



消費者票選 讀者文摘 信譽品牌
本院榮獲2007年金牌獎
2008年再度榮獲金牌獎

發行人：李良雄
社長：雷永耀
副社長：張建城
總編輯：劉仁賢
發行所：榮總人月刊社
Taipei Veterans General Hospital Bulletin
中華民國七十三年六月創刊
地址：臺北市北投區石牌路二段二〇一號
電話：(02)2875-7321
傳真：(02)2873-7870
榮總人月刊網址：
http://www.vghtpe.gov.tw/~tpvghb
電子郵件(e-mail):pphsu@vghtpe.gov.tw
行政院新聞局出版事業登記證
局版北市誌字第一〇二九號
臺灣北區郵政管理局北臺字一三一七號
執照登記為新聞紙類(雜誌)交寄
印刷：致琦企業有限公司
地址：235台北縣永和市中和路345號6樓之2
電話：(02)2232-4168



本期要目

- 本院引進全凝血分析儀 降低大型手術輸血量、20年來首例換肝未輸血.....1
- 陳方佩主任升兼傳統醫學科主任 2
- 停不住的咳嗽 淺談小兒胃食道逆流.....3
- 先天性心臟病手術新趨勢.....4
- 心血管手術的新趨勢 微創心臟手術.....5
- 談白內障手術全期護理.....6
- 較罕見濫用物質(VIII)：曼陀羅也會被濫用?.....7
- 認識榮總-癌病中心.....8

我們的宗旨

配合國家醫療政策，提供榮民、榮譽及一般民眾最優質的醫療服務。

我們的願景

全民就醫首選醫院，國際一流醫學中心。

本院引進全凝血分析儀 降低大型手術輸血量20年來首例換肝未輸血



神經麻醉科鄧美勇主任示範操作全凝血分析儀

以往在進行大型手術、特別是肝臟移植手術時，病患的凝血功能是否異常？

需否輸血？輸血量多寡及輸血成分等，全憑麻醉醫師經驗法則判定。因此快速、準確檢測大量失血病人的凝血功能狀況，攸關病患安全，是手術中極度重要的一環。

本院為服務病患，三年前引進最新型的全凝血分析儀。本院神經麻醉科主任鄧美勇表示，此分析儀之優點在於可清楚判讀病患所欠缺的血液製品（如冷凍血漿、凝血纖維蛋白質、血小板等）以及抗凝血藥物對凝血功能的作用和影響，其靈敏度極高，僅需0.36cc血液，便可檢測微細的凝血變化，並完整呈現人體止血各階段之動力趨勢圖形，提供動態的動力學參數及快速準確的診斷數據，並可顯示血液凝固作用與纖維蛋白融解

二個重要調節機制之平衡狀態，可監測病患整體的凝血狀況，並在其指導下，清楚判讀病患所欠缺的血液製品，進行合理輸血，避免浪費，並減少因輸血引起之合併症。

由於此項儀器之輔助，本院完成20年來換肝未輸血的首例，器官移植小組劉君恕醫師說，他為一位59歲肝硬化的男性病患進行肝臟移植手術，在全凝血分析儀的監控下，手術全程出血量僅400c.c.，因此不必輸血。劉醫師說，新植入的肝臟是否已發揮功能，也可藉由儀器所顯示的凝血指標判斷，該儀器可鑑別術後出血的狀況，減少不必要的剖腹探查。

(報導/公關組 張建城)

自發性低腦壓頭痛 都是腦脊髓液滲漏惹的禍 「磁振脊髓攝影」新技術 檢查治療一次完成

「自發性低腦壓頭痛」是典型的「姿勢性頭痛」，發作時令人頭痛欲裂，常伴隨後頸僵硬、噁心、嘔吐、聽力異常、耳鳴平衡感失調、畏光等症狀，發病時平躺15分鐘疼痛會獲得緩解，但是一站起來，又會再度疼痛，只得終日平躺，無法工作及進行日常活動。多數病人平躺數日後便會獲得改善，但約有五分之一的病患會併發腦血腫，少數病患會發生腦部靜脈栓塞，甚至昏迷等嚴重併發症。本院神經內科、放射線部及麻醉部歷經數年的研究探討，終於找到致病原因及治療方法。

神經醫學中心一般神經內科王署君主任表示，因為脊椎硬膜產生裂孔(常見於頸椎胸椎交界或胸椎處)，造成腦脊髓液流失，因而造成腦脊髓液減少、腦壓降低、後腦下垂而引發急性姿勢性頭痛。本院放射線部磁振造

影科凌煥峰主任表示，該科研發之磁振脊髓攝影，具有偵測出腦脊髓液電波的敏感性，不需要打顯影劑便可清楚看到腦脊髓液滲漏的部位，準確定位後，由麻醉科醫師置入硬膜外導管，自病患靜脈抽取20c.c.自身血液，由導管注入脊椎硬膜腔裂縫處，待血液凝固形成「貼片」，將裂縫處彌合，約1-2天頭痛便可緩解，多數不會再發。

這一項檢查、治療方法，靈感來自於早期產科無痛分娩。王署君主任說，早期產婦無痛分娩是採用腰椎硬膜外麻醉，偶有刺破情形，造成頭痛，便採用血液貼片法來填補。王主任推崇麻醉部婦幼麻醉科許淑霞醫師為執行該項手術的不二人選，許淑霞醫師擔任婦幼麻醉工作多年，經驗豐富、技術純熟，成功率極高，目前已完成26例，其中三分之二，注射一次便告痊癒。



一般神經內科王署君主任接受媒體採訪

王主任表示，病人年齡層從24歲到76歲都有，但好發於三、四十歲的壯年人，以女性居多，研究發現部分患者先天脊髓硬腦膜較脆弱，因此用力咳嗽、打噴嚏、彎腰、提重物或輕微外傷等，都有可能造成脊椎硬膜產生裂孔。

本院此項檢查治療新技術已發表在國際期刊「頭痛」(Cephalgia)，深受矚目。

(報導/公關組 張建城)



HOT
醫
新
聞

榮
總
人
月
刊

AUGUST



人事動態

賀 陳方佩主任 升兼傳統醫學科主任



陳方佩主任於72年6月進入本院針灸科服務，歷經住院醫師、住院總醫師、主治醫師，84年起代理主任，建樹良多，諸如爭取衛生署特函許本中心可同時接受西醫和中醫系醫師之執業登錄、設立中醫內科門診和中藥局，接受國外醫師、醫學生至院進修傳統醫學，帶領同仁從事傳統醫學研究，俱見成果。

陳主任陽明醫學院醫學系畢業，曾赴美國南加州大學任研究員一年，學驗俱佳，86年起擔任中華針灸醫學會常務理事迄今，並受聘為陽明大學兼任助理教授。傳統醫學科在陳主任的領導下，可說是國內集教學、研究和服務的中西醫學結合重鎮。

(報導/公關組 張建城)



醫療輔助業務與醫師注意義務

研考組 王富仙

案例

甲醫師指示乙護士準備麻醉藥物，乙護士將止血劑 (Trans-amin)，誤為麻醉劑 (Marcaine)，甲醫師未確認即將誤裝之止血劑注射入被害人腰椎內，使其因急性腦水腫合併腦疝形成，經急救無效不治死亡，甲醫師醫療責任為何？

解析

麻醉屬醫師法所稱之醫療業務行為，此項醫療業務行為原則上須取得合法醫師資格者始得為之，雖例外在醫療機構於醫師指示下之護理人員亦得為之 (醫師法第28條第2款)，惟在醫師指示護理人員為醫療輔助行為 (護理人員法第24條第1項第4款、第2項) 情況下，護理人員不失其為醫師輔助者之角色，醫師仍處於主導、優越地位，是醫師對依其指示而為醫療業務行為之護理人員，自當負有指揮、監督之責。麻醉手術實施前之取 (備) 藥行為，係屬醫療輔助行為，醫師信賴有適當訓練及經驗之合格護理人員，並指示準備麻醉藥物，仍須進一步親自核對藥劑容器之標籤外觀，或口頭詢問護理人員，確認準備注射之藥劑無誤，以避免

危險之發生。本件甲醫師應注意於指示乙護士為病人實施麻醉注射、取藥時，須親自核對藥劑之容器外觀，及口頭詢問乙護士確認準備之藥劑是否正確，以求萬無一失，此乃甲醫師應負之業務上的注意義務，而依甲醫師之智識、能力及當時狀況，並無不能注意之情事，竟疏未加以注意，未能親自確認藥劑是否正確無誤，致未能及時發覺乙護士將止血劑，誤為麻醉劑，並將誤裝之藥劑注射入被害人腰椎內，使其因急性腦水腫合併腦疝形成，經搶救無效不治死亡，而按當時情狀，並無不能注意之情事，是甲醫師應注意能注意，竟疏未注意，致發生前開事故，自難辭過失之責，且與被害人之死亡有相當因果關係，自無適用信賴原則免責之餘地，從而，應論處甲醫師刑法第276條第2項「從業務之人，因業務上之過失致人於死」罪刑 (參照日本最高裁判所昭和33年3月6日判決、37年11月30日判決、最高法院94年度台上字第1403號判決)。

參考資料：黃丁全，護理事務的理論與實例，永然文化。

醫療生力軍 (97年度升任主治醫師)

姓名	科別	職稱	學歷	專長
王盈文	內科部胃腸科	主治醫師	國立陽明大學醫學系畢業	肝硬化及相關併發症治療
鄧豪偉	內科部血液腫瘤科	主治醫師	國立陽明大學醫學系畢業	血液腫瘤科
蔡宜芳	外科部一般外科	主治醫師	台北醫學大學醫學系畢業	乳房外科、腹部急症、胃腸及肝膽外科、內分泌外科
黃逸修	外科部泌尿外科	主治醫師	1. 國立陽明大學醫學系畢業 2. 國立陽明大學醫學工程研究所博士班候選人	一般泌尿科、泌尿系統腫瘤、尿路節石、攝護腺肥大、泌尿系統腹腔鏡手術
林子平	外科部泌尿外科	主治醫師	國立台灣大學醫學系畢業	一般泌尿學、泌尿腫瘤學、腹腔鏡
陳志堯	婦產部產科	主治醫師	國立陽明大學醫學系畢業	一般產檢、胎兒高層次超音波產檢、高危險妊娠、腹腔鏡手術
許維倫	婦產部生殖內分泌科	主治醫師	國立陽明大學醫學系畢業	生殖內分泌、更年期障礙及骨質疏鬆、不孕症、腹腔鏡手術
何積泓	婦產部生殖內分泌科	主治醫師	國立台灣大學醫學系畢業	不孕症及生殖內分泌、人工授精及試管嬰兒治療、子宮內膜異位症、多囊性卵巢症、內視鏡手術、一般產檢及接生
陳俊仁	兒童醫學部兒童感染科	主治醫師	高雄醫學大學醫學系畢業	兒童過敏、氣喘、感染症
張瑞文	兒童醫學部兒童免疫科	主治醫師	國立陽明大學醫學系畢業	兒童過敏免疫及自體免疫風濕疾病、兒童腎臟病、血液透析、腹膜透析、兒童連續性替代性治療
顏秀如	兒童醫學部一般兒科	主治醫師	中國醫藥大學醫學系畢業	兒童血液腫瘤學、新生兒學、兒童急診醫學、兒童重症醫學、小兒高級救命術 (PALS) 指導員、新生兒高級救命術 (NRP) 指導員
吳詩韻	口腔醫學部家庭牙醫科	主治醫師	台北醫學大學牙醫學系畢業	牙周病診治、人工植牙診治
廖宥程	口腔醫學部兒童牙科及齒顎矯正科	主治醫師	國立陽明大學牙醫學系畢業	兒童成人齒顎矯正
林怡君	口腔醫學部牙髓及牙周病科	主治醫師	1. 國立陽明大學牙醫學系畢業 2. 國立陽明大學牙醫學系博士班肄業	牙周病診治、人工植牙診治
劉英杰	精神部	主治醫師	國防醫學院醫學系畢業	精神分裂症、憂鬱症、焦慮症、躁鬱症
賴秀昀	家庭醫學部	主治醫師	國立陽明大學醫學系畢業	家庭醫學、老年醫學
李怡慧	神經醫學中心神經血管科	主治醫師	1. 國立陽明大學醫學系畢業 2. 瑞典卡洛林斯卡學院神經科學所博士研究	腦中風、中樞神經損傷及修復、幹細胞移植
呂信邦	1. 健康管理中心 2. 內科部心臟內科兼任	主治醫師	1. 國防醫學院醫學系畢業 2. 國立陽明大學臨床醫學研究所博士班肄業	高血壓、動脈硬化及介入性心導管及冠狀動脈氣球擴張術
柯信國	呼吸治療科	主治醫師	台北醫學大學醫學系畢業	呼吸治療、胸腔疾病、重症醫學、臨床高壓氧
李威興	放射線部神經放射線科	主治醫師	高雄醫學大學醫學系畢業	神經放射線學、一般放射線診斷學、磁振造影、全身血管攝影檢查



停不住的咳嗽 淺談小兒胃食道逆流

兒童醫學部臨床研究員 胡姿圭

說到咳嗽，大家總認為是呼吸道感染疾病。但往往各種血液及影像學檢查都正常，但三不五時不停的咳嗽，嚴重困擾家長。「反覆性呼吸道感染，甚至發生難以解釋的反覆夜間哮喘發作，或吸入性肺炎」等表現，別忽略小兒胃食道逆流的可能。

我們知道，氣管和食道在人體是兩個不相通的管道，為何食道逆流後卻會引起呼吸道感染？這取決於多種因素，如逆流物被吸入呼吸道而導致嗆咳、吸入性肺炎、窒息等。因喉部、氣管及支氣管對刺激特別敏感，較大兒童可表現為反覆呼吸道感染及慢性支氣管炎，胃酸刺激支氣管、細支氣管而發生痙攣，導致哮喘或嘔吐及嗆咳而感染。

此類病童須採用少量多餐進食，嬰兒

給予較稠厚的食物，兒童避免食入過量，避免進食咖啡、巧克力、汽水及檸檬汁、番茄汁等(因可降低下食道括約肌壓力或高酸性刺激黏膜)。此外，睡眠時可將床頭抬高15~20cm。

可能發生胃食管逆流的症狀：1.嬰幼兒反覆發作吸入性肺炎、哮喘、氣管炎；2.長期呼吸道感染伴有反覆嘔吐，尤以進食後平躺時明顯，或每於嘔吐頻發時呼吸道炎症出現或加重；3.僅有持續性咳嗽而缺少呼吸道疾病其他症狀，平臥時咳嗽不止，而側或趴臥可使咳嗽減輕；4.哮喘反覆發作，經治療效果不佳或症狀反而加重，夜間發作頻繁；5.嬰幼兒呼吸道感染表現有拒食、吐血、便血、窒息、夜間嗆咳、體重不增，較大兒童伴有胸痛或胸骨後灼熱感。

淺談兒童胸痛-自發性氣胸

兒童醫學部臨床研究員 胡姿圭

小兒急診常見胸痛的小朋友，焦急不安的父母總害怕小朋友是有嚴重心臟病。其實，小朋友胸痛多為良性，僅有6%與心臟病有關，多數為心律不整、心瓣膜、心包膜、冠狀動脈或主動脈病變。大多兒童胸痛都找不出確定造成原因，而可找出原因中，最常見之因素是為自發性氣胸。

氣胸病人多以胸痛和呼吸困難為主訴，胸部銳痛在數小時後，會逐漸轉為鈍痛，1至3天後，縱使氣胸還存在，疼痛也會逐漸消失。呼吸困難往往出現在大範圍的氣胸，形成危及生命的張力性氣胸機率並不高。

自發性氣胸臨床處置，包括住院觀察、放胸管引流及施行手術治療等。主要考量為氣胸程度、吸收恢復情形、有無其他合併症及手術風險評估等。

自發性氣胸經保守治療後，兩至三年內，平均四個就有一位可能再復發。尤其再次氣胸患者，更超過一半復發機會。因患者肋膜上常發現肺氣泡，通常分佈在肺尖附近。所以建議手術目的，即是切除這些造成氣胸的病灶，並視患者情況加上肋膜粘黏術，讓肋膜腔完全粘黏，抑制氣胸再發生。

兒童氣胸並不罕見，若抱怨前胸突感尖銳疼痛、或延至肩部疼痛、胸部緊縮感及咳嗽、呼吸速率加快、呼吸困難或呼吸短促情形。可能會因缺氧，造成全身倦怠無力。家長請提高警覺，及時就醫，接受治療，免有呼吸衰竭甚至致命之不幸。

胡姿圭醫師檔案：

現職：台北榮總兒童醫學部臨床研究員
學歷：菲律賓大學系畢業
專長：小兒遺傳代謝

桃園榮民醫院 成立護理之家

桃園榮民醫院成立護理之家，服務對象以行動不便、長期臥病、年邁久病、出院後仍需照護之恢復病患及其他需長短期照(託)護或喘息照護者等。

洽詢電話：
(03) 261-7058。



↑本院中正樓一樓男公廁，榮獲台北市政府舉辦97年清潔月優良公廁評選第一名，台北市長郝龍斌頒發獎狀，本院總務室周志中主任(右)代表領獎。

財團法人惠眾醫療救濟基金會 97年4月份捐款徵信錄

連德正100,000元；吳璧媛50,000元；合作金庫36,264元；陳金旗30,000元；黃正澤29,838元；李昱倫、財團法人萬海航運社會福利慈善事業基金會各20,000元；中華民國溫馨關懷會、台北內湖碧霞宮、李錦玉、邱炯明、金焱、張皓博、慈行慈善會侯益藤、詹進益、廖永富各10,000元；無名氏8,796元；石麗珠、樓京瓊各8,000元；徐玉珍6,000元；張照益、勝豐茂記織造廠股份有限公司、善修慈善會、賴雷勤、謝美香各5,000元；員工消費合作社3,796元；樂崇輝3,600元；童琦葵、簡季倫各3,000元；周月文、張子建、陳金財、葉坤平、雷嘉韻各2,000元；丁筠、上全實業有限公司、至上貿易有限公司、吳珠美、李益智、林育永、林愛玲、林靖軒盧雨晴等、邱玉芬黃正龍等、高家慧、張三仁、張家琦、張維宏、梁閔智、無名氏、劉照子、簡季鳳、簡林富美、藍金陵各1,000元；徐秀惠600元；王天海、江變、卓秀玉、林金標、林瓊櫻、洪秀葵、唐先見、唐先媛、張靜莉、曹訓誌、曹惇惠、陳俞傑、陳許冬菜、曾薇樾、黃茂村、黃詩雅、黃繼正、韓麗君各500元；朱孝篤、吳李黎芳、林艷芳、陳禹農、黃靜芳、潘玉梅、蔡良宗蔡良和邱秀敏等、謝林桂櫻、顏連碧雲各300元；吳陳水雲、林淑美、高照洋、張婕、陳嘉婧、無名氏、無名氏、楊淑娥各200元；97年4月份台北榮總員工愛心百元捐款90200元，捐款總計578394元。

97年5月份捐款徵信錄

財團法人楊塘海社會福利慈善基金會200,000元；財團法人瑞信兒童醫療基金會、喻蜀萍各100,000元；陳重榮50,000元；財團法人萬海航運社會福利慈善事業基金會、慈行慈善會侯益藤各40,000元；合作金庫35,908元；無名氏30,000元；汪明瑜、蘇美玲各20,000元；康齊芳、善修慈善會各16,000元；邱炯明15,000元；張繼勝13,500元；王玉珠、台北內湖碧霞宮、邱潔芳各10,000元；陳台盛8,500元；陳澤源8,280元；王秀雀、無名氏、羅劍毓各8,000元；樂崇輝7,600元；吳美玲6,000元；吳一芳、沈翌萱、陳明德全家、無名氏、黃廷齡各5,000元；邱淑菁、黃瑞明黃國隆等各3,000元；沈春美、周月文、夏慶元、張選義、陳定強、游文郎游光良等、葉懷各2,000元；停車場1,596元；張維宏、曹榮泰曹韻竹曹韻欣等各1,500元；楊淑如楊家蘊等1,200元；方廖枝花、王園英、吳秋菊、吳珠美、李益智、林育永、林靖軒盧雨晴等、高家慧、張三仁、張起玉、傅尚正曹利奧等、無名氏、黃茂村、楊本吉楊本德楊本光等、廖采珮、劉素蘭、劉照子、劉鳳儀、蔡懷慈、韓英月、鍾麗霞各1,000元；陳理惠廖方策闔家700元；楊昇勳600元；王天海、王鎔輔、林金標、林瓊櫻、邱羅申妹、洪秀葵、唐先見、唐先媛、張陳金年、張靜莉、曹國顯、曹黃麗華、連李嬌妹、陳阿慧、陳俞傑、陳許冬菜、游月雲、蔣玉城、謝雪娟、簡序和各500元；何孟潔、李俊杰、李翊宏、張潘玉梅、陳禹恆、曾薇樾、黃靜芳、劉得珠、蔡良宗蔡良和邱秀敏等各300元；吳陳水雲、林淑美、胡鳴岐、唐亞岐、唐啟國、徐阿笑、高兆洋、張麗峰、張婕、楊東霖、楊淑娥各200元；吳李黎芳、吳培慧、鍾富雄各100元；97年5月份台北榮總醫院員工愛心百元捐款90,700元，捐款共計959,784元。

先天性心臟病手術新趨勢

外科部心臟血管外科主任 翁仁崇



近幾年來，在先天性心臟病臨床研究上已有明顯進展。對開放性動脈導管（PDA）、心房中膈缺損及心室中膈缺損等此類較簡單先天性心臟病而言，雖然介入性心臟病學已有逐漸取代傳統手術之勢。然而，許多較複雜的此類型病例仍需傳統手術，因此促進

了先天性心臟病微創手術之發展。然而，對於法洛式四合群症（ToF）、大血管異常轉位症（TGA）、右心室雙出口症（DORV）、單一心室等這一類複合性先天性心臟病來說，傳統手術仍是治療之不二法門。此外，近來先天性心臟病手術趨向早期一次矯正，這些策略反映出各種先天性心臟病領域之進展，包括各種先天性心臟病之解剖學及病理學之瞭解、手術方式之創新、人工心肺體外循環之進步、心肌保護之改善及團隊合作之強化等。

針對複雜性先天性心臟病，如法洛氏四合群症（ToF）、大血管異常轉位症（TGA）等，目前外科手術治療趨勢，同樣是朝向儘量早期一次矯正手術而發展。近幾年來，大血管轉位手術死亡率低於5%，而左心室發育不全症候群之修補手術（Norwood operation）成功

率也高達90%，這都是由於創新手術方式。甚至治療單一心室缺損之Fontan procedure在引入extracardiac conduit Fontan procedure後，也有相當好的成果。

綜上所述，近期小兒心臟手術的發展，已使得先天性心臟缺損在早期即可作修補。同時也希望先天性心臟手術能夠持續地蓬勃發展，藉以抹去該類疾病對家庭帶來的陰霾、對社會經濟帶來的衝擊。

翁仁崇主任檔案：

現職：1. 台北榮總外科部心臟血管外科主任
2. 國立陽明大學外科學系副教授
學歷：1. 台北醫學大學醫學系畢業
2. 美國紐約哥倫比亞大學心臟外科研究室研究員
專長：心臟血管外科、先天性心臟病手術
門診時間：星期二下午心臟血管外科第5診（診間代碼：13405）

感染性心內膜炎簡介

外科部心臟血管外科主治醫師 黃正雄

「感染性心內膜炎」主因是心臟的瓣膜發生細菌感染而引起，細菌會在心臟瓣膜繁殖而產生贅生物，甚至破壞心臟瓣膜。因心臟瓣膜是人體負責維持血流方向的結構，心臟瓣膜一旦被破壞，就會產生血液逆流現象，因此病患會有心臟衰竭症狀，包括肺水腫、呼吸急喘、身體水腫；嚴重病患甚至需緊急插管和呼吸器協助呼吸。不穩定的細菌贅生物也可能掉落到血液，而產生血栓現象；血栓可能掉落到人體的任何器官，如果掉落到腦部，會產生腦中風或腦膿瘍。感染性心內膜炎病患在發病前，可能曾經接受拔牙或其他牙科手術，或曾經接受靜脈注射治療，或平常有自行施打藥物或藥物毒癮的習慣，這些情形會增加病菌侵入血流機會，而導致感染性心內膜炎發生。引起感染性心內膜炎的細菌主要是葡萄

球菌或鏈球菌感染為主，因此病患會有發燒的症狀；病患心臟會有新出現或改變心臟雜音。

診斷感染性心內膜炎的根據，除病患發發燒症狀，血液細菌培養有細菌孳生，病患可能會血栓現象外，最重要是病患心臟超音波檢查，會發現病患心臟瓣膜有細菌贅生物及心臟瓣膜異常逆流。心臟超音波檢查是醫師診斷感染性心內膜炎不可缺少的武器。心臟超音波檢查有胸前心臟超音波檢查及經食道心臟超音波檢查兩種檢查方法，這兩種心臟超音波檢查有很高的診斷率，且可提供醫師準確病灶位置及心臟功能變化資料，以作為病患治療依據。

感染性心內膜炎的治療以抗生素治療為主，醫師會根據血液細菌培養出來的菌種，及細菌的抗生素敏感試驗，而給予適當的抗生

素。抗生素治療的目標是希望抗生素能有效把細菌消滅，控制病患感染，減少細菌贅生物滋生及減少細菌對心臟瓣膜的破壞。但如果病患感染無法有效控制，持續有發燒、白血球上升現象；或病患明顯心臟衰竭現象，對於醫師給予的強心藥物及利尿劑治療，沒有良好治療效果；或病患心臟瓣膜贅生物不穩定，已經掉落產生血栓或有血栓危險；前述的這三類病患需要心臟外科手術治療，外科手術治療主要是切除心臟瓣膜贅生物，對被破壞的心臟瓣膜給予修補或置換。病患在接受心臟外科手術後，仍需接受4到6週的抗生素治療，以完全控制細菌感染，避免新的人工瓣膜遭受感染。

黃正雄醫師檔案：

現職：1. 台北榮總外科部心臟血管外科主治醫師
2. 國立陽明大學副教授
學歷：1. 國立陽明大學醫學系畢業
2. 國立陽明大學臨床醫學研究所博士
3. 美國哈佛大學醫學院心臟血管生理研究員
專長：心臟血管外科、心臟血管生理、心肌保護研究
門診時間：星期三下午心臟血管外科第5診（診間代碼：13405）
星期四下午心臟血管外科第6診（診間代碼：13406）

胸、腹主動脈瘤微創治療新趨勢

自從1991年Parodi等專家首次報導主動脈瘤內套膜支架治療動脈瘤技術之後，此項新興的微創手術（Endografting）在國外發展至今已15年之久。只要在局部或半身麻醉下，於患者兩側鼠蹊部劃開約3公分的小切口，藉由X光透視下，即可將「主動脈瘤內套膜支架」植入主動脈瘤血管內，並有效地將病變的血管瘤阻隔開來，達到治療的目的。手術時間也僅需1小時半至2小時，患者在術後當天即可下床。所以該技術目前已迅速成為全世界動脈瘤手術的新焦點。加以臨床應用經驗的增加和血管腔內器械的改進，近年來該技術的報導日益增多，

接續短、中期的觀察也肯定治療效果。

此外，胸主動脈剝離動脈瘤的治療一直是血管外科最富挑戰性的領域。傳統治療方法是根據胸主動脈剝離動脈瘤的分型、分期及合併症分別選擇胸主動脈重建術和藥物控制性降壓，然而兩種方法均有很高的死亡率。其實早在20世紀30年代，就已經開始血管腔內治療胸主動脈剝離動脈瘤探索，Gurin等嘗試用剝離分隔內膜開窗手術治療，但患者死於術後腎衰竭而失敗。從1991年，Parodi以血管腔內內套膜支架手術治療腹主動脈瘤獲得成功後，也同時開啟血管腔內內套膜支架手術治療胸主動脈剝離動脈瘤的研

究。與傳統的開胸手術相比，血管腔內內套膜支架手術治療胸主動脈剝離動脈瘤具有簡捷、微創、安全、有效優點。

國內雖然受法規限制直至97年7月通過內套膜支架治療法為治療腹主動脈瘤的常規手術，95年10月修正通過治療胸主動脈瘤為常規手術；而本院心臟血管外科至今已努力達成近220例連續成功的內套膜支架治療胸、腹主動脈瘤的臨床經驗。無論是病歷數目或手術經驗皆居於台灣甚至亞洲各醫學中心領先地位。根據這些臨床經驗也驗證血管腔內內套膜支架手術是老年及高危險群的胸、腹主動脈瘤患者的優



手術新趨勢

心血管手術的新趨勢-比基尼都能穿 微創心臟手術

外科部心臟血管外科主治醫師 張效煌

心臟就是人體的馬達，將血液打入身體各處，血液在這些心臟腔室中，依照一定的方向流動，以維持正確的血液循環路徑。由於心臟有瓣膜，一旦心臟中之任何一個瓣膜出現受損、狹窄、變形，而造成血液逆流，或是產生亂流，均會加重心臟的負擔。日子久了，心臟會增厚肥大，最後甚至導致心臟衰竭的危險。

心臟瓣膜出現問題時，通常先由內科方式初步治療；但是，當內科保守療法無法改善瓣膜衍生的疾病，就必須採外科手術治療—包括瓣膜修補或是瓣膜置換。但外科傳統的手術方式，手術傷口都是位於胸部的正中央，並且須將胸骨全部鋸開，因此接受開心手術的患者都會在胸前留下一道20至30公分的大傷口。近年來，由於科技進步，微創心臟醫療的發展已經可以做到心臟瓣膜修補，因此病患可選擇另一種不需要開胸的心臟瓣膜修補或置換手術。

微創開心手術與傳統心臟手術之比較

傳統的心臟瓣膜手術：病人必須由胸骨正中央鋸開，會造成很大且明顯的傷口約20~22公分左右，對於愛美的女性而言，是非常殘酷的手術，易造成病人本身強烈的焦慮及恐懼感。術後的疼痛感比較明顯之外，

鋸開的傷口有較大發炎之可能，如縱膈腔炎。且在傷口及骨頭癒合上也可能有問題，尤其是老年人、骨質疏鬆患者、糖尿病病人等；胸骨癒合期需耗時至少二個月，嚴重影響病人術後生活與工作。

微創瓣膜修補及置換手術：近年來，微創手術已成為全球外科新趨勢，二尖瓣及三尖瓣的心臟手術，採右前側胸的小傷口進行手術，病人不需將胸骨鋸開，所以可維持胸骨完整性、減少手術後疼痛、降低肺功能傷害、避免縱膈腔炎發生。同時亦不容易因穿著寬領或低領衣服，就會讓手術傷口曝光；即便是女性僅穿著比基尼，也能遮住傷口疤痕。

此外，因改善傳統心臟手術傷口大、易感染引起併發症、復原時間長等問題，可縮短病人及家屬的照顧與住院時間，進而降低醫療費用之支出。



◆ 微創開心手術的手術情形(手術當中必須利用內視鏡，以及特殊器械輔助手術的完成)



◆ 女性病患接受二尖瓣修補，以及心律不整整流手術之手術傷口情形。傷口小約6-7cm且位於胸部下緣，甚至連僅穿上比基尼都看不出曾經動過手術。

張效煌醫師檔案：

現職：台北榮總外科部心臟血管外科主治醫師
學歷：1. 台北醫學大學醫學系畢業
2. 德國柏林心臟醫學中心研究員
專長：心臟移植、心肺移植、左心室輔助防腐、全人工心臟之治療與應用
門診時間：
星期一下午心臟血管外科第5診（診間代碼：13405）

大隱靜脈腔內射頻通電閉合術

合併微創顯微靜脈分流術-完整治療下肢靜脈曲張

外科部心臟血管外科主治醫師 許傳智

雖然科技日新月異，但談到開刀還是令人聞之色變。尤其是下肢靜脈曲張，除非小腿傷口癒合不良，或不舒服到坐立難安，再不然就是自己都覺得噁心，否則絕不輕言開刀。但一想到醫師說要把大隱靜脈整

條拔出，又要臥床一天以利止血，講到這裡還願意接受手術治療者，真的寥寥無幾了。

現在，真的不用麻煩了。本院自靜脈腔內雷射治療（Endovenous Laser Therapy, EVLT）後，再引進大隱靜脈快速射頻通電閉合術（VNUS radiofrequency fast closure），其特點在於不使用血液當介質，可減少靜脈血栓的危險，其有效的溫度較雷射低，約攝氏125度，再加上皮下隆起麻醉（tumescent anesthesia），不僅有效趕血，且也隔絕熱對表皮的傷害。因為使用此麻醉方式，不僅術後不會感到疼痛；同時也降低術後皮下淤血的機會。筆者曾目睹兩位從高雄到台北治療的貴婦人，手術後立刻相約去逛微風廣場，讓筆者感到科技始終出自於人性。談到這裡，有下肢靜脈曲張的民眾，應不害怕就醫吧！

手術方式是使用超音波將大隱靜脈定位，再將快速射頻導管置入適當的位置，在皮下注入大量的生理食鹽水及麻醉藥，然後就以快速且無痛地處理掉大隱靜脈，且只有一個打針的穿刺傷口。再來合併使用微創血

管分流手術，只需幾個穿刺傷口就可解決因穿通枝造成的靜脈瘤。比起傳統手術的傷口，不仔細找還真的看不出來。如此手術便告一段落，當然還必須著彈性襪2至4週。若門診發現仍有蜘蛛網般微血管擴張，可施以硬化劑及皮膚雷射治療，以期更完整治療下肢靜脈曲張。

隨著科技與醫療的進步，目前可以使用更小的傷口與更安全的方式治療下肢靜脈曲張症，達到解除症狀與外觀改善並重的效果，並且手術時間短，立刻恢復正常生活。我們期望能提供您對這種常見的下肢靜脈曲張症有更多的瞭解。如對疾病與治療有更進一步問題也歡迎到門診來，我們很樂意提供更多訊息與討論，期盼您能得到最好的醫療服務。

許傳智醫師檔案：

現職：台北榮總外科部心臟血管外科主治醫師
學歷：國防醫學院醫學系畢業
專長：心血管手術
門診時間：
星期三下午心臟外科第2診（診間代碼：13402）
星期五下午心臟外科第2診（診間代碼：14502）

外科部心臟血管外科主治醫師 施俊哲

先治療選擇。而此新興微創技術應用於治療胸、腹主動脈瘤及剝離性主動脈瘤手術方法發展與進步，將是未來治療新趨勢。

施俊哲醫師檔案：

現職：1. 台北榮總外科部心臟血管外科主治醫師
2. 國立陽明大學臨床醫學研究所暨醫學系外科教授
學歷：1. 國立陽明大學醫學系畢業
2. 國立陽明大學臨床醫學研究所博士
3. 德國柏林心臟醫學中心研究員
專長：心臟血管外科、心臟移植、心管金屬支架表面氧化物奈米改造
門診時間：
星期二下午微創治療門診第15診（診間代碼：14315）
星期三上午器官移植門診第18診（診間代碼：02518）
星期三下午心臟血管外科第3診（診間代碼：13403）



視茫茫！『白內障』要開刀該怎麼辦？

-談白內障手術全期護理-

思源樓手術室護理師 林雅萍

台灣人口已走向高齡化，老年人口的日常生活和保健漸趨重要，和老化相關的疾病也逐漸受到重視，白內障即為其一。

水晶體原本是透明清澈的，當它變得混濁，導致光線無法順利進入眼睛，就形成白內障。白內障基本上是一種老化現象，初期會有單眼複視、遠視或老花減輕現象，漸漸地會出現視覺模糊的情況，大部分的病患會以為眼睛的度數加深了，當配眼鏡也無法改善視力，到醫院就診時，才發現自己得了白內障。

白內障初期，眼科醫師多半會開眼藥水，讓白內障進行的速度減緩，要根治白內障，還是必需以手術方式來處理。白內障手術簡單來說，就是摘除混濁的水晶體，再放進人工水晶體，以取代原本水晶體的功能。目前摘除水晶體的方式有兩種，一種是晶體乳化術，採用超音波震盪以乳化水晶體，同時將水晶體碎片吸出；另一種是囊外摘除術，直接將混濁的水晶體核擠出。

白內障手術可以採住院或非住院（亦稱即日手術）方式，在局部麻醉下接受手術。手

術開始前需點散瞳藥水，使瞳孔放大，醫師也會開降眼壓口服藥給病人服用。由於整個手術過程病人都是清醒的。重聽的病人，平時需要助聽器協助者，手術中亦可配戴，以利手術過程中必要時醫護人員和病人間溝通。

手術室對大部分的人來說是個神秘場所，因此當必需接受手術時，一般人內心的焦慮和恐懼是可想而知的，手術室的護理人員會陪伴病人給予心理支持。同時，為了避免感染，手術室必需保持低溫的環境，護理人員亦會提供溫毯保暖，讓病人不會感到寒冷。手術進行時，無菌布單會蓋住病人全身，只露出接受手術的眼睛，此時護理人員會於覆蓋臉部的布單下方放置氧氣管，提供充足的氧氣，確保病人呼吸順暢。換言之，手術全程皆會有手術全期護理人員細心的照顧與保護病人。

手術結束後，患眼會以眼墊及眼罩覆蓋，住院病人即返回病房接受後續照護；而即日手術病人則由手術全期護理人員提供術後護理指導，並於手術次日電話訪談追蹤術後用藥及日常照顧情形，協助病人正確用藥，促進

傷口癒合，早日恢復眼睛正常視力。

以下為白內障手術後之居家照護重點：
1.點藥前先用肥皂洗淨雙手；2.勿用力咳嗽、解便、提重物，不可抱小孩，亦不可猛然彎腰取物，以免眼睛壓力突然增加，造成人工水晶體移位；3.晚上睡覺時，記得於患眼蓋上鋁眼罩，以保護眼睛，不使眼睛受到壓迫，以避免不自覺搓揉眼睛影響傷口癒合；4.手術後一個月內眼睛不要碰水，以免傷口感染；5.手術後三個月內，白天外出時可配戴太陽眼鏡，以保護眼睛不使眼睛受到強光刺激。



氣球擴張術

氣球擴張術是藉由心導管檢查過程，將前端裝有氣球的特殊導管放入冠狀動脈內，藉著氣球擴張力量，打通狹窄血管，使血流量增加，以達治療目的。對某些病人，醫師會將一個細小不銹鋼管狀血管支架，置入狹窄處，使血管保持原先管徑該有的擴張狀態，以增加血液流通量，這不銹鋼支架可永久留在體內。在進行氣球擴張術和支架置入術前，必須先作心導管檢查。氣球擴張術的成功率高達90%，手術後病人會覺得胸痛消失，胸口豁然開朗。

冠狀動脈繞道手術

冠狀動脈起源於主動脈，為供應心臟血液之血管，因動脈硬化狹窄供血不足時，會引起缺血性絞痛或心肌梗塞。1967年心臟外科醫師取足部大隱靜脈由主動脈引血繞過狹窄部位，供應血液給遠端冠狀動脈，因此發展出冠狀動脈繞道手術，等於是為壅塞道路另闢一條高速公路，使血流量增加；而原來狹窄的冠狀動脈就留在原處，不必切除。經過40年的經驗和進步，手術方法不斷改進，有經驗的心臟外科醫師，有很高成功率和極佳效果。

人工心律調整器

「人工心律調整器」是一種儀器，如火柴盒般大小，接連導線刺激心臟，裝設在心律緩慢而有症狀的病人身上，使心臟維持一定跳動次數，也有人稱為「心臟馬達」。心律調整器有臨時性的，也有永久性的。永久性是以手術安裝在病人體內，其內部包含電池及微型電腦電路，又分單心腔型及雙心腔型。所謂「單心腔型」是經由一根導線，刺激單一心腔；而雙心腔型則需要置入兩根導線，按一定順序刺激心房及心室兩部位，較符合人體生理。最近更有就身體活動，而增加刺激次數，以符合生理需求等設計機型。

(編輯小組)



疾病 Q & A

問：高血壓是何原因造成？

答：臨床上，高血壓機轉可粗分兩大類：一類是有明顯原因造成，如由腎臟異常（如腎炎併發症、腎結石、腎皮質萎縮等）、血管異常（如主動脈狹窄、腎動脈狹窄）或體內內分泌異常（如腎臟腫瘤或內分泌功能亢進）所引起的高血壓，稱為「次發性高血壓」。大約只有不到十分之一的高血壓病人是屬於此類，其中部分病患可以手術或外科治療去除病因，得以痊癒便不用服藥；另一大類是找不到明顯原因的高血壓，患者常有

家族病史，被認為和遺傳有關，這類病人有較高機率合併血糖及尿酸升高，又被認定和體質及環境因素有關，由於並無單一原因可解釋這類高血壓致病機轉，因此稱之為「本態性高血壓」。九成以上患者屬此類，需長期持續服藥來控制血壓，而無法根治。

內科部心臟內科主治醫師 黃柏勳答覆

黃柏勳醫師檔案：

現職：台北榮總內科部心臟內科主治醫師
學歷：1. 國立陽明大學醫學系畢業
2. 國立陽明大學臨床醫學研究所博士修業中
專長：內科學、心臟內科、介入性心導管、高血壓治療
門診時間：星期一至上午心臟內科第7診（診間代碼：00307）

問：常有些中藥被人拿來做為食物或加入藥膳中使用，它們和治療疾病處方用藥有何不同？

答：中藥的來源絕大部分皆來自大自然的動、植、礦物，尤其是植物類佔較大宗。當然有些是日常生活中會用到的食物或調味品，像蔥、蒜、薑等調味品，常出現在中醫治療感冒、消化不良、嘔吐等處方中。有些食物本身具有促進身體功能或預防疾病功效，如常食用紅麴、仙楂可消血脂、降低膽固醇；山藥、烏梅可幫助消化。有些中藥因具有補益身體的功效，如人參、黃耆、枸杞等常被用在藥膳中使用。這些藥物之所以能在日常生活中被當成食品，主要是平常加在食物中劑量很低，使用頻率不是很高，因此不會在身體內累積到足以產生藥效，屬於安全劑量較高的藥物。若當成處方用藥，則其

劑量和使用頻率必須高到足以使身體內達到有效劑量才行。因此，若非以治病為目的而使用中藥時，應注意其種類和劑量，避免不當或大量服用。對不常用或不了解的中藥品，切勿自行服用或加入藥膳中，最好能先請教專業的中醫師，以免誤食產生不良作用。

傳統醫學科醫師 楊仁鄰答覆

楊仁鄰醫師檔案：

現職：1. 台北榮總傳統醫學科住院醫師
2. 國立陽明大學臨床講師
學歷：1. 中國醫藥大學學士後中醫系畢業
2. 國立陽明大學傳統醫藥研究所碩士
3. 國立陽明大學傳統醫藥研究所博士班肄業
專長：中醫內科、中醫婦兒科、針灸
門診時間：星期一、星期三、星期五上午中醫門診第2診（診間代碼：08302）
星期二下午中醫門診第2診（診間代碼：18302）
星期四下午中醫門診第1診（診間代碼：18301）



向毒品說不

較罕見濫用藥物(VIII)：曼陀羅也會被濫用？

內科部臨床毒物科主治醫師 楊振昌

曼陀羅(datura)為天然植物，在古代中國及印度被用於治療氣喘、風濕病、外傷及經痛等醫療用途。在古代的印地安人，曼陀羅則被用於宗教儀式中。在歐美，二十世紀初期即已有濫用曼陀羅導致嚴重中毒的個案；至於國內，目前尚無濫用的個案，但誤用中毒者(如自行採摘曼陀羅花治療氣喘、癌症或保肝，或中藥將曼陀羅誤為凌霄花)則相當常見。曼陀羅屬天然植物，並非任何管制毒品或藥品。

曼陀羅在國內常見種類，包括大花曼陀羅、曼陀羅、毛曼陀羅、紫花曼陀羅、紅花曼陀羅(後兩者較少見)。曼陀羅幾乎全株皆有毒性，一般以食用花朵為主，但也有泡茶或以其他方式濫用者。在國內意外或醫療誤用中毒者，主要以食用花朵為主。

食用曼陀羅屬植物的花朵、葉片或沖泡後約10-60分鐘即會產生作用，有時會因較慢吸收而延遲作用；作用最強時約在服用後

4小時。作用一般持續1至3天。曼陀羅對人體作用，經由植物內含抗乙醯膽鹼(如東莨菪鹼scopolamine、阿托平atropine、莨菪鹼hyoscyamine等)，作用在中樞神經及周邊的乙醯膽鹼接受器，產生抗乙醯膽鹼作用(副交感神經阻斷及中樞神經作用)。

曼陀羅中毒後症狀，主要為皮膚發紅、心跳加速、血壓升高、瞳孔擴大、體溫升高、皮膚乾及口乾、解尿困難、頭暈、精神亢奮、神智不清、視幻覺、聽幻覺、躁動不安及譫妄。這些症狀與甲基安非他命或搖頭丸等毒品，造成交感神經興奮症狀相當類似，但皮膚乾及口乾症狀則恰好與交感神經興奮症狀相反。中毒者，也可能呈現嗜睡、步態不穩、抽搐、講話不清楚、心律不整及昏迷。一般除非發生意外事件(如溺水或車禍意外)，否則中毒者少見死亡。

曼陀羅中毒診斷，一般依據病史及特殊的臨床症狀(抗乙醯膽鹼症候群)即可診斷；必要

時，可驗尿確認抗乙醯膽鹼生物膽鹼之存在。曼陀羅中毒者，如症狀不嚴重，只要補充水分及給予支持療法即可。症狀嚴重導致昏迷、抽搐、嚴重心律不整、惡性高血壓或極度躁動不安者，可使用解毒藥物physostigmine治療。此一藥物作用僅約1小時，有必要時可重複給藥。使用physostigmine時，須小心可能產生脈搏過慢，甚至心跳停止之可能性。

曼陀羅雖然濫用者不少見，因使用後經驗並不是太愉快，因此長期濫用者很少見，目前也尚無產生癮性或戒斷症狀報告。

楊振昌醫師檔案：

現職：1.台北榮總內科部臨床毒物科主治醫師

2.國立陽明大學專任副教授

學歷：1.國立陽明大學醫學系畢業

2.美國波士頓哈佛大學公共衛生碩士、博士

專長：藥物流行病學、臨床毒物學、職業醫學、重症加護

門診時間：

星期二下午一般內科第3診(診間代碼：10103)

星期三上午一般內科第3診(診間代碼：00103)

漫談植髮

外科部整形外科燒傷中心主任 林進德

植髮的定義

「植髮」是將毛髮種植在需要的地方，當然種植下去必須能存活而且能繼續生長下去；但植髮是種一根只能長出一根，並非如插秧會多長出一些。植髮英文叫hair transplantation，所謂transplantation指的是從身體的某一處移植至另一處，毛髮不是生命必須之器官，故沒有人行異體移植。

原則上身體任何地方的毛髮皆可移植到它處，植髮要成功須將整個毛囊移植。毛囊取得通常要使用刀片或特殊器械切割，單純用拔的方法是不行的，在取得毛囊的過程中，通常會留下傷口及疤痕，故而「植毛」通常取自頭髮即所謂「植髮」。有些男性胸毛很多，當然可考慮作為供毛來源，腋毛或恥毛也可是受毛區及供毛區，唯須考慮毛髮特性及可能之疤痕區。

植髮如何進行？

植髮首先要估算所需髮量，也要評估供髮區能提供多少頭髮，設計植髮樣式、範圍、髮線位置、形狀、植髮密度。一般男性禿頭植髮供髮區為枕骨部分，如有其它特殊考量可使用顱骨部位頭髮。

植髮一般使用局部麻醉即可，在供髮區切下一條條頭皮，在解剖顯微鏡下將一條條頭皮，細切成帶有一個毛囊單位(FU)植株(graft)，通常每一個FU上有一至三根頭髮，當然手術須很細緻，不可破壞毛囊及其周邊組織，此謂Follicular unit graft，也有人使用每植株上只有1至2根頭髮之micrograft，至於minigraft指的是每個植株含3至8根頭髮移植株。然後在受髮區用刀片或針頭打出小洞，利用特殊器械，精細鑷子或針頭將移植株「種入」受髮區頭皮小洞即可。

植髮成功因素：1.病人的期望：不切實際的期望是病人不滿意手術結果最大的因素；2.供髮區：對大面積的禿頭或想達到較高密度植髮，必須有足夠的頭髮才能達成，供髮區太小或頭髮密度不夠時，是無法提供充足髮

株來種植；3.頭髮持續掉落：掉髮常是一輩子的事，移植的頭髮常是可留下來不再掉落，但其餘頭髮可能持續掉落造成髮線改變或頭髮分佈變得很奇怪；4.植髮的設計不良：如髮線太高或太低、植髮密度不足或分佈不良；5.移植株太大：尤其是髮線部分，髮線部分最好用單一頭髮的移植株，看起來才會自然；6.種植角度不好：看起來不自然或視覺效果變差；7.良好植髮技術，可提高植髮存活率，降低對頭皮毛囊破壞；8.病人的保養：傷口照顧，病人最好能減少日曬及戒菸；9.使用口服或外用藥物，減少或減緩掉髮速度。

林進德主任檔案：

現職：1.台北榮總外科部整形外科主治醫師

2.台北榮總外科部整形外科燒傷中心主任

3.國立陽明大學外科講師

4.國防醫學院臨床副教授

學歷：國立陽明大學醫學系畢業

專長：整形手術、美容手術、雷射手術

門診時間：

星期一、星期四下午整形外科第2診

(診間代碼：13602)

星期一、星期三、星期六上午醫學美容第1診

(診間代碼：05101)

國稅簡訊

*財政部台北市國稅局表示，為加強推廣營業稅網路申報，特別舉辦營業稅網路申報抽獎活動。凡設籍台北市之營業人採網路申報營業稅單家申報上傳成功者，或代理設籍台北市營業人採網路申報營業稅整批申報上傳成功之會計師及代理記帳業者暨總分支機構(採整批申報上傳者提出申請且經該局

所屬分局、稽徵所受理核准)，於97年7月1日至9月30日止每按期採網路申報營業稅上傳成功1次者(當期以1次為限)，可參加抽獎1次，並可累積抽獎次數。

為鼓勵營業人採用網路申報營業稅，請多利用財政部電子申報繳稅服務網站(<http://tax.nat.gov.tw>)報繳營業稅，以享受便捷、安全的報稅管道，並預祝您幸運中獎！

*97年度營利事業所得稅暫繳申報，自

97年9月1日起至97年9月30日止，請於期限內辦理申報；申報書表請洽財政部台北市國稅局及其所轄各分局、稽徵所取用，或多利用網路申報，下載申報軟體網址：<http://www.tax.nat.gov.tw>。服務電話：28951515分機206(全國稅務反詐騙：三不+165專線，保您不受騙)

*詐騙集團猖獗，請民眾小心防範其所進行各種詐騙活動。

癌病中心

床位數：22張

醫療團隊：

中心主任：顏上惠

放射腫瘤治療科主任：王令璋

藥物放射治療科主任：趙毅

主治醫師：梁棉榮、蕭正英、

劉裕明、陳盛鈺、

陳一璋

總醫師：藍耿立

資深住院醫師：黃品逸



本院癌病中心研究論文在近年不論在質與量均有明顯提昇，主治醫師擁有部定教職比例也逐年增加。放射劑量師均擁有物理師或劑量師執照。展望未來，本院癌病中心將發展具有本土特色之精緻放射治療、同步化放療及臨床研究試驗，期能達到國際一流治療中心的水準。

我們的宗旨

配合國家醫療政策，提供榮民、榮譽及一般民眾最優質的醫療服務。

我們的願景

全民就醫首選醫院，國際一流醫學中心。

我們的核心價值

視病猶親、追求卓越、恪遵倫理、守法守信。

我們的目標

- 一、提供以病人為中心的安全優質醫療。
- 二、成為國際醫事人才培育與尖端醫學研究之卓越中心。
- 三、活化管理，永續經營。

放射線治療及化學治療在癌症治療上佔有重要地位，本院癌病中心提供癌患住院及門診的放射治療和同步之化放療。民國69年首創門診藥物治療室，為全院癌患提供門診化學治療和支持治療的優質醫療服務。本院癌病中心亦首創全國最早電腦化癌患登記、追蹤和統計等服務。目前本院癌病中心有各式高能量直線加速器、立體定位鈷60聚焦(伽馬機)等治療機；高劑量率後荷式體腔及插種放射治療設備。另有電腦斷層模擬攝影機、三維順形及強度調控治療計畫

電腦、放射線量測設備及假人體、鉛模及面具製作系統，支持各式精密的放射治療、三維立體定位放射治療及強度調控放射治療及臨床研究。同步放射化學治療於各部位癌症之治療與臨床研究亦為本院之特色。研究室則進行動物和人類腫瘤放射線和化藥之基礎和臨床研究。癌資料室負責全院癌病登記及研究分析。癌病中心亦協助負責全院癌病治療整合及癌症品質之推動與提昇。

政風園地

論醫事法律上之醫療行為(2)

— 由法制面談起 —

醫事法律上之醫療行為定義及其特徵

行政院衛生署基於醫政管理上之需要，藉由行政解釋，對於醫療行為予以定義，其中最具有代表性者，乃是該署民國81年8月11日衛署醫字第8156514號函釋所持之見解，其謂：「按醫療行為，係指凡以治療、矯正或預防人體疾病、傷害、殘缺為目的，所為的診察、診斷及治療；或基於診察、診斷之結果，以治療為目的，所為的處方、用藥、施術或處置等行為的全部或一部的總稱。」該署91年2月8日衛食字第091002479號函、8月27日衛署醫字第0190047110號函示有關「醫療行為」之定義，亦同。根據以上釋示，醫療行為應包含兩大類：

第一大類為：以治療、矯正或預防人體疾病、傷害、殘缺為目的，所為診察、診斷及治療之行為。

第二大類為：基於診察、診斷之結果，以治療為目的，所為處方、用藥、施術或處置之行為。

此種解釋，為行政院衛生署多年來之一貫見解，其為醫療行為作成此一定義，係以醫政管理作為首要考量，故將一些有醫療意義或作用、需加以管理或規範之行為，儘可能地予以包括。但衛生署嗣後發現相關問題爭議甚多，取締工作難以貫徹，乃再衡量國人傳統之習慣性與施予管理之必要性，針對一些案例，另作個別解釋，以例外方式排除，以符合衛生法規關於醫療關係或醫療行為之規範，目的著重於無醫師資格者執業之

禁止與取締的需求。惟透過行政命令加以解釋，並非妥適，未來宜增訂於醫師法或醫療法之相關條文，以符法制。

依此函釋以觀，凡非以治療疾病、矯正或預防疾病、殘缺為目的之行為，即非屬醫療行為，例如，為器官移植而自健康者身上摘除器官、為輸血之需要而自健康者身上抽取血液、為施行人工生殖而自捐贈者身上取精採卵、為進行骨髓移植而抽取他人身上造血系統之骨髓液、以美容為目的之整形行為、非基於治療上之需要而施行的變性手術、墮胎行為等等，實有違醫學上之概念與一般人之看法。查上述行為，除取精之行為因不涉及侵入性之醫療動作而不認屬醫療行為外，其他各種行為為衛生行政管理上，目前仍認屬醫療行為。蓋因該等行為往往涉及侵入性之醫療動作，且均係基於醫學之專業知識並以醫學之專業方法行之，基於保障民眾健康之考量，均將之納入醫療行為。自廣義言，該等行為中，器官摘取、抽血或骨髓及取卵等行為，主要係為治療另一病人之疾病、傷害或殘缺，且該另外之病人大多同時或先後將受醫療行為，故尚可以廣義解釋將之納入；至於變性乃與病人精神上之性傾向有關，應可視之為醫療行為；墮胎行為則依優生保健法需具一定之條件始得為之，基本上醫事法律仍視之為醫療行為；整形行為則係因該等行為均須應用醫學專業知識與技術，故事實上仍有列為醫療行為管理之必要。

衛生署上述函釋所持見解，固然符合禁止未具醫師資格者執行醫療業務之管理上的要求，但卻不甚切合醫療關係危險責任之規範上的需要，為利醫療責任之歸屬，醫療行為之定義，其實應側重在「一個行為是否以治療為目的，以及該行為對於病人之身體或健康有無侵入性或危險性」。基於以上之認識，本文以為，「醫療行為」似乎宜定義為：以回復病人之健康、除去其身體之傷害、矯正其身體之缺陷、避免其身體之殘障為目的(亦即以治療為目的)，利用藥品、器材、手術或其他處理所從事之行為，以及包括基於前述目的所從事之問診、檢查、檢驗、診斷等準備或輔助之行為。從事整形、變性、墮胎、器官移植或人體試驗，而對病人採取足以影響其身體之完整性或造成其健康之危害性的措施，均視為醫療行為。

總之，改變病人的身體狀態，回復病人健康之醫療行為，對病人之身體，必帶有侵入性，此種侵入，按其使用方法，可分為信息性、接觸性、器械性、藥物性、手術性與處理性之侵入，但不論所使用之方法為何，醫療行為對於病人之身體或健康必有侵入，此亦為醫療行為之重要特徵。

由於醫療行為對於人體或者健康必有侵入，因此，醫師與其施以醫療行為的相對人(如病人、器官捐贈者、接受人體試驗者)之間，如無醫療關係，則其醫療行為勢必構成侵害人格權之侵權行為(民法第18條、第192條至第195條)。反之，具有醫療契約之關係而醫師履行債務有害於相對人時，除可能構成侵權行為外，還可能構成積極侵害債權(民法第227條之1)。至於醫師或醫療機構是否應就醫療損害負擔危險責任，則屬於另一問題。