



衛生福利部整合性藥癮醫療示範中心試辦計畫

中區整合藥癮醫療示範中心

「藥癮C肝共病醫療處遇工作手冊 -綜合醫院版」簡化版



中區整合性藥癮醫療示範中心

INTEGRATED CENTER FOR ADDICTION AND THE NETWORKS IN CENTRAL TAIWAN

編撰團隊(依姓氏筆畫排列)

郭于婷護理師、蒲品卉社會工作師

工作團隊(依筆畫排列)

衛生福利部草屯療養院、衛生福利部彰化醫院

審閱

黃介良主任、陳瑾樺護理長、吳瑞鴻社工師

申請書



初版制定日期：110/12

最近編修日期：112/11

由於此版本經過內容刪減，如需查看完整版本，請下載並填寫申請表，完成後發送至本中心郵箱 IAMDC@ttpc.mohw.gov.tw 申請。

目錄

第一章、緒論	1
第二章、理論基礎	3
第三章、成效評估工具	8
第四章 治療模式設計	10
第五章、治療模式操作說明	17
第六章、各院篩檢及治療服務異同比較	20
參考文獻	20
藥癮C肝共病醫療處遇工作手冊-綜合醫院版	21



中區整合性藥癮醫療示範中心

INTEGRATED CENTER FOR ADDICTION AND THE NETWORKS IN CENTRAL TAIWAN

第一章、緒論

背景與現況

據世界衛生組織(World Health Organization, WHO)於 2015 年統計，全世界約有 7 千多萬人感染 C 型肝炎 (CHC)，2016 年統計約 39.9 萬人死於 C 型肝炎，以及與之相關的肝硬化和肝癌，C 型肝炎病毒有多種基因型，基因型的分布會因地而異，目前尚無針對 C 型肝炎有效的疫苗予以因應，顯見是全球當今重要的公共衛生議題之一，因此 2016 年「全球衛生部門病毒性肝炎防治策略」以 2030 年消除病毒性肝炎為目標 (Hepatitis C: Key facts, 2020)。

根據研究顯示亞洲地區為 C 型肝炎高盛行率區域，依衛生福利部疾病管制署就 15 歲以上國人人口研究調查，全國 C 型肝炎盛行率 3.87%，於亞洲地區屬較高盛行國家，以台灣感染者地理分布來看，有較高的比例見於中南部沿海地區以及部分原住民社區，綜觀全球與台灣現況及趨勢，我國政府於 2018 年撰有「國家消除 C 肝政策綱領」，以三大政策—以治療引領預防、以篩檢支持治療、以預防鞏固成效，作為 2025 年消滅 C 肝之指導原則(國家消除 C 肝政策綱領編輯團隊，2019)。

C 型肝炎病毒(HCV)與人類免疫缺乏病毒(HIV)有著相似的傳染途徑，其中血液及體液的接觸為其途徑之一，現行台灣毒品施用以海洛因與安非他命為大宗，部分藥癮者毒品使用路徑為靜脈或肌肉注射，稱之為注射藥癮者(people who inject drugs, PWID)，該群體為暴露於感染中的高風險族群之一，根據伍美馨等人以 2006 年至 2010 年分析參與美沙冬維持療法的海洛因依賴者，其中 C 型肝炎病毒抗體(Anti-HCV)陽性者達 9 成 (Mei-Hing Ng et al., 2013)，隨著毒品使用原因改變，近年來注射安非他命(slam)者亦趨增加，故針對過去或現在是注射藥癮者之 C 型肝炎治療與預防刻不容緩。

依衛生福利部國民健康署病毒性肝炎防治計畫第二期計畫顯示，B、C 型肝炎帶原者未就醫原因包含有未認為身體有異狀、沒有時間就醫、不知道應該要

去看醫生等因素(衛生福利部，2018)。而實務經驗中，藥癮者或曾經為藥癮者常見疏於自身健康關照、不耐等待、就醫支出、防備、擔心異樣眼光等原因，亦常是阻抗就醫之原因，鑒於多數藥癮者與藥癮治療個案管理師建立有穩定治療關係，綜上所述，於肝炎治療上若能結合藥癮治療將是一大助力。

109 年度建置整合性藥癮醫療示範中心計畫將藥癮共病視為重點指標，推動成癮治療主動觸及可能個案，建構跨科宣導與轉介機制，爰此衛生福利部彰化醫院成癮治療科與肝膽腸胃科針對注射藥癮者建立友善便捷之治療流程、藥癮者 C 型肝炎治療衛教手冊，109 年執行成果卓越並受邀至衛生福利部國家消除 C 肝辦公室經驗分享，因此 110 年將相關經驗自綜合科醫院，試行到精神專科醫院。111-112 年度推廣至 2 家建置整合性藥癮醫療示範中心計畫執行機構，將 3 家醫院之經驗彙整成冊，以供推廣參考使用。



中區整合性藥癮醫療示範中心
INTEGRATED CENTER FOR ADDICTION AND THE NETWORKS IN CENTRAL TAIWAN

第二章、理論基礎

消除C肝政策綱領白皮書擬定有三大核心策略與三大政策作為C型肝炎治療與預防之指引，本工作手冊依照其三項核心策略—「精準公衛防治」、「防治一條龍」以及「防治在地化」之策略為基礎，加入藥癮個案的文化特殊性，以提升治療意願與減少治療中斷率。遵循三大政策方向—「以治療引領預防」、「以篩檢支持治療」與「以預防鞏固成效」擬定治療後追蹤計畫，以確保C肝治療與防治成效。

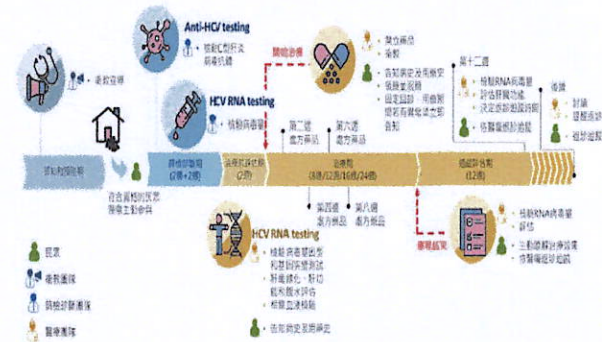
➢ 策略一、精準公衛防治

根據消除C肝政策綱領白皮書彙整多位專家學者之研究，C型肝炎於地區及特殊風險族群上有較大的差異性，在篩檢與治療時須考量在地文化、族群特殊性等規劃出彈性且符合成本效益之治療計畫。

為精準公衛防治，該政策綱領列出四大目標群，社區靜脈注射藥癮者屬特殊族群之一，又藥癮共病照護亦為藥癮治療之重要一環，故本計畫整合兩大政策以落實精準公衛。

➢ 策略二、防治一條龍

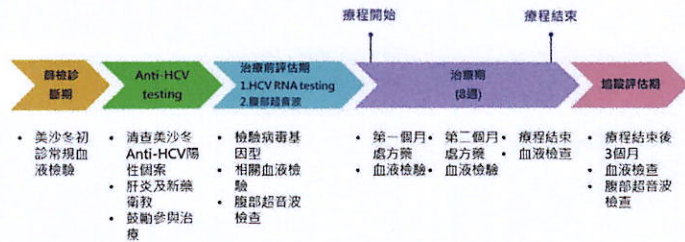
據衛生福利部國民健康署106年健康促進業務推動現況與成果調查結果顯示，多數民眾不了解自身病毒性肝炎感染狀態，或是了解但未積極就醫，因此篩檢視為銜接後續治療之首，而以個案為中心，提供可近性與連續性之醫療，減少個案奔波於醫療院所間亦為重要關鍵，且需各相關機構單位間協調推動，見圖一為「消除C肝政策綱領白皮書」P65一條龍式的防治整合服務。



圖一 「消除C肝政策綱領白皮書」P65一條龍式的防治整合服務藥癮個案

藥癮個案常因物質濫用狀況，生活常見失序且未能有維持個人健康能力情形，故當個案一旦進入醫療體系時，為快速掌握藥癮共病狀態，除基本問診、評估外，另透過身體健康檢查，如胸部X光、血液、尿液檢驗，亦可快速掌握健康狀態及現存有無傳染疾病，如C型肝炎，為最常見共病之一，為回應國家2025年消滅C肝政策，擬定防治肝炎一條龍服務，選定美沙冬維持療法個案需每天來院服藥特性，透過初步篩檢，清查Anti-HCV陽性個案，為有效讓個案維持在治療計畫中，特將所有治療療程，如抽血、腹部超音波、C肝治療口服藥，都能於美沙冬服藥處完成，如此便利服務，大大提升個案治療動機。

依消除C肝政策綱領白皮書之一條龍式的防治整合服務為指引，結合美沙冬維持療法之優勢，為藥癮C肝共病治療一條龍式整合服務，如下圖二。



圖二 藥癮 C 肝共病一條龍式整合服務

➤ 策略三、防治在地化

一般民眾

為增進服務可近性及有效率的進行篩檢與治療，在地篩檢、在地治療、在地追蹤是消除 C 肝政策白皮書於防治在地化的原則。

藥癮個案

依據臨床工作經驗，多數藥癮個案經常因耐心缺乏、擔心異樣眼光等原因而怯於就醫，參加美沙冬維持療法之個案將於每天固定時間到院服用美沙冬，因此美沙冬個案管理師能與藥癮個案建立長期、穩定且友善的醫病關係，過去美沙冬個案管理師於檢驗中知道為 C 肝感染者，轉介至肝膽腸胃科就醫，過程中個案往往虛應個案管理師、轉診過程流失，成癮治療科診間與肝膽腸胃科診間看似鄰近實際上卻相當遙遠。

多數靜脈注射藥癮者因長期且反覆靜脈注射，產生血管脆弱、過細或硬化情形，導致抽血不易，抽血檢驗對於靜脈注射者是疼痛的過程，又由於藥癮者

經常受到同儕間的影響，過去 C 型肝炎干擾素治療之副作用不適或失敗經驗，亦經常成為靜脈注射藥癮者治療意願低落之原因。

鑒此經驗，衛生福利部彰化醫院成癮治療科於 108 年度攜手肝膽腸胃科，藥癮個案特殊性優化轉介與治療流程，建構快速通關服務、提升治療成功經驗，提供專業衛教諮詢與特製化服務，簡化看診流程，以提高治療意願、提升抗病毒藥物服藥順從性、減少治療中斷率，降低治療失敗率，並善用工具（衛教治療手冊、提示小卡、衛教單張），透過多次活動辦理，提升疾病治療能見度及便利性，加強疾病認知及衛教。

➤ 政策方向一：以治療引領預防

治療即為預防，藉由大規模有效治療以減少傳染源，是為阻斷傳播與預防的有效方法之一。美沙冬維持療法匯集有該地區多數的靜脈注射藥癮者，藉由美沙冬維持療法之特性——療程長期且穩定，配合 C 型肝炎口服新藥能夠迅速有效的進入治療療程中。

➤ 政策方向二：以篩檢支持治療

有近半數慢性 C 型肝炎病人不知道自己感染 C 型肝炎，因而找出潛在感染之病人並發展適合不同族群的篩檢模式相對重要。因而定期針對高風險感染族群——靜脈注射藥癮者進行檢驗其 C 型肝炎抗體，是精準公衛防治之概念，有助於後續治療準備。

➤ 政策方向三：以預防鞏固成效

「針對較高感染風險之特殊族群提升疾病認知，以阻斷 C 型肝炎病毒傳播，對於已治癒的病人，亦應持續進行衛教宣導，減少再次感染之風險」而預防傷害與減少 HCV 傳播為該項政策之重點，然而沒有單一的減少傷害策略

可以減少傳播，以治療支持預防亦為執行策略之一，故於療程中設有追蹤規劃，於完成服藥療程後3個月進行第1次追蹤，確認療程是否成功，治療後半年至1年進行第2次再感染追蹤機制，以了解是否再感染。



第三章、成效評估工具

一、C肝藥癮醫療療效評估工具

藥癮C肝治療處遇工作以「C型肝炎認知調查問卷」、「藥癮C肝治療計畫滿意度調查問卷」及「生理檢驗數值」作為評估工具，評估工具使用與施測頻率如下表1所示。各項評估工具分述如下：

量表/評估工具名稱	施測時間	量測目的
(1) C型肝炎認知調查問卷	治療療程的前、後測	分為基本資料、生活習慣、個人及家族健康史、C型肝炎認知，以及生活品質共五大面向。在處遇前後了解個案接受C型肝炎衛教之前後差異。
(2) 藥癮C肝治療計畫滿意度調查問卷	治療療程的後測	共計12題，分為2個項度，分別為「治療意願相關」與「治療相關」，治療相關中又可分為「工作人員表現」與「服務內容知覺」，此問卷主要目的為了解個案在接受服務後，對於工作人員表現，以及針對藥癮者特性調整之服務流程滿意度，分數越高代表個案滿意度越高。
(3) 生理檢驗數值追蹤	治療過程持續追蹤	治療過程中持續輔以血液檢查，以了解個案生理情形。服藥完畢3個月開立SVR檢驗，SVR意指病人停止治療後，血中HCV RNA能持續陰性。

表 1 處遇階段與評估工具

	篩檢門診	第一次門診	第二次門診	第三次門診	服藥後 3 個月追蹤	治療後半年或一年追蹤
生理檢查項目	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 血液檢查 ➢ 腹部超音波 	無	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 血液檢查 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 血液檢查 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 血液檢查 ➢ 腹部超音波 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 血液檢查 ➢ 腹部超音波
療效評估工具	<ul style="list-style-type: none"> ➢ C 型肝炎認知問卷前測 	無	無	無	<ul style="list-style-type: none"> ➢ C 型肝炎認知問卷後測 ➢ 藥癮 C 肝治療計畫滿意度調查問卷 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ C 型肝炎認知問卷後測 ➢ 藥癮 C 肝治療計畫滿意度調查問卷



中區整合性藥癮醫療示範中心

INTEGRATED CENTER FOR ADDICTION AND THE NETWORKS IN CENTRAL TAIWAN

第四章 治療模式設計

一、綜合科醫院模式—衛生福利部彰化醫院

(一)治療對象：藥癮 C 肝共病族群

(二)治療時程：

檢驗、服藥及追蹤約需花費 5-7 次門診費用（以療程 2 個月為例說明）。視個案肝臟硬化程度而定，一般多數療程服藥 8 週，少數 12 週極少數會延長至 16 週，服藥完畢 3 個月開立 SVR 檢驗，SVR 意指病人停止治療後，血中 HCV RNA 能持續陰性。

	項目	檢驗	費用
1	C 肝抗體及病毒篩檢	抽血+腹部超音波	320 元
2	治療開始（開立 4 週藥品）	無	480 元
3	回診（開立 4 週藥品）	抽血	480 元
4	結束用藥	抽血	320 元
5	服藥後 3 個月 SVR	抽血+腹部超音波	320 元
6	治療後半年至一年再追蹤	抽血+腹部超音波	320 元

(三)藥癮 C 肝共病族群跨科合作照護流程

透過明確的轉介與預約制度，可簡化轉介流程，多數個案在治療前普遍對於 HCV 知識及治療認知不足且充滿偏見，需個別化衛教改變認知，藥癮個案因長期注射海洛因導致抽血困難、不耐久候、若檢驗排程加以良好設計可加強治療流暢度及治療意願。

此外需針對高風險行為（如持續注射、共用針具、高風險性行為）加強處遇，服藥完成後三個月追蹤抽血監測 SVR12 不易，需加強個案管理效能以持續性定期追蹤。

(四) 藥癮 C 型肝炎轉介與合作流程

作業流程	簡要說明	權責單位
<p>建立精神科/腸胃科合作模式，建立共同資料平台，提供清冊</p> <p>↓</p> <p>美沙冬個案初診及穩定服藥無C型肝炎個案每半年需檢驗Anti-HCV</p> <p>↓</p> <p>檢驗結果</p> <p>陰性 → 每半年定期檢驗 Anti-HCV</p> <p>陽性 → 轉介腸胃科，啟動快速通關服務</p> <p>↓</p> <p>次日由精神科協助轉交檢驗單</p> <p>↓</p> <p>肝炎個案師整理檢驗報告，確認可治療名單由腸胃科預約門診</p> <p>↓</p> <p>辦理相關活動提供治療能見度加強治療動機，健保DAA規定說明</p> <p>↓</p>	<p>★認識美沙冬病患特性美C治療重點健保DAA規定，建立共同資料平台，更新個案治療資訊</p> <p>★檢驗結果陰性者每半年於替代治療追蹤 Anti-HCV</p> <p>★檢驗結果陽性者，確認可治療個案及定時追蹤個案名冊，轉介腸胃科。</p> <p>★優化轉介與治療流程，建構快速通關服務、簡化看診流程，以提高治療意願、提升抗病毒藥物服藥順從性、減少治療中斷率，降低治療失敗率</p> <p>★確認可治療個案及定時追蹤個案名冊。</p> <p>★辦理活動釋放利多，提供治療能見度</p>	<p>精神科 腸胃科</p> <p>精神科</p> <p>精神科</p> <p>精神科</p> <p>精神科 腸胃科</p> <p>精神科 腸胃科</p> <p>腸胃科</p> <p>精神科 腸胃科</p>

<p>用藥前衛教、認知問卷調查 治療費用說明、健保規範說明</p> <p>↓</p> <p>進入治療</p> <p>↓</p> <p>維持治療不中斷</p> <p>↓</p> <p>治療結束後 SVR 檢驗</p> <p>R成功 → 治療後定期追蹤</p> <p>R失敗 → 健保核定三類個案二次治療</p> <p>↓</p> <p>持續追蹤</p>	<p>★提升疾病認知，加強衛教，用藥調查，避免藥物交互作用，提升完療率，避免健保核刪。</p> <p>★檢驗、服藥及追蹤約需花費4次門診費用（以療程2個月為例說明），</p> <p>★美沙冬服藥時監控副作用，減少個案不適而自行中斷治療，提示回診，療程共8-12週。</p> <p>★服藥完畢3個月開立SVR檢驗監控到診/副作用提供專業衛教諮詢與特製化服務</p> <p>★確認失敗原因，等待二次評估、治療，並再衛教。</p> <p>★可接受二次DAA治療：(1)第一次治療中斷，且經醫療評估須停藥者；(2)第一次治療後12週測不到病毒，惟現病毒量檢驗為陽性；(3)第一次治療無效者。</p> <p>★避免再感染/安排腸胃科門診定期追蹤。</p> <p>★每年追蹤C型肝炎HCV Core Ag (C型肝炎病毒核心抗原) 篩檢</p>	<p>腸胃科</p> <p>腸胃科</p> <p>精神科</p> <p>腸胃科</p> <p>腸胃科</p> <p>腸胃科</p> <p>精神科</p>
---	--	--

(五) 藥癮 C 肝共病族群治療 C 肝各階段任務

藥癮 C 肝共病族群 C 肝治療能否順利完成治療，其中重要角色即為美沙冬個案管理師、肝膽腸胃個案管理師、感染科個案管理師，透過標準化流程，分工聯繫，以共照方式，協助個案完成治療，以下即針對各科室間合作細項進行說明：

表 2 藥癮 C 肝共病族群跨科合作照護階段注意事項

藥癮 C 肝共病族群跨科合作照護階段注意事項				
	目標	方式	重點	負責科室 文件(表單或量表)
共識期	HIV+C 以藥癮族群為主	建立共同照護群組(個案管理師)	<ul style="list-style-type: none"> 認識美沙冬病患特性 美 C 治療重點 健保 DAA 規定 	成癮科/腸胃科
準備期	病毒檢測、SONO 評估 衛教病患	1. 清查 HCV Ab (+) 名單	初診時可先查明個案是否 HCV Ab (+)，若有可以直接請個案加入快速通關，減少抽血檢驗次數，因為藥癮個案血管很難抽，對於檢驗科及個案本身都有可能推動的阻力。	成癮科
		2. 建立共同資料夾	方便隨時更新個案治療資訊，藥癮個案一大特性：留置率並不穩定，名單更新相對重要	成癮科/腸胃科
		3. 選出首批治療名單	提升完療率，個案治療的成功經驗，也可增加其他個案治療意願。	成癮科
		4. 提供治療能見度	靜態文宣(海報、治療手冊、環境布置)動態活動(辦理說明會、給藥窗口主動提示)公布可治療名單，辦理快速門診、快速通關活動。	成癮科/腸胃科
		5. 檢驗報告整理	確認可治療個案及定時追蹤個案名冊。	腸胃科
治療前期	篩選適合病患，加強治療動機，個人資料確認	1. 確認治療對象	治療名單影響因素： <ul style="list-style-type: none"> 1. 治療意願 2. 經濟因素 3. 對於藥物錯誤認知(觀望) 4. 刑案問題(待審判或待入監不建議治療) 5. 共病問題(HIV 個案先行治療 HAART) 	成癮科

			6. 服藥出席率(治療遵從性)		
		2. 加強治療動機	辦理活動釋放利多。	成癮科/腸胃科	
		3. 電話實聯制	避免治療期間失聯。	成癮科/腸胃科	
集中用藥前衛教		1. 簽肝淨狀	對自我負責及肯定。	腸胃科	肝淨狀同意書，如附件二
		2. 確認目前法律問題	避免治療中斷。	腸胃科	
		3. 認知問卷調查	提升疾病認知。	腸胃科	
		4. 健保規範說明	避免健保核刪。	腸胃科	
		5. 集中用藥衛教	加強衛教，用藥調查，避免藥物交互作用。	腸胃科	
		6. 治療費用說明	提前準備費用也可減少家屬對金錢流向疑慮。	腸胃科	
		7. 排定治療時程	提早請假，避免治療中斷。	腸胃科	
		8. 目前用藥調查	避免藥物交互作用。	腸胃科	
		9. 鼓勵伴侶就醫	減少治療後再感染。	成癮科/腸胃科	
治療中期	維持不中斷治療	1. 快速門診	提升就醫便利性及滿意度。	腸胃科	
		2. 監控到診/副作用	減少個案不適而自行中斷治療。	成癮科/腸胃科	
		3. 2週回診	療程共 8-12 週。		
		4. 提示回診	提醒抽血及回診日、提升就醫便利性及滿意度。	成癮科/腸胃科	
追蹤期	避免再感染	1. 維持 SVR 追蹤	排定追蹤日期。	腸胃科	
		2. 治療後定期追蹤	安排 SVR 預約半年或一年回診定期追蹤。	成癮科/腸胃科	

(六) 策略擬定

1. 減少治療中斷率：

為提升藥癮個案治療意願及減少治療中斷率，針對個案特性擬定相應策略如下表 3：

表 3 策略擬定

個案特性	策略
缺少自我健康關照	1. 加強疾病認知 2. 衛教著重再教育
對 C 肝治療療程不了解	1. 靜態文宣：海報、治療手冊、環境布置 2. 動態活動：辦理說明會、給藥窗口主動提示、增強物 3. 治療費用說明：提前準備治療費用
擔心療程耗時或頻繁返診延誤工作	排定治療時程：利於個案提早請假或準備，避免治療中斷
怕麻煩、不耐等待	簡化看診流程與就醫動線
重視成功經驗	初期先邀請順從性高個案進入治療，提高成功經驗
重視友儕關係	1. 藉由成功的治療經驗口耳相傳，增加治療意願 2. 每天一起服用美沙冬的同伴們「共同」參與治療計畫
擔心藥物副作用	透由戒癮門診規律複診服藥之特性： 1. 觀察服藥副作用 2. 提示回診 3. 提升抗病毒藥物服藥順從性
經常更換連絡方式、失聯或入監服刑	1. 電話實聯制

中區整合性藥癮醫療示範中心
INTEGRATED CENTER FOR ADDICTION AND THE NETWORKS IN CENTRAL TAIWAN

2. 提升追蹤意願:

為提高病人篩檢意願與動機促進，於追蹤療程中規劃有酬償機

制如表 4：

表 4 追蹤酬償規劃

	策略
醫藥費	1. 藥酒癮補助方案：補助檢驗項目、門診診察費 2. 整合性藥癮醫療示範中心經費：HCV Core Ag 試劑
耗時	追蹤特別門診：搭配美沙冬維持療法固定返診機制、預先公告追蹤門診日期，減少額外回診時間
鼓勵	避免再感染衛教宣導活動，將 C 型肝炎知識寓教於樂 1. 禮券：完成追蹤後測問卷 2. 禮品：完成衛教相關活動



中區整合性藥癮醫療示範中心
INTEGRATED CENTER FOR ADDICTION AND THE NETWORKS IN CENTRAL TAIWAN

第五章、治療模式操作說明

一、實務操作概況

(一)跨科室合作

107年起開始進行藥癮共病服務，108-109年致力發展藥癮C型肝炎個案跨科轉介共病照護服務模式，針對特殊族群發展出治療模式已開發「美C治療衛教手冊」，應用共用資料夾及通訊軟體共享平台，暢通精神科、腸胃科與感染科各科室間溝通管道。

110-112年除持續進行跨科轉介與治療，亦開始針對高風險族群個案調整與發展適合與友善的追蹤機制，希冀改善過往個案追蹤返診意願低、流失率高的困境。

(二)服務流程改善措施

1. 健康促進與提升治療意願

戒癮門診藥癮個案多為過去或現在靜脈注射藥癮者，善用替代療法治療每日皆須到院服用美沙冬(Methadone)特性，及多數個案與個案管理師建立長期且穩定之治療關係，已然成為個案社會支持之一環，藉由該治療關係進行健康關懷、衛教與協助，進而提升個案治療意願。另於初期篩選治療意願及順從性高的個案進入治療，以提高治療成功經驗，再經由個案間正向經驗分享，增加其他個案就醫意願，計畫執行2年來共計辦理11場衛教宣導活動，成功提升疾病治療能見度。

2. 簡化看診流程與可近性

C型肝炎治療於臺灣醫療體制中分屬於肝膽腸胃科，多數醫療院所門診區塊不同，在過去經驗中，藥癮個案常因診間距離、不耐等候而導致治療中斷，了解個案特性並做出就醫動線調整，建立跨科別合作模式，轉介C型肝炎病毒(HCV RNA)陽性之個案，進行新型口服抗病毒藥物(Direct antiviral agent, DAA)治療，並簡化看

診流程、設立快速通關服務、腹部超音波得來速檢查、肝膽腸胃科行動門診於戒癮門診區等服務，大幅提升治療C型肝炎及被治療及追蹤意願。

3. 提升服藥順從性

透過戒癮門診規律複診服藥之特性，觀察服藥副作用及提示回診及檢驗，提升抗病毒藥物服藥順從性及減少治療中斷。

4. 加強疾病認知與再感染

(1) 針對較高感染風險的特定族群應提升對疾病的認知與理解，進行衛教、諮詢及衛教管道以避免再度感染，增加清潔針具的可用性及可近性。

(2) 搭配活動辦理與戒癮治療、療程初期進行C型肝炎認知衛教、藥物服用說明、提升疾病識能。

5. 治療後再追蹤

治療期與結束追蹤期則可配合戒癮療程中常規血液檢查進行治療後追蹤與持續觀察。針對已完成DAA口服藥治療個案落實追蹤，因新健保規定，故治療滿1年C肝藥癮共病個案可進行健保C型肝炎HCV Core Ag (C型肝炎病毒核心抗原)篩檢。然因C肝RNA檢驗(C型肝炎病毒核糖核酸檢驗)準確率相對較高，遂彰化縣衛生局特別開放補助，治療滿1年C肝藥癮共病個案可一年進行1次C肝RNA檢驗(C型肝炎病毒核糖核酸檢驗)篩檢。

針對藥癮者C型肝炎治療後6-12個月規劃再感染之追蹤計畫，規劃追蹤酬賞機制，以提升篩檢意願與配合度，篩檢費用配合衛福部毒品防制基金補助檢驗項目經費、以衛福部整合性藥癮醫療示範中心計畫補助檢驗試劑與追蹤禮券，降低就醫負擔並提升追蹤動力，期望未來納入藥癮個案常規檢驗，持續治療後追蹤與衛教。

6. 第二次治療

健保在 2021 年 6 月 1 日起開放給付病人可接受第二次口服小分子抗病毒藥物治療。健保通過三類 C 肝病人可接受第二次 DAA 治療：(1) 第一次治療中斷療程，且經醫療評估必須停藥者 (2) 第一次治療結束後 12 週測不到病毒，惟目前檢驗病毒量為陽性；(3) 第一次治療藥物無效者，符合二次治療者須經由醫師評估後，完成再次衛教。



中區整合性藥癮醫療示範中心
INTEGRATED CENTER FOR ADDICTION AND THE NETWORKS IN CENTRAL TAIWAN

第六章、各院篩檢及治療服務異同比較

因應版本刪減，詳見完整版。

參考文獻

- 中文部分

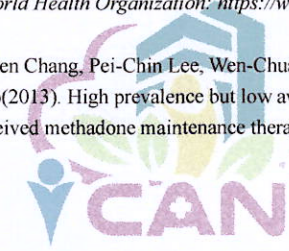
國家消除 C 肝政策綱領編輯團隊(2019 年 05 月)。國家消除 C 肝政策綱領 2018-2025。臺北市：衛生福利部。

衛生福利部(2018 年 03 月)。病毒性肝炎防治計畫(第二期計畫 106-109 年)。臺北市：國健署。

- 英文部分

Hepatitis C: Key facts (2020). *World Health Organization*: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>.

Mei-Hing Ng, Jen-Yu Chou, Ta-Jen Chang, Pei-Chin Lee, Wen-Chuan Shao, Tsang-Yaw Lin, Vincent Chin-Hung Chen, Michael Gossop(2013). High prevalence but low awareness of hepatitis C virus infection among heroin users who received methadone maintenance therapy in Taiwan. *Addictive Behaviors*, P2089-2093.



中區整合性藥癮醫療示範中心
INTEGRATED CENTER FOR ADDICTION AND THE NETWORKS IN CENTRAL TAIWAN

藥癮 C 肝共病醫療處遇工作手冊-綜合醫院版



著作權所有 衛生福利部草屯療養院整合性藥癮醫療示範中心

編 著 郭于婷、浦品卉

地 址 54249 南投縣草屯鎮御史里 14 鄰玉屏路 161 號

電 話 (049)2550800#3831-3833

傳 真 (049)2561189

出版年月 2023 年 11 月

版 次 第 3 版



中區整合性藥癮醫療示範中心

INTEGRATED CENTER FOR ADDICTION AND THE NETWORKS IN CENTRAL TAIWAN