



Journal of Taipei Medical Association

2026

70 卷 · 第 7 期

發行人 / 洪德仁

總編輯 / 陳彥元

執行長 / 陳彥元

台北市醫師公會會刊



- 老年營養不良
- 發熱伴血小板減少綜合症之診斷與鑑別
- 青光眼：沉默的視力小偷

目錄

Contents

監事的話	開業30年小兒科醫師的心路歷程： 從理想到責任的轉變，30年心靈旅程	陳猷明	2
會務公告	徵求本會會刊封面照片		4
	台北市醫師公會會刊封面照片投稿資料表		5
	台北市醫師公會會員健康檢查優惠方案		6
會議紀錄	理監事聯席會會議紀錄		8
醫事法律	腕隧道症候群—臺灣臺南地方法院113年度 勞訴字第55號民事判決評析	王之劭、葛 謹	21
學術專論	老年營養不良	林賢鑫	28
	發熱伴血小板減少綜合症之診斷與鑑別	陳威宇	38
	青光眼：沉默的視力小偷	宗大欣	45
活動預告	網球聯誼賽		54
	東北角—潮境公園、深澳自行車、深澳漁港、 和平島公園一日遊		55

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：沈仲敏
本期副執行編輯：釋高上

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.28

P.57

P.75

P.83

會員園地	服務欄		57
	開懷篇	陳志鑫	58
	攝影秀—紐西蘭美景	王新元	59
杏林隨筆	法蘭西二度戀（上）	王英明	61
	美景・美食・美酒17天之旅		
生活醫療法律	醫療法律生活化系列(163)	李志宏	75
	在宅急症照護一會不會緩不濟急？		
醫林特稿	《「副/福」業回顧》-35	朱真一	83
	求真第一(3)：要多多質疑		
醫政公文	重要政令轉知會員		90
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 7		

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：水池倒影

早晨，國父紀念館水池，攬下藍天與白雲，綠樹也不甘寂寞地留下她們的倒影，微風中，也澆漾出青盈，為水池添景。

作者：吳國鈞

服務院所：尹書田醫療財團法人
書田泌尿科眼科診所

開業30年小兒科醫師的心路歷程： 從理想到責任的轉變，30年心靈旅程

陳獻明小兒科診所 陳獻明

回首從民國85年離開醫院回到北投故鄉開業開始，到今年將近三十年的基層醫療生涯。作為一位小兒科醫師，我經歷了許多挑戰，包括腸病毒大流行、SARS疫情、新冠疫情及當前嚴重的少子化問題。在這段近三十年的旅程中，我的心態隨著閱歷的變化而不斷成長，從一位懷抱著想賺錢的年輕醫師，變成一位懂得責任與使命的醫療工作者。

開業初期，我充滿了熱情與理想。那是一個充滿希望的年代，對於孩子們的健康，我躊躇滿志。每當看到病患因為我的治療而恢復健康，心裡的滿足與喜悅筆墨無法言喻。每次聽到父母表達感謝時，我都感受到深深的成就感。這一切激勵著我不斷努力進修，提升專業能力。但隨著時間推移，面對診所裡形形色色的病例，我逐漸意識到醫療工作的複雜性。除了專業知識，更需要具備耐心與同理心，以應付繁瑣的健保業務及醫藥分業下的困境。

曾有很多次，家長從候診室抱著小朋友衝進診間，看著正在熱性痙攣的小病號，面對驚恐的家長，我詳細解釋病情、治療方式及注意事項，並努力安撫他們的不安。看到家長的眼神逐漸放鬆，我深刻感受到醫師的角色不僅是診斷與治療，還包括情感的支援與陪伴。

隨後，腸病毒疫情如同一場突如其來的暴風雨，讓我體會到了醫療工作的另一面。在腸病毒71型迅速傳播且致病機轉完全不清楚的情況下，病毒對兒童造成了極大威脅，讓我們醫師倍感壓力。我加強診所內的衛生管理，並對父母進行健康宣導，教導他們如何保護孩子。

當SARS疫情來襲時，醫療現場尤其是基層醫療面臨前所未有的壓力。醫院封院、長官穿著太空裝，但基層診所卻連最基本的口罩都買不到，同儕間頗有怨言。還好SARS疫情沒有延續很久就結束了。但類似的情況卻再次上演，五年前新冠疫情在全球快速蔓延，整個醫療環境再一次發生劇變。作為小兒科醫師，我不僅關心小朋友的健康，還要考慮他們的心理健康，因為在許多病患心中，我感受到了一種不同尋常的壓抑感，許多人因為焦慮而感到恐懼。疫情帶來的孤立感和不確定性，讓許多孩子的情緒變得更加脆弱。因此，我們診所開始了視訊診療（線上看診），不僅提高了診療的靈活性，還能減少家長在感染風險中的焦慮。在疫情期間，親子的情感鞏固變得更加重要。

隨著社會變遷，少子化現象日趨嚴重，兒科醫師很多被迫轉型，這將對兒童健康與未來形成長期挑戰。我清楚知道，孩子數量的減少意味著醫療資源的需求更加來之不易。醫院因少子化導致住院醫師招募不易、留任困難，造成兒童重難罕病次專科的訓練人才更加稀缺。新生兒人數從以前每年四十多萬人，到最近幾年的十萬人保衛戰，今年2月份的新生兒人數更創歷史新低，足見兒科醫師的困境。大量的兒童疫苗由自費轉成公費，嚴重壓縮了自費疫苗市場，兒科疫苗業務幾乎已無合理利潤，且若缺乏其他額外收入，當然也留不住人才。這不僅造成兒科醫師青黃不接，更會造成人口老化等嚴重的國安危機。希望政府能夠重視年輕醫師不願投入兒科的困境，並提出有效的政策

和措施，鼓勵國人（尤其是年輕人）能多生小孩，少子化真的是在動搖國家生存的基石。

在開業期間，我們診所參與了居家照護計畫、新冠疫苗大型安養中心接種及到宅施打計畫、流感疫苗社區里民大型接種站及社區醫療群計畫。居家照護可以幫助行動不便、居住地偏遠或沒有電梯設備的老人獲得醫療服務，避免舟車勞頓。參與新冠疫苗大型接種站服務，提高了疫苗覆蓋率，也間接降低了新冠及流感的大流行。

最近，我們更加入了「健康台灣深耕計畫」，讓基層診所整合社區醫療資源，由醫師為民眾量身開立專業的「非藥物處方」。透過生活化的課程，從根本打造健康概念，推動預防醫學與全民健康促進。透過整合醫療、運動、營養等專業資源，為民眾打造全方位的健康管理平台。真正的健康不僅是疾病的治療，更是生活型態的優化，也讓民眾了解醫師開立的處方不僅僅是藥物，還有其他非藥物的健康處方。

一轉眼三十年過去了，當年抱在懷裡啼哭的嬰兒，如今已有許多帶著自己的孩子回來看診，喊我一聲「醫生阿公」。這三十年的光陰，不只是我個人的職業生涯，更是台灣社會變遷的縮影。從最初的熱情理想到現在的成熟與穩重，我更深刻地意識到醫療工作是一份長期的責任與使命。在面對挑戰時，我學會了適應與反思，也明白了醫療的意義不僅在於治療疾病，更在於守護生命、維護健康，並與患者

共同面對困難。

作為小兒科醫師，我的使命即是以心治療，將愛與關懷傳遞給每一位小病患及其家庭。在這個過程中，我希望能不斷精進專業知識，增強醫療領域的深度。展望未來，我將繼續秉持愛心與專業，投身於兒童健康事業。無論面對何種挑戰，都將與同仁共同努力，致力於守護兒童的健康與幸福。我期待大家能一起號召全體社會關心兒童的成長與發展，繼續為每一位小朋友的健康奉獻力量，創造更美好的未來，吸引更多年輕醫師加入兒科行列。

無論時代如何變遷，我都將堅守這份信仰，並以身為小兒科醫師為榮。只要還有一個孩子需要我，我的聽診器就永遠不會冷卻。這份執業三十年的初心，是我對這片土地與未來主人翁最誠摯的承諾。✿



徵求本會會刊封面照片

徵稿時間：115年7月1日至8月31日

參加資格：限本會會員

主 題：以**台北市**四季生態、風景、人文等為主題的照片

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

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

甄選結果：經本會編輯委員會審核通過後，由本會安排刊登日期。

備註：

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

台北市醫師公會會刊 封面照片投稿資料表

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

(30-50字)

一、注意事項

1. 作品須為參加者本人拍攝，並維持照片真實性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！

預防勝於治療！台北市醫師公會會員健康檢查優惠方案，伴您健康同行

- 一 為關懷本會會員健康，增進醫療機構資源共享與互惠，本會彙整台北市醫療機構提供的健檢優惠資訊。
- 二 旨揭優惠方案詳細資訊已公告於本會網站及雲端，歡迎會員查閱使用（雲端連結：<https://reurl.cc/r0j56x>）。若有健檢需求，可逕洽各醫療機構聯絡窗口預約。
- 三 辦理健檢預約時，請會員出示「臺北市府衛生局核發之執業執照」或「本會會員證書」，以利醫療機構核對身分並提供專屬優惠。

台北市醫療機構提供本會會員的健康檢查優惠方案，歡迎掃描QR CODE查閱使用！若有健檢需求，可逕洽各醫療機構聯絡窗口預約。



健檢優惠方案
請至雲端查閱



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

整形外科 具整形外科專科醫師證書

麻醉部 具麻醉專科醫師證書

加護中心科 具重症醫學專科醫師證書、ACLS證書

應徵資格

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



電話 | 02-2826-4400分機8617 吳先生

E-mail | apply@chgh.org.tw

意者請備履歷(附照片)、證照(影本) 逕寄

112台北市北投區振興街45號 人事室收

振興宗旨
慈善心 服務情

理監事聯席會會議紀錄

期別：第二十屆第十五次

時間：一一五年四月八日（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、蔡有成、詹前俊、劉漢宗

理事視訊：蕭勝煌、侯明志、簡志誠、蔡建松、李偉強、黃國晉、黃集仁、黃聰仁、李龍騰、孫建偉、周裕清、邱展賢、詹益祥、洪佑承、程勁儀

理事請假：林應然、陳作孝、殷偉賢、張文瀚、黃國欽、曾令民

監事出席：劉秀雯、張孟源

監事視訊：盧異光、洪乙仁、陳美齡、蔡景耀、陳獻明

監事請假：許希賢、婁培人

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、彭顧問、李顧問、劉監事長，以及各位實體與線上出席的常務理監事、理監事，大家午安。感謝各位理監事、顧問及幹部撥冗出席本次會議，共同關心公會會務發展。

本次理監事聯席會議緊接在清明連假後召開，距離上次理監事聯席會議相距約一個月時間。之所以依照規劃如期召開，主要是因為本屆任期即將屆滿，會員代表選舉及理監事改選等相關事項，均須先經理監事聯席會議討論通過後，才能據以辦理後續選務工作。為讓下一屆理事長接手十一月醫師節慶祝大會時，能有更充裕的準備時間，包括印信交接、獎牌獎狀製作及各項籌備作業等，規劃將會員代表大會提前於九月六日召開，並於九月十九日完成理監事改選。屆時也懇請各位理監事踴躍協助擔任選務督導工作，共同確保選舉作業順利進行。此外，隨著會員人數持續成長，本屆會員代表人數預估將增加至250餘位，顯示本會會員人數均持續提升。

對外交流方面，五月份我偕同21位幹部與桃園市醫師公會將前往大阪府醫師會進行交流訪問，針對預防保健制度、長照政策及醫界發展等議題進行三方交流。特別感謝邱泰源榮譽理事長此次撥冗同行，長期以來給予本會寶貴且專業的指導，讓此次交流活動能夠更加順利。另，為推動友善職場及員工健康促進，我一直希望能將公會打造為更健康、更有温度的工作環境，爰此規劃與16樓瑜珈教室合作推動員工瑜珈紓壓及運動健身方案，鼓勵同仁規律運動，促進員工身心健康與工作效能。於編列今年度各項經費預算時，已將其支應經費納入業務推展費項下，以利後續推動辦理。此外，也預計於七月舉辦理監事二日自強活動，希望讓理監事及幹部在繁忙的醫務與會務工作

之餘，能夠適度放鬆身心、增進彼此情誼，並凝聚團隊向心力。社會服務政策推動方面，目前規劃與汪志冰議員合作辦理五場社區衛教說明會，向民眾推廣《預立醫療專題內容》，提升社會大眾對自主醫療決定的認識與重視。同時，針對醫學美容診所認證制度，本會亦持續與衛生福利部保持溝通，期盼透過制度建立，進一步保障民眾就醫安全與健康權益。至於近期各界關注的醫事人員薪資相關修法議題，本會將持續密切關注發展，並配合全聯會整體策略與說明，適時表達專業立場，持續維護醫界的專業尊嚴與合理權益。

最後，特別感謝各位理監事、顧問及各委員會長期以來的支持與督導，讓本會各項工作都能順利推展並達成預期目標。未來也期盼大家繼續攜手合作，共同為會員權益、醫界發展及全民健康努力。再一次謝謝大家的幫忙，以下為近期推展業務，理監事如有需補充，歡迎踴躍提出。

(一) 本會為營造高齡者及身心障礙者友善就醫環境，今年持續推動「台北市友善無障礙診所認證計畫」，並已開放各診所申請參與。該計畫申請門檻簡便，凡具備友善入口及友善通道者，即可申請友善認證，使高齡者與身心障礙者能順利進入診間並獲得適當醫療服務；另如設有无障礙廁所者，尚可申請最高榮譽之金牌認證。通過認證之診所，除可獲頒認證獎牌及新臺幣5,000元獎金外，並將納入友善診所地圖，以提升能見度及民眾信賴度。

自我推薦問卷：<https://reurl.cc/qKlZ3g>

(※提醒，已獲認證之169家診所，請勿重複申請)

(二) 三月二十二日承辦「北東部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，整體規劃周延、流程順暢，活動圓滿完成。上午安排參訪台北自來水園區，透過老師導覽實地了解臺北最古老之蓄水設施「觀音山蓄水池」，並藉由專業解說深化對城市水資源發展歷程及公共建設之認識，此行程獲各縣市幹部高度肯定；下午安排眷屬前往經國七海文化園區參觀，行程兼具歷史文化與交流功能，整體反應良好。最後，我特別感謝公關委員會高尚志召委用心籌備與周延規劃，使各項流程銜接順利；更感謝張瑞廷委員擔任司儀，以專業穩健之主持掌控會議時程。整體而言，本次活動不僅促進各縣市醫師公會間之交流互動，亦展現本會良好之組織與執行能力，獲與會幹部一致讚賞，再次謝謝大家的參與。

(三) 五月二十一日訪問日本大阪府醫師會姊妹會，報名作業已順利完成，醫師幹部及眷屬共約二十餘人一同前往，我們將於抵達大阪首日，與桃園市醫師公會和大阪府醫師會共同舉辦「長期照護與健康政策交流座談暨歡迎晚宴」，此次交流將以「健康促進與長期照護政策」為主軸，就台日制度面與實務運作進行雙向交流與經驗分享。期望透過此次正式座談互動，鞏固姊

妹會間之交流情誼，亦可汲取國際經驗，作為本會推動相關政策與會務發展之重要參考依據。

- (四) 為感謝各位理監事三年來對公會事務之投入與付出，積極推動各項會務發展。同時為凝聚情誼並為本屆任期劃下圓滿句點，特別規劃於七月二十五日至二十六日舉辦理監事二日自強活動，第一天前往南投日月潭地區，用輕鬆愜意行程，遠離繁忙之醫務日常；第二天中午規劃與台中市醫師公會姊妹會及大台中醫師公會進行餐敘。目前已報名參加理監事（含會務人員）計有46名，報名踴躍，尚未報名之理監事，敬請把握機會，逕洽秘書處辦理報名事宜。

邱泰源榮譽理事長

剛剛聽完洪理事長簡明扼要的報告，我深刻感受到台北市醫師公會展現出極高的執行力，各項既定目標與重要任務都正積極推動且圓滿地完成中。為此，我向洪理事長、全體理監事團隊、兩位顧問，以及各委員會長期以來的用心督導與努力付出，表達由衷的敬佩與感謝，也肯定本會成為全國醫師公會的重要典範。其次，洪理事長也十分重視會員的身心健康。例如帶領大家到陽明山親近大自然、呼吸新鮮空氣，並規劃各項促進身心健康的活動，這份用心特別值得肯定與感謝。

展望未來，面對醫療環境的快速變化，維護醫界尊嚴與同仁的幸福快樂，都需要延續性

的政策規劃與長期的努力。而台北市醫師公會在全聯會體系中始終扮演著重要的關鍵角色，肩負著引領醫界發展的重要責任。

我也期許洪理事長能持續帶領團隊推動各項重要業務與政策，使其更加落實與完善。這不僅是發揮公會影響力的重要關鍵，更能實質保障會員權益，進一步結合社會資源，共同守護全民健康，善盡醫界的社會責任。最後，藉此機會祝福各位闔家平安、健康喜樂，謝謝。

劉秀雯監事長

理事長、邱榮譽理事長、兩位顧問，以及各位理監事，大家好。由於第十四次理監事聯席會議才剛於三月十一日召開，相關財務狀況及會務監督報告，我已在上次會議中向各位詳細說明。目前公會各項會務，在洪理事長帶領及理監事團隊共同努力下運作順利，謝謝大家。

李明濱顧問

洪理事長、邱榮譽理事長、劉監事長、彭顧問，以及現場與線上的各位理監事、各位幹部，大家午安、大家好。我非常認同邱榮譽理事長剛才的看法，也非常感謝洪理事長帶領理監事團隊。這段時間以來，展現出非常驚人的執行力，不僅圓滿達成各項目標，許多工作成果更是超越預期、超標達成，大家表現可圈可點，值得肯定。

不過，以我十幾年來對醫界的觀察，還是要特別提醒大家，一定要更加重視醫事人員的健康。我始終認為，健康是唯一，也是所有

成就的根本；如果沒有了健康，後面再多的成就、再大的貢獻，都將失去意義。在繁忙的醫務工作及會務推動之餘，要抽出時間照顧自己的身體確實不容易。因此，我非常支持公會近期推動的健康台灣深耕計畫相關內容，也藉此再次提醒大家，千萬不要忽略自己的健康。最後，祝福大家身體健康、平安喜樂，謝謝大家。

彭瑞鵬顧問

時間過得非常快，轉眼這一屆三年的任期又即將結束，並將進行改選。回顧這三年來，理監事們都非常努力投入會務推動，為會員服務、為醫界發聲，成果有目共睹。在此特別感謝各位的熱心參與，也祝福大家身體健康、平安順心。

二、確認第二十屆第十四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

醫政法制委員會周召集委員迺寬

(一) 今年持續與財團法人中華法學研究院合作，規劃於四至十一月份辦理四場健康醫療專題與四場醫事法律專題，共計八場「2026司法Vs.醫療-午間小品」。活動採工作坊形式，提供美味午餐，營造輕鬆學習氛圍，並設Q&A互動環節，促進醫法深入交流。透過午餐講座，司法人員可獲取醫療健康知識，提升身心健康與工作效能；醫師則能增進醫療法律素養，降低法律風險。為維護課程品質，每場僅提供40

個名額，歡迎理監事踴躍報名參加。

1. 醫事法律專題（4場）：

日期	課程名稱/ 辦理地點	致詞貴賓/主持人/ 報告人/與談人
115/05/11 (一) 13:00~ 14:30	執業醫師常見 稅務問題 辦理地點： 台北市醫師公會安和會館	致詞貴賓： 中華法學研究院-周迺寬董 事長、吳銘子院長、台北 市醫師公會洪德仁理事長 主持人：周賢章常務理事 報告人：李維仁會計師 與談人：陳孟嬋律師
115/07/13 (一) 13:00~ 14:30 (暫定)	AI輔助診斷於 臨床決策之法律 責任與風險 管理 辦理地點： 台北市醫師公會安和會館	致詞貴賓： 中華法學研究院-周迺寬董 事長、吳銘子院長、台北 市醫師公會洪德仁理事長 主持人：周賢章常務理事 報告人：李崇偉院長 與談人：陳修聖副總院長
115/09/29 (二) 13:00~ 14:30	精神衛生與診 療、通報與醫 師法律責任 辦理地點： 台北市醫師公會安和會館	致詞貴賓： 中華法學研究院-周迺寬董 事長、吳銘子院長、台北 市醫師公會洪德仁理事長 主持人：陳彥元執行長 報告人：黃則儒檢察官 與談人：吳建昌教授
115/11/09 (一) 13:00~ 14:30	基層開業醫師 不可忽視的醫 事法律風險 辦理地點： 台北市醫師公會安和會館	致詞貴賓： 中華法學會陳宗鎮理事 長、台北市醫師公會洪德 仁理事長 主持人：陳彥元執行長 報告人：陳聰富講座教授 與談人：周賢章常務理事
醫事法律專題（4場） 報名網址： https://reurl.cc/L27XD3 或請掃QR code：		

2. 健康醫療專題（4場）：

日期	課程名稱/ 辦理地點	致詞貴賓/主持人/ 報告人/與談人
115/04/07 (二) 12:30~ 13:30	緊急醫療與社會韌性：第一線醫療在公共安全體系中的角色 辦理地點： 司法院3樓大禮堂（重慶南路一段124號3樓）	致詞貴賓： 中華法學研究院-周迺寬董事長、吳銘子院長、中華法學會陳宗鎮理事長、台北市醫師公會洪德仁理事長 主持人：蔡清遊優遇大法官 講 師：石富元醫師
115/06/16 (二) 12:30~ 13:30	腸胃健康與壓力型腸胃症狀：壓力下的腸胃警訊 辦理地點： 臺灣高等法院民事庭大廈4樓簡報室	致詞貴賓： 中華法學研究院-周迺寬董事長、吳銘子院長、台北市醫師公會洪德仁理事長 主持人：中華法學會陳宗鎮理事長 講 師：劉志銘醫師
115/08/28 (五) 12:30~ 13:30	耳鳴與暈眩的醫學解析：高壓工作下的耳鳴與暈眩警訊 辦理地點： 臺灣高等法院民事庭大廈4樓簡報室	致詞貴賓： 中華法學研究院-周迺寬董事長、吳銘子院長、台北市醫師公會洪德仁理事長 主持人：前臺灣高等法院黃水通院長 講 師：吳振吉醫師
115/10/19 (一) 12:30~ 13:30	健康檢查結果的正確解讀：看懂你的健檢報告 辦理地點： 法務部2樓簡報室	致詞貴賓： 中華法學研究院-周迺寬董事長、吳銘子院長、台北市醫師公會洪德仁理事長 主持人：中華法學會吳炳桂秘書長 講 師：范淞斌醫師

(二) 協助提供醫療相關團體修訂醫療法規建議，詳列如下：

1. 協助行政院個人資料保護委員會籌備處調查115年1月22日公告預告多項個資保護相關法規草案：
修正「個人資料保護法施行細則」；
訂定「個人資料檔案安全維護管理辦法」；
訂定「個人資料事故通知通報及應變辦法」；
訂定「個人資料保護法第五十一條之一第一項所稱由中央目的事業主管機關或直轄市、縣（市）政府管轄之非公務機關列表」。
2. 協助行政院個人資料保護委員會籌備處調查115年2月6日公告「個人資料保護政策推進會議運作辦法」法規建議。
3. 協助行政院個人資料保護委員會籌備處調查115年2月11日公告預告訂定「檢查非公務機關落實個人資料保護法情形作業辦法」法規建議。

(三) 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112期下載網址：

<https://reurl.cc/V2LAy>

⇒第113期下載網址：

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



學術委員會蕭召集委員勝煌

(一) 一一五年三月共計舉辦四場「實體與視訊

雙軌」課程，涵蓋小兒科、耳鼻喉科各一場、內科二場。每場次約有140至170位會員參與，成效良好。

- (二) 四月課程報名資訊已於三月廿三日以電子郵件寄發全體會員及上網公告，並已將上課視訊連結提供予報名成功之會員。

會員服務委員會周召集委員賢章

- (一) 本屆組長名單變更如下：

組別	原組長	變更後組長	原組長異動狀況
北投區第3組	邱士榮	詹益祥	退會
內湖區第2A組及停業	陳德駿	顏鳳麟	逝世
大安區第8組	朱紀洪	鄭紹宇	宏恩醫院變更院長

- (二) 三月三十一日舉辦「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，由洪德仁理事長與周賢章常務理事主持，說明計畫認證與輔導流程。邀請獲得友善認證的陳獻明小兒科診所陳獻明院長、致好醫學診所陳志豪院長及金牌認證古亭復健診所張淑薇院長進行經驗分享，並請王正旭立委針對障礙團體關注的「醫療機構設置辦法」修訂訴求進行說明，有近六十位人員參與。

- (三) 協助處理會員服務申請書計有1件（3月）：診所會員對健保申報疑義與自清程序說明案。

- (四) 會員逝世慰問及公祭（3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4件。

- (五) 開幕祝賀（3月）：新開業診所贈盆景祝賀計有1件。

醫院醫療委員會侯召集委員明志

- (一) 三月十五日下午假「塊陶阿工作室晴光店」舉辦「醫見如故：春光裡的浪漫初見」單身（住院）醫師聯誼活動，吸引55位單身朋友參與，其中包含19位醫師會員。除了會員外，尚有中醫師、牙醫師、護理師、語言治療師、律師、會計師、空服員與法院錄事等各領域專業人士參與，亦有會員子女共襄盛舉。醫院醫療委員會孫建偉委員至現場為會員加油打氣，溫馨提醒會員們在交流中細心照顧身邊的夥伴，並向大家介紹公會舉辦各項球類比賽與旅遊活動。為增加活動趣味與參與感，本會準備豐富獎項，包括超商禮券、餐券及電影票，頒發給遊戲優勝組別及「邀約獎」及「摸彩獎」得主。

- (二) 衛福部一一五年二月九日衛部醫字第1151661150號函知：邇來某醫院病房因疫情期間供作專責病房之用，設有監視錄影鏡頭；現雖轉供一般病房使用，惟未移除設備，致目前住診病人產生隱私保護疑慮。爰為保護病人隱私，避免衍生爭議，有關病房等非公共空間，除基於醫療目的或有正當理由，並符合個人隱私及知情同意保護之情形外，不宜裝設錄影（音）設備；如已裝設，應移除或遮蔽，以避免爭議。

(三) 近期提供台北市衛生局新增自費收費項目
審查意見，計有20件。(表一)

表一

序號	項目	醫療機構 申請金額 (單位：元)
1	肢體淋巴管靜脈吻合手術	160,000
	淋巴抽脂手術	100,000
2	產檢超音波檢查(自費)(雙胞胎)	2,800
3	易貝儂皮下移除避孕器裝置手術	3,000
	易貝儂皮下移除避孕器裝置手術(困難 移除)	6,000
4	EVA Select腫瘤分身抗癌藥物檢測-1種 藥物	52,000
	EVA Select腫瘤分身抗癌藥物檢測-10 種藥物	99,000
5	3D高解析立體定位影像定位導航術	7,500
6	經顱光生物調節治療	3,500
7	易貝儂長效皮下植入劑取出費	3,825
8	真空輔助立體定位乳房切片微創手術 (技術費)	13,166
9	血管內震波碎石術	10,816
10	新柏氏子宮頸抹片檢查(採樣)	1,000
11	11-13+6週超音波頸部透明帶篩檢	2,000
	11-13+6週超音波頸部透明帶篩檢(多 胞胎)	4,000
12	高階心臟應變功能影像評估	800
13	氟多巴正子造影	70,000
14	深度個別化身心健康諮詢與訓練(單 次,年資1-5年專業級心理師)	2,500

(四) 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(表二)：

序號	項目	醫療機構 申請金額 (單位：元)
14	深度個別化身心健康諮詢與訓練(單 次,年資6-9年督導級心理師)	3,000
	深度個別化身心健康諮詢與訓練(單 次,年資10-14年資深專業級心理師)	3,500
	深度個別化身心健康諮詢與訓練(單 次,年資15年以上資深督導級心理師)	4,000
	深度個別化身心健康諮詢與訓練(累進 10分鐘,年資1-5年專業級心理師)	500
	深度個別化身心健康諮詢與訓練(累進 10分鐘,年資6-9年督導級心理師)	600
	深度個別化身心健康諮詢與訓練(累進10 分鐘,年資10-14年資深專業級心理師)	700
15	深度個別化身心健康諮詢與訓練(累進10 分鐘,年資15年以上資深督導級心理師)	800
	簡易型居家睡眠多項生理功能檢查	5,000
16	紅外線全身熱治療_癌症輔助	27,000
17	SMILE PRO全飛秒雷射屈光手術(單 眼)	7,900
18	慢性過敏原檢測101項(101項IgG檢 測)	8,000
	急慢性過敏原檢測224項(123項 IgE+101項IgG檢測)	12,000
19	三維電腦斷層雷射入針導引	15,000
20	紅外線全身熱治療單純疼痛肌肉修復	14,000
	紅外線全身熱治療複雜性疼痛	21,000

表二

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3季	7-9月	浮動點值	0.8771	0.9274	0.9120	0.9997	0.9752	1.0294	0.9216
		平均點值	0.9355	0.9567	0.9528	0.9906	0.9820	1.0024	0.9578
114年 第3季	7-9月	浮動點值	0.9122	0.9778	0.9759	1.0564	1.0048	1.0599	0.9683
		平均點值	0.9571	0.9853	0.9864	1.0200	1.0000	1.0220	0.9830

基層醫療委員會林召集委員應然

(一) 一一五年度慢性病防治推廣計畫合作方案，已於三月底完成紙本簽約作業，後續將規劃辦理三場次研討會，內容涵蓋成人預防保健服務（含服務變革及實務經驗分享）、代謝症候群防治計畫說明（含收結案標準及常見錯誤樣態）、實務經驗分享（含收案策略、追蹤管理、資料管理及困難個案案例分析），並納入相關資源運用議題（如戒菸服務補助計畫、戒檳衛教、營養建議及科技輔助管理工具）。另亦將就公費癌症篩檢（包含大腸癌、胃癌、子宮頸癌、乳癌及口腔癌）之篩檢項目、申辦資格、常見問題及實務經驗進行說明與交流，以提升基層院所執行效能與服務品質。

(二) 中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會臺北分會於三月九日函知，中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會於一一五年一月十二日召開「一一五年西醫基層醫療服務審查委託契約款分配」會議，決議略以：為確保履約事項順利執行，各分會於支應人事費及房租以外之經費運用上，應優先給付審查費用；一一五年度有關委員差旅費用（含出席費及交通費）及餐費之支應方式，改由各分區與全聯會及所屬縣市醫師公會協調適當支援給付。

1. 依前開決議，臺北分會會議相關費用辦理方式如下：

各項會議出席費、交通費及餐費：會後由臺北分會將簽到表、出席委員名單及本分會支付標準等寄發至所屬縣市醫師公會，由各醫師公會自行辦理匯款給付；其中餐費採實支實付方式辦理，出席費及交通費之實際支付標準由各縣市醫師公會自行決定。

2. 台北市醫師公會將依前開會議決議辦理，並由本會基層醫療委員會經費項下實支實付支應出席費、交通費及餐費等相關費用。

(三) 全聯會函知會員擔任負責醫師之診所承辦健保醫療業務，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。

(四) 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) 訂於五月八日將前往士林地檢署拜會新任王以文檢察長。

⇒ 拜會重點如下：

1. 瞭解《醫療事故預防及爭議處理法》施行後司法實務運作，並研議醫療專業諮詢及常態溝通機制。

2. 就「妨害醫療業務執行」案件認定進行制度面交流，強化醫療人員執業安全。

3. 本次拜會僅就制度面交流，不涉及個案，並尊重司法獨立。

醫倫紀律委員會張召集委員文瀚

(一) 四月三十日及五月十三日尚有兩場講座如下表，將分別邀請周宇修律師、吳孟晃醫師主講，歡迎理監事踴躍參加。

日期	講題	講師
115.04.30 (星期四)	【再生醫療雙法】 對醫師的執業影響與 經營突圍 (醫學倫理-法規2.4分)	周宇修律師/ 謙眾國際法律 事務所
115.05.13 (星期三)	AI在醫療領域應用的 倫理議題 (醫學倫理2.4分)	吳孟晃醫師/ 台北醫學大學 附設醫院 骨科

福利康樂委員會孫召集委員建偉

- (一) 三月二日、九日、十六日、二十三及三十日於中會議室舉辦攝影課程，共計有16位會員眷屬參加。
- (二) 三月八日於中會議室舉辦習拍課程，主題為冰下花朵。
- (三) 三月十五日於動物園昆蟲館舉辦外拍課程。
- (四) 三月十五日舉辦會員一日遊，地點為苗栗竹南-老崎古道、蘆竹湳古厝、崎頂子母隧道，共計67名會員及眷屬參加。
- (五) 三月二十九日桃園市醫師公會假揚昇高爾夫鄉村俱樂部舉辦「一一五年度全國醫師盃高爾夫球錦標賽」，本會推派團體組6位醫師、長青組2位醫師及理監事組1位醫師代表參賽。

(六) 五月二十四日舉辦保齡球賽、六月七日舉辦個人組桌球賽、六月廿八日舉辦羽毛球賽，歡迎有興趣的理監事向秘書處報名參加。

社會服務委員會劉召集委員漢宗

- (一) 三月七日於大直典華六樓花田好事廳舉辦一一五新年春聯誼餐會，會中頒發本會及杏林春暖基金會成績優良同學獎狀。
- (二) 三月十日召開社區衛教籌備視訊會議，與汪志冰議員共同規劃本年度於士林區及北投區舉辦之五場社區衛教講座，宣導預立醫療相關議題。
- (三) 預定於四月二十七日辦理一一五年度參訪活動，今年規劃參訪機構為社團法人自閉症總會附設星兒工坊。

公關委員會高召集委員尚志

- (一) 三月二十二日承辦「北東部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」，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」，下午醫師則前往凱撒飯店四樓召開醫政研討會議，眷屬則安排前往「經國七海文化園區」參觀，參加人數共約110餘名。
- (二) 韓國國民健康保險公團(NHIS)原定於四月二十日至二十二日將來台訪問交流，並前往衛生福利部中央健康保險署及國民健康署拜會訪問，並就「臺灣預防保健制度之規劃與執行經驗」進行交流，並安排晚宴

接待。三月下旬本會接獲韓方通知，因該單位內部因素，原訂行程將延至下半年辦理，後續確認來訪時程後，再行協助協調拜會與議程安排。

- (三) 五月二十一日將由洪德仁理事長率領本會理監事、顧問等幹部前往日本訪問大阪府醫師會姊妹會。抵達首日，將偕同桃園市醫師公會與大阪府醫師會共同舉行「健康促進及長期照護等健保政策交流座談會暨晚宴」，就相關制度與實務進行台日雙向交流。報名作業已完成，統計出席幹部（含眷屬）共約二十餘名。

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) 三月份會刊封面作者為蕭光明醫師，主題為紅耳龜與鴛鴦對話：「北榮門診旁有個小池塘，以前種植有荷花，因此名之為荷花池。近年來多位善心人士捐贈了鴛鴦、美洲鴛鴦、白天鵝、黑天鵝、綠頭鴨、白羅曼鵝、獅頭鵝、埃及雁鴨等等，生態頓時豐富起來，於是又名生態池。池旁設有美食區，也新闢了停車場，因此當憂心候診之時，不妨來此閒座樹下，啜飲咖啡，觀賞紅耳龜與鴛鴦對話，或可暫時忘憂，因此又名之為忘憂池。」
- (三) 四月份會刊封面作者為吳國鈞醫師，主題為桃花心木：「台大校園的桃花心木，在

四月初由綠轉紅，林木深遠，青綠嫣紅夾陳，偶有晨風，小徑留下殘紅，漫步其間，怡然自得。」

- (四) 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) 三月份會員動態：入會54人、變更63人、停業21人、復業13人、退會59人、死亡6人；開業醫師2,064人、服務醫師10,218人、停業386人，共計12,668人。
- (二) 一一四年四月至一一五年三月各科別會員的人數消長，請參閱附件。

100週年紀念活動專案小組洪召集人德仁

- (一) 「百年風華 傳承永續系列講座」於前次會議後，再辦理一場，執行摘要如下：
1. 三月十八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（十八）」，由臺北醫學大學董事長陳瑞杰教授主講「英雄之旅：我的學習人生一從啟蒙、外傷、體系、到韌性」。他以跨三大體系、四段歷程回顧其學習與領導之路：分享其跨足三大醫療體系的四段學習與領導歷程。第一段在長庚體系完成臨床啟蒙，確立「病患第一」及「Right Time, Right Place」的創傷救治信念；第二段於中國醫大期間，將焦

點從醫療團隊轉向宏觀制度，推動全國緊急醫療分級評鑑，有效降低可預防性死亡。第三段在北醫體系聚焦「體系整合與數位轉型」，推動跨院資訊系統整合(HIS 2.0-4.0)與智慧醫院再造，利用AI預測模型讓醫療風險由「個人」轉向「系統管理」。第四段則展望韌性醫療，面對未來極端挑戰，他主張以量能整備、人員賦能與設備韌性為三大核心，建構在孤島效應下仍能自主運作72小時的醫療防線。最後，陳教授引用《易經》勉勵醫界，領導者的責任在於「作為」，必須在變易的時代中，透過系統與韌性守護醫療的可持續性。

2. 「百年風華・傳承永續系列講座」第十九場將於四月二十二日假本會安和會館十六樓會議室舉行，邀請國防醫學大學林致源校長蒞臨主講；後續場次亦將陸續登場，包括五月二十日（第二十場）邀請新光醫院侯勝茂院長、六月八日（第二十一場）邀請臺大醫院余忠仁院長。敬請理監事協助宣傳，並踴躍報名參加。

4/22（三） 林致源校長 報名網址	https://forms.gle/A4oR8fmpDZN1hgqY8	
5/20（三） 侯勝茂院長 報名網址	https://forms.gle/rkMuowcYpu5pjbB59	

6/08（一） 余忠仁院長 報名網址	https://forms.gle/GzjLp9fveb23GRUYA	
活動官方 網站	https://showwe.tw/edm/tma_100th/index.html	

醫療永續發展研究小組（智庫）洪召集人德仁

- (一) 本會配合政府推動「健康台灣深耕計畫」，自前次會議後持續推進示範區實務運作與跨域合作，透過中央政策溝通、社區據點拓展及處方制度實地執行，強化計畫落地與擴展量能。

健康台灣深耕計畫執行進度摘要：

1. 協調作業辦理情形：

- (1) 三月十八日拜會衛生福利部賈淑麗參事，研商健康幣相關推動事宜。
- (2) 三月二十六日下午二時於本會十六樓會議室召開健康台灣深耕計畫第三次推動委員會會議，檢視計畫執行進度並研議後續推動策略。

2. 示範區推動與在地合作情形：

- (1) 三月二十五日上午十一時拜會中山社區大學、下午二時拜會士林社區大學、下午四時拜會北投社區大學，拓展社區課程合作據點。

3. 實務運作與活動推動情形：

- (1) 三月二十一日下午於北投社區大學辦理健康台灣深耕計畫處方兌換日活動，推動處方制度實地運作。

- (2) 三月二十八日下午於北投社區大學再次辦理處方兌換日活動，持續優化執行流程並提升民眾參與度。

4. 人才培力與跨區推廣情形：

- (1) 四月二日下午二時於臺北市中山社區大學美容大樓121教室辦理中山、士林、北投區運動、社會及情緒調適處方師資說明會，強化跨區師資培力與課程推動基礎。

自一一五年三月十八日至四月二日期間，共計辦理或參與政策溝通、推動會議、社區拜會及實務活動6場（次），持續深化示範區運作、擴展社區合作網絡並強化處方制度落地執行，整體計畫穩健推展中。

智庫女性醫師小組楊召集人盈盈

- (一) 今年將舉行二場座談會，分別於四月二十五日和八月一日。四月二十五日（六）場次將邀請衛福部林靜儀次長、醫事司劉越萍司長及國健署沈靜芬署長擔任講師，歡迎理監事共襄盛舉，

⇒報名網址：<https://reurl.cc/npz9A8>

- (二) 台北市醫師公會「傑出女醫師獎」表揚標準及推薦辦法，業經第13次理監事聯席會議通過，今年實施。申請及審查程序如下：

日期	程序內容	審查單位
115/4月~6月	於會刊刊登相關訊息，並發文醫院及各組組長推薦人選	

日期	程序內容	審查單位
115/7/16（四）	初審傑出女醫師獎	女性醫師小組
115/7/29（三）	初審傑出女醫師獎	常務理監事
115/8/26（三）	複審傑出女醫師獎	理監事聯席會議
115/10/31（六）	100週年醫師節慶祝大會中表揚	

- (三) 女醫師的生產祝賀禮金已有一位女醫師申請，日前已將3,000元禮金及祝賀卡一併寄出。

貳、討論事項

- 一、請研討本會第二十一屆會員代表大會會員代表候選人選舉相關事宜案。【洪德仁理事長提】

決議：

- (一) 登記日期：自115年6月9日（星期二）至6月18日（星期四）止，上午9:00至下午5:00。
- (二) 登記資格：本會會員，但會員受停權處分而未復權者不得為選舉人及被選舉人。
- (三) 登記辦法：親自或委託（委託者需附委託書），請攜帶國民身分證（或有照之醫院服務證、駕照、健保卡）來本會辦理登記。
- (四) 登記地點：第一至第四分區及「會員人數不足50名之醫院」向本會登記；超過50名會員之醫院則向所屬醫院登記。
- (五) 候選人號碼：
1. 於本會登記者，訂於115年6月24日（星期三）下午1:00，假本會16樓中

會議室辦理抽籤決定。

2. 於醫院登記者，由各受理單位決定。

(六) 選舉日期：115年7月13日至7月27日，中午12:00至下午2:30。

(七) 選舉地點：第一至第四分區及「會員人數不足50名之醫院」在本會16樓中會議室及大會議室，超過50名會員之醫院則在各醫院所擇定之地點。

(八) 各分區及醫院會員人數統計截至115年4月30日止。

(九) 會員代表大會暨理監事選舉日期及地點如下：

1. 日期：115年9月6日（星期日）下午2:00至5:30。

2. 地點：格萊天漾大飯店14樓艋舺廳，會後於14樓萬大廳用餐。

二、請研討本會第二十一屆理監事候選人選舉相關事項案。【洪德仁理事長提】

決議：

(一) 登記日期：自115年8月3日（星期一）至8月12日（星期三）止，上午9:00至下午5:00。

(二) 登記資格：本會會員，但會員受停權處分而未復權者不得為選舉人及被選舉人。

(三) 登記辦法：親自或委託（委託者需附委託書），請攜帶國民身分證（或有照之醫院服務證、駕照、健保卡）來本會辦理登記。

(四) 登記地點：台北市醫師公會。

(五) 候選人號碼：115年8月17日（星期一）下午1:00於本會16樓中會議室以抽籤決定。

(六) 第二十一屆第一次理事會及監事會會議時間與地點如下：

1. 時間：115年9月19日（星期六）下午6:00。

2. 地點：台北凱撒飯店四樓上海廳。

三、請研討循例由會員服務委員會與醫政法制、基層醫療及公關委員會共同辦理會員分區座談會案。【周賢章常務理事提】

決議：通過援例由會員服務委員會與醫政法制、基層醫療及公關委員會合作辦理會員分區座談會。

四、請研討循例請廠商贊助印製116年度日誌小手冊贈予會員案。【周賢章常務理事提】

決議：通過印製116年度日誌小手冊1,850本贈予會員，並請理監事推薦贊助廠商。

五、請研討陳柏森、周孟翰等兩名醫師繳清會費，申請復權案。【彭瑞鵬召集委員提】

決議：通過陳柏森、周孟翰等兩名醫師申請復權。

參、臨時動議：無

肆、散會：下午一時五十五分。🇹🇼

腕隧道症候群——臺灣臺南地方法院113年度勞訴字第55號民事判決評析

¹嘉義天主教聖馬爾定醫院職業醫學科 ²臺北榮民總醫院職業醫學及臨床毒物部
王之劭¹ 葛謹²

前言

腕隧道症候群(Carpal Tunnel Syndrome, CTS)是手腕部之累積性傷害病變(cumulative trauma disorders)，病變主因是手腕部經常重複相同動作、長期經常持續以不自然的手部姿勢工作或經常用力作出扭轉的動作，引起手腕部軟組織病變或功能異常，造成附近肌腱的發炎或周邊神經之壓迫，此種累積性傷害病變，又稱為反覆性動作傷害(repetitive strain injury)或過度使用症候群(overuse syndrome)。傷病部位包括手腕部的肌腱炎、滑囊炎、肌腱滑膜炎及正中神經尺神經與橈神經的慢性壓迫性病變等。其中腕隧道症候群乃是正中神經在通過狹窄的腕隧道時受到壓迫，以致於在手部表現出正中神經支配區域的感覺異常、疼痛或麻痺現象，嚴重者可能導致手部肌肉萎縮或功能減損。¹⁻⁹

經過

甲自2019年8月15日起，至2022年7月17日止，受僱於乙位於某市區的市場攤位，從事宰殺、搬運、處理魚貨等工作，工作時間為上午5時30分至中午12時30分，周休一日，月薪：每月領取現金。甲於2022年7月18日因胸痛、肺部咳嗽感染至A醫院就診，醫師診斷建議休息不宜工作。甲復於2023年12月4日在B醫院就診，B醫院診斷：「甲患有雙手腕隧道症候群，屬於勞保職業病。」甲遂向民事法院請求乙（雇主）下列給付：(1)薪資補償：職業災害醫療期間依法不得終止勞動契約，甲自2022年7月18日起至2024年3月31日止，因

職災接受治療，為醫療期間，20個月又14日期間乙（雇主）應給付薪資補償共計736,800元（計算式：36,000元×20個月+36,000元×14/30日=736,800）。(2)醫療費用：甲手關節受傷、背部疼痛等病症，分別在A醫院、B醫院、C診所、D診所、E骨科診所、F醫院進行手術、治療與復健，醫療門診費用共計40,879元。(3)提撥勞退金：乙未為甲投保勞保，亦從未提撥勞退金，甲月薪為36,000元，投保級距為36,300元，雇主每月應提繳勞退金6%為2,178元，請求自2019年8月至2024年3月共計56個月，應提繳勞退金121,968元至勞動部勞工保險局甲之勞工退休金專戶（計算式：2,178×56=121,968）。(4)合計：899,647元。（736,800+40,879+121,968=899,647）。

爭執1：甲是否受有職業災害？

甲主張：B醫院診斷：甲患有雙手腕隧道症候群，屬於勞保職業病。

乙主張：(1)甲2022年7月18日係因「胸痛、左下肺浸潤，診斷為肺炎」、「右肩旋轉肌袖症候群」、「右手輾壓傷」及相關右肩傷勢、「右肩扭傷、腰椎扭挫傷、左手肘扭挫傷」、右肩傷勢及「右側踝部及足部關節痛」（註：判決書原文如此）等、「左踝關節扭傷、下背痛、左側網球肘」，均與「雙手腕隧道症候群」之勞保職業病無涉。(2)甲提出之相關診斷書，最早就診時間為2022年1月18日，並記載「…患者主訴因市場工作殺魚受傷所致」，惟病名卻記載「左踝關節扭傷、下背痛、左側網球肘」與系爭傷害無涉之病症。

(3) 2023年12月4日診斷書雖記載系爭傷害，醫師專業意見：「建議暫停工作兩週。」顯見醫療期間僅有兩週即至2023年12月23日止，而非甲之自2022年7月18日起至2024年3月31日止均需暫停工作。

法院心證：(1)甲2019年8月15日起至2022年7月17日止受僱於乙。(2)工作時間為上午5時30分至中午12時30分，周休一日（星期一）。(3)工作內容為宰殺魚貨、搬運魚貨。(4)B醫院診斷認定甲有「雙手腕隧道症候群、右肩旋轉肌袖症候群」。(5)乙沒有為甲投保勞工保險及提撥退休金。(6)甲應就工作與雙手腕隧道症候群傷害間存有相當因果關係等情，負舉證責任。(7)B醫院於2024年1月8日出具之傷病診斷書，初診期間2023年12月4日，醫師囑言：「每天工作0530至1300時間，每週一休息。拖冷凍魚貨、殺魚、清內臟、魚鱗等，龍膽石斑重量20斤至160斤，65斤（39公斤）；另有鮭魚/土魷魚/鱸魚不等，其他殺魚3秤重2外場3人。依據FB影片分析殺魚工作影片：右手每分鐘操作37次，左手每分鐘操作28次，符合職安署「2017年職業性腕隧道症候群認定參考指引二、具潛在暴露之職業：屠宰業及冷凍食品作業工人，及符合高度反覆操作定義。」「甲自述每天殺魚時間共計6小時，否認其他休閒運動及手腕外傷，診斷為雙手腕隧道症候群，勞保職業病。建議暫停工作兩週，兩週後再回門診追蹤評估。」(8)雖上開傷病診斷書依據甲殺魚影片分析工作時間、殺魚動作頻率，診斷罹雙手腕隧道症候群屬於勞保職

業病。(9)然甲受僱最後工作時間為2022年7月17日，距離B醫院診斷為腕隧道症候群之2023年12月4日，相距1年4月有餘，該腕隧道症候群之傷害，是否為受僱時因服勞務所發生並非無疑。

爭執2：法院囑託B醫院鑑定甲所罹之「雙手腕隧道症候群」是否屬於勞基法第59條第1款之職業病？

B醫院：(1)疾病：本院2023年12月5日神經學檢查證實雙側腕隧道症候群。(2)暴露風險：甲從事之工作屬性為具潛在暴露之高風險群。(3)時序性：本院先前門診傷病診斷書：「自述手麻自2022年7月住院前就出現。」(4)依據A醫院、C診所、D診所、E骨科診所病歷資料，2022年7月前查無「腕隧道症候群」相關症狀、徵象、診斷之記載，直到B醫院2023年12月4日門診才首次出現相關紀錄。(5)若僅依據病歷紀錄判斷，而不參考甲口述，則腕隧道症候群發病時間為2023年12月左右，約為停止工作後17個月。(6)「職業性腕隧道症候群認定參考指引」未提及最長潛伏期，參考加拿大退伍軍人事務部(Veterans Affairs Canada) 2025年1月修訂腕隧道症候群之「權益資格指引(Entitlement Eligibility Guideline)」，內文第3頁指出「如果在腕隧道症候群臨床發作或加重之前已停止指定活動，則發作或加重必須發生在停止後30天內」。(7)綜合現有病歷證據並未記載甲在停止工作後30天內即出現腕隧道症候群相關症狀，尚不符合時序性，非屬職

業病。(8)若有其他客觀證據得以佐證甲自述「手麻自2022年7月住院前就出現」屬實，則需再重新評估。

法院心證：(1)甲之「雙手腕隧道症候群」係在停止工作後17個月才發生，不符合應於30日內發病之時序性，非屬職業病。(2)甲未能提出其他證據，足資證明係於受僱期間，因執行殺魚、搬運魚貨等工作，致罹「雙手腕隧道症候群」。(3)甲主張其所受雙手腕隧道症候群，係屬勞基法第59條所稱之職業災害所致傷害，為無理由。

爭執3：乙是否應負擔甲之醫療費用？

甲主張：甲手關節受傷、背部疼痛等病症，分別在A醫院、B醫院、C診所、D診所、E骨科診所、F醫院進行手術、治療與復健，醫療門診費用共計40,879元。

乙主張：甲並非受僱期間罹患「雙手腕隧道症候群」，拒絕給付。

法院心證：甲並非於受僱期間罹患「雙手腕隧道症候群」，拒絕給付，為有理由。

爭執4：甲請求2022年7月18日起至2024年3月31日止，共20個月又14日之薪資補償736,800元，是否有理由？

乙主張：甲並非受僱期間罹患「雙手腕隧道症候群」，拒絕給付。

法院心證：甲所罹「雙手腕隧道症候群」並非受僱於乙期間，請求醫療中不能工作之補償736,800元，為無理由，應予駁回。

爭執5：甲之月薪應為若干？

甲主張：(1)自2019年8月15日至2024年3月31日期間，受僱於乙，月薪一開始24,000元，後增加至36,000元。

乙主張：甲2022年7月18日離職，月薪為24,000元。

法院心證：(1)甲於2023年6月26日向市政府勞工局提出勞資爭議調解申請，其申請書載明其於2019年8月中受僱，2022年7月18日離職，每月月薪24,000元。(2)甲2022年7月17日最後一日工作後，此後即退出工作群組、因病就醫，但甲是否有向乙請病假、留職停薪等暫時無法服勞務，但勞動契約仍存在之事實，未見甲主張或舉證，兩造間之勞動契約在2022年7月18日之後是否仍繼續存在，與常情不符。(3)甲雖主張其薪資由24,000元增加至36,000元，然未能舉證證明，尚難採信。(4)應以甲提出勞資爭議調解申請時所自認之事實，每月工資24,000元。

爭執6：乙未為甲投保勞保，亦未提撥勞退金，乙應提撥若干元至甲勞工退休金專戶？

甲主張：乙應提撥自2019年8月起至2024年3月止共計56個月之退休金121,968元至勞動部勞工保險局之勞工退休金專戶。

法院心證：(1)勞工退休金條例(Labor Pension Act 2005)第6條第1項：「雇主應為適用本條例之勞工，按月提繳退休金，儲存於勞保局設立之勞工退休金個人專戶。」(2)同

條例第14條第1項：「雇主應為第七條第一項規定之勞工負擔提繳之退休金，不得低於勞工每月工資百分之六。」(3)同條例第31條：「(第1項)雇主未依本條例之規定按月提繳或足額提繳勞工退休金，致勞工受有損害者，勞工得向雇主請求損害賠償。(第2項)前項請求權，自勞工離職時起，因五年間不行使而消滅。¹⁰」(4)最高法院民事判決：「雇主未依該條例之規定，按月提繳或足額提繳勞工退休金者，將減損勞工退休金專戶之本金及累積收益，勞工之財產受有損害，自得依該條例第31條第1項規定請求損害賠償；於勞工尚不得請領退休金之情形，亦得請求雇主將未提繳或未足額提繳之金額繳納至其退休金專戶，以回復原狀。¹¹」(5)勞基法第21條第1項：「工資由勞雇雙方議定之。但不得低於基本工資。」(6)查2019年每月基本工資為23,100元，然2022年基本工資為25,250元，乙給付薪資24,000元低於基本工資於法不合。故2022年之工資應為每月25,250元，其餘2019年起至2021年止之工資為每月24,000元，應可認定。(7)乙應提撥2019年8月15日起至2022年7月18日止，甲每月工資百分之6，至甲於勞工保險局勞工退休金專戶，依附表所示計算式為51,080元，逾此之請求為無理由。

法院（民事訴訟）

地方法院：乙應提撥新台幣51,080元至勞動部勞工保險局設立之甲個人退休金專戶。訴訟費用由乙負擔百分之六，餘由甲負擔¹²。甲不服，上訴至高等法院。

高等法院：撤回上訴。¹³

討論

腕隧道症候群：由於手部腕隧道是由腕骨與橫腕韌帶所構成的狹窄空間，內含正中神經與多條屈肌肌腱。當手腕反覆活動、長時間用力或維持不良姿勢時，屈肌肌腱容易產生發炎與水腫，因腕隧道內壓力上升，進而壓迫正中神經。長期壓迫會造成神經缺血與功能受損，導致典型的手部痠麻等症狀，本症候群是神經科門診常見之疾病。除職業因素外，致病原因尚有：口服避孕藥、懷孕、授乳、非特異性或類風濕性肌腱炎或關節炎、肥胖、糖尿病、甲狀腺功能低下症、膠原性疾病、雷諾氏病、休閒活動，例如：打電動玩具、彈奏樂器、雕刻或跑馬拉松；另外，手腕部骨折癒合不良、骨折、脫臼導致骨片或骨頭突出部突入腕隧道等局部性病變，亦是可能原因⁵。腕隧道症候群於一般人群的盛行率約為0.1%，其中女性盛行率高於男性，特定生理階段如：服用口服避孕藥、懷孕期、哺乳期或停經後婦女，罹病風險均較高。¹

職業性腕隧道症候群：工作環境中若有人體工學危害因子，將進一步增加發病機率。職業性腕隧道症候群盛行於須使用震動性手工工具、手腕部重複性動作或過度用力的行業，例如伐木業、採礦業、餐飲、食品加工製造業、家禽業的自動裝配生產線工人等。若將工作依是否為高使力性動作(high force)、高重複性動作(high repetition)、兩者皆有、或兩者皆無進行分類，並與腕隧道症候群(CTS)的發生進行

相關性研究，結果顯示高重複性動作相較於高使力性動作，與CTS之間具有更明顯的相關性，若兩者皆有則比兩者皆無會增加15倍的危險性(risk)¹⁴。高雄醫學院江宏哲教授研究冷凍食品加工廠作業員工，腕隧道症候群盛行率約為37%，該研究從人因工程學觀點分析職業相關危害因素，共有5項：(1)須腕部經常反覆性單調動作之作業。(2)手腕部用力之作業。(3)手腕部經常須維持不自然姿勢之作業。(4)必須直接對腕隧道施加壓力之作業。(5)使用振動性手工具之作業。值得注意¹⁻³。

職業病認定基本要件：職業疾病的認定，除臨床疾病外，尚須綜合評估多項關鍵要素，可概分為(1)主要認定基準。(2)輔助認定基準。主要認定基準包括：疾病診斷證據、工作暴露證據、時序性、合理排除非職業性致病因素。依據勞動部公布之「職業性腕隧道症候群認定參考指引」，主要認定基準包括：(1)疾病診斷證據：應符合下列(i)(ii)(iii)或(i)(iv)，並註明日期：(i)於正中神經所支配的手掌區域出現感覺功能異常或疼痛、麻痺之自覺症狀病史。(ii)身體檢查 Tinel sign、Phalen's test 陽性或魚際肌萎縮。(iii)神經電氣學檢查結果支持腕隧道症候群存在之數據，或經復健科或神經內科醫師判讀符合腕隧道症候群表現之結論。(iv)經腕隧道症候群手術治療者，應提供手術病歷摘要或診斷書。(2)工作暴露證據：提供合理可信之工作證據。應符合下列一個或一個以上項目，且累計每天平均四小時以上工作時間：(i)高度反覆性動作作業（每分鐘操作超過

10件物品，或每分鐘超過20個反覆動作）；(ii)腕部用力作業（工作時手指出力捏握物件超出1公斤以上）；(iii)腕部不良屈曲或伸展姿勢；(iv)手持振動工具；(v)壓迫腕部或手掌根部之作業。(3)時序性：發病時間在開始從事其危害性作業後才發生，國內專家建議至少3個月以上。(4)合理排除各種常見非職業性致病因素或腕部傷害，例如口服避孕藥、懷孕、授乳、肌腱炎或關節炎、肥胖、糖尿病、甲狀腺功能低下症、膠原性疾病、雷諾氏病、手腕部骨折或脫臼、或休閒活動等。應評估雙手個別疾病及其工作暴露情況。另外，輔助認定基準包括：(1)同作業場所或相同作業內容之其他同事也出現相同症狀的案例。(2)患病勞工在離開該作業場所後，症狀明顯減輕。²本案雖然「腕隧道症候群」符合診斷，但工作暴露證據與時序性有疑，因此法院認為「職業性腕隧道症候群」無法成立。

勞工保險：1958年之「勞工保險條例」即有勞保基金、保險與補償方法，但以勞工申請各項給付為前提，雇主並無「補償責任」(employer's liability)，1972年發生「飛歌事件」，1974年「勞工安全衛生法」明確規定雇主「補償責任」，但仍為「雇主有過失」，方予補償。1984年「勞動基準法」第59條確定「無過失責任」(No fault system)與「雇主最低應補償」之數額。2002年「職業災害勞工保護法」明白規定「職災爭議之解決機制」，仍缺調查、協商、仲裁之方法，業主、雇主與承攬商在工程層層轉包中，犧牲勞工權益，時有

所聞。¹⁵⁻¹⁸

勞退新制：勞動基準法(Labor Standards Act 1974)第55條：「勞工退休金之給與標準如下：一、按其工作年資，每滿一年給與兩個基數。但超過十五年之工作年資，每滿一年給與一個基數，最高總數以四十五個基數為限。未滿半年者以半年計；滿半年者以一年計。二、依第五十四條第一項第二款規定，強制退休之勞工，其身心障礙係因執行職務所致者，依前款規定加給百分之二十。」勞動基準法之勞工退休金制度為「雇主責任制」，立意良善，然而若干雇主會以關廠、歇業、變更負責人、辭退、解僱等方式規避勞工退休金，因此2005年7月1日施行之「勞工退休金條例(Labor Pension Act 2005)」，將勞工退休金制度改成「個人退休金專戶」為主，「年金保險」為輔的制度：(1)個人退休金專戶：雇主應為適用勞基法之勞工，按月提繳不低於其每月工資6%勞工退休金，儲存於勞保局設立之勞工退休金個人專戶。勞工亦得在每月工資6%範圍內，個人自願另行提繳退休金，勞工個人自願提繳部分，得自當年度個人綜合所得總額中全數扣除。(2)勞工專屬：專戶所有權屬於勞工，退休金累積帶著走，不因勞工轉換工作或事業單位關廠、歇業而受影響。¹⁹⁻²⁰本案發生於2005年7月「勞退新制」之後，乙未為甲投保勞保，亦未提撥勞退金，因此法院判決：乙應提撥新台幣51,080元至勞動部勞工保險局設立之甲個人退休金專戶，應屬當然。

結語

困難認定：相對於臨床疾病，職業疾病的認定，相當困難；除臨床疾病的診斷技巧與知識外，尚須綜合評估多項主要認定基準與輔助認定基準。尤其是工作暴露證據、時序性、合理排除常見非職業性致病因素、其他同事相同案例等，均需要經過職前健檢、年度健檢、臨場服務、勞動檢查等資料，方能進一步判斷，專業團隊除職業醫學專科醫師外、職業護理師、健康管理師、勞動檢查員等，均是做好職業傷病預防與管理的長期重點培育人才。

參考文獻

1. 陳庭安、朱豐沅：餐飲業中的職業性腕隧道症候群。臨床醫學2026(Articles in Press 臨床醫學；2026 doi：10.6666/ClinMed.202604/PP.0006)。
2. 勞動部職業安全衛生署：職業性腕隧道症候群認定參考指引。台北市，勞動部職業安全衛生署；2025。
3. HC Chiang, SS Chen, HS Yu, et al: The occurrence of carpal tunnel syndrome in frozen food factory employees. Kaohsiung J Med Sci 1990; 6: 73-80.
4. GM Franklin, J Haug, N Heyer, et al: Occupational carpal tunnel syndrome in Washington State, 1984-1988. Am J Public Health 1991; 81: 741-6.
5. CM Dussik, A Phan, J Coombs, et al: Incidence of Posttraumatic Carpal Tunnel

- Syndrome After Perilunate Injuries. *Hand (N Y)* 2026; 21: 765-71.
6. 江嘉凌、郭憲文、詹廖明義等：腕隧道症候群臨床診斷方法及影響因素之探討——以中部某教學醫院為例(Factors and Prevalence of Musculoskeletal Disorders among Administrative Staffs in a Teaching Hospital)。中華職業醫學雜誌2003；10(3)：155-66.
 7. 洪怡珣、謝仕福、洪于琇等：職業性腕隧道症候群(Occupational Carpal Tunnel Syndrome)。台灣公共衛生雜誌2009；28(2)：85-92.
 8. 陳瑋羚、沈佩誼：腕隧道症候群之針灸治療病例報告(Acupuncture Treatment for Carpal Tunnel Syndrome: A Case Report)。中華針灸醫學會雜誌2021；24(1-2)：46-52.
 9. AD Rotaru-Zavaleanu, CV Lungulescu, MG Bunescu, et al: Occupational Carpal Tunnel Syndrome: a scoping review of causes, mechanisms, diagnosis, and intervention strategies. *Front Public Health* 2024; 12: 1407302.
 10. 行政院勞工委員會勞工保險局：勞工退休金業務問答集。台北市，行政院勞工委員會勞工保險局；2011.
 11. 最高法院101年度台上字第1602號民事判決。
 12. 臺灣臺南地方法院113年度勞訴字第55號民事判決（民事第一庭，2025年10月16日）。
 13. 臺灣高等法院臺南分院114年度勞上易字第30號民事訴訟（撤回上訴，2026年1月20日）。
 14. L Punnett, JM Robins, DH Wegman, et al: Soft tissue disorders in the upper limbs of female garment workers. *Scand J Work Environ Health* 1985; 11: 417-25.
 15. 徐婉寧：職災法發展專題回顧：以勞工職業災害保險及保護法之立法為中心。臺大法學論叢2022; 51(S): 1313-34.
 16. 葛謹：職業傷病補償法之立法必要性。醫事法學2007: 14(3,4): 103-15.
 17. 汪珮渲、葛謹：最後手段——最高法院108年度台上字第2501號民事裁定評析。台北市醫師公會會刊2022; 66(1): 33-38.
 18. 何揚、葛謹：捷運職災——臺灣臺北地方法院89年度易字第1021號刑事其他文書評析。台北市醫師公會會刊2023; 67(6): 44-50.
 19. 行政院勞工委員會勞工保險局編：勞工退休金業務問答集。台北市，行政院勞工委員會勞工保險局；2011.
 20. 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. ㊦

老年營養不良

馬偕紀念醫院家庭醫學科 林賢鑫

前言

營養不良(malnutrition)，係指營養素的攝取或吸收與身體需求之間出現失衡的一種狀態。作為一個廣義的總稱，它涵蓋肥胖、營養不足以及單一營養素缺乏等情況，但也常作為狹義的營養不足(undernutrition)的代名詞。本文探討的營養不良著重在狹義的營養不足，其定義為蛋白質與能量攝取或吸收不足，使身體組成改變、肌肉與脂肪喪失、功能下降的一種營養不良狀態，又稱為protein-energy malnutrition^{1,2}。隨著人口老化與高齡化社會的來臨，老年健康議題日益受到重視，而營養不良在老年族群不但相當常見，且風險隨著年齡增加而上升，目前已有大量證據指出，老年營養不良可能導致身體與認知功能障礙、住院時間延長、生活品質下降，以及醫療成本上升等一連串嚴重後果³。

流行病學

近年來，由全球主要學術團體共同認可的「全球營養不良領導倡議」(Global Leadership Initiative on Malnutrition，以下簡稱GLIM)診斷準則已被應用於多項研究中，營養不良在不同老年族群中的盛行率皆偏高³：

- 社區老年人：約7–13%。
- 住院老年病人、癌症或心衰竭者，以及居住於長期照顧機構的老年人：可高達約50%。

病因與危險因子

相較於年輕成人的營養不良多發生在急性疾病(illness)背景下，老年人的營養不良更常

與食物攝取減少有關，也容易牽涉多重生理、心理、疾病、藥物、社會及飲食因素的交互作用；以下整理老年營養不良的主要原因及危險因子。

與年齡相關的生理性變化³：

- 感官功能退化：隨著年齡增長，人體嗅覺及味覺的偵測閾值上升，削弱食物風味與進食相關訊號之間的連結，進而影響食慾。
- 胃排空速度減緩：老年人的胃排空速度減慢，可能導致胃竇(antrum)擴張時間延長，使飢餓感降低。
- 腸胃道激素變化：老化可能影響到許多飽足感相關的消化激素之分泌，如類升糖素勝肽(glucagon-like peptide-1)、膽囊收縮素(cholecystokinin)、瘦素(leptin)與飢餓素(ghrelin)，並降低下視丘對這些激素的敏感度，致使老年人過早產生飽足感，且持續時間較長。
- 能量需求下降：隨著年齡增加，人體靜息能量消耗(resting energy expenditure)與活動量減少，自然的「調低」食慾以符合較低的能量需求。
- 老年性厭食(anorexia of aging)：上述生理變化的綜合表現即為老年性厭食，這些變化在某種程度上可被視為一種合理的生理適應反應，但若狀態加劇，或合併疾病、社會等危險因子下，就容易引發慢性營養不良。

身體功能障礙⁴：

- 口腔狀態：咀嚼困難會明顯影響進食，除了與缺牙、假牙不合相關，口腔感染、發炎或

口乾症也可能降低咀嚼效率。

- 吞嚥障礙：同樣會影響飲食攝取，常見原因為神經系統疾病，特別是中風、失智症與帕金森氏症。
- 活動力減損：上肢活動受限者，可能影響備餐與進食能力；下肢行動不便則會降低老人外出購買食材與準備餐食的能力。住院、手術或慢性疾病後的功能退化也顯著提高營養不良風險。

心理認知功能障礙：

認知功能受損與營養不良之間存在雙向且密切的關係，營養不良會透過神經傳導物質合成受損、腦部能量供應不足及氧化壓力等機制促進認知退化⁵，相對的，在輕度認知障礙（mild cognitive impairment，以下簡稱MCI）以及失智症的患者，也可能因為疾病狀態而影響營養功能。

例如，MCI個案常出現進食時難以維持注意力致使食量下降；在早期失智患者，則容易出現執行功能障礙，面臨採購食材、準備食物以及維持以往飲食習慣上的困難。此外，失智症相關的行為與精神症狀(behavioral and psychiatric symptoms of dementia)如妄想、憂鬱、焦慮，不但可能導致進食量下降，甚至可能因遊走或徘徊而增加能量消耗；晚期的失智症則可能面臨體重下降、脫水的問題，以及進食、咀嚼或吞嚥的困難^{4,6}。

在心理層面，老年憂鬱症會降低進食動機，並常伴隨社交孤立、功能退化與自我照顧能力下降，亦是造成營養不良的重要因素；與

失智症的概念雷同，營養不良本身也是罹患憂鬱症的風險因子，當營養狀況越差，憂鬱症狀的嚴重程度越高，再次影響食慾，形成一個惡性循環^{7,8}。

疾病與藥物：

依據2017年歐洲臨床營養與代謝學會（European Society for Clinical Nutrition and Metabolism，以下簡稱ESPEN）發表的專家共識，將疾病相關營養不良(disease-related malnutrition)定義為因疾病伴隨而生的一種營養不良，主要分為發炎型及非發炎型，發炎型指的是急性或慢性疾病情境中（如嚴重感染、創傷、惡性腫瘤、慢性阻塞性肺病、心衰竭、慢性腎病等）促炎細胞激素（如白細胞介素-6〔interleukin-6, IL-6〕與腫瘤壞死因子- α 〔tumor necrosis factor- α , TNF- α 〕）上升，引發一系列代謝性變化（如負能量平衡、蛋白質分解增加、肌肉量流失，食慾下降、營養吸收或利用受損），致使細胞組織緩慢而持續的耗損且對營養治療反應遲鈍；而非發炎型則包括消化道疾病影響吞嚥消化功能、神經系統疾病導致吞嚥困難、腸道疾病導致吸收不良等^{1,9}。

可想而知，不論是發炎型或非發炎型，老年人罹患急性疾病的發生率較高，慢性疾病的盛行率也高於年輕族群，因此更易暴露在疾病相關營養不良的威脅之下，世界衛生組織於2023年亦特別呼籲應提高對此議題的重視，而發炎狀態下的營養不良，以及時常伴隨的惡病質(cachexia)，亦是近年來學者極力研究發展的議題¹⁰。

除了疾病本身，藥物常見的副作用（如噁心、嘔吐、口乾、便秘等）也可能致使進食量減少，另外，當多重疾病伴隨多種藥物的使用，亦可能不利於營養素的吸收³。

社會因素

- 社交孤立：獨居通常會降低進食的樂趣與熱量攝取。多項研究顯示，與他人一起用餐的老年人，其攝食量明顯高於獨自用餐者¹¹。
- 經濟弱勢：即使在已開發國家中，貧困仍是導致營養攝取不足與營養不良的風險因子，對於依靠固定收入生活的長者而言，原本用於購買食物的金錢，可能被迫轉而用於購買藥物或其他生活必需品¹²。

飲食相關因素與食物不安全

許多飲食相關因素，例如飲食選擇不均衡、跳過正餐，或酒精攝取過量，皆可能導致能量與必需營養素攝取不足。另外，在中低收入國家中，食物不安全(Food insecurity)是造成營養不良的重要因素。由於經濟資源不足與生活成本高昂，許多高齡者無法穩定取得充足且健康的食物¹³。

營養不良決定因子模型

2019年，歐洲高齡營養不良計畫(European Malnutrition in the Elderly project)提出了「高齡者營養不良之決定因子模型(Determinants of Malnutrition in Aged Persons)」¹⁴，此模型整合各種醫療與照護場域中的危險因子。依據多篇系統性回顧研究所建立，總結營養不良發生的三個核心機轉：

1. 營養素攝取不足。
2. 營養需求增加。
3. 營養素生物可用性下降。

上述核心機轉外圍，包含需立即處置的



圖一 高齡者營養不良之決定因子模型(Determinants of Malnutrition in Aged Persons)¹⁴

直接危險因子（如噁心、嘔吐、吸收不良、吞嚥困難），以及較為間接的影響因素（例如失智、慢性疾病、藥物使用、社經狀況等），這樣的模型，將相關因子以分層、相鄰的方式呈現，以反映彼此間的關聯性，有助於更系統性理解營養不良的病因架構。

老年人營養不良的影響及老年症候群

營養不良的後果嚴重且影響深遠，常見表現包括體重減輕、骨骼肌質量流失、免疫功能下降，以及活動能力與認知功能受損。由於老年人再生與修復能力下降，營養不良所造成的影響往往更加顯著，並可能導致住院時間延長、醫療成本增加，以及長期照護需求上升¹⁵。

在老年人營養不良的病理機轉中，蛋白質分解代謝(protein catabolism)扮演關鍵角色。疾病相關的營養不良通常會引起快速的骨骼肌流失；相對地，與年齡相關的生理性營養不良則表現為較緩慢但持續性的肌肉量下降。當這兩種機制同時存在時，將對長者的活動能力與整體功能表現造成明顯且不利的影響。此外，當肌肉質與肌肉量下降同時伴隨骨礦物質質量減少，再加上體能與協調能力不佳，這些因素將相互加乘，進一步提高骨質疏鬆、跌倒及骨鬆性骨折的風險。

老年症候群(Geriatric syndromes)

老年症候群(Geriatric syndromes)是指一群在高齡者中常見、由多重因素(multifactorial)共同造成的臨床問題。其特徵在於不侷限於單一器官或單一疾病，而是反映了老化過程中多個生理系統出現功能性失衡的結果。常

見項目包括失智與譫妄、憂鬱、失禁、跌倒風險、視力與聽力障礙、傷口癒合不良、營養不良與非自願性體重下降(malnutrition and involuntary weight loss)、衰弱(frailty)，以及肌少症(sarcopenia)。

其中，非自主性體重下降與蛋白質攝取不足是營養不良的核心特徵，且幾乎必然伴隨骨骼肌量的流失，這將驅動肌少症的發生；肌少症的肌力與肌肉功能下降將造成步態變慢、活動量降低，推動衰弱的出現；而衰弱狀態下的失能及住院，則可能反過來加重營養不良。這三個老人症候群可以單獨存在，但在臨床實務中常高度相疊、彼此影響，形成一個惡性循環(vicious cycle)，共同驅動功能退化、不良臨床預後與死亡風險的上升。因此，近年來愈來愈多文獻建議，應將營養不良、肌少症與衰弱，以及其他老年症候群，進行整合性的評估與處置。

篩檢、診斷與評估

篩檢與診斷

老年人營養不良的診斷方式與其他成人相同，皆採用2019年發表的「全球營養不良領導倡議」(Global Leadership Initiative on Malnutrition, 簡稱GLIM)診斷標準¹⁶，是一套全球通用、具共識性的流程。此流程分為兩個步驟：

第一步：篩檢。使用高敏感度的營養篩檢工具，以辨識具有營養不良風險的個案，常用篩檢工具包括營養風險篩查量表2002年版(nutritional risk screening 2002, 簡稱

NRS-2002)、簡短版營養評估量表(mini nutritional assessment - short form, 簡稱MNA-SF)、萬用營養不良篩檢工具(malnutrition universal screening tool, 簡稱MUST)等,然而在高營養不良盛行率的場域(如急性老年醫學病房),先行篩檢的必要性仍有待討論。目前已有多種專為老人設計的營養不良篩檢工具,其中使用最廣泛、研究最多的是簡短版營養評估量表(MNA-SF),此量表共有6個問題,包含食慾/進食量、體重變化、行動能力、急性疾病或壓力、神經心理問題,以及低身體質量指數(body mass index, 以下簡稱BMI)/或低小腿圍;總分0至14分(分數越低代表營養狀態越差),若分數<12分,視為具有營養不良風險,應進一步以GLIM的表現型與病因型準則確認診斷。

第二步:診斷評估。GLIM建議必須評估以下五項診斷準則,其中包含三項表現型(phenotypic)與兩項病因型(etiological),只要同時符合至少一項表現型與至少一項病因型,即可確認營養不良的診斷。

(一) 表現型準則(Phenotypic criteria)

1. 非自主性體重下降

- 6個月內下降>5%
- 或超過6個月的時間下降>10%

2. 低BMI

- <70歲: BMI<20kg/m²
- ≥70歲: BMI<22kg/m²
- 亞洲族群: <70歲, BMI<18.5kg/m²; ≥70歲: BMI<20kg/m²

(70歲以上者採用較高的BMI切點值)

3. 低肌肉量

- 建議可使用雙能量X光吸收儀(DXA),或其他經驗證的身體組成測量方法,例如生物電阻分析(BIA)、超音波、電腦斷層(CT)或核磁共振(MRI)。
- 常用低肌肉量定義:使用DXA測量,四肢骨骼肌質量指數男性<7.0kg/m²,女性<5.4kg/m²;或使用BIA測量,四肢骨骼肌質量指數男性<7.0kg/m²,女性<5.7kg/m²。
- 上述方法在全球許多營養評估場域中,仍未普遍可得,因此也將身體測量法(例如小腿圍)納入作為替代性評估方式。

(二) 病因型準則(Etiologic criteria)

1. 攝取不足或吸收不良

- 攝取量≤50%的能量需求超過1週
- 或任何程度的慢性消化吸收不良

2. 發炎或疾病負荷

- 急性疾病/創傷
- 慢性疾病造成持續性發炎

另外,已符合GLIM營養不良診斷的個案,其嚴重程度則依據表現型準則異常的程度(含體重下降百分比及時間、BMI數值、肌肉量下降度),區分為中度營養不良(Stage 1)或重度營養不良(Stage 2);這樣的界定可幫助決定營養介入的強度以及評估個案風險。

病因評估

當確診營養不良,或存在營養不良風險時,應進一步系統性評估其可能的病因



圖二 2019年全球營養不良領導倡議(GLIM)診斷標準¹⁶

與加重因素。此時，透過周全性老人評估（comprehensive geriatric assessment，簡稱CGA）可有效完成整體評估¹⁷。CGA採取多面向、跨專業的評估方式，整合老年人六大核心面向，包括：醫療狀況（涵蓋急、慢性共病、感官功能、疼痛與睡眠問題）、用藥狀況、功能狀態（基本日常生活活動activities of daily living，簡稱ADL，與工具性日常生活活動instrumental activities of daily living，簡稱IADL）、認知與心理狀態（如失智、譫妄、

憂鬱與焦慮）、營養狀態（包含非意願性體重減輕、身體質量指數〔BMI〕、食慾、咀嚼與吞嚥功能，以及肌肉量），以及社會與環境因素。藉由此整合性評估，可更全面辨識潛藏於營養不良背後的關鍵因素，並同時評估與處理肌少症、衰弱等常見合併症，作為後續個別化營養與照護介入的重要基礎。

預防與治療

ESPEN於2022年發布實證指引¹⁸，針對老年人的臨床營養與水分補充進行了系統性的統整與建議。ESPEN建議，所有老年人（不論是否有特定診斷，亦包括過重與肥胖者）皆應例行性使用經驗證的工具進行營養不良篩檢，並於篩檢後進一步進行全面性評估與個別

化介入，設定專屬的飲食攝取與體重／BMI目標。介入策略應納入病人偏好、共病狀況及功能狀態的考量，由多專業團隊共同參與，並持續追蹤是否達成目標，必要時依實際問題與新狀況調整目標與介入措施。

營養攝取指引

在能量攝取方面，建議目標至少為每日每公斤體重30大卡，但需綜合病人之目前與目標營養狀態、身體活動量、疾病狀況、飲食耐受性，以及即時的體重變化，做個別化的調整。

越來越多研究證據顯示，老年人的蛋白質需求量應高於年輕族群，以維持足夠的瘦體重與身體功能。依據ESPEN建議，健康老年人每日蛋白質攝取量應為1.0–1.2公克/公斤/日（且至少應 $\geq$ 1.0公克/公斤/日）；在疾病狀態下，建議提高至1.2–1.5公克/公斤/日，而在嚴重疾病或重度營養不良時，蛋白質需求甚至可增加至2.0公克/公斤/日。若因阻力訓練以促進肌肉生長、營養不良下的組織修復、傷口癒合，或重症狀態導致代謝需求增加，則應依個別情況進一步調整並提高蛋白質攝取量，以符合實際生理需求。對於慢性腎臟病第4或第5期病人，是否需限制蛋白質攝取，則應考量整體營養狀態、疾病進程與預後，審慎權衡其潛在效益與風險。

在水分攝取方面，除非存在特殊臨床狀況，ESPEN建議老年女性每日飲水量至少為1.6公升，老年男性則至少為2.0公升。實際水分需求仍需依個人狀況調整，並與能量消耗、水分流失情形及腎功能密切相關。一般而言，體型較大者通常需要較多水分；而合併有心臟疾病或腎臟疾病的個案，則可能需要適度限制水分攝取。

病因

病因導向的評估與介入

除了針對營養攝取量的建議，指引也強調應盡可能以系統性搜索的方式，辨識並消除造成營養不良與脫水的潛在原因，例如透過檢核表進行初步篩查後，進一步評估與診斷釐清，常見檢核項目及相對應介入如下：

- * 牙科檢查與口腔狀態評估，必要時給予矯治或安裝假牙。
- * 吞嚥功能評估，必要時安排吞嚥復健訓練。
- * 整體健康評估，對於本身有內科疾病（如癌症、心衰竭、肝衰竭），致使惡病質(cachexia)的老人，單純營養介入無法有效改善其體重和肌肉流失，因此需評估是否能治療或控制根本疾病。
- * 確認是否有多重用藥、藥物是否存在妨礙營養攝取的副作用（如厭食、口乾、味覺異常、腸胃道不適等），減少非必要藥物。
- * 確認食物可近性，對於原本無法規律取得餐食者，提供居家送餐服務。
- * 檢視用餐環境，鼓勵營養不良或有營養不良風險的老年人與他人一同用餐，在機構式照護環境中，應透過營造如家庭般、愉悅的用餐環境。

食物調整與營養介入策略

對於營養不良或有營養不良風險的老年人及其照顧者，應由合格營養師提供多次（至少2次）個別化營養諮詢，並可視需要合併團體課程、電話追蹤與書面建議，以支持足夠的飲食攝取，並改善或維持其營養狀態。

營養介入原則應以口服飲食為優先。建議提供營養強化食品(fortified foods)，可透過添加天然高營養密度食材（如油脂、奶油、鮮奶油、雞蛋）或使用特定營養濃縮製劑（如麥芽糊精、蛋白粉），在不增加進食份量的情況下，提高能量與營養素攝取。此外，亦建議提

供額外點心及／或手指食物（finger foods，即可用手抓取、份量適中、質地柔軟且易於咀嚼吞嚥的小份量食物），以進一步促進飲食攝取。

對於合併口咽吞嚥困難及／或咀嚼功能受損的營養不良老年人，建議提供經質地調整且營養強化的飲食作為補充策略，如軟質飲食、細碎飲食或泥狀飲食等。

當營養不良的老年人合併慢性疾病，且單靠飲食諮詢與食物強化仍無法有效提升攝取量、達成營養目標，或於住院期間時，建議使用口服營養補充品（oral nutritional supplements，以下簡稱ONS）。ONS每日應至少提供400大卡熱量，且其中30%以上的能量應來自蛋白質。此外，應依據病人的偏好、進食能力及共病狀況（如糖尿病、腎臟病），針對配方種類、口味、質地及食用時機進行個別化調整。

若在已採取各項介入措施以確保口服營養攝取充足後，仍預期超過3天無法口服進食，或預期連續超過1週之口服攝取量低於能量需求的一半，且在老年人整體預後尚可的情況下，應考慮給予腸道營養（如鼻胃管餵食或胃造瘻管餵食），以滿足營養需求並維持或改善其營養狀態；同時仍應在安全允許的最大範圍內維持口服攝取。

此外，接受腸道營養之病人其臨床狀況可能快速變化，因此需定期重新評估腸道營養的預期效益與潛在風險。若病人恢復口服進食能力，或反之，已不再預期腸道營養可帶來

臨床或生活品質上的益處，則應適時停止腸道營養。對於處於疾病末期(terminal phase)且營養攝取量偏低的老年人，照護目標應轉為以舒適為導向，並優先提供舒適餵食(comfort feeding)，亦即以口服方式提供其喜歡的食物與飲品，並尊重其想要的份量。

同樣地，對於預後尚可的老年人，若在評估後預期口服與腸道營養於超過3天內皆無法進行（例如存在腸道營養禁忌症或明顯耐受不良），或預期超過1週之營養攝取量低於能量需求的一半，則應考慮提供靜脈營養，以滿足營養需求並維持或改善其營養狀態。無論採行腸道營養或靜脈營養，在確認病人確有營養需求後，皆應及早開始介入，並於最初3天內逐步增加供給量；同時須密切監測血清磷、鎂、鉀等電解質濃度以及硫胺(thiamine)，並視需要及時補充，以降低並預防再餵食症候群(refeeding syndrome)的發生。

運動介入

老年人一旦發生體重減輕，主要流失的往往是骨骼肌量，且此變化與身體功能受損密切相關。當肌肉長期缺乏使用，或處於臥床狀態時，會進一步加速肌肉量與肌力的退化，使病人更容易進展為肌少症(sarcopenia)。ESPEN指出，對於營養不良或有營養不良風險的老年人，在接受營養治療的同時，應積極鼓勵身體活動，因為即使在高齡族群中，骨骼肌仍能對運動訓練所提供的合成代謝刺激產生反應。

雖然ESPEN並未明確規範建議的運動類型與強度，但可參考相關文獻回顧¹⁹的建議：

對於已確診肌少症的患者，運動介入應以「中高強度阻力訓練、每週2–3次」為核心，並合併功能性訓練、有氧運動及平衡訓練，同時搭配足夠的蛋白質攝取，以達到最佳成效。至於衰弱或失能的老年人，則建議由低強度運動起步（如徒手訓練或彈力帶運動），以功能性訓練與平衡訓練為主，並依個別狀況逐步調整強度。

總結

老年營養不良在各類照護場域中相當常見，且與功能退化、住院時間延長、醫療成本上升密切相關。其成因多為多重因素交互作用，涵蓋老化相關生理變化、口腔與吞嚥功能障礙、活動力下降、心理與認知障礙、慢性疾病、多重用藥，以及社會支持與食物可近性不足等面向；因此，臨床處置不宜僅著眼於熱量補充，而應採取整合且以病人為中心的策略。

臨床實務上，老年人應常規接受經驗證的營養不良篩檢工具評估，並依GLIM流程完成診斷與分級，同時釐清表現型與病因型準則中具可逆性的因素，以利決定介入強度與追蹤頻率。透過周全性老人評估，可整合共病、用藥、功能、心理認知、營養及社會環境等資訊，避免忽略導致營養不良的關鍵因素，並作為跨專業團隊擬定照護計畫的重要基礎。

治療上應強調個別化介入，依病人偏好、咀嚼吞嚥功能、疾病狀態、活動量與預後，設定可達成的能量與蛋白質目標。原則上優先採取可長期執行的口服策略，包括飲食諮詢、食物強化與質地調整，必要時加入口服營養補充

品；於口服不足或短期無法進食且預後尚可時，審慎評估腸道或靜脈營養。結合運動介入並持續追蹤調整，方能改善營養狀態、功能與生活品質。

當然，有關老年營養不良防治之相關研究，由於老年人健康狀況差異高、日常飲食本身即容易成為介入試驗中的重要干擾因子，以及過往營養不良之診斷定義長期模糊且缺乏統一標準等因素，使得現有研究證據力有限，多仍以小型臨床試驗與觀察性研究為主；如何在一致的診斷架構，發展方法學更為嚴謹、具可重複性與臨床外推性的研究，仍是未來亟需努力的重要方向。

參考文獻

1. T Cederholm, R Barazzoni, P Austin, et al: ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. Clin Nutr 2017; 36(1): 49–64.
2. World Health Organization. Malnutrition. Geneva: World Health Organization; [cited 2026 Jan 11]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
3. AJ Cruz-Jentoft, D Volkert: Malnutrition in older adults. N Engl J Med 2025; 392(22): 2244–55.
4. M Visser: Undernutrition in community-dwelling older adults: prevalence, causes and consequences. Proc Nutr Soc 2025; 84: 1–7.
5. R Yu, L Wang, Y Liu, et al: Dual challenges in the context of healthy aging: a comprehensive exploration of the association between

- malnutrition and cognitive decline in disabled elderly. *Aging Dis* 2025; 17(2): 760-79.
6. I Loda, E D'Angelo, E Marzetti, et al: Prevention, assessment, and management of malnutrition in older adults with early stages of cognitive disorders. *Nutrients* 2024; 16(11): 1566.
 7. CT Chen, HH Tung, YC Chen, et al: Depressive symptoms and nutritional status in frail older adults. *Arch Gerontol Geriatr* 2019; 83: 96–100.
 8. A Shimizu, K Maeda, J Ueshima, et al: Association of GLIM-defined malnutrition with depressive mood in older adults undergoing rehabilitation. *Eur J Clin Nutr* 2025; 79(6): 597–603.
 9. T Cederholm, I Bosaeus: Malnutrition in adults. *N Engl J Med* 2024; 391(2): 155–65.
 10. World Health Organization. Disease-related malnutrition: a time for action. Geneva: World Health Organization; [cited 2026 Jan 11]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/375033>
 11. A Björnwall, Y Mattsson Sydner, A Koochek, et al: Eating alone or together among community-living older people: a scoping review. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(7): 3495.
 12. MG Grammatikopoulou, K Gkiouras, X Theodoridis, et al: Food insecurity increases the risk of malnutrition among community-dwelling older adults. *Maturitas* 2019; 119: 8–13.
 13. E Dent, ORL Wright, J Woo, et al: Malnutrition in older adults. *Lancet* 2023; 401(10380): 951–66.
 14. D Volkert, E Kiesswetter, T Cederholm, et al: Development of a model on determinants of malnutrition in aged persons: A MaNuEL project. *Gerontol Geriatr Med* 2019; 5: 2333721419858438.
 15. K Norman, U Haß, M Pirlich: Malnutrition in older adults—recent advances and remaining challenges. *Nutrients* 2021; 13(8): 2764.
 16. T Cederholm, GL Jensen, MITD Correia, et al: GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition: a consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr* 2019; 38(1): 1–9.
 17. B Kumlehn, S Brefka, T Kocar, et al: Clinical practice guideline: comprehensive geriatric assessment in the hospital. *Dtsch Arztebl Int* 2025; 122(6): 156–62.
 18. D Volkert, AM Beck, T Cederholm, et al: ESPEN practical guideline: clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr* 2022; 41(4): 958–89.
 19. P Kumar, S Umakanth, N Girish: A review of the components of exercise prescription for sarcopenic older adults. *Eur Geriatr Med* 2022; 13(6): 1245-80. 🇮🇹

發熱伴血小板減少綜合症之診斷與鑑別

新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院感染科 陳威宇

一、摘要

發熱伴血小板減少綜合症(severe fever with thrombocytopenia syndrome, SFTS)是一種由Dabie bandavirus (舊稱SFTS virus, SFTSV)所致的新興蜱媒病毒性疾病，最早於2009年在中國被發現，並於其後在日本、韓國、越南、泰國及臺灣等亞洲地區陸續報告病例。本病主要經受感染蜱叮咬傳播，臨床上常以發燒、血小板減少、白血球減少及消化道症狀表現，重症病例可進展為多重器官功能障礙、出血、休克或死亡。依不同地區與研究設計，SFTS的病例致死率差異甚大，整體約為5%–30%不等；臺灣官方資料常引述為5%–15%，而日本與韓國的部分研究則可見較高的估計值。臺灣於2019年通報首例本土確診病例，患者為北部一名70多歲男性¹，迄今累計3名本土確定病例（分別為2019、2022及2026（今年））。本文針對SFTS的典型病程分期、重要實驗室發現，以及在臺灣臨床情境下的鑑別診斷進行系統性回顧，以供臨床執業醫師參考。

二、病原學、傳播途徑與臺灣流行病學

SFTS之病原體，分類上隸屬於Phenuiviridae科、Bandavirus屬，已被納入世界衛生組織(World Health Organization, WHO)優先研究之病原清單。其具有明顯遺傳多樣性，可區分為多種基因型，部分研究顯示不同基因型間之病例致死率可能存在差異。

SFTS主要經由帶病毒蜱蟲叮咬傳播，長

角血蜱(*Haemaphysalis longicornis*)為重要病媒。病毒可在蜱與脊椎動物宿主之間循環維持。人傳人雖已被證實，但屬少見，主要發生於與患者血液、體液或血性分泌物的密切接觸，尤其是照護、醫療處置與遺體處理情境。另有少數來自貓、狗等動物的人畜共通傳播報告；至於氣膠/呼吸道暴露，目前屬於被提出的可能途徑，仍非公認主要傳播方式²。

SFTS在臺灣與鄰近地區多呈春末至秋季流行，風險較高者為農民、年長者及常接觸草叢、山林等環境者。臺灣近年的全國性動物與蜱監測已在反芻動物、部分野生動物與蜱中檢出SFTSV RNA，其中蜱池陽性率達27.7%，提示臺灣可能存在本地動物—蜱循環，但其完整傳播機制仍待進一步研究。

三、典型病程分期

發熱伴血小板減少綜合症(SFTS)之潛伏期一般約為7至14天，平均約9天。傳統臨床上多將其病程概分為三期，即發燒期、多重器官功能障礙期及恢復期；近年有研究基於475例病例之動態臨床資料分析，進一步提出五階段病程模型，將疾病進程細分為初始期（第1–4天）、進展期（第5–7天）、多重器官功能障礙期（第8–10天）、緩解期（第11–14天）及恢復期（第15–20天），第7天左右可能為臨床惡化的重要轉折點，而第11天後則較常見病程趨於緩解之表現。³

發燒期（發病後第1至7天）

SFTS之發病多呈急性起始，典型表現為

持續高熱，常伴隨頭痛、肌痛、顯著倦怠及全身不適，並可合併厭食、噁心、嘔吐、腹瀉及腹痛等腸胃道症狀。理學檢查可見局部淋巴結腫大，尤以頸部、腋下或腹股溝為常見；叮咬部位可能出現局部紅腫，但通常不形成恙蟲病所典型之焦痂。

實驗室方面，白血球低下與血小板減少常於病程早期出現，且可先於明顯器官損傷之前呈現；部分患者亦可見肝酵素上升及凝血異常。整體而言，SFTS早期表現缺乏特異性，易與登革熱、恙蟲病等急性發熱性疾病混淆，診斷時應結合流行病學暴露史、臨床表現與實驗室異常綜合判斷。

多重器官衰竭期（病程第8–14天）

病程進入第二週後，部分病例可迅速進展為重症，出現意識改變、抽搐、出血傾向、急性腎損傷、心肌損傷、急性呼吸窘迫症候群、散播性血管內凝血(DIC)及多重器官功能衰竭等併發症。神經學症狀、出血表現、腎功能異常、肝酵素或乳酸去氫酶(LDH)顯著升高及高病毒量，均與不良預後密切相關。

病理機轉主要涉及病毒誘發之過度免疫反應、細胞激素失衡與內皮細胞損傷，並可能導致繼發性噬血球性淋巴組織球增生症或病毒相關腦炎，使病程更加複雜。對於高齡、具共病或已出現器官功能異常之患者，應特別警覺此時期之危重變化，及早採取密切監測與積極支持療法。

恢復期（第11天起）

SFTS患者若順利度過急性危重期，臨床表現多可自第2週後逐漸緩解，並進入恢復階段。此時發燒通常退去，意識狀態、出血傾向及全身症狀逐步改善，血小板、白血球數及肝功能指標亦多呈現漸進性回升；但其恢復速度不一，部分患者可能需至數週後方可接近基準值。整體而言，恢復期的病程長短與嚴重度受年齡、基礎疾病、免疫狀態、器官損傷程度及治療介入時機等因素影響甚鉅。對於高齡或免疫功能低下患者，恢復期可因持續性器官功能障礙、繼發性細菌感染或其他住院相關併發症而明顯延長，甚至出現延遲性死亡。

四、重要實驗室發現

在臨床上，SFTS可藉由相對具代表性的實驗室異常提供早期診斷線索。最常見的表現為進行性血小板低下與白血球低下，且此一血球減少型態常於病程早期即已出現，對臨床辨識極具價值。肝功能方面，天門冬胺酸轉胺酶／丙胺酸轉胺酶(AST/ALT)上升相當常見，且多數病例中AST的上升幅度往往較ALT更為明顯；此現象不僅反映肝臟受損，也可能與骨骼肌或心肌受損有關。此外，乳酸去氫酶(LDH)與肌酸激酶(CK)等組織損傷指標亦可顯著升高，部分病例並可見心肌酵素異常。

在重症或病程進展的患者中，凝血異常與發炎相關指標的變化尤為重要。常見者包括活化部分凝血激酶時間(aPTT)延長、纖維蛋白原下降與D-dimer升高，這些變化可反映凝血系統失衡，並與散播性血管內凝血(DIC)或類

DIC狀態相關。血清鐵蛋白(ferritin)亦常明顯升高，部分病例可達高值，提示巨噬細胞活化或合併噬血球性淋巴組織球增生症(HLH)的可能性，並可作為疾病嚴重度評估的輔助指標。相較之下，C反應蛋白(CRP)多數情況下僅輕度升高或維持不高，因此在某些流行病學與臨床情境中，低CRP可作為與部分細菌性感染或其他類似感染症區分的輔助線索；然而，若合併次發感染，CRP仍可能上升，故不宜單獨作為排除依據。

五、診斷標準與通報定義

依據臺灣衛生福利部疾病管制署的官方指引，SFTS的通報與確診必須嚴謹地結合臨床症狀、流行病學史與實驗室檢驗證據。

1. **臨床條件：**患者必須具備急性發燒（體溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ）與血小板減少（小於 $100,000/\text{mm}^3$ ）兩大核心特徵。此外，需伴隨以下任一症狀：嚴重的腸胃道症狀（噁心、嘔吐或腹瀉）、頭痛、肌肉痛、神經學症狀（如意識改變）、淋巴腺腫大或出血傾向，且這些臨床表現無法以其他醫學診斷作合理解釋。
2. **流行病學條件：**發病前兩週內曾有蜱蟲叮咬史；或曾於國內外山林、農場、畜牧場等戶外高風險環境活動；或曾與疑似/確診病例在無適當防護下有密切接觸（特別是血液與體液接觸）。
3. **檢驗與確診條件：**臨床醫師一旦高度懷疑，應於急性期（發病7日內）採集血清檢體送交中央實驗室。確診條件包括：自臨床檢體

中分離出SFTS病毒、分子生物學核酸檢測(RT-PCR)呈陽性反應、或成對血清（急性期與恢復期）中SFTS病毒特異性IgM或IgG抗體出現陽轉或滴度呈四倍以上上升。

六、臺灣本土急性發燒疾病之鑑別診斷

臨床上，急性發燒合併血小板減少的病人需考慮多種具地方流行特性的感染症，其中以恙蟲病、登革熱、Q熱、鉤端螺旋體病及出血熱合併腎症候群(HFRS)與SFTS最具鑑別意義。由於SFTS早期表現缺乏特異性，與上述疾病可明顯重疊，尤其在具蜱蟲或戶外環境暴露史之族群中，更需及早納入鑑別，以利感染管制措施之啟動。

一、恙蟲病(Scrub typhus)

恙蟲病為SFTS最重要的鑑別診斷，兩者皆好發於戶外暴露族群，且均可表現為發燒、血球減少與肝功能異常。鑑別要點在於：恙蟲病之無痛性焦痂(eschar)為高度特異之理學檢查線索，但並非所有患者皆可辨識；實驗室方面，恙蟲病較常見白血球正常或輕度升高，且C反應蛋白(CRP)通常明顯上升，而SFTS則以白血球低下、活化部分凝血激酶時間(aPTT)延長等凝血異常及肌酸激酶(CK)升高為相對特徵。既有研究曾提出結合意識改變、白血球低下、aPTT延長及CRP正常等指標之臨床評分模型，可作為病原學確認前之早期分流參考，但仍需外部驗證，且不應取代PCR等確診檢驗。⁴

值得注意的是，SFTS與恙蟲病的傳播熱

點高度重疊，雙重感染並不罕見，部分高盛行區研究顯示高達1.6%的患者同時感染SFTS病毒(SFTSV)與恙蟲病立克次體。^{5,6}

二、登革熱(Dengue fever)

登革熱與SFTS均可表現為發燒合併血球減少，但登革熱較具特徵性的線索包括後眼窩痛、明顯肌關節疼痛、退燒期皮疹，以及因血漿滲漏所致之血比容上升。相較之下，SFTS較常見鐵蛋白(ferritin)顯著升高⁷、乳酸去氫酶(LDH)與CK上升及aPTT延長^{8,9}。流行病學上，登革熱為蚊媒傳染病，暴露史以都會區或登革熱流行區為主；SFTS則與蜱蟲暴露及山林農作環境相關。

三、出血熱合併腎症候群(HFRS，漢他病毒)

HFRS主要與齧齒類動物暴露相關，臨床上以急性腎損傷最具代表性，常伴隨蛋白尿、血尿及低血壓。與SFTS之鑑別重點在於：HFRS之腎臟受累程度通常更為顯著，且流行病學上與鼠類暴露史密切相關，而非蜱蟲暴露。於臺灣本病屬少見感染，但在不明原因發燒合併急性腎損傷時仍應納入考慮。

四、鉤端螺旋體病(Leptospirosis)

鉤端螺旋體病常發生於大雨或颱風過後，因接觸受污染積水而感染。與SFTS最明顯的鑑別在於血液學表現方向相反：鉤端螺旋體病以白血球增多（嗜中性球為主）及CRP顯著上升為特徵，而SFTS則以白血球低下及CRP相對不高為主。此外，結膜充血（無化膿性分泌物）及腓腸肌壓痛為特徵性理學檢查所見；重

症可進展為威爾氏症(Weil's disease)，出現黃疸、出血與急性腎衰竭。²

五、Q熱(Q fever, *Coxiella burnetii*)

急性Q熱與家畜暴露密切相關，以南臺灣較常見。臨床上可呈現不明原因發燒、非典型肺炎或急性肝炎，其中臺灣病例以肝炎表現較常見。Q熱之肝損傷型態多樣，不侷限於膽汁鬱積模式。與SFTS之鑑別在於：Q熱較少出現顯著的白血球與血小板雙重低下，且腸胃道症狀與病程快速惡化較不典型；鑑別時應特別重視動物暴露史。¹⁰

六、人類顆粒細胞無形體病(human granulocytic anaplasmosis, HGA)

HGA與SFTS同屬蜱媒感染症，急性期表現高度重疊。鑑別線索包括：HGA可於周邊血液塗片見到中性球內桑椹體(morulae)，具高度提示性但敏感度有限；HGA之CRP常較SFTS明顯升高；此外，HGA對doxycycline通常有良好臨床反應，而SFTS則無效。臺灣已有本土HGA感染之文獻記載，在具蜱蟲暴露史之患者中不宜先行排除。（表一）

七、治療概要

目前尚無經證實有效之SFTS特異性治療，臨床處置以支持療法為核心，包括輸液支持、血液製劑輸注（血小板、新鮮冷凍血漿）及維持器官功能（呼吸支持、洗腎）等。

抗病毒藥物方面，Ribavirin與Favipiravir均曾被嘗試使用。Ribavirin在部分研究中可能對低病毒量患者有益，但多數世代研究未見顯

表一 發熱伴血小板減少綜合症(SFTS)與本土常見急性發燒疾病鑑別診斷比較表

疾病	流行病學暴露史	特徵性臨床線索	核心實驗室異常
SFTS	蜱蟲叮咬 山林、農場、草叢等 戶外環境暴露 春末至秋季好發	持續高熱、腸胃道症狀 淋巴結腫大 無典型焦痂	WBC ↓、PLT ↓ AST > ALT LDH ↑、CK ↑ aPTT延長 Ferritin顯著 ↑ CRP正常或輕度 ↑
恙蟲病	恙蟎叮咬 草叢、灌木叢暴露 與SFTS傳播熱點高度重疊	無痛性焦痂(eschar) 為高度特異性線索 (非所有患者可辨識)	WBC正常或輕度 ↑ CRP通常明顯 ↑ 肝功能異常
登革熱	埃及斑蚊/白線斑蚊 叮咬(蚊媒) 都會區或登革熱 流行區暴露	後眼窩痛 明顯肌關節疼痛 退燒期皮疹 血漿滲漏	WBC ↓、PLT ↓ Hct ↑(血漿滲漏) Ferritin/LDH/CK相 對不若SFTS顯著
HFRS (漢他病毒)	齧齒類動物暴露 (鼠類接觸或排泄物吸入)	急性腎損傷為 最具代表性表現 低血壓	蛋白尿、血尿 BUN/Cr ↑ PLT ↓
鉤端螺旋體病	接觸受污染積水 大雨或颱風後 常見	結膜充血 (無化膿性分泌物) 腓腸肌壓痛 重症: Weil's disease	WBC ↑(嗜中性球 ↑) CRP顯著 ↑ 重症: 黃疸、急性腎衰竭
Q熱	家畜暴露 (牛、羊、山羊) 南臺灣較常見	不明原因發燒 非典型肺炎 急性肝炎(臺灣病例以肝 炎表現較常見)	肝功能異常(型態多樣) WBC/PLT雙重低下 較不顯著
HGA	蜱蟲叮咬 (與SFTS暴露史相似)	Doxycycline治療反應 良好(SFTS無效)	周邊血液塗片: 中性球內桑椹體 (morulae) CRP較SFTS明顯 ↑

WBC: white blood cell; PLT: platelet; AST: aspartate aminotransferase; ALT: alanine aminotransferase; LDH: lactate dehydrogenase; CK: creatine kinase; aPTT: activated partial thromboplastin time; CRP: C-reactive protein; Hct: hematocrit; BUN: blood urea nitrogen; Cr: creatinine; HGA: human granulocytic anaplasmosis; HFRS: hemorrhagic fever with renal syndrome

著療效¹¹；Favipiravir於體外與動物實驗中效力較強，小規模臨床試驗報告其病例致死率較文獻平均低¹¹，惟缺乏隨機對照研究，療效仍待驗證。

免疫調節治療方面，靜脈免疫球蛋白(IVIG)之大型回溯性分析發現使用組病例致死率反而較高(17% vs 5%， $P<0.001$)，建議不應常規使用¹²。皮質類固醇之日本多中心匹配研究顯示，整體病例致死率未明顯降低，僅在意識障礙或早期休克患者中可能有益¹³。血漿置換亦有個案報告，但證據品質不足，尚未成為標準治療¹¹。

八、感染管制與預防

醫療機構對疑似及確診病例應採取接觸與飛沫防護措施，包括個別隔離病房、手套、隔離衣、口罩及護目裝備，並對血液或體液暴露格外謹慎。確診患者於血清PCR連續兩次陰性（間隔24小時）前應維持隔離。

個人防護方面，於蜱蟲活動區域應穿著長袖長褲並使用含DEET成分之驅蟲劑；若發現蜱蟲附著，應以細鑷子從皮膚基部夾除，避免擠壓口器。

目前尚無核准之SFTS病毒(SFTSV)疫苗上市，但包括DNA疫苗、mRNA疫苗及病毒載體疫苗等多種候選疫苗已於動物模型中展現保護力，數項已進入臨床前階段¹⁴。

九、結語

發熱伴血小板減少症候群為一種由Dabie bandavirus所致之新興蜱媒傳染病，臨床表現

缺乏特異性，早期易與恙蟲病、登革熱等常見急性發燒疾病混淆，且重症病例可迅速進展為多重器官衰竭。臺灣已有本土病例報告，且動物與蜱類調查顯示地方性傳播循環可能已存在，臨床警覺不應鬆懈。目前尚無經證實之特異性治療，處置仍以早期辨識、積極支持療法與嚴格感染管制為核心。提升第一線醫療人員對本病流行病學背景、臨床分期與實驗室特徵之辨識能力，對於及早診斷、降低重症風險及避免院內傳播，均具有重要意義。

參考文獻

1. SH Peng, SL Yang, SE Tang, et al: Human Case of Severe Fever with Thrombocytopenia Syndrome Virus Infection, Taiwan, 2019. *Emerg Infect Dis* 2020; 26(7): 1612–4.
2. PK Balasundaram, LG Kanakamma, K Jayageetha, et al: Epidemiological, clinical and laboratory features of leptospirosis compared to other acute febrile illnesses. *J R Coll Physicians Edinb* 2020; 50(2): 118–23.
3. Y Hao, J Sun, Q Wu, et al: Precise staging of severe fever with thrombocytopenia syndrome: Integrating the extent of organ damage for prognostic and therapeutic applications. *PLoS Negl Trop Dis* 2025; 19(10): e0013249.
4. H Sul, NR Yun, DM Kim, et al: Development of a Scoring System to Differentiate Severe Fever with Thrombocytopenia Syndrome from Scrub Typhus. *Viruses* 2022; 14(5): 1093.

5. Kim DM, Yu BJ, Kim DY, et al: Clinically differential diagnosis of human granulocytic anaplasmosis and severe fever with thrombocytopenia syndrome. *Sci Rep* 2023; 13(1): 6837.
6. S Chatterjee, CM Kim, DM Kim, et al: Coinfection With Severe Fever With Thrombocytopenia Syndrome and Scrub Typhus in Korea. *Open Forum Infect Dis* 2023; 10(10): ofad377.
7. UJ Kim, T hoon Oh, B Kim, et al: Hyperferritinemia as a Diagnostic Marker for Severe Fever with Thrombocytopenia Syndrome. *Dis Markers* 2017; 2017: 6727184.
8. K Chang, NY Lee, WC Ko, et al: Identification of factors for physicians to facilitate early differential diagnosis of scrub typhus, murine typhus, and Q fever from dengue fever in Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect* 2017; 50(1): 104–11.
9. JA Potts, AL Rothman: Clinical and laboratory features that distinguish dengue from other febrile illnesses in endemic populations. *Trop Med Int Health TM IH* 2008; 13(11): 1328–40.
10. SP Keijmel, E Krijger, CE Delsing, et al: Differentiation of Acute Q Fever from Other Infections in Patients Presenting to Hospitals, the Netherlands¹. *Emerg Infect Dis* 2015; 21(8): 1348–56.
11. JW Seo, D Kim, N Yun, et al: Clinical Update of Severe Fever with Thrombocytopenia Syndrome. *Viruses* 2021; 13(7): 1213.
12. SS Zhang, J Du, N Cui, et al: Clinical efficacy of immunoglobulin on the treatment of severe fever with thrombocytopenia syndrome: a retrospective cohort study. *eBioMedicine* 2023; 96: 104807.
13. H Shuto, K Komiya, Y Usagawa, et al: Corticosteroid Therapy for Patients With Severe Fever With Thrombocytopenia Syndrome: A Nationwide Propensity Score–Matched Study in Japan. *Open Forum Infect Dis* 2023; 10(8): ofad418.
14. C Chen, J Li, J Li, et al: Research progress on antiviral drugs and vaccines for severe fever with thrombocytopenia syndrome. *Front Immunol* 2026; 17: 1730089. 



青光眼：沉默的視力小偷

三軍總醫院 眼科部 宗大欣

學術專論・青光眼：沉默的視力小偷

前言

青光眼(glaucoma)是一個涵蓋多種病因、解剖型態與臨床表現的疾病；其病理核心在於視網膜神經節細胞及其軸突的進行性流失，最終表現為視神經受損與視野缺損，並具有不可逆的特性。青光眼之所以在臨床上具有高度公共衛生與醫療照護意義，關鍵不僅在於其盛行率與長期醫療資源需求，更在於其「早期沉默」的特色：多數慢性青光眼在相當長的時間內不以疼痛或明顯視力下降作為表現，病人可以維持良好的中央視力，甚至在一般視力表測試中表現正常，然而周邊視野與視神經結構已在持續惡化。因此患者往往在出現功能性困擾後才就醫，例如夜間行走不穩、上下樓梯踩空、開車換道不穩、或經常碰撞周邊物體等，此時多已屬中晚期。相較之下，急性隅角閉鎖型青光眼(acute angle-closure glaucoma)進程迅速且症狀劇烈，患者可在短時間內出現單眼劇痛、角膜水腫造成的霧視、視力驟降與虹彩光暈，並常合併頭痛、噁心嘔吐等全身症狀，屬典型需立即處置的眼科急症。臨床上青光眼患者常因共病而在不同科別間被追蹤，其危險因子亦涵蓋慢性病照護、長期用藥（尤其類固醇）、心血管灌流狀態與老年醫學議題。本文因此以分類、流行病學、病理生理、診斷與治療策略為主軸，期能協助不同專科醫師在第一線及早辨識高風險個案、適時轉介並促成長期共照。

青光眼的臨床分類

臨床上青光眼分類多以「前房隅角狀態」作為核心，區分為開放隅角型與閉鎖隅角型

兩大光譜，並同時依病程判斷為慢性進行或急性發作¹。原發性開放隅角型青光眼(primary open-angle glaucoma, POAG)是臨床最常見的慢性類型之一，其隅角在解剖上呈開放狀態，但小樑網與房水外流途徑的功能性阻力增加，使眼壓與視神經受損風險上升，病程多緩慢且難以察覺。需特別強調的是，眼壓雖為目前最重要且最可介入的危險因子，但青光眼的本質是視神經結構與視覺功能受損的診斷，而非「眼壓偏高」的同義詞；在亞洲族群中尤須留意正常眼壓性青光眼(normal-tension glaucoma, NTG)的臨床比例²。正常眼壓性青光眼是指多次門診量測眼壓落於一般統計正常範圍，仍出現典型青光眼性視神經病變並伴隨相應視野缺損者。此類病患之診斷更仰賴結構與功能證據的臨床整合，而治療策略則常採取更低的目標眼壓以延緩進展。

閉鎖隅角型則是一個連續的疾病光譜，從僅具隅角狹窄、具閉鎖風險的狀態，逐步進展到形成周邊前黏連(peripheral anterior synechiae)，造成慢性房水外流受阻與眼壓控制困難，最終可導致視神經受損而成為原發性閉鎖隅角型青光眼(primary angle-closure glaucoma, PACG)。在此分類中，急性隅角閉鎖發作為臨床最重要的疾病之一，其眼壓可在短時間內急遽升高，導致角膜水腫、瞳孔散大且對光反應遲鈍，並使視神經血流灌流顯著下降；若未即時降低眼壓並解除隅角阻塞，可能在短時間內造成快速且不可逆的視神經損害。

除原發性類型外，繼發性青光眼在臨床

同樣重要，且常因眼壓波動較大、病程更難預測而具有更高的進展風險³。假性脫屑症候群(Pseudoexfoliation syndrome)、色素散佈症候群(pigment dispersion syndrome)、葡萄膜炎、眼外傷後房角結構改變、水晶體相關，以及最常在跨專科情境被忽略的類固醇誘發眼壓上升與類固醇性青光眼，皆可能造成房水外流受阻或隅角機轉改變。此類患者的治療關鍵不僅在於降眼壓本身，也在於辨識並處理原發病因、調整可能的誘發藥物，並更密集的追蹤監測視神經與視野是否有變化。

流行病學與族群特色

青光眼為全球不可逆視覺損失的重要原因之一，其疾病負擔預期將隨人口老化而持續上升。根據大型系統性回顧與統合分析研究，40至80歲族群的全球青光眼盛行率約為3.54%，推估2013年全球患者數約6,430萬，2020年約7,600萬，並預估至2040年將上升至約1億1,180萬人，且病例增加將不成比例地集中於亞洲與非洲等人口基數較大且老化速度快速的區域⁴。這些資料顯示青光眼並非單一專科可獨立處理的問題，而是需納入長期慢性病管理與公共衛生策略的疾病。

另一方面，族群差異在青光眼光譜中相當顯著。原發性開放隅角型青光眼在不同族群盛行率不同，而閉鎖隅角相關青光眼則在亞洲族群相對更常見；系統性回顧亦指出原發性閉鎖隅角型青光眼在亞洲成人族群的盛行率不僅較高，且盛行率會隨年齡增加而顯著上升，並呈

現女性比例較高的現象⁵⁻⁷。

在臺灣本地資料方面，社區型研究顯示高齡族群青光眼並不少見，且「診斷率與疾病認知不足」是臨床與公衛上共同的痛點。以臺灣高齡社區研究為例⁸，72歲以上族群的青光眼整體盛行率可達約8.7%，其中原發性開放隅角型青光眼約3.7%、原發性閉鎖隅角型青光眼約4.8%，而值得注意的是，多數個案在篩檢時的眼壓並非明顯偏高，顯示在臺灣高齡族群中，僅依賴眼壓數值容易低估青光眼風險，臨床上對視神經評估與結構功能檢查的重視更為關鍵。

此外，正常眼壓性青光眼在亞洲族群中所占比例較高；統合分析顯示⁹，在華人族群中，正常眼壓性青光眼可占原發性開放隅角型青光眼的相當比例，可能反映族群特性、診斷策略與就醫行為等多重因素交互影響。此一族群特色對臨床的直接意涵在於，若將「眼壓正常」視為排除青光眼的理由，將可能導致相當比例患者延誤診斷；相反地，將青光眼視為「視神經病變的診斷」而非「眼壓異常的診斷」，更能貼近實際疾病樣貌。

病理生理機轉

青光眼的病理生理可從「房水動力學失衡」與「視神經頭易損性」(optic nerve head vulnerability)兩條主軸理解，並需同步考量解剖結構、血流灌注與神經退化機轉。房水主要由睫狀體產生，經後房流入前房後，多數經小樑網與Schlemm氏管進入集液管並回流至上鞏

膜靜脈系統，形成傳統外流途徑(conventional outflow)；另有部分房水可經葡萄膜鞏膜途徑(uveoscleral outflow)排出，例如經睫狀肌與上脈絡膜空間等結構外流¹⁰。當小樑網細胞外基質重塑、細胞功能變化或許萊姆氏管系統的阻力增加時，即可造成眼壓上升。此種外流阻力增加多為長期且漸進性的過程，患者常缺乏自覺症狀；然而在長期壓力負荷與微環境改變下，視網膜神經節細胞及其軸突可逐步受損並凋亡，終致視神經病變與視野缺損。

然而，眼壓並非唯一決定因子；更精確地說，青光眼可被視為視神經頭在特定「壓力負荷」與「灌注環境」下所承受之慢性、進行性損傷，而其臨床表現反映了個體在結締組織生物力學、血流自動調節與神經退化途徑上的易損性差異¹¹。視神經頭的篩板(lamina cribrosa)為視網膜神經節細胞軸突穿出眼球的關鍵結構，其應力分布與形變程度受到眼壓、鞏膜與篩板結締組織材質特性、鞏膜管道幾何形態，以及跨篩板壓力梯度(translaminal pressure gradient)等因素共同影響。當眼壓升高或個體的結構耐受性較弱時，篩板與周邊鞏膜的應力—應變反應可能干擾軸突運輸，誘發神經膠質細胞反應並造成局部灌流受損，進而啟動神經退化與細胞凋亡途徑，最終導致不可逆視神經損害¹²。

另一方面，在眼壓並不顯著偏高的正常眼壓性青光眼患者，臨床上常更重視視神經灌注壓(ocular perfusion pressure)與眼血流(ocular

blood flow)之異常，例如夜間低血壓、血管自動調節障礙、偏頭痛或雷諾氏現象相關的血管痙攣體質等，都可能使視神經在相對「正常」眼壓下仍處於灌注不足與慢性缺氧壓力之中¹³。雖然血管機轉在個別患者中的相對致病比例仍具異質性，但其臨床意義在於：同一眼壓對不同人造成的風險並不相同，青光眼是一個「壓力—灌注—易損性」共同決定的疾病。

危險與保護因子

青光眼危險因子可概分為可控制與不可控制兩類，其臨床意義在於協助風險分層、決定追蹤頻率與治療強度，並透過可介入因子降低進展風險¹⁴。年齡是公認最穩定且最具一致性的危險因子之一，隨年齡增加，小樑網功能、視神經耐受性與血管調節能力皆可能下降，使得青光眼風險上升並更易進展。家族史亦是重要因子，一等親家族史通常會有更高的罹病風險與更早發病的可能性。族群差異則反映在不同型態的相對比例與嚴重度上，如閉鎖隅角相關青光眼在亞洲族群較常見，且女性與遠視體質、前房較淺、水晶體隨年齡增厚等因素相互疊加，使隅角閉鎖風險增加。

在可介入因子之中，眼壓仍是最重要且臨床證據最完整的危險因子。眼壓偏高不僅與青光眼的發生相關，也與已確診青光眼患者的進展風險相關，文獻亦已證實降低眼壓可以降低發病率並延緩進展^{15, 16}。角膜中央厚度(central corneal thickness, CCT)在風險評估上具有雙重意涵：其一，角膜較薄可能使量測眼壓偏低而

低估風險；其二，角膜中央厚度亦可能部分反映眼球結締組織的生物力學特性，與視神經易損性相關。屈光狀態亦與青光眼風險相關：高度近視常見於原發性開放隅角型青光眼與正常眼壓性青光眼患者，且近視視神經盤形態變異使診斷與影像判讀更具挑戰；而遠視與短眼軸則與淺前房和隅角閉鎖更相關。

在跨科照護情境中，最常見且最容易被低估的危險因子之一，是類固醇暴露。類固醇可影響小樑網細胞外基質代謝與吞噬功能，增加房水外流阻力而導致眼壓上升。此風險不僅存在於類固醇眼藥水，亦可能見於眼周皮膚長期使用強效類固醇藥膏、吸入型類固醇或長期全身性類固醇治療的敏感族群。臨床上患者常因症狀改善而反覆自行使用含類固醇的藥水，形成「短期有效、長期累積風險」的陷阱；若患者同時具家族史、本來眼壓就偏高或已確診青光眼，其風險更需被放大檢視。臨床上若能降低可介入風險，包括避免不必要或不當的類固醇長期暴露、規律追蹤並維持治療順從性，以及在需要時及早降低眼壓與控制其波動幅度，以期可降低視神經持續受損的機率。

臨床症狀

青光眼的症狀表現和病程進展速度與分類相關。多數慢性開放隅角型與正常眼壓性青光眼在早期缺乏主觀症狀，中央視力可長期保留，使患者在一般視力檢查中仍被視為視力正常。然而周邊視野缺損可能在無自覺下逐步擴大；由於雙眼視野互補及大腦代償作用，患者

往往在缺損累積到一定程度後才開始察覺功能困擾。此時的主訴常不是看不清楚，而是更偏向功能性描述，例如夜間走路覺得空間感變差、在人多或環境複雜處更容易碰撞、上下樓梯抓不到距離感、或開車時對旁邊來車的掌握變差。部分患者會以「視覺反應變慢」或「看東西怪怪的」來描述，若合併高危險因子，則應該考慮轉介評估。

急性隅角閉鎖的臨床表現則明顯不同，常以單眼劇痛、眼眶深處疼痛與視力驟降為主，並可因角膜水腫出現霧視與虹彩光暈。由於疼痛與自主神經反應，患者常合併頭痛、噁心嘔吐等，臨床有可能先至急診、內科、神經科或腸胃科就診而延誤眼科處置。此類患者在短時間內發生不可逆視功能損失的風險極高；因此跨科臨床若遇單眼劇痛合併視力下降，或眼痛合併噁心嘔吐與虹彩光暈，即使未能立即量測眼壓或進行裂隙燈檢查，仍應高度懷疑並儘速安排眼科急診或緊急轉介。

診斷

青光眼的診斷不應建立在單一檢查或單次眼壓數值之上，而是需結合病史、眼壓、隅角狀態、視神經結構與視覺功能檢查，並以長期趨勢判讀作為追蹤與治療的核心。病史詢問除家族史與眼科病史外，跨科特別需要掌握藥物與全身病史：例如長期或反覆類固醇暴露、葡萄膜炎或自體免疫疾病、外傷史，以及可能影響灌流狀態的心血管用藥與夜間低血壓等，皆可能改變青光眼型態與進展風險。

眼壓量測在青光眼的檢查中是必備項目，但需考量其受角膜厚度、角膜生物力學、量測方式、以及日間波動影響。對部分患者而言，門診單次眼壓正常並不能排除在其他時段有較高波動或尖峰值，在高度懷疑個案或明明有用藥使眼壓控制在安全值內仍在惡化的患者，臨床可能需要更密集量測或評估眼壓波動，同時測量角膜中央厚度可協助校正眼壓判讀與風險評估。隅角檢查在青光眼診斷中地位關鍵，可辨識隅角是否狹窄、是否存在周邊前黏連，以及是否伴隨色素沉著、假性剝落物或外傷後結構改變等繼發性線索。必要時可合併前節光學同調斷層掃描(anterior segment optical coherence tomography, AS-OCT)或超音波生物顯微鏡(ultrasound biomicroscopy, UBM)作為輔助，尤其適用於不易配合隅角鏡檢查或需釐清閉鎖隅角機轉者。

視神經乳頭評估是青光眼診斷最核心的結構證據之一。臨床上除凹陷比例外，也需觀察視神經纖維是否依典型模式變薄、是否存在視神經盤出血(optic disc hemorrhage)、兩眼是否不對稱、以及是否有對應的視網膜神經纖維層(retinal nerve fiber layer, RNFL)缺損。光學同調斷層掃描可提供視網膜神經纖維層與神經節細胞複合層(Ganglion Cell Complex, GCC)的量化資訊，對早期偵測與變化追蹤相當重要。但高度近視、視神經盤萎縮或訊號品質不足皆可能造成假性變薄或假性正常，因此臨床判讀需注意同一患者在一一致條件下的多次比較，而非單次報告的數字即具有絕對意義。功能性檢查

則需仰賴視野檢查，可與視神經纖維結構變化相互印證，呈現青光眼對視覺功能的影響。但視野檢查受學習效應、注意力與疲勞影響，初次檢查常不穩定，因此診斷與追蹤通常需要重複測試以建立可靠基礎值，再透過趨勢分析判斷是否進展與進展速度。整體而言，青光眼診斷重點在於結構與功能證據的整合，並建立可長期追蹤比較的基礎值，後續則以趨勢分析評估變化幅度與進展速度。

治療

青光眼治療的根本目標是降低視神經持續受損與視野惡化的風險，而目前證據最確立、也是臨床最可介入的因子，仍是降低眼壓與控制其波動。多項臨床試驗已一致證實，降低眼壓可降低青光眼的發病與進展風險¹⁵⁻¹⁷。例如 Ocular Hypertension Treatment Study顯示，在眼壓偏高但尚未出現青光眼性視神經損害者，規律使用降眼壓藥物可顯著降低日後發展為原發性開放隅角型青光眼的風險¹⁷。The early manifest glaucoma trial則進一步顯示，對已確診的早期開放隅角型青光眼患者而言，即便在臨床上屬於相對早期的損害階段，眼壓的下降仍能明確降低視野惡化與整體疾病進展的機率，顯示治療介入越早，對延緩進展越具價值¹⁶。同樣重要的是，Collaborative normal tension glaucoma study 指出在正常眼壓性青光眼患者中，雖然基礎眼壓落於常見統計正常範圍，若能達到治療性眼壓下降，仍可帶來整體上的進展減緩效益，代表眼壓即使不高，仍

可能是病程中可介入且具因果意義的重要風險因子¹⁵。這些文獻證據共同指向臨床青光眼治療的核心概念——目標眼壓(target intraocular pressure)，顯示治療的目的並非追求標準化的正常值，而是依據患者既有的結構與功能損害程度、過去與未來預期的進展速度、危險因子、預期壽命以及可接受的副作用與治療負擔等，設定一個足以在可預見時間內最大幅度降低進展風險的個人化眼壓治療範圍。若患者在既有治療下仍出現視神經結構或視野的惡化，便代表原先目標眼壓設定過高，不足以保護視神經，臨床上應重新評估並將目標眼壓下修，隨之調整治療強度，以對應其更高的進展風險。

青光眼的治療以眼藥水為第一線，透過減少房水生成或增加房水外流以降低眼壓。臨床上藥物療效除了藥理作用本身外，也須考慮患者的順從性與耐受性；然而青光眼患者因在早期多無症狀，造成長期規律點藥的動機不足，且常因為藥水刺激感、結膜充血、乾澀、與生活作息影響而自行停藥。若患者未能理解青光眼的不可逆性，常見後果為自行停藥後眼壓反彈，並在未被及時察覺的情況下持續進展。因此，對跨專科共照而言，需要一致地向患者強調青光眼為一種不可逆但可控制的疾病，並鼓勵患者若出現不良副作用應回診調整而非自行停藥，往往能直接改善長期預後。

此外，雷射治療在原發性開放隅角型青光眼與眼壓偏高族群中的定位近年愈趨前移，逐漸由加成治療延伸為可與藥物並列的初始策

略之一。其中選擇性雷射小樑成形術(selective laser trabeculoplasty, SLT)在臨床研究中不僅證實其作為第一線治療之臨床可行性，亦展現相對良好的成本效益，並使部分患者能在一段時間內降低對長期點藥的依賴、以減輕治療負擔與順從性風險¹⁸。另一方面，閉鎖隅角型青光眼的治療更強調解除隅角阻塞機轉與改善解剖結構，如周邊虹膜切開術(laser peripheral iridotomy, LPI)可藉由消除瞳孔阻滯、降低急性閉鎖風險並增加隅角開放程度，對急性隅角閉鎖發作後的長期管理常具有關鍵意義。此外，水晶體因素在閉鎖隅角病程中的角色不容忽視；大型隨機試驗即顯示在特定原發性閉鎖隅角合併較高眼壓或原發性閉鎖隅角型青光眼的臨床情境下，早期水晶體摘除相較於以周邊虹膜切開術為主的策略，能在整體療效與成本效益等面向呈現優勢，反映以調整解剖構造改善隅角與眼壓控制之可行性¹⁹。

當藥物與雷射治療不足以達到目標眼壓或病程顯著惡化時，則必須考慮手術治療，傳統濾過手術(trabeculectomy)、青光眼引流裝置(glaucoma drainage devices)以及各類微創青光眼手術(minimally invasive glaucoma surgery, MIGS)可依患者青光眼型態、嚴重度、隅角狀態、合併白內障需求與生活需求等因素整合評估，進行個別化選擇。然而不論採取何種治療方式，核心目標仍是將眼壓控制於足以保護視神經的範圍，都需輔以長期追蹤監測結構與視覺功能變化，以及手術相關併發症與晚期失敗風險，以確保視覺功能保留的最大化。

繼發性青光眼的治療更需考慮原始病因，以類固醇誘發眼壓上升為例，可行者應調整或停用類固醇；但對於部分無法停用類固醇的患者（如嚴重免疫疾病或器官移植後），更需在療程前後安排眼壓與視神經監測，必要時及早介入降眼壓治療，以避免在原疾病控制的同時造成不可逆之視神經損害。

鑑別診斷

鑑別診斷在青光眼照護中極為重要，因視神經凹陷與視野缺損並非青光眼所獨有；若將所有視神經乳頭改變或視野異常一概歸因於青光眼，可能延誤真正需要緊急處置的神經眼科病因。最關鍵的鑑別之一是非青光眼性視神經病變，包括前部缺血性視神經病變、視神經炎、壓迫性視神經病變（如鞍區或視交叉附近腫瘤）、以及遺傳或毒性相關視神經病變等。這些疾病可能出現視力下降、色覺障礙、相對傳入性瞳孔缺陷、視野缺損或視神經盤改變，但其缺損型態、病程速度與伴隨症狀往往與青光眼不同。例如壓迫性病變的視野缺損可能不符合典型青光眼弓形視野缺損分布，且可能有神經學症狀或影像學異常。

另一方面，部分正常變異亦可能造成類似青光眼的表象，包括生理性大凹陷視神經盤、近視性視神經盤傾斜與盤旁萎縮、先天性視神經乳頭異常等，這些情境在判讀上也更容易產生假陽性或假陰性結果，若缺乏視野與長期變化的交叉驗證，可能造成過度診斷或誤診。

視野缺損的鑑別亦需考慮眼內媒體混濁

（如白內障）造成的敏感度下降、視網膜疾病（如視網膜血管阻塞、黃斑病變或視網膜退化）造成的功能缺損，以及神經系統病灶造成的同側偏盲等。因此在臨床判讀上需注意「結構與功能的一致性」：青光眼的視野缺損應與視神經盤與神經纖維層的改變在解剖上具備正確的對應，若出現不一致、或病程快速惡化且不符合典型青光眼自然史，則需提高對非青光眼性病因的警覺，必要時轉至神經眼科評估或進一步影像學檢查。

結語

青光眼是一組以視神經進行性受損為核心的慢性疾病，其臨床危險性來自不可逆性與早期沈默性，使患者在缺乏警訊的情況下逐步喪失視覺功能。現階段最確立的治療策略仍是降低眼壓並控制其波動，而「目標眼壓」的個人化設定、結構與功能的整合追蹤、以及以趨勢變化判讀為核心的長期追蹤，是高品質青光眼照護的關鍵。隨人口老化與共病增加，青光眼的診斷與長期追蹤需求將持續上升。建立跨專科合作模式、強化患者教育並維持可持續的追蹤體系，是降低不可逆視覺損失風險、維持生活品質的關鍵。

參考文獻

1. PJ F, Ralf B, HA Q, et al: The definition and classification of glaucoma in prevalence surveys. Br J Ophthalmol 2002 Feb; 86(2): 238-42.
2. Jing Z J, MM S, CE O, et al: Prevalence of

- Normal-Tension Glaucoma in the Chinese Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Ophthalmol* 2019 Mar; 199: 101-10.
3. AJ H: Secondary glaucoma. *Clin Exp Optom* 2000 May-Jun; 83(3): 190-4.
4. YC T, Xiang L, TY W, et al: Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology* 2014 Nov; 121(11): 2081-90.
5. JW C, Ying Z, YY Z, et al: The prevalence of primary angle closure glaucoma in adult Asians: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2014; 9(7): e103222.
6. Nan Z, Jiaying W, Biye C, et al: Prevalence of Primary Angle Closure Glaucoma in the Last 20 Years: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Front Med (Lausanne)* 2021 Jan 18; 7: 624179.
7. AR R, S Mt-Isa, CG O, et al: Variations in primary open-angle glaucoma prevalence by age, gender, and race: a Bayesian meta-analysis. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2006 Oct; 47(10): 4254-61.
8. CY K, YC K, TM K, et al: Prevalence of glaucoma in the elderly population in Taiwan: The Shihpai Eye Study. *J Chin Med Assoc* 2020 Sep; 83(9): 880-4.
9. MJ C: Normal tension glaucoma in Asia: Epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and management. *Taiwan J Ophthalmol* 2020 Jul 13; 10(4): 250-4.
10. Manik G, RG P, RK L, et al: Aqueous humor dynamics: a review. *Open Ophthalmol J* 2010 Sep 3; 4: 52-9.
11. IA S, CR E: Biomechanics of the optic nerve head. *Exp Eye Res* 2009 Apr; 88(4): 799-807.
12. CF B: A biomechanical paradigm for axonal insult within the optic nerve head in aging and glaucoma. *Exp Eye Res* 2011 Aug; 93(2): 120-32.
13. VP C, Alon H, Douglas A, et al: Ocular perfusion pressure in glaucoma. *Acta Ophthalmol* 2014 Jun; 92(4): e252-66.
14. AL C, Stefano M: Risk factors for glaucoma onset and progression. *Surv Ophthalmol* 2008 Nov; 53 Suppl 1: S3-10.
15. Collaborative Normal-Tension Glaucoma Study Group: Comparison of glaucomatous progression between untreated patients with normal-tension glaucoma and patients with therapeutically reduced intraocular pressures. *Am J Ophthalmol* 1998; 126(4): 487-97.
16. Anders H, MC L, Bo B, et al: Early Manifest Glaucoma Trial Group. Reduction of intraocular pressure and glaucoma

progression: results from the Early Manifest Glaucoma Trial. Arch Ophthalmol 2002 Oct;120(10):1268-79.

17. MA K, DK H, EJ H, et al: The Ocular Hypertension Treatment Study: a randomized trial determines that topical ocular hypotensive medication delays or prevents the onset of primary open-angle glaucoma. Arch Ophthalmol 2002 Jun; 120(6): 701-13.
18. Gus G, Evgenia K, David G-H, et al; LiGHT Trial Study Group: Selective laser trabeculoplasty versus eye drops for first-line treatment of ocular hypertension and glaucoma (LiGHT): a multicentre randomised controlled trial. Lancet 2019; 393(10180): 1505–16.
19. Augusto A-B, Jennifer B, Craig R, et al; EAGLE study group: Effectiveness of early lens extraction for the treatment of primary angle-closure glaucoma (EAGLE): a randomised controlled trial. Lancet 2016 Oct 1; 388(10052): 1389-97. ㊦



網球聯誼賽

- 一、協辦單位：台北榮民總醫院網球社
- 二、參加資格：1.本會會員暨眷屬 2.團體每隊選手至多八位（皆需為本會會員）
- 三、比賽分組：
- A. 團體組：1.以各醫院為單位 2.開業醫師自行組隊
- B. 個人雙打組（自由搭配）：
- 1.青年組：未滿50歲。 2.壯年組：50歲以上（含50歲）。 3.長青組：滿60歲以上（含60歲）。
- 4.混雙組：搭配者需為會員或配偶。 5.親子組：搭配者需為會員與子女。
- ※1.各項賽程，報名組數未超過三組將取消賽程，團體組及個人賽報名人數皆須滿20人以上方可比賽。
- 2.每人限報2組。
- 3.請於規定時間內報名，以便安排賽程，不接受現場報名。
- 四、比賽時間：A-團體組115年10月18日上午九時起；
- B-個人賽115年11月15日上午九時起（視報名組數安排時間，賽程個別通知）。
- 五、比賽地點：台北榮總網球場（石牌路二段201號）
- 六、比賽辦法：A. 團體賽（三戰兩勝制）。
- B. 個人雙打組（六局先勝制，局數五平時搶七 Tiebreak ）。
- 七、比賽制度：依各組報名隊數決定賽制。
- 八、報名日期：團體組：即日起至10月7日截止，請來電或傳真或利用本會網站報名。
- 個人組：即日起至11月4日截止，請來電或傳真或利用本會網站報名。
- 聯絡人及電話：(02)2351-0756分機17 林小姐，Fax：(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.比賽會場（孝威館）停車可自行進入停車場，每小時收費40元，數量有限（8個車位），無法保留。

網球聯誼賽報名表

團體組			
醫院名稱			隊長
隊員			
個人組			
組別及選手姓名			
☐ 青年組 _____		☐ 壯年組 _____	
☐ 長青組 _____		☐ 混雙組	
☐ 親子組 （會員與子女） _____		（會員與配偶） _____	
聯絡人	電話	傳真	

東北角—潮境公園、深澳自行車、深澳漁港、和平島公園一日遊

10月4日（星期日）

【行程難易度★★★★☆】

台北→潮境公園~飛天掃帚裝置藝術→體驗深澳自行車（預約單程10:00八斗子→深澳站（依實際訂位為準））→深澳漁港→象鼻岩→和平島公園→台北

07:10 台北市醫師公會安和會館(安和路一段27號)集合

07:30-09:00 準時搭專車出發，展開愉快的旅程，悠閒的假期沿途欣賞風光

09:00-10:00 潮境公園



【潮境公園】：「潮境」指的是寒、暖兩潮流的混合區，特別指西太平洋的黑潮與親潮的海水混合處，此區浮游生物孳生，能吸引洄游魚類聚集、成為魚場。園區原本為一處垃圾集放地，後來經海洋科技博物館籌備處規劃改建後，規劃完善且施工精緻的人行枕木步道，在此散步休閒，吹著徐徐海風，更顯詩意成為一處看海賞景的最佳去處。

10:00-11:00 深澳鐵道自行車(正確之班次以完成訂位為準)



【深澳鐵道自行車】：早期深澳線在日治時期是一條軌距762公厘的輕便鐵路，是俗稱的「五分仔車」，主要是用於載運糖、鹽及煤至港口轉運出海。鐵軌自行車八斗子段緊鄰著八斗子火車站，八斗子火車站除了是全台離海邊最近的火車站外，加高的月台可以遠眺太平洋，感受海天一色的景致，其月台更是橫跨基隆市與新北市，也是全台唯一橫跨兩縣市的車站，十分特別。

※因應兒童安全考量，須年滿3足歲兒童（依健保卡驗票）且身高滿90公分以上的兒童方可搭乘，須搭乘"兒童安全座椅"。*12歲以下孩童須與成人同行。另行動不便者禁止搭乘，請見諒！

11:00-12:30 深澳岬角



【深澳岬角】：北海岸因長期受到風刷與侵蝕，成就了許多奇岩異石，其中包含著深澳岬角（象鼻岩景觀區），深澳岬岩長約800公尺高約35至81公尺之間，受東北季風影響，以及地質軟硬不同，這裡是台灣36秘境之一。但此處風大，且屬危險區域，不建議民眾為拍照而涉險，須遵從岸邊指示，待在安全區避免發生危險。

※景區為天然岩石區，無完整人造步道，行走請留意腳步

12:30-13:30 享用風味午餐

14:00-16:30 和平島公園



【和平島公園】：位於基隆港港口東側，島上奇岩異石林立，海岸奇特的海蝕地形景觀，如海蝕平臺、豆腐岩、海蝕溝、海蝕崖、風化窗、萬人堆、千疊敷、海蝕洞、蕈狀岩等。雖長年受海風吹襲，但藻生植物（如紫菜、髮菜、鹿角菜、筴白菜、鵝菜、石花菜、紅毛苔、青菜等），魚生物（如黑毛、白毛、白帶魚、象魚、青魚、黃雞、龍蝦等），均隨季節的不同，而遨遊於公園周圍。

16:30~ 帶著愉快的心情，返回出發地。

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

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

一、報名費用：

■ 每位原價1,500元。

會員及一位直系眷屬每位繳交1,000元（公會補助500元）。

□ 其他眷屬每位繳交1,500元。

※本活動乃公會為鼓勵會員攜帶眷屬參加，若會員無法同行，恕不接受眷屬單獨報名。

二、報名截止日期：

即日起至9月4日前向本會報名，80人額滿為止（報名後因故無法參加，依旅行社契約扣除相關之手續費）。

三、繳費方式：

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

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

東北角—潮境公園、深澳自行車、深澳漁港、和平島公園一日遊			
姓名	生日	身份證字號	素食 (打v)
聯 絡 電 話			傳 真 或 e - m a i l

服 務 欄

誠徵醫師

- 內湖區冠弘診所誠徵腸胃專科兼任醫師，近捷運內湖站，薪優，高PF。意者洽0912-817-976石小姐。
- 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。
- 信義區麗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。
- 信義區麗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、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：0937-893-899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

鬥嘴鼓

在幼稚園有三位小朋友在鬥嘴鼓。比賽誰比較聰明。

A：「小明媽媽生了三個小孩，一個叫大毛，另一個叫二毛，那第三個叫什麼名字？」

B：「三毛。」A：「不對。」C：「叫小明吧。」

B：「有兩個人掉進井裡，一個死了叫死人，另一個人叫什麼？」

C：「叫活人。」B：「不對。」A：「應該叫救命吧！」

C：「當你進入浴室洗澡時，首先要做什麼？」

A：「趕快脫衣褲。」C：「不對。」B：「應該先關門吧！」

你哭什麼？

小黃父母在客廳喝茶時，只見小黃哭著進來。媽媽不捨的問小黃：「你為什麼哭著回來？」小黃：「我以為再也見不到你了。」媽媽：「為什麼？」小黃：「昨天你跟王叔叔在房間裡，我聽到你一直在叫：我快要被你弄死了。」

要笑一整天

在診間，護士要替兄弟中的弟弟打針，弟弟怕打針於是向護士姐姐求情：「我怕痛，可以先不打針嗎？」護士笑著說：「好啊！我跟醫師叔叔說，我們改吃藥好了。」

等護士向醫師請示後，改吃長效藥。於是向弟弟說：「醫師叔叔答應改為長效藥，藥效一整天。」弟弟聽了笑聲連連，護士不解地問：「弟弟你為什麼一直笑？」弟弟：「你不是說要笑一整天嗎？」接著哥哥也笑了起來，護士問：「哥哥怎麼也笑了？」哥哥說：「我是幫弟弟笑啦！」

你不擔心嗎？

最近每天加班到很晚，都是同事小陳開車送我回家。

我問男友：「小陳每天晚上開車送我回家，你不擔心嗎？」

男友說：「怎麼不擔心？哪天他不送你，我還得去接你呢！」

攝影秀 紐西蘭美景

德美健康美學診所 王新元

會員園地・攝影秀——紐西蘭美景



天空之塔上眺望遠景



奧克蘭港灣



奧克蘭灣上帆船點點



愛歌頓牧場上的羊



懷托摩螢火蟲洞出口



愛歌頓牧場風光



紅木森林公園



羅吐魯阿市區風光



羅托路亞蒂普亞毛利文化村地熱谷



紐西蘭的藍天白雲



毛利文化村



魯阿庫里鐘乳石洞

法蘭西二度戀（上）

美景・美食・美酒17天之旅

前王英明診所 王英明

法國旅遊面面觀

法國是歐盟各國中，領土最大的，也是一個人類發展指數極高的已開發國家、世界第七大經濟體，經濟海域為第一大，曾擁有超音速協和號飛機，目前是有空中巴士、液化空氣集團、名牌汽車的工業巨頭。世界遺產54個，僅次義、中、德。

而文學上有莫泊桑、莫里哀、雨果、左拉、伏爾泰、巴爾札克、福樓拜、羅曼羅蘭、沙特、大仲馬、小仲馬、梅里美、普魯斯特、都德、莎崗，繪畫有塞尚、馬諦斯、雷諾瓦、莫內、竇加、高更、米勒、普桑、秀拉、大衛、德拉克洛瓦、杜象、羅特列克、福拉歌那，思想/哲學有沙特、笛卡爾、伏爾泰、蒙田、波娃、孟德斯鳩、卡謬、羅蘭巴特，音樂有比才、德布西、拉威爾、聖桑、佛瑞、薩提、梅湘、奧芬巴哈、法朗克、白遼士、古諾、德利柏、米堯、普朗克，皆各領風騷。自然科學、建築、旅遊、美食、語言、酒類、巴黎米蘭時尚產業、服飾設計，奢侈品、電影業、藝術綜合等，一向都佔世界頂尖地位。

80年代剛開放出國，我曾邀幾位同業連家屬在春節遊英、法、荷、比、盧「五國10天」，想來真是啞然失笑。當時沒有所謂單國旅遊，去了巴黎就算去過法國。但仍猶記初見艾菲爾鐵塔的興奮。2000年夏天，我曾以18天自駕方式走過亞爾薩斯、夏慕尼、普羅旺斯、羅亞爾河城堡區、聖馬洛、聖米歇爾山，後寫了遊記，請見全聯會2007出版《海天遊蹤》單行本155頁。

2019年夏我組團「倫敦・巴黎雙城記」18天，有25人參加。在巴黎連住八晚，參觀教堂有聖丹尼聖殿、白教堂、聖徒禮拜堂、聖敍爾比斯教堂、聖傑曼德佩修道院、聖傑曼奧塞爾教堂、猶士坦堂、屠宰場的聖雅各教堂、聖斯德望聖女教堂、瑪德萊娜教堂，聖母院是因關閉未去。美術館則去橘園、奧賽、瑪摩丹、大小宮殿美術館、羅丹、龐畢度中心、羅浮宮。另外市政廳、西堤島司法大廈、古監獄、巴黎大堂、及左岸幾個咖啡館、索邦大學、先賢祠、盧森堡公園。當然一般必去的還有塞納河兩岸、協和廣場、杜勒麗花園、葛尼葉歌劇院、凡多姆廣場、凱旋門（登頂看香榭大道）、新凱旋門、波旁宮、艾菲爾塔、夏佑宮、榮軍院、拿破崙金頂教堂、新橋及藝術橋、亞歷山大三世橋、阿爾瑪橋，巴士底廣場及歌劇院、拉雪茲公墓、孚日廣場。也去了蒙帕納斯大樓晚餐觀夜景。郊區排有沙特教堂、香堤堡、楓丹白露、莫內故居吉維尼、梵谷故居奧維村。凡爾賽宮大家應都去過了，所以沒列入。該次遊記煩請見台灣醫界雜誌2021年10月。

當時深覺法國的文化內涵及建築，非常豐富看不完，亟想進一步再探索巴黎外的法國。市面旅行社排的法國行程，多是混國或以巴黎為主，又偏愛尼斯等海岸休閒區。近幾年雖開始有「南法」及「北法」的深度行程，但總覺似乎不夠完整與連貫。我在2024年夏寫好「法國全覽企劃」（不含巴黎及尼斯蔚藍海岸），將法國全境分為12個區塊觀光：香檳區及漢

杏林隨筆・法蘭西二度戀（上）美景・美食・美酒17天之旅



圖一 法蘭西二度戀

斯、亞爾薩斯、勃艮第區、隆河谷地區、普羅旺斯、蘭格多克/庇里牛斯、大西洋岸、羅亞爾河、布列塔尼及諾曼第、亞眠。由巴黎順時鐘方向繞全國一圈。估計多數人應非首遊法國，故定名為「法蘭西二度戀」（圖一）。巴黎唯一參觀點是已修復的聖母院。比較重要的區域城市，除了馬賽、南錫、南特，大致都將排入。

預計參觀《世界遺產》：蘭斯（漢斯）教堂、史特拉斯堡、勃艮第（第戎+博訥濟貧醫院）、里昂、奧朗日、加爾水道橋、亞維農、亞爾、尼姆、卡爾卡松堡、土魯斯的聖賽尼朝聖教堂、米堤運河、聖埃米利翁、波爾多、羅亞爾河城堡、聖米歇爾山、哈弗爾、盧昂（候補世遺）、亞眠、巴黎聖母院，共20個。

此企劃在由旅行社及歐洲代理審訂後，考慮預算及體力、接受度，排了17天行程。我以line發出邀請，三天就爆滿成團35人。於

2025/9/3出發。以下分三篇遊記，介紹所見所思。特別也紀錄了一些法國餐飲菜單。

香檳區及漢斯Champagne/Reims

「香檳地區山坡、房屋和酒窖」是已列為世界遺產的單元。由於會產生氣泡，香檳酒常在慶祝、歡樂、優雅、尊貴、喜悅的氣氛中使用。距離巴黎150公里的蘭斯Reims（法語念漢斯）附近的香檳地區，是著名出產香檳的地方。但不是因生產了香檳，所以叫做香檳區，而是這地方本名叫香檳Champagne，所以產生的氣泡酒才被叫成香檳，業界規定：只有在這地區生產的氣泡酒，方能合法名為「香檳」，其地地區的就只能叫「氣泡酒」，這是一種「原產地命名保護制度」，且釀造方式必須使用傳統法，也就是在瓶中（非酒桶內）、進行二次發酵來產生氣泡，酒瓶要有不斷的旋轉，並經過以冷凍法擠壓雜質的手續，頗為繁雜。

我們安排的是去同區的漢斯聖母主教座堂Cathédrale Notre-Dame de Reims及塔烏宮。西元五世紀第一位改信奉天主教的法蘭克國王克洛維Clovis，在這裡展現神蹟並加冕後，漢斯教堂逐漸變成為法國諸王加冕之地，歷史上著名的法國國王有25位在此加冕正式掌權。聖女貞德曾在此協助懦弱的查理七世登基，確立他的統治地位，也拯救了當時法國已幾乎被滅亡的命運。

我們抵達戴高樂機場是午後13:30。預定計劃是14:30出機場，行車145公里一小時半到漢斯，參觀大教堂40分鐘，再改搭乘18:09高鐵班車，於19:33到史特拉斯堡。此時程很



圖二 史特拉斯堡



圖三 萊茵宮



圖四 歌劇院

緊的如意算盤，也有先作演練，但意外由於機場行李作業延誤40分鐘，上路後擔心當天車況，最後竟不得不忍痛放棄此行程，直接去搭高鐵。車站在「香檳亞爾丁高鐵站區」Champagne Ardenne TGV，怪的是香檳亞爾丁市遠在75公里外。此郊區站體非常簡陋。一個半小時後終抵史特拉斯堡。晚餐在旅館享用第一次的法國餐：煙燻鴨、法式芥菜小里脊，轉換了部分下午的失望心情。

亞爾薩斯Alsace

以史特拉斯堡Strasbourg（圖二）為首府的亞爾薩斯，位法國東北角、德法交界。本是古法蘭克王國的一部分，17世紀以前歸神聖羅馬帝國，三十年戰爭後給了法國，普法戰爭後割讓給普魯士，一戰結束後歸還法國，二戰初期被納粹德國統治，二戰結束再次由法國收回。法國小說家都德於1873年的小說《最後一課》La Dernière Classe描述的就是這樣的故事。當地建築風格、文化、美食藝術混合著德法兩國的特徵。名人如谷騰堡（在此發明印刷術）、喀爾文、歌德、莫扎特、巴斯德、史懷哲（在此得學位）等，都曾居留。

亞爾薩斯是法國五大酒鄉之一，有法國最

古老的「亞爾薩斯酒鄉之路」Route des Vins d'Alsace，全長170公里，沿途串聯70多個出產優質的白葡萄酒的小鎮，以其迷人的景色、色彩繽紛的半木架屋（木骨屋）half-timbered house(Maison à colombages)而聞名。

史特拉斯堡Strasbourg

1949年及1979年，史特拉斯堡兩度被選為歐洲理事會，即歐洲議會的所在地，故有歐洲首都之稱（雖主要業務在布魯塞爾）。「新城區」Neustadt（又稱德國區），是德國在統治期間所興建區域，「大島舊城區」屬歷史景觀，兩者都列世界遺產。

新城是德國境外最大的日耳曼建築保存區。共和國廣場有國家劇院、史特拉斯堡國家和大學圖書館、萊茵宮（圖三），其他如羅昂宮、大學宮、歌劇院（圖四），結合了義大利文藝復興、巴洛克、古典多種不同的建築風格，很有看頭。

我們一早經新城區去克雷貝Kleber廣場，適逢農民市集，頗有新鮮感（圖五）。走到繽紛色彩的舊城「小法蘭西」區Petite France（圖六），眼睛為之一亮。被伊爾河4條支流包圍形成的大島，縱橫幾條小橋，沿岸兩旁都



圖五 克雷貝Kleber廣場



圖六 小法蘭西區



圖七 史特拉斯堡大教堂



圖八 里克維爾



圖九 艾古斯漢



圖十 教皇聖李奧九世雕像

是木條斜頂彩色房屋，到處開滿鮮豔光彩的花朵，風景如詩如畫。躲在巷弄的史特拉斯堡大教堂（圖七），由紅色砂岩所建，世界第六高的教堂。有很多非常精細的哥德式柱，其雕塑繁複在歐洲僅次於沙特教堂。彩色玻璃窗及一層樓高、從1547年開始運轉到現在仍很精準的天文鐘，非常吸引人。

里克維爾Riquewihr、艾古斯漢Eguisheim

這兩個「酒鄉之路」小鎮，都被譽為法國頂級美麗的村莊之一，曾得到「鮮花城市與村莊競賽」concours des villes et villages fleuris 二朵花及四朵花的榮譽。大大小小的街道，保留濃濃的中世紀風格、彩色繽紛的半木質房屋，窗台、門廊、庭院、路邊、廣場，都栽滿花朵，繽紛可人，生氣盎然蔓延在粉紅、亮藍、橘黃色的木骨屋四周。小鎮大部分都是徒

步區，許多酒莊分布其中。

里克維爾（圖八）短短一條街，擠滿觀光客，許多店家的突出古老招牌非常有趣。艾古斯漢（圖九）範圍更大，走在同心圓的小徑中，彷彿置身童話世界。廣場上噴水池，有出生於此的教皇聖李奧九世雕像（圖十）。

午餐在里克維爾：蜜餞牛頰肉佐黑皮諾葡萄酒醬、阿爾薩斯麵疙瘩與時蔬、雪酪甜點。

科爾瑪Colmar

科爾瑪是亞爾薩斯南端大城，許多令人流連忘返的老街多彩房子（圖十一），據說是宮崎駿《霍爾的移動城堡》主要場景畫面的靈感來源，也見到網紅的普菲斯特屋Maison Pfister（圖十二）。勞赫河Lauch River流過之處，屋頂和窗台都垂掛著五彩豔麗的花卉，映著水中倒影，小遊艇輕輕划過，這裡就是著名的小威



圖十一 柯爾瑪老街多彩的房子



圖十二 普菲斯特屋 Maison Pfister



圖十三 小威尼斯Petite Venise

尼斯Petite Venise（圖十三）。我們另外也參觀聖馬丁教堂、紐約自由女神像的設計人巴索迪Auguste Bartholdi的故居博物館。晚上在小威尼斯河濱的餐廳用餐：煙燻鮭魚火焰薄餅、阿爾薩斯麵疙瘩配芒斯特起司醬、home made 派。

勃艮第地區Bourgogne

第戎 Dijon

勃艮第在歷史上代表了許多政治實體。較有名的事跡是1430年聖女貞德被勃艮第人所俘，最後交給英格蘭人；1492年勃艮第公國的繼承人、神聖羅馬帝國皇帝馬克西米連一世之子，美男子腓力一世於1496年迎娶卡斯提爾王儲胡安娜（後稱瘋女），開創了以後西班牙哈布斯堡王朝。

勃艮第是法國最肥沃、最豐富的葡萄產區之一，酒莊數量龐大，大部分是小規模種植園，不採取工業化採集，保持原始的手工採集方式。列世界遺產的《勃艮第風土和園區規模》Climat, terroirs of Burgundy，其Terroirs是指特定環境因素的總稱，包括氣候、土壤、地勢、日照、降雨量等，這些因素共同影響著

農產品（特別是葡萄酒）風味和特質、產地與產品之間的深厚連結，反映出該產品所處的環境特徵。Climat一字並不是指氣候，而是排列有序的一塊塊葡萄田野（UNESCO官網也譯錯）。

勃艮第首府第戎Dijon是小而美的古城，美食之都。一句話可總括：「紅酒、芥末、蝸牛、貓頭鷹」。由達西廣場，經過很像巴黎凱旋門的喬姆門Porta Guillaume，再進入自由廣場，看到很有氣派的古典式公爵宮殿Palais des Ducs et des Etats de Boirgognes建築群（圖十四），保存非常完好。目前是市政廳和美術館。

第戎聖母院Eglise Notre Dame是13世紀建築的傑出代表，但規模不大，後外牆上有座貓頭鷹雕刻，傳說用左手摸後就有好運氣。小貓頭鷹像的歷史可追溯至13世紀，成為第戎的象徵。石板路有22處黃銅貓頭鷹地標，噱頭十足。聖母院雖小，但內部有中殿有近18米高，空間仍高峻寬廣。教堂正面牆上51個怪獸狀滴水嘴gargouilles成排，造型誇張奇特（圖十五）。鐘樓裡著名的雅克馬鐘Jacquemart，有自動敲鐘的人偶。但團員們為摸貓頭鷹雕刻



圖十四 公爵宮殿建築群

並拍照（雖好玩但太幼稚了），浪費很多時間，結果不及細看教堂內部。

值得一提的是很有名的第戎芥末醬，使用未成熟葡萄壓榨出的酸汁作為酸化劑，而非一般常用的醋。聽說使得味道更柔和、細緻、帶果酸香氣。使用棕色或黑色芥末籽 *Brassica juncea*，辛辣度比黃芥末籽高，味道濃郁複雜。

午餐是洛林法式鹹派沙拉、檸檬醬汁鱈魚佐四季豆檸檬蛋白霜塔。

博訥主宮醫院（濟貧院）Hospices de Beaune

博訥位於第戎南方45公里，是法國勃艮第葡萄酒重要產區，1421年勃艮第貴族薩蘭的吉戈娜與莊園主尼古拉·羅霖 Nicolas Rolin 在此收買了大片的葡萄酒園，並於1443年創立博訥主宮醫院 Hôtel-Dieu，現為博物館（圖十六）。Dieu 是法語對歷史悠久的醫院或濟貧院的稱呼，意為「上帝的旅館」（圖十七）。Hospices 指濟貧，現衍義為安寧照護。列在法國線朝聖之路上，故納入世界遺產。有華麗的



圖十五 怪獸狀滴水嘴



圖十六 博訥主宮醫院



圖十七 上帝的旅館

哥德式外觀、獨特彩色琉璃瓦屋頂和中世紀建築風格，每年11月都舉辦葡萄酒拍賣會，用於慈善事業。2024年拍賣創下近1400萬歐元（約4.8億台幣）記錄。

晚餐是帕瑪森起司和曬乾番茄塔、斯特拉恰起司和法洛芥末、烤牛排、Caponata 卡波納塔。也吃到第戎芥末。

里昂 Lyon

里昂歷史悠久，從凱爾特人時代的原始城市群，到公元前1世紀由羅馬人建立的高盧首都，一直在歐洲的政治、文化和經濟發展中發揮重要作用，且有眾多精美歷史建築留下。整個城市是被隆河 Rhone 與索恩河 Saône 所隔開，兩河在城市的南端匯合，形成半島。中心地帶 Presqu'île 是里昂的市中心區，兩河岸邊



圖十八 里昂住宅大樓



圖十九 里昂人壁畫

都是漂亮的成排住宅大樓（圖十八）。

就觀光視角，大略可分為老城Vieux-Lyon、富維耶山丘Fourvière、紅十字山區Croix-Rousse、半島中心地帶Presqu'île及隆河東岸的高樓經貿區。里昂的銀行業、化學、生物醫藥等產業實力雄厚，也被譽為「歐洲絲綢之都」，是法國第二大經濟中心及都會圈。以人口計算，是法國第三大城，次於馬賽。里昂大學是法國第二大高等教育和研究中心，商學院為歐洲十強。此地的盧米埃兄弟發明了電影。

里昂名人壁畫Fresque des Lyonnais

索恩河畔的一個舊大樓（圖十九），有大片塗鴉，四面牆壁畫都是蠻有人文氛圍跟歷史的紀錄。面積有八百平方米，1994/95年由《創造之城》Cité de la Création團隊製作，描繪里昂的24位歷史人物和5位（本來有6位）當代著名人物，與真人一樣大小，且有立體感。人物有前足球員貝爾納（圖廿）、名廚保羅博古斯、作家皮沃特、電影發明人盧米埃兄弟、小王子及作者聖修伯里Antoine de St Exupéry。令人訝異的是皮埃爾神父L'abbé Pierre，因2024年性侵罪行的被揭發，現在他已被塗掉（但網路照還很多）。不過他17年前



圖廿 與足球員貝爾納相問候

已去世。

里昂素有「壁畫之都」的美名，在市內的建築立面、牆壁、露天公共牆等大約有190幅壁畫，有26幅還被選為「具有市政重大興趣的壁畫」，由市政府維護和修復。最著名的是《城市圖書館壁畫》。在紅十字區的《絲綢施工壁畫》是全歐洲最大。

里昂市區及歷史景觀Historic Site of Lyon

里昂半島中心最著名景點是白萊果廣場Place Bellecour，歐洲最大的淨地廣場，沒有任何綠地、樹木或障礙物。廣場中間是路易十四騎馬雕像。而里昂歷史建築，在索恩河西岸的老城，是歐洲面積最大的文藝復興街區之一。老城、富維耶山丘、紅十字山區。區內有非常多的博物館與教堂，都一起被列世界遺產。

西元四世紀，居住在此區的居民，就開始在河岸發展絲織手工業和商業貿易，由於需要



圖廿一 穿堂街Traboules



圖廿二 玫瑰塔la Tour Rose



圖廿三 富維耶聖母聖殿

船隻來運輸商品。一些穿堂街Traboules（法語音塔哈布勒，意思是穿過）（圖廿一），讓居民能從緊密的房屋或地窖，垂直通向河岸邊的載貨口。因之老城連同紅十字山區，雖只有少數幾條街道平行索恩河，卻有許多獨特的串廊小胡同、據統計有320條、通過建築物及其庭院，是里昂社會歷史沿革和地方文化的見證，有些是開放的，有些屬私有。

我們走入老城出名的牛街Rue du Bœuf，長188米，寬4.5米，沿路均是16和17世紀的古老建築、鵝卵石的街道、巷弄曲折。在人山人海擁擠欣賞幾間美麗古老店面，也進入牛街16號看玫瑰塔la Tour Rose（圖廿二），獨

特的紅色外觀和內部旋轉樓梯。但因當天有舞蹈遊行及罷工活動，馬路塞車、交通管制，必須走很多樓梯的紅十字山區及住宅區都無法前往。

最後上富維耶山頂，參觀富維耶聖母聖殿Basilica of Notre-Dame de Fourvière（圖廿三），是很特殊的十九世紀教堂，包含上下兩座教堂，規模頗大，兼具羅曼式和拜占庭風格、有很精緻的馬賽克及花窗玻璃（圖廿四），與一般哥德式不太一樣。由廣場可俯瞰整個里昂市區（圖廿五）。富維耶山丘也留有羅馬古劇場遺蹟，可看的東西實在太多了。遺珠是主教堂、匯流博物館、盧米埃電影博物



圖廿四 精緻的馬賽克及花窗玻璃



圖廿五 里昂市區



圖廿六 奧朗日古羅馬劇場

館。路過佩拉什火車站時，見到2025年1月落成，以鐵軌蓋成的大屠殺紀念碑Mémorial de la Shoah。堆疊1,173公尺長的鐵軌，象徵著連接里昂和奧斯維辛的1,173公里鐵路，當年有6,200猶太人由此車站，被載運到奧斯維辛集中營。

名廚名店名菜/保羅博古斯Paul Bocuse

里昂以美食出名，更出了天字第一號名廚保羅·博庫斯。他的餐廳自1965年起至2019年連年被評比為米其林三星等級。我們一天內朝聖他創立的兩家餐廳：中午在半島中心Brasserie Le Nord，菜單是完美蛋、塞拉諾火腿絲、奶油芹菜佐胡桃油、紫薯脆片、烤鴨胸佐甜奶油、烤小馬鈴薯、法式青豆、傳統蘭姆巴巴蛋糕。晚餐在Fond Rose別墅餐廳，前菜是里昂風洋蔥湯、主菜傳統法式白汁燴小牛腩、尼斯風味蔬菜燉煮。每餐麵包都太好吃了，開始擔心回台後，不能適應台式麵包。

普羅旺斯 Provence

法國東南部的普羅旺斯，名稱來自古羅馬的拉丁語Provincia（「吾土」），是羅馬帝國在阿爾卑斯山以外的第一個行省。毗鄰

地中海，多半地區冬季不太酷寒，夏季乾燥炎熱。據說每年有超過300天的陽光，風景優美，物產豐饒、盛產薰衣草、向日葵、葡萄酒，又以豐富的古羅馬文化遺址而聞名。27年前曾讀英國作家彼得梅爾寫的《山居歲月》A Year in Provence，描寫當地鄉下的風土人情，十分有趣。以法國目前行政大區域看，馬賽Marseille、尼斯Nice、坎城Cannes都包括在普羅旺斯此區。但我們要看的就是彼得梅爾筆下的鄉村，不是大都市或上流社會的賭場或海灘。

奧朗日Orange

到奧朗日（法語歐宏吉），主是要參觀古羅馬劇場Théâtre antique d'Orange（圖廿六）。尼德蘭（荷蘭）皇家是奧蘭治Orange（拿騷王朝），與這裡應是有久遠的聯繫。因為12世紀以奧朗日為核心所建的親王國，頭銜到1544年是被拿騷王朝繼承。

劇場建造於1世紀奧古斯都統治時期，可納8,000人至10,000人，19世紀修復後，每年夏季都在這裡舉辦《奧朗日舞蹈音樂節》Chorégies d'Orange。可說是全世界少數還保

留著舞台布景後牆（有110公尺）的劇院之一，這座嵌有奧古斯都雕像的牆，可讓聲音迴射到半圓型的劇場裡，在歷史上歷經不少其它用途，如今又回復了千年前劇院的身份。所以它不僅是古蹟，而且還是貨真價實的表演場所（圖廿七）。可惜的是，當天沒時間再去參觀附近的凱旋門。

午餐在奧朗日一家地窖餐廳。菜單是雙魚肉醬凍配韭菜奶油醬佐沙拉、爐烤馮杜山豬肉配肉汁與自製馬鈴薯泥、自製提拉米蘇甜點。

賽農克修道院Abbaye Notre-Dame de Sénanque

建於1148年，坐落一個寧靜的山谷中，屬熙篤會Cisterciens（苦行僧傳統）的修道院（圖廿八）羅馬式風格。厚重的牆體和半圓形拱門，風格質樸、對稱，有特殊的簡約之美。對於喜歡羅馬式建築、中世紀修道文化或宗教歷史的人，這裡應值得一看。

13世紀後修士種植薰衣草，用以養蜂，補貼生活。薰衣草精油廣泛用於香水，香皂。也可以做為殺菌劑和芳香療法時使用的香精油。法國年生產薰衣草佔全世界總生產量的一半以上，又以普羅旺斯為最大的種植地。以塞農克修道院的房舍為背景，襯托起來似乎增添了許

多浪漫夢幻感覺，但薰衣草季只在6、7月。這時看不到了。

我們進去修道院內參觀，並有導覽說明。即使沒有薰衣草，修道院仍是在山谷、橄欖樹與石灰岩丘陵包圍下，顯得寧靜幽美。想來修道生活真實面貌，正是如此。

戈爾德山城Gordes

由於距塞農克修道院40公里，就近的山路也是車水馬龍。依山而建的房屋皆由當地的花崗岩砌成，一堆櫛次鱗比的建築，沿著山坡呈螺旋形向上堆疊，山頂上有城堡和教堂鐘樓，立在石灰岩山上，被網路形容像是天空之城（圖廿九）。

自11世紀開始，當地居民圍繞原有城堡，逐漸發展為小鎮。許多藝術家也發現其遺世獨立的美感而來居住。如今這裡夏季仍會有許多藝文活動、音樂會和展覽。因路窄車多，停車不易，天氣熱又塵土飛揚，我們沒體力或時間往上走到最高點，最後只有以遠遠山城的最佳角度為背景，拍個到此一遊。

亞維農Avignon

亞維農是普羅旺斯最重要的世界遺產城市。每年夏天的《亞維農藝術節》是世界非常



圖廿七 貨真價實的表演場所



圖廿八 塞農克修道院



圖廿九 戈爾德山城

著名的藝文活動。

1378年~1417年曾有羅馬天主教會大分裂。原因是當時羅馬政局動盪、派系鬥爭激烈，教皇克雷芒五世(Clément V)1309年將教廷遷來亞維農。嗣後的七位教皇，幾乎都與法國王室關係密切。但使其他歐洲國家（特別是義大利）批評教廷「被法國控制」。

1377年，教皇格里高利十一世（即額我略十一世）(Grégoire XI)把教廷遷回羅馬，但次年去世。義大利民眾要求選出義大利人做教皇，結果選出烏爾班六世Urbain VI。但他性格暴躁，與紅衣主教團有劇烈衝突。1387年一批法國紅衣主教不服，仍在亞維農另立一位教皇克雷芒七世(Clément VII)。

此混亂最終在德國的康士坦茲大公會議(Council of Constance)結束。兩邊教皇都被廢黜。1417年選出新教皇馬丁五世(Martin V)，教會重歸統一，結束長達近40年的分裂。其影響是教皇威信大幅下降：許多信徒開始質疑教會，這也成為後來宗教改革的遠因之一。

亞維農的代表性建築包括教宗宮、亞維農主教座堂、小宮博物館。教宗宮由內外兩層建築構成。包括要塞式的舊宮，以及在舊宮基礎上擴建的新宮，是歐洲最宏大的哥德式宮殿建築。法國大革命中部分珍貴裝飾被洗劫、摧毀或移走。我在2000年去參觀時，就覺得內部可看性不高，但此次受限停車地點及時間不足，沒有進城，只能車遊，甚至也未在外拍照。

晚餐於城對岸的河濱餐廳Le Bercaïl，可見到著名的聖貝內澤（斷）橋Pont Saint-



圖卅 聖貝內澤（斷）橋

Bénézet（圖卅），並遙望亞維農城，聊勝於無。河邊餐廳菜單是法式鵝肝。主菜牛排配馬鈴薯泥什錦蔬菜，熔岩巧克力蛋糕。氣氛很好，可惜的是牛排太硬，很想去借一把鋸子。

亞爾 Arles

是隆河入海前的最後一處內港市鎮，羅馬人入侵高盧的重要據點，當時建有大批羅馬建築，包括鬥獸場（圖卅一）、劇院及軍事城牆。曾是晚期羅馬帝國和中世紀文化及宗教中心，建有公共廣場、埃及方尖碑、聖托菲姆教堂（圖卅二）。

19世紀一群畫家先後來到這裡。尤其梵谷，因為嚮往普羅旺斯燦爛的陽光，也促使他到戶外寫生，並將大自然和田園風光作為他作品的題材，這是梵谷創作生涯中一個重要的轉捩點，風格從早期在法蘭德斯偏向灰暗色系，轉變為充滿活力和情感的後期印象派，用明亮和鮮豔的色彩，如黃金、深紅和暗紫等作畫。他於1888年至1889年在亞爾近15個月，創作了超過200幅畫作，包括向日葵、星夜、夜間咖啡館、黃色的房屋、臥室、亞爾的女人等代表



圖卅一 亞爾鬥獸場



圖卅二 聖托菲姆教堂



圖卅三 梵谷夜間咖啡館的
原地

作。他邀高更到亞爾作伴，後兩人並因吵架發生割耳事件，精神崩潰住到亞爾的醫院，這段故事大家都知之甚詳。我們參觀了據說是夜間咖啡館的原址（圖卅三）以及他割耳後住的亞爾醫院。他所住的黃色房屋與臥室現在已經不復存在。

在亞爾的午餐是前菜：番茄茄子蜜餞塔配古法芥末、芝麻菜和烤洋蔥。主菜：香煎鱈魚柳配田園香草，搭配經典的法式普羅旺斯燉菜加濃郁的羅勒奶油醬汁。甜點：蓮花餅提拉米蘇。

聖雷米・梵谷療養院 Monastery Saint-Paul de Mausole

梵谷在亞爾住院期間，因為時有發飆太顧人怨，最後被轉到聖雷米的《聖保羅德莫索爾精神療養院》休養（前身為修道院）。在此又創作了150多幅畫。

我們沿著標有《梵谷之路》標誌走，見到有21幅複製品與其後的風景對照，但是景物多已全非。修道院後面的花園有一些薰衣草。附近麥田、橄欖樹、灌木叢、向日葵、鳶尾花都是他創作主題的靈感，高大的絲柏樹（圖卅

四），特別讓我印象深刻。療養院保存了當時工作室以及小臥室，許多經典就在這空間繪製（不過他聞名畫作的「臥室」是畫亞爾的臥室）。在療養院，瀕臨崩潰的精神狀態下，梵谷仍用熱情的生命力、和燃燒的靈魂，厚重的畫刀法勾勒彩色在畫布，成為許多動人的作品。過去不知看了多少梵谷的畫，現在親臨他療養的地方，雖然25年前也曾來過一次，心裡還是相當悸動。

尼姆 Nîmes

尼姆亦被選為法國藝術與歷史之城，早期歷史不很清楚，古羅馬帝國最早佔領的高盧城市之一，西元前2世紀就開始蓋城牆、競技場（鬥獸場）、神殿、防禦塔、泉水花園、加爾水道橋，甚至曾被稱為「法蘭西羅馬」，因介於羅馬和西班牙之間的戰略性而受到重視。十七世紀時，尼姆也因棉紡手工業而興盛。

我們先參觀了保存很不錯的方形神殿



圖卅四 爾的絲柏樹



圖卅五 尼姆方形神殿



圖卅六 尼姆競技場

Maison Carrée（圖卅五），建於西元前16年，以本地白色石灰岩為材料，相當漂亮。主要是紀念奧古斯都皇帝家族，屬於前柱式長方形神殿「prostyle hexastyle temple」，即前方有6根科林式柱，側面11根（含半柱）兩側的柱子半嵌入牆體；柱高（含柱基與柱頭）約9公尺，柱徑約0.9公尺。

規模龐大驚人的競技場Arènes de Nîmes（圖卅六），興建於皇帝奧古斯都時期（公元70年），1863年改建為鬥牛場，每年舉行兩次鬥牛。為橢圓形，長133米，寬101米，設有34排座位，能容納24,000名觀眾。其他可看的東西還很多，如黛安娜神廟、噴泉花園、瑪涅塔、羅馬浴場、鱷魚噴泉。

尼姆地面有不少鱷魚跟棕櫚樹的標誌（圖卅七）。西元前31年，屋大維（即後來的奧古斯都）擊敗安東尼與克麗奧佩脫拉七世，埃及淪為羅馬帝國的行省。這場勝利被視為奧古斯都「一統天下」的象徵。鱷魚代表被征服的埃及（尼羅河）。奧古斯都在此殖民地尼姆

Nemausus（羅馬名）安置了退伍軍人。為了紀念征服埃及，約在西元前28年，鑄造了極有名的紀念幣「棕櫚樹下的鱷魚」。從1535年起，這個圖案正式成為尼姆的市徽。



圖卅七 鱷魚跟棕櫚樹的標誌

加爾水道橋Pont du Gard

這個羅馬時代所建的輸水系統，行政區並不屬普羅旺斯，但仍被歸類觀光及文化上的普羅旺斯。古羅馬人在各地修建水渠，將外地的水引入城市，用於公共浴池、廁所、噴泉、家庭生活，還可採礦、製粉、農業和花園。大多數管道位於地下，但在谷地則變為橋梁形式，至3世紀時，羅馬市已經有11條水道。部分現在仍在使用的。羅馬帝國另有仍存在的4至5個水道橋，多在西班牙境的塞哥維亞、塔拉戈納、梅里達。

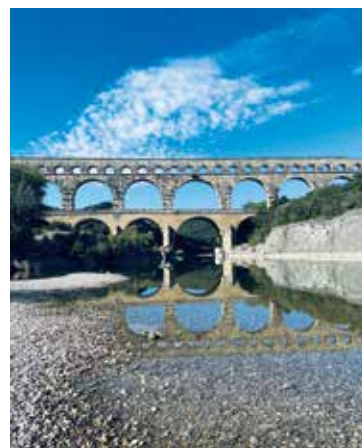
加爾水道橋是真正跨過河道（圖卅八），



圖卅八 加爾水道橋真正跨過河道



圖卅九 循步道右彎走最下層到對岸



圖卅 全長約50公里

兼具輸水與橋樑功能、並公認是最壯麗且保存最完整的一座水道橋。有建築工程技術的典範作用及其非凡的歷史見證，目前被保護得很好，但真正的輸水渠已被加蓋，不能進入。當年可將水從烏澤引至尼姆，全長約50公里（圖卅九）。參觀時可循步道右彎走最低層到對岸（圖卅），枯水期也可走下河床拍照（圖卅一）。

水道橋總共有三層，越低層拱門越寬但也數量少，有6個拱（每拱6x22公尺）全長142公尺。中層有11個拱（每拱4x20公尺）全長242公尺。最上層輸水渠(specus)有35個拱（每拱3x7公尺），全長275公尺。

令人驚異的是，它是屬於乾砌(dry masonry)橋梁工程，每塊石重達數噸，本身已足以抵抗外力，完全不用灰漿或黏劑，而是以重力與石塊、精準拼合方式建成，結構主要「受壓」而非「受拉」。乾砌石能微調、呼

吸、排水，灰漿反而易隨時間風化脆裂。建三層拱不是為裝飾用，是考慮力學分層結構。低層支撐整體重力。中層為結構過渡層，可增加剛性與抗震力穩定，並分散上層重量、分散負荷。上層僅承受水道重量。此層層遞減的拱設計，可讓橋身越高越輕，重心保持在軸線上，橋身不會因高重的不均而崩塌。

（下期續）



圖卅一 三層拱 考慮力學分層結構

在宅急症照護—— 會不會緩不濟急？

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

生活醫療法律・在宅急症照護——會不會緩不濟急？

隨著台灣邁入超高齡社會，失能人口與慢性病照護需求與日俱增，為減輕家屬往返醫院奔波之苦，並降低醫院交叉感染風險，中央健康保險署（下稱健保署）於115年5月起挹注約9,000萬優化「**全民健康保險在宅急症照護試辦計畫①**」內容，包含新增「提早出院模式」預估照護1,200人次、全面調增醫事人員給付、鼓勵醫檢師及放射師投入在宅服務，強化打造更具韌性的社區醫療照護體系。健保署陳亮好署長表示，自113年7月起推動在宅急症照護計畫，突破傳統急性醫療必須住院治療的限制，由專業醫療團隊到府提供靜脈抗生素治療及床側檢驗等服務，讓病人在熟悉的家中或機構環境，接受接近住院品質的醫療治療。…本次計畫修正重點如下：1. **新增提早出院模式②**，醫療無縫接軌：針對所有感染症住院且具備失能情形（巴氏量表小於60分）或就醫不便特性的患者，經醫師評估病情穩定且菌株適合者，可提早出院返家，以居家方式，接受靜脈抗生素治療，並針對「提早出院模式」新增**品質獎勵金**，凡達成指標（如：結案14天內無非預期再住院），**每案獎勵3,000點**。此舉不僅縮短住院天數，確保急性照護不中斷。2. **合理反映勞務，調升醫事訪視費用**：為鼓勵第一線醫事人員投入社區服務，全面調升護理、藥事及呼吸治療師訪視費用5%及調增每日醫療費中之**診察費**。3. **提高床側檢驗支付加成③**：針對醫檢師及放射師執行之床側檢驗項目，支付點數加成比例由原先的20%提高至40%，增加提成反映醫事人員辛勞。陳亮好署長強調，

本次修正不僅是制度的優化，更是以民眾需求為核心的照護升級，透過跨專業團隊的攜手合作，建構「**在宅安老、在地醫療④**」的友善環境，讓民眾在最安心的地方獲得周全醫療服務。（「健保在宅急症新增提早出院模式 守護醫療量能」焦點新聞，中央健康保險署，民國115年5月17日。）

「醫師，有病人來電說家人不舒服，可否請您到家裡看診？」櫃台姑娘摀著電話筒詢問醫師。

「妳跟他說醫師在忙，沒時間往診！」醫師停頓一下看診指示如此回答。

「什麼是…往診？」

「醫師沒時間去家裡看診，請他就近送急診處理最安全！」醫師這才發覺年輕人根本沒經歷醫師往診的年代，接著繼續看診：「不好意思、耽擱一下。」

「沒關係。現在年輕人真的不知道什麼是醫師往診！」病人的年紀與醫師不相上下，所以聽得懂。

「真是這樣！像我是由產婆接生的，年輕人很難想像曾有這種情形。」醫師在鄉下出生，當年醫師人數少，且無醫師法、醫療法甚至專科醫師這些規定。

「生得過，雞酒香；生不過，四塊板。」病人回應醫師的出生經歷。

「沒錯！聽先母講她是中午在辦公室突然發生陣痛，趕快回家待產，同時將產婆請來家裡，聽說臍帶還是用剪刀剪斷？」醫師講述

六十多年前的往事。

「真假？用剪刀剪臍帶，不可思議！在我出生的年代…臺北已經有專門接生的診所及醫院，比醫師您幸運。」

「真的幸運…鄉下醫師認為用剪刀剪臍帶，導致我出生後就發燒，聽說注射盤尼西林一個月都沒退燒…」醫師常用自己這個例子教導家屬，只有極少數病例才會導致「燒壞腦袋」。

「最後怎麼退燒？」

「在臺北的祖母得知消息將我帶回臺北就醫。」

「結果呢？」

「結果診斷是因為嬰兒夏季熱引起，處方就是吹冷氣，哈！」醫師不禁噗嗤一笑，接著說：「我的待遇就是用電風扇吹大冰塊當冷氣。」

「真是！當年應該沒有冷氣機？」

「真有！冷氣機在二十世紀初就發明了，只是我們年幼時代哪有條件吹冷氣。」醫師點出重點。

「結果好像不影響醫師您的智商？」病人、醫師相互微笑結束看診。

「什麼是醫師往診？」病人離開後，櫃台姑娘問醫師。

「在交通不便、醫療資源貧乏的年代，鄉鎮開業醫師肩負了極大的社會責任。當時醫師無分晝夜、風雨無阻，提著沉重的…醫療箱、外診包…深入病家戶診治病人。即便在我小學

時代仍有，缺乏醫師的鄉鎮，就用『寄藥包』方式將常用藥品寄放在一般家庭備用，不定時更換或補充…」醫師憶起年幼時代的醫療。

「好酷…所以沒有藥師調劑藥品？」藥師問。

「當然沒有！早期的醫師負擔所有醫療服務的項目：打針、包藥、抽血、照X光、換藥、麻醉及手術等，是全能超人！」醫師似乎對此全能感到驕傲。

「現在應該都不是這樣了…」年輕的櫃台姑娘問。

「你不是都看到嗎？包藥現在稱調劑，要有藥師；打針現在稱注射，要有護理人員；抽血現在稱檢驗，要有醫檢師；照X光現在稱放射，要有放射師等種種…不勝枚舉。」

「所以醫師都不能做這些項目了嗎？」櫃台姑娘又問。

「當然可以！不僅法律沒有剝奪或加以限制，病人也會自行認定應該由醫師執行，因為病人不認識其他輔助的醫事人員。」醫師從容解釋但是態度很堅定。

「所以醫師往診只有醫師一人獨自前往？」櫃台姑娘再問。

「當然！當年根本沒有其他醫療專業人員。」

「現在還有醫師敢…獨自往診？」換藥師問。

「你認為呢？」櫃台姑娘覺得醫師獨自往診不可思議。

「我膽子不大，不敢去！而且法律規定醫師的執業場所在醫療機構，病人家裡不屬於醫療機構，除非…」醫師賣了關子。

「除非…報備…或有試辦計畫！」藥師曾聽醫師抱怨過。

「沒錯！記得聯合醫院曾經有『藍鵲計畫』這個項目嗎？」醫師問。

「好像有？」

「想起來了！有位老病人家屬在網路上看到…打電話來診所詢問是否可以到家裡換管子？忘記是換哪一類管子…」櫃台姑娘憶起這個特殊案例。

「導尿管及尿袋！所謂藍鵲計畫是『全民健康保險居家醫療照護整合計畫』的一部分，由聯合醫院負責主導及執行，診所只是配合及找病人，希望能為行動不便的生病長輩提供全人的照護，協助醫療與照護資源的轉介，藉此強化在地的居家醫療服務。」醫師說。

「既然參加了，醫師當時為什麼沒答應去換？」

「因為病人需先向聯合醫院申請並通過審查…不是只要付費就可以。所謂審查指：經醫師評估有明確醫療需求，因失能或疾病特性導致外出就醫不便，才符合資格。病人家屬只憑看到合作診所名稱，沒注意需要申請並通過審查這些手續；況且，一趟外出往診有醫師、護理人員、社工及司機，所費不貲，不是一般人想像的容易。」醫師努力回想曾赴某院區參加說明會的內容，接著說：「如果不是正常上班

時間外出勤，另外要加成！當時心想：不如搭車回到就醫醫院急診處理，快又省錢！這已是10多年前的往事…」

「我們診所好像沒有半個例子？現在還在執行這計畫嗎？」

「好可惜…我的確沒幫上聯合醫院的忙，不知道是否還在執行這個計畫？據我所知，跟我一起聽說明會的只有一位醫師曾參與過出勤往診，病人還是醫師的鄰居，聽說經過數月才收到一筆千元左右的…診察工資！」醫師覺得不划算。

「所以『居家醫療照護整合計畫』終止了？」

「可能前年換了新裝？」醫師哈哈一笑，接著說：「還可以變出新把戲…」

「啥？」櫃台姑娘滿臉疑惑。

「新名稱：在宅急症照護試辦計畫！」醫師說。

「居家變在宅…有差嗎？」櫃台姑娘更疑惑。

「醫療照護整合變急症照護試辦…好像是『慢性』變『急症』照護、整合變試辦？」藥師有抓到重點。

「『急症』…不是應該送急診嗎？」櫃台姑娘天真地繼續問。

「也是！會不會緩不濟急？」藥師也質疑。

「健保曰：天機不可洩漏！」（全文完）

問題①：全民健康保險「在宅急症照護(Acute Care at Home, ACAH)」試辦計畫。

解 答：本試辦計畫是健保署於113年5月24日以健保醫字第1130110065號訂定公告，接著於114年2月3日、114年11月3日及115年5月12日三次修訂。其目的：（一）提供急症病人適當的居家醫療照護，提供住院的替代服務，避免因急性問題住院，促使醫療資源有效應用。（二）減少照護機構住民因急性問題往返醫院，提供適切的急性照護。（三）強化各級醫療院所垂直性轉銜的合作，提升照護品質。計畫預算所列「給付項目及支付標準」（註：係參考《全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準》第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護各項目及標準）、床側檢驗（查）加成費用、回饋獎勵金，由其他預算之「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」項目下支應。（圖一）

本計畫由本保險特約醫事服務機構之醫事人員組成在宅急症共同照護小組（簡稱照護小組）提供醫療服務，其中訪視人員資格如下：1. 各類訪視人員（醫師、護理人員、藥事人員、呼吸治療師）以本保險特約醫事服務機構

之專任人員為限，醫師須具專科醫師資格。2. 各類訪視人員**首次參加**本計畫應接受保險人認可之**教育訓練**四小時並取得證明，始得參與本計畫。3. 下列訪視人員應於參與本計畫起1年內**完成**下列**專業訓練**，並由主責特約醫事服務機構檢送證明文件予保險人分區業務組備查：（1）護理人員…；（2）藥事人員：…；（3）呼吸治療師：…。4. 照護小組得視需求加入醫事檢驗師、醫事放射師、營養師或其他醫事人員；是類人員得**免接受**本計畫所訂之**教育訓練**。註：因經費有限，保險人分區業務組得審酌照護小組執行能力等情形，「**擇優限定**」照護小組辦理本計畫；該分區業務組並得視經費使用情形，「**適當限制**」照護小組執行案件量，以達經費管控目的。（參考「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」修訂版，中央健康保險署，115年5月12日）上述試辦計畫所稱「**擇優**」、「**適當**」屬於不確定概念，最後可能都是由承辦人員或長官「**親自核定**」？



圖一 在宅急症照護試辦計畫模式（圖片來源：中央健康保險署113年6月）

賴清德總統於113年7月2日在政務委員陳時中、衛福部部长邱泰源、政務次長林靜儀、政務次長呂建德，及健保署署長石崇良等人的陪同下，至亞東醫院瞭解「在宅急症照護試辦計畫」服務推動情形，未來行動不便的失能民眾及照護機構住民，在家或照護機構內也能接受感染急症治療，以達「在地安養，無憂向晚」的目標。石署長表示，7月1日開始推動「在宅急症照護試辦計畫」，由醫師、護理師、藥師及呼吸治療師組成照護小組共同提供照護，讓因肺炎、尿路感染或軟組織感染而需要住院接受抗生素治療的病患，可以選擇留在家裡或照護機構內接受治療，並搭配遠距醫療、遠端生命徵象監測設備及床邊檢測等，使民眾不必到醫院住院也能接受良好的照護（圖二），減少院內交叉感染風險，也減輕民眾的負擔，預估受惠人數約5,400人，健保挹注3.5億元。經統計，申請參與在宅急症照護試辦計畫的團隊計有169個，健保署目前核定148個團隊，遍布全台各地，持續審核照護團隊資格，並將相關資訊及參與院所名單已公布於健保署全球資訊網。（參考「賴總統視察健保推動在宅急症照護計畫，期盼完善居家醫療照護制度，實現在地安養」焦點新聞，中央健康保險署，113年7月2日）

近年來，健康台灣相關政策成果已逐步轉化為國際學術研究成果。…在此趨勢下，中央健康保險署於113年7月推出在宅急症照護（Acute Care at Home, ACAH）試辦計畫，並在石部長領導下，由健保署陳亮好署長攜手臺灣



圖二 健保送醫療到你家（圖片來源：中央健康保險署113年7月2日）

大學林青青教授及台灣在宅醫療學會陳炳仁醫師團隊，共同將此計畫推動成果以「Taiwan's Acute Care at Home Program: Early National Experience and Evaluation Using a Logic Model」為題發表於國際學術期刊《Journal of the Formosan Medical Association (JFMA)》，不僅展現健康台灣政策推動成果，也讓國際看見臺灣面對高齡化與醫療轉型挑戰的創新實力。（參考「臺灣在宅急症照護成果登上國際期刊 健保創新制度分享全球」焦點新聞，中央健康保險署，115年6月21日。）

問題②：「提早出院模式」內容為何？

解答：收案對象新增2.提早出院個案：(1)限失能（巴氏量表小於60分）或因疾病特性致外出就醫不便且因感染症住院，經醫師評估病情穩定及確認細菌菌株適合提早出院於家中或機構接受靜脈抗生素治療者。(2)適應症範圍：不限感染症類別，即肺炎、尿路感染、軟組織感染及其他感染症。提早出院個案（及急診個案）由下列照護小組提供服務：(1)參與居整計畫之特約醫事服務機構組成照護小組。(2)居家個案由原照護團隊提供服務，原團隊未參與本計畫或個案未被收案者，由參與居整計畫之特約醫事服務機構組成照護小組提供服務。照護對象來源為提早出院個案或急診個案，**不予支付「回饋獎勵金」**；但是提早出院模式另有提供「**品質獎勵**」，措施如下：(一)院所獎勵資格：須同時符合「年收案量達11人」（註：數量資格優先）且「品質達標個案比例達95%」。(二)品質達標判定及獎勵點數：個案須同時符合下列三項指標，始計為「品質達標個案」，每個案支付3,000點（圖三）：1.結案14天內無因相同疾病致非預期再住院。2.結案14天內無因相同疾病致非預期再急診。3.總住院天數（急性住院天數與本計畫照護天數）未超過該疾病別照護上限天數。（註：品質獎勵費用由保險人於年度結束後計算，採**浮動點值**計算，惟每點支付金額不高於1元。如可歸責於特約醫事服務機構**申報資料錯誤**，導致點值核付錯誤時，特約醫事服務機構需**自行負責**。）提早出院個案之「**藥費**」應由收案院所



圖三 提早出院模式（圖片來源：中央健康保險署臉書2026/05/15）

依規定申報，並按《全民健康保險藥物給付項目及支付標準》核實申報及支付。

提早出院個案之照護上限天數以原住院天數與本計畫照護天數合併計算：(一)肺炎：十四天。(二)尿路感染及軟組織感染：九天。(三)其他感染症：三十天。支付標準：1.在宅（代碼P8460C、2,081點）2.機構（代碼P8461C、1,564點）3.在宅-使用輸液器一日型（代碼P8462C、3,183點）4.機構-使用輸液器一日型（代碼P8463C、2,666點）；山地離島地區每日醫療費（提早出院個案）：在宅（代碼P8464C、2,747點）2.機構（代碼P8465C、2,065點）3.在宅-使用輸液器一日型（代碼P8466C、3,849點）4.機構-使用輸液器一日型（代碼P8467C、3,167點）。（以上段落參考

「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」修訂版，中央健康保險署，115年5月12日）

問題③：調升醫事訪視費用、提高床側檢驗支付。

解 答：訪視人員資格詳見問題①解答段落二。醫師應於收案3天內及結案當天各完成1次**實地訪視**；醫師未執行實地訪視時，仍應每日以遠距診療方式追蹤病人病情，詳細記載於病歷及VPN登打訪視紀錄，註明遠距診療方式供保險人備查（註：應依《通訊診察治療辦法》第18條第三項規定，經保險人分區業務組核定其通訊診療計畫並報當地衛生主管機關備查後，才能進行遠距診療及會診；遠距診療時，以**視訊診療**方式為主；山地離島地區或看診時因網路傳輸問題致無法以視訊方式進行診療者，得以電話方式執行並**錄音留存**）。護理人員於照護期間內應**每天實地訪視**；提供在宅急症照護及居家護理照護、案家自我照護指導及衛教等。經**主治醫師判斷**有明確呼吸照護需求者，由呼吸治療師提供在宅急症呼吸照護及案家自我照護指導（註：即呼吸治療師訪視）。經**主治醫師判斷**有明確藥事照護需求者，由藥事人員提供在宅急症藥事照護（註：即藥事人員訪視）。每日醫療費、每日護理費、醫事人員訪視費、管理指導費、緊急訪視費及其他費用，依附件1給付項目及支付標準支付。根據新聞報導稱：調升護理、藥事及呼吸治療師訪視費用5%…至於醫師診察費部分，並未見明確調升比率？

給付項目及支付標準：（一）使用床側檢驗(查)者，其檢驗(查)依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」所列項目支付點數加計百分之二十支付；由醫事檢驗師或放射師執行者，則加計百分之四十支付。即執行床側檢驗(查)服務，符合本計畫附件1所列加成項目者，得於「支付成數」填入「120」；由醫事檢驗師或放射師執行者，其「支付成數」請填報「140」，並請填報執行醫事人員代號。（二）護理人員於例假日提供實地訪視者，該日每日護理費醫令之「支付成數」填入「120」；於天然災害停止上班期間提供實地訪視者，「支付成數」填入「150」；並以單筆醫令進行申報；同時符合例假日及天然災害停止上班期間提供實地訪視者，「支付成數」填入「150」。（以上數字參考「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」修訂版，中央健康保險署，115年5月12日）

問題④：政府如何建構「在宅安老、在地醫療」的友善環境？

解 答：因應我國即將邁入超高齡社會，長者與失能人口持續上升，政府在推動「長照2.0」計畫下，已建立**優質、平價、普及**的長照服務體系，延伸前端初級預防功能，預防保健、活力老化、延緩失能失智，並向後端提供多目標社區式支持服務，也提供民眾照顧及專業服務、交通接送、輔具及居家無障礙環境改善、喘息服務等支持，深受國人肯定。為持續前瞻性地應對未來長照服務需求與多元化挑



圖四 長照3.0的8大目標（圖片來源：衛生福利部114-07-01）

戰，並落實打造「健康臺灣」的施政目標，長照十年計畫3.0（以下簡稱長照3.0）將於115年上路，在2.0以社區為基礎、以人為本、連續照顧的原則下，擬定8大目標（圖四）為推動主軸，持續普及照護資源、強化家庭支持及完善專業銜接，建構以居家、社區、機構及醫療體系為基礎，並整合社會福利資源之連續性照護服務模式，以達健康老化、在地安老、安寧善終之願景。文中所稱「優質、平價」…依一般人的認知，應該是互斥的條件：既要優質、又要平價，中間犧牲掉什麼？

八大目標為：一、健康促進，二、醫（療）照（顧）整合，三、積極復能，四、提升機構量能，五、強化家庭支持，六、導入智慧照顧，七、落實安寧善終，八、人力專業發展。所以「長照3.0」不只是政策的提升，更是跨領域、跨部會、公私協力的重要社會工程。政府將持續積極整合資源，透過制度創新、科

技導入與社區連結，讓今天的父母、明天的我們，都能在熟悉的土地上安心、尊嚴地安老，打造「活得久，也活得好」的共好社會。（參考「推動長照3.0—實現『健康老化、在地安老、安寧善終』願景」重要政策，行政院，民國114年7月1日）



求真第一(3)：要多多質疑

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

上兩期拙文討論過，跟醫學/科學一樣，歷史包括醫學史，「求真」一樣很重要。當時還提過，探討台灣的歷史包括醫學史，尤其要小心，因為台灣歷史及族群複雜，而且變遷多，有不少互相對抗的群組。所以更要小心求真，題目用「求真第一」，為強調「真」的重要性^{1,2}。「求真第一」有三點很重要，兩期前首先討論因意識形態會扭曲史實¹。上期討論第二點：廣泛地尋找資訊，尤其不同觀點及不同來源的資訊²。第三點就是這期要討論的，必須要有多多質疑之心，對找到的資訊詳加考慮是否正確。

若懷疑找到的資訊，可能有錯誤，當然要找證據來證明有錯誤否，就是要找更多資訊，查明其正確性。所以這第二、第三兩點互相關聯，都是「求真」的重要關鍵。上期已討論要廣泛找資訊，這期來繼續討論，要多多質疑，多思考資訊可能有錯誤否。

找到的資訊要多多質疑

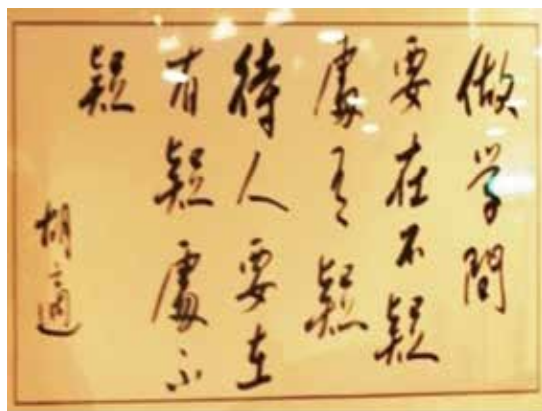
上期討論時²，提過《台灣醫界》的總編輯徐茂銘教授，及《成大醫訊》兩位總編輯（李經維及楊朝鈞兩教授）稱拙文搜尋資訊非常廣泛外，考證分析史實嚴謹以及追求真理。這裏再來討論自己多質疑的經驗，想還是會有人說我「唱高調」或「自我標榜」。這裡還是要強調，探討歷史文化或醫學人文，跟科學及醫學一樣，要有多質疑之心。

這期首先以自己的經驗，說明為何要多

多質疑，找到的資訊可能有錯誤。質疑後有些果然錯得離譜，當然也可能我的質疑不對。總之，不要以為自己寫的或講的，有參考的文獻佐證就可以，可能那參考文獻本就有錯誤。有文獻佐證，並不就是「正確」。下面的討論，若對有些讀者有點幫忙，則幸甚！

這裡先來引用兩個「經典語錄」來強調。第一個是胡適的兩句話：「做學問要在不疑處有疑，待人要在有疑處不疑」。很多年前去訪問台北市的和信治癌中心醫院，在其會議室，看到有一匾額寫了這兩句話（圖一），照了張相片，希望經常能提醒自己。另外一則是最近，在北美台灣人教授協會網站的論壇上，看到王泰澤教授貼出，一樣有可提醒自己要多多質疑的語錄（圖二），英文來自BuddhismPage網站，漢文是王教授的翻譯³。

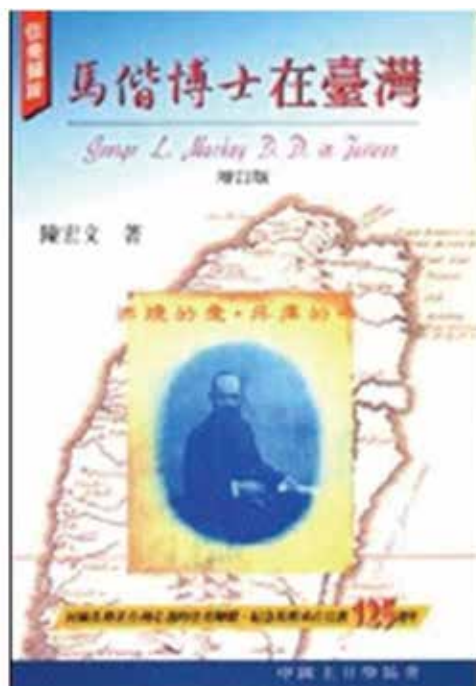
搜尋到自己要找的資訊後，大家都可能會很高興，或許就盡信其內容。自己多年的探討搜尋資料，經常也有如此心情，所以很注重



圖一 胡適兩句話的匾額照片（謹謝和信治癌醫院）



圖二 謝謝王泰澤教授，他在北美台灣人教授協會的網站論壇，刊出他翻譯的語錄，原文源自BuddhismPage網站。



圖三 《馬偕博士在臺灣》增訂版：1997年出版。

胡適這句「在不疑處有疑」名言。資訊會錯誤有兩大理由，第一可能由於誤會、無知、不小心等，可說是無心或不是故意所造成。第二種是「聰明人（會欺騙的）」造假而來的資訊，一般而言造假由於「捏造(Fabrication)、竄改(Falsification)及抄襲或說盜用(Plagiarism)」而來。

無意但不小心提供的假資訊

第一類的一個好的例子，就以跟台灣最有關，而且是重要的醫學貢獻之一，肺吸蟲症、

肺吸蟲生活史以及感染人的途徑的研究。首先由於寫馬偕傳記的作者，不小心的誤會，聽馬偕外孫的口述歷史故事，以為外孫講有關肺吸蟲症，是在偕醫館發現以及由馬偕牧師研究出來的成果。

這典故在本刊及其他期刊已討論多次，如這系列第二篇⁴及第32篇⁵的討論，不過這二篇的重點，主要在討論，為了要證明因這些錯誤，找到更多馬偕牧師對台灣的貢獻，以及台灣跟歐美交流的資訊，以後反因探討而寫很多那兩類題材的文章。這期想借此機會來討論，靠

多質疑之心，去懷疑資訊而找出重要的錯誤。

那本馬偕牧師的傳記書《馬偕博士在臺灣》（圖三），出版過好幾版，而且銷售很廣泛。第一版於1972年就出版，我所買到的是1997年出版的增訂版⁷。顯然沒有人質疑，此書中說馬偕及偕醫館是肺吸蟲發現及研究者的錯誤報導。三十多年來，不少專家沒質疑就引用。這裡只簡單地討論，較詳細的請看登於《台灣文獻》的拙文「馬偕牧師及偕醫館發現肺吸蟲症的誤會」⁶。

找文獻時看到1984年，就有位歷史學家，在《台灣文獻》發表一文：「清末基督教宣教師對台灣醫療的貢獻」中，就依據《馬偕博士在台灣》，轉載馬偕發現及研究肺吸蟲很有成果的錯誤報導⁸。

以後有兩位醫師，分別於1995及1999年，在有關教會對台灣早期醫學的貢獻中，也再度依據《馬偕博士在台灣》，寫出馬偕對肺吸蟲發現及研究成就^{9,10}。另外一位歷史學家，在2006年出版《台灣醫療400年》一書中，討論「以醫療推動宣教」一文，也把這項誤會的錯誤報導，列入教會對台灣醫療的貢獻之文中¹¹。還有一篇題目為「清末洋人在台灣醫療史-以長老教會、海關為中心」的碩士論文¹²，一樣寫出馬偕牧師跟肺吸蟲發現及研究的錯誤資訊。更離譜的是民視製作的《台灣演義》，在2009年11月29日播出〈西方醫學在台灣〉第五集。內有教會歷史學家，說馬偕解剖病人，「發現肺部有『水蛭』」的說法，可能因上述《馬偕博士在台灣》把肺吸蟲說成肺蛭蟲¹³。

筆者針對《馬偕博士在台灣》的記載，去信請教該書作者陳宏文牧師。他回信說，上述肺吸蟲之典故，是聽馬偕的外孫柯設偕長老的口述而來。柯長老還拿日文資料給陳牧師，陳牧師說因不懂日文，沒閱讀日文文獻。陳牧師誤會柯長老的本意，把日籍醫師（中川幸庵及橫川定）在馬偕死亡十幾年後的研究，寫成馬偕是發現肺吸蟲症及研究其生命史及如何傳染人的途徑有成。

上述所有的牧師、歷史學家、醫師及碩士生，為何沒質疑，這項資訊可能是錯誤的報導？上幾期前說過⁵，沒去懷疑的可能理由，如他們知道馬偕牧師很有探討精神，又是馬偕外孫的口述。另外他們所寫的文章題材，主要談來台灣的歐美教會人士，對台灣醫療的貢獻，找到這樣的好故事，自然很高興地，把肺吸蟲症在偕醫館及馬偕主導發現及研究的典故，寫到文章中，忽略了先查證資訊是否正確⁶。

假如他們有懷疑或查證，只要稍去查一下資料，就會知道此馬偕對肺吸蟲貢獻的說法有大漏洞。只要稍看日文文獻，就是不懂日文，只看文中的漢字，譬如只談幾位日本醫師，根本沒提馬偕，就會知道跟馬偕無關。醫師若找到任何寄生蟲教科書查看，馬上就知道上述說法不可能。台灣對肺吸症生活史及如何感染人體的研究，主要是在1913-1918年，由日本人中川幸庵及橫川定等醫師，經過的多年研究的成果¹⁴，馬偕早於1901年就去世。

若去查馬偕日記¹⁵及馬偕的自傳¹⁶，完全未提過肺吸蟲這一詞。當台灣首先發現人肺吸蟲症以及報告，是1879~1881年¹⁷，正是馬偕博士離開台灣，經歐洲到加拿大休假期間。只簡單找到這些資料，都可知道馬偕牧師跟肺吸蟲的種種典故毫無關聯。

上面較詳細地寫出一例，說明不小心及誤會可能造成大錯誤，所以大家寫文章、演講或製作錄影節目等時，要多多謹慎。以後自



圖四 發現肺吸蟲症生活史及感染人途徑的中川幸庵（左）及橫川定（右）兩醫學博士

己對各種資訊的不正確及相關問題，更加重視而多去探討。這問題在醫學很重要，不管是基礎醫學或臨床醫學都重要。以後在本刊、《台灣醫界》、《成大醫訊》、《民報》以及其他刊物，寫了相當多有關資訊不正確及造假的報導。承蒙基隆市肝病防治協會，把其中部份以《醫學倫理-美國造假案經典案的教訓》一書出版¹⁸。

Darsee的造假案

第二類的不正確資訊的實例，是由造假等不端(misconduct)行為而來。上述這本拙著¹⁸，主要討論美國的造假經典案件，其實其他國家，包括台灣在內，一樣有這嚴重的問題。美國學界對造假問題較深入探討，尤其可稱為「經典」的案件，更是廣泛及深入地探討，我也很努力地去搜尋這些案件的報導。所以值得詳細些討論一個最「經典」案件，不但這人如何造假，而且可讓台灣學界，學習如何處理事件發生後，如何調查及善後。那本拙作就有十

篇共79頁，專寫哈佛大學醫學院John Darsee案件，請看上述拙著¹⁸以及二單篇^{19,20}以及一發表於Nature的評論原文²¹。

John Darsee從Indiana大學醫學院畢業後，先到Emory大學醫學院內科，當三年住院醫師及二年的心臟內科臨床研修醫師(Clinical Fellow)，接著到哈佛大學Brigham and Women醫院當研究研修醫師(Research Fellow)。這裡的內科及心臟科是大家心目中有「世界第一」的名號，主任是大名鼎鼎的Dr. Eugene Braunwald，內科Harrison教科書的總編輯，又是第一位心臟學家，被選為The US National Academy of Science會員者。

Darsee在Emory當住院醫師及Clinical Fellow時，就有「豐功偉業」，五年內發表10篇正式論文，還被教科書或專書編輯邀請寫章節，還有45篇會議摘要，這期間得過最少三個學會的大獎。同樣地在哈佛22個月內，完成7篇在頂尖雜誌發表的論文。不少Emory及哈佛的指導教授們說，他是如何出眾的「奇才」，哈佛大學將於1981年7月提昇他為內科助理教授¹⁸。

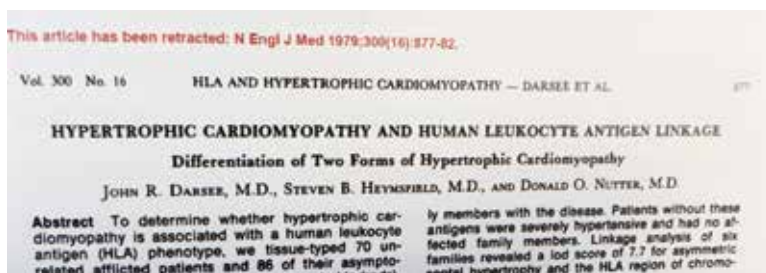
這樣優秀的表現，曾令些人懷疑他造假，但找不到證據。懷疑他的同仁，都被怪為嫉妬他的成就。1981年5月實驗室的同事，找到他造假的證據，他被上級詰問，不得不承認造假，可是他有本事跟主任解釋，讓主任相信，這只是唯一的造假。主任雖向醫院院長及醫學院院長報告，把助理教授的職位取消，可是

沒有向出資研究的NIH(National Institute of Health；國家健康研究院)及其他有關機構報告，最重要的大問題，是哈佛內科想「私了」這造假事件¹⁸。

哈佛內科的「自我」調查，雖自說是「徹底調查」，認定五月中的造假只是「單一」事件。Darsee看來是能言善道者，使主任體諒他有「才華」，其實更該說他的「騙術」高明，主任相信他，讓他繼續留在原實驗室研究。不少文章中，多次有人說，Darsee顯然是很charming（有魅力）的人，其實該說很是很高明騙家。

後來又因NIH支持，幾個醫學機構合作的研究計畫，Darsee顯然又提出造假數據，哈佛大學另組包括校外名醫界人士的所謂「Blue Ribbon委員會」調查，以後反被稱為哈佛的「遮羞」調查，或稱為「狐狸陪審團」，用來審判狐狸偷吃鷄有罪否。因此後來NIH另組一調查團，調查Darsee後。稱上述的Blue Ribbon委員會調查馬虎，對哈佛主任Dr. Braunwald太同情，那哈佛大學的調查對科學有害。後來NIH要求哈佛退還NIH給的研究補助金，以及主任一年內不能申請NIH研究款等處罰。順便一提，哈佛以後有些反省措施，Dr. Braunwald於十年後寫一反省文，稱「自己調查」不當¹⁸。

上面提過Darsee在Emory的豐功偉業，所以Emory大學也進行調查。他以第一作者發表



圖五 被撤下論文，以後的電子刊上有用紅字註明已撤文，可是早印行出版就無法註明。

的十篇論文，八篇都有明顯的造假問題，大學去信那些雜誌撤下那些論文（圖五）。兩篇在最頂尖的New Engl J Med (NEJM)所發表的數據，全是造假的，包括他文中感謝，做某些檢驗或介紹轉診的醫師都是虛構人物。有一43人大家族的疾病史，數據100%是虛構的，其他六篇的數據，不是造假就是竄改數據¹⁸⁻²⁰。

Darsee本人當然被哈佛辭退，改去一醫院當急診科專科住院醫訓練。當Emory大學報告他的造假大問題後，醫院不讓他繼續急診專科醫師訓練工作。1984年他的紐約州醫師執照被取消，以不道德(lack of the good moral character)為主因，依美國各州法律，他也不能到其他州行醫。

看上面的簡述最大的教訓是：不能輕易相信資訊，連在頂尖期刊及來自最有名機構的，也不能輕易信任，這些論文以後遺害深遠！有人去查Darsee的17篇被撤除的論文，發現最少有300多次的被引用，而且引用者，絕大多數(85.9%)不知數據有造假問題。聰明的騙子如

Darsee打定主意要造假，連有名氣的上司或論文審稿者都沒發現，就是被抓到造假，仍有法騙過上司。較詳細些有關他的造假論文問題，請看拙書¹⁸或在本刊早期登過拙文^{19,20}。

更有趣及有意義的是，兩位NIH的科學家，對Darsee案詳加分析，寫了一評論“The integrity of the scientific literature”。因為批評到頂尖學術界人士及機構的「醜聞」，有很多波折後，更改不少內容及一些條件後，如不准登他們的服務機構(NIH)，才在Nature登出²¹。他們說Darsee的不少造假其實很容易看出來，意指他的上司（哈佛及Emory的名教授們）沒認真看或監督。這篇在拙書有一節討論¹⁸，或可直接上網站找寫此評論的拙文²⁰或他們發表於Nature的原文²¹。

還有更多值得學習的教訓

自己因對此資訊不正確的議題，多方而去探索，找很多資料而且寫了不少文章，上述那本拙著¹⁸，還有更多的「經典」案件的教訓，以及頂尖論文撤文事件等。有興趣請找來看，最多刊登於本刊、以及《台灣醫界》、《民報》（早期）及其他刊物中，請上這些刊物網站搜尋。曾討論歐洲各國以及台灣、日本、韓國及中國等的造假資訊及資訊不正確的問題，有些文章討論會影響資訊不真的因素，如利益衝突，藥商為利益推出的手段，還有作者拿賄賂及回扣等因素。有興趣請到各期刊搜尋，可更瞭解，為什麼更要質疑資訊，可能不正確，為何要小心求證，就是要「求真第一」。

隨著網路發展，發佈或傳播資訊更簡單容易，尤其在新的社交（社群）媒體上，任何人幾乎都可發表長篇造假文或怪論，不必經過審查就可登出。在新冠狀病毒(COVID-19)流行之際，尤其多假資訊到處流竄，可說很難或無法控制。總之，大家必須有質疑心，就是例行閱讀刊物，也要多些警戒心，多考慮其正確性！對資訊心存「求真第一」為信條！

參考文獻

1. 朱真一：「副/福」業回顧-33 求真第一(1)：意識形態及扭曲史實。台北市醫師公會會刊2026; 70(5): 88-93。
2. 朱真一：「副/福」業回顧-34 求真第一(2)：要多找資訊。台北市醫師公會會刊2026; 70(6): 75-81。
3. 王泰澤：[NATPA FORUM] Belief and Doubt 相信與質疑。April 6, 2026。（此網站不公開，限會員而已），謝謝王教授允許使用此圖於此文。
4. 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。
5. 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2026; 70(4): 79-84。
6. 朱真一：馬偕牧師及偕醫館發現肺吸蟲症的誤會。台灣文獻2010; 61(1): 331-50。
7. 陳宏文：馬偕博士在台灣（增訂版）。1997；基督中國主日學，台北市。

8. 周宗賢：清末基督教宣教師對台灣醫療的貢獻。台灣文獻1984; 35(3): 1-10。
9. 鄭良誠：教會對早期台灣醫學的貢獻。載於《健全豐盛的生命》(頁49-51)。1995; 新樓醫院，台南市。
10. 蕭文、顏裕庭：台灣早期的基督教。台灣史料研究1999; 14: 182-8。
11. 鄭仰恩：以醫療推動宣教。載於《台灣醫療400年》(頁66-71)。2009; 經典雜誌社，台北市。
12. 蘇芳玉：清末洋人在台醫療史-以長老教會海關為中心；中央大學歷史研究所碩士論文(頁139-140)。2002; 國立中央大學，桃園中壢市。
13. 台灣演義：西方醫學在台灣(5/5)20091129。目前填入Google搜尋只找到一只有部分的YouTube版本，不到8分鐘長的部分，不過仍可看到把肺吸蟲症，離譜地說成「水蛭」到肺部說法的部分。
14. 朱真一：載於《從醫界看早期台灣與歐美的交流(一)》(頁27-101)。2007; 望春風文化，台北市。
15. The Diary of George Leslie Mackay。以前網站有，現在已找不到；手上有當年網站上文章的印刷本。現已有書出版，可購買(我沒有)。George Leslie MacKay、吳文雄等(編者)：The Diary of George Leslie Mackay, 1871-1901。2015; 中央研究院臺灣史研究所，台北市。
16. MacKay GL、林晚生譯：福爾摩沙紀事：馬偕台灣回憶錄。2007; 前衛出版社，台北市。
17. Manson P: Distoma ringieri. Medical Times and Gazette 1881; ii: 8-9.
18. 朱真一：醫學倫理-美國造假案經典案的教訓。2022; 基隆市肝病防治協會，基隆市。
19. 朱真一：Darsee虛構文登N Engl J Med。台北市醫師公會會刊2017; 61(8):86-91。
20. 朱真一：Stewart & Feder分析Darsee的造假。台北市醫師公會會刊2017; 61(9): 84-9。
21. WW Stewart, N Feder: The integrity of the scientific literature. Nature 1987; 325: 207-14。🇺🇸

重要政令轉知會員

幼童接種活性減毒疫苗後，因突發醫療需求接受免疫球蛋白輸液治療之間隔標準及補種事宜

臺北市政府衛生局

115.04.09 北市衛疾字第1153086009號

受文者：台北市醫師公會

主旨：有關幼童接種活性減毒疫苗後，因突發醫療需求接受免疫球蛋白輸液治療之間隔標準及補種相關事宜，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部疾病管制署115年4月1日疾管防字第1150200341號函辦理。
- 二、有關幼童於接種水痘疫苗、麻疹腮腺炎德國麻疹混合(MMR)疫苗或日本腦炎活性減毒疫苗後，如有突發醫療因素必須接受免疫球蛋白輸液治療之情形，經參酌國際間接種建議以及實務作業考量，並提案本年3月11日衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組討論，鑒於前述活性減毒疫苗引發免疫作用發生於接種後1至2週，建議接種該些活性減毒疫苗後至少間隔2週，方可接受免疫球蛋白輸液等血液製劑治療；間隔時間小於2週者，應給予補接種，並依其所接受之免疫球蛋白輸液品項與劑量，按「各項預防接種間隔時間一覽表」（附件）所列規範間隔補接種，且補接種之該劑次疫苗得以公費提供。
- 三、依個案所接受之免疫球蛋白等血液製劑品項及劑量確實核對接種間隔，接種後於全國性預防接種資訊管理系統(NIIS)正確登錄劑次（與前一劑無效劑次同一劑），身分別應選「R03常規疫苗特殊情況」/「R03B醫療因素」，並於補種原因/特殊健康因素項下簡要說明，且請健康服務中心應將診斷書等相關證明文件上傳NIIS。
- 四、檢送修訂之「各項預防接種間隔時間一覽表」1份（附件），亦可至該署全球資訊網(<https://www.cdc.gov.tw>)/預防接種/衛生專業人員工作指引項下下載，提供執行接種作業有關人員運用。
- 五、本文相關訊息刊登於本會網站。⊕

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

中華民國醫師公會全國聯合會

115.04.10 全醫聯字第1150000392號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部國民健康署函送「預防保健服務之婦女人類乳突病毒檢測服務」之醫事檢驗機構資格審查通過名單1份，請轉知所屬會員，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部國民健康署115年4月2日國健癌字第1150360287號函辦理（如附件）。
- 二、此次修正更新審查通過之醫事檢驗機構共69家，詳如附件。
- 三、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

「特定美容醫學處置暨美容醫學手術之訓練及繼續教育課程課綱」及「特定美容醫學處置及美容醫學手術案例認定作業規範」

中華民國醫師公會全國聯合會

115.04.27 全醫聯字第1150000447號

受文者：台北市醫師公會

主旨：檢送「特定美容醫學處置暨美容醫學手術之訓練及繼續教育課程課綱」及「特定美容醫學處置及美容醫學手術案例認定作業規範」各1份，請轉知所屬會員並依說明段辦理相關作業，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部115年4月14日衛部醫字第1151663188號函（附件一）辦理。
- 二、關於「訓練課程」辦理（開課單位適用）：
 - （一）即時填報機制：為利醫師規劃參訓行程，各學會依本課綱辦理開課作業時，請務必同步至本會官網「美容醫學專區」填寫課程資訊（網址：https://www.tma.tw/CosMedCertify_2026/；路徑：本會官網＞美容醫學訓練資訊暨案例審認專區＞開課單位專區＞我要加入【各單位舉辦課程一覽表】），俾利本會即時彙整最新資訊供醫師查詢。
 - （二）資格說明：衛生福利部115年4月9日衛部醫字第1151663108號公告之訓練學會，請依本課綱辦理訓練課程後，檢附計畫書及名冊送衛生福利部備查，其他學會請依本課綱先向本會申請資格審認（申請表如附件二）。
- 三、關於「案例認定證明」申請（個別醫師適用）：
 - （一）適用對象：115年1月1日前已施行特定美容醫學處置或美容醫學手術，尚未依特管辦法取得該項執行資格之醫師。
 - （二）申請時限：線上申請系統預計於115年5月中旬正式開放填寫，請於116年1月1日前，於本會網站完成線上申請並上傳資料。
 - （三）應備資料：包含去識別化之病歷影本、處置/手術紀錄及病人同意書等（特定處置需32例以上；手術需30例以上）。

四、宣傳與資訊更新：本會已於官網設立「美容醫學訓練資訊暨案例審認專區」，有關美容醫學之最新法規、課程預告及案例審認事宜，將持續更新於該專區。請轉知所屬會員多加利用並密切留意專區資訊，以維護自身權益。

五、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。🇹🇼

食品藥物管理署函知，廢止「精準醫療分子檢測實驗室列冊登錄管理要點」

中華民國醫師公會全國聯合會

115.04.29 全醫聯字第1150000469號

受文者：台北市醫師公會

主旨：衛生福利部食品藥物管理署函知，廢止「精準醫療分子檢測實驗室列冊登錄管理要點」，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部食品藥物管理署115年4月21日FDA品字第1151101153號函（如附件）辦理。
- 二、該署自111年7月1日起已正式受理精準醫療分子檢測實驗室認證申請，並於112年6月2日公告「精準醫療分子檢測實驗室認證管理要點」（網址：<https://www.fda.gov.tw/TC/siteListContent.aspx?sid=11401&id=43499>），嗣於115年4月2日廢止「精準醫療分子檢測實驗室列冊登錄申請須知」，爰配合廢止旨揭管理要點。

三、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。🇹🇼

公費疫苗接種處置費核付案件申復作業流程

中華民國醫師公會全國聯合會

115.05.12 全醫聯字第1150000535號

受文者：台北市醫師公會

主旨：檢送衛生福利部疾病管制署「公費疫苗接種處置費核付案件申復作業流程」，如附件，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部疾病管制署115年4月28日疾管新字第1150400334號函副本辦理。
- 二、兒童常規疫苗、成人肺炎鏈球菌疫苗及流感疫苗接種處置費（下稱接種處置費）自本(115)年3月1日起調整由疾病管制署每月依「全國性預防接種資訊管理系統(NIIS)」核算核付。
- 三、有關旨揭接種處置費核付案件申復作業流程摘述如下：

- (一) 申復申請：合約院所填寫「接種處置費核付案件申復清單」，並於接種6個月（即接種月之次月起5個月）內函送所在地衛生局辦理。
- (二) 初審：由衛生局擔任申復收案窗口並辦理初審，屬適用案件再轉送本署區管中心複審。
- (三) 複審：區管中心依複審結果按月提交「接種處置費申復案件複審結果彙整表」，由本署各疫苗權責單位據以辦理補付或不予補付相關事宜。

四、另提醒合約院所應落實接種前資格確認，以及資料上傳之正確性與時效性，如屬異常接種劑次（如：不符合接種資格、重複接種等）、未於4個月（即接種月之次月起3個月）內完成修正之異常登錄劑次（如：劑次別或身分別不符等），或未於4個月內上傳接種資料者，依規定不適用申復作業且不予補付費用。

五、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。🌐

「代謝症候群防治計畫照護流程與指導手冊」請多加利用

衛生福利部國民健康署

115.05.13 國健慢病字第1150660339號

受文者：台北市醫師公會

主旨：為配合「代謝症候群防治計畫」修訂，本署更新「代謝症候群防治計畫照護流程與指導手冊」，請惠予協助推廣並轉知所屬單位多加利用，請查照。

說明：

- 一、旨揭手冊電子檔置於本署健康九九+網站，網址：<https://health99.hpa.gov.tw/health99/HealthEducation/Detail/7935?nodeId=12>。
- 二、如有相關問題，請聯繫本署慢性疾病防治組陳思寧約用專業人員（電話：02-2522-0689，電子郵件：amy0506@hpa.gov.tw）。
- 三、本文相關訊息刊登於本會網站。🌐

「代謝症候群防治」衛教素材請多加利用

臺北市政府衛生局

115.05.14 北市衛健字第1153097496號

受文者：台北市醫師公會

主旨：檢送「代謝症候群防治」衛教素材，請貴公會協助轉知所屬會員，並刊登於貴會網站及會刊宣導，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部115年度衛生教育主軸宣導重點議題辦理。
- 二、為推動代謝症候群防治計畫並提升民眾健康識能，衛教素材請逕自雲端連結下載(<https://reurl.cc/2a3pyE>)，並請協助轉知所屬會員進行宣導。
- 三、本文相關訊息刊登於本會網站。📄

衛生福利部公告修正「醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項」自中華民國115年9月1日生效

臺北市政府衛生局

115.05.22 北市衛健字第1153099509號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部公告修正「醫事服務機構辦理口腔預防保健服務注意事項」第三點、第六點及第五點附件1、附件4，並自中華民國一百十五年九月一日生效，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部115年5月14日衛部口字第1152060290A號函辦理。
- 二、衛生福利部考量因學制年齡計算差異，致部分已年滿6歲尚未進入國小之兒童，於其幼兒園期間無法適用現行「兒童牙齒塗氟保健服務」補助，爰將補助年齡上限放寬為「進入國小前」，修正旨揭注意事項第三點「一般兒童牙齒塗氟之補助年齡條件」為「零歲至進入國小當年度之八月三十一日止」，自一百十五年九月一日開始實施。修正重點如下：
 - (一) 第三點第一項「兒童牙齒塗氟」：修正「一般兒童牙齒塗氟之補助年齡條件」為「零歲至進入國小當年度之八月三十一日止」，併於相關之第五點附件1及附錄1-2修正。
 - (二) 第三點第四項「口腔黏膜檢查疑似異常個案追蹤及確診」：修正文字「須」為「應」，併於相關之第五點附件4修正。
 - (三) 第六點第一項：依「專科醫師分科及甄審辦法」修正專科名稱「耳鼻喉科」為「耳鼻喉頭頸外科」，併於相關之附錄3-1、3-3修正。
- 三、旨揭公告令與修正規定，詳見衛生福利部口腔健康司網站/首頁/公告專區(<https://dep.mohw.gov.tw/DOOH/cp-6718-86490-124.html>)。
- 四、本文相關訊息刊登於本會網站。📄

「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」修正自中華民國115年1月1日生效

臺北市政府衛生局

115.05.29 北市衛健字第1153103837號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」第六點及第三點附表二之四、附表三之三、附表四之三、附表五之三、附表六之三、附表六之四、附表七之三、附表八之四、附表八之五，並自中華民國115年1月1日生效，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部115年5月27日衛授國字第1151460487A號函辦理。
- 二、旨揭「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」，業經衛生福利部於115年5月27日以衛授國字第1151460487號令修正發布，並自115年1月1日生效，修正要點如下：
 - （一）因應衛生福利部將「醫療院所預防保健暨戒菸服務整合系統」更名為「醫療院所預防保健暨戒菸服務單一入口系統」，爰修正第六點及第三點附表二之四、附表三之三、附表四之三、附表五之三、附表六之三、附表七之三。
 - （二）為提升行政效能，降低醫事機構辦理成人預防保健服務比對慢性處方箋族群資料與對於費用核扣之疑慮，爰刪除服務對象不核付情形相關部分文字，以臻明確；及刪除成人預防保健服務檢查紀錄表單舊有「腎絲球過濾率(eGFR)」公式，爰修正第三點附表六之三、附表六之四。
 - （三）為簡化檢測「糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌檢測服務」項目之紀錄表欄位內容，並有利於檢驗機構進行資料核對，爰修正第三點附表八之四、附表八之五。
- 三、檢附修正規定、發布令影本、修正規定總說明、修正對照表及附表修正對照表各1份（如附件1-4）。
- 四、有關本次修正內容及修正對照表，可至衛生福利部國民健康署官網「健康促進法規/預防保健服務類」項下下載。
- 五、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

本會學術教育課程表

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
115.07.31	阿茲海默症診斷治療新方向	甄瑞興
115.08.07	肺炎預防於全人照護之重要性	姚宗漢
115.08.14	新冠風險未退：2026防疫政策與疫苗更新	楊靖慧
115.08.21	吞嚥障礙的評估與處理	蕭名彥
115.08.28	精神醫學新進展：腦功能疾病的精準醫療	白雅美
115.09.04	角膜移植的進化：從全層置換到「微米級」精準醫療	林育葳
115.09.11	遺傳性腦中風 CADASIL：臨床辨識、臺灣特色與精準診斷	廖翊筑
115.09.18	從篩檢到家庭介入：親子共讀在語言發展中的關鍵角色	陳慧如
115.10.02	醫院到居家-血壓最新治療策略與觀念	陳冠群
115.10.16	（安排中）	
115.10.23	糖尿病不只有第二型：糖尿病亞型分類的臨床應用	許馨尹
115.10.30	From Trial to Real-World: Bivalent RSVpreF Vaccine in Preventing RSV Hospitalizations Among Older and high-risk Adults	曹玉婷
115.11.06	兩性共同施打HPV的重要性	曹玉婷

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