

# 上消化道泛內視鏡檢查之爭議

Controversy in the Upper Gastrointestinal Endoscopy

衛生署全民健康保險爭議審議委員會

## 前言

隨著社會的變遷、生活步調的加快，現代人在工作、學業上的壓力與日俱增，生活型態日益緊張忙碌，且飲食不定時，容易造成上消化道疾病的好發。依據行政院衛生署的統計，92年胃癌分別列居男性、女性癌症十大死因之第五、第六位，另依研究報告顯示於施行健康檢查之民眾，由上消化道泛內視鏡檢查發現異常之比率亦高達62.3%，故如何診斷、治療及預防上消化道疾病為大家所關切的議題；由於醫療科技的進步，使得上消化道疾病的診斷能力提高，其中上消化道泛內視鏡檢查更扮演著積極角色，檢查範圍包括食道、胃、十二指腸，除了可做診斷外，亦可兼具治療的作用，並大大提升早期診斷胃癌的機會，也是提高胃癌存活率最有效的方法，對上消化道疾病病患之醫療照護品質改進、醫療社會成本及健保支出之降低有其正面之意義。

依據健保局統計，92年申報上消化道泛內視鏡檢查金額為9.6億元左右，如此龐大的醫療費用是否被善用？民眾是否得到適切且安全的醫療？醫療品質？是值得深思的議題。由本會受理的上消化道泛內視鏡檢查爭議案件分析，發現許多醫療品質相關之問題，如醫療院所未能依循「實証醫學」的原則實施診療，相關病史、理學檢查及特殊症狀等病歷記載缺乏或不完整，未落實基本醫療程序、診斷的準確性不足、檢查之必要性不夠等問題。

有鑑於此，本會針對此議題，邀集健保局、相關專科醫學會及專家，召開討論會議，對該類案件之整體性及個別性之問題提出討論，凝聚共識，藉此發現醫療品質面、制度面及教育面等相

關問題，提供建議予健保局及相關醫學會參考。本文僅以其中相關案例作為代表說明，並期能有助於上消化道泛內視鏡檢查品質之提升。

## 案例

### 案情摘要

#### 案例一

病患為37歲女性，診斷為消化性潰瘍，曾於92年7月3日在外院施行上消化道泛內視鏡檢查，檢查報告為糜爛性胃炎，本次門診診療費用爭議之就診日92年7月9日，因反覆性上腹疼痛，遂再次施行上消化道泛內視鏡檢查。原核定機關初、複核皆以「病人反覆上腹痛求診，未予詳細理學檢查，即給予施行上消化道泛內視鏡檢查，應屬過度檢查。」為由核減費用，申請人不服，以「病人因反覆上腹疼痛，且曾在他院檢查被告知有糜爛性胃炎，而接受上消化道泛內視鏡檢查。」為由，向本會申請審議。

### 審定結果

申請審議駁回。

### 審定理由

經查所附病歷資料，係反覆性上腹痛求診，惟查病歷記載簡略，無詳細理學檢查及曾使用藥物治療未改善之記載，且於外院施行之上消化道泛內視鏡檢查報告，已知有糜爛性胃炎，綜上，無法顯示需遽以施行上消化道泛內視鏡檢查之適當理由，故維持健保局原核定，申請審議駁回。

#### 案例二

病患為80歲男性，診斷為上腸胃道出血，於92年1月23日因上腸胃道出血，予以施行上

消化道泛內視鏡檢查，檢查報告為胃潰瘍及上腸胃道出血，惟無法確知出血點，本次住院診療費用爭議之就診日 92 年 1 月 29 日，係持續上腸胃道出血，故再次施行上消化道泛內視鏡檢查。原核定機關初、複核皆以「施行該項檢查過於頻繁，不合常理。」為由核減費用，申請人不服以「因 1 月 29 日當天早上又持續 bloody and tarry stool passage，因此再排一次檢查。」為由，向本會申請審議。

#### 審定結果

原核定撤銷。

#### 審定理由

經查所附病歷資料，92 年 1 月 23 日上消化道泛內視鏡檢查報告載明有上腸胃道出血，惟無法確知出血部位，於 92 年 1 月 29 日又大量上腸胃道出血，再度予以施行上消化道泛內視鏡檢查，以確知病況，尚屬合理，爰將原核定撤銷，同意所請。

## 討 論

#### 臨床觀點

隨著醫療技術及器材發展和治療觀念之演進，內視鏡扮演著重要且積極的治療性角色，為臨床醫師診斷消化道疾病之利器，除提供診斷，提高早期診斷消化道癌症機會，給予早期治療外，對許多需外科治療的疾病，包括胃或食道靜脈瘤出血、消化道異物取出、上下消化道出血、息肉切除術、胃造口術、總膽管結石、阻塞性黃疸等亦提供另一選擇，減少外科手術之執行率，不僅可改進病患醫療照顧品質，同時亦改善了病患之生活品質。

不論是診斷性或治療性內視鏡都是一項侵襲性之處置項目，故施行內視鏡檢查應有一套安全作業規範，以保證受檢者不會因內視鏡檢查或治療而受到感染及傷害，惟目前臨床施行上消化道泛內視鏡檢查之品質良窳不齊，對病患就醫安全形成一大威脅，建議施行此項治療或檢查，宜由接受過完整訓練之消化系專科醫師為之，以維護

病人接受內視鏡檢查之品質與安全，為民眾健康把關。

#### 其他

經由本次討論之爭議案件呈現出之醫療現況有：(1)檢查浮濫；(2)病歷紀錄不明確，無詳細之問診及理學檢查；(3)檢查報告簡單、潦草影響醫療品質；(4)有相關症狀之主訴，未嘗試先給予藥物治療，即予施行檢查等問題。因國人消化性潰瘍盛行率高，故上消化道泛內視鏡檢查為目前國內施行頻率非常高的一項檢查，因此如何善用此項檢查，防止被濫用，及如何提昇檢查之醫療品質，必需予以重視。為防止醫療資源被濫用及維護醫療品質與病人安全，建請健保局及醫學會訂定施行上消化道泛內視鏡檢查適應症及檢查報告之格式與內容，以便遵循。執行上宜回歸相關專科醫師施行此項檢查，並由該專科醫學會成立內視鏡自律委員會，監控內視鏡之醫療品質，當會員行為有偏頗時，予以輔導改善，以提供高品質之內視鏡檢查與治療。

## 綜合意見

上消化道泛內視鏡檢查對消化系疾病之預防、診斷與治療日愈重要，基於醫療照護及健保財務考量，均應予重視。謹摘錄與會專家關於醫療品質方面之綜合意見提供醫界及健保局參考：

- 一. 施行上消化道泛內視鏡檢查之適應症，除健保局各分局審查醫師建議之(1)不明原因之上腹部不適、疼痛、灼熱感；(2)吐血；(3)大便呈黑色或紅色；(4)不明原因之貧血、休克或體重減輕；(5)其他臨床有需要者外，得請消化系內視鏡醫學會補充相關資料及意見，供健保局參考。
- 二. 施行上消化道泛內視鏡檢查應加強報告品質，且申報時應有明確、清晰之資料佐証，病歷應清楚載明診斷、檢查部位、檢查報告及處理過程及結果，以了解實際病況。
- 三. 有關部份健保消化系潰瘍疾病用藥，以須執行內視鏡檢查為給付條件，甚或有 2-4 個月內即應重行檢查，可能形成浪費或造成民眾

不便，建請研議檢討。

- 四. 關於健保局刪除「全民健康保險醫療費用支付標準」內視鏡檢查通則 3：「本項各種檢查，限由各該專科醫師施行後申報」乙節，是否考慮對檢查品質之影響？相關醫學會已有疑慮。健保局即應檢視作業過程，如有瑕疵，即予修正補救。同時，宜將決定之依據及理由，向相關醫學會詳為說明。
- 五. 內視鏡治療之危險性及技術性要求較高，是否對執行院所及執行醫師資格予以適當規範？建請研議。且據統計上消化道泛內視鏡檢查之執行率似有偏高，規範每位醫師之合理執行率是否可行？是否將高執行率醫師列為抽審重點，建請健保局參卓。

### 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>，92年國人主要死因統計資料。2004，11月20。
3. 梁繼權、楊智欽、季瑋珠、呂碧鴻：有症狀與無症狀成人上消化道內視鏡檢查發現之比較。中華民國家庭醫學雜誌 1999;9:140-8。
4. 王惠卿、曾泓富、李全謨、凌美貝、張玉珍：上消化道疾病危險因子以健檢民眾胃鏡檢查結果分析。長庚護理 2002;13:320-5。
5. 陳炯年：<http://ntuh.mc.ntu.edu.tw/health/584.htm>，淺談胃癌。2004，9月9日。
6. 陶聲洋防癌基金會：<http://barryhsu.com/GastricCa.htm>，胃癌。2004，9月9日。
7. 中華民國消化系內視鏡醫學會網站：<http://www.dest.org.tw/icon>，內視鏡安全作業規範。2004，9月22日。
8. 耕莘醫院胃腸肝膽科網站：<http://www.cth.org.tw/02department>，內視鏡檢查。2004，9月9日。