

B 肝 治 療 手 冊

2021.4
修訂版

財團法人肝病防治學術基金會

台北市公園路30-1號6樓
電話：02-23811896
諮詢專線：0800-000-583
www.liver.org.tw



醫療法人好心肝基金會

台北市公園路30-1號6樓
電話：02-23811897
諮詢專線：0800-000-583
www.goodliver.org.tw



好心肝門診中心

台北市公園路30號2樓
電話：02-23700827
www.glc.tw



好心肝健康管理中心

台北市公園路30號8樓
電話：02-23888799
諮詢專線：0800-000-582
www.ghm.tw



高雄分會 義大癌治療醫院
高雄市燕巢區義大路21號6樓
電話：07-6150917

嘉義分會 嘉義基督教醫院
嘉義市忠孝路642號
電話：05-2763294

台南分會 台南市立醫院
台南市東區崇德路670號
電話：06-2609926 轉 26303

雲林分會 台大醫院雲林分院斗六院區
雲林縣斗六市雲林路2段579號
電話：05-5323911 轉 5855



請掃描QR Code
下載B肝治療手冊最新版本



財團法人
肝病防治學術基金會



醫療法人
好心肝基金會



衛生福利部
疾病管制署

董事長的話

B型肝炎是國人肝病最大禍首。台灣每年約有1萬人死於肝炎、肝硬化及肝癌，其中約有7千人是B型肝炎引起的。

1984年開始，台灣是全世界第一個對新生兒注射B型肝炎疫苗的國家，因此，新生一代的「新台灣人」成為B型肝炎帶原者的機率已經大為降低，然而，1984年以前出生的「舊台灣人」每5~6人中就有1位血清中有B型肝炎病毒的表面抗原存在，換言之，目前在台灣仍約有170多萬的B型肝炎帶原者。

在這些B型肝炎帶原者中，有相當比例的人因為肝臟長期發炎而需要進一步治療。近年來因為新藥的研發，使得目前對於慢性B型肝炎的治療有了長足的進步。但由於這些藥物的使用相當複雜，除了建議您遵從醫囑外，本會也特別將B型肝炎的相關知識整理成手冊，希望能幫助您對B型肝炎有更正確、深入的了解。

財團法人肝病防治學術基金會
醫療法人好心肝基金會



董事長

目錄 CONTENTS

- 2 認識B型肝炎
- 4 B肝的傳染途徑
- 8 B肝的症狀
- 10 B肝的檢查與追蹤
- 18 B肝的治療
- 20 B肝口服抗病毒藥物現況
- 26 B型肝炎用藥健保相關規定
- 34 B肝治療的停藥時機
- 38 B型肝炎Q&A
- 44 我的紀錄表

認識 B 型肝炎

肝病有很多種，在台灣，以病毒性肝病最常見。病毒性肝病是因病毒所引起的肝炎、肝硬化及肝癌，最常見的是由 A、B、C、D、E 型五種肝炎病毒所引起的肝炎，其中，B、C、D 型肝炎病毒可能會導致慢性肝炎、肝硬化，甚至可能會衍生肝癌，A、E 型肝炎則通常不會變成慢性肝炎。

人類感染 B 型肝炎病毒之後，如果無法於 6 個月內將之排出體外，病毒會一直存在於肝細胞且不斷複製，血液中有 B 型肝炎病毒的表面抗原（HBsAg）持續存在，就稱為「B 型肝炎病毒慢性感染者或帶原者」。病毒本身一般不會直接對肝臟造成傷害，但卻會激發人體內的免疫細胞去辨識肝細胞內之病毒，進而攻擊肝細胞引發肝炎，使肝功能受到影響。

肝炎病毒感染可能引起的肝病

	急性肝炎	慢性肝炎、肝硬化	肝癌
A 型病毒	██████████	通常不會變成慢性肝炎	
B 型病毒	██████████	██████████	██████████
C 型病毒	██████████	██████████	██████████
D 型病毒	██████████	██████████	██████████
E 型病毒	██████████	通常不會變成慢性肝炎	

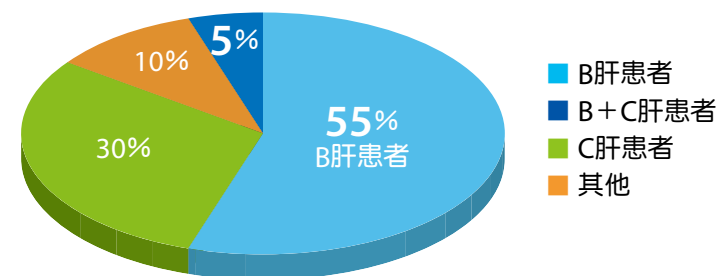
B 型肝炎的可怕

得了急性 B 型肝炎有可能轉變成慢性肝炎，慢性肝炎有可能演變成肝硬化，肝硬化衍生肝細胞癌（以下簡稱肝癌）的機率將倍增。

據統計，B 型肝炎帶原者發生肝癌的比率比非帶原者大 150 倍。

台灣地區每年約有 7 千多人死於肝癌，其中約有 6、7 成是 B 型肝炎引起的。因此，慢性 B 型肝炎患者一再有急性發作時，應接受治療，以避免走上肝硬化、肝癌的不歸路。

台灣人的肝癌病因



B 肝的傳染途徑

B 型肝炎病毒是經由血液或體液傳染的，帶有 B 肝病毒的血液或體液經由傷口或破損的皮膚或黏膜進入體內，就有可能感染到 B 型肝炎。飲食並不會傳染 B 型肝炎。

台灣的 B 肝帶原者幾乎都是在孩童時期前形成的，母嬰傳染（又稱垂直傳染或周產期傳染）約佔一半，學齡前孩童的水平傳染則約佔另一半。小時候人體免疫力尚未發育完全，感染到 B 肝病毒就容易讓它在肝細胞內生存下來，形成慢性終生感染，即俗稱之 B 肝帶原者。

? 為何會得 B 型肝炎

主要途徑	傳染方式
母嬰傳染 	帶有 B 型肝炎病毒的母親在生產過程中，B 肝病毒經由胎盤或產道傳染給胎兒。
水平傳染 	輸入未經檢驗之血液及其製劑、共用針頭或注射器、針灸、穿耳洞、紋眉、刺青、共用牙刷或刮鬍刀、性行為等。

台灣的 B 肝防治措施

台灣是全世界最先實施全國性 B 肝疫苗及 B 肝免疫球蛋白注射的國家，現在 34 歲以下的台灣成年人的 B 肝帶原率，因而從 15% 降至 1% 以下，不但阻斷母嬰傳染，也消弭了學齡前孩童之水平傳染。

? B 型肝炎的預防

預防方法	說明
切斷母嬰傳染	<ul style="list-style-type: none"> 1984 年 7 月起，試辦 B 肝帶原孕婦所生的新生兒，於出生後一週內接種第一劑 B 肝疫苗，6 個月內分段注射三劑。 1986 年 7 月起，推廣至所有新生兒。 血中 B 肝病毒 e 抗原 (HBeAg) 陽性之帶原孕婦，其新生兒於出生 24 小時內，注射 B 肝免疫球蛋白。 2018 年 2 月起，B 肝帶原且血中病毒濃度 $\geq 10^6$ IU/mL 之孕婦，於孕期第 28 週至第 32 週開始服用抗 B 肝病毒藥物；新生兒出生後施打 B 肝疫苗加 B 肝免疫球蛋白。 2019 年 7 月起，B 肝帶原孕婦之新生兒於出生 24 小時內，注射 B 肝免疫球蛋白。
施打疫苗	如果不是 B 型肝炎帶原者，而且血液中也沒有表面抗體 (Anti-HBs) 及核心抗體者 (Anti-HBc)，應儘早接受 B 肝疫苗注射，以產生保護力，避免感染。
避免水平傳染	施打 B 肝疫苗後約有 5%~15% 的人不會產生表面抗體，應該由日常生活中預防，避免血液、體液的接觸。

B 肝的傳染途徑

感染 B 肝病毒會怎樣？

人體在感染到 B 型肝炎病毒之後，免疫系統可能會出現數種反應：

? 一定會成為帶原者嗎

感染時期	免疫反應	結果
嬰幼兒時期	因免疫系統尚未發展完全，當 B 型肝炎病毒進入人體之後，有相當高比例的人，其免疫系統會跟病毒和平共存，不會出現任何症狀。	<ul style="list-style-type: none"> • 母親 e 抗原陽性者，90% 成為 B 型肝炎帶原者。 • 母親 e 抗原陰性者，5~10% 成為 B 型肝炎帶原者。
孩童時期	約 70% 的人在沒有出現任何肝炎症狀的情況之下，免疫系統會與之對抗，最後將 B 型肝炎病毒清除。	25% 成為 B 型肝炎帶原者。
成人時期	約 30% 的人發生黃疸型急性 B 型肝炎。	<ul style="list-style-type: none"> • 得到急性 B 型肝炎後，絕大多數會痊癒，同時也清除了 B 型肝炎病毒，產生具保護性的 B 型肝炎表面抗體。 • 不到 5% 的人，因為無法有效清除 B 肝病毒，成了 B 型肝炎帶原者。
	極少數 (0.1~0.5%) 的人感染 B 肝病毒後，免疫系統猛烈攻擊受到感染的肝臟細胞。	造成猛爆性肝炎。

B 肝帶原會怎樣？

光是檢驗出血液中有 B 型肝炎病毒表面抗原，並不足以看出肝臟受損的程度。因此，通常需要再抽血檢查肝發炎指數、胎兒蛋白，再加上腹部超音波檢查，才能診斷出帶原者是屬於以下哪一種可能的情形：

? B 肝帶原可能會發展成哪些狀況

狀況	說明
不活動型帶原者	超音波檢查正常，肝發炎指數 AST(GOT)、ALT(GPT) 持續正常超過 6 個月以上，病毒濃度 HBV DNA 小於 2000 IU/mL。
慢性肝炎	肝發炎指數異常升高達 6 個月以上的 B 型肝炎帶原者，雖然 AST(GOT)、ALT(GPT) 不正常，但是尚未演變成肝硬化的程度。
慢性肝炎併急性發作	如果突然出現像急性肝炎的症狀，ALT(GPT) 值上升到正常上限值的 5 倍以上。
肝硬化	若肝臟反覆發炎厲害，纖維組織增生，超過肝臟的修復能力，纖維組織不斷累積，肝臟會變硬，形成肝硬化。
肝癌	<ul style="list-style-type: none"> • B 型肝炎病毒感染之後，有一部分人會慢慢變成慢性肝炎、肝硬化、最後衍生肝癌，這就是所謂的「慢性肝病三部曲」。 • 少部分人不經由肝硬化，直接從肝炎衍生肝癌。

B 肝的症狀

90%的B型肝炎無症狀

肝臟內部沒有神經，所以就算肝炎發作，也不容易出現疼痛的感覺；加上肝臟細胞有再生的能力，所以被破壞的肝臟細胞可以很快被新生的細胞遞補。

只要有1/4的正常肝臟，就可以維持一般身體的生理運作，不會出現異狀，所以，約90%的慢性肝炎是不會有症狀的。因此，有無肝炎不能僅憑感覺，必須靠完整的肝臟檢查。

即使慢性肝炎發展至肝硬化，除非病情已嚴重到肝功能失調，否則也可能沒有任何症狀。

至於肝癌，早期通常不會痛，但如果肝癌很大了，或是雖不大但剛好長在肝臟表面，就可能刺激肝臟表面包膜上的痛覺神經，而引起腹痛、腹脹。

? 這些症狀代表什麼

當感染B型肝炎病毒而發生急性肝炎，或是慢性B型肝炎急性發作時，可能出現以下症狀。這些症狀並非只發生在肝炎發作時，其他疾病也可能會有相同症狀，故應盡速就醫，釐清病情。

症狀	說明
疲倦 	一般來說，只有嚴重的肝炎發作才會感到疲倦，疲倦的程度跟肝臟發炎指數 (AST, ALT) 的數值有關，但仍會因人而異。
上腹部不適 或腹脹 	通常在急性肝炎發作厲害的時候才會出現。
食慾不振 	厲害的急性肝炎或是慢性肝炎急性發作時，才會發生，有時甚至可能伴隨出現噁心、嘔吐的情形。
黃疸 	當肝臟發炎、受損厲害時，膽紅素無法代謝、排出，就會積存在血液中造成黃疸，皮膚、眼白看起來會黃黃的；當過多的膽紅素隨尿液排出時，尿液的顏色會變深，即所謂的「茶色尿」。

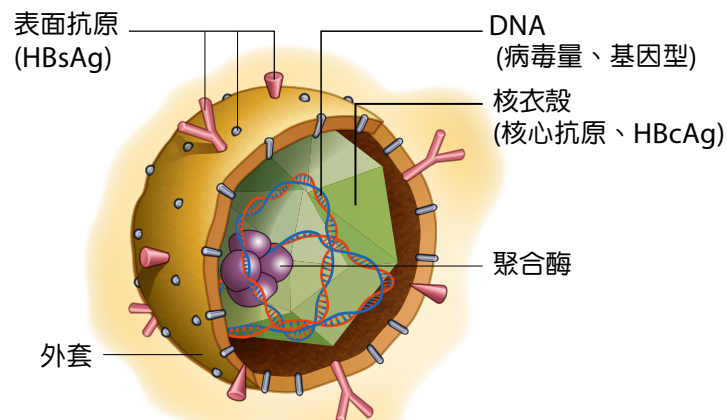
B 肝的檢查與追蹤

肝炎病毒標記，乃是罹患病毒性肝炎後產生的血清指標，對於肝炎的病因診斷、治療以及病程的預期有很好的參考價值。

常聽到的「B肝帶原者」一詞，其實就是來自於對肝病檢驗中有關病毒標記結果的判讀。B型肝炎的終極治療目標就是「表面抗原的消失」及「表面抗體的產生」，即使達到此等目標，仍是帶原者，須終生定期追蹤檢查。

什麼是「抗原」？什麼是「抗體」？

抗原是病毒結構的一部分，抗體則是人體對抗原所對應製造的蛋白質。



? 你做過這些病毒標記檢驗嗎

1 B型肝炎表面抗原 (HBsAg)

若呈陽性(+), 且持續6個月以上：表示是B型肝炎帶原者。

2 B型肝炎表面抗體 (Anti-HBs)

若呈陽性(+), 通常表示具有保護力, 不會被B型肝炎病毒感染。

3 B型肝炎e抗原 (HBeAg)

若呈陽性(+), 表示病毒複製狀態很活躍, 病毒多, 傳染性高。

4 B型肝炎e抗體 (Anti-HBe)

若e抗原消失, e抗體出現, 表示病毒的複製狀態減低, 病毒量少, 傳染性較低, 但仍具有傳染性。

5 B型肝炎核心抗體 (Anti-HBc)

核心抗體呈陰性(-)：以往不曾感染過B型肝炎病毒。

核心抗體呈陽性(+): 表示曾經感染過B型肝炎病毒, 目前可能帶原或已經痊癒, 因此需要配合表面抗原與表面抗體來判斷。

6 B型肝炎病毒去氧核糖核酸 (HBV DNA)

代表B型肝炎病毒濃度, 若數值明顯上升, 表示肝炎可能是B型肝炎病毒引起的。

B 肝的檢查與追蹤

解讀 B 肝病毒標記檢驗結果

不記得、不確定自己有沒有打過 B 肝疫苗，或是 34 歲以上沒打過疫苗也不知道有沒有 B 肝的人，一定要抽血檢驗，了解自己是否對 B 型肝炎病毒有保護力。

你是哪一種

	B 肝表面抗原 HBsAg 陽性(+)	B 肝表面抗體 Anti-HBs 陰性(-)	B 肝核心抗體 Anti-HBc 陽性(+)
1			
	判讀結果：若持續半年以上，即是 B 肝帶原者。有可能走向慢性肝炎、肝硬化甚至引發肝癌。		
	說明：至少每半年至一年要定期追蹤檢查，包括肝發炎指數、甲種胎兒蛋白及腹部超音波檢查，必要時應接受干擾素注射或服用抗病毒藥物治療，以抑制 B 肝病毒之複製並控制病情。		
	B 肝表面抗原 HBsAg 陰性(-)	B 肝表面抗體 Anti-HBs 陰性(-)	B 肝核心抗體 Anti-HBc 陽性(+)
2			
	判讀結果：可能為 B 肝帶原者，也可能是具免疫力的非帶原者。		
	說明： <ul style="list-style-type: none"> 仍為 B 肝帶原者，惟其肝內 B 肝病毒複製狀態已大幅減弱，製造出來的 B 肝表面抗原太少，血中測不到。應繼續定期追蹤，接受必要的檢驗及檢查。 曾感染 B 肝病毒，於 6 個月內痊癒且產生 B 肝表面抗體，因長期未再接觸到 B 肝病毒，人體產生的 B 肝表面抗體日益減少，因而血中測不到。可再追加 B 肝疫苗注射，只要 1~2 劑，血中 B 肝表面抗體會再度測到。 		

	B 肝表面抗原 HBsAg 陰性(-)	B 肝表面抗體 Anti-HBs 陽性(+)	B 肝核心抗體 Anti-HBc 陽性(+)
3			
	判讀結果：大多數(約 95%) 為具免疫力之非帶原者，少數(約 5%) 為隱匿的 B 肝帶原者 (resolved HBV carrier)。		
	說明： <ul style="list-style-type: none"> 曾有急性 B 型肝炎病毒感染(不論有無症狀)，於 6 個月內痊癒者，具免疫力(約佔 95%)。 B 肝帶原者歷經數十年後，其體內 B 肝病毒之複製活力可能逐漸減弱，不但 B 肝病毒和表面抗原之製造數量降低至測不到，甚至產生表面抗體。這種情況仍為 B 肝帶原者，其肝細胞核中仍有具複製潛能之 cccDNA 存在，隨時伺機而動；而在之前數十年帶原期間，B 肝病毒片段已嵌入肝細胞染色體中，且可能因慢性發炎產生程度不一之肝纖維化，甚至肝硬化，故仍為罹患肝細胞癌之高危險群，務必要繼續長期、定期接受檢查。 由於大多數人不知其過去曾有過此種病史，且從未被確認有 B 肝帶原之狀態，因此為了保障自己的健康，建議每年自費接受腹部超音波檢查及肝功能、甲種胎兒蛋白檢查。 		
	B 肝表面抗原 HBsAg 陰性(-)	B 肝表面抗體 Anti-HBs 陰性(-)	B 肝核心抗體 Anti-HBc 陰性(-)
4			
	判讀結果：未曾接觸過 B 肝病毒者。		
	說明：應考慮儘快施打 B 肝疫苗以產生免疫力。		
	B 肝表面抗原 HBsAg 陰性(-)	B 肝表面抗體 Anti-HBs 陽性(+)	B 肝核心抗體 Anti-HBc 陰性(-)
5			
	判讀結果：打過 B 肝疫苗而有免疫力者。		
	說明：不會被 B 型肝炎病毒感染。		

B 肝的檢查與追蹤

完整的肝臟檢查



你做過這些檢查嗎

1 肝發炎指數－AST(GOT)、ALT(GPT)

即俗稱的「肝功能指數」。

AST存在於肝細胞、心肌、肌肉及紅血球中，而ALT主要存在於肝臟細胞內，所以，判斷肝臟發炎狀況主要是檢測血中ALT值。

雖然ALT值會因為肝臟發炎而升高，但是ALT在正常值內卻也不能表示肝臟絕對沒問題，還需要配合其它的檢查才能確實判斷。

2 膽紅素－Bilirubin

膽紅素值上升，可能是肝臟嚴重受損導致肝衰竭，但也可能是膽管阻塞，有時則是因遺傳或紅血球破壞過多所造成。

3 白蛋白－Albumin

人體的白蛋白是由肝細胞製造，血中白蛋白數值下降，表示肝的製造功能不足，可能有肝衰竭或肝硬化；但也可能是蛋白質攝取不足或腎病症候群導致。

白蛋白是維持血液的滲透壓所需，如果滲透壓不足，就容易出現水腫的現象，例如下肢水腫、腹水等。

4 凝血酶原時間－PT

如果出現厲害的急性肝炎發作、猛爆性肝炎或演變為肝硬化等，造成肝臟機能的損傷，凝血酶原時間就可能延長。輕微的慢性B型肝炎並不會造成凝血酶原時間延長。

5 血球計數－CBC

血液中的細胞大致可分為紅血球、白血球及血小板，慢性B型肝炎患者的血球數目通常不太會有變化。

若有較厲害的肝纖維化，血小板可能會減少；當肝硬化合併脾臟腫大時，血小板和白血球數目可能都會減少。

6 胎兒蛋白檢查－AFP

是診斷肝癌的重要指標，但胎兒蛋白數值正常，也不代表肝臟中就沒有肝癌，因為有部分的肝癌（尤其是直徑小於3公分者）發生時，患者血中的胎兒蛋白數值仍然在正常範圍之內，因此，肝癌高危險群定期追蹤檢查時，應配合腹部超音波檢查。

7 腹部超音波檢查

能觀察有無肝硬化，又可以偵測出肝臟內的腫瘤，即使直徑小至一公分，只要醫師或技術員有足夠的經驗都可以將之偵測出來，為篩檢肝癌的一項重要工具。

B 肝的檢查與追蹤

B 肝帶原者的追蹤

B 型肝炎帶原只是表示血液中有 B 型肝炎病毒存在，不表示目前肝臟的情形，因此，需請專科醫師定期做完整的肝臟檢查，必要時使用抗病毒藥物。

完整的肝臟檢查

- ◎ 肝發炎指數
- ◎ B 型肝炎病毒標記
- ◎ 甲型胎兒蛋白
- ◎ 腹部超音波

定期追蹤

B 型肝炎病毒慢性感染的患者，有可能會進入慢性肝炎、肝硬化、肝癌的肝病三部曲，而在三部曲的演變當中，通常是沒有症狀的，因此，一定要定期追蹤檢查。

? 必須多久檢查一次

對象	檢查項目	檢查頻率
不活動型帶原者 (肝功能持續正常， 超音波檢查正常)	抽血檢查 肝發炎指數及胎兒蛋白	每6個月
	腹部超音波檢查	至少每1年
慢性B型肝炎患者 (肝發炎指數異常持 續6個月以上)	抽血檢查 肝發炎指數及胎兒蛋白	每3個月
	腹部超音波檢查	每6個月到1年
肝硬化患者	抽血檢查 肝發炎指數及胎兒蛋白	每4~6個月
	腹部超音波檢查	每3~6個月
	胃鏡檢查 (肝硬化患者容易發生食 道或胃靜脈瘤破裂出血)	至少先做一次，尤 其已有脾腫大者； 若曾有靜脈瘤破裂 出血，應依醫師指 示為之

B 肝的治療

B 型肝炎因其病毒特性，雖然近年來在 B 型肝炎的治療上已有很大的進展，但現行的藥物只能抑制 B 肝病毒複製，無法根除 B 肝病毒，因而目前尚無法根治 B 型肝炎。

治療目標：

- 肝發炎指數 AST(GOT)、ALT(GPT) 恢復正常，避免肝臟持續處於發炎狀態，以免走向肝纖維化、肝硬化、肝癌。
- 血液中測不到 B 肝病毒量。

治療對象：

並非每一位慢性 B 型肝炎患者都需要治療，必須由醫師依據病情來決定。

治療方式：

目前對於慢性 B 型肝炎的治療方式有口服抗病毒藥物及針劑長效型干擾素兩類藥物，臨床治療以口服藥物為主流。

何種治療方式較佳？並不一定，只要依照醫師指示接受合宜的治療，慢性 B 型肝炎患者的病情通常都可以得到控制。

慢性 B 型肝炎的治療方式及藥物

	口服抗病毒藥物 	長效型干擾素針劑 Interferon 
藥品	<ul style="list-style-type: none"> • 干安能 (Lamivudine) • 干適能 (Adefovir) • 貝樂克 (Entecavir) • 喜必福 (Telbivudine) • 惠立妥 (Tenofovir disoproxil fumarate, TDF) • 韋立得 (Tenofovir alafenamide, TAF) 	<ul style="list-style-type: none"> • Interferon alpha-2a (如Roferon-A) • Interferon alpha-2b (如Intron A) • Peginterferon alfa-2a (如Pegasys)
作用	屬核苷酸類似物，抑制病毒的複製。	具有多種功能的活性蛋白質，有壓制病毒複製、抗病毒的效果，也有提升免疫力的功效
方式	<ul style="list-style-type: none"> • 口服，一天一顆。 • 方便、服藥順從性高。 	<ul style="list-style-type: none"> • 注射，一週一次。 • 治療期間多固定為一年。
效果	絕大多數病人在規律服藥的情況之下，都可以達到在血液中檢測不到病毒的結果。	達到 B 肝表面抗原消失的比例 (約 5%) 較口服抗病毒藥物 (約 1%) 高。
問題	<ul style="list-style-type: none"> • 一旦停藥後，病毒有 9 成的機會再旺盛複製，約有一半患者必須再服藥壓制。 • 大多數必須長期服用。 • 服用藥物期間多久無法事前預測。 	<ul style="list-style-type: none"> • 可能出現發燒、掉髮、白血球數目降低、憂鬱等不適症狀，少數人有嚴重副作用。 • 病人接受度低。

B 肝口服抗病毒藥物現況

目前B型肝炎臨床治療仍以口服抗病毒藥物為主，口服的抗病毒藥雖然還是有些許可能的副作用，如胃腸不適、頭痛等，不過比起干擾素而言，副作用少很多、服藥方式也簡便，因此病患的接受程度較高。

B 型肝炎口服抗病毒藥物治療現況：

 <p>干安能 (Lamivudine)</p> <p>干適能 (Adefovir)</p>	 <p>喜必福 (Telbivudine)</p>
<p>上市時間較早，但抗藥性比例較高，目前很少做為第一線用藥。病毒抗藥性發生比例中等。</p>	
 <p>貝樂克 (Entecavir)</p> <p>惠立妥 (Tenofovir disoproxil fumarate, TDF)</p>	 <p>韋立得 (Tenofovir alafenamide, TAF)</p>
<p>臨床上治療B肝以這兩種藥物使用最多，都具有抑制病毒能力強、抗藥性比例少等優點。</p>	<p>2017年上市的新藥，係針對前驅物惠立妥存在的副作用(腎毒性、骨質密度流失)所修正研發的，療效及安全性提升，預估將取代惠立妥成為第一線用藥。</p>

B 肝帶原育齡婦女用藥原則：

對於處於生育年齡(約20~45歲)之女性B肝帶原者，其可能面臨的情況包含下列幾種：

情況	治療建議
<p>未懷孕者 因病情所需考慮接受治療時</p>	<ul style="list-style-type: none"> 建議優先選擇干擾素注射，因其療程固定，約1年左右，副作用不會太嚴重且成功控制病情之機率可達30~40%，比較不會影響懷孕之機會。 若不想承受干擾素之副作用而希望選用口服抗病毒藥物，則應考慮惠立妥(未來可能會被新一代藥物韋立得取代)，若在服藥期間懷孕，其對胎兒之影響甚少，且其發生抗藥性之機率甚少。
<p>先生為B肝帶原者 而太太在生育年齡中</p>	<p>先生治療的原則同情況同上。</p>
<p>懷孕期間 因B肝急性發作</p>	<p>可考慮使用惠立妥或喜必福治療。</p>
<p>產後哺乳期間 發生B肝急性發作</p>	<p>仍以惠立妥治療為佳。</p>
<p>高病毒量之孕婦 於產後4週時停止服用惠立妥或喜必福後</p>	<p>應密切追蹤肝發炎指數之變化，至少持續半年。</p>

B 肝口服抗病毒藥物現況

臨床常用的三種口服抗病毒藥物

韋立得 (Tenofovir alafenamide, TAF)

在台上市時間：2017年4月

說明	
特點	<p>能使藥物有效成分高效率地集中作用在肝臟細胞中，臨床研究也證實，韋立得能發揮與惠立妥相似的高抗藥門檻及高病毒抑制能力，預估將取代惠立妥，成為第一線用藥。</p> <p>由於韋立得可降低全身性藥物曝露量，避免血液中藥物濃度過高，並降低副作用出現的風險，可使腎功能受損病患對於藥品的耐受性及安全性提高。</p> <p>韋立得不建議用於末期腎病（估計肌酸酐廓清率 < 15ml/min）且未接受長期血液透析的病人。</p> <p>估計肌酸酐廓清率大於或等於 15ml/min，或末期腎病（估計肌酸酐廓清率 < 15ml/min）但已接受長期血液透析的病人，則可使用韋立得且不須調整劑量。血液透析當日，待血液透析治療完成後再投予韋立得。</p>
副作用	於仿單上所載明的常見副作用為：頭痛、腹痛、疲勞、咳嗽、噁心、背痛等，但發生機率很低，停藥後症狀大多可以緩解。
服用方式	每日一顆（25毫克），隨餐口服，建議每天都在固定時間服用，以維持穩定的血中濃度，且可避免遺漏。

惠立妥 (Tenofovir disoproxil fumarate, TDF)

在台上市時間：2011年

說明	
特點	<p>可有效抑制 B 型肝炎病毒複製，減少肝臟發炎機會。根據臨床研究統計，連續使用長達 8 年，極少有抗藥性產生。</p> <p>曾經使用其他抗 B 型肝炎病毒藥物治療過，當需要再接受口服抗病毒藥物治療時，惠立妥仍能有效的抑制病毒，不會因曾經接受過其他抗病毒藥物治療而影響其治療反應。</p> <p>除了干適能外，惠立妥與其他的抗 B 型肝炎病毒藥物不具有交叉抗藥性，因而亦可作為其他抗病毒藥物出現抗藥性時的救援用藥物。</p>
副作用	較常見的副作用有噁心、腸胃不適、皮疹、頭痛、疲倦，但發生機率不高，且停藥後症狀大多可獲得緩解。惠立妥有相當低 (< 2%) 的機率會使腎功能受損，長期使用亦可能導致骨質流失。惠立妥經由腎臟代謝，因此，中重度腎功能不佳病患（肌酸酐廓清率低於 50 ml/min），或血液透析病患，在治療期間需要依照醫囑調整服藥頻率並監測腎功能。
服用方式	每天一顆（300毫克），可和食物併服或單獨使用，沒有空腹或服用時機的限制，建議每天在固定的時間服用。腎功能不佳者需調整使用狀況：不是每天服用，可能延長至每三天甚至一周服用一次。

B 肝口服抗病毒藥物現況

貝樂克 (Entecavir)

在台上市時間：2006年

說明	
特點	貝樂克 (Entecavir)，是一種口服的類核苷酸藥物，主要是藉由抑制 B 型肝炎病毒聚合酶的活性，來達到治療 B 型肝炎的目的。 貝樂克可有效抑制肝臟中 B 型肝炎病毒的複製，減少肝臟細胞發炎；具有強效的降病毒作用，副作用很少，其最大的優點是低抗藥性，連續使用達六年，抗藥性出現的機會大約 1.2%。
副作用	對貝樂克成份過敏者，不宜使用。在副作用方面，貝樂克較常見的副作用有頭痛、疲倦、腹瀉、消化不良等，但機率不高，且這些症狀在停止服藥後大多可以緩解。
服用方式	有兩種劑型，0.5mg 以及 1mg。沒有干安能抗藥性的病人，建議服用 0.5mg；有干安能抗藥性的病人，建議服用 1.0mg。 每天一顆，需空腹服用。一般建議於用餐前或用餐後 2 小時服用 (需與食物間隔 2 小時)，藥物在體內維持有效濃度的時間約 15 小時。

腎功能與 B 肝抗病毒藥物選擇

目前最常服用的抗 B 肝病毒藥物貝樂克及惠立妥，主要皆由腎臟排泄，因而使用前及使用中都要注意腎功能。

惠立妥長期使用中，部分病人的腎功能可能會受到影響，其推估的腎絲球過濾率 (eGFR) 數值會下降，血清肌酸酐數值 (creatinine) 會上升，雖然腎臟受損程度一般不會太厲害，但總是令人不安，韋立得的上市，可減少此項副作用。相對的，貝樂克一般不會影響腎功能。

不同的腎功能狀況下，三種抗病毒藥物之使用：

腎功能 eGFR (ml/min/1.73m ²)	貝樂克 (0.5毫克)	惠立妥 (300毫克)	韋立得 (25毫克)
≥50	每天一顆	每天一顆	每天一顆
30~49	每2天一顆	每2天一顆	每天一顆
15~29	每3~4天一顆	每3~4天一顆	每天一顆
<15 (含已接受透析者)	每7~10天一顆 (透析後12小時服用)	每7~10天一顆 (透析後12小時服用)	每天一顆

韋立得不可用於 eGFR < 15 ml/min 且未接受長期血液透析治療者，但可用於已接受長期血液透析治療者，不需調整劑量，每日一顆，血液透析當日於透析結束後服藥。

B 型肝炎用藥健保相關規定

目前慢性B型肝炎治療的藥品給付規範如表，限用於參加「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」之下列慢性病毒性B型肝炎患者，概區分七大類說明如下：

e 抗原陽性的慢性B型肝炎者	
定義	HBsAg(+)超過6個月(或IgM anti-HBc為陰性)及HBeAg(+)
條件	<p>有以下其中一種情況：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ALT值大於等於正常值上限5倍以上。 2. ALT值介於正常值上限2倍至5倍之間，且HBV DNA \geq 20000 IU/mL，或肝組織切片HBcAg(+)。 3. 經由肝組織切片或肝臟纖維化掃描或Fibrosis-4 (FIB-4) 證實，等同METAVIR system纖維化大於或等於F3者，其ALT值半年有兩次以上(間隔大於3個月)大於正常值上限(ALT>X)，且血清HBV DNA \geq 20,000 IU/mL或經由肝組織切片(血友病患及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片)證實HBcAg陽性之患者。
給付	<ol style="list-style-type: none"> 1. 干安能、貝樂克(0.5mg)、喜必福、惠立妥、韋立得。 2. 治療至e抗原轉陰並再給付最多12個月。

e 抗原陰性的慢性B型肝炎者	
定義	HBsAg(+)超過6個月(或IgM anti-HBc為陰性)及HBeAg(-)
條件	<ol style="list-style-type: none"> 1. 半年內2次以上ALT值大於等於正常值上限2倍以上(間隔3個月以上)，且HBV DNA \geq 2000 IU/mL，或肝組織切片HBcAg(+)。 2. 肝纖維化程度大於或等於F3者，其ALT值半年有兩次以上(間隔大於3個月)大於正常值上限(ALT>X)，且血清HBV DNA \geq 20,000 IU/mL或經由肝組織切片(血友病患及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片)證實HBcAg陽性。
給付	<ol style="list-style-type: none"> 1. 干安能、貝樂克(0.5mg)、喜必福、惠立妥、韋立得。 2. 至少治療2年，每次療程至多給付36個月。 3. 治療期間需檢驗血清HBV DNA連續3次，每次間隔6個月，均檢驗不出HBV DNA時得停藥。 4. 停藥後復發時得再接受治療，不限次數。
慢性B型肝炎帶原者且已發生肝代償不全者	
定義	已發生肝功能代償不全(凝血酶原時間延長 \geq 3秒，或總膽紅素 \geq 2mg/dL)。
條件 & 給付	依HBeAg(+)或HBeAg(-)狀況，用藥情況同上。唯用藥選擇限於干安能、貝樂克(1mg)、喜必福、惠立妥。

B 型肝炎用藥健保相關規定

肝硬化患者	
4	<p>HBsAg(+)且可檢驗到血清HBV DNA者，且符合以下(1)~(6)其中一種病況：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 肝臟穿刺切片纖維化程度符合標準。 2. 超音波診斷為肝硬化併脾臟腫大。 3. 超音波診斷為肝硬化併胃鏡檢查有食道或胃靜脈曲張。 4. 超音波診斷為肝硬化且血小板$<120,000/\mu\text{L}$。 5. 肝硬度超音波診斷為肝硬化。 註：以肝硬度超音波證實等同METAVIR system纖維化等於F4之定義：transient elastography (Fibroscan)$\geq 12\text{ Kpa}$或Acoustic Radiation Force Impulse elastography (ARFI)≥ 1.98。 6. 電腦斷層診斷為肝硬化，或磁振造影診斷為肝硬化。
	<p>給付</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 干安能、貝樂克(0.5mg)、喜必福、惠立妥、韋立得。 2. 長期，不限給付年數。

B型肝炎治療期間出現抗藥株者	
5	<p>給付</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 於使用干安能、貝樂克(0.5mg或1.0mg)、或喜必福治療或預防B型肝炎發作期間出現抗藥株(意指於治療中HBV DNA從治療期間之最低值上升超過一個對數值(1log IU/mL))時，以下列條件擇一給付： <ol style="list-style-type: none"> a. 得以原治療藥物再加干適能進行合併救援治療。 b. 改用貝樂克(1.0mg，僅限於對干安能產生抗藥性之病人)單一藥物治療。 c. 以Peginterferon alfa-2a(如Pegasys)或Interferon alpha-2b(如Intron A)治療1年。 d. 改用惠立妥或韋立得單一藥物治療。 e. 原已接受其他口服抗病毒藥物救援治療，治療期間出現抗藥株，或治療未達預期之病毒學反應，得改以惠立妥或韋立得單一藥物救援治療。 2. 若停藥後復發，得以合併療法或惠立妥或韋立得單一藥物再治療，或以干擾素再治療1年。以口服抗病毒藥物治療之給付療程依HBeAg(+)或HBeAg(-)狀況而定。 3. 多重抗藥性病毒株(對干安能、喜必福、貝樂克或干適能出現二(含)種以上藥物之抗藥性)出現時，可用惠立妥或韋立得單一藥物治療，或合併貝樂克(1mg)及韋立得治療。
	<p>6</p> <p>給付</p> <p>HBV DNA$\geq 10^6$ IU/mL之孕婦，自其懷孕第28週起至產後4週為止，給付惠立妥或喜必福。</p>

B 型肝炎用藥健保相關規定

慢性B型肝炎帶原者	
定義	HBsAg(+)慢性B型肝炎帶原者，或表面抗原陰性(HBsAg(-))但B型肝炎核心抗體(anti-HBc)陽性者(註)有以下狀況者：
7 條件	<ol style="list-style-type: none"> 1. HBsAg(+)慢性B型肝炎帶原者，或表面抗原陰性(HBsAg(-))但B型肝炎核心抗體(anti-HBc)陽性者，接受非肝臟之器官移植者，自移植前7天內可開始預防性使用，或接受非肝臟之器官移植後，B型肝炎發作者，可長期使用。 2. 接受肝臟移植者，可預防性使用，且可長期使用。 3. 接受癌症化學療法中，B肝急性發作者，經照會消化系專科醫師同意後，可長期使用。 4. 接受癌症化學療法，經照會消化系專科醫師同意後，可於化學療法前1週開始給付使用，直至化學療法結束後6個月。 5. 確診為肝癌並接受根除性治療且可檢驗到血清HBV DNA，可長期使用，直至肝癌復發且未能再次接受根除性治療為止。(根除性治療包括手術切除、肝臟移植、射頻燒灼、局部酒精注射及微波消融、冷凍治療。) 6. 接受免疫抑制劑治療者： <ol style="list-style-type: none"> i. 預防使用：HBsAg(+)者，經照會消化系專科醫師同意後(或轉介至消化系專科醫師處)，可於接受下列免疫抑制藥物治療前一週起開始給付使用，直至免疫抑制藥物停用後6個月。免疫抑制藥物如下列： <ol style="list-style-type: none"> ii. Rituximab； iii. Anthracycline類衍生物； iii. 中高劑量類固醇(指prednisolone ≥ 20mg/day 或相當之劑量，使用時間超過4週。) ii. HBsAg(+)者，或HBsAg(-)但B型肝炎核心抗體陽性者，於接受其它情況之免疫抑制藥物治療後出現B型肝炎發作，得轉介至消化系專科醫師處，開始給付使用抗病毒藥物治療，直至免疫抑制劑停用後6個月。
給付	干安能、貝樂克(0.5mg)、喜必福、惠立妥、韋立得。
註：2021年3月1日生效之健保修訂給付規定，仍有些許疑義，日後可能會再修訂。	

口服抗病毒藥物健保給付常見問題

B型肝炎口服抗病毒藥物原規範每次給付三年、最多給付二次，考量部分病人每次停藥均有可能復發，每次復發均有可能產生肝代償不全而威脅生命，及時治療才有可能減少肝代償不全及肝硬化的發生，且以口服抗病毒藥物控制病情，可明顯減低後續衍生肝硬化併發症及肝癌之機率，具有極佳的藥物經濟效益。

健保署修訂B型肝炎口服抗病毒藥物之停藥標準並取消療程次數限制，自2017年1月1日起實施，HBeAg陽性患者治療至e抗原轉陰後加上鞏固治療1年；HBeAg陰性患者至少治療二年，於治療期間檢驗血清HBV DNA三次、每次間隔6個月皆檢驗不出HBV DNA時可停藥，每次療程至多36個月，不限治療次數。

在此給付規定實施後，原本自費用藥之病友的接續治療相關問題，整理如下：

問：2017年1月1日修正B肝口服抗病毒藥品給付規定後，HBeAg陽性病患可治療至e抗原轉陰並再給付最多12個月治療。若B型肝炎e抗原陽性病患之前加入治療計畫治療3年後e抗原仍未轉陰，因給付療程限制改以接續自費用藥並持續至今。本次修訂藥品給付規定後，是否可直接納入健保給付繼續治療？

B 型肝炎用藥健保相關規定

答：只要檢附目前e抗原陽性檢驗數據後，就可以納入健保給付繼續治療。

問：(接上題)若可接續治療，又病患於自費用藥期間e抗原已轉陰，停藥時間是否仍為從e抗原已轉陰點加12個月？也就是說，病人若於自費期間e抗原轉陰已8個月，該療程是否只能再以健保給付4個月？

答：依健保給付規定之停藥標準，可再以健保繼續給付治療4個月。

問：(接上題)若病患自費用藥期間皆未檢驗e抗原，最近再去驗，結果e抗原為陰性，因為不知何時轉陰而產生時程認定上的問題，此時需停藥或繼續納入健保治療？

答：建議停藥觀察，若肝炎復發且符合給付規定則可再次治療，療程依再次治療時之e抗原陽性或陰性而定。

問：之前曾加入治療計畫接受治療，因給付療程限制期滿停藥且未自費用藥治療(即現已中斷治療)，2017年1月1日後是否可再繼續療程？

答：已停止治療者，宜繼續密切追蹤觀察，不論e抗原陽性或陰性，只要肝炎再度復發時，符合健保給付規定之治療條件，即可開始接受治療。

問：e抗原陰性病患，因已使用原規定的最多兩次健保給付之療程，故目前自費使用B肝口服抗病毒藥物，請問新制實施後，能否直接轉為健保給付？

答：若本次自費使用藥物係因肝炎復發且服用期間尚未滿二年，則可直接轉為健保給付，至滿二年時，若血中B肝病毒已連續三次間隔半年皆測不到，必須停藥。

問：若e抗原陽性病人於療程內e抗原轉陰後，不到12個月又再轉為陽性，是否可繼續治療？

答：血中e抗原轉陰後，鞏固治療可以有一年的時間，在此期間，如e抗原又轉為陽性，則視同e抗原陽性，繼續治療。

問：2017年1月1日修正B肝口服抗病毒藥品給付規定，HBeAg陰性病患之療程為治療至少二年，治療期間需檢驗血清HBV DNA，並於檢驗血清HBV DNA連續三次，每次間隔6個月，均檢驗不出HBV DNA時可停藥，每次療程至多給付36個月。請問：(1) 需強制停藥或是由醫師決定？(2) 如果一直檢測出DNA，給付期程是否仍不得超過36個月？

答：(1) 依規定，治療二年有連續三次檢驗不到HBV DNA，每次間隔6個月，就應停藥。

(2) 一直檢測出HBV DNA，醫師需詳問病人是否確實服藥，也會檢測是否已有抗藥性而需換藥，若無則給付仍以36個月為限。

B 肝治療的停藥時機

目前的B型肝炎抗病毒藥物可以抑制B肝病毒的活性，讓病毒減少甚至檢測不到，但通常無法完全清除，因此大部分的人停藥後容易復發，只有一部分的人治療中止後，病毒長期測不出來。

經過治療後，就算肝指數都正常，也並不表示體內病毒已經完全被抑制。停藥時機不適當，可能會使病毒活性復活，引發更嚴重的肝炎。因此，對大多數人而言，抗B肝病毒藥比較像糖尿病或高血壓的藥，需長期服用。

停藥後易復發

適當的停藥時機是非常專業的問題，必須遵從醫師指示，不可擅自停藥。至於停藥後是否會復發，要看個人狀況。

一般而言，達到治療目標而停藥後，半年內約有30~40%的病人會復發；若未達到治療目標(例如血中e抗原仍陽性)而停藥，復發的比例則更高達80%以上。

復發的檢查與追蹤

停藥後的一年內最容易復發，所以要密集追蹤。

項目	說明
檢測方式	抽血檢查 
檢驗結果	通常是病毒量先高起來，肝功能才會接著變高。如果病毒量超過兩千國際單位(IU/mL)，肝功能也超過正常值上限2倍，就要考慮B肝復發了。
追蹤方式	建議每1~2個月追蹤一次，每次追蹤都要檢測肝發炎指數，停藥後半年及一年，健保給付檢測血中B肝病毒量。 此外，於追蹤過程中，只要肝炎指數超過正常值上限2倍以上時，就應檢測病毒量，確認是否B肝復發了。

B 肝治療的停藥時機

口服抗病毒藥物停藥時機



根據美國肝病醫學會、亞太肝臟研究學會、歐洲肝病醫學會等的治療指引，可以停用口服抗病毒藥物的時機如下，

對象	e 抗原陽性的病人	e 抗原陰性的病人
停藥時機	必須服用到 e 抗原消失（也就是出現血清 e 抗原轉陰），然後再追加至少一年的口服抗病毒藥物鞏固治療，之後才能停藥。	目前還沒有共識需要治療多久。
說明	需要服藥幾年才能出現血清 e 抗原轉陰，每個人情況不一樣，有的人一年即可達成，有的人需要 5 年以上的治療。 因此，e 抗原陽性的病人需要治療的時間是不一定的，通常都要數年。	美國及歐洲肝病醫學會主張，這類的病人需要治療到表面抗原消失。不過，亞洲的病人很難達到這個目標，所以，亞太肝臟研究學會建議，至少需要一年以上都測不到 HBV DNA（相隔半年，測三次），才能考慮停藥。 一般實際上的治療，大多數是建議二年以上的治療。

干擾素停藥時機



治療慢性 B 型肝炎的時機，使用長效型干擾素與使用口服抗病毒藥物是一樣的，只是干擾素的療程一般為一年，口服抗病毒藥物大都必須長期服用。

對象	e 抗原陽性或 e 抗原陰性的病人	治療期間，病人無法忍受副作用，或有明顯副作用產生
說明	長效型干擾素的療程一般建議為一年，健保目前皆給付一年的療程。	如血球減少至某一程度或有嚴重憂鬱症狀者，則隨時要考慮停藥。

B型肝炎Q&A

Q1 我身體健康，能爬山下海，不可能是B肝帶原者？

A：得了B型肝炎，大部分沒有症狀，因此身體強壯體力好，不代表沒有B型肝炎，換言之，是不是帶原者一定要抽血檢驗才能判斷。

Q2 B型肝炎帶原有可能自己消失嗎？

A：一旦帶原，通常是終生帶原，但有少數的B型肝炎帶原者，在追蹤過程中，B型肝炎帶原「自行」消失，甚至產生抗體，通常發生在中老年人身上，這是因為年老了，病毒繁殖力也弱了，病毒量減少之故，但通常肝細胞內還是有B型肝炎病毒核酸存在，因此仍須定期做追蹤檢查。

Q3 配偶有B型肝炎帶原，性行為會傳染B型肝炎嗎？

A：如果配偶一方有帶原，另一方沒有帶原也無抗體，可以施打疫苗，以產生具保護性的表面抗體，否則應使用保險套以防被感染。如果另一方已經有表面抗體，那就不會被感染，可以放心。如果雙方都是B型肝炎帶原者，那就誰也不怕誰了，但最重要的是要一起到醫院定期追蹤診治。

Q4 已經有B型肝炎帶原，可以打疫苗產生抗體，讓帶原消失嗎？

A：已經有B型肝炎帶原，再打疫苗也沒有用了，不會產生抗體，所以一定要定期追蹤檢查。

Q5 B型肝炎疫苗注射後，抗體可以維持多久？是否需要追加？

A：要確定接種的疫苗是否有效，可以在接種完最後一劑疫苗1~6個月後，抽血檢驗B肝病毒表面抗體。新生兒注射約有95%可以產生抗體，成人接種疫苗，年齡越大，產生抗體的比例也降低。

產生表面抗體後，抗體的濃度會逐年降低，在接種5~6年後，抗體的濃度甚至會低到測不出來，但人體中的記憶性免疫細胞仍會適時發揮作用，故其保護效果至少可以維持10年以上，10年後可視狀況追加B肝疫苗，通常每次注射一劑即可。

Q6 超音波可以診斷出肝炎發作嗎？

A：在肝癌的診斷上，超音波可以說是必備的檢驗項目，但是在肝炎的診斷上，除了少數肝炎在急性發作時，可能會在超音波上看出些微的變化之外，絕大多數的肝炎是無法由超音波看出來的，所以還是需要抽血檢驗相關數值，才能知道是否出現肝炎發作的情形。

B型肝炎Q&A

Q7 沒有B型肝炎帶原，有表面抗體，就不會產生肝癌嗎？

A：要看表面抗體是如何產生的。如果是打疫苗產生的，是絕對不會因為B型肝炎引起肝癌；但如果是自然感染而產生表面抗體的，雖然血液中沒有B型肝炎病毒，但肝細胞內可能仍有病毒存在，因此仍有可能產生肝癌，但機率較帶原者少很多。

Q8 可以長期捐血就代表沒有B、C肝，所以不用擔心會罹患肝癌？

A：B、C肝雖然是最常見引發肝硬化、肝癌的原因，但仍有其他危險因子會導致肝硬化及肝癌，例如脂肪肝或酒精性肝病、自體免疫疾病等。所以可以捐血不等同於不會罹患肝癌。

另外，有些人是曾經長期感染B肝病毒，但多年後表面抗原消失且產生了B肝表面抗體，一般認為是痊癒了，但其實病毒可能已嵌入肝細胞的染色體中，日後仍可能作怪。雖然機率不是太高，但不是完全沒有，所以即便是長期捐血的人，也不是沒有罹患肝癌的可能。

Q9 慢性B型肝炎會痊癒嗎？怎麼判斷B肝已經痊癒了？

A：B型肝炎的治療目標是將B型肝炎病毒從人體內徹底的清除，達到以下狀況，才算接近「痊癒」：

一、 抽血檢驗GOT (AST)、GPT (ALT) 值降至正常範圍。

二、 抽血檢驗B型肝炎病毒量 (HBV DNA) 測不到。

三、 抽血檢驗B型肝炎表面抗原 (HBsAg) 消失。

四、 抽血檢驗B型肝炎表面抗體 (Anti-HBs) 變成陽性。

五、 肝臟病理切片上肝發炎的現象消失，且無肝纖維化及硬化現象。

雖然到目前為止還沒有藥物或療法可以同時達成上述目標，但慢性B型肝炎還是可以透過藥物加以控制。需要注意的是即使達成上述目標，仍非真正痊癒，因此仍要定期追蹤。

Q10 B型肝炎治療後，是不是就不會長肝癌？

A：由於目前的干擾素或抗病毒藥物並無法使人體中之B型肝炎病毒徹底消失，因此B型肝炎病患治療成功後仍是B型肝炎帶原者，所以仍有可能會長肝癌，需要持續追蹤。

Q11 B型肝炎帶原者都需要服用抗病毒藥物嗎？市面上的藥局可以買得到嗎？

A：並非所有的B肝帶原者都需要服用抗病毒藥物，是否需要接受治療，應由醫師做專業上的判斷。抗病毒藥物都是由醫師開立處方，必須經由醫師評估認為必要才能使用，千萬不能自行決定服用，以免造成反效果。因為這些抗病毒藥物並不是「保肝片」，更不同於一般維他命、保健品，千萬不要自行購買服用。

B型肝炎Q&A

Q12 B肝病人服用抗病毒藥物，就不再是B型肝炎帶原者嗎？

A：抗病毒藥物可以有效地抑制肝細胞中B型肝炎病毒的複製及活性，降低肝臟發炎的程度，避免B肝患者病情惡化，進而演變成肝硬化或肝癌。但是到目前為止，各種抗病毒藥物都還無法徹底清除人體內肝細胞中殘存的B型肝炎病毒，因此，治療後仍然是B型肝炎帶原者。

Q13 服用抗病毒藥物期間可以懷孕嗎？

A：目前B型肝炎抗病毒藥物中，只有喜必福與惠立妥為懷孕等級B級的治療藥物，可於懷孕期間使用。建議需治療的病患若有懷孕計畫，請先與您的醫師討論。

Q14 服用抗病毒藥物之前，是否都需要做肝切片（肝穿刺）？

A：不一定，健保署目前的給付規定已接受以B型肝炎病毒量的結果取代肝切片（肝穿刺），醫師會視個案情況來決定。

Q15 中草藥可以有效治療B型肝炎嗎？

A：目前還沒有任何中藥經過正式的醫學實驗證實對慢性B型肝炎具有療效。一般人多以為中草藥比較「溫和」，較無「副作用」，其實中草藥也是藥，發生副作用的可能性不見得比西藥低，服用時一樣要經過合格醫師指示，更不能服用來路不明的「藥物」，以免造成肝毒性，甚至猛爆性肝炎。

台灣地區猛爆性肝炎的主因是慢性B型肝炎急性發作而來。B型肝炎患者如果隨便服用藥物，例如偏方、草藥、類固醇，甚至來源不明的補品，都有可能引發急性肝炎發作，甚至造成猛爆性肝炎而死亡。

Q16 B肝帶原者在飲食上要注意什麼？

A：若是不活動型帶原者、慢性B型肝炎患者或早期肝硬化患者，在飲食上並沒有過多限制，只要新鮮自然即可，避免過多人工香料或醃漬、燻烤及含有黃麴毒素的食物等，並避免抽菸、喝酒。

沒有任何一種食物可以像仙丹一樣，吃下去就讓肝臟機能活化起來，或是讓肝臟突然強壯起來或恢復正常，所以不需要特別的補，只要均衡飲食即可。

B 肝口服藥物使用紀錄

藥 名	開始日期	結束日期

病毒標記檢查

項目 日期	B型肝炎 表面抗原	B型肝炎 表面抗體	B型肝炎 e抗原	B型肝炎 e抗體	B型肝炎 核心抗體	B型肝炎病毒 去氧核糖核酸
	HBsAg	Anti-HBs	HBeAg	Anti-HBe	Anti-HBc	HBV DNA

藥物使用紀錄 干擾素

週數	第 1 週			第 2 週			第 3 週		
日期									
劑量									

週數	第 4 週			第 5 週			第 6 週		
日期									
劑量									

週數	第 7 週			第 8 週			第 9 週		
日期									
劑量									

週數	第 10 週			第 11 週			第 12 週		
日期									
劑量									

週數	第 13 週			第 14 週			第 15 週		
日期									
劑量									

週數	第 16 週			第 17 週			第 18 週		
日期									
劑量									

週數	第 19 週			第 20 週			第 21 週		
日期									
劑量									

週數	第 22 週			第 23 週			第 24 週		
日期									
劑量									

週數	第 25 週			第 26 週			第 27 週		
日期									
劑量									

週數	第 28 週			第 29 週			第 30 週		
日期									
劑量									

週數	第 31 週			第 32 週			第 33 週		
日期									
劑量									

週數	第 34 週			第 35 週			第 36 週		
日期									
劑量									

週數	第 37 週			第 38 週			第 39 週		
日期									
劑量									

週數	第 40 週			第 41 週			第 42 週		
日期									
劑量									

週數	第 43 週			第 44 週			第 45 週		
日期									
劑量									

週數	第 46 週			第 47 週			第 48 週		
日期									
劑量									

週數	第 49 週			第 50 週			第 51 週		
日期									
劑量									

週數	第 52 週		
日期			
劑量			

血清生化檢查

我的紀錄表

項目 日期	肝發炎指數		膽紅素	白蛋白	凝血酶 原時間	血球 計數	胎兒 蛋白
	AST(GOT)	ALT(GPT)	Bilirubin	Albumin	PT	CBC	AFP

項目 日期	肝發炎指數		膽紅素	白蛋白	凝血酶 原時間	血球 計數	胎兒 蛋白
	AST(GOT)	ALT(GPT)	Bilirubin	Albumin	PT	CBC	AFP

感恩與承諾

我們常年秉持的信念：
「挽救一位肝病病友，
等於挽救一個家庭！」



我們的宗旨：
教育民眾——宣導肝病防治知識
創新醫療——研究肝病治療方法

本會在創會董事長宋瑞樓教授和許金川教授帶領下，
二十六年來，義工及同仁足跡遍佈全國，
舉辦一千多場免費肝病篩檢及衛教宣導講座。
目前我們正朝向更大願景——「肝病醫療中心」邁進，
希望在「消滅國病」的路上，有您同行，早日打贏這場聖戰！

歡迎捐款支持本會，共同攜手消滅國病！

郵政劃撥帳號：18240187
戶名：財團法人肝病防治學術基金會
受款單位：合作金庫銀行台大分行
帳號：1346765505230
戶名：財團法人肝病防治學術基金會
電匯 電匯後請來電或傳真通知本會，謝謝！

線上請掃描本會
捐款 捐款專頁QR code



財團法人
肝病防治學術基金會
台北市中正區公園路30之1號6樓
電話 02-23811896
傳真 02-23313463

免費肝病諮詢專線 0800-000-583

財團法人肝病防治學術基金會 信用卡捐款授權書

姓名			身分證字號	
電話	日：	手機：		
	夜：	傳真：		
住址				
信用卡別	<input type="checkbox"/> VISA CARD <input type="checkbox"/> MASTER CARD <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 <input type="checkbox"/> 美國運通卡 <input type="checkbox"/> JCB	銀行名稱		
卡號		有效期限	西元	年 月
捐款方式	<input type="checkbox"/> 本人願意捐款，金額：_____元 (捐款收據將於扣款成功後主動寄至府上)			
	<input type="checkbox"/> 本人願意每月固定捐款， 每次捐款金額：_____元，共捐_____次 捐款期間：自西元_____年_____月至_____年_____月 捐款收據您希望： <input type="checkbox"/> 年底報稅時開成一張寄給您 <input type="checkbox"/> 按月寄給您			
收據抬頭	收據人身分證字號：			
收據地址				
持卡人簽名	(簽名字樣請與信用卡相同)		日期：	年 月 日

● 煩請詳細填寫每個項目(最好將表格放大至A4再填)，傳真至02-23313463。感謝您！

個人基本資料

姓名：_____

性別： 男 女

聯絡電話：_____

就診醫院：_____

緊急聯絡人姓名：_____

緊急聯絡人電話：_____

B 肝治療手冊

發行單位／財團法人肝病防治學術基金會、醫療法人好心肝基金會

發行人／許金川

總策劃／楊培銘

醫師編輯群／許金川·陳健弘

編輯小組／謝佳燕·魯惠雲·陳德梅·朱慧敏·李昕樺·李文君·陳淑卿

美術編輯／優升活設計中心

地址／10041 台北市公園路30-1號6樓

電話／02-23811896

好心肝諮詢專線／0800-000-583；02-23825234

修訂版發行日期／2021年4月

本手冊免費贈閱，歡迎來電索取 0800-000-583

※歡迎各界愛心助印※

版權所有／經本會同意後，歡迎轉載

好心肝門診中心

全國第一家由各界愛心捐助設立



愛心·溫馨·安心
把每位病友當成自己的家人

承續肝病防治學術基金會的精神

醫病一家親的非營利醫療

高雅舒適的就診環境

專精肝膽腸胃科·全方位健檢服務

為您提供更周全的服務：肝膽腸胃科、肝腫瘤特別諮詢門診、消脂保肝特別診、內分泌暨新陳代謝科、心臟血管內科、血液腫瘤科、胸腔內科、神經內科、神經外科、眼科、皮膚科、復健科、骨科、一般暨小兒外科、泌尿科、身心科、耳鼻喉科、婦產科、免疫風濕科、腎臟內科、家庭醫學暨骨質疏鬆特別診



醫療法人好心肝基金會
好心肝門診中心
Good Liver Clinic

台北市公園路30號2樓（捷運台北車站M8出口、台大醫院站4號出口）
電話掛號 (02)2370-0827 網路掛號 www.glc.tw