14

# 針對結核病困難個案轉介抗藥性結核病醫療照護體系評估 未收案治療者之後續處理原則

壹、依據:

依據結核病防治工作手冊第六章「結核病個案管理」之肆、特定結核病個案管理 重點之「困難個案」處理,針對結核病困難個案經轉介抗藥性結核病醫療照護體系 (下稱TMTC團隊)綜合性評估,未收案的個案,訂定本後續處理原則。

#### 貳、治療困難個案問題分析:

- 一、健康信念偏差:不相信自己有病、對疾(結核)病或藥物有汙名、歧視或誤解、拒絕 都治或回診、服藥治療。
- 二、健康狀況不佳:目前國內超過 6 成結核病個案為 65 歲以上長者,常合併高血壓、腎臟病(洗腎)、酒癮、肝功能差(B 肝帶原、肝硬化)、COPD、臥床無行動能力或罹患癌症(也是因免疫力差,才導致結核病發作),或部分醫師考量個案年邁,加強期未開立 PZA 藥物以避免產生副作用,導致治療時間延長至 9 個月;個案治療期間如沒有副作用產生,大部分能順利完治,但治療時間延長或服藥產生嚴重副作用,加上診療醫師調整處方過程中如不順利,常導致中斷治療,部分個案甚至面臨生命盡頭(癌症末期...),病人及家屬認為停(不用)藥可提升生活品質。
- 三、診斷疑義:結核病個案發病初期不一定有不適症狀,部分個案因健康檢查或其他疾病 (因素),外科手術切除後病灶送病理檢查,切片報告組織學有 Granulomatous inflammation、Necrotizing granulomatous inflammation、Caseous necrosis、Langhan's (multinucleated) giant cells 或 epithelioid cells ... 等字眼通報疑似結核病,諮詢委員綜合性評估而確立診斷,或外科未進行病理組織結核菌細菌學檢查,或組織 AFS 陽性但後續培養為 NTM 或陰性,諮詢委員為求謹慎未予排除診斷,而建議給予 6-9 個月完整的抗結核藥物治療;治療過程如不順利,個案或診療醫師偶會因無細菌學(MTB)證據而中斷治療。
- 四、完治疑義:治療過程中未及時發現處方種類不足(加強期需 4 種藥,持續期 2-3 種)、 天數(180-270 天)或劑量(過低)等不符結核病診治指引。

#### 參、避免個案治療中斷重點提醒:

- 一、確定診斷:每位個案都要儘可能取得如有疑義,避免用藥發生嚴重副作用後,產生治療必要性之疑義。對於痰無細菌學證據,或檢體只有一套 MTB,或僅有分子診斷但傳統培養不出結核菌等情形,經診治醫師或公衛管理人員評估對於診斷有疑義者,應提送縣市諮詢會議,必要時啟動「實驗室檢驗報告異常案件調查」作業。
- 二、加強衛教:讓個案瞭解疾病、治療的重要性、加入都治的好處、藥物可能產生的副作 用及處理方式。結核病治療期間,個案之共病(如糖尿病)控制不佳、酗酒、不規則

(中斷)服藥等情形,皆可能影響治療效果,致陽轉具有傳染性,造成疾病傳染給周遭親友或產生抗藥性,使疾病更難治療或導致死亡。

- 三、落實加強期 4 種藥物合併使用:由於國內初查痰 INH 抗藥有 7-10%比例,且結核病 初期菌量較多,故治療須合併使用 4 種 (HERZ)藥物,以迅速殺菌減少疾病嚴重度 及傳播,避免日後復發及產生抗藥性,初查痰塗片(Smear)陰性個案,加強期 4 種 藥物都確實使用,且治療後 CXR 及臨床症狀改善或無惡化,倘後續如發生治療中斷,或許可考慮縮短治療療程。
- 四、及時處理:管理過程中確實核對個案體重、結核病治療藥物種類、劑量、天數等符合標準處方及監測服藥情形,如有服藥順從性不佳或產生藥物副作用等情形應立即處理,可利用調查表或邀請委員訪視瞭解狀況,以提供實際解決之道。中斷治療超過 2 個月的個案如重啟治療(失落再治),應進行 CXR、驗痰及 NAA,或治療過程如有惡化或改善不佳等情形,可以送縣市諮詢會議依委員建議送 NAA,再依藥敏情形決定治療處方。
- 五、病審討論:診療疑義個案可透過縣市級診療諮詢小組尋求委員建議,建議邀請原診治或共病照護醫師,一同參與討論,提供諮詢委員與原照護醫師更有效之溝通模式,提供個案整合性照護(Integrated care),兒童個案應邀請兒科相關科別醫師擔任諮詢委員。且為提升審查品質,每場次諮詢會議不宜安排太多個案討論,亦可採線上方式進行,以提升醫師可參與之可近性。
- 六、早期轉介:如原結核病診治醫師對於治療困難個案或停(調)藥缺乏經驗,請及早/ 適時轉介到 TMTC 團隊早期介入處理,避免個案試(調)藥過程中不順利或產生嚴重 副作用後放棄(不願意再)治療;此時介入處理/溝通要很有技巧,須說明轉介到團 隊治療政策之良善用意,避免產生醫病或公衛與個案間關係之誤解,導致後續更難合 作與管理。
- 肆、針對轉介 TMTC 團隊評估未收案治療者之後續處置原則:

無陰轉證據(具傳染力)個案,經公衛轉介TMTC團隊治療評估,評估結果同意收案治療者,即完成 TMTC 團隊收案治療程序;倘個案有治療需求但拒絕治療者,必要時公衛可採取隔離治療行政處分,收案治療期間如有治療疑義,循既有機制由TMTC團隊提送疾管署召開之「抗藥性結核病醫療照護體系檢討暨困難治療個案討論會」審查。餘未納團隊治療者,依以下情況處理:

一、無細菌學證據且病灶完整切除之個案:經TMTC團隊審視發病部位、初查痰細菌學檢查結果(菌量)、藥敏(DST)、藥物使用種類、共病、陰轉時間、CXR有無開洞/改善情形等,倘評估判斷個案為「已完整切除肺部病灶併痰S(-)且C(-)之肺結核個案,或完整切除肺外病灶,且前述經切除之肺部或肺外病灶組織 NAA 及培養 MTB 皆為陰性」,得依TMTC評估結果,逕行判定銷案種類,無須再追蹤管理。

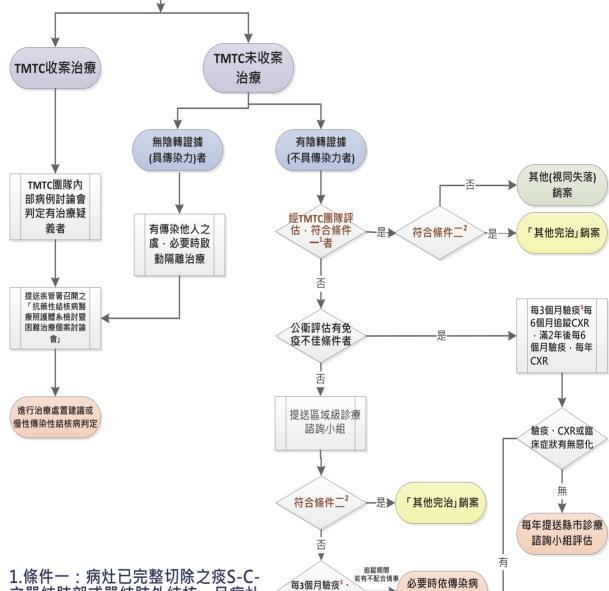
- (一)完成「加強期 2 個月 4 種藥物及持續期 2 個月 2 種藥物治療」或「加強期 2 個月 4 種藥物、及>80%應治療藥物」條件、且無惡化情形者、以「其他完治」銷案。
- (二)不符前項「其他完治」條件者,以「其他(視同失落)」銷案。

### 二、有陰轉證據(不具傳染力)之個案:

- (一) 合併 HIV 感染、有糖尿病控制不佳或免疫缺失等共病之個案,經公衛評估個案符合前述併有免疫不佳之共病條件,雖目前無傳染性,倘陽轉將造成疾病傳播及產生抗藥性,爰得逕行判定,採行每 3 個月驗痰、每 6 個月追蹤 CXR(滿 2 年後,改以每 6 個月驗痰,每年追蹤 CXR);單純肺外個案則依 CXR 追蹤時程進行臨床追蹤,且每年送「縣市級診療諮詢小組」評估是否惡化(驗痰、CXR 或臨床症狀等情形),有無重啟治療之需;重啟治療者,則回歸一般個案管理原則,辦理追蹤及銷案等相關事宜。
- (二)無前項免疫不佳條件之個案,提送區管中心辦理之「區域級診療諮詢小組」,綜 合性判定後續追蹤管理原則:
  - 1. 符合以下條件者,得以「其他完治」銷案。
  - (1) 初查痰 S(-)且 C(-)肺結核或單純肺外(排除中樞神經或骨結核等複雜性肺外結核),併已接受至少加強期 2 個月(56天)4種藥物(HREZ)及持續期 2 個月 2 種藥物(HR)治療個案,且無惡化情形。
  - (2) 初查痰 S(-) 肺結核,已完成加強期 2 個月(56 天)4 種藥物 HREZ,及 >80%應治療藥物之個案,且無惡化情形。
  - (3) 未符合前項條件者,考量個案目前無傳染性,倘抗結核藥物斷斷續續使用,或調整藥物過程中用藥種類或藥物劑量不足,比停止(未)用藥更容易產生抗藥性,採每3個月驗痰、每6個月CXR追蹤管理2年(單純肺外個案則以每6個月臨床追蹤為主),期間每年送「縣市級診療諮詢小組」評估是否惡化,有無重啟治療之需;直至追蹤期滿後,再提送「區域級診療諮詢小組」,追蹤無治療之必要性者,得以「其他(視同失落)」銷案。
- (三) 公衛管理人員辦理個案停藥追蹤觀察期間之驗痰及 CXR 檢查時間應依期程辦理, 目視取痰以提升檢體品質,倘檢查時間延遲,下次檢查時間應順延(例如隔3個月 或6個月),倘痰液有陽轉,或 CXR 有惡化等情形,應轉介醫療機構重啟治療, 並視需要評估隔離治療行政處分;倘個案拒絕檢查,必要時依傳染病防治法裁處。
- 伍、本處理原則,將依國際短程新處方、國內外文獻或指引適時檢討修正。

# 結核病困難個案轉介TMTC團隊評估未收案治療者處理流程

## 結核病困難個案經縣市診療諮詢小組建議轉介TMTC團隊評估者



- 1.條件一:病灶已完整切除之痰S-C-之單純肺部或單純肺外結核,且病灶 組織NAA和培養皆陰性者
- 2.條件二:經綜合評估無惡化
- (1)初查痰S-C-肺結核或單純肺外(排除中樞神經或骨結核等複雜性),且已完成加強期至少2個月4種藥物及持續期2個月2種藥物治療
- (2)初查痰S-肺結核,已完成加強期2個月4種藥物,及>80%應治療藥物
- 3:驗痰及CXR請依3個月或6個月間 距辦理,並應目視取痰(避免口水), 提升檢體品質,肺外結核以臨床追蹤 為主
- 4:個案得依治療情形辦理銷案作業

