附件14-9

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

111.12.21

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、 **病例討論**：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。

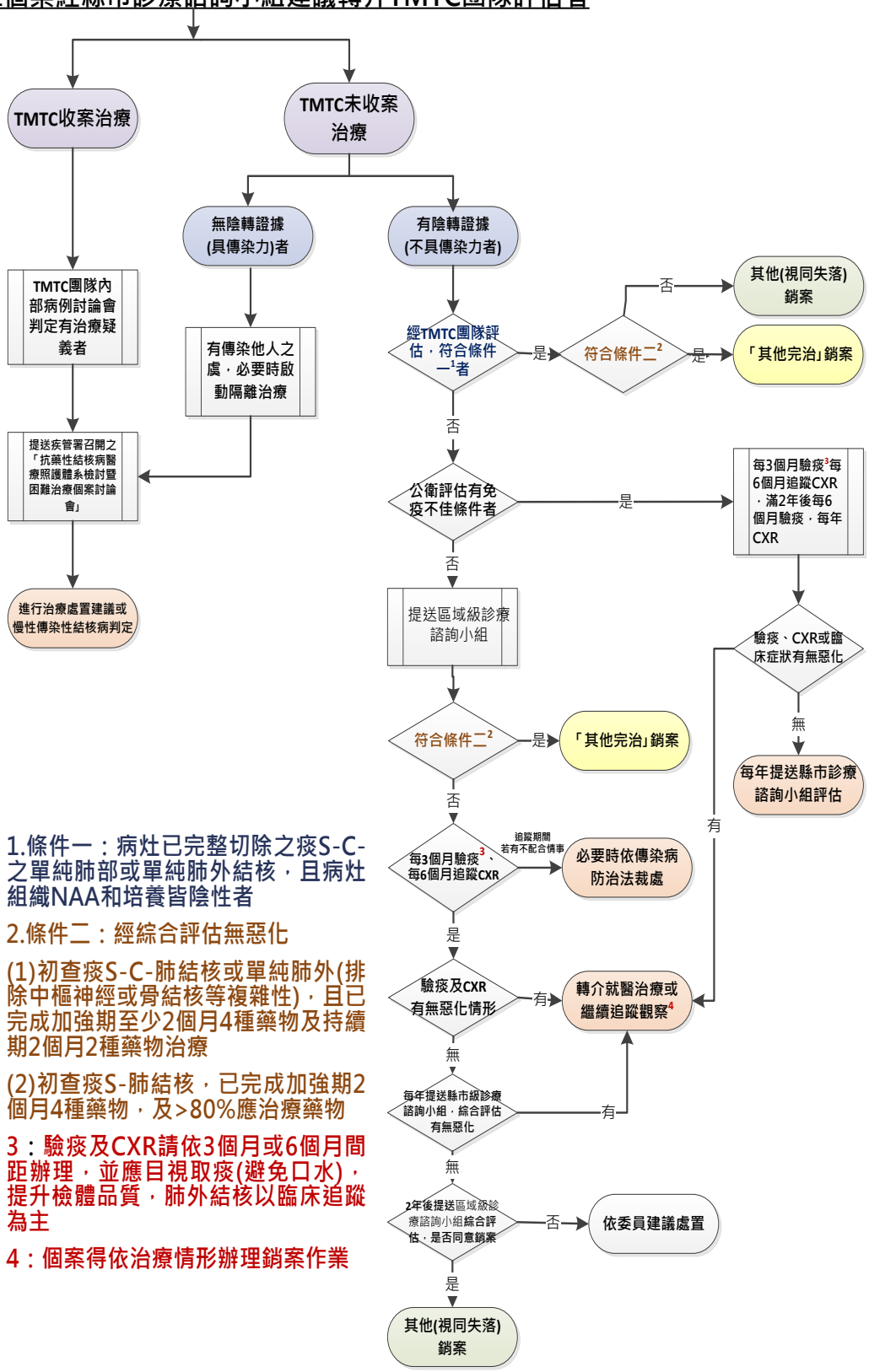
2. 未符合前項條件者，考量個案目前無傳染性，倘抗結核藥物斷斷續續使用，或調整藥物過程中用藥種類或藥物劑量不足，比停止（未）用藥更容易產生抗藥性，採每 3 個月驗痰、每 6 個月 CXR 追蹤管理 2 年（單純肺外個案則以每 6 個月臨床追蹤為主），期間每年送「縣市級診療諮詢小組」評估是否惡化，有無重啟治療之需；直至追蹤期滿後，再提送「區域級診療諮詢小組」，追蹤無治療之必要性者，得以「其他（視同失落）」銷案。

(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