

## 仁醫仁心

黃瑞仁  
台大雲林分院  
把醫療沙漠變綠洲

## 醫林點滴

藍忠亮  
全方位醫療  
克服難纏風濕免疫病

饒坤銘  
守護南屏癌患  
推動癌症治療升級

## 戒菸尖兵

詹貴川 中山附醫  
住院戒菸，成功率更高

傅彬貴 臺中榮總  
跨科整合、就地戒菸

黃琮鑣 柳營奇美  
醫師熱誠造就戒菸成果

吳彥雯 亞東醫院  
心血管病友戒菸有技巧

## 精采人生

方志元 拿起畫筆 尋回靜心

## 焦點話題

# 後疫情時代 一場病毒帶來的全球震撼！

台灣如何做到防疫有成？這場疫情突顯哪些問題、又帶來哪些機會？

# 別讓費言俊 找上你!

**肺炎鏈球菌**是社區型肺炎最常見的致病菌之一<sup>1</sup>  
常潛伏在人類鼻腔內，一旦感冒或是免疫力降低  
可引發肺炎、菌血症、腦膜炎等嚴重病症<sup>2</sup>



慢性病患者如糖尿病、慢性心臟病、慢性腎臟病、慢性肝病、及慢性肺臟病患者，以及**65歲以上**長者是感染肺炎鏈球菌疾病的高危險族群<sup>2</sup>

**有效預防肺炎感染重症 儘速諮詢醫療相關人員**

參考文獻

1. Niederman, M. S., & Luna, C. M. (2012). Community-acquired pneumonia guidelines: a global perspective. *Seminars in respiratory and critical care medicine*, 33(3), 298–310. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1315642>

2. 衛生福利部疾病管制署 (民國109)·肺炎鏈球菌疫苗 (Pneumococcal Vaccine) <https://www.cdc.gov.tw/Category/Page/ORBnRmMgImeUqPpKawmwa>

PP-PNA-TWN-0111 2020 Oct



財團法人  
李慶雲兒童感染暨疫苗發展醫學文教基金會  
Lee CY's Research Foundation for Pediatric Infectious Diseases and Vaccines

# CONTENTS



發行人：葉素秋  
編輯群：企業公共事務暨市場開發處  
發行所：輝瑞大藥廠股份有限公司  
地址：台北市信義區松仁路100號42、43樓  
電話：(02)5575-2000

## 發行絮語

4 一隻病毒，醫療業的危機與契機！

## 焦點報導

6 一場病毒帶來的全球震撼！

8 抗疫有成 台灣憑什麼？

10 後疫情時代的改變

14 林口長庚邱政洵副院長：  
大型醫院更要超前部署

16 臺北榮總陽光耀主任：  
授權專業 防疫成功第一步

18 新光洪子仁行政副院長：戰疫鐵三角  
—政府政策、醫療機構、公民素質

20 中國附醫黃高彬副院長：  
疫苗是下一步防疫關鍵

22 秀傳醫院劉克森主任：  
精簡整合防疫指引 兼顧基層、務實可行

## 醫林點滴

24 藍忠亮  
全方位醫療 克服難纏風濕免疫病

28 饒坤銘  
義大癌醫守護南屏癌患

32 詹貴川  
中山附醫住院戒菸成功率更高

34 傅彬貴  
臺中榮總實現渥太華戒菸模式

36 吳彥雯  
亞東醫院推動心血管病友戒菸

38 黃琮鑣  
柳營奇美 醫師熱誠造就戒菸成果

## 精采人生

40 方志元 拿起畫筆 尋回靜心

## 仁醫仁心

44 臺大醫院雲林分院  
把醫療沙漠變綠洲

49 輝瑞動態

51 社會責任

# 一隻病毒， 醫療業的危機與契機！

2020年11月18日，輝瑞總公司公布與德國BioNTech合作研發的COVID-19疫苗後期試驗最終結果，預防效果達95%。在正式對外發布前的內部視訊會議中，疫苗管理團隊負責人告知同仁這項好消息時，忍不住落淚。的確，眼看著每天那麼多人感染、死亡，頂著和生命賽跑的壓力，這群走在研發前線的科學家，甚至有人一整個月都待在實驗室回不了家！在公司傾力支持下，終於將平均需時3-5年的臨床試驗，壓縮在6個月內完成使命。

COVID-19對全球的衝擊遍及各領域，尤其對醫療產業是一大考驗。這次可說是將長期累積的研發能量一次爆發，動員全球頂尖專家，才能在最短時間內取得疫苗研發成果。

然而這只是開始，接下來還有許多挑戰。例如人們關心的冷鏈運送、疫苗分配等問題均須克服，才能讓全球受惠，畢竟疫情之下，每個人都有可能是病人，沒有一個國家能獨善其身。

## 後疫情時代 改變、省思、未來

一場COVID-19，讓我們看到醫療產業在

轉型，包括產品研發、行銷、物流配送、看診，都在疫情衝擊下突顯出「改變」的契機。

首先是人們不再只重視治療，更強調預防醫學，最明顯的是疫苗受到全球高度的關注；國內流感疫苗、肺炎鏈球菌疫苗的施打率更有大幅提升的趨勢。此外，科技、新創產業的結合，在其他醫療資源較為有限的國家，也因為疫情之故，遠距看診、藥品配送等創新服務皆呈現出發展潛力。然而在善用科技工具達成「保持社交距離」、「零接觸」防疫目標的同時，我們如何維持人與人間互動的溫度？也是我們該思考的問題。

這次台灣交出了一張漂亮的防疫成績單，成功的關鍵是什麼？還有哪些可進步的空間？本期焦點報導特別邀訪疫情指揮中心的專家諮詢小組召集人、台大副校長張上淳，前疾管署署長、台灣感染管制學會理事長張峰義，以及林口長庚醫院邱政洵副院長、臺北榮總胸腔部呼吸治療科陽光耀主任、新光醫院洪子仁副院長、中區防疫指揮官暨中醫大附醫黃高彬副院長、彰化秀傳醫院感染科劉克森主任等醫界代表，分享他們站在防疫第一線的觀察。

## 不忘初心 共同為人類健康而努力

一隻病毒為全球投下震撼彈，也提醒我們在自豪於科技發展的同時，莫忘面對生命心懷謙卑，尤其選擇投身醫療產業的我們，起心動念，少不了「助人解除病痛」。

記得我父親中風住進ICU，卻因嚴重感染、產生抗藥性，最後無藥可用而過世。近幾年輝瑞研發出3支抗生素新藥，在台灣的新藥研討會中，聽到出席醫師肯定輝瑞持續投資抗生素研發的努力，讓第一線醫師有武器可用時，我不禁想到，若是當年父親有藥可用，或許能再多陪我們幾年。

身為醫藥領域的一分子，我也深深感受到這份工作的使命感。百年來，藥業從基礎醫療（如高血壓、高血脂等慢性病用藥）發展到專科醫療（如免疫療法、基因治療、罕病、疫苗），持續創新進步，讓更多難纏疾病有機會被克服。身為醫療產業的一份子，我們一直努力爭取台灣醫師參與新藥臨床試驗，加速新藥引進台灣市場的脚步；並致力扮演台灣醫師與國際接軌的橋樑；同時，我們也希望持續創新以提昇病患生活品質。



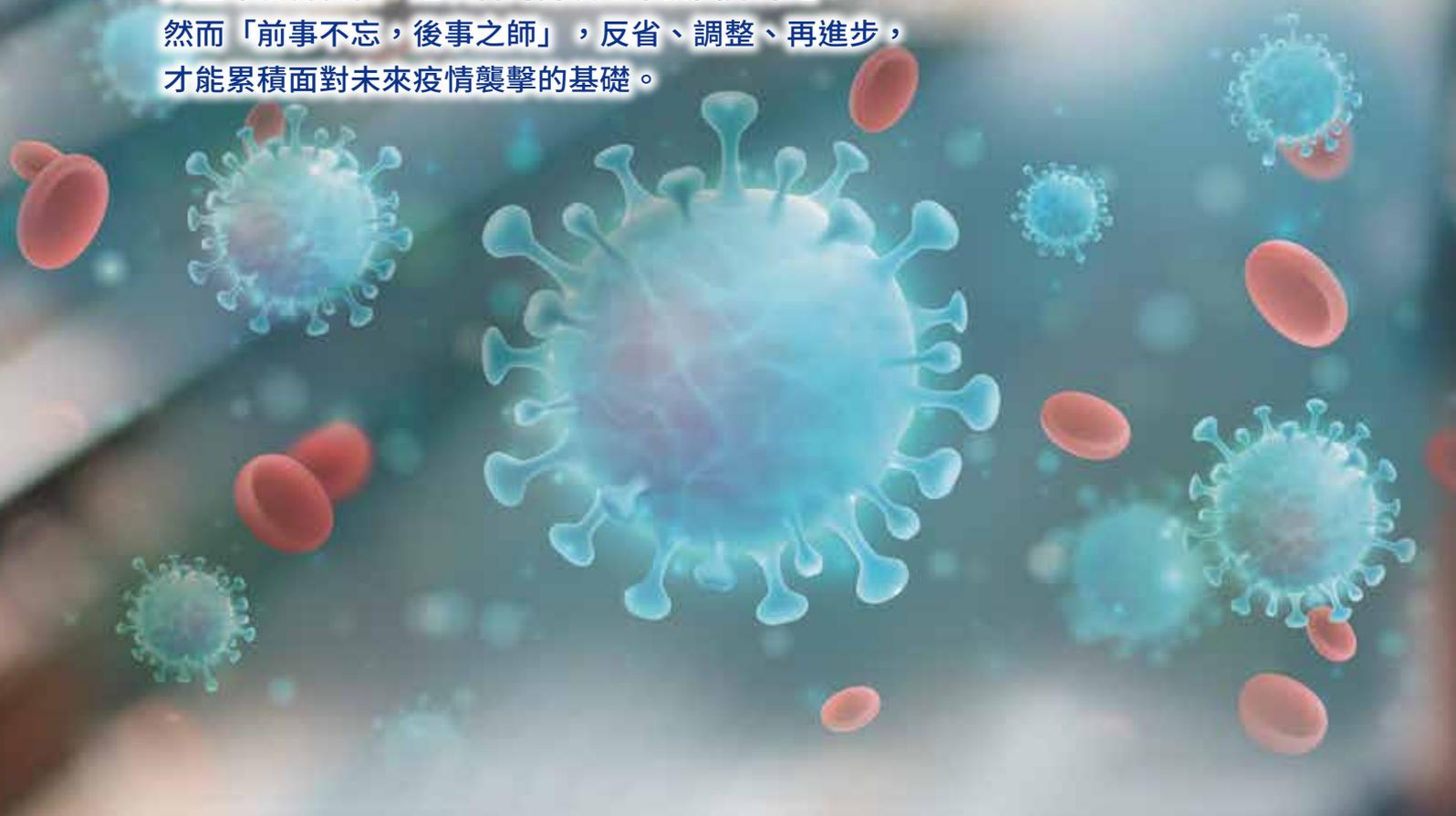
台灣輝瑞大藥廠總裁  
葉素秋

雖然在2014年加入輝瑞後，我才開始探索醫藥產業，但我相信，只要有心，不同專業背景的碰撞，可能產生有趣的化學變化，帶來不同的視野、火花。接任台灣輝瑞總裁一職半年來，我密集拜訪了近70位國內醫界先進，在此要特別感謝各位的坦誠建議，這場請益之旅讓我獲益良多，未來台灣輝瑞亦將持續傾聽醫界的聲音，以成為醫界最佳合作伙伴，帶動醫療產業的正向發展，共同為民眾健康而努力。

2020是很特殊的一年，但走過冬天，春天也就不遠了。請與我一同期待，萬象更新的2021！

# 一場病毒帶來的 全球震撼！

20年前腸病毒71型大流行，造成405例重症、78人死亡，  
洗手運動深入幼稚園，也造就防疫處、  
預防醫學研究所及檢疫總所整合成「疾病管制局」（後改制為疾病管制署）。  
17年前SARS疫情，在台灣造成346人確診、73人死亡，  
促成「感染症防治醫療網」，在災難應變、感控通報、防疫物資等步上軌道，  
民眾也養成一有狀況就戴上口罩、酒精消毒的習慣。  
COVID-19（新冠肺炎）則掀起比SARS影響更大的全球大流行，  
至2021年1月28日台灣累積確診893例，7人死亡；  
全球確診人數突破1億，逾2百萬人死亡。  
與全球疫情相較，這次台灣防疫成果獲國際肯定。  
然而「前事不忘，後事之師」，反省、調整、再進步，  
才能累積面對未來疫情襲擊的基礎。





# 抗疫有成 台灣憑什麼？

當全球其他國家因為新冠肺炎被迫在家工作、線上教學，甚至不得不採取封城的極端手段時，台灣人卻仍能如常生活，彷彿置身平行時空，為什麼？

■ 文字／龍佩寧 ■ 攝影／嚴偉達

SARS、H7N9、MERS都是地方性流行病，當新冠肺炎在中國爆發時，西方國家理所當然將其視為區域性疫情，因沒有及時採取有效作為，導致病毒肆虐全球，至今病例數逾1億人、死亡人數逾兩百萬人，疫情造成的社會經濟影響更是難以估計。

與中國僅一海之隔、交流頻繁的台灣，為何

能防疫有成？台灣大學副校長、防疫指揮中心專家小組召集人張上淳分析原因：一是SARS後建立起的防疫體系；二是科技防疫奏效。

台灣感染管制學會理事長、前疾管署署長張峰義則認為有3大關鍵：第一、疫情之前兩岸關係已降溫，中國限制來台旅客人數及條件，降低將大量病毒輸出台灣的風險。第二、政府



嚴格執行邊境管理防疫政策，阻病毒於境外，讓台灣能維持正常生活。第三，SARS的前車之鑑，醫院紛紛超前部署、及早因應，沒有發生大規模院內感染或社區感染。

SARS是台灣首次面對的大規模疫戰，後SARS時期，台灣強化防疫網，而醫學進步也增加人類抗疫能力。張峰義舉例，新冠肺炎的出現，起因中國監測到不明原因肺炎引發關注，網路傳播速度則助長訊息無國境散佈。一方面，有別於SARS，這次中國很快公布病毒基因序並確認為冠狀病毒，顯示其檢驗技術進步，其他國家便能設定檢驗方法、檢疫、隔離條件等策略。但另一方面，國際間反應遲緩，病毒隨即擴散，影響層面超乎預期，病毒全球化也帶來「世界還會是平的嗎？」的省思。

### 慢慢織成防疫網 迎戰有備而來

新冠肺炎也改變了「新興傳染病的定義及通報條件一旦確定後就不易變更」的通則，而是隨疫情進行滾動式修正並調整策略。曾任疾管署署長、熟悉公務運作的張峰義強調「這很不容易！」是費了17年，一針一線編織而成的防疫網奏效。

從SARS、H1N1、H7N9、MERS，乃至於COVID-19，面對疫情，醫護人員如履薄冰，不像SARS當年匆忙上戰場，張上淳語帶從容的說：「這次我們有了準備。」

為讓新冠病毒傳染力降低，為社區減災，2020年3月19日後採取嚴格管制，入境者需隔離或居家檢疫14天及自主管理1周；之後，國內疫情趨向穩定，不致於發生病毒進入社區擴散導致疫情失控，付出更大的社會成本。

「阻絕於境外」是防疫圭臬。張上淳說，第一現場將病毒阻斷，才能避免入境者直接將



病毒帶入社區散播。因此，歷經端午節、中秋節、雙十節及報復性旅遊熱潮，多人群聚，國內卻沒有出現大規模感染，乃因病毒直接阻絕於國境或特定場域，沒有進入社區，是防疫成功的關鍵。

## 台灣的疫情經驗

### SARS 之後

疾病管制局升格為疾病管制署重新修訂《傳染病防治法》成立「傳染病防治醫療網」、專責醫院及建立防疫醫師制度。強化醫療機構感染管控能力及應變醫院的應變計畫，每年都需演練，包括防護裝備的穿脫訓練。

### H7N9 之後

有鑑於傳統市場是禽流感的來源，推動修法成為全球華人第一個「禁止活禽宰殺」地區。

# 後疫情時代的改變

審視此次疫情期間的種種狀況，我們還有哪些進步空間？

■ 文字／龍姍寧 ■ 攝影／嚴偉達

POINT  
1

## 科技領軍 病毒無所遁形

居家檢疫者私自外出、鑽石公主號遊客趴趴走等事件，引起民眾恐慌，擔心造成防疫破口，也促成「科技防疫」概念生成。

拜科技之賜，張上淳指出，行政院跨部會會議與電信業者合作無間，首次透過手機定位系統，管理居家檢疫者是否擅自外出及追蹤旅客足跡。另一跨部會合作的實例是「口罩地圖」。張峰義也認為，Line改變了過去電話溝通模式，群組功能打破時空限制，訊息能快速傳播，增加便利性。

這一次民眾對資訊流通的科技化很有感，尤其疫情指揮中心透過每日記者會、Line@疾管家，讓疫情資訊公開、透明、即時，杜絕假消息，2020年疾管署一支防疫影片以超過460萬點閱站上台灣YouTube熱門影片第一位，可見新時代網路傳播的效率。

另外，新光醫院行政副院長洪子仁認為，科技是實現醫療零接觸的後盾，例如醫護人員可透過即時生命徵象監測，減少與患者不必要的接觸，預防感染及病毒擴散。結合5G發展，醫院入口採人臉辨識即時串聯醫療HIS截取相關資料，旅遊史、接觸史不必再以口說和健保卡取得。

POINT  
2

## 持續強化 醫院及個人的感染管控

WHO指出，約有14%新冠肺炎確診病例是醫護人員，國內也曾發生COVID-19醫護感染事件，尤其桃園醫院發生群聚感染，令人擔心是否成為防疫破口。

其實自SARS之後，國內醫療機構的感控能力提升，定期進行感控演練及查核。另外，所有醫學系畢業生在畢業前都要學會如何穿脫防護衣。當然，醫院的感染管控並非全為新興傳染病，至今抗藥性細菌的感控仍有大幅改進空間。

SARS前戴口罩是多餘的習慣，SARS後，國人養成感冒應休息、外出戴口罩、勤洗手習慣。張峰義指出，口罩是個人防疫最佳武器，西方國家輕忽口罩，甚至連醫療專業人員也不戴口罩，這次COVID-19就讓西方國家也學會戴口罩。張上淳則認為，未來這些防疫習慣可能成為常態，強化人們對衛生習慣及個人防護的重視。

POINT  
3

## 醫院都是病毒？ 別再逛醫院！

疫情短暫影響醫院運作，各醫院在2020年疫情高峰的3、4月期間，門急診量的確減少。張上淳觀察到另一個現象是，如流感、腸病毒、

腹瀉等流行於春夏的病就診量減少，歸功於個人防疫意識抬頭，勤洗手、戴口罩，降低罹病風險。

另外，疫情期間進入醫院不如以往方便，減緩「逛」醫院人潮，也讓一些民眾隨著口罩政策轉向藥局，讓領口罩就像領慢性病連續處方箋一樣方便，或許有機會落實推動許久的醫藥分業政策。

但多數專家認為，民眾就醫習慣不會有太大變化，因為民眾認為大型醫院醫療行為較完善，近幾個月大醫院的看診人潮也的確回流。張峰義坦言，現實面是醫院營運與健保給付息息相關，長期醫療費用低廉，醫院只能以量取勝。不過令人擔憂的是，以全球人口數和確診者的比例分析，台灣疫情影響似乎被低估。

張峰義憂心忡忡指出，國內占床率達85-95%、健保與醫療照護人力目前都已滿載，若是防線失守、疫情再來一波，台灣醫療難免會亂了陣腳，再縝密的防疫網也難支撐，因此在疫苗普及前，建議落實防疫新生活，即便是疫情趨緩，也不能鬆懈。

POINT  
4

### 防疫物資三級庫存 水庫推陳不浪費

搶買口罩突顯疫情讓社會不安，口罩禁出口引發討論，政府能徵收口罩嗎？如何管理防疫物資？關於這點，張峰義強調：開設疫情指揮中心，防疫物資禁止出口，徵收場所或物資完全於法有據。

「料敵從寬、禦敵從嚴」張上淳也認為，戰「疫」要做最壞的打算。口罩為戰備物資，SARS後建立三級安全存量的制度：醫院口罩最低存量1個月，地方縣市衛生局需為所轄醫院準備最低1個月的口罩量，行政院也應為全國醫院



備妥最低1個月的量。另外，物資的規格也陸續統一標準。

不過，物資有使用期限，為避免浪費，疾管署也建立大水庫系統，在到期日前2年推陳，開放讓醫院取得物超所值的醫療必需品，另一方面政府也不用擔心浪費物資。

POINT  
5

### 指揮中心運籌帷幄 中央地方溝通順暢

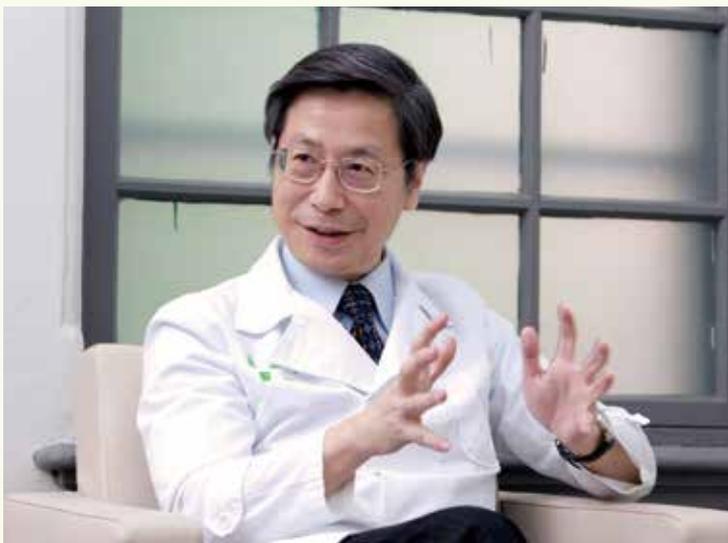
指揮中心開設的層級越高，越能統合各部門，行政院跨部會會議落實橫向與縱向整合，橫向是有關各部會的協調，例如警政署、資訊部門、勞委會、經濟部等；縱向是指中央與地方，政策下達各區指揮官及各縣市政府必須暢通，才能一致。

張峰義表示，中央與地方不能有過多臆測，指揮中心是大腦、縣市政府是身體，大腦與身體連動，政策才能同步，減少溝通障礙，也能避免多頭馬車影響防疫。

POINT  
6

### 增加防疫醫師 增防疫經費

這場戰還要打多久？每回抗疫都會喚起社會重視，但張上淳比喻，猶如打疫苗一樣，疫



## 張上淳

台灣大學副校長、防疫指揮中心專家諮詢小組召集人

「料敵從寬、禦敵從嚴」，戰「疫」要做最壞的打算。

情會讓政府重視防疫預算的編列，而當疫情趨緩、人們淡忘時，防疫預費也常被刪減，長期而言，的確會影響防疫政策的實踐。

SARS後，我們參考美國設置防疫醫師制度，他們就像是疫病偵探，從個案及接觸者中抽絲剝繭調查疫病的源頭、進展，並在時間內釐清問題，找出應對方案。

張上淳提到，因為待遇的差別，要吸引醫師進入公務體系工作並不容易，防疫醫師團隊人力有限，COVID-19突顯防疫醫師的重要性，擁有臨床經驗的醫師在決策及處理方式有別於一般沒有臨床經驗者，因此他希望未來增加防疫醫師人力，把防疫網織得更牢固。

POINT  
7

### 放寬檢疫？ 百密總有一疏

疫情重挫觀光旅遊業，復甦經濟振興旅遊的提案，希望放寬管制條件並與他國建立旅遊泡泡，採團進團出，不與其他人接觸，萬無一失嗎？現今的防疫成果顯示政府決策正確，保障人民健康安全是社會經濟穩定的基礎，國內外多數產業都受疫情影響，造成個人失業、企業

破產，可以說在疫情之下，沒有國家能安全避禍。因此專家認為，面對疫情應謹慎，當全球疫情還未控制時，百密總有一疏，出國還是有風險，再怎麼開放都是有條件，再怎樣周全的安排仍不敵無形病毒的一擊。

SARS-CoV-2是COVID-19的致病原，檢測方法包括病毒培養、病毒核酸檢測、病毒抗原檢測、病毒抗體檢測。病毒培養需在生物安全第三等級(BSL-3)實驗室進行，並不容易，因此，現階段是以RT-PCR核酸檢測為主。張峰義也認為，目前RT-PCR核酸檢測方法的準確度高，其他抗原、抗體的快篩試劑僅是扮演輔助的角色，不能視為放寬條件的前提。

「開放越寬，風險越大！」張峰義認為，簡單才不易出錯，將檢疫時間或快篩條件放寬，增添防疫的複雜度。更何況以台灣的醫療量能要面對逾千、萬個案有其侷限，面對疫情，仍應保守、謹慎。

POINT  
8

### 醫療生技戰 台灣的機會

「一切的等待，都是為了疫苗，要等多久



## 張峰義

台灣感染管制學會理事長、  
前疾管署署長

口罩是個人防疫最佳武器，  
這次COVID-19讓西方國家  
也學會戴口罩。

才能人人有得打？」張峰義表示，全球爭相投入疫苗與藥物研發，為確保安全性，動物及臨床試驗每一關卡都不能馬虎，耗時長、挑戰性高。企盼疫苗的同時，仍有許多問題要克服，包括台灣何時會有、是否有效、效期多長、施打頻率及接種對象等，而最實際的問題是，小小台灣，人口和荷蘭、比利時差不多，在國際政治的現實上，爭奪硬實力不如強化軟實力，發展生技業是必經之路。

張上淳肯定台灣醫療研究水準，現今的趨勢，也並非要國際大廠才有能力發展藥物與疫苗，有些小型或新創公司也投入研究，再將成果轉予國際廠商開發、銷售。

COVID-19的抗體、抗原檢測、快篩試劑、疫苗等台灣都有團隊投入研發，只是速度不及先進國家。「研究藥物與疫苗，學理與實際應用仍有一大差距，還需臨床驗證其安全性與研究性。」張上淳談到，台大有很多老師有興趣投入，受限於公部門在人力投入的限制而止步；不過，台大的優勢在於參與臨床試驗，目前也有醫師研發新冠肺炎「黏膜疫苗」，進入試驗階段。

張峰義認為，政府從財力與政策面著手，支持本土疫苗廠同時也要考量台灣經濟規模不大，與國外生技廠合作有助於區域及實力展現。但即使有效疫苗問世，推估普及施打應該是2021年下半年才可達到。

至於佛系防疫政策可行嗎？張上淳認為群體免疫需達到60-70%，以現今藥物及疫苗技術，不需要採行此政策。若要恢復到疫情前的生活，仰賴疫苗是最佳的解決方案，因此在還沒有疫苗前，仍需謹慎面對任何風險並做好防疫。

防疫指揮中心專家小組成員、臺北榮總胸腔部呼吸治療科主任陽光耀則建議，政府繼資訊科技業後，應扶植生技產業成為台灣經濟支柱，「參加今年生策會國家新創獎評選，深感台灣生技產業研發能量旺盛，可惜市場太小，相對於歐美大廠缺乏競爭力。」陽光耀說，台廠有設計結合機械手臂採檢、自動判讀、出報告，全程自動化的檢驗儀器，完全不需人力也能減少接觸感染風險。他認為和疫苗、藥品相比，快速檢驗試劑、檢測儀器的投資少、時間短，是台灣可以有機會一爭長短的領域。



# 大型醫院 更要超前部署！

■ 文字／龍佩寧 ■ 攝影／嚴偉達

「目前來講表現很好！」是林口長庚副院長、兼任院內防疫總指揮的邱政洵對此次政府抗疫作為的評價，他認為政府的超前部署，最關鍵政策就是及時邊境管制；而在醫院端，各醫院也繃緊神經，迅速應變，林口長庚更率全國之先，早在2020年1月3日即召開院內防疫會議並啟動防疫機制。另外，國人搶買口罩、乾洗手、酒精等防疫物資，這種人人自危的氛圍，其實也突顯出國人對SARS記憶猶新，邱政洵認為從防疫角度來看，這也算是好現象，杜絕病毒在社區大規模擴散的可能性。

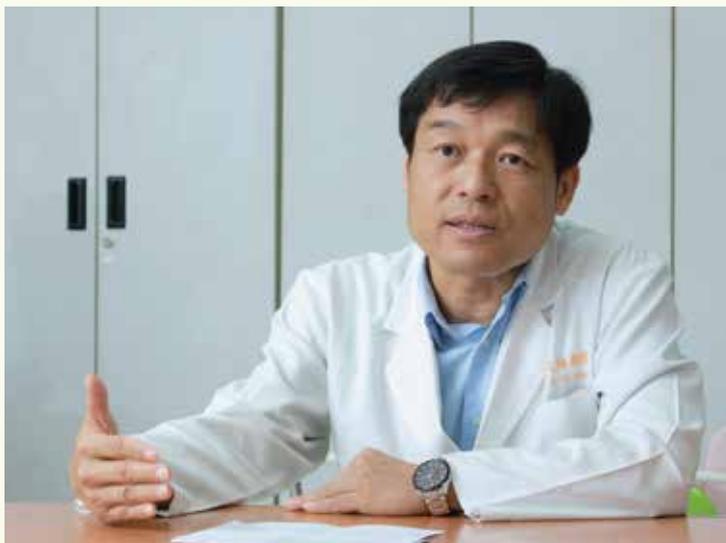
## 大型醫院防疫難度倍增

談及院內防疫，邱政洵強調：「醫院不能等疫情嚴峻或政府要求才執行！」尤其是超大規模的林口長庚，指令需多層次溝通，管理層也要到現場走動式管理，確保訊息確實傳達到第一線；加上醫院所在位置特殊，距離國門—桃園國際機場最近、且臨近工業區，桃園與新北市流動人口多，就醫者樣態多元，處置的患者又多為急重症，這些現實狀況突顯了該院貫徹防疫工作的困難度。

邱政洵表示，為保護病人與員工，並維持醫院的照護量能，林口長庚採取「多層次院內感控策略」，以「攔阻、分流、偵測、隔離」為原則。

實際措施包括：醫院進出口由17個降至5個，限制訪客、監測體溫、TOCC（即旅遊史、職業別、接觸史、群聚）調查；就醫民眾依風險分艙分流、成立院內肺炎專家小組評估疑似的肺炎患者、標準醫療防護裝備的使用則依風險而異，並運用資訊化即時智能面板監測住院患者生命徵象；醫護人員不跨區服務（員工分艙）與健康監測，若有不舒服應停止工作，並設立疫情門診及急診篩檢站讓有風險的病人就醫。

「醫護人員一方面擔憂就醫者是否為確診者，也要提高警覺避免病毒擴散或自己被感染，疫調與檢驗更要與時間賽跑，壓力極大。」邱政洵表示，分艙分流及疫情門診制度的目的是避免病毒擴散，而疫情期間輕症患者對醫院卻步，也讓醫護人員能更專注照顧急重症患者。



## 邱政洵

林口長庚醫院副院長

坦白才能做好防疫，誠實與溝通為防疫首要任務。

### 精準高效的病毒採檢能力

林口長庚擁有P3實驗室，不僅PCR的結果只需半天，還能進行病毒培養，邱政洵自豪的說，「這是台灣第一，也是世界領先。」疫情期間林口長庚協助國家完成數百例的檢驗，進行防疫，包括磐石艦隊的士兵檢體；而養護機構護理師確診時，醫院也在半夜出動，迅速協助採檢。

值得一提的是，在這波疫情中，林口長庚照顧了很多重症的病患，林口長庚更曾照顧2名超級傳播者，其中1位確診死亡個案感染源不明、無旅遊史，是非肺炎就醫的心臟衰竭患者，此案也促使指揮中心修訂通報定義，並強化社區監測。另一位是旅行團導遊，同團團員也有數人確診。2名個案的特徵皆為肥胖、有慢性病史、體內病毒量高且免疫力低，使接觸者容易被傳染，符合超級傳播者定義。

邱政洵不諱言，當時的輿論與缺乏根據的臆測，醫院的確承受很大壓力，醫療行為及個案情況也非能一語道盡。慶幸的是病毒在還沒有大範圍擴散前就遭攔截，這不只是幸運，更是院內超前部屬感控把關的成果；他也強調戴

口罩、勤洗手，良好衛生習慣更是民眾自保之道，即使被傳染也能減少病毒量。

### 後疫情時代牢記防疫思維

疫情已持續長達1年，我們終將能克服、並回歸正常生活，但「後疫情時代仍需保有防疫思維。」邱政洵強調，就像SARS之後又有COVID-19，新興傳染病難以杜絕，要做好「防疫基礎建設」，例如這次結合智慧化工具的防疫措施深受矚目，林口長庚早已投入智慧化管理，未來應用於防疫物資準備，系統可自動提示缺少部分，供醫院採購；而互動式視訊結合資通訊科技技術，可隨時監測住院患者的體溫，減少醫療接觸、避免感染。

另外，邱政洵也自豪林口長庚醫師的臨床研究量能表現，目前已有60多篇文章發表在國際期刊；檢驗醫學部擁有培養病毒能力，未來不需仰賴PCR便能追蹤病毒演化、突變；尤其兒童感染科主治醫師黃冠穎的研究團隊找到抗新冠病毒的全人源單株抗體，有助於研發抗體藥物，及強化快速檢驗能力，是精準醫療的重大進展。



# 授權專業主導 防疫成功第一步！

■ 文字／徐文媛 ■ 攝影／嚴偉達

在COVID-19疫情期間常聽到「滾動式修正」一詞，身為防疫指揮中心專家諮詢委員會一員的臺北榮總胸腔部呼吸治療科主任陽光耀主任對此十分有感。「面對新冠病毒，我們所知有限，當時只能根據已知的線索，由相關領域的專家共同分析研討。」陽光耀表示，因此每當有新發現，通報定義也會隨之修正，回顧疫情初期，2020年1-4月期間，專家小組會議頻繁舉行，時有「前一天通知、隔天開會」的情況，中南東部的專家則透過視訊會議參與討論。

所以從初期僅針對武漢旅遊史，之後陸續增加湖北、廣東、港澳，3月21日流行區域擴及全球；症狀也從發燒、呼吸道症狀，到之後包括肺炎、腹瀉、嗅覺及味覺異常等，通報定義不斷擴大。

第一線醫護人員除了要隨時更新通報定義的滾動式修正結果，2020年2月23日衛福部「限制醫事人員出國」的公告更引發許多正反觀點的討論。隨著疫情沿燒全球，現在回頭去看當然是正確決定，陽光耀也強調，其實不只是台灣，3月份美國醫學會雜誌JAMA即強調為避免醫療人員短缺，建議限制參加群聚性活動，以及國外旅行、國際會議；《The Lancet》也提到加護病房工作人員有必要採取旅遊限制。

## 防飛沫感染 戴口罩最有效

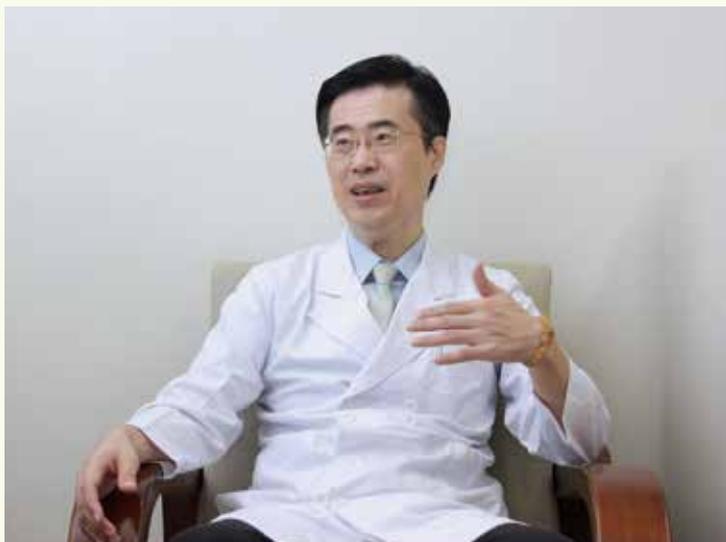
陽光耀認為，從國外研究及各國疫情控制結果來看，保持社交距離，甚至決定封城，都未必能有效阻斷疫情，「武漢封城雖然成功，但義大利就成效有限！」他表示，這當然與民眾的配合度、公權力的強制性有關，但其實戴口罩也是關鍵因素。

身為胸腔內科醫師，陽光耀表示：「戴口罩是阻擋飛沫傳播最好的方法，包括預防流感、肺結核，而保持社交距離、勤洗手，只能減少病毒的接觸量。」所以及時限制口罩出口、組織口罩國家隊、實名制購買，都是讓口罩普及化，有效提供國人防護需求的政策。而歐美國家即使封城，口罩卻短缺，或是沒有戴口罩的習慣，增加防疫困難。

陽光耀說，或許是經過SARS洗禮，台灣很多民眾在疫情前就習慣搭車、到醫院時戴口罩；很多人一開始就採購口罩、酒精，「搶物資」聽起來不是好事，但也代表國人對疫情的重視。

## 醫院規模大 出入動線更費心

臺北榮總從疫情開始，院內即成立專責小組，由院長主持、感控室主任擔任執行秘書。



## 陽光耀

臺北榮總胸腔部呼吸治療科主任

過去對醫院人潮多習以為常，未來應思考人流控制，擴大候診、走廊空間，保持人與人的距離。

一開始民眾進出醫院是填寫TOCC紙本表單，陽光耀表示，大家一起低頭填單、傳接紙筆，其實也有群聚及接觸感染風險，後來院內資訊部門很快設計出APP，手機掃QR Code即可填寫；雖然醫院大、出入口多，但動線管制規畫好再加上資訊化工具，很快就解決進出管制問題，民眾通行更順暢。

而在設立專責病房時，陽光耀親自檢查動線，確認符合感控規範，讓年輕的醫護同仁可以安心執行病患照護，「SARS時我也還年輕，當時完全沒有全身性防水隔離衣，但現在我們都很清楚什麼情況該用什麼防護等級，例如病人收治在負壓隔離病房內，病房外的醫護同仁工作時穿一般性防護裝備就足夠，而進入病房前再換穿全身性防護衣及N95即可。」陽光耀表示，事前說明，讓照護者了解病情及防護措施，加上有經驗的資深醫師示範，可以減少年輕同仁的心理壓力。

「為了避免操作呼吸器的風險，我們也強化管路的密閉性，提升過濾標準，確保進出的氣體安全，對疑似病例則一律改用拋棄式管路，並限制呼吸器使用區域，專區專用。」陽光耀也感念在疫情期間有善心人士捐贈，醫院很快

下訂採購大批呼吸器，再晚一步就面臨缺貨了。

陽光耀也慶幸，台灣醫界經過SARS洗禮，感控觀念升級，早有分艙分流的概念，COVID-19起始期間雖然零星醫護人員感染，但都沒有爆發院內感染，表示各醫院很早就有危機意識，彰化縣抗體血清調查高風險族群，包括醫療照護防疫人員，4841人中僅4人出現陽性（陽性率萬分之8.3），也證實我們的防疫措施到位。

### 由專業主導 防疫有成靠全民

「防疫成功不是單一因素，民眾支持、醫院配合都是重點，而由專業主導更是關鍵。」陽光耀表示，美國疫情失控和川普任命非專業人士主導防疫有關，尤其川普還以總統身份發布錯誤訊息，他認為假消息會影響防疫政策的推行，衛福部在疫情期間很注意防範假消息的散布，這應該也是防疫有成的因素之一。

台灣防疫有成，很多人認為我們病例少，治療經驗有限，而陽光耀認為，正因病例少，我們才有能力將疫調深入到極限，將相關資料深化分析，不但是極具價值的論文，也能應用於防疫策略制定依據。



設計靈感源自基隆彩色屋，以繽紛顏色傳達溫馨、降低恐懼，撫慰心靈。

# 防疫鐵三角 — 公衛政策、醫療機構、公民素質

■ 文字／龍佩寧 ■ 攝影／嚴偉達

長期投入醫院管理，這波疫情，讓洪子仁重拾公衛專業，從書櫃中拿出保存良好的三本大學時期的教科書：公共衛生學、生物統計學新論、流行病學，結合醫療現場，比求學時代體會更深。他認為這次疫情讓許多國家措手不及，而台灣能在第一時間警覺，多虧17年前SARS帶來的震撼，而我們能守住防線，政府防疫作為、醫療機構應變、公民素質是三大關鍵。

## 防疫政策一致 醫院應變及時

2020年2月27日，中央疫情指揮中心一級開設，統一發佈疫情訊息，避免中央與地方多頭馬車。每日召開記者會並開發Line@疾管家，讓疫情資訊公開透明，傳播正確防疫觀念與杜絕假消息。

而SARS經驗餘悸猶存，除了傳染病防治相關法規修訂，並自2005年起辦理醫院感染管制查核作業，強化院內感控能力，「猶如日常操兵，醫療院所不僅擁有緊急處理疫情應變力，防疫物資也有一定存量。」洪子仁以呼吸器為例，許多國家面臨物資有限難題，台灣醫院病床配置呼吸器的密度則是全球最高。

疫情初期，新光醫院隨即成立院內指揮中心，定期召開會議，盤點醫療與防疫物資外，也為所有第一線的工作人員提供「再」訓練，包括外聘的清潔、傳送及保全人員。「沒有人是局外人！」洪子仁強調，醫院有責任為所有在醫院工作的人提供最適保護，包括口罩、防護衣等；且上至院長下至清潔人員都需遵循感控SOP，才能杜絕「社區—醫院—社區」傳播鏈。

醫院為社區的守門員，因應COVID-19全台醫院都將發燒篩檢站設於院外，新光醫院也不例外。最初是臨時性簡易帳篷，冬冷夏熱，不僅穿著防護衣的醫護人員辛苦，等待的民眾也難耐氣候影響就診情緒。所幸六月初有民間單位捐贈組合屋，考量到「長期抗疫」，戶外篩檢站從帳篷變成彩色組合屋，提供一站式服務，包括檢傷站、看診區、候診區、X光區和負壓採樣室等，凡是發燒或疑似患者，都能先在組合屋完成檢體採樣。

## 公民素質 防堵大爆發

此外，洪子仁特別強調「公民素質有助防疫政策落實！」國人自我健康意識度高，戴口



## 洪子仁

### 新光醫院行政副院長

防疫作戰，沒有人是局外人！所有院內人員，上至院長下至清潔人員都需遵循感控SOP，才能杜絕「社區—醫院—社區」傳播鏈。

罩、勤洗手、保持社交距離、量體溫儼然已成新生活公約，民眾也會互相提醒，這可以解釋為何至今國內沒有爆發社區感染，我們仍可過著正常生活。歐美國家就沒有那麼幸運，依Google大數據，3~4月零售休閒場所（如咖啡廳、餐廳、博物館、圖書館等）造訪率，在台灣僅減少9%；而義大利和西班牙則減少94%，顯示國人生活受疫情影響相對輕微。

對口罩的認知不同是最大差異，台灣民眾很早就搶口罩，並養成戴口罩的習慣。而歐美則多認為「生病的人才需要戴口罩」。洪子仁表示，有別於SARS，COVID-19不同的是，感染SARS患者一定會發燒，感染COVID-19即使無症狀也具有傳播力，增加篩檢困難，因此在疫苗問世前，戴口罩與勤洗手就是最佳對策，是目前有效抑制病毒傳播的路徑。

### 非必要少就醫 醫療零接觸

疫情期間政府不斷宣導輕症、非必要不要到醫院，醫院進出嚴格管制，未來或能改變國人逛醫院、陪病與探病文化；這段期間最明顯的是慢性病連續處方箋的開立與領藥都下降，慢

性病患減少進出醫院，改赴藥局領藥。

「醫療零接觸是未來趨勢」一般人都可以視訊探病，而醫護人員也能透過生命徵象監測設備，減少與患者的接觸，洪子仁表示，目前新光醫師只要在院內就能透過科技出現在三芝衛生所看診，開立的藥物也與醫院相同，隨著技術進步，實踐虛擬醫療並非難事。

疫情期間新光醫院協助友邦帛琉也是「虛實結合」，包括以視訊會議分享疫情資訊與臨床診斷、治療、預防等經驗；3月時更幫忙當地建置專業檢驗實驗室，並派員實地協助建立檢驗流程與技巧。疫情讓仰賴國際觀光客的帛琉經濟重挫，相較於歐美國家，帛琉相對安全且飛行時間短，洪子仁認為可將帛琉視為恢復國際觀光的前哨站，成為旅遊泡泡的示範點，放寬採驗規範，如3天PCR陰性便可旅遊、返台後檢驗陰性免除居家檢疫等。

從Taiwan can help到Taiwan is helping，洪子仁表示，不只口罩國家隊，還有能力發展檢驗國家隊，開發準確、快速的試劑，才能持續發揮台灣「軟」實力。



# 疫苗 是下一步防疫關鍵！

■ 文字／張翠芬 ■ 攝影／嚴偉達

**全**球經濟因新冠疫情陷入低潮，台灣受影響程度卻是世界最低，站在抗疫第一線的中區防疫指揮官、中國附醫副院長黃高彬自豪地說：「我們的防疫做的非常優秀，沒有100分，至少也有99了！」

黃高彬指出，台灣有零星的社區感染，但並沒有社區流行。新冠病毒R0值3，傳染力跟流感差不多，2020年1月開始出現病例時，他曾預測，以台灣的防疫能力，應該差不多4月左右就會結束，果不其然，4月12日之後，台灣就沒再發現本土病例。

為什麼可以做到這個程度？黃高彬分析歸納台灣成功的原因有三：一是17年前SARS經驗，政府痛定思痛成立中央疫情指揮中心，醫院每年做感染管制查核，大幅修訂傳染病防治法加重罰則，從嚴把關。二是民眾很早就把口罩戴起來。黃高彬指出，科學證實，只要一方戴口罩，可以降低7~8成感染率，兩個人都戴口罩，感染率可以降低9成以上。政府緊急應變成立口罩國家隊，也成功阻隔新冠病毒的傳播。

第三個成功的因素是善用科技防疫，利用手機智慧科技發布簡訊，掌握居家檢疫；另外，

把入出境記錄結合在健保卡裡，確實掌控民眾的旅遊史。黃高彬在17年前SARS流行時就曾建議，把入出境紀錄結合在健保卡，因為很多疾病（如登革熱）都跟旅遊史有關，只是當年入出境管理局考量個資問題而不同意，如今落實，真正發揮了最大防疫功效。

有人質疑國外陸續診斷出從台灣「輸出」的陽性病例，難道另有隱情？黃高彬強調，專家會議已針對每一個案例討論，其接觸者檢查都是陰性，也找不到這些人在台灣被感染的證據。他一一分析：菲律賓驗出許多自台灣入境的陽性個案，進一步了解發現，菲律賓買的大陸試劑，檢驗正確率僅40~50%；高雄文藻女學生回日本後被檢驗出陽性，這個案的循環數閾值Ct=37，其實在台灣35以上就判陰性，因為聚合酶連鎖反應PCR非常敏感，Ct值超過34，病毒即培養不出來，後來她的血清抗體檢查結果確認是陰性，只可惜媒體沒有進一步澄清。

而比利時工程師來台前常來往於荷蘭、比利時等歐洲疫情嚴峻區域，檢測出來的血清抗體證實是之前已被感染，只是體內殘存的核酸片斷，檢測才呈現陽性。黃高彬說，最新科學數據證實，新冠病毒核酸可在體內存在12周之



## 黃高彬

中國附醫副院長、中區防疫  
指揮官

守好邊境關卡、確實戴好口  
罩，台灣有信心免於疫情威  
脅！

久，高雄的「舞廳哥」被關了80幾天，就是因為他的檢測一直呈陽性。他也強調，數據顯示，只要發病超過10天就不太具有感染力，只有核酸片段不是完整的病毒，不會有傳染力，因此目前隔離策略很正確。

### 成功克服新冠疫情挑戰

黃高彬回想，新冠疫情剛開始時，中部是台灣疫情重災區，所有複雜的案例幾乎都在中部，每一例都讓醫護人員繃緊神經。

例如，彰化白牌司機發病，黃高彬帶三組人馬分頭採檢，並透過警政系統調出錄影，才查出白牌司機在台中清泉岡機場載浙江台商回家，掌握了感染源；當時有29位相關醫護人員因未穿戴標準防護裝備，集中在醫院同一樓層隔離14天，黃高彬多次前去安慰這些基層醫護，直到14天後採檢都呈陰性，才解除警報。

另一位中部某醫學中心的病人，因體型肥胖，病況危急，胸部X光呈現整個肺部已白化，黃高彬建議用抗細胞激素介質6藥物來對抗免疫風暴，用藥第三天病人竟神奇好轉，這是第一例成功以介質6治療新冠肺炎的案例，已寫成論文發表在期刊，台大、榮總也陸續跟進採

用。

「醫院防疫中，急診是最重要的關卡，沒有守好的話，會成了最大的破口。」黃高彬表示，為了防疫，中國附醫也做了調整，包括負壓隔離病房在第一醫療大樓8樓，收治高度疑似或確診者，原本7樓鼻喉科病房直接和對面的樓層互調，專收肺炎病人，把可疑案例集中在兩個樓層，確保醫院其他區域安全。為防患未然，院方已打算在急診樓上蓋全新的負壓隔離病房，讓動線更明確，減少跨棟搬運病患及交叉感染機會。

### 疫苗是戰勝疫情關鍵

至於疫情會不會更嚴重？只要守好邊境關卡，落實戴口罩，就能因應這波疫情，但最重要的是疫苗，因為國人幾乎都沒有抗體。

台灣目前有國光、高端、聯亞參與疫苗研發，黃高彬身為聯亞生技新冠疫苗試驗主持人，被董事長蔡長海賦予「疫苗國家隊」的重任，他希望盡早完成臨床試驗，讓國際旅遊人士、醫護人員和65歲以上老人這三大族群優先施打疫苗，對全民發揮保護作用，也相信台灣一定可以平安度過這一波疫情。



# 精簡整合防疫指引 兼顧基層、務實可行

■ 文字／張萃芬 ■ 攝影／嚴偉達

這波疫情期間，彰化一度被視為「重災區」，全縣神經緊繃，收治白牌車司機的彰化秀傳醫院感染科主任劉克森，成功的以嚴密隔離策略，防止疫情外擴。

2003年SARS爆發時，劉克森正在台大醫院受訓，此次新冠肺炎疫情，身處在火線重災區的他認為，在下一波疫情到來前，政府有必要重新整合歸納出最精簡的指引，讓基層醫療院所有所依循。

以滿分十分計，劉克森對政府防疫政策滿意度給了八分。他指出，一開始中央並沒有準備好，光是通報定義，一個月內就改了十幾次，令人無所適從。「中央提供的醫學指引，是以醫學中心為範本。」劉克森表示，區域地方醫院如同穿著不合腳的鞋子，實務操作上很多地方滯礙難行。

例如，大型醫院有很多感染科醫師，但秀傳只有兩個醫師，他一人要當好多人用，沒辦法24小時都盯著個案，加上院區非常分散，防疫要花更多的人力成本，中央許多即時性的要求，基層員工很難立即配合。

## 及時管控白牌車司機 疫情未擴大

染疫死亡的白牌計程車司機，是國內第19例，也是台灣第一件死亡病例，由於白牌司機就醫時並沒有國外旅遊史，不符合當時的通報條件。而且當時是流感的高峰期，後來決定以「流感重症」通報，之後才被中央確診。

當時，他覺得案19症狀很不對勁，於是主動拉高規格住院隔離，堅持不讓病患轉出負壓隔離病房，嚴密管控，防守疫情不外擴。

秀傳在防疫的優勢是，醫院有新設計的加護病房，動線和硬體設備符合現代醫學的要求，不會跟其他病患交叉接觸；另外，醫院也在戶外開設防疫門診，急診部外設有貨櫃屋，有負壓等設備，連空氣都需先消毒才排出。

為了防疫，曾經連續3個月沒休假的劉克森認為，防疫是國家的公共衛生政策，對於限制醫護人員防疫期間的出國政策也非常認同，但醫院有人力、器具、加班費各種需求，這些現實層面問題，國家並沒有給予支援，太多要求一直加諸在基層，卻沒人關心：醫院到底做不做得得到？

劉克森建議，在疫情比較趨緩之際，請中



## 劉克森

秀傳紀念醫院感染科主任

防疫政策由上而下，應兼顧  
基層醫療現況，提供最精簡  
的防疫指引。

央多考量一下，診所、地方、到區域醫院的差異，讓基層有所依循。至於獎勵金政策，不應該是齊頭式發放，應考量每一家醫院的不同，才不會讓努力付出的人內心不平。

此次疫情也對醫療環境帶來相當大的影響，劉克森認為，疫情初期就醫人次下滑，是因為民眾害怕不敢去醫院，其實大家都有就醫需求，疫情帶來的改變是，大家比較願意戴口罩。

但是，疫情讓醫療診斷更困難，凡事都要考量這些新的未知病毒，劉克森說，有些病人可能只是牙痛發燒，但醫療人員會要求排除是新冠病毒，否則無法做後續處理，這些狀況不斷重複上演，造成臨床負擔。

至於疫情期間「在家工作」成為選項，保持社交距離的防疫策略是否有助遠距醫療加速發展？劉克森表示，遠距醫療大家都齊備卻從來沒用過，因為用Line或其他視訊方式看診，在政策、給付上是否支持，會不會增加醫療糾紛？總總現實困境，不像政府想的這麼簡單仍有待解決。

目前中央許多措施都是「網路上公布」，劉

克森形容這是天龍國人從台北看天下的決策，沒有顧及到城鄉差距。中央公布一段line訊息給地方政府，地方衛生局馬上傳line給各醫院，要求各家醫院有相對應群組，而且要求大家要在一定時間內「已讀」，結果，訊息多到讓大家麻痺，重要資訊很容易被淹沒在連串訊息裡。

### 落實檢視各級醫院感染科人力

「全球疫情持續慘烈，暫時沒有緩解跡象，我們仍然不能放鬆。」劉克森語重心長的說，2003年SARS之後，促成台灣醫院建置了感染管制體系，但在健保體制下，感染科是賠錢的科，工作壓力大卻不能替醫院賺錢，或許透過這次疫情可以好好檢視，各級醫院現有的感染科醫師、護理師，人力夠了嗎？

除了口罩國家隊，劉克森認為，很多的器材設備也需要中央主導開發，例如新型快速檢驗的儀器。在下一波疫情衝擊前，中央應該好好想辦法，建置完善的人力跟設備，把現行幾十份的指引重新精簡整合，以便因應下一波更慘烈的疫情大戰。

# 全方位醫療 克服難纏風濕免疫病

風免疾病症狀多變、難以第一時間確認診斷，而且是終生慢性疾病，治療過程漫長，除了治病，更需醫心。台灣風免領域先驅藍忠亮教授多年來持續帶領中醫大風免中心團隊從事全人醫療及疾病研究，不但個人榮獲2017年亞太風濕病醫學會聯盟大師獎第1名，風免中心更因在醫療、教育、衛教及研究方面的優異表現，獲頒2018年亞太風濕病學會聯盟「卓越臨床中心」殊榮。

■ 文字／陳佳佑 ■ 攝影／嚴偉達



聽到「風濕病」，一般人往往直覺聯想是年長者因為天氣變化所引起之關節痠軟、疼痛等相關疾病。但似乎又與醫院診療體系常見之「風濕免疫科」收治過敏、免疫疾病、痛風乃至於關節退化、僵直性脊椎炎等有所不同，難免有點困惑。

## 風濕 熟悉又陌生的疾病

其實「風濕病」這名詞在民俗中存在已久。早在2千年前的漢代，醫書中就已經出現關於風濕病描述，當時中醫認為「風濕病」就是由寒風、濕氣等外在因素，引發身體內部氣血失調而產生的疾病，例如發熱、出汗、肌肉關節疼痛、腫脹、乃至於皮膚、肌肉骨骼關節等相關病症，恰與現代醫學中，意指因為各種自體免疫問題或發炎所導致的全身性或局部性疾病「風濕病」相符合。

自體免疫疾病是健保署公告台灣十大重大傷病之一。人體免疫系統理當在人體需要的時候，攻擊外來病毒或細菌，而一旦自體免



風免疾病難以診斷治療，培育建構優質團隊實屬不易。

疫失衡，錯把自身的正常細胞當成病毒等外在敵人來攻擊，當然就引發身體病痛。而隨著攻擊的部位不同，就造成如硬皮症、紅斑性狼瘡等形形色色，多達80幾種的自體免疫疾病。

### 症狀多變 百般煎熬

風濕免疫疾病之所以讓病患及家屬百般煎熬，其實起因於其「症狀多變、反覆就醫，卻又難以第一時間確認診斷」。中國醫藥大學附設醫院院長室顧問兼風濕免疫中心主治醫師藍忠亮教授以間質性肺病舉例，「這是讓很多醫師都感到棘手的疾病。其中較常聽聞的『菜瓜肺』，就有許多可能原因。病患可能因為感染、自體免疫疾病、職業，甚至是放射治療或藥物影響，導致肺部纖維化。」藍忠亮表示，因為病因多樣，導致罹病原因難以查明，自然就難以診斷與治療。所幸如今隨著臨床免疫學的研究與進展，發現了特殊的免疫抗體，可以輔助診斷並協助選擇適當的藥物治療。

又如好發於生育年齡女性的「紅斑性狼瘡」，男女發病比例將近1比9，可說是專找

女性麻煩，而其各種症狀之百變，藍忠亮形容猶如「千面女郎」，發燒、疲倦、體重減輕；臉、頸、手部甚至全身皮疹；天冷時患者手指、腳趾容易變成藍紫色（雷諾氏症候群），關節出現紅腫熱痛等等，各式各樣、層出不窮的症狀，往往讓初期確診變成是極度困難的事情。而探究其主因，亦是免疫系統混亂，攻擊自身健康細胞與組織的自體免疫疾病。

### 治病尚需治心

#### 中醫大附醫推廣全人化治療

面對風濕免疫疾病患者，藍忠亮語重心長的表示，風濕免疫疾病是終生的慢性疾病，治療過程漫長，且難以快速見效。在治療過程中，病患除了身體之生理層面病痛之外，其心理與社會層面問題更常終身影響患者及其家屬；然而在就診過程中，受限於時間等問題，病人往往僅能與醫師就生理層面做討論與治療，但患者深層的心理與社會層面的影響，卻無人可協助，更遑論這些心理與社會層面影響未獲滿足的情形下，其實也會回過頭來影響到患者生理



2017年藍忠亮教授榮獲亞太風濕病醫學會聯盟大師獎第1名，為台灣獲獎第一人。



2018年中醫大風免中心獲頒亞太風濕病學會聯盟「卓越臨床中心」殊榮。

### 層面的治療！

以類風濕性關節炎為例，藍忠亮說：「即使患者治療效果很好，也可能對治療過程中的副作用感到困擾，這時如果醫師無法體會病人對副作用的在意，未曾幫助患者克服副作用問題，病人就有可能放棄原本有效的治療，改為尋求其他療法。」他也遺憾表示，曾有全身性紅斑狼瘡患者病情其實已經獲得控制，但病患家人對治療反應過於急躁，又承受周遭異樣眼光，家庭和社會支持都不足，患者後來停止用藥，改尋求坊間另類治療方式，因而導致原本穩定的病情再度復發。

針對這類情形，中醫大附醫風免中心導入「病人治療效果報告（patient-reported outcome）」，以了解病人對治療效果滿意度、治療過程中副作用的影響，乃至於病患的社會人際互動情形等；同時也積極發展主動介入模式，以專業藥師、個案管理師等專業人員協助病患及家屬，例如引導患者參與病友支持團體等，藍忠亮強調，唯有兼顧治病及治心多管齊下，才能達到生理、心理，乃至於社會層面的真正全人、全方位治療。

### 引領科技 持續研究

藍忠亮為國內早期出國研習風濕病學、自體免疫疾病的先驅，曾於美國知名約翰霍普金斯大學醫院從事研究工作。為國內風濕病權威，更深受國際肯定，2017年在亞太地區眾多風免醫學專家競逐之下，榮獲亞太風濕病醫學會聯盟大師獎第1名，為台灣獲獎第一人。多年來藍忠亮持續帶領團隊從事風免疾病研究，早年更率先引進生物製劑用於類風濕性關節炎。「相較於傳統藥物容易導致關節病變，生物製劑除了效果快之外，也較無此類副作用。」藍忠亮也欣慰的表示，隨著醫療科技進步，各種不同機轉的生物製劑相繼問世，對於風免疾病的巨大療效有目共睹。除控制病情之外，更能防止致殘可能，讓患者能正常工作，維持良好生活品質。且在健保的部分給付之下，對於病患的壓力更是減至最低，免除家庭經濟的龐大負擔。

### 優秀團隊輔以高科技 降低病患苦痛

中醫大附醫風濕免疫中心目前現有14名主治醫師（含部定教授4名、副教授1名及助理教授

1名)，每月門診量約有7千人之多。除了臨床治療，更設置風濕病研究室，內有博士後研究員3名、助理研究員1名，從事各種風濕病診斷治療研發工作。中心臨床檢查室配備高解析骨骼肌肉超音波2台，能及時輔助診療各種急慢性關節炎及相關軟組織疾患。中心內亦有3名主治醫師精於超音波檢查，並獲得歐洲風濕病學會聯盟高級證照認證。

除以上優質團隊之外，為能有效了解風免疾病，了解疾病的終身進程，中醫大附醫風免中心針對曾於院內治療的風免疾病患者，逐一建立長期追蹤系統，至少每年完成一次病情調查。即使病患未再回診，亦持續以電訪方式完成調查。更導入風免疾病生活品質評量，定期評量病患生活品質，以符合全人照顧理念。而除與醫病共享決策相輔相成之外，更結合健保資料庫，進行效益分析，計算風免疾病之生活品質調整人年（Quality-adjusted life years，簡稱QALY），QALY不只考慮存活的長短，也同時考慮存活時的生活品質，兼顧研究及公共衛生貢獻。近來更運用AI影像辨識，推展間質性肺炎、甲床顯微鏡影像等精準影像辨識，協助醫師診斷風免疾病。2018年風免中心因在醫療、教育、衛教及研究方面的優異表現，獲得亞太風濕病學會聯盟頒發「卓越臨床中心」殊榮。

### 看診同時研究病況 風免醫師培育不易

而在榮耀背後，累積訓練超過60名以上專科醫師的藍忠亮語重心長表示，風濕免疫科其實很難，因為風免疾病難以診斷、治療，比起其他科系醫師，風濕免疫科的醫師更須要多想、多思考。也因為診斷困難，看診效率自然就不會高，相對收入也有限。也因此，藍忠亮更希望有更多喜歡研究的醫師加入風免科的行列，共同為風免患者建設找回健康的康莊大道。



Profile

藍忠亮



- 現職：**中國醫藥大學醫學系教授  
中國醫藥大學附設醫院院長室顧問暨風濕免疫中心主治醫師
- 學歷：**台北醫學大學 醫學士
- 經歷：**台中榮民總醫院醫療及教學副院長  
台中榮民總醫院內科主任、免疫風濕科主任  
中華民國風濕病醫學會理事長  
中華民國免疫學會理事長  
台灣風濕病關懷協會理事長  
美國約翰霍甫金斯大學醫院研究員、美國風濕病學院院士  
台北榮民總醫院主治醫師、內科住院醫師、總醫師
- 成就：**2013 中華民國風濕病醫學會第 1 屆大師獎  
2017 亞太風濕病醫學會聯盟大師獎第 1 名  
2017 臺中市醫療貢獻獎  
2018 台北醫學大學 學術成就類傑出校友
- 專長：**全身性紅斑狼瘡、急慢性關節炎、各種自體免疫疾病、內科醫學、免疫過敏醫學、免疫學特論、分子臨床免疫學

# 守護南屏癌患 推動癌症治療升級

身為南台灣第一家專攻癌症治療的大型醫院，義大癌醫院矢志為在地癌患提供最先進的醫療服務，免除患者奔波求醫之苦。

■ 文字／蘇福男 ■ 攝影／楊為仁

許多人是在父母期望下走上習醫這條路，**許**義大癌治療醫院副院長饒坤銘則是從小就立志要當醫生，而且在20年前當住院醫師時，就放棄選填熱門的腎臟科、心臟科，一心選擇當時被認為是不治之症的腫瘤科，意外的

是，如今癌症醫療發展神速，罹癌也不再等於宣判絕症。

饒坤銘回憶，20年前看到的肺癌病人，基本上都是第四期居多，病人很少可以活超過一年，「當時我們不會叫病人趕快治療，反而都



跟病人講說趕快去玩，想做的事趕快去做！」因為等到開始治療，病人生活品質會變得很差，沒有體力。

## 醫療進步 癌症不再是絕症

但這20年來癌症醫療進步飛快，饒坤銘觀察，「30年前讀的藥理學，包括高血壓、糖尿病、心臟病的藥，到現在都還在用，但癌症醫療就不一樣了，尤其最近這幾十年來進步神速。」

饒坤銘表示，20世紀從二次世界大戰到1990年代，癌症醫療都是以化學治療為主，1990末期開始標靶治療，以量身訂做的精準醫療，給病人適當的藥物，到2010年以免疫治療為主，標靶治療還是很重要，但免疫治療的角色也越來越重要。治療方式的換代更新，改寫了癌症治療觀念和方式，像是各種藥物的重組，例如把免疫治療跟標靶治療結合，免疫、標靶與化學治療三合一，甚至可以結合標靶、賀爾蒙治療，或是開發奈米級新藥等等，種種創新發展都讓癌症治療效果更好、副作用更少。

最近10年來進入免疫治療時代，不管是國內外或基礎醫學研究，癌症都是非常熱門的研究領域。饒坤銘強調，癌症逐漸變得像慢性病一樣，即使未能治癒，也能長期用藥控制，「所以現在看到肺癌的病人來，我們都會鼓勵他趕快治療。」

## 義大癌醫 守護南台灣癌患

義大癌醫院是南台灣第一家專攻癌症治療的大型醫院，創辦人林義守當初深感南台灣沒有一間以腫瘤治療為主的醫院，因此希望能建立一家以癌症為主體的醫院，來從事癌症的相關研究，服務南部病人。而原任高雄長庚癌症防



治中心主任的饒坤銘，在癌症基礎、臨床研究的專長深獲肯定，創辦人林義守特別禮聘他擔任義大癌治療醫院癌症醫療副院長。

義大醫院的病人主要來自台南、北高雄和北屏東一帶，饒坤銘分析，這一區的農漁民、勞工階層多，經濟狀況較差，癌症的發生率以頭頸癌居冠，口腔癌、舌癌比例也偏高；還有和酒精、香菸息息相關的食道癌，以及早年公衛做的不是很好，導致不少人因感染B肝、C肝而發展成肝膽癌症及胃腸疾病引起的癌症；另外還有可能與水質有關，泌尿道癌比例也比北部高，都是在地癌症分布的特徵。

饒坤銘門診時常發現，這一區的病人因為工作關係，不太有時間去注意身體健康狀況，也

## 關於義大癌治療醫院

創院：2015年9月義大癌治療醫院正式營運

規模：地區醫教學醫院，總床數507床，員工編制1,300人

門診量：22,000人次/月

特色：

1. 擁有先進檢查儀器與設備，如：第四代達文西機器手臂手術系統、640切電腦斷層掃描儀、3T高磁場強度MRI、直線加速器以及建造兩間結合術中電腦斷層掃描、術中血管攝影的複合式手術室。
2. 是衛生福利部首個核准「自體自然殺手細胞(NK細胞)治療第四期實體癌」的醫院，並且在「免疫細胞治療特別門診」提供民眾諮詢及解說治療計畫內容，達到醫療個人化、治療精準化的目標。



比較沒時間來看病，所以男性病人一來都已是晚期，而勞工階級的配偶不少是新住民，本身資源就不如都會區多，所以生病後對家庭的影響很大；另外很多老人家留在鄉村生活，但子女在外地工作，老人家就醫時常常看不到子女陪同，平常也沒人在身邊照顧，這都是醫療端常碰到的情況。

此外，癌症治療新藥，常受健保規範或申請時效限制，需要自費，饒坤銘發現這地區很多病人都沒保險，加上健保署南區的癌症健保給付遠比其他地區嚴格，導致病人用不到新藥，治療效果自然比較差，所以這幾年饒坤銘一邊看病，一邊力推病人要有保險觀念，因為不想常看到病人的無奈。

「我們有一個社區醫學部，很認真地在社區紮根，一方面推廣衛生觀念，一方面加強社區篩檢，更針對特定的族群以跨團隊的合作，進行嚴格的上下管制。」饒坤銘說，病人進來義大，會有個社工系統去支持他，像頭頸癌的病人，因為是菸酒、檳榔族，不僅頭頸癌，也很容易得食道癌，甚至是肺癌，所以義大也會安排胃腸科醫師做內視鏡檢查並持續追蹤，目的是針對高危險群做到早期發現、早期治療。

在癌症治療設備方面，饒坤銘表示，義大體系跟所有的醫學中心不相上下，癌症團隊包括內科、外科、病理、營養及復健；除了團隊完整外，今年也開始鑽研細胞治療領域，「跟高醫一樣，我們是算比較早做，提供更多醫療選

擇，另外還有一個精準醫療部門，因應標靶治療，加速病人盡快找到適用藥物。」

### 熱心公益 投入南屏癌症防治

平日忙於懸壺濟世，饒坤銘也不忘社會公益，他同時身兼「南屏癌症防治衛教學會」理事長，關於學會取名「南屏」，饒坤銘笑說，外界還一度誤以為這是佛光山的組織，其實「南屏」是有幾個意涵，包括要成為南部病人的屏障，而台北有陽明山，高雄則有半屏山，另外就是希望涵蓋的病人可以從台南到屏東，所以饒坤銘把「南屏」定義為一個地區性的學會。

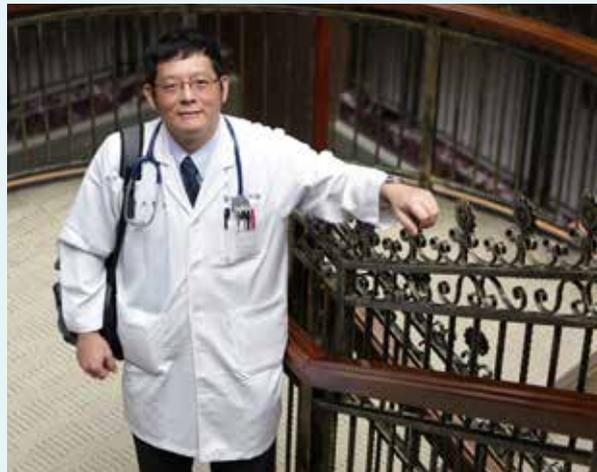
南屏癌症防治衛教學會於2017年成立，屬社團法人組織，採會員制，固定參加成員大概30~40位，每年約舉辦10場活動，最近每個月也開始辦小型讀書會。饒坤銘表示，成立南屏學會有幾個目的：第一是提升癌症照顧的專業人員專業度，希望能為對癌症照顧有興趣或實際參與的職業人員，打造一個可以汲取新知和共同討論的平台，所以不管醫師、護理師、營養師、藥師或個案管理師，都是學會邀請的對象，學會時常邀請在各癌症領域學有專精的醫師來演講，也力邀當地的腫瘤科醫師一起參加。因為癌症醫療進步太快，很難一個人去讀所有的書，所以利用讀書會、廣邀專家演講，一方面可以更新大家新的知識，另一方面也提供一個可以互相討論交流、共同進步的平台。

第二個目的是溝通醫護人員之間的感情，因為癌症病人常會在各醫院間遊走，過去可能會有不同團隊競爭意識，饒坤銘不樂見再這種情況，希望醫師們能利用學會這個平台認識彼此、互相溝通，讓區域內的病人都能受到一致的照顧。



Profile

饒坤銘



**現職：** 義大癌治療醫院癌症醫療副院長  
教育部部定副教授  
義守大學醫學院後醫學系專任教師  
高雄市南屏癌症防治衛教學會理事長  
中華民國癌症醫學會理事  
台灣乳房醫學會理事  
癌症安寧緩和醫學會監事

**學歷：** 中山醫學院醫學系學士  
長庚大學臨床醫學研究所碩士

**經歷：** 高雄長庚紀念醫院血液腫瘤科主任  
美國德州 M.D. Anderson Cancer Center 癌症  
分子暨細胞學系進修  
高雄長庚癌症防治中心主任

**專長：** 癌症基礎、臨床研究、乳癌、肺癌、胃腸肝  
膽癌

第三個目的則是行有餘力的話，就去做民眾衛教，希望能夠把一些癌症的正確衛教觀念帶出去，不過目前南屏癌症防治衛教學會還是以提升癌症照顧的專業人員專業度，為主要推展方向。

# 中山附醫 推動住院戒菸 成功率更高！

■ 文字／張萃芬 ■ 攝影／嚴偉達

「住院期間就要介入，這是我們成功的原

因」，中山附醫內科主任詹貴川榮獲台中市政府衛生局頒發108年度醫事機構二代戒菸服務競賽戒菸服務績優人員「醫師獎醫學中心組第一名」，過去病患戒菸成功率不到三成，在他領導的團隊努力下，目前戒菸成功率高達82%，成效耀眼。

詹貴川謙稱得獎有點莫名其妙，其實，這個「第一」絕非浪得虛名。中山附醫是全科動員投入戒菸，心臟內科及外科醫師高達98%都有戒菸認證，詹貴川分享如何讓病患成功戒菸的「眉角」。

## 戒菸難 歸納四大成功關鍵

第一個關鍵是，心肌梗塞患者從住院開始就介入，個管師從資訊系統掌握有抽菸史的病人，可提醒主治醫師並協助介入戒菸勸導。詹貴川說，住院病人因正值病痛中且無法在院內抽菸，此時勸他戒菸，病人接受度大且成功率高。

第二大關鍵是，讓病人擁有VIP尊榮感，戒菸病人回診時可由個管師協助看診流程，除了享有就醫方便性，還有個管師專人服務，會提升病患戒菸的動機。

第三個成功關鍵是，病人住院就配合藥品輔助戒菸。心肌梗塞病患除非有禁忌症，一律從住院起開始服用戒菸藥物，結果發現成效非常



好而且沒有任何副作用。

有些醫師擔心病人在住院時服用戒菸藥物會引起惡性心律不整甚至猝死而卻步。詹貴川表示，中山一年多來一百多位急性心肌梗塞戒菸病例的臨床經驗，除了將其阻塞的標的血管打通外，以戒菸藥搭配標準心肌梗塞藥物治療，除了病人接受度高之外，且沒有一個病人發生重大心律不整事件，證實藥物是非常安全的。

第四個成功關鍵，和詹貴川的個人魅力有很大的關係。詹貴川和病患互動很「接地氣」，擅長用病人說話的方式和他們溝通，病人講台語就跟著講台語，講江湖話也跟著話江湖，讓病人覺得「我們是同一國的」。

「吸菸是心肌梗塞的重要危險因子，大部份心肌梗塞患者急性發作時會有胸痛、冒冷汗，就像石頭、千斤萬擔壓在胸口，不舒服的感受非常深刻。」詹貴川強調，此時要病患戒菸，成功機率最大。

而猝死被心肺復甦術急救回來的病患，不曾



## 詹貴川

Profile



**現職：**中山醫學大學醫學院院長、附設醫院內科主任、心臟內科主治醫師

**學歷：**中山醫學大學醫學系學士、醫學研究所博士

**經歷：**中山醫學大學醫學系教授  
中山醫學大學附設醫院心臟內科暨心導管室主任

**專長：**心臟內科、狹心症及心肌梗塞、心導管檢查、氣球擴張術及支架置放術、心律不整及心律調節器置放術、高血壓、心臟衰竭。

經歷這個難受的過程，對戒菸「無感」，是最難戒菸的一群。詹貴川印象很深刻的是，一位從水里南投醫院轉院過來的60歲病人，被救護車一路CPR載到醫院，經心導管打通標的血管救活後，他還是「無感」，直到看了救護車上的錄影帶，才知道「原來這麼嚴重」。

### 菸=毒 光靠意志力難戒除

為什麼戒不了？詹貴川說，菸就是毒品，靠自己意志力戒菸成功的不到百分之五，一定要靠藥物、家人、醫生的幫忙才有辦法。

怎麼促使無感患者，起心動念成功戒菸？詹貴川強調，要靠家人的力量！當孩子說「你已經死過一次，不要讓我沒有爸爸！」時，無感的病人也會因為孩子溫情的呼喚，願意戒菸。

今年COVID-19疫情延燒，醫護人員也面臨極大的感染風險。詹貴川表示，受疫情影響，每一個步驟都要消毒，醫院曾經為了一個疑似個案需要插管，前後準備了4小時。目前疫情下，治療心肌梗塞的SOP也有所調整，對於COVID-19確診案例合併心肌梗塞，若其生命跡象仍穩定，會先用藥物治療，打血栓溶解劑，不做導管，減少醫療人員風險，疑似個案則先篩檢，觀察生命跡象，先用藥物治療，情況不穩定再介入。他也趁這波疫情，苦口婆心勸病人戒菸，因為抽菸最常見的症狀就是咳嗽，若病患在此波疫情當中心肌梗塞發作又有咳嗽，急診醫療人員可能會先做COVID-19篩檢，治療的黃金時間恐會延誤。

### 菸傷肺 更是心血管殺手！

很多人以為抽菸只有傷肺，其實抽菸更傷心！詹貴川碰過年僅19歲的心肌梗塞病人，從國中開始天天躲在房間邊打電動邊抽菸，19歲第一次發作，血管放了一根支架，21歲第二次

發作又做了一次心導管。

「抽菸是心血管最大的殺手！」詹貴川強調，戒菸成功後，心肌梗塞復發的機會可減少三倍以上。他將彙整一百多例心肌梗塞病患住院戒菸成功的相關資料發表論文，讓全國醫師了解戒菸藥物的安全性，可望成為新的治療指引。他也希望藉由心臟科的經驗，進一步推廣到腦中風、糖尿病患者，利用住院期間配合藥物戒菸，減輕戒斷症候群，成功率會更高。

拿到第一名之後，下一個目標是什麼？詹貴川笑說：「當然是持續拿第一啊！」除了繼續推廣戒菸觀念，也希望進一步落實「初級預防」，不要讓青少年染上菸癮。讓國人吸菸率下降，戒菸成功率升高，降低醫療成本，保障國人健康。

# 臺中榮總戒菸治療管理中心

## 跨科整合、就地戒菸，渥太華模式在地實現

■ 文字／黃秀美 ■ 圖片／傅彬貴醫師提供

為保障國人健康，積極處理新興菸品無法可管的亂象，衛生福利部已提《菸害防制法》修正草案，並於2020年10月20日報請行政院審查，把新興菸品納入修正重點，將禁止電子煙的製造、輸入、販賣、供應、展示、廣告；加熱菸則納入菸品管理中。

2020年4月首開電子煙特別門診的臺中榮民總醫院戒菸治療管理中心主任傅彬貴醫師說，「席捲全球的COVID-19已感染超過6千萬人，並造成百萬人死亡。而一項由史丹佛大學醫學院發表在《青少年健康雜誌》、囊括4千多位13

到24歲青少年的研究顯示，曾使用電子煙的青少年比沒有使用電子煙的青少年被感染新冠肺炎的可能性要高5倍。而同時使用紙菸和電子煙的青少年，被診斷出感染新冠肺炎的可能性，更爆增近7倍。」

### 不戒菸，治病效果大打折扣！

在台灣，電子煙也是近年相當受到歡迎的新興煙品，即使國內新冠肺炎疫情相對穩定，仍應居安思危。臺中榮總開立電子煙特別門診，也是為了提醒民眾，有些電子煙的尼古丁量，並不低於傳統紙菸。不管是吸傳統紙菸或電子煙，都建議及早戒除。

時任臺中榮民總醫院（現調任台北榮總院長）許惠恒院長也強調，「戒菸是醫師的使命，我們認為戒菸跟治療一樣重要。以糖尿病為例，就算血糖控制得很好，如果糖友繼續吸菸，還是會增加急性心肌梗塞的機會。光是持續吸菸，就足以摧毀我們所有的努力，前功盡棄。今年新冠肺炎全球肆虐，一旦吸菸者罹患新冠肺



炎，也會增加重症、死亡的機率。防疫要提前佈署的其中一個重點，就是要早早戒菸。」

而今年48歲、菸齡30年的鄭先生，原本每天吸20支的紙菸，曾嘗試用意志力戒菸沒有成功。有次聽到牌友說：「改抽電子煙可以戒菸。」信以為真，卻買了更多口味，像是水蜜桃、烏龍茶的菸油，愈吸愈多。連胸悶、頭暈、咳嗽的現象都出現了。直到半年前陪爸爸到臺中榮總看泌尿科，無意間接觸到戒菸海報，決定再給自己一次機會。在接受戒菸衛教、開始服用戒菸藥物後，才成功戒除跟了他30年的重度菸癮。

### 跨科整合的渥太華戒菸模式

傅彬貴說，「戒菸治療，就是成癮治療。每個人都知道吸菸不好，卻又擺脫不了香菸的誘惑。許多吸了20、30年的民眾之所以戒不了菸，就是因為成癮了，被尼古丁控制，無法自拔。當民眾有強烈意願想戒菸時，適時給予專業支持，運用戒菸藥物紓解尼古丁戒斷症狀，有助順利度過戒菸痛苦及戒菸失敗危機。」

中榮於2020年成立戒菸治療管理中心，就是希望打破只有少數人在做戒菸，經由跨科整合、人員入駐，提供全院一個方便的戒菸轉診平台。最大的改變是在戒菸的醫療服務流程上，不再局限於開戒菸門診被動等民眾上門來戒菸，而採取與國際接軌的渥太華戒菸模式。

只要是民眾來求醫時的疾病是跟吸菸有關，就會直接在病歷上註明，並讓各專科醫師取得戒菸證照，運用長期建立的醫病關係，直接在門診時提供戒菸服務，把戒菸服務內化在每一次疾病照護的常規流程內，幫助病人戒菸。

當民眾擔心新冠肺炎疫情，或因肺阻塞、心肌梗塞、中風有動機、有戒菸需求時，可透



Profile

傅彬貴



**現職：**臺中榮民總醫院戒菸治療管理中心主任、呼吸加護病房主任、重症醫學部主治醫師

**學歷：**中國醫藥大學醫學博士  
國立台灣大學公共衛生博士

**經歷：**臺中榮民總醫院內科部、呼吸治療科主治醫師

臺中榮民總醫院醫務企管部副主任

**專長：**戒菸、肺阻塞、哮喘。

過主動辨識，積極地介入，讓戒菸服務變得更簡單方便。只要民眾有意願，也能同時得到戒菸衛教師的協助，透過LINE群組持續追蹤、提供支持，確保戒菸成功。知道很多民眾會擔心戒菸後發胖，也納入體重監控、營養師減重服務。

中榮院內資訊系統的戒菸儀表板，能直接呈現全院即時戒菸動態，把戒菸融入全院的每個角落，一層層往下扎根、穩紮穩打提升戒菸參與人數、追蹤跟成功率。

# 亞東醫院 推動心血管病友戒菸有技巧

■ 文字／黃秀美 ■ 攝影／黃菁慧

**根**據衛生福利部國民健康署「2018年國人吸菸行為電話調查」最新結果顯示，新北市吸菸率13.6%高於全台吸菸率的13%，同時也是六都中（台北市、高雄市、新北市、台中市、台南市、桃園市）吸菸率最高的直轄市，而鄰近的台北市及桃園市吸菸率分別是8.1%及10.6%。

亞東醫院心臟血管內科主任吳彥雯醫師說，「新北市是六都中最愛吸菸的城市，有些民眾來看診時，菸就放在胸前的口袋裡，以往我們會在口頭強調要戒菸，但心態上多少覺得戒菸

是病人的事。許多年輕勞工也會說，工作時需要吸菸提神。但只要不戒菸，就算我們緊急心導管手術作得再成功，病人就又会像被一雙無影手再度拉回病榻。」

## 遠離「心病」危機 先從戒菸做起！

「自從中華民國血脂及動脈硬化學會開設戒菸治療醫師核心課程後，亞東醫院20多位心臟科醫師，都已經完成戒菸線上課程的學習，第二波又送衛教師、專案管理師、專科護理師，去上戒菸的課程。心血管中心便設置獨立的戒





Profile

吳彥雯



**現職：**亞東紀念醫院心臟血管中心暨心臟血管內科主任、陽明大學醫學系教授

**學歷：**台大醫學系學士、台大臨床醫學研究所碩士、博士

**經歷：**日本京都大學／北海道大學核醫學分野研究員、台大醫院心臟內科暨核子醫學部主治醫師、亞東紀念醫院核子醫學部主治醫師、心臟血管醫學中心副主任

**專長：**心臟血管、核子醫學造影、正子掃描、心血管功能及分子影像

菸衛教室、戒菸衛教師，診區也有衛教短片，大家一起打團體戰，根據個別的病情做建議，戒菸成功率會比較高。」

「心臟一旦出問題會致命，大家都會比較在意。很多心血管疾病的危險因子，都是吸菸。患者的戒菸動機強，成功率高。我們會花3到6個月的時間跟民眾搏感情、慢慢磨。像是在做常規心導管時，趁著還在住院中、準備出院時，就開始溝通如何使用藥物來緩解戒菸的不適。」吳彥雯說，民眾當然會關心用藥的安全性，她常常開玩笑地說，戒菸藥是短期治療的有期徒刑，只需要用一段時間，如果能夠成功戒菸，可降低心血管疾病致命風險，同時減少心血管疾病的長期用藥量，一舉數得。

若是經歷急性心肌梗塞這類危及生命的重大心血管事件後，大多不太會馬上再吸菸，可以在住院時，先做戒菸衛教，出院回診時，再討論有沒有復吸，等他病情穩定，1個月、3個月、6個月回診，還沒認真戒菸時，就要積極遊說。

有位40多歲，菸癮10幾年的中年男性，本身微胖，有高血壓、高血脂，因工作交際需要，每天會吸半包到一包菸，第一次做心導管放支架後，曾短暫戒菸，半年後復吸，又再次放支架。等到第三次突然胸痛、血管痙攣，差點踏進鬼門關，才下定決心服用戒菸藥戒菸，目前已經成功戒半年。這類病人要戒菸得下很大的決心，需要被激勵，我們要大大肯定他的改變，鼓勵他規律運動及飲食控制、維持身材、培養好的興趣嗜好，生活模式也要一併改變。

而有些比較固執的病人，明明已經生病，還拚命想吸菸，這時一定要把家人拉進戒菸計劃中。吳彥雯有一位病人是退休警察，人很瘦、有高血壓，自覺不胖「應該不是高危險群」；因有肌少症，體力不佳，懶得爬樓梯，常常使

喚太太下樓幫他買香菸，吳彥雯就跟全家人溝通好，大家都不要幫他跑腿，家人一起支持他戒菸，才有機會打造居家無菸環境。

### 追求酷炫？電子煙成為年輕人新時尚

真的開始幫民眾戒菸，就發現有些年輕人本來不吸菸，是因為覺得吸電子煙又酷又炫，追隨時尚潮流才開始嘗試。也有新手爸爸怕香菸會影響寶寶的呼吸道健康，誤以為吸電子煙可以戒菸，就改吸電子煙。或是曾經運用意志力戒菸，一復吸，就覺得戒菸是不可能的任務，完全失去動力，自我放棄。

所以成功戒菸的確不容易，透過專業協助，包括戒菸藥物的輔助，才能提高成功機率！

# 柳營奇美醫院 醫師熱誠造就戒菸服務成果

■ 文字／黃秀美 ■ 圖片提供／柳營奇美醫院

**戒**菸服務，沒有師徒制，往往是靠自己慢慢摸索，每個人的作法，都不太一樣。如果你沒有戒菸團隊，憑著一股熱誠，單兵作戰，你會怎麼做呢？

謙稱戒菸服務是邊做邊學，能得到2019年戒菸服務王區域醫院組個人銀獎，也是「無心插柳，柳成蔭」的柳營奇美醫院心臟內科主治醫師黃琮鑽醫師，目前並沒有自己專屬的戒菸團隊。

黃琮鑽醫師不諱言，「專科醫師在門診時，多做戒菸治療，並沒有額外的諮詢費，老實說CP值很低。」會投入戒菸服務，主要是因為在心臟內科，醫病之間的關係很緊密，當病人

放完心臟支架，病情較穩定後，如果還繼續吸菸，有可能讓好不容易控制的病情，再出現變數，即便轉診到戒菸門診，但病人有沒有去戒菸門診，也很難掌握。

黃琮鑽醫師心想：即然已花時間上了戒菸服務訓練課程，拿到戒菸執照，就開始戒菸治療吧！看到老病人能順利戒菸成功，生活變得更健康，家庭變得更和樂，也是另一種成就感。

## 幫病友找到戒菸動機

不過，就算明知菸對心、腦血管是很大的傷害，有吸菸習慣的人還是想滿足菸癮；尤其戒菸時往往會變胖，產生的戒斷症候群會很不



舒服，甚至影響日常生活作息，是很痛苦的過程。所以，戒菸動機不夠強，吸菸者可以找到一百個、一千個不戒菸的理由。

因此，黃琮鑛醫師是以平常心，抱著社會公益、社會宣傳、知識傳播的心情來維持對戒菸的熱誠，並且善用各種小故事去說服不同情境的民眾「我們開始來戒菸吧！」

例如很多人擔心吸菸會影響孩子、家人，所以先引發「為愛戒菸」的動機，才更容易成功。有位中年建商，自覺是鐵打的硬漢，身體好得很，平常菸酒不忌，有次卻因急性心肌梗塞，差點就此天人永隔。做完緊急心導管，病情轉危為安後，還在念小學的小女兒，在他病床前淚汪汪的說，「爸爸以前叫你戒菸，你都不肯戒，現在都病成這樣了，那以後要怎麼看我結婚，牽我進禮堂？」出院後，再回門診，主動表示：「黃醫師我答應小女兒，要認真戒菸了。」

「下定決心戒菸是很不容易的事，家人的愛與鼓勵，可以引起強烈的動機。只要他願意，我們要多讚美他所做的一切努力與付出。」黃琮鑛醫師表示，戒菸藥物的進步，對於醫師協助病人戒菸，也是一大助力。但不只是光開藥，給藥當下的解釋、門診跟戒菸成功後的持續追蹤，都很需要戒菸個管師的協力幫忙，讓戒菸不再是病人自己單打獨鬥，光靠個人意志力奮戰的過程。

開始戒菸後，病人會直接感受到一氧化碳濃度、肺功能、呼吸、菸喘的改善，談吐間的菸味少很多，對個人形象也有加分，這些好處都有助於堅定持續戒菸的決心。

## 吸引人才投入戒菸服務

「說實話，戒菸服務的含金量太低，春燕還



Profile

# 黃琮鑛



**現職：**柳營奇美醫院心臟內科主治醫師

**學歷：**成功大學醫學系

**經歷：**奇美醫院心臟科資深研究員

郭綜合醫院心臟內科主治醫師

日本埼玉醫院冠狀動脈慢性阻塞治療進修

**專長：**心悸、胸悶、胸痛、心絞痛、心律不整。

沒到。」黃琮鑛醫師表示，台灣香菸取得的管道太多太容易，雖然台灣菸價已經比以往高，但相對歐洲的菸價，還是太便宜了。偏低的菸價會讓吸菸人口下降得很緩慢；此外，近來電子煙在青少年族群受到前所未有的歡迎，又是另一個隱憂，也代表我們未來可能得付出高額的社會健康代價。

要扭轉這個現況，絕不能只靠醫事人員對戒菸服務的熱誠。提高菸捐、拉高菸價，並把菸捐直接用在戒菸的推廣上，才有擁有更多資源，讓更多優秀的人才，願意投入專業的戒菸服務來幫助更多的民眾成功戒菸。



家人常是筆下主角，在筆畫色彩中，深切感受到方志元與太太伉儷情深。

## 拿起畫筆 尋回靜心

因為家庭變故棄畫從醫，高雄長庚醫院心臟內科主治醫師方志元在38歲再度拾起畫筆，在彩色世界中找到紓解行醫壓力的管道。

■ 文字／小太陽 ■ 攝影／張忠義

「每位病人都是我的VIP。」高雄長庚醫院心臟內科主治醫師方志元是病人心目中的好好醫師，看診仔細有耐心，一個初診病人可花上15至20分鐘，複診至少也花上5分鐘，行醫近30年的他，熱忱絲毫不減，至今依舊輪值醫院24小時心導管的班，只要是對病人好的事，再辛苦、遇困難他都勇往直前，而在

工作之餘，作畫，就成為他渲洩壓力的出口。

方志元曾在2008年獲選為《商業周刊》百大名醫，也曾在《良醫健康網》近4萬名網友選中，得到「心臟內科」第一名好醫師的評價，但外界不知的是，這位名醫其實自小志願是當一名畫家，因為家中突逢喪父的變故，才讓他改變志願成為披上白袍的醫師。

## 家庭變故 棄畫從醫

方志元是台南人，自小就展露對繪畫的興趣，他說，因為小時候成績好，都是班上一、二名，因此，在小學二、三年級時，他向父母爭取去學畫畫，知名版畫大師林智信是他的啟蒙老師，「我還記得我是在永樂街一家信用合作社樓上學畫，一開始學的是水彩、版畫。」

方志元說，那時大家經濟能力都不好，要擠出閒錢讓孩子學畫畫，是很難得的事，他也特別珍惜學畫的時光，讀台南忠孝國中時，他還曾得過全省繪畫比賽第二名，從畫畫中得到快樂與成就感，讓他從小的志願就是成為出色的畫家。

上了台南一中後，方志元繼續朝著成為畫家目標前進，第一志願一直是師範大學美術系，直到高二那年寒假，突如其來的家庭變故改變了他的人生軌道。

「那年我17歲，我記得那時快過農曆新年了，爸爸和我一起去高雄新崛江辦年貨、買新衣，爸爸騎著機車載著我，從台南家中出發，但騎到路竹到岡山路段時，印象中老爸的機車擦撞到一旁大貨車，接著我們就摔車了，我翻了幾圈起來，看到爸爸倒在路邊，頭破了、腦漿流了出來，送醫還是回天乏術。」

方志元說，那年家裡是在愁雲慘霧中渡過農曆新年，爸爸生前鼓勵他朝興趣發展，除第一志願是師大美術系，第二志願就是成功大學建築系，因為爸爸是從事建築業，建築也與設計、美學有關，可是爸爸突然撒手人寰，家中頓失經濟來源，哥哥也大他一歲而已，下面還有年幼的弟弟與妹妹，四個孩子都在讀書，「那時我就知道不可能再畫畫了。」



方志元說，那時媽媽告訴他，「你要好好唸書，看可不可以改變家中環境。」而當醫師是個可以翻轉家中環境的職業，因此高一與高二上學期都攻文理組的他，在高二下學期，改成丙組，而原本當家庭主婦媽媽，也開始出來工作，從工地小工做起，挑磚、搬土，一肩扛起家中生計。

## 屈從現實 翻轉家境

但畢竟半途轉攻志願是不容易的，文理組數學與丙組數學準備方向也不同，方志元說，他第一年沒有考上醫學系，考上的是師範大學生物系，「我那時有點心動，盼望入學後再參加轉系考，一樣可讀美術系，我對繪畫熱情還在，師大畢業後當老師，也是份穩定收入。」但冷靜下來後，方志元仍屈就現實面，看到媽媽如此辛苦，弟妹都還年幼，當醫師較有可能翻轉家中環境，他隔年重考考上中國醫藥醫學系。

方志元就讀醫學系7年期間，多數學費是靠



Profile

## 方志元



**現職：**高雄長庚醫院心臟內科副教授、心臟內科主治醫師

**學歷：**中國醫藥大學醫學系

**經歷：**高雄長庚醫院心臟內科加護病房主任  
中華民國心臟學會預防委員會前委員

**專長：**一般心臟學、心導管檢查、先天性心臟病、結構性心臟病、複雜性冠狀動脈介入性導管、慢性阻塞性病變等。

助學貸款支應，一畢業欠了教育部幾十萬元學費，後來當上住院醫師後才慢慢還清，他也是在當住院醫師第一年申請到高雄長庚服務，因為跟著一位胸腔科王醫師查房，輾轉認識當時阿公正在高雄長庚醫院住院的黃虹真，兩人一年多後結為連理，並生了一對可愛子女。

在高雄長庚醫院行醫初期，方志元尚未重拾畫筆，有一回心導管室內一名技術員的先生，告知他醫院內有美術社，你會畫圖為何不重拾畫筆？

### 年近四十 重拾畫筆

那年方志元38歲，整整20年沒畫了，不過，

底子還在，開始利用每周五晚上在長庚美術社，與沈欽銘老師學畫畫。方志元周五下午有門診，常是看診看到快晚間八點時，隨便扒兩口飯，就趕去美術社畫畫，問他這樣不會太辛苦嗎？方志元強調：「不會，畫畫可以讓我紓緩疲憊、渲洩壓力。」

方志元說，心臟內科工作需做介入性醫療，面對心肌梗塞病人需分秒必爭搶救生命，心導管做不成功，病人即可能死在手術台上，繪畫對他而言，是紓解壓力的方法，畫畫可沈澱心靈，必須心定下來構思，呈現在畫作，「我一周最輕鬆時刻就是畫畫時間，一周累積的疲憊在周五畫畫過程中得到渲洩。」後來他的一對兒女，也跟著方志元一起學畫。

訪談過程中，方志元展示一幅重拾畫筆後一年的畫作，畫中女主角是他的妻子黃虹真，走在香蕉園裡。他日後的畫作，有很多是以妻子、兒女為主角，他說，這些人物畫作，可留給子孫，讓晚輩敘說這就是我阿祖、阿嬤等，讓他們知道祖先的模樣。

### 不悔行醫 盼將醫療情景入畫

回首來時路，方志元說，若能重新選擇，他還是會選擇當醫師，他說，若是當畫家或老師，他的生命可能就局限在畫畫裡，以賣畫維生，但當醫生再畫畫，他會很珍惜難得的畫畫時間，呈現出來作品是不一樣的，畫畫豐富他的人生，接下來，他還準備將病人與醫療環境入畫，「這種畫是一般畫家難以表達的，我可以看到醫療真實面，再將情境融入畫中。」

「我有幾個讓我刻骨銘心的病例，令我深感救人是救一個家庭。」一位是他當主治醫師第四、第五年時，有位心肌梗塞、到院時休克的40歲男子，他為男子從急診一路按壓CPR到心



導管室救活，在心導管室時，男子的太太和兒子都跪在門口，哭著求他把男子救回，說到此時，方志元眼眶泛紅，他說，這名男子現在已當祖父，且是高雄有名的糕餅師父，不時拿著家中糕餅送他，「每當我吃到甜甜糕餅，就甜在心裡，真好，我救了這個家。」

另一位讓方志元印象深刻的是名18歲正修工專學生，打籃球時因冠狀動脈剝離心肌梗塞送到長庚，他緊急為這名學生做心導管置入支架，現在當年的年輕學生已是40多歲中年人，孩子都上國中了，還在他的門診固定追蹤。

方志元矢志給病人最好的，例如除非缺貨，否則開藥必開原廠藥；問他這樣醫院不會給他壓力嗎？「當然有壓力！」方志元不諱言，高層有時會請喝咖啡，請他寫報告說明藥費高的理由，「那就寫報告呀！」他瀟灑地回應，而這些壓力，也在繪畫過程釋放，「我不會像有

些醫生會遷就，我就是照自己想法去做，勇敢做自己。」

### 樂於分享 專業技巧不藏私

此外，方志元也樂於分享專業，他喜歡演講、到他院做示範教學，「全台十幾年前特殊技術、血管鑽石研磨術、心房中膈關閉術，大多是我去教，我喜歡教人，醫院也曾有雜音，也要我寫報告，那就寫呀，教人有什麼不對，教會更多醫生可以救更多人。」而且在教學投影片中，他不時會夾上自己最新畫作，讓年輕醫師學專業技術之餘，也能看到他最新畫作，也是另一種成就感來源。

行醫讓方志元得以濟世，而畫畫則豐富方志元的生活，他會繼續救人與繪畫，不論在手術室或畫室，唯有心情平穩沈靜，才能創造最好的結果。

# 臺大醫院雲林分院 把醫療沙漠變綠洲

■ 文字／徐文媛 ■ 攝影／嚴偉達

**談**起與臺大醫院第一家分院雲林分院的緣份，黃瑞仁院長表示，開始於2004年7月底，即將接任總院院長林芳郁教授的一通電話，要他接下副院長並兼任心臟血管醫學中心主任的任務。

當時林芳郁院長在電話中說，雲林近70萬人口，卻沒有一台心導管儀器，民眾一旦有心臟疾病就得北上南下奔波就醫，可說是和死神賽跑！因此臺大醫院接手署立雲林醫院的第一個重點就是建立心臟血管醫學中心，肩負及時救

命重任，希望黃瑞仁南下帶領團隊，建立全雲林首座心導管室及開展心臟手術醫療服務。

## 破年度千例心導管「冠脈介入治療」

從零開始，當然是件不容易的工作，離開熟悉的環境，更需要家人的支持。當時44歲的黃瑞仁，正值醫療生涯黃金期，他和太太都是嘉義人，更都是基督徒，能回雲嘉服務符合夫妻倆的宗教信仰；而太太也主動表示自己工作較有彈性，可接送小孩，小孩的教育及家庭生活



黃瑞仁鼓勵同仁參加社團，透過共同興趣，讓工作伙伴的緣份升級為一輩子的朋友。

不會有問題（當時兒子小學4年級、女兒幼稚園大班）。

在妻子的支持下，黃瑞仁得以無後顧之憂的走向雲林，六年副院長任滿後，回總院、金山分院服務，2016年再度接下臺大醫院雲林分院院長重任。和雲林的緣份一結就是十多年，無論走在院內院外，時常都會遇到在地鄉親主動招呼一聲：院長好！

時間拉回2004年10月，剛上任的黃瑞仁在11月15日台灣大學校慶日開始第一例心導管檢查，當時年輕的心臟內外科主治醫師已就位，11月16日首度開心手術，12月1日第一例急性心肌梗塞緊急心導管治療，從此16年來，心導管室365天全年無休，守護雲林鄉親心臟健康。

2016年接任院長後，心臟血管團隊成員從6位陸續增加到13位專任心臟內科、4位心臟外科及1位小兒心臟科主治醫師；人力增加，服務量也逐年上升，去年心臟支架架設突破一千例，今年累計至11月15日已突破去年數字，和臺大總院3間心導管室、一年約1,500例相較，可以想見雲林分院這一間心導管室有多忙碌。

更重要的是，在數字背後，代表有多少生命被挽回。

2006年雲林分院滿二周年時，即舉辦心臟血管國際學術研討會，吸引了365位貴賓出席，盛況空前，肯定當時在心臟血管照護領域，雲林分院已成為「中台灣的臺大醫院」。

### 吸引人才到位 從營造醫院魅力開始

2010年暫別雲林分院，2016年黃瑞仁再度回歸，接任院長一職，肩上的責任更重了。

黃瑞仁表示，從臺大接手署立雲林醫院、改制為臺大醫院雲林分院以來，招募人才始終是最大的挑戰。他語重心長的說：「醫師要從台



致力於打造幸福職場，黃瑞仁期望同仁能與醫院共同成長。

北到雲林，是一條非常遠的路。」當時林芳郁院長因此訂下總院住院醫師升任主治醫師必須到分院服務2年的制度，黃瑞仁說，這是一項「非如此不可」的決定，醫師們抱著不得已的心態、來來去去的現象也可以想像。但也有許多人在雲林生根，「院內統計，有40%的醫師待在雲林分院超過5年。」黃瑞仁常說，這些醫師正是臺大可以在雲林站穩腳步的重要力量，他也強調，同為總院訓練的醫師，大家的專業能力都沒問題，只是每個人有不同的生涯規畫考量，可以看到願意留在偏鄉服務的醫師，特別擁有為病人服務的熱忱及奉獻的信念。

比城市魅力，雲林不如台北，但黃瑞仁相信，營造醫院魅力，吸引人才留下，是可以努力的。就任院長4年來，黃瑞仁致力於建立「讓醫師能充分發揮的環境」，不遺餘力支持同仁進修，包括1-6個月短期或長達1-2年的出國觀摩、學習最先進的治療技術或醫學研究；原本希望主治醫師在分院2年期間專心醫療服務，暫停博士班進修（內部形容為禁博令），黃瑞仁在盤點人力相對充足後也決定取消，更提出鼓勵政策，提供服務滿4年的醫師進修臨床醫學研究所或臺大公衛學院碩士在職專班，提供比



斑駁的宿舍圍牆變身藝術牆，以「雲林豐盛母親之河」為主題，悠遊的彩色小魚充滿生命力，找一找，有些小魚是醫院主管手繪的哦！

總院更優惠的學費補助。

更重要的是支持醫師發展特色醫療，黃瑞仁相信：「醫療專業做得夠好，你在哪裡都會被看見。」

例如分院副院長、心臟內科林昭維醫師，是在雲林升任主治醫師、升等教授，在地深耕16年，和分院共同成長，總院數度教職缺有意聘任，林昭維醫師仍選擇留下。還有眼科王律鈞主任專攻高難度視網膜手術，骨科林鎮江主任擅長的脊椎外科、關節病變及人工關節重建手術，不計成本投資可放大70倍的顯微鏡支持整形外科林穎聖醫師執行「淋巴靜脈吻合手術（LVA）」。

黃瑞仁自信表示，雲林分院的醫師擁有「臺大總院等級」能力，而上述幾位醫師在其專長領域甚至值得總院醫師來學習。

「來到雲林不等於龍困淺灘，端視自己能發揮多大能量！」雲林分院的努力，也的確被同仁看見。今年黃瑞仁破天荒接到許多總院培訓的年輕醫師透過email、電話，主動詢問來分院

服務的機會，完全不同於過去的「被分派」情境。今年延攬新進主治醫師32名，是分院改制以來最多的一次，主治醫師達到17年來最高峰共199名。人才的取得、留任及培養，仍是雲林分院的重要挑戰，但黃瑞仁相信，臺大雲林建立了良好的制度及文化，醫師個人及醫院的發展已形成共生雙贏的善循環。

### 發展特色醫療 提供醫學中心級服務

「我們跨過濁水溪，就是要展現臺大醫院的醫療價值。」黃瑞仁的理想，是讓雲林分院成為「民眾最信賴的大學醫院」，實現這一句話，背後兩大重點：一是肩負起急重難罕症的治療，充實研究能量以提供醫學中心級的醫療服務；二是教育傳承，黃瑞仁認為臺大身為教學醫院，帶領年輕醫師、樹立醫療典範是前輩的天職。

在醫療特色上，雲林是全台排名第二的高齡化縣市，僅次於嘉義縣，臺大醫療體系發展高齡長照服務規畫，都會區由位於台北市的北護分院主責，非都會區就是雲林分院為臨床服務場域，目前正努力爭取於雲林設立高齡醫學暨健康福祉研究中心。

「我們和縣政府長青食堂合作，結合在地基層診所醫師駐點服務，阿公阿嬤在食堂用餐之餘，可透過寶貝機視訊提供醫療諮詢。」黃瑞仁解釋，寶貝機除了和醫師視訊，還可測血壓、體脂、握力、行走速度等個人資訊，長輩們還可和食堂同伴比較，增強追求健康的動力；若駐點醫師判斷需要進一步治療，就轉介到雲林分院。這套服務模式由劉宏輝副院長帶領，名為「阿波羅計畫」。黃瑞仁形容：「各地區長青食堂和基層診所就像阿波羅火箭，臺大醫院雲林分院就是call center休士頓總部。」這項計畫也榮獲今年TCSA台灣企業永續獎—醫



Profile

黃瑞仁

院HSR永續方案「金級」的肯定。

另外，為照顧就醫困難病患的慢性傷口，推出的智慧遠距傷口照護，也獲頒醫院HSR永續方案「銅級」肯定。「傷口照護聽起來是件小事，但對臥床病人來說是很大的痛苦。」黃瑞仁說，有些住在長照機構的住民因長期臥床，傷口不易照護，甚至深可見骨，為了到醫院清傷口可能得花3小時來回車程，極為不便。因此醫院培訓3名傷口照護師，和整形外科張惠琇醫師每周訪視機構照護病患傷口，並利用智慧傷口分析儀器即時上傳資訊到長期照護中心進行傷口評估，必要時拍攝傷口影像，與整形外科醫師遠距雙向溝通，解決病患痛苦。這項計畫獲衛福部支持，黃瑞仁也為整形外科同仁懷抱熱情，投入不賺錢的服務而感動，希望未來類似服務能推廣到全台各地，造福更多病患。

兒童心臟病篩檢是另一大亮點。「我們只有一位兒童心臟科醫師，無法服務到全雲林國小。」黃瑞仁說，結合台灣廠商開發的電子聽診器，指導校護在特定部位錄下心音，並做標準12導程心電圖，上傳雲端資料庫，再經由網路邀請，有3位小兒心臟科醫師加入計畫，分工合作判讀，共篩檢一千多例，其中有20幾位需要到醫院進一步檢查，最後也的確找到幾例患有先天性心臟病。

### 善用科技力量 為醫療難題找答案

以上只是雲林分院眾多醫療亮點的一小部分，但很明顯的傳達出善用科技力量的新世代醫療。背後靈魂人物不只是兼任遠距醫療中心主任的馬惠明副院長，也來自黃瑞仁院長的支持。

「我自己也學到很多遠距、網路、雲端、社群等新知識。」黃瑞仁說，像是透過網路招募小兒心臟科醫師，就是他沒想過的辦法，網路社群動員力令人印象深刻。「這次面對新冠疫



- 現職：** 台大醫學院內科教授  
台大醫院雲林分院院長  
台灣大學雲林分部籌備小組召集人  
中華民國重症醫學會理事長
- 學歷：** 台灣大學醫學院醫學系畢業  
台灣大學醫學院臨床醫學研究所博士  
台灣大學管理學院高階管理碩士
- 經歷：** 日本北九州市小倉記念病院循環器科介入性心臟學研修  
美國波士頓哈佛醫學院附設布里格翰醫院心臟血管基因體中心研究員  
台大醫院雲林分院副院長  
台大醫院內科部加護病房主任  
台大醫院內科部心臟血管科主任  
台大醫院金山分院院長
- 專長：** 內科學、心臟血管醫學、超音波學、心導管術、加護醫學、基因體學。
- 榮譽：** 台灣振興醫學基金會優秀論文獎  
歐洲及美國心臟學會專家會員  
108 年度台灣醫療典範獎



為精神病友打造的療癒花園，透過園藝工作紓解壓力，旁邊的「悠哉小舖」也提供病友更多元的職能復健訓練。

情，我們也善用了科技工具。」黃瑞仁舉例，除了用電子聽診器，及時傳輸病人各項數據到中央護理站，達成以最少醫病接觸，充分掌握病人狀況的目標；也使用喉頭麥克風，解決穿著防護服溝通不便的困擾。

2020年3月，有9人確診的奧捷旅行團中，一對染疫母女就送往雲林分院治療。黃瑞仁表示，醫院一開始就設定詳盡的SOP，馬惠明副院長每天安排一位資深護理同仁，負責確認每一位進入隔離病房的同仁做好防護措施才放行，黃瑞仁則下令插管要由資深主治醫師執行，因為那是感染風險最大的一刻，果然到插管的危急時刻，資深醫師心靜手穩，不到5分鐘就完成。

其間染疫母女一度病況危急，沒有糖尿病的兩人血糖曾飆高到600多，「代表體內對抗病毒的戰況激烈！」黃瑞仁表示，能救回這對母女，是雲林分院醫療能力的展現，更重要的是，在照護期間進出人員近300人次，包括清潔人員，沒有一個人離職、感染。黃瑞仁充滿自信的表示：「成為醫學中心是我們的目標，這次疫情的表現，我相信我們已經證明自己是醫學中心等級。」

### 融合而非壟斷 建立在地醫療網

臺大醫院雲林分院是在地唯一重度級急救責任醫院，2019年4月罕見疾病中心成立，急重難罕的醫療拼圖終於完整。黃瑞仁表示，根據

行政院主計總處統計，去年台灣本島平均家戶所得最低的縣市就是雲林，罕見疾病用藥雖然有補助，但要到外地拿藥，還是會增加交通費用及時間的負擔。因此罕病中心的成立，對雲林230位罕病病友是一大福音，有在地國際知名鞋業領導團隊知道後，更慷慨捐款資助病友來回計程車資、營養補充品等費用。

「雲林鄉親的凝聚力很強，只要有能力，很願意回饋地方。」黃瑞仁深刻體會到雲林人對於從醫療孤兒到擁有醫學中心級服務的感念。他也特別強調，臺大來雲林絕不是要壟斷，而是要和基層醫療、友院建立良好的互動基礎，落實雙向轉診，並以病人為中心，建立區域醫療網。

和成大斗六分院合作的「斗六雙星區域聯防」就是最佳範例。談起跨院合作，黃瑞仁表示，互聘為兼任主治醫師是首要難題，但只要雙方能突破此一困難，合作的好處也很明顯，不但病人能有效分流，獲得及時醫療照護，也能減輕醫師值班量，降低偏鄉人力不足的壓力。

16年來，臺大醫院雲林分院已成為在地鄉親重要的健康守護者，而回顧就任院長這4年多來，黃瑞仁也相信自己引領同仁共同塑造了幸福職場的醫院文化，從多元化社團的蓬勃發展，可以體會同仁間不只是一起工作的點頭之交，也能透過共同興趣變成朋友。

臺大醫院雲林分院，對在地鄉親、對工作夥伴，都是一個充滿溫度的所在。

## I Love Dance! 輝瑞與 TBCA 攜手帶領病友自信抗癌！

輝瑞與中華民國乳癌病友協會（TBCA）於2020年共同規劃乳癌病友專屬的運動影片—I Love Dance，邀請長期致力於推廣Zumba舞蹈的長庚醫院乳房外科郭玟伶醫師及其團隊親自編舞及示範，鼓勵病友持續運動保持活力，並透過運動過程，緩解治療中的不適感受，並對治療抱持希望，勇敢抗癌。

郭玟伶醫師表示：「研究顯示運動有助於增加代謝、增強心肺能力與肌肉量，最重要的是可促使大腦分泌多酚，緩解憂鬱的情緒。」

乳癌病友協會黃淑芳理事長表示，很開心看見姊妹們積極的參與，透過舞蹈所散發出的自信及對生命的熱情，令人感動，相信乳癌病友都能因此樂觀抗癌。透過舞蹈發自內心感受到自信及對生命的熱情。



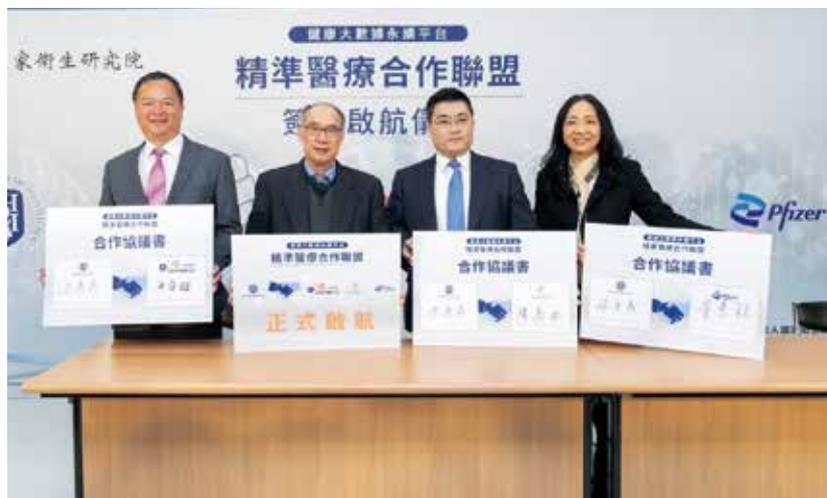
輝瑞總公司於2021年1月5日正式推出全新的企業標識（如圖），這個標誌由兩個相扣的圖形所組成，意味輝瑞將更專注於科學研發以及對病患的貢獻，象徵輝瑞邁向以科學研究、同理心與創新發明的新時代。

原本藥丸狀的標誌改成不斷向上旋轉的雙螺旋，更具活力的新企業標識展現科學創新的力量，亦象徵人類DNA螺旋結構。輝瑞的視覺識別標誌象徵著超過170年的卓越表現，亦為促使造就未來創新的動力。輝瑞藉由用心管理公司的視覺識別標誌，來維繫我們的價值觀，並在營運核心中持續聚焦於科學與世人。



更多資訊請掃描QR Code

## 輝瑞與國衛院簽訂精準醫療合作協議



輝瑞日前與國家衛生研究院簽署精準醫療合作聯盟協議書，將致力於癌症基因變異檢測及精準用藥研發，期望即時為病患找到最精準的治療，提升台灣在精準醫療的整體發展。

國衛院表示，這是政府「健康大數據永續平台」計畫中的一項重要目標，整合產官醫研各

界資源，建構一個有利於發展精準醫療與個人化醫療效能的臨床研究及產業發展的環境。

此次輝瑞針對肺癌及胃腸道基質瘤提出基因檢測分析應用計畫，經過嚴謹的篩選脫穎而出，成為合作聯盟的跨國藥廠之一。

輝瑞總裁葉素秋表示，輝瑞長期投入精準醫療的研究，也包括基因治療等領域；即使是較為小眾的疾病領域如胃腸道基質瘤或

是ALK/ROS-1表現的非小細胞肺癌等，輝瑞仍持續在這些領域進行相關研究，以作為學術研究的基礎。透過這次的跨界合作，除了造福更多國內病患，也期許讓研究能量更有效率的展現，為癌症治療帶來突破性的發展，最終讓國內病患得以受惠。

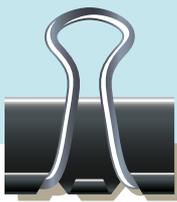
## 輝瑞再度推出新抗生素，為臨床提供新選擇

2020年9月12日，輝瑞正式推出Cresemba，這是近2年來輝瑞在台灣上市的第3個新抗生素，備受臨床醫師期待。

這支抗生素是國際治療指引建議侵犯性麴菌症（invasive aspergillosis）患者的首選用藥；以及不適合接受amphotericin B的患者治療白黴菌病（mucormycosis）。

細菌抗藥性問題日益嚴重，但抗生素新藥研發卻自2012年後陷入停滯。輝瑞新抗生素問市，希望能讓醫師有武器可以幫助更多病人對抗感染威脅。





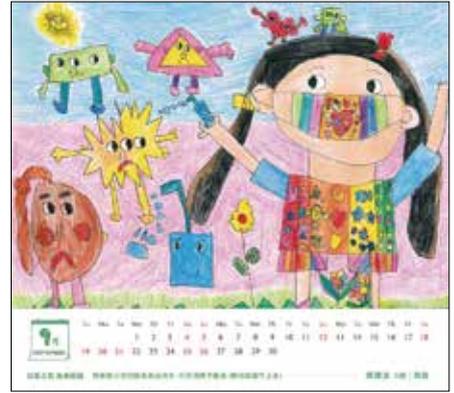
## 小陽光畫展暨桌曆義賣

輝瑞再度與陽光基金會合作，舉辦小陽光畫展及桌曆義賣活動，這次主題為「Love Together當我們愛在一起」，孩子們以畫筆盡情創作，從這些畫作中可以看出孩子們微小的心願與童年生活中的美好。

### 同仁愛心認購桌曆

現場義賣2021小陽光桌曆，義賣所得將全數捐贈給陽光基金會，作為燒傷、顏損小朋友復健、心理諮商以及預防宣導等服務之用。同仁們在欣賞畫作之餘，更以實際行動支持這項義舉，踴躍認購義賣桌曆787本，累計義賣所得超過11萬元。

輝瑞是第一家將小陽光畫作引進辦公室內部展覽的企業，從2015年迄今，已連續第6年與陽光基金會合作，基金會日前也特別在「用愛守護陽光孩子」記者會中頒贈感謝狀，感謝輝瑞長期的支持。



小陽光畫展在輝瑞已連續舉辦6年，同仁們熱情不減，踴躍認購義賣桌曆。

Science is resilient.  
It can overcome diseases,  
create cures, and, yes,  
even beat pandemics.  
It has the methodology  
and the rigor  
to withstand even  
the most arduous scrutiny.  
It keeps asking questions and,  
until there's a breakthrough,  
it isn't done.  
That's why, when the world  
needs answers, we turn to science.  
Because in the end,  
**Science will win.**<sup>TM</sup>



Breakthroughs that change patients' lives<sup>TM</sup>

Learn more at [www.pfizer.com](http://www.pfizer.com)