台南醫聲

刊物名稱 ■台南醫聲－台南市醫師公會暨診所協會聯合會訊
發 行 人 ■賴俊良 林士敦
總 編 輯 ■吳東泰
編輯委員 ■蔡國麟 侯世婷 魏大倫 張育豪 陳炳誠
陳俊文 陳雨利 劉晉瑋 陳信宏 林俊杰
美術編輯 ■張寧
投稿信箱 ■c82@ms15.hinet.net 或 傳真 (06)331-2055
連絡電話 ■(06)331-2058
聯絡地址 ■台南市東區裕德一街2號

目錄 CONTENTS

■ 理事長的話

02 2025年醫界開源、節流之措施／**賴俊良**

07 健保財源不足 政府應提升投資／**陳相國**

10 齊心協力，共創診協新氣象／**林士敦**

■ 給醫師健檢的專家建議

13 寫給醫師關於健檢的專家建議／**蔡忠紘**

20 冠狀動脈電腦斷層血管攝影～256切CT需要嗎？對冠心症的角色？／**葉建寬、許志新**

27 Low Dose CT 在早期肺癌篩檢的重要性／**曾堯麟**

34 婦科癌症的篩檢與預防／**鄭雅敏**

38 腦中風及腦動脈血管瘤的篩檢與預防：給臨床醫師的專業建議／**謝鎮陽**

43 精準診斷×早期發現：現代內視鏡在癌症防治的角色／**陳炳誠、陳炯瑜**

■ 政策與法規

52 正確申報職傷案件，守護勞工權益，穩定健保總額／**南區業務組**

59 診所電費漲不停，怎麼辦？省電、省錢有方法！／**李明陽**

■ 會務動態

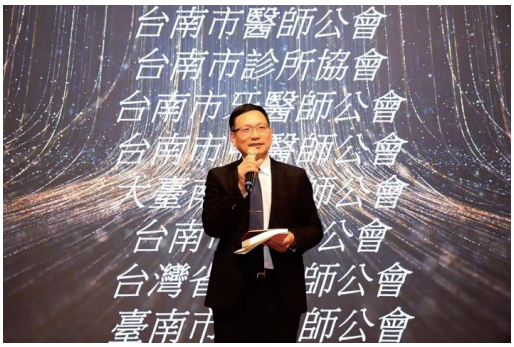
62 第八屆台南市診所協會正式成軍特別報導／ **吳東泰**

■ 美麗人生

67 慶祝府城城垣300年 如果城牆還在／**台南式**

114年4月30日截止
診所數：1106家　醫師數：1687人
紙本發行量：200本
電子版對所有醫師會員發行共4360人

【編委會小啓】
★本刊內容皆屬作者個人意見，不代表本會立場
★會訊電子檔QR Code
網址：www.tnmed.org.tw



2025年醫界開源、節流之措施

■賴俊良醫師（台南市醫師公會 理事長）

在有限的總額下，「開源」與「節流」是維持醫療院所穩健生存的兩大關鍵，在此跟大家報告今年醫界有關「開源」、「節流」之新措施。「開源」措施有「113年西醫基層總額點值補付」、「114年提升基層護理人員照護品質獎勵方案」；「節流」則有「一百十三年度執行業務者費用標準」之調整。

壹、113年西醫基層總額點值補付-開源措施

大家記得在過年前，VPN查詢有補付一筆相當可觀的費用，每月補付金額約莫診所每月申請金額的3%，剛好可用來發放診所的年終獎金。有些醫師至今還不曉得這筆費用的來源，天上禮物不會無緣無故掉下來，這邊為大家說明這筆費用來源。這筆費用名稱為「113年Q1&Q2西醫基層總額點值補付費用」，補助經費由行政院113年度「疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算」支應，不影響總額點值，目前已補付113年Q1&Q2，後續將陸續補付113年Q3&Q4費用。

回顧112年因COVID-19過後免疫負債的關係，民眾就醫大幅增加，尤其是呼吸道等傳染性疾病，而這些額外就醫造成醫療費用的增加，當初未預期會發生，總額也沒編列相關預算，故各區點值大幅滑落，尤其是臺北區點值低落至0.8。經與政府協商

後，就疫情造成點值滑落達成共識，由公務預算資金挹注，補助方式分二階段如下：第一階段：各區112年申報COVID-19、類流感金額跟108年申報金額做比較，超過的部分一點1元先補；如果補完後各分區仍有平均點值低於0.9者，第二階段則再補到0.9。這種補助方式在平常控管較好，112年4季平均點值皆大於0.9的南區相當吃虧且不公平，只能補到第一階段COVID-19、類流感較108年增加的少少費用，第二階段再補到平均點值0.9的大筆費用則拿不到。舉例而言，112年第4季，台北區可獲得兩階段補助4.93億元，南區卻只補助第一階段少少的0.25億元（如圖一）。

112 年第 4 季西醫基層撥補點值執行結果

	撥補金額	補助前平均點值	補助後平均點值
臺北區	4.93 億元	0.86224423	0.90000000
北區	0.70 億元	0.90550534	0.91743216
中區	0.60 億元	0.90968016	0.91840074
南區	0.25 億元	0.93666441	0.94151562
高屏區	0.14 億元	0.93145725	0.93390889
東區	0.04 億元	1.04143648	1.04708574
全區	**6.65 億元**	**0.90194815**	**0.91975806**

好學生沒有獎勵，誰會努力向上當好學生呢？113年也有類似情況，各區點值還是低落，以公務預算挹注點值的聲音同樣出現，鑑於以往對南區不公平的補助方式，個人覺得補助方式有改善的必要。在各種場合如「健康台灣論壇、研商會議、支付標準共擬會議、石署長南區醫界座談會、拜訪衛福部邱泰源部長及醫師節大會與賴總統會前會」之各種會議，我一直提出「**與其補點值，不如訂立獎勵措施**」的反向思考，對於控管良好、醫療品質較好的分區應有類似家醫制度、全人全社區照護計畫，給予院所獎勵金，或如HAH在宅急症照顧方案，照顧好，節省下來的費用回饋給院所的正向想法。令人欣慰的，這個說法有被採納，行政院於114年1月14日核定「113年西醫基層總額點值補付費用」方式採三階段辦理，對於管控好、點值較高的分區亦比照最低分區至平均點值0.9之點值差距（同幅度）予以補助。113年補助經費

計算方式如下：

（一）第一階段：補助COVID-19及類流感案件相較108年同期增加費用（每點1元補助）。

（二）第二階段：經第一階挹注後，將補付後平均點值最低之分區補助至每點0.9元。

（三）第三階段：其餘分區比照最低分區補至點值0.9之差距（同幅度）予以補助。

113年第一、二季第一階段挹助後，平均點值最低之分區為台北分區，其平均點值0.87補付至0.9，故南區亦有3%同幅度之補助。以上為「113年西醫基層總額點值補付費用」之來龍去脈，供大家參閱。

貳、「114年提升基層護理人員照護品質獎勵方案」-開源措施

此方案目前已在114/3/27支付標準共擬會議通過，待衛福部公告實施。源於112年總額協商時，因應護理人力不足，提出診察費1~30人次加計30點之計畫，用於調整護理人員薪資，估經費需增加32.965億元，分5年編列，每年6.593億點，所以有日後符合護理人員調薪規定者，112年診察費1～30人次加計6點、113年加計12點，今年加計24點之方案。因有編列專款，不會造成點值下降，大家不用擔心。

獎勵條件為：

1、聘有護理人員且有符合調升其薪資條件之西醫基層診所。

2、限113 年12月底前開業之基層診所**(不含114年新開業診所)**。

3、**診所當月需調升聘用半數以上執登護理人員薪資較113年12月增加一等級，且不得低於第4投保等級(月投保金額31,800元)**。

如果在計畫公告當月前 (含當月)完成114年投保金額調薪申請者，可回溯自114年1月起至公



告當月計算加計點數；計畫公告後才調薪投保金額以生效年月認定。本項費用由保險人「每季」依各診所每月申報門診診察費案件主動勾稽實際調薪情形，依該診所申報1至30人次門診診察費之案件，每件加計獎勵24點，以每點1元支付，診所不用額外再向健保署申請。另外有發放年度獎勵金，前項加計點數該年度結算後仍有結餘，診所護理人員調薪人數符合本方案114年、113年、112年標準者，依診所調升護理人員薪資人月占率核發獎勵金，採浮動點值計算，並於 115年3月底前完成撥付。**由於「提升基層護理人員照護品質獎勵方案」皆為該年度方案，沒有延續，若去年113年已有符合加計12點調薪方案者，今年無法配合參加24點調薪方案者，今年無法像去年補付前30人次門診診察費加計12點。各診所可視個別狀況，若有護理人員調薪需求者，可儘早保握此方案調薪以符合費用補貼。**

參、「一百十三年度執行業務者費用標準」調整–節流措施

跟大家報告，財政部已於114年3月17日台財稅字第11304652341號公告修訂「一百十三年度執行業務者費用標準」，並自即日生效，今年5月報稅就可適用。調整內容主要關於調高「掛號費」及調整「健保特約診所藥費、藥事服務費」費用標準二項，詳細如下。

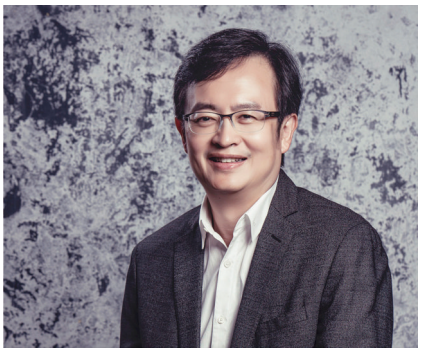
一、自113年度起，調高「掛號費收入之費用標準」：

掛號費以113.12.31為基準，掛

號費調高費用標準方式如下:
(1)診所掛號費新台幣「150元(含)以下者」:由原訂之78%，調高為 90%。
(2)診所掛號費新台幣「150元以上者」由原訂之78%，調高為80%。
二、調整「健保特約診所調劑」之「藥費 、藥事服務費」與「健保特約藥局」之「藥費、藥事服務費」適用相同費用率為94%。

之前78%掛號費收入列為費用標準，這已是民國92年訂定，距今22年未修正，但物價、電價上漲、物價指數成長超過3成，基本工資漲幅達7成，診所經營成本不斷墊高，執行業務者費用標準卻未同步反映。為真實反映診所經營成本，實在有調高掛號費費用成本之必要。另外，社區藥局藥費、藥事服務費成本為收入的94%，但診所的藥費、藥事服務費卻比照執行業務所得費用為80%，同工不同酬，故爭取診所藥費、藥事服務費分列，比照藥局同為94%，也是天經地義的事。賴惠員立委目前剛好是財委會得召委，醫師公會及全聯會這邊拜託賴立委協助此修正案，經過多次協商，感謝賴惠員、王正旭立委、醫師公會全聯會與台南市醫師公會大家的努力，衛福部、國發會、財政部、健保署及賦稅署的支持，終於達成以上之協議。為感謝賴惠員立委大力協助，公會賴俊良理事長、陳相國榮譽理事長、林士敦常務理事及劉維穆常務理事特地於114年3月13日至委員新營服務處登門致意獻花感謝。

2025年除了以上「開源」與「節流」措施，另外調整成人預防保健服務對象、時程及補助金額、四癌篩檢年齡下修及費用調升、家醫2.0新制實施、特管辦法修正等醫療政策，都是我們要密切注意及積極參與的，公會、協會將與大家一起來努力。



健保財源不足 政府應提升投資

空氣污染防制費應提撥50%挹注健保財源

■陳相國醫師（台南市醫師公會榮譽理事長、醫師公會全國聯合會副理事長）

過去20年來，臺灣、美國、日本、韓國和英國在全民健保的投資與財務調整上各有發展，概述如下：

臺灣

自1995年實施全民健保以來，臺灣成功實現全民覆蓋。然而，財務壓力逐年增加。2021年，國民醫療保健支出（NHE）占GDP的6.56%，經常性醫療保健支出（CHE）占GDP的6.1%，均低於許多已開發國家。專家建議政府提升健康投資，將醫療保健支出占GDP比例於2028年前提高至8%以上，以強化國家競爭力並改善醫療品質。

美國

美國主要依賴私人保險，政府透過Medicare和Medicaid提供補助。醫療費用持續攀升，2018年醫療衛生費用占GDP的17.7%，人均支出達11,172美元。2010年通過《患者保護與平價醫療法案》（PPACA），試圖擴大保險覆蓋並抑制支出，但醫療費用仍居高不下。

日本

日本採取社會保險制度，全民皆須參與。政府透過調整保費與自付額維持財務平衡。2021年，經常性醫療保健支出占GDP的11.3%，顯示政府投入較多資源以維持醫療體系穩定。

韓國

韓國與臺灣類似，推行全民健保，但保費頻繁調漲，影響民眾滿意度。2021年，經常性醫療保健支出占GDP的9.3%，公部門支

出增加，反映政府對醫療體系的重視。

英國

英國的國家醫療服務系統（NHS）由政府資助，提供免費醫療服務。近年來，政府衛生健康支出顯著增加，從2019–2020年的360億英鎊，增長至2023–2024年的480億英鎊，預計2028–2029年達630億英鎊，顯示NHS面臨的財務壓力。

綜觀這些國家，臺灣的醫療保健支出占GDP比例相對較低，專家建議增加健康投資，以確保醫療體系的永續發展。

空污費挹注於健保的可行性

空氣污染對人體健康的影響已成全球關注議題，從急性症狀到慢性病惡化，甚至可能導致嚴重的健康風險。研究顯示，空污與呼吸道疾病、心血管疾病的發病率密切相關，國際癌症研究機構（IARC）更將室外空氣污染列為第一級致癌物。

政府於2018年施行《空氣污染防制法》，規範污染源監管與健康風險評估。《空污法》第16及18條規定，主管機關可向固定及移動污染源徵收空污防制費。政府每年徵收約60億元，七年來累積超過430億元，但這筆資金未直接用於國民健康促進或健保財源。截至112年，空污基金累計剩餘高達77億元，但各縣市分配資金未能有效運用於健康保障。

目前，空污費主要用於污染源管制與監測，雖有助於降低污染排放，但卻未能直接回應空污對健康的影響。因此，資金運用的方式亟待檢討，以確保部分經費真正回饋國民健康，減輕空污帶來的醫療負擔。

政府正推動「健康台灣政策」，目標在延長平均壽命且同



時縮短不健康餘命，並希望於2030年將癌症死亡率降低三分之一。為落實這個目標，應調整資金配置，將至少50%空污費挹注健保財源，確保國民獲得更完善的健康保障。

政策建議

1.行政院應儘速啓動跨部會協商，整合環境部、衛福部及財政部等部門，共同研擬空污費最佳分配機制。

2.明確規範空污費收入的50%撥入健保，確保資金長期穩定。

3.將資金用於健康風險評估、醫療補助、空污相關預防與教育計畫，幫助民眾降低污染暴露的風險，提高健康水準。

空氣污染已成為台灣的公共健康隱憂，每年因空污造成的疾病與醫療支出負擔不容忽視。然而，現行空污費運用方式未能有效發揮健康促進作用。因此，應至少將一半空污費投入健保體系，使資源真正回饋國民健康，減少空污帶來的健康損害，提升全民福祉。

政府應正視此問題，透過跨部會合作，使空污費不僅用於環境管理，更成為健康保障的機制，實現「淨零碳排」與「健康台灣」雙贏目標。



齊心協力，共創診協新氣象

■林士敦（台南市診所協會理事長）

親愛的會員先進們，大家好：

首先，衷心感謝各位的支持與信任，讓我有榮幸擔任台南市診所協會理事長。投票當天，我深受感動——許多會員代表犧牲週六門診時間親自出席投票，更有一位剛做完心臟手術的會員代表，首次出門就是為了給我們加油打氣。那一刻，我深深體會到，這份榮譽不只是肯定，更是責任的開始。它激勵我持續學習、精進自己，以更謙卑的態度，虛心向各位前輩請益，傾聽會員的聲音，凝聚大家的力量，一同為基層診所的永續發展努力，為會員爭取更多權益與發展空間。

歷任理事長們的付出為協會奠定堅實基礎，尤其前任賴俊良理事長，任內積極推動會務創新——成立五大委員會強化服務、推動《台南醫聲》電子化、診協臉書醫療政策的即時更新，並鼓勵會員配合公部門各項計畫，如新陳代謝、糖網、C肝防治、兒童醫療優化等，成功提升





診所收入，也讓台南診協邁上最新的高度。

此時接下會務，我深知個人能力有限，的確是誠惶誠恐，但是幸運的是，我找到一群願意並肩努力、充滿熱情的理監事夥伴。我們不僅延攬了原有經驗豐富的幹部，更注入多位年輕新血，老幹新枝，交織傳承與創新。這支團隊將共同打造診協新氣象，相信一定不會辜負會員們對我們的期待。

我要特別感謝我最敬重的吳國榮學長，願意擔任常務監事這個重要的職位，以智慧與遠見砥礪督促我們前進時不會偏離方向，也不再擔心有後顧之憂。

在所有幹部方面，我必需要特別跟大家介紹一下我們最優秀的常務理事們，他們各有不同的個人特質，在未來會務的進行與發展上可以給我最大的幫助與建議。

劉維穆醫師是我非常尊敬的工作夥伴，謙謙君子的人格特質，行事不慍不火成熟穩重，是最能與我互補的良師益友。

陳俊文醫師對醫事法規與健保業務有深厚造詣，口條清晰、思慮周密，是我們推動基層醫療政策最不可或缺的重要支柱。

吳東泰醫師擔任《台南醫聲》總編輯，思緒清晰、整合力強，文采斐然、下筆成章，是醫師公會與診協最佳的形象塑造者，更是最值得信賴的隊友。

劉晉瑋醫師熱心公務、交遊廣闊，處事認真踏實，憑藉豐富的人脈與生活經驗，將在會員福祉的推動上會令人有最大的期待。

劉伊薰醫師外柔內韌、才德兼備，不論在醫療專業或診所經營上皆有傑出表現，是我在實務



執行與工作態度上最值得學習的典範。

杜佳軒醫師青年才俊，具備廣闊的胸懷與遠見，大度豁達，四海皆友，是協會邁向未來路途上最值得倚重的重要夥伴。

此外，我們也將積極強化女性幹部的參與與影響力。女性理監事展現的細膩觀察、堅定執行與柔中帶剛的特質，將是診協實踐多元共融與性別平衡的關鍵力量。

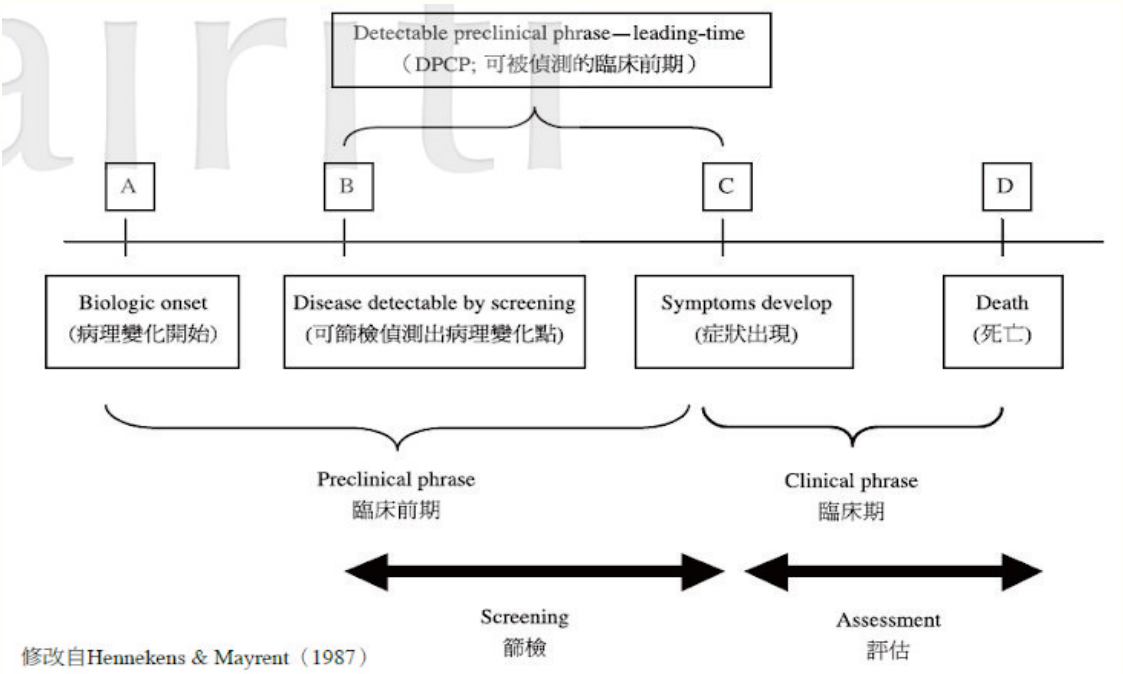
未來，我們將秉持服務會員、提升診所醫療環境與形象為宗旨，勇敢面對醫界轉型的挑戰，也會積極與醫院或公部門密切合作，爭取更多的資源與政策支持，達到三方共榮共贏的局面。我也期盼與每一位會員保持緊密聯繫，讓協會成為凝聚共識、共享成果的溫暖平台。

讓我們攜手努力，為台南基層醫療注入新的活力與希望！

寫給醫師關於健檢的專家建議

蔡忠紘 醫師
安南醫院家醫科與門診部主任
曾任：安南醫院健檢中心主任

身為醫師的我們，都很清楚知道：根據世界衛生組織的定義，「健康」是「身體、精神及社會生活中的完美狀態」。而我們為了達到「疾病預防」與「健康促進」的目標，就需要運用「預防醫學」的四種方式：篩檢（也就是健康檢查）、諮詢介入、疫苗接種、與化學預防。其中，「健康檢查」是最能早期發現疾病與相關危險因子的重要工具！這是指從一個「沒有症狀（也就是沒有身體不適）」的個體，利用檢驗、測驗或其他方式，找出罹患疾病或是屬於高風險的個案。



圖一 疾病自然史與篩檢／評估相關性

因為在疾病發展的過程（圖一）中，病患往往等到症狀開始出現，才開始找臨床醫師診治。但在症狀尚未出現前（也就是臨床前期），就可能會先有病理與生理的變化，此時若有良好的檢查或檢驗工具，就能夠協助「提早」發現疾病，進而早期治療，就可減少日後併發症、殘障或死亡的發生。

大眾對於健康檢查其實並不陌生，舉凡從婚前健檢、產前健檢、出生後的新生兒篩檢、學齡前與求學過程中的學校體檢、各類工作的體檢健檢以及政府補助的成人健檢等等，都有著不同的健康檢查項目方式。「定期健康檢查能夠發現隱藏的疾病，從而促進早期治療」的想法，根據文獻（註1）至少可追溯至兩個世紀之前。當時，保險公司會要求被保險人接受體檢，以識別潛在的臨床問題，從而降低財務風險。原本大眾甚至醫師認為，定期的健康檢查能夠達到早期診斷的好處，但其實這同時伴隨著一個潛在的問題—過度診斷（Overdiagnosis）。有文獻（註2）顯示過度診斷可能導致不必要的治療、副作用和患者的焦慮，並且實際上並不能為個案提供真正的健康益處。因此，**健康檢查並不是做越多越好，重點在於要在實證醫學與個人化醫學的輔助之下，才能達到最好的效果**。



目前我們能夠追溯到最早來自科學機構的官方建議健康檢查，是由美國醫學會（AMA）於1922年所提出。內容包括詳細的病史詢問與身體檢查，以及關於飲食、體能活動、口腔與個人衛生以及睡眠的建議（註3）。目前全世界被公認對於健康檢查的建議最為嚴謹的兩個機構分別是：加拿大的CTEPHC（Canadian Task Force on Preventive Health Care）與美國的USPSTF（US Preventive Services Task Force）。這兩個機構分別在1979年與1998年首次發布預防保健服務的相關建議，之後也定期會邀請學者專家討論更新，內容皆是基於對科學證據的嚴謹、跨學科且定期的分析，並依據證據的強度和方法學品質來對建議進行建議分級。這兩個機構網站的建議分級不太相同，但都很值得我們參考並提供給民眾安排做為健康檢查的建議。

USPSTF的網址是：https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/
分類標準如下：
推薦（A 和 B 級，根據證據的強度）
特定情況下推薦（C 級）
證據不足，無法給出建議（I 級）
建議不要進行該措施（D 級）
CTFPHC的網址是：https://canadiantaskforce.ca/
分類標準如下：
「強烈推薦」：當有充分證據表明某項介入措施的有利影響遠大於不良影響，或者某項介入措施的不良影響明顯超過其有利影響時。
「有條件推薦」：當有利影響可能超過不良影響，或不良影響可能超過有利影響，但仍存在一定的不確定性。這通常發生在證據品質較低、個體價值觀和偏好存在較大變異的情況下。



所以總結來說，對於一個**「沒有症狀（也就是沒有身體不適）」的個人，正確的健康檢查觀念應該是，首先要了解自己的個人病史、家族病史、生活型態、生活環境，才能評估個人的健康風險，配合目前最新**的醫學證據，進而安排健康檢查。而週期性健康檢查（Periodic Health Examination），也就是俗稱的「定期健檢」，雖然根據一篇Cochrane 系統性回顧（註4）顯示，並無證據顯示在成人族群能改善病患的健康預後，但這仍是大眾最容易做到的預防醫學措施。筆者在此提供一篇最新的文獻：Evidence-Based Periodic Health Examinations for Adults: A Practical Guide（註5），本文總結了包括USPSTF、CTFPHC、美國疾病控制與預防中心（CDC）以及世界衛生組織（WHO）等機構，針對不同年齡層成人的最佳篩檢策略，並簡短總結如下。

1. 心血管疾病篩檢（Cardiovascular Screening）

(a)血壓測量（Blood Pressure Screening）

建議所有 18 歲以上的成年人每年至少測量一次血壓，以篩檢高血壓。

(b)血脂異常篩檢（Lipid Screening）

建議20歲以上的成年人每4-6年測量一次總膽固醇、低密度脂蛋白（LDL）和高密度脂蛋白（HDL）。高風險患者（如有糖尿病、心血管疾病家族史或肥胖）應每1-2年進行一次篩檢。

(c)糖尿病篩檢（Diabetes Screening）

對於35-70歲且體重過重或肥胖的成年人，建議每3年測量一次空腹血糖或進行糖化血紅蛋白（HbA1c）測試。有糖尿病風險因素（如家族史、妊娠糖尿病史、多囊卵巢綜合症等）的人應更頻繁地接受篩檢。

2. 癌症篩檢（Cancer Screening）

(a)大腸直腸癌篩檢（Colorectal Cancer Screening）

50至75歲的成年人應接受篩檢，可以選擇每年一次糞便潛血測試（FOBT）、每5年一次乙狀結腸鏡檢查，或每10年一次結腸鏡檢查。高風險族群（如家族史陽性者）應從40歲或更早開始篩檢，並增加篩檢頻率。

(b)乳癌篩檢（Breast Cancer Screening）

40-74歲的女性建議每1-2年接受一次乳房X光攝影（Mammography）。乳癌高風險女性（如有BRCA基因突變）應考慮更頻繁的篩檢，並可能需要磁振造影（MRI）。

(c)子宮頸癌篩檢（Cervical Cancer Screening）

21-29歲的女性應每 3 年進行一次子宮頸抹片檢查（Pap test）。30-65歲的女性可選擇每5年進行一次 HPV 測試，或每3年進行一次抹片檢查。

3. 其他篩檢項目（Other Screening Recommendations）

(a)骨質疏鬆篩檢（Osteoporosis Screening）

65 歲以上女性應接受骨密度測試（DXA 掃描），以評估骨折風險。

50-64歲的女性若有骨折風險因素（如吸菸、酗酒、低體重）也應考慮篩檢。

(b)憂鬱症篩檢（Depression Screening）



建議所有成年人在常規醫療訪視期間接受憂鬱症篩檢。可使用標準化工具（如 PHQ-9 量表）來評估憂鬱症狀。

(c)B型與C型肝炎篩檢（Hepatitis B and C Screening）

曾接受輸血或靜脈注射藥物的成年人應至少進行一次B型肝炎和C型肝炎篩檢。

上述這些健檢建議，並非適合所有人。對一般民眾而言，仍應依據個人狀況，與自身的家庭醫師諮詢討論後，再安排最適合的健檢的項目與期程。在眾多的檢查項目中，**正子斷層攝影（PET-CT）**這項臨床上用於癌症分期判斷的檢查，常被討論到可否用於無症狀成人的癌症篩檢。根據日本與台灣的資料，使用 PET 作為無症狀族群的腫瘤篩檢工具，癌症偵測率約 1% 左右。雖然能偵測部分早期癌症，但也伴隨著過度診斷、偽陽性及不必要醫療介入（包括進一步、切片或手術）等風險，因此是否應常規使用，仍須審慎評估。美國家庭醫學會（AFP）甚至建議（註

6），對於無症狀的成年人，並不建議將正子斷層攝影作為常規篩檢手段。

我們接受健康檢查的地點大多是在醫療院所，可能是在診所、獨立健檢中心、或是醫院附設的健檢中心，項目從問診、抽血、X光、超音波等基礎檢查，到無痛腸胃鏡、電腦斷層、磁振造影、正子斷層攝影等高階檢查。這些琳瑯滿目的項目，是否是現階段的重點，都需仰賴我們醫師或是專業人員的評估。以筆者服務的安南醫院為例，我們在第三醫療大樓七樓專門設置了「健康醫學中心」，全時段都有家庭醫學科醫師團隊進駐擔任醫療保健顧問，提供健檢前諮詢與後續健檢報告整理與說明，目的就是希望完整解答民眾的健檢疑惑。

身為醫師的我們，縱使現階段沒有任何身體不適，也要小心個人的疾病危險因子，與潛藏其中的疾病生理與病理變化。若能參考個人情況與最新的醫學建議，定期安排正確的健康檢查，並持續做健康管理，才是擁有真正健康的不二法門！

註1：Charap MH: The periodic health examination: genesis of a myth. Ann Intern Med. 1981, 95:733-5. 10.7326/0003-4819-95-6-733

註2：Welch HG, Schwartz L, Woloshin S: Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health. Beacon Press, Boston; 2011.

註3：Emerson H: Periodic medical examinations of apparently healthy persons. J Am Med Assoc. 1923, 80:1376. 10.1001/jama.1923.26430460003011

註4：Krogsb ll LT, J rgensen KJ, Gr nh j Larsen C, et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database Syst Rev 2012;10:CD009009.

註5：Araujo G C, Ribeiro C B, Costa M M, et al. (March 03, 2025) Evidence-Based Periodic Health Examinations for Adults: A Practical Guide. Cureus 17(3): e79963. doi:10.7759/cureus.79963

註6：https://www.aafp.org/pubs/afp/collections/choosing-wisely/62.html

冠狀動脈電腦斷層血管攝影～256切CT需要嗎？對冠心症的角色？

葉建寬、許志新 醫師
國立成功大學醫學院附設醫院
內科部

前言

過去二十年來，隨著科技的發展，冠狀動脈電腦斷層攝影(coronary computed tomography angiography, CCTA) 的準確度提高，使其能夠呈現冠狀動脈的解剖構造、動脈硬化斑塊的數量與特性，以及冠狀動脈狹窄程度。CCTA的檢查結果不僅可用於疾病診斷，更是作為治療決策與評估預後的重要依據。此文旨在概述CCTA及其在急性與慢性冠心症中的角色。

冠狀動脈電腦斷層血管攝影簡介

在進行CCTA檢查前，通常需要使用18或20號針頭，並注入約60-70毫升的顯影劑。檢查進行時，需要閉氣約15至20秒鐘以確保影像清晰。必要時，也會給予硝化甘油舌下含錠擴張冠狀動脈，或給予乙型阻斷劑(beta-blockers)使心跳變慢。CCTA的禁忌症包括：腎功能不良、嚴重之顯影劑過敏，或是藥物無法控制之心搏過速。相對禁忌症包括：心房顫動、病態性肥胖症(身體質量指數>40公斤/平方公尺)、嚴重的冠狀動脈鈣化，以及曾經置放小的支架。[1]

冠狀動脈電腦斷層血管攝影在急性冠心症的角色

在評估急性胸痛患者，應先進行病史詢問、理學檢查、心電圖檢查，及基本的抽血檢查(包含高敏感性心肌酵素，hs-cTn)。

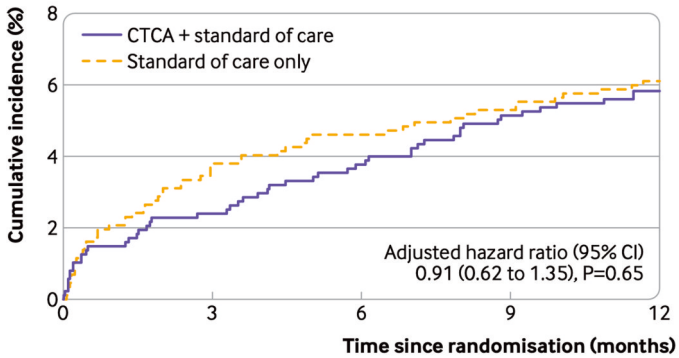
若心電圖顯示ST波段上升，診斷為ST波段上升型心肌梗塞

(STEMI)，則應依STEMI治療指引行標準藥物治療及緊急冠狀動脈介入術(primary percutaneous coronary intervention)。在此情境下，CCTA在其中並無角色。

然而在急性胸痛，懷疑為非ST波段上升型之急性冠心症(NSTE-ACS)之患者，CCTA的角色有於以下臨床試驗探討。

臨床試驗BEACON隨機分配500位懷疑為NSTE-ACS患者，比較早期使用CCTA作為診斷工具與標準照顧(standard of care, SOC)對於30天內因為嚴重冠狀動脈疾病需要血管再通(coronary revascularization)、急診出院率、住院時間長短、嚴重心血管事件(major adverse cardiac events, MACE)、總體死亡率之影響。研究顯示，相對於標準治療，早期使用CCTA作為輔助診斷工具對於上述臨床試驗終點並無顯著影響[2]。另一臨床試驗RAPID-CTCA隨機分配1,748位懷疑為NSTE-ACS患者，同樣比較早期接受CCTA與SOC對於一年內的總體死亡率或者第1型(自發性心肌梗塞)或第4b型(與支架栓塞相關之心肌梗塞)心肌梗塞的影響。研究結果發現提早接受 CCTA並無顯著降低一年內的總體死亡率或心肌梗塞(圖一)[3]。根據上述兩個臨床試驗及另外一 ROMICAT II臨床試驗的結果[4]，2023年歐洲心臟學會發表之急性冠心症的治療指引中，對於懷疑急性冠心症患者常規、早期接受CCTA給出了class III(證據顯示這種處置無效，甚至對某些病人反而有害)的建議[5]。

在急性胸痛懷疑為急性冠心症患者中，若起始心電圖無缺血變化，心肌酵素正常或難以判斷，且臨床為低到中風險之患者(表一)，可將CCTA加入一開始的檢查中。此在2022年國際心血管電腦斷層協會



No at risk

CTCA + standard of care				
877	854	842	830	814
Standard of care only				
871	836	828	822	802

圖一：與標準治療相比，提早接受 CCTA 並無顯著降低一年內的總體死亡率或心肌梗塞

(Society of Cardiovascular Computed Tomography, SCCT)有建議6，且在2023年歐洲心臟學會發表之急性冠心症的治療指引中為class IIa建議[5]。而在中華民國心臟學會2018年發表之關於非ST波段上升型之急性冠心症治療指引中，當心電圖及心肌酵素結果未定論時，可考慮施行CCTA，此為class IIa建議[7]。

表一：急診室 (ED) 懷疑急性冠心症 (ACS) 的患者之風險分層工具

	HEART 路徑	EDACS	ADAPT
使用的變數	• 病史 • 心電圖 (ECG) • 年齡 • 危險因子 • 心肌酵素 (0, 3 小時)	• 年齡 • 性別 • 危險因子 • 病史 • 心肌酵素 (0, 2 小時)	• TIMI 評分 • 無心電圖缺血變化 • 心肌酵素 (0, 2 小時)

評分標準	• **病史**
	  ▪ 高度可疑 (2 分)
	  ▪ 中度可疑 (1 分)
	  ▪ 輕微或不疑似 (0 分)
	• **心電圖 (ECG)**
	  ▪ 顯著 ST 段壓低 (2 分)
	  ▪ 非特異性復極異常 (1 分)
	  ▪ 正常 (0 分)
	• **年齡**
	  ▪ ≥65 歲 (2 分)
	  ▪ 45-64 歲 (1 分)
	  ▪ ≤45 歲 (0 分)
	• **危險因子 (糖尿病、高血壓、高脂血症、冠心病家族史、吸菸、肥胖)**
	  ▪ ≥3 個危險因子或有冠心病病史 (2 分)
	  ▪ 1-2 個危險因子 (1 分)
	  ▪ 無危險因子 (0 分)
	• **心肌酵素 (cTn 或 hs-cTn)**
	  ▪ ≥3 倍正常上限 (2 分)
	  ▪ >1 倍但 <3 倍正常上限 (1 分)
	  ▪ ≤正常上限 (0 分)
		• **年齡 (2-20 分)**
		  ▪ 18-45 歲 (2 分)
		  ▪ 46-50 歲 (4 分)
		  ▪ 51-55 歲 (6 分)
		  ▪ 56-60 歲 (8 分)
		  ▪ 61-65 歲 (10 分)
		  ▪ 66-70 歲 (12 分)
		  ▪ 71-75 歲 (14 分)
		  ▪ 76-80 歲 (16 分)
		  ▪ 81-85 歲 (18 分)
		  ▪ ≥86 歲 (20 分)
		• **男性 (6 分)**
		• **已知冠心病或 ≥3 個冠心病危險因子 (4 分)**
		• **盜汗 (3 分)**
		• **疼痛放射至手臂或肩膀 (5 分)**
		• **疼痛因吸氣加重 (-4 分)**
		• **疼痛因按壓誘發 (-6 分)**
			• **TIMI 評分 (每項 1 分)**
			  ▪ 年齡 ≥65
			  ▪ ≥3 個冠心病危險因子
			  ▫ 家族史
			  ▫ 高血壓
			  ▫ 高膽固醇
			  ▫ 糖尿病
			  ▫ 吸菸
			  ▫ 已知冠心病 (狹窄 ≥50%)
			  ▪ 過去 7 天內服用阿司匹林
			  ▪ 最近 (≤24 小時) 嚴重心絞痛
			  ▪ ST 段偏移 ≥0.5 mm

風險分級	• **低風險**
	  ▪ HEART 評分 <3
	  ▪ 0, 3 小時肌鈣蛋白陰性
	  ▪ 0, 2 小時高敏感肌鈣蛋白陰性
	• **中度風險**
	  ▪ HEART 評分 4-6
	• **高風險**
	  ▪ HEART 評分 7-10
		• **低風險**
		  ▪ EDACS 評分 <16
		  ▪ 0, 2 小時高敏感肌鈣蛋白陰性
		  ▪ 無心電圖缺血變化
		• **中度風險**
		  ▪ 未定義
		• **高風險**
		  ▪ 未定義
			• **低風險**
			  ▪ TIMI 評分 0
			  ▪ 0, 2 小時心肌酵素陰性
			  ▪ 無心電圖缺血變化
			• **中度風險**
			  ▪ TIMI 評分 2-4
			• **高風險**
			  ▪ TIMI 評分 5-7

總結以上，在懷疑NSTE-ACS的低至中風險患者中，若心電圖及心肌酵素無法明確診斷，CCTA可作為輔助檢查工具，以協助臨床決策。然而，在高風險患者或STEMI患者中，CCTA並無臨床價值，應依標準治療指引進行處置。

冠狀動脈電腦斷層血管攝影在慢性冠心症的角色

根據中華民國心臟學會2023年發表之慢性冠心症指引中，慢性冠心症之範疇包含：穩定性心絞痛、新發生之心衰竭及疑似有冠狀動脈疾病、急性冠心症或冠狀動脈介入後之穩定症狀、冠狀動脈痙攣性心絞痛、微血管性心絞痛，以及篩檢時發現的無症狀冠狀動脈疾病[8]。

在評估是否有冠狀動脈疾病時，關鍵步驟在於根據年齡及症狀評估事前機率(pretest probability)。指引中建議可以表二加以評估。

表二： 根據年齡、性別及症狀典型性評估阻塞性冠狀動脈疾病的檢測前機率

年齡	典型心絞痛*		非典型心絞痛#		非心絞痛†		呼吸困難	
	男	女	男	女	男	女	男	女
30-39	低	低	低	低	低	低	低	低
40-49	高	中	中	中	低	低	中	低
50-59	高	中	高	中	中	低	高	中
60-69	高	高	高	中	高	中	高	中
≥70	高	高	高	高	高	中	高	中

註解：
- **「高」**表示檢測前機率 > 15%；
- **「中」**表示檢測前機率約 5-15%；
- **「低」**表示檢測前機率 < 5%。

定義：
- * 典型心絞痛 需符合以下三項特徵：
  1. 胸前、頸部、下顎、肩膀或手臂有壓迫性不適感；
  2. 由身體活動誘發；
  3. 休息或使用硝酸鹽於 5 分鐘內緩解。
- # 若符合上述三項特徵中的兩項，則為非典型心絞痛。
- † 若僅符合一項或完全不符合，則為非心絞痛性胸痛。

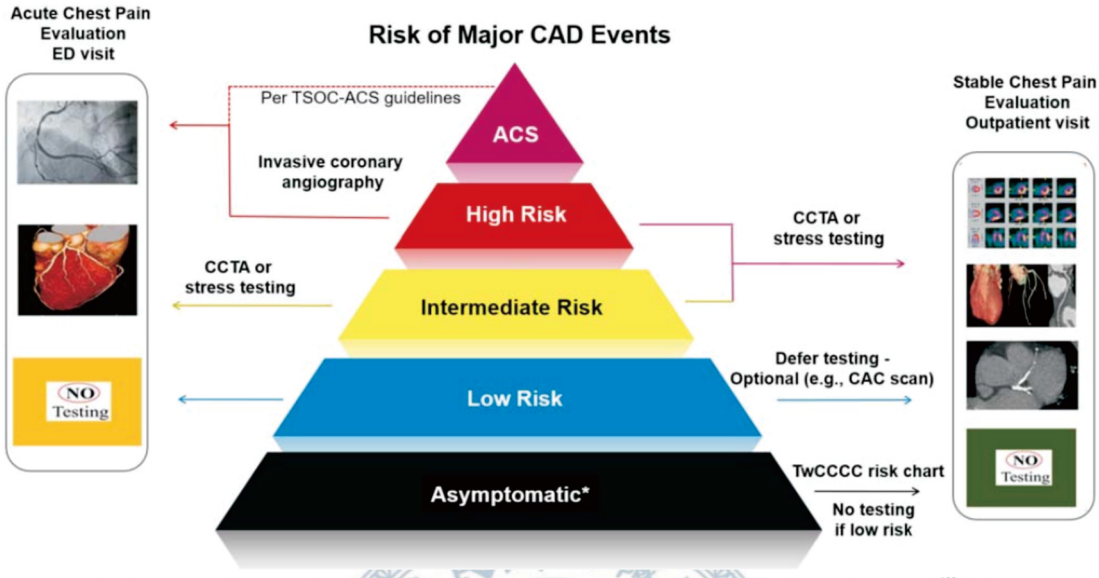


Figure 3. *The diagnostic work-up according to risk assessment in patients with suspected CAD. Modified from Gulati M, et al.[103] * Also see Figure 6 for asymptomatic subjects without known CAD. ACS, acute coronary syndrome; CAC, coronary artery calcium; CAD, coronary artery disease; CCTA, coronary computed tomography angiography; ED, emergent department; TSOC, Taiwan Society of Cardiology; TwCCCC, Taiwan Chin-Shan Community Cardiovascular Cohort.*

圖二：根據不同風險等級所建議之處置

低風險機率患者，指引中建議可不需要進一步檢查(圖二)。在中及高風險患者中，CCTA 的角色如下：

	推薦等級	證據等級
對於臨床上無法排除阻塞性冠狀動脈疾病的有症狀患者，CCTA 應作為初步的一線診斷工具	I	B
若負荷測試（stress test）結果不明確，可考慮以 CCTA 作為傳統冠狀動脈造影（ICA）的替代方案	IIb	C
對於左心室射出分率低下之心衰竭（HFrEF）患者，可考慮以 CCTA 作為篩檢冠狀動脈疾病的替代工具	IIb	B
若 CCTA 顯示冠狀動脈管腔直徑狹窄 ≥ 50%，應進一步進行非侵入性壓力測試	I	A
若 CCTA 顯示左主幹狹窄 ≥ 50%、近端左前降支狹窄 ≥ 80% 或三支血管阻塞性病變，則患者屬於高風險族群，應考慮進行 ICA	IIa	B
應考慮使用 FFR-CT（功能性血流儲備分數 CT）來評估冠狀動脈狹窄的血流動力學影響	IIa	B

冠狀動脈電腦斷層血管攝影在無症狀者篩檢的角色

在無症狀者是否應接受CCTA作為心血管風險之篩檢工具，根據中華民國心臟學會2023年發表之慢性冠心症指引，首先建議根據TwCCCC score(包含年齡、身體質量指數、收縮壓、低密度以及高密度脂蛋白膽固醇，表三)分類成低風險(10年冠心症風險<3%)、中風險(10年冠心症風險>7%)，以及高風險(10年冠心症風險>10%)。

表三： TwCCCC* 分數相對應之 10 年冠心症風險

風險因素	類別	分數
年齡	35-39	0
	40-44	1
	45-49	2
	50-54	3
	55-59	4
	60-64	5
	65-69	6
	70-74	7
	≥ 75	8
性別	男性	3
	女性	0
身體質量指數 (kg/m²; 公斤/ 公尺²)	< 22	0
	22-25.9	1
	≥ 26	2
收縮壓 (mmHg; 毫米汞柱)	< 110	0
	110-129	1
	130-149	2
	150-159	3
	≥ 160	4
低密度脂蛋白 (mg/dL; 毫克每公合)	< 90	0
	90-149	1
	≥ 150	2
高密度脂蛋白 (mg/dL; 毫克每公合)	< 30	5
	30-39	4
	40-59	3
	60-69	2
	70-79	1
	≥ 80	0

總分	估算風險
0	0.000
1	0.001
2	0.001
3	0.001
4	0.001
5	0.002
6	0.003
7	0.003
8	0.005
9	0.006
10	0.008
11	0.011
12	0.014
13	0.019
14	0.025
15	0.033
16	0.044
17	0.058
18	0.076
19	0.099
20	0.129
21	0.168
22	0.216
23	0.276
24	0.349

10 年冠心症風險	總分
低 (low)	1-14
邊緣 (borderline)	15-17
中 (intermediate)	18-19
高 (high)	20-24

* TwCCCC, Taiwan Chin-Shan Community Cardiovascular Cohort

其後，根據不同的風險，CCTA的角色如下表所示[8]：

	低風險	中高風險	高風險
	TwCCCC 10 年冠心症風險 <3%	TwCCCC 10 年冠心症風險 >7%	TwCCCC 10 年冠心症風險 >10% 糖尿病 顯著冠心症家族史 非侵入性檢查有高風險患有冠心症
CCTA	不建議	可以考慮	應被考慮
建議等級	III	IIb	IIa
證據等級	C	C	C

結論

根據目前的臨床指引與研究證據，CCTA在以下臨床情境中有其價值：

1. 低到中風險非ST波段上升型急性冠心症患者，當心電圖與心肌酵素檢查無法明確診斷時，可作為輔助工具。

2. 有症狀且懷疑為慢性冠心症(chronic coronary syndrome)的患者，CCTA可作為初步的一線診斷工具。

3. 左心室射出分率低下的心衰竭(HFrEF)患者，若懷疑冠狀動脈疾病，可考慮使用CCTA進行評估。

4. 中至高風險的無症狀患者，在心血管風險篩檢中，CCTA可提供額外的診斷資訊，以協助風險分層與治療決策。

參考資料

1. Libby P, Bonow RO, Mann DL, Tomaselli GF, Bhatt DL, Braunwald E, Solomon SD. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. Elsevier; 2021.

2. Dedic A, Lubbers MM, Schaap J, Lammers J, Lamfers EJ, Rensing BJ, Braam RL, Nathoe HM, Post JC, Nielen T, et al. Coronary CT Angiography for Suspected ACS in the Era of High-Sensitivity Troponins: Randomized Multicenter Study. J Am Coll Cardiol. 2016;67:16-26. doi: 10.1016/j.jacc.2015.10.045

3. Gray AJ, Roobottom C, Smith JE, Goodacre S, Oatey K, O'Brien R, Storey RF, Curzen N, Keating L, Kardos A, et al. Early computed tomography coronary angiography in patients with suspected acute coronary syndrome: randomised controlled trial. Bmj. 2021;374:n2106. doi: 10.1136/bmj.n2106

4. Hoffmann U, Truong QA, Schoenfeld DA, Chou ET, Woodard PK, Nagurney JT, Pope JH, Hauser TH, White CS, Weiner SG, et al. Coronary CT angiography versus standard evaluation in acute chest pain. N Engl J Med. 2012;367:299-308. doi: 10.1056/NEJMoa1201161

5. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, Claeys MJ, Dan GA, Dweck MR, Galbraith M, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2023;44:3720-3826. doi: 10.1093/eurheartj/ehad191

6. Maroules CD, Rybicki FJ, Ghoshhajra BB, Batlle JC, Branch K, Chinnaiyan K, Hamilton-Craig C, Hoffmann U, Litt H, Meyersohn N, et al. 2022 use of coronary computed tomographic angiography for patients presenting with acute chest pain to the emergency department: An expert consensus document of the Society of cardiovascular computed tomography (SCCT): Endorsed by the American College of Radiology (ACR) and North American Society for cardiovascular Imaging (NASCI). J Cardiovasc Comput Tomogr. 2023;17:146-163. doi: 10.1016/j.jcct.2022.09.003

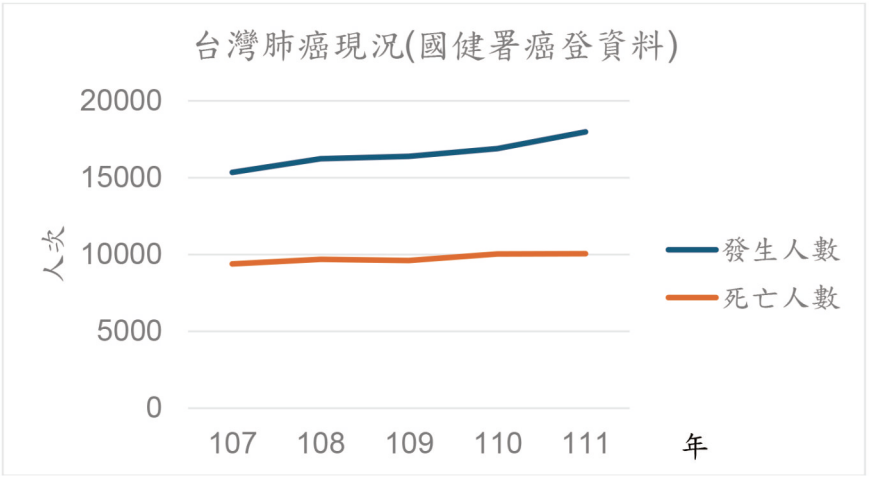
7. Li YH, Wang YC, Wang YC, Liu JC, Lee CH, Chen CC, Hsieh IC, Kuo FY, Huang WC, Sung SH, et al. 2018 Guidelines of the Taiwan Society of Cardiology, Taiwan Society of Emergency Medicine and Taiwan Society of Cardiovascular Interventions for the management of non ST-segment elevation acute coronary syndrome. J Formos Med Assoc. 2018;117:766-790. doi: 10.1016/j.jfma.2018.06.002

8. Ueng KC, Chiang CE, Chao TH, Wu YW, Lee WL, Li YH, Ting KH, Su CH, Lin HJ, Su TC, et al. 2023 Guidelines of the Taiwan Society of Cardiology on the Diagnosis and Management of Chronic Coronary Syndrome. Acta Cardiol Sin. 2023;39:4-96. doi: 10.6515/acs.202301_39(1).20221103a

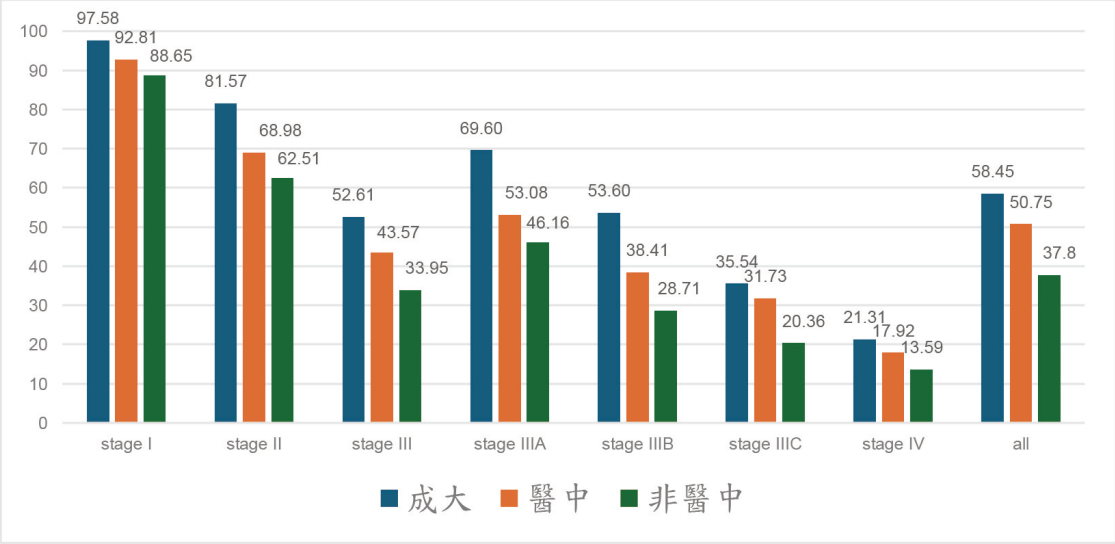
Low Dose CT在早期肺癌篩檢的重要性

曾堯麟 教授
成大醫院胸腔外科

癌症是國人十大死因之首，肺癌更是癌症之王，除了在死亡率、死亡人數及醫療費用長期高居第一外，自2021年起也取代大腸直腸癌成為國人發生人數最多的癌症，讓肺癌成為真正”四高”的癌症，圖一為台灣肺癌的現況，年發生人數仍逐年上升，2022年已高達17982人發生肺癌，年死亡人數也在2021年首度超過1萬人。（圖一）



早期篩檢早期診斷早期治療，才能讓肺癌的治療成果大幅提升，來自國健署的肺癌各期五年存活率(如圖二)，顯示早期治療可以讓病患獲得最好的治療結果，成大醫院在任何一期存活率皆為最高。(圖二)



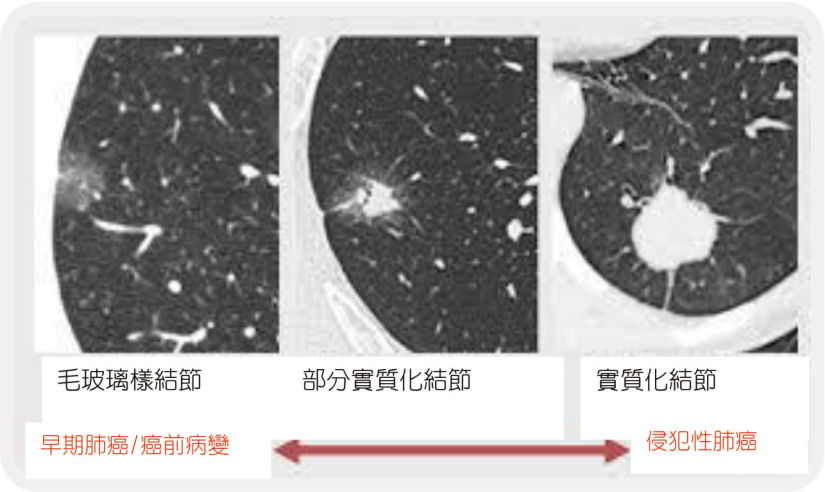
第一期肺癌的5年存活率已有97%以上，反觀第四期肺癌存活率僅約兩成，且治療需耗費大量的醫藥費用，如何早期篩檢早期診斷肺癌，是非常重要的課題。

一般傳統的胸部X光檢查，僅能檢測出1公分以上的肺實質結節病變，如果是惡性的結節，多已是一期以上的侵犯性肺癌，相較於傳統胸部X光片，肺部低劑量電腦斷層可發現毛玻璃狀的肺病變，如下圖(三)：這類持



(圖三)

續存在毛玻璃狀病變，幾乎都是早期的肺癌〔包括0期肺癌(adenocarcinoma in situ)與低侵襲性第一期肺癌(minimal invasive adenocarcinoma)〕，手術切除這些病灶幾乎可完全治癒，後續只需定期追蹤。隨著時間的演變，未處理的毛玻璃狀病變會逐漸變為實心的部分 (如圖四)，而這實心部分是肺癌轉為侵襲性癌症的重要指標，實心部分越大，肺癌的分期會更高，轉移的機會也會越大，治療的成效就會越差。(圖四)



過去歐美幾個大規模的肺癌篩檢計畫，主要針對重度吸菸者的研究，如National Lung Screening Trial (NLST)、Dutch—Belgian lung cancer screening trial (Nederlands—Leuvens Longkanker Screenings Onderzoek [NELSON study])等，**研究證實以低劑量電腦斷層篩檢相較於傳統X光篩檢，可以明顯降低肺癌死亡率達20%**。

台灣本土的非吸菸者肺癌篩檢試驗(Taiwan Lung Cancer Screening in Never-smoker Trial, TALENT)，在2015至2019年台灣17家醫學中心進行的全國多中心前瞻性研究，總共招募12011名受試者，其中6,009人有肺癌家族病史，低劑量電腦斷層共檢測出318例肺癌，罹癌率為2.6%，96.4%的肺癌屬於早期，**顯示低劑量電腦斷層篩檢可大幅增加早期肺癌的診斷比例，其中女性、有肺癌家族史及年紀大於60歲者，**

有最高的風險。

台灣與各國低劑量電腦斷層篩檢結果的比較(表一)：

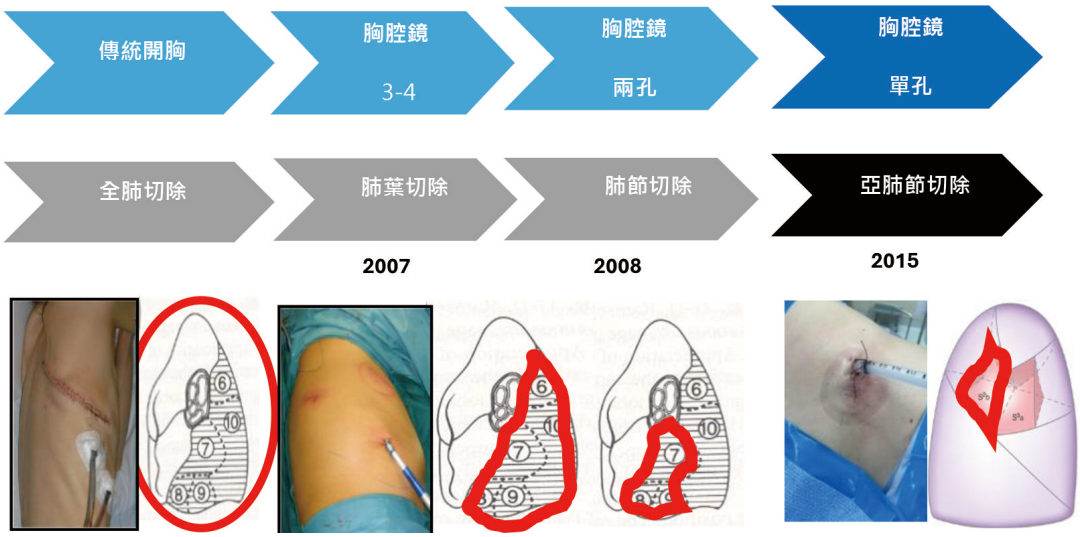
	TALENT (台灣)			NLST (美國)	NELSON (荷蘭，比利時)	UKLS-pilot (英國)
族群	非吸菸	吸菸	總數	吸菸	吸菸	吸菸
病人數	6009	6002	12011	26309	7557	2028
低劑量電腦斷層陽性率(%)	17.7	17.1	17.4	27.3	20.8	13.3
肺癌偵測率(%)	3.2	2.0	2.6	1.1	0.9	1.7
陽性預測值% (PPV)	16.6	10.8	13.8	3.8	35.7	7.6
陰性預測值% (NPV)	99.7	99.8	99.7	99.9	99.9	99.9
0+1 期肺癌	96.4	96.7	96.5	54.8	63.9	66.7

值得注意的是，這些研究都證實，如果肺部低劑量電腦斷層攝影結果正常，可以說被檢查者是無肺病變狀況，而**肺部低劑量電腦斷層有20%左右的陽性率，這些陽性的結果是良性病灶或結節，在診斷上必須尋求有經驗的醫師判讀，以減少因為不必要的誤判而接受過度的診療或是造成受檢者心理上過度的焦慮。**

國健署自2022年7月開始對於高風險族群進行肺癌篩檢，**有下列任一肺癌風險因子且具健保身分之民眾，每兩年一次胸部低劑量電腦斷層攝影檢查。（一）具肺癌家族史：45至74歲男性或40至74歲女性，**且其有血緣關係之父母、子女或兄弟姊妹經診斷為肺癌之民眾。**（二）重度吸菸者：50至74歲吸菸史達20包年以上，仍在吸菸或戒菸未達15年之重度吸菸者。**若有吸菸情形，應同意接受戒菸服務。成為國人的第五癌公費篩檢，

目前已篩檢接近18萬人，篩檢出超過兩千人接受肺癌的手術切除，其中85%的病患屬於早期肺癌，對於降低肺癌死亡率相當有助益。國健署宣傳肺癌早期篩檢的目標是，2025年達到第一期肺癌的比率42%，成大醫院已領先在2020年達到一期肺癌42%的目標。

過去的研究文獻認為可切除肺癌的標準術式是肺葉切除（lobectomy）合併系統性淋巴廓清。過去亞肺葉切除，包含肺節切除（segmentectomy）及楔形切除（wedge resection），多用於多發性肺癌、心肺功能不佳或共病症較多的患者。**隨著醫學影像及手術技術的進步，愈來愈多研究顯示對於stage IA的早期肺癌，肺節切除的存活率不低於於肺葉切除**。相較於肺葉切除，肺節切除保留更多的肺功能。對於老年及共病多的患者，肺節切除有較低的併發症及手術死亡率。在2023年日本與歐洲發表的JCOG0802/WJOG4607L，Phase III多中心隨機分配研究結果，針對2公分以下非小細胞肺癌做肺節切除的無病存活期(disease-free survival, DFS)，不亞於肺葉切除，甚至有較好的總存活期(overall survival, OS)，且可保留較多的肺功能。而2024年一項同樣針對2公分以下非小細胞肺癌的Phase III歐美多中心隨機分配研究(CALGB 140503)也發現亞肺葉切除在DFS和OS也不低於肺葉切除。也因為



低劑量電腦斷層的普及，越來越多小於兩公分的早期肺癌被發現，肺節切除手術在近年也逐漸成為胸腔外科手術中越來越常被使用的術式。


SNQ 國家品質標章證書
Certificate of the Symbol of National Quality
國立成功大學醫學院附設醫院
肺癌手術的精準治療：微創中的微創
This is to certify that
Precision Treatment of Lung Cancer Surgery:
Minimally Invasive within Minimally Invasive
by
National Cheng Kung University Hospital
has been awarded the Symbol of National Quality.
This certificate is valid until December 31 , 2025

成大醫院自2008年開始施行微創胸腔鏡肺節切除手術，是台灣執行本項手術的先驅，也是台灣目前這類手術施行最多的醫院，在2015年更發展到單孔亞肺節切除手術，首先實現所謂微創中的微創，為台灣肺癌手術品質與存活率最高的醫院，2024年獲得醫策會SNQ標章的肯定。(圖六)

肺節切除手術不像肺葉切除，只需處理大的動靜脈血管與氣管，肺節切除需有更精確的解剖概念，目前大醫院普遍有3D立體重組的軟體，可協助醫師判斷肺癌病灶在哪一個肺節，讓醫師能更精確切除足夠的範圍，避免肺癌因切除範圍不夠而復發，而達文西機器手臂輔助的手術包括肺葉切除與肺節切除，自2023年起均已有健保給付手術費用，雖須自行負擔部分手術耗材費用，但帶來更精準微創的手術方式，更高的品質與手術結果，為肺癌患者一大福音。成大醫院也即將成為南部唯一的達文西機器手臂輔助胸腔手術訓練中心。

我們成立臺南市府城胸腔疾病學會，提倡肺癌早期篩檢、早期診斷與早期治療，並成立愛肺之友團體，透過與民眾的分享，傳遞正確的醫療知識，非常感謝陳相國與賴俊良兩位理事長的大力支持推動。(圖七)



低劑量電腦斷層仍存在著昂貴、可近性低與高偽陽性的缺點，提醒大家應該要定期做肺部檢查，胸部X光是較方便且花費低的檢查，最好每年一次。高風險族群(肺癌風險因子包括：40歲以上抽菸、肺癌家族史、空汙、氡氣等輻射線暴露、職業或重金屬暴露等(如：石綿、砷、鎘、鎳等)，**則每兩年應接受一次低劑量電腦斷層檢查**；非高危險群則三到五年一次低劑量電腦斷層檢查，早期發現可疑的病灶，早期診斷早期治療，才能降低肺癌對於健康及生命的危害。(圖八)



婦科癌症的篩檢與預防

鄭雅敏 教授
郭綜合醫院院長
國立成功大學醫學院醫學系
婦產學科教授



一、前言:

根據衛福部統計資料顯示，癌症已蟬聯多年是國人十大死因第一名(圖一)，人人聞癌色變。根據健保署統計，2020年癌症治療總醫療費用支出約1,212億元，約每5.5元健保費就有1元用於癌症治療，近五年平均成長幅度為8.48%。癌症的發生可能因數十年長期的不良生活習慣而造成，世界衛生組織指出3-5成癌症發生是可避免的，實證醫學證明，早期診斷，早期治療，癌症篩檢可有效降低癌症死亡率及提高存活率，進而減少醫療費用的支出。

婦女十大癌症發生率中，婦產科就包辦三項(圖二)，分別是子宮頸癌、子宮內膜癌和卵巢癌。今年是健保開辦30年，其中最有貢獻的健保政策之一就是子宮頸抹片篩檢，今天就婦女三大癌症，簡介目前的篩檢方法與成效。

二、婦科癌症的危險因子及篩檢方法

1. 子宮頸癌：

高危險人類乳突病毒（Human papilloma virus, HPV）長期感染是最主要的致病因子，從感染到發病長達十餘

年。由於感染初期症狀不明顯，因此，可以利用子宮頸抹片篩檢將子宮頸細胞有病變的患者篩檢出來，進一步接受陰道鏡檢查及切片，確認病變的嚴重程度，給予合適的治療。民國84年健保成立，對30歲以上女性免費施行子宮頸抹片檢查，為了推廣子宮頸抹片，請美女明星代言「六分鐘護一生」的廣告詞應該不陌生。根據衛生福利部國民健康署(國健署)統計資料分析顯示，子宮頸抹片篩檢的普及，讓台灣婦女子宮頸癌發生率從第一名降到第九名，死亡率降低50%，全世界都知道台灣的健保奇蹟。

雖然子宮頸抹片篩檢觀念的普及化，然而，常規每年接受子宮頸抹片檢查的涵蓋率卻停滯在20-30%。除了加強宣導之外，國健署將子宮頸癌篩檢升級，**自114年1月1日起，除了將公費子宮頸抹片年齡下修到25歲，也提供公費HPV檢測(檢測開放35歲、45歲、65歲女性適用)**。此外，要預防癌症，目前最有效的方法是接種HPV疫苗。國健署**自107年12月底開始，全面推動國中女生公費接種HPV疫苗的服務，今年9月也將加入國中男生疫苗公費施打政策**，讓子宮頸癌防治更全面，接軌國際，當HPV疫苗注射涵

112年我國十大死因

死因別	死亡人數(人)	年增率(%)	死亡率(每十萬人口)	年增率(%)	標準化死亡率(每十萬人口)	年增率(%)
所有死亡原因	205,575	-1.4	880.7	-1.5	429.6	-3.2
1.癌症	53,126	2.3	227.6	2.2	115.4	-0.5
2.心臟疾病(高血壓性疾病除外)	23,424	-1.0	100.3	-1.1	46.8	-2.1
3.肺炎	16,702	16.6	71.6	16.5	29.9	13.7
4.腦血管疾病	12,371	-0.4	53.0	-0.5	24.6	-2.0
5.糖尿病	11,625	-5.4	49.8	-5.5	22.8	-7.6
6.嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)	8,962	-38.9	38.4	-39.0	16.5	-42.2
7.高血壓性疾病	8,930	2.4	38.3	2.3	16.5	1.3
8.事故傷害	7,063	1.6	30.3	1.5	20.0	0.1
9.慢性下呼吸道疾病	6,164	-5.1	26.4	-5.2	11.1	-6.6
10.腎炎、腎病症候群及腎病變	5,814	0.0	24.9	-0.1	11.1	-1.7

衛生福利部 Ministry of Health and Welfare

圖一：112年十大死因統計

蓋率可以達到七成時，就有機會達到國際衛生組織呼籲的2030年滅絕子宮頸癌。

2. 卵巢癌

卵巢癌是俗稱的隱形殺手，由於卵巢大小約2-3公分，位在骨盆腔，通常在早期沒有明顯症狀，因此大多數患者在診斷時已經是晚期。**卵巢癌的危險因子包括家族史、個人病史(曾患乳癌、子宮體癌、大腸癌或直腸癌者)，排卵次數較多者(從未懷孕、初經早、停經晚)，肥胖族群。**

卵巢癌的篩檢較為困難，因為早期通常沒有明顯症狀，且篩檢方式並不十分確定。**卵巢癌篩檢對象傾向於定位高危險群**，例如停經後的婦女及有家族遺傳史的人，篩檢項目包括骨盆腔檢查、超音波合併都卜勒檢查和腫瘤指標CA-125的檢查。 最近一項英國發表的大規模研究顯示，停經後婦女連續腫瘤指標CA-125的變化輔以陰道超音波檢查，比單獨一次CA-125檢查更能偵測出卵巢癌。當懷疑有腫瘤時，再輔助用電腦斷層掃描，幫助醫師釐清腹腔內癌症狀況。用常規的CA-125血液腫瘤指標檢驗當作篩檢工具，研究顯示效益並不高，因為50%的第一期卵巢癌病患不會異常升高，而且許多良性的婦科疾病包括子宮肌瘤、子宮肌腺症、卵巢巧克力囊腫、骨盆腔發炎等都有可能偽陽性，因此不適合做為早期篩檢的工具。但**針對高風險對象，可以選擇半年做一次陰道超音波檢查，並搭配CA-125的抽血檢查。因為大型篩檢成效未明，篩檢費用偏高，目前並未列入常規公費篩檢項目。目前沒有有效預防卵巢癌方法。**

3. 子宮內膜癌:

子宮內膜癌是最常見的婦科癌症，發生率逐年增加。依據最新衛生福利部2023年癌症登記報告，女性新發癌症人數，子宮體惡性癌症發生率為女性癌症發生率排行第五名，每年新發個案高將近3600位，子宮體惡性癌症中以子宮內膜癌最為常見，占92.32%。**子宮內膜癌的危險因子包括有肥胖、糖尿病、無生育的女性、初經早、停經晚、多囊性卵巢患者、有遺傳性非息肉症大**

腸直腸癌（HNPCC）的基因家族、服用泰莫西芬(tamoxifen)藥物來治療或預防乳癌者、有子宮卻單獨服用雌激素荷爾蒙者。

子宮內膜癌最常見症狀是陰道出血，只要病患能警覺性高，**不要輕忽非經期的異常出血或停經後出血，藉由超音波檢查子宮內膜厚度以及子宮內膜取樣檢查，都可以早期診斷出來**。子宮內膜癌沒有標準或常規的篩檢檢測方式，許多篩檢方式正在研究中。

對於**有遺傳性非息肉大腸癌家族風險的女性**，專家建議最早可從25歲開始，每年接受陰道超音波檢查。**使用泰莫西芬(tamoxifen)來治療或預防乳癌患者**會有罹患子宮內膜癌的風險，因此患者每年會轉介至婦產科接受陰道超音波檢查子宮內膜厚度，對於有子宮內膜過厚或是有陰道出血症狀的婦女則需進一步做子宮內膜切片來確認是否有子宮內膜癌。目前沒有有效預防子宮內膜癌的方法。

三、結語

經由定期篩檢，可以及早發現婦科癌症，提高治療成功率，並降低死亡率。每年利用做子宮頸抹片檢查時，執行陰道超音波檢查子宮及卵巢，不輕忽異常出血，一起實踐防癌新生活。



圖二：女性十大癌症發生率（資料來源：113年衛生福利部12月新聞）

腦中風及腦動脈血管瘤的篩檢與預防：給臨床醫師的專業建議

謝鎮陽 醫師
台南新樓醫院神經內科
成功大學藥學系



前言

腦血管疾病長期位居台灣十大死因前三~四名，根據衛福部統計，腦中風每年造成超過1萬人死亡[1]。其中，腦動脈血管瘤破裂導致的蜘蛛膜下腔出血（SAH）雖較少見，卻常以猝死或重度失能為結果，對患者及家庭造成沉重負擔。醫師本身亦為高風險族群，承受長時間高壓力、值班不規律、生活作息不穩定，因此定期進行腦血管篩檢尤顯重要。

本篇文章整理現行針對腦中風與腦動脈瘤的篩檢策略，並提供臨床醫師族群具實證基礎的預防建議，供作自我健康管理及病人衛教參考。

一、腦中風的分類與危險因子

腦中風依病理機轉可分為缺血性腦中風（約占80–85%）與出血性腦中風（約占15–20%）。缺血性腦中風進一步可分為血栓性、栓塞性、小血管病變等類型；出血性則包括腦內出血與蜘蛛膜下腔出血（SAH）[2]。

常見危險因子如下：

– 高血壓（最重要危險因子）

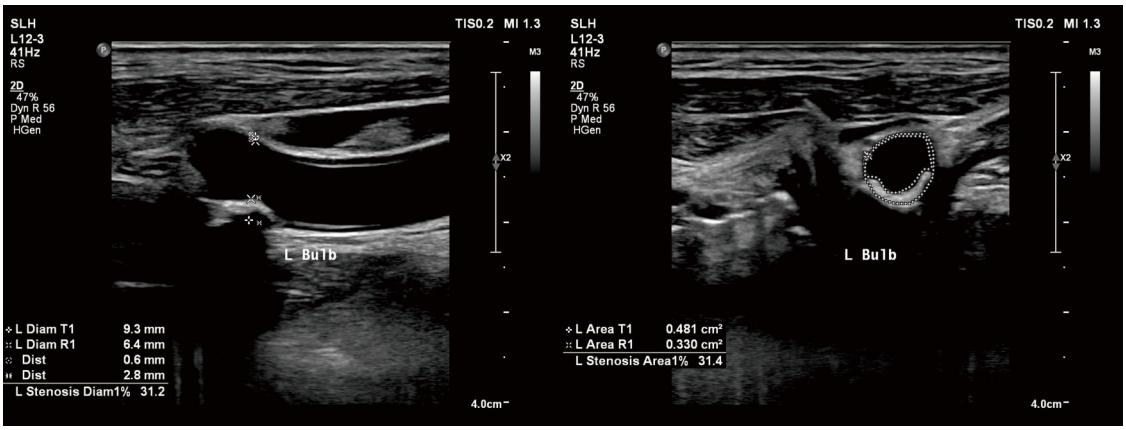


圖1：頸動脈超音波顯示有動脈硬化斑塊與狹窄。

- 糖尿病
- 高血脂
- 心房顫動
- 吸菸與酗酒
- 肥胖與代謝症候群
- 遺傳因素及家族病史
- 慢性壓力與不規律生活（如值夜班）。

二、腦中風風險評估與篩檢建議

1. 風險評估工具

- **Framingham Stroke Risk Profile**：綜合年齡、性別、血壓、糖尿病、吸菸、心房顫動、左心室肥厚等因素，可估算10年中風風險[3]。
- **CHA DS-VASc score**：評估心房顫動患者中風風險，是臨床上決定抗凝治療與否的重要工具[4]。

2. 腦部影像學檢查

- **腦部MRI（含DWI、FLAIR）**：可早期偵測小範圍腦梗塞，評估慢性缺血性病灶。
- **腦血管超音波（Transcranial Doppler, TCD）**：非侵入性檢查顱內血流速度，適用於高風險族群初步篩檢。
- **頸動脈超音波（Carotid Duplex）**：偵測頸動脈狹窄與斑塊，建議50歲以上男性、有中風家族史或三高者定期檢查。
- **腦部MRA或CTA**：評估顱內外血管狹窄或動脈瘤，建議高危險群（例如有動脈瘤家族史者）大約每5年檢查一次。

3. 頸動脈超音波檢查時機

- 急性腦中風或曾經罹患過腦中風。
- 帶有高風險心血管危險因子。
- 疑似腦中風相關症狀（例如：突然發生的臉及肢體出現麻或無力、突然出現的意識混亂、表達或理解力異常、突然出現的視力障礙、突然出現的頭暈、行走及平衡障礙、及突然出現的不明原因頭痛）。
- 曾經接受頭頸部放射治療超過10年以上。
- 脈動性耳鳴。

三、腦動脈血管瘤的風險與篩檢建議

腦動脈瘤盛行率約2-5%，破裂率每年約0.5%-1%，但一旦破裂，死亡率可高達30%-40%[5]。

1. 危險因子

- 有**動脈瘤家族史**
- 多發性動脈瘤
- 女性、年齡>50歲
- 高血壓、吸菸
- 多囊性腎病、結締組織疾病（如Ehlers-Danlos syndrome）

2. 篩檢建議

MRI/MRA因無輻射且解析度高，適合作為長期追蹤工具。

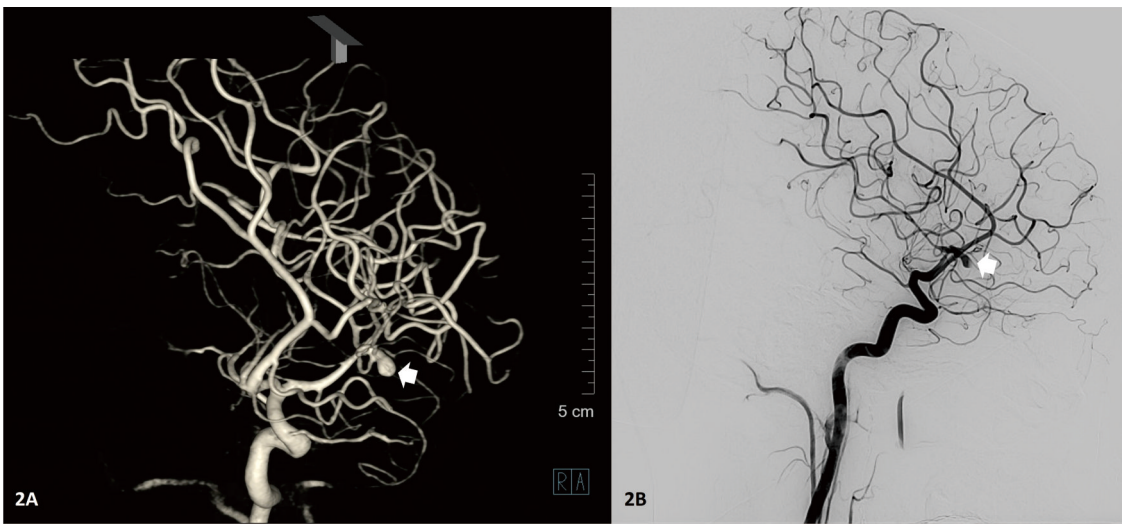


圖2A：電腦斷層血管攝影顯示疑似有一腦內動脈瘤(箭頭)
圖2B：傳統血管攝影證實電腦斷層血管攝影之發現(箭頭)

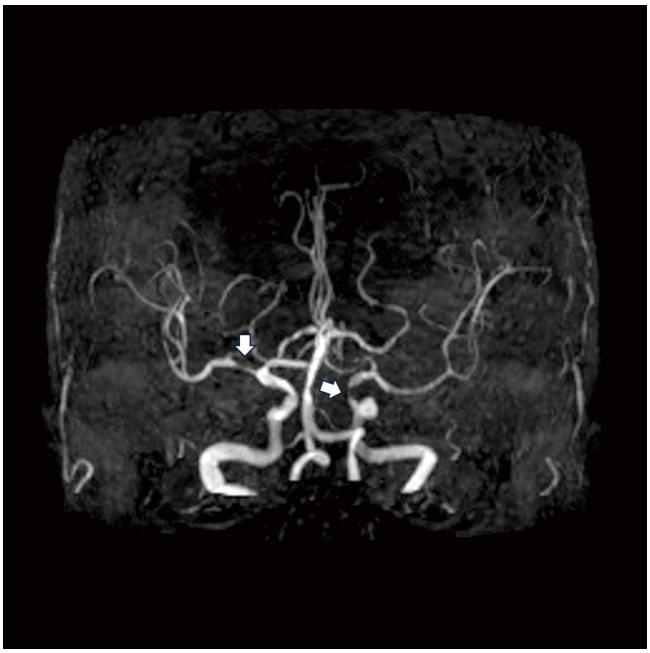


圖3：磁振造影血管攝影顯示顱內動脈硬化狹窄(箭頭)

四、預防建議與生活型態調整

1. 控制三高

– 目標血壓建議維持在 <130/80 mmHg，特別對曾中風或TIA患者尤為重要[7]。

– 血糖與血脂需定期監測，避免動脈硬化加劇。

2. 規律運動與體重管理

– 每週至少150分鐘中度有氧運動（如快走、游泳、騎腳踏車）。

– BMI維持在18.5–24之間，腰圍男性<90cm、女性<80cm。

3. 停止吸菸與節制飲酒

吸菸會顯著提高動脈瘤破裂與中風風險；每日酒精攝取建議不超過1標準杯。

4. 減壓與良好作息

高壓生活與長期值班可能導致自律神經失衡與血壓波動，建議安排定期休假與壓力管理課程。

五、醫師族群的健康自我照護提醒

臨床醫師常因工時長、壓力大而忽略自身健康。建議40歲以上醫師每年安排：

– 基本健康檢查（含血壓、血糖、血脂、心電圖）

– 頸動脈超音波與腦部MRI/MRA（依風險狀況調整）

– 定期評估生活型態與壓力因應策略

醫師若能身體力行，亦更具說服力進行病人衛教與篩檢推廣。

六、結語

腦血管疾病可預可防，及早透過適當篩檢找出危險因子，並落實生活型態改變，是減少腦中風與腦動脈瘤風險的關鍵[8]。面對高風險族群與高壓職業的臨床醫師，建議主動進行個人健康風險評估與定期影像檢查，落實「預防醫學」於自身與患者身上。

參考文獻

1. 衛生福利部國民健康署112年國人死因統計結果https://www.mohw.gov.tw/cp-16-79055-1.html .
2. Feigin VL, Norrving B, Mensah GA. Global burden of stroke. Circ Res. 2017;120(3):439-448.
3. Dufouil C, Beiser A, McLure LA, et al. Revised Framingham Stroke Risk Profile to reflect stroke risk in the era of atrial fibrillation. Stroke. 2017;48(7):1996-2000.
4. Lip GYH, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation. Chest. 2010;137(2):263—272.
5. Vlak MH, Rinkel GJ, Greebe P, Algra A. Prevalence of unruptured intracranial aneurysms. Stroke. 2011;42(4):102-107.
6. Thompson BG, Brown RD Jr, Amin-Hanjani S, et al. Guidelines for the management of patients with unruptured intracranial aneurysms. Stroke. 2015;46(8):2368-2400.
7. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. 2018 Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. Stroke. 2018;49(3):e46—e110.
8. Bushnell C, Kernan WN, Sharrief AZ, et al. 2024 Guideline for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2024;55(12):e344-e424.

精準診斷 × 早期發現：現代內視鏡在癌症防治的角色

陳炳誠 醫師
醫師公會理事
成美診所院長
陳炯瑜 醫師
成大消化系內科教授

在台灣，消化道癌症長年名列「十大癌症」排行榜，包括：

- 大腸癌：連續多年高居十大癌症發生率之首。
- 胃癌：發現時常已屬進展期，影響預後。
- 食道癌：症狀不明顯，常在末期才被診斷。

然而，這些消化道癌症往往缺乏早期明顯症狀，因此，「主動篩檢」成為延長壽命與提升生活品質的重要手段。在眾多檢查工具中，「內視鏡檢查」因可視、可治的特性，成為腸胃癌早期偵測的關鍵利器。

何時進行胃鏡檢查：胃腸專科醫師的臨床建議

一、胃鏡檢查的臨床重要性

胃鏡（上消化道內視鏡，Esophagogastroduodenoscopy, EGD）是檢視食道、胃與十二指腸的最重要工具之一，可用於診斷胃潰瘍、胃食道逆流（GERD）、胃癌、幽門螺旋桿菌感染、食道靜脈瘤等多種病變。



胃鏡除能直接觀察病灶，也可進行活檢、止血、異物取出或腫瘤切除，是胃腸科不可或缺的第一線工具。

二、胃鏡檢查的建議時機

1.有症狀者的評估

若出現下列警訊症狀，應立即進行胃鏡檢查以排除重大病灶：

- 吞嚥困難（Dysphagia）
- 吞嚥疼痛（Odynophagia）
- 不明原因體重減輕
- 持續性嘔吐
- 上腹痛超過一週未改善
- 消化不良合併貧血、黑便或糞便潛血陽性
- 吞嚥異物、異物卡喉

上述症狀可能與胃癌、食道癌、出血性潰瘍、Barrett's食道等相關，應高度警覺。

2.功能性消化不良或GERD評估

對於反覆消化不良症狀（如脹氣、飽脹感、上腹悶痛）或胃食道逆流症狀持續超過8週者，特別是40歲以上或有危險因子者（抽菸、飲酒、家族史），建議接受胃鏡排除器質性病變。

3.幽門螺旋桿菌相關症狀與高風險人群

若出現以下狀況，應進行胃鏡並搭配活檢或快速尿素酶試驗（RUT）檢查幽門螺旋桿菌（H. pylori）：

- 有胃癌家族史
- 反覆胃炎、胃潰瘍
- 接受幽門螺旋桿菌治療後需確認治癒者
- 慢性鐵缺乏性貧血、特發性血小板低下症（ITP）患者

4.篩檢胃癌（高風險族群）

在台灣、韓國與日本等胃癌高盛行地區，胃鏡作為胃癌篩檢工具具有重要價值，尤其針對：

- 年齡 50歲以上
- 有胃癌家族史
- 幽門螺旋桿菌陽性合併萎縮性胃炎或腸化生
- 抽菸、飲酒、食鹽攝取過多者

三、胃鏡下可進行的治療操作

除了診斷外，胃鏡也具備多項治療功能：

- 上消化道出血止血（使用注射、熱凝固或止血夾）
- 胃息肉或早期癌病灶切除（EMR、ESD）
- 食道狹窄擴張或支架置放
- 食道靜脈瘤結紮（EVL）
- 異物取出或胃造口導管置入（PEG）

四、胃鏡的禁忌症

胃鏡安全性高，但在下列情況應避免或延後進行：

1.病患生命徵象不穩定（如休克、呼吸窘迫）

2.近期心肌梗塞、重度心律不整、主動脈瘤

3.疑似食道穿孔、上消化道急性穿孔

4.未停用抗凝血劑（如 Warfarin, DOACs）者

5.病患未取得明確知情同意者

五、結語與臨床建議

臨床情況	臨床建議
有警訊症狀（吞嚥困難、黑便等）	建議立即檢查
慢性胃痛或消化不良合併危險因子	排除器質性病因
已知 H. pylori 感染且需評估胃部變化	可做胃鏡合併切片
沒有症狀、低風險族群	可視情況追蹤或用非侵入性方法初步檢查

何時進行大腸鏡檢查：胃腸專科醫師的臨床建議

一、大腸鏡檢查的臨床重要性

大腸鏡檢查（Colonoscopy）是一項侵入性但極具診斷與治療價值的檢查方式，能完整觀察直腸至盲腸的腸黏膜狀態。除了可早期發現大腸直腸癌、腺瘤性息肉、潰瘍性結腸炎、克隆氏症等慢性腸病，也可即時進行處置（如切除息肉、止血、異物取出），顯著降低癌症發生率與死亡率。

根據美國胃腸內視鏡學會（ASGE）和美國癌症學會（ACS）指南，大腸鏡不僅是篩檢工具，更是腸道疾病管理與追蹤的關鍵一環。

二、大腸鏡檢查的建議時機

1.一般人群之篩檢

根據美國預防服務工作組（USPSTF）2021年最新建議，建議風險一般成年人應從45歲開始接受結直腸癌篩檢，並每10年進行一次大腸鏡。

對於年齡76～85歲間者，是否繼續篩檢應考量健康狀況、預期壽命與篩檢歷史進行個別化討論。

2.有家族史者

若一等親曾罹患大腸癌或發現晚期腺瘤，篩檢應提前至家族成員發病年齡前10年，且不可遲於40歲。

對於有遺傳性大腸癌症候群如FAP（家族性腺瘤性息肉症）或Lynch syndrome（遺傳性非息肉性大腸癌）患者，建議於青春期至20歲初期就應開始定期大腸鏡檢查。

3.有症狀者

即使未達建議篩檢年齡，若出現以下症狀，應儘速接受大腸鏡檢查排除病灶：

- 糞便潛血陽性（FIT）
- 不明原因血便、黑便、貧血
- 排便習慣改變（如突發便秘或腹瀉）
- 體重減輕、腹痛、腹脹
- 炎性腸道疾病（如潰瘍性結腸



炎、克隆氏症）患者之追蹤
- 過去曾發現息肉或大腸癌者之術後追蹤
- 影像學檢查發現大腸異常者

三、大腸鏡可同時進行的治療

大腸鏡不只是診斷工具，也具備即時治療潛力，包括：
- 內視鏡下息肉切除術（polypec-tomy）
- 下消化道出血止血處置（如電燒、夾閉）
- 異物移除
- 早期大腸癌或局部腫瘤切除（例如：ESD，黏膜下剝離術）

四、大腸鏡的禁忌症

儘管大腸鏡檢查是安全性高的醫療程序，但在某些情況下應延後或避免進行：

生命徵象不穩定、出血性休克或重症感染中

1. 近期重大心肺事件（如心肌梗塞、主動脈瘤、肺栓塞、中風者）

2. 疑似腸穿孔或急性腹膜炎

3. 正在服用抗血小板或抗凝血劑未調整者（如Aspirin, Clopidogrel、warfarin、DOACs），須配合停藥與風險評估(這不算禁忌症，只是不能做息肉切除)

4. 病人拒絕檢查者，需強調

知情同意的重要性

五、新趨勢：年輕族群大腸癌上升

全球數據指出，45歲以下大腸癌發生率逐年上升，尤其在亞洲地區尤為顯著。年輕患者常因延遲診斷導致預後較差，因此提前介入與提高警覺性已成為全球趨勢。

年輕患者因症狀常被誤認為痔瘡或腸躁症，常延誤診斷。因此，醫師與民眾都應提高警覺，對於年輕人出現不明出血、排便習慣改變等症狀，不應輕忽。

六、息肉類型與追蹤建議

1.低風險腺瘤性息肉

定義：1～2顆、直徑<10 mm、管狀腺瘤（tubular adenoma）、低度異型增生追蹤建議：5～10 年內再次大腸鏡

2.高風險腺瘤性息肉

定義：三顆以上腺瘤、任何直徑10mm、有絨毛成分（villous）、或高級異型增生

追蹤建議：3年內重做大腸鏡

3.增生性息肉

- 若尺寸 10 mm 或有分化異常
- 建議：3 年內追蹤
- 若為小型無異型增生的增生性息肉，且位於直腸或乙狀結腸，則風險低，可10年後追蹤。

4.特殊狀況

- 大腸癌家族史
- 發現時年齡較年輕（< 50 歲）
- 息肉復發病史
- 發現多顆息肉或有特異性病理報告者

這些族群會依臨床狀況，醫師再給予建議。

七、結語與臨床建議

狀況	建議檢查時機
一般風險者	45 歲開始，每 10 年一次
有家族史	提早 10 年（或 40 歲）開始
有症狀者	立即就醫，必要時安排大腸鏡
遺傳疾病患者	青少年至 20 歲初期起定期檢查

選擇有「頂尖設備與專業團隊」的內視鏡檢查更重要

內視鏡檢查，無論是胃鏡或大腸鏡，都是早期發現腸胃道疾病、癌前病變與癌症最直接有效的方法。而檢查的品質，往往取決於三個關鍵因素：

1.早期癌症影像偵測系統：NBI(Narrow Band Imaging)窄頻光影像

NBI是內視鏡的高階影像技術，透過特殊藍綠光強調血管與黏膜微細結構，能協助醫師更早辨識：

- 癌前變化(如腸化生、異型增生)
- 早期胃癌、大腸癌
- 難以察覺的微小息肉或病灶

臨床研究證實：NBI可提高病灶檢出率、減少漏診，特別是在無症狀早期癌症的篩檢上有明顯優勢。

2.高畫質HD/4K內視鏡：更清晰、更準確

高畫質內視鏡能提供比傳統設備更細緻的畫面，幫助醫師：

- 發現微小息肉與表淺病灶
- 清楚區分良性與惡性變化
- 精準執行切片與治療

尤其在大腸鏡息肉切除或胃癌邊界評估時，畫質越高，風險越低、效果越好。

3.二氧化碳灌氣系統：更舒適、更安全

與傳統使用空氣不同，CO_2（二氧化碳）系統可快速被腸胃吸收，減少檢查後：

- 腹脹不適
- 腸胃蠕動延遲
- 患者的不良體驗

此技術已成為國際高標準檢查的常規配備，尤其適用長時間或高難度檢查（如完整大腸鏡或EMR/ESD手術）。

4.內視鏡打水機&洗滌機：清晰視野 + 感控安全

打水機可自動噴水清洗鏡頭與腸胃壁，保持畫面清楚，讓病灶無所遁形。

內視鏡洗滌機則依照國際規格執行高階清潔消毒，避免交叉



感染，確保每位病患的檢查安全無虞。

5.訓練有素的專科醫師：經驗 + 技術 + 判斷力

即使有先進設備，也需要由胃腸科專科醫師執行與判讀，才能真正發揮檢查效益。專業醫師具備：

・熟悉腸胃各種正常與異常變化

・精準操控內視鏡，完整檢查每個角落

・能根據影像即時判斷是否需切片、切除或後續追蹤

尤其在面對高風險病患（如癌症家族史、消化道症狀者），醫師的經驗更是早期發現的關鍵。

民眾選擇健檢機構時，應優先考量是否配備高階影像技術（如 NBI、4K HD）、CO2灌氣與完善感控設備，並由有經驗之消化專科醫師執行與判讀，確保檢查品質與安全。

小結：內視鏡不是只有「照一下」這麼簡單！

一個高品質的內視鏡檢查，應該包含：

・高畫質內視鏡搭配NBI影像技

術

・Co_2系統降低不適，提升安全

・清潔設備與感控流程，保障檢查無感染

・胃腸專科醫師細心判讀與治療經驗。

頂尖的內視鏡設備與專業醫療團隊至關重要，能協助及早發現癌症病灶，並做出正確處置。處理得當，有些早期病灶甚至可免於開刀；反之，若判斷或處理不當，反而可能延誤病情，錯失最佳治療時機。

最後祝福所有受檢的人，都平安健康，身心愉快。

參考文獻

ASGE Guideline — Appropriate Use of GI Endoscopy
Mayo Clinic: Upper Endoscopy
NCCN Guidelines for Gastric Cancer. Version 1.2024
American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) — Alarm symptoms in dyspepsia
American College of Gastroenterology (ACG) 2022 Guidelines on Dyspepsia and GERD
Maastricht VI/Florence Consensus Report on H. pylori (Gut, 2022)
Wong et al., Asia-Pacific Gastric Cancer Guidelines, Lancet Gastroenterol Hepatol, 2020
Gastrointestinal Endoscopy 2023; ASGE Therapeutic Endoscopy Training Curriculum
ASGE Clinical Guidelines on Procedural Risk Management, 2022
ASGE Guideline — Indications for Colonoscopy
Mayo Clinic: Colonoscopy Overview
US Preventive Services Task Force. Screening for Colorectal Cancer, 2021
American Cancer Society. Colorectal Cancer Early Detection, 2023
Gastrointestinal Endoscopy. Multisociety guideline on reprocessing flexible endoscopes
ASGE Guidelines — Complications of Colonoscopy.
GIE Journal. Colonoscopy: Safety and Risk Management
Gastroenterology. Effectiveness and Cost-Effectiveness of Colorectal Cancer Screening with



正確申報職傷案件，守護勞工權益 穩定健保總額

南區業務組

各位醫界先進與夥伴，在現代職場中，勞工不僅須面對日常工作的壓力，還有隨時可能發生的職業災害，我們身為一個醫療從業人員，在臨床忙碌看診的日常中，職業災害案件可能經常被忽略。然而，這不只是制度上的義務，更是醫師專業與社會責任的展現，所以我想和各位醫界先進分享正確申報職災案件，對醫療院所、病患及整體健保制度的好處，並提供實際建議，希望能提升全體醫界的申報意識，這不僅關係到病患應有的權益，也攸關醫療院所與健保制度的公平與永續。

為什麼要強調「正確申報職傷」案件？

我們可能常會遇到病患因車禍、燒傷、扭傷或骨折等情況前來就診，而這些案例若屬於職業傷害，依法應由職災保險給付，而不應轉由健保總額費用負擔。

依全民健康保險法第94條規定，被保險人參加職業災害保險者，其因職業災害事故所發生之醫療費用，由職業災害

保險給付。

一、什麼是職業傷害？

被保險人因執行職務而致傷害者，為職業傷害。泛指勞工在「工作中、上下班途中或公出途中」所發生的事故，並經醫師診斷為外來立即性傷害者(詳見勞工職業災害保險職業傷病審查準則第4條~第16條)，例如燒傷、扭傷、拉傷、挫傷、脫臼及骨折…等，皆屬於職業傷害的範疇。特別一提的是如係因長期勞動而導致的慢性疾病，則屬職業病，需依不同規範處理。

根據勞動部勞工保險局的統計，上下班交通事故是目前申報人次最多的職業傷害類型，也就是說通勤途中車禍、跌倒或遭受其他傷害，都是常見的職傷樣態，其他則為跌倒、墜落、刺傷、擦傷…等原因。

另依健保署南區業務組113年之資料顯示，南區職傷費用申報約4億2,700萬點，大約佔申報費用之0.39%，同期中區則為12億3,500萬、占率0.73%，顯示南區院所對於病患的就診，若能即時辨識職傷案件並正確申報，將可有效改善整體健保資源使用與病患負擔。

113年健保署各分區申報概況

(單位：百萬點)

分區別	職傷費用(跨總額)			整體申報費用(B)	費用占率(A/B)
	門診	住診	小計(A)		
台北業務組	481	114	595	271,423	0.22%
北區業務組	276	192	467	113,662	0.41%
中區業務組	1,048	188	1,235	168,305	0.73%
南區業務組	**261**	**167**	**427**	**110,334**	**0.39%**
高屏業務組	216	249	464	126,709	0.37%
東區業務組	14	14	28	19,762	0.14%
全區合計	**2,295**	**922**	**3,217**	**810,195**	**0.40%**

二、正確申報的規定與判斷

依「全民健康保險保險人受託辦理職業災害保險醫療給付費用償付辦法」規定，職傷案件分為住院與門診兩大類進行申報：

■住院案件（案件分類A1～A4、AZ）：

院所申報須符合「全民健康保險住院醫療費用檔」與「勞工職業災害保險職業災害住院資格核定檔」及「職業災害傷病給付核定檔」之規範，經勞保局比對三項資料成功者，即認定為職傷案件核付。



■門診案件（案件分類B6）：

1.勞工就診時如持有「職業傷病門診就診單」，可直接申報職傷案件。

2.勞工若無職傷門診單，醫事機構亦可逕依「就醫者主訴診斷」申報。

門診職傷可能是醫界臨床經常遇到的大宗案件，卻又極易在忙碌中被忽略，依照勞動部勞工保險局107年的函釋，勞工於工作中、上下班途中或公出途中，經醫師診斷及檢查為外來立即性傷害者（如燒傷、扭傷、拉傷、挫傷、骨折或脫臼...等）即屬職業傷害，便可逕行申報職傷門診醫療費用。

再依健保署南區業務組統計113年職傷案件申報前10名之診斷，如腰部扭傷、肌肉筋膜、韌帶拉傷、肌痛、損傷……等，均為常見的症狀(詳

見下圖），病患主訴如果出現相關診斷，請看診醫師再詢問病患，有關的時間地點、事故原因與工作相關性等，並確實登載於病歷上，醫事機構即可逕行申報職傷門診醫療費用。

113年南區職傷案件申報診斷前10名

職災主診斷	中文主診斷	件數	件數占率
S335XXA	腰(部)脊椎[腰椎]韌帶扭傷及拉傷(勞損)之初期照護	5,300	2.8%
T1490	損傷	3,691	1.9%
S39012A	下背部肌肉、筋膜及韌帶拉傷之初期照護	3,548	1.8%
S134XXA	頸椎韌帶扭傷之初期照護	3,494	1.8%
M545	下背痛	2,894	1.5%
S161XXA	頸部肌肉，筋膜和肌腱拉傷之初期照護	2,439	1.3%
M5126	其他腰椎椎間盤移位	2,418	1.3%
M791	肌痛	2,118	1.1%
S300XXA	下背和骨盆挫傷之初期照護	2,051	1.1%
S0990XA	頭部損傷之初期照護	1,619	0.8%
	南區合計	192,263	100%

依據勞保局提供的檢核異常資料，就診時「不具勞保身分」或是「已退保」占了相當大比例，所以請各位醫界先進看診時稍微留意，不妨多問一句「您公司有幫你保勞保嗎」、「您有勞保身分嗎」，如果無法確認病患是否具有勞保被保險人身分時，可請病患本人撥打勞保局語音專線(02)412-1111轉123或0800-078-777查詢；以上在勞保局訂定之「全民健保特約醫院或診所申報未持勞保職業傷病門診單就醫者醫療費用注意事項」，詳細載明了病患未持職傷單的就醫及申報流程，請各位醫界先進上網參考。

法源依據_門診

◢全民健康保險保險人受託辦理職業災害保險醫療給付費用償付辦法

第4條：**適用以下範圍**依健保保險人核付之醫療費用計算(摘要)

一.健保醫事服務機構依據**職業傷病門診單**，申報職業傷害或職業病之門診醫療費用案件

二.勞工未持前款門診單就醫，而由主管機關審定合格具有**診療職業病資格之醫師或地區教學醫院以上之醫院專科醫師**開具職業病門診單，申報職業病之門診醫療費用案件

三.健保醫事服務機構**逕依就醫者主訴診斷**，並申報職業傷害門診醫療費用之案件，經勞保局與其承保檔資料比對成功者

◆門診：案件分類B6

三、正確申報對醫療院所的優點

1.提升職傷申報，穩定健保總額

醫療院所提升正確申報率，有效減少病患職傷卻誤報健保案件，並降低勞保身分或資格不符的異常後，讓醫療費用歸屬職災保險正確支付，可穩定健保總額，有助提升整體健保點值。

2.增加給付點數與支付合理性

醫療院所正確申報職傷案件，費用由職災保險核實支付，除點值可保障1點1元外，持職傷門診單者，初診診察費，按基層院所門診合理量、急診診察費申報再加30點；職業病初診、第1、2、3次複診診察費加倍給付；經職業醫學科專科醫師，診斷確診為職業傷病者，可再申報「職業醫學科診斷性會談費」1,031點，不僅可增加給付點數，也可提升院所申報給付率。

申報代碼及注意事項

門/住	相關表單	案件分類	就醫序號	部分負擔		診察費	優 點
				代碼	收取		
門診	職業傷病門診單	B6	IC06	006	免收	初診診察費，按基層院所門診合理量、急診診察費申報外，再加30點	▼對院所優點 1. 不占一般服務總額額度 2. 點值1點1元 3. 診察費比一般門診案件高 ▼對病患優點 1. 減免門診及住診部分負擔(持單者) 2. 住院減免30日內半數之膳食費
	職業病門診單 具診療職業病資格之醫師或地區教學以上醫院之專科醫師開立	B6	IC06	006	免收	職業病初診、第一、二三次複診診察費，按基層院所門診合理量內診察費加倍給付	
	逕依就醫者主訴診斷申報	B6	依就醫序號申報	依應收部分負擔代碼申報	V	依健保規定之診察費申報	
住院	勞工保險職業傷病住院申請書	A1~A4、AZ	IC06	006	免收		

▲總編輯提醒：上述「逕依就醫者主訴診斷」申報者，案件分類B6，就醫序號請依健保卡就醫序號(非IC06)，仍應收取50元部份負擔，依健保規定之診察費申報。「逕依就醫者主訴診斷」申報可保障一點1元，若事後被勞保局認定非屬職傷案件，則自動依健保規定給付，院所不會

有所損失。

3.建立優良院所形象

職傷案件正確申報，代表該醫療院所具備制度敏感度與病患照護責任感，在病患觀點，有助於院所建立並增進專業信譽；在主管機關觀點，勞動部可取得正確職傷數據，有利促進勞工職業安全；健保署可減少追扣作業及維護健保總額，也利於醫療院所與勞保局、健保署維持正向良好互動關係。

四、對職傷病患的實質幫助

1.免除部分負擔，減輕就醫壓力

職傷案件正確核實申報，其醫療費用由職災保險全額負擔，病患免收部分負擔(持職傷單)，如為住院病患，另享有住院膳食費30日之補助，此對於受到職業災害的勞工病患而言，是最實質的經濟支持。

2.加速勞保給付流程

初診時如果醫師可以明確標註職傷診斷並正確申報職傷案件，將有助於勞保局後續的勞保傷病給付申請，加快給付進度，提升病患滿意度與信任感。

五、對健保制度的正面效益

健保總額制度必需仰賴費用的準確歸屬，職傷案件如果誤報為健保案件，將壓縮健保總額支付額度，院所的正確申報，可避免健保資源錯置，有效保障全民就醫權益。

實際上中華民國醫師公會全國聯合會也高度重視此一議題，在官網首頁特別設立「職災專區」，推動職災費用應由專責保險制度支應，並邀請台灣大學公共衛生學院鄭雅文教授進行專題研究，深入探討職業傷病申報現況與改進建議，展現醫界對此議題的制度關懷與專業責任。全

聯會指出：「長期以來，職業傷病醫療費用由健保負擔，使得雇主責任轉嫁為全民負擔，不僅侵蝕健保資源，更對勞工不公。唯有讓職災的歸職災，健保的歸健保，才能建立公平合理的社會保險制度，並維持健保的永續發展。」

全聯會並製作「勞保職業傷病正確申報」宣導資料，以方便會員下載使用，歡迎醫界先進上網參考(全聯會職災專區，https://www.tma.tw/jobdisaster/)

六、醫療院所可採行的實際措施

為協助醫界同仁在日常忙碌中不會遺漏職傷案件，建議大家實際可採行的措施：

1.於HIS系統中設定「職傷主訴提醒」機制：

如果遇到病患主訴為車禍、跌倒、墜落、燒燙傷...等情形，系統自動跳出提示，協助看診醫師同仁及時辨識可能屬於職災的案例。

2.回顧比對與檢查：

透過系統資料比對功能，定期回顧檢查病患診斷碼與職傷代碼是否吻合，是否屬於職傷案件，以防止錯漏申報。

3.參與講習、說明會，學習與分享經驗：

積極參加職業災害申報相關的專題講座與說明會，分享案例與申報流程，如健保署南區業務組於114年2月26日舉辦的職災申報分享會，當日來不及參加的醫界先進，可參考健保署的簡報檔。

七、結語

我們深信，醫療專業不只是來自知識與技術，更要體現在面對制度細節時的堅持與擔當。職業災害申報的每一個動作，都是我們對勞工病患的實質守護、對院所經營的理性管理，也是對全民健保永續經營的共同承諾。健保制度與職災保險制度本應精準分工、各司其職，回歸制度原始設計本質，減少資源的錯置與重疊，讓我們共同以專業為本、以制度為根、以人為核心，走在守護勞工、穩健醫療、推進制度的每一步。

診所電費漲不停，怎麼辦？省電、省錢有方法！



李明陽 醫師
醫師公會常務理事

2024年4月起，台電調漲電價，這對長時間開冷氣、照明與操作醫療設備的基層診所來說，無疑是一筆沉重的開銷。尤其在通貨膨脹、健保點值偏低、人事與房租成本居高不下的情況下，如何「省電又省錢」成了許多診所經營者迫切想解決的課題。

但好消息是，只要花一點時間了解電費結構、搭配一些實用的節能措施，電費真的可以省下不少！

電費怎麼算？你知道診所的用電類別嗎？

很多人不知道，診所的電費其實可能是以「住宅用電」、「非營業用電」甚至是「營業用電」來計算。台電的帳單上都會清楚標示用電類別，但不少診所多年來都未曾檢視是否適合自己的診所。

首先，診所應檢視過去兩個月的電費帳單，確認用電種類為「住宅用電」、「非營業用」或「營業用電」。**若每月用電量超過600度（兩個月累計超過1200度），可考慮變更為營業用電，費率反而較低。此外，也可評估是否適用「表燈時間電價」，該**

方案根據尖峰、半尖峰與離峰分段收費，適合月用電800至5300度的住宅戶與1600至5300度的小商戶。可利用台電官網的電費試算工具或撥打1911客服進行諮詢。

診所可以利用台電的線上試算網站(https://service.taipower.com.tw/ebpps2/electricityFeeTrial)簡單估算，或撥打1911客服電話，或親自帶著帳單到台電服務處諮詢。

換個設備，電費每月省一千元不是夢。除了電價方案的選擇，實際的用電設備也大有文章可做。

冷氣機是診所的用電大戶。若還在使用舊型窗型冷氣，而且是定頻機種，建議盡快汰換為分離式變頻冷氣。根據估算，一間中型診所每月可因此節省約1,000元的電費。搭配循環扇使用，冷房效率更高。

再來是照明與基本電器。傳統的日光燈可以全面改為LED或T5燈管，並加裝定時器避免遺忘關燈。冰箱則建議選購具一級能效與變頻功能的機種，長時間使用也能節省不少用電。

飲水機是診所另一個容易被忽略的電力殺手。建議改用有節能標章的產品，或取消24小時加熱功能，改用快煮壺來取代熱水供應。

再升級：智慧電表與雙電錶更省錢

若診所每月用電**超過1500度**，也可以申請將單一電錶更換為雙電錶，這樣可避免進入較高的累進費率區間。更進一步，診所還可以申請台電的AMI智慧電表，能夠即時監控用電狀況，協助安排高耗電設備於離峰時段使用，達到最高節電效率。

別忘了，電腦與其他辦公設備也能省電。長時間未使用時應拔除插頭或讓電腦自動進入休眠狀態，另外選購具有節能標章的電器設備，也是降低總耗電的好選擇。

公會積極爭取，政策端也在推進中

事實上，去年10月賴俊良理事長發現診所未被列入電費凍漲行業後，立即發文向醫師公會全聯會反映，並聯絡友好立法委員向行政院積極爭取，很快促成診所和醫院納入電費凍漲行列。雖然這只是短期紓困，但從長遠來看，台灣電費的上漲是無可避免，如何讓醫療院所的用電分類更合理、享有更公平的電價制度，是政策端需要面對的課題。雖然公會有行文醫師公會全聯會協助爭取電業法第52條的修訂，期望醫療院所可以正面表列於立案社會福利機構及護理之家之列，享有電價收費低於平均電費。不過修法之路遙遠難及，公會未來還是會與友好立委依循去年模式爭取讓醫療院所電費凍漲。

小提醒：如何知道診所的用電類型？

1.查看電費帳單上的「用電類別」欄位

2.帳單上也會標示是否採用「表燈電價」

3.有疑問可撥打台電1911客服或洽當地服務所，或是台電公司業務費率組專線02-23666674

診所雖然是救人治病的第一線，但也是一個必須精打細算的小型事業體。懂得選擇正確的電價方案、搭配節能設備與日常節電習慣，不但能有效降低營運成本，也是在環境永續上盡一份心力。畢竟經營穩健的診所，才能讓醫師安心看病，病人放心就醫。





第八屆台南市診所協會正式成軍特別報導

吳東泰 醫師
醫師公會理事
診所協會常務理事
東區大東門讚診所

第八屆診所協會於114年4月26日假東東宴會式場永大幸福館舉辦第1次會員代表大會，下午四點起七、八十位會員代表陸續抵達會場與會，由第七屆賴俊良理事長主持召開。在完成常規的理事會、監事會各項工作報告後，大會全體通過**「全力支持醫師公會陳相國榮譽理事長競選下屆醫師公會全聯會理事長」**的臨時提案，表達診所協會所有醫師會員對陳相國榮譽理事長的絕對支持與感謝。相國榮譽理事長感謝大家的鼓勵，提到自己在2023年4月15日幫賴清德總統率先從台南出發，成立醫療大聯盟，這次榮譽理事長也是選擇從台南出發，正式宣佈參選中華民醫醫師公會全聯會理事長，從台南邁向全國，希望可以順利當選醫師公會全聯





會理事長，並提出**競選主軸【打造醫師幸福新世代，讓醫師生活更幸福、更有尊嚴】**，感謝全國醫師的支持！

本次大會重點是選出第八屆新任診所協會理監事成員，下午五點在監事會的主導下開始投票與開票作業，順利選出新任理事林士敦等21位與監事吳國榮等7位。會後隨即召開第八屆第1次理事會與監事會，進行常務理監事與理事長選舉。最後**由林士敦醫師獲得全票支持當選第八屆診所協會理事長、吳國榮醫師當選常務監事**。林士敦理事長畢業於高雄醫學院，於永康開設耳鼻喉科診所，目前是醫師公會常務理事及福祉委員會召委；吳國榮常務監事也是高雄醫學院畢業，目前是醫師公會常務監事。會後隨即召開交接典禮與慶祝晚會。

慶祝晚會由原任賴俊良理事長主持，提到診所協會成立於民







國93年，創會會長為王正坤醫師，迄今已邁入第22個年頭，當時會員數只有537人，101年縣市合併會員增加為1300人，目前已高達1686人，感謝所有會員與代表的支持，診所協會才能日益壯大。歡迎全國各地遠道而來醫師公會及診所協會的理事長與理監事們，也恭喜所有當選的理監事及士敦理事長，不負衆望全票當選診所協會新任理事長，讓他可以放心交棒，相信未來由林理事長領導的診所協會會繼續發光發熱，配合醫師公會服務會員，幫所有會員謀福利。醫師公會陳相國榮譽理事長感謝所有診協會員與代表的支持，也感謝俊良理事長過去幾年的付出，貢獻太多不一一贅述，最記憶猶新的是去年底率先為全國醫療院所爭取電費凍漲，讓全國院所省下不少電費成本。診所協會一棒接一棒，棒棒是強棒，新任的士敦理事長也非常傑出，相信在他的領導下診所協會一定更上一層樓，與醫師公會一起為會員服務。

交接儀式在衛生局李翠鳳局長及新任吳國榮常務監事監交下，順利完成印信交接，熱騰騰新上任的第八屆診所協會林士敦理事長致詞感謝包括賴俊良、鄭熙騰、黃仁享、張金石、王正坤等歷任診協理事長的付出與努力，讓台南市診所協會發展為全國會員數最多的診協，也感謝醫師公會的支持，讓診協經費不虞匱乏。感謝吳國榮常務監事與公會劉啓　監事長的支持，尤其感謝賴理事長過去幾年身兼醫師公會與診所協會雙理事長，付出雙倍的心力。辦理無數次演講會鼓



勵基層積極參與代謝症候群、癌症篩檢、B/C肝炎防治計畫、大家醫計畫等健康照護計畫；推動醫師公會與診所協會聯合會訊「台南醫聲」並電子化永久保存資料；設立診所協會官方臉書專頁，報導最新醫療資訊並方便會員查閱；協助推動「幼兒專責醫師制度」；協助衛生局推動登革熱定點醫師防治計劃成功圍堵登革熱；每年舉辦勞資關係與稅務講座；協助法務部與地檢署「柔性司法」運動，號召全國最多、近二百家院所加入；也參與總統府舉辦的「全民防衛韌性演習」，提升醫界面臨災害之應變能力。此外，還舉辦多場半日遊、古蹟巡禮、卡啦OK歡唱等，不管在醫療專業、稅務法務、健康防護、心靈舒暢等，都為會員盡心盡力，做到盡善盡美。未來士敦理事長會延續前人的成果繼續努力，讓診協更加壯大。

由於賴理事長在任期間身兼醫師公會與診所協會理事長，功績卓著，林理事長過去在醫師公會也是廣結善緣，深獲肯定，交接典禮與晚會嘉賓雲集，包括衛生局李翠鳳局長、幾位在地立委與議員、台南市各大醫院院長、醫師公會全聯會周慶明理事長、陳相國副理事長、診所協會全國聯合會廖文鎮理事長、暨全台10位診所協會理事長與無數理監事共同參與晚會慶祝。士敦理事長特別以一段溫馨影片回顧賴理事長過去三年的政績，致贈紀念獎座，並偕同理事長夫人獻花感謝賴理事長夫婦的付出，最後由診協新舊任理監事幹部共同上台大合唱，以「感恩的心」及「向前行」兩首膾炙人口的老歌，感恩並象徵診協一棒接一棒，繼續





向前行，讓晚會氣氛熱到最高點，大家攜手同心，未來繼續為會員服務並守護台南市民的健康！

第八屆診所協會理監事當選名單：

理事長：林士敦

常務理事：劉維穆、陳俊文、吳東泰、劉晉瑋、劉伊薰、杜佳軒

理事：葉士豪、蔡瑞頌、李俊杰、曾建昌、黃元賓、蔡俊斌、李昭榮、陳文峯、廖健良、李逸文、許翠君、蘇文彬、劉宗瑋、陳建宏

常務監事：吳國榮

監事：侯世婷、陳銘倫、侯盈仲、林黑潮、蘇晉慶、鍾宏銘



慶祝府城城垣300年 — 如果城牆還在

台南式

如果城牆還在，圍起來的樣子，你想看看嗎？台灣府城，這座昔日台灣規模最大的城池，築城滿300週年了！

當年是怎麼開始的，而昔日多達14座城門如今又為何只剩下4座，那些城牆又消失去了哪裡呢？今天就要來好好認識，台灣府城。

清朝統治初期，台灣僅是遠在天邊的一個小島，朝廷並沒有投入太多資源建設台灣，也認為台灣沒有建城的必要。

直到1721年，台灣清朝時期三大民變之一的朱一貴事件爆發，台灣府首次被攻破，官員逃亡澎湖。

雖然後來僅歷時2個月左右事件就被平定，但這也讓清朝官府有了為台灣建城的想法。

1725年(雍正3年)5月9日，台

灣府城正式動工。不過這座城跟我們今天想的有點不太一樣，城的邊界不是磚塊或石頭蓋成的城牆，而是由木柵環繞而成。從空中俯瞰的話大概是圍成　字型的模樣，並總共開了7座城門管理進出。

照理來說東西南北，大小城門各一座的話總共應該要有8座啊，怎麼會少一座呢？而且為什麼會獨缺西邊城柵呈現　字型呢？

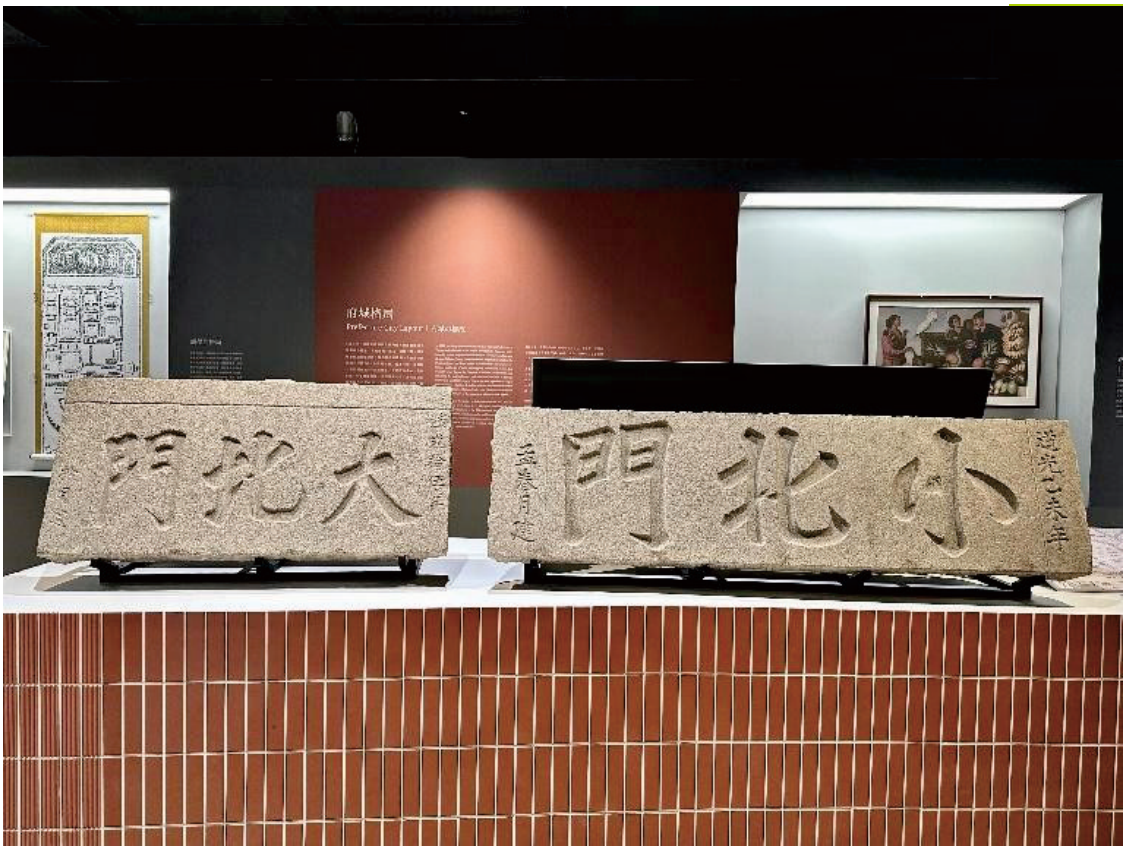
其實是因為當年府城的西邊不遠處就是台江內海呀！海就是一種天然屏障，再加上在海濱以及五條港等數條河流阻隔的施工不易下，最初府城西邊的城柵並沒有完全圍起來，也沒有小西門。當年只在河流出海口設了兩個水門，並在港口上岸處附近(今日西羅殿的位置)設有一座城門，大西門，以界定城內城外範圍。

建城後幾年，清朝當局陸續在城柵周圍密集種植「刺竹」這種植物，並且興建砲台，以及數座可以觀察敵人動向的敵台以加強府城的防禦。7座城門也在1736年(乾隆元年)被改以石材興建，至今依然保存在成大校園內的鎮北門(小北門)門額殘碑，以及東安門(大東門)門額上就標示著乾隆元年的字樣。

那第8座城門，小西門是什麼時候才出現的呢？這得等到1775年(乾隆40年)替台灣做了超多建設的台灣知府蔣元樞上任之後。他當年不僅興建了小西門，還重新整修了多座城門及城柵，並加密城柵周邊刺竹、莿桐、林投等植物的種植，另外也興建砲台、雉堞、敵臺等防禦設施。

如果沒有這些建設，說不定接下來發生的這件事，結果就不太一樣了呢。

1787年，台灣最大民變林爽文事件爆發，整個台灣幾乎淪陷，林爽文軍也多次攻打府城，甚至放火燒城柵。不過在府城加



強防禦以及官兵阻擋之下，府城最終並未失守，而林爽文事件也在一年多後平定。

也因為林爽文事件爆發的緣故，在動亂尚未平定之時，乾隆皇帝就已下令應該要將台灣的城池改為磚造或石造的城，以鞏固防禦。

1788年動亂平定後，台灣府城的改建工程動工。不過由於台灣造窯燒磚的窯座不是很多，從山裡開採石頭或海運石材又太昂貴，在台灣地方大臣的建議下，最後台灣府城是採用三合土，這種較便宜且容易取得的材料改建。

整個府城改建前後歷時2年，先後完成重修城牆、加高城門、新建城樓等工作。

而在台灣府城的西邊，前面不是說過當時旁邊幾乎就是海岸嗎？因為考量潮汐沖刷和河流地



形阻擋等因素，因此府城西邊新建的城牆往內陸退縮了不少，而大西門也向內陸遷移，從今日西羅殿的位置，遷移至今日的西門路民權路口。

另外小西門也在這個時期配合西城牆的修建重新在新位置蓋了一座。

至此，總長8公里，動輒高5米且寬也達5米的城牆，圍繞形塑出台灣府城的範圍，大概成為今天我們所知道的模樣。而這樣歷史，也被記載在「改建臺灣府城碑記」上，這塊超大的石碑至今都還可以在台南的大南門碑林中看到。

時間來到1823年（道光3年）7月，連下了好幾天的雨讓溪水大暴漲，大量土石隨著河水向下游沖去，不僅讓曾文溪的河道因此改道，也讓台江內海開始因泥沙堆積陸化。

原本離海岸線很近的府城西側，也漸漸的離海越來越遠，大西門外變得無險可守。

1832年(道光12年)張丙事件發生，雖然這次的動亂沒有波及府城，但也讓城內的百姓動蕩不安。

因此在1835年到1836年左右，清朝政府便決定再度加強府城防禦。

首先是在府城西側修建西外城，外城是什麼呢？大體上來說就是用一圈牆再將府城的西側包起來。早在1805年時，當時的百姓就曾因懼怕海盜來犯在海岸線邊用木柵稍微做了簡單的防禦，這次西外城的修建，大致上就是升級木柵為城牆，範圍從小北門開始直到小西門結束，為了方便進出也在外城牆上開了三座門。

這三座門依據八卦方位命名，位於西北側的叫拱乾門、西側的叫兌悅門，西南側的叫奠坤門。

西邊都蓋了，那其他方位也要蓋一下吧。也因此府城東邊同



樣在大東門進行了東外城的修建，不過和西外城不太一樣，東外城是較為簡單的刺竹城，防禦等級較低，畢竟當年府城的發展主要還是集中在西側。

而東外城一樣設置了三座城門，分別是就開在城牆邊方便進出的永康門和仁和門，以及比較有防禦作用的東郭門。另外在東外城周圍還蓋了兩座砲台，分別是艮方砲台以及巽方砲台，以加強防禦火力。

至於沒有蓋外城的大北門、小北門、小東門、大南門、小南門這五座城門，清朝政府也在城的外圍再多蓋一道城牆將城門包圍作為保護，而這也就是我們俗稱的「甕城」。

至此，台灣府城的外城誕生了，內城加外城的城門總數來到14座。台灣府城不僅是台灣唯一有外城的城，也是台灣規模最大的城。

然而悲慘的事發生了，1862年，6月2日至6月5日連下了3天的豪雨，再加上6月7日於台南官田一帶發生了一場20世紀前台灣最嚴重的地震，這場大地震估計規模將近7，不僅造成超過1700人喪生，還有近萬間民房倒塌，而府城的城牆當然也倒了一片。

城牆的修復工作前前後後進行好久，好不容易在1870年左右告一段落。沒想到接下來又在1874年遇到兩場大暴雨，整個內城的城牆倒了1/4，西外城更是幾乎全毀，相當淒慘。

當年恰逢牡丹社事件，清朝政府派遣沈葆楨來台，他除了興建台灣的海岸防衛設施如億載金城之外，也利用海防經費重新修建了台灣府城，花了幾年的時間讓府城恢復成昔日壯闊的模樣。

不過當年西外城可能倒塌太嚴重，也可能因經費、防衛考量等問題，後來的西外城多數皆沒



有完成修復，城牆就此消失。

時間進入日治時期，日本政府為了興建鐵路、道路、排水溝、兵營等等建設，多段城牆和城門被拆解，甚至轉為建築材料。

首先是1900年5月，日本政府為了方便運輸興建台南監獄(現今新光三越新天地及晶英酒店整個區塊)的材料，首先將小西門至大南門間的部分城牆拆毀。

接著像是大北門、小東門以及附近的城牆也陸續被拆解，成為興建鐵路、兵營、台南公園造景的材料。

而配合市區改正計劃，有些原本是城牆的地方，也被拆除改建為道路。像是現在的西門路二段和三段，幾乎全部都是當年城牆的位置。



不過日本政府也不是全然都將城牆及城門拆毀，當年保存文化資產的觀念已逐漸興起，像是大西門雖然因為道路建設而拆除，不過其實在拆除前就曾引發是否可以保留的討論。

而像是大東門、小西門則在道路規劃中被以規劃為圓環內景物的方式保留了下來(雖然後來小西門圓環因周邊民宅過多僅開闢完成一半)。至於不受市區道路改正影響的大南門，更是被完整的保存下來，甚至日本政府還編列經費修繕，並開闢了大南門公園。大南門、大東門、小西門這三座城門後來更在1935年被納入「臺南城」史蹟指定名單之中，正式受到國家法律的保護。

二次世界大戰結束後，國民政府來台，此時台灣府城原有的14座城門經歷時代變遷僅剩下大南門、大東門、小西門，以及外

城的兌悅門及仁和門。在不同政權下，原先對於城門的法律保護當然也不算數。

戰後百廢待舉，人口暴增，多個城門周圍皆被百姓蓋房子佔居。像是大東門及大南門周圍，都曾是滿滿的民宅。不過擁有長久歷史的大東門及大南門其實早已破舊不堪，戰後更缺乏維護，也因而在1955年及1963年的連日大雨後，分別發生大東門及大南門上方城樓倒塌壓毀民宅的事件，在大東門事件中甚至壓死了好幾個人。

而同樣位於外城的仁和門也並沒有受到重視，在1970年前後於時任台南市長林錫山任內遭到拆除。

至於原本位於西門路上的小西門就相對幸運一點了，它獲得移地保存。

當年日本政府原先打算將小西門周邊比照大東門開闢成圓環，不過後來僅完成了一半。到了戰後，圓環的開闢計劃更不可能完成了，因為周邊早已搭建更多民宅，若要開闢圓環勢必得拆遷大量民房，擾民又傷財。

不過身處道路之中的小西門依然因造成交通阻礙遭人詬病。也因此市政府有了將小西門搬遷的計劃，當時一開始原本有意把小西門搬遷至五妃廟內，但後來在成大校長羅雲平表達接收意願的情況下，小西門就這麼交由成大處理，被搬遷至成大校園內，放在小東門段城垣殘跡旁。

而小西門在組裝過程中，也因當時人們的意見不同，有些人認為既然是小西門，那就應該要維持原本朝西的方向。也有人認為既然都遷到小東門附近了，那就要配合東邊的方向，將城門整個轉向。最後折衷的結果變成下方門洞維持舊有方向、上方城樓轉向的荒謬景象。而也因為小西門經過搬遷，因此也是台灣府城現存城門中唯一不具備古蹟身份

的城門，這也算是一個有趣的冷知識吧。

1975年，對於府城的城門來說是關鍵的一年，當年恰逢億載金城100週年，因此台南市政府將1975年訂為台南觀光年，不僅辦理多項活動，也啓動台南市名勝古蹟整修三年計畫。

也因為這個計劃，原本城樓已經倒塌的大東門和大南門得以獲得重建。重建時將下方清朝年間用石材打造的城基維持原有模樣，上方的城樓則依原貌改以鋼筋水泥重建。我們今天看到的大東門和大南門，大致上就是這時期完成重建的。

至於有一座明明還留存至今，但前面一直沒提到的城門，兌悅門。它因為身處巷弄及民宅間，較沒有面對開發的壓力，保存狀況相對良好，大致上仍維持清朝時期的模樣，只在2008年歷經過一次修復工程，並維持至今。至今兌悅門也是府城僅存城門中唯一依然還可供人車通行使用的城門。

如今，台灣府城的城牆和城門雖然大多數都已經消失了，今日台南的城市發展也早不侷限在昔日府城城牆的範圍，但其實有不少遺跡依然默默淺藏在我們四周，昔日的台灣府城也換了另一個形式陪伴在我們的左右。

東門路、西門路、南門路、北門路、小東路、小北路，這些路名，將昔日的城門轉化為更廣闊的空間記憶。而有些地方更形成了地名及里名，如小北夜市、小西門等等，成為我們日常生活中不經意脫口而出的歷史。昔日的台灣府城沒有消失，它幻化成擾動時間與空間的波紋，在我們這個世代中持續發散。

5月9日，就是台灣府城築城300週年的日子。如果城牆還在，圍起來的樣子，你想看看嗎？