

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

許金川

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	

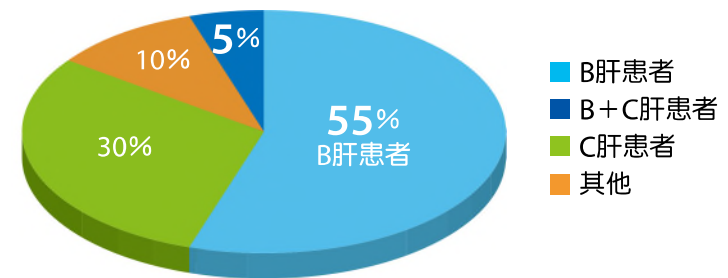
B 型肝炎的可怕

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	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。	- 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		25% 成為 B 型肝炎帶原者。
成人時期	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。	產生保護性的 B 型肝炎表面抗體，對 B 肝病毒產生免疫力。
	約 30% 的人發生黃疸型急性 B 型肝炎。	- 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	- 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，就可能會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」。

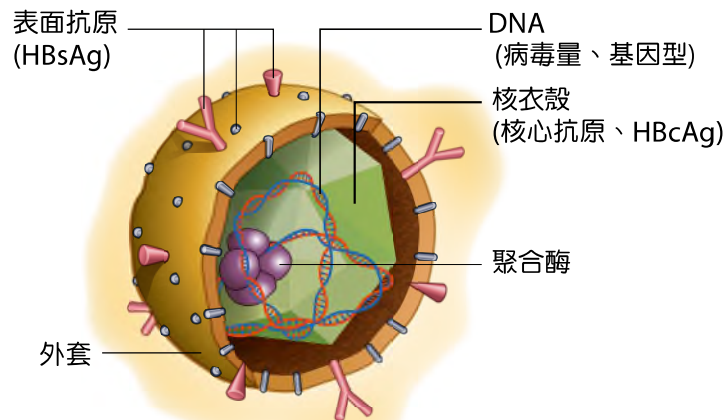
B 肝的檢查與追蹤

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

1	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(+)
	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。		
2	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(+)
	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： • 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。		

3

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(+)
------------------------	---------------------------	---------------------------

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：

- 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。

4

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(-)
------------------------	---------------------------	---------------------------

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。

5

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(-)
------------------------	---------------------------	---------------------------

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會延長。

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	• 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)	• 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	• 口服，一天一顆。 • 方便、服藥順從性高。	• 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	• 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。	• 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：

 干安能 (Lamivudine) 干適能 (Adefovir)	 喜必福 (Telbivudine)
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。
 貝樂克 (Entecavir) 惠立妥 (Tenofovir disoproxil fumarate, TDF)	 韋立得 (Tenofovir alafenamide, TAF)
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。	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。

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
未懷孕者 因病情所需考慮接受治療時	- 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。
先生為B肝帶原者 而太太在生育年齡中	先生治療的原則同情況同上。
懷孕期間 因B肝急性發作	可考慮使用惠立妥或喜必福治療。
產後哺乳期間 發生B肝急性發作	仍以惠立妥治療為佳。
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	應密切追蹤肝發炎指數之變化，至少持續半年。

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	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。 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。 韋立得不建議用於末期腎病（估計肌酸酐廓清率$<15\text{ml/min}$）且未接受長期血液透析的病人。 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$<15\text{ml/min}$）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。
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	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。 曾經使用其他抗B肝病毒藥物治療過，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。 除了干適能外，惠立妥與其他的抗B肝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。
副作用	較常見的副作用有噁心、腸胃道不適、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 50ml/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<15ml/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		
1	定義	HBsAg(+)超過6個月(或IgM anti-HBc為陰性)及HBeAg(+)
	條件	有以下其中一種情況： 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 ≥ 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	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		
2	定義	HBsAg(+)超過6個月(或IgM anti-HBc為陰性)及HBeAg(-)
	條件	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 ≥ 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	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		
3	定義	已發生肝功能代償不全(凝血酶原時間延長 ≥ 3 秒，或總膽紅素 ≥ 2 mg/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	定義
	HBsAg(+)且可檢驗到血清HBV DNA者，且符合以下(1)~(6)其中一種病況： 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。
	給付
	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	給付
	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： 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。
6	給付
	B肝高傳染孕婦第三孕期用藥 HBV DNA $\geq 10^6\text{ IU/mL}$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。

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	- 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。 - 接受肝臟移植者，可預防性使用，且可長期使用。 - 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。 - 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。 - 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。) - 接受免疫抑制劑治療者： - 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： - Rituximab；ii. Anthracycline類衍生物； - 中高劑量類固醇(指prednisolone $\geq$ 20mg/day 或相當之劑量，使用時間超過4週。) - 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需要長期服用。

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

[illegible]

藥物使用紀錄 干擾素

我的紀錄表

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			

我的紀錄表

4849

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！



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**

歡迎捐款支持本會，共同攜手消滅國病！

郵政 郵政劃撥帳號：18240187

劃撥 戶名：財團法人肝病防治學術基金會

銀行 受款單位：合作金庫銀行台大分行

電匯 帳號：1346765505230

戶名：財團法人肝病防治學術基金會

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

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	☐ VISA CARD ☐ MASTER CARD ☐ 聯合信用卡 ☐ 美國運通卡 ☐ JCB		銀行名稱	
卡號			有效期限	西元 年 月
捐款方式	☐ 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)			
	☐ 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： ☐ 年底報稅時開成一張寄給您 ☐ 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