

## 壹、 身體病弱學生的定義與特徵

定義：指身體罹患慢性疾病、體能虛弱，致接受教育發生一定程度之困難者。

特徵：

- 1.長期多病而經常缺課或長期連續缺席。
- 2.異常肥胖、瘦弱或發育不良或肢體活動障礙。
- 3.身體經常顯得虛弱無力、容易暈倒。
- 4.輕微運動就心跳加速、呼吸困難、甚至面色發紫。

符合上述條件的疾病：心臟病、肺臟病、哮喘、腎臟病、肝病、癲癇、血液病、腦性麻痺、惡性腫瘤等。以下分述之。

## 貳、 各類疾病的病徵及療護

### 一、 心臟病

心臟病的嚴重度可分四級，第一級較輕可從事日常活動，而第四級則即使休息亦感不舒服。而治療上可分五級，第一級可日常活動自如，而第五級需臥床休息，端視病情而定。

\*小兒心臟功能、活動、與醫療之建議(中華民國小兒科醫學會小兒心臟委員會提供)

功能分類	活動分類	醫療追蹤分類
心功能良好無症狀者	A 不須治療,不需限制活動量	a 不須醫療追蹤
重度活動才有症狀者	B 須限制重度活動	b 須作定期醫療追蹤
中度及輕度活動才有症狀者	C 須限制中度活動	c 須作內膜炎預防
日常生活及輕度時才有症狀者	D 須限制輕度活動	d 父母需學習心肺復甦術
	E 需在家或住院治療及臥床休息	

心臟病一般分兩種，一種是先天性，另一種是後天性，現分述如下：

#### (一)先天性心臟病

1. 發生率大約一千個活產嬰兒中有 6 至 8 個。其原因或是母親於懷孕時服用藥物、感染疾病、暴露在放射線下或原因不明等。
2. 先天性心臟病可分發紺性和非發紺性兩種。發紺性患童會有不同程

度的發紺，且有杵狀指，包括有法洛氏四種畸形，大血管轉位，合併心房和心室中缺損的肺動脈狹窄，三尖瓣閉鎖等等。非發紺性則包括心室中隔缺損，開放性動脈導管，心房中隔缺損和主動脈狹窄等。

3. 先天性心臟病需接受胸部 X 光、心電圖、心臟超音波，甚至心導管血管攝影檢查以確定診斷和病情，之後再作進一步的治療。

## (二)後天性心臟病(以風濕熱和風濕性心病較常見)

### 1. 風濕熱

- (1) 病因：因為溶血 A 群鏈球菌感染引發的組織過敏反應導致的。
- (2) 診斷：常發生於 6 至 15 歲之間，它的表徵可分主要和次要兩種，主要臨床表徵有心臟炎、多發性關節炎、舞蹈症、皮下結節和環形紅斑。次要表徵有發燒、關節痛、曾罹患風濕熱或風濕心臟病、紅血球沉降速率增加、C 反應蛋白質上升、白血球增加和心電圖異常。當有兩個以上之主要條件，或一個主要條件加上兩個次要條件，且有先行鏈球菌感染之證據，才能確定診斷為風濕熱。
- (3) 治療：以盤尼西林治療十天，使用阿斯匹林和類固醇以減輕病變程度。以鎮靜劑治療舞蹈症。急性風濕熱病程約三個月，視病情嚴重性而定。必要時得臥床休息或限活動。
- (4) 預後：一般而言，風濕熱的死亡約 2%。由於風濕熱極易復發，而一旦發作次數愈多，則罹患心臟病的機會愈高，因此每個月得注射一針長效性盤尼西林，若曾患心臟炎者，需終生注射，若沒患心臟炎者，僅注射至青春期即可。

### 2. 風濕心臟病

- (1) 病因：多次的風濕熱發作，造成瓣膜嚴重受損，影響心臟功能。
- (2) 診斷：最常侵犯二尖瓣和主動脈瓣，而三尖瓣和肺動脈瓣則在成年人較易受侵犯，二尖瓣閉鎖不全、二尖瓣狹窄和主動脈瓣閉鎖不全皆可由胸部 X 光和心電圖之變化來診斷。
- (3) 併發症：亞急性心內膜炎。

### 3. 亞急性內膜炎：

- (1) 病因：病童大多有先天性心臟病或風濕性心臟病，於其心內膜或瓣膜上有贅生物，它易脫落，隨著血流造成梗塞現象。常見的細菌有綠色鏈球菌、腸菌和葡萄球菌。

- (2) 病徵：發病前大都有上呼吸道感染或外科手術，導致細菌感染，本症呈現新的心雜音、發燒、倦怠、脾腫、皮膚紫斑和指尖結節。
- (3) 治療：本病需以藥物治療 4 至 6 星期，若有先天性心臟病者，需於治療後接受手術矯正。因此若患者有風濕性心臟病或先天性心臟病於拔牙、扁桃腺切除或其他手術時，必須在手術當天和手術後兩天以盤尼西林來預防本病之發生。
- (4) 預後：本病以抗生素治療之成功率達 60-80%。至於急性細菌性心臟炎、心肌炎等則較難治療、死亡率亦高。

#### 4. 川崎病

全名為皮膚黏膜淋巴腺症候群，由於由日本人川崎氏所發現並提出報告，所以又名川崎病。

- (1) 病因：確實病因仍不清楚，不過一般推測可能先是因某種病原體的感染，之後引起一連串的免疫反應所造成。
- (2) 主要侵犯四歲以下的小小孩(占百分之八十)，得到此症的小孩通常會出現以下六項主要症狀：
  - a. 連續五天以上的發燒，而且以一般的退燒藥、抗生素無法退燒。
  - b. 兩眼發紅(像兔子一樣的紅眼睛)，但通常不會有黃黃黏黏的分泌物。
  - c. 嘴唇會發紅乾裂，嚴重者甚至會乾裂到流血，而舌頭、咽部也會發紅，像草莓舌一樣。
  - d. 頸部淋巴腺會腫大，通常會超過一公分以上。
  - e. 皮膚會出現全身性紅疹。
  - f. 手掌、腳掌會泛紅、腫脹，而且在急性期過後，皮膚會出現手指、腳趾端的膜狀脫皮(就像「金蟬脫殼」一樣)。

其中最重要且最可怕的併發症是，大約百分之二十的患童會出現冠狀動脈(營養心臟的動脈)瘤或栓塞，嚴重者可因而造成心痛(「西施捧心」般的胸痛)、心肌梗塞造成死亡。

#### (3) 治療

治療上，以避免冠狀動脈瘤的發生最為重要。目前的研究顯示，患童如果能在發病的十天之內，接受高劑量的靜脈注射型免疫球蛋白，加上口服阿斯匹靈治療的話，可以將此併發症的發生率從百分之二十降到百分之十以下。

如果沒有冠狀動脈病變發生，患童在服藥、追縱二~三個月後，即可停藥，一年之後再作一次心臟超音波檢查，追縱冠狀動脈的情形。若已經有冠狀動脈病變的發生，則需要持續服藥並追縱，直到該病消失為止。有冠狀動脈病變的患童，在活動上應視其嚴重度做適當的約制，並應該定期做運動性心電圖檢查來調整其運動量(或活動量)。

#### (4) 預後

由於川崎病已經繼風濕性心臟病之後，成為後天性心臟病最重要的疾病，所以四歲以下幼童當發生持續性發燒，並且出現皮膚黏膜及淋巴腺的病徵時，應特別小心，立即帶給小兒專科醫師診治，以免發生不幸的後果。

### (三) 患有心臟病學生應注意事項

1. 不可參加激烈運動，如賽跑、游泳等。
2. 注意鏈球菌的感染(如化膿性扁桃腺炎)一旦有病需找醫師治療，療期需 10 天至 2 星期。
3. 病童於接受小手術(包括拔牙)一定事先告訴醫師以便給與抗生素防止菌血症之發生。
4. 病童需定期檢查，以掌握病況，給與藥物或手術治療，惟有長期追縱才能妥善維健康。
5. 本症不影響智力，可以在體力許可範圍從事正常生活。

## 二、 肺疾病

### (一) 病因

常見的肺疾病有肺結核，俗稱肺癆，乃結核桿菌引起的肺部疾病，其潛伏期為 2-10 週，傳染的途徑是病患的飛沫、未消毒完全的乳製品，少數可由污染物品甚或經母親胎盤傳給嬰兒。

結核菌可以進入人體的任何部位，除肺部以外，另外如腦膜、淋巴腺、骨骼、腸、生殖器等都會，不過以侵害肺部最多，在各種結核病當中肺結核病最多，約佔全部結核病的九成。

### (二) 病徵

一般而言，孩童感染了本症，大多無臨床症狀，少數呈現微熱、倦

怠或體重減輕，很像一般的感冒，感染後由胸部放射線檢查可見肺門淋巴節腫大，此淋巴腫爾後會鈣化，接著會呈現下列變化：

1. 少數病例會經由血液傳播到全身，如粟狀結核，常伴有全身明顯症狀，至於結核腦膜炎或腎結核則較罕見。
2. 若經由淋巴傳播，則會引起頸部或其他淋巴結感染而發炎腫大。
3. 若吞食含結核菌之痰，則可能引起腸結核、腹膜炎或腸系膜淋巴結核。

### (三)診斷

1. 與開放性結核患者密切接觸史。
2. 臨床判斷。
3. 皮膚陽性結核菌素試驗。
4. 胸部 X 光檢查。
5. 痰或胃抽取液，必要時腦脊髓液做抹片和培養檢查。

### (四)治療

一般而言，肺結核病童得接受 INH 和 rifampin 治療九個月，可視病情延長療期。

### (五)預防

1. 新生兒於出生後一週內接受卡介苗預防注射，若年齡已大於三個月，便得先接受皮膚試驗，若陰性則要注射卡介苗。
2. 若與活動性肺結核患者有密切接觸時，需要接受 INH 預防性治療。

### (六)注意事項

1. 病童若罹患開放性結核病時，則需隔離，不可上學，以免傳染其他學童。
2. 病童雖罹患結核病，但已接受完整治療，且痰中結核菌亦為陰性時，且不咳嗽則可上學。
3. 罹患過結核病學童，視個案情況可如同一般學生參與活動，但不宜有激烈之運動。
4. 即使接受過治療，家長與老師還得注意該學童的身體狀況和平日保

健工作。

### 三、 氣喘（即哮喘）

(一)發生率：約每十位小朋友就有一位患有氣喘症，於青春期前，男生是女生的兩倍，而青春期後則男女均等。

(二)病因：氣管過度反應，造成呼吸道的可逆性阻塞。如氣管平滑肌收縮，黏膜下水腫，黏液分泌增加和廣泛性的發炎反應。氣喘可分內因性、外因性和混合性三種：

- 1.內因性：因病毒感染、壓力改變、刺激性物質等造成支氣管痙攣。
- 2.外因性：由過敏反應造成。
- 3.混合性：由內因性和外因性因素造成，孩童常見。較小的孩童常因病毒感染引發氣喘，隨著年齡增長、室內灰塵中的「黴菌孢子、動物毛髮便是主要的誘發因素。室外的花粉和黴菌孢子亦是一個十分重要的誘發因素。孩童還可經由遊戲、運動等造成氣喘。此乃因呼吸道溫度降低、濕度減少所致。

(三)診斷：經由臨床表徵如呼吸的雜音、厲害咳嗽和呼吸困難等都可幫助診斷本症。

(四)治療：

1.氣喘病是呼吸道，經過敏原之刺激後發生慢性發炎，引致呼吸道收縮、狹窄，所以要成功的治療氣喘病，不能單獨的靠呼吸道擴張劑，一定要加入抗發炎的藥物，我們認為現在市面上已有很好的藥物如：

- A. Intal（咽達永樂）吸入劑。
- B. Beclomethasone（愛力得新，必可酮）吸入劑。
- C. Budesonide 吸入劑。

這些藥物只要照醫師的指示使用，不但少有副作用發生，而且也可大量減少氣喘的發生次數。

2.居家環境的改善，可以降低過敏原的數量，減少對呼吸道的刺激，進而減少氣喘（咳嗽）鼻炎症狀之發生。

3.過敏原測試及減敏治療：

若病人有反覆喘鳴發作或藥物治療仍不甚理想的病人，可經由過敏原測試找出病童的過敏原，然後接受反覆的特殊過敏原注射（皮下注射），可使身體產生抗體，是一種治療過敏性氣喘或鼻炎的有效療效。

目前一般減敏治療的適應症包括

- (1)有確定之過敏原
- (2)此過敏原無可避免,無所不在
- (3)經適當藥物治療及環境控制仍無法有效控制之病童

4.運動：

- (1)雖然 60 % 以上的氣喘病童，運動後會發生咳嗽或氣喘發作，但是每個氣喘病童都應有適當的運動，運動前的暖身運動是需要的，也可避免氣喘的發作，若是天氣冷，戴上厚的口罩（需蓋到嘴及鼻）才去運動，也可減少運動引起的不適。
- (2)另外，我們鼓勵每個氣喘兒學會游泳，游泳對氣喘病兒來說是一種相當好的運動，某些藥物如 Berotec, Intal 或 Ventolin 吸入劑，在游泳前先使用可預防運動型氣喘之發作。

(五)預防：

- 1.避免接觸過敏原：即使是疑似過敏原，也要盡量避免接觸。常見的過敏原有強烈味道的物質、煙霧、太冷的食物（如西瓜）和急劇溫、濕度變化的環境。
- 2.預防性藥物：Cromolyn Sodium, Ketotifen。

(六)注意事項：

- 1.儘量避免引起氣喘的環境與因素。若病童使用藥物或噴霧器藥物預防時，父母、教師都要隨時督導使用情形。
- 2.對氣喘兒必須管教適當，不得太保護或太專制。
- 3.父母平時得告知病童需避免引起氣喘的食物。
- 4.家裡保持整潔，減少灰塵。
- 5.儘管運動會引起氣喘，但氣喘兒還是可量力參加運動。

## 四、腎臟病

大致可分急性腎絲球腎炎和腎病變兩種，此外，包括腎小管酸血症等，茲分別說明如下：

(一) 急性腎絲球腎炎

1. 急性腎絲球腎炎

- (1)本症好發於學齡兒童。病童於喉頭或皮膚感染鏈球菌 1 至 3 週後出現血尿、蛋尿、水腫和高血壓等腎炎症狀，此乃因受鏈球菌感染後，於腎臟基底膜引起抗原抗體反應所致。
- (2)治療：以盤尼西林治療十天，且最好臥床休息，如有高血壓時，需以藥物治療。

(3)預後：幾乎可完全復原。

## 2. 病毒引起的腎臟病

(1)由腮腺炎病毒、肝炎病毒、麻疹病毒、腸病毒和腺病毒等等引起之腎炎，其症狀有血尿、蛋白尿，暫時性腎功能低下。

(2)預後：本症大多不嚴重，恢復快，預後好。

## 3. 復發性血尿併局部性腎絲球腎炎

(1)本症常在上呼吸道感染後發生，男童較多，其特徵是再發性的血尿，在腎小球基質可見 IgA 顆粒及其他免疫體。本症之治療法尚有爭論。

(2)預後：雖然 15 % 左右之病患有腎功能低下情形，一半以上病患在 5 年內可恢復正常。

## 4. 紅斑性狼瘡和過敏性紫斑症也會引起腎炎，甚至腎變性症候群。

### (二)腎變性：

依病理變化可分如下：80~85 % 屬於微小變化型，10~15 % 屬於腎小球硬化症，5 % 屬於膜性腎小球病變。

#### 1. 微小變化型腎病變：

(1)病徵：臨床上可見全身性水腫，低蛋白血症，蛋白尿和高膽固醇血症，好發於 0~3 歲之男童。

(2)治療：一般處理包括高蛋白低鹽飲食，當水腫厲害時可靜注白蛋白或利尿劑，及使用腎上腺皮質素治療。若是再發病例，或是對腎上腺皮質素治療效果不佳者，可用 Endoxan。若疑似細菌感染時，需以抗生素治療。病童之活動並不需限制。

(3)預後：大致預後良好，於數年後痊癒，只有極少數會因腎衰竭而死亡。

#### 2. 腎小球硬化型與膜性腎小球病變：

(1)病徵：同上，但膜性腎小球病變患者易發生於大孩童，確切的診斷需靠腎臟切片檢查。

(2)治療：腎小球硬化型對腎上腺皮質素反應較差，而膜性腎小球病變在台灣本地與 B 型肝炎表面抗原具相關性，其治療需針對原始病因著手或使用類固醇。

預後：腎小球硬化型之預後較差。

### (三)腎小管酸血症

1. 病因：可分遠端性和近端性兩種。遠端性乃是腎臟無法排出氫離子以致造成酸中毒，鈣離子也隨之排出，以致形成軟骨症，女性較多，於 2 歲後才出現症狀。遠端性又可分原發性與續發性兩種，其中續發性有副甲狀腺機能亢進、腎小管壞死、維

生素 D 中毒等等。近端性則是因腎臟對碳酸氫離子再吸收不佳所致，患者多是男性，大都發育不良。

2. 病徵：發育不良、脫水、多尿、高氨血症、酸血症、低血鉀、高血鈣。
3. 診斷：可用尿液酸化試驗來區別那一型酸血症。
4. 治療：原發型近端性患者，需每天服用碳酸鈉，達數月或數年。原發型遠端性患者，則需終生服用碳酸氫鈉。

(四)其他：至於水腎、多囊性腎和腎血管性高血壓等疾病，則需進一步檢查後才接受治療與追蹤。

#### (五)注意事項

1. 當喉頭和皮膚呈現嚴重感染時，得迅速就醫，並遵守醫囑服藥，不可隨意停藥。
2. 當病童有水腫、高血壓或心臟衰竭時，得用低鹽飲食，當僅有水腫時可用高蛋白飲食。
3. 腎病在急性期需臥床休息，等病情緩解，則可恢復正常活動，長期無謂的臥床會增加病患心理負擔。

## 五、肝病：

肝病患者常呈現肝腫大、黃疸、代謝異常，甚至胃腸出血。一般而言，正常的肝臟是觸感柔軟，表面光滑，至多在右肋下可摸到 1 至 2 公分，一旦肝腫大，便得考慮是否罹患肝炎或其他疾病。總之，需接受進一步檢查。常見的肝病有 A 型肝炎和 B 型肝炎兩種：

### (一)A 型肝炎：

1. 病因：感染 A 型肝炎病毒。
2. 傳染途徑：糞便→口腔，或注射引起。
3. 病徵：本病潛伏期為 15~50 天，臨床症狀往往很輕微，常先呈現噁心、嘔吐、腹痛和全身倦怠，接著可能出現黃疸、肝酶上升，肝功能異常可達 3 週以上，而臨床症狀大都 1、2 星期就消失。
4. 診斷：以特殊血清抗體做確切診斷。
5. 治療：無特殊療法，只要休息，補充營養即可。
6. 預後：大都會痊癒，無後遺症，死亡率極低。
7. 預防：

(1)注意飲食衛生。

(2)若接觸到患者或其排泄物，得立即注射免疫球蛋白以避免發病。照顧病患時，需加強洗手，以免傳染本症。

## (二)B 型肝炎：

1. 病因：感染 B 型肝炎病毒。
2. 傳染途徑：不潔輸血、注射、性交、意外針刺，孕婦藉由生產傳給下一代，而經口感染較少見。
3. 病徵：罹患本病常無症狀，若有症狀時，則為黃疸、厭食、噁心、全身倦怠……等等。肝功能異常可達數月之久。
4. 診斷：可以特殊血清學做診斷。
5. 治療：同 A 型。
6. 預後：大多自癒。若 B 型肝炎在表面抗原陽性標記持續三個月不消失，則為慢性帶原者。本病約有 10 % 可成為慢性肝炎，其中 3 % 為慢性活動性肝炎，7 % 為慢性持續性肝炎，而有近 1 % 可成為猛爆性肝炎，其死亡率極高。
7. 預防：台灣地區感染過本病者達 70~80 %，成年人帶原率約 15 %。研究顯示本病與肝硬化和原發性肝癌有密切相關。是以鼓勵幼兒自小即接受 B 型肝炎疫苗和免疫球蛋白一起注射。而孩童階段者亦然。如此才能杜絕 B 型肝炎的漫延。
8. 注意事項：
  - (1) 若是未曾得過 B 型肝炎，便需注射 B 型肝炎疫苗。
  - (2) 一旦是 B 型肝炎帶原者，則平時注意營養均衡，保持身體健康即可。而食具、牙刷等個人用品務必與其他人分開，不可共同使用。
  - (3) 一旦得了肝炎，一定要定期前往醫院追蹤與治療，不可亂服偏方。
  - (4) 除非治療上需要，絕對不要隨便接受注射或輸血。

## 六、血液病

常見的有下面七種：

### (一) 缺鐵性貧血：

1. 病因：
  - (1) 食物中鐵質不夠。
  - (2) 青春期中鐵質需求增加。
  - (3) 吸收障礙---吸收不良、慢性腹瀉、胃切除後、發炎性腸道疾病等等。
2. 病徵：蒼白、心臟加速、甚至舌乳頭萎縮。
3. 診斷：血色素低、小球性紅血球、血清鐵量低和鐵結合力增加。

4. 治療：補充鐵劑，需持續服用 3~4 個月。

(二) 溶血性貧血：常見的有紅血球葡萄糖—6—磷酸鹽脫氫酶 (G-6-PD) 缺乏症。

1. 病因：紅血球內之葡萄糖—6—磷酸鹽脫氫酶可維持紅血球之正常代謝及血球外膜之完整性，一旦缺乏此酶，可造成紅血球的溶血，此症好發於男孩，與 X 一染色體有關。

2. 病徵：貧血、黃疸、脾腫、深色尿 (似可口可樂)。

3. 診斷：抽血作 G-6-PD 的定性或定量檢查。

4. 治療：當嚴重貧血時，需輸血治療。

5. 預後：只有處理得當，危險性不高，一般而言，越嚴重，年齡越小到青春期後本症可緩解。

6. 預防：若檢查後證實為 G-6-PD 缺乏者，需避免下列誘發因素：阿斯匹林、磺胺劑、蠶豆、樟腦丸等等。

7. 注意事項：

(1) 一旦家中因罹患 G-6-PD 缺乏症而發生溶血性貧血時，應全家都接受檢查，再找出其他患者。

(2) 本症狀是性連遺傳，母親傳染給男孩機率較大，而女孩則較小，且多為隱性。

(三) 海洋性貧血：

這是一種遺傳性溶血症，本地可見 型和 型海洋性貧血。

1、 病因：血球蛋白合成異常。

2、 病徵：蒼白、黃疸和骨髓外造血。

3、 注意事項：本症乃是一種遺傳性溶血病。所以婚前檢查很重要，以免影響下一代。

(四) 傳染性單核球增多症：

1、 病因：EB 病毒引起之一種傳染病。

2、 病徵：潛伏期約 4-14 天。呈現淋巴腺腫大、肝脾腫大和發燒，末梢血液之淋巴球增多且有需多異型淋巴球增多且有許多異淋巴球。

3、 診斷：臨床表徵、血液相變化和病毒血清檢查。

4、 治療：無特殊療法，一般只要支持性療法，即症狀治療即可。

(五) 特發性血小板缺乏性紫斑

1、 病因：或許是免疫反應始末梢血液中的血小板大量減少以致

- 皮膚、黏膜和皮下組織產生出血現象。
- 2、病徵：男女發生比率是 1 比 3，病童大多有上呼吸道感染之前驅症狀，發病時全身出現紫斑。
  - 3、診斷：臨床表徵和血液相。
  - 4、治療：大多在 1~2 週內可痊癒，唯有大量出血時才需輸血或輸新鮮血小板。若病程長達 6 個月以上時，即為慢性型，除了以類固醇治療之外或可考慮切除脾臟，有些研究報告指出靜脈注射免疫球蛋白亦有其治療角色。

#### (六) 類過敏性紫班

- 1、病因：同上。
- 2、病徵：主要侵犯皮膚、胃腸和關節。於下肢和臂部可見出血點及紫斑。還可呈現腹痛和關節痛。
- 3、診斷：同上。
- 4、治療：可以類固醇來減輕胃腸症狀。
- 5、預後：大多良好，惟當腦出血時則較危險。

#### (七) 血友病：

- 1、病因：缺乏凝血因子，具遺傳性。
- 2、病徵：易患皮下或黏膜出血，長大後則常有關節或肌肉血腫。血液檢查呈現血小板、出血時間和凝血原時間正常，而凝血時間延長，凝血西每元消耗測驗異常。
- 3、診斷：血清之凝血活素生成異常。
- 4、治療：血漿冷凍沈澱液或第 8 凝固因子之製劑輸與。
- 5、預防：避免從事易引起受傷的活動，而一旦有受傷情形需立即送醫治療。
- 6、注意事項：
  - (1) 本因乃遺傳性疾病，所以必須接受遺傳諮詢以免影響下一代。
  - (2) 對血友病病童要以平常心對待，並給予情緒上的支持。
  - (3) 活動上必須有所選擇，避免會傷到頭部和脾臟的活動。
  - (4) 父母和患童要學會如何處理流血狀況。
  - (5) 平常身上要帶著或掛著標示疾病和血型的牌子，將來之職業，選擇較不易受傷之行業從事之。

## 七、癲癇

俗稱羊癲瘋，罹患率佔總人數之 1%，發病時間有兩個高峰期，一為 0 至 5 歲另一為 10-15 歲。

- (一)病因：任何導致腦皮質傷害的狀況都可以導致癲癇，另外有少部分是查不出病因的，則被歸類於體質性問題（部分病人可能與遺傳因素有關）。其他常見的病因如下：生產傷害、發炎性疾病（腦炎、腦膜炎）、頭部外傷、腦瘤、腦膿瘍、腦血管疾病（中風、腦血管畸形）、腦部退化性疾病（例如痴呆症）、遺傳性腦部疾病、代謝障礙（如缺氧、電解質不平衡）、內分泌障礙（如低血糖）。因此，絕大多數病人都與腦部病變有關。另外，重金屬中毒（鉛）藥物中毒或過量（如重鎮靜劑、脂溶性維他命 A、D、或含抗組織胺的感冒藥）也會導致癲癇發作。
- (二)病徵：以往分為大發作和小發作兩種，然隨著臨床表現與脈波現象相關性的瞭解，先分為局部型和全身型。發作時之症狀為身體部分或全身發生抽搐、意識障礙、知覺障礙、精神不正常、甚或自律神經機能障礙。
- (三)診斷：癲癇的診斷方法主要是醫師根據病史做詳細推斷。最重要的則是發作時目擊者的陳述，要詳細描述病人的病情，可以記錄下來，包括症狀初發生時的情形、演變過程、持續的時間、病人意識狀況、頭、眼、臉、手、腳各種姿勢變化及發作後的各種狀況，都需詳加以記錄，這些在臨床上對判斷是否為癲癇是很重要的參考資料。而腦波檢查可確定癲癇之診斷，必要時需作頭部電腦斷層攝影和核磁共振顯像檢查。
- (四)治療：在確立癲癇診斷後，治療方法有二：(1)是癲癇的控制，(2)是處理引發癲癇的病因。

### 1.藥物治療

藥物治愈率達 80%，當癲癇可被完全控制達 2 至 5 年後才可逐漸減量停藥。於治療期間不可任意停藥，需遵從醫囑按時服藥。若在治療期間發生抽搐現象時，需詳細記錄發作情形做為醫師治療上之參考。基本上以使用一種藥物為原則，不得已再使用兩種或兩種以上抗癲癇藥物。在藥物選擇上需依臨床發作型態而定。

### 2.手術治療

就治療效果而言，約有 80% 的病人以藥物控制可獲得理想的效果，且能參與一般人的求學、工作與生活。而剩下 20% 治療效果

欠佳的病人，則可考慮外科手術治療，這部分的病人須經過檢查與評估，約只有 10% 的病人（相當於全部癲癇病人的 1-2%），適合採用外科手術治療。外科手術治療癲癇主要目的在切除不正常放電的腦組織，大部分人的發作有顯著的改善，手術後的病人所需服用抗癲癇之藥量或可減少甚至不必服用藥物。

癲癇病人有下列狀況，則不適合接受開刀：

- (1) 癲癇發作很容易就可藉藥物控制。
- (2) 病人並未有規律的服用足夠藥物（如忘掉）。
- (3) 病人能未嘗試足夠多種的抗癲癇藥物。
- (4) 導致癲癇發作之過度放電起源於一處以上的腦皮質。
- (5) 病人智能已經有相當程度的障礙。

#### (五)、預防：

學童在求學階段應如同一般人，不需過份保護或溺愛，基本上癲癇發作並不會傷害到腦部，然而當游泳、騎單車、爬高.....等情況時發作，則會造成傷害。因此從事上述運動必須有監護人在場，而上學時，需告知校方，以便就近照顧。

#### (六)注意事項：

1. 在藥物控制良好的情況下，應和一般學童一樣上學或工作。
2. 教師也應知道處理癲癇發作之方法，同時教導同班同學癲癇之知識，以免影響與病童交往之態度。
3. 併同身上需帶有名字、聯絡電話及發作時如何處理之名片卡，以便一旦發作，旁人可處理。
4. 平時注意營養避免從事冒險之活動。
5. 將來職業選擇，需避免發病時會危及生命之行業。

## 八、腦性麻痺

### (一) 病因：

嚴格來說，這不是一種疾病，而是一種症候群。腦部的運動中樞機能異常是此症的真正原因，而導致腦部機能異常的因素大致可分為產前原因、產中原因、產後原因等三種。

- 1、 產前原因：有先天性異常,懷孕時母體感染,放射線傷害,藥物中毒,母體患內分泌、代謝疾病,子宮或胎盤功能不好等。
- 2、 產中原因：有早產、缺氧、難產、多胞胎、胎兒窘迫、胎盤環不全、臍帶繞頭等導致的氧氣不足狀態。以及新生兒嚴重黃疸（包

括母子間血型不合『胎兒性母紅血球症』)。

- 3、產後原因：主要是二歲以前罹患的腦炎、腦膜炎、血管性障礙、頭部外傷、身體疾病、代謝或內分泌異常等。

上述各種疾病，都會造成腦性麻痺。

## (二) 病徵：

最主要的症狀，就是『運動障礙』。至於具體的症狀，則依照患兒的年紀以及產生神經障礙的位置而各自不同。

### 1、腦性麻痺之分類及其運動特性：

#### (1) 依神經肌肉系統被牽連部位分：

- ①單癱
- ②雙重麻痺
- ③半身麻痺
- ④三肢麻痺
- ⑤四肢麻痺

#### (2) 依神經肌肉系統被牽連的形式分：

- ①痙攣型
- ②徐動型
- ③運動失調型
- ④低張力型
- ⑤混合型

#### (3) 依神經肌肉系統被牽連的程度分：

- ①輕度：病童無須特別照護，可做一般日常活動，不需支架亦可步行。
- ②中度：病童有輕度語言及步行障礙，需使用肢架，裝具等來從事日常活動，需要加以治療。
- ③重度：病童有嚴重之神經肌肉系統失調症，治療起來較困難，少能獨立生活，常常變為保管照護。

### 2、腦性麻痺相關缺陷

- (1) 癲癇---約有 14-75%的腦性麻痺患者會出現以痙攣的機會較大。
- (2) 行為異常。
- (3) 聽力缺損—病人中有 5%完全喪失聽力，有 8%喪失部分聽力，其中多起于核黃疸。
- (4) 視力缺損—病人中有 25 % 斜視，10 % 有偏盲。
- (5) 知覺損傷。
- (6) 語言問題—病人中有 30-70 % 會有語言障礙。
- (7) 智能不足—病人中智商小於 70 % 佔 50 % ，小於 50 % 者佔 25 % 。

- (8) 情緒障礙。
  - (9) 學習不能。
- (三) 腦性麻痺之患者通常都有併發多方面障礙的可能，且患者有日益增多之勢，但由於最近診斷及治療方法進步，最重要的是能早期發現早期治療，最好能到擁有各科專門醫師的綜合醫院去接受全身檢查。
- (1) 復健訓練：加強關節的運動，輔助裝置(如支架或輔具)來練習走路及解決日常生活自理功能。
  - (2) 藥劑療法:如果四肢過份緊張，可使用適當的肌肉鬆弛劑。如果併發癲癇的患者需使用抗癲癇劑。
  - (3) 關節或四肢變形收縮的患兒，則要到整形外科、骨科去動手術。痙攣性過強,可到腦神經外科接受選擇性背神經根切除手術。
  - (4) 心理諮詢、特殊教育等：可以幫助學童較正常地學習成長。

#### (四) 注意事項

- 1.家庭中對於腦性麻痺的患者的保育，首重營養的攝取與體能的訓練。  
日常生活中的小事，要盡量讓他自己動手。譬如用湯匙或叉子用餐，換襪子或內衣等等。即使他做起來很費力、費時，也不要替他代做。
- 2.父母親對孩子的病，絕對不能抱著悲觀的看法，因為，孩子會敏感的感覺到。而且不要讓孩子因為因自己的病而有自卑感，應鼓勵他多參加外界的活動。
- 3.假使患兒能夠獲得充分的治療，與適當的訓練，將來還是可以和常人一樣，過著社會生活。
- 4.平日容易併發的疾病，如感冒症(感冒、支氣管炎、肺炎等)蛀牙、失眠、興奮、心情不佳、抽筋、關節的攣縮、變形、營養失調症、夏季熱等，應平時接受各科專科醫師指導。
- 5.腦性麻痺患者之病因、病理變化、發病過程以及臨床症狀上，均有很大的個別差異。使得診斷治療、訓練等均甚困難。因此需要用較大的耐心及愛心去照顧，明瞭患童問題所在,進而給予適當的治療與訓練，以改善其生理上與心理上的缺陷。

## 九、惡性腫瘤

病因：遺傳基因、環境因素、病毒感染和免疫缺陷。

病徵：腫塊，需切片檢查。腫瘤造成的症狀如胃腸出血、血尿、腸阻塞

和神經症狀等。腫瘤引起之一般症狀為體重減輕、發燒、倦怠、甚至生長遲緩、骨痛等。

檢查：超音波、放射線檢查（包括胸線 X 光、靜脈腎臟攝影、電腦斷層攝影、骨骼 X 光）和同位素掃描。

### (一) 白血病

#### 1. 病因：

小兒腫瘤發生率最高者，白血病一般又叫做血癌，是指不正常的白血球過度增加發生在兒童的白血病包括急性淋巴性白血病（ALL）、急性骨髓性白血病（AML 或 ANLL）、慢性骨髓白血病（CML）。

#### 2. 病徵：

初期症狀有時像感冒、食慾不振、疲倦、且常有持續不退的發燒。因貧血造成臉色蒼白，另有出血傾向，而導致身上出現瘀斑，身體常受感染，骨髓常痠痛等。

（1）急性白血病：貧血、肝脾腫、出血現象、淋巴腫、不明熱和骨痛。

（2）慢性白血病：貧血、肝脾腫。

#### 3. 診斷：

經由血液及骨髓檢查等方法發現不正常的白血球，是診斷白血病必要的過程和條件。

#### 4. 治療：

台灣每年約有二百多個 15 歲以下的兒童得到白血病，如不治療將導致死亡。如接受完整治療，則 ALL 約有七成以上可治癒；ANLL 雖治療率較低，但若能第一次骨髓緩解後，有適當的捐髓者可做骨髓移植，則治療率可提高五六成左右。

整個完整的治療計劃約需二至三年的時間，剛開始最先的治療目的是恢復骨髓的造血功能，稱之為獲得緩解。緩解並非等於治癒，仍必須持續接受治療，任意自行停止都會導致復發及嚴重後果。

（1）化學治療：白血病施予化學治療的目標在使疾病得到緩解，而後藉著定期服藥繼續殺死剩餘癌細胞，進而達到痊癒的目的。

（2）支持性療法：由於疾病本身及化學藥物的影響，身體上會產生各種症狀問題，其中最重要的是血小板過少引起的出血，和白血球過少造成的細菌、黴菌或病毒的感染。

（3）放射線治療：為了預防癌細胞轉移到中樞神經系統，經過化學治療後，醫師會依病童的情況，決定是否應該接受顱部放射線治療。

(4) 骨髓移植：骨髓移植對於一些化學治療無效、復發或屬於高危險群的急性淋巴性白血病的病人而言，無疑是提供了另一線希望。對於急性骨髓性白血病病童，在初期緩解後，如有適當之捐髓者，骨髓移植可提供較好之治療率；對慢性骨髓性白血病，則需靠骨髓移植才有治療的機會。

5. 預後：治療率達 50% 以上。

6. 注意事項：

- (1) 應告知病童疾病及其治療內容，以增強其信心，如此有助於治療的進度。
- (2) 病童的家人應在心裡上給予支持並儘量使家庭生活運作正常。
- (3) 即使在接受治療中也要儘量鼓勵病童與朋友交往或正常上學。
- (4) 絕對避免接觸傳染病（如水痘）患者，一旦呈現感染現象，應即送醫治療，以免危及生命。
- (5) 避免使用阿斯匹靈的退燒藥（如：溫克痛）。
- (6) 化學治療期間，避免預防疫苗接種。
- (7) 若有高燒、抽搐、頭暈、頭痛、嚴重嘔吐、拉肚子、出血、水痘等時，需立即接受急診醫療處置。
- (8) 媽媽手冊的運用：準備一本筆記本，記錄病童每次抽血的白血球、血紅素、血小板、顆粒球的變化，以及居家時的異常狀況。可幫助父母親了解病童的血球狀況，若處於骨髓受抑制期間內，病情抵抗力弱，應特別預防感染，並注意病童的生理變化。

## (二) 惡性淋巴瘤

1. 病因：淋巴網狀系統惡性化所致，可分何杰金氏病和非何杰金氏淋巴瘤。
2. 何杰金氏病：大多於 5 歲以上發病，男童居多。病理分類為淋巴球居多型、結節性硬化型、混合細胞型和淋巴球缺乏型。必要時需作剖腹手術以確實分期，而依此分期施以適當之治療。患者需接受放射線治療再輔以化學治療。
3. 非何杰金氏淋巴瘤：可分為瀰漫性淋巴芽球性淋巴瘤、瀰漫性未分化淋巴瘤、瀰漫性組織細胞性淋巴瘤和無法分類之淋巴瘤等，均須接受化學療法。

(三) 神經母細胞瘤：乃非常惡性之腫瘤，大多於 10 歲內發病凡是交感神經處都可發生，尤其腎上腺髓質最多。眼眶周圍瘀血合併眼

球突出是其特徵。治療方法得視年齡、腫瘤位置和病期而定。一般是以化學療法，但以單株抗體治療已使存活率大為提高。

(四) 威姆氏腫瘤 (Wilm's Tumor)：乃是兒科泌尿道最常見的腫瘤，15%病例合併先天性畸形。本病常因父母無意中摸到孩童腹部有腫塊，或因腹痛、發燒到院求診而被發現。本病源自腎臟，易轉移至肺、肝、骨和腦，臨床上可分5期，須接受化學療法。預後視腫瘤細胞是否為瀰漫性或惡性化而定。

(五) 惡性骨瘤：易發生於青春期，其症狀為骨骼局部疼痛，易轉移至肺和其他骨骼。治療方法端視腫瘤的病理分類和轉移情形而定。

常見的惡性骨瘤有：

1. Ewing 氏惡性腫瘤：男性之罹患率是女性的2倍，發生部位常見於股骨遠端和骨幹中段。診斷須靠骨骼切片。
2. 骨原發性惡瘤：乃青春期最常見的惡性骨瘤，發生部位在於股骨遠端、脛骨近端和肱骨近端。治療上則包括外科切除，放射線療法和化學療法。

(六) 其他：

1. 肝細胞癌：主要症狀為上腹有腫大硬塊，且食慾不佳、體重減輕和右上腹痛。治療包括腫瘤切除、化學療法輔以放射線療法。
2. 治療惡性腫瘤須要團隊合作。包括第一線醫師如一般兒科醫師和家庭醫師，血液腫瘤專科醫師、病理醫師、外科醫師和放射線治療師，同時也要護理師和社會服務員、復健科醫師、復健治療師、營養師和精神科醫師的支援才能完全治療。

## 十、其他

儘管公共衛生的改善，預防注射的普及，使得傳染病大為減少，但隨著出國旅遊的增加，人與人的接觸十分頻繁，因此傳染病雖然不包括在身體病弱範圍，但還是不能忽視。現就常見之孩童期傳染病分述如下：

(一) 麻疹：

1. 傳染途徑：飛沫、病患鼻咽分泌物。
2. 病徵：潛伏期為1~2星期。初期3至5天之感冒症狀。在口腔內下臼齒對側之黏膜上有「卡氏斑」(Koplik's spot)。

3. 治療：無特殊療法。
4. 預防：發疹前 3 至 5 天至發疹後第四天具傳染性，此時應隔離。若在接觸後麻疹病患者五天內，可給予疫苗注射，若在 5 天後，需注射免疫球蛋白以免發病。一般疫苗注射於一歲大實施，而在流行期則可提昇於 9 月大時打一次，15 月大再追加一次。
5. 合併症：中耳炎、肺炎、腦炎和極罕見的亞急性硬化性腦炎。

## (二) 德國麻疹

1. 傳染途徑：飛沫、病患鼻咽分泌物。
2. 病徵：又稱三日疹、風疹等。主要症狀有喉炎、枕下淋巴腺腫和身上起丘疹，三日後變消失。
3. 治療：無特殊療法。
4. 預防：出疹前一星期至疹後第四天有傳染性，需隔離，尤其避免接觸育齡或懷孕婦女。德國麻疹疫苗可與麻疹及腮腺炎疫苗一起於一歲時注射。為預防先天性德國麻疹的發生建議國中三年級女生都要接受檢查，若沒得過德國麻疹者，便需趕快注射德國麻疹疫苗。

## (三) 水痘

1. 傳染途徑：飛沫、病患鼻咽分泌物。
2. 病徵：潛伏期為 10 至 20 天，整個病程約 1 星期，發疹依紅斑、丘疹、水痘、膿包而後結痂，同一時期可出現各種疹子，疹子大多在軀幹，極癢，甚至口腔、陰道和尿道黏膜都會有病灶。
3. 治療：止癢劑，必要時給予抗生素，對免疫不全者，給 acyclovir 或 vidarabine。
4. 預防：於發疹前 1 天至發疹後 6 天約 1 週，具傳染力，需隔離。目前水痘疫苗僅用於癌症患者，尤其先天性免疫不全者於接觸水痘 96 小時內，需儘快給予免疫球蛋白，最好是水痘特異性的免疫球蛋白，以免發病或降低病毒。
5. 合併症：皮膚炎、肺炎、腦炎和雷氏症候群。

## (四) 腮腺炎

1. 途徑：飛沫、直接接觸。
2. 病徵：潛伏期為 16 至 18 天，大部分病例呈現發燒、頭痛、倦怠，接著耳下腺腫大，可一側，亦可兩側。
3. 治療：支持性療法。
4. 預防：於 1 歲時，與麻疹、德國麻疹一起注射疫苗 (MMR)。
5. 合併症：腦膜腦炎、副睪炎、卵巢炎 (青春期中後才有) 和胰臟炎。

(五) 其他：偶而可見白喉、百日咳、破傷風、腥紅熱、小兒麻痺和傷寒。

(六) 注意事項：

1. 體弱,抵抗力差或併有心肺慢性病學童可利用每年一次感冒疫苗以降低感冒及併發症的發生。
2. 一旦學童罹患疑似傳染病時必須立即就醫並隔離以免傳染他人
3. 就醫後,需服從醫生囑咐,以利治療,並減低併發症之危險性。
4. 學童若罹患傳染病時,應詳問病史,找出可能來源及途徑,並迅速報告相關衛生單位來處理。

## 參、身體病弱學生的心理輔導

身體病弱兒童常呈現學習動機較差,缺乏獨立的意願,且家長和師長對其過分保護或管教,所以因疾病造成的心理不適應常比疾病本身更嚴重。

身體病弱兒童帶給全家生活的打擊是很大的,因此,父母需及早適應這種轉變,重新調整擔當的角色,體諒病童身心變化,給予適當照顧,使全家大小互信互愛,令病童居家生活正常化。教師對上學的身體病弱兒童,應瞭解其所罹患疾病,以鼓勵的態度安排適合的學校活動事項,且讓同學瞭解病情,發揮同學愛來幫助病童,接納病童。家長宜與老師保持密切的聯繫,並告知其疾病所應注意事項,如是否按時服藥等。而師長亦應隨時將病童在校的情形,如學習態度,與同學相處情形等告知家長,且家長與師長均應瞭解病童的學習態度比學習成績更重要。若家庭和學校皆能養成對待病童的正確態度,則無論病情如何變化,病童皆能欣然以對。

## 肆、社會資源

### 一、就醫管道：

可先前往家庭醫學科或小兒科就診,再視病情作進一步轉診,專科疾病可由各項專科之專科醫師診治。醫院、診所：凡衛生署評定合格之教學醫院,和專科醫師所主持之診所皆具有照顧病弱學童之能力,病情較重的病童,則前往設備較佳的地區醫院及醫學中心就診。

## 二、資訊來源：可從網路上查詢

E-mail address:

行政院衛生署

<http://www.doh.gov.tw/>

中央健保局

<http://www.nhi.gov.tw/>

中華民國小兒科醫學會

<http://www.pediatr.org.tw/>

中華民國小兒神經醫學會：

<http://www.tcns.org.tw/>

中華民國小兒骨科醫學會

<http://ortho.clmed.ncku.edu.tw/~tpos/>

中華民國外科醫學會：

<http://www.surgery.org.tw/>

中華民國復健醫學會

<http://uuu.to/pmr>

中華民國癲癇學會

<http://www.vghtpe.gov.tw/~tes/>

台灣內科醫學會：

<http://www.sim.org.tw/>

台灣神經學學會

<http://www.neuro.org.tw/>

中華民國血液病學會

<http://www.hematology.org.tw/>

中華民國免疫醫學會：

<http://www.immunology.org.tw/>

中華民國風濕病醫學會

<http://www.rheumatology.org.tw/main.htm>

## 三、經濟支援

目前全民健保可以負擔診療費用。罕見疾病所需要之診斷、治療、藥物及維持生命所需之特殊營養食品費用則可向中央主管機關(衛生署)申請補助。

## 四、社會福利

### (一)重大傷病證明

#### 1. 全民健康保險重大傷病範圍

重大傷病指的是有下列疾病,並經醫師診斷證明者。

- (1)須積極或長期治療的癌症
- (2)先天性凝血因子異常
- (3)嚴重溶血性及再生不良性貧血(血紅素未經治療,成人經常低於 8 以下,兒童經常低於 12 以下疾病)
- (4)慢性腎衰竭(尿毒症),必須接受定期透析治療者
- (5)需終身治療之全身性自體免疫症候群
- (6)慢性精神病
- (7)先天性新陳代謝異常疾病(G6PD 代謝異常除外)
- (8)心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統之先天畸型及染色體異常。
- (9)二度燒燙傷面積大於全身百分之二十；三度燒燙傷面積大於全身百分之十；  
或顏面燒燙傷合併五官功能障礙者
- (10)接受心臟、腎臟及骨髓移植後之追蹤治療
- (11)小兒麻痺、腦性麻痺所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等併發症(其殘障等級在中度以上者)。
- (12)重大創傷且其嚴重程度到達創傷嚴重程度分數 16 分以上者
- (13)因呼吸衰竭須長期使用呼吸器者
- (14)因腸道大量切除或失去功能,或其慢性病引起嚴重營養不良者,給予全靜脈營養已超過 30 天,口攝飲食仍無法提供足量營養。
- (15)因潛水或減壓不當引起之嚴重型減壓病或空氣栓塞症,伴有,伴有呼吸、循環或神經系統之併發症且需長期治療者
- (16)重症肌無力症
- (17)先天性免疫不全症
- (18)脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及胃腸等之併發症者,其殘障等級在中度以上者
- (19)職業病(以勞工保險條例規定之職業病種類表所載職業病範圍為限;適用對象限已退休之未具勞工保險被保險人身分之保險對象;具勞工保險被保險人身分者,應依勞工保險職業病就醫規定辦理,亦免自行負擔部分醫療費用)
- (20)急性腦血管疾病(限急性發作後一個月內免部分負擔,不核發重大傷病證明卡,授權由特約醫院主治醫師,授權由特約主治醫師依臨床專業認定)。
- (21)多發性硬化症
- (22)先天性肌肉萎縮症
- (23)外皮之先天畸型

- a. 先天性水泡性表皮鬆懈症
  - b. 先天性魚鱗癬樣紅皮症(穿山甲症)
- (24)痲瘋病
- (25)肝硬化症，併有下列情形之一者：
- a. 腹水無法控制
  - b. 食道或胃靜脈曲張出血
  - c. 肝昏迷或肝代償不全
- (26)早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟等之併發症。
- a. 早產兒出生後三個月內因神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟(含支氣管)等之併發症住院者。
  - b. 早產兒出生滿三個月後，經殘障等級評鑑為中度以上，領有社政單位核發之殘障手冊。
- (27)烏腳病
- (28)後天免疫缺乏症候群(指感染人類免疫缺乏病毒者)
- (29)運動神經元疾病其殘障等級在中度以上或須使用呼吸器者。
- (30)庫賈氏病。
- (31)其他經保險人認定後，由主管機關公告之傷病。

## 2 重大傷病證明卡申請注意事項

- (1)重大傷病疾病種類係由行政院衛生署公告，詳細公告及範圍可由傳真回覆系統或健保局網路取得。
- 傳真號碼：02-27080068 按 1 後再按文件代碼 3052
- 網址：<http://www.nhi.gov.tw/chi34-a.htm>
- (2)保險對象經醫師診斷確定所罹患的傷病是屬於重大傷病範圍時，可檢具下列文件掛號郵寄或親至各地區全民健康保險分局申請發給重大傷病證明卡。
- a. 身分證明文件(正反面影本，兒童得以戶口名簿代替)
  - b. 全民健康保險重大傷病證明申請書(一式兩聯，可洽健保分局領取或由本局傳真回覆系統取得，傳真號碼：02-27080068 按 1 後再按文件代碼 5439)
  - c. 30日內開立之診斷證明書正本(若申請書有加蓋醫師簽章及醫療院所關防者，可免送診斷證明書)。
  - d. 重大傷病診斷為下列病名者，請另檢附相關文件。
    - (a)長期洗腎者需檢附中華民國腎臟醫學會所認定之專科醫師分別開具之診斷證明書二份。

(b)塵肺症者請檢附胸部 X 光片、勞保退休證明及從事粉塵工作證明。  
(c)小兒麻痺、嬰兒腦性麻痺、脊髓損傷或病變、早產兒引起之併發症出生滿三個月後及運動神經元疾病引起之殘障者均須檢附殘障等級評鑑為中度以上之殘障手冊影本。

(d)克隆氏症、慢性潰瘍性結腸炎需另檢附病歷摘要或病歷影本、病理組織報告及內視鏡或 X 光報告。

(3)可至健保局所屬各分局、健保聯絡辦公室、健保各聯合門診中心、各投保單位及台北、台中、高雄三所榮民總醫院、各省立醫院及北高兩市的市立醫院辦理。無法自行前往申請者,可郵寄申請,約須申請兩週後即可領證。

## (二) 身心障礙手冊

1. 申請條件：疑似身心障礙者保護法規定範圍者：

- (1)視覺障礙
- (2)聽覺機能
- (3)平衡機能障礙
- (4)聲音機能或語言機能障礙
- (5)肢體障礙
- (6)智能障礙
- (7)重要器官失去功能 (含心、肝、肺、腎及腸道)
- (8)顏面傷殘
- (9)植物人
- (10)痴呆症者
- (11)自閉症
- (12)慢性精神病患者
- (13)多重障礙者
- (14)其它 (先天缺陷、先天代謝、染色體異常)

2.應備書表：

- (1)請領身心障礙手冊：1.身分證(或戶口名簿)影本 2.一寸半身照片三張。
- (2)換發身心障礙手冊：因身心障礙手冊破損不堪使用或戶籍異動者。
  - a 身心手冊破損 (1)原身心障礙手冊(2)戶口名簿或身分證影本(3)最近一寸照片二張。
  - b 戶籍異動：(1) 先至原籍所在地區公所辦理遷出登記 (2)檢附原身心障礙手冊、戶口名簿或身分證影本及最近照片一寸三張，向現戶籍地登記。
- (3)補發身心障礙手冊：因身心障礙手冊遺失者。

身分證或戶口名簿影本。最近一寸照片二張。

- 3.洽辦單位：身心障礙戶籍所在地鄉(鎮、市、區)公所。
- 4.申請程序：身心障礙者至戶籍所在地鄉(鎮、市、區)公所申請，經公所承辦人初步審核填寫身心障礙者鑑定表中基本資料後，持該鑑定表至指定醫療機構或場所辦理鑑定。鑑定醫療機構應於鑑定後一個月內將鑑定表送達申請人戶籍所在縣(市)衛生主管機關，經衛生主管機構審核後，轉由縣(市)社政主管機關依規核發身心障礙手冊。

#### 5.保險費的補助

領有身心障礙手冊的人,政府依下列標準補助保險費

- (1)重度或極重度身心障礙者,全額補助
- (2)中度身心障礙者,補助二分之一
- (3)輕度身心障礙者,補助四分之一

上述保險費補助,皆由全民健康保險局向各縣市政府取得身心障礙者的基本資料,做為向投保單位開單計繳保險費的依據,並直接向應補助保險費的機關收取。

#### 6.部份負擔

部份負擔是指在就醫時,需要自行負擔費用。身心障礙者不受轉診制度的限制,可以到各級醫療院所就醫,一律只要負擔部份費用 50 元。看病時要攜帶健保卡、身心障礙手冊、身份證明,四歲以下者要帶兒童健康手冊。如屬重大傷病者,應再帶重大傷病證明,才可免部分負擔。