

實證醫學和健保給付

陳志鴻 理事長

最近一次的理監事會議中，大家對於製訂各項重要疾病的治療指引（guidelines）有了十分熱烈的討論，對於 TSOC 推動治療指引我有以下幾點想法和大家分享：

- (一) 實證醫學是現代醫療重要的基礎之一，但並不是所有的治療都要有充足的實證之後才可施行，有些經驗療法也要得到尊重，因此 guidelines 之撰寫除了要詳細研究各種重要文獻外，更要透過多次的專家會議和學術公聽會以收集各方重要的意見後，才能寫出適合台灣的治療指引。
- (二) 治療指引最好要投稿在有審稿制度的學術期刊上，因為唯有透過客觀的第三者嚴格的審核後，在有學術地位的雜誌上刊登，才能成為可引用的文獻，這樣子的 guidelines 才容易被醫學界接受。
- (三) 治療指引是動態存在的，一旦有新的研究成果出現，隨時可以在學術期刊上投稿發表修正原有的指引，這樣子的指引才真正可以提供臨床醫師正確而有效的治療方法。
- (四) 疾病的治療指引是以學術為基礎，以臨

床實務為依歸的產物；但是不可諱言的是在健保總額限制之下的今天，醫師的治療方針又必須和健保的給付規定盡量求取一致性；同時，我們也要瞭解所謂健保的給付規定是希望在有限的健保資源下將錢用在刀口上，所以很清楚的是某些昂貴的尖端治療，健保的給付範圍會小於學理上的適應範圍，這無所謂對錯，只是立場不同。然而健保不給付的治療，如果符合醫療上的正當性和必要性，醫師當然有責任建議病人接受治療，而病人當然是要自己付費，這是公平而合理的。天下沒有白吃的午餐，社會也不能要求醫師每天只靠「使命感」過日子。

從 TSOC 高血壓治療指引到目前學會正積極進行的各項 guidelines 之製定，我都以此原則和各領域的同仁共同努力推動，希望今年能夠如期完成預定的工作計劃，一方面提供會員同仁們在照顧病人時的一個參考，另外更期待經由學會發表各項治療指引來提供和健保局對話的基礎，最終促使給付規定和治療指引合流，庶幾乃病患之福氣。

肺高壓治療工作小組的誕生及工作目標

(肺高壓治療小組) 王國陽 主任委員

民國 100 年元月 22 日在陳理事長、程秘書長蒞臨指導下舉行了心臟學會第一次肺高壓治療工作小組委員會，會中我們討論了許多議題及意見的交換。回顧過去的一年中，許多工作小組委員亦參加了由陳理事長主持的肺高壓專家共識會議（非心臟學會主辦），對有關肺高壓的診斷及治療流程表達成共識。應健保局的要求，設計了肺高壓的申請簡表，並已在去年冬季會中舉辦了一場熱烈討論的肺高壓 Satellite symposium。陳理事長有鑑於肺高壓病患的診斷及治療，心臟科醫師應扮演更積極的角色。因此大力支持肺高壓治療工作小組的成立，並指派我擔任首屆小組的召集人，我們在收集了目前實際照料肺高壓病患的會員專家，由理事長核定 10 位委員（含召集人）。當天會議達成了以下的結論：

〈一〉肺高壓治療小組成立：這種罕見的疾病由於不同的病理生理學，和獨特的治療策略。肺高壓治療小組將會獨立設立，不隸屬於心衰竭委員會，已於 2 月 11 日之理監事會通過。

〈二〉委員會工作任務及目標。

〈1〉促進國內外及其他肺高壓相關科別專家之學術交流。

〈2〉修訂原發性肺高壓特殊藥物之健保統一申請表格。

〈3〉設立學會與健保局溝通小組：處理特殊治療藥物及重大傷

病卡申請之爭議。

〈三〉安排 41 屆年會及冬季會肺高壓節目。

〈四〉安排 2011 年全國各地區之肺高壓持續醫學教育：台北區/台中區/高屏區。

〈五〉討論聯合藥物治療適應症：根據國際的報告和個人經驗，至少有大於五成的病患須要二種以上（含）特殊藥物治療才能穩定病情，由於預算原因，健保局只准許單一療法，我們將收集更多實證醫學資料，以協商聯合藥物治療適應症。

〈六〉籌備國家肺高壓的登錄：我們知道，法國，比利時和美國都有國家登錄，最近美國公佈的 REVEAL 國家登錄研究，揭示許多有意義的訊息，提供有關病人的特點，分類，治療計劃，藥物處方，預後指標等，在台灣因全國病例數有限，成功機率較大，建議可先草擬計劃（含定義/收案範圍/參與醫院及所需經費等），可於 2011 冬季會發表初步結果，2012 年做總結報告。

2. 肺高壓根據最新 2009 年 WHO 的分類共有五大類，可因數十種不同疾病引起。與高血壓不同的是其中絕大部份為次發性（每百萬人僅有 5-10 例是原發性肺高壓）。若非早期治療其預後相當差，若合併第四期右心衰竭，生命週期約僅有 6 個月，大致與大腸直腸癌相當。由於無特殊性的臨床症狀，故

延遲診斷相當常見（病例罕見，許多病人及臨床醫師對此疾病不熟悉），女性好發，被診斷出來的平均年齡在 35 歲左右。在台灣早年發現的病例多屬晚期，因此許多病例被轉往北部醫院，尤其是台大醫院胸腔外、內科做肺移植的評估，在甫過逝令人尊敬的李元麒教授、及徐紹勳醫師的胸外小組及胸內郭炳宏醫師皆累積相當多的病例。

10 年前心臟科醫師踏入這一塊疾病領域的醫師並不多。主要是這類病人無特殊藥物治療，僅有 12.8% 病患對鈣離子阻斷劑有效。公元 2000 年之後陸續有特殊治療用藥研發問世，如血管收縮素（Endothelin-1）之拮抗劑，前列腺素的衍生物（吸入型、皮下注射及靜脈注射型），或 Phosphodiesterase-5 抑制劑（成份與威爾鋼相同），對這類罕見嚴重

的疾病燃起了治療的新希望。雖然目前只有靜脈注射型的前列腺素有實証醫學支持可延長病人的生命，但在臨床照顧上，這些藥物可有效的改善病人的生活品質（如增加 6 分鐘行走距離，改善心衰竭功能指數，減少住院等），而國外的研究亦不斷更新，在 2009 年即相繼發表 2008 年 WHO 在 Dana point 的新分類及治療指南、歐洲心臟學會 / 歐洲呼吸學會的指南、美國心臟學院 / 協會的指南，因此有較多的心臟科醫師願意加入，過去五年來在台灣許多新發現的原發性肺高壓病例皆由心臟科或小兒心臟科醫師所診斷及治療。

陳理事長在結論時期望在全體委員的努力下為肺高壓的診斷、治療、研究發展及臨床照顧病患上做更積極的介入與服務。

