



第45卷第2期

2025年7月

-Health News KMUH-

高醫醫訊

陳啓川
題



淺談脂肪肝炎－別讓你的肝臟「油滋滋」！

非酒精性脂肪肝炎之運動處方

肝硬化

肝臟移植在肝癌及末期肝硬化的運用

肝膽疾病 專刊



歡迎線上訂閱電子報



意見回饋



高醫門診醫療系統APP行動裝置暨多元化服務
行動掛號APP線上繳費功能、門診自助繳費機、
便民系統：慢性病處方箋取號、自助掛號、就醫
指南、看診狀態查詢、交通時刻表、領用藥查詢
、醫師簡介、APP繳費收據列印等功能，歡迎民
衆多加利用。

發行人：王照元

社長：林子堯

執行編輯：黃鈞峰

編輯委員：王碩郁、王耀廣、吳弘鈞、吳哲維
李佳蓉、卓士峯、周世華、林士軒
林克隆、林宜靜、林皇吉、林崇裕
洪薇雯、高理鈞、莊蕙瑜、許瑞昇
陳立樺、陳盈君、陳美杏、黃天祈
黃旼儀、劉信良、劉佩均、鄭怡安

幹事：陳昀彤、周詩敏

攝影：彭定軒、蔡博宇

封面設計：胡依甯

出版者：高醫醫訊雜誌社

社址：高雄市三民區自由一路100號
高雄醫學大學附設中和紀念醫院

電話：(07) 3121101轉5377

印刷：德昌印刷廠股份有限公司

電話：(07) 3831238

第45卷 第2期 2025年7月1日

▶▶▶ 肝膽疾病 專刊

03 | 高醫呼籲從【戒一杯】開始，翻轉食道癌、頭頸癌！

高醫戒菸週 傳授戒菸方法固骨本 /公共事務室

04 | 淺談脂肪肝－別讓你的肝臟「油滋滋」！ /王志文

07 | 改變從餐桌開始：非酒精性脂肪肝（NAFLD）

營養管理實證與實作並行 /黃孟娟

09 | 非酒精性脂肪肝之運動處方 /朱奕華

11 | 吃錯藥，小心肝受傷－認識藥物性肝炎 /黃振彰

13 | 肝硬化 /魏鈺儒

14 | 肝癌治療新希望：

健保電燒新政策與雙免疫治療選項 /梁博程

16 | 膽及膽道結石處理 /莊樹宏

17 | 肝臟移植在肝癌及末期肝硬化的運用 /張文燦

19 | 感謝園地

原登載於本刊之捐款捐贈徵信錄，移至高醫網頁
「社會服務」項目，感謝社會大眾的愛心善行。

高醫呼籲從【戒一杯】開始，翻轉食道癌、頭頸癌！

高雄醫學大學附設中和紀念醫院(下稱高醫)胃腸內科，以及高雄醫學大學口腔衛生學系共同響應「台灣無酒日」，特地舉辦宣傳講座，現場讓民眾進行酒精棉片檢測，並有相關胃腸內科醫師的衛教講座，希望民眾從【戒一杯】開始，翻轉食道癌、頭頸癌，守護健康！

要如何知道自己是否有酒精不耐症呢？可以將酒精棉片貼在手臂內側靜置20分鐘，如果皮膚出現泛紅則有高度懷疑，準確率約有70%，高醫胃腸內科陳以勳醫師指出，特別是喝酒容易臉紅的民眾，代表可能帶有「酒精不耐症」的基因缺陷，體內缺乏分解乙醛的酵素，讓這個致癌物更難代謝、在體內停留更久。世界衛生組織(WHO)早已在2007年將酒精與其代謝產物「乙醛」列為一級致癌物。乙醛會直接破壞細胞DNA，累積在體內將大幅提升口腔癌、咽喉癌、食道癌、胃癌、大腸癌等消化道癌症的風險。

高醫胃腸內科陳以勳醫師再次強調，食道癌、頭頸癌等消化道疾病並非命運，而是可以透過生活型態預防。無酒、低酒，是守護腸胃的第一步。讓我們一起從戒掉那一杯開始，為自己和家人多一分健康保障。



高醫胃腸內科醫師呼籲民眾，疾病預防的第一步，就是正確認識「酒精無安全量」這個觀念，進而做到「能不喝，就不喝；有喝，就要減量」。

(左起為盧俊翰醫師、陳以勳主治醫師、楊啓昇醫師)

高醫戒菸週 傳授戒菸方法固骨本

世界衛生組織指出全球每年約有800萬人因菸草失去生命，而在台灣，每年約有至少兩萬人死於吸菸，菸品不但會造成癌症，還可能導致心臟病、中風、增加骨質疏鬆及慢性腎臟病風險，二手菸、三手菸亦會危及周遭人們的健康。高雄醫學大學附設中和紀念醫院(下稱高醫)於5月27日至29日於啓川大樓一樓大廳舉辦戒菸週活動，以「戒菸固骨本，人

生腎力足」為主題，強調戒菸於慢性病照護的重要性，並結合骨質疏鬆症篩檢與慢性腎臟病的衛教。

戒菸亦是骨質疏鬆症及慢性腎臟病照護重點之一，高醫長期支持政府推動戒菸及無檳榔政策，除宣導戒菸及檳榔外，更鼓勵民眾和員工參加戒菸活動，幫助大眾遠離菸癮，幸福加分、健康一身。



高醫戒菸週開跑，高醫首長們一同響應無菸檳醫院，將菸草折斷，象徵遠離菸癮，幸福加分、健康一身。

淺談脂肪肝炎—— 別讓你的肝臟「油滋滋」！

小港醫院肝膽胰內科 王志文主任

案例故事：一位上班族的健康警訊

40歲的李先生是一名忙碌的上班族，長期外食、經常應酬、愛喝手搖飲，下班後習慣躺在沙發上滑手機。某次健康檢查時，醫師告訴他：「你的肝功能指數超標，肝臟有大量脂肪堆積，已經是『脂肪肝炎』了！」

李先生驚訝不已，從沒想過自己會罹患肝病，甚至疑惑：「脂肪肝炎是什麼？該怎麼辦？」



什麼是脂肪肝炎？

脂肪肝炎是由代謝異常引發肝臟細胞內堆積過多脂肪，造成慢性發炎反應的疾病，正式名稱為「代謝功能障礙相關脂肪性肝炎（Metabolic dysfunction-associated steatohepatitis, MASH）」。若未妥善控制，可能進一步演變為肝纖維化、肝硬化甚至肝癌。

肝臟猶如一座工廠，當工廠內堆滿油脂垃圾（脂肪），機器（肝細胞）就會受損、罷工，嚴重時甚至失去功能。

這些症狀別輕忽！

脂肪肝炎早期通常沒有明顯症狀，但隨病情進展，可能出現以下問題：

1. **容易疲倦**：肝臟代謝異常導致能量不足。
2. **腹脹、食慾不振、下肢水腫**：可能為肝硬化及腹水表現。
3. **皮膚暗沉、黃疸**：肝臟解毒功能下降所致。

許多患者都是透過健檢發現肝功能指數異常（如 Alanine Aminotransferase, ALT、Aspartate Transaminase, AST）才驚覺異常。此外，脂肪肝炎也是一種全身性疾病，與心血管疾病、糖尿病、腎功能惡化有密切關聯。

為什麼肝臟會「油滋滋」？

脂肪肝常見風險因子包括：

1. **肥胖與代謝症候群**（BMI > 24，男性腰圍 ≥ 90公分、女性 ≥ 80公分）。
2. **飲食不當**：高糖、高脂與油炸食品。
3. **缺乏運動**：長時間久坐，脂肪代謝變差。
4. **糖尿病與高血脂**：影響肝臟脂質代謝。
5. **藥物影響**：如長期使用高劑量類固醇。

李先生就是典型案例，BMI高達28、每天一杯全糖珍奶，幾乎沒有運動習慣。

逆轉脂肪肝，你可以這樣做！

1. **飲食控制**：少油、少糖、少精緻澱粉；多攝取深綠色蔬菜及含Omega-3的魚類。
2. **規律運動**：每週至少150分鐘中度運動，如快走、游泳、騎腳踏車。
3. **定期追蹤**：每半年檢查肝功能與腹部超音波。
4. **體重減輕**：研究指出，減重超過10%可顯著改善肝纖維化。
5. **改善飲食質量**：採用類地中海飲食，減少含糖與高飽和脂肪的超加工食品。
6. **戒酒與戒菸**：對所有MASLD患者皆應強烈建議。

藥物治療現況

目前最具潛力且已有第三期臨床證據支持的藥物包括Resmetirom與Semaglutide。

Tirzepatide對合併肥胖的MASLD患者也顯示良好效果。

FGF21類似物如Efruxifermin為新興療法，對改善肝纖維化具潛力。

傳統藥物如Pioglitazone與維生素E仍有療效，但適用族群較小。

所有藥物均應搭配生活型態調整，以發揮最大療效。

時段	一	二	三	四	五	六
上午						
下午		小港醫院	小港醫院		小港醫院	
夜診						

「本表僅供參考，若有異動請依診間公告為主」

藥物總覽

藥物名稱	類 型	主要效果	臨床階段
Resmetirom	甲狀腺激素受體激動劑	改善肝脂肪、肝炎與纖維化	第三期 (MAESTRO)
Semaglutide	GLP-1 受體激動劑	減重、改善脂肪肝與纖維化	第三期 (ESSENCE)
Liraglutide	GLP-1 受體激動劑	改善肝脂肪與炎症	第二期
Tirzepatide	GIP/GLP-1 雙重激動劑	降低肝脂肪、體重	第三期 (SURPASS-3)
Lanifibranor	泛 PPAR 激動劑	改善肝組織學與肝炎	第二期
Saroglitazar	PPAR- α / γ 雙重激動劑	改善脂肪肝與血脂	第二期與真實世界研究
Obeticholic acid	FXR 激動劑	改善肝酶與組織學	第三期 (REGENERATE)
Tropifexor/Vonafexor	FXR 激動劑	正在評估	臨床試驗中
Aldafermin	FGF19 類似物	改善肝脂肪與組織學	第二期
Efruxifermin	FGF21 類似物	改善肝脂肪與纖維化	第二期 (HARMONY)
Pegozafermin	FGF21 類似物	改善肝脂肪與纖維化	第二期
Pioglitazone	胰島素增敏劑	改善肝組織學、心血管保護	第二期
Empagliflozin	SGLT2 抑制劑	降低肝脂肪	實證研究
Dapagliflozin	SGLT2 抑制劑	降低肝脂肪	實證研究
Statins	降脂藥	安全用於脂肪肝、管理心血管風險	常規臨床應用

預防勝於治療！

脂肪肝與生活習慣密切相關，與其等到肝臟受損才後悔，不如從今天開始：

- ✓ 戒掉含糖飲料，改喝無糖茶或檸檬水。
- ✓ 飯後散步10分鐘，促進消化、減少脂肪囤積。
- ✓ 控制體重，將BMI維持在18.5-24之間。

結語

肝臟是沉默的器官，脂肪肝初期往往沒有明顯不適，卻可能悄悄惡化，帶來嚴重後果。如同李先生的例子，只要願意改變生活習慣，肝臟就有機會恢復健康。從下一餐開始，為你的肝臟「減減肥」，讓它重回健康狀態吧！

改變從餐桌開始： 非酒精性脂肪肝（NAFLD） 營養管理實證與實作並行

高雄醫學大學醫學系公衛學科／高醫營養部
黃孟娟教授／主任

非酒精性脂肪肝疾病（Nonalcoholic Fatty Liver Disease, NAFLD）是現代人最常見的肝臟疾病，全球盛行率超過25%，在亞洲國家甚至更高。NAFLD不僅影響肝臟健康，更與心血管疾病、慢性腎病及胰島素阻抗等代謝疾病相關。面對目前尚無藥物可根治的現況，透過營養與生活型態介入是改善 NAFLD 的首選策略。根據美國胃腸病學會（American Gastroenterological Association, AGA）2021臨床建議與2023年美國營養與膳食學院期刊（Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, JAND）實證回顧，營養與生活型態的調整是NAFLD的首選治療方式。



1 減重是改善NAFLD的首要目標

NAFLD的病理核心在於肝臟脂肪堆積，因此「有效減重」可顯著改善其病程。根據臨床研究：減輕5%體重可改善肝脂肪堆積，減重達7%可減緩肝臟發炎，超過10%減重甚至能逆轉肝纖維化變化。根據JAND整合62篇隨機對照試驗之統計，由營養師介入的飲食計畫，平均可使成人減輕約4%體重、BMI下降1.5單位、腰圍減少約3.5公分。

2 優先推薦地中海飲食型態

地中海飲食為目前最具實證支持的飲食模式，即使在體重不明顯下降的情況下，也能改善肝脂肪與胰島素阻抗。其潛在機轉包括多酚與單元不飽和脂肪酸具抗氧化作用、富含膳食纖維可改善腸道菌相與代謝調節、降低精製糖與飽和脂肪攝取則可抑制肝臟脂肪合成。其飲食特點如下：每餐以全穀飯取代部分白飯、每餐至少1碗煮熟青菜、飯後一份水果、優質蛋白質每餐搭配至少1掌心、每天有橄欖油及堅果、鼓勵攝取omega-3脂肪酸來源（如深海魚、海鮮、芥花油、大豆油、亞麻仁油），限制飽和脂肪（動物油、椰子油）與反式脂肪（酥皮、餅乾、氫化植物油）、限制紅肉與加工食品攝取及減少高糖飲料與甜食（含高果糖糖漿）。

3 減醣並非萬靈丹，飲食須均衡

低醣飲食雖可短期改善體重與肝酵素，但長期安全性與肝臟組織變化改善尚缺乏證據。建議重點應放在減少精製糖（如果糖、甜飲、糖果）與高油高糖的加工食品，並維持碳水攝取來源的多樣與平衡。蛋白質方面，對NAFLD合併肌少症或肝功能不全者，應保持每日攝取量為1.2-1.5克/公斤體重，可選擇魚類、蛋、豆腐、無糖豆漿等優質蛋白來源。

4 營養師介入的角色與實證價值

JAND回顧指出，營養師提供的減重與飲食指導，可顯著提升減重成效與生活品質。其中，達到5%以上體重減輕的比率提升超過兩倍，證明專業指導具臨床效益。無論是面對面、團體、或遠距介入，只要介入時長達3個月以上，並至少每月追蹤1次，都能提高介入成功率。

5 運動為治療的加乘條件

運動可改善肝臟脂肪與代謝，即使未減重也具正面影響。AGA建議每週至少進行150分鐘中等強度有氧運動（如快走、游泳、騎腳踏車），搭配每週2次肌力訓練（如深蹲、徒手訓練）以增強肌肉與提高胰島素敏感性。

6 個別化管理與長期追蹤為成功關鍵

NAFLD的控制重點在於可持續的生活型態調整。建議定期進行營養與體組成評估、與病人共同訂立可執行的小目標（如每週減少1杯含糖飲或多吃1份蔬菜）、並與醫療團隊協同追蹤併發症（如糖尿病、高血脂），加強飲食與文化適配性。

結語：從證據到餐桌的實踐

NAFLD的改善不是靠藥物，而是靠「每天的選擇」。透過以科學為基礎的飲食結構調整、運動規律、專業支持與個別化追蹤，我們可以有效控制甚至逆轉脂肪肝。記得從下一餐做起，改變選擇，就是啟動肝臟修復的第一步。

參考文獻

AGA Clinical Practice Update on Lifestyle Modification Using Diet and Exercise to Achieve Weight Loss in the Management of Nonalcoholic Fatty Liver Disease: Expert Review. Gastroenterology 2021;160:912918.
Weight Management Interventions Provided by a Dietitian for Adults with Overweight or Obesity: An Evidence Analysis Center Systematic Review and Meta-Analysis. J Acad Nutr Diet. 2023.

非酒精性脂肪肝炎之運動處方

高雄醫學大學運動醫學系 朱奕華教授



非酒精性脂肪肝疾病（nonalcoholic fatty liver disease, NAFLD），是指肝臟中累積過多的脂肪，此疾病與肥胖、糖尿病、高血脂等代謝疾病密切相關，根據一篇2023年全球的研究顯示，全世界超過30%的人口患有脂肪肝，而針對此疾病，目前仍然沒有有效的治療方法，而生活型態的改變，包括飲食的調整以及增加身體活動量，依然是臨床上控制脂肪肝的重要方法，美國運動醫學會更指出，規律的運動搭配減重，甚至可以逆轉脂肪肝，2024年一篇大型的研究結果也指出，規律的運動可以有效的改善脂肪肝患者的肝臟健康，以下的內容將說明不同的運動方式對於改善脂肪肝的效果。

有氧運動

大家熟悉的有氧運動，如快走、慢跑、騎自行車和游泳等，不僅能夠增加心肺耐力，幫助體重控制，更有研究指出，每週進行至少150分鐘的中等強度有氧運動（如快走、輕鬆騎腳踏車），能顯著的降低肝臟脂肪含量，改善肝功能指標。有氧運動的頻率建議一週3-5次，可以從每次運動20-30分鐘開始，逐漸增加每次運動的時間達到每週150分鐘的目標。如果體力較差，可以先運動3分鐘，休息3分鐘，然後重覆3-4次，之後再慢慢的延長持續運動的時間。



阻力訓練

阻力訓練即重量訓練，包括使用啞鈴、彈力帶或自身重量（如伏地挺身、深蹲）進行的阻力訓練，這類運動有助於增加肌肉量，提高基礎代謝率，以及預防骨質疏鬆。研究發現，阻力訓練能有效降低肝臟脂肪，並改善胰島素敏感性，即使在沒有明顯體重減輕的情況下也能達到這些效果。阻力訓練的頻率建議一週2-3次，兩次阻力訓練之間要間隔至少一天，讓肌肉有充足的時間休息復原，初學者建議從輕到中強度阻力訓練開始（選擇重量適合（或合宜）的器材，可以重覆舉起8-12下），每次訓練，針對全身8-10個主要肌群（如二頭肌、三角肌、闊背肌、臀大肌、股四頭肌等）進行訓練，每個肌群進行2-4組，每組8-12下的重覆次數。進行阻力訓練時，要注意動作的品質，以免受傷，此外，也要儘量避免閉氣用力，以免造成血壓驟升而導致身體不適。

結合有氧運動與阻力訓練

研究顯示，結合有氧運動與阻力訓練的運動處方，是改善脂肪肝的最佳運動模式，可對脂肪肝患者帶來更全面的益處。這種綜合訓練的方式不僅能有效降低肝臟脂肪，還能改善血脂指標，如總膽固醇、三酸甘油脂、低密度脂蛋白膽固醇、高密度脂蛋白膽固醇，以及肝酶指標，有效的促進肝臟的健康。建議的訓練頻率、時間及內容如上所述，可以選擇在同一天進行兩種訓練，也可以分開在不同天訓練。

注意事項

在開始任何新的運動計劃前，建議諮詢運動醫學專業人士，以確保運動方式適合自己的健康狀況。此外，搭配健康的飲食習慣和生活方式，如均衡飲食、避免過量飲酒和保持健康體重，將能進一步提升肝臟健康。無論選擇什麼樣的運動方式，持之以恆是最重要的，建議選擇自己有興趣、享受的運動方式，找一起運動的伙伴，以提高運動動機。大家一起動起來，維護肝臟的健康！

吃錯藥，小心肝受傷—— 認識藥物性肝炎

高醫藥學部 黃振彰藥師



什麼是藥物性肝炎？

藥物性肝炎是指肝臟因藥物、草藥、保健食品或有害化學物質造成肝臟發炎損傷的疾病。這些物質進入體內後由肝臟負責代謝，若其代謝產物具有毒性，或引起過敏反應，就可能造成肝細胞受損。不過臨床上要確定是否為藥物引起並不容易，通常需先排除病毒性肝炎、脂肪肝和酒精性肝病等其它可能原因後，才會懷疑是藥物造成的。

如何發現肝臟可能出問題？

藥物性肝炎初期不一定有明顯症狀，有些人是健康檢查或抽血時才發現肝功能異常。但若出現以下情況，請提高警覺：

- ◎ 持續性疲倦、食慾下降
- ◎ 噁心、嘔吐、腹脹
- ◎ 黃疸（皮膚或眼白變黃）
- ◎ 尿液變深、糞便顏色變淡
- ◎ 嚴重時出現意識混亂或嗜睡（肝性腦病變）

若近期有服用新的藥品保健食品或中草藥，出現上述症狀時應盡速就醫，並向醫師說明所有用藥情況。

哪些用藥習慣，其實正在默默傷肝？

藥物性肝炎的發生，並不限於某幾種藥物，而是與多種風險因素交互影響有關。以下幾種常見用藥情境，特別值得留意：

- ※ 長期服用多種藥物但未定期監測肝功能
- ※ 擅自調整藥物劑量或用法（如自行加量或縮短服藥間隔）
- ※ 同時使用多種藥品、保健品或中草藥，導致肝臟代謝負擔加重
- ※ 輕信偏方、服用來路不明的藥材或「強效補品」
- ※ 本身已有肝病、年紀較大或體質虛弱者，風險更高

藥物性肝炎該如何處理？

當醫師懷疑藥物性肝炎，通常會安排抽血檢查肝功能酵素，並視病情需要進一步安排影像檢查或肝臟切片。然而，最關鍵的處理方式仍是立即停用所有可疑的藥物或補品。

多數人在停藥後，肝功能通常可逐漸恢復，無需特殊治療，但復原時間可能需要數週至數個月。在此期間應定期追蹤肝功能，並避免飲酒或其他可能損害肝臟的行為。若病情嚴重，仍有可能進展為肝衰竭，甚至需考慮要肝臟移植。

預防藥物性肝炎，這幾件事請記得：

1. 遵照醫師指示服藥，不自行調整劑量或時間。
2. 使用保健品、中草藥前，請先諮詢醫師或藥師。
3. 避免同時使用多種補品或偏方，尤其來源不明者。
4. 長期用藥者，或有肝病高風險者，應定期檢查肝功能。
5. 服藥期間避免飲酒，降低肝臟負擔。

結語：正確用藥，就是保護自己

肝臟雖然沉默寡言，卻默默為我們處理每天吃下的藥物與補品。別讓「補身」變成「傷身」，也別讓錯誤用藥成為身體的未爆彈。

只要從正確用藥做起，謹慎選擇、誠實告知、定期檢查，就是守護肝臟、守護健康最實際的行動。

肝硬化

高醫肝膽胰內科 魏鈺儒主治醫師／助理教授



生活方式調整

健康飲食：均衡飲食，避免高鹽、精緻澱粉、高脂肪食物，攝取足夠的蔬菜和適量的水果。

維持健康體重：對於肥胖的脂肪肝病患者，減重可以改善肝臟健康。

戒酒：戒酒對於酒精性肝硬化的患者是最重要的治療方式。

藥物

抗病毒藥物：對於病毒性肝炎引起的肝硬化，使用抗病毒藥物可以控制病毒。

利尿劑：用於腹水和水腫的治療方式之一，排除多餘的水。

肝硬化併發症處置

食道靜脈曲張：可通過內視鏡治療或使用藥物降低血管壓力來預防出血。

腹水：藥物治療外，也可進行腹腔穿刺以排除液體。

肝性腦病變：處理誘發因素，調整飲食，維持良好排便習慣等。

肝硬化是由於長期肝臟損傷所引起的。肝臟遭遇各式各樣的原因導致肝臟組織受損慢性發炎，如果置之不顧導致肝細胞壞死後，產生纖維組織增生，這就造成肝臟變硬。肝硬化的主要成因包括：慢性病毒性肝炎（例如：B型和C型肝炎病毒感染）、長期過度飲酒、脂肪肝、自體免疫性肝炎、原發性膽汁性硬化症、原發性硬化性膽管炎、遺傳性疾病導致金屬在肝臟中過度累積、長期使用某些藥物或暴露毒素。

肝硬化早期沒有明顯症狀，隨著疾病嚴重度，會出現疲勞、食慾減退、黃疸以及腹水（腹脹），最後肝臟功能喪失，肝臟無法有效執行其代謝、解毒和合成等功能。肝硬化的併發症包括門脈高壓（可能引起食道靜脈瘤和胃靜脈瘤並可能破裂出血）、腹水、肝性腦病變、腎功能損傷（肝腎症候群）、感染（例如腹水併腹膜炎）、電解質不平衡、以及肝癌等。

肝切片檢查是最準確的診斷方式，但是非侵入性的腹部超音波是肝硬化最常使用的診斷工具。其他非侵入性檢查方式還有肝纖維化超音波檢查、肝纖維化掃描、電腦斷層、核磁共振等影像評估。

肝硬化的照護治療方法取決於病因、嚴重程度和個人整體狀況：

時段	一	二	三	四	五	六
上午			高醫			高醫
下午						
夜診	高醫					

「本表僅供參考，若有異動請依診間公告為主」

對於晚期肝硬化或嚴重併發症的患者，肝移植可以是治療的選擇。肝硬化患者需定期進行肝功能檢查和影像學檢查（例如超音波），肝硬化的處置需要多個團隊合作，以利進行有效的照護計劃。

肝癌治療新希望： 健保電燒新政策與雙免疫治療選項

高醫肝膽胰內科 梁博程主治醫師



前言

肝癌（Hepatocellular Carcinoma）是國人最常見的原發肝臟惡性腫瘤，嚴重威脅民眾的健康，特別是在B型與C型肝炎患者中更為常見，而慢性脂肪肝炎也逐漸成為重要的致病因素。隨著醫療科技與健保制度的進步，肝癌的治療已有突破性發展。本文將以淺顯易懂的方式，分享肝癌治療的最新資訊，提供民眾實用的參考。

肝癌治療邁向「免疫時代」

過去，肝癌患者若無法接受手術（或肝動脈栓塞療法後仍復發），常需依賴口服標靶治療，例如Sorafenib（商品名：Nexavar蕾莎瓦）或Lenvatinib（商品名：Lenvima樂衛瑪）。但近年來，免疫檢查點抑制劑（Immune Checkpoint Inhibitors, ICI）迅速崛起，成為晚期肝癌治療的新支柱。目前台灣健保第一線給付的全身性注射治療為免疫檢查點抑制劑：Atezolizumab（商品名：Tecentriq 癌自禦）結合血管新生抑制劑：Bevacizumab（商品名：Avastin癌思停），簡稱「A+B」方案。該組合經由國際大型臨床試驗（IMbrave150）證實，不但能延長患者存活期，也改善生活品質，是目前晚期肝癌治療的主流方案。

雙免疫療法成新選擇

對於有高出血風險（如嚴重之胃食道靜脈瘤或近期胃腸大量出血）的患者，因為不適合使用Bevacizumab，雙免疫療法如Durvalumab（商品名：Imfinzi抑癌寧）合併Tremelimumab（商品名：Imjudo抑佳妥），即所謂「STRIDE方案」（或稱D+T方案），則提供了另一有效選項。此療法也於今年（114年）2月起納入健保給付範圍，大幅提升治療可及性。

	Atezolizumab+Bevacizumab (A+B方案)	Durvalumab+Tremelimumab (D+T方案)
健保適應症	●遠端器官轉移（或肝外淋巴結轉移） ●侵犯主門靜脈（或左/右靜脈第一分支） ●經1年內3次肝動脈化療栓塞（Transcatheter arterial chemoembolization, TACE）後失敗 以上任一符合，加上臨床評估肝、心、肺、腎功能良好，以及未曾接受過肝臟移植，且是第一線首次治療，才得以申請健保給付。申請前皆須胃鏡檢查。	
療效	延長存活1年半以上，腫瘤縮小率約30%	延長存活近1年半，腫瘤縮小率約20%
副作用 (僅列出第三級以上之前三名)	高血壓、蛋白尿、肝功能異常	胰臟酵素升高、肝功能異常、腹瀉
注意事項	Bevacizumab有出血風險，嚴重食道靜脈瘤不建議使用	雙免疫治療易引起發炎反應，部分患者需服用類固醇

局部治療工具更加進化

除了全身性藥物治療，針對早期肝癌，局部電燒消融治療仍是重要武器。台灣健保已在去年底(113年12月)放寬射頻電燒針或微波針（Radiofrequency Ablation, RFA；Microwave Ablation, MWA）治療條件：

1. **射頻電燒單針治療**：原3公分以內改至2公分以內即可使用。臨床確診肝癌後可使用，不需健保局送件審查。
2. **射頻電燒雙針(或微波針)治療**：腫瘤從3~5公分放寬至2~4公分即可使用。臨床確診肝癌後可使用，不需健保局送件審查。
3. **射頻電燒三針(或微波針)治療**：從大於5公分放寬至大於4公分即可使用。仍需健保局送件審查。

此舉讓更多早期患者得以儘速接受精準而有效的治療，不需等到腫瘤過大才採取行動。

(註：射頻電燒雙針(三針)或微波針能產生更大燒灼範圍，適用於較大的腫瘤)

如何選擇最適合的治療？

肝癌治療是否成功，關鍵還在於「量身訂做」：

1. 若是**早期**肝癌，局部電燒消融或手術仍是首選。
2. 若為**中期**、多顆的病灶，考慮TACE（肝動脈化療栓塞），不適合栓塞者可考慮HAIC（肝動脈灌注化療）。
3. 若為**晚期**(如有大血管侵犯或有遠端轉移者)狀態，則建議使用免疫治療為主的全身系統性治療。

每位患者的肝功能、肝炎狀態、生活型態、出血風險、經濟考量等，都是醫師評估治療的重要因素。

結語

我們建議有B、C型肝炎病史者、長期飲酒者、慢性肝炎者、肝硬化者，應每4~6個月追蹤超音波與腫瘤指數（胎兒蛋白，Alpha-fetal protein(AFP)），一旦發現異常，及早處理才是關鍵。現今的肝癌治療，有許多武器可以精準打擊。只要妥善規劃並對症下藥，晚期肝癌病人也有機會存活數年以上，甚至達到腫瘤穩定控制的長期緩解。肝癌不等於絕症，只要有正確知識與主動態度，就能為自己爭取更長久的健康與希望。

時段	一	二	三	四	五	六
上午		高醫				
下午			高醫 岡山		高醫	
夜診						

「本表僅供參考，若有異動請依診間公告為主」

膽道結石

微創治療的新進展

高醫一般及消化系外科 莊樹宏主治醫師



國內膽結石的盛行率為5~10%，約20%膽結石病人會有症狀，符合膽囊切除適應症。膽囊切除術是消化外科最常見的手術之一，其中約有10~18%接受膽囊切除的病人可能合併有膽管結石，通常會引發肝炎、阻塞性黃疸、膽管炎、胰臟炎、術後膽汁滲漏及腹膜炎、敗血性休克甚至死亡，是膽囊切除術後併發症的重要原因之一。逆行性內視鏡膽胰攝影併膽管取石治療已取代開腹式膽管取石手術，成為目前常用的第一階段治療方式，優勢為不需接受全身麻醉手術；但由於膽囊結石會持續掉入膽管，大多數的病人接受內視鏡取石後仍需擇日施行膽囊切除手術，此為二階段治療。近年來隨著微創技術精進，以腹腔鏡手術同時清除膽管結石和切除膽囊的一階段治療逐漸嶄露頭角，大量國際級文獻指出可節省醫療花費、縮短住院天數以及避免上述二階段治療的嚴重合併症如急性胰臟炎、十二指腸出血及穿孔，成為治療膽囊合併膽管結石病人的新利器。

高醫肝膽外科團隊創新研發的單孔腹腔鏡膽管取石合併膽囊切除手術，以單個兩公分的肚臍切口，一次同時處理膽管結石和膽囊結石兩個問題，預防日後膽囊結石再次掉入膽管阻塞，不僅減少醫療支出，更可以避免逆行性內視鏡取石可能造成的急性胰臟炎、十二指腸出血或穿孔、保留膽管末端壺腹括約肌（sphincter of Oddi）的功能以免日後腸液逆流引起膽管反覆發炎、結石復發甚至癌變等問題。與傳統多孔腹腔鏡手術相比，單孔腹腔鏡手術傷口疼痛甚微，恢復迅速（大部分可經膽囊管探查；其餘需經總膽

管探查者，可直接縫合總膽管，免放置T型膽汁引流管），術後平均不到四日可出院，且無需留置任何引流管，生活品質極佳；除此之外，手術疤痕藏在肚臍內，美觀滿分。

此項超級微創技術適用於所有適合接受腹腔鏡手術的膽囊合併膽管結石病人，我們目前已經累積超過240例，膽管結石清除率為99%（剩下一例的殘石由胃腸內科醫師以逆行性內視鏡取石成功清除），單孔完成率約95%，轉為開腹手術比例不到百分之一。與近年來國際文獻上數個大型多孔腹腔鏡膽管取石手術的臨床研究相比，我們Clavien-Dindo第二級以上的併發症比例較低（表現在水準之上），而膽管結石清除率、術後住院天數及轉換開腹手術率則居領先地位。另外，針對罕見的第二型Mirizzi Syndrome複雜病例，我們亦研發出單孔腹腔鏡經瘻管膽管取石手術，結石清除率百分之百，術後平均四天可出院，結石復發率及膽管狹窄率均為零，獨步全球。單孔腹腔鏡取石手術亦可安全施行於老年病人，成果已發表於國際著名微創手術期刊Surgical Endoscopy。

時段	一	二	三	四	五	六
上午		高醫		高醫		
下午		高醫				
夜診						

「本表僅供參考，若有異動請依診間公告為主」

肝臟移植在肝癌 及末期肝硬化的運用

高醫移植中心 張文燦教授／主任



肝臟移植為近年來肝臟醫學上最大的突破之一。就治療病毒性肝炎、酒精性肝炎、先天或後天性代謝性疾病引起的肝炎、膽汁鬱積性肝炎、或藥物所導致之肝硬化、急性、猛爆性或慢性肝衰竭及上述肝炎經由長期肝硬化的過程，而產生的肝癌；不論就病人之長期存活率、生活品質、重返工作崗位之比率及長期醫療支出而言，肝臟移植已被證實是最有效之治療方法。

1 肝硬化患者何時需考慮肝臟移植？

當肝硬化病人，出現門脈高壓併發症及失代償性肝硬化時，如黃疸、頑固性(難治性)腹水(圖一)、食道或胃靜脈瘤曲張出血、凝血機能異常、蛋白質合成缺乏、肝性腦病變、肝腎症候群、肝肺症候群(呼吸會喘)、出現急性肝衰竭現象、營養不良及四肢消瘦、整日食慾不振或疲倦無力，進而嚴重影響生活品質者，而預期其剩餘生命短於一年者；或小兒病人因肝硬化而出現生長遲滯時，即必須接受肝臟移植。

2 肝癌患者何時需考慮肝臟移植？

從肝癌的病理學來看，肝臟移植無疑是最理想的治療方式。因為肝癌的病人通常合併肝硬化及門脈高壓等併發症，並且肝癌常是多發性的，僅約百分之三十的肝癌患者，能夠適合接受肝癌切除手術或局部燒灼治療。並且因為原有的肝硬化仍然存在，在肝癌手術後或燒灼治療後，是有一定的復發率。因此，只有肝臟移植能同時解決肝癌及肝硬化的問題，也除去了肝癌復發的風險(圖一)。所以肝臟移植目前已經成為無法接受根治性治療，如手術切除或局部燒灼治療；及接受根治性治療後肝癌復發的病人的重要選擇。

但即使是早期肝癌，也有肝臟以外器官轉移之可能或血液中有肝癌細胞存在，而這也是約10-15%的病人在肝臟移植後，肝癌復發的最主要原因。因此，必須考慮肝癌的數目、大小及惡性度，以及有無血管侵犯或肝臟以外器官的遠端轉移，來評估病人是否適合接受肝臟移植手術。目前最被接受的準則為(1).**Milan criteria**(台灣大愛肝臟移植的健保給付標準)：即單顆肝癌的直徑小於5公分，或多發性肝癌不多於三顆，每顆直徑接小於3公分的肝癌。(2).**UCSF criteria** (University of California, San Francisco)(台灣活體肝臟移植的健保給付標準)，即單顆肝癌之直徑小於6.5公分，或多發性肝癌不多於三顆，其中最大肝癌之直徑不大於4.5公分或三顆肝癌直徑總合不大於8公分的患者亦可接受肝臟移植。但病人皆不可在影像學上有血管侵犯及遠端轉移的現象。而若腫瘤大小、數目超出上述準則時，必須先施以降階治療，再行移植。

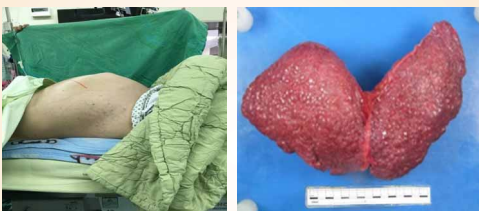
3 肝臟的捐贈來源：必須符合法律及醫學的要求

(1) **大愛捐肝**：捐贈者在腦死或心臟停止跳動後，捐贈肝臟。

(2) **活體肝臟移植手術**：由於大愛捐贈者非常有限，因此目前活體肝臟移植手術占台灣肝臟移植手術的絕大部分。但必須經過嚴謹的醫學、心理、社會的評估，在以確保捐贈者安全的前提下，來進行手術。

高醫肝臟移植團隊，結合肝臟內外科、介入性放射性及肝癌消融治療團隊，及全院各醫療、醫事相關團隊，為末期肝硬化及肝癌病人，提供高品質的肝臟移植手術。因此，肝癌及末期肝硬化病人和家屬，請大家一起努力，重拾健康人生。

(圖一)



C型肝炎合併末期肝硬化大量腹水及腹壁側枝循環(左圖)；肝臟移植時取下的肝臟，顯示嚴重肝硬化(右圖)。

(圖二)



另一位B型肝炎病人肝臟移植時取下的肝臟，顯示嚴重肝硬化合併肝癌產生。

時段	一	二	三	四	五	六
上午	高醫肝臟移植特診					
下午			高醫	高醫肝臟移植特診		
夜診						

「本表僅供參考，若有異動請依診間公告為主」

感謝園地

由衷感謝[骨科部 胡瑞 主治醫師]由衷向胡醫師表達我最誠摯的感謝。自從我因[膝蓋骨折、髖關節問題]而門診至入院接受治療以來，您作為我的主治醫師，給予了我無微不至的關懷與專業的治療，讓我得以在康復的道路上穩定前進。

還記得在當初因膝蓋骨骨折內固定有異物感感到不適故求診治療，您耐心地向我解釋了手術後可改善不舒服狀況、我的病情發展和治療計畫，讓我心中十分安心。您不僅具備精湛的醫術，更有一顆真正為病患著想的心，這讓我感到非常安心與信任。在住院期間，不僅僅是治療我的病痛，更給予了我心靈上的支持與鼓勵。

您的醫德與仁心，讓我對治療充滿信心，也讓我在康復的道路上少走了許多彎路。術後也恢復良好，生活品質也大幅提升，這一切都要歸功於胡醫師的妙手回春。再次，向胡醫師表達我最誠摯的感謝與崇高敬意！此致。



關○鈞 先生/小姐 2025/5/20

感謝園地

我是病患家屬，我想特別感謝心臟血管內科余庭碩醫生，在我先生住院治療期間，感受到醫療團隊無微不至的照顧與專業的醫療服務，讓我衷心感激。

特別是余庭碩醫生對病情詳細診斷與耐心解說，讓家屬與病患感到十分安心。余醫生與護理師許玉湘總是細心聆聽我先生的狀況，並依據變化即時調整治療計畫，展現出高度的醫術與責任感。

感謝您們的付出與用心，在此獻上我最誠摯的謝意，願您們一切平安順利！有你們真的很好



李○芯 先生/小姐 2025/5/14

國內郵資已付
高雄郵局
許可證第25號
高字第23號

高醫醫療體系肝膽胰內科醫療團隊

關心您的健康

高雄醫學大學附設中和紀念醫院

1957年創立



-KMU Affiliated Healthcare System-



2024年

高雄醫學大學附設高醫岡山醫院



1998年

高雄市長小港醫院



2014年

高雄市長旗津醫院

高雄醫學大學

1954年創立



- 總機：07-3121101轉9
- 人工電話掛號：07-3212831(08:00~16:00)
- 語音掛號：07-3208181、07-3218753(24小時)
- 聯合服務中心【轉診(檢)、病歷複製申請、病友服務】：07-3208143
- 健康管理中心諮詢：07-3208269(08:00~17:30)

歡迎輸入您的電子郵件訂閱《高醫醫訊》電子報



掃描訂閱
電子報



讀者
意見回饋