

# 糖尿病 家族



糖尿病關懷基金會會訊

2018 No.1

## ◆ 糖尿病專欄

- 老年痛風的特性與處理
- 糖尿病與心血管疾病風險
- 腦中風與糖尿病
- 糖尿病與心肌梗塞及心臟功能衰竭
- 高血脂症的糖尿病人不需要限吃高血脂食物嗎？

## ◆ 糖尿病的問與答

0800-032323

諮詢專線答詢

## ◆ 健康飲食

- 糖友火鍋如何吃？

## ◆ 愛與關懷公益音樂會

- 林昭亮·陳偉茵—糖尿病關懷基金會20週年慶音樂會！

全台各地糖尿病相關活動預告

感謝各界捐款

# 編者的話

糖尿病患得心血管疾病的風險與已有心血管疾病但非糖尿病患者相比較，未來再次發生心血管疾病與死亡率是相近的。根據英國大規模研究顯示，若能在罹患糖尿病的早期積極的控制血糖，經過十年後，不僅在降低糖尿病的小血管病變有持續的效果，對降低大血管病變亦有一定的助益。糖尿病對心血管的傷害，主要來自大血管的慢性動脈粥狀硬化，所以相關危險因子，除血糖外，還有血脂異常、高血壓…等。2003年發表的研究顯示在控制血糖的同時，進行相關危險因素的干預，包括生活方式、飲食、血壓及血脂，能更顯著降低糖尿病併發心血管疾病的風險。

自2006年起，台灣地區超過30家醫院共同針對急性腦中風病患進行大規模的臨床資料登錄。2010年的報告分析顯示，超過4萬名的中風病患中，近八成的腦中風患者有高血壓，4成至5成有糖尿病及高血脂，是最主要的危險因子。長期高血糖會傷害頭頸部動脈的內壁，使其逐漸硬化狹窄，影響血流，容易發生腦缺血梗塞。另外長期高血糖也會影響全身及腦微細血管的循環，造成腦部急性或慢性小血管病變。糖尿病患的血液黏稠度上升，自律神經功能異常，心臟相關疾病都會影響腦中風的發生率。

由於現代人飲食習慣的改變，台灣痛風的發生率有逐漸增加的趨勢，高尿酸血症與糖尿病、冠心病、高血壓及高血脂等疾病都有密切的關係，彼此之間雖無直接關係，但這些疾病往往會影響痛風的預後。針對痛風患者做口服葡萄糖負荷試驗可發現有30%~40%合併葡萄糖耐受不良或糖尿病，而肥胖被認定是它們的共同因素。

本期糖尿病家族，主要從糖尿病相關疾病談起，希望讓糖尿病家族的成員們明白，除血糖控制外，必須再加上其他相關危險因子的調控，方能達到全人照顧，降低糖尿病的相關併發症。

## 編者的話

1

## 糖尿病專欄



4 老年痛風的特性與處理 / 張德明

8 糖尿病與心血管疾病風險 / 翁國昌

13 腦中風與糖尿病 / 湯頌君

16 糖尿病與心肌梗塞及心臟功能衰竭 / 李柏增



20 高血脂症的糖尿病人

不需要限吃高血脂食物嗎? / 蔡一賢

## 糖尿病問與答

24 0800-032323諮詢問答

## 健康飲食

28 糖友火鍋如何吃 / 李仁鳳

## 愛與關懷公益音樂會



31 林昭亮·陳偉茵—糖尿病關懷基金會

20週年慶音樂會！ / 簡秀枝

34 全台各地糖尿病相關活動預告

35 感謝各界捐款



董 事 長：戴東原  
副 董 事 長：徐正冠  
顧 問：林瑞祥、張智仁、傅茂祖、劉保佑、賴美淑  
榮 譽 董 事：李啟予、羅火練  
董 事：方廖水蓮、王松祥、王耀輝、江春松、吳亮宏  
李洸俊、李增昌、侯博文、徐正群、曾博雅  
詹錕鋁、蔡世澤、鄭子明  
常 務 監 察 人：鄭仁義  
監 察 人：張 媚、游能俊、顏德和

行政院新聞局出版事業登記證：局版北市誌第 2230 號  
臺北北區郵政管理局雜誌交寄執照：北臺字第 6866 號

糖尿病家族 2018 No. 1 (季刊)

財團法人糖尿病關懷基金會會訊 (第 72 期)

發 行 人：戴東原  
總 編 輯：詹錕鋁  
副 總 編 輯：沈克超  
執 行 編 輯：楊淑茜、賴盈秀  
編 輯 群：王麗霞、李碧雲、施孟涵、張坤來  
陳綉慧、彭惠鈺、楊雀戀、蔡明翰  
地 址：台北市忠孝西路一段 50 號 18 樓之 35  
電 話：02-23894625  
網 站：www.dmcare.org.tw

e - m a i l : dmcare@dmcare.org.tw

郵政劃撥帳號：19132482

# 老年痛風的特性與處理

臺北榮民總醫院院長 張德明教授

## 前言：

痛風是臨床上最常見的發炎性關節炎，在西方世界，約影響全人口的2.5-3.9%。痛風基本上是非常戲劇性的疾病，來急去快，主要是因血液中尿酸濃度持續提高，過飽和後，單鈉尿酸結晶 (monosodium urate) 在關節內和關節周邊沈積，如未能適時的降低尿酸，這些結晶就可能隨時引爆，導致痛風急性發作或造成慢性關節炎。

## 老年痛風的特性：

### 年齡：

年齡對痛風盛行率有很大影響。在美國，痛風盛行率在40-49歲間是3.3%，60-69歲間是8.0%，70-79歲間是9.3%，超過80歲是12.6%；而在英國與瑞典所發表的結果也類似。顯見痛風在老年人確實是很大的困擾。

### 性別：

痛風好發於男性，唯性別差異隨年齡增加而趨緩，譬如35-39歲時，

痛風盛行率男性是女性11.2倍，但90歲以上，男性僅為女性的2.5倍。當然最重要的原因還是女性停經後，雌性荷爾蒙和黃體素降低，也減少了促尿酸排泄的效應，致痛風發生率提高。

## 表徵：

### 痛風急性發作：

老年人和年輕人痛風急性發作的表徵不同。年輕人

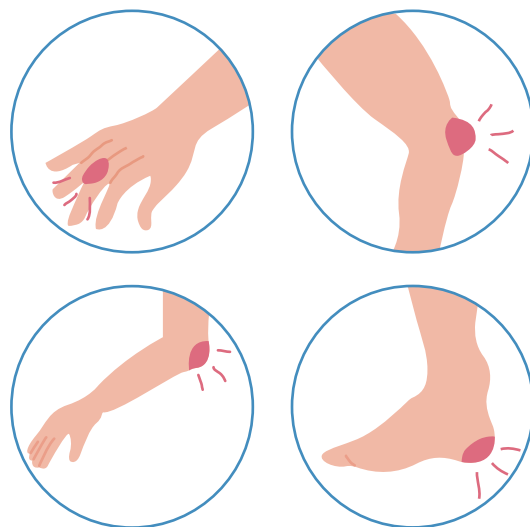


的痛風多為第一大腳趾單一關節急性發作，部位的特殊，致診斷相對容易；老年人則不但可能侵犯上肢關節，且還可能是多發性。另年輕人的痛風急性發作多僅數天，老年人則可能拖得較久。此外，老年人也常在發作時伴隨年輕人較不會有的發燒、全身不適、甚至注意力不集中、或意識不清的譫妄狀態。老年人痛風也常無法清楚告知發作的原因，且症狀通常較嚴重，甚至需要住院治療。

### 痛風結石：

老年人更容易產生痛風結石，痛風石常位於手指間關節、掌指關節、肘關節、膝關節、或足跟處，且皮下

會呈現白粉筆灰色點斑狀沈積，造成不便。



## 診斷：

痛風確定診斷需要抽取關節液，並以偏極光顯微鏡看到負偏極光的針型尿酸結晶。而痛風急性發作時，尿酸值常下降，易造成誤判，故須於緩解後1-2周再檢驗，才能得知平常真正的尿酸值。

## 治療：

### 痛風急性發作的處置：

無論美國或歐洲風濕學會的抗痛風指南，都建議在痛風急性發作時，給予非類固醇抗發炎藥物 (NSAID)、類固醇、和低劑量秋水仙素。唯老年人痛風急性發作時面對的挑戰，是可能同時有許多礙手礙腳的併發疾病，

如胃潰瘍、或慢性腎臟病，使得在使用藥物時，增加了副作用的危險，而必須投鼠忌器的多方面思考。

當使用非類固醇抗發炎藥物時，若併用利尿劑、血管張力素轉化酶抑制劑 (Angiotensin-converting enzyme inhibitor, ACEI)、血管收縮素II接受器阻斷劑 (Angiotensin II receptor blockers, ARB) 也會增加急性腎損傷的危險。

使用秋水仙素時，根據美國風濕學院的建議，應先給予初始負荷劑量 1.2mg (2 顆)，一小時內再給 0.6mg (1 顆)，之後每 12-24 小時 0.6mg (1 顆)，直到症狀緩解。不過對於老年人，仍建議避免負荷劑量，且每日一顆即可。此外，若同時服用中或高強度的 cytochrome P450 3A4 (和秋水仙素代謝有關) 和 P-glycoprotein (可促使秋水仙素由細胞內流出) 抑制劑，則可能會有潛在嚴重的副作用。這些藥物包括 clarithromycin, erythromycin, cyclosporine, diltiazem, verapamil, ketoconazole, 和 fluconazole, 此時，不是不要併用，就是秋水仙素要減量。

對於老年人的痛風發作，如果可能的話，關節內注射類固醇是第一線的首選，快速有效且傷害最小。若用口服類固醇，根據 Richette P. 發表在 2017 Ann Rheum Dis 的研究，歐洲抗風濕聯盟的抗痛風指南所推薦的治療劑量是每天 prednisolone 30-35mg 連續 5 天；而 khanna D. 發表在 2012 Arthritis Care Res, 美國風濕學院的建議，也是類似的初始劑量至少每天、每公斤體重 0.5mg prednisolone 5-10 天，或每公斤體重 1mg prednisolone 2-5 天，再以 7-10 天逐漸減量至停。

若用非類固醇抗發炎藥物、秋水仙素、類固醇都有窒礙難行的禁忌時，歐洲抗風濕聯盟則建議用新一代生物製劑如 anakinra (第一介白質抑制劑) 皮下注射三天。無論美國風濕學院或歐洲抗風濕聯盟的用藥指引，都建議愈早用藥愈好，因此建議病人手邊要有些急性發作的備用藥物，可立即派上用場。

## 高尿酸血症的處置：

若痛風反覆發作，則建議使用降尿酸治療。發表在 BMC 2012 研究

指出，在超過65歲與較年輕病人比較，無論用allopurinol或febuxostat (feburic，為近幾年上市之降尿酸藥物，屬於黃嘌呤氧化酶選擇性抑制劑 xanthine oxidase inhibitor，可抑制尿酸合成，進而降低血清尿酸濃度)，皆同等安全且有效。而在超過65歲且合併慢性腎臟病病人，febuxostat 的降尿酸效應似也較allopurinol為佳。因為降尿酸治療導致尿酸變化的過程，可能誘發痛風發作，因此建議啟動降尿酸治療的同時，併用預防發作藥物，如秋水仙素、類固醇 (prednisolone 7.5mg/天)，及非類固醇抗發炎藥物，至少6個月。當然在老年人也應適可縮短。

### 併發疾病的處置：

痛風常併發於心臟血管疾病，故常會面對已併用阿斯匹靈的病人，但即使低劑量阿斯匹靈75-100mg/day，因會降低尿液中尿酸的排泄，致使血液尿酸值提高。不過研究也指出，就老年人而言，此提高是微不足道的（約0.34 mg/dl），



故以利弊分析，應毫不影響阿斯匹靈的使用。類似阿斯匹靈，利尿劑 thiazide、loop diuretics、及 $\beta$ -阻斷劑也會有升高血液尿酸值的問題；但相對的，ARB 中的losartan、鈣離子阻斷劑 (amlodipine、atorvastatin、fenofibrate)，卻能減少痛風發作。



### 總結：

痛風在老年人為常見疾病，女性到了老年也變得更好發。痛風石、全身不適、多關節發作，則是老年痛風的特性。且因老年痛風常伴隨許多其他疾病，故增加許多用藥考量。關節內注射或短期口服類固醇都是治療選擇。使用降尿酸藥物預防復發時，常因其他疾病因素的干擾，必須降低劑量，致無法有效降低尿酸，此時可併用低劑量的秋水仙素或類固醇，以減少復發。老年痛風有其不同面向，是值得我們悉心照顧面對的疾病。



# 糖尿病與心血管疾病 風險

中山醫學大學附設醫院副院長 翁國昌醫師

臺大公衛學院分析國人死因統計以及多項本土健康資料庫中危險因子，首次公布臺灣慢性病危險因子排名，「高血糖」居國人死亡危險因子第一名；衛福部國健署每年定期公布國人十大死因，糖尿病居台灣民眾十大死因第5位，平均每11人就有1人

罹病，每小時就有1人因糖尿病而死亡！60%以上的糖尿病患者最終死於心血管疾病，心血管疾病也是全世界糖尿病患者最重要的併發症以及主要死因，相較於正常族群會增加2到4倍的心血管疾病風險；研究發現得了糖尿病，就相當於得過一次心肌梗

塞，有糖尿病但沒有過去心肌梗塞或冠狀動脈心臟病病史的病人，未來死於冠狀動脈心臟病的風險，並不小於先前有心肌梗塞或冠狀動脈心臟病病史但沒有糖尿病的病人。糖尿病患者一旦罹患冠狀動脈疾病，即使接受支架手術或心臟繞道手術，長期結果都比非糖尿病患者與後來的差。第2型糖尿病在10年內發生冠狀動脈疾病的風險是一般人2~4倍、引發心臟疾病死亡風險是一般人的3.4倍，同時更比一般人增加3倍中風機率，仔細檢視國人十大死因排名前十名的癌症、心血管疾病、腦血管疾病、腎病變其實直接間接與高血糖相關，糖尿病具有慢性殺手的特色，糖尿病患者的死因並非來自於血糖直接相關，糖尿病的各種慢性併發症其實才是糖尿病患者死亡的主要原因。糖尿病患者一旦引發心血管併發症，恐怕縮短預期壽命12年之多，糖尿病及其所引發的併發症影響國人健康不容小覷，糖尿病可謂國人致殘和死亡的主要隱形"藏鏡人"。

## 1. 降糖控糖重不重要？

**重要!!** 糖尿病的慢性併發症，牽涉到小血管病變（眼底視網膜病變，腎病變，神經病變）以及大血管病變（冠心病、腦中風以及周邊血管疾



病)。許多研究皆已證實，積極控制血糖能降低小血管病變發生的機會，讓病人免於眼底病變甚至失明及未來洗腎的風險。流行病學研究顯示糖化血色素（HbA1c）每增加1%，心血管疾病的相對風險將增加18%。積極降糖治療能否減少大血管併發症？良好的血糖控制能顯著減少糖尿病小血管併發症，卻未能顯著降低大血管併發症（心腦血管事件）的危險性。但是在UKPDS此大型糖尿病病人研究，若能在罹患糖尿病早期積極血糖控制，經過十年，在降低小血管病變方面仍有持續的好處，而在心血管疾病的好處也會開始出現。因此在糖尿病患者來說，基本上將血糖控制到糖化血色素小於7.0%，對於心血管疾病是有幫忙。到目前為止，根據現在的醫學研究，在糖尿病病患和心血管疾病之間，我們可以做出以下結論：  
1.基本上大部分患者至少要將血糖控制在糖化血色素7.0%以下，可以下降心血管疾病風險。  
2.針對新診斷的

糖尿病患者，積極將糖化血色素控制在6.5%，在十幾年後能降低心血管疾病風險。另外，高血糖也可能會造成所謂糖尿病心肌病變 (diabetic cardiomyopathy)：“甜心症候群”，積極控制血糖能降低心臟衰竭發生的風險。

## 2. 為降低心血管病風險，糖尿病患者的血糖控制應該達到一個什麼樣的目標值？

糖尿病患者有心血管疾病或是心血管疾病風險，進行積極的血糖控制，將糖化血色素控制在6.5%以下或更低，反而可能會增加患者的死亡率。最近一些大型的臨床試驗，針對病史較久的糖尿病患者，降到更低的6.5%以下發現積極的血糖控制對於心血管疾病，可能是沒有好處，甚至是有害的。近年來國際各大糖尿病治療指引皆建議個人化血糖控制的目標應個別考量，糖化血色素的目標需“因人而異”，以防止發生低血糖，嚴重低血糖是糖尿病患者大血管事件、不良臨床事件和死亡的預測因子。罹病時間短，生活品質好，共病症少的糖尿病患者，適合積極將糖化血色素控制到6.5%；但是罹病時間長，生活品質差，共病症多的糖尿病

患者，目標可以放得較寬鬆，糖化血色素的目標小於7.5%，甚至8.0%都是可被接受的。

## 3. 糖尿病前期，心血管疾病的發生率已經在增加

若您的血糖高於正常值，但未達糖尿病的診斷標準，空腹血糖100 - 125mg/dL，飯後兩小時血糖140 - 199mg/dL或糖化血色素 (HbA1c) 介於5.7至6.4%，稱作「糖尿病前期」。糖尿病前期除了血糖稍高之外，常常合併血脂異常、高血壓以及肥胖等，這些人為數眾多，約為糖尿病人數的兩倍，而且每年約有3-11%會轉變成為糖尿病，將來發生心血管疾病的相對風險約兩倍。因此，如果你有血糖過高現象，記得要檢查血壓、血脂，更要檢討自己的體重，測量自己的腰圍，男性腰圍超過90公分、女性腰圍超過80公分，判讀是否符合代謝症候群的診斷標準。依據國健署的標準，「代謝症候



群」之診斷，只要包含3項或以上的危險因子即可判定：(1)腹部肥胖：(腰圍：男性 $\geq 90$ 公分或女性 $\geq 80$ 公分)。(2)高血壓：收縮壓 $\geq 130$ mmHg或舒張壓 $\geq 85$ mmHg。(3)空腹血糖值 $\geq 100$ mg/dl。(4)高密度脂蛋白膽固醇(HDL-C)：男性 $< 40$ mg/dl或女性 $< 50$ mg/dl。(5)高三酸甘油酯 $\geq 150$ mg/dl。「護心聖戰」，應著重加強防治代謝症候群之發生，需要將降低心血管風險發生率擺在糖尿病前期的治療之中。

#### 4. 糖尿病不只是血糖高

雖然控制血糖很重要，但即使血糖管控良好，仍然併發不幸心血管事件的情況，在臨床上其實並不少見，為什麼？很重要需加強宣導的重要概念：血糖管控不等於糖尿病管控！糖尿病不只是血糖的問題，而是一種與心臟病密切相關且十分複雜的代謝性異常。糖尿病在心臟血管系統的傷害，主要來自大血管病變，主要的致病機轉導因於慢性動脈粥狀硬化，相關之危險因子除糖尿病之高血糖外，還包括：血脂異常、高血壓、吸菸等。大部分有糖尿病的人也會有高血壓或高膽固醇，若您有高膽固醇和高血壓，那麼這些問題也與高血糖一樣需要接受嚴格的治療。對於無

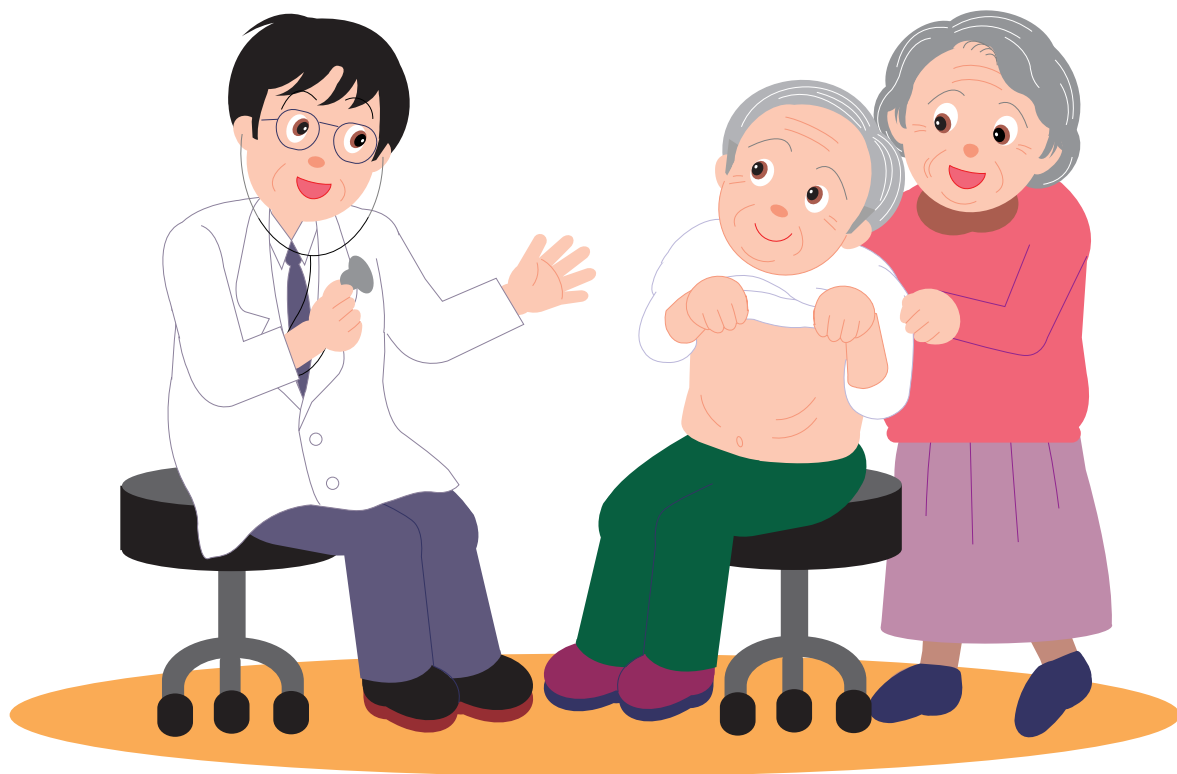


心血管疾病的糖尿病患者，治療目標為LDL-C $< 100$ mg/dL；對於合併有心血管疾病者，治療目標為LDL-C $< 70$ mg/dL，第2型糖尿病合併急性冠心症候群患者，甚至考慮更嚴格將LDL-C控制到55mg/dL以下。糖尿病患者血壓控制的目標值要比沒有糖尿病患者來得低，目標為將血壓維持140/90甚至 $< 130/80$ mmHg。控制三高（高血糖、高血脂、高血壓）、戒菸、多運動等都是糖尿病患者心血管疾病穩定的重要生活守則。因此現今的糖尿病治療不應只是達到降血糖目標，更應積極設法減少心血管疾病。治療糖尿病不能只是控制血糖而已，尤其是心血管疾病的風險因子必須加以控制，才能真正算是治療糖尿病。2003年發佈的STENO-2研究，研究發現，在控制血糖的同時進行多危險因素干預（生活方式、飲食、血壓及血脂）可顯著降低糖尿病患者的心血管事件風險。糖尿病不只是血糖高，糖尿病需要全身性的照護「糖尿病患控糖應從『心』開始！」

## 5. 所有糖尿病患者都應該使用阿斯匹靈預防心血管疾病嗎？

那可不一定！對糖尿病患者合併有心血管疾病者，建議使用低劑量阿斯匹靈aspirin (75-100 mg/day)，以避免未來再發生心血管疾病（次級預防）。相較次級預防，初級預防療效仍有其爭議性以及發生副作用之潛在風險。亞洲人心臟病機率低於歐美，出血性中風機率卻高於西方，所以使用阿斯匹靈更應小心。最近日本以及香港華人糖尿病患者的初級預防研究中，發現阿斯匹靈並不能顯著降低發生重大心血管事件機率以及所有原因死亡率，卻明顯增加腸胃道出血之風險。換算起來，使用阿斯匹靈作為這

些病患的初級預防，當病患心血管事件率較低時，與付出的副作用代價，是划不來的。2014美國食品藥物管理局已針對未罹患心血管疾病（未有急性冠心症或缺血性中風）患者應已避免常規使用阿斯匹靈，提醒沒有足夠實證支持阿斯匹靈效果卻明顯有意義增加出血風險。事實上，2017年美國糖尿病醫學會已經修改了建議，看起來比之前的都還要保守了很多，建議大於50歲，且有一項以上重大心血管危險因子的糖尿病患者才考慮使用阿斯匹靈做為初級預防，且清楚地寫出，50歲以下且沒有重大危險因子的糖尿病患者，使用阿斯匹靈是不被建議的。如果你已經每天在服用阿斯匹靈，而有疑慮，在做任何更改前，應先諮詢你的醫生。





# 腦中風與糖尿病

台大醫院神經部 湯頌君醫師

腦中風是造成全球人口死亡的第三大原因及永久傷殘的首要原因。近十年來，腦血管疾病一直是國人十大死因的前幾名，僅次於癌症，心臟疾病及去年首度超前腦血管疾病的肺炎。雖然腦中風的治療與照顧在過去十年有很大的進展，使得腦血管疾病的致死率明顯下降。但由於急性腦中風有超過一半的病患會留下後遺症，

且一次腦中風後仍有復發的機會，整體的腦中風盛行率反而逐年上升，全人口平均所要負擔的腦中風病患數相對增加，造成個人，家庭及整個社會的極大影響。

## 糖尿病與腦中風的關係

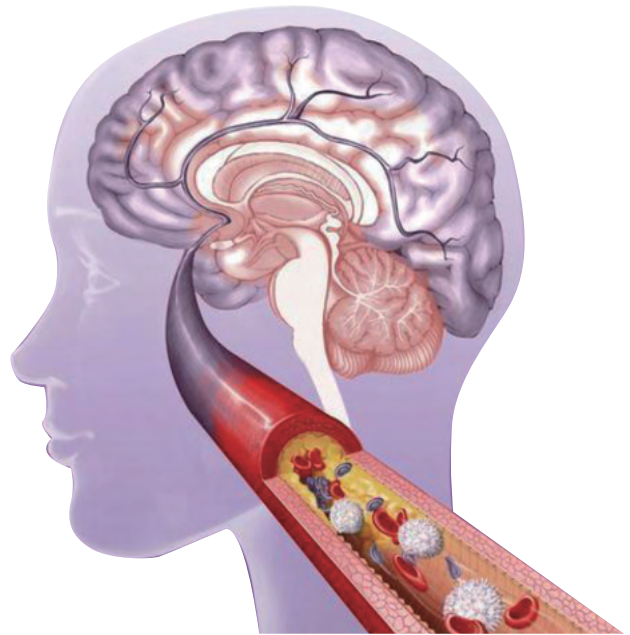
為了了解臺灣地區的中風型態及造成中風的危險因子等，自2006

年起，有超過30家醫院共同針對急性腦中風病患進行大規模的臨床資料登錄研究計畫：台灣腦中風登錄（Taiwan Stroke Registry）。2010年做的分析顯示，從總數超過4萬名中風病患的資料中，缺血性腦中風病患大約佔80%，出血性中風約佔18%。急性腦中風的死亡率則依不同的中風型態分別為缺血性中風4.0%，腦內出血17.9%及蜘蛛網膜下腔出血29%。另外，有接近八成的腦中風患者有高血壓，四到五成的患者有糖尿病及高血脂，是最重要的三大危險因子。

其中，糖尿病患者容易發生缺血性腦中風可能與下列幾個原因有關。

（a）長期血糖高會傷害頭部及頸部動脈的內壁，使其逐漸硬化狹窄，因而阻礙該處的血流，就易發生腦缺血梗塞。（b）長期血糖高會影響全身及腦的微細血管血液循環，造成腦部急性或慢性的小血管病變。（c）血糖高會造成多尿症，體內水份容易流失不足，使血液黏稠度上升，會減慢頭部及頸部的血流。（d）糖尿病性神經病變常併發自律神經功能異常，容易發生姿勢性低血壓而導致腦缺血。（e）長期糖尿病也容易引起心臟疾病而產生心因性中風。預防勝於

治療，定期檢測自己的血糖，尤其是已經罹患糖尿病的患者，規則服藥及調整生活型態，都是很重要的。有效的控制血糖，並早期偵測糖尿病相關的神經血管併發症，是預防慢性急性心腦血管疾病重要的一環。



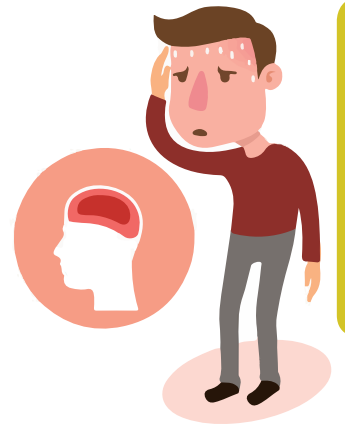
## 急性腦中風與高血糖

過去的研究顯示，急性腦中風病患約有40-70%會出現血糖上升的情況，此現象可能是本身有糖尿病（中風前已知或未知）或因為急性腦中風對身體及內分泌系統產生的壓力所引起。急性中風後的血糖值與中風預後有關，數個臨床研究皆顯示急性腦中風發生後二十四小時內，如有持續高血糖，相較正常血糖患者的會增加中風後的死亡率，且對於日後的功能恢復也較差。此外，針對急性缺血性中

風接受血栓溶解治療的患者，近幾年的研究也顯示，入院時的血糖值越高，血栓溶解治療後的預後越差，且越容易發生腦出血等併發症。因此，糖尿病患者一旦發生急性腦中風，需注意血糖的積極控制。更重要的是，一旦發生疑似急性中風的症狀，務必在第一時間送到醫院診治。因為，時間是急性腦中風治療的最關鍵因素。

過去二十年來，急性缺血性腦中風的治療有兩個極大的進展。第一個是經靜脈注射血栓溶解治療藥物(IV rt-PA)。目前建議使用的治療時間為急性中風發生後3小時內（特定情形可能可以考慮延長到中風後4.5小時）。另一個是經動脈取栓術（IA thrombectomy），藉由傳統的血管攝影，直接以導管置入阻塞的腦血管處，利用特殊的器械吸附並移除血栓，可以有效改善急性大血管阻塞的缺血性腦中風病患預後。而目前最被建議經動脈取栓治療的治療時間為發病6小時。此外，越早進行上述治療，越能得到治療的好處，也越能減少併發症出現的風險。然而，根據台大醫院過去的資料顯示，只有不到三成的急性缺血性腦中風病患，能夠於發病後3小時內被送至醫院急診室。其中，一般民眾對中風的徵兆不清

楚或警覺性不夠，甚至迷思放血、針灸、刮痧可以治療中風等，是最常見的幾個耽誤送醫時間的原因。



目前我們對於判斷是否發生急性腦中風最簡單明確的判斷方法便是美國辛辛那提腦中風評估表。主要評估三個症狀：(1) 請病人露出牙齒或笑，(2) 請病人閉眼伸出雙臂十秒鐘，(3) 請病人說一個句子。假如病患在過程中出現顏面下垂，手臂垂落，或者言語咬字不清等任何一個異常狀況，腦中風的機會則高達百分之七十二，應儘快將病人轉送到有能力處理急性腦中風的就近醫院急診室。如前所述，糖尿病是中風的危險因子，不論是糖尿病患本身或者家屬，都更是應該熟悉這個判斷中風的簡易法則。

生、老、病、死是人生必經之路。我們不能選擇起點，但應盡所能趨吉避凶。糖尿病及腦血管疾病都是可以被有效控制，改善預後及減少相關併發症的問題。早期發現，即時就醫及規則追蹤治療，才能讓自己及所關心的家人減少未來的負擔及遺憾。





# 糖尿病與 心肌梗塞及 心臟功能衰竭

成大醫院心臟內科 李柏增醫師

吳先生，七十歲男性，長年為糖尿病所苦，先前的糖化血色素控制並不好，大約都在八到十左右徘徊。從去年夏天開始，病人爬山的時候開始會覺得胸悶，除此之外，爬樓梯到二樓就會氣喘吁吁，必須要坐著休息一

下，喘和胸悶才會緩解。雖然糖尿病門診的醫師有建議吳先生應該要掛心臟科門診做進一步檢查，但吳先生不以為意。門診的醫師甚至建議吳先生應該要開始胰島素注射，吳先生雖然滿口答應，但吳先生覺得，萬一開始

打胰島素，生活會更加麻煩，所以僅是口頭允諾，醫師開給他的胰島素，就束之高閣了。

在去年底冷氣團來襲，氣溫驟降之時，吳先生突然在家中感到胸痛，胸痛的狀況延伸到左邊肩膀與下巴，另外，吳先生也覺得喘不過氣。吳先生的妻子發現這樣的狀況，立刻把吳先生送到臨近的醫學中心急診室。在醫學中心急診室裡，吳先生的心電圖被發現有心肌梗塞的變化，立刻被送進心導管室進行處置。在冠狀動脈裡面放了三根支架。吳先生術後入住加護病房，經過心導管與藥物治療，胸悶胸痛的狀況總算改善，吳先生在術後第三天轉到普通病房，雖然胸痛的症狀改善了，但是吳先生明顯感覺下床走路的時候變喘了。吳先生的主治醫師告訴他，經過這次心肌梗塞，心臟收縮的功能明顯變差，只剩下正常人的一半左右。住院後心臟內科主治醫師也會診了新陳代謝科，並且給予吳先生一些建議，包括調整血糖藥物，以及加上對心臟功能有所幫助的降血糖藥物。在



這些藥物的調整下，吳先生的血糖慢慢進步，終於在住院十天之後，出院回家。



綜觀吳先生所遭逢的這次事件，吳先生是因為血糖長期控制不佳，導致心肌梗塞。沒有控制好的糖尿病，可以造成血管硬化。可能的機轉包括糖尿病易引發膽固醇斑塊沈積於血管壁上，久而久之造成血管狹窄縮小，負向塑形。另外糖尿病本身也可能引發血管的炎性反應，可令血管斑塊破裂引發心肌梗塞。一旦心肌梗塞之後，所供應處的心臟肌肉細胞壞死，即可能心臟肌肉細胞收縮功能變差。心臟收縮功能變差之後，血流無法順利從心臟打出，因此造成肺水腫，下肢水腫，尿液量減少，四肢冰冷等變化，臨床上就會表現出運動時氣促，夜間喘，端坐呼吸，全身倦怠，胃口變差等症狀。嚴重者可併發呼吸衰竭，心因性休克，以及嚴重性心律不整等。

吳先生的故事也告訴大家，心肌梗塞也不是打通血管之後就萬無一失。血管打通之後，心臟功能恢復的程度端看心肌梗塞的範圍與程度。若心肌梗塞的範圍極大，或是時間上有所延誤，導致沒能在黃金期內打通血管，則心臟衰竭就無法避免。許多病人甚至把血管打通也無濟於事，不但無法克服呼吸衰竭需要插管，呼吸器的嚴重狀態，甚至還需要主動脈內氣球幫浦，甚至是葉克膜的輔助。臨床上甚至有些病患，必須走向心臟移植。因此早期控制好糖尿病，利用藥物預防心肌梗塞，從根本預防起，是最佳的做法。

飲食方面，心衰竭最忌諱喝太多水分。心臟功能不好的患者若喝水一



多，都有可能造成急性肺水腫，馬上喘起來必須掛急診，甚至引發呼吸衰竭。所以糖尿病合併心衰竭的患者，吃東西必須以清淡，含水甚少為宜。日常生活中也應該控制水份的攝取，切勿因口慾而增加攝食量，才是保養之道。

但如果真的遇到心臟衰竭也不要沮喪，只要好好配合醫師，都能夠降低死亡率，改善症狀。臨床上治療因



糖尿病而造成血管堵塞，進一步造成心臟衰竭的藥物不少，茲分別介紹如下：

心血管用藥方面：包括乙型交感神經阻斷劑，血管張力素轉化酶抑制劑/血管張力素受器抑制劑（ACEI/ARB）類藥物，醛固酮拮抗劑等等。這些藥物都有嚴謹大型的臨床實驗證實其功效。其中乙型交感神經阻斷劑除了能夠降低心搏，減少心臟負荷之



外，更能調整人體交感神經活性，讓惡性心律不整發生的機會下降。後兩類的藥物能夠阻斷身體腎素—血管張力素系統的作用，降低其活性，讓心臟的負荷下降，從而達到降低心衰竭死亡率的目標。

糖尿病用藥方面，除了二甲雙胍類的藥物（metformin）類的藥物對心血管方面有一定助益之外，

近年來第二型鈉-葡萄糖轉運蛋白抑制劑（SGLT2 inhibitor）的發展也有令人振奮的成績。恩格列淨（Empagliflozin），目前此類藥物已經上市。根據其大型臨床實驗結果，發現與其他降血糖藥物比較起來，更能有效降低心血管疾病的死亡率與再住院率。而且效果在初期幾個月就能顯現，目前已經被廣泛使用在糖尿病合併心衰竭的病患身上。其他類似的藥物也正在進行臨床實驗驗證功效。無論如何，此種藥物的普及化，對糖尿病合併心衰竭的患者不啻為一大福音。

綜上所述，糖尿病與心衰竭，大部分是因果關係。糖尿病患者若早年及控制得宜，則日後要得心肌梗塞或心衰竭的機會就減低甚多。若不幸罹患冠狀動脈阻塞性疾病，甚至是心肌梗塞等，須盡量把血管打通，保住殘存的心臟收縮功能，並且配合醫師服用藥物。目前對於心衰竭已經證實有療效的藥物有許多種，多重配合使用，能使藥物彼此發揮最大功效。另外也需要控制水分。若能做到這些，雖然會比平常不方便，但至少能降低心衰竭急性發作的機會，從而維持生活品質，繼續美好的人生。

# 高血脂症的糖尿病人不需要

# 限吃高油脂食物嗎？

馬偕紀念醫院營養醫學中心台北營養課 蔡一賢課長

基於一則「膽固醇有益無害」的網路傳言，門診中持續不斷地有不少病人詢問，膽固醇對身體是否有益無害？飲食控制多年的老病號也因為此網路傳言而開始蠢蠢欲動。血中膽固醇偏高的高血脂症病人或糖尿病病人，一定要好好控制血液中膽固醇濃度，以免造成心血管疾病之發作。

人體的血中膽固醇濃度一般而言於健康人雖然可以透過身體的自我調控達到平衡狀態，但糖尿病病人處於身體慢性發炎與代謝平衡失序的情況，所以糖尿病病人與心血管疾病病人幾乎有相當的心血管疾病風險，故飲食攝取的控制就更顯得重要。

針對高膽固醇血症或糖尿病病友們，除了同時維持想體重範圍、規律運動與戒菸外，在均衡飲食的基礎上再特別提醒注意下列幾點，以進一步降低動脈粥狀硬化及心臟血管疾病的風險：

1. 避免飽和脂肪酸含量高的食物：  
如油炸、油煎或油酥的食物及肥肉、雞皮、豬皮、鴨皮等。
2. 避免反式脂肪酸含量高的食物：  
如乳瑪林、速食漢堡、薯條、甜甜圈、洋芋片、爆米花、泡麵、奶精、奶酥、起酥麵包、牛角麵包、油炸食品、各式糕餅及零食。

3. 避免升膽固醇指數高的食物：如動物內臟（豬腦、豬肝、豬腰子、雞心、雞肝等）與蟹黃、蝦卵、魚卵、烏魚子或吻仔魚、小魚乾等。

4. 適量選擇富含  $\omega$ -3 脂肪酸的深海魚類：如鮭魚、鯖魚、鮪魚、秋刀魚等。



5. 多攝取高纖維質食物，尤其是富含水溶性纖維的食物：如新鮮的蔬菜、水果、未精緻的穀類等。

6. 盡量減少烹調用油：烹調宜多採用清蒸、水煮、涼拌、烤、燒、燉、滷等不用油的方式。若須用油則建議少量使用含單元不飽和脂肪酸含量高者（如橄欖油、芥花

油、葵花子油等），而避免使用飽和脂肪酸含量高者（如：豬油、牛油、奶油、椰子油、棕櫚油等）。

對於食物中膽固醇含量高但飽和脂肪含量不高的食物，如：蛋、蝦、花枝、文蛤等，由於含有豐富的蛋白質、維生素及礦物質等，



也不須完全都不敢吃，下列各表整理出常吃食物的升膽固醇指數（食物中整體影響血中膽固醇上升的幅度，升膽固醇指數愈高則代表此食物愈容易升高血中膽固醇），提供給高膽固醇血症或糖尿病病友們實際運用參考。最後仍須提醒因每個人的生理狀況與疾病程度的不同，建議您仍須找專業營養師為您作個別化的營養評估與飲食建議，以達到最適合您的個人化營養治療。

表1 奶類（紅字表示高升膽固醇指數：綠色表示為低升膽固醇指數）

食品分類	名稱	食物代換 (公克/份)	食物升膽固醇指數 (CSI/份)	膽固醇 (毫克/份)
奶類	全脂鮮乳	240	7.41	31.2
奶類	低脂鮮乳	240	2.98	16.8
奶類	全脂保久乳	240	8.36	40.8
奶類	全脂奶粉	30	7.15	26.7
奶類	脫脂奶粉	25	0.49	6.5

奶類中相似脂肪含量其升膽固醇指數 (CSI/份) 差異不大，而脂肪含量愈低之低脂奶類其升膽固醇指數 (CSI/份) 愈低。

表2 豆魚肉蛋類

食品分類	名稱	食物代換 (公克/份)	食物升膽固醇指數 (CSI/份)	膽固醇 (毫克/份)
豆魚肉蛋類	五香豆干	35	0.55	0
豆魚肉蛋類	豆腐皮	15	0.2	0
豆魚肉蛋類	傳統豆腐	80	0.82	0
豆魚肉蛋類	豆漿	260	0.58	0
豆魚肉蛋類	蝦米	10	3.3	64.5
豆魚肉蛋類	秋刀魚	35	3.04	15.1
豆魚肉蛋類	鹹小卷	35	8.22	161
豆魚肉蛋類	冷凍花枝丸	50	4.17	56.5
豆魚肉蛋類	雞蛋	55	12.28	212.3
豆魚肉蛋類	雞蛋白	70	0.05	0
豆魚肉蛋類	雞蛋黃	46	31.3	541.4
豆魚肉蛋類	牛後腿腱子心	35	2.22	26.6
豆魚肉蛋類	豬大里肌	35	2.97	20.7
豆魚肉蛋類	豬小排	35	4.74	27.3
豆魚肉蛋類	豬耳	40	4.03	38.8
豆魚肉蛋類	豬血	225	5.89	112.5
豆魚肉蛋類	豬肚	50	5.58	65
豆魚肉蛋類	豬腎	65	11.44	221
豆魚肉蛋類	豬大腸	100	16.37	125
豆魚肉蛋類	豬小腸	55	9.05	101.2
豆魚肉蛋類	豬腳	35	3.48	32.2
豆魚肉蛋類	豬蹄膀	40	6.16	37.6
豆魚肉蛋類	豬腦	60	64.46	1245
豆魚肉蛋類	帶皮雞胸肉 (肉雞)	30	2.57	24
豆魚肉蛋類	清腿平均值	40	2.96	38.8
豆魚肉蛋類	雞排平均值	40	2.8	26.4
豆魚肉蛋類	三節翅	40	3.69	40.8
豆魚肉蛋類	雞心(肉雞)	45	5.39	67.5
豆魚肉蛋類	雞腳(肉雞)	30	2.75	36.3
豆魚肉蛋類	香腸	40	5.23	24.8
豆魚肉蛋類	熱狗	50	4.97	24
豆魚肉蛋類	臘肉(五花肉)	40	9.17	30.4

豆魚肉蛋類中，一般而言升膽固醇指數 (CSI/份) 由低至高為豆製品、海鮮類、肉類及內臟類。建議盡量選擇瘦肉部分，並將雞皮、豬皮等帶皮部分去除。

表3 油脂及堅果種子類

食品分類	名稱	食物代換 (公克/份)	食物升膽固醇指數 (CSI/份)	膽固醇 (毫克/份)
油脂及堅果種子類	原味杏仁果	7	0.28	0
油脂及堅果種子類	開心果	7	0.41	0
油脂及堅果種子類	大豆油	5	0.81	0
油脂及堅果種子類	芥花油	5	0.5	0
油脂及堅果種子類	牛油	5	2.29	6.1
油脂及堅果種子類	豬油	5	2.29	5.6
油脂及堅果種子類	雞油	5	1.84	3.5
油脂及堅果種子類	椰子油	5	4.54	0
油脂及堅果種子類	沙拉醬	10	1.17	3.4

油脂及堅果種子類中，一般而言升膽固醇指數（CSI/份）由低至高為堅果種子、植物油、動物油。但仍需注意整體用油量。

表4 全穀根莖類

食品分類	名稱	食物代換 (公克/份)	食物升膽固醇指數 (CSI/份)	膽固醇 (毫克/份)
全穀根莖類	奶酥麵包	20	2.07	8.2
全穀根莖類	菠蘿麵包	20	2.57	11
全穀根莖類	漢堡包	25	1.46	3
全穀根莖類	餐包	25	2.06	3.5
全穀根莖類	蘇打餅乾	20	2.21	1.2

其他食材如蔬菜類為低升膽固醇指數，但若使用油酥或油炸的烹調方式，將使其升膽固醇指數增加。故建議仍需盡量使用較少油的烹調方式，如清蒸、水煮、涼拌或烤的烹調方法。

包裝類食品，民眾應養成看營養標示之習慣，選擇含較低飽和脂肪及反式脂肪之產品。並減少加工類產品，多選擇新鮮食物來製備。

升膽固醇指數（CSI）：詳細資料可至

中華民國血脂及動脈硬化學會（[www.tas.org.tw](http://www.tas.org.tw)）「衛教專區」

「各項食物升膽固醇指數一覽表」查詢





0800-032323 諮詢專線

Q&A

蔡明翰 醫師 主答  
沈克超 醫師

Q1

- 我最近聽到朋友說多吃堅果類的食物可以改善血糖與膽固醇，於是買了一大包的杏仁果來吃。我的血糖還不理想，糖化血色素大概都在9.0%左右，醫師一直勸我打胰島素，不過目前我仍恐懼打針。請問我還可以補充其它的堅果類來改善血糖嗎？

A

● 堅果是熱量很高且營養很豐富的食物，它的營養組成包括：脂肪（43~67%）、蛋白質（8~22%）、醣類（0.6~4%）、多酚（0.2~1.6%）、植酸（0.2~0.4%）、類胡蘿蔔素、維他命、葉酸、礦物質、膳食纖維等等。雖然它的成分中最多的是脂肪，但大多都是單元不飽和脂肪酸（MUFA）與多元不飽和脂肪酸（PUFA），而飽和脂肪酸只約占4~5%。就是因為它含有豐富的不飽和脂肪酸，因此可以降低壞的膽固醇（LDL）與升高好的膽固醇（HDL），進而減少心血管疾病的風險。因此，時常被大家提及的“地中海飲食”其中的重要成員之一即是堅果類。常見的堅果類包括杏仁、巴西果、腰果、榛果、胡桃、松仁、花生、夏威夷火山豆、

開心果等等。依照衛生福利部出版的國民飲食指標手冊及台灣常見食品營養圖鑑，成人一天的堅果攝取量為一份堅果，重量約7~10公克，換算成顆數大約是4粒的夏威夷火山豆、或是8粒的杏仁果、或是15粒的開心果、或是2粒核桃、或是7粒的腰果、或是18粒的花生等等。根據民國102年所發布的國民營養健康狀況變遷調查（樣本數2,490人），顯示台灣3~17歲兒童及青少年每日堅果種子類攝取量不足1份者高達9成9以上，18歲以上成人每日堅果種子類攝取量不足1份者達9成。一般民眾的每日油脂攝取量為三到七份的油脂（一份油脂等於一茶匙的油，約5公克），再加上一份的堅果。如果你想要多吃一些堅果，請記得減少飲食中的其他油脂類份量，以避免熱量過多而產生肥胖。2014年有一篇綜合分析的研究探討堅果飲食與血糖的關聯，發現每天約攝取56克的堅果，持續3週以上的話可以減少糖化血色素約0.07%，減少空腹血糖約2.7毫克/百毫升。這篇綜合分析發現到幾乎所有的堅果類都有類似的血糖改善效果，不過前提是必須攝取大量的堅果類，而血糖改善的幅度卻很小。譬如研究中所攝取的56克的堅果相當於6~8份的堅果量，遠遠超過目前的建議量，但是對於血糖的改善卻只有些許的進步。你現在的血糖控制仍不理想，飲食方面最重要的是限制含醣食物的攝取量，例如：五穀根莖類、水果、及甜點等。如果只想單純依賴“某種食物”（例如：堅果）來大幅改善血糖，恐怕是不切實際。你雖然買了一大包的杏仁果來試試，還是勸你不要抱持太大的期望，因為2011年中國大陸的一篇小型研究結果顯示，糖尿病患者每日攝取60公克的杏仁果，12週後空腹血糖大約能降低0.8%，而低密度膽固醇的下降卻可高達11.6%。由此可知，堅果類食物對膽固醇的幫助遠大於血糖。至於堅果類食物能夠改善血糖的原因，在於堅果含有豐富的多元不飽和脂肪酸（PUFA），它能夠刺激小腸分泌腸泌素（GLP-1）進而改善血糖。另外，現在的胰島素針頭都很細很短，建議你在醫院試打一次胰島素，嘗試後才知道你恐懼打針的主要原因是怕痛，還是單純心理因素的害怕而已。



少糖化血色素約0.07%，減少空腹血糖約2.7毫克/百毫升。這篇綜合分析發現到幾乎所有的堅果類都有類似的血糖改善效果，不過前提是必須攝取大量的堅果類，而血糖改善的幅度卻很小。譬如研究中所攝取的56克的堅果相當於6~8份的堅果量，遠遠超過目前的建議量，但是對於血糖的改善卻只有些許的進步。你現在的血糖控制仍不理想，飲食方面最重要的是限制含醣食物的攝取量，例如：五穀根莖類、水果、及甜點等。如果只想單純依賴“某種食物”（例如：堅果）來大幅改善血糖，恐怕是不切實際。你雖然買了一大包的杏仁果來試試，還是勸你不要抱持太大的期望，因為2011年中國大陸的一篇小型研究結果顯示，糖尿病患者每日攝取60公克的杏仁果，12週後空腹血糖大約能降低0.8%，而低密度膽固醇的下降卻可高達11.6%。由此可知，堅果類食物對膽固醇的幫助遠大於血糖。至於堅果類食物能夠改善血糖的原因，在於堅果含有豐富的多元不飽和脂肪酸（PUFA），它能夠刺激小腸分泌腸泌素（GLP-1）進而改善血糖。另外，現在的胰島素針頭都很細很短，建議你在醫院試打一次胰島素，嘗試後才知道你恐懼打針的主要原因是怕痛，還是單純心理因素的害怕而已。

Q2:

我的父親最近幾個月來愈來愈疲倦，而且走一小段的路就會喘。他的血糖控制的還不錯，糖化血色素大約在6.5%左右。醫師本來以為是心臟的問題，不過心電圖與心臟超音波的檢查都正常。後來再檢查才發現是嚴重的貧血，血紅素才8.0克/百毫升。請問糖尿病的病人會容易貧血嗎？平常要補充哪些食物可以改善貧血呢？

A:

你父親一開始走路會喘，大多要先排除心肺功能的問題，例如長期抽菸導致的慢性阻塞性肺病，或是心血管阻塞導致的鬱血性心臟衰竭。一般人如果心肌梗塞會產生胸悶、胸痛等典型症狀，但是老年人或是糖尿病患者由於神經病變、體力衰落等原因，心肌梗塞發生時卻沒有出現這些典型的胸痛症狀，因此稱之為“無症狀心肌梗塞”，直到一段時間後產生心臟衰竭的症狀（例如：呼吸困難、端坐呼吸、夜間咳嗽、食慾減退、全身疲倦、下肢水腫等）才被診斷出來。但是還有其他的病因可能與心臟衰竭有類似症狀，包括：慢性腎臟衰竭、肝炎或肝硬化、肺纖維化、貧血、甲狀腺功能低下等等。糖尿病本身不會造成貧血，但若合併慢性腎臟疾病而引起腎功能衰退，由於紅血球的生成過程需要腎臟的紅血球生成激素（簡稱EPO）來幫忙，這個時候就會出現貧血。2010年義大利的老年人貧血研究發現，在8千多位年齡大於65歲的族群中，約十分之一的老年人



合併輕度貧血。年齡愈大的族群產生貧血的比率愈高，例如85歲以上的老年人超過20%都有貧血。特別的是這些輕度貧血的老人家幾乎都沒有特別的症狀，所以大家都不認為自己真的有貧血。老年人的貧血症狀不一定很典型，典型的症狀例如：頭暈、心悸、臉色蒼白等等，反而可能只會出現疲倦無力、虛弱、食慾變差、走動時容易喘等不典型的症狀。老年人貧血的原因主要有三大類：（一）鐵、葉酸、或維生素B12缺乏；（二）慢性腎臟疾病或是慢性發炎性疾病；（三）原因不明性。

這裡所謂的原因不明性貧血，最有可能是來自於骨髓的再生不良性貧血。因此，你父親的嚴重貧血仍需確定是什麼因素造成的，例如長期腸胃道出血導致的缺血性貧血、慢性腎臟疾病、葉酸或維生素B12缺乏等等。平常的飲食成分不均衡也可能造成貧血，一般也稱做『營養缺乏性貧血』，其中最大的因素來自於鐵的攝取不足。雖然動物與植物性食物都含有鐵質，不過兩者的性質不同、吸收率也有差異。動物性食材所含的鐵質為血鐵質，例如：紅肉（牛肉、羊肉、豬肉、鴨肉、鵝肉）、內臟（豬肝、豬心等）、雞鴨豬血、蛤蠣、九孔、文蛤、小魚乾等等；而植物性食材所含的鐵質非血鐵質



（三價鐵），例如：豆類、深色蔬菜（紫菜、髮菜、紅莧菜、紅鳳菜等）、全穀類、堅果類等等。這種植物的非血鐵質需要在胃酸作用下還原成亞鐵離子（兩價鐵）才能被吸收，但是食物中的植酸、磷酸鹽、和膳食纖維都會干擾其吸收，因此吸收率很低（只有1~5%）。反觀動物性的鐵質不受膳食中其它成分的影响，其吸收率可達20%以上。值得一提的是，一般認為富含鐵質的蘋果或葡萄乾，每百公克所含的鐵質量在0.5毫克以下，因此不算是鐵質的豐富來源。



依照衛生福利部「台灣地區食品營養成分資料庫」顯示，每百公克食物的含鐵量的前十名食材是：紫菜、鵝肝、髮菜、花生、黑芝麻、柴魚片、皇帝豆、梅乾菜、文蛤及穀類。雖然紫菜的含鐵量居所有食物之冠（每百克含鐵量90.4毫克），不過人體對於紫菜的鐵質

吸收率卻不及鵝肉，因此一般仍是建議補充動物性的食材為佳。另外，維生素C的攝取不足也會影響鐵質吸收，因為維生素C能使植物性鐵質（非血鐵質；三價鐵）還原成兩價鐵，所以可以幫助植物性鐵質的吸收。建議你先確定父親的貧血原因，再與營養師討論飲食方面的調整，方能達到“食補”的功效。

# 糖友火鍋如何吃？

健康飲食



長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院營養治療科 李仁鳳營養師

台灣的冬季已儼然成為「火鍋季」，市面上有超多的火鍋種類可以選擇，如：牛奶鍋、豆乳鍋、藥膳鍋、日式昆布鍋、韓式泡菜鍋、麻辣火鍋…等，而親愛的糖友，你做出你的決定了嗎？

常常會有糖友提出疑問：「我可以吃火鍋嗎？」「我要怎麼吃火鍋？」「我每次出去吃火鍋後血糖都很高，是不是不要出去吃，比較好？」；所以今天來和大家分享一下這個冬天如何安心吃火鍋。

先第一個，我們需要考慮的是「湯頭」，因為非清湯類的火鍋裡會

含有較高的熱量及油脂，如果在家自己煮的話更好，可以將高湯凍過後去掉油脂，這樣能更清爽健康，若外食就盡量挑選清湯類的火鍋湯頭，如：日式昆布鍋、韓式泡菜鍋等，而且煮到最後的湯會含高濃度的鈉、鉀、磷及普林，也不適合多喝，容易造成高血壓、高血脂、高尿酸等身體不適反應。

第二個，是考慮要加入哪些火鍋料。在這邊要提醒大家盡量挑選「原型」的食物，因為「原型」食物可以減少很多吃到不良添加物的機會，而且「原型」食物保留的營養素也相對比較多；同時對於糖友來講它還有一個好處，就是易於份量計算，舉例

來說，如果我吃了5個蟹味棒及8個魚餃就大約等於吃了1.5份醣類+2份豆魚肉蛋類+2份油脂類（請參照表二）。如果一邊吃火鍋還要一邊想食物分類及計算份量，實在太掃興也太累人了，所以不如響應吃「原型」食物的行動，不僅吃得健康又容易代換。



第三個，再考慮要怎麼吃？先將自己的份量想好，例如：4份醣類+3份豆魚肉蛋類+2份蔬菜類。那麼我可以加入1/3根玉米+4塊芋頭(55g)+1碗麵(熟重120g)+1/2盒嫩豆腐+大文蛤6個+雞里肌1兩(熟重30g)+高麗菜1份(生重100g；煮熟約半碗)+茼蒿菜1份(生重100g；煮熟約半碗)。而其中因為醣類的總量會直接影響飯後血糖，所以是最沒有彈性空間的，豆魚肉蛋類要注意油脂的含量（請參照表一），蔬菜類則可以較放鬆。也就是說，我們吃火鍋的

順序：要先優雅的試個湯頭（其實是煮完後的湯不太適合食用），放入配置好的食材煮熟，然後安心的開始食用，如果還擔心吃不飽可以再準備其他種的蔬菜類一起。

最後的最後，還需要想到的是「飲料？沾醬？飯後點心？」，當然如果要無負擔的安心吃，飲料最好的選擇就是白開水或無糖的茶類飲料，沾醬就是以蔥、薑、蒜頭及辣椒等依照自己口味需求調味的醬油或不使用，飯後點心則是1份水果。以上是最簡單的方式，但是如果真的想吃甜點及含糖飲料，則必須先學會看食品標示及代換，例如：吃了含2份糖的飲料要減1份醣類+1份水果…等，當你學會了如何醣類代換，你就能吃的更自由更符合你的期望。

綜合以上，相信大家應該懂得仁鳳要分享的事情了，不論你是否有血糖問題，吃東西的時候要盡量挑選健康的食物而非食品，吃下的東西要以不造成身體負擔為原則，這樣才能確保自己能一直開心的吃下去。這個冬天，你想好如何吃火鍋了嗎？



### 一、天然豆魚肉蛋類食材 (1份) 之成分分析

	嫩豆腐	鮭魚 (腹肉)	大文蛤 (6個)	草蝦 (6隻)	火鍋羊 肉片	豬梅肉	雞里肌	牛喃肉	鵪鶉蛋 (6個)
重量 (g)	140	35	60	30	35	45	30	45	60
熱量 (Kcal)	72	80	41	29	69	153	31	149	102
蛋白質 (g)	6.9	6.9	6.8	6.6	6.6	6.8	6.9	6.7	7.3
脂肪 (g)	3.7	5.6	0.4	0.2	4.6	13.8	0.1	13.3	7.7
醣(g)	2.7	0	2.6	0.3	0	0	0	-0	1.0
膽固醇 (mg)	0	21	33	47	9	33	15	29	360


資料來源：台灣常見食品營養圖鑑，87年，行政院衛生署。



### 二、海鮮、肉類調理食品 (1份) 之成分分析

	貢丸 (2個)	魚丸 (5個)	魚板	蟹味棒 (5.5個)	花枝餃 (6個)	魚餃 (8個)	蝦餃 (7個)	燕餃 (6個)	蛋餃 (5個)
重量 (g)	40	55	75	75	55	60	65	50	60
熱量 (Kcal)	95	77	69	86	92	165	177	157	109
蛋白質 (g)	6.7	6.9	7.0	7.0	6.8	7.5	7.4	6.4	7.2
脂肪 (g)	7.6	0.6	0.2	0.2	2.2	11.7	12.6	11.2	8.5
醣(g)	0.2	11.2	9.9	14.3	11.5	7.6	8.8	7.9	1.2
膽固醇 (mg)	17	13	9	0	12	37	47	27	148

資料來源：台灣常見食品營養圖鑑，87年，行政院衛生署。



# 林昭亮・陳偉茵 — 糖尿病關懷基金會 20週年慶音樂會！

簡秀枝

愛與關懷，白色杏林光輝洋溢在台北國家音樂廳裡，身為醫生家屬的音樂家林昭亮、陳偉茵共同獻藝，為糖尿病關懷基金會20週年慶公益演出。

這場慈善義演，由托比·荷夫曼（Toby Hofman）帶領NSO（國家交響樂團）擔綱演出，曲目包括葛利格《A小調鋼琴協奏曲》，以及膾炙人口的柴科夫斯基：《羅密歐與茱麗葉》、《D大調小提琴協奏曲》，精彩紛呈，獲得極高評價。

林昭亮與陳偉茵都是台灣出生，

接受初步音樂啟蒙，然後以音樂資優生赴美深造、發展，他們都來自醫生家庭，林昭亮有位小兒科醫師的太太何瑞燕；陳偉茵媽媽是國內知名整型外科主治醫師湯月碧，爸爸是中國醫藥大學醫院國際醫療中心院長陳宏基，典型醫生家庭。杏林春暖，映照著整個音樂廳，台上台下一片溫馨。陳偉茵表現出色，湯月碧在中場休息時間，頻頻受到醫界友人道賀與讚美，讓她笑顏滿面！

目前定居葡萄牙的荷夫曼，身兼指揮與小提琴演奏家，對於音樂的敏感度極高，音色節奏詮釋，相當有經



驗，不管是指揮北歐經典、挪威作曲家葛利格的《A小調鋼琴協奏曲》，還是領航俄國作曲家柴科夫斯基的《小提琴協奏曲》、交響詩《羅密歐與茱麗葉》，都能抽絲剝繭，引出神髓。



一襲露背、單側削肩的銀色亮彩緊身長禮服，陳偉茵穿出婀娜好身材，她，平日勤於作運動，雕琢出勻稱好線條，肢體非常柔軟，觸鍵俐落，織體紮實，樂句處理流暢，時而澎湃壯麗，時而晶瑩圓潤，全曲有如行雲流水，悅耳動聽。

接著是柴科夫斯基於1878年，以奏鳴曲式的對比本質，解讀莎士比亞創作，譜寫成《羅密歐與茱麗葉》交響詩，曲中展現了壓抑下的誠摯深情，淡淡哀傷，彷彿娓娓訴說著，有緣無份，紙短情長的許多感情事。當一切已去，無力回天，空虛碎裂的殘局中，獨自吟詠吞納的心情，在在賺人熱淚。

下半場，由人氣王林昭亮接棒，一出場，台下掌聲立即響起。久違的林昭亮，帶著他的302歲「泰坦」名琴登台，那是1715年製的史特拉底瓦里老琴，音色絕妙。而一生受同性情慾所苦的柴科夫斯基，為躲避失敗的異性婚姻，留下一生唯一的一部小提琴協奏曲，弦律的千迴百轉，感人肺腑，令人百聽不厭。



一身黑衣衫，逐漸有大叔腹圍的林昭亮，幾乎都是閉著眼、皺著眉宇拉琴，偶爾在樂句轉換之間，會與指揮荷夫曼交換一下眼神，兩人默契十足。

壓軸的柴科夫斯基《小提琴協奏曲》，公認具有高難度演奏技巧，以及燦爛的優美旋律，號稱史上最偉大的「四大小提琴協奏曲」之一。

因為好聽，大家愛聽，這個樂曲，常被演奏，許多樂迷都朗朗上口。



荷夫曼始終以餘光盯著林昭亮，他自己也是弦樂手，因此，舞台上感同身受，游刃有餘。樂曲一開始，樂章主題瀰漫甜美滋味，卻也帶著曲折。在感情世界遍體鱗傷的柴科夫斯基，利用炫技埋藏熾烈深情，其中，夾帶著波蘭舞曲的韻律，又在頓挫起伏之間，展現秩序感，引觀眾共鳴，令大家陶醉。接著2、3樂章不間斷，悠揚深邃，一氣呵成。後者又在加入俄國特雷巴克舞曲（Trepak）下，呈現更多的陽剛威武，激昂慷慨，有炫技、有律動、更有情感的吹盪昇華，台上，閉眼拉奏傳深情，台下，同樣豎耳接收盈溢滿室的感動，神魂蒼穹、妙不可言喻。

林昭亮不愧是詮釋柴科夫斯基老手，半百滄桑，盡在那老辣，又欲語還休中裊繞，大家如痴如醉，感動埋心底。

曲罷，掌聲叫好聲四起。林昭亮笑開懷，露出深深酒窩，再補安可曲，是克萊斯勒根據中國傳統，改編的《中國花鼓》，彷彿中菜西吃，也演譯出滿滿的跨國風情，極具特色。

這場公益音樂會由財團法人糖尿病關懷基金會主辦，作為糖尿病關懷基金會20週年慶的禮獻，在各界出錢出力，踴躍動員募款下，整個音樂廳座無虛席，互動熱烈。音樂會演出所得，將用來贊助糖尿病預防保健宣導、諮詢及衛教等相關活動，特別有意涵，而邀請醫生眷屬的台灣子弟音樂家參與演出，更具親和力。

愛與關懷，白色杏林力量，在微涼的夜台北，熠熠生輝…。



原文：[https://www.facebook.com/profile.php?id=100002710285269&hc\\_ref=ARQYhLKJ1A3HZUjzdytaVv46qj722SCnu54iF25vw1fdyua7NVyHnIgAnJKpTB4ezv8](https://www.facebook.com/profile.php?id=100002710285269&hc_ref=ARQYhLKJ1A3HZUjzdytaVv46qj722SCnu54iF25vw1fdyua7NVyHnIgAnJKpTB4ezv8)

# 糖尿病相關活動預告 (107.03~107.06)

日期	時間	主辦單位及地點	活動內容	主講者	聯絡電話
107.03.06(二)	14:00-15:30	台安醫院醫療大樓B1餐廳會議室	糖尿病與膽腎結石、血糖監測與應用、膽腎結石飲食	蘇小玲醫師、衛教師、營養師	(02)2771-8151#2790
107.03.07(二)	14:30-15:00	台北慈濟醫院2樓236診外候診區	認識糖尿病及日常照護	陳芝嫻護理師	(02)6628-9779#2270
107.03.09(五)	08:30-09:00	湖口仁慈醫院一樓門診區	保護糖尿病人眼睛	糖尿病衛教師	(03)599-3500#2164
107.03.13(二)	09:00-10:10	聖保祿醫院19診	我的胰島素剩多少?解開胰島素的疑惑!	葉鳳君、簡宜芳個案管理師、曾紀汝營養師	(03)361-3141#2118
107.03.13(二)	14:30-15:00	恩主公醫院復興大樓14樓陽光室	團體衛教:胰島素迷思	糖尿病個案師/藥劑師	(02)2672-3456#8722,8724
107.03.16(五)	19:00-20:30	新泰醫院6樓會議中心	與六大類食物共舞(開放報名100/人)	李美月營養師	(02)2996-2121#1231
107.03.20(二)	14:30-15:30	恩主公醫院復興大樓1樓藥局旁	血糖免費篩檢	糖尿病個案師	(02)2672-3456#8722,8724
107.03.28(三)	15:00-16:00	李氏聯合診所5樓會議室	高血壓預防與治療	張道明醫師	(08)8001-8001
107.04.06(五)	08:30-09:00	湖口仁慈醫院一樓門診區	胰島素介紹	糖尿病衛教師	(03)599-3500#2164
107.04.10(二)	14:30-15:00	恩主公醫院復興大樓14樓陽光室	團體衛教:糖尿病腎病變	腎臟病個案師	(02)2672-3456#8722,8724
107.04.11(三)	14:00-16:00	李氏聯合診所-屏東縣議會202會議室	慶生會&清心減壓五心法	楊顯欽心理師、楊詩蕙衛教師	(08)8001-8001
107.04.16(一)	09:00-10:10	聖保祿醫院19診	生活好自在/談血糖管理計畫	馬鈞鼎醫師、葉鳳君、簡宜芳個案管理師 藍元駿營養師	(03)361-3141#2118
107.04.17(二)	14:30-15:00	台北慈濟醫院2樓236診外候診區	認識糖尿病	劉霓雲護理師	(02)6628-9779#2270
107.04.17(二)	14:30-15:30	恩主公醫院復興大樓1樓藥局旁	血糖免費篩檢	糖尿病個案師	(02)2672-3456#8722,8724
107.04.19(二)	14:30-16:00	恩主公醫院	糖尿病健康講座	糖尿病個案師	(02)2672-3456#8722,8724
107.04.25(三)	15:00-16:00	李氏聯合診所5樓會議室	輕鬆腳踏護健康	潘如玉衛教師、徐好婷營養師	(08)8001-8001
107.04.26(四)	10:00-11:00	曾良達診所	跟著地圖去探險-足部護理	葉雅純護理師	(05)233-3928
107.05.01(二)	14:00-15:30	台安醫院醫療大樓B1餐廳會議室	甲狀腺亢進與低下、個人運動計劃、體重管理飲食*	林毅欣醫師、衛教師、營養師	(02)2771-8151#2790
107.05.1(二)	14:30-15:00	台北慈濟醫院2樓236診外候診區	糖尿病足部照護	陳芝嫻護理師	(02)6628-9779#2270
107.05.08(二)	14:30-15:30	恩主公醫院復興大樓14樓陽光室	團體衛教-另一個7，預防肺結核	肺結核個案師	(02)2672-3456#8722,8724
107.05.09(三)	15:00-16:00	李氏聯合診所5樓會議室	還我一身好「骨」氣、健康活力有朝氣	劉采儀衛教師、陳郁雯營養師	(08)8001-8001
107.05.11(五)	08:30-09:00	湖口仁慈醫院一樓門診區	糖尿病併發症	糖尿病衛教師	(03)599-3500#2164
107.05.15(二)	14:30-15:30	恩主公醫院復興大樓1樓藥局旁	血糖免費篩檢	糖尿病個案師	(02)2672-3456#8722,8724
107.05.18(五)	19:00-20:30	新泰醫院6樓會議中心	暢談退化性關節(開放報名100/人)	醫師	(02)2996-2121#1231
107.05.22(二)	09:00-10:10	聖保祿醫院19診	端午慶佳節/「粽子」與血糖關係	葉鳳君、簡宜芳個案管理師、曾紀汝營養師	(03)361-3141#2118
107.05.23(三)	15:00-16:00	李氏聯合診所5樓會議室	近視以後就不會老花?、廢棄藥品的回收	吳悠衛教師、陳美云藥師	(08)8001-8001
107.05.24(四)	10:00-11:00	曾良達診所	銀髮族糖尿病健康吃	陳旻君營養師	(05)233-3928
107.06.5(二)	14:30-15:00	台北慈濟醫院2樓236診外候診區	急性合併症及足部照護	劉霓雲護理師	(02)6628-9779#2270
107.06.08(五)	08:30-09:00	湖口仁慈醫院一樓門診區	低血糖照護	糖尿病衛教師	(03)599-3500#2164
107.06.12(二)	14:30-15:30	恩主公醫院復興大樓14樓陽光室	團體衛教:吸菸與血糖控制	戒菸個案師	(02)2672-3456#8722,8724
107.06.13(三)	15:00-16:00	李氏聯合診所5樓會議室	端午桌遊ING	李仁慈衛教師、馮淑燕營養師	(08)8001-8001
107.06.14(五)	08:30-11:30	湖口仁慈醫院地下室1樓	糖友歡慶端午活動	糖尿病照護小組	(03)599-3500#2164
107.06.19(二)	14:30-15:30	恩主公醫院復興大樓1樓藥局旁	血糖免費篩檢	糖尿病個案師	(02)2672-3456#8722,8724
107.06.26(二)	09:00-10:10	聖保祿醫院19診	消暑大作戰/冰品甜點的認識與血糖高關係	葉鳳君、簡宜芳個案管理師、曾紀汝營養師	(03)361-3141#2118
107.06.27(三)	15:00-16:00	李氏聯合診所5樓會議室	腎病飲食、慎重來吃粽	古琪琪護理師、黃敏慧護理師	(08)8001-8001
107.06.28(四)	10:00-11:00	曾良達診所	糖尿病藥物與疾病對話	周鈺芳護理師	(05)233-3928
每週一	13:30-14:30	林口長庚	糖尿病簡介		(03)328-1200#8821、2484
每週二	13:30-14:30	林口長庚	六大類食物、糖尿病飲食的一般原則及禁忌		(03)328-1200#8821、2484
第1,2,3週三	08:30-11:30	曾良達診所	糖尿病營養諮詢及減重技巧	陳旻君營養師、葉雅純衛教師	(05)233-3928
每週三	13:30-14:30	林口長庚	食物的代換、外食、應酬及節慶飲食		(03)328-1200#8821、2484
每週四	13:30-14:30	林口長庚	口服降血糖藥物、胰島素注射		(03)328-1200#8821、2484
每週五	13:30-14:30	林口長庚	糖尿病急、慢性併發症、足部照顧及護理		(03)328-1200#8821、2484
每月第2週星期五	16:30-17:30	曾良達診所	糖尿病營養諮詢及減重指導	陳旻君營養師、葉雅純衛教師	(05)233-3928
每月倒數第二週星期六	08:30-11:30	曾良達診所	糖尿病營養諮詢及減重指導	陳旻君營養師、周鈺芳衛教師	(05)233-3928

# 感謝各界捐款

本會訊息：基金會財務報表公告於本會網站  
( www.dmcare.org.tw ) 本會簡介中，歡迎民眾上網查詢！

捐款金額	捐 款 人
<b>106.11</b>	
100,000	曾博雅
90,000	周明霞
50,000	台灣阿斯特捷利康股份有限公司
10,000	信歐國際貿易股份有限公司、林雲谷
5,000	戴張阿銀
4,000	蔡福晏
3,000	林國香、陳莉莉
2,000	王茂森、牟江榮子、王李瑞英、許俊源
1,000	林德雄、彭惠鈺、張坤來、王麗霞、呂雪蓮、潘麗華、江福貞、彭新蓉、李承堯、不具名、黃怡瓔、戴東原、蔡世澤、詹銀鏐、曾博雅、鄭子明、鄭仁義、彭惠鈺、陳金輝、許祐銓、洪春霖、曾錦娥、高珮珊
666	徐正冠
500	黃美珍、蔡桂枝、莊天財、劉俊良、張德芳、王宏銘、林明娥、林仁興、王端玲、張歐政江
400	藍義盛
333	劉金成
300	游極稚、林張春 林瑀芳
200	陳芳如、林玉惠、張家瑜 鄭博允
100	何佳欣、曾嘉政、善心人士、林文生

捐款金額	捐 款 人
<b>106.12</b>	
299,170	鄧美生
100,000	彭炳進、孔鄭幼、財團法人富帝國際文教基金會、財團法人義芳慈善基金會、承澤國際投資有限公司
50,000	台北仁濟院、鄭仁義
30,000	賴源河、詹景超
20,000	楊燦弘
10,000	信歐國際貿易股份有限公司、戴怡德、黃柏夫
5,000	戴東原、蔡世澤
4,000	彭惠鈺
3,000	郭林淑華、白佩玉
2,000	許俊源、陳中義、史幸仙、彭惠鈺、蘇建緯、戴瑞月、謝樹林、宋素貞、林碧雲、趙芬琴、江淑貞、林貴華、陳莊如冠、林淑卿、李延珍、陳英美
1,000	不具名、黃怡瓔、呂雪蓮、陳重琪、翁麗雲、吳金柳、曾寶蓮、陳怡茜、楊惠娥、任秋東、王顯得、不具名、李隆木、陳崑明、李素慎、蘇丁科、張萬益、余廷海、許祐銓、洪春霖、高珮珊、陳寶桂、陳祥剛、蔡錫慶、顧柯金葉

98-04-43-04 郵政劃撥儲金存款單

19132482	金額 新台幣 (數字)	億	仟萬	佰萬	拾萬	萬	仟	佰	拾	元
通訊欄(限與本次存款有關事項)		收 款 名 財團法人糖尿病關懷基金會								
		寄 款 人 <input type="checkbox"/> 他人存款 <input type="checkbox"/> 本戶存款								
姓 名						主 管 :				
地 址		□□□-□□								
電 話						經辦局收款戳				

◎寄款人請注意背面說明  
◎本收據由電腦印錄請勿填寫

郵政劃撥儲金存款收據

收款帳號戶名

存款金額

電腦紀錄

虛線內備供機器印錄用請勿填寫

經辦局收款戳

# 感謝各界捐款

捐款金額	捐 款 人
600	黃采薇、呂天維、黃碧茵
500	劉苓玲、蔡桂枝、吳美枝、林亭瑤、孫懷民、莊美娟、李明潔、林淑華、陳盛朋、楊金映、潘新都、張秀琴、林麗盆、蔣蓮香、不具名、林寶桂、林仁興、王端玲、林明娥、曾懷瑩、張歐政江、沈賴麗雲、張歐政江
400	藍義盛、陳秀真
300	莊天財、林張春、林瑀芳、張雲鶴、魏承劭、廖偉誠、林許芳蘭
200	陳淑婉、王浩然、侯淑敏、汪國祥、林玉惠、張家瑜、鄭博允、陳莊金炒、陳賴麗卿
150	鄭鳳美
50	曾嘉政
	107.01
50,000	潘秀美
8,000	蔡世澤
5,000	戴東原
4,000	彭惠鈺
3,000	陳若輕

捐款金額	捐 款 人
2,000	許俊源、王茂森、洪麗琪、牟江榮子、王李瑞英、中華糖友雜誌
1,997	北京瑞京糖尿病醫院
1,891	深圳班廷醫生集團
1,500	洪敏玉
1,000	黃怡瓔、李綰茹、陳桂香、曾博雅、鄭子明、鄭仁義、呂雪蓮、許永福、簡正雄、黃重裕、不具名、王覺生、林學修、王化昭、陳金輝、藍秀崑、阮全和、林伸志、詹銀鏘、王麗霞、張坤來、許祐銓、洪春霖、高珮珊、不具名
666	徐正冠
600	張文章
500	賴雪嬌、林莊煌、潘建德、姜得勝、梁翠霞、張嘉仁、陳進坤、陳春蘭、鄭守珍、程台生、林明娥、王端玲、林仁興
400	藍義盛
300	王卿宥、莊天財、林張春、林瑀芳、廖偉誠、陳懿華
200	陳敬玲、許立惠、無名氏、陳淑婉、林玉惠、張家瑜、鄭博允
100	吳英隆、林久郁

## 郵政劃撥存款收據

### 注意事項

- 一、本收據請妥為保管，以便日後查考。
- 二、如欲查詢存款入帳詳情時，請檢附本收據及已填妥之查詢函向任一郵局辦理
- 三、本收據各項金額、數字係機器印製，如非機器列印或經塗改或無收款郵局收訖章者無效。

## 請寄款人注意

- 一、帳號、戶名及寄款人姓名地址各欄請詳細填明，以免誤寄；  
抵付票據之存款，務請於交換前一天存入。
- 二、每筆存款至少必須在新台幣十五元以上，且限填至元位為止。
- 三、倘金額塗改時請更換存款單重新填寫。
- 四、本存款單不得黏貼或附寄任何文件
- 五、本存款金額業經電腦登帳後，不得申請撤回
- 六、本存款單備供電腦影像處理，請以正楷工整書寫並請勿摺疊。  
帳戶如需自印存款單，各欄文字及規格必須與本單完全相符；如有不符，各局應婉請寄款人更換郵局印製之存款單填寫，以利處理
- 七、本存款單帳號與金額欄請以阿拉伯數字書寫。