



台北市醫師公會會刊



- 活體器官肝腎捐贈制度對醫療平權之挑戰與反思
- 綜論頑固性胃食道逆流與小腸細菌過度生長的致病機制
~兼談「經胃鏡小腸內益生菌灌注給與」的臨床經驗（上）

目錄

Contents

常務監事的話	手起刀落間之修行—外科醫師四十年	許希賢	2
會務公告	一一四年度資深醫師名單		4
	第十屆好書獎得獎名單		10
	台北市醫師公會女性醫師會員生產祝賀禮金申請表		14
會議紀錄	理監事聯席會會議紀錄		16
醫事法律	113保護專線—臺灣臺北地方法院113年度侵 訴字第94號刑事判決評析	蕭筵儒、葛 謹	36
學術專論	活體器官肝腎捐贈制度對醫療平權之挑戰與 反思	蔡宏斌、潘瑾慧、方冠雅、 李明哲	44
	綜論頑固性胃食道逆流與小腸細菌過度生長的 致病機制~兼談「經胃鏡小腸內益生菌灌注給與」 的臨床經驗（上）	譚健民、朱紀洪、譚媛云、 章振旺、張耀元	50
活動預告	高爾夫球友誼賽		62
會員園地	服務欄		63

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：王森德

本期副執行編輯：吳慶南

編輯：周裕清·王森德·王瀛標·江建鏐·

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：林芝馨

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：106646台北市安和路一段27號16樓

電話：(02)2351-0756·傳真：(02)2351-0739

P.38

P.44

P.63

P.69

P.78

	開懷篇	陳志鑫	64
	攝影秀—土耳其 博斯普魯斯海峽	林隆煌	65
杏林隨筆	下一站，瑞士	胡佳恩、吳佳慶	67
	臺北市立聯合醫院中興院區 畢業後一般醫學 訓練計畫(PGY)心得報告	廖鵬翔	68
生活醫療法律	醫療法律生活化系列(155)	李志宏	69
	社區藥局好厝邊一遇缺藥怎麼會好？		
醫林特稿	《「副/福」業回顧》-27	朱真一	78
	日據時代的醫學教育(13) —高等學校教育--自由與自治		
醫政公文	重要政令轉知會員		84
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 35 · 玉山銀行 43/61		

網址：www.tma.org.tw

e-mail(投稿專用)：tma07@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：紀念館的倒影

國父紀念館的噴水池，變更設計後，有如一面巨大的鏡子，將紀念館周圍的建築物都倒映在水面，隨光線而影動也是一景。

作者：吳國鈞

服務院所：尹書田醫療財團法人
書田泌尿科眼科診所

手起刀落間之修行——外科醫師四十年

馬偕紀念醫院副院長 許希賢

四十多年前在我穿上白袍的那一刻，曾經多次遐想過自己的醫者人生樣貌。年少的我，心中充滿理想，相信只要努力學習、誠心待人，便能拯救病患於病痛之中。沒想到轉眼再回首已是四十年。漫長的外科歲月，既是一場醫術的修煉，更是一趟攸關生命與人性的深刻旅程。

初心：實習醫生扣敲外科大門

從實習、住院醫師、總醫師在醫學中心完成基礎訓練後，面臨選科的人生規劃分水嶺，當年外科工時長、壓力大、責任重，決定踏入外科確實在心中糾結猶豫許久。最後因為深信「手術可以立刻改變病人的命運」，懷著這份與疾病直球對決的勇氣與力量，讓我義無反顧的成為一名外科醫師。

初進外科時，每天都在追趕前輩醫師的腳步，徹夜未眠，不僅忙碌至暗夜才得以放下手術刀，更為清晨跟著老師查房時要充分掌握每床病人狀況。這時期養成我果斷決策與高度專注能力，更理解紀律與謙卑的重要性。

精進：手術刀下的科學與智慧

隨著經驗累積，我意識到手術不僅是技術層面的熟練，更需要快速在生理與病理之間權衡、在手術時機與風險中抉擇，需要統合臨床知識與生命淬鍊的智慧，與死神搏鬥；開始逐步體認外科醫師不只是操作精密器械的人，而是背負生命重量的修行者。

在這段過程中，我也沒有停下學習的腳步。為了更深入了解疾病的本質，我在臨床工

作中撥空修習博士學位，鑽研分子醫學與腫瘤生物學。進修經驗讓我深刻體會基礎研究與臨床醫學相輔相佐的重要性，對病人生命的助益已不只在手術台上，藉由細胞與基因的研究更開啟精準醫療新方向。

管理：從外科醫師到團隊領導者

隨著資歷增長，我逐漸被賦予更多行政與管理責任，從直腸外科主任、外科部副主任、醫教部主任、外派至他院擔任院長、回歸母院擔任副總院長，進入醫院決策管理圈的一份子。坦白說，這不是我最初披上白袍的夢想，但我十分珍惜觸及醫療體系更宏觀運作面向的參與機會。

管理醫院如同治療重症病人。每個科別、每個醫療單位，就像人體的不同器官，需要協調、溝通與精準調度。這過程中，我學會了傾聽前線同仁的聲音，理解資源分配的難處，也領略到「醫院核心價值」的力量，直接又深遠的影響病人的照護品質。

晉升管理階層後，我最珍惜的是每週回到開刀房，與病人共同面對疾病。那是我與自己初心對話的時刻，提醒我：無論身處何地，我始終是一名醫者。

回首：掌聲、淚水與病人的眼神

四十年來，經歷過無數手術與病人故事，有成功的喜悅，也有失敗的痛楚。外科醫師是離生死最近的人，我永遠忘不了第一次承擔病人在手術後過世時的無助感，那晚我一夜未眠，不斷反思是否有哪裡可以做得更好。有許

多動人時刻，至今仍歷歷在目。有病人在多年後帶著孩子來找我道謝，說「這孩子能出生，是因為你救了我」。有病人的家屬捎來卡片，雖然手術最終未能挽回生命，但感激我們團隊所付出的努力與關懷。

這些瞬間讓我明白，醫療不只是技術，更是一份信任。我們的每個決定，都牽動著一個家庭的希望。

寄語：對年輕醫師的真心話

今日醫療環境，與我當年以大不相同。醫學更進步，社會期待更高，病人自主權抬頭。年輕醫師面臨的壓力與挑戰，我感同身受。但我要說—永遠不要忘記你最初為何而來？

當你面對一場場的值班、無止盡的病歷書寫；每次下刀的切開與縫合，都是對生命的尊重與回應。請記得，當初選擇醫學，是因為你想成為別人的那道光。也請珍惜那個願意日復一日堅持下去的自己。

此外，請大家持續學習，不要被「忙碌」封閉了眼界。去進修、去研究、去教學，都是醫師生涯的一部分。我始終相信，醫學是一門永不止步的專業，唯有不斷前行，才能不負這份神聖的召喚。

結語：醫者的榮光，來自日常的耕耘

回首四十年，我不是家喻戶曉的名醫，也沒有偉大功績。但我努力在手術台上、在病房裡、在會議桌旁，守護病人與同仁，為醫院做我所能做的。

有人說，外科醫師是最接近上帝的職業，也是最貼近無常的角色。我願把這份榮耀與艱辛，獻給所有在行醫路上奮鬥的同道。願我們都不忘初心，永遠相信手術刀下，有希望、有勇氣，也有溫柔的力量。✚



一一四年度資深醫師名單

滿六十五年資深醫師

- | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1.莊明敏 | 2.莊壽洺 | 3.陳明庭 | 4.陳德照 | 5.曾聰明 |
|-------|-------|-------|-------|-------|

滿六十年資深醫師

- | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1.王正一 | 2.何敦恥 | 3.宋順波 | 4.李世模 | 5.李偉政 |
| 6.李源德 | 7.李瑤華 | 8.李 豐 | 9.林瑞明 | 10.孫啟璟 |
| 11.馬大勳 | 12.高淑琴 | 13.張瓊珍 | 14.莊伯祥 | 15.陳登芳 |
| 16.陳鈴晃 | 17.陳維昭 | 18.廖廣義 | 19.劉芳美 | 20.蔡哲雄 |
| 21.謝長堯 | 22.藍龍雄 | | | |

滿五十五年資深醫師

- | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1.丁大田 | 2.江千代 | 3.沈慶村 | 4.林生財 | 5.林信男 |
| 6.林清榮 | 7.林灌園 | 8.施俊雄 | 9.洪映輝 | 10.徐弘治 |
| 11.徐光輝 | 12.張元清 | 13.許和宏 | 14.許承基 | 15.連政義 |
| 16.陳博明 | 17.陳華山 | 18.陳廣利 | 19.黃妙珠 | 20.黃征雄 |
| 21.劉宣彥 | 22.劉華昌 | 23.劉雲祥 | 24.潘 憲 | 25.蔣富雄 |
| 26.賴其萬 | | | | |

滿五十年資深醫師

- | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1.王大鈞 | 2.王世楨 | 3.王南焜 | 4.王躬仁 | 5.王國恭 |
| 6.王漢州 | 7.王樂平 | 8.白偉民 | 9.江啟輝 | 10.何為斌 |
| 11.吳愛卿 | 12.吳慶南 | 13.呂學重 | 14.李克怡 | 15.李毓芹 |
| 16.沈士雄 | 17.周友三 | 18.周燕輝 | 19.孟繁崗 | 20.林水龍 |
| 21.林敏雄 | 22.林煌基 | 23.林靜芸 | 24.侯勝茂 | 25.柯佑民 |
| 26.柯滄銘 | 27.洪啟豐 | 28.翁昭仁 | 29.高國彰 | 30.張天鈞 |
| 31.張明仁 | 32.張建宏 | 33.張美惠 | 34.張晉民 | 35.敖曼冠 |
| 36.許文虎 | 37.許自齊 | 38.郭明政 | 39.郭健龍 | 40.郭聖達 |
| 41.陳宗盛 | 42.陳明村 | 43.陳炳堅 | 44.陳能瑾 | 45.陳 淳 |
| 46.陳瑞雄 | 47.陳瑞鵬 | 48.陳慶餘 | 49.陳耀昌 | 50.彭衍焄 |

- | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|
| 51.曾英欽 | 52.黃俊隆 | 53.黃建蘭 | 54.黃啟薰 | 55.黃 弼 |
| 56.楊向榮 | 57.楊圳隆 | 58.楊健志 | 59.楊錫欽 | 60.詹益宏 |
| 61.劉秀雯 | 62.劉家殷 | 63.劉啟明 | 64.劉敏英 | 65.劉照堂 |
| 66.潘安然 | 67.蔣曉山 | 68.鄭泰安 | 69.鄭素珠 | 70.鄭詩鋒 |
| 71.謝德生 | 72.謝輝和 | | | |

滿四十五年資深醫師

- | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1.丁大元 | 2.王文正 | 3.王光國 | 4.王崇禮 | 5.王榮添 |
| 6.王鴻源 | 7.王藹侯 | 8.古婉珍 | 9.吳文豪 | 10.吳俊昇 |
| 11.吳健樑 | 12.吳肇卿 | 13.吳錦榕 | 14.呂理成 | 15.李世明 |
| 16.李季偉 | 17.李玟珍 | 18.李發焜 | 19.李嘉哲 | 20.李龍騰 |
| 21.沈國楨 | 22.季明光 | 23.林美慧 | 24.林萍章 | 25.林錫泉 |
| 26.邱宗傑 | 27.邱顯清 | 28.姜義堅 | 29.施振甫 | 30.施惠斌 |
| 31.柯敦仁 | 32.洪凱風 | 33.徐榮辰 | 34.馬芳傑 | 35.張忠強 |
| 36.張國華 | 37.張深港 | 38.張燕良 | 39.許靜瑛 | 40.連吉時 |
| 41.陳名聖 | 42.陳持平 | 43.陳記得 | 44.陳健煜 | 45.陳媚音 |
| 46.陳瑞昌 | 47.陳臺森 | 48.陳銘仁 | 49.單定一 | 50.喻永生 |
| 51.曾興隆 | 52.黃榮堯 | 53.黃潔貞 | 54.楊懷卿 | 55.劉宏川 |
| 56.劉復康 | 57.劉裕森 | 58.劉嘉耀 | 59.劉榮森 | 60.潘如濱 |
| 61.蔡文友 | 62.蔡道桂 | 63.蔡瀛陽 | 64.鄭邦彥 | 65.蕭安穗 |
| 66.蕭其昌 | 67.蕭瑞麟 | 68.賴文瑛 | 69.賴永智 | 70.賴信良 |
| 71.顏慕庸 | 72.羅志弘 | 73.蘇茂仁 | | |

滿四十年資深醫師

- | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1.于瑛輝 | 2.方一強 | 3.王一雄 | 4.王仁鵬 | 5.王志強 |
| 6.王亭貴 | 7.王建雄 | 8.王清泓 | 9.王博南 | 10.王寬仁 |
| 11.王慶森 | 12.丘錦發 | 13.包麗菊 | 14.石宜銘 | 15.朱治民 |
| 16.朱柏齡 | 17.朱郁芳 | 18.朱德明 | 19.余自興 | 20.吳哲侃 |

- | | | | | |
|---------|---------|---------|---------|---------|
| 21.吳振都 | 22.吳國芳 | 23.吳淑芬 | 24.宋文鑫 | 25.宋詠娟 |
| 26.巫宏博 | 27.李志宏 | 28.李育佳 | 29.李易倉 | 30.李明政 |
| 31.李芬瑤 | 32.李信興 | 33.李俊德 | 34.李英哲 | 35.李 翔 |
| 36.李學禹 | 37.杜世興 | 38.沈希哲 | 39.沈志傑 | 40.周輝政 |
| 41.官世英 | 42.林小鈴 | 43.林怡斌 | 44.林昌平 | 45.林亮吟 |
| 46.林建輝 | 47.林炯森 | 48.林飛麟 | 49.林耕國 | 50.林揚志 |
| 51.武國璋 | 52.邱南昌 | 53.俞志誠 | 54.姜正陽 | 55.姜義正 |
| 56.洪清潭 | 57.唐季祿 | 58.孫維仁 | 59.徐以信 | 60.商東福 |
| 61.張允正 | 62.張文熊 | 63.張世明 | 64.張光明 | 65.張宗興 |
| 66.張松柏 | 67.張婉芬 | 68.張景文 | 69.張樹人 | 70.張 銘 |
| 71.梁宏碩 | 72.許世賓 | 73.許希賢 | 74.許秉寧 | 75.許淑霞 |
| 76.許義勇 | 77.許運基 | 78.郭義興 | 79.陳天令 | 80.陳天華 |
| 81.陳文昌 | 82.陳永銘 | 83.陳立仁 | 84.陳呈峰 | 85.陳並俊 |
| 86.陳明德 | 87.陳長齡 | 88.陳時倫 | 89.陳啟明 | 90.陳瑞騰 |
| 91.陳維世 | 92.陳肇文 | 93.陳堃宏 | 94.章蕙菁 | 95.曾永平 |
| 96.曾祥宗 | 97.馮兆明 | 98.黃弘孟 | 99.黃生寶 | 100.黃百燦 |
| 101.黃忠信 | 102.黃俊升 | 103.黃建榮 | 104.黃莉文 | 105.楊正烽 |
| 106.楊汝聰 | 107.楊志東 | 108.楊昌叔 | 109.楊偉勛 | 110.楊翠芬 |
| 111.葉志偉 | 112.葉明憲 | 113.葉偉倫 | 114.葉 昌 | 115.董建民 |
| 116.熊震宇 | 117.劉芳玲 | 118.劉金亮 | 119.劉俊煌 | 120.劉玲伶 |
| 121.劉雅美 | 122.劉達昌 | 123.劉漢宗 | 124.潘滄興 | 125.蔡仁雨 |
| 126.蔡培斌 | 127.蔡榮豪 | 128.鄭天宇 | 129.鄭紹隆 | 130.鄭博仁 |
| 131.鄭惠川 | 132.鄭慧正 | 133.鄭澄寰 | 134.鄧鐘泉 | 135.盧異光 |
| 136.盧漢隆 | 137.蕭慶祥 | 138.賴振宏 | 139.賴達明 | 140.戴鋒泉 |
| 141.薛文琦 | 142.謝發貴 | 143.鍾兆智 | 144.羅良明 | 145.羅華安 |
| 146.羅賢益 | 147.蘇新育 | 148.顧天倫 | 149.毛蓓領 | 150.周勵志 |

滿三十五年資深醫師

- | | | | | |
|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1.丁金聰 | 2.方啟泰 | 3.方惠玲 | 4.方嘉郎 | 5.方德昭 |
| 6.王世晞 | 7.王拔群 | 8.王建人 | 9.王倫安 | 10.王家瑋 |
| 11.王培寧 | 12.王博文 | 13.王智弘 | 14.王甯祺 | 15.王震宇 |
| 16.王鵬惠 | 17.丘子雲 | 18.甘耀東 | 19.白冠壬 | 20.任昶龍 |
| 21.朱信 | 22.朱唯廉 | 23.江令楣 | 24.江鴻生 | 25.池永昌 |
| 26.何志仁 | 27.何奕倫 | 28.何美玲 | 29.余福九 | 30.吳宏達 |
| 31.吳建昌 | 32.吳彥林 | 33.吳德強 | 34.吳憲林 | 35.吳鑑修 |
| 36.宋俊松 | 37.李久恆 | 38.李文凱 | 39.李世易 | 40.李必昌 |
| 41.李志清 | 42.李明媛 | 43.李芳年 | 44.李青璇 | 45.李建中 |
| 46.李瑞田 | 47.李德敬 | 48.李麗容 | 49.李鐵國 | 50.沈宏儒 |
| 51.沈賢宗 | 52.汪作良 | 53.周玲玲 | 54.林文允 | 55.林克威 |
| 56.林秀蓮 | 57.林佳蓉 | 58.林俊男 | 59.林重光 | 60.林家麟 |
| 61.邱秀秀 | 62.邱顯智 | 63.侯瑞城 | 64.施志勳 | 65.施俊明 |
| 66.柯明中 | 67.段茂瑋 | 68.洪一斌 | 69.洪士奇 | 70.洪佑承 |
| 71.洪國盛 | 72.洪逸儒 | 73.胡美霞 | 74.范育仁 | 75.孫建偉 |
| 76.徐加芳 | 77.徐麗娟 | 78.馬世明 | 79.高仁傑 | 80.高宗妙 |
| 81.康志森 | 82.張世幸 | 83.張君照 | 84.張孟卿 | 85.張家寧 |
| 86.張淳昭 | 87.張寶基 | 88.梁恆彰 | 89.許文明 | 90.許文章 |
| 91.許立翰 | 92.許宛騏 | 93.許明傑 | 94.許博欽 | 95.許榮彬 |
| 96.許銘能 | 97.連恆輝 | 98.郭元成 | 99.郭文宏 | 100.郭育成 |
| 101.郭怡利 | 102.郭斐然 | 103.陳立羣 | 104.陳作孝 | 105.陳志和 |
| 106.陳良全 | 107.陳俊澤 | 108.陳威廷 | 109.陳建業 | 110.陳彥宇 |
| 111.陳思銘 | 112.陳昭蓉 | 113.陳美如 | 114.陳美齡 | 115.陳啟義 |
| 116.陳達夫 | 117.陳寬榮 | 118.陳慰宗 | 119.陳韻芬 | 120.陸惟誠 |
| 121.彭殿王 | 122.曾素珊 | 123.曾盟鈞 | 124.游正名 | 125.游家銘 |

- | | | | | |
|---------|---------|---------|---------|---------|
| 126.游德仁 | 127.游鴻儒 | 128.黃仁炫 | 129.黃文彬 | 130.黃長青 |
| 131.黃信得 | 132.黃俊仁 | 133.黃俊雄 | 134.黃國晉 | 135.黃德森 |
| 136.楊永年 | 137.楊建華 | 138.虞希禹 | 139.詹德全 | 140.劉洪彰 |
| 141.劉美愛 | 142.劉峻成 | 143.劉康渡 | 144.歐淑芳 | 145.潘俊伸 |
| 146.蔡孟慧 | 147.蔡明勳 | 148.蔡秉勳 | 149.蔡青岩 | 150.蔡建松 |
| 151.蔡哲龍 | 152.蔡鴻文 | 153.鄭中一 | 154.鄭展燁 | 155.鄭書孟 |
| 156.鄭維理 | 157.鄭學德 | 158.盧杰明 | 159.蕭佩宏 | 160.蕭炳昆 |
| 161.賴善鳴 | 162.賴逸儒 | 163.戴月明 | 164.戴浩志 | 165.謝正宜 |
| 166.謝政興 | 167.謝啟誠 | 168.謝雅凡 | 169.鍾仁文 | 170.鍾孝仁 |
| 171.鍾梧基 | 172.簡淑琦 | 173.簡維隆 | 174.羅文傑 | 175.羅仕錡 |
| 176.蘇正煌 | | | | |

滿三十年資深醫師

- | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1.方怡謨 | 2.王泳涼 | 3.王貞棣 | 4.王尊聖 | 5.王碩盟 |
| 6.王冀中 | 7.王錦莉 | 8.王麟弟 | 9.白冰清 | 10.朱永祥 |
| 11.朱圻鈞 | 12.江建平 | 13.吳佳哲 | 14.吳佳璇 | 15.吳南輝 |
| 16.吳家兆 | 17.吳豪揚 | 18.呂政忠 | 19.李友專 | 20.李文珍 |
| 21.李仲毅 | 22.李百卿 | 23.李佩玲 | 24.李宜霖 | 25.李明安 |
| 26.李俊銘 | 27.李俊德 | 28.李昱聲 | 29.李國熙 | 30.李棟洲 |
| 31.李澄奇 | 32.李鯨瀛 | 33.周翰生 | 34.房國堂 | 35.林于燦 |
| 36.林松村 | 37.林美秀 | 38.林惠真 | 39.林湘怡 | 40.林雅雯 |
| 41.林瑞文 | 42.林德熙 | 43.邱偉哲 | 44.侯重光 | 45.侯雅娟 |
| 46.柯昭穎 | 47.洪永祥 | 48.洪君儀 | 49.胡國琦 | 50.唐慧芬 |
| 51.夏中慶 | 52.夏慧欣 | 53.孫英洲 | 54.徐加容 | 55.徐永勳 |
| 56.徐德福 | 57.徐慧玲 | 58.秦志輝 | 59.翁裕峰 | 60.翁興裕 |
| 61.高固 | 62.張一勤 | 63.張世昌 | 64.張怡綺 | 65.張家勳 |
| 66.張賀鳴 | 67.張雲翔 | 68.張源清 | 69.張瓊文 | 70.莊太元 |

- | | | | | |
|---------|---------|---------|---------|---------|
| 71.莊岳勳 | 72.莊豐賓 | 73.許世人 | 74.許秉權 | 75.許景瑋 |
| 76.許傳智 | 77.許巍鐘 | 78.郭立人 | 79.郭宗文 | 80.郭律成 |
| 81.陳一琦 | 82.陳大申 | 83.陳元皓 | 84.陳世英 | 85.陳怡傑 |
| 86.陳昌明 | 87.陳威宇 | 88.陳威男 | 89.陳建成 | 90.陳珀勳 |
| 91.陳衍良 | 92.陳 倩 | 93.陳振德 | 94.陳純貞 | 95.陳健雄 |
| 96.陳雅芳 | 97.陳德禮 | 98.章明珠 | 99.曾念生 | 100.游佩琳 |
| 101.程劭文 | 102.黃佳雯 | 103.黃建霖 | 104.黃悌宜 | 105.黃浩魁 |
| 106.黃清峯 | 107.黃琪鈺 | 108.黃貴帥 | 109.黃閔照 | 110.黃德種 |
| 111.楊佳懿 | 112.楊明松 | 113.楊長千 | 114.楊曜旭 | 115.溫瑩蓉 |
| 116.葉隆慶 | 117.鄒志翔 | 118.雷衍聲 | 119.廖振焜 | 120.廖唯昱 |
| 121.劉宏濱 | 122.劉春麟 | 123.劉淳熙 | 124.劉紹毅 | 125.潘扶適 |
| 126.蔡明翰 | 127.蔡長祐 | 128.蔡洪瑩 | 129.蔡振華 | 130.蔡凱宙 |
| 131.蔡裕豐 | 132.鄭秀玲 | 133.鄭犁強 | 134.盧龍一 | 135.蕭倩如 |
| 136.蕭裕泉 | 137.蕭輔仁 | 138.蕭學誠 | 139.賴建仲 | 140.賴碧芬 |
| 141.戴文瑛 | 142.戴承正 | 143.薛如茵 | 144.薛智仁 | 145.謝伯欣 |
| 146.謝怡冰 | 147.謝清睿 | 148.謝榮賢 | 149.鍾佳英 | 150.鍾奇峰 |
| 151.顏盟修 | 152.魏琦峰 | 153.蘇宇平 | 154.蘇建維 | 155.蘇真真 |

第十屆好書獎得獎名單

(依姓氏筆劃排序)

會務公告 · 第十屆好書獎得獎名單

姓名	書名/推薦詞
江晨恩	<p>書名：江晨恩醫師心血管診療室</p> <p>推薦詞</p> <ul style="list-style-type: none"> ★ 《江晨恩醫師的心血管診療室》是一本極具參考價值的健康科普書籍。江晨恩醫師憑藉其豐富的臨床經驗與專業知識，將複雜的心血管醫學概念轉化為深入淺出的文字，讓讀者能夠輕鬆理解。本書最大的優勢在於實用性。江醫師不僅詳細解釋常見心血管疾病的成因與影響，也提供具體可行的生活建議，例如飲食選擇、運動處方及用藥注意事項等。這份貼近生活的指引，能有效提升民眾自我照護的能力。此外，書中字裡行間洋溢著江醫師醫者仁心的關懷，強調「預防勝於治療」的理念，鼓勵讀者主動維護心血管健康。無論在專業嚴謹度、內容實用性或對讀者的啟發性上，本書都表現出色，是值得推薦的優質讀物。 ★ 作者學富五車，經驗豐富，本書可說是作者掏心嘔血的佳作。所有論述都引經據典，一切論點都遵循科學數據，可說字字珠璣，圖表佐證，令人不得不服。這是當今科普醫學教育中少有的特點。所以本書不僅適合普羅大眾，也相當適合醫師作為正確衛教患者的葵花寶典。 <p>作者才高八斗，寓艱深醫學知識於推理比喻中，更巧妙的破解迷思於對話故事之中，讓患者潛移默化，不知不覺中恍然大悟。這就是教育的最高境界。本書對患者及醫師，可說兩相宜，對醫療人員可謂經驗傳承，對患者可謂彷彿讀自傳小說，讀來愛不釋手。實不愧為個中寶典。值得反覆探索，細細品味，更值得永久珍藏。</p> <p>作者也藉由診間的小故事來剖析有關心臟病的症狀，抽絲剝繭，神奇地化艱深的鑑別診斷於無形之中。最後更藉由患者的親身經驗來分析並戳破坊間種種迷思。讀來輕鬆易懂，讓讀者渾然惑解，欣然接受。實為此領域中不可多得之寶典。</p> <ul style="list-style-type: none"> ★ 本書可說是心臟保健的全書，作者結合多年的實務與實證，以深入淺出的方式詳解心血管疾病的各種疑惑，強調護心八要點，讓大眾輕鬆閱讀又能獲得寶貴的專業知識。
吳明賢	<p>書名：行俠仗醫，以醫弘道：吳明賢的與善同行之路</p> <p>推薦詞</p> <ul style="list-style-type: none"> ★ 「以俠義精神詮釋醫者使命，融合臨床故事與制度改革歷程，帶你看見醫道的勇氣、責任與人文關懷。」 ★ 吳院長全書秉持「行俠仗醫，以醫弘道」的精神，從第一部成長背景細說愁與人文底蘊的源起。第二部醫者典範，訴說仁醫良醫的核心價值與養成，為啟發年輕醫師投身醫療志業的燈塔，勵志立人。第三部台大醫院發展、第四部內科消化系醫學，讓人一窺台大醫院現代化創新，跨界的發展也分享吳院長消化醫學研究，與嚴謹治學的態度，激發研究、創新的願景，展現良醫的典範與胸懷。 <p>此書融合人文精神與醫療專業，回顧自身成長、臨床歷程、醫院文化、大師略傳與疫情應對，並提出未來醫療藍圖，為近年不可多得的好書，值得一讀。適合醫療專業人士、醫學生，以及關心醫療人文、制度改革的大眾閱讀。</p> <ul style="list-style-type: none"> ★ 吳院長在本書中詳述自己在服務、教學、研究、行政一路走來的心路歷程，在正道上行正確的事，並把自己活成一道光，與善同行。本書能讓醫者重新省思，善待自己、善對他人，實現最初以醫弘道的理想。

姓名	書名/推薦詞
<p>吳佳鴻</p>	<p>書名：別怕荷爾蒙，妳抗衰防病的關鍵</p> <p><u>推薦詞</u></p> <p>★ 作者透過實證文獻澄清大眾對於女性荷爾蒙療法的可能誤解，說明正確使用賀爾蒙對於更年期女性在緩解症狀及抗衰防病的正面影響。本書重塑女性荷爾蒙療法的健康觀念與提供女性健康照護的多元選擇。</p> <p>★ 2002年WHI(Women's Health Initiative)研究在記者會公布的初步結果，對當時的荷爾蒙補充療法(HRT)產生了驚天動地的影響，雖然荷爾蒙補充療法(HRT)被發現能降低骨質疏鬆性骨折和結腸癌的風險，但研究結論指出，對於這群平均年齡較大（約63歲）的健康停經女性而言，其整體危險風險高於所帶來的益處。大意是有子宮的停經女性使用「雌激素合併黃體素CEE+MPA」的女性，其乳癌發生率高於安慰劑組，對心臟病發作、中風和血栓（包括肺栓塞）的風險也增加，另一組是針對已切除子宮的女性，單獨使用「雌激素」(Estrogen, CEE)，也觀察到中風和血栓的風險增加。當時立刻造成許多女性恐慌，因此停止使用荷爾蒙。</p> <p>然而，經過這二十多年的深入研究和長期追蹤，醫學界對荷爾蒙補充療法的看法，已經有了更為趨向正面的看法。作者剖析當年研究的盲點：例如使用CEE+MPA組別造成的乳癌相對風險雖增加26%，但每年每萬名使用此療法組別的女性，僅比安慰劑組多出約8個乳癌案例。經過後續長期追蹤與數據校正，研究中的乳癌風險被認為並不高（小於千分之一），所以屬於罕見風險。另外MPA是一種人工合成的黃體素(Progestin)，其分子結構與人體自然分泌的黃體酮(Progesterone)不同，也是造成該組別風險增加。另外停經早期（例如60歲以下或停經10年內）就開始使用荷爾蒙，其效益通常大於風險，甚至可能減少冠心病、全因性死亡、糖尿病等。如果停經晚期才使用荷爾蒙療法，結果風險變高。另外經皮吸收的雌激素（如貼片、凝膠）相較於口服雌激素，對心血管系統的影響較小，較不易增加靜脈栓塞的機會。</p> <p>作者除了不厭其煩，力求平反當年記者會倉促的結論所造成的損失，並且大力鼓吹荷爾蒙療法的益處。包括有效緩解更年期症狀、預防骨質疏鬆、降低大腸癌風險，特別是對於50-59歲年齡層的女性，荷爾蒙療法甚至可減少全因性死亡率、心血管疾病死亡率及罹癌死亡率等。</p> <p>★ 本書詳述荷爾蒙對更年期症狀、心血管健康、失智症、骨質疏鬆，以及心理健康的關鍵作用，讓大眾對於荷爾蒙治療更有信心，是本探討荷爾蒙與女性健康非常深入的一本書。</p>
<p>張明志</p>	<p>書名：許自己一個尊嚴的安寧</p> <p><u>推薦詞</u></p> <p>★ 「這不只是一本談死亡的書，而是一份關於選擇、陪伴與尊嚴的生命指南，帶你理解安寧療護與病人自主的真諦。」</p> <p>★ 作者以其豐富的專業經驗與深刻的人文關懷，結合醫學倫理及生死哲學，引導讀者深入思考臨終與善終的議題。本書不僅提升大眾對安寧照護的認知，其提出的「尊嚴安寧」觀點更對醫學教育極具啟發意義，兼具實用及教育價值。</p> <p>★ 在生命的最後旅程，如何讓病人與家屬走得安穩、走得尊嚴，一直是醫療與人文交會的重要課題。以宗教、哲學方式介紹及推廣安寧識能，善生，也要善終，幫助讀者理解，所謂「安寧」，並不是放棄，而是給予生命最後一程最深切的愛與尊重。</p>

姓名	書名/推薦詞
<p>陳耀昌</p>	<p>書名：島之曦</p> <p><u>推薦詞</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ★ 《島之曦》以獨特筆觸，帶領我們回望台灣醫療的發展軌跡，融合專業知識與文學之美。作者以細膩的觀察與生動的敘事，描繪出台灣社會的歷史變遷與人文情懷，展現深厚的史料研究與真切的情感投入。本書既有知識的厚度，也洋溢著對台灣的人文關懷，相信每位讀者在閱讀後，必能獲得啟發，並為其中的故事深深感動。 ★ 《島之曦》是一部以臺灣為背景的歷史小說。作者陳耀昌醫師兼具科學家的理性與文學家的細膩，透過真實史料與生動筆觸，描繪出臺灣在時代浪潮下的人物與故事。這本書不只是小說，更是一扇窗，讓我們看見臺灣的歷史如何在動盪與挑戰中孕育希望；也讓我們思考「身份、土地與文化」之間的連結與意義。 ★ 《島之曦》是一部描繪日治時期台灣反抗者與新女性奮鬥歷程的歷史小說，融合真實與虛構，展現殖民壓迫下的人性光輝與社會變遷。陳耀昌的《島之曦》延續他對台灣歷史的深刻關懷，將筆觸從清領時期推進至日治時代，聚焦於兩位真實歷史人物——音樂家林氏好與政治運動者盧丙丁——的生命故事。小說以七分真實、三分虛構的方式，重構他們在殖民統治與疾病污名下的愛情與奮鬥。書中歷史與虛構交織，小說以林氏好與盧丙丁為主角，描寫他們如何在政治壓迫與癡瘋病的雙重困境中堅持理想與愛情，展現人性的堅韌與尊嚴。另外多重社會議題交錯，作品不僅描寫反殖民運動，也觸及女性自主、工運、疾病與社會排斥等議題，呈現1920年代台灣社會的多元面貌。文學性與史實並重：陳耀昌以「春秋之筆」書寫歷史，讓讀者在小說中感受到歷史人物的情感與掙扎，並思考歷史對當代的意義。其中文化協會與政治分裂，書中描繪文化協會內部的路線之爭，反映當時台灣知識分子在殖民體制下的政治選擇與分裂。非常值得一讀。
<p>陳耀昌</p>	<p>書名：頭份之雲：陳耀昌短篇小說集</p> <p><u>推薦詞</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ★ 本書以小說形式呈現台灣歷史，透過引人入勝的故事與多元族群的獨特視角，帶領讀者穿越時空。其深刻的文學價值不僅提升了大眾對歷史的認識，也展現了作者跨領域的才華。 ★ 《頭份之雲》是一部兼具歷史深度與人文溫度的動人之作。陳耀昌醫師憑藉深厚的醫學背景與對台灣歷史的敏銳洞察，寫下多篇扣人心弦的故事，不僅細膩呈現人性的掙扎與溫暖，也映照出醫療在不同時代、不同社會脈絡下的變化與挑戰。無論是一般讀者，或是對醫療與歷史懷抱興趣的人，都能在書中找到觸動心靈的篇章，值得細細品味。 ★ 陳耀昌的《頭份之雲》由六篇短篇小說與一篇附錄組成，延續他一貫的創作風格，以台灣歷史為背景，特別聚焦於1895年乙未戰爭期間的人物與事件。這部作品不僅是文學創作，更是對歷史的深度探究與重構。書中史料考證嚴謹，作者親自走訪歷史現場、查閱文獻、訪談耆老，讓小說具備高度的歷史真實性。敘事充滿人性與想像力，儘管以歷史為骨幹，小說中仍充滿奇幻與夢境元素，如鬼魂復仇、孤魂歸鄉等，展現作者童心與創作企圖。其中尚有多元族群視角，書中描繪鄉紳、軍民、官府、抵抗者與被錯殺者等角色，呈現台灣族群混合與認同的複雜性，呼應「同島一命」的理念。此外也重塑被遺忘的小人物：透過小說敘事，讓歷史中被忽略的角色重新被看見，賦予他們尊嚴與記憶。非常值得一讀。

姓名	書名/推薦詞
<p>廖泊喬</p>	<p>書名：古人解憂療鬱帖</p> <p><u>推薦詞</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ★ 在現代醫學與心理學尚未發展之前，作者娓娓道來古人如何面對生活中的煩惱與憂鬱，透過詩文、書信、哲思與養生智慧，如何尋找安慰與解方。作者極富文采，以充滿人文之情懷引導讀者了解並遠離憂鬱。 ★ 本書是一本兼具古典文學、歷史反思、文學欣賞與現代精神科醫學的閱讀古今連線。書中介紹如何辨別憂鬱，何種情境易觸發憂鬱及該如何走出負面思考，文學與醫學兼容，平易易讀。此書對正在經歷情緒困擾或憂鬱情緒的人，對古典詩詞有興趣，精神科、心理學專業人員或教育工作者提供一個不同面向的古今思考，巧妙融合現代醫學觀點，值得一讀。 ★ 本書巧妙結合精神醫學與古典文學，深入淺出地剖析憂鬱情緒的本質與療癒之道。其創新的視角不僅具學術價值，更對提升大眾心理健康有顯著貢獻，是一本兼具教育性與實用性的好書，適合醫師與大眾一同閱讀。
<p>鄭乃禎</p>	<p>書名：居家傷口照護指南</p> <p><u>推薦詞</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ★ 「一本結合臨床經驗與最新指引的實用指南，圖解清晰、步驟明確，讓居家傷口照護更專業、更安心，家屬也能輕鬆上手。」 ★ 本書結合作者在傷口照護領域的專業經驗與對於病患的人文關懷，是臨床醫護的重要參考工具，也是民眾居家護理的實用指南。 ★ 鄭乃禎醫師的《居家傷口照護指南》是一本極具實用價值與衛教意義的著作。本書以清晰的文字搭配豐富圖例，將專業的傷口照護知識普及化，讓一般民眾也能輕鬆理解與應用。鄭醫師憑藉豐富的臨床經驗，將不同類型的傷口進行分類解析，從急性到慢性傷口的處理原則都有詳盡說明。書中不僅教導讀者如何正確評估傷口，也提供了多種敷料的選擇與使用時機，打破了「傷口越乾越好」的迷思，引導讀者建立科學化的濕潤照護觀念。本書最大的亮點在於其居家照護導向，充分考量到家庭中可能面臨的照護情境，並強調預防感染、促進癒合的重要性。本書不僅是一本實用的工具書，更是一本衛教教材，對於提升全民健康素養具有深遠的意義。

孕育生命的妳最美，
願妳被世界溫柔以待

在這段充滿期待與驚喜的旅程，
祝妳與寶寶都健康平安！

洪德仁理事長、劉秀雯監事長
及全體理監事

謹獻上最誠摯的祝福

喜迎新生命的到來



台北市醫師公會女性醫師會員生產祝賀禮金申請表

114.06.11第廿屆第十次理監事聯席會議通過

申請日期： 年 月 日

- 一、申請條件：女性醫師生產時為本會會員，限於生產日起六個月內提出申請。
- 二、禮金金額：生產每胎為3,000元，生產雙胞胎為6,000元，以此類推。
- 三、應附文件：1.身分證影本 2.新生兒出生證明文件

姓 名		年 齡	
生產日期	年	月	日 (115年1月1日至115年12月31日生產者)
生產胎數	<input type="checkbox"/> 一胎	<input type="checkbox"/> 雙胞胎	<input type="checkbox"/> 其他胎數_____
服務院所			
連絡電話			
通訊地址			
申請人簽名 (非本人親辦， 請檢附委託書)			
以下由本會填寫			
入會日期	年	月	日
審查結果			
理事長	執行長	總幹事	承辦人

*女性醫師會員生產祝賀方案於115年度試辦，申請資格為115年1月1日至115年12月31日生產之女性會員；全年祝賀禮金以30萬元（100胎）為總額上限並致贈賀卡。

理監事聯席會會議紀錄

期別：第廿屆第十一次

時間：一一四年八月十三日（星期三）下午一時

地點：台北市醫師公會七樓會議室（實體暨視訊）

理事出席：洪德仁、周迺寬、周賢章、張文瀚、詹前俊、劉漢宗、李龍騰、

理事視訊：蕭勝煌、侯明志、林應然、簡志誠、蔡建松、殷偉賢、蔡有成、黃國晉、黃集仁、黃聰仁、黃國欽、孫建偉、洪佑承、周裕清、邱展賢、詹益祥、程劭儀

理事請假：陳作孝、李偉強、曾令民

監事出席：劉秀雯、張孟源、陳獻明

監事視訊：許希賢、蔡景耀、洪乙仁、陳美齡

監事請假：婁培人、盧異光

列席：李明濱顧問、彭瑞鵬顧問、高尚志召委、陳彥元執行長（視訊）

主席：洪德仁理事長

記錄：陳怡璇

壹、報告事項

一、主席報告

洪德仁理事長

目前出席理事有17位、監事出席有5位，出席人數已過半，今天會議正式開始。監事長、李顧問、彭顧問，還有實體出席及線上出席的理監事大家午安，感謝各位撥冗出席會議。有一些公會相關會務，藉由會議，由我簡單向各位報告進展。

(一) 安和會館裝修即將完工，預計九月十三日舉辦啟用儀式。新會館預計八月下旬完成驗收，九月五日為信義會館最後一日辦公，九月六日至七日辦理搬遷作業，九月八日起全體會務同仁即於安和會館正式上班。相關搬遷訊息將透過正式公文、官網及會刊等多元管道通知主管機關、各級醫院及會員，以確保洽公服務順利銜接，並同步提供地圖及交通資訊供參。

(二) 本次會館裝修，特別感謝劉秀雯監事長的辛勞付出，以及小組成員的協助。不論是在LINE群組追蹤施工進度，或是親自前往新會館實地檢視，皆能即時指出需要改善之處；而承辦同仁石琴、玉琴及玫娟亦十分用心，將我、監事長或委員所提出的改善建議詳實紀錄，並於下一次會議或LINE群組定期張貼追蹤進度。在眾人共同努力下，新會館的辦公廳舍不僅展現高雅美感與藝術氛圍，亦兼具實用功能，勢必帶給大家煥然一新的感受。本會預定在八月二十五日及二十八日辦理兩次驗收，其中八月二十五日也是在信義會館的最後一次普渡，依往例將邀請理監事共同參與。普渡結束後，將前往新會館進行驗收，屆時若理監事時間許可，歡迎一同參與。倘有任何需改進之處，亦請不吝指教。

(三) 六月二十日前往韓國拜會首爾特別市醫師會，獲得該會熱情接待，並榮幸邀得台灣駐韓代表梁光中大使親臨出席，雙方交流熱絡，賓主盡歡。韓方也表示將於十月

三十一日率團回訪，並參加本會十一月一日舉辦之八十週年醫師節慶祝大會。在此特別感謝全體理監事的支持，亦感謝主辦此次交流活動的公關委員會高尚志召委，為籌劃與安排付出非常多的心力與貢獻。

(四) 八月三日舉辦「宜蘭馬告神木園區之旅」，雖當日天候不佳，仍有多位理監事熱情參與。這次難得的理監事一日自強活動，讓大家得以短暫遠離塵囂、親近自然，不僅留下美好而深刻的回憶，更讓人深覺不虛此行。特別感謝福利康樂委員會孫建偉召委的細心規劃與周全安排，使本次活動得以圓滿順利完成。

(五) 今年度四場分區座談會援例由會員服務、基層醫療、醫政法制及公關委員會共同辦理，已分別於五月廿日、五月廿七日、六月十八日及七月九日圓滿舉行。各場次均邀請基層醫師及醫院代表踴躍出席，總計有360位人員參與，座談過程熱絡。特別感謝健保署臺北業務組、臺北市政府衛生局、警察局、社會局、臺北地方檢察署及士林地方檢察署派員出席，提供專業意見並與會員熱烈交流。同時，也感謝衛生福利部邱泰源部長、立法委員及市議員特別蒞臨指導，對醫療事務議題表達的高度關注與支持。透過分區座談會的舉辦，不僅加強與會員之間的雙向溝通，也促進了與各相關機構的協作關係。未來，我們將持續利用此平台，深入傾聽醫師會員的聲音，並積極回應會員需求，攜手推動更加

完善的醫療環境與政策發展。

(六) 五月廿三日召開文物典藏品及資料儲存管理會議，將本會收藏國內外各姊妹會及團體等單位贈送之紀念品、感謝狀及藏書等物品逐一討論珍藏方式。其中日本醫師會雜誌因近10年轉型為SCI認證期刊，有其參考價值，因此決議轉贈醫院或學校等。據會務人員了解，日本醫師會雜誌有電子版本，下載即可閱讀，因此該雜誌亦依其他會報處理原則，只留存當年度供參。

★日本醫師會雜誌電子版：

<https://reurl.cc/pYr8ql>



上述已逾保存年限之文書卷宗，已依規定程序，由理監事代表及財務委員會代表完成清點，並委由廠商水銷，秘書處派員全程監督執行。

另外，外國醫師會之會刊及相關書籍已保存逾十年。當初小組曾決議，先洽詢臺北市轄區內醫學教育機構是否有意收藏該批圖書，但因現今已有電子刊物，最終無任何機構表示願意收藏紙本資料。爰此，僅保留當年度之醫師會雜誌，其餘書籍則依規定銷毀處理。

(七) 疫情期間，國家撥用中央防疫物資予各醫療院所，本會受衛生局所託協助配發予診所，簽收清冊已提交衛生局完成核銷手續。早期院所交由公會留存的單張領據，四年間累計約五至六箱。考量新會館空間存放狀況，本會就領據保存及後續處理方式，曾向衛生局及疾管署請較，回覆為：

依中央徵收配發原則，疾管署配發物資予衛生局，衛生局再委由本會代為發放；衛生局已向疾管署完成簽領，本會亦已提交當初之領收清冊。至於單張領據，可依規定自最後簽收日起算保存七年後，即可辦理銷燬。

- (八) 今年度「友善無障礙診所輔導及認證計畫」，由「財團法人脊髓損傷社會福利基金會」擔任執行單位。計畫中，支給訪視員訪視每家診所1,500元，支給執行單位行政費用1300元/每家診所。此次計畫，以檢視肢障醫用者是否能順利進出診所就醫為主要訪視獎勵重點，並將聽障者醫用者的就醫友善事項列為計畫亮點。自七月一日起，依序進行診所訪視、資料整理、改善建議及成果報告，預計於十月上旬召開認證審查會議。本會將逐年持續推動無障礙就醫環境的提升，確保所有患者都能在平等與友善的環境中獲得最好的醫療服務。
- (九) 全聯會第十四屆會員代表名單及理監事推薦名單，業已依第九次理監事聯席會議決議完成推薦提報，並行文函送全聯會辦理。理事推薦名單為洪德仁、周迺寬、周賢章、侯明志、林應然、簡志誠、張文瀚、劉燦宏，監事推薦名單為劉秀雯、彭瑞鵬、蔡建松及張孟源。

劉秀雯監事長報告

各位理監事，大家午安！關於新會館最新

裝修進度，請各位參閱書面議程第38頁。在六七月期間理事長和我，以及會務人員輪流前往新會館實地稽核，若有甚麼問題就直接要求改善，今天早上也前往確認，預計八月底要完工驗收，裝潢已近尾聲，希望施工團隊要按照我們的要求，讓我們可以在九月八日搬遷到安和會館正式上班。公會務必通知提醒會員，公會會館搬遷資訊，避免洽公跑錯撲空，也請注意通知會員時，務必將新會館地圖也一併放入交通資訊提供有需要的人員參考。

在六、七月間，理事長與我及會務同仁輪流前往新會館實地勘查，如有發現問題，皆即時要求改善。今早亦再次前往，目前裝潢已近尾聲，預計八月底完成驗收，並於九月八日正式遷入安和會館辦公。為避免會員或其他人員洽公時誤至舊址，即使秘書處已發送搬遷通知，仍請務必於通知中附上新會館地圖及交通資訊，以供參考。

此次搬遷期間，信義會館現有桌椅家具中，除七樓會議桌及部分家具將移至新會館使用外，其餘仍有部分尚堪用的舊辦公家具。惟考量未來信義會館規劃出租，須全面清空，故已依規定辦理報廢清點程序，但確實令人覺得可惜。稍後也請各位理監事提供寶貴意見。

李明濱顧問致詞

理事長、各位理監事大家午安，最近資深醫師也有許多心聲，在洪理事長的領導下，會務推展極為順利，可喜可賀，祝福大家身體健康、一切平安。

二、確認第二十屆第十次理監事聯席會議紀錄及辦理情形：通過。

三、委員會召集委員報告

財務委員會彭召集委員瑞鵬

本會一一四年五、六月份之收支帳目援往例由財務委員及監事代表查閱，並已於一一四年八月四日召開第九次財務委員會議完成審查，相關報表均提此次理事會議審查。

醫政法制委員會周召集委員迺寬

(一) 本會與財團法人中華法學研究院、中華法學會所規劃之「司法VS.醫療專題系列講座」活動，已完成舉辦兩場次，並獲得學員回饋，此合作不僅促進司法與醫療領域的交流，更提升兩個專業領域的互動，對身心健康及專業發展大有裨益：

1. 七月廿二日於本會七樓會議室舉辦第二場「午間小品：醫事法律專題講座」。本次講座由周迺寬召集委員主持，前臺灣高等法院黃水通院長及洪德仁理事長親臨現場開幕指導。講座邀請張濱璿醫師主講人，黃相博副教授與談。
2. 張濱璿醫師/律師以「醫療執業自由與行政管制的界線—以預收醫療費用為例」為題，從預收醫療費用的合法性切入，延伸探討特許行業的管制正當性、醫療法制的現況及其憲法面向。他指出，醫療屬高度專業且與公共健康密切相關之特許行業，國家得在符合比例原則下進行限制，如執業登記、收費標

準、廣告規範等，既是一種限制，也賦予執業者保障。收費面向，釐清一次性預收費用在特定條件下為可行，例如連續性療程經主管機關核定者。但須避免誘發需求、誇大宣傳等情況，並引用公平會與衛福部規範，說明相關法律與行政函釋的界限。他進一步解析113年憲判字第10號判決，說明醫療費用標準之核定及收費限制合憲，旨在保障病人權益與公共健康。亦指出法制現存問題，如過度依賴函釋、法律明確性不足等，建議主管機關與專業團體應共同推動修法。黃相博副教授指出，本議題核心在於醫療契約自由與行政管制的界線。

《醫療法》第21條授權主管機關核定醫療費用標準，第22條第2項禁止超額或擅立收費項目，違者依第103條處罰，顯示自由與管制的衝突。最後感謝周賢章副召集委員主持綜合討論，雙向提問和討論非常熱烈，現場及線上共有200多名醫師參加，大家受益良多。

3. 醫事法律專題尚有一個場次，歡迎理監事踴躍報名參加（表一）。

(二) 六月七日參與台北市政府法務局假臺北市市政大樓B1中央北區多功能空間主辦之「成年人監護制度研討會」舉行，活動旨在就成年監護制度中的關鍵議題進行深入交流與實務對話，聚焦於「監護宣告」與「意定監護」兩大面向。由周迺寬召集委員開幕致詞，李詩應委員擔任監護宣告場次與

表一

日期	課程名稱/辦理地點	致詞貴賓/主持人/報告人/與談人
114/09/09 (二) 13:00~14:30	健保詐欺：健保申報不當常見案件類型識別 辦理地點： 台北市醫師公會安和會館16樓會議室（大安區安和路一段27號16樓）	致詞貴賓： 中華法學會陳宗鎮理事長、 台北市醫師公會洪德仁理事長 主 持 人：周迺寬召集委員 報 告 人：黃品欽律師 與 談 人：周賢章常務理事
醫事法律專題報名網址： https://reurl.cc/OYAjKg 或請掃QR code：		

談人。結合法學、社政、醫療與司法等多元觀點，深入剖析現行法制下的實務困境與制度挑戰。與會專家除詳盡解析法規適用與案例經驗，也提出多項具體修法建議，期望未來制度能在保障受監護人權益的同時，提升監護制度之彈性與合理性，兼顧執行效率與人權保障。

(三) 協助提供醫療相關團體修訂醫療法規建議，詳列如下：

1. 協助衛生福利部醫事司調查衛生福利部五月廿六日公告預告之「營養師以通訊方式執行業務辦法」草案意見。
2. 協助衛生福利部食品藥物管理署調查衛生福利部五月廿六日公告預告「藥事法第六條之一應建立追溯或追蹤系統之藥品類別」修正草案之意見。
3. 協助環境部調查五月廿九日預告修正「資源回收再利用法」及「廢棄物清理法」部分條文草案之意見。
4. 協助衛生福利部食品藥物管理署調查六

月九日預告修正「第一級第二級管制藥品限量核配辦法」第二條附表草案之意見。

5. 協助衛生福利部醫事司調查衛生福利部六月十七日公告預告「聽力所設置標準」修正草案之意見。
6. 協助衛生福利部食品藥物管理署調查衛生福利部七月四日公告預告「管制藥品分級及品項」修正草案之意見。

(四) 月旦醫事法報告電子期刊，理監事如有需要，可點選下載網址或掃QR code下載。

⇒第104期下載網址：
<https://reurl.cc/VW49a5>



⇒第105期下載網址：
<https://reurl.cc/EQ1An0>



學術委員會蕭召集委員勝煌

- (一) 六、七月共計舉辦八場實體+視訊課程，包括內科三場、皮膚科二場、婦產科、泌

尿科、外科各一場，每場次約140~170位會員參加。

(二) 八月份的課程報名表已於七月中旬mail給全體會員並放置在公會網站上。

會員服務委員會周召集委員賢章

(一) 一一四年資深醫師表揚名單異動如下：

表揚年資	醫師姓名	異動說明
60	蔡哲雄	刪除重複表揚名單
60	趙素芳	114.7.8逝世，刪除表揚
55	王正一	刪除重複表揚名單
50	顏榮輝	114.7.12逝世，刪除表揚
45	沈青華	114.7.24退會，刪除表揚
45	劉道明	114.7.21退會，刪除表揚
45	范盛欽	114.7.30退會，刪除表揚
40	尹彙文	114.7.17退會，刪除表揚
40	毛蓓領	更正醫師證書日期，新增表揚
40	周勵志	114.6.2再入會，新增表揚
35	王振華	114.7.4退會，刪除表揚

依上述名單修正各年資表揚人數，表揚人數更新為680名。

年資	65	60	55	50	45	40	35	30	合計
原表揚人數	5	24	27	73	76	149	178	155	687
修正表揚人數	5	22	26	72	73	150	177	155	680

(二) 五月至七月共舉辦四場會員分區座談會，邀請基層醫師及各醫院代表參加，計有360位人員參與。感謝健保署臺北業務組、臺北市政府衛生局、警察局、社會局、臺北地方檢察署及士林地方檢察署派

員參與，感謝衛福部邱泰源部長、立委及市議員出席此活動。討論議題有：1.公會成立80週年及100週年系列活動；2.安敦國際大樓會館購置；3.執行業務所得稅務新制；4.醫療費用核定原則及違規態樣；5.台北市醫師公會醫療暴力緊急處理流程；6.受聘為負責醫師之法律風險；7.社會安全網（家暴防治及兒虐防治等）宣導；8.本會友善無障礙診所輔導及認證計劃；9.鼓勵參與「代謝症候群防治計畫」。

(三) 六月廿九日舉辦本年度第三場次年輕醫師文化之旅，主題為「走讀大稻埕」，由何良正老師協助導覽迪化街「台灣巴洛克」建築、永樂市場、永樂座戲院、乾元行、波麗路西餐廳、新芳春茶行、第一劇場舊址、稻江媽祖廟、茶葉大亨李春生宅、大稻埕教會、徐外科舊址，導覽結束後至台北互舍酒店享用下午茶，由洪德仁理事長、周賢章常務理事、陳獻明監事共同領隊，有41位醫師及眷屬參加。於午茶時段說明本會近期辦理事務，透過互動交流以了解年輕醫師會員需求，並鼓勵他們多關心及參與醫療公共事務。為感謝會員帶著幼兒參加活動，本會提供會員免費參加的福利。

(四) 全聯會對未納入會員團體壽險之百歲以上醫師會員，致贈一次性祝壽金9.9萬元支票，本會已協助將支票掛號郵寄給四位醫師。

(五) 七月發函關懷高齡醫師會員，告知相關權

益福利，並徵詢居住於台北市高壽醫師會員是否同意本會至該府邸登門請益。七月廿四日拜訪九十歲林清輝醫師，由陳獻明副主委及黃信得委員前往關心並致贈水果禮盒。七月卅日拜訪九十歲謝孟雄醫師，由洪理事長及陳獻明副主委前往關心並致贈水果禮盒。

(六) 六月廿六日召開「一一四年度友善無障礙診所輔導及認證計畫」訪視員視訊共識會議，會議決議如下：

1. 請「財團法人脊髓損傷社會福利基金會」擔任一一四年計畫執行單位。本會支給訪視員費用：1500元/每家診所；支給執行單位行政費用：1300元/每家診所。
2. 請一位乘坐輪椅訪視員至診所進行訪視，執行單位協助紀錄訪視情況。
3. 邀請視障醫用者陪同訪視一家診所；邀請聽障醫用者陪同訪視另一家診所。
4. 一一四年計畫以肢障醫用者可進出診所看病為主要訪視與獎勵重點，視、聽障醫用者的就醫友善事項列為計畫亮點。
5. 一一四年計畫執行進度安排如下：

7/1-7/14	至診所進行實地訪視
7/15-7/27	整理訪視後的資料
7/27-7/30	提供診所改善意見
7/30-8/20	請診所提供改善後的照片給執行單位(可依據實際情況延長診所改善時間)
9/10	執行單位提供成果報告
9月底 10月上旬	召開認證審查會議

(七) 協助處理會員服務申請書計有三件（六月至七月）：會員對民眾施作自費手術後給藥疑義案、會員填答行政院主計總處「一一三年度服務業營運及投資概況調查」疑義案及會員對衛生局醫療爭議調解疑義案。

(八) 會員逝世慰問及公祭（六月至七月）：接獲7位會員逝世消息，本會已透過電子郵件向家屬致以慰問，並提供相關福利申請資訊。會員或直系家屬公祭贈花籃計有6件。

(九) 開幕（六月至七月）：新開業診所贈盆景祝賀計有3件。

醫院醫療委員會侯召集委員明志

- (一) 近期提供台北市衛生局新增自費收費項目審查意見，計有18件（表二）。
- (二) 醫院總額一一二年及一一三年第四季點值對照表（表三）。

基層醫療委員會林召集委員應然

(一) 七月七日衛生局於臺北市政府一樓中庭舉辦「健康特務行動-癌症篩檢宣導」記者會，由劉漢宗副主委代表出席。會中指出，癌症已連續50餘年為本市十大死因之首，且有年輕化趨勢。自一一四年起，國健署擴大免費篩檢年齡及對象，包括肺癌、大腸癌、乳癌及子宮頸癌等項目，增加具家族史及特定年齡層民眾受檢機會。本次活動自七月一日至十月卅一日止，凡居住本市且符合大腸癌、乳癌、子宮頸癌

表二

序號	項目	醫療機構申請金額 (單位:元)	序號	項目	醫療機構申請金額 (單位:元)
1	手術中3D立體影像電腦導航技術費	35,000	11	小麥分子過敏原進階配套	1,000
2	雙極痔瘡冷凝治療 HET	25,000	12	CLDN18免疫組織化學染色檢查 (43-14A抗體株)	5,200
3	冷電漿傷口治療	5,000	13	超音波導引肩關節水力擴張注射	3,500
4	ROSA-右/左 單側下肢 X 光 正面及側面	1,500	14	內視鏡顳顎關節雷射前鬆解手術 -簡單	30,000
	ROSA-雙側下肢 X 光正面及側面	2,100		內視鏡顳顎關節雷射前鬆解手術 -複雜	60,000
5	全客製化足踝矯正鞋墊	10,000		內視鏡顳顎關節盤復位縫合術	50,000
	客製化矯正鞋墊修改費(雙/次)	1,000	15	自動式全乳房立體超音波檢查 (ABVS)	5,000
6	通訊諮商(個別心理治療)	3,000	16	通訊心理諮商	2,500元 /50分鐘
	通訊諮商(伴侶心理治療)	4,500		資深心理師通訊心理諮商	3,000元 /50分鐘
7	超音波導引深臀肌群注射	2,500	17	自控式持續神經阻斷止痛術	16,000
8	放射治療影像融合	7,000	18	鎮靜麻醉(每30分鐘)	5,000
	自體微移植技術(AMT)	99,000			
9	他院健康檢查報告判讀及諮詢費	1,000			
10	產檢超音波檢查(第二次以後) (每次)(自費)	2,000			

表三

年季	月份	項目	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區
112年 第4季	10-12月	浮動點值	0.8558	0.9366	0.8842	0.9834	0.9343	0.9484	0.9063
		平均點值	0.9285	0.9634	0.9409	0.9849	0.9640	0.9691	0.9497
113年 第4季	10-12月	浮動點值	0.8831	0.9248	0.9151	0.9911	0.9886	1.0436	0.9287
		平均點值	0.9412	0.9597	0.9559	0.9891	0.9900	1.0112	0.9621

或口腔癌篩檢資格者，於期間內完成任一項篩檢，即可參加線上刮刮卡活動，獎項逾千名。民眾可持健保卡至全市 1,132 家特約院所完成篩檢。

(二) 七月十日衛生局於臺北市立聯合醫院仁愛院區檢驗大樓六樓第一會議室舉辦

「一一五年臺北市老人健康檢查特約醫事機構招募」說明會，本會邀集振興醫院派員，藉由區域醫院資源分享，提出四項具體且可行合作方案，提升更多基層醫療院所加入老人健康檢查服務的行列。希望透過合作強化社區醫療網絡，提升老人健康

檢查的覆蓋率與服務品質。

(三) 七月十四日與臺北市政府衛生局定期召開「業務合作溝通」會議。由洪德仁理事長率同林應然召委、會員服務委員會周賢章召委、張孟源常務監事、劉漢宗副召委、詹益祥副召委、李家祥副召委及蔣世中委員等代表出席。會中就通訊診療、合辦醫療爭議交流研討、疫苗接種處置費、data logger校正、診所實地督導考核、合辦流感疫苗教育課程、管制用藥教育訓練、執業執照換照提醒，以及近期醫美診所牛奶針事件等議題進行深入意見交流。雙方持續透過醫療、衛生、防疫政策及行政規定之溝通協調，促進公私協力，共同守護市民健康。

(四) 臺北市政府衛生局七月十七日於中山區中山國民小學舉辦「本市城鎮韌性急救站實兵演練」，本會受邀由洪德仁理事長及本人代表出席，觀摩學習2025年臺北市城鎮韌性演習。隨著城鎮韌性醫療防衛整備的重要性日益提升，本會亦持續關注並積極參與相關規劃。

本會也於七月十八日基層醫療委員會會議中，延續前一日參加演習之精神，與線上參與的20餘位委員、軍醫局蔡建松局長、臺北市立聯合醫院王智弘總院長及衛生局官員共同討論，並彙整建議如下：

1. 診所急救站分工模式：透過事先整備與教育訓練，鼓勵部分基層診所成為急救站，就近處置自行就醫的輕傷患者，其

餘診所則持續提供常規與慢性病治療，以維持社區基層醫療量能。

2. 醫療人力後勤支援：鼓勵基層醫師自願參與急救站及醫院的教育訓練，成為緊急醫療人力資源與後勤支援力量。
3. 借鑑防疫診所經驗：借鏡新冠疫情期間500家診所投入疫苗接種、採檢、視訊診療、居家照護及支援大型醫院的經驗，並參考新加坡自2003年SARS後建立的公共衛生防範診所(PHPC)模式，賦予基層診所災變醫療功能，形成分佈於12行政區的社區急救網絡。
4. 物資與藥品戰備：預先整備急救所需藥品、藥材及戰備物資，並確保妥善保存與調度機制。
5. 強化防衛韌性：秉持「無恃其不來，恃吾有以待之；無恃其不攻，恃吾有所不可攻」的備戰精神，推動軍民協力，確保首都醫療安全與民眾安心。

(五) 七月廿四日衛生局召開「診所與社區藥局溝通協調」會議，由林應然召委和洪佑承副召委代表出席。會中針對「提升市民可於社區藥局領到診所開立處方箋之藥品」、「北市聯合醫院處方箋釋出，社區藥局無法調劑，反應缺藥問題沒有得到回應」及「公會反映有民眾服用無標示之藥品出現身體不適情形（例如藥物過敏）後就醫，然因該藥品未有品名等標示而無法得知該藥品為何，使醫師難以確認病人用藥情形。」等議案進行溝通討論。會議摘

要重點：

- 1.推動處方箋釋出與社區藥局合作模式：
 - (1)公會支持建立醫藥分業之處方釋出機制，並協助調查基層診所的釋出需求（名單及藥品項目）。
 - (2)藥師／藥劑生公會同步調查有合作意願的社區藥局名單，包括可提供磨粉服務及具備包藥設備之藥局。
 - (3)雙方公會將於一個月內完成調查並交換名單，媒合診所與藥局建立合作窗口及溝通管道。
 - (4)建議藥局端提供缺藥清單，供醫師開立處方時參考，以減少處方釋出後仍無法調劑的情況。
- 2.臺北市聯合醫院處方釋出缺藥問題：
 - (1)有關缺藥通報後未獲回應，經查市府衛生局已通知聯合醫院窗口及藥品進貨商協助，後續將加強即時聯繫與回覆。
 - (2)建議聯合醫院在特定藥品缺貨時，針對釋出處方評估暫不開立該品項，避免造成社區藥局無法調劑。
- 3.無標示藥品造成用藥資訊不明：
 - (1)有民眾因服用無標示藥品出現不適（如過敏）而就醫，因無法辨識藥品名稱，醫師難以掌握用藥情況。
 - (2)請臺北市藥師公會加強宣導會員遵守藥師法與藥事法，確保藥品標示完整。

醫療糾紛委員會簡召集委員志誠

- (一)七月三日於國泰醫院舉辦「114年醫療爭議處理暨人文關懷研討會」，由陳彥元執行長主持，本人代表院方全程參與。會中邀請藥害救濟基金會黃鈺嫻副執行長解說醫療事故預防及爭議處理法，周賢章常務理事介紹杏林春暖基金會補助機制，吳振吉教授分享臺大醫院處理模式，國泰法務陳彥賓組長講述醫療爭議應對重點，廖熏香助理教授談醫事人員復原力。內容充實，學員獲益良多。
- (二)七月十九日於萬芳醫院舉辦114年醫療爭議處理系列（二）研討會，感謝萬芳醫院溫玉清副院長全程參與支持，由張孟源副召集委主持，邀請周賢章常務理事講述「台北市113年醫療爭議調解成效分析&財團法人杏林春暖基金會醫療爭議關懷補助機制介紹」，由本人簡述「從醫病關係到風險管理的正循環」。最後，由萬芳醫院醫務部醫療郭宜潔副主任講述「臺北市醫療爭議調解模式-醫師在《醫療事故預防及爭議處理法》下的角色與因應」，綜合討論熱絡，學員回饋受益良多。
- (三)八月二日於馬偕醫院舉辦114年醫療爭議處理系列（三）研討會：實體12人、視訊101人，課後滿意度有60位學員回饋，感謝馬偕醫院陳治平副院長代表院方全程參與，馬偕場是我們首場以視訊連結方式舉辦，學員反映希望多舉辦聆聽了解醫預法實施後面對醫療爭議調解的相關課程，所

以往後也考慮搭配視訊方式舉辦，期能達到推廣的成效。此場次由李詩應副召委主持，邀請王志嘉教授講述「醫預法下醫療爭議的調解制度及對醫學教育的啟示」、馬偕兒童醫院兒童重症醫學科彭純芝主任講述「醫預法施行後的調解經驗分享」、殷偉賢理事介紹「杏林春暖基金會簡介及醫療爭議關懷補助機制」。

醫學倫理紀律委員會張召集委員文瀚

六月十二日舉辦「醫療人工智慧的倫理挑戰與實踐」實體暨線上講座，邀請謝燦堂醫師主講，深入剖析醫療人工智慧的倫理背景、醫療教育中的人工智慧倫理以及臨床倫理決策中的人工智慧，並結合實際案例進行分享，在講師精闢的演講及分享下，順利圓滿完成，計有兩百餘名會員參加。

福利康樂委員會孫召集委員建偉

- (一) 八月十日桃園市醫師公會假大溪國小運動中心舉辦「一一四年度全國醫師盃羽毛球錦標賽」，本會推派21位醫師代表參賽，團體組榮獲公開組第六名及壯年組第五名；另個人組方面：江昇峰及黃柏堯榮獲公開雙打季軍、許茗鈞及高鳳聲榮獲女醫師雙打冠軍。
- (二) 九月廿七、廿八日雲林縣醫師公會假虎尾科技大學-經國體育館舉辦「一一四年度全國醫師盃桌球錦標賽」，本會推派多位醫師代表參賽。
- (三) 十月廿六日舉辦午後巡禮，地點為北投溫

泉博物館、地熱谷及大地酒店下午茶，歡迎有興趣的理監事報名參加。

⇒報名網址：

<https://reurl.cc/Qa4RLb>



公關委員會高召集委員尚志

- (一) 六月十五日洪德仁理事長偕同彭瑞鵬顧問，周迺寬、周賢章、林應然等常務理事，張孟源常務監事、蔡有成理事、公關委員會高尚志召委以及陳怡璇總幹事參加新竹市醫師公會承辦之「北東部暨金馬12縣市醫政研討會」。研討會匯聚北東部及金馬地區醫師公會代表，針對醫政相關議題進行交流與討論，促進區域間醫療政策經驗分享與執行機制探討，以共同提升醫界整體福祉。
- (二) 九月十三日「安和會館啟用典禮、百年風華傳承永續學思演講暨公益藝術展」活動邀請卡，將於近期寄發，敬請各位理監事屆時踴躍出席，共襄盛舉。
- (三) 韓國首爾醫師會訪問團將於十月三十一日抵台。本會將安排當日下午前往衛生福利部拜會邱泰源部長，並舉行雙方交流座談會。同時，邀請該訪問團全體成員於十一月一日參加本會假大直典華六樓花田盛事廳舉辦之八十週年醫師節慶祝大會及公益拍賣活動晚宴，以促進兩會之交流與友誼。
- (四) 明年三月本會將輪辦北東十二縣市醫師公會聯誼活動，活動規劃包含參訪總統府、

台北賓館或具意義特色等景點，敬請各位理監事踴躍提出建議與意見，共同協助活動規劃完善。

編輯委員會陳召集委員彥元

- (一) 七月份會刊封面作者為石賢彥醫師，主題為青蛙石上的翠鳥：「翠鳥常出現於水域附近，平常會安靜地停在水邊的樹枝、石頭上，覓食時以俯衝方式入水捕捉魚、蝦為食，鳥有區域觀念，常於固定的地方出現。」
- (二) 八月份會刊封面作者為吳國鈞醫師，主題為花海的黃昏：「看白雲閑聚，瞅彩霞在變異，紅花在夕陽下更顯絳氣，小菊花也盪出橙黃，漫步在小徑上，獨享暮色中的花海。」
- (三) 感謝各位理監事，每期輪流提供會刊「理監事專欄」稿件，敬請各位持續協助提供適合會員閱讀之文章，內容形式不拘，可為近期時事、相關法規提醒，亦可分享休閒性或學術性文章。

陳執行長彥元報告

- (一) 六月份會員動態：入會52人、變更43人、停業28人、復業5人、退會73人、死亡1人；開業醫師2,009人、服務醫師9,994人、停業389人，共計12,392人。
- (二) 七月份會員動態：入會125人、變更113人、停業43人、復業33人、退會311人、死亡5人；開業醫師2,002人、服務醫師9,806人、停業393人，共計12,201人。

- (三) 一一三年八月至一一四年七月各科別會員的人數消長，請參閱附件。

購屋評估小組劉召集人秀雯

六、七月期間，理事長與本人、會務人員多次至安和會館勘察裝修工程進度並溝通各室捲簾、桌椅、櫥櫃、公廁、公會LOGO、紀念文等事宜，預計八月底完工驗收。因工程已進入最後階段，理事長和我安排每周都去勘察，希望工程品質符合我們的要求，預計九月八日搬遷至安和會館，九月十三日舉行新會館啟用典禮。

80週年系列活動-公益義賣活動小組黃召集人國欽

- 一、七月十一日黃國欽召集人代表公會前往拜會陳媚音醫師畫家，並取回義賣畫作。
- 二、七月十七日前往拜會詹前俊醫師畫家、林佑珠醫師畫家及羅文鳳畫家，並取回義賣畫作。
- 三、七月十八日前往拜會陳炳堅醫師畫家、徐欣健醫師畫家，並取回義賣畫作。
- 四、七月二十三日安排義賣畫家於本會六、七樓會議室進行義賣作品與形象照拍攝，並製作成影片及公益義賣畫冊。
- 五、七月二十六日洪德仁理事長及黃召集人安排，宴請今年度無償捐贈畫作予本會辦理公益義賣活動之畫家，於北海漁村進行餐敘交流。

100週年紀念活動專案小組洪召集人德仁

一、「百年風華 傳承永續系列講座」已辦理四場，執行摘要如下：

(一) 六月十四日假台北榮民總醫院致德樓第一會議室舉行「百年風華傳承永續系列講座（一）陳威明院長」，陳院長以「唯變不變—臺北榮總的領導與創新」為題揭開序幕。陳院長從37年行醫歷程出發，分享從骨科實務、偏鄉歷練，到領導榮總的改革經驗。他以「盡力而為，做好當下」自勉，強調創新是為病患而非競逐第一，並提出「五好」政策：防疫、病人與同仁照護、教學、工作環境、跨體系合作並進。亦分享榮總在智慧醫療與ESG發展上的具體作為，包括微創人工關節手術、AI診斷、骨肉癌照護改善、偏鄉輔具巡迴與國際援助等，展現醫院在公益與永續間的實踐力。當日座無虛席，現場氣氛熱烈。

(二) 七月十六日假本會七樓會議室舉辦「百年風華 傳承永續系列講座（二）倪衍玄院長」。台大醫學院倪院長以「莫忘初衷」為題，細述其於台大醫學院長任內推動課程改革並強調醫學教育應重視人文精神與臨床現場連結。倪院長溫文儒雅，從多角度探討醫學教育與臨床服務的互動關係。他提到：「教學的目的是傳承，每一位醫師都要把自己最好的東西交

給年輕醫師，鼓勵學生學會『問』，才能培養思考與傾聽的能力。」。當日現場參與醫師約20位，線上聽眾超過400人。會中氣氛溫馨，現場座談互動踴躍。

(三) 七月廿六日假台大兒童醫院B1視聽講堂舉辦「百年風華 傳承永續系列講座（三）吳明賢院長」。臺大醫院吳院長以「行俠仗醫 以醫弘道」為題，吳院長以其一貫直言仗義的風格，分享疫情期間爭取防疫資源的實務經驗，強調服務、教學與研究的核心目的為解決病人問題、提升民眾健康，並指出唯有結合誘因與制度設計，才能讓同仁樂於投入。講座中，強調醫院領導應擁抱創新思維，引用Mayo Clinic的理念推動多元升等與實質獎勵制度。2023年獲選為工研院院士，展現跨域整合與醫療科技前瞻視野。衛福部邱泰源部長親臨講座表示肯定，稱許臺大醫院在吳院長帶領下，於防疫、AI智慧整合與臨床照護皆為世界亮點，更是臺灣穩定的「潛在護國神山」。

(四) 七月卅一日假三軍總醫院第一演講廳舉辦「百年風華·傳承永續系列講座（四）蔡建松局長」。國防部軍醫局蔡局長以「迷彩下的白袍初心：一位軍醫的選擇與回望」為題。分享從國防醫學院進入三總接受心臟外科訓練

的轉折，在臨床、教學與研究領域深耕，領導三總心臟外科成為台灣乃至亞洲的重要重症中心。其團隊累計完成逾兩百例心臟移植，並積極投入人工心臟研發。談及軍陣醫療，在其推動下，韌性醫療政策逐步落實為國家重大計畫，從人力培訓、設備強化到藥品供應韌性，皆展現前瞻布局與務實執行力。講座中，蔡局長時時流露其醫者初心與領導哲學，感念師恩、重視團隊合作、強調國際交流，更堅持不論身穿白袍或迷彩，皆應回到醫療濟世的原點，持續以專業守護人民健康與國家安全。

二、「百年風華 傳承永續系列講座」第五場將於八月十八日假本會七樓會議室辦理，邀請台灣醫院協會李飛鵬理事長主講，講題為：總額健保制度下台灣醫院的經營及永續發展。其他場次陸續辦理中，敬請理監事協助宣傳並踴躍報名參加。

8/18 (一) 李飛鵬理事長 報名網址		點此前往 https://forms.gle/ PFQW7h7t623zcs229
9/13 (六) 邱泰源部長 報名網址		點此前往 https://forms.gle/ yVnt7wKK4YJCRint8
活動官方網站		點此前往 https://showwe.tw/ edm/tma_100th/ index.html

醫療永續發展研究小組（智庫）洪召集人德仁

(一) 台北市醫師公會智庫與立法委員王正旭國會辦公室例行召開業務研討聯席會議，由周賢章智庫執行長主持。自前次理監事會議以來，已分別於六月六日及七月四日召開第十七及十八次會議，討論及辦理事項簡述如下：

1. 討論調整西醫基層每月合理門診量日數及人次建議：因立法院通過增訂5個放假日，導致診所開業天數壓縮，人事成本墊高。討論爭取下修現行每月25天的「合理門診量」門檻以減輕營運壓力，以及建議內容研議。
2. 醫學士員額總量控管案，教育部於一一四年六月未經充分協商，即同意三校清華、中興與中山三校之學士後醫學系自一一五學年度起改為自費招生，公會發表聯合聲明要求名額調整應維持總量管制，並納入衛福部及醫界參與決策。為釐清爭議，行政院於六月卅日召開跨部會協調會議，由卓榮泰院長主持，邀集教育部與衛福部首長與會，會中達成兩項共識：一，醫學系學生招生總名額維持1,300名之現況不變（含教育部及國防部權責核定的名額），以及醫學系招生名額需經醫學教育會以及全國醫學院院校長會議討論獲致共識。
3. 勞動部將區域級以上醫院納入違反勞基法加重處罰對象案，勞動部於

一一四年五月廿八日修正《違反勞動基準法裁處罰鍰共通性原則》，將醫學中心及區域醫院納入加重處罰對象，對於違反加班費、工時等規定者，可處新臺幣5萬元以上100萬元以下罰鍰，並得加重至法定最高額的二分之一，將自八月一日生效。與會人員認同保障勞工權益，但認為醫院肩負救治與公益責任，性質與一般營利事業不同，應檢視其實際違規比例並設置「除外條款」，以應對天災等緊急情況，避免影響醫療運作。請委員協助召開協調會議與相關團體溝通。

4. 強化衛生單位人力與疫苗合約院所管理實務建議案。建議提升衛生行政單位職等或補助，以反映其繁重工作負荷。在疫苗管理方面，建議檢視「公費疫苗毀損賠償等級」中的容錯率（1%至5%）合理性，簡化毀損通報作業，並調整列管項目（如冷凍監視片「凍球」停產問題）以符合實際供應情況。會議決議將研議放寬「按原價賠償」的可行性，或新增「半價賠償」等中間級距，以減輕基層診所負擔。
5. 醫院受僱醫師稅務負擔與調整方案，財政部賦稅署同意若中央衛生主管機關對主治醫師的加班費與值班費訂有明確規定，將配合相關免稅措施。目標於今年內完成相關規定修訂，並於

一一五年報稅時正式適用。本案持續研議中。

(二) 參與國會辦理之記者會、公聽會、協調會，於會中表達醫界訴求：

1. 七月九日參與王正旭立法委員召開之「醫護人員工作環境改善與違反勞基法裁處罰鍰共通性原則修正案」研商會議。會中邀請衛福部、勞動部、醫事公會與工會代表共同與會。會議結論：

- (1) 請勞動部綜合考量醫院公協會與工會對「違反勞基法裁罰共通性原則」修正案之不同意見，研議如期、延後或調整實施的可行性，並考慮設置輔導期。施行前，對申請之醫院提供法遵輔導與協助。
- (2) 請勞動部與衛福部在此次與未來法規修正時，加強與公協會及工會等利害關係人溝通，以利政策順利推動。
- (3) 針對修正案實施，請衛福部增加醫療資源投入與健保給付調整，協助醫院留才與改善醫護工作環境，包括透過「健康臺灣深耕計畫」優化條件與人力。研議調整醫院評鑑機制之可行性。
- (4) 請勞動部與衛福部合作，提供2022至2024年間有關勞基法特定條文違規之統計資料，供衛福部政策研擬與人力改善參考。

(5)請醫療工會提供實務違法案例與基層問題，並由勞動部彙整後轉供衛福部與醫院公協會，作為人力與排班制度改進依據。

(三) 七月十七日及七月卅一日參與賴惠員立法委員主持之「醫師常態以外時間執行業務所得稅務」協調會。旨在研議醫師非經常態性執業所得的稅務減免方案。與會者包括財政部、衛福部、健保署、勞動部等多個政府部門代表。會議核心議題聚焦於醫院聘僱之非適用勞動基準法之醫事人員，特別是主治醫師與資深住院醫師，期望公立與私立醫院的醫事人員都能適用此方案。財政部表示可配合辦理，惟須衛福部出具解釋函為法源依據；衛福部將研議加班定義、工時及費用標準，並協助縮短法制作業時程。希望研議完備方案於明年報稅適用。

(四) 七月廿四日洪德仁智庫召集人拜訪樂生療養院貞德舍等9棟調查研究與修復再利用計畫案，與負責設計之徐裕健建築師事務所進行交流，瞭解目前進度與後續活化利用構想。

醫療新科技跨領域合作小組周召集人迺寬

六月十九日舉行「導入AI助攻製圖，完美繪製SCI論文圖文摘要」講座，邀請臺北榮民總醫院楊豐源醫師演講由AI助攻繪製圖文摘要(Graphic Abstract)是提升學術論文影響力的重要方法之一，特別是在生物、醫學、化學等

領域，能有效幫助讀者快速掌握研究的核心內容；並推薦以AI導入素材繪製之技巧，學習如何提升繪製技術及效率。講座由臺北榮民總醫院王署君副院長、及大數據中心羅宇成主任擔任與談人，約180位醫事人員參加。

貳、討論事項

一、請研討本會杏林獎表揚標準及推薦辦法修正案。【洪德仁理事長 提】

說明：114年7月28日第廿屆第五次常務理監事聯席會議建議修正杏林獎表揚標準及推薦辦法如下表，以及修改推薦表格項目說明如下：

- (一) 增設「醫療及社會服務具體事蹟」欄位，供推薦單位或申請者詳實填列在「醫療及社會服務」領域的貢獻。
- (二) 於表格之注意事項三、備註優良事蹟欄位至少需填寫800字，以利審查委員充分瞭解被推薦人之貢獻。

決議：

- (一) 通過修正條文為「二、凡為本會會員，對醫療及社會服務領域有貢獻者，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。」。
- (二) 通過表格修正如下欄位。
 1. 增加「醫療及社會服務具體事蹟」欄位。
 2. 注意事項三、備註優良事蹟欄位至少需填寫800字等字樣。

(三) 為提升基層開業醫師推薦審查程序之嚴謹度，請醫學倫理委員會擇期召開會議，研議相關推薦與審核機制。

二、請研討本會青年杏林獎表揚標準及推薦辦法修正案。【洪德仁理事長提】

說明：114年7月28日第廿屆第五次常務理監事聯席會議建議修正杏林獎表揚標準及推薦辦法如下表，以及修改推薦表格項目說明如下：

- (一) 增設「醫療及社會服務具體事蹟」欄位，供推薦單位或申請者詳實填列在「醫療及社會服務」領域的貢獻。
- (二) 於表格之注意事項三、備註優良事蹟欄位至少需填寫800字，以利審查委員充分瞭解被推薦人之貢獻。

決議：

(一) 通過修正條文如下。

1. 二、凡為本會會員，對醫療及社會服務領域有貢獻者，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。
2. 四、推薦辦法：
醫院推薦者由推薦人、單位主管及院長簽名或蓋章，本會智庫推薦者由推薦人及智庫召集人簽名或蓋章（推薦人須為本會會員，醫院院長、智庫召集人得為推薦人）。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位以上者及本會智庫，各

可推薦3人。每家醫院以推薦1至3人為原則，優先推薦住院醫師及畢業後一般醫學訓練醫師(PGY)。

3. 五、審查方式及通過名額：(一)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。

(二) 通過表格修正如下欄位。

1. 增加「醫療及社會服務具體事蹟」欄位。
2. 注意事項一、醫院推薦者由推薦人、單位主管及院長簽名或蓋章，本會智庫推薦者由推薦人及智庫召集人簽名或蓋章（推薦人須為本會會員，醫院院長、智庫召集人得為推薦人）。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位以上者及本會智庫，各可推薦3人。每家醫院以推薦1至3人為原則，優先推薦住院醫師及畢業後一般醫學訓練醫師(PGY)。
3. 注意事項二、備註優良事蹟欄位至少需填寫800字等字樣。

三、請複審第卅三屆杏林獎醫師名單案。【洪德仁理事長提】

說明：

- (一) 經醫學倫理紀律委員會書面及114年7月28日第廿屆第五次常務理監事聯席會議初審通過。
- (二) 杏林獎醫師候選人共計34位通過初審。

決議：通過林錦生、陳韋良、葉森洲、張志隆、張重義、楊崑德、沈仲敏、李毅評、溫玉清、洪君儀、陳泰里、楊振昌、高嘉宏、高憲立、許巍鐘、曹伯年、陳中明、曾頌惠、李安斐、丁金聰、吳岱穎、陳永泰、吳永富、朱士傑、謝靜茹、湯國廷、王志靈、王景平、李政璋、林杏青、陳耀昌、黃世傑、趙榮發、錢本文等34名醫師為第卅三屆杏林獎得獎人。於十一月一日80週年醫師節慶祝大會中表揚。

四、請複審第十四屆青年杏林獎醫師名單案。
【洪德仁理事長提】

說明：

(一) 經醫學倫理紀律委員會書面及114年7月28日第廿屆第五次常務理事聯席會議初審通過。

(二) 青年杏林獎醫師候選人共計32位通過初審。

決議：通過石濟維、吳建緯、楊子賢、初福傑、陳彥廷、顏辰璋、翁鼎淳、黃萱、陳宇萱、唐靖、陳薇安、吳妍萱、張璨璿、邱潔娃、賴斯斌、方士毓、王姿雅、劉平川、何奕儒、高廷瑄、郭庭芳、古小千、劉俊緯、許賀淙、陳柏崧、林耕生、洪研竣、胡晉碩、林永慧、龔晏平、陳長聖、張凱評等32名醫師為第十四屆青年杏林獎得獎人。於十一月一日80週年醫師節慶祝大會中表揚。

五、請研討本會好書獎申請辦法修正案。【陳彥元召集委員提】

說明：114年7月29日第廿屆第四次編輯委員會建議修正好書獎申請辦法，並試行二年後再行評估，提理事會。

決議：通過修正條文為二、申請資格：

(一) 本會會員入會滿一年以上，且為申請日截止前三年內之著作，中英文均可。

(二) 若為合法立案醫學會編纂之著作(含治療指引)，本會會員擔任主(總)編或理事長，皆可提出申請，但需由主(總)編及理事長簽署同意。

(三) 曾獲獎之改版著作，修正篇幅應達50%以上。

六、請複審一一四年度好書獎名單案。【陳彥元召集委員提】

說明：

(一) 經114年7月29日第廿屆第四次編輯委員會初審8本書(一般醫療類6本、其他類2本)。

(二) 書籍依名次排序後，提理事會複審。

決議：通過八本書獲本會好書獎，於十一月一日80週年醫師節慶祝大會中表揚。

七、請審查一一四年度五、六月份經費收支案。【彭瑞鵬召集委員提】

說明：五月份之帳目已分別由詹益祥委員及劉秀雯監事長查閱，六月份之帳目已分別由劉榮森委員及許希賢常務監事查閱，

並於114年8月4日第廿屆第九次財委會會議審查完竣。

決議：通過一一四年度五、六月份經費收支案。

八、請研討謝怡君及莊靜芬醫師繳清會費，申請復權案。【彭瑞鵬召集委員提】

說明：兩位醫師於114年6月11日第廿屆第十次理監事聯席會議通過停權，謝醫師已於114年6月12日繳清滯繳會費及掛號費；莊醫師已於114年7月18日繳清滯繳會費及掛號費。

決議：通過謝怡君醫師及莊靜芬醫師申請復權案。

參、臨時動議：

一、請研討會館搬遷待堪用之舊辦公家具處理事宜案。【洪德仁理事長提】

說明：

(一) 信義會館未來將規劃出租，須全面清空，本次搬遷除七樓會議桌及部分家具將移至新會館外，相關家具已依規定完成報廢清點程序，惟部分家具尚屬堪用，確實令人惋惜。爰此，請各位理監事提供寶貴意見。

(二) 綜整與會者建議：近期會務同仁籌備活動眾多，另新會館驗收及醫師辦理執照異動工作繁重，加上既定業務持續進行，工作量較大。針對會館家具處理，原則上優先開放理監事及會務人員認領，惟運費由認

領者自理；若多人登記同一物品，則依登記順序辦理。剩餘家具將統一交由環保局進行公益回收處理。

決議：

(一) 開放理監事及會務人員登記認領，運費由認領者自理，並依登記順序辦理。

(二) 剩餘家具交由環保局進行公益回收整理。

(三) 七樓鋼琴為三十餘年前由合唱團募款購置，當時經會議討論後列入本會財產以協助保管。鑒於此次搬遷新會館無適當場地安置，爰此，通過報廢交由現行合唱團搬回協助處理。

肆、散會：下午二時三十八分。⊕





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

急診重症醫學部 具急診專科醫師證書、ACLS證書

加護中心科 具重症醫學專科醫師證書、ACLS證書

老年醫學科 具老年醫學專科醫師證書

麻醉部 具麻醉專科醫師證書、ACLS證書

職業醫學科 具職業醫學科專科醫師證書

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

113保護專線—臺灣臺北地方 法院113年度侵訴字第94號刑事判決評析

臺北榮民總醫院職業醫學及臨床毒物部
蕭筵儒（實習醫學生） 葛謹

前言

黃體破裂(Corpus luteal cyst rupture)造成自發性腹部出血(Spontaneous hemoperitoneum)是婦科常見的急腹症之一，好發於卵巢功能旺盛期（13-40歲）的女性。因為月經週期中的黃體期(Luteal phase)，排卵後，於濾泡空腔中形成黃體，製造足量的黃體素(progesterone)，使子宮內膜增厚，利於受精卵著床。黃體破裂原因主要是黃體期(Luteal phase)性行為、劇烈運動、賽跑及撞擊等。黃體破裂出血的臨床症狀差別很大，從突然輕微一側下腹疼痛，少量血液自行吸收，不留後遺症。有時則持續出血，劇烈腹痛。嚴重者可發生失血性休克，危及生命。因此，有「青春隱形殺手」之暱稱。¹⁻³

經過

甲為A醫院婦產部第3年住院醫師，同時也負責輪值急診診療工作。2021年6月26日清晨，乙女因前晚腹痛、發燒至A醫院急診室，經診斷疑為黃體破裂而留院觀察。次日（6月27日）上午，甲輪值急診值班醫師，乙跟甲討論黃體破裂的原因，便問甲有關性行為與黃體破裂的問題，甲說內容涉及隱私，下午會帶乙到診間問診。當日下午2時30分許，乙單獨與甲至婦科診間，乙詢問性隱私的問題約半小時，甲覺得乙很在意性生活，表示要幫乙做「性反應測試」，挑逗乙的性器官，試試看其肛門有無收縮反應。乙同意後，甲先做陰道超音波，並解釋看診狀況，接著就做性功能測試，由於甲一直測試到乙快高潮才停止動作之

過程，乙覺得已經違背了測試目的，後面的過程是沒有經過乙的同意，也違反乙的意願。

甲在做性反應測試時，沒有護理人員陪同，乙覺得很奇怪，回到急診留觀區床位後，因為回不了家，覺得很難過，心情莫名低落，便傳訊給男友，男友覺得檢查很奇怪、有問題，乙又傳訊詢問在其他醫院護理師的朋友，朋友說：這不正常，並建議乙可打醫院內部申訴電話。乙請男友撥打申訴電話，沒人接聽，遂詢問護理師、護理長，確認甲之姓名後，直接撥打113保護專線報警，經醫院專案小組調查，檢察官偵查後，提起公訴。

爭執1：甲於急診對乙之性功能障礙檢查，是否事涉性騷擾？

甲主張：(1)因乙詢問黃體破裂與性行為的問題，方做檢查。(2)檢查前有說明檢查過程，並已獲得同意。

乙主張：(1)沒有護理人員陪同。(2)測試到快高潮才停止動作之過程，沒有經過乙的同意，也違反乙的意願。

法院心證：(1)A醫院專案小組進行調查。(2)A醫院性騷擾防治及申訴處理委員會評議：
(i)實施內診之身體檢查時，未使女性護理師全程陪同。(ii)重複告知乙不要告知別人有實施性功能障礙之身體檢查。(iii)於急診對於非急症之性功能障礙實施身體檢查，未符合醫療常規。(iv)甲行為已構成性騷擾防治法第2條第1項第2款之性騷擾行為。

爭執2：性功能障礙之身體檢查是否為醫療常規？

甲主張：考選部公告醫師考試婦產科學之參考書目，記載對於性功能障礙的生物心理社會分析、藉由病史進行性行為疼痛評估、性功能障礙的身體檢查。

法院心證：(1)台灣婦產科醫學會函：(i)內診流程須在護理人員陪同下實施。(ii)性功能障礙之檢查，是當病患主動提及時，臨床醫師才較會詢問，並做進一步的檢查及評估。(iii)性功能障礙之原因多重及複雜，檢查項目有很多，諸如婦產科內診或輔以超音波抽血檢查，亦可能需要多專科，諸如精神、泌尿或神經內科之配合診斷。(iv)婦產科醫師大多會依病人特別的臨床表現及需要，而做不同的轉介或處置。(2)甲自承內診時須護理師陪同為醫院常規，性功能障礙並非急症。(3)乙於2021年6月28日出院時，業已預約於同年7月6日回診。(4)在急診執行非急症之醫療處置，且內診檢查時未使護理師在診間陪同，又於檢查後反覆要求乙女不得告知他人實施該項檢查，此等情節均與醫療常規不符。

爭執3：內診時為何無護理師陪同？

甲主張：(1)第3年住院醫師，尚在學習階段，剛有機會值勤急診。(2)急診與門診不同，並無護理師隨時在醫師旁，一時疏忽未保護自己，及時通知護理師協助，方造成不必要之誤解。

法院心證：(1)甲所辯稱對乙女實施性功

能障礙之身體檢查，前後之舉措與醫師實施正當醫療行為時之常情相悖。(2)該項檢查與性有關，較為敏感之內診後，卻未留下任何有實施該項檢查之紀錄，更加凸顯甲行為異常。(3)乙女表示檢查過程不適後，甲隨即道歉，陪同乙女自診間返回床位，幫訂晚餐，且持續反覆不斷地道歉，均顯與常情相悖。

爭執4：甲有無利用機會為性交之犯意？

甲主張：乙檢查結果並無異常，相較前一日狀況亦無明顯變化下，便未就實施性功能障礙檢查部分，在病歷上留下紀錄。

甲辯護人主張：(1)A醫院急診病患眾多，空間亦非隱密。(2)甲全程醫療行為均有配戴手套，並要求若有類似性高潮反應須請甲停止，且乙要求停止時，亦及時停止而未再持續治療。(3)甲為第3年住院醫師，尚在學習階段，急診與門診不同，並無護理師隨時在醫師旁，一時疏忽未保護自己，及時通知護理師協助，方造成不必要之誤解。(4)因乙之主訴，方與乙詳加討論，甲問診近半小時，徵得同意後，始實施性功能障礙檢查，甲在五大皆空下，願投身婦產科，雖性功能障礙檢查在門診處理較為適當，但甲於急診當下，仍願與乙會談，瞭解病症，及時處理，反肇致乙及其他人之質疑，亦使甲極為苛責自己。(5)甲初逢乙反應不舒服，即主動表達歉意，亦係希望乙心情得以舒緩，均徵甲主觀上並無利用機會為性交之犯意。

法院心證：(1)性功能障礙之原因多重且

複雜，須進行多項檢查、瞭解病人病史、進行生物心理社會分析等多項評估，甚且需要其他專科配合診斷，須在門診方能完整處置。(2)乙急診出院後，亦已預約A醫院婦產部門診，若真有疑似性功能障礙之病情，當可在門診時進行相關檢查、評估及其他醫療處置。(3)甲深知急診僅需對於急症進行醫療處置，竟利用照護之病人，欠缺醫學專業知識及就醫經驗之情形下，詢問乙是否要接受性功能障礙之身體檢查，且為免乙及他人察覺，不僅未使護理師在診間陪同，更假意告知乙，該項檢查不需實施至性高潮為止。(4)甲事後要求乙不得告知他人實施性功能障礙之身體檢查，足見有畏罪心虛之情。(5)甲主觀上具有利用機會為性交之犯意，至為灼然。

爭執5：甲所為是否違背醫學倫理？

甲主張：(1)一審法院判決完全未採納甲所答辯「並無侵犯」之主觀犯意，以及陳述人所還原當時醫病「情境全貌」，而全然依對造片面之詞，逕予重判。(2)導致媒體網路全面對甲人格抹殺，現需靠精神藥物治療，甚為冤屈。

衛生局醫師懲戒委員會：(1)甲不服一審判決，向高等法院提出上訴，本案刑事部分尚未定讞。(2)然經審議甲所為符合執行業務違背醫學倫理情形。(3)綜上，甲之行為該當醫師法第25條第4款之規定「執行業務違背醫學倫理」，堪可認定。(4)本會爰依同法第25條之1第1項第2款、第4款規定，決議如主文，以資警惕。

法院判決

地方法院：甲犯對受照護之人利用機會性交罪，處有期徒刑3年。⁴甲不服，提起上訴。

高等法院：尚未判決。⁵

行政懲戒

醫師懲戒委員會決議：甲處廢止執業執照，命於一年內接受繼續教育學分30學分（10學分性平，20學分醫學倫理）。⁶

討論

性平三法：性平三法包括：(1)性別平等工作法(Gender Equality in Employment Act 2002)：主要適用於求職者或受僱者於執行職務或求職時遭受性騷擾之情形，課予雇主對性騷擾行為之防治義務，以勞動部為主管機關。(2)性別平等教育法(Gender Equity Education Act 2004)：主要規範校園性騷擾事件，以事件之一方為學校校長、教師、職員、工友或學生，他方為學生為適用範圍，以教育部為主管機關。(3)性騷擾防治法(Sexual Harassment Prevention Act 2005)：適用範圍最廣，除賦予政府機關（構）等場所主人性騷擾防治義務外，適用「性別平等工作法」及「性別平等教育法」以外之其他性騷擾申訴事件，均依「性騷擾防治法」規定處理，以衛生福利部為主管機關。性平三法之立法目的皆是為防治性騷擾，惟各法對性騷擾之定義並不相同，適用之範圍、處理流程亦有差異。性平三法目的為建構以被害人保護為中心的性騷擾防治網絡，強化有效打擊加害人的裁罰處置、完備友善被害

人的權益保障及服務、建立專業可信賴的性騷擾防治制度，完備性騷擾防治法制。⁷

性騷擾申訴：性騷擾防治法第7條：「（第1項）政府機關（構）、部隊、學校、機構或僱用人，於所屬公共場所及公眾得出入之場所，應採取下列預防措施，防治性騷擾行為之發生：一、組織之成員、受僱人或受服務人員人數達十人以上者，應設立申訴管道協調處理。二、組織之成員、受僱人或受服務人員人數達三十人以上者，並應訂定性騷擾防治措施，且公開揭示之。（第2項）政府機關（構）、部隊、學校、機構或僱用人於前項場所有性騷擾事件發生當時知悉者，應採取下列有效之糾正及補救措施，並注意被害人安全及隱私之維護：一、協助被害人申訴及保全相關證據。二、必要時協助通知警察機關到場處理。三、檢討所屬場所安全。（第3項）政府機關（構）、部隊、學校、機構或僱用人於性騷擾事件發生後知悉者，應採取前項第三款之糾正及補救措施。（第4項）為預防及處理性騷擾事件，中央主管機關應訂定性騷擾防治之準則；其內容應包括性騷擾樣態、防治原則、申訴管道、教育訓練方案及其他相關措施。」組織之成員、受僱人或受服務人員人數達10人以上者，應設立申訴管道協調處理；達30人以上者，並應訂定性騷擾防治措施，且公開揭示之。A醫院組織之成員超過30人以上，除訂定性騷擾防治措施，且公開揭示性騷擾防治辦法。⁸

申訴流程：性騷擾防治法第14條：「（第

1項）性騷擾事件被害人除可依相關法律請求協助外，得依下列規定提出申訴：一、屬權勢性騷擾以外之性騷擾事件者，於知悉事件發生後二年內提出申訴。但自性騷擾事件發生之日起逾五年者，不得提出。二、屬權勢性騷擾事件者，於知悉事件發生後三年內提出申訴。但自性騷擾事件發生之日起逾七年者，不得提出。（第2項）性騷擾事件發生時被害人未成年者，得於成年後三年內提出申訴。但依前項各款規定有較長之申訴期限者，從其規定。」同法第15條：「（第1項）政府機關（構）、部隊、學校、警察機關及直轄市、縣（市）主管機關應於受理申訴或移送到達之日起七日內開始調查，並應於二個月內調查完成；必要時，得延長一個月，並應通知當事人。」本案於事件當日提出，A醫院於同年10月1日函覆：A醫院性騷擾防治及申訴處理委員會評議決定：「經醫院組成專案小組進行調查，並經醫院性騷擾防治及申訴處理委員會評議決定：甲行為已構成性騷擾防治法第2條第1項第2款之性騷擾行為。」符合法定3個月的必要調查期限。⁹⁻¹¹

查詢平台：教育人員任用條例(Act Governing the Appointment of Educators 1985)第31條第1項：「具有下列情事之一者，不得為教育人員；其已任用者，應報請主管教育行政機關核准後，予以解聘或免職：一、曾犯內亂、外患罪，經有罪判決確定或通緝有案尚未結案。二、曾服公務，因貪污瀆職經有罪判決確定或通緝有案尚未結案。三、曾犯性侵害犯罪

防治法第二條第一項所定之罪，經有罪判決確定。四、依法停止任用，或受休職處分尚未期滿，或因案停止職務，其原因尚未消滅。五、褫奪公權尚未復權。六、受監護或輔助宣告尚未撤銷。七、經合格醫師證明有精神病尚未痊癒。八、經學校性別平等教育委員會或依法組成之相關委員會調查確認有性侵害行為屬實。九、經學校性別平等教育委員會或依法組成之相關委員會調查確認有性騷擾或性霸凌行為，且情節重大。十、知悉服務學校發生疑似校園性侵害事件，未依性別平等教育法規定通報，致再度發生校園性侵害事件；或偽造、變造、湮滅或隱匿他人所犯校園性侵害事件之證據，經有關機關查證屬實。十一、偽造、變造或湮滅他人所犯校園毒品危害事件之證據，經有關機關查證屬實。十二、體罰或霸凌學生，造成其身心嚴重侵害。十三、行為違反相關法令，經有關機關查證屬實。教育人員有前項第十三款規定之情事，除情節重大者及教師應依教師法第十四條規定辦理外，其餘經議決解聘或免職者，應併審酌案件情節，議決一年至四年不得聘任為教育人員，並報主管教育行政機關核定。」教育部遂依該法建立暱稱「狼師平台」之全球資訊網，供教育單位於聘用教師前查核，甲醫師日後如想在學校任教，恐有困難。¹²⁻¹³

資訊專區：由於衛生福利部為「性騷擾防治法」主管機關，經立法委員強力建議比照教育部建立「查詢平台」，衛福部遂以：(1)符合個人資料保護法第16條但書第2款「增進公共利益所必要」之目的外使用規定。(2)整理公開

2023年性平三法修正迄今之公開資訊。將「涉及性別事件之醫事人員案件資訊」整理公開，建立「醫事人員性別事件資訊專區」¹⁴，竟被新聞界暱稱「狼醫平台」¹⁵。醫師公會全聯會認為：(1)資訊專區設立標準應公開透明，衛福部應明確揭示設立專區法源依據、審查程序與判斷標準，並以正式公文通知各醫事團體，以利執行時有共同依循，避免產生標準不一或誤解。(2)應遵守法律保留與明確性原則。(3)公開醫師相關資訊涉及醫師工作權、名譽權與個人資料保護，如未有明確法律授權，可能引發違憲疑慮。(4)資訊公開「不宜以狼醫平台」等簡略、易致標籤化的稱呼呈現，而應以精確的分類檢索方式，由使用者依主題搜尋，而非概括式整合，避免誤導。(5)平台應設立消滅時效機制：重大案件可依一定期間後下架，較輕微者則應更短期內移除，而不宜永久保留，以兼顧公益性與當事人權益。¹⁶

保護專線：113保護專線是24小時全年無休的服務專線，源自1993年修正「兒童福利法」（2004年廢除），「性侵害犯罪防治法（1997）」，「家庭暴力防治法（1998）」三法於條文中明列相關人員的通報責任，縣市政府設立24小時通報服務專線。因此，1995-1997年間，兒童保護專線(0800-422-110)與性侵害防治專線(0800-000-600)陸續成立，2001年，2條專線被整併為3碼電話「113」後，與110、119等同樣好記的求助電話深植民心，成為重要的家暴求助與民眾通報管道。3碼代表的是1支電話、1個窗口與3種服務（家庭暴力、兒童保護

與性侵害防治)，113也成為保障女性及兒少人身安全全年無休的重要防線。臺灣世界展望會2007年起接手承擔保護專線¹⁷，然而113尖峰時間(0800-2300)要配置11-12席，離峰時間4-6席，另需配置1-2名專線督導，總計約需50名接線社工與10名專線督導一起輪班，並非易事。¹⁸⁻¹⁹本案乙雖於當日即使用113保護專線，仍經3年方偵查起訴。

結語

醫病關係：本案甲醫師檢查前有說明檢查過程，並已獲得同意，然醫師執行身體檢查時，難免碰觸患者身體之隱私部位，性騷擾案又經常發生在隱密空間，且多為主觀感覺，如無第三者在場，常使被指控騷擾病人的醫師舉證困難、有口難言，醫院應建立制度，例如：私密檢查時，讓病患家人、朋友入內陪同，未成年則是讓父母（監護人）陪同；若病患表示不需要陪同，必須簽署同意書。醫師則應了解，醫病關係並非對等，制度之外，還要建立良好的醫病關係。^{13,20}

參考文獻

1. Berek JS : Berek & Novak's gynecology 16th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2020.
2. Medvediev VM, Antonio M, Sarah G, et al: Hemorrhagic corpus luteum: clinical management update. Turk J Obstet Gynecol 2020; 17: 300-9.
3. Yadav R, Sarkar M, Alam J, et al: Posttraumatic Corpus Luteal Cyst Rupture: A Diagnostic Enigma for Massive Hemoperitoneum. Cureus 2023; 15(4): e37067.
4. 臺灣臺北地方法院113年度侵訴字第94號刑事判決（刑事第十庭，2025年5月5日）。
5. 臺灣高等法院114年度侵上訴字第167號刑事判決（尚未判決）。
6. 臺北市政府衛生局醫師懲戒決議書（北市衛醫字第11431175233號，2025年7月24日）(<https://gazette.gov.taipei/advancedsearch/dicotent/>) 2025-10-15 visited.
7. 衛生福利部：性騷擾防治措施申訴及裁處流程指引。(https://dep.mohw.gov.tw/dops/lp-1216-105.html) 2025/10/15 visited.
8. A醫院性騷擾防治辦法(<https://www.ntuh.gov.tw/Fpage.action?muid=5&fid=2208>) 2025/10/16 visited.
9. 鄭津津：性別工作平等法逐條釋義 (Cases and materials on gender equality in employment act)。臺北市，五南圖書出版股份有限公司；2016.
10. 侯岳宏：性別工作平等之理論與實踐。臺北市，元照；2021.
11. 侯岳宏：性騷擾防治法－判決與解釋令彙編(Sexual harassment prevention act)。臺北市，元照；2022.
12. 教育部全球資訊網-各教育場域不適任人員通報及查詢系統(<https://unfitinfo.moe.gov.tw/query/logon.jsp>) 2025/10/16 visited.

13. 鄭焯翰、葛謹：藉機猥褻－臺灣新竹地方法院113年度侵訴字第7號刑事判決評析。台北市醫師公會會刊2025；69(8)：8-14.
14. 衛福部「醫事人員性別事件資訊專區」(<https://ma.mohw.gov.tw/Accessibility/VIOSearch/MASearchVIO>) 2025/10/16 visited.
15. 中央通訊社：狼醫平台上線醫師公會表不同意見、籲設下架時效(2025/8/22)(<https://www.cna.com.tw/news/ahel/202508220309.aspx>) 2025/10/16 visited.
16. 中華民國醫師公會全國聯合會聲明(2025年8月22日) (https://www.tma.tw/meeting/meeting_info.asp?/13753.html) .
17. 蕭新煌、陸宛蘋、王俊秀主編：書寫台灣第三部門史(III)。高雄市，巨流圖書股份有限公司；2023.
18. 葉靜倫：維持一個24小時的全國保護專線有多困難？從世界展望會113流標案，到公益團體胸口永遠的痛（上）。NPOst公益交流站，2018-4-10. (<https://npost.tw/archives/42402>) 2025-10-15 visited.
19. 葉靜倫：社會安全網搖搖欲墜，都是「市場」的錯？從世界展望會113流標案，到公益團體胸口永遠的痛（下）。NPOst公益交流站，2018-4-10. (<https://npost.tw/archives/42425>) 2025-10-15 visited.
20. 郭漢崇：與苦難同行－這些年病人教會我的事。新北市，遠足文化發行；2021. ㊦



歡慶醫師節

專屬禮遇獻給持續追求專業的您



玉山醫師無限卡活動優惠禮

活動日期：2025/10/15-2025/11/30

首刷禮加碼贈

首次申辦指定玉山醫師無限卡正卡，且於核卡45天內新增國內一般消費累積滿1萬元(含)以上，贈【CITYCAFE虛擬提貨卡：大杯拿鐵5杯(冰熱不限)】1份。

※本活動正卡人需以玉山帳戶自動扣繳信用卡款與以無限卡綁定玉山Wallet App條碼/掃碼付始符合。
※本活動每歸戶回饋上限1份。
※指定玉山醫師無限卡含醫師無限卡、牙醫師無限卡、中醫師無限卡。



立即申辦

刷卡滿額贈好禮

刷指定玉山醫師無限卡新增國內、外一般消費累積滿30萬元(含)以上並登錄活動，贈【美元160元】。

※本活動需正卡人登錄且以玉山帳戶自動扣繳信用卡款始符合回饋資格。
※本活動正附卡消費合併計算，正卡人需持有本行外幣帳戶，每歸戶回饋上限1份。
※指定玉山醫師無限卡含醫師無限卡、牙醫師無限卡、中醫師無限卡。



立即登錄

專屬信貸方案

醫師專屬信貸優惠，一段式利率2.3%起。
年收入300萬元(含)以上，享一段式利率2.25%起。

※專案需綁約一年。



活動詳情

注意事項：

◎【首刷禮加碼贈】達符合門檻將於2026/2/2起入券至正卡人玉山Wallet App我的兌換券中兌換時間將依兌換序號注意事項說明為主，逾期失效恕不補發，注意事項及使用方法、使用期限詳見玉山Wallet App我的兌換券說明。◎【刷卡滿額贈】符合活動資格者需於2025/12/31前持有玉山外幣帳戶，美元160元將於2026/1/15起匯至正卡人於本行任一外幣帳戶，惟該帳戶須為有效戶，如未持有外幣帳戶無法重新補發美元。◎詳細活動內容及注意事項，請詳閱官網或掃描QR Code閱讀。◎醫師信用貸款總費用年百分率約2.57%-16.31%。◎本廣告揭露之年百分率係按主管機關備查之標準計算範例予以計算，實際貸款條件，仍以銀行提供之產品為準。且每一客戶實際之年百分率仍視其個別貸款產品及授信條件而有所不同。◎總費用年百分率不等於貸款利率。◎玉山銀行未與任何代辦或行銷公司合作辦理貸款事宜，敬請留意，以免損害自身權益。◎本總費用年百分率之計算基準日為2025年8月21日。◎玉山銀行保留活動修改、變更及終止之權利。

謹慎理財
信用無價

◎循環利率：5.88%~15%(依本行電腦評等而訂，基準日：2015/9/1)◎預借現金手續費(依預借現金約定結付幣別區分)：預借現金金額x3.5%+(新臺幣150元/5美元/550日圓/4歐元)◎其他相關費率依本行網站及申請書公告



玉山金控 玉山銀行

活體器官肝腎捐贈制度對醫療平權之挑戰與反思

財團法人器官捐贈移植登錄及病人自主推廣中心

蔡宏斌 潘瑾慧 方冠雅 李明哲

摘要

我國自1987年制定《人體器官移植條例》，透過法律規範防杜非法器官買賣，並保障器官捐贈與移植之倫理正當性與醫療安全。隨著醫療技術進步與移植需求日增，2002年考量肝臟活體捐贈特殊性，放寬捐贈對象至五親等內血親及姻親，惟腎臟活體捐贈仍限於五親等內血親與配偶，且年齡限制相對嚴格。該規範固然有助防範不法，惟未能因應家庭結構多元化與社會支持網絡之變遷，實質限制無近親患者之移植機會，對醫療平權構成挑戰。

關鍵詞：活體器官捐贈、醫療平權、器官移植倫理、配對移植、經濟補償

前言

器官移植為末期器官衰竭患者延續生命之重要途徑，惟全球普遍面臨器官短缺。台灣因慢性腎臟病盛行，洗腎人口比例居高，腎臟移植需求尤為迫切。現行法規限制腎臟活體捐贈於五親等內血親與配偶，不僅限制無親屬者的移植機會，亦加深醫療資源分配之落差。本文從法規修正脈絡出發，結合美、英、德、日等國制度與國際器官捐贈與移植登錄資料庫(IRODaT, International Registry in Organ Donation and Transplantation)資料(表一)¹，分析我國制度侷限，並檢討「腎臟配對交換」(Kidney Paired Donation, KPD)制度之發展與不足，嘗試提出兼顧倫理與公平之改革方向。

各國活體器官移植現況

國際經驗顯示，美國、英國、以色列

等國透過設置匿名捐贈、交叉配對(paired donation)、連鎖捐贈(domino transplantation)與經濟支持制度，成功擴大器官來源、提升非親屬捐贈比例，並在保障倫理審查基礎上兼顧公平性與效率。以美國為例，根據UNOS(United Network for Organ Sharing, 2023)資料揭示，2022年約有近20%的腎臟活體移植來自非親屬捐贈²。此外，配對移植制度能有效減少等待時間並提升移植存活率，成為提升器官分配效率的重要工具³。英國的Living Kidney Sharing Scheme亦證實，透過全國性配對機制，有效提升弱勢患者的配對成功率⁴。不過，當制度若缺乏資訊公開與公平監督，恐衍生資源分配不均與社會信任流失問題。

以色列自2008年實施經濟補償與優先排序政策後，該制度除提供活體捐贈者就醫費用減免、誤工補助與社會保障外，亦透過「優先點數」機制，保障已登記捐贈卡者、同意家屬捐贈者及實際活體捐贈者，在未來若有器官移植需求時，得享有分配排序上的優先地位。實證顯示，該政策自2010年全面推行以來，成功促使國內器官捐贈意願與移植數量顯著提升，並有效減少非法買賣與境外移植情形⁵。

然而，該制度亦引發廣泛倫理爭議。有部分學者認為，優先排序雖有助激勵捐贈意願，卻可能加劇社會階級差異與醫療資源分配不均現象⁶。另有研究指出，經濟補償措施若未妥善規範，恐對經濟弱勢者形成潛在結構性壓力，促使其因經濟誘因而被迫參與捐贈，削弱捐贈自主性與倫理正當性⁷。整體而言，該政

表一 各國2024年腎臟及肝臟移植資料比較¹

國家 / 捐贈途徑		腎臟		肝臟	
		例數	百萬人口比例	例數	百萬人口比例
美國	屍體捐贈	22076	64.58	10854	31.75
	活體捐贈	6418	18.78	604	1.77
德國	屍體捐贈	1443	17.32	834	10.01
	活體捐贈	632	7.59	56	0.67
日本	屍體捐贈	233	1.9	117	0.95
	活體捐贈 ^註	1544	12.52	352	2.86
英國	屍體捐贈	2299	33.81	870	12.79
	活體捐贈	943	13.87	33	0.49
中華民國	屍體捐贈	240	10.26	145	6.2
	活體捐贈	191	8.16	313	13.38

註：日本活體捐贈為2023年資料庫資料。

策雖為全球器官短缺問題提供具體解方，惟制度設計仍須審慎考量文化脈絡、經濟結構與倫理風險，方能在提升器官來源同時，兼顧社會公平與醫療倫理。

我國活體器官捐贈法制沿革與共識

人體器官移植條例自1987年公布以來，歷經4次修正，將肝臟移植親等及年齡逐步開放，由原本之20歲以上三親等以內之血親或配偶，至2021年下修至18歲以上五親等以內之血親、姻親或配偶，搭配醫學倫理審查，有效擴展來源。腎臟則為20歲以上五親等以內之血親或配偶⁸。

此外，2025年立法院依社團法人中華民國多囊腎腎友協會意見提案，許多年輕患者需終身洗腎，若能獲得移植，可恢復正常生活。正式提議放寬腎臟活體捐贈範圍比照肝臟辦理。

病友團體指出，因遺傳性腎臟病或多囊腎等疾病需要移植的患者，其血親可能亦有同樣的遺傳性疾病問題不適合捐贈，放寬至姻親能增加獲得合適腎臟之機會。現行肝、腎捐贈規範存在差異，然而此差異缺乏一致性的醫學依據。尤其腎臟捐贈限制較肝臟更嚴格，已顯與醫學原則與平等權保障產生矛盾。此舉突顯現行制度對無近親患者造成實質不平等，亦反映現今多元社會家庭型態需求。

為回應上述問題，在2025年3月與4月透過兩場專家會議，邀集14位專家學者，包含移植醫師與護理師、腎臟科醫師、性別平等議題專家、醫學倫理專家、醫事法律專家、人權議題專家共同討論，並檢視美國、英國、德國與日本等國活體器官捐贈制度，歸納出三項政策共識：

第一，現行法規未能反映社會結構與醫療需求變遷，肝腎捐贈規範落差限制患者獲得移植機會，構成制度公平性挑戰。

第二，國際趨勢多採「情感連結」認定或「倫理審查補充原則」，透過個案審查或跨院聯審機制，開放非血親或非傳統家庭結構個案捐贈，實證顯示未增加醫療風險，反提升器官來源多元性與整體移植制度彈性，保障末期器官衰竭患者生存權利。

第三，肝腎捐贈親屬範圍與年齡限制差異，缺乏醫學實證支持，亦不符制度公平與一致性原則。

建議整體檢視法規合理性，結合國際經驗，檢討親屬限制、年齡門檻與補充審查機制，強化移植政策之公平性、倫理正當性與醫療可近性。綜上所述，我國活體器官捐贈法制雖歷經演進，惟未能全面一致回應不同器官移植之倫理、醫學與社會現實，相關制度仍存公平性與平權落差，亟需透過系統性檢討與法規修正，建構兼顧倫理正當性與醫療公平性的活體器官捐贈制度。

活體器官移植的優勢與平權挑戰

活體器官移植相較屍體器官移植，具備較高存活率與良好預後，主要歸因於器官品質優異、缺血時間縮短、手術安排可控及親屬間相容性較佳^{9,10}。惟值得注意，活體移植機會高度依賴受贈者之社會網絡與家庭支持，對無適當親屬或邊緣群體構成實質不平等。我們從以下三個面向來分析活體器官移植的優勢與對醫療

平權的挑戰：

一、醫療成效與存活率分析

不論國內、外均有實證研究證實，活體器官移植相較於屍體器官移植，在存活率、長期預後與生活品質改善方面具有顯著優勢。根據美國OPTN/SRTR年度報告，活體腎臟移植受贈者一年存活率約為97.4%，相較屍體捐贈者的92–95%，顯著較佳¹¹。歐洲針對高齡受贈者的研究亦指出，活體腎臟移植在腎功能恢復與移植存活率上均優於屍體捐贈¹²。而Toapanta等人¹³針對高齡受贈者所做之研究發現，活體腎臟移植在受贈者存活率與腎功能恢復表現上，均較屍體供者為優。此結果與我國實務經驗與學界觀察趨勢相符¹⁴，並與過去部分倫理政策討論中對活體捐贈醫療效果的肯定有所呼應¹⁵。

活體器官移植雖具明確臨床優勢，然其分配公平性與弱勢群體可近性問題不容忽視。須正視活體捐贈機會高度依賴受贈者之社會網絡與親屬支持。缺乏合適親屬、單身、邊緣化或弱勢經濟族群，往往無法受惠於活體移植，喪失高存活率與良好預後之醫療機會，形成結構性不平等。制度設計應重視捐贈安全與倫理，並透過擴大非親屬捐贈、交叉配對與完善配套機制，提升整體活體器官捐贈可近性。

二、健保給付與經濟可近性

活體器官捐贈涵蓋捐贈者與受贈者，現行全民健康保險制度雖涵蓋器官移植相關費用，包括術前評估、手術、住院與術後照護，然部

分自費項目如免疫抑制藥物、術後追蹤檢查與捐贈者術前檢查、影像進階檢查與術後追蹤費用，住院部分費用仍需捐贈者自行負擔，住院工作損失亦可能影響經濟弱勢家庭的對於移植醫療的可近性。為實現醫療平權，健保制度應檢討活體器官捐贈相關費用給付範圍，研議增加經濟弱勢支持措施，包含捐贈者補助、術後健康追蹤與心理支持資源，並透過政策設計降低自費負擔，始能從根本改善經濟障礙，落實器官移植制度之公平性與可近性，實現經濟平權，回應社會對健康照護正義之期待。

活體器官捐贈應可放寬腎臟捐贈親屬範圍，放寬條件應審慎考量性別與社會結構差異，保障女性、媳婦或弱勢外籍配偶面臨隱性捐贈壓力，呼籲應以性平、健康權保障為前提尊重自主、無償捐贈為核心，在強化醫院倫理審查機制，以確保倫理正當性情況下，研擬比照國際趨勢逐步開放非親屬或姻親捐贈，另從法律角度，現行條例肝臟及腎臟捐贈條件關於年齡、親屬範圍不一致性。為確保法制完整與社會信任，建議則應納入未來修法時，應一併通盤檢討。

整體而言，我國活體器官捐贈制度發展所面臨之倫理、法律與醫療平權之多重張力，亦反映社會對該議題之高度關注與期待，值得政策制定者持續審慎評估，並於後續修法與制度設計中納入多元聲音與專業建議，方能兼顧醫療需求、倫理審慎與平權保障。更有從性別與人權觀點提出不同看法，擔憂放寬姻親條件恐對媳婦、外籍配偶等弱勢族群形成社會壓力，

主張應審慎考量性別平等與憲法健康權保障之平衡。活體器官捐贈資格放寬固然有助擴大器官來源、提升醫療平權，惟實務經驗仍須結合倫理審查、法律配套與社會脈絡整體評估，方能兼顧公平性與風險控管，避免制度變革而衍生新型不平等或倫理疑慮。

三、法規設計與國際比較

世界各國對於活體器官捐贈資格規範雖存在顯著差異，然普遍建構於若干核心原則基礎，包含親屬關係、年齡限制、健康與心理評估、自願性與無償性、知情同意、獨立審查及倫理把關，制度設計則深受各國文化、法律與社會結構影響。Delmonico(2005)³觀察歐美多國近年陸續放寬非親屬捐贈限制，透過配對移植、匿名捐贈與連鎖捐贈機制，成功擴大器官來源，惟須同步強化倫理審查與資訊揭露，以確保自願性與社會信任。

Moorlock等人¹⁶進一步指出，若缺乏透明監督與制度規範，該類放寬措施反易引發倫理爭議與社會信任危機。以色列政策經驗亦顯示，透過結合經濟支持、優先排序與法律保障，可有效提升活體捐贈意願，惟若忽視社會結構差異與弱勢保護，該政策恐加劇結構性不平等與倫理風險⁵。

結論與建議

本文結合理論分析、國際制度比較與專家實務經驗，系統性檢視我國活體器官捐贈制度之發展現況與面臨挑戰，提出結論：首先，現行法規對於活體器官捐贈對象之親屬範圍與

年齡標準，未能全面反映我國社會結構多元化與醫療需求之變遷。特別是肝腎捐贈規範不一致，已對無親屬或弱勢患者之移植機會構成不利影響，亦引發制度公平性之質疑。其次，國際經驗顯示，多數國家除維持基本親屬捐贈框架外，普遍透過情感連結認定、非親屬捐贈開放、倫理審查補充與配對移植等多元措施，兼顧器官來源擴充與醫療安全，且並未顯著增加醫療風險。此類制度有助於緩解器官短缺，提升制度彈性與公平性，值得我國借鏡。此外，現行制度在資訊揭露、心理評估、經濟支持與法律保障等面向，仍存執行標準不一與保障機制不足之問題，恐削弱捐贈者自主性與醫療平權基礎，亟需加強系統性配套。

基於歸納上述我國活體器官捐贈制度未來改革重點如下：

(一) 法規一致性檢討與親屬範圍放寬

建議比照肝臟移植規範，放寬腎臟活體捐贈之親屬範圍至「五等親姻親」，並將最低捐贈年齡由20歲下修為18歲，回應社會多元結構與醫療公平性訴求。

(二) 強化倫理審查與心理社會評估機制

完善捐贈資訊揭露、獨立倫理審查與心理社會支持系統，保障捐贈者自主性、身心健康與醫療安全，降低倫理風險。

(三) 推動多元捐贈模式與配套機制

參考國際經驗，審慎引入非親屬捐贈、交叉配對、匿名捐贈等措施，搭配嚴謹配套設計，拓展器官來源，提升制度彈

性與弱勢患者移植機會。

(四) 健全經濟支持與法律保障措施

檢討健保給付、擴大經濟補助與長期追蹤機制，並強化法律保障，降低經濟障礙，保障捐贈者與弱勢患者權益，實現經濟平權。

(五) 資訊透明與制度監督強化

建立公開透明之器官分配、配對流程與外部監督機制，提升社會信任，確保制度公平性與倫理正當性。

(六) 持續結合專業意見與社會參與

未來制度改革應持續透過專家會議或焦點訪談、政策評估與社會溝通，納入多元聲音，形塑符合本土脈絡且具國際水準之器官移植政策。

整體而言，我國活體器官捐贈制度雖已具雛形，惟在法規設計、制度執行與配套機制方面，仍存結構性不足與公平性落差。未來唯有透過科學化、系統性、具文化敏感性的政策改革，結合醫學專業、倫理原則與社會需求，方能兼顧醫療效率、倫理正當與醫療平權，實現永續、公平且具社會信任基礎之器官移植體系。

參考文獻

1. IRODaT (www.irodat.org) 2025.
2. United Network for Organ Sharing (UNOS), (<https://unos.org/>) 2023.
3. Francis D: A report of the Amsterdam Forum

- on the care of the live kidney donor: Data and medical guidelines. *Transplantation* 2005; 79(Suppl 6): S53-66.
4. NHS Blood and Transplant: Organ donation and transplantation activity report 2021/22. Retrieved from <https://www.odt.nhs.uk/statistics-and-reports/> [Accessed 2024.6.10].
 5. Lavee J, Ashkenazi T, Stoler A: Preliminary marked increase in the national organ donation rate in Israel following implementation of a new organ transplantation law. *Am J Transplant* 2013; 13(3): 780-5.
 6. Sharif A: Championing self-interest to overcome disinterest-Lessons from the Israeli organ allocation system. *Am J Transplant* 2013; 13(6): 1611-2.
 7. Muireann Q, Linda W, Vardit R: Organ donation and priority points in Israel: An ethical analysis. *Transplantation* 2012; 93(10): 970-3.
 8. 立法院法律系統(<https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lglawkm?@@1342331711>) 2025.
 9. Sundaram H, Ajay KI, Gabriel D: Long-Term Survival after Kidney Transplantation. *N Engl J Med*. 2021 Aug 19; 385(8): 729-43.
 10. Christof K, Hao L, Xingyu Z, et al: Survival after live donor versus deceased donor liver transplantation: propensity score-matched study. *BJS Open* 2024 May 8; 8(3): zrae058.
 11. OPTN/SRTR (<https://www.srtr.org/reports/optnsrtr-annual-data-report/>) 2024.
 12. Ehab H, Dieter B, Yaser S, et al: Outcomes of Kidney Transplantation in Older Recipients. *Ann Transplant* 2023; 28: e938692.
 13. Néstor T, Jordi C, Ignacio R, et al: Benefits of Living Over Deceased Donor Kidney Transplantation in Elderly Recipients. *Transpl Int* 2024; 37: 13452.
 14. 黃嘉宏、連榮達、吳明儒：台灣腎臟移植的過去、現在與未來。 *內科學誌* 2019; 30(1): 34-41。
 15. 蔡甫昌、李銘杰：活體非親屬器官捐贈之倫理議題。 *台灣醫學* 2012; 16(6): 649-59。
 16. Greg M, Jonathan I, Heather D: Altruism in organ donation: An unnecessary requirement? *J Med Ethics* 2014; 40(2): 134-8. 🇺🇸



綜論頑固性胃食道逆流與小腸細菌過度生長的致病機制

～兼談「經胃鏡小腸內益生菌灌注給與」的臨床經驗（上）

宏恩綜合醫院¹內科暨家醫科²一般外科³桃園醫院耳鼻喉科
⁴馬偕紀念醫院消化內科⁵台南醫院消化內科
譚健民¹ 朱紀洪² 譚媛云³ 章振旺⁴ 張耀元⁵

前言¹⁻⁴

由近些年來的臨床實務經驗顯示，雖然胃酸逆流是導致胃食道逆流疾病(gastroesophageal reflux disease, GERD)的主要致病機制，但事實上GERD並非完全導源於過多胃酸所致。由GERD本身的致病機制得知，GERD的衍生主要由於下食道括約肌(Lower Esophageal Sphincter, LES)功能減弱與障礙所引起，進而導致胃內容物（如胃酸、膽汁）逆流。食道裂孔疝氣亦是導致GERD的重要結構性因素之一。

在過去所發表文獻中，發現某些常見藥物可能會誘發或加重GERD症狀包括有布洛芬(ibuprofen)與阿斯匹靈(aspirin)等非類固醇抗發炎藥物，四環素(tetracycline)與克林黴素(clindamycin)等抗生素，用於治療骨質疏鬆症的雙磷酸鹽(bisphosphonates)，用於治療高血壓的鈣通道阻斷劑(calcium channel blockers)，氣喘藥物如茶鹼(theophylline)與鐵補充劑，某些抗憂鬱藥如三環抗憂鬱劑(Tricyclic Antidepressants)、選擇性血清素再攝取抑制劑(Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRI)與血清素-去甲腎上腺素再攝取抑制劑(Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors, SNRI)亦會增加GERD衍生的風險。此外，再加上宿主所攝取入胃的食物逆流至食道管腔內，即便在GERD患者所分泌的胃酸容量並不是很多的情況下，亦有可能會導致GERD的衍生。

在生理解剖學上，所謂LES本身是一圈肌肉組織所組成的一個功能性器官，其主要在行

使肌肉瓣膜開關/閉合的功能，在位於食道下端與胃接合處形成一個具有瓣膜功能的解剖結構。平時LES通常保持閉合狀態，以防止胃內容物逆流至食道，一旦在吞嚥時LES會自主性的打開，讓食物可以自由經由食道進入胃內。此外，LES最主要的功能在於防止胃內容物再次逆流回食道內，一旦LES功能減弱而無法正常閉合時，就會導致胃酸或膽汁逆流至食道，從而引發GERD症狀如火燒心、胸口灼熱感、前胸悶痛，喉嚨炎、慢性咳嗽、氣喘、吞嚥困難與咽喉異物感甚至嗆咳的症狀與表徵。

GERD的長期併發症不僅只是逆流性食道炎，最終甚至可能亦會併發食道狹窄甚至巴瑞特氏食道(Barrett's esophagus)，其中巴瑞特氏食道是一種具有高度潛在性癌前病變的病灶，可能因而增加衍生食道腺癌(esophageal adenocarcinoma)的風險。倘若能及早發現並給與適當的治療，其臨床預後通常是良好的。基本上，巴瑞特氏食道能在早期發現並採取內視鏡消融切除干預治療，通常可以完全去除癌前病變組織細胞，以防止其往後發展為惡性食道癌。

目前而言，GERD的主要治療通常著重於使用質子幫浦抑制劑(Proton pump inhibitors, PPIs)的服用以減少胃酸的分泌。PPIs是一類減少胃酸分泌最常在臨床上被使用的藥物，通常用於治療消化性潰瘍如胃潰瘍與十二指腸潰瘍，同時主要透過將胃酸減少的作用機制來治療GERD。

根據流行病學的研究統計，近些年來台灣

地區GERD的盛行率估計約為12-25%。GERD盛行率增加主要亦與飲食西化、生活型態改變甚至部分研究顯示與幽門螺旋桿菌感染的某些特定型態有關聯，而其中則有10-40%GERD被確診為頑固性胃食道逆流症(refractory Gastroesophageal Reflux Disease, rGERD)。在臨床上，rGERD是指一旦GERD病情及其症狀在服用雙倍劑量PPIs長達8-12星期左右，其典型GERD的灼熱與胃酸逆流症狀仍然持續存在，而無法因藥物服用而得以控制者謂之。

近年來，腸道菌群健康在醫學與健康領域引起廣泛的關注。基本上，小腸細菌過度生長(Small Intestinal Bacterial Overgrowth, SIBO)是一種常見腸道菌群失調(gut dysbiosis)的代表病症，其會引起錯綜複雜的腸道健康領域的問題。本文亦旨在闡明SIBO與rGERD的相互作用的因果關係。

rGERD的臨床定義⁵

臨床上，GERD在服用最大耐受劑量的PPIs（每天服用1-2次），即使在接受雙倍劑量PPIs治療至少12週，病患本身的胃灼熱感或胃酸逆流症狀仍續或未能完全緩解者，稱之為rGERD。除了GERD主觀症狀之外，某些客觀證據也會存在，如動態胃酸pH監測檢查異常的胃酸逆流指標，例如常見的評估指標，有DeMeester Score或食道酸暴露時間百分比等，另外胃內視鏡檢查發現如仍有持續性糜爛性食道炎的病灶，也可以當做rGERD的佐證。基本上，在已發表的臨床研究文獻中，指出rGERD盛行率為10-54%，估計約有1.6%的人口群可

能患有rGERD。

在臨床上，rGERD本身的診斷需要遵循綜合的檢測，首先必需進行臨床症狀、表徵與上消化道內視鏡檢查的評估，並同時進行食道pH值監測與食道測壓。在確認接受PPIs的最佳化藥物治療後，其GERD逆流症狀與表徵仍持續存在著，有時亦會伴隨咽喉逆流(Laryngopharyngeal reflux, LPR)疾病。

一般來說，rGERD本身的症候群通常較為複雜，非單一因素而可能由多種因素所引起的。這些因素包括有1. 功能性燒心疾病：在食道無胃酸暴露異常、嚴重胃動力問題或食道結構異常證據之下，而會衍生功能性燒心疾病。2. 逆流性高敏反應：逆流高敏症是指即使食道未過度接觸酸性物質，也會出現胃酸逆流症狀的情況，主要由於宿主個體食道神經對正常食道胃酸逆流的過度敏感所致。3. 某些運動確實會加劇GERD症狀，或增加急性GERD發作的可能性如急速彎腰、高強度運動或對腹部施加壓力的活動，可能都會加重不等程度的急性發作GERD症狀。4. 因藥物順從性或藥物代謝所引起的GERD的急性發作：急性GERD發作可能會因藥物依從性與藥物代謝的差異而引發的。在臨床上，如PPIs漏服或服藥時機不當，可能亦會導致制酸效果不良，反而加劇逆流症狀的出現。5. 部分宿主體本身對PPIs的代謝作用較快，則可能需要更高劑量，或每日兩次用藥才能達到充分的治療效果。6. 此外rGERD治療亦包括組織胺-2受體拮抗劑(histamine-2 receptor antagonists, H2RAs, 如Famotidine)

與藻酸鹽抗酸劑 (alginate antacids, 如 Gaviscon) 的藥物治療。

SIBO的臨床症狀與表徵⁶

SIBO是指小腸腔內一時間充滿著過量口腔與大腸外來的細菌，而這些過度生長的細菌不僅包括益生菌或無害菌，也包括潛伏的致病菌，而使得宿主最終會導致各種消化問題與營養吸收不良的病症，並進一步導致脂肪、蛋白質與碳水化合物等營養素的吸收與受損，從而衍生各種疾病症狀與潛在疾病的併發症如神經系統問題與骨質疏鬆症等嚴重後果。SIBO會擾亂正常排便如腹瀉或與便秘交替出現，或兩者兼而有之。由於SIBO導致的營養吸收不良，會衍生營養不良與不明原因的體重減輕。

除了胃腸道疾病之外，SIBO患者可能會出現陰道搔癢、胸痛、皮疹與全身倦怠，甚至注意力不集中、憂鬱、焦慮與腦霧等神經精神症狀。SIBO症狀可能與IBS互相重疊，因此需要進行全面評估與做好必要的鑑別診斷。

SIBO本身所出現的腹脹、脹氣與腹瀉有時會導致骨盆不適或壓迫感、膀胱疼痛、頻尿或尿急，這些症狀可能被誤認是泌尿問題。雖然SIBO不會直接影響女性尿失禁，但由於SIBO會導致腸道氣體增多，可能會間接影響女性骨盆底肌肉異常的收縮，而增加尿失禁的風險。

SIBO常見所排出的糞便形狀包括有黏液、硬塊狀糞便、水樣便或稀便。這些排便情況或許每天都會有所改變。SIBO亦可能導致

脂肪吸收不良，使得糞便因油脂過多而漂浮、異味或水樣化。因此，透過檢測進行正確的診斷對於確定SIBO的病因也是非常重要。

長期SIBO存在難免會損害宿主固有的營養物質與脂溶性維他命A、D、E、K與B12的吸收與缺乏，最終亦伴隨導致礦物質的缺乏，其常見症狀包括有全身倦怠、肌肉痙攣、指甲易碎、傷口癒合緩慢、食慾或味覺改變，其他症狀可能還包括刺痛、麻木、骨痛、感染症與認知障礙。

在極少數罕見罹患短腸症候群(short bowel syndrome)患者中，由於部分小腸缺失或受損，其所衍生的SIBO或許會導致D-乳酸酸中毒，這是一種罕見的代謝性酸中毒，主要引發某些神經精神系統問題，並可能間接加重SIBO相關的胃腸道不適，進而影響GERD症狀。

內臟敏感度增高是指內臟器官如胃腸、胸部、腹部與骨盆腔內器官對正常身體感覺發生過度反應現象。SIBO亦會導致內臟高敏感度增加，這意味著腸道對疼痛與不適變得更加敏感，並因而導致腸道疼痛與不適感的加劇。不僅如此，胃腸道對疼痛或不適敏感度增加的內臟過敏現象，亦會使得宿主個體的胃酸逆流症狀更加嚴重。此外，導致內臟器官固有疼痛閾值(threshold)降低，平常不會引起疼痛刺激感的宿主個體，亦會引起疼痛或不適的感覺。因此，逆流高敏感患者與確診rGERD病例中的SIBO盛行率有偏高的趨勢現象。

在臨床上，SIBO可能導致腸道蠕動功能受損與清除腸道菌株能力的降低，並同時伴隨克隆氏症(Crohn's Disease)或IBS潛在疾病的存在。IBS發病機制曾被認為主要由心理因素所引起的，但如今SIBO亦被認定IBS的主要原因。此外，SIBO的存在似乎亦與克隆氏症復發有關。

SIBO的臨床診斷方法⁷

常見的SIBO臨床診斷方法包括有呼氣試驗與小腸抽吸物培養二大類。在臨床上，SIBO通常透過呼吸測試來診斷，其測試主要是測量過度生長菌株所產生的氣體，其中包括有：

其一，氫氣與甲烷呼氣測試是SIBO最常應用的非侵入性診斷工具，主要是可以檢測SIBO患者在攝取特定葡萄糖或乳果糖溶液後，其所收集呼氣中氫氣與/或甲烷的含量濃度是否有異常增加，而陽性結果則顯示小腸內菌群正在發酵糖並產生氫氣與甲烷氣體。呼氣測試本身敏感性與特異性比較低，但因非侵入性而被廣泛應用。在臨床上，SIBO通常透過呼吸測試來診斷，更可同時伴隨腸道菌群失衡的評估與分析腸道菌群本身的組合與數量。

其二，雖然小腸抽吸物培養被認為是SIBO的黃金標準檢測，但由於其侵入性風險較高，在臨床實務經驗上也較少被採用。經由胃內視鏡檢查途徑中，從小腸腔內抽取適量的小腸液樣本抽吸液培養(Small intestine aspirate culture)，然後進行特定細菌的培養，以確定

某些致病菌的存在與其數量。抽吸物中細菌數 $\geq 10^3$ 菌落形成單位(Colony Forming Unit, CFU)/毫升，則可診斷有SIBO的存在，但與呼吸測試相較則具有侵入性，因其涉及內視鏡檢查緣故。

在街坊檢驗所可能會提供某些所謂的簡易SIBO檢查，其中包括有1.血液檢查：用於評估維他命缺乏或其他與吸收不良相關的生化血清學檢驗。2.糞便檢查：用於評估是否有潛在脂肪吸收不良的病症。3.影像學檢查：電腦斷層掃描檢查、MRI、腹部X光與KUB與等影像檢查，亦可有助於排除可能導致SIBO結構性異常的其他病症。

通常來說，SIBO患者腹部平面X光攝影檢查或KUB攝影檢查（如圖1,2所示）亦可顯現胃、小腸與大腸呈現不等程度烏煙瘴氣的病態現象。基本上，一般健康人小腸是不易見到有氣體存在的，但SIBO則可出現明顯較多的小腸氣。在臨床實務經驗上，可以經由胃十二指腸纖維內視鏡檢查，來探知患者小腸內腔是

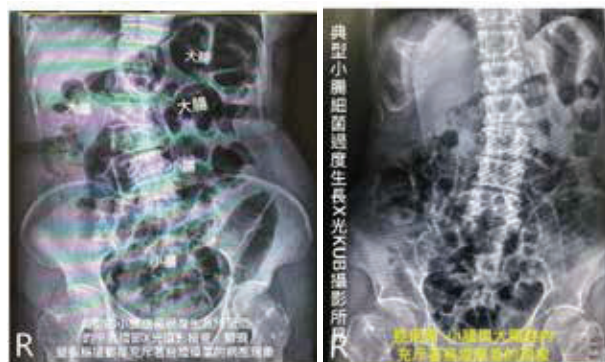


圖1 典型SIBO的X光KUB攝影所見（取材於譚健民醫師衛教演講題庫）⁸

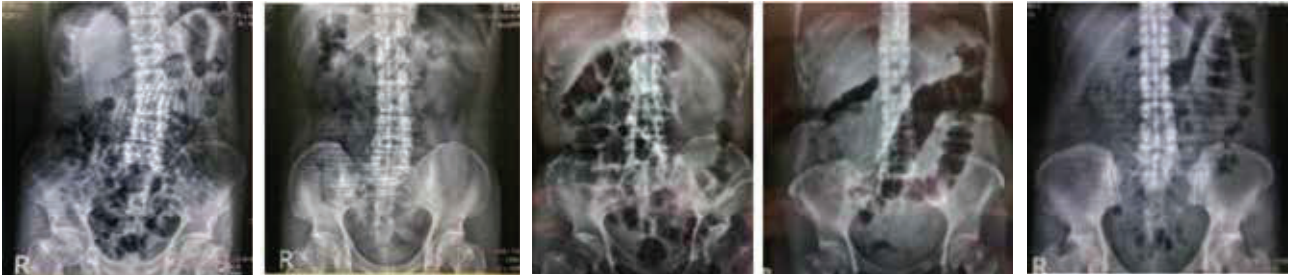


圖2 典型SIBO的X光KUB攝影所見（取材於譚健民醫師衛教演講題庫）⁹



圖3 胃十二指腸內視鏡所見胃與十二指腸腔內充斥著烏煙瘴氣現象（取材於譚健民醫師衛教演講題庫）^{9,10}

否伴隨者異常過多烏煙瘴氣的小腸氣存在，而由此間接懷疑SIBO的存在（如圖3所示）。此外，亦可以在空腸近端抽吸液中檢測大腸桿菌數量，倘若其數量 $\geq 10^3$ CFU即可以意識到有SIBO的存在。某些時候也僅能靠臨床醫師的高度懷疑，而在給與嘗試性抗生素與伴隨益生菌治療後，才得知病患罹患的病症或許就是SIBO。

SIBO與腸道菌群失調(Gut Dysbiosis)¹¹

根據臨床定義，SIBO因具體涉及小腸內細菌過度生長，有別於腸道菌群失調，而腸道菌群失調則是更廣泛的失衡現象。GERD與SIBO本質上是一體的兩面，SIBO是由多種因素所引起如胃酸分泌減少、腸道蠕動受損與消化道解剖學異常，這些因素會破壞小腸內固有菌群自然生態環境的平衡。一旦當腸道蠕動功

能受損時，腸道菌群菌株更會由大腸逆向遷移回至小腸腔內而導致SIBO。不當的腸道蠕動也會削弱下食道括約肌固有的功能，使得胃酸異常逆流入食道末端並引發胃酸逆流的症狀。

無可厚非，GERD與SIBO有著密切的因果關係，在SIBO初期會發酵腸管中的碳水化合物，而產生大量氣體如甲烷(methane)，一旦這些氣體積聚起來就會引起腹痛與腹脹症狀，不僅使得小腸腔內存有過多的氣體，並最終導致小腸或大腸管腔內異常升高，此時再加上LES功能減弱，會更進一步導致賁門不當的開閉，而不足以發揮其阻止其中胃內容物逆流回食道內的固有功能，從而導致胃酸逆流併發症。同時，SIBO也會因而擾亂正常消化機能蠕動的作用，使得胃排空延遲更提升胃酸逆流發作的風險。

SIBO本身的顯著特徵是指小腸中擁有過多不同屬種的菌株，主要是大腸腔中較為常見致病菌過量的移位至小腸腔內。這些細菌群不僅是益生菌過多的緣故，更伴隨某些致病菌的存在，由此導致腸道黏膜發炎甚至引起內壁損傷。此時，過度生長的細菌株會擾亂正常的消化過程，並導致各式各樣的胃腸道症狀。

腸道菌群失調是指腸道菌群在其組合上與數量上的失衡。此外，SIBO亦可能導源於腸道本身蠕動功能障礙如術後腸沾黏、腸道先天性結構異常，甚至伴隨免疫力失調而引起的。SIBO是一種由腸道菌群失調而導致的小腸細菌異常增生所引起的疾病，是一種並非罕見而容易復發的消化道疾病，有些個案的臨床症狀與表徵可能類似於腸躁症或機能性消化不良症候群。

腸道菌群失調患者可以透過高纖維飲食的攝取來改善腸道健康，這些飲食包含著適量的維他命、礦物質、充足水分、大量水果蔬菜與優質蛋白質。腸道菌群失調患者常見的症狀與表徵包括有出現硬塊狀糞便、水便或稀便、牙齦出血、蛀牙與齲齒、異位性皮膚炎或痤瘡、排尿疼痛、生殖器分泌物增加或搔癢。

SIBO導致GERD的作用機制¹²⁻¹⁴

事實上，胃酸逆流與膽汁逆流都是導致GERD的激發因子，只不過是所涉及的致病物不同而已。胃酸逆流是指胃酸逆流回食道，而膽汁逆流則是指膽汁由十二指腸逆流回胃部，並到達食道下端部位。雖然兩者都有可能引

起相類似症狀與表徵，但膽汁逆流對胃壁的損害較為嚴重。此外，SIBO會透過多種機制導致GERD，主要涉及腸道壓力增加與LES潛在性的破壞。使得SIBO所衍生過量的氣體，會額外增加腸道與腹部壓力，並將胃內容物包括胃酸推往食道腔內。由於SIBO會擾亂腸道蠕動，更有可能影響LES的收縮，而進一步再加劇GERD併發症的衍生。除了LES之外，位於食道頂部的另一個肌肉環即上食道括約肌(Upper Esophageal Sphincter, UES)，亦扮演著防止食物逆流至喉嚨的重要角色。再者，SIBO患者可能會被開立PPIs等藥物來減少胃酸，雖然PPIs可以緩解GERD症狀，但亦有可能降低小腸中正常情況下抑制細菌生長的酸度，反而加重SIBO原有的症狀的惡化。

雖然SIBO不會直接導致GERD，但由於SIBO會導致小腸內積聚的氣體會引發連鎖反應而增加胃部壓力。一旦胃部感受到壓力時，更容易導致胃酸逆流回食道內，從而引起典型上腹部灼熱疼痛，GERD於焉衍生了。

基本上，SIBO既可以透過增加腹壓直接引起胃酸逆流症狀，也可以透過削弱腸道蠕動而間接導致GERD，並可能因GERD藥物的服用而加劇GERD的症狀。雖然PPIs是GERD的主要常用的治療藥物，但使在服用PPIs期間，某些藥物也可能加重GERD的症狀，這些藥物可能會影響GERD作用機制如LES壓力或胃動力，而進一步導致逆流增加甚至胃排空延遲，從而使GERD的症狀加劇。此外，某些影響LES張力的藥物如硝酸鹽、鈣通道阻斷

劑與抗膽鹼藥物，亦會使得LES變得較為鬆弛，而使得胃內容物逆流回食道，從而加重GERD的症狀。這種延遲會導致胃內容物在胃中停留更長時間，從而增加胃酸逆流風險。再者，某些藥物包括有鴉片類藥物如海洛因與哌替啶(meperidine)、尼古丁與大麻素如大麻中的四氫大麻酚(marijuana)。此外，一些用於治療胃輕癱(gastroparesis)相關疾病的藥物如某些抗憂鬱藥物與抗高血壓藥，也可能產生延遲胃排空的影響。主要由於其抗膽鹼作用(anticholinergic effects)可能導致減緩胃排空。某些抗高血壓藥如鈣通道阻斷劑(calcium channel blockers)，亦可能導致胃排空延遲。因此，SIBO可以由多種因素引起，其中包括有飲食、抗生素、身心壓力與潛在的健康狀況。此外，有時GERD亦會伴隨相類似的疾病如咽喉逆流(Laryngopharyngeal reflux, LPR)。

SIBO導致LPR的作用機制¹⁵⁻²⁰

由於GERD通常影響下食道，而LPR則影響喉嚨上部，雖然兩者都是因胃酸逆流所引起的，但LPR通常不會引起典型的燒心症狀，其主要是由於LPR僅影響喉部與咽喉而非食道。

雖然GERD亦會與LPR同時發生，但有時也會分別單獨出現。在臨床上，約有1/3的LPR患者同時伴隨GERD的存在。這種併發很可能是由於逆流存有共同潛在機制所致，即胃內容物會向上進入食道，甚至可能進一步上升至咽喉頭。

由解剖生理學研究顯示，LPR是由於胃內容物逆流至咽喉部所引起的疾病。當下食道括

約肌(LES)或上食道括約肌(UES)無法正常閉合時，會導致胃酸或胃內容物逆流到喉嚨與喉頭。LPR的主要致病機制是由於胃內容物逆流回咽喉處，其導致胃內容物如胃酸、膽汁、胃蛋白酶與酵素類食物，逆流至喉部與咽部所衍生的疾病，有時亦會伴隨著上呼吸道脆弱組織的損傷，使得食道與喉部的保護機制受損，或是因胃酸逆流而引發迷走神經反射所致。雖然，喉嚨確實有一些抵禦逆流的保護機制如吞嚥與唾液分泌，但其有效性並不如食道的機制，因LES與食道本身肌肉功能具有防止食物逆流到食道的作用，但喉嚨缺乏這種強大的防禦機制，而使得喉嚨會更容易受到LPR的損害。

由於逆流物具有腐蝕性，因此當下這種刺激可能是直接的，也可能是間接，而透過迷走神經介導的反射則會呈現習慣性咳嗽與清喉嚨動作。在臨床上，雖然LPR並非罕見疾病，但在台灣地區LPR盛行率有低於西方國家的傾向，這種差異被認為是受到宿主個體生活習性、飲食習慣與診斷方法的差異而有所不同。由一項臨床研究報告指出，在中國大陸地區疑似LPR患者中，經pH值檢測確診的LPR盛行率為21%。相較之下，西方國家的LPR盛行率在60-70%之間。

當患有LPR時，胃酸會一路上行至食道，最終進入喉嚨並引發與GERD截然不同的症狀，但兩種疾病的治療方法卻是相似的，其中包括有改變生活習性與適時適當的服用抑制胃酸分泌的藥物。在臨床上，GERD與LPR兩

者間亦有某些不同的差異。GERD主要影響下食道，常表現為胃灼熱、逆流、前胸痛與消化不良。LPR常見的主要臨床症狀包括有聲音沙啞、咳嗽、喉炎、慢性清喉嚨、喉嚨存有異物感或灼燒感、慢性咳嗽與鼻後滴漏，嚴重者甚至包括吞嚥困難、多痰與口乾舌燥等症狀。由於胃酸沿著食道上行，並進入咽喉與聲帶，而引起聲音嘶啞、慢性咳嗽與咽喉異物感等喉球症(globus sensation)症狀，但不會出現因GERD而刺激食道黏膜，以致於導致胸口灼熱感的火燒心症狀的衍生。

在臨床上，LPR亦容易被誤診，其症狀常與其他常見疾病重疊，而常見誤診疾病包括有鼻過敏、鼻竇炎、氣喘甚至上呼吸道感染。此外，某些缺乏明顯胃灼熱症狀的GERD，也可能使得LPR被忽略。

在LPR致病機制基礎上，患者應避免一時間大量飲用濃稠、加糖或奶精混合式咖啡、濃茶、含咖啡因飲料，可樂類的軟性飲料亦會激發LPR症狀，因此患者平時飲食應遠離碳酸飲料，因為碳酸飲料會產生過量碳酸(H_2CO_3)，而碳酸是在壓力下會使得二氧化碳氣體溶解在液體而形成，溶解的二氧化碳會與水份相互作用形成弱酸，一旦當壓力釋放時，碳酸會還原為二氧化碳與水，從而產生嘶嘶聲的氣泡出來。

SIBO可透過多種機制導致LPR，這些機制包括有致病菌發酵所引起產氣的增加，進而升高腹壓，並促使胃內容物如胃酸與胃蛋白酶進入食道與咽喉處。反之，LPR也可能是

SIBO的風險因子。雖然LPR與GERD都涉及胃酸逆流，但主要涉及的部位與症狀有所不同，也使得治療方法也有所不同。

在臨床上，SIBO亦會透過多種機制來導致LPR，其主要表現為腹壓升高與食道蠕動受限而緩慢。SIBO所產生過量的氣體會將胃內容物（包括胃酸）推回食道，甚至上行至咽喉，而引起典型的LPR症狀。

SIBO也會擾亂正常的食道動力，在食物與其他物質被推進食道的過程會延遲胃排空，這意味著胃需要更長時間才能將內容物推入小腸，這種延遲會增加逆流發作的可能性，並伴隨喉嚨逆流。逆流的胃內容物通常含有胃酸、胃蛋白酶與膽汁，會直接刺激並引發喉部、咽部與食道等脆弱組織的發炎反應。

巴瑞特氏食道(Barrett's esophagus)與食道腺癌的癌前病變^{21,22}

巴瑞特氏食道是一種特殊的食道小腸化生上皮(metaplastic epithelium of the esophagus)的食道腺癌的癌前病變，其在過去40年起的發病率急速上升，大多數食道腺癌都是導源於巴瑞特氏食道。巴瑞特氏食道的特徵主要是下食道內壁的正常鱗狀細胞被腸型柱狀細胞所取代。巴瑞特氏食道是一種因胃酸逆流而導致食道內壁發生病變的疾病，存在著多種風險的因素，其中主要因素包括有慢性胃灼熱、GERD、男性與女性比約2:1、白種人、年齡 ≥ 50 歲、食道裂孔疝氣、長期吸菸習慣、長期大量飲酒，肥胖與巴瑞特氏食道癌或食道癌家族病皆是重要的風險因素，但仍有約40%巴

瑞特氏食道患者並未出現任何明顯上消化道症狀。

此外，儘管存在著巴瑞特氏食道特有組織細胞的病理病變，但患者可能未曾有典型胃灼熱或胃酸逆流症狀。西方國家巴瑞特氏食道盛行率約在0.9-4.5%之間，但在伴隨有GERD者大約為6.3-13.6%。在東方國家則相對的較少巴瑞特氏食道個案，其盛行率約0.06-6.2%，但在日本的盛行率則較其他國家高。

雖然，巴瑞特氏食道是一種因胃酸逆流所導致的食道內壁發生癌前病變的疾病，但絕大多數確診患者不一定會發展為食道癌，可能需要很多年才會逐漸進展為食道癌，因此並非所有巴瑞特氏食道患者最終都會被診斷為食道癌，因食道癌生長緩慢而可能在症狀出現之前就已經存在多年，巴瑞特氏食道患者一生中罹患食道癌的整體風險估計約為5%。因此，絕大多數確診巴瑞特氏食道患者不會發展為食道癌，其進展為癌症的風險也相對較低。巴瑞特氏食道可以透過定期胃內視鏡監測來進一步降低罹患食道癌的風險。

基本上，食道癌一旦出現症狀就會迅速進展，因食道本身是一條柔性管道，食道管壁缺乏明顯漿膜層的覆蓋，使得腫瘤可以在引起明顯症狀前就已逐漸快速生長，而導致腫瘤快速擴散並滲入食道鄰近深層組織與器官。再者，吞嚥困難是食道癌的晚期症狀，一旦出現吞嚥困難時，食道癌通常已侵襲至食道壁深層，並可能已擴散至附近淋巴結，甚至其他遠端器官，而進入食道癌的末期階段。唯有通過內視


鏡檢查與活檢進行定期的監測，才有助於早期發現任何異常細胞的突變化，並進一步及時給與病理切片鑒定與手術切除，才有可能扼止癌症的進展。

參考文獻

1. Ronnie F, GE B, Hashem ES, et al: Gastroesophageal reflux disease. *Nat Rev Dis Primers* 2021; 7(1): 55.
2. Pruthvi CR, Rakesh K, Surinder VR, et al: Risk of small intestinal bacterial overgrowth in patients receiving proton pump inhibitors versus proton pump inhibitors plus prokinetics. *JGH Open* 2018; 2(2): 47-53.
3. Joel ER, Joel HR: Presentation and Epidemiology of Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastroenterology* 2018; 154(2): 267-76.
4. Decai Z, Shaojun L, Zhaoqi L, et al: Global, regional and national burden of gastroesophageal reflux disease, 1990-2019: update from the GBD 2019 study. *Ann Med* 2022; 54(1): 1372-84.
5. Sabine R, François M: Refractory GERD, beyond proton pump inhibitors. *Curr Opin Pharmacol* 2018; 43: 99-103.
6. Georgios T, Paraskevas G, Ioannis SP, et al: High Prevalence of Small Intestinal Bacterial Overgrowth among Functional Dyspepsia Patients. *Dig Dis* 2021; 39(4): 382-90.

7. Jing X, Qiu Q, Yu Y, et al: The Lactulose Breath Test Can Predict Refractory Gastroesophageal Reflux Disease by Measuring Bacterial Overgrowth in the Small Intestine. *J Clin Gastroenterol* 2025; 59(5): 448-55.
8. 譚健民: 益生菌的迷思~兼論益生菌給與途徑的探討與分享。台北市醫師公會會刊 2019; 63: 36-45.
9. 譚健民: 不同益生菌給與途徑的分析與探討~著重於一個醫師的順勢胃腸內灌注益生菌的前瞻式研究經驗的分享(初報)。台北市醫師公會會刊2017; 61: 40-6.
10. 譚健民: 胃食道逆流疾病致病機制的探討及其對策。2018年02月號永信藥訊電子報。 <http://www.yssp.com.tw/tw/magazine/1086>
11. ZT W, WT T, JL H, et al: Correlation Between Gastroesophageal Reflux Disease and Small Intestinal Bacterial Overgrowth: Analysis of Intestinal Microbiome and Metabolic Characteristics. *J Inflamm Res* 2025; 18: 33-51.
12. Debora C, Loredana P, Alba R, et al: Effects of long-term PPI treatment on producing bowel symptoms and SIBO. *Eur J Clin Invest* 2011; 41(4): 380-6.
13. Aneta K, Marian S: Proton pump inhibitor-induced gut dysbiosis and immunomodulation: current knowledge and potential restoration by probiotics. *Pharmacol Rep* 2023; 75(4): 791-804.
14. ZT W, WT T, JL H, et al: Correlation Between Gastroesophageal Reflux Disease and Small Intestinal Bacterial Overgrowth: Analysis of Intestinal Microbiome and Metabolic Characteristics. *J Inflamm Res* 2025; 18: 33-51.
15. Swathikan C, Sue S, Sheraz RM, et al: Treatment of oesophageal and laryngopharyngeal symptoms of reflux in patients diagnosed with SIBO and IMO with antibiotics. *Dis Esophagus* 2025; 38(2): doaf001.
16. JW K, JM P, YC L, et al: The association between laryngopharyngeal reflux and insomnia. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* 2022; 279(7): 3535-41.
17. Amanda JK, Erin HW, Philip AW, et al: An update on current treatment strategies for laryngopharyngeal reflux symptoms. *Ann N Y Acad Sci* 2022; 1510(1): 5-17.
18. Lechien JR, Mouawad F, Bobin F, et al: Review of management of laryngopharyngeal reflux disease. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2021; 138(4): 257-67.
19. Nicole P, Federico A, Angelo E, et al: Magnesium alginate versus proton

pump inhibitors for the treatment of laryngopharyngeal reflux: A non-inferiority randomized controlled trial. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2022; 279(5): 2533-42.

20. Yun W, Junyao W, Qing H, et al: The relationship between gastroesophageal reflux disease and laryngopharyngeal reflux based on pH monitoring. *Ear, Nose Throat J* 2021; 100(4): 249-53.
21. Henry DA, Catherine S, Michael V, et al: The esophageal mucosa and submucosa: immunohistology in GERD and Barrett's esophagus. *Ann N Y Acad Sci* 2013; 1300: 144-65.
22. Lisa AB, Nabeel RO, Jie Y, et al: Incidence of GERD, esophagitis, Barrett's esophagus, and esophageal adenocarcinoma after bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2020; 16(11): 1828-36. 





— 玉山醫師專屬 —

一站式金融服務 滿足全方位需求

外匯專屬優惠

- 好利多多提供限時限量新資金美元定存優利方案
- e步享利投資人氣外幣定存：人民幣、南非幣、澳幣

◎ 因應市場狀況，本行將保留、提前結束或調整上述內容之權利，**最新優惠資訊請以本行網站公告為主。**
◎ 承作外幣存款需承擔日後兌換為新臺幣或其他幣別可能產生之匯兌風險，於承作時應審慎評估。

Money Life 玉山系列講座

- 每月定期舉辦線上共學講座
- 財務規劃/稅務諮詢/市場趨勢等多元主題

診所貸款方案

- 日常營運週轉、設備升級與診所裝修專屬方案
- 滿足不同經營階段資金需求

診所薪轉方案

- 線上撥薪即時查，診所帳戶享優利
- 薪轉員工享多項金融優惠



了解更多

注意事項：◎醫師信用貸款總費用年百分率約2.57%~16.31%。◎本廣告揭露之年百分率係按主管機關備查之標準計算範例子以計算，實際貸款條件，仍以本行提供之產品為準，且每一顧客實際之年百分率仍以其個別貸款產品及授信條件而有所不同。◎總費用年百分率不等於貸款利率。◎本總費用年百分率之計算基準日係依據活動專案適用起日之本行定額利率指數調整日期訂定之，請詳閱本行官網定額利率指數說明。◎本行保有徵提文件、專案內容變更及核貸與否之權利。◎玉山銀行未與任何代辦或行銷公司合作辦理貸款事宜，敬請留意，以免損害自身權益。◎專案內容以本行最新公告為準，本行保留隨時修改、變更、中止或暫停本專案之權利。若有其它未盡事宜，悉依本行相關規定或解釋。



玉山金控 玉山銀行

高爾夫球友誼賽

一、參加資格：本會會員及配偶。

二、比賽時間：民國115年1月18日（星期日）上午10:30報到，11:00開球。

三、比賽地點：林口高爾夫球場

地址：新北市林口區後湖路50-1號 電話：(02)2601-1211

四、單行規則：

1. 一律採取國際冬季規則。

2. 成績男女一併以新新貝利亞計算之。近距獎：短洞4洞

遠距獎：取1洞：1洞，當日球賽時公佈

3. 統一於白梯開球。

※欲參加全國盃高爾夫球賽長春組選拔者，總桿要列入計算，不能於銀梯開球。

※女性紅梯開球。

4. 報名人數不足20人時，取消該比賽。

五、獎勵辦法：

總桿前三名，淨桿一至十名。

六、報名日期：即日起至12月31日止，共40名額滿為止。

七、報名方式：請向本會康樂組林小姐報名，電話：23510756~17，傳真：23414044。

PS：1. 賽後於二樓餐廳聚餐。

2. 本次成績將列入代表本會參加全國盃高爾夫球賽之選手選拔認定。

林口高爾夫俱樂部費用如下：果嶺費+桿弟費約4,210元。

115年度高爾夫球友誼賽報名表

姓名	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
服務院所		
電話		

服 務 欄

誠徵醫師

- 內湖區芮森醫學診所誠徵抗衰老及癌症輔助治療醫師，有經驗者，意者請洽0955-055-517林小姐。
- 中山區高固廉診所誠徵醫師，須可排夜診，一週約8診，時數可談，地點近捷運大直站，意者請洽0952-661-617黃小姐。
- 國泰綜合醫院(總院)誠徵家庭醫學科、老人醫學科專科主治醫師，意者請將履歷e-mail至cgh478308@cgh.org.tw。
- 中正區診所誠徵家醫專科醫師，意者請洽0911-001-187溫主任。
- 中山區大直診所誠徵內、外、家醫、急診、一般科專任醫師，薪優高PPF，診次可談，意者請洽0972-879-636張小姐。
- 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)8787-5121#29林小姐。
- 中山區耳鼻喉科診所誠徵具耳鼻喉科看診經驗之專任醫師，請洽0935-007-737周醫師。
- 內湖區康研診所誠徵心臟代謝專科醫師，工作環境氣氛舒適，薪資面議，歡迎有興趣合作之醫師洽談，意洽0939-262-745。
- 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 02-8170-6000#657。
- 萬華區聯合診所誠徵神經內科、胸腔內科、小兒科兼任醫師，意者洽0910-091-158陳醫師。
- 內湖區診所誠徵家醫專科醫師，待優，意者請洽0958-182-817或pfdrc2016@gmail.com。
- 大安區內兒科診所誠徵專任或兼任內科、兒科、兒耳鼻喉科醫師，出國代診亦可，近捷運站，意洽0916-846-036。
- 北投區誠徵骨復健科、內科具風濕病次專科、神經內科、家醫科專科醫師報備支援可，請洽張院長2821-0197。
- 信義區診所誠徵家醫、新陳代謝、精神或內科醫師，與傳統經營模式不同，除門診診治病人外，積極拓展至長照機構，與政府政策接軌，開創全新市場機會，可先報備支援兼診，意洽詹小姐0963-234-232。
- 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。
- 松山區聘請有耳鼻喉科診所看診經驗之兼任醫師。近南京三民站，意者請洽0906-199-888林小姐。
- 松山區南京三民站診所聘請有家醫科、耳鼻喉科診所看診經驗之專任醫師，意者請洽0925-283-232邱小姐。
- 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。
- 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。

醫院診所租售

- 診所頂讓，大安森林公園捷運站6號出口正後方，地點優，環境佳，已裝潢，交通便利，附有2個停車位，意者請洽：0985-321-881陳小姐。

醫院診所器械廉讓

- 皮膚科診所出售，絲酷秀Sculpsure、魔方Profund，意者請洽：(02)8787-5121#19高小姐。

空空如也

小明：「考試週我拼命複習功課，越複習越頭痛，好像有人在偷我腦袋裡的記憶。」

哲學系的在旁邊說：「不可能！誰會在沒有錢的錢包裡取錢啊！」

作品的功能

在畫廊裡，一個女人與其子猶豫不決，不知道選我的作品或另一位畫家的。最後選了我的畫，我說：「我猜你們喜歡風景畫更勝於花卉。」

其子答：「不是的。你的畫畫幅大一些，剛好能蓋住我們家牆上的電錶。」

只要閉嘴就沒事

有對夫妻在河邊釣魚。

妻在旁嘖咕不停，一會魚於上鉤了。

妻：「這魚真可憐！」

夫冷冷地說：「是阿！只要閉嘴不就沒事了嗎？」

實歲與虛歲

兩位Intern寫完初診病歷，在討論實歲與虛歲的差別。

A：「實歲，是你從媽媽身體出來那一天算起。」

B：「虛歲，是你從爸爸身體出來的那一天開始算的。」

攝影秀

土耳其 博斯普魯斯海峽

國泰醫院小兒科 林隆煌



世界唯一一個橫跨歐亞大陸的博斯普魯斯海峽。



遊船看歐亞兩洲不同風景。



博斯普魯斯海峽北連黑海，南通馬爾馬拉海。



後方庫萊利軍事高中是土耳其最古老的軍事高中。



遊艇激起的浪花對應著博斯普魯斯大橋的美景。



奧塔科伊清真寺位於博斯普魯斯海峽正前方，擁有絕對美麗的景色。

會員園地 · 攝影秀 — 土耳其 博斯普魯斯海峽



右前方標誌性的恰姆利加塔高達369米，是伊斯坦堡最高的建築。



前方伊斯坦堡的恰姆利卡清真寺是土耳其最大的清真寺，擁有六座高大的宣禮塔。



海峽全長30公里，右邊為亞洲大陸，左邊為歐洲大陸。



一艘以1877-1878年土俄戰爭中的女英雄Nene Hatun命名的救生船。



海峽遊船是來伊斯坦堡旅行必加入的行程。



海峽最寬處寬約3,700米，最窄處寬約700米。

下一站，瑞士

¹臺北醫學大學 醫學系 ²臺北市立萬芳醫院內科部 ³臺北市立萬芳醫院精神科
胡佳恩^{1,2} 吳佳慶^{1,3}

拉開床簾，「阿伯早安！你今天還好嗎？」病床上面無表情的阿伯沒有回應。只有床邊照顧的外籍看護不好意思的對我笑笑，口中勸著「醫生來看你了諛，阿伯！阿伯！」

八十多歲的阿伯是醫院的老病人，自從四年前診斷皮肌炎之後，就開始接受免疫製劑，積極治療的他，反覆遭遇感染侵襲，越見虛弱，連進食都需仰賴鼻胃管。阿伯的病況跟實驗診斷的數據，我倒背如流，特別是風濕免疫多項的檢驗結果，但對於心情沮喪無助的病人，我時至今日也沒有發展出一些強而有力的安慰，只能心虛的在每次造訪阿伯時，用聲音跟觸摸的動作，盡力的讓他感受到活著的感覺。由於阿伯雙眼皆盲，探望病人時慣用的題材諸如「今天天氣如何」都是無意義的，阿伯對此也沒有絲毫興趣，只是靜靜的蜷臥在床上，彷彿靜止不動是他能對這一切不適最深沉的抗議。據主治醫師所言，阿伯以前的性格健談、風趣，這樣的轉變是從放置而無法脫離鼻胃管後，好似這根管子不是帶來生命及食物的通路，而是病魔將其尊嚴剝奪的管道。

在這次的住院期間，無論是上午或晚上，我從來沒有見過阿伯的家人前來探視，只有外籍看護一人守在他的身邊。由於阿伯的沈默，許多次的探視其實都是與那位看護溝通，直到某一次查房，阿伯竟然主動開口，我喜不自禁地以為這是阿伯重燃希望的徵兆，沒想到阿伯居然是向主治醫師表明，想去瑞士執行安樂死的意願。我霎時有些不知所措，這是第一次阿伯明確表示對某件事情的意向，甚至連申請文

件都自行備妥了。照理來說，我們應該鼓勵阿伯做自己想做的事，但安樂死的特殊性又不適用於以往的應對模式，有著對延長生命與積極治療的衝突。看著阿伯握著那些文件，像是獻寶一樣跟主治醫師分享的時候，我再次體悟到，醫療的無力感。我們治療阿伯的感染問題，使他的生命得以延續；但面對這個人生，若他已覺足矣，那這樣一次次的治療，又是否是他真正需要、想要的？又或者即使他的肉體需要，但歷經失去尊嚴、希望，他的心靈著實已不堪負荷？作為初踏入醫療場域的犢子，我迫切地想要知道這個分界點該如何劃分，到底如何考量，才是對病人最好的。

由於阿伯是適用於現行醫療制度所提供的安寧居家療護，但就醫紀錄上只有居家照護收案；在詢問主治醫師之後，才發現阿伯的訴求並不是要舒適的過完這一段時間；即使他可能還可以繼續生存下去，即使居家安寧也仰賴著鼻胃管維生，這一點依然抵觸阿伯的意向。臺灣社會尚未足以成熟來討論安樂死的議題，面對安樂死的訴求，阿伯最終選擇訴諸到國外執行的解決途徑。看著阿伯與平日截然不同的態度，或許他心裡已反覆斟酌、琢磨，有了自己的答案。我們此刻能做的，是好好照顧阿伯，陪他度過這段掙扎、無力的時間；是否積極尋求安樂死，在尊重病人自主的前提下，只能送別他持舵航向自己人生的海洋。☸

臺北市立聯合醫院中興院區 畢業後一般醫學訓練計畫 (PGY)心得報告

台大醫院一般科 廖鵬翔

受訓科別：兩個月社區醫學

受訓時間：113.04.01-113.05.31

若問醫學生或甫畢業的新科不分科住院醫師對「社區醫學」的想像，想必十個人會有十種不同的答案吧。也許會是「三段五級」中的第一及第二段，也許是長照，也許是家庭醫師計畫，或也許是偏鄉巡迴。這些都是常見的預想，也確實皆包含在社區醫學的大框架下，卻同時猶如管中窺豹、瞎子摸象般，不能代表其全部。更正體現其複雜程度，一言難以蔽之。

社區醫學訓練是個很好的機會，讓生活在象牙塔的醫學生或新進醫師走出象牙塔，看見外面的天空及陽光之下我們共同生活的這片土地。「社區醫學」就像是相對於「醫院醫學」的概念。在社區中住民是主，醫學深入社區、在地紮根；在醫院中病人是賓，離開熟悉、踏入陌生之地。在社區中我們主動出擊，把預防、篩檢、長期照顧帶入家戶；在醫院中病患登門求診，我們盡所能給予協助，期待其早日回到社區、回歸日常。

然而在兩個月的學習中，在中興院區負責人和各位老師的安排下，走訪台北新北各區。曾走訪商店宣導公共場所禁菸並協助張貼、深入家戶小巷仔細端詳花草中可有蚊蚋、見證精神復健機構如何協助精障朋友重拾工作自信。也曾參訪聯合診所見醫師與數載老病患談天說地、於部落衛生所見主任用著最 local 的族語相約下週打針。兩個月如過眼雲煙，最讓我感動的不是什麼醫學奇蹟，而是社區醫學的實踐

者，是如何與整個社區連結，作為其中的一份子為榮，持續給予照顧。社區醫學的醫病關係絕非萍水相逢，而是綿延不絕的連續性照顧。

「社區醫學」是什麼？實在是大哉問。想來也許沒有對錯高下，每個人可以有屬於自己的答案。健康促進是社區醫學、預防保健是社區醫學、老年照護也是。經歷這兩個月的學習，我想對我而言，社區醫學是「走入家戶的醫學」，以做為社區一份子為根基，破除不實謠言、共同促進健康、預防疾病、推行篩檢、協助復健、在地老化。社區醫學不限於醫療人員，唯有在與住民共同參與，進步的步伐才能踩得穩健。唯有群樹，才得以成林。🌳



社區藥局好厝邊—— 遇缺藥怎麼會好？

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

您是否曾在生病時不確定藥品該怎麼服用？或是擔心家中長輩拿錯藥、重複用藥卻沒察覺？其實，在我們生活周遭，就有一群專業又親切的「用藥守門人」—藥師，默默守護著全民的用藥安全。每年9月25日是「用藥安全日①」，同時也是「世界藥師節②」。為提升民眾正確用藥觀念，衛生福利部食品藥物管理署（以下簡稱食藥署）特地於當日偕同社區藥局舉辦記者會，由藥師親自講解銀髮族、成年人及家庭照顧者等多元族群常見用藥問題，透過實際案例說明與用藥問題解析，協助民眾釐清用藥迷思、建立正確用藥觀念，進而提升全民用藥安全意識，守護國人健康。目前全臺已有逾9千家藥局深入基層，藥師長期協助民眾正確用藥、提供衛教諮詢，堪稱在地「好厝邊③」。食藥署統計，去年度藥師執行藥事照護④服務共10,969人次，其中藥師針對用藥配合度不佳的病人提供的「用藥配合度諮詢服務」達5,248人次，針對個案用藥問題提供協助的「判斷性服務」達5,721人次。經藥師介入照護後，個案用藥配合度提升率高達96%，成果顯著。社區藥局不再只是領藥的場所，更是推動用藥安全的第一線據點。食藥署將持續推動友善、安全的用藥環境，讓民眾在社區就能獲得正確且有效的用藥指導，共同守護國人用藥安全。（「社區藥局好厝邊，用藥安全齊把關」焦點新聞，食品藥物管理署，民國114年9月25日。）

「新聞稱今年已經缺許多種藥品，是嗎？」藥師看著手機訊息問大家。

「缺藥問題是全球議題，台灣近年相關事件頻傳，根據食藥署統計，今年截至9月底，已有47項藥品提出退出台灣市場。」櫃台姑娘也在看同樣訊息。

「這算是新聞嗎…」醫師跟著大家關注同樣議題。這個季節、這個科別，加上堅持只專注本業的醫師，所以這段期間診所工作人員都算輕鬆。

「剛上任的衛福部長接受媒體訪問，被問到缺藥問題，他說這次涉及的47款藥品皆為老藥，並非新藥，國內有學名藥可替代。」藥師繼續唸新聞稿。

「官方稱僅有1項用於器官移植的抗排斥藥物，藥廠停止生產，現有庫存可供應至明年底，衛福部將啟動專案進口，確保用藥無虞。」櫃台姑娘加入唸新聞稿。

「目前診所仍有缺藥問題嗎？」醫師問藥師及櫃台姑娘，其實醫師對缺藥的原因心知肚明，畢竟從小在藥房成長，可不是白混的。

「目前…沒有，不過都漲價了！」藥師及櫃台姑娘異口同聲。

「漲價…是必然！診所今年不是也調漲掛號費嗎？」醫師附和回答，接著說：「過去二年連維他命製劑、第一代抗生素都缺，這就太離譜了！」

「還有缺生理食鹽水，這也很離譜！」櫃台姑娘因曾一時買不到清洗隱形眼鏡的生理食鹽水，一直耿耿於懷。

「清洗用的生理食鹽水，也漲價嗎？」藥

師好奇地問櫃台姑娘。

「怎麼沒有…漲了一倍！」

「真有漲這麼多？」醫師問櫃台姑娘，因為他知道這位姑娘容易誇大其辭。

「沒有啦…就接近一倍…」櫃台姑娘回答地吞吞吐吐。

「不必責怪藥局，他們也是無辜的。」醫師為藥局抱屈，接著說：「這是供應端出問題，藥局是販賣端，無法掌控貨源及價格。」

「那麼誰該負責？」櫃台姑娘問。

「食品藥物管理署！」藥師回答。

「沒錯！就是這個官署。」醫師附和。

「對於此次藥品退出台灣市場問題…食品藥物管理署研擬未來**藥品退場**，必須提前6個月通報，便於**缺藥期間**得以統一調控藥品供應，以避免出現搶藥或囤藥潮，維持藥物供應穩定。」藥師以官署的口吻講。

「要如何搶藥、囤藥？」櫃台姑娘問。

「還記得前陣子缺維他命這事嗎？」藥師問櫃台姑娘。

「給耳鳴、眩暈病人那種維他命嗎？」櫃台姑娘反問。

「沒錯！」

「知道，這款維他命缺貨將近一年，只好釋出處方箋給健保藥局。」

「釋出處方箋的結果呢？」

「好像有些病人在社區藥局有拿到相同款維他命…」

「這就是搶藥、囤藥問題所在！」藥師先講結論，接著解釋說：「那不就是○○連鎖大藥局才有這個實力，本診所不時打電話訂都說沒貨，有印象嗎？」

「印象深刻！業務說缺原料，所以不清楚何時才有貨？」櫃台姑娘回答。

「健保藥局最後庫存不是也用完了嗎…」醫師問藥師。

「沒錯！好像直接給Alinamin取代原處方？」藥師回醫師。

「健保藥局藥師曾打電話來問我們嗎？」醫師再問藥師。

「沒有！是病人直接拿藥來問您。」藥師想起這事。

「藥師法第17條規定：藥師調劑，應按照處方，不得錯誤，如藥品未備或缺乏時，應通知原處方醫師，請其更換，**不得任意省略或代以他藥**。」醫師開始法規上身起乩。

「所以藥局藥師違法？」櫃台姑娘問。

「違反這條規定，依法處新臺幣二千元以上一萬元以下罰鍰。妳們要不要舉報藥局藥師？」醫師問。

「我才不要、沒事找事！」藥師回答。

「我也是！」櫃台姑娘接著回答。

「新任中央健康保險署長透過文字向媒體說明，健保署已與食藥署藥品供應通報平台建立單一窗口對接，通盤討論藥品短缺因應策略，資訊即時對外公布，以利醫療院所因應。」醫師再唸新聞稿，接著感嘆說：「似乎

有人故意給新任衛福部部長、健保署署長出難題，等到年底才爆出這種料。」

「真的ㄟ，又不是一次出現這麼多款缺藥，而且過去一直都存在同樣問題。」

「前年欠缺第一代抗生素的時候最離譜…」藥師想起這事。

「結果拜託藥廠高層直接到廠裡…截藥…那一次？」醫師唯一的經驗，趕緊再解釋：

「是攔截的截、不是搶劫的劫！」

「哈！哈！哈！差不多啦。」

「從此…這款抗生素漲到同健保支付價！」櫃台姑娘負責登記進貨及計價。

「而且…我合理懷疑只剩下這家在生產。」醫師想想該如何解釋，接著「我拜託的那位藥廠高層告訴我…如果能不生產我們也不想：不符成本！」

「那品質呢？該不會步上生理食鹽水…被停產的後塵？」

「難講！不是有許多種藥的進價高於健保支付價…我們還是必須購買嗎？」醫師對於藥價算敏感。

「最常見的應該是乙醯胺酚、acetaminophen，就是普拿疼啦！」藥師說。

「就是被醫師舉例稱，零售市場價格超過健保價50倍那款藥嗎？」

「市場價格年年調漲，現在應該不只50倍了？」藥師回應。

「正是！還被我拿到立法院的藥品三同藥

價政策公聽會上…舉例說明。」醫師憶起這件10年前往事，接著說：「當年還質疑健保藥價號稱全世界最低…何需年年藥價調查且必定調降支付價格？」

「官署如何回應？」

「不就是：依法行政！」醫師回答得很無奈，接著說：「如果真依法行政…高於健保支付價的藥品也該依法處理！」

「醫師別鬧了！如果認真處理這事，保證一般診所最終無健保藥品可用！」藥師回覆的語氣堅定。

「個人覺得後來大幅…即以倍數提高『家庭醫師整合性照護計畫』預算，可能有所關，連小兒科同學都鼓勵我加入，因為只要將診所病人資料交給代辦公司處理即可…」醫師因公家事而從公職鐵飯碗離開，不願再摻和進去。

「醫師有家庭醫師計畫，我們藥師也有家庭藥師計畫！」藥師插話說。

「這個計畫是臺北市政府衛生局首創，與食品藥物管理署的稱為…藥事照護…計畫比較，哪一個計畫比較人性化？」醫師問藥師。

「當然是家庭醫師、家庭藥師！」

「現在食藥署換了另一種說法，稱社區藥局為…好厝邊！」（全文完）

問題①臺灣「用藥安全日」的由來？

解答：值此建國百年，為了打造一個健康的用藥環境，貫徹「呷藥愛注意，健康有保

庇」的健康理念，營造更美好的生活，衛生署經行政院指導，特訂定9月25日為「用藥安全日」，今（民國100年）年為首屆辦理，意義非凡！首屆活動將結合地方及中央共同啟動用藥安全的具體行動，先於9月25日（星期日）上午7時於雲林西螺大橋展開單車送關懷活動，由中部地區藥師公會代表以「拒絕販賣不法藥物」宣誓為活動起跑；再於是日下午2時，於臺北市北投區關渡宮廟前廣場（臺北市北投區知行路360號），舉辦「925就愛我一關心家人用藥安全」單車騎送愛活動，由行政院偽劣假藥聯合取締小組的政務委員領軍，帶領史上最健康的用藥安全志工團與用藥安全活動嘉賓，共同宣告台灣首屆用藥安全日「925就愛我」正式啟動。現場邀請各部會擺設攤位和遊戲，讓民眾可以在寓教於樂中增加對用藥安全的認知以及灌輸正確觀念。透過趣味及休閒活動方式，讓民眾在闖關遊戲及單車活動中，了解用藥五不（不聽信別人所推薦的藥、不信有神奇療效的藥、不買地攤夜市賣的藥、不吃別人送的藥、更不要把藥推薦給別人）的正確觀念。…為了台灣首屆用藥安全日，衛生署希望透過系列活動的舉辦，讓民眾可以在參與活動的過程中，將正確的用藥觀念可以向下建立、向上落實，形塑一種社會運動，共創一個健康的用藥環境。（參考「『925就愛我一關心家人用藥安全』單車騎送愛活動」焦點新聞，衛生福利部，民國100年9月25日。）

從民國100年首創「用藥安全日」到去(113)年倡議：為更安心照顧孩子，可以記住

以下簡單的「五要五不」（圖一）用藥關鍵：

一、「五要」：1.「要」核對藥袋資訊：領藥時，應確認藥袋上的姓名、藥名、數量是否正確，以免領錯藥品。2.「要」使用正確的給藥技巧：瞭解如何正確使用不同劑型的藥品，並針對兒童的年齡選擇最適合的給藥方式。3.「要」注意兒童藥品不良反應的發生：如果孩子在服用藥品後出現不適，應該儘速帶孩子回診。4.「要」記錄兒童過敏之藥品：如果孩子對某種藥物出現過敏現象，應將藥品記錄下來，並於就醫時告訴醫師或藥師。5.「要」諮詢醫師或藥師：使用藥品前，若有任何疑問，務必諮詢醫師或藥師。

二、「五不」：1.「不」要自行購藥給兒童使用：兒童並非成人的縮小版，切勿自行給孩子使用成人的藥品，或自行購買兒童藥品。2.「不」要自行停



圖一 5要5不用藥原則（圖片來源：臺中市政府衛生局，113.09.25）

藥或調整劑量：不要因病情好轉而自行停藥，尤其是抗生素，請遵循藥袋或醫師藥師指示使用藥品，必須完成整個療程，以避免抗藥性的發生。3.「不」要任意放置藥品：將藥品放置於孩子不易拿取的地方，以避免被誤食。另，藥品應按照說明書（仿單）或藥袋上的指示儲存，勿隨意冷藏，以免讓藥品受潮。4.「不」要自行使用以前未使用完畢的藥品：未使用完的藥水或藥粉容易變質，當次未用完的部分應予丟棄，避免下次自行使用。5.「不」建議藥品與果汁或牛奶一起使用：服用藥品時，建議使用溫開水，避免與其他液體混合導致交互作用。（參考「兒童用藥關鍵，掌握『五要五不』！」焦點新聞，衛生福利部食品藥物管理署，民國113年9月25日。）

時至今年，用藥安全更進化至「社區藥局好厝邊」！讓衛生福利部旗下先後累積不少「好厝邊」…。

問題②：「世界藥師節」的由來？與「台灣藥師節」不同日。

解答：「世界藥師節」這個特別的日子是由國際藥學聯合會(Fédération Internationale Pharmaceutique)想出來的。他們在2000年代後期於土耳其的一次會議上決定設立這一天，讓大家更了解藥房和藥師對健康的幫助。這個組織希望所有的藥師都能參與世界藥師日的慶祝，讓更多人知道藥師的工作有多重要，並感謝他們的付出。9月25日之所以會成為世界藥



圖二 世界藥師節賀卡（圖片來源：臺中市政府衛生局，114.09.25）

師日（圖二），是因為國際藥學聯合會在1912年的這一天成立。從2009年開始，每年都會慶祝世界藥師日，提醒我們藥師對健康的貢獻，並希望藥師們能繼續幫助更多人守護健康。（參考「9月25日世界藥師日，訂在這一天由來為什麼？」，小傳媒KidsMedia，2024年9月25日。）

其實藥師節的由來有兩個主要的源頭：一個是上述國際性的「世界藥師日」(World Pharmacists Day)，訂在每年9月25日，由國際藥學聯合會(Fédération Internationale Pharmaceutique)設立，以紀念該組織在1912年9月25日成立。另外一個是「台灣藥師節」：由於《藥師暫行條例》是中華民國史上第一個規範藥師的法規，於民國18年（1929年）1月15日公布施行，首次確立了「藥師」的專有名詞，並詳細規定藥師的資格、義務與懲戒

辦法。雖然該條例現已由現行《藥師法》取代，但其公布日至今仍被訂為「藥師節」，以紀念藥師在用藥安全上的重要角色（註：民國32年9月30日曾公佈《藥劑師法》，又將「藥師」改名為「藥劑師」；由於藥劑師為法定名稱，如仍定名為藥師節固屬含意正當，但政府能否核准不無顧慮。嗣經內政部核示：「節日名稱不受專門職業名稱之限制」，因而藥師節一稱呼遂成定論，民國46年1月15日台灣省藥劑師在臺北舉行第一屆大會，決定以是日為我國第一屆藥師節）。民國44、45年間，台灣省藥劑師（註：藥劑師是藥師的舊稱）公會理事長陳振茂先生籌劃制定藥劑師節，曾組織藥師節籌備委員會，首先考慮的是以神農大帝誕辰日訂為藥師節，惟經深入研究，神農氏時期尚無文字，更無干支紀年；則所謂大帝誕辰云云實出自後世附會，因而不能成立。當時的委員之一那琦先生，建議以日本大阪藥業發源地道修町每年均舉辦一次「神農祭」訂定，故曾函請其業師名教授岡西為人博士，據覆信指出日本所祭者乃日本之醫事創始人，與我國之神農氏無關。另李蔚汶先生也曾提議可否以古希臘名藥局學家葛倫氏的生日作為藥師節節日，但大家以何必用外國人生日為紀念日，而遭否決。（參考「不可不知的事-藥師節由來」，台中市記者李淑玲，藥師週刊第1508期，網址：<https://www.taiwan-pharma.org.tw/weekly/1508/0402.htm>。）

問題③：衛生福利部旗下還有哪些「好厝邊」？

解答：行政院衛生署為了解民眾對於社區藥局的使用狀況及其原因，委託天下民調中心於97年12月間辦理民意調查，以了解及分析現階段藥局服務情形，及民眾使用藥局服務的現況，調查重要發現，簡要敘述如下：一、約三成民眾未注意到藥師胸前的執業執照；只有54%藥師有掛執業執照。二、四成民眾去藥局只拿藥就走，停留不到5分鐘，高學歷者更不會問；如果你沒開口，約七成藥師不會主動說明。三、1/4藥局一天竟接不到2張處方箋，為了生存，只好增加銷售項目。（參考「『聰明使用厝邊藥師-全國社區大調查』記者會」焦點新聞，衛生福利部，民國98年1月14日。）隔年為有效宣導民眾正確用藥觀念，推廣用藥五不（不聽、不信、不買、不吃、不推薦），特別針對銀髮族規劃五場「藥疼惜 好厝邊」用藥安全巡迴宣導活動。第一次出現藥師是「好厝邊」的宣傳。

民國92年起健保局推動「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」（簡稱家醫計畫），由同一地區5家以上基層診所與合作醫院共同組成「社區醫療群」，以群體力量提供民眾全人的整合照護。截至101年，共組成367個社區醫療群，包含2,361家診所（參與率23.8%）、2749位醫師、126家合作醫院，照護個案達211萬人，參與診所數與醫師數逐年增加，占率超過20%，此照護模式已蔚為落實社區基層醫療之趨勢。家醫計畫提供有別於一般基層醫療的

特色服務內容如下：(一)提供會員健康管理、預防保健提醒及個案衛教宣導。(二)建立診所與醫院之合作機制，包含協助轉診服務、個案研討提供基層醫師繼續教育、醫療資訊如檢驗結果及資源分享等。(三)提供24小時諮詢專線，提供適當就醫指導，解決病人隨時急需詢問的醫療問題。(四)與合作醫院提供共同照護門診、病房巡診，增進醫病關係。(五)辦理社區衛教宣導，營造健康社區。如辦理登山健行、減重活動，參與社區健康營造等，積極融入社區成為民眾心中厝邊的好醫師。這是醫師首次被納入「好厝邊」，落後厝邊好藥師4年。(參考「厝邊好醫師，社區好醫院，家庭責任醫師為全家人健康把關」焦點新聞，衛生福利部，民國102年1月9日。)健保署自106年3月1日起開放各層級醫療院所使用「電子轉診平台」，主要強化一般診所與醫院或其他診所的分工與合作，提升轉診效率並提高醫療服務品質。健保署此次的「電子轉診平台」讓基層醫師和上游醫院或平行的專科診所充分溝通及合作，不但節省重複檢查、等候就醫的時間，也讓民眾更信賴社區的家庭醫師，落實分級醫療。時過4年，升格的健保署再次宣傳「厝邊好醫師，社區好醫院」，圖三。(參考「厝邊好醫師 社區好醫院-分級醫療及電子轉診資訊平台運用」焦點新聞，衛生福利部，民國106年3月22日。)

接著有社區中的「長照好厝邊」，設置巷弄長照站，落實長照2.0「預防及延緩失能照護計畫」，該計畫預定至109年底，至少每



圖三 厝邊好醫師 社區好醫院-分級醫療 (圖片來源：中央健康保險署)

3個里能佈建1個特約服務據點，以達到「可近、普及、可負擔及有效之社區預防照護網絡」之最終目標(民國106年7月)；再接著有「公所好厝邊」，將每年持續舉辦「公所健保績優服務評選活動」定位為「好厝邊」，期望來年各公所均能再接再厲，共同朝「公所好厝邊 健保在地化」目標努力，數年後成為「咱ㄟ好厝邊」。國民健康署自107年起隨長照2.0辦理「社區預防及延緩失能照護計畫-長者健康管理」計畫，以社區長者為對象，結合在地各式服務資源，以預防衰弱及延緩失能為核心議題，提供運動、營養、認知促進、防跌、正確用藥及慢性病管理等多元課程，營造在地化健康老化生活圈，要讓長輩能夠「活得好、老得慢、病得少」，創造「健康好厝邊」口號。國民健康署在每個縣市成立「社區營養推廣中心」，有由一群專業活潑的營養師走入社區廚房、關懷據點、長照柑仔店(巷弄長照

站)等,以解答民眾各種與營養有關的疑難雜症,對社區長者共餐據點進行餐飲輔導、評估營養狀況並給予飲食指導。民國109年將營養師加入好厝邊行列:社區營養師、營養諮詢好厝邊。衛生所提供在地化的醫療服務,積極預防長者各面向的功能衰退,也積極促進長者的社會參與,重視長者智慧與價值,透過社區活動、多元媒體宣傳長者健康、主動、樂觀、友善的正面形象。國民健康署在民國112年將衛生所稱為「顧健康的好厝邊」。綜上,衛生福利部旗下佈滿「好厝邊」,期待繼續增加…。

問題④:「藥事照護」的緣由及執行。

解答:現行《藥師法》第15條第一項:「藥師業務如下:一、藥品販賣或管理。二、藥品調劑。三、藥品鑑定。四、藥品製造之監製。五、藥品儲備、供應及分裝之監督。六、含藥化粧品製造之監製。七、依法律應由藥師執行之業務。八、藥事照護相關業務。」(註:現行條文是民國96年3月5日修正,新增第八款「藥事照護相關業務」,修正理由是:照黨團協商條文通過。當年被筆者尊稱為藥師的八大業務,且業務之首是藥品「販賣或管理」,亦即成為藥商才是藥師首選、並非調劑業務!)

據此,中央健康保險局推動「全民健康保險高診次藥事居家照護」計畫,自99年起先由臺北及高屏地區試辦,100-101年擴大全國實施,由中華民國藥師公會全國聯合會培訓合格之藥師,針對門診高利用個案進行藥事居家

照護,藉由藥師的專業進行居家訪視,檢視用藥情形,實地瞭解民眾有無重複用藥、交互作用、副作用等藥物治療問題,幫助個案有效、安全的使用藥品,達到健康之目的。102年擴大照護範圍,除居家藥事照護服務,增加照護機構中之高用藥量個案,至少增加7千人接受藥事照護。此外,食品藥物管理局曾於100年度針對雲林縣、南投縣、屏東縣、花蓮縣、宜蘭縣、澎湖縣等六縣市偏遠地區老人進行「建構偏遠地區老人藥事照護計畫」,透過五次藥事照護訪視平均個人用藥品項由6.1種降為5.1種,降幅達16.3%。緊接著借重藥師團體的專業於全國各地執行藥事照護專業計畫,以二年時間(101-102年),推動「建立用藥高危險族群藥事照護模式與服務計畫」,藥事照護的範圍,包含居家式藥事照護,還有社區式及機構式之藥事照護。(參考「迎接老年社會,藥事照護服務不缺席,讓長期照護保護更完整」焦點新聞,衛生福利部,民國101年12月24日。)亦即當年食品藥物管理局、中央健康保險局相互幫襯,一起推動初生之犢—各種形式的「藥事照護」計畫。

健保署於民國102年7月建立了「健保醫療資訊雲端查詢系統」(註:原名稱「雲端藥歷」查詢系統,105年更名如前),藥師透過前開系統,可以查看保險對象近三個月的醫師處方用藥資訊,俾減少重複用藥,進而降低醫療資源浪費。110年10月21日公告訂定「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」,計畫短期目標透過系統性流程,建立個別化照護

管理及藥師與醫師間雙向溝通與合作模式，即時提供保險對象相關藥事照護，長期目標為深化社區藥師專業價值，提升社區民眾用藥安全及品質，協助保險對象增進健康狀況。經費由全民健康保險醫療給付費用總額其他預算「提升用藥品質之藥事照護計畫」項下支應，所以訂有「給付項目」及「支付標準」。（參考「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」，中央健康保險，民國113年4月16日公告修正版。）

衛生福利食品藥物管理署為保障民眾用藥安全，積極推展藥事照護服務，透過中華民國藥師公會全國聯合會及地方衛生局執行藥事照護計畫，由完成接受培訓課程的藥師，提供民眾藥事照護服務，服務內容包括：一、判斷性服務：發現病人是否有疑似藥物治療問題（重複用藥、交互作用、治療禁忌等情節），必要時與醫師連絡，解決處方的藥物治療問題。二、用藥配合度諮詢服務：針對用藥配合度不佳之病人，由藥師針對長期用藥之品項，探討病人在用藥認知與行為上的錯誤，經由正確用藥教育，以提高病人的用藥配合度。（參考「藥事照護服務」，食品藥物管理署官方網站，上網日期：114年10月19日，網址：<https://www.fda.gov.tw/tc/siteContent.aspx?sid=3111>）另臺北市政府衛生局自105年起首創「家庭藥師制度」執行家庭藥師計畫迄今，每年分別提供社區、居家及老人福利機構藥事服務（圖四）。民眾經評估符合收案條件之一，皆可透過各個諮詢窗口參與本計畫。服



圖四 臺北市家庭藥師計畫（圖片來源：臺北市藥師公會，2021/04/26）

務對象計有：藥物治療個案管理MTM（社區服務）、處方判斷性服務（社區服務、約定地點用藥整合服務）、用藥配合度諮詢服務（社區服務、約定地點用藥整合服務）、疾病照護與監測服務（社區服務）、居家藥事照護服務（居家服務）、機構式藥事照護服務（臺北市立案之機構內住民、機構服務）、醫療院所與社區藥局雙向轉介、送藥到府服務。（參考「臺北市家庭藥師計畫簡介」新聞稿，臺北市政府衛生局，民國114年7月9日。）¹⁴

《「副/福」業回顧》-27 日據時代的醫學教育(13)—— 高等學校教育--自由與自治

美國St. Louis大學及Glennon樞機主教兒童醫學中心小兒科 朱真一

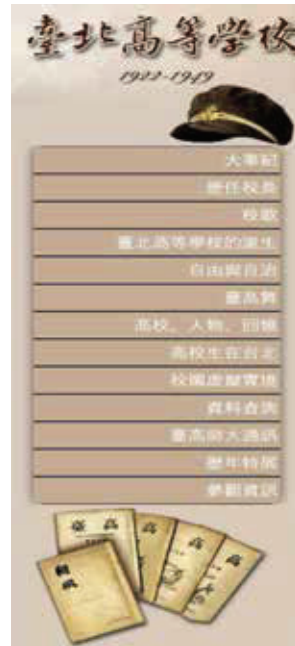
前言

這《「副/福」業回顧》系列，回顧醫學院畢業後，各種學術研究及臨床的訓練後，在St. Louis大學小兒科服務。因為主任突然逝世，放棄實驗室研究，有些真業餘時間，開始探討台灣歷史文化，以及醫學人文。兩年多前開始寫這「副/福」業系列，回顧及補新以前的探討，有關這系列的討論，請看幾期前的拙文及文後列出的參考文獻¹⁻⁴。

上幾期討論提到，在日據時代後期，中學畢業若不想考進，醫學專門學校或大學的醫專部，而是想進大學程度的醫科大學或大學醫學部，之前必須先考上高等學校或大學豫科（日語用詞，豫=預）^{3,4}。舊制高等學校/豫科制度，雖早已廢止，日本仍有不少人，一再提倡恢復舊制高等學校教育制度。上兩期先討論日本的官方/校方對高等教育的方針³，上期再討論高等學校學生，熱誠閱讀及學習的精神⁴。這期來繼續討論，舊制高等學校，不管是台灣人或日本人畢業生，都很自傲的「自由與自治」。

學術、思想與生活自由

台北高等學校的網站《臺北高等學校1922-1949》的目錄中⁵（圖一），有一章就是「自由與自治」。網站這章有三節的討論：〈社團〉、〈學寮的生活〉及〈敝衣破帽的天之驕子〉，主要討論當時學生生活上的「自由與自治」。不過網站上還有其他不少資訊，譬如五期的《臺高師大通訊》及六次的《歷年特展》，內有不少有關自由與自治，包括思想及學術自由的討論。



圖一 台灣師範大學設立的《臺北高等學校網站》的目錄，以及台北高等學校的白線帽（上），及學校刊物《臺高》封面（下）。

上述《臺北高等學校1922-1949》的網站，在95周年特展的介紹中⁵，就以《學養與自治精神的傳承》為主題，內有一章就討論〈自由自治的天之驕子〉，就說台北高等學校是「殖民地之下的自由學園----不僅學風自由奔放，臺北高校畢業生在近代的國家發展中，具有相當的影響力，因而台日籍畢業生不約而同地形容，臺北高校是日本殖民統治下的一股清流」。

在徐聖凱的論文⁶，有一章〈殖民地的自由學園〉，內有一節討論學寮內以及生活上的「自由」與學生的「自治」，可是另外三倍多的篇幅，討論學校的自由校風，包括學術及思想上的自由。台北高等學校是日本戰前，唯

二之一的殖民地高等學校，另一在關東州的旅順高等學校，設立於1940年，時間很短，幾乎沒有的文獻資料可參考，韓國沒有舊制高等學校，京城大學有豫科。大學豫科跟高等學校的教育很類似，不過畢業後，要選擇上的大學有限制，只能選擇設立豫科的那大學的大學部^{3,4}。

上期討論時說過，日本全國的高等學校的教育雖很類似，但是思想及學術自由的開放，可能是各高校之間，最有不同程度的差別。第一高等學校（圖二），是第一個成立的高等學校名校，有高度的自由學風，而且歷史悠久，這最自由的名聲很響亮，畢業於第一高校的陳炯暉教授，就很以此「自由傳統」為傲，討論很多⁷。殖民地的台北高等學校的自由學風又如何？是否相當於日本本土的高等學校？下面的討論主要源自台灣人的高等學校校友的回憶，也請看最後〈結語〉第二段，非校友的觀點。



圖二 第一高等學校（舊制第一高等學校本館；1935年建）



圖三 三澤糾校長。

台北高等學校，是殖民地的學校，仍能被稱為「自由學園」⁶，的確是很難能可貴。台北高校畢業生也很自豪，譬如葉英堃教授就說⁸，在最後的戰爭期間，軍事訓練的及軍教官的囂張下，學生們仍為了要保持高等學校的自由傳統，刻意地「違抗社會規範、挑戰傳統」，這就是高等學校畢業校友最引以為榮的精神。

雖然自由與自治是日本高等學校的特徵，高等學校的自由學風，可能各校較不一樣，更不是「與生俱來」的，每個學校還是要努力去爭取，高程度的「自由」。要去爭取者，不只是學生，校方的官員（教員及職員），尤其是學校最高首長的校長，在殖民地的台灣，可能校方尤其校長的立場最重要。

台北高等學校的「自由」校風，跟第二任校長三澤糾教授（圖三）最有關，他可說為台北高等學校建立相當高度的自由校風。有關

三澤校長的文獻不少，除了徐聖凱的論文內⁶，有不少的討論。津田勤子有一長文（用中文），更有不少分析及討論⁹。對此有興趣，此文外，上搜尋網站如Google，用「三澤糾」去搜尋，有不少資訊，討論他如何爭取高度自由，這是三澤校長對台北高等學校的大貢獻。

台北高等學校主要由三澤糾校長，建立相當高度的自由學風，由於校長常換人，每位校長作風不一樣，自由程度還是會改變，尤其軍國主義漸盛行後，1930年代初期開始，自由的風氣就開始漸漸被侵蝕，尤其到1940年代，戰爭局勢漸漸不利，軍官擔任教職的教官，管理較嚴格而且囂張，學校的軍事化訓練，自由思想以及自由化生活漸漸改觀，軍訓增加，修業期間縮短。雖然台北高校的師生，為了要保持自由開放的傳統，都特別努力地想違抗，甚至挑戰，但還是漸漸失去自由的傳統。下面的罷課事件，就是一個例證。

罷課事件

罷課事件是三澤校長離開後發生的事件，對以後台北高等學校有不少的影響，尤其對高等學校的自由作風。這件事發生於1930年9-10月，事件主導及主要參與者，都是日本人學生，可能因為台灣人學生，明知熱烈參與，尤其主導者身份的後果，會跟日本人學生不一樣，處罰可能會更厲害。不過在罷課期間，當全體日本學生罷課，台灣學生一樣響應，同樣地固守學寮內沒去上課。可能因為台灣人學生沒有參與主導，中文文獻很少討論這罷課事

件，所以這裏主要依據徐聖凱的論文⁶。

事件開始於1930年9月，因一名學生因考試翻書，被認為作弊遭退學，這學生是野（棒）球隊重要選手，而且就要到日本比賽，學生陳情校方但被駁回，同時另一學生用筆名購買香菸而遭退學。學生認為校方未調查清楚就處分，對學生不公平。學生有些要求，但校長下村虎六郎（圖四）及老師們開會後，拒絕學生的要求，學生們因此發起罷課抗議。學生閉鎖學寮，高等科學生全體不去上課來抗議，尋常科學生沒參與罷課活動。

校方一再地跟學生協調，可是沒辦法解決罷課問題，警務部也去調查，因未查出有左翼團體滲透，本不願干涉。可是幾天後，校方說動警務部，打算包圍學寮。有一名教師到學寮，破窗而入，叫學生在警務部未來前快走。學生離開到校庭高唱校歌，然後步出校門，大呼台北高校萬歲後解散。



圖四 罷課事件時的第三任校長：下村虎六郎教授。

以後對包括台北帝大的不少高校畢業校友們，及一些其他單位的調解方案，校方都沒採取，而且公布懲處辦法，有19名學生停學及3名退學。可是後來這些學生，不久都復學並畢業，而且都領到畢業證書，看來懲處是否只是表面化，而是留有後步的折衷懲處辦法。後來上述到學寮破窗而入的老師，以及三澤糾時代的自由派教師兩位因此去職，下村校長隔年也辭職，回日本。

罷課事件受日本高校的影響

上述的台北高校的罷課事件，可能受日本國內的罷課風潮的影響。徐盛凱的論文⁶，就提到一位台北高校的學生的說法，全日本的高等學校有28所左右，就曾發動罷課活動，這樣仍不掀起罷課的話，就面子掛不住。看起來，類似上期曾討論過的“Peer Pressure”的問題，因全國高等學校，幾乎都有罷課事件，可能影響了台北高校的學生，發起了這罷課事件。

日本本土高等學校的罷課，早早變成一種風潮，或可說是高等學校，學生們很自傲的「自由與自治」精神的延伸。這類的抗議活動，是一種「反體制」的抗爭。因為網路上能找到的中文文獻很少，這裡的資訊幾乎都來自徐聖凱的論文⁶。只想說明，戰前日據時代，雖然不是民主政治體制，追求自由，仍是當時高等學校師生的重要理想。

這種反體制的活動，在日本本土內的大學及高校，很早就風行。這些活動常有左翼團體

參與，左翼團體進入各高等學校，包括台北高校。上面提到警方，很早就懷疑罷課事件，有否由左翼學生所煽動的。罷課事件發生後，警方的調查並未發覺由左翼學生主導，所以警方本不想介入罷課事件，任由校方處理，認定這只是較單純的反體制事件。

罷課事件對以後學生活動影響

第二年，可能還是跟罷課事件有關，下村校長辭職，回去日本本土^{6,10}。他後來以筆名下村湖人，寫了不少文學作品，是相當有名的文學家。網站上還說他具有自由主義與反戰的思路，是少數敢批評日本軍國主義的學者，而且反戰思想散見他的著作中¹⁰。

順便一提，維基百科說¹⁰，在1925年下村就來台，擔任台中一中校長，在其任內的1927年5月，曾發生稱為「炊事事件」的罷課事件。比較上述台北高等學校的學生，較嚴厲地處罰台中一中的台灣籍學生。

徐聖凱的論文⁶，還說這次的罷課事件，更有另一很有趣的影響。可能由於媒體的報導，罷課事件可能影響了校風，學生反因此更自我約束，減少較散漫的自由活動，不再有早期「無控制」的自由。說台北高校的「自由與自治」的基本精神，並沒有因此而改變。看來這罷課事件，還是引導校風轉變的重要事件，學校的自由風氣仍舊維持，可能因為學生較有「自律」精神，而且台灣的社會逐漸改變，漸漸接受高校生的活動。

學生的自治精神

「自由與開放」不能過分，幸而高校生有「自治」精神。「自治」是自己管理，當然學生更要先有「自律」。其實就是軍事化還未盛行前，較早期學生，上兩期討論的蠻風作風時，陳五福醫師就認為，帶點虛假做作的意味，他自己沒有如此做。雖然這類校風，是自由與開放的表態，但生活若太散漫，有些學生反而很喜歡，反而有「過度」的散漫生活，譬如喜歡喝酒及出入風月場所，以致怠惰到影響學業，有些學生甚至被退學¹¹。

很高興陳五福醫師，特別提不能有「過度」的自由及散漫，很重要地，更要有「自律」及「自治」精神。高等學校的校友回憶，很少人提到這類散漫生活的負面影響。陳五福醫師認為蠻風行為，只是暫且發泄情緒而已，「終究了無意義」。陳五福醫師不參加蠻風活動，反而因此常找書來閱讀，書看多了學習更多，更有意義^{11,12}。

先要能「自律」，學生的「自治」才能行得通。高等學校學生，有自己管理的「自治」作風。自由與開放過度及散漫的學生，也由學生自己來管理。上面提到的第一高等學校，學生宿舍生的活規律，都是由學生自己制定規則，選出不同委員來管理不同事物。假如學生風紀有問題，也由學生自己處理，按照自己所訂立的規則，陳炯暉的文中⁷，還提到學生的管理風紀者，有權利命令，出問題者必須退出宿舍，一旦被退出宿舍這，就相當於退學。

結語

因為主要靠徐聖凱的論文，以及台灣醫界人士的回憶，對高等學校文獻的缺乏，無法較深入地探討，所以只能寫出較膚淺的討論。知道前輩們，在高等學校時，有熱誠學習以及自由與自治的精神。這幾篇拙文，很少提到非高校畢業生對高等學校教育的討論。

到Google去用「日據時代高等學校的自由」來搜尋時，很有趣地，得到一寫明是AI Overview的說明：「日治時期高等學校（包含後來的國立臺灣大學前身臺北帝國大學）的『自由』主要體現在學術研究與對外擴張上，但受限於殖民地的本質，學生在思想與個人層面並無真正的自由」。

閱讀時，看到幾乎每位畢業校友，都討論不少學生時代的「蠻風」及「ストーム (Storm)」，而且幾乎都給予相當正面的描述。這種蠻風及ストーム的精神，跟這兩期討論的熱誠學習、自由與自治精神是否有關？是否有因果關係？讀的文獻很少，沒看到有人特別討論這點，以後有機會再多找些文獻來探討。

兩期前曾討論³，這種蠻風、奇裝異服或惡作劇等作風，早期的台灣社會及媒體也有不少批評，漸漸地也被保守的台灣社會接受。不過現在的民主社會，可能不一樣。那時代的警察對高校生的寬容，最好的例子，可從傅彩勳前輩的一文〈台北高等學校的生涯〉看出來⁷。他有次深夜喝醉酒倒在路邊，被警察拘

捕，像一名罪犯審問，警察後來看到他高校生的帽子，講了幾句話後釋放他。社會人民有不同等的待遇，不是現代民主社會可容許的吧！日本政府當年可以，現在大概也不敢如此。

以上諸期探討日據時代的高等學校教育，雖然因自己能力有限，不能深入，不過對當時高等學校教育頗為羨慕，以後有機會再來另文寫些感觸，尤其想跟自己醫預科時代比較，如何可學習前輩們的熱誠閱讀求知，以及追求自由與自治的精神。

參考文獻

1. 朱真一：《副/福業回顧》23-日據時代的醫學教育(9)：醫學教育的預備教育。台北市醫師公會會刊2025；69(7)：72-6。
2. 朱真一：《副/福業回顧》24-日據時代的醫學教育(10)：台北高等學校成立及早期到日本讀大學。台北市醫師公會會刊2025；69(8)：77-82。
3. 朱真一：《副/福業回顧》25-日據時代的醫學教育(11)：高等學校教育-官方/校方的方針。台北市醫師公會會刊2025；69(9)：77-82。
4. 朱真一：《副/福業回顧》26-日據時代的醫學教育(12)：高等學校教育-熱誠閱讀及學習。台北市醫師公會會刊2025；69(10)：81-6。
5. 台灣師範大學：臺北高等學校 1922-1949（台北高等學校的網站）。In Internet：
<http://archives.lib.ntnu.edu.tw/exhibitions/Taihoku/chronology.jsp>
6. 徐聖凱：日治時期台北高等學校之研究（台灣師範大學碩士論文）。2009；國立台灣師範大學台灣史研究所，台北市。
7. 陳炯暉、陳振武、林桐龍等：日本舊制高等學校的回憶。2005；景福醫訊雜誌社，台北市。
8. 吳佳璇：葉英堃傳記-台灣精神醫療開拓者。2005；心靈工坊；台北市。
9. 津田勤子：明治日本與教育家三澤糾的思想形成脈絡。師大歷史學報 73：155-96。
10. 下村虎六郎。維基百科網站：<https://zh.wikipedia.org/wiki/下村虎六郎>
11. 張文義（整理）、陳五福（口述）：回首來時路；陳五福醫師回憶錄。1996；吳三連基金會，台北市。
12. 曹永洋：噶瑪蘭的燭光；陳五福醫師傳。1993；前衛出版社，台北市。
13. In Internet：<https://www.google.com/search?日據時代高等學校的自由> 🇹🇼

重要政令轉知會員

國民健康署「預防保健服務之婦女人類乳突病毒檢測服務」之檢驗醫事機構資格審查通過名單


中華民國醫師公會全國聯合會

114.08.28 全醫聯字第1140001166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「預防保健服務之婦女人類乳突病毒檢測服務」之檢驗醫事機構資格審查通過名單1份，請轉知所屬會員，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部國民健康署114年8月27日國健癌字第1140360937號函辦理。
- 二、此次新增2家審查通過之檢驗醫事機構，詳如附件。
- 三、另，有關「預防保健服務之婦女人類乳突病毒檢測服務」之檢測試劑，國民健康署業依據世界衛生組織(WHO)建議，將HPV mRNA試劑納入補助範圍，補助起始日溯自114年1月1日。
- 四、如各檢驗醫事機構欲申請新增檢測試劑或有相關問題，請洽承辦人周先生，電話：02-25220888分機792；電子郵件：jimmy@hpa.gov.tw或陳小姐，電話：02-25220888分機786；電子郵件：wanlin@hpa.gov.tw。
- 五、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

中央健康保險署公告「健保卡資料上傳格式2.0作業」自114年9月1日起實施單軌


中華民國醫師公會全國聯合會

114.09.03 全醫聯字第1140001186號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部中央健康保險署公告「健保卡資料上傳格式2.0作業」自114年9月1日起實施單軌，請查照。

說明：

- 一、依據中央健康保險署114年8月29日健保醫字第1140663904號公告副本（如附件）辦理。
- 二、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

「安非他命類(Amphetamine-like)藥品與其衍生物之鹽類及製劑為藥事法之禁藥及其例外規定」，業經衛生福利部於中華民國114年8月29日以衛授食字第1141419035號公告訂定發布，並自114年8月29日生效

中華民國醫師公會全國聯合會

114.09.03 全醫聯字第1140001191號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知「安非他命類(Amphetamine-like)藥品與其衍生物之鹽類及製劑為藥事法之禁藥及其例外規定」，業經衛生福利部於中華民國114年8月29日以衛授食字第1141419035號公告訂定發布，並自114年8月29日生效。六十九年十二月八日衛署藥字第三〇一一二四號「禁用屬安非他命(Amphetamine)類之減肥藥品（包括Phendimetrazine及其鹽類，Diethylpropione及其鹽類，Fenfluramine及其鹽類等）」公告及七十五年七月十一日衛署藥字第五九七六二七號「為有效管理安非他命類(Amphetamine-like)藥品，與其衍生物之鹽類及製劑，重申公告禁止使用」公告，業經衛生福利部於同年月日以衛授食字第1141419068號公告廢止，並自114年8月29日生效，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部114年8月29日衛授食字第1141419058號及同年月日衛授食字第1141419085號函辦理（如附件）。
- 二、旨揭公告請至行政院公報資訊網、衛生福利部網站「衛生福利法規檢所系統」下「最新動態」網頁，或食品藥物管理署網站「公告資訊」下「本署公告」網頁自行下載。
- 三、安非他命類(Amphetamine-like)藥品屬中樞神經興奮劑，服用後會引起不安、頭昏、顫抖、亢進性反應、失眠、焦慮、譫妄，並產生成癮性、耐藥性等。為維護國民健康，爰公告安非他命類藥品與其衍生物之製劑包括Amphetamine、Dexamphetamine、Methamphetamine、Phendimetrazine、Diethylpropione、Fenfluramine等及其鹽類，為藥事法之禁藥。
- 四、鑑於Fenfluramine及其鹽類藥品對於藥物難治型癲癇疾病如卓飛症候群(Dravet Syndrome)及雷葛氏症候群(LennoxGastaut Syndrome)具治療效果，並已於國際間取得上市許可，故酌予開放Fenfluramine及其鹽類藥品用於藥物難治型癲癇疾病如卓飛症候群及雷葛氏症候群等之治療，除此之外，其餘用途仍屬禁用範圍。
- 五、本文訊息與附件刊登於本會網站。🌐

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，業經衛生福利部於114年8月29日以衛部保字第1141260375號令修正發布，自114年9月1日生效

中華民國醫師公會全國聯合會

114.09.03 全醫聯字第1140001188號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，業經衛生福利部於114年8月29日以衛部保字第1141260375號令修正發布，自114年9月1日生效，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部114年8月29日衛部保字第1141260375C號函辦理。
- 二、本次主要特定診療項目新增二項、放寬支付規範六項、整併造血幹細胞移植術項目及修正轉診支付標準。

一、西醫基層總額相關修訂重點摘要如下：

(一) 第一節門診診察費：為鼓勵醫療院所使用電子轉診平台及分級醫療轉診：

1. 調升下轉及接受下轉等診療項目：新增00193C「接受下轉門診診察費加算—使用保險人電子轉診平台」。
2. 調降上轉辦理轉診費：修正01036C「辦理轉診費_上轉—使用保險人電子轉診平台」支付點數、支付規範。
3. 刪除01037C「辦理轉診費_上轉—未使用保險人電子轉診平台」。
4. 配合00193C新增，修正01038C「接受轉診門診診察費加算」診療項目適用對象及支付規範。

(二) 新增20049C「多發性硬化症 / 視神經脊髓炎EDSS量表評估」。

(三) 修訂14074C「HIV病毒負荷量檢查」。

(四) 餘項修正詳附件。

三、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

附件

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準之修正，為本（一百十四）年第三次修正，並自本年九月一日生效。

本次主要特定診療項目新增二項、放寬支付規範六項、整併造血幹細胞移植術項目及修正轉診支付標準。修正重點如下：

一、第二部西醫：

(一) 第一章基本診療

1. 第一節門診診察費：為鼓勵醫療院所使用電子轉診平台及分級醫療轉診：

(1) 調升下轉及接受下轉等診療項目：

A. 新增00192 A「辦理轉診費_回轉及下轉—使用保險人電子轉診平台」，併同修正01034B「辦理轉診費_回轉及下轉—使用保險人電子轉診平台」院所表別、適用對象、支付規範。

B. 新增00193C「接受下轉門診診察費加算—使用保險人電子轉診平台」。

(2) 調降上轉辦理轉診費：修正01036C「辦理轉診費_上轉—使用保險人電子轉診平台」支付點數、支付規範。

(3) 刪除01035B「辦理轉診費_回轉及下轉—未使用保險人電子轉診平台」及01037C「辦理轉診費_上轉—未使用保險人電子轉診平台」。

(4) 配合00193C 新增，修正01038C「接受轉診門診診察費加算」診療項目適用對象及支付規範。

2. 第二節住院及急診觀察床診察費：配合本次修正94201B中文名稱及刪除94206B 診療項目，爰修正02027B「器官移植協調管理費」支付規範。

(二) 第二章特定診療

1. 第一節檢查：

(1) 新增08135B「第十三因子測定」及20049C「多發性硬化症／視神經脊髓炎EDSS量表評估」。

(2) 修正12207B「白血病即時定量聚合酶連鎖反應法實驗室開發檢測(LDTs)」等五項診療項目支付規範。

(3) 修正15020B「支氣管切片奈印」診療項目英文名稱。

2. 第二節放射線診療：修正33064B「雙能量X光骨質密度檢查」等三項診療項目名稱或支付規範。

3. 第六節治療處置：修正59014B「潛水病（減壓病）或急性氣栓塞症之高壓氧治療」支付規範。

4. 第七節手術：修正64285B「反置人工全肩關節置換手術」等二項診療項目英文名稱或支付規範文字。

5. 第八節輸血及骨髓移植：整併「骨髓移植術」及「周邊造血細胞移植」為「造血幹細胞移植術」。

(1) 修正本節中、英文名稱為輸血及造血幹細胞移植Blood Transfusion and Hematopoietic Stem Cell Transplantation，第三項名稱修正為造血幹細胞移植技術費Hematopoietic Stem Cell Transplantation。

(2) 修正94201B「異體骨髓移植術」、94202B「自體骨髓移植術」及94205B「骨髓移植－抽髓（自體或異體）」三項診療項目中、英文名稱、支付規範或支付點數。

(3) 刪除94206B「異體周邊造血細胞移植」、94207B「自體周邊造血細胞移植」及94204B「骨髓移植－植髓（自體或異體）」三項診療項目。

二、第六部論病例計酬第二章婦科及第七部全民健康保險住院診斷關聯群第二章Tw-DRGs分類架構及原則：配合國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)改版為西元二〇二三年版，修正相關文字。

特約醫事服務機構違規態樣請院所留意

中華民國醫師公會全國聯合會

114.09.02 全醫聯字第1140001168號

受文者：台北市醫師公會

主旨：為發揮同儕制約精神，特此檢送114年7月18日至114年8月27日特約醫事服務機構違規態樣（如附表）併惠請各縣市醫師公會暨西醫基層醫療服務審查執行會各分會加強向院所宣導說明段事項，請查照。

說明：

- 一、特約醫事服務機構申報異常費用不僅遭致扣款等違約處分，亦連帶扣減西醫基層全體總額，影響總額成長率。
- 二、特約醫事服務機構應遵守《全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法》第35條至第40條規定，尤以下列為首：
 - (一) 醫師應親自診斷病患提供醫療服務，或於符合《全民健康保險醫療辦法》第七條所定條件時，再開給相同方劑。
 - (二) 醫師應依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫療服務。
 - (三) 避免以不正當行為或虛偽之證明報告或陳述，申報醫療費用。
- 三、依據「114年西醫基層醫療服務審查勞務委託契約」第二條、(三)、1、(1)、(5)及《中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會暨分會執行幹部自律管理守則》第三條與《中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查醫藥專家遴聘與管理要點》第三條規

定，違反《全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法》而受終止特約或停止特約處分之特約醫事服務機構負責醫師及其他受處分醫師，如係西醫基層醫療服務審查執行會及各分會現任委員或審查醫藥專家，將予以解聘。

四、另檢附健保署函文違規診所內容（附件一~附件六）供參，請依「個人資料保護法」辦理，若要丟棄本文件，務請銷毀後丟棄，如函文內容有其他疑義請洽健保署承辦人。

五、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。[📄](#)

附件

分區	院所違規態樣 (摘要節錄)	處分條款 (條文摘要節錄)	處分結果	處分 月份
台北	有以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而申報醫療費用之情事（附件一）。	特管辦法第39條第4款規定，於特約期間有其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用者，保險人應予停約1至3個月。	停約1個月，期間自114年10月1日起至114年10月31日止。	114年 7月
	有以其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申請醫療費用之情事（附件二）。	特管辦法第39條第4款規定，於特約期間有其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用者，保險人應予停約1至3個月。	停約1個月，期間自114年10月1日至114年10月31日止。	114年 8月
北區	有未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務之情事（附件三）。	特管辦法第37條第1項第1款規定，有未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額。	追扣醫療費用計1,020元，扣減其醫療費用之10倍金額計10,200元，共計11,220元。	114年 8月
中區	有未經醫師診斷逕行提供醫事服務之情事（附件四）。	特管辦法第37條第1項第2款規定，有未經醫師診斷逕行提供醫事服務者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額。	不給付醫療費用15,289元，併扣減10倍醫療費用152,890元。	114年 8月
南區	有未經醫師診斷逕行提供醫事服務之情事（附件五）。	特管辦法第37條第1項第2款規定，有未經醫師診斷逕行提供醫事服務者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額。	追扣醫療費用計1,735元，應扣減10倍之醫療費用計17,350元，合計19,085元，另追扣不支付申報開給預防性備藥相關費用計1,798元。	114年 8月

分區	院所違規態樣 (摘要節錄)	處分條款 (條文摘要節錄)	處分結果	處分 月份
高屏	有「以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申請醫療費用」、「藥師長期夜間時段(18:00 後)不在班」及「容留非具醫事人員資格，執行醫師以外醫事人員之業務」等情事(附件六)。	特管辦法第39條第4款規定，於特約期間有其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用者，保險人應予停約1至3個月。及第37條第1項第6款規定，容留非具醫事人員資格，執行醫師以外醫事人員之業務者，以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算，扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額。	停約1個月，期間自114年10月1日起至114年10月31日止。追扣虛報醫療費用2,627元，不予給付暨扣減申報相關醫療費用之10 費金額，合計3,311元。	114年 7月

中央健康保險署公告修訂「全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案」

中華民國醫師公會全國聯合會

114.09.05 全醫聯字第1140001183號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部中央健康保險署公告修訂「全民健康保險偏鄉地區全人整合照護執行方案」，自公告日起實施，請查照。

說明：

- 一、依據中央健康保險署114年8月28日健保醫字第1140664294號公告副本(如附件)辦理。
- 二、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。📄

中央健康保險署為確保健保資源合理運用，保障良善醫事服務機構正當申報醫療費用，檢送健保違規宣導案例計3則

中華民國醫師公會全國聯合會


114.09.17 全醫聯字第1140001241號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部中央健康保險署為確保健保資源合理運用，保障良善醫事服務機構正當申報醫療費用，檢送健保違規宣導案例計3則，請協助轉知會員正確申報健保費用，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部中央健康保險署114年9月12日健保企字第1140682009號函(附件)辦理。

- 二、在健保總額資源有限的情況下，杜絕醫療資源浪費及詐領健保之不法行為是健保當前重要目標，經彙整近期查獲之健保違規案例，請協助轉知會員應覈實申報醫療費用，切莫不實虛報，以免觸法。
- 三、中央健康保險署每季宣導案例均置於VPN健保資訊網服務系統（路徑：VPN畫面左方之服務項目>院所資料交換>院所交換檔案下載），請各醫事服務機構參考。
- 四、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

附件

藥局負責藥師長期未於藥局內調劑，並容留非藥事人員調劑給藥，虛報醫療費用

【案情概述】

本署查核發現甲藥局負責藥師係投保任職於某公司，由出勤資料顯示疑似擔任外勤工作，並未實際於甲藥局執業，嗣經本署進一步訪查發現甲藥局負責藥師長期租牌，實際上從未到甲藥局執行調劑業務，並容留非藥事人員調劑給藥，虛報醫療費用。

經查甲藥局虛報醫療費用共1萬4千餘點，本署依法裁處停約1個月，負責藥師不予支付1個月。

【小結】

本署實務上會透過專案查核及相關資料分析，可以發現醫療院所費用申報之異常情形，再加上透過實地訪問保險對象及相關醫（藥）事人員，進一步確認醫療院所之違規虛報情事。因此本署再次籲請保險醫事服務機構應覈實申報醫療費用，切莫貪圖小利，誤蹈法網。

【摘錄法規條文】

一、全民健康保險法第81條第1項

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二倍至二十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其申報之應領醫療費用內扣除。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第40條第1項第2款

「保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人予以終止特約……：二、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第43條第1款、第4款

「第40條第1項第2款所稱情節重大，指下列情事之一：一、違約虛報點數超過十萬點，並有發給保險對象非醫療必要之藥品、營養品或其他物品。四、違約虛報點數超過二十五萬點。」

四、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第47條

「保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於

停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。」
 「前項受不予支付處分之醫事人員，其所受之處分視為受停約或終止特約之處分。」

容留未具牙醫師資格人員為保險對象執行醫療業務，虛報醫療費用

【案情概述】

某市衛生局接獲民眾檢舉某牙醫診所所有未具牙醫師資格人員看診情事，該局調查後以涉犯醫師法第28條非法執行醫療業務罪函送司法機關偵辦，並對該診所負責醫師裁處罰鍰。案經地方檢察署偵辦發現甲牙醫聯盟旗下多間診所涉有容留未具牙醫師資格人員為保險對象執行醫療業務，違反醫師法等規定；嗣經本署依據地方檢察署偵辦內容及進一步實地訪查，甲牙醫聯盟旗下多間診所確有容留未具牙醫師資格人員為保險對象執行醫療業務，虛報醫療費用情事。

經查甲牙醫聯盟旗下5家診所虛報醫療費用共計逾4000萬點，各該診所違規情節均屬重大，本署依法裁處終止特約，負責醫事人員及負有行為責任醫事人員均不予支付1年。

【小結】

現今民眾瞭解全民健保醫療資源寶貴，一旦發現醫療院所有不當申報醫療費用時，多勇於檢舉。司法機關發現涉及違法，也會進行偵查，並依偵查結果予以處分。故本署籲請保險醫事服務機構應覈實申報醫療費用，切莫造假，誤蹈法網，而自毀前程。

【摘錄法規條文】

一、全民健康保險法第81條第1項

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二倍至二十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其申報之應領醫療費用內扣除。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第40條第1項第4款

「保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人予以終止特約…：四、保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用，情節重大。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第43條第4款

「第40條第1項第2款所稱情節重大，指下列情事之一：四、違約虛報點數超過二十五萬點。」

四、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第47條

「保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。」

「前項受不予支付處分之醫事人員，其所受之處分視為受停約或終止特約之處分。」

保險對象刷卡換物或由家人換物、欠卡補卡或接種疫苗當日多刷 健保卡不當申報疾病，虛報醫療費用

【案情概述】

某甲診所經民眾檢舉可持健保卡刷卡換取所需藥品，經分析甲診所家戶同日健保卡多刷占率等等指標百分位均偏高，嗣經本署進一步訪查發現有保險對象持家人健保卡領取自己（非健保卡本人）所需藥品、欠卡補卡或就醫當日僅單純接種疫苗，未併同疾病就醫，惟甲診所卻多刷健保卡，虛報藥等醫療費用。

經查甲診所虛報醫療費用共14萬餘點，除違規情節重大外，並有停約執行完畢後五年內，再次受終止特約之情形，本署依法裁處終止特約，負責醫事人員不予支付1年。

【小結】

甲診所藉提供民眾所需藥品刷取健保卡，捏造疾病就醫紀錄並據以申報，事實上渠等民眾均未因疾病就醫，而全民健康保險係僅給付疾病、傷害及生育事故，爰自不得向健保申報醫療費用。民眾一旦發現醫療院所所有不當申報醫療費用時，多勇於檢舉，共同守護健保資源，故本署籲請保險醫事服務機構應覈實申報醫療費用，切莫因貪念而造假，誤蹈法網。

【摘錄法規條文】

一、全民健康保險法第81條第1項

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二倍至二十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其申報之應領醫療費用內扣除。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第40條第1項第2款

「保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人予以終止特約……：二、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第43條第2款

「第四十條第一項第二款、第四款所稱情節重大，指下列情事之一：二、違約虛報點數超過十萬點，並有收集保險憑證，或有未診治保險對象，仍記載就醫紀錄，虛報醫療費用。」

四、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第47條

「保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。」

「前項受不予支付處分之醫事人員，其所受之處分視為受停約或終止特約之處分。」

動力式輪椅（電動輪椅）及醫療用電動代步器（電動代步車）進入公共設施室內場所原則


臺北市政府衛生局

114.09.17 北市衛醫字第1143133301號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知有關動力式輪椅（電動輪椅）及醫療用電動代步器（電動代步車）進入公共設施室內場所原則，請查照辦理。

說明：

- 一、依衛生福利部114年9月11日衛部醫字第1141668005號書函及114年9月2日衛授家字第1140761137號函（如附件）及114年6月3日「衛生福利部身心障礙者權益保障推動小組第9屆第2次會議紀錄」辦理。
- 二、針對除車站等連結戶外場所之交通設施及運輸工具外之動力式輪椅（電動輪椅）及醫療用電動代步器（電動代步車）進入公共設施室內場所原則進行報告，會議決議：「身心障礙者使用之動力式輪椅（電動輪椅）及醫療用電動代步器（電動代步車）進入公共設施室內場所原則如下：(一)領有醫療器材許可證字號。(二)最大速限小於10公里/小時。(三)車身尺寸寬度小於80公分、總長度小於120公分。」
- 三、依據前開決議，係基於兼顧多數人之人身安全與身心障礙者使用動力式輪椅（電動輪椅）及醫療用電動代步器（電動代步車）作為行動輔具之權益下，對於使用範圍予以規範；惟依據身心障礙者權益保障法第16條第2項規定：「公共設施場所營運者，不得使身心障礙者無法公平使用設施、設備或享有權利。」，故即使身心障礙者使用不符前開規定之動力式輪椅（電動輪椅）及醫療用電動代步器（電動代步車），公共設施場所營運者仍應提供其他替代方案，協助身心障礙者進出公共設施場所。
- 四、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

疾病管制署修正專案進口寄生蟲治療藥物領用標準流程

臺北市政府衛生局

114.09.17 北市衛疾字第1143133707號

受文者：台北市醫師公會

主旨：函轉衛生福利部疾病管制署修正專案進口寄生蟲治療藥物領用標準流程相關事宜，請配合辦理，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部疾病管制署114年9月12日疾管防字第1140200901號函辦理。
- 二、旨揭流程請至衛生福利部疾病管制署全球資訊網(<https://www.gov.tw>)/申請/專案進口寄生蟲藥物領用標準項下下載運用。
- 三、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。🇹🇼

衛生福利部有關坊間出現假藉辦理「長照人員繼續教育課程」名義行詐騙

中華民國醫師公會全國聯合會

114.09.18 全醫聯字第1140001253號

受文者：台北市醫師公會

主旨：函轉衛生福利部有關坊間出現假藉辦理「長照人員繼續教育課程」名義行詐騙，請轉知所屬會員知悉，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部114年9月16日衛部顧字第1141962686號函副本辦理。
- 二、邇來坊間出現假藉辦理長照人員繼續教育課程或相關培訓名義，招攬參與「免費課程」、「投資分紅計畫」或「推廣就能獲利」等活動，實為投資詐騙或多層次傳銷手法。
- 三、此類行為常以「小額投入、高額回報」、「課程附帶獎金」、「邀請同仁或親友即可獲利」等話術誤導。
- 四、衛生福利部已建置「長期照顧服務人員繼續教育課程查詢」功能（衛福部長照專區 <https://1966.gov.tw>，首頁>長照服務人員專區>繼續教育課程相關資源），供長照人員查詢由開課單位報送、經認可單位「審核通過」尚未開課之課程，以確保資訊正確，詳如附件。
- 五、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。🇹🇼

本會學術教育課程表

114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（安和路一段27號16樓一大會議室）+線上並行

- ◆線上課程將採用Cisco Webex Meetings軟體，請提早下載安裝，並使用中文全名登錄。
- ◆系統會自動記錄上課時間，本會將依上線時間給予學分。

日期	講 題	講 師
114.11.21	經導管瓣膜介入治療的新進展	殷偉賢
114.11.28	為兒童的視力把關：斜弱視治療及近視控制	陳映伊
114.12.05	傷腦筋的疼痛：從頭到腳從老到小的疼痛照顧	勞萱之
114.12.12	次世代肺炎鏈球菌疫苗之接種價值與方式	張皓翔
114.12.19	肺癌介紹及LDCT低劑量電腦斷層篩檢經驗分享	杜明晃
114.12.26	次世代全基因組定序解析：開啟從快速診斷到終生健康管理的精準醫療藍圖	牛道明

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「台北市安和路一段27號16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tma07@tma.org.tw。如經採用，將略致薄酬以表謝意。



台北市醫師公會

會址：台北市大安區安和路一段27號16樓

電話：(02)23510756 傳真：(02)23510739

TAIPEI MEDICAL ASSOCIATION

16F., No. 27, Sec. 1, Anhe Rd.,

Da-an Dist., Taipei City, Taiwan (R.O.C.)

TEL:+886-2-23510756 · 23510757

FAX:+886-2-23510739