

## 『肝』味人生百戰百勝

黃怡翔<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> 台北榮民總醫院胃腸肝膽科主任，台北，台灣

<sup>2</sup> 國立陽明大學臨床醫學研究所教授，台北，台灣

提到台灣常見的肝炎，大家第一時間都會想到國病「B 型肝炎」(B 肝)，而大家較陌生的「C 型肝炎」(C 肝)，竟也是造成肝癌的主要原因之一。有將近一半的 C 肝病患並不清楚自己帶原，因為 C 肝所造成的肝指數異常並不會像 B 肝的指數這麼高，所以經常被忽視，發現的時候往往都已經到了肝硬化或者是肝癌的階段了。C 肝目前已經有很好的藥物可以治療，因此必須呼籲有 C 肝的病患及早診斷及早治療。

在 B 型肝炎和 C 型肝炎的治療藥物上有什麼差異呢？目前治療 B 型肝炎有兩類藥物，干擾素 (interferon, IFN) 跟口服抗病毒藥物。口服抗病毒藥物必須長期的治療才有辦法達到持續抑制的效果，而干擾素目前的成功率大約 3 成，所以還是有很多的病患需要接受後續的治療，因此 B 肝目前還在抗戰中。在 C 肝治療上，近年來藥物發展有很大的突破，可以把病毒完全根除，而且是短期的口服藥物就能達到病毒根除的效果，所以既然有這麼好的藥物，這個疾病又會造成肝硬化及肝癌，當然更應該要趁早治療這個疾病。

所謂根除，意思就是在經過一段時間的治療後，即使停止藥物投與再去追蹤，還是測不到這個病毒在血液中，我們才能稱之為根除。以往我們用干擾素治療 C 肝需要再加上口服藥「雷巴威林」(ribavirin)，治療的療程至少 6 個月，長的話要 12 個月。但是現在到了全口服藥物的時代，我們只要口服藥物結束治療後 12 週再次測定，若檢驗不到病毒，就代表這個病已經完全根除了。



通訊作者：黃怡翔 教授  
電話：886-2-2871-2121  
傳真：886-2-2873-9318  
地址：台北市北投區石牌路二段 201 號

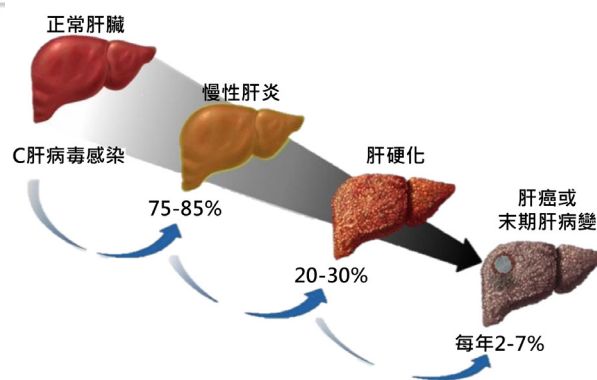
目前台灣的 C 肝研究，在北部跟南部有些許差異，北部帶原的比例大概是 2%-5%，但是在南部的某些臨海城鎮，曾經有報告顯示幾乎一半以上都有 C 型肝炎，就是分布比例隨著地域的不同有很大的差異性。基本上來說，在台灣約 2%-5%，其中又有不同的基因型分布，C 肝可分為 1 到 6 型，在台灣比較好發的是第 1 型跟第 2 型。在北部，第 1 型大概佔了 6 成多；在南部，第 1 型大概佔了 5 成，所以北南之間還是有點差距，在北部第 1 型多一點，南部則是第 2 型多一點。

若不分型也不分區域，台灣 100 人中大約有 3 個人有 C 肝；從性別來看，在 B 肝的差距比較明顯，男性比女性多一點，而 C 肝目前看起來並沒有明顯的差距，甚至女性也還不少。依年齡來分析也是有差異的，目前 C 肝的盛行率在 60 歲以上較高。C 肝在不同的地區會有不同的感染趨勢，譬如在歐美便與藥物注射有關係，患者多分布在 20 歲到 40 歲之間；在台灣，以前醫藥不是這麼的進步，針頭也沒有這麼乾淨，或是採用一些民俗療法可能有血液的接觸，因此可以看到 60 歲以上的感染比例較高，甚至 70 歲到 80 歲帶原的比例更高，在台灣呈現的是這樣的年齡分布現象。

大家通常有概念 B 型肝炎或 C 型肝炎很嚴重的話會得到肝癌，那肝硬化跟纖維化，也跟 C 肝有關係嗎？肝炎病毒感染常會有我們聽到「肝病三部曲」，所謂三部曲就是「慢性肝病」-「肝硬化」-「肝癌」。一般來說感染 C 型肝炎後，在以前的統計，大概經過 20 年的時間走到肝硬

化，30 年左右走到肝癌。肝硬化也是有程度的分別，從病理的角度分成 1-4 級。目前全口服藥物，健保有給付的條件是要求在第 3 級纖維化以上才能夠給付，所以健保的補助跟纖維化的程度有密切的關連性，也就是說健保給付是抓在比較嚴重的患者身上才可用全口服藥物，如果還不到這程度的話，目前還是採用傳統的長效型干擾素加上雷巴威林的治療方式。

大家常聽到干擾素，那干擾素是什麼樣的藥物？他的效果比較不好嗎？干擾素主要是用來治療病毒感染，並不是藥物效果不好，而是副作用比較多。在傳統上用干擾素加雷巴威林來治療，對於第二型的 C 肝的效果還不錯，幾乎是 90% 的治癒率，但是第 1 型大概只有 2/3 的成功率，並且在治療期間有很多副作用，譬如類似感冒的症狀，或者是一些關節痠痛甚至是發燒、倦怠或食慾不振的反應。另外有 20% 左右的病患可能有憂鬱的情況，也有人抱怨頭髮會掉得比較明顯，所以這些都是在治療當中病患常常反應的不適。在血液方面也會有異常影響，因為干擾素會造成骨髓的抑制，再加上



雷巴威林的作用，所以在治療第二個月開始會出現貧血的狀況，因此病患可能常常需要輸血治療。

C 肝治療現況中，因為健保給付的狀態下還是會使用干擾素，只是說在今年的 1/24 開始，健保開放全口服藥物，但怕一開始人太多，健保額度會消耗太快，所以第一階段開放是提供給干擾素治療失敗的人，並且他的纖維化至少在第 3 級以上才能申請採用全口服藥物的治療。在 5/15 又開放了另外一波，這次主要是第 3 級纖維化以上的病患，不管有沒有接受過干擾素的病患都有機會申請用全口服藥物，意即有 3 級肝硬化甚至更嚴重的患者，他可以不必是使用過干擾素的就可以直接使用新的口服藥。但還是要特別強調一點，目前的藥物是不能治療硬化太嚴重的肝炎，雖然藥物是用在第 3 級纖維化到肝硬化的階段，但不能走到失償性的肝硬化，因為目前健保給付的兩個全口服藥物中，對於比較嚴重的肝硬化患者，目前是不適合用健保給付使用的藥物的。

這兩個藥在上市之前做臨床試驗時，治療的成功率基本上大概有 90% 以上，甚至在其中一家的報告，接近 99% 的成功率，所以只要選對基因型、選對藥物，成功率非常高。我們在評定藥物治療的效果好壞時，一剛開始有介紹過會依照血液裡面的病毒濃度當作治療的依據，現在在治療結束後就會幫病患測一次病毒量，再來就是治療結束後的第 4 週或者是第 12 週再測一次病毒量，只要在治療結束後的 12 週，病毒還是檢測不到，就認為這個治療是成

功的，也就是病毒被清除了。

在以往干擾素的時代，肝炎病毒中的基因型很重要，因為第 2 型效果會比第 1 型好，但是目前健保給付的全口服的藥物都是只適合用在第 1 型，其中有一家只能用在 1b 型，另一家 1a,1b 型都可以用，只要知道確診是 C 型肝炎並且符合健保標準，就可以用這藥物治療，不然還是要用干擾素。

在比較治療的成效上，由肝指數來看，使用全口服藥的病患治療前肝指數可能是 80-100 或者是 200，但是他治療後可以看到指數非常漂亮，標準值在 40 左右，正常的範圍內，甚至有的才 10-20，所以大部分的病患都可以看到肝指數有非常明顯的進步。

在這類的治療當中有時還是會有少數的比例肝指數沒有完全的恢復正常，以往的臨床試驗中，大約有 1% 的情況肝指數會反而高起來，這樣的情形下我們仍要密切注意病患的肝功能狀況，還有他的黃疸指數，另外當然還要配合病毒量的情況做考量，以往報告成功率都是接近 90-99%，但是我們還是會擔心那剩下 1% 的狀況，所以這些都是在治療當中要多加觀察的。

在 1/24 當天我們就有一百多例的病患進入健保給付的治療範圍，而現在當然已經有更多人參與治療了，我們也希望能把這樣成功的模式提供給其他醫院參考。