

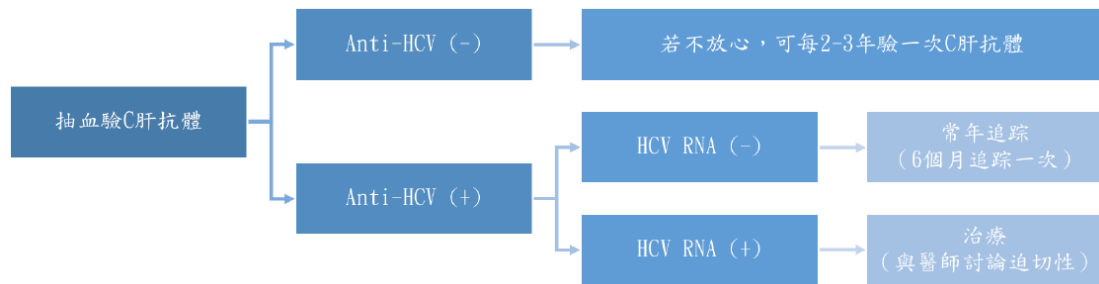
C 型肝炎治療新進展

◎文/胃腸肝膽科 張麗文醫師

在台灣，肝病是國病，C 肝僅次於 B 肝，為第二大引起肝癌的原因。台灣 C 型肝炎盛行率約 4%，估計約 55 萬人血液中有 C 肝病毒而需要治療。長期以來，在全口服抗病毒藥未問世前，C 肝治療需每週施打長效型干擾素合併口服雷巴威林，然其副作用大而讓部分患者對治療卻步。所幸近年來新藥研發有長足進展，C 肝陸續有高治癒率的全口服抗病毒藥物(DAA, Direct acting antiviral agents)上市。DAA 治療療程為 3-6 個月，治癒率可高達 90% 以上，成效卓著。

何時該治療 C 型肝炎？

1990 年 C 肝病毒基因體解碼，因而能製造出檢驗 C 肝病毒抗體(anti-HCV) 之試劑。anti-HCV 陽性患者要進一步檢測血液中是否有 C 肝病毒(HCV RNA)，若無，不急著治療，長期追蹤即可；若有病毒，應到肝膽腸胃科門診與醫師討論治療的迫切性。意即血液中有 C 肝病毒者才需治療。原則上，病情愈嚴重愈應及早接受治療。所謂嚴重是指已有肝硬化、肝細胞癌、以及肝纖維化比較厲害、發炎情況嚴重（如 ALT 指數常在 100-200 以上）、病毒量高、胎兒蛋白不正常升高者。這些 C 肝患者病情較有急迫性，最好及早治療。



什麼是 **DAA**?

口服的 **DAA** 藥物主要作用機轉是在不同的位置抑制 C 肝病毒在肝細胞內之複製。C 肝病毒的基因會製造蛋白，包括 3 個結構蛋白和 7 個非結構蛋白，其中有幾個非結構蛋白是 C 肝病毒複製扮演重要的角色（如 NS3/4A、NS5A 及 NS5B），而目前上市的全口服 **DAA** 藥物，就是可以抑制這些非結構蛋白的製造，讓 C 肝病毒無法複製，使肝內之 C 肝病毒消失，病人因而痊癒。

如何選擇 **DAA** ？

病人該選擇何種 **DAA** 藥物，涉及每個人 C 肝病毒基因型不同、是否有肝硬化而不同。接受過干擾素治療之效果也會影響可選擇的藥物及治療療程之長短，必要時會併用雷巴威林。總之，用藥前需由醫師做詳細評估。

用藥前評估有那些？

一般使用 **DAA** 前，需確認病人有 C 肝病毒 (HCV RNA)。治療前應檢測病患的基因型及抗藥性病毒(RAV, Resistance associate variants)、肝腎功能、血液學檢查、凝血功能、腹部超音波、評估肝纖維化程度等。另外研究顯示 B、C 肝雙

重感染的人有七成為 C 肝病毒活性較強，B 肝較弱。倘若使用 C 肝口服新藥 C 肝病毒被抑制後，B 肝病毒有可能因此變得活躍。目前無法預測此 B 肝活化情況的機率，故美國肝病醫學會對 C 肝治療指引建議，所有病人接受 C 肝全口服藥物治療之前，應接受 B 型肝炎表面抗原的檢測。

另外因 DAA 和一些藥物會有交互作用，例如質子幫浦抑制劑、部分抗高血壓、降血脂、抗心率不整藥物等。基於這些交互作用的強弱，有些是不得併用的。因此，在開始服用 DAAs 之前，需經由醫師詳加檢視，選擇最合適的 DAA。

如何知道 C 肝已治癒？

一般而言，開始治療後 4 週，可先抽血檢測 C 肝病毒，若測不到病毒，代表有快速病毒學反應 (RVR, Rapid virologist response)，治癒可能性高。治療停藥之後觀察 12 週，若血中持續測不到 C 肝病毒，稱為 SVR12；觀察至 24 週仍測不到病毒稱為 SVR24。一直以來 C 肝全口服藥物之療效皆是用 SVR12 做為是否治癒的基準。

C 肝根除就一勞永逸嗎？

接受 C 肝全口服藥後達 SVR12 後，表示患者血液中已無 C 肝病毒存在，並非代表其肝臟已無病變。在治療之前，肝臟或多或少因為 C 肝引起肝纖維化至肝硬化，肝硬化是罹患肝癌的危險群。因此即使 C 肝治療成功血液中無病毒，仍需定期追蹤，接受肝功能、胎兒蛋白及腹部超音波檢查。

健保署於 2017 年 1 月首度將 C 肝新藥有條件納入健保，根據統計，療程結束有高達 98%-99% 測不到病毒。全口服新藥可達到「治癒」的目標，消滅 C 肝指日可待。2015 世界衛生組織 WHO 設定了肝病防治目標：2030 年消滅 C 型肝炎。希望透過政府、民間團體、醫療院所及全體人民通力合作，結合篩檢、衛教、預防及治療等方面，一起根除 C 肝！