



# 台北市醫師公會會刊



- 失焦的大腦：成人ADHD神經路徑與診療新觀點
- 淺談代謝相關脂肪肝病(MASLD)中的器官串聯
- 第二型糖尿病精準醫療：臨床分群與治療新策

# 目錄

## Contents

常務理事的話	AI智慧與醫療風險管理：建構智慧的健康與照護 周迺寬	2
會務公告	「杏林獎」表揚標準及推薦辦法	4
	第卅四屆「杏林獎」推薦表	5
	「青年杏林獎」表揚標準及推薦辦法	7
	第十五屆「青年杏林獎」推薦表	8
	「傑出女醫師獎」表揚標準及推薦辦法	9
	第一屆「傑出女醫師獎」推薦表	10
	徵求本會會刊封面照片	12
	台北市醫師公會會刊封面照片投稿資料表	13
	一一五年資深醫師申請表	14
會議紀錄	理監事聯席會會議紀錄	16
醫事法律	間皮瘤—臺灣臺北地方法院112年度重勞訴字 陳韋彤、葛 謹	38
	第63號民事判決評析	
學術專論	失焦的大腦：成人ADHD神經路徑與診療新觀點 林明慧	48
	淺談代謝相關脂肪肝病(MASLD)中的器官串聯 楊盈盈、侯明志、葉筱芸、 沈曉津、黃加璋、黎子豪	55
	第二型糖尿病精準醫療：臨床分群與治療新策 黃捷敏、許馨尹	60

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：黃偉新

本期副執行編輯：王瀛標

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.4

P.48

P.74

P.79

P.88

活動預告	115年會員分區座談會		68
	個人桌球聯誼賽		69
	羽毛球賽		70
	游泳比賽		71
	桌球團體聯誼賽		72
	新世代癌症生物標記之開發經驗分享講座		73
會員園地	懷念與追思／服務欄		74
	開懷篇	陳志鑫	75
	攝影秀—石門漁港懸日	台北市醫師公會攝影社	76
杏林隨筆	Reach Out and Read展臂閱讀	程劭文	78
生活醫療法律	醫療法律生活化系列(161)	李志宏	79
	健保31週年—數位發展的新里程碑？		
醫林特稿	《「副/福」業回顧》-33	朱真一	88
	求真第一(1)：意識形態及扭曲史實		
醫政公文	重要政令轉知會員		94
繼續教育	本會學術教育課程表		96
投稿簡則	歡迎惠賜稿件		封底裡
廣告資訊	振興醫院 15·玉山金控 37/47		

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：科技的方圓之間

充滿現代科技的南港，展覽館、購物中心、五星飯店令人目不暇給。在魔幻方正的一隅，融合圓滑溫潤的流暢曲線，別具風味。

作者：陳玄祥

服務院所：漂亮101皮膚科診所

# AI智慧與醫療風險管理： 建構智慧的健康與照護

國立臺灣大學醫學院附設醫院外科 周迺寬

因應全球人口正快速老化與慢性病盛行著，在宅醫療與社區照護需求持續攀升，傳統以醫院為核心的醫療體系正面臨轉型壓力，未來主要醫療將朝向智慧化、系統化、分散式與以人為本的方向發展。然而，當前在宅醫療服務橫跨醫院、診所與居家護理機構等多層體系，卻普遍存在資料分散、格式不一與缺乏標準化的問題，導致跨系統整合困難，團隊協作效率低落，醫事人員往往需重複登錄與申報資料，不僅增加行政負擔，也影響照護資訊的即時性與完整性，進而削弱整體醫療品質。對此建構一個整合性的在宅醫療照護資訊平台，已成為智慧醫療發展的重要課題。此平台應以病人為中心，整合醫院、診所、養護所及社區照護資源，實現「一次登錄、多方共享」的資料管理模式，並能介接多元應用服務，如個人健康資料存摺、遠距醫療系統與健康監測平台。透過個人資料歸戶機制，不僅能提升醫療決策的精準性，也能強化民眾自我健康管理的能力，真正落實以人為本的智慧照護。

在政策與產業推動面向，跨部會合作扮演關鍵角色。透過整合科技研發、臨床驗證與產業應用，可加速創新醫療技術落地。譬如由經濟部技術處推動的跨域整合實驗場域，串聯產業、研究機構與醫療體系，建立從研發到臨床驗證的完整鏈結。研究機構可提供遠距醫療、居家照護與智慧感測等技術，並與企業共同開發產品；醫院則作為臨床驗證區域，確保技術符合實務需求。透過產業、研發、醫療三方協

作，不僅可縮短產品開發週期，也有助於拓展國際市場，形成具競爭力的智慧醫療產業生態系。面臨技術面上，人工智慧、大數據分析與物聯網設備的整合，正重新定義健康照護的模式。穿戴式健康監測裝置可即時蒐集生理數據，例如心率、血壓與睡眠品質，並透過雲端平台進行分析。AI系統可進一步判讀這些數據，提供疾病預警與健康建議。在救護車上即可將心電圖資料即時傳輸至醫療雲端，由AI輔助判讀，協助醫師及早診斷心血管疾病，提升急救成功率。這類「軟體+硬體」整合的智慧醫療系統，不僅能應用於城市醫療，也可以延伸至偏鄉與資源不足地區，縮小醫療差距。

在此同時AI導入醫療體系，也帶來新的風險與挑戰。主要先是資料安全與隱私保護問題，醫療資料屬於高度敏感資訊，一旦外洩，將對個人造成重大影響。所以建立完善的資安防護機制與資料治理制度，是智慧醫療發展的基石。其次是AI決策透明度與責任歸屬問題，當AI參與診斷或治療建議時，若發生醫療爭議，責任應由誰承擔？如何確保AI判斷的可解釋性與公平性？這些都是極待釐清的法律與倫理議題。醫療風險管理的概念也需隨著科技發展進一步再深化，大型醫療科技計畫的推動，與公共行政程序有許多相似之處，從目標設定、風險評估到流程設計與監督機制，都需要嚴謹的規劃與審查。醫療倫理審查制度在此扮演重要角色，確保新的技術在應用前已經充分評估其安全性與倫理性，並借鏡國際經驗，

透過跨國學術交流與制度比較，有助於完善我國在數位治理與智慧醫療法制上的發展。

從產業發展角度來看，智慧醫療結合半導體、資通訊與生技醫藥等多元領域，具有高度跨領域特性，透過「硬體+服務+大數據」的整合模式，可打造全新的健康照護生態系。企業若能結合軟硬體研發能力與臨床應用經驗，將可在全球健康市場中占有一席之地。將來這些創新應用將不僅限於醫療機構，也將深入家庭與日常生活，涵蓋居家照護、日間照顧、睡眠管理及健康保險等多元領域，創造更多元的商業模式與服務價值。值得注意的是，智慧醫療的最終目標並非取代醫護人員，而是輔助其提供更高品質的照護。AI可協助第一線醫護人員快速取得完整資訊，提升診療效率，並減少人為錯誤，同時也可透過即時數據分析與預測模型，可促進預防醫學的發展，讓醫療從「治療導向」轉向「預防導向」。在這過程中，醫病關係也有機會更加緊密與互信，因為資訊更透明、溝通更即時。

最終，AI智慧醫療的發展，為提升醫療品質與效率帶來前所未有的契機，但同時也伴隨著制度、倫理與風險管理的挑戰，唯有在科技創新與制度治理之間取得平衡，建立安全、可信賴的醫療環境，才能讓智慧醫療真正落實於臨床與生活之中。未來，透過跨領域整合與國際合作，台灣有機會在全球智慧醫療產業中扮演關鍵角色，實現「將健康帶給每一個人、每一個家庭，乃至全世界每一個角落」的願景。🌍



# 「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）。

# 「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)

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)

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

**甄選結果：**經本會編輯委員會審核通過後，由本會安排刊登日期。

**備註：**

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

# 台北市醫師公會會刊 封面照片投稿資料表

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

(30-50字)

## 一、注意事項

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

## 二、著作權聲明書與授權書

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

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

此致

台北市醫師公會

立書人簽章：

身分證字號：

日期：            年            月            日

\*報名表填寫超過一頁者，請以雙面列印！謝謝！

# 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55年資深醫師：民國60年12月底
滿35年資深醫師：民國80年12月底	滿60年資深醫師：民國55年12月底
滿40年資深醫師：民國75年12月底	滿65年資深醫師：民國50年12月底
滿45年資深醫師：民國70年12月底	滿70年資深醫師：民國45年12月底
滿50年資深醫師：民國65年12月底	滿75年資深醫師：民國40年12月底



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

**老年醫學科**

具老年醫學專科醫師證書

**婦 產 部**

具婦產專科醫師證書

應徵資格

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



電話 | 02-2826-4400分機8617 吳先生

E-mail | [apply@chgh.org.tw](mailto:apply@chgh.org.tw)

意者請備履歷(附照片)、證照(影本) 逕寄

112台北市北投區振興街45號 人事室收

**振興宗旨**  
**慈善心 服務情**

# 理監事聯席會會議紀錄

**期別：**第二十屆第十四次

**時間：**一一五年三月十一日（星期三）下午一時

**地點：**台北市醫師公會16樓會議室（實體暨視訊）

**理事出席：**洪德仁、周迺寬、周賢章、林應然、張文瀚、蔡有成、詹前俊、劉漢宗

**理事視訊：**蕭勝煌、侯明志、簡志誠、黃國晉、黃聰仁、黃集仁、李龍騰、黃國欽、孫建偉、周裕清、曾令民、邱展賢、詹益祥、洪佑承、程劭儀

**理事請假：**蔡建松、陳作孝、殷偉賢、李偉強

**監事出席：**劉秀雯、張孟源、盧異光

**監事視訊：**婁培人、洪乙仁、蔡景耀、陳美齡、陳獻明

**監事請假：**許希賢

**列席：**邱泰源榮譽理事長、李明濱顧問、彭瑞鵬顧問、高尚志召委、陳彥元執行長（視訊）

**主席：**洪德仁理事長

**記錄：**陳怡璇

## 壹、報告事項

### 一、主席報告

#### 洪德仁理事長

邱榮譽理事長、劉監事長、彭顧問、李顧問，以及今日實體與線上出席之各位理監事，大家午安。首先，向各位理監事及幹部拜個晚年，敬祝大家新春愉快、萬事順遂、馬到成功。

公會已規劃於五月二十一日至二十五日組團前往日本大阪拜訪大阪府醫師會，兩會自1981年締結姐妹會以來已有四十餘年，歷史悠久。為彰顯此歷史傳承之珍貴情誼，我提供當年締結姐妹會日文版協議書供對方參考。並將於抵達首日，偕同桃園市醫師公會共同舉辦「長期照護與健康政策交流座談暨歡迎晚宴」，持續深化台日醫療交流合作，相關經費補助案也提請本次會議審議，敬請理監事踴躍報名參與；另本會於三月二十二日承辦「北東部暨金馬十二縣市醫師公會醫政研討會」，屆時亦請各位理監事撥冗踴躍出席協助接待。在醫師權益爭取方面，近期全聯會已拜會財政部，積極爭取「非適用勞動基準法」之主治醫師值班與加班費納入減稅或免稅範疇，惟因時程已近年度費用標準公告，今年適用可能性較低，這會造成不小的衝擊。目前已透過立法委員王正旭、林月琴、賴惠員等，協助建請衛福部召開緊急會議，研議由具備完整加班值班紀錄之醫院優先試辦之可行性，全聯會後續也將會發布聲明提醒會員及早因應。

此外，今年適逢本會迎來創會一百週年，自去年起規劃舉辦之「大師系列講座」，已完成十八場，預計共二十二場。每場參與人數均逾400人，反應熱烈，預計於六至七月邀請賴總統擔任壓軸演講，並於年底醫師節大會前彙整出版成果專輯，整體經費預估逾200萬元。財務管理與資產活化方面，信義會館六、七樓已順利出租，租期約十年，預估每年可為公會挹注約240萬元租金收入。本屆理監事任期將

於九月屆滿，預訂於四月八日理監事聯席會議提案討論選務規劃。同時也規劃了七月廿五日至廿六日辦理國內姊妹會聯誼活動，敬邀各位踴躍參與。最後，感謝各位幹部於公會搬遷與裝修期間的辛勞付出，使得本會能維持穩健財務與會務正常運作，特此致上誠摯謝忱。

以下為近期推展業務，理監事如有需補充，歡迎踴躍提出。

- (一) 一月十五日本會偕同本會深耕計劃推動委員會委員的林應然常務理事及學者專家廖宏恩老師，赴韓國原州市延世大學交流「健康促進政策與社會處方」推動之經驗。韓國由大學主導，深入教堂與社區機構推動健康促進；台北市則由醫師公會整合，由診所醫師開立社會處方並媒合在地NGO執行，兩國模式各具特色，具持續交流與研究價值。南恩宇教授指出，韓國以健康城市為基礎，逐步擴展至生活型態改善與慢性病防治，並朝立法制度化發展。韓國南教授也安排前往國民健康保險公團(NHIS)拜會，並交流健保制度與醫療政策。同時，也參訪原州市社會福祉服務中心，了解其長期推動弱勢關懷與社區支持服務，展現韓國社會深厚的公益精神。
- (二) 新春聯誼餐會已於三月七日假大直典華六樓花田好事廳圓滿舉行，席開22桌。出席貴賓包括衛福部醫事司卓琍萍簡任技正、社會局姚淑文局長、衛生局官碧蓮簡任技正、衛生局醫事科吳岱穎科長及各民意代表等，本會理監事、代表、委員、組長等

幹部，亦偕同配偶出席。餐會中除致贈一一四年度友善無障礙診所輔導及認證計畫之身心障礙團體及專家等感謝狀外，同時頒發友善無障礙友善認證診所獎牌、一位獲本會獎助學金暨成績優異同學獎狀、九位獲財團法人杏林春暖基金會暨成績優異同學獎狀、學術榮譽獎狀予會刊學術專論一一三年度華藝網路平台下載量多作者，以及醫婦會熱心公益服務獎狀，感謝其成員長期協助本會社會服務委員會推動各項社會服務活動。

- (三) 三月二十二日本會承辦「北東暨金馬十二縣市醫師公會理事長、常務理監事暨總幹事」醫政研討會，本活動由北東暨金馬12個縣市醫師公會每三個月輪流承辦。三月份原預定由金門縣醫師公會承辦，本會則預定於六月承辦；惟金門縣醫師公會考量三月份當地天候多變且易有濃霧，恐影響往返交通，爰與本會協調調整承辦順序，改由本會提前承辦，歡迎全體理監事踴躍參加，尚未報名之理監事亦請向秘書處報名出席；研討會將請公關委員會張瑞廷委員擔任司儀，並感謝公關委員會在高尚志召委帶領下，積極規劃與籌備本次活動。
- (四) 訂於五月二十一日訪問日本大阪府醫師會姊妹會，舉行「健康台灣深耕計畫-健康促進與長期照護」台日交流座談會，並規劃於十月底醫師節期間，邀請日本及韓國姊妹會來台，舉辦「台日韓醫療政策」交流研討會，以深化國際醫療合作與經驗分享。

(五) 第二十屆理監事會任期將於九月份結束，感謝各位理監事三年來對公會事務戮力以赴。規劃於七月廿五至廿六日舉辦本屆畢業之旅，誠摯邀請理監事伉儷攜手同行，讓我們遠離都市叢林，享受自然美景，擁抱日月潭的湖光山色，共創美好回憶，請理監事踴躍報名參加。

### 邱泰源榮譽理事長

洪理事長、劉監事長、彭顧問、李顧問及各位理監事，大家午安。對於台北市醫師公會在洪理事長領導及各位幹部共同努力下，展現出「全人、全家、全社區」的照護責任精神，感到非常感動，這不僅是台北市醫師公會的優良傳統，更是全國醫界的典範。回顧我初入公會時，曾與馬偕醫院張文瀚總院長並肩推動會務發展時光，如今再見充滿人文關懷與百年風華精神之安和會館，我深感台北市醫師公會作為全國醫界領頭羊，責無旁貸，應持續凝聚力量、團結醫界，帶動整體向上提升，為人民健康努力。在政策面上，針對年輕醫護高度關注之減稅議案，我在擔任部長期間即責成部內積極推動克服困難，雖對於法制形式採取函釋或特別辦法上有不同見解，但我個人始終主張以最具時效之函釋儘速落實，以實質保障醫護於防疫期間之辛勞付出，對於目前案件推動進度延宕，深感遺憾。建議公會應積極尋求林月琴、賴惠員及王正旭等立委的協助，務求於今年完成，否則對全國醫院經營與士氣將造成相當衝擊。此外，我非常認同將愛滋基金併入醫療發展基金加以「活用」的決定，這與我過去

在部內將相關預算留於健保體系之專業思維一致，充分展現醫界兼具專業與人文關懷之核心價值。展望未來，期盼持續攜手推動「健康公會、健康台北、健康國家」之共同願景，謝謝大家。

### 劉秀雯監事長

理事長、彭顧問、李顧問，以及各位親愛的理監事，大家午安。我就一一四年十一至十二月公會財務查核與監察情形報告說明，一、整體財務運作穩健，年度總收入與總支出均達預算109%，其中入會費及雜項收入表現亮眼，顯示會務推展活絡；另尚有約121萬元常年會費待收，監事會將持續列管追蹤，以確保應收款項如期到位。二、現有六大基金合計約8,700萬元，去年度支應職工退休金248萬元、61位會員退休慰問金120萬元，以及八十週年與一百週年相關活動約400萬元；其中身故互助基金於支付31位會員互助金並支應會館工程費2,248萬元後，結餘仍達3,320萬元，整體基金收支結構健全、財務體質穩固。三、資產管理方面，公會將7.6萬美元辦理一年期定期存，在理事長決策下取得3.63%利率並兼具匯差收益，且單筆伍萬元以上資產均已依法完成盤點。在安和會館管理上，我代表公會參與大樓管委會並擔任監察委員，持續推動財務公開與管理透明，目前大樓累積基金約1,224萬元，足以支應約1,240萬元之電梯汰換優化工程而無需舉債，並隨管理品質提升及漏水、污水問題改善，整體資產價值持續增值。最後，制度面上，監事會持續強化稽核機制，已要求

向往來銀行全面申請存款餘額證明書，以確保資金安全並防範挪用風險，雖增加行政作業負擔，惟對於落實透明治理與保障公會資產安全，實屬必要之措施，以上報告，敬請指教。

### 彭瑞鵬顧問

首先向洪理事長、劉監事長、邱榮譽理事長及全體理監事拜個晚年，祝大家新春愉快、身體健康。我與劉秀雯監事長已完成審查一一四年度經費收支決算案；即便公會去年歷經辦公室搬遷裝修、八十週年及一百週年活動等多項支出，整體財務運作依然非常穩健，年度結餘達690多萬元，並已全數提撥至醫療發展基金，顯示出公會在財務監督管理上的嚴謹。

### 李明濱顧問

邱榮譽理事長、洪理事長、彭顧問以及各位理監事大家午安，看到公會在理事長與各位幹部的共同努力下，展現出充滿韌性與行動力，會務亦持續精進，令人深感欣慰；在公會日常運作中，處處可見大家為會員福祉全力以赴的投入與用心。新的一年，期待各位繼續維持這份團結合作的精神，攜手前進，並祝福大家新春順遂，最後也感謝各位對會務的熱忱參與。

二、確認第二十屆第十三次理監事聯席會議紀錄及辦理情形：通過。

### 三、委員會召集委員報告

#### 財務委員會召集委員瑞鵬

(一) 本會一一四年十一、十二月份之收支帳目

援往例由財務委員及監事代表查閱，並已於一一五年二月廿五日召開第十一次財務委員會議完成審查，相關報表均提此次理事會議審查。

(二) 一一四年度經常費歲入歲出決算報告：

1. 本會一一四年度決算之帳目，已由本人及劉秀雯監事長代表查閱，並已於二月廿五日召開第十一次財務委員會議完成審查，並列入此次會議議案，送請審查。

2. 一一四年度總收入佔總預算之109%，總支出佔總預算之109%。

(1) 收入部份：入會費佔預算之128%，常年會費佔預算之107%，雜項收入佔預算之124%，利息收入153,682元及預收信義會館六、七樓一一五年三月租金240,000元（內含5%營業稅）→租金228,571元+5%營業稅11,429元。

(2) 支出部份：人事費佔預算之94%，辦公費佔預算之85%，業務費佔預算之98%（含會員互助金按預算數1,398萬元全數提撥，實際支出1,260萬元），購置費佔預算之85%，提撥全聯會會費亦因會員數增加佔預算之107%，提撥基金佔預算之100%。一一四年度共6,964,429元存入醫療發展基金。

3. 一一四年度尚未收回當年常年會費約146萬。

(三) 會務發展基金：

1. 一一四年度提撥基金614,000元，利息收入949,279元。
2. 本基金專戶累計結存24,380,896元。

(四) 職工退撫基金：

1. 一一四年度提撥基金641,401元，利息收入123,938元，支出施總幹事退休金2,478,870元。
2. 本基金專戶累計結存8,031,090元。

(五) 會員福利退休慰問基金：

1. 一一四年度提撥基金2,000,000元，利息收入62,716元。
2. 本年度共有61名會員向本會申領退休慰問金，每名20,000元，共支付1,220,000元。
3. 本基金專戶累計結存4,922,744元。

(六) 醫療發展基金：

1. 一一四年度提撥基金6,964,429元，利息收入60,775元。
2. 支出①友善無障礙診所認證計畫12,780元，②花蓮馬太鞍堰塞湖災害捐款100,000元，③公益藝術展25,017元，④醫療永續發展研究小組相關事宜費695,437元，⑤居家醫療醫養合一推廣小組30,912元⑥購置新會館418,000元，⑦新陳代謝症候群計劃41,816元，⑧80週年活動1,037,216元⑨100週年活動1,781,190元，合計支付4,142,368元。
3. 本基金專戶累計結存9,441,950元。

(七) 會員身故互助基金：

1. 會員互助基金依規定在每月常年會費500元中提撥100元充之，並以專戶存儲。本年度共提撥13,980,000元，利息收入758,863元。
2. 本年度會員因故死亡，共有31名親屬向本會申領身故互助金，每名200,000元，共支付6,200,000元；安和會館裝潢費、弱電工程費等22,484,947元，合計支付28,684,947元。
3. 本基金專戶累計結存33,208,375元。

(八) 愛滋病防治基金：

1. 一一四年度利息收入13,395元。
2. 本基金專戶累計結存785,071元。

(九) 以上六項基金合計結存80,770,126元，均以專戶存儲。

(十) 針對單筆伍萬元以上之財產已依規定清點完成。

(十一) 一一四年十一月二十四日第二十屆第五次外幣定存小組會議決議將本會一一四年十二月十九日到期的美金定存本金676,458.9加上利息29,491.73共705,950.63美元，在玉山銀行再續存一年，定存年利率是3.63%。

(十二) 購置安和會館及裝潢設計費使用各項基金運用可參考附件。

(十三) 報廢信義會館三項不堪使用器具共39,862元，增列安和會館器具等財產7,705,780元。

## 醫政法制委員會周召集委員迺寬

(一) 十二月二十三日下午一時三十分與台灣醫事法律學會、國泰綜合醫院、台北律師公會假國泰人壽大樓－B1國際會議廳合辦「2025台灣人工智慧及精準醫療之發展暨法治論壇」，邀請醫師、律師及相關專業人士等跨界專業共襄盛舉，針對AI技術如何革新醫療診斷、治療與精準醫療實務，以及相對應的法治議題如隱私保護、責任歸屬與臨床應用規範進行深入探討。洪德仁理事長擔任論壇「三：智慧醫療與法規(Symposium 3, Smart Healthcare and Its Compliance)」主題座長。

(二) 一一四年度與中華法學研究院、中華法學會等單位合作，共合辦六場「司法VS.醫療午間小品」活動，其中三場由我們提供司法專業人員健康醫療的實用知識，三場則由合作單位分享醫療法律相關的執業風險。總整學員回饋意見，肯定本系列活動有助於促進司法與醫療兩大專業領域之交流互動，並對其專業發展及身心健康均具正面助益，咸表期待持續辦理。因此於十二月二十三日召開籌備會議進行詳細規劃，綜整決議如下：

1. 一一五年持續與中華法學研究院及中華法學會合辦「司法vs.醫療午間小品」課程，預計辦理八場次。
2. 一一五年度場次選題方向：
  - (1) 醫療法律四場次：執業醫師常見稅務問題、AI輔助診斷與法律責任、

精神衛生法與醫師法律責任、基層開業之醫事法律風險（含勞資與民事）。

(2) 健康醫療四場次（自四月起）社會韌性與急診應變、腸胃健康與壓力管理、耳鳴、暈眩與高壓工作之警訊、健檢報告的正確解讀。

(3) 經費分攤原則比照一一四年度辦理方式：健康醫療主題由財團法人中華法學研究院及中華法學會負責；醫療法律主題由台北市醫師公會負責。

(三) 十二月三十一日本會與臺北市政府衛生局、台北市護理師護士公會與臺北市藥師公會舉辦「一一四年度管制藥品管理法規暨常見違規實務」線上說明會。會議分別由林應然召委與周迺寬召委主持，邀請醫事管理科吳岱穎科長講解年度稽查重點與醫美法規，以及食品藥物管理科陳麗安股長宣導管制藥品管理法規及常見違規案例。講解內容涵蓋醫療廣告規範、美容醫學特定手術醫師資格、管制藥品證照管理、簿冊詳實登載實務及含麻黃素類製劑之銷售規定。會員服務委員會周賢章召委主持綜合討論，並提醒領有管制藥品登記證之診所，需於一一五年一月卅一日前完成一一四年度管制藥品收支結存情形的年報申報。因申報期限適逢年初，建議院所提前透過「管制藥品管理資訊系統(CDMIS)」完成作業以免受罰。會中亦強

調如遇藥品減損應於七日內申報，與會者獲益良多，研討會於下午二時十分圓滿結束。

⇒管制藥品相關簿冊、單據及專用處方箋應保存五年，登記證變更應於事實發生十五日內辦理。

⇒食藥署設有管制藥品諮詢專線：02-27877665（證照登錄）/ 02-27877661（收支申報）。

(四) 協助提供醫療相關團體修訂醫療法規建議，詳列如下：

1. 協助衛生福利部調查一一四年十二月八日公告預告「外國專業人才及其眷屬長期照顧服務申請及給付辦法」草案意見。
2. 協助衛生福利部調查一一四年十二月十日公告預告「醫療廢棄物再利用許可審查收費標準」草案意見。
3. 協助全聯會調查立法委員林月琴參酌「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」可精進防疫作為之規定，並綜整各機關參與COVID-19防治工作因應對策、運作實例擬具《傳染病防治法部分條文修正草案》相關建議。
4. 協助衛生福利部調查一一四年十二月十八日公告預告新增「嘌呤合成代謝異常」為罕見疾病及修正「公告罕見疾病名單暨ICD-10-CM編碼一覽表」部分規定草案意見。
5. 協助衛生福利部調查一一五年一月十三

日公告預告「管制藥品分級及品項」修正草案意見。

6. 協助衛生福利部調查一一五年一月十六日公告預告「醫師法施行細則」部分條文修正草案意見。

7. 協助衛生福利部食品藥物管理署擬公布「因應重大災害事件藥品捐贈原則(草案)」修正建議。

8. 協助衛生福利部調查一一五年一月十二日公告預告「長期照顧服務機構法人財務報告及資訊公開方式(草案)」相關意見。

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

⇒第110期下載網址：

<https://reurl.cc/L2jEv9>



⇒第111期下載網址：

<https://reurl.cc/2QqWKa>



#### 學術委員會蕭召集委員勝煌

(一) 一一五年二月因恰逢農曆年期間，因此學術課程從三月開始舉辦。三月課程報名資訊已於二月中旬以電子郵件寄發給全體會員，並已將上課視訊連結提供予報名成功之會員。

(二) 今年的學術教育課程共計41場，續採「實體、線上雙軌並行」模式，實體課程將安排在公會大會議室舉行，請理監事踴躍報名參與。

## 會員服務委員會周召集委員賢章

(一) 一一四年十二月廿八日在南港「靜心苑」舉行組長座談會。洪理事長說明本會會館已順利遷至安和會館並繳清房貸，且根據史料研究，本會已有百年歷史，一一五年將陸續舉辦成立100週年系列活動。會中周召委說明多項會員服務亮點：

1. 資深與高齡關懷：表揚679位資深醫師，登門請益5位高齡醫師。
2. 權益與法律支持：處理12件會員服務申請書案件，並舉辦「受聘為負責醫師之法律風險分析」視訊研討會。
3. 診所友善認證：一一四年共17家診所通過「友善無障礙診所」認證。
4. 政策爭取：成功爭取調升疫苗接種處置費，6歲以下每劑提高至200元，預計一一五年三月實施。
5. 為凝聚向心力，辦理4場年輕醫師文化之旅。未來將持續推動診所與藥局媒合

及藥師支援機制，落實傳承與永續服務。

(二) 一月十八日舉辦「年輕醫師文化之旅」，活動由東門站出發，首站探訪榕錦時光園區與0Km山物所，在日式宿舍群中感受老屋新生的脈動。隨後漫步至梁實秋故居，沉浸於濃厚學術與大師風采中。終點至紀州庵文學森林，一起品味下午茶，圓滿完成這場知性之旅。感謝會員服務委員會周賢章召委、黃國欽理事領隊，張孟源常務監事的指導，讓近30人參加的活動圓滿成功。另外三場活動規劃如表一。

(三) 二月接獲台北市衛生局提供西醫師執業執照效期於一一五年底前屆滿名冊，本會遂發函通知248名診所醫師，並郵寄會員證明文件，俾利其辦理執業執照更新手續。亦函知31家醫院執照到期醫師名冊，請院方協助轉知並提醒所屬醫師依規定完成執照更新手續。

表一

主題	活動日期	活動特色
百年鐵道漫遊× 文旅風雅	四月十九日 (星期日)	國家鐵道博物館(園區辦公室、員工澡堂、大禮堂、園區建築與歷史、柴電工廠)→誠品行旅下午茶
大稻埕的老醫生 與老病院	五月十七日 (星期日)	渭水驛站→大安醫院(1916蔣渭水,內花)→康樂醫院→大平齒科→徐外科→四方醫院→兩江醫院→何耳鼻喉科→乾元蔘藥行→黃長生藥行→順天外科→仁安醫院→更生院→朝陽齒科→渭水驛站(終點)→戶舍酒店下午茶
時間的處方箋： 走讀景美的水、 路與信仰	六月二十一日 (星期日)	景美集應廟願景→瑠公圳新舊路線→萬新鐵路的歷史→景美火車站舊址→台北最短的道路→義興公共食堂→文山第一校→開道碑→橫跨景美溪的四代橋樑→許興泉洋樓今與昔→輕便車石碇線→霧裡薛圳遺跡→消失的石門宮→頂街與下街→進興宮→市定古蹟景美集應廟→CBC SPACE 景美咖啡圖書館下午茶

(四) 訂於三月三十一日於安和會館舉行「一一五年友善無障礙診所輔導及認證計畫」說明會，採實體與線上同步進行，說明會由洪德仁理事長與周賢章常務理事主持，說明本會輔導認證流程。更邀請獲得認證的三位診所院長進行經驗分享，報名網址：<https://reurl.cc/Ebl860>。

參加本計畫意願登記已啟動，請理監事協助推廣，鼓勵各診所填寫自我推薦問卷：<https://reurl.cc/qKlZ3g>。

(五) 一月份寄送關懷信函給90歲以上的高齡醫師，告知相關權益福利，並表達本會對其敬重之意，徵詢居住在台北市的高齡醫師前輩若願意接受本會幹部上門拜訪、交流醫界經驗，請與本會聯繫。已規劃拜訪兩位高齡醫師：

拜訪日期	高齡醫師會員	本會拜訪幹部
二月三日	賴起河醫師 (100歲)	洪理事長/ 周賢章召委
三月四日	余行若醫師 (93歲)	陳美齡副召委/ 黃信得委員

(六) 協助處理會員服務申請書計有五件（12月至2月）：會員對診所醫療隱私維護疑義案、聘任為診所負責醫師疑義案、診所市招拆除及印鑑返還諮詢案、聘任為診所負責醫師合約疑義案及醫療爭議調解程序及和解金額主張疑義案。

(七) 會員逝世慰問及公祭（12月至2月）：接獲16位會員逝世消息，本會已透過電子郵件向家屬致以慰問，並提供相關福利申請

資訊。會員或直系家屬公祭贈花籃計有9件。

(八) 開幕祝賀（12月至2月）：新開業診所贈盆景祝賀計有3件。

(九) 會員逝世慰問及公祭（10月至11月）：接獲5位會員逝世消息，本會已透過電子郵件向家屬致以慰問，並提供相關福利申請資訊。會員或直系家屬公祭贈花籃計有1件。開幕與結婚祝賀（10月至11月）：新開業診所贈盆景祝賀計有2件，會員婚禮贈藝術盆花計有3件。

#### 醫院醫療委員會侯召集委員明志

(一) 十二月六日在台北凱撒大飯店上海廳舉行「醫院醫政研討會暨晚宴」，由侯明志召集委主持，洪德仁理事長開場致詞。邱泰源榮譽理事長、健保署陳亮好署長及臺北市衛生局黃建華局長蒞臨指導，與會貴賓就醫政發展議題進行交流，凝聚醫界共識。侯召集委進行醫院醫療委員會業務報告，說明公會持續落實對醫院醫師之服務與支持，包括於醫師節表揚多位深耕醫院之「杏林獎」與「資深醫師」得主，派員列席各場醫院評鑑，展現對會員權益保障及醫療品質提升之重視。

洪理事長說明近期健保政策推動情形及總額改善相關事宜，獲得臺北市各醫院院長、副院長肯定與支持。並懇請各醫院在配合健保政策之餘，善用健康台灣深耕計畫資源，持續深化醫療服務內涵，積極改

善醫師及醫療同仁待遇，營造優質執業環境，留住優秀醫療人才，共同促進醫療體系永續發展。

(二) 十二月廿二日宏恩醫院於台北福華飯店舉辦六十週年院慶暨餐會，由羅景全委員代表本會前往祝賀。欣逢宏恩醫院一甲子院慶，本會致上誠摯祝福，期許該院持續秉持專業與關懷精神，深耕醫療品質，造福更多民眾。

(三) 本會訂於三月十五日（星期日）於「塊

陶阿工作室」舉辦「一一五年度單身（住院）醫師聯誼活動—醫見如故：春光裡的浪漫初見」，目前已吸引48人報名參加，其中本會會員計19位。期盼透過溫馨輕鬆的活動，增進彼此認識與交流，在春光中締結美好緣分。

(四) 近期提供台北市衛生局新增自費收費項目審查意見，計有26件（表二）。

(五) 健保醫院總額一一三年及一一四年第二季結算點值（管理後）對照表（表三）。

表二

序號	項目	醫療機構申請金額 (單位：元)
1	單眼經結膜脂肪去除手術	15,000
	雙眼脂肪轉位伴中臉拉提手術	45,000
2	光跡追蹤客製化屈光雷射視力矯正術	78,000
3	提可塑2-每發	90
	得美微針-全臉治療	12,000
	得美微針-局部治療	3,000
4	子宮肌（腺）瘤消融手術-小於5公分	30,000
	子宮肌（腺）瘤消融手術-大於5公分或大於三顆	50,000
5	經上皮雷射屈光角膜削切術	40,000
6	皮膚糖化終產物檢測	600
7	血中抗凝血藥物濃度監測	800
8	自然孔道內視鏡手術	25,000
9	咽喉沾黏修復預防手術	35,000
10	精準雷射/微創咽喉腫瘤切除術（複雜）	80,000
	精準雷射/微創咽喉腫瘤切除術（簡單）	60,000
11	卓越血液淨化術	500

序號	項目	醫療機構申請金額 (單位：元)
12	三維零回波時間(3D ZTE)磁振造影	3,000
	四維血流心臟磁振造影	10,000
13	特異性過敏原IgE檢驗（單項）	500
14	高能量聚焦磁場術	15,000
15	嗜鹼性球活化試驗	5,200
16	無創脾臟彈性量測檢查	1,500
17	經導管三尖瓣膜修補術	151,689元
18	人工智慧輔助精神疾病腦影像評估	5,000
19	淋巴彈繃引流技術費	1,000
20	3D立體定位介入導航系統使用費	21,795
21	消化道內視鏡超音波導引下穿刺切片術（技術費）	12,000
22	失智免疫治療風險處置費	3,900
23	重覆性磁刺激治療（治療師執行）	4,500
24	血漿游離後腎上腺髓素	2,500
25	同香草酸	1,000
26	自費脊椎超音波	1,100

表三

年季	月份	項目	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區
113年 第2季	4-6月	浮動點值	0.8565	0.8825	0.8855	0.9952	0.9257	0.9397	0.8997
		平均點值	0.9269	0.9411	0.9406	0.9892	0.9586	0.9650	0.9456
114年 第2季	4-6月	浮動點值	0.9023	1.0142	0.9695	1.0101	1.0057	1.0245	0.9606
		平均點值	0.9526	0.9972	0.9833	1.0000	0.9998	1.0059	0.9792

**基層醫療委員會林召集委員應然**

(一) 十二月三十一日與臺北市藥師公會、台北市護理師護士公會及醫政法制委員會共同舉辦「一一四年度管制藥品管理法規暨常見違規實務」線上說明會。由衛生局醫事管理科吳岱穎科長及食藥科違規管理股陳麗安股長，分別就「美容醫學法規宣導及違規案例說明」及「管制藥品管理法規暨販售麻黃素製劑注意事項」進行分享。

(二) 二月二日與健保署台北業務組、臺北市政府衛生局合辦「一一五年度全民健康保險春節加成獎勵方案」線上說明會，提醒各醫療院所於二月六日前至健保署健保資訊網服務系統(VPN)登錄春節期間開診時段資訊；未依期限完成填報者，健保署則不予撥付本方案之獎勵金。領受之獎勵金必須分配八成以上給予相關醫事與勞務人員。

1. 實施期間：二月十四日至二月二十二日。
2. 預算與獎勵對象：由115年度健保其他預算項下撥付，共挹注16億元。獎勵本保險特約醫院、西醫基層診所及藥局。

3. 具體獎勵加成項目：診察費、藥事服務費及護理費，加成比率依日期與就醫類型有所不同。

(1) 門診（診察費、藥事服務費）：

- 100%加成：2/16（除夕）至2/19（初三）。
- 50%加成：2/20（初四）、2/21（初五）。
- 30%加成：2/14（連假首日）、2/15（小年夜）、2/22（初六）

(2) 急診與住院（診察費、藥事服務費、護理費）：

- 全程100%加成：2/14至2/22期間均按原給付點數加成一倍支付。

(三) 為與民意代表長期建立友好互動關係，今年援例於農曆春節前安排前往立法院及市議會，拜會友好立委及市議員。以下為今年前往拜訪之民意代表名單：

1. 二月五日拜會張文潔市議員。
2. 二月六日拜會林月琴立法委員。
3. 二月九日拜會戴錫欽議長，簡舒培、陳賢蔚、郭昭巖、汪志冰及楊植斗等市議員。

4. 二月十日拜會王鴻薇及陳菁徽等立法委員。
5. 二月十一日拜會洪健益及王閔生等市議員。
6. 二月十三日拜會林珍羽市議員。

(四) 三月二日召開與衛生局討論「一一五年度慢性病防治推廣計畫」合作方案視訊會議。衛生局出席人員為林雪蘭科長、莊莉菁股長、劉冠葳組長、王如鳳約聘企劃師、林方瑋約聘管理師、李怡臻專案企劃師及黃冠婷專案企劃師。本會則由洪德仁理事長、劉秀雯監事長、林應然召委、劉漢宗理事、詹益祥理事、洪佑承理事、羅源彰副召委及李家祥副召委代表上線與衛生局進行討論，摘錄決議說明如下：

1. 通過援例合辦。
2. 衛生局將比照前兩年模式補助相關活動經費。
3. 為提升診所參與大腸癌篩檢服務，建請衛生局提供官方採便管購買管道及試劑補助。
4. 關於非預防保健檢查（血壓、血糖、血膽固醇、三酸甘油脂）結果上傳給付之建議：

(1) 由診所人員協助民眾以手機上傳健

保行動快易通健康存摺時，須先請民眾簽署同意書，後續衛生局會提供相關流程及同意書。

(2) 民眾完成簽署後，診所需彙整名冊及同意書送交衛生局申報，並於一一五年十一月廿日前完成，經衛生局同意後即可領取每案200元費用，每家院所給付費用上限為新臺幣30萬元，採一年一付方式。

(3) 為提升診所執行意願，建議簡化診所文書工作，同意書能以表格的方式請民眾簽屬。並建議由執行健檢之院所直接向民眾說明資料上傳及簽署同意書，使民眾更容易理解並願意配合，進而促進方案推行。

(五) 本會編列Bosmin急救藥物經費，並委由十二行政區熱心協助之據點診所，協助辦理相關作業。感謝各據點診所長期鼎力支持與協助宣導、購置及配發事宜，使本市各醫療院所得以妥善備妥必要之急救藥品，提升臨床緊急救護之即時性。一一五年度將持續辦理，敬請各據點診所再次協助，並請廣為宣傳。十二行政區據點診所資訊如下（表四）。

(六) 全聯會函知會員擔任負責醫師之診所承辦

表四

臺北市十二行政區Bosmin急救藥物據點診所名單					
編號	行政區	診所名稱	診所地址	負責醫師	聯繫電話
1	中正區	張孟源內科診所	臺北市中正區中華路2段325號	張孟源	02-23098600
2	大同區	羅源彰診所	臺北市大同區長安西路137號	羅源彰	02-25552500
3	中山區	正恩耳鼻喉科診所	臺北市中山區錦州街321號	王敦正	02-25052293

臺北市十二行政區Bosmin急救藥物據點診所名單

編號	行政區	診所名稱	診所地址	負責醫師	聯繫電話
4	松山區	閔新耳鼻喉科皮膚科聯合診所	臺北市松山區敦化里八德路3段20之2號	黃國欽	02-25779898
5	大安區	全家聯合診所	臺北市大安區和平東路二段353號1-2樓	蕭瑞麟	02-27067575
6	萬華區	漢宗小兒科診所	臺北市萬華區中華路2段434號	劉漢宗	02-23039022
7	信義區	林應然小兒科診所	臺北市信義區福德街75號	林應然	02-27595328
8	士林區	梁耳鼻喉科診所	臺北市士林區社正路12之1號	楊境森	02-28168456
9	北投區	洪耳鼻喉科診所	臺北市北投區中央南路1段43號	洪德仁	02-28928769
10	內湖區	馬思特診所	臺北市內湖區成功路4段53號	王建人	02-27925994
11	南港區	蔣小兒科診所	臺北市南港區玉成街166巷30號	蔣世中	02-26513761、 02-26515960
12	文山區	洪佑承小兒專科診所	臺北市文山區興隆路4段64之2號	洪佑承	02-29364708

健保醫療業務，經健保署查有違規事項遭裁罰，請本會關心了解。本會站在服務會員立場，依函文轉知會員注意把握相關行政程序救濟。

- (七) 透過電子郵件、上網公告及刊登會刊等方式，週知會員因違規醫療廣告案件受台北市衛生局裁處態樣及健保特約醫事服務機構違規態樣。

#### 醫療糾紛委員會簡召集委員志誠

- (一) 士林地檢署新任檢察長將於一一五月三月十一日到任，為促進醫療專業與司法實務之制度性交流，擬規劃安排拜會行程。

#### 醫倫紀律委員會張召集委員文瀚

- (一) 一月十四日舉辦「學術研究倫理的注意要點及問題解決」實體暨線上講座，邀請呂宜興醫師主講，探討研究過程中應遵守的道德規範，目的在於保護研究參與者、確

保研究的科學嚴謹性與誠信，並維護公共利益與社會信任，主要涵蓋人類研究倫理、動物實驗倫理及研究誠信三大面向，在講師精彩的演講及分享下，順利圓滿完成，約有200餘名會員參加。

- (二) 二月十日舉辦「生命末期之合法選項與未竟之需」實體暨線上講座，邀請蔡甫昌醫師主講，期望經過此演講之分析，提升醫療人員對於生命末期病人於合法選項下的照護觀念及品質，並推廣安寧緩和醫療條例與病人自主權利法之認知與利用，另一方面也寄望各界能審視「兩項未竟之需」，研議探討適合我國發展之醫療執業模式與醫學指引，並帶動相關立法以保障全民生命末期之健康福祉，及保護醫療人員執業之專業倫理與合法性。在講師精闢的演講及分享下，講座順利完成，逾200名會員參與。

(三) 尚有兩場倫理講座安排中，屆時歡迎理監事踴躍參加。

#### 福利康樂委員會孫召集委員建偉

(一) 一月十八日於林口高爾夫球場舉辦115年度高爾夫球友誼賽，共計22人參加。成績如下：總桿：冠軍許榮鑠(75)、亞軍林文榮(79)、季軍王正淵(83)；淨桿：冠軍陳政仁、亞軍江芳人、季軍高尚志、殿軍高念慈、第五名李永樹、第六名黃博裕、第七名王榮華、第八名張深港、第九名李柏蒼、第十名孫建偉。

(二) 一一五年度攝影課程於三月開課，歡迎有興趣的理監事踴躍報名參加。

#### 社會服務委員會劉召集委員漢宗

(一) 十二月十八日第二十屆第十三次理監事聯席會議決議通過一一四年度本會獎助學金名額三位，以及本會推薦杏林春暖基金會獎學金名單二十一位。本會邀請獲獎助之同學，出席一一五年度新春聯誼餐會，並於會中頒發獎助學金暨成績優良同學獎狀，以資鼓勵。

(二) 三月二十八日本會將協辦健保署三十一週年活動，以擺攤方式與民眾進行互動。

(三) 今年度規劃之社區講座場次：

1. 六月十四日本會將協辦台北榮民總醫院舉辦之「紀念阿茲海默症醫師微型展-失智症衛教」講座。

2. 持續媒合十二行政區有意願合辦「肌少症健走」健康講座之醫院或健康中

心。

3. 籌備舉辦與「不施行心肺復甦術(DNR)」、「醫病共享決策(Shared Decision-Making, SDM)」及「預立醫療決定(Advance Directives, AD)」等三個主題相關之宣導講座，期透過社區說明，提升民眾對制度之認識。

#### 公關委員會高召集委員尚志

(一) 三月七日於大直典華六樓花田好事廳舉辦「一一五年度新春聯誼餐會」，感謝各位理監事撥冗出席。當日席開22桌，出席貴賓眾多，活動圓滿順利。餐會中除聯誼交流外，也於會中頒贈「一一四年度友善無障礙診所輔導與認證計畫」身心障礙團體及專家感謝狀，頒發友善無障礙認證診所獎牌、本會及杏林春暖基金會獎學金暨成績優異學生獎狀、學術榮譽獎狀，以及醫婦會熱心公益服務感謝狀。

(二) 三月二十二日將由本會承辦「北東部暨金馬十二縣市醫政研討會」，上午安排前往台北自來水園區，參觀導覽臺北最古老之蓄水設施—「觀音山蓄水池」。下午眷屬則安排前往「經國七海文化園區」參觀，行程請參閱附件。

(三) 四月二十日至二十二日韓國國民健康保險公團(NHIS)一行八名官員將來台訪問交流，由本會協助安排前往衛生福利部「中央健康保險署」及「國民健康署」，行程規劃如下：

1. 討論主題：臺灣預防保健制度規劃與

執行經驗。

2. 四月二十日（星期一）15:30-17:00，拜會衛生福利部中央健康保險署並進行交流。
3. 四月二十日（星期一）18:30-20:30，舉辦歡迎晚宴，將邀請衛生福利部石崇良部長、健保署陳亮好署長、國民健康署沈靜芬署長、王正旭立法委員、立法院社會福利及衛生環境委員會召集委員、邱泰源榮譽理事長，以及雙方官員與本會幹部共同出席。
4. 四月二十二日（星期三）上午9:30-11:00，拜會衛生福利部國民健康署並進行交流。
5. 其他詳細議程，俟與中央健康保險署及國民健康署署長室進一步協調確認後，將再提供完整資料。

#### 編輯委員會陳召集委員彥元

- (一) 第十一屆好書獎將於四月份開始受理報名，相關申請辦法已公告於會刊，歡迎各位理監事推薦優秀會員著作。
- (二) 一月份會刊封面作者為吳國鈞醫師，主題為同心圓：「黃昏時分，古亭河濱公園的同心圓，在夕陽的霞光與裝飾的小燈泡點綴下，顯得浪漫又安逸。」
- (三) 二月份會刊封面作者為蕭光明醫師，主題為夕陽餘暉：「木棉花期約在3-4月間，盛開時，橙紅花海隧道常常令人流連忘返。在大安森林公園裡，木棉並不是主力樹種，盛開也難有橙色花海的吸引力。不

過當夕陽日落時，橙色木棉花與藍天晚霞相暉映，就有可觀之處了。」

- (四) 趙家德醫師於一一三年一月三十一日退會，卸任編委會副召一職；趙醫師已於一一五年二月二日辦理再入會，擬再邀請趙醫師擔任編輯委員會委員。
- (五) 感謝各位理監事，每期輪流提供會刊「理監事專欄」稿件，敬請各位持續協助提供適合會員閱讀之文章，內容形式不拘，可為近期時事、相關法規提醒，亦可分享休閒性或學術性文章。

#### 陳執行長彥元

- (一) 十二月份會員動態：入會53人、變更91人、停業37人、復業11人、退會53人、死亡8人；開業醫師2,044人、服務醫師10,261人、停業396人，共計12,701人。
- (二) 一月份會員動態：入會45人、變更90人、停業20人、復業11人、退會47人、死亡4人；開業醫師2,050人、服務醫師10,251人、停業394人，共計12,695人。
- (三) 二月份會員動態：入會30人、變更45人、停業13人、復業12人、退會41人、死亡5人；開業醫師2,057人、服務醫師10,233人、停業389人，共計12,679人。
- (四) 一一四年三月至一一五年二月各科別會員的人數消長，請參閱附件。

#### 網站優化專案小組陳召集人彥元

- (一) 本會官網與會籍系統優化暨資安系統建置案已完成廠商評選，即將進入議價程序

中。

### 100週年紀念活動專案小組洪召集人德仁

(一) 為確保文稿內容之整體定位與呈現品質，本會成立「百年風華·傳承永續」文稿執行工作小組，並於一一四年十二月二十二日召開第一次會議，原規劃委託吳氏科技股份有限公司辦理講座文稿整理與編輯事宜；惟經通盤考量執行可行性及時程安排後，決定不予簽約，並終止與開學文化出版社之合作。後續改請秀威資訊科技股份有限公司提出執行企劃，並提供企劃書及試寫文稿兩版本供委員試閱；經會議決議，由秀威資訊科技股份有限公司接手辦理文稿執行。

(二) 「百年風華 傳承永續系列講座」於前次會議後，再辦理五場，執行摘要如下：

1. 十二月二十四日假安和會館舉行「百年風華·傳承永續系列講座（十三）」，由北市聯醫王智弘總院長主講「承先啟後、繼往開來：北市聯醫蛻變」。他指出超高齡、健保支付改革與醫療成本攀升等壓力下，聯醫以「全人全程」為核心推動轉型：在宅急症照護(HAH)結合值機中心、遠距監控與資訊整合，將急症照護延伸到家；並以離島北竿全人整合照護為例，透過家戶調查、遠距診療與AIoT量測強化預防。另分享雲端醫院APP、無紙化與動態導引等數位服務，以及失智個管與社會處方箋，串聯社區資源，提升照

護品質，打造韌性且永續的城市健康體系。

2. 一月七日假安和會館舉行「百年風華·傳承永續系列講座（十四）」，由臺大醫學院陳培哲教授主講「邁向消滅病毒性肝炎－台灣跨世紀成果及展望」，他以臺灣肝癌早在1902年即呈高盛行爲引，說明B型肝炎透過母子垂直感染延續流行，並回顧1984年推動公費疫苗後，帶原率由6.7%降至0.5%，使兒童肝癌明顯下降。進一步指出C型肝炎因口服DAA治癒率逾97%，2019年起全面給付，朝2030年前達成WHO消除目標邁進，惟仍有未治療族群需強化篩檢與轉介。最後他提出未來挑戰：維持疫苗接種率、擴大B肝治療覆蓋，並防堵C肝再感染；同時提醒肝病正由感染性走向代謝相關脂肪肝等「非傳染性肝炎」，呼籲醫界以簡化可近的照護模式接住更多病人。
3. 一月廿一日假安和會館舉辦「百年風華·傳承永續系列講座（十五）」由國立陽明交通大學醫學院院長、臺北榮民總醫院副院長王署君院長主講「台灣頭痛醫學站上國際舞台」。他以本土流行病學研究為起點，回顧從金門老人、大台北成人到全國青少年的頭痛普查，建立可評估醫療負擔的台灣資料庫；並分享組建頭痛團隊、

建立門診住院流程，導入電子問卷與頭痛日記提升診斷與照護品質。面對疑難頭痛，他介紹自發性顱內低壓、雷擊頭痛等之診斷治療SOP，強化早期辨識與精準處置。最後以參與國際診斷分類與培育後進作結，強調深耕本土、連結世界。

4. 二月廿四日假台北市醫師公會安和會館舉行「百年風華·傳承永續系列講座（十六）」跨領域場次，由台北市醫師公會洪德仁理事長與野鵝出版社王溢嘉社長同台對談。洪理事長以「勿忘關懷初衷—社區醫師的社會參與」為題，分享從診所出發、串聯社區醫療群的實作：自2004年起結合多家診所與合作醫院，推動醫養合一、健康促進與早期預防；並以基層視角談健保制度與照護現場落差，主張把醫療帶進社區、把關懷帶回人群，在可近、可負擔的日常照護中累積信任，提升城市健康韌性與公平。王社長則以「一個醫界逃兵的心聲」回望從醫學生到作家的抉擇：因熱愛寫作、未能成為理想中的精神科醫師而轉身離開臨床，卻也自覺對醫學有所「虧欠」，遂投入醫學知識普及，成為《健康世界》月刊總編輯並以出版書寫回饋社會，帶領聽眾在科學與人文之間重新凝視生命與責任。
5. 三月四日假台北市醫師公會安和會館

舉行「百年風華·傳承永續系列講座（十七）」，由臺大醫學院楊泮池教授主講「我的肺癌轉譯研究歷程」。他回顧自臨床現場出發，從胸部超音波與超音波導引穿刺等技術精進，逐步累積研究基礎，並以分子標記與基因體研究推進肺癌個人化醫療，見證標靶治療與精準分層在臨床上的突破。面對「不吸菸肺癌」成為亞洲重要新興威脅，他綜整基因風險、PM2.5等暴露因子與女性、家族史等特徵，強調需以不同策略因應；並分享TALENT研究證實高風險不吸菸族群低劑量電腦斷層篩檢可大幅提升早期發現，呼應國家肺癌早期偵測計畫以降低晚期比例與死亡率。

6. 「百年風華 傳承永續系列講座」第十八場將於三月十八日假本會安和會館十六樓會議室，邀請臺北醫學大學陳瑞杰董事長主講。其他場次陸續辦理中，敬請理監事協助宣傳並踴躍報名參加。

<p>三月十八日 (三) 陳瑞杰董事長 報名網址</p>	<p><a href="https://forms.gle/KCDs9nuCEfkpWvRAA">https://forms.gle/KCDs9nuCEfkpWvRAA</a></p>	
<p>活動官方網站</p>	<p>點此前往 <a href="https://showwe.tw/edm/tma_100th/index.html">https://showwe.tw/edm/tma_100th/index.html</a></p>	

**醫療永續發展研究小組（智庫）洪召集人德仁**

(一) 本會配合政府推動「健康台灣深耕計畫」，自前次會議後持續依既定執行機制推動，強化資訊系統建置、核心工作小組運作及北投示範區處方制度落地執行，並拓展醫療院所與社區合作網絡。

健康台灣深耕計畫執行進度摘要：

## 1. 協調作業辦理情形：

- (1) 十二月十六日於本會十六樓會議室召開健康台灣深耕計畫第四次資訊系統專家會議，持續研議系統架構優化與功能整合事宜。
- (2) 十二月廿九日於本會十六樓會議室召開第二次推動委員會會議，檢視階段成果並確認後續推動方向。
- (3) 十二月卅一日召開內部工作會議，彙整十二月計畫執行情形與年度進度盤點。
- (4) 一月九日召開第五次資訊系統專家會議，持續確認系統開發進度與模組細部規格。
- (5) 一月十三日召開第一次資訊系統核心工作小組會議，建立系統實務操作流程與資料串接原則。
- (6) 一月十四日召開第一次運動處方核心工作小組會議，討論運動處方內容設計、執行標準與跨專業合作機制。
- (7) 一月十九日於本會十六樓會議室召開健康台灣深耕計畫「健康紅點串

接諮詢會」，研商健康服務據點與社區資源串接模式。

## 2. 示範區推動與在地合作情形：

- (1) 一月六日拜會三軍總醫院北投分院，就北投示範區醫療合作與轉介機制進行意見交流。
- (2) 一月十三日拜會北投健康服務中心，研商地方衛生單位協力模式與社區健康促進資源整合。
- (3) 一月廿一日上午拜會臺北市北區社區培力基地，研議社區參與及健康促進活動串接模式。
- (4) 一月廿二日上午拜會中山社區大學，下午一時卅分拜會士林社區大學；下午三時拜會士林健康服務中心，拓展跨行政區社區合作基礎。
- (5) 一月廿六日辦理北投區營養處方說明會、北投區醫療診所說明會及運動、社會與情緒調適處方說明會，強化醫療院所與社區單位合作共識。
- (6) 二月廿六日召開北投區醫療診所第二次說明會，追蹤診所參與情形並研議後續推動策略。

## 3. 人才培訓與實務運作推動：

- (1) 二月三日辦理多元人才培訓暨健康處方管理系統操作教育訓練，提升第一線人員系統操作能力與處方執行熟悉度。
- (2) 二月七日於北投社區大學辦理處方

兌換日活動，實地驗證處方開立、轉介與兌換流程，強化制度可行性與民眾參與度。

4. 國際交流與政策經驗借鏡：

一月十五日至十八日，本人偕同深耕計畫推動委員：亞洲大學廖宏恩副教授及林應然常務理事及相關團隊成員前往韓國原州市，與延世大學專家學者及衛生單位就臺韓健康促進政策與處方制度進行學術研討與實務交流，汲取國際經驗，作為本計畫優化與長遠推動之參考。

貳、討論事項

一、請研討訪問日本大阪府醫師會之經費補助案。【高尚志召集委員 提】

說明：

- (一) 114年11月20日第6次公關委員會議通過於今年訪問大阪府醫師會姊妹會，並進行主題為「臺日健康促進、長期照護等健保政策」交流座談會。
- (二) 交流研討會時間為115年5月21日（四）。
- (三) 團費行程不安排購物站，每位費用約為新台幣60000元（包括交流座談餐費及小費，但不含台灣機場接送費用）。
- (四) 歷年國外參訪經費補助情形：團費約為新台幣45000元至56000元不等，補助金額多介於30000元至35000元。

決議：通過補助理監事、榮譽理事長、顧問及公關委員會召委團費，以新台幣35,000

元為原則。

二、請審查一一四年度十一、十二月份經費收支案。【彭瑞鵬召集委員 提】

說明：

- (一) 十一月份之帳目已分別由周賢章委員及盧異光監事查閱，十二月份之帳目已分別由孫維仁委員及陳獻明監事查閱。
- (二) 業經115年2月25日第二十屆第十一次財委會會議審查完竣。

決議：通過一一四年度十一、十二月份經費收支。

三、請審查本會一一四年度經費收支決算案。【彭瑞鵬召集委員 提】

說明：

- (一) 一一四年度經費收支決算由彭瑞鵬召委及劉秀雯監事長審查。
- (二) 業經115年2月25日第二十屆第十一次財委會會議審查完竣。

決議：通過一一四年度經費收支決算，提下次會員代表大會追認。

四、請研討丁斌煌、彭成華、張鑑芝、賴志洋、黃千慧等五名醫師繳清會費，申請復權案。【彭瑞鵬召集委員 提】

說明：

- (一) 丁醫師於112年12月20日第廿屆第一次理監事聯席會議通過停權，並已於115年1月16日繳清滯繳會費。
- (二) 另四名醫師於114年12月17日第廿屆第

十三次理監事聯席會議通過停權。彭醫師已於114年12月18日繳清滯繳會費；張醫師已於114年12月25日繳清滯繳會費；賴醫師已於114年12月28日繳清滯繳會費；黃醫師已於115年2月6日繳清滯繳會費。

(三) 以上五名醫師皆繳清會費及掛號費，業經115年2月25日第二十屆第十一次財委會會議審查通過。

**決議：**通過丁斌煌、彭成華、張鑑芝、賴志洋、黃千慧等五名醫師申請復權。

五、請研討不堪使用器具報廢案。【彭瑞鵬召集委員提】

**說明：**

(一) 信義會館7樓固定式工作桌及6樓玻璃行事曆無法搬遷，連同二張已損壞之摺疊式會議桌，擬一併辦理報廢處理。

(二) 三項器具共39,862元，業經115年2月25日第二十屆第十一次財委會會議審查通過。

**決議：**通過報廢不堪使用器具三項共39,862元。

六、請研討本會所開立之支票逾期未兌領應如何處理案。【彭瑞鵬召集委員提】

**說明：**

(一) 支付瑞締服飾有限公司114年全國盃高爾夫球賽隊服，因廠商遷址致支票遺失（原支票115年2月10日到期，其支票12,947元至今已超過一年未領失效）。

(二) 原支票已逾1年期限，依法失效，提115年2月25日第二十屆第十一次財委會會議討

論，建議重新開立新支票予該廠商，並請廠商出具切結書，聲明原支票作廢。

**決議：**通過重新開立新支票予廠商並請廠商出具切結書，聲明原支票作廢。

七、請審查一一四年度一至十二月份會員福利退休慰問金及會員身故互助金收支案。

【洪德仁理事長提】

**說明：**

(一) 會員福利退休慰問基金：

- 一一四年度一至十二月申請退休慰問金，共計61名會員向本會申請，每名20,000元，合計支出1,220,000元。
- 本基金專戶累計至114年12月底結存4,922,744元。

(二) 會員身故互助基金：

- 一一四年度一至十二月會員因故死亡，共有31名親屬向本會申領身故互助金，每名200,000元，合計支付6,200,000元。
- 一一四年度安和會館裝潢費共支付22,484,947元。
- 本基金專戶累計至114年12月底結存33,208,375元。

**決議：**通過一一四年度一至十二月份會員福利退休慰問金及會員身故互助金收支。

八、請追認方信智、王世楨、陳耀昌、馬辛一、林國昭、連文彬、許美慧、張宏、鄧貴學、皮琛等十名醫師逝世申領互助金貳拾萬元案。【洪德仁理事長提】

說明：

- (一) 方信智醫師114年11月13日逝世，王世楨醫師114年11月16日逝世，陳耀昌醫師114年11月17日逝世，馬辛一醫師114年11月26日逝世，林國昭醫師114年11月26日逝世，連文彬醫師114年12月06日逝世，許美慧醫師114年12月11日逝世，張宏醫師114年12月28日逝世，鄧貴學醫師115年01月05日逝世，皮琛醫師115年01月15日逝世。
- (二) 以上十位受益人所附證件齊全合乎申領規定。

**決議：**通過方信智、王世楨、陳耀昌、馬辛一、林國昭、連文彬、許美慧、張宏、鄧貴學、皮琛等十名醫師逝世申領互助金各貳拾萬元。

九、請研討本會愛滋防治基金案。【洪德仁理事長提】

說明：

- (一) 本會設置之愛滋病防治基金係屬專款專用性質，其動用須經理事會通過。
- (二) 本基金自81年起，除利息收入外，無其他額外收入及支出。
- (三) 目前衛福部疾管署及健保署均已推動並執行多項愛滋防治相關計畫，爰建議將本基金現存餘額全數納入本會醫療發展基金統籌運用。

**決議：**為活化資金運用，將愛滋防治基金現存餘額併入「醫療發展基金」統一管理。

未來若有辦理「愛滋病防治活動」之經費需求，提經理監事會議通過後，由醫療發展基金撥款支應。

**參、臨時動議：**無

**肆、散會：**下午二時五分。⊕



# + 玉山金彩稅月 +

e起聰明繳 稅月更美好



醫師尊榮無限卡

繳綜所稅/房屋稅

最高享 **0.4%** 玉山 e point 回饋

## 綜所稅 (需登錄)

繳稅期間：2026/5/1-2026/6/4 (繳納期間依稅務機關公布為準)

卡片/客群	繳稅回饋		分期方案 稅款不限金額
	稅款未滿100萬元	稅款100萬元(含)以上	
醫師尊榮無限卡	<b>0.1%</b> 玉山 e point 回饋 (上限10萬點)		<b>6期 0利率</b> <b>12期 3.3% 優惠利率</b> <b>18期 4.5% 優惠利率</b>
醫師尊榮無限卡 (需使用玉山帳戶自動扣繳信用卡費)	<b>0.2%</b> 玉山 e point 回饋 (無上限)	<b>0.3%</b> 玉山 e point 回饋 (上限10萬點)	
理財會員 (需使用玉山帳戶自動扣繳信用卡費)	<b>0.2%</b> 玉山 e point 回饋 (無上限)	<b>0.3%</b> 玉山 e point 回饋 (上限15萬點)	
私銀/極致會員主戶	<b>0.4%</b> 玉山 e point 回饋 (上限15萬點)		

## 房屋稅 (需登錄)

繳稅期間：2026/4/28-2026/5/31 (繳納期間依稅務機關公布為準)

一次付 享好康	分期付 好輕鬆
玉山信用卡於玉山Wallet或綁定悠遊付繳房屋稅 享最高 <b>0.2%</b> 玉山 e point 回饋	玉山信用卡於玉山Wallet行動繳稅或Paytax繳稅服務網 繳房屋稅，稅款單筆1萬元(含)以上，享 <b>3期0利率</b>

### 信貸方案

### 醫師專屬貸款優惠

活動期間：2026/4/1-2026/6/30

- 享一段式利率**2.3%**起
- 貸款額度最高**800萬元**(本行登峰以上會員最高可至1,500萬元)
- 享貸款費用最低**2,000元起**



信貸活動詳情



立即申貸

注意事項：◎綜所稅：(1)【繳稅回饋】與【分期方案】若同時登錄以【分期方案】為準。(2)理財會員(需本行自扣)登錄可同享【繳稅回饋】與【分期方案】。(3)分期產品之分期利率說明：分期年利率(總費用年百分率)12期3.3%、18期4.5%。◎房屋稅：(1)悠遊付不適用【分期付 好輕鬆】活動。(2)登錄參加【分期付 好輕鬆】，則不再享【一次付 享好康】。◎活動僅適用Paytax財政部繳稅服務網繳稅(包含掃碼繳稅QR Code、財政部網站、電話繳稅)、玉山Wallet繳稅。◎分期方案需於信用卡原額度可用餘額內申請。◎稅款分期金額依申請期數按每月平均攤還(未能整除之金額併入首期)。◎分期金額尚未全部結清時，未結清部分仍會佔用個人可使用之信用額度。◎信貸方案：(1)專案活動期間：自2026年4月1日起至2026年6月30日止。於活動期間內申請，並於2026年7月14日前完成撥款者，可享優惠方案。(2)試算範例：貸款金額30萬，貸款期間5年，貸款利率2.3%-18.00%，貸款費用2,000元，貸款總費用年百分率約2.57%-16.31%。(3)詳細活動內容及注意事項詳見本行官網或掃描QR Code。(4)玉山銀行未與任何代辦或行銷公司合作辦理貸款事宜，敬請留意，以免損害自身權益。◎詳細活動內容及注意事項請見本行官網或掃描QR Code。◎玉山銀行保留活動修改、變更及終止之權利。



信用卡活動詳情



預約理財諮詢

謹慎理財 信用無價◎分期零利率產品：零手續費、零總費用年百分率◎循環利率：5.88%~15%(依本行電腦評等而訂，基準日：2015/9/1)◎預借現金手續費(依預借現金約定結付幣別區分)：預借現金金額x3.5%+(新臺幣150元/5美元/550日圓/4歐元)◎其他相關費率依本行網站及申請書公告



玉山金控 玉山銀行 玉山證券

# 間皮瘤—臺灣臺北地方法院112 年度重勞訴字第63號民事判決評析

臺北榮民總醫院職業醫學及臨床毒物部  
陳韋彤 葛 謹

## 前言

石綿已被國際癌症研究署(IARC)列為一級致癌物質，長期暴露於石綿可能會導致惡性間皮瘤、肺癌、喉癌、卵巢癌、石綿肺症（肺纖維化）、胸膜斑與瀰漫性胸膜增厚等，相關症狀可能為胸悶、胸痛、咳嗽、呼吸喘。石綿被「國際癌症研究署」(International Agency for Research on Cancer, IARC)歸類為一級人類致癌物質，已被證實可引發石綿肺症(asbestosis)、間皮瘤(mesothelioma)、肺癌(lung cancer)，也可能導致喉癌(laryngeal cancer)與卵巢癌(ovarian cancer)。由於石綿相關疾病的潛伏期達數十年，因果關係仍很容易被忽視。<sup>1-2</sup>

鑑於石綿的高度致癌性，歐盟國家已在2005年全面禁用石綿製品，日本與南韓則分別於2006與2009年全面禁用；至2013年底，全球已有超過50個國家全面禁採、禁用石綿。加拿大是石綿礦生產大國，也宣布2012年封礦停產。為處理環境中無所不在的石綿舊建材，許多國家建立環境監測與危害控制的機制，保護拆除業勞工以及附近居民，避免在拆除舊房舍的過程中受到石綿粉塵暴露。<sup>3-5</sup>

行政院環境保護署（1971年3月17日原為行政院衛生署環境衛生處，1987年8月22日獨立成為行政院環境保護署，2023年8月22日升格為環境部）於1989年5月依「毒性及關注化學物質管理法(Toxic and Concerned Chemical Substances Control Act 1986)」公告列管石綿為第二類毒性化學物質，並逐年限縮石綿使用

用途，包括禁止石綿使用於新換裝之飲用水管及其配件；禁止石綿用於製造石綿板、石綿管、纖維水泥板、石綿防水膠、隔熱材料、矽酸鈣板、石綿繩索、石綿墊片、石綿瓦及剎車來令片等。2012年8月1日起禁止石綿用於擠出成形水泥複合材中空板及建材填縫帶之製造，自2013年2月1日起禁止石綿用於石綿瓦之製造，自2018年7月1日起禁止石綿用於剎車來令片之製造。2022年10月公告「限制含石綿產品輸入」，自2023年5月1日起，除軍事、研究、試驗及教育用途與無法取得適當不含石綿之替代品，並經審查核准者外，禁止含石綿產品輸入。

然而本土有關石綿的職業病司法訴訟案例，應如何處理，仍值得社會大眾的關注。<sup>5-6</sup>

## 經過

甲自1969年8月16日起，先以定期契約工身分受僱於A公司，曾分別以公司所屬林口分處、金山分處、通宵施工處、大林施工處、臺中施工處、北部施工處等地為工作地點，擔任裝配技術佐、裝配技術員、裝配高級技術專員等職務，自1987年12月17日起至2007年12月31日退休日止，在臺中施工處鍋爐課、北部施工處熱回收設備課及熱回收設備組負責機械裝修工作。甲退休後別無其他工作，惟2021年7月間出現咳嗽、喘等症狀，同年11月29日接受B醫院醫師進行單孔胸腔鏡左側肋膜切片剝離手術，確診罹患第三期「肋膜惡性間皮細胞瘤」，經勞動部職業安全衛生署北區職業傷病防治中心委託B醫院進行職業疾病評估，評估

報告認定甲之「惡性間皮細胞瘤」屬「增列勞工保險職業病種類項目<sup>6</sup>」第5.1項之職業病。嗣後甲因「惡性間皮細胞瘤」，於2022年9月17日74歲時往生。

甲之配偶乙，與女（丙）子（丁）3人，於2023年2月24日先經勞資爭議調解，結果：不成立。乙、丙、丁三人遂向民事法院，對A公司提起侵權行為之訴訟。

### 爭執1：甲所罹患「肋膜間皮細胞瘤」是否屬職業病？

**乙丙丁主張：**B醫院職業疾病評估報告認定屬「增列勞工保險職業病種類項目」第5.1項之職業病。

**A公司主張：**(1)甲歷來均任職於電廠興建工程單位，且發電機組及相關發電設備之興建工程係公開招標委由承攬商施工，完工交付被告前係由承攬商管理，完工後則移交電廠營運，甲係從事興建工程安裝監造工作，不負責運轉維護，完工前後均毋庸接觸該等發電機組及相關發電設備，並因工程單位之工作範圍僅係興建階段，發電機組於該階段並未開始運作，要無進行平日維修保養、機器異常需進入鍋爐內或在管線旁移除外殼進行內部維修與調整，甚或輸送帶維修之必要。(2)零件均係購買後開封，在完整未被破壞狀態下由承攬商所屬人員組裝，不僅無粉塵飛揚疑慮，偶爾規格不符或試車所生損壞，亦由承攬商所屬人員更換或維修，不僅全非甲施作。(3)鍋爐管線最外層保溫材料，係採用岩棉、珍珠棉及矽酸鈣

等材質而無石綿成分，縱承攬商於更換或維修發生粉塵飛揚，也僅係一般性粉塵，A公司復提供一般性口罩及個人安全衛生防護器具，又施以定期健康檢查，應與法令規定相合。(4)A公司經常接受勞動單位勞工安全檢查，從無使用石綿造成危害勞工安全之紀錄。(5)甲自2008年1月1日退休至2021年12月2日確診罹患惡性間皮細胞瘤止，長達14年，此14年間或受僱期間所處工作以外其他環境是否有石綿成分，抑或渠接觸到其他致病因子所致，均有待釐清。(6)B醫院職業疾病評估報告書全出自甲自述，其自述與事實不符，評估結果尚不足採。

**法院心證：**(1)石綿主要會引起含惡性間皮細胞瘤、石綿肺症肺癌、胸膜斑與瀰漫性胸膜增厚等疾病，且健康危害往往暴露數十年後始生，如石綿暴露引起惡性間皮細胞瘤潛伏期可長達30年至40年，男性發生率大於女性且發病年齡多大於60歲，起因是較長之石綿纖維難以被肺泡巨噬細胞吞噬分解、無法有效排出體外。(2)國際癌症研究署於1977年將所有類型石綿列為第一類人體致癌物，並於1987年再次確認致癌性。(3)石綿具有防火性、耐高溫、絕緣、耐磨損等特性，用途十分廣泛，也因加工過程（如自然風化侵蝕或人為開採、工商業製程或廢棄物逸散等情事）有機會破碎成細小纖維懸浮在空氣中形成粉塵污染，因此從事電氣工程相關產業、早期使用石綿為大量隔熱物質之鍋爐製造相關產業人別有高風險暴露於石綿等內容，足謂「間皮細胞瘤」多與石綿物質

息息相關，且男性多係工作情形造成，且潛伏期多係十年甚至數十年。(4)石綿對人體健康危害係自20世紀起逐漸被世人瞭解，並於1960年代清楚認識到石綿與惡性間皮細胞瘤之關聯性。(5)增列勞保職業病種類第5.1項即載「間皮細胞瘤」係因石綿（Asbestos。含石綿之滑石）之致癌物質所致，多適用在使用、處理、製造石綿之作業或暴露於其纖維粉塵之工作場所，此亦經列為勞工職業災害保險職業病種類表第7.3項種類。(6)B醫院評估報告亦提及受限於甲工作距今已逾60年，科技技術並未留存工作現場文件資料，遑論現場環測資料，工作環境也截然不同，雖石綿暴露部分皆根據甲自述，也可能有「回憶偏誤」情形等侷限性，然以英國研究所陳「男性胸膜惡性間皮瘤有85%至90%可歸因於石綿職業性暴露，加上間接性職業或環境暴露可歸因於石綿暴露高達98%」，猶不影響法院認已達相當合理程度蓋然性之程度。(7)甲退休後僅投保健保於某區公所，除此以外別無其他勞保投保紀錄，退休前後住所亦非工業區，足見甲自17歲起至59歲退休止，均為A公司提供勞務，別無為其他雇主提供勞務之情事。(8)甲罹患惡性間皮細胞瘤，與受僱A公司期間具相當因果關係，應屬職業災害，洵堪認定。

### 爭執2：甲之職業災害，A公司是否應負侵權行為責任？

**A公司主張：**B醫院職業疾病評估報告書全出自甲自述，其自述與事實不符，評估結果尚不足採。

**法院心證：**(1)B醫院評估報告，已綜合疾病證據、職業暴露證據、罹病時序性、文獻一致性、其他致病因素等要素，認定甲所罹患惡性間皮細胞瘤疾病與渠長期暴露於劇毒石綿工作環境中有因果關係，並認定為職業病。(2)A公司對甲之工作內容可能致其罹患惡性間皮細胞瘤，應有認識並能預見卻未加以預防。(3)A公司違反注意義務及保護他人法律，已構成侵權行為。(4)A公司自應負民法第184條第1項前段、第2項之侵權行為損害賠償責任。(5)A公司若抗辯甲無上述工作內容，基於證據偏在於A公司，依民事訴訟法第277條但書規定應減輕原告舉證責任或證明度，於其等已為相當舉證之情況下，由A公司提出反證方能免除責任。

### 爭執3：A公司為時效抗辯，是否有理？

**A公司主張：**(1)民法第197條第1項：「因侵權行為所生之損害賠償請求權，自請求權人知有損害及賠償義務人時起，二年間不行使而消滅，自有侵權行為時起，逾十年者亦同。」(2)甲已退休十餘年，逾十年侵權行為請求時效。

**法院心證：**(1)最高法院民事判例：「所謂『知有損害』，係指明知而言。」<sup>7</sup>(2)最高法院民事判決：「倘加害人之侵權行為係連續（持續）發生，且受害人之損害須長期累積，始能具體顯現侵害之結果，應認受害人於知悉損害前，無從行使損害賠償請求權及起算消滅時效。又由於環境公害，居民身體、健康所受

之損害，往往須有害物質經長時間累積後，方得顯現。於損害顯現或經公告週知須避免為一定行為時，始得起算10年時效期間；若單純以加害行為發生時，作為侵權行為10年時效之起算時點，受害人恐有不能受保護之虞，自非所宜。<sup>8</sup>」(3)最高法院民事判決：「依民法第197條第1項規定，侵權行為之損害賠償請求權時效，採取雙軌制，短期時效2年以被害人知有損害及賠償義務人時起算（主觀說），長期時效10年自有侵權行為時起算（客觀說），解釋上均必損害發生始得起算其時效，避免被害人未生損害即開始起算時效甚或時效已完成之不合理現象；且請求權時效之起算，不以檢察官起訴或法院之判決為必要。又上開長期時效，即為損害賠償請求權之最長行使期間，被害人逾10年仍未行使權利，時效業已完成，不因被害人於完成前方知有損害及賠償義務人而另行起算2年短期時效，否則無異延長長期時效期間，破壞法秩序之安定。」「審諸毒物污染事件，被害人於接觸有害物質行為終了時，侵害身體或健康之後果有立即顯現者，亦有須經相當時日始外現者，是被害人之損害發生時點應分別觀察判斷：(i)軀幹、器官之身體或生理健康權：依醫學客觀判斷其症狀之暴露；(ii)身體自主權（不受有害物質不法侵害）：被害人身處有害物質之環境；(iii)心理健康權：被害人在聽聞或知悉同廠域勞工死亡或罹病因而對罹病風險提高之憂懼，依一般人客觀判斷在正常合理懷疑之範圍。(iv)父母、配偶、子女因被害人死亡而受有非財產上損害：被害人死

亡時。<sup>9</sup>」(4)A公司應負侵權行為損害賠償責任，且其等侵權行為損害賠償請求權消滅時效尚未完成。

#### 爭執4：A公司負侵權行為損害賠償責任，精神慰撫金之數額為何？

**法院心證：**乙、丙、丁3人各為甲之配偶及子女，因渠罹患職業病亡故，從此天人永隔，受有喪失至親之精神上痛苦，據甲病歷資料衡酌渠罹患間皮細胞瘤後，長期實際看護者承受之壓力程度，以兩造身份、地位、經濟能力與所受痛苦程度等一切情狀，依民法第194條規定，得請求A公司給付非財產上損害賠償，即精神慰撫金分別如下：(1)乙（配偶）：150萬元。(2)丙（女）：120萬元。(3)丁（子）：100萬元。

#### 爭執5：A公司負侵權行為損害賠償責任，死亡補償之數額為何？

**乙丙丁主張：**(1)勞動基準法第59條第4款：「勞工遭遇職業傷害或罹患職業病而死亡時，雇主除給與五個月平均工資之喪葬費外，並應一次給與其遺屬四十個月平均工資之死亡補償。」同法第61條：「（第1項）第五十九條之受領補償權，自得受領之日起，因二年間不行使而消滅。（第2項）受領補償之權利，不因勞工之離職而受影響，且不得讓與、抵銷、扣押或供擔保。」(3)乙、丙、丁3人應得請求A公司給付甲平均工資5個月之喪葬費、40個月之死亡補償，也不因甲離職，抑或A公司就職業災害發生有無故意過失而受影

響。(4)甲離職前6個月所得平均工資9萬5,013元計算，5個月平均工資喪葬費與40個月平均工資死亡補償。(5)乙、丙、丁已向勞動部勞工保險局領得退保當月起前6個月平均投保薪資4萬3,900元基礎計算45個月死亡津貼共197萬5,500元。(6)民法第271條：「數人負同一債務或有同一債權，而其給付可分者，除法律另有規定或契約另有訂定外，應各平均分擔或分受之；其給付本不可分而變為可分者亦同。」(7)喪葬費、死亡補償係勞工死亡後對其遺屬之給付，性質上非遺產而無繼承可能，且屬給付可分之性質，自依民法第271條由其等平均受領。(8)扣除已領得部分後，尚得請求A公司分別給付死亡補償差額，每人各76萬6,695元。(計算式：(9萬5,013-4萬3,900)X45 / 3=76萬6,695。)

**法院心證：**(1)最高法院民事判決：「雇主如已依其他法律規定賠償者，自得主張扣除之，亦即不得重複併計，避免就同一職業災害所生損害，對於雇主為重複請求，有失損益相抵之原則。」(2)A公司雖應負擔民法之損害賠償責任及勞動基準法之補償責任，然乙丙丁民法規定請求賠償，已各得請求精神慰撫金，且該等金額均高於其等依勞動基準法上開規定及本件主張事實請求之金額，則在此金額範圍內，即已因抵充而滿足。是其等此部分請求，即屬無據。<sup>10-11</sup>

#### 爭執6：乙請求扶養費用賠償，是否有理？

**乙主張：**(1)民法第192條第2項：「被害人對於第三人負有法定扶養義務者，加害人

對於該第三人亦應負損害賠償責任。」(2)甲亡故時74歲故平均餘命12.11年。(3)甲尚有配偶、子、女3人為其扶養義務人。(3)乙受扶養費用，依霍夫曼式計算法扣除中間利息核計為95萬2,866元。

**法院心證：**(1)民法第1116-1條：「夫妻互負扶養之義務，其負扶養義務之順序與直系血親卑親屬同，其受扶養權利之順序與直系血親尊親屬同。」(2)夫妻互受扶養權利之順序，既與直系血親尊親屬同，固不以無謀生能力必要，惟仍應受不能維持生活之限制。(3)所謂不能維持生活，乃無財產足以維持生活者或不能以自己財產維持生活而言；第三人有無受被害人扶養之權利，當以被害人即扶養義務人存活盡其扶養義務時，以第三人自己現有之財產是否不能維持生活，以為判斷。<sup>11-12</sup>(4)乙名下所有財產除有1筆百萬元財產交易外，另有股利憑單、利息所得近6萬元，不動產與所持股票亦有數百萬元價值，則其現有財產上非不能維持生活無訛。(5)乙請求扶養費用為無理由。

#### 法院

**地方法院：**A公司應給付精神慰撫金分別如下：(1)乙（配偶）：150萬元。(2)丙（女）：120萬元。(3)丁（子）：100萬元<sup>13</sup>。A公司不服，上訴高等法院。

**高等法院：**尚未判決<sup>14</sup>。

#### 討論

**間皮細胞瘤：**間皮細胞瘤(Mesothelioma)

是罕見但具侵略性的惡性腫瘤，主要源自於胸膜及腹膜的間皮細胞（超過八成來自胸膜，少數源自心包膜或睪丸鞘膜）。男性的發生率大於女性，或許與職業類別之性別比例差異有關，發病年齡則通常大於60歲。間皮瘤的症狀有因肺中液體滯留造成的呼吸困難、腹部腫脹、胸壁疼痛、咳嗽、疲倦，以及體重減輕。這些症狀出現的速度一般而言較為緩慢。超過80%的間皮瘤是由暴露在含石棉的環境中所導致的。暴露程度越高，風險越大。截至2013年，約有1.25億人曾在工作環境中接觸石棉。患病比例較高的族群有：石棉礦的礦工、將石棉加工製成產品的人、工作時會接觸石棉製品的人、和以上這些人同住的人，以及在含有石棉的建築物中工作的人。從暴露石棉到癌症出現大約相隔40年。清洗石棉工作者的衣物也會增加清洗者的罹病風險。其他風險因子包含遺傳以及被SV40病毒感染。預防的重點為減少石棉暴露。間皮瘤的治療通常包括手術、放射線療法，及化學療法。惡性間皮瘤患者在症狀發生之後的中位數存活時間(median survival)大約只有8至14個月。美國患者的五年存活率平均而言為8%。<sup>3-4</sup>本案甲2021年11月確診，2022年9月往生，存活時間10個月。

**流行病學：**流行病學(Epidemiology)是探討人類群體健康及疾病的分布，並藉由族群間分布差異來探索影響健康及疾病的影響因子，是公共衛生及預防醫學研究的基礎方法論，同時在實證醫學中做為辨別疾病因素和最佳臨床治療途徑的科學理論。流行病學不僅

研究傳染病，也研究慢性病（例如：癌症、心臟病、糖尿病、高血壓等）<sup>15-16</sup>。石棉暴露導致惡性間皮瘤的流行病學證據，1960年是由Wagner等人首先提出，他們發現南非開普省的石棉礦礦工及礦場附近居民有極高的惡性間皮瘤發生率。歸納累積至今的流行病學文獻，可推論男性的惡性間皮瘤有85-90%可歸因於職業性石棉暴露，若加上間接性的職業暴露(para-occupational exposure)及環境暴露，則有高達98%的男性間皮瘤可歸因於石棉暴露。由於石棉與惡性間皮瘤的高度相關，惡性間皮瘤也被視為訊號或哨兵癌症(signal or sentinel tumor)。亦即一旦確診為間皮瘤，就應高度懷疑與石棉暴露有關。本案甲確診為間皮瘤，雖然有石棉暴露可能，但A公司之暴露證據超過40-50年，年代久遠，無法確實掌握當時的確實暴露證據，職業病的診斷如缺乏確實暴露證據，通常即難以診斷，本案甲因「增列勞工保險職業病種類項目」第5.1項之職業病，加上國際間2014年採納的「赫爾辛基診斷與歸因準則(Helsinki criteria)」<sup>1-5</sup>，B醫院據此診斷甲為「職業病」，雖然A公司抗辯暴露證據不足，但法院依民事訴訟法第277條：「當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任。但法律別有規定，或依其情形顯失公平者，不在此限。」法院認為暴露證據均為A公司所有，舉證無暴露的責任應在A公司，值得肯定。

**離職後診斷：**依勞工職業災害保險及保護法(Labor Occupational Accident Insurance and

Protection Act 2022)第63條授權訂定之「勞工職業災害保險預防職業病健康檢查及健康追蹤檢查辦法」之附表一：預防職業病健康檢查之作業類別，例如：(1)游離輻射作業。(2)粉塵作業、石綿作業。(3)有機溶劑作業：三氯乙烯、四氯乙烯。(4)特定化學物質超過百分之一之混合物之作業：砷、鎘、鉻酸、鎳、銻、甲醛、苯等致癌物質。因為上述作業勞工職災潛伏期長，退保後申請職災，可至認可之醫療機構（職業傷病診治專責醫院），由職業醫學科專科醫師協助評估後，提出申請。本案甲雖已退出勞工保險，因屬「粉塵作業、石綿作業」，潛伏期長，B醫院又為職業傷病診治專責醫院，退保後確診「職業病」，仍得申請職災給付。<sup>17-20</sup>

**久保田震撼：**日本大阪府境內之泉南地區，從明治末期（二十世紀初）開始發展石綿紡織業，持續將近百年。整個泉南地區和鄰近的阪南地區有高達兩百家石綿相關工廠，石綿紡織品的產量占當時日本全國產量的七到八成。石綿織品因具有耐火、耐熱、重量輕和便宜等特性，廣泛用於造船、鋼鐵、汽車、機械運輸等行業，為日本工業發展提供重要貢獻。然而，依據1937年內務省保險院的調查，泉南地區一般民眾罹患石綿肺的比率為12%，工作三年以上的勞工為30%，工作二十年以上的勞工則有100%，顯示此一時期泉南地區即有嚴重的石綿相關災害，負責實施調查的川助醫師當時亦提出建言，建議政府應立即擬定政策因應並作具體預防。依據1988年岸和田市勞動基

準監督署資料，泉南地區因石綿而致勞工死亡的年齡，男性比全國低了十四歲、女性則低了十九歲。然而，因為石綿在使用的成本上相當便宜，又是工業發展所需的重要原料，縱然有許多調查結果顯示石綿危害，但國家並未有相應的措施，導致泉南地區罹患石綿肺和肺癌的人數大量出現。2005年6月25日，大阪附近的兵庫縣尼崎市工廠（クボタ旧神崎工場）三位罹患惡性間皮瘤的前勞工，指控造成員工罹癌的主因在1957至1970年代，以青石綿為原料製造石綿水泥管，媒體揭露此事件之後，又有報導指出，該工廠在1978至2005年間總共有79位員工死於肺癌或惡性間皮瘤，另有34位員工家屬及工廠附近的社區居民也因惡性間皮瘤過世。2005年6月30日，久保田公司回應受害者的要求，公開石綿使用量及石綿疾病記錄；資料顯示，至2005年3月為止，久保田位於兵庫縣尼崎市工廠的員工已有105人死於石綿相關疾病，死亡人數超過該工廠全體員工的10%。此事件震撼日本社會大眾，稱為「久保田震撼」。<sup>3-4</sup>

**泉南訴訟：**「久保田震撼」後，日本社會開始重視石綿的健康危害，政府在民間長期的壓力下，召開跨省廳會議，2005年12月，舉辦「石綿問題相關的綜合對策（アスベスト問題に係る総合対策）」，彙整各方意見，並於2006年2月制定「石綿健康傷害救濟法」。泉南地區當時許多石綿工廠不是已結束營業，就是自營者或是僱用人數在十人以下的小型企業，賠償能力相當有限。然而，國家幾十

年來並未積極對泉南地區的石綿危害提出有效對策，任由損害不斷擴大，因此泉南地區的勞工、居民和公益律師團聯合組成「大阪石綿辯護團」（大阪アスベスト弁護団），對國家提出因石綿受損之國家賠償訴訟。2006年5月26日，第一波訴訟原告八人向大阪地方法院提出了國賠訴訟，爾後包含追加起訴，共有二十六名原告（包含受害勞工、家屬及周圍居民）；第一波訴訟於2010年5月19日作出判決，法院於國賠訴訟判決中第一次承認了國家的責任，然而2011年8月25日時第二審判決卻逆轉，認定並無國家責任。第二波訴訟於2009年9月24日提出（到2013年大阪高等法院判決時第二波訴訟共有58名原告），第二波訴訟則於2012年3月28日作出判決，大阪地方法院第一審判決再次承認國家的責任，2013年12月25日到了第二審，大阪高等法院的判決也承認了國家的責任。2014年6月16日，第一波和第二波訴訟同時上訴到最高法院，2014年10月9日最高法院認定了國家須負擔國家的責任。判決指出：縱然國家因經濟因素而發展石綿相關產業，但國民生命與健康的保障，乃是國家追求的最高價值，國家為了保障人民的生命、健康利益，有義務適時且適當地行使國家的規制權限。<sup>3-4</sup>

### 結語


**社會問題：**石綿具高度致癌性，石綿所致的職業病也已列入「職業病種類表」，石綿之職業病診斷也因暴露因素轉由資方舉證無石綿暴露而相對簡單，然而石綿暴露到發病的潛伏期達數十年，本案若以20歲起算，72歲病發，

潛伏期長達50年，若甲執業期間有變更雇主，或是A公司有破產、停業、歇業等情事，縱使退保後診斷職業病，亦可能求償無門，成為社會問題。

**差額補償：**勞基法59條規定的40個月死亡補償，與5個月喪葬費係屬雇主責任，且以「平均工資」計算；勞保職災死亡給付則以「投保薪資」計算。間皮細胞瘤是惡性腫瘤，甲於確診後1年內往生，雖取得勞保職災死亡給付，但潛伏期超長的職業病，雇主是否仍應補足「平均工資」與「投保薪資」之差額？<sup>20</sup>值得我們深思。

### 參考文獻

1. Tossavainen A : Asbestos, asbestosis, and cancer: the Helsinki criteria for diagnosis and attribution. Scand J Work Environ Health 1997; 23(4): 311-6.
2. H. Wolff, T. Vehmas, P. Oksa, et al : Asbestos, asbestosis, and cancer, the Helsinki criteria for diagnosis and attribution 2014: recommendations. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health 2015; 41: 5-15.
3. 李俊賢、蕭汎如、鄭雅文等：石綿的健康危害與台灣現況。勞動者雜誌187期，2016-2-2 (<https://oshlink.org.tw/index.php?/about/issue/asbestos/63>) 2026-4-5 visited.
4. 鄭雅文等：致命粉塵－石綿疾病，工業發展史中的職業病風暴(Deadly dust asbestos-related diseases, a major occupational disease

- epidemic in the history of industrialization)。臺北市，台灣職業安全健康連線；2017。
5. 賴昆暉，黃敬淳主筆修訂：職業暴露石棉引起之癌症認定參考指引-惡性間皮細胞瘤。修訂2版，勞動部職業安全衛生署；2021年6月。
  6. 李貞嫻、朱柏青：研議檢討職業災害保險職業病種類表及其適用範圍(Research on the lists of occupational diseases and their occupational range for insurance workers' compensation)。新北市，勞動部勞動及職業安全衛生研究所；2020。
  7. 最高法院72年台上字第1428號民事判例。
  8. 最高法院107年度台上字第3號民事判決。
  9. 最高法院111年度台上字第1828號民事判決。
  10. 最高法院108年度台上字第627號民事判決。
  11. 最高法院107年度台上字第2183號民事判決。
  12. 最高法院108年度台上字第653號民事判決。
  13. 臺灣臺北地方法院112年度重勞訴字第63號民事判決（勞動法庭，2025年1月17日）。
  14. 臺灣高等法院114年度重勞上字第30號民事判決（尚未判決）。
  15. 洪敬宜、邱弘毅：職業病流行病學研究方法學與原理手冊(Occupational disease epidemiology research methodology and principle guideline)。新北市，勞動部勞動及職業安全衛生研究所；2021。
  16. 陳為堅、于明輝、李玉春等：流行病(Epidemiology)。臺北市，財團法人陳拱北預防醫學基金會；2024。
  17. 鄭正一：職災保險與保護實務。臺北市，永然文化出版股份有限公司；2023。
  18. 姜林予馨、葛謹：旋轉肌袖症候群－臺灣高等法院111年度勞上字第132號民事判決評析。台北市醫師公會會刊2026; 70(3): 31-42。
  19. 臺灣高雄地方法院98年度勞訴字第32號民事判決（勞工法庭，2010年7月12日）。
  20. 臺灣高雄地方法院99年度勞訴字第5號民事判決（勞工法庭，2010年5月31日）。





## 敬邀申辦醫師尊榮無限卡 盡享無限禮遇



### 基本回饋、專屬首刷禮

- 基本回饋：國內、國外基本**1%現金回饋**無上限，當期帳單折抵！
- 首刷禮：新戶或財富管理會員首次申辦玉山無限卡正卡，核卡後60天內新增國內一般消費累積滿5萬元贈【**500元好禮即享券-經典好禮組12選1**】1份。(歸戶回饋上限1份)



### 春夏旅遊 國外實體消費 最高3.5%回饋

- 禮遇一：每季於國外實體商店一般消費累積達10萬元，享加碼**1%現金回饋**，最高享【**2%現金回饋**】。(每季回饋上限5,000元)
- 禮遇二：於日、韓、歐、美、加等指定國家實體商店消費，滿額再享【**1.5%玉山e point**】，最高回饋10,000點。

※活動需登錄。



### 指定航空、高鐵 最高享3%回饋

- 每季於國內一般消費(含指定航空、高鐵)累積達10萬元，於指定航空、高鐵消費加碼**2%玉山e point**，最高享【**3%回饋**】。

※指定航空、高鐵含中華航空、長榮航空、星宇航空、國泰航空、阿聯酋航空、台灣高鐵。

※每季回饋上限2,000點玉山e point。

※活動需登錄。



### 卡友權益

- 機場接送：當年度新增一般消費滿額，享免費接送趟次**2次**，理財會員最高**4趟**。
- 機場貴賓室：刷團費或國際機票滿額，且於使用貴賓室最近一期帳單消費滿萬元，享當年度最高使用**8次**，理財會員最高**10次**。
- 高額旅平險：最高享新臺幣**5,000萬元**。
- 市區停車：當月新增一般消費達2萬元，次月享**每日3小時**免費停車。



活動詳情

注意事項：◎活動期間：2026/1/1-2026/6/30。◎玉山銀行保留活動修改、變更及終止之權利。◎更多活動詳情請掃描QR Code或至玉山官網查詢。

謹慎理財  
信用無價

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

# 失焦的大腦：成人ADHD 神經路徑與診療新觀點

臺北榮民總醫院家庭醫學部 林明慧

## 前言

注意力不足過動症（Attention-deficit/hyperactivity disorder, 以下簡稱ADHD）是一種常見的神經發展障礙。過去多被視為兒童期疾病，但當代流行病學研究已翻轉此一觀點，成人ADHD的全球盛行率約為2.5%至6.7%，且其症狀往往具有高度持續性<sup>1</sup>。部分ADHD兒童個案之症狀會持續至成人，且約55.9%之確診者在成年後才獲得首度診斷，意即大量病例於幼年期並未被成功辨識<sup>2</sup>。這種診斷遺漏主要歸因於高智商個體的「代償性掩飾」機制，或是女性因症狀較為內化（如以注意力不集中表現）而造成早期診斷遺漏。

本文整理當代腦科學最新證據，深入探討以下四個核心面向：

1. 神經路徑機制：了解預設模式網絡(Default Mode Network, DMN)與兒茶酚胺系統(Catecholamines system)對注意力之調節功能。
2. 成人與兒童的差異：辨別兩者在行為表現與臨床診斷上的演變。
3. 兒童期診斷遺漏之成因：分析高智商補償、性別偏差與社會環境對診斷的影響。
4. 成年ADHD多模式治療策略：探討合併藥物與非藥物介入的多模式介入，在臨床實證上顯現出更佳的組織能力與情緒調節改善效果。

## 成人ADHD之神經通路與大腦網絡：從單一腦區到網絡失衡

當前神經科學研究已翻轉過去將ADHD視

為單一腦區病灶的觀點，轉而將其理解為多個認知控制網絡間的調節失衡不穩定<sup>3</sup>。這種不穩定性主要與執行控制網絡(Executive Control Network)與預設模式網絡(Default Mode Network, DMN)之間的互動異常有關<sup>4</sup>。

一般情況下，當個體執行外在任務時，前額葉主導的控制網絡能有效抑制DMN活動，使注意力維持於目標導向的處理。但研究顯示，ADHD個體在任務進行期間，DMN活動較容易持續或間歇性出現，進而干擾當前的認知狀態，導致主觀經驗上呈現注意力游移、內在思緒難以關閉。

這種網絡調節的穩定性，與前額葉—基底核—丘腦迴路以及兒茶酚胺系統的調控密切相關<sup>5</sup>。由於多巴胺與正腎上腺素對於調節前額葉神經元活動的穩定性，強化目標訊號並過濾背景雜訊干擾-即信噪比(Signal-to-Noise Ratio)之改善上扮演關鍵角色，而ADHD患者因神經調控效率不足，前額葉難以長時間維持任務狀態，進而削弱基底核對無關刺激與衝動反應的抑制能力。

綜合行為與神經影像證據，成人ADHD的本質是一種神經網絡調節穩定性下降的動態狀態。這種調節困難，解釋了患者呈現注意力易游移、內在思緒較難關閉，難以有效切換認知狀態，以及對外在刺激較為敏感等特徵<sup>6</sup>，而並非單純缺乏注意力能力而已。

## 兒童期ADHD之發展性特徵與成人期之差異

兒童期ADHD常見前額葉皮質成熟延遲、皮質下結構（如紋狀體）異常，以及以皮質

下一皮質下為主的連結異常<sup>4,7</sup>：隨年齡增長，異常可能逐步轉向皮質下一皮質與皮質一皮質網絡。若症狀持續至成人，前額葉網絡（尤其內側與背外側前額葉）異常仍經常存在，並可觀察到持續性的皮質變薄，反映神經網絡調節重組可能不足，而非單純的發育時程延後。相對地，症狀緩解者可見腦部結構與功能連結逐漸的正常化<sup>8</sup>。

近期大型神經影像研究指出，人腦的結構在約三十歲前後出現顯著的發展轉折，顯示成年前期可能仍保有一定程度的神經可塑性，使得介入亦可能有助於網絡調節模式的長期穩定化<sup>9</sup>。上述推論仍需仰賴針對成年前期ADHD的縱向介入研究，以進一步驗證其神經生物學與臨床意涵。整體而言，ADHD的神經生物學特徵會隨發展歷程呈現動態演變，從兒童期的皮質成熟延遲，到成人期可能出現的網絡調節失衡；掌握此一軌跡是臨床精準介入的關鍵。

### 臨床表現：從兒童「行為過動」到成人「執行功能失調」的症狀轉換

ADHD的臨床表徵隨年齡增長而有顯著的質變；兒童期常見的肢體過動與衝動，在成人期往往轉化為更為隱蔽、卻對社會功能影響更深遠的認知障礙。根據美國精神醫學會DSM-5診斷標準及最新醫學文獻<sup>10</sup>，成人ADHD和兒童ADHD在許多面向均存在差異。由於皮質成熟延遲，兒童期ADHD核心症狀以過動與衝動為主，表現在外在則為肢體不安、難以安坐及缺乏衝動控制。成人期ADHD患者除了注意力不集中之外，其過動症狀常轉化為「內在的躁

動感」，及那些因大規模網絡失衡引發的執行功能缺陷，包括：

組織與規劃困難：難以排定工作優先順序，常在截止日期前感到極大壓力。

時間感知偏差，導致長期遲到或時程規劃失準。

情緒調節失能：對挫折的耐受力低，易出現陣發性的情緒波動，這常被誤診為性格問題或焦慮症。

隨生命階段推進，未經診斷或治療的成人ADHD常與後天發展出的次發性問題交織，極易合併憂鬱症、焦慮症、物質濫用（如酒精或尼古丁依賴）與社交困難及睡眠障礙等。這些症狀可能直接衝擊職涯發展、人際關係與財務管理，導致患者常有「空有潛力卻難以發揮」的挫折感<sup>11</sup>。

由於成人診斷無法單純依賴過動表現，臨床評估應採取更全面的視野：透過發展史回溯，確認症狀是否可追溯至兒童期（即使當時未確診），且評估症狀是否已同時影響工作、家庭與社交生活。茲整理兒童與成人ADHD差異之重點比較如表一所示。

### 女童與部分個案使用認知代償掩飾症狀的診斷挑戰

研究發現，女童ADHD較少於兒童期被辨識，可能與症狀表現偏向內化（如分心、白日夢或內在焦慮）有關。受限於社會對女性「細心、乖巧」的期待，女童常發展出高度掩飾（masking）或代償策略（例如刻意維持秩序、

表一 兒童與成人ADHD之重點比較<sup>1,12</sup>

項目	兒童 ADHD 特徵	成人 ADHD 特徵
發病年齡	通常於 12 歲前出現症狀	多數為兒童期持續，少數晚發
性別分布	男童多於女童（約 4:1）	男女比例接近 1:1
主要症狀	注意力不集中、過動、衝動	注意力不集中、衝動、易分心、組織困難、情緒調節問題
過動表現	明顯肢體活動過多	內在躁動、坐立不安
診斷標準	需 6 項以上症狀 (DSM-5) <sup>13</sup>	需 5 項以上症狀 (DSM-5)
併發症	學習障礙、行為障礙	憂鬱、焦慮、物質濫用、社交困難
治療原則	以刺激劑藥物及行為治療為主	刺激劑、非刺激劑、心理治療
遺傳特徵	高遺傳性，與多巴胺基因相關	持續型 ADHD 多基因風險分數較高，晚發型與憂鬱症基因重疊
主要神經通路	皮質成熟延遲；皮質下結構（紋狀體）異常	皮質網絡連結異常；DMN 調節失衡；前額葉 - 紋狀體功能改變
功能影響	學業、家庭、同儕互動	工作、家庭、人際與財務管理

過度努力融入同儕、模仿同儕以符合期待），使得外顯衝動與行為問題相對較少發現<sup>14</sup>，因而不易在學校與家庭情境中被及早轉介。這些策略雖可短期維持功能，卻可能提高心理耗損與慢性壓力，使臨床評估時更難辨識。

有55.9%患者在成年後才確診，其中不乏高智商個體。他們在求學期間利用認知能力強行代償神經網絡的缺陷，而維持了學業表現。若未能早期辨識與介入，問題往往延續至成年，即便職場表現正常，但其內心因長年累積的「認知功能耗損」，導致情緒耗竭與社交焦慮，並以焦慮、憂鬱、自我否定、與情緒失調等整體功能下滑形式呈現。

臨床建議採納性別敏感的評估框架，面對成年女性或高成就個體，臨床醫師應試著評估其「代償成本」。除檢視傳統外顯症狀外，亦應主動詢問患者是否需要耗費超乎常人的精力來維持日常運作，並且出現長期疲憊、社交焦慮、完美主義負荷與自我概念受損等慢性壓力，這往往是打破診斷盲區的關鍵。

目前抽血或影像學檢查尚無法作為ADHD之早期偵測或常規確定診斷工具<sup>15</sup>；臨床診斷仍以DSM-5-TR行為症狀與病史評估與功能損害為核心（參考表二兒童與成人ADHD之臨床篩檢快速指南）。因此，未來發展生物標記須同時具備可近性、可重現性與其在分型或預後預測上的附加價值，才具備臨床效益。

表二 兒童與成人ADHD之臨床篩檢快速指南<sup>12</sup>

比較項目	兒童與青少年（≤16歲）ADHD特徵	成人ADHD特徵
症狀數量門檻	在「注意力不足」或「過動/衝動」任一類別中滿足≥6個症狀（詳附錄）	在任一類別中，只需滿足≥5個症狀（詳附錄）。
發病年齡限制	數種症狀必須在12歲以前出現。	同樣追溯至12歲以前已有相關症狀
症狀持續時間	症狀必須持續至少6個月。	症狀必須持續至少6個月。
情境要求	症狀出現在2種或以上的情境（如：家裡、學校）。	症狀出現在2種或以上的情境（如：工作、家庭、社交）。
過動的表現	顯而易見的肢體過動（如：跑來跑去、爬高、無法安坐）	肢體過動減少，轉化為內在的焦躁不安感或難以忍受長時間安坐。
衝動的表現	搶話、插嘴、無法排隊等待。	社交上的衝動（如：打斷他人說話）、財務衝動、決策魯莽。
功能損害	主要影響學業成績、同儕關係、家庭生活。	主要影響職業表現、親密關係、財務管理、組織規劃。

### 介入方式與神經重塑機制：從藥物調控到多模式整合治療

如前所述，人腦在30歲前仍處於系統性發展轉折期，這段神經可塑性的黃金期為介入提供了正向導引神經路徑發展的契機。系統性回顧證實，針對學齡前高風險個體進行早期干預（包括行為治療、家長訓練與學校環境支持），能改善其執行功能與行為調節能力，有效減少ADHD症狀，進而降低症狀持續至成年期的風險，與較佳預後相關<sup>16</sup>。

在藥物治療方面，刺激劑（如methylphenidate、amphetamines）與非刺激劑（如atomoxetine、guanfacine），已被廣泛應用於改善ADHD的注意力與執行功能<sup>17</sup>。

這些藥物主要透過提升前額葉皮質兒茶酚胺系統內多巴胺與正腎上腺素的傳導效率，關

鍵性地優化了神經元活動的「信噪比」。這種藥理作用不僅能增強任務相關的訊號，更能具體改善DMN在執行任務時的過度活躍，使前額葉能更穩定地維持目標導向的神經狀態，進而減輕成人常見的內在躁動與失焦感。

對於成年患者而言，配合藥物的多模式治療(Multimodal Treatment)被視為改善功能表現的首選策略<sup>18</sup>。其中，認知行為治療(Cognitive Behavioral Therapy, CBT)是目前實證支持最完整的非藥物介入方式，透過系統性技能補強訓練（如改善時間管理與組織、目標設定、問題解決、情緒調節），若與藥物治療合併使用時，可促進前額葉皮質功能性成熟與神經網絡的長期穩定，改善臨床功能損害，顯著提升患者的自我管理能力和生活品質。

其他心理治療如正念(mindfulness)、

認知訓練、辯證行為治療(DBT)、催眠治療等，雖然證據較弱，但亦可輔助改善部分症狀，特別是情緒調節與自我管理。此外，神經回饋(Neurofeedback)、或如經顱磁刺激(Transcranial Magnetic Stimulation, TMS)等腦神經調控(Neuromodulation)技術，雖然在高品質隨機對照試驗中的療效仍存爭議，但理論上可透過即時反饋，訓練患者自我調控腦部活動的能力。電腦化認知訓練（如工作記憶訓練）雖可提升特定認知功能的表現，但對核心 ADHD 症狀的長期改善，效果有限。

最後，運動、飲食與生活型態的介入，亦在整體治療架構中發揮輔助作用。高強度有氧運動能提升神經傳導物質的濃度並促進神經可塑性，而飲食調整（如Omega-3脂肪酸補充、排除人工添加物）與睡眠管理則在多模式治療模式下，為執行功能與行為調節提供更全面的支持<sup>19</sup>。

雖然目前仍需更多神經影像學證據來驗證非藥物治療直接促成神經通路成熟的機制，但臨床功能改善的實際療效，已獲多項高品質研究支持。未來的介入策略應以功能目標為導向，透過藥物與非藥物的有機整合，掌握大腦發展的動態窗期，以實現精準且長效的臨床效益<sup>20</sup>。

### 結論

成人 ADHD 並非兒童 ADHD 的縮小版，而是神經發展轉換後的臨床表型。從兒童期的皮質成熟延遲與皮質下結構異常，逐步轉為成人期以大規模皮質網絡連結與網絡間調節失衡為

核心，成人 ADHD 的神經生物學是發展歷程中的動態結果。此發展性轉換與臨床表現的改變相呼應，反映了神經發展與可塑性，也提示治療策略需要隨生命階段調整。未來建議臨床採取更精準的分型與個別化介入，強化性別敏感評估與共病症管理，以提升診斷精確度，協助其功能復原。而基層醫師則可協助辨識「非典型」ADHD 患者（如：高成就但內心焦慮失序的成人）針對「情緒不穩」或「長期焦慮」的女性患者，也應評估 ADHD 的可能性，增加臨床應用價值。

附錄：DSM-5-TR ADHD 診斷準則核心兩大類別 18 項完整列表：

#### A. 注意力不足(Inattention) — 9項

1. 常無法注意細節／常犯粗心錯誤（作業、工作或其他活動中）。
2. 常難以持續專注（上課、對話、閱讀等）。
3. 別人直接對他說話時，常像沒在聽。
4. 常無法遵循指示、無法完成作業/差事/工作職責（容易虎頭蛇尾；非因反抗或聽不懂）。
5. 常難以組織安排工作與活動（時間管理差、步驟凌亂、東西雜亂、常延誤）。
6. 常逃避／不喜歡／不願做需要持續心智努力的工作（如寫報告、整理資料、長篇閱讀）。
7. 常弄丟做事所需物品（文具、書本、鑰匙、錢包、手機、文件等）。
8. 常容易被外界刺激分心（成人也可表現為被「無關想法」拉走）。

9. 日常活動中常健忘（忘記約定、該做的事）。

#### B. 過動／衝動(Hyperactivity/Impulsivity)

— 9項

1. 常坐立不安：手腳動個不停、扭動身體、在座位上蠕動。
2. 在需要坐著的情境，常離開座位。
3. 常在不適當情境跑來跑去或攀爬；成人可能表現為明顯坐不住/焦躁感。
4. 常難以安靜地玩耍或從事休閒活動。
5. 常「停不下來」、像被馬達驅動一樣一直動（長時間很難安定）。
6. 常話很多。
7. 別人問題還沒講完就搶答。
8. 常難以排隊或等待輪到自己。
9. 常打斷或干擾他人（插話、插隊、闖入別人的活動、擅自使用他人物品等）。

#### 參考文獻

1. V Simon, P Czobor, S Bálint, et al: Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2009; 194(3): 204-11.
2. P Song, M Zha, Q Yang, et al: The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *J Glob Health* 2021; 11: 04009.
3. G Sudre, E Szekely, W Sharp, et al: Multimodal Mapping of the Brain's Functional Connectivity and the Adult Outcome of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2017; 114(44): 11787-92.
4. H McCarthy, N Skokauskas, A Mulligan, et al: Attention Network Hypoconnectivity With Default and Affective Network Hyperconnectivity in Adults Diagnosed With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood. *JAMA Psychiatry* 2013; 70(12): 1329-37.
5. EF Gallo, J Posner: Moving Towards Causality in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Overview of Neural and Genetic Mechanisms. *Lancet Psychiatry* 2016; 3(6): 555-67.
6. J Posner, GV Polanczyk, E Sonuga-Barke, et al: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Lancet* 2020; 395(10222): 450-62.
7. P Shaw, M Malek, B Watson, et al: Trajectories of Cerebral Cortical Development in Childhood and Adolescence and Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biol Psychiatry* 2013; 74(8): 599-606.
8. M Hoogman, R Muetzel, JP Guimaraes, et al: Brain Imaging of the Cortex in ADHD: A Coordinated Analysis of Large-Scale Clinical and Population-Based Samples. *Am J Psychiatry* 2019; 176(7): 531-42.

9. A Mousley, RAI Bethlehem, FC Yeh, et al: Topological turning points across the human lifespan. *Nat Commun* 2025; 16(1): 10055.
10. DV Jeste, JA Lieberman, D Fassler, et al: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2022.
11. P Asherson, J Agnew-Blais: Annual Research Review: Does Late-Onset Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Exist? *J Child Psychol Psychiatry* 2019; 60(4): 333-52.
12. VM Rajagopal, J Duan, L Vilar-Ribó, et al: Differences in the Genetic Architecture of Common and Rare Variants in Childhood, Persistent and Late-Diagnosed Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Nat Genet* 2022; 54(8): 1117-24.
13. HM Feldman, MI Reiff: Attention Deficit–Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *N Engl J Med* 2014; 370(9): 838-46.
14. SP Hinshaw, PT Nguyen, SM O’Grady, et al: Annual Research Review: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Girls and Women: Underrepresentation, Longitudinal Processes, and Key Directions. *J Child Psychol Psychiatry* 2022; 63(4): 484-96.
15. Chen H, Y Yang, D Odisho, et al: Can Biomarkers Be Used to Diagnose Attention Deficit Hyperactivity Disorder? *Front Psychiatry* 2023; 14: 1026616.
16. Y Bannett, I Luo, R Azuero-Dajud, et al: ADHD Diagnosis and Timing of Medication Initiation Among Children Aged 3 to 5 Years. *JAMA Netw Open* 2025; 8(8): e2529610.
17. S Cortese: Pharmacologic Treatment of Attention Deficit–Hyperactivity Disorder. *N Engl J Med* 2020; 383(11): 1050-6.
18. SJ Westwood, PM Aggensteiner, A Kaiser, et al: Neurofeedback for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Psychiatry* 2025; 82(2): 118-29.
19. X Gonda, S Balint, JM Rethelyi, et al: Settling a Distracted Globe: An Overview of Psychosocial and Psychotherapeutic Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2024; 83: 1-8.
20. V Nimmo-Smith, A Merwood, D Hank, et al: Non-Pharmacological Interventions for Adult ADHD: A Systematic Review. *Psychol Med* 2020; 50(4): 529-41. 🌐

# 淺談代謝相關脂肪肝病(MASLD)中的器官串聯

臺北榮民總醫院<sup>1</sup>教學部<sup>2</sup>家庭醫學部<sup>3</sup>內科部<sup>4</sup>新光吳火獅紀念醫院內科部  
楊盈盈<sup>1,3</sup> 侯明志<sup>3</sup> 葉筱芸<sup>1,2</sup> 沈曉津<sup>1</sup> 黃加璋<sup>1,3</sup> 黎子豪<sup>4</sup>

代謝功能障礙相關脂肪肝疾病 (metabolic dysfunction-associated fatty liver disease, 簡稱MASLD)，以前被稱為代謝相關脂肪肝病(MAFLD)或非酒精性脂肪肝病(NAFLD)，於1980年首次被命名為“NAFLD”，用於描述在沒有大量飲酒的情況下發生的脂肪肝疾病。過去幾十年，MASLD的全球盛行率持續上升，目前已影響38%的人口。在MASLD患者中，估計有20%至30%會進展為代謝功能障礙相關性脂肪性肝炎 (metabolic dysfunction-associated steatohepatitis, 簡稱MASH)，而MASH患者中又有10%至20%會發展為肝硬化。在MASLD誘發的肝硬化病例中，肝細胞癌(HCC)的發生率約為0.5%至2.6%。MASLD與癌症的關聯不僅限於眾所周知的HCC，還包括多種惡性腫瘤，例如大腸直腸癌、食道癌、胃癌、胰腺癌和腸外癌。MASLD/MASH也與心血管疾病(CVD)風險增加有關，而CVD是MASLD患者發病和死亡的主要原因<sup>1</sup>。

近年來在MASLD患者有諸多的器官串聯被討論，首先血循中的腸道代謝物短鏈脂肪酸(SCFAs)和色氨酸，是與MASLD發病相關機轉中的腸肝軸串聯的代表性標記<sup>2</sup>。近期的研究將血中短鏈脂肪酸/色氨酸代謝產物濃度納入預測MASLD的脂肪肝嚴重度的新模型顯示，除患者的腰圍、三酸甘油酯-葡萄糖指數 (胰島素抗性標記)、AST/ALT比值 (發炎標記) 和Lipopolysaccharide-Binding Protein (LBP, 血中細菌移位標記) 外，此新的複合式模型對MASLD患者併有嚴重肝脂肪變性的預測能

力，可進一步提高至AUC=0.958和0.938。此研究結果為MASLD腸肝軸串聯的代表，故建議血中SCFAs和色氨酸代謝產物濃度，可加入預測脂肪肝嚴重度的新模型中<sup>3</sup>。近期研究表現，血循中IgG糖基化和糞便微生物群落可能參與MAFLD的發生和發展。該研究強調了將糞便微生物群和血清IgG糖基化特徵相結合在識別MASLD嚴重程度 (肝脂肪變性和纖維化) 方面的有效性，其效果不遜於目前常用的模型，此結果也暗示糖基化的干預是MASLD的一種具有潛力的治療方法<sup>4</sup>。

代謝功能障礙相關性脂肪肝(MASLD)是由複雜的內臟脂肪免疫串聯相關免疫和發炎機制所驅動的<sup>5</sup>。內臟脂肪堆積是關鍵因素，會加劇發炎、免疫失調和胰島素抗性。本土研究探討了MASLD患者內臟脂肪水平與發炎基因、胰島素抗性標記和發炎標記物之間的相關性。近期橫斷面MASLD患者的研究，評估指標包括身體質量指數(BMI)、內臟脂肪指數(VAI)、體型指數(ABSI)、發炎標記、周邊白血球基因表現、血清發炎蛋白。此研究計算了胰島素抗性標記物，例如穩態模型評估-胰島素抗性指數(HOMA-IR)、三酸甘油酯/高密度脂蛋白膽固醇(TG/HDL-C)比值、三酸甘油酯-葡萄糖(TyG)指數以及嗜中性球/高密度脂蛋白(NHR)比值。並採用Pearson相關係數評估了低VAI組和高VAI組以及ABSI組之間各參數的相關性。與低VAI組相比，高VAI組患者體內的HOMA-IR、TG/HDL-C、TyG、NHR等指標，及周邊血循中的免疫細胞中的MCP-1和

IL-6基因間呈現強度的正相關性，顯示高VAI組患者體內的高胰島素抗性和全身發炎狀態。這些台灣本體研究結果突顯了內臟脂肪堆積程度不同的MASLD患者的免疫變化差異，也建議臨床上不同的內臟脂肪堆積程度的MASLD患者，需要根據內臟脂肪免疫串聯程度制定個人化的介入措施<sup>6</sup>。

近期肝脂肪組織串聯的研究表現，內臟脂肪組織來源的細胞外泌體參與了非酒精性脂肪性肝炎(NASH)的致病機制。NASH小鼠內臟脂肪組織，高細胞外泌體的釋放，與嚴重的全身/內臟脂肪組織/腸道發炎、內臟脂肪組織毛細血管網絡減少，以及腸道通透性增加有關<sup>7</sup>。內臟脂肪組織發炎的變化，伴隨著肝臟和心臟脂肪生成/發炎/損傷/凋亡/纖維化標記的增加、心臟收縮標記的抑制以及心臟功能障礙，與對照組小鼠相比，肥胖的MASLD動物會表現出全身和肝臟脂肪變性/發炎、內臟脂肪組織發炎以及腸系膜脂肪組織發炎/腸系膜淋巴管通透性增加。因此，近期研究強調了MASLD患者不同程度的內臟脂肪堆積，與免疫狀態的改變引起的發炎基因和標記表現量變化相關。尤其值得注意的是，腸道菌叢的改變和免疫轉錄組的改變共同介導了MASLD中胰島素抗性和內臟脂肪堆積之間的相互作用。新發現的胰島素抗性相關基因可能透過粒線體功能障礙和細胞激素受體失調參與肥胖相關的肝臟病理過程，這為靶向內臟脂肪組織堆積和代謝紊亂的精準治療策略提供了支持<sup>6-8</sup>。

已有研究通報呼吸道通氣氣流受限與代謝

症候群(MetS)和脂肪肝(FL)均有關聯。MetS與FL和週邊呼吸道通氣阻力增加有顯著相關<sup>9</sup>。多個單核苷酸多型態(SNP)與MetS有顯著相關。近期台灣本土研究發現，ApoE-rs429358和TM6SF2-rs58542926的T等位基因(allele)會累積性地增加了脂肪肝的風險。代謝症候群及脂肪肝患者帶有LEPR-rs1805096與週邊呼吸道通氣阻力增加和肺功能下降呈趨勢性相關，在無MetS或氣流受限的患者中具有顯著意義。肝脂肪變性與週邊呼吸道通氣阻力增加有關。免疫失調[高中性粒細胞與淋巴細胞比值(NLR)/低淋巴細胞與單核細胞比值(LMR)]是肝脂肪患者，週邊呼吸道通氣阻力增加的獨立相關因素。建議患有肝脂肪變性的患者定期監測其全血球計數/分類計數，並進行肺功能檢查，包括脈衝震盪肺功能檢查(Impulse Oscillometry System, IOS)以持續追蹤週邊呼吸道通氣阻力是否增加<sup>10</sup>。

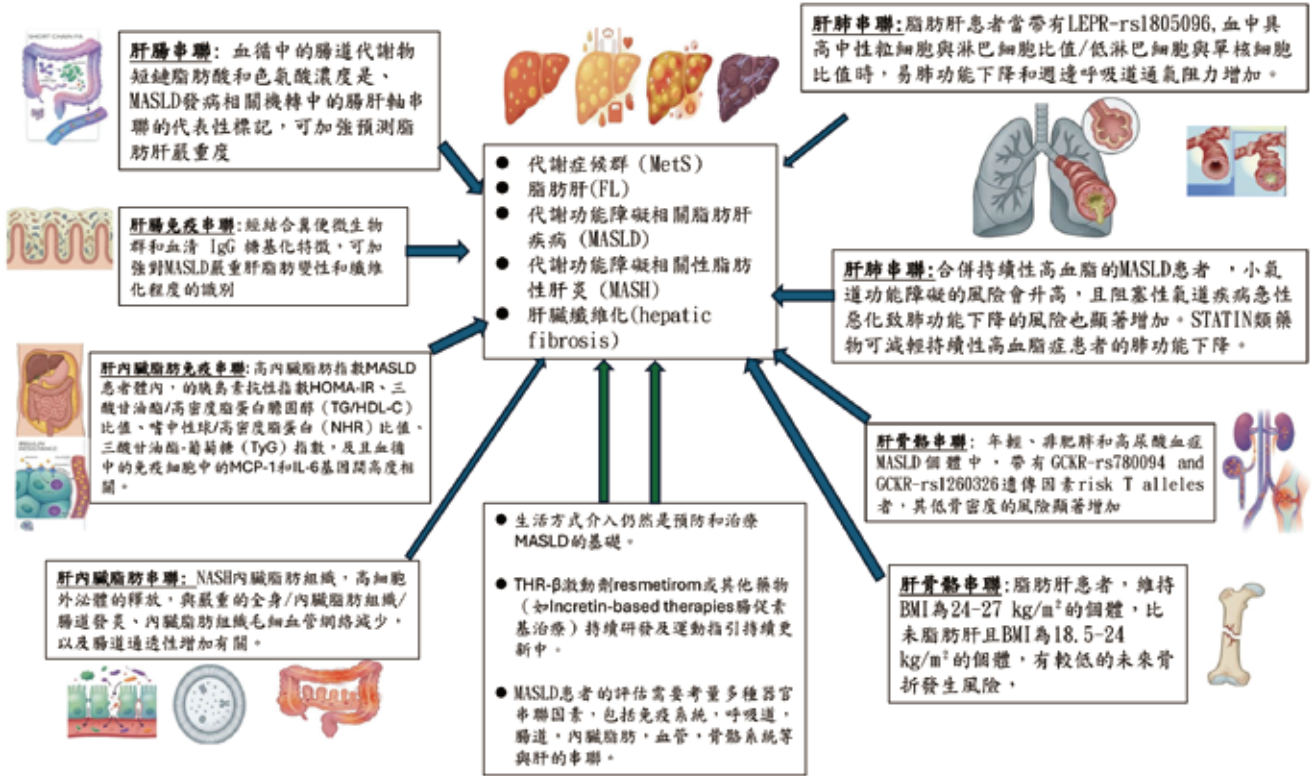
阻塞性氣道疾病(OAD)的特徵是慢性氣道炎症，小氣道功能障礙(SAD)被認為是早期指標。合併持續性高血脂及脂肪肝的MASLD患者，小氣道功能障礙SAD的風險會升高，且共同顯著增加OAD急性惡化(AE)致肺功能下降的風險。肝脂肪變性似乎是這種風險的主要驅動因素。這些發現強調了對MASLD患者進行全面管理的必要性，需要同時關注肝臟和呼吸系統健康以改善預後。高血脂症是一種常見的代謝性疾病，與肺功能下降有關。STATIN類藥物是降低高血脂症患者血脂水平的重要療法，台灣本土研究發現在持續性高

血脂MASLD患者中，與未使用者相比，使用STATIN類藥物與更高的預測一秒用力呼氣容積(FEV1)百分比有關。最近的研究表現，無論劑量如何，使用STATIN類藥物均可獨立減輕持續性高血脂症患者的肺功能下降。對於患有高血脂且肺功能下降的MASLD患者，依適應症持續使用STATIN類藥物治療<sup>11</sup>。

近來研究顯示低骨密度(BMD)和高尿酸血症(HUA)是代謝相關性脂肪肝(MASLD)常見的合併症，MASLD通常會導致全身發炎。台灣本土研究利用Taiwan Biobank生物庫的巨量資料，對150,709名參與者進行篩檢，發現年輕、非肥胖個體或患有MASLD和高尿酸血症的個體中，帶有GCKR-rs780094 and GCKR-rs1260326遺傳因素risk T alleles顯著增加低骨密度的風險。隨著人們對骨密度下降的認識不斷提高，必須對這些看似低風險的亞群人群保持高度警惕，並實施更積極的骨密度篩檢和治療管理策略<sup>12</sup>。近期研究也發現肝骨骼串聯存在於MASLD患者<sup>13</sup>，故建議在評估脂肪肝(FL)與骨質疏鬆症之間的關係時，應考慮體重指數(BMI)。在患有脂肪肝的男性和女性中，維持BMI為24-27kg/m<sup>2</sup>的個體，比未患脂肪肝且BMI為18.5-24kg/m<sup>2</sup>的個體，有較低的未來骨折發生風險，故建議脂肪肝個體維持BMI為24-27kg/m<sup>2</sup>，預期具有預防未來骨折的作用。此研究揭示在脂肪肝存在的情況下，不同體重指數範圍對骨折風險的整體影響趨勢，並確定了在脂肪肝疾病背景下預防骨折的潛在最佳

BMI閾值<sup>14</sup>。儘管MASLD已成為全球性的健康問題，但由於其異質性，目前針對MASLD的藥物治療仍有很多難以開發突破性的部分。迄今為止，生活方式介入仍然是預防和治療MASLD的基礎，而藥物，例如已批准的THR-β激動劑resmetirom或其他潛在藥物（包括FXR激動劑、PPAR激動劑和incretin-based therapies腸促素基治療藥物），則發揮輔助作用。尤其對於非酒精性脂肪性肝炎(NASH)的消退或纖維化階段的改善，中等強度的體能活動，包括有氧運動和阻力運動，可能比運動的持續時間或總運動量更為重要。美國肝病研究協會(AASLD)和美國胃腸病學會(AGA)建議，對於代謝相關脂肪性肝病(MAFLD)的管理，應逐步減重，減重幅度為總體重的5%至10%，另外堅持地中海飲食與代謝相關脂肪性肝病(MAFLD)表型盛行率的顯著降低有關<sup>1,15,16</sup>。

MASLD（代謝相關脂肪肝）一詞涵蓋了一系列非常複雜且異質性極高的肝臟疾病，這些疾病在個體間存在顯著差異。在MASLD致病機轉中，以發炎、脂肪變性和細胞損傷為特徵的MASH（代謝相關脂肪肝）可導致肝纖維化、肝硬化和肝細胞癌(HCC)，並且與心血管疾病(CVD)風險密切相關。MASLD患者的評估需要綜合考慮多種包括免疫系統，呼吸道，腸道，內臟脂肪，血管，骨骼系統等與肝的串聯因素（圖一），及包括臨床、生化、荷爾蒙、基因突變和組織學等因素<sup>1,15,16</sup>。




圖一 MASLD患者多器官及系統串聯的簡圖

參考文獻

1. HY Yeh, SW Lin, HC Shen, et al: Complexity of Metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD): state of art review. J Chin Med Assoc 2025; 88: 662-71.
2. C Cui, S Gao, J Shi, et al: Gut-Liver Axis: The Role of Intestinal Microbiota and Their Metabolites in the Progression of Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease. Gut Liver 2025; 19(4): 479-507.
3. YH Lin, CH Wang, YH Huang, et al: Models incorporating physical, laboratory and gut

- metabolites markers can be used to predict severe hepatic steatosis in MAFLD patients. Kaohsiung J Med Sci 2024; 40: 1095-105.
4. TH Li, CC Ma, JW Ruan, et al: Microbial consortia-IgG glycosylation combination scores identify severe hepatic steatosis and significant fibrosis in MASLD patients. Clin Transl Gastroenterol 2026 Feb 1; 17(2): e00957.
5. Y He, Y Chen, S Qian, et al: Immunopathogenic mechanisms and immunoregulatory therapies in MASLD. Cell

- Mol Immunol 2025; 22(10): 1159-77.
6. YH Lin, CC Ma, SY Tsai, et al: Inflammatory gene expression, insulin resistance, and circulating markers vary by visceral adiposity in MASLD patients. *Metab Syndr Relat Disord* 2026 Mar 10: 15578518261427179.
  7. WH Lee, ZA Kipp, EA Bates, et al: The physiology of MASLD: molecular pathways between live and adipose tissues. *Clin Sci (Lond)* 2025; 139(18): 1015–46.
  8. CC Huang, CH Wang, HY Yeh, et al: Chronic PPAR $\alpha$ /g and CB2R agonist treatments attenuated visceral adipose tissue (VAT)-derived extracellular vesicle-related VAT and intestinal abnormalities in NASH mice. *Am J Pathology* 2025; 195: 188-203.
  9. B Liu, Y Jia, Z Gu, et al: Metabolic dysfunction associated steatotic liver disease is associated with an increased risk of multiple respiratory system diseases. *Sci Rep* 2025; 15: 15937.
  10. HC Shen, MH Pan, CJ Huang, et al: Multiple genetic polymorphisms are associated with the risk of metabolic syndrome, fatty liver, and airflow limitation: A Taiwan Biobank study. *Gene* 2024; 927: 148660.
  11. CH Tseng, BY Jou, H Shen, et al: Increased Risk of Acute Exacerbation in Obstructive Airway Disease: The Impact of Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease and Small Airway Dysfunction. *BMJ Open Respiratory Research* 2025; 12: e003352.
  12. TH Li, YS Huang, CC Ma, et al: GCKR polymorphisms increase the risks of low bone mineral density in young and non-obese patients with MASLD and hyperuricemia. *Kaohsiung J Med Sci* 2025; 41: e70017
  13. GM Goldscheitter, M Seneshaw, F Mirshahi, et al: Sexual dimorphism of MASLD-driven bone loss. *Sci Rep* 2025; 15: 23090.
  14. HY Yeh, HTH Wu, Shen HC, et al: Optimal body mass index for protecting middle-aged and elderly patients with fatty liver from future fractures. *Endocr. Connect* 2024; 13: e240089.
  15. G Targher, L Valenti, CD Byrne: Metabolic Dysfunction–Associated Steatotic Liver Disease. *N Engl J Med* 2025; 393: 683-98.
  16. H Tilg, S Petta, N Stefan, et al: Metabolic Dysfunction–Associated Steatotic Liver Disease in Adults. *JAMA* 2026; 335(2): 163-74. 

# 第二型糖尿病精準醫療： 臨床分群與治療新策

馬偕紀念醫院家庭暨社區醫學科 黃捷敏 許馨尹

## 前言

糖尿病不僅是全球增長最迅速的慢性疾病，更是威脅人類健康的重大隱憂<sup>1</sup>。遺憾的是，目前的治療策略往往難以完全遏止病程惡化，也無法全面阻斷慢性併發症的發生。長久以來，臨床上習慣將成人糖尿病簡單二分為第一型(Type 1 Diabetes Mellitus, T1DM)和第二型(Type 2 Diabetes Mellitus, T2DM)。然而，我們都知道T2DM絕非單純均一的疾病，而是一種高度異質的代謝性疾病。每位患者的臨床表現、病情走向乃至於併發症風險，個體差異極大。

回顧過去的臨床慣例，我們往往傾向將其視為單一疾病處理，採取「一體適用」(one-size-fits-all)的階梯式治療。這種傳統模式容易忽略患者潛在的病理生理差異，導致部分病患治療反應不佳，或無法有效控制併發症風險。目前治療指引多半依賴血糖(plasma glucose)及糖化血色素(HbA1c)作為決策依據，較少考慮到患者背後胰島素阻抗(insulin resistance)與胰島β細胞功能不全( $\beta$ -cell dysfunction)的根本病理差異。現有治療策略常在血糖控制惡化後才介入調整，缺乏在診斷初期就預測高風險患者的有效工具。因此，若能建立一套更精細的分型系統，在診斷之初便識別出高風險族群，我們就能像基因診斷指導單基因糖尿病治療那樣，為T2DM患者制定真正的個人化治療方案。

## 經典分群模型：確立五大亞型

隨著大數據分析與機器學習技術的發展，

學界開始對T2DM進行更細緻的解讀。2018年，透過數據驅動的群集分析(data-driven cluster analysis)，瑞典學者Ahlqvist等人發表了一項具里程碑意義的研究<sup>2</sup>，得以識別出具有不同臨床特徵、遺傳背景和疾病預後的五種亞型(clusters)。

該分類基於六項臨床常用且反映核心病理的變數：

1. 穀胺酸脫羧酶抗體(Glutamic acid decarboxylase antibodies, GADA)：用於區分是否為自體免疫成因。
2. 診斷年齡：反映疾病早發或晚發的特性。
3. 身體質量指數(BMI)：評估肥胖程度。
4. 糖化血色素(HbA1c)：衡量血糖控制狀況。
5. 胰島β細胞功能(HOMA2- $\beta$ )：基於空腹C-勝肽(C-peptide)計算，能更準確反映內生胰島素分泌能力。
6. 胰島素阻抗(HOMA2-IR)：同樣基於C-勝肽計算，評估周邊組織對胰島素的敏感性。

這項進展為T2DM的「精準醫療」(Precision Medicine)奠定了基礎，建立一個更精細的糖尿病分型系統在診斷之初就識別出高風險族群。這五個亞型在臨床特徵、疾病進程及併發症風險上均存在顯著差異，其後在美國、德國、中國、印度、日本等多國種族的研究中，均展現了良好的一致性。

- 第一群：嚴重自體免疫型糖尿病(Severe Autoimmune Diabetes, SAID)
  - 核心特徵：GADA陽性，發病年齡輕，

BMI較低。患者的胰島β細胞功能嚴重低下甚至耗盡，導致血糖控制困難，HbA1c數值居高不下。

- 臨床意義：本質上屬於自體免疫相關的糖尿病，類似於成人潛伏性自體免疫糖尿病(latent autoimmune diabetes in adults, LADA)。患者的ZnT8A自體抗體陽性率也最高，且帶有典型T1DM的HLA基因易感基因，發生糖尿病酮酸中毒(diabetic ketoacidosis, DKA)風險高。
- **第二群：嚴重胰島素缺乏型糖尿病(Severe Insulin-Deficient Diabetes, SIDD)**
  - 核心特徵：GADA陰性，但臨床表現與SAID相似。發病年齡相對年輕，BMI正常或偏低，胰島素分泌功能表現輕度至重度，血糖控制不佳，HbA1c數值較高。
  - 臨床意義：患者的HOMA2-β指數較低。這是典型的非自體免疫性胰島素分泌缺陷，可能與特定的遺傳背景（如TCF7L2基因變異）相關<sup>3</sup>，T1DM的自體免疫標記。這個亞型是微血管併發症(microvascular complications)的高風險族群，且發生DKA的風險高。值得注意的是，診斷時的HbA1c數值是預測DKA發生的最強因子。
- **第三群：嚴重胰島素抵抗型糖尿病(Severe Insulin-Resistant Diabetes, SIRD)**
  - 核心特徵：最顯著的特徵是嚴重的胰島素抵抗（高HOMA2-IR）和高BMI。儘管患

者的HOMA2-β因代償作用而增加（呈現高胰島素血症），HbA1c數值卻相對較低。

- 病生理機制：其病理核心與異位脂肪(ectopic fat)堆積密切相關，即脂肪組織儲存能力飽和，導致脂肪酸溢出至肝臟、肌肉、胰臟等器官，引發「脂毒性」(lipotoxicity)，進而造成嚴重的胰島素抵抗。有趣的遺傳學發現是，與胰島素分泌相關的TCF7L2基因與此亞型無關，暗示其獨特的病因路徑<sup>3</sup>。此外，SIRD也可能隱含較高的癌症與神經退化性疾病（如阿茲海默症）風險。
- **第四群：輕度肥胖相關型糖尿病(Mild Obesity-Related Diabetes, MOD)**
  - 核心特徵：患者主要表現為肥胖（BMI高），但HOMA2-IR不如SIRD嚴重，HOMA2-β也沒有明顯缺陷。
  - 臨床意義：這個亞型多見於年輕發病族群，屬於相對單純的「肥胖驅動型」糖尿病。其病程較溫和，對體重管理反應良好，似於「代謝較健康的肥胖」(Metabolically Healthy Obesity, MHO)，併發症風險相對較低。T2DM相關的TCF7L2基因變異，與MOD相關<sup>3</sup>。
- **第五群：輕度年齡相關型糖尿病(Mild Age-Related Diabetes, MARD)**
  - 核心特徵：這是最常見的亞型，而且患者診斷年齡較大，所以最大特點是老年發病

型糖尿病(elderly-onset diabetes)。代謝失調程度相對輕微，各項指標無極端表現，血糖通常控制良好。

- 生理機制：主要與老化過程中，胰島β細胞功能和胰島素敏感性的生理性衰退有關，具有最良性病程。主要可疑病因是與年齡相關的HOMA2-β下降和胰島素敏感性(insulin sensitivity)降低，這些變化通常是由於身體成分改變，伴隨著肌肉質量減少和脂肪質量相對增加所引起。而且，值得注意的是，部分研究發現被誤診為T2DM的年輕型成人糖尿病(MODY)患者，在此分群模型中常被歸於MARD，這或許解釋了為何部分MARD患者對特定藥物（例如磺醯脲類藥物）反應特別良好。

### 各亞型的臨床意涵與併發症風險

將患者歸入不同亞型不單純是學術分類，更重要的是能用來預測未來的併發症風險，為臨床監控提供比較明確的指引。

- **視網膜病變(Retinopathy)與神經病變(Neuropathy)風險**：SIDD亞型因為長期處於高血糖以及胰島素分泌嚴重不足狀態，發生視網膜病變和周邊神經病變的風險最高<sup>4</sup>。中國研究指出，相較於MARD，SIDD患者發生視網膜病變的風險比(hazard ratio, HR)高達2.16<sup>5</sup>。臨床上，這類患者需增加眼底檢查頻率，並及早進行神經病變的篩查。SAID亞型的族群同樣也是有高視網膜病變

的風險。

- **腎臟病變(Nephropathy)風險**：SIRD亞型的患者是發生糖尿病腎病變(diabetic kidney disease, DKD)的最高風險群。多項研究一致指出，嚴重的胰島素阻抗與腎功能惡化密切相關。瑞典研究發現，相較於MARD亞型，SIRD患者發展至慢性腎臟病(chronic kidney disease, CKD)第三期(eGFR < 60ml/min)的風險高出兩倍以上，進展至末期腎病的風險更高達五倍。中國研究也顯示SIRD患者的CKD風險比為2.40，且持續性大量白蛋白尿(proteinuria)的風險也較高<sup>5</sup>。
- **心血管疾病(Cardiovascular Disease)風險**：雖然傳統觀念認為心血管風險普遍存在於T2DM患者中，但研究發現SIRD與SIDD亞型的心血管事件風險相對較高。SIRD的威脅主要來自於胰島素阻抗所伴隨的血脂異常、高血壓和脂肪肝等代謝症候群特徵；而SIDD的風險則可能與長期高血糖對血管內皮的損傷有關。
- **代謝功能障礙相關脂肪性肝病(Metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease, MASLD)風險**：SIRD亞型同樣是MASLD風險最高的群體，因為嚴重的胰島素阻抗正是驅動肝臟脂肪堆積的主因。卡達生物樣本庫的研究顯示，SIRD患者的MASLD盛行率高達97.4%，顯著高於其他亞型，而且基因研究發現與MASLD相關的*TM6SF2*基因變異被發現與SIRD高度相關<sup>5</sup>。

## 邁向個人化治療：藥物選擇策略

基於各亞型不同的病理生理學特點，我們可以制定更具針對性的治療方案<sup>7</sup>。

### • SAID與SIDD亞型（核心問題：胰島素分泌不足）

○ 治療核心：補充胰島素或加強內生性胰島素分泌。

○ 藥物選擇：

▪ SAID：應儘早啟動胰島素治療，以保護殘存的胰島β細胞功能並維持血糖穩定，延緩進入完全胰島素依賴狀態的時間。為了維持嚴格的血糖控制，可能需要每日多次注射胰島素、持續皮下胰島素輸注或感測器增強型胰島素泵。

▪ SIDD：若絕對或相對的胰島素缺乏，胰島素治療或胰島素促分泌劑（insulin secretagogues）是必需的。當胰島素缺乏程度輕微時，可先選擇口服胰島素促分泌劑，如磺醯脲類藥物（sulfonylureas）、格列奈類藥物（glinides）和二肽基胜肽酶-4抑制劑（DPP-4 inhibitors）。鈉-葡萄糖共轉運蛋白抑制劑（SGLT2 inhibitors）可能有利於降低心臟衰竭和糖尿病腎病的發生。由於SIDD不存在高度胰島素抵抗，因此二甲雙胍單藥物（biguanides）和噻唑烷二酮類藥物（thiazolidines, TZDs）的組合效果較差。需要嚴格控制血糖，因為研究顯示SIDD患者在達到治療目標（HbA1c < 6.9%）所需的時間相較其他亞

型是最長。

### • SIRD亞型（核心問題：嚴重胰島素阻抗）

○ 治療核心：改善胰島素敏感性、減重、保護腎臟與心血管。

○ 藥物選擇：

▪ 第一線：Metformin是首選藥物，能有效改善肝臟的胰島素阻抗。SGLT2 inhibitors與GLP-1RAs也是理想選擇。SGLT2 inhibitors可提供心、腎雙重保護，並有助於體重控制；GLP-1RAs則能有效減少內臟脂肪和異位性脂肪，顯著減重，並且減少肥胖相關併發症，改善多重代謝指標。

▪ 第二線：TZDs是強效的胰島素增敏劑，尤其對改善脂肪肝有效，但需注意體重增加與水腫的副作用。

▪ 安全性考量：應謹慎使用可能導致體重增加或加重高胰島素血症的藥物，如sulfonylureas和胰島素。

### • MOD亞型（核心問題：肥胖）

○ 治療核心：體重管理。

○ 藥物選擇：

▪ 基礎：生活型態介入（包含飲食控制、運動、體重管理）是治療基石，減重能改善其代謝狀態。

▪ 第一線：GLP-1RAs和SGLT2 inhibitors因其明確的減重效益而特別適用，Metformin同樣是合理的起始治療。

### • MARD亞型（核心問題：老年相關功能衰退）

○ 治療核心：平衡血糖控制與避免低血糖風

險，關注共病與老年症候群。

○ 藥物選擇：

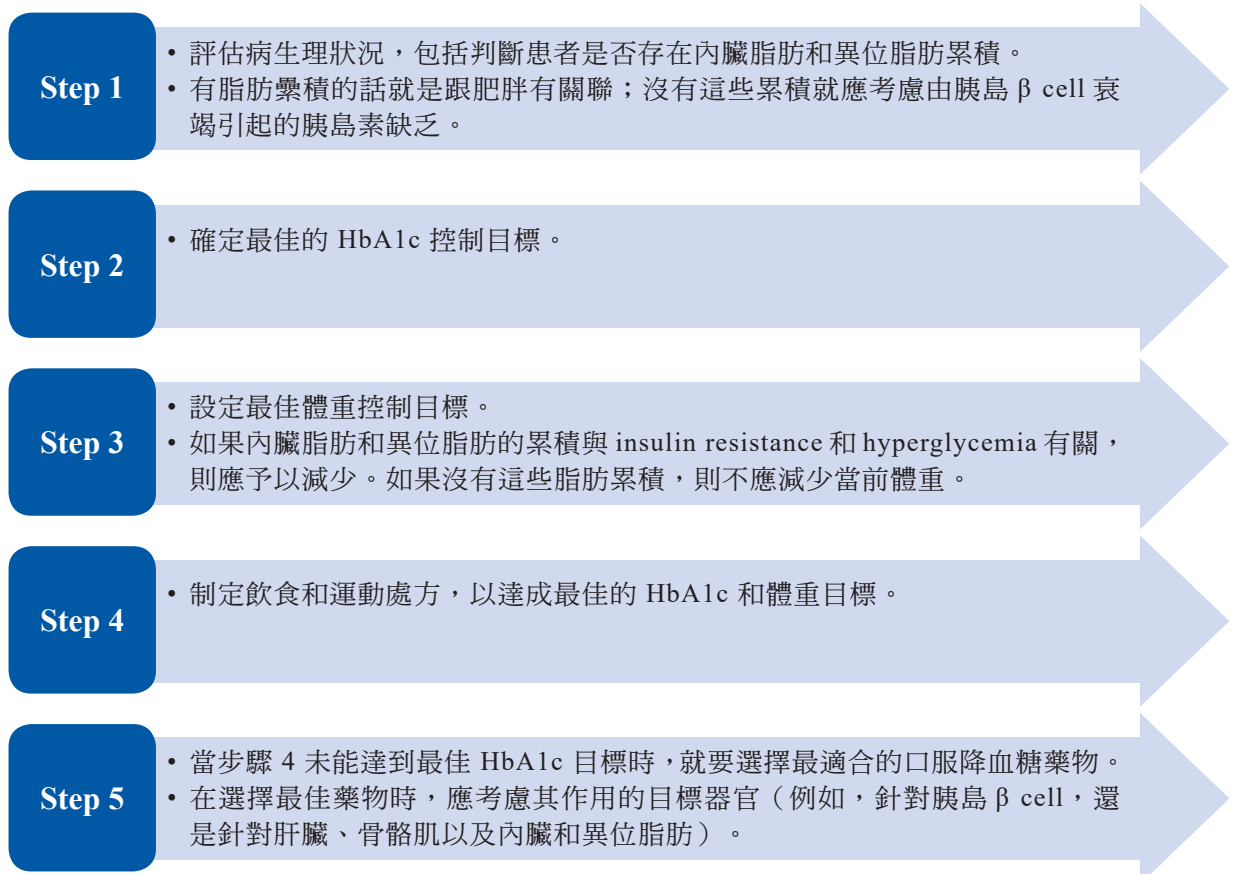
- 安全性考量：患者年齡較大，治療目標應更側重於避免低血糖及多重用藥 (polypharmacy) 的問題。應優先選擇低血糖風險小的藥物，因此需要避免使用 sulfonylureas 和胰島素。治療決策應全面考量患者的共病、認知功能與日常活動能力。
- 第一線：DPP-4 inhibitors 因其安全性高、藥物交互作用少，是老年患者的良好選擇。

- 第二線：Metformin 可使用，但需注意腎功能不全及乳酸中毒的風險。

**臨床意涵與個人化治療策略**

此新分型最大的價值在於，它能根據患者的根本病理生理機制，指導更具針對性的治療策略，而非採用一體適用的方法。針對治療的部分，在2021年日本一篇論文在探討各個亞型的治療策略<sup>8</sup>，以期更好地控制血糖並預防或延緩相關的併發症。論文對於肥胖相關胰島素抗性或低胰島素分泌能力的糖尿病亞型先設定五個步驟的方法來管理血糖控制和預防糖尿病併發症。這五個步驟如表一。

表一 血糖控制和預防併發症的五個步驟



### 經典分群之外：新興研究與挑戰

儘管T2DM的五分群模型逐漸成為主流，後續研究仍揭示了其複雜性。

- 1. 分群的重疊性與穩定性：**部分研究採用「軟分群」(soft clustering)方法，發現許多患者同時具備多個亞型的特徵，其臨床表現位於不同群集的交界地帶<sup>3</sup>。這提示我們，亞型之間可能並非涇渭分明，而是一個連續的光譜。但值得慶幸的是，多數患者在診斷後五年內亞型歸屬保持穩定，支持了早期分型的臨床價值。
- 2. 種族特異性與新亞型：**阿聯酋研究在長期患者中發現了第六種亞型—輕度早發型糖尿病(Mild Early Onset Diabetes, MEOD)，多見於非肥胖的年輕患者<sup>9</sup>。此外，卡達的研究也指出，建立族群特異性的分群模型比直接套用歐洲數據更為準確<sup>6</sup>。
- 3. 機器學習的最新進展：**2024年英國生物樣本庫(UK Biobank)分析了逾42萬人，利用機器學習納入了更廣泛的變數，提出了四種「預後導向」的新亞型<sup>10</sup>：
  - 代謝型(Metabolic)：最常見，無特殊共病模式，代表一般T2DM。
  - 早發型(Early onset)：年輕發病，有糖尿病家族史，憂鬱症比例高，但併發症風險和藥物負擔最低。
  - 晚發型(Late onset)：年長發病，女性居多，共病最多，死亡率、住院率及併發症風險最高。

- 心血管代謝型(Cardiometabolic)：有心血管疾病家族史、高血壓、血脂異常，藥物負擔最重。此模型更強調共病與長期預後，為T2DM的分類提供了另一種實用的臨床視角。

### 結論

第二型糖尿病的高度異質性已是學界共識。從單一疾病模型轉向基於病理生理學的「亞型分類」，是邁向T2DM精準醫療的關鍵一步。研究者提出的五分群模型，五分群模型為臨床醫師提供了一套實用框架，幫助我們在診斷初期便識別出高風險患者，並根據其核心缺陷選擇最合適的治療策略。比如說，SIDD患者應加強微血管併發症的篩檢並及早考慮胰島素治療；SIRD患者則需積極應對胰島素阻抗，優先選擇具有心腎保護效益的藥物。儘管新模型與挑戰持續湧現，但「分型論治」的理念已然確立。身為臨床醫師，掌握並應用這些新知，將能讓我們為每一位糖友提供更細緻、更到位的個人化照護。

### 參考文獻

1. MJ H, A-M M, MR I: Diabetes mellitus, the fastest growing global public health concern: Early detection should be focused. Health Sci Rep 2024; 7(3): e2004.
2. Emma A, Petter S, Annemari K, et al: Novel subgroups of adult-onset diabetes and their association with outcomes: a data-driven cluster analysis of six variables. Lancet

表二 第二型糖尿病五大亞型


群集	嚴重自體免疫型糖尿病 (Severe Autoimmune Diabetes, SAID)	嚴重胰島素缺乏型糖尿病 (Severe Insulin-Deficient Diabetes, SIDDD)	嚴重胰島素阻抗型糖尿病 (Severe Insulin-Resistant Diabetes, SIRD)	輕度肥胖相關型糖尿病 (Mild Obesity-Related Diabetes, MOD)	輕度年齡相關型糖尿病 (Mild Age-Related Diabetes, MARD)
特徵	發病早、BMI相對較低、代謝控制差、胰島素缺乏以及GADA(+)	GADA(-)，但與SAID相似，發病年齡低、BMI相對較低、胰島素分泌低且代謝控制差	特徵是高胰島素阻抗和高BMI	以肥胖為特徵，但無顯著胰島素阻抗，metabolic syndrome程度輕微	患者年齡通常較大，metabolic syndrome程度不嚴重
相關風險	糖尿病酮酸中毒(DKA)發生率高，主要發現有ZnT8A自體抗體。早期需要使用胰島素	視網膜病變 (retinopathy) 與神經病變 (neuropathy) 風險高。DKA發生率高。需要較長時間達到治療目標	糖尿病腎病變 (CKD、大量白蛋白尿、ESRD) 的風險顯著最高。代謝功能障礙相關脂肪性肝病(MASLD)盛行率高	相較其他群集，併發症的風險通常較低	良性的疾病過程，可作為風險比較的參考組
臨床相關性	與T1DM和LADA重疊。與HLA基因位點(T1DM)有強烈的遺傳關聯	先前被掩蓋的T2DM新發重症類型。強化胰島素標靶治療的潛在標靶	新的嚴重類型，先前被掩蓋於T2DM。儘管風險較高，但治療方案與其他群集相似。降血糖療法可能並非預防腎臟併發症的最佳方案。應該強化胰島素抗性標靶治療。與 <i>TM6SF2</i> 基因 (MASLD) 有關		

Diabetes Endocrinol 2018; 6(5): 361-9.

Med 2018; 15(9): e1002654.

3. MS U, Jaegil K, Marcin G, et al: Type 2 diabetes genetic loci informed by multi-trait associations point to disease mechanisms and subtypes: A soft clustering analysis. PLoS

4. OP Z, Klaus S, Alexander S, et al: Risk of diabetes-associated diseases in subgroups of patients with recent-onset diabetes: a 5-year follow-up study. Lancet Diabetes Endocrinol

- 2019; 7(9): 684-94.
5. Jiayu W, Bixia G, Jinwei W, et al: Identifying subtypes of type 2 diabetes mellitus based on real-world electronic medical record data in China. *Diabetes Res Clin Pract* 2024; 217: 111872.
  6. NM Al-Thani, SB Z, SM T, et al: Subtyping of type 2 diabetes from a large Middle Eastern biobank: Implications for precision medicine. *Mol Metab* 2025; 99: 102195.
  7. JM Dennis, BM Shields, WE Henley, et al: Disease progression and treatment response in data-driven subgroups of type 2 diabetes compared with models based on simple clinical features: an analysis using clinical trial data. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2019; 7(6): 442-51.
  8. Hayato T, Hiroaki M, Michio S: Novel strategies for glycaemic control and preventing diabetic complications applying the clustering-based classification of adult-onset diabetes mellitus: A perspective. *Diabetes Res Clin Pract* 2021; 180: 109067.
  9. Riad B, Muhammad F, Fatheya A, et al: Etiologies underlying subtypes of long-standing type 2 diabetes. *PLoS One* 2024; 19(5): e0304036.
  10. MA Mizani, A Dashtban, L Pasea, et al: Identifying subtypes of type 2 diabetes mellitus with machine learning: development, internal validation, prognostic validation and medication burden in linked electronic health records in 420 448 individuals. *BMJ Open Diabetes Res Care* 2024; 12(3): e004191. 



# 115年會員分區座談會

## 出席對象及場次

台北市醫師公會診所醫師會員本人及各醫院推派代表  
請擇一場次參加。每場時間為12:30-14:00，含餐敘交流

### 第一分區

#### 中山/士林/北投區

5月14日(四) 12:30-14:00

壹品宴二樓 宴會廳

臺北市南京東路2段63號2樓(第一飯店2樓)

☎ (02)2541-9102

🚶 松江南京站8號出口

### 第二分區

#### 中正/大同/萬華區

6月17日(三) 12:30-14:00

台北凱撒大飯店 四樓寶島廳

臺北市忠孝西路1段38號

☎ (02)2311-5150

🚶 台北車站M6號出口

### 第三分區

#### 大安/信義/文山區

6月24日(三) 12:30-14:00

台北彭園會館五樓貴賓廳

臺北市忠孝東路5段297號5樓

☎ (02)2528-8122

🚶 永春站1號出口

### 第四分區

#### 松山/南港/內湖區

7月6日(一) 12:30-14:00

典華大直旗鑑店 三樓光影廳

臺北市植福路8號

☎ (02)8502-5555

🚶 劍南路站2號出口

## 討論議題

- 1.百年風華傳承永續系列演講
- 2.執行業務所得申報說明
- 3.台北市醫師公會醫療暴力緊急處理流程
- 4.受聘為負責醫師之法律風險
- 5.社會安全網(家暴防治及兒虐防治等)宣導
- 6.友善無障礙診所輔導及認證計劃
- 7.鼓勵參與「代謝症候群防治計畫」

## 主辦與指導單位

### 主持人

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

### 指導單位

- 臺北市政府衛生局/警察局/社會局
- 健保署臺北業務組
- 士林地方檢察署/臺北地方檢察署

## 報名方式

### 網路報名

掃描QR-Code  
進行線上報名



### 電子郵件

tma121@tma.org.tw

### 電話報名

2351-0756#21王小姐或轉總機9

報名截止日：每場座談會前五日(例：5/14場次於5/9截止)

# 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		
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）	

# 桌球團體聯誼賽

**比賽地點：**台大綜合體育館B1桌球室（屆時該處若不克外借將另擇場地舉行）。

（台北市羅斯福路四段一號，位於辛亥路與新生南路交界處）

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

**團體組：**

一、**比賽日期：**115年8月2日（星期日）下午1:30報到，2:00開始比賽。

二、**比賽方式：**

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

三、**參賽資格：**限本會會員，不限男女。

四、**組隊規則：**

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

五、**比賽規則：**

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

六、**報名日期：**請於7月25日以前向本會林小姐報名。電話：(02)2351-0756分機17，

傳真：(02)2341-4044。

※為響應環保，本會不提供礦泉水，請自備水壺飲水。

團體組桌球聯誼賽報名表

隊名	隊長		
隊員			
		聯絡電話	

# 新世代癌症生物標記

## 之開發經驗分享 講座



本次講座旨在探討「血漿蛋白複合結構體學」於早期癌症偵測的革新應用。針對傳統蛋白質體研究常與實際細胞活性產生落差的困境，研究團隊提出全新模型，主張以「蛋白複合結構」取代「單一蛋白」，將其視為真正具備功能的生物機器與開發標的。

透過整合液相層析與串聯質譜分析等前瞻技術，團隊已成功鑑定出涵蓋肺癌、肝癌及乳癌等多種特定蛋白複合標記。臨床數據顯示，經由微量毛細管西方墨點法精準定量後，該技術於偵測第一、二期癌症時，靈敏度可高達 98% 以上，表現大幅超越AFP等傳統生物指標。本講座將深入分享此創新技術平台如何突破現有篩檢局限，為早期癌症精準醫療帶來革命性的影響。



一、主辦單位：台北市醫師公會



二、承辦單位：台北市醫師公會智庫-醫療新科技跨領域合作小組



三、會議日期：115年6月2日(星期二)13:00-14:30



四、講座方式：採實體(安和路一段27號16樓大會議室)暨線上視訊並行



五、報名網址：<https://reurl.cc/O6YLy7>



六、參加對象：西醫師



七、學分：衛福部西醫師品質學分申請中



八、聯絡人：2351-0756分機12范石琴



九、流程：



時間	講題	講師/與談人	主持人
12:30~13:00	報到		
13:00~13:10	致詞	洪德仁 理事長/智庫召集人	

時間	講題	講師/與談人	主持人
13:10~14:10 (60分)	新世代癌症生物標記之 開發經驗分享	陽明交通大學 蔡有光副院長	周迺寬 常務理事/ 小組召集人
14:10~14:30 (20分)	綜合與談	周賢章 常務理事/ 智庫執行長	

# 懷念與追思—陳光燦醫師

楊哲民醫師（陳光燦醫師女婿）



圓環陳小兒科服務74年熄燈了。排行第二生於殷商之家及長立志救治貧困病患，民國四十年畢業於台大醫科，服務於台大第二附設醫院（現今之中興醫院），當時公共衛生不佳，小孩子抵抗力差，貧窮家庭生得又多，孩子間交互感染，無力就醫，所以終生以小兒科為業。

平時懷著關心病人的慈悲胸懷，細心照料，使病人有最短的病程和最輕的痛苦，後來更熱心推動醫療體系的健全發展，曾為黃立文先生主持的立法院公聽會上唯一的基層醫療代表發言人。終身是敬業盡責的實踐者。

## 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。
- 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外科、精神科、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。

### 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35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。

# 開懷篇

陳志鑫診所 陳志鑫

## 我的心中只有妳

小玲：「老公，我現在這麼胖，你會不會不愛我了？」

老公：「怎麼會呢！妳瘦的時候就住進我的心裡。現在胖了，就卡在我的心裡出不來了。」

## 互相羨慕

有一位幼稚園老師和一位大學老師在聊天，他們都很羨慕對方。

大學老師：「你教的那些孩子多麼可愛啊！」

幼稚園老師：「你不知道他們有多調皮，最難的是哄他們睡覺。你就不一樣了，一上課學生都睡覺了。這是怎麼辦到的啊？」

## 現代相親

小林去相親，正和女方聊得起勁。突然有一個約三歲的女孩走到他身邊，怯怯地喊他一聲：「爸爸。」

小林嚇出一身冷汗，忙著向女方解釋：「她不是我女兒。」

女方淡淡地說：「我知道，她是我女兒。」

## 將錯就錯

在一間公司裡，小黃：「你的臉色不好，出了什麼事呀？」

小吳：「我天剛亮才回家，正準備脫衣服睡覺。老婆醒了問我為何起得這麼早，我只好又出門來上班了。」

# 石門漁港懸日

台北市醫師公會攝影社



富貴懸日-Lisa



富貴角夕照-吳敏雅



石門洞潮間帶戲水樂-吳敏雅



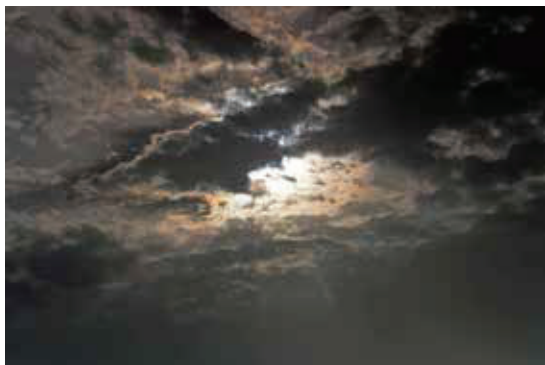
紅焰之冠-李素慧



潮起時分-李素慧



紅與綠的對話-李素慧



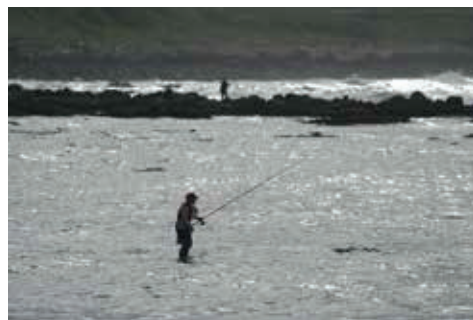
風雲變色-石賢彥



日落-吳美珠



石門漁港風光-susan



等-楊博勝



石門漁港水影-蕭光明



石門拱橋旁海景-蕭光明

# Reach Out and Read 展臂閱讀

長庚紀念醫院 小兒科 程劭文


美國的Reach Out and Read (ROAR)計畫目的是幫助父母和照顧者與孩子建立早期閱讀習慣，藉由兒科醫師透過將書籍納入兒童健康檢查，幫助促進早期兒童閱讀習慣和語言及認知的發展。Reach Out and Read是一個非營利組織，其經費來源多樣化，包括私人捐款、政府撥款、企業贊助、基金會支持以及當地社區的資源，這些多元化的資金支持使得該組織能夠持續推動兒童的早期閱讀和語言發展計劃。

Reach Out and Read的運作方式著重醫療人員的角色，通過兒科醫生利用0-5歲孩子健兒門診時向家長介紹共讀的重要性，並贈送一本適齡的書籍給孩子，促進他們的閱讀習慣，特別是針對低收入家庭的兒童。

多項研究表明，ROAR計畫對兒童語言和認知發展產生了顯著的正面影響。參與ROAR計畫的兒童在進入幼稚園時語言能力提升率比沒有參與計畫的兒童高出40%，其閱讀準備能力的發展指標也高於同齡兒童25%。ROAR計畫也對家長產生了正面效應，意味著計畫不僅促進了閱讀行為，也改變了家庭的閱讀環境。特別針對低收入及貧困家庭的兒童，這些孩子通常接觸到的書籍和早期教育資源相對較少，ROAR幫助縮小了低收入家庭與高收入家庭之間的「閱讀鴻溝」，使低收入家庭的孩子與書本接觸的機會增加了40%。根據經濟研究估

算，每投資1美元到ROAR計畫中，未來的社會回報可達到9美元，因為這減少了學業落後及相關的社會成本。計畫幫助減少學業上的不平等，特別是對弱勢家庭的兒童，能讓他們在進入學校之前具備更好的閱讀準備能力。

透過共讀，孩子不僅能從中學習語言和知識，也能發展他們的情感能力。父母在共讀過程中，透過親密互動能使孩子感受到安全感和被愛，這是情緒穩定的基礎。這種正向的互動能強化孩子的自我價值感，促進情緒的健康發展，進而增強情緒智慧。

WHO於2018年提出滋養性照護框架，強調了健康的早期關係、營養、保護和學習環境對於嬰幼兒發展的重大影響。美國兒科醫學會也於2023年再次聲明健康的早期關係對於兒童的身心發展、情感調節、社會互動以及未來的健康和幸福至關重要。ROAR計畫在促進語言發展、閱讀習慣和親子互動方面效果顯著，尤其是在低收入和貧困家庭中彌補了早期教育資源缺乏的作用。兒童之生存及發展權需要政府和相關機構的政策支持，讓台灣所有的兒童從出生都有機會得到親子共讀的照護方式，是每一位兒童照護者的責任！

# 健保31週年— 數位發展的新里程碑？

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

中央健康保險署（下稱健保署）今(28)日上午9時於臺北市二二八和平公園舉辦「健康存摺 健康帶著走」全民健康保險31週年宣導活動。目前健保快易通「健康存摺」使用人數已突破1,248萬人，現場也安排「健康存摺查詢突破6億次」敲冰儀式，由衛生福利部石崇良部長、健保署陳亮好署長及與會貴賓共同參與，象徵全民健康數位發展再創里程碑。今日活動由石崇良部長、陳亮好署長邀臺大醫院院長余忠仁、臺北榮民總醫院副院長侯明志、亞東醫院副院長洪芳明、台灣健康運動聯盟副理事長簡文仁，以及全民運動署吳建遠副署長等醫藥公衛、各界代表共同揭開序幕，象徵跨部會共同推動健康台灣與健康生活。石崇良部長表示，健保開辦31年來，一直守護全民的健康，成為台灣韌性的重要支柱，民眾滿意度更是超過9成。這份成就仰賴醫界夥伴的無私付出與全民相挺。健保也與時俱進從「疾病治療」延伸至「精準預防」，並透過數位工具的運用，促進生活健康型態及提升自我健康管理，共同實踐「健康台灣」願景。陳亮好署長表示，全民健保具有傲視全球的數位建設。從2004年的健保IC卡①、2013年的雲端藥歷②、2014年的健康存摺③、2019年的虛擬健保卡④，再再提升了支付效率及病人安全；健康存摺的推動，落實「賦權於民」的精神，將病人的健康資訊還諸民眾，並發展B、C肝篩檢等健康提醒，成為民眾健康管理最好的幫手。近年更積極推動導入AI技術進行風險分級與分流管理，發展精準衛教服務，提升健康照護效能，

讓民眾即時掌握自身健康資訊，強化自我健康管理能力。目前健保快易通「健康存摺」使用人數已突破1,248萬人，累計查詢超過6億次，已成為台灣公務機關下載第一名，也是全國民眾最信任的健康管理數位工具。（「健康存摺查詢突破6億次 健保31週年數位發展新里程碑」焦點新聞，中央健康保險署，民國115年3月28日。）

「醫師，這張健保卡很難讀到資料…」櫃台姑娘提醒醫師這張卡有問題。

「有擦過嗎？」醫師反射性地問，相信這是大家口耳相傳的經驗。

「有！擦過很多次…還是一樣！」櫃台姑娘回答時露出無奈表情。

「好吧，照例以健保卡異常選項寫入。」醫師亦是反射性地提醒自己，接著自言自語說：「這台讀卡機不知還能撐多久？」

「怎麼了？健保卡有問題？」已經坐定的病人問。

「是的！不時就會碰到這種問題。」醫師已經習慣這種健保日常，接著問病人：「你是不是將健保卡與信用卡放在一起？」

「對啊！健保卡大小跟信用卡一樣，放在皮夾很方便，不能放一起嗎？」病人似乎有些疑惑。

「聽說信用卡晶片會干擾健保卡晶片？」醫師回答病人。

「真假？…」病人似乎更加疑惑。

「我都將健保卡另外存放，從不隨身攜帶。」醫師自認有些龜毛個性。

「健保卡不是等同身分證？不隨身攜帶不會不方便嗎？」病人似乎也被健保制度教育成功。

「我只隨身攜帶身分證…因為這才是真實的…國民…身分證明。」醫師特別強調國民這二字。

「健保卡不是身分證明？」。

「當然不是！**健保卡單純只是就醫憑證！**」醫師很有自信地回應。

「這就奇怪？辦手機門號為何要雙證件，就是身分證加健保卡…」病人可能沒仔細思考這個問題。

「沒錯！就只是…增加繁瑣行政程序，沒完成程序，出問題可以找人分攤責任！」醫師覺得這推理很到位，接著問：「如果沒有健保卡就不能辦門號？」

「還有人沒有健保卡？」

「當然！雖然只是極少數…大部分在前些時候已被大赦。」醫師了解健保。

「什麼…居然有健保大赦？」病人露出驚訝表情。

「欠錢還錢是天經地義吧？」

「當然！不然就找討債公司。」

「那被保險人欠保險人的錢要怎麼辦？」

醫師知道病人服務於金融機構。

「找要保人啊！除非被保險人與要保人是

同一人…」

「這就對了！**健保的要保人是誰？**」醫師這問題有深度、有難度。

「不就是國民…持卡人自己嗎…就是要保人與被保險人同一人？」

「非也！只有我國的全民健康保險獨樹一格…」醫師覺得自己也在開竅中，接著問：「全民健保屬於**強制性社會保險**，依法全體國民都…應參加。現在你認為要保人是誰？」

「主管機關？健保署…」

「健保署是執行單位！主管機關是衛生福利部…」醫師正經地回答。

「太意外了…不是一般人可以理解的關係。」連有金融背景的病人都如此回應，一般人應該錯將健保當成福利、不是保險。

「所以…要保人也就是主管機關是衛生福利部，應先代墊保險費的欠費，保險關係是否該是如此？」醫師第一個問題，接著再問：「沒有繳交健保保險費，健保署可以拒絕被保險人的健保給付嗎？」

「除非主管機關不當要保人？」

「還真有此往例，一代健保有部隊軍人、監獄犯人等不得為被保險人的規定，民國102年實施二代健保以後就沒有這種規定，才有了健保大赦。」

「哇！健保真的隨時代在進步？」

「花錢就能解決的事當然容易隨時代在進步…」醫師欲言又止，隨後補充說：「也有花錢可以解決的事，卻卡在不願…或是不能

做？」

「有這種事嗎？」

「健保卡不就是這情況？不時搞壞不少診所的讀卡機！」

「真假？讀卡機真的不容易壞！」

「因為…健保IC卡不是一般卡！」醫師苦笑且特意加上IC二字，接著問：「你的健保IC卡何時領到？」

「國中一年級…哇！22年前的事了，照片還是那時候的，好神奇！」

「比你年輕的國民…還有不少沒有照片。」沒有照片及過時照片增加辨識身分的困難度，醫師接著問：「你換過健保IC卡嗎？」

「還真沒換過。這次該聽醫師建議去換了。」

「到公園路健保署的據點換發最快，準備一張最近照片及200元，說不定當場就可以拿到新卡？」醫師指時間點剛好且沒有欠費的情況，接著建議：「新卡最好是跟信用卡分開放，避免互相干擾？我的也是22年的卡，照片還是中年時期！據統計還有近半的保險對象沒換過卡，健保署還以此引以為豪…」

「應該引以為戒吧…」病人不懂這有什麼可以自豪，接著說：「我們銀行信用卡也有晶片功能，但是有效期只有六年。照此比照計算，健保IC卡應至少換發過三次？健保卡落伍了！」

「正是如此！前幾年原定換發內嵌…晶片…的數位身分識別證，原計畫將合併健保

卡，後不僅因資安疑慮與法律授權問題，且聽說健保署反對合併，這個計畫已經先暫停。」醫師對此頗感不平，接著說：「健保IC卡應該是晶片卡的先驅…搞到現在還原定踏步？就是你所提：健保卡落伍了！」

「健保IC卡未曾考慮進化嗎？」

「還真有，8年前健保署承認早健保IC卡已超過當初的卡片5年至7年的保固期限，考量電腦技術日新月異，資安保護方面已屬落伍，卡片等級與容量皆有不足等因素，所以有必要提出新一代健保卡改革。」醫師說。

「醫師如何得知這訊息？」

「因為我有受邀參加所謂的『協作會議』…」

「結論呢？」

「不就是現在這樣嗎：維持原狀！要求健保卡進化…難如上青天。」

「現在上青天、甚至上太空都不難啊。」懂晶片卡病人的揶揄。

「如果晶片的容量足夠，就可儲存病人健保訊息…醫師不必冒窺探特種個資風險，被教唆…上網查詢病人健保雲端資訊！真無奈…」醫師的感慨。（全文完）

#### 問題①：健保IC卡的誕生與現況。

解答：健保於1995年3月1日起開辦，當時以紙本健保卡就醫，後經歷技術評估，於2002年下半年開始進行部分地區試辦健保IC卡（註：

integrated circuit，簡稱IC。試辦時是健保IC卡，與紙本卡雙卡並行，整合了健保卡、重大傷病卡、兒童健康手冊、孕婦健康手冊的功能，並藉由IC晶片記載民眾就醫資料）。接著於2004年1月1日起正式全面啟用。這標誌著從傳統的紙本**就醫憑證**轉換為晶片卡時代，提升了病患用藥安全及病歷紀錄（註：病歷紀錄應該只是理想、難實施）的整合。臺灣當年在健保IC卡的發展與成就，一直相當受到國際上的矚目，事實上也具有技術領先的地位。技術先進國家如德國、法國、澳洲等，在健保IC卡的研發與推行的進度都落在我國之後，前述國家在相同等級技術的健保IC卡卻仍在測試階段。這些國家目前所發行的IC卡功能極其有限，且相對於我國人人有卡的情況，僅限於少量發卡，技術難度較低。因此，不論是來訪健保局的外賓，或是健保局應邀於國際研討會中演講，健保IC卡一直都是熱門的議題，國際上對於臺灣能夠成功推行全國感到欽佩。健保IC卡不論是在卡片本身的防偽上或讀卡機資料的取讀上，都有加裝安全模組，任何不當的企圖，保護系統自動被感應，而讀取的資料上傳時，也都有加密，防止資料被盜用的情況發生。（參考「健保IC卡領先世界 健保局舉辦國際研討會」焦點新聞，中央健康保險局，民國96年2月1日。圖一）

當年德國正在測試第二代的健保卡(e-Health)，將增加卡片容量，目的希望能放入醫師的診斷、用藥等，取代原本只有顯示病人姓名，地址及保險號碼的舊卡；法國

也在規劃第二代的健保卡(Vitale 2 Card)，將從原本只能容納3 kilobytes的容量，增加到32kilobytes，且新卡將會放入持卡人的照片。不管是德國或是法國規劃中的新卡，臺灣的健保IC卡在規劃之初，都已經想到了，未來健保局將更加努力於隱私權保障及安全機制建立，並持續與社會溝通，建立共識，希望能將原本規劃的功能一一展現，達到醫療電子化之目標。（參考上一段相同焦點新聞資料）

健保局為進一步保障民眾用藥安全，緊接著要求診所及藥局應將用藥資料寫入IC卡，但**藥局部分不會列入就醫次數紀錄**，因此，提醒民眾一定要記得領藥、檢查、所有診療都要記得帶健保IC卡。98年1月起健保局亦要求醫院及診所平均月申報件數大於1500件者（含），其他醫事服務機構（如藥局、檢驗所）平均月申報件數大於2000件者（含），均應將民眾之用藥、檢查、處置、手術、診斷、費用等資料記錄於健保IC卡內並上傳至健保局，**該資料只提供就診醫師診療參考**，讓民眾最近就醫資料帶著走，使健保IC卡為民眾的健康加值，看病更有保障。（參考「健保IC卡--健康資料帶著走」焦點新聞，中央健康保險局，民國97年9月30日）

健保IC卡於93年1月全面實施以來，至108年已逾15年，早已超過當初的卡片5年至7年的保固期限，經過歷年來健保卡的補（換）發作業，截至目前仍有**約1,100萬**民眾持有**首批發行之健保卡**。健保署考量這些卡片因目前電腦技術日新月異，在資安保護上已屬落伍，卡



片等級與容量皆有不足；同時，最近幾年原本屬於封閉式系統使用的健保卡，除了就醫使用外，亦作為可以用來**報稅及其他網路使用**，因此，健保卡的資安等級必須升級。又為因應未來人口老化趨勢及居家醫療服務需求，所以有必要提出新一代健保卡改革之迫切性。針對健保卡改革召開協作會議廣納各利害關係人意見，第一場協作會議於107年7月4日邀請各類民眾族群、醫師（註：筆者有幸為其中一位）、藥師、護理師、公協會代表與專家學者等30人參加討論，該次會議與會者認為**實體健保卡仍需保留**，並建議同時發展**虛擬健保卡**，實體與虛擬併行提供民眾選擇，針對行動支付共識為市面上已有多種支付工具，不建議健保卡用於支付使用。第二場協作會議則於同年8月8日召開，會議針對健保卡之技術、成本與

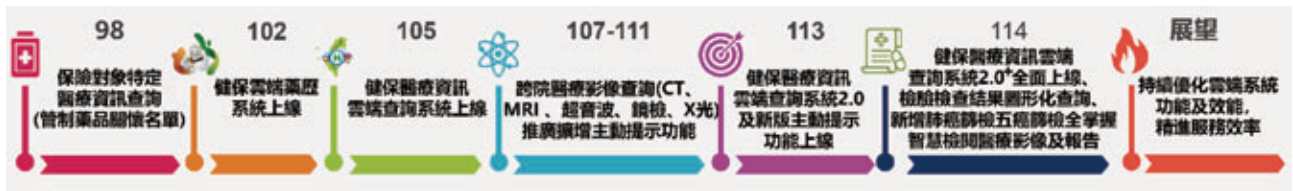
法規進行可行方案的討論。協作會議不會做出政策決議，只會釐清議題或提出可能解法，納入後續政策研議參考。（參考「新一代健保卡仍在規劃中，啟動協作會議廣納各方意見」焦點新聞，中央健康保險署，民國107年8月8日）同年11月26日召開第三場協作會議。

#### 問題②：雲端藥歷的誕生與轉身。

**解答：**為提升病人就醫及用藥安全，同時使健保資源更有效率的使用，健保署運用雲端科技，於102年7月建置**健保雲端藥歷**系統，將各醫院申報的醫療資料提供各院所查詢病人近期用藥紀錄，打破過去院所或醫師無法得知病人在其他院所用藥資料的障礙，而可避免潛在重複處方的風險。105年基於其推動基礎及參考使用者回饋意見及臨床實務需求，再升級為「**健保醫療資訊雲端查詢系統**」（簡稱**健保雲端查詢系統**。筆者註：所稱「**雲端藥歷**」並無法律定義，推測藥界企圖以「**藥歷對比病歷**」，是司馬昭之心？可能健保署一時不察，好在實施三年後總算撥亂反正而轉換！圖二），提供醫師於臨床處置、開立處方及藥事人員調劑或用藥諮詢時，可查詢病人過去的就醫資訊，可查詢項目包含西醫、中醫用藥紀錄、檢查檢驗紀錄與結果、手術明細紀錄、牙科處置及手術紀錄、過敏藥物紀錄、特定管制藥品用藥紀錄、特定凝血因子用藥紀錄、復健醫療紀錄、出院病歷摘要、特材紀錄及CDC預防接種等13項資訊。



圖一 回顧健保卡的演進（圖片來源：健保署臉書2020/07/08）



圖二 健保雲端查詢系統發展與轉身 (圖片來源：健保署2026/03/27更新)

自107年1月起健保署再精進系統功能，發展醫療影像上傳及調閱查詢之互享機制，提供使用者查詢電腦斷層(CT)、磁振造影(MRI)、超音波、鏡檢及X光等醫療檢查影像。…為持續精進健保雲端查詢系統功能，從過去單向提供病人就醫資訊，發展為雙向資訊互通模式，…至今陸續發展雲端系統跨院重複開立處方、藥品交互作用、過敏藥等主動提示功能，這項突破性政策有效提升病人用藥安全與醫療效率，這是雲端系統對醫療照護最大的價值與貢獻，也省去保險人事後審查的成本與不必要的浪費。(參考「健保醫療資訊雲端查詢系統簡介」，中央健康保險署，網址：<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-5660-7109f-2722-1.html> 115-03-27更新)

目前健保IC卡中有記錄民眾之就醫時醫師的開藥資料，因**健保IC卡儲存容量有限**，且查詢回應速度較慢，無法即時協助醫師參考病患當時或先前曾使用之藥品，以開立更符合病患治療疾病所需的處方。為提升民眾用藥品質並加強醫師及藥師替民眾用藥把關，健保署結合雲端科技技術建置「健保雲端藥歷系統」，民眾就醫時只要透過健保卡，就可請醫師或藥師協助查詢過去3個月的用藥紀錄，包括處方

來源及處方主要診斷、藥品藥理作用、成分名稱、藥品健保代碼、藥品名稱、藥品規格量、藥品用法用量、病人就醫日期、慢性病連續處方箋領藥日期、藥品用量、給藥日數及單筆餘藥日數試算等資料，提供醫師處方開立或藥師藥物諮詢參考。(參考「醫師藥師查詢雲端藥歷，為民眾用藥把關」焦點新聞，中央健康保險署，民國103年7月15日)所稱「**健保IC卡儲存容量有限**」…對比前述吹噓健保IC卡引領世界的成就，已經過了10年！都沒進步嗎？

### 問題③：健康存摺的誕生與現況。

解答：中央健康保險署於全球資訊網建置「全民健保健康存摺」系統，民眾可即時、便利地取得個人最近一年「**就醫**」資訊(註：不是就醫…而是「**健保給付**」資訊)，除了可利用該資料了解自身健康狀況，並進一步做好自我健康管理外，亦可**提供該資料中之用藥資訊供醫師開立處方參考**，縮短醫病間資訊不對等，提升醫療安全與效益，同時亦可了解自身一年來所自付的「**醫療**」費用(註：健保「**醫療**」費用)，以及全民健保採互助機制**幫忙支付醫療費用**(註：不知所指?)的情形。…「**就醫**」資料，包括：門診或住院就醫院所名

稱、就醫日期或住院日期、交付調劑、檢查或復健治療日期、疾病分類名稱（並非診斷）、醫療處置（手術）名稱、醫師處方之藥品、特材、檢查（驗）名稱及數量、**健保支付點數及保險對象自付之部分負擔金額**。（參考「健保署建置『全民健保健康存摺』系統民眾可即時取得個人最近一年就醫資訊」焦點新聞，中央健康保險署，民國103年11月25日）

衛生福利部中央健康保險署自103年9月推出「健康存摺」，已獲列為行政院網路施政六大亮點之一，「健康存摺」係將民眾就醫資料，透過安全的申請程序，提供給民眾，落實知的權利，以促進國人自我照顧能力。自104年6月30日增加開放「檢驗（查）結果資料」、「影像或病理檢驗（查）報告資料」及「出院病歷摘要」供下載，幫助國人管理自己的健康。（參考「健康存摺幫您顧健康 檢驗檢查結果交給您」焦點新聞，中央健康保險署，民國104年7月21日）面臨人口高齡化及少子化的嚴峻挑戰，如何維持健康人口的勞動力將是各國未來必須面對的重要議題。健保署藉由資通訊科技之應用，將民眾的健康資料雲端化，使民眾能迅速取得完整之自我健康資訊，進而強化自我健康照護能力。鑑此，健保署整合過去歷來豐富的健保資料庫，於103年9月起推出「健康存摺」，民眾透過網路申請，即可下載自身健康相關資訊。（參考「『健康存摺』促進民眾自我健康管理，符合世界潮流」焦點新聞，中央健康保險署，民國105年3月1日。本焦點新聞係為反駁媒體報導「健康存

摺申請率不到1%，還列施政亮點」的說明，報導網址：<https://news.ltn.com.tw/news/life/paper/963418>）

為促進民眾運用健康存摺自主健康管理，健保署舉辦「健康存摺破百萬、越早登錄獎越讚」活動，當健康存摺使用總人數達80萬人、90萬人及100萬人時，健保署將啟動抽獎活動，凡107年1月起登入健康存摺1次以上之中華民國國民，皆可參加抽獎，獎品有智慧型手機、平板電腦、行動電源、腳踏車、血壓計、耳溫槍、旅行快速充電組等共計275個獎項，總金額超過37萬元，最大獎為ASUS孔劉機，市價17,000元。（參考「健康存摺破百萬、越早登錄獎越讚」焦點新聞，中央健康保險署，民國107年8月1日）健保署舉辦上述「健康存摺破百萬、越早登錄獎越讚」抽獎活動，登錄人數於當年12月8日突破100萬人；健保署表示，健康存摺自103年9月建置至今，迄108年12月15日止已有約160萬人下載登錄，為了慶祝健康存摺即將突破168萬人登錄；不久，「健康存摺」於110年7月13日超過600萬人登錄！（參考「健康存摺破600萬人登錄：自我健康管理、科技防疫全都顧！」焦點新聞，中央健康保險署，民國110年7月15日）健康存摺使用人數更於110年10月突破700萬人（圖三，註：3個月增加100萬？）。目前健保快易通「健康存摺」使用人數已突破1,248萬人（註：5年增加550萬！）計查詢超過6億次，已成為台灣公務機關下載第一名，也是全國民眾最信任的健康管理數位工具。（註：本篇主題！）



圖三 健康存摺發展軌跡與使用人數（圖片來源：健保署2021/10/09）

**問題④：虛擬健保卡的誕生與現況。**

**解答：**國家發展委員會（簡稱國發會）107年時，邀請行政院公共數位創新空間小組(PDIS)與健保署合作，召開數場協作會議：健保署於107年7月4日、8月8日及11月26日共召開三次新一代健保卡改革協作會議，從以人為本的思考設計。協作會議決議新一代健保卡的規劃不包括生物辨識資訊，辦理原則如下：1.虛實並行：實體健保卡保留現制，逐步發展虛擬健保卡。2.試辦計畫：虛擬卡模式進行試辦，測試好再全面上線。3.就醫為主：健保卡以醫療使用為主，不增加其他功能（例如電子支付功能）。保險對象眾接受住院醫療服務、

療程服務或持處方箋領藥等醫療行為，虛擬健保卡與實體健保卡皆可以混用。（參考「就醫不需實體卡 虛擬健保卡誕生」焦點新聞，中央健康保險署，民國112年7月6日）

健保署自110年度推動虛擬健保卡的試辦計畫，包含「遠距醫療」、「居家醫療」及「擴大視訊診療門診」三大場域。如果醫療院所已參與虛擬健保卡試辦計畫且完成上線，亦可受理虛擬健保卡臨櫃看診服務，民眾可下載「全民健保行動快易通 | 健康存摺APP」，以「虛擬健保卡QR Code」進行掛號、看診及領藥等就醫流程（圖四）。林組長提醒使用虛擬健保卡就醫時，請先查看已上線的院所名單，並以



圖四 虛擬健保卡個人就醫篇（圖片來源：健保署南區業務組 2021/07/30）

電話確認該院所可使用虛擬健保卡就醫。（參考「虛擬健保卡，就醫順暢不卡卡」焦點新聞，中央健康保險署，民國110年10月22日）

在凝聚共識後，以三年(2019-2021)的時間推動虛擬卡試辦計畫，在2021年的試辦計畫中，民眾只需透過「健保快易通」App、進入虛擬健保卡系統、進行身分認證後，勾選同意參與試辦計畫，上傳本人照片後，就可以取得虛擬健保卡Quick Response Code（簡稱QR Code），為防止翻拍盜用、偽造或重複利

用，虛擬健保卡顯示的QR Code每5分鐘會更新一次。試辦院所包括醫學中心、區域醫院、地區醫院及診所、衛生所及居家醫療照護個案等，而醫事人員只要掃描就醫民眾的虛擬健保卡QR Code後，即可完成認證，進行看診、取就醫序號與申報。健保署李伯璋署長表示，目前虛擬健保卡試辦計畫參與的醫療院所共506家，比例最多的是診所約88%，其次是區域醫院4%、居家醫療照護個案有2%、醫學中心與地區醫院皆為2%。（參考「免帶卡、可授權—虛擬健保卡讓就醫方便又安全」，衛福季刊第31期，衛生福利部，2021年12月）

虛擬健保卡申辦人數逐年攀升，截至2025年8月底，全國累計核發已達116萬2815張，比起2022年底僅38萬9243張，3年間成長超過2倍。健保署強調，虛擬卡不是要取代實體卡，而是提供另一種就醫選擇。除了申辦人數增加，提供服務的院所也逐步擴大，健保署統計，從2022年的317家（註：與前段衛福季刊數字有出入？）到今年8月已達531家。在醫療院所中，服務件數前段班幾乎被大型醫學中心包辦，2024年由林口長庚、高雄長庚以及中國醫藥大學附設醫院分居前三名。而在「非典型醫療場域」中，表現最突出的有羅東博愛居家護理所、馬偕居家護理所與羅東博愛醫院。就醫科別則以中醫科、家醫科和消化內科最常見。（參考「虛擬健保卡核發116萬張 獎勵「非典型醫療場域」投入」，記者邱芷柔／專題報導，自由時報，2025/10/27）

# 《「副/福」業回顧》-33 求真第一(1)： 意識形態及扭曲史實

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

在本刊最近兩年半多，回顧戰前台灣「新」醫學的發展。自己從小就對歷史以及歷史故事很有興趣，不過從未有想當歷史學家，或寫有關歷史文章的念頭。醫學院畢業後，各種訓練完後，到St. Louis大學醫學院就職，可是不到兩年，因主任不幸突然逝世，無法繼續實驗室研究，反因不必晚上及週末去實驗室，有業餘機會探討台灣歷史文化及醫學人文<sup>1,2</sup>。感謝本刊這兩年半多，刊登《戰前新醫學發展》為主題的回顧<sup>3</sup>。

回顧自己探討過的題材，對泛稱為「醫學史」或「醫學故事」的主題寫得最多，尤其是戰前（1945年以前）有關台灣「新」醫學發展<sup>3-5</sup>。對醫學/科學的造假問題，也探討並出版不少文章，最近還出版過一本《醫學倫理：美國造假經典案的教訓》<sup>6</sup>，主要討論美國的「經典」造假案，完全造假的論文如何登上頂尖醫學雜誌，醫學機構或人士與廠商的利益衝突，以及其他探討有關「求真」的問題。

「求真」在醫學/科學上很重要，有次去訪問成功大學時，看到賴明詔前校長的演講海報，很高興地去聽。他在演講中談及他自己的研究及教學生涯，強調科學及學術以求「真」最重要。無獨有偶，約同時收到剛出版的《成大醫訊》<sup>7</sup>，醫學院院長林其和，在一篇文章中，寫到參加歐洲醫學教育年會後的感想，還把標題中的「教育」及「真理」兩詞以更大的字體寫出（圖一）。可見醫學/科學上以及教育目標，求「真」很重要，不只研究及教育



圖一 林其和院長的文章題目，教育及真理兩詞大字體。（謹謝成大醫訊）

上，在臨床診治及服務社會等等，都該以「求真」為最重要。

## 醫學史也須「求真第一」

回顧自己探討醫學史的經驗，覺得跟上述醫學或科學的研究、教育、服務病人或社會，一樣必須「求真」，為強調「真」的重要性，特別說「求真第一」。這篇及以後「求真第一」的文章，或許有人會認為我在「唱高調」或「自我標榜」。以「求真」為題目，因為回顧自己探討醫學史及故事時，發現報導中有錯誤，有些是無意的疏忽，有些是採用錯誤，甚至是造假的資訊，以及一些可能下面會討論，因意識形態所扭曲的史實。不管什麼理由，若沒人指出，那就更偏離「求真第一」之心。

若懷疑可能有錯、扭曲及造假，更要認真地去探討及找出證據，指出為何有錯誤及扭曲及造假。討論這「求真」的題材，更重要的是希望能提醒自己要「求真」，避免寫出及傳達不「真」的信息。寫這「求真第一」的拙文，覺得有三點很重要，第一點是避免「意識形態」偏激，就可能會引起扭曲史實，第二是多多廣泛地尋求不同來源的資訊，第三是對找到的資訊，要多多質疑是否正確，找出不管是無

意、疏忽、扭曲、甚至造假的錯誤資訊。這篇先來討論，「意識型態」如何可能扭曲歷史的真相！

### 意識形態的意義

若上網去查「意識形態」，在Google填入後，其AI Overview就說：「意識形態(Ideology)是一套系統性的觀念、價值觀、信念或信仰體系，用以解釋社會如何運作、界定合理秩序，並指導個人或團體的行為。它常被用來為統治權力合法化，反映特定階級的利益，並塑造人們看待世界的框架。意識形態不僅是抽象思想，也具物質性，存在於日常生活和文化中。」，上面華語的解釋看來是從英文解釋“Ideology”的翻譯。維基或自由百科，有類似但稍不同的語詞。

維基百科還特別說：「有兩種具有本質性區別的涵義：若將意識形態視其為一種無價值偏見的概念，意識形態可視為是想像、期望、價值及假設的總和；若考慮政治的層面，則意識形態是『所有政治運動、利益集團、黨派乃至計畫草案各自固有的願景』的總和」。過去自己發表過有關「意識形態」的拙文中，最「政治性」的，是一篇「你們台灣人不要有意識形態」<sup>8</sup>，就如上面AI Overview說的，「它常被用來為統治權力合法化，反映特定階級的利益」，若有興趣，請上網(<https://www.thinkingtaiwan.net/content/3110>)看拙文<sup>8</sup>。

由於台灣歷史的複雜及多變遷，台灣的各方人士，一向有親日/反日，親中/反中，親



圖二 謝博生院長。

美/反美，以及現代的所謂藍/綠或藍+白/綠的對抗。對台灣歷史，包括醫學史的探討、寫作及報導，很可能會因「意識形態」，寫出有扭曲的報導。兩期前的拙文<sup>4</sup>，就提到在范燕秋的碩士論文中，她評論一人寫的論文，強調日本的殖民政策，「導致台灣人的保健落後及無知」等很負面的內容，范燕秋兩次提到那論文「或受限於資料，無論在研究角度或觀點討論上，均存在頗多問題」以及「似乎與事實有頗大距離」。拙文中就提到范燕秋會如此地評論那論文，「或許是那作者的『意識形態』使然」，這「意識形態」是我加上的<sup>4</sup>。

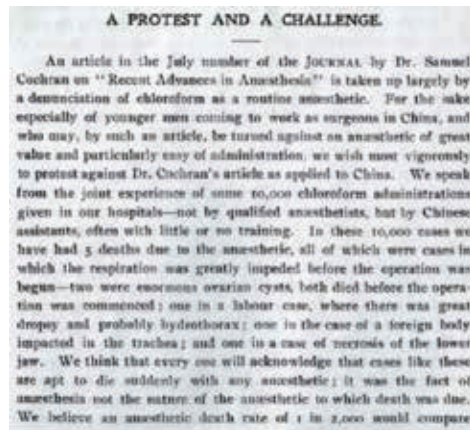
### 意識形態對台灣醫學史的影響

下面的討論，雖然討論的是台灣的醫學史，其實還是有「政治性」的成份。不久前看一本書，前台大醫院副院長吳寬墩寫的書<sup>9</sup>，說台大醫學院前院長，謝博生教授(圖二)退休時的特別演講，說謝教授非常擔憂台灣現代醫學史，因為國民政府的高壓政策，切割及扭

曲了史實。台灣的現代醫學，不是由中國大陸移植過來的，有些人正想將日治時代的台灣醫學史切斷，而將中國大陸當時的醫學成為這一百年的主流。不過謝教授後來發表於《台灣醫界》那天的演講稿時，很可惜他沒寫出這一段感慨<sup>10</sup>。

以後看到「台灣麻醉醫學會」網站，有一「麻醉大事紀」之文<sup>11</sup>，那文列在首頁「關於本會」之中，好像是這學會的「官方」台灣麻醉醫學史。簡史表從華陀開始，再談中國的乙醚、氯仿、Cocaine、Novocaine、脊髓麻醉等的歷史。第一次提到台灣是1951年，說王學仕醫師在陸軍第一總醫院，由外科轉而專攻麻醉，以後的內容都是台灣麻醉醫學典故。好像要說在1951年以前，台灣沒有麻醉醫學，但有11項有關中國的麻醉醫學。看後寫了一感慨之文<sup>12</sup>，想這就是謝院長的憂心：使人認為台灣的現代麻醉醫學，由中國大陸移植過來？

因此特別去探討台灣戰前的麻醉醫學，請看探討後的拙文三篇<sup>13-15</sup>。台灣很早就有麻醉醫學的記錄。在《海關醫報》有文說，1875年有一手術時，提到另有醫師執行麻醉。南部海關醫官，在1891年12月20日為病人做肝膿腫，要放入導液管時，有氯仿麻醉的記載。十九世紀時，馬偕牧師(Rev. George Mackay)說，他為台灣人拔牙時不必麻醉，可是為一些歐美人拔牙時，就由歐美師幫忙麻醉<sup>13,14</sup>。馬偕日記還記述，當歐美醫師手術時，多次由馬偕牧師幫忙做全身麻醉，他可說台灣第一位麻醉師(anaesthetist)，較詳細的請看拙文<sup>14</sup>。



圖三 發表於The China Medical Journal文章的最前段。



圖四 少年馬雅各醫師。 國五 蘭大衛醫師。

日據時代彰化基督教醫院、新樓醫院及馬偕醫院，都有些麻醉醫學的記錄<sup>15</sup>。發現不少麻醉有關的文獻，最有意義的是小馬雅各(Dr. James L. Maxwell Jr.)與蘭大衛(Dr. David Landsborough)醫師共同執筆登於1913年9月的The China Medical Journal 的一文“A PROTEST AND A CHALLENGE”<sup>16</sup>(圖三)，他們對一氯仿麻醉報告的抗議及挑戰。那文的內容可看出一百多年的前，台灣早期的麻醉醫學，他們一起說有上萬例的經驗。看過曾在馬偕醫院服務

過的羅明遠醫師(Dr. Robert McClure)，在其回憶文中，他說他最先在馬偕醫院，開始脊髓麻醉術。

比王學仕醫師1951年專行麻醉學，更早9年的1942年，日據時代的台灣第一位女醫師蔡阿信<sup>17,18</sup>，因為太平洋戰爭開始，無船可回台，不得不留加拿大時，曾去學習麻醉，她是北美第一位學習麻醉的女醫師。戰後她轉往美國，又因為船員罷工，又無法返台，趁機到哥倫比亞大學學習麻醉。後來回到台灣，恢復她以前婦產科醫師的專業，她沒寫有否應用她在北美時，學習的麻醉學知識與經驗。

另外在日據時代的教學醫院及各地公立醫院，一樣進行各類手術，想應該也有各種麻醉醫學。總之，「台灣麻醉醫學會」的簡史，好像對最早期來台灣的歐美醫師，以及日據時代的台灣麻醉醫學一屑不顧，完全不去探討，甚至戰後1945-1951年期間，只寫中國的麻醉簡史，完全沒台灣的麻醉醫學，想這就是謝博生院長憂心的「台灣現代醫學史，被切割及扭曲，將中國大陸的醫學成為這一百年的主流」。

上面提到謝博生教授的感慨，不只一些台灣機構及人士，以前看過一本由ABMAC (American Bureau for Medical Advancement in China)出版的書<sup>19</sup>，看來不只國民政府的高壓手段，連美國有關的機構及人士，也推波助瀾地扭曲台灣醫學史。

看該書的目錄第二部分有13節，除了一節登杜聰明有關台灣醫學教育的舊文，其他

12節講台灣現代醫學的拓荒者(Pioneers)，都是跟美國機構有關，尤其上述的ABMAC及農復會等，以及從中國或美國到過台灣的人士，書中所說的拓荒者是劉瑞恆、Dr. George Humphrey、葉曙、顏春輝、許雨階、盧致德、Gertrude E. Hodgman等<sup>19</sup>。顏春輝博士雖出生於台灣，戰前到中國讀大學及協和醫學院畢業，一直在中國服務，戰後才回台灣。

美國及世界醫學衛生機構，戰後幫忙台灣不少，尤其資助台灣醫界人士到美國進修。美國那時代的醫學，的確比日本及歐洲更優秀更進步，戰後的台灣醫學漸漸地「美國化」。美國跟台灣有關的醫界人士，反而認為台灣現代醫學，是美國及戰後來台的中國人所創造，而不是早期非美國的英國及加拿大及日本人士？

這書的編輯是哈佛大學的歷史PhD，為了推廣他的書及觀點，到北美醫師協會的全國大會，一些北美台灣各醫學院的校友會上，以及到台灣各種場合去推銷那本書。可是沒看到台灣或海外台灣人，有人評論他編輯的書。有可能因為作者推銷他的書及觀點，引發上面謝博生院長的憂心「台灣現代醫學歷史，被切割及扭曲」。是否就是「意識形態」使然，有意或無意地扭曲台灣新醫學的「創建史」。

台灣的現代醫學，從英國及加拿大醫師來台服務開始，他們是開始推動台灣新醫學最重要人士，雖然有人強調他們是為傳教或為帝國主義服務。日本現代醫學只比台灣早幾十年。日本殖民台灣時，大力推廣現代醫學，無論日本政府的目的是為什麼，戰前日據時代末期，

台灣的健康衛生水準，想在亞洲可能是僅次於日本而已。比起其他日本以外的亞洲國家，台灣人的保健及接受的教育，都是僅次於日本的亞洲第二好<sup>20</sup>。

### 歐美及日本醫師的遺產(Legacy)

台灣的現代醫學，早期來台服務的英國及加拿大基督教會的醫師宣教師外，還有英國的海關醫官。他們是台灣現代醫學的拓荒者，不但以優良的醫術及服務，介紹及引進現代醫學。他們還以學徒方式推行醫學教育，甚至於1880年代開辦正式用英文的西醫教育班。請看本刊最近二年多的拙文系列。這裏還是再提出台灣還繼續保留他們的寶貴遺產(Legacy)！

來台服務的歐美醫師，如馬雅各及二世醫生父子、戴仁壽醫生(Dr. George Gushue-Taylor)、羅明遠醫生父子、萬巴德及大衛醫生(Drs. Patrick and David Manson)兄弟、馬偕牧師以及蘭大衛醫生父子等等。他們對台灣醫學的貢獻良多外，服務的精神，會使我感到慚愧。他們留下來的服務精神，仍在台灣醫界傳承。

台灣被日本佔據後，大力推廣新醫學。日本政府對一般及醫學教育更積極推廣，來台灣的不少醫界人物，是台灣各專科醫學拓荒者，如婦產科的川添正道，內科的吉田坦藏，耳鼻喉的岸一太及和辻春次，病理學家田中祐吉、久保信之及今裕以及生化學的廣畑龍造等。無論日本政府的目標或動機如何，我們應該感謝早期日籍醫師的精神。

曾在台灣工作過的河西健次、橫川定、

中川幸庵及萬巴德醫師們，是世界重要的寄生蟲學大師。日本注重熱帶醫學，有其南進政策的考量，不過也訓練了不少台灣人從事研究及防治工作，而奠定良好的基礎。戰後更發揚光大，成就輝煌，如撲滅瘧疾而且更進一步援助世界其他地區<sup>21</sup>。戰後美國醫學影響台灣醫學深遠，美國貢獻台灣的新醫學良多，但台灣新醫學不是美國人所創建。

日本的醫師尤其一些醫學教育者的敬業及工作精神，也一樣影響台灣醫界。記得1970年代，曾在美國的醫學協會會刊(Journal of American Medical Association; JAMA)看過一文，一位美國一醫學院教學醫師，去日本休假進修(sabbatical)一段時間回美國後寫的，他說美國的醫學教學界者，常感嘆工作艱辛，但比起日本醫學教學者，根本不能比。日本醫學教授們，一早上班，午、晚餐都在工作場合吃，不到晚九、十點不回家，幾乎沒有週末。

以後也看到台灣的報導，有些早期醫學院教學醫師，有所稱「兩個便當教授」，早上出門帶兩個便當上班，午、晚餐就在辦公室或實驗室吃，很晚才回家，跟JAMA那篇文章很類似，想應該是日本醫學教授留下來的身教。台灣人學習日本老師的苦修及研究精神，也幾乎晝夜不分，沒週末地埋頭進修及研究。日本醫學教授的身教，傳給他們的學生-台灣醫學教育工作的前輩。

歷史能給我們很多寶貴的教訓，台灣醫學的傳統及承續，不應該忘記最早期到台灣的歐美及日據時代人士的貢獻，不要強調美國的貢

獻而扭曲史實，這裡拋磚引玉地再提出來，希望有更多的討論。我們要正確的歷史，不要扭曲的台灣史實。

### 參考文獻

1. 朱真一：副/福回-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。
2. 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。
3. 朱真一：副/福業回顧-32醫療卓越及其他更多，感恩馬偕牧師。台北市醫師公會會刊 2023; 72(4): 79-84。
4. 朱真一：副/福業回顧-30台灣醫療照顧卓越；感恩艱辛的開啓者。台北市醫師公會會刊 2026; 70(2): 72-7。
5. 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。
6. 朱真一：醫學倫理：美國造假經典案的教訓。基隆市，基隆市肝病防治協會; 2022。
7. 林其和：參加 2012年歐洲醫學教育年會感想-教育不是灌輸一大堆事實，而是追求真理的過程。成大醫訊2012; 23(2): 6-8。
8. 朱真一：你們台灣人不要有意識形態。想想論壇網站：<https://www.thinkingtaiwan.net/content/3110>
9. 吳寬墩：永遠的二號館—重視台灣醫界的人文精神（頁265-274）。台北市，原水文化; 2008。
10. 謝博生：連結與延續。台灣醫界2008；51: 96-102。
11. 台灣麻醉醫學會網站: In Internet：<http://www.anesth.org.tw/about/history/history.asp>
12. 朱真一：被國民黨「麻醉」的台灣醫學史。自由時報(2015/01/06自由評論網)。In Internet：<https://talk.ltn.com.tw/article/paper/850654>
13. 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。
14. 朱真一：馬偕是台灣第一位麻醉師。台灣醫界2017; 60: 436-4。
15. 朱真一：新樓醫院及彰化基督教醫院早期的麻醉醫學。台灣醫界2017; 60: 617-22。
16. Maxwell JL, Landsborough D: A protest and challenge. The China Medical Journal 1913; 27: 394-395.
17. 朱真一：拓荒者—蔡阿信。載於臺灣早期留學歐美的醫界人士（頁24-49）。台北市，望春風文化; 2004。
18. 朱真一：第一位麻醉學訓練的蔡阿信醫師。台北市醫師公會會刊2026; 60(5): 79-84。
19. Watt JR(ed):Health Care and National Development in Taiwan, 1950–2000. New York, The ABMAC Foundation; 2008。
20. 林吉崇：台大醫學院百年院史（上）。台北市，國立台灣大學醫學院; 1997。
21. 朱真一：臺灣熱帶醫學人物-開拓國際交流的醫界先驅。台北市，國立台灣大學出版中心; 2011。🇺🇸

# 重要政令轉知會員

## 衛生福利部重申GLP-1 agonist注射劑藥品應依藥事法及醫療法相關規定管理及使用

臺北市政府衛生局

115.03.06 北市衛食藥字第1153076746號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部重申GLP-1 agonist注射劑藥品應依藥事法及醫療法相關規定管理及使用，詳如說明段，請貴會轉知所屬會員查照辦理。

說明：

- 一、依據衛生福利部115年3月3日衛授食字第1151400181C號函辦理。
- 二、鑒於近期各界對於GLP-1agonist注射劑藥品（包含用於減重用途者，俗稱「瘦瘦筆（針）」）之高度關注，且近來持續發現醫美診所及藥局有無處方販售、違規廣告及不當使用等違規情事。
- 三、請貴會轉知所屬會員確實遵守下列事項：
  - (一) 依藥事法第50條第1項規定，須由醫師處方之藥品，非經醫師處方，不得調劑供應，違反前述規定者，得依同法第92條規定，處新臺幣3萬元以上200萬元以下罰鍰。
  - (二) 依藥事法第37條第1項及第2項規定，藥品之調劑，非依一定作業程序，不得為之；其作業準則，由中央衛生主管機關定之。前項調劑應由藥師為之。但不含麻醉藥品者，得由藥劑生為之，違反前述規定者，得依同法第92條規定，處新臺幣3萬元以上200萬元以下罰鍰。
  - (三) 依藥事法第102條規定，醫師以診療為目的，並具有本法規定之調劑設備者，得依自開處方，親自為藥品之調劑。全民健康保險實施2年後，前項規定以在中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限。
  - (四) 依藥事法第27條第1項規定，凡申請為藥商者，應申請直轄市或縣（市）衛生主管機關核准登記，繳納執照費，領得許可執照後，方准營業。非藥商執行藥商業務（包含販售藥品），涉違反該條規定，得依同法第92條規定，處新臺幣3萬元以上200萬元以下罰鍰。
  - (五) 依藥事法第49條規定，藥商不得買賣來源不明或無藥商許可執照者之藥品，違反前述規定者，得依同法第92條規定，處新臺幣3萬元以上200萬元以下罰鍰。
  - (六) 另依藥事法第24條規定，藥品廣告係指利用傳播方法，宣傳醫療效能，以達招徠銷售為目的之行為；另按同法第65條規定，非藥商不得為藥物廣告，違者依同法第91條第1項規定，處新臺幣20萬元以上500萬元以下罰鍰。
  - (七) 依醫療法第9條規定，所稱之醫療廣告，係指利用傳播媒體或其他方法，宣傳醫療業務，

以達招徠患者醫療為目的之行為；同法第85至87條訂有相關規範。

四、請各機構強化內部管理，避免發生無醫師處方販售處方藥、醫療機構未經藥師調劑供應、違規廣告或其他違規之情事，本局將加強查核。

五、本文相關訊息刊登於本會網站。📄

### 醫療院所加強院內同仁安全管理意識暨宣導現場施工人員瞭解施工物品材質蓄熱特性，施工結束後應確實檢查，避免蓄熱悶燒

中華民國醫師公會全國聯合會

115.03.10 全醫聯字第1150000253號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部函送內政部消防署有關醫院火災事故案例分析資料（如附件），請函轉所轄醫療院所加強院內同仁安全管理意識暨宣導現場施工人員瞭解施工物品材質蓄熱特性，施工結束後應確實檢查，避免蓄熱悶燒，請查照。

說明：

一、依據衛生福利部115年3月5日衛部醫字第1150107354號函辦理。

二、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。📄

### 「生產事故救濟申請書」業經衛生福利部115年3月31日以衛部醫字第1151662552號公告修正

臺北市政府衛生局

115.04.02 北市衛醫字第1153085602號

受文者：台北市醫師公會

主旨：有關「生產事故救濟申請書」業經衛生福利部115年3月31日以衛部醫字第1151662552號公告修正，請逕至該部「生產事故救濟專區」（查詢路徑：本部首頁>本部各單位及所屬機關>醫事司>宣傳訊息）查閱，請查照。

說明：

一、依衛生福利部115年3月31日衛部醫字第1151662552A號函辦理。

二、旨揭公告為配合民法修正公布成年年齡，修正生產事故救濟申請說明事項之未成年年齡為未滿18歲。

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
115.05.29	抗生素使用的新思維	林邑聰
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
115.07.03	生物製劑在呼吸道疾病的應用	曾敬閔
115.07.10	用健保大數據來看台灣眼科門急診的使用	顏如娟
115.07.17	(安排中)	許君瑋
115.07.24	(安排中)	廖俊星
117.07.31	(安排中)	甄瑞興

# 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