

健檢抽血報告紅字會是癌症嗎？腫瘤科醫師的紅綠燈解讀法

Interpreting abnormal lab results: an oncologist's red-yellow-green framework

林協霆, MD, 內科專科醫師, 腫瘤內科專科醫師

醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院 腫瘤內科部 · ORCID: [0009-0002-3974-4528](https://orcid.org/0009-0002-3974-4528)

發表日期：2026/05/11 · 最後更新：2026/05/11 · 審稿：林協霆 (2026/05/11) · 主題：健檢異常與癌症風險評估 (Abnormal lab findings and cancer risk)

DOI: 10.5281/zenodo.20131224 · 此版本 10.5281/zenodo.20131225 ·

<https://lin.hsiehting.com/posts/2026/interpret-abnormal-labs-cancer-risk>

摘要 · ABSTRACT

健檢報告紅字最常見的不是癌，而是飲食、藥物或良性發炎；但少數異常組合（鐵蛋白低 + MCV 低 + 大便潛血、CA-125 升 + 腹脹 + 體重下降、CEA 持續上升）就需要警覺。本文用紅綠燈思維把常見紅字分為立即處理、追蹤、可放心三類，附後續檢查建議。

健檢紅字最常見的不是癌，而是飲食、藥物、良性發炎或單次抽血誤差。但少數組合需要警覺：50 歲以上男性缺鐵性貧血、糞便潛血陽性、CA-19-9 倍增 + 黃疸、PSA > 10 + 排尿異常、CA-125 升高 + 腹水。本文用紅燈（立即處理）／黃燈（1-3 個月追蹤）／綠燈（多次微升可放心）三級框架，告訴你哪些紅字該緊張、哪些可以先觀察。

閱讀對象

本文設定讀者為剛拿到健檢報告的一般民眾與家屬。所有實際醫療決策請與您的家醫科 / 健檢中心 / 主治醫師討論；本文不取代個別問診。



紅綠燈框架：哪些紅字該緊張？

| 燈號 | 含意 | 一般處理原則 |
|------|-----------------|------------|
| ● 紅燈 | 立即影像 / 內視鏡 / 轉診 | 1-2 週內看專科 |
| ● 黃燈 | 1-3 個月後複檢追蹤 | 同時排除常見良性原因 |
| ● 綠燈 | 單次微升、可放心 | 下次健檢再看 |

紅綠燈是原則不是判決

這套分類是**一般原則**，個別情況需考慮年齡、家族史、症狀、用藥、生活習慣。任何「綠燈」的紅字如果合併症狀（體重下降、夜間盜汗、無痛性腫塊、解黑便），都應升級為紅燈。

紅燈組合：建議 1-2 週內就醫

| 異常組合 | 可能病因 | 建議檢查 |
|---|--------------------|------------------|
| 50 歲以上男性 / 停經後女性，MCV 低 + 鐵蛋白低 + Hb < 11 | 消化道慢性出血、大腸癌、胃癌 | 上下消化道內視鏡 |
| 糞便潛血 (FIT) 陽性 | 大腸瘻肉、大腸癌、痔瘡 (不能假設) | 大腸鏡 |
| CA-19-9 短期倍增 + 黃疸 + 體重下降 | 胰臟癌、膽道癌 | 上腹 CT / MRCP |
| PSA > 10 ng/mL + 排尿異常 | 攝護腺癌、嚴重攝護腺肥大、攝護腺炎 | 泌尿科多參數 MRI、必要時切片 |
| CA-125 升高 + 腹脹 / 腹水 / 停經後出血 | 卵巢癌、子宮內膜癌、原發性腹膜癌 | 婦科超音波 + CT |
| AFP > 200 ng/mL + B/C 肝帶原 | 肝細胞癌 (HCC) | 上腹 MRI (LI-RADS) |
| 白血球或淋巴球持續 > 30,000 + 血液抹片異常 | 慢性白血病、淋巴增生 | 血液腫瘤科、骨髓檢查 |
| 無痛性淋巴結腫大 > 2 cm，持續 > 3 週 | 淋巴瘤、轉移、結核 | 切片 (不要只做抽吸) |
| 體重 6 個月內非自主下降 > 5% | 多種惡性與內分泌疾病 | 全面評估 |

黃燈組合：1-3 個月後複檢

| 異常 | 常見良性原因 | 追蹤策略 |
|----------------------------------|--------------------------|--|
| CEA 輕度升高 (5-10 ng/mL, 吸菸者參考值較高) | 吸菸、慢性肺病、IBD、肝硬化 | 戒菸後 2-3 個月複檢；同時 FIT、上消化道內視鏡 (若有風險) |
| CA-19-9 輕度升高 (37-100 U/mL) | 糖尿病、膽結石、慢性胰臟炎、Lewis 抗原差異 | 1-3 個月複檢；持續上升才做影像 |
| AFP 微升 (10-20 ng/mL) | 慢性 B/C 肝、脂肪肝 | 配合肝臟超音波 / FibroScan |
| CA-125 50-200 U/mL (停經前女性) | 月經週期、子宮內膜異位、骨盆腔發炎 | 月經乾淨後 2 週複檢 |
| ALT/AST 50-100 U/L | 脂肪肝、藥物、酒精、病毒性肝炎 | 生活調整 + 1-3 個月複檢；持續升高做腹部超音波 |
| TSH 異常 | 甲狀腺功能異常、藥物 | 內分泌科 |
| 紅血球壓積 (Hct) 偏高 (男 > 52%、女 > 48%) | 脫水、吸菸、睡眠呼吸中止 | 確認水分、戒菸；若 EPO 低且 JAK2 V617F 陽性 → 真性紅血球增多症 (PV) |

綠燈：可以先觀察的「紅字」

- 單次抽血某項微升 (< 上限 1.5 倍)、無症狀：可能是抽血前飲食、運動、發炎或檢驗誤差。
- 總膽固醇、低密度脂蛋白偏高：心血管風險，不是癌症紅旗。
- 尿酸偏高，無痛風發作：飲食調整為主。
- CRP 1-10 mg/L，無感染症狀：可能是慢性低度發炎、肥胖、牙周病；與癌症關聯較弱。
- 空腹血糖 100-125 (糖前期)：代謝風險，不是癌症紅旗 (但長期高血糖會增加胰、肝、大腸癌風險)。
- 腫瘤指數單次輕度升高、無症狀：1-3 個月複檢，看趨勢。

腫瘤指數的正確用法

腫瘤指數 (CEA、CA-19-9、AFP、PSA、CA-125、CA-15-3) 的角色是已知癌症病人的療效追蹤、復發監測，不是「無症狀健康人」的篩檢工具。USPSTF、NCCN、台灣國健署都不建議用單一腫瘤指數做大眾篩檢——偽陽性高、過度檢查造成的傷害多於益處。例外是：PSA (50-69 歲攝護腺癌共同決策篩檢)、AFP + 肝臟超音波 (B/C 肝帶原 / 肝硬化每 6 個月一次)、CA-125 (高風險族群如 BRCA 突變者，搭配 TVUS)。

適用對象 / 不適用對象

本文適用

- 拿到健檢報告、想了解紅字嚴重程度的一般民眾
- 第一線家醫科、健檢中心同仁的衛教參考
- 已知癌症追蹤期間，想了解單次指數變動如何解讀的病友

本文不適用

- 已有明確症狀（解黑便、咳血、無痛性腫塊、體重急速下降）——請直接就醫，不要靠抽血排除
- 5 年內已知癌症的追蹤——以主治醫師個別判讀為準
- 兒童族群（兒科參考值與成人不同）

紅字背後最常被忽略的 3 個良性原因

1. **吸菸**：CEA 在吸菸者參考值可以拉高到 5–10 ng/mL，不一定代表癌。
2. **慢性 B/C 肝、脂肪肝**：AFP、ALT、AST、 γ -GT 都會慢性升高；要先做肝臟纖維化評估，不是直接做 CT。
3. **女性月經週期**：CA-125 在月經期間可以升高 2–3 倍；建議月經結束後 1–2 週抽血才準。

哪些「紅字」其實不是癌症紅旗

- **嗜酸性球 (eosinophil) 升高**：多為過敏、寄生蟲、藥物，少數為嗜酸性白血病。
- **單核球 (monocyte) 輕度升高**：感染恢復期常見。
- **血小板輕度升高 (450–600)**：缺鐵性貧血常見伴隨升高；補鐵後會回到正常。
- **乳酸去氫酶 (LDH) 輕度升高**：溶血、運動、肝臟發炎都會升高。

帶去診間的問題清單

帶整份健檢報告，不要只帶紅字單張

醫師需要看趨勢、看完整生化套組才能判讀。請帶過去 2–3 年的報告，紙本或電子檔皆可。

列出近 6 個月用藥 (含保健食品)

類固醇、利尿劑、保肝片、維他命、紅麴、薑黃、靈芝都會影響檢驗。

把症狀清單寫下

體重變化、食慾、解便（顏色、形狀、頻率）、夜間盜汗、不明原因發燒、無痛腫塊。

主動提家族史

一等親內有大腸癌、胃癌、乳癌、卵巢癌、攝護腺癌、胰臟癌者，篩檢策略與年齡會不同。



參考文獻

1. US Preventive Services Task Force. **Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement.** *JAMA.* 2021;325(19):1965–1977. doi:10.1001/jama.2021.6238
2. 衛生福利部國民健康署. **大腸癌篩檢服務簡介 (50–74 歲糞便潛血)**. <https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=621&pid=1136>
3. Sturgeon CM, et al. **National Academy of Clinical Biochemistry Laboratory Medicine Practice Guidelines for use of tumor markers in clinical practice.** *Clin Chem.* 2008;54(12):e11–e79. doi:10.1373/clinchem.2008.105601
4. Ko CW, et al. **AGA Clinical Practice Guidelines on the Gastrointestinal Evaluation of Iron Deficiency Anemia.** *Gastroenterology.* 2020;159(3):1085–1094. doi:10.1053/j.gastro.2020.06.046
5. Heidelbaugh JJ. **Endoscopic evaluation of iron deficiency anemia in adults.** *Am Fam Physician.* 2018;98(8):527–528. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/1015/p527.html>
6. Marrero JA, et al. **Diagnosis, Staging, and Management of Hepatocellular Carcinoma: 2018 Practice Guidance by AASLD.** *Hepatology.* 2018;68(2):723–750. doi:10.1002/hep.29913

引用整理協力：NCCN、USPSTF、台灣國健署、AGA 與 AASLD 指引整理 (2026/05/11)。LINE 官方帳號 [@927pjtf](https://www.line.me/tw/927pjtf) 接受文章勘誤、衛教提問與學術討論，**不提供個別診療建議。**

SOURCE <https://lin.hsiehting.com/posts/2026/interpret-abnormal-labs-cancer-risk>

CITATION 林協靈. 健檢抽血報告紅字會是癌症嗎？腫瘤科醫師的紅綠燈解讀法. 林協靈·臨床筆記. 2026/05/11. doi:10.5281/zenodo.20131224

LICENSE CC BY-NC-ND 4.0 — 文章內容依 [Creative Commons 姓名標示-非商業性-禁止改作 4.0 國際](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) 授權公開使用。

DISCLAIMER 本文整理公開發表之臨床試驗結果與 NCCN/ASCO/ESMO 治療指引，僅供醫學新知與病人衛生教育參考，不構成個別醫療建議，亦不取代主治醫師之診療判斷。實際治療決策請與您的主治團隊面對面討論。