

衛生福利部疾病管制署 函

機關地址：10050台北市中正區林森南路6號
承辦人：廖淑君
電話：02-23959825#3739
電子信箱：lsc2727@cdc.gov.tw

10048

台北市中正區常德街一號景福館二樓203室

受文者：台灣周產期醫學會

發文日期：中華民國112年2月7日

發文字號：疾管慢字第1120300040號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：潛伏結核感染治療處方一覽表及TB接觸者就醫轉介單

主旨：本署結核病診治指引(第七版)第十章「潛伏結核感染(LTBI)診斷與治療」更新內容已公布於本署全球資訊網，請惠予轉知所轄各醫療院所或所屬會員知悉，詳如說明，請查照。

說明：

一、旨揭指引「潛伏結核感染(LTBI)診斷與治療」章節，更新內容重點摘要如下：

(一)參考國際指引建議及我國本土研究資料等，更新LTBI治療處方建議：

1、擴大1HP處方使用對象：考量1HP處方為世界衛生組織(WHO)現行指引推薦的超短程處方，28天即可完成治療，我國自108年以專案對象使用經驗可知，1HP處方產生的副作用以皮疹(蕁麻疹)為主，可用抗組織胺藥物緩解，與3HP處方的類流感症狀略不同，但1HP與3HP處方完治率均高，爰將1HP納入我國LTBI治療的建議處方之一。且1HP治療個案亦可使用HP複方劑型(惟矯正機關專案對象考量實務執行，限使用單方)，以減少服藥顆數。

2、新增6H處方：參考WHO、美國及歐盟等LTBI治療指引、國際使用經驗及本國研究資料顯示6H處方安

全、有效且完治率較9H高，爰LTBI治療處方新增6H處方，提供不適用RMP類藥品短程處方者。另，目前仍欠缺足夠資料顯示愛滋病毒感染控制與LTBI治療INH長短的成效有關，TB諮詢委員會的專家建議，HIV感染者倘需使用INH單方，在病毒量控制不佳或免疫不全的病人，可考慮選擇較長的9H處方。

3、新增多重抗藥結核病(MDR-TB)個案之接觸者使用9個月fluoroquinolone(levofloxacin或moxifloxacin)單方或合併其他一種藥物(如ethambutol、prothionamide或cycloserine)，並需轉介至抗藥性結核病醫療照護體系(TMTC)接受評估與治療。

4、為利臨床依循，綜整目前可使用的LTBI治療處方一覽表(如附件1)，供合作醫師或個案管理等人員參考。檔案可逕至本署全球資訊網(<https://www.cdc.gov.tw>)/傳染病與防疫專題/傳染病介紹/第三類法定傳染病/結核病/治療照護/潛伏結核感染專區項下，下載運用。

(二)說明LTBI檢驗陽性代表曾遭受結核菌感染，因此治療中對象除結核病發病或未滿5歲兒童與指標個案終止有效暴露滿8週之檢驗結果為陰性需中斷LTBI治療外，其餘皆建議完成LTBI治療，才能提供完整(約9成)的保護效果；曾接受LTBI治療者倘發病應進行快速抗藥分子檢測，以早期監測抗藥。

(三)新增LTBI檢驗之血液丙型干擾素釋放試驗(interferon-gamma release assay, IGRA)結果為無法判定(indeterminate)之可能原因及處置方式，以提升LTBI診斷品質。

二、另，有關結核病接觸者就醫轉介單(如附件2)除更新LTBI治療處方種類外，新增胸部X光異常之常見診斷結果相

關情形，請臨床醫師勾選，以利公衛管理人員進行後續異常疑似個案追蹤，以及早發現個案，及早介入與治療。

三、旨揭更新修訂之指引章節請逕至本署全球資訊網(<https://www.cdc.gov.tw>)/傳染病與防疫專題/傳染病介紹/第三類法定傳染病/結核病/重要指引及教材/結核病診治指引項下，下載運用。

正本：地方政府衛生局、臺灣家庭醫學醫學會、臺灣兒科醫學會、臺灣感染症醫學會、社團法人台灣兒童感染症醫學會、中華民國防癆協會、台灣內科醫學會、台灣結核暨肺部疾病醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會、台灣長期照顧感染預防暨控制學會、台灣愛滋病學會、台灣婦產科醫學會、台灣周產期醫學會、社團法人台灣感染管制學會、社團法人中華民國風濕病醫學會

副本：衛生福利部中央健康保險署、法務部矯正署(均含附件)

署長 周志浩



潛伏結核感染治療處方一覽表

(雙面列印)

112年印製

處方	處方藥品	總劑數與 療程頻率	劑量			常見 副作用	使用限制	都治 (DOT)	推薦順序 (接觸者除指種抗藥 或使用限制外)
			每日 最大劑量	兒童	成人				
1HP ^a	複方 Isoniazid(INH) 300mg+ Rifapentine (RPT) 300mg	28天 (1個月) 每日服用	300mg	固定1顆		皮疹(尋麻疹)為主、(少數)肝毒性	◆ 指標個案INH或RMP抗藥之接觸者 ◆ <13歲兒童 ◆ 孕婦 ^c	必須	推薦處方
	Rifapentine (RPT) 150mg		300mg	◆ 35-45 kg 1顆 ◆ >45 kg 2顆					
	單方 Isoniazid (INH) 300mg	28天 (1個月) 每日服用	300mg	300 mg					
	Rifapentine (RPT) 150mg		600mg	◆ <35 kg 300 mg ◆ 35-45 kg 450mg ◆ >45 kg 600 mg					
3HP ^a	複方 Isoniazid(INH) 300mg+ Rifapentine (RPT) 300mg	12個劑量 (3個月) 每週服用	900 mg	體重50kg以上 固定劑量3顆		皮疹、類流感症狀、過敏反應、(少數)肝毒性	◆ 指標個案INH或RMP抗藥之接觸者 ◆ 孕婦 ^c	必須	推薦處方
	單方 Isoniazid (INH) 300mg	12個劑量 (3個月) 每週服用	900 mg	◆ 2-11 歲 25mg/kg ◆ 12 歲(含)以上 15mg/kg					
	Rifapentine (RPT) 150mg		900 mg	◆ 10.0-14.0 kg 300 mg ◆ 14.1-25.0 kg 450 mg ◆ 25.1-32.0 kg 600 mg ◆ 32.1-49.9 kg 750 mg ◆ ≥50.0 kg 900 mg					
4R	Rifampin (RMP) 300mg	120天 (4個月) 每日服用	600 mg	15 (10-20)mg/kg	10 mg/kg	皮疹、腸胃不適/腸胃障礙、(少數)肝毒性	指標個案RMP抗藥之接觸者	必須	推薦處方
3HR ^b	Isoniazid (INH) 100mg	90天 (3個月) 每日服用	300 mg	10 (7-15)mg/kg	5 mg/kg	過敏反應、(少數)肝毒性	指標個案INH或RMP抗藥之接觸者	必須	推薦處方
	Rifampin (RMP) 300mg		600 mg	15 (10-20)mg/kg	10 mg/kg				
6H /9H	Isoniazid(INH) 100mg	180天(6個月) /270天(9個月) 每日服用	300 mg	10 (7-15)mg/kg	5 mg/kg	皮疹、周邊神經病變、肝毒性	指標個案INH抗藥之接觸者	建議	替代處方

a : 1HP及3HP處方使用之INH300mg及HP複方為專案進口藥品，須請個案簽立藥品使用同意書 c : 目前尚未有足夠之孕婦臨床安全性相關試驗數據

b : 3HR可依體重使用INH+RMP之二合一劑型

參考資料：WHO operational handbook on tuberculosis
(Module 1 – Prevention): Tuberculosis preventive treatment
(2020)及疾病管制署結核病診治指引

1HP (28天) 每日最大劑量
INH 300mg、RPT 600mg

複方
共3顆

[INH + RPT] 1顆 及 RPT 2顆
300mg 300mg

單方
共5顆

INH 1顆 及 RPT 4顆
300mg 150mg

3HP (12劑次) 每日最大劑量
INH 900mg、RPT 900mg

複方
共3顆

[INH + RPT] 3顆
300mg 300mg

單方
共9顆

INH 3顆 及 RPT 6顆
300mg 150mg

藥品使用同意書下載點



1HP及3HP處方使用之INH300mg
及HP複方為專案進口藥品，須請
個案簽立藥品使用同意書。

3HR (90天) 每日最大劑量
INH 300mg、RMP 600mg

參考圖示藥物可能因各家廠牌而不同

複方
共2顆

[INH + RMP] 2顆
150mg 300mg
或
RIFINAH
300mg 2顆

單方
共5顆

INH 3顆 及 RMP 2顆
100mg 300mg

4R (120天) 每日最大劑量
RMP 600mg

共2顆

RMP 2顆
300mg

6H / 9H (180天) 每日最大劑量
INH 300mg

共3顆

INH 3顆
100mg

TB 接觸者就醫轉介單

協助事項：☐接觸者檢查¹(ICD10: Z20.1)：☐胸部 X 光檢查 ☐IGRA ☐TST
☐潛伏結核感染治療評估(ICD10: R76.1)：☐胸部 X 光檢查
☐未完成潛伏結核感染檢驗/檢驗陽性未完成治療：
☐第 12 個月胸部 X 光檢查 ☐MDR-TB 接觸者每半年胸部 X 光檢查

一、接觸者基本資料：

基 本 資 料	姓名： 管理單位： 終止有效暴露日： 年 月 日
	性別： ☐ 男 ☐ 女 身分證字號： 出生： 年 月 日
胸 部 X 光	卡介苗接種史： ☐ 有 ☐ 無 免疫不全狀況： ☐ 有 ☐ 無 肝毒性風險族群 ² ： ☐ 否 ☐ 是：
	結核病症狀： ☐ 無 ☐ 咳嗽 ☐ 咳血 ☐ 咳痰 ☐ 發燒 ☐ 胸痛 ☐ 食慾差 ☐ 體重減輕
接 觸 者 檢 查	檢查結果：檢查日期 年 月 日 ☐ 正常 ³ ☐ 疑似肺結核（請依照傳染病防治法第 39 條進行通報）： ☐ 異常，無空洞 ☐ 異常，有空洞 ☐ 異常無關結核（請繼續追蹤至排除結核病）： ☐ 肋膜積水 ☐ 肺浸潤/陰影（支氣管發炎/擴張/浸潤） ☐ 肺炎/發炎/感染 ☐ 肉芽腫/結節 ☐ 粟粒狀病灶 ☐ 肺坍塌 ☐ 陳舊性肺結核 ☐ 矽肺病 ☐ 肺紋增加/粗糙 ☐ 肺門擴張 ☐ 間質增加 ☐ 纖維化/鈣化/胸（肋膜）增厚 ☐ 陳舊性發炎 ☐ 上縱膈腔變/較寬 ☐ 異常無關結核，註：
	☐ 5 歲(含)以上接觸者：與指標個案終止有效暴露滿 8 週，以 IGRA 進行檢驗 IGRA 年 月 日，結果： ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 不確定(Mitogen-Nil<0.5 且 Nil≤8) ☐ 不確定(Nil>8)
	☐ 2 歲(含)至未滿 5 歲接觸者：以 IGRA 檢驗為主，無法執行 IGRA 者，得使用 TST 1. 暴露 8 週內 LTBI 檢驗 IGRA 年 月 日，結果： ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 不確定(Mitogen-Nil<0.5 且 Nil≤8) ☐ 不確定(Nil>8) 或 TST 年 月 日，結果： mm，陽性者於暴露滿 8 週後得再以 IGRA 檢驗 2. 暴露滿 8 週 LTBI 檢驗(8 週內以 TST 檢驗或 IGRA 陰性者，於滿 8 週後再次進行 IGRA) IGRA 年 月 日，結果： ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 不確定(Mitogen-Nil<0.5 且 Nil≤8) ☐ 不確定(Nil>8) 或 TST 年 月 日，結果： mm(限 8 週內 TST 陰性，無法執行 IGRA 者)
	☐ 未滿 2 歲接觸者：以 TST 檢驗 第一次 TST(暴露 8 週內)： 年 月 日，結果： mm，陰性者於 8 週後進行第 2 次 TST 第二次 TST(與第一次 TST 間隔滿 8 週)： 年 月 日，結果： mm
	☐ 出生 30 日內新生兒(含胎兒時期)暴露之接觸者：無須 TST 檢驗，於排除活動性結核病後，儘速接受預防性治療(prophylaxis)
臨 床 建 議	1. 接觸者檢查結果建議： ☐ 繼續追蹤 ☐ 結核病治療 ☐ 其他建議：
	2. 潛伏結核感染治療評估建議(藥物領取後請先與開立單位聯繫再服用)： ☐ 需進行潛伏結核感染治療(Treatment of LTBI)： ☐ 1HP ☐ 3HP ☐ 4R ☐ 3HR ☐ 6H ☐ 9H ☐ 9FQ (限 MDR-TB 個案接觸者開立) ☐ 進行預防性治療(prophylaxis) ☐ 家屬(本人)拒絕 ☐ 醫師決定暫不進行治療： ☐ 肝功能檢查值過高 ☐ 擔心藥物交互作用 ☐ 其他 ☐ 其他：
院所名稱： 回復醫師簽章： 連絡電話：	

二、指標個案資料 (提供接觸者風險評估參考)

TB 總編號： 性別： ☐ 男 ☐ 女 來自結核病高盛行區： ☐ 是 ☐ 否	
採檢日期	痰塗片(NAA 檢驗)
第一套 年 月 日	☐ 陰性 ☐ 陽性() ☐ 已驗未出
第二套 年 月 日	☐ 陰性 ☐ 陽性() ☐ 已驗未出
第三套 年 月 日	☐ 陰性 ☐ 陽性() ☐ 已驗未出
胸部 X 光 檢查結果： 年 月 日	☐ 有空洞 ☐ 無空洞 單純肺外： ☐ 是 ☐ 否
抗結核藥物： ☐ 已用： 年 月 日	☐ 未用 抗藥性： ☐ 無 ☐ 未知 ☐ INH ☐ RMP ☐ FQ
開立單位：	日期： 年 月 日
連絡人：	連絡電話：
1. 接觸者檢查(胸部 X 光檢查、IGRA 抽血檢驗、TST 施針)及後續回診看報告(胸部 X 光報告、IGRA 檢驗報告、TST 判讀結果)，均可使用本轉介單以減免部分負擔，故本轉介單最多可使用 2 次。 2. 35 歲以上成人、肝硬化、慢性肝炎或肝病變、酒癮、注射藥癮者、HIV 感染者、孕婦及產後 3 個月婦女為肝毒性風險族群，須於治療前先檢查肝功能。 3. 檢查結果正常者，倘日後出現異常呼吸道症狀或咳嗽超過 2 週，仍應儘速就醫檢查，並告知醫師接觸史。	

