

## 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

附件14-9

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，加強期末開立 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

