



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



292
榮總人月刊
第25卷第04期



本期要目

- 老人健康 需要國家級的照護政策 1
- 罕見之職業性皮膚病--擠奶人結節 2
- 小兒預防注射 3
- 牙根部齲齒 4
- 假牙面面觀 5
- 洗腎知多少 6
- 較罕見濫用藥物(IX)：「超級強姦丸」麻古 7
- 認識榮總-傳統醫學科 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。

老人健康 需要國家級的照護政策



→ 退輔會高主任委員華柱蒞臨致詞

我國老年人口比例在96年便已突破總人口數的10%，人口老化速度高居世界第二，僅次於日本。根據健保局統計，95年老年民眾之門診醫療費用佔27%，住院費更高達40%，因此，有效運用醫療資源，提供銀髮族健康的老年生活，成為刻不容緩的議題。有鑑於此，本院率先於95年2月16日成立國內第一所高齡醫學中心，2年半來已累積相當豐富的經驗與成果。

我國現階段的老人健康照護分散於不同的部會，各具有不同的法源。然而全民健保制度中，並未針對老年人的照護需求進行整體性的規劃推動，因此本院高齡醫學中心結合台灣老年學暨老年醫學會、台灣安寧緩和醫學會於9月12日聯合舉辦「我國老人健康照護現況與展望」聯合成果發表會暨學術討論會，集合國內相關領域的專家學者針對我國老人健康照護的發展提出建言。邀請到總統府葉副秘書長金川、退輔會高主任委員華柱、衛生署鄭副署長守夏等貴賓蒞會指導，希望結合政府資源與民間專業團體力量，共同建構我國老人健康照護體系。

總統府葉副秘書長金川致詞表示：自民國85年起內政部歷次的「老人狀況調查」均發現民眾對於發展老人急慢性醫療服務與失能者的持續性照護需求至為殷切，也顯見

老年民眾健康照護需求的重要性。

退輔會高主任委員華柱表示：退輔會所照顧的榮民48萬6千餘人中，65歲以上的老人有28萬7千餘人，約佔榮民總數60%，佔全國老人總數12%，其中就養榮民的年齡平均更高達78.7歲。為照顧這些高齡的榮民，退輔會發展了各式醫療照護以及長期照顧服務，希望整合退輔體系的衛生及福利資源，並配合國家長期照顧、在地老化政策，提供適當的健康照護及生活照顧服務。

本會推動高齡醫學由來已久，台北榮總早在民國47年便已設有老人醫學科；過去幾年，台北榮總在李良雄院長與李建賢副院長的帶領之下，高齡醫學的發展小有成果，也將藉今天的機會與在場的各位分享。未來將擴大業務發展、持續推動，目標是成為我國高齡醫學急性病房與整合門診設立的標竿，建立更優質的照護服務。台中榮總與高雄榮總也將提出設立老年醫學科的規劃，與台北榮總配合同步推展高齡醫學發展。

本會各級榮民醫院，落實本會政策，將老人醫學發展設於家庭醫學部推動成立老年醫學科，將原有之老年醫學科任務編組提昇，整合研究、教學、訓練、政策發展等方向，結合相關資源，以期對高齡醫學發展，貢獻心力。

此外，本會推動三級醫療體系的整合也是以高齡醫

學發展作為主要的核心，榮院與榮家將擴大辦理中期照護服務，提供高齡病患完善的環境，以回復其最大的生活功能。

在實踐本會「醫養合一」政策的方面，未來希望分別在北區與南區輔導榮家成立多元化、優質、開放的高齡健康社區。目前北區的部分已由台北榮總陳亮恭主任在三峽台北榮家進行初步規劃，未來希望將台北榮家建置成為一個具有時代意義的高齡健康照護社區。

研討會有來自全國相關領域的學者專家發表共18項議題，凝聚共識、經驗分享，對我國老年醫學的發展，產生極大的提昇作用。（報導/公關組 張建城）

→ 總統府葉副秘書長金川蒞會指導，李良雄院長親自迎接



↑ 本院李建賢副院長（中）主持會前記者會，老年醫學會陳慶餘理事長（右）、本院社區醫學科陳曾基主任（左2）、老年醫學科陳亮恭主任（左）發表專題報告



HOT

醫

新聞

榮總人月刊

SEPTEMBER

※人工(電話)預約掛號專線(02)2871-2151/服務時間(8:00-17:00)
※聲控(口語)預約掛號(含查詢及取消)專線(02)2872-2151(12線自動跳號)
※按鍵(語音)預約掛號(含查詢及取消)專線(02)2873-2151(32線自動跳號)
※按鍵(語音)預約掛號(含查詢及取消)專線(02)2874-2151(32線自動跳號)



皮膚部李定達主治醫師接受媒體採訪

在市場販賣牛、羊肉的吳女士，56歲。左手大拇指出現一元銅板大小之紅色斑塊，兩週後病灶邊緣開始水腫、中心產生潰瘍、左側腋下並發生一腫大之淋巴結，至本院皮膚科李定達醫師門診就醫，經檢查證實感染罕見之職業性皮膚病-擠奶人結節。經治療、逐漸痊癒。

李醫師表示，擠奶人結節是人類皮膚、

罕見之職業性皮膚病- 擠奶人結節(milker's nodule)

尤其是皮膚上有傷口時，與感染「副痘病毒」(parapoxvirus)之牛、羊隻接觸，而被傳染，很容易被誤診為其他病毒感染，若錯用藥物，可能引發過敏造成接觸性皮膚炎。

李醫師表示，該患者皮膚病理切片在顯微鏡下之特殊發現為表皮呈氣球樣變性、表皮壞死、嗜伊紅性細胞質內包涵體，真皮有發炎細胞浸潤及血管增生；李醫師說，該病毒極為頑強，能耐乾燥、高溫及有機溶劑，並可污染飼料槽及飲水槽。典型之病灶從發病到痊癒，經過六個階段，即丘疹期→箭靶型期→急性滲出液期→乾燥期→疣狀增生期→退化期，雖會自

行痊癒，但若傷口遭細菌感染，恐引發蜂窩組織炎嚴重後果，不可不慎。

皮膚部劉漢南主任提醒：屠夫、肉販、獸醫師、擠奶人、牧羊人、農場工人、畜牧業者等高危險群人員，工作時應戴手套。若發現牧場中之牛羊隻有食慾不振、流涎、拒食，口唇部紅色丘疹、膿疱及結痂，口唇、齒齦、舌頭及口腔黏膜有疣狀團塊物等疑似感染傳染性膿疱症之症狀時，應予隔離，以免疫情擴大。劉主任也呼籲，民眾到觀光牧場體驗餵牛羊、擠牛奶時，要提高警覺，發現牛、羊隻有皮膚病時，勿要接觸，以免感染。

(報導/公關組 張建城)

入川送溫情 協助災後創傷心理重建 提供921經驗 盼早日走出陰霾

當所有的目光都聚焦在北京奧運時，一支由本院護理部尹祚芊主任率領的醫護團隊，深入四川災區，慰問護理人員並協助災後創傷心理重建工作。這支隊伍是由本院與中華民國護理師護士公會全國聯合會組成，成員包括台北榮總精神科劉英杰醫師、護理部陳美碧督導長及護士公會全聯會公共關係委員會蔡來蔭副主任委員、呂秘書長等。

512四川省汶川大地震除民眾傷亡慘重，醫護人員也有極大折損，北川縣城醫院倒塌，當天上班的醫護人員全部罹難，全院護理人員僅存當日未值班之26名；另都江堰中醫院住院大樓倒塌，大樓內當班之20名護理人員也全數遇難。本次災變中倖存的人員，在人力短缺下仍要繼續加倍工作。在遭受龐大生命和財產損失，面臨親人死亡、個人傷殘、房屋財產損失，以及仍有不少失蹤人口尚未挖掘出來等重大失落和哀傷，如今已陸續出現災後創傷症

候群及心理失調的症狀，如做惡夢、憂鬱、急躁不安、失眠、易怒、失憶、易受驚嚇，或逃避、引發創傷回憶的事物等，亟待災後創傷心理復健與輔導。

8月13日由四川省護理學會和四川大學華西醫院共同主辦之「汶川地震災後創傷心理康復與輔導研討會」中，本院精神部劉英杰醫師和陳美碧督導長受邀講授「創傷後壓力症候群的反應與治療、災後創傷情緒照護與輔導、救災人員疲潰與憐憫之情緒照護與輔導和自殺防治」，共有來自各災區護理人員共約700位參加，反應非常熱烈。

尹祚芊尹理事長一行並參觀「都江堰帳篷醫院」、收住災民「幸福家園板房社區」等，為表達台灣護理人員愛心，代表各縣市公會，贈送災情嚴重地區醫院護理人員每人保暖毛衣外套乙件，並將921當年彙整護理人員參與救災紀實編輯之「天

使心的真情」一書，提供四川護理人員作為心得交換與經驗傳承，期盼能協助四川早日走出地震陰霾。同時，雙方將此訂為中、長期作業，近期先徵求專家前往做團體治療，而後再繼續追蹤輔導護理人員或災民，並在可能情況下作專業培訓和持續辦理兩岸研討會。同時，也將再繼續募集捐款，為災區護理人員送上愛心外套和護士鞋。(報導/公關組 張建城)



尹祚芊理事長代表本會贈送保暖毛衣，災區醫院護理部主任接受時激動的流下眼淚或情不自禁地擁抱哭泣。



說明義務的排除

研考組 王富仙

案例

甲病人在家突然體力不支昏倒在地，家屬趕忙將他送醫急救，經乙醫師詳細檢查後，告知家屬甲病人罹患癌症，乙醫師若告訴甲病人實情，因心理影響生理，將使醫療效果大打折扣，反而可能會害了他，在此情形下，乙醫師可不可以對甲病人隱瞞病情？

解析

醫師對於醫療行為的說明，乃是病人行使醫療自我決定權的最重要依據。甚至，醫師對於病人說明病情與醫療內容，已被普遍認為是醫師應遵守的一般醫療準則 (lex artis) 之一，亦是醫病合作信賴關係的基礎。至學說上承認醫師得以免除說明義務之情形有三：1. 緊

急情況 (emergency)：醫療法第63條第1項但書、第64條第1項但書規定「情況緊急者，不在此限」。從法律評價來看，醫師未盡說明義務，所侵害者乃病人自主決定權利益，所維護者乃病人生命、身體利益，兩相權衡之下，以緊急避難法理來阻卻違法，並無不可。2. 病人放棄 (waiver)：病人誠摯地放棄說明，本為權利的放棄，具有阻卻違法之效力。3. 治療上的特權 (therapeutic privilege)：醫師認為告知病人一部或全部的資訊，有害病人的整體利益時，可以裁量不告知病人病情，例如癌症末期，或罹患重大不治之疾病，醫師擔心告知病人病情，恐造成病人陷於不安、悲觀情緒而影響治療成果，得以免除醫師說明義務，此即

為「醫療特權」，日本實務亦基於醫師之裁量權，不告知病人罹患癌症，尚不構成醫療契約上之債務不履行（日本最高裁判所平成1年5月29日判決）。但美國判決先例現多已不採「醫療特權」，故是否能維持其適用之正當性，恐不無疑義。準此，為免適法性之爭議，醫師僅得於說明之手段與方法上妥為斟酌，視病人之承受性，調整充分時間說明並適度安撫病人情緒，或採取「階段式告知法」；縱仍肯認「醫療特權」，醫師仍應對其最親近家屬詳細說明，恪遵其說明義務。

參考資料：吳志正，解讀醫病關係 II，元照出版。

王皇玉，論醫師的說明義務與親自診察義務—評94年度台上字第2676號判決，月旦法學雜誌137期。



小兒預防注射

兒童醫學部兒童感染科臨床研究員 魏希賢

人體對外來病原體，如細菌或濾過性病毒等侵襲有兩大防禦機轉，就是非特異性及特異性防禦機轉。非特異性防禦機轉，如皮膚黏膜完整性、分泌液內分解酵素、呼吸道內纖毛運動等皆能抵擋、分解及驅逐入侵病原體。另外如腸胃道內一些共生細菌、血中噬菌性白血球及稱為補體的一些蛋白質，都能對身體有很好保護作用。

特異性防禦機轉，則有賴於體內淋巴球針對入侵病原體，產生特異性免疫球蛋白，亦即所謂「抗體」，很專一地來對抗該病原體。一般來說，特異性防禦機轉抵抗外來病原體能力比較強且有「記憶力」。當某種病原體要入侵人體時，除皮膚、分解酵素、噬菌性白血球全力抵擋外，體內淋巴球也同時被動員來產生抗體。當入侵病原體被消滅，平息後，一部分被動員的淋巴球則帶有此次「戰役」記憶留在體內，以後再遇到相同病原體入侵時，淋巴球的動員就會比第一次遭遇時來得快及強，會在很短的時間內產生大量抗體來對抗。

預防注射主要目的是要在體內形成可對抗病原體抗體，可分為被動免疫及主動免疫兩方面。被動免疫是直接把含有對抗某些病原體的抗體注射入體內，如B型肝炎免疫球蛋白。因是直接以抗體注射入體內，所以有立即保護效果；相對缺點是注射入的抗體，會因身體代謝而逐漸減少，只能形成短暫保護。如果母親體內帶有B型肝炎e抗原，這表示母親把B型肝炎傳給嬰兒機會非常大，所以在嬰兒出生後24小時內就要趕快給嬰兒注射B型肝炎免疫球蛋白，立即直接以抗體來保護嬰兒。

主動免疫是把疫苗或類毒素經由注射或口服方式進入體內，以刺激體內淋巴球自己產生抗體來達到保護目的。疫苗是一些經過減毒處理的病原體，如麻疹疫苗；或經過處理後的死菌，如百日咳疫苗；類毒素則是經過處理使之變為無毒細菌毒素，如白喉及破傷風類毒素。無論是疫苗或類毒素，皆必須要對人體不會致病，但卻足以刺激體內淋巴球產生抗體。

根據行政院衛生署目前規定，嬰兒出生

後須按照下列時間表來完成預防注射：1. B型肝炎免疫球蛋白：出生後24小時內（只有母親為B型肝炎e抗原陽性的嬰兒才需要注射）；2.卡介苗：出生滿24小時（如國小普查測驗為陰性則國小六年級再追加1劑）；3. B型肝炎疫苗：出生後滿48小時、1個月及6個月；4.白喉、百日咳、破傷風混合疫苗及小兒麻痺口服疫苗：出生滿2個月、4個月、6個月及1年6個月（國小一年級時再追加1劑白喉、破傷風混合疫苗及小兒麻痺口服疫苗）；5.麻疹、德國麻疹、腮腺炎混合疫苗：出生滿12-15個月；6.水痘：出生滿15個月；7.日本腦炎疫苗：出生滿1年3個月，隔一個月、隔一年及國小一年級時各再給一劑。

魏希賢醫師檔案：

現職：台北榮總兒童醫學部兒童感染科臨床研究員
學歷：慈濟大學醫學系畢業
專長：兒童感染

財團法人惠眾醫療救濟基金會 97年6月份捐款激信錄

胡靜美100,000元；合作金庫41,043元；黃品豪26,000元；蔡耀震20,000元；無名氏11,772元；台北內湖碧霞宮、妙音、邱潔芳、金焱、高銘穗、廖月紅、羅庭旭各10,000元；中華民國溫馨關懷會9,000元；陳王玉8,000元；樂崇輝7,400元；范增福、彭秋憲、廖永富各6,000元；李祖振全家、李鄭淑美李祖振等、陳明德全家各5,000元；許南之4,600元；無名氏、黃女各4,000元；吳東哲、林宏翰各3,000元；員工消費合作社2,196元；吳美玲、周月文、張三仁、陳素姝、雷嘉韻、謝鳳英各2,000元；李雪蘭1,200元；方廖枝花、王月桃、王曼秀、曲維君、吳珠美、李益智、林育永、林靖軒盧雨晴等、林艷芳、邱玉芬黃正龍等、姚劉春月、洪宗澤、張起玉、張維宏、黃丁耀、黃呈滄、黃李阿辛、黃茂村、廖方策閩家各1,000元；胡崇義900元；楊昇勳、楊淑如楊家蘊等各600元；王天海、卓秀玉、林金標、林瓊櫻、洪秀秦、唐先見、唐先媛、張振宇、張靜莉、曹訓誌、曹惇惠、連李嬌妹、陳俞傑、陳許冬菜、黃呈祥、黃詩雅、黃繼正、廖怡寧、劉照子、蔡祥如、韓麗君、簡序和各500元；朱孝篤、高兆洋、曾薇樾、黃靜芳、葉淑珠、劉崇民、潘玉梅、蔡良宗、蔡良和邱秀敏等各300元；吳陳水雲、沈玉雪、林淑美、林雲臻、胡鳴岐、唐亞岐、唐啟國、高玉鳳、張婕、楊淑娥、雷玉其、雷嘉偉、蔡一紅各200元；陳嘉婧、蔣婷婷各100元；台北榮民總醫院員工愛心百元捐款90700元，捐款總計488,211元

新生寶寶及 B型肝炎免疫球蛋白

兒童醫學部兒童感染科臨床研究員 魏希賢

B型肝炎感染是世界衛生問題重要的一環，世界衛生組織建議帶原率高逾2%的國家應將B型肝炎列為嬰幼兒預防接種項目之一。

台灣是B型肝炎高感染區域，15~20%的國人(估計約三百多萬人)為B型肝炎帶原者。B型肝炎感染途徑可藉由水平傳染，如輸血、接觸感染者之血液、污染的注射針頭；或垂直傳染，如新生兒可在生產時經血液、羊水、母親陰道分泌物或經胎盤裂縫接觸母親血液而被感染。母子間垂直傳染為國內的主要傳染途徑，如母親表面抗原HBsAg陽性，新生兒約40~50%會因感染而成為帶原者；如母親e抗原HBeAg也陽性，此比例更高達90%。

新生兒感染到B型肝炎後約90%沒有症狀，但約0.1%會發生猛爆性肝炎，其死亡率高達50%以上。幼年及成年人感染B型肝炎後，約10%會成為慢性帶原者，年齡越小被感染，越容易成為帶原者。慢性帶原者易發展為持續性肝炎、慢性活動性肝炎及猛爆性肝炎。追蹤此類病患超過十年後，發現可能演變成肝

硬化及肝細胞癌。

民國73年7月台灣率先全世界實施B型肝炎預防注射計畫，自實施後，已使小孩帶原率大幅下降。B型肝炎預防注射可分為主動免疫及被動免疫。主動免疫即注射B型肝炎疫苗，由寶實體內自行產生抗體，但抗體產生要在第一劑疫苗注射後約2至3星期，對高危險群新生兒，緩不濟急。被動免疫即直接把抗體(B型肝炎免疫球蛋白)注射入體內立即產生保護效果。

現行制度規定，表面抗原HBsAg及e抗原HBeAg均為陽性的產婦，其新生兒才可免費注射B型肝炎免疫球蛋白。僅有表面抗原HBsAg為陽性的產婦，其新生兒並不在免費注射的行列，但這些新生兒仍有40~50%會因感染而成為帶原者。因此，建議家長可自費讓這些母親僅有表面抗原HBsAg為陽性的新生寶寶注射B型肝炎免疫球蛋白。按規定B型肝炎免疫球蛋白，必須在寶寶出生後24小時內注射。因此，請家長儘早決定並於寶寶被抱到嬰兒室時，立即告知嬰兒室醫師或護理人員。

學成歸隊

醫師姓名	單位	進修起迄日	進修地點	進修內容
邱昭華	胸腔部	2006/11/16-2008/04/30	美國德州大學安德遜癌病中心	生皮生長因子接受器發生核轉位的機制
林士翔	耳鼻喉部	2007/05/01-2008/04/30	美國紐約眼耳醫院	1. 內視鏡顱底手術 2. 功能性鼻成型術
徐如維	精神部	2007/08/08-2008/07/12	美國約翰霍普金斯大學公共衛生學院兒童自閉症與發展遲緩研究中心	1. 兒童常見精神疾病研究方法與分析 2. 自閉症長期復健治療模式
鄭敏慧	婦產部	2008/01-2008/06	1. 美國加州大學舊金山分校細胞遺傳實驗室 2. 美國舊金山產檢機構	1. 染色體分析、判讀與臨床意義 2. 螢光原位雜交臨床應用 3. 絨毛膜穿刺



假牙面面觀

口腔醫學部鑲復牙科醫師 連秀仁



蛀牙跟牙周病是造成齒質缺損或牙齒喪失的兩大主因，當齒質缺損過多或牙齒經

拔牙，大部分情形須以假牙進行重建，而假牙形式可分為三大類：

一、固定假牙(Fixed partial denture)：包含牙冠(crown)及牙橋(bridge)。牙冠是將根管治療後或齒質缺損過多的牙齒包覆起來。牙橋則是針對缺牙區，利用前方及後方的牙齒做支撐以補足缺牙區。依材料可分為金屬牙冠及瓷牙冠，其中傳統瓷牙冠內層及邊緣仍

需以金屬強化。

二、局部活動假牙(Removable partial denture)：當缺牙數量過多或位於齒列最後方，則無法採固定假牙方式，須利用一堅固金屬支架搭配樹脂牙床來一次補齊所有缺牙區，利用剩餘牙齒及牙床來共同支撐此假牙。

三、全口活動假牙(Complete denture)：當所有牙齒都失去時，假牙之支撐及固著就全依賴牙床，須利用細緻的取模技術與口腔肌肉取得平衡，製作出與口腔黏膜貼合度良好的樹脂牙床，讓無牙患者在功能及美觀都能得到大幅改善。

四、人工植牙(Dental implant)：人工植牙的誕生是牙科重要里程碑，讓作固定假牙的患者不用修磨前後之牙齒，讓原本需作活動假牙的患者可以作成固定假牙，讓原本易鬆

動的活動假牙變得穩固，大大提昇患者的生活品質。人工植牙主要可分為兩階段，第一階段是將人工牙根植入齒槽骨；第二階段則是將假牙製作在人工牙根上。除患者骨頭條件及手術技術外，手術醫師與假牙醫師的充分合作是非常重要的，不當的植入角度與假牙設計都可能造成植牙失敗。

五、全瓷冠(All-ceramic crown)：內層以強化陶瓷取代金屬，解決傳統瓷牙冠之金屬邊緣造成美觀問題，而能做出色澤透明度都接近真牙的牙冠。

隨著醫療科技之進步，人工植牙及全瓷冠提供了假牙更多元的選擇。

連秀仁醫師檔案：

現職：台北榮總口腔醫學部鑲復牙科住院醫師
學歷：國立陽明大學牙醫系畢業
專長：鑲復牙科

溝隙封填

口腔醫學部兒童牙科總醫師 林雅文

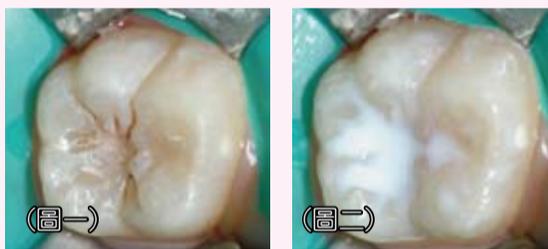
外，也讓口腔清潔的工作更容易執行。

至於那些牙齒該做溝隙封填劑呢？當小朋友(1) 2至3歲乳白齒長出後；(2) 6歲恆牙的第一大白齒萌發完成時；(3) 12歲恆牙的第二大白齒萌發完成時就該做溝隙封填；另外10~11歲長出的恆牙小白齒也常有很深的溝隙，這些牙齒也都可以做。做封填劑的目的是將溝隙填平，使牙齒容易刷乾淨，並不代表不會蛀牙，因此小朋友每天還是要有正確刷牙及用牙線習慣，並定期每半年回診檢查是否有脫落或從封填劑邊緣蛀牙的現象，適時地重新修補缺損的溝隙封填劑。

溝隙封填劑是預防牙面溝隙蛀牙的一個重要步驟，然而甜食控制、刷牙、使用牙線、定期看牙醫及使用氟化物等都是不可或缺的，以達到全面預防蛀牙的目的，讓每一位小朋友都能夠擁有一口健康燦爛的微笑。

林雅文醫師檔案：

現職：台北榮總口腔醫學部兒童牙科總醫師
學歷：國立陽明大學牙醫學系畢業
專長：兒童牙科
門診時間：星期一至上午兒童牙科第1診(診間代碼：04901)



不論是恆牙還是乳牙，白齒在天生發育上都會在咬合面產生許多深淺不一的窩洞及裂溝(圖一)，而這些溝隙從切面觀來看常呈現水滴狀，容易造成食物殘渣的堆積，且很難清除乾淨，形成細菌孳生的溫床。因此，牙齒咬合面上的溝隙長久以來一直是最容易開始蛀牙的地方。

預防勝於治療。除加強口腔衛生外，氟化物及溝隙封填劑的使用是小朋友擁有一口健康牙齒的兩大保鏢。氟化物包括塗氟、含氟牙膏、含氟漱口水等，可讓牙齒平滑面增加抗酸能力，以減少蛀牙。但牙面上溝隙，則必須靠溝隙封填劑來預防。溝隙封填劑是一種液態樹脂材料，當牙醫師用專業方法將窩洞及裂溝清潔乾淨後，取適量封填劑塗在牙齒上使其流入溝隙，再用鹵素燈照射使其硬化，達到封填的效果(圖二)，將食物殘渣及牙菌斑隔絕在

療新知



該不該拔？

口腔醫學部口腔顎面外科醫師 黃傳貴

傾斜，即傾倒牙冠會在第二大白齒齒頸部高度，也就是說沒有空間讓它萌出。儘早拔除能降低術後的發病率且傷口癒合較佳，年輕人牙周組織的癒合較佳，骨的再生及牙齦對周圍牙齒的再附連也較完全。一般來說，拔除的最佳時機為牙根發育在三分之一至三分之二間，年齡約16-18歲左右。

阻生智齒的提早拔除雖然有諸多好處，如

預防牙周病發生、預防蛀牙發生、預防齒源性囊腫之產生、幫助牙齒矯正治療順利進行，但就如同任何手術一樣，都有其禁忌和潛在的併發症，譬如年紀過大，或有嚴重心血管疾病或呼吸道疾病之患者，都應等其疾病獲得適當控制，更或者改採取保守性治療。

術後之併發症，如面部腫脹、乾性齒槽炎、下顎齒槽神經和舌神經暫時性感覺異常

等，皆是可治療與可恢復性的。當然，假設您的第三大白齒長得又好又整齊，那恭喜您，只要您有正確的口腔清潔習慣，好好愛護它們，它們是可伴您走過大半輩子，而不需去拔除它們。

黃傳貴醫師檔案：

現職：台北榮總口腔醫學部口腔顎面外科住院醫師
學歷：國立陽明大學牙醫學系畢業



牙根部齲齒

口腔醫學部醫師 徐振榮

齲齒就是蛀牙，一般發生在牙冠，牙根齲齒則是發生於牙根的蛀牙。牙根原理骨頭內，隨年齡增加牙周病作用，牙齦萎縮後，讓部分牙根暴露口中，如沒刷乾淨，就會產生牙根部蛀牙。由於平均壽命延長及追求保存牙齒概念，使牙齒存留口中時間增長，發生牙根齲齒機會也增多。

與牙冠齲齒一樣，牙根齲齒為牙菌斑內的細菌代謝醣類產生酸，牙根的無機礦物質遭溶解破壞所致。牙根齲齒通常起始於牙骨質、牙釉質交界處或者是補綴物邊緣，由一個或多個病灶漸漸擴大而融合為一，向四周延伸比向牙髓方向快，故多呈寬而淺的病灶。

牙根齲齒不治療，有的會形成環狀齲齒，最後導致牙冠斷裂。但有些牙根齲齒在未形成窩洞前，因環境改變，不但齲齒停止惡化，甚至可逆行再礦化，只留下顏色較深的區域。

牙根齲齒的預防

預防勝於治療，也適用牙根齲齒。預防牙根齲齒可分牙科專業、增強牙根本身抵抗力、飲食控制、牙菌斑移除及去除藥物副作用等幾方面來著手。牙科專業方面，牙醫師在治療時應留意：穩住現有的牙周狀況，有助預防牙根齲齒；在牙周病的治療上避免切除牙齦；牙冠、牙橋邊緣的位置與密合；局部活動義齒避免造成支柱牙食物堆積。

增強牙根本身抵抗力方面，可使用牙根塗氟、飲水加氟、使用模拖及氟膠。氟一方面干擾牙菌斑形成，另一方面使牙根表面再礦化，增強對酸蝕抵抗力，是預防牙根齲齒最重要的方法。

飲食控制方面，主要需避免甜食等含糖食物。由於吃點心往往是老年人多年習慣，不全是生理所需，一下子拿掉，需考慮老年人的心理衝擊，可以不含糖點心取

代，也可在吃完後即進行口腔清潔工作；某些乳製品如乳酪可中和導致齲齒的酸，可鼓勵高齲齒率患者採用。

牙菌斑移除方面，牙醫師往往會著重那些方法效果最好，但對老年患者，好操作比有效更重要，依不同患者狀況使用不同牙菌斑移除方案。例如牙線是很好的牙菌斑清潔工具，但對手腳不靈活的人很難學會，牙間刷、電動牙刷或超音波牙刷為合適的工具。

某些藥物會造成口乾的副作用，如會抑制唾液腺分泌功能的副交感神經作用的藥物，可向醫師反應有口乾的現象。

徐振榮醫師檔案：

現職：台北榮總口腔醫學部住院醫師
學歷：國立陽明大學牙醫學系畢業
專長：牙體復形
門診時間：星期一至星期五牙科第4診

淺談電動牙刷的效果

口腔醫學部牙周病科醫師 魏郁如

牙菌斑會導致牙周發炎與破壞，做好牙菌斑控制可改善牙齦發炎和預防牙周疾病問題。刷牙是控制牙菌斑最有效方法，除傳統手動牙刷外，早在1960年代就有電動牙刷出現，隨著電動牙刷設計的改進，現今市面上最常見的有旋轉式電動牙刷和音波式電動牙刷。

電動牙刷的設計具有提供刷毛轉動的電力配備(鹼性電池或可充電式電池)、可替換式牙刷刷頭。另外，有提供計時器以提醒刷牙的時間。依據牙刷刷頭的外形可分作長方形刷頭、圓形刷頭、矯正型刷頭和牙間刷刷頭，一般圓形刷頭只能接觸一顆牙齒的牙面，而長方形刷頭如同傳統牙刷，一次可以接觸多顆牙齒的牙面。

一般人都認為電動牙刷可自動刷牙，有較好清潔效果且較不費力。現今關於旋轉式電動牙刷的臨床研究指出，對牙周炎治療效果，旋轉式電動牙刷與傳統手動牙刷並無顯著差別。在非活體實驗中認為，音波式電動牙刷對於牙菌斑清潔效果比傳統手動牙刷顯著；臨床研究也認為，音波式電動牙刷對牙

菌斑控制和牙齦炎改的效果較傳統手動牙刷為佳。但無論電動或手動牙刷，只能做牙齒表面清潔。當牙齦內部有牙周破壞、產生牙周炎時，電動牙刷對牙周炎改善程度，並沒有顯著地較傳統手動牙刷好。

一般人的觀念會考慮電動牙刷刷頭的旋轉或震動，是否會造成牙齒或牙齦的損傷？臨床研究指出，電動牙刷的使用並不會有牙齦磨損和牙齦萎縮的問題，電動牙刷高頻率震動的清潔模式在臨床上的使用是安全的。

臨床上以牙刷維持口腔清潔，主要是需有正確刷牙方法。至於採用電動或手動牙刷，效果並無太大差別。但對操作傳統手動牙刷手的靈活度不佳族群，如身體殘障、老人、長期臥床需他人照護口腔衛生的病人，使用電動牙刷有其方便性；電動牙刷設計仍無法清潔到牙縫面，因此使用電動牙刷仍需配合牙線及牙間刷使用，才能達到良好口腔清潔效果。

魏郁如醫師檔案：

現職：台北榮總口腔醫學部牙周病科住院醫師
學歷：國立陽明大學牙醫學院牙醫學系畢業
專長：牙周病專科治療

專題企劃

牙科醫



擾人的智齒

「智齒」其實是每一個人的第三大白齒，人類在演化過程中，因飲食精緻化，所以顎骨生長就越趨退化，當顎骨牙弓長度容納不下所有牙齒直徑總和時，最後一顆萌發的牙齒，就是智齒，生長空間就會不夠而造成阻生智齒。

一般而言，阻生智齒應拔除，除非有特殊情形。當牙科醫師判斷此牙為阻生齒時，就該

儘早拔除。阻生智齒拔除，會隨著年齡增加困難度也會增加；阻生智齒任其放置不管等到有問題時，都會增加其周圍組織發病率，喪失附近牙齒及骨頭且有可能損及附近結構。此外，阻生智齒拔除如有延誤，直到年紀大才發生問題，手術將變為複雜且危險。因此類患者通常會有一些全身性疾病。以預防牙醫學角度而言，阻生智齒該在還沒造成問題前拔除。

雖然第三大白齒萌出時間持續到25歲，一般平均是20歲，但有很多原因會影響到智齒持續萌發。在20歲前若有萌出現象，通常這類牙齒只會被薄薄骨頭或軟組織所覆蓋，這類智齒通常呈垂直方向，且牙冠高度和鄰的第二大白齒咬合平面接近，最後或許有空隙讓其萌出。同樣的，假如智齒到20歲左右還不萌出，通常是被骨頭所覆蓋且為近心



洗腎知多少？

血液透析室護理師 吳美珠

當醫師診斷確實為慢性腎衰竭合併尿毒症時，通常有三種治療的選擇，第一為血液透析，其次是腹膜透析，最終目標是希望能換腎。但礙於器官捐贈的風氣未全面開放，捐腎的人並不多，所以換腎手術可遇不可求。在台灣目前尿毒症的治療方式還是以血液透析佔多數。在臨床工作中常常聽到一般民眾對洗腎抱著恐懼的心理，認為只要一開始洗腎人生就是黑白的，所以往往拖到不能再忍了，在緊急救命的情況下接受人生第一次的洗腎治療。有些人更聽信坊間許多的偏方，延誤治療時機，讓身體再次受到二度傷害，不但花錢傷身，甚至丟掉寶貴的生命，不可不慎。收集常見病友問題與大家分享：

壹、為什麼會要洗腎呢？

引發原因有下：

一、腎絲球腎炎：真正原因不明，可能與身體免疫系統有關，患者會有蛋白尿及血尿。依引發腎絲球腎炎的菌種不同，可能經過數月甚至十年、二十年後，才會變成慢性腎衰竭。

二、糖尿病：是國人及歐美國家造成洗腎最常見的原因。在國內這幾年糖尿病腎病變造成洗腎的個案有漸漸增多的趨勢，其確實導因目前尚不清楚，但是良好的血糖控制可以減緩腎功能惡化之速度。

三、高血壓：高血壓會造成腎臟的血管硬化，所以長期及嚴重的高血壓會導致腎功

能衰竭。

四、腎小管間質性腎病：如尿路結石、腎髓質鈣化、輸尿管或尿道狹窄或不當的用藥等。

五、多囊腎：是一種遺傳病，腎臟本身會有很多囊泡，大部分的病人要到40-50歲才會引起腎臟衰竭，約有10%的病人會進展成尿毒症。

貳、何時開始洗腎？

一、急性期：發生血鉀過高、心律不整脈、嚴重酸中毒、急性肺水腫、肋膜積水，必須接受緊急透析治療或其他必要措施，如果錯過黃金治療時間可能就需要終身洗腎。

二、慢性期：血中尿素高於100mg/dL、肌酸酐高於10mg/dL、腎絲球過濾率低於15ml/min、血鉀高於6.5mEq/L，最好開始透析治療。

三、血液檢驗值未達到上述標準，但有出現嚴重的尿毒症狀，如噁心、嘔吐、頭暈、全身不適、神經病變、心包膜炎、急性肺水腫、出血傾向等，也應馬上開始透析治療。

四、無法以藥物控制的頑固性水腫，如肺部、肋膜腔或心包膜積水。

五、急性藥物或毒物中毒。

參、如何保護及照顧您的腎臟？

造成洗腎的原因雖然分為上述的五類，但是如果能夠主動積極配合專業醫護人員的照

顧，並不是每個人都會走上洗腎一途。慢性腎衰竭在早期通常是沒有症狀的，唯有定期監測血壓、抽血和驗尿，才能早期發現、早期治療，我們建議日常生活要注意以下幾點：

一、良好的血壓控制，血壓維持在120-130/70-80mmHg。

二、控制血糖需維持飯前低於110mg/dl、飯後低於140mg/dl、糖化血色素低於7%。

三、改善生活習慣，每週運動三次，每次至少30分鐘，例如現在流行的健步走，同時要記得提肛收腹，效果更好。

四、不抽菸、不酗酒、不熬夜、避免過度疲勞及感冒。

五、不用偏方、草藥、減肥藥、來路不明的黑藥丸或仿問各種所謂「護腎」的健康食品。

六、避免使用腎毒性之止痛藥、抗生素、離子性顯影劑檢查，以減緩腎衰竭進展之速度。

七、遵循醫師處方補充鐵劑或接受造血荷爾蒙(俗稱EPO)治療，以改善貧血情形。

八、減少含磷高的食物或飯中服用磷結合劑減少磷的吸收，適度接受鈣片及維生素D治療，以預防腎性骨病變。

台灣許多腎友已接受透析20年以上，仍然生龍活虎，事業有成。如果尿毒症是不能改變的事實，那麼面對它、接受它、並好好的與醫護人員配合，相信一樣可以贏得『腎利人生』。



疾病 Q & A

對急性氣喘發作的處理計畫、持續性的治療)。

呼吸治療科主任 王家弘答覆

問：氣喘發作應怎麼去控制？

答：當氣喘發作時；您必須與您的醫師合作，定出一個治療計畫。此計畫應包括：1.早期治療；2.對任何症狀的改變，給予適當的治療與處理；3.知道什麼狀況時，應尋求醫師的幫助或至急診室。

問：氣喘藥物治療計畫的特點有那些？

答：全方位的治療，包括症狀控制、呼吸道慢性發炎的降低與氣喘發作的預防（早期治療、

問：本身有高血壓，不知是否可服用高麗人蔘？常用的人蔘有那幾種？

答：市面上常見的人蔘依製作方式，主要可分為兩大類，紅參和白參。紅的製作過程是人蔘採摘後，先曬乾再蒸煮就會形成紅色，例如高麗紅參、中國大陸東北人蔘、吉林紅參、日本東洋紅參等。產地不同、製作過程也有些差異，在中藥處方中功效也不等，但主要偏向甘溫或溫熱的藥性，比較適合虛弱或虛寒的體質使用。另一類白參在採摘後，只有曬乾或乾燥等過程，並未經過蒸煮，所以呈現黃白或白色，如西洋參(也稱花旗參，有些因表皮經過處理也稱為粉光參)，或中國東北、韓國、日本等地，以此製作方法所生產的白參，產量較少。這類人蔘藥性較偏向甘平不溫躁，適合氣虛或較虛熱體質服用。

國內很多高血壓患者多偏向躁熱體質，面

王家弘醫師檔案：

現職：1.台北榮總呼吸治療科主任
2.國立陽明大學臨床教授
3.國防醫學院臨床教授
學歷：1.台北醫學大學醫學系畢業
2.美國紐約大學醫學中心臨床研究員
3.美國紐約哥倫比亞長老醫學中心臨床研究員
專長：呼吸治療、胸腔疾病、重症醫學、危急醫學、臨床高壓氧
門診時間：
星期四下午呼吸氣喘門診第2診(診間代碼：12702)

紅體胖怕熱、常易口乾、口苦、口臭、時常便秘、血脂偏高、血壓不穩定患者，最好不要輕易服用人蔘，尤其是紅參。本身具有高血壓、糖尿病等慢性病患者，在使用中藥前最好經過中醫師處方或詢問專業中醫師後再服用，以免因不當使用而產生不良副作用。

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、星期五上午中醫內科第2診(診間代碼：08302)
星期二下午中醫內科第2診(診間代碼：18302)
星期四下午中醫內科第1診(診間代碼：18301)



醫學小辭典

尖峰吐氣流量

尖峰吐氣流量是指吸氣到不能再吸後，用力吐氣所能吐出的氣流流量，是一種簡單的肺功能測試，可用來監測呼吸道的阻塞嚴重程度。氣喘病人可每日早晚紀錄尖峰吐氣流量，畫成曲線。曲線變化是氣喘病情進展最好的指標，由藥物治療前後的變化，可知藥物療效的指標。曲線變化也可供藥物種類與劑量的調整。尖峰吐氣流量下降是氣喘惡化最常見與最早出現的徵兆，可作為早期改變治療指標，長期紀錄可讓病人提高控制病情的能力。

(編輯小組)

國稅簡訊

財政部台北市國稅北投稽徵所表示：自97年10月1日起實施上班時間調整，上班時間：上午8時30分至12時30分、下午1時30分至17時30分，全功能櫃檯及營業稅簡易櫃檯12時30分至13時30分實施輪值服務民眾。」(反詐騙-三不+165專線→保您不受騙)



較罕見濫用藥物(IX)： 「超級強姦丸」麻古 成癮性強 重者致死

內科部臨床毒物科主治醫師 楊振昌

去年(2007年)10月30日一則有關台中市警方緝獲毒品的新聞，顯示麻古此種毒品已開始入侵台灣，但是麻古到底是什麼樣的毒品呢？麻古係泰國語「Magu」的音譯，其主要成分是甲基安非他命及咖啡因，但中國大陸有部分地區產品則僅含有咖啡因。此一毒品於2004年起開始在中國大陸南部省份(如浙江)開始流行，之後則蔓延至其他省市(如四川、遼寧、港澳)。在中國大陸，此一濫用藥物被俗稱為「冰毒片」、「強姦丸」；在香港則被稱為「Pacu」；外觀上為錠劑，可能為橙黃色或紅色，並標有「WY」字母。此一藥物主要被用於性愛派對，令女性更加狂放；另外也曾被犯罪分子用於「搶劫藥」。

麻古的毒性主要來自甲基安非他命，其毒性已於以前的文章中介紹過，在此僅簡單回顧。甲基安非他命一般在中毒後30-60分鐘便可能產生心悸、瞳孔擴大、臉潮紅、冒汗、心跳加速、血壓升高及焦慮不安。嚴重者，則會導致心律不整、心肌梗塞、心臟衰

竭、肺水腫、嚴重抽筋、肌肉壞死、腎衰竭、意識不清、胡言亂語、高燒、腦出血及休克；並可能因心衰竭、腦中風、高燒、抽搐及意外傷害致死。中毒者如產生高燒，預後多半很差。長期使用甲基安非他命，也可能產生耐藥性及成癮，並導致體重異常減輕、腦血管發炎、中風及類似妄想性精神分裂症的「安非他命精神病」(多話、焦慮、害怕、注意力不集中，甚至於被害妄想、幻覺及強迫性反覆行為)。

至於麻古另外含有的成分咖啡因，對人體的影響為何呢？咖啡因具有提神、平滑肌擴張、抑制肥大細胞(mast cell)釋出組織胺、刺激呼吸中樞、收縮腦血管、心臟刺激及中樞神經刺激等作用，因此咖啡因過量仍可能導致中毒。咖啡因中毒時會導致心悸、脈搏加速、顏面潮紅、心律不整、胃腸缺血、視網膜病變、幻覺、腎衰竭、代謝性酸血症、血糖異常、低血鉀、橫紋肌溶解症及中樞神經過度刺激等作用。

麻古含有甲基安非他命及咖啡因兩種刺

激性成分，因此有很強的成癮性，而中毒時也會因兩種成分加成作用，導致更嚴重毒性。對中毒病患，除應積極補充水分外，對發燒病患，應將其置於冷氣房，並以溫水或冷水擦澡。此外也應給予靜脈注射安眠藥物，以控制焦慮及肌肉抽搐；必要時也可注射惡性高燒之解毒劑dantrolene或肌肉麻痺性藥物。麻古中毒之確認診斷除臨床病史外，須藉助尿液之藥物檢驗(須以氣相層析質譜儀確認)。當然避免濫用藥物，才是對麻古中毒或成癮最好防治方式。

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)

圓錐角膜利用角膜地形圖的早期診斷

眼科部醫師 許粹剛

圓錐角膜是一種兩側性非發炎的角膜厚度逐漸減少並且向外突出的病變，其發生率從50/100000到230/100000不等，無明顯性別差異，且在各種人種都有可能發病，得病的患者約有6-8%有家族史。大部分病患約在青春期中發病，很少有人到了30歲後才發病。一開始病人可能抱怨近視散光均不斷增加，一直換眼鏡，都不會得到很好的視力矯正，晚期以裂隙燈下的檢查可見角膜變化。對一個眼科醫師最大挑戰，在於如何就還沒有臨床表現的圓錐角膜作出早期診斷。

最近幾年眼科儀器日新月異，角膜地形圖系統出現，使得早期診斷圓錐角膜成為一項可能實現的任務。它比裂隙燈顯微鏡、角膜照相術、角膜曲率儀都要來得靈敏。學者專家紛紛量化角膜地形圖的診斷標準，尋求最佳的初期圓錐膜患者的早期偵測。以下介紹幾種較為大家所接受，且在一些電腦軟體可見的篩選標準：

I-S value (Inferior-superior value)及中央角膜曲率 (central corneal K)，最早由Rabinowitz及McDonnell提出，若為正I-S value代表角膜下方屈光強度大於上方，是所謂inferior steepness；中央角膜曲率是診斷早期圓錐角膜另一個敏感指標。早期圓錐角膜可有中央角膜變薄前突，因此中央角膜曲率變大，而該學者定義I-S value >1.4diopter且

中央角膜曲率大於47.2D時，即為一個早期圓錐角膜可疑病例。

KCI% (keratoconus index)，由Maeda/Klyce等學者提出，利用角膜地形圖的8個數值作線性迴歸分析，並結合電腦及數學人工智慧，其值算出來若為零，代表是一個正常的角膜，一旦算出的結果是一個大於零的數值，代表的為可能產生圓錐角膜的或然率。

KISA% index，結合4個數據：中央角膜K值，I-S value，AST index(藉由SimK求得散光度數)，SRAX(Skewed radial axis index，在角膜地形圖上的啞鈴圖呈現不對稱啞鈴且不在同一軸度上時的圖形稱之)，當算出的數值<60%為一個正常角膜，60-100%為疑似圓錐角膜患者，>100%為圓錐角膜患者。

Highest rate of steepening(HRS)，知道一個圓錐角膜患者，角膜突出地方通常在下方或下方靠顛側處，藉由角膜地形圖求得角膜最陡的頂點延著其軸線到最周邊處的一個角膜K值的變化程度(D/mm)，當此變化程度>1.4D/mm，同樣要懷疑是一個早期圓錐角膜患者。

Posterior elevation difference，角膜後表面最高點與最低點差異值，由Rao此位學者提出，他認為角膜後表面的差異大於40um時，就是早期圓錐角膜的可能病患，該學者根據此簡單診斷標準，對其966隻眼睛做LASIK手術，追蹤10個月，並沒有一個人發生術後角膜

膨出併發症。

Tanabe提出，在角膜中央距其3mm處的區域，若在角膜地形圖的顏色有超過4種以上的顏色呈現，也同樣可做為早期診斷圓錐角膜的一個依據。

Azar and Lu綜合病患病史，臨床表徵及角膜地形圖的變異製作一個圓錐角膜的計分系統(Keratoconus scoring system)，以病患有corneal hydrops、在眼科學檢查中有任何sign(Fleischer ring, Vogt's striae, Munson's sign, scarring)或有關連病史、兩眼的中央角膜K值。單眼的中央角膜K值和I-S value，所有得到分數相加，0分為正常角膜，1至3分為疑似圓錐角膜患者，4至5分為早期圓錐角膜患者，6至9分為中晚期的圓錐角膜患者；這樣一個計分系統，大大的幫助診斷早期圓錐角膜。

圓錐角膜是一個多變因的病變，並沒有一個固定規則可完全掌握動向及早期預測。因屈光手術的風行使得對早期診斷成為一個重要議題，儘管在百家爭鳴狀態下，可能要儘量以一個簡單、快速且準確性高的篩選方式，來做為術前評估參考依據。在此提供一些學者專家的經驗及準則，在不發生任何併發症的原則之下，將可能有圓錐角膜的病患早期挑選出來，不但可加強屈光手術的安全性，亦可給予病人最優良光學品質。

傳統醫學科



醫療團隊：

科主任：陳方佩

主治醫師：龔彥穎

總醫師：吳大鵬

消毒觀念的用後即棄無菌針灸針，獲得布魯塞爾世界發明銀牌獎，目前全世界皆採用此種新型針灸針；

三、生物能量醫學研發期：民國75年開發人體物理性的生物能量觀念，利用良導絡、傅爾電針等電學儀器測量皮膚電阻以反應「氣」的現象。同時將各國另類醫學，如克里安攝影、虹彩醫學、同類療法 etc 介紹給國內；四、歷史探源期：考證中國遠古自然哲學，兼比較西方哲學史、科學史和考古學發展，來詮釋中國醫學的內涵，並闡明經絡概念、陰陽五行和八綱辯證等的思想根源。發現經絡概念與現今神經和血液系統有關，而針灸適於治療四肢骨關節痛症或神經症狀，中草藥物則較用於調理內臟系統。

本院傳統醫學科設科主任一名、醫師六名，其中四名有碩士學位，二名正進修

博士，並有二名部定兼任講師，一名部定專任助理教授，和一名部定教授顧問。每年皆有SCI文章發表，和研究計畫的進行。並接受國立陽明大學醫學系四年級選修課、社區醫學課見習、中醫社見習、國外醫學生進修見習及本院醫師進修見習等教學活動，另外亦配合病房會診和社區義診等工作。

本院傳統醫學科每週提供18個中內診，21個針灸診，每日平均中內80人次，針灸160人次，每月約有5,000人次。其中看診針灸之適應症以四肢和腰背酸痛為主，另有中風和五官問題者；服用中藥的適應症則以失眠、更年期、鼻炎和便秘為多。中藥是以濃縮顆粒方式，和針灸一樣均納入全民健保給付。97年7月更推出三伏貼自費項目和轉骨方、消脂茶等飲片自費服務。

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。

本院自民國60年在國科會指示下成立針灸委員會，66年改制為針灸科，一直以針灸醫療服務、推廣中國傳統醫學和研究中西醫學結合為宗旨，而於79年在衛生署研議後改名為傳統醫學研究中心。91年12月開始設立中藥局，並提供中醫內科門診服務，再於民國96年7月改制為一級單位獨立科，名稱為傳統醫學科。

本院傳統醫學科發展過程可分為四個時期：一、遵循古典經驗期：研讀古老的中醫典籍，建立教學課程，並開發特效穴等；二、結合現代醫學期：用神經體液學解釋經絡現象，用肌筋膜症候群發揚「以痛為俞」及阿是穴的穴道應用，並於民國71年研發具

政風園地

論醫事法律上之醫療行為(3)

— 由法制面談起 —

醫事法律上醫療行為之類型

在醫事法律上之醫療行為可以根據不同之標準加以分類—

(一) 以行為之目的為標準，醫療行為可分為治療性之醫療行為與非治療性之醫療行為：

一般疾病之診治處理，多屬於以治療為目的之治療性醫療行為；但為器官捐贈者摘除器官、為精卵或骨髓捐贈者取精採卵或抽取其骨髓液、為捐血者抽血檢驗、以美容為目的之整形、以鑑定親子關係為目的所作之檢驗、對於接受人體試驗者所為之處置、以及非基於治療上之需要而施行之變性手術與人工流產，均屬於不以治療為目的之非治療性醫療行為。至於為人裝置義肢、假牙，是否以治療為目的，雖然見仁見智，但應以肯定為是。

準此，凡從事非治療性之醫療行為，依行政院衛生署前揭之定義，即可辯解為並不是醫師法第二十八條所規定「執行醫療業務」之行為；惟其工作之本質及潛藏之危險，與從事治療性之醫療行為並無不同，行為人應負之責任亦不應隨之而有差別。

(二) 以行為之內容為標準，醫療行為可分為主要之醫療行為與輔助之醫療行為：

依照衛生署民國65年6月14日衛署醫字第116053號函之解釋：醫療工作之診斷、處方、手術、病歷記載、執行麻醉等醫療行為，應由醫師親自執行，其餘醫療工作得在醫師親自指導下，由輔助人員為之，但該行為所產生之責任，應由指導醫師負責。所謂醫師之輔助人員，係指在醫師指導下協助醫師為醫療行為之人員，其資格尚無特別限制。由以上之解釋，足以發現行政院衛生署係將醫療行為區分為主要之醫療行為與輔助之醫療行為。主要醫療行為指醫療工作中之診斷、處方、手術、病歷記載、施行麻醉等行為，應由醫師親自執行。輔助醫療行為指主要醫療行為以外之醫療工作，得在醫師親自指導下，由輔助人員為之，但該行為所產生之責任，應由指導之醫師負擔。

依照前述之解釋，醫院診所輔助人員未經醫師指示，逕自執行任何醫療行為，或於醫師在場時，執行應由醫師親自執行之醫療行為，均屬於擅自執行醫療業務。

又所謂輔助人員，原經行政院衛生署解釋，其資格尚無特別之限制，但由於民國75年12月26日修正公布之醫師法於翌年12月21日開始施行，依修正後該法第28條之規定，「未取得合法醫師資格，擅自執

行醫療業務者，處一年以上三年以下有期徒刑，得併科一萬元以上五萬元以下罰金，其所使用之藥械沒收之。但合於左列情形之一者，不在此限：在醫療機構於醫師指示下之護士、助產士或其他醫事人員。」故所謂醫師之輔助人員，依該法之新規定，應以具有護士、助產士或其他醫事人員資格者為限。因此，行政院衛生署前所為「醫師之輔助人員，其資格尚無特別限制」之解釋，業已廢止，不再適用。

衛生署針對主要醫療行為與輔助的醫療行為所作之解釋與規定，釐清了醫療契約履行上之重大疑問：醫療契約何種債務之履行，債務人得交由不具醫師資格之履行輔助人為之；由未具醫師資格之輔助人員執行應由醫師親自執行之醫療行為，屬於擅自執行醫療業務，亦即是所謂密醫之行為。遇有此種情形，行為人應負醫師法第28條所規定之刑事責任，如果因該醫療行為而致病人受有損害，並應負擔積極侵害債權及侵權行為之損害賠償責任。

另外，目前醫療實務上，醫療機構有大型化之趨勢，在大型醫院中，醫師與醫院之關係已由醫院之設立者、合夥人，而漸漸有受聘者之性質；在此醫院大型化趨勢下，以往「醫病關係」主要係指醫師與病人之關係，亦似有轉變為醫院與病人間關係之情形。

(作者/郭吉助，現任法務部法規會首席參事，本文徵得其同意後轉載)