

潛伏結核感染(LTBI)的 12 個劑量療程-速克伏短程治療處方用藥須知

! 使用速克伏短程治療處方者請務必加入「都治計畫」，由關懷員關懷服下每個劑量！

您已經被診斷出潛伏結核感染

您已經被檢驗出體內有結核菌但還沒有發病，目前不會傳染他人；但如果沒有接受治療，一旦自身免疫力降低時，就可能發病而且傳染給他人。

接受潛伏結核感染治療可以消滅您體內的結核菌，預防未來發病，是您最好的選擇。

什麼是「速克伏」短程治療處方？

「速克伏」短程治療處方(下稱速克伏)指的是---您每週服用一次 rifapentine 和 isoniazid 二種藥物，共服藥 12 週就可以完成治療的一種短程療法。未滿 2 歲的兒童、懷孕婦女或計畫於治療期間懷孕的婦女，建議使用其他處方。

使用「速克伏」短程治療處方要配合什麼？

「速克伏」是疾病管制署公費提供的藥物，所以必須接受衛生單位關懷員親自或視訊關懷服藥。您從醫院領藥回家後，先不要自行服用，請主動與開立接觸者檢查轉介單給您之衛生單位聯繫，衛生所關懷員會收回藥物並與您討論排定後續服藥時間。每次送藥時會觀察您服藥後是否有不舒服，以確保您安全的完成治療。

若您有服用任何其他藥物(包括避孕藥)，應告訴您的醫師。速克伏處方可能會對某些藥物造成干擾，因此讓您的醫師知道您正在服用的藥物是很重要的。若您因其他疾病同時服用藥物，請務必告知該醫師，您正在接受「速克伏」短程治療處方。

保護您的家人及朋友免於
感染結核病 - 您應完成潛
伏結核感染治療療程！

服用速克伏的注意事項

可能的副作用

部分服藥者可能會有下列不舒服，程度不會影響日常生活，多喝水多休息，服藥後數小時應可改善。但不舒服若持續超過 2 天，請與都治關懷員連繫，讓衛生所護理師及醫師協助您。

- 頭暈、頭痛
- 食慾不佳，或沒有食慾
- 胃不舒服、噁心或嘔吐
- 肌肉痠痛
- 無力、疲倦
- 發燒或畏寒
- 皮膚或眼白變黃
- 皮疹或搔癢
- 臉紅及寒顫
- 手腳刺痛或麻木

飲酒

服用本處方期間，每日飲酒會增加肝臟受損的風險，建議治療期間不要飲酒。

女性

- 本處方會干擾荷爾蒙避孕法(包括避孕丸、避孕環及針劑)。治療期間建議使用保險套或子宮內避孕器等方式避孕。
- 若您已經懷孕或疑似懷孕，請立刻通知您的醫師或公衛護士。

其他要注意事項

- 服藥後若有頭暈現象，換姿勢(如：平躺到坐起來，或由坐而起身)請採取「慢慢換、扶著換」，以避免因不適而導致跌倒。
- Rifapentine 可能會使您的尿液、唾液、眼淚或汗水變成橘紅色，這是正常現象，為了避免在治療期間被永久染色：請勿配戴非日拋隱形眼鏡、若您有配戴假牙，儘可能在不需要使用時把假牙取出。

過敏反應

雖然發生機會很低，但如果您在療程中發現下列症狀：在每次服藥後都發生，如：呼吸喘、胸悶、冒冷汗、劇烈腹痛及嘔吐，且不適的時間逐漸縮短，或症狀持續時間逐漸延長，或覺得快要暈倒，您可能出現過敏反應，請立即向關懷員或衛生所護理師反映。



若您出現急性過敏反應，請立即回到原就診醫院並與您的醫師聯絡；如果對於治療潛伏結核感染有任何疑問，亦請諮詢您的醫師或撥打 1922。

衛生福利部疾病管制署潛伏結核感染治療 isoniazid 300mg/Tab

藥品使用同意書

治療藥品：isoniazid 300 mg/Tab	
個案姓名：	
病歷號碼：	身分證字號：
一、治療疾病名稱：潛伏結核感染(感染尚未發病不會傳染他人，請接受完整潛伏結核感染治療，可有效降低後續結核病發病機會)	
二、給藥方法 (含給藥途徑、給藥間隔、劑量、療程...等)： isoniazid 300 mg/Tab 大多與rifapentine合併使用為速克伏(3HP)處方，每週服藥一次，共需服用 12 個劑量，治療期間預計 12週 (約 3 個月)。	
三、可能產生的副作用、處理方式： 與國內isoniazid 100 mg/Tab副作用類似，可能出現肝炎、周邊神經炎等不良反應。但isoniazid 300 mg/Tab用於速克伏處方時肝炎機率較低：國內資料顯示常規監測肝炎的情況下，與藥物相關造成永遠停藥的肝炎發生比例，速克伏處方使用者(1.5%)較9個月isoniazid處方使用者(5.3%)來得低。	
四、治療進行之注意事項： (一) 使用此處方須依醫師醫囑服用。 (二) 潛伏結核感染應加入都治計畫，由都治關懷員以到府/到點親眼目睹或視訊方式關懷服藥及追蹤副作用。 (三) 領藥後請儘快與公衛人員聯繫，討論初次服藥時間，以利預先規劃個人行程。	
<ul style="list-style-type: none"> ● isoniazid 300 mg/Tab劑型，因國內缺藥，因此以專案進口方式向世界衛生組織委託之全球藥物購置機構Global Drug Facility(GDF)購買國際認可藥品。 ● 速克伏處方由衛生福利部疾病管制署公費提供使用，故必須接受衛生單位「都治」送藥管理。 ● 本人已詳閱以上各項資料，有關本處方藥品之疑問業經使用醫師詳細予以解釋，本人同意使用本藥。 	
治療醫師簽署：	日期： 年 月 日
服藥人/監護人(關係)簽署：	日期： 年 月 日