



臺北市醫師公會會刊



- 淺談脊髓電刺激療法
- 淺談惡魔之癢：慢性自發性蕁麻疹
- COVID-19疫情對失智症病人的影響及照護之建議
- 超越神秘：透過魔術增強長者認知功能和心理健康

目錄

Contents

理事的話	經導管主動脈瓣置換術的最新進展	殷偉賢	2
會務公告	感謝公益社團法人川崎市醫師會		4
	感謝社團法人大森醫師會		5
	感謝公益社團法人福岡縣醫師會		6
	一一三年資深醫師申請表		7
	『杏林獎』表揚標準及推薦辦法		8
	第卅二屆『杏林獎』推薦表		9
	『青年杏林獎』表揚標準及推薦辦法		11
	第十三屆『青年杏林獎』推薦表		12
	徵求本會會刊封面照片		13
	台北市醫師公會會刊封面照片投稿資料表		14
醫政公文	重要政令轉知會員		16
醫事法律	人因職災—臺灣新北地方法院110年度 勞簡上字第1號民事判決評析	葛 謹	26
學術專論	淺談脊髓電刺激療法	陳瑞源、陳威廷、葉昱伶	34
	淺談惡魔之癢：慢性自發性蕁麻疹	劉康玲、李孟穗	39
	COVID-19疫情對失智症病人的影響及照護之 建議	李聖芳、張曉婷、林明慧 陳曾基	43
	超越神秘：透過魔術增強長者認知功能和 心理健康	李貫廷、王維理、蔡佳良 楊宜青	50

發行人：洪德仁

執行長：陳彥元

編輯顧問：曾春典、黃國晉

總編輯：陳彥元

副總編輯：方文輝、程劭儀

本期執行編輯：溫素瑩

本期副執行編輯：江建勳

編輯：周裕清·王森德·王瀛標·江建勳·

吳岱穎·吳慶南·沈仲敏·林明慧·

黃偉新·黃博浩·溫素瑩·釋高上

助理編輯：蔡蕙芳

出版：台北市醫師公會

郵政劃撥帳號：00148090

台北市醫師公會會址：106001台北市信義路二段74號6樓

電話：(02)2351-0756·傳真：(02)2351-0739

2024年6月15日

Journal
of Taipei
Medical
Association

P.34

P.73

P.78

P.81

P.89

活動報導	訪問日本沖繩縣醫師會紀要	施玉琴	62
	台中—霧峰林家宮保第園區、谷關溫泉、 松鶴部落二日遊	林芝馨	65
活動預告	113年會員分區座談會		68
	游泳比賽		69
	桌球團體聯誼賽		70
	年輕醫師文化之旅—大龍峒古蹟廟宇巡禮		71
	司法vs.醫療專題系列講座		72
會員園地	服務欄		73
	懷念與追思		74
	開懷篇	陳志鑫	75
	攝影秀—美國紐約曼哈頓	林隆煌	76
杏林隨筆	羽毛球，一個老少咸宜的運動	邱鏡銘	78
生活醫療法律	醫療法律生活化系列(138) — 家用快篩試劑：不患寡、患不均？	李志宏	81
醫林特稿	《「副/福」業回顧》-10	朱真一	89
	戰前來台的歐美醫界人士(4) —其他歐美醫界人士		
繼續教育	本會學術教育課程表		96
投稿簡則	歡迎惠賜稿件		封底裡
廣告資訊	振興醫院 15 · 清崧華城 61		

網址：www.tma.org.tw

e-mail(投稿專用)：tma09@tma.org.tw

e-mail(會員專用)：tma06@tma.org.tw

行政院新聞局出版事業登記證局版北市誌第2354號

中華郵政台字第4210號雜誌交寄執照

法律顧問：恆昇法律事務所 楊榮宗律師

臺北市中山區南京東路三段68號13樓

電話：(02)2506-8811

封面簡介

封面主題：碼頭晨曦

下八仙碼頭位於基隆河右岸，關渡八仙段鐵馬道21.5KM處；拂曉時分，旭日初昇，璀璨的雲彩，映照在泊船的河面上，熠熠生輝。

作者：許昭智

服務院所：吉安診所

經導管主動脈瓣置換術 的最新進展

振興醫療財團法人振興醫院 殷偉賢

主動脈瓣狹窄是指心臟的主動脈瓣不能完全開啟，導致供應全身的血流受限。這種疾病可能由於先天性心臟缺陷、老化、或是其他疾病如風濕性瓣膜病變所導致。這個疾病在發病早年不會造成任何的症狀，病人的生活起居也不會受到太多的限制。但隨著病情進展，心臟的開口越來越窄小的時候，心臟需要更費力來推動血液流過狹窄的瓣膜，會逐漸造成心肌肥厚及衰竭。當病人開始出現頭暈、呼吸困難、胸悶等症狀的時候，病情會在三五年內急轉直下，最終可能導致心臟衰竭，或是因為心臟輸出的血流量不足而造成心絞痛、暈厥、休克甚至猝死。

在過去，外科手術換瓣是唯一能夠矯正這個心臟的機械性病變，讓病人重獲新生的唯一途徑。但是有三成到四成的病人，或因為年邁體衰，或因為共病太多等種種原因，沒有辦法接受外科手術，只好放棄治療。由於追求微創手術是人類的天性，近年來醫療科技跟材料學的大幅進步，發展出所謂的經導管主動脈瓣置換術(TAVR)，也就是可以經由導管的路徑，不需要開胸，就可以把新的人工瓣膜植入病人自己狹窄有病變的瓣膜當中，取而代之，恢復瓣膜開閉功能。

這項劃時代的治療，始於2002年，經過不斷的改進，2010年首次在大型人體試驗中證實TAVR可以在無法接受外科手術的病人身上，成功地提高病人的存活率；也就是TAVR能把一個過去無法醫治的疾病給治癒。基於初期令

人振奮的結果，接下來的十年導管、瓣膜以及輸送的器械推陳出新，不斷改良精進；後續的大型人體試驗更證明，即便在外科手術高、中、低危的主動脈瓣狹窄病人TAVR是足以媲美外科換瓣手術的安全、有效治療方式。所以2020年最新的歐美瓣膜疾病治療指南已經將TAVR的適應症開放至更年輕的65歲以上的病人；只要病人的瓣膜及主動脈根部和下肢股動脈的解剖形態適合執行TAVR手術，都可以在醫師和病人及家屬充分溝通討論後，共同決定是否接受TAVR。根據2021年美國的最新的統計，65歲以下的病人已經有50%接受TAVR。

但是當愈來愈多的年輕病人希望能夠接受微創的TAVR治療；尤其是年齡低的更年輕族群，或是病人餘命遠超過20年以上者；不管是外科瓣膜也好，TAVR瓣膜也好，由於是使用生物組織瓣膜，使用年限很難超過20年以上。所以這類病人終其一生，勢必要再接受一到兩次以上的手術。這些人能不能第一次手術就選擇TAVR手術，需要慎重討論之後再做決定。因此，近年來醫界普遍認為主動脈瓣狹窄病人的終生管理至關重要。尤其是對那些年輕，餘命長的病人，是否適合第一次手術就選擇TAVR？若第一次選TAVR，第二次，甚至第三次如何處理？更是當前最熱門的議題。由於2010年起全世界開始普遍施行TAVR手術，台灣從2013年起，陸續已經有數千人接受過TAVR瓣膜植入。這些植入的瓣膜，很多病人都還健在，所植入的導管TAVR瓣膜在使用多

年以後，很有可能會在不久的將來出現退化而需要再次處理，因此發展出安全有效的因應策略，非常重要。

主動脈瓣狹窄病人的終生管理首要目標是監測病情進展，不論是疾病早期或晚期，術前或術後，都要及早發現問題，適時的介入，避免心臟衰竭等嚴重後果。這包括定期的心臟超音波檢查，以評估瓣膜狹窄的程度，植入瓣膜的功能和心臟功能。除了影像學檢查，還可以監測NT-proBNP等生物指標。在治療方面，輕度到中度的瓣膜狹窄可能只需要定期監測而不需立即治療。然而，當病人開始出現症狀（如胸痛、呼吸困難、昏厥）時，就需要介入治療。如前述，主動脈瓣置換手術是一種常規的治療方法，包括傳統外科開胸手術(SAVR)和經導管主動脈瓣置換術(TAVR)。兩者之間的選擇，主要決定於病人的年齡、預期的餘命、以及瓣膜的耐久性。一般而言，病人與命超過20年就要考慮SAVR之可能；但若病人餘命不到10年，通常終其一生中使用一個TAVR 瓣膜就已足夠者，則建議接受TAVR。預期病人餘命介於10至20年之間者，最重要的決定因素應該是病人的全身血管及主動脈根部，包括瓣膜、冠狀動脈解剖型態是否適合做TAVR，也就是植入TAVR 瓣膜或外科瓣膜的手術風險高不高，之後若要再次手術時的難易程度大不大。這都需要術前詳細的影像學檢查，配合內外科專家的共同討論，再與家屬及病人本人取得共識後，才做最後決定。

生活方式的調整也是終生管理的一部分，旨在降低心臟負擔和提高生活質量。這包括高血壓、高血脂、高血糖等三高的控制、保持健康的體重、均衡飲食、避免吸煙、限制酒精攝取、和定期運動。這些措施在主動脈瓣膜狹窄疾病的較早期，對於延緩病情惡化和提高預後至關重要。最後，心理和情感支持對於患者來說也是不可或缺的。面對慢性疾病的挑戰，病人可能會感到焦慮或抑鬱。家人、朋友和專業的心理諮詢可以提供必要的支持，幫助病人積極面對治療和生活上的調整。

總之，主動脈瓣狹窄病人的終生管理涉及定期醫學監測、必要時的藥物及介入治療、生活方式的調整，以及心理支持。再者，追求微創手術是人類的天性，對於年邁的病人而言，TAVR 固然是非常好的治療選項；但是對年輕病人，尤其是年齡低於65歲的更年輕族群或預期餘命超過20年的病人，第一次手術是否就可選擇TAVR，以及未來再次做TAVR(redo-TAVR)的風險以及應該考慮哪些事項，都需要在病人接受第一次手術之前審慎評估其優劣及可行性，並由醫療團隊和病人與家屬仔細討論之後再做決定。通過這些綜合管理措施，目的是希望能達成控制主動脈瓣狹窄病人的病情、減輕症狀、提高生活質量，並延長預期壽命的目標。🌱

感謝

公益社團法人川崎市醫師會



公益社團法人川崎市醫師會

岡野敏明 會長 様

台灣在四月三日發生芮氏規模7.2強震，各地災情頻傳，位於震央的花蓮最為慘重；貴會第一時間即表達關切，並以實際行動捐款協助本國救災，我們深深感受到 貴會的溫暖及關心之意，發揮人溺己溺的精神，讓人感佩；也深化兩會的友誼，謹此表達誠摯謝意。

社團法人台北市醫師公會

理事長 洪德仁

感謝 社團法人大森醫師會



社團法人大森醫師會
水野幸一 會長 様

台灣在四月三日發生芮氏規模7.2強震，各地災情頻傳，位於震央的花蓮最爲慘重；貴會第一時間即表達關切，並以實際行動捐款協助本國救災，我們深深感受到 貴會的溫暖及關心之意，發揮人溺己溺的精神，讓人感佩；也深化兩會的友誼，謹此表達誠摯謝意。

社團法人台北市醫師公會
理事長 洪德仁

感謝

公益社團法人福岡縣醫師會



公益社團法人福岡縣醫師會

蓮澤浩明 會長 様

台灣在四月三日發生芮氏規模7.2強震，各地災情頻傳，位於震央的花蓮最為慘重；貴會第一時間即表達關切，並以實際行動捐款協助本國救災，我們深深感受到 貴會的溫暖及關心之意，發揮人溺己溺的精神，讓人感佩；也深化兩會的友誼，謹此表達誠摯謝意。

社團法人台北市醫師公會

理事長 洪德仁

一一三年資深醫師申請表

親愛的會員，您好：

本會將於十一月舉辦的「七十九週年暨醫師節慶祝大會」中表揚資深醫師，請符合表揚資格者撥冗填寫表格後，傳真(2351-0739/2341-4044)或寄送至本會。

姓 名		表 揚 年 資 (請勾選)	☐ 30年 ☐ 35年 ☐ 40年 ☐ 45年 ☐ 50年 ☐ 55年 ☐ 60年 ☐ 65年 ☐ 70年 ☐ 75年
服 務 院 所 名 稱		服 務 院 所 地 址	
聯 絡 電 話		畢 業 學 校 (或任官令、任職令)	
畢 業 證 書 號 碼 (或任官令、任職令號碼)		畢 業 證 書 日 期 (或任官令、任職令日期)	
醫 師 證 書 號 碼		醫 師 證 書 日 期	

備註：

- 一、表揚對象限當年6月30日台北市醫師公會會籍資料登記執業中者。
- 二、領有中央衛生主管機關核發之醫師證書，執行醫療業務合計滿30年、35年、40年、45年、50年、55年、60年、65年、70年、75年者，由台北市醫師公會表揚，並報請臺北市政府衛生局表揚。
- 三、受獎人領有醫師證書，執行醫療業務年資合計滿下列各年資，且未辦理退會及未曾受該年資表揚者。
- 四、民國57年（含）以前畢業者，以畢業證書發給日為認證日期；自民國58年（含）起，參加醫師甄審考試及格者，以醫師證書發給日為資深醫師認證日期。
- 五、未具上述表揚條件，而持有總統任命為軍醫官任官令或將級以上主管發布之軍醫任職令退除役醫師，其執行醫療業務年資，以自取得任官令或任職令年資，加自領得醫師證書後執行醫療業務年資合併計算，另請附以上證明文件影本（請勿附原本，以免寄送途中遺失）。
- 六、請於113年6月14日前填寫表格後傳真或寄送至本會辦理（逾期恕不受理報名，而以本會資料做為表揚之依據）。

滿30年資深醫師：民國83年12月底
 滿35年資深醫師：民國78年12月底
 滿40年資深醫師：民國73年12月底
 滿45年資深醫師：民國68年12月底
 滿50年資深醫師：民國63年12月底

滿55年資深醫師：民國58年12月底
 滿60年資深醫師：民國53年12月底
 滿65年資深醫師：民國48年12月底
 滿70年資深醫師：民國43年12月底
 滿75年資深醫師：民國38年12月底

『杏林獎』表揚標準及推薦辦法

111.08.10第十九屆第十一次理監事聯席會修正通過

- 一、為鼓勵會員發揚醫師濟世活人美德，提昇醫師形象與社會地位，訂定本準則。
- 二、凡為本會會員，其個人有下列具體事實之一，得由所屬分區或所屬單位院所報請表揚，以表揚一次為限。
 - (一) 對貧苦病人提供免費醫療服務，或優待醫療費用，有具體事實或優異表現者。
 - (二) 義務參加各項醫療服務活動，或自辦義診，有具體事實及優異表現者。
 - (三) 以醫師個人名義或醫師擔任團體負責人捐助社會公益事業，有具體事實及優異表現者。
 - (四) 義務擔任孤兒院、養老院或特殊疾病之醫療服務工作，有具體事實及優異表現者。
 - (五) 不計報酬自願前往無醫師之偏遠地區或孤島擔任醫療服務工作，對當地醫療保健之改善有顯著貢獻，獲當地居民之擁戴者。
 - (六) 以醫師身份對社會有特殊之貢獻或服務，為社會輿論讚譽者。
 - (七) 對醫學教育及臨床醫療有貢獻或研究發展上有具體事實及優異表現者。
 - (八) 會員積極參與公會所推動的醫療政策及醫療業務等且有具體事實者。
- 三、前項各款事蹟，應以自加入本會以後，所從事或貢獻者為準。以其他社團、宗教等名義、身份提供之服務、捐獻，或加入本會以前之事蹟，概不予計算。
- 四、推薦辦法：
 - (一) 推薦醫院由推薦人、連署人及院長簽名或蓋章（推薦人及連署人須為本會會員，院長得為推薦人），醫師人數在400位以下者可推薦1人；401~800位者可推薦2人；801位以上者可推薦3人，每家醫院以推薦1~3人為原則。
 - (二) 基層開業醫師推薦，一位醫師以推薦一人為原則，除推薦人外，必須有一人連署（推薦人及連署人須為本會會員）。
 - (三) 請明列被推薦人之具體優良事蹟於推薦表上，並將具體事蹟資料一併寄送本會。
 - (四) 推薦日期截止後即不再受理申請為原則。
- 五、審查方式及通過名額：

由醫學倫理委員會及常務理監事初審，再經理事會複審，每年通過名額以35名為原則。
- 六、本辦法經理事會通過後實施之，修正時亦同。

第卅二屆『杏林獎』推薦表

姓 名		年 齡		性 別	
優 良 事 蹟	符合表揚標準及推薦辦法第（ ）條第（ ）項				
服務院所					
科 別		職 稱			
聯絡電話		分 機		手 機	

推薦人：

院長：

連署人：

注意事項：

- 一、**推薦醫院由推薦人、連署人及院長簽名或蓋章**（推薦人及連署人須為本會會員，院長得為推薦人），醫師人數在400位以下者可推薦1人；401~800位者可推薦2人；801位以上者可推薦3人，每家醫院以推薦1~3人為原則。
- 二、基層開業醫師推薦，一位醫師以推薦一人為原則，除推薦人外，必須有一人連署（推薦人及連署人須為本會會員）。
- 三、請明列被推薦人之具體優良事蹟於推薦表上，並將**具體事蹟附件資料電子檔**一併寄送本會。
- 四、推薦日期截止後即不再受理申請。
- 五、**推薦截止日期：一一三年六月三十日（以郵戳為憑）。**

第卅二屆『杏林獎』推薦表

姓 名		年 齡		性 別	
優 良 事 蹟	符合表揚標準及推薦辦法第（ ）條第（ ）項				
服務院所					
科 別		職 稱			
聯絡電話		分 機		手 機	

推薦人：

連署人：

注意事項：

- 一、推薦醫院由推薦人、連署人及院長簽名或蓋章（推薦人及連署人須為本會會員，院長得為推薦人），醫師人數在400位以下者可推薦1人；401~800位者可推薦2人；801位以上者可推薦3人，每家醫院以推薦1~3人為原則。
- 二、基層開業醫師推薦，一位醫師以推薦一人為原則，除推薦人外，必須有一人連署（推薦人及連署人須為本會會員）。
- 三、請明列被推薦人之具體優良事蹟於推薦表上，並將**具體事蹟附件資料電子檔**一併寄送本會。
- 四、推薦日期截止後即不再受理申請。
- 五、**推薦截止日期：一一三年六月三十日（以郵戳為憑）。**

『青年杏林獎』表揚標準及推薦辦法

110.08.18第十九屆第五次理監事聯席會修正通過

- 一、為鼓勵住院醫師會員發揚醫師濟世救人美德，提昇醫師形象與社會地位，訂定本準則。
- 二、凡為本會會員，其個人有下列具體事實之一，得由所屬分區或所屬單位院所報請表揚，以表揚一次為限。
 - (一) 義務參加各項醫療服務活動，包括擔任弱勢族群或特殊疾病之醫療服務工作，或參與義診，有具體事實及優異表現者。
 - (二) 以醫師個人名義或參與團體捐助社會公益事業，有具體事實及優異表現者。
 - (三) 不計報酬自願前往無醫師之偏遠地區或孤島擔任醫療服務工作，對當地醫療保健之改善有顯著貢獻，獲當地居民之擁戴者。
 - (四) 以醫師身份對社會有特殊之貢獻或服務，為社會輿論讚譽者。
 - (五) 對醫學教育及臨床醫療有貢獻或研究發展上有具體事實及優異表現者。
 - (六) 對住院病人悉心照顧，迭受住院病人或家屬讚揚，有具體事實者。
- 三、前項各款事蹟，應以自加入本會以後，所從事或貢獻者為準。
- 四、推薦辦法：
 - (一) 推薦醫院由推薦人、單位主管及院長簽名或蓋章（推薦人須為本會會員，院長得為推薦人），住院醫師人數200位以下者可推薦1人；201~400位者可推薦2人，以此類推，每家醫院以推薦1~4人為原則。
 - (二) 請明列被推薦人之具體優良事蹟於推薦表上，並將具體事蹟資料一併寄送本會。
 - (三) 推薦日期截止後即不再受理申請。
- 五、審查方式及通過名額：
 - (一) 由醫學倫理紀律委員會及常務理監事初審，再經理事會複審，每年通過名額以20名為原則。
 - (二) 經理事會複審通過當選之住院醫師，即可接受表揚，不受申請後退會或身份變更之影響。
- 六、本辦法經理事會通過後實施之，修正時亦同。

第十三屆『青年杏林獎』 推薦表

會務公告・第十三屆『青年杏林獎』推薦表

姓 名		年 齡		性 別	
優 良 事 蹟	符合表揚標準及推薦辦法第（ ）條第（ ）項				
服務院所					
科 別		職 稱			
聯絡電話		分 機		手 機	

推薦人：

院 長：

單位主管：

注意事項：

- 一、**推薦醫院由推薦人、單位主管及院長簽名或蓋章**（推薦人須為本會會員，院長得為推薦人），住院醫師人數200位以下者可推薦1人；201~400位者可推薦2人，以此類推，每家醫院以推薦1~4人為原則。
- 二、請明列被推薦人之具體優良事蹟於推薦表上，並將具體事蹟附件資料電子檔一併寄送本會。
- 三、推薦日期截止後即不再受理申請。
- 四、**推薦截止日期：一一三年六月三十日（以郵戳為憑）。**

徵求本會會刊封面照片

徵稿時間：113年7月1日至8月31日

參加資格：限本會會員

主 題：以**台北市**四季生態、風景、人文等為主題的照片

作品規格：作品限攝於**台北市**。每幀照片請附30~50字的文字說明。會刊封面尺寸為：菊八開、直式(29.7 cm x 21 cm)。直幅或橫幅照片皆可，照片畫素須高於2480x3508，即**869萬畫素以上**，檔案須大於**3MB**，未符合以上條件恕不受理。

投稿方式：請將作品檔案及報名表以Email寄至tma09@tma.org.tw或郵寄資料光碟至台北市大安區信義路二段74號六樓，並註明「投稿台北市醫師公會會刊封面」，信件內文請註明**作品標題、攝影地點、圖片說明**，並附**姓名、服務單位、電話**。

甄選結果：經本會編輯委員會審核通過後，由本會安排刊登日期。

備註：

1. 作品須為參加者本人拍攝，並維持照片真實性。
2. 作品財產權已被買斷者請勿參加。
3. 請勿一稿多投，一經發現即取消投稿資格。
4. 若經檢舉違反著作權、智慧財產權，法律責任由作者自負，「台北市醫師公會」若因此而受任何損害亦保留法律追訴權。
5. 投稿作品因郵寄或不可抗力之意外而造成損害時，本會恕不負責。投稿作品一律不退件（包括規格不符），本會不負保管責任。

台北市醫師公會會刊 封面照片投稿資料表

會員姓名		性別	☐ 男 ☐ 女
服務院所		聯絡電話	
E - M a i l			
季節	☐ 春 ☐ 夏 ☐ 秋 ☐ 冬		
拍攝地點			
作品標題			
文字說明			

(30-50字)

一、注意事項

1. 作品須為參加者本人拍攝，並維持照片真實性。
2. 作品財產權已被買斷者請勿參加。
3. 請勿一稿多投，一經發現即取消投稿資格。
4. 若經檢舉違反著作權、智慧財產權，法律責任由作者自負，「台北市醫師公會」若因此而受任何損害亦保留法律追訴權。
5. 投稿作品因郵寄或不可抗力之意外而造成損害時，本會恕不負責。投稿作品一律不退件（包括規格不符），本會不負保管責任。

二、著作權聲明書與授權書

※立書人擔保本攝影作品係攝影者之原創，本人擔保已取得著作權人版權所有者一切相關合法之授權與同意，且無抄襲剽竊侵害他人智慧財產權之情事。日後若本攝影作品涉及違反著作權、肖像權或其他法律規範，本人願負完全法律責任，並退回已收取之稿費，不得異議。

※本攝影作品如經審核通過後，本人同意授權台北市醫師公會該作品之著作權，攝影作品可由公會或授權他人不限時間、地點、次數或方式之自由利用；版權歸台北市醫師公會所有，未經台北市醫師公會之同意不得轉載。謹此聲明。

此 致

台北市醫師公會

立書人簽章：

身分證字號：

日 期： 年 月 日

*報名表填寫超過一頁者，請以雙面列印！謝謝！



振興醫療財團法人
振興醫院
Cheng Hsin General Hospital

高薪禮聘

敬邀具發展潛力的您來振興

誠徵主治醫師

職業醫學科 具職業醫學專科醫師證書

神經內科 具神經重症專科醫師證書

中醫科 中醫內、婦、兒、針灸專長

急診重症醫學部 具急診專科醫師證書、ACLS證書

老年醫學科 具老年醫學專科醫師證書

加護中心科 具重症醫學專科醫師證書、ACLS證書

麻醉部 具麻醉專科醫師證書、心臟麻醉經驗
或心臟麻醉專科證書、ACLS證書

應徵資格

- 醫學中心完成訓練尤佳
- 取得專科及次專科醫師證書
- 對醫療工作具熱忱、溝通協調能力優
- 團隊合作佳且勇於接受挑戰者
- 內外科系能值班者尤佳
- 有區域級(含)以上醫院擔任主治醫師工作經驗尤佳



電話 | 02-2826-4400分機8617 吳先生

E-mail | apply@chgh.org.tw

意者請備履歷(附照片)、證照(影本) 逕寄

112台北市北投區振興街45號 人事室收

振興宗旨
慈善心 服務情

重要政令轉知會員

112年度管制藥品實地稽核違規情形，請會員加強管制藥品管理以免違規受罰

臺北市政府衛生局

113.04.16 北市衛食藥字第1133111071號

受文者：台北市醫師公會

主旨：有關112年度管制藥品實地稽核違規情形，請轉知所屬會員並督促會員加強管制藥品管理及應合理處方管制藥品，以免違規受罰，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部食品藥物管理署（下稱食藥署）113年4月11日FDA管字第1131800149號函辦理。
- 二、112年度地方政府衛生局及食藥署執行管制藥品實地稽核，查獲違規者356家，其違規項目前10名依序如下：
 - (一) 簿冊登載不詳實。
 - (二) 未依規定定期申報收支結存情形、申報不實。
 - (三) 未依藥品調劑規範作業。
 - (四) 使用過期管制藥品。
 - (五) 管制藥品簿冊、單據、處方箋未保存五年。
 - (六) 未設簿冊登載管制藥品收支結存情形。
 - (七) 使用管制藥品病歷登載不詳實、未簽章。
 - (八) 處方第一至三級管制藥品未開立專用處方箋或專用處方箋登載不全。
 - (九) 涉醫療不當使用管制藥品。
 - (十) 專用處方箋未由領受人簽名領受。
- 三、113年度食藥署及地方政府衛生局仍將持續查核管制藥品使用及管理情形，並針對醫師處方管制藥品合理性加強查核，請各公會轉知並宣導會員，領有管制藥品登記證者應於業務處所設置簿冊，詳實登載管制藥品每日之收支、銷燬、減損及結存情形，醫師應合理處方管制藥品，切勿應病人要求即開立藥品，或為規避健保查核轉而開立全自費處方(尤其是鎮靜安眠類管制藥品)，以免違規受罰。
- 四、本文內容與附件刊登於本會網站。📄

健保特約醫事檢驗所及放射所檢驗（查）項目資訊公開

衛生福利部中央健康保險署

113.04.10 健保醫字第1130661341號

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

主旨：有關健保特約醫事檢驗所及放射所檢驗（查）項目資訊公開一事，請查照。

說明：

- 一、為利病人持交付檢驗（查）處方自行選擇至社區特約醫事檢驗所、放射所接受檢驗（查），貴會前協助調查並提供各醫事檢驗所、放射所檢驗（查）項目資訊及呈現方式，本署業據以於本署全球資訊網/健保服務/健保醫療服務/院所查詢/健保特約醫事檢驗所及放射所檢驗（查）項目查詢專區，供民眾查詢參考，並於113年3月4日以電子郵件通知貴會在案（諒查）；另本署「健保快易通|健康存摺App」亦於同年4月2日可於健保常用服務/醫療查詢/更多功能/檢驗所/放射所檢驗（查）查詢，併請協助周知會員視需要至健保資訊網服務系統(VPN)維護或更新其檢驗（查）項目，俾提供民眾即時且正確之資訊。
- 二、副本抄送相關公（協）會，請協助轉知會員或所屬各縣市公會參考前揭檢驗（查）項目查詢服務。
- 三、本文相關訊息與附件刊登於全聯會及本會網站。

有關退伍軍人病之通報及採檢相關事宜，請轄區醫療院所配合辦理

衛生福利部疾病管制署

113.04.17 疾管防字第1130200419號

受文者：臺北市政府衛生局

主旨：有關退伍軍人病之通報及採檢相關事宜，詳如說明，請轉知轄區醫療院所配合辦理，請查照。

說明：

- 一、依現行退伍軍人病病例定義，個案需符合臨床條件「肺炎病人，並出現倦怠感、畏寒、肌肉酸痛、頭痛、發燒、頭昏、咳嗽、噁心、腹痛、腹瀉及呼吸困難等任一症狀」始符合通報定義，爰通報退伍軍人病需符合臨床有肺炎，未有肺炎而僅尿液抗原快速檢測陽性，未符通報定義，無需通報。
- 二、尿液抗原快速檢測方法可能因其它致病菌感染出現非專一性訊號而有偽陽性結果，另依台灣胸腔暨重症加護醫學會及台灣感染症醫學會公布之台灣肺炎診治指引，退伍軍人菌之尿液抗原快速檢驗，僅建議用於嚴重社區型肺炎病人之臨床檢查。為能正確掌握我國退伍軍人病流

行現況，同時避免未符病例定義個案通報後即啟動各項防疫作為，增加非必要之公共衛生資源耗用，請惠予轉知轄內醫療院所，請臨床醫師於就診病患確有肺炎症狀時，始進行退伍軍人菌尿液抗原快速檢測並通報，檢測結果陽性需於投藥前採檢痰液檢體送驗或進行PCR檢測。

三、本文相關訊息刊登於本會網站。

內政部移民署受理疑似人口販運案件通報或檢舉標準作業流程

臺北市政府衛生局

113.04.18 北市衛心字第1133110768號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知內政部移民署修正函頒「內政部移民署受理疑似人口販運案件通報或檢舉標準作業流程」一案，請轉知所屬人員並依相關規定辦理，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依本府113年4月10日府授警外字第1130114959號函轉內政部移民署113年4月8日移署移字第1130040928號函辦理。
- 二、人口販運防制法於112年6月14日修正公布，且於113年1月1日施行，內政部移民署爰修正「內政部入出國及移民署辦理疑似人口販運案件通報作業流程」，並修正名稱為「內政部移民署受理疑似人口販運案件通報或檢舉標準作業流程」。
- 三、按人口販運防制法第9條第1項規定：「警察人員、移民管理人員、勞政人員、社政人員、醫事人員、民政人員、戶政人員、教育人員、觀光業、移民業務機構從業人員及私立就業服務機構從業人員或其他執行人口販運防制業務人員，在執行職務時，發現有疑似人口販運案件，應立即通報當地司法警察機關。司法警察機關接獲通報後，應即接辦處理及採取相關保護措施」。
- 四、檢送「內政部移民署受理疑似人口販運案件通報或檢舉標準作業流程」及「發現疑似人口販運案件之法定責任人員通報表」各1份，請轉知所屬人員或會員知悉，並依相關規定辦理。
- 五、本文相關訊息與附件刊登於全聯會與本會網站。

「健保醫療資訊雲端查詢系統2.0」自即日起正式上線服務，敬請協助轉知所屬會員善加運用

衛生福利部中央健康保險署

113.04.17 健保審字第1130670664號

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

主旨：「健保醫療資訊雲端查詢系統2.0」自即日起正式上線服務，敬請協助轉知所屬會員善加運用，倘有需本署安排分區院所等使用說明會者，請洽轄區分區業務組聯絡窗口，俾利統計及後續規劃，請查照。

說明：

- 一、為使健保雲端系統發揮更大的效益及價值，本署已進行優化改版作業，推出健保雲端系統2.0，包括新增入口網頁、強化網頁搜尋功能、重整並分類頁籤呈現及操作方式，亦可依照使用者需求設定預設頁籤及欄位，提高使用友善性，更符合使用者需求。另放寬醫事人員登錄權限，使健保雲端系統深入第一線各職類的醫事人員使用。
- 二、感謝醫界先進於上線試營運期間回饋意見，經評估已增列「實體/虛擬健保卡認證切換按鈕」、「測試個案展示版網頁」、「特材紀錄」頁籤等功能，並自即日起正式上線服務。
- 三、健保雲端系統2.0 使用說明簡報及使用者手冊已更新於本署健保資訊網服務系統(VPN)\下載專區\健保醫療資訊雲端查詢系統項下，請下載參考。
- 四、為利院所系統調整及人員教育訓練等準備，暫予新舊系統併行，1.0版本訂於114年1月1日0時起停止對外服務，包含以下各項，敬請預為準備：
 - (一) 健保醫療資訊雲端查詢系統（首頁版）：
<https://medcloud.nhi.gov.tw/imme0008/IMME0008S01.aspx>
 - (二) 健保醫療資訊雲端查詢系統（虛擬健保卡）：
<https://medcloud.nhi.gov.tw/imme0008/IMME0008S04.aspx>
 - (三) 健保醫療資訊雲端查詢系統（展示版）：
<https://medcloud.nhi.gov.tw/imme0008/IMME0008S05.aspx>
 - (四) 職能/物理治療師查詢檢查（驗）結果頁籤：
<https://medcloud.nhi.gov.tw/imme0008/IMME0008S07.aspx>
 - (五) 保險對象特定醫療資訊查詢作業：
<https://medcloud.nhi.gov.tw/iese0000/IESE0200S00.aspx>
 - (六) VPN登入授權服務項目：健保雲端藥歷系統、因應天災及緊急醫療查詢作業
- 五、副本抄送本署各分區業務組請協助轉知轄區健保特約醫事服務機構有關雲端系統1.0版本下架事宜，俾利院所預作準備；另請協助統計院所分區說明會需求，俾利後續規劃。
- 六、本文相關訊息內容刊登於本會網站。📄

成人及兒童預防保健檢查結果補正上傳說明

衛生福利部國民健康署

113.04.19 國健企字第1131460417A號

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

主旨：檢送「成人及兒童預防保健檢查結果補正上傳說明」1份（如附件），請貴會協助轉知所屬會員知悉並依說明段配合辦理，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部111年3月8日衛授國字第111460140號令修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」第9點第1項規定略以，醫事服務機構應自提供第二項以外預防保健服務日之次月一日起六十日內，依各項預防保健服務規定，詳實登錄上傳該項目之檢查表單至健康署指定之系統。屆期未登錄上傳相關資料或登錄上傳之資料不完整、不正確，經通知限期補正，屆期仍未補正者，本部不予核付費用。
- 二、為利補正清單正確即時及推行無紙化政策，補正清單及補正上傳說明請各院（所）逕至「醫療院所預防保健暨戒菸服務整合系統」(<https://pportal.hpa.gov.tw>)或「健保資訊網服務系統(VPN)」系統自行下載參閱。
- 三、請貴會協助轉知所屬會員知悉並配合辦理。
- 四、本文相關訊息內容與附件刊登於本會網站。

「代謝症候群防治計畫收案流程常見問題釋疑影片」線上連結

中華民國醫師公會全國聯合會

113.04.24 國健慢病字第1130660343號

受文者：台北市醫師公會

主旨：檢送113年「代謝症候群防治計畫收案流程常見問題釋疑影片」線上連結，請貴單位惠予協助於計畫說明會或相關活動傳播，請查照。

說明：

- 一、本署為配合113年「全民健康保險代謝症候群防治計畫」修訂，更新旨揭影片內容，以利基層醫師更了解113年計畫實務執行重點，進而提升參與計畫意願。
- 二、檢附影片網址：<https://health99.hpa.gov.tw/material/8330>，請貴單位協助傳播。
- 三、本文相關訊息內容與附件刊登於本會網站。

衛生福利部數位學習教材以提升身心障礙者就醫需求之認知

中華民國醫師公會全國聯合會

113.04.24 全醫聯字第1130000528號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部為提升醫療院所與衛生機關從業人員對身心障礙者就醫需求之認知，新增4部數位學習教材，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部113年4月22日衛部醫字第1131663309號書函辦理。
- 二、衛福部新增數位學習教材包含「醫療機構友善設計案例說明-醫院版（上、下集）」、「醫療機構友善設計案例說明-診所版（上、下集）」、「認識肢體障礙者-權利、特質與需求」，及「認識手語翻譯、同步聽打服務及人導法」等4部。
- 三、上開教材請逕至該部友善就醫網（網址：<https://gov.tw/i4M>），或e等公務園學習平台（網址：<https://elearn.hrd.gov.tw/mooc/index.php>）參閱。
- 四、本文相關訊息內容刊登於本會網站。📄

衛生福利部疾病管制署修正「M痘防治工作手冊」

衛生福利部疾病管制署

113.04.23 疾管慢字第1130300329號

受文者：臺北市政府衛生局

主旨：檢送修正之「M痘防治工作手冊」1份（如附件），請轉知所屬單位、轄內醫事機構及相關人員知悉並依循辦理，請查照。

說明：

- 一、旨揭工作手冊係依據世界衛生組織(WHO)113年3月20日公布更新之「M痘監測、病例調查和接觸者追蹤指引」進行增修，主要修訂內容如下：
 - (一) 國際疫情：增列剛果民主共和國之第一分支(Clade I)病毒株相關M痘疫情。
 - (二) 增列M痘再感染相關描述。
- 二、有關M痘再感染個案，亦請至「傳染病通報系統(NIDRS)」進行通報。
- 三、旨揭修正之工作手冊已公布於本署全球資訊網(<https://www.cdc.gov.tw>)/M痘(Mpox)專區/重要指引與教材項下，歡迎下載運用。
- 四、本函相關內容刊於本會網站。📄

為提升戒菸服務可近性，請會員踴躍參與戒菸服務

臺北市政府衛生局

113.04.30 北市衛健字第1133115684號

受文者：台北市醫師公會

主旨：為提升戒菸服務可近性，俾利有戒菸意願之民眾，於醫事機構接受診療或於社區藥局領藥時，能即時獲得戒菸服務，請協助鼓勵所屬會員踴躍參與戒菸服務，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部國民健康署（下稱健康署）113年4月29日國健教字第1130760540號函辦理。
- 二、健康署經查各醫事機構於疫情期間，參與戒菸服務之機構家數及醫事人員持續下降，經統計截至113年3月底止，全國具戒菸服務合約之機構數為2,686家，較108年（疫情前）同期家數4,227家，減少36.46%，其中以牙科診所降幅81.41%最多，其次為藥局降幅45.27%；具有戒菸服務資格之醫事人員數為1萬577人，較108年（疫情前）同期合約人數1萬2,586人，減少15.96%，其中以牙醫師降幅82.56%最多，其次為藥事人員降幅37.91%。
- 三、健康署「戒菸服務補助計畫作業須知」（如附件），已置於該署網站（網址：<https://www.hpa.gov.tw/>；下載路徑：首頁〉服務園地〉活動訊息〉本署公告）、「健康署委託戒菸治療與管理網站（網址：<https://ttc.hpa.gov.tw/>）」及「醫事機構戒菸服務系統（網址：<https://micssi.hpa.gov.tw/>）」可供下載。如有相關詢問事項，請洽健康署戒菸治療與管理窗口（電話：02-2351-0120）。
- 四、本函訊息與附件刊登於本會網站。

國民健康署函覆針對民眾因病就醫而接受預防保健服務之相關給付建議

中華民國醫師公會全國聯合會

113.05.02 全醫聯字第1130000570號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部國民健康署函覆本會針對民眾因病就醫而接受預防保健服務之相關給付建議，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部國民健康署113年4月30日國健企字第1130104128號函辦理。
- 二、本會前於113年4月17日以全醫聯字第1130000460號函建議衛生福利部國民健康署新增民眾因病就醫而接受預防保健服務之給付費用，名稱為「檢查諮詢費」，以與一般門診診察費區

別。(副本諒達)

三、113年4月30日衛生福利部國民健康署函復重點略以：旨揭建議案該署業請中央健康保險署研議酌修「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」。

四、本函內容刊於本會網站。

美容醫學醫學會彙整各縣市「美容醫學收費項目標準」及訂定「女性泌尿生殖重整手術書」

社團法人中華民國美容醫學醫學會

113.05.08 (113)美醫字第11300113號

受文者：台北市醫師公會

主旨：為提升美容醫學醫療品質，本會彙整各縣市「美容醫學收費項目標準」及訂定「女性泌尿生殖重整手術書」，請貴會惠予轉知所屬會員運用，詳如說明段，敬請查照。

說明：

一、依據衛生福利部民國111年5月2日衛部醫字第111166 2969號、民國112年12月13日衛部醫字第1121670873號來函核定辦理之「112年度美容醫學品質提升計畫」。

二、近年國內整體醫療執業環境改變，美容醫學產業伴隨科技發展，使許多機構及醫師投入，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會配合衛生福利部政策，為促進美容醫學品質及卻保受治者安全，於102年推動美容醫學品質認證，並於108年考量診所人力、資源不如醫院充足，為持續提升整理美容醫學產業品質，配合政策開辦「診所美容醫學品質認證」。

三、為提高診所申請認證之意願，鼓勵國內提供美容醫學服務之診所參與，提升國內美容醫學診所整體的醫療品質，本醫學會於109年至112年間執行衛生福利部補助之「美容醫學品質提升計畫」，推廣提升美容醫學診所醫療品質。

四、旨揭文件說明如下：

(一) 美容醫學收費項目標準：彙整各地方衛生局公告核定之「美容醫學收費項目」說明，供各美容醫學診所自我檢視及依循，期匡正美容醫學醫療價格亂象。

(二) 女性泌尿生殖重整手術書：訂定「女性泌尿生殖重整手術書」，提供醫療機構執行女性泌尿生殖重整手術參考運用，確保病人或家屬已獲知手術相關之重要資訊。

(三) 相關資訊皆已公告於本會網站，檔案路徑如附件一說明。

五、本函內容與附件刊登於本會網站。

衛生福利部國民健康署「113年診所高齡友善健康促進自評作業說明」，請踴躍參與

臺北市政府衛生局

113.05.13 北市衛健字第1133118171號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部國民健康署「113年診所高齡友善健康促進自評作業說明」，敬請貴診所踴躍參與，請查照。

說明：

一、依據衛生福利部國民健康署（以下簡稱健康署）113年5月9日國健慢病字第1130660344號含辦理。

二、健康署為協助國內健康照護機構提供高齡友善健康促進服務，委託長庚學校財團法人長庚科技大學辦理高齡友善服務診所自評作業。

三、113年自評作業說明如下：

（一）申請資格：有意願參與自評之西醫（不限科別）診所（不含牙醫、中醫診所）。

（二）申請方式：採線上作業。

（三）評核方式：請見作業說明（作業說明連結：<https://reurl.cc/OMv61v>）。

（四）自評結果：本函內容與附件刊登於本會網站。

1. 自評結果通過之診所，由健康署函文通知。

2. 自評通過效期：3年（自通過自評下一年度起算），如113年通過自評，效期為114年至116年。

四、期程規劃：

（一）公告作業說明：以核定日為公告日。

（二）受理診所線上申請：113年5月27日至7月31日止。

（三）委員審查作業：113年8月1日至9月15日止。

（四）公告審查結果：113年10月9日前。

五、如有相關疑問，請洽長庚科技大學聯絡人：陳羽柔助理（電話：03-2118999轉3364，電子郵件：yrchen02@mail.cgust.edu.tw）。

衛生福利部國民健康署「診所高齡友善暨健康促進績優選拔獎勵方案」，請踴躍參與

臺北市政府衛生局

113.05.22 北市衛健字第1133120967號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部國民健康署「診所高齡友善暨健康促進績優選拔獎勵方案」，敬請貴診所踴躍報名，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部國民健康署113年5月20日國健慢病字第1130660395號函辦理。
- 二、為因應臺灣人口快速高齡化趨勢，健康署自110年起推動診所提供高齡友善暨健康促進服務自評，截至112年，診所通過自評者計515家。為獎勵診所重視高齡長者服務及參與，將於今(113)年委託長庚科技大學辦理旨揭獎勵方案，內容摘述如下：
 - (一)申請資格：110年至112年通過自評之診所。
 - (二)申請方式：申請資料以電子檔或紙本郵寄，紙本以郵戳寄件日為依據。
 - (三)期程：
 - 1.公告診所高齡友善暨健康促進績優選拔獎勵方案：113年5月29日（三）。
 - 2.診所申請作業：公告後至113年8月9日（五）截止。
 - 3.公告審查結果：113年10月1日（二）前。
 - (四)評核內容：詳見獎勵方案（如附件）。
 - (五)獎勵辦法：得獎名額計8名，公開頒發獎狀及獎金新臺幣5,000元整。
 - (六)選拔結果將以健康署網站公告並函文通知。
- 三、有意申請者請將提報資料以電子郵件寄或紙本郵寄至長庚科技大學護理系（電子郵件：yrchen02@mail.cgust.edu.tw，地址：桃園市龜山區文化一路261號），聯絡人陳羽柔助理（電話：03-2118-999#3364）。如有相關問題亦可洽詢健康署葉淑琦約用專員（電話：02-2522-0694，電子郵件：genie@hpa.gov.tw）。

人因職災—臺灣新北地方法院 110年度勞簡上字第1號民事判決評析

臺北榮民總醫院職業醫學及臨床毒物部 葛 謹

前言

勞工因工作姿勢、重複搬運動作而引起肌肉骨骼傷病(work-related musculoskeletal disorders, WMSD)，與工作場所的設計、安全與勞工健康有關，其診斷、爭議處與職災認定、屬於人因工程範疇¹⁻⁴。職業災害勞工保護法(Act for Protecting Worker of Occupational Accidents 2002)於2001年10月31日制定公布全文41條，並自2002年工殤日(4月28日)施行，該法第7條：「勞工因職業災害所致之損害，雇主應負賠償責任。」明確規定雇主應負職業災害賠償責任。若雇主未替勞工辦理勞工保險，同法第9條：「未加入勞工保險之勞工，於本法施行後遭遇職業災害，符合前條第一項各款情形之一者，得申請補助。」⁵

經過

甲自2019年3月5日起於A家具組裝行擔任作業員，約定月薪28,000元，第2個月起調整為30,000元，並約定於次月10日給付工資，每月休4天。甲同年3月12日起即感右手麻痛、舉不起來，同年9月10日，向A家具組裝行要求算清未投保之職災損失，A家具組裝行當場要求甲工作至當日(9月10日)即可。甲向勞工局聲請調解。調解不成立後，甲前往T醫院職業災害傷病防治中心聲請職業病鑑定，醫師診斷：「1.腕部隧道症候群及2.肌腱炎。」並說明：「甲所患之疾病—右側腕隧道症候群與其職業暴露具有相當因果關係，故認定為執行職務所致疾病或與作業有相當因果關係疾病。」

甲遂提起民事訴訟，請求：(1)醫療費用：甲至K醫院門診治療675元、T醫院醫療費用520元、2020年3月15日購買消炎止痛藥及肌肉鬆弛藥共200元，2020年4月18日住院接受正中神經減壓手術治療，並於同年4月25日回診，共計支出355元，合計1,750元(計算式：675 + 520 + 200 + 355 = 1,750)。(2)工資補償：甲尚須進行手術治療及長期復健，屬醫療中不能工作，A家具組裝行應自2019年9月11日起按月給付原領工資30,000元，至2020年10月10日止之工資補償，共13個月，合計390,000元(計算式：30,000 × 13 = 390,000)。(3)合計391,750元。

爭執1：甲之症狀與職業病之「長期」要件不符。

甲主張：T醫院2020年2月11日職業病評估報告書。

A家具組裝行主張：(1)甲2019年3月5日到職，同年3月12日起即感右手麻痛、舉不起來。(2)僅工作6天即感覺右手麻痛、舉不起來，顯與職業病應「長期」或「長時間」要件不符。(3)甲雖主張於2019年3月12日感到麻痛、無法舉起右手，惟工作期間均未向主管或任何同事反應，亦未至任何醫療院所就醫。(4)2019年9月10日離職後，方於同年9月19日至K醫院神經內科就診。(5)同年9月20日右肩骨骼肌肉超音波僅表示其右側二頭韌帶發炎，而非右側腕隧道症候群。(6)甲倘確如其主張於2019年3月12日起即有右手麻痛、舉不起來

之情事，半年期間未經就醫診治，如何能繼續工作至同年9月10日？(7)甲所言不實。

法院心證：地方法院（一審）：(1)甲陳稱：因為A家具組裝行沒有為其投勞健保，所以都沒有去看醫師，但是有去藥房買藥，並據提出先行至藥房購買外用敷料等藥品2,430元之收據4紙為證。(2) A家具組裝行未替甲投保勞健保，勞動部勞工保險局經查屬實，已依規定處以罰鍰。(3)不得僅以甲未至醫院就診即逕認右側腕隧道症候群，並非係任職期間所致之職業災害。(4)綜上，甲之右側腕隧道症候群與其在工作處所及執行職務有相當因果關係，應堪予認定。

爭執2：甲右側腕隧道症候群與其職務是否有相當因果關係？

A家具組裝行主張：症狀與職業病之「長期」要件不符。其任職期間為2019年3月至同年9月10日，進行理學檢查之日，距離職日已有3個月之久，故其結果不僅與本件職業病認定無關，亦不足證明其與任職於執行職務有相當因果關係。

法院心證：(1)依T醫院證明書：「甲（44歲）於2019.3.5起於A傢俱工廠擔任作業員。主要工作內容包含（但不限於）：(i)組裝家具；(ii)搬運家具。(2)組裝家具會使用到重釘槍及氣動工具，釘槍重約五公斤，由慣用右手拿持。(3)搬運家具重量約30-60公斤，一天大概搬運近數十至100組家具。(4)上述動作每日作業平均各4小時（超過每日工作時數

50%)。(5)時序性：符合暴露在前、疾病在後之時序性。(6)醫學文獻佐證：腕隧道症候群職業危害因素包括：(i)手腕部反覆性單調之作業、(ii)用力握緊或抓緊工具或物品之作業、(iii)手部或手腕以不自然的姿勢操作之作業、(iv)直接對腕隧道施加壓力之作業；(v)使用振動性手工具之作業。(7)其他致病因之考量：甲主訴無糖尿病及甲狀腺相關疾病之病史，工作以外之日常生活亦無高度重複性之手部作業、手部受力或使用震動性手工具。(8)甲工作上必須使用釘槍，由於長時間手腕出力及使用氣動工具，於2019年3月起右手已經產生麻痛、舉不起來之症狀，惟仍然持續原工作而未就診、治療，病情不斷惡化，最後於2019年9月離職前月已因工作而罹患職業病甚明。

爭執3：甲職業暴露狀況不符實際狀況。

A家具組裝行主張：(1)工作時甲所使用之釘槍實際重量僅1.155至1.620公斤，並無報告書所載5公斤之情事。(2)腕隧道症候群直接相關之因子包括手部平均受力大於4公斤，然該釘槍實際重量約僅1公斤多。(3)搬運家具重量：公司工作員工總共14人，女生組（2人）一天組裝的櫃子約20至40個，其他因為配件多，10組衣櫃從裁板到成品要一星期（3個人），搬運成品多為20至30公斤，並無一日搬運至100組家具之情事。(4)工作現場均已提供適當搬運設備供員工使用，員工並非徒手搬運家具。(5)甲3月5日到職，同年3月12日即感右手麻痛舉不起來，如何能未經就醫持續半年每

日搬運重約30至60公斤且搬運約數10及100組之家具？(6)醫師僅憑甲於2019年12月17日門診時之陳述為鑑定基礎，未至現場勘查工作情況，而輕率作成，欠缺可信性。

法院心證：地方法院（一審）：(1)本院函詢T醫院如工作時所使用之釘槍重量、搬運家具之重量及數量，與其向醫師陳述之內容不符時，是否會影響評估結果？該院回覆：「病人為傢俱工廠員工，工作中需組裝、搬運傢俱、及手時釘槍等氣動工具，屬於職業安全衛生法第6條第14項第1款所規範之重複性作業，具人因工程性危害。如雇主未能提出其依據職安法，對該重複性作業，有規劃及採取必要之安全衛生措施之證明，則勞工因執行該職務，具顯著罹患職業性肌腱炎、腕道症候群之風險。雇主之自訴不影響職業病診斷。」(2)本院又函詢T醫院，甲於2019年9月10日自原公司離職後，至該年12月經診斷為右側腕隧道症候群期間，若甲尚從事其他工作，或其實際使用右手之情形，是否會影響其2019年12月底之右側腕隧道症候群之診斷？該院回覆：「甲主訴從事該工作後，於2019年3月即有出現右手麻、痛症狀。該症狀為肌腱炎、腕隧道症候群典型症狀，符合職業病診斷之時序性。」(3)本院另函詢T醫院，甲罹患右側腕隧道症候群、右側二頭肌韌帶發炎之職業疾病後，如未經手術治療是否能繼續從事原來之組裝家具、木材搬運工作，是否右手能夠繼續使用重釘槍及氣動工具工作，如果從事原來工作，所罹疾病是否會更形惡化，甲於2020年4月18日接受腕隧道

神經鬆解手術，並經醫囑術後右手休養四周，是於休養期間，是否可以繼續從事原來工作等情？T醫院回覆：「雇主在勞工產生疑似職業災害後，不管有無手術、應給予病假休養、休養期滿後，應按其勞工復原狀況，安排適當工作，如減少重釘槍或器動工具使用，減少搬運重量、工作時數等。」、「如在疾病未治療完全之前，如未依上提回答方式調整工作，實有可能使病況惡化。」

地方法院（二審）：(1)職業災害勞工保護法第17條：「職業疾病鑑定委員會認有必要時，得由中央主管機關安排職業疾病鑑定委員，依勞動檢查法會同勞動檢查員至勞工工作場所檢查。」(2)T醫院報告書未依據參考指引之暴露證據收集方法，或主要認定依據或輔助認定依據。(3)未前往工作場所，觀察並研究甲手腕部動作次數，作為判斷依據，逕自依甲自述工作內容，報告書難以作為本院判斷之依據。(4)甲2019年9月10日離職後，從事各項車床工、工地工人、船上等需要使用右手之工作，則2019年12月26日K醫院認定罹患右側正中神經感覺傳導異常疾病，雖與系爭疾病有關，但診斷時間與離職時間相隔3月又16日，實難以推論系爭疾病與執行職務有因果關係。(5)勞工保險局特約醫師認定甲2019年12月間之右腕隧道症候群症狀輕微，無罹患職業病而不能工作之情形。(6)法院依職權調閱病歷資料及x光照片影本，甲曾於2016年5月4日罹患頸椎椎間盤疾患，肌膜疼痛症候群，同年6月8日罹患下背痛等疾病，2019年3月12日手麻無

法舉起之原因，是否因系爭疾病或因頸椎疾病所引起，自有疑問。

爭執4：甲主張醫療相關且有必要費用1,750元，是否合理？

法院心證：地方法院（一審）：(1)經核醫療單據與醫療相關且有必要，共計545元，應予准許。(2)T醫院支付醫療費用520元。(3)購買消炎止痛藥及肌肉鬆弛藥共200元。(4)住院接受正中神經減壓手術治療，並回診，共計支出355元。(5)合計1,620元（計算式：545+520+200+355=1,620），自應准許。

地方法院（二審）：甲罹患疾病難以認定為職業病，甲請求給付職業病醫療費、原領工資之損失，均無理由，應予駁回。

爭執5：甲主張其目前尚須進行手術治療及長期復健，屬醫療中不能工作，請求請求13個月原領工資補償共390,000元，是否合理？

法院心證：地方法院：(1)勞動基準法第59條第1項第2款前段：「勞工因遭遇職業災害而致死亡、失能、傷害或疾病時，雇主應依下列規定予以補償。…二、勞工在醫療中不能工作時，雇主應按其原領工資數額予以補償。」(2)依甲提出V醫院診斷證明書：甲於2020年4月17日住院，同年4月18日接受正中神經減壓手術治療，同年4月18日出院」。(3)K醫院診斷書：「甲於2020年4月18日接受腕隧道正中神經鬆解手術，術後右手休養4周。」堪認甲住院之2天加計4周休養時間確實有不

能工作之情形。(4)甲約定之月薪為3萬元，得請求不能工作薪資損失為32,000元（計算式： $30,000 \times 1 + 30,000 \times 2/30 = 32,000$ 元）。逾此部分之請求，則乏所據，不應准許。(5)綜上，依勞動基準法第59條之規定，甲請求給付共計33,620元（計算式： $32,000 + 1,620 = 33,620$ ），自屬有據，為有理由。

地方法院（二審）：甲罹患疾病難以認定為職業病，甲請求給付職業病之醫療費、原領工資之損失，均無理由，應予駁回。

法院判決

地方法院：「A家具組裝行應給付甲新臺幣33,620元。⁶」雙方均不服，上訴。

地方法院（二審）：「原判決關於命A家具組裝行給付甲新臺幣33,620元本息部分，及該部分假執行及免為假執行之宣告，暨訴訟費用之負擔均廢棄。」「甲第一審之訴駁回。」「不得上訴。⁷」甲不服，請求再審。

地方法院（再審）：「再審之訴駁回。」「不得抗告。⁸」

討論

簡易訴訟：民事訴訟法第427條：「關於財產權之訴訟，其標的之金額或價額在新臺幣五十萬元以下者，適用本章所定之簡易程序。下列各款訴訟，不問其標的金額或價額一律適用簡易程序：一、因建築物或其他工作物定期租賃或定期借貸關係所生之爭執涉訟者。二、僱用人與受僱人間，因僱傭契約涉訟，其僱傭期間在一年以下者。三、旅客與旅館主人、飲

食店主人或運送人間，因食宿、運送費或因寄存行李、財物涉訟者。四、因請求保護占有涉訟者。五、因定不動產之界線或設置界標涉訟者。六、本於票據有所請求而涉訟者。七、本於合會有所請求而涉訟者。八、因請求利息、紅利、租金、退職金或其他定期給付涉訟者。九、因動產租賃或使用借貸關係所生之爭執涉訟者。十、因第一款至第三款、第六款至第九款所定請求之保證關係涉訟者。十一、本於道路交通事故有所請求而涉訟者。十二、適用刑事簡易訴訟程序案件之附帶民事訴訟，經裁定移送民事庭者。」本案雖非因僱用人與受僱人間，因僱傭契約涉訟，其僱傭期間在一年以下，但請求金額391,750元，未達50萬元，因而適用簡易訴訟程序(summary proceeding)，一審為獨任法官，二審為三名法官合議。若未達10萬元，則依民事訴訟法第436-8條：「關於請求給付金錢或其他代替物或有價證券之訴訟，其標的金額或價額在新臺幣十萬元以下者，適用本章所定之小額程序。」適用小額程序(small-claim proceeding)。⁹⁻¹⁰

職災爭議程序：職業災害勞工保護法第11條：「勞工疑有職業疾病，應經醫師診斷。勞工或雇主對於職業疾病診斷有異議時，得檢附有關資料，向直轄市、縣（市）主管機關申請認定。」勞雇雙方似應先向主管機關申請認定。¹職業災害勞工保護法第17條：「職業疾病鑑定委員會認有必要時，得由中央主管機關安排職業疾病鑑定委員，依勞動檢查法會同勞動檢查員至勞工工作場所檢查。」甲於2019年

9月10日離職，離職3個月後（同年12月31日）取得T醫院罹患職業病證明書，因雇主對T醫院職業疾病診斷有異議，協調不成立，依法主管機關可「安排職業疾病鑑定委員，依勞動檢查法會同勞動檢查員至勞工工作場所檢查」。¹¹⁻¹²勞工若直接訴諸法院，法院似可依法請求主管機關「安排職業疾病鑑定委員，依勞動檢查法會同勞動檢查員至勞工工作場所檢查」，事涉「人因工程」專業，法院避免自為裁判，較為妥適。¹³⁻¹⁴

人因工程：人因工程學(Ergonomics)是由希臘詞根「ergon」（工作、勞動）和「nomos」（規律、規則）複合而成，本義是人的勞動規律。國際人因工程學協會(International Ergonomics Association，簡稱IEA)將人因工程學定義為：人因工程學是研究人在工作環境中的解剖學、生理學和心理學等方面的各種因素；研究人和機器及環境的相互作用；研究在工作中、家庭生活中和休假中怎樣統一考慮工作效率、人的健康、安全和舒適等問題的科學。人因工程學的命名並未統一，中國大陸有翻譯「人機工程學」、「工效學」、及「工程心理學」。近年來，使用「人因學」(human factors)有增多的趨勢。人因工程學可概分為三個領域：(1)身體人因工程(physical ergonomics)：主要是由解剖學、人體測量學、生理學、生物機械力學等因素與人體的互動，設計達到最適合勞工工作之安全合宜工作環境。(2)認知人因工程(cognitive ergonomics)：牽涉勞工洞察力、記憶力、推

理、及動作反應。與勞工有關的是操作複雜度、決策判斷、技能熟練、工作壓力、心智負荷、人機介面，尤其是需操作電腦的工作。(3)組織人因工程(organizational ergonomics)：牽涉到組織架構、社會技巧及團隊等。簡言之，職場系統某些元素不合乎人因工程學之設計時，除會造成勞工之骨骼肌肉疾病、也影響職場之環境安全衛生，職災預防與災後復工、健康管理等。^{1,11-16}

勞動檢查：本案雇主對勞工職業疾病診斷有異議，並質疑醫師未進行現場訪視，職業暴露資料偏離事實！此項爭議，T醫院回覆：「如對實際工作內容有異議，不服醫師之診斷結果，可與勞動部申請職業病鑑定。職業疾病鑑定委員會受理後，可依現行勞動部辦理職業疾病鑑定作業程序處理要點，由勞動檢查機構安排勞動檢查員，進行工作現場調查了解該工作場所職業危害，並蒐集相關事證，對受鑑定者或其家屬實施訪談及作成訪談紀錄，並告知於調查及審查期間，有新事證或需補充其他意見時，釐清勞工實際工作內容。」為解決爭議，主管機關可安排職業疾病鑑定委員，依勞動檢查法會同勞動檢查員至勞工工作場所檢查。地方法院一審採信「假設性事實」，雖有可議，地方法院二審：「系爭報告書僅依據甲之自述，並未依據現場工作之勘查，逕行認定系爭疾病為職業病，自有未洽。」勞雇雙方職災爭執，勞動檢查機構有權安排勞動檢查員，進行工作現場調查認定，地方法院一、二均審捨此不由，事實真相難明外，徒留遺憾。¹³

假設性問題：司法判決需要客觀事實與證據，「假設性的事實不是證據！」英美法的律師皆知：「假設性問題屬於卑劣的訴訟技巧！」交互詰問出現假設性問題，必遭抗議，法官也必然制止！例如：「假如該病人早30分鐘進行手術（或檢查），可否延長壽命？」、「假如該院有良好的心臟外科團隊協助，可否避免病人死亡？」原告律師或檢察官的問題裡包含「假設性的事實」，鑑定人回答後，檢察官再依據這些「不存在的事實」論證，「糊塗法官」十有八九會把這些「假設性的事實」當成「直接證據」¹⁷。本案法院問：「若甲尚從事其他工作，或其實際使用右手之情形，是否會影響其於2019年12月底經診斷為右側腕隧道症候群之結果？」T醫院回覆：「病人為傢俱工廠員工，工作中需組裝、搬運傢俱、及手時釘槍等氣動工具，屬於職業安全衛生法第6條第14項第1款所規範之重複性作業，具人因工程性危害。如雇主未能提出其依據職安法，對該重複性作業，有規劃及採取必要之安全衛生措施之證明，則勞工因執行該職務，具顯著罹患職業性肌健炎、腕道症候群之風險。雇主之自訴不影響職業病診斷。」鑑定委員應該本於良知與刑事訴訟法第155條之精神（無證據能力、未經合法調查之證據，不得作為判斷之依據。）依刑事訴訟法第166-7條：「詰問證人、鑑定人及證人、鑑定人之回答，均應就個別問題具體為之。下列之詰問不得為之。……五、對假設性事項或無證據支持之事實為之者。」本文建議鑑定證人更應本著「假設性的

事實不是證據」之精神，婉拒回答，或明白回覆：「不知道。」¹⁸

結語

人因職災：勞動檢查是主管機關的權責，事涉營業秘密，甚至機密¹⁹⁻²⁰，職業醫學專科醫師若未能獲得機關授權，入廠查核，只能囿於現實，但仍本於專業，收集多方證據，做初步的判斷。本案T醫院已明白指出係「人因工程性危害」，離職後方至T醫院診治，由於未至工作現場訪視，僅憑勞工主訴資料，受到雇主與法院質疑，人因職災爭執，法院程序上，如能移請勞工主管機關勞動檢查，補足現場相關資料，取得職業疾病鑑定審議資料，再做判決，似較為完善妥適。

參考文獻

1. 李開偉：實用人因工程學（第6版）。新北市，全華圖書；2022.
2. 潘儀聰、許昺奇：人因工程相關職業傷病案例研究(Case studies in ergonomic-related occupational diseases)。新北市，行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所；2013.
3. 陳志勇：人因工程肌肉骨骼傷病預防指引(Ergonomics guide for prevention of musculoskeletal disorders)。新北市，勞動部勞動及職業安全衛生研究所；2014.
4. 杜珮君、李永輝、劉伯祥等：重大職業災害的人因工程風險評估(Human Factors / Ergonomic Risk Analysis of Major Occupational Accidents)。勞動及職業安全衛生研究季刊2021；29(3)：85-97.
5. 楊通軒：勞工保護法－理論與實務。臺北市，五南圖書；2019.
6. 臺灣新北地方法院109年度勞簡字第24號民事判決（勞動法庭，2020年10月23日）。
7. 臺灣新北地方法院110年度勞簡上字第1號民事判決（勞動法庭，2021年5月7日）。
8. 臺灣新北地方法院110年度勞再易字第6號民事裁定（勞動法庭，2021年12月30日）。
9. 姜世明：民事訴訟法基礎論。臺北市，元照出版有限公司；2022.
10. 林洲富：民事訴訟法理論與案例(The theory and case of civil procedure)。臺北市，元照出版有限公司；2023.
11. 陳保中、潘致弘：職業災害通報及職業傷病鑑定制度研究(Study on occupational injuries and diseases notification and certification system)。新北市，勞動部勞動及職業安全衛生研究所；2017.
12. 曹常成、謝邦昌：我國職業災害因素分析與防護策略研究－製造業與營造業(Occupational accident's feature and tactic study in construction industry and manufacturing sector)。新北市，勞動部勞動及職業安全衛生研究所；2019.
13. 李右婷：我國非境外聘僱漁船作業勞工之勞動檢查制度研究(A research based on labor inspection of non-offshore employment of fishing vessels)。新北市，勞動部勞動及

職業安全衛生研究所；2020.

14. 辛格(Singer, J) 著/鄭煥昇譯：並非意外：從車禍、工傷、空難到核災，拋開「意外」思維，探究事故背後的社會失靈與卸責代價(There are no accidents : the deadly rise of injury and disaster : who profits and who pays the price)。臺北市，臉譜出版；2023.
15. 丁芮蓁、張斐淑、侯筱筠等：運用人因工程改善護理人員肌肉骨骼不適之專案(A Project Using Ergonomics to Improve the Musculoskeletal Disorders of Nurses)。慈濟護理雜誌；2023；22(3)：82-93.
16. 連一潔、魏章婷、洪怡珣：工作相關性肌肉骨骼系統疾病的復工及健康管理：文獻回顧(Return to work and Health Management in Patients with Work-Related Musculoskeletal Disorder: Literature Review)。台灣復健醫學雜誌 2018；46(2)：55-62.
17. 魏爾曼(Wellman, FL)著/周幸、陳意文譯：交叉詢問的藝術。臺北市，商業周刊出版；1999.：100-1.
18. 葛謹：共同糾正歷史錯誤－不要再糊塗下去。臺灣醫界 2012；55：50-2.
19. 黃翊安、王肇齡、葛 謹：異常事件－臺灣高雄地方法院111年度重勞訴字第6號民事判決評析。台北市醫師公會會刊2024：68(3)：38-46.
20. 汪珮渲、葛 謹：助理驗屋師－臺灣桃園地方法院112年度勞訴字第6號民事判決評析。台北市醫師公會會刊 2024：68(5)：39-46. 



淺談脊髓電刺激療法

新光吳火獅紀念醫院 麻醉科 陳瑞源 陳威廷 葉昱伶

慢性神經痛是個非常惱人的問題，不但影響生理機能造成工作力流失，也常常會伴隨著心理層面的嚴重問題，連帶使得經濟力下降，對國家社會的生產力影響甚鉅，所以歐美國家早已在慢性疼痛的治療上花費大筆醫療資源了。若以2022年美國的慢性神經痛盛行率百分之七¹來推估：目前台灣約有一百六十多萬病人深受慢性神經性疼痛所苦！慢性神經痛的治療方法有許多種：從藥物、復健、介入性疼痛治療到手術早已為大家所熟知，然而脊髓電刺激療法(spinal cord stimulation, SCS)可以算是一種相當有效的神經調控(Neuromodulation)的治療方法，但是在台灣醫界大家對此種治療比較陌生。

什麼是脊髓電刺激療法？

其實從1960年代起，醫師就開始嘗試使用電刺激來治療疼痛²。到1970年代，脊髓電刺激療法(SCS)已被廣泛應用於各種不同的慢性疼痛疾病，它是一種以微量的電來刺激脊髓神經特定的區域，以改善疼痛的治療方法。醫師通常會在病人背部靠近脊髓神經束(dorsal column)的硬脊膜外植入一條細小的電極導線並連接埋於下腹部的神經刺激器，透過電極發送微量電刺激，抑制從患處傳送至腦部的疼痛訊息，達到減輕疼痛感覺的效果，近十年來醫療科技的進展讓脊髓電刺激療法在應用範圍及減痛效果上都有更顯著的提升。³

簡介脊髓電刺激療法

脊髓電刺激療法是一個完全植入於體內的系統。植入體內部分包括：電極、刺激器；體

外調控部分包括：病人程控器和醫用程控器，用於手術後程控植入體內的裝置。

脊髓電刺激療法手術分為兩階段：SCS trial 和SCS implant。

第一階段SCS trial：病人在局部麻醉及X光影像導引之下，麻醉科醫師或神經外科醫師會在背部適當位置做穿刺，接著把電極的一端置入硬脊膜外空間適當的位置，然後測試電極的另一端則連接上暫時性電刺激器，以傳送微電流至背部脊髓神經束區域，進行電刺激測試。此時，醫生會詢問病人患處的感覺，並重覆測試，以準確判斷此位置是否與病人疼痛位置相符。接下來的3至7天的測試，醫生會程控各種不同的電刺激組成：包含了電極位置、電流強度、脈波寬度(pulse width)及頻率(frequency)，藉由調整各種電流參數來達到最佳減痛效果。如果病人的疼痛在測試期間能得到50%以上的改善，接下來病人便可考慮進行第二階段的永久性脊髓神經刺激器植入手術⁴。

第二階段SCS Implant：一般在國內由神經外科醫生執行，而國外大多是由疼痛次專科醫師來執行此一手術，病人在全身麻醉及X光影像導引之下，根據先前測試階段的最佳減痛資料，在脊椎適當的位置上做微創椎板切開術(minimal laminectomy)，將SCS implant leads 植入脊髓，接著將永久的刺激器(stimulator)植入體內。體內的電極和刺激器整個系統接合後，術中程控無誤後即可縫合手術傷口⁴。

手術後追蹤：病人必須定期回院覆診，以

確保系統操作正常。醫生會根據病人疼痛的強度及部位而調節刺激參數，以達到減輕疼痛的最佳效果。

因為此一手術費用高昂，在歐美先進國家醫療保險公司多有給付，所以被視為慢性神經痛的終極武器⁵。而台灣在2021年6月之前健保是沒有給付這個手術的，病人使用所有相關醫療材料時須連住院等費用都全自費！慶幸的是健保署在2021年6月通過了脊髓電刺激療法的手術碼，開始給付此療法手術術式及住院費用，但是病人仍需支付相關醫材的費用，其規範如下：

1. 適應症：下列疾病之慢性疼痛病人並經專科醫師以藥物及非藥物治療（復健等非侵入性處置及微創疼痛介入性治療，例如：脊椎注射止痛藥物、高頻熱凝療法、脈衝式射頻等）六個月仍未改善，且經臨床心理師或精神科醫師完成心理評估者：

- (1) 脊椎手術後疼痛症候群(Failed back surgery syndrome)。
- (2) 因外傷導致的複雜性局部疼痛症候群(Complex regional pain syndrome)。
- (3) 脊神經蜘蛛膜炎(Arachnoiditis)。
- (4) 神經根病變(Radiculopathy)。
- (5) 周邊神經病變(Peripheral neuropathy)。
- (6) 無法執行血管重建或血管重建無效之頑固型缺血性疼痛。

2. 申報應檢附術前心理衡鑑或精神科醫師評估報告。

3. 須事前審查。

4. 不得同時申報項目：83002C、83003C、32026C。

5. 經台灣麻醉醫學會及社團法人台灣神經外科醫學會核發認證之神經外科、麻醉科專科醫師執行。

6. 含一般材料費，得另加計百分之五。⁶

其中需注意的是此手術需要事先申請審查，其中需檢附精神科醫師評估報告。在國外SCS主要是由疼痛次專科醫師來執行，但在台灣只有神經外科和麻醉科醫師經過學會認證才能執行SCS手術。

脊髓電刺激療法適應症

接下來針對脊髓電刺激療法(SCS)適應症做說明：

1. 脊椎手術後疼痛症候群(Failed back surgery syndrome)

此一適應症佔台灣中重度下背痛病人的大宗，發生的原因多是以脊椎內因為開刀後產生疤痕組織或沾黏現象壓迫脊椎神經來解釋，或許也因續發性椎間盤突出或椎間盤退化或脊椎不穩定及脊椎融合後癒合不良等造成的疼痛有關。在2019年PROMISE⁷是一項多中心、前瞻性、隨機、開放標籤、平行組對照試驗，在歐美的28個研究中心進行。其研究顯示在接受治療的SCS組報告有臨床意義的下背痛降低 $\geq 30\%$ 的比例為39.2%，SCS組的平均背部和腿部疼痛分數視覺類比量表(Visual Analogue Scale, VAS)強度分別降低了2.0分。在6個月時

評估82.1%的脊髓電刺激療法(SCS)患者表示他們對治療“有些”或“非常滿意”，而對照組OMM(optimal medical management)組的此一比例為53.9%。

2. 因外傷導致的複雜性局部疼痛症候群 (Complex regional pain syndrome)

在2021年Tomas Hoikkanen, MD⁸的脊髓電刺激療法(SCS)治療複雜區域疼痛綜合症的長期結果上儘管病人無法停止或減少強效鴉片類藥物或神經性止痛藥的使用，但在平均6年的追蹤期間，70%的患者繼續使用他們的脊髓電刺激療法(SCS)裝置，顯示脊髓電刺激療法(SCS)能舒緩CRPS病患的不適。

3. 脊神經蜘蛛膜炎(Arachnoiditis)

在中樞神經系統中，神經膠質細胞包括小膠質細胞(glial cell)、星形膠質細胞(astrocyte)及寡突膠質細胞(oligodendrocyte)，與神經元的緊密聯繫對神經元興奮性的影響。在慢性疾病中，小膠質細胞和星形膠質細胞會被「激活」並導致慢性疼痛的發生。在2009年Milligan ED，就指出脊髓電刺激療法(SCS)利用電刺激刺激小膠質細胞⁹，抑制小膠質細胞和星形膠質細胞會的激活，減少疼痛。後續也有更多的文獻報告都顯示抑制小膠質細胞對疼痛是有幫助的。¹⁰⁻¹¹

4. 神經根病變(Radiculopathy)

是指一或多處神經受到影響而無法正常工作，這可能會導致疼痛，無力，麻木或難以控制特定肌肉。這類疾病很難定義，以目前發病率高的帶狀疱疹後神經痛就有部分屬於這類適

應症。

在2002年Henning Harke的研究中指出4名患有急性帶狀疱疹疼痛的病人中，植入脊髓電刺激療法(SCS)後立即有效，並在2.5個月後疼痛消退。大部分的病人在3~66個月刺激期後疼痛完全緩解而永久停止脊髓電刺激療法(SCS)，透過疼痛量表客觀化數據顯示病人的疼痛也得得到顯著改善($p < 0.001$)¹²。另外在2023年Emil Isagulyan 也分析了12篇報告134名 PHN 患者治療情況的文章，實現了長期疼痛緩解。平均 VAS 評分改善為61.4%，平均追蹤時間為12.85個月。儘管替代脊髓電刺激療法(SCS)研究的患者數量非常有限，但幾乎所有患者都對治療表現出良好的反應，疼痛分數(VAS)改善超過50%，且鎮痛劑量減少。¹³

5. 周邊神經病變(Peripheral neuropathy)。

在現代飲食習慣過於精緻下很容易造成糖尿病的產生，易造成的足部周邊動脈阻塞(peripheral arterial disease, PAD)，或是其他感覺神經疾病。伴隨著嚴重的周邊神經病變（糖尿病周邊神經病變），患者感覺痛的能力會減弱，因此會長期沒注意到腿部的小傷口，最後變成糖尿病足潰瘍。

此類傷口的治療方法很多，一般採取保守治療。在2003年Amann等學者¹⁴的研究指出脊髓電刺激療法(SCS)與保守治療相比，脊髓電刺激療法(SCS)治療不可重建的嚴重腿部缺血可顯著提高肢體存活率。2017年歐洲心臟學會的治療準則已將脊髓電刺激療法納入缺血性疼痛的治療準則之一。

6. 無法執行血管重建或血管重建無效之頑固型缺血性疼痛。

脊髓電刺激療法(SCS)應用在血管硬化阻塞造成的缺血性疼痛的作用機制以往尚未完全清楚，然而在歐洲已是脊髓電刺激療法(SCS)植入佔最多的病人族群，病人常常因為腎功能欠佳，無法使用顯影劑做血管介入手術，或是洗腎的病人本身血管就狹窄無法執行血管重建手術，這時脊髓電刺激療法(SCS)就是一個治療的選項。在2013年Joseph J. Naoum¹⁵試著解釋脊髓電刺激療法(SCS)的機轉提到：將帶有電極的裝置植入硬膜外腔以刺激感覺纖維。這會活化細胞訊號分子，進而導致血管舒張分子的釋放、血管阻力的降低、平滑肌細胞的鬆弛。脊髓電刺激療法(SCS)也同時可以抑制交感血管收縮和疼痛傳遞。當根據微循環參數選擇患者時，脊髓電刺激療法(SCS)治療可以顯著改善疼痛緩解，阻止潰瘍進展，並有可能實現保肢¹⁶⁻¹⁸。Spincemaille等人亦指出，當仰臥位和坐位時經皮血氧測試(TcpO₂)基線差異 ≥ 15 mm Hg 時，脊髓電刺激療法(SCS)的保肢率為88%¹⁹。在2021年Anna E. Cyrek也提出對於不適合血管重建的病人，脊髓電刺激療法(SCS)是一種有效的替代方案。保肢的結果取決於血管專家對病人的嚴格選擇以及術後程控的頻率，對於 Fontaine III 期的病人可能更為有益²⁰。

「免除疼痛，是基本的醫療人權問題」，綜合以上所述，脊髓電刺激療法(SCS)早已應用在各種不同原因的中重度慢性神經痛，而且

能有效地減輕病人的疼痛。台灣在2021年6月健保署納入此項給付後，加上相關醫學會的推廣及教育，已造福不少長年為慢性疼痛所苦的病人，然而仍有許多中重度慢性神經痛病人，因經濟條件無法負擔自費醫材的費用而對此項治療望之卻步，筆者衷心冀盼健保署能早日更進一步給付相關醫材費用以造福更多為疼痛所苦的人民。

參考文獻

1. Duca LM, Helmick CG, Barbour KE, et al: A review of potential national chronic pain surveillance systems in the United States. *J Pain* 2022; 23(9): 1492–509.
2. Gildenberg PL: History of electrical neuromodulation for chronic pain. *Pain Medicine* 2006; 7(suppl_1): S7-13.
3. Verrills P, Sinclair C, Barnard A: A review of spinal cord stimulation systems for chronic pain. *J Pain Res* 2016; 9: 481–92.
4. North RB, Linderth B: Spinal cord stimulation. In Ballantyne JC, Fishman SM, Rathmell JP, eds. *Bonica's Management of Pain*. 5th ed, 2019. Wolters Kluwer, Philadelphia, US. P.1579-82.
5. Isagulyan E, Slavin K, Konovalov N, et al: Spinal cord stimulation in chronic pain: technical advances. *Korean J Pain* 2020; 33(2): 99–107.
6. 衛生福利部中央健康保險署：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（113年

- 版)。第二部第二章第七節 P.130 -31.
7. Rigoard P, Basu S, Desai M, et al: Multicolumn spinal cord stimulation for predominant back pain in failed back surgery syndrome patients: a multicenter randomized controlled trial. *Pain* 2019; 160(6): 1410–20.
 8. Hoikkaenen T, Nissen M, Ikäheimo TM, et al: Long-term outcome of spinal cord stimulation in complex regional pain syndrome. *Neurosurgery* 2021; 89(4): 597–609.
 9. Milligan ED, Watkins LR: Pathological and protective roles of glia in chronic pain. *Nat Rev Neurosci* 2009 ;10(1): 23-36.
 10. Donnelly CR, Andriessen AS, Chen G, et al: Central nervous system targets: glial cell mechanisms in chronic pain. *Neurotherapeutics* 2020; 17(3): 846–60.
 11. Ji RR, Donnelly CR, Nedergaard M: Astrocytes in chronic pain and itch. *Nat Rev Neurosci* 2019; 20(11): 667–85.
 12. Harke H, Gretenkort P, Ladleif HU, et al: Spinal cord stimulation in postherpetic neuralgia and in acute herpes zoster pain. *Anesth Analg* 2002; 94(3): 694-700.
 13. Isagulyan E, Tkachenko V, Semenov D, et al: The effectiveness of various types of electrical stimulation of the spinal cord for chronic pain in patients with postherpetic neuralgia: a literature review. *Pain Res Manag* 2023; 2023: 6015680.
 14. W Amann, P Berg, P Gersbach, J Gamain, et al: Spinal cord stimulation in the treatment of non-reconstructable stable critical leg ischaemia: results of the European Peripheral Vascular Disease Outcome Study (SCS-EPOS). *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2003; 26(3): 280-6.
 15. Joseph J Naoum, Elias J: Arbid. Spinal cord stimulation for chronic limb ischemia. *Methodist Debaque Cardiovasc J* 2013; 9(2): 99-102.
 16. Brümmer U, Condini V, Cappelli P, et al: Spinal cord stimulation in hemodialysis patients with critical lower-limb ischemia. *Am J Kidney Dis* 2006; 47(5): 842–7.
 17. Pedrini L, Magnoni F: Spinal cord stimulation for lower limb ischemic pain treatment. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2007; 6(4): 495–500.
 18. Deer TR, Raso LJ: Spinal cord stimulation for refractory angina pectoris and peripheral vascular disease. *Pain Physician* 2006; 9(4): 347–52.
 19. Spincemaille GH, de Vet HC, Ubbink DT, et al: The results of spinal cord stimulation in critical limb ischemia: a review. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2001; 21(2): 99–105.
 20. Cyrek AE, Henn N, Meinhardt F, et al: Improving limb salvage for chronic limb-threatening ischemia with spinal cord stimulation: A retrospective analysis. *Vasc Endovascular Surg* 2021; 55(4):367-73. 

淺談惡魔之癢： 慢性自發性蕁麻疹

臺北市立聯合醫院和平婦幼院區 皮膚科 劉康玲 李孟穗

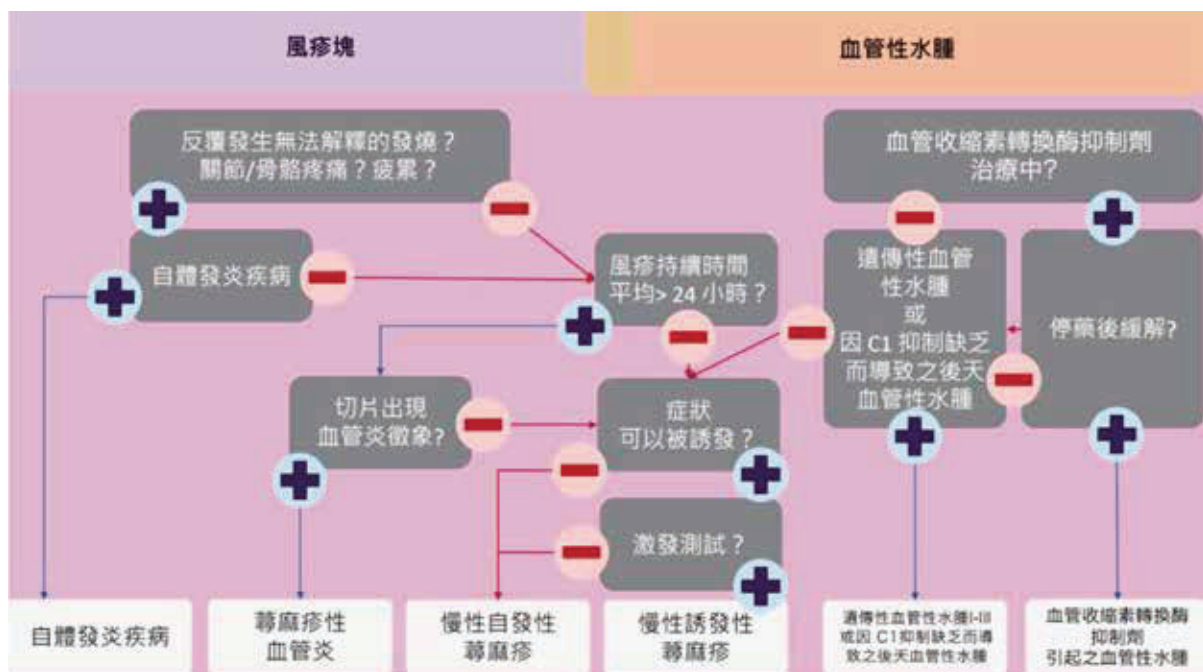
學術專論・淺談惡魔之癢：慢性自發性蕁麻疹

金庸筆下小說「天龍八部」其中一角色曾投毒以控制其下屬，中毒者症狀「奇癢遞加九九八十一日，然後逐步減退，八十一日之後，又再遞增，如此周而復始，永無休止」。這樣的症狀不僅在故事出現，也同時可能是慢性自發性蕁麻疹(Chronic Spontaneous Urticaria, CSU)患者的生活寫照。在國外，也以「惡魔之癢」來形容CSU。慢性自發性蕁麻疹來去無蹤，幾乎無法預期下一次出現症狀的時間，使患者承受無法預期而又巨大的心理負擔及生活影響¹。

分類、症狀與診斷

蕁麻疹可依照症狀持續時間是否超過六週分為急性或慢性蕁麻疹，而慢性蕁麻疹又可以依照症狀是否因外在誘發性因素引起來

區分成慢性誘發性蕁麻疹(Chronic Inducible Urticaria, CIndU)與慢性自發性蕁麻疹(Chronic Spontaneous Urticaria, CSU)²。CIndU常是患者反覆接受到誘發性因素導致症狀產生，常見分類包含冷因性、熱性、日光性、水因性、接觸性與膽鹼性等。而雖然外源性的刺激可能惡化CSU的症狀，CSU的發生多和外源性的刺激無關，也由於多數CSU的發生都和外在刺激無關，國內外治療指引都認為為了尋找蕁麻疹的成因而在這類病人身上進行一系列篩檢並非初期診斷必要的^{2,3}。當病人出現風疹或血管性水腫時，「詢問病史」是蕁麻疹照護重要的一環（如圖一）。根據台灣皮膚科醫學會2021年的蕁麻疹定義、分類、診斷暨治療共識建議，尤其針對疾病維持超過六週的病患，應詢問病人



圖一 呈現風疹、血管性水腫症狀之病人診斷流程²

表一 蕁麻疹病人應考量之疾病特色與病史

疾病特色	病史
發病時間	家族和個人的蕁麻疹與異位性體質(atopy)病史
頻率/持續時間	之前或目前的過敏、感染、內科疾病或其他可能成因
日夜變化	身心和精神疾病
發生時機與週末、節假日、季節、出國旅行的相關性	與月經週期間的關聯性
風疹塊的形狀、大小與分布	吸菸習慣（尤其是使用芳香菸產品）
是否連帶血管性水腫	工作類型
連帶病灶的主觀症狀，例如發癢和疼痛	嗜好
	壓力（良性壓力和困擾）
	之前的療法和治療反應
	之前的診斷程序/ 結果
	無汗症或少汗症病史

以下情事供治療時參考（如表一），並建議診斷性檢測包含血球分類計數、D-Dimer、紅血球沉降速率或C反應蛋白，再根據個別病史與結果執行進一步的鑑別診斷。

治療

目前的治療多圍繞在肥大細胞，如針對組織胺及活肥大細胞的物質進行結合，其他包含抑制肥大細胞活化或減少肥大細胞的治療策略也正在臨床試驗發展中。以國外的治療建議來說，治療的目標應放在病人完全沒有症狀，直至病情自行消退(remission)。而國內目前的指引共識則認為，將病人控制在蕁麻疹活性量表(Urticaria Activity Score, UAS/UAS7) UAS7 ≤ 5 分已可大幅改善病人生活品質。為達到治療目標，「持續用藥」是一大重點。治療選擇應以持續用藥下對病人造成最小影響的方向進

行考量。而第一代抗組織胺有諸多如嗜睡等造成病人困擾的副作用，目前已不建議使用在慢性蕁麻疹的常規治療中。因此，被普遍認為較不會造成嗜睡的第二代抗組織胺會是CSU治療的首選，當標準劑量的第二代抗組織胺無法有效控制患者症狀時，應嘗試持續增加同一種抗組織胺劑量至四倍。比起併用其他第二代抗組織胺，調整同一種藥物的劑量將更有機會^{2,4}。若症狀在四倍第二代抗組織胺治療2到4周仍未達治療目標，則可以考慮往下一線藥物進行選擇。若此時於急性發作期，可考慮使用系統性類固醇，但須注意為短期使用。目前臨床實證充足的藥物為omalizumab，於指引中建議在服用第二代抗組織胺的情況下加上omalizumab。國內治療指引將cyclosporine作為omalizumab後的第四線用藥，而國外指引將cyclosporine與其他藥物歸類為其餘替代藥物類別。目前健

表二 蕁麻疹活性量表(Urticaria Activity Score, UAS) (UAS7 Score 蕁麻疹活性7日量表)

症狀 程度	24小時內膨疹數量				搔癢程度				分數加總
	沒有	小於 20個	20- 50個	多於 50個	沒有	有點癢但不 造成困擾	癢感有造成困 擾，但不影響日 常生活及睡眠	癢感已嚴重 到影響日常 生活與睡眠	
第一天	0	1	2	3	0	1	2	3	
第二天	0	1	2	3	0	1	2	3	
第三天	0	1	2	3	0	1	2	3	
第四天	0	1	2	3	0	1	2	3	
第五天	0	1	2	3	0	1	2	3	
第六天	0	1	2	3	0	1	2	3	
第七天	0	1	2	3	0	1	2	3	

表三 蕁麻疹控制檢測 (Urticaria Control Test, UCT²⁾)

1. 在過去四週內，蕁麻疹的身體症狀（發癢、風疹塊 [傷痕] 和/或腫脹）對您造成多大的困擾？				
非常大（0分）	大（1分）	有些（2分）	很小（3分）	完全沒有（4分）
2. 在過去四週內，蕁麻疹對您的生活品質造成多大的影響？				
非常大（0分）	大（1分）	有些（2分）	很小（3分）	完全沒有（4分）
3. 在過去四週內，您的蕁麻疹治療不足以控制蕁麻疹症狀的頻率為？				
非常大（0分）	大（1分）	有些（2分）	很小（3分）	完全沒有（4分）
4. 整體而言，在過去四週內，您的蕁麻疹控制情況如何？				
非常大（0分）	大（1分）	有些（2分）	很小（3分）	完全沒有（4分）

保針對慢性自發性蕁麻疹並無給付抗組織胺之外的用藥，用藥的選擇應以安全性、病人的治療目標與經濟考量來和病人共同制定最符合患者需求的治療。

評估

目前常用的量表為蕁麻疹活性量表（Urticaria Activity Score, UAS，表二）與蕁麻疹控制檢測（Urticaria Control Test, UCT，

表三²⁾。UAS為一七日分數量表，由病人紀錄過去一周風疹、搔癢等症狀，換算分數後加總。一般來說，UAS 28分以上將被分類為嚴重的蕁麻疹患者；若能將UAS改善至以下6分以下則可視為目前疾病獲得良好控制。UAS除使用簡單外，也是全世界與臨床試驗廣泛使用的分數，可做為蕁麻疹研究的共同語言。

另一種評估方式：UCT，則是一已通過

驗證的病患疾病狀態評估方法，目的在於明確定義疾病控制良好與否，進一步作為調整用藥的依據⁶。若UCT可維持在16分，則可以開始考慮降階患者的治療；若病人始終無法超過12分，則應考慮調整病人用藥或考慮下一線藥物治療。

結語

直至今日，慢性自發性蕁麻疹仍存在許多待解答的謎團。找出客觀的預測因子以反映疾病嚴重程度、預測其用藥反應及停藥契機，都是未來可努力的方向。此外，讓病人有正確的預期，如教育病人認知慢性自發性蕁麻疹並非偶發的過敏疾病，未必是外部過敏原所導致，且需要將之視為慢性疾病持續規律吃藥等等。當病人與醫師站在同一陣線及頻率上時，後續治療的調整方能發揮其功效。

參考資料

1. Saini SS, Kaplan AP: Chronic spontaneous urticaria: the devil's itch. *J Allergy Clin Immunol Pract*; 6(4): 1097-106.
2. Cho YT, Chan TC, Lee CH, et al: Taiwanese dermatological association consensus for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: A 2021 update. *J Formos Med Assoc* 2022; 121(7): 1191-203.
3. Zuberbier T, Abdul Latiff AH, Abuzakouk M, et al: The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy* 2022; 77(3): 734-66.
4. Schulz S, Metz M, Siepmann D, et al: Antipruritische Wirksamkeit einer hoch dosierten Antihistaminikatherapie. Ergebnisse einer retrospektiv analysierten Fallserie [Antipruritic efficacy of a high-dosage antihistamine therapy. Results of a retrospectively analysed case series]. *Hautarzt* 2009; 60(7): 564-8.
5. Maurer M, Rosén K, Hsieh HJ, et al: Omalizumab for the treatment of chronic idiopathic or spontaneous urticaria. *N Engl J Med* 2013; 368(10): 924-35.
6. Weller K, Groffik A, Church MK, et al: Development and validation of the Urticaria Control Test: a patient-reported outcome instrument for assessing urticaria control. *The Journal of allergy and clinical immunology* 2014; 133(5):1365-1372, 1372.e1361-1366.



COVID-19疫情對失智症病人的影響及照護之建議

¹臺北榮民總醫院家庭醫學部 ²臺北榮民總醫院新竹分院

李聖芳¹ 張曉婷¹ 林明慧¹ 陳曾基²

從2019年底開始，由SARS-CoV-2病毒所造成的大規模嚴重特殊傳染性肺炎(Coronavirus disease 2019, COVID-19)疫情在全世界蔓延¹。為了防堵疫情擴散，除了做好個人衛生防護以外，各國政府也提出各種措施和建議，如：保持社交距離、待在家裡避免非必要的外出、禁止旅遊、封城等。隨著2021年5月臺灣疫情升溫，中央流行疫情指揮中心宣布雙北市在2021年5月15日進入三級警戒，加嚴、加大限制措施，除關閉休閒娛樂場所、觀展觀賽場所、教育學習場域、日間照顧中心、老人共餐中心等，社區式長照機構也暫停探視。因應台灣各地持續有本土案例，全台灣則是從2021年5月19日進入三級警戒，直至2022年3月1日起才取消警戒分級²。強制執行以上這些規範可預防COVID-19的傳染，然而，其對身心造成的壓力也不可被忽視。

根據台灣本土之研究統計，65歲以上的失智症比例介於6.55%至10.5%之間，盛行率隨著年紀增長越來越高³。這些病人是COVID-19重症的高危險群，也是感染後死亡率偏高的族群。但是，失智病人因為無法理解或記住該做的個人防護反而更容易暴露在病毒的威脅之下。根據2020年發表的失智症預防措施，憂鬱、低度身體活動、社交孤立都是失智症的高危險因子，這同時也是隔離對心理健康常見的負面影響⁴。此篇文章主要目的為探討COVID-19疫情對失智症病人造成的影響以及後疫情時代對於失智症病人相關照護之建議。

本研究主要運用文件分析法，使用關鍵

字「COVID-19」、「dementia」、「social isolation」於Pubmed蒐取相關文獻。所蒐取文獻發表期間為2019年10月至2024年1月，共搜尋到225篇文獻，其中37篇被認為與本研究主題有重要相關性。研究者將蒐集到的文件及文獻逐一檢視分析，摘取其相關訊息，並統整分析成研究發現。

COVID-19疫情對失智症病人的影響

一、對篩檢及診斷的影響

疫情期間，失智症的篩檢和轉介量下降。在英國，2017年2月至2019年1月期間，65歲以上族群的失智症診斷率為67.9%，然而此診斷率在2020年3月開始有下降的趨勢，從2020年3月的67.4%下降到2023年2月的62%，其原因可能與疫情期間基層醫師轉診率下降和失智症病人的死亡率升高有關⁵。瑞典一篇研究收集了國家衛生和福利委員會的資料庫中與失智症相關的診斷碼後發現2020年全國失智診斷發生率的變化為負20%。進一步分析則發現，瑞典各區域的COVID-19發病率的增加，與失智診斷發病率下降有關，其原因可能與疫情期間醫療量能集中至急性醫療部門及老人就醫次數減少有關⁶。

臺灣各縣市政府提供65歲以上老年人每年免費的老人健檢，內容除了成人健檢所含之抽血項目，額外提供憂鬱篩檢、失智篩檢、胸部X光、心電圖、甲狀腺功能篩檢、肝癌篩檢等項目。目前各縣市大部分老人健檢所使用之認知功能評估為極早期失智症篩檢量表

(Ascertain Dementia-8, AD-8)。AD-8為美國華盛頓大學所發展出來，可用於篩檢極早期的失智症，施測結果有兩題以上回答「是」者，就可能有早期失智症，建議進一步轉介。該量表在國外使用的敏感度為74%，特異性為86%；國內使用的敏感度為97.6%，特異性為78.1%⁷。在疫情期間，因醫療量能不足，為集中醫療資源抗疫，許多縣市暫停了老人健檢的服務，這也使失智症篩檢人數有可能因此下降。然而，在疫情期間，臺灣的失智症診斷率究竟受到多大的影響，尚需更多研究去討論及證實。

二、對於臨床症狀的影響

一篇系統性文獻回顧收集了15篇共6442人並分析COVID-19隔離措施對失智者的影響，包含居家照護和機構的患者。研究發現12-80%的居家失智症病人在封城期間認知功能下降，其中75%的文獻認為病人的認知功能下降大於50%，注意力、記憶力、定向力和溝通是最受影響的認知功能⁸。大部分的研究都發現新發生或惡化的行為精神症狀(behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD)，以焦慮、情緒淡漠、憂鬱、躁動最常被提及，相關抗精神病藥物、抗焦慮藥物、失眠藥物的使用也因此增加7-27%。據觀察，隔離期間輕度失智症病人發生惡化的行為精神症狀相較嚴重的失智症病人來的多，可能原因為輕度失智症病人對於疫情的風險有更高的認識，且日常生活也更受到影響⁸。此一文

獻共有13篇針對居家失智病人的研究，其中有6篇文章提及居家失智症病人日常生活功能(activity of daily living, ADL)的變化，但其下降比例的變異性極大(0-34%)，可能原因為各個研究所使用的ADL量表不同⁸。

因安養機構在COVID-19流行期間的管控及探訪措施更為嚴格，針對住在機構的失智症住民研究較少。一篇愛爾蘭的研究針對機構失智者的訪客做線上問卷分析，以了解護理機構探訪限制對於失智症病人的影響，共收集了162份有效問卷。約半數的訪客認為機構的失智症住民記憶力下降，憂鬱和焦慮量表上升，43%的人在問卷調查中認為病人的ADL下降⁸。另一篇則是法國在安養院禁止所有探視時所進行的研究，研究人數共58名，由安養院的工作人員協助進行評估機構住民，其抑鬱和焦慮評分都有增加⁸。

COVID-19疫情對失智症病人之照顧者的影響

疫情嚴峻時，英國的日間照護及失智據點服務均暫停，失智症病人只能待在家裡，對家人和照顧者造成很大的居家照顧壓力。這些變化造成照顧者孤獨、憂鬱、焦慮、和失眠的情形增加⁹。受到疾病影響，失智者難以理解及落實防疫措施，比如維持社交距離、戴口罩，也無法理解照顧者為何不讓他們出門。照顧者因為擔心旁人眼光和染疫的壓力，不願意在疫情期間陪伴失智症病人出門，也不敢讓病人獨自出門⁹。部分照顧者認為失智症病人在疫情

期間更加依靠照顧者，工具性日常生活活動 (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) 功能下降，這讓照顧者擔心疫情過後的照顧壓力無法減少⁹。有研究發現照顧者在面對這些壓力時傾向用情緒為導向而非問題為導向的處理策略，這可能會惡化失智症病人的情緒症狀⁸。

COVID-19 疫情下與後疫情時代照護之建議

一、居家照顧的失智者

1. 預防感染

COVID-19 可藉由感染者釋放出含有病毒的大小不一飛沫顆粒透過吸入、直接或間接接觸途徑傳播。維持手部衛生習慣、戴口罩或面罩可以預防吸入或碰觸到帶有病毒的飛沫。避免去人多擁擠不通風的場所，並維持適當的社交距離。定時消毒清潔居家環境，開窗戶維持空氣流通都是預防 COVID-19 感染的方法^{2,10}。

失智症病人也許會因為環境的改變而感到不安，也可能無法理解防疫措施，照顧者要耐心地向失智症病人用可以理解的方式清楚說明戴口罩或洗手方式，並且增加物品和環境的消毒頻率。在大門口、洗手台或適當位置可以張貼告示提醒失智者遵守防疫規定¹¹。另外，為了預防 COVID-19 感染，台灣失智症協會建議失智者若沒有相關禁忌症都建議施打 COVID-19 疫苗¹¹。歐洲、英國與加拿大阿茲海默症協會也認為失智症病人是 COVID-19 重症的高危險群，強烈建議施打

COVID-19 疫苗¹²⁻¹⁴。

隨著 COVID-19 輕症化，類流感門急診就診人數已有逐漸上升趨勢。失智症盛行率隨著年齡增長逐漸增加，高齡族群除了是 COVID-19 重症高危險群，也是流感重症高危險群。此外，他們也比一般族群更容易得到侵襲性肺炎鏈球菌感染症^{4,13}。進入了後疫情時代，每人皆需做好手部衛生與咳嗽禮節，並落實勤洗手，這是預防感染的不二法則。除了施打 COVID-19 疫苗追加劑以提升免疫保護力，也建議符合公費資格病人施打流感疫苗及肺炎鏈球菌疫苗，預防相關重症感染²。

2. 應用遠距醫療進行失智症診斷及診療

為避免前往高感染風險地區如醫療院所，視訊看診和電話診療是可行的替代方案。一篇加拿大的系統性文獻回顧整理了電話問診針對認知能力評估的準確度，其中 Telephone Interview for Cognitive Status (TICS) 及 modified TICS (TICSm) 最常被使用。TICS 在診斷失智症病人的準確度和敏感度和 Mini-Mental State Exam (MMSE) 沒有差別，TICSm 在篩檢輕度認知功能障礙上有更好的效果。Montreal Cognitive Assessment (MoCA) BLIND 用於電話問診診斷輕度認知障礙的敏感度為 63%、準確度為 98%¹⁵。相較於電話問診，視訊問診可以做更完整的認知功能評估，研究發現視訊問診和面對面問診在診斷失智症上並沒有差別¹⁶。除了診斷

和追蹤失智症病人的認知功能，也可利用遠端醫療做焦慮及憂鬱的評估、功能評估、提供照顧者支援或衛教，減少急診就醫率及住院率^{15,17}。

大部分病人和照顧者對於遠距醫療都是給予滿意的回饋，參與者也很願意推薦給其他的病友¹⁸。不過，遠距醫療還是有其限制，如：病人或家屬需要操作電腦、網路的速度會影響到看診的品質、視訊失敗時的替代方案，聽力和視力障礙的人不適合使用等^{15,18}。另外，受測驗時的環境也可能影響到測驗的結果，比如房間裡的日曆、同住者的提醒、筆記等都會造成干擾¹⁵。

遠距醫療在後疫情時代逐漸受到重視，衛生福利部於2024年初發布修正通訊診察治療辦法，擴大遠距醫療收案的特殊情形，包含「慢性病照護計畫收案病人」、「疾病末期照護」、「矯正機關收容照護」、「行動不便照護」及「災害、傳染病或其他重大變故照護」等五項⁴。對於行動不便或合併其他慢性病的失智病人來說，遠端醫療增加了醫療的可近性，可及時給予適當的評估與治療。另外，針對失智症早期的病人也可在評估其具備意思能力後，進行預立醫療照護諮商，簽署預立醫療決定書，而末期失智症病人則可視其需求提供即時的安寧緩和療護，在生命末期時提供舒適善終照顧。目前，遠距醫療尚在持續發展中，隨著臺灣法令不斷與時俱進，未來病人可得到更及時及合適的醫療照護。

3. 居家復健以減少認知功能的衰退

WHO建議成年人及大於65歲的老年人一個禮拜要有150至300分鐘的中強度運動或是75至150分鐘的高強度運動，搭配一個禮拜至少兩次的肌力訓練，對大於65歲老年人的運動處方則特別強調一個禮拜大於三次的平衡功能及肌力訓練來維持功能及預防跌倒。居家隔離期間，可以增加走路跟站起的時間、使用線上課程或影片作為輔助、利用手機或平板的apps、做家事等來達到WHO建議的目標¹。平衡感訓練、協同訓練、認知功能訓練對刺激神經系統有幫忙，可以減少跌倒的風險及認知功能的衰退。有不穩定慢性疾病或身體活動限制的病人，在做運動的時候需要有人在旁邊監督避免受傷¹⁸。

4. 維持心理健康之方式

許多研究都顯示COVID-19疫情下的社交隔離對於心理健康有負面的影響，針對失智症病人的研究發現BPSD、焦慮、憂鬱的情形有變多的情形，且相較健康年輕人可以緩解負面情緒的資源更少。照顧者可以利用電話、視訊維持失智症病人和家人及朋友的聯繫。除此之外，盡量維持規律作息、健康飲食、及適當的身體活動，避免持續觀看COVID-19相關的負面報導。對認知功能下降的病人可以藉由簡單好懂的圖像來輔助給予正確的資訊^{10,11,18}。

失智者若因為防疫措施出現躁動不安，甚至攻擊行為的徵兆出現時，可以先嘗試轉

移病人的注意力，給予安撫，如果情況惡化、頻率增加，有自傷、傷人可能時，建議尋求精神醫療相關資源¹¹。

二、機構照顧的失智者

住宿式長照機構的失智症者大多是中重度無法自理生活的病人，同時也是高風險群聚感染的族群。長照機構的工作人員在進入機構時應量體溫，確保環境衛生並落實個人防護，接觸病人前後應清潔雙手。可以將吃飯時間或位置分散以維持社交距離，也建議將公用器具改為私人使用，避免交互感染¹⁰。

失智症病人罹患COVID-19的表現通常是無徵狀或非典型的，其表現可以是低活動度譫妄，因此在沒有核酸檢測(polymerase chain reaction, PCR)的情況下會更難診斷。一篇英國針對療養院的研究，其住民57%罹患失智症，針對住民進行普篩後發現PCR陽性的病人中，43%的人沒有症狀，在研究期間的兩個月內死亡率為26%¹⁹。COVID-19在失智症病人的不典型表現造成機構內更容易潛伏無症狀感染者，造成機構內的群聚感染，機構內的醫事人員應隨時掌握病人的臨床變化，早期診斷、早期治療、早期轉診，避免疫情的擴散。

機構可以定期定時協助失智者透過電話或視訊與親友互動、鼓勵親友寄信或照片給失智者，並定時向家屬說明防疫措施以及失智者身心狀況，讓家屬安心¹¹。另外，機構應盡量維持病人作息穩定、維持運動習慣，可提供藝術治療、音樂治療及寵物治療等，避免失智者身

心功能退化更快速。

三、失智症病人的照顧者及同住者

照顧者及同住者除了落實個人防護、做好個人衛生以外，也建議施打疫苗預防感染，臺灣失智症協會及歐洲阿茲海默症協會皆有呼籲失智症病人的照護者應盡早施打疫苗，以避免傳染給為COVID-19重症高危險群的失智症家人^{11,12}。照顧者要更加注意失智病人的身體狀況及臨床症狀，如果有任何變化應隨時就醫。在隔離期間，可以使用電話或網路與病人聯繫，可教導病人如何使用網路並使用網路上失智症病人相關的線上課程或運動復健等資源¹⁰。

照顧者的身心健康和被照顧者的身心健康一樣重要，大多數失智症協會發表的COVID-19照顧指南都著重於失智症病人，較少針對主要照顧者給予建議。然而，研究發現多數的主要照顧者在隔離期間會產生新的焦慮、不知所措、和無助感之症狀，而且這些症狀與照護負擔增加有極大的相關性。藉此，情感支持、宗教、正向思考可以預防照顧者過度焦慮的產生，並且來自外界足夠的支持可以降低主要照顧者的負擔。此外，專業醫療人員可以提供遠端醫療和社區資源的轉介，以維護照顧者的身心健康²⁰。

結語

COVID-19的疫情對失智者及其照顧者身體、心理、社會層面都造成很大的衝擊，特別是發現到BPSD有增加的趨勢。失智症病人是

感染COVID-19的高危險群，因為病況緣故，他們更需要照顧者或是機構的照顧人員從旁協助來做好個人防護以避免感染。若沒有相關禁忌症目前建議施打最新的COVID-19疫苗來避免感染以及重症的發生。疫情隔離期間，可藉由遠端醫療評估及診斷失智症，照顧者則可以靠著醫護人員的專業來調整藥物或是評估是否有需要後送急診的必要。除此之外，隔離期間可以利用視訊的方式和家人聯繫，利用線上課程維持和社區的連結。隨著後疫情時代來臨，各項防疫措施放寬、失智社區服務據點及日間照顧中心重啟服務、住宿式長照機構探訪管理作業放寬，失智症病人的生活也逐漸回復至疫情前的照護模式^{4,17}。疫情過後，政府為提升醫療的近便性，預計於2024年中放寬遠距醫療的照顧對象，相信此法令對行動不便的中重度失智症病人可提供更及時的醫療協助⁴。失智症病人應維持適量運動、規律作息、健康飲食，用健康的身體及心理面對後疫情的挑戰。

參考文獻

1. World Health Organization: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Accessed January 1, 2024
2. 衛生福利部：焦點新聞。2024年1月22日，取自 <https://www.mohw.gov.tw/np-16-1.html>.
3. Liu CC, Liu CH, Sun Y, et al: Rural-urban disparities in the prevalence of mild cognitive impairment and dementia in Taiwan: A door-to-door nationwide study. *J Epidemiol* 2022; 32(11): 502-9.
4. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, et al: Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet* 2020; 396 (10248): 413-46.
5. Hazan J, Liu KY, Isaacs JD: Has COVID-19 affected dementia diagnosis rates in England? *Int J Geriatr Psychiatry* 2023; 38(7): e5976.
6. Axenhus M, Schedin-Weiss S, Tjernberg L, et al: Changes in dementia diagnoses in Sweden during the COVID-19 pandemic. *BMC Geriatr* 2022; 22(1): 365.
7. Yang YH, Galvin JE, Morris JC, et al: Application of AD8 questionnaire to screen very mild dementia in Taiwanese. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2011; 26(2): 134-8.
8. Suárez-González A, Rajagopalan J, Livingston G, et al: The effect of COVID-19 isolation measures on the cognition and mental health of people living with dementia: A rapid systematic review of one year of quantitative evidence. *Eclinicalmedicine* 2021; 39: 101047.
9. Hanna K, Giebel C, Tetlow H, et al: Emotional and mental wellbeing following COVID-19 public health measures on people living with dementia and carers. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2022; 35(3): 344-52.

10. Ryoo N, Pyun JM, Baek MJ, et al: Coping with dementia in the middle of the COVID-19 pandemic. *J Korean Med Sci* 2020; 35(42): e383.
11. 台灣失智症學會：疫情急遽升溫 須多管齊下避免失智成防疫缺口。2021年5月20日，取自<http://www.tada2002.org.tw/Messages/Content?Id=1149>.
12. Alzheimer Europe: COVID-19 vaccinations and dementia. <https://www.alzheimer-europe.org/policy/positions/covid-19-vaccinations-and-dementia>. Accessed May 7, 2021
13. Alzheimer's Society UK: Dementia and coronavirus risk. <https://www.alzheimers.org.uk/get-support/coronavirus/dementia-risk#4>. Accessed August 19, 2022
14. Alzheimer Society of Canada: COVID-19 Vaccination Rollout. <https://alzheimer.ca/en/whats-happening/news/covid-19-vaccination-rollout>. Accessed February 1, 2021
15. Geddes MR, O'Connell ME, Fisk JD, et al: Remote cognitive and behavioral assessment: Report of the Alzheimer Society of Canada Task Force on dementia care best practices for COVID-19. *Alzheimers Dement (Amst)* 2020; 12(1): e12111.
16. Watt JA, Lane NE, Veroniki AA, et al: Diagnostic accuracy of virtual cognitive assessment and testing: Systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2021; 69(6): 1429-40.
17. Costanzo MC, Arcidiacono C, Rodolico A, et al: Diagnostic and interventional implications of telemedicine in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment: A literature review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2020; 35(1): 12-28.
18. Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, et al: Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: mental and physical effects and recommendations. *J Nutr Health Aging* 2020; 24(9): 938-47.
19. Graham NSN, Junghans C, Downes R, et al: SARS-CoV-2 infection, clinical features and outcome of COVID-19 in United Kingdom nursing homes. *J Infect* 2020; 81(3): 411-9.
20. Hwang YJ, Connell LM, Rajpara AR, et al: Impact of COVID-19 on dementia caregivers and factors associated with their anxiety symptoms. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2021; 36: 15333175211008768. 

超越神秘：透過魔術增強長者認知功能和心理健康

¹王肇陽皮膚科診所 ²國立成功大學醫學院附設醫院家庭醫學部

³國立成功大學管理學院體育健康與休閒研究所

⁴國立成功大學醫學院附設醫院高齡醫學部 ⁵社區健康照護中心

李貫廷^{1,2} 王維理² 蔡佳良³ 楊宜青^{2,4,5}

長者健康的重大挑戰：失智與憂鬱

隨著台灣進入高齡化社會，老年人群中的兩大健康挑戰——失智症與憂鬱症，也日益受到重視。根據聯合國世界衛生組織的定義，我國自1993年起步入高齡化社會，2018年轉變為高齡社會，推估2025年老年人口的比例將超過20%，使台灣成為超高齡社會¹。隨著慢性病和共病症的增加，老年人面臨失能的風險亦趨上升，這不僅影響其生命尊嚴與生活品質，同時對社會的整體健康照護系統更進一步造成負擔。在眾多導致老年失能的因素中，失智症與憂鬱症居於關鍵位置；因此，改善老年人的認知功能與心理健康，以降低這兩種疾病的發生風險，成為了預防及延緩老年失能的重要目標。

失智與憂鬱的治療策略：連續體概念的應用

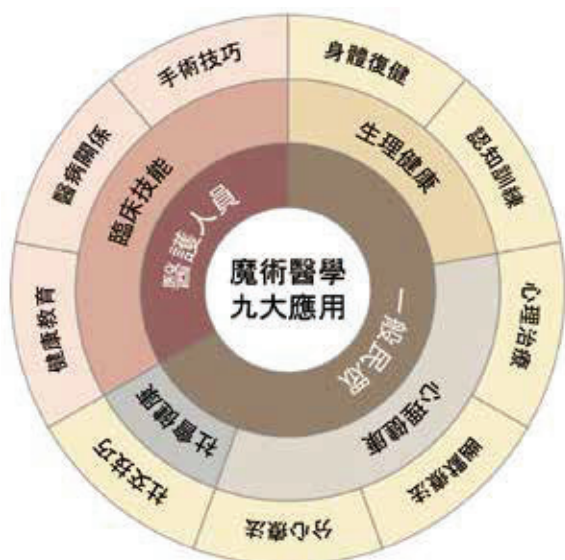
失智症與憂鬱症於老年族群中的表現可以視為一種認知功能衰退與心理健康受損的連續體現象。在認知層面，認知功能的衰退可從正常的老化過程演變為輕微認知障礙，進而可能發展至失智症²。研究指出，輕微認知障礙的患者每年約有10-15%的風險轉化為失智症³；然而，透過適當的介入措施，有機會可以維持、甚至改善患者的認知功能，其中，認知刺激訓練被視為一種關鍵策略⁴⁻⁷。根據認知儲備理論(cognitive reserve hypothesis)，經過訓練的大腦相較於未受訓練的大腦，具有更豐富的認知儲備，這有助於預防輕微認知障礙進展至阿茲海默症的神經病理變化⁸。

在心理健康層面，憂鬱症的連續性表現從

次閾值憂鬱(subthreshold depression)、輕度憂鬱至重度憂鬱症⁹。雖然多數輕度憂鬱症患者的症狀可能會自行緩解，但他們轉變為重度憂鬱症的風險顯著高於非憂鬱症患者^{10,11}，這強調了對這一人群進行積極介入的重要性。根據脆弱模型(vulnerability model)，低自尊是憂鬱症的一個重要的風險因素，可以預測憂鬱症的發展^{12,13}。因此，針對提升自尊的介入措施，不僅能預防或減輕憂鬱症，對於不同性別與年齡群體的心理健康也可能產生長遠的正面影響^{12,13}。對於輕度憂鬱與低自尊狀態者，尤其是老年人或是身體較為虛弱的患者，由於這些患者對於抗憂鬱藥的耐受性可能不佳，使社會心理介入成為一種有效的替代療法¹⁴，顯得社會心理介入的角色更為重要。社會心理介入的方法著重於社會與心理因素的調整，已被證實能夠有效提升老年人的自尊、減輕憂鬱症狀，並提高整體生活品質^{15,16}。此外，社會隔離感的減少亦被證實能夠有效減輕憂鬱症狀，促進人際交往的社會介入措施在此方面尤其具有顯著效益¹⁷。

魔術在治療中的角色：創新與應用

魔術是一種歷史悠久的表演藝術，不僅為人們帶來娛樂，亦在醫療保健領域展現其應用價值，尤其是在促進民眾安康方面¹⁸⁻²⁴。本團隊發表於Social Science & Medicine的系統性文獻回顧指出²²，魔術在醫療保健領域的應用，可以分為九種類別，為了凸顯魔術和醫學結合的專業領域，我們將其命名為magicine，並進一步將魔術醫學九大應用稱為magicine



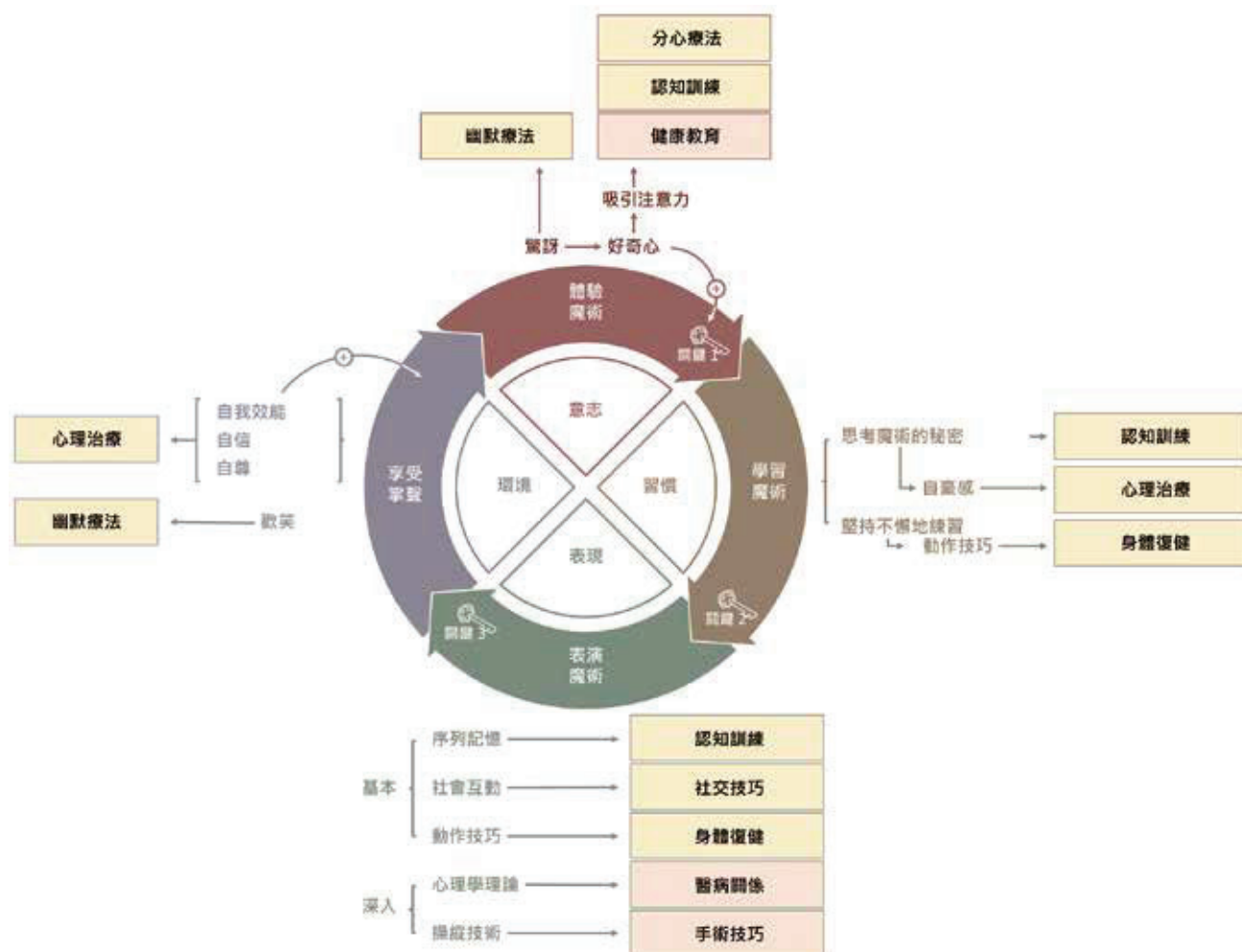
圖一 魔術醫學九大應用(magicine ennead)的概念框架，顯示魔術在醫療保健中的應用，包括身體復健、認知訓練、心理治療、幽默療法、分心療法、社交技巧、健康教育、醫病關係和手術技巧等九大領域（修改自參考文獻22）

ennead：針對一般民眾，魔術可以增進涵蓋生理、心理與社會等面向的全人健康，具體應用包括身體復健、認知訓練、心理治療、幽默療法、分心療法和社交技巧；針對醫療照護人員，魔術可以增進臨床技能，具體應用包括健康教育、醫病關係和手術技巧（圖一）。其中，指導老年人學習與表演魔術，能夠有效提升其認知功能與心理健康狀態。依據此文獻回顧中提出的魔術醫學循環理論框架(magicine cycle framework)，學習與表演魔術的過程可以分為四個階段：體驗魔術、學習魔術、表演魔術以及享受掌聲²²，此框架亦展示了學習與表演魔術對增強認知功能與心理健康可能的機制（圖二）。

在認知功能方面，體驗魔術時所面臨的期望衝突與因果衝突不僅能誘發驚訝與好奇心²⁵⁻²⁸，更能夠提升注意力²⁹。這些認知衝突促使與衝突監測和錯誤檢測相關的大腦區域被活化，如背外側前額葉皮質(dorsolateral prefrontal cortex, DLPFC)與前扣帶皮質(anterior cingulate cortex, ACC)，進而促進對觀察到的事件進行推理和衝突的解決²⁶，從而提高注意力與達到認知訓練的效果。學習魔術時，對魔術秘密的探索亦能作為認知訓練的一部分。表演魔術時，更涵蓋三大類型的訓練：動作協調，在表演中需要控制不必要的動作或反應；序列記憶，在表演中需要記住多步驟的動作程序和時機；口語互動，在表演時需要根據觀眾的反應來調整台詞。這三大類型的訓練與抑制、工作記憶與認知靈活性等執行功能相關³⁰。

在心理健康方面，從體驗到表演魔術的過程中，所引發的驚訝、歡笑^{25,26,31}、以及解開魔術謎團時帶來的成就感³²，均有助於提升心理健康。尤其是在表演魔術時享受掌聲的階段，所獲得的自尊、自信與自我效能感的提升³³⁻³⁸，都是正向的心理健康素質。此外，表演魔術過程中的社交人際互動也是一項重要因素^{37,39}，為魔術作為社會心理介入提供了實質的基礎。

然而，儘管理論上學習與表演魔術被認為具有增強老年人認知功能與心理健康的潛力，相關的實證研究仍相對有限。一項案例研究發現，9名患有慢性疾病的老年人在長照機構中



圖二 魔術醫學循環理論框架(magicine cycle framework)旨在闡述學習與表演魔術過程中的益處及其理論基礎。此架構融合了人類職能模型的四項核心要素：意志、習慣、表現和環境。該循環分為四個階段：體驗魔術、學習魔術、表演魔術和享受掌聲(修改自參考文獻22)

參與了10週的魔術課程後，這群長者的運動技能、自信心、自尊與社交能力都有所提升，唯在記憶與認知刺激方面則未見顯著改變；該研究的限制在於缺乏嚴格的控制組及定量分析⁴⁰。未來需要更多深入探討魔術作為介入的研究，以達到實證的可靠性和有效性。

魔術醫師腦心智賦能運動：賦能老年人的創新途徑

自2018年起，我們開始探索老年人學習與表演魔術的影響，旨在評估魔術介入對於提升老年人認知功能及心理健康的效益。最初的魔術娛樂計畫，即每週一次、每次一小時，為期



周	堂	內容	堂	內容
一	01	歡迎來到霍格華茲 Welcome to Hogwarts	02	百慕達三角洲 Bermuda Triangle
二	03	傑克與魔豆 Jack and the Beanstalk	04	萬磁王 Magneto
三	05	生命四元素 Four Elements of Life	06	愛麗絲夢遊仙境 Alice in Wonderland
四	07	烏來纜車 Urai Cable Car	08	李氏銀行 Lee's Bank
五	09	特務J Spy J	10	多啦A夢的魔法 Doraemon's Bucket
六	11	頑皮皮夾 Naughty Wallet	12	成為魔法師 Becoming a Wizard

圖三 魔術醫師腦心智賦能運動的課程內容。

六週的課程，之後經過調整演變為每週兩次、每次一個半小時，共六週的魔術介入計畫。為了更精準地傳達課程宗旨，我們將其命名為「魔術醫師腦心智賦能運動(Dr. Magic Mental Empowerment Exercise)」，明確強調其旨在增強參與者認知功能與心理健康的目的（圖三）。

該課程由一位同時擁有家庭醫學科專科醫師資格和魔術師身份的專業人士進行授課，課程內容專注於單純技巧或簡易操作的自動化廳堂魔術，並強調語言溝通與觀眾互動的重要性。課程以小組的形式進行，內容包含教師對上一堂課魔術戲法的複習、表演新的魔術以激發學員的興趣、進行小組討論以探討魔術效果的原理，之後教師便會破解魔術秘密以及教導學員進行道具製作，在課程的最後，學員會上

台表演魔術並接受掌聲。課堂中所使用的道具材料均為容易取得的日常用品，如紙張、鈔票、硬幣、橡皮筋與迴紋針等物品，製作過程包含裁剪、黏貼、繪畫等技巧。

課程設計遵循魔術醫學循環理論框架，旨在透過魔術表演的學習與實踐，促進參與者在口語表達、記憶力、社交互動、邏輯思考、運動技能及手眼協調等多方面能力的提升。課程不僅促使學員在課堂中分享表演，更鼓勵他們進一步將所學運用於實際生活中，透過在親友面前表演魔術的家庭作業，來複習和驗證學習成效。最後一次課程被設計為成果發表會，學員會選擇至少一項自己最喜愛的魔術進行表演，此環節不僅可以檢視學習成果，也是對參與者自信心和社交技能的一次重要提升。

認知與心理健康的顯著改善：隨機對照試驗結果

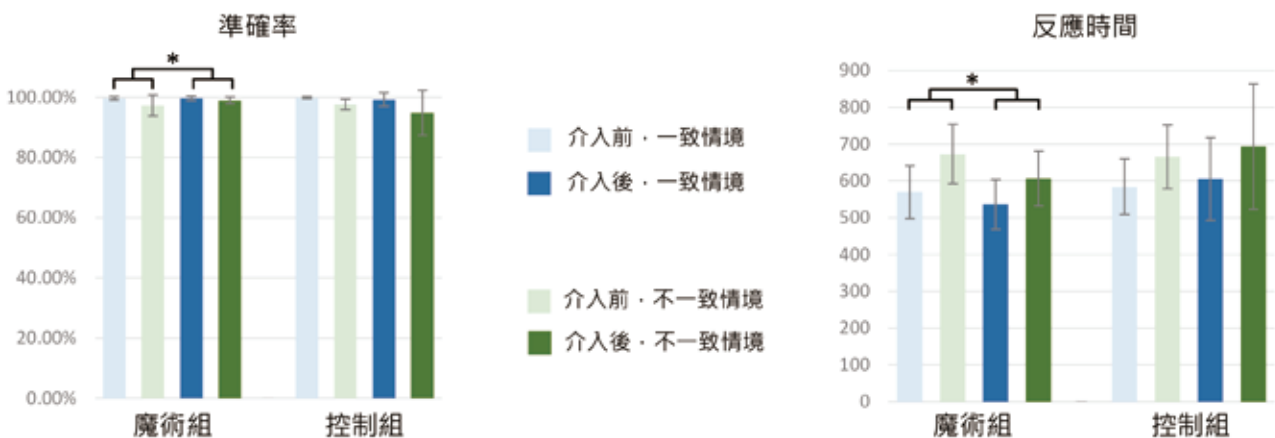
我們透過三項隨機對照試驗，探討了教導老年人學習並表演魔術對其認知功能和心理健康的影響。

首先，針對24位60至80歲的輕微認知障礙患者進行的研究發現，與健康教育活動的控

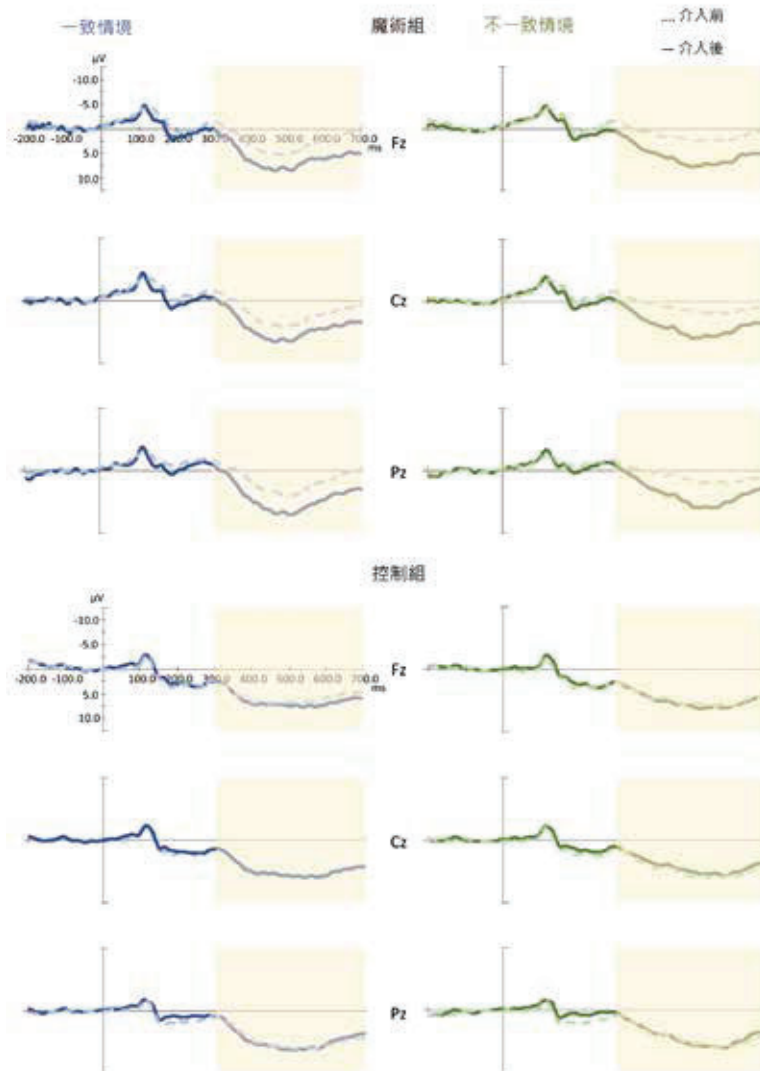
制組相比，六週的魔術介入顯著改善了參與者的蒙特利爾認知評估量表(Montreal Cognitive Assessment, MoCA)分數，並在側翼作業(flanker task)的執行準確率、反應時間以及事件相關電位P300振幅中觀察到顯著的進步⁴¹（圖四～六），認知功能有顯著的提升。



圖四 魔術介入顯著改善蒙特利爾認知評估量表(Montreal Cognitive Assessment, MoCA)分數，但簡易心智狀態測驗(Mini-Mental State Examination, MMSE)的分數無顯著差異(* $p < 0.05$)。（修改自參考文獻41）

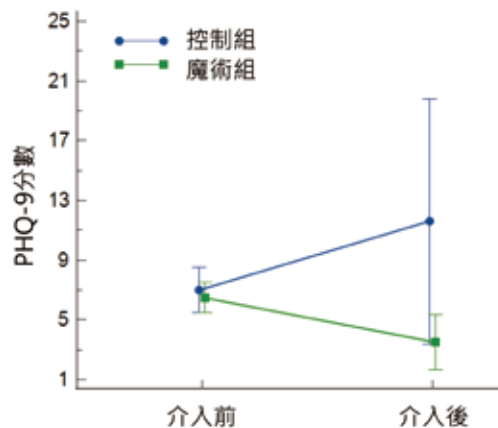


圖五 魔術介入顯著改善側翼作業(flanker task)執行準確率與反應時間(* $p < 0.05$)。（修改自參考文獻41）



圖六 魔術介入顯著改善了事件相關電位P300振幅。
(修改自參考文獻41)

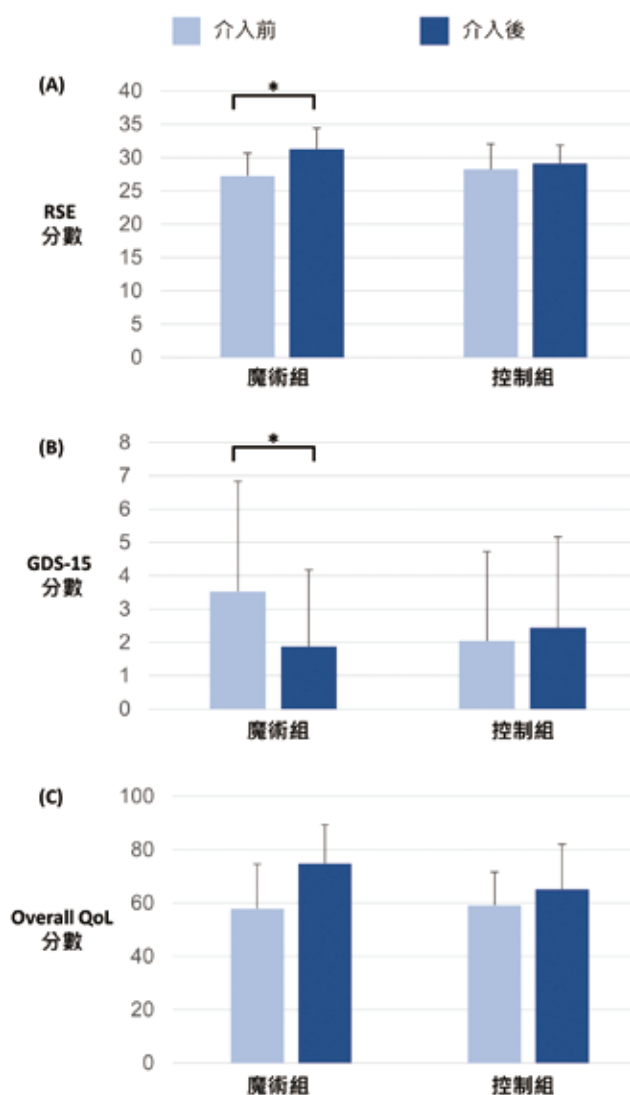
第二項研究則是針對12位65歲以上、居住於長照護理機構的輕度憂鬱老年人，研究結果表明，相對於僅繼續進行機構日常活動的控制組，六週的魔術介入顯著降低了參與者的患者健康問卷-9(Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)分數⁴²(圖七)，憂鬱症狀有明顯減少。



圖七 魔術介入顯著降低患者健康問卷-9(Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)分數。(修改自參考文獻42)

第三項研究招募了38名60至90歲的相對健康的社區老年人，結果顯示，與健康教育活動的控制組相比，六週的魔術介入後，參與者的羅森伯格自尊量表(Rosenberg Self-Esteem Scale, RSE)分數和15項老年憂鬱量表(Geriatric Depression Scale-15, GDS-15)分數均獲得顯著改善，心理健康獲得提升；然而，對於簡明版世界衛生組織生活品質問卷(World Health Organization Quality-of-Life-BREF, WHOQOL-BREF)的分數則無顯著影響⁴³(圖八)。

綜上所述，透過學習並表演魔術，可以改善輕微認知障礙老年人的認知及執行功能、緩解長照護理機構內輕度憂鬱老年人的憂鬱症



圖八 魔術介入顯著改善羅森伯格自尊量表 (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSE) 分數和15項老年憂鬱量表 (Geriatric Depression Scale-15, GDS-15) 分數，對於簡明版世界衛生組織生活品質問卷 (World Health Organization Quality-of-Life-BREF, WHOQOL-BREF) 的整體生活品質 (Overall quality of life, overall QoL) 分數則無顯著影響 (* $p < 0.05$)。(修改自參考文獻43)

狀，以及提升社區老年人的自尊心並減輕憂鬱情緒。然而，需要未來的研究來進一步擴大受試者人數，並配合積極控制組(active control group)，以獲得更穩固的實證證據，從而可以更準確地評估魔術介入在老年人認知功能與心理健康方面的效益。

魔術介入的關鍵成功因素：策略與實施

根據魔術醫學循環理論框架²²及過往課程的實施經驗，我們發現成功運用魔術活動以增進老年人認知功能及心理健康的數個關鍵因素。

首先，選擇的魔術應當具有足夠的吸引力，能夠激發參與者的好奇心及學習動機；有鑑於老年人的認知功能特點，所選擇的魔術需易於理解且效果明顯，避免過於複雜的思考過程，以便於參與者能夠直接體驗到驚訝和神奇感，進而引起想要學習和一探究究竟的欲望，從體驗魔術階段進入學習魔術階段。其次，需要精心選擇易於掌握且操作簡便的魔術，此點尤其重要；容易上手的魔術戲法不僅可以降低學習門檻、減少挫敗感，還能夠加強參與者的成就感和自信心，願意反覆練習，從學習魔術階段順利銜接到表演魔術階段。第三，營造一個積極支持的表演環境，對於提升參與者的表演意願和學習動機至關重要；透過鼓勵扮演觀眾角色的學員們積極參與，例如給予掌聲和正面回饋，可以有效增強表演者的參與感和成就感。

此外，增進認知訓練效果的另一個策略

是，鼓勵參與者在目睹看似違反常理的魔術效果後，透過個人思考及小組討論，探索魔術背後的原理，從而進行腦力激盪與思考活動。同時，促進心理健康的重要一環亦在於透過集體學習形式來增加人際互動，這不僅有助於增強社交能力，也為老年人提供了一個積極參與和交流的平台。合適的課程人數設定，以及鼓勵學員將所學技能與家人和朋友分享，可以將積極效應進一步擴散至學員的社區網路之中，從而在廣泛層面上促進老年人的認知功能和心理健康。

魔術作為輔助治療：突出的優勢

相較於其他輔助療法，魔術介入展現出幾項優勢，可以彙整為「ACE」的記憶法則，以便於理解與記憶。

首先，「A」代表attractive（吸引人的）。魔術以其獨特魅力與新奇性吸引人們的注意，激發好奇心與興趣。文獻指出，在其他治療手段無效的情況下，魔術療法能夠引起患者的積極反應，顯示魔術在藝術治療領域的潛在價值與影響力⁴⁴。

其次，「C」代表cheap（便宜的）。許多魔術表演不需要昂貴的道具或稀有的素材，只需利用日常生活中唾手可得的物品便可以創造出相當驚奇的效果；由於其費用低廉，實施的成本效益很高。

「E」代表easy（容易的）。魔術介入的學習與執行過程簡單，易學易懂，一旦掌握魔術的基本原理與技巧，即使是初學者也能夠快

速入門，只需少量練習就可以達到一定的表演水準。「E」同時也代表empowerment（賦能），透過完成一種讓觀眾覺得不可思議、不可能的表演任務後，魔術可以賦予表演者前所未有的成就感，進一步產生更強烈的學習動機。透過學習與表演魔術，老年人得以實現超出日常能力範圍的壯舉，從而增強自我效能感與自信心。

總而言之，魔術介入作為輔助療法，在吸引力、成本效益、易學性以及賦能方面展現出顯著優勢，使其成為一種具有廣泛應用潛力的介入工具。

結論

隨著台灣社會邁向高齡化，失智症與憂鬱症逐漸成為老年人群面臨的主要健康挑戰，針對這些疾病提供有效的介入措施顯得格外迫切和重要。對基層醫師而言，這是一項不容忽視的重要議題。魔術作為一種展現神秘的表演藝術，不僅引人入勝，成本效益高，易於學習，且能賦予人們力量，因此在治療領域中脫穎而出，具備獨特的治療潛力。這種藝術形式已成為基層醫療團隊容易掌握並執行的輔助療法。更甚者，初步的臨床研究也提供了證據，顯示魔術介入能夠改善老年人的認知功能及心理健康，從而凸顯了這種介入媒介在輔助治療領域的重要價值。透過持續深入了解魔術介入的效益，我們期待能夠更全面地發揮魔術在老年健康促進領域的潛力，為台灣乃至全球的老年人群帶來更多的福祉與安康。

參考文獻

1. 國家發展委員會：高齡化時程。 accessed on 05/16, 2024. https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=2688C8F5935982DC
2. Albert MS, Blacker D: Mild cognitive impairment and dementia. *Annu Rev Clin Psychol* 2006; 2: 379-88.
3. Morris JC, Storandt M, Miller JP, et al: Mild cognitive impairment represents early-stage Alzheimer disease. *Arch Neurol* 2001; 58(3): 397-405.
4. Verhaeghen P, Marcoen A, Goossens L: Improving memory performance in the aged through mnemonic training: a meta-analytic study. *Psychol Aging* 1992; 7(2): 242-51.
5. Woods B, Aguirre E, Spector AE, et al: Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; (2):CD005562.
6. Nyberg L: Cognitive Training in healthy aging: a cognitive neuroscience perspective. In: Cabeza R, Nyberg L, Park D, eds. *Cognitive neuroscience of aging: linking cognitive and cerebral aging*. Oxford University Press; 2004:0.
7. Peng Z, Jiang H, Wang X, et al: The Efficacy of cognitive training for elderly chinese individuals with mild cognitive impairment. *Biomed Res Int* 2019; 4347281.
8. Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B: An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurol* 2004; 3(6): 343-53.
9. Ayuso-Mateos JL, Nuevo R, Verdes E, et al: From depressive symptoms to depressive disorders: the relevance of thresholds. *Br J Psychiatry* 2010; 196(5): 365-71.
10. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, et al: Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990; 264(19): 2524-8.
11. Wells KB, Burnam MA, Rogers W, et al: The course of depression in adult outpatients: results from the medical outcomes study. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49(10): 788-94.
12. Sowislo JF, Orth U: Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull* 2013; 139(1): 213-40.
13. Orth U, Robins RW: Understanding the link between low self-esteem and depression. *Current directions in psychological science* 2013; 22(6): 455-60.
14. Kok RM, Reynolds CF, III: Management of depression in older adults: a review. *JAMA* 2017; 317(20): 2114-22.
15. Abdel-Aziz HR, Ahmed HAA: The effect of group reminiscence therapy on self-esteem and emotional well-being of older adults. *Cent Eur J Nurs Midwifery* 2021; 12(4): 513-20.
16. Forsman AK, Nordmyr J, Wahlbeck K: Psychosocial interventions for the promotion

- of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promot Int* 2011; 26 Suppl 1: i85-107.
17. Nagy E, Moore S: Social interventions: An effective approach to reduce adult depression? *J Affect Disord* 2017; 218: 131-52.
 18. Bagienski SE, Kuhn G: The crossroads of magic and wellbeing: A review of wellbeing-focused magic programs, empirical studies, and conceivable theories. *International Journal of Wellbeing* 2019; 9(2): 41-65.
 19. Bagienski SE, Kuhn G: Beyond the crossroads of magic, health, and well-being. *Public Health Panorama* 2020; 6(1): 155-71.
 20. Clerici CA, Mittino F, Ferrari A, et al: [Healing magic. Illusionistic techniques supporting communication and relationship between children and adolescents.]. *Magie che curano. Tecniche illusionistiche a supporto della comunicazione e della relazione tra clinici e pazienti bambini e adolescenti. Recenti Prog Med* 2020; 111(2):102-7.
 21. Lam MT, Lam HR, Chawla L: Application of magic in healthcare: A scoping review. *Complement Ther Clin Pract* 2017; 26: 5-11.
 22. Lee KT, Chen YC, Yang YC, et al: On practicing magicine, from wonder to care: A systematic review of studies that apply magic in healthcare. *Soc Sci Med* 2024; 341: 116541.
 23. Wiseman R, Watt C: Achieving the impossible: a review of magic-based interventions and their effects on wellbeing. *PeerJ* 2018; 6: e6081.
 24. Wu XC, Tseng HT, Lin YW, et al: A narrative review for clinical applications of magic. *Journal of Medical Sciences* 2023; 43(6): 245-51.
 25. Lamont P: A particular kind of wonder: The experience of magic past and present. *Review of General Psychology* 2017; 21(1): 1-8.
 26. Parris BA, Kuhn G, Mizon GA, et al: Imaging the impossible: an fMRI study of impossible causal relationships in magic tricks. *Neuroimage* 2009; 45(3): 1033-9.
 27. Vidler DC, Levine J: Curiosity, magic, and the teacher. *Education* 1981; 101(3): 273-5.
 28. Subbotsky E: Curiosity and exploratory behaviour towards possible and impossible events in children and adults. *Br J Psychol* 2010; 101(Pt 3): 481-501.
 29. Gottlieb J, Lopes M, Oudeyer PY: Motivated cognition: Neural and computational mechanisms of curiosity, attention, and intrinsic motivation. *Recent developments in neuroscience research on human motivation. Emerald Group Publishing Limited* 2016; 149-72.
 30. Diamond A: Executive Functions. *Annu Rev Psychol* 2013; 64: 135-68.
 31. Buijzen M, Valkenburg PM: Developing a typology of humor in audiovisual media. *Media*

- Psychology 2004; 6(2): 147-67.
32. Danek AH, Fraps T, von Müller A, et al: It's a kind of magic-what self-reports can reveal about the phenomenology of insight problem solving. *Front Psychol* 2014; 5:1408.
33. Bagienski SE, Kuhn G: Supporting the psychological health of our students: an arts-based community magic workshop for adapting to university life. *Psychol Conscious Theory Res Pract* 2022; 9(3): 285-303.
34. Bagienski SE, Kuhn G, Goddard L, et al: Mastering the Impossible: Piloting an Easier-Than-Expected Magic Intervention that Acts as a Source of Self-Efficacy. *Psychol Conscious Theory Res Pract* 2022; 9(3): 243-56.
35. Ezell D, Klein-Ezell CE: M.A.G.I.C. W.O.R.K.S (motivating activities geared-to instilling confidence-wonderful opportunities to raise kid's self-esteem). *Educ Train Dev Disabil* 2003; 38(4): 441-50.
36. Levin DM: Magic arts counseling: the tricks of illusion as intervention. *Georgia School Counselors Association Journal* 2006; 13: 14-23.
37. Yuen HK, Spencer K, Edwards L, et al: A magic trick training program to improve social skills and self-esteem in adolescents with autism spectrum disorder. *Am J Occup Ther* 2023; 77(1): 7701205120.
38. Yuen HK, Spencer K, Kirklin K, et al: Contribution of a virtual magic camp to enhancing self-esteem in children with ADHD: A pilot study. *Health Psychol Res* 2021; 9(1): 26986.
39. Lyons M, Menolotto AM: Use of magic in psychiatric occupational therapy: Rationale, results and recommendations. *Aust Occup Ther J* 1990; 37(2): 79-83.
40. Bedini LA: Magic as a therapeutic intervention with older adults with mild cognitive and physical limitations. *Annual in Therapeutic Recreation* 2008; 16: 159-70.
41. Lee KT, Wang WL, Lin WC, et al: The effects of a magic intervention program on cognitive function and neurocognitive performance in elderly individuals with mild cognitive impairment. *Front Aging Neurosci* 2022; 14: 854984.
42. Lee KT, Wang WL, Yang YC: Impact of a magic recreation program on older adults with minor depressive symptoms in a long-term care facility: A pilot randomized controlled trial. *Geriatr Nurs* 2022; 48: 169-76.
43. Wang WL, Lee KT, Lin WC, et al: The effects of a magic-based intervention on self-esteem, depressive symptoms, and quality of life among community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *Psychogeriatrics* 2023; 23(4): 701-12.
44. Elkin DJ, Pravder HD: Bridging magic and medicine. *Lancet* 2018; 391(10127): 1254-5. 

市區一半價 大樓換別墅

讓錢長大！不花大錢買高公設比

絕版3字頭！新店富人區！豪宅型別墅！超高得房率！超低公設比！超百坪空間

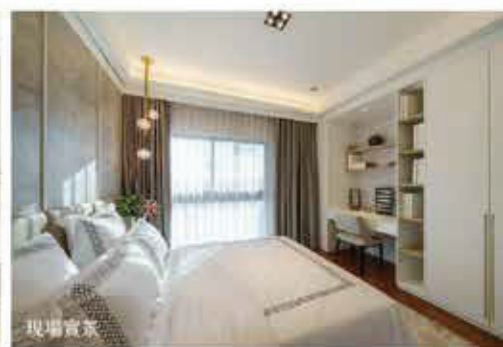
賀 百坪別墅圓滿完銷，超值首發150坪，豪墅升等180坪



現場實景



清崧華城 | 現場實景



現場實景



現場實景



清崧華城 | 現場實景



現場實景



現場實景

高公設比不等於享受高級，有天有地有會館，獨棟崗石別墅是最超值選擇

**清崧
華城**

高層均質！新店指標別墅區，繁華近距離，與山相鄰，均質大戶規劃，名人新聚落
崗石城堡！創新防震設計，嵌入安全，筏式基礎上再加基樁，深入岩盤，穩若磐石
高得房率！全區獨棟百坪新別墅，戶戶有天有地，大庭院、大車庫、空間勝過豪宅
尊榮款待！專屬獨棟溫泉會館，奢華勝過豪宅大樓，沒有高公設比，只有高級享受



市區一半價！大樓換別墅！150坪以上！30分鐘101！日式現代美學
山林第一環！華城核心！單純獨棟！溫泉泳池會館家 **2216-1898**

御上廣告

請來電預約 專人接送

訪問日本沖繩縣醫師會 紀要

總幹事 施玉琴整理

活動報導・訪問日本沖繩縣醫師會紀要

台北市醫師公會與沖繩的善緣始自於2020年COVID-19疫情嚴峻，防疫物資仍短缺時，沖繩國際醫療推進協會透過時任理事長的邱泰源榮譽理事長表達希望能提供一些防疫物資，解決沖繩醫療防疫物資的困境；公會在理監事會同意下捐贈口罩及防護面罩。

2023年5月26日在COVID-19疫情趨緩，各國紛紛解封之際，沖繩縣醫師會安里哲好會長偕同宮里達也副會長以及上原貞善事務局局長到本會訪問，探討兩國在COVID-19疫情趨緩後，對後續醫療之影響及發展，雙方醫師會有了第一次正式交流的機會。為了延續兩會友好關係，本會於今(2024)年安排訪問該會。

四月廿日由洪德仁理事長親率理監事、顧問及會務人員一行廿二人，從桃園機場搭乘上午八時華航CI120班機，於上午十時四十分降落在日本沖繩機場。春天沖繩氣候和台灣相似，出關後先到「系滿魚市場」享用海鮮午餐。餐畢，走訪世界遺產首里城。2000年聯合國將首里城列為世界遺產，2019年首里城發生火災，當時邱泰源榮譽理事長擔任中華民國醫師公會全聯會理事長暨台北市醫師公會理事

長，為表關懷之意，代表全聯會捐了30萬日圓善款協助首里城的重建，因此首里城是此行不可錯過必訪之聖地，藉此感受兩國醫師會友情滋長發源地的氛圍。

下午五時依表定時間赴約，該會安里哲好會長等幹部已在會場等候歡迎我們。雙方短暫寒暄，便進入議程。首先由安里哲好會長致歡迎詞後，沖繩醫師會就該會會務運作及對會員提供的服務等相關業務報告。本會業務及公會簡介前，洪理事長特別將邱榮譽理事長於520將接任衛福部部長的訊息宣布，並請邱泰源準部長簡短致詞，同時接受與會雙方理監事等人的祝賀。接著由洪理事長以中文報告本會相關



台北市醫師公會業務報告與簡介



沖繩縣醫師會與台北市醫師公會懇談會

業務，連吉時醫師翻譯，希望有助於深化兩會之間互動並建立更友好關係。

晚宴雙方繼續交流，除了互贈紀念品外，洪理事長就四月三日台灣發生芮氏規模7.2強震，該會於第一時間來函慰問關切之意，對沖繩縣醫師會表達誠摯謝意。

簡略介紹沖繩縣醫師會的組織，沖繩縣醫師會建立於1903年，二戰結束後1951年在新的醫師會體制下重整啟動。會員總數2420名，共有19名理監事，成立27個委員會及7個部會，22個分科會。有鑑於沖繩縣65歲以下縣民健康狀況顯著惡化及死亡率升高，因次沖繩縣醫師

會目前致力於改善65歲以下民眾健康狀況、降低死亡率；醫師會及醫療機關為主，與行政、各保健醫療管理團體及縣民結為一體，來實現改善65歲以下民眾健康狀況，同時降低死亡率。而高血壓相關疾病是最大的死亡原因，因此在會館、社區、企業進行量血壓，從進行衛教轉介患者，進行進一步健康檢查及治療。

沖繩縣醫師會和縣政府合作，希望在2040年能夠成為日本最高齡的地方。相對的，本會目前正在積極推動幾項議題的改善，包括：醫療政策研析、資金活化（美金存款）、購屋評估、公會網站優化、會館消防安全等。高齡民



安里哲好會長致詞



洪德仁理事長致詞



兩會互贈紀念品

眾健康照顧、代謝症候群防治、幼兒專責主治醫師、醫養合一等，公會積極和政府等單位合

作，期盼能提供市民健康、快樂和安全的生養居住環境。☪



沖繩醫師會樂團-團員都是醫師



舉杯敬兩會友誼長存



大合照

台中—霧峰林家宮保第園區、 谷關溫泉、松鶴部落二日遊

總務組 林芝馨

四月廿七日上午七時二十分會員及眷屬等48人在台北車站南一門集合後出發，先搭乘高鐵0205次前往台中，轉搭專車前往今日景點。經過幾日來的地震及大雨，公會孫召委也於行前緊急召開會議，與旅行社微調部分戶外行程，務必讓出遊的會員及眷屬快樂出門平安到家。雖然有些會員及眷屬取消了此次報名，出發前大家也都懷著忐忑的心情，但上了高鐵看到沿途窗外一片湛藍的天空，心情轉憂為喜，開始期待起此次的旅程。

首站來到了霧峰林家宮保第，霧峰林家是台灣五大家族之一，因其發跡於霧峰（古稱阿罩霧，今台灣臺中市霧峰區）而得名。自19世紀中期以來，林家因協助平定太平天國、戴潮春事件並參與中法戰爭，而掌有數千精良兵勇，以及樟腦專賣權等特權，掌控了中台灣大量的田地，進而成為清領時期以降台灣社會最具影響力的家族之一。霧峰林家建築古蹟範圍：包括下厝系統、頂厝系統以及萊園三大部份。而霧峰林家宮保第園區開放區域是下厝所屬之宮保第、大花廳及草厝等三個建築群落，



大合照

其外觀典雅質樸，為全台最完整龐大且最精緻的建築群落，也是台灣僅存的清代一品官宅，更是一部由木磚瓦石寫就的史書。

午餐安排以菇類為主題的火鍋餐廳「菇神」，湯頭使用韓國原木冬菇與數種特殊野生菇類熬製而成。用餐空間寬敞，窗外是森林大自然環境，2021年榮獲米其林必比登推薦殊榮。餐廳另一頭也販售以菇為主題的商品。上車前看大家人手一袋，想必午餐有合胃口喔！

飽餐一頓後，來到大振豐洋傘文創館，是此次因氣候更動的室內行程，成立40年的大振豐洋傘，專營出口傘，於2016創立大振豐洋傘文創館，館內除一樓販售各式雨傘，也有推出一日製傘師的親子DIY體驗活動，打造獨一無二的雨傘。洪理事長也於公務行程結束後前來與大家會合，加入後續的行程。

接著直接來到統一渡假村谷關溫泉會館，安排了下午茶（蛋糕、咖啡、小餅乾）讓大家享用，會館有著坐擁大甲溪水橫流於前，翠峰聳峙山嶺於後的天然優勢。晚餐前還有些時間，大夥們將行李放入房間後便出發探索去啦！附近有谷關溫泉廣場，有一座半圓弧型的足湯池可以體驗泡足湯；還有全程1500公尺的捎來步道，沿途綠意盎然景色幽美，步道有兩處登山口分別通往谷關吊橋及捎來吊橋，從捎來吊橋上能看見壯麗的大甲溪谷，出口則連接谷關溫泉公園，有免費溫泉泡腳池；而谷關吊橋那端能銜接谷關大橋；附近的明治溫泉大飯店旁還有優雅的鳥居步道，號稱谷關最美最日系的溫泉小巷，這條步道很有日本歷史古蹟的

味道。

晚餐後會館也有半露天溫泉池，有它們的特色「五行湯」不僅溫度都不相同，連風味也都不一樣，在大自然中泡湯的泡湯都感覺空氣格外的清新。房間內也有湯池，也可享受好好放鬆。

隔天一早用完餐後，大家也抓緊時間到附近逛逛走走，經過前一天領隊大力推薦的香菇，好多會員也一早趕緊採買，到了集合時間就準備往松鶴部落前進。松鶴部落早期為泰雅族原住民聚落，為水源豐沛土地肥沃、適合人居住的地方，光復後因大甲溪常見很多白鷺鷥

在覓食，遠望有如白鶴在飛舞，故更名為「松鶴」。我們也在部落分組體驗射擊、拉弓還有鋸材等活動。

午餐安排了部落餐，菜色豐富讓人感受部落同胞的熱情。餐後稍做休息就來到石岡土牛客家文化館，由深具大埔客家特色的土牛村劉屋老夥房重建而成。劉屋老夥房曾因九二一大地震而全倒，在熱心的劉家族親及在地工作團隊多方奔走下，歷經六年時光，終於仿原貌重建成為土牛客家文化館。土牛客家文化館的成立要旨，首在推動客家生活文化的傳承。園區同時也是劉家子孫日常生活的範疇，以及進行



拉弓體驗



射擊體驗



土牛客家文化館



松鶴部落大合照

祭典儀式和生命禮俗的場所。除了靜態的展示品之外，訪客也能實際參與真實的客家生活儀典，感受鮮活生動的客家文化。

接著來到旅程的最後一站，東勢林業文化園區，前身為「大雪山林業公司」，自林業公司停業後，保有部分珍貴的林產工業史蹟，內有珍貴的大寶藏：民國85年因賀伯颱風侵襲所傾倒的臺灣紅豆杉風倒木，也是目前發現最大的紅豆杉風倒木。園區內還有一處荷花池潭，這個生態池的前身，為「貯木池」，所以還是可以看到許多浮木保留在池中，每年5~8月會搖身一變成為賞荷花景點。園區內林蔭步道遍佈，還有許多漂浮木雕刻藝術，綠意盎然湖光山色，工作中的壓力都得到釋放了。

走完了最後一個景點，經過兩天一夜的旅程，帶著美好回憶及依依不捨的心情，前往高鐵台中站搭乘0144次於傍晚6:29返回出發地。此次尚未完成的八仙山森林遊樂區，也留待下次再訪了！



紅豆杉風倒木



大合照

113年會員分區座談會

時間及地點

分區別	日期及時間	餐敘地點
第一分區 (中山/士林/北投)	5月29日(星期三) 12:30-14:00	壹品宴二樓 宴會廳 📍 臺北市南京東路2段63號2樓(第一飯店2樓) ☎ (02) 2541-9102 🚗 捷運松山新店線-松江南京站8號出口
第二分區 (中正/大同/萬華)	6月19日(星期三) 12:30-14:00	台北凱撒大飯店 三樓凱撒廳 📍 臺北市忠孝西路1段38號 ☎ (02) 2311-5150 🚗 捷運台北車站M6號出口
第三分區 (大安/信義/文山)	6月26日(星期三) 12:30-14:00	台北彭園會館五樓 華麗宴會廳 📍 臺北市忠孝東路5段297號5樓 ☎ (02) 2528-8122 🚗 捷運板南線-永春站1號出口
第四分區 (松山/南港/內湖)	7月10日(星期三) 12:30-14:00	典華大直旗鑑店 三樓仙侶奇緣廳 📍 臺北市植福路8號 ☎ (02) 8502-5555 🚗 捷運文湖線-劍南路站2號出口

討論議題：

1. 醫療爭議調解新制
2. 衛福部3月4日公告停止適用「醫療機構收取掛號費之參考範圍」
3. 醫療費用核定原則及違規態樣
4. 台北市醫師公會醫療暴力緊急處理流程
5. 社會安全網(家暴防治及兒虐防治等)宣導
6. 台北市醫師公會友善無障礙診所輔導及認證
7. 鼓勵參與「全民健康保險代謝症候群防治計畫」

出席人員：台北市醫師公會 診所醫師會員本人 及 各醫院推派代表

主 持 人：會員服務委員會 周賢章召集委員、基層醫療委員會 林應然召集委員
醫療糾紛委員會 簡志誠召集委員、醫政法制委員會 周迺寬召集委員
公關委員會 高尚志召集委員

指導單位：臺北市政府/衛生局 警察局 社會局；健保署臺北業務組；地方檢察署

台北市醫師公會 啟 113.04



113年度會員分區座談會 報名表 (請擇一場參加)

醫師 願意參加		☐ 5月29日	☐ 6月19日
素食者 請打勾 ☐		☐ 6月26日	☐ 7月10日 座談會
院所名稱		聯絡電話	

【報名方式】請以網路、e-mail或電話報名，以便彙整及安排座位

網 路 報 名 | 請掃描右側QR-Code進行報名

E - M A I L | tma121@tma.org.tw 電話 | 2351-0756#21王小姐 或轉總機9

報名截止日 | 每場座談會前五日(如5/29場次，即為5/24截止報名)



游泳比賽

本會113年度游泳比賽，歡迎踴躍報名參加！

一、時間：民國113年7月7日（星期日）中午12:00報到，12:30開始比賽

二、地點：台北醫學大學體育館B1游泳池（台北市吳興街250號）

三、報名：請於6月21日前向本會報名

電話：2351-0756轉17林小姐 傳真：2351-0739、2341-4044

四、參加資格：1. 團體組：以醫院為單位組隊，每隊4人。

(1) 限本會會員

(2) 報名未達四隊取消賽程

2. 個人賽：(1) 限本會會員及配偶

(2) 除四人160歲接力賽外，每人限報名兩項。

(3) 賽程決定後，即不可更改組別，不接受臨時報名。

(4) 報名人數不足20人時，取消該比賽。

五、獎勵辦法：皆取冠、亞、季軍三名；個人賽程不足三人報名的項目改為表演或與他組合併賽程共同計時（視報名情況而定），發給參加獎，只要報名都有機會下水。

※為縮短比賽時間，必要時可能併項舉行，分別計時。

※為響應環保，本會不提供礦泉水，請自備水壺飲水。 ※場地如有變動，會另行通知。

會員游泳比賽報名表

團體隊名		隊長		聯絡電話	
團員名單					
個人組姓名					
服務院所			出生年月日		
聯絡電話			傳真或E-Mail		
參加項目	☐ 長青組：65歲（含）以上 ☐ 壯年組：45歲（含）以上 ☐ 公開組：不限年齡				
	☐ 男子組50公尺 ☐ 女子組50公尺 ☐ 自由式 ☐ 蛙式 ☐ 仰式 ☐ 蝶式				
	☐ 四人160歲以上200公尺接力（可現場自行組隊，男女不拘，不分泳式） _____（ 歲）_____（ 歲） _____（ 歲）_____（ 歲）				

桌球團體聯誼賽

比賽地點：台大綜合體育館B1桌球室（該處若屆時不克外借將另擇場地舉行）
（台北市羅斯福路四段一號，位於辛亥路與新生南路交界處）

比賽宗旨：增進各院區與診所桌球同好交流，凝聚台北市醫師公會桌球隊向心力。
在忙碌的醫涯中能兼顧運動與健康，以球會友。

團體組：

一、**比賽日期：**113年7月28日(星期日)下午1:30報到，2:00開始比賽。

二、比賽方式：

- 1.採五點制（1、3、5點單；2、4點雙），預賽循環，複賽單淘汰。
- 2.每隊人數：最少7人（包含隊長）最多9人。
- 3.各組比賽皆採11分五局三勝制。
- 4.團體賽各隊需派出一名球員擔任裁判。
- 5.小組預賽中，若兩隊在五點打完前已分出勝負，則剩下的點為友誼賽性質，不計入比賽成績。複賽搶三點即結束。

三、**參賽資格：**限本會會員，不限男女。

四、組隊規則：

- 1.各級醫院醫師會員，限同體系統組成一隊，上限兩隊。
舉例：市聯和平、仁愛可同隊；台大總院與北護分院可同隊。
若人數不足一隊，至多兩不同體系醫院聯合組隊。
- 2.診所單位：各診所醫師會員可自行組隊。
診所醫師若人數不足組隊，可加入醫院隊(每隊限2名)。

五、比賽規則：

- 1.採用中華民國桌球協會審定公佈之最新比賽規則。
- 2.使用40+塑料比賽球。

六、**報名日期：**請於7月12日以前向本會林小姐報名。（電話：23510756分機17，傳真：23414044）

※為響應環保，本會不提供礦泉水，請自備水壺飲水。

團體組桌球聯誼賽報名表

隊名	隊長	
隊員		
	聯絡電話	

年輕醫師文化之旅 —大龍峒古蹟廟宇巡禮

鼓勵年輕醫師會員多多參與各項社交活動，本會規劃與相關單位合作至北投、城南、大龍峒古蹟廟宇、四四南村等地辦理文化之旅

主 題 | 大龍峒古蹟廟宇巡禮

活動日期 | 113年9月15日(星期日) 13:30-17:00

活動名額 | 30人/每場次

(以台北市醫師公會年輕醫師會員優先受理報名，並可攜伴參加)

集合地點 | 13:15捷運圓山站2號出口

網路報名 | 請掃描右側QR Code進行報名

報名截止 | 即日起至113年9月9日前或額滿為止

活動費用 | 請於收到「匯款通知信」後再進行繳費

會員本人300元 / 攜伴1名500元

匯款至 戶名：社團法人台北市醫師公會

808玉山銀行東門分行 帳號：1193-435-009035

請於臨櫃匯款或ATM轉帳後，將匯款資料E-MAIL至

tma121@tma.org.tw以確認完成報名手續



報名網址

活動地點與日期 |

主題	日期及時間	集合地點	活動特色
大龍峒古蹟廟宇巡禮	9月15日 (星期日) 13:30-17:00	13:15前 捷運圓山站 2號出口	圓山周邊的前世今生～孔廟建築，裝飾和儒家文化～大龍峒保安宮對場作 建築、裝飾和神明的故事，搏杯（擲筊），抽籤和點光明燈，太歲燈，祭改等民俗～素園藏書導覽後享用午茶 下午茶 素園藏書（價值500元） 導覽老師 何良正老師 公會領隊 陳猷明監事

2024.6.18-10.7

司法Vs.醫療專題系列講座

健康醫療專題

地點 | 司法院3樓大禮堂

6/18 ● 12:30-13:30

法庭中的血糖掌控—
糖尿病管理與預防

周裕清 醫師

7/8 ● 12:30-13:30

建構堅固的骨架與骨質疏鬆的預防

李嘉哲 醫師

8/6 ● 12:30-13:30

法庭內外的心靈保健—
身心健康平衡的重要性

陳錫中 醫師

9/30 ● 12:30-13:30

心悸的解析與管理

周迺寬 醫師

活動詳情&線上報名



醫事法律專題

地點 | 台北市醫師公會7樓會議室

6/24 ● 13:00-14:30

電子病歷與隱私保護

蕭奕弘 律師

8/19 ● 13:00-14:30

數位醫療的法律前瞻—

AI醫療法律之再界定

周迺寬 醫師

10/7 ● 13:00-14:30

公職醫師之權利保障與救濟程序—

以公務人員保障法為中心

黃相博 副教授

活動詳情&線上報名



參加對象：主辦及合辦單位所屬會員、司法院及所屬法院法官、法務部及所屬檢察機關檢察官等司法檢調相關人員。

主辦單位 |



台北市醫師公會、



財團法人中華法學研究院

合辦單位 |



中華法學會

服 務 欄

誠徵醫師

- 士林區診所誠徵可長期合作正職、兼職醫師6~8診，待優。意洽0933-851-670許小姐。
- 台北市診所誠徵家醫或兒科醫師，待優。意洽:pfdr2016@gmail.com或0952-521-966。
- 松山區耳鼻喉科診所誠徵醫師，耳鼻喉、家醫、小兒、內科均可。意者請洽陳醫師0932-157-542或Lind ID: solo5b。
- 松山區聘請有家醫科、耳鼻喉科診所看診經驗之專任醫師。近南京三民站，意者請洽0925-283232邱小姐。
- 內湖區康研診所誠徵合作新陳代謝科醫師，薪優，意者洽廖小姐0939-262-745。
- 內湖區誠康診所誠徵家醫科、內科專科醫師，排班彈性高，薪資待遇佳，意者洽周小姐(02)8791-0363。
- 中山區（大直捷運站）聘請有一般科診所看診經驗之專兼任醫師。意者請洽：(02)8509-1776洽吳先生。
- 信義區醫美診所誠徵負責醫師，經營已超過10年，9~10萬/月，會計師記帳稅務安全。意者請洽：2389-1213胡小姐。
- 信義/中正區醫美診所禮聘醫師，雷射光療肉毒微整為主，客源穩定，可培訓。意者週間上班時間請洽胡經理2389-1213。
- 信義區儷寶得信義皮膚科診所誠徵皮膚科醫師，薪優，專兼職皆可，意洽(02)8787-5123#19高小姐。
- 萬華聯合診所誠徵專兼任內分泌、胃腸肝膽、胸腔、心臟、神經內科或家醫科醫師。意洽：0910-091-158陳醫師。
- 北投區骨科診所誠徵骨復健科、內科具風濕病次專科、神經內科、神經外科、整形外科醫師，意者洽張醫師0975-056-866。
- 中正區幫痘氏公館皮膚科診所誠徵皮膚科醫師，薪優，專兼職皆可，意洽(02)8787-5123#19高小姐。
- 財團法人醫藥品查驗中心(CDE)誠徵：醫師審查員，職務：藥品查登、臨床試驗、研發諮詢輔導，具醫師證書及專科醫師證書，詳閱本中心官網及<https://cdehr6.wixsite.com/recruitment> (請以chrome開啟)意洽8170-6000#651。

醫院診所租售

- 診所頂讓出租，ENT器材二手賣出，近捷運昆陽站，今年7月1日歇業。意者請來電:0953-889-146鄰醫師。
- 診所出租，面積適合任何科別，意者請來電:0952-250-632或親臨面談，康定路158號萬華劉小兒科診所。
- 頂讓，忠孝復興商圈，裝潢近新典雅，適自費診所或美容SPA，交通便利，接手即可營業。意者請洽意者請洽：2389-1213胡經理。
- 售大同區南京西路大廈3樓66、43坪，近圓環，可當診所或住家，出國急售，意洽0931321717蔡醫師。

懷念與追思

黃長鑫醫師 (1928.04.17~2024.01.29)

黃長鑫長女 黃玉芳



家父黃長鑫弟兄是在民國17年4月17日出生，據說當時為了要能夠進入國民軍隊中，有少報年齡兩到三年，這樣推算爸爸實際的年齡可能將近98到100。

民國38年跟著國民政府來到台灣，家父雖平凡，但是非常有生命的韌性。

家父自己非常的節儉。但印象深刻在我國小的時候，爸爸常常要我用腳踏車搬一麻袋的米，帶我到一個矮小的黑暗房子裡給一位老婆婆。也經常捐款給育幼院、醫院的研究經費、還有其他許多需要幫助的人。有些家境比較辛苦的人，爸爸看病都不收費。有人頒發錦旗、感謝狀，或是寫信來感謝爸爸。過年過節也會寄卡片來，也會有人專門來電話謝謝家父。我非常

的榮幸，有這樣的父親。

父親是軍醫。一生行醫濟世。陸軍官校畢。是非常認真、孝順、簡樸、善良、有愛心，卻又拙於表達感情的人。家父退伍之後，剛開始同時身兼的好幾份工作，殷勤的照顧我們這個家，後來就自己開業。

小時候家父常常有空就會帶我們出去玩、到郊外活動，平常也有運動的習慣。小時候我們也常常跟著家父早起運動，打太極、練劍、練拳。也有許多人拜家父為師，家父收了好多的學生都是慕名而來找家父學習。在整理家父物品的時候，發現家父有好多的獎狀獎賞。由於年日已久，紙本也都泛黃、易碎，只看到一疊疊的獎賞，原來家父也是非常重視榮譽的人。家父也非常的好學，70歲了還要我們教他電腦，居然也學會了Word、email。

家父小時候會和奶奶到教會去。似乎有受洗？但不確定。在家父88歲，2016年8月28號受洗了。2024年1月29日凌晨安息主懷。安詳的離開了我們，卸下了世上的勞苦。

非常感謝家父叫我回來照顧他，讓我有機會能夠與他親密的相處，增進了我和家父的關係。為了能夠照顧好家父，也因此學習了許多生活的技能，食衣住行。提升了我、充滿了我、擴張了我，突破了我許多生命的限制。家父永遠活在我的心中。我們和爸爸相約在主裡，未來我們在天上要再相見。爸爸，我愛您。謝謝您。

開懷篇

陳志鑫診所 陳志鑫

會員園地・開懷篇

不大一樣

在某家醫美診所，小姐：「我想豐胸，但是豐胸後有什麼效果？」

醫師：「一般會有四種結果。」小姐：「有哪四種結果？」

醫師：「一、大不一樣。二、不大一樣。三、一樣不大。四、不一樣大。」

誰比較委屈

在鄉下，有個老頭65歲娶了一個20歲的姑娘當老婆。

鄰居說：「你這多委曲小媳婦了。」

老頭說：「我才委屈呢！」

鄰居問：「為什麼？」

老頭答道：「她爸比我小25歲，我還要叫她爸。我比她爺爺大3歲，還得當孫子」

搞什麼飛機

有位飛官夫人在諮商室向醫師說：「我老公在我們新婚時，像開戰鬥機一樣，翻滾俯衝什麼招式都會。」

醫師問：「然後呢？」

飛官夫人：「才沒幾年，就像開轟炸機一樣，只扔了彈就飛走了。」

醫師又問：「那現在呢？」

飛官夫人嘆了口氣說：「現在開偵察機一樣，光看看就返航了！」

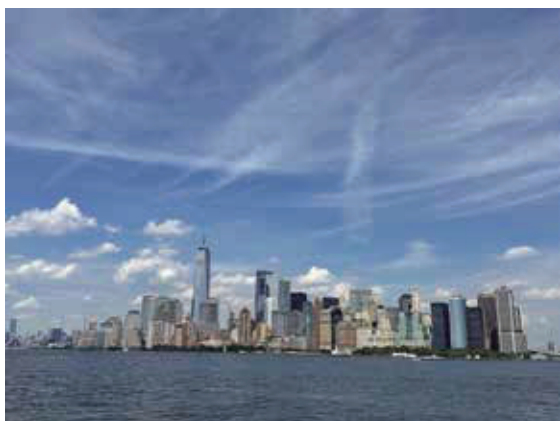
還是妳年輕漂亮

老公回家見打扮的老婆說：「我今天去新單位上班，發現那些女的無法與妳相比，還是妳年輕漂亮！」

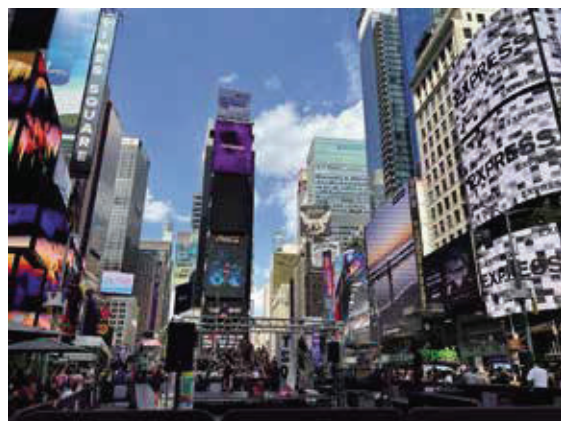
老婆心花怒放問：「你到底調到哪個單位？」老公笑著回答：「養老院！」

美國紐約曼哈頓

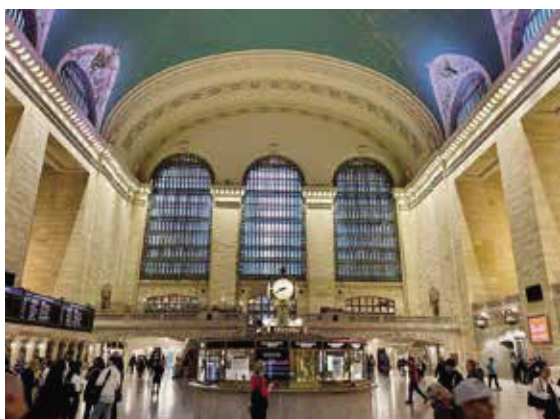
國泰醫院小兒科 林隆煌



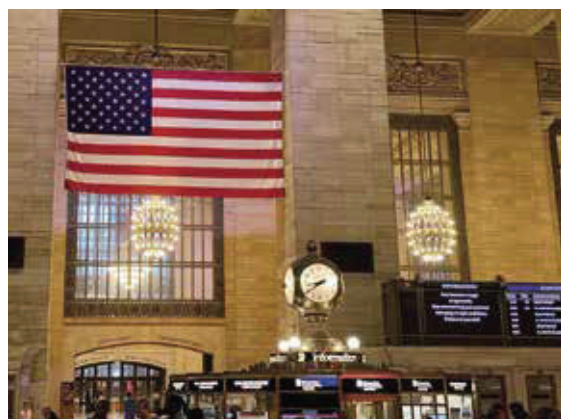
遠眺曼哈頓摩天大樓群。



時代廣場是每年年終都會在電視新聞看到跨年倒數轉播地標。



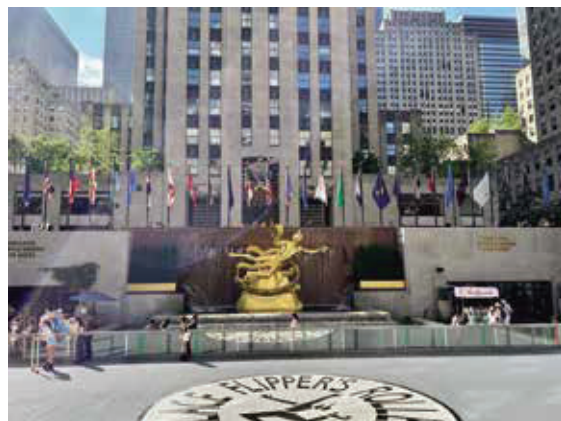
紐約中央車站是全世界最大的車站，總共5條地鐵線44個月台。



正中間的四面鐘是中央車站的重要地標。



大都會藝術博物館。



洛克菲勒中心海峽花園前是金光閃閃的普羅米修斯。



艾利斯島展示當時移民血淚史，原址為聯邦移民局。



最經典的華爾街銅牛一定要造訪。



世界貿易中心一號大樓，又稱自由塔。



曼哈頓摩天大樓。



聯合國總部。



自由女神像。

羽毛球，一個老少咸宜的運動

國立臺灣大學醫學院附設醫院癌醫中心分院 綜合內科部 邱鏡銘

「羽毛球，是一個老少咸宜的運動。」

這話說得很正確。

我對羽毛球的第一個印象便是家中客廳擺滿雜物的塑膠籃裡面那兩支書局買來的羽毛球拍，黑色的拍框帶著一條條反光的紋路，也不知道是用什麼材質做的，總是用力揮幾下，球拍的中桿就會變形，必須扳回來才能繼續使用；球場就是工廠的空地或是家門前的巷子，不需要球網、也沒有畫上線；比賽的規矩是要盡可能地讓所有人都打得到球、讓遊戲持續下去（聽起來不太能稱之為比賽？）。當時唯一的擔心就是工廠鐵皮的鋼架、過低的屋頂、枝葉過度茂密的樹……任何那些可能半空中把球攔住的物體。

年紀漸漸長大，這樣和平的運動方式開始不能滿足兒童往少年期邁進時逐漸萌芽的野性。讀著當紅的青少年熱血漫畫，告訴自己籃球才是真正男子漢的運動！輕飄飄的羽毛球？玩起來著實沒有興致！

就在我整天夢想著要當公牛隊的下一個喬丹，必須全神貫注以成為一名灌籃高手的時候，爸爸卻興沖沖的跑回家宣佈：

他聽說表弟跟教練學羽毛球，覺得這是一項值得發展的才藝，已經幫我們報名了教練課！

於是展開了每週一次、有些無奈的羽毛球時間，與教練約定的時間是每週六的下午。在沒有週休二日的年代，星期六下午是每週辛勤求學了五天半的高年級小學生迫切需要的午睡

時間，可以讓疲憊的身心靈獲得充分療癒，如今卻被羽毛球課佔據了！

「學羽毛球可以變成麥克喬丹嗎！能跟流川楓一樣帥嗎！」小學生的心裡面充滿質疑，卻都沒辦法動搖一位熱情的父親想讓孩子學習新技能的決心。爸爸在教練教學的場地旁邊又多租了一個場地，自己充當陪練員，讓沒輪到上場的小孩也能獲得充分的練習；還添購了最優良的裝備，盡一切可能來提升小孩的球場表現。於是Yonex的羽毛球拍、Victor的羽毛球鞋、長球挑球殺球切球、嗜睡又面無表情的小學生以及望子成龍的爸爸在週六午後的鐵皮球館共譜羽球的交響樂，一曲就奏了兩年。

上了中學，似乎爸爸意識到孩子已達一個需要多花時間認真讀書的年紀，週六午後的羽球交響樂漸漸平息，我的羽球生涯暫時畫上了休止符。

「羽毛球，是一個老少咸宜的運動。」

這句話說得不怎麼正確。

上了大學以後，我重拾羽毛球拍。



不是基於對這個運動的熱愛。只是發覺自己跑得沒有別人快、跳得不比別人高，也不具備什麼高度的身體對抗性，打職籃的夢只能宣告是年幼無知的一場鬧劇。但我還是渴望在哪個場地上揮灑汗水、打出一點稱得上輝煌的戰功、讓場邊的觀眾為我精采的表現吶喊。於是決定選一個受過良好的訓練、更有勝率的戰場。爸爸安排的羽球課在這邊發生了效用，選擇羽球在我的青春夢想一決勝負讓我有信心滿滿的感覺！

為了更添勝算，我決定報考校隊，接受更完整的訓練以確保自己做好準備。而校隊甄選的那一天，我才驚覺原來會打羽球的人不只我一個，在所有參與甄選的新生裡面，上體育課時罕逢對手的我一點都不特別。我幸運的被選進了校隊，而在前方等著我的是充滿未知的新大陸。

在校隊的世界裡面會打長球跟挑球只是最基本的技能，多的是平球推得既壓迫又穩定、切球切得比刀子還銳利、小球能夠貼著網子翻過去的高手；甚至還看到跟我同一梯加入校隊的新生擁有雙腳起跳殺球的技能。那個躍起的高度我無法企及、來球的速度讓我快得我構不著，甚至是要模仿他漂亮的弓身動作，我也難以做到。

過去總以為跟教練學過一兩年的球，可以打贏爸爸和幾個隔壁場的大人就代表在這個領域裡，我已經是一位高手。進了球隊才發現，原來還有一群人從國小開始，上學前、放學後、甚至是寒暑假的每一天都在練球。在這邊



我頂多是個見習生，別說要代表學校上場奮戰了，我連隊上的女生都還擺不平呢！

而競技的羽球跟其他運動一樣，十分講究基本功。我就像剛剛加入湘北隊的櫻木花道，一切都要從基本功開始做起：體能、揮拍、腳步、固定球路的反覆練習。我不以為苦，因為從小看過的熱血漫畫教會我：「基本功只是暫時的。馬步紮好，飛躍性的成長很快就會出現！」

然而事實證明我並不是櫻木花道，實際上可能比較像木暮公延。飛躍性的成長只發生在那些真正有運動天賦的人身上，我跑不快、跳不高、協調性也普普通通，只能羨慕的看著身邊的隊友實現飛躍性的成長，就像當初在籃球場的狀況那樣。

輪到我出場比賽的機會相當有限，好不容易上了場也總是輕易地敗下陣來。反覆的挫敗使人大受打擊，偶而也會出現「似乎我怎麼努力也追趕不上別人」的自我懷疑。但我依舊咬緊牙關，堅持訓練。或許是意識到在青春夢

想的路上，我已經退無可退。只能不斷堅定信念，說服自己「總會有開竅的一天」。

如此這般經歷好幾個寒暑，每一年身邊總會多幾個新隊友，也總有許多人耐不住規律的練習而離去。但我一直都在，這才知道我的羽球才華不在於跑得快、跳得高、力量強，而在於我始終不變的堅持。

長久的系統性訓練和一次次咬牙撐過的體能練習漸漸的在身上看到效用，我終於開始在大醫杯、大專杯的戰場上有一些斬獲。雖然大多是無足輕重的小勝利，卻每次都能夠重新幫我填滿油箱，在這條漫漫長路上保持動力繼續前進。而這份情感經歷時間的淬鍊，到了畢業時早已經從「爸爸給我指腹為婚」的勉強，變成了「即使海枯石爛也要為它撐下去」的堅定。

「羽毛球，是一個老少咸宜的運動？！」

事到如今，我更關心羽毛球是不是一個上班族適宜的運動。

展開醫院人生以後，每日沉重的工作、三天兩頭就來剝奪睡眠的值班、繁瑣的行政業務，在在壓迫著多少醫師年輕時的夢想。看著學生時期的羽球英雄紛紛封拍引退，不禁有點恐慌屬於我的羽球黃金年代或許已經成為過去，從今以後我也只能越打越慢、望著自己逐漸臃腫的肚子、遲鈍的雙腿，回憶當年勇了嗎？

不！我無法接受！更不要說當年的我其實也還沒有多勇，我心目中的巔峰根本還沒到來

啊！

看著世界網壇三巨頭引領風騷二十年，我深信自己的羽球路也遠遠還沒有走到盡頭。帶著這樣的信念，我努力玩起扮演職業運動員的家家酒，在繁忙的生活中擠出時間和精力，頂著鎮日上班造成的腦霧，也要提起球拍朝羽球場前進。

沒有了大把的時間可以練球，我嘗試讓自己學習得更有效率。觀摩頂尖選手在球場上精采的表現，模仿他們的訓練，揣摩他們的心態，盡可能貼近他們的飲食、休息、保養身體的方式，如他們般找盡一切的方法來提升自己的表現。

而這一切努力將要怎麼收穫？我並不清楚。只知道從今往後，再也不是為了哪一面獎牌或是誰的喝采而奮戰。「無論如何也想知道自己的羽球之路可以走到什麼程度」努力尋找這個答案，讓自己一次又一次站上人生的新巔峰就是值得投入生涯去追逐的浪漫。🇹🇼



家用快篩試劑：不患寡、患不均？

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

疾病管制署（下稱疾管署）表示，為有效運用COVID-19家用快篩試劑^①，發揮庫存防疫物資最大效益，並保護脆弱族群早期檢測及時獲得適當的醫療照護，委請中華民國藥師公會全國聯合會，將自今(5/6)日起於全台4,500餘家健保特約藥局^②（藥局名單可至疾管署官網查詢）提供COVID-19家用快篩試劑，有需求的民眾可自由免費領取。快篩試劑的物流作業會陸續鋪貨到藥局，已收到快篩試劑的藥局會上架提供給有需求的民眾，並預計明(5/7)日合作的藥局全數會收到，5月8日以後合作藥局皆可提供。疾管署表示，該署今年初曾於桃園國際機場等國際港埠提供 COVID-19 家用快篩試劑予出（入）境旅客自由領取^③，後續也接獲民眾反映應比照前開措施，免費提供COVID-19家用快篩試劑予國內有需求民眾，因此，疾管署與中華民國藥師公會全國聯合會合作，自今(5/6)日起，於上開藥局提供免費COVID-19家用快篩試劑，民眾於領處方藥物、購買藥品、醫療器材、保健食品等原因至藥局時，如有相關症狀及篩檢需求，可即時領取COVID-19家用快篩試劑及諮詢相關醫療服務。COVID-19家用快篩試劑數量有限，領取完畢即提早結束。（「疾管署將自113年5月6日起，透過4,500家藥局提供COVID-19家用快篩試劑，歡迎民眾踴躍領取」焦點新聞，疾病管制署，民國113年5月6日。）有關今(3/9)外界質疑「政府花了近千萬，請人在桃機發即期快篩」一事，疾病管制署（下稱疾管署）說明如下：一、為因應國際呼吸道疾病疫情及農曆春節入（出）境旅客

驟增，可能增加病毒傳播風險，為使旅客於入（出）境14天內有症狀時能分辨呼吸道疾病，自今(2024)年1月3日起於桃園國際機場、1月17日起於高雄國際機場及金門小三通港埠、2月1日起於馬祖小三通港埠，免費提供COVID-19家用快篩試劑予入（出）境旅客自由領取之措施，…目前快篩試劑儲備量尚有1,745萬劑^④。二、其中桃園國際機場國際旅客航運量大，疾管署機場檢疫核心人力已專注於有症狀旅客的採檢和後送，…採購過程均符合法令規定，絕無不法或圖利之情事。（「疾管署說明有關國際機場港埠提供 COVID-19 家用快篩試劑予入（出）境旅客發放作業」焦點新聞，疾病管制署，民國113年3月9日。）

「需不需要家用快篩試劑？免費贈送的喔…。」醫師家族的元旦旅遊回到桃園機場，提行李出關當下碰到的情境。

「快連絡接機的司機！」醫師覺得納悶：出國五日，難道本地新冠疫情又升溫嗎？

「已經約好在28號候車處了…」小女兒下機後立即連絡，接著她好奇地問：「她們在發什麼免費的東西？」因為醫師早訓練家人絕對不能拿路上免費贈送的東西，因為確實…風險極大！

「免錢的…雄貴！」大女兒的回應。

「知道就好！」醫師很欣慰女兒們都記得這警語。

「這裡還有一攤…」小女兒驚訝電動門出口右轉處也在發放。

「我看清楚了…是COVID-19家用快篩試劑。」視力極佳大女兒的發現，接著問：「在日本感冒的愛爸被識破了？」

「政府這麼厲害…」三位女生哈哈大笑起來。

「ㄟ…怎麼了？我又不是 COVID-19，是日本太冷又被大地震嚇到的感冒。」醫師以臨床經驗就很有自信來診斷 COVID-19、不需要借助快篩試劑。

「就是這感冒，害我們都不能吃冰淇淋。」大女兒對日本冰淇淋情有獨鍾。

「就是啊…壞爸爸！」

「壞爸爸…」大、小女兒都是醫師心頭的那塊肉。

「如果不是疫情，為何要在機場發放免費的快篩試劑？」在等接機司機時，醫師娘發言了。

「可能是即期試劑？」醫師依照過往經驗反射性回答。

「真假？要不我回頭拿一份看看…」最注重商品日期的小女兒接話。

「別鬧！用不到時要拿到哪裡回收？」醫師娘媽媽出面制止。

「拿到診所醫療廢棄物資源回收啊！」有概念的小女兒。

「應該不必這麼麻煩吧？」大女兒不認同。

「都說是『家用』快篩試劑了…你們不必想得太複雜。」醫師來解惑。

「這樣也太草率了吧？」特別注重環保的小女兒有些困惑。

「不然妳以為他們以前怎麼回收？」大女兒很有自信地回覆。

「沒錯！就當一般垃圾處理。」醫師又來解惑，此時接機的司機也到了。

「請問司機大哥，這幾天臺灣有疫情嗎？」小女兒問。

「沒聽說啊，怎麼了？」

「因為裡面在發家用快篩試劑。」小女兒說。

「原來如此！昨天有一位韓國客人在問我這事，接著把快篩試劑拿給我看，我們兩個都不知道為什麼？」

「消化庫存啊…」醫師的大白話。

「所以是即期品嗎？昨天忘了看快篩試劑有效日期。」司機大哥恍然大悟。

「韓國客人有帶走這個快篩試劑嗎？」小女兒又問。

「沒有！我幫他看完並轉述後就送給我。」

「那你怎麼處理它？」小女兒確實是個好問問題的學生。

「回家後馬上扔垃圾桶啊！」

「一般垃圾桶嗎？」

「當然！有專用垃圾桶嗎？」司機這樣回答、醫師在旁偷笑。

「你都不需要家用快篩試劑？」

「家裡都一大堆了！應該有不少已經過期…」

「一大堆？你都花自己的錢買嗎？」

「都是送的、不用花錢！」

「免錢ㄟ…」大女兒起個頭，「雄貴！」小女兒接話。

「工會、學校、市場、里長…都在送！不拿還會生氣。」司機細數疫情期間收到家用快篩試劑的不同來源。

「上個月里長也跟我提到要送診所一大箱家用快篩試劑…嚇死我了，趕緊拒絕！」醫師此時想到還是心驚驚。

「里長送給診所？好奇怪…怎麼不是衛生局送的？」司機問醫師。

「問得好！我拒絕後，她說直接交回給聯合醫院。」醫師回憶起當時情景，接著說：「其實疾病管制署在兩三年前也有送家用快篩試劑給診所的計畫，稱為『加強監測方案』，不過只發給社區定點診所，不是全面發放。」

「因為小氣，所以剩下很多嗎？」金錢概念明顯的小女兒問。

「知道就好、不要亂宣傳！」知女莫若父的醫師哈哈大笑起來。

「你們這一家子真有趣。」司機大哥也笑起來，接著問：「貴府也有很多家用快篩試劑嗎？」

「一劑都沒有、也沒買過！」兩姐妹異口同聲回答。

「好強！」司機露出不可思議的表情。

「最近網路瘋傳拿可樂和橘子汁做試驗，分別滴了幾滴到快篩試劑檢測，過了幾分鐘之後試紙上果然出現兩條線，也就是陽性結果。」愛瀏覽網路大女兒的觀察。

「就是啊！剛提到參加『加強監測方案』的診所所有700家左右，以快篩檢驗出陽性的病人不到千人…也就是平均一家診所不到兩人，讓我更懷疑這些數據的真實性。」醫師說出自己心中的疑惑。

「輸給你的…臨床經驗診斷…的正確率。」醫師娘特別強調「臨床經驗診斷」的觀念，因為全家都不是用快篩試劑來確定診斷。

「醫師的專業越來越不值了…」醫師早已對此麻痺，接著感慨繼續講：「所以醫…得…越來越沉淪。」

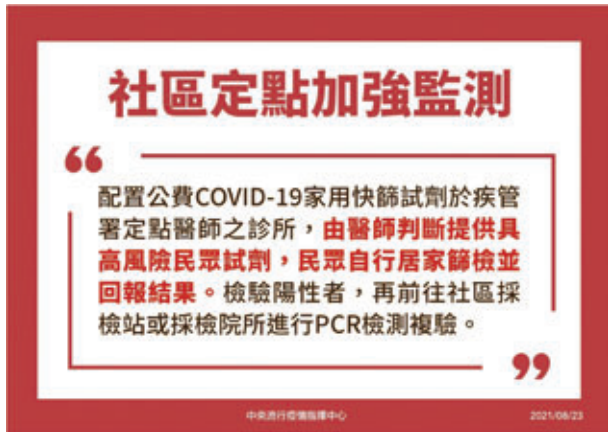
「啥？」司機大哥真的嚇到了。

「他是講所得的得、不是道德的德！」醫師娘出來解釋。

「信不信？如果快篩試劑沒發完…接下來就選擇高雄國際機場及小三通港埠等地，直到發完為止。」醫師很有自信地說。（全文完）

問題①：發放「公費COVID-19家用快篩試劑」之濫觴在診所。

解答：中央流行疫情指揮中心於民國110年8月23日表示，全球Delta變異株日益擴散且其傳播力強，我國境外移入病例有增加趨勢，為降低該病毒進入國內社區風險，與及時偵測國內



圖一 社區定點加強監測方案（圖片來源：中央流行疫情指揮中心）

病例阻斷傳播鏈，擬定COVID-19加強監測方案（圖一）合約診所，由醫師判斷對具高風險民眾提供試劑，由民眾自行居家篩檢並回報快篩結果。檢驗為陽性時，再前往社區採檢站或採檢院所進行PCR檢測複驗，以強化基層診所監測能力。…（參考「為防堵 Delta 變異株入侵社區，指揮中心啟動COVID-19加強監測方案」焦點新聞，疾病管制署，2021-08-23。）

中央流行疫情指揮中心於民國111年6月30日表示，考量目前國內COVID-19疫情逐漸趨緩，但全球COVID-19疫情依然嚴峻，且變異株影響疫情回升之風險威脅持續存在，為持續保持警戒及加強社區監測，指揮中心將自2022年7月1日起再延長COVID-19社區加強監測方案至今年12月31日，且為提高偏鄉及離島地區民眾取用公費家用快篩試劑的可近性，並維持社區監測量能，擴增約 37 家偏鄉及離島地區診所或衛生所加入，截至目前全國共有737家定點診所

參與，指揮中心呼籲有出現呼吸道症狀的民眾善加利用。指揮中心統計，自2021年8月30日起推動社區定點診所配合辦理發放公費COVID-19家用快篩試劑計畫，迄今21個縣市已發放約25萬劑公費COVID-19家用快篩試劑，於有效監測下至少發現981人快篩陽性及36,181 人PCR 陽性。…（參考「延長社區定點診所配合辦理發放公費COVID-19家用快篩試劑計畫，擴增37家偏鄉及離島地區定點診所參與，請民眾善加利用」焦點新聞，疾病管制署，111-06-30。）

據前述相距一年的二篇官署報導，不難觀察到幾個與發放藥局不同的對比數據：一、111年社區配合辦理定點發放的診所只有737家，113年社區藥局配合免費發放高達4,500家（註：因為有公會的協助？）；二、2年前執行「加強監測方案」10個月，共發放約25萬劑公費COVID-19家用快篩試劑，今年發放給社區藥局的高達1,745萬劑（註：因為有公會的協助？）；三、使用25萬劑家用快篩試劑，至少篩出981人陽性及36,181人PCR陽性（註：981人快篩陽性vs. 36,181人PCR陽性？相差36倍有餘！怪怪的…）。最後，診所是義務服務、藥局卻是有償服務（註：指行政管理費用）？

問題②：送免費「(防疫)物資」到健保特約藥局，快篩試劑是首例嗎？

解 答：依據 2020-03-31「第五版新型冠狀病毒感染臨床處置暫行指引已修訂完成，請醫師參考指引進行疑似與確診個案之診療及處置」（疾病管制署致醫界通函第423號）重點2：…

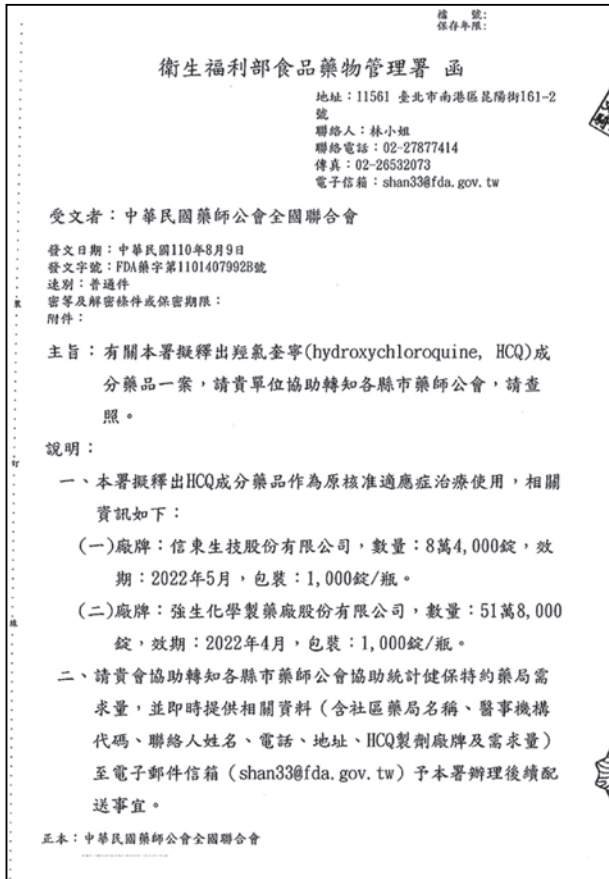


目前尚無證據支持任何抗病毒藥物治療疑似或確診SARS-CoV-2患者，但參考近期國外文獻，新增 Hydroxychloroquine（羥氯奎寧）用藥相關說明，患者經主治醫師評估與充分告知後，可考慮參照建議劑量使用。此「臨床處置暫行指引」出現後，可以預見全民瘋搶此「（防疫）物資」必然發生！食品藥物管理署於 2020-04-08 以新聞稿澄清：民國109年3月17日訂定之「嚴重特殊傳染性肺炎防疫期間藥品供應管理原則」，是為避免疫情期間發生藥品囤貨、供貨不均等情事，目前藥商仍持續按比例將該藥品分配至醫院、診所及藥局，以滿足原有臨床需求。另針對該藥品可能可用於治療新型冠状病毒感染之需求，食藥署已請國內藥廠增加產能，並將配合防疫政策，優先供應經中央流行疫情指揮中心指定之醫療院所使用。針對指揮中心於民國109年3月26日新型冠狀病毒(SARS-CoV-2)感染臨床處置暫行指引第五版，將該藥品納入目前治療新型冠状病毒感染用藥之一，食藥署已持續與國內相關藥商召開溝通會議，未來將可提高國內「羥氯奎寧」產能，以因應疫情所需。**食藥署同時呼籲醫療機構、藥局及藥商，切勿不當囤積藥品**。另提醒民眾，該藥品屬於處方藥品，應經醫師評估病情後處方使用，不可自行使用，以避免延誤病情或發生不良反應。（參考「澄清媒體報導食藥署禁止『羥氯奎寧』藥品出貨至診所一事」焦點新聞，食品藥物管理署，109-04-08）實際情形是「缺藥」，有錢也買不到！難道是藥廠生產不足嗎？還是真的被囤積？事隔一年後，總

算…。

全台六千六百多家社區藥局，近期陸續收到食藥署免費配送一罐共一千顆的奎寧。原來是去年傳出奎寧可治療新冠肺炎後，衛福部憂心全球斷貨，花費千萬元採購奎寧，但後來奎寧被移出新肺炎治療指引，避免公帑隨效期跟著報廢，**食藥署決議免費將採購奎寧送給社區藥局**。食藥署藥品組研究員洪秀勳指出，「這應該是**史上第一次免費送藥給醫療院所及藥局**」（筆者註：醫療院所應該是口誤）。美國前總統川普去年自爆服用奎寧「預防」新冠肺炎，讓奎寧聲名大噪，我國治療新冠患者指引一度也把奎寧納入其中。憂心全球斷貨，衛福部當時立即採購作為防疫物資，不料，不久奎寧即被證實治療新冠效果有限，而我國花費千萬，採購近一千五百萬顆的奎寧瞬間被「打入冷宮」，近期鑒於效期剩一年，食藥署決議「免費」送社區藥局，盼能在效期內銷庫存。藥師公會全聯會社區藥局主委邱議權表示，**疫情初期，奎寧幾乎是「一顆難求」**，如今需求大減，突然配送對部分藥局可能是負擔，但藥品免費，不會有成本的問題，將盡力協助把剩餘的奎寧提供持處方箋的患者。（參考「史上首次！食藥署砸千萬搶奎寧失策 免費配送藥局銷庫存」，記者陳雨鑫，聯合報，2021-04-03）由此可見：到底是誰在囤積奎寧？

原以為只免費送一次，沒想到事隔四個月還有另一批：60萬2千錠（即602罐，圖二）。



圖二 食品藥物管理署免費釋出羥氯奎寧公文 2021.08.09

問題③：疾病管制署於「機場」及「小三通港埠」自行發放家用快篩試劑成果。

解 答：疾管署表示，因應近期全球呼吸道疾病發生率上升，且農曆春節將至，預期未來入出境旅客數將驟增，可能增加病毒傳播風險，為保障民眾健康，疾管署宣布自明(3)日起，於桃園國際機場定點定時提供每人1盒COVID-19家用快篩試劑予入出境旅客自由領取（圖三），供旅客於有症狀時使用，以及時分



圖三 桃園機場定時定點提供家用快篩（圖片來源：疾病管制署）

辨是否為COVID-19感染，並有助於後續就醫診治。前述提供COVID-19家用快篩措施，預定自今(2024)年1月3日起每日上午7時至晚間10時30分，於桃園國際機場第一航廈及第二航廈之接機大廳及出境大廳共4據點，提供旅客於入出境時自由領取，每人1盒（依現貨盒裝數量約4或5劑），預計至少執行至春節連假後。（參考「因應新冠疫情持續及春節入出境人潮，疾管署將自2024年1月3日起，於桃園國際機場定點定時提供COVID-19家用快篩，歡迎旅客於入出境時領取，並提醒民眾儘速接種新冠XBB疫苗」焦點新聞，疾病管制署，民國113-1-2。）疾管署統計，自去(2023)年11月26日起實施中港澳入境有症狀旅客「定點監測、鼓勵採檢」措施，截至1月14日已採檢386人，其中273人為陽性，檢出陽性仍以流感(67.4%)及新冠(16.1%)為主，…。疾管署說明，自今年1月3日起於桃園國際機場提供 COVID-19 家用快篩試劑予入出境旅客自由領取，截至今年1月15日，旅

客領取試劑數量已達30.1萬人次，民眾接受度高，領取狀況踴躍，考量國際疫情升溫及評估機場港埠檢疫量能許可，增加下列二處地點提供入境旅客領取COVID-19家用快篩試劑：自今(2024)年1月17日起，於金門小三通港埠（水頭碼頭）每日上午9時30分至晚間6時30分，以及於高雄國際機場每日上午8時至晚間10時30分，於入境處定點定時提供COVID-19家用快篩試劑予入境旅客自由領取，每人1盒（依現貨盒裝數量約4或5劑），預計至少執行至2月底，再視疫情狀況於連假後決定是否延長。（參考「自2024年1月17日起，於金門小三通港埠及高雄國際機場入境處定點定時提供COVID-19家用快篩試劑，歡迎旅客領取使用，並呼籲民眾儘早接種新冠XBB疫苗」焦點新聞，疾病管制署，民國113年1月16日。）

疾病管制署自今(2024)年1月3日起於桃園國際機場、1月17日起於高雄國際機場及金門小三通港埠、2月1日起於馬祖小三通港埠，免費提供COVID-19家用快篩試劑予入（出）境旅客自由領取之措施，截至3月8日，旅客領取試劑總量已達178.6萬人次（約791萬劑，其中桃園機場748萬劑），近期平均每日發放量為每日入境5.4萬劑、每日出境4.6萬劑，合計每日約發放10萬劑，顯示民眾接受度高。新冠快篩試劑係於疫情指揮中心期間時所採購，當時盤點後疫情時期，亦即去(2023)年秋冬至今，新冠肺炎亦可能捲土重來，故當時將效期可達今年的快篩試劑留存做為物資整備，供此波疫情使用，另目前快篩試劑儲備量尚有1,745萬劑。因此

疾管署依政府採購法辦理COVID-19家用快篩試劑發放作業勞務承攬採購案，採公開招標，採購案決標金額為935萬元整。採購經費包括人員薪資、勞/健保、幹部加給、教育訓練、制服等行政管理費用，服務內容為三個月執行期間（含春節連假）每日上午7時至晚上11時於桃園國際機場辦理COVID-19家用快篩試劑的發放、補貨及快篩試劑入出倉搬運作業，二個航廈出入境均各設置2個發放點，總共8個發放點。早晚班各需管理幹部1人，工作人員15人，各16人，每日共計32人，依勞基法輪休，故單月共需48人，每人每月薪資約4萬元，加上前述費用和行政管理費用。採購過程均符合法令規定，絕無不法或圖利之情事。

所以，即期新冠快篩試劑係疫情指揮中心所「採購留存」的「整備物資」，由疾病管制署負責後續「發放及處理」嗎？這種分工跟過去克流感(Tamiflu)的處理方式，明顯不同！

問題④：「COVID-19家用快篩試劑儲備量」及差別待遇的管理費用。

解答：有關今(5/8)日媒體報導「藥局免費快篩千萬劑效期短」一事，疾管署說明如下：1.為有效運用COVID-19家用快篩試劑，該署委請中華民國藥師公會全國聯合會（下稱藥師公會），自113年5月6日起於全台4,500餘家健保特約藥局設置COVID-19家用快篩試劑發送點，並依藥師公會規劃之試劑發放點，配送844萬餘劑家用快篩試劑至藥局，包括效期至113

年5月底約184萬劑、113年6月660萬劑。…3.本次發放作業疾管署與藥師公會合作，由藥師公會詢問藥局協助發放意願後，提供疾管署配送名單與配送數量，疾管署依該名單通知委託物流廠商配送家用快篩試劑至各藥局，倘藥局不願參與快篩試劑發放作業，可自行聯繫藥師公會。（參考「疾管署說明有關藥局提供予民眾COVID-19家用快篩試劑相關作業」焦點新聞，疾病管制署，民國113年5月8日。）

所以疾病管制署保有的「COVID-19 家用快篩試劑儲備量」，在3月9日有1,745萬劑；在5月8日尚有844萬劑（184萬劑+660萬劑），自行發放初估450萬劑／月，據此推測應在六月底就可以全數發放完畢，有必要再發給每家藥局「管理費用」代為發放嗎？中華民國醫師公會全國聯合會透過新聞稿指出，疾管署委請社區藥局發放免費快篩試劑，有給予相當管理費用，但基層診所同樣協助配合政府發放家用快篩，卻未能比照藥局獲得合理費用，讓第一線基層診所深感不公。疾管署發言人曾淑慧今天告訴中央社記者，這次藥局發放快篩，確實有透過藥師公會給予相關「行政管理費用」，至於基層醫療院所發放快篩，則在時空背景及協助發放性質上都有所不同。曾淑慧說明，當時是為因應國內COVID-19疫情，保障第一線醫療、防疫人員及民眾健康，撥配快篩試劑至醫療院所，而且目的是為利醫療院所診治病人時，能及時鑑別診斷，分辨是否為COVID-19感染，以利後續醫療處置或運用於公衛防疫用途，與這次發放快篩性質有所不同。（參考

「藥局助發快篩有補助引診所不滿 疾管署：研議中」，記者曾以寧，中央社，2024/5/12。）



《「副/福」業回顧》-10

戰前來台的歐美醫界人士(4)——其他歐美醫界人士

美國St. Louis大學及Glennon主教兒童醫院 朱真一

這《「副/福」業回顧》系列，回顧自己為何有興趣及如何探討，台灣的歷史文化及醫學人文的「副/福」業。以前系列的最早兩篇，討論如何因緣際會，改變一些工作計劃，找到「真」的業餘副業，踏進對台灣歷史文化及醫學人文有興趣的「副/福」業¹⁻²。以前諸期先探討為何、如何及發現馬偕牧師，對台灣的現代化影響深遠^{2,3}，接著探討早期來台灣的歐美醫界人物，他們對台灣現代化，尤其醫療方面的貢獻深遠⁴⁻⁶。

上幾期先討論早期由英國派來台灣的海關醫師⁴，然後討論跟教會有關，來台灣的歐美醫界人士^{5,6}。當然還有其他歐美來台灣的醫學界人物，跟海關及台灣的教會沒有關聯，還發現有些跟醫學界很有關聯的非醫學界人物，甚至有的歐美醫師，沒來過台灣，但跟台灣有密切關係。這期來簡述以前曾探討及報導過人物及參考文獻，也提供多位以前未報導過，最近才找到，一些應多去探討的人物。

比馬雅各更早來台的歐美醫界人士

上幾期⁴⁻⁶，曾一再地說馬雅各醫師(James L. Maxwell)是第一位來台灣的歐美醫師。其實台灣在17世紀，被荷蘭及西班牙統治部分的台灣過，台灣很大部分曾是這兩國的殖民地。荷蘭從1624-1662占據南台灣38年之久，西班牙從1626-1642占據北台灣16年，後來被荷蘭趕走。兩國尤其荷蘭在台灣38年之久，兩國的官員、工作人員、軍人以及他們的家屬，人數不少，兩國政府應有醫療人員來照顧他們，來台灣的醫療人員，提供台灣居民醫療服務否？

手上有三部有較多早期台灣歷史的書籍⁷⁻⁹，對荷據及西據時代的文獻，很少討論那時代的民生問題，但寫不少兩國對傳教都非常熱心及成功。搜尋以前提過那本1945年以前到過台灣的歐美人士的辭典¹⁰，找到一位James Viverius是Dutch medical doctor，說他1640年在台南，是宣教師(missionary)，雖沒提他行醫，有可能也類似，以後長老會醫師宣教師，行醫來幫忙宣教。

史明書提到荷據時代設立醫院⁷，曹永和也提到，為鼓勵漢人移民台灣，荷蘭政府特別興建一所醫院⁸，以便收容患病的種蔗漢人。這些文獻強調荷蘭及西班牙，基督教的傳教很成功，兩國的醫療人員，是否也如這系列前幾期討論的19世紀時長老教會的醫師宣教師，服務台灣的居民。可是兩國的殖民時代，不到四十年，以後沒醫療人員繼續，而且那時代歐洲醫學還沒科學化，想那時代的醫療，對台灣以後醫學可說沒有影響。

北部西班牙政權於1642年被荷蘭趕出台灣後，西班牙的教會同時也離開。不過西班牙的道明會(Dominican Order)傳教師，於1859年重新回到南台灣，比長老教會馬雅各的1865年更早。從早期來台灣過歐美人士辭典中¹⁰，看到有一人1914年是高雄Foundling Hospital of the Dominican Sisters助手，找不到高雄有Foundling Hospital資料。找到其他地方的Foundling Hospital，主要是收容及照顧被遺棄兒童的機構¹¹，不知是否跟一般的醫療醫院不同。以後找到一文獻說：「從1863年前金



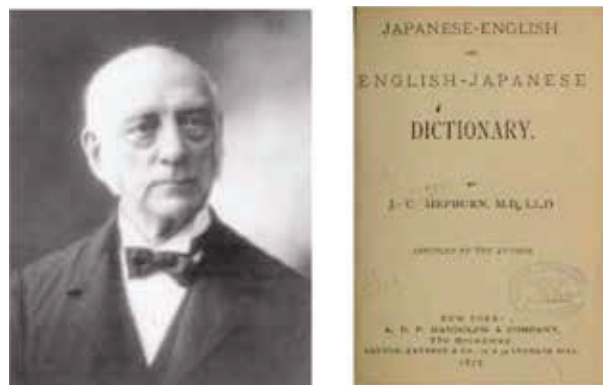
圖一 伊能嘉矩（左）、《台灣文化志》中譯本頁（右）。

教堂收留棄嬰開始，育嬰堂之建立成為道明會所重視的工作」¹²。早期來台的天主教神父及修女，很可能提供較現代化的醫療服務，目前找到天主教在台灣的醫療機構，都是戰後才開始。

更早來台的歐美醫師

伊能嘉矩的《台灣文化志》（圖一），有段說「在台之期間雖甚短，而為外教傳道史上最初之一人，不可忘記其名者，為美國人黑本」。黑本（James Curtis Hepburn, 1815-1911，圖二）是美國醫師及牧師，生於1815年，很早就決心，要奉獻於海外傳教。那書中另一處，較詳細地說，黑本於1846年去台灣打狗港，因家屬六人中四人死亡，夫婦兩人也染上瘧疾，停留不久就離開，文中未討論他有否從事醫療工作。黑本以後去日本30多年，對日本的語言學、教育及醫療很有貢獻。

另外德國宣教師郭實臘（Karl F.A. Gützlaff; 1803-1851；圖三）更早也到過澎湖



圖二 黑本(James Curtis Hepburn)及他最有貢獻的日英/英日辭典（1873年出版）。（感謝Wikipedia提供上圖左及此及以後的圖片）



圖三 郭實臘(Karl F.A. Gützlaff)。

及安平，有本書中說，郭實臘是船醫，在澳門行醫過。郭實臘，很早學會中文，曾到印尼的爪哇、新加坡、曼谷、澳門及香港傳教，並翻譯聖經為中文。1832年到過澎湖及安平。航海時兼當船醫。有關黑本及郭實臘較詳細些的報導，請看《台灣文化志》⁹，以及拙著《府城醫學史開講》¹³，拙著的第二章〈比馬雅各更早來南台灣的醫師及宣教師〉。

上面提到的一些歐美醫界人士，比馬雅各更早來台灣，不過這些人，只來極短時間而且無後繼者，對台灣的醫療現代化，想可說無甚影響。馬雅各才是第一位歐美人士，開始促進台灣醫學現代化。以後教會有關的歐美醫界人士，還有英國海關醫師，他們後續不斷很多年，是台灣醫學現代化的催生者，稍後殖民台灣的日本政府，更有計劃地大力推動台灣醫療的現代化。

因馬偕牧師疾病來台的歐美醫師

馬偕牧師的人生最後一年被喉癌所折磨，有關這一年的經過，不再重複。請看曾在《台灣醫界》登過的兩拙文^{14,15}，較詳細地說明馬偕牧師的喉癌，發現有不少歐美醫師特地來台灣照顧馬偕牧師，日本醫師也參與他的喉癌醫療。

1900年5月聲音開始沙啞，到6月底已完全沙啞到失聲。他在11月1日，由學生陪同下到香港，接受英國醫師Dr. Stedman診治的兩個多月，因無效及惡化下，在1901年一月回來淡水。有一日病勢轉劇而不能呼吸，日籍醫師黑岩在Dr. Wilkinson幫忙下，做了「氣管切開術」。稍後馬偕前往台北接受日本醫生之治療，因沒有好轉，又搬回淡水。

以後加拿大的母會商情麥克·克魯爾醫師(Dr. William McClure)，從中國河南趕來，於1901年4月25日抵達淡水，主治馬偕的病到6月2日馬偕去世。Dr. William McClure是上兩期討論過，曾來馬偕醫院的Dr. Robert B. McClure（羅明遠醫師）的父親。老克魯爾醫

師（父親）的生涯也非常令人佩服，請看主要寫他們父子的三篇拙著¹⁶⁻¹⁸。

以前提過的打狗的海關醫官Dr. Myers，最少曾於1901年2月中，特地去看馬偕牧師。另外1900-1901年間有位女醫師Dr. Crowther從中國及另一Dr. Otte從廈門來看過馬偕的病。Dr. Otte屬Dutch Reformed Church（歸正教會），來自美國。全名是Dr. Johannes Abraham Otte，1861年生於荷蘭，後來移民美國，畢業於University of Michigan醫學院。到廈門及附近地區傳教及醫療服務，曾創建了3間醫院¹⁵。沒查到Dr. Crowther的資料，這些醫師們，除了來看馬偕的病外，可能也去馬偕的醫館幫忙。

Dr. Stedman的全名是Frederic Osmund Stedman(1862-1927)是在香港的英國醫師，他是康德黎醫師(James Cantlie)的後輩同事，跟1886-1892來北台灣的英國海關醫師Dr. Alexander Rennie同事過。Drs. Stedman 及 Rennis在康德黎離開後，繼續康德黎的工作¹⁹。為了馬偕的喉癌，加拿大、英國、美國等歐美醫師們，來台灣照顧他。看來就是日據時代，台灣的歐美醫師，跟香港及廈門的歐美醫師，仍有相當密切的交流。

其他的歐美醫師們

清政府在劉銘傳主政時，在台北曾設立了官醫局，於1887招聘西人Dr. Hunsen為醫師，沒找到Dr. Hunsen的更多資料，不知在台灣多久或其工作情形。除為官員外，不知有否為一般台灣民眾服務。劉銘傳一離開，官醫局馬上

撤廢，沒找到紀錄，有第二個歐美醫師在官醫局服務。

1884年清法戰爭爆發後，法艦砲轟淡水，民眾及士兵傷亡不少，馬偕收容傷兵及民眾於偕醫館。除了馬偕之外，在英國海關服務的約翰生(Dr. C. H. Johanson) 及英國炮艦HMS Cockchater船醫Dr. Browne都參加了醫療救護工作。Dr. C. H. Johanson在討論英國海關醫師那期稍提過⁴，Dr. Browne是上述英國戰艦的船醫，查不到更多資料。不過這1884年清法戰爭有不少有趣的情節，請看拙著²⁰。

搜尋上面提過那本早期來過台灣的歐美人士辭典¹⁰，看到一些以前探討時，從未看到或提過的歐美醫界人士。那辭典的作者，是一位跟台灣沒甚關係的圖書館學家，作者主要從文獻中找出，1945年前來過台灣的一些歐美人士。這裡特別提出一些醫界人士，很可惜目前仍無法找到一些文獻，在這裡寫出來，或許以後有人可找到，可能找到更有意義的歷史資料。

第一位Dr. Samuel Pellman Boyer (1839-1875)，於1868年曾訪問台灣。看到一文寫對Dr. Boyer書的評論²¹，那評論中介紹Boyer著作的書，寫Dr. Boyer在1882年自Pennsylvania大學醫學院一畢業，就申請當海軍軍醫，他有一部著作分兩冊出版：Naval Surgeon. The Diary of Dr. Samuel Pellman Boyer. Volume I: Blockading the Souths 1862-1866. Volume II: Revolt in Japan, 1868-1869。書於1963年才出版，是編輯整理修訂他寫的日記而出版。



圖四 宮本和男(Kazuo Miyamoto)以及介紹他寫那本有關台灣的書的片段。(感謝Densho Encyclopedia 網站的資料)

Dr. Boyer當軍艦的軍醫，先在美國南部海軍服務。後來被調往日本附近1至2年，他在1888年曾造訪過淡水及台南。還沒找到書，上網也找不到他造訪台灣的資料。那位評論者說他的書第一冊很“unique”，第二冊有關日本，內有他來台灣的報導，更是“exotic”。有趣的是，評論者說他的兩本書對醫學史，有很多有意義的貢獻(significant contributions to medical history)，很可惜還沒找到這本書。

另一位Dr. K. Miyamoto，是日裔美國人，曾來過台灣，上網找到介紹他的文章²²。他的全名是Kazuo Miyamoto（宮本和男；1897-1988；圖四），他在夏威夷出生，以後到美國大陸讀書，先讀Stanford大學，然後在St. Louis的Washington大學醫學院畢業。後來還到日本多年，並說他還得到日本慈惠醫學校的博士學位。

在日本期間去過中國及台灣，在日本時出版了一本Glimpses of Formosa and China Under Japanese Occupation in 1939。因為那時日本

的資源少，僅能出版700本，主要分贈親友，以後這書反而給他自己及親友帶來麻煩。當日本攻擊珍珠港跟美國宣戰後，他因出版這本書，美國政府對他很懷疑，很多親友還趕緊把書燒掉。他相當早期就被美國懷疑，比別人先被囚禁(internment)，在日裔美國人的集中營(incarceration camps)。

他被囚禁時的經驗很複雜，無法詳說。以後有機會，希望能找到他1939年出版的那本書。從日裔美國醫師角度，看他寫到台灣的經驗，很可能很有意義。他以後寫了不少有關被囚禁，以及日裔美國二世觀點的書。這位懂日文受美國教育的日裔美國醫師Dr. Miyamoto，在日據時代訪問台灣，他對台灣當時的觀察，尤其有關醫療方面的報導，可能不同於一般日本人或美國人，想會很有意義。

其他跟台灣醫界的有關的歐美人士

探討台灣醫學史時，發現有些歐美人士，雖不是醫師，但跟台灣醫界有相當的關聯，有些雖不確定他們曾來過台灣。這裡寫簡單地介紹，希望以後有人繼續去探討他們，可能發現更多資訊，能讓大家更能瞭解早期的台灣，尤其台灣的醫療。

上面討論荷蘭占據時代，曾提到來台灣的荷蘭醫師問題。上網查時，看到好幾個網站說，1625年荷蘭人佔領安平後，身為醫師的Maarten Sonck自立為第一任長官（或稱總督或省長Governor）。林吉崇的《臺大醫學院百年院史（上）》²³，可能名字印刷錯誤，說荷

蘭的船隊有醫師Moartensonk。上Wikipedia搜尋，發現有些相當不同的資訊²⁴，說他是讀法律出身，他的名字有不少不一樣的寫法，因為本是荷蘭語文的名字，有人把荷蘭文拉丁化，有些不同寫法的Martinus、Maarten或Marten Sonck（他的姓也有人寫成Soncq或Sonk），說他只任一年的長官，第二年在台南淹死。說他當船醫並非不可能，船上若沒有醫師，較有學識者，有較多的醫學常識或醫術，就可能兼當船醫。

另一位歐美醫師大概沒來過台灣，可是他跟台灣很有關聯，他是第一位到中國的基督教宣教師及醫師Dr. Peter Parker(1804-1888)，他的漢名是伯嘉醫生。伯嘉醫生1834年畢業於耶魯大學，有神學及醫學的學位(BD, MD)，1834年就去中國宣教行醫，設立中國境內第一所現代醫院。對中國醫學的現代化，以及醫學教育可說厥功甚偉。他還是介紹外國法律到中國的開啟人物，鴉片戰爭時他離開中國，1840-42年到歐美各處演講，宣揚他在中國的傳教及醫療工作。他以宣教師/醫師，到中國的拓荒，以及到歐美各地宣揚，影響其他宣教師/醫師前往中國、台灣或亞洲各地²⁵。

鴉片戰爭結束後，伯嘉再度前往中國，行醫外還兼職外交工作，這段經歷也很複雜^{25,26}。1855年回美國，年底又被美國派往中國，當美國駐華專員近兩年。他跟台灣最大關聯是，一再催促美國政府合併台灣，這段曲折的歷史很有意義，我們未聽說過。有關伯嘉的詳細生涯，尤其他催促占據台灣的歷史典故很



圖五 Hans Sauter (1871-1943)

曲折，請看以前寫過的拙著^{25,26}。上述1945年前來過台灣的外國人士辭典中¹⁰，作者也特別列出他，說他雖然沒資訊說他去過台灣，但跟台灣有重要的關聯，所以在那辭典中介紹他。

最後再來介紹Hans Sauter（圖五），雖不是醫師，但跟台灣醫界有密切的關聯。他是很有成就的昆蟲學家，但長期在台北醫專教授英文及德文，跟醫界人士最有來往，在那時的醫界文獻，常有人提到他。Sauter於1871年生於德國Augsburg，1902年到安平，不久後到日本，並跟一日本人結婚，1905年又回到台灣，經常到台灣各地採集昆蟲及其他生物。第一次大戰末期開始在醫院專教英文及德文，因此很頻繁地與醫界人士來往。

他另一大貢獻是提高台灣的音樂水準，1943年於台灣逝世。若有興趣，請看登載於《台灣醫界》的拙文²⁷。順便一提，拙文發表

後，有位日本人搜尋網站時，看到那篇拙文²⁷，email來信告訴我，他是Sauter的後裔（好像是曾孫？），他還說有些後裔，後來回去德國，居住於德國，現在是德國人。

參考文獻：

1. 朱真一：《副/福業回顧》1-有「緣」得福；回顧有「福」之業。台北市醫師公會會刊 2023；67(9)：87-93。
2. 朱真一：《副/福業回顧》2-探討馬偕牧師誤會資訊的「緣」與「福」。台北市醫師公會會刊 2023；67(10)：90-5。
3. 朱真一：《副/福業回顧》探討馬偕牧師的生涯、影響及貢獻1-4。台北市醫師公會會刊。1) 2023；67(11)：86-92；2) 2023；67(12)：87-93；3) 2024；68(1)：89-94；4) 2024；68(2)：85-90。
4. 朱真一：《副/福業回顧》7-戰前來台醫療有關的歐美人士（1）導言及海關醫師。台北市醫師公會會刊 2024；68(3)：90-5。
5. 朱真一：《副/福業回顧》8-戰前來台醫療有關的歐美人士（2）北部教會有關。台北市醫師公會會刊 2024；68(4)：85-9。
6. 朱真一：《副/福業回顧》9-戰前來台醫療有關的歐美人士（3）中南部教會有關。台北市醫師公會會刊2024；68(5)：89-95。
7. 史明：台灣四百年史（上）。台北市，草根文化；1998。
8. 曹永和：台灣早期歷史研究。台北市，聯經出版；1979。

9. 伊能嘉矩：台灣文化志（中譯本）。台北市，台灣文獻委員會；1985。
10. Otness HM: One Thousand Westerns in Taiwan, to 1945: A Biographical and Bibliographical Dictionary. Taipei, Academia sinica; 1999.
11. Foundling Hospital。In Wikipedia website: https://en.wikipedia.org/wiki/Foundling_hospital
12. 溫振華：天主教道明會在臺灣的傳教。In Internet: <https://dweb.cjcu.edu.tw/ShepherdFiles/C0203/File/20180123214003370.pdf>
13. 朱真一：府城醫學史開講。台北市，心靈工坊；2013。
14. 朱真一：馬偕牧師晚年的喉癌。台灣醫界，2007；50：386-391。
15. 朱真一：從Dr. McClure照顧馬偕牧師的報告談起。台灣醫界 2007；50：541-45。
16. 朱真一：從醫界看早期北台灣與歐美的交流（五）-加拿大來的兩位Dr. McClure-I. 羅明遠大夫及他的父親。台北市醫師公會會刊 2007；51(7)：63-7。
17. 朱真一：從醫界看早期北台灣與歐美的交流（六）-加拿大來的兩位Dr. McClure-II. 羅明遠醫師在台灣。台北市醫師公會會刊 2007；51(8)：63-8。
18. 朱真一：從醫界看早期北台灣與歐美的交流（七）-加拿大來的兩位Dr. McClure-III. 羅明遠大夫離開台灣後。台北市醫師公會會刊 2007；51(9)：63-7。
19. Frederic Osmund Stedman (1862-1927)。In Internet：<https://gwulo.com/node/17221>
20. 朱真一：清法戰爭、馬偕牧師、醫界與歐美的交流。台灣醫界 2008；51：221-4。
21. Nicholas RF: Book Review：Naval Surgeon. The Diary of Dr. Samuel Pellman Boyer. Volume I: Blockading the Souths 1862-1866. Volume II: Revolt in Japan, 1868-1869. In Internet：<https://journals.psu.edu/pmhb/article/view/41954/41675> (on page 237-238 of this citation in webpage)
22. Kazuo Miyamoto。In Internet: https://encyclopedia.densho.org/Kazuo_Miyamoto/
23. 林吉崇：臺大醫學院百年院史（上）。台北市，台大醫學院；1997。
24. Martinus Sonck。In Wikipedia website: https://en.wikipedia.org/wiki/Martinus_Sonck
25. 朱真一：伯嘉醫生(Dr. Peter Parker)催促美國合併台灣。台灣醫界 2010；53：492-6。
26. 朱真一：伯嘉(Dr. Peter Parker)醫生的生涯（上）&（下）。台北市醫師公會會刊 2010；54(5)：73-8 & 54(6)：72-7。
27. 朱真一，陳克敏：從醫界看早期台灣與歐美的交流（九）早期來台灣的德籍人士(1)：昆蟲學家Hans Sauter（紹達;エツチ、サウタ）。台灣醫界 2007；50：346-50。



本會學術教育課程表

113年學術繼續教育課程表

◆時間：下午一時至三時（星期五）

◆地點：實體（公會七樓會議室）+線上並行

1. 線上課程採用Cisco Webex Meetings軟體，請提早下載安裝，並使用中文全名登錄。

2. 系統會自動記錄上線時間，本會將依上線時間給予學分。

日期	講題	講師
113.06.21	從新國病談癌症篩檢的變革-早期肺癌的曙光	陳晉興
113.06.28	鼻塞的藥物與手術治療	林怡岑
113.07.05	胃腸鏡檢查之品質提升	羅景全
113.07.12	疫苗研發策略與安全性評估	程劭儀
113.07.19	多元性別走入社區相關健康問題	吳怡慧
113.07.26	肝硬化併發症的診斷與治療	楊宗杰
113.08.02	慢性腎臟病的治療策略與照護目標	吳泓彥
113.08.09	高齡患者的冠狀動脈心臟病治療	黃建龍
113.08.16	兒童骨科常見疾病與治療	吳冠彰
113.08.23	基因檢測在肺癌診治所扮演的角色	陳冠宇
113.08.30	台灣機器人手術趨勢	劉蕙瑄
113.09.06	骨質疏鬆症	詹鼎正
113.09.13	從醫療專業來看長照服務	高燕彬

投稿簡則

一、本刊為台北市執業醫師的園地，歡迎各位會員同仁踴躍提供與醫療有關之學術研究報告、醫療行政業務、行醫心得、文藝創作、旅遊見聞等創作。

二、各類文章，以不超過8000字為原則，但特約稿例外。學術性文章，題目、姓名均須以中文書寫，題目不超過20字為限。本刊對來稿有修改的權力。

三、本刊「台北市醫師公會會刊(Journal of Taipei Medical Association)」，英文縮寫為J Taipei Med Assoc。

四、凡學術性文章，請依下列簡則：

1. 來稿請以中文橫向打字；英文名詞除已慣用簡寫外，其它儘量譯成中文，並以括號附註原文。英文譯中文請用牛頓英漢醫學辭典、高氏醫學辭典或華欣醫學大辭典。英文字之字頭，除標題、每行開頭字、專有名詞與藥物商品名外，請一律小寫。

2. 凡數字應用阿拉伯字體書寫，度量衡單位應使用國際單位系統符號。

3. 插圖如係照片，須光面且黑白清晰，如係圖表，應用濃墨描繪於白紙，轉錄之圖、表應註明出處。圖以阿拉伯數字，表以羅馬字排列次序。插圖如為電腦檔案，則解析度至少需為300 dpi。

4. 參考文獻之引用如下：

A. 參考文獻按照引用先後順序排列，於文中引用時請以小寫阿拉伯數字標示於引用處之右上方。

B. 參考文獻之著者需全部列出，如為三人以上者，則僅列前三人。

C. 所列之參考文獻以二十個為限。

D. 參考文獻如為雜誌，請書寫著者姓名、題目、雜誌簡稱(按照MEDLINE規定)、年號、卷數、期數、起訖頁數。

中文例：盤松青：社區型肺炎的治療與預防。台北市醫師公會會刊 2018；62(7)：46-50。

英文例：Brown MS, Goldstein JL: A receptor-mediated pathway for cholesterol homeostasis. Science 1986; 232(4746): 34-47.

E. 參考文獻為書之範例：文章著者姓名、題目、編輯者姓名、書名、版數、年代、出版社名、地址、起訖頁數。

McIntyre N, Harry DS: Measurement of plasma lipids, lipoproteins, apoproteins and enzyme. In McIntyre N, Harry DS, eds. Lipids and Lipoproteins in Clinical Practice. 2nd ed, 1992. Wolfe Publishing Ltd. London, UK. P.33-68.

F. 參考文獻如為網站資料，請註明日期。

五、本刊僅接受未曾發表之著作，請勿一稿兩投：凡經本刊登載後，版權即歸本刊所有，除於本刊刊登外，亦張貼於本會網站。本刊於每期會刊出版後，選取部份文章提供與本會簽約合作之數位公司收錄和提供下載服務。所有文章除本刊同意外不得轉載。若為摘譯、譯稿或改寫稿，需附原作者之正本同意書，並附原文影本一份；作者之觀點並不代表本會立場，若有法律責任由作者自行負責。來稿如涉及版權，概由作者自行負責。

六、投稿請寄稿件及投稿聲明書，寄至「台北市信義路二段74號6樓編輯委員會」，並詳附姓名、通訊地址、電話、傳真號碼、服務單位及職別，或e-mail至tma09@tma.org.tw。如經採用，將略致薄酬以表謝意。



臺北市醫師公會

會址：臺北市大安區信義路二段74號6樓

電話：(02)23510756 傳真：(02)23510739

TAIPEI MEDICAL ASSOCIATION

6F., No. 74, Sec. 2, Xinyi Rd.,
Da-an Dist., Taipei City, Taiwan (R.O.C.)

TEL:+886-2-23510756 · 23510757

FAX:+886-2-23510739