

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(聲控式)：02-2872-2151【2線】 / 服務時間：00：00-24：00 / 預約27日內，額滿為止。



362 榮總人月刊
第31卷第02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
臺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7月

- 1 血液細胞可變成視網膜？
幹細胞個人化醫療技術大突破！
- 2 走過半世紀的榮耀：臺北榮民總醫院
教學、研究部門五十周年回顧與展望
- 3 胎教的概念
- 4 達文西機器手臂式開心手術
- 5 下肢動脈阻塞的治療
- 6 單一心室的階段性手術治療
- 7 彈性襪的正確使用
- 8 讀者文摘信譽品牌金獎

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。

血液細胞可變成視網膜？ 幹細胞個人化醫療技術大突破！

醫學研究部基礎研究科邱士華主任日前發表最新研究成果，已成功取自體少量血液，即可以進行細胞重新編程並製成「誘導多功能幹細胞」。此項突破性技術不僅成功利用「血液細胞」取代「皮膚細胞」作為體細胞來源，可使患者不須忍受切膚之痛，更可有效縮短誘導幹細胞的製作時間，也能夠建立其專屬的「客製化誘導幹細胞」。

邱主任表示，已從老年性黃斑部病變之患者「血液細胞」中，成功重新編譯轉換成「誘導多功能幹細胞(iPSC)」，並更進一步分化成為視網膜上皮細胞與類視網

膜組織，同時利用相同技術，將數種眼科視網膜遺傳性疾病患者之血液細胞重新編成的誘導幹細胞，在特定環境下分化成視網膜色素上皮細胞及視神經細胞，未來用於治療「老年性視網膜黃斑部病變」充滿光明前景。

更令人振奮的是，由誘導多能性幹細胞分化來的視網膜色素細胞基因，其表現及特徵與功能，和患者自體視網膜組織幾乎完全相似。因此建立「病患專屬客製化誘導幹細胞」(Patient-specific iPSC)，可以有效保留病患個體的原始疾病特性，運用此技術在新藥開發，提供更



▲邱士華主任。

快速、更安全的病患個人治療藥物選擇。此項突破性技術可為國人在發展新式個人化醫療技術與幹細胞治療的研發歷程中，豎立新的里程碑。

(報導/公關組 吳建利)

預防兒童中毒 親子教育新妙招 毒物科製作動畫「柏柏的冒險」 公開免費觀賞



▲鄧昭芳醫師出席記者會，宣導兒童中毒預防。

內科部臨床毒物與職業醫學科楊振昌主任表示，兒童在成長過程中比起一般成人容易受到傷害，而中毒在國內外則是導致兒童罹病及致死的主因之一，值得各界關切。基於以圖像的方式幫助孩童學習

新事物的效果較佳，本院臨床毒藥物防治諮詢中心與財團法人毒藥物防治發展基金會，經過一年的努力，完成兒童中毒預防親子動畫的製作，目的是希望藉由動畫可以讓3到6歲的兒童理解生活周遭中可能潛藏的各種毒性物質，也可以讓爸爸、媽媽甚或實際照顧孩童的爺爺、奶奶，了解在那一種的情況下最可能發生意外。

鄧昭芳醫師指出，依據臨床毒藥物防治諮詢中心20多年的統計資料顯示，6歲以下的孩童最容易發生意外中毒，在超過2萬名6歲以下兒童中毒的個案中，分別以藥物(36%)、物質材料(20%)、環境用藥(11%)、美容化妝用品及個人清潔用品(8%)、家庭清潔用品(8%)相關之中毒比例最高，其中藥物又以安眠藥物及精神科用藥最多。案例曾有一名1歲小男

孩在家中玩耍時，誤喝姐姐的眼藥水，結果產生臉部潮紅、心跳過快，以致於必須緊急送醫並住院治療。另一名2歲的小男孩，則是吃到伯父的精神科藥物，結果走路不穩、眼神呆滯、眼睛上吊，家長以為小孩子中邪，而緊急將其送醫並接受解毒劑治療後方才好轉，然而這一類的意外中毒事件其實都是可以預先防範的。

翁苑玲藥師說明，動畫選用最常見導致嚴重後果的9類中毒態樣，分別以口服、皮膚黏膜接觸及吸入等中毒途徑，藉由實際案例介紹，傳達簡單易懂的預防概念。本影片係國內首部有關兒童中毒預防的親子動畫，畫面十分有趣可愛，另為考量新移民需求，除中文外，另備有英文、越語、泰語及印尼語等多種字幕供選用。

鄧醫師表示，歡迎民眾搜尋「毒藥物防治發展基金會」網站內的「LOVE看動畫」或到YouTube搜尋「柏柏的冒險」觀賞，網址如下：<http://www.pcc.vghtpe.gov.tw/fpc/animation.html>。北榮毒物科24小時諮詢專線：(02) 2871-7121。

(報導/公關組 吳建利)

1
HON
醫
新
聞

走過半世紀的榮耀：臺北榮民總醫院 教學、研究部門五十周年回顧與展望

醫學研究部主任/國立陽明大學研發長 林幸榮



民國49年，二次大戰期間因經商而與中國結下深厚情誼的柯柏(Alfred Kohlberg)先生去世後，其夫人透過美國醫藥援華基金會(ABMAC)，捐贈七萬五千美金給國防醫學院，希望能幫助戰後的中國醫學界重建。當時兼任榮民總醫院院長的盧致德先生，為讓柯柏先生的心願得以長存，同時也企求提昇榮民總醫院的研究能力，於是向政府爭取等額的配合款，在榮總東側建立一棟研究大樓，命名為「柯柏醫學科學研究紀念館」(The Alfred Kohlberg Memorial Medical Research Laboratory)(簡稱柯柏館)。民國52年11月11日上午10時，柯柏館舉行落成典禮，恭請副總統陳誠先生主持、柯柏夫人剪彩。隨即羅致研究人才，另亦向紐約中華醫學教育理事會(CMB)等爭取設備，開展臺北榮民總醫院的醫學研究工作。

臺北榮民總醫院於民國53年8月27日奉行政院核定於柯柏館成立醫學研究部，編制員額包括1位主任、10位研究員、24位技術員和3位職員，合計38人。主任一職由盧院長親自兼任，以示對研究的重視。研究員各自主持不同的研究室，當時多由國防醫學院出國進修歸來的年輕教授兼任，包括蔡作雍、韓韶華、陳幸一、姜必寧、楊志剛、張仲明、白壽雄及林可勝等基礎及臨床教授。在醫學中心有專設的研究單位，臺北榮總應屬臺灣之首創。

民國55年8月，為加強各醫學院派來臺北榮總實習醫師之教育訓練工作，由醫學研究部主任彭達謀兼任教育訓練委員會教務長；民國58年10月14日，由趙彬宇升任教務處處長；民國68年5月，為再提昇教學功能，延聘馮少海先生專任教務處處長，下設「教學訓練」與「生活輔導」兩組；民國70年1月，「教務處」

為提昇業務改名為「訓練處」，下設連絡、進修、訓練、醫學圖藝四組；民國70年12月，「訓練處」更名為「教學部」；民國78年1月，原於73年1月實驗編組為一級單位之圖書館，改隸為教學部醫學圖書組。

民國68年，韓韶華教授擔任醫研部主任後，開始大量聘請專任的研究員，先後到任的有胡承

波、曹之憲、蕭廣仁、周成功等。應業務需要，編制逐年擴大，柯柏館原址漸不敷使用，乃在臺北榮總第二個五年計畫第一期工程中，將醫學研究部、教學部與圖書館和會議中心聚集在一起，興建一棟八層樓高的「醫學研究大樓」。民國72年大樓落成啟用，民國78年，為紀念盧院長灌溉的心血，院方博採眾議，將「醫學研究大樓」易名為「致德樓」。

民國83年5月1日醫學研究部與教學部合併，改稱教學研究部，由何橈通教授擔任部主任，下設醫學研究科，陸續延攬多位臨床醫師進入教學研究部，持續推動基礎與臨床整合研究、轉譯醫學研究，並加強臨床研究及新藥臨床試驗。民國98年5月由林幸榮教授接任部主任，同年醫學科技大樓落成啟用，內建生物安全等級BSL2、BSL3細胞潔淨室及產學合作等實驗室，3樓為新藥臨床試驗中心，地下2樓為實驗動物中心。民國102年11月1日起，經行政院組織改造，教學研究部再度分為醫學研究部和教學部兩個單位。醫學研究部，下設3個科，分別為基礎研究科、轉譯研究科及臨床研究科。教學部由楊令瑀副教授擔任部主任，下設臨床技術訓練科、教師培育科、教學行政組及醫學圖書組。

民國64年7月，陽明醫學院正式成立。於民國66年12月，經教育部核准簽訂臺北榮總與國立陽明醫學院合作實施要點，明訂臺北榮民總醫院為國立陽明大學教學醫院。歷年來有多位教學研究部同仁調兼國立陽明大學學術主管，包括韓韶華主任兼任陽明醫學院院長及改制後陽明大學校長，何橈通主任兼任醫學系系主任及醫學院院長，林幸榮主任兼任臨床醫學研究所所長、醫學院副院長、代理醫學院院長及兼任研發長等重要事蹟：包括民



國84年成立「生物醫學統計小組」，提昇研究品質暨推動生物統計在醫學之應用發展。民國86年成立「整合性腦功能研究小組」、成立分子醫學中心。民國86年成立「教學改進小組」；民國92年起推行「榮總臺灣聯合大學合作研究計畫」。建構數位化圖書館、設立人體試驗委員會及強化組織功能；民國89年「榮陽千萬鹼基計畫」，完成人類第四號4q23染色體千萬鹼基序列分析；民國89年6月成立「研發成果管理中心」；民國91年成立新藥臨床試驗中心，獲得衛生福利部：103-105年度「提昇臨床試驗創新及競爭力計畫」經費，民國91年起鼓勵幹細胞與組織工程相關研究，目前已成為國內研究幹細胞之重鎮；民國92年2月建立「臨床技術訓練中心」，目前為國家OSCE考場之一；民國93年推行研究計畫線上申請及評審作業系統；民國95年起積極推動核心研究計畫；民國96年1月1日正式啟動臺北榮總與臺大醫院合作研究計畫；民國98年醫學科技大樓落成啟用，加強產學合作計畫。

教學研究部同仁研究成果表現優異，歷年來榮獲國內外許多重大獎項，包括國科會傑出研究獎34人次、教育部國家講座、亞太學術領袖獎、亞太肝臟學會會長獎、臺北榮總醫師學術論文獎、醫學創新獎、醫教奉獻獎等。近兩年，平均每位研究員、醫師每年發表論文數高達7.3篇。

在民國101、102年這兩年，每年臺北榮總同仁發表SCI學術論文篇數都突破1000篇，論文影響係數(Impact Factor)的平均值亦逐年增加，民國102年達到最高的3.493，也是全國各大學院校及醫學中心最高的。榮總陽明體系研究論文總數近3年為全國各醫療體系最多的，於民國102年達到2412篇，高於臺大體系的2210篇和長庚體系的1815篇，研究成績輝煌。



胎教的概念

婦女醫學部
主治醫師 曾仁宇

學理證明從懷孕中期開始，胎兒確實是一個具有高度感覺能力的個體，他們看得到，聽得見，能夠記憶，甚至能夠思想。所謂的胎教：藉由外在的聲、光、觸覺刺激，可促使神經元增長，建立更多聯結，為寶寶打下良好的大腦發展基礎。

簡單將胎教分為下列幾項：

一、飲食胎教：有健康的媽媽才有健康的寶寶。從懷孕開始，健康均衡的飲食非常重要。認真選擇淨水設備及食材，避免過多的食品添加物及糖分攝取。三餐規律，理想的吃飯時間為早餐7-8點，午餐12點，晚餐6-7點，三餐都不宜被忽略或合併。進食的過程要從容、心情要愉快。身體所需的營養應該盡量由食物中獲得，而不是拼命補充維他命，準媽咪於懷孕期間要特別注重蔬菜的攝取。水果含有豐富的營養成分，也是孕婦不可缺少的食品，尤其是奇異果、柑橘、棗等含有豐富的維生素C，孕婦可多加選用。動物性食品，如雞肉的脂肪少、肉質較細且營養豐富；魚類對胎兒的大腦發育有明顯的作用；蛋黃、奶類或大豆類食物，也都是孕媽咪良好的蛋白質來源。

二、情緒胎教：孕媽咪的情緒胎教是所有胎教的基礎。當做自己喜歡的事情

時，大腦會分泌促進快樂的endorphine，胎兒接受到此物質也會感到愉悅；當處於壓力狀態下，則產生腎上腺素。腎上腺素導致胎兒的腦部時常處於不安的狀態，因此我們常說孕媽咪的不安和焦慮是會傳染給寶寶的。孕媽咪必須學會自我情緒調整，平靜、輕鬆愉快的妊娠生活及正向思考的態度，才是胎兒成長發育最大保障。

三、觸覺胎教：孕媽咪四個月開始進入相對穩定懷孕中期，偶而可以平臥在床上，保持輕鬆的狀態，一隻手捧著子宮，另一隻手輕拍或輕推寶寶，等待寶寶回應，如果寶寶扭動或踢蹬，就不要再進行下去；如果寶寶有輕柔的回應，可繼續下去和他互動。若有不規律宮縮，就不要再進行，以免引發早產。

四、音樂胎教：孕媽咪六個月左右，寶寶聽覺器官已發育到與出生時相同，此時寶寶是聽得到的。寶寶在媽媽肚子裡大部分的時間都在睡覺，胎教音樂要配合寶寶的生活規律和特性。在胎動活躍時，可聽一些輕柔舒緩的音樂；等到懷孕末期，寶寶醒著的時間多一點，也可聽一些有節奏感的音樂。音樂不一定是給寶寶聽的，孕媽咪需要情緒平和，心胸開闊，合適的音樂也可改善孕媽咪的心情。

五、語言胎教：從懷孕六個月開始，在寶寶醒著時，可對他說些簡單及充滿愛意的話。除說話，也可對寶寶唱唱歌，誦讀優美的詩歌。胎教並不是準媽媽一個人做的事，對寶寶說話這方面，準爸爸中低頻的聲音，可能比準媽媽更適合語言胎教，因寶寶更容易聽到這個特質的聲音。

六、光照胎教：比起聽覺和觸覺，視覺功能的發育較晚。孕媽咪七個月開始，寶寶的視網膜才具有感光功能，對光有反應。適當的光照刺激，對寶寶的視網膜和視神經有益無害。每天在寶寶醒著時，用手電筒微光緊貼腹壁，反覆開關手電筒數次，光線透入子宮，羊水由暗變紅，紅色正是寶寶偏愛的顏色，每次持續3分鐘左右。

準爸爸是準媽媽的第一支持。懷孕時，準媽媽身心靈有很大的變化，準爸爸要積極參與胎教，一起給胎內的寶寶滿滿的，愉快的，正面的胎內記憶，並給準媽媽多些鼓勵。希望每個爸爸媽媽都有個健康寶寶！

曾仁宇醫師檔案：

現職：臺北榮總婦女醫學部主治醫師
學歷：1. 國立陽明大學醫學系畢業
2. 美國哈佛醫學院貝絲以色列附設醫院婦產科臨床研究員
專長：一般產科、高危險妊娠、一般婦科、內視鏡手術、月經問題、子宮內膜異位症、婦女癌症及乳癌篩檢治療、更年期整合治療
門診時間：
星期二上午婦產科第7診（診間代碼：08207）
星期四下午婦產科第6診（診間代碼：18206）
星期六上午婦產科第5診（診間代碼：08205）

最常見的貧血！缺鐵性貧血

家庭醫學部醫師 蕭翔仁/主治醫師 劉瑞瑤

每年的成人或老人健檢，民眾詢問度最高的除傳統三高外，應該就是「醫師！我這貧血有沒有關係，要吃什麼？」定義上，男性血色素低於14mg/dL、女性低於12mg/dL，稱為貧血。不過常在診間形容，這就像是身體質量指數（BMI），有人稍胖有人稍瘦，只要沒影響健康或產生不適症狀，不用太執著於數據的「標準」。

一般如果血色素低於10mg/dL，才會視為比較有意義的病理性貧血，造成組織和器官缺氧。主觀症狀會容易疲倦、頭暈、運動後易喘、胸悶、心悸；客觀上，可能呈現心跳加快、臉色蒼白、血壓降低，甚至影響記憶力和學習能力。

貧血的原因很多，其中最常見的是缺鐵性貧血。缺鐵性貧血有兩大機轉，一是攝取不足，一是過度流失，長期下來將體內的鐵本耗盡造成貧血。若過度流失，要想辦法把漏洞填起來，否則再怎麼補鐵都不夠。女性婦科，如子宮內膜異位等造成經血過多、腸胃道潰瘍、瘰肉或腫瘤造成的出血等原因，都在補鐵前應排除的流失原因。

若檢查完畢，確定是單純鐵質攝取缺乏所造成的缺鐵性貧血，就可開始好好補充！在一開始的過渡期，會先補充四到六個月鐵劑，不過口服的鐵劑會有胃部不適、腹瀉或便秘等常見的胃腸道副作用；若改成飯後服用或調整劑量後還是無法忍

受，或做過胃切除手術使得經口腸胃吸收效果差，則可改由肌肉或靜脈注射。等鐵量回復正常後再續用二個月補到安全庫存量。

當然，食補還是優於藥療，怎麼吃才能保持充足的鐵質來源與吸收狀態呢？鐵質有動物性和植物性兩種來源，動物性鐵質的吸收率較高。肝臟含量最豐，其他如豬、牛、雞肉等紅肉瘦肉類，還有牡蠣貝類也很好，其中的足量蛋白質還能幫助鐵吸收；蔬菜類以豆類（如紅豆、花生、穀類），還有番薯葉、紅莧菜等深色蔬菜，其中的豐富葉酸能幫助紅血球製造。若將以上肉類和蔬菜一起烹調食用，就能事半功倍！

只要能瞭解貧血原因和補充方法，就能早日發現、早日治療囉！

蕭翔仁醫師檔案：

現職：臺北榮總家庭醫學部住院總醫師
學歷：國立陽明大學醫學系畢業
專長：家庭醫學、社區醫學

達文西機器手臂式開心手術

外科部心臟血管外科主治醫師 許喬博



在過去十年中，由於傷口小、疼痛輕、住院天數短、恢復快等好處，微創開心手術的數量隨著時間有增加的趨勢；另一方面，由於手術器械的改良、心臟灌停技術的進步及手術視野的擴大，更使得微創手術得以更精緻化，以及更好的預後結果。然而，傳統內視鏡手術由於活動空間有限，無法執行開心手術時細緻手法，還有開刀者缺乏感受回饋機制及侷限於二度平面空間的關係，增加開心手術上的難度，而達文西機器手臂恰恰可解決這方面的問題。

機器手臂主要是一種遠距控制機器平臺，包括終端活動手臂、控制臺及三度空間成像系統，這設計可讓主刀者整個沈浸在高解析的三度空間視野中。主刀者手指及手腕，透過感應器，經機器精密計算再傳達到終端活動手臂。終端手臂，包括長柄、活動式關節、末端活動夾，如此一來便可執行精密手術。目前在美國，機器手臂手術每年約以25%的成長速度增加，大多數以心臟的二尖瓣修補術及繞道手術為主。

以二尖瓣修補術來說，在病患右胸仍須有2-4公分傷口，以便針線、器械，三度空間成像系統進出，而拉勾器械的發展，更是擴大手術視野。一些研究達文西機器手臂與傳統手術差異指出，機器手臂手術確實可減少輸血次數及住院天數，體

能恢復更快；術後臟超音波也顯示有相當不錯的結果。目前，二尖瓣或三尖瓣修補術是機器手臂最廣泛應用的手術，短期及中長期預後都有不錯結果。

對機械手臂冠狀動脈繞道手術的定義很廣，從利用機械手臂單取內乳動脈加手縫吻合，或機械手臂吻合（執行吻合方式），配合上人工心肺機或不停跳手術（心肺機有無），選擇正中胸骨切開法、胸廓切開術或完全內視鏡術（刀口），皆可稱之。其中，最終極定義是「完全內視鏡下機械手臂繞道手術（TECAB）」。

從1998年第一例 TECAB 手術，兩年後完成不停跳 TECAB 手術，再隔兩年完成雙側內乳動脈 TECAB，不斷的進步。報告指出，接受 TECAB 的病人，九成七的病患在手術完成後直接在手術臺上拔除氣管插管，術後住院天數縮短，而且血管攝影檢查九成吻合處並無狹窄。2007 年大規模的研究亦指出，病患半年後接受心導管或運動心電圖檢查，九成七並無缺氧問題。不過，TECAB 病患群多以心臟前壁的血管吻合為主，下壁或側壁由於心臟不易翻動，以達文西機器手臂執行困難度較高；另外，也有嘗試給合機械手臂繞道手術及心導管支架合併處理，可提高繞道手術成功率及品質。

其它則有心房去顫迷宮手術、體內電擊器置入術、心臟腫瘤切除術、先天性心臟病手術等，皆有用機械手臂完成的例子。

不過，機械手臂仍有使用上的限制，如動作上時間差、缺乏觸覺上回饋、價格昂貴、學習時間久、手術時間稍長等。在美國，機械手臂開心手術價格仍屬昂貴，只能集中在部分醫學中心才能在經營上達到平衡。在臺灣，目前各醫院收費價格尚屬合理。另外，除機械手臂本身持續的縮小改進，發展中的特殊拉勾器、穩定器、自動血管吻合器及受力回饋系統也將增加手術的品質，也許再過一個世代，達文西機器手臂執行開心手術將變的非常普遍。

專題企劃：心臟新科技

下肢動脈阻氣球擴張、支架及複合

外

周邊動脈阻塞性疾病（PAOD-Peripheral Arterial Occlusive Disease）由於動脈阻塞造成血流不通，導致肢體缺血，進而末端組織壞死。肢體缺血症分慢性肢體缺血症及急性肢體缺血症。慢性肢體缺血症好發於老年人，有可能導致急性肢體缺血症，此病症發生4-6小時後，就可能出現肌肉壞死，超過8-12小時難以復原，嚴重時則需要截肢。

下肢周邊動脈阻塞性疾病在臨床上的徵兆，依嚴重度分為四種等級：1. 無症狀；2. 間歇性跛行：正常情況下行走一段路後，小腿出現疼痛狀況而導致跛行，甚至無法繼續行走，疼痛通常會在休息後減輕或消除；3. 休息性疼痛：休息狀態時，下肢末端仍感到麻木、刺痛或冰冷，當肢體擡高或平放時疼痛加劇；4. 組織壞死：下肢末端發黑或下肢傷口長期潰爛無法癒合，產生發炎或感染反應。

此疾病大部分皆起因於粥狀動脈硬化

期內接受手術、長期臥床、外傷及長時間搭乘飛機旅行者。報告約3-5%併發肺動脈栓塞。

深部靜脈的治療，有四大目標：1. 避免血栓往近心端擴展；2. 避免急性肺動脈栓塞；3. 避免深部栓塞再復發；4. 避免血栓症候群發生，如瓣膜功能不良、靜脈性鬱血性潰瘍等。

診斷工具：

1. 靜脈血管攝影（venography），這是診斷靜脈栓塞最準確的方法，具有侵入性及不方便性的缺點，常用於血栓治療前後的分析；2. 超音波-是非侵襲性，且方便快捷的診斷工具。文獻報告：對近心端的靜脈栓塞準確度可達95%左右。對

4

醫療大百科

深部靜脈栓塞

外科部心臟血管外科主治醫師 李秋陽

深部靜脈栓塞是一種常被忽略，也不易立即診斷的疾病。發生原因會因部位不同而有區別，上肢深部栓塞，常好發於癌症病患及常需或曾靜脈內置入導管的病人；下肢深部靜脈栓塞，又分近心端靜脈栓塞及遠心端靜脈栓塞二種。

近心端深部靜脈栓塞-上段股靜脈、髂骨靜脈及下腔靜脈稱之。好發於癌症、心衰竭、呼吸衰竭、心肌梗塞、中風或年紀大於75歲以上病患。罹患近心端靜脈栓塞者，易併發肺動脈栓塞、休克死亡。

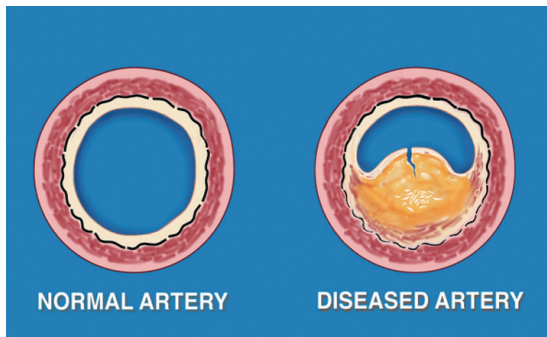
遠心端深部靜脈栓塞-致病的原因為近

血管手術 新發展

阻塞的治療： 置入、繞道手術 式手術

科部心臟血管外科主治醫師 陳沂名

及動脈血栓栓塞造成動脈阻塞，常見致病因子為年紀超過50歲、有心臟病或中風的過去病史、糖尿病、高血壓、肥胖、吸菸、不運動、高膽固醇、家族成員中有心臟病或中風的病史等。



診斷工具如下：1. 上下肢血壓比 (ABI—Ankle Brachial Index)：此項檢查會比較腳踝和手臂的血壓是否有差別，當下肢的血壓低於手臂的血壓時，就可能患有下肢周邊動脈阻塞性疾病；電腦斷層掃描血管攝影術 (CTA)；3. 血管攝影術：治療的目的在恢復下肢血液循環，改善症狀，避

遠心端靜脈栓塞則較不準確；3. 非侵入性、功能性的靜脈功能儀，對於急性期近心端深部靜脈栓塞有90%左右診斷率；4. Pretest score：常用的臨床診斷步驟，目前臨床使用較多的為well score；5. D-Dimer：常與pretest score搭配，用於screen疑似深部靜脈栓塞的病患，二者同時使用可高70-80%左右的準確度。文獻報告：治療過程中，D-Dimer不正常時，有8.9%栓塞復發率；D-Dimer正常時，僅有3.5%復發機率。

依據2008年美國胸腔醫學會臨床治療準則 (ACCP)，目前常用的治療方式如下：

一、肝素治療：分未解離肝素 (unfractionated heparin) 及低分子量肝

素 (LMWH) 兩種。臨床上，考慮投藥安全性、方便性及藥效穩定性、ACCP將低分子量肝素列為首選藥物 (ACCP Grade 1A)，因較不需時常血中濃度監測及較少的血小板不足併發症發生。不論使用何種肝素，急性期治療後，仍需服用口服warfarin治療三個月以上，血中濃度監測INR維持在2.0到3.0間。

治療方式

一、血管腔內治療 (微創手術)：1. 經皮穿刺血管腔內整形術 (PTA)：又稱為氣球擴張術，是將一根接有特殊材質氣球的細小導管插入血管，到狹窄處時將氣球充氣，擴張血管，使血流通暢；2. 支架置放術：作完氣球擴張術後，若血管暢通程度依然不佳，可置入金屬支架。這是一種管狀金屬網，能張開支撐阻塞的血管內壁，讓血管保持暢通。

二、血管繞道手術：以人工血管或使用自己的靜脈，繞過狹窄點連接兩端相對暢通的動脈。如股-股，股-髖繞道手術。

三、複合式手術：結合血管腔內治療及血管繞道手術，如髂動脈支架置入術後再行股髖動脈繞道手術或先行股髖動脈繞道手術在同時行膝下動脈氣球擴張術。

微創手術的治療效果

一、併發症：發生比率約為3%-5%，最常發生的狀況為出血。較危急的併發症，包括有急性血管栓塞、動脈剝離、血管破裂等，甚至導致手術後急性組織壞死及緊急截肢。另外，較後期的併發症需後續再手術的有假性動脈瘤、動靜脈瘻管等。

二、長期通暢率：髂動脈支架置入手術一年通暢率約95%，三年的暢通率約75%；股膝動脈支架置入手術一年通暢率約81%，三年的暢通率約62%；膝下動脈支架置入手術一年通暢率約80%，三年的暢通率約41%。

三、非侵入性、功能性的靜脈功能儀，對於急性期近心端深部靜脈栓塞有90%左右診斷率；4. Pretest score：常用的臨床診斷步驟，目前臨床使用較多的為well score；5. D-Dimer：常與pretest score搭配，用於screen疑似深部靜脈栓塞的病患，二者同時使用可高70-80%左右的準確度。文獻報告：治療過程中，D-Dimer不正常時，有8.9%栓塞復發率；D-Dimer正常時，僅有3.5%復發機率。

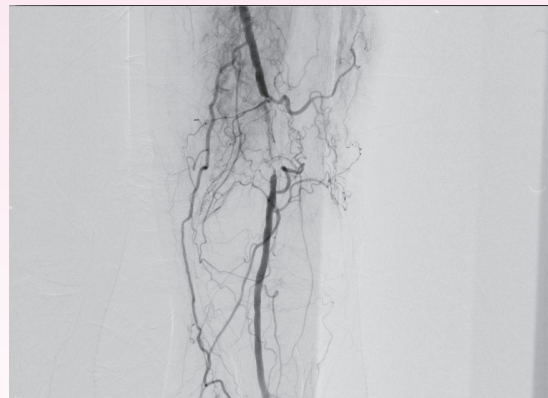
二、Xa因子和直接凝血酶抑制劑：Warfarin-1950年代以來的抗凝血藥物，預防或治療靜脈血栓及肺栓塞，易受食物或藥物影響血中濃度。

三、血栓溶解劑：深部靜脈栓塞經肝素治療後，仍有約50%病患於2-3年併發血栓後症候群、臨床症狀、腫脹麻痛、血管瓣膜受損、血流逆流、靜脈壓上升，造成皮膚色素沉澱潰瘍及跛行。據報告，肝素血栓溶解率約在40-60%左右，血栓溶解劑可達80-90%的血栓溶解率。

目前最普遍較安全投藥方式是導管置入、血栓中直接投藥溶解方式 (CDT)，血栓溶解率可達80-90%左右，併發出血風險約2-5%左右。

三、對傳統手術風險高的病患，不啻為另一種治療的選擇。

動脈硬化為全身性及進行性疾病，請注意養生之道。良好的飲食習慣，包括少鹽、少糖、少吃高蛋白、高熱量及高膽固醇食物；戒菸、常運動、維持理想體重、常保愉悅心情等，以確保血管健康。



▲大腿淺股動脈100%阻塞



▲支架置入手術後完全通暢

四、藥物-器械血栓清除術：於血栓部位，直接使用血栓溶解，溶解血栓再使用Angiojet藉由白努力定律抽吸血栓。據文獻報告，血栓溶解溶可達九成以上，出血風險同CDT一般。其他方式，血管腔內血栓清除術，血栓清除八至九成左右。

五、下腔靜脈傘架置放 (IVC filter)：對反覆性深部靜脈栓塞、肺栓塞，無法使用抗凝血劑者，可置入下腔靜脈傘架治療。

六、血管成型術及支架：將近3-4成深部靜脈栓塞病患，有合併血管狹窄阻塞或先天異常疾病，造成下肢腫脹、反覆性深部靜脈栓塞。

對靜脈栓塞病患，在使用血栓溶解劑治療 (CDT) 後，須同時進行血管攝影，以排除血管狹窄或阻塞。如發現則可藉由血管成型術積極治療，避免栓塞後併發症產生。目前本院心臟血管外科正積極朝此治療方向，以造福病人。甚至對罹患數個月或幾年以上的深部靜脈栓塞，亦可藉由整合治療方式，重新暢通阻塞血管，改善功能，提昇病患生活品質。

5

醫療大百科

單一心室的階段性手術治療

外科部心臟血管外科主治醫師 吳飛逸

正常人為二心房二心室，因心室中膈沒有將兩個心室確實隔開，導致只有一個心室，或二尖瓣膜、三尖瓣膜閉鎖，或左心室、右心室不明原因的發育不全皆稱為單一心室，此類患者常合併有大血管（即主動脈與肺動脈）的位置異常轉位和其他的心臟結構異常。

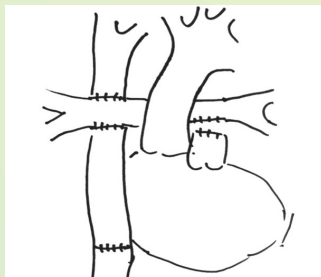
單一心室是一群先天性心臟病統稱，範圍很廣，只剩下一個有功能的心室都算是單一心室，成因不清楚，可能與基因染色體異常或遺傳有關，發生率低於萬分之一，為罕見疾病，盛行率佔先天性心臟病的7%-8%，大多是以喘、發紺、發育遲緩症狀呈現，長大後會出現心衰竭、心律不整。

病童一出生若合併肺動脈嚴重狹窄或發育不全，臨床上會產生發紺現象，此時需施行鎖骨下動脈至肺動脈的人工血管接合，以維持病患的血氧值。由於接合的人工血管不會隨著病童長大而變粗，時間久了一樣會造成肺血流不足及發紺症狀，故在病童六個月到一歲間肺動脈已經長大到一定程度，則需施行第二階段手術。若病童一出生無肺動脈狹窄，造成肺部血流過多，必須施行肺動脈窄縮手術，保護肺臟，以避免長期的肺高壓，產生不可逆的肺血管組織纖維化病變。

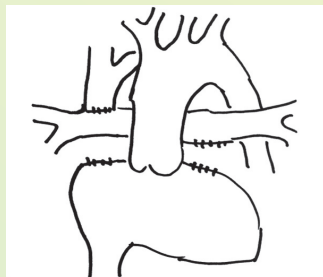
第二階段為上腔靜脈至肺動脈的接合，並將第一階段的人工血管移除，此階段的目的是減輕心臟的負擔，改善血氧。由於上半身靜脈回血是依靠重力導向肺部，故術後的照護要儘早拔除呼吸管，頭部儘量抬高，以及減少肺壓，避免肺部感染。術後病患血氧會有明顯改善，由於是自體血管相接，故相接的血管會隨著年齡而變大，臨床上可維持一定時間不會喘或明顯發紺，但由於血管只接半套，病患在二、三十歲時，還是會漸漸出現心衰竭、心律不整、肺高壓、發紺等症狀。目前建議在病患心臟功能良好、肺壓不高時，就接受全套的第三階段手術，若直到有喘、發紺、心衰竭症狀出現後再手術，則不但手術的風險較高，恢復期較長，而受損的心臟功能也不易再回復改善。



▲第一階段：鎖骨下動脈至肺動脈瘻管接合



▲第二階段：上腔靜脈至肺動脈的分流



▲第三階段：下腔靜脈至肺動脈的分流

等病患到二到四歲時就需施行第三階段手術，將下腔靜脈接至肺動脈，等於將全套的靜脈血皆引導到肺動脈，僅存的心室就只負責將含氧血供給到全身，缺氧血就經由手術接合的血管流到肺動脈進行過濾及交換氧氣的動作。此一階段為最終的手術，目的是可完全分離含氧血及缺氧血，病患術後的血氧可獲得顯著改善；另一方面也大幅的減輕心臟負擔、減少心衰竭及心律不整的機率。術後低肺壓的維持則是照護的重點，也應避免吃太油膩食物。

總之，先天性單一心室常規治療需分別接受三個階段的手術，第一階段為鎖骨下動脈至肺動脈瘻管接合、第二階段為上腔靜脈至肺動脈的分流、第三階段為下腔靜脈至肺動脈的分流。若不予治療，病童會因持續性發紺及心臟擴大衰竭導致死亡，往往活不到成年。儘早手術及規劃性的階段手術，除可明顯改善症狀，減少住院天數，且降低手術的風險。

主動脈疾病之微創治療新趨勢

外科部心臟血管外科主治醫師 陳柏霖

主動脈是人體最大條之動脈，負責將血液由心臟運送至全身所有組織及器官，依其經過之部位，分胸主動脈及腹主動脈。常見主動脈疾病，包括主動脈瘤、主動脈剝離、主動脈壁內血腫、穿透性粥狀動脈硬化潰瘍等。罹病危險因子，包括高血壓、動脈硬化、抽菸、年齡、男性等。雖主動脈疾病並不常見，一旦發生破裂，常會造成大出血而危及性命。

傳統主動脈疾病手術治療，依部位不同，有正中開胸、側胸開胸、正中剖腹、側胸加正中剖腹等方式，加上以人工血管置換病變部位之主動脈。雖術式有所不同，共同特點是傷口大、手術時間長、病患恢復較慢，且術後可能產生出血、感染、無法脫離呼吸器、腎衰竭等併發症。

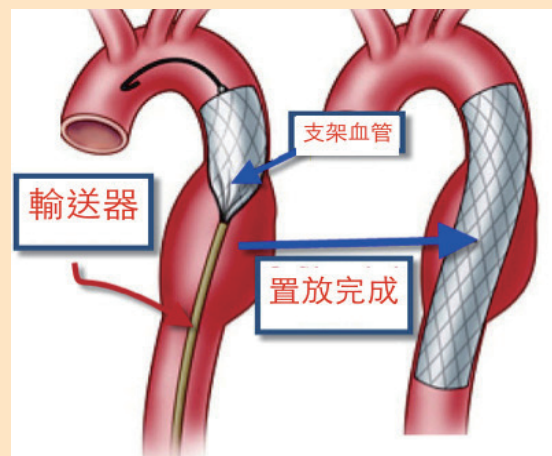
自從1990年阿根廷醫師Juan Parodi成功在人體執行第一例血管腔內主動脈支架血管置入手術後，此微創手術方法，徹底改變主動脈疾病治療方式。

主動脈支架血管包含三項基本構造：輸送器、主體、延伸物。輸送器可將直徑24-46 mm的支架血管主體或直徑10-28 mm支架血管延伸物限縮在14-24 French（4.67-8 mm）的外鞘中，藉著表面親水塗層幫助，經股動脈（最常使用之部位）將支架血管送入至定位將之釋放，釋放完成後，支架血管會自我擴張，靠著近端及遠端固定於主動脈上，從而將病變部位之主動脈隔絕在主動脈的血流和壓力外（如圖）。

微創主動脈血管支架手術在國內外已有許多大型研究，證實有很高的手術成功機率，與傳統手術比較，可降低術後30天之心臟、肺臟、腎臟併發症、較少的出血、較短的加護病房停留時間，且能較快回復正常生活。但支架血管手術長期仍有移位和滲漏風險，與傳統手術比較，亦有較高再次手術處理併發症的機率。故術前仔細評估（主要為注射顯影劑之電腦斷

層）、選擇合適的主動脈血管支架，為手術成功之關鍵。

民國99年2月起，健保通過給付腹主動脈支架血管；民國100年6月，再通過胸主動脈支架血管之給付，對符合條件之病患，可省下數十萬費用。本院心臟血管外科團隊，在主動脈支架血管手術經驗及數量，無論是全國或全亞洲，均居於領先地位，每年亦有數十位亞洲各國醫師至本院學習。民眾若有相關問題，可至本院心臟血管外科門診諮詢。



▲主動脈支架血管手術示意圖

彈性襪的正確使用

心臟血管外科護理長 王靜慧

58歲的鄭先生因靜脈曲張施行過雷射手術，醫師囑咐回家後須穿著彈性襪，以預防靜脈曲張再發。鄭先生焦慮的問護理師：「什麼是彈性襪啊？」、「回家後我該怎麼穿？有沒有要注意什麼？」

彈性襪是一種用來輔助下肢靜脈血液回流的用品，經常使用於長期臥床病人以預防血栓形成；工作性質須久站或久坐者，穿彈性襪則可緩解下肢的腫脹不適，甚至預防靜脈曲張；臨床上，因靜脈曲張進行雷射或手術治療後，也須穿著彈性襪，以確保治療效果及預防再發。可見彈性襪使用的時機非常多，從預防血栓形成、靜脈曲張發生到周邊靜脈疾病治療後的持續照護。因此對病人或一般民眾而言，彈性襪已是常見且普遍在生活中使用

的用品。

彈性襪雖已是很多人生活中的必備品之一，但在使用時仍有許多注意事項須了解：首先必須先選擇適合自己的彈性襪，彈性襪種類分小腿型、大腿型及褲襪型。除材質可由個人喜好選擇外，所需長度、尺寸也因個人身形而不同；對彈性襪彈性磅數則須視個人使用目的而有所差異。若單純為預防血栓形成或靜脈曲張，可使用彈性磅數較低的產品；若為周邊靜脈疾病治療後之後續照護，則須依醫師的醫囑，選擇正確彈性磅數的彈性襪，一般會較預防用途之彈性襪彈性磅數高。

再者，彈性襪的穿著也有其特別之處：在穿彈性襪前，使用者須平躺並將雙腿以枕頭擡高15分鐘，在下床前將彈性

襪穿好。穿的方式，首先將襪子由大腿捲向腳尖端，再將襪子套入腳部，對齊腳趾處，再將襪子拉至腳踝，注意調整襪子的足跟處對準使用者的足跟，接著以平穩的力道，每次往大腿的方向拉高2吋直到穿著完成，過程注意不能有皺摺產生(尤其在關節處)，以免因壓力不平均影響血液循環。脫彈性襪的方式是將頂端外翻後，由上往下緩緩脫下來，脫下彈性襪後仍須擡高腿部15分鐘，以避免靜脈因壓力突然解除而充血鼓脹。在穿著彈性襪期間，若有下肢末梢麻、痛、冰冷等情形，請先中止穿著，並尋求醫師或產品諮詢。

彈性襪的材質因具彈性，所以清潔時須用手清洗，不宜使用洗衣機、烘衣機，否則會因機械扭力而破壞彈性；另外陽光、熱水、漂白劑也會破壞彈性襪的彈力纖維，因此僅須以中性肥皂清潔，冷水或溫水沖洗，勿扭乾，可以乾毛巾吸去水分，置於陰涼處晾乾；平時存放時，也要避免置於高溫或陽光直接照射的地方，方可使彈性襪有較長的使用壽命。



問：健康檢查結果均正常時，是否表示身體很健康？

答：檢查結果均正常時，表示所檢查出的數值落在「一般人正常值」範圍，可能真的體內沒有潛在疾病；也有可能已有疾病，因變化太輕微，以致於檢查不出。為減少這狀況發生方法：1. 定期接受「健康檢查」：再怎麼精確檢查，都會有限制與靈敏度死角。因此，定期「健康檢查」可提高檢查準確率，了解自我持續性健康狀況；2. 注意日常身體警告信號：有一些疾病可靠自我日常檢查與注意而發覺，如乳癌，就可藉平日定期乳房自我檢查，查

看是否有腫塊，以期早日發現病變。所以在健康檢查時，也可適當提出自我發現身體變化狀況，以供醫師診斷時參考。

內科部胃腸科主治醫師 王盈文答覆

王盈文醫師檔案：

現職：1. 臺北榮總內科部胃腸科主治醫師

2. 國立陽明大學兼任講師

學歷：國立陽明大學醫學系畢業

專長：內科學、胃腸科學、肝臟學

門診時間：

星期一至上午胃腸科第8診（診間代碼：00408）

星期二下午胃腸科第7診（診間代碼：10407）

問：醫師開立止咳糖漿，味道很甜，裡面加些什麼？熱量會不會很高？

答：口服溶液若含高濃度蔗糖或其他糖類，慣稱為糖漿。甘味劑可遮蔽藥物的

不良氣味，增進服藥時愉悅的感受。天然甘味劑蔗糖及果糖含有熱量，會引起血糖上升，亦會增加齟齬風險；甘油為口服液劑常用之助溶劑，亦屬甘味劑之一種，含有熱量，但不影響血糖。

Cough mixture®（鎮咳祛痰）、Medicon® syrup（滅咳康）、Secorine® syrup（息咳寧）及Unitussin® syrup（佑咳露）含蔗糖濃度較高，依照一般成人建議劑量計算每日攝取熱量（蔗糖1g以4大卡計算）如下：Cough mixture® 每日3次每次5-15cc相當於18-54kcal；Medicon® 每日18-24cc為50-67kcal；Secorine® 每日3-4次每次10cc為66-88kcal；Unitussin® 每4小時1次每次10-20cc則高達132-264kcal，不容小覷。

藥劑部藥師 許家禎答覆

財團法人惠眾醫療救濟基金會103年03月份捐款芳名錄

春文基金會 1,828,076 元；立治濟貧基金 453,075 元；財團法人南山人壽慈善基金會 300,000 元；劉南庭、喬觀潔、許紹華、麥淑媛各 50,000 元；臺灣和民餐飲股份有限公司 44,407 元；王黃月麗 39,000 元；金淼、陳進發、游春子、詹進益、顏信淵、關小姐各 20,000 元；合作金庫 14,195 元；臺北內湖碧霞宮、何明裕、李宜芳、李怡蓉、施喜代、胡湘貞、徐美玲、張小珍、許淑惠、楊佩青、羅文良各 10,000 元；范中和、許湘玲各 8,000 元；游婷竹 6,200 元；無名氏、馮正義、潘石玉各 6,000 元；陳世雄 5,020 元；徐甄培、張博彥、許瑋宏、陳明德全家、黃海玲各 5,000 元；袁育銓 4,000 元；吳易凡吳易薇時素秋等 3,200 元；丁若貞、方俊雄、王園英、黃麗雯楊景川等、楊雲琴各 3,000 元；吳金等 13 名、李孫香媛李周復等、徐乙仁、徐廖和、高明凱、莊天財、陳瑜嬪、黃千代等 7 名、虞馥榛、羅國珍各 2,000 元；張德瑋、蕭淵元各 1,200 元；陳塗等 11 名 1,100 元；陳何碧靜 1,015 元；李怡潔、李欣珉、李欣憶、李勁達、李惠齡高啟哲高筠黎高志聖等、林育永、林通榮、邱美齡、邱慶宗、郎明寬、郭麗玉、陳文郁、陳俞傑、黃國倫、楊進鎰、雷嘉偉、廖勇廖振祺廖林秀霞等、趙國丞、潘自強各 1,000 元；張謝糖 800 元；鄭麗卿鄭韋等 700 元；李財明等 6 名、沈永發、陳弘育各 600 元；尤姿樺、何金蒿、吳玉梅、李碧霜、林合宏、林美蓉、林迦南、林榮鏞、洪文哲、洪秀秦、洪林秋涼、紀隆華、高啟哲高筠黎李惠齡高志聖等、高稜涓、康興邦、梁嘉馨、許清愈、連宏昌、郭克平、郭雲祥、陳淑真、彭陳月女、黃啟育、蔣春妙、簡序和、蘇志明各 500 元；張婕、黃秋林、漢堡王各 400 元；朱孝篤、吳秀卿、沈淑敏、陳昆義、黃也茴、楊斯捷、蔡慧玲、鄭雅惠、鄭聰明、蕭廷睿各 300 元；王天海、王滿尉、吳陳水雲、汪麗麗、林郁芹、林瓊櫻、唐先見、唐先媛、唐亞岐、唐啟國、張靜莉、梁幼明、陳文姚、陳許冬菜、劉晁瑋、鄧美霞、簡淑芬各 200 元；王建沘王萬利王林酸等 148 元；李素真、李欽中、周馥蘭、封宜君賴威樵賴品銓等、曾素蘭、善心人士、黃淑妃、黃淑珍各 100 元；臺北榮民總醫院員工愛心百元捐款 65,900 元，捐款總計 3,335,436 元。

7

護師齊把關 全民保健康

讀者文摘信譽品牌金獎



本院連續8年榮獲讀者文摘信譽品牌金獎，2014年頒獎典禮，日前假臺北君品酒店舉行，由李發耀副院長代表領獎。

賀 李鶯喬 榮升精神部主任

- 學經歷
- ◆國立臺灣大學醫學院醫學系
 - ◆臺北榮總精神部社區復健精神科主任
 - ◆國防醫學院醫學系精神科臨床教授
 - ◆學術著作及專業發表 170 餘篇
- 專長
- ◆ 精神醫學
 - ◆ 復健精神醫學
 - ◆ 兒童青少年精神醫學
 - ◆ 變性慾症個案之評估與精神治療



醫療生力軍-新進主治醫師



朱思穎醫師檔案：

現職：1.臺北榮總皮膚部主治醫師
2.國立陽明大學講師

學歷：1.國立陽明大學醫學系畢業
2.國立陽明大學臨長醫學研究所博士班進修

專長：一般皮膚病、異位性皮膚炎、蕁麻疹、落髮、癬



劉慕恩醫師檔案

現職：1.臺北榮總精神部主治醫師
2.國立陽明大學講師

學歷：1.國防醫學大學醫學系畢業
2.高雄醫學大學醫學遺傳研究所碩士
3.國立陽明大學腦科學研究所博士班進修

專長：失眠、焦慮、憂鬱、思覺障礙、精神遺傳學、腦影像學、老年記憶障礙、老年癡呆

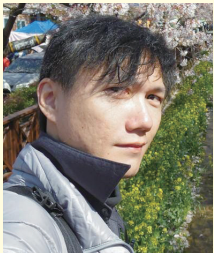


郭怡敏醫師檔案：

現職：臺北榮總麻醉部主治醫師

學歷：1.臺北醫學大學醫學系畢業
2.國立陽明大學生物學研究所博士班進修

專長：一般麻醉、神經生理學



梁秉強醫師檔案：

現職：臺北榮總急診部主治醫師

學歷：中國醫藥大學醫學系畢業

專長：ACLS 指導員、急重症醫學



胡耿華醫師檔案：

現職：臺北榮總麻醉部主治醫師

學歷：1.中國醫藥大學醫學系畢業
2.國立陽明大學生物醫學資訊研究所學資訊組碩士班進修

專長：一般麻醉、重症麻醉、鎮靜麻醉

人事動態

	姓 名	邱春旺
	現 職 稱	內科部心臟內科主任 (103/07/01 起生效)
	原 職 稱	高雄榮總心臟血管醫學中心主任
	學 歷	1.國防醫學院醫學系畢業 2.美國印第安那大學醫學院心臟內科研究員
	教 職	國立陽明大學內科助理教授
	專 長	節律器及體內去顫器之置放、心電生理學、電氣燒灼術、心臟自律神經系統

	姓 名	劉俊煌
	現 職 稱	腫瘤醫學部藥物放射治療科主任 (103/07/03 起生效)
	原 職 稱	內科部血液科主治醫師
	學 歷	1.臺北醫學大學醫學系畢業 2.國立陽明大學臨床醫學研究所博士 3.美國德州大學 MD 安德遜癌病中心分子病理部進修 4.美國紐約羅徹斯特大學 Genesee 醫院血液腫瘤科進修
	教 職	國立陽明大學內科教授
	專 長	內科、血液科、腫瘤內科、血液及骨髓移植

	姓 名	顏鴻章
	現 職 稱	1.國際醫療中心主任 (103/06/23 起生效) 2.醫療品質管理中心主任
	原 職 稱	急診部主治醫師
	學 歷	1.中山醫學大學醫學系畢業 2.國立陽明大學臨床醫學研究所博士 3.美國芝加哥急救醫學中心研究員
	教 職	國立陽明大學醫學院急重症醫學研究所專任副教授
	專 長	急診醫學、重症醫學、毒物學、內科學