



# 台北市醫師公會會刊



- 攝護腺癌篩檢介紹
- 原發性隅角閉鎖型青光眼之成因、診斷與治療建議
- 腹腔鏡全腹膜外修補卵巢箝頓腹股溝疝氣：罕見病例報告與文獻回顧

# 目錄

## Contents

監事的話	眼科和視光領域在AI時代的機會與挑戰	陳美齡	2
會務公告	台北市醫師公會會員暨眷屬自費團體意外險		4
	自我推薦成為「台北市友善無障礙診所」調查問卷		5
	台北市醫師公會好書獎申請辦法		7
	台北市醫師公會好書獎申請表		8
	徵求本會會刊封面照片		10
	台北市醫師公會會刊封面照片投稿資料表		11
醫事法律	妨害性自主—臺灣最高法院113年度侵聲再字第14號刑事裁定評析	李睿霖、葛 謹	12
學術專論	攝護腺癌篩檢介紹	楊富程、吳岱穎、蔡秉翰、 賴正偉、簡維隆、劉力愷	22
	原發性隅角閉鎖型青光眼之成因、診斷與治療建議	葉師榕、吳岱穎、蕭雅娟、 蔡宜倫、蔡景耀	28
	腹腔鏡全腹膜外修補卵巢韌帶腹股溝疝氣：罕見病例報告與文獻回顧	方躍霖、林奕凱	35
活動報導	一一四年度網球賽成績		40
活動預告	115年「友善無障礙診所輔導及認證計畫」說明會		42
	115年度單身（住院）醫師聯誼活動—醫見如故：春光裡的浪漫初見—		43

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：方文輝

本期副執行編輯：程劭儀

編輯：王森德·王瀛標·江建鏐·沈仲敏·  
林明慧·吳岱穎·周裕清·吳慶南·  
黃博浩·黃偉新·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.4

P.22

P.48

P.64

P.72

	台北市醫師公會115年攝影講習課程		46
	保齡球賽		47
會員園地	懷念與追思／服務欄		48
	開懷篇	陳志鑫	49
	攝影秀—日本關西	王新元	50
杏林隨筆	善的大集合：獎助優秀醫學生	洪德仁	52
	峴港：陽光下的南洋記憶	黃雅筠	55
	效率革命：NotebookLM 驅動醫學研究圖文 與簡報的極速生成術	楊豐源、陳曾基	58
生活醫療法律	醫療法律生活化系列(158)	李志宏	64
	人工生殖法—生育與婚姻架構脫鉤？		
醫林特稿	《「副/福」業回顧》-30	朱真一	72
	台灣醫療照顧卓越；感恩艱辛的開啓者		
醫婦會園地	理解隱性障礙 消除誤解歧視—2025世界腦麻日	卓碧金	78
醫政公文	重要政令轉知會員		80
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 21		

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：夕陽餘暉

木棉花期約在3-4月間，盛開時，橙紅花海隧道常常令人流連忘返。在大安森林公園裡，木棉並不是主力樹種，盛開也難有橙色花海的吸引力。不過當夕陽日落時，橙色木棉花與藍天晚霞相暉映，就有可觀之處了。

作者：蕭光明

服務院所：臺北榮民總醫院

# 眼科和視光領域在AI時代的機會與挑戰

敦南諾貝爾眼科診所 陳美齡

## 前言

在這個日新月異的時代，數位科技的迅猛發展為醫療產業帶來翻天覆地的變化。世界衛生組織(WHO)早在2005年的世界衛生大會中就提出了「eHealth」的概念，2018年的世界衛生大會更正式將「數位健康(Digital Health)」確立為政策發展方向，涵蓋包括大數據(big data)、人工智慧(artificial intelligence)在內的前沿技術。在WHO的脈絡下，智慧醫療推動智慧健康照護，而智慧健康照護則是數位健康發展中重要的一環。

## 一、當AI浪潮進入醫療產業

智慧醫療在醫療產業的應用不僅限於臨床診斷，更深刻地改變了醫院管理與運作模式。數位科技與AI的應用也能改善就醫流程，進而增進患者體驗與醫病關係。在行政工作上，流程機器人與AI技術則協助簡化流程。醫療機構亦可運用AI分析服務流程，釐清並協助優化服務品質。而在營運層面，數位供應鏈、自動化與機器人技術的導入，則有效提高後台效率與資源管理。其中，一些應用例如放射科影像判讀、腫瘤預測、虹膜自動定位、散光自動導航等，已逐漸成為醫療專業人員的重要輔助工具。

## 二、AI在台灣眼視光產業的應用

早在幾年前，眼科屈光手術的儀器陸續導入AI智能虹膜定位技術取代傳統墨水標記。系統能自動偵測虹膜特徵並校正眼球旋轉，免去人工操作，降低人為誤差並提升術後精準度。

同時，某些設備也升級術前數據平台，透過虹膜影像辨識與自動散光導航，協助醫師在手術中更精確完成散光軸定位，優化患者的視覺品質。

而近年來，眼科領域更是發展出輕量化、可攜式的眼底攝影設備，將過去重達四十公斤縮小為僅七百公克的手持式裝置。這項突破意味著眼底影像檢測不再受限於大型醫院，偏鄉居民與基層醫療機構也能更容易獲得服務。

在此基礎上，這些先進的眼底攝影設備進一步導入由AI Agent驅動的眼底影像智慧分析系統。AI Agent不同於傳統影像讀取，其具備更高的臨床實用性，能夠自主感知、推理並行動，不僅能即時偵測視網膜病灶，還能進行風險分級，甚至提供初步診斷與建議的處置方案。它不再只是單一的「電腦判讀」，而是任務導向的智慧助手。醫師依舊保有最終決策權，但AI Agent可大幅縮短從初篩到診斷的時間，讓整個醫療流程更為高效順暢。

AI的核心在於「算力、算法與數據」，其中最關鍵的是數據。數據和模型科學雖然不是眼科醫師的專業領域，但醫師仍在建立模型以及模型校準的過程中扮演舉足輕重的角色。這是因為醫學模型與通用的大型語言模型(LLM)存在明顯差異。LLM屬於開放式模型，適用於一般領域；然而要解決醫療這類高度專業需求，必須依賴院內高品質的臨床數據進行訓練，才能具備實際臨床價值。台灣醫院長期累積的龐大且高品質資料庫，若能與ICT產業的

數據科學能力結合，就能發展出真正具有「台灣智慧」的醫學AI模型。而為了使AI模型能夠更接近實際的臨床結果，眼科醫師也需要協助判讀AI眼底攝像機所拍攝下來的影像，並在影像上做正確的標記，讓deep learning的AI模型學習更正確、更精準的醫療結果，展現Data Science與Medical Science匯聚的力量。

AI智慧醫療的價值，尤其體現在偏鄉醫療，真正落實「任務導向、端到雲」的智慧醫療模式。過去，偏鄉居民若要進行眼底檢查可能要長途跋涉至大醫院，過程耗時費力；而未來，透過手持式裝置與AI的即時分析，檢查可直接在當地完成，並經雲端連線由醫師確認，快速完成初步判斷與後續轉介。這不僅縮短診療流程，也避免了因延誤治療而導致病情惡化的風險。對於糖尿病視網膜病變等需要早期發現的疾病而言，這樣的轉變往往是患者能否保住視力的關鍵。

### 三、AI應用在醫療的挑戰

然而，機會與挑戰總是並存。首先是深度學習的AI在訓練過程中可能涉及大量未經授權的數據，帶來著作權與資料使用的爭議。其次，醫療數據高度敏感，任何資安漏洞都可能導致嚴重的隱私侵害。當AI在診斷中出現錯誤時，產品責任如何歸屬仍是一個灰色地帶，現行法規難以完全涵蓋。最後，醫病信任與專業倫理同樣是關鍵，患者是否願意相信AI的建議，醫師如何在科技與專業之間找到平衡，都將影響AI的實際落地成效。

因此，我們讓患者使用AI模型的儀器時，會建議讓患者簽署個資使用的同意書，並且資料端的資安也必須嚴加控管。另外，AI模型輔助診斷的建議只能供參考，醫師還是必須有自己的判斷再加入AI的建議，並非直接採納AI模型的結論。

總結來說，AI能否真正成為醫療產業的助力，不只取決於技術本身，更取決於法律框架、倫理規範與治理模式的完善。唯有如此，AI才能真正扮演醫療守護者的角色，讓更多人因科技而受益。

### 參考資料

1. 臺北醫學大學校級人工智慧醫療研究中心，「AI醫療是什麼？一篇掌握台灣智慧醫療現況與5大應用範圍」。
2. 國家實驗研究院科技政策與研讀中心，「世界衛生組織提出健康醫療AI倫理準則」。
3. 吳振吉：「AI革命下的醫療新紀元：應用潛力與法律挑戰」，財團法人人工智慧法律國際研究基金會。
4. 方韋傑：「鴻海智慧醫療設備落地應用 攜手諾貝爾推CoDoctor Eye」，自由時報。
5. 謝柏宏：「鴻海集團結合諾貝爾視光科技 攜手進軍智慧醫療市場」，經濟日報。
6. World Health Organization, “WHO issues first global report on Artificial Intelligence (AI) in health and six guiding principles for its design and use” . 🇹🇼

# 台北市醫師公會

## 會員暨眷屬自費團體意外險

投保計畫與保費：

保障內容/投保計畫		計畫一	計畫二	計畫三	計畫四	計畫五
		會員、 配偶、子女	會員、 配偶、子女	會員、 配偶、子女	15足歲 以下子女	會員、 配偶、子女
團體意外傷害保險		100萬	200萬	300萬	50萬*	300萬
團體意外傷害重大燒燙傷保險		15萬~100萬	30萬~200萬	45萬~300萬	7.5萬~50萬	45萬~300萬
團體意外傷害醫療保險		5萬	5萬	5萬	5萬	*
團體 意外 住院 醫療 定額 給付 保險	意外傷害住院 日額保險金	1,000元	1,500元	2,000元	1,000元	2,000元
	意外傷害加護病房 費用保險金	1,000元	1,500元	2,000元	1,000元	2,000元
	意外傷害門診醫療 費用保險金(住院前7 天、出院後7天)	500元	750元	1,000元	500元	1,000元
	意外傷害住院手術 費用保險金 (保險金額*手術比例)	20,000元	30,000元	40,000元	20,000元	40,000元
	骨折未住院津貼 (依部位給付)	500元	750元	1,000元	500元	1,000元
投保年齡限制		15足歲- 70歲	15足歲- 70歲	15足歲- 70歲	出生且正常 出院-14歲	15足歲- 70歲
續保年齡限制		80歲、 子女23歲	80歲、 子女23歲	80歲、 子女23歲	15足歲	80歲、 子女23歲
年繳保費		1,305元	2,035元	2,765元	925元	2,430元

### 【注意事項】

1. 本會「會員自費團體意外保險」專案期間自**115年1月31日至116年1月31日止**，會員可視需要投保。此保險為意外傷害險，投保年齡為初保未滿70歲，續保可至80歲。
2. 會員與眷屬同為台北市醫師公會會員者，僅得擇一身分加保。本人需投保後，眷屬始得附加，且眷屬保額不得高於本人保額。
3. 參加本專案之被保險人均需填寫加入表。
4. 經該公司承保且扣款成功者，該公司將提供保險證。
5. 十五足歲以下被保險人投保意外傷害失能保險，需另填寫確認聲明書。
6. 詳細內容請參閱保單條款之規定。主管機關規定，自108/11/8起，實支實付型傷害險最多投保3張。該公司於被保險人投保後經公會系統查詢，如投保後發現已於同業購買實支實付型傷害險(團體意外傷害醫療保險)且超過投保規定者，將婉謝承保。
7. 對以上說明若有相關疑義，請洽詢誠緯保險代理有限公司專案服務主管：顏誠甫經理，專線：0930-111-620。服務地址為104台北市長安東路二段162號5樓之1。

# 自我推薦成為「台北市友善無障礙診所」調查問卷

台北市西醫診所醫師會員，您好！

台北市醫師公會自110年起推動「友善無障礙診所輔導及認證計畫」，五年來已有155家診所獲得具備友善入口及通道的「友善認證」，另有14家診所取得設有無障礙廁所的「金牌認證」。此認證計畫邀請持有「無障礙檢查證照」且使用輪椅的訪視員前往診所進行實地訪視，協助診所改善環境，讓行動不便者能順利就醫。

台北市醫師公會將於115年持續推動「友善無障礙診所輔導及認證計畫」，藉由訪視輔導診所改善，並頒發認證與獎勵。請 貴診所於**115年4月24日**前透過google表單填寫以下資料，自我推薦成為台北市友善無障礙診所名單！獲得認證的診所本會將公開表揚並頒發獎牌。

## 【自我推薦診所資格】

一、優先受理以下診所報名：

- (1) 未參加本會110年、111年、112年、113年、114年「友善無障礙診所輔導及認證計畫」之診所。
- (2) 未參加衛福部委託醫策會辦理110-112年、114年「醫療機構設置無障礙就醫環境獎勵診所獎勵方案」之診所。

二、本計畫僅受理40家診所報名。

三、獲得認證，本會提供獎勵為：1.頒發認證獎牌並公開授獎；2.獎金伍仟元整；3.製作友善地圖供民眾查詢。

四、符合衛福部112年度及114年度「醫療機構設置無障礙就醫環境獎勵計畫」之診所亦可報名參加，本會提供獎勵為：1.頒發認證獎牌並公開授獎；2.製作友善地圖供民眾查詢（無提供獎金伍仟元整）。

（如有填答疑義，請聯絡：(02)2351-0756分機21王小姐）

題目	答覆
診所入口	
1-1 診所入口可以讓輪椅民眾進得去嗎？	<input type="checkbox"/> 可以 <input type="checkbox"/> 不可以
1-2 診所入口有高低差嗎？	<input type="checkbox"/> 有高低差 <input type="checkbox"/> 沒有高低差
1-3 診所入口高低差有幾公分？ 診所入口無高低差，可免作答，謝謝	
1-4 診所入口處是否有擺放斜坡板？	
1-5 請上傳診所入口照片	(請上傳照片)

題目	答覆
診所通道	
2-1 診所內的通道可以讓輪椅民眾暢行嗎？	<input type="checkbox"/> 可以 <input type="checkbox"/> 不可以
2-2 請上傳診所內通道照片	(請上傳照片)
診所廁所	
3-1 診所內是否設有廁所？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
3-2 請上傳診所內廁所照片	(請上傳照片)
診所資料	
4-1 診所提供友善的看診服務？(可複選)	<input type="checkbox"/> 友善的掛號櫃台 (櫃台檯面下需有可容膝的空間) <input type="checkbox"/> 診所提供用藥友善標示或說明(如：服藥時間及藥量之圖示、點字功能) <input type="checkbox"/> 設置無障礙標誌，指示無障礙設施位置 <input type="checkbox"/> 工作人員協助障礙者掛號 <input type="checkbox"/> 其他：_____
4-2 診所所有權為何？	<input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 租賃
5-1 診所名稱	
5-2 診所位於哪個行政區	
5-3 診所地址	
5-4 診所電話	
5-5 診所負責醫師姓名	
5-6 可供聯繫的電子信箱	
5-7 診所窗口(請提供職稱、姓名、聯絡電話等資訊)	
5-8 醫師公會可至貴診所「實地訪視」時段(可複選) 1. 可以在「其他」選項，說明可以訪視的時段，謝謝。 2. 實地訪視約需花費30分鐘至1小時。	<input type="checkbox"/> 09：00-12：00 <input type="checkbox"/> 12：00-17：00 <input type="checkbox"/> 其他

請掃描QR-Code

填寫【自我推薦 成為「台北市友善無障礙診所」調查問卷】

Google 表單



# 台北市醫師公會好書獎 申請辦法

106.7.19 第十七屆第十七次理監事聯席會議通過  
114.08.13 第廿屆第十一次理監事聯席會議修正通過

一、為鼓勵本會會員完成專門著書，特制定此獎項予以鼓勵與推薦。

二、申請資格：

1. 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。
2. 若為醫學會編纂之著作，本會會員擔任主（總）編或理事長，皆可提出申請，但需由主編及理事長簽署同意。
3. 曾獲獎之改版著作，修正篇幅應達50%以上。

三、獎勵方式：

1. 於本會會刊刊登好書推薦詞。
2. 於本會醫師節大會中頒發獎狀。

四、申請方式：

1. 作者本人申請。
2. 由本會編輯委員會委員、理監事推薦，惟須經作者簽名同意。
3. 均應填具申請表及相關資料於期限內送達本會。

五、申請日期：每年4月1日起至4月30日止，申請日期截止後即不再受理申請。

六、評審方式：經本會編輯委員會初審，通過後再請提理事會覆核。

七、本辦法經理事會通過後實施之，修正時亦同。

# 台北市醫師公會好書獎 申請表

一、作者：\_\_\_\_\_ 推薦人：1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
聯絡電話：1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
醫院/診所：\_\_\_\_\_ 職稱：\_\_\_\_\_  
電子信箱：\_\_\_\_\_

作者簽名：\_\_\_\_\_

## 二、著作名稱

中文：\_\_\_\_\_

英文：\_\_\_\_\_

出版日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

出版商：\_\_\_\_\_ 地點：\_\_\_\_\_

出版形式：\_\_\_\_\_ 國際標準號碼：\_\_\_\_\_

類別：醫療專業 醫療一般 醫事法律 其他

## 三、摘要內容（以500字為限）

四、須有至少兩位推薦人。

五、若有共同著作者請填附表乙份。

六、申請人填妥申請表及準備參選著作五份後送件。

台北市醫師公會好書獎申請表附表

著作合著人同意證明		
代表送審人姓名		
著作名稱	中文：	
	英文：	
出版日期	民國          年          月          日	
出版廠商及地點	廠商名稱：	
	地點：	
出版形式 (書本、光碟)		
合著人簽章證明 (簽章者表示同意由代表送審人申請台北市醫師公會好書獎)		
民國          年          月          日		

# 徵求本會會刊封面照片

**徵稿時間：**115年7月1日至8月31日

**參加資格：**限本會會員

**主 題：**以**台北市**四季生態、風景、人文等為主題的照片

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

**投稿方式：**請將作品檔案及報名表以Email寄至[tma07@tma.org.tw](mailto:tma07@tma.org.tw)或郵寄資料光碟至台北市大安區安和路1段27號16樓，並註明「投稿台北市醫師公會會刊封面」，信件內文請註明**作品標題、攝影地點、圖片說明**，並附**姓名、服務單位、電話**。

**甄選結果：**經本會編輯委員會審核通過後，由本會安排刊登日期。

**備註：**

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

# 台北市醫師公會會刊 封面照片投稿資料表

會員姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
服務院所		聯絡電話		
E - M a i l				
季節	<input type="checkbox"/> 春	<input type="checkbox"/> 夏	<input type="checkbox"/> 秋	<input type="checkbox"/> 冬
拍攝地點				
作品標題				
文字說明				

(30-50字)

## 一、注意事項

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

## 二、著作權聲明書與授權書

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

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

此致

台北市醫師公會

立書人簽章：

身分證字號：

日 期： 年 月 日

\*報名表填寫超過一頁者，請以雙面列印！謝謝！

# 妨害性自主—臺灣高等法院113年度侵聲再字第14號刑事裁定評析

臺北榮民總醫院職業醫學及臨床毒物部  
李睿霖（實習醫學生） 葛謹

## 前言

我國婦女人身安全的保護與保障，立法過程曾有一段心酸的歷程<sup>1</sup>，最終除了訂定「性侵害犯罪防治法(Sexual Assault Crime Prevention Act 1997)」外，1999年修正刑法第221至229-1條，改立「妨害性自主罪章」，強調：(1)性侵害案件並非敗壞社會善良風俗的「妨害風化罪」；(2)將妨害性自主罪，改為非告訴乃論之罪。(3)不再課予受害者要有「奮力抵抗」的法律義務。(4)男性亦列為性侵害的客體<sup>2-4</sup>。嗣後內政部警政署與各縣市政府警察局也依據「刑法（第221條至第229-1條、第332、第334條、第348條）」及「性侵害犯罪防治法」，發布「婦幼警察隊組織規程」<sup>5</sup>，單一窗口專責處理：(1)婦幼安全、(2)家庭暴力、(3)性侵害防治、(4)兒童少年性交易、(5)兒童保護案件、(6)迷途婦幼之保護、(7)預防犯罪宣導等案件。簡言之，性侵害防治工作屬於「婦幼警察隊」業務，婦幼警察隊在處理性侵害案件時，根據刑法第221條及第222條之重大性侵害案件，會立即派員協助現場戒護及證據保全，並在必要時通知專業人士到場協助詢（訊）問。於製作被害人筆錄完成後，四十八小時內填報及輸入刑案（發生）紀錄表<sup>6</sup>。

## 經過

2016年某月甲男透過交友網站結識乙女，並以假名往來聯繫，甲與乙頻繁聯繫與數次見面後，邀約乙於2017年6月25日下午至其住處，玩牌及酌飲酒類。乙應允後，甲駕駛自用

小客車，2人先到觀光夜市吃冰後，於同日下午5時許，搭載乙抵達甲住處。

甲提供梅酒、白開水給乙飲用，並在客廳相互接吻，甲問乙：「客廳沒有冷氣要不要到房間？」乙說好，甲把乙抱到臥室床上平躺。

同日晚上7時許，甲駕駛自小客車搭載乙返回乙住處附近。惟乙返家後仍感身體不適、記憶片段，遂於翌日(26)日凌晨2時53分許，至A醫院就醫，A醫院人員幫攔計程車，直接至B醫院通報警察局婦幼警察隊，並依「受理性侵害案件作業程序」完成驗傷程序，由婦幼警察隊派員檢具「性侵害案件藥物鑑定血、尿液檢體監管紀錄表」，於同年6月30日，使用冰桶運送至專責鑑定醫院（C醫院）鑑定。C醫院鑑定結果為陰性。2018年5月9日檢察官另指揮員警至C醫院將本件檢體領出，並於同日囑託D醫學院鑑定，函文主旨記載：「惠請貴院於鑑定過程特別注意該檢體內有無 ethylone、GBL、GHB等新興濫用藥物。」D醫學院鑑定結果：尿液、血液均鑑驗出佐沛眠成分，血中濃度為9.88ng/mL，尿液中濃度則為2.38ng/mL。檢察官遂以「使用藥劑強制性交罪」，起訴甲。

## 爭執1：甲與乙是否有性交行為？

甲主張：(1)當天飲用完我提供之梅酒、水等飲品後，我們在客廳相互接吻。(2)我問乙說客廳沒有冷氣要不要到房間？乙說好，我才把乙抱到臥室床上平躺。(3)接著乙自己將上衣及內衣脫掉，並告訴我她有1、2年沒有性

行為怕痛，問我有無戴保險套？(4)我說我沒有準備、會小力一點，乙就沒有特別說什麼，我才與乙性交行為。(5)過程中乙的意識均清楚，我們是合意性交。(6)我並未在飲品內加入佐沛眠。

**乙主張：**(1)我們大約接近5點抵達住處，先坐在沙發上看電視，然後甲說要調梅酒給我，喝完梅酒後，甲起身回廚房。(2)當時我因為覺得口很乾，所以向甲要了一杯開水。(3)當時意識已經有點微醺，但沒有完全醉，甲就拿了一杯用玻璃酒杯裝的白開水給我。(4)我喝了兩口發現水中有白色顆粒漂浮，覺得很奇怪，就拿著水進去廚房間甲：「為什麼杯子裡面的水會霧霧的？」(5)甲拿起水壺說：「難道是我家的茶壺霧霧的嗎？」並說會再倒一杯水給我。(6)我當時頭愈來愈暈，就從廚房離開，走向客廳的方向，甲很快再拿出一杯用紅色馬克杯裝的水給我，我喝了一口，就回到沙發上坐著，因為我真的不舒服，整個人癱在沙發上。(7)跟以前喝酒的感覺不一樣，我不敢讓甲知道我很不舒服，因為我怕甲會對我幹嘛。(8)甲一直在廚房不知道忙什麼，直到我愈來愈沒力的時候，就走向我，把我抱起來，對我說：「你喝醉了。」(9)接著把我抱進房間裡面，當我躺在床上時，我發現衣服不見了，然後甲開始脫我的衣服，我很害怕，就對甲說「不要」、「不可以這樣」，我一直拒絕他，並且用腳蹬床，想要離甲遠一點。(10)甲又把我身體再拉過去，並將其陰莖插入我的陰道，當時我的頭愈來愈暈，身

體愈來愈沒力，我覺得怎麼反抗都沒有用、很害怕。(11)我因為害怕得病，過程中我有拜託甲戴保險套，但甲回我「都沒有硬，要怎麼戴」。(12)然後我的意識愈來愈模糊，眼睛愈來愈睜不起來，我有努力想要起身，但甲壓在我身上，我只要一講話就會暈眩過去。(13)第1次醒來時發現我的頭是朝床尾，隱約看到甲在滑手機。(14)甲看到我有一點醒來時，問我：「你可不可以回家？」我說「可以」，但說完又暈眩過去。(15)第2次醒來的時候，甲就到我旁邊說，他要跟家人吃飯，所以要先載我回家。(16)當下我只想趕快離開那個地方，所以中途未直接下車求救。(17)翌日凌晨我先坐計程車到A醫院，跟醫師說我懷疑我的飲料被下藥。(18)醫師建議我直接報警，並將我轉到B醫院，大約凌晨2點多的時候，醫院人員幫我攔計程車，我就直接去B醫院驗傷。

**法院心證：**(1)乙於當日凌晨3時30分許在B醫院驗傷採證。(2)B醫院受理疑似性侵害事件驗傷診斷書、疑似性侵害案件證物採集單及刑事警察局鑑定書。(3)採集外陰部及陰道深部檢體送驗，均檢出同一男性染色體DNA-STR型別與甲相符。(4)甲對乙性交，事證明確。

### 爭執2：甲乙是否為合意性交？

**甲主張：**(1)過程中乙的意識均清楚，我們是合意性交。(2)依驗傷結果可知，乙身上並無抓痕或瘀青現象，足徵並未反抗，兩人確為合意。

**乙主張：**(1)我一直拒絕他，並且用腳蹬床，想要離甲遠一點。

**法院心證：**(1)甲雖曾多次相邀乙至其住處用餐及留宿，但均遭乙以兩人關係慢慢發展為由，表示拒絕。(2)當日甲亦未曾詢問乙是否願意發生性行為，可見顯然甲自始均未取得乙之同意，自難認乙有同意。

### 爭執3：甲是否使用藥劑為性交？

**甲主張：**(1)絕無此行為。(2)也無持有或使用佐沛眠(Zolpidem)。

**乙主張：**(1)驗傷採證尿液、血液均鑑驗出佐沛眠成分，血中濃度為9.88ng/mL，尿液中濃度則為2.38ng/mL。

**法院心證：**(1)衛生福利部食品藥物管理署函：佐沛眠屬於安眠鎮靜劑，服用後常見副作用為幻覺、激躁、夢魘、嗜睡、頭痛、頭暈、失眠加劇、順行性健忘、背痛、腹瀉、噁心、頭痛及腹痛等症狀，核與乙所證述案發當日之症狀相符。(2)再依據MICROMEDEX資料庫與藥物仿單，佐沛眠為非苯二氮平類鎮靜安眠藥物，該藥物一般於服用後30分鐘開始產生作用，並於服用後0.5至3小時內達到最高血漿濃度，緩釋錠之最高血漿濃度中位數（亦即一般人達到最高血漿濃度的時間）則出現在1.5小時，若是服用大劑量藥物、併用酒類或其他中樞神經抑制劑及耐受性低的人，則其症狀起始時間可能較早。(3)可佐證乙遭甲性交行為時，確有因體內佐沛眠藥性作用以致意識模糊、全身虛弱而無法強烈反抗之情。(4)衡酌

若乙係自願與甲發生性交行為，則當無自行服用含有佐沛眠成分藥物，使自己於性交時陷入上述身體反應不適之必要。(5)更可佐證乙所證述，係在飲用甲所提供之飲料後，而意識模糊、全身無力致遭甲強制性交乙節，確係信而可徵。(6)甲係用藥劑使乙無法反抗，則性交過程，並未造成身體有明顯之抓痕或瘀青等外傷現象，亦與常理無違，自亦不足採為甲有利之認定。

### 爭執4：乙之血液與尿液檢驗，專責鑑定醫院（C醫院）鑑定結果與D醫學院明顯不同，恐有錯誤？

**甲主張：**(1)本件所採集之檢體送至C醫院，未檢出「佐沛眠」。(2)該檢體事隔一年，於2018年5月9日由C醫院領出，轉送D醫學院鑑驗。(3)D醫學院於2018年9月21日作成之鑑驗報告，突然鑑驗出「佐沛眠」。(4)C醫院與D醫學院鑑定報告之結論完全相反，恐有錯誤。

**法院心證：**(1)B醫院受理疑似性侵害事件後，婦幼警察隊派員，使用冰桶運送至C醫院。(2)C醫院於2017年6月30日收件，以免疫酵素分析法(EIA)檢出陰性反應。(3)「尿液鹼性類藥物篩檢」以氣相層析質譜分析法(GC/MS)檢出Caffeine（咖啡因）反應。(4)佐沛眠藥物在C醫院可檢出並確認之尿液中最低濃度為3ng/mL。(5)偵測極限：D醫學院使用之液相層析串聯質譜儀(LC-MS/MS)可檢驗之尿液中偵測極限為0.1ng/mL，因檢驗方法相異，偵

測極限不同，當尿液檢體中藥物濃度低於3ng/mL且高於0.1ng/mL時，有可能發生雙方鑑定結果不一致等情。

### 爭執5：甲可否聲請傳喚D醫學院之鑑定人到庭作證？

**法院心證：**(1)D醫學院拒絕提供實際成員資料，致無從傳喚實際實施鑑定之人到案。(2)刑事訴訟法第198條第1項：「鑑定人由審判長、受命法官或檢察官就下列之人選任一人或數人充之：一、因學識、技術、經驗、訓練或教育而就鑑定事項具有專業能力者。二、經政府機關委任有鑑定職務者。」(3)同法第206條：「(第1項)鑑定之經過及其結果，應命鑑定人以言詞或書面報告。(第2項)鑑定人有數人時，得使其共同報告之。但意見不同者，應使其各別報告。(第3項)第一項之言詞或書面報告，應包括以下事項：一、鑑定人之專業能力有助於事實認定。二、鑑定係以足夠之事實或資料為基礎。三、鑑定係以可靠之原理及方法作成。四、前款之原理及方法係以可靠方式適用於鑑定事項。(第4項)以書面報告者，於審判中應使實施鑑定之人到庭以言詞說明。但經當事人明示同意書面報告得為證據者，不在此限。(第5項)前項書面報告如經實施鑑定之人於審判中以言詞陳述該書面報告之作成為真正者，得為證據。」(4)本案係依刑事訴訟法第198條授權選任鑑定人而實施之鑑定，凡由法官或檢察官選任之鑑定人或鑑定機關，即適格充當鑑定人，且第206條並

容許鑑定人(機關)以書面報告鑑定經過及結果。(5)上開鑑定結果雖因鑑定機關拒絕提供實施鑑定之人到庭接受被告及其辯護人之反對詰問，然亦於上開鑑定之證據能力並無影響。(6)上開鑑定係以科學之儀器即液相層析串聯質譜儀(LC-MS/MS)實施鑑定，縱實際實施鑑定之人到庭接受被告及其辯護人之詰問，其亦僅能依據科學儀器鑑定之結果回答：扣案之尿液經液相層析串聯質譜儀鑑驗顯示含有佐沛眠(Zolpidem)成分。(7)本件實際實施鑑定之人，實質上係鑑定儀器液相層析串聯質譜儀，並非屬於一般自然人之專家證人，甲及其辯護人自亦無從對液相層析串聯質譜儀實施詰問。(8)鑑定機關雖拒不提供操作上開液相層析串聯質譜儀及撰寫鑑定意見之人，到庭接受詰問，亦與鑑定之結果不生何影響。

### 爭執6：佐沛眠藥物動力學是否有可疑之處？

**甲主張：**(1)依據藥物動力學，一般血中佐沛眠濃度大於100ng/mL以上時，血尿比才會大於2-3以上：血中佐沛眠濃度小於100ng/mL，則血尿比應該小於2。(2)本件血尿之比率(血/尿)達到4.15，暴露時間若超過5-6小時，恐有違反藥物動力學檢驗結果<sup>7</sup>。

**法院心證：**(1)原審已判決確定甲對乙為強制性交之犯罪事實，且詳細敘述所憑之證據及取捨、認定之理由，並就甲於審理過程中所辯，予以指駁及說明。(2)佐沛眠藥物在C醫院可檢出並確認之尿液中最低濃度為3ng/mL。

(3)D醫學院使用液相層析串聯質譜儀(LC-MS/MS)可檢驗之尿液中偵測極限為0.1ng/mL。(4)檢驗方法相異，偵測極限亦有不同，當尿液檢體中藥物濃度低於3ng/mL且高於0.1ng/mL時，有可能發生雙方鑑定結果不一致。(5)不同之鑑定結果，何者為可採，事實審法院自得參酌其他相關證據為判斷。(6)原確定判決除D醫學院鑑定報告外，係綜合卷內各項事證與甲之部分供詞、乙女之證述等證據資料，相互勾稽而為認定，並無逕以D醫學院鑑定報告作為論罪之主要依據。(7)法院所為論斷與經驗法則、論理法則均無違，更無理由欠備之違法。(8)聲請意旨雖稱若D醫學院鑑驗結果正確，則乙女事後自行服用佐沛眠之可能。然原確定判決已認定乙女於飲用甲提供之飲料後，未久即陷入想睡覺之狀態，並經甲坦認，且乙亦無自行服用佐沛眠使其陷入昏睡狀態之必要，並說明於理由欄。(9)甲徒就原確定判決已認定之事實，再行爭執，僅係針對原確定判決所認定之事項，重為爭執，客觀上尚難認為足以動搖本院確定判決所認定之事實，實難認符合刑事訴訟法第420條第1項第6款之規定。

## 法院判決

### 刑事法庭

**地方法院：**依法不得公開<sup>8</sup>。甲不服，上訴高等法院。

**高等法院：**原判決撤銷。甲犯以藥劑強制性交罪，處有期徒刑7年6月<sup>9</sup>。甲不服，上訴最高法院。

**最高法院：**上訴駁回<sup>10</sup>。甲不服，聲請高等法院再審及停止刑罰執行。

**高等法院：**再審及停止刑罰執行之聲請均駁回<sup>11</sup>。甲不服，向最高法院抗告。

**最高法院：**抗告駁回<sup>12</sup>。

### 民事法庭

**地方法院：**甲應給付乙新臺幣101萬6367元<sup>13</sup>。甲不服，上訴。

**高等法院：**調解成立<sup>14</sup>。

## 討論

**妨害性自主：**我國舊刑法在「妨害風化罪章」第221條第1項：「對於婦女以強暴、脅迫、藥劑、催眠術或他法，至使不能抗拒而姦淫之者，為強姦罪。」在修法以前，立法者將性犯罪定位成違反道德的犯罪。直到性觀念的逐漸廣泛及開放角度的審視：(1)將「姦淫」改為「性交」；(2)將行為客體「婦女」，改為「男女」；(3)刪除「至使不能抗拒」；(4)增訂「其他違反其意願之方法」；1999年，我國刑法221條至229-1條的規定，從「妨害風化罪章」獨立出來，並設置「妨害性自主罪章」。修法後，性犯罪從原本道德思想的脈絡下脫離，不再屬於道德犯的「姦淫」概念。而性自主乃屬於個人自由的一種展現，屬於自由權利的一環，因此性犯罪屬於侵害個人的自由法益，屬於妨害自由的一種類型。刑法第221條：「(第1項)對於男女以強暴、脅迫、恐嚇、催眠術或其他違反其意願之方法而為性交者，處三年以上十年以下有期徒刑。」

（第2項）前項之未遂犯罰之。」同法第222條：「（第1項）犯前條之罪而有下列情形之一者，處七年以上有期徒刑：一、二人以上共同犯之。二、對未滿十四歲之男女犯之。三、對精神、身體障礙或其他心智缺陷之人犯之。四、以藥劑犯之。五、對被害人施以凌虐。六、利用駕駛供公眾或不特定人運輸之交通工具之機會犯之。七、侵入住宅或有人居住之建築物、船艦或隱匿其內犯之。八、攜帶兇器犯之。九、對被害人為照相、錄音、錄影或散布、播送該影像、聲音、電磁紀錄。（第2項）前項之未遂犯罰之。」本案三審認定符合「以藥劑犯之」之加重結果犯，應處七年以上有期徒刑，因此判決7年6月有期徒刑<sup>14</sup>。

**婦幼警察隊：**一般而言，各縣市政府依警察局組織規程第訂定「市政府警察局婦幼警察隊組織規程」，婦幼警察隊置隊長與副隊長，並設下列各組，分別掌理各有關事項：(1)行政組：文書、印信、檔案、出納、總務、財產之管理與督察、教育、訓練、保安、保防、民防、交通、後勤裝備、廳舍營繕、資訊、法制、公關、研考等業務及不屬於其他各單位事項。(2)偵防組：婦幼安全工作之規劃、督導與宣導、家庭暴力防治工作之規劃、督導與案件處置、性侵害防治工作之規劃、督導與案件處置、兒童少年性交易防制工作之規劃、督導與案件處理、兒童保護案件之規劃、督導與案件處置、迷途婦幼之保護措施、預防犯罪宣導規劃及其他協助偵查犯罪等事項<sup>5-6</sup>。性侵害防治工作的證據保全，十分重要。依據「受理性

侵害案件處理作業程序」，驗傷、檢傷階段：(1)由性侵害專責小組同性員警及社工員陪同至囑託醫院驗（檢）傷。(2)評估案發時間與採證時間之間隔是否逾7日，超過7日則不用開啟「疑似性侵害案件證物袋」。(3)若案件之加害人為陌生人，恐有再犯之虞，加註「緊急案件」請優先鑑驗。(4)「疑似性侵害案件證物盒」內之證物逐項清點後，由醫院封貼，並填寫證物交接簿。(5)證物保存運送方式：(i)證物袋—常溫保存；(ii)胚胎組織檢體—冰存4°C，送驗時使用冰桶；(iii)藥物鑑驗採證袋—冰存4°C，送驗時使用冰桶，並於10日內送刑事局鑑定<sup>15</sup>。

**性侵害案件：**警察機關受理性侵害案件報案採單一窗口，依據處理性侵害案件作業程序之「檢體採集」規定：(1)採樣評估：採樣醫師視被害人臨床症狀或被害人主述遭下藥採集被害人檢體。(2)採樣完畢後，當場黏貼檢體封籤，尿液60ml（採尿瓶），分甲、乙2瓶，每瓶30ml；(3)填寫「性侵害案件藥物鑑驗血、尿液檢體監管紀錄表」，視被害人臨床症狀或自述，勾選鑑驗項目。(4)證物保存運送方式：(i)證物袋應陰乾常溫保存。胚胎組織檢體24小時送驗者，置於攝式四度冷藏保存；(ii)至遲十五日內送驗者，置於攝式零下二十度冷凍保存，由婦幼警察隊派員於十五日內，檢具「刑事案件證物採驗紀錄表」使用冰桶送刑事警察局鑑定；(iii)藥物鑑驗採證袋（用藥已逾96小時無須採樣）置於攝式四度冷藏保存，至遲十五日內由婦幼警察隊派員檢具「性

侵害案件藥物鑑定血、尿液檢體監管紀錄表」使用冰桶運送至專責鑑定醫院（臺北榮民總醫院、高雄醫學大學附設醫院）鑑定，並於前揭紀錄表註明鑑定書副知婦幼警察隊<sup>6</sup>。

**新興濫用藥物：**2005年歐盟(European Union)首次出現新興毒品(emerging drug)一詞，2013年聯合國毒品及犯罪辦公室(United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC)定義新興毒品為：一種或數種混合型的物質，它們非屬聯合國1961年及1971年麻醉藥品(narcotic drug)和精神作用物質(psychotropic substances)管制公約中的物質，並造成公共衛生的威脅。簡言之，新興毒品並非「新發明」(newly invented)而是「新的不當使用」(newly misused)，其出現的主要目的是為了規避法律對於毒品的管制，可溯源於1980至1990年代的合成毒品(designer drugs)，其特性是將原毒品的化學結構式做微幅改變，藉以規避管制，但其藥理作用和毒品類似，除有成癮性、濫用性及對社會危害性，甚至毒品派對因混用或濫用而死亡<sup>16-17</sup>。本案檢察官原希望D醫學院重新查驗是否有新興濫用藥物(ethylone、GBL、GHB)，結果檢驗出佐沛眠(Zolpidem)，遂依以藥劑強制性交罪處刑。

**佐沛眠：**佐沛眠為類苯二氮平神經抑制劑(nonbenzodiazepine)，屬苯二氮平類受體促進劑種類的藥物，但卻無苯二氮平類藥物的化學結構。主要具有鎮靜安眠(Sedative-hypnotics)效果，臨床上用於失眠症的治療。副作用依個人之情況會有不同，可能出現眩暈、頭

暈、昏暈、幻覺（包括視覺、聽覺幻覺）、睡眠障礙、跌倒、動作笨拙(clumsiness)、不穩(unsteadiness)、心智沮喪及昏亂(confusion)等。臨床案例顯示：有些長期使用者會導致藥物依賴與耐受性，且停止使用佐沛眠會有輕微的戒斷症狀。但有些則有腹部及肌肉痙攣、嘔吐、冒汗、顫抖等較嚴重症狀，同時也經常伴隨反彈性失眠(rebound insomnia)症狀。藥物過量會有動作笨拙或不穩、眩暈、複視或其他視覺問題、昏昏欲睡、嘔吐、呼吸混亂(troubled breathing)、心跳減慢、噁心等較嚴重的症狀發生。若懷孕期間服用鎮靜安眠類藥物，會使胎兒於出生之後就有戒斷症狀發生的可能性<sup>7,18</sup>。

**藥物動力學：**藥理學(Pharmacology)是基礎醫學、臨床醫學、醫學與藥學知識的重要橋梁。藥理學重要的二項研究包括：(1)藥物效應動力學(Pharmacodynamics，簡稱藥效學或PD)研究藥物對人體的各種情況影響下，所發生的變化及其規律，以佐沛眠而言，例如：服用佐沛眠後的鎮靜安眠效果、藥物的交互作用、副作用、對孕婦的影響。(2)藥物動力學(Pharmacokinetics，簡稱藥動學或PK)：研究藥物進入人體內，隨時間在體內變化與分佈的規律。藥動學需要分析與了解藥物的代謝、分解，並研究藥物從口服、注射、吸入等方式進入人體的體內血液、組織器官，尿液分佈，至完全從體內清除的過程及變化規律。以佐沛眠而言，例如：服用佐沛眠後血液與尿液的濃度與時間分佈圖、佐沛眠從體內清除的途徑與時間<sup>7,18-20</sup>。

## 結語

**藥動學有疑：**服用佐沛眠約在口服30-90分鐘內起效，一般人達到最高血漿濃度的時間則出現在1.5小時，就有鎮靜安眠效果，藥效可維持兩至三小時，但也有可能造成複雜睡眠行為(Complex behaviors)，並常合併失憶，如：夜間夢遊中吃東西、移動物品，且往往在隔天印象模糊甚至不記得，一旦出現此種副作用，應與醫師討論是否停止或更改藥物。然而佐沛眠半衰期(half life)：2.5-3小時，排泄途徑：56%經尿液，34%經糞便，本案若確實是當日下午17:00左右服用進入人體，一般而言，2-3小時血液濃度最高，且有鎮靜安眠效果，因為56%經由尿液排泄，血尿濃度比例開始反轉，9-10小時已超過佐沛眠3個半衰期(half life)，此時之佐沛眠血尿濃度比例，似不應過高，方符合佐沛眠的藥物動力學<sup>7,18-20</sup>。

**陽性閾值：**「毒品危害防制條例(Narcotics Hazard Prevention Act, 1955)」第2條：「(第1項)本條例所稱毒品，指具有成癮性、濫用性、對社會危害性之麻醉藥品與其製品及影響精神物質與其製品。(第2項)毒品依其成癮性、濫用性及對社會危害性，分為四級。」佐沛眠(Zolpidem)為該條例之第四級毒品，衛生福利部依該條例第33條授權訂定之「濫用藥物尿液檢驗作業準則」第15條：「(第1項)初步檢驗結果尿液檢體中濫用藥物或其代謝物之濃度在下列閾值以上者，應判定為陽性：一、安非他命類藥物：500ng/mL。二、鴉片代謝物：300ng/mL。三、大麻代謝物：50ng/mL。四、

古柯鹼代謝物：300ng/mL。五、愷他命代謝物：100ng/mL。(第2項)前項以外之濫用藥物或其代謝物，其初步檢驗依衛生福利部食品藥物管理署公告之濃度作為判定檢出之閾值。未有公告者，檢驗機構得依其分析方法最低可定量濃度訂定適當閾值。」本案D醫學院尿液中偵測極限(最低可定量濃度)為0.1ng/mL，是否可為「適當閾值」？似有討論空間。

## 參考文獻

1. 古德凱：妨害性自主罪章修法歷程的反思—以白玫瑰運動為轉捩點。民間司法改革基金會(<https://www.jrf.org.tw/articles/1688>；2019-8-16)，2026-1-20 visited.
2. 高鳳仙：性侵害及性騷擾之理論與實務。臺北市，五南圖書；2019.
3. 文榮光：性侵害犯罪防治學—理論與臨床實務應用(Sexual assault crime prevention)。臺北市，五南圖書；2018.
4. 黃翠紋：性別暴力防治政策。臺北市，五南圖書；2024.
5. 臺北市政府警察局婦幼警察隊組織規程(<https://laws.gov.taipei/Law/LawSearch/LawFileList/FL034498>)。2026-1-20 visited.
6. 處理性侵害案件作業程序修正規定([https://www.ncpd.gov.tw/df\\_ufiles/c/SOP](https://www.ncpd.gov.tw/df_ufiles/c/SOP))。2026-1-20 visited.
7. Villain M, Chèze M, Tracqui A, et al : Windows of detection of zolpidem in urine and hair: application to two drug facilitated

- sexual assaults. *Forensic Science International* 2004 ; 143(2-3) : 157-61.
8. 臺灣士林地方法院108年度侵訴字第29號刑事判決（2021年2月9日）。
  9. 臺灣高等法院110年度侵上訴字第91號刑事判決（刑事第十九庭，2021年10月20日）。
  10. 最高法院111年度台上字第343號刑事判決（刑事第八庭，2023年5月17日）。
  11. 臺灣高等法院113年度侵聲再字第14號刑事裁定（刑事第二十三庭，2024年8月30日）。
  12. 最高法院113年度台抗字第191號刑事裁定（刑事第七庭，2024年11月14日）。
  13. 臺灣士林地方法院108年度訴字第930號民事判決（民事第二庭，2021年5月21日）。
  14. 臺灣高等法院110年度上易字第846號民事判決（2023年7月7日）。
  15. 邱子珍：渴愛的青春—少年及婦幼警察隊長十年專業經驗談,帶孩子遠離傷害的成長書。臺北市，創意市集出版；2021。
  16. 李雪莉，曹馥年，楊智強等：島國毒癮紀事(The many faces of addiction : Taiwan's eternal war on drug)。臺北市，春山出版有限公司；2023。
  17. 練宜婷，葛謹：新興毒品—臺灣臺北地方法院109年度訴字第1117號刑事判決評析。台北市醫師公會會刊2024；68(9)：34-40。
  18. Salvà P, Costa J : Clinical pharmacokinetics and pharmacodynamics of zolpidem. *Therapeutic implications. Clinical Pharmacokinetics* 1995 ; 29 (3) : 142-53.
  19. 大谷壽一著/カネダ工房作畫/陳朕疆譯：世界第一簡單藥物動力學（マンガでわかる藥物動態学）。新北市，世茂出版有限公司；2022。
  20. Kisor, DF : 聚焦個體化醫療—藥物基因學、藥物動力學及藥效學應用入門 (Pharmacogenetics, kinetics, and dynamics for personalized medicine)。新北市，合記；2020. 📖





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

#### 婦 產 部

具婦產專科醫師證書

### 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](mailto: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

# 攝護腺癌篩檢介紹

<sup>1</sup>台北市立聯合醫院中興院區家庭醫學科

<sup>2</sup>國立台灣大學公共衛生學院流行病與預防醫學研究所

<sup>3</sup>台北市立大學社會暨公共事務學系 <sup>4</sup>台北市立大學衛生福利學系

楊富程<sup>1</sup> 吳岱穎<sup>1,2,3,4</sup> 蔡秉翰<sup>1</sup> 賴正偉<sup>1</sup> 簡維隆<sup>1</sup> 劉力愷<sup>1</sup>

## 摘要

隨著人口高齡化與醫療技術進步，癌症早期偵測已成為公共衛生政策的重要核心。攝護腺癌為目前台灣男性第三大常見癌症，其發生率及死亡率逐年上升。本文整理近年攝護腺癌篩檢策略變化，並比較各項攝護腺癌篩檢工具於不同臨床情境中的角色，以期能為臨床實務與未來台灣相關政策制定提供依據。

## 攝護腺癌簡介

攝護腺癌是全球男性中最常見的癌症之一，特別是在50歲以上的男性族群<sup>1</sup>。據統計，有超過80%的攝護腺癌病例發生於50歲以上的男性<sup>2</sup>。根據衛生福利部最新發布的111年癌症登記報告，男性國人攝護腺癌發生比率由110年度的第五名上升至第三名，僅次於大腸癌及肺癌<sup>3</sup>。儘管許多攝護腺癌進展緩慢，但仍有部分患者會發展為侵襲性疾病，對健康造成嚴重威脅<sup>4</sup>。

## 攝護腺癌的高風險族群

在過去的統計資料中，西方國家中攝護腺癌的發生率遠高於東方國家，但近幾年來亞洲國家中攝護腺癌的發生比率逐年增高，已是不容忽視的重要癌症<sup>5</sup>。年齡是攝護腺癌最主要的風險因子之一，根據台灣的研究，從2006年到2013年攝護腺癌的發病率逐年上升，主要集中在71至80歲的年齡層，且有向51至70歲年齡層移動的趨勢<sup>6</sup>。此外，有攝護腺癌家族史的男性，其罹患風險顯著增加。特定的遺傳基因變異，如BRCA1(Breast cancer 1)和

BRCA2(Breast cancer 2)基因，與攝護腺癌的風險增加有關。研究指出，BRCA2突變的男性，其攝護腺癌風險約為普通男性的2至6倍，且多為高度惡性腫瘤<sup>7</sup>。生活方式與飲食習慣也是影響攝護腺癌風險的重要因素。一項針對台灣南部地區的研究發現，經常食用高脂肪飲食、缺乏運動、肥胖等因素，與攝護腺癌的發生有顯著相關。相反地，攝取足夠的蔬菜、水果，保持健康體重，則可降低罹患風險<sup>8</sup>。

## 直腸指診在攝護腺癌篩檢的角色

攝護腺癌的篩檢中，是否需要進行直腸指診(Digital Rectal Examination, DRE)一直存在爭議。根據美國泌尿科醫學會2023年度指引建議，攝護腺特異抗原(Prostate specific antigen, PSA)檢測仍是最重要且首選的篩檢工具，DRE已不再建議作為常規篩檢的一部分<sup>9</sup>。而美國癌症協會(American Cancer Society, ACS)則建議DRE可作為PSA的輔助工具，並在共享決策中視病患個人風險與偏好納入考量<sup>10</sup>。美國家庭醫學醫學會(American Academy of Family Physicians, AAFP)則認為不應將DRE及PSA檢測作為常規篩檢工具，並對於希望進行PSA篩檢的病患應在醫病共同決策後再進行<sup>11</sup>。

從實證角度觀察，多項研究對DRE的單獨診斷效力表示保留。Krilaviciute等人的研究指出，DRE在攝護腺癌篩檢中的敏感度僅22%，對無症狀個案的早期偵測幫助有限，不建議單獨使用<sup>12</sup>。2024年一篇刊登於歐洲泌尿外科腫瘤學期刊的研究也指出，DRE的癌症偵測

率 (0.01, 95%信賴區間: 0.01–0.02) 明顯低於PSA (0.03, 95%信賴區間: 0.02–0.03;  $p < 0.05$ ) 及DRE與PSA組合 (0.03, 95%信賴區間: 0.02–0.04;  $p < 0.04$ )，顯示將DRE納入篩檢流程對總體的癌症陽性預測值到增加有限<sup>13</sup>。另一項在西非進行的前瞻性研究則發現，單獨使用DRE的敏感度及特異度分別為88.9%及70.7%，而單獨使用PSA的敏感度、特異度分別為97.2%及12.1%。若合併PSA及DRE進行篩檢，敏感度及特異度上升至為91.7%及91.4%，顯示兩者結合則可顯著提高篩檢的診斷力<sup>14</sup>。

綜上所述，目前主流建議是將DRE作為高風險患者的輔助評估方式，尤其當PSA值接近灰色區域時，DRE更能提升臨床判斷的準確度。對於無症狀、非高風險族群且PSA正常者，則無常規進行DRE篩檢的必要。

### PSA檢測與分析

PSA檢測是目前最廣泛用於攝護腺癌初步篩檢的血液檢查指標，但其「異常升高」並不同於癌症，需進一步評估與追蹤。一般而言，當血中總PSA濃度超過4.0ng/mL時會被視為異常值，其靈敏度及特異度分別為93%及20%。然而，根據年齡差異調整參考值可以更準確判別異常，例如過去研究建議50至59歲男性的上限為3.5ng/mL，60至69歲為4.5ng/mL，70歲以上則可容許至6.5ng/mL<sup>15</sup>。這種年齡分層策略能降低偽陽性率，同時減少不必要的焦慮與檢查。

PSA異常升高的原因可分為惡性與良性兩大類。根據Lilja等人的研究，惡性原因主要為

攝護腺癌，特別是在腫瘤侵犯周邊組織或轉移時，PSA通常顯著升高。另一方面，良性因素如攝護腺肥大、攝護腺炎、近期的性活動、直腸指診或攝護腺手術等，也都可能導致PSA暫時上升<sup>16</sup>。這些非癌症因素對PSA數值有顯著影響，因此在判讀PSA數值時必須審慎評估病患的臨床背景。

PSA是由攝護腺上皮細胞所分泌的一種酵素，正常情況下僅少量釋放入血液中。當發現PSA數值輕微上升而落在「灰色地帶」（如4–10ng/mL）時，可根據PSA的密度(PSA density)、變化速率(PSA velocity)、游離PSA比例(free/total PSA ratio)等輔助指標進一步分析。

PSA密度：是指將血中總PSA濃度(ng/mL)除以攝護腺體積( $\text{cm}^3$ )所得的比值，其中攝護腺體積可由經直腸超音波(transrectal ultrasound, TRUS)或磁共振造影(magnetic resonance imaging, MRI)量測。PSA密度可同時反映PSA水平與腺體大小，通常在體積較大的良性腺體中，PSA密度會被稀釋而偏低。當PSA密度超過 0.15 ng/mL/ $\text{cm}^3$ 時，其對攝護腺癌的篩檢曲線下面積(AUC)為0.75 (95%信賴區間0.72–0.78,  $p < 0.001$ )，其敏感度及特異度皆為70%<sup>17</sup>。

PSA變化速率：是指單位時間內血中PSA濃度的上升幅度，計算方式是在至少18–24個月內量測3次以上PSA濃度，再以線性回歸或相鄰點差值求得年增率。正常老化或良性肥大亦會讓PSA緩慢上升，但若速度過快，則可能暗示存在潛藏的攝護腺癌。研究顯示，在年輕

男性族群中若一年內PSA增幅超過0.4ng/mL時對攝護腺癌有較高診斷力（敏感度67.3%，特異度81.2%）<sup>18</sup>，而在大於60歲的族群可將標準放寬到每年0.75ng/mL（敏感度77.8%，特異度31.9%）<sup>19</sup>。

游離PSA比例：是指游離型PSA佔總PSA的比例。PSA包括了兩種主要形式，包含與蛋白質結合的PSA(complexed PSA)與未結合蛋白的游離型PSA(free PSA, fPSA)，而兩種形式的PSA數值相加則為總PSA(total PSA, tPSA)。因為惡性腫瘤細胞分泌的PSA更傾向和蛋白質結合，攝護腺癌患者往往呈現低比例的游離型PSA，而良性肥大或發炎則游離型PSA比例會較高。因此當游離PSA比例小於25%(free/total PSA < 25%)時，可保留PSA檢測高敏感度的特性，篩檢出95%的攝護腺癌患者同時避免20%不必要的切片檢查<sup>20</sup>。

根據美國國家癌症研究所(National Cancer Institute, NCI)的臨床建議，在單次PSA升高的情況下，建議至少間隔數週後再次測量以排除暫時性變動。如果持續篩檢異常，除了參考上述的進階指標外，可進一步進行影像學檢

查如經直腸超音波(TRUS)或多參數磁振造影(multi-parametric magnetic resonance imaging, mpMRI)及攝護腺切片檢查以確認診斷<sup>21</sup>。PSA檢測雖非攝護腺癌的確診工具，但在風險評估與早期偵測方面仍具有高度價值。（表一）

### 經直腸超音波的檢出效能

多項研究指出，經直腸超音波(TRUS)在臨床顯著攝護腺癌的篩檢效能存在限制。2023年的一篇統合分析納入26篇研究與6,370名受試者，傳統灰階TRUS對攝護腺癌的篩檢曲線下面積(AUC)為僅為0.63–0.68，敏感度及特異度分別為66%及56%，顯示TRUS單獨篩檢時既容易漏診，又容易因影像偽陽性導致不必要活檢<sup>22</sup>。而在另一項隨機配對試驗PROMIS中，以病理結果比較mp-MRI與TRUS引導切片檢查的診斷準確度，顯示TRUS相較mp-MRI有較低的敏感度(93% vs 48%， $p < 0.0001$ )及較高的特異度(96% vs 41%， $p < 0.0001$ )<sup>23</sup>。目前國際指引均不建議將TRUS單獨用作無症狀男性的篩檢工具，而是作為活檢導引與體積估算的輔助工具。

表一

進階指標	定義 / 計算方式	常用標準
PSA 密度	tPSA(ng/mL) ÷ 體積 (cm <sup>3</sup> ; 根據 TRUS/MRI)	> 0.15 ng/mL/cm <sup>3</sup>
PSA 變化速率	連續 18–24 個月中 ≥ 3 次量測，取年增率	小於 60 歲：> 0.4 ng/mL/年 大於 60 歲：> 0.75 ng/mL/年
游離 PSA 比例	fPSA ÷ tPSA	< 25% (惡性傾向 fPSA 較低)

## 攝護腺癌的常規篩檢建議

根據美國預防服務工作小組(United States Preventive Services Task Force, USPSTF)於2018年發佈的建議，對於年齡在55至69歲之間的男性，應與醫師進行醫病共享決策，評估進行PSA檢測的潛在益處與風險後，再決定是否接受篩檢。研究指出，PSA檢查可能略為降低攝護腺癌死亡風險，但同時可能導致過度診斷並產生如尿失禁、性功能障礙等治療副作用。對於70歲以上的男性，USPSTF則不建議常規進行PSA檢測，因為檢測帶來的風險通常超過其益處<sup>24</sup>。美國癌症協會則建議，風險中等的男性可自50歲起開始考慮篩檢；若為高風險族群，例如非洲裔或有一位一等親屬於65歲前罹患攝護腺癌者，則建議自45歲起與醫師討論篩檢的必要性；若屬極高風險者，如有兩位以上一等親屬罹癌，則可自40歲開始檢測建議。這樣的分層策略有助於針對性篩檢，避免資源浪費與過度治療<sup>25</sup>。

目前在台灣尚未有全國性的攝護腺癌篩檢政策。現階段攝護腺癌的早期診斷通常是由DRE或PSA篩檢異常而發現，後續則由醫療機構進行個別風險評估與篩檢安排<sup>26</sup>。此外，過去研究也指出台灣男性普遍對PSA檢測認識仍

不足，健康教育與醫病溝通仍需加強<sup>6</sup>。（表二）

## 結語

攝護腺癌篩檢策略的演進，顯示出全球醫療體系對「及早偵測、精準治療」的高度重視。然而，PSA檢測與影像導引活檢雖能降低晚期癌症比例，卻也帶來過度診斷、治療副作用與醫療成本攀升的隱憂。因此在制定攝護腺癌篩檢政策時，應以「風險分層+醫病共享決策」為原則，根據年齡、家族史與基因背景調整篩檢起始年齡與頻率，並結合PSA的各項指標及影像學證據進行綜合判斷，減少無謂的活檢及介入治療。未來臺灣等亞洲地區亦需搜集更多本土資料，制定更完善的篩檢策略，以期在臨床效益、病人安全與健保資源之間取得更合理的平衡。

## 參考文獻

1. Prostate cancer incidence by stage at diagnosis 2021. Accessed August 27, 2025. <https://www.cdc.gov/united-states-cancer-statistics/publications/prostate-cancer.html>.
2. Key statistics for prostate cancer 2025. Accessed August 27, 2025. <https://www.cancer.org/cancer/>

表二

國家 / 組織	PSA 篩檢建議	DRE 角色
美國 AUA/USPSTF	55-69 歲需共享決策，不建議常規篩檢	不建議常規篩檢
美國 ACS	中等風險 50 歲、高風險 45 歲、極高風險 40 歲	DRE 可輔助 PSA
美國 AAFP	檢測前需共享決策	不建議常規篩檢

- types/prostate-cancer/about/key-statistics.html.
3. 十大癌症發生率(86-111)。衛生福利部國民健康署。https://www.hpa.gov.tw/Pages/ashx/GetFile.ashx?lang=c&type=1&sid=4e7488cf11c04388a33e9603ca01c2a1
  4. Rebello RJ, Oing C, Knudsen KE, et al: Prostate cancer. *Nature Reviews Disease Primers* 2021; 7(1): 9.
  5. Hideyuki A, Mizuki O, Shiro H: Prostate cancer trends in Asia. *World J Urol* 2017; 35(6): 859-65.
  6. PH L, SW C, LH T, et al: Increasing incidence of prostate cancer in Taiwan: A study of related factors using a nationwide health and welfare database. *Medicine* 2020; 99(39): e22336.
  7. HJ C, YH P, CY C, et al: A matched case-control study in Taiwan to evaluate potential risk factors for prostate cancer. *Scientific Reports* 2023; 13(1): 4382.
  8. KL H, CH C, YC L, et al: Lifestyle and risk factors associated with elevated prostate-specific antigen levels in rural men: implications for health counseling. *Front Oncol* 2024; 14: 1451941.
  9. JT W, Daniel B, Sigrid C, et al: Early detection of prostate cancer: AUA/SUO guideline part I: prostate cancer screening. *The Journal of urology* 2023; 210(1): 46-53.
  10. American cancer society recommendations for prostate cancer early detection. Accessed August 27, 2025. https://www.cancer.org/cancer/types/prostate-cancer/detection-diagnosis-staging/acs-recommendations.html.
  11. Choosing wisely®: prostate cancer screening. Accessed August 27, 2025. https://www.aafp.org/family-physician/patient-care/clinical-recommendations/all-clinical-recommendations/cw-prostate-cancer.html.
  12. Agne K, Nikolaus B, Jale L, et al: Digital rectal examination is not a useful screening test for prostate cancer. *Eur Urol Oncol* 2023; 6(6): 566-73.
  13. Akihiro M, Takafumi Y, Kensuke B, et al: Comparing the performance of digital rectal examination and prostate-specific antigen as a screening test for prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. *Eur Urol Oncol* 2024; 7(4): 697-704.
  14. Ehiremhen O, DE I: The diagnostic accuracy of prostate-specific antigen and digital rectal examination in the diagnosis of prostate cancer at the university of Benin teaching hospital. *J West Afr Coll Surg* 2023; 13(3): 91-5.
  15. TD R, JE O: Age-specific reference ranges for serum prostate-specific antigen. *Urol Clin North Am* 1997; 24(2): 339-51.
  16. Hans L, David U, AJ V: Prostate-specific antigen and prostate cancer: prediction, detection and monitoring. *Nat Rev Cancer* 2008; 8(4): 268-78.
  17. Igor Y, Muhammad K, Elad M, et al: The use of prostate specific antigen density to

- predict clinically significant prostate cancer. *Scientific Reports* 2020; 10(1): 20015.
18. Stacy L, KA R, WJ C, et al: Prostate specific antigen velocity threshold for predicting prostate cancer in young men. *J Urol* 2007; 177(3): 899-902.
19. RS P, Jennifer C, DG M, et al: Prostate-specific antigen velocity and the detection of gleason score 7 to 10 prostate cancer. *Cancer* 2007; 110(9): 1973-8.
20. WJ C, AW P, KM S, et al: Use of the percentage of free prostate-specific antigen to enhance differentiation of prostate cancer from benign prostatic disease: a prospective multicenter clinical trial. *JAMA* 1998; 279(19): 1542-7.
21. Prostate cancer screening (PDQ®)—health professional version. Accessed August 27, 2025. <https://www.cancer.gov/types/prostate/hp/prostate-screening-pdq>.
22. Dareen A, Neil K, Chunhui L, et al: Comparative assessment of different ultrasound technologies in the detection of prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. *Cancers (Basel)* 2023; 15(16): 4105.
23. HU A, AES B, LC B, et al: Diagnostic accuracy of multi-parametric MRI and TRUS biopsy in prostate cancer (PROMIS): a paired validating confirmatory study. *Lancet* 2017; 389(10071): 815-22.
24. DC G, SJ C, DK O, et al: Screening for prostate cancer: US preventive services task force recommendation statement. *Jama* 2018; 319(18): 1901-13.
25. AM W, RC W, RB E, et al: American cancer society guideline for the early detection of prostate cancer: update 2010. *CA Cancer J Clin* 2010; 60(2): 70-98.
26. 泌尿科治療指引|2024。台灣泌尿科醫學會。  




# 原發性隅角閉鎖型青光眼之成因、診斷與治療建議

<sup>1</sup>台北市立聯合醫院中興院區眼科 <sup>2</sup>台北市立聯合醫院中興院區家庭醫學科

<sup>3</sup>國立台灣大學公共衛生學院流行病與預防醫學研究所

<sup>4</sup>臺北市立大學社會暨公共事務學系 <sup>5</sup>臺北市立大學衛生福利學系

葉師榕<sup>1</sup> 吳岱穎<sup>1,2,3,4</sup> 蕭雅娟<sup>1</sup> 蔡宜倫<sup>1</sup> 蔡景耀<sup>1</sup>

## 定義與疾病光譜

原發性隅角閉鎖型青光眼(Primary Angle-Closure Glaucoma, PACG)是一類因前房隅角狹窄或閉鎖，導致眼房水無法順利排出、眼壓升高，進而損害視神經的青光眼性疾病（如圖一所示）。其最常見的機轉為瞳孔阻滯(pupillary block)，造成眼球內後房壓力升高、虹膜前拱(iris bombe)，進一步擠壓隅角，阻礙房水流出<sup>1</sup>。

原發性隅角閉鎖型青光眼可急性發作（眼壓劇升、眼痛、視力模糊）或慢性進展（無明顯不適症狀，但持續形成隅角閉鎖造成虹膜周邊沾黏及視神經損傷）；若未及早診斷與治療，恐導致不可逆視力喪失<sup>1,2</sup>。

原發性隅角閉鎖疾病(Primary Angle-Closure Disease, PACD)為一連續光譜<sup>3</sup>，分為：

### 1. 疑似隅角閉鎖(Primary Angle-Closure Suspect, PACS)：

隅角狹窄且虹膜與小樑網接觸達180°以上，但無眼壓升高、無周邊虹膜沾黏(Peripheral anterior synechiae, PAS)或無視神經損傷。此

階段僅具潛在風險，於常規檢查中偶然被發現<sup>3</sup>。

### 2. 隅角閉鎖(Primary Angle Closure, PAC)：

隅角閉鎖合併眼壓升高或PAS，顯示眼房水流出已受阻，但尚未對視神經造成損害<sup>3</sup>。

### 3. 隅角閉鎖型青光眼(Primary Angle-Closure Glaucoma, PACG)：

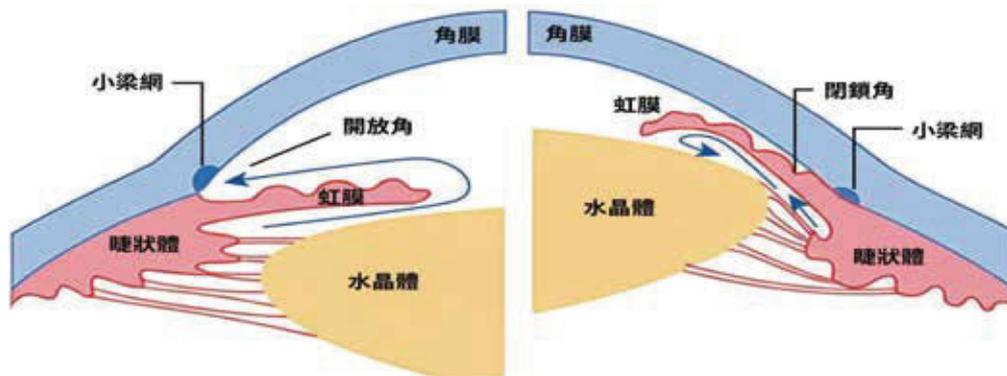
隅角閉鎖合併眼壓升高或PAS，且已有視神經病變與視野缺損，為該疾病的最終階段<sup>1,3</sup>。

急性與慢性表現皆可能橫跨上述階段。例如，急性隅角閉鎖型青光眼發作(Acute primary angle closure attack, APAC)為PAC或PACG的急性表現，需立即降壓與解除阻滯；而慢性型則病程緩慢，常在出現視野缺損時才被發現<sup>2</sup>。

## 病因、危險因子

### 病因與解剖因素

原發性隅角閉鎖疾病(Primary Angle-Closure Disease, PACD)屬於解剖性疾病。遠視



圖一 眼球內房水流動於隅角開放型與隅角閉鎖型之比較圖（自行繪製）

眼（短眼軸）常伴隨前房狹窄、水晶體較厚或位置前移，易形成瞳孔阻滯與隅角狹窄<sup>3</sup>。

#### 常見危險因子<sup>3,4</sup>

- 年齡增加（水晶體肥厚或形成白內障）
- 女性（平均眼軸短）
- 遠視
- 家族史與特定基因（如PLEKHA7）

#### 急性發作誘因

瞳孔擴大是主要觸發因素，包括：使用散瞳或抗膽鹼藥物（如感冒藥、暈車藥）、身處暗處、或情緒緊張等等<sup>1</sup>。

典型急性症狀包括眼痛、頭痛、視力模糊、角膜水腫、眼壓升高，需緊急處置。相對地，慢性常無症狀，易被忽略。

#### 診斷：臨床評估與前段影像檢查

##### 臨床評估檢查

隅角鏡檢查(Gonioscopy)是診斷隅角閉鎖的黃金標準<sup>5</sup>，可直接觀察隅角結構與小樑網相對位置，判定隅角開放程度。

其他裂隙燈檢查(Slitlamp examination)包括：

- 前房淺（Van Herick分級法 <1/4的角膜厚度）
- 虹膜前拱、虹膜萎縮
- 小樑網過度色素沉著（暗示曾有間歇性閉鎖）

##### 進階光學檢查<sup>5,6</sup>

1. 前段光學斷層掃描儀(Anterior segment

optical coherence tomography, AS-OCT)

- 非接觸式、高解析度影像，可測量隅角參數
- 但無法觀察虹膜後方結構 → 無法直接評估高原型虹膜症候群(plateau iris)或水晶體因素

2. 超音波生物顯微鏡(Ultrasound biomicroscopy, UBM)

- 可觀察睫狀體與虹膜後結構，有助診斷 plateau iris、前移水晶體、睫狀體腫瘤
- 可觀察光暗變化下的虹膜形變，確認瞳孔阻滯

3. Scheimpflug攝影系統（如Pentacam）

- 這是一種以Scheimpflug原理（斜角成像法）為基礎的眼前房攝影技術，透過旋轉式攝影獲取角膜與前房的多切面影像，並重建其三維結構。能精準測量前房深度、前房容積、角膜厚度與曲率，用途為隅角狹窄的風險量化、術前白內障或屈光手術規劃，也是臨床上常見的「高解析度前房分析儀」之一。

注意：影像為輔助工具，仍以經驗豐富醫師的隅角鏡檢查為診斷主軸。

#### 治療與處置方式

隅角閉鎖型青光眼的治療目標為：解除隅角閉鎖、控制眼壓(IOP)、預防視神經損傷<sup>1</sup>。

治療與處置方式分為三大類：藥物治療、雷射治療與手術治療。

## 藥物治療

急性隅角閉鎖發作之首要目標為迅速降壓，解除瞳孔阻滯，以利後續治療（如雷射周邊虹膜穿孔術, Laser Peripheral Iridotomy, LPI）<sup>1,2,7</sup>：

### 1. 降房水製造：

- β交感神經阻斷劑（如Timoptol, Carteolol）
- α<sub>2</sub>-交感神經致效劑（如Brimonidine）
- 碳酸酐酶抑制劑（如Dorzolamide, Brinzolamide）

### 2. 縮瞳藥：

- Pilocarpine：拉緊虹膜解除阻滯

### 3. 全身降壓藥：

- 碳酸酐酶抑制劑（如口服Acetazolamide）
- 滲透壓劑（如靜脈注射Mannitol或口服Isosorbide）

**慢性隅角閉鎖型青光眼**之眼壓控制藥物類似隅角開放型青光眼<sup>1</sup>，包括：

- β交感神經阻斷劑（如Timoptol, Carteolol）
- α<sub>2</sub>-交感神經致效劑（如Brimonidine）
- 碳酸酐酶抑制劑（如Dorzolamide, Brinzolamide）
- 前列腺素類（如Latanoprost, Travoprost, Bimatoprost, Tafloprost等等）
- 新型藥物：如Rho-kinase抑制劑，作用於小樑網細胞骨架，使其放鬆，增加房水外流，臨床上對難治性青光眼可作為輔助。

• 縮瞳劑Pilocarpine在慢性病程中的角色有限：

- 長期使用可能造成視力模糊（晶體肥厚、近視）
- 在plateau iris患者可能使隅角更擁擠
- 美國眼科醫學會建議<sup>8</sup>：pilocarpine不應取代LPI作為預防用藥，且不建議作為長期治療主力。

若患者已接受LPI，仍需降壓者，可考慮長期點藥以延緩手術。但結構性處置（水晶體摘除或白內障手術）通常能減少降眼壓藥物之使用。

## 雷射治療：周邊虹膜切開術與虹膜整形術

周邊虹膜穿孔術(LPI)是治療以瞳孔阻滯為主的閉鎖型青光眼的**第一線選擇**。此術於周邊虹膜製造穿孔，讓房水繞過瞳孔阻滯，前後房壓力得以平衡、隅角閉鎖較為緩解<sup>1,2</sup>。

在急性發作中，先以藥物降壓並等待角膜水腫改善後，應盡快對患側眼進行LPI；對側眼若隅角狹窄也應預防性治療，因有約五成風險於五年內發作。LPI成功率高，可有效防止急性青光眼再發<sup>9,10</sup>。

中國廣州中山眼科醫學中心研究顯示，疑似隅角閉鎖(PACS)病人每年僅約0.5%發展為疾病，LPI雖可減半進展風險，但效益有限，因此不建議對所有PACS病人常規施作，應視風險因素個別評估<sup>11</sup>。但後續研究也指出LPI可減少長期進展至隅角閉鎖之風險，不過LPI術後眼壓稍高、白內障機率略增<sup>12</sup>。臨床上，多

數醫師仍會為隅角明顯狹窄或閉鎖之高風險病人施行LPI。更多關於隅角閉鎖型青光眼後續雷射或手術處置之研究結果比較，詳如表一所示。

虹膜整形術(Peripheral Iridoplasty)利用Argon雷射於虹膜周邊施以收縮燒灼，將周邊虹膜拉緊使隅角擴張。適用於非瞳孔阻滯機轉（如plateau iris）且已完成LPI但隅角仍狹窄者<sup>13</sup>。

此術也可於急性發作、角膜水腫尚未緩

解時作為暫時降壓手段（稱為「急診虹膜整形術」）。不過，此術可能引發不適與發炎，應審慎使用。

### 手術治療：水晶體摘除（白內障手術）與青光眼手術

#### 水晶體的角色

在許多閉鎖型青光眼病例中，因年齡增長或白內障增加使水晶體變肥後，不僅使前房空間較擁擠，也加劇瞳孔阻滯情形。白內障手術可使前房空間變大、消除水晶體與虹膜接觸，

表一 隅角閉鎖型青光眼後續處置研究結果比較表

試驗名稱	研究對象	介入方式	主要發現	臨床結論
Husain et al. (2012) <sup>7</sup>	APAC（急性原發性隅角閉鎖）	發作一週內白內障手術 vs LPI	2年內IOP控制成功率：白內障手術組89.5%，LPI組61.1%	年長且有白內障的APAC病人建議早期白內障手術
Singapore LASER <sup>10</sup>	PACS	預防性LPI vs 觀察	5年內進展率低；LPI可減少部分PAS形成	支持對高風險PACS病人個別化施行LPI
ZAP (2019) <sup>11</sup>	PACS（疑似隅角閉鎖）	預防性LPI vs 觀察	發展成隅角閉鎖疾病年風險約為0.5%；LPI可降低風險但絕對效益有限	不建議對所有PACS病人一律進行LPI，應個別評估風險
EAGLE (2016) <sup>14</sup>	50歲以上PAC/PACG，眼壓≥30 mmHg，無白內障	水晶體摘除 vs LPI + 藥物	水晶體摘除組IOP較低、生活品質較佳、需較少額外治療，無嚴重併發症	建議高眼壓PAC/PACG病人可考慮作為一線治療
Teo et al. (2022) <sup>16</sup>	APAC（急性原發性隅角閉鎖）	發作一週內白內障手術 vs LPI	白內障手術後較能減少術後眼壓峰值發生	APAC病人建議早期白內障手術
Tham et al. Trial (2009) <sup>17</sup>	慢性PACG + 白內障	單獨白內障手術 vs 白內障合併青光眼手術	合併手術組眼壓較低但併發症高；單獨白內障手術常已足夠	建議先做白內障手術，視眼壓控制情況再決定是否進行青光眼手術

永久解決瞳孔阻滯。近年研究<sup>7,14,15,16</sup>傾向提倡提早摘除水晶體以治療閉鎖型青光眼。

### 水晶體摘除手術於PAC的角色

即使病人無明顯白內障，摘除水晶體也可能有益。2016年國際EAGLE試驗發現<sup>14</sup>：50歲以上、有PAC或PACG、且眼壓超過30mmHg而無白內障的患者，分為兩組分別進行水晶體摘除手術與傳統治療（LPI+藥物）；三年後，水晶體摘除組眼壓略低（平均低1.2 mmHg），生活品質更佳，且需要額外治療的比例更低。無嚴重併發症，整體成本效益也較高<sup>15</sup>。結論指出：對於高眼壓的PAC及PACG，水晶體摘除手術應考慮作為一線治療。此結果改變了臨床實務，尤其在LPI後眼壓控制不佳的情況下，應建議患者接受水晶體摘除手術。

### 急性發作與水晶體摘除手術

合併白內障的PAC或PACG，單純白內障手術常可顯著降低眼壓、解除隅角閉鎖情形。研究顯示<sup>7,16</sup>：急性發作後一週內進行白內障手術者，兩年後眼壓控制顯著優於僅接受LPI者；對於年長且有白內障者，急性發作後及早施行白內障手術可有效根治並預防復發。

若僅進行LPI，白內障仍在，則日後可能再次發生隅角閉鎖或眼壓升高，因此許多臨床醫師選擇在急性期過後不久即進行白內障手術。

### 慢性PACG與額外青光眼手術

若已有廣泛PAS與高眼壓，僅施行白內障手術可能不足以控制眼壓，需進一步青

光眼手術<sup>17</sup>。傳統青光眼手術如小樑切除術(trabeculectomy)或引流裝置植入手術，適用於藥物與LPI失效者。

PAC及PACG治療首重解除隅角閉鎖情形（施行LPI或摘除水晶體），如仍需進一步降壓或控制青光眼病程才考慮傳統手術。

### 臨床實務建議

- LPI 為隅角明顯狹窄、閉鎖之高風險患者或已發生瞳孔阻滯者的建議治療。
- 若有PAC或PACG患者合併眼壓持續升高、且合併白內障或雷射治療後效果不佳的情形下，水晶體摘除或白內障手術應早期考慮施行。
- 水晶體摘除或白內障手術後，若患者眼壓仍高或有廣泛周邊虹膜沾黏，需考慮進一步傳統青光眼手術。
- 治療策略需個別化評估，根據病情嚴重度與病人特性適時調整。

### 總結

原發性隅角閉鎖型青光眼是一個強調「解剖結構」的重要疾病。透過及時的雷射或手術治療，許多患者其實是可被「治癒」或穩定控制的，這點與隅角開放型青光眼形成明顯對比。

目前的治療趨勢越來越傾向早期且明確的介入，特別是針對造成前房狹窄的主要因素—水晶體，進行摘除手術。然而，每一種治療皆有風險，挑戰在於如何精準判斷何時治療、治

療誰。未來隨著更多研究與長期追蹤資料的出現，治療策略將持續優化，致力於降低因隅角閉鎖型青光眼導致的失明。

### 參考文獻

1. Bruce EP Jr, Leon WH Jr, Sayoko EM, et al: Primary Angle Closure Preferred Practice Pattern® Guidelines. *Ophthalmology* 2016; 123(1): 1-40
2. Prum BE Jr, Herndon LW Jr, Moroi SE, et al: Primary Angle Closure PPP. *Ophthalmology* 2016.
3. Monisha EN, Judy YF Ku, Tin Aung, et al: Angle closure glaucoma: a mechanistic review. *Curr Opin Ophthalmol* 2011; 22(2): 96-101.
4. YC T, Xiang L, Tien YW, et al: Global prevalence of glaucoma and projections through 2040: a systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology* 2014; 121(11): 2081-90.
5. Rigi M, Bell NP, Lee DA, et al: Agreement between gonioscopic examination and swept-source Fourier domain anterior segment OCT imaging. *J Ophthalmol* 2016; 2016: 1727039.
6. YY C, Dachen C, Pesus C: Enhancing early differential diagnosis of plateau iris vs pupillary block using A-scan ultrasonography. *PLOS One* 2015; 10(3): e0118811.
7. Rahat H, Gus G, Tin A, et al: Initial management of acute primary angle closure: phacoemulsification vs laser iridotomy in a randomized trial. *Ophthalmology* 2012; 119(11): 2274-81.
8. American Academy of Ophthalmology. Primary Angle-Closure Disease Preferred Practice Pattern®. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2020.
9. Mingguang He, Paul JF, Jian Ge, et al: Prevalence and clinical characteristics of glaucoma in adult Chinese: a population-based study in Liwan District, Guangzhou. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2006 Jul; 47(7): 2782-8.
10. Baskaran M, Kumar RS, Friedman DS, et al: Five-year results of the Singapore Asymptomatic Narrow Angles Laser Iridotomy Study. *Ophthalmology* 2023; 130(7): 715-24.
11. Mingguang He, Yuzhen Jiang, Shengsong Huang, et al: Laser peripheral iridotomy for the prevention of angle closure: a single-centre randomized trial. *Lancet* 2019; 393(10181): 1609-18.
12. Robert NW, Sasan M: Prophylactic laser iridotomy in primary angle-closure suspects – implications of the ZAP trial. *Lancet* 2019; 393(10181): 1572-4.
13. Robert R, CCY T, DSC L: Argon laser peripheral iridoplasty (ALPI) in plateau iris syndrome. *Ophthalmology* 2004; 111(1): 104-8.
14. Azuara-Blanco A, Burr J, Ramsay C, et

al: EAGLE study: Effectiveness of early lens extraction for primary angle-closure glaucoma. *Lancet* 2016; 388(10052): 1389-97.

15. Williams GM, Augusto AB, Paul JF, et al: Predictors of long-term intraocular pressure control after lens extraction in primary angle closure glaucoma: results from the EAGLE trial. *Br J Ophthalmol* 2023 Aug; 107(8): 1072-8.
16. ZL Teo, Zhi DS, YC Tham, et al: Six-Year Incidence and Risk Factors for Primary Angle-Closure Disease: The Singapore Epidemiology of Eye Diseases Study. *Ophthalmology* 2022; 129(7): 792-802.
17. Clement CYT, Yolanda YYK, Dexter YLL, et al: Phacoemulsification vs phacotrabeculectomy in medically uncontrolled chronic angle-closure glaucoma with cataract. *Ophthalmology* 2009; 116(3): 725-31. 🇹🇼



# 腹腔鏡全腹膜外修補卵巢鞘頓腹股溝疝氣：罕見病例報告與文獻回顧

新光吳火獅紀念醫院 <sup>1</sup>一般外科 <sup>2</sup>外科 方躍霖<sup>1</sup> 林奕凱<sup>2</sup>

## 摘要

本文呈現罕見的病例，一位75歲女性病患，其左側腹股溝有無痛性腫塊持續了2年。透過腹腔鏡手術發現並診斷為左側卵巢鞘頓腹股溝疝氣。本文同時回顧文獻中卵巢腹股溝疝氣的發生率與成因，並報告以腹腔鏡全腹膜外疝氣修補術(Total extraperitoneal, TEP)成功治療此病患的經驗。

卵巢腹股溝疝氣的發生率極低，且多見於兒童，通常與先天性缺陷有關。對於育齡女性而言，保留卵巢的活性極為重要。停經後女性則被認為因附件韌帶(adnexal ligaments)鬆弛，可能導致卵巢疝氣。當女性出現腹股溝腫塊時，應將卵巢疝氣列入鑑別診斷考量。

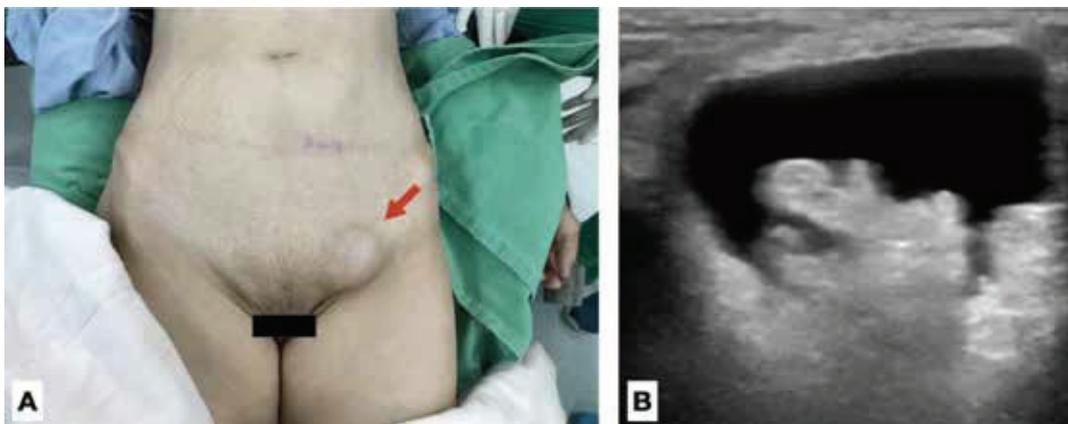
我們報告一例罕見發生於停經後女性的卵巢鞘頓腹股溝疝氣。根據目前文獻，本案例為首次以腹腔鏡全腹膜外(TEP)方式進行卵巢疝氣復位與修補，並獲得良好預後。此技術可應用於懷疑卵巢疝氣的病人身上。

## 引言

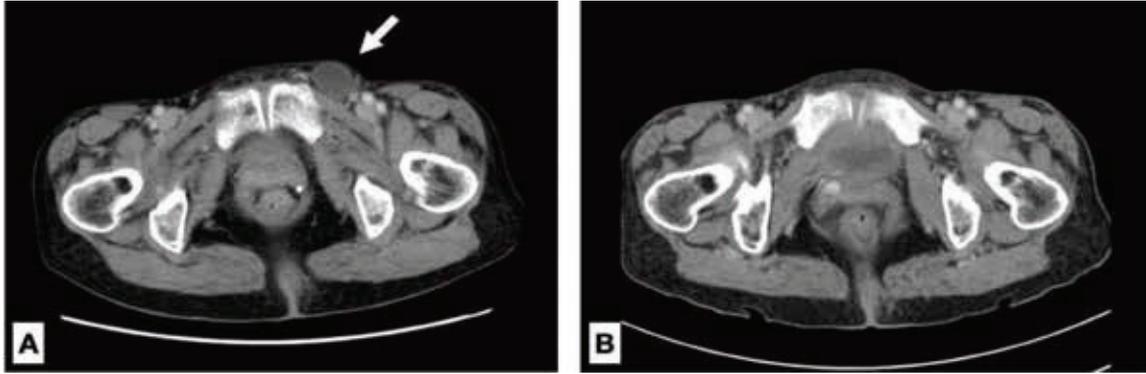
多種內臟器官皆曾報告可經腹股溝管(inguinal canal)脫出，如小腸、結腸、膀胱，不太常見闌尾或女性生殖器官<sup>1</sup>。卵巢鞘頓腹股溝疝氣極為罕見，多發生於兒童，約有15-20%的女性嬰兒疝氣含有卵巢<sup>1,2</sup>。本文報告一例罕見發生於停經後女性的卵巢鞘頓腹股溝疝氣，並成功以TEP手術治療。

## 病例報告

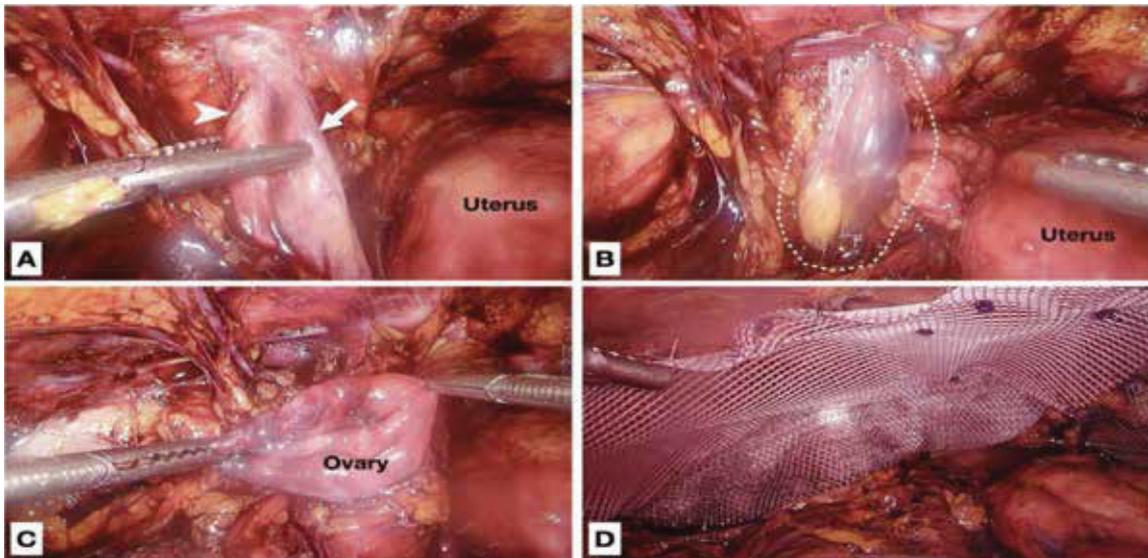
一名75歲女性，有多次懷孕史並因胃黏膜下腫瘤定期追蹤，主訴左側腹股溝腫塊已持續2年，無腹痛、噁心、嘔吐。理學檢查發現左腹股溝有一3x4公分的堅實、可移動、不可回復、無壓痛之突起腫塊(圖一A)。腹部超音波顯示腫塊內含有清晰液體與實質組織(圖一B)。追溯至6個月前的電腦斷層掃描顯示，左側腹股溝有一個4公分均質性囊性病灶，伴隨囊壁增強現象(enhanced wall)(圖二A)。



圖一 A-左側腹股溝可見一個3x4公分、堅實、波動性、不可回復、無痛突起腫塊。  
B-經腹部超音波可見明確無回音囊腫，內含實質成分。



圖二 A-手術前6個月所做CT顯示，一個4公分、薄壁、均質性囊腫（箭頭），位於恥骨外側與皮膚下方。  
B-術後8個月CT追蹤未見腫塊復發。



圖三 A-術中顯示卵巢韌帶（箭頭）與圓韌帶（箭）平行排列。  
B-牽引卵巢韌帶時，顯現因球囊擴張而膨脹的疝囊，送病理。  
C-卵巢以鑷子牽引至顛側並回納至骨盆腔。  
D-以立體形網膜覆蓋筋膜缺損處，並以可吸收釘固定。

因腫塊逐漸變大，就診後因箱頓式左側腹股溝疝氣，而安排進行腹腔鏡全腹膜外疝氣修補術(TEP)。手術中插入氣球套管(balloon trocar)進行擴張，剝離左側腹股溝腹膜前空

間，同時充氣使囊腫膨脹。觀察到一含卵巢箱頓的間接型腹股溝疝囊，位於圓韌帶(round ligament)旁（圖三）。卵巢內含囊腫，以腹腔鏡腸鑷箱拉回並復位。膨大的疝囊(hernia sac)

去套後結紮並送病理檢驗。最終以3D立體解剖型聚丙烯人工網膜覆蓋筋膜缺損區。術後恢復良好，病患於術後第一天出院。

病理報告顯示，標本為充血纖維膜組織(fibromembranous tissue)，內含增生的間皮細胞(hypertrophic mesothelial cells)裂隙，符合疝囊組織特徵。門診追蹤未見疝氣復發。術後8個月，為追蹤胃腫瘤進行CT檢查，未發現左側腹股溝再有腫塊突出(圖二B)。

### 討論

腹股溝疝氣約占腹壁疝氣的75%，為常見的良性外科病症，特徵為腹內器官經腹股溝管(inguinal canal)脫出<sup>3</sup>。男性終生發生率為27至43%<sup>4</sup>。一項回顧性研究顯示，1,950位接受疝氣修補術病患中，僅7人(2.9%)疝囊中含有卵巢與輸卵管<sup>1</sup>。

女性胚胎發育中，睪丸導帶與子宮角交會，形成上方的卵巢韌帶與連至大陰唇的圓韌帶<sup>5</sup>。若胚胎期鞘突(女性稱Nuck管)未閉，會導致腹股溝間接疝氣<sup>6</sup>。多產會拉長闊韌帶、卵巢韌帶或懸韌帶，且因腹內壓上升加劇疝氣風險<sup>7</sup>。卵巢疝氣多見於兒童，常與先天異常有關，約占這類特別族群(女性兒童)腹股溝疝氣的6~7%<sup>8</sup>。一項1,084位女孩的研究中，卵巢疝氣盛行率達21.7%<sup>9</sup>。成人卵巢疝氣則與性器官發育異常如Müllerian缺失症與原發性無月經有關<sup>10</sup>。女性腹股溝疝氣常表現為位於大陰唇上方、可復位、無痛突起，對應Nuck管末端<sup>11</sup>。超音波下的疝脫卵巢為低回音

結構，內含不同大小無回音囊泡<sup>12</sup>。

先前17名成人卵巢疝氣病例回顧中，14例採開腹手術，僅2例使用腹腔鏡，且皆為Trans-Abdominal Pre-Peritoneal repair(經腹腔腹膜前疝氣修補，TAPP)術式<sup>13-15</sup>。根據隨機對照試驗的統合分析，腹腔鏡修補術後慢性腹股溝疼痛較低，復發率與開放術無顯著差異<sup>16</sup>。與TAPP相比，TEP術式住院時間短、手術時間短，術後短期疼痛較少<sup>17</sup>，但一項系統性回顧指出，兩者在復發與慢性疼痛上無顯著差異<sup>18</sup>。少數病例報告記載以腹腔鏡處理卵巢疝氣或子宮內膜異位症<sup>19</sup>。圓韌帶被腹膜包覆，可能導致網膜滑動或下陷<sup>20</sup>。是否切斷圓韌帶具爭議，因其與生殖股神經交會於內環處，若受損可能引起同側大陰唇麻木。與TAPP相比，TEP術中球囊擴張將腹膜前筋膜與橫筋膜分離，促使腫塊膨脹，有助牽引與辨識卵巢與圓韌帶，避免切斷圓韌帶與神經損傷。

目前無文獻記載以TEP術處理卵巢腹股溝疝氣。此案例顯示TEP修補可成功應用，並具良好預後。

### 結論

當女性出現腹股溝腫塊時，應將卵巢箱頓腹股溝疝氣納入為鑑別診斷之一，特別是育齡女性。本研究呈現一罕見卵巢腹股溝疝氣案例，成功以腹腔鏡全腹膜外(TEP)術式修補，未見復發。此術式可供懷疑病例參考。

### 參考文獻

1. Gurer A, Ozdogan M, Ozlem N, et al:

- Uncommon content in groin hernia sac. *Hernia* 2006; 10(2): 152-5.
2. George EK, Oudesluys-Murphy AM, Madern GC, et al: Inguinal hernias containing the uterus, fallopian tube, and ovary in premature female infants. *J Pediatr* 2000; 136(5): 696-8.
  3. Robert JF Jr, Anita GH, James OG, et al: Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men: a randomized clinical trial. *JAMA* 2006; 295(3): 285-92.
  4. Andrew K, Karl L: inguinal and incisional. *Lancet* 2003; 362(9395): 1561-71.
  5. Magali S, Jenny E, Margaux B, et al: Canal of Nuck Abnormalities in Pediatric Female Patients. *Radiographics* 2022; 42(2): 541-58.
  6. Ballas K, Kontoulis T, Skouras Ch, et al: Unusual findings in inguinal hernia surgery: report of 6 rare cases. *Hippokratia* 2009; 13(3): 169- 71.
  7. Okada T, Sasaki S, Honda S, et al: Irreducible indirect inguinal hernia containing uterus, ovaries, and Fallopian tubes. *Hernia* 2012; 16(4): 471-3.
  8. Jeffrey L, Nick S: Incarcerated ovarian inguinal hernia in a 10-month-old girl. *CMAJ* 2015; 187(8): 596-8.
  9. Kelly MD, Rinse WB, Paul As VT, et al: Inguinal hernia in girls: A retrospective analysis of over 1000 patients. *J Pediatr Surg* 2020; 55(9): 1908-13.
  10. Wafa AO, Hussain H, Maha KAB: Inguinal uterus, fallopian tube, and ovary associated with adult Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Fertil Steril* 2011; 95(3): 1119.e1-4.
  11. CF Y, CJ W, PC C, et al: Concomitant closure of patent canal of Nuck during laparoscopic surgery: case report. *Hum Reprod* 2001; 16(2): 357-9.
  12. Taylan K, Berat A, Murat B, et al: MRI in the diagnosis of Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome. *Diagn Interv Radiol* 2013; 19(3): 227-32.
  13. Prodromidou A, Machairas N, Garoufalia Z, et al: Ovarian inguinal hernia. *Ann R Coll Surg Engl* 2020; 102(2): 75-83.
  14. Norman OM, Lovina SMM, Wadha AG: “Laparoscopic excision of a large ovarian cyst herniating into the inguinal canal: a rare presentation” . *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2011; 21(4): e215-8.
  15. JH K, GO C, JY L, et al: Laparoscopic repair of indirect inguinal hernia containing endometriosis, ovary, and fallopian tube in adult woman without genital anomalies. *Obstet Gynecol Sci* 2014; 57(6): 557-9.
  16. Nafi’u H, Adegoke A, Miriam B, et al: Open versus laparoscopic repair of inguinal hernia: an overview of systematic reviews

of randomised controlled trials. *Surg Endosc* 2022; 36(7): 4685-700.

17. Virinder KB, Mahesh CM, Divya B, et al: A prospective, randomized comparison of long-term outcomes: chronic groin pain and quality of life following totally extraperitoneal (TEP) and transabdominal preperitoneal (TAPP) laparoscopic inguinal hernia repair. *Surg Endosc* 2013; 27(7): 2373-82.
18. Alberto A, Marta C, Simona DF, et al: Total extraperitoneal (TEP) versus laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) hernioplasty: systematic review and trial sequential analysis of randomized controlled trials. *Hernia* 2021; 25(5): 1147-57.
19. Jesus SJ, Patricia B, Alvaro T, et al: A laparoscopic approach to Nuck's duct endometriosis. *Fertil Steril* 2011; 96(2): e103-5.
20. HerniaSurge Group: International guidelines for groin hernia management. *Hernia* 2018; 22(1): 1-165. 🌐



# 一一四年度網球賽成績

一一四年度網球團體友誼賽於一一四年十月十八下午二時在台北榮民總醫院網球場舉辦，成績如下：

冠軍 開業醫隊  
亞軍 北榮振興隊  
季軍 馬偕隊

一一四年度網球個人友誼賽於一一四年十一月十六日上午九時在台北榮民總醫院網球場舉辦，成績如下：

青年組：	壯年組：	長青組：	混雙組：
冠軍 沈秉輝、吳柏瑜	冠軍 許慶隆、吳柏瑜	冠軍 許希賢、許慶隆	冠軍 賴慧群、吳旻蒼
亞軍 蒲啟明、顏鳳麟	亞軍 沈秉輝、姚振文	亞軍 林應然、姚振文	亞軍 林如宏、黃惠琴
季軍 沈維哲、甘舜安	季軍 蒲啟明、顏鳳麟	季軍 鍾兆智、周大中	季軍 許希賢、鄭淑妃
殿軍 鄭尚奇、陳昱翰			殿軍 鍾兆智、鍾奈兒

## 團體組



團體組冠軍



團體組亞軍



團體組季軍

青年組



青年組冠軍



青年組亞軍



青年組季軍



青年組殿軍

壯年組



壯年組冠軍



壯年組亞軍



壯年組季軍

長青組



長青組冠軍



長青組亞軍



長青組季軍

混雙組



混雙組冠軍



混雙組亞軍



混雙組季軍



混雙組殿軍

# 115年「友善無障礙診所 輔導及認證計畫」說明會

**日期** | 115年3月31日（星期二）13:00-14:30  
**地點** | 台北市大安區安和路一段27號16樓  
**參加對象** | 本會醫師會員  
 （實體40名，線上課程200位為限，報名成功後提供線上課程連結網址）  
**學分** | 衛福部醫師繼續教育積分-倫理-品質學分申請中

時間	講題	演講者	主持人
12:30-13:00	報到		
13:00-13:10	致詞		台北市醫師公會/ 洪德仁理事長
13:10-13:25	台北市醫師公會「友善無障礙診所輔導及認證計畫」說明	台北市醫師公會/ 周賢章常務理事	
13:25-13:40	衛福部委託醫策會辦理「114年醫療機構設置友善就醫環境獎勵計畫」介紹	台北市醫師公會/ 洪德仁理事長	台北市醫師公會/ 周賢章常務理事
13:40-14:10	本會「友善無障礙診所輔導及認證計畫」認證診所經驗分享	（友善認證）陳獻明小兒科診所/ 陳獻明院長 （友善認證）致好醫學診所/ 陳志豪院長 （金牌認證）古亭復健診所/ 張淑薇院長	
14:10-14:30	綜合討論&結語		

## 台北市醫師公會 115年「友善無障礙診所輔導及認證計畫」說明會

醫師姓名			
院所名稱		聯絡電話	

◆ 報名方式：

1. 網路報名：請掃描右側 QR CODE（請使用 Google Chrome 瀏覽器）
2. 或採 e-mail 及電話等方式報名。

聯絡電話：(02)2351-0756#21 王小姐，E-MAIL：tma121@tma.org.tw



掃描報名

# 115年度單身(住院)醫師聯誼活動

## — 醫見如故：春光裡的浪漫初見 —

為鼓勵適婚單身(住院)醫師會員多多參與各項社交活動，本會規劃與相關單位舉辦聯誼活動，共同為你搭起友誼的橋樑。藉由專業團隊的精心設計及安排，透過輕鬆有趣的活動，讓平日忙於工作的未婚醫師會員在悠閒、浪漫又輕鬆的氛圍中認識新朋友。讓大家透過健康良好的引導式互動，拋開害羞、靦腆的矜持，自然而然愉快的跟異性相處，期盼能藉此橋樑促成一對對佳偶。

**活動名額** | 40-60人(台北市醫師公會會員+外部單位，男女各半，限75至91年次)

**活動日期** | 115年3月15日(星期日) 13:00-17:30

**活動地點** | 塊陶阿工作室

**集合資訊** | 13:00-13:15自行抵達「塊陶阿工作室」

(台北市中山區新生北路三段82巷37號B1，捷運中山國小站1號出口)

**邀約對象** | 華航及其他航空公司、台北市護理師護士公會、台北市牙醫師公會、新北市牙醫師公會、台北市語言治療師公會、台北市呼吸治療師公會、台北市中醫師公會、台北市會計師公會、臺北市建築師公會、台北律師公會、中華民國女法官協會、臺北地方法院、士林地方法院、臺北地方檢察署、士林地方檢察署、台北市醫師公會會員子女

**網路報名** | 請掃描右側QR Code進行報名。

**報名截止** | 即日起至115年3月6日(星期五)前或額滿為止。

**報名費用** | 請於收到「匯款通知信」後再進行繳費

報名費為新台幣1,680元

(台北市醫師公會會員可獲1,000元補助，於活動當日退還)

(本會會員子女報名，請來信或來電告知本會)

請匯款至中國信託商業銀行文山分行(銀行代碼 822)

帳號：300540-101664(可使用ATM轉帳)，戶名：洪子茜(本次活動專款帳戶)

請於臨櫃匯款或ATM轉帳後，將匯款資料E-MAIL至service@unijoys.com.tw

以確認完成報名手續。



醫見如故 春光裡的浪漫初見

**洽詢窗口** | 台北市醫師公會(02)2351-0756分機21，tma121@tma.org.tw，王小姐

♥♥為增進聯誼後緣分延續，本活動後私揪出遊，提供出遊照片，可獲得雙人電影票♥♥

♥♥參與本活動而結婚者，本會將贈禮金表達祝賀之意♥♥

## 台北市醫師公會 115年度單身(住院)醫師聯誼活動

### — 醫見如故：春光裡的浪漫初見 —

#### 活動流程表

破冰趣/真愛來找碴-桌上有戲/閃動格子跳起來愛情動滋動滋!/封緘傳情

時 間	行 程 & 活 動 內 容
1300~1315	<p>「閃動跳格，讓愛動起來！」報到站</p> <p>幸福開啟：紳士&amp;淑女們的報到時間！（第一印象建立：別遲到喔）</p>
1315~1330	<p>真情小記者/愛戀一串心訪談時間</p> <p>手冊製作關於愛情或交往的題目，讓參加者在自然情境打破陌生心防認識</p>
1330~1700	<p><u>LOVE旋轉咖啡杯、真愛來找碴</u></p> <p>1.流程：8人*5-6桌→配合分組的時間進行換桌/每2次換組穿插互動遊戲</p> <p>2.兩性戀愛學堂&amp;心情、價值觀分享：開起愛情秘密盒、分享你我生命故事</p>
	<p><u>Happy Show Time~迎向愛情、呼喊快樂</u></p> <p>【小組聯誼】歡樂滿分互動遊戲，一起來完成挑戰、愛情拼圖趣，祝福愛情!</p> <p>【小組聯誼】挑戰你我生活智慧王指數~PASS、Return or...就要High你!!</p>
	<p><u>跳起來UP UP，讓愛情動滋動</u></p> <p>1.閃動愛情趣：挑戰不同顏色感應磚，考驗反應速度，一起旋轉跳躍得分！</p> <p>2.桌遊來加持：在桌遊歡樂世界裡自然認識彼此、讓 U&amp;Me一起堆疊友誼!!</p>
1730~	<p><u>落幕時光&amp;幸福宣言~尋找愛情”心”奇蹟</u></p> <p>1.第一封情書的封緘：鼓起勇氣，將心中的密語傳遞給心儀對象</p> <p>2.浪漫滿屋的謝禮：感謝各桌美女桌長的用心、頒發神秘小禮物</p>
	<p>幸福延續：往下一站幸福更靠近，就從聯誼結束這一刻開啟~與愛共舞喔！</p>

## 台北市醫師公會 115年度單身（住院）醫師聯誼活動 ——醫見如故：春光裡的浪漫初見—— 活動場地 & 內容特色

讓  
愛  
動  
起  
來

### 主題1：紅色警戒派對，讓愛UP 踏向未來！行動吧！閃動你的愛情

想感受不一樣的認識新朋友的另類聯誼方式嗎？想體驗不一樣的閃爍格子下刺激又浪漫的心動感嗎？讓我們在跳躍和奔跑裡感受速度與激情，一旦關卡啟動跑起來的時候～整個讓人眼花撩亂！遊戲規則是綠色的方塊可以踩在上面作戰，最大的任務就是清除藍色的格子…但是過程中又必須要避開紅色的格子，其中除了綠色格子不會變之外～藍色跟紅色的格子都會動來動去。所以就必須跑起來、跳起來～從一開始踏上來大家連平衡感都有點問題～到後來慢慢找到大家的默契，點燃熱情、全力為愛情加油！

【活動內容：分組挑戰不同模式的跳格子，等候時間還可以用桌遊UP你我默契】



桌  
戲  
遇  
見  
愛

### 主題2：桌遊來加持，自然認識彼此、讓U&Me一起堆疊友誼!!

這不只是桌上遊戲，能“Slime”就是快樂時光的分享。哲人柏拉圖曾說：「要了解一個人，觀察他玩一個小時的遊戲，勝過和他談一年話。」《狼人》擁有燒腦推理玩法，受廣大年輕玩家喜愛。藉由「單身狼人殺」桌遊的遊戲過程，玩家更能看清戀愛中的迷宮，遊戲裡總是猜不出誰才是「好人」和「狼人」，也對應了戀愛常見的盲點，難以分辨誰是真心的優質對象；為了撇除我不是「狼人」的嫌疑，玩家需要極力澄清證明自己是「好人」，百分百貼近現實戀愛的情景。以熱門桌遊-狼人殺為基礎，配合趣味互動遊戲，一場小遊戲讓你感受不同特質的人。



# 台北市醫師公會 115年攝影講習課程

- ◎台北市醫師公會的攝影講習課程是為了增進會員友誼及培養身心健康的休閒活動。
- ◎參加資格：本會會員及眷屬。
- ◎上課地點：本會16樓中會議室。（台北市大安區安和路1段27號）
- ◎費用：會員或眷屬每人新台幣**1800**元（一次繳納，不予退費）。
- ◎報名日期：即日起至40人額滿為止（報名上課人數未達20人，無法開課）。
- ◎報名電話：(02)2351-0756#17林小姐或傳真(02)2351-0739。
- ◎課程日期及內容如下：（講習課為星期一下午1:00-2:30，外拍時間為星期日，外拍車資等費用自理）

日期	課程	講師
115年3月02日（一）	冰下花朵攝影技巧	金 露
115年3月08日（日）	習拍（會使用會議室）	金 露
115年3月09日（一）	戶外昆蟲攝影技巧	羅仕坤
115年3月15日（日）	外拍	羅仕坤
115年3月16日（一）	3/08習拍作品觀摩與檢討	金 露
115年3月23日（一）	3/15外拍作品觀摩與檢討	羅仕坤
115年3月30日（一）	水下舞攝影技巧	黃永順
115年4月12日（日）	外拍	黃永順
115年4月13日（一）	動感、追蹤攝影技巧	李後民
115年4月19日（日）	外拍	李後民
115年4月20日（一）	4/12外拍作品觀摩與檢討	黃永順
115年4月27日（一）	民俗節慶攝影技巧	王古山
115年4月30日（四）	外拍(配合保安宮慶典時間)	王古山
115年5月11日（一）	4/19外拍作品觀摩與檢討	李後民
115年5月18日（一）	4/30 外拍作品觀摩與檢討	王古山
115年5月25日（一）	最強手機攝影功能比較及推薦（含夜拍、長曝教學）	曾美莉
115年5月31日（日）	外拍	曾美莉
115年6月08日（一）	5/31外拍作品觀摩與檢討	曾美莉
115年6月15日（一）	外拍作品觀摩檢討與公會佈展	石賢彥醫師主持

# 保齡球賽

**本會將舉行保齡球賽，歡迎踴躍參加！**

一、**時間**：115年5月24日（星期日）下午1:00報到，1:30開始。

二、**地點**：圓山保齡球館（台北市中山北路五段6號，電話：2881-2277）

三、**報名**：請於5月12日前向本會報名（不接受現場報名），且報名人數不足20人時，取消比賽。

電話：(02)2351-0756#17林小姐 傳真：(02)2351-0739

**四、比賽方式：**

1. 青年組：男性55歲以下。
2. 長青組：男性55歲以上（年滿65歲以上六局加60分）。
3. 女子組：不分年齡，參賽人員多於六名方舉辦，若少於六名則併入青年組，六局加48分。
4. 採六局總分制。

**五、參加資格**：限本會會員及配偶。

**六、獎勵**：

1. 青年組設冠、亞、季、三局最高分、單局最高分。六局總分第四名、第五名及精神獎一名。
2. 長青組設冠、亞、季、三局最高分、單局最高分。六局總分第四名、第五名及精神獎一名。
3. 女子組設冠、亞、季、三局最高分、單局最高分及精神獎一名。

※為響應環保，本會不提供礦泉水，請自備水壺飲水。

## 保齡球賽報名表

服務院所：

姓名： 本人  配偶

電話：

組別： 青年組  長青組  女子組

# 懷念與追思—林國昭醫師

林采瑩（林國昭醫師女兒）



林國昭醫師幼年自台南後壁安溪寮至台南市區求學，歷經成功國小、台南一中，北上就讀台北醫學院，成為婦產科與家庭醫學科專科醫師。一生奉行恩師徐千田教授「要當好醫師，而非名醫」之教誨，始終以病人為念。林醫師於台北市大同區開業逾四十年，照護無數患者及新生命，深獲地方信賴。除臨床工作外，亦長期投入北醫校友會事務，促進校友凝聚力，並擔任臺北醫學大學臨床講師，提攜後進，對台灣婦產科臨床實務與醫學教育發展，貢獻良多。

## 服務欄

### 誠徵醫師

- 內湖區康育診所徵家醫、內科專科醫師，兼任專任可，意者洽0905-134-566王姐。
- 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。
- 文山區診所誠徵ENT，兒、家醫、內科亦歡迎，每週6~8診需掛牌，待優環境佳休假彈性，意洽林醫師0920-752-768。
- 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。
- 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。
- 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。
- 義務支援針灸醫療，有西醫外科專科和針灸專科，限雙北捷運方便之院所。意洽0935-936-917（白天）陳醫師。

### 醫院診所租售

- 診所出租，一樓32坪，適合各科，近實踐大學、大直捷運站、家樂福，開業多年新裝潢，意者請洽：0918-716-995林小姐。
- 內湖區精華地段，逾40年，家醫內科診所頂讓、租或售均可，意者洽0905-134-566王姐。

### 醫院診所器械廉讓

- 皮膚科診所出售ThermageCPT電波，LinearZ音波，意者請洽：(02)8787-5121#19高小姐。
- 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。

### 徵婚

- 開業醫師之子79年次，現職內科醫，高177，醫世家，徵女醫藥、工程師、律師、牙醫、企業科技，意者洽：0968-093-178吳太。

# 開懷篇

陳志鑫診所 陳志鑫

## 有夠超過

有位女人在FB上寫到：「我家老公和別人家的老婆出去旅遊，至今未歸。」  
接著說：「我則被別人家的老公折騰一天……」點讚一片，評論無數。  
老公最後評論到：「妳有夠超過！我只不過陪女兒去畢業旅行，而妳在家負責照顧兒子而已。」

## 想得美

老公：「妳喜歡什麼花？」老婆：「我喜歡兩種花。」  
老公：「哪兩種花呢？喜歡我買給妳。」 | 老婆：「有錢花，隨便花。」  
老公笑著對她說：「妳真美」老婆撒嬌地問：「我那裡美？」  
老公深情地說：「想得美。」

## 醫師相親真難

在某個相親會上。  
男：「你終於來了。」女：「是呀！不好意思。遲到了。」  
男：「塞車嗎？」女：「剛做了一個人工流產。」  
男：「剛做完手術就趕過來，你也太拚了吧！」女：「是啊！我常做這種手術。」  
男：「你太前衛了，我是個保守思想的人，我看我不適合你。」起身就要走。只聽到女的喃喃自語：「這年頭當醫師相親真難。」

## 婚前婚後

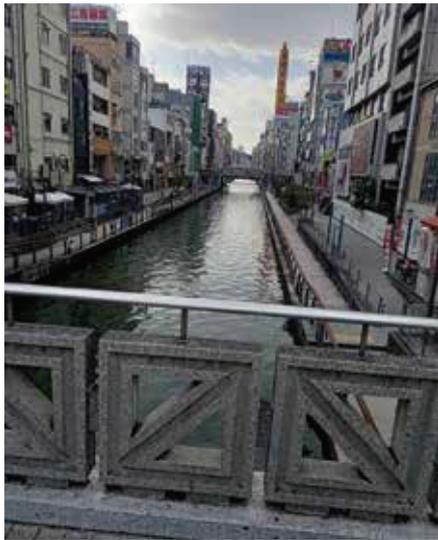
小黃問剛結婚的小李：「婚前婚後有什麼不同？」  
小李：「結婚前說是看上了眼，結婚後卻說看走了眼。」  
小黃：「還有什麼不同？」  
小李想了一下說：「婚前說要天長地遠，婚後卻嘆還能撐多久？」  
小黃追問：「還有什麼不同？」  
小李苦笑：「婚前說的廢話都是情話，婚後說的情話卻變成廢話。」



將京都府北部的宮津灣和阿蘇海分隔南北的天橋立。



大阪環球影城。



心齋橋。



伊根舟屋被譽為日本威尼斯。



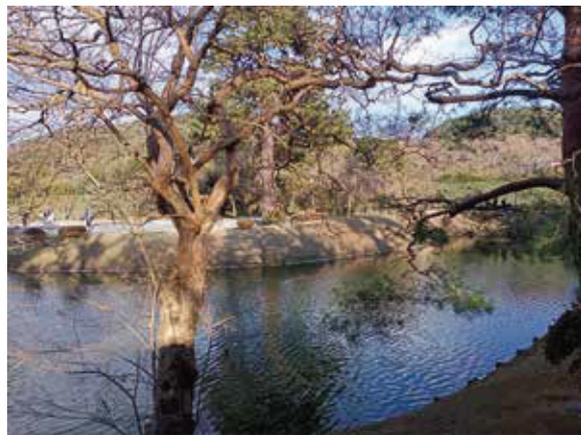
伊根灣。



伊根灣上的海鷗。



伊根灣遊覽船，就能輕鬆遊覽還能餵餵海鷗。



奈良公園和小河。



奈良公園和鹿。



奈良公園美景真多。



奈良公園和湖。



東大寺。

# 善的大集合： 獎助優秀醫學生

洪耳鼻喉科診所 洪德仁

台灣經濟發展卓然有成，國民所得普遍提升，我們有紮實的全民健保和社會福利制度，可以說是「禮運大同篇」的現代版福地。但是難免有弱勢群組，政府提供社會福利救助支持，部分有財務需求的醫學生，都要尋求獎助學金、助學貸款或辛苦打工，因此，台北市醫師公會（以下簡稱本會）為鼓勵國內家境清寒、持有低收或中低收入證明書之國內醫學院醫學系學生，用功向學，特設置獎助學金並制定「台北市醫師公會獎助學金辦法」。

由於本會乃非營利的民間組織，財務無法寬裕，每年只能夠提供新台幣9萬元作為獎助學金，獎助學金額每人3萬元。本會提供的醫學生獎學金是全台灣各地醫師公會及全國聯合會，唯一設置獎學金的公會，受到全國醫學院系及醫學生的認同，歷年來，都是僧多粥少，很多優秀的醫學生無法得到獎助支持，令人遺憾。

2023年，振興醫療財團法人振興醫院

魏崢院長擔任董事長的「財團法人杏林春暖基金會」成立，協助妥速處理醫療爭議，促進醫病和諧關係，並營造重視病人安全文化，以提升醫療品質為目的，工作項目也包含醫學生的獎助，因此本會諮詢魏崢董事長、殷偉賢董事，得到首肯，承諾每年提供20位名額，併入我們原有的醫學生獎助學金辦法，公會代為辦理行政程序，讓2025年獎助名額提升為23人，真是天大好消息。

本會社會服務委員會除了修正本會醫學生獎助學金申請辦法及申請表格，決定具有低收入、中低收入戶等官方證明、設籍台北市者，優先運用本會3名名額，其他則由杏林春暖基金會獎助。

公會承辦同仁非常用心，除了寄出正式公函，也和全國醫學院校醫學系辦公室窗口聯絡，電話溝通，並建立e-mail聯絡管道，請求協助公告流通，鼓勵有需要的醫學生踴躍申請。



魏崢院長和殷偉賢副院長。

我則和全國醫學大學校長、醫學院院系院長、系主任電話或LINE聯絡，告知信息，一樣拜託協助公告流通，鼓勵醫學生踴躍申請。有一位醫學大學校長問我，能不能固定給該校若干名額，學生有強烈需求，我回應鼓勵同學申請，剩下的事情就交給公會盡力處理。另一位醫學大學校長問我，學校外籍生很多，經濟條件大多不好，外籍生可不可以申請，我向他報告，就讀於國內的醫學生就合乎資格。到截止收件前幾天，我遇到醫學生全國聯合會會長和幹部，又再次拜託他們，到了最後收件截止，我們總共收到26件申請書，稍微超出原來23位名額，顯示出醫學生在財務支持的需求性，值得我們重視。

我參與社會服務委員會會議，拜託委員們按照原來共識，能夠提出官方低收入戶放低收入戶官方證明、設籍台北市的醫學生，運用本會3個名額，其他23位同學，先以低收入戶排序，而後再依照成績排序，總共21位得到獎

助。還有2位文件不完備，經過通知，仍然無補件，無法得到獎助，非常可惜。

### 愛心大集合

感謝杏林春暖基金會魏崢董事長同意給予21位醫學生獎助學金，安心完成學業。申請的L同學，在2021年全球新冠疫情時，從小陪伴長大的奶奶染疫去世，激勵L同學從事醫療服務，在第一線守護人民的健康，共享歲月靜好。另一位P同學父母都是極重度聽障人士，生活不便和經濟收入的不穩定，造就正向的態度和不屈的精神，堅信努力就能夠走出逆境。他認為得到來自社會的支持，更能理解並同理弱勢者的處境，希望將來能夠竭盡所能，回饋社會，造福人群。

K同學來自於韓國，家境清寒，9年前，爺爺意外車禍，導致半身不遂，領有身心障礙證明，目前仍需要住院治療，醫療支出費用非常龐大，激勵同學立志成為一個醫師，努力向學，品學兼優，值得肯定。另一位C同學，父



情境學習醫學生農場品嚐咖啡。

母特殊境遇，無法返家，也沒有經濟收入，需要由罹患巴金森症的祖母照顧，他認為生活艱辛，但是困難並非阻礙，而是磨練的契機，希望得到這一筆獎學金，減輕家庭經濟壓力，更激勵以堅定的心，持續努力學習，勇敢面對挑戰，讓自己成長成為回饋社會的起點。

### 心有所感

我是心有所感，心有戚戚焉。

大一新生入學，因為家境清寒，我就申請全額助學貸款，一直到畢業，全部7年、14個學期，都是貸款來付學費。國家讓我們在畢業後、服完兵役，才開始還款，這期間的利息是國家付給銀行，我感謝國家的恩澤。那時候獎學金很少，一般民眾經濟較為拮据，所以現在看到魏崢董事長/院長和企業家愛心，雖然我沒有受惠，為這一群醫學生深感謝意，感受社會的愛心暖流。

社會服務委員會劉漢宗召委在醫學系的最後2、3年的時間，也曾申請過助學貸款，住院醫師時就把它還清了。他非常認同本會和杏林春暖基金會善舉，他說獎學金對需要的醫學生真的是「貴人」。

### 新世代仁醫濟世

2026年新春聯誼會，本會邀請所有得獎醫學生出席，誠摯邀請魏崢院長蒞臨、致詞和頒獎，殷偉賢董事貢獻良多，也一定要出席。

這一次醫學生獎學金的擴大頒發，除了提供財務支持，更以公開頒獎方式，鼓勵肯定年輕學子的學業、品行成就，期待醫學生在頒獎典禮中，能夠在尊榮、愛心的氛圍中，和醫界大師、前輩們交流請益，感受前輩醫療專業、終身奉獻的典範，成為新世代良醫仁醫濟世。



醫學生社區醫學教育居家安寧療護。

# 峴港：陽光下的南洋記憶

台北市立聯合醫院仁愛院區 皮膚科 黃雅筠

趁著2025年的農曆春節假期，我和家人到中越旅遊，體驗東南亞的文化風情。除了走訪越南第三大城—峴港—之外，也到位於東南方的會安古鎮遊覽，感受古色古香的氛圍。其他參訪的特色景點包含巴拿山、美山勝地等。有別於行前耳聞治安差、落後的印象，越南人的純樸和親切深深的烙印在我腦海中，為這趟五天四夜的旅程增添了許多色彩。

走出機場，迎面而來的是28度的高溫，卻是越南的冬天兼雨季（九月～二月）。來自順化的導遊興奮地指著手機上連續好幾個晴天的預報，說我們很幸運剛好那幾天都沒下雨！即便豔陽高照，大部分當地人都穿著大衣、圍巾、甚至戴手套，反觀外國觀光客紛紛拿出陽傘、墨鏡、遮陽帽及防曬外套，形成有趣的反差。相同的是越南也正值春節期間，因此街道上掛滿鮮艷顏色的燈籠，除了紅色，黃色、橘色也是吉利的象徵。此外，家家戶戶門前皆擺放兩盆菊花，象徵「吉祥（菊香）如意」，但不私下貼春聯、放鞭炮。

峴港的美溪沙灘有東方馬爾地夫之稱，並為全球前六大美麗海灘。我們在沙灘旁的海鮮餐廳吃了新鮮的蝦、清蒸魚、海瓜子和龍蝦，接著到峴港市區觀光，包含參觀夢幻的粉紅色教堂及行經第一地標「龍橋」到APEC公園欣賞生命之樹—2017年第26屆亞太經合組織領導人會議後台灣送給越南的雕塑品。夜晚搭著韓江風情船遊河看夜景，一邊欣賞龍橋龍頭的噴水和噴火表演，帶來視覺上的饗宴與感動。峴港即便已充滿了現代化元素，仍舊保有大自然

景觀及別具歷史意義的地標，實屬不易。

第二天我們搭車到了會安對岸的迦南島體驗碗公船（圖一）。由竹條編制的竹桶船外型堅固又可愛，配一個船伕幫忙滑，可依乘客喜好調整速度，並時不時有瘋狂水上咖啡杯特技表演搭配各國語言的嗨歌，是豐富有趣的水上體驗。船上還貼心的幫忙準備斗笠、雨傘、還有釣螃蟹的竿子！搭船穿梭在竹林間真的很曬，且船下的河水混濁到看不見底，但船夫們的熱情及河岸怡人的椰林風景促成一番特別的南洋風。

會安和峴港呈現完全不同的面貌，沒有繁榮的現代感，也沒有乾淨的陽光沙灘，取而代之的是濃厚的歷史氣息與原始古都的風貌（圖二）。吵雜的喇叭音在車水馬龍間此起彼落、街道擁擠不堪、凌亂的攤販市容在這座古鎮勾起懷舊的記憶。我們漫步在鋪著石板路的巷弄，邊看著高掛在半空中一排排繽紛的燈籠及兩旁古老的建築，彷彿進入了時光倒流。走累



圖一 迦南島秋盆河上的碗公船



圖二 繁華及懷舊的會安古鎮

了隨便找一間半露天似的咖啡廳坐下，點了特色的椰子塔和椰子水，偷得浮生半日閑，感受愜意的下午茶時光。

AODAI（奧黛）為越南國服，上身神似旗袍開衩至腰際，下身搭配寬鬆長褲，無論穿著行走或是騎腳踏車都很方便。第三天晚上在文化主題公園觀賞的會安記憶秀便以奧黛服裝為特色演繹出越南的歷史故事，包含探討傳統男性出海捕魚遇難、跨國聯姻、及越南女性辛苦挑起家務重擔等主題。整體來說雖然視覺效果沒有澳門水舞間表演來的震撼，但完美呈現了越南人的傳統價值與種族文化。

下一站去到被列為世界文化遺產之一的美山勝地（圖三），同時有越南小吳哥窟的稱號。我們趕在烈陽出現之前上山探訪，雖有一部分戰爭時被摧毀，但仍難掩精緻巧妙的工匠雕刻技術。整個建築群體看起來很壯觀，讓我聯想到義大利的羅馬競技場，也像在某個電影



圖三 世界文化遺產之美山勝地

場景會出現的佈景。山谷的寺廟處被兩個山脈包圍，據導遊說此地是占族歷任國王舉行宗教儀式的場所，也是王室和民族英雄的埋葬地。

回到峴港，我們下一個目的地是巴拿山的巨人佛手橋天空步道，也是此行我最期待的景點！整個巴拿山分成三大區域：上、中、下層。我們從下層搭乘全世界最長的纜車（共5.8公里）到中層的巨人黃金橋和上層的法國村導覽。出發前一天領隊就一直叮囑山上氣候多變要帶保暖衣物，幸運的是那天上山時天氣超好，豔陽高照！佛手橋的步道人擠人，近觀從山壁伸出的大佛手氣勢如虹（圖四），像極電腦特效的畫面，但他真切的呈現在眼前，只能說嘆為觀止，不虛此行。再往上的法國村也是充滿驚喜，壯觀的歐式建築林立，還有適合小朋友的遊樂園(Fantasy Park)及刺激好玩的高山過山車(Alpine Coaster)。膽小如我最後還是沒能克服心魔體驗過山車，小小遺憾。



圖四 巴拿山的巨手黃金橋天空步道

這趟旅程除了走訪越南特色景點，還有體驗當地奢華的服務，像是越式洗頭及越式按摩，都比台灣便宜。美食方面，餐餐都是當地特色料理，包含龍蝦吃到飽饗宴。儘管語言不通無法與當地人互動比較可惜，仍然收穫滿滿。現代化的設施和人民的熱情顛覆了我之前對這個國家的印象。這是我第一次去越南，但相信不會是最後一次，未來規劃東南亞旅程一定少不了越南。✚



# 效率革命：NotebookLM 驅動醫學 研究圖文與簡報的極速生成術

臺北榮民總醫院<sup>1</sup>大數據中心<sup>2</sup>新竹分院 楊豐源<sup>1</sup> 陳曾基<sup>2</sup>

## 【醫研與教學領域的專屬AI研究助手】

NotebookLM是由Google開發的一款AI線上生成式問答筆記工具，其核心技術奠基於強大的Gemini 2.0 Pro多模態大型語言模型(LLM)。這款工具具備理解和處理文本內容的能力，同時支援多模態資料（如文本、圖像）的分析。對於醫事、研究及行政相關人員，以及教師、學生和內容創作者來說，NotebookLM是一項重要的利器。

NotebookLM與傳統的通用型AI工具（如ChatGPT、Copilot）最大的不同，在於其「來源導向」(Source-grounded)的設計。它不會憑空生成內容，也不是從網路上尋找答案，而是嚴格根據使用者上傳的大量筆記或文件來進行AI分析。這確保了其生成內容（如論文摘要、報告企劃、文章大綱）具有明確的引用來源。這種杜絕「AI幻覺」(Hallucination)的能力，對於需要高準確性和可信度的醫學研究和教學領域尤其關鍵。

Google於2025年11月完成了旗下生態系的重大整合，將Gemini、Google Slide、NotebookLM與強大的Nano Banana Pro繪圖能力深度結合，顯著提升了整體影像生成品質。更值得一提的是，其對繁體中文的生成錯誤率有大幅降低，圖文生成效果令人驚艷，此舉無疑將顛覆現有的第一線AI繪圖工具市場。

筆者長期深耕於醫學研究論文的繪圖技巧教學，並實際參與學術期刊圖文摘要的初稿潤飾與完稿工作。因此，在關注到此AI工具組發

布的創新功能後，筆者立即聯想到其巨大的潛力：如何將這些工具導入平日工作已相當繁重的醫療與醫事研究及教學人員的日常中。本文將深入探討導入這些工具的應用策略，以期協助醫研成果的產出、簡報製作與教學應用，從而有效提升作業效率，減輕醫護研究人力的沉重負擔。

## 核心優勢與技術亮點

- 專注於使用者資料：**所有回答皆附帶引文，可點選引文直接前往來源中的原文段落，方便用戶瞭解回覆的參考內容，確保資訊準確性。
- 多檔案分析能力：**單個筆記本最多可同時比較多達50個來源（付費版上限為300個），每個檔案上限為50萬字或200MB。
- 多模態支援：**支援多種文件格式，包括Google文件、Google簡報、PDF、TXT、Markdown、網址，以及音訊檔案(MP3、WAV)。最新更新更擴大了支援範圍，包括Google試算表(Google Sheets)、圖片(Images)、雲端硬碟PDF和Microsoft Word文件(.docx)。
- 視覺化能力升級：**整合Google最新的圖像生成模型Nano Banana Pro，大幅提升了生成資訊圖表(Infographic)和簡報(Slide Deck)時的圖表繪製與中文文字渲染能力，錯誤率顯著降低。

## 【NotebookLM在醫學研究與論文分析的應用】

在醫學研究領域，NotebookLM能夠顯著提升資料分析和寫作準備的效率，特別是在處理大量文獻和撰寫學術成果時：

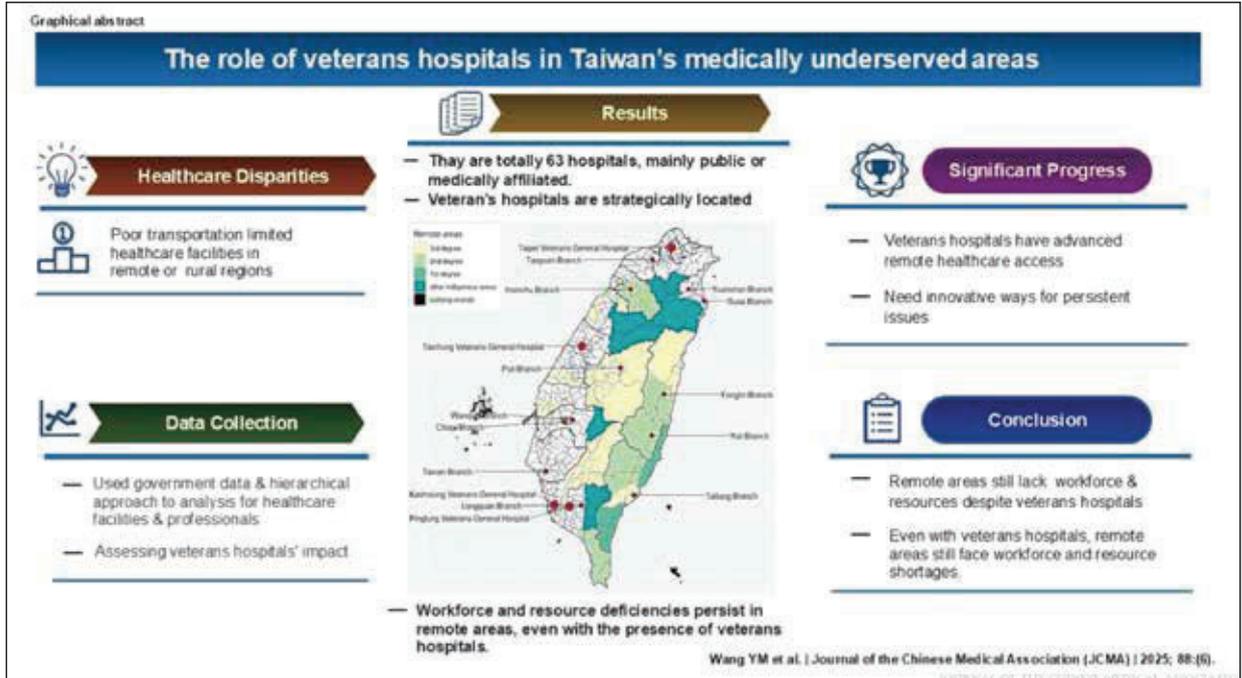
### 1. 論文文獻的快速分析與摘要（文字生成文字）

- **快速翻譯與歸納**：使用者上傳英文版論文後，NotebookLM能在數秒內將其翻譯成中文，並在側邊歸納出幾個常見問題，極大地加快研究或報告撰寫的速度。
- **多角度資料摘要**：NotebookLM具備自動分析和擷取關鍵資訊的能力。它能從文獻中自動生成常見問題、學習指南（包含關鍵字、問答題、申論題和思考方向）以及目錄。這對於研究人員進行文獻回顧和掌握文章架構非常有幫助。
- **時間軸生成**：如果文獻中包含時間相關資訊，NotebookLM會自動生成事件時間軸，方便使用者掌握事件發展的順序和關聯。
- **深度研究(Deep Research)**：此功能可作為專門的研究員，自動執行複雜的線上研究，生成詳細報告並推薦相關的線上文章、論文或網站。研究人員可引導此功能在背景運行，瀏覽數百個網站，並將生成的報告和來源直接匯入筆記本中，作為知識庫的補充。

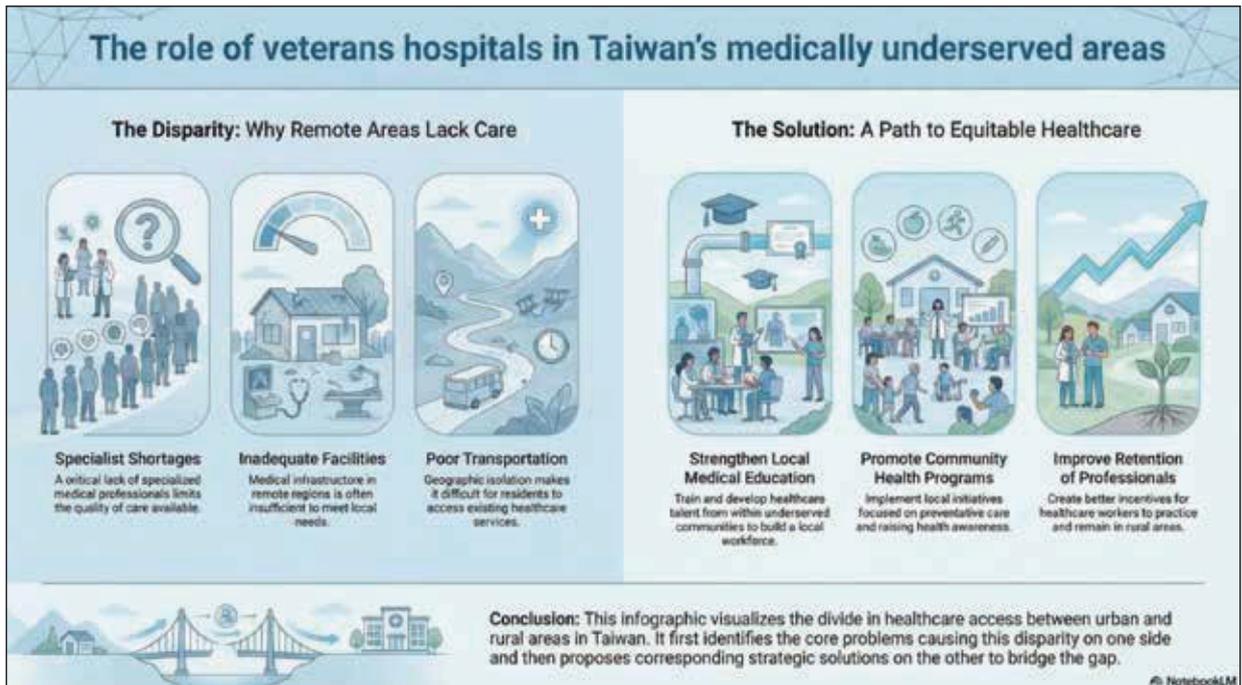
### 2. 圖文摘要與資訊圖表(Infographic)生成： NotebookLM最新的資訊圖表功能對於

醫學論文發表所需的圖文摘要(Graphical Abstract, GA)製作尤其實用。

- **結構層次強化**：圖文摘要能將大量文字轉化為視覺化資訊圖表，自動找出文獻的主題、子項和細節，並以框線、色塊、流程圖呈現層次結構。
- **視覺強化元素**：生成的圖表會使用概念化符號(icon)、色塊和箭頭來強化視覺效果，使訊息更容易被閱讀和記憶。
- **專業製作**：研究人員可針對論文摘要（如主題、方法、結果、結論）提供提示詞，讓NotebookLM依據文本，繪製出橫式或直式的專業圖文摘要。附圖一為臺北榮總新竹分院教研中心王瑛玫主任、沈弘緯藥師、陳曾基院長及筆者今年六月發表於中華醫學會雜誌期刊（詳見參考文獻1.）所製作的圖文，筆者將資料上傳到NotebookLM，給予相關提示詞：「1.上方列明主題「The role of veterans hospitals in Taiwan's medically underserved areas」，2.色系：極淺藍/天藍色系搭配，3.編排方式：其他由左到右邊，4.結論在最下方，要讓圖像專業文章圖文摘要呈現方式」。請它來繪製圖文摘要，結果如附圖二。貼心提醒，繪圖有時可能需要多次測試不同提示詞或改變畫風，最後才能獲得滿意的作品。另一種做法，若是您有希望專用的底圖或參考圖的風格，您也可以請AI直接幫您換掉底圖或參考某張圖文風格來會製作您想要的圖



圖一 筆者已發表文獻中的圖文摘要(graphical abstract)



圖二 以NotebookLM所繪製的圖文摘要(graphical abstract)



圖三 以Google slide所繪製的圖文摘要(graphical abstract)

文摘要(Graphical abstract)。以上方法，各位都可以自行嘗試。筆者也把圖文製作的執行過程，錄製成教學影片，已上傳到YouTube頻道，連結如下：<https://youtu.be/oM7xKQeD--g>，歡迎各位同好觀看課程並多加練習。

- **簡化工作流：**研究者可以將複雜的研究結果作為輸入資料，要求AI生成圖表，大幅減少自行設計圖表的時間和難度。

### 【NotebookLM在教學與衛教宣導的應用】

對於教育工作者和醫療機構的衛教宣傳需求，NotebookLM提供了豐富的工具，將複雜的專業知識轉換為易於理解和傳播的教材。

### 1. 簡報(Slide Deck)的自動生成與編輯

- **邏輯結構強化：**NotebookLM能讀取文件後，自動分析主題、結構和邏輯，生成一份邏輯性強、結構清晰的簡報。這對於教師製作複雜內容的教學簡報或學生製作學術報告極為省時。
- **一鍵切換模式：**簡報功能可選擇生成「詳細投影片」（適合內部會議或研究討論）或「演講者投影片」（適合演講或簡短介紹性質的簡報）。
- **圖像與編輯：**雖然NotebookLM生成的簡報可下載為PDF，但若透過Gemini或Google Slide生成簡報，則可轉成Google

Slide的可編輯格式。Google Slide的擴充功能，允許使用者修飾單張投影片（“Beautify this slide”）甚至完全刪除圖片上的文字，只保留底圖，方便手動加入或編輯內容。

## 2. 多媒體教材製作與學習輔助

- **語音摘要(Podcast)**：可將上傳的文獻轉換成Podcast形式的音訊檔。最新功能已正式支援繁體中文的對話式摘要，讓使用者可以透過聽覺方式吸收文獻內容。這些音訊檔可搭配AI影片編輯軟體後製成影音教學檔，用於推廣、衛教或教學。
- **影片摘要(Video Overviews)**：能以使用者偏好的語言提供簡潔易懂的影片，有「解說」(Explainer)和「摘要」(Brief)兩種觀看格式，並可選擇多種視覺風格（如白板、水彩、動畫等）。
- **互動學習工具**：在「工作室」(Studio)功能中，NotebookLM可根據來源生成多種教學輔助材料，包括心智圖(Mind Map)、學習卡(Study Cards)、以及測驗(Quiz)，使學習過程更具互動性和個人化。

## 3. 行政與資料管理

- **會議記錄自動化**：NotebookLM可以協助將會議錄音轉換成文字稿，並自動生成會議記錄初稿，同時提供摘要和關鍵問題，方便行政人員整理和分析會議內容。
- **知識庫建立**：企業或部門可建立共享知識庫，將內部規章文件匯入，供新人提問或

團隊協作。

- **角色自訂彈性**：聊天角色自訂(Chat Customization)的字數上限已提升至10,000字，讓使用者能為AI設定更完整的專案管理、教學講解或科學研究助理等細緻任務角色。

## 【NotebookLM專業 workflow 建議與付費方案解析】

為了最大化NotebookLM在醫研與教學中的效益，建議採取高效率的工作流程，並根據需求考量付費升級。

### 1. 專業 workflow（最省時做法）

- **資料精煉**：在將資料上傳前，應先將文本內容進行精萃和整理，確保字數精簡且重點清晰，以提升AI生成的品質。
- **上傳與結構化**：優先上傳PDF（結構清楚、解析度高）或純文字檔案（AI讀取最快），其次是Google文件和網址。
- **核心架構提取**：先利用「資訊圖表」功能生成視覺化圖表，快速抓出文獻或報告的核心架構。
- **完整提案建立**：接著，利用「簡報生成」建立完整的提案或教學格式。
- **後續編輯**：將產出匯出到Google Slide或其他簡報工具中，進行人工二次確認和美化（特別是數據準確性）。

- ### 2. 費用與方案考量
- NotebookLM提供功能完整的免費版，適合學生或輕量使用者。但

表一 NotebookLM免費版及付費版的差異比較

功能項目	免費版 (Free)	付費版 (NotebookLM Plus/Pro)
每本資料來源數量上限	最多 50 個	最多 300 個
每日對話查詢次數	50 次	500 次
語音／影片摘要次數	各 3 次／日	各 20 次／日
額外權益	包含基本摘要、問答、資訊圖表生成	包含於 Google AI Pro 方案，提供額外儲存空間、Gemini Advanced 等
企業應用	無	可透過 Google Workspace 或 Google Cloud 獲取企業級安全防護和團隊協作功能

對於需要處理大量文獻或頻繁使用的研究人員、分析師或重度知識工作者，付費版 (NotebookLM Plus/Pro) 則提供了更高的使用額度。請參考表一。若有變動以官方網站公布為準。

### 【結論】

NotebookLM 不僅是一款筆記軟體，它是一個個人化、可信賴的 AI 研究助理。透過其強大的 Gemini 2.0 Pro 模型和最新的 Nano Banana Pro 視覺化能力，它能大幅提升醫研人員在論文分析、圖文摘要製作，以及教育工作者在教材準備和衛教宣導上的資料處理和分析效率，成為學術研究、教學和行政管理中不可或缺的幫手。

NotebookLM 對於知識工作者而言，就像一個個人化的 AI 顧問。您提供專業知識作為原材料，它則能根據這些原材料，快速提煉、重組，並以多樣化的形式（從精確摘要到專業圖

表）高效率及品質輸出，確保產出的內容始終紮根於您信任的資料來源。

### 參考文獻

1. YM W, HW S, TJ C, et al: The role of veterans hospitals in Taiwan's medically underserved areas. Journal of the Chinese Medical Association; 88(6): 442-50. <https://doi.org/10.1097/JCMA.0000000000001241>.
2. 楊豐源：善用 NotebookLM 打造專業論文圖文摘要 GA+ 簡報 PPT 及教材備課 [影片]. 北榮大數據中心 (2025 年 11 月 24 日). YouTube: <https://youtu.be/B4zSmsMKnzY>
3. 楊豐源：NotebookLM 與 Google Slides 的進階圖文攻略：AI 賦能醫研圖文 x 簡報術-專論篇 2 [影片]. 北榮大數據中心 (2025 年 11 月 30 日). YouTube: <http://www.youtube.com/watch?v=oM7xKQeD--g> 🇹🇼

# 人工生殖法— 生育與婚姻架構脫鉤？

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

因應台灣婚育面貌改變，加上生殖醫學技術進步，衛生福利部廣徵各界意見，擬具人工生殖法修正草案<sup>①</sup>，經行政院審查，並於今(11)日行政院院會通過，重點包含強化知情同意程序與生殖細胞捐用管理、評估人工生殖子女最佳利益及維護血緣認知權與保障法律地位<sup>②</sup>、已完成結婚登記的女同性伴侶與未婚女性可合法接受人工生殖服務<sup>③</sup>。為了回應民意代表、民間團體持續反映盼修法擴大人工生殖使用對象，同時考量確保婦女生育健康及人工生殖子女利益，衛福部自109年起迄今，邀請兒童權益、性別平等、法律及醫學等領域專家及權責機關，召開30餘次會議及2場公聽會，並於113年7月完成草案預告，在蒐集各界意見後，進一步全面檢討兒童權益、醫療品質、社會需求等面向，審慎研擬人工生殖法修正草案，修正重點如下：一、提升醫療服務品質：擴大人工生殖機構許可辦法之授權範圍，並授權訂定本法施行細則，以滾動調整管理規範。另增訂手術及侵入性治療之知情同意程序，以及強化生殖細胞之捐贈及使用管理規範。二、維護子女最佳利益：評估人工生殖子女最佳利益：欲受術對象於實施人工生殖以前，須由中央主管機關指定的專業機構進行子女最佳利益的評估，人工生殖機構需確認欲受術對象經評估符合子女最佳利益且適合人工生殖，才能提供人工生殖技術相關醫療服務，以確保人工生殖子女於穩定及安全的環境中成長。維護人工生殖子女血緣認知權：增訂經由捐贈生殖細胞所生子女得知悉其生殖細胞捐贈人的血型、國

籍等非辨識資料。若患有重大遺傳性疾病或有器官移植需求等，可依法查詢捐贈人的姓名及聯絡方法等；此外，當人工生殖子女成年後，若取得其生殖細胞捐贈人的同意，可以得知該捐贈人同意提供的資料。保障人工生殖子女法律地位：以人工生殖子女最佳利益為最高指導原則，修正人工生殖子女之法律地位規定，以使其親子關係更加穩固。三、維護婦女生育健康：讓已完成結婚登記的女同性伴侶及未婚女性合法使用人工生殖技術，以符合聯合國消除對婦女一切形式歧視公約第12條規定<sup>④</sup>；另為降低婦女高齡生育的健康風險，增訂人工生殖機構先檢查及評估已滿45歲的高齡婦女，確認她們適合懷孕生產以後，方提供她們人工生殖技術的醫療服務。…（「行政院院會通過《人工生殖法》修正草案」焦點新聞，國民健康署，民國114年12月11日。）

「醫師，我這是感冒嗎？」病人問。

「是啊！還是嚴重感冒，拖得有點久了…早點來治療鼻塞就好，而且你還服用好幾天日本的百〇〇成藥，鼻涕才變得更黏稠。」醫師一邊治療一邊聽病人講述病情。

「我以為是小感冒，所以隨手拿家裡的備用感冒藥服用。」

「也是，我問10位服用過成藥後來就醫的病人，就有7、8位跟你一樣服用那種日本成藥，藥廠的行銷能力不是普通厲害…」醫師門診時重複的問與答。

「每次到日本藥妝店都看到很多台灣人大

包小包地購買，聽說在日本買的比在台灣買的有效，真假？」

「只要是藥品都具有毒性！所以要對症…下藥。」醫師已經是反射性回答。

「以毒攻毒嗎？」

「不是！就已你服用的日本成藥而言，不是不好的藥、是沒有對到你目前的症狀，所以是沒有…對症…下藥！」醫師在對症二字加重語氣。

「啥？什麼時候服用才是…對症？」

「有一點感冒症狀時馬上服用！如果症狀有改善就繼續服用，如果症狀沒有改善時就醫。」醫師並沒有要病人一定找自己。

「我三天後要飛美國，會不會好？」病人對醫師說實話。

「真的有些難度…因為你已經感冒一周，又沒有對症下藥，如果帶著濃稠鼻涕搭長途飛機，恐怕會有耳朵悶塞疼痛的症狀出現？你要去幾天？」醫師根據病人實際情況來考慮治療方針。

「三天來回！待一晚就回來。」病人的回答既迅速又乾脆。

「三天？洽公還是開會…」醫師滿是疑問，都什麼時代了這麼遠還需親自出席。

「都不是！去見一個人…」

「相親嗎？」醫師回看病人年齡，36歲。

「不是！是看代理孕母…」

「如果是這樣，真要去國外，台灣還沒

有合法。」醫師稍有耳聞此項業務，不過都是負面的案例，接著問：「怎不結婚自己生一個？」

「唉！錯過時機點…」病人欲言又止。

「不結婚或結婚生不出孩子，也可以考慮收養啊。」醫師的病人中有這種例子，是一位特教老師夫妻。

「家裡長輩有給壓力要自己的種…」這真是無法推拖的理由。

「也是，長輩有他們的考量吧？」醫師猜想可能病人家族有大事業。

「我自己也希望有個洋娃娃的小孩…」病人的想法真的很特別。

「這樣的話，我提供一個特別的案例給你參考：美國曾有位專做不孕症的醫師，後來被發現都是使用自己的精子，鬧得滿城風雨…亞洲人去尋求這方面協助，更須格外小心謹慎。」醫師由衷的叮嚀。

「這種案例我也曾聽過，會小心。」

「總共需花多少費用？」醫師最後還是好奇地問這敏感數字。

「目前推估大概要花600萬元。」

「新台幣嗎？」醫師的白癡問題。

「當然！就是約美金20萬，但不包括像我這趟來回奔波的費用。」病人似乎不怎麼在意費用的問題。

「在美國生產，然後你過去領養吧？」醫師第一次聽到真實案例。

「當然吧？等過去面談時再問清楚。」

「也有聽說費用付清，孩子不見的案例…」醫師邊講邊執行局部治療，然後指著抽吸管說：「你看這鼻子後面的鼻涕有多黏稠，小管徑抽吸管還被堵住，現在鼻子通暢多了吧？」

「真的全都通暢，頭也不怎麼悶了！」病人露出滿意笑容，接著說：「醫師的提醒記下了，我什麼時候要回診？」

「因為你三天後要搭長途飛機，且住一晚就回程，最好明天再來抽鼻涕，看恢復的實況。現在先去吸蒸氣，讓鼻涕儘快流乾淨。」醫師說。

「好的，謝謝醫師，我明天再來回診。」

「聽到了嗎？想要一個自己的孩子，至少花費600萬元。」病人離開後，醫師對著藥師及櫃台姑娘講。

「真的很貴！○姨妳生4個，省了2,400萬。」藥師對資深櫃台姑娘講。

「妳生2個，不也省了1,200萬！」換資深櫃台姑娘回應藥師。

「生不難，養育、教育才需要重本。」醫師回應二位資深母親。

「真的！那些年需要兼職才能應付過來。」有孫子的資深櫃台姑娘一定有感。

「台灣自20年前即公布施行《人工生殖法》，用於保障不孕夫妻、人工生殖子女與捐贈人之權益。」醫師說明法律規定。

「既然有法律規定，那位病人為何需遠渡重洋求子？」藥師問。

「問到重點了！此法原只用於保障…不孕夫妻。」醫師先著重立法目的，接著說：「現在提修正草案，保障對象不同了！」

「孩子不就是夫妻或男女一起…生的嗎？」資深櫃台姑娘問。

「現代應該不一樣了吧？」藥師也不敢肯定回應。

「正確！這是個多元的時代…除異性婚姻夫妻外，修法適用於**同婚女性及未婚女性**，以平等行使自主經營家庭生活之權利。亦即以女性為主。」醫師回答。

「那…未婚女性…是什麼意思？」二位女性員工同時提問。

「不只是未曾結過婚的，舉凡離婚、喪偶的女性都屬未婚！使用這名詞也是奇怪，用單身取代未婚，不就清楚多了？掛上一個婚字，是頭昏了？」醫師說。

「代理孕母適用嗎？」資深櫃台姑娘想到剛才那位男病人。

「代理孕母方式之人工生殖，因涉及科學、倫理、法律、社會道德等層面之問題，問題非常複雜，行政院聲稱將另案立法。」醫師總結。（以上係真實案例）

**問題①「人工生殖法」修正草案的重點為何？**

**解答：**尊重女性生育自主權，落實「兒童最佳利益」之保護，行政院會今(11)日通過衛生福利部擬具之《人工生殖法》修正草案（圖一），將函請立法院審議。行政院副院長鄭麗君指出，《人工生殖法》自民國96年施行以來，僅限異性婚姻夫妻適用人工生殖技術，此規定對於未婚、離婚、喪偶及同婚等女性群體，已無法平等保障其經營家庭生活的基本權利。鄭副院長表示，本次修正《人工生殖法》，是以尊重女性生育自主權為基本理念，將未婚及同婚女性納入適用對象，平等對待其經營家庭生活之權利，同時落實「兒童最佳利益」之保護，明確規範人工生殖子女之法律地位，完善母子權益與家庭支持體系，確保每個家庭能在法律保障下平等發展。（參考「尊重女性生育自主權政院通過《人工生殖法》修正草案」焦點新聞，行政院新聞傳播處，民國114年12月11日。）

本案修正重點如下：一、提升人工生殖機構醫療品質與管理：強化人工生殖機構管理與規範，並授權訂定本法施行細則，以滾動調整管理規範。另增訂手術及侵入性治療之知情同意程序（註：新增第17條），以及強化生殖細胞之捐贈及使用管理規範。二、維護子女最佳利益：（一）評估人工生殖子女最佳利益：受術對象於實施人工生殖前，須由中央主管機關指定的專業機構進行子女最佳利益的評估，人工生殖機構需確認受術對象經評估符合子女最佳利益且適合人工生殖，才能提供人工生殖

技術相關醫療服務，以確保人工生殖子女於穩定及安全的環境中成長。（二）維護人工生殖子女血緣認知權：增訂經由捐贈生殖細胞所生子女得知悉其生殖細胞捐贈人的血型、國籍等非辨識資料。若患有重大遺傳性疾病或有器官移植需求等，可依法查詢捐贈人的姓名及聯絡方法等；此外，當人工生殖子女成年後，若取得其生殖細胞捐贈人的同意，可以得知該捐贈人同意提供的資料。（三）保障人工生殖子女法律地位：以人工生殖子女最佳利益為最高指導原則，修正人工生殖子女之法律地位規定，以使其親子關係更加穩固。三、維護婦女生育健康：讓已完成結婚登記的女同性伴侶及未婚女性合法使用人工生殖技術；並增訂人工生殖機構先檢查及評估已滿45歲的高齡婦女（註：第6條第二項第二款規定），確認她們適合懷孕生產以後，方提供她們人工生殖技術的醫療服務。（參考行政院新聞稿之參考稿，行政院，民國114年12月11日。）

一旦草案獲立法院三讀通過，台灣將成為華語世界唯一允許單身女性與女同志伴侶合法解凍並使用自己卵子的地區。她們將不用再為了試管嬰兒等人工生殖療程而遠赴第三國，減少被迫出國的經濟負擔、心理壓力和衍生的階級不平等。有學者指出，這次修法代表生育權首次在制度上與婚姻架構正式脫鉤，同時也反映台灣少子化加劇、結婚模式轉變，以及社會對多元家庭接受度的提升。筆者認為：依據《民法》第967條第一項：「稱直系血親者，謂己身所從出或從己身所出之血親。」何況單



圖一 《人工生殖法》修正草案核定（圖片來源：衛生福利部）

身女性生育是個趨勢，與婚姻架構早已經脫鉤。

**問題②：**強化「生殖細胞捐用管理」，係包括「知情同意程序」、「維護血緣認知權」與「保障法律地位」等條文。

**解答：**關於「生殖細胞捐用管理」的修正，分散於各條文中，例如：生殖細胞及為實施人工生殖形成之胚胎銷毀規定，經受術配偶或受術未婚女性同意得延長胚胎保存年限至十五年（註：原規定十年），是故修正條文第30條至第32條。及以下各個修正法條。（皆參考「討論事項（二）《人工生殖法》修正草案\_法條部分」，行政院第3982次會議，民國114年12月11日。）

關於強化「知情同意程序」：**新增**第17條第一項：「人工生殖機構於每次實施取卵、睪丸取精、副睪取精、輸精管取精及其他手術前，應向女性受術者、受術配偶男方或捐贈人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發

症及危險，並取得其親自簽具之手術同意書及麻醉同意書。」第二項：「人工生殖機構於每次實施胚胎植入、侵入性檢查或治療前，應向女性受術者或受術配偶男方說明，並取得其親自簽具之同意書。」新增理由係「參考《人體器官移植條例》第9條第一項規定醫師自活體摘取器官前應告知器官捐贈者醫療風險並取得其同意，前開對象之權益及醫療風險告知之範圍及內容於現行醫療規範下既容有差別，爰於本條定明依本法實施手術、侵入性檢查或治療之說明對象及同意程序，作為《醫療法》第63條及第64條規定之特別規範，以維護受術對象及捐贈人之權益。」及「取卵及睪丸取精等其他手術之風險與《醫療法》第63條所定手術之範圍及風險有別，所採麻醉藥物亦有不同，宜就其特殊性質及風險，簽具人工生殖之手術同意書或麻醉同意書，爰增訂第一項為《醫療法》第63條之特別規定，以維護受術對象及捐贈人之權益。」

關於「評估人工生殖子女最佳利益」：**新增**第8條第一項：「夫妻、女同性雙方或未婚女性於接受人工生殖前，應經中央主管機關指定之專業機構依人工生殖子女最佳利益，審酌一切情狀為評估。」第二項：「前項評估，應製作紀錄。」第三項：「第一項專業機構與其評估人員應具備之資格、廢止指定、評估之內容、方式、程序與前項評估紀錄之製作、保存方式及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。」理由：依兒童權利公約第3條（註：該公約第3條第一款：所有關係兒童之



事務，無論是由公私社會福利機構、法院、行政機關或立法機關作為，均應以兒童最佳利益為優先考量。) 行政機關或立法機關作為均應以兒童最佳利益為優先考量。復依國際生育醫學聯合會(IFFS)2022年自願登錄系統調查報告，七十四個回報國家中有二十一個國家回報人工生殖子女利益評估作業係人工生殖機構應盡之義務。

關於「維護血緣認知權」：**新增**第六章「人工生殖子女之血緣認知權」（註：原章名「資料之保存、管理及利用」），修正條文第40條至第43條。**新增**第40條：「人工生殖子女係使用第三人捐贈之生殖細胞所生者，有知悉該捐贈人之身高、血型、膚色及國籍之權利。受術配偶或未婚受術女性得於適當時期告知子女。」此規定係參考兒童權利公約第二次國家報告國際審查結論性意見：「有鑑於透過精卵捐贈者受孕出生之兒少，無法獲得出身相關資訊之嚴重負面後果，委員會敦促政府確保親等關聯紀錄能保存是類資訊，俾能於當事人之請求下，提供相關資訊並給予適當支持」

關於「保障法律地位」係配合修法納入女同性雙方及未婚女性為適用對象，完整保障受術對象及人工生殖子女權益與家庭支持體系：**刪除**受術夫妻受詐欺或脅迫而為同意之一方提起婚生子女否認之訴規定，避免人工生殖子女陷於非婚生地位之不利益，是故修正第35條至第39條條文。

### 問題③：「女同性伴侶」與「未婚女性」的權益為何？

**解答**：人工生殖(Assisted Reproductive Technology, ART)指的是透過醫學介入、以非性交方式協助達成受孕的生殖技術，常見包括捐精、捐卵、人工授精與試管嬰兒等程序。台灣自2007年實施《人工生殖法》，主要用以規範醫療機構提供此類技術的條件與流程。該法以「治療不孕」為核心，僅允許**異性婚姻**中的「**不孕夫妻**」使用人工生殖技術。這導致多年來，**單身女性可以合法凍卵**，但若解凍使用卵子，必須在婚姻狀態內且經由丈夫同意，或者將冷凍卵子送至國外進行後續人工生殖療程，而**女同志伴侶**也無法在台灣合法接受人工生殖。根據行政院最新提出的草案，受術範圍將擴大至單身女性以及合法登記的女性同性伴侶。**同性伴侶**需以**自己的子宮**進行生育，**未婚女性**（含未曾結婚、離婚、喪偶）則須年滿18歲、具受術適應症，並以**自身卵子與子宮**完成人工生殖程序。

修正後，女同性雙方之一方得植入以他方之卵子與第三人捐贈之精子結合形成之胚胎實施人工生殖，是類人工生殖方式應得女同性雙方之同意並經公證。第16條第一項：「人工生殖機構於每次實施人工生殖前，應向**受術配偶雙方或受術未婚女性**說明下列事項，並取得其親自簽具之施術同意書後，始得為之：…」原條文「**受術夫妻**」修正為「**受術配偶雙方或受術未婚女性**」增列第三項：「人工生殖機構實施人工生殖，對於女同性雙方之一方使用以

他方之卵子與第三人捐贈之精子方式實施者，應取得女同性雙方之書面同意，始得為之。」理由：考量女同性雙方中由一方提供子宮，他方提供卵子之施術方式(ROPA)，因分娩之一方與子女並無血緣關係，其乃憑藉意思表示與該子女建立法定親子身分並承擔懷孕生產之風險，且此一意思表示將使雙方就該子女之權利義務、身分關係安定及後續相關法律效果（如扶養、監護及繼承等）發生重大影響，影響雙方權益甚大，為避免事後就真意、身分承擔及親子地位產生爭執，爰增訂第三項，定明以上開方式實施人工生殖須取得女同性雙方書面同意（註：意思是配偶間借腹生子嗎？）並經公證（註：第四項：「前二項書面同意，應經公證人公證。」）之要件。此外，為降低日後親子身分與胚胎使用爭訟，第二項及第三項之書面同意，原則上得於受術（胚胎植入或人工受孕）前以書面向人工生殖機構撤銷；一旦受術，基於子女身分安定及子女最佳利益，即不得再以撤銷其同意影響人工生殖子女之婚生子女地位，以確保其權益；如同意係因詐欺或脅迫所取得，當事人得依修正條文第46條規定（註：本條之罪，須告訴乃論）提起告訴，或依民法相關規定，向加害人或其他責任主體請求損害賠償。

**問題④：**簡介「消除對婦女一切形式歧視公約」簡稱CEDAW（圖二）。

**解答：**1979（民國68）年聯合國大會通過「消除對婦女一切形式歧視公約」（The

Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women，簡稱CEDAW，公約全文包括序言及30條條文，除監督機制與一般條款外，實質條文僅16條，卻涵蓋女性在各種公私生活領域基本權利的保障，有「婦女人權法典」之譽，是聯合國婦女地位委員會及國際第二波婦女運動的重要成果），並在1981（民國70）年正式生效，其內容闡明男女平等享有一切經濟、社會、文化、公民和政治權利，締約國應採取立法及一切適當措施，消除對婦女之歧視，確保男女在教育、就業、保健、家庭、政治、法律、社會、經濟等各方面享有平等權利。此一公約可稱之為「婦女人權法典」，開放給所有國家(state)簽署加入，不限於聯合國會員國，全世界已有189個國家簽署加入。行政院於2006（民國95）年7月8日函送公約由立法院審議，經立法院於2007（民國96）年1月5日議決，2月9日總統批准並頒發加入書。為明定CEDAW具國內法效力，行政院於2010（民國99）年5月18日函送「消除對婦女一切形式歧視公約施行法」草案，經立法院2011（民國100）年5月20日三讀通過，總統6月8日公布共9條，自2012（民國101）年1月1日起施行。依照CEDAW規定，每4年提出我國消除對婦女歧視國家報告，並邀請相關學者專家及民間團體代表審閱；各級政府機關執行公約所保障各項性別人權規定所需之經費，應依財政狀況，優先編列；另各級政府機關應於施行法施行3年內完成法令之制定、修正或廢止，及行政措施之改進，以符合

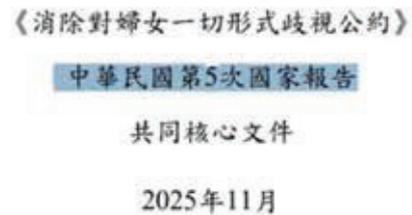
CEDAW規定。(參考「消除對婦女一切形式歧視公約」、「消除對婦女一切形式歧視公約/CEDAW」,行政院性別平等會、國家人權委員會公約,網址:<https://gec.ey.gov.tw/Page/FA82C6392A3914ED>、<https://nhrc.cy.gov.tw/cp.aspx?n=8685>,上網日:民國115年01月21日。)

《消除對婦女一切形式歧視公約》第12條第一款:「締約各國應採取一切適當措施以消除在保健方面對婦女的歧視,保證她們在男女平等的基礎上取得各種包括有關計劃生育的保健服務。」第二款:「儘管有本條第1款的規定,締約各國應保證為婦女提供有關懷孕、分娩和產後期間的適當服務,必要時予以免費,並保證在懷孕和哺乳期間得到充分營養。」(公約詳細條文內容可參考網址:<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=Y0000042>。)

行政院性平處於去(2025)年12月10日透過新聞稿表示,行政院政務委員林明昕11月25日時主持「行政院性別平等會第34次委員會議會前協商會議」,會中通過CEDAW第5次國家報告並於10日對外公布。當天也是世界人權日,行政院公布「消除對婦女一切形式歧視公約」(CEDAW)第5次國家報告,預計今(2026)年7月邀請國際專家來台審查CEDAW台灣第5次國家報告。性平處表示,此次國家報告主要呈現2021年至2024年間台灣在消除婦女歧視、提升婦女人權以及促進性別平等的重要成果,包括2023年經濟合作暨發展組織



圖二 CEDAW (圖片來源:好事多企業社-樂齡健康福祉中心)



圖三 中華民國第5次國家報告 (圖片來源: CEDAW資訊網)

(OECD)社會習俗性別指數評比,台灣成績全球第6名,亞洲第1名;台灣性別平等表現優於全亞洲,同性婚姻合法化後,2023年擴大保障跨國婚姻與收養權,完善同性婚姻權利;2024年立委女性比率達41.6%,亞洲最高。(參考「行政院CEDAW第5次國家報告 明年7月邀國際專家審查」,記者賴于榛,中央社,2025/12/10。)(圖二)⊕

# 台灣醫療照顧卓越； 感恩艱辛的開啓者

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

最近台灣的社交群組中，看到不少討論，「醫療照顧指數(Health Care Index)」的話題。2026年一月初，又看到由Numbeo公布「2026年全球醫療照顧指數(Health Care Index by Country 2026)」<sup>1,2</sup>，列出第一名仍由台灣遙遙領先，第二名、三名是南韓及荷蘭。若以城市排名，台灣的高雄拿下第一，台北為第二名。

這全球醫療照顧指數，是來自評估及報導這指數的Numbeo網站<sup>2</sup>。根據這網站，是透過多項因素來評估，各國醫療的整體品質。Numbeo自2012年開始，對全球約100個國家與地區進行整體評估，並自2014年起固定每年公布兩次醫療照顧指數排名。該公司網站，第一次評估後的排名（2012年）台灣是第26名，然後於第二、三年進入5-8名，從2015-2018上半年，是第1,2或3名。可是從2018年下半年開始，每次都列名第一，至2026年已連續8年，蟬聯第一名。

根據Wikipedia<sup>3</sup>，Numbeo是Serbia的一個規模不大的小公司<sup>3</sup>，其執行長(CEO;Chief Executive Officer)是Google的前員工，離開後創辦這公司。從Wikipedia網站資訊，評估主要靠那位CEO自己去找數據來分析。在Wikipedia的網站上，有些人批評這些評估有些問題。他評估項目很多員工少，看來其評估可能很表面化，不很嚴謹。不過這不是唯一，評估台灣醫療照顧第一名的機構，還有其他評估可參考。

另一較大的公司，發表CEOWORLD Magazine 也有評估全球醫療照顧系統(Countries of Best Healthcare Systems)<sup>4</sup>，最近幾年(2021-2025)發表評估的數據。除了2021年是第二名外，另外4年台灣也都是第一名。這公司較大，發表的評估可能較可靠，較多人引用。

若用Healthcare in Taiwan或Healthcare Ranking by Country去搜尋，還有其他醫療機構評估，有些以國家來排名好壞的名單，就引用上述兩公司的排名表。一般而言都很贊揚台灣的醫療照顧，主要是說台灣非常有效率(efficient)及有優秀的全民健保，幾乎100%(99.9%)的人民有全民保險，而且說台灣有優秀品質，但醫療行政費用相當低。

## 應可自傲、難能可貴但更應感恩

無論如何，目前台灣的醫療照顧，在國際上受贊揚，台灣人當然應感到驕傲，這是很難能可貴的光榮。特別提出「難能可貴」，因為「新醫學」或說「洋醫」「西醫」的醫療，只不過在160年前，才由來台的歐美醫師開始。對台灣的醫療照顧評估，還比這類醫學來源的歐美國家更優良卓越。不過剛開始時，台灣人對外來的醫療不瞭解，還給第一位來台灣，用新醫學醫療的馬雅各醫師(James L. Maxwell)大大的麻煩或說困擾。所以來討論這成就，或更該說光榮，除了自傲外，想還更應感恩，最早開始輸入新醫學到台灣的歐美醫師們。

國際上討論的醫療照顧(Healthcare)，當

然是使用國際上通認的標準。可是歐美醫師們，剛開始介紹新（西、洋）醫療服務時，並不順利，遇到很大的阻力。現在反而有卓越的醫療照顧名聲，所以一再地說：難能可貴。除了早期來台的歐美醫療人士外，日據時代日本政府推廣新醫學的政策也很重要，不過大家比較知道，也很多文獻討論。所以這裡只討論，最先開始台灣新醫學的醫療照顧的歐美醫界人士，我們要感恩他們的開啓，更要努力於繼續保持卓越！

### 馬雅各醫師開始時的困難與辛苦

一百六十年前，馬雅各醫師是英國長老教會，第一位派來台灣的醫師宣教師。他於1865-1871年及1883-1885年兩度來台宣教及從事醫療服務。當中國於十九世紀中期開始，跟歐美各國簽定條約，開放港口後，英國長老教會認為應前往台灣宣教，公開徵求宣教師前往台灣。馬雅各自願申請前往，他於1864年先到廈門，積極地學習語言外，同時參與當地教會的宣教及醫療服務，準備來台的工作。於1865年5月到台灣，6月16日設立台灣第一家西醫診所兼傳道所，開始先講道，然後再為民眾看病及配藥。

剛開始時並不順利，當時台灣人民仍普遍地有仇外心理，而且洋醫的新醫療服務，可能因為有好成果的傳言，引起了本地醫的嫉妒，開始傳言洋醫殺人，取心挖眼來製藥等謠言。群眾受激怒，威脅馬雅各，民眾甚至到他的醫館兼佈道所包圍。清廷來解圍時，請馬雅各離

開府城以息眾怒，馬雅各只好暫退去鳳山縣旗後，打狗港口附近地帶。

在打狗重新開始醫療服務及宣教，當地台灣人接觸洋人較多，而且又有英國海關人員，對洋人的態度比較開放，因此醫療及傳道算順利，都很有進展，信徒人數很快地增加。第二年（1866年）來打狗的海關醫官萬巴德醫師（Patrick Manson）<sup>5</sup>，還去醫館幫忙。

1868年4月發生「埤頭迫害事件」，英國靠著強大武力，12月初佔領台灣安平港，迫使清廷賠償教會以及保障傳教自由。馬雅各想回到當時台灣最繁榮城市，再度開始宣教及行醫的機會，把打狗醫館煩請萬巴德照料，於1868年12月26日重返府城再建立醫療及傳道中心。這時馬雅各台灣語言更流利，加上醫療服務的熱誠及好成果，名聲遠播到台灣中南部各地。

假如對馬雅各第一次來台的經過有興趣，請看拙文〈第一位來台灣服務的歐美醫師〉<sup>6</sup>。以後還有些補充，但更簡短的討論，請看拙著《府城醫學史開講》<sup>7</sup>。另外潘稀祺的《台灣醫療宣教之父--馬雅各醫生傳》<sup>8</sup>，有更多其他資料。

這裡較詳細寫馬雅各醫師開始時的困難，主要想強調160年前，台灣最早開始的新醫療照顧，連在台灣當年的第一大城的府城都不順利，可是馬雅各並未灰心，還換到對洋人較有接觸及友善的地方，從新開始繼續服務，才建立台灣新醫療照顧的「起點」。

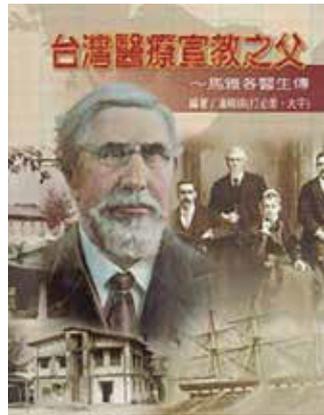
雖然歐美的教會派馬雅各來台灣，可能主

要目的是為宣教，本想醫療可幫忙宣教，想不到台灣最先開始的新（西、洋）醫療服務，遇到很大的困擾。馬雅各易地重新開始而成功。經過此困難，再回到原府城而成功，這樣台灣新醫療照顧的開啓，可說更有意義。以後在文獻上看到，在這最大最繁榮的首府成功，不少重病患者，因為馬醫生的治療或手術治好了，到處宣傳，遠近南北各地來尋求新醫療。

他還訓練醫務人才先當助手，後來學徒們還到各地行醫，可說更推廣新醫療到各地。馬雅各以後醫療服務成果優秀，台灣人漸漸接受了新醫學的好成果。現在台灣的醫療照顧，在國際上已是被認定有卓越的醫療照護，最先應感恩的，就是馬雅各的努力。可是若只是他一人，無後續歐美醫界人士，其成果大概會消失，所以以後繼續提供新醫療服務的歐美醫師，應都是大有貢獻者。

### 感謝早期來台的歐美醫界人士—中南部

馬雅各醫師5年後離開，幸虧有其他的醫師宣教師接著來台，去搜查發現英國教會1940年前，繼續派14位醫師來服務台灣<sup>7,9-10</sup>。其中有六位於日本占領台灣之前（1895年以前）就來台灣。



圖一 馬雅各醫師傳記



圖二 共服務台灣90多年的安彼得（前）、蘭大衛（左）及馬雅各二世三位醫生（右）

馬雅各自己也於1883年再度來台灣，1885年有病而回去英國。馬雅各醫師的次子，馬雅各二世(James Laidlaw Maxwell, Jr.)於1901年來台繼承父志，主管台南的新樓醫院，當時稱他為「少年馬醫生」在台灣前後也待了二十二年之久，對台南地區的醫療服務及培養醫務人員貢獻良多<sup>7-10</sup>。

這15位醫師中，安彼得醫師(Peter Anderson)來台三十一年（1879-1910年），主要醫療服務在府城（1879-1901年）及打狗（1901-1910年），曾對安彼得詳細地探討過，在《長榮大學學報》發表一較長之文<sup>11</sup>，寫他的生涯及為台灣奉獻31年（包括回英國進修及度假）。他的生涯請看上文或在另一書中的較簡短的介紹<sup>7</sup>。他在府城時主管教會醫院的遷移及建立，後來稱的新樓醫院。當少年馬醫生來府城，他讓馬醫生經營新醫院，自己去接管本由海關醫師梅威令醫師(W. Wykeham

Myers)<sup>5</sup>，主持的打狗醫院，對台灣兩所醫院貢獻很大。

另一位來台灣最長久的是蘭大衛醫師(David Landsborough)，來台前後40年(1896-1936年，包含回英國休假及進修)，除了短暫兩次(1895-1896年及1908-1909年)在台南幫忙，其他都服務於彰化，主持彰化基督教醫院<sup>12</sup>。後來他的兒子蘭大弼(David Landsborough IV)及媳婦高仁愛(Jean Murray Landsborough)醫師，戰後也來彰化服務。另外服務於彰化的盧嘉敏醫師(Gavin Russell)以及服務於府城的宋以利醫師(宋忠堅牧師夫人Elizabeth Christie)兩位，還在台灣的崗位上去世<sup>7,9,10</sup>。

另一位貢獻台灣很多的是戴仁壽醫師(George Gushue-Taylor)，戴醫師是加拿大人，但在英國讀醫，所以他第一次於1911年由英國長老教會派往台南的新樓醫院，於1919年2月離台回去英。第二次1923年則由加拿大的長老教會，聘請戴仁壽醫師前往台北，籌備馬偕醫院的復院<sup>13</sup>。

### 感謝早期來台的歐美醫界人士—北部及海關醫師

北台灣主要由馬偕(George L Mackay)牧師，開始及推廣新醫療服務，馬偕不是正式醫師，不過他是北台灣推廣新醫學最重要人士。他是對台灣最有貢獻的歐美人士，自己曾寫過五十幾篇文章，探討馬偕牧師的生涯、影響及貢獻。在此系列就有四篇文章較簡潔的討論，對他在醫療上的貢獻也討論不少<sup>14</sup>。

加拿大長老教會，於1875年開始到1940年，曾派來14位醫師，來幫忙馬偕及馬偕紀念醫院，馬偕醫院後來更擴充到北台灣各地。詳細些有關服務北台灣的加拿大長老教會的醫界人士，請看在本系列較詳細些的討論<sup>15</sup>。

宋雅各(George V. Ferguson)醫師是一最重要人物，1905年宋雅各來台灣時，他一到淡水，就有很多人到宋雅各的住處求診，他趕緊把已關閉5年的滬尾偕醫館開館，更於1912年創建了「馬偕紀念醫院(Mackay Memorial Hospital)」，而且遷建到交通方便的台北市。後來因醫療物資和人員的缺乏。馬偕醫院於1918年6月關門停診。宋雅各醫師經過14年的辛勞，健康欠佳而回加拿大。

上面提過再聘請戴仁壽醫師，籌備復院工作。就是醫院還未整修好，他就經常看病患，尤其關心麻瘋病人。1925年元旦馬偕醫院重新開放後，還籌辦為麻瘋病人生活的樂山園。第三次再來台灣是1953年，為了樂山園回台奔走保住樂山園產權。他後半生較複雜生涯，尤其對台灣的貢獻，請看早期較詳細的拙文<sup>16</sup>。

另外Dr. Robert B McClure為了避難從中國河南來台灣，他的漢字名為羅明遠，這位羅明遠醫生父親是Dr. William McClure。Dr. William McClure於1901年從中國來台灣，照顧馬偕牧師的喉癌，並幫忙偕醫館的醫療工作。這兩位Dr. McClure的生涯跟台灣有很多的關聯，若有興趣，請看寫他們父子的拙作三篇<sup>17-19</sup>。

不止教會人士，英國的海關醫師也服務台灣，如熱帶醫學之父萬巴德醫師，於1866-1891服務台灣五年。找到最少有11位醫師，曾來北部及南部海關服務<sup>5</sup>。他們也服務台灣人，還創建「打狗醫館」，後來增建設備成為「萬大衛紀念醫院」，就是漢文一般稱的「慕德醫院」。他們對台灣也很有貢獻外，如萬巴德還作醫學研究，梅威令醫師(W. Wykeham Myers)，對寄生蟲的研究，在蚊子體內可找到絲蟲幼蟲，不但對台灣，對世界也大有貢獻。

### 感謝歐美醫界人士的醫學教育

歐美醫界人士除了醫療服務外，最早期的歐美醫師以「學徒」式的教育<sup>20</sup>，來訓練見習生，是台灣醫學教育的濫觴。後來新樓醫院及彰化基督教醫院，有了較制度化的「訓練」式教育計劃。訓練出來的醫療人員，到各地行醫，更使新醫學普及台灣各地。教會醫療界使用羅馬拼音（白話字），不管是教學如講義及醫學書，病歷、或寫歷史文獻，都很有意義。尤其普及台灣的Holo語言，對語言學有貢獻。詳細些資訊請看此系列的拙文四篇<sup>20</sup>。

上面提過的梅威令醫師，還曾試驗使用英文來教學的現代醫學教育計劃<sup>21</sup>，雖開始時有台灣人學生，可是台灣沒有基礎教育，雖英文還可以，還是不能繼續，反而兩位來自英國殖民地的華人在台灣完成醫學校教育，還是要感謝梅威令的醫學教育試驗，對以後醫學教育有影響及貢獻。

### 結語

因為網站上看到台灣的醫療照顧的評估，名列前茅，感到很高興而去探討，覺得台灣人的確應該覺得光榮及驕傲。跟台灣來的朋友，提及此成就時，幾位提到更要感恩，感恩最早輸入新醫療的歐美醫界人士，可能因此督促我寫出此文。雖然很多以前是寫過的資訊，還是寫出這篇感恩馬雅各醫師及早期來台灣的歐美醫師之短文。最後發現在此系列中，另有四篇也值得有興趣者參考<sup>22</sup>。

### 參考文獻

1. 林莞茜：全球醫療照護指數-台灣連8年蟬聯世界冠軍。In Internet：<https://tw.news.yahoo.com/全球醫療照護指數-台灣連8年蟬聯世界冠軍-032113909.html>
2. Health Care Index by Country。In Internet：[https://www.numbeo.com/health-care/rankings\\_by\\_country.jsp](https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp)
3. Numbeo。Wikipedia website: <https://en.wikipedia.org/wiki/Numbeo>
4. CeoWorld Magazine- Countries With The Best Health Care Systems. In Internet：<https://worldpopulationreview.com/country-rankings/best-healthcare-in-the-world>
5. 朱真一：《副/福業回顧》7-戰前來台歐美醫界人士(1)-海關醫師。台北市醫師公會會刊 2024; 68(3): 91-5。
6. 朱真一：第一位來台灣服務的歐美醫師：Dr.

- James L. Maxwell (馬雅各) 醫生。臺灣醫界2009; 52: 37-42。
7. 朱真一：府城醫學史開講。2013; 心靈工坊文化，台北市。
  8. 潘稀祺：台灣醫療宣教之父-馬雅各醫生傳。2004; 新樓醫院，台南市。
  9. 朱真一：二次大戰前來台服務過的歐美醫師。臺灣醫界2007; 50: 197-204。
  10. 朱真一：《副/福業回顧》9-戰前來台醫療界的歐美人士(3)-中南部教會有關。台北市醫師公會會刊2023; 68(5): 89-95。
  11. 朱真一：安彼得醫生府城及打狗30年生涯。長榮大學學報2012; 16: 67-75。
  12. 陳美玲：蘭大衛醫生與百年醫療宣教史。2000; 彰化基督教醫院院史文物館，彰化市。
  13. 朱真一：從醫界看早期台灣與歐美的交流(17) Dr. George Gushue-Taylor (戴仁壽醫師)：1. 生涯及對台灣的貢獻。臺灣醫界2008; 51(2): 58-62。
  14. 朱真一：《副/福業回顧》3-6-探討馬偕牧師的生涯、影響及貢獻1-4。台北市醫師公會會刊1) 2023; 67(11): 86-92; 2) 2023; 67(12): 87-93; 3) 2024; 68(1): 89-94; 4) 2024; 68(2): 85-90。
  15. 朱真一：《副/福業回顧》8-戰前來台歐美醫界人士(2)-馬偕醫院有關。台北市醫師公會會刊2024; 68(4): 85-9。
  16. 朱真一：從醫界看早期台灣與歐美的交流(18) Dr. George Gushue-Taylor (戴仁壽醫師)：2. 照顧台灣的癲瘋病人。臺灣醫界2008; 51(8): 56-60。
  17. 朱真一：從醫界看早期北台灣與歐美的交流(五) 加拿大來的兩位Dr. McClure-I. 羅明遠大夫及他的父親。台北市醫師公會會刊2007; 51(7): 63-7。
  18. 朱真一：從醫界看早期北台灣與歐美的交流(六) 加拿大來的兩位Dr. McClure-II. 羅明遠醫師在台灣。台北市醫師公會會刊2007; 51(8): 63-8。
  19. 朱真一：從醫界看早期北台灣與歐美的交流(七) 加拿大來的兩位Dr. McClure-III. 羅明遠大夫離開台灣後。台北市醫師公會會刊2007; 51(9): 63-7。
  20. 朱真一：《副/福業回顧》11-14-戰前歐美醫師與醫學教育1-4。台北市醫師公會會刊1) 2024; 68(7): 85-9; 2) 2024; 68(8): 82-8; 3) 2024; 68(9): 89-95; 4) 2024; 68(10): 80-5。
  21. 朱真一：《副/福業回顧》13-戰前歐美醫師與醫學教育(3) - 試驗英文醫學教育計劃。台北市醫師公會會刊2023; 68(9): 89-95。
  22. 朱真一：《副/福業回顧》7-10-戰前來台醫療有關的歐美人士1-4。台北市醫師公會會刊。1) 2024; 68(3): 90-5; 2) 2024; 68(4): 85-9; 3) 2024; 68(5): 89-95; 4) 2024; 68(6): 89-95。✚

# 理解隱性障礙 消除誤解歧視 — 2025 世界腦麻日

卓碧金（劉漢宗醫師夫人）

114年10月5日，中華民國腦性麻痺協會於台北松菸文創園區盛大舉辦「世界腦麻日」活動。今年主題為「理解隱性障礙 消除誤解歧視」，由中華民國腦性麻痺協會與國際扶輪3481地區—第五專區」主辦，台北市醫師公會—婦女會及其他十多個單位共同協辦。活動內容豐富多元，包含各類表演、互動攤位與體驗活動，期望藉由實際參與，喚起社會大眾對腦性麻痺者的理解與支持。

活動當日陽光普照，現場聚集了來自全台各地的腦麻朋友、家屬、醫療專業人員、志工與社會大眾。協會理事長劉漢宗致詞表示：「世界腦麻日不只是屬於腦麻者的節日，更是全社會學習接納與包容的重要時刻。我們希望透過這樣的活動，讓社會看見每一個不同生命的光。」



特別值得一提的是，國際扶輪3481地區第五專區各社發動社友熱心的參與，成員們不僅捐款，也投入志工服務，更協助現場動線與無障礙支援，讓活動進行得更加順暢，充分體現扶輪精神的「服務超我」。



今年的活動攤位設計兼具教育與互動性，包括復健科技體驗區、輔具展示區、職能就業成果展區，以及由「台北市醫師公會一婦女會」設置的愛心攤位，現場醫師及太太溫馨提供腦麻朋友與家屬艷陽下的透心涼飲料及雪花冰，並有許多愛心製作的馬賽克、台灣LV包…等販售，販售的收入不扣除成本，全數捐給中華民國腦性麻痺協會，展現醫界的社會關懷。

活動另一大亮點是幾位腦麻青年用他們真摯的歌聲唱出〈春風、重提往事〉，清亮的歌聲充滿希望與堅毅，為自己展現出「我們不是弱者，只是走的路比較不一樣。」，深深打動現場觀眾，提醒社會重新思考「障礙」的定義。每一段故事都如同一道光，照亮理解與共融的道路。

此外，地板滾球體驗區也吸引許多親子參

與。透過親身體驗，民眾更能感受到身心障礙運動員在比賽中展現的專注、勇氣與毅力。許多參與者在體驗後表示：「原來運動的公平，不在於身體條件，而在於給每個人一個能被看見的機會。」

籌辦過程中，協會團隊與協辦單位齊心協力，從場地規劃、宣傳設計到志工培訓，每一個細節都蘊含著「共融」的精神。雖然面臨經費與人力的挑戰，但看到現場每一張笑臉與每一次真誠的交流，所有努力都化為無限感動。

活動在Fly Band壓軸的歌聲與掌聲中圓滿落幕。這一天，我們不僅慶祝一個屬於腦麻朋友的節日，更凝聚了一份信念—理解隱性障礙 消除誤解歧視。中華民國腦性麻痺協會將持續與社會各界合作，讓理解與接納成為社會的力量，讓每一位腦麻朋友都能在愛與尊重中，自信地綻放生命光彩。☺



# 重要政令轉知會員

## 衛生局「114年度臺北市0-6歲兒童發展篩檢績優醫事機構獎勵方案」新增之「兒童發展篩檢服務加碼獎」

臺北市政府衛生局

114.10.17 北市衛健字第1143142026號

受文者：台北市醫師公會

主旨：請貴院/所踴躍參與本局「114年度臺北市0-6歲兒童發展篩檢績優醫事機構獎勵方案」新增之「兒童發展篩檢服務加碼獎」，請查照。

說明：

- 一、依本局「114年度臺北市0-6歲兒童發展篩檢績優醫事機構獎勵方案」辦理。
- 二、為促進本市醫療院所共同守護兒童健康成長並推廣6次「兒童發展篩檢服務」，本局特於114年10月1日至11月30日期間於旨揭獎勵方案新增旨揭獎項（附件），摘述如下：
  - （一）獎勵對象：本市衛生福利部國民健康署認可之兒童發展篩檢服務院所。
  - （二）獎勵方案：
    1. 醫事機構於執行期間內，每月完成設籍本市兒童發展篩檢服務15人次以上即符合獎勵資格。
    2. 每完成設籍本市兒童之發展篩檢服務1人次，再加碼提供200元禮券作為獎勵。
  - （三）核銷及發放方式：
    1. 由貴院/所於次月15日前函復申請書予本局審查，至遲請於114年12月15日前函送本局，本局經核實將發放禮券。
    2. 禮券總額依「健康署婦幼健康管理整合系統兒童發展篩檢服務紀錄」核實篩檢量計算，總量以3,745人次為限，依申報先後順序受理，直至禮券用罄為止。
  - （四）提醒貴院/所執行兒童發展篩檢服務，確實於就醫憑證（綠卡）加蓋院所戳章及勾選篩檢結果，檢查結果如有發展異常或遲緩請落實通報及轉介。
  - （五）如有相關疑問，請洽本局承辦人樊家欣科員，聯絡電話：（02）2720-8889分機1834。
- 三、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

## 衛生福利部「護理人員繼續教育訓練應否給予公假之疑義」說明

臺北市政府衛生局

114.10.22 北市衛醫字第1143142547號

受文者：台北市醫師公會

**主旨：**轉知衛生福利部「護理人員繼續教育訓練應否給予公假之疑義」說明，請查照。

**說明：**

- 一、依衛生福利部114年10月15日衛部照字第1141561329號函辦理。
- 二、護理人員如經雇主強制要求或指派參加與業務頗具關連性之繼續教育訓練，應請參照衛生福利部113年2月20日衛部醫字第1131661284號函有關給予公假等規定辦理。
- 三、護理人員繼續教育若為雇主鼓勵或部分支持之課程，涉及考績連結或正式公告等，具事實上管理性質，原則應由雇主承擔相應之管理及支持責任，例如基於鼓勵支持而提供補助學費、公假或補休等。相關作法，請雇主應衡酌其對員工職涯發展及留任意願之助益，妥予規劃（衛生福利部114年9月5日衛部照字第1141561153號函參照）。
- 四、醫事人員若具公務人員身分，則依公務人員請假規則第4條第6款規定：「公務人員有下列各款情事之一者，給予公假。其期間由機關視實際需要定之：…六、奉派或奉准參加與其職務有關之訓練進修，其期間在一年以內者。但公務人員訓練進修法規另有規定者，從其規定。」，及依公務人員訓練進修法第7條第1項與第12條第1項規定略以，公務人員各種訓練之請假、津貼支給標準，應依各該訓練辦法或計畫規定辦理；各機關學校選送或自行申請進修之核定與補助，依全時進修、公餘或部分辦公時間進修之公務人員，於核定進修期間，准予帶職帶薪或給予相關補助，或一定條件下，得給予部分費用補助。至於未具公務人員身分之醫事人員，可由醫療機構自行審酌參考前揭規定辦理。
- 五、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。[📄](#)

## 疾病管制署新版「校園場域流感疫苗接種處置費申請/註記/查詢SOP及相關Q&A」

中華民國醫師公會全國聯合會

114.10.23 全醫聯字第1140001391號

受文者：台北市醫師公會

**主旨：**轉知衛生福利部疾病管制署新版「校園場域流感疫苗接種處置費申請/註記/查詢SOP及相關Q&A」1份，請查照。

**說明：**

- 一、依衛生福利部疾病管制署114年10月21日疾管新字第1140400804號函副本辦理。
- 二、有關114年校園場域接種之公費流感疫苗對象，合約院所可視實務需求，以「全國性預防接種

資訊管理系統（下稱NIIS）」3.1.1（同14.2功能）、離線版(V2.2.10)、媒體匯入或HIS API任一方式，登錄接種資料並選擇註記「校園接種」後上傳至NIIS，以利疾病管制署據以核付接種處置費。

- 三、為提供貴局及合約院所查詢前揭上傳資料完整性及正確性，爰請NIIS廠商於NIIS新增9.1.9處置費核算（合約院所可使用「醫療院所預防接種紀錄查詢子系統(HIQS)」之5.2處置費核算）功能，並更新「校園場域流感疫苗接種處置費申請/註記/查詢SOP及相關Q&A」，合約院所至遲得於接種日次月起3個月內補上傳/修正接種資料（資料修正方式詳如附件Q12），倘合約院所未於期限內完成接種資料補上傳/修正，則本署後續不予補付接種處置費。請貴局提醒合約院所務必於期限內確認上傳接種資料之完整性及正確性，避免影響NIIS接種資料品質及接種處置費核算結果。
- 四、另，考量114年度為流感疫苗首次辦理NIIS核付及健保申報作業併行，為避免接種處置費重複申報/核付，本署將於接種年度終了後，將每月NIIS核付明細，併同衛生福利部中央健康保險署（下稱健保署）函送之健保申報核付明細進行勾稽審核，倘經本署審核發現有溢領及不符規定者，得請健保署各分區業務組追繳費用。
- 五、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

### 衛生福利部函復醫師至照護機構執行醫療業務時，比照「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」於「服務人次上限」前提下，認屬符合應邀出診之適用規範，不須事先報准

中華民國醫師公會全國聯合會

114.11.04 全醫聯字第1140001416號

受文者：台北市醫師公會

主旨：本會建請衛生福利部對醫師至照護機構執行醫療業務時，比照「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」於「服務人次上限」前提下，認屬符合應邀出診之適用規範，不須事先報准一案，衛生福利部函復如附件，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部114年10月16日衛授保字第1140665061號函辦理。
- 二、衛生福利部中央健康保險署業依本會意見修訂「特約醫療院所支援照護機構醫療服務作業規範」（附件），已公布於全球資訊網，以便利本會會員完成報備支援程序。

三、「特約醫療院所支援照護機構醫療服務作業規範」刪除以下條文：

- (一) 報備至照護機構支援期間建議為「1年」，如有特殊原因至少為「3個月(含)」。
- (二) 保險醫事服務機構報經衛生主管機關同意支援後，請於支援前一個月檢附「全民健康保險特約醫事服務機構報備支援照護機構檢附資料」憑核。經保險人審核通過後始得執行(發函日)。

四、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新增「全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫」，並自中華民國一百十四年十一月一日起生效

中華民國醫師公會全國聯合會

114.11.04 全醫聯字第1140001425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(下稱健保署)公告新增「全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫」，並自中華民國一百十四年十一月一日起生效，請查照。

說明：

- 一、依據健保署114年10月28日健保醫字第1140665483號公告副本(附件)辦理。
- 二、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

## 衛生福利部修訂「114-115年COVID-19疫苗接種計畫」，自114年11月12日起提供滿12歲以上公費接種對象接種Novavax JN.1新冠疫苗

臺北市政府衛生局

114.11.05 北市衛疾字第11431472771號

受文者：台北市醫師公會

主旨：檢送衛生福利部修訂「114-115年COVID-19疫苗接種計畫」，自114年11月12日起提供滿12歲以上公費接種對象接種Novavax JN.1新冠疫苗，請轉知所屬依循辦理，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部114年10月31日衛授疾字第1140201064號函辦理。
- 二、請依旨揭接種計畫推動Novavax JN.1新冠疫苗接種作業，相關注意事項說明如下：
  - (一) 本次提供Novavax JN.1新冠疫苗為單劑型預充填注射針筒(prefilled syringe)，每支

0.5mL，每盒10支，另疫苗原廠外盒為德文包裝，並於外盒背面加貼中文標籤（包裝外觀詳如旨揭接種計畫附件1）。

- (二) 適用年齡為滿12歲以上，公費接種對象均接種1劑（每劑0.5mL），曾接種新冠疫苗者與前1劑需間隔12週（84天）以上。如已接種Moderna LP.8.1新冠疫苗者，則無須再接種Novavax JN.1新冠疫苗。
- (三) Novavax JN.1新冠疫苗於全國性預防接種資訊管理系統(NIIS)之疫苗代碼為「CoV\_Novavax\_JN」，登錄劑別為第1劑，請確實正確登錄接種紀錄，並應每日運用API介接或媒體匯入上傳NIIS，確保疫苗接種資料上傳及庫存回報，以利後續資料比對、統計與民眾接種紀錄正確保存及接種史查詢等相關作業。
- (四) 目前國內提供之新冠疫苗計有Moderna及Novavax2種廠牌，公費接種對象依疫苗適用條件擇1種廠牌疫苗接種即可，如已接種其中一種廠牌疫苗者，則無須再接種另一種廠牌疫苗。

三、旨揭接種計畫已置於衛生福利部疾病管制署全球資訊網〈傳染病與防疫專題〉傳染病介紹〉第四類法定傳染病〉新冠併發重症〉COVID-19疫苗項下，提供接種作業執行人員依循及運用，並請密切注意更新訊息。

四、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

## 勞動部「有關護理人員參加在職訓練教育課程，應否計入工作時間疑義之解釋一案」說明

臺北市政府衛生局

114.11.06 北市衛醫字第1140151847號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部函轉勞動部「有關護理人員參加在職訓練教育課程，應否計入工作時間疑義之解釋一案」說明，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部114年10月31日衛部照字第1140146376號函辦理。
- 二、勞動基準法所稱工作時間，指勞工在雇主指揮監督之下，於雇主之設施內或指定之場所，提供勞務及受令等待提供勞務之時間。事業單位要求勞工參加與業務有關之在職訓練課程，其訓練時間應計入工作時間。請轉知各醫療機構依前開說明辦理。
- 三、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修訂健保卡存放內容註記

中華民國醫師公會全國聯合會

114.11.06 全醫聯字第1140001435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健保卡存放內容註記，請查照。

說明：

一、依據中央健康保險署114年10月30日健保醫字第1140665286號公告副本（如附件）辦理。

二、公告事項：

（一）本次修訂係因應衛生福利部國民健康署（下稱國健署）新增預防保健項目服務，中央健康保險署就既有欄位提供對應之註記代碼，修訂重點說明如下：

1. 保健服務項目註記：新增「15糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌：3F」（115年1月1日起適用）。
2. 檢查項目代碼：配合國健署新增成人預防保健項目及糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌，新增檢查項目代碼及取消註記代碼。
3. 孕婦產前檢查：配合國健署政策需求，欄位名稱修訂為「孕婦產前檢查及產後健康照護服務」。

三、旨揭資料更新於中央健康保險署全球資訊網/健保服務/健保卡申請與註冊/健保卡資料下載區/健保卡資料上傳格式1.0作業說明及健保卡存放。

四、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。[📄](#)

## 內政部役政司「補助替代役役男全民健康保險自行負擔醫療費用作業須知」一案

衛生福利部中央健康保險署

114.11.07 健保北字第1148221326號

受文者：台北市醫師公會

主旨：再次轉知內政部役政司「補助替代役役男全民健康保險自行負擔醫療費用作業須知」一案，請配合辦理，詳如說明，請查照。

說明：

一、依民眾114年11月5日反映事項辦理。

二、內政部役政司（前內政部役政署，以下簡稱役政司）依「替代役役男保險及醫療實施辦法」第12條第3項規定，辦理補助替代役役男全民健康保險就醫自行負擔醫療費用業務，特訂定旨揭作業須知（如附件）。

三、旨揭作業須知相關事項摘要如下：

- (一) 補助適用對象：服役期間持有役男身分證之替代役役男（含一般替代役役男及第一階段、第二階段研發及產業訓儲替代役役男），役男身分證樣式請參照附件。
- (二) 替代役役男服役期間持有役男身分證至全民健康保險醫事服務機構就醫，依全民健康保險法相關規定應自行負擔之門診（含急診）及住院醫療費用，請勿向役男直接收取，由役政司預撥補助費用予本署協助轉支付役男就醫之全民健康保險醫事服務機構；另役男住院應自行負擔之醫療費用，其住院日在有效期限內，而出院日逾有效期限者，仍屬補助範圍，亦請勿向役男直接收取費用。
- (三) 役男門診或急診掛號費用，依全民健康保險醫事服務機構規定，向役男直接收取，並開立收據。
- (四) 向健保署申報本補助適用對象之門診（含急診）及住診醫療費用，部分負擔代號請填「906」。
- (五) 核對確認役男就醫日期是否於替代役役男身分證記載之醫療費用補助期限內，或於役政司網站查詢確認前開補助期限，或透過役男以行動裝置查詢確認醫療費用補助對象。

四、如對旨揭作業須知有任何疑義，可洽內政部役政司，專線服務電話：(049)2394377。相關規定亦可至本署網站查看（網址：<https://www.nhi.gov.tw/>；路徑：首頁>健保服務>行政協助業務>行政協助業務相關規定>替代役）。

五、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

## 食品藥物管理署編纂「基層醫藥單位儲備管制藥品教戰手冊」，請參考運用

臺北市政府衛生局

114.11.18 北市衛食藥字第1143152109號

受文者：台北市醫師公會

主旨：有關衛生福利部食品藥物管理署編纂「基層醫藥單位儲備管制藥品教戰手冊」，請轉知所屬會員參考運用，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部食品藥物管理署114年11月17日FDA管字第1140727739A號函辦理。
- 二、為增進我國基層醫藥單位儲備管制藥品管理知能，衛生福利部食品藥物管理署編纂旨揭手冊，以供基層醫藥單位儲備及管理管制藥品參考。
- 三、旨揭手冊電子檔請逕至衛生福利部食品藥物管理署網站「出版品」/「圖書」下載（網址：<http://www.fda.gov.tw/TC/publicationsContent.aspx?id=201>），請協助轉發所轄基層醫藥單位參考運用。
- 四、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。📄

### 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

114.11.20 全醫聯字第1140001490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10月16日至114年11月14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～附件九）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	保險對象從未至該診所就醫過，該診所核有未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用之情事（附件一）。	特管辦法第39條第3款規定，於特約期間有未診治保險對象，卻自創就醫紀錄，虛報醫療費用者，保險人應予停約1至3個月。	停約2個月，期間自114年12月1日起至115年1月31日止。追扣逾3年裁處權，未逾5年之費用3,460點及藥事費用13,382點。	114年 10月
	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（附件二）。	特管辦法第39條第4款規定，於特約期間有以提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式，登錄就醫並申報醫療費用者，保險人應予停約1至3個月。	停約1個月，期間自115年2月1日起至115年2月28日止。	114年 11月
北區	有醫事人員出國或住院期間仍申報醫療費用之情事（附件三）。	特管辦法第36條第9款規定，有經保險人通知應限期改善而未改善者，由保險人予以違約記點一點。	違約記點1點。	114年 10月
中區	有「醫師及藥師未親至保險對象家中執行居家醫療訪視，卻申報醫師訪視費（次）-在宅(05307C)及藥費、藥事服務費」之情事（附件四）。	特管辦法第40條第1項第2款規定，有以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大者，保險人予以終止特約。	自115年1月1日起終止特約，並自終止特約之日起一年內不得再申請特約。	114年 10月
	有以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用情事（附件五）。	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3個月，自115年2月1日起至115年4月30日止。	114年 11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
中區	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(附件六)。	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。	不給付醫療費用4,539元、應扣減醫療費用之10費金額記45,390元。	114年 11月
南區	有兒童復健治療長期由職能治療師執行「物理治療」並申報物理治療診療費、執行成人職能治療時間未符合中度職能治療,或未執行「職能治療」卻虛報該項診療費用等情事(附件七)。	特管辦法第40條第1項第2款規定,有以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述,申報醫療費用,情節重大者,保險人予以終止特約。	自115年1月1日起終止特約,並自終止特約之日起一年內不得再申請特約。	114年 10月
	有「以不正當行為或虛偽之證明、報告或陳述申報醫療費用」等情事(附件八)。	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,自114年12月1日起至114年12月31日止,並追扣醫療費用2,485元。	114年 10月
高屏	有未經醫師診斷逕行提供醫事服務之情事(附件九)。	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。	因醫療費用已逾3年裁處權時效,未逾五年,追扣款項為1,167元。	114年 10月

## 中央健康保險署更正醫令代碼

中華民國醫師公會全國聯合會

114.11.21 全醫聯字第1140001505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更正「全民健康保險鼓勵資訊服務廠商協助醫療院所傳送生理量測數據獎勵計畫」之「附件1-生理及健康數據資料欄位格式說明」所列項次5(伴隨疾病)之醫令代碼為「Y00009」,請查照。

說明：

- 一、依據中央健康保險署114年11月17日健保醫字第1140665741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。

### 因應健保醫療資訊雲端查詢系統1.0自115年1月1日0時起停止服務，請儘快轉換使用2.0相對應服務

中華民國醫師公會全國聯合會

114.12.03 全醫聯字第1140001554號

受文者：台北市醫師公會

主旨：衛生福利部中央健康保險署函知因應健保醫療資訊雲端查詢系統1.0（批次下載v.3.2、單一個案即時下載Web service、提示功能相關Web service及保險對象特定醫療資訊查詢作業API）自115年1月1日0時起停止服務，請貴會加強宣導所屬會員儘快轉換使用2.0相對應服務，請查照。

說明：

- 一、依據中央健康保險署114年11月28日健保審字第1140673037號函（如附件）辦理。
- 二、中央健康保險署建置之健保醫療資訊雲端查詢特約醫事服務機構批次下載病人就醫紀錄及結果作業、健保醫療資訊雲端查詢系統單一個案即時下載、健保醫療資訊雲端查詢系統主動提示功能、保險對象特定醫療資訊查詢作業API等4項雲端系統1.0自115年1月1日0時起停止服務，並已建置對應服務之健保雲端系統2.0（附件2）。
- 三、健保雲端系統1.0自2.0上線後已停止功能新增，為維護使用者查詢資料完整性及減輕資訊系統維運負擔，請加強宣導醫療院所使用健保雲端系統2.0，以避免醫療服務中斷。
- 四、本文訊息與附件刊登於本會網站。

### 國民健康署為推動代謝症候群防治計畫，提供相關衛教素材，請協助推廣並多加利用

臺北市政府衛生局

114.12.03 北市衛健字第1143156515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為推動代謝症候群防治計畫，提供相關衛教素材，請協助推廣並多加利用，請查照。

**說明：**

- 一、依據衛生福利部國民健康署114年12月1日國健慢病字第1140661186號函辦理。
- 二、旨揭衛教素材電子檔已置於健康署健康九九+網站，說明如下：
  - (一) 代謝症候群防治計畫收案流程圖卡<https://reurl.cc/eVLXd7>
  - (二) 代謝症候群防治計畫宣導圖卡<http://reurl.cc/lagvQv>
  - (三) 正確量腰圍圖卡<https://reurl.cc/VmN8MN>
  - (四) 代謝症候群防治宣導\_檢吃動！篇<https://reurl.cc/eVLXMm>
  - (五) 代謝症候群防治宣導檢吃動健康拳篇（一分鐘標準版） <https://reurl.cc/0a9EWO>
  - (六) 代謝症候群防治宣導檢吃動健康拳篇（六分鐘跟練版） <https://reurl.cc/aML1xY>
- 三、本文相關訊息刊登於本會網站。📄

## 衛生福利部於114年12月11日訂定發布「申請再生醫療及刊播廣告審查費收費標準」

中華民國醫師公會全國聯合會

114.12.15 全醫聯字第1140001626號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部於114年12月11日以衛部醫字第1141670768號令訂定發布「申請再生醫療及刊播廣告審查費收費標準」，並勘誤「再生醫療技術及指定製劑管理辦法」第二條附表一，請查照。

**說明：**

- 一、依據衛生福利部114年12月11日衛部醫字第1141670768C號函辦理，如附件。
- 二、旨揭法規內容業刊登於行政院公報資訊網及本部全球資訊網站（網址：<https://www.mohw.gov.tw>）之「公告訊息」及「法令規章」專區，請於該網頁下載。
- 三、本文相關訊息刊登於本會網站。📄

## 敬邀加入衛生福利部辦理「114-115年度幼兒專責醫師制度計畫」合約院所，共同守護孩童的健康

臺北市政府衛生局

114.12.15 北市衛醫字第11431584752號

受文者：台北市醫師公會

主旨：為配合衛生福利部辦理「114-115年度幼兒專責醫師制度計畫」，敬邀貴機構加入成為本市合約院所，共同守護孩童的健康，請查照。

說明：

- 一、依據本市「114-115年度幼兒專責醫師制度計畫」辦理。
- 二、本市自112年起承接衛生福利部委託推動本計畫，期透過建置幼兒專責醫師制度，提供幼兒具連續性與整合性之健康照護服務，協助家長全面掌握幼兒發展與健康狀態。
- 三、檢附幼兒專責醫師制度計畫行政契約暨申請書1份供參，倘有相關疑問，請洽本局承辦人或至本局官網/專業人員區/醫護管理資訊/醫事品質管理/幼兒專責醫師制度計畫專區(<https://reurl.cc/Eb6Nov>)查詢。
- 四、本文相關訊息刊登於本會網站。📄

## 疾病管制署修訂之人類免疫缺乏病毒(HIV)及後天免疫缺乏症候群(AIDS)通報定義，自115年1月1日實施

臺北市政府衛生局

114.12.15 北市衛疾字第1143160161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訂之人類免疫缺乏病毒(HIV)及後天免疫缺乏症候群(AIDS)通報定義，自115年1月1日實施，請貴院(所)依循辦理，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部疾病管制署(下稱疾管署)114年12月12日疾管慢字第1140300903號函辦理。
- 二、HIV急性初期感染因感染者體內的病毒量較高，具有較高的傳染風險，若能於感染初期及早診斷，及時銜接治療，並提供感染者衛教諮詢與伴侶篩檢服務，有助於疫情控制，提升防治成效。
- 三、疾管署為強化HIV急性初期感染之監測，調整修訂我國HIV及AIDS通報定義之HIV急性初期

感染判斷標準，增列「本次檢驗流程中，HIV抗原/抗體複合型篩檢結果為『抗原陽性』者」（如附件1），並同步於疾管署傳染病通報系統(NIDRS)增修通報單欄位及通報檢核條件（系統畫面如附件2），請依通報單內容進行資料登錄或配合辦理醫院運用電子病歷進行傳染病通報功能(EMR)程式調整事宜。

四、旨揭病例定義請逕至疾管署全球資訊網(<https://www.cdc.gov.tw/>)/傳染病與防疫專題/傳染病介紹/第三類法定傳染病/人類免疫缺乏病毒（愛滋病毒）感染/重要指引及教材/傳染病病例定義暨防疫檢體採檢送驗事項項下下載運用。

五、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。🌐

## 衛生福利部於114年12月11日訂定發布「申請再生醫療及刊播廣告審查費收費標準」

中華民國醫師公會全國聯合會

114.12.15 全醫聯字第1140001626號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部於114年12月11日以衛部醫字第1141670768號令訂定發布「申請再生醫療及刊播廣告審查費收費標準」，並勘誤「再生醫療技術及指定製劑管理辦法」第二條附表一，請查照。

說明：

一、依據衛生福利部114年12月11日衛部醫字第1141670768C號函辦理，如附件。

二、旨揭法規內容業刊登於行政院公報資訊網及本部全球資訊網站（網址：<https://www.mohw.gov.tw>）之「公告訊息」及「法令規章」專區，請於該網頁下載。

三、本文相關訊息刊登於本會網站。🌐

## 藥商不得買賣來源不明或無藥商許可執照者之「GLP-1受體促效劑類藥品」

臺北市政府衛生局

114.12.16 北市衛食藥字第1143160809號

受文者：台北市醫師公會

主旨：有關藥商不得買賣來源不明或無藥商許可執照者之「GLP-1受體促效劑類藥品」一案，請轉知所屬會員知照，請查照。

**說明：**

- 一、依衛生福利部食品藥物管理署114年12月15日FDA藥字第1141403538號函辦理。
- 二、復依藥事法第6條之1規定，自114年10月1日起「GLP-1受體促效劑類藥品(Glucagon-like peptide-1 receptor agonists, GLP-1 agonists)」，包含Dulaglutide、Liraglutide、Semaglutide、Tirzepatide、Lixisenatide列為藥品追溯或追蹤應申報品項，其藥品許可證持有藥商及從事製劑批發業務之販賣業者，應於每月10日前將上月份藥品資訊以電子方式申報至「藥品追溯或追蹤申報系統」，先予敘明。
- 三、相關法令規定如下：
  - (一) 藥事法第49條及藥事法施行細則第33條規定，藥商不得買賣來源不明或無藥商許可執照者之藥品或醫療器材，所稱不得買賣，包括不得將藥物供應非藥局、非藥商及非醫療機構。違反前述規定者，得依同法第92條規定，處新臺幣3萬元以上200萬元以下罰鍰。
  - (二) 旨揭藥品非屬農業部114年11月3日公告「供獸醫師（佐）治療犬貓及非經濟動物之人用藥物類別品項」。
- 四、本文相關訊息刊登於本會網站。📄

**「含麻黃素或假麻黃素（不含管制藥品）」藥品許可證持有藥商，應落實製造/輸入量、交易及庫存資料之申報**

臺北市政府衛生局

114.12.19 北市衛食藥字第1143161653號

受文者：台北市醫師公會

主旨：有關「含麻黃素或假麻黃素（不含管制藥品）」藥品許可證持有藥商，應落實製造/輸入量、交易及庫存資料之申報，請貴會轉知所屬會員，請查照。

**說明：**

- 一、依衛生福利部食品藥物管理署114年12月17日FDA藥字第1141403813號函辦理。
- 二、相關法令規定：藥事法第6條之1及藥品追溯或追蹤系統申報及管理辦法規定，納入藥品追蹤追溯之品項，其藥品許可證持有藥商，應於每月10日前將上月份藥品資訊以電子方式申報至「藥品追溯或追蹤申報系統」，包含製造/輸入量、交易及庫存資料。
- 三、本文相關訊息刊登於本會網站。📄

## 醫事人員依育嬰留職停薪實施辦法申請「未滿30日」之育嬰留職停薪，其執業登記之停、復業辦理

臺北市政府衛生局

114.12.23 北市衛醫字第1143162443號

受文者：台北市醫師公會

主旨：有關貴院函詢醫事人員依育嬰留職停薪實施辦法申請「未滿30日」之育嬰留職停薪，其執業登記之停、復業辦理疑義一案，請查照。

說明：

- 一、復貴院114年12月19日校附醫人字第1140203369號函。
- 二、依衛生福利部114年11月10日召開「醫事人員育嬰留停照顧彈性化方案新制實務執行研商會議」會議紀錄決議，為配合勞動部推動「育嬰留停以日請」等政策，各醫事人員依勞動部新制政策辦理（未超過30日）者，以免辦理停業為原則，俾簡化行政作業程序，使醫事人員得以專心育兒。
- 三、本文相關訊息刊登於本會網站。📄

## 國民健康署轉知「育兒指導服務宣導海報、懶人包及宣導文宣品」

臺北市政府衛生局

114.12.24 北市衛健字第1143162681號

受文者：台北市醫師公會

主旨：函轉衛生福利部國民健康署轉知「育兒指導服務宣導海報、懶人包及宣導文宣品」，請貴院所向家長宣導並參考運用，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部國民健康署114年12月19日國健婦字第1140112500號函辦理。
- 二、因應育兒指導服務擴大推動，為能服務更多有需求新手父母（新生兒）家庭，衛生福利部社會及家庭署製作「育兒指導服務宣導海報、懶人包及宣導文宣品」以提升服務觸及率，請運用旨揭宣導素材向民眾宣導，俾使更多有需要民眾得以及時獲得支持與協助。
- 三、旨揭海報及懶人包電子檔同步置於社會及家庭署全球資訊網（首頁/主題專區/家庭支持/社會福利服務中心（脆弱家庭）服務專區/育兒指導服務方案），請逕行下載運用。
- 四、本文相關訊息刊登於本會網站。📄

# 本會學術教育課程表

## 115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
115.03.06	胰臟癌的篩檢與治療新進展 New Advances in Screening and Treatment of Pancreatic Cancer	許劭榮
115.03.13	從診間到舞台：嗓音醫學x休閒歌唱x聲音保健指南	曾文萱
115.03.20	糖胖症治療	蔡世澤
115.03.27	兒科常見血液疾病	丁詠恬
115.04.10	內視鏡胃內縫合術	賴建翰
115.04.17	兒童睡眠呼吸障礙	許巍鐘
115.04.24	HIV感染的診斷與臨床表現 Diagnosis and clinical Presentation of HIV infection	顏永豐
115.05.08	現今肺炎鏈球菌疫苗的臨床角色	張皓翔
115.05.15	RSV防護新紀元：mRNA的革新與便利	黃建賢
115.05.22	非侵入式皮膚影像	劉康玲
115.05.29	抗生素使用的新思維	林邑璉
115.06.05	結石怎麼來、怎麼治：泌尿系統結石的全程管理	陳嘉宏
115.06.12	急性中毒的血液淨化治療	楊智宇
115.06.26	藥物疹面面觀—從常見反應到癌症免疫治療新挑戰	施怡賢

# 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