

第一線實務 × 愛滋預防

愛滋預防的 下一哩路

PrEP 與 PEP 在第一線的角色 —— 從指引、實務到國際前沿

對象

個管師 · 基層醫師 · 護理

時長

約 45 分鐘

主要依據

台灣愛滋病學會指引第三版 (2025/04)
2025 · TAIWAN AIDS SOCIETY · v3

下載 PDF · DOWNLOAD



六個段落 · 一個共同的目標

01 Introduction

台灣疫情座標、公衛護士的角色

03 PEP 暴露後預防

職業 vs 非職業、72 小時、處方更新

05 國際前沿 vs 台灣現況

Lenacapavir、DoxyPEP、長效針劑

02 PrEP 暴露前預防

劑型、族群、追蹤、安全性

04 我們的位置

諮商、轉介、保密、跨領域

06 回去就能做的事

三個行動、一張資源清單

引言 · WHY THIS MATTERS

愛滋現在 是可以預防的疾病

過去曾經是令人聞風喪膽的世紀黑死病；

現在，是一個可以**事前預防**、可以**事後阻斷**、可以**穩定治療**的慢性傳染病。

但工具有沒有發揮，常常取決於個案碰到的第一個醫護同仁——
有沒有把這條防線接住。

全球與台灣的疫情座標

全球 · GLOBAL

1.3 百萬

2024 年新診斷愛滋感染人數
WHO, 2024

台灣 · TAIWAN

1,069

2022 年新診斷感染者
▼ 連續五年下降 (自 2018 起)

下降的原因是「診斷即治療、治療即預防」加上 PrEP 的推展——這是一個全世界都羨慕的曲線，但是疫情還在。

單一工具不夠 · 組合式預防才是現在的科學共識

01

保險套

物理屏障，仍然是最廣泛可得的工具

02

PrEP

事前服藥，讓暴露不變成感染

03

PEP

事後 72 小時內補救

04

治療即預防

U=U：感染者規律服藥，不會傳染

05

減害

針具交換、戒治、心理支持

今天我們聚焦在 02 與 03，但這五件事是綁在一起的。

時序 · TIMELINE

事前 / 事中 / 事後 · 三層防線

事前

PrEP

未感染 · 高暴露風險族群
每天/依需求/每兩個月一針

事中

篩檢

早發現 · 早治療
第四代抗原抗體 · 居家篩檢

事後

PEP

暴露 72 小時內
職業 / 非職業 · 28 天療程

$$U = U$$

Undetectable
= Untransmittable

感染者規律服藥、病毒量測不到時，不會經由性行為傳染給伴侶。

—— 這個科學共識也是 PrEP / PEP 政策能往前推進的基礎。

95 — 95 — 95

UNAIDS 2030 三個 95

- 95% 感染者知道自己感染
- 95% 確診者接受抗病毒治療
- 95% 治療者病毒量受到抑制

02

PrEP 暴露前預防

Pre-Exposure Prophylaxis · 把保護放在暴露之前

定義 · DEFINITION

PrEP 是什麼

給未感染、但暴露風險偏高的人，
提前服用抗病毒藥物，預防感染。

不是疫苗。

不是治療。

是一種「先吃、定期吃、定期追蹤」的保險。

三個 P

- **P**re — 暴露之「前」
- **E**xposure — 暴露
- **P**rophylaxis — 預防性投藥

政策歷程 · POLICY TIMELINE

台灣 PrEP 政策十年

亞洲第一個由政府主動推動 PrEP 並提供藥費補助的國家



每個縣市都找得到資源 —— 這是過去十年公衛政策最具體的成果之一。

公費補助 · PUBLIC PROGRAM

公費 PrEP 計畫 · 2025

衛福部疾管署 · 整合性服務 · 1 年自費約 NT\$ 1 萬元

補助對象 · ELIGIBILITY

- **愛滋感染者的配偶或性伴侶**（尤以女性為優先）
本國籍或為本國籍感染者的外籍配偶
- **35 歲以下年輕族群**（本國籍）

例外不限年齡：使用成癮性藥物助性（Chemsex 藥愛族群）且加入藥癮戒治者；性交易服務者

共同條件：HIV 檢驗陰性、經風險評估為高者

整合服務 · WHAT YOU GET

- PrEP 藥物（疾管署 + 廠商捐贈）
- 愛滋防治衛教與諮詢
- 性病篩檢
- 藥癮與精神情況評估、轉介戒治

由 **114 家公費合作院所** 提供，名單可於疾管署網站查詢

費用 & 名額 1 年計畫自費約 **NT\$ 10,000**（含掛號、診察、藥事服務、檢驗）—— 平均每月不到 1,000 元。

因預算考量本計畫 **有名額限制**，請有需要且符合條件之民眾儘速向合作院所洽詢。

第三版指引（2025/04）三個重點

- 01 **名稱改為「臺灣愛滋病毒暴露前預防性投藥使用指引」**
不再只討論「口服」——現在涵蓋口服、注射、局部三大劑型
- 02 **新增注射型（CAB-LA）與局部型（dapivirine 陰道環）建議**
每族群分別給出推薦強度與證據等級
- 03 **更新藥物交互作用、追蹤項目、育齡婦女考量**
並把「PEP 銜接 PrEP」明文寫入

PrEP 的四種劑型

劑型	藥物	使用方式	適用對象（強烈建議）
每日口服 Daily oral	TDF/FTC TAF/FTC	每天一錠	MSM、跨性別女性、血清相異伴侶陰性者
依需求口服 On-demand 2-1-1	TDF/FTC	事前 2–24 h： 2 錠 之後每 24 h： 1 錠 末次後 24 h、48 h 各 1 錠	MSM、異性戀順性別男性
長效注射 CAB-LA	Cabotegravir 600 mg	每 8 週肌肉注射一次	MSM、跨性別女性、相異伴侶、高風險異性戀女性
局部使用 Vaginal ring	Dapivirine 25 mg	每月置入陰道環	高風險異性戀女性（弱建議）

族群建議 · RECOMMENDATIONS BY POPULATION

不是「一體適用」 每個族群有自己的最佳組合

族群	每日口服	依需求	長效注射	陰道環
MSM 男男性行為者	強烈 · 高	強烈 · 高	強烈 · 高	N/A
跨性別女性	強烈 · 高	—	強烈 · 高	N/A
異性戀順性別男性	弱 · 中	強烈 · 中	強烈 · 中	N/A
異性戀順性別女性	弱 · 中	—	強烈 · 高	弱 · 中
血清相異伴侶（陰性方）	強烈 · 高	—	強烈 · 高	N/A
注射藥物使用者	弱 · 高	—	N/A	N/A

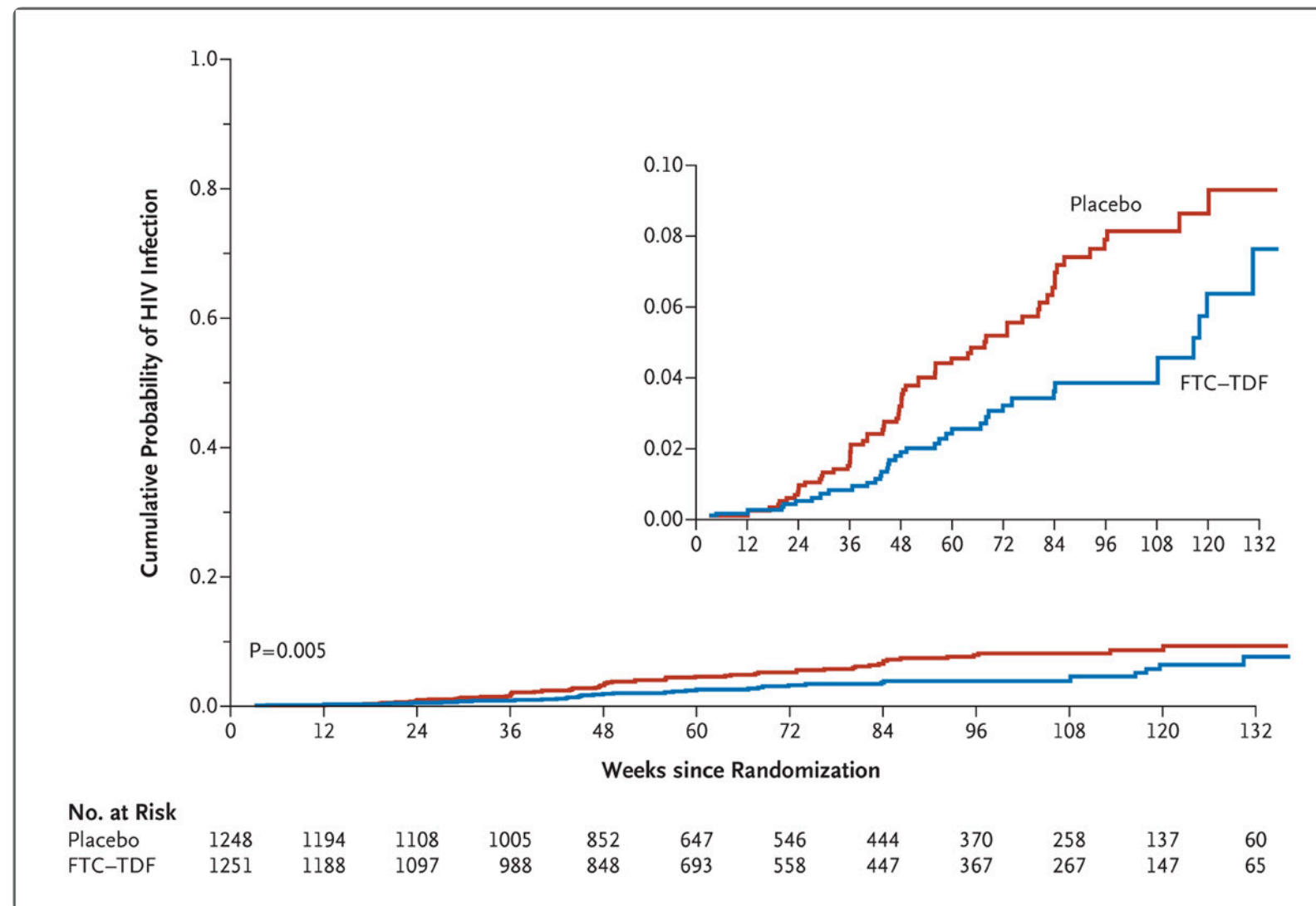
推薦強度（強烈／弱） · 證據等級（高／中／低）。資料：台灣愛滋病學會 PrEP 指引第三版，表 1。

標誌性試驗 · IPREX (2010) + IPREX-OLE (2014)

每日口服 PrEP 的「概念驗證」

iPrEx · NEJM 2010

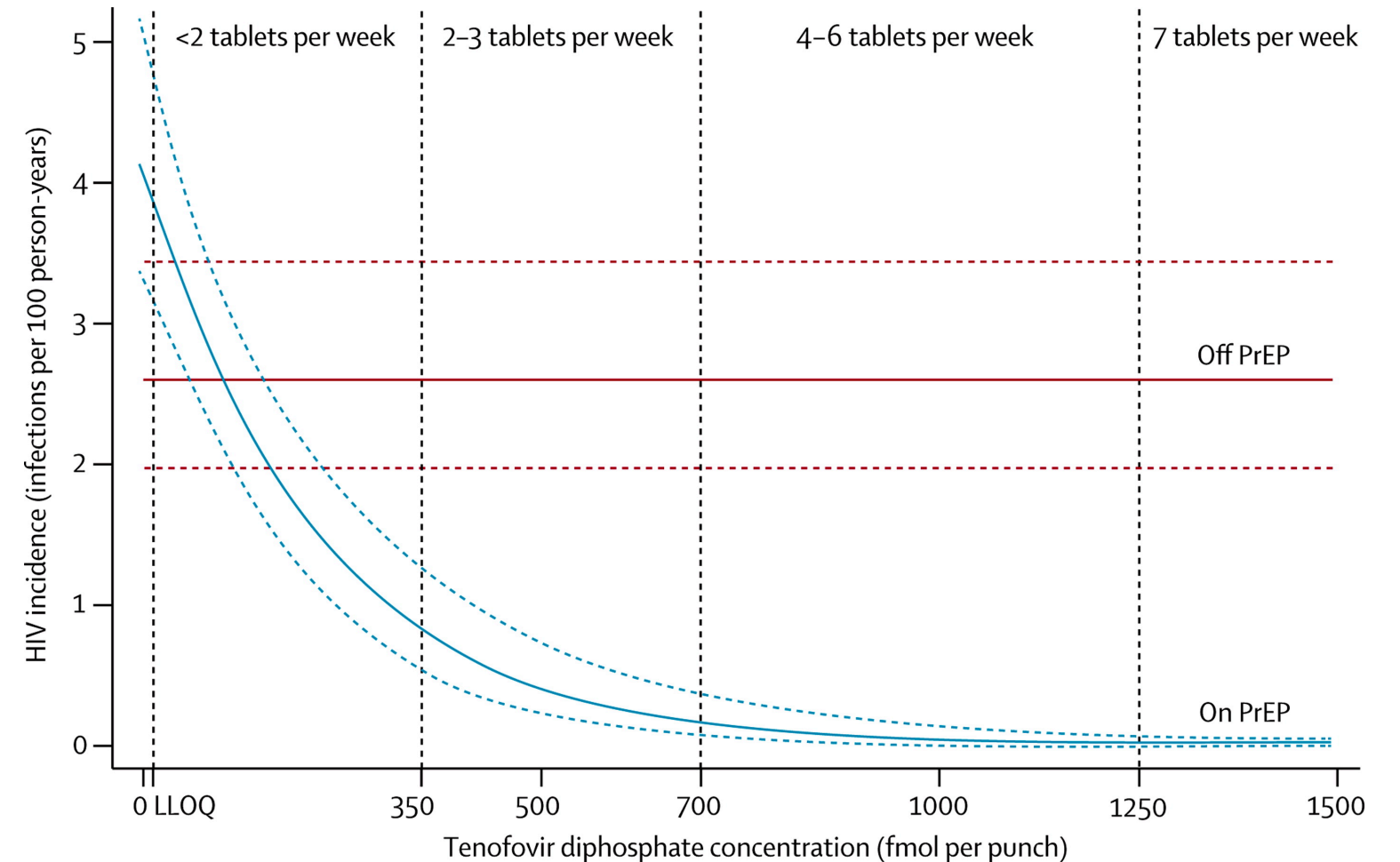
2,499 位 MSM / 跨性別女性 · 6 國 · 雙盲 RCT
每日 TDF/FTC vs 安慰劑



整體相對風險下降 **44%** (P=0.005)

iPrEx-OLE · Lancet ID 2014

服藥順從性 vs HIV 發生率
TFV-DP 血藥濃度分組



每週 ≥ 4 劑 → 保護力 95%

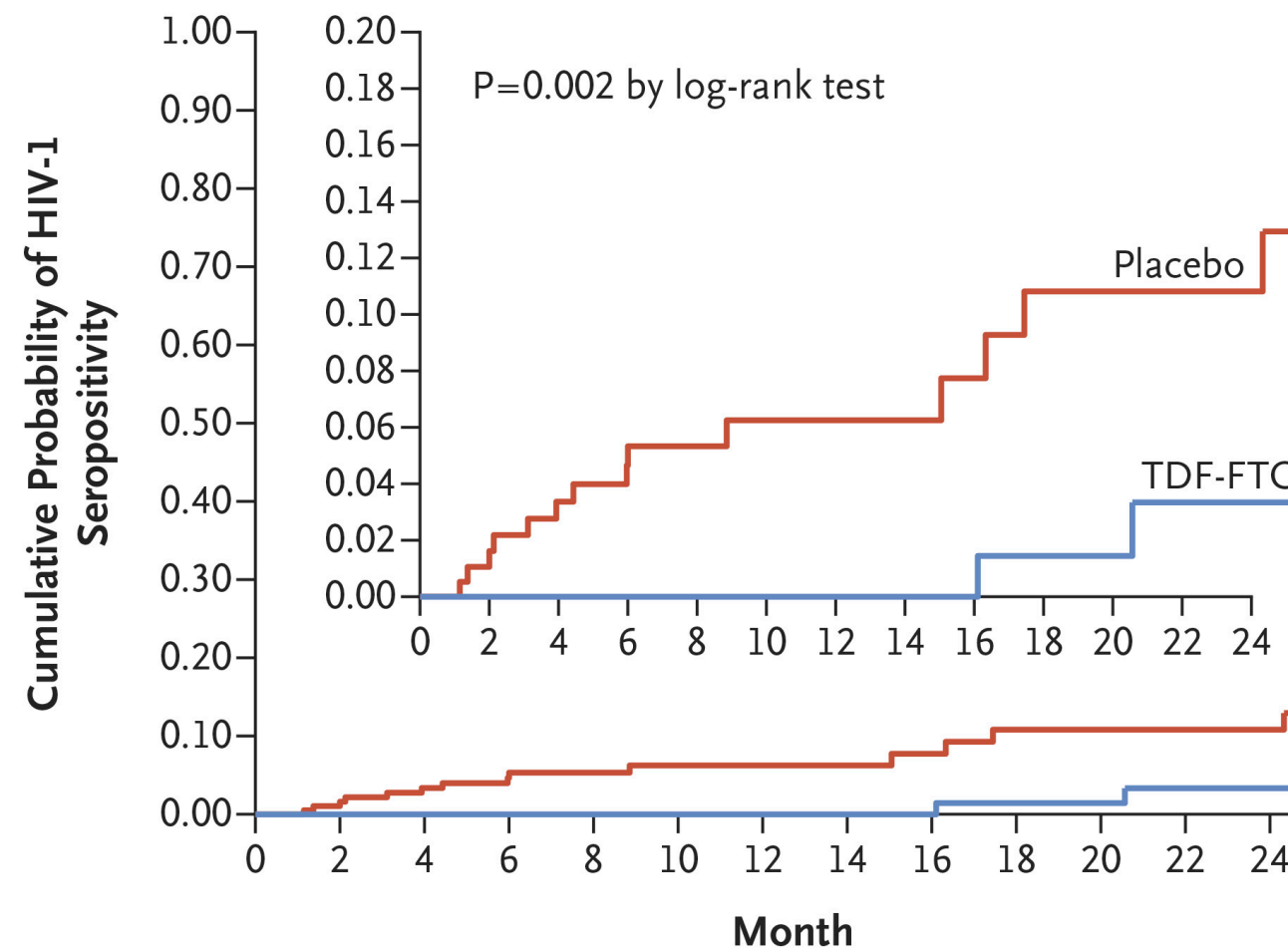
標誌性試驗 · IPERGAY (2015)

事件導向 PrEP 的證據

iPERGAY · NEJM 2015

400 位法國 / 加拿大 MSM · 雙盲 RCT

事件導向 TDF/FTC vs 安慰劑



No. at Risk

Placebo	201	141	74	55	42
TDF-FTC	199	141	82	58	43

什麼是「事件導向」PrEP？

不是每天吃、而是**圍繞每一次性行為**服藥的方式。

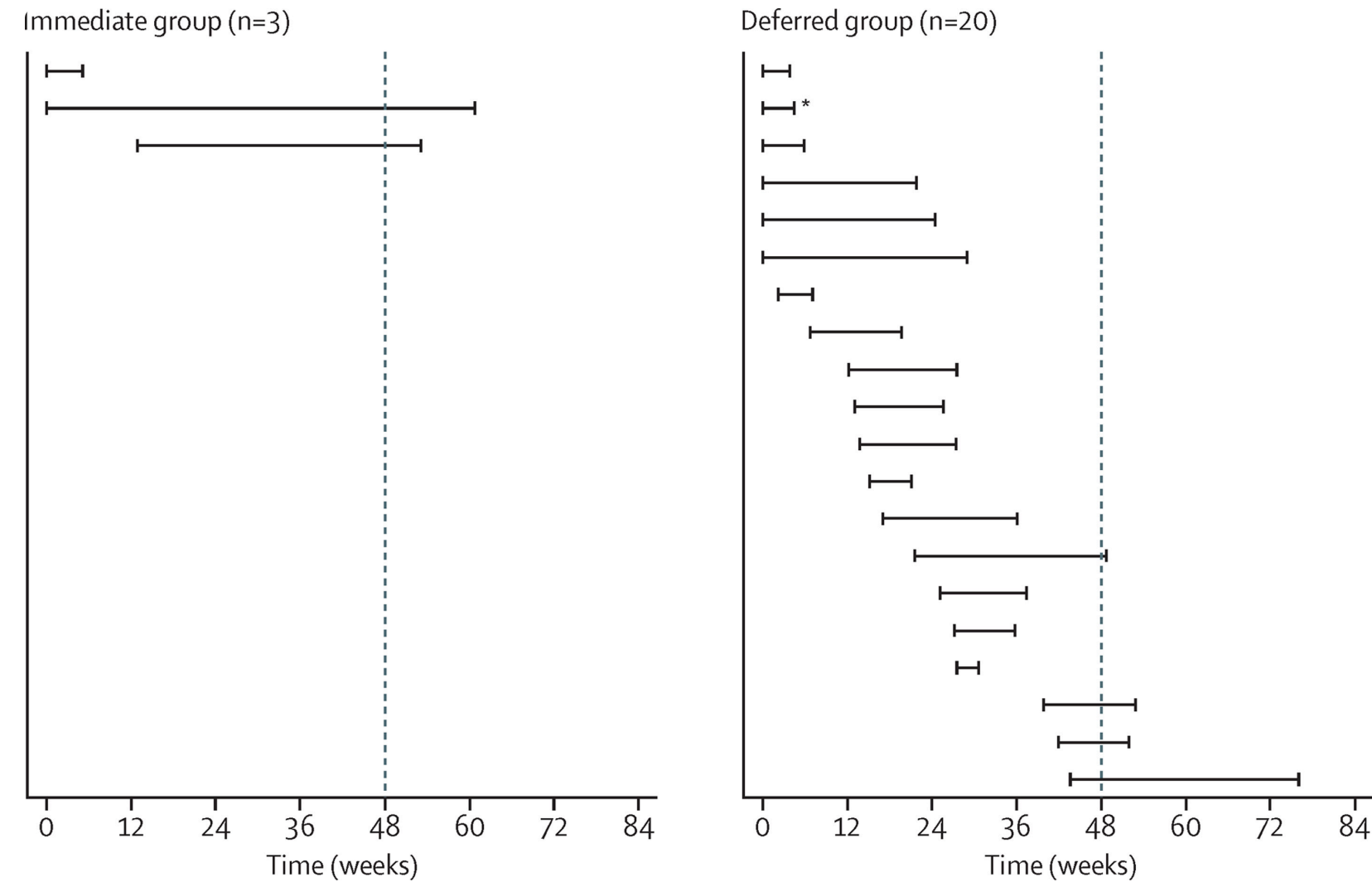
iPERGAY 證明事件導向可達到與每日口服相當的保護效益 (86% RRR)，下下一張投影片會講具體吃法。

為什麼女性不適用

TDF/FTC 在**陰道組織**達到保護濃度的速度，比直腸黏膜慢得多。事件導向的短促窗期不足以保護受陰道暴露的女性——因此女性目前仍建議每日口服或長效針劑。

標誌性試驗 · PROUD (2016)

真實世界的 PrEP



每條橫線為一位受試者被診斷感染前的觀察期；左為立即組 (n=3)，右為延後組 (n=20)。

PROUD · Lancet 2016

英國 13 家性健康診所 · 開放標記試驗

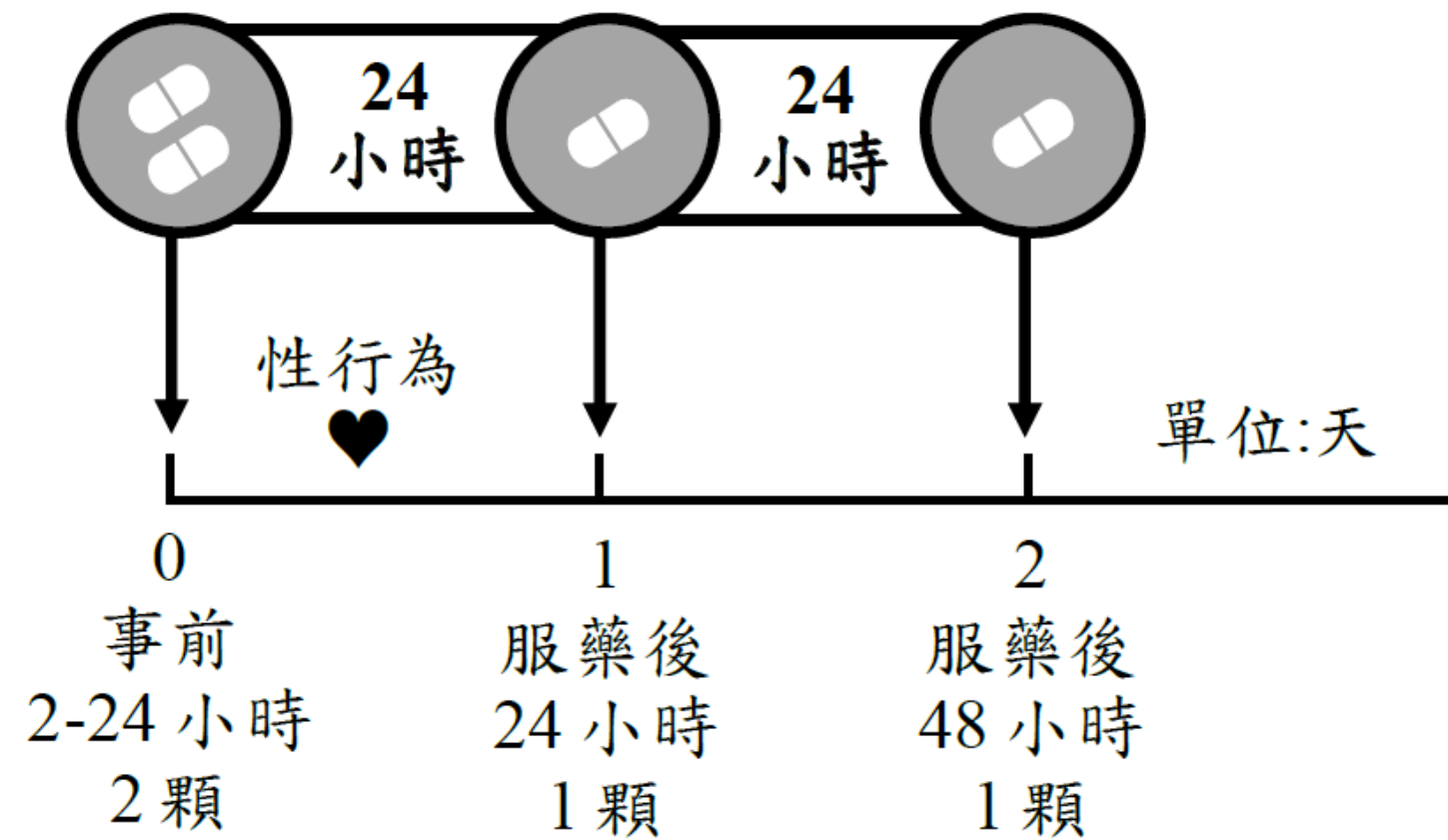
544 位 MSM 隨機分為立即用 PrEP vs 延後一年

- 感染：立即組 **3** vs 延後組 **20**
- 相對風險下降 **86%** (90% CI 64–96)
- 因效果顯著提前解盲
- 證明 PrEP 在**真實診間情境**下有效

補足 iPrEx 的雙盲試驗——日常服藥順從性下仍維持高保護力

情境一 · 單次性行為

單次事件圖例

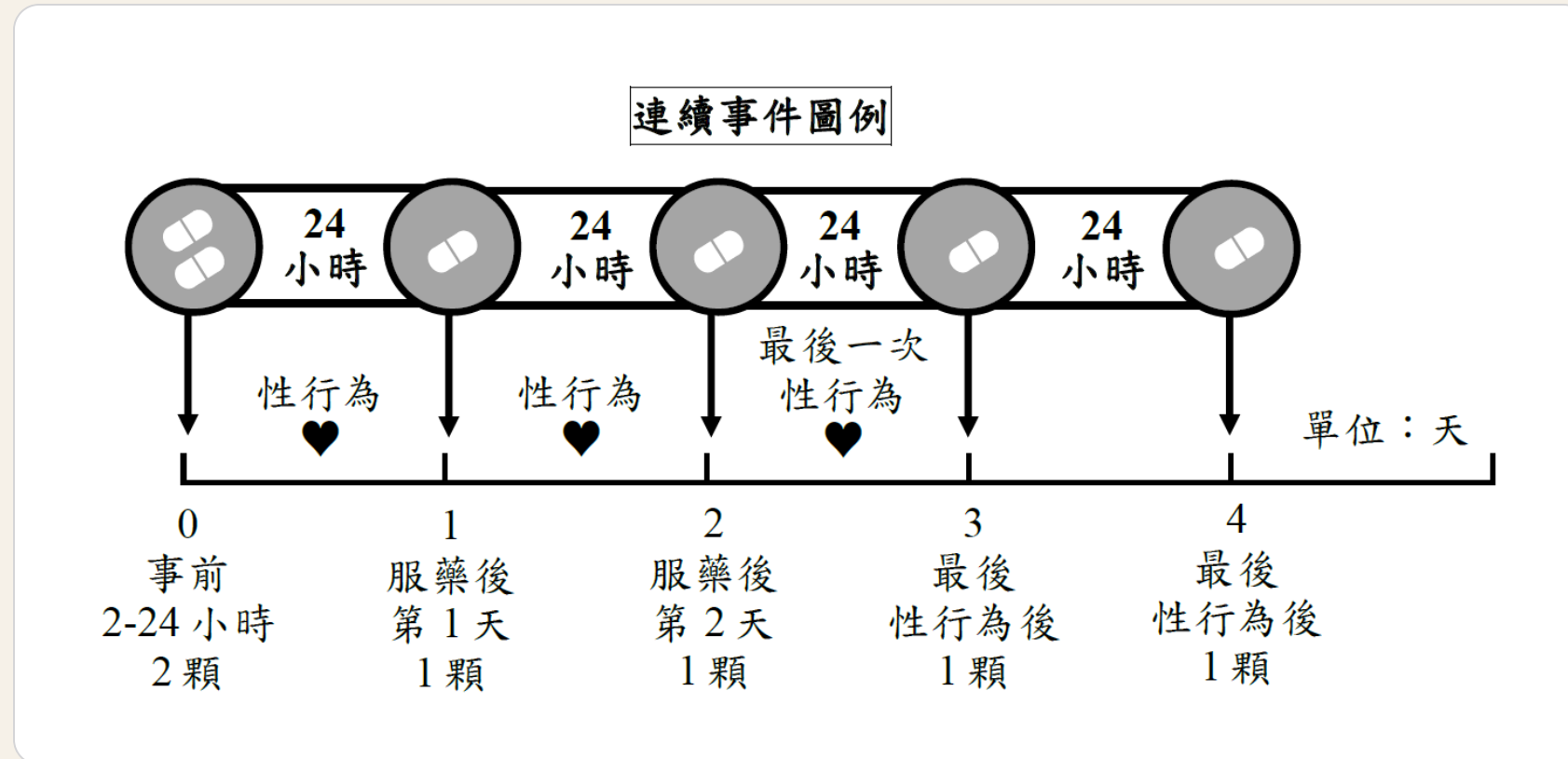


2-1-1 標準用法

- 性行為前 2-24 h：服用 **2 錠**
- 第一次服藥後 24 h：**1 錠**
- 第一次服藥後 48 h：**1 錠**

一個完整事件總共 **4 錠**；務必與餐一起服用以提高吸收。
事前若不到 2 h，效果會打折。

情境二 · 連續多次性行為



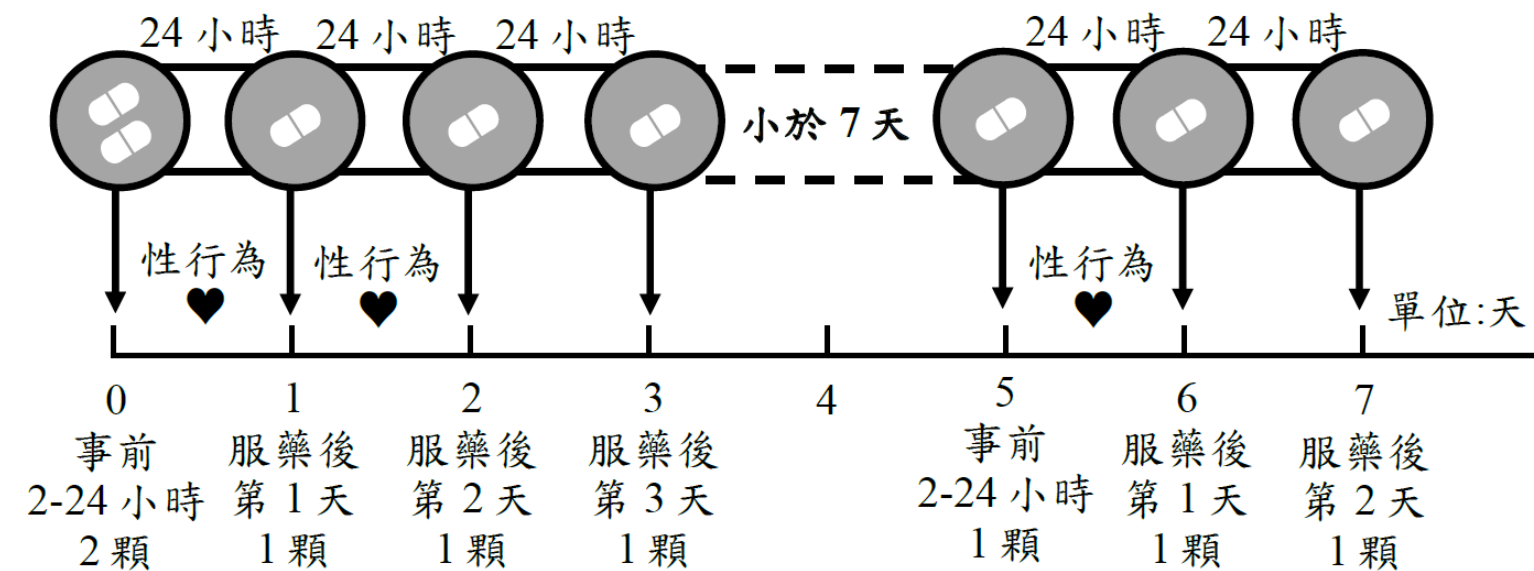
每 24 h 接續 1 錠

- 事前 2-24 h 起頭 **2 錠**
- 之後每 24 h 補 **1 錠**
- 最後一次性行為後再吃 **2 錠** (24 h、48 h 各 1 錠)

用於可預期會反覆暴露的時段（連假、出遊）。連續服藥期間不要間斷，最後仍要再服 2 錠收尾。

情境三 · 7 天內下一次事件

最後一次服藥到當次性行為時間間隔小於 7 天圖例



最後一次服藥到下一一次性行為間隔 < 7 天的接續用法

間隔 < 7 天

事前 2-24 h 只要 **1 錠** (不需 2 錠起頭)

- 體內 TDF/FTC 濃度尚未代謝完，**不必重新 loading**
- 之後比照情境二：每 24 h 補 1 錠 → 末次後 24 h、48 h 各 1 錠
- 若間隔 ≥ 7 天，回到情境一的 2-1-1 起頭

適用對象：MSM、異性戀順性別男性；女性與跨性別女性建議每日口服。

標誌性試驗 · HPTN 083 (2021)

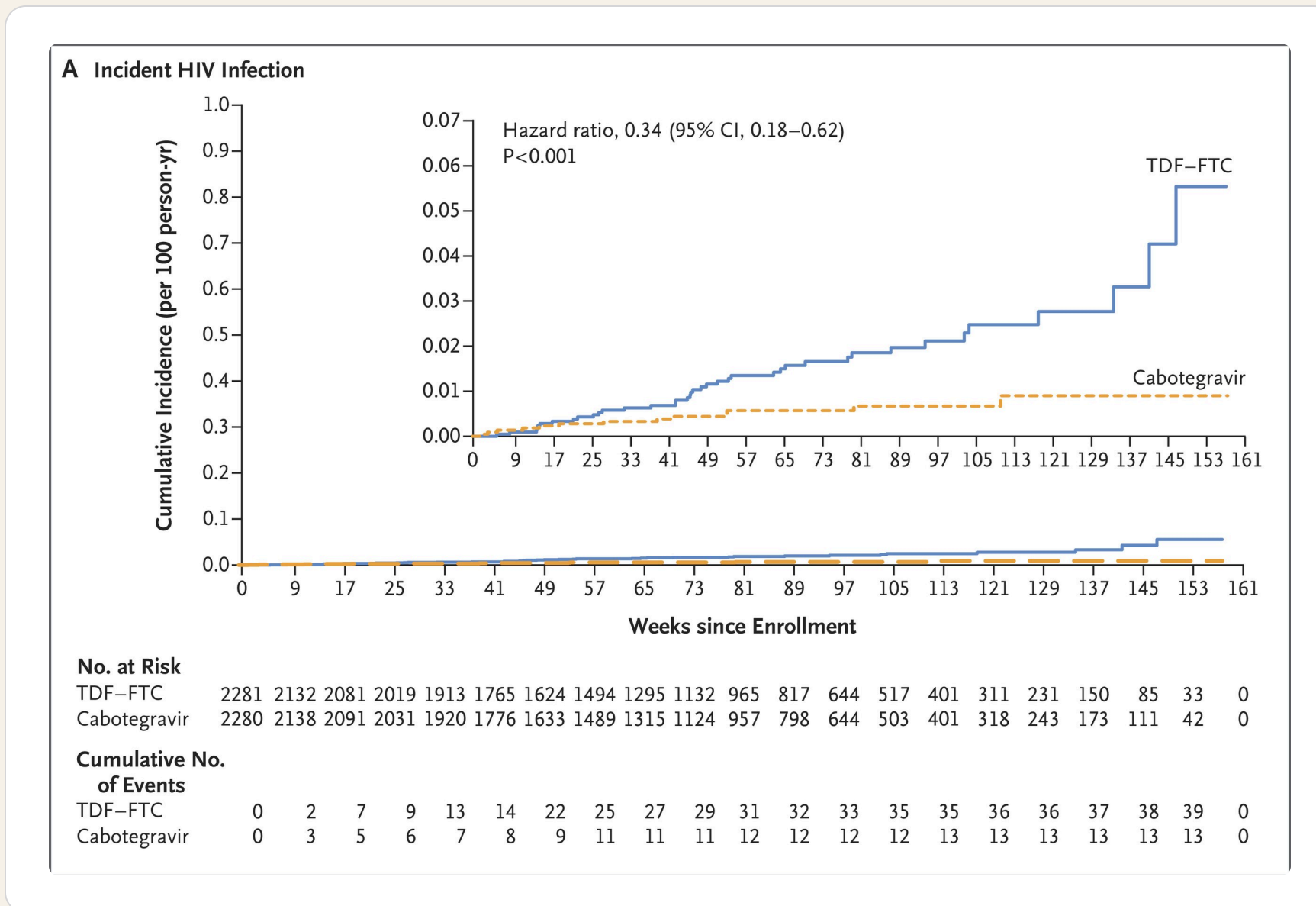
長效針劑 CAB-LA vs 每日口服 於 MSM 與跨性別女性

HPTN 083 · NEJM 2021

4,566 位順性別 MSM 與跨性別女性
CAB-LA 每 8 週肌注 vs 每日 TDF/FTC

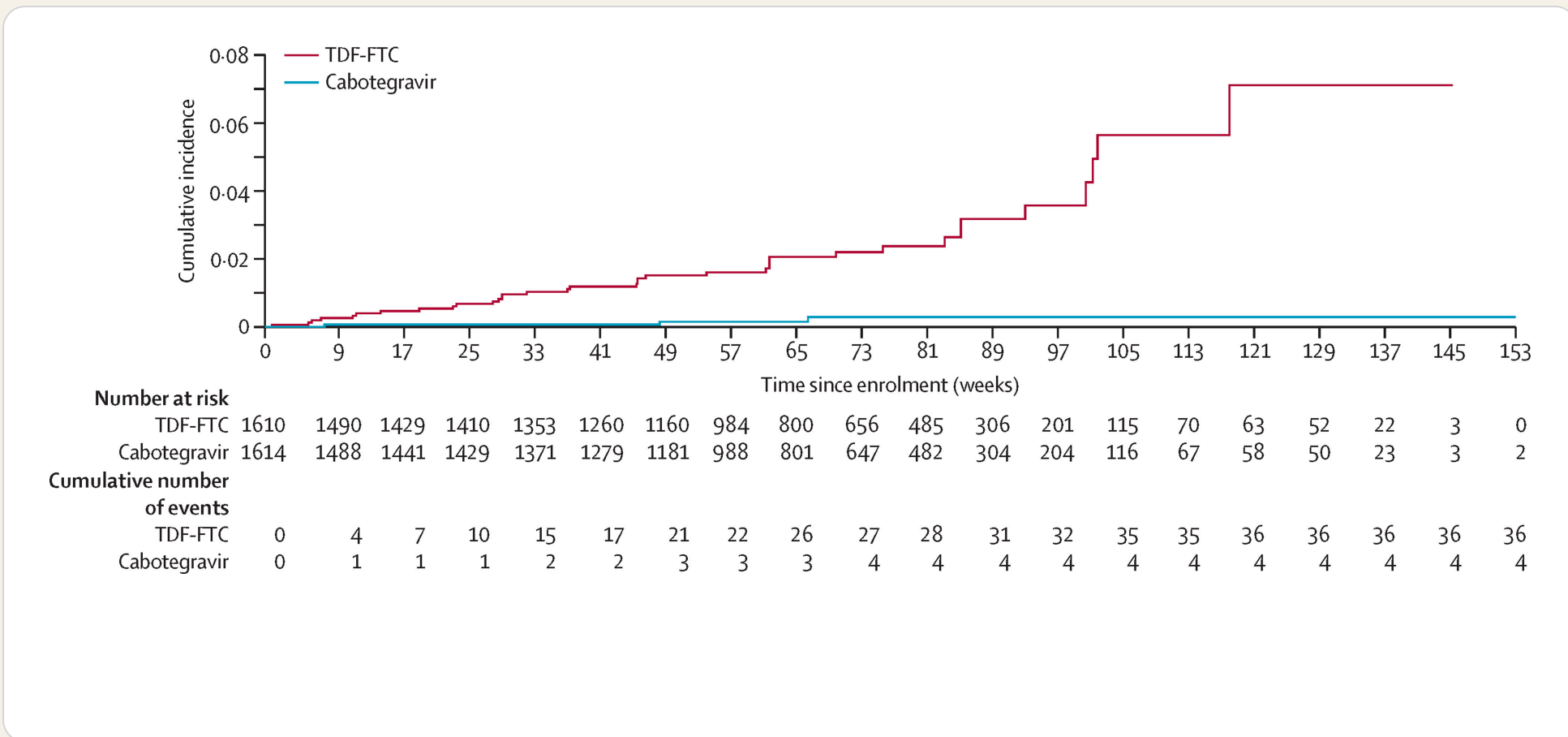
- HR **0.34** (95% CI 0.18–0.62)
- HIV 發生率減少 **66%**
- 因效果顯著提前解盲
- 各次族群、地區一致受益

注意：對照組是每日口服而非安慰劑



標誌性試驗 · HPTN 084 (2022)

長效針劑 CAB-LA vs 每日口服 於非洲順性別女性



HPTN 084 · Lancet 2022

3,224 位撒哈拉以南非洲
順性別女性

CAB-LA vs 每日 TDF/FTC

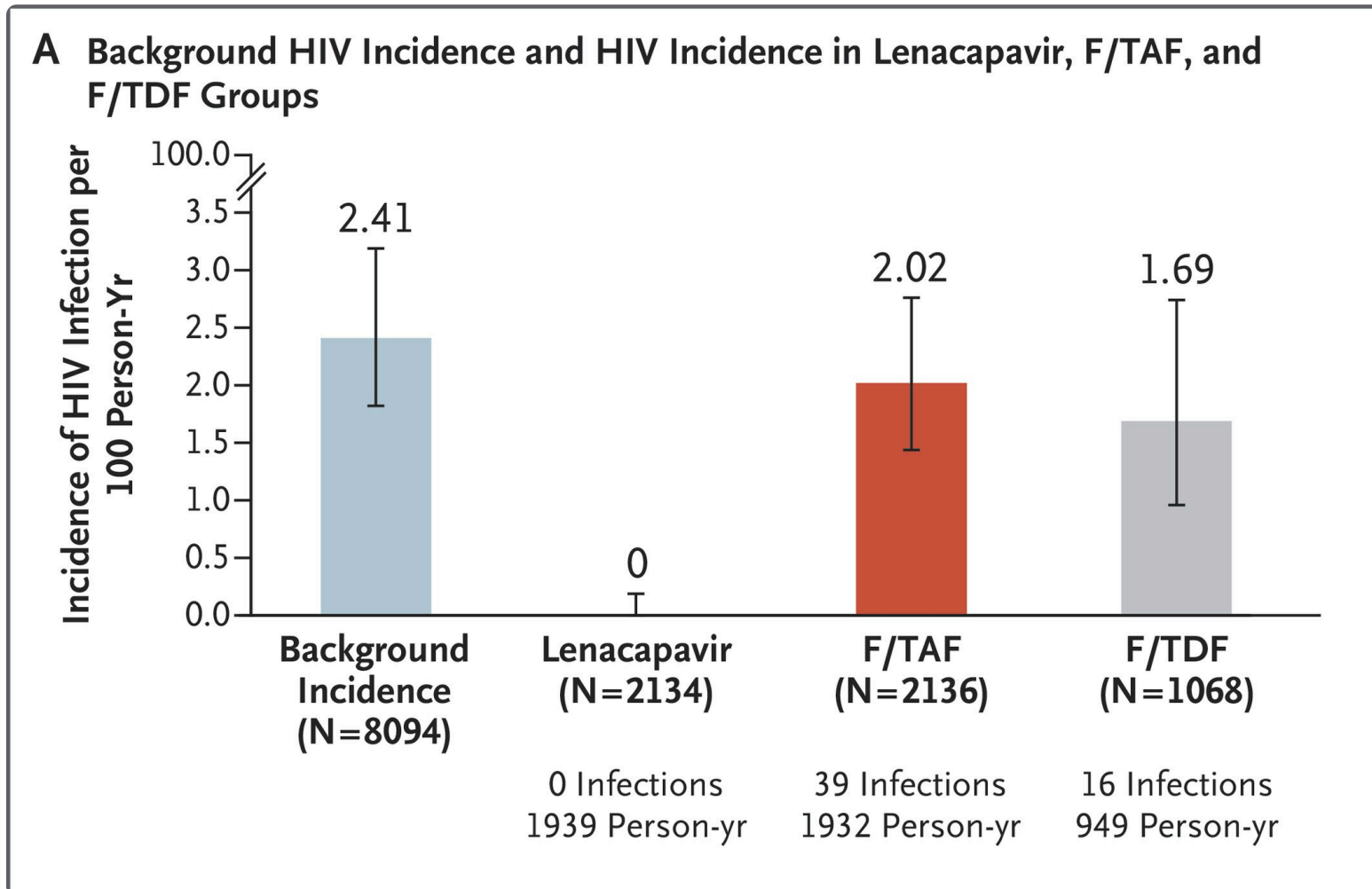
- HIV 發生率減少 **88%**
- 4 例 vs 36 例新感染
- 因效果顯著提前中止
- 修正了過往女性口服 PrEP 順從性難題

標誌性試驗 · PURPOSE-1 (2024) + PURPOSE-2 (2024)

Lenacapavir · 每半年一針

PURPOSE-1 · NEJM 2024

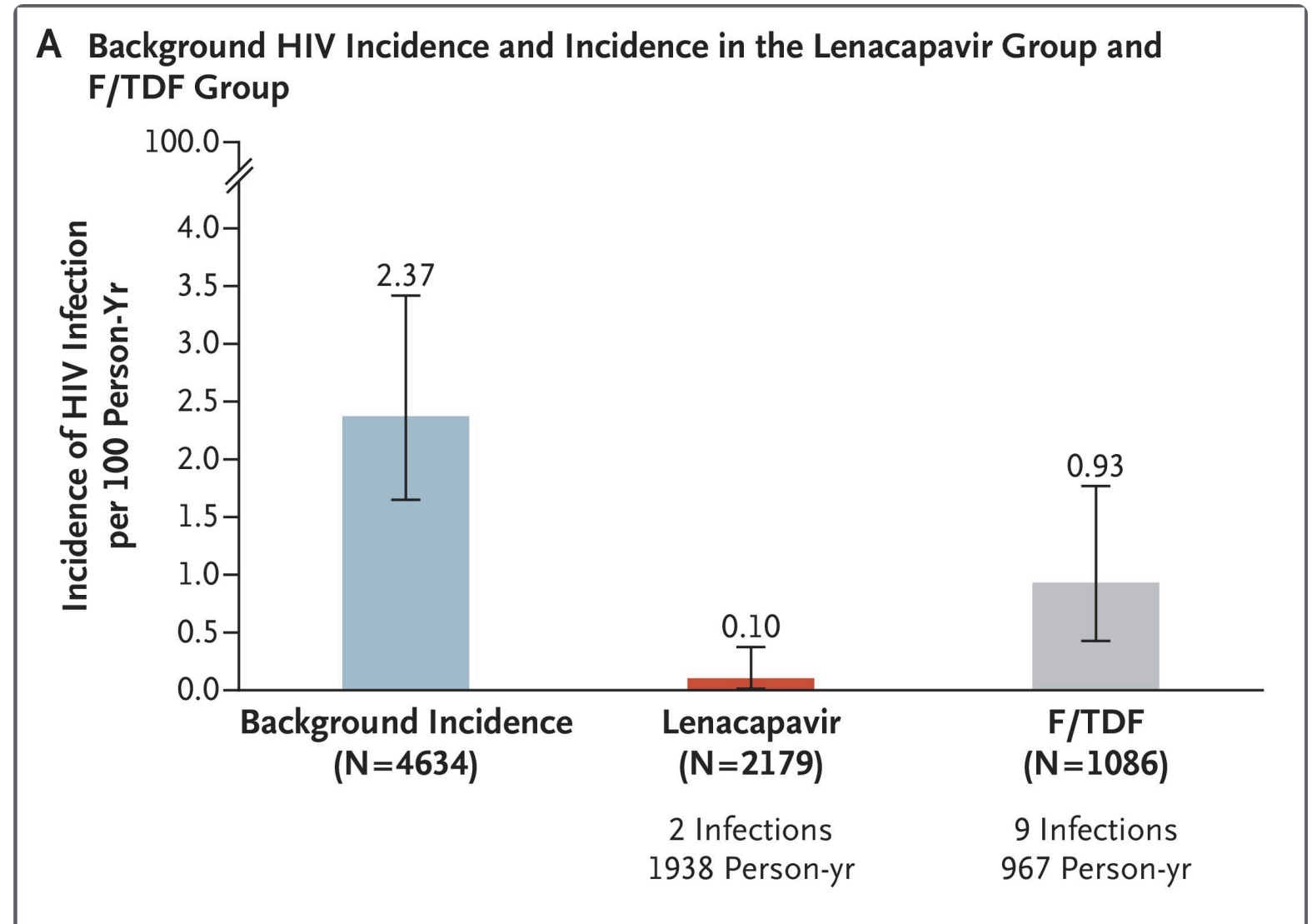
5,338 位撒哈拉以南非洲順性別女性 · 青少年
LEN 每 26 週 SC vs F/TAF vs F/TDF



LEN 組 0 例新感染 / 1,939 人年

PURPOSE-2 · NEJM 2024

3,265 位 MSM、跨性別女性、跨性別男性、性別多元者
LEN vs 每日 F/TDF



LEN 0.10 vs F/TDF 0.93 / 100 PY

關鍵 · ADHERENCE

順從性， 就是保護力本身

每週服藥次數	保護力
< 2 次	44% (無統計顯著)
2 - 3 次	84%
≥ 4 次	95%

資料：iPrEx-OLE，2014

PrEP 不只是「發藥」
是衛教 · 提醒 · 追蹤 · 支持

這正是**第一線醫護同仁**（個管師、診所、護理）最能發揮的地方 —— 醫師開藥只是流程的 5%。

開立 PrEP 之前 · 四步驟

01

確認未感染

第四代 HIV 抗原抗體；急性感染症狀者加做 RNA

02

評估風險

性行為、伴侶數、保險套使用、針具共用、性病史

03

病史與檢驗

腎功能、骨密度、B 肝、C 肝、藥物交互作用

04

共同決策

和個案討論劑型、頻率、追蹤計畫；簽署同意書

每一步都需要溝通 —— 不是只有填單子。

起始 PrEP 必驗清單

必做 · Mandatory

- HIV 抗原抗體 (第四代)
- HBsAg、anti-HBs、anti-HBc
- HCV 抗體
- 梅毒 RPR / TPHA
- 肌酐酸與尿液分析
- 肝功能 AST/ALT
- 全血計數
- 育齡女性 → 懷孕測試

視情況 · Conditional

- HIV 病毒量檢測 (患者有急性感染症狀或患者的抗體測試為陰性，但最近一個月與HIV 陽性伴侶有不安全性行為)
- 淋病、披衣菌 (咽喉、肛門、泌尿道)

護理小提醒：把這份清單印一份貼在診間 —— 比口頭交代不會漏。

定期追蹤 · MONITORING CADENCE

口服 PrEP 追蹤時程

起始 ·
INITIAL

服藥 1 個月

HIV · 肌酐酸 · 尿液分析 · 懷孕 · RPR
(其他性病依症狀)

服藥 3 個月

HIV · 肌酐酸 · 尿液分析 · 懷孕 · RPR
(其他性病依症狀)維持 ·
MAINTENANCE

每 3 個月

HIV · 懷孕 · RPR
(其他性病依症狀)

每 6 個月

肌酐酸 · 尿液分析

每 1 年

HBsAg · HCV Ab

CAB-LA 長效針劑：每次回診（約 8 週）追 HIV 抗原抗體 + RPR（其他性病依症狀）、懷孕

三件事要特別留心

腎功能

TDF：可能近端腎小管病變
eCrCl < 60 mL/min 不建議使用

TAF：較安全
eCrCl ≥ 30 mL/min 仍可使用

骨密度

TDF 可造成輕微骨密度流失
骨折風險未增加
停藥多可恢復

骨鬆高風險者 → 改用 TAF

B 型肝炎

TDF/TAF + FTC 同時抑制 HBV

→ **停藥可能引發急性發作**
停藥後須延長肝功能追蹤

其他常見：腸胃道（噁心、腹瀉，多在 4 週內緩解）、頭痛、疲倦。

什麼時候可以停 PrEP

- 不再有暴露風險（伴侶關係穩定 + 雙方 HIV 陰性）
- 計畫懷孕（個案討論後）
- 嚴重副作用（腎、骨、過敏）
- 新診斷 HIV 感染 → 立即停 PrEP，轉感染科
- 個案無法配合追蹤

B 肝帶原者特別注意

停 PrEP 後 6 個月內**每月追蹤肝功能**，
警覺急性肝炎發作；必要時延續抗 B
肝治療。

緊急狀況 · BREAKTHROUGH INFECTION

如果用 PrEP 還是感染了

01 立即停 PrEP (兩種藥不夠治療)

單純兩種反轉錄酶抑制劑 → 容易誘發 M184V 抗藥性突變

02 抽血做 HIV 病毒量、抗藥性檢測

取得啟動完整治療的依據

03 立刻轉介感染科 / 愛滋指定醫療院所

啟動三合一以上的全劑量治療，避免抗藥性傳播

04 諮商與心理支持

強調「U=U」是可達成的目標——治療不是失敗，是新階段的開始

03

PEP 暴露後預防

Post-Exposure Prophylaxis · 分秒必爭，把暴露擋在感染之前

定義 · DEFINITION

PEP · 兩條路、同一個原則

職業暴露 · oPEP

Occupational PEP

針扎、銳器傷、體液噴濺到黏膜或破損皮膚。

指引：第 9 章（2025 修訂）

非職業暴露 · nPEP

Non-occupational PEP

無套性行為、共用針具、性侵害、輸血意外。

指引：第 11 章（2025 修訂）

處方原則一樣 · 進入點不同

時間就是保護力

72 小時

越快越好·理想是數小時內
超過 72 小時，效果迅速衰退

第一句話不是「先抽血」
是「現在幾點？暴露幾小時了？」

什麼算暴露 · EXPOSURE TYPES

什麼情況才算「暴露」

三種途徑

- 經皮刺傷（針扎、銳器切割）
- 經黏膜接觸（噴濺到眼、口、鼻）
- 經破損皮膚接觸

具感染性的體液

血液、精液、陰道分泌物、腦脊髓液、滑囊液、胸水、腹水、羊水、肉眼可見帶血的體液

不具感染性（除非肉眼可見血）

糞便 · 鼻腔分泌物 · 唾液
痰液 · 汗水 · 眼淚
尿液 · 嘔吐物

EACS 2025：黏膜或破損皮膚接觸需大於 15 分鐘才視為有感染風險的暴露

風險 · PER-EXPOSURE RISK

每次暴露的感染風險

暴露類型	感染機率	備註
輸血 (HIV+ 全血)	90%+	已從血液篩檢消除
經皮刺傷 (針扎)	0.23%	95% CI 0–0.46% ; 深扎、明顯帶血更高
無套接受性肛交	1.4% (138/萬)	所有性行為中最高
無套陰道性交 (接受方)	0.08% (8/萬)	
黏膜噴濺	0.09%	低於針扎
共用針頭注射	0.63%	
咬傷 (深、出血)	有少數案例報告	極罕見

機率不高，但人次累積起來不少——風險計算永遠是「機率 × 暴露次數」。

來源者 · SOURCE ASSESSMENT

來源者評估三件事

- 01 **HIV 血清狀態 · 第四代抗原抗體快篩**
30 分鐘內結果 · 空窗期 2 週 · 敏感度 99.5% / 特異度 99.8%
- 02 **是否在使用抗病毒藥物**
U=U 適用於來源已治療且病毒量壓制的個案；但仍須個別評估
- 03 **是否疑似抗藥性**
例：原本在用 PrEP 卻新診斷感染 → 處方應用 **TAF/FTC/DRV/c**

關鍵原則：等不到來源者結果，**不要延遲** PEP —— 先給藥，後續再決定要不要停。

2025 年處方建議

優先建議

TAF/FTC/BIC

Bictarvy · 單錠複方

一天一顆

副作用少、交互作用少

替代

TDF/FTC + DTG

Truvada + Tivicay

常用替代方案

需注意腎功能

替代（疑似抗藥性）

TAF/FTC/DRV/c

抗藥屏障較高

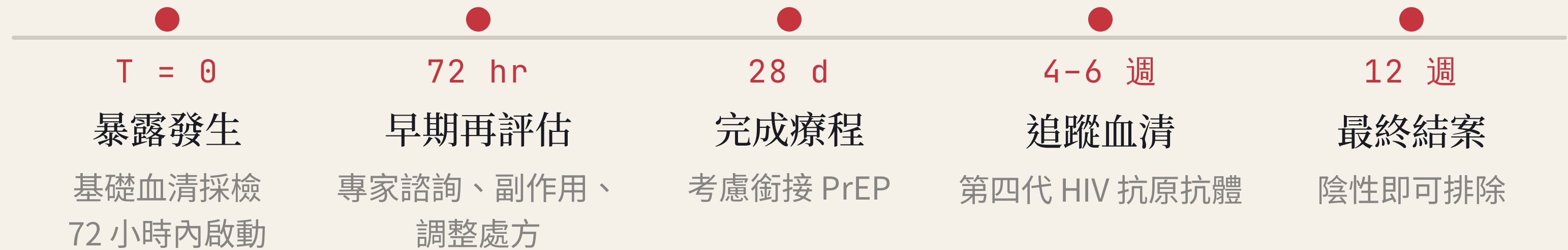
用於來源疑有抗藥性

例：PrEP 用藥者新診斷

2025 改變：取消依風險分層的 2 種或 3 種藥處方 —— **統一 3 種**，重點是耐受性與服藥順從性。

療程與追蹤 · COURSE & FOLLOW-UP

28 天療程 · 12 週收尾



2022 年起國際共識：第四代檢驗已可在 12 週內偵測 —— 不再延長到 6 個月或 9-12 個月。

非職業暴露 PEP · 誰適用

■ 無套性行為

特別是接受性肛交、來源 HIV 狀態不明或陽性未治療

■ 共用針具或稀釋液

注射藥物使用者；針具來源不明的針扎也算

■ 性侵害

無論加害者 HIV 狀態，72 小時內都應評估給藥

■ 輸血、器官移植意外

罕見，但風險最高 (>90%)

■ 公共場所被棄置針扎

小孔針頭多 · 風險低 · 仍須個案評估

■ 急性感染症狀的伴侶

伴侶處於空窗期 → 病毒量極高，風險倍增

值不值得吃 PEP

來源狀態	建議
HIV 陽性 · 未治療 / 病毒量高	立即給藥
HIV 陽性 · 治療中且病毒量壓制 (U=U)	原則不需要 · 個案討論
HIV 狀態不明 + 高風險暴露	先給藥 · 同步檢驗來源
HIV 狀態不明 + 低風險暴露	個案討論 · 多不建議
來源確定 HIV 陰性	不需 PEP · 仍可追蹤

不確定的時候 —
先給藥，
 後續再決定要不要停。

藥物的代價遠低於錯過 72 小時的代價。

銜接 · BRIDGING

反覆暴露的個案 · PEP 結束直接接 PrEP



28 天 PEP 結束 → 中間不要停 → 直接開始 PrEP

反覆吃 PEP，不是長久之計。

- 第三版指引明文寫入「PEP-to-PrEP」
- 不需等到 4-6 週、12 週追蹤完成
- 但仍須完成所有後續血清追蹤
- 是個管師與第一線醫護可主動介入的時刻

職業暴露案件處理流程

STEP 1

立即處理傷口

擠壓 · 沖洗 ·
消毒 · **不要切開**

STEP 2

通報主管

同步啟動職業暴露通報、勞健保程序

STEP 3

前往指定機構

愛滋指定醫事機構 · 1922 針扎專線

STEP 4 ★

3 天 PEP 起始

急診先給 3 天份
+ 同時抽暴露者血清

STEP 5

72 hr 內專家諮詢

感染科會診 ·
確認/調整/停止用藥

STEP 6

追蹤至 12 週

4-6 週、12 週
第四代抗原抗體

免付費專線

1922

補助申請

疾管署網站 · 職業暴露通報單 +
oPEP 血液追蹤紀錄單

法源

人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者
權益保障條例 § 6

04

第一線醫護 的位置

不是發藥的人 · 是把人帶進系統的人

為什麼是你

個案找你，
不是因為你開藥，
是因為你聽得懂他在害怕什麼。

每次諮商都用得上的四個對話

01 · DESTIGMATIZE

去汙名

「這不是道德問題，是公共衛生問題。」
感染與否、性傾向、性行為頻率，都不是你來評斷的事。

02 · U = U

科學事實

用「U=U」消除對感染者的恐懼；
讓個案知道，治療有具體的目標可以達成。

03 · HARM REDUCTION

減害選項

給選項，不是給命令。
「保險套+PrEP」「依需求 vs 每日」「PEP→PrEP」
都是選項。

04 · SUPPORT

支持系統

「你不是一個人。」
把民間團體、心理諮商、伴侶溝通的資源一起給。

通報 · 轉介 · 保密

通報

- HIV：第三類法定傳染病
- 確診 1 週內通報疾管署
- 職業暴露另行通報「職業暴露通報單」
- 性侵害另循家防中心通報

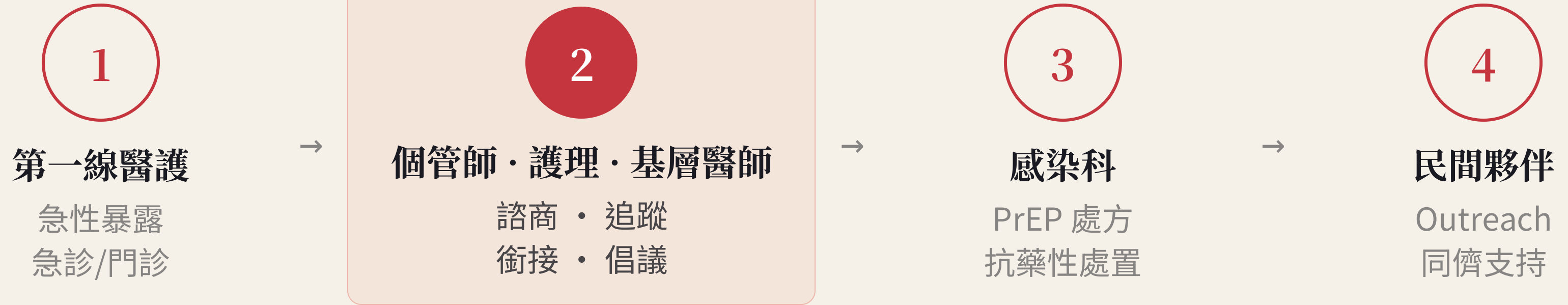
轉介

- 114 家公費 PrEP 機構
- 愛滋指定醫事機構
- NGO：露德、權促會、愛之希望
- 心理諮商與藥癮戒治

保密

- 未經同意，不得對家屬揭露
- 檢驗結果應親自面對面告知
- 病歷加密、申報資料去識別化
- 違反者依法第 14 條罰責

跨領域的接力賽



每一棒交接好，個案才不會掉出系統。

05

國際前沿 vs 台灣現況

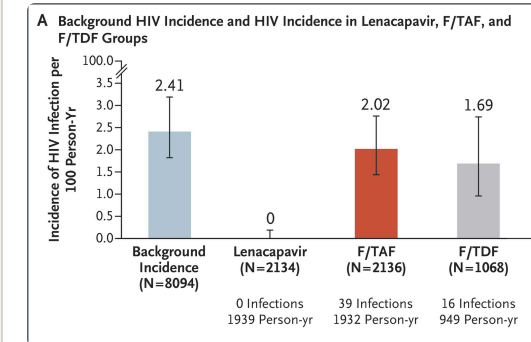
指引寫了不一定落地 · 落地了不一定夠快

前沿 · NEW MOLECULE

Lenacapavir · 每半年一針的 PrEP

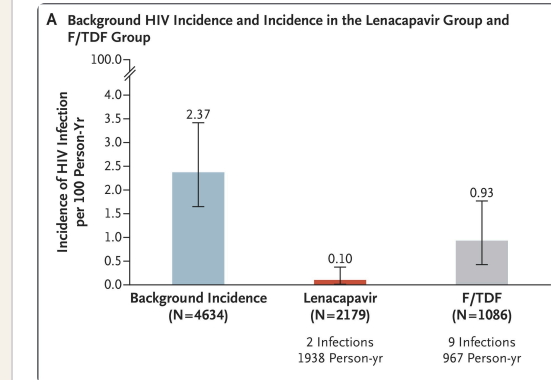
- HIV capsid 抑制劑（全新作用機轉）
- 皮下注射 · 每 6 個月一次
- **PURPOSE-1**（撒哈拉非洲女性）：感染率 0/2,134，**近乎 100%** 保護力
- **PURPOSE-2**（MSM/跨性別女性）：較口服 TDF/FTC 顯著優異
- 美國 FDA 2025/06 核准（商品名 Yeztugo）
- WHO 2025/07 建議納入

PURPOSE-1 · 女性



PURPOSE-2

· MSM/跨性別女性



台灣現況

尚未引進 / 尚未列入指引

是否、何時納入公費補助 —— 是公衛社群
下一階段的政策議題。

指引 VS 落地 · GUIDELINE VS IMPLEMENTATION

四個 差距 等我們補上

GAP 01

Lenacapavir 引進

FDA / WHO 2025 **已建議**；台灣
尚未引進

半年一次注射、近乎
100% 保護力

GAP 02

CAB-LA 落地

指引**已寫入**；實務上引進院所
有限

藥價、儲存、注射人力是
瓶頸

GAP 03

DoxyPEP 共識

事後 72 hr 內 doxycycline
預防梅毒、披衣菌

台灣**已在臨床使用**；待統
一適應症

GAP 04

遠距 / 自主

家用試劑、telehealth-PrEP、
偏鄉行動車

歐美已陸續落地；台灣可
加快腳步

WHO 2024 統合指引 三個方向：(1) 把 on-demand PrEP 推給所有 MSM (2) 納入長效注射 (3) 強化反汙名與性別友善服務

DOXYPEP · 細菌性性病暴露後預防

DoxyPEP 是什麼

無套性行為後 **24小時內**（最遲不超過72小時） 口服

doxycycline 200 mg 一次

若再次暴露則間隔24小時後再吃2顆

主要保護目標

- **梅毒** — 強烈一致的下降
- **披衣菌** — 顯著下降
- **淋病** — 視四環素抗藥盛行率而異

標誌性試驗 · LANDMARK TRIALS

DoxyPEP · NEJM 2023

舊金山／西雅圖 MSM 與 跨性別女性 共 501 位
細菌性性病整體 ↓ ~65%（梅毒、披衣菌尤明顯）

ANRS DOXYVAC · 2024

法國 MSM；梅毒 ↓ 79%、披衣菌 ↓ 89%
淋病 ↓ 51%（與當地抗藥性相關）

dPEP Kenya · JAMA 2023

非洲順性別女性；**未顯示保護效益**
提示：對象、順從性、抗藥性都會影響結果

怎麼用 · 給誰 · 該注意什麼

考慮對象

給誰

- 過去一年曾診斷一次以上細菌性性病的 **MSM / 跨性別女性**
- 反覆暴露或無法穩定使用保險套者
- 性工作者個別評估
- 順性別女性目前 **證據不足**

劑量 · 衛教

怎麼吃

- **Doxycycline 200 mg** 單次口服
- 性行為後 **24-72 小時** 內服用
- 每週上限 **200 mg × 3 次**
- 避免與制酸劑、鈣鐵製品同服；服後不躺臥

需要監測

注意事項

- 每 3-6 個月篩檢梅毒、淋病、披衣菌
- 留意 **淋病四環素抗藥性** 與腸道菌相影響
- 光敏感、腸胃不適衛教
- 不可取代保險套與 PrEP

台灣現況：第一線已有醫師處方使用，2025 版梅毒淋病處置共識亦納入相關建議；待全國統一適應症與抗藥性監測機制。

回去就能做的三件事 · TAKE HOME

01 把 PrEP / PEP 轉介資訊存在工作群組

指定醫事機構、1922、學會指引下載連結

02 記得「黃金 72 小時」

第一句話不是先抽血 —— 是「現在幾點？」

03 PEP 結束問一句：「要不要接 PrEP？」

這句話可能就是少一個新感染

諮詢專線

1922

學會指引

aids-care.org.tw

疾管署

cdc.gov.tw / 愛滋專區

民間夥伴

露德 · 權促會 · 愛之希望