

實已付
郵局
五支局
證
第2395

編輯・
王公

編輯・
廖秋月

委員・
于立文
王馨慧
吳承學

何瑾瑜
林炯熙
林怡君
林淑雅
況守信
胡啓民
黃啓原
陳克華
陳美碧
張豐基
張家銘
張誌剛
張豫立
辜依倫
賀純宜
楊純豪
楊智宇
蔡泊意
劉瑞瑤
蔣富強
賴佩瑜
謝慈觀
蘇靖雅
鳳儀

影・
朱幼喬

助理・
鳳佩

助理・
雁雁

※人工(電話)預約掛號專線(02)2871-2151/服務時間(8:00~17:00)
※按鍵(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(口語)預約掛號(含查詢及取消)專線(02)2873-2151(23線自動跳號)

台北榮總 信譽品牌



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：林芳郁
社長：雷永耀
副社長：張建城
總編輯：劉仁賢
發行所：行政院退輔會榮民總醫院
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):vghdul@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一二一七號
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



298
榮總人月刊
第25卷第10期

跨越半世紀 榮耀50年



中華民國九十八年三月二十五日出刊

本期要目

- 尿不乾淨嗎？憩室在作怪！..... 1
- 失智症治療新方向..... 5
- 台北市老人健康檢查..... 2
- 談兒童安寧緩和療護..... 6
- 跨越半世紀 榮耀50年..... 3
- 家用防蟲用品(II)：樟腦油..... 7
- 癲癇治療的最新趨勢..... 4
- 認識榮總-病理檢驗部..... 8

我們的宗旨

配合國家醫療政策，提供榮民、榮眷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。

尿不乾淨嗎？憩室在作怪！

本院以人工網膜治療尿道憩室合併應力性尿失禁 徹底解決女性漏尿煩惱

52歲的劉太太長年受漏尿之苦，大笑、咳嗽、打噴涕，甚至走路都會漏尿，尤其是剛解完小便，漏尿更為嚴重。曾在他院接受手術治療，卻絲毫不見效果，讓她十分困惑、沮喪，甚至不敢出門。

後經人介紹來到本院泌尿外科林登龍醫師門診，「她到門診時，渾身一股尿騷味，內褲裡墊者厚厚的棉墊，已經濕透了」林醫師說，經本院影像尿路動力學檢查結果發現，劉太太有尿道憩室合併應力性尿失禁，經安排住院，手術切除尿道憩室，修補尿道，並用人工網膜施行恥骨陰道吊帶術治療應力性尿失禁，術後劉太太完全不再有尿失禁，揮別日日墊護墊防漏的日子。

何謂尿道憩室？林醫師表示，尿道腺體發炎、化膿，形成囊袋。當膿消失，囊袋還在，這些個由內壁向外突出的空間，大小從2公分到5、6公分，甚至一條尿道長了5、6個

憩室，當排尿時，尿液會流入這些憩室，之後斷續滲出，這就是為什麼解完尿後反而漏尿更嚴重的原因，只要手術切除憩室，並修補尿道，即可治癒。林醫師特別呼籲，憋尿是造成許多泌尿系統疾病的原因，千萬要避免。

若是尿道憩室合併應力性尿失禁，僅切除尿道憩室無法治癒尿失禁，必須合併使用人工網膜施行恥骨陰道吊帶術治療應力性尿失禁。傳統上應力性尿失禁合併有尿道憩室時，因擔心感染，均採用病人自體肌膜為材料施行恥骨陰道吊帶術，此法由本院林登龍醫師所研發，至今已完成170例。林醫師說，取病人自體肌膜不但增加手術時間，而且術後相當疼痛。經過不斷的探索，發現可用治療疝氣的人工網膜替代，此



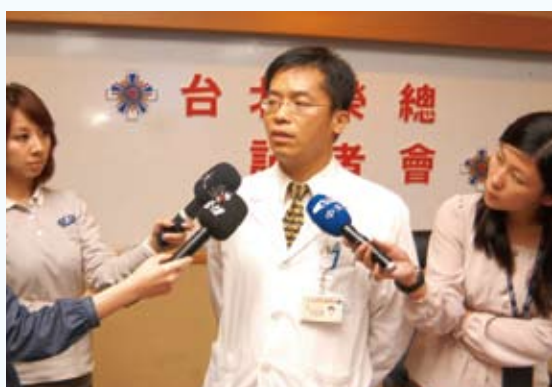
↑泌尿外科陳光國主任(右2)主持記者會



↑林登龍醫師手持的人工網膜，解除了眾多漏尿婦女的困擾

一創新，不但縮短手術時間，術後快速恢復，而且無任何併發症，且費用完全由健保給付。(報導/公關組 張建城)

31歲女罹結腸癌 肇因於DNA修補基因突變



↑大腸直腸外科主治醫師張世慶接受媒體採訪

一名31歲女性患者，因腹脹、嘔吐、體重減輕，來到本院急診室，腹部電腦斷層檢查，發現右側結腸腫瘤同時造成腸阻塞，已立即予以手術切除右側結腸治療。

由於患者發病年齡相當輕，引起主治醫師張世慶注意，詢問之下，得知其家族亦有多位成員罹患結腸癌或子宮內膜癌，經基因篩檢發現，致病原因為DNA修補基因—MLH1突變所造成「Lynch(林奇)症候群」。

張醫師表示，台灣結腸癌正以每年新增9000例快速成長，一般認為生活型態的西化有關，但其中2%是遺傳而來，肇因於DNA修補基因突變，不容忽視。從本院大腸直腸外科進行的一項大規模Lynch徵候群篩檢中發現，在561例的結腸癌手術病人中，有41例出現癌組織微衛星不穩定現象，佔7.3%，利用DNA定序的方法，發現13例

帶有Lynch徵候群基因異常，約佔所有結腸癌患者的2.3%。這些病患年紀為平均為51歲，全都小於60歲。右側結腸癌有8例(61%)，分化較差含有較多黏液者有5例。

張世慶醫師說，「Lynch(林奇)症候群」特徵為年輕即罹患結腸癌，其家族成員罹患其他部位癌症，特別是女性生殖器官的癌症。帶有此相關基因突變的人，一生中出現結腸癌比率高達80%，發生年齡較一般人年輕，也有可能罹患子宮內膜癌、胃癌、肝癌等相關癌症，其家族亦有相當高罹癌率，提醒有類似徵候的民眾及其家族，能早期接受篩檢，早期治療，減少結腸癌的發生。(報導/公關組 張建城)



HOT
醫

新聞

榮總人月刊

MARCH



要聞

風向球

榮總人月刊

MARCH

跨越半世紀榮耀50年

免費老人健康檢查



台北市98年度免費老人健康檢查將於98年4月1日開始辦理，並於3月2-4日開放預約登記，本院為免年長者久候，特於3月2-4日三天上午，假中正樓一樓大廳設立「單一窗口預約登記作業」協助年長者順利完成預約登記手續。

提醒完成預約登記者，按預約日期來院接受健康檢查。

諮詢電話：02-28757460

時間：上午8：30-12：00，下午13：30-17：00

天天五蔬果 快樂健康活

營養部主任 章樂綺/營養師 舒宜芳

衛生署建議健康成年人每日飲食中應包括3份蔬菜與2份水果，而蔬菜中至少有一碟是深綠色或深黃紅色蔬菜，營養價值較高。

要怎麼計算蔬果的份量呢？一份蔬菜為100公克，煮熟後大約是半飯碗的量，蔬菜包括：葉菜類、菇類、筍類。一份水果相當於女性拳頭大小，例如一個中型橘子或梨子、2個棗子。

多吃蔬菜、水果可增加纖維質的攝取，纖維質有什麼功用呢？纖維質可促進腸道的蠕動、協助血中膽固醇維持正常、協助血糖維持正常，且可增加飽足感。

到底一天要吃多少纖維質才夠呢？成年人每日建議量為20-35公克。然而，長期纖維攝取不足者，建議從少量逐漸增加，以免不適

應，此外要考慮特殊病情需求，防過猶不及。

那些人容易纖維質攝取不足？例如偏食不吃蔬果的小朋友、以外購便當為主的上班族，也常少吃蔬菜，又不常吃水果；習慣速食者，常吃炸雞、漢堡、披薩、含糖飲料等；至於牙口不佳的銀髮族，只吃稀飯、軟質肉類或少許醬菜。

如果您經常外食，怎樣才可以增加纖維的攝取？如果吃自助餐，可選擇一道葷菜或半葷素菜，再加上兩道青菜，並且搭配五穀雜糧飯，為較佳選擇。在便利商店購買，建議選擇有兩種以上蔬菜便當或三明治，並搭配生菜沙拉。吃小吃，則記得點選青菜。此外，吃西餐、速食、披薩、火鍋等，請點選各類蔬果或選擇蔬菜含量高的菜餚。

最後提醒您，天天五蔬果、健康快樂活，如需營養師提供進一步的飲食指導，請洽本院門診營養諮詢。

「中餐烹調技術士」衛生講習

目的：輔導從業人員考證，提昇餐飲從業人員餐飲衛生安全管理知能。

對象：餐飲從業人員、有志從事餐飲服務者

地點：台北榮民總醫院營養部（台北市石牌路二段201號）

電話：（02）28757472

日期：98年4月7日（星期二）/7月21日（星期二）/11月17日（星期二）

時間：上午8時30分至5時（時數8小時）

講習費用：壹仟圓整（含講義、中餐）

報名：（1）親自報名：攜帶費用及填妥之報名表至台北榮總中正樓一樓營養部報名。時間：8:00至11:30、13：30至5：00
（2）通訊報名：請至郵局購買匯票1000元整（收款人：台北榮民總醫院），連同填妥之報名表寄至（11217）台北市石牌路二段201號台北榮民總醫院營養部，註明「報名中餐衛生講習」。
（3）報名截止：各梯次50名，額滿為止。

人事動態

姓 名	李新揚	
單 位	婦產部	
原職稱	婦產部代理優生保健科主任	
現職稱	婦產部優生保健科主任 (98.03.01起生效)	
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. 美國約翰霍普金斯Johns Hopkins醫學院博士後研究員	
教 職	1. 國立陽明大學婦產學科部定助理教授 2. 國立陽明大學解剖學及細胞生物學研究所合聘助理教授	



強制診療服務義務

研考組 王富仙

案例

甲因遭受家庭暴力而受傷，遂至乙醫院治療，乙醫院基於特殊原因，編造各種理由不予診療，請其至其他醫療機構接受治療，乙醫院法律責任為何？

解析

醫師法第21條規定：醫師對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延；醫療法第60條第1項亦規定：醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。蓋，醫師以救人

為天職，尤其對於危急病人，若得任意拖延，則搶救黃金時機瞬間消失，隨即危及病人生命、身體法益，顯然與醫師職責相違。然上述條文只適用於「危急病人」，醫師始有救治義務，對於一般病人拒絕醫治，並未違反上述規定。再者，醫師強制診療義務，係指危急病人送達醫師之執業場所時，不得拒絕救治，並非以道德上或醫學倫理之高標準，要求醫師無論於何處碰到危急病人，均負有救治之義務。此外，除危急病人外，對於特殊病人或罹患特殊疾病之病人，法律上亦課予醫師診療服務之義務。例如：全民健康保險法第60條規定：

保險醫事服務機構於保險對象發生保險事故時，應依專長及設備提供適當醫療服務，不得無故拒絕；家庭暴力防治法第52條規定：醫療機構對於家庭暴力之被害人，不得無故拒絕診療及開立驗傷診斷書；性侵害犯罪防治法第10條第1項規定：醫院、診所對於被害人，不得無故拒絕診療及開立驗傷診斷書；人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例第12條第3項規定：感染者提供其感染事實後，醫事機構及醫事人員不得拒絕提供服務。違反前述任一規定者，應受罰鍰之處罰。本案乙醫院無正當理由拒絕診療家庭暴力被害人甲，衛生主管機關得依家庭暴力防治法第62條第2項之規定，處新台幣6千元以上3萬元以下罰鍰。

參考資料：陳聰富，醫師的行政管理（上），月旦法學教室66期。



↑退輔會趙主任委員聚鈺伉儷（中）親臨主持中正樓啟用典禮，左為盧致德院長，右為鄧濟勳副院長。

→綜合醫療大樓中正樓於64年10月31日落成啟用，為當時國內最新穎的醫療大樓，現改名為思源樓。



榮總的茁壯

第一期五年發展計畫陸續完成，為台北榮總奠定了厚實的基礎；

一、綜合醫療大樓中正樓（現改名思源樓）於64年10月31日完工啟用，此樓高12層（地上11層地下1層），核醫部、內科部等遷入此樓，三樓增設手術室10間，五樓以上為病房，堪稱當時國內設備最新穎的醫療大樓。此時本院總床數已達900張。每日門診已達1500人次。

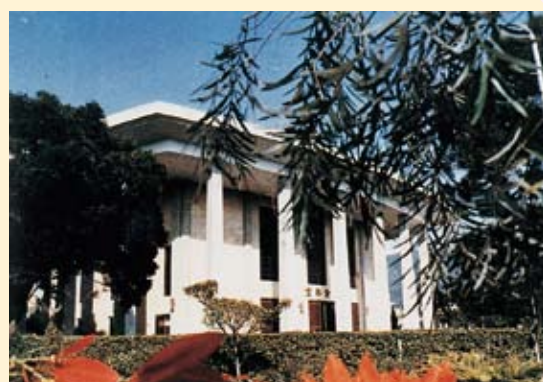
二、為籌建陽明醫學院，行政院長蔣經國先生數度於星期假日輕車簡從來院，由鄧濟勳副院長陪同，在荒草漫徑的榮總後山勘查地形，終於選定了現址，積極展開興建工程，歷時4載於64年落成移交教育部，7月開始招生。首任院長韓偉博士不幸任內病逝，由本院副院長于俊醫師

繼任第二任院長，第三任院長由本院醫學研究部韓韶華教授擔任，在韓院長任內改制為大學，第四任院長為本院外科部張心湜主任，後由曾志朗先生出任及至現任的吳妍華校長。陽明副校長及醫學院院長之職，皆由本院院長、副院長兼任。34年來，為我國培養出大批的優秀醫事人才。目前在本院擔任醫師者就有四百餘位。

三、66年7月第二門診大樓竣工啟用（下圖），後又增建七、八兩層樓，內、外科門診，眼、牙、耳鼻喉部、皮膚部相繼遷入，自此看診、檢驗、領藥、門診小手術，皆在同一棟大樓內完成，免去病患奔波之苦。



→姜必寧醫師61年至64年擔任先總統蔣公醫療小組召集人，64年先總統蔣公逝世後，蔣宋美齡夫人親頒景星勳章。姜醫師後升任本院副院長，為國內心臟內科權威，並曾擔任蔣經國總統、嚴家淦總統、李元簇副總統、蔣方良夫人、孫運璿院長等醫療小組召集人，並獲聘擔任美國布希總統亞洲之行台灣地區待命醫師。



↑介壽堂大禮堂

為了舉辦大型醫學研討會及各項慶典活動，興建介壽堂大禮堂，63年11月1日落成啟用，禮堂設有960個階梯式的座位，大型的舞台，最先進的燈光音響設備，30餘年來，舉辦的活動場次無以計數。早年院區四周仍十分冷清，缺少遊樂設施，介壽堂週末定期的電影播映，便成為員工及眷屬最為期盼的娛樂了。



↑陽明醫學院係由本院籌建，64年落成移交教育部。

→首任院長韓偉自教育部長蔣彥士手中接下印信，左為盧致德院長。



為符合實際業務領域性質，64年婦幼中心的婦產、小兒兩科各自獨立成部，此一編制之修訂，使兩科的發展突飛猛進。

→65年由本院婦產部孟憲傑主任（右3）發起、聯合癌病中心陳光耀主任、病理部劉宏璋主任與陶聲洋防癌基金會合作，成立婦癌防治推廣小組，第一階段為期三年，派醫護人員巡迴台、澎、金、馬數百個眷村，免費為軍眷婦女及當地女性同胞做子宮頸防癌抹片檢查，受檢人數逾萬，為國內首見最大規模的篩檢，使許多子宮頸癌患者得以早期發現、及時治療、保全性命。



←↑識字班

這恐怕是國內醫院絕無僅有的畫面了；本院除了負責榮民弟兄的就醫服務，也提供就業的機會，許多榮民袍澤當年為了保家衛國投身軍旅而失學，醫院開設識字班教授醫療相關用字，指導老師皆由醫院行政主管兼任，下圖右一為註冊室廖建田主任。



↑小兒部成立後，設置小兒心臟科，聘請旅美小兒心臟專家孟春昌教授（右3）擔任客座顧問，指導診病、培訓人才，使本院小兒心臟科享譽全國，小兒心臟科主任黃碧桃（右1），後升任部主任，退休後受聘擔任台北忠孝醫院院長。



醫療

大百科

榮總人月刊

MARCH

跨越半世紀榮耀50年

癲癇治療的最新趨勢

神經醫學中心癲癇科主治醫師 關尚勇

癲癇發生率約1%，除部分與遺傳有關的癲癇外，癲癇不算是個病，只能說是其他引起的病腦部傷害之後遺症而已，如頭部受傷、腦瘤、難產、先天腦發育畸形、腦炎或中風。但重要的是，約5%患者因發作時意外而死亡，如正在泡澡時或開車中發作。更可怕的是「未預料到的猝死」（sudden unexpected death in epilepsy, SUDEP），佔全部癲癇死因11%，而其中近半為控制不好的癲癇病友。許多癲癇病友也因同時罹患憂鬱症或情緒障礙而自殺率偏高，佔全部癲癇死因22%。控制不良的癲癇病友失業率亦高，僅44%能謀得全時工作。但在當前的癲癇治療方式下，仍有部分患者屬於不易治療的頑固性癲癇，因此發展各種新的治療方法之重要性不言可喻。目前治療方法上則有下列趨勢：

趨勢一：第二線（新的）抗癲癇藥取代第一線（舊的）抗癲癇藥

至今並未有證明說第一線抗癲癇藥（1990年前上市舊抗癲癇藥）優於第二線抗癲癇藥（1990年後上市新抗癲癇藥），但因過去治療經驗及健保藥價考量，許多醫師仍優先以第一線抗癲癇藥治療，只有當第一線抗癲癇藥治療無效時，才加上第二線抗癲癇藥。因第二線抗癲癇藥副作用較低，併用時無相互牽制負面效果，因此有逐漸取代第一線抗癲癇藥的趨勢！

趨勢二：多種低至中劑量之新抗癲癇藥併用療法，取代高劑量之單一抗癲癇藥治療法

合併使用多種但低劑量的新抗癲癇藥，藉著不同作用機轉抗癲癇藥，經由藥物動力作交互作用，可發生加成正面效果，但因劑量低故副作用少，且無相互牽制的負面效果。

趨勢三：不願動開顱手術的頑固型癲癇患者，可考慮迷走神經刺激術

此治療方式自1990年發展以來，已有80餘國，四萬五千例個案使用。台灣目前約20例，方法是將電極纏繞於左側迷走神經上，讓埋於胸口皮下之放電器（似人工心臟節律器）定時、定量放電，藉複雜神經之互相連結作用方式，來抑制癲癇病灶放電。優點是像在吃藥但又不必真正去吃，自己也可用隨附之磁石於有癲癇預兆時啟動臨時放電來中止發作；缺點是貴且效果因人而異。目前無健保給付，約台幣100萬，但電池可用8至10年，以後更換電池即可。

趨勢四：頑固型癲癇患者，亦可考慮深部腦刺激術

也是適用於無法直接切除癲癇病灶或腦中有多處癲癇病灶患者，方法是將長長的兩枝電極經由頭骨上鑽開之小洞，一左一右插到於大腦兩側的視丘前核上，讓埋於胸口皮下之放電器定時定量放電，抑制癲癇病灶放電。除需侵

專題企劃

腦病治療

入大腦外，其餘優缺點均與迷走神經刺激術類似，亦有隨附之磁石啟動裝置。

趨勢五：其他正如火如荼研究中的治療方法

包括大腦皮質電刺激術(Cortical Electrical Stimulation)、穿顱磁刺激術(Transcranial Magnetic Stimulation)、顱內抗癲癇藥物傳輸系統(Intracranial AED Delivery System)、基因治療(Gene Therapy)及新抗癲癇藥物之研發。

趨勢六：另類療法之合併使用

包容音樂、瑜珈、阿育吠陀、針灸、按摩、整脊、芳香、冥想、營養、飲食、草藥、荷爾蒙、二氧化碳治療等方式。這些是較欠缺科學性研究證實治療方式，效果亦因人而異，雖可一試做為輔助之用，但切忌捨棄正統之治療方法。

關尚勇醫師檔案：

現職：1. 台北榮總神經醫學中心癲癇科主治醫師
2. 國立陽明大學神經學科臨床助理教授
學歷：1. 高雄醫學院醫學系畢業
2. 加拿大多倫多大學附設病童醫院研究員
專長：神經內科、癲癇
門診時間：
星期三上午神經內科第8診（診間代碼：01308）
星期四上午神經內科第3診（診間代碼：01303）
星期五上午神經內科第10診（診間代碼：01310）
星期六上午神經內科第7診（診間代碼：01307）

腦中風治療的最新研究：重覆性穿顱磁刺激和幹細胞移植療法

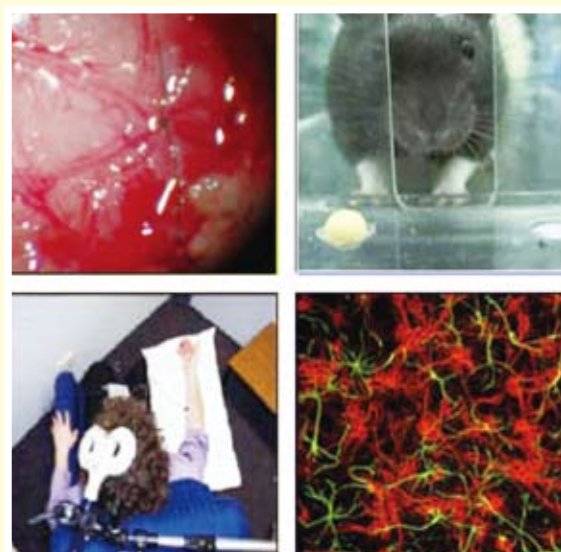
神經醫學中心神經內科主治醫師 李怡慧

腦中風排名世界第三大死因，在台灣發生率約千分之三，可說是最常見也最重要的神經疾病之一。對中風已造成神經死亡和嚴重癱瘓，目前並沒有治療方法，對腦這個高度演化也最脆弱、難以再生的器官，如何修復一直是國際學界關切主題。

中風後大腦會有一段隨著時間進展的自我恢復期，尤其是最初三個月，到中風六個月後，癱瘓程度大致底定。從功能性磁共振造影研究發現，梗塞處腦活性確實減弱。特別是在梗塞周圍，甚至在遠端對側好腦，腦活性會大為增強，這表示神經細胞潛在著改變動能，在損傷周邊神經細胞試圖發展新的替代性神經徑路，來代償已喪失功能。然而同時遠端對側好腦也增強對病側腦過度抑制，結果造成某種程度有限自我恢復。重覆性穿顱磁刺激可改變神經細胞的膜電位及興奮性，藉由運用不同刺激頻率、刺激策略，我們能選擇性地激化或抑制局部的神經興奮度，如同是被動運動神經復健。使用連續兩週的穿顱磁刺激，則可造成較持續效果，類似神經突觸長期增益現象。我們期望能將這項工具應用於腦中風患者，評估確

實效果，將可能提供患者一種安全、非侵入性、改變神經可塑性方法。

近來另一項熱門話題，是自體幹細胞移植。幹細胞具有無限複製及分化成各種細胞類型超級潛力，已經應用於血液疾病、糖尿病等臨床疾病。在中風老鼠的研究中，發展效果集中且微創式移植途徑，經由局部組織膠帶入成人骨髓間葉幹細胞，發現在移植後約兩週起，老鼠開始出現較好功能恢復；在一個月後腦部有較少發炎，且呈現較小梗塞體積。目前在南韓及台灣，都有針對慢性中風病患進行初期臨床試驗，除要檢驗移植手術安全性和風險，後續更重要的是，追蹤長期療效和副作用，是否會出現幹細胞衍生腫瘤，或異常的感覺神經增生造成痛觸覺等。至於選用何種幹細胞會是最佳細胞種類，目前並不清楚。為建立體外神經細胞模擬中風模型，將比較多種幹細胞類型的神經保護效能，包括成人骨髓間葉幹細胞、成人誘導性多能幹細胞、神經幹細胞等，且探討其個別分子機制。這將有助於建立未來臨床試驗幹細胞移植條件，以期達到療效並避免可能發生副作用。



李怡慧醫師檔案：

現職：1. 台北榮總神經醫學中心神經內科主治醫師
2. 國立陽明大學腦科學研究所助理教授
學歷：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博士
專長：中風及其他神經疾病、神經損傷修復、細胞移植
門診時間：
星期二、星期四上午神經內科第2診（診間代碼：01302）
星期六上午神經內科第1診（診間代碼：01301）



失智症治療新方向

神經醫學中心神經內科主治醫師 王培寧

又有可能是新藥物出現，但這些藥物都仍只在藥物試驗階段。近年來最受矚目的治療方式，是減少腦中類澱粉沈積藥物，此類藥物或免疫療法有許多已進入人體臨床試驗，其中有些藥物也將在台灣進行藥物試驗，相信在不久的將來，將會有新的藥物，可更有效地治療失智症。

王培寧醫師檔案：

現職：1. 台北榮總神經醫學中心神經內科主治醫師
2. 國立陽明大學醫學系神經學科副教授
學歷：1. 國立陽明大學醫學系畢業
2. 美國加州大學舊金山分校記憶與老化中心研究員
專長：失智症、神經退化性疾病、神經行為學、神經影像學
門診時間：
星期二、星期四上午神經內科第10診（診間代碼：01310）
星期五上午神經內科第08診（診間代碼：01308）

近年來失智症治療的研究仍蓬勃發展當中，其中一個方向是研究原有的藥物是否對其他型式的失智症也有療效。目前乙醯膽鹼酶抑制劑中的Donepezil（愛憶欣）治療的適應症已從輕度延伸至重度的阿茲海默症都有療效，rivastigmine（憶思能）則可以治療巴金森氏症合併失智症的病人，而memantine（憶必佳、威智）則可和乙醯膽鹼酶抑制劑合用來治療中至重度的失智症病人，但目前這些適應症都尚未得到健保給付。

而更多研究是將努力方向放在針對失智症病理機轉做治療，以期能真正阻止失智症病程惡化，甚而治癒失智症。像是減少阿茲海默症病患腦中類澱粉沈積，減少神經纖維叢產生、抗氧化劑、抗發炎藥物、降血脂藥物等，不斷有新藥在動物試驗中顯示療效，所以大家常在報導中看到

青少年頭痛

神經醫學中心神經內科主治醫師 陳世彬

有超過一半以上的日子有頭痛，持續至少3個月以上。這些CDH的青少年，約有半數合併至少一種精神疾患，其中21%併有憂鬱症、19%併有恐慌症。比同年齡的青少年高出甚多！若其頭痛為預兆偏頭痛，自殺風險可高達6倍之多！這些合併精神共病症的頭痛青少年，兩年後的預後亦較差。CDH可能成因很多，本院先前研究發現小時候曾被虐待或父母離異，於青少年時產生CDH的機會較高。此外，藥物過度使用亦是造成CDH只因。

頭痛處理除生活型態調整外，較嚴重頭痛還須有藥物輔助治療，包括急性期用藥及頭痛預防用藥。急性期用藥，非固醇類抗發炎藥及乙醯胺酚都有不錯療效，「翠普登」等偏頭痛特殊用藥亦應考慮使用。台灣翠普登用藥目前已有英明格鼻噴劑，健保局亦核

准於青少年偏頭痛病患使用。若頭痛每月大於3到4次，或頭痛嚴重程度較重，應考慮使用預防用藥。目前已有多種神經調節劑可供選擇，療效和安全性都不錯。除頭痛用藥外，病患有無合併精神共病症更需詳細評估，重要性不待贅述。

青少年頭痛及其精神共病症常未受到足夠重視，希望藉由本文簡短介紹讓大家對此議題更深入認識！

陳世彬醫師檔案：

現職：1. 台北榮總神經醫學中心神經內科主治醫師
2. 國立陽明大學醫學系神經學科部定兼任講師
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班肄業
專長：頭痛、運動障礙如帕金森氏病、失智症
門診時間：
星期二上午神經內科第11診（診間代碼：01311）
星期三下午神經內科第12診（診間代碼：11312）
星期五上午神經內科第7診（診間代碼：01307）

失智症患者的外籍看護工申請

神經醫學中心臨床心理師 林克能

根據現行規定，失智症患者聘僱家庭外籍監護工時，主要是根據「臨床失智評量表」（Clinical Dementia Rating；CDR）檢查結果，作為申請時附件。

「臨床失智評量表」（Clinical Dementia Rating；CDR）是由Hughes等人所發展出來，作為對阿茲海默症（Alzheimer's disease）患者，日常生活與認知功能整體性評估的量表。以區分老年人由正常到嚴重的日常生活與認知功能障礙程度，作為失智症嚴重程度的依據，包含六個功能評估項目：1.記憶（Memory）；2.定向力（Orientation）；3.判斷與解決問題（Judgment - problem solving）；4.社區事務（Community affairs）；5.家居與嗜好（Home hobbies）；6.個人照料（Personal care）。

對上述六個功能項目，分為0至3五個不同功能程度：0=健康；0.5=疑似或輕微障礙；1=輕度障礙；2=中度障礙；3=重度障礙。評估者根據患者目前表現，並參考家屬提供患者在上述六個功能項目的能力，分別在六個項目上，

圈選出其功能障礙的程度（請注意，在「個人照料」上沒有疑似或輕微（CDR=0.5）。再根據判斷規則，以「記憶」為主要項目分數，「定向力」、「判斷與解決問題」、「社區事務」、「家居與嗜好」、與「個人照料」為次要項目分數，歸納得到最後的CDR分數。其中CDR=0代表正常或無失智；CDR=0.5代表疑似或輕微失智；CDR=1代表輕度失智；CDR=2代表中度失智；CDR=3代表重度失智。另外對退化更嚴重失智症患者，已無法作有意義溝通或接受指示作動作時，以CDR=4代表極重度失智（患者呈現說話無法理解或不相關，無法理解或遵照簡單指示；偶而認得配偶或照顧者；吃飯只會用手指頭，不太會用餐具且需要人幫忙；大小便經常失禁；大部分時間無法行動，在扶助下可走幾步，甚少外出；常有無目的動作）；CDR=5代表末期失智（患者呈現說話無法理解或沒有反應；無法辨識家人；需人餵食，可能會有吞嚥困難而需使用鼻管餵食；大小便失禁；臥床；無法坐立、站立；肢體萎縮）。

醫師會根據患者在診察中的認知與日常生活的評估結果，若CDR =1時，須要有兩位專科醫師認定同意；若是CDR=2或以上時，只須一位醫師評估後，出具「雇主申請聘僱家庭外籍監護工專用診斷證明書」，並附上「臨床失智評量表」（CDR）影本，患者家人可向勞委會提出外佣申請。

由於有些不法仲介業者，對需要申請外勞的家屬提供不正確訊息，要患者或患者家屬對醫師提供不實病情與故意裝病情形，甚至有找病患冒名頂替的不法詐騙行為。

在醫師診察過程中，患者症狀、病程是否符合相關診斷準則，有關檢驗與評估是否也呈現一致結果，是醫師作診斷時重要依據。譬如以失智症而言，診斷是有嚴謹準則，且需許多相關檢查與評估結果作驗證，如電腦斷層大腦變化或認知評估，並非一個老人家一問三不知，就是老人失智症，且失智症有一定病程變化，絕對不是像那些一問三不知的患者所呈現情形。



談兒童安寧緩和療護

護理部專科護理師 田怡清/
護理長 吳沾

兒童不因年紀小而享有疾病或死亡的豁免權，當兒童面臨重大疾病或生命終期時，與成人一樣有安寧緩和照護的需求。在1982年英國成立世界第一所兒童安寧機構--海倫之家，兒童安寧緩和療護的服務對象，包括一、對於治癒或延長生命的治療可能會失敗者，如持續惡化的腫瘤、預後很差的惡性腫瘤、嚴重的先天或後天性心臟病；二、需要長期且特別治療來延長有品質的生活者，如愛滋病毒感染、囊狀纖維化、嚴重腸胃道異常、嚴重免疫缺損、慢性或嚴重呼吸衰竭、對於透析治療或移植不可行之腎衰竭或肌肉失養症；三、無有效治療的疾病，從確立診斷即開始採緩和醫療者，如黏多醣、持續惡化的代謝異常、染色體異常；四、嚴重非進行性失能，如嚴重腦性麻痺、反覆感染、極度早產、缺氧性腦損傷、前腦發育畸形症等。

由於疾病特性的不同，使得兒童接受緩和療護的時程比成人更長，因此兒童安寧緩和療護並不是完全和死亡過程相關，而是在疾病診斷初期即介入，來協助病童及家庭和他們所面臨的複雜性醫療問題共存。以家庭為中心的

兒童安寧緩和療護是改善生活品質、處理痛苦和協助遭受生命威脅兒童做醫療決策的藝術及科學。美國威斯康辛州兒童醫院安寧療護醫師Bruce P. Himmelstein提及，提供兒童緩和療護的基本原則涵括：一、以兒童為焦點，以家庭為方向，以親屬關係為中心；二、以減輕痛苦、促進病童及其家人的生活品質為重點；三、所有面臨慢性疾病、生命受威脅及疾病末期的病童都適用緩和療護；四、應將兒童視為獨特的個體並視家庭為功能性單位；五、不論緩和醫療的目的為何都應與既有的醫療整合；六、緩和醫療不是在縮短生命、必須和所有提供照顧的單位協調，由不同領域組成的團隊提供家庭持續性照顧；七、鼓勵兒童及其照顧者做決策，促進溝通並紀錄內容；八、提供喘息照顧及支持，只要有需求就應提供哀傷輔導。

本院為維護病童的生命尊嚴，於94年10月成立『兒童安寧緩和照護小組』，提供重症病童及家屬安寧緩和照護，有護理師、醫師、社工師、營養師及床邊教學老師等成員。至97年12月止共收案64位病童，對病童及其家庭提供身、心、靈的照護，除協助其心願

的完成外，也製作『緣滿盒』以收集往生嬰兒之物品，為一些來不及續緣的親子留下回憶的禮物；另提供居家安寧、遺族輔導，同時也建立「生命的秘密花園」之部落格<http://www.wretch.cc/blog/vghpediatric>，以提供民眾情緒紓發及討論之園地。雖與國外（如芝加哥兒童紀念醫院）的安寧緩和照護小組相比，我們的照護成員顯得有些勢單力薄，但值得肯定的是我們在有限的人力及經費下仍能秉持自己的信念不斷努力，更派員到國外進修，期將兒童安寧理念灌注於所有兒科醫護團隊同仁心中，以提供病童及其家庭良好的安寧緩和照護，使我們的兒童安寧緩和照護更深、更廣、更趨完善。

財團法人惠眾醫療救濟基金會 97年12月份捐款徵信錄

董宗義600,000元；財團法人林堉琪先生紀念基金會500,000元；財團法人台北市葉山母社會福利慈善事業基金250,000元；謝忠弼200,000元；財團法人全聯蔡慶祥基金會168,000元；曾銀金、曾錦銘各100,000元；財團法人萬海航運社會福利慈善事業基金會85,000元；陳壹華68,700元；祈富諾、財團法人瑞信兒童醫療基金會各60,000元；蔡鎮國全家福50,000元；潘鄭淑霞40,000元；蘭雅國小全體同仁32,800元；合作金庫32,776元；范萍、張少珍各30,000元；樂崇輝27,200元；劉坤諒26,000元；邱潔芳25,000元；游碧詠20,000元；塗是文15,000元；無名氏12,976元；台北內湖碧霞宮、何美玉、李良棟、李素芬、林志穎、林徐麗紅、莊鄧卻、莊鴻文、莊鴻江、連江豐、陳光智、陳定強、詹進益各10,000元；張李寶蓮6,000元；何玉貞、李雅量、林清海何美香等、張寶玉、陳明德全家、楊堂森各5,000元；黃瑞明黃國隆等4,200元；錢讚清殷麗君等3,500元；李延慧、莊淑嫻、黃三友各3,000元；逢聯壘球隊2,700元；停車場2,600元；世奇英秀秀琴等、李鄭淑美李祖振等各2,500元；無名氏2,148元；李素貞陳立明等、鍾進福陳桂蘭等各2,100元；林子翔、邱滄珠、張三仁、雷嘉韻、廖月紅、謝鳳英各2,000元；員工消費合作社1,800元；王美文、涂山華各1,500元；林家修1,300元；古蕙珠、李長龍各1,200元；李約拿陳桂美等、李美玲、葉聰明、蘭雅國小家長會各1,100元；王園英、江支耀黃玉味等、吳秋菊、吳進輝、李欣珉、李黃秀、周志達、林思辰、林靖軒盧雨晴等、邱玉芬、黃正龍、俞明發、張秀美、張維宏、郭子銘、陳信安、陳愛珠、無名氏、黃丁耀、黃勉、黃偉銘、黃淳澤、黃滋涵、黃稜雅、黃靖怡、黃擎飛、楊貞燕、楊雲琴、葉宏清、廖文傑、劉明毅、劉照子、蔡昇益、簡幸各1,000元；康興邦600元；毛鳳柳、王天海、吳珠美、李益智、林漢瑋、林瓊櫻、洪秀蕓、胡鳴岐、郁之康、唐先見、唐先媛、孫秀蓮、徐乙仁、張靜莉、曹訓誌、曹惇惠、陳志國盧偉玲等、陳阿慧、陳俞傑、陳許冬菜、劉光中、鄭炳耀、賴辰宜、鍾楊玉蘭、韓麗君、簡序和等各500元；李俊杰、王銘輔、李翊宏、周雲華、陳禹恆、曾薇、曾薇樾、黃靜芳、雷玉其、潘玉梅、蔡良宗蔡良和邱秀敏等、謝曉峰、顏仁富各300元；江變、吳陳水雲、金標、林淑美、林雲臻、唐亞岐、唐啟國、高家慧、張婕、許鍾娘妹、楊淑娥、雷嘉偉、隱名氏各200元；陳嘉靖、無名氏各100元；護理人員85元；台北榮民總醫院員工愛心百元捐款86200元，捐款總計2897285元。

新生兒發燒怎麼辦？

兒童醫學部醫師 王鼎堯

新生兒是指出生一個月內的嬰兒，因免疫系統發育尚不完全，一不小心就易因感染而發燒。

何謂發燒？

定義是利用水銀式溫度計，肛溫達到38度（華氏100.4度）或口溫37.8度以上。腋溫比肛溫約低0.3到0.6度、口溫約低0.2到0.3度。現在用耳溫槍機會較多，耳溫槍所量的溫度與肛溫相近。

在新生兒常見發燒原因，多屬病毒或細菌感染，特別是細菌；父母將小孩包裹太多衣物，也是體溫上升原因之一。重要是發燒背後原因，病情會有什麼變化、會有何結果，這隱藏原因才是幕後操縱者。

因此民間有些迷思，例如：

一、該用什麼方法幫孩子退燒？輕微發燒，可給孩子寬衣、睡冰枕及溫水（26～32℃）泡澡20至30分鐘，並補充適量水分。

二、可使用酒精拭浴退燒嗎？酒精拭浴曾流行過，現在已不適用，原因是使用酒精拭浴，會刺激末梢血管收縮，造成皮膚黑紫、體溫急遽降低、四肢發抖；且酒精是揮發性化學物質，若濃度太高或孩子吸入太多，易造成皮膚或肺部傷害。

三、如何選擇合適的退燒藥？退燒藥種類很多，一般至少要攝氏38.5度以上才建議使用，目前最常用的有：阿斯匹靈（Aspirin，包括有溫克痛、阿斯匹靈等）及乙醯氨基酚（Acetaminophen，包括有普拿疼、Tylenol、Tempra、Scanal等）兩類。這兩類在一般使用

上效果相當安全，但都不可多吃，一定要按照醫師指示服用。當腋溫超過39℃、肛溫超過39.5℃，使用退燒塞劑，但嚴重腹瀉小朋友，則應避免使用退燒塞劑。

四、發燒本身不會燒壞腦子！發燒是人體免疫系統對感染原產生反應，會造成身體不舒服，至於造成腦部後遺症主因是腦炎、腦膜炎等疾病，而不是發燒本身。

寶寶在3歲前，因腦細胞髓鞘（細胞外緣那一層類似電線外皮絕緣層）還沒有發育好，當寶寶發燒時，腦細胞所發出訊息會有亂傳現象，而形成抽筋（痙攣），在醫學上稱為「熱性痙攣」。此短暫現象將不會影響到小寶寶智力或身體發育。

所以面對寶寶發燒，區分是那裡感染、什麼病菌感染、需不需特別治療才是最重要的。細菌性感染需特別抗生素治療，才能得到改善。除少數抗病毒製劑，大多數病毒感染無特效藥，等病程過去自然就會痊癒。但這當中需提供寶寶支持性治療，也就是依症狀給予必要幫忙，吃不好或水分不足者給予注射點滴，維持水分、電解質、血糖穩定。經由媽媽胎盤而來的抗體，也只有對一些特定病毒感染提供保護，所以新生嬰兒易發生感染而發燒。再加上器官尚未成熟或發育不良，易受到細菌侵犯，而造成感染（如敗血症、泌尿道感染）。若進而擴散至其他器官、腦膜炎、肺炎、骨髓炎機會則大增，如沒有及早治療的話，快速惡化病情常令人措手不及。因此，早期診斷及治療是十分重要的。



家用防蟲用品(II)：樟腦油

內科部臨床毒物科主治醫師 楊振昌

阿

強，某日

在酒醉後不小心誤喝了放在桌上的樟腦油，雖立即發覺有異而自行催吐，但仍全身抽搐且陷入昏迷，緊急送醫急救。在氣管插管及給予藥物治療後，因病情嚴重而轉診至本院。阿強到急診室時人已清醒但較嗜睡，且呼氣中有樟腦味；抽血檢查發現白血球上升、輕度貧血、代謝性酸中毒及橫紋肌溶解症，胸部X光則發現有吸入性肺炎。經治療後終於順利出院。

樟腦油在中國運用於防蟲、止癢、防臭、止痛、皮膚發紅等用途，已有長遠歷史；歐洲則在西元十三世紀時，經由馬可孛羅的介紹，才逐漸認識樟腦油。樟樹(Cinnamomum camphora)主要分佈於大陸長江以南、台灣、日本、爪哇、蘇門答臘及巴西等地；在清末，樟腦曾與茶葉、蔗糖並稱台灣三大出口特產。天然樟腦油因產量有限，目前主要皆由松油帖(pinene)合成。

目前國內含有樟腦此一成分產品，除一般市售樟腦油或樟腦殺蟲劑外，還有多種外用藥物也含有樟腦，如驅風油、紅花油、保心安油、青草油、綠油精、白花

油、萬金油、安寧油精、金象油、五塔油、正骨水、撒隆巴斯、面速力達母等；另外，也有人將樟腦油添加於洗髮精或香精中。

樟腦油是一種揮發性高的芳香族化合物，易經由皮膚、腸胃道或呼吸道吸收，進入人體後在肝臟代謝，最後由腎臟排出，亦有部分由肺部排出。樟腦油具高毒性，中毒症狀在6小時內發生(多半在5至90分鐘內)，反覆抽搐是中毒一項特徵。樟腦油食入劑量大於35mg/kg時，可能產生噁心、嘔吐、上腹及喉部灼熱感、頭痛及眩暈等毒性症狀；嚴重中毒時(食入量大於150mg/kg)，會引起持續抽搐、譫妄、昏迷及呼吸抑制，最後因呼吸抑制而致死。樟腦油另外也可能導致肝功能異常、尿液滯留、橫紋肌溶解症、寡尿、蛋白尿、心悸加速、瞳孔擴大、視力模糊、脫水及吸入性肺炎。樟腦油曾被報告過最低致死劑量為1公克，導致1名19個月大小孩產生癲癇大發作、呼吸抑制、腦壓增加，在5天後死亡。皮膚與吸入接觸雖然不是中毒主因，但仍有導致嚴重中毒個案。

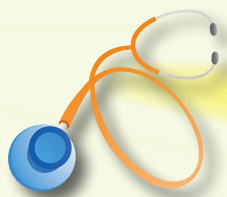
樟腦油中毒診斷，主要靠正確病史及臨床症狀(如抽搐)；另外，病患呼氣中可聞到濃的樟腦味。如呼氣中樟腦味不明

顯，且症狀不明顯時，可用氣相層析法檢測血中樟腦濃度，但大多數醫院皆無法作此項檢查，因此實際用途有限。

適當管制樟腦油在各項產品中濃度，並妥善保管各類含樟腦油產品，避免兒童或老年人誤食，是最重要預防中毒方式。在治療上，服用劑量小於50mg/kg，或暴露超過2小時仍無症狀者，多半不須就醫，在家觀察即可。對服食劑量較大病患，主要為支持性療法，特別是癲癇控制與呼吸道保持暢通。洗胃或活性炭治療，一般並不建議，因不但無益，甚至可能引起吸入性肺炎。血液透析或血液灌流角色並不清楚，但有效機會應該不高。樟腦油中毒雖然以導致很嚴重症狀，如超過48小時未死亡者，除非腦部缺氧或產生其他嚴重併發症，否則都會完全恢復。

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)



預防大腸癌的方法

很多人當他們覺得很健康時，認為沒有任何疾病會發生在自己身上，所以從來不看醫師，也不作任何定期身體健康檢查。但就算人們在身體健康狀況最佳情況下，仍應接受定期健康檢查。醫師能幫助您作些檢查，這些檢查將可早期偵測在您體內是否有癌組織、或是否有可能癌化的前癌組織生長，甚至在您沒有任何症狀時查覺出來。醫師也能夠提供有關生活方式小改變，就可降低某些癌症發生的危險性。

大腸癌大部分是從息肉演變成。息肉是一種小的、良性細胞增生，由大腸內壁形成。經過一段時間，也許是數年間，其中某些息肉將逐漸長大，且演變成癌細胞。在這段期間，大部分的人都不會有任何症狀。當然大部分息肉永遠不會變成癌症，但因我們不知道那些息肉將會變成癌症，那些息肉不會變成癌症。所以最重要的是越早發現和切除所有的息肉越好，不讓任何息肉有機會發展成癌症。

是否可能降低大腸癌發生的危險性？

如果您要降低得到大腸癌危險性，有二個簡單規則可遵行，那就是主動預防和被動預防。

主動預防目標，是降低可能罹患疾病危險性。醫師可幫助您，發現並改進生活方式危險因子，如抽菸或其他飲食偏好，都可能易引起不同癌症。只要改變一下，便能降低罹患癌症危險性。

被動預防則是，醫師盡最大努力，在疾病早期時診斷出。最好是在疾病癌化前或在早期癌時，便迅速地加以診斷和治療。但需要病人主動看醫師，接受定期檢查才能達到。如及早切除可能會轉變成癌症大腸息肉，等於預防大腸癌發生。如在大腸癌還沒有任何症狀時，在例行健康檢查時發現，那大腸癌非常可能仍是早期癌，就可完全治癒。

什麼樣的飲食可降低罹患大腸癌的危險性？

很多研究顯示，含大量脂肪和極少量纖維的飲食和罹患大腸癌有關係。初步研究顯示，鈣質可減緩大腸細胞裡不正常的快速生長。所以建議，為降低罹患大腸癌危險因子，應限制脂肪量攝取，增加纖維攝取量，如增加飲食中水果和蔬菜；同時增加一些富含鈣質食物，像起司和低脂牛奶；維持適當體重和規律運動，也可能會幫助降低大腸癌發生。

外科部大腸直腸外科主治醫師 王煥昇

如有健康且均衡的生活方式，是否仍需接受定期身體檢查？

是的。主動預防和被動預防都相當重要。雖然主動預防可降低罹患大腸癌機會，但到今天為止，仍無法證明和保證，主動預防可完全防止罹患大腸癌。相同地，定期接受大腸檢查者，應繼續維持健康生活方式和低脂、高纖飲食。因這也可同時預防其他種類癌症。其他種類癌症，並不像大腸癌那麼容易地在早期發現。另外，這種飲食也對心臟血管疾病預防有所助益。

王煥昇醫師檔案：

現職：1. 台北榮總外科部大腸直腸外科主治醫師
2. 國立陽明大學外科助理教授
學歷：1. 中山醫學大學醫學系畢業
2. 美國明尼蘇達州Mayo Clinic研究員
3. 美國紐約市Memorial Sloan-Kettering癌症中心研究員
4. 英國倫敦St.Mark's醫院研究員
5. 日本東京都立駒宮醫院研究員
專長：大腸直腸癌治療、肛門疾病診治
門診時間：
星期三、星期五下午直腸外科第15診
(診間代碼：14415)

病理檢驗部

醫療團隊：

部主任：何明德

病理部門：

一般病理科主任：潘競成

外科病理科主任：周德盈

細胞病理科主任：賴瓊如

超顯微及分子病理科主任

：楊安航

主治醫師：蔡世豪、李永賢、李芬瑤、

楊靜芬、許志怡、梁文議、

陳志學

檢驗部門：

一般檢驗科主任：林植培

生物科主任：葉振聲

微生物科主任：余國煥

病毒科主任：詹宇鈞



我們的宗旨

配合國家醫療政策，提供榮民、榮眷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。

本院病理檢驗部包括病理及檢驗二部門。病理部門已有50年歷史，在傳統型態學病理診斷有紮實之基礎。近年來持續派遣醫師出國進修最新診斷技巧及觀念，擁有堅強的次專科領域之專責主治醫師陣容。目前在各個次專科領域皆能提供國內病理諮詢服務。除精研於病理診斷外，也積極從事臨床及基礎研究。

檢驗部門為國內首先針對門診血糖檢驗，實施先檢驗後看診作業檢驗單位。近年來此項服務業已擴增為血液、鏡檢常規及生化24項檢驗，一次掛號即可完成檢驗診斷，實施以來深受臨床醫師與病患好評。急看檢體量驟增，目前每日檢體量約佔所有檢體之50%。此外，急診檢驗室提供之快速檢驗（包括一般常規檢驗及生化56項）於40分鐘內完成報告。

本院病理檢驗部之品質管理作業亦領先同儕，深獲美國病理醫師學院之肯定，民國94年並得到無缺失訪查之殊榮。

政風園地

論醫事法律上之醫療行為(6)

一由法制面談起一

(二) 實務上衛生署視為醫療行為者

此外，衛生署在實務上亦認為：

1. 藥局人員應患者之需求，交付藥品，以供其使用，若涉有為患者診斷情事，應認屬醫療行為。
2. 推拿、敷藥，如逾越該署公告「不列入醫療管理行為」之範圍，仍應認屬醫療行為。
3. 為病患以試劑驗孕及依照原處方交付藥品，如涉有為患者診斷情事，亦應認屬醫療行為。
4. 單純之量血壓，如未涉及診斷，尚難認屬醫療行為，一般民眾皆可為之；但如涉及疾病檢查、診斷與治療，則應認屬醫療行為，應由醫師執行或由其他人員依醫囑行之。
5. 紋眉之際，擅予注射局部麻醉劑於下眼皮部，屬於醫療行為；但如僅先予擦拭局部麻醉劑於下眼皮部，因其非以醫療為目的，尚難認屬醫療行為。
6. 非藥師之藥商負責人，依患者陳述之感冒症狀，自行配藥出售，如未涉有診斷，尚難認屬醫療行為。
7. 美容機構用儀器接電流以夾子為民眾夾取毛髮，如涉及破壞毛囊，造成永久脫毛之效果，應認屬執行醫療行為。

自上述釋例可知：「診斷、治療與侵害性」，為認定是否屬醫療行為之重要因素。因此，凡未涉及接骨或交付內服藥品，僅以傳統之推拿方法，或使用民間習用之外敷膏藥、外敷生草藥與藥洗，對運動跌打損傷所為之處置行為；或未使用儀器、未交付或使用藥品，或未有侵入性，而以傳統習用方式，對人體疾病所為之處置行為，如藉指壓、刮痧、腳底按摩、收驚、神符、香灰、拔罐、氣功與內功之術術等方式，對人體疾病所為之處置行為，即非醫療行為。

(三) 實務上衛生署認定為不屬於醫療行為者

下列行為，即由於欠缺各該因素，而被行政院衛生署認定為不屬於醫療行為：

1. 男性入珠、點痣改運、刺青、紋身、紋眉、紋眼線、從事耳洞、眉環等穿刺行為；
2. 近視或老花之驗光配鏡、單純依照視力檢查表為學童篩檢視力；
3. 為人擠青春痘並敷以護膚霜；
4. 非法設置救護車運送病人；
5. 對確定罹患某病之患者，建議其使用某種健康食品；
6. 依患者所填健康調查表，開具食品，供其食用；
7. 寺廟提供藥籤，供人求取；
8. 青草藥之使（貼）用；
9. 將傷者脫臼之骨頭接回去；
10. 以蜜蜂尾針扎刺於人體。

五、結論

綜上所述，行政院衛生署基於醫政管理上之需要，藉由行政解釋，對於醫療行為定義，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。」因之，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。

衛生署所持見解，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，但並不符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，本文以為，醫療行為之定義，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」。

總之，醫療行為之定義，涉及到醫師及其他醫事人員執業範圍之界定，關係到病人及其家屬與醫師或醫療機構間權利義務之事項，並影響訴訟結果；長久以來僅透過中央衛生主管機關函令一再地加以解釋，並非妥適，根本解決之道，未來宜增訂於醫師法或醫療法之相關法律條文中，以符法制並杜爭議。

（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）
政風檢舉電話：02-28757007
政風電子信箱：ethics@vghtpe.gov.tw
法務部「我爆料」廉政檢舉專線：02-23167586