上的人口為 20-30% 之間，45 歲以上人口為 40-45% 之間，65 歲以上人口則為 50-60% 之間。依據行政院衛生署所公佈的 92 年台灣地區十大死因統計資料，與高血壓直接有關或密切相關的疾病就佔了一半(腦血管病變、心臟疾病、高血壓性疾病、糖尿病及腎臟病)，足見高血壓預防及治療之重要性。

高血壓估計佔現今全球疾病負擔(disease burden)之 4.5%，治療高血壓約可降低 40% 腦中風及 15% 心肌梗塞發生之危險性，因此歐美先進國家早已開始著重高血壓治療之成本效益研究，並以實證醫學研究為基礎，提出有效、實用、簡潔的治療指引或聲明，以期使高血壓患者得到及早、積極的降壓治療。現今國內較常依據的治療準則有「美國高血壓預防、檢測、評價和治療的全國聯合委員會第七次報告(the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of high blood pressure；JNC 7)」、「2003 年世界衛生組織(WHO)/國際高血壓學會(ISH)對高血壓處置聲明」以及「2003 年歐洲高血壓學會(ESH)和歐洲心臟醫學會(ESC)共同發

表的歐洲動脈高血壓治療指南」，面對不同的建議，如何將其內容適切的應用於臨床工作上，使高血壓的控制與治療能夠兼顧醫療品質與成本效益，實屬一大挑戰。

自全民健保開辦以來，民眾之就醫便利性增加，對高血壓患著的治療及照護應大為提昇，惟本會於處理使用降血壓藥物之爭議案件時，卻發現在醫療專業面、制度面有涉醫療品質之相關議題值得探討，遂邀請相關人員及專家就使用降血壓藥物之爭議案件召開討論會議，本文僅利用相關案例為代表提出說明，提供各界參考，期有助於高血壓防治之醫療品質提昇。

案例

案情摘要

病患為 61 歲男性，有高血壓病史，92 年六月間因血壓高達 180/100mmHg，至某診所就診，診斷為高血壓性心臟病，即開立 Cozzar 50mg 1# QD 及 Carvedilol 2.5mg 1# QD 之處方。健保局初核以 323A「未經認定使用同藥理或同成分之常用藥品無效，即逕採用高價藥品」為由核刪費用，複核以「尊重原審醫師意見；高貴藥不是不能用，但不能全面開放，而不用其他傳統藥物」為由，不予補付該項藥物費用。院所不服，以「病患為已經證實之高血壓性心臟病患者，其高血壓病史長久，以往曾使用過 β blockade、 Ca^{2+} blockade 及 vasodilator 治療，至今病患接受 Cozzar 50mg 1# QD 治療已有一段時間，故本人以為用藥之正確性應為考量之首」為由向本會申請審議。

審定結果

申請審議駁回

審定理由

查所附病歷資料，所載診斷為高血壓性心臟病，惟無疾病史之記載，就診紀錄僅一次，無法顯示需同時處方 Cozzar 50mg 1# QD 及 Carvedilol 2.5mg 1# QD(二者皆為降血壓及心衰竭用藥)之適當理由，健保局不給付 Cozzar 50mg 30 顆之原核定並無不當。另初診病患之病歷記載應明確的呈現對病患的評估(生活型態、風險因子)、高血壓的原因、理學檢查及治療前的常規實驗室檢驗等足以支持處置之理由，以維護醫病雙方之權益，併予敘明。

討論

臨床觀點

- 一. 訂定本土化高血壓治療 Guideline：目前臨床上多數參考國外所定之治療指引，開立降血壓藥物，往往忽略了不同族群對某類降血壓藥物的適應性；本次討論降血壓藥物，即考量到隨著醫療進步，國人平均壽命延長，加上新藥不斷開發，如果沒有適合國人的治療方式或用藥之 Guideline，伴隨病患年齡增加，用藥會越趨複雜，用藥困難度亦會增加，因此建議健保局邀集相關專科學會訂定高血壓治療指引(用藥程序、起始治療種類)，建立統一之指引，使臨床醫師有所遵循，使健保審查標準亦能一致。
- 二. 病歷之記載應詳實：病歷內容之呈現應足以支持診斷之正確性及治療之適當性。診療時應區分高血壓為原發性或續發性，並載明高血壓病患之體重、生活型態評估、高血壓致病原因、理學檢查、用藥效果、病患困擾程度及衛教內容；另依文獻證實，病患之生活型態調整對血壓的控制有明確療效，臨床醫師應確切地指導高血壓病患生活型態的修正，幫助病患達到良好的血壓控制。
- 三. 鼓勵病患回歸社區醫療繼續接受治療：目前發現有高血壓病患在醫院接受治療穩定後，曾回歸基層接受治療，惟因病患就醫習慣、或對基層醫師之信心、或診所與醫院無法處

方相同藥物(易遭健保局核刪費用)等諸多因素，導致病患又回到醫院就診，以致大醫院仍承擔大多數高血壓慢性病患，對醫療資源的分配及運用顯然無法適度發揮，宜提高基層醫療照護品質，合理調整給付誘因，使高血壓病患回歸社區醫療。

- 四. 依 JNC 7 及 WHO/ISH 的建議，非複雜性的高血壓宜以低劑量之利尿劑為起始治療；臨床上治療複雜性高血壓，使用降血壓藥物中之 β -阻斷劑、利尿劑及血管擴張劑，亦多能有效控制病情，惟目前有越來越多使用昂貴新藥治療高血壓之趨勢，值得深思。
- 五. 高血壓與糖尿病同屬國內十大主要死因之一，也同屬可以經由生活習慣的改善及定期追蹤來改善與控制病情的慢性疾病，因此建議健保局規劃實施「論質計酬方案」，以透過調整支付方式，提供適當誘因，引導醫療院所對患者提供整體性醫療照顧，著重於「質」的比較而非「量」的比較。

其他

- 一. 考量健保資源有限及用藥效益性，不宜將衛生署許可之藥物，全部納入健保給付。
- 二. 目前國際已有高血壓之治療指南，在本土化高血壓治療 Guideline 尚未制定之前，若國內能落實主流治療方式，以利尿劑、 β -阻斷劑等為首選藥物，在有限的資源下，降血壓藥物之費用將有更合理之支出。

綜合意見及建議

- 一. 依健保局提供之九十一年降血壓藥物申報統計，醫院與基層診所申報費用約 80%：20%，顯示國內高血壓病患集中在醫院接受治療，如何在政策上由給付面、管理方式，予適當引導病患回歸社區醫療，值得考量。
- 二. 降血壓藥物費用佔九十一年度總藥費之 14.01%，費用相當高，民眾所需的醫療服務與該藥治療經費的效益評估值得重視，是否可能造成醫療資源浪費(如醫師之處方、用藥是否濫用)，健保局宜有適當機制介入。

- 三. 病歷應明確呈現主訴、症狀、診斷及處方之內容，高血壓病患尤應詳載血壓變化、用藥效果、副作用及調整用藥情形，以確保照護品質。惟目前案例之病歷多過於簡略，無法了解治療全貌，宜請學會於繼續教育中向會員宣導，加強病歷記載內容。
- 四. 高血壓病患之生活照顧及自我控制，對病情影響深遠，故衛教宣導之加強，可得到很好的效果，建請有關單位及團體參考。

致 謝

本文之完成承蒙周稚傑醫師提供資料，本會陳馨慧小姐彙整文章內容，邵文逸醫師惠予審稿，謹致謝忱。

推薦讀物

1. 廖文評等：台灣之高血壓藥物治療型態-1998年處方箋分析。台灣家醫誌 2004;14:121-32。
2. 蘇秀悅等：生活型態治療在高血壓控制的角色。台灣醫界 2004;47:21-2。
3. 張景勳等：2003年世界衛生組織(WHO)/國際高血壓學會(ISH)對高血壓處置之聲明。中華職業醫學雜誌 2004;11:1-10。
4. 葉明功等：台北市中老年高血壓疾病之門診用藥狀況分析。中華職業醫學雜誌 2004;11:71-8。
5. 張耀文等：高血壓防治的最新發展-JNC 7 簡介。中華職業醫學雜誌(復刊號)2003;10:217-27。
6. 曾春典：高血壓之流行病學及診斷準則。台北市醫師公會會刊 2003;47:44-9。
7. 江福田：高血壓治療新趨勢。台北市醫師公會會刊 2003;47:63-5。
8. 謝俊德等：高血壓-無形沉默的健康殺手。漫談高血壓的防治 2003;46:31-4。
9. 行政院衛生署網站：<http://www.doh.gov.tw>，92年臺灣地區主要死因分析。2004，9月23日。
10. 中央健保局網站：<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。
11. 潘文涵等：台灣地區高血壓盛行率、認知情形、服藥率及控制率。行政院衛生署 1993-1996年國民營養健康狀況變遷調查結果(NAHSIT)1998，237-256。
12. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of high blood pressure. JAMA 2003;289:2560-72.