

皮膚科照光治療

Phototherapy in Dermatological practice

衛生署全民健康保險爭議審議委員會

前言

二十一世紀是重視醫療品質的時代，重視醫療品質也就是強調「以病人為中心的醫療」，更要注重「病人之安全」。「以病人為中心的醫療」，意指讓病人充分了解病情及治療，依據病人的需要、意向及價值觀做臨床決策[1]。而醫療人員在為病患施行診斷及治療前，更應充分告知病人所採取的療法及其預期的效果，並使病人充分了解這些資訊[2]。且隨著醫療科技的發展，「病人之安全」成為醫療品質的核心，強調所有醫療行為必須在無害中進行，避免病人在醫療中受到傷害[1]。本會在處理皮膚科照光治療爭議案件中，發現某醫療院所個別醫師申報照光治療費用較同儕高出甚多，且依所附相關病歷資料中有治療時程設計不合常規、未對治療療效詳加評估及記載之問題。考量以病患安全為前題，對於接受照光治療之病患，是否給予個案管理，以發展延續性及有效之醫療，減少健保資源之浪費？有鑑於此，本會於 93 年 9 月邀集健保局、相關專科醫學會及專家，針對皮膚科照光治療議題召開討論會議，尋求共識。本文僅利用相關案例作為代表提出說明，提供各界參考，期有助於皮膚科照光治療之醫療品質提昇。

健保局有關皮膚科施行照光治療之相關規定[3]：

一. 全民健康保險醫療費用支付標準：51018B 光化治療 Photochemotherapy(PUVA)、51019B 光線治療 Phototherapy 項目附註規定：

1. 應於病歷上註明每次治療日期及劑量。
2. 病情穩定者，同一療程以六次為原則。
3. 光化治療：每週至多可申報三至四次為原則。

光線治療：每週至多可申報六次為原則。

4. 適應症：乾癬、皮膚淋巴瘤及尿毒症皮膚癢症，或其他經公認照光治療有效之皮症。
- 二. 全民健康保險醫療費用皮膚科審查注意事項，白斑患者接受紫外光化治療之審核原則：
1. 病灶限暴露部位，病程不超過五年者。
 2. 治療期限：無論合併口服或外用對光敏感劑，每週至多申報三次為原則，總共不超過五十次。
 3. 因審查需要時，應要求特約醫療院所檢送相關病歷並應註明每次治療日期及劑量。如需第二個療程則須於病歷上附照片備查。

案情摘要

病患為 39 歲男性，白斑病史已有 3-4 年，本次門診就診日期 92 年 6 月 6 日，診斷為異色症(白斑)，依門診病歷記載，於療程首日即安排好後續之光化學治療日期，其治療時間之間隔，有每日連續施行至兩次治療相隔二週以上之不等療程。所附皮膚科照光治療記錄單，僅記載施行光化治療日期及病患簽名，未記載病患施行治療後之反應。

原核定機關初核、複核以『病歷紀錄缺乏具體內容或過於簡略，無法支持其診斷與治療內容/未能顯示或判斷施予該項之適當理由或必要性』、『病歷記載字跡過於潦草，無法辨識』、『應優先施以保守療法即可/尚未達到或無執行本項之必要/不適當』、『使用藥量過少，不符醫學常規或有礙醫療品質』等理由核刪光化治療(51018B)費用。申請人不服，以「病患因罹患白斑症，而接受局部型光化學治療(TPUVA)，且已於病歷載明照光，日期、劑量，本治療符合：1. 健保局審核注意事項；2. 局部型光化療法指南；3.

白斑治療指引。局部型光敏感劑已於病歷上詳述於病歷上為 0.01% 8MOP(Acetone)，且所有治療完全符合世界級教科書標準」為由，向本會申請審議。

審定結果

申請審議駁回。

審定理由

按光化治療時程之設計太密集容易曬傷，間隔太久又無效，應每 3 天(至少是 2~4 天)治療一次，惟查所附病歷記載有連續每天照射治療或間隔一週之不等情形，不合光化治療之常規。且病歷記載過於簡略，缺少病程紀錄記載，無法確認是否須治療及繼續治療之必要性。綜上無法顯示需給付光化治療費用之適當理由，健保局不給付之原核定爰予維持。

討論

臨床觀點

紫外線照光，係以人造紫外線光，包括長波紫外線(UVA)320~400nm、中波紫外線(UVB)290~320nm【分為寬波(broad band)及窄波(narrow band)311nm】，或 UVA+UVB 做全身或局部之皮膚治療，若以照射技巧分為直接照射或併用感光物質，如 UVA 再搭配使用口服或外用之感光劑，目前包括 8-methoxypsoralen 及 trimethoxypsoralen，則稱為光化學療法，也就是 PUVA 療法[4][5][8]。UVA1 為新的照光方式，目前只建議用於皮膚 T 細胞淋巴瘤、全身性硬皮症、硬皮樣慢性移植抗宿主病、嚴重成人異位性溼疹、後天性免疫缺乏徵候群之乾癬[4]。

照光療程可分積極療程及維持療程，除白斑另有規範外，其餘疾病之積極療程一般為 3 個月，但皮膚 T 細胞淋巴瘤可至 6 個月，之後若仍需繼續或再次接受積極療程，應於病歷記載原因，並每 3 個月照相備查[4]。病患在接受照光治療前，有時需先測定對紫外線敏感度試驗，如最低致紅斑劑量或最低光毒性劑量，治療一般由低濃度 psoralen、低紫外線照射劑量開始，每週照

射 2~3 次為原則，並依治療之反應情形，再逐步調整治療劑量。PUVA 之治療，以間隔天為原則，最多不可超過連續兩天[6]。(附註：若要使用歐洲之光化學治療流程(限乾癬)，如每週一、二、四、五方式，應於病歷上記載清楚，事先完整規劃)。

紫外線照射可能發生曬傷、噁心、皮膚發紅、全身發癢、皮疹惡化、皮膚乾燥、倦怠、頭暈、長期照射後皮膚癌之發生率會上升、皮膚老化、易產生色素斑及白內障等副作用，治療前應詳細告知病患，並追蹤治療療效，降低其副作用產生[6]。

*照光治療適應症[4]：

1. 全身性乾癬(含中、重度板塊性乾癬及點滴狀乾癬、乾癬性紅皮症)，或掌蹠局部頑固性乾癬之積極治療或維持療法。
2. 白斑症，穩定型全身或局部病例(限暴露部位)[7]。
3. 成人全身頑固性異位性溼疹及全身性結節性癢疹之短期 3 個月內療法，所稱全身性異位性溼疹係指病灶侵犯體表面積 30% 以上，所稱全身性結節性癢疹，應有 100 顆病灶以上。
4. 尿毒性、黃疸性皮炎及後天性免疫缺乏徵候群之發癢性疹。尿毒性、黃疸性皮炎僅限使用一般紫外線療法，不應使用 PUVA 治療。
5. 經切片診斷確定之皮膚 T 細胞淋巴瘤、淋巴瘤樣丘疹病、泛發性扁平苔癬、類乾癬(包括板塊性 en plaque 及丘疹性 PLC、PLEVA)。
6. 經切片診斷確定之全身性硬皮症、硬皮樣慢性移植抗宿主病(GVHD)，但僅限使用 PUVA 及 UVA1 治療。
7. 慢性頑固性掌蹠汗疱疹合併角化，經持續治療半年無效。
8. 其他紫外線照光治療有效之皮膚疾病或特殊個案。為避免作試驗性治療，建議事先申請核准。

*照光治療注意事項[4]：

1. 照光治療前，除口頭衛教外，應給予患者書面、光碟、錄音帶或錄影帶之照光須知並簽訂照光同意書。

2. 照光治療時，應有醫師或專業人員監督下進行。
3. 照光治療時，病人應告知醫師合併用藥，以避免其他藥物引起之光毒性。醫師並應建議病人減少其他不必要之日曬。
4. 照光治療時，應定期檢查皮膚，早期偵測皮膚癌、黑色素瘤、異常之色素變化、皮膚光老化及其他異常之皮膚變化。
5. 使用全身性 PUVA 治療時應做好眼睛防護，服藥後 12 小時內應於日間或鹵素燈下須使用紫外線防護目鏡，之後 24 小時內於日間或鹵素燈下亦應盡可能使用紫外線防護目鏡。患者應定期做眼科檢查，治療前並應注意患者肝腎功能。
6. 臉部、生殖器若無明顯侵犯時應避免照射，尤其男性生殖器部位於接受全身 PUVA 治療時應予以遮蓋。
7. 紫外線治療之一般禁忌症包括色素性乾皮症、光敏感性疾病(但接受光敏感減敏療法者除外)、紅斑性狼瘡(可接受 UVA1 治療)、非肢端惡性黑色素瘤患者。孕婦及餵乳婦亦應避免接受 PUVA 療法。
8. 醫院應備妥每日照光紀錄，每次照光均應有患者簽章。每次療程為 6 次，應於療程治療單或病歷內紀錄其治療日期、劑量及皮膚反應，並應依學理逐步調節其治療劑量。合理之照光劑量依機器、燈管種類、疾病與病患而異。照光紀錄應保存至少一年。
9. 應於機器旁備妥機器維修及燈管、燈泡更換紀錄，照光之螢光燈管至少每 3 個月應測定其燈管能量輸出。
10. 皮膚病變應儘可能有照相紀錄，且應保留至少一年，以供查詢。

其他

- 一. 光化治療，每人接受之耐受性不同，以白種人為例，約 1/2 以上會發生皮膚癌，因此需明定適應症及嚴謹監控治療過程。
- 二. 照光治療因個人敏感度不同，每次照光之前，應評估病患前次照光後皮膚變化及治療效果，而給予合理照光劑量。

- 三. 光化治療因合併藥物使用，需注意病患副作用之產生。
- 四. 基於病患安全及醫療品質，除其本身皮膚疾病外，應考量病患整體狀況，提供適當的治療。
- 五. 醫院購置或租賃照光治療儀器，成本顯有不同，是否應反映成本而有不同健保給付，宜早研議。
- 六. 照光治療之劑量依機器、燈管種類而異，應監督醫院對照光治療儀器及燈照設備維修控管。
- 七. 本會藉由爭議案件，突顯醫療品質、病患安全與健保制度面相關問題，提供思考、改善方向。本次討論案件金額雖不大，卻突顯出部分醫師個別價值觀與醫療行為的問題，恐有影響醫療品質與病患安全之虞。
- 八. 另對醫療儀器產業與醫院管理結合，其既非基於病思考量，且影響健保資源不適當之運用，衛生署及健保局宜及早研議，提出改善方式。

綜合意見及建議

- 一. 依「全民健康保險醫療費用支付標準」及「全民健康保險醫療費用皮膚科審查注意事項」規範有關照光治療之適應症，不甚明確。有鑑於學會、健保局及列席專家，咸認有訂定指引之需要。本次台灣皮膚科醫學會參考「美國皮膚科學會照光準則」提供之「照光治療準則」，及本會專家整理之「皮膚科照光治療文獻」，特提供健保局參考。
- 二. 照光治療中，UVA1 之操作準則及療效，臨床仍未獲共識，醫師採行該項療法，宜注意病患安全，審慎為之。至於是否宜比照一般照光治療給付，健保局宜審慎研議。
- 三. 皮膚科治療，應以病患安全及醫療品質為考量，除一般皮膚性疾病外，同時應兼顧病患其他症狀方面之反應，適時提供治療或建議。
- 四. 照光治療如有異常行為或違規醫療，專科醫學會宜就同儕制約方式予以規勸、輔導改善。健保局發現問題後，應立即登錄並針對

問題，督導醫院及行爲醫師，確實改善。

- 五. 高科技醫療儀器，價格多較昂貴，但醫院係購置或租賃方式，其成本顯有不同，健保局之給付標準是否應反映成本，值得研議。
- 六. 對照光治療儀器，藥政處基於安全考量，重行決定納入查驗登記管理，值得肯定。除此之外，督促醫院確實維護更爲重要，故評鑑及許可事項之監控，不可忽視。

致 謝

本文之完成承蒙林瑞宜醫師提供資料，感謝邵文逸醫師、林瑞宜醫師惠予審稿及本會羅素惠小姐彙整文章內容。

推薦讀物

1. 謝博生：醫療概論。台北，台大醫學院，2003。
2. 蔡甫昌：臨床生命倫理學。台北，財團法人

醫院評鑑暨醫療品質策進會，2003。

3. 中央健康保險局網站：<http://www.nhi.gov.tw>
4. 全民健康保險爭議審議委員會九十三年第九次醫療初審討論會「台灣皮膚科醫學會」報告資料。蔡呈芳醫師：紫外線照光準則，爭審會，2004，9月10日。
5. 台灣皮膚科醫學會網站：<http://www.derma.org.tw>，皮膚科常見問題2005；2月26日。
6. 朱家瑜、紀秀華：白斑。臺灣醫學1999;3:4-436。
7. 劉宏仁、葉慶輝：皮膚色素疾病。基層醫學2002;17:2-26。
8. 台北林口長庚醫院皮膚科網站：<http://www.cgmh.org.tw>，神奇的紫外光照射治療，2004，8月2日。