

檔 號：

保存年限：

# 中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓  
承辦人：鄭舜介  
電話：(02)2752-7286#134  
傳真：(02)2771-8392  
電子信箱：jie@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國99年4月19日

發文字號：全醫聯字第0990000858號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如說明

主旨：轉知「全民健康保險藥品給付規定—第8章 免疫製劑 Immunologic agents 8.2. 免疫調節劑 Immunomodulators 及第10章 抗微生物劑 Antimicrobial agents 10.7. 抗病毒劑 Antiviral drugs」，業經行政院衛生署中央健康保險局於99年4月14日以健保審字第0990051226號令修正發布，並自99年5月1日生效，請查照。

說明：依據行政院衛生署中央健康保險局99年4月14日健保審字第0990051226A號書函副本（如附件）辦理。

正本：各縣市醫師公會  
副本：

中華民國醫師公會  
全國聯合會校對章

理事長 李明濱

上網公告  
鄭華琴  
pp. 4. 21

99. 4. 21 第1頁 共1頁 146字

副本

收文編號	收文日期	期	歸檔編號
1034	99.4.15	16:30	

檔號：  
保存年限：

## 行政院衛生署中央健康保險局 書函

機關地址：台北市信義路3段140號

傳真：(02)27027723

聯絡人及電話：賴小姐(02)27065866轉1552

電子信箱：lsy888w@mail.nhi.gov.tw

10688

台北市安和路1段29號9樓

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國99年4月14日

發文字號：健保審字第0990051226A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：發布令稿含「全民健康保險藥品給付規定—第8章 免疫製劑 Immunologic agents 8.2. 免疫調節劑 Immunomodulators及第10章 抗微生物劑 Antimicrobial agents 10.7. 抗病毒劑 Antiviral drugs」給付規定電子檔、發布令掃描檔、法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表電子檔

主旨：「全民健康保險藥品給付規定—第8章 免疫製劑 Immunologic agents 8.2. 免疫調節劑 Immunomodulators及第10章 抗微生物劑 Antimicrobial agents 10.7. 抗病毒劑 Antiviral drugs」，業經本局於中華民國99年4月14日以健保審字第0990051226號令修正發布，茲檢送發布令（含附件）1份，請查照。

說明：併附法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表1份。

正本：行政院公報編印中心（請刊登公報）

副本：行政院法規委員會、行政院衛生署法規委員會、行政院衛生署醫事處、行政院衛生署全民健康保險小組、行政院衛生署食品藥物管理局、全民健康保險監理委員會、全民健康保險爭議審議委員會、行政院衛生署醫院管理委員會、台北市政府衛生局、高雄市政府衛生局、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、福建省連江縣政府、福建省金門縣政府、台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國開發性製藥研究協會、中華民國藥品行銷暨管理協會、台灣區製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、台北市西藥代理商業同業公會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、中華民國西藥代理商業同業公會、台灣醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、本局資訊組、本局企劃組（請刊登健保電子報及本局全球資訊網）、本局醫務管理組、本局臺北業務組（請轉知轄區醫事機構，以下同）、本局北區業務組、本局中區業務組、本局南區業務組、本局高屏業務組、本局東區業務組（以上均含附件）

行政院衛生署中央  
健康保險局發行(4)

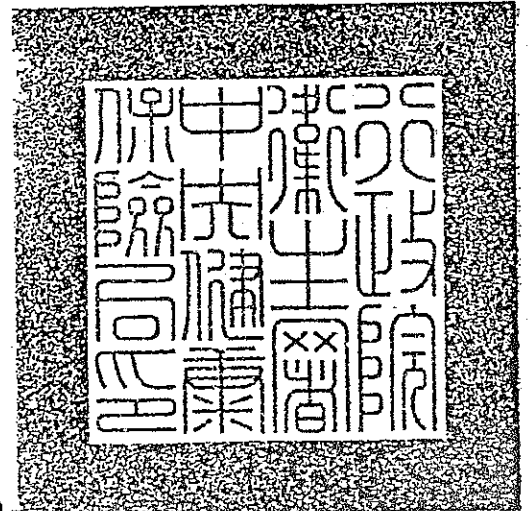
# 行政院衛生署中央健康保險局

檔 號：

保存年限：

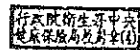
# 行政院衛生署中央健康保險局 令

發文日期：中華民國99年4月14日  
發文字號：健保審字第0990051226號  
附件：如附



修正「全民健康保險藥品給付規定—第8章 免疫製劑 Immunologic agents 8.2. 免疫調節劑 Immunomodulators及第10章 抗微生物劑 Antimicrobial agents: 10.7. 抗病毒劑 Antiviral drugs」給付規定，並自中華民國九十九年五月一日生效。

附修正「全民健康保險藥品給付規定—第8章 免疫製劑 Immunologic agents 8.2. 免疫調節劑 Immunomodulators及第10章 抗微生物劑 Antimicrobial agents 10.7. 抗病毒劑 Antiviral drugs」給付規定



局長 鄭守夏

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定

第 8 章 免疫製劑 Immunologic agents

(自 99 年 5 月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>8.2. 免疫調節劑 Immunomodulators</p> <p>8.2.6. 短效干擾素、長效干擾素： 8.2.6.1. Interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 及 interferon alpha-2b(如 Intron A)(92/10/1); peginterferon alfa-2a (如 Pegasys) (92/11/1-C 肝) (94/11/1-B 肝) (96/10/1) (98/11/1) (99/5/1-B 肝)：</p> <p>1. 限用於參加「全民健康保險加強 慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計 畫」之下列慢性病毒性 B 型或 C 型肝炎患者。</p> <p>(1) 用於慢性病毒性 B 型肝炎患者 I. HBsAg (+) 超過 6 個月及 HBeAg (+) 超過 3 個月，且 ALT 值大於 (或等於) 正常 值上限 5 倍以上 (ALT<math>\geq</math> 5X)，且無肝功能代償不全 者。療程為 6 個月。(98/11/1)</p> <p>註：肝代償不全條件為 prothrombin time 延長<math>\geq</math>3 秒或 bilirubin <math>\geq</math>2.0mg/dL，prothrombin time 延長係以該次檢驗 control 值為準。</p>	<p>8.2. 免疫調節劑 Immunomodulators</p> <p>8.2.6. 短效干擾素、長效干擾素： 8.2.6.1. Interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 及 interferon alpha-2b (如 Intron A) (92/10/1)；peginterferon alfa-2a(如 Pegasys)(92/11/1-C 肝) (94/11/1-B 肝) (96/10/1) (98/11/1)：</p> <p>1. 限用於參加「全民健康保險加強 慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計 畫」之下列慢性病毒性 B 型或 C 型肝炎患者。</p> <p>(1) 用於慢性病毒性 B 型肝炎患者 I. HBsAg (+) 超過 6 個月及 HBeAg (+) 超過 3 個月，且 ALT 值大於 (或等於) 正常 值上限 5 倍以上 (ALT<math>\geq</math> 5X)，且無肝功能代償不全 者。療程為 6 個月。(98/11/1)</p> <p>註：肝代償不全條件為 prothrombin time 延長<math>\geq</math>3 秒或 bilirubin <math>\geq</math>2.0mg/dL，prothrombin time 延長係以該次檢驗 control 值為準。</p>

II. HBsAg (+) 超過 6 個月及 HBeAg (+) 超過 3 個月，其 ALT 值介於正常值上限 2 至 5 倍之間 ( $2X \leq ALT < 5X$ )，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 陽性並有慢性肝炎變化，無 D 型或 C 型肝炎合併感染，且無肝功能代償不全者，可接受藥物治療，療程為 6 個月。(98/11/1)

III. HBsAg (+) 超過 6 個月及 HBeAg (-) 超過 3 個月，且 ALT 值半年有兩次以上(每次間隔 3 個月)大於或等於正常值上限 2 倍以上 ( $ALT \geq 2X$ )，且血清 HBV DNA  $\geq 2,000$  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，無 D 型或 C 型肝炎合併感染，且無肝功能代償不全之患者。療程為 12 個月。(98/11/1)

IV. 符合上述 I、II、III 條件納入試辦計畫且經完成治療後停藥者：經一年觀察期，復發且符合上述 I、II、III 條件者，無肝代償不全者，可使用 Interferon alpha-2a、interferon alpha-2b、

II. HBsAg (+) 超過 6 個月及 HBeAg (+) 超過 3 個月，其 ALT 值介於正常值上限 2 至 5 倍之間 ( $2X \leq ALT < 5X$ )，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 陽性並有慢性肝炎變化，無 D 型或 C 型肝炎合併感染，且無肝功能代償不全者，可接受藥物治療，療程為 6 個月。  
(98/11/1)

III. HBsAg (+) 超過 6 個月及 HBeAg (-) 超過 3 個月，且 ALT 值半年有兩次以上(每次間隔 3 個月)大於或等於正常值上限 2 倍以上 ( $ALT \geq 2X$ )，且血清 HBV DNA  $\geq 2,000$  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，無 D 型或 C 型肝炎合併感染，且無肝功能代償不全之患者。療程為 12 個月。(98/11/1)

IV. 符合上述 I、II、III 條件納入試辦計畫且經完成治療後停藥者：經一年觀察期，復發且符合上述 I、II、III 條件者，可再治療一次(一個療程)。若有肝代償不全者則

<p>peginterferon alfa-2a 再治療一次（一個療程）或 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)或 entecavir 0.5mg 或 telbivudine 治療 12~36 個月。若有肝代償不全者則應儘速使用 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)或 entecavir 0.5mg 或 telbivudine 治療，療程為 12~36 個月。 (98/11/1、99/5/1)</p> <p>V. 符合 10.7.3 之 3 至 5 項條件納入試辦計畫經完成治療後停藥者：經觀察 3 至 6 個月，復發且符合上述 I、II、III 條件且無肝代償不全者，可使用 interferon alpha-2a、interferon alpha-2b 或 peginterferon alfa-2a 再治療一次（一個療程），或 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)或 entecavir 0.5mg 或 telbivudine 治療 12~36 個月，若有肝代償不全者，則應儘速使用 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)或 entecavir 0.5mg 或 telbivudine 治療，療程為 12~36 個月。 (98/11/1)</p> <p>(2) 用於慢性病毒性 C 型肝炎治療時：</p> <p>I. 應與 Ribavirin 併用</p>	<p>應儘速使用 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)或 entecavir 0.5mg 或 telbivudine 治療。 (98/11/1)</p> <p>V. 符合 10.7.3 之 3 至 5 項條件納入試辦計畫經完成治療後停藥者：經觀察 3 至 6 個月，復發且符合上述 I、II、III 條件且無肝代償不全者，可使用 interferon alpha-2a、interferon alpha-2b 或 peginterferon alfa-2a 再治療一次（一個療程），或 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)或 entecavir 0.5mg 或 telbivudine 治療 12~36 個月，若有肝代償不全者，則應儘速使用 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)或 entecavir 0.5mg 或 telbivudine 治療，療程為 12~36 個月。(98/11/1)</p> <p>(2) 用於慢性病毒性 C 型肝炎治療時：</p> <p>I. 應與 Ribavirin 併用</p> <p>II. 限 ALT 值異常者，且 Anti-HCV 與 HCV RNA 均為陽性，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）以</p>
--	--

<p>II. 限 ALT 值異常者，且 Anti-HCV 與 HCV RNA 均為陽性，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）以 METAVIR system 證實輕度纖維化大於或等於 F1 及肝炎變化，且無肝功能代償不全者。(98/11/1)</p> <p>III. 療程依 Viral Kinetics 區分如下：(98/11/1)</p> <p>a、有 RVR (rapid virological response, 快速病毒反應) 者，給付治療不超過 24 週。</p> <p>b、無 RVR，但有 EVR (early virologic response) 者，給付治療 48 週。</p> <p>c、到第 12 週未到 EVR 者，應中止治療，治療期間不超過 16 週。</p> <p>d、第一次藥物治療 24 週後復發者，可以給予第二次治療，不超過 48 週。</p> <p>※復發的定義： 治療完成時，血中偵測不到病毒，停藥後血中病毒又再次偵測到。(98/11/1)</p> <p>2. 限用於下列癌瘤病患「限 interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 及 interferon alpha-2b (如 Intron A)」(93/4/1、97/8/1)：</p> <p>(1) Chronic myelogenous</p>	<p>METAVIR system 證實輕度纖維化大於或等於 F1 及肝炎變化，且無肝功能代償不全者。(98/11/1)</p> <p>III. 療程依 Viral Kinetics 區分如下：(98/11/1)</p> <p>a、有 RVR (rapid virological response, 快速病毒反應) 者，給付治療不超過 24 週。</p> <p>b、無 RVR，但有 EVR (early virologic response) 者，給付治療 48 週。</p> <p>c、到第 12 週未到 EVR 者，應中止治療，治療期間不超過 16 週。</p> <p>d、第一次藥物治療 24 週後復發者，可以給予第二次治療，不超過 48 週。</p> <p>※復發的定義： 治療完成時，血中偵測不到病毒，停藥後血中病毒又再次偵測到。(98/11/1)</p> <p>2. 限用於下列癌瘤病患「限 interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 及 interferon alpha-2b (如 Intron A)」(93/4/1、97/8/1)：</p> <p>(1) Chronic myelogenous leukemia</p> <p>(2) Multiple myeloma</p> <p>(3) Hairy cell leukemia</p> <p>(4) T細胞淋巴瘤病例(限 a-2A、2B type) (87/4/1)。</p>
--	--

<p>leukemia</p> <p>(2) Multiple myeloma</p> <p>(3) Hairy cell leukemia</p> <p>(4) T細胞淋巴瘤病例(限 a-2A、2B type) (87/4/1)。</p> <p>(5) 卡波西氏肉瘤 (Kaposi' s sarcoma)病例使用(87/4/1)。</p> <p>(6) 小於七十歲以下，罹患中、晚期之低度非何杰金氏淋巴瘤 (low grade non-Hodgkin' s lymphoma)，且具有高腫瘤負荷 (high tumor burden)之病患。(89/1/1)</p> <p>(「高腫瘤負荷」定義：第三或第四期病患；或血清 LDH &gt; 350 IU/L；或腫塊大於十公分以上。)</p> <p>(7) 限使用於晚期不能手術切除或轉移性腎細胞癌之病患(限 a-2A type) (89/1/1)</p> <p>(8) kasabach-Merritt 症候群。(93/4/1)</p> <p>(9) 用於一般療法無法治療的 Lymphangioma。(93/4/1、97/8/1)</p>	<p>(5) 卡波西氏肉瘤 (Kaposi' s sarcoma ) 病例使用 (87/4/1)。</p> <p>(6) 小於七十歲以下，罹患中、晚期之低度非何杰金氏淋巴瘤 (low grade non-Hodgkin' s lymphoma)，且具有高腫瘤負荷 (high tumor burden)之病患。(89/1/1)</p> <p>(「高腫瘤負荷」定義：第三或第四期病患；或血清 LDH &gt; 350 IU/L；或腫塊大於十公分以上。)</p> <p>(7) 限使用於晚期不能手術切除或轉移性腎細胞癌之病患 (限 a-2A type) (89/1/1)</p> <p>(8) kasabach-Merritt 症候群。(93/4/1)</p> <p>(9) 用於一般療法無法治療的 Lymphangioma。(93/4/1、97/8/1)</p>
---	--

備註：劃線部份為新修訂之規定。



「全民健康保險藥品給付規定」修正規定

第 10 章 抗微生物劑 Antimicrobial agents

(自 99 年 5 月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>10.7. 抗病毒劑 Antiviral drugs (98/11/1)</p> <p>10.7.3 Lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg); Entecavir (如 Baraclude 0.5mg); Telbivudine (如 Sebivo 600mg) : (92/10/1、93/2/1、93/8/1、94/10/1、95/10/1、95/11/1、97/8/1)(98/11/1、99/5/1)</p> <p>限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及慢性 C 型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性 B 型肝炎患者：</p> <p>1. HBsAg (+) 且已發生肝代償不全者；(98/11/1)</p> <p>(1) 以 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)、entecavir 0.5mg 或 telbivudine 治療，療程 12-36 個月；(98/11/1)</p> <p>(2) HBeAg 陽性病患若治療療程 36 個月內有 e 抗原轉陰者，則可再給付最多 12 個月治療。(98/11/1)</p> <p>註：肝代償不全條件為 prothrombin time 延長<math>\geq</math>3 秒或 bilirubin<math>\geq</math>2.0mg/dL，prothrombin time 延長係以該次檢驗 control 值為準。</p> <p>2. 慢性 B 型肝炎病毒帶原者 HBsAg(+): (98/11/1)</p>	<p>10.7. 抗病毒劑 Antiviral drugs (98/11/1)</p> <p>10.7.3 Lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg); Entecavir (如 Baraclude 0.5mg); Telbivudine (如 Sebivo 600mg) : (92/10/1、93/2/1、93/8/1、94/10/1、95/10/1、95/11/1、97/8/1)(98/11/1)</p> <p>限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及慢性 C 型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性 B 型肝炎患者：</p> <p>1. HBsAg (+) 且已發生肝代償不全者；(98/11/1)</p> <p>(1) 以 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)、entecavir 0.5mg 或 telbivudine 治療，療程 12-36 個月；(98/11/1)</p> <p>(2) HBeAg 陽性病患若治療療程 36 個月內有 e 抗原轉陰者，則可再給付最多 12 個月治療。(98/11/1)</p> <p>註：肝代償不全條件為 prothrombin time 延長<math>\geq</math>3 秒或 bilirubin<math>\geq</math>2.0mg/dL，prothrombin time 延長係以該次檢驗 control 值為準。</p> <p>2. 慢性 B 型肝炎病毒帶原者 HBsAg(+): (98/11/1)</p>

<p>(1) 接受非肝臟之器官移植後，B 型肝炎發作者，可長期使用。 (98/11/1)</p> <p>(2) 接受癌症化學療法中，B 型肝炎發作者，經照會消化系專科醫師同意後，可長期使用。 (93/2/1、94/10/1、98/11/1)</p> <p>(3) 接受肝臟移植者，可預防性使用。 (95/10/1、98/11/1)</p> <p>(4) 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，以預防 B 型肝炎發作。 (98/11/1)</p> <p>3. HBsAg (+) 超過 6 個月及 HBeAg (+) 超過 3 個月，且 ALT 值大於 (或等於) 正常值上限 5 倍以上 (ALT <math>\geq</math> 5X)，符合前述條件者，其給付療程為 12 至 36 個月。<u>若治療療程 36 個月內有 e 抗原轉陰者，則可再給付最多 12 個月治療。</u> (98/11/1、99/5/1)</p> <p>4. HBsAg(+) 超過 6 個月及 HBeAg (+) 超過 3 個月，其 ALT 值介於正常值上限 2 至 5 倍之間 (2X <math>\leq</math> ALT &lt; 5X)，且血清 HBV DNA <math>\geq</math> 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，符合前述條件者，其給付療程為 12 至 36 個月。<u>若治療療程 36 個月內有 e 抗原轉陰者，則可再給付最多 12 個月治療。</u> (93/8/1、95/11/1、98/11/1、99/5/1)</p> <p>5. HBsAg (+) 超過 6 個月及 HBeAg</p>	<p>(1) 接受非肝臟之器官移植後，B 型肝炎發作者，可長期使用。 (98/11/1)</p> <p>(2) 接受癌症化學療法中，B 型肝炎發作者，經照會消化系專科醫師同意後，可長期使用。 (93/2/1、94/10/1、98/11/1)</p> <p>(3) 接受肝臟移植者，可預防性使用。 (95/10/1、98/11/1)</p> <p>(4) 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，以預防 B 型肝炎發作。 (98/11/1)</p> <p>3. HBsAg (+) 超過 6 個月及 HBeAg (+) 超過 3 個月，且 ALT 值大於 (或等於) 正常值上限 5 倍以上 (ALT <math>\geq</math> 5X)，符合前述條件者，其給付療程為 12 至 36 個月。 (98/11/1)</p> <p>4. HBsAg(+) 超過 6 個月及 HBeAg (+) 超過 3 個月，其 ALT 值介於正常值上限 2 至 5 倍之間 (2X <math>\leq</math> ALT &lt; 5X)，且血清 HBV DNA <math>\geq</math> 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，符合前述條件者，其給付療程為 12 至 36 個月。 (93/8/1、95/11/1、98/11/1)</p> <p>5. HBsAg (+) 超過 6 個月及 HBeAg (-) 超過 3 個月，且 ALT 值半年有兩次以上 (每次間隔 3 個月) 大於或等於正常值上限 2 倍以上 (ALT <math>\geq</math> 2X)，且血清 HBV DNA <math>\geq</math> 2,000 IU/mL，或經由肝組</p>
--	---

<p>(-) 超過 3 個月，且 ALT 值半年有兩次以上(每次間隔 3 個月)大於或等於正常值上限 2 倍以上 (ALT<math>\geq</math>2X)，且血清 HBV DNA<math>\geq</math>2,000 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，符合前述條件者，其療程為 12 至 36 個月。(93/8/1、95/11/1、98/11/1)</p> <p>6. 若上述治療中出現 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)、entecavir 0.5mg、telbivudine 抗藥性病毒株，可改換對於抗藥株有效之 B 型肝炎抗病毒藥劑治療，治療藥物及療程之規定詳如 10.7.4.1~2。(98/11/1、99/5/1)</p> <p>10.7.4. Adefovir dipivoxil (如 Hepsera Tablets 10mg) ; Entecavir (如 Baraclude 1.0mg) (95/9/1、95/10/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1) 限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性 B 型肝炎患者：</p> <p>1. 經使用 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)、entecavir 0.5mg、telbivudine 治療或預防 B 型肝炎發作出現抗藥株(指於治療中一旦 HBV DNA 從治療期間之最低值上升超過一個對數值 (1 log IU/mL)，以下條件擇一給付，(98/11/1、99/5/1) (1)得以原治療藥物再加上</p>	<p>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，符合前述條件者，其療程為 12 至 36 個月。(93/8/1、95/11/1、98/11/1)</p> <p>6. 若上述治療中出現 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)、entecavir 0.5mg、telbivudine 抗藥性病毒株，可改換對於抗藥株有效之 B 型肝炎抗病毒藥劑治療，治療藥物及療程之規定詳如 10.7.4.1~3。(98/11/1)</p> <p>10.7.4. Adefovir dipivoxil (如 Hepsera Tablets 10mg) ; Entecavir (如 Baraclude 1.0mg) (95/9/1、95/10/1、97/8/1、98/11/1) 限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性 B 型肝炎患者：</p> <p>經使用 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)、entecavir 0.5mg、telbivudine 治療或預防 B 型肝炎發作出現抗藥株(指於治療中一旦 HBV DNA 從治療期間之最低值上升超過一個對數值 (1 log IU/mL)，以下條件擇一給付 (98/11/1)，</p> <p>1. 得以原治療藥物再加上</p>
--	--

<p>adefovir 進行合併救援治療 (rescue therapy) 2 年； (95/9/1、95/10/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1)</p> <p>(2) 改用 entecavir 1.0mg (僅限於 lamivudine 產生抗藥性之病人) 單一藥物治療 2 年； (98/11/1、99/5/1)</p> <p>(3) 以 Interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 或 interferon alpha-2b (如 Intron A) 或 peginterferon alfa-2a (如 Pegasys) 治療 1 年。 (98/11/1、99/5/1)</p>	<p>adefovir 進行合併救援治療 (rescue therapy) 2 年； (95/9/1、95/10/1、97/8/1、98/11/1)</p> <p>2. 改用 entecavir 1.0mg (僅限於 lamivudine 產生抗藥性之病人) 單一藥物治療 2 年； (98/11/1)</p> <p>3. 以 Interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 或 interferon alpha-2b (如 Intron A) 或 peginterferon alfa-2a (如 Pegasys) 治療 1 年。(98/11/1)</p>
<p>2. <u>慢性 B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 帶原者接受非肝臟之器官移植後發作或接受肝臟移植者，於持續接受免疫抑制劑時，長期使用 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)、entecavir 0.5mg、telbivudine，以治療或預防 B 型肝炎發作，若出現抗藥性病毒株者，得改用本品治療。</u> (95/10/1、97/8/1、99/5/1)</p>	

備註：劃線部份為新修訂之規定。