

目錄

家醫科・家庭醫學	3
本章基礎	3
知情同意與醫療決策 (Informed Consent and Medical Decision Making)	3
家庭評估與醫病溝通 (Family Assessment and Clinical Communication)	8
醫療保密與隱私 (Medical Confidentiality and Privacy)	13
醫療專業素養與法規 (Medical Professionalism and Regulation)	15
研究倫理 (Research Ethics)	20
周全性老年評估與老年症候群 (Comprehensive Geriatric Assessment and Geriatric Syndromes)	22
老年多重用藥與處方原則 (Geriatric Polypharmacy and Prescribing Principles)	28
老年排尿功能障礙與尿失禁 (Geriatric Urinary Incontinence and Voiding Dysfunction)	30
家庭醫學與臨床溝通 (Family Medicine and Clinical Communication)	33
以家庭為中心的照護 (Family-Centered Care)	36
家醫科・預防醫學	39
預防醫學與疾病篩檢 (Preventive Medicine and Disease Screening)	39
慢性病預防與個案管理 (Chronic Disease Prevention and Management)	44
旅遊醫學與高海拔醫學 (Travel Medicine and High Altitude Medicine)	49
臨床疫苗學與傳染病防治 (Clinical Immunization and Infectious Disease Prevention)	53
職業醫學與職業病 (Occupational and Environmental Medicine)	56
預防醫學與基層照護 (Preventive Medicine and Primary Care)	59
PICO 臨床問題形成 (PICO question formulation)	62
實證醫學證據等級 (Levels of evidence)	63
勝算比 (Odds ratio)	65
統合分析 (Meta-analysis)	67
淨效益與傷害指標 (Number needed to treat or harm)	69
診斷與篩檢工具指標 (Diagnostic and screening test metrics)	71
家醫科・行為醫學	75
老年期精神與認知障礙 (Geriatric Neuropsychiatric and Cognitive Disorders)	75
社會與行為醫學 (Social and Behavioral Medicine)	78
行為改變與健康諮商 (Behavior Change and Counseling)	83
家醫科・社區醫學	90
社區醫療與基層保健 (Community Medicine and Primary Care)	90
基層醫療經濟學與醫療支出 (primary care economics and healthcare expenditure)	94
台灣全民健康保險制度 (Taiwan National Health Insurance system)	96
家醫科・緩和醫學	98
安寧緩和醫療總論與照護模式 (Overview of Palliative Care and Service Delivery)	98
安寧法規與倫理決策 (Hospice Legislation and Ethical Decision Making)	101
癌症疼痛控制與鴉片類藥物臨床應用 (Cancer Pain Control and Opioid Clinical Applications)	106
末期非疼痛症狀處置 (Palliative Management of Terminal Non-Pain Symptoms)	109

家醫科・家庭醫業

正文：HikariMusic《TWMLE》<https://hikarimusic.github.io/TWMLE/>

本章基礎

TWMLE・家庭醫學科

知情同意與醫療決策 (Informed Consent and Medical Decision Making)

★★★ 常青必掃 考過 15/20 梯次：106-2、107-2、108-1、109-1、109-2、110-1、110-2、111-1、111-2、112-1、112-2、113-1、113-2、114-1、115-1

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 十三、醫學倫理與法律

13.1 四大醫學倫理原則 (Beauchamp & Childress)

原則	說明
自主原則 (Autonomy)	尊重病人的自主決定權 → 知情同意 (informed consent)
行善原則 (Beneficence)	為病人利益行事
不傷害原則 (Non-maleficence)	避免造成傷害 (primum non nocere)
公正原則 (Justice)	公平分配醫療資源

- 當原則衝突時，需依情境權衡（如：病人拒絕輸血 → 自主 vs 行善/不傷害）

13.2 知情同意 (Informed Consent)

- 要素：
 - 揭露 (disclosure)：疾病狀況、治療選項、風險、替代方案、不治療的後果
 - 理解 (understanding)：確認病人理解
 - 自願性 (voluntariness)：無強迫
 - 能力 (competence / capacity)：具決策能力
 - 同意 (consent)
- 例外：緊急且病人無法表達意願且無法聯繫家屬、法定強制治療

13.5 特殊倫理議題

- 不施予或撤除維生治療：符合病人自主權利法或安寧條例之條件 → 合法
- 醫療無效 (Medical futility)：繼續治療無法達到醫療目標時 → 可與家屬溝通轉為安寧
- 守密義務 vs 通報義務：特定情況須打破保密（法定傳染病、兒虐、家暴、性侵、疑似自殺/他殺危險）
- Tarasoff duty：若病人有明確威脅傷害特定第三人 → 醫師有義務警告潛在受害者

★ 國考重點 (本站講義)

- 告知義務與病人自主權優先 [Avascular Necrosis] [Shared Decision Making, SDM] [106-2]
- 家屬要求隱瞞病情之處理 [107-2、112-1、114-1、115-1]
- 病情告知對象與書面限制 [110-2]
- 醫療法第 55 條之病情說明規範 [106-2]
- 臨床決定能力 (Decision-Making Capacity) 評估項目 [107-2]
- Jonsen 臨床倫理分析之四象限法 (Four Topics or Four Boxes Method) [108-1]
- 醫療代理人與法定親屬順位 [109-1、110-1、111-1]
- 替代判斷原則 (Substituted Judgment Principle) [113-1]

- 人體試驗與人體研究之告知與簽署〔Institutional Review Board, IRB〕〔Data Safety Monitoring Board, DSMB〕〔109-2、110-1、111-2〕
- 知情同意的自願性與教學同意權〔110-2、111-2〕
- 緊急避險與推定同意 (Implied Consent)〔112-2〕
- 預立醫療決定法源〔113-2〕
- 未成年人之醫療決定權限〔115-1〕

⚠ 易混與陷阱

易混概念 / 情境	正確規範與效力	常見考試陷阱與誤區
醫療決策代理權優先順序	醫療委任代理人 > 配偶 > 成人直系血親卑親屬 (子女) > 父母 > 兄弟姊妹。〔110-1、111-1〕	✗ 誤以為配偶或家屬的法定順位優先於病人先前以委任書指定的醫療代理人。
醫療代理人決策依據	最優先適用「替代判斷原則」，選擇「病人最希望的治療」。〔113-1〕	✗ 誤以為應以「代理人自己若處於該境遇所希望的治療」或「醫療團隊認為最有效的治療」為首要考量。
醫療法第 55 條病情說明	說明對象為「病人或其法定代理人」；說明人為「醫事人員」(不限醫師)。〔106-2〕	✗ 誤以為說明病情必須由具醫師身分者為之，或說明對象僅限病人本人。
教學醫院侵入性檢查	必須事前說明並徵得同意，才能讓醫學生在旁觀摩討論。〔111-2〕	✗ 誤以為病患到教學醫院求診即代表自動同意教學，或以病患檢查中未反對 (沉默) 推定為同意。
同意的自願性	必須在無心理壓迫、充分知情下做出才有效力。〔110-2〕	✗ 誤以為在手術室/心導管室等高壓環境下臨時同意自費項目亦屬有效同意。
未成年人醫療決定	法定代理人 (家長) 的決定權前提是必須符合「子女最佳利益」。〔115-1〕	✗ 誤以為只要家長是法定代理人，不論其決定是否違背孩童最佳利益都應尊重。
預立醫療決定法源	台灣執行預立醫療照護諮商 (ACP) 與預立醫囑 (AD) 的核心法規為《病人自主權利法》。〔113-2〕	✗ 誤以為其專門法律依據為《民法》、《醫療法》或《安寧緩和醫療條例》。

精選考題 (5/24)

第 1 題〔111-2 醫學三 第 80 題〕

進行愛滋病患的人體試驗時，為確保病患隱私，簽署同意書時應注意的狀況，下列敘述何者正確？

- (A) 知情同意即可，病患可不用簽署同意書
- (B) 病患讀完同意書了解後，由他人 (非指定) 代簽，以確認有此病患
- (C) 病患讀完同意書了解後，由指定的人員代簽，以確認有此病患
- (D) 病患或其法定代理人必須簽署同意書

答案 D

A. 知情同意即可，病患可不用簽署同意書

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：知情同意的過程固然重要，但簽署同意書是必要的文件證明，確保研究參與者理解並自願同意。僅有知情同意程序而無簽署，不符合醫學倫理與研究規範。

B. 病患讀完同意書了解後，由他人 (非指定) 代簽，以確認有此病患

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：由非指定人員代簽，無法確保同意書的有效性與病患的意願。這違背了知情同意的核心原則，即參與者必須是自主且理解的，並由其本人或法定代理人簽署。

C. 病患讀完同意書了解後，由指定的人員代簽，以確認有此病患

× 錯誤 [P4 NPC]

詳解：當病患無法自行簽署時，應由其法定代理人代簽，而非僅是「指定人員」以「確認病患存在」為目的。此選項模糊了代簽的條件與目的，且忽略了病患本人簽署的首要原則。

D. 病患或其法定代理人必須簽署同意書

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：依據醫學研究倫理規範，參與試驗的病患或其法定代理人必須親自簽署知情同意書，以表明其已充分理解試驗內容並自願參與。此為保障受試者權益的關鍵步驟。

第 2 題〔107-2 醫學三 第 79 題〕

78 歲的連先生在接受大腸鏡檢查時，被診斷罹患大腸癌，初步評估應該屬於早期。當主治醫師吳醫師想將病 理檢查結果告知連老先生時，連老先生的家屬要求吳醫師隱瞞病情，並幫連老先生決定了拒絕進一步的檢查 及治療。吳醫師應如何處理較為合適？

- (A) 先詢問連老先生是否想知道自己的病情，如果連老先生想了解自己的病情，即使其家屬反對醫師告知病 情，仍然應該向連老先生告知相關病情
- (B) 先詢問連老先生是否想知道自己的病情，如果連老先生並不想了解自己的病情，就不要再施予任何檢查或 者治療
- (C) 連老先生的家屬已經明白表示不要將相關的病情告知連老先生，因此不必再詢問連老先生的意願，而應該 按照其家屬的請求隱瞞病情，同時不要再施予任何檢查或治療
- (D) 連老先生的家屬已經明白表示不要將相關的病情告知連老先生，因此應該按照其家屬的請求而隱瞞病情。然 而其家屬所做的醫療決定不利於連老先生的最佳利益，因此醫師應該依照醫療常規，幫連老先生繼續相 關的檢查及治療

答案 A

A. 先詢問連老先生是否想知道自己的病情，如果連老先生想了解自己的病情，即使其家屬反對醫師告知病 情，仍然應該向連老先生告知相關病情

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：患者自主權是核心倫理原則。應先評估病患是否想知道病情，若病患知情權並希望了解，醫師應向其告知。後續再與病患共同討論治療計畫，尊重其醫療決定。

B. 先詢問連老先生是否想知道自己的病情，如果連老先生並不想了解自己的病情，就不要再施予任何檢查或 者治療

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：即使病患不願得知詳情，亦未必放棄所有治療。不應因病患不願知情，就直接停止所有檢查與治療。應與病患及家屬討論，確認其醫療意願與照護方針。

C. 連老先生的家屬已經明白表示不要將相關的病情告知連老先生，因此不必再詢問連老先生的意願，而應該 按照其家屬的請求隱瞞病情，同時不要再施予任何檢查或治療

× 錯誤 [P4 NPC]

詳解：此做法忽略病患自主權，且未評估病患的理解與決策能力。醫師首要職責是向病患本人傳達醫療資訊，即使家屬有請求，也應在評估病患狀況後再決定。

D. 連老先生的家屬已經明白表示不要將相關的病情告知連老先生，因此應該按照其家屬的請求而隱瞞病情。然而其家屬所做的醫療決定不利於連老先生的最佳利益，因此醫師應該依照醫療常規，幫連老先生繼續相 關的檢查及治療

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：醫師雖應為病患最佳利益考量，但若未先釐清病患意願或評估其判斷能力，即隱瞞病情並直接決定治療，恐侵犯病患自主權。應先嘗試與家屬溝通，並評估病患的知情與決定能力。

第 3 題〔106-2 醫學三 第 69 題〕

一位 28 歲女性因氣喘控制不良，長期服用口服類固醇，而產生體重增加及情緒失調，若繼續下去，也可能造成股骨頭缺血性壞死（avascular necrosis）。下列有關病情告知的敘述，何者最正確？

- (A) 擔心告知後，會讓病人害怕而停止服藥造成氣喘惡化，故不應告知
- (B) 為避免類固醇副作用的產生，不論氣喘控制與否，建議病人減少用量
- (C) 告知病情，由病人自行決定是否繼續服用類固醇
- (D) 不說明理由轉介至其它專科醫師處理

答案 C

A. 擔心告知後，會讓病人害怕而停止服藥造成氣喘惡化，故不應告知

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：告知病人潛在風險是醫生的義務，並維護病人自主權。隱瞞資訊不符合醫學倫理。

B. 為避免類固醇副作用的產生，不論氣喘控制與否，建議病人減少用量

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：劑量調整應基於病情評估與醫病溝通，非單方面決定，以免影響氣喘控制。

C. 告知病情，由病人自行決定是否繼續服用類固醇

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：醫病共享決策是核心原則。病人有權了解自身狀況，並與醫師共同決定治療方案。

D. 不說明理由轉介至其它專科醫師處理

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：轉介應有充分理由說明，並徵得病人同意。任意轉介且不說明，剝奪病人知情權。

第 4 題〔115-1 醫學三 第 79 題〕

關於未成年人的醫療決定，下列何者錯誤？

- (A) 學齡前兒童並不具有對重大事務的決定能力，無法行使醫療上的同意
- (B) 小學時期的孩童可以參與醫療決定，不過還不具有完整的決定能力
- (C) 因為家長是孩童的法定代理人，即使家長的決定違背孩童的最佳利益，還是應尊重家長的決定權
- (D) 隨著青少年接近成年，會發展出更成熟的心智與決定能力，家長和醫師不應排除青少年參與自身的醫療決定

答案 C

A. 學齡前兒童並不具有對重大事務的決定能力，無法行使醫療上的同意

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：學齡前兒童（約 6 歲以下）因心智發展尚未成熟，普遍被認為不具備理解醫療資訊、權衡利弊及做出自主醫療決定的能力，故無法給予有效的醫療同意。

B. 小學時期的孩童可以參與醫療決定，不過還不具有完整的決定能力

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：小學階段的孩童（約 7-12 歲）雖開始發展決策能力，能理解部分醫療資訊並表達意見，但仍需法定代理人（家長）協助決定，不具備完全的決定能力。

C. 因為家長是孩童的法定代理人，即使家長的決定違背孩童的最佳利益，還是應尊重家長的決定權

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：家長雖為孩童法定代理人，但其決定權的前提是「符合子女的最佳利益」。若家長決定明顯損害兒童最佳利益，醫護人員應尋求法律途徑或倫理委員會介入，而非無條件尊重家長決定。

D. 隨著青少年接近成年，會發展出更成熟的心智與決定能力，家長和醫師不應排除青少年參與自身的醫療決定

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：青少年（尤其晚期）心智與判斷能力逐漸成熟，應被鼓勵參與自身醫療決策過程（assent），與家長及醫師共同討論，以達最符合其意願的醫療方案。

第 5 題〔113-2 醫學三 第 73 題〕

具完全行為能力的意願人，可以透過預立醫療照護諮商（Advance Care Planning）的程序，與親友和醫療機構人員討論善終意願，並簽屬預立醫囑（Advance Directive）。在臺灣，預立醫囑是依據那個法令執行？

- (A) 民法
- (B) 安寧緩和醫療條例
- (C) 醫療法
- (D) 病人自主權利法

答案 D**A. 民法**

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：民法主要規範私人間權利義務關係，與預立醫療決定及預立醫囑的專門法律依據不同。

B. 安寧緩和醫療條例

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：此條例主要規範末期病人安寧療護的施行，預立醫療指示（AD）為其一部分，但「預立醫囑」和「預立醫療照護諮商」的主體法源是病人自主權利法。

C. 醫療法

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：醫療法是廣泛規範醫療行為的法律，其中雖有關於病人權益的條款，但並非預立醫囑與預立醫療照護諮商的專門法源。

D. 病人自主權利法

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：病人自主權利法（2019 年施行）明確規範預立醫療決定（ACP）及預立醫囑（AD）的簽署、執行程序與法律效力，是台灣執行預立醫療照護的核心法規。

本考點其他考題（19 題，未收錄）

梯次	題目	主題
106-2	醫學三 Q80	medical care act disclosure regulations
107-2	醫學三 Q80	decision making capacity
108-1	醫學三 Q80	Jonsen four-box ethics method
109-1	醫學三 Q79	DNR surrogate decision-maker HIV
109-2	醫學三 Q79	clinical trial informed consent
110-1	醫學三 Q79	clinical trial ethics conflict of interest
110-1	醫學三 Q80	dnr surrogate hierarchy
110-2	醫學三 Q72	shared decision making challenges
110-2	醫學三 Q79	informed consent self-pay device
110-2	醫學三 Q80	confidentiality SLE disclosure to fiancé
111-1	醫學三 Q79	surrogate informed consent priority law
111-2	醫學三 Q79	bedside teaching ethics
112-1	醫學三 Q68	shared decision making
112-1	醫學三 Q79	truth telling cancer disclosure
112-2	醫學三 Q79	emergency consent unconscious patient
113-1	醫學三 Q79	DNR family disagreement
113-1	醫學三 Q80	surrogate decision making
114-1	醫學三 Q80	informed consent family override
115-1	醫學三 Q80	breaking bad news family request

家庭評估與醫病溝通 (Family Assessment and Clinical Communication)

★★★ 常青必掃 考過 14/20 梯次：107-1、107-2、109-1、109-2、110-1、110-2、111-1、112-1、112-2、113-1、113-2、114-1、114-2、115-1

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 一、家庭醫學核心概念 > 1.3 家庭評估工具

家庭圖譜 (Genogram)

- 至少涵蓋 三代
- 符號：□ 男性、○ 女性、× (斜線) 已故、雙線 = 婚姻、虛線 = 同居
- 記錄：年齡、疾病、死因、家庭關係 (親密/衝突/疏遠/糾結)
- 用途：辨識家族疾病模式、家庭動力學、代間傳遞模式

家庭 APGAR (Family APGAR)

- 用於評估家庭功能，涵蓋五個面向 (每項 0-2 分，滿分 10 分)：
- 7-10 分 = 家庭功能良好；4-6 分 = 中度障礙；0-3 分 = 嚴重障礙

字母	面向	內涵
A	Adaptation (適應)	家庭資源分享、危機解決能力
P	Partnership (合夥)	家庭成員參與決策與分擔責任
G	Growth (成長)	家庭成員身心成熟度與自我實現
A	Affection (情感)	家庭成員間愛與關懷的表達
R	Resolve (融洽)	家庭成員共處時間與空間的滿意度

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 一、家庭醫學核心概念

1.5 醫病關係模式

模式	特點	適用情境
家長式 (Paternalistic)	醫師主導決策	緊急情況、病人無決策能力
資訊提供式 (Informative)	醫師提供資訊，病人自行決定	病人有充分知識
詮釋式 (Interpretive)	醫師協助病人釐清價值觀	價值觀影響決策時
協商式 (Deliberative)	醫師與病人共同討論最佳方案	最理想的模式
共享決策 (Shared Decision Making, SDM)	結合醫學證據與病人偏好	現代醫療主流趨勢

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 一、家庭醫學核心概念 > 1.5 醫病關係模式

LEARN 模式 (跨文化溝通)

步驟	內容
Listen	傾聽病人對疾病的解釋與理解 (illness perspective)
Explain	向病人解釋醫學觀點與診斷
Acknowledge	承認並尊重雙方觀點的差異
Recommend	提出治療建議
Negotiate	與病人協商出雙方都能接受的治療計畫

★ 國考重點 (本站講義)

- **LEARN 文化差異處理模式 (LEARN model)** [107-1、113-2]
- **家庭 APGAR 功能問卷 (Family APGAR score)** [107-2、109-1]
- **家庭功能評估 (Family function assessment)** 的臨床應用 [113-1]
- **非語言溝通 (Nonverbal communication)** 的佔比與特徵 [109-2]
- **鏡相姿勢 (Mirroring posture)** [112-1]
- **溝通的空間因子 (Spatial factors)** [110-1]

- 診間醫病互動與眼神接觸 (Eye contact)〔110-2〕
- 離開診間前的提問 (Hand-on-the-Doorknob Syndrome)〔113-1〕
- 病情告知與尊重自主原則 (Principle of respect for autonomy)〔107-2、112-1、114-1、115-1〕
- 病情告知的相關法規差異
- 醫師法 (Physician Act)〔113-2〕
- 醫療法 (Medical Act)〔113-2〕
- 安寧緩和醫療條例 (Hospice Palliative Care Act)〔113-2、114-2〕
- 病人自主權利法 (Patient Right to Autonomy Act)〔113-2〕
- 家族樹 (Genogram or family tree)〔111-1〕
- 動機晤談 (Motivational interviewing)〔112-2〕
- 臨床悲傷撫慰與支持〔113-2〕

⚠ 易混與陷阱

比較項目	核心步驟與定義	常考易混陷阱與鑑別點
LEARN 模式	Listen、Explain、Acknowledge、Recommend、Negotiate	常將 A 誤植為情緒影響 (Affect)，或將 R 誤植為解釋好處 (Reward/Reward) 或標示 (Label)。〔107-1、113-1、113-2〕
家庭 APGAR 量表	Adaptation、Partnership、Growth、Affect、Resolve	評估成分不含資源度 (Resource)。學術模式源於系統理論模式，非生物心理社會模式。〔107-2、109-1〕
病人自主權利法	醫療機構或醫師應將病情、醫療選項等告知本人	僅在本人未明示反對時，亦得告知家屬。 絕非 「告知本人或關係人」二選一。〔113-2〕
安寧緩和醫療條例	應告知末期病人或其家屬；但病人明確表示想知情時應告知本人	病人要求知情時，應由醫師告知，而非由護理人員或親密家屬代勞。告知內容須含 維生醫療抉擇 。〔113-2、114-2〕
動機晤談	透過同理心與主動傾聽，引導病人探索與改變	最早用於酒癮治療（非糖尿病飲食）。目標由病人自行探索與決定（非醫師決定或主導）。〔112-2〕
空間因子距離	親密空間：0 至 45 公分；個人空間：45 至 120 公分；社會空間：120 至 360 公分	個人空間常被誤記為 0 至 60 公分（此區間包含親密空間）。醫護臨床照護常需進入病人的個人空間。〔110-1〕

精選考題 (5/16)

第 6 題〔113-2 醫學三 第 79 題〕

我國醫療法規對於病人病情告知的規定，下列敘述何者錯誤？

- (A) 醫師法規定，應告知病人或其家屬
- (B) 醫療法規定，應告知病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人
- (C) 安寧緩和醫療條例規定，應告知末期病人或其家屬，但病人有明確意思表示欲知病情時，應予告知
- (D) 病人自主權利法規定，應告知本人或關係人

答案 D

A. 醫師法規定，應告知病人或其家屬

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：根據醫師法 (Physician Act) 第 12-1 條規定，醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。此規定確立了醫師在執業過程中的基本告知義務，並在法律層面上將家屬與病人並列為可接收資

訊的法定對象。這反映了早期法規在臨床實務中對於家屬參與醫療決策的重視，確保在各種情境下醫師均能履行說明的職責，是醫療倫理中告知義務的基石。

B. 醫療法規定，應告知病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：醫療法 (Medical Act) 第 81 條明確規範，醫療機構診治病人時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人告知病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。相較於醫師法，本法將告知責任主體由個別醫師擴及至醫療機構，並更詳盡地定義了家屬以外的「關係人」範圍。這對於臨床取得 知情同意 (Informed consent) 的流程至關重要，保障了醫療團隊能合法地與病人的支持網絡進行溝通與討論。

C. 安寧緩和醫療條例規定，應告知末期病人或其家屬，但病人有明確意思表示欲知病情時，應予告知

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：安寧緩和醫療條例 (Hospice Palliative Care Act) 第 8 條規定，醫師應將治療方針告知末期病人或其家屬。該條文特別設有除外條款：當病人有明確意思表示欲知病情時，應予告知。此規定在末期醫療的特殊情境下，雖然保留了家屬先行得知訊息的可能性，但同時強調了病人的 知情權 (Right to know)。若末期病人表達知情意願，醫師不可因家屬要求隱瞞而拒絕說明，這在臨床緩和醫療中是維護病人自主權的重要防線。

D. 病人自主權利法規定，應告知本人或關係人

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：病人自主權利法 (Patient Right to Autonomy Act) 第 5 條規定，醫療機構或醫師應將病情、醫療選項及各款規定事項告知「本人」；僅在本人未明示反對時，亦得告知其家屬。本法案徹底修正了醫療法與醫師法中病人與家屬並列的慣例，強調病人本人具備優先且首位的知情權。法律條文並非規定告知「本人或關係人」之選擇性行為，而是強制優先告知本人。此外，若病人為未成年人或受 監護宣告 (Guardianship) 之人，應告知本人及其法定代理人，而非僅告知關係人。本選項誤導了告知的絕對順位，違反了本法落實 病人自主權 (Patient autonomy) 的核心立法精神，故為錯誤。

第 7 題 [113-1 醫學三 第 66 題]

關於 Berlin 等人所提出的「LEARN」看診模式，其所代表涵義，下列敘述何者正確？

- (A) L：Label，你覺得你是得了什麼病？
- (B) E：Effect，這個疾病對於你的生活會帶來什麼不便？
- (C) A：Affect，這個疾病對於你的情緒會造成什麼影響？
- (D) R：Recommend，給予最佳的治療建議

答案 D

A. L：Label，你覺得你是得了什麼病？

× 錯誤 [P4 NPC]

詳解：LEARN 模式的 L 是 Listen(傾聽)，非 Label(標示)。傾聽病人的故事與感受，而非讓病人自行判斷病情。

B. E：Effect，這個疾病對於你的生活會帶來什麼不便？

× 錯誤 [P4 NPC]

詳解：LEARN 模式的 E 是 Explain(解釋)，指醫師解釋病情。選項描述病人對疾病的影響，與 E 的醫師解釋涵義不同。

C. A：Affect，這個疾病對於你的情緒會造成什麼影響？

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：LEARN 模式的 A 是 Acknowledge(承認、認同)。選項描述情緒影響，是 Acknowledged 的討論內容，但 A 本身代表承認，非情緒影響。

D. R：Recommend，給予最佳的治療建議

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：LEARN 模式的 R 是 Recommend(建議)。此選項指醫師提供最佳治療建議，與 R 的涵義完全符合，是正確的敘述。

第 8 題〔113-2 醫學三 第 66 題〕

28 歲女性因急性腎衰竭住院，醫師建議洗腎，但個案因傳統信仰一直猶豫是否要接受洗腎。處理跨文化之差異時，Berlin 與 Fowkes 提出解決之方式「LEARN model」，下列敘述何者錯誤？

- (A) Listen：以同理心傾聽並瞭解病人的想法
- (B) Explain：以病人能了解的方式，解釋病人的問題
- (C) Reward：對病人解釋治療的好處
- (D) Negotiate：與病人討論以取得治療共識

答案 C**A. Listen：以同理心傾聽並瞭解病人的想法**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：LEARN model 的 'L' 代表 Listen，強調以同理心理解病人的觀點、信念和擔憂，是跨文化溝通的基礎。

B. Explain：以病人能了解的方式，解釋病人的問題

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：LEARN model 的 'E' 代表 Explain，要求醫療專業人員以病人易於理解的語言，清楚解釋其病情和診斷，確保病人資訊對等。

C. Reward：對病人解釋治療的好處

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：該敘述非 LEARN model 的標準組成。LEARN model 的 'A' 是 Acknowledge (認知/承認)，強調理解並處理病人的擔憂；'R' 是 Recommend (建議)，才包含解釋治療好處。選項將 Reward (獎勵) 誤植為 Acknowledge。

D. Negotiate：與病人討論以取得治療共識

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：LEARN model 的 'N' 代表 Negotiate，強調與病人共同討論，制定出雙方都能接受的治療計畫，以提升病人遵從性。

第 9 題〔113-2 醫學三 第 68 題〕

63 歲婦女獨自來家庭醫學科門診，自述過去健康狀況良好，最近 2 週血壓偶爾偏高 (BP 160/96 mmHg)，他院醫師開立兩種降血壓藥物，服用後血壓降至 100/60 mmHg 並有頭暈現象。病史詢問得知她唯一的女兒 1 個月前罹患肺癌過世，讓她情緒非常低落，無法入眠。下一步處置何者最不適當？

- (A) 減輕藥物劑量，請病人在家記錄血壓
- (B) 評估家庭結構及動態功能
- (C) 建議病人繼續依原醫囑服藥，以免發生中風
- (D) 進行悲傷撫慰

答案 C**A. 減輕藥物劑量，請病人在家記錄血壓**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：患者因降血壓藥物過量導致低血壓頭暈，應立即調整藥物劑量並監測，居家血壓記錄有助於評估藥效與調整。

B. 評估家庭結構及動態功能

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：女兒驟逝是重大壓力事件，評估家庭支持系統與互動功能有助於了解病人的復原能力與潛在社會心理需求。

C. 建議病人繼續依原醫囑服藥，以免發生中風

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：患者已出現低血壓頭暈，藥物劑量顯然過高，建議繼續原醫囑服藥將加劇症狀且不符治療原則，故為最不適當處置。

D. 進行悲傷撫慰

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：病人經歷喪女之痛，情緒低落影響睡眠。提供悲傷撫慰與心理支持，是全人照護與處理創傷的重要一環。

第 10 題〔112-2 醫學三 第 71 題〕

下列有關動機晤談（motivational interviewing）的敘述，何者正確？

- (A) 最早是使用於糖尿病飲食衛教
- (B) 為一種由醫師主導增強病人改變動機之看診模式
- (C) 行為改變的動機及目標在與病人討論後，由醫師協助決定
- (D) 溝通時須運用同理心及主動式傾聽（active listening）的原則與技巧

答案 D**A. 最早是使用於糖尿病飲食衛教**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：動機晤談（Motivational Interviewing, MI）最早由 William R. Miller 在 1980 年代開發，主要用於治療酒癮問題，而非糖尿病衛教。

B. 為一種由醫師主導增強病人改變動機之看診模式

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：MI 是一種合作導向的溝通模式，強調醫病之間的夥伴關係，而非由醫師主導或單方面決定治療方向。

C. 行為改變的動機及目標在與病人討論後，由醫師協助決定

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：MI 強調病人自主性，行為改變的動機與目標應由病人自行探索與決定，醫事人員僅提供引導與支持。

D. 溝通時須運用同理心及主動式傾聽（active listening）的原則與技巧

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：MI 的核心溝通技巧包含同理心、主動傾聽、肯定與摘要，旨在引導病人探索與解決其改變的矛盾心理。

本考點其他考題（11 題，未收錄）

梯次	題目	主題
107-1	醫學三 Q71	LEARN cultural model
107-2	醫學三 Q68	family apgar
109-1	醫學三 Q70	family APGAR assessment
109-2	醫學三 Q71	nonverbal communication
110-1	醫學三 Q71	communication spatial factors
110-2	醫學三 Q71	physician-patient communication
111-1	醫學三 Q68	genogram family tree
112-1	醫學三 Q70	mirroring posture nonverbal communication
113-1	醫學三 Q68	somatization grief management
113-1	醫學三 Q71	hand-on-the-doorknob syndrome
114-2	醫學三 Q80	hospice palliative care act disclosure

也考本考點的題目（4 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
107-2	醫學三 Q79	家醫科・家庭醫業，知情同意與醫療決策 (Informed Consent and Medical Decision Making)
112-1	醫學三 Q79	家醫科・家庭醫業，知情同意與醫療決策 (Informed Consent and Medical Decision Making)
114-1	醫學三 Q80	家醫科・家庭醫業，知情同意與醫療決策 (Informed Consent and Medical Decision Making)
115-1	醫學三 Q80	家醫科・家庭醫業，知情同意與醫療決策 (Informed Consent and Medical Decision Making)

醫療保密與隱私 (Medical Confidentiality and Privacy)

★ 偶考 考過 4/20 梯次：110-2、112-2、113-2、115-2

★ 國考重點 (本站講義；TWMLE 未涵蓋本考點)

- **病情告知以本人為原則**：病情告知的對象首要為病患本人。若病患已成年且具備行為能力 (Capacity)，醫師不得任意向其配偶、親屬或關係人說明病情；病患亦有權以書面敘明，對特定之人不予以告知。〔110-2〕
- **關係人告知限制**：未婚夫等關係人 (Related parties) 並無當然的病情知情權，醫師若未經病患同意 (或病患無行為能力) 而擅自告知，即涉嫌違反保密義務；依人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障法，未經同意亦不得向非同住親友揭露病人 HIV (Human Immunodeficiency Virus) 陽性檢驗結果，屬醫療保密之嚴格重申。〔110-2、115-2〕
- **守密義務屬自主原則**：守密義務 (Duty of confidentiality) 是醫學倫理 (Medical ethics) 中「尊重病人自主原則 (Principle of respect for autonomy)」的具體展現，旨在保障病人自由決定醫療資訊的公開範疇。〔112-2〕
- **保密義務為終身制**：醫師的保密義務不受執業狀態影響，即使退休後亦不得以出書等形式洩露因業務知悉之秘密；此義務亦不因病患死亡而終止，且公眾人物 (Public figure) 同樣享有完全之醫療隱私權。〔112-2、113-2〕
- **重大公益為保密例外**：在面臨涉及重大公共利益 (如傳染病防治、公共安全威脅) 時，醫師在權衡利弊後，可依法或倫理考量進行適度的必要揭露，常見的法定例外態樣包括：病人透露極可能為真的預定攻擊計畫時，符合 Tarasoff rule (塔拉索夫法則) 之 Duty to warn and protect (警告與保護第三人義務)；發現認知障礙長者有多處不明原因傷痕等疑似 Elder abuse (虐待老人) 情形時，依老人福利法負 Mandatory reporting (強制通報義務)；以及法院或健康保險署依訴訟法、全民健康保險法調閱病人就醫資料之 Statutory disclosure (法律規定授權揭露)。〔112-2、115-2〕
- **違反之法律責任**：醫師違反守密義務除受倫理譴責外，更須承擔民事責任 (Civil liability) 求償與刑事責任 (Criminal liability) 追訴。〔112-2〕

⚠ 易混與陷阱

項目	錯誤觀念（陷阱）	正確法定與倫理規範	考過年份
時效限制	醫師退休後或病患死亡後，保密義務即告終止，可出書或向媒體揭露。	保密義務為終身限制，不因醫師退休或病患死亡而消滅。	〔112-2、113-2〕
公眾人物	因病患為公眾人物，媒體或大眾有知情權，醫師可對外證實其病情。	公眾人物身分不影響其醫療隱私權，醫師仍須嚴格保密。	〔113-2〕
關係人告知	未婚夫等關係人享有法定知情權，醫師無需病患同意即可主動告知。	告知以本人為原則。對關係人告知需基於病患同意或病患無行為能力。	〔110-2〕
絕對不透露	任何情況下醫師皆絕對不得向任何人透露病患隱私。	若涉及重大公共利益（如傳染病防治、公共安全），可權衡利弊後依法適度揭露。	〔112-2〕
HIV 陽性結果告知	誤以為向非同住親友揭露病人 HIV 陽性檢驗結果，屬合理的關係人告知或重大公益例外。	依 HIV 傳染防治及感染者權益保障法，未經同意仍不得向非同住親友揭露，應嚴守守密義務。	〔115-2〕

精選考題（2/3）

第 11 題 〔112-2 醫學三 第 80 題〕

關於守密義務，下列敘述何者錯誤？

- (A) 是屬於醫學倫理尊重病人自主原則的內涵
- (B) 醫師因業務知悉或持有他人的秘密，其保密義務限於執業期間，退休之後可以出書揭露
- (C) 涉及重大的公益事件，醫師權衡利弊，有時可以違反保密原則，適當的揭露
- (D) 違反守密義務，涉及民事與刑事責任

答案 B

A. 是屬於醫學倫理尊重病人自主原則的內涵

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：守密義務是尊重病人自主權的重要實踐，確保病人能自由決定醫療資訊的公開範圍，是醫學倫理的核心一環。

B. 醫師因業務知悉或持有他人的秘密，其保密義務限於執業期間，退休之後可以出書揭露

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：醫師的守密義務是終身的，即使退休後，基於業務知悉的病人秘密仍須保密，不得隨意揭露。

C. 涉及重大的公益事件，醫師權衡利弊，有時可以違反保密原則，適當的揭露

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：在涉及重大公共利益（如傳染病防治、公共安全威脅）時，經權衡後，醫師有時可基於法律或倫理考量，適度揭露必要資訊。

D. 違反守密義務，涉及民事與刑事責任

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：違反守密義務可能導致病患求償的民事訴訟，情節嚴重者亦可能面臨刑事責任追訴。

第 12 題 [115-2 醫學三 第 80 題]

醫師對病人資訊守密，是治療關係中重要的基礎，且受倫理法律的規範。然而守密並非沒有例外，下列何種 情境仍應嚴守守密義務？

- (A) 對非同住親友揭露病人 HIV 陽性檢驗之結果
- (B) 精神科病人透露極可能為真的預定攻擊計畫
- (C) 認知障礙的年長病人，有多處不明原因的傷痕
- (D) 法院或健康保險署調閱病人就醫資料

答案 A**A. 對非同住親友揭露病人 HIV 陽性檢驗之結果**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：依人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障法，未經同意不得向第三方揭露 HIV (Human Immunodeficiency Virus) 檢驗結果。對非同住親友無揭露法定義務，仍應嚴守 Confidentiality (守密義務)。

B. 精神科病人透露極可能為真的預定攻擊計畫

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：精神科病人透露極可能為真的預定攻擊計畫，符合 Tarasoff rule (塔拉索夫法則)，醫師有 Duty to warn and protect (警告與保護第三人義務)，為守密義務之例外。

C. 認知障礙的年長病人，有多處不明原因的傷痕

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：認知障礙長者不明傷痕懷疑 Elder abuse (虐待老人)，依老人福利法醫師具 Mandatory reporting (強制通報義務)，屬維護弱勢安全之守密例外。

D. 法院或健康保險署調閱病人就醫資料

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：法院依訴訟法或健保署依全民健康保險法依法調閱資料，屬於 Statutory disclosure (法律規定授權揭露)，為合法的守密例外。

本考點其他考題 (1 題，未收錄)

梯次	題目	主題
113-2	醫學三 Q80	patient confidentiality and media

也考本考點的題目 (1 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
110-2	醫學三 Q80	家醫科・家庭醫業，知情同意與醫療決策 (Informed Consent and Medical Decision Making)

醫療專業素養與法規 (Medical Professionalism and Regulation)

★★★ 常青必掃 考過 14/20 梯次：106-1、106-2、107-1、108-2、109-1、109-2、111-2、112-1、112-2、113-2、114-1、114-2、115-1、115-2

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 十三、醫學倫理與法律

13.3 醫療糾紛與法律

- 醫療法第 82 條：醫療行為以過失為責任基礎；判斷醫療過失應考量醫療常規、醫療水準、當時當地的醫療環境
- 民事責任：損害賠償 (侵權行為、債務不履行)
- 刑事責任：業務過失致死 (刑法 276 條)、業務過失傷害 (刑法 284 條)
- 醫預法 (醫療事故預防及爭議處理法，2024 年施行)：
 - 建立醫療事故關懷機制

- 鼓勵調解優先於訴訟
- 設置醫療爭議調解會

★ 國考重點（本站講義）

- 疑似虐待處置〔106-1〕
- 病歷登載規範〔106-1〕
- 醫師憲章三大原則〔106-2〕
- 親自診察原則與例外
- 合法例外〔107-1〕
- 病情說明之法規義務
- 到院前死亡之臨床裁量〔109-1〕
- 醫療安全與暴力防治
- 臨床教學與知情同意〔111-2〕
- 緊急醫療與推定同意〔112-2〕
- 終身守密義務〔112-2、113-2〕
- 理想療癒環境〔113-2〕
- 生活品質倫理原則〔114-1〕
- 同儕與團隊合作〔114-2〕
- 未成年人醫療決定〔115-1〕
- 同時多位病人之緊急處置與人力調度〔115-2〕

⚠ 易混與陷阱

比較項目	合法 / 適當處置	違法 / 不適當處置 (常見陷阱)
親自診察原則	偏遠山地離島電話問診確認病況未變後開藥；飛機上急迫時以遠距通訊指導急救。〔107-1〕	出國慢性病患由家人代診領藥；安養中心由書記集體收集健保卡一個月代領一次藥。〔107-1〕
疑似受虐與家暴	疑似受虐優先聯絡社工評估通報；當下家暴撥打 110，持續家暴撥打 113。〔106-1、112-1〕	直接告知或質詢疑似施虐的家屬；直接讓病人回家；一律視為家庭私事不予通報。〔106-1〕
暴力零容忍篩檢	USPSTF 建議育齡婦女親密伴侶暴力 (IPV) 篩檢為 Grade B 。〔112-1〕	USPSTF 建議老人虐待 (Elder Abuse) 篩檢為 Grade B (目前尚未有此建議)。〔112-1〕
守密義務時效	醫師保密義務為終身，病人死亡或醫師退休後仍須繼續保密。〔112-2、113-2〕	認為病人死後或醫師退休後即可出書或向媒體透露其病歷秘密。〔112-2、113-2〕
未成年人醫療決定	法定代理人決定必須符合「最佳利益」，違背時醫師應尋求倫理或法律介入。〔115-1〕	因為家長是法定代理人，即使決定違背孩童最佳利益仍盲目尊重。〔115-1〕
緊急醫療同意權	意識不清且無家屬在場的危急病人，適用「推定同意」逕行急救手術。〔112-2〕	必須等待聯絡到家屬才手術；由手術醫師或社工代理簽署手術同意書。〔112-2〕
值班多重病人處置	立即聯絡二線醫師（資深值班醫師）尋求團隊支援，維持對正在處理之重症病人的照護。〔115-2〕	未經評估即代開醫囑安撫病人；放下重症病人逕赴他處處理其他病人；請護理師逕行診斷處置。〔115-2〕

法規名稱	告知對象與規定	核心特點 / 陷阱
病人自主權利法	應告知本人；僅在本人未明示反對時，亦得告知家屬。〔113-2〕	強制優先告知本人，非「本人或關係人」之選擇性告知。〔113-2〕
醫療法	應告知病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人。〔113-2〕	將告知主體擴大至醫療機構，定義了關係人範圍。〔113-2〕
醫師法	應告知病人或其家屬。〔113-2〕	確立個別醫師的基本告知義務，將病人與家屬並列。〔113-2〕
安寧緩和醫療條例	應告知末期病人或其家屬；若病人明確表示欲知病情時，應予優先告知。〔113-2〕	保留家屬先行得知之可能，但若病人想知道，必須優先告知病人。〔113-2〕

精選考題 (5/13)

第 13 題 〔113-2 醫學三 第 71 題〕

「居家醫療的主導醫師應持續地進行自我反思 (self-reflective process) 以避免工作倦怠，維持對工作的熱誠，打造理想療癒環境 (optimal healing environment, OHE)」，這是屬於理想療癒環境架構中的：

- (A) 內在環境 (inner personal environment)
- (B) 人際環境 (interpersonal environment)
- (C) 行為環境 (behavioral environment)
- (D) 外在環境 (external environment)

答案 A

A. 內在環境 (inner personal environment)

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：理想療癒環境 (OHE) 中，內在環境指個人身心狀態、自我關照與反思。醫師的自我反思與熱誠，直接關乎其內在的健康與工作投入。

B. 人際環境 (interpersonal environment)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：人際環境側重與同事、病人的互動、團隊合作與社會支持。醫師個人反思與熱誠，主要關乎其內在狀態，非人際互動。

C. 行為環境 (behavioral environment)

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：行為環境指實際的行為模式與工作流程。自我反思是內在過程，雖可引導行為，但其本質非行為環境。

D. 外在環境 (external environment)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：外在環境包含物理空間、組織文化、政策資源等。醫師的個人反思與熱誠，與工作場域的外部條件無關。

第 14 題 〔106-2 醫學三 第 19 題〕

依據美國內科醫學會 (The American Board of Internal Medicine) 與歐洲內科醫學會 (The European Federation of Internal Medicine) 於 2002 年提出之醫師憲章 (Physician Charter)。下列何者不是醫師專業素養之基本原則？

- (A) 病人福祉優先原則 (principle of primacy of patient welfare)
- (B) 社會正義原則 (principle of social justice)
- (C) 實證醫學執業原則 (principle of evidence-based practice)
- (D) 病人自主原則 (principle of patient autonomy)

答案 C

A. 病人福祉優先原則 (principle of primacy of patient welfare)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：醫師憲章的核心三大原則之一，強調病患利益始終應置於醫師個人利益或醫療體系考量之上，是專業承諾的基石。

B. 社會正義原則 (principle of social justice)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：醫師憲章的核心三大原則之一，要求公平分配醫療資源，確保所有病患均能獲得所需照護，積極促進醫療的可及性與公平性。

C. 實證醫學執業原則 (principle of evidence-based practice)

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：實證醫學是現代醫學執業的關鍵方法，但醫師憲章定義的核心專業原則為病患福祉、自主與社會正義，而非實證醫學本身。

D. 病人自主原則 (principle of patient autonomy)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：醫師憲章的核心三大原則之一，尊重病患決定自己醫療照護的權利，醫師應充分告知並支持病患的自主選擇。

第 15 題 [115-2 醫學三 第 79 題]

凌晨兩點值班住院醫師甲正在緊急處理一位病情嚴重，但沒有家屬在旁陪伴的病人乙。護理師丙告訴醫師甲，病房中有一位病人丁突發腹痛，家屬十分焦急，此時醫師甲應如何處置最適當？

- (A) 請護理師丙先幫腹痛病人丁施打生理食鹽水，以安撫家屬
- (B) 放下正在處理中的病人乙，立即趕過去處理腹痛病人丁
- (C) 請護理師丙聯絡值班的二線醫師協助理
- (D) 請護理師丙代為處理病人丁，並安撫家屬

答案 C**A. 請護理師丙先幫腹痛病人丁施打生理食鹽水，以安撫家屬**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：未經醫師診察評估即交待施打 Normal Saline（生理食鹽水）僅作安撫，違反 Medical Ethics（醫學倫理）之 Beneficence（行善原則）與實證醫療規範，延誤病人病情評估。

B. 放下正在處理中的病人乙，立即趕過去處理腹痛病人丁

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：病人乙病情嚴重且正值緊急處置中，若直接離開會造成 Abandonment（棄置病人），違反 Non-maleficence（不傷害原則）；臨床上應優先維護極重症病人之生命徵象。

C. 請護理師丙聯絡值班的二線醫師協助理

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：當個人人力無法同時因應多位急性發作病人時，應即時啟動 Teamwork（團隊合作）機制，請 Senior Resident（二線醫師）支援評估，確保所有病人獲得即時且適當之醫療照護。

D. 請護理師丙代為處理病人丁，並安撫家屬

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：診斷與處置腹痛屬於 Physician's Responsibility（醫師職責），請 Nurse（護理師）代為處置屬於違法逾越專業分工範疇，違反 Medical Law（醫療法）規定。

第 16 題 [114-2 醫學三 第 79 題]

關於醫師與同儕間的關係，下列何者正確？

- (A) 依據世界醫師會的病人權利宣言，醫師有義務與其他健康照護者互相協調合作
- (B) 當發現同儕醫師有專業能力不足或倫理上的不當行為時，第一優先是向醫學倫理委員會或司法單位舉報
- (C) 醫學倫理要求醫師必須尊重師長。當老師要求學生獨立操作超越其能力的醫療行為時，仍應全力配合
- (D) 醫學是追求卓越的高度競爭行業，並不需要講求與其他同儕的合作

答案 A**A. 依據世界醫師會的病人權利宣言，醫師有義務與其他健康照護者互相協調合作**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：世界醫師會（WMA）的病人權利宣言明確指出，病患擁有獲得由多位專業人員協調合作提供的照護。這強調了跨專業團隊合作對確保全面且高品質病患照護的重要性。

B. 當發現同儕醫師有專業能力不足或倫理上的不當行為時，第一優先是向醫學倫理委員會或司法單位舉報

× 錯誤 [P4 NPC]

詳解：發現同儕問題時，應依循機構內部規範或專業倫理指引，可能包含與其本人溝通、向主管報告，或尋求專業組織協助，而非將舉報至司法單位列為『第一優先』，需視情況而定。

C. 醫學倫理要求醫師必須尊重師長。當老師要求學生獨立操作超越其能力的醫療行為時，仍應全力配合

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：醫學倫理將病患安全置於最高原則。即使面對師長要求，醫護人員亦不得執行超出自身能力範圍的醫療行為，以免危及病患。

D. 醫學是追求卓越的高度競爭行業，並不需要講求與其他同儕的合作

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：醫學發展與病患照護仰賴跨團隊合作、知識分享與資源整合。追求卓越的同時，同行間的合作是推動醫學進步與提升醫療品質的基石。

第 17 題 [114-1 醫學三 第 79 題]

醫師考量病人的生活品質，主要依據何種倫理原則？①自主原則 ②行善原則 ③不傷害原則 ④ 保密原則

- (A) 僅①②③
- (B) 僅②③
- (C) 僅①
- (D) ①②③④

答案 A

A. 僅①②③

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：自主原則（尊重病人選擇）、行善原則（促進病人福祉）及不傷害原則（避免影響生活品質的損害）是考量病人生活品質的關鍵倫理依據。

B. 僅②③

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：此選項遺漏了自主原則，而自主原則是尊重病人對自身醫療決定的權利，直接影響其對生活品質的感知。

C. 僅①

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：此選項遺漏了行善原則與不傷害原則，這兩者對於追求病人最大福祉及最小化傷害，對生活品質至關重要。

D. ①②③④

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：此選項包含了保密原則，但保密原則主要關乎資訊保護，而非直接考量病人生活品質的核心倫理依據。

本考點其他考題（8 題，未收錄）

梯次	題目	主題
106-1	醫學三 Q72	elder abuse
106-1	醫學三 Q79	medical record falsification ethics
106-2	醫學三 Q79	common cold counseling primary care
107-1	醫學三 Q79	physician law remote prescribing
108-2	醫學三 Q79	prescription stamp delegation ethics
109-1	醫學三 Q80	NHI claim review CPR
109-2	醫學三 Q80	medical care act practitioner safety
112-1	醫學三 Q71	violence zero tolerance

也考本考點的題目（7 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
106-2	醫學三 Q80	家醫科・家庭醫業，知情同意與醫療決策 (Informed Consent and Medical Decision Making)
111-2	醫學三 Q79	家醫科・家庭醫業，知情同意與醫療決策 (Informed Consent and Medical Decision Making)
112-2	醫學三 Q79	家醫科・家庭醫業，知情同意與醫療決策 (Informed Consent and Medical Decision Making)
115-1	醫學三 Q79	家醫科・家庭醫業，知情同意與醫療決策 (Informed Consent and Medical Decision Making)
113-2	醫學三 Q79	家醫科・家庭醫業，家庭評估與醫病溝通 (Family Assessment and Clinical Communication)
112-2	醫學三 Q80	家醫科・家庭醫業，醫療保密與隱私 (Medical Confidentiality and Privacy)
113-2	醫學三 Q80	家醫科・家庭醫業，醫療保密與隱私 (Medical Confidentiality and Privacy)

研究倫理 (Research Ethics)

★ 偶考 考過 4/20 梯次：109-2、110-1、111-2、112-1

★ 國考重點 (本站講義；TWMLE 未涵蓋本考點)

- 臨床試驗 (Clinical Trial) 與人體研究 (Human Subjects Research) 之知情同意 (Informed Consent) 已納入我國《醫療法》(Medical Act) 及《人體研究法》(Human Subjects Research Act) 之法律規範，醫師不得自行決定告知內容。〔109-2〕
- 進行人體研究或人體試驗時，知情同意之告知事項必須包含「其他可能之治療方式 (Alternative Treatments) 及其說明 (包括風險、利益與限制)」，醫師不可因招募受試者困難或現有療法效果不佳而隱匿不告知。〔109-2〕
- 新藥臨床試驗前，必須進行實驗室實驗 (體外研究，in vitro) 與動物實驗 (體內研究，in vivo) 等臨床前研究 (Preclinical Studies)，以評估安全性與初步療效，確保進入人體試驗時風險可控。〔110-1〕
- 人體試驗必須在受試者自由意志下同意，且試驗過程中應有適當的監督與保護機制，例如人體試驗委員會 (Institutional Review Board, IRB) 與資料安全監測委員會 (Data Safety Monitoring Board, DSMB)。〔110-1〕
- 人體試驗同意書之簽署具有法律與倫理效力，僅有口頭說明而無簽署不符合規範；簽署人必須為病患本人或其法定代理人 (Legal Representative)，不得由非指定的第三人或未獲授權的醫院指定人員代簽。〔111-2〕
- 紐倫堡守則 (Nuremberg Code, 1947 年)：為醫學研究倫理之基石，開創並強調受試者「自願同意 (Voluntary Consent)」的必要性。〔112-1〕
- 赫爾辛基宣言 (Declaration of Helsinki, 1964 年)：由世界醫學會 (World Medical Association, WMA) 制定，為人體生物醫學研究 (Biomedical Research) 之核心倫理指導方針，並持續修訂。〔112-1〕
- 貝爾蒙報告書 (Belmont Report, 1979 年)：確立了現代研究倫理的三大基本原則，即「自主性 (Respect for Persons)」、「行善 (Beneficence)」與「公平 (Justice)」。〔112-1〕
- 里斯本宣言 (Declaration of Lisbon, 1981 年)：主要核心為定義病人就醫時的病人權利 (Patient Rights) (如拒絕治療權、知情權)，不屬於臨床研究倫理的核心規範。〔112-1〕

⚠ 易混與陷阱

評估項目	正確規範與倫理準則	常見國考陷阱與錯誤觀念
研究倫理經典指引	紐倫堡守則 (1947)：強調自願同意。赫爾辛基宣言 (1964)：醫學會制定的生物醫學研究規範。貝爾蒙報告書 (1979)：提出自主、行善、公平三大原則。	混入 里斯本宣言 (1981)：此為「病人權利宣言」（如就醫權利、拒絕治療權），不屬於研究倫理核心準則。
替代治療告知義務	依《醫療法》與《人體研究法》，必須主動告知受試者其他可能之替代治療方式、風險、效益與限制。	醫師可因「現有療法效果不佳」或「欲提高試驗收案率」而自行決定不告知替代療法。
同意書簽署資格	必須由受試者本人或其法定代理人親自簽署。	僅有口頭知情同意而免簽同意書，或病患理解後由「非指定之第三人」或「醫院指定人員」代簽。
試驗前置程序	臨床試驗前必須完成實驗室（體外）及動物（體內）實驗，確認安全性與療效。	臨床試驗前不一定要進行實驗室實驗或動物實驗。

精選考題 (1/1)

第 18 題 [112-1 醫學三 第 80 題]

下列何者不是研究倫理常用的原則或準則？

- (A) 紐倫堡守則 (the Nuremberg Code, 1947 年)
- (B) 赫爾辛基宣言 (the Declaration of Helsinki, 1964 年)
- (C) 貝爾蒙報告書 (the Belmont Report, 1979 年)
- (D) 里斯本宣言 (the Declaration of Lisbon, 1981 年)

答案 D

A. 紐倫堡守則 (the Nuremberg Code, 1947 年)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：紐倫堡守則 (Nuremberg Code) 是醫學研究倫理的基石，強調受試者自願同意的重要性，為後續許多倫理準則奠定基礎。

B. 赫爾辛基宣言 (the Declaration of Helsinki, 1964 年)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：赫爾辛基宣言由世界醫學會制定，是針對人體生物醫學研究的倫理準則，廣泛被接受並持續更新，是研究倫理的重要指導文件。

C. 貝爾蒙報告書 (the Belmont Report, 1979 年)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：貝爾蒙報告書確立了研究倫理的三大基本原則：自主性 (Respect for Persons)、行善 (Beneficence)、公平 (Justice)，至今仍是美國及全球研究倫理的核心。

D. 里斯本宣言 (the Declaration of Lisbon, 1981 年)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：里斯本宣言關注病人的權利，例如拒絕治療的權利，但它主要定義的是病人就醫時的權利，而非研究倫理的核心準則。

也考本考點的題目 (3 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
109-2	醫學三 Q79	家醫科・家庭醫業，知情同意與醫療決策 (Informed Consent and Medical Decision Making)
110-1	醫學三 Q79	家醫科・家庭醫業，知情同意與醫療決策 (Informed Consent and Medical Decision Making)
111-2	醫學三 Q80	家醫科・家庭醫業，知情同意與醫療決策 (Informed Consent and Medical Decision Making)

周全性老年評估與老年症候群 (Comprehensive Geriatric Assessment and Geriatric Syndromes)

★★★ 常青必掃 考過 18/20 梯次：106-1、106-2、107-1、107-2、108-1、108-2、109-1、109-2、110-1、110-2、111-1、111-2、112-2、113-1、113-2、114-1、115-1、115-2

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 七、老年醫學

7.1 老年評估 (CGA, Comprehensive Geriatric Assessment)

面向	評估工具
功能狀態	ADL (Barthel index)：進食、沐浴、穿衣、如廁、移動等基本活動； IADL (Lawton & Brody)：煮飯、購物、搭車、管理財務等進階活動
認知功能	MMSE (滿分 30，< 24 疑似失智)、 MoCA (對輕度認知障礙更敏感)
情緒	GDS (Geriatric Depression Scale) ：15 題簡版，≥ 5 分疑似憂鬱
營養	MNA (Mini Nutritional Assessment) ：< 17 分營養不良
跌倒風險	Timed Up and Go (TUG)：≥ 14 秒高風險
衰弱	Fried frailty phenotype (5 項中符合 ≥ 3 項：體重減輕、疲倦、活動量低、握力差、步行速度慢)
多重用藥	≥ 5 種藥物 (polypharmacy)，使用 Beers criteria 檢視不適當用藥

7.4 肌少症 (Sarcopenia)

- 定義：與老化相關的肌肉質量減少 + 肌力下降 ± 體能表現下降
- 亞洲診斷標準 (AWGS 2019)：
 - 篩檢：小腿圍 (男 < 34 cm、女 < 33 cm)
 - 握力：男 < 28 kg、女 < 18 kg
 - 步行速度 < 1.0 m/s
 - 肌肉量：DXA 或 BIA 測定
- 危險因子：老化、缺乏運動、營養不良 (蛋白質攝取不足)、慢性疾病、荷爾蒙變化
- 後果：跌倒風險 ↑、骨折、失能、住院與死亡率 ↑
- 處理：阻力運動 (resistance exercise) 為最有效介入；蛋白質攝取 ≥ 1.0–1.2 g/kg/day；補充 Vitamin D (若不足)；無特效藥物

7.5 跌倒

- 老年人傷害死亡最常見原因 (65 歲以上)
- 危險因子：肌少症、平衡障礙、視力差、多重用藥 (尤其鎮靜安眠藥、降壓藥)、環境因素 (地毯、燈光不足)
- 評估：TUG test、起立行走測試、用藥檢視、視力、足部檢查、環境評估
- 預防：運動 (平衡/肌力訓練，如太極拳)、用藥簡化、環境改善、補充 Vitamin D (若不足)、骨質疏鬆治療

7.6 骨質疏鬆

- 診斷：**DXA** 掃描 → **T-score** ≤ -2.5 即骨質疏鬆（-1.0 到 -2.5 為 osteopenia）
- 測量部位：腰椎 + 髖部（取最低值）
- **FRAX**：10 年骨折風險評估工具
- 治療：
 - 生活型態：負重運動、補充 Ca（1000–1200 mg/day）+ Vit D（800–1000 IU/day）
 - 藥物：**Bisphosphonates**（Alendronate, Zoledronic acid）→ 首選
 - Denosumab（RANKL inhibitor）、Teriparatide（PTH analog，促骨生成）、Raloxifene（SERM）

★ 國考重點（本站講義）

- 周全性老年評估（**Comprehensive Geriatric Assessment, CGA**）之目的與定位〔107-1、111-1〕
- **CGA** 執行流程與團隊運作〔107-1、111-1〕
- **CGA** 核心適應症與排除對象〔108-2、113-2〕〔108-2〕
- 簡式智能評估量表（**Mini-Mental State Examination, MMSE**）〔107-2、108-1、109-1〕
- **Mini-Cog** 篩檢工具〔107-2〕
- 老年憂鬱量表（**Geriatric Depression Scale, GDS-15**）〔108-1、109-1〕
- 迷你營養評估量表（**Mini Nutritional Assessment, MNA**）〔108-1〕
- 日常生活功能評估之分類〔108-1、109-1、109-2〕〔107-2、109-1、109-2〕
- 巴氏量表失能分級〔108-1〕
- 起身行走測驗（**Timed Up and Go test, TUG**）〔107-2、109-2〕
- **Linda Fried** 衰弱表型（**frailty phenotype**）〔110-1、110-2、115-1〕
- 累積缺損衰弱指數（**Cumulative Deficit Frailty Index**）〔115-1〕
- 脆弱長者調查（**Vulnerable Elders Survey-13, VES-13**）〔115-1〕
- **Strawbridge** 衰弱量表〔115-1〕
- **SOF** 衰弱指標與長照 2.0 給付制度〔115-2〕
- 老年跌倒之流行病學與預防實證〔115-2〕
- 肌少症（**sarcopenia**）與衰弱之測量工具〔115-1〕
- 老化的個體差異性〔106-2〕
- 心血管系統老化生理變化〔109-1、113-2〕〔115-2〕
- 感覺系統之生理性老化〔115-2〕
- 呼吸系統老化生理變化〔109-2、113-2〕
- 腎臟與內分泌系統老化生理變化〔115-2〕〔109-1、113-2〕〔115-2〕
- 老年病症候群與非典型表現〔106-1、107-1、107-2〕
- 失智症（**dementia**）之臨床特性〔113-1〕
- 譫妄（**delirium**）之臨床特性〔110-1、114-1〕
- 跌倒之內在因子（**intrinsic factors**）〔111-2〕
- 老人虐待（**elder abuse**）之分類與表現

⚠ 易混與陷阱

項目 / 工具	核心評估內容 / 診斷指標	常見混淆與陷阱點
基本日常生活活動 (BADLs)	進食、穿衣脫衣、沐浴、移位（在床與椅子間移動）、個人衛生等自我照顧能力〔107-2、109-2〕	自行服藥與備餐不屬於 BADLs，而屬於 IADLs（工具性日常生活活動功能）〔107-2、109-2〕。
簡式智能評估量表 (MMSE)	篩檢認知功能障礙（如失智、譫妄）。高中程度異常切點為小於 24 分。含倒背數字與系列減法項目〔107-2、108-1、109-1〕	用於篩檢認知而非篩檢憂鬱症或智商 (IQ)。倒背數字與系列減法不屬於 Mini-Cog〔107-2、109-1〕。
老年憂鬱量表 (GDS-15)	篩檢老年憂鬱狀況。0-4 分正常，5-9 分輕度憂鬱，10-15 分重度憂鬱〔108-1〕	篩檢憂鬱症應使用 GDS，而非 MMSE〔107-2〕。評估切點數值常與 MNA 混淆。
Linda Fried 衰弱表型	5 項指標：體重減輕（一年減輕 > 10 磅或 ≥5%）、自述疲憊、活動量低、握力下降、步速變慢。符合 ≥3 項判定為衰弱〔110-1、110-2、115-1〕	認知功能不佳不屬於 Fried 衰弱指標。1-2 項判定為前衰弱，而非健壯或衰弱。肌力下降以握力計測量，而非站姿抬腿〔110-1、110-2、115-1〕。
譫妄 (delirium)	急性發作且病程波動起伏（日夜變動）。分為躁躁型、安靜型與混合型。診斷首選混亂評估方法 (CAM)〔110-1、114-1〕	譫妄為急性而非慢性；無 FDA 核准的直接治療藥物；抗精神病藥僅能緩解症狀（如躁動），無法治療潛在病因〔110-1、114-1〕。
失智症 (dementia)	慢性漸進性認知衰退，多不可逆。阿茲海默症最常見，血管性失智症居次。血管性失智症患者仍可使用 AChEIs 改善症狀〔106-1、113-1〕	焦慮症非失智症常見可回復病因。與譫妄相比，失智症不會在 3 天內急性惡化出現尿失禁或不講話〔106-1、113-1〕。
老人虐待與疏忽處置	肢體/心理虐待、財務剝削、忽略、自我忽視等。懷疑時醫師應聯絡社工協助處理與通報〔106-1、111-2、112-2〕	藥物順從性不佳可能是受虐/疏忽徵候；下肢水腫則主要為內科疾病，非虐待指標；懷疑受虐時絕非向家屬質問或直接遣返〔106-1、112-2〕。
老化生理量化指標	GFR 於 40 歲後每年下降約 1% (0.75-1 mL/min/1.73m ²)；LVEF 於 20~80 歲間大致穩定，主要為舒張功能改變；血清鞣固酮顯著下降始於 40 歲後〔115-2〕	誤植 GFR 每年下降達 5%；誤以為 LVEF 於 20~80 歲間大幅改變；誤以為鞣固酮 30 歲即開始顯著下降〔115-2〕。
老人跌倒預防實證	NHIS 2017 調查跌倒發生率約 15.5%；太極拳訓練可降低跌倒風險；跌倒常見機轉為滑倒/絆倒〔115-2〕	誤以為發生率低於 10%；誤以為 USPSTF 建議所有長者常規補充維他命 D 以防跌倒；誤以為跌倒多因碰撞物品或他人〔115-2〕。
長照 2.0 給付制度	CMS 2~8 級由 A 單位個管員擬定照顧計畫；給付額度依失能等級而非收入決定〔115-2〕	誤植為由 C 單位（巷弄長照站）負責擬定；誤以為收入越低給付額度越高〔115-2〕。

精選考題 (5/30)

第 19 題 [115-2 醫學三 第 68 題]

關於老人跌倒之評估與預防之敘述，下列何者最適當？

- (A) 依衛生福利部國民健康署 2017 年調查，臺灣老人跌倒發生率小於 10%
- (B) 太極的訓練包含了肌力及平衡，有助於預防老人的跌倒
- (C) 美國預防醫學工作小組 (U.S. Preventive Services Task Force) 建議所有老人每天補充維他命 D 1,000 IU，可減少跌倒的風險
- (D) 大部分的老人跌倒都是碰撞到物品或人造成，而不是滑倒或絆倒

答案 B

A. 依衛生福利部國民健康署 2017 年調查，臺灣老人跌倒發生率小於 10%

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：依衛生福利部國民健康署 2017 年 NHIS（National Health Interview Survey）調查，65 歲以上長者過去一年跌倒發生率約為 15.5%，大於 10%。

B. 太極的訓練包含了肌力及平衡，有助於預防老人的跌倒

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Tai Chi（太極拳）結合肌力與 balance（平衡）訓練，經多項實證與指引證實能有效減低社區長者跌倒風險。

C. 美國預防醫學工作小組（U.S. Preventive Services Task Force）建議所有老人每天補充維他命 D 1,000 IU，可減少跌倒的風險

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：USPSTF（U.S. Preventive Services Task Force）建議無缺乏症狀長者勿日常補充 Vitamin D（維生素 D）來預防跌倒。

D. 大部分的老人跌倒都是碰撞到物品或人造成，而不是滑倒或絆倒

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：老人跌倒最常見的機轉為 slipping（滑倒）、tripping（絆倒）或失去平衡，而非碰撞到物品或人。

第 20 題 [115-1 醫學三 第 1 題]

有關衰弱（frailty）的量表或測量工具，下列何者錯誤？

- (A) Linda Fried. Physical Frailty Index， ≥ 1 分即為衰弱
- (B) Kenneth Rockwood Cumulative Deficit Frailty Index 要評估許多面向，分數的算法是（有缺損的面向總數 / 評估的面向總數）得到一個 0~1 的分數
- (C) Venerable Elder Survey 13 工具， ≥ 3 分即為衰弱
- (D) Strawbridge 等人 1994 年設計的 Frailty Measure，problem/difficulties in ≥ 2 domains 即為衰弱

答案 A、C**A. Linda Fried. Physical Frailty Index， ≥ 1 分即為衰弱**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：本選項為送分採計的答案之一，且其敘述本身臨床上即為錯誤。Linda Fried 的衰弱表型（frailty phenotype, 衰弱表現型）以 5 項標準（非預期體重減輕、自述疲憊、握力下降、行走緩慢、體能活動量低）判定，符合 ≥ 3 項才算衰弱（frail），1~2 項僅為前衰弱（pre-frail），0 項為健壯（robust）。因此「 ≥ 1 分即為衰弱」與原始定義不符，敘述錯誤，為本題正解之一（考選部公告第 1 題答 A 或 C 或 AC 者均給分）。

B. Kenneth Rockwood Cumulative Deficit Frailty Index 要評估許多面向，分數的算法是（有缺損的面向總數 / 評估的面向總數）得到一個 0~1 的分數

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：此選項並非送分採計的答案。Rockwood 的累積缺損衰弱指數（Cumulative Deficit Frailty Index, 累積缺損衰弱指數）確實以「缺損項目數 / 總評估項目數」計算，分數介於 0~1，數值越高代表越衰弱，此敘述本身正確，故未被列為「錯誤」敘述。

C. Venerable Elder Survey 13 工具， ≥ 3 分即為衰弱

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：本選項為考選部送分更正題之送分採計答案之一，公告「第 1 題答 A 或 C 或 AC 者均給分」，作答本選項予以計分。此工具正確名稱為脆弱長者調查（Vulnerable Elders Survey-13, VES-13），為 13 題自填式高風險長者篩檢量表；其常用切點確為 ≥ 3 分判定為高風險 / 脆弱（vulnerable）。就量表切點而言此切點數值並無明顯偏差，但因選項所載工具名稱「Venerable Elder Survey」與標準名稱（Vulnerable Elders Survey）不符、且 VES-13 嚴格而言屬「脆弱 / 失能風險」篩檢而非衰弱表型（frailty phenotype）之直接量表，官方最終將 C 一併納入「錯誤」敘述之給分範圍，作答 C 亦計分。

D. Strawbridge 等人 1994 年設計的 Frailty Measure，problem/difficulties in ≥ 2 domains 即為衰弱

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：此選項並非送分採計的答案。Strawbridge 等人（1994）的衰弱量表是早期操作型定義之一，將在 ≥ 2 個生理或心理領域（如行動、營養、認知、感官等）出現問題 / 困難者界定為衰弱，此敘述與其原始定義相符，故未被列為「錯誤」敘述。

第 21 題〔108-1 醫學三 第 68 題〕

75 歲具高中教育程度的男性病人，因高血壓及糖尿病的追蹤治療前來就診，同時陳述最近一個月 接連發生兩次的跌倒，為他進行周全性老年評估，下列各類評估的敘述何者正確？

- (A) 需使用迷你心智狀態檢查 (MMSE) 進行心智狀態的評估，若得分在 24 分以下就屬於異常
- (B) 需使用老年憂鬱量表 (GDS-15) 來進行憂鬱症評估，若總分在 4 分以下為正常，超過 8 分就算 有憂鬱症
- (C) 可使用迷你營養評估量表 (MNA) 來進行營養評估，若總分高於 10 分，表示可能有營養不良，需進一步提供營養諮詢
- (D) 可使用巴氏量表來進行日常生活功能評估，若得分在 31～60 分屬於輕度失能

答案 A

A. 需使用迷你心智狀態檢查 (MMSE) 進行心智狀態的評估，若得分在 24 分以下就屬於異常

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：MMSE (Mini-Mental State Examination) 分數低於 24/30，對高中教育者而言，是認知功能異常的常用篩檢標準。

B. 需使用老年憂鬱量表 (GDS-15) 來進行憂鬱症評估，若總分在 4 分以下為正常，超過 8 分就算 有憂鬱症

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：GDS-15 (Geriatric Depression Scale-15)：0-4 正常；5-9 輕度；10-15 重度。選項 cutoff (≤ 4 正常, > 8 憂鬱) 不符。

C. 可使用迷你營養評估量表 (MNA) 來進行營養評估，若總分高於 10 分，表示可能有營養不良，需進一步提供營養諮詢

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：MNA (Mini Nutritional Assessment)： ≥ 24 正常；17-23.5 風險； < 17 營養不良。選項判讀方向與數值錯誤。

D. 可使用巴氏量表來進行日常生活功能評估，若得分在 31～60 分屬於輕度失能

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：巴氏量表 (Barthel Index)：31-60 分是中度至重度失能；輕度失能 (91-99 分) 選項不符。

第 22 題〔107-2 醫學三 第 12 題〕

有關老年病人的評估，下列敘述何者正確？

- (A) Mini-Mental State Examination 主要用來篩檢憂鬱症 (depression)
- (B) Mini-Cog test 包括「倒背數字」與「系列減法」兩部分
- (C) Timed up-and-go test 用於評估行走與平衡能力
- (D) 備餐、沐浴、移位、服藥等能力皆是基本日常生活活動功能 (basic activities of daily living) 的評估項目

答案 C

A. Mini-Mental State Examination 主要用來篩檢憂鬱症 (depression)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：MMSE 主要用於篩檢認知功能障礙。憂鬱症篩檢應使用 GDS (Geriatric Depression Scale)。

B. Mini-Cog test 包括「倒背數字」與「系列減法」兩部分

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Mini-Cog 包含回憶三個單字及畫鐘。倒背數字與系列減法為 MMSE 的部分。

C. Timed up-and-go test 用於評估行走與平衡能力

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Timed Up and Go (TUG) test 評估病人從椅子起身、走三公尺、轉身、走回、坐下所需時間，用以評量行動能力與平衡。

D. 備餐、沐浴、移位、服藥等能力皆是基本日常生活活動功能 (basic activities of daily living) 的評估項目

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：備餐屬於 IADLs (Instrumental Activities of Daily Living)。BADLs (Basic Activities of Daily Living) 則包含如沐浴、移位等基本自理功能。

第 23 題 [112-2 醫學三 第 67 題]

關於老人虐待 (elder abuse) 的敘述，下列何者最正確？

- (A) 老人虐待發生率很低，不必篩檢
- (B) 虐待的定義範圍僅限於身體及情緒的虐待
- (C) 下肢水腫是虐待常見的徵候
- (D) 藥物順從性不佳，也有可能是虐待的徵候

答案 D**A. 老人虐待發生率很低，不必篩檢**

× 錯誤 [P4 NPC]

詳解：老人虐待常被低報，實際發生率可能遠高於預期，因此在風險族群中進行篩檢是重要的臨床措施，非「不必」。

B. 虐待的定義範圍僅限於身體及情緒的虐待

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：老人虐待定義廣泛，除身體、情緒虐待外，還包含疏忽 (neglect)、財務剝削 (financial exploitation)、性虐待及遺棄 (abandonment) 等。

C. 下肢水腫是虐待常見的徵候

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：下肢水腫雖可能與疏忽 (如長期臥床) 有關，但其主要為心衰竭、腎臟病、靜脈功能不全等常見醫學問題的徵候，並非虐待的常見或直接指標。

D. 藥物順從性不佳，也有可能是虐待的徵候

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：照顧者未依時給藥 (疏忽)、病人因受虐致身心狀態改變影響服藥、或財務遭剝削致無力購藥，都可能導致藥物順從性不佳，是篩檢時應注意的潛在指標。

本考點其他考題 (25 題，未收錄)

梯次	題目	主題
106-1	醫學三 Q66	delirium in elderly pneumonia
106-2	醫學三 Q66	life-stage individual variability
107-1	醫學三 Q1	pneumonia in elderly
107-1	醫學三 Q68	comprehensive geriatric assessment
107-2	醫學三 Q66	elderly care principles
108-2	醫學三 Q66	comprehensive geriatric assessment
108-2	醫學三 Q71	polypharmacy elderly insomnia
109-1	醫學三 Q5	physiologic changes of aging
109-1	醫學三 Q67	comprehensive geriatric assessment
109-2	醫學三 Q3	basic ADL assessment
109-2	醫學三 Q67	timed up and go test
109-2	醫學三 Q76	elderly rib fracture complications
110-1	醫學三 Q2	frailty definition
110-1	醫學三 Q68	delirium in elderly
110-2	醫學三 Q66	Fried frailty phenotype
111-1	醫學三 Q67	comprehensive geriatric assessment
111-2	醫學三 Q67	elder abuse
111-2	醫學三 Q72	intrinsic risk factors for falls
113-1	醫學三 Q67	dementia overview
113-2	醫學三 Q67	polypharmacy in elderly
113-2	醫學三 Q76	geriatric trauma physiology
114-1	醫學三 Q67	delirium assessment
115-1	醫學三 Q66	frailty and sarcopenia measurement
115-2	醫學三 Q1	organ system changes with aging
115-2	醫學三 Q71	long-term care 2.0 policy

也考本考點的題目（1 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
106-1	醫學三 Q72	家醫科・家庭醫藥，醫療專業素養與法規（Medical Professionalism and Regulation）

老年多重用藥與處方原則（Geriatric Polypharmacy and Prescribing Principles）

★ 偶考 考過 3/20 梯次：108-2、113-2、114-2

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 七、老年醫學

7.8 多重用藥（Polypharmacy）

- 定義：≥ 5 種藥物同時使用
- 風險：藥物交互作用、副作用、跌倒、謾妄、住院率增加
- **Beers Criteria**（AGS）：列出老年人應避免或謹慎使用的藥物
 - 避免使用：長效 benzodiazepine、第一代抗組織胺（diphenhydramine）、非選擇性 NSAID（長期）、anticholinergic drugs
- **STOPP/START criteria**：停用不當藥物 / 開始應給的藥物

- 策略：Deprescribing（逐步減藥）→ 定期檢視藥物、評估利弊、緩慢減量

★ 國考重點（本站講義）

⚠ 易混與陷阱

藥物種類 (Bilingual)	機轉與對排尿的影響	臨床結果與前列腺肥大 (BPH) 患者之考量
甲型腎上腺素受體促效劑 (alpha-adrenergic agonist) 例： <i>pseudoephedrine</i>	增加膀胱頸張力。	易造成尿滯留：加重膀胱出口阻塞，BPH 患者感冒時應避免使用。
抗組織胺 (antihistamine) 例： <i>diphenhydramine</i>	具抗膽鹼 (anticholinergic) 作用，抑制逼尿肌收縮。	易造成尿滯留：使膀胱逼尿肌無法收縮，BPH 患者感冒時應避免使用。
鴉片類藥物 (opiate) 例： <i>codeine</i>	增加膀胱頸與括約肌張力，並造成中樞神經抑制。	易造成尿滯留：BPH 患者用於止咳時需特別注意尿滯留風險。
胃腸蠕動促進劑 (prokinetic) 例： <i>metoclopramide</i>	促進胃腸道蠕動，對下尿路受體無直接影響。	最不可能造成尿滯留：不屬於常見誘發尿滯留的藥物。

精選考題 (2/2)

第 24 題 [108-2 醫學三 第 61 題]

有一位 75 歲男性病人，解尿時通常需要稍微用力才能解出來，且尿流較細，曾被泌尿科醫師診斷為前列腺肥大 (benign prostatic hyperplasia or hypertrophy)。某日他因感冒與嘔吐服用藥物，結果突然發生無法排尿的情況，明明覺得膀胱很脹，但就是解不出來。請依前述情況回答下列 3 題。下列藥物何者最不可能造成此種情況？

- (A) codeine（一種 opiate，用於止咳）
- (B) diphenhydramine（一種抗組織胺[anti-histamine]）
- (C) metoclopramide（一種胃腸蠕動促進劑[prokinetic]）
- (D) pseudoephedrine（一種甲型腎上腺素受體促效劑[alpha-adrenergic agonist]）

答案 C

A. codeine（一種 opiate，用於止咳）

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Codeine, as an opiate, can increase bladder neck/sphincter tone and cause CNS depression, a known cause of urinary retention in BPH patients.

B. diphenhydramine（一種抗組織胺[anti-histamine]）

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Diphenhydramine's anticholinergic effects inhibit detrusor muscle contraction and worsen bladder outlet obstruction, leading to retention.

C. metoclopramide（一種胃腸蠕動促進劑[prokinetic]）

✓ 正確 [P3 人上人]

詳解：Metoclopramide is less directly linked to urinary retention compared to others; it's not a common cause of acute retention in BPH.

D. pseudoephedrine（一種甲型腎上腺素受體促效劑[alpha-adrenergic agonist]）

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Pseudoephedrine, an alpha-agonist, increases bladder neck tone, exacerbating BPH and causing retention.

第 25 題 [114-2 醫學三 第 67 題]

面對高齡病人時，下列敘述何項是最適當的臨床藥物處方原則？

- (A) 務必要與社區護理師共同作業 (work with community nurse mandatorily)
- (B) 總是啟用頻次相近的藥物 (start medicines at similar dosing frequency always)
- (C) 任何病人症狀的原因，都要考慮是藥物的副作用所造成 (consider an adverse drug event as a cause of any new patient symptom)
- (D) 每日更新與回顧所使用的藥物 (update and review the medication list daily)

答案 C**A. 務必要與社區護理師共同作業 (work with community nurse mandatorily)**

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：雖然與社區護理師合作對高齡病人照護有益，但「務必要」的絕對性可能不適用於所有情況，非最高原則。

B. 總是啟用頻次相近的藥物 (start medicines at similar dosing frequency always)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：高齡病人常有腎功能或肝功能下降，影響藥物代謝，不應一律以相似頻次給藥，需個體化調整。

C. 任何病人症狀的原因，都要考慮是藥物的副作用所造成 (consider an adverse drug event as a cause of any new patient symptom)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：高齡病人對藥物副作用更敏感，出現新症狀時，應高度懷疑藥物不良反應，是重要臨床原則。

D. 每日更新與回顧所使用的藥物 (update and review the medication list daily)

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：每日更新藥物清單對大多數高齡病人並非必要，應依病情變化與新處方頻率適時回顧，而非固定每日。

也考本考點的題目 (1 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
113-2	醫學三 Q67	家醫科・家庭醫藥，周全性老年評估與老年症候群 (Comprehensive Geriatric Assessment and Geriatric Syndromes)

老年排尿功能障礙與尿失禁 (Geriatric Urinary Incontinence and Voiding Dysfunction)

★ 偶考 考過 3/20 梯次：108-2、113-2、115-2

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 七、老年醫學

7.7 尿失禁

類型	機制	特點	治療
壓力性 (Stress)	骨盆底鬆弛	咳嗽/大笑/用力時漏尿；女性最常見	骨盆底肌運動 (Kegel)、手術
急迫性 (Urge)	膀胱過動	強烈尿意後來不及到廁所	膀胱訓練、Anticholinergic (oxybutynin, tolterodine)；老年人注意抗膽鹼副作用
溢流性 (Overflow)	膀胱出口阻塞/逼尿肌無力	持續滴漏、殘餘尿量多	BPH → α -blocker；自我導尿
功能性 (Functional)	認知或行動障礙	無法及時到達廁所	環境調整、定時如廁

★ 國考重點 (本站講義)

⚠ 易混與陷阱

- 尿失禁類型臨床特徵比較：

尿失禁類型	臨床核心特徵	膀胱排空狀態與誘發因素
溢流性尿失禁 (overflow incontinence)	膀胱極度擴張後的滲漏，下腹受壓時流出少量尿液	膀胱排空障礙，餘尿量極多（如 500 mL）
功能性尿失禁 (functional incontinence)	因身體或心理障礙無法及時如廁	膀胱本身排尿功能並未受損
應力性尿失禁 (stress incontinence)	腹內壓增加（如咳嗽、打噴嚏）時漏尿	與膀胱過度膨脹無關；婦女生產所致之膀胱頸過動（bladder neck hypermobility）為主要成因〔115-2〕
急迫性尿失禁 (urge incontinence)	強烈且突發的尿意感，常伴隨頻尿	逼尿肌過度收縮（detrusor overactivity）為主因，非生產所致之膀胱頸過動、亦非膀胱擴張後的滲漏〔115-2〕

• 常見影響排尿藥物之機轉與 BPH 患者效應比較：

藥物分類	機轉對解尿之影響	對 BPH 伴隨尿滯留患者的臨床效應	官方詳解所述之臨床應用與處置
甲型拮抗劑 (alpha-antagonist)	放鬆前列腺與膀胱頸平滑肌	改善尿流，緩解尿滯留	BPH 症狀之一線藥物治療
抗組織胺 (antihistamine，如 diphenhydramine)	具抗膽鹼效應，抑制逼尿肌收縮	惡化膀胱出口阻塞，引發尿滯留	感冒常用藥，此患者應避免使用
甲型促效劑 (alpha-agonist，如 pseudoephedrine)	增加膀胱頸張力	加重前列腺肥大阻塞，引發尿滯留	感冒常用藥，此患者應避免使用
鴉片類藥物 (opiate，如 codeine)	增加膀胱頸及括約肌張力、中樞抑制	導致或加重尿滯留	止咳常用藥，此患者應避免使用
抗膽鹼劑 (anticholinergic)	抑制逼尿肌收縮	加劇阻塞性尿滯留	用於治療急迫性尿失禁，BPH 阻塞者禁用
乙三型促效劑 (beta 3-agonist)	放鬆逼尿肌	使阻塞性尿滯留惡化	用於治療膀胱過動症，BPH 阻塞者禁用
胃腸蠕動促進劑 (prokinetic，如 metoclopramide)	促進腸胃蠕動	與尿滯留無直接關聯	用於止吐，最不可能引發急性尿滯留

精選考題 (2/3)

第 26 題 [108-2 醫學三 第 62 題]

承上題，上述病人嘗試去排尿後，立即使用超音波檢查膀胱，發現約有 500 mL 餘尿。當超音波探頭壓在下腹部時，可發現少量尿液不自主的從尿道口緩慢流出來。此種型態的尿失禁（urinary incontinence）稱為：

- (A) 功能性尿失禁 (functional incontinence)
- (B) 應力性尿失禁 (stress incontinence)
- (C) 溢流性尿失禁 (overflow incontinence)
- (D) 急迫性尿失禁 (urge incontinence)

答案 C

A. 功能性尿失禁 (functional incontinence)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：功能性尿失禁 (functional incontinence) 主因是身體或心理障礙，無法及時如廁，非膀胱排尿功能受損。此病人主要問題是膀胱排空障礙。

B. 應力性尿失禁 (stress incontinence)

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：應力性尿失禁 (stress incontinence) 發生於腹內壓增加時（如咳嗽、打噴嚏），非膀胱過度膨脹。超音波探頭壓力非典型誘發因素。

C. 溢流性尿失禁 (overflow incontinence)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：溢流性尿失禁 (overflow incontinence) 發生於膀胱過度膨脹，無法儲存足夠尿液而滲漏。病人膀胱殘餘尿量達 500 mL，且受壓時漏尿，符合此定義。

D. 急迫性尿失禁 (urge incontinence)

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：急迫性尿失禁 (urge incontinence) 主要特徵是強烈且突發的尿意感，常伴隨頻尿。此病人關鍵是膀胱極度擴張後的滲漏。

第 27 題 [115-2 醫學三 第 66 題]

有關老年尿失禁的敘述，下列何者最適當？

- (A) 對於老年婦女尿失禁，局部雌激素補充療法效果明確，是目前第一線首選治療
- (B) mirabegron 是選擇性 β -3 乙型交感受體促進劑，不具抗膽鹼副作用，優點是使用前不需確認病人膀胱餘尿 是否正常
- (C) 婦女因生產導致膀胱及膀胱頸過動 (hypermobility)，是造成急迫型尿失禁 (urge urinary incontinence) 的主要原因
- (D) 夜間多尿可能為藥物所引起，如：利尿劑 (diuretics)、乙型阻斷劑 (beta-blockers) 等，也可能為攝取 過多水分、咖啡因或酒精引起

答案 D

A. 對於老年婦女尿失禁，局部雌激素補充療法效果明確，是目前第一線首選治療

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：老年婦女尿失禁的第一線首選治療為行為治療與 PFMT (Pelvic Floor Muscle Training，骨盆底肌肉訓練)，局部雌激素補充僅為補充/輔助療法，非第一線首選。

B. mirabegron 是選擇性 β -3 乙型交感受體促進劑，不具抗膽鹼副作用，優點是使用前不需確認病人膀胱餘尿 是否正常

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Mirabegron (Betmiga) 雖為選擇性 β -3-agonist 且不具抗膽鹼副作用，但仍有引發尿滯留風險，使用前與治療中仍需評估 PVR (Post-Void Residual，膀胱餘尿)。

C. 婦女因生產導致膀胱及膀胱頸過動 (hypermobility)，是造成急迫型尿失禁 (urge urinary incontinence) 的主要原因

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：生產導致的膀胱頸過動 (Bladder Neck Hypermobility) 為 SUI (Stress Urinary Incontinence，應力型尿失禁) 主因；UUI (Urge Urinary Incontinence，急迫型尿失禁) 主因為逼尿肌過動。

D. 夜間多尿可能為藥物所引起，如：利尿劑 (diuretics)、乙型阻斷劑 (beta-blockers) 等，也可能為攝取 過多水分、咖啡因或酒精引起

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：Nocturnal Polyuria (夜間多尿) 常見誘因包含 Diuretics (利尿劑)、Beta-Blockers (乙型阻斷劑)、晚間過量水分、Caffeine (咖啡因) 與 Alcohol (酒精) 攝取。

本考點其他考題 (1 題，未收錄)

梯次	題目	主題
108-2	醫學三 Q63	urinary retention management

也考本考點的題目 (2 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
113-2	醫學三 Q67	家醫科・家庭醫藥，周全性老年評估與老年症候群 (Comprehensive Geriatric Assessment and Geriatric Syndromes)
108-2	醫學三 Q61	家醫科・家庭醫藥，老年多重用藥與處方原則 (Geriatric Polypharmacy and Prescribing Principles)

家庭醫學與臨床溝通 (Family Medicine and Clinical Communication)

★★ 穩定考點 考過 9/20 梯次：109-1、109-2、110-1、110-2、111-2、113-1、113-2、114-2、115-2

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 一、家庭醫學核心概念

1.1 家庭醫學六大原則

1. 持續性照護 (Continuity of care)：從出生到死亡，不間斷的醫療關係
2. 全人照護 (Comprehensive care)：涵蓋生理、心理、社會、靈性層面
3. 協調性照護 (Coordinated care)：整合各專科、轉介、社區資源
4. 家庭導向照護 (Family-oriented care)：以家庭為單位進行照護
5. 社區導向照護 (Community-oriented care)：了解社區資源與健康議題
6. 預防醫學 (Preventive care)：強調疾病預防與健康促進

1.2 生物心理社會模式 (Biopsychosocial Model)

- 疾病與健康是 生物 (biological)、心理 (psychological)、社會 (social) 三層面交互作用的結果
- 核心觀念：不能僅以生物因素解釋疾病，需同時評估心理狀態 (情緒、認知、行為) 與社會脈絡 (家庭、經濟、文化、職場)
- 與家庭醫學「全人照護」理念高度契合，為以病人為中心的照護 (patient-centered care) 之理論基礎
- 臨床應用：慢性疼痛 (疼痛感受受心理與社會因素調控)、憂鬱症 (生物 + 心理壓力 + 社會孤立)、功能性腸胃疾患等

★ 國考重點 (本站講義)

- 生理心理社會模式 (Biopsychosocial Model, BPS model) 的層面界定
- 生理層面 [109-1]
- 心理層面 [109-1] [114-2]
- 社會層面 [114-2]
- 臨床應用 [110-1]
- 健康與疾病照護模式的核心特性
- 生物醫學模式 (Biomedical model) [111-2]
- 生態學模式 (Ecological model) [111-2]
- 整體健康模式 (Holistic model) [111-2]
- 民族醫學文化模式 (Ethnomedical cultural model) [111-2]
- 家庭醫師特色
- 協調性 (Coordination / Coordinated care) [109-2]
- 周全性照顧 (Comprehensive care) [110-2]
- 青少年照護原則
- 跨文化溝通與臨床會談技巧
- LEARN 看診模式 [113-1、113-2]
- 離開診間前的提問 (Hand-on-the-Doorknob Syndrome) [113-1]
- 病人對家庭醫師之期待 (Stock Keister et al., 2004) [115-2]

⚠ 易混與陷阱

照護模式/特色/縮寫	正確核心定義與代表概念	常見混淆/錯誤陷阱
生物醫學模式 (Biomedical model)	化約論、心身二元論、單一病因論。	× 生物適應 (此為生態學模式概念) × 醫療化是其「限制」，而非生理心理社會模式的「優點」。
生態學模式 (Ecological model)	核心為生物適應，強調個體與環境的動態平衡。	× 容易與生物醫學模式的特性混淆。
整體健康模式 (Holistic model)	疾病是一個創造性的契機，關注身心靈與環境。	× 僅將疾病視為生理機器的損壞。
民族醫學文化模式 (Ethnomedical cultural model)	著重文化如何塑造健康經驗、疾病解釋與求醫行為。	× 簡單將生物醫學、整體觀與文化因素進行三方合併。
生理心理社會模式 (Biopsychosocial model)	結合生理 (含基因、環境影響)、心理 (情感、意志、應對方式) 與社會支持。	× 基因及疾病史屬於心理層面 (應屬於生物生理層面)。× 焦慮憂鬱會提升疼痛閾值 (實際會降低閾值)。
協調性照顧 (Coordinated care)	雙向轉診，協調初級與次級照護之資訊流通。	× 可近性 (著重就醫便利性) × 負責性 (著重照護結果負責)。
周全性照顧 (Comprehensive care)	同時處理急性 (咳嗽)、預防 (疫苗) 與整體評估 (睡眠、體重)。	× 持續性照顧 (持續性指長期的醫病關係管理)。
LEARN - L	Listen ：同理心傾聽病人的想法與信念。	× Label ：你覺得你得了什麼病。
LEARN - E	Explain ：以病人能懂的語言解釋病情。	× Effect ：疾病對生活帶來什麼不便。
LEARN - A	Acknowledge ：承認、認同並處理病人的擔憂。	× Affect ：疾病對情緒造成的影響。
LEARN - R	Recommend ：給予最佳治療建議 (含解釋好處)。	× Reward ：對病人解釋治療的好處 (Reward 為錯誤植入字)。
LEARN - N	Negotiate ：共同討論以取得治療共識。	-
病人對家庭醫師之期待 (Stock Keister et al., 2004)	病人期待醫師「總能誠實且直接 (is always honest and direct)」提醒自己，並真誠傾聽、了解自己、能幫助任何問題。〔115-2〕	× 誤植/誤記為「誠實且間接 (honest and indirect)」。

精選考題 (3/8)

第 28 題 [111-2 醫學三 第 66 題]

有關健康與疾病照護模式 (models of health, illness & health care) 的敘述，下列何者正確？

- (A) 醫療化 (medicalization) 是 biopsychosocial model 的優點
- (B) 生物適應 (biological adaptation) 是 biomedical model 的特性
- (C) holistic model 認為 illness is a creative opportunity
- (D) ethnomedical cultural model 是合併 biomedical, holistic and cultural factors

答案 C

A. 醫療化 (medicalization) 是 biopsychosocial model 的優點

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Medicalization (醫療化) 是指將原本屬於社會、行為或生活範疇的問題，轉化為醫療診斷並以醫學手段處理的過程。這通常被視為 Biomedical model (生物醫學模式) 擴張後的負面特質或限制，可能導致過度醫療。Biopsychosocial model (生物心理社會模式) 的初衷則是為了修正此傾向，主張醫師應從心理與社會維度全面理解病人，而非將所有困擾簡化為生物學上的病態。

B. 生物適應 (biological adaptation) 是 biomedical model 的特性

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Biomedical model (生物醫學模式) 的核心特性包括 Reductionism (化約論)、Mind-body dualism (心身二元論) 以及尋找單

一病原的病因論。而 Biological adaptation (生物適應) 主要是 Ecological model (生態學模式) 的核心主張，由學者 René Dubos 提出，強調健康是個體與環境之間達成平衡的動態適應能力。將健康定義為「沒有疾病」並專注於解剖病理生理機制，才是生醫模式的典型思維。

C. holistic model 認為 illness is a creative opportunity

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：Holistic model (整體健康模式) 賦予疾病更深層的哲學與存在意涵，不單將其視為生理機器的損壞，更主張 Illness is a creative opportunity (疾病是一個創造性的契機)。此模式強調人是身、心、靈與環境交織的統合體，當疾病發生時，不僅是體內平衡失調，更提供病人一個停下腳步、重新檢視生命價值觀、生活模式或人際關係的機會。透過應對疾病的過程，個體能尋求內在的成長與轉變，最終達成更高層次的身心健康狀態，此觀點為全人醫療的重要核心。

D. ethnomedical cultural model 是合併 biomedical, holistic and cultural factors

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：Ethnomedical cultural model (民族醫學文化模式) 主要著重於不同文化群體如何建構對疾病的解釋、信仰以及相應的求醫行為，核心在於探討「文化」如何塑造健康經驗。雖然它會考量跨文化的觀點，但定義上並非簡單將生物醫學、整體觀與文化因素進行三方合併。該選項的敘述過於廣泛且混淆了不同模式的定義界線。官方考點主要在於確認整體模式對於疾病「創造性契機」的獨特詮釋，故本選項並非正確定義。

第 29 題 [114-2 醫學三 第 66 題]

38 歲陳女士常常因頭痛與肩頸痠痛就醫，診斷為緊張性頭痛 (tension headache)，依據生理心理社會模式 (biopsychosocial model, BPS model) 之觀點，下列敘述何者錯誤？

- (A) 其症狀與頭頸部肌肉緊張收縮有相關
- (B) 焦慮憂鬱心理狀態會提升疼痛閾值
- (C) 生活壓力事件影響頭痛頻率
- (D) 社會支持不足而減弱對壓力適應之緩衝，容易致病

答案 B

A. 其症狀與頭頸部肌肉緊張收縮有相關

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：緊張性頭痛常與頭頸部肌肉緊繃、收縮有關，這是其生物學成因之一。

B. 焦慮憂鬱心理狀態會提升疼痛閾值

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：焦慮與憂鬱狀態通常會降低疼痛閾值，使疼痛感更明顯，而非提升。

C. 生活壓力事件影響頭痛頻率

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：生活壓力是誘發或加劇緊張性頭痛的重要心理社會因子，影響疼痛頻率。

D. 社會支持不足而減弱對壓力適應之緩衝，容易致病

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：社會支持系統能緩衝壓力對健康的負面影響，支持不足可能加劇身心疾病風險。

第 30 題 [111-2 醫學三 第 68 題]

有關家庭醫師照顧青少年病人時的角色敘述，下列何者錯誤？

- (A) 要能了解生長與體重的變化，才能發現可能的問題
- (B) 學校成績問題是此發展階段最重要的議題
- (C) 須注意此階段的肥胖及飲食問題，並提供病人及家屬衛教諮詢
- (D) 應於就診時與其討論藥物或喝酒對於駕駛的危險

答案 B

A. 要能了解生長與體重的變化，才能發現可能的問題

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：青少年時期是身體快速發展的關鍵階段，關注生長曲線與體重變化是識別生長遲滯、肥胖、營養不良或內分泌問題的重要方式。

B. 學校成績問題是此發展階段最重要的議題

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：學校成績固然重要，但青少年發展議題多元，包含心理健康、社交、性行為等，家庭醫師應採取整體性照護，而非將學業視為唯一最重要的議題。

C. 須注意此階段的肥胖及飲食問題，並提供病人及家屬衛教諮詢

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：青少年肥胖與飲食失調是常見健康問題，家庭醫師在篩檢、諮詢與衛教方面扮演重要角色，能提供病人及家屬專業支持。

D. 應於就診時與其討論藥物或喝酒對於駕駛的危險

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：青少年物質濫用（藥物、酒精）及酒駕、藥駕是重大的公共衛生議題，家庭醫師有責任與青少年討論這些風險，進行預防性衛教。

本考點其他考題（5 題，未收錄）

梯次	題目	主題
109-1	醫學三 Q66	biopsychosocial model
109-2	醫學三 Q68	family medicine referral coordination
110-1	醫學三 Q66	biopsychosocial somatization
110-2	醫學三 Q68	comprehensive family medicine approach
115-2	醫學三 Q67	patient expectations of family physicians

也考本考點的題目（3 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
113-1	醫學三 Q66	家醫科・家庭醫業，家庭評估與醫病溝通（Family Assessment and Clinical Communication）
113-1	醫學三 Q71	家醫科・家庭醫業，家庭評估與醫病溝通（Family Assessment and Clinical Communication）
113-2	醫學三 Q66	家醫科・家庭醫業，家庭評估與醫病溝通（Family Assessment and Clinical Communication）

以家庭為中心的照護（Family-Centered Care）

★ 偶考 考過 4/20 梯次：109-1、113-1、113-2、114-1

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 一、家庭醫學核心概念

1.4 家庭生活週期 (Family Life Cycle)

階段	名稱	發展任務
1	新婚期	建立婚姻關係、角色適應
2	養育嬰幼兒期	適應父母角色、子女照顧
3	學齡前期	子女社會化、父母調適
4	學齡期	子女教育、家庭對外關係
5	青少年期	子女自主性增加、親子衝突
6	子女離家期 (launching)	空巢適應、夫妻關係重建
7	中年父母期	退休適應、照顧老年父母
8	老年期	健康維護、面對喪偶與死亡

★ 國考重點 (本站講義)

- 家庭系統理論的應用〔109-1〕
- Family APGAR 量表的評估維度〔109-1、113-1〕
- 無器質病變慢性症狀的處置〔113-1〕
- 重大壓力事件與降壓藥過量的處置〔113-2〕
- 家庭健康行為與吸菸風險倍數〔114-1〕

⚠ 易混與陷阱

項目	正確觀念 / 處置	常見誤區 / 陷阱選項
APGAR 量表概念模式	系統理論觀點 (Systems approach)：將家庭視為動態系統。	誤選生物心理社會模式 (Biopsychosocial model)、壓力與因應模式或生命歷程觀點。〔109-1〕
父母吸菸對青少年影響	青少年吸菸機率增加 2.5 至 3 倍 。	誤寫為僅增加 2 倍 (低估影響力)。〔114-1〕
兄姐吸菸對青少年影響	青少年吸菸機率增加 4 至 5 倍 (影響力更強)。	忽略手足吸菸的影響力顯著高於父母的特點。〔114-1〕
查無器質原因的慢性病症	家庭功能評估 (Family function assessment)：釐清家庭支持系統。	直接轉介精神科 (易造成患者抗拒標籤化)、重覆轉介神經科或安排正子攝影 (PET, 屬過度醫療)。〔113-1〕
降血壓藥過量伴低血壓頭暈	調整/減輕藥物劑量並記錄居家血壓，同時進行悲傷撫慰。	建議繼續依原醫囑服藥以預防中風 (會加劇低血壓症狀)。〔113-2〕

精選考題 (1/1)

第 31 題〔114-1 醫學三 第 68 題〕

下列有關吸菸、酗酒、缺乏運動、不好的飲食習慣等不健康行為與家庭關係的敘述，何者錯誤？

- (A) 這些行為的養成與家庭有關
- (B) WHO 強調家庭是健康促進最主要的社會因素
- (C) 社會型態改變導致外食增加，飲食習慣仍會受到家庭其他成員的影響
- (D) 如果父母或兄長吸菸，青少年吸菸的機會增加兩倍

答案 D

A. 這些行為的養成與家庭有關

× 錯誤 [P1 tier]

詳解：家庭是個人成長中最早接觸的微環境，對 Health Behavior (健康行為) 的形塑具備深遠影響。個人在成長過程中會透過 Socialization (社會化) 過程，模仿家中長輩或成員的 Lifestyle (生活型態)，包括運動頻率、菸酒使用及飲食選擇等。家庭成員間共享的價值觀與生活氣氛是健康習慣養成最重要的基礎，此敘述符合家庭醫學之核心觀念。

B. WHO 強調家庭是健康促進最主要的社會因素

× 錯誤 [P1 tier]

詳解：World Health Organization (世界衛生組織) 多次強調家庭是推動 Health Promotion (健康促進) 的基本單位。家庭不僅提供成員情感與經濟的支持，亦是落實衛教與預防醫學最直接的場域。在評估健康的社會影響力時，家庭被視為最主要且具備樞紐地位的 Social Factor (社會因素)，對於個體之健康預後與行為改變具備不可替代的關鍵作用。

C. 社會型態改變導致外食增加，飲食習慣仍會受到家庭其他成員的影響

× 錯誤 [P2 tier]

詳解：隨著社會經濟型態變遷，外食行為雖日益普遍，但個人的 Nutritional Status (營養狀況) 仍深受家庭影響。家庭成員共同決定用餐模式與外食地點，且家中成員對食物的偏好、對健康的認知會經由日常互動傳遞給其他成員。即便是在家以外的場所進食，其飲食習慣之傾向與食物種類的選擇，背後仍會顯現家庭背景與長期家庭教育之痕跡。

D. 如果父母或兄長吸菸，青少年吸菸的機會增加兩倍

✓ 正確 [P1 tier]

詳解：家庭成員的建模作用是 Adolescent Smoking (青少年吸菸) 的重要預測因子，但選項中「增加兩倍」的數據描述不夠精確且低估了影響力。根據醫學教材與統計，若父母吸菸，青少年吸菸的機率約增加 2.5 至 3 倍；若兄長或姊姊吸菸，其影響力更為顯著，風險機率可增加達 4 至 5 倍。由於該選項與教科書中公認的風險倍數存在落差，且忽視了手足吸菸更強的影響力，故為錯誤描述。

也考本考點的題目 (3 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
109-1	醫學三 Q70	家醫科・家庭醫業，家庭評估與醫病溝通 (Family Assessment and Clinical Communication)
113-1	醫學三 Q68	家醫科・家庭醫業，家庭評估與醫病溝通 (Family Assessment and Clinical Communication)
113-2	醫學三 Q68	家醫科・家庭醫業，家庭評估與醫病溝通 (Family Assessment and Clinical Communication)

家醫科・預防醫學

正文：HikariMusic《TWMLE》<https://hikarimusic.github.io/TWMLE/>

預防醫學與疾病篩檢 (Preventive Medicine and Disease Screening)

★★★ 常青必掃 考過 16/20 梯次：106-1、107-1、107-2、108-2、109-1、109-2、110-1、110-2、111-1、112-1、112-2、113-1、113-2、114-1、114-2、115-1

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 二、預防醫學與篩檢

2.1 預防醫學三段五級

段別	級別	內容	例子
初段預防	第一級：促進健康	健康教育、營養、運動	衛教、環境衛生
初段預防	第二級：特殊保護	預防接種、職業防護	疫苗、安全帽、防曬
次段預防	第三級：早期診斷與治療	篩檢 (screening)	子宮頸抹片、乳房攝影
三段預防	第四級：限制殘障	適當治療、避免併發症	糖尿病控制防失明
三段預防	第五級：復健	恢復功能、回歸社會	中風後物理治療

2.2 篩檢原則

1. 疾病為重要公衛問題
2. 疾病有可接受的治療方法
3. 有足夠的診斷與治療設施
4. 疾病有可辨認的潛伏期或早期症狀
5. 有合適的篩檢工具
6. 篩檢方法為群眾所接受
7. 了解疾病自然史
8. 對於治療對象有共識
9. 篩檢的成本效益合理
10. 篩檢應為持續性計畫

2.4 篩檢偏差 (Screening Biases)

偏差類型	說明
Lead-time bias (前置時間偏差)	篩檢只是提早診斷時間，看似存活期延長，實際死亡時間未改變
Length-time bias (時間長度偏差)	篩檢較易偵測到生長緩慢（預後好）的疾病，誇大篩檢效益
Selection bias (選擇偏差)	自願篩檢者通常較注重健康，本來就預後較好
Overdiagnosis bias	篩出的疾病在病人有生之年不會造成影響（如老年人低惡性度攝護腺癌）

2.5 台灣癌症篩檢（國健署）

癌症	篩檢工具	對象	頻率
子宮頸癌	子宮頸抹片（Pap smear）	30 歲以上女性	每 3 年一次
乳癌	乳房 X 光攝影（mammography）	45-69 歲女性（二等親有乳癌史 40 歲起）	每 2 年一次
大腸癌	糞便免疫化學法（FIT）	45-74 歲（40-44 歲有一等親大腸癌史者亦可）	每 2 年一次
口腔癌	口腔黏膜檢查	30 歲以上有嚼檳榔（含已戒）或吸菸者；18 歲以上嚼檳榔原住民	每 2 年一次
肺癌	低劑量電腦斷層（LDCT）	具肺癌家族史：男 50-74、女 45-74；重度吸菸者（≥30 包年，戒菸未達 15 年）50-74 歲	每 2 年一次

★ 國考重點（本站講義）

- 三段五級預防 (Three Levels and Five Stages of Prevention)
- 初段預防 (Primary Prevention)〔107-1、113-1〕
- 次段預防 (Secondary Prevention)〔107-2、113-1〕
- 三段預防 (Tertiary Prevention)〔113-1〕
- 疾病篩檢原則 (Principles of Disease Screening)
- 心血管風險與血脂目標 (Cardiovascular Risk and Lipid Targets)
- 骨質疏鬆症診斷與篩檢 (Osteoporosis Diagnosis and Screening)
- 癌症篩檢與預防 (Cancer Screening and Prevention)
- 乳癌 (Breast Cancer)〔107-1〕
- 【現行標準 | USPSTF 乳癌篩檢起始年齡 | 依據：USPSTF 2024 Final Recommendation Statement (JAMA 2024;331:1918) ；查核：2026-08-08 | 未對應歷屆】
- 子宮頸癌 (Cervical Cancer)〔107-1〕
- 大腸直腸癌 (Colorectal Cancer)〔107-2〕
- 疫苗接種與預防 (Vaccination and Prevention)
- 諮詢強度與行為介入 (Counseling Intensity and Behavioral Intervention)
- 體重管理與行為改變 (Weight Management and Behavioral Change)
- 老人憂鬱症篩檢 (Geriatric Depression Screening)
- 化學預防建議等級 (USPSTF Chemoprevention Grades)
- Grade A (最高等級)〔110-1、114-2〕
- Grade B〔110-1、114-2〕
- Grade D (不建議)〔114-2〕
- 親密關係與社會暴力篩檢 (Intimate Partner and Social Violence)
- 運動處方 (Exercise Prescription)

⚠ 易混與陷阱

比較主題	正確觀念 / 標準	常見陷阱 / 錯誤選項	考過年份
骨鬆篩檢指標	診斷標準為 T-score $\leq$ -2.5 (對標年輕成人)。	使用 Z-score (對標同年齡同性別者) 進行診斷。Z-score 用於評估是否異常低於同齡，不作診斷標準。	[106-1]
預防醫學分段	初段 : 注射疫苗、衛生教育。 次段 : 各類篩檢 (如子宮頸抹片、潛血檢查)、早期治療。 三段 : 已確診慢性病 (如高血壓) 規律服藥以預防併發症。	誤將「早期發現早期治療」或「注射疫苗」歸為初段或次段的混淆。	[107-1、113-1]
大腸鏡篩檢起始	一等親家族史 : 40 歲 (或比親屬確診早 10 年) 開始。 發炎性腸道疾病 (IBD) : 診斷後 8-10 年 開始。	誤認為一等親家族史 50 歲才開始; 誤認為 IBD 患者「一旦診斷」就立即開始大腸鏡監測。	[107-2]
大腸息肉與篩檢追蹤	腺瘤性息肉切除 : 依風險分層, 低風險 5-10 年, 高風險 3 年追蹤。 篩檢金標準 : 大腸鏡。	誤認為息肉切除後需「每年」追蹤; 誤認為肛門指診或下消化道攝影可作為主要篩檢工具。	[107-2、112-1]
運動強度定義	中等強度 : Borg RPE 量表 12-13 分 ; 心跳率為最大心跳率的 50%-70% 。	誤認為中等強度為 RPE 量表 9-11 分 (此為輕度); 誤將最大心跳率直接當作中等強度運動目標心跳。	[110-2、114-2]
減重藥物介入門檻	BMI $\geq$ 30 kg/m² , 或 BMI $\geq$ 27 kg/m² 且合併肥胖共病。	誤認為過重 (BMI 24-27) 或無共病的 BMI 28 就能開立減重藥物。	[113-1]
化學預防建議等級	Grade A : 孕前補充葉酸 0.4-0.8 mg。 Grade B : 老人補維生素 D。 Grade D : 補充維生素 E、60 歲以上吃阿斯匹靈預防 CVD。	誤認為補充維生素 D、維生素 E 或阿斯匹靈預防心血管疾病皆是 Grade A。	[110-1、114-2]
暴力篩檢建議等級	育齡婦女親密伴侶暴力 (IPV) 篩檢為 Grade B 。	老人虐待 (Elder Abuse) 篩檢為 Grade B (目前為證據不足 I 級)。	[112-1]
青少年諮詢與篩檢	高強度/密集諮詢 : 預防性接觸傳染病 (STI)。 18 歲最不需要篩檢 : 脊椎側彎 (18 歲已達上限)。	預防菸品、酗酒、皮膚癌等在青少年需要「密集諮詢」(實際上僅需簡短諮詢或教育)。	[109-1、112-2]

精選考題 (5/26)

第 1 題 [113-1 醫學三 第 69 題]

關於預防醫學 (preventive medicine) 三段五級中各階段的内容, 下列敘述何者正確?

- (A) 「早期發現早期治療」屬初段預防 (primary prevention)
- (B) 「注射疫苗預防流感」屬次段預防 (secondary prevention)
- (C) 「高血壓病人服用降血壓藥物以減少併發症」屬三段預防 (tertiary prevention)
- (D) 「衛生教育」屬次段預防 (secondary prevention)

答案 C

A. 「早期發現早期治療」屬初段預防 (primary prevention)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解: 早期發現與治療屬於次段預防, 旨在疾病發生後盡早介入。初段預防是防止疾病發生。

B. 「注射疫苗預防流感」屬次段預防 (secondary prevention)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：注射疫苗是初段預防的核心策略，目標是預防疾病的發生。次段預防則是在疾病發生後進行早期診斷與介入。

C. 「高血壓病人服用降血壓藥物以減少併發症」屬三段預防 (tertiary prevention)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：治療已存在疾病（高血壓）以預防併發症，是三段預防的典型應用，旨在降低疾病的失能與損害。

D. 「衛生教育」屬次段預防 (secondary prevention)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：衛生教育主要屬於初段預防，旨在促進健康行為與疾病發生前的風險認知。雖也可用於次段，但普遍歸類為初段。

第 2 題 [107-2 醫學三 第 25 題]

以下關於大腸直腸癌篩檢之敘述，何者正確？

- (A) 一旦診斷發炎性腸道疾病 (inflammatory bowel disease)，就要每 1 至 3 年施行一次大腸鏡
- (B) 一般危險性族群，每 1 至 2 年以免疫法糞便潛血檢查篩檢是一個篩檢的好方式
- (C) 一旦診斷有腺瘤性息肉並切除後，應每年追蹤大腸鏡
- (D) 有一等親大腸癌家族史者，應從 50 歲開始每 5 年做一次大腸鏡

答案 B**A. 一旦診斷發炎性腸道疾病 (inflammatory bowel disease)，就要每 1 至 3 年施行一次大腸鏡**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Inflammatory bowel disease (發炎性腸道疾病) 患者雖有較高的大腸癌風險，但監測通常並非「一旦診斷」就立即開始。根據指引，大腸鏡監測通常在診斷後的 8 至 10 年（視病變範圍而定）才開始進行，以偵測可能的 Dysplasia (細胞異生)。後續的追蹤頻率雖可規劃為 1 至 3 年一次，但起始點的門檻設定需考量病程時間，而非確診當下即適用此篩檢頻率。

B. 一般危險性族群，每 1 至 2 年以免疫法糞便潛血檢查篩檢是一個篩檢的好方式

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：針對 50 歲至 74 歲的 Average-risk group (一般危險性族群)，目前醫學實證與國民健康署均建議每 1 至 2 年定期接受一次 Fecal Immunochemical Test (免疫法糞便潛血檢查)。FIT 對於偵測大腸癌及具臨床意義的息肉具有良好的敏感度與特異性，且不受飲食影響。這類非侵入性篩檢能有效在無症狀階段發現病灶，並經由後續大腸鏡確診與處置，顯著降低大腸癌的發生率與死亡率，是目前最具實證基礎的公眾篩檢計畫。

C. 一旦診斷有腺瘤性息肉並切除後，應每年追蹤大腸鏡

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：切除 Adenomatous polyp (腺瘤性息肉) 後的追蹤頻率，需視息肉的大小、數量及組織學特徵 (如是否有 Villous architecture 或 High-grade dysplasia) 進行風險分層。低風險患者通常建議於 5 至 10 年後追蹤，高風險患者則建議每 3 年追蹤一次。除非是執行 Piecemeal resection (分段切除) 或臨床上有特殊疑慮，否則「每年追蹤」對於大多數息肉切除後的患者而言頻率過高，不符合目前的臨床處置常規。

D. 有一等親大腸癌家族史者，應從 50 歲開始每 5 年做一次大腸鏡

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：有一等親大腸癌家族史者屬於高風險族群，篩檢起始年齡應提早。一般建議自 40 歲開始，或比家屬確診年齡早 10 年 (以較早者為準) 開始接受 Colonoscopy (大腸鏡) 檢查。若該親屬在 60 歲以前即確診，則建議每 5 年追蹤一次。選項所述之「50 歲」為一般危險群的篩檢起始年齡，對於高危險家族史族群而言，可能導致篩檢計畫起始過晚，增加風險。

第 3 題 [114-2 醫學三 第 70 題]

美國預防醫學工作小組 (U.S. Preventive Services Task Force) 的化學性預防建議事項中，下列何者建議等級最高？

- (A) 65 歲以上的社區老人補充維生素 D，以預防跌倒骨折
- (B) 補充維生素 E，以預防心血管疾病
- (C) 準備懷孕婦女每日補充葉酸 (folic acid) 0.4~0.8 mg，以預防胎兒神經管缺陷
- (D) 60 歲以上成年人每日服阿斯匹靈 (aspirin) 100 mg，以預防心血管疾病

答案 C

A. 65 歲以上的社區老人補充維生素 D，以預防跌倒骨折

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：USPSTF 建議 65 歲以上成人每日補充 800-1000 IU 維生素 D 以預防跌倒；對骨質疏鬆預防證據不足。此為 Grade B 建議。

B. 補充維生素 E，以預防心血管疾病

× 錯誤 [P1 劣]

詳解：USPSTF 建議不使用維生素 E 預防心血管疾病，因證據不足且可能增加出血風險。此為 Grade D 建議。

C. 準備懷孕婦女每日補充葉酸 (folic acid) 0.4~0.8 mg，以預防胎兒神經管缺陷

✓ 正確 [P1 劣]

詳解：USPSTF 建議所有育齡婦女每日攝取 0.4-0.8 mg 葉酸，以預防胎兒神經管缺陷。此為最高等級 A 建議。

D. 60 歲以上成年人每日服阿斯匹靈 (aspirin) 100 mg，以預防心血管疾病

× 錯誤 [P1 劣]

詳解：USPSTF 建議 60 歲以上者不建議開始使用阿斯匹靈預防心血管疾病，因效益不明顯且風險考量。此為 Grade D 建議。

第 4 題 [112-2 醫學三 第 68 題]

18 歲大一男生因咳嗽來門診就醫，其健康狀況良好且有親密女友，依據美國預防醫學工作小組 (US Preventive Services Task Force) 的預防保健建議，下列何者是最不需要的篩檢或諮詢項目？

- (A) 脊椎側彎 (idiopathic scoliosis)
- (B) 肥胖 (obesity)
- (C) 性接觸傳染病 (sexually transmitted infection)
- (D) 預防菸品使用 (tobacco use)

答案 A**A. 脊椎側彎 (idiopathic scoliosis)**

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：USPSTF 建議 10-18 歲青少年篩檢脊椎側彎 (idiopathic scoliosis)，18 歲已接近或超過建議的篩檢年齡上限。相較於其他針對年輕成人持續性的篩檢與諮詢建議，其優先性較低。

B. 肥胖 (obesity)

× 錯誤 [P1 劣]

詳解：USPSTF 建議所有成人（包括年輕成人）進行肥胖篩檢，並提供諮詢與行為介入，以預防心血管疾病。此為持續性的成人健康照護建議。

C. 性接觸傳染病 (sexually transmitted infection)

× 錯誤 [P1 劣]

詳解：USPSTF 建議 13-64 歲者篩檢 HIV。對於性行為活躍的年輕成人，亦建議篩檢其他性接觸傳染病（如披衣菌、淋病）。考量其有親密女友，風險存在。

D. 預防菸品使用 (tobacco use)

× 錯誤 [P1 劣]

詳解：USPSTF 強烈建議對所有成人（包括年輕成人）進行菸品使用諮詢與戒菸介入，以預防相關健康危害。

第 5 題 [107-2 醫學三 第 69 題]

有關疾病或狀況篩檢的原則，下列何者不是原則之一？

- (A) 該疾病或狀況需具有較高的罹病率或死亡率
- (B) 該疾病或狀況需有較高的盛行率或較高的發生率
- (C) 該疾病或狀況需具有有症狀的期間，才有足夠時間去檢查
- (D) 該疾病或狀況必須有廣被接受的治療，且可改善疾病預後

答案 C

A. 該疾病或狀況需具有較高的罹病率或死亡率

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：篩檢介入的首要考量是疾病對健康的嚴重衝擊，高罹病率或死亡率的疾病才值得投入資源提早偵測與介入。

B. 該疾病或狀況需有較高的盛行率或較高的發生率

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：篩檢效益的關鍵在於疾病的發生頻率，高盛行率或發生率意味著更多人能從篩檢中受益，提高資源利用效率。

C. 該疾病或狀況需具有有症狀的期間，才有足夠時間去檢查

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：篩檢的目的是在疾病產生症狀前，於無症狀的潛伏期偵測，以便及早介入；若僅在有症狀時才易於檢查，則篩檢價值有限。

D. 該疾病或狀況必須有廣被接受的治療，且可改善疾病預後

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：篩檢的最終目的是改善預後，若無有效治療或治療無法改善預後，則早期偵測失去意義。

本考點其他考題（21 題，未收錄）

梯次	題目	主題
106-1	醫學三 Q67	hyperlipidemia primary prevention
106-1	醫學三 Q68	osteoporosis DEXA T-score
107-1	醫學三 Q39	breast cancer screening
107-1	醫學三 Q69	cervical cancer screening HPV vaccine
107-2	醫學三 Q41	uspstf cancer screening
108-2	醫學三 Q69	newborn congenital hypothyroidism screening
109-1	醫學三 Q68	USPSTF intensive counseling
109-2	醫學三 Q2	disease screening principles
110-1	醫學三 Q69	uspstf chemoprevention grade a
110-2	醫學三 Q67	USPSTF adolescent vaccination
110-2	醫學三 Q69	exercise prescription elderly
111-1	醫學三 Q66	adult preventive health metabolic syndrome
112-1	醫學三 Q23	colorectal cancer screening
112-2	醫學三 Q41	cancer prevention
112-2	醫學三 Q65	pneumonia vaccination prevention
113-1	醫學三 Q22	hepatitis B screening high-risk groups
113-1	醫學三 Q70	obesity counseling
113-2	醫學三 Q72	geriatric depression screening
114-1	醫學三 Q70	osteoporosis screening USPSTF
114-2	醫學三 Q69	ACSM exercise prescription
115-1	醫學三 Q2	modifiable osteoporosis risk factors

也考本考點的題目（1 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
112-1	醫學三 Q71	家醫科・家庭醫業，醫療專業素養與法規（Medical Professionalism and Regulation）

慢性病預防與個案管理（Chronic Disease Prevention and Management）

★★ 穩定考點 考過 9/20 梯次：106-1、106-2、107-1、109-2、110-2、111-1、112-2、114-1、115-1

診斷與分類

分類	收縮壓 (mmHg)	舒張壓 (mmHg)
正常	< 120	< 80
偏高血壓	120–129	< 80
第一期高血壓	130–139	80–89
第二期高血壓	≥ 140	≥ 90

- 台灣 2022 高血壓指引：以居家血壓 ≥ 130/80 mmHg 診斷高血壓，並以此為治療目標
- 居家血壓量測遵循 **722 原則**：連續 **7** 天、每天早晚各 **2** 次、每次量 **2** 遍取平均
- 傳統診間血壓標準為 ≥ 140/90 mmHg（需不同日多次量測確認）
- 量測要點：休息 ≥ 5 分鐘、坐姿背有靠、手臂與心臟同高；壓脈帶氣囊寬度 ≈ 上臂圍 **40%**、長度 ≈ **80%**（過窄會高估血壓）
- 注意白袍高血壓與隱匿型高血壓 → 以居家或 24 小時 ABPM 鑑別

治療

- 生活型態（優先）：DASH 飲食、限鈉 < 6 g 鹽/day、減重、運動 ≥ 150 min/week、限酒、戒菸
- 第一線藥物：

藥物類別	優先適應症	關鍵禁忌
ACEi / ARB	DM、CKD、蛋白尿、心衰竭	孕婦、高血鉀、雙側腎動脈狹窄
CCB	老年、單獨收縮期高血壓	—
Thiazide	老年、單獨收縮期高血壓	痛風
β-blocker	心衰竭、心房顫動	氣喘（非選擇性）

- **ACEi + ARB** 不可併用
- 難治型高血壓（3 藥含利尿劑仍未達標）→ 加 **Spironolactone**
- 年輕或線索明顯者應排除次發性原因（腎動脈狹窄、嗜鉻細胞瘤、原發性醛固酮症、睡眠呼吸中止等）

診斷（符合任一，需重複確認）

- 空腹血糖 ≥ 126 mg/dL、OGTT 2hr ≥ 200、HbA1c ≥ 6.5%、隨機血糖 ≥ 200 + 典型症狀
- 糖尿病前期：FPG 100–125 / OGTT 2hr 140–199 / HbA1c 5.7–6.4%

控制目標

- **HbA1c**：一般 < 7%；老年/多重共病 < 8% 或更寬鬆
- 血壓：< 130/80 mmHg
- **LDL**：< 100 mg/dL（已有 CVD < 70）

藥物重點

- **Metformin**：第一線首選，不造成低血糖；禁忌 eGFR < 30
- **Sulfonylurea**：低血糖風險最高、體重增加
- **SGLT2 inhibitor**：心血管 + 腎臟保護；注意泌尿道黴菌感染、euglycemic DKA
- **GLP-1 RA**：減重 + 心血管保護；禁忌 MTC/MEN2 家族史
- 胰島素適應症：Type 1、口服藥控制不佳、HbA1c > 10%、懷孕

併發症篩檢

併發症	篩檢	頻率
視網膜病變	散瞳眼底檢查	T2DM 診斷時即開始，每年
腎病變	UACR + eGFR	每年
神經病變	單絲測試 (monofilament)	每年
足部	視診 + 脈搏 + monofilament	每次就診

血脂目標值

風險等級	LDL-C 目標
極高風險（已有 ASCVD 事件）	< 70 mg/dL
高風險（DM + 另一風險因子）	< 100 mg/dL
中度風險	< 130 mg/dL
低風險	< 160 mg/dL

- **Statin**：降 LDL 首選；副作用：肌肉痛/rhabdomyolysis；禁忌：懷孕、活動性肝病
- **Ezetimibe**：可與 statin 合併加強降 LDL
- **PCSK9 inhibitor**：Statin 不耐受或極高風險時使用
- **Fibrate**：降 TG 首選；TG ≥ 500 mg/dL → 急性胰臟炎風險 → 優先使用

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 六、慢性病管理 > 6.4 肥胖與代謝症候群

BMI 分類

分類	台灣 BMI	WHO BMI
過重	24–26.9	25–29.9
肥胖	≥ 27	≥ 30

代謝症候群（符合 ≥ 3 項）

1. 腰圍：男 ≥ 90 cm、女 ≥ 80 cm
2. TG ≥ 150 mg/dL
3. HDL-C：男 < 40 mg/dL、女 < 50 mg/dL
4. 血壓 ≥ 130/85 mmHg
5. 空腹血糖 ≥ 100 mg/dL

減重治療

- 生活型態：飲食（每日減 500–750 kcal）+ 運動 ≥ 150 min/week
- 藥物（BMI ≥ 30，或 BMI ≥ 27 + 合併症）：GLP-1 RA、Orlistat
- 手術（BMI ≥ 37.5，或 BMI ≥ 32.5 + 合併症）：Sleeve gastrectomy 最常施行

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 六、慢性病管理 > 6.5 慢性腎臟病（CKD）

分期

分期	eGFR (mL/min/1.73m ²)	說明
G1	≥ 90	腎功能正常但有腎損傷證據
G2	60–89	輕度下降
G3a	45–59	輕至中度下降
G3b	30–44	中至重度下降
G4	15–29	重度下降
G5	< 15	腎衰竭（考慮透析）

- 台灣最常見原因：糖尿病腎病變 > 高血壓 > 慢性腎絲球腎炎
- 延緩惡化：**ACEi/ARB**（降蛋白尿）+ **SGLT2i**（腎臟保護）、血壓血糖控制、限蛋白 0.6–0.8 g/kg/day

★ 國考重點（本站講義）

- 心血管疾病風險評估與血脂管理
- 骨質疏鬆症診斷與危險因子
- 肥胖與慢性病運動處方
- 代謝症候群（Metabolic Syndrome）診斷標準
- 糖尿病與慢性腎臟病個案管理
- 慢性阻塞性肺病肺部感染預防

⚠ 易混與陷阱

比較項目	觀念 A	觀念 B	關鍵鑑別點〔考過年份〕
骨質密度指標	T 值 (T-score)	Z 值 (Z-score)	T 值對標年輕成人，小於等於 -2.5 用於診斷骨質疏鬆症；Z 值對標同齡同性別，用於評估是否明顯低於同齡預期，不作為骨鬆診斷依據。〔106-1〕
骨鬆危險因子	可調節 (Modifiable)	不可調節 (Non-modifiable)	抽菸為可調節因子；年老、女性、一等親屬骨折史為不可調節因子。〔115-1〕
腎功能藥物安全	二甲雙胍 (Metformin)	非類固醇消炎止痛藥 (NSAIDs)	Metformin 在 eGFR 45-59 (Stage 3a) 仍可謹慎使用，小於 30 禁用；NSAIDs 會抑制腎前列腺素，損害腎血流，應避免長期服用以防惡化腎功能。〔114-1〕
低風險血脂管理	低密度脂蛋白目標值	藥物治療啟動點	0-1 項風險因子之低風險者，目標值為 LDL-C 小於 160 mg/dL，達 190 mg/dL 才考慮給予 Statin 治療，其餘先進行生活方式改善。〔106-1〕
糖尿病足部篩檢	10 公克單股纖維檢查	周邊動脈硬化篩檢 (PAD/ABI)	單股纖維足部與神經學檢查為年度常規項目；PAD/ABI 篩檢僅針對大於等於 65 歲或病程大於等於 10 年等高風險者，非例行年度項目。〔107-1〕

精選考題 (3/7)

第 6 題 〔114-1 醫學三 第 66 題〕

以生理心理社會模式 (biopsychosocial model) 來看代謝症候群的病因，下列敘述何者最適當？

- (A) 代謝症候群是生活型態病，與基因遺傳無明顯相關
- (B) 有精神疾病的人較容易導致代謝症候群
- (C) 社會經濟地位 (socioeconomic status) 較低者，較不易導致代謝症候群
- (D) 後天因素胎兒營養失調 (fetal malnutrition) 之低出生體重者，較不易導致代謝症候群

答案 B

A. 代謝症候群是生活型態病，與基因遺傳無明顯相關

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：代謝症候群成因多樣，含基因、生活型態、環境。忽略基因遺傳關聯不準確，多因素疾病。

B. 有精神疾病的人較容易導致代謝症候群

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：心理因素如精神疾病，透過壓力、藥物、行為影響代謝。是生理心理社會模式考量重點。

C. 社會經濟地位 (socioeconomic status) 較低者，較不易導致代謝症候群

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：低社經地位者常因飲食、壓力、運動受限，反而增加代謝症候群風險，此敘述與事實相反。

D. 後天因素胎兒營養失調 (fetal malnutrition) 之低出生體重者，較不易導致代謝症候群

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：胎兒期營養不良與低出生體重，已被證實會增加成年後代謝症候群風險，非降低。

第 7 題〔109-2 醫學三 第 69 題〕

有關慢性疾病運動的處方建議，以重視安全、漸進與個人化為原則，下列建議何者最不適當？

- (A) 運動型態：有氧運動增加心肺耐力，阻力訓練改善肌力與肌耐力，伸展操改善柔軟度
- (B) 運動強度：主觀感受評估運動強度，中等強度為「可以說話，沒辦法唱歌」
- (C) 運動頻率：每週至少 3 天
- (D) 運動持續時間：不可分段做，每次須連續大約半小時至 1 個小時

答案 D

A. 運動型態：有氧運動增加心肺耐力，阻力訓練改善肌力與肌耐力，伸展操改善柔軟度

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：建議包含有氧、阻力、伸展，能全面提升心肺、肌力與柔軟度，符合慢性病運動處方原則。

B. 運動強度：主觀感受評估運動強度，中等強度為「可以說話，沒辦法唱歌」

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：「可以說話，沒辦法唱歌」是判斷中等強度的常用且安全的方法，對大多數慢性病患皆適用。

C. 運動頻率：每週至少 3 天

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：每週至少 3 天有氧運動是基本建議，有助於改善心肺功能，符合多數慢性病運動指引。

D. 運動持續時間：不可分段做，每次須連續大約半小時至 1 個小時

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：錯誤。運動可累積於短時間（如 10 分鐘），尤其對慢性病患，連續大塊時間未必必要，且「不可分段」為不實建議。

第 8 題〔107-1 醫學三 第 26 題〕

依照美國國家膽固醇教育計劃（NCEP ATP III），下列何者不屬於代謝症候群風險評估指標之一？

- (A) 高血壓
- (B) 高血糖
- (C) 高尿酸
- (D) 高血脂

答案 C

A. 高血壓

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：NCEP ATP III 將血壓 $\geq 130/85$ mmHg（或使用降血壓藥物）列為代謝症候群的五大組成因子之一。

B. 高血糖

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：依 NCEP ATP III，空腹血糖 ≥ 100 mg/dL（或使用降血糖藥物）是診斷代謝症候群的標準之一。

C. 高尿酸

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：高尿酸血症常與代謝症候群相關，但非 NCEP ATP III 定義代謝症候群的五項標準之一。

D. 高血脂

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：NCEP ATP III 包含高三酸甘油酯 (≥ 150 mg/dL) 或低 HDL (<40 mg/dL 男/ <50 mg/dL 女)作為其診斷標準。

本考點其他考題（4 題，未收錄）

梯次	題目	主題
106-2	醫學三 Q67	obesity epidemiology
107-1	醫學三 Q66	diabetes shared care
109-2	醫學三 Q66	metabolic syndrome health checkup interpretation
114-1	醫學三 Q72	chronic kidney disease primary care

也考本考點的題目（6 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
106-1	醫學三 Q67	家醫科・預防醫學，預防醫學與疾病篩檢（Preventive Medicine and Disease Screening）
106-1	醫學三 Q68	家醫科・預防醫學，預防醫學與疾病篩檢（Preventive Medicine and Disease Screening）
110-2	醫學三 Q69	家醫科・預防醫學，預防醫學與疾病篩檢（Preventive Medicine and Disease Screening）
111-1	醫學三 Q66	家醫科・預防醫學，預防醫學與疾病篩檢（Preventive Medicine and Disease Screening）
112-2	醫學三 Q65	家醫科・預防醫學，預防醫學與疾病篩檢（Preventive Medicine and Disease Screening）
115-1	醫學三 Q2	家醫科・預防醫學，預防醫學與疾病篩檢（Preventive Medicine and Disease Screening）

旅遊醫學與高海拔醫學（Travel Medicine and High Altitude Medicine）

★★ 穩定考點 考過 10/20 梯次：106-1、106-2、108-2、109-1、111-2、112-2、113-2、114-1、115-1、115-2

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 十二、旅遊醫學

12.1 旅遊前諮詢

- 建議出發前 **4-8 週** 諮詢
- 評估內容：目的地疫情、旅遊型態、個人健康狀況、用藥、疫苗接種史

12.2 旅遊疫苗

疫苗	適應症
A 型肝炎	前往中低收入國家
傷寒	南亞、東南亞
黃熱病	非洲/南美洲（部分國家入境必需）
腦膜炎雙球菌	非洲腦膜炎帶、朝聖（Hajj）
日本腦炎	亞洲農村長期旅行
狂犬病	高風險地區長期停留、動物接觸

12.3 瘧疾預防

- Chemoprophylaxis**：依地區抗藥性選擇
 - Mefloquine**：出發前 2 週開始、回來後 4 週；禁忌：精神病史、癲癇、心臟傳導異常

- **Atovaquone-proguanil**：出發前 1-2 天、回來後 7 天；副作用少但較貴
- **Doxycycline**：出發前 1-2 天、回來後 4 週；禁忌：孕婦、< 8 歲兒童
- 防蚊措施：DEET 防蚊液、長袖長褲、蚊帳（permethrin 處理）

12.4 旅行者腹瀉

- 最常見的旅遊相關疾病
- 最常見病原：**ETEC (Enterotoxigenic E. coli)**；東南亞需注意 **Campylobacter**（對 fluoroquinolone 高抗藥）
- 預防：注意飲食衛生（boil it, cook it, peel it, or forget it）；不常規給預防性抗生素
- 治療：
 - 補水為核心 → 口服補液（ORS）
 - 中重度：**Azithromycin** 為現行首選（尤其東南亞、孕婦、兒童）；Fluoroquinolone 為替代（注意肌腱炎、抗藥性）
 - **Loperamide** 可緩解症狀，但有血便或發燒時禁用
- 出現血便、高燒、嚴重脫水、症狀 > 2 週 → 需就醫評估（如痢疾、阿米巴、Giardia）

12.5 高山症

- 急性高山症（AMS）：到達 > 2500 m 後 6-12 hr 出現頭痛（必要條件）+ 噁心/嘔吐/疲倦/頭暈/失眠；可用 **Lake Louise Score** 評估
- 高海拔肺水腫（HAPE）：咳嗽、呼吸困難、粉紅色泡沫痰 → 最常見的高山症死因
- 高海拔腦水腫（HACE）：意識改變、共濟失調（ataxia）為最早期指標 → 最嚴重
- 預防：
 - 逐步上升（> 3000 m 後每天睡眠高度增加不超過 300-500 m，每上升 1000 m 多休息一天）
 - **Acetazolamide**（首選）：抑制碳酸酐酶 → 腎臟排出 HCO_3^- → 代謝性酸中毒 → 刺激呼吸、加速適應；磺胺過敏者慎用
 - **Dexamethasone**：預防及治療 AMS/HACE
 - **Nifedipine**：預防及治療 HAPE
- 治療原則：立即下降（最重要）+ 給氧 + 藥物；必要時使用加壓袋（Gamow bag）

12.6 時差（Jet Lag）

- 向東飛行較嚴重（advance phase 較困難）
- 處理：光照治療（到達時間的早晨接觸光線）、短期 Melatonin（目的地睡前服用）

★ 國考重點（本站講義）

⚠ 易混與陷阱

1. 旅行者腹瀉常用藥物與預防藥比較

藥物名稱	主要臨床定位	備註與陷阱點
阿奇黴素(Azithromycin)	中重度旅行者腹瀉首選治療藥物，尤其適用於東南亞及南亞等對環丙沙星抗藥性高的地區。	孕婦可安全使用（優於 Quinolones）。
環丙沙星(Ciprofloxacin)	可自備用於中重度旅行者腹瀉或突發泌尿道感染的自體治療。	東南亞等地區抗藥性高，非該區首選；孕婦不宜使用。
次水楊酸鉍(Bismuth Subsalicylate)	旅行者腹瀉的預防性選擇。	因含有水楊酸，兒童與青少年使用有誘發雷氏症候群的風險，不建議使用。

2. 高山症預防與處置藥物比較

藥物名稱	主要適應症與臨床定位	生理機轉與限制
乙醯胺唑(Acetazolamide)	預防急性高山病 (AMS) 的標準首選藥物。	登高前 1-2 天開始服用，持續至適應最高海拔；可幫助生理適應。
地塞米松(Dexamethasone)	預防與治療嚴重高山症 (AMS、HACE、HAPE)，主要用於消腫。	僅改善症狀與消腫， 不助於生理適應 ；不建議用於單純預防頭痛。
威而鋼(Sildenafil)	預防與治療高山肺水腫 (HAPE)。	非預防 AMS 頭痛的標準用藥，亦不建議全程服用。

3. 疫苗接種間隔比較

疫苗組合	同時接種	分開接種之限制間隔
活性減毒疫苗 + 非活性疫苗	可以同時接種	無須間隔 28 天，可任意安排
活性減毒疫苗 + 活性減毒疫苗	可以同時接種	必須間隔至少 28 天 (4 週)，以確保免疫反應

精選考題 (3/10)

第 9 題 [115-1 醫學三 第 69 題]

關於高山症的預防或處置，下列何者最符合現行建議或事實？

- (A) 建議若需要在海拔 1,200 公尺以上過夜時，應採取高山症預防措施
- (B) sildenafil 能預防高山症頭痛症狀，建議在登山前後全程服用
- (C) dexamethasone 有助於適應，也可改善急性高山症症狀
- (D) acetazolamide 建議在登山前開始服用，持續到旅行者適應最高海拔後

答案 D

A. 建議若需要在海拔 1,200 公尺以上過夜時，應採取高山症預防措施

× 錯誤 [P4 NPC]

詳解：預防措施建議通常從海拔 2,500-3,000 公尺以上過夜開始，1,200 公尺門檻過低。

B. sildenafil 能預防高山症頭痛症狀，建議在登山前後全程服用

× 錯誤 [P4 NPC]

詳解：Sildenafil 主要用於預防及治療高山肺水腫 (HAPE)，非預防高山症頭痛的標準用藥，且非全程建議服用。

C. dexamethasone 有助於適應，也可改善急性高山症症狀

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：Dexamethasone 可用於預防及治療嚴重高山症 (AMS/HAPE/HACE)，但主要作用是消腫，不助於生理適應，且不建議用於預防頭痛。

D. acetazolamide 建議在登山前開始服用，持續到旅行者適應最高海拔後

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Acetazolamide (Diamox) 是預防高山症 (AMS) 的標準藥物，建議於登高前 1-2 天開始服用，並持續至適應最高海拔。

第 10 題 [112-2 醫學三 第 69 題]

有關旅遊疫苗接種的敘述，下列何者最正確？

- (A) 免疫功能正常者建議於旅遊至少 1 週前接種一劑 A 型肝炎疫苗
- (B) 免疫功能正常者建議於旅遊至少 1 週前接種一劑 B 型肝炎疫苗
- (C) 黃熱病 (yellow fever) 疫苗原則上終生有效，然部分國家仍建議每 10 年追加 1 劑
- (D) 流行性腦脊髓膜炎 (meningococcus) 疫苗為前往沙烏地阿拉伯的旅客所需，建議每 10 年追加 1 劑

答案 C

A. 免疫功能正常者建議於旅遊至少 1 週前接種一劑 A 型肝炎疫苗

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：免疫功能正常者建議於旅遊至少 2-4 週前接種 A 型肝炎疫苗，以確保疫苗產生足夠保護力；旅遊前 1 週接種可能保護力不足。

B. 免疫功能正常者建議於旅遊至少 1 週前接種一劑 B 型肝炎疫苗

× 錯誤 [P1 劣]

詳解：B 型肝炎疫苗需完成基礎接種療程（如 0, 1, 6 個月）才能產生足夠且持久的免疫力，單劑疫苗無法提供旅遊期間的保護。

C. 黃熱病（yellow fever）疫苗原則上終生有效，然部分國家仍建議每 10 年追加 1 劑

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：2016 年後接種的黃熱病疫苗原則上終生有效。然部分國家規定或歷史建議，可能仍建議每 10 年追加，以因應特定旅遊需求或入境要求。

D. 流行性腦脊髓膜炎（meningococcus）疫苗為前往沙烏地阿拉伯的旅客所需，建議每 10 年追加 1 劑

× 錯誤 [P1 劣]

詳解：流行性腦脊髓膜炎疫苗建議前往非洲「腦膜炎帶」國家及沙烏地阿拉伯朝覲旅客，非僅限沙國。追加劑間隔依疫苗類型與風險而定，非一律 10 年。

第 11 題 [109-1 醫學三 第 69 題]

有關旅行者腹瀉（traveler's diarrhea）的敘述，下列何者最正確？

- (A) 最常造成旅行者腹瀉的病原體是 Salmonella
- (B) 去東南亞國家旅遊發生腹瀉時，治療首選藥物為 ciprofloxacin
- (C) azithromycin 是治療的選擇之一，但孕婦不能使用
- (D) bismuth subsalicylate 是預防的選擇，但小孩不建議使用

答案 D

A. 最常造成旅行者腹瀉的病原體是 Salmonella

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：旅行者腹瀉最常見病原體是產毒性大腸桿菌 (ETEC)，其次為 Shigella、Salmonella、Campylobacter。Salmonella 雖是常見原因，但非最頻繁。

B. 去東南亞國家旅遊發生腹瀉時，治療首選藥物為 ciprofloxacin

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：東南亞地區旅行者腹瀉對 ciprofloxacin 抗藥性高，目前 azithromycin 常被視為治療中重度腹瀉的首選藥物。

C. azithromycin 是治療的選擇之一，但孕婦不能使用

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Azithromycin 是治療旅行者腹瀉的選項之一，且在孕婦中相對安全，與其他可能影響胎兒的抗生素（如 quinolones）相比，通常可考慮使用。

D. bismuth subsalicylate 是預防的選擇，但小孩不建議使用

✓ 正確 [P1 劣]

詳解：Bismuth subsalicylate 可用於預防旅行者腹瀉。但因含水楊酸，在兒童及青少年中，尤其有病毒感染時，因有雷氏症候群 (Reye's syndrome) 風險，不建議使用。

本考點其他考題（7 題，未收錄）

梯次	題目	主題
106-1	醫學三 Q69	travel medicine advice
106-2	醫學三 Q78	traveler diarrhea prevention
108-2	醫學三 Q77	Lake Louise acute mountain sickness
111-2	醫學三 Q69	pre-travel vaccination
113-2	醫學三 Q69	rabies vaccination
114-1	醫學三 Q78	high-altitude pulmonary edema risk factors
115-2	醫學三 Q78	acute mountain sickness diagnosis

臨床疫苗學與傳染病防治 (Clinical Immunization and Infectious Disease Prevention)

★★ 穩定考點 考過 8/20 梯次：106-2、107-1、108-1、110-2、111-2、112-2、113-1、113-2

TWMLE · 家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 三、預防接種

3.1 疫苗基本概念

類型	說明	例子
活性減毒 (Live attenuated)	可引起輕微感染，免疫反應強	MMR、Varicella、OPV、BCG、黃熱病、輪狀病毒
不活化 (Inactivated)	無法複製，需多劑	IPV、流感 (注射型)、A 肝、狂犬病
次單位/重組	純化抗原	B 肝 (HBsAg)、HPV、百日咳 (acellular)
類毒素 (Toxoid)	去毒化毒素	破傷風 (Td)、白喉
mRNA	編碼抗原蛋白	COVID-19 (Moderna、BNT)

3.2 重要疫苗接種原則

- 活性減毒疫苗禁忌：免疫不全 (HIV CD4 <200、化療中、高劑量類固醇 ≥14 天)、孕婦
- 兩種活性減毒疫苗若未同時接種，需間隔 ≥ 28 天
- 不活化疫苗可同時接種，無間隔限制
- 蛋過敏：流感疫苗仍可施打 (嚴重過敏者在可處理 anaphylaxis 的環境下施打)

3.3 台灣常規兒童疫苗時程重點

年齡	疫苗
出生	HepB 第 1 劑、HBIG (僅 HBsAg(+) 母親所生嬰兒，24 小時內)
1 個月	HepB 第 2 劑
2 個月	五合一 (DTaP-IPV-Hib) 第 1 劑、PCV13 第 1 劑、Rotavirus 第 1 劑
4 個月	五合一第 2 劑、PCV13 第 2 劑、Rotavirus 第 2 劑
6 個月	五合一第 3 劑、HepB 第 3 劑
5-8 個月	BCG
12 個月	MMR 第 1 劑、Varicella 第 1 劑、PCV13 第 3 劑、HepA 第 1 劑
15 個月	日本腦炎第 1 劑
18 個月	五合一第 4 劑、HepA 第 2 劑
27 個月	日本腦炎第 2 劑
5 歲	四合一 (DTaP-IPV)、MMR 第 2 劑、Varicella 第 2 劑

3.4 成人疫苗

- 流感疫苗：≥ 50 歲、慢性病、醫護人員、孕婦、幼兒照顧者 → 每年接種
- 肺炎鏈球菌：≥ 65 歲建議接種。現行建議可用 **PCV20** 單劑，或 **PCV15** → 間隔 ≥ 1 年後 **PPSV23** (免疫不全者間隔 ≥ 8 週)
- 帶狀疱疹疫苗 (Shingrix)：≥ 50 歲建議施打 (重組疫苗，2 劑，間隔 2-6 個月)；免疫不全者亦可用
- Td / Tdap：每 10 年追加一次；孕婦每胎 28-36 週打 Tdap (保護新生兒)
- HPV：建議 9-26 歲，可延至 45 歲；≥ 15 歲起始者需 3 劑

3.5 特殊情況

- 脾臟切除後：Pneumococcal、Meningococcal、H. influenzae type b 三種疫苗
- HIV 感染者：CD4 ≥ 200 可打活性減毒疫苗 (部分)；需依 CD4 判斷
- 孕婦：可打 Tdap、流感 (不活化)；禁打 MMR、Varicella、活性流感疫苗

TWMLE · 家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 十、社區醫學與公共衛生

10.2 傳染病通報

類別	通報時限	代表疾病
第一類	24 小時內	天花、鼠疫、狂犬病、嚴重急性呼吸道症候群 (SARS)
第二類	24 小時內	登革熱、瘧疾、麻疹、白喉、百日咳、傷寒、急性病毒性 A 型肝炎、腸道出血性大腸桿菌感染症、炭疽病
第三類	1 週內	結核病、日本腦炎、漢他病毒症候群、梅毒、淋病、腸病毒感染併重症、退伍軍人病、HIV/AIDS
第四類	依中央公告	疱疹 B 病毒感染症、NDM-1 腸道菌感染症、Q 熱
第五類	依中央公告	新型 A 型流感、MERS、伊波拉病毒出血熱、拉薩熱、黃熱病

10.3 群體免疫 (Herd Immunity)

- 當足夠比例的人口有免疫力 → 可保護未免疫者
- 閾值公式： $1 - 1/R_0$ (R_0 = 基本再生數)
- 麻疹 $R_0 \approx 12-18 \rightarrow$ 需 $> 95\%$ 接種率

★ 國考重點 (本站講義)

- 嬰幼兒常規疫苗時程與銜接 [106-2]
- 子宮頸癌預防與篩檢指引 [107-1]
- 人類乳突病毒 (HPV) 疫苗與癌症預防 [112-2]
- 青少年常規與補打疫苗 [110-2]
- 旅遊疫苗接種原則與間隔
- 同時接種 [111-2]
- 分開接種 [111-2]
- 出發前時程 [112-2]
- 黃熱病與腦脊髓膜炎 [112-2]
- 狂犬病 (Rabies) 預防接種時程
- 暴露後預防接種 (Post-Exposure Prophylaxis, PEP) [108-1]
- 暴露前預防接種 (Pre-exposure prophylaxis, PrEP) [113-2]
- PrEP 後再暴露 [113-2]
- 安全性 [113-2]
- B 型肝炎加強篩檢高風險族群 [113-1]
- COPD 肺炎預防措施 [112-2]

⚠ 易混與陷阱

項目	正確觀念 / 標準時程	常見陷阱 / 錯誤觀念
百日咳相關疫苗	嬰幼兒期使用 白喉破傷風百日咳混合疫苗 (DTaP)。〔106-2〕	錯誤使用 破傷風減量白喉混合疫苗 (Td) (Td 適用於 6 歲以上或成人補強)。〔106-2〕
狂犬病暴露後 (PEP)	未接種者：第 0、3、7、14、28 天 (共 5 劑)。〔108-1〕 曾完整 PrEP 者：第 0、3 天 (共 2 劑，免用免疫球蛋白)。〔113-2〕	漏掉第 3 天或第 7 天的關鍵劑次。孕婦為絕對禁忌症 (實際上孕婦暴露時接種安全且必要)。〔113-2〕
狂犬病暴露前 (PrEP)	第 0、7、21 或 28 天 (共 3 劑)。間隔 1 年再入疫區免例行追加，每 2 年測抗體低於 0.5 IU/mL 再追加。〔113-2〕	誤記為第 0、3、7 天。間隔 1 年進入疫區即需例行追加 1 劑。〔113-2〕
活性減毒疫苗間隔	2 種活性減毒疫苗若不同時接種，至少需間隔 28 天 (4 週)。〔111-2〕	活性減毒與非活性疫苗不同時接種也必須間隔 28 天 (實際上無間隔限制)。〔111-2〕
旅遊前肝炎預防	A 型肝炎：出發前 2-4 週 接種 1 劑。〔112-2〕 B 型肝炎：需完成 3 劑基礎療程 (0, 1, 6 個月)。〔112-2〕	旅遊前 1 週才接種 A 肝疫苗 (保護力恐不足)。出發前 1 週接種 1 劑 B 肝疫苗即可。〔112-2〕
子宮頸癌防範	抹片檢查：屬於二段預防，ACS 建議上限為 65 歲 (72 歲且 3 年正常、無性行為者可停止)。〔107-1〕 HPV 疫苗：屬於初段預防，無終生免疫定論，72 歲無性行為者不建議。〔107-1、112-2〕	抹片檢查屬於初段預防，且無年齡上限。〔107-1〕 HPV 疫苗接種後保證具終生免疫效果。〔112-2〕

精選考題 (1/2)

第 12 題 〔108-1 醫學三 第 69 題〕

下列「狂犬病暴露後的疫苗注射」及建議時間，何者正確？

- (A) 第 0、3、7、14、28 天，共 5 次
- (B) 第 0、7、14、28 天，共 4 次
- (C) 第 0、7、28 天，共 3 次
- (D) 第 0、14、28 天，共 3 次

答案 A

A. 第 0、3、7、14、28 天，共 5 次

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：台灣 CDC 建議未接種疫苗者暴露後預防接種 (PEP) 採用 Essen 暴露後預防接種準則，包含第 0、3、7、14、28 天共 5 劑疫苗，確保有效免疫反應。

B. 第 0、7、14、28 天，共 4 次

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：此為 4 劑疫苗方案，缺少第 3 天的關鍵劑次，無法確保暴露後足夠的免疫保護力。

C. 第 0、7、28 天，共 3 次

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：此方案為 3 劑疫苗，缺少第 3 天及第 14 天的劑次，與標準暴露後預防接種 (PEP) 準則不符。

D. 第 0、14、28 天，共 3 次

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：此方案僅 3 劑疫苗，且跳過第 3 天及第 7 天的關鍵補打時機，保護力不足。

本考點其他考題 (1 題，未收錄)

梯次	題目	主題
106-2	醫學三 Q70	infant vaccination schedule

也考本考點的題目 (8 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
107-1	醫學三 Q69	家醫科・預防醫學，預防醫學與疾病篩檢 (Preventive Medicine and Disease Screening)
110-2	醫學三 Q67	家醫科・預防醫學，預防醫學與疾病篩檢 (Preventive Medicine and Disease Screening)
112-2	醫學三 Q41	家醫科・預防醫學，預防醫學與疾病篩檢 (Preventive Medicine and Disease Screening)
112-2	醫學三 Q65	家醫科・預防醫學，預防醫學與疾病篩檢 (Preventive Medicine and Disease Screening)
113-1	醫學三 Q22	家醫科・預防醫學，預防醫學與疾病篩檢 (Preventive Medicine and Disease Screening)
111-2	醫學三 Q69	家醫科・預防醫學，旅遊醫學與高海拔醫學 (Travel Medicine and High Altitude Medicine)
112-2	醫學三 Q69	家醫科・預防醫學，旅遊醫學與高海拔醫學 (Travel Medicine and High Altitude Medicine)
113-2	醫學三 Q69	家醫科・預防醫學，旅遊醫學與高海拔醫學 (Travel Medicine and High Altitude Medicine)

職業醫學與職業病 (Occupational and Environmental Medicine)

★ 偶考 考過 4/20 梯次：109-2、110-1、112-1、113-1

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 十一、職業醫學基礎

11.1 職業病認定原則

・五大要件：

1. 疾病的證據
2. 暴露的證據 (有害因子)
3. 暴露與疾病的時序性 (先暴露後發病)
4. 暴露與疾病的一致性 (符合醫學知識)
5. 排除其他原因

11.2 常見職業病

暴露因子	職業病	高風險職業
石綿 (Asbestos)	石綿肺 (asbestosis)、間皮瘤 (mesothelioma)、肺癌	建築拆除、造船
矽 (Silica)	矽肺症 (silicosis)、TB 風險↑	礦業、噴砂
鉛 (Lead)	鉛中毒：腹痛、貧血 (basophilic stippling)、腕垂 (wrist drop)、腎病、腦病變	電池製造、油漆
噪音	噪音性聽力損失 (4000 Hz 先受損 → 4K dip)	工廠、軍事
有機溶劑	肝腎損傷、神經毒性	印刷業、製鞋
游離輻射	白血病、甲狀腺癌、白內障	醫療、核能

11.3 勞工健康檢查

- 體格檢查：雇用前
- 定期檢查：在職期間依年齡與危害暴露頻率
 - 一般勞工：< 40 歲每 5 年、40–65 歲每 3 年、≥ 65 歲每年
 - 特殊危害作業勞工：依規定（通常每年或每半年）
- 特殊健檢：針對特定危害暴露（噪音、鉛、有機溶劑等）

11.4 職業醫學與因果判定工具

- **Bradford Hill criteria**（因果判定九大條件）：
 1. 關聯強度 (Strength)
 2. 一致性 (Consistency)
 3. 特異性 (Specificity)
 4. 時序性 (Temporality) → 唯一必要條件
 5. 劑量-反應關係 (Biological gradient)
 6. 生物學上的合理性 (Plausibility)
 7. 連貫性 (Coherence)
 8. 實驗證據 (Experiment)
 9. 類推性 (Analogy)

★ 國考重點（本站講義）

⚠ 易混與陷阱

比較項目	矽肺症 (Silicosis)	煤礦工人塵肺症 (Coal workers' pneumoconiosis, CWP)
暴露源	結晶態矽 (Crystalline silica, 無機粉塵)	煤礦粉塵 (Inorganic dust)
肺癌風險	顯著增加 (結晶態矽為 Group 1 致癌物)	相對較低
自體免疫併發症	易併發硬皮症，稱為伊拉斯謨斯症候群 (Erasmus syndrome)	易併發類風濕性關節炎，稱為卡普蘭症候群 (Caplan syndrome)
影像特徵	肺門淋巴結鈣化，特別是蛋殼狀鈣化 (Eggshell calcification)	瀰漫性結節，較少典型的淋巴結鈣化
肺泡巨噬細胞毒性	強烈	較弱
肺結核/黴菌感染風險	極高 (矽肺結核)	相對較低

比較項目	塵肺症 (Pneumoconiosis)	過敏性肺炎 (Hypersensitivity pneumonitis)
病因暴露源	無機粉塵 (如矽、石棉、煤塵)	有機抗原 (如黴菌、鳥類羽屑)

災害現場分區	容許執行之醫療與防護行為	禁用或不宜執行之行為
熱區 (Hot zone)	僅限於直接搜救與移出污染區	禁止執行除污與常規檢傷分類
暖區 (Warm zone)	執行傷患除污與檢傷分類	禁止未經除污之傷患直接送往冷區
冷區 (Cold zone)	進行安全醫療照護與後送	禁止執行除污，避免污染擴散危及醫療區

精選考題 (2/5)

第 13 題 [113-1 醫學三 第 72 題]

有關煤礦工人塵肺症 (coal workers pneumoconiosis, CWP) 與矽肺症 (silicosis) 臨床表現的比較，煤礦工人塵肺症之特徵，下列敘述何者正確？

- (A) 罹患肺癌之風險較高
- (B) 易併有硬皮症 (scleroderma)
- (C) 易有肺門淋巴結鈣化現象
- (D) 罹患肺結核或黴菌感染之風險較低

答案 D

A. 罹患肺癌之風險較高

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Coal workers pneumoconiosis (CWP, 煤礦工人塵肺症) 與 Lung cancer (肺癌) 的關聯性並不若 Silicosis (矽肺症) 強。根據國際癌症研究機構的分類，結晶態的 Silica (矽) 是明確的 Group 1 致癌物，而煤礦粉塵本身在不含矽的情況下，其致癌性研究尚無一致定論。因此，罹患肺癌風險顯著增加通常被視為矽肺症更為突出的特徵而非煤礦工人塵肺症。

B. 易併有硬皮症 (scleroderma)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：Scleroderma (硬皮症) 與 Systemic sclerosis (全身性硬化症) 等自體免疫疾病，臨床上與 Silicosis (矽肺症) 的關聯性較強，此種併發情形有時被稱為 Erasmus syndrome (伊拉斯謨斯症候群)。煤礦工人塵肺症雖可併發 Rheumatoid arthritis (類風濕性關節炎) 而形成 Caplan syndrome (卡普蘭症候群)，但較少見到與硬皮症有高度特異性的關聯。

C. 易有肺門淋巴結鈣化現象

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Hilar lymph node calcification (肺門淋巴結鈣化) 是 Silicosis (矽肺症) 的典型影像特徵，特別是具有特異性的 Eggshell calcification (蛋殼狀鈣化)。煤礦工人塵肺症在放射線影像上雖可見到瀰漫性的結節，但較少出現這種典型的淋巴結鈣化模式。區分這兩類塵肺症的影像差異，是職業醫學與胸腔科常見的考試重點。

D. 罹患肺結核或黴菌感染之風險較低

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：此選項需建立在與 Silicosis (矽肺症) 相互比較的邏輯上。雖然所有 Dust-related lung diseases (粉塵性肺病) 都會因 Alveolar macrophages (肺泡巨噬細胞) 功能受損而增加感染風險，但結晶矽對巨噬細胞具有強烈的細胞毒性，導致矽肺症患者併發 Tuberculosis (肺結核，即矽肺結核) 的風險極高。相較之下，煤礦工人塵肺症患者雖然罹病風險仍高於一般族群，但在與矽肺症患者的臨床比較中，其罹患肺結核或黴菌感染的相對風險確實顯著較低。這種「相對風險較低」的觀察，是兩者在臨床鑑別診斷上的重要依據。

第 14 題 [112-1 醫學三 第 78 題]

有關天然災害如颱風（颶風）及地震造成的傷害，下列描述何者最不適當？

- (A) 颱風（颶風）於急性期 (acute phase) 時造成民眾傷亡較復原期 (recovery period) 多
- (B) 颱風（颶風）於急性期造成之外傷性死亡多肇因於墜落物外傷及車禍事件
- (C) 地震發生後之死亡事件多發生於震後 3 小時
- (D) 地震復原期災區常規醫療需求不易，環境衛生及傳染病為最大隱憂

答案 A

A. 颱風（颶風）於急性期 (acute phase) 時造成民眾傷亡較復原期 (recovery period) 多

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：本題官方答案，為最不適當之敘述。颱風（颶風）的傷亡未必集中於急性期；復原期常因清理作業傷害、觸電、一氧化碳中毒、感染症等間接死亡而累積可觀傷亡，整體間接傷亡可不亞於急性期，故「急性期傷亡較復原期多」之概括並不適當。

B. 颱風（颶風）於急性期造成之外傷性死亡多肇因於墜落物外傷及車禍事件

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：颱風強風易使懸掛物或建築體墜落，並造成路面毀損；水災與停電亦提高車禍風險，此為常見外傷成因，敘述適當。

C. 地震發生後之死亡事件多發生於震後 3 小時

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：地震傷亡以建物倒塌造成之立即死亡為主，多集中於震後早期（數小時內），此敘述大致符合地震流行病學，故非本題答案。

D. 地震復原期災區常規醫療需求不易，環境衛生及傳染病為最大隱憂

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：地震後基礎設施（如供水、衛生系統）破壞，加上收容中心人群擁擠，極易引發傳染病，且醫療資源短缺，使定期醫療需求難以滿足，敘述適當。

本考點其他考題（3 題，未收錄）

梯次	題目	主題
109-2	醫學三 Q77	chemical disaster response
110-1	醫學三 Q72	occupational lung disease
112-1	醫學三 Q72	carpal tunnel syndrome occupational

預防醫學與基層照護（Preventive Medicine and Primary Care）

★ 偶考 考過 3/20 梯次：110-1、113-1、115-2

TWMLE · 家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 二、預防醫學與篩檢

2.6 台灣成人預防保健服務

- 成人健檢：40–64 歲每 3 年一次；65 歲以上每年一次
- 內容包括：BMI、腰圍、血壓、血糖（空腹血糖）、血脂（TC、TG、HDL、LDL 計算）、肝腎功能（GOT、GPT、Creatinine、eGFR）、尿液檢查、B/C 肝篩檢（45–79 歲終生一次，原住民 40–79 歲）

TWMLE · 家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 二、預防醫學與篩檢 > 2.7 各年齡層預防重點

兒童

- 新生兒篩檢：先天代謝異常篩檢（PKU、甲狀腺低下等，21 項）、聽力篩檢
- 預防接種（依國家疫苗接種時程）
- 生長發育評估
- 兒童視力篩檢：滿 4 歲學齡前

青少年

- 心理健康（憂鬱、自殺防治）
- 性教育、避孕
- 藥物濫用防治

成人

- 心血管風險評估
- 癌症篩檢
- 慢性病管理

老年

- 衰弱評估（frailty）
- 跌倒預防
- 失智篩檢
- 預立醫療決定

2.8 運動處方 (Exercise Prescription)

- 運動為初段預防之核心項目，可降低心血管疾病、糖尿病、癌症、憂鬱症、骨質疏鬆及肌少症風險
- FITT 原則：**
 - Frequency (頻率)：**每週 ≥ **3-5** 天
 - Intensity (強度)：**中等強度（可說話但無法唱歌，RPE 12-14）至高強度
 - Time (時間)：**每週累積 ≥ **150** 分鐘中等強度有氧，或 ≥ 75 分鐘高強度有氧
 - Type (類型)：**有氧（走路、游泳、騎車）、阻力訓練（每週 ≥ 2 天）、柔軟度、平衡訓練（老年人）
- 運動前評估：有心血管風險因子或症狀者需評估，可使用 **PAR-Q (Physical Activity Readiness Questionnaire)**

★ 國考重點（本站講義）

- 維生素 B12 缺乏症 (Vitamin B12 Deficiency) 之吸收部位、診斷與治療反應〔115-2〕

⚠ 易混與陷阱

項目	青少男 (Male)	青少女 (Female)
青春期啟動年齡	較晚（約 9 至 14 歲）〔110-1〕	較早（約 8 至 13 歲）〔110-1〕
身高成長最大速率	出現較晚（身高高峰約晚 2 年）〔110-1〕	出現較早〔110-1〕
骨骼與體態特徵	肩膀寬度變寬〔110-1〕	髖部變寬（脂肪堆積於髖部）〔110-1〕
肌肉與脂肪組織	肌肉質量與力量增加較多，四肢脂肪明顯減少〔110-1〕	體脂比例增加（多分布於臀部及乳房）〔110-1〕
紅血球與血色素	數值較高（受睪固酮作用促進紅血球生成）〔110-1〕	數值較低〔110-1〕

預防階段	核心目標	典型國考實例
初段預防 (Primary)	防止疾病發生〔113-1〕	注射流感疫苗、進行衛生教育〔113-1〕
次段預防 (Secondary)	早期發現早期治療，阻止病程進展〔113-1〕	疾病發生後進行早期診斷與介入（如篩檢）〔113-1〕
三段預防 (Tertiary)	治療已存在疾病，降低失能與併發症〔113-1〕	高血壓患者服用降血壓藥物以減少併發症〔113-1〕

維生素 B12 缺乏症考點	正確觀念	常見錯誤陷阱
主要吸收部位	末端迴腸 (terminal ileum)，需先與內在因子結合〔115-2〕	❑ 十二指腸 (duodenum)〔115-2〕
最準確之診斷檢驗	甲基丙二酸 (MMA) 與高半胱胺酸 (homocysteine)〔115-2〕	❑ 直接測血清 B12 濃度（易受蛋白質干擾而偽正常，非診斷準確率最高的方法）〔115-2〕
補充治療後之反應	血清高半胱胺酸濃度會迅速降低〔115-2〕	❑ 誤認治療後數值不會迅速變化〔115-2〕
抗壁細胞抗體陽性之標準治療	提示惡性貧血，傳統標準為肌肉注射補充〔115-2〕	❑ 誤以為口服每日 1,000 mcg 即為標準有效治療〔115-2〕

精選考題 (2/2)

第 15 題 [110-1 醫學三 第 67 題]

有關男女性青少年在發育特徵的差異，下列敘述何者錯誤？

- (A) 青少男的肩膀寬度變得比較寬；青少女則是在腕部變寬
- (B) 青少男在肌肉的質量及力量增加較多，而四肢的脂肪組織則是明顯減少
- (C) 青少男平均紅血球細胞數 (red blood cell mass) 及血色素 (hemoglobin) 數值低於青少女
- (D) 青少男青春開始的時間較晚，且身高成長最大速率 (peak height velocity) 的出現時間亦較晚

答案 C

A. 青少男的肩膀寬度變得比較寬；青少女則是在腕部變寬

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：青春期男性受雄性激素影響，骨骼發育使肩部變寬；女性則因雌激素和骨盆結構變化，腕部脂肪堆積增加，顯得較寬。

B. 青少男在肌肉的質量及力量增加較多，而四肢的脂肪組織則是明顯減少

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：男性青春後，睪固酮促進肌肉生長，質量與力量顯著增加，相對脂肪比例下降。女性則體脂比例增加，多分布於臀部及乳房。

C. 青少男平均紅血球細胞數 (red blood cell mass) 及血色素 (hemoglobin) 數值低於青少女

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：青春後，男性因睪固酮作用，紅血球生成增加，平均紅血球數及血色素 (hemoglobin) 高於女性。

D. 青少男青春開始的時間較晚，且身高成長最大速率 (peak height velocity) 的出現時間亦較晚

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：女性平均青春啟動年齡約 8-13 歲，男性約 9-14 歲，且身高成長高峰期男性約晚 2 年出現。

第 16 題 [115-2 醫學三 第 69 題]

有關維生素 B12 缺乏症 (Vitamin B12 deficiency) 的敘述，下列何者最適當？

- (A) 維生素 B12 主要吸收部位在十二指腸
- (B) 測量血清維生素 B12 濃度是診斷本症正確率最高的方法
- (C) 病人接受維生素 B12 補充治療後，血清高半胱氨酸 (homocysteine) 濃度會迅速降低
- (D) 抗壁細胞抗體 (anti-parietal cell antibody) 陽性病人，宜每日口服維生素 B12 1,000 mcg 以有效改善症狀

答案 C

A. 維生素 B12 主要吸收部位在十二指腸

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Vitamin B12 (維生素 B12) 與 Intrinsic Factor (內在因子) 結合後，主要吸收部位在 terminal ileum (末端迴腸)，而非 duodenum (十二指腸)。

B. 測量血清維生素 B12 濃度是診斷本症正確率最高的方法

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：血清 Vitamin B12 (維生素 B12) 濃度易受蛋白質影響出現偽正常；檢測 MMA (Methylmalonic Acid, 甲基丙二酸) 與 homocysteine (高半胱氨酸) 診斷正確率更高。

C. 病人接受維生素 B12 補充治療後，血清高半胱氨酸 (homocysteine) 濃度會迅速降低

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Vitamin B12 (維生素 B12) 為 homocysteine (高半胱氨酸) 轉化為 methionine (甲硫氨酸) 之輔酶；補充後血清 homocysteine 濃度會迅速降低。

D. 抗壁細胞抗體 (anti-parietal cell antibody) 陽性病人，宜每日口服維生素 B12 1,000 mcg 以有效改善症狀

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：anti-parietal cell antibody (抗壁細胞抗體) 陽性提示 pernicious anemia (惡性貧血)，因內在因子缺乏導致腸道吸收障礙，傳統標準治療為肌肉注射補充。

也考本考點的題目 (1 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
113-1	醫學三 Q69	家醫科・預防醫學・預防醫學與疾病篩檢 (Preventive Medicine and Disease Screening)

PICO 臨床問題形成 (PICO question formulation)

罕考 考過 1/20 梯次：111-1

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 九、實證醫學 (Evidence-Based Medicine, EBM)

9.1 EBM 五步驟

1. **Ask**：提出可回答的臨床問題 (PICO 格式)
2. **Acquire**：搜尋最佳證據
3. **Appraise**：嚴格評讀文獻
4. **Apply**：應用於臨床決策
5. **Audit**：評估效果

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 九、實證醫學 (Evidence-Based Medicine, EBM) > 9.1 EBM 五步驟

PICO 格式

元素	說明	例子
P	Patient/Problem	65 歲高血壓男性
I	Intervention	ACEi
C	Comparison	CCB
O	Outcome	心血管事件發生率

★ 國考重點 (本站講義)

- 患者/目標族群 (Population, P) [111-1]
- 介入措施 (Intervention, I) [111-1]
- 比較對象 (Comparison, C) [111-1]
- 臨床結果 (Outcome, O) [111-1]

⚠ 易混與陷阱

PICO 元素	本題臨床情境應用	正確/標準設定	易混淆之錯誤設定與原因
P (Population)	70 歲男性退化性膝關節炎患者	退化性膝關節炎 (Osteoarthritis of the knee)	✗ 老年病人：過於籠統，無法精準定義研究對象。
I (Intervention)	使用葡萄糖胺 (Glucosamine)	葡萄糖胺	(無特別易混選項)
C (Comparison)	與其他對照組比較	安慰劑 (Placebo)	✗ 玻尿酸 (Hyaluronic acid)：雖是治療選項，但評估介入物本身療效時，以安慰劑最為標準。
O (Outcome)	評估是否改善關節疼痛	疼痛指數或功能改善	✗ 膝關節置換減少比例：屬於遠期結果，非改善關節疼痛的直接療效指標。

精選考題 (1/1)

第 17 題 [111-1 醫學三 第 72 題]

70 歲男性退化性膝關節炎病人，詢問使用葡萄糖胺 (glucosamine) 是否能改善其關節疼痛的症狀，下列以實證醫學 PICO 方法進行實證查詢之敘述，何者最正確？

- (A) patient：老年病人
- (B) intervention：葡萄糖胺
- (C) comparison of intervention：玻尿酸 (hyaluronic acid)
- (D) clinical outcome：膝關節置換減少比例

答案 B

A. patient：老年病人

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：P (Population) 應包含具體疾病，如：退化性膝關節炎；「老年病人」過於籠統，無法精準定義研究對象。

B. intervention：葡萄糖胺

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：葡萄糖胺是介入研究的核心藥物或補充品，直接對應 PICO 中的 I (Intervention)，是本次實證查詢的重點。

C. comparison of intervention：玻尿酸 (hyaluronic acid)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：評估介入物本身療效時，安慰劑 (placebo) 是標準的比較對象。玻尿酸雖是治療選項，但非此問題最標準的比較方法。

D. clinical outcome：膝關節置換減少比例

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：膝關節置換是遠期結果，非葡萄糖胺改善關節疼痛的直接療效指標。應關注疼痛指數或功能改善。

實證醫學證據等級 (Levels of evidence)

★ 偶考 考過 3/20 梯次：108-1、111-1、114-2

TWMLE · 家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 九、實證醫學 (Evidence-Based Medicine, EBM)

9.2 證據等級 (由高到低)

1. 系統性回顧 / 統合分析 (Systematic review / Meta-analysis) → 最高
2. 隨機對照試驗 (RCT)
3. 世代研究 (Cohort study)
4. 病例對照研究 (Case-control study)
5. 個案報告 (Case report / Case series)
6. 專家意見 (Expert opinion) → 最低

TWMLE · 家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 九、實證醫學 (Evidence-Based Medicine, EBM) > 9.3 研究設計與統計概念

研究類型

類型	特點	偏差風險
RCT	前瞻性、隨機分組、介入性 → 因果關係最強	選擇偏差最低 (隨機化)
Cohort study	前瞻或回溯；追蹤暴露 → 結果	可算 RR (Relative Risk)
Case-control	回溯；從有病/無病回推暴露	只能算 OR (Odds Ratio)
Cross-sectional	橫斷面；同時評估暴露與結果	只能看相關性，無法確定因果；可算盛行率
Ecological study	群體資料	Ecological fallacy

統計顯著性

- p 值：< 0.05 → 統計上顯著 (拒絕虛無假說)
- Type I error (α error)：偽陽性 → 實際無差異但判定有差異

- **Type II error (β error)**：偽陰性 → 實際有差異但未偵測到
- **Power (檢力)** = $1 - \beta$ → 偵測到真正差異的能力；通常需 $\geq 80\%$
- **信賴區間 (CI)**：95% CI 若跨過 1 (OR/RR) 或 0 (ARR) → 結果不顯著

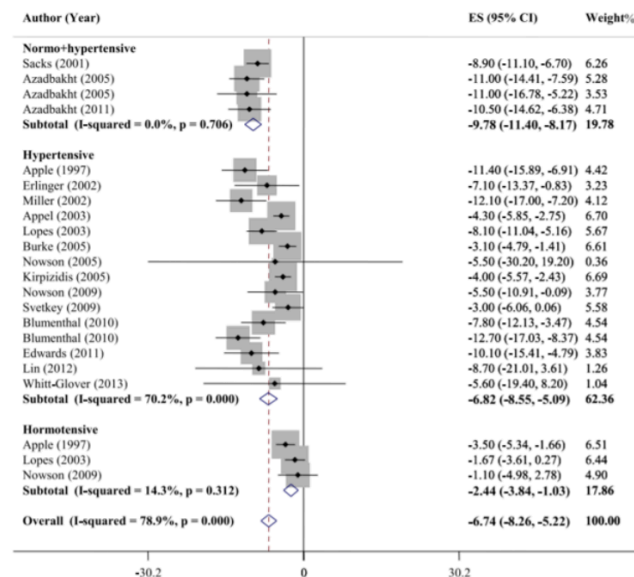
偏差與混淆

類型	說明	處理
Selection bias	選樣不具代表性	隨機分組
Information bias	資料收集或分類錯誤	標準化測量、盲性
Recall bias	病例組較對照組更能回憶暴露	前瞻性設計
Observer bias	研究者主觀影響	雙盲
Confounding	第三變項同時影響暴露與結果	隨機化、分層分析、多變量迴歸、配對
Attrition bias	流失不均	Intention-to-treat (ITT) 分析

精選考題 (2/3)

第 18 題 [111-1 醫學三 第 69 題]

根據得舒飲食 (Dietary Approaches to Stop Hypertension, DASH) 對血壓控制的多篇隨機對照試驗 (randomized controlled trials)，所做系統性回顧與統合分析 (systematic review and meta-analysis)，結果如下圖，下列敘



圖：得舒飲食在成人隨機對照試驗中對收縮壓的影響：依照血壓狀況（來自Sanezi P et al. Nutr Metab Cardiovasc Dis.2014;24:1253-61）

述何者錯誤？

- (A) 證據等級為 IIa，結果之建議等級 (Grade of recommendation) 為 A
- (B) 整體得舒飲食組顯著下降收縮壓 6.74 mmHg (95%CI: -8.26, -5.22)
- (C) 在不同亞組的血壓下降程度有所不同
- (D) 研究的異質性可能解釋來自各研究設計不同、高血壓狀態、介入持續時間、參與者數量和基線血壓值不同

答案 A

A. 證據等級為 IIa，結果之建議等級 (Grade of recommendation) 為 A

× 錯誤 [P3 上上人]

詳解：證據等級 IIa 與建議等級 A，通常要求高度一致性與低偏差風險；此類統合分析常有異質性，可能無法達到最高評級。

B. 整體得舒飲食組顯著下降收縮壓 6.74 mmHg (95%CI: -8.26, -5.22)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：顯著降低收縮壓(95%CI: -8.26, -5.22 mmHg)是 DASH 飲食的標準效果，圖表應能支持此定量結果。

C. 在不同亞組的血壓下降程度有所不同

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：不同族群對飲食介入的反應通常有差異，亞組分析常顯示效果不同，此為合理推論。

D. 研究的異質性可能解釋來自各研究設計不同、高血壓狀態、介入持續時間、參與者數量和基線血壓值不同

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：研究設計、介入時間、參與者特徵等皆是影響統合分析異質性的常見解釋，此描述符合實務。

第 19 題 [114-2 醫學三 第 72 題]

實證醫學 (evidence-based medicine) 的證據層級，由高至低之排列順序為何？①世代研究 (cohort study) ②專家意見 (expert opinion) ③統合分析 (meta-analysis) ④個案對照研究 (case-control study) ⑤個案報告 (case report)

- (A) ①②③④⑤
- (B) ③①④⑤②
- (C) ①③④⑤②
- (D) ③①②④⑤

答案 B

A. ①②③④⑤

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：專家意見 (②) 為證據等級最低，統合分析 (③) 為最高，此選項順序混亂，將多項證據等級錯誤排序。

B. ③①④⑤②

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：證據等級由高至低為：統合分析 (三級最高，彙整多篇研究)、世代研究、個案對照研究、個案報告、專家意見 (最弱)。此順序反映了研究設計減少偏誤的能力。

C. ①③④⑤②

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：統合分析 (③) 是最高等級證據，應置於世代研究 (①) 之前，而非之後；專家意見 (②) 應為最低。

D. ③①②④⑤

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：專家意見 (②) 為證據等級最低，應置於個案報告 (⑤) 之後，而非置於中間。

本考點其他考題 (1 題，未收錄)

梯次	題目	主題
108-1	醫學三 Q71	evidence hierarchy levels

勝算比 (Odds ratio)

★ 偶考 考過 3/20 梯次：107-2、108-2、115-2

★ 國考重點 (本站講義；TWMLE 未涵蓋本考點)

- **勝算比 (Odds Ratio, OR) 的定義**：是指暴露組中「發生事件與未發生事件的比值 (Odds)」，除以非暴露組中「發生事件與未發生事件的比值」。即以比值的比來呈現關聯性強弱 [107-2、108-2]。
- **勝算比 (OR) 的計算方法**：在病例對照研究 (Case-Control Study) 中，若肺癌組 100 人中有 90 人吸菸、10 人不吸菸 (勝算為 $90/10 = 9$)，控制組 1000 人中有 270 人吸菸、730 人不吸菸 (勝算為 $270/730 \approx 0.37$)，則吸菸得到肺癌的危險勝算比 (OR) 為 $9 / 0.37 \approx 24.33$ [108-2]。
- **勝算比 (OR) 與相對風險 (Relative Risk, RR) 的區別**：相對風險 (RR) 是暴露組與非暴露組「事件發生率」的比值，需要世代研究或 RCT 才能直接計算；病例對照研究依疾病狀態抽樣，無法取得發生率，因此不能計算 RR，只能計算 OR。承上例， $(90/100) / (270/1000) \approx 3.33$ 只是病例組與對照組「吸菸比例」之比，既不是 RR 也不是 OR (考題中的干擾選項)，不可混淆 [108-2]。

- **相對風險 (RR) 計算之分子分母方向陷阱 (RCT / 世代研究情境)**：在隨機分派臨床試驗 (RCT) 等可直接取得發生率的研究設計中，計算 RR 須以「介入組 (暴露組) 發生率」為分子、「對照組發生率」為分母，方向顛倒會得到錯誤結果。例如某大型社區女性荷爾蒙補充療法 (Hormone Replacement Therapy, HRT) RCT，對照組每年每萬人發生 28 例冠心病 (Coronary Heart Disease, CHD) 事件、HRT 介入組每年每萬人發生 38 例，則 $RR = (38/10,000) / (28/10,000) = 38/28 \approx 1.357$ ；若誤將分子分母顛倒計算為 $28/38 \approx 0.737$ ，會得出方向錯誤的結論。〔115-2〕
- **相對風險下降率 (Relative Risk Reduction, RRR) 的推導**：相對風險下降率的計算公式為 $1 - RR$ 。當疾病發生率極低時，OR 可近似 RR。例如在每日劑量 75 mg 到 325 mg 的阿斯匹靈 (Aspirin) 研究中，若中風合併心肌梗塞的 OR 為 0.71 (95% 信賴區間 (Confidence Interval, CI) 為 0.51 to 0.97)，其 RR 約為 0.71，則相對風險下降率 (RRR) 約為 29% (即 $1 - 0.71 = 0.29$)，而非 71% 〔107-2〕。
- **絕對風險下降率 (Absolute Risk Reduction, ARR) 與益治數 (Number Needed to Treat, NNT) 的關聯與限制**：絕對風險下降率 (ARR) 是治療組與對照組「絕對事件發生率」的差值。益治數 (NNT) 的計算公式為 $1/ARR$ 。這兩個指標皆無法僅由 OR 或 RR 推算得出，必須知道兩組的原始絕對事件發生率 〔107-2〕。

⚠ 易混與陷阱

指標名稱 (中英對照)	定義與計算特性	臨床意義與常見陷阱
勝算比 Odds Ratio (OR)	暴露組 (或治療組) 事件與未事件的比值，除以非暴露組 (或對照組) 事件與未事件的比值。	❗ 不能直接等同於相對風險 (RR)，僅在疾病盛行率極低時兩者數值才會相近。 ❗ 無法單獨用來計算絕對風險下降率 (ARR) 與益治數 (NNT)。
相對風險 Relative Risk (RR)	暴露組 (或治療組) 的事件發生率，除以非暴露組 (或對照組) 的事件發生率。	❗ 病例對照研究無法計算 RR；將兩組暴露比例相除 (如 3.33) 並非 RR，與危險勝算比 OR (如 24.33) 數值差異顯著，不可混淆。 ❗ RCT / 世代研究中計算 RR 若分子分母顛倒 (對照組發生率 ÷ 介入組發生率)，會得到方向錯誤的結果 (如將 $38/28 \approx 1.357$ 誤算為 $28/38 \approx 0.737$)。〔115-2〕
相對風險下降率 Relative Risk Reduction (RRR)	計算公式為 $1 - RR$ 。當 OR 可近似 RR 時，亦可由 $1 - OR$ 估算。	❗ 容易將其數值與風險下降的絕對比例混淆。例如 OR = 0.71 時，RRR 約為 29% ($1 - 0.71$)，而非 71%。
絕對風險下降率 Absolute Risk Reduction (ARR)	治療組與對照組絕對事件發生率的差值 (對照組發生率 - 治療組發生率)。	❗ 無法僅從相對指標 (OR 或 RR) 直接推導，必須具備兩組的絕對發生率數據。
益治數 Number Needed to Treat (NNT)	臨床上每避免一個不良事件發生，所需要接受該治療的病人數。計算公式為 $1/ARR$ 。	❗ 無法僅由 OR、RR 或 RRR 計算得出，必須先取得絕對風險下降率 (ARR) 方可計算。

精選考題 (2/3)

第 20 題 〔108-2 醫學三 第 72 題〕

假設你收集 100 位肺癌病人及 1000 位年齡、性別及社會經濟狀況相似的非肺癌控制群為研究對象，100 位肺癌病人有 90 位是有規律的吸菸者，1000 位控制群有 270 位是有規律的吸菸者，則吸菸得到肺癌的危險勝算比 (odds ratio) 是多少？

- (A) 4.1
- (B) 24.33
- (C) 300.0
- (D) 3.33

答案 B

A. 4.1

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：此選項數值偏低，與透過病例組與對照組吸菸勝算計算所得的 24.33 有顯著差異。

B. 24.33

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：肺癌病人吸菸的勝算為 $90/10=9$ 。對照組吸菸的勝算為 $270/730 \approx 0.37$ 。危險勝算比 (OR) = $9 / 0.37 \approx 24.33$ 。**C. 300.0**

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：此數值遠高於計算所得 24.33，應為計算結果錯誤或單位混淆。

D. 3.33

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：此數值代表相對風險 (RR)，而非題目所求的危險勝算比 (OR)。RR = $(90/100) / (270/1000) \approx 3.33$ 。**第 21 題** [107-2 醫學三 第 67 題]

某論文摘要如下：長期使用抗血小板藥物比上安慰劑的隨機分配試驗，每日劑量 75 mg 到 325 mg 的 aspirin，平均追蹤 1.3 年。aspirin 對於中風合併心肌梗塞或血管性事件有明顯下降 (odds ratio (OR) 0.71, 95% confidence interval (CI) 0.51 to 0.97)。服用 aspirin 者比未服用 aspirin 者發生中風合併心肌梗塞或血管性事件的敘述，何者正確？

- (A) 絕對風險下降率 (absolute risk reduction, ARR) 為 71%
- (B) 相對風險下降率 (relative risk reduction, RRR) 為 71%
- (C) 服用 aspirin 者發生事件與沒發生事件的比值，除以未服用 aspirin 者發生事件與沒發生事件的比值為 0.71
- (D) number needed to treat (NNT) 為 141

答案 C**A. 絕對風險下降率 (absolute risk reduction, ARR) 為 71%**

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：絕對風險下降率 (ARR) 是治療組與對照組絕對事件發生率的差值，無法僅由 OR 計算。OR 是比值的比，非風險的差值。

B. 相對風險下降率 (relative risk reduction, RRR) 為 71%

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：相對風險下降率 (RRR) 為 $1 - \text{相對風險 (RR)}$ 。OR 可近似 RR，若 OR 為 0.71，則 RR 約為 0.71，RRR 約為 29%，並非 71%。**C. 服用 aspirin 者發生事件與沒發生事件的比值，除以未服用 aspirin 者發生事件與沒發生事件的比值為 0.71**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：此為發生事件與未發生事件比值 (odds ratio) 的定義。題目描述為服用 Aspirin 者與未服用者事件發生與未發生比值的比值，即 OR。

D. number needed to treat (NNT) 為 141

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：Number Needed to Treat (NNT) 需由絕對風險下降率 (ARR) 計算 ($NNT = 1/ARR$)，無法僅由 OR 或 RR 推算。**本考點其他考題 (1 題，未收錄)**

梯次	題目	主題
115-2	醫學三 Q72	relative risk calculation

統合分析 (Meta-analysis)

★ 偶考 考過 2/20 梯次：108-2、111-1

★ 國考重點 (本站講義；TWMLE 未涵蓋本考點)

- 統合分析 (Meta-analysis) 是藉由搜尋資料庫 (如 Cochrane Library、MEDLINE) 取得多個類似研究資料並合併分析的定量研究, 旨在評估治療或介入療效, 而非預測疾病自然病程的預後性研究 (Prognostic study) [108-2]。
- 評估臨床介入療效時, 隨機分配試驗 (Randomized controlled trial, RCT) 及其統合分析是最高證據等級, 明顯優於個案對照研究 (Case-control study) 與世代研究 (Cohort study) 等觀察性研究 [108-2]。
- 研究的平均追蹤 (Follow-up) 時間是否足夠, 取決於具體終點事件, 無法單憑平均追蹤時間 (如平均追蹤 1.3 年) 直接判定是否足夠完成追蹤 [108-2]。
- 長期使用每日劑量 75 mg 至 325 mg 的阿斯匹靈 (Aspirin) 相較於安慰劑 (Placebo), 對中風合併心肌梗塞或血管性事件有明顯下降效果, 其勝算比 (Odds ratio, OR) 為 0.71 (95% 信賴區間 (Confidence interval, CI) 為 0.51 至 0.97) [108-2]。
- 系統性回顧與統合分析常因納入研究的異質性 (Heterogeneity) 與偏差風險, 使得證據等級不一定能達到 IIa, 其建議等級 (Grade of recommendation) 亦不一定能達到 A (最高級評等需高度一致性與低偏差風險) [111-1]。
- 根據得舒飲食 (Dietary Approaches to Stop Hypertension, DASH) 的系統性回顧與統合分析, 整體得舒飲食組可顯著下降收縮壓 (Systolic blood pressure) 6.74 mmHg (95% CI 為 -8.26 至 -5.22), 且在不同亞組 (Subgroup) 中的血壓下降程度會因族群對飲食反應的差異而有所不同 [111-1]。
- 統合分析中研究的異質性, 其常見的解釋來源包括: 各研究設計不同、高血壓 (Hypertension) 狀態、介入持續時間、參與者數量以及基線血壓 (Baseline blood pressure) 值不同 [111-1]。

⚠ 易混與陷阱

項目	正確觀念 / 特徵	常見錯誤 / 陷阱選項
統合分析 (Meta-analysis)	合併多個類似研究以評估臨床介入療效, 提供統合後的勝算比與信賴區間。 [108-2]	誤認為是關注與預測疾病發展軌跡的預後性研究 (Prognostic study)。 [108-2]
證據評級與療效評估	隨機對照試驗及其統合分析是評估療效的最高證據等級, 優於觀察性研究。 [108-2]	誤認為在療效評估中, 個案對照研究 (Case-control study) 優於世代研究 (Cohort study)。 [108-2]
完成追蹤率 (Follow-up)	追蹤是否足夠取決於具體終點事件, 無法單憑平均時間長短判定。 [108-2]	僅憑平均追蹤 1.3 年等數據, 即斷定具有足夠的追蹤率。 [108-2]
建議等級 (Grade of recommendation)	因常伴隨異質性與偏差風險, 不一定能達到證據等級 IIa 與建議等級 A。 [111-1]	誤認為系統性回顧與統合分析的證據等級必為 IIa 且建議等級必為 A。 [111-1]
研究的異質性 (Heterogeneity)	異質性源自各研究設計、高血壓狀態、介入時間、人數及基線血壓等不同, 會導致亞組間效果有所差異。 [111-1]	忽略異質性的存在與成因, 或認為不同亞組的血壓下降程度必須完全相同。 [111-1]

精選考題 (1/1)

第 22 題 [108-2 醫學三 第 68 題]

某論文經搜尋 Cochrane Library、MEDLINE 等, 取得多個類似研究資料, 並合併分析後結果如下: 長期使用抗血小板藥物比上安慰劑的隨機分配試驗, 有 1965 位病人, 使用每日劑量 75 mg 到 325 mg 的 aspirin, 平均追蹤 1.3 年。結果 aspirin 對於中風合併心肌梗塞或血管性事件有明顯下降 (odds ratio (OR) 0.71, 95% confidence interval (CI) 0.51 to 0.97)。依據實證醫學的原則, 下列何者正確?

- (A) 這是一篇預後性的研究 (prognostic study)
- (B) 此類型的分析, 個案對照研究 (case control study) 優於世代研究 (cohort study)
- (C) 此篇論文是屬於綜合分析的研究 (meta-analysis)
- (D) 此篇論文具有足夠的完成追蹤率 (follow-up)

答案 C

A. 這是一篇預後性的研究 (prognostic study)

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：此研究整合了多個隨機試驗，旨在評估藥物療效，非預測疾病自然病程。預後性研究關注疾病發展軌跡。

B. 此類型的分析，個案對照研究 (case control study) 優於世代研究 (cohort study)

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：評估介入療效，隨機試驗及其統合分析是最高證據等級。本研究類型（統合分析）顯優於觀察性研究，選項 B 觀點錯誤。

C. 此篇論文是屬於綜合分析的研究 (meta-analysis)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：題幹明確描述『合併分析結果』並給出統合的 OR 與 CI，這是統合分析 (meta-analysis) 的定義與特徵。

D. 此篇論文具有足夠的完成追蹤率 (follow-up)

× 錯誤 [P4 NPC]

詳解：平均追蹤 1.3 年，其『足夠』與否取決於具體終點事件，單憑此敘述無法確定。此判斷非絕對。

也考本考點的題目 (1 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
111-1	醫學三 Q69	家醫科・預防醫學，實證醫學證據等級 (Levels of evidence)

淨效益與傷害指標 (Number needed to treat or harm)

★ 偶考 考過 2/20 梯次：106-2、114-1

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 九、實證醫學 (Evidence-Based Medicine, EBM) > 9.3 研究設計與統計概念

常見治療效果指標

指標	定義	說明
ARR (Absolute Risk Reduction)	對照組事件率 - 治療組事件率	絕對風險下降
NNT (Number Needed to Treat)	$1 / \text{ARR}$	需治療多少人才能預防一個事件
NNS (Number Needed to Screen)	$1 / (\text{篩檢組死亡率} - \text{未篩檢組死亡率})$	需篩檢多少人才能預防一個死亡或不良結局
OR (Odds Ratio)	病例組暴露率 / 對照組暴露率	罕見疾病時 $\text{OR} \approx \text{RR}$
HR (Hazard Ratio)	存活分析中的瞬時風險比	用於 Cox regression

★ 國考重點 (本站講義)

- 指標核心本質 [106-2、114-1]
- **NNH** 計算公式與臨床實例
- **NNS** 計算公式與臨床實例
- 防錯鑑別點 [114-1]

⚠ 易混與陷阱

指標名稱	英文與縮寫	分母定義與計算	考題常見陷阱與對照
傷害需要數	Number needed to harm (NNH)	絕對風險增加值 (ARI) $ARI = \text{暴露組發生率} - \text{對照組發生率}$	評估療法（如 HRT）帶來的副作用或不良反應。分母計算時要用減法求出兩組的「絕對發生率差值」，不可直接代入發生率。
篩檢需要數	Number needed to screen (NNS)	絕對風險降低值 (ARR) $ARR = \text{未介入組死亡率} - \text{介入組死亡率}$	評估篩檢工具對降低死亡率的實際效益。考題常給出相對風險（如 $RR = 0.5$ 或降低 50%）來誘導學生直接計算，務必改用 ARR 計算。

精選考題 (2/2)

第 23 題 [114-1 醫學三 第 69 題]

利用篩檢工具進行隨機雙盲分組研究，發現有篩檢組的死亡人數為每千人有 4 位，未篩檢組的死亡人數為每千人有 8 位，顯示可以降低 50% 的疾病死亡率 ($RR = 0.5$)，此項篩檢工具的 number needed to screen (NNS) 應該是多少？

- (A) 4
- (B) 125
- (C) 250
- (D) 500

答案 C

A. 4

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：此選項為絕對風險降低值 (ARR) 每千人 4 例，而非篩檢所需人數 (NNS)。NNS 是 ARR 的倒數。

B. 125

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：計算錯誤。NNS 是絕對風險降低值的倒數 ($1/ARR$)，此選項數字與正確計算結果不符。

C. 250

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：絕對風險降低值 (ARR) 為每千人 4 例 ($8-4=4$)。NNS = $1/ARR = 1/(4/1000) = 1000/4 = 250$ 。

D. 500

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：計算錯誤。NNS 是絕對風險降低值的倒數 ($1/ARR$)，此選項數字與正確計算結果不符。

第 24 題 [106-2 醫學三 第 71 題]

接受荷爾蒙替代療法 (HRT) 治療的女性，其冠狀動脈疾病之年發生率為 37/10,000，對照組之冠狀動脈疾病年發生率為 30/10,000。接受 HRT 治療發生冠狀動脈疾病的 NNH (number needed to harm) 為何？

- (A) 1292
- (B) 1428
- (C) 975
- (D) 2104

答案 B

A. 1292

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：ARI 為 $7/10000$ ，NNH 為 $10000/7$ 約 1429。1292 的數值不符。

B. 1428

✓ 正確 [P1 夯]

詳解： $ARI = (37 - 30) / 10000 = 7 / 10000$ 。NNH = $1 / ARI = 10000 / 7$ 約 1428.57，符合計算。**C. 975**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：ARI 為 $7 / 10000$ ，NNH 為 $10000 / 7$ 約 1429。975 的數值不符。**D. 2104**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：ARI 為 $7 / 10000$ ，NNH 為 $10000 / 7$ 約 1429。2104 的數值不符。**診斷與篩檢工具指標 (Diagnostic and screening test metrics)**

★★ 穩定考點 考過 6/20 梯次：107-1、108-2、109-2、110-2、112-1、112-2

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 二、預防醫學與篩檢

2.3 篩檢工具評估指標

	疾病 (+)	疾病 (-)
篩檢 (+)	TP (真陽性)	FP (偽陽性)
篩檢 (-)	FN (偽陰性)	TN (真陰性)

- **敏感度 (Sensitivity)** = $TP / (TP + FN)$ → 抓到病人的能力
 - 高敏感度且結果陰性時可排除疾病 (SnNout)
- **特異度 (Specificity)** = $TN / (TN + FP)$ → 排除健康者的能力
 - 高特異度且結果陽性時可確認疾病 (SpPin)
- **陽性預測值 (PPV)** = $TP / (TP + FP)$ → 盛行率 ↑ 則 PPV ↑
- **陰性預測值 (NPV)** = $TN / (TN + FN)$ → 盛行率 ↑ 則 NPV ↓
- **Likelihood ratio (+)** = $Sensitivity / (1 - Specificity)$
- 敏感度、特異度不受盛行率影響；預測值受盛行率影響

★ 國考重點 (本站講義)

- 敏感度 (Sensitivity) [112-2]
- 特異度 (Specificity) [112-2]
- 陽性預測值 (PPV) [112-2]
- 陰性預測值 (NPV) [112-2]

⚠ 易混與陷阱

指標名稱	核心定義與公式	臨床應用與特性	常考易混陷阱
敏感度 (Sensitivity)	真正有病族群中，檢驗為陽性的比率。公式： $TP / (TP+FN)$	評估篩檢工具避漏能力。嚴重疾病篩檢（如先天性甲狀腺低下）首重此指標。〔107-1、108-2、112-2〕	易混淆為「檢驗陽性者中真正有病的比率」（此為 PPV）。〔112-2〕
特異度 (Specificity)	真正沒病族群中，檢驗為陰性的比率。公式： $TN / (TN+FP)$	評估篩檢工具排除能力。與假陽性率互補（ $FPR = 1 - Specificity$ ）。〔112-2〕	易混淆為「罹患疾病且檢驗為陰性的比率」（此為偽陰性）。〔112-2〕
陽性預測值 (PPV)	檢驗陽性族群中，真正有病的比率。公式： $TP / (TP+FP)$	具臨床診斷與諮詢價值。受盛行率 (Prevalence) 影響最大，盛行率越低，PPV 越低。〔109-2、110-2、112-2〕	易誤認為受發生率、死亡率或存活率影響。〔110-2〕
陰性預測值 (NPV)	檢驗陰性族群中，真正沒病的比率。公式： $TN / (TN+FN)$	具臨床排除與諮詢價值。盛行率越低，NPV 越高。〔109-2、112-2〕	易混淆為「檢驗陰性且有患病的比率」（此為偽陰性比例）。〔112-2〕
假陽性率 (FPR)	真正沒病族群中，檢驗為陽性的比率。公式： $FP / (FP+TN) = 1 - Specificity$	社區低盛行率疾病篩檢時，首要選擇此值最低者，以減少不必要的追蹤與恐慌。〔112-1〕	易與「偽發現率（ $FDR = 1 - PPV = FP / (FP+TP)$ ）」混淆，前者不受盛行率影響，後者受盛行率影響。〔112-1〕

精選考題 (3/5)

第 25 題 〔112-2 醫學三 第 70 題〕

關於敏感度 (sensitivity)、特異度 (specificity)、陽性預測值 (positive predictive value) 及陰性預測值 (negative predictive value) 的定義，下列何者正確？

- (A) 敏感度是「罹患疾病且檢驗為陽性者的比率」
- (B) 特異度是「罹患疾病且檢驗為陰性者的比率」
- (C) 陽性預測值是「檢驗陽性且沒有患病的比率」
- (D) 陰性預測值是「檢驗陰性且有患病的比率」

答案 A

A. 敏感度是「罹患疾病且檢驗為陽性者的比率」

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：敏感度 (Sensitivity) 是在所有罹患疾病者中，檢驗陽性者的比例。

B. 特異度是「罹患疾病且檢驗為陰性者的比率」

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：特異度 (Specificity) 是在所有未罹患疾病者中，檢驗陰性者的比例。此選項描述的是偽陰性 (FN)。

C. 陽性預測值是「檢驗陽性且沒有患病的比率」

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：陽性預測值 (PPV) 是在所有檢驗陽性者中，真正罹患疾病者的比例。此選項描述的是檢驗陽性但未患病者 (FP)。

D. 陰性預測值是「檢驗陰性且有患病的比率」

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：陰性預測值 (NPV) 是在所有檢驗陰性者中，真正未罹患疾病者的比例。此選項描述的是檢驗陰性但患病者 (FN)。

第 26 題 [112-1 醫學三 第 69 題]

針對盛行率低的疾病 (Disease) 進行社區篩檢時，下列何種篩檢 (Test) 呈現的結果假陽性較低，最適合使用？

- (A) 檢驗(+)：疾病(+)=300、疾病(-)=50；檢驗(-)：疾病(+)=100、疾病(-)=550
- (B) 檢驗(+)：疾病(+)=50、疾病(-)=50；檢驗(-)：疾病(+)=50、疾病(-)=850
- (C) 檢驗(+)：疾病(+)=500、疾病(-)=50；檢驗(-)：疾病(+)=50、疾病(-)=400
- (D) 檢驗(+)：疾病(+)=100、疾病(-)=550；檢驗(-)：疾病(+)=300、疾病(-)=50

答案 B

A. 檢驗(+)：疾病(+)=300、疾病(-)=50；檢驗(-)：疾病(+)=100、疾病(-)=550

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：此選項的假陽性率 (FPR) 為 8.33%，高於選項 B 的 5.56%，因此在篩檢低盛行率疾病時，選項 B 的假陽性率較低且較適合。

B. 檢驗(+)：疾病(+)=50、疾病(-)=50；檢驗(-)：疾病(+)=50、疾病(-)=850

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：此選項的假陽性率 (FPR) 為 5.56% (Specificity=94.44%)，是所有選項中最低的。對於低盛行率疾病篩檢，極低的假陽性率是首要考量，可減少不必要的後續追蹤。注意：題目問的「假陽性」指假陽性率 (false positive rate, $FPR = FP / (FP + TN) = 1 - \text{Specificity}$)，由疾病(-)族群中被誤判為陽性的比例決定；這與偽發現率 (false discovery rate, $FDR = 1 - PPV = FP / (FP + TP)$)，受盛行率影響) 不同，勿混淆。

C. 檢驗(+)：疾病(+)=500、疾病(-)=50；檢驗(-)：疾病(+)=50、疾病(-)=400

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：此選項的假陽性率 (FPR) 為 11.11%，高於選項 B 的 5.56%，因此在篩檢低盛行率疾病時，選項 B 的假陽性率較低且較適合。

D. 檢驗(+)：疾病(+)=100、疾病(-)=550；檢驗(-)：疾病(+)=300、疾病(-)=50

× 錯誤 [P5 拉完了]

詳解：此選項的假陽性率 (FPR) 高達 91.67% (Specificity=8.33%)，Specificity 極低，極不適合用於任何疾病的篩檢，尤其低盛行率疾病。

第 27 題 [110-2 醫學三 第 70 題]

疾病篩檢工具的陽性預測值 (positive predictive value)，受下列何者的影響最大？

- (A) 疾病發生率 (incidence)
- (B) 疾病盛行率 (prevalence)
- (C) 疾病死亡率 (mortality)
- (D) 疾病存活率 (survival)

答案 B

A. 疾病發生率 (incidence)

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：發生率 (incidence) 是新病例的發生速率，而非現存病例的比例，盛行率 (prevalence) 才是影響 PPV 的關鍵因素。

B. 疾病盛行率 (prevalence)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：陽性預測值 (PPV) 是檢測陽性者實際罹病機率。檢測前疾病盛行率 (prevalence) 越高，假陽性者比例越低，PPV 越高。

C. 疾病死亡率 (mortality)

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：疾病死亡率 (mortality) 與篩檢工具的陽性預測值 (PPV) 無直接關聯。

D. 疾病存活率 (survival)

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：疾病存活率 (survival) 描述病程預後，不影響陽性預測值 (PPV) 的判斷。

梯次	題目	主題
107-1	醫學三 Q70	congenital hypothyroidism screening accuracy
109-2	醫學三 Q70	screening test characteristics

也考本考點的題目（1 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
108-2	醫學三 Q69	家醫科・預防醫學，預防醫學與疾病篩檢（Preventive Medicine and Disease Screening）

家醫科 · 行為醫學

正文：HikariMusic《TWMLE》<https://hikarimusic.github.io/TWMLE/>

老年期精神與認知障礙 (Geriatric Neuropsychiatric and Cognitive Disorders)

★★ 穩定考點 考過 8/20 梯次：106-1、106-2、109-1、110-1、112-1、113-1、113-2、114-1

TWMLE · 家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 七、老年醫學

7.2 失智症 (Dementia)

類型	特點
阿茲海默症 (AD)	最常見 (60–70%)；進行性記憶喪失 (近期記憶先受損)；海馬迴萎縮；病理：amyloid plaques + neurofibrillary tangles
血管型失智	第二常見；階梯式惡化、局灶神經學症狀；與中風相關
路易體失智 (DLB)	視幻覺、波動性認知、巴金森症狀；對抗精神藥物極敏感
額顳葉型失智 (FTD)	行為/人格改變先於記憶喪失；較年輕發病

- 可逆性原因須排除 (助記：DEMENTIA)：Drugs、Emotional (depression)、Metabolic (thyroid, B12)、Eyes/Ears、Normal pressure hydrocephalus、Tumors/Trauma、Infection、Alcohol
- 藥物治療：AChE inhibitors (Donepezil, Rivastigmine, Galantamine) → 輕至中度 AD；Memantine (NMDA antagonist) → 中至重度

7.3 譫妄 (Delirium) vs 失智 (Dementia)

特徵	譫妄	失智
發作	急性 (數小時至天)	漸進 (數月至年)
病程	波動 (日夜變化)	持續進行性
注意力	嚴重受損 (核心特徵)	早期通常正常
意識	改變	通常清楚 (晚期除外)
可逆性	通常可逆	通常不可逆

- 譫妄處理：找出並治療原因 (感染、藥物、電解質、疼痛、尿滯留、便秘)；非藥物優先 (環境調整、日夜節律、家人陪伴)；藥物 (Haloperidol 低劑量，避免 benzodiazepine，除非酒精戒斷)

★ 國考重點 (本站講義)

⚠ 易混與陷阱

譫妄、失智症與憂鬱症之臨床特徵對照

臨床特徵	譫妄 (Delirium)	失智症 (Dementia)	憂鬱症 (Depression)
發作速度	急性發作 (數小時至數天)。	慢性、漸進性退化。	漸進性，常伴隨假性失智症狀。
病程表現	波動起伏，日夜有明顯變動。	持續性退化，通常為不可逆。	具高復發性，但治療成功後認知功能可完全恢復。
核心評估工具	混亂評估方法 (CAM)。	簡式智能評估量表 (MMSE)。	老年憂鬱量表 (GDS)。
首選治療原則	處理潛在生理病因 (如感染、脫水)。無 FDA 核准藥物，抗精神藥僅用於對症治療。	優先採用非藥物行為治療。阿茲海默症最常見；血管性失智症可使用 AChEIs 改善症狀。	結合藥物與非藥物治療 (如 CBT)。SSRI 與 TCA 療效相當，但 SSRI 副作用少、無心毒性，對老年人更安全。

臨床功能評估量表之目的與誤區對照

量表名稱	主要評估目的	易混淆概念（考題陷阱）
巴氏生活量表（Barthel's index）	評估基本日常生活活動功能（ADLs），如進食、穿衣、洗澡等自我照顧能力。	❑ 評估個案在社區中獨立生活的能力。
工具性日常生活活動功能量表（IADLs）	評估個案於社區中維持獨立生活所需的較複雜技能（如購物、備餐、管理財務）。	❑ 僅用於評估個人基本的生理自理能力。
簡式智能評估量表（MMSE）	篩檢認知功能障礙（如失智症、譫妄）的嚴重程度。	❑ 設計用來篩檢個人智商（IQ）或全面的溝通能力。
老年憂鬱量表（GDS）	篩檢老年族群的憂鬱情緒與症狀（9/15 分為篩檢陽性）。	❑ 篩檢陽性即代表確診，可直接給予安眠藥或轉介社福單位（仍須經臨床診斷確認）。

精選考題（3/3）

第 1 題 【106-1 醫學三 第 1 題】

75 歲的李女士這幾個月來家人發現她都不太喜歡出門，沒有活力，感覺相當健忘、睡得不好、食慾不佳、體重減少、常有呼吸困難、胸口悶、全身不舒服，家人帶她至門診評估。下列敘述何者錯誤？

- (A) 老年人憂鬱症常伴隨認知功能的症狀，而被認為是「假性失智症」
- (B) 甲狀腺機能低下或亢進的病人可能都會伴隨憂鬱的症狀，所以懷疑憂鬱的病人應該測量甲狀腺功能
- (C) 藥物治療 6~8 週後，大約 60~70% 的病人可以得到控制
- (D) SSRI（selective serotonin reuptake inhibitor）類的抗憂鬱藥品比 TCA（tricyclic antidepressant）類的藥品更加有效

答案 D

A. 老年人憂鬱症常伴隨認知功能的症狀，而被認為是「假性失智症」

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：老年人憂鬱症常伴隨認知功能障礙（記憶減退、注意力不集中），形成 pseudodementia（假性失智症）。當憂鬱症改善後認知功能亦恢復，異於真性失智症，故敘述正確。

B. 甲狀腺機能低下或亢進的病人可能都會伴隨憂鬱的症狀，所以懷疑憂鬱的病人應該測量甲狀腺功能

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：甲狀腺機能低下和亢進均可伴隨憂鬱症狀。評估疑似憂鬱症患者應測量 TSH 排除甲狀腺功能異常為次發原因，為標準臨床診療原則，敘述正確。

C. 藥物治療 6~8 週後，大約 60~70% 的病人可以得到控制

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：SSRI 等抗憂鬱藥物治療 6-8 週後之反應率（response rate）約 60-70%，此為臨床實證支持的數據，敘述正確。

D. SSRI（selective serotonin reuptake inhibitor）類的抗憂鬱藥品比 TCA（tricyclic antidepressant）類的藥品更加有效
× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：大量 meta-analysis 顯示 SSRI 與 TCA 在療效上無統計顯著差異。SSRI 優勢在副作用更少、安全性更佳（無心毒性、anticholinergic 風險），特別在老年人更安全，而非「更加有效」，故敘述錯誤。

第 2 題〔106-2 醫學三 第 2 題〕

90 歲的林奶奶患有血管性的失智症，近日來日夜顛倒，晚上無法睡覺，常常想要開門出去，外勞有時都拉不住，家人感到非常無助，來到門診尋求幫忙。下列有關失智症的敘述，何者正確？

- (A) 血管性的失智症是最常見的失智症
- (B) 血管性的失智症可能來自於多次中風或大腦白質病變
- (C) 初期失智症的病人一定會有記憶力喪失
- (D) 失智症的病人如果有行為症狀，需要開立抗精神藥物，不需要行為治療

答案 B**A. 血管性的失智症是最常見的失智症**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：血管性失智症並非最常見，阿茲海默症才是。血管性失智症常為第二常見。

B. 血管性的失智症可能來自於多次中風或大腦白質病變

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：血管性失智症由腦部血流受損引起，常因多次中風或大腦白質病變造成。

C. 初期失智症的病人一定會有記憶力喪失

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：初期失智症雖常有記憶力減退，但非典型失智症可能先出現非記憶性認知或行為改變。「一定」過於絕對。

D. 失智症的病人如果有行為症狀，需要開立抗精神藥物，不需要行為治療

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：失智症行為症狀應優先採行為治療，抗精神藥物僅為輔助且有風險，非首選。

第 3 題〔112-1 醫學三 第 67 題〕

關於憂鬱症（depression）的敘述，下列何者正確？

- (A) 憂鬱症只要完治之後，就不會再復發
- (B) 老年自殺比率不高，所以不用進行憂鬱篩檢
- (C) 憂鬱症藥物必須一輩子服用，故無法停藥
- (D) 憂鬱症治療除藥物治療外尚包括非藥物治療，例如：認知行為治療

答案 D**A. 憂鬱症只要完治之後，就不會再復發**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：憂鬱症為一高復發性疾病，即使經治療緩解，仍有再次發作的可能；「從不復發」的說法不符臨床事實。

B. 老年自殺比率不高，所以不用進行憂鬱篩檢

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：老年人自殺率是重要的公共衛生議題，憂鬱症為主要危險因子；因此，老年憂鬱篩檢至關重要，此敘述錯誤。

C. 憂鬱症藥物必須一輩子服用，故無法停藥

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：憂鬱症藥物治療的持續時間因人而異，部分患者在症狀緩解後，可依醫囑逐步減藥或停藥，並非一律需終身服用。

D. 憂鬱症治療除藥物治療外尚包括非藥物治療，例如：認知行為治療

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：整合式治療是憂鬱症的標準模式，藥物治療結合心理治療（如認知行為治療 CBT）能顯著提升療效與降低復發率。

也考本考點的題目（5 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
109-1	醫學三 Q67	家醫科・家庭醫藥，周全性老年評估與老年症候群 (Comprehensive Geriatric Assessment and Geriatric Syndromes)
110-1	醫學三 Q68	家醫科・家庭醫藥，周全性老年評估與老年症候群 (Comprehensive Geriatric Assessment and Geriatric Syndromes)
113-1	醫學三 Q67	家醫科・家庭醫藥，周全性老年評估與老年症候群 (Comprehensive Geriatric Assessment and Geriatric Syndromes)
114-1	醫學三 Q67	家醫科・家庭醫藥，周全性老年評估與老年症候群 (Comprehensive Geriatric Assessment and Geriatric Syndromes)
113-2	醫學三 Q72	家醫科・預防醫學，預防醫學與疾病篩檢 (Preventive Medicine and Disease Screening)

社會與行為醫學 (Social and Behavioral Medicine)

★★ 穩定考點 考過 12/20 梯次：106-1、107-2、108-1、108-2、109-1、111-2、112-1、112-2、113-2、114-1、114-2、115-1

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 五、菸害防制與物質使用 > 5.2 酒精使用

飲酒量定義

- 標準杯 (standard drink)：含純酒精 10–14 g (台灣定義約 10 g)
- 適度飲酒上限：男性 ≤ 2 標準杯/天，女性 ≤ 1 標準杯/天
- 危險飲酒 (At-risk drinking)：超過上述標準
- 暴飲 (Binge drinking)：單次飲酒男性 ≥ 5 杯、女性 ≥ 4 杯

酒精篩檢工具

工具	內容	用途
CAGE	Cut down、Annoyed、Guilty、Eye-opener； ≥ 2 分陽性	快速篩檢酒精依賴
AUDIT	10 題，涵蓋飲酒量、依賴、傷害； ≥ 8 分有問題飲酒	最完整的篩檢工具
AUDIT-C	AUDIT 前 3 題 (飲酒量)	快速篩檢

酒精戒斷

- 時序：停酒後 6–24 hr 開始
 - 6–12 hr：顫抖、焦慮、噁心、心悸加速、血壓上升
 - 12–24 hr：酒精性幻覺 (alcoholic hallucinosis) → 意識清楚伴幻覺
 - 24–48 hr：戒斷性癲癇 (seizure) → 全身性大發作
 - 48–96 hr：震顫性譫妄 (Delirium tremens, DTs) → 死亡率 5–15%
- 治療：Benzodiazepine (首選，如 diazepam、lorazepam)；嚴重者加 thiamine 預防 Wernicke encephalopathy
- Wernicke encephalopathy (急性)：confusion + ophthalmoplegia + ataxia → 給 Thiamine (B1) 先於 glucose
- Korsakoff syndrome (慢性)：anterograde amnesia + confabulation → 不可逆

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 五、菸害防制與物質使用

5.3 檳榔

- 致癌物：檳榔鹼 (arecoline)、石灰 (助釋放生物鹼)、萜花/萜葉中的致癌成分
- IARC 第一類致癌物 (Group 1 carcinogen)

- 相關疾病：口腔癌（SCC）、口腔白斑/紅斑（癌前病變）、口腔黏膜下纖維化（OSF）
- 三合一效應：菸 + 酒 + 檳榔 → 口腔癌風險大幅倍增（加乘效應約 **123 倍**）

TWMLE · 家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 十三、醫學倫理與法律

13.4 家庭暴力（Domestic Violence）

- 包含：親密伴侶暴力（IPV）、兒童虐待（child abuse）、老人虐待（elder abuse）
- 類型：身體暴力、精神暴力、性暴力、經濟控制、疏忽（neglect）
- 篩檢：臨床上應具高度警覺；可使用 **HITS 量表**（Hurt, Insult, Threaten, Scream）或直接詢問
- 常見線索：反覆外傷且解釋不合理、延遲就醫、伴侶代為回答問題、憂鬱/焦慮/PTSD、懷孕期間受傷
- 法律義務：依台灣《家庭暴力防治法》，醫事人員發現家暴應於 **24 小時內通報**當地主管機關；兒少保護依《兒童及少年福利與權益保障法》亦為**責任通報**
- 處理原則：安全評估優先、尊重受害者自主、提供資源（保護令、庇護所、113 專線）、詳實記錄傷勢（可做為法律證據）

★ 國考重點（本站講義）

- 高自殺風險處置〔106-1〕
- 急性暴力事件處理〔115-1〕
- 青少年冒險行為〔107-2〕
- 身體症狀障礙症（Somatic Symptom Disorder）〔108-1〕
- 恐慌症（Panic Disorder）藥物治療〔108-2〕
- 生理心理社會模式（Biopsychosocial Model, BPS Model）
- 層面區分〔109-1〕
- 代謝症候群（Metabolic Syndrome）應用〔114-1〕
- 緊張性頭痛（Tension Headache）應用〔114-2〕
- 健康與疾病照護模式
- 整體健康模式（Holistic Model）〔111-2〕
- 生物醫學模式（Biomedical Model）〔111-2〕
- 生態學模式（Ecological Model）〔111-2〕
- 民族醫學文化模式（Ethnomedical Cultural Model）〔111-2〕
- 憂鬱症（Depression）臨床特徵〔112-1〕
- 人格特質五因素模型（Five-factor Model of Personality, OCEAN）〔112-2〕
- 家庭暴力與兒童虐待評估
- 骨骼檢查與追蹤〔114-2〕
- 嬰兒腦傷評估〔114-2〕
- 傷勢時間判定〔114-2〕
- 緊急避孕（Emergency Contraception）〔114-2〕
- 老人虐待（Elder Abuse）〔112-2〕
- 悲傷事件與藥物調整〔113-2〕
- 認知行為治療（Cognitive Behavioral Therapy, CBT）〔113-2〕
- 邊緣性人格障礙（Borderline Personality Disorder, BPD）治療〔115-1〕
- LGBTQIA+ 青少年風險〔114-2〕

⚠ 易混與陷阱

健康照護模式對照

模式名稱	核心概念與特性	常見考點與臨床迷思
生物醫學模式(Biomedical Model)	心身二元論、化約論、尋找單一病原。	擴張後易導致醫療化 (Medicalization) 的負面限制，非 BPS 模式的優點。
生物心理社會模式 (Biopsychosocial Model)	整合生物、心理（人格、應對方式）、社會（社經地位、支持系統）。	環境因素直接影響生理功能，屬於「生理層面」而非社會層面；基因與疾病史亦屬生物/生理層面。
整體健康模式(Holistic Model)	身心靈與環境交織的統合體。	主張「疾病是一個創造性的契機 (Illness is a creative opportunity)」。
生態學模式(Ecological Model)	強調個體與環境的動態適應。	生物適應 (Biological Adaptation) 是其核心特性。

諮商與心理治療學派對照

心理治療 / 諮商學派	核心治療技術與特性	臨床實證與適用情境
認知行為治療 (Cognitive Behavioral Therapy, CBT)	1. 給予病人與家屬想法、感受支持。2. 辨識影響負面想法的觸發因素（認知）。3. 設定降低不良行為的目標（行為）。	可結合藥物治療憂鬱症以降低復發率；適用於分析與修正不良行為與認知。
動機式晤談(Motivational Interviewing)	處理個體對於改變的矛盾情緒 (Ambivalence)，透過同理心引發改變談話。	不強調負面想法觸發因素之結構化辨識。
焦點解決短期諮商 (Solution-focused Brief Therapy)	採去病理化觀點，尋找過去成功的例外 (Exception)，建構未來方案。	不分析問題成因或負面想法的觸發因素。
家庭心理衛教(Family Psychoeducation)	提供疾病醫學知識，降低家屬的表達情緒 (Expressed Emotion)。	偏向資訊傳遞與環境調整，行為目標設定深度不如 CBT。
實證有效之 BPD 療法	包含辯證行為治療 (DBT)、以移情為中心的心理治療 (TFP)、心智化導向的心理治療 (MBT)。	需持續 1 至 2 年的心理治療，可持久改善邊緣性人格障礙 (BPD)。
心理動力取向治療 (Psychodynamic Therapy)	一般性的心理動力治療。	相較於專門的 DBT、TFP、MBT，其治療 BPD 核心症狀的實證療效不充分。

家暴與受虐評估重點對照

評估項目	正確臨床處置與觀點	常見錯誤與陷阱
幼童身體虐待 (小於 2 歲)	開立全身性骨骼攝影檢查 (X 光)，並於 2 至 3 週後再以 X 光追蹤（觀察骨痂 Callus 顯現以診斷隱匿型骨折）。	× 僅憑首張 X 光片即排除骨折。× 僅憑 1 歲以下嬰兒神經學檢查正常即排除顱內傷害。
傷害發生時間判定	應保守看待，因受傷深度、年齡、膚色與凝血藥物等會造成極大個體差異。	× 藉由觀察瘀傷 (Bruise) 的顏色、範圍或型態正確判斷受傷時間。
性侵害緊急避孕	應於性行為後 72 小時（最長 5 天/120 小時內仍具一定效果）內口服 Levonorgestrel 1.5 mg 一次。	× 於性侵害後 7 天 (168 小時) 才給予口服緊急避孕藥（已無顯著效果）。

精選考題 (3/10)

第 4 題 [114-2 醫學三 第 71 題]

有關家庭暴力受害者的檢查或處置，下列敘述何者最適當？

- (A) 可藉由觀察瘀傷的顏色、範圍、型態等，正確判斷出傷害的時間
- (B) 2 歲以下小孩出現瘀傷，應開立 X 光檢查骨骼狀況，並於 2~3 週後再以 X 光追蹤檢查骨骼
- (C) 1 歲以下嬰兒，當神經學檢查正常時，就可排除顱內傷害 (intracranial injury)
- (D) 性侵害中的育齡女性受害者應於 7 天內給與口服 1.5 mg levonorgestrel 一次，作為緊急避孕措施

答案 B

A. 可藉由觀察瘀傷的顏色、範圍、型態等，正確判斷出傷害的時間

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：藉由 Bruise (瘀傷) 的顏色演變來判斷傷害發生的確切時間在醫學上並不準確。臨床研究顯示，瘀傷顏色的變化受多重因素影響，包括受傷深度、患者年齡、膚色深淺以及是否服用影響凝血的藥物等，因此顏色與受傷時間的相關性存在極大的個體差異。雖然醫事人員可觀察瘀傷型態來輔助評估，但絕對無法據此「正確判斷」出精確的時間點，這在法律鑑定上必須非常保守看待。

B. 2 歲以下小孩出現瘀傷，應開立 X 光檢查骨骼狀況，並於 2~3 週後再以 X 光追蹤檢查骨骼

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：對於懷疑遭受身體虐待且年齡小於 2 歲的幼童，進行全身性的 Skeletal Survey (骨骼攝影檢查) 是標準醫療程序。由於某些特殊的兒虐骨折 (如肋骨骨折或長骨末端的干骺端骨折) 在受傷初期可能因無明顯移位而無法在首張 X 光片中顯現，因此指引建議在 2~3 週後進行追蹤拍攝。此時骨折處會產生 Callus (骨痂) 或骨膜反應，能大幅提升醫師診斷隱匿型骨折的敏感度，這對於確認反覆受虐的證據至關重要。

C. 1 歲以下嬰兒，當神經學檢查正常時，就可排除顱內傷害 (intracranial injury)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：在處理 Abusive Head Trauma (兒虐性腦傷) 時，絕對不能僅憑 Neurological Examination (神經學檢查) 正常就排除 Intracranial Injury (顱內傷害) 的可能性。嬰兒因大腦發育特性及前囟門尚未閉合，即使存在硬腦膜下出血或腦組織受損，早期可能僅出現嘔吐、躁動或嗜睡等非特異性症狀，甚至完全沒有臨床徵候。若高度懷疑有受虐風險，通常需要進行腦部影像學檢查以確保嬰兒安全，以免遺漏潛在的致命傷害。

D. 性侵害中的育齡女性受害者應於 7 天內給與口服 1.5 mg levonorgestrel 一次，作為緊急避孕措施

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：針對性侵害受害者的 Emergency Contraception (緊急避孕) 處置，時間點是決策關鍵。口服 Levonorgestrel (左旋諾孕酮) 1.5 mg 通常建議在性行為後 72 小時內使用效果最佳，雖然部分指引指出在 120 小時 (5 天) 內仍具備一定的避孕效力，但 7 天 (168 小時) 已大幅超過其預防排卵與著床的有效視窗。若受害時間已超過 5 天，醫師應與受害者討論使用銅離子子宮內避孕器等替代方案，而非使用已無顯著效果的口服緊急避孕藥。

第 5 題 [115-1 醫學三 第 71 題]

邊緣性人格障礙 (borderline personality disorder, BPD) 與功能不良、生活品質低落和死亡率增加有關。大多數 BPD 病人需要心理健康專業人員進行持續 1~2 年的心理治療，以持久改善。下列何種類型的心理治療，未被證明可以有效治療這類型的人格障礙？

- (A) 辯證行為訓練 (dialectical behavior training)
- (B) 以移情為中心的心理治療 (transference-focused psychotherapy)
- (C) 心理動力取向治療 (psychodynamic therapy)
- (D) 心智化導向的心理治療 (mentalization-based psychotherapy)

答案 C

A. 辯證行為訓練 (dialectical behavior training)

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：辯證行為治療 (DBT) 為 BPD 實證一線療法 (黃金標準)，已被證實有效。本題問「未被證明有效」者，DBT 已被證明有效，故非本題答案。

B. 以移情為中心的心理治療 (transference-focused psychotherapy)

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：移情焦點治療 (TFP) 為專為 BPD 設計的實證療法，已被證實有效，故非本題答案。

C. 心理動力取向治療 (psychodynamic therapy)

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：一般性「心理動力取向治療」相較 DBT、TFP、MBT 等專為 BPD 設計的結構化療法，對 BPD 核心症狀的實證療效證據較不充分。本題問「未被證明可以有效治療」者，即為此選項，故為本題答案。

D. 心智化導向的心理治療 (mentalization-based psychotherapy)

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：心智化治療 (MBT) 為 BPD 實證療法，已被證實能改善情緒調節與人際互動，故非本題答案。

第 6 題 [112-2 醫學三 第 66 題]

臨床上有關生物心理社會模式中的心理因素，可使用人格特質五因素模型 (five-factor model of personality, OCEAN) 來探討，下列有關此模型意涵之敘述何者錯誤？

- (A) 經驗開放性 (Openness to experience)：對不同經驗傾向保持好奇和欣賞
- (B) 盡責性 (Conscientiousness)：傾向自我訓練，有計畫地達成目標
- (C) 效能性 (Efficacy)：傾向能達成任務的能力和信念
- (D) 親和性 (Agreeableness)：傾向與其他人合作，較喜歡融洽

答案 C**A. 經驗開放性 (Openness to experience)：對不同經驗傾向保持好奇和欣賞**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：經驗開放性 (Openness) 指對新經驗的好奇、想像力與對多元的欣賞，符合選項描述。

B. 盡責性 (Conscientiousness)：傾向自我訓練，有計畫地達成目標

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：盡責性 (Conscientiousness) 的核心是自我約束、計畫性與目標導向，選項描述與此一致。

C. 效能性 (Efficacy)：傾向能達成任務的能力和信念

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：效能性 (Efficacy) 與自我效能感 (Self-efficacy) 為不同概念，非人格特質五因素模型 (OCEAN) 的組成要素。

D. 親和性 (Agreeableness)：傾向與其他人合作，較喜歡融洽

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：親和性 (Agreeableness) 代表個體傾向合作、體諒與信任他人，選項描述吻合其定義。

本考點其他考題 (7 題，未收錄)

梯次	題目	主題
106-1	醫學三 Q70	suicide risk management
107-2	醫學三 Q70	adolescent behavior
108-1	醫學三 Q70	illness anxiety disorder DSM-5
108-2	醫學三 Q70	panic disorder pharmacotherapy
113-2	醫學三 Q70	family-focused therapy
114-2	醫學三 Q68	LGBTQIA+ youth mental health
115-1	醫學三 Q70	acute violence event management

也考本考點的題目 (7 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
113-2	醫學三 Q68	家醫科・家庭醫藥，家庭評估與醫病溝通 (Family Assessment and Clinical Communication)
112-2	醫學三 Q67	家醫科・家庭醫藥，周全性老年評估與老年症候群 (Comprehensive Geriatric Assessment and Geriatric Syndromes)
109-1	醫學三 Q66	家醫科・家庭醫藥，家庭醫學與臨床溝通 (Family Medicine and Clinical Communication)
111-2	醫學三 Q66	家醫科・家庭醫藥，家庭醫學與臨床溝通 (Family Medicine and Clinical Communication)
114-2	醫學三 Q66	家醫科・家庭醫藥，家庭醫學與臨床溝通 (Family Medicine and Clinical Communication)
114-1	醫學三 Q66	家醫科・預防醫學，慢性病預防與個案管理 (Chronic Disease Prevention and Management)
112-1	醫學三 Q67	家醫科・行為醫學，老年期精神與認知障礙 (Geriatric Neuropsychiatric and Cognitive Disorders)

行為改變與健康諮商 (Behavior Change and Counseling)

★★ 穩定考點 考過 12/20 梯次：106-2、107-2、109-1、110-1、111-1、111-2、112-2、113-1、113-2、114-1、115-1、115-2

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 四、健康行為改變

4.1 跨理論模式 (Transtheoretical Model / Stages of Change)

・最常用於戒菸、減重、運動行為介入

階段	說明	介入策略
前思考期 (Precontemplation)	未來 6 個月內無改變意願	提高覺察、提供資訊
思考期 (Contemplation)	考慮 6 個月內改變	探討利弊 (decisional balance)
準備期 (Preparation)	計畫 1 個月內採取行動	設定具體計畫、強化承諾
行動期 (Action)	已改變行為但 < 6 個月	支持、防止復發
維持期 (Maintenance)	改變行為 ≥ 6 個月	持續支持、預防復發策略
復發 (Relapse)	回到先前階段	正常化、重新進入循環

4.2 動機式晤談 (Motivational Interviewing, MI)

- ・精神：合作 (collaboration)、喚起 (evocation)、尊重自主 (autonomy)
- ・核心技巧 (OARS)：
 - Open-ended questions (開放式問句)
 - Affirmation (肯定)
 - Reflective listening (反映式傾聽)
 - Summarizing (摘要)
- ・關鍵概念：引發 change talk (改變語言)、處理 sustain talk (維持現狀語言)、rolling with resistance (順應抗拒)
- ・適用：戒菸、戒酒、減重、慢性病自我管理、運動行為

4.3 健康信念模式 (Health Belief Model)

- 四大要素：
 - 知覺罹患性 (Perceived susceptibility)：自認可能得病的程度
 - 知覺嚴重性 (Perceived severity)：自認疾病後果的嚴重度
 - 知覺利益 (Perceived benefits)：行為改變的好處
 - 知覺障礙 (Perceived barriers)：行為改變的困難
- 加上：行動線索 (Cues to action) (促發因素) 與 自我效能 (Self-efficacy)

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 五、菸害防制與物質使用 > 5.1 菸害

尼古丁成癮與健康危害

- 吸菸是最大可預防死亡原因
- 相關疾病：肺癌 (最強關聯)、COPD、心血管疾病、消化道癌、膀胱癌、口腔癌、中風、周邊血管疾病
- 二手菸：增加兒童氣喘、中耳炎、SIDS；增加非吸菸者肺癌與心血管風險

戒菸介入 (5A's)

步驟	內容
Ask	每次就診詢問吸菸狀態
Advise	明確、強烈、個人化建議戒菸
Assess	評估戒菸意願 (結合 Stage of Change)
Assist	提供戒菸協助 (藥物+行為諮商)
Arrange	安排追蹤 (1 週內 + 1 個月後)

- 無意願者 → **5R's**：Relevance (切身性)、Risks (風險)、Rewards (好處)、Roadblocks (障礙)、Repetition (重複提醒)
- 尼古丁依賴程度評估：Fagerström Test 6 題
 - 最重要兩題：①早上起床後多久抽第一支菸 (≤ 5 分鐘 = 高度依賴)；②每天抽幾支

戒菸藥物

藥物	機制	重點
Nicotine Replacement Therapy (NRT)	替代尼古丁，減輕戒斷症狀	貼片、口嚼錠、口含錠、吸入劑；可合併使用 (貼片 + 短效型)
Varenicline (Chantix)	Partial agonist at $\alpha 4\beta 2$ nicotinic receptor	戒菸成功率最高；噁心為最常見副作用
Bupropion (Zyban)	NE/DA reuptake inhibitor	可同時治療憂鬱；禁忌：癲癇、飲食障礙

- 藥物 + 行為諮商 = 效果最好
- NRT 禁忌 (相對)：急性心肌梗塞 2 週內、不穩定心絞痛

★ 國考重點 (本站講義)

- 跨理論模式 (Transtheoretical Model, TTM) 分期定義與實證限制
- 前考慮期/未考慮階段 (Precontemplation) [106-2、107-2、111-1、113-1]
- 考慮期/沈思階段/認知期 (Contemplation) [106-2、107-2、111-1、113-1]
- 準備期/準備階段 (Preparation) [106-2、107-2、111-1]
- 行動期/行動階段 (Action) [106-2、107-2、111-1]
- 維持期/維持階段 (Maintenance) [111-1]
- 長期效果限制 [113-1]
- 動機式晤談 (Motivational Interviewing, MI) 核心原則與起源
- RULE 指導原則 [111-1、114-1]
- 起源與溝通本質 [112-2]
- 與其他面談模式之比較 [115-2]
- 戒菸行為諮商的 5A 策略
- 預防醫學工作小組 (USPSTF) 行為諮詢強度分類

- 密集行為諮詢 (Intensive Counseling) / 高強度行為諮詢 (High-intensity Behavioral Counseling) 或轉介 (Referral)〔109-1、110-1〕
- 簡短行為諮詢 (Brief Behavioral Counseling) 或教育 (Education)〔109-1、110-1〕
- 肥胖與體重管理規範
- 減重藥物 (Pharmacotherapy) 適應症〔113-1〕
- 減重手術 (Bariatric Surgery) 適應症〔107-2〕
- 減重目標與熱量控制〔106-2、107-2〕
- Lorcaserin〔107-2〕
- 健康效應與共病〔106-2〕
- 健康行為與家庭關係之數據
- 家庭認知行為治療 (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) 特徵
- 邊緣性人格障礙 (Borderline Personality Disorder, BPD) 的心理治療
- 實證有效的專門結構化療法〔115-1〕
- 實證療效不充分的療法〔115-1〕
- 青少年健康照顧角色

⚠ 易混與陷阱

核心主題	容易混淆的概念 / 階段	鑑別診斷與臨床關鍵點	國考陷阱與精準數據
跨理論模式 (TTM)	前考慮期 vs. 考慮期	前考慮期未來 6 個月內無意圖改變；考慮期計畫在未來 6 個月內改變。	被家人或外力強迫就診，通常暗示動機為外部壓力，個案此時仍處於前考慮期。
	考慮期 vs. 準備期	考慮期時間點模糊（6 個月內）；準備期計畫在短期（一個月/30 天內）改變。	進入準備期後，臨床介入的第一步是「協助設定開始改變的日期」，而非單純檢討計畫。
	準備期 vs. 行動期	準備期是「計畫一個月內開始」；行動期是「已經實際改變」且持續小於 6 個月。	行動期必須有「已經發生」的行為改變事實；行為改變持續 6 個月以上則進入維持期。
行為諮詢強度	簡短諮詢 vs. 密集諮詢	簡短諮詢適用於：避免酗酒（18 歲以上）、預防皮膚癌（紫外線防護衛教）、預防青少年吸菸起始。	密集諮詢/轉介僅適用於：性活躍青少年及高風險成人的性接觸傳染病/性病 (STI) 預防。
減重介入手段	減重藥物 vs. 減重手術	減重藥物：BMI 大於等於 30（或 BMI 大於等於 27 且合併高血壓、糖尿病等共病）。	減重手術：BMI 大於等於 40（或 BMI 大於等於 35 且合併共病），且需內科治療無效。
減重預期目標	穩健減重 vs. 挑戰性減重	6 個月內減輕原體重的 5-10% 是容易達成且可維持的目標。	6 個月內減輕原體重 15% 是具挑戰性、不易達成的目標。
吸菸家庭風險	父母吸菸 vs. 手足吸菸	父母吸菸使青少年吸菸風險增加 2.5 至 3 倍。	兄姐吸菸使青少年吸菸風險增加 4 至 5 倍（國考選項寫「增加 2 倍」是低估的錯誤敘述）。
心理治療類型	認知行為治療 (CBT) vs. 動機式晤談 (MI)	CBT 強調辨識負面想法的觸發因素與設定限期不良行為改善目標。	MI 旨在處理改變的矛盾情緒；焦點解決 (SFBT) 不去分析負面想法成因與觸發因素。
BPD 實證治療	實證有效 vs. 證據不足	實證有效：辯證行為訓練/治療 (DBT)、移情焦點治療 (TFP)、心智化治療 (MBT)。	證據不足：一般的心理動力取向治療 (Psychodynamic Therapy)。
醫病面談溝通模式	動機式晤談 vs. 父權式/默認式/病人主導式面談	動機式晤談探索並化解病人改變過程的矛盾情結、強化內在動機，對促進健康行為改變最具正面影響。	父權式（醫師單向主導）、默認式（雙方皆缺乏主導）、病人主導式（病人完全主導、醫師僅被動提供資訊）三者皆缺乏對內在改變動機的引導。〔115-2〕

精選考題 (3/10)

第 7 題 〔111-1 醫學三 第 71 題〕

有關行為改變之跨理論模式 (transtheoretical model)，下列敘述何者正確？

- (A) 可分為考慮期 (contemplation)、準備期 (preparation)、行動期 (action)、維持期 (maintenance) 四個階段
- (B) 考慮期 (contemplation) 代表病人並無改變的意圖
- (C) 行動期 (action) 代表病人計劃在一個月內開始行為改變
- (D) 維持期 (maintenance) 代表行為改變已持續六個月以上

答案 D

A. 可分為考慮期 (contemplation)、準備期 (preparation)、行動期 (action)、維持期 (maintenance) 四個階段
× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：行為改變跨理論模式 (TTM) 包含前考慮、考慮、準備、行動、維持、終結期。選項僅列出部分階段，非完整描述。

B. 考慮期 (contemplation) 代表病人並無改變的意圖

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：考慮期 (contemplation) 是考慮改變，已有意圖；無意圖屬前考慮期 (precontemplation)。

C. 行動期 (action) 代表病人計劃在一個月內開始行為改變

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：行動期 (action) 是實際改變，持續少於 6 個月。計劃 1 個月內改變是準備期 (preparation)。

D. 維持期 (maintenance) 代表行為改變已持續六個月以上

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：維持期 (maintenance) 指行為改變持續 6 個月以上，重點在預防復發、鞏固新行為。

第 8 題 [107-2 醫學三 第 52 題]

關於減重，下列敘述何者錯誤？

- (A) 飲食控制的重點，在於減少總熱量的攝取
- (B) 一般而言，在 6 個月內，減輕原先體重的 15%，是一個很容易達成的目標
- (C) 對重度肥胖的病人，在內科療法無效時，減重手術 (bariatric surgery) 是一種合理的選擇
- (D) Lorcaserin 是作用在中樞神經，為抑制食慾的藥物

答案 B**A. 飲食控制的重點，在於減少總熱量的攝取**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：減重核心在於創造熱量赤字，飲食控制透過減少總熱量攝取來達成此目標，是建立熱量赤字的基本原則。

B. 一般而言，在 6 個月內，減輕原先體重的 15%，是一個很容易達成的目標

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：一般建議於 6 個月內減輕原體重的 5-10% 是較穩健且可維持的目標，15% 的減重量常被認為是較具挑戰性，而非「很容易達成」的目標。

C. 對重度肥胖的病人，在內科療法無效時，減重手術 (bariatric surgery) 是一種合理的選擇

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：對於重度肥胖 ($BMI \geq 40 \text{ kg/m}^2$ 或 $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ 伴隨共病症) 且內科保守療法效果不彰者，減重手術 (bariatric surgery) 已被證實為安全有效的治療選項。**D. Lorcaserin 是作用在中樞神經，為抑制食慾的藥物**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Lorcaserin (Belviq) 是一種作用於中樞神經的食慾抑制劑，透過活化腦部 5-HT_{2C} 接受器，增加飽足感來協助控制食慾。**第 9 題** [110-1 醫學三 第 70 題]

依據美國預防醫學工作小組 (US Preventive Services Task Force) 建議，下列那一臨床問題的行為改變並非簡短諮詢 (brief counseling) 就能改變，需要強度更高更密集的諮詢 (intensive counseling) 或轉介 (referral)？

- (A) 皮膚癌高危險青少年的降低紫外線暴露
- (B) 性活躍青少年的性病 (sexually transmitted disease) 預防
- (C) 中壯年的酒精濫用 (alcohol misuse) 預防
- (D) 抽菸個案的戒菸諮詢

答案 B**A. 皮膚癌高危險青少年的降低紫外線暴露**

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：根據美國預防醫學工作小組 (US Preventive Services Task Force, USPSTF) 建議，臨床醫師應針對 6 個月至 24 歲且具有公平膚質 (Fair skin type) 等皮膚癌高風險的青少年與年輕人，提供減少紫外線暴露的行為諮詢。這類行為諮詢在基層醫療環境中通常以簡短諮詢 (Brief counseling) 的形式進行，目的在於建立防曬觀念與行為，不需要轉介或安排高強度的密集療程。

B. 性活躍青少年的性病 (sexually transmitted disease) 預防

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：根據 USPSTF 的臨床實務建議，對於所有性活躍 (Sexually active) 的青少年以及性病風險增加的成人，應提供高強度行為諮詢 (High-intensity behavioral counseling) 以預防性傳染病 (Sexually transmitted infections, STIs)。這類高強度諮詢通常涉及多次會談、特定行為改變模組或專業人員轉介，研究證實其預防效果明顯優於一般門診的簡短諮詢。由於此建議明確要求「高強度」介入，故為本題正確選項。

C. 中壯年的酒精濫用 (alcohol misuse) 預防

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：針對 18 歲以上的成年個案 (含中壯年)，USPSTF 建議醫師應篩檢不健康的酒精使用行為。若個案存在酒精濫用 (Alcohol misuse) 風險，第一線的建議是提供簡短行為諮詢 (Brief behavioral counseling interventions)。除非個案已進展至酒精依賴 (Alcohol dependence) 或合併嚴重的身心共病，否則在初級預防階段，門診端的簡短衛教與行為介入已被證實具有足夠的實證效力。

D. 抽菸個案的戒菸諮詢

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：對於所有吸菸的成年個案，USPSTF 建議應詢問吸菸狀態並提供戒菸介入。雖然密集介入 (Intensive interventions) 結合藥物治療的成功率確實較高，但在基層醫療指引中，即使是門診醫師進行小於 3 分鐘的簡短諮詢 (Brief counseling)，亦即臨床常見的 5A 模式 (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange)，也被視為有效且必要的初級預防手段，並非必須依賴密集諮詢才能達成初步行為改變。

本考點其他考題 (7 題，未收錄)

梯次	題目	主題
106-2	醫學三 Q72	transtheoretical model preparation stage
106-2	醫學三 Q73	smoking cessation primary care intervention
107-2	醫學三 Q71	transtheoretical model
111-1	醫學三 Q70	motivational interviewing RULE
111-2	醫學三 Q70	smoking cessation 5A strategy
114-1	醫學三 Q71	motivational interviewing
115-2	醫學三 Q70	motivational interviewing

也考本考點的題目 (8 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
112-2	醫學三 Q71	家醫科・家庭醫業，家庭評估與醫病溝通（Family Assessment and Clinical Communication）
111-2	醫學三 Q68	家醫科・家庭醫業，家庭醫學與臨床溝通（Family Medicine and Clinical Communication）
114-1	醫學三 Q68	家醫科・家庭醫業，以家庭為中心的照護（Family-Centered Care）
109-1	醫學三 Q68	家醫科・預防醫學，預防醫學與疾病篩檢（Preventive Medicine and Disease Screening）
113-1	醫學三 Q70	家醫科・預防醫學，預防醫學與疾病篩檢（Preventive Medicine and Disease Screening）
106-2	醫學三 Q67	家醫科・預防醫學，慢性病預防與個案管理（Chronic Disease Prevention and Management）
113-2	醫學三 Q70	家醫科・行為醫學，社會與行為醫學（Social and Behavioral Medicine）
115-1	醫學三 Q71	家醫科・行為醫學，社會與行為醫學（Social and Behavioral Medicine）

家醫科・社區醫學

正文：HikariMusic《TWMLE》<https://hikarimusic.github.io/TWMLE/>

社區醫療與基層保健（Community Medicine and Primary Care）

★★ 穩定考點 考過 9/20 梯次：107-2、108-1、109-1、109-2、111-2、112-1、112-2、113-2、115-1

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 十、社區醫學與公共衛生

10.1 流行病學基本概念

概念	定義
發生率（Incidence）	特定期間內新發病例數 / 危險人口數
盛行率（Prevalence）	特定時間點現存病例數 / 總人口數
關係	$Prevalence \approx Incidence \times Duration$
致死率（Case Fatality Rate）	死亡數 / 該病病例數
死亡率（Mortality rate）	死亡數 / 總人口數

★ 國考重點（本站講義）

- 社區導向基層醫療（COPC）循環流程〔109-1、115-1〕
- 社區健康需求評估（CHNA）起始首選〔111-2〕
- 雙向轉診與家庭醫師特色〔109-2〕
- 基層醫療充足度之影響（Starfield 研究）〔112-2〕
- 居家訪視服務與發燒處置原則〔107-2〕
- 基層醫療服務單位之區分〔108-1〕
- 社區健康促進與中立性〔109-2〕
- 理想療癒環境（OHE）之內在環境〔113-2〕
- 颱風（颶風）與地震之災害流行病學
- 颱風（颶風）（typhoon/hurricane）〔112-1〕
- 地震（earthquake）〔112-1〕

⚠ 易混與陷阱

易混淆概念 / 類別	正確核心特徵 (考點鑑別點)	錯誤或易混淆觀念
社區醫療服務單位	衛生所、社區醫療群、基層診所：直接提供臨床基層醫療服務。	社區健康營造中心：僅負責健康促進與公衛倡議，無直接臨床服務。
雙向轉診特色	體現家庭醫學的協調性 (coordination)：整合初級與次級照護之資訊流通。	易混淆為可近性 (accessibility)、持續性 (continuity) 或負責性 (accountability)。
需求評估首選方法	次級資料分析 (分析官方衛政資料)：成本低、覆蓋率高，是社區診斷的首選。	關鍵人物訪談 (易有偏差)、流病調查 (成本過高)、車窗調查 (信效度低)。
醫師比例之醫療效益	全科醫師比例高：照護品質越高、醫療花費越低。	專科醫師比例高：不代表品質高 (易碎片化照護)，且花費更高。
颱風傷亡流行病學	復原期間接傷亡不亞於急性期：清理作業外傷、觸電、一氧化碳中毒為復原期死因。	易誤以為「急性期傷亡一定比復原期多」。
OHE 內在環境	內在環境 (inner personal environment)：指醫師的自我反思與自我關照。	易與人際環境 (互動)、行為環境 (流程)、外在環境 (空間) 混淆。
COPC 照護模式	社區導向的初級照護模式 (community-oriented primary care model, COPC)：依「確認群體→確認問題→策略規劃→介入→評估」循環運作。	易與以人為本的初級照護模式 (person-centered primary care model) (重視個體生活脈絡) 或疾病導向的初級照護模式 (disease-oriented primary care model) (重視單一疾病病理) 混淆。

精選考題 (3/7)

第 1 題 [115-1 醫學三 第 72 題]



這張流程圖最適用於下列何者？

- (A) Person centered primary care model
- (B) Disease oriented primary care model
- (C) Artificial integrated primary care model
- (D) Community oriented primary care model

答案 D

A. Person centered primary care model

× [P1 夯]

詳解：Person centered primary care model (以人為本的初級照護模式) 核心在於強調個別病人的價值觀、生活脈絡與醫病關係的建立，著重於全人照護與共同決策，而非針對特定群體進行系統性的健康問題介入與評估循環，較少以包含定義社區、確立問題、介入與評估等標準步驟的流程圖來呈現。

B. Disease oriented primary care model

× [P1 夯]

詳解：Disease oriented primary care model (疾病導向的初級照護模式) 主要聚焦於單一疾病的病理機轉、診斷與生物醫學治療，較易忽略病人的心理社會因素及所處的社區環境。其臨床思維通常為針對單一疾病的處置路徑，與強調群體健康數據分析及系統性介入評估的循環流程圖不相符。

C. Artificial integrated primary care model

× [P3 人上人]

詳解：Artificial integrated primary care model (人工整合初級照護模式) 並非家庭醫學領域中標準或被廣泛定義的核心照護模式，通常做為測驗中的誘答選項。家庭醫學與初級照護的主流發展模式多聚焦於以病人為中心、以家庭為單位，或是結合公共衛生的社區導向模式。

D. Community oriented primary care model

✓ [P1 夯]

詳解：Community oriented primary care model (社區導向的初級照護模式) 將初級臨床照護與公共衛生原則相結合。其核心實踐過程最常以標準化的流程圖或循環圖表示，標準步驟包含：定義目標社區、確立並診斷社區健康問題、決定問題的優先順序、擬定並執行介入計畫，以及最後的成效評估。此種具備系統性群體介入步驟的公衛模式，與結構化的流程圖特徵最為契合。

第 2 題 [112-2 醫學三 第 72 題]

根據美國 2003 年聯邦醫療保險 Medicare 的統計資料及 Barbara Starfield 針對基層醫療的研究，下列敘述何者最不恰當？

- (A) 專科醫師 (specialists) 所占比例越高，照護品質越高，醫療花費越高
- (B) 全科醫師 (generalists) 所占比例越高，照護品質越高，醫療花費越低
- (C) 基層醫療較完善充足的地區，心臟病 (heart disease) 及中風 (stroke) 的發生率減少
- (D) 基層醫療較完善充足的地區，低出生體重 (low birth weight) 嬰兒比率減少

答案 A**A. 專科醫師 (specialists) 所占比例越高，照護品質越高，醫療花費越高**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Barbara Starfield 研究指出，專科醫師比例過高常與碎片化照護、高醫療花費有關，不一定代表照護品質越高。

B. 全科醫師 (generalists) 所占比例越高，照護品質越高，醫療花費越低

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Starfield 研究顯示，全科醫師比例高與更協調照護、民眾健康結果佳及低醫療總成本相關，有效管理慢性病。

C. 基層醫療較完善充足的地區，心臟病 (heart disease) 及中風 (stroke) 的發生率減少

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：完善基層醫療透過預防、早期診斷及慢性病管理，能有效降低心臟病與中風等主要慢性病發生率。

D. 基層醫療較完善充足的地區，低出生體重 (low birth weight) 嬰兒比率減少

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：充足基層醫療提供孕產期照護與諮詢，有助於降低低出生體重嬰兒比例，改善母嬰健康。

第 3 題〔111-2 醫學三 第 71 題〕

某社區居民約有 8000 位，老年人口約為 24%，醫療機構僅有衛生所，沒有私人藥局也沒有其他的基層診所。若想協助當地民眾找出健康問題並予以改善，下列何種方式最有效且可靠？

- (A) 儘速召集全區主要關鍵人物 (key person) 座談，以了解當地民眾的健康需求
- (B) 開始著手規劃進行流行病學調查，以收集正確的居民健康狀態資料
- (C) 即刻走訪該地區各個角落觀察可能的問題，並詢問居民對於健康的需求
- (D) 先蒐集官方衛政資料及過去該地區的流病報告，了解該地區的健康狀態

答案 D

A. 儘速召集全區主要關鍵人物 (key person) 座談，以了解當地民眾的健康需求

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Key person interview (關鍵人物訪談) 雖能獲得社區領袖的主觀見解並建立初步合作關係，但其觀點易受到特定社會地位、政治取向或個人利益的影響，產生代表性不足的 Bias (偏差)。對於 8000 人的社區而言，僅憑少數關鍵人物的座談難以客觀且全面地反映基層大眾的真實健康全貌，通常作為輔助性的 Qualitative research (質性研究) 以補充深度資訊，而非初步識別核心問題時最科學可靠的首選方法。

B. 開始著手規劃進行流行病學調查，以收集正確的居民健康狀態資料

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Epidemiological survey (流行病學調查) 屬於 Primary data (初級資料) 的收集，雖能針對特定議題提供精確且即時的數據，但整體規劃與執行需要耗費大量的專業人力、預算與行政時間，對於資源僅有衛生所的地區而言效率較低。在進行社區評估時，應遵循先分析現有資料、發現數據缺口後再啟動針對性調查的原則，而非在對社區概況尚無基礎量化認識時，即貿然投入高成本進行全面性的家戶普查。

C. 即刻走訪該地區各個角落觀察可能的問題，並詢問居民對於健康的需求

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：實地走訪與詢問居民屬於 Windshield survey (車窗調查) 或非正式訪談，能提供評估者關於社區環境、設施與生活形態的直觀第一手印象。然而，這種方式缺乏嚴謹的系統性抽樣，所得資訊易受觀察者的主觀感受與受訪對象局部經驗的影響，對於掌握 8000 人規模的社區整體健康趨勢而言，科學信度與效度皆較低，難以作為制定社區衛生政策或醫療資源配置計畫的最可靠科學決策依據。

D. 先蒐集官方衛政資料及過去該地區的流病報告，了解該地區的健康狀態

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：Community health needs assessment (社區健康需求評估) 的起始步驟通常是 Secondary data analysis (次級資料分析)。官方衛政資料如死亡登記、癌症通報、傳染病監測與健保統計數據，能以最低的行政成本與極高的母體覆蓋率，提供具備統計學意義的客觀基線。透過分析這些現成的量化數據，能快速勾勒出該社區中高達 24% 的老年人口 (Elderly population) 之主要死因、盛行病分布與就醫缺口，進而科學地排定健康問題的優先次序。相較於主觀的質性訪談或昂貴的流病普查，此法在資源有限的基層環境中，最能兼顧「有效性」與「可靠度」，是公共衛生實務中進行社區診斷的標準首選程序。

本考點其他考題 (4 題，未收錄)

梯次	題目	主題
107-2	醫學三 Q72	home visit bedridden
108-1	醫學三 Q72	Taiwan community primary care system
109-1	醫學三 Q71	community-oriented primary care cycle
109-2	醫學三 Q72	community health promotion program

也考本考點的題目 (3 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
113-2	醫學三 Q71	家醫科・家庭醫業，醫療專業素養與法規 (Medical Professionalism and Regulation)
109-2	醫學三 Q68	家醫科・家庭醫業，家庭醫學與臨床溝通 (Family Medicine and Clinical Communication)
112-1	醫學三 Q78	家醫科・預防醫學，職業醫學與職業病 (Occupational and Environmental Medicine)

基層醫療經濟學與醫療支出 (primary care economics and healthcare expenditure)

★ 偶考 考過 3/20 梯次：106-1、109-1、112-2

★ 國考重點 (本站講義；TWMLE 未涵蓋本考點)

- 國家基層醫療醫師 (primary care physicians) 或全科醫師 (generalists) 所占比例與醫療照護成本 (healthcare costs) 呈反比：全科醫師比例越高，醫療費用占國內生產總值 (Gross Domestic Product, GDP) 的比例越低。〔106-1、109-1、112-2〕
- 專科醫師 (specialists) 所占比例過高，常伴隨碎片化照護 (fragmented care) 與高醫療花費，並不代表照護品質 (quality of care) 越高。〔112-2〕
- 全科醫師所占比例越高，照護品質越高、醫療總成本 (total healthcare costs) 越低，且能提供更具協調性的照護 (coordinated care) 並帶來更佳的民眾健康結果 (health outcomes)。〔112-2〕
- 重視基層醫療 (primary care) 的國家 (如英國，透過國民保健署 National Health Service, NHS 體系建立高密度基層醫療網與嚴格的門衛制度 gatekeeping system)，其醫療花費占 GDP 比例最低；相反地，缺乏整合基層醫療體系且專科醫師比例高的國家 (如美國)，其醫療花費占 GDP 比例最高。〔106-1、109-1〕
- 2011 年經濟合作暨發展組織 (OECD) 數據中，美、加、英三國的全科醫師占全部醫師比例與醫療支出占 GDP 比例關係如下：
 - 美國 (United States)：全科醫師比例最低 (31%)，醫療支出占 GDP 比例最高 (約 16% 至 18%)。〔106-1、109-1〕
 - 加拿大 (Canada)：全科醫師比例居中 (48%)，醫療支出占 GDP 比例居中 (約 10% 至 11%)。〔106-1、109-1〕
 - 英國 (United Kingdom)：全科醫師比例最高 (68%)，醫療支出占 GDP 比例最低 (約 8% 至 10%)。〔106-1、109-1〕
- 基層醫療較完善充足的地區，能透過預防保健與慢性病管理，有效減少心臟病 (heart disease) 及中風 (stroke) 的發生率，並能提供完善的孕期照護以減少低出生體重 (low birth weight) 嬰兒的比率。〔112-2〕

⚠ 易混與陷阱

表一：醫師類別與照護指標對照

比較項目	全科醫師 (Generalists) / 基層醫療醫師	專科醫師 (Specialists)
比例越高之影響	照護品質越高、醫療花費越低〔112-2〕	醫療花費越高，但照護品質不一定越高〔112-2〕
主要照護特質	協調性照護 (Coordinated care)、慢性病管理〔112-2〕	碎片化照護 (Fragmented care)〔112-2〕

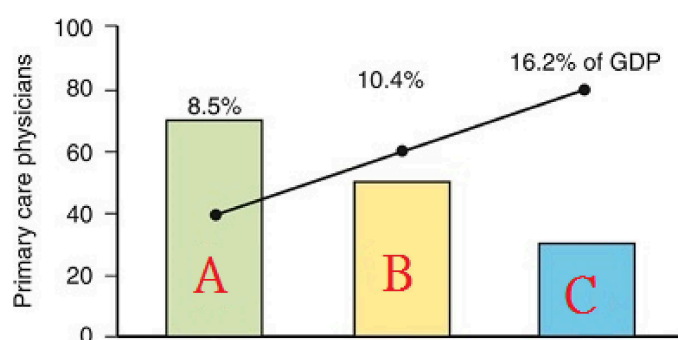
表二：2011 年美、加、英三國指標對照

國家	全科醫師占全部醫師比例〔106-1〕	醫療支出占 GDP 比例（2011 年數據）〔106-1、109-1〕	體系特質與成本控制〔109-1〕
英國 (United Kingdom)	68% (最高)	8.5% - 9.6% (最低)	國民保健署 (NHS) 體系、高密度基層醫療網與嚴格門衛制度，成本控制最佳。
加拿大 (Canada)	48% (居中)	10.4% - 10.8% (居中)	透過公營保險控制醫療成本，各項指標均居中。
美國 (United States)	31% (最低)	16.2% - 17.8% (最高)	以專科醫師為主導，缺乏整合的基層醫療體系，醫療花費最高。

精選考題 (1/2)

第 4 題〔109-1 醫學三 第 72 題〕

下圖所示為 2011 年 A, B, C 三個國家醫療花費占其國內生產毛額 (GDP: gross domestic products) 的比例，分別是 8.5%、10.4%、16.2%，呈現一個國家基層醫療醫師人數越多，醫療照護成本越低。下列何種國家組合最符合



本圖？

- (A) A：英國，B：美國，C：加拿大
- (B) A：英國，B：加拿大，C：美國
- (C) A：加拿大，B：英國，C：美國
- (D) A：美國，B：加拿大，C：英國

答案 B

A. A：英國，B：美國，C：加拿大 - × 錯誤 [P2 頂級] - 詳解：此選項將 United States (美國) 誤植於中價位的 B 國家 (10.4%)。事實上，美國的醫療體系以專科醫師為主導，在 2011 年的醫療支出比例已高達 16.2%，為世界主要已開發國家中最高者。同時將 Canada (加拿大) 標示為花費最高的 C 國家，亦不符合該國透過公營保險控制醫療成本的現狀。

B. A：英國，B：加拿大，C：美國 - ✓ 正確 [P1 夯] - 詳解：根據實證研究，重視 Primary care (基層醫療) 的國家能顯著降低醫療照護成本。United Kingdom (英國) 透過 National Health Service (國民保健署) 體系，建立高密度的基層醫療網與嚴格的門衛制度，花費佔 GDP 比例 (8.5%) 在三國中最低。Canada (加拿大) 亦重視基層醫療，花費居中 (10.4%)。而 United States (美國) 則因專科醫師比率高且缺乏整合的基層醫療體系，導致醫療花費 (16.2%) 最高。此排序完全符合「基層醫師人數越多，醫療成本越低」的公共衛生趨勢。

C. A：加拿大，B：英國，C：美國 - × 錯誤 [P2 頂級] - 詳解：此選項將 Canada (加拿大) 與 United Kingdom (英國) 的序位對調。雖然兩國皆重視基層醫療，但英國 NHS 的高度整合與低成本特質，使其醫療支出佔 GDP 比例通常低於加拿大的體系。將加拿大對應至最低支出的 A 國家 (8.5%) 並不符合國際經濟合作暨發展組織 (OECD) 的歷史統計常態。

D. A：美國，B：加拿大，C：英國 - × 錯誤 [P2 頂級] - 詳解：此選項完全顛倒了醫療成本與基層醫療的關聯。將醫療支出佔 GDP 比例最高且基層醫師密度相對較低的 United States (美國) 置於 A (8.5%)，並將成本控制較佳、基層醫療比率極高的 United Kingdom (英國) 置於 C (16.2%)，嚴重違反公共衛生關於醫療效率與基層醫療醫師比率的實證結果。

本考點其他考題 (1 題，未收錄)

梯次	題目	主題
106-1	醫學三 Q71	primary care GDP healthcare expenditure

也考本考點的題目（1 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
112-2	醫學三 Q72	家醫科・社區醫學，社區醫療與基層保健 (Community Medicine and Primary Care)

台灣全民健康保險制度 (Taiwan National Health Insurance system)

★ 偶考 考過 2/20 梯次：107-1、109-1

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 十、社區醫學與公共衛生

10.4 台灣全民健保制度

- 單一保險人制度 (Single payer system)：由中央健康保險署經營
- 特色：強制納保、就醫自由（無嚴格轉診制度但有部分負擔差異）、論量計酬為主（逐漸導入 DRG、P4P 等）
- 部分負擔：未經轉診至醫學中心 → 部分負擔較高（鼓勵分級醫療）
- 總額預算：控制醫療費用成長
- DRG (Diagnosis Related Groups)：依診斷分類定額給付

★ 國考重點（本站講義）

- 糖尿病共同照護網 (Diabetes Shared Care Network) 管理流程
- 全民健康保險 (National Health Insurance / NHI) 開辦後的醫療環境變遷
- 到院前死亡 (Death on Arrival / DOA) 急救決策與健保核刪

⚠ 易混與陷阱

比較項目	項目 A	項目 B	關鍵差異與陷阱說明
醫療機構數量變遷	地區醫院 (District Hospital)	基層診所 (Primary Care Clinic)	健保開辦後，地區醫院因競爭弱而數目減少；基層診所則因就醫可近性提升而穩定增長。
關鍵歷史時間點	惡性腫瘤 (Malignant Neoplasms) 躍升首位死因	全民健康保險開辦	癌症於 1982 年已成為首位死因；健保則於 1995 年開辦。兩者時間線不可混淆。
糖尿病足部篩檢	每年全面足部檢查 (Comprehensive Foot Exam)	周邊動脈硬化 (PAD) 篩檢 (如 ABI)	前者為常規年度項目 (包含 10 克單股纖維測試)；後者則為非例行項目，僅限年齡大於或等於 65 歲、病程大於或等於 10 年等高危險群且診斷會改變處置時才安排。
到院前死亡 (DOA) 急救	CPR 與氣管插管的執行	健保核刪的因應方式	應依急診醫師臨床判斷決定是否急救 (非一定要或一定不要)；若依臨床需要執行卻遭核刪，醫師應據理力爭申復。

精選考題 (1/1)

第 5 題 [107-1 醫學三 第 72 題]

下列何者是全民健康保險自 1995 年開辦以後，臺灣醫療環境所發生的變遷？

- (A) 地區醫院數目減少
- (B) 基層診所數目減少
- (C) 惡性腫瘤死亡率，超過心臟疾病成為第一大死亡原因
- (D) 分級醫療及轉診制度的開始

答案 A

A. 地區醫院數目減少

✓ 正確 [P1 tier]

詳解：自 National Health Insurance (全民健康保險) 於 1995 年正式開辦後，醫療產業出現顯著的「醫院大院化」趨勢。由於健保支付制度（如支付點數優勢）與民眾就醫習慣偏好大型機構，資源向醫學中心與區域醫院高度集中，導致競爭力較弱、規模較小的 District Hospital (地區醫院) 經營陷入困境，數目從開辦初期的五百多家大幅萎縮至三百餘家。這是健保制度實施後最明確且影響深遠的結構性變遷。

B. 基層診所數目減少

× 錯誤 [P1 tier]

詳解：全民健保制度實施後，大幅提升了醫療的可近性，民眾就醫門檻降低導致就醫次數與頻率顯著增加。雖然醫療市場競爭日益激烈，但在健保穩定給付的支持下，Primary Care Clinic (基層診所) 的總數並未減少，反而呈現穩定增長的趨勢。現代基層診所多透過聯合執業、延長門診時間或加強專科化服務，以因應健保環境下的民眾需求，與地區醫院面臨的萎縮困境截然不同。

C. 惡性腫瘤死亡率，超過心臟疾病成為第一大死亡原因

× 錯誤 [P1 tier]

詳解：此選項為公共衛生統計的時間線陷阱。臺灣的 Malignant Neoplasms (惡性腫瘤) 死亡率早在 1982 年（民國 71 年）便已正式超越心臟疾病，躍居臺灣十大死因的首位。至 1995 年健保開辦時，癌症已蟬聯第一大死因超過 13 年，並非健保開辦後才發生的醫療環境變遷。考生需嚴格區分 1995 年（健保開辦）與 1982 年（癌症躍升首位）這兩個關鍵的時間里程碑。

D. 分級醫療及轉診制度的開始

× 錯誤 [P2 tier]

詳解：Referral System (轉診制度) 的概念並非由 1995 年健保開辦才「開始」。早在勞保與公保時期即有初步的轉診規範，且 1986 年頒布的醫療法與醫療網計畫便已有建立區域分級的規劃。雖然健保法條文中確實納入 Tiered Medical Care (分級醫療) 的願景，但實務上因民眾自由就醫習慣未改，且制度缺乏強制性，多年來落實成效有限，醫療資源反而更往大型醫學中心傾向，故不能將其視為健保開辦後實質成功的環境變遷事實。

也考本考點的題目 (2 題，收在其他考點)

梯次	題目	收在
109-1	醫學三 Q80	家醫科・家庭醫業，醫療專業素養與法規 (Medical Professionalism and Regulation)
107-1	醫學三 Q66	家醫科・預防醫學，慢性病預防與個案管理 (Chronic Disease Prevention and Management)

家醫科・緩和醫學

正文：HikariMusic《TWMLE》<https://hikarimusic.github.io/TWMLE/>

安寧緩和醫療總論與照護模式 (Overview of Palliative Care and Service Delivery)

★★ 穩定考點 考過 11/20 梯次：106-1、107-2、109-1、110-1、110-2、111-2、112-2、113-1、114-2、115-1、115-2

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 八、安寧緩和醫療與臨終照護

8.1 安寧緩和醫療定義

- WHO 定義：針對面臨威脅生命疾病之病人及家屬，透過預防和緩解痛苦，提供早期辨識、正確評估與處理疼痛及其他身、心、社會、靈性問題的照護方式
- 目標：提升生活品質，非延長或縮短生命

8.5 哀傷輔導

- 正常哀傷反應：震驚、否認、憤怒、憂傷、接受（非線性歷程）
- Kübler-Ross 五階段：Denial → Anger → Bargaining → Depression → Acceptance
- 複雜性哀傷（Complicated grief / Prolonged grief disorder）：哀傷反應持續 ≥ 12 個月，功能嚴重受損 → 需轉介心理專業
- 危險因子：突發死亡、自殺死亡、與逝者關係矛盾/依附、缺乏社會支持、過去精神病史

★ 國考重點（本站講義）

- 安寧緩和醫療的核心目的〔111-2〕
- 安寧緩和醫療條例與自主權
- 疼痛控制原則與藥物選擇
- 末期呼吸困難之處置
- 瀕死與臨終照護
- 臨終譫妄之管理
- 居家安寧與在宅善終
- 心臟病末期植入裝置處理
- 悲傷調適階段〔106-1〕
- 安寧療護收案條件、轉介現況與家屬悲傷撫慰期程〔115-2〕

⚠ 易混與陷阱

臨床情境 / 症狀	首選或適當處置 / 藥物 (原因)	錯誤或不當處置 / 藥物 (原因)
骨頭轉移 / 本體痛	口服或經皮非類固醇類抗發炎藥 (NSAID) 或嗎啡類藥物, 以病患方便與意願為主。〔113-1〕	首選針劑止痛 (注射雖快, 但非首選途徑, 口服/經皮更方便且符合病人意願)。〔113-1〕
神經痛	使用 gabapentin、pregabalin、duloxetine 或三環抗憂鬱藥 (amitriptyline) 等輔助藥物。〔106-1〕	使用非類固醇類抗發炎藥 (NSAID) (對神經痛控制效果不佳)。〔106-1〕
中重度慢性疼痛	嗎啡 (morphine)、經考酮 (oxycodone) 或芬太尼 (fentanyl)。〔106-1〕	哌替啶 (meperidine, Demerol) (代謝物具有蓄積性神經毒性, 會引發震顫與抽搐)。〔106-1〕
末期呼吸困難	尋找可逆原因; 使用低劑量嗎啡降低呼吸中樞敏感度; 給氧以減輕呼吸肌耗氧。〔110-1、112-2〕	無論原因一律給嗎啡; 或首選給予鎮定 (鎮定為其他手段皆無效時之最終倫理手段)。〔110-1、112-2〕
臨終譫妄與躁動	播放音樂或宗教唱誦等非藥物介入; 必要時舌下給予 lorazepam 1 至 2 mg 緩和鎮靜。〔114-2〕	頻繁翻身 (增加臨終者不適); 或使用高劑量非典型抗精神病藥物 (olanzapine) 與 GABA 致效劑。〔114-2〕
瀕死無法進食	與家屬討論給予人工營養水分的利弊, 以舒適與尊嚴為最優先。〔109-1〕	立即插鼻胃管、進行胃造口 (PEG) 或給予全靜脈營養 (TPN) (均屬增加痛苦之無效醫療)。〔109-1〕
心臟病末期植入物	停用 ICD 的電擊去顫功能 (可放置磁鐵使 ICD 暫時失效); 維持心律調節器運作。〔115-1〕	認為心律調節器會延長生命終點 (調節器不會延長瀕死過程, 停用反而可能造成心絞痛或呼吸困難)。〔115-1〕
安寧療護收案標準	收案門檻為預估存活期 ≤ 6 個月; 臨床轉介現況偏晚, 照會時中位存活期僅約 3 星期。〔115-2〕	誤以為收案門檻為存活期 ≤ 12 個月。〔115-2〕

精選考題 (3/11)

第 1 題 [106-1 醫學三 第 73 題]

關於緩和醫療 (palliative care), 下列敘述何者正確?

- (A) 依據安寧緩和醫療條例, 不施行心肺復甦術, 應由二位醫師診斷確為末期病人, 且應有意願人簽署之意願書
- (B) 非類固醇類抗發炎藥 (NSAID) 控制神經痛之效果良好
- (C) 對非類固醇類抗發炎藥無效之疼痛, 可給予 meperidine (Demerol)
- (D) 根據 Kubler Ross 的理論, 對親人死亡之悲傷調適階段, 為否認、憤怒、討價還價、憂鬱

答案 A

A. 依據安寧緩和醫療條例, 不施行心肺復甦術, 應由二位醫師診斷確為末期病人, 且應有意願人簽署之意願書

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解: 符合台灣安寧緩和醫療條例規定。末期病人診斷由醫師為之, 簽署不施行心肺復甦術 (DNR) 意願書需經見證人簽署確認, 程序完備且受法律保護。

Gemini perspective: 此陳述正確。依據《安寧緩和醫療條例》第 7 條, 不施行心肺復甦術 (DNR) 應由二位相關專科醫師診斷確為末期病人, 並應具備意願人簽署之意願書。

B. 非類固醇類抗發炎藥 (NSAID) 控制神經痛之效果良好

× 錯誤 [P1 夯]

詳解: NSAIDs 對神經痛 (neuropathic pain) 效果不佳。神經痛應使用 gabapentin、pregabalin、duloxetine 或三環抗憂鬱藥 (amitriptyline), NSAIDs 僅對發炎性疼痛有效。

Gemini perspective: 錯誤。NSAID 主要用於發炎性或骨轉移疼痛, 對神經痛 (neuropathic pain) 的治療效果有限, 臨床上應優先選用抗癲癇藥物或抗憂鬱劑等輔助藥物。

C. 對非類固醇類抗發炎藥無效之疼痛，可給予 meperidine (Demerol)

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：緩和醫療不建議使用 meperidine（哌替啶）。其代謝產物 normeperidine 長期蓄積導致神經毒性（tremor, seizure），WHO 止痛梯階建議改用 morphine、oxycodone 或 fentanyl。

Gemini perspective: 錯誤。在安寧緩和醫療中不建議使用 meperidine (Demerol) 處理慢性疼痛，因其代謝產物 (normeperidine) 具神經毒性，易蓄積導致抽搐或震顫等嚴重副作用。

D. 根據 Kubler Ross 的理論，對親人死亡之悲傷調適階段，為否認、憤怒、討價還價、憂鬱

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：Kübler-Ross 五階段悲傷模型為：否認、憤怒、討價還價、憂鬱、接納。選項只列前四階，缺少『接納 (Acceptance)』為不完整陳述。

Gemini perspective: 此陳述不完全正確。根據 Kubler-Ross 的理論 (DABDA 模型)，悲傷調適共分為五個階段，除了文中所述的四項外，最後尚有最重要的「接受」(Acceptance) 階段。

第 2 題 [114-2 醫學三 第 73 題]

臨終譫妄 (terminal delirium) 被定義為臨終前數小時出現的不可逆躁動，下列處置方式何者最適當？

- (A) 在病床旁播放輕柔的音樂或是播放宗教性的唱誦
- (B) 增加病人翻身的頻率，以避免出現壓傷 (瘡)
- (C) 使用苯二氮平類藥物 (benzodiazepines)，如每小時可舌下給與 lorazepam (Ativan) 1~2 mg
- (D) 使用高劑量的非典型抗精神病藥物，如 olanzapine 以及 GABA agonist 來處理躁動和幻覺症狀

答案 A、C**A. 在病床旁播放輕柔的音樂或是播放宗教性的唱誦**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：本選項為送分採計的答案之一（考選部公告「A、C 均給分」）。臨終譫妄 (terminal delirium，臨終前數小時出現的不可逆躁動) 的處置首重病人舒適與尊嚴，非藥物介入 (non-pharmacological intervention) 如於床旁播放輕柔音樂或宗教性唱誦，能營造平靜熟悉的環境、降低環境刺激，是緩和照護 (palliative care) 公認的優先處置之一，故作答 A 計分。

B. 增加病人翻身的頻率，以避免出現壓傷 (瘡)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：此選項並非送分採計的答案。預防壓傷 (pressure injury) 雖屬整體緩和照護的一環，但在臨終前數小時、病人已出現不可逆躁動時，頻繁翻身反而可能增加病人不適與躁動，且對譫妄本身並非直接處置，故非本題「最適當」之答案。

C. 使用苯二氮平類藥物 (benzodiazepines)，如每小時可舌下給與 lorazepam (Ativan) 1~2 mg

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：本選項為送分採計的答案之一（考選部公告「A、C 均給分」）。在臨終 / 頑固型譫妄 (terminal/refractory delirium) 且躁動已無法以其他方式緩解時，苯二氮平類 (benzodiazepines) 如 lorazepam (Ativan) 舌下給藥常被用於緩和性鎮靜 (palliative sedation) 以解除痛苦，舌下 1~2 mg、必要時短間隔重複是臨床可接受的滴定方式。一般 hypoactive/hyperactive 譫妄首選為非典型抗精神病藥 (如 haloperidol)，且 benzodiazepines 在非臨終情境可能加重譫妄；但於臨終前數小時、目標轉為舒適照護的情境下，本處置屬合理選項，故官方一併採計。

D. 使用高劑量的非典型抗精神病藥物，如 olanzapine 以及 GABA agonist 來處理躁動和幻覺症狀

× 錯誤 [P4 NPC]

詳解：此選項並非送分採計的答案。同時使用「高劑量」非典型抗精神病藥 (atypical antipsychotic，如 olanzapine) 並合併 GABA agonist 來處理躁動與幻覺，副作用與過度鎮靜風險偏高、缺乏實證支持；臨終譫妄處置應以最低有效劑量滴定、優先考量舒適，故此選項不適當。

第 3 題〔113-1 醫學三 第 73 題〕

下列關於末期病人疼痛控制的敘述，何者錯誤？

- (A) 疼痛的評估應包括生理、心理、社會及靈性層面
- (B) 針劑止痛的效果最為迅速，因此為末期病人止痛給藥途徑的首選
- (C) 若末期病人的疼痛屬於本體痛（nociceptive pain），對嗎啡類藥物反應良好
- (D) 骨頭轉移的疼痛，以非類固醇類抗發炎藥物（non-steroidal anti-inflammatory drug）為首選

答案 B**A. 疼痛的評估應包括生理、心理、社會及靈性層面**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：疼痛評估應涵蓋生理、心理、社會、靈性，是全人照護核心。

B. 針劑止痛的效果最為迅速，因此為末期病人止痛給藥途徑的首選

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：針劑給藥雖迅速，但非絕對首選；口服、經皮等方便性與病患意願亦重要。

C. 若末期病人的疼痛屬於本體痛（nociceptive pain），對嗎啡類藥物反應良好

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：本體痛（如癌症骨轉移）常涉及發炎，嗎啡類藥物為 WHO 階梯止痛中度至重度疼痛的基石。

D. 骨頭轉移的疼痛，以非類固醇類抗發炎藥物（non-steroidal anti-inflammatory drug）為首選

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：骨轉移疼痛多具發炎性，NSAIDs 是重要輔助或首選，尤其對輕中度疼痛，但嗎啡類藥物常是關鍵。

本考點其他考題（8 題，未收錄）

梯次	題目	主題
106-1	醫學三 Q80	hospice palliative care act
109-1	醫學三 Q73	end-of-life nutrition
110-1	醫學三 Q73	end of life dyspnea management
110-2	醫學三 Q73	home hospice care benefits
111-2	醫學三 Q73	goals of palliative care
112-2	醫學三 Q73	dyspnea palliative management
115-1	醫學三 Q73	pacemaker ICD deactivation end of life
115-2	醫學三 Q73	hospice palliative care principles

也考本考點的題目（1 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
107-2	醫學三 Q72	家醫科・社區醫學，社區醫療與基層保健（Community Medicine and Primary Care）

安寧法規與倫理決策（Hospice Legislation and Ethical Decision Making）

★★ 穩定考點 考過 10/20 梯次：106-1、107-1、108-1、108-2、109-1、110-1、111-1、113-1、113-2、114-2

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 八、安寧緩和醫療與臨終照護 > 8.2 台灣法律基礎

安寧緩和醫療條例

- 末期病人可簽署 **DNR（Do Not Resuscitate）意願書** → 拒絕心肺復甦術或維生醫療
- 具完全行為能力之人（現行民法成年為 **18 歲**）即可預立意願書
- 須有 **兩位醫師**（應具相關專科醫師資格）確認為末期病人

- 意願人可隨時撤回；意願可註記於健保卡
- 未簽署且無法表達時，得由最近親屬出具同意書，順序：配偶 → 成年子女、孫子女 → 父母 → 兄弟姊妹 → 祖父母 → 曾祖父母或三親等旁系血親 → 一親等直系姻親
- 撤除維生醫療需經醫學倫理委員會審查（無最近親屬亦得依安寧緩和醫療意願處理）

病人自主權利法

- 五大類 特定臨床條件 可預立醫療決定（Advance Decision, AD）：
 1. 末期病人
 2. 不可逆轉昏迷
 3. 永久植物人
 4. 極重度失智
 5. 其他經公告之疾病（如多重器官衰竭、罕見疾病等）
- 須經 預立醫療照護諮商（Advance Care Planning, ACP）→ 由醫療機構提供，至少有一位醫師、一位護理師或社工參與
- 須有 醫療委任代理人（Health Care Agent, HCA）（非必要，但建議）
- AD 須經公證或見證 → 註記於健保卡
- 與安寧緩和醫療條例的差異：範圍更廣（不只末期）、可拒絕人工營養及流體餵養

★ 國考重點（本站講義）

- 不施行心肺復甦術（Do Not Resuscitate, DNR）之診斷與簽署〔106-1、108-1〕
- 醫療自主權之優先性與口頭意願〔106-1、111-1、113-1〕
- 家屬代簽與親屬同意順位〔106-1、109-1、110-1、111-1〕
- DNR 的適用範圍與急性可逆疾病〔108-2〕
- 安樂死、醫師協助自殺與嗎啡止痛倫理〔106-1、107-1〕
- 病情告知責任與專門法源〔113-2、114-2〕
- 緩和醫療相關症狀藥物與悲傷階段〔106-1〕

⚠ 易混與陷阱

項目/決策類型	法源/倫理原則與適法性	臨床關鍵與決策順位限制
積極安樂死（Active Euthanasia）	醫師給予藥物致死 → 台灣不合法	屬刑事犯罪（加工自殺或殺人罪）
醫師協助自殺（Physician-Assisted Suicide）	醫師開立致死劑量藥物由病人服用 → 台灣不合法	屬刑事犯罪（加工自殺罪）
嗎啡止痛（嗎啡劑量調整）	以止痛為主要目的，符合雙重效應原則 → 合法	即使有呼吸抑制風險，醫師亦不得因此拒絕增加止痛劑量
預立醫療決定（AD）與諮商（ACP）	主體法源為《病人自主權利法》	具完全行為能力者透過 ACP 程序與親友、醫療人員討論後簽署
不施行心肺復甦術（DNR）	主體法源為《安寧緩和醫療條例》	須 2 位醫師（其中 1 位須具相關專科醫師資格）診斷為末期病人。見證人 2 人不得為該機構實施安寧醫療之人員
DNR 簽署意願與法定家屬代理順位	病人自主意願最優先；昏迷時由醫療委任代理人最優先決定	家屬代理順位：醫療委任代理人 > 配偶 > 成年子女 > 父母 > 兄弟姊妹
急性可逆疾病（如敗血性休克）	不直接適用 DNR 規範	抗生素與點滴不屬急救，不應因已簽 DNR 而提前拒絕給予，必要時仍可插管
末期病情告知責任	醫師為法定告知之最終責任人	病人要求知情時，應由醫師告知，不得推諉予護理人員或家屬

臨床症狀	首選/建議藥物	避免/不建議使用藥物與原因
神經痛 (Neuropathic pain)	gabapentin、pregabalin、duloxetine、amitriptyline	NSAID ：僅對發炎性/骨轉移痛有效，神經痛控制效果差
慢性癌症疼痛	morphine、oxycodone、fentanyl	meperidine (Demerol) ：代謝物 normeperidine 易蓄積具神經毒性 (致 tremor、seizure)

精選考題 (3/4)

第 4 題 [111-1 醫學三 第 80 題]

癌症末期的老婦人自知日子不多，在意識清楚時簽署了 DNR 意願書交給醫院，將副本交給兒子留存。該老婦人病況惡化失去意識後，患者兒子執意要求醫師竭盡所能為母親施予心肺復甦及插管急救。最後醫師讓步作了急救，但老婦人仍宣告不治。下列關於 DNR 意願書的敘述，何者最為正確？

- (A) 老婦人的 DNR 意願書，係在其意識清楚時就已經簽立，醫師及病患家屬都應該加以尊重，不應該為其進行心肺復甦以及插管急救等急救措施
- (B) 老婦人病況惡化而喪失意識後，既然無法表達其意願，應該由其最近親屬出具 DNR 同意書來代替，因此醫師並非不能幫老婦人進行急救，但應該先取得其兒子的同意書
- (C) 老婦人病況惡化而喪失意識後，既然無法表達其意願，應該由其最近親屬來代理其醫療決定，既然老婦人的兒子執意要求醫師進行急救，醫師應該加以尊重，而進行急救
- (D) 老婦人的 DNR 意願書，係在其意識清楚時就已經簽立，醫師及病患家屬都應該加以尊重。但老婦人病況惡化而喪失意識後，其最近親屬卻要求進行急救。當老婦人的意願與其兒子的決定不同時，醫師只要依照其中一個人的意願即可，不論急救與否，都符合法律上的要求

答案 A

A. 老婦人的 DNR 意願書，係在其意識清楚時就已經簽立，醫師及病患家屬都應該加以尊重，不應該為其進行心肺復甦以及插管急救等急救措施

✓ 正確 [P1 旁]

詳解：根據安寧緩和醫療條例 (Hospice Palliative Care Act)，末期病人於意識清楚時簽署之 Do Not Resuscitate (不施行心肺復甦術) 意願書，具有明確的法律效力且應優先獲得尊重。病人自主權是醫療倫理的核心，預立意願書即是為了確保病人在喪失意識時，其醫療選擇仍能獲得貫徹。醫療團隊與家屬皆無權擅自更改或違反病人已簽署之合法意願，強行進行急救不僅違反法規，也破壞了病人對尊嚴離世的期待。

B. 老婦人病況惡化而喪失意識後，既然無法表達其意願，應該由其最近親屬出具 DNR 同意書來代替，因此醫師並非不能幫老婦人進行急救，但應該先取得其兒子的同意書

× 錯誤 [P1 旁]

詳解：最近親屬代為簽署之同意書，僅限於病人處於末期狀態且「未曾」表達其意願之情況下才具備效力。本案例中老婦人已在清醒時親自簽立意願書，此舉已明確表達其對生命末期處置之自主決定，不應由家屬在病人喪失意識後取而代之。醫師在已知病人有有效意願書的情況下，若仍以家屬代理權為由進行急救，並不符合現行法規對於病人自主權之優先保障。

C. 老婦人病況惡化而喪失意識後，既然無法表達其意願，應該由其最近親屬來代理其醫療決定，既然老婦人的兒子執意要求醫師進行急救，醫師應該加以尊重，而進行急救

× 錯誤 [P1 旁]

詳解：家屬的醫療代理決策權不得凌駕於病人已知且合法表達的自主意願。雖然在臨床實務中，醫師常因面臨家屬強大壓力而陷入倫理困境，但在法律層面，預立意願書的效力優於家屬事後的代理決定。本案例中兒子要求急救的決定與病人預立之指示相衝突，醫師若選擇順從家屬要求而忽略病人之自主意願，實際上損害了病人的法定權益，正確做法應是與家屬溝通並落實病人之遺願。

D. 老婦人的 DNR 意願書，係在其意識清楚時就已經簽立，醫師及病患家屬都應該加以尊重。但老婦人病況惡化而喪失意識後，其最近親屬卻要求進行急救。當老婦人的意願與其兒子的決定不同時，醫師只要依照其中一個人的意願即可，不論急救與否，都符合法律上的要求

× 錯誤 [P1 旁]

詳解：法律並未賦予醫師在病人與家屬意願衝突時自由選擇遵從方的權力。法規中規範了明確的優先順位，即病人之自主意願

優於親屬之同意權，醫師不能以「依照其中一人意願」為由迴避法律責任。若無視病人合法簽立之意願書而轉向依照家屬要求進行急救，即構成對病人權利的侵犯。醫療決策應嚴格遵守優先次序，確保病人能依照其遺願獲得妥善的緩和醫療照顧。

第 5 題 [108-2 醫學三 第 80 題]

一位 68 歲女性病患罹患肺癌末期，已經簽署 DNR 意願書。最近幾個月陸續有幾次呼吸道感染病史，經過抗生素治療後，都恢復得不錯。最近幾天病患開始出現發燒及頻尿的現象，急診診斷為泌尿道發炎，合併敗血症。於急診治療過程中，病患血壓開始不穩，尿量減少，有敗血性休克現象，隨後呼吸變得淺快，血氧下降。臨床上有氣管內管插管之必要性，但病患已經簽署 DNR 意願書，醫 這時醫師是否應該為其插管，或進行抗生素及大量點滴輸液來進行治療？下列敘述何者最為正確？

- (A) 病患本次住院，係因為敗血性休克，屬於可治療之疾病，該疾病的病程進展也未必會死亡，因此不適用 DNR 的相關規定，醫師應該依據臨床需要，詢問病患以及家屬意見，必要時得進行插管，或進行抗生素及大量點滴輸液來進行治療
- (B) 病患已經簽署了 DNR，就應該尊重其意願，不論這次住院的疾病是否可治癒，也不論該病程是否一定會進展到死亡，都一律適用 DNR 相關規定，而不能為其插管，但可以考慮進行抗生素及大量點滴輸液來進行治療
- (C) 病患已經簽署了 DNR，就應該尊重其意願，醫師不僅不能為其插管，也不應該進行抗生素及大量點滴輸液來進行治療
- (D) DNR 簽署後，具有終身的效力，除非病患自己撤銷，否則相關急救的醫療行為，包括抗生素以及點滴治療等，應該早在其數個月前幾次的呼吸道感染時，就不應該給予

答案 A

A. 病患本次住院，係因為敗血性休克，屬於可治療之疾病，該疾病的病程進展也未必會死亡，因此不適用 DNR 的相關規定，醫師應該依據臨床需要，詢問病患以及家屬意見，必要時得進行插管，或進行抗生素及大量點滴輸液來進行治療

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：預立醫療決定（DNR, Do Not Resuscitate）通常針對末期或不可逆的疾病進程，拒絕特定「維生醫療」（life-sustaining treatments），如心肺復甦術（CPR, Cardiopulmonary Resuscitation）和氣管內管插管（endotracheal intubation）。本案例中病患因泌尿道感染（urinary tract infection）合併敗血性休克（septic shock），屬於潛在可逆的急性疾病。此時醫師應評估病況，並與病患及其家屬溝通，以了解其對此急性狀況的治療意願，決定是否進行包括插管在內的積極治療。

B. 病患已經簽署了 DNR，就應該尊重其意願，不論這次住院的疾病是否可治癒，也不論該病程是否一定會進展到死亡，都一律適用 DNR 相關規定，而不能為其插管，但可以考慮進行抗生素及大量點滴輸液來進行治療

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：預立醫療決定並非一概適用於所有醫療情境。DNR 的核心精神在於避免末期病人承受無效醫療的痛苦，而非剝奪可治癒的急性疾病治療權。敗血性休克為可逆的急性重症，若病患仍有治療意願且經過評估有機會恢復，則應與家屬商議後提供適當的治療選項，插管與否需視溝通結果而定，而非一律拒絕。

C. 病患已經簽署了 DNR，就應該尊重其意願，醫師不僅不能為其插管，也不應該進行抗生素及大量點滴輸液來進行治療

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：DNR 不代表放棄所有醫療照護，特別是緩解痛苦、提升舒適度或治療可逆性疾病的措施。抗生素（antibiotics）及點滴輸液（intravenous fluids）屬於基礎醫療處置，對於敗血性休克的病患而言是重要的支持性治療。除非病患明確拒絕此類支持性治療，否則醫師仍應提供，以維護其生命品質並治療急性疾病。

D. DNR 簽署後，具有終身的效力，除非病患自己撤銷，否則相關急救的醫療行為，包括抗生素以及點滴治療等，應該早在其數個月前幾次的呼吸道感染時，就不應該給予

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：預立醫療決定雖具法律效力且未撤銷前持續有效，但其主要目的是針對「末期」或「不可逆」疾病進程中，拒絕延長生命但無實質效益的急救措施。抗生素及點滴治療在多數情況下不屬於急救（resuscitation）範疇，且病患過去幾次的呼吸道感染（respiratory tract infection）經治療後恢復良好，顯示當時的感染屬於可治癒狀況，並未達到 DNR 所界定的「末期」或「不可逆」階段。

第 6 題〔108-1 醫學三 第 79 題〕

依據安寧緩和醫療條例之規定，不施行心肺復甦術或維生醫療之意願書的內容，下列敘述何者錯誤？

- (A) 意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所
- (B) 立意願書之日期
- (C) 意願人接受安寧緩和醫療或維生醫療抉擇之意願及其內容
- (D) 意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。見證人最好為實施安寧緩和醫療之醫療機構人員

答案 D**A. 意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：意願人姓名、身分證號、地址為法定文件識別必要資訊，符合條例要求。

B. 立意願書之日期

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：立意願書之日期為法律文件標準欄位，記錄簽署時間，符合條例要求。

C. 意願人接受安寧緩和醫療或維生醫療抉擇之意願及其內容

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：接受安寧緩和醫療或維生醫療之意願及其內容，是意願書的核心目的，條例明確要求。

D. 意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。見證人最好為實施安寧緩和醫療之醫療機構人員

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：安寧緩和醫療條例明確規定見證人『不得』為實施醫療人員，選項中『最好為』之說法與法規衝突，故為錯誤敘述。

本考點其他考題（1 題，未收錄）

梯次	題目	主題
107-1	醫學三 Q80	end-of-life cancer counseling

也考本考點的題目（7 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
109-1	醫學三 Q79	家醫科・家庭醫業，知情同意與醫療決策 (Informed Consent and Medical Decision Making)
110-1	醫學三 Q80	家醫科・家庭醫業，知情同意與醫療決策 (Informed Consent and Medical Decision Making)
113-1	醫學三 Q79	家醫科・家庭醫業，知情同意與醫療決策 (Informed Consent and Medical Decision Making)
113-2	醫學三 Q73	家醫科・家庭醫業，知情同意與醫療決策 (Informed Consent and Medical Decision Making)
114-2	醫學三 Q80	家醫科・家庭醫業，家庭評估與醫病溝通 (Family Assessment and Clinical Communication)
106-1	醫學三 Q73	家醫科・緩和醫學，安寧緩和醫療總論與照護模式 (Overview of Palliative Care and Service Delivery)
106-1	醫學三 Q80	家醫科・緩和醫學，安寧緩和醫療總論與照護模式 (Overview of Palliative Care and Service Delivery)

癌症疼痛控制與鴉片類藥物臨床應用 (Cancer Pain Control and Opioid Clinical Applications)

★★ 穩定考點 考過 6/20 梯次：106-1、107-1、107-2、108-2、113-1、115-1

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 八、安寧緩和醫療與臨終照護 > 8.3 疼痛管理

WHO 三階梯止痛法

階梯	疼痛程度	藥物
第一階	輕度 (1-3/10)	非鴉片類：Acetaminophen、NSAIDs
第二階	中度 (4-6/10)	弱鴉片類：Tramadol、Codeine ± 非鴉片類
第三階	重度 (7-10/10)	強鴉片類： Morphine (首選)、Fentanyl、Oxycodone ± 非鴉片類

- 每階均可加 輔助藥物 (adjuvants)：
 - 神經性疼痛：Gabapentin / Pregabalin、TCA (Amitriptyline)、SNRI (Duloxetine)
 - 骨轉移疼痛：Bisphosphonates、Denosumab、放射線治療
 - 癌痛引起的腸阻塞：Dexamethasone + Octreotide

Opioid 使用原則

- 口服優先 (by mouth)、定時給藥 (by the clock)、依疼痛程度 (by the ladder)、個別化
- 常見副作用：便秘 (最常見且不會產生耐受性)、噁心 (會耐受)、嗜睡、呼吸抑制 (罕見)
- 腎功能不全 → 避免 morphine (M6G 蓄積) → 改用 fentanyl 或 hydromorphone

★ 國考重點 (本站講義)

- 安寧緩和醫療條例與不施行心肺復甦術 (Do Not Resuscitate, DNR) [106-1]
- 悲傷調適五階段模型 (Kübler-Ross Model) [106-1]
- 全人疼痛評估 [113-1]
- 給藥途徑首選原則 [108-2、113-1]
- 無法吞嚥時之替代給藥策略 [115-1]
- 定時給藥 (Around-the-clock, ATC) [108-2]
- 神經病變疼痛 (Neuropathic pain) 之選藥 [106-1、107-2]
- 避免使用 Meperidine (哌替啶) [106-1、107-2]
- 本體痛 (Nociceptive pain) 與骨頭轉移疼痛 (Bone metastasis pain) 之處理 [113-1]
- 鴉片類止痛藥 (Narcotic analgesics) 副作用之防範
- 便秘 (Constipation) [107-1]
- 鎮靜 (Sedation) 與頭暈 (Dizziness) [107-1]
- 呼吸抑制 (Respiratory depression) [113-1]
- 嗎啡緩解呼吸困難 (Dyspnea) 之劑量 [113-1]
- 皮質類固醇 (Corticosteroids) 於嘔吐之應用 [113-1]
- 頑固性嘔吐之處理 [113-1]

⚠ 易混與陷阱

疼痛類型/臨床情境	正確處置與首選藥物	錯誤或效果不彰之處置 (常考陷阱)
神經病變疼痛 (尖銳如刀刺、灼熱感)	抗癲癇藥物 (如 gabapentin、pregabalin)、抗憂鬱劑 (如 duloxetine、amitriptyline) [106-1、107-2]	使用非類固醇類抗發炎藥 (NSAIDs) 或弱鴉片類藥物 (如 codeine) [106-1、107-2]
骨頭轉移疼痛 (具發炎性)	非類固醇類抗發炎藥 (NSAIDs, 輕中度) [113-1]	直接單用嗎啡或未考慮發炎機轉
慢性癌症疼痛控制	定時給藥 (ATC)、優先經口給藥 [108-2、113-1]	疼痛時才給藥 (PRN)、首選針劑給藥 [108-2、113-1]
癌末患者無法口服且劇痛	改為嗎啡靜脈或皮下持續給藥, 並依口服劑量進行等效轉換 [115-1]	停用嗎啡改用 NSAIDs 貼片; 或改開口服短效嗎啡由鼻胃管灌食 [115-1]
嗎啡緩解呼吸困難	起始劑量應個別化, 依症狀滴定調整 [113-1]	起始劑量固定為需要止痛劑量的雙倍 [113-1]
哌替啶 (Meperidine) 之應用	緩和醫療中不建議使用; 腎功能不全者應避免使用 [106-1、107-2]	可用於對 NSAIDs 無效之疼痛; 為神經病變疼痛之首選 [106-1、107-2]
鴉片類止痛藥之預防用藥	預防便秘之藥物 (必備且常規開立) [107-1]	加強鎮靜作用之藥物、預防頭暈之藥物或抗憂鬱劑 (非必要或非常規) [107-1]

精選考題 (3/5)

第 7 題 [113-1 醫學三 第 78 題]

有關末期病人的「緩和治療 (palliative care)」, 下列敘述何者最不適當?

- (A) 在止痛方面, morphine 仍是首選, 但須注意呼吸抑制等副作用
- (B) morphine 可以用來減少病人呼吸困難的症狀, 起始劑量為需要止痛劑量的雙倍
- (C) 皮質類固醇可以改善癌末病人腸道阻塞或顱內壓增高所導致的嘔吐
- (D) 對於其他藥物無效的嘔吐, 可嘗試用多巴胺拮抗劑 (dopamine antagonist)

答案 B

A. 在止痛方面, morphine 仍是首選, 但須注意呼吸抑制等副作用

✓ 正確 [P1 旁]

詳解: Morphine 是末期疼痛的首選止痛藥, 但需注意呼吸抑制等副作用, 此為標準照護的一部分。

B. morphine 可以用來減少病人呼吸困難的症狀, 起始劑量為需要止痛劑量的雙倍

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解: 嗎啡可用於緩解呼吸困難, 但起始劑量並非止痛劑量的兩倍。劑量應個別化, 根據症狀反應滴定調整, 而非固定加倍。

C. 皮質類固醇可以改善癌末病人腸道阻塞或顱內壓增高所導致的嘔吐

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解: 皮質類固醇能抑制發炎反應, 對緩解因惡性腸阻塞或顱內壓升高引起的噁心嘔吐有效。

D. 對於其他藥物無效的嘔吐, 可嘗試用多巴胺拮抗劑 (dopamine antagonist)

✓ 正確 [P3 人上人]

詳解: 多巴胺拮抗劑 (如 metoclopramide) 是治療頑固性嘔吐的選項之一, 特別適用於其他藥物無效時。

第 8 題〔107-2 醫學三 第 73 題〕

52 歲男性，罹患轉移性腎細胞癌，主訴從臀部往下到左小腿之疼痛已數天。他描述疼痛性質是尖銳如刀刺、有灼熱感，疼痛分數可達 7/10。下列何者是處理此病人疼痛最適當之藥物？

- (A) gabapentin
- (B) codeine
- (C) meperidine
- (D) 非類固醇類抗發炎藥 (NSAID)

答案 A**A. gabapentin**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：癌因性神經病變疼痛 (neuropathic cancer pain) 的首選藥物之一，作用於神經傳導物質，緩解尖銳灼熱感，對此類疼痛效果顯著。

B. codeine

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：鴉片類止痛藥 (opioid analgesic)，對神經病變疼痛效果較差，較適用於發炎或組織損傷疼痛。應優先考慮抗癲癇藥物。

C. meperidine

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：鴉片類止痛藥 (opioid analgesic)，其代謝物易致毒性，對神經病變疼痛非首選，且腎功能不全病人應避免使用。

D. 非類固醇類抗發炎藥 (NSAID)

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：NSAID 主要用於發炎或體細胞疼痛 (nociceptive pain)，對神經病變的尖銳、灼熱疼痛效果不彰。

第 9 題〔107-1 醫學三 第 73 題〕

當開立麻醉止痛藥 (narcotic analgesic) 給癌末病人時，下列何者是最需要同時開立之藥物？

- (A) 預防便秘之藥物
- (B) 加強鎮靜 (sedation) 作用之藥物
- (C) 預防頭暈之藥物
- (D) 抗憂鬱劑

答案 A**A. 預防便秘之藥物**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：鴉片類止痛藥 (narcotic analgesics) 透過抑制腸道蠕動，常導致嚴重便秘。為癌末病人開立時，預防性使用瀉藥是標準照護，可避免影響生活品質與進食。

B. 加強鎮靜 (sedation) 作用之藥物

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：嗎啡類藥物可能引起鎮靜，但並非總是必要的加強作用。若過度鎮靜反而影響照護，通常是監測而非預防性加強。

C. 預防頭暈之藥物

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：頭暈雖是嗎啡類藥物的潛在副作用，但不如便秘常見或嚴重。預防性使用止暈藥並非常規，需依病人狀況評估。

D. 抗憂鬱劑

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：抗憂鬱劑用於治療情緒疾患，與嗎啡類藥物的主要副作用（如便秘）無直接關聯。癌末病人可能合併憂鬱，但非止痛藥必備的共處方。

本考點其他考題 (2 題，未收錄)

梯次	題目	主題
108-2	醫學三 Q73	cancer pain management principles
115-1	醫學三 Q3	opioid route conversion in palliative care

也考本考點的題目（2 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
106-1	醫學三 Q73	家醫科・緩和醫學，安寧緩和醫療總論與照護模式（Overview of Palliative Care and Service Delivery）
113-1	醫學三 Q73	家醫科・緩和醫學，安寧緩和醫療總論與照護模式（Overview of Palliative Care and Service Delivery）

末期非疼痛症狀處置（Palliative Management of Terminal Non-Pain Symptoms）

★★ 穩定考點 考過 11/20 梯次：108-1、109-1、109-2、110-1、111-1、112-1、112-2、113-1、114-1、114-2、115-1

TWMLE・家庭醫學科 > 家庭醫學科 > 八、安寧緩和醫療與臨終照護

8.4 臨終症狀處理

症狀	處理
臨終喉鳴（Death rattle）	Glycopyrrolate 或 Hyoscine（scopolamine）→ 減少分泌物；抽吸效果有限
末期躁動（Terminal restlessness）	排除可逆因素（尿滯留、便秘、疼痛）→ 低劑量 Haloperidol 或 Midazolam
呼吸困難（Dyspnea）	Morphine（降低呼吸驅力與焦慮）、風扇吹臉、O ₂ （限低血氧時）
噁心嘔吐	依機轉選藥：化學性 → Haloperidol；腸阻塞 → Octreotide；前庭性 → Meclizine

★ 國考重點（本站講義）

- 人工營養與水分之決策原則〔109-1〕
- 避免高侵入性營養介入〔108-1、109-1〕
- 經口支持性餵食〔108-1〕
- 食慾不振（anorexia）之緩解〔114-1〕
- 限制水分滴注避免過載〔114-1〕
- 呼吸困難（dyspnea）之評估〔110-1〕
- 嗎啡（morphine）控制呼吸困難〔110-1、111-1、112-2、113-1〕
- 氧氣治療之角色〔112-2〕
- 氣管擴張劑（bronchodilators）之限制〔111-1、112-2〕
- 避免常規使用鎮定（sedation）〔112-2〕
- 末期譫妄（delirium）藥物首選〔109-2〕
- 臨終譫妄（terminal delirium）之舒適照護〔114-2〕
- 臨終緩和性鎮靜（palliative sedation）〔114-2〕
- 腸阻塞（bowel obstruction）致嘔吐〔112-1〕
- 噁心嘔吐之處置〔113-1〕
- 植入式心臟裝置之管理〔115-1〕

⚠ 易混與陷阱

症狀/裝置	首選/適當處置	易混/不適當處置（陷阱）	關鍵機轉與考點鑑別
末期呼吸困難	低劑量嗎啡（調控呼吸中樞，降低對缺氧/高碳酸血症敏感性，即使血氧正常也適用） 氧氣治療 （即使血氧正常，也能降低呼吸肌耗氧或改善心理感知）	氣管擴張劑（如 albuterol，僅適用於可逆性氣道阻塞） 一般性鎮定 （具呼吸抑制風險，為最終手段） 嗎啡起始劑量為止痛量雙倍 （錯誤，須個別化滴定）	嗎啡是難治性呼吸困難一線用藥。氣管擴張劑對腫瘤壓迫無效。嗎啡起始劑量非止痛量雙倍。
一般末期譫妄	抗精神病藥物 （如 haloperidol）	安眠藥（如 zolpidem）或鎮靜劑（如 benzodiazepines）	一般譫妄首選 haloperidol；安眠藥與 benzodiazepines 通常會加劇譫妄混亂。
臨終譫妄（臨終前數小時）	非藥物介入 （播音樂/宗教唱誦，營造平靜環境） 舌下 lorazepam （1-2 mg，用於緩和性鎮靜）	頻繁翻身 預防壓傷（增加痛苦與躁動） 高劑量 olanzapine 併用 GABA agonist （風險過高且缺乏支持）	臨終不可逆躁動首重舒適與尊嚴，不宜過度翻身或併用高劑量藥物。
食慾不振	控制疼痛、治療便秘/念珠菌症 皮質類固醇 或 megestrol 刺激食慾	額外每日靜脈營養輸液 750-1000 mL	額外輸液對口乾與食慾無益，反而加重水腫與電解質失衡負擔。
植入式心臟裝置	繼續維持心律調節器 （停用恐致心絞痛或呼吸困難） 停用 ICD 電擊功能 （可用磁鐵置於植入部位暫時失效）	心律調節器會延長生命的終點 （錯誤，瀕死時最終會失去作用）	心律調節器不延長生命終點；ICD 電擊會引起如同急救電擊之劇痛，臨終應予停用。

精選考題（3/5）

第 10 題 [114-1 醫學三 第 73 題]

關於緩解末期癌症病人食慾不振的建議，下列敘述何者最不適當？

- (A) 控制不住的疼痛，會降低病人的食慾，疼痛若改善，通常食慾不佳也會緩解
- (B) 輕度噁心、口腔念珠菌症和便秘均會影響進食，但通常可以有效治療
- (C) 可以考慮額外增加每日靜脈營養輸液 750~1000 mL，以協助緩解病人的口乾及食慾不振
- (D) 皮質類固醇和 megestrol 對有些病人有益，但可能會引起副作用

答案 C

A. 控制不住的疼痛，會降低病人的食慾，疼痛若改善，通常食慾不佳也會緩解

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：控制不住的疼痛會顯著影響末期癌症病人的食慾，疼痛若有效緩解，通常能改善病人的進食意願及能力。

B. 輕度噁心、口腔念珠菌症和便秘均會影響進食，但通常可以有效治療

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：末期癌症病人常面臨噁心、口腔念珠菌症（Oral candidiasis）和便秘等症狀，這些都會影響進食。透過適當的藥物或支持性療法，這些症狀通常可以有效控制。

C. 可以考慮額外增加每日靜脈營養輸液 750~1000 mL，以協助緩解病人的口乾及食慾不振

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：在末期癌症病人中，給予高劑量（750-1000 mL/日）的靜脈營養輸液，對改善食慾或口乾效果有限，且可能增加水腫、電解質失衡等負擔，與安寧緩和以提升生活品質為主的原則相悖。

D. 皮質類固醇和 megestrol 對有些病人有益，但可能會引起副作用

✓ 正確 [P2 頂級]

詳解：皮質類固醇（如 Dexamethasone）和 megestrol（學名 Megestrol Acetate）為常用於刺激末期癌症病人食慾的藥物，能改善部分病人的進食量，但需注意其潛在的副作用，如高血糖、水腫或感染風險。

第 11 題 [111-1 醫學三 第 73 題]

一位 65 歲男性被診斷為肺癌第四期，預期生命不超過 3 個月的末期病人，他自述有呼吸困難 (dyspnea) 的症狀，胸部 X 光顯示腫瘤有逐漸增大現象，其氧氣飽和度 (oxygen saturation) 在不使用氧氣下為 94%。下列何者最可能解除病人呼吸困難之症狀？

- (A) 鴉片類藥物 (opioids)
- (B) 鎮靜劑，如 benzodiazepines
- (C) 非類固醇類抗發炎藥 (NSAIDs)
- (D) 支氣管擴張劑，如 albuterol

答案 A**A. 鴉片類藥物 (opioids)**

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：鴉片類藥物是末期呼吸困難的核心治療，能有效減輕呼吸急促感，即使血氧正常也適用。

B. 鎮靜劑，如 benzodiazepines

× 錯誤 [P2 頂級]

詳解：鎮靜劑主要緩解與呼吸困難相關的焦慮，而非直接減輕呼吸急促感，通常作為輔助。

C. 非類固醇類抗發炎藥 (NSAIDs)

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：NSAIDs 主要用於止痛消炎，對末期肺癌引起的呼吸困難非首選，機轉不符。

D. 支氣管擴張劑，如 albuterol

× 錯誤 [P3 人上人]

詳解：支氣管擴張劑適用於可逆性氣道阻塞，對腫瘤壓迫或晚期肺癌的呼吸困難效果有限。

第 12 題 [108-1 醫學三 第 73 題]

孔太太是一位大腸癌末期病人，進入安寧病房時已經意識不清無法辨識家人，完全臥床無法行動，只能進食少量半固體食物，身體日漸虛弱與消瘦。你認為這時最適當的治療方式是什麼？

- (A) 放置鼻胃管灌食
- (B) 使用周邊靜脈導管給予人工營養及水分
- (C) 放置中央靜脈導管給予全靜脈營養
- (D) 繼續經口給予可接受的食物

答案 D**A. 放置鼻胃管灌食**

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：對末期病人進行侵入性鼻胃管灌食，可能延長痛苦且效益有限，不符安寧療護以病人舒適為原則。

B. 使用周邊靜脈導管給予人工營養及水分

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：周邊靜脈輸液給予營養水分，對意識不清且虛弱的末期病人，效益不高且可能增加侵入性，非安寧首選。

C. 放置中央靜脈導管給予全靜脈營養

× 錯誤 [P1 夯]

詳解：全靜脈營養 (TPN) 侵入性高，需中央靜脈導管，對預後極差的末期病人極不適當，應避免。

D. 繼續經口給予可接受的食物

✓ 正確 [P1 夯]

詳解：對末期癌末病人，應以提升生活品質與舒適度為目標，繼續經口給予病患可接受的少量食物，是支持性療法。

本考點其他考題 (2 題，未收錄)

梯次	題目	主題
109-2	醫學三 Q73	terminal delirium pharmacotherapy
112-1	醫學三 Q73	cancer nausea vomiting palliative

也考本考點的題目（6 題，收在其他考點）

梯次	題目	收在
109-1	醫學三 Q73	家醫科・緩和醫學，安寧緩和醫療總論與照護模式（Overview of Palliative Care and Service Delivery）
110-1	醫學三 Q73	家醫科・緩和醫學，安寧緩和醫療總論與照護模式（Overview of Palliative Care and Service Delivery）
112-2	醫學三 Q73	家醫科・緩和醫學，安寧緩和醫療總論與照護模式（Overview of Palliative Care and Service Delivery）
114-2	醫學三 Q73	家醫科・緩和醫學，安寧緩和醫療總論與照護模式（Overview of Palliative Care and Service Delivery）
115-1	醫學三 Q73	家醫科・緩和醫學，安寧緩和醫療總論與照護模式（Overview of Palliative Care and Service Delivery）
113-1	醫學三 Q78	家醫科・緩和醫學，癌症疼痛控制與鴉片類藥物臨床應用（Cancer Pain Control and Opioid Clinical Applications）

題庫來源：中華民國考選部歷屆考題（公資源） <https://wwwq.moex.gov.tw/>；LLM-generated explanations © WLK, Claude Haiku 4.5 + OpenEvidence-validated (CC-BY-4.0)。國考重點框取自本站講義。