

資已付
局許可證
1279號
編輯一
王公
編輯一
沈青
委員一
王岡陵
朱建榮
吳東明
何瑾瑜
林之勳
林重榮
林永宏
邱哲琳
洪志成
徐晨雄
黃東富
黃梅君
陳志堯
陳亮宇
陳彥達
張誌剛
張豫立
曹彥博
溫信學
雷尊翔
楊振昌
鄭宏煒
劉瑞瑤
顏厥全
賴至柔
盧重品
黎思源
風儀
影一
文瀚
助理一
鳳佩
助理一
台雁
※人工電話(專人接聽)：02-2871-2151 / 服務時間：08:00-17:00 / 預約27日內，額滿為止 / 午間無休，週末及假日暫停服務 / 當日 複診掛號，限08:30以後。
※口語電話(自助式)：02-2872-2151 [12線] / 服務時間：00:00-24:00 / 預約27日內，額滿為止。



消費者票選 讀者文摘 信譽品牌
2007~2013
連續七年榮獲金牌獎

榮總人



361

榮總人月刊
第31卷第01期

發行人：林芳郁 社長：陳天雄 副社長：吳建利
總編輯：劉仁賢
發行所：臺北榮民總醫院
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
電子郵件箱(e-mail):vghbul@vghtpe.gov.tw
行政院新聞局出版事業登記證
台北雜字第一三九二號、板橋字第一二七九號
執照登記為新聞紙類(雜誌)交寄
印刷：台灣身心障礙人福利促進協會
地址：23644 新北市土城區永豐路195巷7弄4號
電話：(02)2265-2191

本期要目

103年6月

- 1 賀！本院榮獲2014數位服務標竿企業「醫療及健康類」特優獎
- 2 朱本元改良喉癌切除手術 病人不再「有氣無聲」
- 3 我的胎兒怎麼積水了？

- 4 治療腎臟腫瘤的另一項利器：冷凍治療
- 5 治療肝臟惡性腫瘤：栓塞治療的新趨勢
- 6 淺談麻醉術前評估門診
- 7 嘴巴破了怎麼辦？
- 8 「全聯之愛在榮總」慈善捐贈

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。

賀！本院榮獲2014數位服務標竿企業「醫療及健康類」特優獎



▲張德明副院長代表領獎(二排左6)。

由《數位時代》主辦的「2014 數位服務標竿企業」頒獎典禮於日前舉行，吳副總統敦義親臨致詞頒獎，本院榮獲「醫療及健康類」特優獎，由張德明副院長代表領獎。

依據「數位服務力」調查結果，本院首次入選，即以網站資源豐富、具社群功能及搜尋就醫資訊便捷獲得醫療及健康類特優獎。該調查已連續四年舉辦，有鑑於數位時代來臨，消費習慣改變，消費者消費前會先上網搜尋品牌或產品口碑，比較價格、功能等。今年以五項指標：使用者體驗、搜尋引擎最佳化、網友票選、網路口碑度與網頁基本元素分數加總，再以行動佈局及社群經營加權後，從235家品牌選出「2014 數位標竿企業」。(報導/公關組 吳建利)

肺腺癌病理五大類

判定類別可有效預測術後復發與存活率



▲許文虎教授接受媒體採訪。

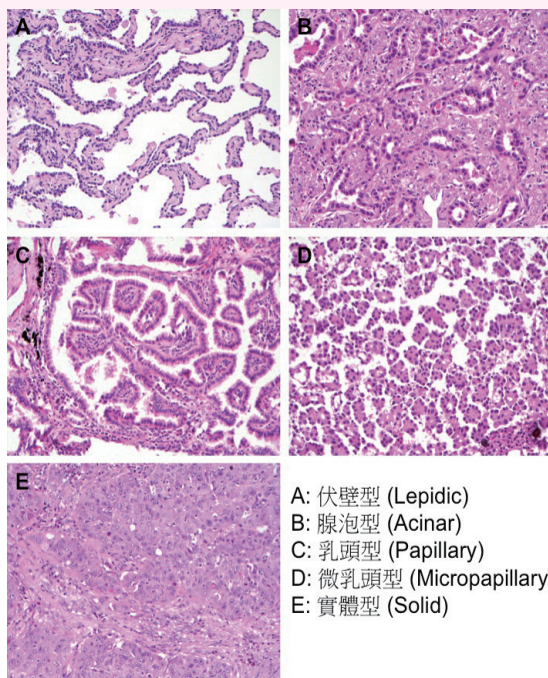
由國立陽明大學與本院共同組成的榮陽肺癌研究團隊，發現新的肺腺癌病理分類法，可以預測肺腺癌病患術後之復發及死亡。新的肺腺癌病理分類法，將侵襲性肺腺癌分為以伏壁型(lepoidic)、腺泡型(acinar)、乳頭型(papillary)、微乳頭型(micropapillary)和實體型(solid)型態為主的五大類肺腺癌。

團隊成員包括本院腔外科許文虎教授、吳玉琮主任、洪榮志醫師及病檢部分

子病理科主任暨國立陽明大學臨床醫學研究所所長周德盈教授等。

許文虎教授表示，研究團隊以573位因肺腺癌在本院接受手術切除的病患分析，根據新分類法來判讀每位病患的腫瘤標本，區分為那一型為主的肺腺癌，再進一步跟病患術後復發或死亡的臨床資料做比對分析。

研究發現腫瘤組成以微乳頭型和實體型為主之肺腺癌病患，比較可能發生縱膈腔淋巴結轉移，術後有將近一半的病患發生腫瘤復發，復發比例顯著高於以其他三型為主的病患。更值得注意的是，微乳頭型和實體型為主之病患在發生復發時，有顯著較高的可能性已經轉移到胸部之外的其他器官，惡性度很高。微乳頭型和實體型為主之病患的存活率也比其他三型為主的病患顯著較差。



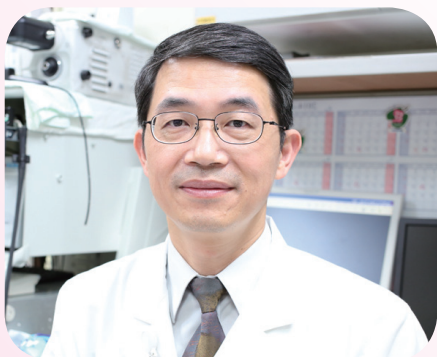
A: 伏壁型 (Lepidic)
B: 腺泡型 (Acinar)
C: 乳頭型 (Papillary)
D: 微乳頭型 (Micropapillary)
E: 實體型 (Solid)

許教授說，判別肺腺癌類型與預測術後復發與存活率的研究，是目前亞洲國家中最大型且最詳盡的研究，研究結果讓我們對本土肺腺癌病患之治療有第一手資料。該成果已發表於國際腫瘤學權威期刊《臨床腫瘤學雜誌》(Journal of Clinical Oncology)。

(報導/公關組 吳建利)

朱本元改良喉癌切除手術 病人不再「有氣無聲」

口述：耳鼻喉頭頸部喉頭頸科主任 朱本元/整理：吳佩芬



▲朱本元主任

一向為保留喉癌病人優質嗓音而努力的本院耳鼻喉頭頸部喉頭頸科主任朱本元，以「改良式第三型聲帶切除術治療早期聲門癌改善術後嗓音機能」，榮獲本院「102年醫療創新（改良）獎」第三名。這項改良式手術捨棄傳統開刀垂直式的切除手法，以偏水平式的切除手法，輔以內視鏡顯微手術，多保留一點聲帶組織，讓原本需要放射治療的病人，多一項手術治療選擇，術後仍可擁有悅耳嗓音。

喉癌病人以50到70歲男性居多，男女性別比約13比1。在男性癌症發生率中，喉癌位居13名。喉癌依發病部位不同，可分為聲門癌、聲門上癌、聲門下癌。臨床上有八成喉癌病患罹患聲門癌，七成的聲門癌病患可早期發現，八、九成病患患有抽菸習慣；其次為聲門上癌，多數病人合併有喝酒問題；人數最少的是聲門下癌。

聲音沙啞是喉癌病患的第一個臨床表現症狀，也是喉癌病患最常見的症狀。早在就讀醫學院期間，外公因喉癌住院，朱本元主任就開始致力於喉癌治療的相關研究。「早期喉癌病患進行手術或放射治療，以保留聲帶喉部組織為優先考量；當病患的病程已接近晚期，被迫進行全喉切除，復健醫療人員會教導病人練習食道語或裝置發聲器」朱本元主任表示。

朱本元主任指出，早期喉癌病患若腫瘤較大，不適宜開刀，就要選擇放射治療，以保有聲帶組織的完整性，全部療程要花費七星期，一星期5天，雖說治療成

效不錯，治療後聲音回復的情況也不差，但對住家離醫院較遠，或要工作的病人來說，需要請假、耗費時間在交通往返，是很不方便的。當然，放射治療的副作用也頗常見，常見副作用有口乾、口腔黏膜乾澀、味覺低下等。

如早期喉癌病患如腫瘤較小，就可選擇開刀進行內視鏡雷射顯微手術。醫療人員會利用顯微鏡及內視鏡，從口腔進入到喉部，幫病人切除聲帶上的癌細胞，手術原則仍以保留聲帶組織為主要考量；另一種開刀手術，則是傳統喉部分切除手術，切除喉部的軟組織及外部軟骨，大部分病人需要同時施行氣切手術。

不論是放射治療、內視鏡顯微手術、傳統喉部分切除手術，三項治療成效都差不多，但如果擔心放射副作用外，又怕傳統喉部分切除手術後音質變差，講話「有氣無聲」，朱主任的改良式手術將是另一項可考量的新治療。

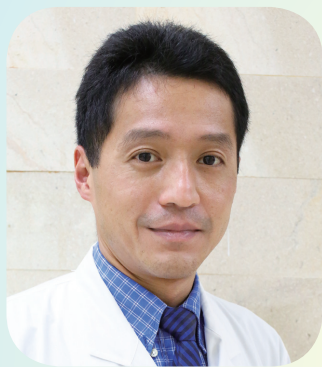
根據朱本元主任的經驗，將這項原本用在小腫瘤的內視鏡的顯微手術，因腫瘤切除技術的進步，即使是較大的腫瘤，也可保留聲帶的完整性，聲帶可好好閉合，講話的聲音就美妙。病患術後住院二到三天，也不用後續的放射治療，只要定期追蹤，治療效果和放射線差不多。

2

承先啟後
醫心相傳
良醫訪談錄

團隊協力 開創跨科別側顱底手術

口述：耳鼻喉頭頸部耳科主治醫師 王懋哲/整理：吳佩芬



▲王懋哲醫師

榮獲本院102年優良醫師獎的耳鼻喉頭頸部耳科主治醫師王懋哲，和神經外科主治醫師許秉權組成全臺唯一的跨科別頭部側顱底手術團隊，共同合作執行困難度高的小腦橋腦角腫瘤的聽神經瘤、腦膜瘤切除手術。從2010年，王醫師從美國史丹佛大學學成該項技術返臺，迄今兩人已完成30多例病患。

從長庚大學醫學系第一名畢業，王懋哲醫師原本可選擇其他熱門科別。但在曾經擔任耳鼻喉科醫學會理事長、前臺北市立忠孝醫院院長、前本院耳鼻喉科主治醫師的父親王泰隆的影響下，王醫師毅然決然跟著父親的腳步，選擇了耳鼻喉科。「因為父親的關係，一出生就在北榮院區

打轉，學齡前唸本院附設榮光幼稚園。從6歲離開，到27歲回到醫院服務，感覺像回到家一樣。」王懋哲醫師說。

王懋哲醫師表示：「坊間耳鼻喉科診所多看感冒，但在大醫院的耳鼻喉科醫師就像外科醫師一樣，需要手術處理的疑難雜症」。以本院耳科而言，所有主治醫師都傳承前副院長連江豐從德國學成的中耳炎手術技巧，每年完成400到500例，不但是全臺手術病人數最多，同時也是術後照護最好的醫療團隊。本院耳科慢性中耳炎、膽脂瘤手術及照護是領先臺灣其他醫療院所。

經由本院耳鼻喉頭頸部主任蕭安穗的推薦，王懋哲醫師到美國加州史丹佛大學跟隨醫學院的耳科權威教授Robert K. Jackler，學習頭部側顱底手術。因這次機會，王醫師對側顱底開刀部位的構造及解剖面，非常清楚。王懋哲醫師指出，長在小腦橋腦角的聽神經瘤、腦膜瘤，剛好位在頭部中央，無法把大腦剖開取出腫瘤，只好從耳後切開頭骨，然後用電鑽磨掉顱骨，經內耳迷路路徑

進入，將腫瘤取出。

聽神經瘤、腦膜瘤都屬良性腫瘤，主要症狀有單側聽力受損、耳鳴、頭暈、站不穩，平均一年直徑成長0.1公分。萬一，當良性腫瘤部位或大小可能會壓迫到負責調節人體呼吸作用、心跳、血壓等功能的腦幹時，就必須要進行腫瘤切除手術，否則會危及到病患生命。王懋哲醫師說，當腫瘤直徑小於2公分，可選擇進行加馬刀立體定位放射手術；腫瘤長大到大於直徑3公分，就要進行側顱底手術。

「通常腫瘤長大到超過直徑3公分，病人的聽力早已經受損，聽不到；進行側顱底手術，也勢必會破壞到聽力系統，但權衡利弊，也只能這樣。」王懋哲醫師說。

像這樣的側顱底大型手術是很耗體力的，一開就是10多個小時，王醫師和許秉權醫師打破國內過去的由一位外科主治醫師獨力完成手術的傳統，兩人各司其職，輪班開刀，「耳鼻喉科和神經外科合作，共同處理風險大、死亡率高的手術模式，在美國已行之有年。」王懋哲醫師補充。

身為本院少見的父子檔耳鼻喉科主治醫師，王醫師坦承是有壓力的。「因為爸爸的關係，身為長子，繼承父親的行業，我一直是很認真在做的。」王醫師對同樣身為耳鼻喉科醫師的父親，感到驕傲。

我的胎兒怎麼積水了？

談胎兒水腫

婦女醫學部主治醫師 宋碧琳

懷孕中期若在超音波發現寶寶軟組織或身體空腔處有積水，如胸腔、心包膜、腹腔或全身皮下，這情況有時發生在一處，有時多處發生。若多處發生積水病態現象，稱「胎兒水腫」，發生的原因分免疫性水腫和非免疫性水腫。

免疫性水腫：約佔水腫10-15%，多為母親與胎兒Rh血型不合。若媽媽Rh血型為陰性，因母體與胎兒有少量血液溝通或輸過Rh陽性血，母體會產生出破壞胎兒血球的抗體；若再懷有陽性的胎兒，抗體就會通過胎盤，破壞血球，造成胎兒在子宮內有輕微或中等貧血，大概有20-25%的胎兒產生胎兒水腫。約50%發生在18-34週，50%發生在34週後。治療方式主要是早點診斷，並使用臍帶血穿刺，來進行貧血與胎兒血型診斷，依照週數來給予治療；若週數小於24週且病情嚴重，可能選擇停止妊娠；24週至34週，必要時可使用子宮內輸血；若大於34週，可能選擇生產且給予新生兒輸血。還好臺

灣母親為Rh陰性比例甚低，只佔約全人口的千分之三（白種人卻佔有15%左右的比例）。在第一次產檢時，驗血如確定是Rh陰性的媽媽，需注意的情況：如羊膜穿刺後、疑似有母體胎兒血液交流、生產完72小時內，須施打免疫球蛋白Rho(D) Immuno Globulin (RhoGAM) 300ug 來中和母體內抗體。若早期流產、死胎等也是要記得施打，以降低第二胎發生免疫性水腫問題；第二胎則要注意超音波是否有出現水腫現象。

非免疫性水腫：約佔發生機率76-87%，機率約1/3750-1/1500，但預後較不好大約55-98%罹病胎兒可能會胎死腹中，或出生後死亡。一般來說，非免疫性水腫原因，可能有染色體異常（如透納氏與愛德華氏症）、心臟血管異常、血液問題（地中海型貧血）、淋巴、感染自體發生或合併其他症候群，所以很難診斷，可靠羊膜穿刺、配合染色體檢查、羊水晶片或特殊快篩晶片、高層次超音波及羊水或

母血的感染檢驗來排除；如果最後找不到明顯原因，可能是自體發生。統計顯示，水腫的胎兒約四分之一會胎死腹中，三分之一的母親會選擇引產，其餘的寶寶出生後，依發生原因有不同的存活期。若能存活到出生四成的寶寶會有其他的併發症，如智能障礙或發育遲緩。

當發生「胎兒水腫」時，5-7成機會產前可能可找出原因，但胎內治療方案有限，同時對寶寶將來發育情況更難以預料。因此若發現胎兒有不正常積水或水腫時，應轉介至高危險妊娠中心，接受遺傳諮詢，儘量找出原因；若評估預後不好或確定有合併其他症候群，可提早選擇引產；引產後再繼續評估，檢查是否有感染或結構異常。由於大部分胎兒水腫都不太會再度發生，除非是免疫性水腫或地中海型貧血所致，因此媽媽還是可放心再接再厲。

宋碧琳醫師檔案：

現職：1. 臺北榮總婦女醫學部主治醫師
2. 國立陽明大學講師
學歷：1. 高雄醫學大學醫學系畢業
2. 美國北卡州杜克大學研究員
專長：一般產科、高危險妊娠、胎兒產前診斷、遺傳諮詢、羊膜穿刺技術、一般婦科、婦癌篩檢、癌症遺傳諮詢、婦科腹腔鏡手術、微創手術
門診時間：
星期一上午婦產科第5診（診間代碼：08205）
星期五上午婦產科第8診（診間代碼：08208）
星期五婦產科夜間門診第1診（診間代碼：28201）

3

家庭醫療寶鑑

新生兒猝死症候群及嚴重先天性心臟病篩檢

兒童醫學部醫師 陳畊淳

隨著時代的進步，以及父母望子成龍的心態，生出一個頭好壯壯的寶寶在這個時代似乎是必然的事。在兒童生產前的超音波產檢及基因檢查，過產期的嬰兒照護，以至於出生後的新生兒篩檢，大大降低先天異常的發生率。然而對嬰兒猝死症候群，由於難以預期，截至目前尚未有一致的篩檢方式。

讓我們先來了解一下嬰兒猝死症候群，這疾病是在1個月到1歲的小朋友，死亡率最高的疾病，發生大約每10萬人中會有0.8至6.2個。這群人中可發現一些危險因子，在出生前的危險因子：有母親的低生育年齡（小於20歲）、母親懷孕中有吸菸及小朋友出生後太晚給予嬰兒照護；屬於嬰兒本身的危險因子，有早產、低出生體重、趴睡、床墊太軟及與父母同床。可降低猝死的保護因子，則包含與父母同

室但不同床、在睡眠中使用奶嘴及使用母乳餵食而非配方奶；能歸屬的疾病原因，包含腦部異常、基因缺陷、心臟因素及其他環境因素。在腦部的部分可進行腦部超音波檢查，新生兒篩檢可發現部分的基因缺陷；心臟超音波來觀察心臟功能，但超音波成本較高，因此美國疾病控制預防中心有一個計畫，藉由血氧監測器的數值，來篩檢出可能有嚴重先天性心臟病的族群（Screening for Critical Congenital Heart Defects），本院也於去年開始進行這計畫。

嚴重先天性心臟病定義是指新生兒有先天的心臟結構異常，因這結構異常會造成缺氧，且需醫療行為，如手術的介入才有辦法讓新生兒存活下來。共包含七種主要篩檢目標，分別是左心發育不全症候群、肺動脈瓣閉鎖合併完整的心室中膈、

法洛氏四合症、全肺靜脈回流異常、完全性大動脈轉位、三尖瓣閉鎖、動脈幹；五種次要目標：包含主動脈窄縮、右心室雙出口、亞伯斯坦異常、主動脈弓中斷及單一心室，上述12種疾病涵蓋25%的先天性心臟病。由於嚴重性先天性心臟病的初期症狀並不明顯，如無進行篩檢，這一族群小朋友的先天性缺陷很容易被忽略，在出院後就容易造成有致死的可能性。檢測方式並不算太困難，只要跟著流程圖就可順利完成。主要概念是由針測右手與右腳的血氧飽和度以極差異度，將血氧濃度分成三種，若有一個小於90則篩檢不通過；介於90至95或右手右腳的血氧差異大於3，則1小時後重新偵測；若測3次結果一樣，則算篩檢未過；或直到兩者血氧大於95且差異小於3，則通過篩檢。針對未通過篩檢的新生兒，則進行超音波進行更進一步的結構檢查。

現今篩檢技術進步，已可大幅降低新生兒猝死發生的機率，如能配合細心觀察孩子的家長，一發現異常即馬上轉送至醫院行進一步檢查，亦可達到降低新生兒猝死。

治療腎臟腫瘤的另一項利器： 冷凍治療

放射線部介入性診療放射科主治醫師 沈書慧

腎細胞癌是最常見的腎臟惡性腫瘤，是國人常見的惡性腫瘤之一。腎細胞癌的標準治療是以外科手術切除。根據腫瘤的位置與大小，可選擇將腎臟完全切除（腎臟根除手術），或只切除腫瘤的部分（部分腎切除手術）。對小於4公分的腫瘤，這二種術式可達相似的腫瘤控制率。由於部分腎切除手術具有保留部分腎臟功能的優點，對較小的腎細胞癌，已經逐漸成為主要的治療方式。

然而，有些病患並不適合接受手術，如身體狀況不適合接受麻醉、僅有單一腎臟或腎功能不良需要保留腎臟功能、雙側腎臟都有腫瘤、手術後復發等狀況，這時可考慮以冷凍治療替代手術治療。冷凍治療屬腫瘤消融術的其中一種：原理是利用一體成形冷凍探針，在醫療影像（超音波或電腦斷層）的導引下，將冷凍探針置入腫瘤中。冷凍探針在針尖可形成一圓型超低溫範圍，當溫度低於20℃即可造成細胞壞死，達到治療目的。因冰塊在電腦斷層下清晰可見，因此可確認治療範圍完全涵蓋腫瘤，且未傷害正常組織。探針數目越多，造成冰球體積越大；且多支探針產生冷凍效果會有加成作用，可產生更多冷凍結晶。因此，腫瘤越大所需要的探針數也越多。

冷凍治療優點，包括侵入性極小、無痛、可保留腎功能等好處。此技術已於2006年通過衛生署認證。本院於2009年底引進至今，已在電腦斷層導引下施行於超過30位腎臟腫瘤病患。統計發生併發症機率約20%，絕大多數是輕微併發症（局部血腫、感染），只有1例出血需血管攝影栓塞

治療。局部腫瘤控制率為90%，若有局部復發現象可重複施予冷凍治療；統計治療前後的腎臟功能並無顯著變化。

何種病人適合做冷凍治療？：1. 腎臟原發性或轉移性腫瘤者；2. 不適合手術或不願意接受手術者；3. 沒有嚴重的血液或凝血障礙者。

冷凍治療的治療效果：原則上腫瘤小於4公分，此治療可達到完全根除效果。若腫瘤太大，可此治療部分消除，也可施行多於1次治療，以達根除效果。

冷凍治療步驟：治療在電腦斷層室進行。治療中會施打局部麻醉劑，並請麻醉科醫師經靜脈給予深度鎮靜藥劑：1. 病患以俯臥或側臥姿勢，躺在檢查臺上；2. 以電腦斷層掃描確認治療位置；3. 消毒要治療部位的皮膚，並在進針位置打入局部麻醉藥劑；4. 在電腦斷層導引下，將冷凍探針插進腫瘤；5. 開始冷凍治療，共約30分鐘；6. 治療結束後移除探針，確認無出血後即可回病房休息。

術後注意事項：部分傷口會有疼痛、滲血，這是正常現象。若疼痛加劇，請告知病房醫師或護士加以處理。若無不適，術後隔天即可出院。

可能之併發症：對腎細胞癌這種血管豐富的腫瘤，出血是潛在可能發生的併發症，輕微出血通常不需特別處理；若有嚴重出血，可能須以血管攝影栓塞治療。

治療後的追蹤：治療後三個月，以電腦斷層追蹤為主，有時會用超音波或磁振造影方式追蹤。若有殘存或復發的腫瘤，可重複接受此方法治療。

專題企劃：診療

顱內動靜脈畸

放

腦血管栓塞手術

「腦血管栓塞」是一種微創手術，發展已超過30年，因較不具侵犯性有逐漸取代傳統治療腦血管疾病之趨勢。治療方式為在局部或全身麻醉下，穿刺股動脈將導管置入病灶側頸動脈或椎動脈，先實施傳統血管攝影確定是何種腦血管病變及病變位置，然後將微細導管（microcatheter）置入病灶位置，並選擇適當栓塞劑，在X光透視影像下將栓塞劑置入病灶，阻斷這些不正常之腦血管病灶，以達到治療目的。因不須做開顱手術，如手術順利成功，病患可於較短時間內出院。

什麼是腦動靜脈畸形或瘻管？

正常的腦血管須具有動脈、微血管及靜脈。動脈將血輸入至微血管，在此供應腦組織養分，並將腦組織利用完的血回到微血管再流至靜脈重新回到心臟及肺臟。所謂動靜脈畸形或瘻管是腦血管動靜脈沒有經過正常微血管，進行動靜脈血交換，而是動脈-靜脈直接相交通，如異常相交通之動靜脈血管較小、血流較慢，稱為動靜脈畸形；如發生於較大之動靜脈異常相交通、血流較快，稱為瘻管。因動靜脈畸形或瘻管血流沒有經過微血管緩衝，常

4

醫療大百科



明基三豐醫療器材公司與本院合作研發的新產品「數位化全觸控平板式彩色超音波掃描儀UP200」開始量產，該公司日前捐贈新產品供本院使用，由許棠隆總經理代表捐贈，放射線部張政彥主任代表接受，會後雙方代表熱烈討論該儀器未來可能的角色，期望提昇醫療服務品質，共創更多的產學合作計畫與分享創新

本院啟用「數位彩色超音波

經驗。

UP200是一臺平板觸控彩色超音波，高度整合電腦科技與超音波技術，可廣泛應用於各科的臨床檢查需求，如一般內外科、心臟、周邊血管、肌肉骨骼、兒科、胎兒、小型器官（乳房、睪丸、甲狀腺）、頸部與婦產科等超音波影像診斷；運用該集團領先全國首先推出將高階醫療影像技術結合智慧手持通訊傳輸即時影像之技

新利器

畸形之栓塞治療

放射線部介入性診療放射科主任 羅兆寶

造成靜脈負荷過重，因此這些動靜脈畸形或瘻管，可能造成患者發生頭痛、抽筋、腦出血或病患可以聽到不正常血管流動之雜音。栓塞治療方式也是將微細導管置入動靜脈交接處，在 X 光透視下，選擇適當之栓塞劑，經微細導管將栓塞劑置入動靜脈畸形或瘻管處，阻斷這些不正常之腦血管病灶，使腦血流術後正常以改善病患症狀，減少腦出血及缺血機會。至於栓塞劑選擇，如是血液流動較慢之靜脈畸形，可選用液體沾黏劑；如是血流較快之瘻管，可選擇較易控制可分離式栓塞線圈。

腦血管栓塞手術風險

基本上，腦血管栓塞是一種微創、仍具有風險之血管內手術，因是使用栓塞劑將異常腦血管堵住，故栓塞劑只能準確停留於腦血管病灶內。如不小心將栓塞劑注入或不預期的置放於正常腦血管內，有可能導致病患發生腦中風等各類併發症。為減少併發症產生，腦血管栓塞手術治療，宜由經過訓練合格、栓塞經驗相當豐富之專科醫師實施，配合完備各類導管、栓塞劑及良好透視 X 光機，方能使腦血管栓塞治療達到最好治療效果。

「全觸控平板式皮膚掃描儀」

術，適用於遠距醫療及緊急救護環境、急診室及醫院各科室診察，並獲美國 FDA 及臺灣 TFDA 國際認證，UP200 數位彩色超音波亦將由明基三豐醫療器材以 BenQ 品牌行銷全球市場。

許總經理指出，該計畫執行期間，臺北榮總承蒙放射線部超音波科周宜宏主任在產品規格及臨床系統驗證上，給予醫療領域上的專業協助，對該計畫給予無私的

治療肝臟惡性腫瘤： 栓塞治療的新趨勢

放射線部主治醫師 柳建安

臺灣為肝癌好發地區，為十大癌症死因的首位。對早期肝癌治療，以治癒性療法為主，如手術切除或局部消融（電燒）等，如符合米蘭規約者，可建議病患接受肝臟移植；對中晚期肝癌病患，如腫瘤數目太多（大於 3 顆）或腫瘤太大（單顆超過 5 公分），可採用栓塞治療或標靶藥物治療等姑息緩解性療法，其中經肝動脈栓塞治療仍是主流。肝細胞癌的腫瘤血管供應常來自於肝動脈，可用經動脈栓塞方式治療。傳統栓塞治療以油性物質（Lipiodol）泡製抗癌化學藥劑，經由微導管將混和液注入供應腫瘤的肝臟動脈內，再打入凝膠粒子（Gel foam）來阻塞血管。隨著化療藥物在腫瘤組織內的緩慢釋放，可達成毒殺癌細胞的目的。近年來，載藥微球和釔 90 選擇性體內放射治療的發展，將肝動脈栓塞術推向另一個領域。

載藥微球栓塞治療

載藥微球用電荷和吸附方式與化療藥物結合。文獻指出：使用載藥微球栓塞法的病人，治療後抗癌藥物在周邊血液的濃度明顯低於傳統栓塞法，表示大部分藥物存留於腫瘤內，甚至到治療後第 14 天時還可維持一定藥物濃度。因藥物緩慢釋出，可持續殺死癌細胞。已有不少小規模研究報告指出：和傳統栓塞效果相似或略好。此外研究也證明：相較於傳統栓塞，不但肝功能影響較小，也降低全身性副作用，如上腹悶痛、噁心嘔吐及發燒等。

釔 90 選擇性體內放射栓塞治療

釔 90 是一種放射性物質，半衰期短僅 64 小時，體內輻射範圍平均僅有 0.25 公分，94% 能量在前 11 天就可釋放完畢，可用於體內放射治療。這治療簡單來說，是將放射線物質-釔 90，搭載到微球體上，利用栓塞治療原理，送入肝腫瘤內，兼具

專業指導與建議，方有今日臺灣設計製造的 BenQ UP200 超音波系統產品。將此產品捐贈給北榮放射線部使用，除感謝周主任在執行計畫期間所給予的莫大支持與協助，也相信在周主任及其團隊應用下，能夠造福臺灣的民眾。張主任認為此一計畫是一個成功的案例，相信臺灣必能有機會成功建立及擴大高階影像醫材產業。

該儀器（UP200）特色包括：易於攜帶（2.2Kg），方便進行現場診療（point of care），具備無線傳輸功能、抗震、防潑水、直覺式多點觸控 UI 操作，適應各種

肝動脈栓塞及體內放射線治療效果。

釔 90 治療分為兩階段，第一階段主要評估病人是否適合接受此治療，利用血管攝影方式：1. 將與釔 90 微球體大小相似診斷用蛋白（Tc-99m MAA）打入肝臟內，模擬釔 90 微球體在人體內分佈；2. 將一些可能在釔 90 治療中分流到腸胃道血管，用線圈先進行栓塞，以防止產生嚴重腸胃道潰瘍。

第一階段後，釔 90 治療團隊（包含放射線科、核子醫學科、放射腫瘤科、放射物理師等專家）會針對（Tc-99m MAA，鎂 99m 聚合白蛋白）檢查結果進行討論，利用腫瘤和非腫瘤比率、肝臟體積、腫瘤體積等參數來決定治療劑量。若肺分流過大（超過 20%），會有放射性肺炎的風險，就不適合接受治療。

第二階段為治療階段，將微導管放到肝動脈適合位置，注射釔 90 微球體後完成治療。本部引進釔 90 治療多年，至今已治療超過 200 人次，包含肝細胞癌和轉移性肝腫瘤，雖屬自費性治療，在那些對傳統治療反應不佳或想更積極治療的患者，提供另一種選擇。

何種病人適合做釔 90 選擇性體內放射栓塞治療？：1. 肝功能適合（Total bilirubin < 2 倍；AST，ALT < 5 倍的正常值上限）；2. 無腹水或嚴重肝硬化；3. 肝動脈、主肝門脈暢通；4. 無法開刀（但腫瘤體積小於肝臟總體積 70%）；5. 只有肝臟轉移的病人為主要；6. 第一線化學治療後仍持續惡性進展；7. 預估生存期超過三個月。

對肝細胞癌，栓塞治療已不再侷限於傳統栓塞方式，可針對病患需要選擇合適的栓塞物質。轉移性肝腫瘤在全身性化療或標靶治療反應不佳時，釔 90 選擇性體內放射栓塞治療亦可選擇考慮的治療方式。

不同惡劣環境，內建高效能電池及低耗能設計（可連續操作超過 2 小時），高畫質 HDMI（可輸出影像到大螢幕），並具備前攝像鏡頭，方便醫療人員進行即時遠距討論。



（報導/公關組 吳建利）

5

醫療大百科

淺談麻醉術前評估門診

麻醉部

主治醫師 鄭宏煒

西元1846年，美國牙醫師莫頓在麻州綜合醫院第一次公開使用乙醚為病人麻醉並進行手術。自此，外科手術治療不再是拿著烈酒止痛，麻醉的進步同時也推動整個現代外科醫學的進步。

無論如何，手術與麻醉畢竟是具相當侵入性的治療方式，一定會伴隨著風險。為讓每位病患及家屬都能夠在手術前，了解自己要接受的麻醉方式、麻醉過程及可能發生風險等，所以近年來各大醫院紛紛成立麻醉術前評估門診，就是要提供一良好環境，讓醫師能夠在手術前一天，有充足時間可評估病人的基本資料(手術術式、手術日期、身高、體重、心跳、血壓等)、過去慢性病史、用藥記錄及控制情形(高血壓、糖尿病、心臟病、氣喘、腎功能不佳、中風等)；過去手術麻醉病史

(過敏、休克、困難插管等)，以及本次住院的術前檢查結果(心電圖、胸部X光、基本抽血檢查等)。並根據以上的麻醉術前評估結果，和病人、家屬，仔細說明適合的麻醉方式、麻醉過程、禁食時間和相關麻醉風險等。通常麻醉醫師會依據病患整體狀況，將麻醉風險分成五個等級(如附錄)。在病人與家屬都了解麻醉相關問題後，再請病人或家屬填寫麻醉同意書。

麻醉術前評估不但可讓麻醉醫師清楚了解病患術前病情及麻醉風險，也可讓病患知道自己所將接受麻醉方式和過程，有效減輕手術前的緊張焦慮，進而達成良好醫病溝通，進一步促進手術週期安全，創造雙贏的局面。

《附錄》

根據美國麻醉醫學會所制定的標

準，麻醉病患可分為五個等級：第一級：正常，健康(手術前後死亡率0.06-0.08%)；第二級：有輕微的全身性疾病但無功能上的障礙(手術前後死亡率；0.27-0.4%)；第三級：有中度至重度的全身性疾病且造成部分的功能障礙(手術前後死亡率1.8-4.3%)；第四級：有重度的全身性疾病，具有相當的功能障礙且時常危及生命(手術前後死亡率7.8-23%)；第五級：瀕危狀態，不管有無手術預期在24小時內死亡(手術前後死亡率9.4-51%)。

鄭宏煒醫師檔案：

現職：臺北榮總麻醉部主治醫師
學歷：中國醫藥大學醫學系畢業
專長：一般麻醉、長期中央靜脈導管置放

6

食道癌

有了微創〈胸腔鏡〉加〈腹腔鏡〉
食道癌大手術也可以快速恢復

外科部胸腔外科
主治醫師 徐博奎

食道癌早期鮮少有明顯症狀，病人往往到腫瘤變大，因阻塞明顯造成吞嚥困難才驚覺就醫。在臨床上，大多食道癌病人以吞嚥困難及體重減輕為最初表徵。大多數病人會感到食物卡在喉部至上腹部之間、胸骨後面或上腹部；其他食道癌症狀，包括吞嚥疼痛等。如果食道癌已至晚期，還可能會出現吐血及因食道氣管瘻管引起的咳血、咳嗽等症狀，甚至可能因食道癌侵蝕到鄰近的主動脈，發生大出血的狀況；此外，也會依不同轉移的器官表現不同症狀。如轉移到頸部淋巴結，會出現淋巴結腫大；轉移至骨骼，會出現骨骼疼痛的症狀。

近年來有許多治療上進展，在非常早期的食道癌，由於腫瘤只侷限在黏膜層，可採用食道鏡切除，如食道內視鏡黏膜切

除術及食道內視鏡黏膜下層剝離，優點在於無體表傷口，術後臟器功能恢復迅速且疼痛輕微；缺點包括若術後病理組織學檢查證實斷端癌殘留或癌浸潤深度達黏膜下層，則需再進行補充外科根治手術。

在外科手術治療，傳統手術包括開胸手術、開腹手術及以頸部傷口進行吻合，現今微創食道癌手術已取代傳統手術。微創食道癌手術，以胸腔鏡及腹腔鏡進行根除性腫瘤切除及食道的代替重建。有經驗的手術醫師可在高清晰內視鏡協助下，進行精細組織切割、神經血管分離及腫瘤切除，由於傷口小，病人術後疼痛也大為減少，術後恢復更加快速，傷口也更美觀。

本院食道癌專科團隊，結合胸腔外科、腸胃科、放射線部、核子醫學部、病理部、血液腫瘤科、放射腫瘤科及藥物放

射治療科等各科部醫師，定期舉辦食道癌專科團隊會議，針對臨床檢查結果提供病人個別性之全人照護，從病患診斷、治療前、中、後過程中，協助病患及家屬問題解決及心理服務。本院治療食道癌的經驗顯示，第一及第二期的治療後五年存活率分別接近80%及50%；第三期及第四期則下降到分別接近40%及不到20%。因此，把握早期治療黃金時機，對戰勝食道癌是非常重要的。

徐博奎醫師檔案：

現職：1. 臺北榮總外科部胸腔外科主治醫師
2. 國立陽明大學外科學系部定講師
學歷：國立陽明大學醫學系畢業
專長：癌食道癌手術、胸腔內視鏡微創手術、達文西機械手臂手術、氣胸及膿胸手術
門診時間：星期二上午胸腔外科第10診(診間代碼：03310)



預防慢性腎臟病-三多、三少、四不、一沒有

慢性腎臟病個管師 林秀雯/江玲芳/王友仁

腎臟功能是製造尿液，排除身體多餘水分和廢物，維持電解質平衡外，還負責製造紅血球生成素，促進造血；製造維生素D，控制鈣、磷平衡，維持骨骼健康及調控血壓的功能。

如何得知有腎臟病呢？腎臟病成因有很多，最常見的是糖尿病、高血壓、腎毒性藥物、腎絲球腎炎、高尿酸、腎結石、先天性腎臟病(如多囊腎)等。腎臟病的

表現及嚴重程度都不一樣，有些會有泡沫尿、水腫、血尿等。大部分早期慢性腎臟病是不會有症狀的；較嚴重的腎臟病才会有尿毒症狀，如倦怠、噁心、食慾降低、呼吸喘、皮膚癢、不易止血等。因此要做定期健康檢查是一個很好篩檢的方式。

何謂「慢性腎臟病」？慢性腎臟病是指三個月以上，腎絲球濾過率數值持續偏低，或尿液檢查、超音波檢查有腎實質病

變。相對的急性腎臟病是指腎功能在幾天內快速惡化，有些甚至要透析治療。原因很多，如感染、敗血症、休克等。若積極處理是可能可恢復。長期來說仍會使腎功能變差，定期檢查是最重要。

腎臟保健並不難，只要平日生活多注意一些原則，就可預防。以下是預防腎臟疾病的照護方法：1. 三「多」：多蔬果、多喝水、多運動；2. 三「少」：少鹽、少糖、少油；3. 四「不」：不抽菸(酒)、不嚼檳榔、不憋尿、不服用來路不明的藥物；4. 一「沒有」：沒有鮭魚肚

臺北榮總慢性腎臟病衛教室關心您！

嘴巴破了怎麼辦？

良好的口腔照護

是預防或治療口腔黏膜炎最重要的方法！！

腫瘤科病房護理師 胡逸琳

36歲的小陳是舌癌病人，原本即有口腔疼痛、口臭的情形，以化療加放射治療二週後，口腔黏膜炎更加劇，且有多處白斑潰瘍現象，吃不下東西、不敢張口，更不敢與人面對面談話，生理及心理狀態日益虛弱。

根據統計，約有 40% 化療及 80% 頭頸部放療病人有口腔黏膜炎的問題，常造成口腔疼痛、張口困難、口臭、無法進食等症狀，繼而導致營養不良、延後或中斷治療，甚至發生致命感染。因此，如何預防口腔黏膜炎是相當重要的。

首先，得每天於光線良好的環境中觀察口腔，在鏡子前可用棉籤或壓舌板、手電筒等工具輔助，仔細檢查嘴唇、舌頭、上顎、懸壅垂、口咽、臉頰黏膜、牙齦內外部等是否有發紅、腫痛、破損、白

斑、潰瘍等現象。不管是吃完食物、起床後或睡前都要進行口腔清潔。口腔清潔應選擇刷頭小而圓的軟毛牙刷，用前先以溫水浸泡軟化刷毛；當有牙齦腫痛、口腔出血、血小板 <50000/cumm、白血球 <1500/cumm 時，改用海綿牙刷或棉花棒代替牙刷進行口腔清潔。正確的刷牙方式為橫向短距離的刷牙，每個部位至少刷 10-20 下，並使用 10-20cc 的漱口水，在口中上下鼓動含漱 20-30 秒後吐掉，隨後使用牙線清潔牙齒間隙，唯在牙齦腫痛、口腔出血、血小板 <50000/cumm、白血球 <1500/cumm 時須暫停使用牙線。漱口水可選冷開水，自製食鹽水（以 1000cc 開水加 1 小匙食鹽），或市面上不含酒精、酚類、芳香劑的漱口水；綠茶水、茶葉水有助於消除口腔異味；蜂膠水（以 250cc 開水加

入 2 滴蜂膠）具抑菌功效；25cc 開水加四分之一茶匙食鹽加四分之一茶匙蘇打粉亦有抑菌作用。蘇打水（以 200cc 開水加 1 小匙蘇打粉）及口含冷藏過的新鮮鳳梨片則有助於軟化舌苔；10 公克左旋麩醯胺酸（L-Glutamine）以 180-240cc 的溫冷開水（<40℃）或果汁沖調後食用，可減輕口腔黏膜破損；口含冰塊則有助於緩解口腔疼痛。此外，平時可用護唇膏塗於嘴唇，適當攝取水分，避免嘴唇、口腔黏膜乾裂。飲食方面，宜多攝取富含蛋白質、維生素 B 和 C、質地柔軟、容易消化的食物，有助於口腔黏膜的健康。

綜上所述，口腔黏膜炎之照護措施包括加強日常的口腔清潔、增加漱口頻率、隨身攜帶水壺常潤口、選擇食用質地柔軟易消化的食物。若口腔已出現潰瘍，需於清潔後依醫師處方塗藥。最重要的是「預防勝於治療」，接受化療及放療之高危群病人，除採取例行的口腔觀察，一定要徹底執行口腔清潔，以及攝取充足的水分及營養，才是預防口腔黏膜炎的不二法門。

大家一起來向口腔黏膜炎說掰掰吧！



問：何謂「肺部毛玻璃樣病灶」？該如何處理？預後如何？

答：隨著低劑量胸部斷層掃描在體檢的盛行，越來越多肺部毛玻璃樣（ground glass opacity）病灶被發現。一般而言，小於 0.8 cm 之肺部毛玻璃樣病灶建議定期追蹤。若追蹤過程中發現病灶有變大，或其中出現軟組織成分，惡性腫瘤的可能性較大，則建議進一步切片證實或切除。這些肺部毛玻璃樣病灶常含有支氣管肺泡癌

（bronchioloalveolar carcinoma）的成分。在本院的經驗中，第一期肺腺癌具有支氣管肺泡癌成分的百分比在 1980-1990 年、1991-2000 年和 2001-2006 年這三個時間區間分別為 10.4%、21.9% 及 27%，呈顯著增加的趨勢。在 2011 年國際肺癌研究學會、美國胸腔醫學會及歐洲胸腔醫學會共同提出一個新的肺腺癌病理分類的建議，將先前常常使用的支氣管肺泡癌重新定義。支氣管肺泡癌被重新分為 adenocarcinoma in situ (AIS), minimally invasive adenocarcinoma (MIA), lepidic predominant adenocarcinoma, invasive adenocarcinoma with some nonmucinous

lepidic component, and invasive mucinous adenocarcinoma。根據文獻報導，相較於其他侵犯性的肺腺癌而言，AIS、MIA 及 lepidic predominant 的肺腺癌病患術後有顯著較低的復發率及較佳存活率。

外科部胸腔外科主治醫師 洪榮志答覆

洪榮志醫師檔案：

現職：1. 臺北榮總外科部胸腔外科主治醫師
2. 國立陽明大學醫學院外科學系部定助理教授
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
專長：胸腔鏡手術、肺癌、食道癌、縱膈腔腫瘤
門診時間：星期五下午胸腔外科第 11 診（診間代碼：13311）

財團法人惠眾醫療救濟基金會 103 年 02 月份捐款芳名錄

何劉連連、財團法人應柴秀珍女士紀念基金會各 1,000,000 元；中菱股份有限公司 500,000 元；劉南庭、喬觀潔各 50,000 元；劉誠謀 30,000 元；無名氏 20,580 元；尹秀蘭、尹麗萍等、陳進發、羅文良各 20,000 元；合作金庫 16,980 元；停車場 16,776 元；李家屹、陳宏州各 15,000 元；善心人士 14,296 元；王秀雀、臺北內湖碧霞宮、吳宜倫、呂瑞泰、李春省、林徐麗紅、侯益藤、徐麗君、莊紫雲、陳靜、陳瓊玲各 10,000 元；楊秀玉 7,000 元；中正開刀房 6,900 元；周凌瀛、林素珍、許足滿各 6,000 元；葉貴商 5,600 元；李萬財、李鄭金枝、邱美月、張俊欽、許瑋宏、陳明德全家、陳真智、曾麗霞各 5,000 元；王黃月麗 3,500 元；員工消費合作社 3,196 元；方俊雄、黃麗雯、楊景川等、鄧怡各 3,000 元；游婷竹 2,100 元；吳紫宇、袁育銓、張宜盛、莊天財、曾士峰、曾德勇、游春子、莊秀珍、盧逸鴻、薛美玉、羅亞玲各 2,000 元；古蕙珠、陳禹恆、陳禹農各 1,800 元；吳易凡、吳易薇、時素秋等 1,600 元；高啟哲、高筠絜、李惠齡、高志聖等、陳又慈、劉仁賢各 1,200 元；三寶弟子 1,100 元；陳何碧靜 1,015 元；江正雄、林育永、林通榮、林靖軒、盧雨晴等、邱垂興、邱美娥、郎明寬、唐美月、晏才度、陳德仙、黃吳菜、黃淑玲、黃麗珠、楊進鎰、雷嘉偉、廖勇、廖振祺、廖林秀霞等、趙國丞、劉美惠、劉照子、潘自強、蔡振凱、盧偉玲、陳治國等各 1,000 元；呂亞臻 700 元；吳啟弘、李財明等 6 名、沈永發、康興邦、陳弘育各 600 元；尤姿樺、吳玉梅、李雪芳、李遠、林榮鏞、紀盈如、高稜洸、曹訓誌、曹國顯、曹惇惠、曹黃麗華、許文琳、連宏昌、陳雪月、彭秀容、彭陳月女、楊吳秀榮、劉來治、賴騰銓、簡序和、龔郁婷各 500 元；王滿尉、吳德鑫各 400 元；朱孝篤、林郁芳、郭玲琴、陳昆義、陳信宏、陳奕如、陳雅欣、黃也茴、楊素雲、楊斯捷、劉春連、鄭雅惠各 300 元；王天海、吳陳水雲、林郁芹、林瓊櫻、唐先見、唐先媛、唐亞岐、唐啟國、陳宗貴、陳許冬菜、曾素蘭、無名氏、鄧美霞、羅金定各 200 元；王建泓、王萬利、王林酸等 194 元；周馥蘭、官衢宏、黃正義、黃俊傑、黃美珠、黃庭茜、黃淑妃、黃穎豪、溫瑞鵬各 100 元；臺北榮民總醫院員工愛心百元捐款 67,300 元，捐款總計 3,140,437 元。

「全聯之愛在榮總」 慈善捐贈



▲陳天雄副院長(左2)、張宜君執行長(右2)

103年「全聯之愛在榮總」慈善捐贈活動，日前假本院舉行，由財團法人全聯慶祥慈善事業基金會張宜君執行長代表捐贈，陳天雄副院長代表受贈。張執行長表示捐贈活動已持續七年，能幫助弱勢患者及家庭，減輕醫療照護負擔，十分有意義。陳副院長對全聯慶祥基金會善行義舉表示由衷感謝，也希望各界一起發揮愛心，幫助需要幫助的病患及家庭。

全聯慶祥慈善事業基金會成立於95年3月，一向秉持「取之於社會，用之於社會」的理念，以成功企業者的角色，濟弱扶傾、傳揚愛心，積極推展公益活動。該基金會「全聯之愛在榮總」活動，自96年起持續捐贈本院急難救助金、紙尿布、看護墊、營養品。102年度有72名病患及家庭獲得醫療或生活費用協助，各項物品受贈人次則達到3000人次以上，受益病友無數。

今年除捐贈新臺幣120萬元善款，更捐贈1,302包成人紙尿褲、552包看護墊、1,380包濕紙巾、150包紙尿片及各式營養品共計4,440罐，市價逾84萬元，除嘉惠國人，更協助多位外籍病患。(報導/公關組 吳建利)

賀 耳鼻喉頭頸部 朱本元 主任 榮獲退輔會103年模範公務人員



朱主任待人親切，對病患說明病情時總是臉帶笑容，耐心與愛心兼具，獲得眾多病患好評與感謝，真正做到「視病猶親」。兼任教職指導後進醫師不遺餘力，多次獲得優良醫師及臨床教學績優醫師獎，曾獲商業週刊評選為「百大良醫」。

朱主任熱衷醫學研究，發表數十篇國際論文，多次獲得優秀論文獎。研發創新之「內視鏡雷射顯微手術」，可精準切除腫瘤，不會傷及周邊組織，並保留咽喉正常功能，療效高達九成以上，大大提昇咽喉癌患者之存活率與生活品質，創新技術嘉惠病患，獲得國內外的重視，多次受邀於國際醫學會演講，於102年榮獲本院醫療創新改良獎。(報導/公關組 吳建利)

賀 總務室技工 關賢華 榮膺退輔會103年績優工友

院本部 契約高級助理研究員 吳永宏
醫務企管部 契約醫務管理組員 方榮萱
總務室 契約醫務管理組員 傅中勇
榮獲本院103年績優契約人員

短訊！

病患邱顯壯先生罹患骨髓再生不良症候群住院治療，雖經醫師積極治療，仍不幸於日前過世，住院期間家屬對醫護人員的細心照顧感謝不已，特別致贈環保餐具500份供病房使用，作為指導病患護理後的小禮品，提昇護理指導成效。

(報導/公關組 吳建利)

臺北榮總身障重建中心 103年度辦理榮民身障輔具檢測 巡迴服務日程表

月	日	星期	時間	單位	地 址
7	1	二	上午	高雄榮總 屏東分院	屏東縣內埔鄉龍潭村昭勝路安平1巷1號 08-7704115
7	1	二	下午	屏東榮家	屏東縣內埔鄉建興村100號 08-7701621
7	2	三	上午	高雄榮家	高雄市楠梓區加昌路631號 07-3652828
7	2	三	下午	岡山榮家	高雄市燕巢區成功路1號 07-6161214
7	3	四	上午	佳里榮家	臺南市七股區三股里147號 06-7880664
7	3	四	下午	臺中榮總 灣橋分院	嘉義縣竹崎鄉灣橋村石麻園38號 05-2791072
7	4	五	上午	臺中榮總 嘉義分院	嘉義市西區世賢路2段600號 05-2359630

服務快訊！



6月3日起中正樓二樓新設『住院前抽血室』，提供住院前病人抽血服務。

病人臨櫃辦理住院報到，如有預開血液檢驗項目，可請醫療事務組人員列印檢驗單，持單到中正樓二樓『住院抽血室』抽血。

抽血室服務時間：星期一至星期五上班日，上午8點-12點，下午1點半-5點半。