

課程時間：108.01.04(五)8:00~9:00

講師：劉俊人 教授

### 評量測驗 - B 型肝炎篩檢治療的臨床實務

1. ( E ) 50 歲 HBeAg 陽性慢性 B 型肝炎男性帶原者來門診追蹤，無任何症狀。檢驗資料顯示血清 albumin level: 4.3 g/dL (reference value >3.5), total bilirubin level: 0.3 mg/dL (reference value <1.0), ALT level: 25 IU/L (reference value <40), AST level: 22 IU/L (reference value <40)，根據 2016 年出版的最新亞太慢性 B 型肝炎治療共識以及臺灣健保給付相關規範，以下何項針對病患處置之建議是不合理的？
  - (A) 應檢測血清 B 型肝炎病毒濃度，作為預測長期病程以及應否給予治療的參考。
  - (B) 可以考慮肝穿刺，或是使用其他非侵入性方法（如 Fibroscan, FIB-4, APRI 等）評估肝臟纖維化嚴重程度，作為應否給予治療的參考。
  - (C) 臺灣健保給付相關規範建議經評估沒有肝硬化時，當血清 HBV DNA 濃度低於 2000 IU/mL 時，不論 ALT 值異常與否，不需要馬上給予抗病毒藥物治療。
  - (D) 臺灣健保給付相關規範經評估有肝硬化時，即使無肝功能失代償的情形下，只要病患血清 HBV DNA 濃度高於 2000 IU/mL，即使 ALT 值小於參考值上限，都應該給予抗病毒治療。
  - (E) 肝硬化患者經口服抗病毒藥物治療後可完全避免肝細胞癌的發生，因此不需要再進行肝細胞癌的監測。
  
2. ( B ) 35 歲 HBeAg 陽性慢性 B 型肝炎女性病患來門診追蹤，無任何症狀。檢驗資料顯示血清 albumin level: 4.2 g/dL (reference value >3.5), total bilirubin level: 0.6 mg/dL (reference value <1.0), ALT level: 88 IU/L (reference value <40), AST level: 92 IU/L (reference value <40)，血清 B 型肝炎病毒(HBV DNA)濃度 3,880 IU/mL，根據 2016 年出版的亞太慢性 B 型肝炎治療共識以及臺灣健保給付相關規範，以下何項針對病患處置之建議是不合理的？
  - (A) 針對 HBeAg 陽性病患，當 ALT >ULN 但是血清 HBV DNA 濃度 <20,000 IU/mL 時，應該排除其他因素引起之肝發炎指數(ALT)異常
  - (B) 臺灣健保給付相關規範建議針對 HBeAg 陽性病患，當 HBV DNA 濃度 >2,000 IU/mL 而且 ALT >2x ULN 時，應該給予治療
  - (C) APASL 建議當 HBV DNA 濃度 >2,000 IU/mL 而且 ALT >2x ULN 時，應每 3 到 6 個月追蹤，而且要評估肝臟纖維化程度。若肝穿刺顯

示中重度發炎或顯著纖維化，應該考慮給予治療

(D) 臺灣健保給付相關規範建議針對已經懷孕之 HBV 帶原孕婦，應該在懷孕第三期時檢測血清 HBV DNA 濃度，當病毒濃度超過 1,000,000 IU/mL 時，應給予口服抗病毒藥物預防母嬰垂直感染 HBV

3. ( B ) 60 歲 HBeAg 陰性慢性 B 型肝炎非肝硬化女性病患，已經接受口服抗 B 型肝炎藥物治療兩年，檢驗資料顯示血清 albumin 4.1 g/dL (reference value >3.5), total bilirubin level: 0.5 mg/dL (reference value <1.0), ALT level 26 IU/L (reference value <40), AST level 20 IU/L (reference value <40)，血清 B 型肝炎病毒(HBV DNA)濃度偵測不到，根據 2016 年出版的亞太慢性 B 型肝炎治療共識以及臺灣健保給付相關規範，以下何項針對病患治療之建議是不合理的？

(A) 臺灣健保給付相關規範針對非肝硬化病患當持續兩年偵測不到病毒時，可以考慮停止口服抗病毒藥物，但停藥後須密切追蹤

(B) 不應停止口服抗病毒藥物治療

(C) APASL 建議非肝硬化病患當持續二年、至少三次檢測、間隔六個月以上偵測不到病毒時，可以考慮停止口服抗病毒藥物

(D) 血清 HBsAg 消失是決定可以停藥的重要參考之一