

焦點話題

分級醫療 雙向轉診 通不通?!



醫林點滴

大象會跳舞
北榮內視鏡中心的整合之路

黃高彬：濫用抗生素，
多重抗藥性恐無藥可醫！

陽大醫院十年有成
提升蘭陽地區優質醫療

黃信彰
致力推動台灣醫界菸害防制

雲林人的近人
天主教若瑟醫院

仁醫仁心

蔡輔仁
讓缺陷的生命不再遺憾

輝瑞動態

台灣「軟男」比例三年增五成

肺炎鏈球菌疫苗 + 流感疫苗
可降 26% 死亡風險

Ready to Ask !
醫病積極對話助達標

社會責任

花蓮黎明教養院志工服務

南區家扶娃娃回娘家

達文西成長營
與孩子一起動動腦！

類風濕性關節炎患者 外出遠行不再是夢想

請立即諮詢醫師 幫助您從此行動不設限



CONTENTS



發行人：林達宗
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：新北市淡水區中正東路2段177號
電話：(02)2809-7979

版權所有，本刊圖文非經同意不得轉載或公開放送

編輯絮語

- 4 推動分級醫療，也為用藥安全把關！

焦點報導

- 5 分級醫療 雙向轉診通不通？！

政策推動

- 6 頭重腳輕 醫療體系失衡

醫療現場

- 10 台大「星月計畫」
北北基起步落實分級醫療

- 12 中榮「榮翔計畫」
三項安心措施 下轉病人更安心

- 14 義大醫院
創造民眾、醫院及健保三贏目標

- 16 北市聯醫 上下游醫療樞紐
推動綠色通道、開放醫院

- 18 堰新醫院 扎根社區
減少病患焦慮、增進院所互信

- 20 基層醫療 提升民眾就醫信心
轉診要讓病患安心、醫師放心

醫林點滴

- 22 大象會跳舞
北榮內視鏡中心的整合之路

- 26 多重抗藥性恐無藥可醫

- 30 陽大醫院十年有成
提升蘭陽地區優質醫療

- 34 黃信彰
致力推動台灣醫界菸害防制

- 38 雲林人的近人
天主教若瑟醫院

仁醫仁心

- 44 讓缺陷的生命不再遺憾

輝瑞動態

- 48 台灣「軟男」比例三年增5成

- 48 打肺炎鏈球菌疫苗+流感疫苗
可降26%死亡風險

- 49 Ready to Ask !
醫病積極對話助達標

社會責任

- 50 花蓮黎明教養院志工服務

- 50 零錢不嫌少，家扶娃娃撲滿存飽飽！

- 50 達文西成長營 與孩子一起動動腦！

推動分級醫療，也為用藥安全把關

分級醫療，是近來醫界的熱門話題，在健保署的積極推動下，截至2018年10月，全國各地區已組成75個垂直整合策略聯盟。為了解實際運作狀況，本期焦點話題特別邀訪健保署長李伯璋，說明政策規畫方向；同時，我們也邀訪各層級醫療院所代表——包括台大醫院余忠仁副院長、台中榮總許惠恒院長、高雄義大杜元坤院長、北市聯醫璩大成副總院長、壠新醫院黃忠智院長以及診所協會全國聯合會廖慶龍理事長，分享其因應分級醫療政策所做的努力，並提出他們對此項醫療改革的建議。

健保署長李伯璋在專訪時表示，配合推動分級醫療政策，健保署將雲端藥歷系統擴充功能為雲端醫療查詢系統，包括11類病患就醫資訊，幫助第一線醫師了解就診患者曾在哪些院所做過的檢查與報告、用藥及處置，避免重複檢查、開藥等醫療資源浪費，同時也為患者用藥安全把關。

讓有限的醫療資源得以合理且有效率的分配、運用，是醫療產業發展的基礎，同為醫療產業的一份子，輝瑞藥廠亦期待透過分級醫療政策及相關配套措施，讓民眾能獲得更好的醫療品質、台灣醫藥環境更能穩健成長。



台灣輝瑞大藥廠總裁

林達彙

政策推動

頭重腳輕 醫療體系失衡

文字 / 張雅雯 攝影 / 嚴偉達

為了落實分級醫療、雙向轉診，健保署2018年7月起要求19家醫學中心、79家區域醫院，必須降低2%門診量，並以5年內門診減量10%為目標。健保署署長李伯璋表示，不同層級的醫療院所都有其角色，民眾如果有基層的家庭醫師照顧，急重症再去大醫院就醫，比較符合醫療生態。但台灣由於就醫可近性高，加上可以自由選擇就醫場所，逕自上大醫院成為一種習慣，就醫人潮過度集中在大醫院，醫療體系失衡。

李伯璋坦言，民眾對分級醫療是無感的，而醫界過去做不到也有其本位的考量，比如基層院所擔心病患轉過去就不回來了，而大醫院希

望增加收入，當然希望病患愈多愈好。因此推動政策就是要整合，很重要的一步就是大醫院必須釋出善意，讓病患下轉回基層院所。

「若醫學中心不願意幫忙，分級醫療就無法成局，我很感謝這些院長們認可分級醫療，這是台灣醫療改革的契機。」李伯璋很感動醫學中心紛紛提出與基層垂直整合的計畫，比如林口長庚醫院結合社區醫療院所的「雁行醫療團隊」、台北榮總與社區院所和長照機構合作、台大醫院與北北基的診所推出「星月計畫健康照護網路」。

雖然曾擔心大醫院減少2%門診的規定，是否造成民眾就醫不便，不過李伯璋以醫學中心為



例，任務本來就不是以看門診為主，應該放心力在急重症以及研究上面，「醫師沒有那麼多體力，若整個生命投入在門診和開刀，如何有時間做研究？」但要大醫院改變既有的經營模式，必須提出有感的配套。

給付合理調整

健保署為了讓醫療體系達到醫療分工與合作目的，逐步推動分級醫療六大策略，比如2017年邀請十所大醫院的院長，討論如何將60億元用於調整重症的支付標準，2018年又修改一些手術通則的給付，李伯璋強調這是改變原本手術不合理的給付，比如一個病患有直腸癌，轉移到膀胱、子宮或肝臟，過去直腸癌給付點數是開愈多刀反而會打折，到第四刀就不給付，「這是不尊重專業的，所以我調整，讓醫師針對病患最大福祉做醫療處置，給予合理給付。」

「我不是生下來就當健保署長，面對不同層級的醫療院所，我不斷學習如何做合理的資源分配。」李伯璋表示健保開源是有限的，必須想辦法節流，也就是避免不必要的檢查或開藥。

統計顯示有20%民眾做檢查後，沒有回去看報告，過去醫師不在乎，因為開立愈多檢查單可申報更多健保費用，健保署強化查核檢查單是否有必要性：比如針對特定檢查比例如果偏高，就會去稽查是否合理；又或者同樣有300個病患，A醫師對90個開立電腦斷層、檢查發現有30個陽性，對照B醫師幾乎每個都開檢查單、但陽性率很低，也會檢視該醫師是否善用。

「反正檢查也要到大醫院」是民眾寧願排隊久候也要去大醫院的原因之一。近年來健保署致力建置雲端醫療系統，鼓勵醫療院所上傳檢驗的結果與影像，並希望院所做檢驗前先查詢雲端資料，避免不必要的醫療行為與重複的檢



落實分級醫療、雙向轉診，是健保署署長李伯璋目前最大的挑戰。

驗和用藥。

醫療雲端增便利

李伯璋表示這套系統的前身是「健保雲端藥歷系統」，讓醫療院所可查詢病患近期用藥紀錄，打破過去醫師無法得知患者在其他院所用藥資料的障礙，避免潛在重複處方的風險；現在進一步升級為「健保醫療資訊雲端查詢系統」，跨院所也能看到檢驗檢查結果，包括抽血、電腦斷層攝影、核磁共振造影、胃鏡、大腸鏡、超音波、X光等影像資料。

因此，民眾在醫學中心進行診斷與檢查後，回到自己厝邊診所與地區醫院追蹤治療時，就可以請醫師參考雲端的醫療資料，提升後續治療的方便性與連續性，還可節省跨院就醫時，申請病歷摘要的燒錄光碟費用。

醫療體系長期頭重腳輕，從地區醫院的家數可見端倪，從早年700多家到現在剩下300多家，因為民眾就醫不是去診所、就是直接去大醫院，「地區醫院必須與時俱進才能重拾民眾的信心！」李伯璋也分享經營台南醫院的經驗，他回憶接任院長時，附近有成大醫院、奇美醫院、市立醫院以及私立新樓醫院，曾經負

債4千多萬的台南醫院如何做到盈餘7千多萬元？他認為台南醫院醫護水準不會比其他醫院差，重點就是提升民眾的信心。

活化地區醫院

「我改造台南醫院的第一步是從環境著手！」李伯璋以民眾一定會用到的廁所為例，不只強調乾淨、燈光明亮，甚至連磁磚拉線都要求平整；原本有些閒置空間設計成庭院，吸引不少鄰近民眾來醫院做運動。真正轉捩點是台南爆發登革熱時，當時成大醫院因為病患擠爆，有些被移到台南醫院住院，發現台南醫院雖然設備不如成大，但病房、環境乾淨、院區美觀，加上受到很好的照顧，覺得台南醫院也是不錯的就醫選擇，破除既有印象後，門診病患開始增加。

「地區醫院不需要強化重裝備跟大醫院去拚，而是應該找出自己的優勢。」例如醫護人力比診所充裕，可以在周末假日提供門診服務，補足診所與大醫院的缺口，健保署也配合提高地區醫院假日門診診察費，如此既滿足民眾假日就醫需求，也有機會養成未來就醫習

慣，可說是三贏策略。

促進雙向轉診

此外，借助電子轉診平台可讓雙向轉診更通暢，明列各項轉診單應記載的內容，也方便接受轉診的醫師了解病患的情況，看診結果也可回覆給原醫師，加強雙向溝通。從2017年3月至2018年8月底為止，累計約6,700家院所使用轉診平台，轉出約45萬人次。

李伯璋指出這能夠讓基層院所和醫學中心互相合作，基層不用擔心病患轉了就有去無回，醫學中心對於有合作關係的基層院所，也提供門診名額給轉診病患，對病患來說等於雙邊都有主治醫師了解他的病況，可以安心接受醫師上轉或下轉的建議。

雲端資訊平台不只讓醫療院所之間聯繫更順暢，也讓民眾可以更即時掌握自身的健康資訊，健保署在資安確保下，透過雲端運算技術將健保資料回饋給民眾，建立「健康存摺」系統，民眾透過身分證、健保卡或手機快速認證後，就可以查詢所有的就醫資訊，2018年增加導入醫療檢查影像等項目、癌症篩檢、疫苗注

轉診件數及流向

(資料來源：健保署)

時間	各級醫院/轉診件數	轉至各級醫院比率			
		醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所
2017年 1 8月	醫學中心 2,799	16.76%	62.34%	20.33%	0.57%
	區域醫院 11,918	65.89%	24.12%	6.32%	3.67%
	地區醫院 30,620	60.07%	31.19%	8.00%	0.74%
	基層診所 241,014	48.17%	41.58%	9.49%	0.76%
2018年 1 8月	醫學中心 8,054	9.77%	39.82%	36.54%	13.8%
	區域醫院 21,335	56.05%	22.74%	9.93%	11.29%
	地區醫院 51,568	50.83%	26.10%	20.8%	2.39%
	基層診所 325,517	46.45%	42.00%	9.93%	1.63%



看問題

家醫科被輕視 分級醫療有困難

曾任衛生署副署長的仁濟醫院院長李龍騰感嘆，分級醫療絕對有必要，「但醫界對分級醫療從來沒有共識！」他表示歐美國家有疾病都是先去看家醫科，有必要再轉其他專科，培養醫師就有相關規劃，醫學系畢業生至少一半選家醫科、其他才是各專科；反觀台灣9成都是選其他專科，本身是家醫科的他感嘆，台灣近30年過度專科化的結果，導致最基礎醫療的家醫科被漠視，甚至形容家醫科「什麼都懂、等於什麼都不懂」，也影響分級醫療的推動。

他認為即使在醫學中心，也應該把家醫科或一般內科做為第一線初步檢查，民眾若不是從基層院所拿轉診單來，就要先給家醫科評估過，有需要再去掛專科，理論上對病患更有保障，只是大家不願改變既定模式，也讓他憂心這樣的分級醫療做到多少成效。

李龍騰講的是各專科醫師的本位主義，以轉診為例，他從基層要轉一個胰臟癌病患到大醫院，掛號系統總是滿滿的，要靠自己的人際關係幫病患加號，甚至有些專科醫師偏好病患直接去掛他的門診，不喜歡接手轉診。而「專科醫師也可能有盲點！」李龍騰舉例心臟科醫師的病患未必都是心臟病，但仍繼續留在心臟科門診，曾有病患因為錯過掛號而改找他幫忙開藥，一查詢藥歷發現其實心臟科開的是抗焦慮藥，「留病患的惡習導致門診愈來愈難掛，事實上這些民眾回基層還可以接受更好的諮詢，為什麼要誤導他們非看專科不可？」

他還點出雖然建置了雲端資訊系統，但健保署必須以先獎勵、後嚴懲的方式，讓醫師落實每筆用藥和檢查資訊都上傳雲端，否則就淪為做半套。比如他曾收治感冒的病患，前一個醫師竟用到最後線的抗生素，但雲端藥歷卻查不到資訊，一問才知道病患被收自費，沒有申報健保就沒有強制要上傳雲端。

民眾的配合也是分級醫療能否成功的關鍵，李龍騰建議要找讓民眾有感知的代言人，如同當年楊麗花宣導登革熱防治，一句「蚊子不能養」連小孩都會跟著唱，會比官署的宣導更有力。



李龍騰認為，健全家醫科是分級醫療發展的基礎。

射等內容。

李伯璋表示健康存摺除了有利於管理自己健康，對於健保管理也有好處，比如曾有民眾透過健康存摺，看到醫師不實記載她有身心問題而予以舉報，進而揪出該名醫師濫用健保。從2014年9月上線至2018年8月為止，累計有78.5萬人使用健康存摺。

健保署2018年7月開始實施分級醫療，李伯璋形容是穩建上路，民眾的就醫沒有受影響，在政策驅動下，醫學中心門診量都呈現減少的趨勢，根據7、8兩個月統計，達到門診量減少

2%目標的醫學中心包括國泰醫院、台北馬偕、亞東醫院、彰化基督教醫院、奇美醫院、高雄榮總、高雄長庚以及高雄醫學大學附設醫院，至於區域醫院達標為38家。

各層級醫療院所門診占率也有變動，2018年1至8月醫學中心門診占率為10.7%，低於2017年同期的11.17%，區域醫院也從15.45%降至15.15%，相對來說，地區醫院和診所都有微幅增加，顯示實施分級醫療，落實轉診制度後，醫療體系失衡的情形確實有緩解趨勢。

醫療現場

台大「星月計畫」 北北基起步落實分級醫療

■ 文字 / 張雅雯 ■ 攝影 / 嚴偉達



余忠仁 台大醫院副院長

「分級醫療、雙向轉診」都是對的方向，但要有完整規畫才能成功。

台大醫院長久以來受到民眾的信賴，甚至不少人特地從中南部北上就醫，掛號總是一號難求。副院長余忠仁表示，許多急重難症患者都送台大治療，這是台大的使命，但不可諱言由於無法限制民眾的就醫選擇，加上健保實施後就醫門檻降低，醫學中心和基層院所的費用差別不大，自然形成大、小病都往醫學中心跑的現象。

余忠仁表示，分級醫療應該在健保上路時就同步實施，但當時沒有做；當民眾已經養成這樣的就醫習慣，再回過頭來要去分割「很有難度」，在就醫制度無法從頭建立，又不能改變民眾既有就醫權利的情形下，只能在妥協底下嘗試推動，「分級醫療、落實轉診等，這些口號每一個都是好的、對的。」但他也直言沒看到完整規劃，因為每個措施都經過妥協。

為了推動分級醫療，健保署對醫學中心及區域醫院提出「門診量逐年減2%、5年減10%」的目標，余忠仁坦言，醫院要達標其實有壓力，只能想辦法跟上。

資訊系統難對接 技術問題待克服

台大醫院相對較晚才推出與基層建立健康網絡的「星月計畫」，就連健保署長李伯璋也很欣喜，認為指標性醫學中心願意投入，是落實分級醫療的一大步。余忠仁指出，台大肯定也支持分級醫療，事實上台大從未以營利為導向，本來就有垂直整合計畫，與周邊基層診所、地區醫院、北市聯醫等區域醫院合作組成醫療網，重症病患轉入

台大，台大也會將輕症或病況穩定的病患下轉至診所或醫院，宣導病患就近就醫，可得到更妥適的醫療照顧。粗略統計一年將近有3千家醫療院所轉診病患到台大，如何做整合性醫療讓病患下轉做後續照護，一直是努力的方向。

這次「星月計畫」擴大納入北北基的診所，總計已與306家診所、972位醫師簽約，並且宣導民眾建立「123就醫」觀念：每個人有「1」個家庭責任醫師、不在超過「2」家醫療院所就診、不看超過「3」個慢性病門診。

余忠仁表示目前合作網絡從北北基著手，是考量距離較近、方便溝通，簽約的診所經過篩選，原本約800家診所申請，然而基於資安考量，要求診所資訊系統的IP位址要固定，而且必須插醫事人員卡才能查詢病患的相關病歷資料，因此不少診所由於資訊系統限制，無法符合標準。

台大也建置一個專屬轉診的網站給「星月計畫」，民眾經合作診所評估需轉診，除了網路掛號可從14天前大幅提早至28天前，且每一診保留2個掛號名額給合作的院所轉診之用，比民眾逕自掛號更便利，鼓勵先從基層診所就醫。

預約回診有保障 讓病人安心下轉

要說服台大的老病人下轉並不容易，患者最擔心的是：「好不容易進來台大，下轉後會不會就看不到台大醫師？」余忠仁強調，首先一定是慎選狀況穩定、適合下轉的病患，並先預約好1年後到台大回診的時間，讓病患還是跟台大有一定連結，比較願意接受下轉。

「轉診還有很多待磨合的問題！」余忠仁表示，除了資訊系統的建置，流程中也需要專門的窗口，也就是專責轉診的管理師做為上、下轉的橋樑，「實務上不可能是醫師互相打電話



聯繫，中間要有人協助去處理。」此外，慢性病患往往是適合下轉到診所的對象，但診所若沒有配套同步改變藥費審查的原則，反而很難比照醫院開連續處方箋，「因為會吃掉藥物的額度！」

因此余忠仁建議，要貫徹分級醫療，整個支付制度也要調整，對醫學中心來說減少了門診的收入，那麼急重症的給付就要增加。此外，他認為健保署應該思考給醫師更多保障，因為現況健保只跟醫院特約，費用進到醫院、由醫院決定多少比例給醫師，有些醫院會以門診量衡量醫師的「貢獻度」，這種支付制度等於變相鼓勵醫師去「創造」醫療行為，而不是讓醫師花時間做該做的事；余忠仁舉例，比如轉診後要做到更好的交接，病歷摘要必須寫到足夠清楚，但這些工作在目前的健保支付制度中並未被鼓勵，該如何調整？或許是下一階段醫療制度改革的方向。

醫療現場

中榮「榮翔計畫」 三項安心措施 下轉病人更安心

■ 文字 / 張雅雯 ■ 攝影 / 嚴偉達

民眾習慣直接到醫學中心看病，在中部地區也不例外，台中榮總院長許惠恒分析，一方面可能病患有多重共病、在同一個醫院看診較方便，加上對醫學中心的用藥或診斷較信任，因此即使自負額高一點，醫學中心的就醫量仍持續成長，甚至有壅塞的情形。

過去中榮曾推行分流措施，比如建議控制較穩定的慢性病患，轉到體系內、且離家較近的榮民醫院看診，但榮民醫院的家數不多，而且病患下轉的意願不高，成效有限。這次配合健

保署全國性推動分級醫療政策，為了更順暢推動雙向轉診，中榮推出「榮翔計畫」，並特別成立分級醫療委員會，由院長擔任主委、定期檢討流程。至2018年11月1日簽約合作的基層院所達1,164家，範圍涵蓋台中、南投、彰化與苗栗4縣市，累計7-9月已下轉1,009人次，下轉/回轉至診所比例最高達78%。

諸多努力下，使得中榮成為健保中區分級醫療表現卓越的代表。院長許惠恒強調，成功推動病患下轉到基層院所，奠基於以下3項安心措施：



許惠恒 台中榮總院長

雙向轉診待磨合，期待健保署端出急重症鼓勵政策。

由左至右分別為：醫務企管部主任蔡鴻文、張繼森副院長、許惠恒院長、張宗泓副院長。

一、轉診後得到一樣的照護品質

院長許惠恒指出，有品質的轉診除了考量在病患居家附近，也希望能夠轉到專業條件更符合需求的院所，目前資訊系統已經建置完成，醫師在診間若認為這個病患適合下轉到基層，電腦已能把病患地址結合google地圖，可知道居家附近有哪些院所？其專科是什麼？方便醫師媒合病患，點選確定，下轉的院所也會收到訊息，便於接手準備。

副院長張宗泓表示，要讓病患感受基層院所與大醫院之間的連結，才能信賴轉診後得到一樣的照護品質，因此中榮持續讓診所醫師來參訪、進行教育研討，提升他們接續照護的能力。

中榮設有24小時call center服務，由資深護理人員接電話，原本是提供出院後病患諮詢使用，目前也成為基層院所醫師諮詢窗口，比如病患下轉到耳鼻喉科診所做後續照護，當出現糖尿病等其他問題，醫師若對病患照護有疑問可打專線，為了保護病患隱私，簽約醫師必須告知密碼確認身分，院方才會提供病患相關病情。

二、有急重症需求或跨科別問題可優先上轉回中榮

過去有些穩定的慢性病患，因為擔心沒有持續回診就掛不到號，導致醫學中心的門診更加一號難求，為了增加民眾先到基層院所就醫的意願，中榮每診保留4個空號給轉診病患，若基層醫師評估需要上轉，會比自己直接到中榮掛號來得更容易，而且找得到對的科別。

三、用藥維持一致性

病患習慣到同一家醫院看病，很重要的原因就是擔心不同醫院的用藥有差異，院長許惠恒表示，大醫院儲備的藥品確實遠多於診所，如何讓病患使用到一模一樣的藥，必須讓接手的



結合google地點的資訊系統，方便轉診病患到適合的基層院所。

診所有時間去準備。因此當中榮媒合到同意下轉的病患，系統就會發訊息通知這家診所，幾月幾號哪個病患轉過去，診所醫師就可透過密碼，查詢該病患的病歷與用藥資料，提前去調度藥品。醫務企管部主任蔡鴻文表示，「榮翔計畫」在資訊系統方面推出7項智能平台，事實上中榮原本想更體貼，比照醫院的掛號方式，幫病患預約好3個月後到診所看診的號碼，但由於診所的資訊系統普遍較陽春，或者多是一人診所、很難提前預約看診時間，正在協助簽約的診所改善系統，還有很多細節要磨合，未來目標是和醫院的掛號系統連上線，提前幫病患預約號碼。

對於健保署提出分級醫療、雙向轉診的目標「醫學中心5年內門診量減少10%」能否落實，副院長張繼森表示關鍵在於病患的信心，很多病患寧可舟車勞頓、付出較高費用也要來醫學中心，在病況穩定下轉後，基層院所也要努力讓病患有信心留下來。

院長許惠恒也坦言，由於醫院必須自負盈虧，門診減量損失的收入，確實對醫院的經營產生壓力，呼籲健保署必須提供足夠的財務誘因，「急重症的給付是否能cover損失的這一塊？我們不求多，Balance（平衡）就好！」院長的擔憂不是沒有理由，2017年健保署提撥60億元，提升急重症以及手術術式的給付，但之後是否還有不得而知，期待健保署盡快端出「牛肉」。

醫療現場

義大醫院 創造民眾、醫院及健保三贏目標

文字 / 崔家琪 ■ 攝影 / 張忠義

推動「分級醫療」，鼓勵進行上、下游垂直整合，目標是創造民眾、醫療院所及健保三贏。對此，義大醫院院長杜元坤直言絕對贊成，但他想問的是：訂定醫學中心及區域醫院門診量逐年減少2%、5年達到減量10%的數字，事先是否經過精算？是否考量到第一線醫師在執行時面對病患質疑的難處？

「醫療改革重點不在省錢，而是在同樣條件下如何提供民眾更好更安全的醫療照護，同時又不造成醫療資源的浪費。」杜元坤認為，要真正成功轉型為落實分級醫療的體系，必須以提供病人更好的照顧及改善醫護人員工作條件為前提，唯有圍繞這兩個方針來設計並落實，才是一個理想的分級醫療政策。

公開醫療品質資訊 強化社區醫療照護

杜元坤也贊成推動雙向轉診制度對病人的好處。他強調許多民眾寧可選擇花更多時間、金錢及精力往大醫院擠，主要是對基層開業醫師信心不足，建議衛福部公開醫療品質資訊，協助病患選擇合適院所就醫，更能引導基層院所提升醫療品質，形成正向循環。此外，醫療院所方面則要制訂轉診指引，讓轉診醫師、接受轉診醫師、病患之間皆有依據，並確保病歷資料能雙向互通，讓雙向轉診兩端的醫師能即時取得必要診療資訊。

現階段臺灣醫療教育偏向專科訓練，無法符合多重病人需求，杜元坤建議從根源改變，建立醫院與基層診所均衡發展的醫療體系，看病給付必須適當，讓醫院不用搶門診



杜元坤 義大醫院院長

公開醫療品質資訊，提升基層醫療品質，患者就醫才安心。



患者。在轉診病人方面，除了要心平氣和解釋原因，取得病患諒解，也要慎防延誤病情。他舉例說，有些輕症病人理應轉到基層醫療院所就診，但如果沒有持續在大醫院追蹤檢查，也有可能小病拖成大病，事後衍生醫療糾紛，這是醫院、病人都不希望發生的事。所以杜元坤主張加強社區醫療，強調基層全人醫療照顧的能力，每個家庭都有屬於自己的社區家醫群，為他們的健康把關，整體分級醫療轉診的制度才能更加完善。

義大醫院目前與不同層級的90多間醫療機構密切合作，2018年7月接受上轉186人，下轉或回轉16人，回轉率約8.6%；8月接受上轉283人，下轉或回轉8人，回轉率約2.8%；9月接受上轉288人，下轉或回轉12人，回轉率約4.2%。整個第三季接受上轉757人，下轉或回轉36人，回轉率約4.8%。

面對分級醫療轉診制度可能帶來的營運衝擊，義大醫院提出幾項因應對策。第一是以相

對廉價的手術費用開發國際客人；第二是透過會員制增加高端健診客戶；第三是發展精緻醫療；第四是鼓勵病患使用自費的好材質；第五是加強醫學教育。

定期評估、檢討政策實施成效

杜元坤指出，分級醫療轉診制度立意良善，方向也正確，但配套措施仍嫌不夠完整，成敗關鍵在政府是否有決心要做好；針對制度實施後的成效也要定期評估，包括醫院配合度、病人滿意度、健保是否真的有效撙節？都要有全盤檢討。

「應以民眾為中心」杜元坤強調，除了盤點基層照護能量、增加公開基層院所醫療品質資訊、讓基層提升品質、落實家庭醫師責任制、雙向轉診及合理的醫療給付等等完整配套措施，更應加強引導民眾、教育其正確的就醫觀念，讓醫學中心真正回歸急重難症的任務擔當。

醫療現場

北市聯醫 上下游醫療樞紐 推動綠色通道、開放醫院

■ 文字 / 張雅雯 ■ 攝影 / 嚴偉達



璩大成 臺北市立聯合醫院副總院長
雙向轉診早已存在，就醫選擇其實是民眾對醫療院所的信心投票。

提到台北市的區域醫院，最具代表性就是臺北市立聯合醫院，在分級醫療中也扮演重要角色。

台北市醫學中心密度居全台之冠，要讓民眾對區域醫院或基層醫療有同樣的就診信心，是項挑戰。

建立綠色通道 協助急診分流

北市聯醫與台大及新光醫院先後建立雙向轉診的「綠色通道」，當這兩家醫學中心急診壅塞時，經評估需住院的病患，可協助轉至聯醫並直接入住病房。北市聯醫副總院長璩大成表示，這個措施的初衷就是「減輕病患等候病床之苦」！其實聯醫也有自己的滿床問題，但排除萬難，由忠孝、仁愛、中興、和平、陽明院區全體共同參與，由於剛好分布在北市不同區域，方便病患轉至居家附近院區，提高轉診意願。

例如一位39歲李小姐，身體不舒服而到醫學中心掛急診，被檢查出是腎盂腎炎需住院治療，但在急診待了十幾個小時仍沒有病房，醫學中心建議她轉診至北市聯醫，一開始她有點手足無措，但後來發現這是好事，因為到聯醫可以在病房內安靜打抗生素休息，舒適的完成治療痊癒，反之若堅持留在醫學中心的急診，床又小、人又多，醫療品質反而降低。

「綠色通道」從2015年實施以來，統計顯示從台大醫院急診共轉來高達1,698人次，減少病患候床之苦。近乎全數在北市聯醫完成處置，再轉回台大僅



個位數，後續高達八成病患在聯醫門診追蹤治療，璩大成指出，可見多數病症，在區域醫院也能得到妥善的醫治，而且不需要等那麼久。

試辦開放醫院 率先實施雙主治

北市聯醫也走向社區化，2016年12月仁愛院區率先試辦「開放醫院」，璩大成解釋，「開放醫院」就是把病房開放給基層診所的醫師使用，促進社區化健康服務網。聯醫與加入合約的診所醫師開設轉診特約整合門診，依病患實際需要不定期安排特診，事先通知聯醫本院的相關科別醫師共同會診，而由基層合約醫師主責向病患說明後續治療，如果需要住院，也可協同照顧，等於由雙主治醫師共同照護病患。

比如原本在診所洗腎的病患，因病情複雜需會診其他科別以及進行精密檢查，經由開放醫院進行特約整合門診共同評估，找出病患需要的治療方式，並安排住院進行後續照護，出院後再回診所追蹤。這種轉診合作模式讓病患不用從頭檢查起，減少民眾就醫次數，而且讓病患的照護能有延續性。

至於目前大家努力推動的分級醫療，璩大成表示，嚴格來說，真正的分級醫療，是「規範」所有病患都先由基層醫療做適當處置與檢傷分類，無法處理的病患轉由區域醫院負責診治，當病情穩定即可下轉回基層醫療；對於疾病嚴重及複雜度高的病患，再上轉給醫學中心；反之，醫學中心亦可將病情較輕微者下轉到區域醫院及診所，把資源留給更需要的急重症患者。

因此區域醫院就是連結上、下游的醫療樞紐，這種分層照護的概念，在日本等實施分級醫療制度的國家做得非常完整。在台灣，其實本來就有這樣的系統，只是沒有落實，在沒有規範民眾就醫院所的前提下，病患當然會自由選擇到基層醫療、區域醫院或醫學中心就診。臺北市立聯合醫院一向是執行雙向分級轉診最熱心認真的區域醫院，「對醫院及醫師們來說，我們不忍拒絕病患就醫！還是要民眾也有共識。」因此當健保署於2018年7月起要求醫學中心與區域醫院，逐步達到門診量減少2%、5年減少10%的目標，民眾的分級醫療認知與識能，將是此政令成敗的關鍵因素。

璩大成表示，台灣醫師都會全力看好每個病患，而病患也會用腳投票，到讓他們有信心的醫療院所去，所以目前分級醫療最關鍵的因素，還是在民眾。因此，健保署推動分級醫療及雙向轉診時，除了規範醫院的門診量，也同時強化對民眾的宣導，呼籲有醫療需求時，先就近找社區的家庭醫師，不但能得到最適當的照顧，有需要時也有合作醫院當後盾，才能讓分級醫療真正落實。

醫療現場

壠新醫院 扎根社區 減少病患焦慮、增進院所互信

■ 文字 / 張雅雯 ■ 攝影 / 嚴偉達



黃忠智 壠新醫院院長

醫療政策要有明確方向，引導民眾
重建就醫文化需要時間。

壠新醫院是桃園以社區為定位的區域型醫院，院長黃忠智表示，院方發展不以購買重裝備朝醫學中心邁進，而是往社區扎根，和基層診所連結成一個網絡，早在十多年前、健保署推動分級醫療政策前就成立「南桃園醫療群」。

這是台灣最早成立的社區醫療群，能夠順利運作很重要的關鍵，就是「減少病患的焦慮、增進各層級醫療院所之間的互信」。黃忠智指出，民眾為什麼寧可到大醫院苦等看病？因為有疾患時都非常焦慮，要落實分級醫療，基層院所要讓病患有信心，能提供基本處置與判斷，同時要建立通暢的上、下轉診管道，評估病情有需要時能迅速上轉到大醫院，穩定後再轉回基層院所就近照護。

因此包括建立電子轉診等資訊平台非常重要，也是推動分級醫療的配套措施，讓合作的醫療院所之間透過這樣的平台，把資源加以整合、分享與應用。黃忠智指出，如果沒有良好的互信，轉診制度容易誤認是在搶病人，因此醫療群之間定期的溝通是必要的，壠新醫院採取類似國外「開放醫院」的模式，讓診所的醫師能夠來醫院追蹤病人，甚至使用診所沒有的設備來開刀，由壠新的住院醫師協助術後照顧。

「我們也訓練社區志工，對民眾進行家訪。」黃忠智表示，壠新定位為社區醫院，病患即使出院了，他的健康還是醫院的責任，透過有基礎醫療訓練的志工

深入社區，比如去幫獨居老人量血壓、聊天，有助掌握其健康狀況；未來也計畫透過推廣穿戴式裝置，更方便追蹤民眾的健康數據。

提到分級醫療的政策，黃忠智認為醫學中心和區域醫院應該是站在同一條線上，也就是大醫院要將資源用在急重難症，對於病情穩定的慢性病患，應建議轉至住家附近的基層院所做例行追蹤。不過對於健保署喊出「門診量逐年減少2%、5年達10%」的目標，他坦言對醫院一定有壓力，「每家醫院平均每年成長至少5%以上，因此降2%等於加倍降低，除非成長的部分都是住院，但可能嗎？」

改變民眾就醫文化 需要時間逐步推動

分級醫療的方向是對的，要改變民眾既定的就醫文化，需要分階段來逐步推動，但更重要的是國家有沒有明確定出醫療政策要往哪個方向走。黃忠智認為：「現在很多政策是為了讓健保不要倒，然而我覺得更重要的是醫療資源的分配，應有明確的方向，否則最後還是壓迫醫療資源提供者。」例如健保的定位，是社會福利還是商業保險？如果是保險，就不該提供吃到飽的醫療服務。轉診也一樣，當大方向是醫療資源的使用要有優先排序，各級醫療院所的任務要很清楚，逐步引導民眾建立基層就醫習慣，那麼現在訂出的門診減量等要求才不會顯得很表面，只是「為了數字而數字」。

此外，即使醫院有意下轉病情穩定的病患，



但現實可能遇到的狀況是，診所無法提供同等級的藥，擔心吃掉過多的藥費；然而對病患來說，在基層院所跟在大醫院能使用一樣的藥，是很重要的信心基礎，「如果政策要求很明確，就是往分級醫療這個方向前進，診所預期可收到夠多下轉的病患，藥品用量大，採購時就有議價的空間。」

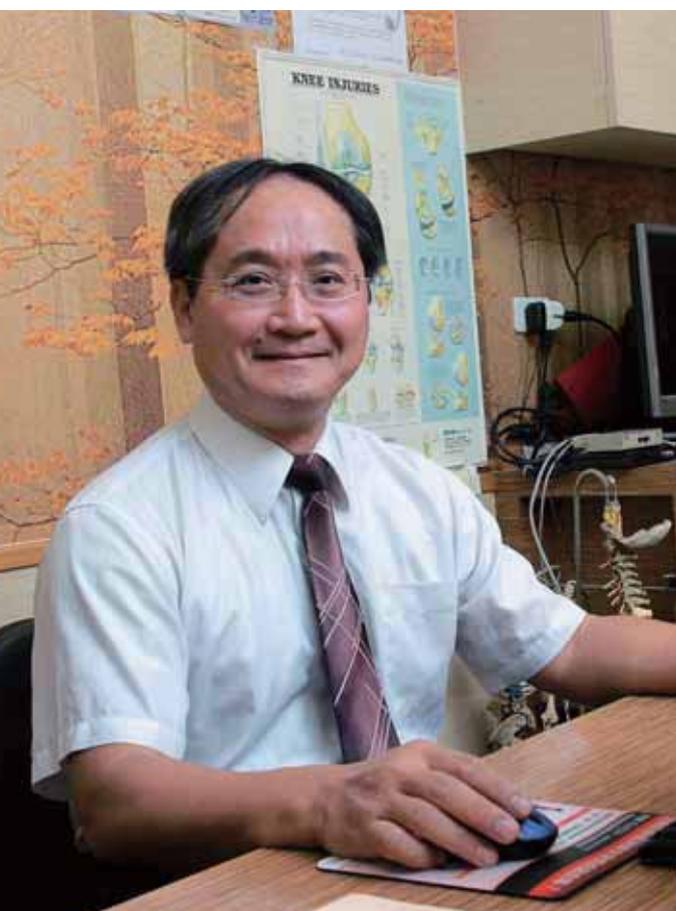
「不要污名化民眾濫用醫療資源！」黃忠智認為，就醫文化的改變需要時間，宣導「厝邊好醫師」理念，也呼應現在許多急性病都變成慢性病，甚至銜接到未來長照的需求，讓民眾知道透過分級醫療，可以獲得更好的健康照護。

健保署日前曾邀請各區分享分級醫療的經驗，黃忠智對東區的分享印象深刻，不只把穩定的門診病患下轉到基層院所，對於一些手術後慢性期——比如置換人工關節後仍需要住院一段時間的病患，不需要在大醫院占床，而是下轉到地區醫院的病床接受照護，這樣的模式值得借鏡。

醫療現場

基層醫療 提升民眾就醫信心 轉診要讓病患安心、醫師放心

■ 文字 / 徐文媛 ■ 攝影 / 嚴偉達



廖慶龍 中華民國診所協會全聯會理事長
以病人為中心，合理分配醫療資源，
創造民眾、醫師、健保多贏未來。

「面對健保財務問題，分級醫療是唯一解藥。」中華民國診所協會全國聯合會理事長廖慶龍在訪談開始，就以這句話破題。但如何讓這劑解藥真正發揮藥效？身處第一線基層醫療的廖慶龍認為，只有創造病患、各級醫院、醫師多贏的局面，合理分配有限的健保資源，才能永續經營。

廖慶龍指出，醫學中心的處方箋支出平均是診所的四倍，其中當然有高單價檢查、手術等原因，但的確也有不少只是穩定的慢性病固定回診拿藥，這時如果下轉到診所，病患可免除舟車勞頓、耗時間排隊之苦，各層級醫療院所則各司其職，有助醫療體系健全發展，也減輕健保財務壓力。但「分級醫療、雙向轉診」政策要成功，除了祭出數字管理目標，更關鍵的是要讓「病患安心、醫師/醫院放心」。

藥品聯合採購 解除病人用藥疑慮

廖慶龍認為，不要只怪民眾愛擠大醫院，醫療是高度專業，醫師應該有能力主導、影響患者的就醫選擇。當病患有了「為什麼把我轉到診所？」的疑慮時，醫院醫師主動預約好半年或1年後回診複檢，通常會讓病人比較安心；另外，病人會期望轉到診所也能拿到和醫院一樣的藥，因為對醫師來說的「同成分」，對病人來說卻是「不同款」，廖慶龍很理解病人的心情，目前他也正朝向與大醫院聯合採購，以克服診所備藥量不足的問題，



「現在還有法令、稅務方面的障礙，比如之前我們曾聯合採購疫苗，負責統一進貨的診所就接到國稅局關切。」但廖慶龍認為，這些困難還算是比較容易解決的。

至於上轉，原本就行之有年，目前全國各地區以醫學中心為首、向下垂直整合策略聯盟，更進一步在大醫院與診所間建立「綠色通道」，診所上轉病人有保留號，比病人自己掛號更方便快速，還能減免部分負擔。所以到目前為止，上轉人次遠超過回轉、下轉。

「很多診所一開始並不看好這項政策，覺得大醫院自會發展出門診減量的『因應之道』。」而廖慶龍認為，推動分級醫療絕非基層診所去分大醫院的「生意」，每個人都希望急難重症時能迅速找對醫師，不會遇到醫院塞車、甚至變成人球；而要大醫院降低初級照護門診量、專注急難重症照護，自然也應合理提高急難重症給付。

醫院要配合健保署政策達到「門診減量2%」並不難，但應從人性考量。很多醫院採取業績制，廖慶龍坦言，這時固定回診拿藥的穩定慢性病患，當然是「好病人」，因此醫院要額外鼓勵下轉病人的醫師，同時也要為還在養成階段的年輕主治醫師提供保障。

而運作至今，廖慶龍也實際面有以下建議：

一、資訊系統應更友善，官方界面的操作愈簡潔愈好，最好能一個界面完成上、下轉診動作；他現在看診時會開4台電腦，還有助理幫忙，而大部分診所醫師只有一人、一台電腦，要重複進出不同界面，太過繁瑣。

二、下轉病人即時通知，大醫院有行政團隊，可為轉診病人提供充分的協助，而診所人力有限，下轉來的病人未必會主動告知，必須每天查詢是否有轉診病人，希望區域聯盟的醫療院所能建立群組，作為即時通知及溝通管道。

三、區域聯盟合作的醫療院所應建立資訊平台，最理想的狀態是能在診間就為病人掛好號，同時要定期交流、磨合，讓互動更順利，有助提升照護服務品質。

在彰化開業的廖慶龍以和彰基的合作為例，除了建置即時溝通群組，資訊系統也內建診所地圖，收集區域內診所的服務項目，例如哪些骨科診所能提供手術後換藥或復健服務，做為下轉病人時的依據；每季開會交流，尤其重視轉診病人的反應回饋。「彰基會有專人主動關懷診所上轉的病人，也歡迎診所醫師去查房。」廖慶龍說，只是說一句：「某某診所醫師有交代你的狀況、請我們多照顧你。」就能讓病人覺得窩心，也讓診所醫師更放心把病人上轉，是很體貼的做法。

「無論是小診所、大醫院，醫療產業是一整個體系。」廖慶龍強調，共同成長，才能讓醫療體系更健康，診所醫師也經過醫學中心養成訓練，再持續透過官方、區域聯盟建立的專業指標——比如COPD照護方案等，促進基層診所專業能力提升，民眾對基層醫療更有信心，才能真正落實分級醫療。



大象會跳舞 北榮內視鏡中心的整合之路

文字 / 張雅雯 攝影 / 嚴偉達

為提高內視鏡治療服務品質，台北榮民總醫院向全球內視鏡研究發展最深入的日本取經，2012年1月正式成立內視鏡診斷暨治療中心，整合原本分散於各單位的胃鏡、大腸鏡、食道鏡及支氣管鏡等檢查，並引進新型設備，成為國內最完善的內視鏡中心。

台北榮民總醫院內科部主任侯明志表示，內視鏡診斷治療在近20年間進步飛快，例如影像可以放大更多、看得更細，有利於診斷；過去只能開刀手術處理的病例，現在很多利用內視

鏡微創技術也能達到同樣的治療效果，由於傷口較小，更有利於病患的術後恢復以及提升術後的生活品質。

汲取日本經驗來規劃

台北榮總於2009年規劃成立內視鏡中心，身為內視鏡研究先鋒的侯明志自然被賦予創建此中心的任務。當時他觀摩的對象包括台大醫院、和信醫院，更前往日本取經，「日本內視鏡科是獨立專科，可涵蓋上消化道、下消化

道、呼吸系統，甚至連耳鼻喉科、婦產科也包括進來，只要是非嚴格到一定要無菌進開刀房，都屬於內視鏡中心的範疇。」當時侯明志陸續參訪日本東京帝大、昭和大學、京都大學、自治醫科大學等多家大學醫院，構思出北榮內視鏡中心的樣貌。

「日本的內視鏡是非常大的專科，但在台灣的發展程度不像日本那樣，因此規劃上必須有所調整。」侯明志說，北榮設計時整合腸胃科、直腸外科、急診、兒科、胸腔內外科，但要改造既有組織來成立一個全新的內視鏡中心，是一件不容易的事，目前達成度大概八成。

高層支持促成大整合

內視鏡中心能夠成立，來自院方高層的決心。侯明志表示，當時任院長林芳郁與副院長李壽東全力支持，尤其林院長來自台大，見證過內視鏡中心花了20年才成功完成整合的最後一哩路，這些經驗讓北榮的內視鏡中心可以加快腳步，從2009年規劃到2012年掛牌，只花了3年。

侯明志分析，從醫院經營角度來看，整合才能避免資源重複浪費，並且有能力買更尖端的設備。「當時林院長請各科提出內視鏡發展計劃，各科難免在傳統本位主義下提出許多採購計畫，預算高達7千萬元。」對於許多的重複購置，經過侯明志統整審核後，下修到4千萬元，林院長認為應將各科每年重複購置節省下來的錢用來買更尖端的儀器，重新找一個地方放置。「原本大家都以為只是把新購先端複雜儀器放在一個新地方，但其實林院長那時給我的任務，將既有的內視鏡都進行大整

中心簡介

北榮內視鏡診斷暨治療中心於2012年1月成立，位於中正樓13樓。

主要醫師團隊：內科部侯明志主任，內視鏡中心盧俊良主任、彭清霖、羅景全、王煥昇3位科主任以及陳炳憲、辛怡芳、王彥博3位主治醫師，另外有胃腸肝膽科、大腸直腸外科、胸腔外科、小兒科與耳鼻喉科多位醫師，為病患提供各項各類上、下消化道等各式內視鏡診斷及治療。

共計有10間檢查室，每周約提供69診次檢查及治療服務，總服務人次由成立時的34,964人次成長，至去年為56,737人次。去年提供服務量如下：

服務項目	服務人次
胃鏡	18,858
大腸鏡	4,086
胃及食道靜脈曲張	561
上下消化道內視鏡止血	430
麻醉內視鏡	11,003
內視鏡超音波	662
內視鏡黏膜切除術	224
內視鏡黏膜下層剝離術	54
小腸鏡	15
膠囊內視鏡	18





Dr's Profile 侯明志



現職：台北榮民總醫院內科主任
國立陽明大學醫學系內科教授

學歷：台北醫學院醫學士

經歷：台北榮民總醫院內視鏡診斷暨治療中心主任
台北榮民總醫院內科部胃腸肝膽科主任
台北榮民總醫院內科部胃腸肝膽科主治醫師
美國約翰霍普金斯與喬治城大學醫學中心研究員

專長：肝炎、肝硬化、肝癌治療
消化道出血治療
胃、食道、大腸早期癌診斷與治療
各類上、下消化道內視鏡檢查及治療

著作：發表SCI文章近300篇，以門脈高壓之病生理研究及內視鏡治療研究為主軸。

合，共享資源，以節流來發展新資源。」侯明志表示，內視鏡中心座落在中正樓13樓，一方面考量該空間原本是會議室區，使用效率沒那麼高，進行工程比較不會影響病患；二來相關要整合的科別如腸胃科、直腸外科、胸腔科都在上下樓層，人員移動較方便。

從剷平舊會議室到建造內視鏡中心，侯明志從頭參與規劃設計，甚至連每塊建材都參與挑選，打拼的團隊日以繼夜廢寢忘食，自掏腰包買茶飲慰勞工人，甚至戴著工程帽半夜也來監工，他強調一開始打造就要到位，笑說比自己家裡的裝潢還要更用心。

改變既有習慣有陣痛

然而如何讓各單位的軟、硬體順利進駐內視鏡中心，侯明志花了相當多功夫。比如原本各科以為只是把儀器統一放置在中心，但還是區分為各科的財產來管理，「我說這樣不妥，如果你病人量夠多，我會多開檢查室給你；反之則會減少，並非各科固定有幾間檢查室，這樣才可以把投資之高規格空間、設備與人力做最有效經營。」

各科的技術員轉入內視鏡中心，一開始大家心裡還是認為「我屬於某一科」，只跟原本科別的醫師合作，侯明志就把技術員統一管理，透過輪調讓他們去學習不同科別的操作，「目的是希望別再分科別出身，避免形成小團體，再透過輪調讓人員充分熟悉不同科別的操作，彼此可以有效支援。」過程中侯明志承受不少質疑，他強調：「改變人既有的習慣會有陣痛期，然而長遠來說，這是內視鏡中心正確的走向。」

整合之所以困難，還有一項重要因素就是帳怎麼算？一開始各科認為，雖然醫療服務都集



中在內視鏡中心進行，但收入仍然回歸到各科的帳目，「我還是強調這樣不妥，比如說有支大腸鏡做到第500次壞掉，哪一科負責？儀器的成本既然都是內視鏡中心負責，收入當然要算中心的。」但這樣的管理並沒有委屈提供服務的醫師，不論是在原科別或內視鏡中心做，醫師收入完全不受影響；同時為了彌補各科帳面減少的績效，透過公式計算，由內視鏡中心支付各科派醫師來中心的人事成本，讓相關科別還是能反映其貢獻度。

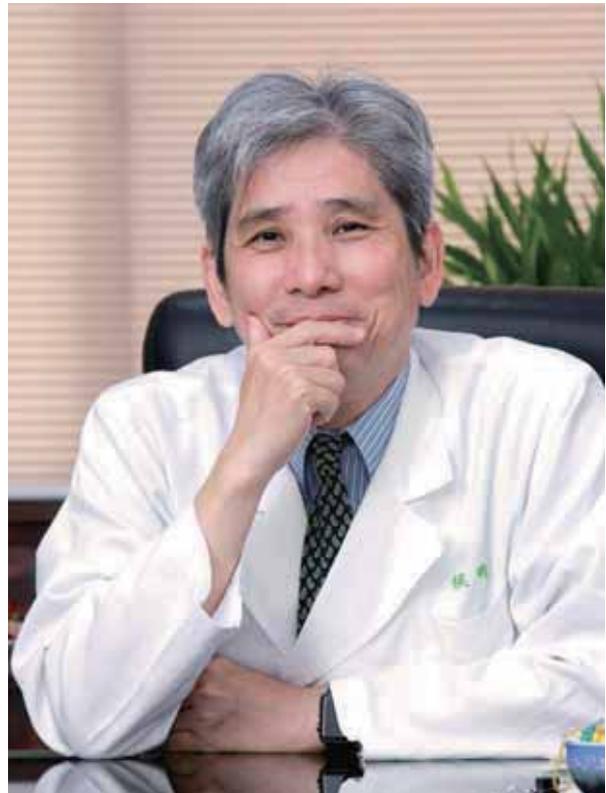
內視鏡服務領先全台

侯明志對於內視鏡中心設定了短、中、長期目標：最初1、2年讓相關科別的軟、硬體順利進駐；第3、4年則全力發展以及搶先引進新技術；第5、6年起要做出可以發表論文的成果，吸引國內外人才前來內視鏡中心進修。

目前北榮可提供的內視鏡進階診斷與治療服務包括：

高階診斷—例如染色內視鏡、窄波頻內視鏡（NBI）、放大內視鏡、小腸鏡檢查、內視鏡超音波與穿刺、膠囊內視鏡等。

高階治療項目—包括內視鏡擴張術、內視鏡胃造瘻、內視鏡支架置放、內視鏡光動力放射治療、氫漿燒灼術、各種內視鏡止血術、息肉切除、內視鏡黏膜切除術（EMR）、內視鏡黏膜下剝離術（ESD）、食道熱射頻治療（RFA）、內視鏡超音波導引細針穿刺、內視



鏡減重手術等。2017年領先全台引進可以放大到1千倍的共軛焦雷射內視鏡，並且更引進最新胃腸道壓力檢測及治療設備、96小時膠囊食道酸鹼度檢查、經內視鏡食道肌肉切開術（POEM）。

侯明志表示，內視鏡中心除了各科來支援的醫師，以更有效率的方式為民眾提供單一窗口的服務，此外，為了發展內視鏡，現在也有專屬於內視鏡中心的主治醫師群，他指出發表更多內視鏡的研究成果，是未來要努力達成的目標。 

多重抗藥性恐無藥可醫 避免濫用抗生素

文字 / 張雅雯 攝影 / 嚴偉達

抗生素自20世紀運用以來，救活了無數的細菌感染病患，卻也因為廣泛且大量的使用，漸漸產生抗藥性細菌，導致病患無法有效治療，甚至產生完全無藥可醫的超級細菌。

「抗藥性導致無藥可醫」已是全球關注的議題，避免產生抗藥性要從源頭做起，評估抗生素使用的必要性、適當性和合理性，同時做好醫院的感染管控，預防多重抗藥性細菌散播開



來。

中國醫藥大學附設醫院感染控制小組主任黃高彬指出，抗生素是醫師治療細菌感染病患重要的工具，哪種抗生素對於哪種細菌有效，是透過臨床經驗加上檢驗室的數據得知，因此就像配對般，當判斷是哪種細菌感染，就會運用特定的抗生素來治療。

抗生素有效與否又分體內和體外，體內是指實際用在病患身上後，症狀確實有改善；體外是指把細菌在培養皿養出來後，觀察使用抗生素後所產生抑制細菌的效果。若體內和體外的效果一致是最好的結果，代表用藥正確不需要更改，然而臨床上這兩者的結果未必相同，有時即使體外試驗沒有效，但醫師臨床使用發現症狀確有改善，這時就不會更改抗生素。

黃高彬表示，感染症的病患要爭取治療時間，不可能等體外試驗都完成才給藥，常規下都是醫師臨床判斷可能是哪種細菌感染，就先給藥，比如肺部最常見的致病菌就是肺炎鏈球菌，通常使用青黴素；醫師也會同時採檢培養細菌做體外試驗，再評估是否需要更改用藥，比如有些病患症狀比較嚴重，一開始醫師先用比較後線的抗生素，若體外試驗發現用前一線的抗生素也有效，就會更改用藥。

抗生素使用2年 可能產生抗藥性

原本某個抗生素可有效殺死某個細菌，然而當體內使用與體外試驗卻都無效時，就稱為「抗藥性」；黃高彬表示，一般會用十多種抗生素去做敏感性測試，如果對三類或三類以上抗生素中的每一類抗生素至少一種是無效的就稱為「多重抗藥性」。抗藥性細菌感染時，治療就變得比較複雜，除了用藥效果不佳，由於可用的藥有限，甚至還需要合併多種抗生素才



能壓制。

抗藥性的產生跟時間有關，黃高彬分析，一般抗生素全面上市超過2年就可能產生抗藥性，因為隨著廣泛使用，弱的細菌被殺掉，可以繼續生存下來的細菌自會找尋生命出路，這是細菌的演化，留下來的都是比較強的細菌，這類細菌由於比較難對付，繼續散播下去產生群聚感染，就會變成中古時代所謂的「瘟疫」。

超級細菌全球關注 可用藥物極少

若這隻多重抗藥性細菌可使用的抗生素只剩下1、2種，甚至沒有抗生素可有效治療，稱為「超級細菌」。黃高彬表示，超級細菌多半在落後地區產生，源自對抗生素濫用或院內管控不佳，但隨著國際交流往來頻繁，超級細菌可能在短時間內進入任何國家，已形成全球性議



Dr's Profile 黃高彬



現職：中國醫藥大學兒童醫院感染科主任
中國醫藥大學附設醫院感染控制小組主任
中國醫藥大學醫學系教授

學歷：高雄醫學院醫學士
高雄醫學院熱帶醫學研究所醫學碩士
高雄醫學院醫學研究所醫學博士

經歷：高醫附醫一般小兒科主任
中華民國醫院感染管制學會理事長(第二屆)
高醫附醫感染控制管理委員會召集人
高雄長庚醫院兒童內科部部主任

專長：兒科學、感染症、寄生蟲科、熱帶醫學和旅遊醫學、醫院感染管制

著作：發表寄生蟲、登革熱、輪狀病毒、腸病毒和肺炎鏈球菌等研究論文超過200篇

題。

台灣在2010年曾有一例「NDM-1」超級細菌感染案例，是一名在印度遭受槍傷的攝影師，這隻帶有「NDM-1」基因的細菌可以產生特定的酵素來破壞抗生藥的作用，當時在印度、巴基斯坦的醫院都有感染案例，後來甚至散佈到世界各地，該名攝影師回台後經檢驗，也確實發現體內帶有這樣的細菌，但他屬於無感染症狀，僅是腸道菌移生(colonization)，最後疾病管制署判定沒有傳染的疑慮。

2017年2月底，世界衛生組織（WHO）公布了一份列有12種超級細菌的名單，其中有3種對多種抗生藥具抗藥性、對住院病患有高度致死率，被列為第一級危險細菌包括：鮑氏不動桿菌（*Acinetobacter baumannii*）、綠膿桿菌（*Pseudomonas aeruginosa*）與腸道菌屬細菌（*Enterobacteriaceae*），這些都屬革蘭氏陰性菌，原本臨床使用碳青黴烯（carbapenem）抗生藥是治療的最後防線，但是近年抗藥性的案例不斷增加，情況愈來愈棘手。

以加護病房常見的鮑氏不動桿菌為例，如果對碳青黴烯抗生藥產生抗藥性，嚴重時甚至可能連很後線的克痢黴素（colistin）也無效，必須結合多種抗生藥來治療，不僅治療難度增加，最後也可能無藥可醫。

若真的沒有抗生藥可有效治療，就只能靠支持療法，期望靠患者體內的免疫系統發揮作用以及把壞菌排出去而好轉，但是對於老弱病患來說，未必能撐得過去，而有很高的死亡風險。

黃高彬認為，從醫院的角度來說，由於無法預知就醫的患者身上是否有抗藥性細菌、甚至超級細菌，唯一能夠做的預防措施就是做好醫院感染管控，也就是感染封鎖，先做隔離防護

措施，或是先行隔離治療，當確認感染抗藥性細菌時，必須收治在隔離病房，器械與排泄物也要經過特別處理，避免抗藥性細菌在醫院散播，否則醫院內病患大多免疫功能不佳，一旦感染可能造成大規模群聚，導致抗藥性細菌不斷增加。

抗生素不是為安心吃 濫用有後遺症

然而預防抗藥性細菌最重要的源頭，就是不要濫用抗生素。「醫師不應把抗生素當作安心的藥、不要把抗生素當退燒藥來備著、不要把抗生素當作對病患交代的用法，應該合理且適當使用。」黃高彬強調，正確使用有以下4個大原則：

1. 非細菌的感染就完全不要用抗生素
2. 可以停藥時盡快停
3. 可以用愈前線的抗生素就避免用後線的抗生素
4. 治療14天會好就不要用到15天

臨床上不乏民眾對抗生素認知錯誤，甚至逼醫師開處方的狀況，黃高彬就曾遇過從他院轉來的患者，由於感覺體內彷彿有蟲咬般的癢感，在他院就診時醫師懷疑有細菌感染，開了廣效的抗生素，病患認為吃藥有好轉，之後就持續要求醫師開抗生素，竟然持續吃了3年之久，直到仍然無法根治才轉院。

聽聞病患吃了3年抗生素，黃高彬非常震驚，因為長期吃抗生素會讓體內不論好壞菌都被殺掉，很容易造成黴菌感染而致命，只能說這個病患很幸運加上年輕，還沒有產生嚴重的後遺症。

黃高彬也提醒，有些民眾發現自己有感染的症狀，就隨便在藥局購買抗生素服用，這是很危險的，因為不同感染需要的療程都不同，民



眾務必要就醫、遵照醫師指示服藥，才不會讓細菌抗藥性的問題越來越嚴重。

減少過度處方 醫界仍有努力空間

美國曾提出一份報告指出，門診中有五成抗生素是多開的、住院有三成是多開的，提醒醫師使用抗生素的比例還可以再降低，黃高彬表示，台灣也有類似情形，這是有待努力的方向。

此外，由於每科醫師都可以處方抗生素，然而專精程度未必如感染科，可能不慎使用太多抗生素。黃高彬指出，現在醫學中心多半要求各科處理患者的感染，應該照會感染科醫師，但規模比較小的醫院可能較難做到。目前台灣還未建立抗生素使用標準，只靠感染症醫學會在把關，除了感染科以外、其他科別可能沒有遵循。不過從2013年展開「抗生素管理計畫」，現在已列入醫院評鑑中，希望透過源頭合理使用抗生素、加強醫院感染管控，避免產生更多的抗藥性細菌危害民眾健康。 



陽大醫院十年有成 提升蘭陽地區優質醫療

文字 / 張雅雯 攝影 / 嚴偉達

今（2018）年對陽明大學附設醫院具有特別的意義，2008年從署立宜蘭醫院改制為陽大醫院，正好滿十周年。

從國立陽明醫學院到陽明大學，自1975年創校至今，40多年來培育許多優秀的醫界人才，而直到10年前，陽明大學附設醫院才終於在宜蘭成立。甫於2018年9月卸下院長一職，現任陽大醫院顧問的羅世薰，就是第一屆畢業的校友，他指出陽明大學一直以來都以榮總系統做為教學醫院和訓練醫院，但校友們始終對於沒

有附設醫院感到遺憾，直到2008年在當時的行政院長游錫堃和吳妍華校長的努力下，署立宜蘭醫院得以改制為陽明大學附設醫院。

經費大幅刪減 預算緊縮還是蓋出醫院

羅世薰與陽大醫院結緣已久，2001年宜蘭醫院由於營運不佳而委託台北榮總經營，當時在北榮服務的他被借調擔任宜蘭醫院的外科主任，改制後正式從北榮離職，擔任陽大醫院副



陽大醫院不斷提升軟、硬體設備，守護蘭陽地區民眾健康。

院長，2011年接任院長一職至2018年9月15日卸任。

由於新民院區位於宜蘭市舊城區，原有空間受限，羅世薰上任後接手規畫預定在校舍路興建400床規模新的蘭陽院區，「然而計畫趕不上變化」他苦笑地說，原本49億元的經費，後來被刪減成只剩20億元，因此包括醫護宿舍、醫師辦公室、研究大樓、國際會議廳等設施只好先暫緩；在20億元內再變更設計，緊縮各項預算，總算可在2012年動土開工，原本預計2年完工，後來又延遲至2016年10月才正式開幕。

興建蘭陽院區同時，舊有的新民院區也以再活化的概念，規劃要成立四大中心，包括：弱勢與特殊需求者照護醫療中心、失智症照護及技術發展中心、科技輔具與科技照護訓練中心、銀髮健康管理研究暨專業人才培訓認證中心，以因應並改善宜蘭地區因高齡化所產生長期照護及健康促進之需求。

蘭陽擔負急重症 醫療品質大大提升

羅世薰強調成立蘭陽院區主要擔負急重難症的醫療任務，統計顯示蘭陽院區在急重症提供相當大的能量，急診每個月平均達5千人次以上，收治第一、二級(較嚴重)的急診病人數高於全國平均；癌症留治率提高到87%，優質的心臟照護團隊，除了擅長心導管技術，也是蘭陽地區唯一有能力透過三度空間立體定位進行燒灼術，來治療心律不整的醫院。以轉院率



來看，不管是急診、門診、或是住院病患的轉院率都不到1%，這還包括因滿床只好幫助他轉院的案例。這表示來到我們醫院95%以上的病患，我們都有能力解決。也由於收治不少外傷患者，若生命已無法挽回，院方也會徵詢家屬是否同意器官捐贈，每年至少都會募到1~2位捐贈者遺愛人間，以往都是提供其他醫學中心使用，現在陽大醫院也發展出腎臟移植團隊，2017年3月完成陽大醫院首例腎臟移植個案、隔1個月又做了第2例。羅世薰認為這對醫院深具指標意義、陽大醫院可以把宜蘭人捐出的大愛延續留在宜蘭，讓有需求的鄉親不用遠赴外地就醫。

深入社區預防疾病 開設動腦班運動班

羅世薰表示，身為國立大學附設醫院，陽大醫院落腳在宜蘭，勢必要有不同於人口密集都會區的思維，因此陽大醫院的方向很明確，就是全力朝「具備醫學中心功能及品質」之社區型醫院發展。陽大醫院建立起社區醫療的模式是「走出醫院、深入社區」，希望能夠走到疾病的前端，在疾病還沒發生以前就能將其阻絕；或者即使已經發生了疾病，透過及早發現與介入，可避免變成更嚴重的大病。

因此陽大醫院從各鄰里找來志工到醫院受訓，成為社區天使，原本是要協助做社區肺結核的篩檢，後來更針對宜蘭市65歲以上8千多名長者進行大規模家訪，最後實際完成近4千

人，這樣的訪查資料非常珍貴，可以了解這些長者的需求是什麼、是否有失智失能等狀況，且可比較與其他縣市有何差異。透過與全國資料比對，發現宜蘭65歲以上失智症比例比全國高，而失智症開始之前有個過渡階段—輕度知能障礙（Mild Cognitive Impairment, MCI），比例也比全國高，研究顯示MCI每年約有10-15%會發展為失智症，因此由醫師率領團隊，在壯圍的社區成立樂智據點，把篩檢出來的MCI患者找來上課，每周進行3次，透過這樣的動腦刺激，發現這些MCI病患的功能都有進步，原本無法繼續在市場做生意的婆婆，後來缺課沒來，原來是又可以回去賣菜了。



除了透過動腦班來延緩失智症的進展，也為健康長者成立運動班，推廣健康促進，這項「健康磐石大聯盟計畫」從3年前開始，以蘇

陽明大學附設醫院簡介

陽明大學附設醫院前身為署立宜蘭醫院，於2008年改制，目前有兩個院區：

蘭陽院區：以具備「醫學中心」級功能及品質之社區醫院為目標，配置急性一般病床400床，特殊病床122床（包括加護病床、小兒暨新生兒加護病床、急診觀察床、待產床、嬰兒病床、呼吸道隔離病床、手術恢復床、嬰兒床、亞急性呼吸照護病床及洗腎治療床）。

新民院區：以周全長期照護體系及健全弱勢醫療照護為主要責任，設有特殊病床（慢性呼吸照護病床、洗腎治療床、安寧病床）62床。建置中的四大中心，包括弱勢與特殊需求者照護醫療中心、失智症照護及技術發展中心、科技輔具與科技照護訓練中心、銀髮健康管理研究暨專業人才培訓認證中心，以因應並改善宜蘭地區因高齡化所產生長期照護及健康促進之需求。

服務規模：主治醫師人數為110人，2017年門診總人次為473,801人次，較改制前成長58%；住院總人次為20,901，較改制前成長21%；手術人次8,617，較改制前成長53%。



澳鎮聖湖社區活動中心為據點，由在地企業信大水泥公司捐贈運動器材，在醫院專業人員帶領下，長輩們每周上課2次，進行各肌肉群訓練，3個月後發現他們不僅背挺直長高了、行動也變得敏捷。但發現一旦訓練停止，效果延續不長。為了讓效果能維持久一些，第2年再增加為每周上課3次，但因反覆性運動較為固定、枯燥，也較無趣，今年為了增加參與者的興趣，信大水泥再添購兩套XBOX體感運動器材，裡面有數十種運動遊戲軟體，讓長輩們除了運動，還可以互相競賽，大大提昇趣味性，參與度更高，效果更佳。

團隊照護健康加值以醫學中心為目標

對於醫療照顧，羅世薰提倡「團隊照護、健康加值」，例如針對宜蘭地區65歲以上髖關節骨折併骨質疏鬆者，提供整合型復健照護計畫，成功地讓再跌倒率降到6%，2015年獲得國際骨質疏鬆學會（International Osteoporosis Foundation, IOF）的認證，這項計畫同年也獲得2015年生策會SNQ國家品質標章肯定。

此外，對於在醫院長期洗腎的患者，在透析洗腎當時，同時由心臟科醫師進行周邊動脈血管檢測，發現有阻塞問題就可及早介入，避免患者未來可能因下肢缺血而面臨截肢遺憾。羅世薰表示，目前已成立的照護團隊包括，髖關節骨折併骨質疏鬆照護團隊、特殊需求及偏鄉兒童牙齒照護、腦中風照護團隊、失智症一條龍團隊照護計畫、婦女尿失禁團隊照護、周邊血管團隊整合照護計畫、慢性傷口照護團隊、減重代謝照護團隊等多個團隊，目的都是讓病患獲得更多、更週全的照顧，提升治療品質，更提升生活品質。

2016年10月26日蘭陽院區啟用典禮上，時任



Dr's Profile 羅世薰



現職：國立陽明大學附設醫院顧問、醫學系教授

學歷：國立陽明大學醫學系畢

經歷：國立陽明大學附設醫院副院長、院長
署立宜蘭醫院外科主任

台北榮民總醫院一般外科主治醫師

日本鹿兒島大學醫院胃癌諮問研究員

美國休士頓安德森癌症中心研究員

專長：腹腔內視鏡手術、疝氣手術、消化系腫瘤手術、乳房手術、甲狀腺手術、靜脈曲張手術

行政院長林全曾公開表示，要讓陽大醫院蘭陽院區的病房數、研究設備和醫師人數，擴充到醫學中心等級。因此，當年年底陽大醫院立即草擬二期計畫書，目前正送審中。成為醫學中心是地方人士、縣民、及學校的期待，當然這非短時間所能達成，但目前我們一定能提供給縣民醫學中心等級的醫療服務。雖然硬體的擴充還要一段時間，不過羅世薰強調「軟體的部分不能停滯，要加速升級，求新求變」，醫學中心是我們的終極目標，全院也士氣高昂積極按計劃前進。 

黃信彰

致力推動台灣醫界菸害防制

文字 / 吳佩芬 攝影 / 嚴偉達



國人十大死因就有7項和抽菸有關—即惡性腫瘤、心臟疾病、腦血管疾病、肺炎、慢性阻塞性肺病、高血壓、糖尿病；更可怕的是，菸品是唯一可以合法使用、卻會戕害人體健康的消費性產品。

從腸胃肝膽科轉到家庭醫學科，台北榮總副院長、台灣家庭醫學醫學會理事長黃信彰投入戒菸、菸害防制工作已30多年。從政府推行的戒菸一代、二代政策，戒菸醫護人員訓練，黃信彰無役不與，致力於推動台灣醫界菸害防制。

推動戒菸以家庭醫學科為主力

1984年，台灣家庭醫學醫學會成立，在內科醫師專科執照之外，黃信彰又多了1張家庭醫學科專科執照。「戒菸是需要相關諮詢能力和溝通技巧」黃信彰認為，家庭醫學科醫師和病人相處時間較久，且有持續性的醫病互動，效果比較理想。

家庭醫學科專科醫師從住院醫師開始接受戒菸諮詢訓練，前3年都會安排到門診，第1年觀摩、見習；第2、3年上線進行戒菸實務，並由主治醫師在旁指導。「戒菸諮詢本來就是我們家庭醫學科醫師養成訓練的一環。」黃信彰指出，戒菸不像一般的看病，它是一個行為諮

商，必須要擁有很好的溝通技巧，要了解抽菸者的動機，並告知抽菸的壞處、戒菸的好處，對於1名沒有任何動機的抽菸者，要求他服用戒菸藥物，效果往往很差。在家庭醫學科住院醫師訓練內容中，包含許多溝通技巧、行為諮商方法，是家庭醫學科住院醫師訓練重點，也是核心能力。

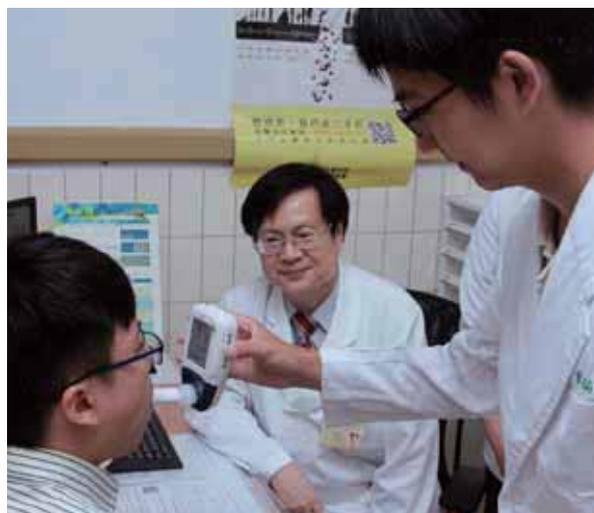
其次，不同於其他專科專注在某些器官的健康，家醫科重視全人全家的健康照顧模式，而吸菸的危害不只是局限於吸菸者本身，二手菸、三手菸也會傷害到全家人的健康。

當然，其他專科醫師也接受過一定的戒菸訓練，可以加入戒菸行列。根據國民健康署戒菸治療管理中心統計，到2018年6月30日止，國內參與戒菸服務的合約醫事人員是11,588人，西醫師最多，有5,711位，衛教師3,427人，藥師1,554位，牙醫師896位，仍以醫師為主體，其中家醫科醫師占27.58%，22.3%為內科，一般科21.7%。

黃信彰指出，西醫診所還是以家醫科醫師為主，接下來是藥局、區域醫院、衛生所、地區醫院、牙科診所；醫學中心家數少，但還是有一定的執行量，且除了幫助民眾戒菸，還投注心力在教學重任。

善用藥物助癮君子克服戒斷症候群

依據國健署規定，進行戒菸治療醫師的訓練課程總共7個小時。從了解吸菸菸品的身體危害，比如癌症、心血管等。還有戒菸好處，例如研究指出，戒菸8小時，血壓、血氧濃度都可以恢復到正常值；24小時會降低心臟疾病的發作；1個月後可以改善30%肺功能；1年後可以減少心血管疾病的風險降至抽菸者的一半；5年後肺癌的死亡率降到每日抽菸一包者的一半；

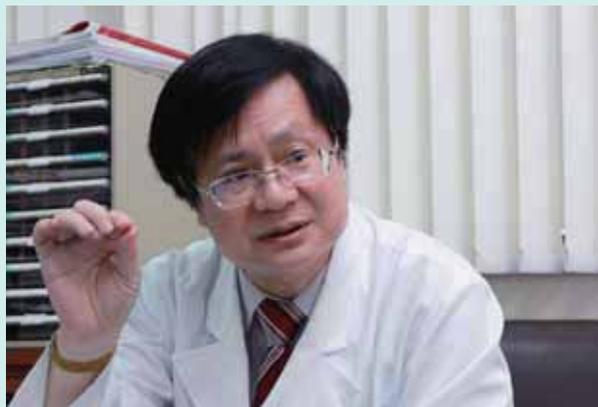


10年後肺癌死亡率和不吸菸者相同；15年後心血管疾病的危險和不吸菸者相同。黃信彰說，這些佐證數據都是讓吸菸者對戒菸有信心，不要再抽菸，罹病的風險就愈來愈低。

由於抽菸具有成癮性，特別是菸品成分中的尼古丁會成癮，要幫助戒菸者度過戒斷症候群，就很重要了。從尼古丁到非尼古丁替代療法的藥品研發、上市，比如戒必適，針對吸菸成癮的機制進行改善。黃信彰表示，1995年台北榮總開設全國第一個戒菸門診，由醫師、衛教師來協助癮君子戒菸，成功率不錯；當時沒有好的藥品，只有尼古丁替代療法；後來，國健署為了要更多的癮君子願意戒菸，自2009年起推動門診戒菸，當各科門診發現有抽菸習慣的病人，就轉介到家庭醫學科。不久《菸害防



Dr's Profile 黃信彰



現職：台北榮民總醫院副院長

國立陽明大學醫學系家庭醫學科教授

台灣家庭醫學醫學會理事長

學歷：國立陽明大學醫學院醫學系畢業

美國南加大杭京頓紀念醫院肝病中心研究員

經歷：台北市立陽明院院長

國立陽明大學醫學院醫學系助教、講師、副教授、教授

台北榮民總醫院內科住院醫師、總醫師

台北榮民總醫院胃腸肝膽科主治醫師

台北榮民總醫院家庭醫學部主任

專長：內科學、胃腸學、家庭醫學、社區醫學、老年醫學

制法》施行，除了家庭醫學科，各科醫師都努力執行癮君子戒菸，以台北榮總來說，戒菸量最多還是家醫科，其次是精神科、心臟內科，並得知出現精神方面問題的病人菸癮也蠻重的。北榮每年戒菸者有200多人，戒菸的次數有600多人次。

黃信彰表示，有了好的藥物之後，更應該鼓

勵癮君子多戒菸。過去只有尼古丁貼片時代，戒菸成功率只有10%多，現在可提升到兩倍。要提醒的是，多數癮君子戒菸不是1次就成功，因為成功率才2-3成，就表示還有6-7成還持續抽菸，但是再抽、再戒，每多戒菸1次，就離成功戒菸愈近——也就說，是戒菸失敗後仍有戒菸意願者，成功的機率較高。

借鏡韓國戒菸政策優點

2018年6月下旬，台灣家庭醫學醫學會到韓國參訪，並在7月15日家庭醫學醫學會的學術年會中舉辦台日韓的國際戒菸會議，進行國際交流。交流中也讓他頗有感觸，韓國吸菸率從40%多一路降到24%，一包菸高達150元台幣，而台灣加了20元的菸捐也才100出頭；韓國營造無菸環境、無菸職場，讓吸菸者無處可以吸菸；提供更多誘因，讓醫療人員更有意願投入戒菸工作。

黃信彰表示，國健署提供1年2次的戒菸門診免費服務，每次8周；韓國是1年3次，每次12周。在醫師的部分，平均1個人次戒菸是25元美金的調劑費和診療費，台灣是10元美金，而且多數縣市衛生局要求合約醫療院所不收戒菸門診的掛號費，掛號費由醫療院所自行吸收。此外，韓國對於戒菸成功者還有實質上的獎勵，第一階段滿4周、第二階段滿8周，都有提供禮品，台灣則只有衛教師電話定期追蹤戒菸概況。

台灣戒菸班就是把有菸癮者集中在一起，花2個白天時間上課，課程內容不外乎抽菸的壞處、戒菸的好處，怎樣處理戒斷症候群，戒菸後如何不變胖等；韓國除了戒菸班，還有長達3天2夜或5天4夜的戒菸營。而北榮戒菸班成功率是30%，韓國戒菸營的成功率可以達到65%以



上。黃信彰說，韓國戒菸營是要住院的，除了戒菸，還配合全身健康檢查，而在台灣，要一床難求的醫療院所空出病床，大概很難吧！

台灣、韓國則都有職場戒菸衛教服務，「北榮戒菸團隊會配合台北市衛生局，利用中午時段到企業職場進行菸害防制衛教宣導。」黃信彰表示，癮君子可以現場領藥，等於把戒菸班搬到公司行號內，成功率頗高。

依據黃信彰的經驗，最難過的戒菸時段是最初的戒斷症候群發作，熬過的話，戒菸成功率就會提高。這一段時間有多長？因人而異，和菸癮有多重有關。戒菸時，會進行癮君子的尼古丁依賴性進行測試，總計10分，如果是7分以上，等於每天至少要抽30根以上，這類癮君子只要半天不抽菸就受不了，戒斷症候群會很嚴重。

台灣抽菸率從2008年的21.9%降到2016年15.3%，2017年董氏基金會的統計降到14.5%，降的幅度比較緩慢，不像韓國突然一下子就降

低許多，可見韓國吸菸者戒菸的決心是很強烈的。

30年菸害防制初具成效

「30多年的耕耘，我們已經做得很不錯了，但還可以往前邁進。」黃信彰建議，政府單位能提供更優質的誘因，讓臨床醫師願意進入戒菸工作，徵收到的菸捐，應該投入更多經費在戒除菸癮等活動上，加強民眾、校園、職場的菸害防制及衛教。「我們要繼續把宣導範圍做大。過去第一代只有門診，現在第二代戒菸則鎖定病情穩定的吸菸住院病人及急診病人，都可以到門診接受戒菸諮詢；對於年輕族群抽菸不只是菸癮的問題，還有同儕模仿的效應，覺得抽菸很酷，很帥，我們找了庾澄慶為形象大使，代替孫越孫叔叔，利用形象的塑造，就如同孫越孫叔叔一樣，分享過去抽菸、戒菸的經驗，以愛的力量、為了家人，鼓勵癮君子戒菸。」 

雲林人的近人 天主教若瑟醫院

文字 / 陳佳佑 攝影 / 鮮于靜梅

1950年代，連通彰化與雲林之間最重要的橋梁「西螺大橋」才剛通車，當時天主教嘉義教區牛會卿主教眼見雲林缺乏醫療資源，民眾就醫南來北往亦屬不便，故遠從歐洲請來松喬與畢耀遠兩位神父，與虎尾本地董友芝醫師及其夫婿周長鳴醫師幾經困難，終於在1955年創建天主教若瑟醫院。

從15床的小診所開始，經歷60餘年，成為如今擁有418床的區域教學醫院，不變的是創院以來抱持著做雲林人的「近人」的信念，堅持成為真正的「在地人的醫院」。從身體到心靈，全面照顧雲林鄉親的生老病死。然而現今人口逐漸高齡化，老年照護的比重日益增加。

尤其雲林縣相較於其他縣市，老年人口比例為全國第二高的城市，其中獨居和貧困的老人尤其眾多。若瑟醫院開始推展老年社區醫療業務，設立失智老人養護、安寧療護等長期照護單位，以因應在地的現實狀況。

老人人口比例高 失智問題日趨嚴重

天主教若瑟醫院李聰明院長表示，雲林老年人口占全縣人口17.69%，比例高居全國第二，除了一般老年疾病，老年失智更是目前特別受到重視、卻又難以預防及提早發現的問題。據統計，老年人口中約1%的比例患有老年失智問題，以雲林縣目前老年人口數來推估，理論上





若瑟醫院從15床的小診所，到418床的區域醫院，始終堅持做雲林「在地人的醫院」的初衷。

會有1萬名以上的失智患者，但2017年只診斷出3千人，可見仍有7千名以上患者及其家屬，均未發現失智問題，更遑論對於失智問題有所準備。

同時擁有台北護理健康大學長照系碩士學位的李聰明院長認為，2017年初長照2.0政策上路至今，確實對國內的長照環境有相當助益。延續長照1.0的「在地老化」原則，以「找得到、看得到、用得到」為目標，擴大服務對象、增加服務項目、鬆綁補助核銷規定，希望可以讓更多人受惠、減少民眾的負擔。例如新增失智照顧、原住民社區整合等，更為了整合社區整體資源與照顧模式，加強各項服務之間的連結，而將全部的服務分成ABC三級，A級社區整合型服務中心、B級複合型日間服務中心及C級巷弄長照站。若瑟醫院目前就有虎尾及斗南2個A級社區整合型服務中心，更在雲林偏鄉崙背、四湖及大埤設有3個日照中心以及多個失智據點。但這些據點仍然不足，所以除了計畫中的長照復健教育大樓之外，同時規劃將教會所轄鄰近鄉鎮天主堂納入長照據點，期盼提供雲林長者一個完整的醫療及長照系統。

年輕人口外移 常見獨居、老伴老現象

神經內科主治醫師何旭華親身參與了此一過程。為配合衛生福利部長照2.0失智症照護政策，2017年5月若瑟醫院開始承辦雲林縣失智症共同照護中心，於神經內科部下設立「失智共同照護中心」，結合相關照護團隊，陪伴失智照顧者在照顧失智患者不同階段的照顧需求，引導及協助失智照顧者，提供相關資訊及轉介等支持服務。並連結醫療資源，提供個案醫療照護相關服務，傳播失智健康知能及建構

失智安全社區環境。

何醫師表示，雲林的長照問題與都會區縣市有很大的不同，原因在於鄉間年輕人口往往離鄉背井前往都會區打拼，長輩獨居或是「老伴老（老人相伴）」的情況非常普遍，所以目前「失智共同照護中心」以「預防保健」與「在地老化」為主要工作方向。透過深入鄉間社區宣導、早期診斷與治療來延緩長者失能失智的狀況，更希望透過長者身心靈的真正健康，讓長者能被尊重、被關愛地在自己熟悉的地方老化，而非被孤單而無視地送至安養機構。

其中「預防保健」更是首要之重，「一般失智症患者初期往往只被認為是老化的正常狀態，等到真正發現失智，到失能臥床狀態往往只剩下8至10年時間。」何醫師強調，如果能深入社區，提早發現、治療，往往可將這段時間延長至15年、甚至20年。

目前仍有太多未被診斷出失智問題者隱藏在雲林各角落，「曾有長者開始出現隨處便溺，購物忘記付款的症狀，家人未深入探究原因，覺得只是老化問題，無法理解其實這已經是失智的病症，反而將病人關在家裡，減少這些「丟臉」的行為，但這只是讓情況越來越糟。」何醫師希望透過陸續於雲林20鄉鎮設立的失智關懷據點，深入社區宣導及就近關懷，至少能診斷出其中的50%；再透過相關治療，



Dr's Profile 李聰明



現職：若瑟醫院院長、一般內科及感染科、胸腔內科主治醫師、副教授

學歷：台北醫學院醫學系

中山醫學大學醫學研究所博士

國立台北護理健康大學長照系碩士

經歷：泰國Mahidol大學熱帶醫學及衛生研究

英國倫敦大學熱帶醫學及衛生專科

英國威爾斯大學結核病及胸腔疾病專科

英國愛丁堡大學內科

日本東京醫科大學雷射醫學

馬偕醫院一般內科及感染科主任醫師、胸腔

內科主治醫師、感染管制中心主任醫師

台灣感染症醫學會理事

台灣愛滋病學會理事

台灣醫院感染管制學會理事長

馬偕醫院台東院區副院長

台灣胸腔病暨重症加護醫學會監事

馬偕醫護管理專科學校兼任副教授

若瑟社會福利基金會執行董事

專長：一般內科性疾病、氣喘性支氣管炎、肺炎、結核病、腸胃炎、泌尿道感染、愛滋病、性傳染病、蜂窩性組織炎、骨關節炎、黴菌感染、寄生蟲及旅遊相關疾病

讓失智狀況能夠減輕。

何醫師強調，失智治療不是只依靠藥物，家人的理解與陪伴其實也是非常重要的一環；此外，透過安排運動、音樂、美勞課程甚至是相約打麻將，其實都是治療手段，成效也十分顯著。目前若瑟醫院在2017下半年就已收治409位失智病患，到2018年中更有583位之多，期待在未來在失智據點逐漸增加、資料庫日益完善的情況下，透過社區中居民、商店及學校的共同關心，讓失智者能被注意，進而被診治。

洗澡也是問題？長照工作包羅萬象

承接「社區整體照顧服務體系-A級單位計畫」的若瑟醫院社區護理長郭淑芬表示，長照2.0服務目標從醫療到長照及生活支持無所不包，最大不同是連接醫療，含到宅醫療、重度居家醫療、居家安寧等都是。現行醫師訪視發現長照個案醫療需求未滿足，是因家人接送或個案臥床導致就醫問題，若瑟醫院讓醫療串連，確實讓多數的民眾有極高的滿意度。

長照服務分住院中、門診個案。住院有出院準備個案師於個案出院前3天完成評估；門診個案則由A級個案師協助申請，後端銜接個案師到家訪視。本院長照服務之外，再為失能及臥床個案提供身體清潔舒適「到宅沐浴車服務」。雲林縣老人居全國第二位，老人照顧老人普遍存在，當長者無法自理時老人家要協助自己的老伴到浴室洗澡是件困難事，2017年新莊東區扶輪社捐贈到宅沐浴車，若瑟醫院免費提供100人次服務，期間因水壓不足，沐浴團隊用提水協助沐浴完成，案家環境不佳，人員不介意天氣炎熱，汗流浹背完成個案沐浴，並協助個案剪髮、床鋪整理，團隊的成就還有為了圓個案的夢，深入案家才了解到傳統的長者



郭淑芬護理長在第一線為長者的生活品質而努力。

是不「泡澡」的，但我們服務獲得家屬肯定，希望我們圓個案的夢。

推動長照是每一位若瑟人的使命，初創的困難，長官為了醫療車奔走、為了經費籌備努力，無非希望可以幫助更多的人受惠，讓失能或疾病末期個案，不因經濟而錯失應有且真正需要的醫療資源。

不只治療身體，身心靈全方位照護

身為雲林人的陳正昱副院長認為教會醫院的最大特色就是願意照顧貧窮者。曾有一位氣喘的老先生在妻子的陪伴下來看診，但觀察老先生的穿著及外表似乎顯得有些髒亂，沒有被妥善照顧的感覺。主動詢問陪伴的老太太後才發現，兩個人老伴老，根本無餘力照顧彼此。在了解真實狀況之後，陳正昱覺得除了門診，其實患者更需要的是清潔服務，因此主動幫忙申請到宅沐浴服務。雖然因為氣喘與高血壓的症狀，無法完全泡澡，但僅僅是協助沐浴，亦讓老先生十分感謝，隨即主動申請了下一次的服務。類似的問題也發生在一位中風患者身上，患者右腳外傷傷口總是無法痊癒，即使經過長期治療，病狀總是重複發生。陳正昱親自去到



Dr's Profile

陳正昱



現職：若瑟醫院醫教副院長、長照社區健康部主任、胸腔內科主治醫師、副教授

學歷：國立陽明大學醫學研究所博士
國立陽明大學醫學系

經歷：哈佛大學公共衛生學院訪問學者
天主教耕莘健康管理專科學校副教授
天主教醫師協會秘書長
天主教仁慈醫院監察人

天主教康泰醫療教育基金會董事
台北榮民總醫院住院醫師及總醫師

專長：重症醫學、胸腔醫學、高壓氧、睡眠醫學、肺癌、基因分析、生物統計

患者家裏才發現，原來因為在其家中開啟吊扇的過程中，狹窄的環境讓患者反覆撞傷，才導致傷口一直再度受創，無法痊癒。因此也協助患者申請無障礙設施的裝設，改善其居家環境。

另有一位患者在應回診的時間沒有回到醫院診療，若瑟醫院主動關心之後才發現，原來因為女兒結婚，家人無法分心照顧患者，只好將患者送到安養中心短居，導致無法回診。身為



Dr's Profile

何旭華



現職：若瑟醫院神經內科主治醫師

學歷：國防醫學院醫學系

經歷：台北榮總神經內科總醫師、臨床研究員

埔里榮民醫院神經內科主任

埔里基督教醫院神經內科主任

埔里基督教醫院內科主任

專長：老年失智症、癲癇症、巴金森氏症、腦中風、不自主運動、周邊神經病變、肌肉病變
腦波、肌電波和腦血管超音波檢查和判讀

人父，無法參與自己女兒婚禮，甚至被送到安養中心，單單想像都覺得心疼，而這何曾不是許多長照患者及家屬最深層的痛楚。

陳正昱認為，政府在長照2.0的內容及執行方式上，確實有改善先前1.0版本的很多問題，但整體上還是受限於經費與人力，無法滿足所有的需求者，部分缺口還是得仰賴社會關心或是善心捐贈。

天父愛人，阿兜仔愛雲林

天主教若瑟醫院，一間在虎尾人口中的「阿兜仔病院」，當年創院的兩位阿兜仔神父松喬

神父以及畢耀遠神父，一位來自比利時，一位來自荷蘭，卻都把雲林當作是他們的故鄉。從不支薪的松喬神父在1993年獲得醫療奉獻獎時，想要回久違的比利時老家省親及分享此一榮耀，卻因缺乏金錢而無法成行，是醫院同仁發起募捐才能湊足旅費；2007年松喬神父逝世於虎尾，遺囑中希望天主教若瑟醫院秉持愛與慈悲，以服務病人與家屬，特別是為那些最貧窮而被忽略的人。而2018年8月9日剛過96歲生日、甫獲雲林縣榮譽縣民證的畢耀遠神父，2017年獲頒吳尊賢愛心獎，然而這位「荷蘭來的台灣人」將100萬獎金全數捐出，不留分毫。這份愛心也感染虎尾在地人，2018年3月首次舉行的虎尾驛愛心拍賣會，一日就募得250萬元，全數捐予天主教若瑟醫院作為大埤玫瑰日間照顧中心建設經費與長照基金。兩位神父為雲林奉獻一生，真的做到「全犧牲、真愛人、常喜樂」精神，甚至可說比許多台灣人更愛台灣。

人口高齡化已是必然趨勢，加上少子化的現象，未來長照需求將更為迫切，單單只是增加聘請外勞照護，其實無法完全解決問題。從民眾的關心、社區的群體照顧到專業人員的教育養成，種種的需求接踵而來，長照將是一條艱苦但又必須面對的漫漫長路。

訪談的最後，李聰明院長笑著說若瑟醫院有三多跟三缺：三多是薪水、福利跟祝福，但這三多，多的都是天父會多給；三缺則是缺人、缺工、缺錢。比起其他醫學中心等級大型醫院，若瑟醫院給不出更優渥的薪水，也無法獲得更多的政府補助，在醫療大環境短期間無法改變的情況下，只能努力改進自己，使若瑟醫院成為成功的地方醫療一角，提供有品質的醫療照護，盡力成為雲林人的近人。 



為愛減壓 好心無價

為了心愛的家人，
你扛下所有壓力，
包括不斷破表的血壓？

擁有健康身體才能實現愛的承諾。
從今天起，請放下壓力、控制血壓，積極保健心臟，享受真愛綿長。

高血壓患者 S-ABCDE守則

中華民國心臟學會 提供

限制食鹽攝取量 **S**alt restriction

* 每日食鹽攝取量低於6公克，可降低收縮壓2~8mm Hg。

限制酒精攝取量 **A**lcohol limitation

* 節制飲酒，可降低收縮壓2~4mm Hg。每日啤酒/紅酒/威士忌
飲用上限：男性700/240/75ml；女性470/160/50ml。

減重 **B**ody weight reduction

* 體重每減1公斤可降低收縮壓1mm Hg。BMI應控制在18.5~24.9。

戒菸 **C**essation of smoking

* 禁菸雖對血壓高低無影響，但抽菸會增加中風機會。

飲食控制 **D**iet adaptation

* 每天攝取8到10份蔬果、2到3份低脂製品、減少飽和脂肪和膽固醇
攝取，可降低收縮壓10~12mm Hg。

持續運動 **E**xercise adoption

* 每週運動逾5天，每天至少30分鐘，可降低收縮壓3~7mmHg。



輝瑞大藥廠 共同打造更健康的世界

讓缺陷的生命不再遺憾

文字 / 陳佳佑 攝影 / 嚴偉達

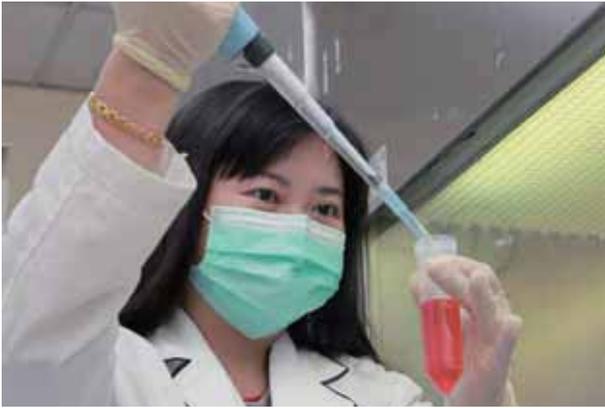
罕見疾病，顧名思義就是發生率低且少見的疾病。其主要肇因於先天性的基因缺陷，如基因的突變、遺傳等，當然也有至今仍未發現確切致病因素的罕病；其中較為人所熟知的包括玻璃娃娃（成骨不全症）、黏寶寶（黏多糖症）、脊髓性小腦萎縮症等。這些疾病目前在國內已知病人數從數百人到千餘人不等，而其餘更少見的部分罕病，更是可能在全世界也僅有數個病例，可能連醫師都沒聽說過。

現任中國醫藥大學研發副校長的蔡輔仁醫

師，投入罕見疾病領域超過20年，早在剛升任主治醫師時，就憑著一股衝勁，在缺乏資源的年代，用簡單的視診，完成台灣新生兒胎記、輕微異常、臀型產畸形及兒童眼距、耳朵等的測量，成為國內臨床醫師重要的參考資料。更是中部地區第一位醫學遺傳學專科醫師。

回憶起投入罕見疾病的歷程，出身兒科的蔡輔仁表示，兒科醫師最有機會接觸到遺傳、罕見疾病，早年產前或是新生兒篩檢受限於技術，往往無法事先檢驗出異狀，只有當父母親





歡喜迎接新生兒出生，甚至是嬰兒逐漸成長發育的過程中，才發現不尋常的罕病症狀開始出現。

罕病家庭的沉重負擔

罕見疾病的發生原因有一部分來自於遺傳，即使父母並無病症，卻可能帶著隱性基因，當一對恰巧擁有相同病症隱性基因的男女結合之後，便造成高達1/4的發病機率。即使一胎新生兒是正常的，也無法保證下一胎是否正常。早年醫療科技不發達，檢查設備也不如今天進步，往往只能等新生兒出生後，甚至是開始發育以後才能判斷是否為罕病患者，完全無法預防，造成許多家庭悲劇。

蔡輔仁教授表示，這一困境直到21世紀初才獲得改善。2000年，約翰克萊德凡特（John Craig Venter）以及弗朗西斯·柯林斯（Francis Collins），在當時的美國總統柯林頓陪同下發表演說，宣布人類基因組的概要已經完成。從那時候開始，醫學科技開始大躍進，從早期僅能從外觀檢查來推測罕見疾病的發生以及可能發生原因，到現在可以從分子層面剖析病因，才慢慢揭開罕見疾病的神秘面紗。

但罕見疾病的序列往往都是排列在一般疾病之後，無論是研究或是治療，甚至是健保給付，畢竟優先照顧大部分人，是正常的想法。蔡輔仁教授認為台灣在這一點上，其實已經做得不錯，2000年台灣通過「罕見疾病防治及藥物法」，將許多以前需自費的罕病治療納入



健保給付項目當中，大幅減輕病患家庭經濟負擔。

罕見疾病的治療費用相當高昂，蔡輔仁分享：「曾經有一位病患，看診忘記帶健保卡，直接向櫃檯告知要用現金付款，這才知道在沒有健保給付之下，治療使用的酵素治療針劑，1支的費用就將近50萬！」蔡輔仁半開玩笑的說，他與他的醫療小組，曾經是健保署眼中的「要犯」，因為使用的健保費用太高。以酵素治療這類藥劑來說，嚴重的患者可能1周就要施打1次針劑，1年下來的花費動輒超過千萬。但蔡輔仁教授也解釋，畢竟是罕見疾病，使用此類健保的病患數其實很低，因此使用的資源其實也沒有想像中的高，甚至比國人看感冒所支出的費用還低很多。

致力減少罕病悲劇

目前罕見疾病的治療仍以藥物為主，而此類治療藥劑的昂貴，主要是因為藥物的開發需要大量的經費投入，但由於使用人數過少，造成每位患者分擔下來的成本極高，廠商在考量利潤之下，往往就不願意投入開發。蔡輔仁



Dr's Profile

蔡輔仁



現職：中國醫藥大學研發副校長、特聘教授
中國醫藥大學兒童醫院兒童遺傳及內分泌新陳代謝科主治醫師
中國醫藥大學附設醫院基因醫學部主任

學歷：中國醫藥大學中醫學系醫學士
中醫研究所碩士
中醫研究所博士班博士

經歷：台灣大學醫學遺傳科及分子生物研究室研究醫師
中華民國人類遺傳學會理事長
中國醫藥大學中醫學院院長
中國醫藥大學台中附醫兒童醫院兒童遺傳及內分泌新陳代謝科

專長：基因醫學、兒童遺傳、新陳代謝疾病臨床診斷與治療

回憶，早期罕病藥物尚未普及之時，每次出國開會，「總是出門帶一堆資料，回國就是要帶一堆藥。」因為當時醫療衛生法規規定，在台灣上市的藥品，都必須通過台灣人體實驗後，才能在台灣許可販售。或許其他疾病可以這樣執行，但罕見疾病因為病患少見，根本無法找到足夠參與實驗的病患；又或是藥進得少，有

時必須跟病人「借藥、調藥」來給其他病人使用。

所幸這些問題在「罕見疾病防治及藥物法」上路後已獲得改善，而由政府補助罕見疾病病患維生所需的藥物及特殊營養品，更是全世界第5個罕見疾病專屬法案。由此可見台灣對罕見疾病之重視。

蔡輔仁還曾有帶著病人的尿液檢體跨海飛到美國的「烏龍事件」，他笑著說：「有一年前往美國杜克大學開會，因為當時台灣無法尚無法檢測部分罕見疾病，所以只好把病人的尿液檢體放在茶葉罐中帶到美國。結果美國檢驗醫師誤以為裝在茶葉罐裏頭的是台灣茶葉，還打開茶葉罐要跟朋友分享來自台灣的好茶。」

而早年因為研發成本過高，導致乏人問津的罕見疾病，隨著技術的逐漸成熟，也有越來越多醫界人士開始投入這塊領域。中國醫藥大學早在20年前，就由蔡輔仁帶領成立專屬實驗室，從早期只有3個助理，默默耕耘至今已有近20名博士。期間更隨著分子生物學革命性的突破，蔡輔仁與團隊深入研究、分析國人各項遺傳疾病，從而發現的新突破點（*novel mutation*）更超過上百個，為台灣遺傳疾病建立完整的本土突發點資料，提供病人臨床照顧上的最佳輔證，進而為懷孕的可能病患進行產前診斷，減少悲劇的發生，更成功減少醫療資源的龐大花費。

蔡輔仁提醒，一般人對於罕見疾病缺乏認識，往往認為「我沒病，下一代就沒病」。事實上，人體內約有2萬5千個基因，如果男女雙方碰巧擁有同一隱性基因，甚至是基因偶發的發生突變現象，下一代就有可能出現罕見疾病！機率雖低，卻是每一個新生命誕生都需要面對與承擔的風險。所幸台灣現今的新生兒篩

檢機制相當先進，其篩檢涵蓋率更是全世界最高。從而可以提早發現可能病症。而且以目前科技來說，罕見疾病不再是「無藥可救」的疾病。大部分的罕見疾病若能及早發現，都可以透過藥物治療，避免造成患者心智障礙、發展遲緩等嚴重後果。

寄望AI帶動醫療轉型

而在電腦科技日新月異的現在，AI人工智慧的發展已逐漸邁向成熟階段，例如先前常聽到的「電腦擊敗國際圍棋高手」就是一個鮮明的例子。那麼，AI人工智慧有可能在醫學上甚至是對罕見疾病有幫助嗎？蔡輔仁對此抱持極大的信心。

蔡輔仁以醫療上常使用的骨齡推估為例，骨齡是作為許多醫療看診的重要依據，因為當一個人的骨齡與實際年齡有明顯差異的時候，就代表這個人的生長情況「不正常」，而此一「不正常」的生長狀況就可能是導致疾病的關鍵。但骨齡不是只憑醫師肉眼觀看X光片就可以鑑定，精準的作法是要將病患X光片與專業骨齡圖庫書籍一一對照，但即便如同蔡輔仁這樣有多年經驗的醫師，雖然一看到X光片就可快速翻到骨齡對照圖庫上相近的性別、年齡之對照頁數，進而開始比對，但真正推估到精確的骨齡，也需要2-5分鐘的時間。「但藉由AI人工智慧就不同了」蔡輔仁表示，透過不斷的輸入資料「餵養、訓練」AI人工智慧，讓電腦儲存大量骨齡X光片，並建立模型。電腦便能藉此一資料庫，快速判讀骨齡，節省醫師所花費之眼力及腦力，作為醫療診斷的基礎參考數據。

說到AI人工智慧，或許有些科幻迷會不自主地想到科幻小說中的劇情：AI人工智慧學習過頭，發展出自己的思考與判斷能力，甚至產生



了「自我」，進而驅逐人類。蔡輔仁笑說，短期內絕不可能，至少我們這一代人是看不到了。他強調，AI人工智慧不是真的有智慧，它的知識來自人類的資料輸入，透過大量基礎數據的歸納整理，「學會」判讀X光片；而單一資料的輸入，讓這台AI人工智慧專注判讀骨齡X光片，其他的一概不知。

蔡輔仁再以腦溢血為例，早期在還沒有X光斷層掃描儀器前，腦溢血只能靠有經驗的神經科醫師透過經驗，判斷、推測腦部溢血區域；但在X光斷層掃描普及之後，一張X光片就可看到病灶，進而協助醫師快速處理。但這就表示神經科醫師被淘汰了嗎？其實沒有，治療、手術仍要醫師親力親為，省下的是大量分析或是蒐集資料的時間，降低判斷錯誤的可能，進而讓醫師有更多時間把重心放在研究及治療。

而AI人工智慧的強大資料分析能力，是蔡輔仁相信它可以為醫學帶來轉型與變革的主要原因。

或許在可預見的未來，AI人工智慧可以發展的更好，協助婚前檢測、懷孕檢測，到新生兒的篩檢工作，讓我們有機會預防罕見疾病的發生；甚至結合基因科學，讓罕見疾病可以如同天花或鼠疫般的從疾病圖譜中消失。

這將是所有父母及醫師的期待。 

香蕉男、蒟蒻男當道？

台灣「軟男」比例三年增5成

相較於2015年的《兩性健康觀念調查》，2018年最新男性硬度大調查發現，台灣男性的自評硬度，帶皮香蕉男比例減少近2成、剝皮香蕉男與蒟蒻男比例合計增加約5成，其中蒟蒻男比例增加超過2倍！調查也發現，相較於尺寸大小，女性更在乎勃起硬度表現。

台灣男性學醫學會理事長張宏江醫師說明，勃起硬度不足是常見的男性性功能障礙之一，臨床上勃起硬度分為：小黃瓜（四級硬度）、帶皮香蕉（三級硬度）、剝皮香蕉（二級硬度）、蒟蒻（一級硬度）；三級以下即是勃起硬度不足。林口長庚醫院男性學與婦女泌尿科主任陳煜醫師強調，男性勃起硬度攸關兩性性生活滿意度，硬度不足也會影響性愛的頻率；有輕度勃起障礙時應及早尋求專業醫師協助，以免「越來越軟」。

陳煜醫師指出，很多男性因羞於啟齒而上網尋找方法，反而落入假藥陷阱；受邀擔任性福大使的沈玉琳也分享：「男生沒吃過壯陽藥，一定是騙人的！」其實調查發現，女性對於另一半服藥的態度，認為「對方願意正視、解決



圖由左至右為性福大使沈玉琳、張宏江理事長及陳煜主任。

自己的性功能問題，很有勇氣。」

陳煜醫師建議，可依據以下三點訣竅，選擇ED藥物：

1. 合法管道：經醫師診斷取得處方用藥
2. 長期追蹤：藥物須具有長期追蹤研究報告
3. 臨床經驗：最多臨床使用經驗的藥物，滿意度最高

張宏江理事長指出，20年前治療勃起功能障礙的口服藥物問世後，全球至少有6,400萬位勃起功能障礙患者受惠，而治療後的勃起功能障礙患者，對於自身表現的滿意度更高達85%以上！

打肺炎鏈球菌疫苗+流感疫苗 可降26%死亡風險

綜藝大哥胡瓜現身分享肺炎瀕死經驗，起初只是感冒症狀，之後伴隨高燒、呼吸困難甚至咳血，緊急住院發現是致命肺炎，險些送命，嚇得他年年接種流感疫苗，本次首度擔任肺炎

衛教大使，更趕在流感季來臨前，至診間諮詢醫師並接種流感疫苗及肺炎鏈球菌疫苗。

台灣研究指出，相較於只接種流感疫苗，同時接種流感及肺炎鏈球菌疫苗後，肺炎死亡風

險下降26%。台灣感染症醫學會理事長暨台大小兒部主任黃立民教授表示，國外研究發現，接種流感疫苗的15-90天後，針對A/H3型保護效力保護力僅剩45%，更有調查指出65歲以上長者接種流感疫苗後，疫苗保護力隨著時間下降，感染流感機率每兩周上升至1.1倍，75歲以上則是上升至1.3倍；而成人施打肺炎鏈球菌結合型疫苗從公衛觀點來說，可提供群體保護效果，保護自己也保護別人。台灣家庭醫學會成人接種建議，成人肺炎鏈球菌結合型疫苗終生只需施打一次。

台灣胸腔暨重症加護醫學會肺感染及結核病委員會召集委員、衛福部彰化醫院急重症醫學部部長黃伊文醫師表示。

根據衛福部統計，肺炎已連兩年擠下腦血管疾病，成為國人十大死因第三位，2017年就有



圖由左至右為黃伊文部長、胡瓜及黃立民教授。

多達11,365名長者死於肺炎，比死於肺癌的還多，年長者要對肺炎有更多危機意識！疾管署也呼籲，預防流感及肺炎鏈球菌感染重症對健康造成的危害，最有效的方法就是接種疫苗。衛福部傳染病防治諮詢會預防種組（ACIP）亦建議65歲以上未曾接種過肺炎鏈球菌疫苗之長者可自費接種，以獲得足夠保護力。

Ready to Ask！醫病積極對話助達標

跨國調查發現，9成3病人對疾病控制有目標，其中卻有高達7成3病人未進一步與醫生討論治療方案（例如：藥物選擇）。財團法人風濕病基金會／台灣抗風濕聯盟董事長蔡世滋指出：「有些RA病人很『認命』，經過治療還



圖由左至右為張玲媛執行長、蔡世滋董事長及病友鄭女士。

有痛感，卻又不好意思說。」其實病人的感受很重要，說出來就可進一步討論治療目標或是調整用藥選擇，讓醫師幫病人調整到最好的治療狀態。蔡世滋董事長強調：「積極、持續穩定的達標治療相當重要，約15年前台灣RA治療已邁入生物製劑時代，近年更加入小分子口服藥，通過健保給付4年來在台灣累積的臨床使用經驗多，治療效果佳。給藥的方式也一再進步，從針劑至口服藥，而口服藥也新推出一天一錠的新劑型，助病人治療達標更便利。」

類風濕性關節炎之友協會張玲媛執行長表示，協會發起「病友最想問」問題排行榜，發現大家最關心如何長期穩定病情，但卻沒有積極詢問治療方案。其實醫師是病友在治療路上的最佳夥伴，呼籲病友更主動開口與主治醫師討論治療方案。



花蓮黎明教養院志工服務

2018年6月27日，50位輝瑞同仁遠赴花蓮，在陪伴黎明教養院重度身障院生的有限時間裡，體驗了我們平時難以想像，但身障者卻時時必須面臨的挑戰與困難。

此次的造訪，讓平時很少外出的院生期待不已！而志工們即使在烈日下推輪椅走得汗流浹背，但在與院生開心互動之後，也被院生簡單的快樂滿足所感動。



零錢不嫌少， 家扶娃娃撲滿存飽飽！

輝瑞藥廠南區辦公室同仁響應家扶基金會「掏掏口袋零錢，幫幫孩子童年」活動，於2018年初認領100個家扶娃娃撲滿，北部同仁也共襄盛舉，已將撲滿存飽飽捐贈南高雄家扶中心，做為貧童獎助學金。



達文西成長營 與孩子一起動動腦！

輝瑞志工隊每年都會安排活動與世界和平會的孩子們團聚，今年則於9月8日舉辦「達文西成長營」受邀的40幾位孩童在20多位輝瑞志工陪伴下，盡情學習與玩樂。

達文西被讚揚有「不可遏制的好奇心」和「極其活躍的創造性想像力」，這也正是孩子的潛藏特質，透過科學手作、團隊合作、小組競賽，大夥兒絞盡腦汁、使出渾身解數，解決難題，玩得不亦樂乎。希望透過這樣的陪伴，帶給這群孩子正向的影響。



肺炎為全台第**4**大死因！

平均每**50**分鐘就有一人死於肺炎！

聽肺腑之炎 立即諮詢醫生！

預防肺炎有效的方式



您知道嗎？下列三項為感染肺炎的危險因子：

●65歲以上成年人 ●氣喘、糖尿病以及心血管疾病等慢性病患者 ●吸菸

Reference:
1. 衛生福利部103年國人死因統計結果 http://www.moh.gov.tw/CHT/Ministry/DM2_P.aspx?_list_no=7&fod_list_no=5313&doc_no=49778
2. available at <http://www.cdc.gov/Features/Pneumonia/>



