



台北市醫師公會會刊

- 生命末期的失智症照護
- 代謝功能障礙相關脂肪性肝病 (MASLD) :
命名演變到治療新契機
- 綜論頑固性胃食道逆流與小腸細菌過度生長的致病機制
~ 兼談「經胃鏡小腸內益生菌灌注給與」的臨床經驗 (下)



目錄

Contents

理事的話	咽喉逆流症	詹益祥	2
會務公告	「杏林獎」表揚標準及推薦辦法		8
	第卅四屆「杏林獎」推薦表		9
	「青年杏林獎」表揚標準及推薦辦法		11
	第十五屆「青年杏林獎」推薦表		12
	台北市醫師公會好書獎申請辦法		13
	台北市醫師公會好書獎申請表		14
	「傑出女醫師獎」表揚標準及推薦辦法		16
	第一屆「傑出女醫師獎」推薦表		17
	徵求本會會刊封面照片		19
	台北市醫師公會會刊封面照片投稿資料表		20
	一一五年資深醫師申請表		21
醫事法律	接生糾紛—臺灣新北地方法院110年度 醫訴字第4號刑事判決評析	林振宇、葛謹	22
學術專論	生命末期的失智症照護	吳幸儒、程劭儀	30
	代謝功能障礙相關脂肪性肝病(MASLD)： 命名演變到治療新契機	柯博芸、鄒孟婷	35
	綜論頑固性胃食道逆流與小腸細菌過度生長的 致病機制～兼談「經胃鏡小腸內益生菌灌注給與」 的臨床經驗（下）	譚健民、譚媛云、朱紀洪、 章振旺、張耀元	41

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：林明慧

本期副執行編輯：黃偉新

編輯：王森德·王瀛標·江建勳·沈仲敏·
林明慧·吳岱穎·周裕清·吳慶南·
黃博浩·黃偉新·溫素瑩·趙家德·
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.8

P.30

P.62

P.70

P.79

活動預告	保齡球賽		54
	個人桌球聯誼賽		55
	羽毛球賽		56
	游泳比賽		57
	杉林溪森林生態渡假園區～森呼吸二日		58
會員園地	服務欄		62
	開懷篇	陳志鑫	63
	攝影秀—各國美景12幅	王新元	64
杏林隨筆	模擬教學如何影響醫療品質與病人安全	王曉君、楊盈盈、王署君	66
	核之城，走進被遺忘之前	許家瑜	68
生活醫療法律	醫療法律生活化系列(160)	李志宏	70
	藥價調整—依法依規還是說了就算？		
醫林特稿	《「副/福」業回顧》-32	朱真一	79
	醫療卓越及其他更多，感恩馬偕牧師		
醫政公文	重要政令轉知會員		85
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 29·和氏璧國際物業		61

網址：www.tma.org.tw

e-mail(投稿專用)：tma07@tma.org.tw

e-mail(會員專用)：tma06@tma.org.tw

行政院新聞局出版事業登記證局版北市誌第2354號

中華郵政台字第4210號雜誌交寄執照

法律顧問：恆昇法律事務所 楊榮宗律師

臺北市中山區南京東路三段68號13樓

電話：(02)2506-8811

封面簡介

封面主題：桃花心木

台大校園的桃花心木，在四月初由綠轉紅，林木深遠，青綠嫣紅夾陳，偶有晨風，小徑留下殘紅，漫步其間，怡然自得。

作者：吳國鈞

服務院所：尹書田醫療財團法人
書田泌尿科眼科診所

咽喉逆流症

光合耳鼻喉科診所 詹益祥

咽喉逆流症(laryngopharyngeal reflux disease, LPRD)是個因逆流至上呼吸消化道(upper aerodigestive tract)的胃十二指腸內容物，直接或間接造成上呼吸消化道在形態學及神經學方面病變的疾病。這個疾病在上世紀九零年代後期，與胃食道逆流症(gastroesophageal reflux disease, GERD)區分出來，由於其症狀涵蓋了整個上呼吸消化道，在美國因此病求診者，推估佔了耳鼻喉科門診病人的10%以上，在亞洲及歐洲的盛行率，推估為5~30%，可見這是個在耳鼻喉科及腸胃科門診常見的疾病¹。下面就其病理機轉，臨床表現，診斷及治療方法的現況，逐一說明。

病理機轉

一、逆流理論(reflux theory)

(一)逆流物(refluxate)：

1. 胃蛋白酶(pepsin)：一直以來，胃食道逆流物(refluxate)中的胃酸、胃蛋白酶(pepsin)及膽汁(bile)被認為是造成GERD組織病變的主要物質，也由於pepsin需要有胃酸來活化其作用，因而有氫離子幫浦阻斷劑(proton pump inhibitors, PPI)及鉀離子競爭型酸阻斷劑(potassium-competitive acid blockers, PCAB)等藥物的先後問世，但在經過20年的使用後，發現仍有40%的GERD患者的症狀未能緩解²，在LPRD患者的療效則甚至和安慰劑一樣，由此可推論其組織病變應該與refluxate中的其它非

酸性物質有關³。後續研究發現，在逆流至酸鹼度近乎中性的上呼吸消化道的refluxate中，幾乎都存有近乎失去活性的pepsin，經由胞吞作用(endocytosis)，在上皮細胞的酸性細胞質內恢復其活性⁴，並引發一系列由包含IL-1 β 和IL-8等在內的細胞激素介導的發炎性損傷(cytokine-mediated inflammatory injury)，由黏膜下(submucosa)的淋巴球浸潤開始，進而造成表皮細胞間隙(intercellular space)的破壞，最終導致上呼吸消化道黏膜表面的腐蝕性傷害(erosive injury)⁵；而此發炎反應也激發了痛覺感受器(nociceptors)，並經由喉部神經的傳導而導致喉部的過敏反應，引發咳嗽反應⁶。

2. 胃酸(gastric acid)：胃酸引起表皮細胞的鈣黏素(epithelial cadherin)的功能下降，因而造成黏膜表皮細胞間隙的通透性增加，進而破壞喉嚨黏膜的屏障(mucosa barrier)⁷。
3. 膽汁酸(bile acid)：經由損害喉部黏膜細胞的DNA及RNA，並造成上皮細胞的間質轉化(cell epithelial-mesenchymal transformation)而損傷喉黏膜⁸。
4. 胰蛋白酶(trypsin)：經由激活蛋白酶活化受體(protease activated receptor)，引發IL-8等細胞激素的分泌，造成喉黏膜組織的受損⁹。

(二)食道活動性(esophageal motility)：正常的食道蠕動(peristalsis)可以避免胃內容物逆流至咽喉，而原發性食道蠕動異常(primary esophageal dysmotility)則會延遲逆流物的清除及延長逆流物與上呼吸道黏膜的接觸時間，因而加劇LPRD的症狀與徵候¹⁰。

(三)上食道括約肌功能不全(upper esophageal sphincter incompetence)：Shaker及其同儕在2014年的研究顯示，在環狀軟骨(cricoid cartilage)處加壓以增加上食道括約肌的壓力，可以減少逆流的發生次數¹¹。

二、反射理論(reflex theory)

由於氣管支氣管樹(tracheobronchial tree)和食道都受到迷走神經的支配，近期的研究顯示分佈在食道及氣管的迷走神經痛覺傳入C-類神經纖維(vagal afferent nociceptive C-fiber)，在受到酸和脂質介質的刺激後，引發P物質(substance P)及抑鈣素基因相關勝肽(calcitonin gene-related peptide)等神經勝肽物質的釋放，造成後續發炎反應¹²。

因逆流物的機械性刺激而產生的訊號和來自迷走神經傳導物質的化學性訊號，最終匯入延髓的孤束核(nucleus tractus solitarius)，逆流理論和反射理論因而在此產生密切的連結，進而引發各式臨床症狀¹³。

三、神經生理及認知機轉(neurophysiological and cognitive mechanism)

(一)周邊神經機轉：由於部分LPRD患者的

慢性咳嗽對於PPI治療的反應不佳，因此有人認為有可能是逆流物引起喉過敏(laryngeal hypersensitivity)所致，這部分的機轉還有待進一步研究¹⁴。

(二)中樞神經機轉：近年有研究顯示LPRD的患者有較嚴重的生活品質下降及較高程度的焦慮感及憂鬱傾向¹⁵，亦有研究發現心理因素與LPRD患者的喉部症狀的嚴重度有相關性¹⁶。

症狀與徵候(symptoms and signs)

LPRD的症狀不具特異性(specificity)，常見的有：咽喉異物感、慢性咳嗽、經常性的清喉嚨、喉嚨有黏液、飯後或躺下時易咳嗽、輕度吞嚥困難、鼻涕倒流感及嗓音沙啞等¹。

相較於GERD患者，較少有胸口灼熱感(火燒心)及胃酸逆流的症狀¹⁷。

LPRD的徵候也不具特異性，常見的有：咽部紅斑(pharyngeal erythema)、咽部黏稠的黏液(pharyngeal sticky mucus)、瀰漫性喉頭紅斑(diffuse laryngeal erythema)、杓狀軟骨處紅斑(arytenoid erythema)、後聯合肥厚及紅斑(posterior commissure hypertrophy and erythema)、杓狀軟骨間肉芽(interarytenoid granulation)、喉室紅斑或水腫(ventricular erythema/edema)及聲門下紅斑或水腫(subglottic erythema/edema)。此外，聲帶突肉芽腫(vocal process granuloma)很有可能是LPRD引起，需加以注意¹。

診斷

由於LPRD的症狀不具特異性，因此需借助以下診斷工具加以診斷並與其它具有類似臨床症狀的上呼吸消化道疾病加以鑑別診斷¹。

一、**患者自評量表**：目前常被使用的有「逆流症狀指數」(reflux symptom index, RSI)、「逆流症狀評分」(reflux symptom score, RSS)及涵蓋喉、口和咽部徵候的「逆流徵候評量」(reflux sign assessment, RSS)；雖然無法僅靠自評量表做出診斷，但可用來評估療效及追蹤病情變化¹⁸。

二、**上消化道內視鏡檢查(upper gastrointestinal endoscopy)**：用於對於經驗療法(empirical treatment)無效，或是另有如吐血或不明原因體重減輕等警示症狀(alarm symptoms)的患者。

三、**高解析度食道壓力檢測儀(high resolution esophageal manometry)**：可以檢測食道括約肌的張力(tonicity)及食道體近端和遠端的收縮力(esophageal body contractility)，主要是用來檢測是否有「原發性食道運動(蠕)動功能異常」(primary esophageal dysmotility)。

四、**24小時下咽食道多通道腔內阻抗併酸鹼度監測儀(24-hour hypopharyngeal-esophageal multichannel intraluminal impedance-pH monitor, HEMII-pH monitor)**：可以同時監測逆流物的酸鹼度和樣態(氣態、液態還是二者混合)和逆

流發生時的體位、時間及次數。

這項檢測被認為是目前用來診斷LPRD的最可靠和客觀的檢測工具。

五、**唾液胃蛋白酶檢測(salivary pepsin test)**：藉由檢測唾液中pepsin的濃度以推測是否有發生咽部逆流，但因無法據此確認其和LPRD症狀之間的因果關係，且有三分之一的患者量測不到¹⁹，加上會受到進食時間和採樣時間點等因素干擾以及常與HEMII-pH monitor的檢測結果不一致²⁰，所以目前是用來作為輔助診斷的工具。

治療

一、**氫離子幫浦抑制劑(proton-pump inhibitor, PPI)**：PPI雖然是GERD及糜爛性食道炎(erosive esophagitis)的標準處理藥物(standard-of-care)，但由於LPRD的逆流物是弱酸或鹼性，可能因此而造成PPI在治療LPRD的效果不如對於GERD的療效²¹。此外，長期使用，可能會有營養吸收不良、腎臟病、失智及易遭受感染等潛在風險²²。

二、**制酸劑(antacids)**：藉由迅速降低胃內容物的酸性以減少逆流物對於咽喉黏膜的傷害，但其有效時間可能不到1小時，因此無法作為長期治療的藥物²³。

三、**褐藻鹽類製劑(alginate)**：藉由形成物理性屏障(physical barrier)、移開胃部的酸袋(acid pocket)以隔絕胃內容物進入食道及咽喉，因此無論逆流物是酸性或非酸性，

都能有效保護上呼吸消化道的黏膜，可搭配制酸劑合併使用²⁴。

四、人類免疫不全病毒蛋白酶抑制劑(HIV-protease inhibitor)：針對逆流物中的pepsin所造成的組織傷害，近年來有研究嘗試用目前已上市用於治療愛滋病的HIV-protease inhibitor藥物amprenavir來治療，在動物實驗中有顯著的療效²⁵，預計即將進入人體臨床實驗，未來或許有望成為新的治療藥物。

五、飲食和生活習慣調控²⁶：(一) 增加食用如香蕉、瓜類水果(melons)及梨子等低酸度的水果。(二) 食用燕麥、全穀類食物之類的高纖食物，以促進胃排空。(三) 減少飲用高含糖量的高滲透壓果汁或運動飲料。(四) 食用脂肪含量較少的精瘦蛋白質(lean protein)食物，如雞肉及魚肉。(五) 避免飲用含咖啡因、酒精和碳酸的飲料，以及辛辣食物。(六) 餐後維持身體直立姿勢及避免吃宵夜。

六、手術治療：

- (一) 胃底折疊術(fundoplication)：主要用於合併有GERD的LPRD且內科治療效果不佳，或患有「食道裂孔疝氣」(hiatal hernia)的患者²⁷。
- (二) 磁石環括約肌增強術(magnetic sphincter augmentation, MSA)：這是個相對於fundoplication的腹腔鏡微創手術，將一個由多個磁珠組成的磁石環置放

在下食道括約肌周圍，用以防止胃逆流。適用於以逆流症狀為主，但沒有吞嚥困難、食道運動機能障礙、病態性肥胖、大於3公分的hiatal hernia、曾接受過上消化道手術或有GERD併發症等情況的病人²⁸。

結論

LPRD是個耳鼻喉科、腸胃科及胸腔科門診常見的疾病，也由於是個在病因、臨床表現、診斷方法及治療方式上呈現多面向的疾病，因此在診治過程中常常耗費不少醫療資源；然而隨著科技進步與人工智慧的導入，以及相關醫療人員的持續研究，相信將會對此病的成因及治療帶來進步。

參考文獻

1. JR L, MF V, WW C, et al: The Dubai definition and diagnostic criteria of laryngopharyngeal reflux: the IFOS Consensus. *Laryngoscope* 2024; 134(4): 1614–24.
2. DM S, AF S, YY L: A comparison of efficacy and safety of potassium-competitive acid blocker and proton pump inhibitor in gastric acid-related diseases: a systematic review and meta-analysis. *J Gastroenterol Hepatol* 2022; 37(12): 2217-28.
3. Nikolaos S, Eirini D, Anastasia B, et al: Proton pump inhibitors for the treatment of laryngopharyngeal reflux. A systematic review. *J Voice* 2020; 34(6): 918-29.

4. Nikki J, CW W, JH B, et al: Receptor-mediated uptake of pepsin by laryngeal epithelial cells. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2007; 116(12): 934-8.
5. RF S, Liela B, SJ S, et al: A new paradigm for GERD pathogenesis. Not acid injury, but cytokine-mediated inflammation driven by HIF-2a: a potential role for targeting HIF-2a to prevent and treat reflux esophagitis. *Curr Opin Pharmacol* 2017; 37(12): 93-9.
6. TL T, SY C, CY H, et al: Role of ATP in the ROS-mediated laryngeal airway hyperreactivity induced by laryngeal acid-pepsin insult in anesthetized rats. *J Appl Physiol* 2008; 106(5): 1584-92.
7. Akihiko O, Yuko TI, Yasuko Y, et al: Acid exposure potentiates intercellular adhesion molecule-1 and e-cadherin expression on A549 alveolar lining epithelial cells. *Exp Lung Res* 2003; 29(6): 389-400.
8. ED C, Silvia B, Giampiero S, et al: Impact of bile acids on the severity of laryngopharyngeal reflux. *Clin Otolaryngol* 2021; 46(1): 189-95.
9. Yading L, Gaofan X, Bingduo Z, et al: Effects of acids, pepsin, bile acids, and trypsin on laryngopharyngeal reflux diseases: physiopathology and therapeutic targets. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol* 2022; 276(6): 2743-52.
10. CP G, Daniel S, DA C, et al: Ineffective esophageal motility: concepts, future directions, and conclusions from the Stanford 2018 symposium. *Neurogastroenterol Motil* 2019; 31(9): e13584.
11. Reza S, Arash B, SR N: Prevention of esophagopharyngeal reflux by augmenting the upper esophageal sphincter pressure barrier. *Laryngoscope* 2022; 276(6): 2743-52.
12. RN P, BT J, JES A, et al: Increased tachykinin levels in induced sputum from asthmatic and cough patients with acid reflux. *Thorax* 2007; 62(6): 491-5.
13. BJ C: Central regulation of the cough reflex: therapeutic implications. *Pulm Pharmacol Ther* 2009; 22(12): 75-81.
14. N J, S V, R P, et al: Acidification of the oesophagus acutely increases the cough sensitivity in patients with gastro-oesophageal reflux and chronic cough. *Neuro Gastroenterol Motil* 2008; 20(2): 119-24.
15. AJ K, M G, ZC B, et al: Hypervigilance and anxiety are elevated among patients with laryngeal symptoms with and without laryngopharyngeal reflux. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2023; 21(11): 2956-7.e2.
16. AJ K, EH W, PA W, et al: An update on current treatment strategies for laryngopharyngeal reflux symptoms. *Ann N*

- Y Acad Sci 2022; 1510(1): 5-17.
17. JA K: Laryngopharyngeal reflux is different from classic gastroesophageal reflux disease. Ear Nose Throat J 2002; 81(9 Suppl 2): 7-9.
 18. PC B, GN P, JA K: Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). J Voice 2002; 16(2): 274-7.
 19. JR L, F B: Diagnostic value of fasting and bedtime saliva pepsin measurements in laryngopharyngeal reflux. Biomedicines 2024; 12(2): 398.
 20. K Z, Viktória H, Adéla V, et al: Diagnostic value of the Peptest™ in Detecting laryngopharyngeal reflux. J Clin Med 2021; 10(13): 2996.
 21. JR L, Sven S, Antonio S, et al: Clinical outcomes of laryngopharyngeal reflux treatment: a systematic review and meta-analysis. Laryngoscope 2019; 125(5): 1174-87.
 22. PF H, Wade T, Jens S, et al: Side effects of long-term proton pump inhibitor use: a review. Basic Clin Pharmacol Toxicol 2018; 123(2): 114-21.
 23. Vandana G, Prashant N, Ritu T: Antacids revisited: review on contemporary facts and relevance for self-management. J Int Med Res 2022; 50(3): 3000605221086457.
 24. DA L, BP R, S M, et al: Alginate therapy is effective treatment for gastroesophageal reflux disease symptoms: a systematic review and meta-analysis. Dis Esophagus 2017; 30(2): 1-8.
 25. Nikki J, TL S, CJ G, et al: Oral and inhaled fosamprenavir reverses pepsin-induced damage in a laryngopharyngeal reflux mouse model. Laryngoscope 2023; 133 Suppl 1(Suppl 1): S1-11.
 26. JR L, Lise C-B, Lea D, et al: Is diet sufficient as laryngo-pharyngeal reflux treatment? A cross-over observational study. Laryngoscope 2022; (10): 1916-23.
 27. JT K, RD N, Tina H, et al: Association between response to acid-suppression therapy and efficacy of antireflux surgery in patients with extraesophageal reflux. Clin Gastroenterol Hepatol 2017; 15(5): 675-81.
 28. RA G, JH P, Santiago H, et al: Esophageal sphincter device for gastroesophageal reflux disease. N Engl J Med 2013; 368(8): 719-27.



「杏林獎」表揚標準及 推薦辦法

114.12.17第廿屆第十三次理監事聯席會修正通過

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

由醫學倫理委員會及常務理監事初審，再經理事會複審，每年通過名額以35名為原則。
- 六、撤銷得獎程序：得獎人經有罪判決確定，或經醫師懲戒委員會懲戒者，本會得撤銷其得獎資格及追回頒發之獎座及獎狀，並移除本會網站上得獎人的相關資料。
- 七、本辦法經理事會通過後實施之，修正時亦同。

第卅四屆「杏林獎」推薦表

(開業)

姓名		年齡		性別	
對醫療及社會服務領域貢獻具體事蹟 (必填)					
優良事蹟 (至少800字)	符合表揚標準及推薦辦法第二條第()項				
服務院所		科別		職稱	
聯絡電話		分機		手機	

推薦人：

連署人：

注意事項：

- 一、推薦醫院由推薦人、連署人及院長簽名或蓋章(推薦人及連署人須為本會會員，院長得為推薦人)，醫師人數在400位以下者可推薦1人；401~800位者可推薦2人；801位以上者可推薦3人，每家醫院以推薦1~3人為原則。
- 二、基層開業醫師須由所屬分區理監事或組長推薦及連署之，一位醫師以推薦1人為原則，除推薦人外，必須有1人連署。
- 三、請明列被推薦人之具體優良事蹟於推薦表上(至少800字)，並將具體事蹟附件資料電子檔一併寄送本會。
- 四、推薦日期截止後即不再受理申請。
- 五、推薦截止日期：一一五年六月三十日(以郵戳為憑)。

第卅四屆「杏林獎」推薦表

(醫院)

姓名		年齡		性別	
對醫療及社會服務領域貢獻具體事蹟 (必填)					
優良事蹟 (至少800字)	符合表揚標準及推薦辦法第二條第()項				
服務院所		科別		職稱	
聯絡電話		分機		手機	

推薦人：

院長：

連署人：

注意事項：

- 一、推薦醫院由推薦人、連署人及院長簽名或蓋章(推薦人及連署人須為本會會員，院長得為推薦人)，醫師人數在400位以下者可推薦1人；401~800位者可推薦2人；801位以上者可推薦3人，每家醫院以推薦1~3人為原則。
- 二、基層開業醫師須由所屬分區理監事或組長推薦及連署之，一位醫師以推薦1人為原則，除推薦人外，必須有1人連署。
- 三、請明列被推薦人之具體優良事蹟於推薦表上(至少800字)，並將具體事蹟附件資料電子檔一併寄送本會。
- 四、推薦日期截止後即不再受理申請。
- 五、推薦截止日期：一一五年六月三十日(以郵戳為憑)。

「青年杏林獎」表揚標準及推薦辦法

114.12.17第廿屆第十三次理監事聯席會修正通過

- 一、為鼓勵年輕醫師四十歲以下會員，發揚醫師濟世救人美德，提昇醫師形象與社會地位，訂定本辦法。
- 二、凡為本會會員，對醫療及社會服務領域有貢獻者，其個人有下列具體事實之一，得由所屬醫院或本會醫療永續發展研究小組（智庫）推薦報請表揚，以表揚一次為限。
 - （一）義務參加各項醫療服務活動，包括擔任弱勢族群或特殊疾病之醫療服務工作，或參與義診，有具體事實及優異表現者。
 - （二）以醫師個人名義或參與團體捐助社會公益事業，有具體事實及優異表現者。
 - （三）不計報酬自願前往無醫師之偏遠地區或孤島擔任醫療服務工作，對當地醫療保健之改善有顯著貢獻，獲當地居民之擁戴者。
 - （四）以醫師身份對社會有特殊之貢獻或服務，為社會輿論讚譽者。
 - （五）對醫學教育及臨床醫療有貢獻或研究發展上有具體事實及優異表現者。
 - （六）對住院病人悉心照顧，迭受住院病人或家屬讚揚，有具體事實者。
- 三、前項各款事蹟，應以自加入本會以後，所從事或貢獻者為準。
- 四、推薦辦法：
 - （一）醫院推薦者由推薦人、單位主管及院長簽名或蓋章，本會智庫推薦者由推薦人及智庫召集人簽名或蓋章（推薦人須為本會會員，醫院院長、智庫召集人得為推薦人）。醫師人數在400位以下者可推薦1人；401~800位者可推薦2人；801位以上者及本會智庫，各可推薦3人。每家醫院以推薦1至3人為原則，優先推薦住院醫師及畢業後一般醫學訓練醫師(PGY)。
 - （二）請明列被推薦人之具體優良事蹟於推薦表上，並將具體事蹟資料一併寄送本會。
 - （三）推薦日期截止後即不再受理申請。
- 五、審查方式及通過名額：
 - （一）由醫學倫理紀律委員會及常務理監事初審，再經理事會複審，每年通過名額以35名為原則。
 - （二）經理事會複審通過當選之年輕醫師，即可接受表揚，不受申請後退會或身份變更之影響。
- 六、撤銷得獎程序：得獎人經有罪判決確定，或經醫師懲戒委員會懲戒者，本會得撤銷其得獎資格及追回頒發之獎座及獎狀，並移除本會網站上得獎人的相關資料。
- 七、本辦法經理事會通過後實施之，修正時亦同。

第十五屆「青年杏林獎」 推薦表

姓名		年齡		性別	
對醫療及社會服務領域貢獻具體事蹟 (必填)					
優良事蹟 (至少800字)	符合表揚標準及推薦辦法第二條第()項				
服務院所		科別		職稱	
聯絡電話		分機		手機	

推薦人：

院長：

單位主管：

注意事項：

- 一、醫院推薦者由推薦人、單位主管及院長簽名或蓋章（推薦人須為本會會員，醫院院長得為推薦人）。**醫師人數在400位以下者可推薦1人；401~800位者可推薦2人；801位以上者可推薦3人。每家醫院以推薦1至3人為原則，優先推薦住院醫師及畢業後一般醫學訓練醫師(PGY)。**
- 二、請明列被推薦人之具體優良事蹟於推薦表上（至少800字），並將具體事蹟附件資料電子檔一併寄送本會。
- 三、推薦日期截止後即不再受理申請。
- 四、推薦截止日期：一一五年六月三十日（以郵戳為憑）。

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		

「傑出女醫師獎」表揚標準及推薦辦法

114.12.17第廿屆第13次理監事聯席會議通過

- 一、為積極發掘女性醫師的貢獻與潛力，以肯定終身成就；並為促進性別平衡的正向循環，呼應國際趨勢，實踐醫界多元、平等與共融的價值與永續治理(ESG)的承諾訂定本辦法。
- 二、凡為本會女性會員，其個人有下列具體事實之一，得由所屬分區幹部或所屬單位院所或理監事推薦報請表揚，以終身成就獎表揚一次為限。
 - (一) 推動性別友善醫療、婦女健康照護或醫界性別平權具卓越貢獻者。
 - (二) 對貧病婦女、弱勢族群提供優質或優惠醫療服務，具有具體事實或優異表現者。
 - (三) 參與母嬰健康、社區婦幼照護或長期照顧工作，成效卓著者。
 - (四) 致力於女性醫師權益、職場支持系統或醫療人力政策倡議，具成效者。
 - (五) 積極參與或主導醫療政策、學術研究、教學訓練，並於醫界樹立女性典範者。
 - (六) 擔任醫療領導職務期間，展現性別敏感治理能力，推動組織多元共融文化者。
 - (七) 其他以女性醫師身份，對於社會、教育、公益、長照、人文、國際交流、永續發展(ESG)等方面具特殊貢獻，經社會肯定或具公眾正向影響力者。
- 三、前項各款事蹟，應以自加入本會以後，所從事或貢獻者為準。以其他社團、宗教等名義、身份提供之服務、捐獻，或加入本會以前之事蹟，概不予計算。
- 四、推薦辦法：
 - (一) 醫院推薦者由推薦人、連署人及院長簽名或蓋章（推薦人及連署人須為本會會員，院長得為推薦人），每家醫院以推薦1人為原則（名額以杏林獎的三分之一為原則）。
 - (二) 基層開業醫師推薦須由所屬分區理監事或組長推薦及連署之，一位醫師以推薦1人為原則，除推薦人外，必須有1人連署。
 - (三) 在同一年度杏林獎、青年杏林獎及傑出女醫師獎項以申請一種為限。
 - (四) 請明列被推薦人之具體優良事蹟於推薦表上，並將具體事蹟資料一併寄送本會。
 - (五) 推薦日期截止後即不再受理申請。
- 五、審查方式及通過名額：

由智庫女性醫師小組及常務理監事初審，再經理事會複審，每年通過名額以12名為原則（名額以杏林獎的三分之一為原則）。
- 六、撤銷得獎程序：得獎人經有罪判決確定，或經醫師懲戒委員會懲戒者，本會得撤銷其得獎資格及追回頒發之獎座，並移除本會網站上得獎人的相關資料。
- 七、本辦法經理事會通過後實施之，修正時亦同。

第一屆「傑出女醫師獎」 推薦表 (基層推薦用)

姓名				年齡	
對醫療及社會服務領域貢獻具體事蹟 (必填)					
優良事蹟 (至少800字)	符合表揚標準及推薦辦法第二條第()項				
服務院所		科別		職稱	
聯絡電話		分機		手機	

推薦人：

連署人：

注意事項：

- 一、醫院推薦者由推薦人、連署人及院長簽名或蓋章(推薦人及連署人須為本會會員，院長得為推薦人)，每家醫院以推薦1人為原則。(名額以杏林獎的三分之一為原則)。
- 二、基層開業醫師推薦須由所屬分區理監事或組長推薦及連署之，一位醫師以推薦1人為原則，除推薦人外，必須有1人連署。
- 三、在同一年度杏林獎、青年杏林獎及傑出女醫師獎項以申請一種為限。
- 四、請明列被推薦人之具體優良事蹟於推薦表上(至少800字)，並將具體事蹟附件資料電子檔一併寄送本會。
- 五、推薦截止日期：115年6月30日(以郵戳為憑)。推薦日期截止後即不再受理申請。

第一屆「傑出女醫師獎」 推薦表 (醫院推薦用)

姓名				年齡	
對醫療及社會服務領域貢獻具體事蹟 (必填)					
優良事蹟 (至少800字)	符合表揚標準及推薦辦法第二條第 () 項				
服務院所		科別		職稱	
聯絡電話		分機		手機	

推薦人：

院長：

連署人：

注意事項：

- 一、醫院推薦者由推薦人、連署人及院長簽名或蓋章（推薦人及連署人須為本會會員，院長得為推薦人），每家醫院以推薦1人為原則。（名額以杏林獎的三分之一為原則）。
- 二、基層開業醫師推薦須由所屬分區理監事或組長推薦及連署之，一位醫師以推薦1人為原則，除推薦人外，必須有1人連署。
- 三、在同一年度杏林獎、青年杏林獎及傑出女醫師獎項以申請一種為限。
- 四、請明列被推薦人之具體優良事蹟於推薦表上（至少800字），並將具體事蹟附件資料電子檔一併寄送本會。
- 五、推薦截止日期：115年6月30日（以郵戳為憑）。推薦日期截止後即不再受理申請。

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！

一一五年資深醫師申請表

親愛的會員，您好：

本會訂於10月31日舉辦的「一百週年暨醫師節慶祝大會」中表揚資深醫師，請符合表揚資格者撥冗填寫表格後，傳真(02-2351-0739/2341-4044)或寄送至本會。

姓 名	表 揚 年 資 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 30年 <input type="checkbox"/> 35年 <input type="checkbox"/> 40年 <input type="checkbox"/> 45年 <input type="checkbox"/> 50年 <input type="checkbox"/> 55年 <input type="checkbox"/> 60年 <input type="checkbox"/> 65年 <input type="checkbox"/> 70年 <input type="checkbox"/> 75年	
服務院所名稱	服務院所地址		
聯 絡 電 話	畢 業 學 校 (或任官令、任職令)		
畢業證書號碼 (或任官令、任職令號碼)	畢 業 證 書 日 期 (或任官令、任職令日期)		
醫師證書號碼	醫 師 證 書 日 期		

備註：

- 一、表揚對象限當年6月30日台北市醫師公會會籍資料登記執業中者。
- 二、領有中央衛生主管機關核發之醫師證書，執行醫療業務合計滿30年、35年、40年、45年、50年、55年、60年、65年、70年、75年者，由台北市醫師公會表揚，並報請臺北市政府衛生局表揚。
- 三、受獎人領有醫師證書，執行醫療業務年資合計滿下列各年資，且未辦理退會及未曾受該年資表揚者。
- 四、民國57年（含）以前畢業者，以畢業證書發給日為認證日期；自民國58年（含）起，參加醫師甄審考試及格者，以醫師證書發給日為資深醫師認證日期。
- 五、未具上述表揚條件，而持有總統任命為軍醫官任官令或將級以上主管發布之軍醫任職令退除役醫師，其執行醫療業務年資，以自取得任官令或任職令年資，加自領得醫師證書後執行醫療業務年資合併計算，另請附以上證明文件影本（請勿附原本，以免寄送途中遺失）。
- 六、請於115年6月13日前填寫表格後傳真或寄送至本會辦理（逾期恕不受理報名，而以本會資料做為表揚之依據）。

滿30年資深醫師：民國85年12月底
 滿35年資深醫師：民國80年12月底
 滿40年資深醫師：民國75年12月底
 滿45年資深醫師：民國70年12月底
 滿50年資深醫師：民國65年12月底

滿55年資深醫師：民國60年12月底
 滿60年資深醫師：民國55年12月底
 滿65年資深醫師：民國50年12月底
 滿70年資深醫師：民國45年12月底
 滿75年資深醫師：民國40年12月底

接生糾紛——臺灣新北地方法院 110年度醫訴字第4號刑事判決評析

臺北榮民總醫院職業醫學及臨床毒物部
林振宇（實習醫學生） 葛謹

前言

懷孕婦女，正常情況下，多數可以自然生產(normal spontaneous delivery)方式，迎接新生命。自然生產的優點有產後恢復快，能儘早下床活動，更有信心迎向生產。自然生產的產程分為三個階段：(1)第一產程：從規則陣痛(labor)且子宮頸口開始擴張至完全擴張（10公分）為止。醫師會評估：子宮收縮的頻率、時間和強度、胎頭下降和胎兒先露部位。(2)第二產程：子宮頸口全開，至胎兒娩出，可能持續幾分鐘到幾小時，藉由子宮規律收縮，幫助胎兒娩出。如果產程延長，胎兒無法順利娩出，或發生胎心音變化，須立即手術娩出。(3)第三產程：又稱胎盤期，胎兒娩出至胎盤娩出。一般約數分鐘到數十分鐘，醫師或助產師可能會進行會陰部傷口的縫合，觀察子宮收縮及產後出血情況。¹⁻⁵

經過

甲為A婦產科診所主治醫師，產婦乙於2019年9月23日晚間11時許，至婦產科診所辦理入院準備以自然產方式生產，甲擔任乙之接生醫師。同日晚間11時30分，先施用具有催生效果之喜克潰錠(Cytotec)，翌(24)日上午8時許，再命值班護理師以點滴滴入之方式，使用「PITONS」藥劑催生。24日下午2時18分許，甲醫師於乙自然產過程中，發覺胎兒胎心音不正常，下午2時30分護理紀錄單記載：「破水，有劇烈性疼痛，並且有觸壓痛、反彈痛。」於下午2時55分許決定改為剖腹產，護

理紀錄單記載：「有醫生下刀。」

然因子宮強烈收縮破裂大量出血，胎兒因子宮破裂擠壓，有吸入性肺炎及大量羊水上皮吸入肺臟，雖甲醫師於產後立即將胎兒緊急送往B醫院急救，仍於當同日下午6時11分不治死亡。乙產後因子宮破裂至C醫院治療，乙認為甲醫師犯：(1)過失致乙重傷。(2)過失致人於死等罪嫌，向檢察署提起刑事訴訟。相關病歷送衛生福利部醫事審議委員會審議，鑑定意見：(1)雙重藥物作用之下，造成子宮強烈收縮。甲宜隨時監視及密切觀察，產婦催生過程，難謂無疏失而造成產婦子宮破裂，進而導致嬰兒死亡。(2)甲之處置難謂無研判失誤之疏失。檢察官遂對甲以涉犯刑法第284條後段之過失致重傷及同法第276條之過失致人於死等罪嫌，提起公訴。

爭執1：懷胎足月自然生產，何時方考慮催生或剖腹產？

甲主張：(1)自然生產時，子宮頸軟化且擴張至全開（約10公分）時，產婦可在醫護指導下用力生產，完成分娩。(2)產婦尚未進入產程（無宮縮、無子宮頸變化），醫師用藥物或人工方法誘發宮縮，啟動產程。(3)產婦已進入產程，子宮開始收縮且子宮頸有變化，但宮縮不足或不夠有效，需用藥物或方法增強宮縮，促使分娩加速。(4)9月23日晚間11時許，原以自然產之方式為乙接生，過程中因發覺胎兒胎心音不正常後，於（9月24日）下午2時55分許改為剖腹產。

爭執2：乙之生產過程，甲使用二種藥物催生，是否合乎醫療常規？

甲主張：(1) 9月23日晚間11時許，使用喜克潰錠(Cytotec)六分之一顆之劑量。(2)次日(9月24日)上午8時10分許，因乙無有效宮縮，使用點滴注入Piton's。(3)用藥符合醫療常規。

醫事審議委員會：(1)甲醫師使用Cytotec時，其使用劑量與國際婦產科聯盟(International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO)之指導原則不一致。(2)又加上另一個催生藥物。(3)雙重藥物作用之下，造成子宮強烈收縮。此種情形下，甲醫師宜隨時監視及密切觀察，以利產婦發生緊急情況時，可及時給予適當醫療處置。(4)甲給予產婦催生過程，難謂無疏失而造成產婦子宮破裂，進而導致嬰兒死亡。

證人1：(1)一般催生有兩種，一種是沒有進入產程的催生，一種是已經進入產程，後來收縮力道不夠我們加強。(2)沒有進入產程的催生，我們會評估子宮頸的狀況，例如是塞前列腺素的藥物，或者直接靜脈點滴給予子宮的收縮藥物，其他治療，如破水、羊膜帶跟子宮內頸分離(Stripping)、塞水球讓子宮頸擴張。(3)喜克潰錠原來是治療胃或十二指腸潰瘍的藥物，台灣的婦產科醫學界在2017年的時候用喜克潰錠塞陰道，還蠻常使用的，但是沒有什麼醫療常規。(4)Piton's催生藥物是點滴式的，也還蠻常用的，是點滴式的，讓產婦真正進入有效的10分鐘內子宮有三次收縮。(5)

通常給予喜克潰錠塞劑後，會觀察一段時間評估產程變化，有的醫院是6小時，有的醫院是12小時，根據美國婦產科的研究認為至少4小時以後才可以給予點滴式的或其他的收縮藥物。(5)我個人在D醫院的經驗都是大概6小時以上會做評估。

證人2：(1)9月23日晚間23時30分被投藥喜克潰錠，而且是用六分之一顆塞陰道的方式，9月24日早上8時10分每分鐘被打「PITONS」10 GTT點滴，這樣的間隔在國內婦產科的催生使用催生藥物的狀況是合理的。(2)甲使用2種藥物隔了9小時多，已經超過國際標準8小時以上，是合理使用。

法院心證：甲合理使用藥物催生。

爭執3：甲使用喜克潰錠(Cytotec)六分之一顆之劑量(33g)，是否超過標準？

檢察官：(1)國際婦產科聯盟之指導原則使用八分之一顆之劑量(25g)，甲係疏未注意使用該藥錠達六分之一顆之劑量(33g)。

(註：喜克潰錠(Cytotec)一顆200微公克(microgram)，六分之一應為33微公克(microgram)，檢察官/法院恐誤寫單位為公克(gram)。)

證人1：(1)台灣婦產科醫學會函，文獻上寫只有25微公克(microgram)。(2)喜克潰錠(Cytotec)仿單適應症外使用(Off-Label Use)，我們過去都是使用25微公克，因為寫25微公克的文獻是比較多的。(3)早期研究還有用到50 Microgram，就是一倍的劑量，一倍的劑量

也都覺得效果還不錯，可是後來他們覺得用50的部分併發症，就是子宮過度收縮的機會會比較高一點。(4)藥物本來是六角型的藥錠要切1/6、1/8本來就沒那麼容易。(5)從2006年開始有一些研究報告也是有用50 (microgram)的，剛才講的因為50 (microgram)的部分研究認為有一些過度刺激的風險比較高，所以劑量越高當然相對也會增加藥物的副作用的風險。

法院心證：用藥尚符合醫療常規。

爭執4：乙發生子宮破裂並導致胎兒有吸入性肺炎死亡，甲接生過程有無疏失？

甲主張：發覺胎兒胎心音不正常後，立即改為剖腹產救治，符合醫療常規，無疏失。

醫事審議委員會：(1)甲之處置難謂無研判失誤之疏失，使產婦發生子宮破裂導致胎兒擠壓至腹腔中，而致嬰兒新生兒評估計分低及需要心肺復甦術(CPR)等急救，最後發生嬰兒死亡結果。(2)嬰兒之死亡，非因施打麻醉針劑使產程過長，而導致吸入性肺炎及大量羊水上皮吸入於肺臟致生死亡結果。

證人1：(1)分娩或妊娠期子宮破裂(Uterine Rupture)，屬於產科的嚴重併發症，必須及時手術救治，否則母嬰死亡率極高。(2)危險因子包括剖腹產後陰道生產、其他子宮疤痕、難產、引產、創傷等。(3)子宮曾經受過傷、剖腹產過、子宮肌瘤，這風險大概是屬於0.5%-1%，如果子宮沒有受過傷的話，風險大概是1/5000到1/10000左右。(4)依病歷紀錄：(24日)下午2點多一點，胎心音掉的厲害，醫師

已經在了。就我的婦產科實務經驗，這算是有盡到照顧，符合醫療常規。

法院心證：(1)人之生產過程對母體及胎兒原具有一定程度之風險，而子宮破裂導致母體自然產不順利之風險亦屬其一，僅能由婦產科醫師以醫療技術降低該風險，例如在適當情形以同樣具有風險之剖腹產手術替代，尚不能苛求婦產科醫師將該自然存在之風險完全去除。(2)婦產科醫師能透過醫療行為降低此一自然存在之風險至何種程度，端繫於現代醫療技術之精進程度，倘依現存之醫療技術與常規，基於母體生產過程中可得知資訊，並不能完全排除子宮破裂導致自然產失敗之風險，則無從苛求甲在當時預先採取剖腹產手術之注意義務。(3)難僅以子宮破裂，即推論係由甲所開立之藥物所致，自難遽認投予催生藥物子宮破裂之結果間具有相當因果關係。(4)子宮破裂之結果，既難認與開立之藥物有何關連，要難逕以刑事罪責相繩。

爭執5：乙是否受有重傷之傷害？

檢察官：乙因自然生產過程中，子宮強烈收縮破裂大量出血而受有重傷之傷害。

證人1：(1)子宮破裂後來有治好，這樣是否會影響到這位產婦將來的生育能力，這個要看破裂的程度，因為我不是開刀的人我不知道。(2)學理上子宮破裂已經引起病人嚴重的併發症，有些醫師甚至要把子宮拿掉才有辦法止血，這就做子宮切除了，另一種把原來子宮原來裂開的傷口做修補，修補好了以後未來還

是都能懷孕。

法院心證：(1)本案經函詢C醫院：「乙子宮破裂是否導致未來無法再受孕及懷孕、腎功能失調是否已達重大不治或難治之傷害程度？」(2)C醫院回覆：依病歷所載，本院係依病人就診之主訴、既往史、理學檢查、檢驗、影像檢查等病歷資料綜合評估並診斷為嚴重骨盆沾黏併左側輸尿管阻塞及左側腎水腫，惟無法依病人現有病歷資料判斷上述疾病與其既往子宮破裂之直接相關性，亦無法判斷其既往之子宮破裂是否將導致未來病人無法再受孕及懷孕。另病人之腎功能失調係因其左側輸尿管阻塞造成左腎水腫所致，經本院進行手術治療後其左側輸尿管已暢通，目前病情已穩定，惟仍需追蹤治療。」(3)乙是否受有重傷之傷害，已非無疑。

法院

地方法院：甲醫師無罪⁶。檢察官不服，上訴高等法院。

高等法院：尚未判決⁷。

討論

自然生產：當子宮頸軟化且擴張至全開（約10公分）時，產婦可在醫護指導下開始用力生產，完成自然分娩。若宮縮不明顯或產程停滯，醫師可進行人工破水(artificial rupture of membranes)，促進宮縮並加速生產。過程中，醫護人員會持續監測產婦的宮縮情況及胎兒心跳，確保母嬰安全。本案是否為高齡產婦，足月生產，有無定期產檢，判決文均未

說明，依產程而言，住院待產時應已有規則陣痛，且子宮頸口軟化。

催生：催生(labor augmentation)是指當產婦已經進入產程，但宮縮的頻率或強度不足，導致產程進展緩慢或停滯時，醫師會透過藥物（如催產素，Oxytocin）或其他方法來增強子宮收縮，幫助產程順利進行。這通常發生在已破水但宮縮不規則、子宮頸擴張進展緩慢等情況下。催生是指在醫師評估後，透過藥物或人工方式促進子宮收縮，加速分娩的過程。催生的目的是在確保母嬰安全的前提下，幫助產程順利進行，例如：過期妊娠、羊水過少或胎兒狀況需及時分娩。本案醫師先使用喜克潰錠(Cytotec)催生，雖係仿單適應症外使用(Off-Label Use)⁸⁻¹⁰，並非不得使用，且婦產科醫學會亦有產科使用指引¹¹，再使用PITONS點滴，2種藥物非同時使用，間隔超過國際標準6小時以上，且產婦並無骨盆畸形，胎盤植入異常，子宮頸癌，胎兒畸形，胎位異常等不適合自然生產的情形，前後分別使用2種藥物催生，仍屬於合理使用。

子宮破裂：子宮破裂(uterine rupture)是指在妊娠或分娩期發生子宮破裂，子宮破裂屬於產科的嚴重併發症，多發生在妊娠晚期或分娩過程中，患者多伴有子宮手術史。分娩過程中，子宮極度膨脹，某些因素（如既往手術瘢痕、多胎妊娠、高齡產婦、先天性子宮異常、物理創傷等）致使子宮發生變形而更為薄弱時，最有可能發生斷裂。臨床症狀如有撕裂樣疼痛，宮縮停止，陰道出血，胎心異常

或消失，如未立即手術救治，會造成孕婦失血性休克、胎兒窘迫、新生兒窒息，甚至母、嬰死亡¹²。臨床發生率大約為 0.05%~1%。自然產過程中，甲醫師發覺胎兒胎心音不正常，下午2時30分：「破水，有劇烈性疼痛，並且有觸壓痛、反彈痛。」下午2時55分許改為剖腹產，雖然乙子宮破裂大量出血，胎兒有吸入性肺炎，急救後仍於同日下午6時11分不治。然子宮破裂的主要治療方法就是手術介入—剖腹產，醫師立即改為手術剖腹產，似並未遲延。

醫事審議：1953年至1987年之「醫事鑑定」原由臺灣省醫師公會負責，醫師公會亦將鑑定摘要公布於「臺灣醫界」。1987年醫療法實施後，改由衛生署（2013年7月23日升格為衛生福利部）設立醫事審議委員會（簡稱醫審會）辦理，簡稱「醫事審議」，只接受司法或檢察機關之委託，不負責證據之調查或蒐集，審議內容列為機密而不公布。我國醫療糾紛醫事鑑定小組鑑定作業流程，審查材料先後分給1-2個不同醫院（醫師）獨立初審。復審時，醫事鑑定小組先由初審醫師分別口頭報告，再由復審委員一致之意見為鑑定意見，屬於「階層與共識混合型」¹³⁻¹⁴。然而法院於判決時，經常將「醫事審議」等同「醫事鑑定」。學者認為：「醫事鑑定」不同於「醫學評論」，醫事鑑定涉及法律的評價，醫學評論則可促進醫學的相互激盪進而產生醫學進步，如把醫學評論當成醫事鑑定，則易使法院誤認確有醫療疏失而為醫師敗訴之判決，這就是所謂「醫醫相害」，當醫界前輩握有醫事鑑定之責時，最好

同時衡量相關法律規定¹⁵。

以結果論斷過程：本案醫事審議略以：(1)甲醫師使用Cytotec劑量與國際婦產科聯盟(FIGO)之指導原則不一致。(2)又加上另一個催生藥物。(3)雙重藥物作用，造成子宮強烈收縮。(4)難謂無疏失而造成產婦子宮破裂，進而導致嬰兒死亡。醫事審議是協助法院釐清事實，以鑑定人的專業角度，分析資料（病歷），還原事實經過，至為重要，推論因果關係時，千萬不能「以結果論斷過程(The end justifies the means.)」¹⁶⁻¹⁷。醫事審議似未以專業角度分析案例，使用雙重藥物是要子宮強烈收縮，其作用目的是催生，在產程不順時，孕婦「有劇烈性疼痛，並且有觸壓痛、反彈痛」，加上胎兒胎心音不正常，甲醫師立即改為剖腹產，雖然胎兒往生，是否仍有「刑事過失」行為？值得討論。

定義落伍：中華民國刑法(Criminal Code of the Republic of China, 1935)第12條：「（第1項）行為非出於故意或過失者，不罰。（第2項）過失行為之處罰，以有特別規定者，為限。」同法第14條：「（第1項）行為人雖非故意，但按其情節應注意，並能注意，而不注意者，為過失。（第2項）行為人對於構成犯罪事實，雖預見其能發生而確信其不發生者，以過失論。」我國至今刑法的「過失定義」仍為「主觀構成要件」，與其他民主國家均採「過失客觀四原則」不同，十分遺憾之外，早有學者建議衛生福利部「醫事審議」，應盡速與世界潮流一致，揚棄「過失主觀構成要

件」，採用「過失客觀四原則」，方能維護醫療人員之權益，避免醫護人員含冤入獄¹⁸⁻²⁰。

過失四原則：民主法治國家之過失定義，均採客觀四原則，誠懇建議法院與醫事審議委員會，處理醫事人員是否有過失或疏失，應依下列四點逐一審理：(1)被告對原告有無「照顧責任」(duty of care)。(2)被告有無「違反照顧義務」(breach of standard of care)。(3)違反照顧義務與損害有無因果關係(causality)。(4)損害之事實(damage)¹³。本案甲醫師負責接生，自然對乙負有「照顧責任」，使用2種藥物催生，雖然是仿單外使用，但為衛福部所許可，也有婦產科醫學會之使用指引，並未「違反照顧義務」。雖然接生不順，造成子宮破裂與胎兒死亡的不幸結果（損害之事實），此不幸結果（子宮破裂）與醫師使用藥物催生有無因果關係？是否應歸責於醫師？依民主法治國家之過失客觀四原則，縱使有因果關係，因醫師使用藥物催生並未「違反照顧義務」，四者缺一，本案在21世紀之民主法治國家，甚至對岸中國大陸，均無法成立刑事過失責任。

結語

生產風險：古代醫學不發達，生產風險高，臺灣俗語：「生得過，雞酒香；生不過，四塊板。」古代孕婦生產如同在鬼門關前走一遭！儘管現代醫學發達、技術也進步，生產過程中仍然存在不少風險。2024年統計，臺灣每1000名新生兒約有4人不幸離世，全年約600個家庭失去寶寶，等於每15小時1人夭折；新生

兒死亡率連20年高於日韓。逾百名死因與先天畸形、變形與染色體異常相關。專家呼籲出生滿48小時完成公費篩檢，並加選自費項目，把握治療黃金期。

客觀四原則：婦女同胞生產過程的風險，如何降低，自然有賴主管機關、衛生政策，與相關婦產專科醫護學會的共同努力。然發生生產糾紛，衛福部醫事審議委員會竟然「以結果論斷過程」，出具「難謂無疏失」之意見，令醫界震驚！甲醫師雖有臺灣婦產科醫學會2位同道願意出庭作鑑定人，暫免牢獄之災，但已纏訟超過6年！本文再度誠懇呼籲，衛福部要以天下蒼生為念，除不斷提升婦幼衛生指標、改善醫事人員從醫環境之外，亦應同時保護醫事人員的醫療人權，尤其是醫事審議委員會對醫療糾紛，醫事人員是否涉有刑事過失或疏失，不宜繼續落後英國411年¹⁸⁻²⁰，似應立即開始與世界民主法治國家同步，立即建立符合國際醫療人權的「過失客觀四原則」與「重大過失刑事責任案例」為審議指引。

參考文獻

1. 室岡一原著/康維邦譯：圖解產科學。高雄市，大夫書局；1985。
2. 雷文諾 (Leveno, KJ)等著/巫常誠，陳慧聰譯：Williams產科學手冊(Williams Manual of Obstetrics)（第21版）。臺北市，美商麥格羅·希爾出版；2007。
3. 法國國立婦產科學院(Collège National des Gynécologues et Obstétriciens

- Français(CNGOF))主編/馬青，喬紅譯：懷孕聖經(Le Grand Livre de ma grossesse)。臺北市，四塊玉文創；2016。
4. Cunningham, FG : Williams obstetrics. (25th edition) New York : McGraw-Hill Education, 2018.
 5. 衛生福利部國民健康署：爸爸孕產育兒衛教手冊（第3版）。臺北市，衛生福利部國民健康署；2025。
 6. 臺灣新北地方法院110年度醫訴字第4號刑事判決（刑事第十五庭，2024年5月2日）。
 7. 臺灣高等法院113年度醫上訴字第7號刑事判決（尚未判決）。
 8. 林杏麟，吳淑莉：醫師是否有仿單核准適應症外使用的權利(off-label use) — 探討美國FDA及台灣藥事法之相關規定。臺灣醫界2010；53(5)：263-6。
 9. 臺灣臺北地方法院90年度訴字第3406號民事判決（民事第一庭，2007年6月12日）。
 10. 行政院衛生署衛署醫字第0990262180號函：藥品仿單核准適應症外的使用(Off Label Use)原則（2010年6月2日）。
 11. 台灣婦產科醫學會：台灣婦產科醫學會建議 Misoprostol(Cytotec®)產科使用指引。台灣婦產科醫學會官網(<https://www.taog.org.tw/>)，2020年7月23日公告版。2026-3-20 visited.
 12. Hu Z, Zhang, H, Rong, Y, et al : Incidence, Risk Factors, and Outcomes of Complete Uterine Rupture: A 10-Year Single-Center Retrospective Study. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research 51, no.11 (2025): e70122, <https://doi.org/10.1111/jog.70122>.
 13. 葛謹：共同糾正歷史的錯誤—不要再糊塗下去。臺灣醫界2012；55(9)：508-10。
 14. 薛瑞元：刑事訴訟程序中「機關鑑定」之研究—以醫事鑑定為範圍。臺灣大學法律研究所碩士論文。2001年1月。
 15. 李志宏，施肇榮：診斷證明書與醫事審議（醫療鑑定）—醫療法律案例解讀系列4。台灣醫界2009；52：354-8。
 16. 陳以琳、葛謹：勿以結果論斷過程—臺灣臺北地方法院98年度醫訴字第6號刑事判決讀後心得。台北市醫師公會會刊2012；56：16-21。
 17. 葛謹：二個拒絕，一個不要—對醫事審議初審醫師的建議。臺灣醫界2013；56(6)：341-2。
 18. 葛謹：臺灣醫師制度與醫療糾紛案例評釋。臺北市，元照；2011。
 19. 葛謹：醫學與法律—從醫學角度省思司法判決的盲點。臺北市，元照；2014。
 20. 葛謹：醫學與法律(2)—但見淚痕濕。臺北市，元照；2017。📖



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

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

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

生命末期的失智症照護

國立臺灣大學醫學院附設醫院 家庭醫學部 吳幸儒 程劭儀

失智症也需要緩和醫療

隨著人口老化，失智症已成為全球重要的公共衛生議題之一。統計顯示，全球約每三秒即新增一位失智症病人，預估至2050年病人數將增加至現今的三倍。失智症並非僅是記憶衰退的疾病，在病程後期，病人往往合併高度症狀負擔、頻繁住院、決策困難與龐大的照顧需求。緩和醫療的核心，是協助病人與家庭在不可逆的疾病歷程中，減輕痛苦、維持尊嚴。對失智症而言，緩和醫療不應只存在於生命最後數週，而應是一種隨病程逐步整合的照護模式。

照顧失智症病人都應有的緩和醫療能力

近年文獻逐漸強調初級緩和療護的重要性，意指所有臨床醫師都應具備的基本能力，而非僅仰賴安寧緩和與專科介入。相對地，專科緩和療護則用於症狀控制困難、溝通高度衝突或決策極度複雜的個案。失智症的初級緩和療護可歸納為幾個核心面向，包括高品質溝通、預立醫療照護計畫(Advance Care Planning, ACP)、決策能力評估、預後評估，以及適時的安寧緩和轉介¹。

一、高品質溝通

高品質溝通可以增加治療順從性，而溝通往往從「告知壞消息」開始。此時可運用結構化的溝通技巧以降低衝突與焦慮。SPIKES為一套系統化告知壞消息的溝通架構，包括：Set up（環境配置），確保主要照顧者或決策者在場，安排具隱私性的空間，並事先準備完整病

情資料。Perception（認知），先了解病人或家屬對疾病的理解程度。Invitation（邀請）、Knowledge（知識）、Empathy（同理），以邀請式提問開始，逐步提供小而易懂的資訊，並以同理心回應情緒，形成反覆循環的對話。Summary & Strategy（總結與策略），簡要整理重點，並聚焦下一步照護方向。

二、預立醫療照護計畫

預立醫療照護計畫(ACP)在失智症照護中尤其重要，因為病人的認知與表達能力會隨時間逐漸下降。它不應被視為一次性的單點討論，而是一段持續的對話討論。在診斷時期附近、健康狀況出現重大變化，或居住與照護環境改變時，都是重新檢視照護目標的關鍵時點。及早進行ACP，不僅能降低末期不必要的侵入性治療，也能減輕照顧者在關鍵時刻獨自承擔決策的心理負擔。

三、決策能力評估

決策能力是臨床對病人是否能理解資訊、權衡選擇並了解後果的評估。病人需具備以下四項能力，方能被視為具有決策能力：能清楚表達選擇、理解影響選擇的重要資訊、意識到選擇的後果以及說明其決策理由。此評估在失智症照護與ACP討論中尤其重要。

四、預後評估

預後認知不足，是緩和醫療延遲介入的重要原因。儘管晚期失智症具有高度死亡風險，但研究顯示，無論是醫師或家屬，常低估其預後嚴重性。在一項護理之家研究中，僅

有1%的晚期失智症住民被評估為預期壽命少於六個月，實際上卻有百分之七十一在六個月內死亡²。驚訝問題(Surprise question)是臨床上一個簡單的預後判斷工具，試問自己：「如果病人在未來半年/一年內死亡，你會不會感到驚訝？」如果答案是不會，那應視為存活期有限，進一步討論緩和醫療介入的可能性。此外，Advanced Dementia Prognostic Tool(ADEPT)為一常用失智症預後評估的工具，其最初是針對護理之家65歲以上住民設計，用以預測六個月內死亡率。評估的內容包括：在過去九十天內住過療養院、年紀、性別、有喘的狀況、至少有一處大於或等於第二期壓瘡、完全依賴所有日常生活活動、大部的時間臥床不起、由口進食不足、大便失禁、BMI低於18.5、近期體重減輕、充血性心臟衰竭。經過計算得到的分數，則可對照出六個月死亡率³。

五、適時的安寧緩和轉介

當臨床醫師意識到病人預估存活期有限，正是緩和醫療團隊及早共同介入的時機。功能評估分期量表(Functional Assessment Staging Scale, FAST)為評估失智症病人功能衰退的工具，分為1至7級，當等級大於或等於7分，代表病人已經完全依賴他人，無法自行行走、無法以言語進行有意義的溝通，以及無法維持意識。若此時若再加上合併症（如心臟衰竭、慢性阻塞性肺病、糖尿病等）或次級病症（如譫妄、肺炎、壓瘡、反覆發燒或感染、吞嚥困難、體重下降或營養狀況不佳等），這些情況

表一 失智症緩和療護轉介時機⁴

五大面向	主要準則
症狀困擾	<ul style="list-style-type: none"> ● 嚴重身體症狀 ● 靈性痛苦 ● 情緒症狀 ● 行為症狀難以控制
心理社會或決策因素	<ul style="list-style-type: none"> ● 提出安寧/善終討論 ● 病人或家屬主動要求 ● 拒絕急診或住院 ● 要求安樂死
失智類型	<ul style="list-style-type: none"> ● 快速進展型失智
併發症與共病	<ul style="list-style-type: none"> ● 撤除維生醫療 ● 過去一年內≥2次吸入性肺炎 ● 使用人工營養灌食（如餵食管）
醫療使用頻率	<ul style="list-style-type: none"> ● 過去3個月內≥1次加護病房住院 ● 過去3個月內≥2次急診 ● 過去3個月內≥2次住院

將進一步影響病人的預期壽命，這時候就是考慮進行緩和醫療轉介的時機。

國際研究也開始針對失智症病人轉介至專科緩和醫療照護的時機與標準進行整理⁴。JAMA Network Open於2025年發表的研究提出15項主要準則與42項次要準則，協助臨床醫師具體辨識失智症緩和療護轉介時機。轉介主要準則可歸納為五大面向，內容如表一所示。這些準則的價值在於把「應該轉介」轉化為可以被「量化與辨識」的臨床指標。

另一方面，新加坡的PRO-MADE研究嘗試結合人工智慧預測模型，於電子病歷中辨識一年內高風險的晚期失智症患者，並自動觸發照護計畫討論、症狀評估與社區安寧轉介流程⁵。

這種作法把轉介時機從「仰賴醫師經驗」推進到「系統主動提醒」，有助於提高轉介率。

台灣法規與給付制度下的實務現況

在台灣，失智症末期緩和醫療照護主要涉及《安寧緩和醫療條例》與《病人自主權利法》兩個法案。目前台灣失智症末期之安寧療護收案條件如下（113/10/1第七版修訂）：確診失智症，臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating)3分且日常體能狀況已超過半數時間臥床或依賴輪椅（如ECOG 3分以上），或失智症功能評估分級量表(Functional Assessment Staging Test)等級7C以上。合併一年內，發生以下任一種臨床狀況：

1. 居家照護或一般支持性醫療照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。
2. 營養不良（下列任一情境）：
 - A. 吞嚥困難，進食喝水減少，但選擇不接受管灌餵食。
 - B. 明顯的體重減輕：過去三個月下降5%或六個月內下降10%。
 - C. 身體質量指數(BMI)小於16，或白蛋白小於2.5g/dL。
3. 兩次（含）以上跌倒，或者大腿骨骨折。
4. 吸入性肺炎。
5. 腎盂腎炎或其他上泌尿道感染。
6. 多處皮膚壓力性損傷（第三、四期）。
7. 敗血症。
8. 反覆發燒，既使已使用抗生素。
9. 過去六個月中，出現兩次以上非計畫性的住

院，或有一次加護病房的住院。

病人自主權利法則透過簽署預立醫療決定，在符合極重度失智時，經兩位專科醫師確診符合臨床條件，兩次緩和醫療照會確認預立醫療決定內容，可啟動預立醫療決定，包括維生醫療與人工營養是否給予。極重度失智症的定義則依據病人自主權利法施行細則第十三條（107/10/3發布）：本法第十四條第一項第四款所稱極重度失智，指確診失智程度嚴重，持續有意識障礙，導致無法進行生活自理、學習或工作，並符合下列情形之一者：

1. 臨床失智評估量表(Clinical Dementia Rating)達3分以上。
2. 功能性評估量表(Functional Assessment Staging Test)達7分以上。

前項確診，應由兩位神經或精神醫學相關之專科醫師為之。

末期失智症照護技巧

一、疼痛控制：避免被低估的痛苦

研究顯示，失智症患者使用止痛藥的比例較一般人低約百分之二十⁶，主因在於記憶與溝通障礙，使疼痛容易被忽略或低估，因此規律且結構化的疼痛評估格外重要。臨床上可使用PAINAD(Pain Assessment in Advanced Dementia)量表，從五個面向協助判讀疼痛：呼吸型態、負向發聲、面部表情、肢體語言及可安撫性。有效的疼痛控制可連帶改善失智症的行為與心理症狀，減少不必要的鎮靜或約束需求。

二、處方優化：重新檢視失智症藥物的角色

末期失智症患者中，仍有相當比例持續使用失智症藥物，對於已長期使用(>1年)膽鹼酯酶抑制劑的病人，若醫療團隊評估療效有限，特別是在疾病已進入晚期、預後有限的情境下，可考慮在充分溝通後進行試驗性逐步減藥，密切觀察是否出現明顯認知、行為或功能惡化；若有，則可恢復用藥。此做法有助於降低多重用藥負擔與不必要副作用，讓治療更貼近照護目標。

三、進食與吞嚥：從「管灌」轉向「手餵」

一個護理之家研究顯示，百分之九十的晚期失智症患者在生命最後3個月出現進食問題⁷。多項在晚期失智症患者的觀察性研究指出，管灌無法增加存活率或病人舒適度，亦無法降低吸入性肺炎及褥瘡等風險⁸；反之，約五分之一會出現併發症，且超過三分之一需要物理或化學約束以避免拔管⁹。臨床上在放置鼻胃管前，醫師往往未與家屬進行完整討論⁹。依據美國老年醫學會指引與最新研究，不建議在末期老年失智症患者身上常規放置鼻胃管，應改採手餵(hand feeding)，包含姿勢調整及食物質地調整^{10,11}。這不僅更符合舒適照護原則，也能保有進食的人際互動與尊嚴。

四、照顧者負擔：不可忽視的「第二位病人」

末期失智症的照顧壓力多落在家屬身上，且在疾病嚴重度增加與照顧時間拉長時顯著。將照顧者負擔評估納入例行臨床評估，是提升整體照護品質的重要一環。及早轉介教育資

源、喘息服務與社區支持系統，能有效減輕照顧壓力，降低情緒耗竭與醫療決策衝突。當醫師把照顧者視為需要被支持的對象，往往也能改善病人的照護結果。

結語

失智症的緩和照護，並非只在生命最後時刻才啟動的選項，而是一種貫穿整個疾病歷程的照護思維。隨著功能逐步退化與併發症反覆出現，醫療重心也應從單純延緩退化，轉向症狀緩解、目標釐清與生活品質的維護。當臨床醫師在日常照護中實踐初級緩和療護的核心元素，包含高品質溝通、預立醫療照護諮商、預後評估，並在適當時機轉介專科緩和醫療團隊，將使失智症照護轉為主動規劃且以人為本的長期陪伴。臨床研究的應用與台灣現行法律制度的實施，讓醫療團隊在面對生命末期的失智症照護中，能提供更適當的治療計劃，賦予病人更多的自主權及尊嚴，也讓家屬能獲得相對應的支持與陪伴，讓失智症不再只是不可逆的退化歷程，而是一段能被理解、被尊重，以人為本相互支持走過的生命歷程。

文獻參考

1. Neal W: Primary palliative care in dementia. *Neurotherapeutics* 2022; 19(1): 143–51.
2. SL Mitchell, DK Kiely, MB Hamel: Dying with advanced dementia in the nursing home. *Arch Intern Med* 2004; 164(3): 321–6.
3. SL Mitchell, SC Miller, JM Teno, et al: Prediction of 6-month survival of nursing

- home residents with advanced dementia using ADEPT vs hospice eligibility guidelines. *JAMA* 2010; 304(17): 1929–35.
4. YK Chang, J Philip, JT van der Steen, et al: Referral criteria for specialist palliative care for patients with dementia. *JAMA Netw Open* 2025; 8(5): e2510298.
 5. A Hum, P Kaur, WY Goh, et al: Implementing a transmural model of early palliative care in advanced dementia: the use of a hybrid effectiveness-implementation study design. *BMC Geriatr* 2025; 25(1): 303.
 6. F Landi, G Onder, M Cesari, et al: Pain management in frail, community-living elderly patients. *Arch Intern Med* 2001; 161(22): 2721–4.
 7. SL Mitchell, JM Teno, DK Kiely, et al: The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med* 2009; 361(16): 1529–38.
 8. LV Estrada, PN Malani, CA Vitale: Eating and swallowing problems in people with advanced dementia. *JAMA* 2025; 334(6): 550.
 9. JM Teno, SL Mitchell, SK Kuo, et al: Decision-making and outcomes of feeding tube insertion: a five-state study. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59(5): 881–6.
 10. AGS Choosing Wisely Workgroup: American Geriatrics Society identifies five things that healthcare providers and patients should question. *J Am Geriatr Soc* 2013; 61(4): 622–31.
 11. American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee: American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement. *J Am Geriatr Soc* 2014; 62(8): 1590–3. 🇺🇸



代謝功能障礙相關脂肪性肝病(MASLD)：命名演變到治療新契機

馬偕紀念醫院 家庭暨社區醫學科 柯博芸 鄒孟婷

前言

現代人因飲食習慣改變與運動量不足，導致高血壓、高血糖、高血脂以及肥胖等代謝症候群相關疾病日益普遍。肝臟作為人體重要的代謝器官，在多重代謝失衡因素影響下，可能逐漸發展為脂肪肝。隨著對過去熟知的非酒精性脂肪肝病(NAFLD)致病機轉中代謝功能障礙(metabolic dysfunction)角色認知的加深，已於近年正式更名為「代謝功能障礙相關脂肪肝病」(Metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease, MASLD)^{1,2,3}。這不僅是名稱的改變，更強調了代謝相關危險因子對於疾病影響之重要性。

疾病定義與自然病程

MASLD的診斷標準為影像學或組織學上呈現肝脂肪變性(hepatic steatosis)，並伴隨至少一項代謝症候群(metabolic syndrome)特徵(如腹部肥胖、糖尿病、高血壓或血脂異常)，且需排除其他次發性脂肪肝原因。MASLD的成因是細胞內脂肪滴(lipid droplets)的累積，進而導致肝臟脂質代謝的異常。肝內脂質合成的主要來源包含脂肪組織的胰島素阻抗導致進入肝臟的游離脂肪酸增加、肝臟脂肪生成(lipogenesis)增加以及飲食來源的脂質攝取^{4,5}。臨床上，MASLD的病程變化可區分為單純的脂肪肝與較嚴重的代謝功能障礙相關脂肪性肝炎(Metabolic dysfunction-associated steatohepatitis, MASH)；前者僅有脂肪堆積，後者則伴隨肝細胞損傷與發炎，

長期下來可能進展為肝纖維化(fibrosis)、肝硬化(cirrhosis)，甚至演變為肝細胞癌(hepatocellular carcinoma)⁶。遺傳因素約佔MASLD變異性的50%，其中PNPLA3基因變異在東亞族群中盛行率較高，是主要的遺傳決定因素，會增加MASH、肝纖維化及肝細胞癌的風險。這類帶因者即使不肥胖(Lean MASLD)，發生脂肪肝炎與肝癌的風險仍較高，也是部分非肥胖患者仍會進展至嚴重肝病的原因^{7,8}。MASLD被視為一種多系統疾病，患者最主要的死因往往非肝病本身，而是心血管疾病；透過系統性發炎反應、內皮功能異常及高凝血狀態(hypercoagulability)，加速動脈粥狀硬化的進展，發生冠狀動脈疾病、心房顫動及主動脈瓣硬化風險均顯著高於一般族群^{9,10}。此外，MASLD亦會顯著增加第2型糖尿病¹¹、慢性腎臟病及部分肝外癌症(如胃腸道癌症)的風險¹²。

流行病學

隨著全球肥胖與代謝症候群人口的增加，MASLD已成為全球最常見的慢性肝病，影響約38%的成年人口¹³。在特定高風險族群中，盛行率更為驚人，根據2024年台灣肝臟研究學會與糖尿病學會的聯合共識，在台灣第2型糖尿病患者中，MASLD的盛行率高達65%，且有近20%具顯著肝纖維化¹⁴。這些數據顯示MASLD已成為基層醫療中不容忽視的重要課題。

臨床評估與風險分層

大多數MASLD患者初期並無明顯症狀，

常是在健康檢查或因其他疾病就醫時意外發現肝指數異常或影像學上的脂肪肝。鑑於肝纖維化程度是預測預後最重要的指標，臨床評估的重點在於篩檢出具臨床顯著纖維化(Clinically significant liver fibrosis, $\geq F2$)的高風險患者¹⁵。

目前建議採取序列性的評估策略：針對高風險族群包含第2型糖尿病、腹部肥胖伴隨1項(含)以上代謝危險因子或影像學顯示脂肪肝及肝指數異常者，首先利用非侵入性的FIB-4指數(Fibrosis-4 index)進行篩檢。FIB-4公式如下：

$$FIB-4 = \frac{\text{Age (years)} \times \text{AST (U/L)}}{\text{Platelet Count (10}^9\text{/L)} \times \sqrt{\text{ALT (U/L)}}}$$

縮寫說明：AST (Aspartate aminotransferase)、ALT (Alanine aminotransferase)

FIB-4分數小於1.30者屬於低風險群，可由基層醫師定期追蹤。因年齡本身會拉高FIB-4分數，目前美國糖尿病學會(American

Diabetes Association, ADA)及美國胃腸病學會(American Gastroenterological Association, AGA)針對65歲以上的患者，臨床上常建議將低風險截斷值(cut-off value)由1.3調整至2.0，以避免過高的偽陽性導致過度轉介；分數大於2.67者屬於高風險群，應轉介專科醫師；介於中間者則需進一步安排肝臟硬度檢測(如Vibration-controlled transient elastography, VCTE)或增強肝纖維化測試(ELF score)。此篩檢方式有助於集中醫療資源於高風險的「具風險MASH」(At-risk MASH)患者^{1,16}。表一為臨床評估與風險分層之流程建議。2024年歐洲肝臟研究協會(The European Association for the Study of the Liver, EASL)指引建議在評估MASLD之前，應先嘗試使用GLP-1(glucagon-like peptide-1)受體促效劑或腸泌素類藥物進行為期1年之減重治療，同時改善肝臟發炎與纖維化，是治療這類疾病的關鍵策略¹⁷。

表一 臨床評估與風險分層。資料來源：2021年AGA臨床照護路徑。

FIB-4 指數	風險分層	建議臨床處置
65 歲以下：<1.30 65 歲(含)以上：<2.0	低風險 (Low Risk)	基層醫療追蹤： • 每 1-2 年重複評估 FIB-4 • 生活型態介入(飲食、運動) • 65 歲以上 FIB-4 之 cut-off value 調整為 2.0
1.30 – 2.67	中度風險 (Indeterminate Risk)	進一步檢測(Second-line testing)： • 測肝臟硬度(VCTE/FibroScan)或 ELF score • 若確認纖維化風險升高則轉介專科
> 2.67	高風險 (High Risk)	轉介專科醫師(Hepatologist)： • 評估是否需肝臟切片 • 評估 MASH 藥物治療(如 Resmetirom) • 監測肝硬化併發症與肝癌篩檢

治療策略

1. 生活型態介入

生活型態的調整仍是治療的根本，透過飲食控制與運動達到減重目標最為重要¹⁸。飲食可採取地中海型飲食或等效健康飲食，同時建議限制糖份及攝取酒精量。運動建議有氧運動及阻力運動。減重5%可改善肝脂肪變性，減重7-10%可改善肝臟發炎，若要改善纖維化則往往需要減重10%以上¹⁹。然而患者長期維持生活型態改變的依從性時常不佳，因此藥物治療的角色日益重要。

2. 藥物治療新進展

過去針對此疾病缺乏特效藥的情況已在近期獲得突破。針對經確診為MASH且伴隨中重度纖維化的患者，目前已有明確的藥物治療選項：

- Resmetirom：為第一個獲得美國食品藥物管理局(Food and Drug Administration, FDA)批准用於治療成人非肝硬化MASH伴隨肝纖維化之藥物。作為一種肝臟導向的甲狀腺激素受體-beta(Thyroid hormone receptor-beta, THR-β)促效劑，Resmetirom在大型臨床試驗中證實能有效緩解MASH並改善肝纖維化，副作用主要為輕、中度的噁心和腹瀉^{20,21}。臨床使用時應定期監測肝功能、甲狀腺功能及血脂等相關生化指標，並注意藥物相關交互作用。
- 腸泌素療法(Incretin-based therapies)：包括GLP-1受體促效劑（如Semaglutide）及

其與GIP(Glucose-dependent insulintropic polypeptide)或升糖素的雙重/三重激動劑（如Tirzepatide, Survodutide）。這類藥物不僅能顯著降低體重、改善血糖與心血管風險，臨床試驗亦顯示其在改善MASH及肝纖維化方面具有潛力^{22,23}。FDA已於2025年8月核准Semaglutide針劑(Wegovy[®])治療MASH合併中度至重度纖維化（肝纖維化階段F2-F3），台灣食品藥物管理署(Taiwan Food and Drug Administration, TFDA)亦於2026年2月核准新增代謝功能異常相關脂肪肝炎之適應症。

- 亦有其他有潛力的藥物如PPAR(Peroxisome proliferator-activated receptor)促效劑、FGF21(Fibroblast growth factor 21)類似物及SGLT-2(Sodium-glucose co-transporter 2)抑制劑正在進行相關的臨床試驗。2026年ADA明確建議，對於合併糖尿病的MASLD患者，應優先考慮使用具實證療效的GLP-1受體促效劑或SGLT-2抑制劑，以達到控制血糖與改善肝臟健康的雙重效益。

結論

MASLD是一個與代謝異常緊密相關的現代文明病，其盛行率高且影響範圍擴及全身多個器官系統。隨著對病理機制的釐清、Resmetirom的問世、Semaglutide的核可，以及腸泌素類藥物在臨床試驗中正向的結果，使得臨床醫師面對MASLD不再束手無策。透過積極篩檢高風險族群、落實生活型態管理，並

表二 MASLD相關藥物之機轉、角色與適應症。資料來源：作者自行整理自ADA 2026治療指引及參考文獻1, 20-23。

藥物類別	作用機轉	臨床角色與適應症
THR-β促效劑 • Resmetirom	針對肝臟甲狀腺激素受體-β作用，促進粒線體氧化與脂肪代謝。	<ul style="list-style-type: none"> • MASLD治療：改善肝臟發炎與纖維化。 • FDA核准用於MASH伴隨中重度纖維化(F2-F3)患者。 • 應定期監測肝功能、甲狀腺功能及血脂等臨床數值。
GLP-1受體促效劑 • Semaglutide	腸泌素類似物，抑制食慾、延緩胃排空，並具抗發炎效果。	<ul style="list-style-type: none"> • 代謝改善：顯著減重、降糖、降低心血管風險。 • ADA 2026建議合併糖尿病者優先使用。 • 2025 FDA核准Semaglutide用於MASH合併中重度纖維化。 • 2026 TFDA新增核准代謝功能異常相關脂肪肝炎之適應症。
SGLT-2抑制劑 • Dapagliflozin • Empagliflozin	抑制腎臟葡萄糖再吸收，減少體脂與臟器脂肪。	<ul style="list-style-type: none"> • 共病治療：尚未核准MASLD適應症，但對改善肝指數與代謝指標有實證。 • 適合合併糖尿病或心衰竭之MASLD患者。

適時介入藥物治療，將能有效降低肝硬化及心血管併發症的風險。

參考文獻

1. G Targher, L Valenti, CD Byrne: Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease. N Engl J Med 2025; 393: 683-98.
2. J Ludwig, TR Viggiano, DB McGill, et al: Nonalcoholic steatohepatitis: Mayo Clinic experiences with a hitherto unnamed disease. Mayo Clin Proc 1980; 55: 434-8.
3. M Eslam, PN Newsome, SK Sarin, et al: A new definition for metabolic dysfunction-associated fatty liver disease: an international expert consensus statement. J Hepatol 2020; 73: 202-9.
4. DG Mashek, SA Khan, A Sathyanarayan, et al: Hepatic lipid droplet biology: getting to the root of fatty liver. Hepatology 2015; 62: 964-7.
5. R Loomba, SL Friedman, GI Shulman: Mechanisms and disease consequences of nonalcoholic fatty liver disease. Cell 2021; 184: 2537-64.
6. ME Rinella, JV Lazarus, V Ratziu, et al: A multisociety Delphi consensus statement on new fatty liver disease nomenclature. J Hepatol 2023; 79: 1542-56.
7. V Moretti, S Romeo, L Valenti: The contribution of genetics and epigenetics to MAFLD susceptibility. Hepatol Int 2024;

- 18(Suppl 2): 848-60.
8. YC Huang: PNPLA3 and SAMM50 variants are associated with lean nonalcoholic fatty liver disease in Asian population. *Ann Hepatol* 2024; 30: 101166.
 9. G Targher, CD Byrne, H Tilg: MASLD: a systemic metabolic disorder with cardiovascular and malignant complications. *Gut* 2024; 73: 691-702.
 10. CD Byrne, G Targher: NAFLD: a multisystem disease. *J Hepatol* 2015; 62(1 Suppl): S47-64.
 11. H Hagström, Y Shang, H Hegmar, et al: Natural history and progression of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2024; 9: 944-56.
 12. A Mantovani, G Petracca, G Beatrice, et al: Non-alcoholic fatty liver disease and increased risk of incident extrahepatic cancers: a meta-analysis of observational cohort studies. *Gut* 2022; 71: 778-88.
 13. VW-S Wong, M Ekstedt, GL-H Wong, et al: Changing epidemiology, global trends and implications for outcomes of NAFLD. *J Hepatol* 2023; 79: 842-52.
 14. I-Weng Yen (嚴愛文) 代謝失調相關脂肪性肝病與第二型糖尿病之間的關係。《內科學誌》2025；36卷3期：166-9.
 15. RS Taylor, RJ Taylor, S Bayliss, et al: Association between fibrosis stage and outcomes of patients with nonalcoholic fatty liver disease: a systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology* 2020; 158(6): 1611-25.e12.
 16. F Kanwal, JH Shubrook, LA Adams, et al: Clinical Care Pathway for the Risk Stratification and Management of Patients With Nonalcoholic Fatty Liver Disease. *Gastroenterology* 2021; 161: 1657-69.
 17. X-F Zeng, KA Varady, X-D Wang, et al: The role of dietary modification in the prevention and management of metabolic dysfunction-associated fatty liver disease: an international multidisciplinary expert consensus. *Metabolism* 2024; 161: 156028.
 18. European Association for the Study of the Liver (EASL), European Association for the Study of Diabetes (EASD) and European Association for the Study of Obesity (EASO): EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). *J Hepatol* 2024; 81: 633-85.
 19. European Association for the Study of the Liver (EASL), European Association for the Study of Diabetes (EASD), European

Association for the Study of Obesity (EASO): EASL-EASD-EASO clinical practice guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). *J Hepatol* 2024; 81: 492-542.

20. M Nouredin, MR Charlton, SA Harrison, et al: Expert panel recommendations: practical clinical applications for initiating and monitoring resmetirom in patients with MASH/NASH and moderate to noncirrhotic advanced fibrosis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2024; 22: 2367-77.
21. SA Harrison, P Bedossa, CD Guy, et al: A phase 3, randomized, controlled trial of resmetirom in NASH with liver fibrosis. *N Engl J Med* 2024; 390: 497-509.
22. A Mantovani, G Petracca, G Beatrice, et al: Glucagon-like peptide-1 receptor agonists for treatment of nonalcoholic fatty liver disease and nonalcoholic steatohepatitis: an updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Metabolites* 2021; 11: 73.
23. R Loomba, ML Hartman, EJ Lawitz, et al: Tirzepatide for metabolic dysfunction-associated steatohepatitis with liver fibrosis. *N Engl J Med* 2024; 391: 299-310. 🇺🇸



綜論頑固性胃食道逆流與小腸細菌過度生長的致病機制

～兼談「經胃鏡小腸內益生菌灌注給與」的臨床經驗（下）

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

幽門螺旋桿菌感染與腸道菌群失調¹⁻⁴

在臨床上，幽門螺旋桿菌(*Helicobacter pylori*, *H. pylori*)感染與腸道菌群失調有著密切的關聯。*H. pylori*是一種能夠獨立定植並感染胃黏膜的獨立細菌，

其本身是一種革蘭氏陰性螺旋狀桿菌，*H. pylori*因其在人體胃部嚴酷的酸性環境中也能夠茁壯成長而聞名。*H. pylori*是一種常見的人類病原體，全球約有50%人口感染過*H. pylori*，儘管大多數人感染者未曾出現任何臨床症狀，只有一小部分人會出現症狀，*H. pylori*感染是消化性潰瘍與胃癌重要的危險因子，因此小部分人會得到胃炎與消化性潰瘍，甚至在極少數情況下會衍生胃癌。

*H. pylori*一旦定植在胃部，就會改變胃部微生物的自然生態平衡，進而間接影響腸道菌群的種類與數量，導致胃腸道微生物群落整體多樣化降低，從而衍生腸道菌群失調菌株種類組合的改變與數量的減少，使得胃腸道微生物群落整體多樣化的降低，而衍生所謂腸道菌群失調，並進一步對人體各種系統器官產生各式各樣的負面影響，其主要是*H. pylori*感染本身與腸道菌群失調有關，其中腸道菌群菌株的多樣性與豐沛度改變扮演著重要的角色。

此外，導致*H. pylori*影響腸道菌群菌株多樣化的因素包括飲食習慣如高脂低纖維飲食，抗生素與年齡。*H. pylori* 抗生素根除療法亦會導致腸道菌群組成改變，減少其多樣性，並可能在短時間內增加機會性感染的風險，因此抗

生素根除療法後適當足量益生菌的給與也是很重要的。

此外，*H. pylori*影響腸道菌群的致病機轉十分複雜，主要由於*H. pylori*與宿主胃部環境與免疫系統間錯綜複雜的相互作用。由於*H. pylori*感染而導致胃酸pH值的變化，進而影響腸道中不同種類細菌的存活與生長。此外，*H. pylori*能夠誘發發炎反應，並改變胃部腸道菌群的生態環境，進而導致腸道菌群組合發生變化。雖然，根除*H. pylori*具有可以促進胃部與腸道菌群正常化的功能，但對腸道菌群的影響可能產生更為複雜的後續反應。因為宿主在接受*H. pylori*感染的特定抗生素根除療法後，在服藥的同時亦會伴隨著其他相關益生菌本身的傷害，由此可能導致短期間腸道菌群失調所衍生的瞬間變化，而必然會衍生腸道菌群失調的後遺症。雖然這種腸道菌群失調通常是短期且可逆的，腸道菌群往往亦會隨著時間的遷移，而恢復到治療前的狀態。對於某些輕微的腸道菌群失調，個體可以在透過補充益生菌或調整飲食就得以解決。在嚴重情況下，可能需要接受糞菌移植或經胃鏡小腸內益生菌灌注移植的輔助治療來實現。

*H. pylori*感染更會衍生所謂的胃腸道外器官病變，這些疾病包括有缺鐵性貧血、維他命B12缺乏症、酒渣鼻，與少數的神經退化性疾病如阿茲海默症(Alzheimer's disease)、帕金森氏症(Parkinson's disease)、運動神經元疾病(Motor neuron disease)、進行性核上性麻痺

(Progressive supranuclear palsy)甚至心血管疾病促發有關。此外，H. pylori感染亦與多種自體免疫疾病有關，由於H. pylori會透過分子模擬(Molecular mimicry)等機制來引發自體免疫反應，由於細菌抗原與宿主組織相類似，使得免疫系統可攻擊細菌與宿主的自體細胞，這可能也是導致自體免疫疾病衍生與進展的緣故。

再者，H. pylori感染與多種自體免疫疾病有關，其中包括有自體免疫性甲狀腺炎、類風濕性關節炎、乾燥症(Sjogren's syndrome)與特發性血小板減少性紫斑症(idiopathic thrombocytopenic purpura, ITP)，H. pylori亦會伴隨自體免疫性肝病、第1型糖尿病甚至格林-巴利症候群(Guillain-Barré syndrome)等疾病。

因此，H. pylori感染會嚴重破壞腸道菌群失調，使得腸道菌群固有組合與功能失調，不僅只是引發胃黏膜本身的損傷，更可能影響胃腸道以外器官功能的失調。

由於SIBO本身是腸道菌群失調最常見的病症，不僅會間接衍生小腸內積聚過多的氣體，更會使得胃壓增加，而容易導致頑固性胃食道逆流症(refractory Gastroesophageal Reflux Disease, rGERD)的急性惡化。因此持續治療因SIBO所衍生的rGERD的潛在病因，如此才有可能助於減少或預防SIBO所導致GERD的復發。

有關rGERD的微創手術技術簡介⁵⁻⁹

雖然PPIs傳統藥物療法仍是治療rGERD的主流，再加上目前微創手術技術與新型藥物

如鉀競爭性酸阻斷劑(Potassium-Competitive Acid Blockers, P-CABs)的作用機轉與PPIs不同，更可提供更快、更持久的制酸效果，使得rGERD的研究與治療方針的成效，已有更嶄新的觀念與進展。rGERD微創手術技術為傳統開放性手術提供了很好的替代方案，其主要是透過小切口甚至無切口來進行手術，以進一步防止胃酸逆流回食道，不僅使得患者在手術過程中減輕不少的不適、縮短手術後恢復時間，並能達到最大程度的手術疤痕減少的成效。

目前而言，在臨床實務經驗上常被提起有關GERD的微創手術技術包括有：

1. 腹腔鏡尼森胃底折疊術(Laparoscopic Nissen Fundoplication)首次發表於1990年，在全身麻醉下進行，以進行LES復位為主要目標，並進一步建立瓣膜以減少胃酸逆流。腹腔鏡尼森胃底折疊術主要用於治療rGERD與食道裂孔疝氣(Hiatal Hernia)，此種手術通常伴隨皮膚切口插入腹腔鏡與相關專門儀器共同一起進行，在手術中外科醫生將胃底部包裹在食道下部周圍，並將其縫合後而形成建置一個新瓣膜，由此防止胃酸逆流回食道，與傳統開放式手術相比腹腔鏡胃底折疊術的恢復速度也比較快，患者通常可以在幾週內即可恢復正常日常活動。由目前臨床實證醫學的研究成果亦顯示，腹腔鏡尼森胃底折疊術可以長期有效的控制rGERD症狀。腹腔鏡尼森胃底折疊術與任何其他手術一樣，也存在某些潛在的副作用如吞嚥困難、脹氣與腹

脹。此外，rGERD的腹腔鏡尼森胃底折疊術可以為患者提供長期緩解症狀與改善生活品質的良好機緣。

2. 經口無切口胃底折疊術(Transoral Incisionless Fundoplication, TIF)首次發表於2005年，此手術旨在重建胃食道連接處的抗逆流屏障，而無需任何外部切口。TIF是一種內視鏡手術，主要用於縮小食道裂孔疝氣（直徑小於2公分）並預防逆流的發生。TIF亦是一種微創手術，主要是使用內視鏡經由口腔插入進行手術，此手術可折疊並固定下食道括約肌周圍的胃組織，使用緊固件形成一個類似瓣膜的結構，以防止胃酸回流到食道。此TIF手術使用內視鏡與一種名為EsophyX的專用裝置來治療rGERD。此EsophyX裝置透過內視鏡插入而由此重建LES。該手術將胃上部包裹在下食道周圍，並緊固起來而形成一個新的瓣膜來防止胃酸逆流。TIF侵入性較小且癒合速度快，而無需傳統的手術切口。TIF亦可避免傳統開放式手術或腹腔鏡手術的風險並減少併發症，不僅減輕疼痛，更加快速縮短手術後恢復的時間。在個案的選擇或許需要避免某些禁忌症如嚴重食道發炎、食道靜脈異常與食道直徑狹窄。目前而言，雖然臨床研究中亦已顯示令人鼓舞的結果，但仍需要進行更多研究才能充分了解TIF長期的有效性與持久性。
3. 磁性括約肌增強術(Magnetic Sphincter Augmentation, MSA)於2012年獲得FDA批

准。MSA是一種微創手術，通常透過腹腔鏡來進行，在LES周圍放置一個增強壓力的裝置。在臨床上，這是一種透過強化LES來治療rGERD的微創手術。此手術需要在LES周圍植入一串磁性鈦珠(bracelet of magnetic titanium beads)，放置在食道與胃的連接處，以協助其保持閉合狀態，而有助於防止胃內容物逆流回食道內。目前而言，MSA是治療rGERD的一種具有很好前景的手術選擇，為適當選擇患者提供一種有效，且微創的傳統治療方法的替代方案。MSA主要的優點是不會影響吞嚥、打嗝或嘔吐時食道的正常運動。

4. 射頻能量傳輸(Radiofrequency Energy Delivery Stretta)於2012年獲得FDA批准。透過內視鏡將射頻能量傳送至LES，利用射頻能量重塑LES，並加強天然逆流的屏障。此Stretta手術是一種治療rGERD專屬的內視鏡手術，其中小型食道裂孔疝氣可以加以考慮，但對於較大的食道裂孔疝氣，其療效可能有所限制。Stretta手術是一種獨特的胃酸逆流的控制，在短期內對部分患者症狀控制效果良好，但其長期效果不佳，因僅有約10%的治療個案能持久控制症狀。

由此可知，rGERD微創技術的優勢包括有切口更小且減少疤痕與疼痛的衍生。患者通常能更快的恢復日常生活作業與活動。與開放性手術相比，微創手術的某些併發症發生率會更低。

rGERD微創手術的適應症⁸⁻¹³

上述rGERD微創手術適應症通常適用於即使接受最佳藥物治療，rGERD症狀或併發症仍持續存在，或無法耐受或不願長期服藥的患者，其他亦包括有症狀嚴重、糜爛性食道炎或巴雷特食道或狹窄等併發症，甚至出現較大且症狀明顯的食道裂孔疝氣。此外，LPR患者併發吸入性肺炎，甚至在給與藥物治療期間反覆出現食道狹窄的併發症，或某些食道外症狀表現如氣喘、聲音沙啞、咳嗽與胸痛，亦可考慮接受rGERD微創手術治療。

基本上，rGERD微創手術可以長期緩解胃食道逆流症狀，伴隨減少或消除對藥物的需求，並可以預防或進一步治療併發症。少數抗逆流手術難免會出現潛在的風險如感染、出血與周圍器官損傷。術後併發症可能包括有吞嚥困難、進食後腹脹或飽脹感，少部分患者也可能出現逆流症狀的復發，而需要再次接受手術。

總之，rGERD抗逆流手術成功率通常較高，大多數的臨床研究報告的成功率在80-95%之間，其中腹腔鏡尼森胃底折疊術是最為常見的手術，通常都可以使得患者因而得到顯著症狀的緩解，並改善患者的生活品質。由一項臨床研究指出，76.7%患者對腹腔鏡尼森胃底折疊術療效有完全的滿意，而81.2%的患者表示將來亦願意再次接受抗逆流手術治療。

雖然抗逆流手術旨在糾正導致rGERD的解剖問題，但許多患者仍需要長期間間歇性接受

PPIs藥物治療來控制症狀並防止復發，其中約有半數接受抗逆流手術患者仍會感到灼熱或逆流的存在，約44%患者需要長期使用PPIs者，凸顯出此種手術不一定能完全消除PPIs的依賴。

益生菌治療GERD與LPR的作用機制¹⁴⁻²⁰

益生菌能產生多種對宿主有益的代謝物如短鏈脂肪酸(short-chain fatty acids, SCFAs)、細菌素(Bacteriocins)與維他命，不僅有助於改善宿主腸道健康甚至整體健康的功效，更能增強腸道屏障、調節免疫反應與促進胃腸蠕動的排空功能，從而控制GERD與LPR症狀的衍生。益生菌可與有致病菌互相競爭腸道中營養資源與定植黏附位點，以防止致病菌的過度生長。益生菌不僅可以直接對抗致病菌，更可能逆轉由PPIs藥物所引起的腸道菌群失調現象。

對於LPR在其治療上，益生菌被認為可以透過調整調節腸道與上呼吸道菌群的組合與數量，而進一步改善宿主消化功能、增強黏膜屏障功能與調節免疫反應的作用機制，並由此減緩咽喉部發炎反應，甚至過敏反應來達到治療LPR的目的。益生菌可以與致病菌互相競爭腸道與上呼吸道空間與其所需營養，從而限制致病菌定植並降低發炎反應能力，並能改善上呼吸道內壁的完整性。

再者，GERD甚至rGERD不僅會影響食道，還會影響其他器官固有的構造完整性與功能，因為胃酸逆流會刺激並引發其他鄰近結構如咽喉、肺部甚至口腔發炎反應。在某些情況

下，rGERD也會導致鼻竇與耳朵方面的病變，嚴重者甚至影響睡眠的安穩性。

經胃鏡小腸內益生菌灌注移植的臨床治療與經驗分享²¹⁻²³

由實證醫學的研究與探討，發現在以經胃鏡小腸內益生菌灌注移植治療（簡稱經胃鏡小腸內益生菌灌注移植治療）做為臨床診治的實際效益的研究，呈現胃腸內益生菌灌注的效應優於以口服益生菌給與途徑的效果。由近些年來的眾多臨床實證醫學的研究，益生菌在胃腸道疾病診治上所扮演的角色，已受到大多數臨床醫師的認同與實踐，認為經胃鏡小腸內益生菌灌注的給與途徑優於經口服益生菌攝取途徑。某些唾液成分如溶菌酶(lysozyme)與分泌型免疫球蛋白A(secretory IgA)可能會產生輕微的抗菌作用，口服攝取益生菌會遭遇到胃酸、膽汁酸與小腸液等的侵襲與破壞。

本院內視鏡醫療團隊首先自2012年1月15日開始，進行經胃內視與大腸纖維內視鏡檢查途徑中，將適當足量的益生菌直接灌注入空腸與大腸管腔內後，其中存於懸浮液中所含有的益生菌微粒，會即時黏附在大腸黏膜上。

基本上，益生菌經由口服方式途徑攝取時，難免會遭受到胃內強酸、小腸內膽汁鹽與胰液的破壞，而使其無法達成全數移植到空腸與大腸黏膜上的目的。

此外，由臨床實況圖片亦可知懸浮液的上清液在被吸走後，其中含有益生菌的微粒仍然固定置留在原位，由此顯示益生菌能夠安然定

植在空腸與大腸上表皮層的佐證。

由於腸道菌群本身極為多樣化，且呈現動態變化，通常來說益生菌固有數量必然較高於致病菌，如此才會對宿主有所裨益。理論上，內視鏡檢查可以作為益生菌灌注給與的一種方式，也唯由內視鏡灌注益生菌的給與途徑，才能使得腸道內擁有足夠的數量來抗衡致病菌，亦即胃腸內益生菌灌注才能提升腸道菌群中足夠益生菌的數量，並在短時間內將益生菌與致病菌的比例提升益生菌在腸道中的相對含量。維持健康的腸道菌群是一個長期過程，亦需要伴隨均衡飲食、攝取富含纖維食物、攝取發酵食品優格、優酪乳、泡菜與酸菜、持之以恆的運動、良好生活習性、規律的運動與有效的壓力管理，甚至不時的攝取與補充適當足量的益生菌補充劑。

在臨床實務經驗上，益生菌標準劑量會因特定菌株與預期的健康益處而有很大的差異。此外，益生菌給與途徑的方式如膠囊、藥片、粉末甚至胃腸內視鏡灌注與其他成分的存等因素也會影響有效劑量的服用，而宿主整體的健康狀況與飲食因素也會影響所服用的最佳劑量。

由實證醫學研究中，益生菌適宜攝取量因年齡與用途而異，兒童口服劑量為每天10-100億/CFU，而成人口服劑量為每天100-200億/CFU，也未曾發現任何嚴重的不良反應，且亦未有任何藥物交互作用的出現。況且，由口服途徑益生菌服用的劑量，更不可能跟胃腸道內視鏡灌注益生菌相提並論。在臨床上，由於益



圖一 胃內視鏡小腸內益生菌灌注實施前的準備步驟說明²¹⁻²³。

生菌給與途徑的不同，亦會使得益生菌是否能夠達到適當足量的給與，也會因益生菌的個別差異與病情而有所不同。益生菌的目的是改善腸道環境，因此服用的菌種、劑量與服用途徑是都重要的。不論如何，胃腸內視鏡途徑灌注益生菌可能會在短時間內以更高的濃度與更大的劑量給與，更能即時改善檢查前後的腸道環境或特定疾病的輔助治療。【註：菌落形成單位(colony-forming units, CFU)是衡量樣本中活體細菌株數量的指標。】

經胃鏡益生菌灌注移植治療的實證醫學的理論基礎²¹⁻²³

一、經由胃鏡檢查途徑可以使得當足量的益生

菌能夠繞過胃，直接全數安然灌注入小腸與大腸腔內，而不會受到胃酸、膽汁酸、胰液甚至小腸液的侵襲與破壞。

二、益生菌灌注在腸道中行走的速度，則視當時小腸蠕動速度與小腸液分泌量的多寡而定，預計益生菌在30-180分鐘即可到達迴腸末端，甚至盲腸與結腸腔內。

三、含有益生菌的顆粒在經由胃內視鏡途徑灌注入小腸腔內後，益生菌可以沿著消化道移動，並隨即黏附著床而移殖在大腸黏膜上，也是益生菌常定植的部位。

四、使得有效數量的益生菌能夠在有足夠的活力到達於腸道內，所灌注入含有益生菌的

懸浮液不會再逆流回胃臟內，並直接經由小腸進入大腸甚至盲腸腔內。

五、再者，在接受胃鏡小腸內益生菌灌注者亦應先篩檢是否有H. pylori的存在，假若呈現陽性反應則立即給與抗生素治療，而在治療後才接著給與胃腸內灌注益生菌²¹⁻²³。

胃內視鏡小腸內益生菌灌注實施前的準備步驟說明如以圖一說明。

經胃大腸內視鏡益生菌灌注移植治療的臨床成效分析²¹⁻²³

在本院過去曾經接受過胃大腸灌注益生菌的1,213個案中，進行一項前瞻的臨床研究觀察。將其中資料完整的1,113個案分為不同途徑來進行胃大腸內視鏡灌注益生菌的三組。

A組（122人）同時先後進行胃鏡十二指腸/空腸內與大腸鏡盲腸內灌注益生菌組。

B組（355/477人）單獨進行胃鏡十二指腸/空腸內灌注益生菌組。

C組（392/514人）單獨進行大腸鏡盲腸/升結腸內灌注益生菌組。並以治療者在接受灌注益生菌前後的主觀與客觀症狀與表徵，來做為分析比較其灌注益生菌的效益。

結果：在這三組中，B組胃鏡灌注益生菌者的經濟成效較高於A組及C組。

結論：經胃鏡灌注益生菌並不亞於甚至更優於大腸鏡灌注益生菌的經濟成效(economic effectiveness/benefit)。

本團隊在進行經由胃、十二指腸內視鏡檢

查途徑中，直接經由胃鏡檢查過程在小腸空腸腔內灌注益生菌，可由此繞道胃、十二指腸，使得益生菌完全不受到胃酸、膽汁酸與胰液的侵襲與破壞，並可將益生菌順勢全數灌注入空腸內。

藉著小腸本身固有快速分節蠕動，與大量分泌pH偏鹼性(pH6-7.8)的小腸液的生理特性，快速輕易的到達迴腸末端，而在大腸中的菌群密度與多樣性最高。此時，再通過迴盲瓣到達其主要的繁殖場所的盲腸與升結腸黏膜上，以便於進行益生菌在腸道中分裂繁殖、生長與發育的主要任務。

益生菌在灌注後的30-180分鐘之內，能夠快速輕易到達迴腸末端。由於迴腸在與大腸盲腸交界處還有一道門閥即迴盲瓣，其主要功能是阻止小腸內容物過於快速流入大腸內，而含有益生菌微粒的懸浮液在此迴腸與盲腸交界處也會被暫時緩慢下來，在適時逗留些時候後，才再緩緩流出迴盲瓣出口，並流入盲腸內而可安然到達其主要的繁殖場所的大腸黏膜上。

因此，由臨床實務經驗中亦可得知經由胃鏡操作來灌注益生菌進入空腸腔內，其成效並不亞於大腸鏡灌注益生菌的實際意義。換言之，更是一項快速、簡易、方便、安全、省時、省事、省力更省錢的首選的益生菌胃腸道灌注的新興治療方針。（表一）

基本上，要獲得臨床效果所需的益生菌菌株濃度，在小腸中達到臨床效果所需的益生菌菌株的濃度，在小腸中至少達到 10^6 CFU/公

表一 胃大腸內視鏡益生菌灌注兩者成效的比較表²¹⁻²³

比較項目	胃腸內視鏡檢查途徑	經胃內視鏡途徑	經大腸內視鏡途徑
益生菌灌注位置	十二指腸末端與空腸前端	十二指腸末端與空腸前端	盲腸與升結腸
益生菌灌注量	僅為大腸內視鏡檢查灌注量的一半	僅為大腸內視鏡檢查灌注量的一半	大於胃十二指腸鏡檢查灌注量的一倍
益生菌實際移走路線	空腸、迴腸、迴盲瓣、盲腸、升結腸	空腸、迴腸、迴盲瓣、盲腸、升結腸	盲腸、升結腸與其他大腸部位
施行時的侵襲性程度	相對性較少	相對性較少	相對性較高（尤其存有隱藏性大腸憩室症者）
全程益生菌灌注所需時間	5-10分鐘不等	5-10分鐘不等	20-40分鐘不等
併發症與不良反應	僅輕微上腹部脹感	僅輕微上腹部脹感	腹脹或輕微軟便
受檢者所花費用	相對費用較少	相對費用較少	相對費用較多
經濟效益	較高	較高	相對較低

克，在大腸中至少達到 10^8 CFU/公克，該濃度通常被認為是觀察到對宿主健康有益結果的最低閾值。（註：CFU代表菌落形成單位，是衡量樣本中活體細菌株物數量的指標）。

由臨床實證醫學經驗的探討，顯示外源性醫療用益生菌可以經由胃腸內視鏡灌注益生菌的方式，才能夠使得適當足量的益生菌能迴避胃酸、膽汁酸及胰液的惡劣消化環境的侵襲，並繞道胃十二指腸而安然達到空腸近端，使得含有益生菌顆粒可以隨即黏附在小腸末端與大腸黏膜上。這種方法旨在確保益生菌能夠到達腸道內的特定目標與位置，使得益生菌能夠進一步附著在黏膜上，並發揮其應有對健康有所裨益的作用，但其所需具體的濃度可能會因不同益生菌菌株、預期的健康益處與個體腸道環

境而有所差異。（圖一～圖五）

結語及未來展望^{1-4,17,18,21-23}

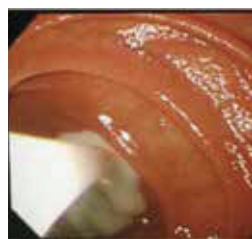
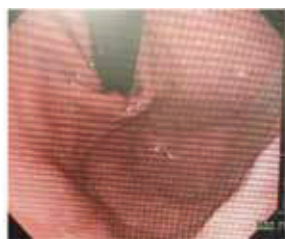
總而言之，rGERD在未來必然朝著重於個人化、新型藥物治療、內視鏡治療與微創手術技術的聯合會診治療方向的發展。長期內科治療rGERD主要的還是採取PPIs，PPIs仍然是rGERD治療的基石，但長期服用PPIs可能會導致多種潛在併發症如營養不良尤其是維他命B12、鎂與鐵缺失，甚至遭遇到艱難梭菌感染（Clostridium difficile infection）與肺炎感染的可能性。GERD並非腎臟疾病或心血管疾病的直接主要原因，但亦可能與這些疾病的風險因素增加有關，主要由於GERD本身亦可以引發炎症反應，並伴隨加劇現有心血管疾病如高血壓與冠狀動脈粥樣硬化症的惡化併發症。



圖一 含有益生菌的粉末狀製劑



圖二 用蒸餾水沖泡後的含有益生菌懸浮液



灌注益生菌前將殘留胃酸抽吸乾淨

益生菌灌注入空腸

益生菌全數黏附在空腸黏膜上

圖三 胃內視鏡檢查途徑中順勢灌注益生菌的實際情況



盲腸內益生菌灌注

大腸內益生菌灌注

益生菌灌注在腸腔內

益生菌黏附在腸壁上

圖四 大腸內視鏡檢查途徑中順勢灌注益生菌的實際情況



腹瀉型腸躁症



胃食道逆流



術後腸沾黏



病態性肥胖症



小腸細菌過度生長

圖五 胃腸內灌注益生菌系列內視鏡實況影片說明(QR Code)

此外，長期服用PPIs可能會干擾鈣離子吸收，增加老年人骨折風險，尤其是在髖部、腕部與脊椎部位。這些風險通常與服用PPIs而減少胃酸的分泌有關。胃酸亦會阻礙鈣質與對骨骼健康營養素的吸收，不僅導致腸道菌群失調，更進一步影響營養素的利用率與骨骼代謝過程的障礙。主要是因胃酸會溶解鈣與其他營養物質，使其在腸道中能容易被吸收。反之，胃酸不足會對鈣吸收產生負面影響，可能導致體內鈣含量降低，進而影響骨骼健康。

PPIs也可能增加胃癌風險、慢性腎臟病並與失智症有關，目前仍在進行研究並證認其關聯性。雖然在臨床上觀察到PPIs存有以上副作用，所幸大多數患者對PPIs耐受性良好，而且PPIs在治療酸性相關疾病方面的益處通常大於其潛在負面的風險。長期服用PPIs患者務必與醫生討論可能潛伏的副作用，並定期進行檢查以監測任何不良反應。

如今，有越來越多的關注如何突破現有rGERD療法的局限性，並為療效不佳的患者提供替代方案，以透過不同潛在機制來改善rGERD相關症狀，這些機制包括改善食道蠕動、加速食道逆流的胃酸清除功能、增加LES基礎壓力甚至改善胃排空障礙。再者，在未來有關rGERD微創手術發展方向中，希望能更加個人化與創進更小的併發症，並進一步瞭解膈肌腳(crural diaphragm)在rGERD致病機制中實質上所扮演的角色，而更能改善手術修復技術，以達到未來內視鏡治療與抗逆流手術技術的完整性。

此外，rGERD患者的生活形態改變如減肥、調整飲食與避免睡前過量食用辛酸辣的食料更扮演著重要的角色。藥物治療主要包括PPIs來抑制胃酸，或交替服用組織胺-2受體拮抗劑(histamine-2 receptor antagonists, H2RAs)與伴隨中和胃酸的制酸劑以做為輔助的治療。長期使用較高劑量PPIs並不總是必要或被建議的，但可伴隨組織胺-2受體拮抗劑的交替服用。基本上，使用最低有效劑量來控制症狀，並預防其併發症才是最重要的考量因素。

對於rGERD患者或不願長期服藥的患者，在適應症與條件許可下可考慮接受手術干預治療。並非所有患者都適合rGERD微創手術，其是否合適取決於個人因素如rGERD的嚴重度與是否存在食道裂孔疝氣的整體健康狀況。因此，首先務必諮詢經驗豐富的微創外科專科醫師，以確定其最適合的特定情況的治療方針。由於rGERD是一種慢性疾病，手術雖然亦有所成效，但不一定能消除潛在逆流傾向或抑制胃酸的需求。

LPR與rGERD是非常相類似的疾病，由於都是因胃酸上行至食道所引起的疾病，因此可以以相同的方法來醫治。PPIs是LPR最有效的藥物，但LPR與rGERD不同，其成功治療更需要長期服用較大劑量PPIs藥物的使用。

基本上，rGERD患者可能需要再進一步評估，以確定其他促成因素與導致症狀的潛在性非逆流相關因素如功能性消化不良或食道過敏，可能與rGERD症狀相似，因此需進一步做一番全盤的瞭解，以免錯過確保採取適當治療

措施的時機。再者，改變生活方式或PPIs等初始治療無效，而進一步認知可以幫助確定是否需要其他療法的必要性。

目前有所謂的要素飲食(elemental diet)指的是一種專為胃腸功能受損患者所設計的醫療食品，以預先消化的形式來提供適當足夠的營養給與，以作為減輕個體在消化系統工作上的負擔，並由此提供其所需的基本營養素維他命、胺基酸、脂肪、碳水化合物與礦物質的攝取。

益生菌攝取對人體健康影響已是無可厚非的事實。基本上，益生菌通常被認為是安全的，而攝取益生菌的有效性與安全性會因特定菌株與個人健康狀況而異。已有越來越多的證據顯示益生菌在改善腸道健康與增強宿主免疫力，甚至影響心理健康方面的輔助治療有著可觀的成效。益生菌也因在治療肥胖症與代謝症候群，甚至某些類型癌症方面的潛力，亦已受到臨床醫師的青睞。

近些年來，益生菌在相關腹瀉病症的治療中，已有明確的實務臨床成效。由以往臨床研究報告中，或許無法明確指出益生菌在各種相關疾病中，其所給與的明確劑量或持續穩定的時間，其主要原因是由於益生菌本身所發揮的作用，亦要依賴所選的菌株，而在急性或慢性胃腸道感染、免疫性疾病或炎性疾病亦各有不同劑量與治療所需持續時間的規定。這是因為每種益生菌菌株都有其獨特的基因組合與功能特性，這也決定益生菌與宿主相互作用的成效，而由此才能發揮其應有的特異性益生菌的

功能。

在臨床上，適當足量的益生菌或許有助於緩解rGERD的某些症狀。益生菌是一種對腸道有所裨益的有益菌，有助於調節腸道菌群生態平衡，從而減少胃酸逆流、燒心與消化不良的rGERD症狀的發生頻率與嚴重度。往後，亦需要更多的大規模與設計良好的臨床實務見證，來證實益生菌對rGERD的療效，並確定最佳的菌株與其劑量。

雖然益生菌可能在治療上有所幫助，但通常不建議將其作為rGERD、LPR甚至rGERD的主流治療方法，但一旦伴隨著SIBO的存在，此時額外適當足量的外源性益生菌的攝取，或許可以對rGERD症狀有著某些程度的潛在效應。

此外，SIBO可能透過發炎反應、營養缺乏、免疫失調與腸道通透性的增加而導致某些胃腸道外的全身性疾病，其中常見的有肥胖、代謝症候群、非酒精性脂肪肝病(Non-Alcoholic Fatty Liver Disease, NAFLD)、自體免疫疾病、關節痛、酒渣鼻、骨骼脆弱與骨質疏鬆、腦霧、焦慮與憂鬱，也凸顯治療SIBO在宿主整體健康的重要性。

希望在不久的將來，由於生物科技的進步，能夠在體外環境培養出對腸道更具有特異性的益生菌菌株，其主要目標是創造專門適應腸道環境的益生菌菌株，從而帶來更有效與更針對性健康的益處，使得益生菌更能展現出其對人類固有健康的益處，並由此解開益生菌的神祕面紗。

參考文獻

1. Lucio L, Monica F, Olga R, et al: Increased incidence of small intestinal bacterial overgrowth during proton pump inhibitor therapy. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010; 8: 504-8.
2. Lisa AB, Nabeel RO, Jie Y, et al: Incidence of GERD, esophagitis, Barrett's esophagus, and esophageal adenocarcinoma after bariatric surgery. *Surg ObesRelat Dis* 2020; 16: 1828-36.
3. Maria LCS, Breno BB, Filipe AFS, et al: Helicobacter pylori infection: Beyond gastric manifestations. *World J Gastroenterol* 2020; 26: 4076-93.
4. Serena S, Michele R, Chiara M, et al: Relationship between Helicobacter pylori infection and GERD. *Acta Biomed* 2018; 89: 40-3.
5. Fateh B, Kumar K, Barham KAD: Endoscopic GERD therapy: a primer for the transoral incisionless fundoplication procedure. *Gastrointest Endosc* 2019; 90: 370-83.
6. Attila C: Laparoscopic Nissen fundoplication. *Surgery* 2018; 164: 1126-34.
7. Luca D, Gianluca R, Maria DC, et al: Durability of Stretta Radiofrequency Treatment for GERD: Results of an 8-Year Follow-Up. *Gastroenterol Res Pract* 2014; 2014: 531907.
8. Amanda JK, Erin HW, Philip AW, et al: An update on current treatment strategies for laryngopharyngeal reflux symptoms. *Ann N Y Acad Sci* 2022; 1510: 5-17.
9. Gen L, Ning J, Nuerboli C, et al: Laparoscopic Nissen Versus Toupet Fundoplication for Short-andLong-Term Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Surg Innov* 2023; 30: 745-57.
10. Marzio F, Micaela P, Rita C, et al: Laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux disease. *World J Gastroenterol* 2014; 20: 14272-9.
11. Henry DA, Catherine S, Michael V, et al: The esophageal mucosa and submucosa: immunohistology in GERD and Barrett's esophagus. *Ann N Y Acad Sci* 2013; 1300: 144-65.
12. Carol R, Ruthvik P, Madhusudhan RS, et al: Endoscopic Treatments of GERD. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2018; 16: 58-71.
13. Emidio S, Daphne A, Ans P, et al: Management of refractory typical GERD symptoms. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2016; 13: 281-94.
14. Kane TD: Laparoscopic Nissen fundoplication. *Minerva Chir* 2009 Apr; 64: 147-57.
15. Ciro E, Amulya S, Sabine I, et al: Laparoscopic Nissen Fundoplication: An Excellent Treatment of GERD-Related Respiratory Symptoms in Children-Results of a Multicentric Study. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2018; 28:

- 1023-8.
16. Jing C, Arthur CO: Gastroesophageal Reflux Disease and Probiotics: Systematic Review. *Nutrients* 2020; 12: 132.
 17. Swathikan C, Sue S, Sheraz RM, et al: Treatment of oesophageal and laryngopharyngeal symptoms of reflux in patients diagnosed with SIBO and IMO with antibiotics. *Dis Esophagus* 2025; 38: doaf001.
 18. Nikki J, Peter WD, Vicki S, et al: Laryngopharyngeal reflux and GERD. *Ann N Y Acad Sci* 2013; 1300: 71-9.
 19. Lechien JR, Mouawad F, Bobin F, et al: Review of management of laryngopharyngeal reflux disease. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2021; 138: 257-67.
 20. 譚健民：益生菌的迷思～兼論益生菌給與途徑的探討與分享。台北市醫師公會會刊 2019; 63: 36-45.
 21. 譚健民：不同益生菌給與途徑的分析與探討～著重於一個醫師的順勢胃腸內灌注益生菌的前瞻式研究經驗的分享（初報），台北市醫師公會會刊2017; 61: 40-6.
 22. 譚健民：胃食道逆流疾病致病機制的探討及其對策，2018年02月號永信藥訊電子報。http://www.yssp.com.tw/tw/magazine/1086
 23. 譚健民：綜論頑固性胃食道逆流與小腸細菌過度生長的致病機制～兼談「經胃

鏡小腸內益生菌灌注給與」的臨床經驗（上）。台北市醫師公會會刊2025; 69(11): 50-60。✚



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：(02)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分機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

個人桌球聯誼賽

比賽地點：台大體育館B1桌球室（暫定，屆時若該處不克外借將另擇場地舉行）
（臺北市羅斯福路四段一號，位於辛亥路與新生南路交界處）

比賽宗旨：增進台北市醫師桌球好手交流，選拔115年醫師盃出賽名單。

個人組：

一、**比賽日期：**115年6月7日（星期日）下午1:00報到，1:30開始比賽。

二、**參賽資格：**台北市醫師公會會員

三、**參賽組別（每人至多可報名一單一雙，男女混雙賽不在此限）：**

- (一)單打 ①男子青年單打賽 ②男子壯年單打賽（50-69歲）
③男子長青單打賽（70歲以上） ④女子單打賽
- (二)雙打 ①男子雙打賽 ②男子百齡雙打賽（兩人合計年齡100歲以上）
③女子雙打賽 ④長青雙打賽（兩人年齡皆70歲以上）
⑤男女混雙賽

※各組報名組數未達三組，取消該組賽事 ※想報名雙打賽者也可委由主辦單位安排雙打隊友

四、比賽規則：

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

五、比賽賽制（視報名人數採單淘汰賽或循環賽，各組比賽皆採11分五局三勝制）：

- 單打賽
五年內得過醫師盃青年男單8強/壯年組4強/女單4強者列為種子。
- 雙打賽
無讓分制。參賽名單與五年內得過醫師盃會員雙打8強或90歲雙打8強相同者列為種子。

六、報名日期：請於5月25日前向本會林小姐報名。（電話：(02)2351-0756分機17，傳真：(02)2341-4044）

※備註

- 1.由於時間賽程緊縮，請大家準時報到出賽。
- 2.視比賽進度，由主辦單位調整賽制。
- 3.比賽結果列為115年醫師盃出賽名單參考。
- 4.為響應環保，本會不提供礦泉水，請自備水壺飲水。

個人組桌球聯誼賽報名表

姓名	電話
<input type="checkbox"/> 男子青年單打	<input type="checkbox"/> 女子單打賽
<input type="checkbox"/> 男子壯年單打（50-69歲）	<input type="checkbox"/> 女子雙打賽，隊友 _____
<input type="checkbox"/> 男子長青單打（70歲以上）	<input type="checkbox"/> 男女混雙賽，隊友 _____
<input type="checkbox"/> 男子雙打賽，隊友 _____	※每人至多可報名一單一雙 （男女混雙賽不在此限） ※各組報名組數未達三組，取消該組賽事
<input type="checkbox"/> 男子百齡雙打賽，隊友 _____	
<input type="checkbox"/> 長青雙打賽，隊友 _____	

羽毛球賽

本會115年度會員羽毛球賽即將舉行，請各位會員踴躍報名參加。

一、比賽時間：115年6月28日（星期日）下午1:00報到，1:30開始比賽。

二、比賽地點：台北醫學大學體育館2樓球場（吳興街250號）

三、比賽分組方式：

1. 單打：青年組（40歲以下，民國75年6月28日後出生之會員）
壯年組（41歲以上，民國75年6月27日前出生之會員）
2. 男子雙打組（請會員自由組隊參加）。
3. 女子雙打組（請會員自由組隊參加）。
4. 男女混雙組（會員組隊或會員與配偶組隊）。
5. 百歲組。會員年齡合計100歲以上雙打，會員自由組隊。

※以上各組參賽組數未達三隊以上（含三隊），取消該組賽程。報名總人數未達20人時，取消年度比賽

四、比賽規則：

1. 以二十一分新制記分法記分。
2. 參賽資格為本會會員。惟混雙可與配偶搭配。
3. 每位會員報名組數不得超過2組。
4. 請依規定報名，不接受現場報名。

五、報名截止日期：即日起至6月12日止，來電或傳真報名。

聯絡人及電話：(02)2351-0756分機17 林小姐，傳真：(02)2351-0739。

備註：1. 為響應環保，本會不提供礦泉水，請自備水壺飲水。

2. 場地如有變動，會另行通知。

羽毛球賽報名表

姓名	電話（手機）
醫療院所名稱	
參加組別	<input type="checkbox"/> 單打 <input type="checkbox"/> 青年組 <input type="checkbox"/> 壯年組 <input type="checkbox"/> 雙打 <input type="checkbox"/> 男子雙打 搭配者：----- <input type="checkbox"/> 女子雙打 搭配者：----- <input type="checkbox"/> 男女混雙 搭配者：----- <input type="checkbox"/> 百歲組 搭配者：-----

游泳比賽

本會115年度游泳比賽，歡迎踴躍報名參加！

一、時間：民國115年7月19日（星期日）中午12:00報到，12:30開始比賽

二、地點：台北醫學大學體育館B1游泳池（台北市吳興街250號）

三、報名：請於7月3日前向本會報名

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

四、參加資格：1. 團體組：以醫院為單位組隊，每隊4人。

(1) 限本會會員

(2) 報名未達四隊取消賽程

2. 個人賽：(1) 限本會會員及配偶

(2) 除四人160歲接力賽外，每人限報名兩項。

(3) 賽程決定後，即不可更改組別，不接受臨時報名。

(4) 報名人數不足20人時，取消該比賽。

五、獎勵辦法：皆取冠、亞、季軍三名；個人賽程不足三人報名的項目改為表演或與他組合併賽

程共同計時（視報名情況而定），發給參加獎，只要報名都有機會下水。

※為縮短比賽時間，必要時可能併項舉行，分別計時。

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

會員游泳比賽報名表

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

杉林溪森林生態渡假園區 ～森呼吸二日

7月18日（星期六）

【行程難易度★★☆☆☆】

台北++台中→國道巡禮→南投→ijibanana集元果觀光工廠→車埕町散策【車埕林班道、貯木池、酒莊、木業展示館】→杉林溪森林生態渡假園區

07:00-07:20 台北火車站東三門集合出發

07:40-09:00 帶著愉快心情，前往高鐵南下月台搭乘1305車次前往台中。

（正確之班次以完成訂位為準）

10:00-11:00 ijibanana集元果觀光工廠



【集元果觀光工廠】：集元果觀光工廠是一座以推廣集集山蕉文化為主題的特色觀光工廠，讓遊客從認識香蕉、品嚐美食到動手體驗，結合現代創意與生態教育、親子互動與美食體驗，享受多元且豐富的旅遊樂趣，成為集集地區極具魅力的旅遊景點。

11:30-12:30 享用風味午餐（和風山寨庭園餐廳）

13:00-15:30 車埕町自由散策(車埕林班道、貯木池、酒莊、木業展示館)



【車埕火車站】：建於日治時代，是集集支線鐵路的終點站，集集線全長29.7公里，是台鐵支線中最長的一條鐵路，從二水站上車，飽覽沿線風光，在穿越第五座隧道後，視野從隧道裡的一片漆黑，到眼前藍天綠林的豁然開朗，有如進入桃花源般的意境，因而又有「秘密花園」之稱。舊火車站原有鋼筋水泥結構，921地震後，由日月潭國家風景區管理處整建，以木質材料為主要外觀；新的火車站材質素樸、造型典雅，匠心獨具的建築風貌，和山城的景觀搭配相得益彰被譽為「最美麗的火車站」。



【車埕林班道】：「林班道商圈」結合購物、美食與育樂，彷彿置身大自然般的放鬆心情，來到了「體驗工廠」 體驗木工DIY，這裡延續「振昌木業」的專業技術，用創意與童心和木頭產生一次親密的接觸，讓每個人都能享受親手打造的生活樂趣。



【車埕貯木池】：過去是用來貯存原木的池子，在民國50-60年代車埕木業發達時，會使用搬運木材的天車（起重機），將原木浸泡於池子內，讓樹脂釋放，延長木頭使用期限。如今貯木池旁已規劃有環湖步道，步道旁栽種楓樹、樟樹、落羽松、艷紫荊等植物，池邊豐富生態也吸引水鳥棲息，背後還有群山環繞，景緻優美，彷彿置身日本！



【車埕酒莊】：幽靜、悠美與安全，四周山林環繞，前有川流不息之水里溪，後有綠意盎然的青山綠樹，左臨亞洲最大抽蓄水庫明潭發電廠，右可鳥瞰「最後火車站」之稱的車埕火車站及美麗的鐵道景緻，另「老街、天車、貯木池、紅瓦厝、古老建築、木業舊廠房、燒煤火車加水塔、車埕國小…」等「車埕之美」，於「車埕酒莊民宿」可居高臨下一覽無遺。是大夥兒親朋好友旅遊、渡假、聚會、研習場所的最佳選擇。



【車埕木業展示館】：館內展示著過去伐木歷史，以及介紹各式木頭特色與知識，還提供自費DIY課程，讓每位旅客來此都能成為小小木匠，打造出專屬於自己的木作品。



【杉林溪森林生態渡假園區】：園區佔地廣大，海拔高度約為1600公尺，佔地約為40公頃，自然原始的山林丘壑，從春之山櫻、杜鵑、石楠粉墨登場，接著夏宴以波斯菊、繡球花到深秋楓紅，臘梅飄香，粧點出姍紫嫣紅的彩色世界，全年花開不斷為賞花人之最愛，氣候屬溫帶季風氣候區，夏季平均溫度僅20度且冬季不下雪，數萬公頃的杉林造就最豐富的森林浴場。

※花季為大自然現象，受天候、氣溫、日照等因素影響，故無法準確預測花期。

※夜間園區活動為免費導覽，所有入園遊客皆可自由參加，無需事先預約；園區保留調整權利。

※夜間觀星導覽 ※期間限定-賞螢導覽

17:00- 杉林溪森林遊樂區，入住杉林溪Check in

早：敬請自理 午：和風山寨庭園餐廳 晚：飯店自助晚餐 住宿：杉林溪森林生態渡假園區

7月19日（星期日）

漫步杉林溪森林生態渡假園區，盡享四季花卉盛宴→台灣工藝文化園區→台中++台北，快樂賦歸

07:30-08:30 歐.海.啣！享用飯店自助早餐

09:00-12:00 漫遊杉林溪森林生態渡假園區

12:00-13:00 園區享用風味午餐

14:30-16:00 台灣工藝園區



【台灣工藝文化園區】：臺灣工藝文化園區佔地約6公頃，含「工藝文化館、工藝設計館、工藝資訊館、生活工藝館、地方工藝館、知達工藝會館及行政大樓」等館舍，以館舍場域間無圍籬特色式開放管理，讓民眾任意遨遊館舍之間，享受舒暢的觀展空間。

16:30- 帶著愉快的心情於台中高鐵站，搭乘0144車次返回台北。

（正確之班次以完成訂位為準）

早：飯店內早餐 午：風味午餐 晚：敬請自理

◎如有心血管疾病、腦血管疾病或行動不便情形，請務必備妥常用藥品，隨身攜帶以備不時之需，並建議家屬陪同。行程中若有任何不適，亦請盡速告知服務團隊，以確保安全保障。

◎建議穿著輕便、舒適衣物與具防滑功能之鞋款，必要時使用登山杖，活動中亦請注意適時補充水分。

一、費用：

公會補助會員每人1,500元，眷屬補助500元（限一名，眷屬為會員之父母、配偶及子女）。

會員一人參加者，房型為二人房。（如無人可共宿，請補房間價差）

此行搭乘高鐵，高鐵費用視個人實際購票金額計算，**65歲以上長者及6歲以上未滿12歲孩童皆為半價**。高鐵票價台北↔台中，團體票價1,330元，敬老、孩童票為700元。

旅費：（以下費用未加高鐵車資）

(1)二人房：每人6,650元 (2)三人房：每人6,250元 (3)四人房：每人6,050元

繳交費用計算案例：

(1)一位會員及一位眷屬（二人房，皆未滿65歲）： $6,650 \times 2 - (1,500 + 500)$ （公會補助款）+ $1,330(\text{高鐵}) \times 2 = 13,960$ 元

(2)一位會員及一位眷屬（二人房，一人滿65歲，一人未滿65歲）： $6,650 \times 2 - 2,000 + 1,330 + 700 = 13,330$ 元

(3)一位會員及二位眷屬（三人房，皆未滿65歲）： $6,250 \times 3 - 2,000 + 1,330$ （高鐵） $\times 3 = 20,740$ 元（以此類推）
 ※購買敬老及孩童票者，請將身份證件傳真至公會，以便購票。

二、報名截止日期：即日起至5月31日前向本會報名，80人額滿為止。（高鐵購票須於一個月前造冊購票，報名後因故無法參加，依旅行社契約扣除相關之手續費）。

※本活動乃公會為鼓勵會員攜帶眷屬參加，若會員無法參加，恕不接受眷屬單獨報名。且因該處飯店房間及房型有限，請確認可參加再報名以免佔用名額。

三、繳費方式：

可親自至本會繳交或匯款至玉山銀行（代碼808）東門分行，帳號1193-435-009035，戶名：社團法人台北市醫師公會，匯款或ATM轉帳者，請將收據及報名表傳真至本會，以確認完成報名手續。

四、聯絡電話：(02)2351-0756分機17林小姐，傳真：2341-4044、2351-0739。

杉林溪森林生態渡假園區~森呼吸二日報名表				
姓名	生日	身份證字號	房 型	素食(打v)
			<input type="checkbox"/> 二人房 間	
			<input type="checkbox"/> 三人房 間	
			<input type="checkbox"/> 四人房 間	
聯 絡 電 話		傳 真 或 e - m a i l		



和氏璧國際物業
JADECORE PROPERTIES

LONDON

GLOBAL LIVING

- 倫敦典藏系列 -

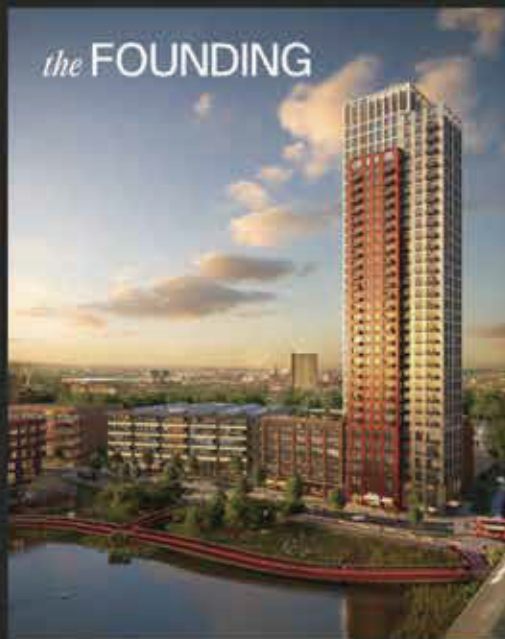
走進倫敦核心，擁握泰晤士河黃金線

洞悉全球資本版圖

倫敦 - 世界富豪的資產保險箱

倫敦東二區

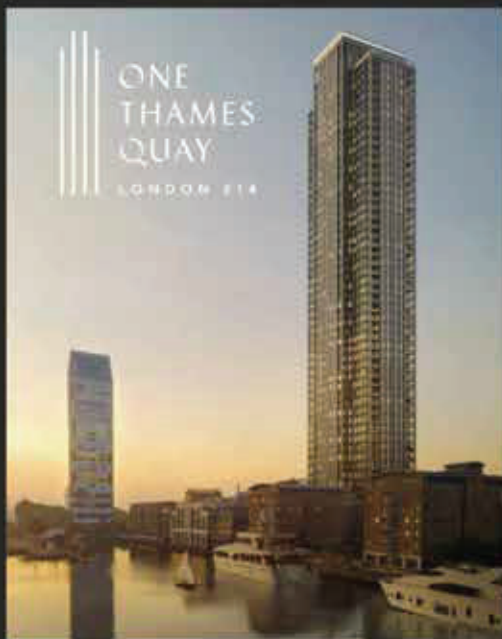
the FOUNDING



- 雙金融城核心生活圈水岸花園宅 -

緊鄰 Canada Water 地鐵站，一站直達金絲雀碼頭

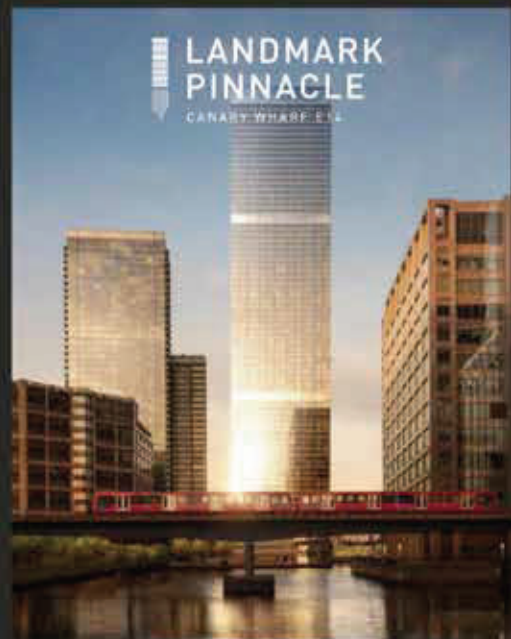
ONE THAMES QUAY
LONDON E14



- 泰晤士河畔黃金水岸全景頂級住宅 -

每戶皆配置私人陽台，多數單位可享無遮蔽絕美景觀，距DLR車站僅約260米

LANDMARK PINNACLE
CANARY WHARF E14



- 歐洲最高摩天地標型高級住宅 -

全景360度視野俯瞰泰晤士河、倫敦市中心及金絲雀碼頭

全球局勢動盪，倫敦仍是國際資本的長期選擇

作為全球三大金融中心之一，頂尖學府匯聚，文化底蘊深厚。

倫敦核心住宅所承載的，不僅是穩健的房地產價值，更是一個家庭跨世代的資產戰略。

聯繫和氏璧專屬顧問，掌握倫敦核心價值

王柔云 0920 810 023

黃碧珍 0932 318 322

關蕙君 0922 923 324



服 務 欄

誠徵醫師

- 松山區診所及板橋分所徵有家醫科看診經驗之專任醫師，近南京三民站及江子翠站，意者洽(02)2252-2543林小姐。
- 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。
- 信義區儷寶得國際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。
- 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、神經外科、胸腔內科、復健科、家醫科兼任醫師，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fdrc2016@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

- 內湖區近內湖科學園區、港墘捷運站，公車站牌：西湖圖書館站，約50坪，意者請洽：0937-036-002張小姐或0912-577-604許小姐。
- 中山區北安路595巷35坪店面出租，近大直捷運站、公車站，內兒家醫科執業40年，意者請洽：0937893899陳先生。
- 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。
- 皮膚科診所出售神比美德電波系統，2023年10月購機，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

血壓已經國中畢業

病人手腕帶著i-watch，其上顯示：「血壓升高中，請注意。」於是問他的家庭醫師：「醫師，請問我的i-watch告訴我這是什麼狀況？」醫師回答：「它說你的血壓已經國中畢業了，……。」

我和爸爸的一樣

我在診間看完一個六歲男孩，問他：「你的夢想是什麼？」

他答道：「我要和我爸爸一樣有一千萬元。」

我接著問：「你爸爸在做什麼工作啊？」

他說：「我爸爸也夢想有一千萬元。」

童言童語

小阿姨：「你們兩兄妹喜歡爸爸或媽媽？」

小明：「爸爸最疼我了。我長大以後要娶兩個太太，一個送給爸爸。」

小英：「媽媽最寵我了。我要爸爸再娶一個太太，這樣媽媽就可以跟我睡在一起了。」

有媽媽的小孩是個寶

小明問小英：「為什麼老人尿床會被嫌棄，而小孩尿床卻沒人嫌棄？」

小英想了一下說：「因為老人的媽媽不在了。」



淡水關渡大橋的黃昏



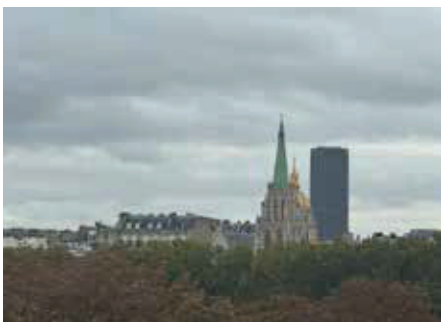
陽明山櫻花盛開



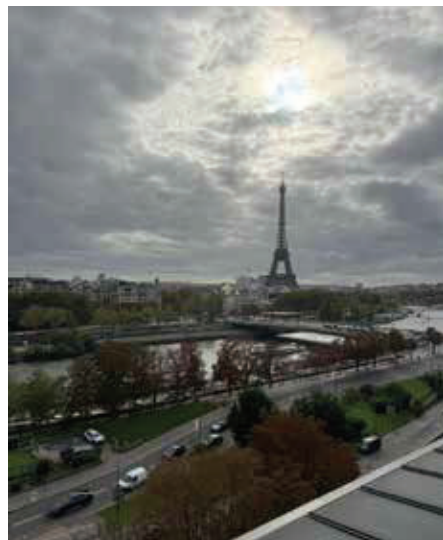
台灣大溪新福圳



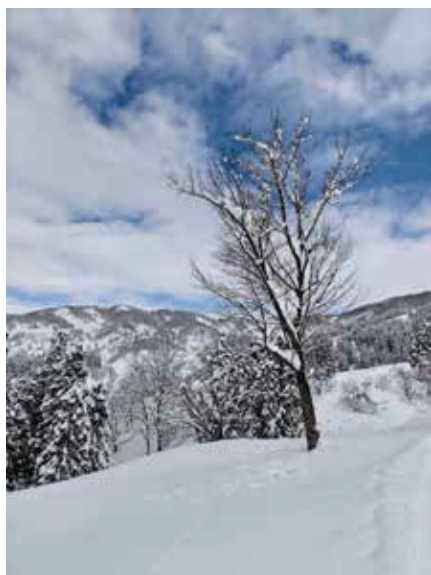
台東三仙台



俄羅斯莫斯科到處都是特色古建築



遠眺法國巴黎鐵塔夕照



日本六日町八海山滑雪場



日本伊根灣船屋一隅



日本京都車站外的京都最高地標
京都塔夜景



日本京都府知恩院 有天皇御賜「華頂山」
的匾額



日本京都隨處的老松都蘊含古意



日本奈良公園一景

模擬教學如何影響醫療品質與病人安全

臺北榮民總醫院 王曉君 楊盈盈 王署君

在近年醫學教育的發展中，高擬真模擬訓練逐漸成為重要的教學工具。然而，在實際參與院內模擬競賽規劃與教學設計的過程中，逐漸浮現一個值得重新思考的問題：我們究竟在訓練什麼樣的能力？

從個人技能到團隊合作

過去的教學經驗，各科在設計模擬情境時，多半以個人臨床技能為核心，著重於醫療處置流程是否符合指引、操作是否標準化等，其本質與臨床技能測驗(OSCE)相近，強調個人能力的可評量性。這類訓練在臨床能力養成上確實重要，但在實際臨床工作中，醫療照護品質往往不只是個人技術問題，還包含團隊之間的溝通與合作、資訊整合與醫病共享決策等，進而影響醫療品質與病人安全。

從臨床能力培養的角度來看，臨床表現不應僅限於技術操作，而應涵蓋情境中可被觀察的行為。然而，過往無論是臨床技能或團隊合作評量，多以固定格式呈現，雖然項目完整，卻不一定能真實反映學員在情境中的表現，教

師在評分時也難以聚焦觀察重點，導致評量結果與實際臨床能力之間仍存在落差。因此，模擬教學的調整並非只是增加團隊合作的評分項目，而是在既有臨床能力培養的基礎上，將評估重心從單一操作的正確性，進一步延伸至學員在情境中的整體表現與團隊互動，並協助教師釐清醫療處置與團隊合作能力的差異，使教學時能清楚掌握觀察與回饋的重點。同時，在事後回饋(debriefing)中，不再僅聚焦於醫療處置的正確性，而是引導學員回顧其在情境中的決策歷程、溝通方式與團隊互動，使臨床能力與團隊合作得以整合，也更貼近實際臨床情境。

教學支持與臨床合作的實務模式

高擬真模擬教學的挑戰不僅來自情境設計或設備操作，亦包含師資培育與教學執行等多個面向。由於模擬教學需投入大量時間進行教案設計、情境操作與事後回饋，在繁重的臨床工作下，多數教師較難長期投入，也影響整體推動的持續性。因此，如何降低教師參與門



圖一 新人組模擬教學活動後的師生合影。

檻、分擔非教學性工作，成為推動模擬教學的重要關鍵。例如由教學單位協助處理模擬設備操作、情境設定與標準化病人(SP)安排，使臨床教師能專注於教案設計與教學引導，逐步建立可行的合作模式。這樣的分工與教學支持模式，也逐步形成院內推動模擬教學的實務策略。

此外，師資培育亦是模擬教學能否順利推動的關鍵。高擬真模擬教學強調透過教案設計與事後回饋，引導學員反思並調整臨床行為，因此師資培育需著重於兩個面向：其一為教案設計能力，使教師能將臨床教案轉化為兼具團隊訓練目標的模擬情境；其二為教學引導能力，使教師從「評分者」轉為「學習引導者」。並透過臨床教師與模擬教學教師的合作與共同授課，逐步發展出兼顧臨床真實性與臨床能力培養的教學模式。

模擬教學的臨床影響與實務成效

在推動模擬教學的過程中，醫院持續投入相關資源，包括設備建置、課程開設與師資培育，作為教學發展的重要支持，同時教學模式與評估方式亦逐步調整。隨著教學策略持續修正，近兩年於醫策會擬真情境類競賽中，在新人組、急重症照護組及產兒組均榮獲金獎的肯定，並有多位學員獲得MVP的殊榮。除競賽成果外，學員於訓練後的回饋亦顯示，其在臨床情境中的決策能力與團隊合作表現有所提升，面對複雜情境時，能更有系統地進行判斷與溝通。這些改變反映模擬教學在臨床技能訓練之外，更進一步整合臨床能力與團隊運作，對臨床實務與病人安全具有實質意義。✚



圖二 王署君副院長帶領本院團隊參與醫策會國家臨床醫學教育獎(NCMEA)頒獎典禮。

核之城，走進被遺忘之前

三軍總醫院 一般科 許家瑜

二月時在核子醫學科輪訓，碰巧遇到原子核爆健康諮詢與研討會，院方邀請日本長崎大學的朝長萬左男教授前來，朝長教授（現82歲）除了分享自己身為原爆倖存者的經驗，也因此繼而選擇長崎大學醫學部就讀、並進一步選擇成為血液腫瘤科的醫師，而在後續的研究持續發現原爆對倖存者及其基因的進行式傷害，親歷的創傷與研究發現使教授長年並持續的參與反核運動，那場演講的內容使在場的與會人員無不屏氣凝神，也默默讓我埋下了到原爆城市造訪的念頭。

隨後而來的一次海外旅行便因好奇心驅使，安排在了廣島和長崎，我走過了核爆圓屋頂、核爆中心點、和平紀念公園與大水池，也逡過了見證坍塌的教堂與神社的殘破瓦磚。令我最印象深刻的其中一件事是，參訪兩所核爆資料館的日子，都恰巧遇到日本當地的國小和國中生在進行校外參訪活動，成群的學生魚貫穿梭在各項歷史展品前、拿著筆記本抄抄寫寫，配上在旁陪伴、不時低聲與他們討論的隨隊老師，稚嫩的臉龐們似是苦惱地挑選自己印象最深刻的展品、臨摹畫上學習單。

此外，路上看到最多的除了日本國人，就莫過於歐美遊客了，雖然我明白地意識到並不是所有有著高加索特徵的白人就是英國或美國人，但猜測還是有高比例是當時主戰國家的後代，看著一個個日本導遊跟他們講解戰爭

爆發和原子彈投下前後的故事、對當地景觀及人民健康與破壞與影響，想著雖然時空早已不同、價值觀和際遇各異，但寫著血統的臉和現下時空的互動關係，確實和館內正陳述著的歷史有著奇異的對比與衝突。

在廣島資料館，我發現了一幅這樣的風景，因為不會拍到當事人正面，我便趕緊舉起手機記錄了下來。當時我已位處接近展區出口的一處海報區，因為廣島資料館的展品藏量龐大，便意興闌珊加快速度地跳躍閱覽著，突然映入我眼簾的是一個金髮碧眼的年輕男孩，身



2025年4月攝於廣島核爆資料館。

形讓我推測其頂多是國中小學的年紀，他正背對著紀念品販賣店的嘈雜人群，專心注視著海報內容並用手機仔細拍攝了下來。

美國神經科學家大衛·伊格曼曾說：「人的一生中會死三次，第一次是腦死亡，意味著身體死了，第二次是葬禮，意味著在社會中死了，第三次是遺忘，是這世上再也沒有人想起你了，那就是完完全全地死透了。（“There are three deaths: the first is when the body ceases to function. The second is when the body is consigned to the grave. The third is that moment, sometime in the future, when your name is spoken for the last time.” by David Eagleman.）」

時至80年後的今日，我仍然會在日本大小博物館、美術館等等場所的售票處，看到門票優免族群的備註，除了老人孩童、身心障礙族群，還有原爆倖存者這樣的特別族群，也因此總是一次次地被勾起那趟旅行的所見與回憶。

在西元1945年8月6日8點15分與8月9日11點02分，生活在廣島與長崎的人民與後代，如朝長教授所說，因兩粒被投下的原子彈，永遠的並持續地被改變了，寫下的此刻再想想，其實願意踏足這兩個城市的旅人，就已經是有心理準備和想要認識這段過去的，而只要我們沒有遺忘，他們便沒有真正死去。☸



藥價調整—— 依法依规還是說了就算？

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

今(115)年藥價調整結果，本次藥價調整金額為36.15億元，調整幅度自去年的2.3%下降為1.65%，調幅為歷年最低。調查的藥品1萬2,652項，未調整11,309項，調整2,343項，調整項目數亦為歷年最低^①。102年起試辦藥品費用支出目標制(Drug Expenditure Target, DET^②)，於總額預算下，當實際藥費支出超過年度藥費支出目標值，則依藥價調查結果，針對藥價差超過一定範圍者，於隔年啟動藥價調整。藥價調整時，衡酌需強化藥品供應韌性，維護醫療服務穩定，考量基本用藥項目需求、調降幅度頻次合理性及基本價保障等原則，以確保合理調整藥價及確保民眾用藥權益。46條規定辦理，為每年例行作業^③，廠商對於調整後藥價，認為有不敷成本情況，均可於公告日起兩週內檢具成本分析資料，依全民健康保險藥物給付項目及支付標準第34條規定^④，向健保署建議提高藥品價格。醫療科技快速發展，創新新藥的引進及提高民眾使用新藥的可近性，刻不容緩，藥價調整除合理反映市場的實際銷售狀況外，也可將反映之金額挹注在新藥收載，健保署仍持續推動健保藥品政策改革，以達到調整藥品價格合理性，提高新藥可近性，藥品供應之韌性，維護民眾用藥權益之三贏局面。（「115年健保藥價調整，自4月1日起生效」焦點新聞，中央健康保險署，民國115年2月25日。）

「醫師，Th○抗生素及Tr◎消腫止血藥只剩下架上那些，需要先預訂嗎？」藥師問醫師。

「讓我瞧瞧…」醫師從診察室走到藥局，看了架上剩餘藥品後說：「還可以撐過這個月，下個月月初時再訂。」診所目前生存大不易，藥品庫存不僅容易過期、還可能有周轉不靈之虞。

「好！如果要訂…是多少瓶？」藥師問，因為醫師會計算用量。

「記得抗生素上次訂5瓶、消腫止血藥訂2瓶，是吧？」因為醫師對於藥品數量很敏感，接著說：「這次各訂2瓶就好。」

「是因為下下個月健保要調降藥價才減少數量？」藥師問。

「是的！說什麼…試辦藥品費用支出目標制…而需要調整藥價？健保已經實施31年、這個目標制卻『試辦』13年，而且還要繼續試辦下去？」醫師一談到健保，馬上打開話匣子。

「這二種藥品的進貨價早已超過健保支付價，這您應該早知道？」藥師對於醫師懂藥品的程度有了解，在工作上畢竟已經相處超過20年。

「沒有降價？」醫師的問題有點白目。

「這二種藥品的健保支付價…已經是『地板價』！沒有調降空間…」藥師回答醫師問題。

「我是指進貨價格…沒有調降？」

「剛問了業務代表，因為診所量少，所以沒有降價空間。」櫃台姑娘回答，她在醫師、藥師對話時就詢問業務代表。

「不只我這位診所醫師…甚至有遠見的醫



院管理人員早就看出這個大問題。」醫師似乎覺得無奈。

「什麼大問題？」藥師問，因為專業藥師本業是調劑不是販售，只有兼「藥商」的藥師會注意價格，這是商人本性。

「大問題就是面對藥價調降，醫院不得不跟藥廠議價，可是愈努力議價，結果是讓健保署因為藥價調查而進一步調降藥價，醫院的藥品利潤就縮減得更厲害…。診所醫師有此能力嗎？」醫師回應。

「醫院也是醫師跟藥廠議價嗎？這好像是自殺行為？」藥師沒在醫院服務過，沒見過醫院議價程序。

「沒錯！就是…自殺…行為！」醫師覺得這用詞很到位，接著說：「可是還是不得不做，對於規模較小的醫院或診所，因為購買藥品的數量較少，議價能力及空間有限，因此購藥價格較高。可是健保署訂定藥品支付價時是採單一藥價，並不考慮醫療院所的規模，小醫院或診所的議價能力一定比大醫院差，導致小醫院難以經營，診所或可因為控制庫存得當，在夾縫中求生存。」

「那醫院是何人跟藥廠議價？」藥師繼續問，因為醫師是自己議價。

「行政人員或醫務高層吧？」醫師自健保開辦日就自行開診所，先前的印象。

「什麼是行政人員、醫務高層？」藥師仍繼續問。

「行政人員指醫務管理專業人員，醫務

高層應該是各科主任、副院長甚至院長親自議價？」因為是30多年前的經歷，醫師不敢斷言現在仍是如此。

「有醫務管理專業人員這行業？」

「剛才講到有遠見的醫院管理人員就是指醫務管理專業人員，最成功、著有聲望的首推長庚醫院管理中心前主任莊逸洲…」醫師陷入回憶中，接著說：「我就讀醫務管理研究所時，曾經去拜訪過他…當年的他還沒這項專業的學歷及學位，醫務管理是後來才有的專業科目。」

「他好樣不在世了？」藥師有聽過這人名。

「是的！英年早逝…長庚醫院多虧有他才得以壯大。但是我覺得對醫療本身並非好事，妳們知道我在長庚醫院實習卻不留長庚的原因吧？」醫師問。

「不太清楚那年代的狀況…」藥師回應。

「也是！都超過40年了…」醫師再度陷入回憶中，接著說：「當年在那裡當實習醫師，除了工作外的其他生活大小事…醫院都負責打理。」

「那不是很棒？」

「我擔心自己逐漸變成生活白癡…哈！怎麼扯到這裡？」醫師整理一下思緒，接著說：「現在關於醫院醫務管理話題，媒體都會詢問洪副院長…」

「新○醫院那位嗎？」藥師問，接著再問：「所謂的醫務高層？」

「是的！」醫師回答。

「他也負責藥品採購議價？」

「說實話…他並不是醫師，如果由他負責醫院藥品採購議價，那他一定能力非凡！」醫師微笑，接著說：「而且獲得新○集團負責人的信任。」

「最新消息…」櫃台姑娘驚呼。

「啥？」醫師問。

「總統賴清德在『健康台灣推動委員會』中裁示，現行健保藥價調查機制將研議暫停3年，全面檢討以建立更完整的藥物韌性制度。總統府發言人郭雅慧隨後表示：現行的藥價調查機制將會研議暫停3年，期間要來全面的盤點整個藥品的供應系統，建立更完整的藥物韌性基礎。」櫃台姑娘照即時新聞唸。

「藥價調查機制怎會跟藥品供應系統…相關？」醫師馬上抓到矛盾點，接著直說：「是跟健保法有關！在同一部法律中，有總額制度、也有目標制度！」

「好像是這樣…」櫃台姑娘繼續讀新聞，接著說：「督保盟發言人滕○○認為：惡法亦法，如果這個法不好，而要暫停實施某一個法條，那麼就請行政部門按照總統的意志去進行《健保法》修法。」

「雖然醫界不喜歡這位滕姊，但說實話她是少數可以溝通的人。倒是台灣醫務管理學會理事長洪○○的表示：可以減少醫院每年都要跟藥商議價；另外對民眾來講，民眾也不用再像過去一樣，每年到了4、5月就有換藥潮。」

醫師同時注意此新聞並照稿唸，接著說：「健保署醫審及藥材組黃組長表示：114年度健保藥價調整結果已公告，將如期上路。這才是依法行政，不該陷入人治…」

「台灣醫療改革基金會說，在未見檢討、改革結果，未取得社會共識之下，賴清德總統的一只裁示，直接凍結法定機制；理由是『盤點供應鏈』，但盤點供應鏈與藥價調查機制，根本是兩回事，邏輯不通。好像跟醫師所言的一致？」櫃台姑娘接續在新聞中找重點。

「據我所知，健保署不允許藥品售價高於健保支付價？」醫師說。

「這絕不可能吧？」藥品進價都由櫃台姑娘紀錄，她知道還是有些藥品的進價「高於」健保支付價。

「對啊！目前所缺的藥，藥品的價格皆高於健保支付價。」藥師也知道。

「沒有解決辦法？」櫃台姑娘問。

「只知道健保署有這類申述管道，卻沒聽說有人用過。況且，連最常用的網路中盤商都知道並特別標註：高於健保價！無奈…」醫師的感慨。（全文完）

問題① 歷年《藥價調查》的調幅及項目為何？

解答：一代健保期間是每2年一次調整健保藥價，最後一（第7）次之調整於民國100年12月1日起上路。調整前針對藥業所提申復案件，當年健保局有邀集學者、專家、藥界公協會

及消基會之代表開會，針對廠商提出理由，以長期用藥的慢性病患，對藥品的信賴及醫療上之必要性作為考量，就合理及可接受的部分，給予解決，重新核價。經申復後重新調升價格之品項中，與調整前之原健保支付價相較，約有500項會恢復原價，80餘項高於原價，60餘項已予調高價格但略低於原價。（參考「健保藥價調整明天如期 經申復約650項調整價格」焦點新聞，衛生福利部，民國100年11月30日。）

二代健保於民國102年上路後，衛生福利部於當年10月2日公布《全民健康保險藥品價格調整作業辦法》，不同於以往藥價調整方案，新出爐的藥價調整辦法規定，每2年仍應進行一次藥價調整，如果有實施「藥費支出目標制」，則應每年檢討調整一次，全年藥費超出預先設定目標值的部分，就作為藥價調降的額度。為了使藥費支出成長在合理的範圍內，自102年1月1日起，健保試辦「藥費支出目標制」二年。經核算102年健保藥費支付金額為新台幣1436.7億元，已超出預先設定之目標值新台幣1380.0億元，超出額度為新台幣56.7億元，依規定今(103)年應調降藥價56.7億元。健保署已於103年3月20日公布藥價調整結果，共計調整10,947項，其中調升3,364項，調降7,583項，平均調幅約為3.9%。（參考「新制健保藥價調整改革上路」焦點新聞，中央健康保險署，民國103年3月27日）前(102)年為試辦方案之第一年，超出預先設定之目標值為56.7億，已於103年完成第一年之藥價

調整作業。103年為試辦方案之第二年，經推估103年健保藥費支出金額為1507.7億元，超出預先設定之目標值1425.6億元，超出額度為82.1億元，今(104)年應調降藥價82.1億元。健保署於104年2月6日公布藥價調整結果，排除醫療上的必要藥品及罕見疾病用藥，共計調升142項，調降6,821項，平均調幅約為5.3%，調整後支付價格將自104年4月1日生效。（參考「藥費支出目標制第二年健保藥價調整結果出爐」焦點新聞，中央健康保險署，民國104年2月6日）105年調降藥費金額為31.8億元。共計調升148項，調降7,392項，平均調幅約為2.1%，調整後支付價格將自105年4月1日生效。（參考「健保署公告105年藥價調整，平均調幅2.1%」焦點新聞，中央健康保險署，民國105年2月19日。）

健保署於3月1日公布藥價調整結果，共計調升332項，調降7,331項，平均調幅約為3.5%，可減少藥費金額57.1億元，調整後支付價格將自106年4月1日生效。（參考「健保署公告106年藥價調整，平均調幅3.5%」焦點新聞，中央健康保險署，民國106年3月3日）健保署自102年起試辦「藥費支出目標制」，至105年底已試辦四年。經重新檢討後，新修正方案自106年起試辦三年，健保署於1月28日公布藥價調整結果及生效日期，共計調升66項，調降7,470項，平均調幅約為3.5%，可減少整體藥費支出金額58.3億元，調整後新的藥品支付價格將自108年4月1日生效。（參考「健保署公告108年藥價調整，平均調幅3.5%」焦點

新聞，中央健康保險署，民國108年2月1日。
註：缺107年？)

109年DET方案藥價調整作業受到嚴重特殊傳染性肺炎疫情影響，藥價調整由110年4月1日延後至111年1月1日生效。110年方案原依各界意見訂於112年1月1日生效，惟公告後各界反映相關建議，經健保署與藥業團體溝通審酌，且依全民健康保險藥品價格調整作業辦法之規定，新支付價格自次一年度第二季第一個月之一日（即4月1日）生效，於是111年12月20日重新公告DET方案，將110年及111年合併辦理，藥價調整生效日期為112年4月1日。112年度藥價調整合併110及111年金額為81.8億元，預估調整品項數約6,000餘項。（參考「112年度健保藥價調整」焦點新聞，中央健康保險署，民國112年2月21日）健保署參採各界意見一次檢討2年藥價，並衡量疫情、俄烏戰爭、通貨膨脹等因素，藥價調整金額適度校正為81.8億元，且本次檢討的藥品約有14,000項，其中約8,500項未調整，調降約5,500項藥品的價格，調升36項藥品價格，**調整品項數**為自102年實施藥品費用支出目標制(Drug Expenditure Target, DET)起**最少**，以減緩衝擊。（參考「112年度健保藥價調整，自4月1日起實施」焦點新聞，中央健康保險署，民國112年3月1日。註：幅度未公布？）保險署於公布今(113)年藥價調整結果，本次藥價調整金額為55.3億元，檢討的藥品約有14,000項，其中約9,500項未調整，約4,500項藥品調整，**調整品項數**為自102年實施藥品費用支出目



圖一 「地板價」恐帶來缺藥危機（圖片來源：NOW 健康2026-03-02）

標制(Drug Expenditure Target, DET)起**最少**。（參考「113年健保藥價調整，自4月1日起實施」焦點新聞，中央健康保險署，民國113年2月22日。註：品項沒有最少、只有更少！且幅度仍未公布？另根據媒體報導為：**整體調幅2.8%**。）

接著就是本篇焦點新聞，雖稱115年藥價調整結果、但是公告標題是「公告114年度『全民健康保險藥品費用分配比率目標制』試辦方案藥費核付金額超出目標值之額度為新臺幣36.15億元」！調整幅度降為1.65%，的確是歷年最低！但是調整幅度是重點嗎？買得到藥、用得著夠品質的藥，才是重點！（圖一）

問題②：再次介紹藥品費用支出目標制(Drug Expenditure Target, DET)。

解答：《全民健康保險法》第61條第三項：「前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及**藥品費用**，分別設定**分配比率**及**醫藥分帳**



制度。」第62條第四項：「藥品費用經保險人審查後，核付各保險醫事服務機構，其支付之費用，超出預先設定之藥品費用分配比率目標時，超出目標之額度，保險人於次一年度修正藥物給付項目及支付標準；其超出部分，應自當季之醫療給付費用總額中扣除，並依支出目標調整核付各保險醫事服務機構之費用。」健保制度靠「分配及分帳」？就已經匪夷所思；並推測藥品費用超過目標，一定是醫師濫開、猛開，所以要從醫療給付費用總額中扣除！這是什麼神邏輯？但是行政院衛生署（衛生福利部改制前）為落實全民健康保險整體藥品費用之管控策略，提升藥價調整制度之透明度與可預期性，並建立健保醫療費用之資源配置機制，爰將藥費總額支出目標制之試辦列為政策目標之一，並自102年1月1日起試辦二年。

為了使藥費支出成長在合理的範圍內，自102年1月1日起，健保將試辦「藥費支出目標制」二年，將藥費支出先預設一個目標值額度，年度結算藥費超出目標值，就啟動年度的藥價調整。實施藥費支出目標制，主要是以前一年的藥費（不包含中醫，含之成長率為4.436%）為基礎，並給予成長率（102年醫院、西醫基層及牙醫合併之成長率，合計為4.528%），預先設定藥費目標值，在年度結束後，如果實際藥費的支出超出預先設定目標值時，於下一年度調整藥價。舉例來說，如果一年的藥費目標值為1,400億元，實際藥費的支出為1,430億元，藥費超過30億元，則下一年必須調整藥價的額度為30億元。實施藥費

支出目標制對於保險對象就醫權益不影響，醫療院所仍依目前相關規定，提供醫療服務，藥品給付情形與現行作法相同，本試辦方案合理的成長率及調整後節省金額將作為新藥及新科技納入健保給付之用，並不影響民眾用藥權益（參考「健保審字第1020020944號公告」，中央健康保險局，民國102年2月8日及「健保試辦藥費支出目標制 強力管控藥費」焦點新聞，衛生福利部，民國102年3月5日）所謂「不影響民眾用藥權益」係指：單純有藥可用就好，不論藥效為何？

台大醫學院附設醫院院長余忠仁針對藥價議題表示，現行DET制度建立於先訪查各醫院的藥價差再逐年往下調降藥價，這會碰到「死亡螺旋」，導致健保給付價格下調、醫院再跟藥廠殺價，最後不符成本、藥廠不再生產，恐會衝擊藥物韌性，建議應全面檢討DET機制。另外，在藥物韌性整備方面，中華民國醫師公會全國聯合會前理事長周慶明說，應提升國產學名藥的使用率、擬定鼓勵機制推動使用國產原料藥、邀請業者開發必要藥品清單內的國內原料藥，以及鬆綁專利連結限制、放寬學名藥查驗登記條件等，以全面強化台灣製藥產業供應鏈自主性。（參考「台大醫院院長率先籲全面檢討DET機制 總統採納醫界建言」，撰稿編輯：劉玉秋，央廣新聞，2026-03-06）健保聲稱藥價全世界最低？為何需要年年調降藥價？難道真如藥界前輩黃教授所言：健保只有「藥價政策」！筆者也認同台灣（註：非單指健保）缺的是「藥品政策」！（圖二）



圖二 健保藥價支出增加！藥價直直落？（圖片來源：公視台語台20230718）

問題③：《全民健康保險法》第46條的內容為何？

解答：此處寫46條…推測指《全民健康保險法》第46條第一項：「保險人應依市場交易情形合理調整藥品價格；藥品逾專利期第一年起開始調降，於五年內依市場交易情形逐步調整至合理價格。」第二項：「前項調整作業程序及有關事項之辦法，由主管機關定之。」此條係每年例行作業，只針對「逾專利期的藥物」，與前題所稱「藥品費用支出目標制，DET」，並無相關。此條為落實藥費擰節並配合國際趨勢，剛過專利期的藥物仍維持現行制度，在專利到期後5年內每年檢討，並參考國際市場交易價格調整藥價。

健康台灣委員會日前舉行第7次會議，多名委員等專家都認為，現行DET制度需重新檢視，賴總統裁示自今年起暫停藥價調查三年（圖三），以利政府在期間進行更完整制度盤整與政策規劃，盤點藥品供應鏈、強化國家藥物韌性。（參考「衛福部：健保暫停藥價調查 專利到期藥如常降價」，中央社新聞，2026.03.08）根據《全民健康保險法》第46條規定，健保署有依藥價調查結果反映藥品支付價格的責任，以控制藥價在合理範圍，是管控藥費支出的法定工具。自108年起就已舉行多次藥品支付調整論壇，112年政府更宣布盤點核價及調價原則，召開多場溝通會議與專家會議，113年函文各團體表達意見，這是有法源



圖三 總統裁示健保藥價調查擬停3年
(圖片來源：公視新聞網 20260305)

依據、有程序的改革過程。醫改會表示，健保為全國民眾在市場上購買醫療服務，難道不需要掌握市場價格？藥價調查是健保合理給付的基礎，若沒有藥價調查與調整機制，健保就像矇著眼睛買東西，民眾用血汗錢所納的保費無法得到保障。同時呼籲，政治的手立即退出健保，政府應立即公開說明現行藥價調整制度改革現況，撤回抵觸法治的決定。(參考「賴總統裁示藥價調查暫停3年 醫改會轟凌駕法治：政治的手立即退出健保」，記者翁唯真／台北報導，聯合報，2026-03-06)

問題④：《全民健康保險藥物給付項目及支付標準》第34條規定為何？

解答：《全民健康保險藥物給付項目及支付標準》係依《全民健康保險法》第41條第二項規定訂定之。第34條：「有關罕見疾病用藥、不可替代特殊藥品及特殊藥品原則上尊重市場價格，其成分、劑型及規格為本標準已收載之項目，因匯率或成本變動等因素致支

付價格不敷成本者，由藥商或醫藥團體視需要提議訂定。適用之藥品如下：一、罕見疾病用藥：經主管機關公告為罕見疾病用藥，已收載於本標準或新提議訂定納入收載者。二、不可替代特殊藥品：於治療特定適應症無其他成分藥品可供替代之特殊藥品，並經藥物擬訂會議認定者。三、特殊藥品：本標準已收載項目，非屬不可替代但具臨床價值，且相較於其他可替代成分藥品價格便宜，並經藥物擬訂會議認定者。」所稱「罕見疾病用藥、不可替代特殊藥品」並非臨床上常用的藥品，只有「特殊藥品」還有模糊空間，可向健保署「建議提高藥品價格」？如果「提高藥品支付價格」不成，藥廠會降價委曲求全、還是以超過健保支付價出貨？相信答案已經明瞭！

每當健保署執行一波醫院藥品支付標準的調降，醫療院所（以醫院為主）為了維持一定程度的藥價差，就要再與藥廠進行議價，請廠商降價。然後健保署也會跟進調查新的藥品市售價，一年後發動另一波藥價調降，如此循環不已，直到藥價（**成本價**）低於健保署所設定的**基本價（支付價）**，或藥廠認為該藥品在台灣已無預期利潤，決定**停售或退出**為止。難怪台灣醫院管理的前輩—長庚醫院管理中心前主任莊逸洲曾無奈地表示：對於全民健保的絕大多數政策，醫院都多少還有方法可以因應，唯有對於**藥價調整政策**，真是一點辦法也沒有。因為面對藥價調降，醫院不能不跟藥廠議價，可是愈努力議價，結果是讓健保署調降更多藥價，自己的藥品利潤就縮減得更多，醫療院所

明明知道這是一種「自殺」行為（註：換言之，醫療院所的努力、官署只要坐享其成，公平嗎？），可是還是不得不做。於規模較小的醫院購買的藥品數量也較少，議價能力有限，因此購藥價格較高。可是健保署訂定藥品支付價時是採單一藥價，並不考慮醫院的規模，小醫院的藥價差一定比大醫院來得少，導致小醫院較難經營，以及醫院往大型化發展的結果。

（參考「我們願意為藥效付多少錢？健保藥價的難題」，文/周恬弘，康健雜誌，2019-05-15）¹⁴



《「副/福」業回顧》-32

醫療卓越及其他更多，
感恩馬偕牧師

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

最近兩年半多，在本刊這系列，回顧自己一向最有興趣去探討，戰前台灣「新」醫學的發展，這裡的「新」醫學，指西醫或洋醫。以前零零星星地寫了不少探討後的報導，大部份可說沒有系統。所以想能系統性地，回顧以前的報導，最先想到的就是回顧戰前台灣新醫學的發展。

上兩期，因為看到網站上，有二個機構評估世界的醫療照顧，列台灣為第一名。寫了一篇文章說，台灣人有此難能可貴的榮耀，感到光榮外，台灣人應感恩早期來台灣服務的歐美醫師¹。有一讀者來信，說台灣人也應感謝日據時代的醫療進展，接著寫了「感謝日據時代的政策、教育以及前輩」一文²。

接著又有人來問，馬偕牧師呢？馬偕不是醫師，應不屬於上面提到的第一篇文章的人物。其實那篇感恩早期歐美來台醫師的拙文¹，提馬偕牧師雖不是醫師，是對台灣包括醫療照顧，最有貢獻的人士。馬偕牧師不僅在醫療上，他對於台灣其他很多方面如教育、科學、語言、歐美交流等等，都貢獻很多。我個人從開始，想多瞭解台灣人新醫學的發展，就是從探討馬偕牧師開始，所以這期拙文特別感恩馬偕牧師，不只是醫療而是很多方面對台灣的貢獻。

探討醫療發展從馬偕牧師開始

自己很幸運從小，感謝父母親很注重教育，家裡從小就有買了一套小學生文庫，內有

很多講故事的書，很大部分是寫中、外的歷史故事，可以說從小學生開始，就對歷史有興趣。後來上了中學及大學後也一樣。雖然對歷史有興趣，那時只有去讀理、工、醫的念頭，從來沒有想到要當歷史學家，或寫有關歷史文章的念頭。

高中畢業後考上醫科，讀醫時對實驗室研究有興趣，畢業後來美國，也選擇走學術醫學路線，有實驗室研究的訓練，後來找到St Louis大學小兒科的教職。這大學的小兒科的教職人員很少，臨床工作很忙，只能於晚上及週末去實驗室辛苦研究。想不到工作不到兩年，小兒科主任不幸突然逝世，我小兒血液腫瘤組的同事，被選當代主任三年多，臨床工作更忙，無法作實驗室研究。想不到因不必晚上及週末到實驗室忙，反而有些業餘時間。開始時對園藝愛好，不久對台灣歷史文化有興趣，尤其有關醫學方面的，更是非常喜歡³。

開始想探討的，很自然地想到台灣「新」醫學醫療如何開始，及以後如何發展。那時對台灣醫學史就是相當無知，還是知道馬偕牧師，對台灣新醫學發展是非常重要的。最先就找有關馬偕的書開始，想不到那書上的「誤會及錯誤」，以後探討馬偕牧師的種種，變成以後最重要業餘工作。

探討馬偕牧師傳記的誤會及錯誤開始

剛開始時，還沒有Internet及Email，找資料都要靠閱讀找到的書／雜誌的文獻，或向前輩多多請教。開始時常麻煩親友回台灣買書，

寫信靠郵寄或傳真，傳真仍不普遍，開始時還必須到醫院院長辦公室才有。

最先從台灣買到本馬偕傳記：《馬偕博士在台灣》⁴。想從此先瞭解台灣新醫學如何開端。因為發現那書寫的一段故事，給我很大動機去探討。先簡單來寫這段故事：「馬偕與 Dr. Ringer 在台灣，共同解剖病人而發現肺吸蟲症，接著馬偕繼續研究，發現台灣人，愛吃浸酒但未煮熟的螃蟹，因此吃下的螃蟹體內仍活著的幼蟲，以後幼蟲在人體內成長，最後侵入肺部，就是人肺吸蟲症」。自己一讀此說法，就非常懷疑其可能性。

從學生時代讀寄生蟲學，就從沒有聽說過這種說法，不過我上寄生蟲學那年，主任教授剛好出國進修，改由一位美國人的客座教授教學，心想或許他不知道，是來台灣的馬偕牧師參與的發現及研究，所以美國人教授沒講。想自己必須多去探討，想不到這探討是自己這一生，最有意義的工作。

要證實那馬偕傳記書上的說法是對或錯誤，一定要去找各種文獻證實，首先找寄生蟲學文獻。查文獻才知道肺吸蟲症，跟台灣很有關聯。人的肺吸蟲症，最先由來過台灣的英國海關醫師萬巴德(Patrick Manson)發表，而且是在台灣發生，人肺吸蟲症的兩病例⁵。更發現研究肺吸蟲傳染人途徑的論文，是馬偕牧師逝世(1901年逝世)十幾年後，才由日本人中川幸庵醫師，把在台灣新竹做的研究，首先提出下面討論的醫學報告。

1913年才開始的肺吸蟲症研究

當中川幸庵被任命為新竹醫院院長時，因肺吸蟲症在新竹相當盛行，他決定要研究人如何得到肺吸蟲症。1913年他開始用動物來研究，中川醫師首先把肺吸蟲卵孵化成幼蟲，最先孵化出來的幼蟲，學術界稱為纖毛幼蟲(miracidia)，中川餵此種幼蟲給狗吃，但狗不會感染肺吸蟲症。他很努力尋找可能與此幼蟲相關的軟體動物、兩棲類動物、魚或昆蟲等等，花費了很多精神去研究，約一年後找到淡水螃蟹的肝及鰓內，有另種的幼蟲，現在稱囊狀幼蟲(metacercariae)，中川先將此幼蟲餵狗，狗可得肺吸蟲症。

他於1915年用日文發表，1916年用英文發表這試驗結果。以後他及更多人的繼續研究才發現，須要另一中間宿主的淡水螺，螺吃下上面提到的纖毛幼蟲，然後在螺體內演化為尾幼蟲(cecariae)，螃蟹吃下螺，尾幼蟲在螃蟹體內，再演化成囊狀幼蟲，又因為台灣人喜歡吃浸酒但未煮熟的螃蟹，因此吃下仍活著的囊狀幼蟲。幼蟲進入在人體內繼續成長，演化為成蟲並侵入肺部居住，人有了肺吸蟲症⁵。順便一提，其他地方如美國，不是由螃蟹而是由小龍蝦為此最後的囊狀幼蟲的宿主。

以上只簡略地寫肺吸蟲傳染到人的途徑，無法這裡詳細寫。雖寫得很簡略，想大家一定可感受醫學研究，不是很簡單，要有相當有關知識而且要花很大的工夫。中川醫師就很有功地研究，一年後才「幸運地」在螃蟹內臟找到

囊狀幼蟲，可使狗產生肺吸蟲症，這不是簡單的研究。若有興趣，想知道詳細些的探討經過，請看此系列的較短的拙文⁵，若要看更詳細的研究，請看登在《台灣文獻》雜誌一相當長的拙文⁶。另一拙著的書中，有五篇從台灣跟世界交流的觀點，較詳細地討論「肺吸蟲症與歐美的交流」⁷。

因誤會而寫出的報導

探討找到不少文獻，詳加研讀後，確定馬偕傳記《馬偕博士在台灣》中的報導，是錯誤的。連絡上這本馬偕傳記的作者，告訴他我探討文獻的報導，非常感謝傳記作者告知，原來是他聽馬偕外孫柯設偕長老，講台灣肺吸蟲感染人的研究，作者還說柯先生給他一日文文獻，作者說因不懂日語而未看。作者說他誤以為柯設偕長老所講的故事，是馬偕的研究，所以寫《馬偕博士在台灣》時，加上了上述的錯誤的故事，純是誤會而來。

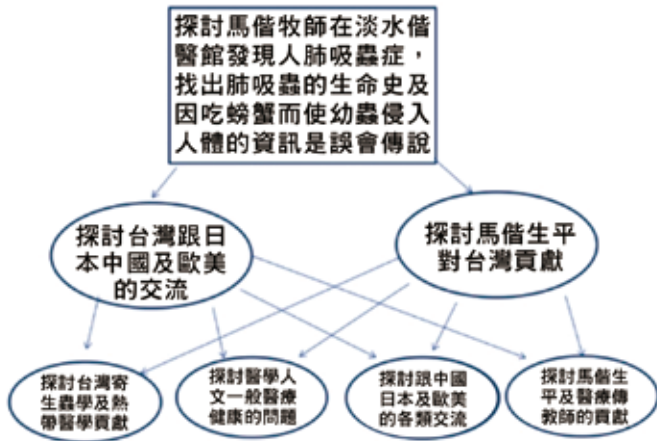
馬偕傳記的作者，會因為誤會而寫出這段錯誤的報導，並不是很離譜之事。以後看到書中這故事的幾位醫師、歷史學家或教會史專家，也沒懷疑地轉載這故事，因為他們都知道，馬偕是很有科學研究精神者，因為知道馬偕好學及喜歡研究，沒人懷疑這研究可能不是馬偕而是別人的研究工作。馬偕家中就收藏很多各類生物及礦物標本，家中有私人「博物館」，他們更知道他的研究精神。日本統治台灣後，曾有位日本總督去馬偕家訪問他，對他的私人博物館的收藏及他的研究很驚訝，後來還派人去拍照馬偕私人博物館及收藏。



圖一 馬偕博士在自己家中的研究室。

看圖一這種像片，就會很敬佩馬偕的收藏及其研究精神，怪不得《馬偕博士在台灣》傳記的作者，以及上述不少包括醫師及歷史學家，一樣沒懷疑沒去查訊。當然以後很多人，以訛傳訛地，把這錯誤故事寫到醫界、歷史界及教會的文獻中。當Internet開始普遍後，這些錯誤，就更容易地傳得更廣。

對這誤會而來的報導錯誤，自己花了很多工夫去探討，這探討對我而言非常重要，而且非常有價值。因為探討必須做到「上窮碧落下黃泉」，因此有很多資訊須要探討，譬如有關肺吸蟲的生物學資料，人肺吸蟲症的歷史，有關的寄生蟲其他種種資料。探討研究肺吸蟲的日本及其他地方的醫師或學者，以及其他地方肺吸蟲症的資料，當然很重要的，上述種種跟台灣到底有什麼關聯。



圖二 探討誤會的錯誤，因此瞭解馬偕的貢獻，台灣跟中國、日本及歐美的交流等資訊。

從這些探討中，更發現不少馬偕生涯及貢獻的資訊，當然再接再連下去，探討更多其他有關聯的資訊，譬如對醫療問題、醫學史、台灣跟日本、中國及歐美交流。對自己而言，最重要的是探討馬偕的生平及對台灣的貢獻。上面之圖，以前登過於此系列第二篇⁵，這裡再登出，可能使人更容易瞭解，為何以後有更多的探討（圖二）。

因為探討這誤會時，閱讀文獻更瞭解馬偕對台灣的貢獻。把找到的很多有關馬偕生涯及貢獻的資訊，整理後寫出不少文章，在各雜誌及報刊登過。馬偕博士是我去探討最多的人物。在本刊這《副/福業回顧》系列就有四篇「探討馬偕牧師的生涯、影響及貢獻」之文⁸⁻¹¹，以及另篇討論肺吸蟲的誤會及錯誤報導⁵。若有興趣請再閱讀，從這五篇，以及各篇後面的參考文獻中，可找到其他發表的資料。下面來繼續討論本文主題：台灣人對馬偕牧師

的感恩。

感恩馬偕醫療照顧的貢獻

他來台可能自修或有些醫學／牙醫訓練，並帶些西方藥品來，如治療瘧疾的奎寧，及對「膿瘡」有效的藥膏。他治病免費而有好效果，很快贏得人民的信任。不久後接受美國馬偕船長捐款，在淡水設立偕醫館，還邀請英國駐台灣北部的海關醫師，來偕醫館幫忙診治病人。雖不是牙醫師，他顯然去學過拔牙術，看他的日記，來台後很早就跟人拔牙，返北美休假時，還到紐約牙醫學校進修。馬偕牧師學習能力高強，很快地學會全身麻醉術，可幫忙醫師的手術，可說是台灣第一位麻醉師(anesthetist)¹²。

還有一重要的貢獻，深入偏鄉與山地，提供醫療及推廣衛生的觀念及健康教育，減少民眾當年的不少的傳染病。他要求訓練中的傳教師，去醫館學習基本醫療及衛生知識，以便廣傳保健知識。更重要是推動稱為「全人醫療」的服務精神，必須注重病人的精神，與醫界的人文關懷等^{4,8-9}。

就是因為馬偕為台灣人提供很多優良的醫療照顧，所以早在1912年，教會在台北創建新醫院，為了延續馬偕牧師對醫療的關懷精神，命名新醫院為「馬偕紀念醫院」。類似地，教會於2009年創辦醫學院時，命名「馬偕醫學院」，後來正式升格為「馬偕醫學大學」。醫院及醫學院／醫學大學，以馬偕命名，是馬偕牧師逝世後11年及108年後，就是台灣各界人



圖三 馬偕牧師辦的神學校是台灣第一個有黑板的教室。

士，表達對馬偕牧師在醫學照顧的感恩！

其他貢獻一樣值得感恩

馬偕牧師在宗教上有大貢獻，因為自己不是教徒，沒能力討論他在宗教上成就，就以為宗教而開啟的神學（宗教）教育來看。雖是神學教育，可說他為台灣開啟了，有「示範」性的教育，以後台灣教育的「標準」，所以教育方面，他對台灣大有貢獻。

就以神學校來說，是台灣現代教育的開端，神學校是台灣第一個有黑板的教學機構（圖三）。課程更是現代化的教育多元化，神學校的課程中，有地理、歷史、各種科學如數學、生物、物理等以及社會學等等，甚至還有體育的現代化教育¹⁰。

同時對女性的教育，馬偕及夫人是開端者。早在1884年就創建淡水女學堂，台灣第一所女子學校，以原住民及平埔族婦女開始，以後才有漢人女性加入。教授閱讀、寫字、算



圖四 三種（歌劇、布袋戲及歌仔戲）表演藝術出版品(CD)的封面。

術、以及各項家事等，馬偕牧師，對台灣現代教育有最大的貢獻。

馬偕在台灣很努力推廣現代的科學知識，除了上述各種教育上推動外，對人民的生活也盡量引入科學精神。他引進台灣缺乏，但很有用的植物，如現在很平常的蔬菜花椰菜、高麗菜等，他對台灣早期的農業科學有大貢獻。他還對台灣的自然生態有貢獻，甚至到北方小島探險，還留下自然生態的觀察小報告。

語言上更有大貢獻，一來台就努力學習福老台語，馬偕堅持使用生活的語言講道，上述各種教育的教材，包括科學討論也用台語。推廣羅馬拼音字（白話字），可是也跟學生一起學習漢字，編輯了《馬偕字典》等工作。

更有趣的在討論貢獻時，發現在台灣有歌劇《黑鬚馬偕》、布袋戲《馬偕在台灣》以及馬偕歌仔戲《大湧來拍岸·台灣子婿馬偕》等等藝術作品。這些都是台灣人對馬偕敬愛的藝術創作。詳細些的討論，請看此系列之拙文¹¹。這是台灣各界人士，對馬偕牧師感恩的最

好表態。

最後這裡必須強調，能收集廣泛有關馬偕的資訊，自己最要感謝賴永祥教授⁸。現在有《賴永祥長老史料庫》網站，其實還沒網路前，賴教授就提供很多資訊，尤其有關的醫療資料，現在史料庫中還有稱為「馬偕的周邊總檔」部分。之前他就出版很多有關教會的書⁸。賴永祥很長壽，有很好記憶力，自己曾用信、Email或電話，尋問他數十次，感謝賴教授總不厭其煩地，提供不少資料。還要感謝馬偕孫女Margret Mackay及曾外孫柯大關先生，寫信給他們，不但回答尋問的資訊。孫女Margret，還親自到加拿大教會母會，去搜尋資料，並影印資料給我。當然也要感謝多次去訪同的馬偕醫院，以及真理大學南北兩校區，以及各教會醫院等，提供很多書及出版品，如周年紀念冊等。

現在更該感謝本會歷任的會長、會刊總編輯及執行編輯等，二年半來接受拙文稿，刊登寫這回顧系列。一樣要向讀者致謝，有些還經常來信鼓勵，甚至再轉拙文給他們的親友。下一期將轉換主題，二年半來討論戰前「新」醫學發展的主題將結束。下次開始將回顧不一樣的題材。

參考文獻

1. 朱真一：《副/福業回顧》-30台灣醫療照顧卓越；感恩艱幸的愛開啓者。台北市醫師公會會刊2026; 70(2): 72-7。
2. 朱真一：《副/福業回顧》-31台灣醫療照顧

卓越；感謝日據時代的政策、教育及前輩。台北市醫師公會會刊2026; 70(3): 83-9。

3. 朱真一：《副/福業回顧》-1有「緣」得福；回顧有「福」之業。台北市醫師公會會刊2023; 67(9): 87-9。
4. 陳宏文：馬偕博士在台灣（增訂版）。1997; 基督中國主日學，台北市。
5. 朱真一：《副/福業回顧》-2探討馬偕牧師誤會的「緣」與「福」。台北市醫師公會會刊 2023; 67(10): 90-5。
6. 朱真一：馬偕牧師與偕醫館發現肺吸蟲症的誤會。台灣文獻2021; 61(1): 332-50。
7. 朱真一：從醫界看早期台灣與歐美的交流。2007; 望春風文化，新莊市。
8. 朱真一：《副/福業回顧》-3探討馬偕牧師的生涯、影響及貢獻-1。台北市醫師公會會刊2023; 67(11): 86-91。
9. 朱真一：《副/福業回顧》-4探討馬偕牧師的生涯、影響及貢獻-2。台北市醫師公會會刊2023; 67(12): 87-92。
10. 朱真一：《副/福業回顧》-5探討馬偕牧師的生涯、影響及貢獻-3。台北市醫師公會會刊2024; 68(1): 89-94。
11. 朱真一：《副/福業回顧》-6探討馬偕牧師的生涯、影響及貢獻-4。台北市醫師公會會刊2024; 68(2): 85-9。
12. 朱真一：馬偕麻醉拔牙及訪牙醫。台北市醫師公會會刊2016; 60 (1): 81-5。✉

重要政令轉知會員

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

115.01.08 全醫聯字第115000023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11月15日至114年12月31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～附件七）供參，請依「個人資料保護法」辦理，若要丟棄本文件，務請銷毀後丟棄，如函文內容有其他疑義請洽健保署承辦人。
- 五、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

附件

分區	院所違規態樣 (摘要節錄)	處分條款 (條文摘要節錄)	處分結果	處分 月份
台北	有以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而虛報醫療費用之情事(附件一)。	特管辦法第39條第4款規定,於特約期間有其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述,申報醫療費用者,保險人應予停約1至3個月。	停約1個月,期間自115年3月1日起至115年3月31日止。	114年 12月
北區	有「未診治保險對象,卻自創就醫紀錄,虛報醫療費用」、「以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述,申報醫療費用」及「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」等情事(附件二)。	特管辦法第37條第1項第2款規定,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10倍金額。 再依同辦法第39條第3款、第4款規定,未診治保險對象,卻自創就醫紀錄,虛報醫療費用者,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2個月,期間自115年1月1日起至115年2月28日止;並予追扣(3年裁處權時效內)虛報金額計24,146元;追扣醫療費用計50,722元,扣減其醫療費用之10倍金額計507,220元,共計557,942元;另追扣醫療費用27,177點。	114年 12月
	有未經醫師診斷逕行提供醫事服務之情事(附件三)。	特管辦法第37條第1項第2款規定,有未經醫師診斷逕行提供醫事服務者,以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算,扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額。	不給付醫療費用355元;併扣減10倍醫療費用元3,550元。	114年 12月
中區	有「以不正當行為或虛偽之證明、報告或陳述,申報醫療費用」、「未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務」等情事(附件四)。	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。	停止特約1個月,期間自115年2月1日起至115年2月28日止;扣減申報之相關醫療費用之十倍金額1,040元及追扣醫療費用43,551元。	114年 11月
	有全時段非藥事人員調劑,卻以藥事人員名義申報藥事費用,違規虛報點數超過25萬點,情節重大之情事(附件五)。	特管辦法第40條第1項第2款規定,保險醫事服務機構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3月1日起終止特約,並自終止特約之日起1年內不得再申請特約。	114年 12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
南區	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2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,以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算,扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額。	追扣醫療費用計149元,應扣減申報相關醫療費用之10倍金額計1,490元,合計1,639元,另追扣不支付醫療費用計1,522元。	114年 12月
高屏	有「以不正當行為或以虛偽之證明、報告申報醫療費用」及「未以實際看診醫師名義申報醫療費用」等情事(附件七)。	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2個月,期間自115年2月1日起至115年3月31日止,並追扣虛報醫療費用33,130元。	114年 11月

為保全小兒麻痺症根除成果，請持續加強急性無力肢體麻痺(AFP)監視作業

臺北市政府衛生局

115.01.21 北市衛疾字第1153065793號

受文者：台北市醫師公會

主旨：為保全小兒麻痺症根除成果，請貴院持續加強急性無力肢體麻痺(AFP)監視作業，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部疾病管制署115年1月20日疾管防字第1150200022號函辦理。
- 二、AFP監視系統係為小兒麻痺症根除成果保全而建立，世界衛生組織(WHO)針對AFP個案通報、採檢、疫調及實驗室診斷訂有相關評估指標及規範。為確保監視系統具備足夠敏感度，WHO建議全國小於15歲人口之AFP年發生率應不低於10萬分之1，且80%以上的AFP個案應於發病後14天內完成2次適當糞便檢體採檢(間隔至少24小時)，先予敘明。
- 三、115年度本市15歲(不含)以下AFP個案監視目標值為3名，請貴院加強AFP診斷及通報，並依規定於通報後儘速於發病後14天內採集個案2次糞便檢體(至少間隔24小時)，以及咽喉擦拭液1次，以達通報目標值及確保監視之品質。
- 四、本文相關訊息刊登於本會網站。[📄](#)

醫療機構施行特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第26條之「特定美容醫學手術項目」應檢具資料

臺北市政府衛生局

115.01.21 北市衛醫字第1153065556號

受文者：台北市醫師公會

主旨：有關醫療機構施行特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法第26條之「特定美容醫學手術項目」應檢具資料一事，敬請協助轉知會員，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部115年1月20日衛部醫字第1150101762號函辦理。
- 二、特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法（下稱特管辦法）修正條文，業自115年1月1日發布施行，合先敘明。
- 三、按特管辦法第4條第1項規定：「醫療機構施行第二十六條所定特定美容醫學手術項目時，應檢具下列文件、資料，向直轄市、縣（市）主管機關申請核准與登記，始得為之：一、手術醫師之專科醫師證書。二、第25條所定相關訓練證明。三、緊急後送轉診計畫。四、取得與未取得中央主管機關公告認可機關、機構、法人、學會、協會之認證情形。」。
- 四、次按特管辦法第25條規定略以，施行美容醫學手術之醫師，應為專科醫師分科及甄審辦法所定外科、骨科、神經外科、整形外科、泌尿科、婦產科、眼科、耳鼻喉科及皮膚科之專科醫師，且應完成中央主管機關認可之學會所舉辦美容醫學手術相關訓練課程至少32小時，並取得證明。
- 五、前開訓練課程應符合衛生福利部108年5月21日衛部醫字第1081663112號公告「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法特定美容醫學手術醫師訓練課程及手術案例認定要點」（網址：<https://dep.mohw.gov.tw/DOMA/cp-3240-47692-106.html>）。
- 六、本文相關訊息刊登於本會網站。⊕

食品藥物管理署配合「再生醫療細胞操作管理辦法」之施行，細胞操作許可之申請與前已取得細胞製備場所認可之銜接相關事宜

中華民國醫師公會全國聯合會

115.01.23 全醫聯字第1150000095號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部食品藥物管理署配合「再生醫療細胞操作管理辦法」之施行，細胞操作許可之申請與前已取得細胞製備場所認可之銜接相關事宜，如附件，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部食品藥物管理署115年1月21日FDA品字第1151100003號函辦理。
- 二、本文相關訊息刊登於本會網站。📄

衛生福利部函知公費疫苗接種處置費，自115年3月1日起（依接種日期）調整

中華民國醫師公會全國聯合會

115.01.26 全醫聯字第1150000104號

受文者：台北市醫師公會

主旨：衛生福利部函知公費疫苗接種處置費，自115年3月1日起（依接種日期）調整為6歲以下（接種時未滿7歲）幼兒每劑次新臺幣200元，其餘接種對象每劑次新臺幣150元，詳如附件，請查照轉知所屬會員知悉。

說明：

- 一、依衛生福利部115年1月16日衛授疾字第1150200044號函副本辦理。
- 二、公費疫苗接種處置費之核付，自115年3月1日起由疾病管制署每月依旨揭調升金額以全國性預防接種資訊管理系統(NIIS)核算核付清冊函請本部中央健康保險署撥付，取消原有申報作業，該署前以114年12月29日疾管防字第1140201156號函知貴局，諒達。檢附配合接種處置費調升實施日期修訂之「兒童常規疫苗、成人肺炎鏈球菌疫苗、新冠疫苗及流感疫苗接種處置費補助作業計畫」（115年1月版），請各接種單位依循各期程核付方式辦理。
- 三、本文相關訊息刊登於本會網站。📄

食品藥物管理署「管制藥品相關證照線上申辦平台」系統操作手冊

中華民國醫師公會全國聯合會


115.02.11 全醫聯字第1150000181號

受文者：台北市醫師公會

主旨：檢送衛生福利部食品藥物管理署「管制藥品相關證照線上申辦平台」系統操作手冊乙本，請查照。

說明：

- 一、依據財團法人醫藥工業技術發展中心115年1月12日藥技產發字第11500000280號函辦理（附件）。

- 二、食品藥物管理署已開放「管制藥品使用執照新申請、變更登記及繳還」、「管制藥品登記證新申請」、「醫藥教育研究試驗計畫使用管制藥品新申請及變更申請」、「第一、二級管制藥品增量申請」及「第一、二級管制藥品運輸憑照申請」等項目可辦理線上申辦。
- 三、財團法人醫藥工業技術發展中心受食品藥物管理署委託，協助編纂「管制藥品相關證照線上申辦平台」系統操作手冊，詳如附件。
- 四、本文相關訊息刊登於本會網站。

疾病管制署新修訂「醫療機構因應COVID-19 感染管制措施指引」

中華民國醫師公會全國聯合會

115.02.12 全醫聯字第1150000184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修訂「醫療機構因應COVID-19 感染管制措施指引」，請轉知所屬會員，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部疾病管制署115年2月9日疾管感字第1150500017A號函副本辦理。
- 二、為防範COVID-19於醫療機構造成傳播，該署訂有「醫療機構因應COVID-19感染管制措施指引」。
- 三、考量新型冠狀病毒引起之COVID-19已有預防及治療方法，且WHO、美國及新加坡並已陸續調整新冠病毒之危險群等級、實驗室生物安全操作等級、包裝等級要求及運送規範等，該署已修訂「新型冠狀病毒(SARS-CoV-2)之實驗室生物安全指引」，並同步修訂旨揭指引有關檢體傳送建議內容，以符合國際趨勢與實務運作需求，修正說明說明如下：
 - (一) 所有檢體屬感染性物質，運送時應置於堅固、密封且防漏之雙層容器中，避免打翻或潑灑，並載明檢體相關資訊（如：品項名稱、採檢時間、採檢地點、採檢人及檢驗項目等）。
 - (二) 疑似或經檢驗含有新冠病毒之臨床檢體，視為具潛在感染性，應進行運送流程之特定風險評估可行，且經生物安全會同意後，始得以氣送管系統(pneumatic tube systems；PTS)運送。
 - (三) 使用PTS運送時，相關工作人員應先接受安全操作、檢體處理及溢出物處理程序之相關教育訓練。

- 四、請轉知所屬會員配合落實於照護疑似/感染COVID-19病人時採取適當感染管制措施，以及檢體運送等規範，降低疾病傳播風險。
- 五、旨揭指引電子檔案已置於疾病管制署全球資訊網（網址：www.cdc.gov.tw）之「首頁>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>醫療照護機構感染管制相關指引專區」項下，請自行下載參閱。
- 六、本文相關訊息刊登於本會網站。📄

國民健康署委託中華民國營養師公會全國聯合會製作「代謝症候群飲食營養系列」簡報及短影音，請協助推廣並利用

臺北市政府衛生局

115.02.13 北市衛健字第1153072105號

受文者：台北市醫師公會

主旨：有關衛生福利部國民健康署委託中華民國營養師公會全國聯合會製作「代謝症候群飲食營養系列」簡報及短影音，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115年2月10日國健社字第1150260218號函辦理。
- 二、為提升國人營養健康素養，使其認識代謝症候群及健康生活型態，並建立正確飲食觀念，健康署製作旨揭簡報及短影音，下載連結如下：
 - (一) 簡報：請自「健康九九網站+」（網址：<https://health99.hpa.gov.tw/>）衛教資源/其他下載，並隨文附上簡報備忘錄（連結：<https://reurl.cc/Vmrz1n>）供參考。
 - (二) 短影音：雲端連結（網址：<https://pse.is/8paybj>），僅供作為教材使用。
- 三、本文相關訊息刊登於本會網站。📄

衛生福利部函釋醫事人員依法應完成繼續教育積分所需之受訓時間，屬勞動基準法所稱工作時間

中華民國醫師公會全國聯合會

115.02.23 全醫聯字第1150000195號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部函釋醫事人員依法應完成繼續教育積分所需之受訓時間，屬勞動基準法所稱工作時間，並依勞工請假規則、公務人員請假規則等規定給予公假，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部115年2月9日衛部醫字第1151661216號函（如附件）辦理。
- 二、依勞動部114年10月22日勞動條3字第1140085979號函（如附件），勞動基準法所稱工作時間，指勞工於雇主指揮監督下，於雇主之設施內或指定場所，提供勞務及受令等待提供勞務之時間；爰事業單位要求勞工參加與業務有關之在職訓練，其訓練時間應計入工作時間。
- 三、參考上開函示意旨，醫事人員依法應完成繼續教育積分所需受訓時間，屬工作時間，並依勞工請假規則、公務人員請假規則.....等規定給予公假。個別醫事人員接受逾法定積分數之繼續教育受訓時間，如符合上開勞動部函示所稱「業務相關在職訓練」，亦請納入工作時間或給予公假。本部114年12月26日衛部醫字第1141671119號函，應予補充。
- 四、本文相關訊息刊登於本會網站。⊕

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

115.02.24 全醫聯字第1150000207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115年1月2日至115年2月13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	有以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述暨容留未具醫師資格之人員為保險對象執行醫療業務之情事（附件一）。	特管辦法第39條第4款及第5款規定，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，及保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員，為保險對象執行醫療業務，申報醫療費用者，保險人應予停約1至3個月。	停止特約3個月，期間自115年4月1日起至115年6月30日止。	115年 1月
	有以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而虛報醫療費用之情事（附件二）。	特管辦法第39條第4款規定，有其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用者，保險人應予停約1至3個月。	停約1個月，期間自115年4月1日起至115年4月30日止。	115年 2月
	有以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而虛報醫療費用之情事（附件三）。	特管辦法第39條第4款規定，有其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用者，保險人應予停約1至3個月。	停約1個月，期間自115年4月1日起至115年4月30日止。	115年 2月
	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」、「利用民眾因考照自費體檢，未因病就醫卻申報醫療費用」等情事（附件四）。	特管辦法第39條第2款及第4款規定，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，及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。 特管辦法第40條第1項第1款規定，有依前條規定受停約，經執行完畢後五年內再有前條規定之一者，保險人予以終止特約。	自115年5月1日起終止特約，並自終止特約之日起1年內，不得再申請特約。	115年 2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
	有以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，而虛報醫療費用之情事(附件五)。	特管辦法第39條第4款規定，有其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用者，保險人應予停約1至3個月。	停約1個月，期間自115年5月1日起至115年5月31日止。	115年 2月
中區	有「未依處方箋、病例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。	扣減10被醫療費用計13,420元，暨追扣醫療費用1,342元。	115年 1月
	有自立名目向保險對象收取費用情事(附件七)。	特管辦法第36條第2款，有違反第十條至第十四條、第十六條至第十七條、第二十五條、第三十二條第二項、第三十三條或第三十四條規定者，由保險人予以違約記點一點。(違反第13條)	退還保險對象已收取之費用，另處以5倍罰鍰，共計3600元，及違規記點一次。	115年 1月
	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(附件八)。	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。	扣減10倍醫療費用新台幣13,080元，追扣醫療費用新台幣16,754元。	115年 1月
高屏	有「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，登陸就醫並申報醫療費用」、「保險對象接受預防保健或領取慢箋用藥當日，並無疾病需求就醫及領藥，卻申報醫療費用」等違規情事(附件九)。	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5月1日起終止特約，並自終止特約之日起1年內，不得再申請特約。	115年 2月

國民健康署公告尼古清戒菸口含錠納入戒菸服務補助計畫之戒菸輔助用藥品項暨修正「戒菸輔助用藥品項與補助基準」，自115年3月1日起生效

中華民國醫師公會全國聯合會

115.02.24 全醫聯字第1150000206號

受文者：台北市醫師公會

主旨：衛生福利部國民健康署公告尼古清戒菸口含錠納入戒菸服務補助計畫之戒菸輔助用藥品項暨修正「戒菸輔助用藥品項與補助基準」，自115年3月1日起生效，請轉知所屬會員，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部115年2月10日國健教字第11507601721A號函副本辦理。
- 二、旨揭新增藥品補助額度如下，並自115年3月1日起核付：
 - (一)「尼古清戒菸口含錠2毫克」：藥品代碼B029054100，補助額度為新臺幣6元及「尼古清戒菸口含錠4毫克」：藥品代碼B029055100，補助額度為8元。
 - (二)「戒菸服務用藥原則」詳參附件。
- 三、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。🌐

「114-115年度COVID-19疫苗接種計畫」公費接種對象擴大為「滿6個月以上尚未接種之民眾」延長至115年4月30日止

中華民國醫師公會全國聯合會

115.02.26 全醫聯字第1150000215號

受文者：台北市醫師公會

主旨：衛生福利部函知「114-115年度COVID-19疫苗接種計畫」公費接種對象擴大為「滿6個月以上尚未接種之民眾」延長至115年4月30日止，請轉知所屬會員，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部115年2月23日衛授疾字第1150200190號函副本辦理。
- 二、疾病管制署疫情監測資料顯示，近期國際間COVID-19疫情上升，復考量近2年國內夏季均有發生疫情，且經評估國內疫苗充足，爰為提早防範疫情，經諮詢ACIP委員，前揭擴大COVID-19疫苗公費接種對象措施延長至本年4月30日止，詳如附件。
- 三、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。🌐

本會學術教育課程表

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
115.04.24	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