

輝瑞杏苑



No. 10
2016年12月號



醫林點滴

創院一甲子

臺北榮總張德明院長：活化管理，追求卓越

恩主公醫院吳志雄院長：找回創院榮光

花蓮慈濟風濕免疫科主任蔡世滋：
眾生痛苦，成就醫者令名

輝瑞動態

RA 病友 六成未與醫師討論治療目標

社會責任

為獨居長輩送暖

焦點話題

台灣臨床試驗大未來

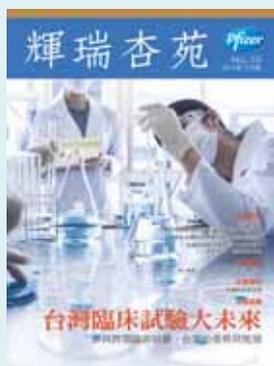
參與跨國臨床試驗，台灣的優勢與瓶頸

類風濕性關節炎患者 外出遠行不再是夢想

請立即諮詢醫師 幫助您從此行動不設限



CONTENTS



發行人：林達宗
編輯群：企業公共事務暨市場開發處
發行所：輝瑞大藥廠股份有限公司
地址：新北市淡水區中正東路2段177號
電話：(02)2809-7979

發行絮語

- 2 臨床試驗
病人的福音，醫療產業的機會

焦點話題

- 4 台灣臨床試驗大未來
- 培育中高階人才 跳脫代工
- 制度審查太慢 有待改善
- 8 機會與挑戰 台灣臨床試驗尖兵
- 臺大醫院臨床試驗中心
- 中國醫藥大學附設醫院臨床試驗中心
- 高雄醫學大學附設中和紀念醫院臨床試驗中心

醫林點滴

- 14 邁向創院一甲子
張德明：臺北榮總活化管理 追求卓越
- 18 中國醫藥大學北港附設醫院
吳錫金：雲嘉沿海地區健康守護者
- 22 吳志雄：恩主公醫院 找回創院榮光
- 26 蔡世滋：四十年病醫路樂在其中
- 30 走過四十年醫道 林楨國悟出良醫條件
- 34 沈麗娟：從藥學專業化
談台灣藥學發展與未來
- 38 陳志道：戒菸難？
- 42 盧介祥：助糖友揮出精彩人生
- 46 藍祚鴻：文學與精神醫學 藝術與毀滅之間
- 50 社區的好鄰居 健維守護四高病患

輝瑞動態

- 54 2016 台灣輝瑞的肯定與榮耀
- 55 RA病友 6成未與醫師討論治療目標
流感季 疫苗保護不可少

社會責任

- 56 寒冬送暖長輩購物樂開懷
歲末時節與平溪長輩共圍爐
- 57 用愛串起兩代情

臨床試驗

病人的福音，台灣醫療產業的機會

2016年4月底衛福部與大陸藥監總局共同宣布，兩岸臨床試驗合作正式啟動，未來將以兩岸各自四家醫院，作為新藥開發臨床試驗基地，未來兩岸藥商可以此八家醫院的試驗數據，互相申請對岸的藥證。本期杏苑焦點話題針對此臨床試驗合作，採訪產官學界專家，從不同角度提供不同的看法與建議，其中包括長期參與臨床試驗計畫的台大校長楊泮池、財團法人醫藥品查驗中心副執行長林志六；同時，也特別走訪台大、中國附醫及高醫的臨床試驗中心，希望從各臨床中心的實際運作狀況，深入了解台灣將如何發揮既有的優勢成為亞太新藥研發的樞紐和臨床實驗中心的重點國家，同時未來將面對哪些挑戰。

今年台灣輝瑞獲獎連連，榮獲首屆國家人才發展獎、勞動部評選之工作生活平衡獎優良企業、也獲評為台灣最佳雇主；更蟬連由Cheers雜誌主導的新世代最嚮往企業調查中百大企業唯一進榜的外商藥廠。人才的培育發展，一直都是台灣輝瑞最重視的企業文化之一，我們長期在組織內發展多元化的人才培育方案，推動終身學習的思維，讓員工在工作中學習成長，並推動人才國際化的作法，以期企業人才貢獻於社會，增加國家產業競爭力。

此外，台灣輝瑞長期與弘道老人福利基金會合作，除了提供服務經費的支持，每年於歲末年終更集結同仁、家屬的力量，以實際行動陪伴獨居長者採購年貨、清理家園並圍爐過年，希望透過這些努力讓獨居長輩感受社會的溫暖。日前以「寒冬送暖 - 關懷獨居老人」公益活動榮獲 2016 亞洲企業社會責任獎，是台灣生物製藥業中唯一獲獎之企業。



輝瑞大藥廠
成熟市場區域總裁暨台灣總裁

林達猷



肺炎為全台第**4**大死因！

平均每**50**分鐘就有一人死於肺炎！

聽肺臟之炎**立即諮詢醫生！**

預防肺炎有效的方式



您知道嗎？下列三項為感染肺炎的危險因子：

- 65歲以上成年人
- 氣喘、糖尿病以及心血管疾病等慢性疾病患者
- 吸菸

Reference:
1. 衛生福利部103年國人死因統計結果 http://www.mohw.gov.tw/CHT/Ministry/DM2_P.aspx?f_list_no=7&fo_d_list_no=5313&doc_no=49778
2. available at <http://www.cdc.gov/Features/Pneumonia/>



李慶雲兒童感染暨疫苗發展醫學文教基金會
Li Qingyun Children Infected with vaccine development-cum-Medical Foundation



PRV-DC-1509024

台灣臨床試驗大未來

前陣子，浩鼎解盲失敗掀起波瀾，但看在臨床研究人員眼裡，一個新藥上市與否，必須經過層層關卡，其中20-30%會失敗，對研究人員而言，可以從失敗中看到另一個曙光。

臨床試驗是新藥上市的最後一關，參與跨國臨床試驗，可為等待治病良藥的病人帶來契機，更是台灣醫療產向上提升，與國際接軌的機會，。

過去台灣臨床試驗是亞洲國家的領頭羊，近10年，韓國策略性發展臨床試驗產業，早已超越台灣；這幾年，中國、泰國、菲律賓也將把「臨床試驗」當成重點產業發展，在環敵強伺下，台灣臨床試驗利基在哪裡？

■ 文字 / 邱玉珍 ■ 攝影 / 嚴偉達

培育中高階人才 跳脫代工

楊泮池 台灣大學校長



去年統計發現，台灣臨床試驗能量品質排名亞洲第三，第一名是中國，韓國第二。

「台灣雖小，臨床試驗的『質』卻不輸其他亞洲國家。」長期參與臨床試驗的臺大校長楊泮池信心滿滿地表示，就「量」而言，台灣確實拚不過大陸、韓國，但就「質」來說，台灣是國際藥廠眼中的優等生。

2014年在台獲健保給付的非小細胞肺癌藥「妥復克」就是一例。這是針對EGFR基因突變肺癌的新藥，在20多國進行跨國臨床試驗，台灣在第二期加入時由臺大醫院腫瘤部主任楊志新主導，當時全球要收129名病人，光台灣就收104人，占8成；在看到台灣做的臨床試驗報告後，美國FDA派人到台灣審查，發現實驗結果幾近零缺點。楊泮池自豪地說，妥復克是全球第一個台灣TFDA率先美國FDA核准上市的藥；肺癌第三代標靶藥物AZ9291跟妥復克採同樣模式。

台灣在肺癌、肝癌、胃癌等癌症研究，在國際上佔一席之地。楊泮池強調，台灣13家醫學中心參與臨床試驗合作聯盟，共有2萬5800張病床參與，可與國內外藥廠合作，甚至同一種藥可在多處同步執行，是一大特色。

臨床試驗合作聯盟主要針對13種華人好發疾病進行研究，分成13個試驗聯盟，包括肺癌、胃腸疾病、乳癌、心血管、婦科癌症、精神疾

病等常見疾病。聯盟採跨院合作，不同單位的醫師仍能依同一套資訊系統，收集病人的基因資料、追蹤病人用藥情形，代表台灣醫界具有國際競爭力。

以2015年為例，全台就有數百名醫師和研究員執行548項臨床試驗，13萬名病人參加，創下新高。楊泮池強調：「台灣臨床試驗合作聯盟有一個特色，就是成立全球唯一倫理審查委員會，共同審查臨床試驗計畫，可節省相當



多的時間，大約20個工作天就審查完畢。」相對於韓國、大陸傾國家之力，有策略的發展臨床試驗，楊泮池相信，台灣仍具有競爭力，但需多方面的配合，包括如法規、制度上應更有彈性、尊重專業，規則一旦訂下來，大家按規則走，不要有模糊空間，避免造成不必要的困擾。

此外，楊泮池認為，由於台灣醫學中心家數多，病人樣本數充足，政府應把「臨床試驗」，當成醫學中心需具備的能力。醫學中心不應以只看「績效」，研究能力及人才的培訓也很重要，「台灣要更具有競爭力，應培育中

高階臨床試驗人才，擺脫代工。目前台灣臨床試驗人才不足，只能做較底層的工作，楊泮池計畫在相關科系學程增加教育學程及碩士學程，如法規、藥物開發研究、統計、資訊等，讓台灣在臨床試驗領域更具競爭力。

有進步但仍需努力

2015年台灣參與跨國臨床試驗排名全球25名。楊泮池說，世界排名25非常不簡單，這是過去大家努力成果，未來兩岸臨床試驗相互認證後，對台灣來說是一個契機，應再加把勁，不然很快就會被中國、泰國迎頭趕上。



制度審查太慢 有待改善

林志六 財團法人醫藥品查驗中心副執行長

站在半官方的角色看台灣臨床試驗發展，財團法人醫藥品查驗中心副執行長林志六認為，台灣醫療水準一直以來都是國際大藥廠眼中的「優等生」，台灣參與許多跨國臨床試驗，並擔任國際臨床計畫總主持人，顯見台灣臨床試驗可信度高，可跟國際接軌。

但在法規制度上，林志六坦言：「跟國際有些落差。」以電子病歷為例，目前國際間在推動受試者同意書電子化，節省紙張及時間；但國內現行法規規定，受試者同意書一定要用書面。他強調：「世界一直在變，面對快速發展、競爭的產業，應修改不合時宜的法規或制度，才能與國際接軌。」

礙於民情的不同，台灣TFDA在審核新藥臨床試驗計畫上，速度遠不及韓國、中國、澳洲，而依據美國FDA規定，國際藥廠進行新藥人體臨床試驗送件30天內，沒有收到任何回覆，表示同意業者進行臨床試驗。日本及韓國均已採用美國模式，加速審核效率；台灣則規定藥廠送件後，一定要拿到主管機關的核准公文，才可以開始收案進行臨床試驗——多一紙公文，可能就要多耗費十幾天，甚至更久。

晚10天收案有差嗎？林志六認為關鍵不在天數，而是「可預測性」。美日韓的模式，廠商提出申請時可預知甚麼時間點可以獲得核准，可以預先安排後續作業。台灣的作法，表面上

平均天數只多了10、20天，但由於無法預知何時會核准，難以規畫安排，是影響台灣競爭力的最重要因素。

行政效率待加強外，欠缺專業人才也是目前台灣面臨的困境。臨床試驗不只需要醫師投入，還需要其他專業人才。林志六強調，臨床試驗步驟非常繁瑣複雜，跟一般常規醫療有很大的不同，「以抽血為例，看似簡單，其實一點也不簡單，比如病患服藥後多久要抽一次血，需要符合計畫規定，不容許出錯，否則整個研究完全泡湯。」

這些工作需要經驗的護理人員接受額外的訓練，而目前台灣只有臨床護理師，沒研究護理師制度，有些醫師用研究助理取代，但薪水

普遍偏低，難以吸引人才投入。

在國外，研究護理師有專業認證，薪水待遇跟臨床護理師差不多，甚至更高。林志六建議「政府推動研究護理師專業認證，訓練更多中高階人才，帶動臨床試驗產業的發展。」

臨床試驗也存在風險，參與的民眾得承受難以預測的副作用。「雖然有風險，但每個發展中的國家都會積極參與。」林志六解釋，臨床試驗最終目的是促進醫療進步，讓更多新藥上市挽救病患的生命。

台灣發展臨床試驗已20多年，林志六認為，我們不應以既有的成果為傲，該走出去多看看其他國家的發展。不只中、韓，這幾年東南亞國家也衝得很快，台灣不應再自我陶醉，以井窺天。



兩岸臨床試驗合作下的策略思考

李宜珊 輝瑞全球產品發展部 亞洲區臨床試驗中心管理總監

今年4月底衛福部與大陸藥監總局宣布，兩岸臨床試驗合作正式啟動，正式承認在兩岸醫藥衛生合作協議框架下，臺

大、北榮、三總、林口長庚等4家醫院，所執行的藥物臨床實驗數據，可用於大陸的藥證申請；中國則提交北京協和醫院、北京大學第一醫院、上海復旦大學附屬中山醫院、上海交通大學醫學院附屬瑞金醫院等4家醫院。

雖然兩岸「4+4」臨床試驗相互認證之用意將有助台灣成為亞太新藥研發的樞紐及臨床試驗中心，並加速彼此產品在兩地登記的時程，輝瑞全球產品發展部亞洲區臨床試驗中心管理總監李宜珊則指出在實際操作面應從產品發展的策略面做完整評估，藉由在這些認證的試驗中心進行適當的計畫與兩岸衛生主管單位持續良好的溝通來增加核准的成功率。

李宜珊進一步指出，對岸近幾年在臨床試驗法規面逐步調整與國際接軌，同時在品質管理上藉由自查核查來提升整體的臨床試驗品質，其中對於癌症及特殊

疾病用藥的優先審查更增加參與全球同步新藥發展的競爭力。目前許多藥廠都藉由所謂的「中國區域性研究(china regional trial)」來加速產品在中國的註冊，其中中國收案占80%，其他亞太地區20%。雖然台灣可藉由兩岸相互認證後更有彈性的參與此類研究，但台灣應持續爭取參與全球同步新藥發展的研究，進一步累積新藥發展的實力，並早日讓需要的病人在台灣獲得安全又有效的藥物來治療。

正當中國、泰國、菲律賓積極發展臨床試驗產業時，李宜珊認為，台灣在「投資金額(資源)」跟「受試者數量」上無法競爭，但可以藉由台灣在執行上對品質的要求及對試驗設計的建議，讓國際藥廠看到台灣在這方面的優勢。目前台灣較欠缺的是整體新藥開發計畫的人才，包含正確的臨床試驗設計，一顆新藥成功與否？跟臨床試驗設計有關。李宜珊說，很多新藥都是從失敗中學到教訓，也看到一線曙光。目前台灣在新藥開發的價值鏈中已有一定雛型與規模，然而在轉譯醫學方面仍處於探索期，需要培育更多這方面的人才，才有機會成為亞太新藥研發樞紐及臨床試驗中心。



機會與挑戰 台灣臨床試驗尖兵 1

臺大醫院臨床試驗中心

世界一直在改變，尤其科技產業變化速度相當快，面對瞬息萬變的世界，政府必須與時俱進，台灣才有機會。

■ 文字 / 邱玉珍 ■ 攝影 / 嚴偉達

在 跨國臨床試驗裡，臺大醫院一直是國際藥廠的最愛，根據統計，臺大每年執行數百件試驗，超過八成是國際藥廠委託。為何國際藥廠偏愛臺大？臺大臨床試驗中心主任陳建煒這麼說：「因為臺大的品質、數據值得信賴。」

根據臺大臨床試驗中心官網資料顯示，該中心已吸引Pfizer、Novartis、GSK、Boehringer

Ingelheim等國際大藥廠合作，在臺大醫院設立臨床研發中心（Clinical R&D Center）。

新藥研發 為病患尋生機

加入跨國臨床試驗並不是為了「產業」發展，而是為了「病患」權益。

站在醫師的角度，這是為病人找到新的治療方法，如果沒有參與臨床試驗，很多新藥無法上市，病患無法獲取的新的醫療科技救命。過去，臺大醫院在肺癌、肝癌、幽門桿菌、B型肝炎、C型肝炎等研究成果，受到國際重視。

當然，陳建煒也不諱言，推動臨床試驗可以帶動產業發展，很多國家已經把臨床試驗當成重點「產業」發展，如韓國。

「任何有雄心的國家絕對不會放棄生技產業。」陳建煒直言，因為它是所有高科技產業中最賺錢的產業，但相對風險也特別高。絕對不能期望3年就可以回收，必須長達10年以上的投資。

這個產業不是每個國家都玩得起，必須有足夠的醫療水準、專業人才及經費。台灣20年前就開始發展「臨床試驗」，在亞洲國家起步得相當早，但礙於法規、經費、人才等種種因素，這幾年韓國已超越台灣。

「世界一直在改變，尤其科技產業變化速度相當快，面對瞬息萬變的世界，政府必須與時俱進，台灣才有機會。」陳建煒無奈地說，台



Dr's Profile 陳建煒

現職：臺大醫學院教授

臺大醫院醫學研究部主任

臺大醫院臨床試驗中心主任

臺灣大學健康資料研究中心主任

學歷：臺灣大學醫學系（1987）

美國哈佛大學流行病學博士（1992）

經歷：日本獨立行政法人醫藥品醫療機器綜合機構

(Japanese Pharmaceuticals and Medical Devices Agency, PMDA) 顧問 (2011-2013)

美國 UnitedHealthGroup Optum 分公司首席科學家 (2005-2013)

美國哈佛大學公共衛生學院流行病學所專任助理教授、副教授 (1998-2005)

臺大公共衛生學院流行病學研究所專任副教授 (1994-1998)

(資料來源：臺大醫院臨床試驗中心官網，擷取時間 2016/11/22)

灣有很好的醫療水準，但礙於法令以致停滯不前。他說，這幾年台灣有進步，只是進步相當緩慢。

以臺大為例，至今仍能吸引國際藥廠的原因，在於台灣醫療水準高、收費合理、透明化，陳建煒強調，對國際藥廠而言，成本低不是主要考量的重點，最重要的是臨床數據、品質值得信賴，藥品上市時間不會被延誤。

另外一個優勢是，台灣病歷用英文撰寫。陳建煒解釋，國際臨床試驗都是以英文為標準，病歷用英文撰寫，溝通無障礙，方便美國FDA及歐盟審核。中國、韓國、日本等國用自己的語言，審核時需透過翻譯，溝通上不方便，對外商來說沒有台灣來得友善。

這些優勢讓臺大臨床試驗中心受到國際藥廠的青睞，陳建煒也坦言，臺大要成為亞太地區的領航者，仍有瓶頸待突破。目前面臨的困境是，經費有限，無法提高研究護理師薪水，在臺大醫院臨床護理師跟研究護理師薪水有落

差，若經費充裕，也許可以提高研究護理師薪資，吸引更多人投入。

再來就是專業人才的不足。回國3年多的陳建煒說，台灣每年培育不少相關人才，但真正能「學以致用」的人付之闕如。他直言，資源人才的不足，這是目前台灣推動臨床試驗面臨最大的困境。

另，在兩岸醫藥衛生合作協議框架下，臺大、三總、北榮、林口長庚等4家醫學中心被列為首波兩岸互相採認的四大臨床試驗中心之一，陳建煒說，兩岸臨床試驗的相互採認，確實有助臺大臨床試驗中心發展，但大前提是必須在遵從國際GCP的大框架下進行。

中國的GCP和一些試驗的執行方式和國際做法還有一些差別，他也表示，兩岸相互認證最高指導原則是，不能有雙重標準，本土藥廠一套標準，國際藥廠又是另一套標準，須依循國際GCP架構，如此才能縮短新藥上市時程和節省開發成本，讓病人獲得最好的治療。

關於臺大醫院臨床試驗中心

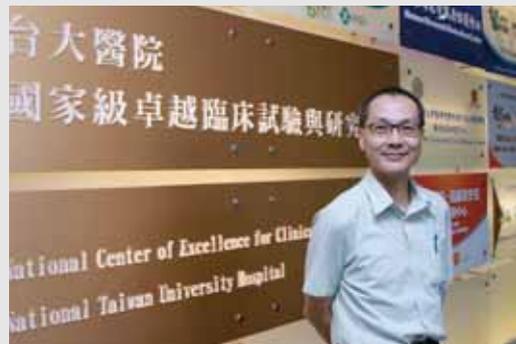
1. 2001年成立，2012年創全台醫院之先，通過「美國臨床研究受試者保護評鑑（簡稱AAHRPP），2015年又再度通過。
2. 每年吸引國內外大藥廠委託協助執行700多件新藥臨床試驗，包括執行50多件新藥第一期（Phase I）臨床試驗研究，並主導40多個國際臨床試驗，擔任國際臨床試驗計畫總主持人、督導委員會委員，為亞太地區創新醫療的重要力量。
3. 2015年度臨床試驗執行亮點

執行740件臨床試驗案

新執行臨床試驗案共229案。

執行中Phase I臨床試驗共74件，其中first in human共9件，first in Asia共6件。

512件國際多中心藥品臨床試驗案。



資料來源：1. 臺大醫院臨床試驗中心官網 2. 臺大醫院臨床試驗中心2015年報
擷取時間：2016/11/22



機會與挑戰 台灣臨床試驗尖兵 2

中國附醫臨床試驗中心

臨床試驗具有走在醫療最前端的神聖使命，更需各領域、具有熱忱的醫師投入研究行列，才能整合台灣生技產業界。

■ 文字 / 李河錫 ■ 攝影 / 盧春宇

建構優質化臨床試驗環境，以參與多國大藥廠啟動的多國多中心臨床試驗來提昇國際競爭力；提供國內外生技產業新藥與新醫材研發所需要的臨床試驗設備、專業人才與經驗；鼓勵醫師與生醫研究學者自行發起臨床試驗與研究都是中國醫藥大學附設醫院(China Medical University Hospital, 以下簡稱 CMUH) 成立臨床試驗中心最主要的目標。

CMUH邀請長期投入腦中風研究、旅美期間曾參與或主持30多項國際性大型臨床試驗計畫的許重義教授主導臨床試驗中心，2010年CMUH臨床試驗中心獲選為衛福部補助之全國6所「卓越臨床試驗中心」之一，此後新開發或受理委託的臨床試驗案年年增加，短短6年內臨床試驗與研究案從2011年的249件激增了三倍多，達到2016年的830件，成效卓著。

CMUH在2013年向「美國人類研究保護計

畫認證協會 (Association for the Accreditation of Human Research Protection Programs, AAHRPP) 」申請認證，歷經一年多努力，在2014年取得全面認證 (Full Accreditation)。AAHRPP是國際最高水準的受試者保護機制評鑑機構，包括美國國家衛生研究院 (NIH) 也都取得AAHRPP認證。

為了更具有全球競爭優勢，由許重義教授帶領下，在2016年順利申請加入包括：美國哈佛大學、英國劍橋大學、日本京都大學、香港大學等頂尖臨床試驗中心組成的「國際臨床試驗中心合作平台」(International Clinical Trial Center Network, ICN) ，提升臨床試驗規模與品質達到世界級水準。

引領臨床試驗法制化達國際標準

「臨床試驗」是開發新藥品或產製新醫療器材的最後一哩路，許重義教授強調，目前國內醫學中心執行臨床試驗，都有衛福部已經建立，符合美國FDA、歐盟EMA標準的法規與程序可遵循。經由臨床試驗證明具有安全性與有效性之新藥或新醫材都要符合國內與國際醫療衛生機構相關法令的要求，也就是要獲得台灣食藥署(TFDA)、美國FDA以及歐盟EMA的認可，才能上市，並進入世界市場。

和中國相比，許重義教授引用最新國際臨床試驗調查資料顯示，在中國執行新藥品、新醫材臨床試驗結果，有超過80%因試驗過程受人為因素干擾、不夠嚴謹或是資料涉嫌作假受到質疑。因此未來如果要推動兩岸互相採認臨床



Dr's Profile 許重義

現職：中國醫藥大學醫學院臨床醫學研究所講座教授，
附設醫院臨床試驗中心主任

學歷：臺大醫學系學士，美國維吉尼亞大學藥理學博士

經歷：美國聖路易華盛頓大學講座教授，台北醫學大學
校長，中國醫藥大學醫療體系總執行長

專長：腦中風研究

試驗結果，台灣醫界具有領導與指導性的競爭優勢，可用台灣已法制化與國際化的基準與成果，來協助對岸逐一建立符合國際標準的臨床試驗法規與程序，並且取得AAHRPP認證，以提升中國臨床試驗結果之可信度，才能通過嚴謹的美國FDA以及歐盟EMA認證。

臨床試驗在醫療研發過程中，承擔驗證新藥與新醫材之安全性與有效性的任務。台灣已經是民主法治國家，並已建立符合美國FDA、歐盟EMA標準的臨床試驗法規與程序，也有各領域、具有研發熱忱的醫師與其他專業醫事人員（包括臨床試驗藥師、醫檢師、研究護士）之投入，共同努力參與台灣生技產業之發展。經過臨床試驗證明具有安全性與有效性的新藥與新醫材，仍需接受上市後廣泛使用於病人時，是否能維持臨床試驗時獲得之安全性與有效性的檢驗。這種上市後安全性與有效性的監視制度 (Post-Marketing Surveillance) 是新藥與新醫材之安全性與有效性最後把關的必要程序，真正確認通過臨床試驗的新藥與新醫材，廣泛施用於病人時，仍能維持臨床試驗證實的安全性與有效性。許重義教授指出，醫師在使用新藥與新醫材治療患者時，必須身懷謙卑與戒懼的態度。從現代醫學的水準與一百年前比較，就發現前一個世紀很多西醫開給病人的藥品，現在證明是對人體有害的毒藥。例如菸草、砒霜都曾在一百年前列入西醫醫藥處方；現代的處方如女性荷爾蒙，在1990年代廣泛用來改善婦女停經後產生的

症狀，但進入21世紀之後發現停經婦女服用女性荷爾蒙會增加乳癌、子宮癌、心臟病、中風的風險——這正是臨床試驗結果可能不是醫療的金科玉律，很好的一個範例。

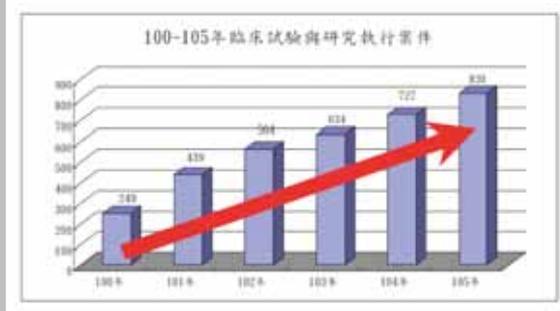
臨床試驗未來的趨勢

目前CMUH臨床試驗中心持續承接國內外大藥廠與生技公司新藥與新醫材臨床試驗案，依具有國際標準的衛福部TFDA法規與程序執行，目前執行的830件臨床試驗案最熱門的是治療各種癌症創新療法的臨床試驗，已經開始朝向超越標靶治療的目標努力，以發揮自體免疫力為目標，達到更精準有效的癌症療法。許重義教授對此先進研究領域懷抱著高度期待，美國歐巴馬總統今年年初提出的「精準醫療」(precision medicine)，就是依病人病症量身訂做的「客製化」療法。以癌症的精準醫療為例，就是超越目前的癌症標靶療法，更進一步依個別癌症病人癌細胞之特徵，設計精準的「客製化」免疫療法。許重義認為，台灣的醫療與生醫研發水準、臨床試驗法規與專業人才素質皆已具世界級水準，未來開發成功的新藥與新醫材行銷全球，將是推動台灣經濟再起飛的最重要動力之一，CMUH正在執行眾多臨床試驗案，希望對推動國內外研發中的新藥新醫材未來進入世界市場能有貢獻，也達到以精準醫療提昇人類健康的目標。

關於 中國醫大附醫「臨床試驗中心」

從2010起，成為衛福部認定的全國6家「卓越臨床試驗中心」之一。目前有101位臨床試驗專案主持人、153位協同主持人，197位全職研究護士與助理。臨床試驗病房有44床，設施完善。在萬一發生緊急狀況時，醫護人員可互相支援調度，提供受試者最安全的臨床試驗環境。為保障受試者權益並提升臨床試驗品質，本中心已建立79項臨床試驗標準作業流程，達到臨床試驗的最高水準。

臨床試驗與研究案件逐年大幅提升





機會與挑戰 台灣臨床試驗尖兵 3

高醫臨床試驗中心

臨床試驗是提升國內醫學的重要管道，藉由參與醫院及醫生治療、照顧病人與世界醫療技術同步，這是成長的重要過程。

■ 文字 / 崔家琪 ■ 攝影 / 崔家琪

高雄醫學大學附設中和紀念醫院為推動生物科技製藥產業發展，加強提升執行新藥臨床試驗能力與品質，使國人能儘早使用到更先進之藥品，並確保國人使用新藥之安全性及有效性，架構完全符合藥品優良臨床試驗規範(GCP)、優良實驗室規範 (GLP) 與國際水準的臨床試驗病房及藥物動力學實驗室，藉由定期更新中心軟硬體設備，提升中心服務品質，持續進行臨床試驗研究之人才培訓，以提升臨床試驗之成案效率、執行品質及服務水準，並加強建立與生技醫藥研發產業的互動，以發展成為國際認證通過之卓越級臨床試驗研究中心，成為南部臨床試驗研究中心重鎮，吸引更多國內外廠商在此執行新藥品、新醫療器材及新醫療技術之臨床試驗，增加醫院研究發表、

產學績效之產量。

「醫療團隊的高素質、98%人口納入健保容易尋求臨床病人，都是台灣參與跨國臨床試驗的優勢。」但高雄醫學大學附設醫院臨床試驗中心主任蔡文展也指出，健保給付過於寬鬆，造成病人加入臨床試驗的意願不高，形成執行上的瓶頸，在整合上有難度。另外，目前台灣並沒有非常成功的中央實驗室，對臨床數據、檢驗結果也幾乎全要依賴外國實驗室。

蔡文展表示，台灣近年來鼓勵生技產業，新藥發展是其中重要發展，但必須有臨床試驗配合才能突破，如何結合生技公司、媒介機構 (CRO、SMO) 及醫院之間的合作，是推動臨床試驗產業化的重要環節。

CRO是臨床研究機構 (Clinical Research Organization) 亦可稱為委託研究機構 (Contract Research Organization)，簡單說，就是接受藥廠或生技公司委託進行研究服務的機構，提供新藥開發時所需的非臨床與臨床試驗、數據分析、法規諮詢等專業服務。CRO制度在國外行之多年，提供製藥、生技及醫療器材產業和研究單位，從藥物研發到上市的一切服務。一般藥廠、生技廠通常會透過CRO進行臨床試驗，而非自行投入，關鍵在於透過公正的第三方，可避免自行試驗引發的質疑。而在專業分工下，CRO通常會將實際臨床試驗部分再下包給 Site Management Organization，縮寫SMO，這類SMO通常是醫院或類似的醫療保健機構，有足



Dr's Profile 蔡文展

現職：高雄醫學大學附設醫院臨床試驗中心主任

高雄醫學大學醫學系內科學科教授

學歷：高雄醫學大學醫學系

高雄醫學大學醫學研究所博士班

經歷：美國 UCLA 風濕科研究員

高雄市立大同醫院副院長

專長：風濕病與關節炎、自體免疫疾病、過敏病

夠的基礎設備和工作人員，提供CRO所需的臨床試驗協議。

與產業接軌 才能推動發展

台灣雖然有好的CRO團隊，但SMO卻不足以形成規模夠大的產業網，國外CRO、醫院及產業構成臨床試驗成功的要件，三者可說缺一不可，國外醫院由於外包的SMO機構介入、合作，順利創造相當大的臨床試驗產值，但國內向來都是CRO與醫院結合，但較少與產業接軌，只有產、官、學環環相扣，才能推動相關臨床試驗產業發展。

蔡文展也說，在法規改善與加強民眾教育方面，也有賴政府和產業界加把勁。高醫於2004年成立臨床試驗中心，迄今最重要的突破是啟用完整電腦系統管理臨床試驗過程，包括病人辨識、掛號、用藥禁忌與試驗內容。蔡文展說，在院方的支持下，連續兩年在臨床試驗上提供經費予臨床研究醫師進行PI-initiated study（自行發起的研究），有助於早期臨床試驗在質量上大大提升，這是以往國內在沒有藥廠支持的情況下做不到的。

兩岸各醫院在臨床試驗領域已互動多年，過去僅止於學術討論或學會參與，互相採認臨床試驗結果，對產業界的意義大於醫界意義，兩

岸不必重覆承認，避免投資浪費，在台灣新藥發展上有正面效益。不過蔡文展認為，中國人口眾多，病人數遠高於台灣，在臨床試驗收案上具有競爭力；台灣病人數少，知識水準高，自主性也高，相對資訊來源也多，例如個資法的推行、媒體不時報導病人淪為白老鼠，使得臨床試驗醫生在收案上面臨更大壓力。「政府如果不在臨床試驗策略及制度面因應、調整，本土廠商恐怕在主客觀條件考量下外移中國。」蔡文展強調，中國雖然臨床試驗費用較低，但台灣品質好，這也是可以與對岸競爭的最大優勢。

蔡文展表示，臨床試驗是提升國內醫學的重要管道，藉由參與醫院及醫生治療、照顧病人與世界醫療技術同步，這是成長的重要過程，高醫一直積極透過多項課程教育從業人員，鼓勵他們加入臨床試驗行列。

蔡文展對台灣臨床試驗國際競爭力不振也表示憂心。他表示，亞洲近年來在收案數及病人數方面均有顯著成長，台灣卻有停滯甚至下滑趨勢，連原本落後我們甚多的韓國現在已遠遠將臺灣拋在後面。他呼籲政府應思考如何在法規及實際執行面上協助臺灣臨床試驗產業，相信以臺灣的醫療水準與基礎，一定可以在臨床試驗領域有一番作為。

關於高醫臨床試驗中心

1. 2005.03 臨床試驗中心正式揭牌開幕
2. 於 8A 病房設立永久性之臨床試驗中心。8A 病房為獨立空間的環境，可避免外在環境的干擾。臨床試驗病房共有獨立式病房、開放式病房，另設有診療室、檢體室、接待室、工作區、院外廠商稽核室、資料存放室、臨床試驗中心辦公室、人體試驗審查委員會辦公室 (IRB) 及臨床試驗審查委員會辦公室 (CTMC) 等區域共約 266.2 坪，提供基本的舒適生活空間、醫療儀器、急救設備、實驗室器材及電腦周邊設備，將承接全院臨床試驗案件 (phase I、II、III 及藥物動力學) 之臨床試驗計劃，並提供最佳的人體臨床試驗醫療照護。



邁向創院一甲子

臺北榮總活化管理 追求卓越

文字 / 呂涵涵 攝影 / 嚴偉達

自民國47年創立至今，臺北榮民總醫院即將步入創院60年。一甲子歲月，從一個專門為了照顧榮民的醫院，一路成長、轉型至照護全民健康的醫學中心，北榮在台灣醫療有功不可沒的地位。而背負繼往開來的壓力、身為牽著這即將正式掛上「老牌」醫院的院長，

張德明有極深的感觸。

隨時代變遷 調整醫療服務

醫療樣態總能與社會變遷相互映照。隨著社會演進，人類的疾病模樣也隨之不斷變化。少子化的台灣，將在十年後進入超高齡社會，





長者將占人口結構的兩成以上；而隨著環境污染、藥物濫用、食安問題等，腫瘤的觸角也無所不及且年輕化。作為國家級醫學中心，北榮須得時刻追上趨勢腳步，不斷適應、調整，這也是張德明接任院長後的挑戰。

談到高齡化社會可能會衍生出的醫療需求，多數人大概都會第一時間就想到臺北榮總。因最初本是為了照顧榮民而生，北榮病人的平均年齡本就比其他醫學中心的病人平均年齡還要高。也因此，早在十多年前，北榮就開始積極發展高齡醫學中心，並串連榮民之家，從急性期到亞急性期、慢性期到終老，自有一套完整且不斷進步的照護系統。

但只有院內的照顧，是無法因應排山倒海的老人潮的。因此在既有系統下，除了持續發展高齡醫療的服務與研究，北榮也開始拓展社區醫療，積極深入社區、加強對社區長者的照顧，像是到社區訪視、護理人員到長者家中幫忙換管等，讓健康的銀髮人生能在社區發生。

除了再明顯不過的高齡化趨勢，腫瘤則是隱晦卻無法忽視的存在。台灣的癌症時鐘年年調快，不斷成長的腫瘤患者，是每間醫療院所

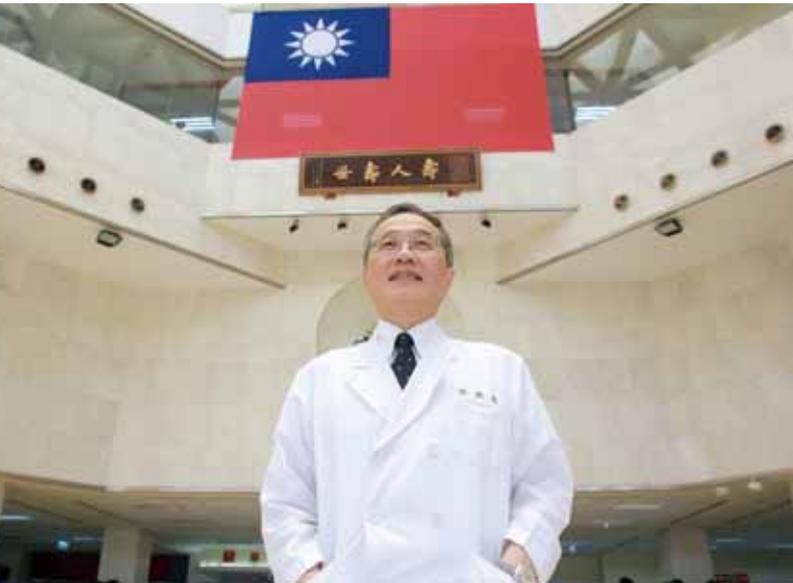
無法迴避的難題。單看臺北榮總的疾病統計，即能發現院內光是腫瘤病人，不論是住院或門診，竟占了全數近三分之一。

對此，除了正在興建針對腫瘤治療的新醫療大樓，臺北榮總也規劃設立重粒子中心，這將是全台唯二的重粒子中心，目前捐款加自籌，已投入42億的經費建置。張德明解釋，對比過去的腫瘤治療，重粒子治療更加精確，能精準鎖定目標細胞、同時對正常細胞的傷害又最小。張德明及院內團隊，也為此兩度赴日本取經，希望將最好的經驗帶回台灣。雖然中心目前才剛經行政院核可，離正式啟用還有段距離，但發展更高效的腫瘤治療，勢在必行。

考慮為數者眾的長者與腫瘤病人之餘，北榮同樣積極介入較少被關注的罕見疾病，並成立專門的研究中心，將資源投注在罕病的基因研究，因為愈早發現，就能愈早治療。

人本醫療 以病人為中心

但不論疾病如何演變、醫療技術如何突破各種過去沒法跨越的障礙，醫療最重要的，仍是回到每一個病人的身上。這也是台灣醫學進步



的背後，逐年漸生的人本關懷意識。

「以病人為中心 (patient focus)」是現今醫療發展的趨勢，和過去以醫師為中心，說一不二的景象完全不同了。現在的醫病關係不再以醫師的權威決斷為主，而需加入病人的需求與自主性，並給予病人知情、參與的角色與權力。

「這就是共享決策 (Shared Decision Making, SDM)，就是當醫師做任何一個醫療決定的時候，都要有病人的參與。」張德明解釋，醫師需花時間與病人、家屬溝通，在病人充分瞭解的前提下，說明不同治療取向的風險與結果，再讓病人參與決定的過程。但這個過程並不容易，醫護人員除了需要花更多時間，也需要專業用語轉化成民眾能理解的語言，此時就須額外發展影像說明甚或是虛擬實境的設備，促進溝通。

而硬體上，以病人為中心也促使北榮漸進式的改造醫院的空間。張德明說：「以前是醫院就是這樣子，病人自己調適。」但想像一下，未來的醫院，是從踏進醫院開始，就替病人著想、規劃；住院能有不同的隱私選擇。如果病人需要飲食控制，他可在一定範圍內選擇與決定，不再只能被動接受醫院的一切安排。這種

尊重病人生活需求的智慧型病房，也將在九月落成。

某程度上，這些運作方針增加了醫護人員運作與溝通的成本。要體貼病人、要多溝通、要清楚撰寫電子病歷，在原本就忙碌的醫院裡，得再擠出時間，剛開始難免有適應問題。儘管醫院試圖透過科技與電子化的管理，嘗試降低醫護人員耗在行政工作上的力氣，像是讓護理人員的工作車電子化，好讓人員能把時間盡量留給病人；但這調適的過程中，確實需要時間。

堅守第一線 實務管理不脫節

要擦亮老字號招牌、管好已有舒適圈的醫護群，實屬不易。身為院長，張德明至今相信實務與管理不能脫節，因此到現在仍未棄守第一線，門診總是破百號，研究也仍在最前線。實務與管理並行，要在規模大如臺北榮總、設有三千床的醫院能正常運作，張德明決定從大數據下手。自接任院長，他引進EIS (electric information system) 系統，讓管理階層能即時掌握醫院動態。

「今天的門診量我要知道，今天的佔床率我也要知道，今天的住院病人有多少我也要知道，我要有很多訊息，告訴我現在這個醫院正在正常運作。」張德明每週都會統整當週數據，或製成曲線圖做大方向的研究。一旦發現哪個環節偏軌或出現異常值，就及早瞭解、處理。如此一來，醫院的管理不必盲目的等到每個月結算時才開始找問題，而是不斷動態調整、改善，同時也降低各單位向他匯報的時間；且當全院都知道院長極度關心每一科別的運作情況時，皮也會繃緊些。

被問及，這樣員工會不會壓力很大？要怎麼「盯」，讓員工能有意識，卻又不給他們造成

壓力與負面情緒，管理分寸是要拿捏的。張德明坦言，北榮是很特別的地方。和其他醫學中心相比，北榮的組成屬「海納百川」的類型，成員背景互異，來自各地，在管理上，要花很多時間溝通、協調。

要帶領一艘這樣大的老牌船，不要讓航行速度因為老了而慢了，同心協力很重要。「但是為什麼別人要跟你同心協力？」尋求共識就變成他管理最大的挑戰。他每個月都會跟不同基層員工開一小時的會議，這讓他發現，身為船員，北榮的醫護人員向心力很強，很大程度來自北榮原有的工作氛圍。即便運用大數據介入管理，想要提升效率，也得小心翼翼的維護原有的工作氣氛才行。

自我超越 以國際級一流醫學中心為目標

醫院評鑑才剛評完，歷經繁瑣的流程與評估後，張德明對於醫院的未來，又多了兩個待辦事項。其一，是追求卓越，二則是讓員工能快樂工作。因為追求卓越的前提，是有快樂的員工；因為要有好的醫療品質，要先照顧這群「照顧病人的人」。魔鬼藏在細節裡，因此他開始從合理工時、加班補貼、接駁車等的工作環境細節，逐一調整、營造更合理的工作環境。雖都是小改變，但有很多員工告訴他，覺得醫院動起來了。

員工能安心工作，就能往追求卓越實質邁進了。這看似抽象的願景，張德明卻有務實的做法。他以一個能自我超越、成為國家級醫院當作目標，讓醫院內部重新自我盤點：哪些科別、面向，論質論量，北榮可稱為國內第一？

經盤點，除了前述的高齡醫療，北榮的骨肉瘤治療、心律不整電燒技術、頭痛治療、癩癩手術、胰臟移植等，都是亞洲第一甚至世界第一的等級。但他接下來問的，不是哪些是第



Dr's Profile

張德明



現職：臺北榮民總醫院院長

國立陽明醫學大學副校長

學歷：國立台灣師範大學衛生教育學博士

美國哈佛大學生物學碩士

美國哈佛醫學院研究員

國防醫學院醫學士

經歷：臺北榮民總醫院副院長

國防部軍醫局局長

國防醫學院院長

三軍總醫院院長

專長：風濕免疫科

成就：國科會甲種研究獎連續 11 年

國防醫學院傑出研究獎共 8 屆

國防醫學院優良教師獎、國防醫學院優良導師獎

已發表論文 245 篇

著作：《全身性紅斑性狼瘡面面觀》、《痛風》、《過敏免疫全書》、《類風濕性關節炎》等書。

一，而是「你如果不是第一，是排名二、三，那你要怎麼變成國內第一？」

這樣的評估也讓一度慢下腳步的北榮重新自我檢視，「你要知道你是缺人？缺儀器？你缺什麼東西你告訴我，我就支持你，讓你往上走。」不安於現狀，才能再進步。這是張德明對將要步入六十年的北榮之期許，更是企圖心。 



雲嘉沿海地區健康守護者 中國醫藥大學北港附設醫院

文字 / 蔡智明 攝影 / 嚴偉達

中國醫藥大學北港附設醫院，民國74年初創設，當地民眾稱為北港媽祖醫院（北媽），至今已逾30年。在歷任院長、醫護、醫事及行政人員的努力下，目前已是雲林沿海地區民眾，最倚靠的醫院，服務的範圍，也涵蓋了嘉義縣的六腳、新港一帶。

在院長吳錫金的帶領下，努力實踐醫院願景，要成為值得信賴、且以全人照顧與人文關懷的醫學中心等級的社區型教學醫院，以整合

式的照護服務，獲得雲林地區患者的肯定。

加強特色醫療

今年剛接任中國醫藥大學北港附設醫院院長一職的吳錫金，即以明確的醫療策略，整合現在的資源，並且有醫學中心作為後盾，為北媽開創出不一樣的局面，成為雲林縣醫護能力最強的醫院之一。

吳院長表示，嘉雲兩縣老年人口比率分居全

台的第一及第二位，尤其是北港附設醫院主要的服務範圍元長、四湖、水林、口湖、北港的65歲以上的人口，平均超過20%；而死亡率的排名分別是惡性腫瘤、心臟疾病、事故傷害，其次是肺炎、腦血管疾病、糖尿病，因此針對在地情況，發展醫療的重點，以救腦、救命、救心、微創無痛、癌症及中西醫合療為主題，推出整合式照護服務。

何謂整合式照顧服務？以救腦為例，成立跨領域的合作團隊，結合急診、神經內科、神經外科、放射科、復健科、中醫部及護理部，讓腦中風及腦部出血的患者，能獲得及時、全方位的醫療，在復健的過程中，加入了中醫的診治，讓患者加速復原，是北媽的一大特色。

救腦團隊更細分為急性中風團隊、腦中風全人醫療團隊及社區衛教推動團隊，主動從醫院走入社區，成就一條龍的服務，在發現患者有中風的前兆，能及時予以治療，曾有一位87歲的老太太，送院時一手一腳癱瘓，無法交談，施打血栓溶解劑後，復原狀況良好，短期間內，不需輔具即可行走；治療團隊屢獲得各界的肯定，急性中風黃金3小時內給予血栓溶解劑治療的施打人數，達全國第四名，也是雲林縣



唯一具備急性腦中風重度級醫療能力的醫院。

吳院長強調，北媽的中西醫合療，不只是運用在腦中風、腦血管疾病上，也利用中醫療法，減輕癌症患者在化療及放射線療法帶來的副作用，在孕產婦的照護上，更是有傑出的表現，讓婆婆媽媽安心不已；104年醫院更榮獲衛福部中西醫合療慢性傷口照護示範醫院，中醫也出征到社區，做巡迴醫療，舉辦中醫體質健檢服務、衛教活動，並且搭配打太極的養生運動，吸引眾多民眾的參與。

另外一項與時間賽跑的醫療，心肌梗塞的治療，醫院設立心導管室，也發揮了作用，在北港朝天宮香盛期，救了一位郭姓的巴士司機；一旦發生心肌梗塞，約有三分之一的人，到院前就已死亡，主因是發現太晚，或者可治療心肌梗塞的醫院太遠，北媽成立心導管室後，雲嘉沿海一帶民眾，如發生心肌梗塞，可就近醫療，尤其北港有堅強的心臟外科與心臟內科團



Dr's Profile 吳錫金



現職：中國醫藥大學北港附設醫院院長
中國醫藥大學泌尿學教授

學歷：中國醫藥大學醫學士
亞洲大學健康暨管理學院健管所碩士

經歷：美國德州休士頓 M.D. 安德生癌症中心泌尿科研究員

美國達文西機器手臂手術訓練中心進修（2008年加州大學爾灣分校附設醫院及 2012 年佛羅里達州 celebration 醫院）

中國醫藥大學附設醫院 泌尿部主任
中國醫藥大學附設醫院 院長室主任秘書、醫療品質部主任

中國醫藥大學醫學系主任
泌尿科醫學會理事、泌尿腫瘤委員會委員
美國泌尿科學會國際會員

亞洲大學校友會理事長
中國醫藥大學台南市立安南醫院醫療副院長

專長：泌尿道腫瘤、微創手術、男性性功能障礙、醫務管理

隊及專業的後續照顧，大大提升患者的存活率。

優良的醫療照護品質

在醫院科別齊全的前提下，醫院提供全方面的照護服務，不過，吳院長指出，醫院扮演最吃重的角色不是醫生，而是護理人員，降低護理人員的流動性，才能確保臨床照護的品質，醫院的護理人員流動率低於10%，就是醫療照護品質的保證。

在落實醫療照護的措施上，醫院有完善的標準作業流程，更建立了一套稽核的系統，包括一致式的服務，讓醫護人員可以確實的交班，鑑於夜間與假日最容易發生緊急事故，也建立夜間與假日總查房制度；對於新病人、特殊個案、重症，更注意各科間的交班；成立不預期心跳停止事件的危機管理系統，落實醫師、專科護理師與護理師共同查房及加護單位跨領域個案討論，執行提升安全照護專案，預防患者跌倒，並採用條碼給藥，不容許發生給錯藥的情形，所有總總的措施，都是以零事故為目標。

友善醫院及高齡友善醫院

視病猶親，是北媽的服務準則；吳院長認為醫院是民眾另一個家，到院的患者，尤其是「老大人」，就是我們的長輩、我們的親人，讓患者得到親切的服務，病人就好一半，因此醫院非常注重電話禮貌、禮儀訓練、走動式服務，也舉辦了「微笑天使病友票選活動」，從各方面加強服務。

醫院患者當中，高齡患者佔了三成以上，今年1至4月更攀升到三成八，為了服務65歲以上的患者，實施了各種高齡友善的措施，如70歲以上免收掛號費，80歲以上優先看病，還有十

條鄉鎮交通接駁車，平均每月運載量達7,672人次，彌補了雲嘉沿海地區大眾運輸工具的不足。

提供老花眼、集聲器、放大鏡、寫字板、輪椅等輔具，則是高齡友善醫院的基本配備，志工與走動式服務人員，更提供了輪椅推送及進出如廁的服務；也為長者設置長壽服務櫃台、就診專號接駁車、協助抽號碼牌、批價、領藥及用藥說明專人服務，同時長者的藥袋字體也經過加大，方便閱讀。

為了提升醫療服務品質，在蔡長海董事長及董事會大力支持下，北媽投入了3.5億蓋新大樓，增設病床100床、添購癌症治療直線加速器、擴大更新急診室、綜合檢查室及復健治療空間，皆採用高齡友善的環境設施，是國民健康署認證的高齡友善醫院！

強化社區醫療服務

吳院長表示，目前醫院積極走入社區，與社區的民眾、衛生所、護理之家、診所、地區醫院結合，形成一個轉診的平台，提供符合民眾的醫療需求，也在社區中推廣衛教活動，去年參加的人數接近五千人，今年肯定可以超越五千人；今年六月起，執行「居家醫療整合計畫」，組成「社區健康照護團隊」，執行高齡者就醫照護，成立樂活長壽服務中心，針對75歲以上的老人家，設置一站式服務，能即時反饋老人家的需求。

北媽的社區醫療群共有15家診所，以雲林縣沿海區為主，包括北港4家、口湖3家、元長、四湖皆2家，水林、褒忠、土庫、虎尾各1家，從醫療群的轉診人數，佔全院轉診人數的29%，收到不錯的效果；吳院長說，以上種種措施，都是準備與未來長照2.0做接軌。



要成為雲林沿海鄉親最信賴的醫院

上任以來，吳院長深刻發覺醫療的可近性與可靠性是非常重要的，尤其在北港地處偏鄉、人口嚴重老化的環境下，更要深入社區、與鄰近友院及醫療群相互合作，建構區域醫療網。北港附設醫院在台中校本部趙坤山副校長的指導之下，設立直線加速器，令癌症病人可就近治療，也是在地居民一大福音，不需為治療癌症，四處奔波。

面對現今多變的醫療環境，他認為，唯一不變的是「優質醫療服務」及「友善醫院」的精神。醫院不能夠墨守成規，要變的更快才能因應更多的挑戰。

吳院長期許北媽的同仁，稟承「救腦、救心、救命」的優良傳統，加強微创手術、無痛醫療、癌症、中西醫合療，結合社區營造，建立更完善的老人醫療服務，成為雲林沿海鄉親最信賴的醫療支柱。 



恩主公醫院 找回創院榮光

突破宗教醫院保守風格，吳志雄院長將以管理大學醫院的經驗，帶領恩主公醫院邁向轉型之路。

文字 / 吳佩芬 攝影 / 嚴偉達

今年1月才接掌新北市三峽區恩主公醫院院長一職的吳志雄，一上任，就面臨新北市即將增設兩家大型醫院的威脅。擁有長達14年、歷任兩家大學醫院院長的豐富醫療行政經驗，吳志雄將積極找回恩主公醫院創院初期的醫療榮光，突破宗教醫院的保守包袱，以更開放、更進步的態度，建構出符合社會期許的優

質社區醫院。

吳志雄曾擔任過台北醫學大學附設醫院院長和衛生福利部雙和醫院院長，按照過去的慣例，這兩家大學醫院的院長都是台北醫學大學出身的，因此，兩家醫院和台北醫學大學的關係是非常緊密連結的；同時，也沿襲北醫大教學、研究、服務的使命。吳志雄說：「擔任這



兩家醫院院長期間，我要求每一位主治醫師都要做研究，都要帶學生，醫院醫師不只是擁有醫職，還具有教職，也期待每位醫師在退休前都能拿到教授的資格，也就是臨床、教學、研究三位一體都能兼顧。」

但是，恩主公醫院就不同了，首先，做為宗教醫院，希望以宗教入世的精神來幫助生病的人；其次，恩主公醫院不是醫學院的附設醫院、不是醫學中心，它的目標是成為最優質的社區醫院，這些都和吳志雄過去待過的兩家大學醫院的創院宗旨及任務有很大的差距。

吳志雄到恩主公醫院以後，他不要求主治醫師要從事研究、成為教授，而是希望醫師能善待病人，病人在恩主公醫院獲得最優質的醫療，讓鄰近社區居民信賴恩主公醫院，安心就醫。

志在成為優質社區醫院

以地理位置而言，台北醫學大學附設醫院位於信義區，是台北都會區最繁華的所在，也是住民經濟條件最好的區域，治療費用往往不是病人優先考量的重點；部立雙和醫院位於新北

市中和區，大多是藍領階級，病人比較會考慮到經濟能力；而位於郊區、距離都會區更遠的三峽恩主公醫院的病人群則更樸實，醫師對於病人醫療計劃的說明方式、病人對自費醫療的接受度，也和前面兩家醫院不太一樣。

除了就醫族群不一樣，吳志雄表示，台北醫學大學附設醫院、部立雙和醫院是大學醫院，以重症患者為主；社區醫院的恩主公醫院位於高速公路旁，以車禍等急症為主。目前，恩主公醫院已通過中度急救責任醫院的認證，特別是中風方面是重度級的責任醫院，等於是和醫學中心同等級的照護水準，尤其是中風病人在急性發作時所施打的血栓溶解劑（rt-PA，中風發作3小時內施打，可降低腦傷的程度）的施打數是全台排名前十名。

恩主公醫院創院已邁入18年，等於是人類即將從青春期進入成年階段，吳志雄一接任院長，就馬上開始擬定和鄰近新舊醫院間的競合策略，尤其是明年即將在新莊成立的輔仁大學附設醫院，以及兩年後由長庚醫院主導、公辦民營、離恩主公醫院只有20分鐘車程的新北市立土城醫院。



新醫院的開辦，對於以往偏安三峽地區的恩主公醫院將是個挑戰，吳志雄說，恩主公醫院需要更多的變革、更多活水注入，就像老鷹需要再磨利喙、爪子，再步入戰場，重新出發。

建立優勢再造醫院榮光

「恩主公醫院的首要之務，是讓醫護人員可以安心地在恩主公醫院執行業務。此外，要從外聘請好醫師，讓病人安心就醫。對於病人而言，方便就醫，就近治療，是最迫切需要的，但萬一醫療執行技術、病人的醫療滿意度，不符合病人的期待時，他們也會斷然地轉到其他醫院尋求協助。」吳志雄強調，現在，最急切的是，重現過去陳榮基院長時的榮景，站上往日的高點、亮點。吳志雄指出，創院初期，陳榮基帶來了一批台大的年輕外科醫師，恩主公醫院可是全台灣內視鏡的領頭羊，例如外科主治醫師李威傑即以新穎的內視鏡進行胃繞道手術減肥而聞名。

為再造優勢，吳志雄首先要重整各科。他說，恩主公醫院婦產科中的高危險妊娠一向很有口碑，但在婦癌上卻比較少耕耘，因此，他現在正在物色優秀的婦癌專科醫師；外科則要

重現李威傑時代在內視鏡、微創專業上的領先地位。曾擔任過外科醫學會及消化系外科醫學會理事長的吳志雄，目前已邀請到在微創領域上有建樹的外科醫師到恩主公醫院服務。

在內科領域，神經內科的中風照顧已達到醫學中心的水準；胃腸科、心臟內科的醫療人員在社區居民的健康照顧上，則沿襲過去保有的醫療品質；未來，吳志雄希望能增加世紀疾病「癌症」及其他重症照顧。

「我的目標是把恩主公醫院建構為優良的社區醫院。希望往下和地區醫院、診所，往上的醫學中心都有密切而良好的互動，發揮出恩主公醫院所扮演的承上啟下的中繼醫院腳色」吳志雄表示，不會把醫學中心當成競爭對手，而是視為合作夥伴。

儲備挑戰未來的正能量

恩主公醫院在三峽、鶯歌、八德地區經營近20年，一直是該地區的第一線醫院，很多主治醫師從創業到現在，和醫院共同打拼，和社區互動累積了不少經驗，已建構出醫療網絡。吳志雄表示，除了重建外科團隊的戰鬥力、延攬優秀人才，院方也要著墨於社區耕耘，和社區更緊密的互動。

過去恩主公醫院是宗教醫院，比較封閉，和社區鄰里長的互動較少，吳志雄打算運用過去在部立雙和醫院與社區鄰里長溝通模式、經驗，期望醫療進入社區、深耕社區、深入基層，讓社區居民擁有更豐富的醫學常識，比如骨質疏鬆症、乳癌防治、大腸癌篩檢等，希望透過更多的管道進入社區。

由於恩主公醫院是三鶯樹地區的唯一區域醫院，最近已和三峽地區的小兒科診所建構資訊交流平台，診所醫師可上網尋求轉診病人在恩主公醫院的檢查相關資料，在恩主公醫院完成

初步治療的病人轉到診所，恩主公醫院也可以經由交流平台告知轉診診所。吳志雄說，唯有雙向轉診，病人才可以安心在診所、區域醫院就醫，將來，希望此一網路交流平台可以擴及到其他科別的診所。

擴大服務面積 增設護理之家

恩主公醫院目前共有337急性床，加上特殊床如加護病床、洗腎病床總共有500床，是吳志雄服務過的三家醫院中，腹地最小、幅員最小的，北醫大約25,000坪、雙和是43,000坪、恩主公只有13,000坪。但恩主公醫院麻雀雖小，病人數可不少，吳志雄說，平均一天門診量是2,100人次到2,300人次，他估計，將來還會增加。

因此，明年初，於距離醫院急診室約30公尺處的空地，吳志雄打算要蓋3,000多坪的門診大樓，並設置癌症治療的放射及化學治療空間，方便病人就醫。至於原本舊大樓的門診間會擴大洗腎室床數及內視鏡室面積，心導管室則由一間擴增為兩間。

雖然院方不要求醫療人員進行醫療研究，但仍有一批恩主公醫院醫療人員在默默地從事醫療研究，吳志雄表示，院方將和元培醫事科技大學合作，協助這些喜歡研究的同仁取得教職，並和元培校方研究人員及教授合作進行醫學研究，元培的學生也可以到恩主公醫院實習，教學相長。

醫養合一是趨勢，身為宗教醫院的恩主公醫院，也期待能參與銀髮族健康及醫療的建構，目前在三峽區的橫溪籌建90床護理之家，距離恩主公醫院約15分鐘的車程。吳志雄表示，開幕後即使滿床，醫院每個月仍要賠250-300萬。護理之家預計在3,000坪的土地上蓋



Dr's Profile 吳志雄



現職：恩主公醫院院長

行天宮醫療志業執行長

恩主公醫院一般外科主治醫師

學歷：日本獨協醫科大學第一外科博士

私立台北醫學院醫學系學士

經歷：曾任衛生福利部雙和醫院院長

台北醫學大學附設醫院院長

台灣外科醫學會理事長

專長：1. 一般外科、消化外科、乳房外科

2. 癌病變的信號傳遞，曾發表數十篇有關乳癌的研究

3. 「抽菸和乳癌的關聯性」研究論文曾刊登在 JNCI 美國癌症學院

1,300-1,400坪的建築，所有玻璃是雙層玻璃，草地可以滑草，鋁門窗是最高級的材質，「這可是不惜成本在建構一所優質護理之家。並以恩主公醫院的醫療資源挹注到護理之家，有疾病的老人可以得到良好的照顧，這些照顧包含醫療、復健等，只有宗教醫院才可以做到這樣。」預計今年9月就開始收病人，但迄今已經有超過70名病人正在排隊，而且，醫療人員都準備好，隨時待命中，只要65歲以上老人需要中風後復健，或是裝有鼻胃管的老人等，均可申請入住。 



眾生病苦 成就醫者令名

蔡世滋 四十年病醫路樂在其中

肉身無常，誰都不知道哪一天病苦會猝然降臨，如果有幸遇到醫術卓越、視病如親的醫師，無疑是病中最大的安慰與力量來源。在許多病患心目中，現任花蓮慈濟醫院風濕免疫科主任暨社區醫學部副主任蔡世滋，便是這樣一位古道熱腸的好醫師。

四十年行醫生涯—包括1980年投入臨床風濕病學領域以來，蔡醫師除了醫人治病，更協助許多同病相「連」的病友團體（包括思樂醫之友協會等）成立，並一路伴隨；他認為醫療旨在助人：「生病固然辛苦，但如能結合醫師的專業、家屬的呵護、病友彼此扶持，面對疾病也就有了更多支持的力量。」

勞心、勞力、勞情的熱血行業

「思樂醫」是全身性紅斑狼瘡英文Systemic Lupus Erythematosus縮寫SLE三個字的音譯，蔡醫師表示，全身性紅斑狼瘡是一種可能侵犯全身多數器官的疾病，很少有疾病像它一樣；病狀多樣、病情或急或徐、病程起伏不定，需要長期藥物治療，而且藥物有許多可能發生的副作用，造成病患及家屬長年的身心煎熬與負擔。許多病患及一般社會大眾對

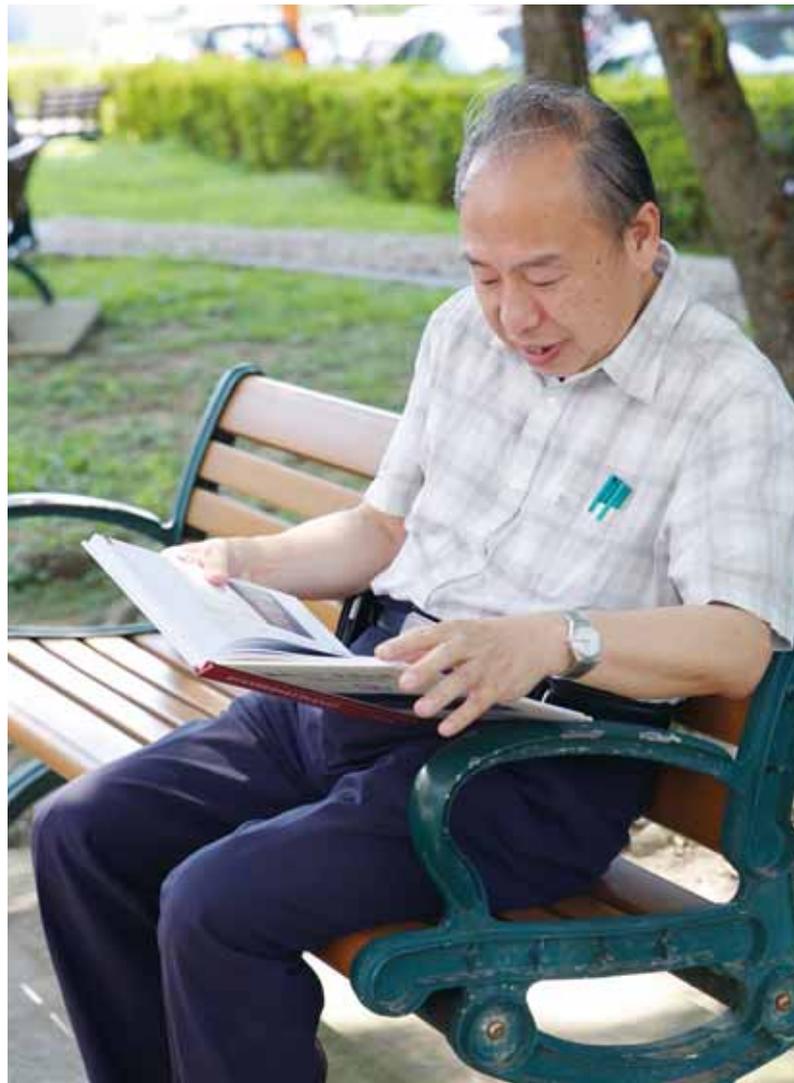
文字 / 鍾文萍 攝影 / 楊智仁

這疾病普遍欠缺瞭解，經常衍生不必要的恐慌疑懼。他記得有一回，一名剛考上明星學校的高中女生，因罹患SLE，侵犯到中樞神經，反覆發作不隨意運動。她的母親焦急之餘，竟跑到醫院院長家下跪求助。

「醫者父母心，我能了解病患家屬那種驚慌、求助無門的感覺」。時任台北榮民總醫院內科部過敏免疫風濕科主治醫師的他，除了盡力醫療之外，更深深感到在醫療系統之外，如果有一個正式支持性團體來減輕病患的無助孤獨感，這種令人心疼的狀況或許不至於發生。在這樣的理念驅動下，他與院內的醫護人員、社工以及一群熱心病友，發起成立了「蝴蝶俱樂部」，即思樂醫之友協會前身，這是台灣最早成立的病友團體之一。其後，從北榮到關渡醫院，蔡世滋親眼見證許多病友歷經疾病重創，在團體的陪伴下依然坦然樂觀，深受感動。

長期關注社區公共衛生

「病人是對抗疾病的生命勇者，他們的經驗分享，是病友會最珍貴的資源」。他強調：「一個人的力量有限，但如果結合眾人之力，就能發揮更廣大的效益」。善於協調，且長期關注社區公共衛生的他語重心長指出，病友團體可將各方的資源連結起來，作為支持病友抗病的後盾，讓病友不致陷於自我封閉、無助無望，認識更多朋友，彼此交換心得、分享、慰藉與分擔。對於新罹病的病友，團體也能即時給予經驗及諮詢；對有需要的病友提供必要的資源，讓他/她們得到更好的照應。「與其說是公益，其實病友團體是個自助團體，所謂『自助而後人助、人助乃有天助』，其最大的功能在於社會心理支持，讓病友間產生相互鼓勵與



支持的力量，這股力量有時比醫護人員或家屬的安慰效果還要大。」

生病不分白天、黑夜，更不分上、下班，病友或家屬對病症的恐懼和疑慮也是時刻不停歇。剛開始，作為思樂醫之友協會中少數的專業醫師，經常得面對來自病患與家屬的種種求助提問，加上既有的醫療工作，幾乎忙得一刻不得閒，但蔡世滋依然樂此不疲：「我常說醫生是一種勞心、勞力乃至勞情的工作，要能三者兼顧，才是醫者之道。」

1985年，他創立了台北榮民總醫院家庭醫



Dr's Profile 蔡世滋



現職：花蓮慈濟醫院風濕免疫科主任暨社區醫學部副主任、台灣安寧緩和醫學學會理事長、台灣家庭醫學學會公共關係暨世界家庭醫師組織(Wonca) 委員會主任委員。

學歷：台北醫學院醫學系

經歷：台北榮民總醫院內科部過敏免疫風濕科主治醫師
台北榮民總醫院家庭醫學科主任
台北市立關渡醫院院長

專長：內科學、風濕病學、免疫病學、家庭醫學

學科，並擔任主任職務長達15年，期間致力於住院醫師訓練及醫學教育，成立安寧療護病房（大德病房），並投入宜蘭區域醫療網計畫。1992年成立台灣第一個戒菸門診，並建構全台門診戒菸服務計畫，截至2015年12月為止，共協助超過80萬吸菸者戒菸。近年又積極推動安寧緩和醫療。相對於多數專注投入專科領域的醫師，他一路以來的醫療經歷洋洋灑灑、豐富多元。蔡世滋笑說，過去曾經有位院長半開玩笑對他說：「你的興趣太多了，這樣是不

好的！」他倒認為，家庭醫學科的多樣性，正好適合他「喜歡做別人沒做過的事」的開創個性。「我的哲學是：做什麼，就要像什麼，一件事既然決心要做，就要做到好」。例如戒菸門診從最初單一醫院的門診，發展成現在的全國性門診戒菸計畫，甚至獲邀到世界家庭醫師組織會議（WONCA Conference）的全員會議（general assembly）上宣揚成果，讓台灣醫學在國際舞台上，發熱發光。

期勉年輕醫護

「求知若飢，虛懷若愚」

這幾年醫護勞動條件、醫療暴力事件、醫療糾紛時有所聞，台灣的醫療環境從早年「醫生說了算」的威權時代到病患自主意識崛起，一直到工作環境、健保制度、醫病關係都歷經了重大改變，身為醫護人員，心態上也要跟著調整。

三十多年前，一名來自台東罹患SLE的四十多歲孕婦來台北求診，為了安全起見，他告知患者懷孕生產的各種風險，力勸這對夫婦不要冒險生產。豈知幾個月後，患者再出現時竟然即將臨盆，他立即會診婦產科，終於保住母女均安。「但是我被婦產科同事罵慘了！」他說，如果時間倒流，他一定會知會台東當地的醫療院所，隨時注意這名患者的狀況。其後，蔡醫師看著這個新生女嬰，從嬰兒房順利出院，正常發育。有機會到台東時，他還會到病人家中訪問，看著她一路成長、就學、就業、陪同母親就診、至年前出嫁，維繫互長的病醫情誼。對於年輕世代的醫護工作者，蔡世滋的建議是：「即便大環境再怎麼不如人意，也不要忘記當初從醫的熱情理想，畢竟醫療是服務業，更是人命關天的行業。」

1980年，在台北榮總擔任住院醫師期間，他曾經派駐雲林縣四湖鄉衛生所支援。當年四湖鄉資源匱乏，讓他感觸頗深。便引《維摩經 佛道品》：「一切煩惱，皆是佛種；譬如高原陸地，不生蓮花，卑濕淤泥，乃生此花；又如殖種於空，終不得生，糞壤之地，乃能滋茂。是故當知；一切煩惱為如來種；譬如不下巨海，不能得無價珠寶，如是不入煩惱大海，則不能得一切智寶」自勉，以卑濕淤泥乃能綻出朵朵蓮花期許在行醫的道路上，即使在未盡理想的環境中，也要發揮所長，在自己的工作崗位上克盡心力。

他特別喜歡蘋果公司前執行長Steve Jobs 2005年到史丹佛大學接受榮譽學位時的演講主題：「Stay Hungry, Stay Foolish」（中譯「求知若飢，虛懷若愚」）。期許年輕的醫護工作者，求知要有無止盡的慾望，胸襟則要像傻瓜一樣謙卑。

持續為建立家庭醫學制度努力

從石牌、關渡到花蓮，蔡世滋持續活躍於風濕免疫疾病治療與社區醫學場域。積極投入住院醫師訓練，培育家庭醫學人才與師資經驗傳承。對於家庭醫師制度，他曾如是說：「無論制度如何變革，家庭醫師都應該是全民健保制度下的醫療網最重要的基石；現代家庭醫學運動就像文藝復興時代，應該要恢復早年地方診所老醫師的特質。」至於什麼才是地方診所老醫師的特質？他認為就是經由照護病人、家屬、聚落、社區，全程參與、悉心關懷，那種亦師亦友、既是醫師也是好鄰居的珍貴特質。



要落實家庭醫師制度，除了爭取更多合理支付、落實轉診制度，他更期盼年輕一代的接棒者，要從自我、品質、可信性、專業四大面向自我要求，致力醫療品質的提升。

前文提到罹患SLE的女高中生，之後繼續順利求學，也順利結婚生子，前陣子遠從美國返台，突然出現在蔡醫師的診間。就像她的母親當年為她祈求醫師救治一樣，她再找上蔡醫師尋求第二意見，「原來她的女兒也罹患了SLE，所幸並不嚴重」。即令美國醫療發達，病患依舊因信賴蔡醫師，要回來聽聽他的意見才安心。

蔡世滋常用「病醫關係」而非「醫病關係」來形容病人對他的啟發與重要性，也就是病人比醫師還重要。他說，行醫四十年來，經手診視的病患難以計數，有一句發自肺腑的感言就是：「芸芸眾病，用他們的生命與苦痛，成就醫者的功業與令名」。於他而言，利他就是利己，甚至大於利己：「病人能痊癒、能健康，就是我最大的成就和快樂」。 

走過四十年醫道 林楨國悟出良醫條件

文字 / 吳佩芬 攝影 / 嚴偉達



行醫超過40年，臺北榮總外科部主任林楨國不只資深，也是權威，更是病人及家屬心目中「話少而親切的好醫師，周末假日也一定會巡病房，關心病人狀態。」常給人內斂、溫文儒雅印象的林楨國，談到「好醫師」的條件，卻勇於直言批判現行醫學院招生模式。

擔任好幾年陽明醫學大學的學測面試及口試委員的林楨國表示，雖說經由書面資料、面試及口試可以看出一點應試學生的特質，但是現在18、19歲的小孩已經會學著掩飾真實個性、想法，更何況有不少學生請人幫忙準備書面資料，學測面試及口試委員有可能會被包裝絢麗的書面資料迷惑、干擾。出身經濟優勢家庭的學生相對占便宜。

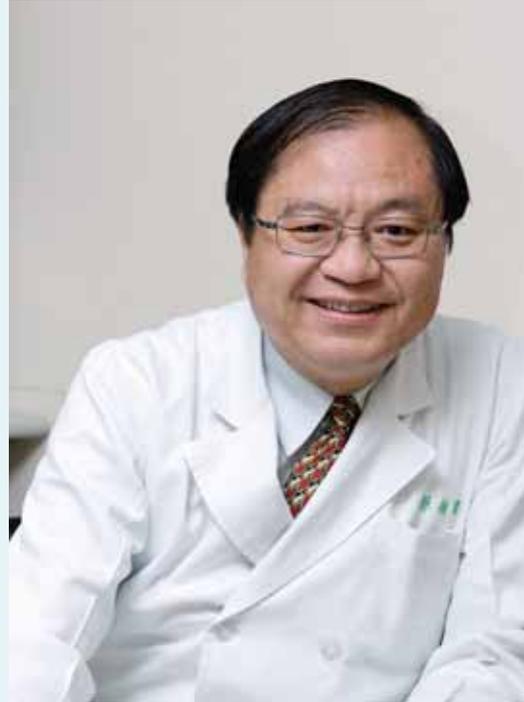
聰明人不等於好醫生

林楨國強調，「當醫師不必最聰明，智商中上即可。智商太高，也有可能伴隨著其他的人格缺陷，這種缺乏互動能力、對人不關心的聰明人，來當醫師反而危險。」身在醫界，看過許多所謂高智商的醫療人員，許多反而有人格上的缺陷，林楨國認為，當「醫師」應具備以下特質：

最基本的要求，是願意聆聽、關懷別人。



Dr's Profile 林楨國



具有愛心及尊重生命的心。不一定要到如同史懷哲般的奉獻之心，但要有愛心；外科醫師不要因為追求學術成就或為其他原因輕易開刀，要開對病人病情有助益的刀，因為每次開刀對身體就是傷害。

要有同理心。設身處地站在病人或病患家屬的角度思考，將心比心。特別是在推薦昂貴的自費藥前，應該再三考量，仔細在效果、花費及病人負擔能力上作一評估。除了病人自身的病痛，還要把病人的經濟狀態等因素列入考慮。

平等對待病患，不因身分、地位而有不同的治療品質及照護。

細膩的觀察力、好奇心。在教科書上每一種病的病徵、檢查等都描述得很清楚，寫的是全貌。可是，在臨床看診時，病人給予醫師的訊息是片段的，可能是病程中的一小部分，而且不同疾病的病徵會重疊，不同疾病間的微小差異，就會有不同的診斷及治療方向，這些都需要醫師的觀察力及敏銳度來判別。

堅韌的抗壓性。醫師每天碰到的是需要解決問題的病人，沒有找出疾病治療的關鍵點，或是延誤急救的時間，都會造成終身遺憾。尤其是外科醫師幾乎隨時都要準備作危機處理，抗壓性要更高，因為病人的病情常會在短時間內急轉直下。

豐富的醫學知識。醫學生在學校時應該把教科書全部瀏覽過，建立充實的醫學基礎，等到了醫院工作，忙碌的環境讓人沒有時間將教科書全部看過一遍。碰到疑慮時，如果過去沒有全面詳讀過，臨時查資料閱讀會像個無頭蒼蠅，找不到頭緒。

現代醫學院學生上課會揪眾一起製作共同筆

現職：臺北榮民總醫院外科部部主任
國立陽明大學醫學系外科教授
中華醫學會理事

學歷：陽明大學臨床醫學研究所博士
臺北醫學院醫學士

經歷：美國克里夫蘭醫學中心 大腸直腸外科醫師
臺北榮民總醫院外科部 大腸直腸外科主任
臺北榮民總醫院外科部大腸直腸外科主治醫師
臺北榮民總醫院外科部總醫師
臺北榮民總醫院外科部住院醫師
中華民國大腸直腸外科學會理事長、常務理事
中華民國外傷醫學會理事
中華民國大腸直腸外科學會期刊總編輯
臺灣外科醫學會期刊編輯

專長：大腸直腸癌治療、肛門保留手術、各類肛門疾病治療、大腸內視鏡診斷及治療，遺傳性大腸直腸癌及大腸直腸癌分子生物研究、直腸肛門生理研究。



記，大家分工合作整理老師的上課內容，製作完成還要請上課老師審查共同筆記，請老師補充內容，這讓林楨國感到匪夷所思，他感慨的說：「上課的內容非常有限，是片段的知識，不像教科書是全面性的知識，有的學生甚至連教科書都沒買。」

醫學生畢業後還要讀更多的書。醫學研發、醫學知識日新月異，只要一年不讀書，就會和同儕有很大的差距。

健康的身體及充沛的體力。醫師不用成為肌肉男，但充沛的體力及耐力是一定要的。目前在醫院評鑑中，規定住院醫師每周工作時數不能超過88小時，這表示過去的住院醫師工作常常是超過88小時。林楨國記得，在擔任北榮住

院醫師時，一個月值班18天，一天工作平均18小時，一星期100多小時，經常是早上5、6點起床、上班，運氣好，晚上9點可回宿舍，有值班，可能要半夜起床開刀、到病房處理醫療病人狀況，忙到隔天早上，然後繼續上班，直到晚上9點以後才能休息。

想像與現實間的差距

醫院職場現況和醫學院學生的認知有很大的落差。當醫學院醫生成為醫師之際，林楨國提醒，來醫院工作之初，有兩點事實要有心理準備：

一、排山倒海而來挫折感

因為優秀成績考上醫學院的學生進入醫院，可能會覺得自己臨床實務都很陌生，而有強烈的挫折感，有許多資深的老醫師、住院醫師，即使是有經驗的護理人員，也比剛進醫院的醫學院學生了解得多。

剛從學校出來的醫學系學生，常覺得老是犯錯，還會被醫護人員碎碎唸，臨床上所接觸到活生生的病人時總覺得自己懵懵懂懂、似懂非懂、沒有踏實感，這時才領悟到過去只讀筆記所接觸到的醫學知識過於貧乏、片段，書到用時方恨少。

另外，外科手術技術，就像學徒一樣，不是看一看就會開刀了，沒有資深醫師帶著開刀，沒有親自下場開刀，就是不會開刀，所以，醫學技巧、應用的部分，光看教科書是不夠的。

二、對醫師地位的夢幻破滅

千萬不要以為醫學院的學生就高人一等，醫院護理人員都有一定的水平，他們最討厭自以為高人一等，對護理人員頤指氣使，自己卻眼高手低的醫師了。

林楨國建議剛從醫學院到醫院工作的學生，

要虛心學習，仔細觀察有經驗的醫護人員的臨床處置方式，再回頭找找教科書上的描述。

而且，醫學院的天之驕子，一下子來到需要聆聽病人、照顧病人的醫院職場，這是需要付出，和病人、醫護人員相互協調的環境，更何況現今醫病間的關係有很大改變，抱持著和病人結善緣的心態，碰到不愉快的氛圍，仍讓自己堅定地成長茁壯。

今年已經65歲的林楨國，仍然是每天早上6點半到醫院，至少待到晚上7點半才下班，除非出國，即使農曆年有病人住院，早上也一定會到醫院巡房，晚上12點睡覺，40年如一日，從來沒有所謂的職業倦怠感或低潮，他笑說：「醫師是早起晚睡的鳥兒。」事實上不只林楨國一人，北榮的外科醫師大概也差不多一樣兢兢業業。

高二就決定要當醫師的林楨國，在念醫學院大四時就心無旁騖地決定走上外科醫師這條路，也因為心無雜念和干擾，他堅持初衷，40多年來，他再累也不會抱怨，更不計較薪水的多寡。

因此，想投入醫學領域，林楨國提醒後輩，先問問自己的人格特質是否可以勝任，如果肯定，那麼請全力以赴充實自己；進入醫院職場，永遠抱持同理心、不分貧富、不分高官巨賈、市井小民，要不卑不亢的對待病人、和同儕共事；同時，還要持續地充實新知，成為一位自信又成功的好醫師，將是指日可待。 



忙碌的醫療工作之餘，林楨國醫師喜歡透過鏡頭捕捉世間萬象。
(攝影/林楨國)

台大藥學專業學院教授沈麗娟專訪

從藥學專業化 談台灣藥學發展與未來

隨著醫藥進步，藥品種類漸多，複雜性也隨之提高，藥師的專業養成愈來愈是項挑戰。醫師的職責是治療病人、開立處方，藥師則是處方重要的把關者，攸關病人用藥安全，除了謹慎調劑藥物，更要關照病人真正的需求。因此不論是改革藥學教育，或增拓更貼近病人的臨床服務，都是台灣未來藥學發展的重點環節。

文字 / 呂涵涵 攝影 / 嚴偉達

「嗶！」門禁森嚴大門開啟，隨著台大醫院藥劑部主任沈麗娟走進十樓的住院藥局，就像進入一座自成體系的小城。層層分工的藥師在這層樓的各個角落，專注、仔細的，為全台大醫院的住院病人用藥安全把關。

「我們告訴藥師，每張處方都是病人的生命，病人把他們的生命交付到我們手上，所以那張處方絕對不是按照上面配一配，就交付給病人而已。」沈麗娟解釋，因此在台大醫院，有0.6%以上問題處方通報率作為藥劑部的品管指標。

一排電腦前，藥師們檢視螢幕上標示著肝臟、腎臟的符號，精細複核醫師開出的處方，檢查是否有問題處方；另一側的藥師依著處方取出每張病床的藥品組合後，送至藥車。幾位人員則在附輪的藥車旁，一項項再次確認用藥內容和數量。這些藥車一旦送出，就是直達病床，絕不能出差錯。

更遠的另一頭，兩排藥師盯著電腦，監控著一床床病人的生化數值及檢查結果。這層樓，就是整棟醫院與疾病攻防的藥品補給中心。而





隨著醫藥進步，藥品種類愈來愈多，複雜性也隨之提高，藥師的角色更顯重要。

要談台灣藥學專業化的過程，可從藥學教育的學制調整開始說起。

增加臨床經驗 藥學教育改制六年

2009年，台灣大學藥學系正式將四年制的藥學系課程改為六年制，直至去年（2015年），第一屆六年制的學生畢業，進入職場。

六年制的催生，來自過去藥學系教授們的觀察與理想。他們發現，隨著藥學的發展與進步，相較幾十年前，同樣四年的學制，現今的學生卻要吸收比過往更多、更龐雜的藥學知識。沈麗娟說：「四十年前念藥學系，藥品的種類較少，抗生素大概也只有三種，但現在藥品的範疇、複雜性，都擴張得很大。」

以往藥學系學生，前兩年讀基礎科學，大三時才開始接觸藥學科學；四年級進入臨床治療學並實習。但這樣的課程安排，要因應日新月異的藥品發展，實務上非常緊湊，隨時間演

進，得灌注給藥學系學生的資訊及需要培養的技能就愈多。為了避免填鴨式教育，台大藥學系決定延伸學生的學習，以訓練出更能符合現代社會所需的藥師。但六年制正式實施前所做的改革辯論與事前準備，就花了台大藥學系近三十年的時間。最早可追溯到1993年台大藥學研究所成立醫院藥學組之時。

美國在1965年南加州大學首先開始將藥學系的學制延長為六年，並在2000年美國所有藥學校全面施行六年Pharm.D. 課程。日本、韓國、泰國等亞洲國家也明確將藥學系延長為六年教育。因此對沈麗娟來說，台灣已經落後了三十年，但她也深知，台灣現狀要全國藥學院校達到共識，還需要時間。

能力愈強，責任愈重。藥師法賦予了藥師很多責任，其中「藥事照護」是極其重要的一環。「不管你要制訂法規、做藥品審查，甚至是食藥署的政策決定者，對於病人用藥，都應要有很好地理解。」沈麗娟說，台大藥學系教師們認為：不管藥學系的學生最後選擇深耕哪

一個領域，都需有臨床的經驗與意識，才能真正貼近、理解病人的需要。

因此新添的兩年，囊括密實的藥物治療觀念及進階藥學實習。尤其進入進階醫院藥學實習的那18週，不再是只在藥局實習，而是要真正和醫療人員一起走入病房，學習成為整個醫療團隊的一部分，共同討論、評估該如何用藥，擴增實戰經驗。

這讓藥師成為第一線照顧病人的參與者與執行者，也讓醫、藥分進合擊、保障病人的用藥安全。「藥師不該再只是那個『拿藥給我的人』。」目前也已有好幾間大學加入改制行列，包括台北醫學大學、國防醫學大學等。成功大學及陽明大學則是這二年直接設立新的藥學系六年學程。

不過並非全台有藥學系所的大學，皆對改制有共識。政府政策也還未有絕對明確的推動方向。因此有不少人從就業觀點質疑延伸成六年學制的必要性，學生是否只是多繳學費而已？

但沈麗娟觀察，第一屆六年制的畢業生，從疾病的治療方式到臨床狀況，都有清楚的認知



與理解，她認為這是很好的立足點。如此訓練下來，能讓藥師未來不論在執業層次、政策層次或管理層次，都有機會成為改革的先鋒者。

為了持續推廣台大藥事服務經驗，台大醫院藥劑部近幾年也針對特定主題定期舉辦工作坊、分享執行經驗。不過沈麗娟也坦言，目前教學上仍存有資源落差，沒有附設醫院的學校，確實較難安排進階臨床實習的課程。

除了看見，更要貼近病人的需求

除了透過藥學教育讓未來台灣的藥師能更貼近臨床病人，沈麗娟也認為，藥師作為把關者，還有許多可拓展的應用服務，讓藥師的工作更有價值。

根據沈麗娟多年觀察，民眾一直都有理解自己使用哪些藥物的需求，對使用藥品也漸有意識。但在過去，藥病之間似乎僅停留在「給藥與拿藥」的關係，鮮少有更深層的互動。

台大醫院近幾年成立了由多位藥師提供的自費「抗凝血門診」，一旦病人有需要，醫師就會將病人轉介到該門診，諮詢抗凝血藥物 Warfarin 的使用方式。沈麗娟解釋，因為用該藥品時，劑量拿捏要很精準，若劑量不足，病人易產生血栓，過量又會導致出血。同時，此藥品還會和不同的食物、藥品之間產生交互作用，需謹慎使用。

而在這個門診，藥師不需給藥品，而是像顧問一樣和病人談話、提供用藥的必要資訊，舒緩病人可能的焦慮，同時還能約好下次追蹤的



時間。

隨著民眾對用藥安全意識提高，充分說明藥品，除了能促進藥、病之間的關係，對病人理解自身病況也有很大幫助。沈麗娟說，曾有病人第一次看完門診時，感動的說「從來都沒有跟我講這個藥品講這麼清楚！」這不只讓病人更安心，也促使病人更能遵從醫囑。

「病人的需求其實一直都在」沈麗娟說，如何提供最貼近病人需求的服務，是藥師一直在努力的方向。目前她仍繼續規劃其他類型的獨立門診，未來將計畫與器官移植的醫師合作，推動器官移植的用藥門診，讓接受移植手術的病人，有更多機會了解自己如何被治療。

持續前進 開發藥師的最大價值

然而，不論是藥學教育改制，或是增加藥師在臨床上的實質服務，都是在人力、資源有限的情況下，努力在夾縫中求生存的結果。藥師人力長年不足，例如台灣的護理師人數約是國外人力的二分之一，但藥師卻是八到七分之一。扣除原有的藥品調劑業務，能真的到前線了解病人的機會不多。

再加上，現行健保給付是論件計酬，做愈多手術、開愈多藥，醫院自然愈賺錢，「但我們都知道這樣是不對的」沈麗娟舉例，就算藥師積極調整處方，刪了幾項重複或不需之藥品，可讓病人用藥更精簡，雖然這些對病人用藥安全是最好的做法，但實質上卻沒有獲得給付制度支持，處境艱難。

此外，藥師負責的工作範圍也愈來愈大，因此在總人力有限的情況下，必須開發藥師最大的價值，才能讓藥師認為自己的工作不只是重複性的調劑藥品，而有其他重大的意義。目前也在討論引進自動化調劑系統的可行性，盼能



Dr's Profile 沈麗娟



現職：台灣大學藥學專業學院教授

台大醫院藥劑部主任

學歷：南加州大學藥學院藥劑科學所博士

台灣大學醫學院藥學系碩士

經歷：台大醫院藥劑部副主任

台灣大學臨床藥學研究所 / 藥學系副教授、
助理教授

專長：臨床藥學、藥物遞送

成就：國立台灣大學教學傑出教師（2015）

台灣臨床藥學會優良服務獎得主（2014）

國立臺灣大學健康資料加值應用模式研究計畫，
提案競賽第一名（2014）

景康青年教師獎（2013）

國立台灣大學醫學院教學優良教師（2012）

台大醫院教學優異個人獎（2011）

台大醫學院青杏醫學獎（2010）

讓藥師空出更多時間提供直接病人用藥安全服務。不過就目前來說，要引進自動化調劑系統有些本土問題要克服，還需要努力與時間。

「但無論如何，藥學都需要前進」沈麗娟說，若未來藥局成功自動化，就能有更多藥師不必被關在藥局裡，而能到門診、到病房去發揮他們的專業價值、協助病人恢復健康，進一步貢獻社會。「這才是我們的願景。」 

戒菸難？

醫療專業團隊來幫忙 戒菸路上快易通！

文字 / 吳佩芬 攝影 / 嚴偉達

新北市亞東醫院家庭醫學科主任陳志道的一位患有高血壓、糖尿病、高血脂症的心血管病患者曾告訴他，「陳醫師，我把酒戒了，也有規律運動，但實在不想把剩下唯一的抽菸興趣也剝奪了。」這位病患經過陳志道及衛教師不斷地苦口婆心勸導，才終於允諾要戒菸。



吸菸當習慣或興趣 菸癮者的錯誤迷思

陳志道說，醫師及衛教師能儘量將病人考慮戒菸的時間縮短。除了專業醫療團隊的努力外，戒菸者本身的意願、意志力也很重要。多數民眾對於菸害的健康危害認知偏低，其實，「抽菸不能稱為興趣，而是對於身體健康很大的危害，吸菸不只影響口腔及肺部健康，菸品所含的尼古丁會造成全身性血管傷害，二手菸會波及到家人健康，抽菸時污染的空氣微粒會沾黏到皮膚及衣物表層，如果擁抱嬰幼兒或家人，則形成三手菸危害。」

對於許多吸菸者不會急迫地想要戒菸，陳志道從豐富的臨床經驗歸納原因如下：

1. 對於菸害認知不足。
2. 不知有成功率高的戒菸方法。
3. 不是不想戒菸，過去曾戒過菸，但沒有成功，反而菸癮更重。

衛教師林妤倫表示，在衛教時最困難的挑戰是，抽菸者根本不想戒菸。抽菸民眾會反駁衛教師的話，他們說，「生意應酬中，有人遞菸，不拿、不抽是不禮貌」「18歲父親遞菸抽，是成年的象徵」等。有意願戒菸者，1-3次衛教諮詢就願意戒菸了；沒有意願者，諮詢了7次，仍然維持每天抽菸1-2次，即使因為中風、心肌梗塞住院戒菸，出院久了仍會復抽。



事實上，吸一口菸，尼古丁經由口腔及鼻腔黏膜馬上進入人體全身血液循環，到大腦刺激多巴胺分泌，吸菸者感覺到身體、情緒放鬆，只要短短的10多分鐘，因此，抽菸成癮快、戒菸復抽的機率高，陳志道表示，「菸品等於是唯一可以公開販售的毒品。」

全民吸菸率雖有下降 女性吸菸卻不見改善

對於菸害的防制，第一線關卡當然是政府機關的修法及勸導。依據衛福部《國民健康署2015年報》，台灣18歲以上成人吸菸率，在1997年9月《菸害防制法》尚未施行前1年，國人平均吸菸率是29.2%，男性55.1%，女性3.3%。

從在1997年9月《菸害防制法》施行，到2002年1月開徵菸捐每包5元，2006年2月菸捐調為10元，2009年1月《菸害防制法》的新規定，同年6月菸捐調漲為20元，國人及男性平均吸菸率逐年下降，等到2014年4月國家公園禁菸、6月新版警示圖文公佈，國人平均吸菸率已降到16.4%，男性29.2%，顯示國內的菸害防制推動上是有明顯成效。但是，2014年女性平均吸菸率則是3.5%，近20年來的差異不大，甚至一度攀升到5.3%。

2012年衛福部推出「實施二代戒菸治療試辦計畫」，將醫院門診、急診、住院病人納入戒菸治療對象，醫療專業團隊也主動出擊到職場、學校等場域進行戒菸宣導及服務，戒菸治療者到醫院就醫，除支付掛號費外，藥費自付最高200元的部分負擔，超出的藥費則由菸品健康福利捐因應，低收入戶、原住民、離島居民則不用支付部分負擔費用。

今年初，陳志道到香港參加戒菸藥物成效研討會，與各國醫療相關人員交流，國際醫療人員對於我國的戒菸政策非常肯定，因為全球只

有少數國家願意補助戒菸費用，台灣民眾戒菸非常方便，費用負擔也不高。

單打獨鬥戒菸 成功率僅有3%

雖說戒菸要有意願，但戒菸只靠自身的意志力，真的很難。依據2012年出版的《美國醫學會期刊（The Journal of the American Medical Association, JAMA）》刊載的一份美國學者研究發現，戒菸若沒有醫療團隊從旁協助，只靠個人單打獨鬥的成功率僅有3%，但若有醫療團隊予以戒菸諮商加上藥物協助，成功率可攀升達35-40%。

想要戒菸成功，專業醫療團隊幫忙可以加分，但最重要的還是抽菸者的戒菸動機要夠強。陳志道說，醫師及衛教師會想盡辦法提高抽菸者的戒菸動機，以下有幾項基本要領：

- 1.從抽菸者自身的健康下手。

特別是有心臟病、高血壓病、糖尿病史者，提醒抽菸會提高心肌梗塞、血管阻塞的發作機率。

- 2.抽菸危害下一代。

若是年輕夫妻、想要懷孕者，則會告知吸菸有可能會導致不孕、孕婦吸入過多二手菸可能會導致早產及胎兒體重過輕。

- 3.抽菸拉長病人的痊癒時間。

就診時，發現具有抽菸習慣的病人咳嗽、感冒嚴重，則會告訴病人，「不吸菸的話，咳嗽會比較不嚴重；感冒生病時，痊癒速度會比較快。」

- 4.強制要求病人戒菸。

在亞東醫院，會針對所有住院吸菸病人進行

戒菸衛教，特別是心肌梗塞病人在住院期間一定要戒菸；國內醫療院所也會針對植牙病人建議戒菸，因為抽菸會影響植牙後牙體的穩定度以及植牙的成功率；在國外部份醫療院所會要求非緊急開刀病人如置換人工膝關節的病人一定要先戒菸，才可以執行開刀，因為抽菸會影響到開刀傷口的癒合狀態。

電子菸尚未合法化 美國政府將視為一般菸品嚴加管理

在2014年國外預防醫學相關期刊曾提及，戒菸是最符合成本效益的醫療服務，因為戒菸除了省下小額的菸品費用，還可以減少日後罹患癌症、心血管疾病的龐大醫療支出。

陳志道指出，戒菸輔助藥物有兩大類，含尼古丁以及不含尼古丁。含尼古丁類的有戒菸口香糖（戒菸口嚼錠）、貼片、尼古清吸入劑，電子菸則完全不具有戒菸輔助成效。

1.台灣尚未合法的電子菸。

迄今，國內衛生單位尚未核准任何一種電子菸上市，即使在網路上可以買到電子菸，也是屬於非法產品，因為沒有政府衛生單位把關，這些不合法的電子菸大多未標示內容物成分。甚至含更多致癌的有機溶劑。

陳志道曾經詢問門診病人過去是否有尋求戒菸方式？曾有少數吸菸者主述使用過電子菸，而且以大陸台商居多，多數抽過電子菸者仍無法達到戒斷抽菸的目的地。

2010年，日本學者發表，電子菸產生的蒸汽含有甲醛、乙醛等致癌物質，濃度是紙菸的10倍。目前已知電子菸成分，除了甲醛、乙醛等致癌物質，也含有會造成眼睛刺激丙二醇、長期吸入會導致阻塞性細支氣管炎的丁二酮等。

電子菸所形成的二手菸同樣也會影響肺部健康，當然還有更多未知、可能會影響身體健康



的不明有機溶劑成分。甚至2015年9月，一位美國23歲青年在抽電子菸時發生爆炸意外。

2.戒菸貼片作用慢，戒菸者常誤以為無效。

多數病患在使用含尼古丁貼片時，會跟醫師抱怨，使用貼片後，還是會感覺到菸癮，其實，貼片要使用6-8小時後，才會克制想抽菸的感覺，也有人則會對貼片過敏，而拒絕貼片。

3.戒菸口香糖（戒菸口嚼錠）吞下尼古丁會刺激腸胃。

戒菸口香糖是事先在口中咀嚼2-3口，感覺有辣味的尼古丁釋放後，用舌頭黏貼含在口腔旁，等辣味沒有了，再咬一兩下，如此反覆，尼古丁經由口腔黏膜吸收，等2-3小時後，才會出現作用，另外，含尼古丁汁液進入腸胃道，也會引發想吐等腸胃道不適。

4.尼古清吸入劑可以持續3-4小時。

當開啟使用尼古清吸入劑後，超過24小時就要丟棄，因為會產生阿摩尼亞的味道。戒菸者打開後吸5口左右，可以持續3-4小時，初期會使用7-8管，然後慢慢減少。

陳志道提醒，含有尼古丁戒菸產品，雖然不需要燃燒，也沒有燃燒產生的致癌物及焦油，但尼古丁本身仍具有身體危害，可說是兩害相權取其輕的作法。據統計，含有尼古丁的吸入劑、戒菸口香糖、貼片，戒菸成功率約20-30%；非尼古丁的藥物成功率則是35-40%。

就如同吃長效高血壓藥物一樣 戒菸藥一天一到兩顆

有效的非尼古丁藥物，1天只要吃1-2顆，就如同慢性病患服用長效藥物一樣。陳志道指出，這類藥物和含尼古丁的戒菸產品差別在

於：

1.全身血管傷害度較低。

類似尼古丁的化學結構式，能保有抽菸的快感，但比起尼古丁，較無全身血管性傷害。

2.人體內代謝時間較長。

尼古丁在人體內代謝速率約40分鐘，有菸癮者抽完菸不到1小時就會出現想抽菸的衝動；類似尼古丁成分的替代物在人體內的代謝時間可延長16-21小時，可長時間抑制想抽菸的慾望。

3.降低尼古丁的吸收。

類尼古丁成分和尼古丁成分競爭大腦中尼古丁接受器，導致尼古丁無法作用在人體大腦，減少吸菸的快感。

4.會排斥抽菸。

類尼古丁成分進入大腦內，影響尼古丁作用，會覺得自己抽的菸味不好聞、臭臭的、怪怪的，甚至排斥他人抽菸。

陳志道指出，通常戒菸開始的4-5天會感覺特別難熬，藥物協助撐過1-2個月，往往戒菸成功率較高。目前二代戒菸服務，如果選擇非尼古丁藥物輔助，1個療程8週，健保1年補助2個療程，多數抽菸者只要1個療程就能成功戒斷，依據國外統計，使用非尼古丁藥物輔助的時間愈久，戒菸成功率愈高。

通常戒菸者嘗試2-4周，有成效，就有動力持續戒菸，判斷是否成功戒菸？依據國健署資料，大於或等於6個月點戒菸率（6個月或6個月以上不抽菸）為26.6%，亞東醫院是37%。

在亞東醫院，心臟內科醫師經常會把抽菸的病人轉介到家醫科來戒菸，當然，其他科別的醫師也會，亞東醫院所有的家醫科醫師都有接受過戒菸衛教及治療的相關訓練，還有3名高階戒菸衛教師，癮君子想戒菸隨時可以得到戒菸服務。曾有研究報告指出，每10名癮君子中有8人有過戒菸的念頭，若是醫護人員主動關心，



Dr's Profile 陳志道



現職：亞東醫院家庭醫學科主任

學歷：高雄醫學院學士後醫學系

台大公共衛生學院政策與管理預防醫學組碩士

台大公共衛生學院流行病學研究所預防醫學組
博士

經歷：高醫附設家庭醫學科主治醫師

慈濟大林家醫科主任

台灣安寧緩和醫學學會副秘書長

台灣青少年醫學暨保健學會秘書長

成就：陳志道主持戒菸醫療專業團隊獲衛福部國健署

「104年全球無菸健康照護服務網絡認證」金獎

104戒菸服務績優醫院「治療服務王」

104戒菸服務績優醫院「衛教服務王」

104全國無菸醫院金獎

癮君子有可能會提高戒菸的意願。

陳志道提醒家長，青少年抽菸行為隱含著需要被協助的訊號，亞東醫院有免費青少年戒菸諮詢；成人吸菸大多是成癮了，要戒除比較困難須專業團隊協助，有的成人是因為罹患重大疾病如心肌梗塞才不得不戒菸，若能在重大疾病發生前就戒菸才是健康促進。

陳志道希望癮君子能在身體還健康、尚未生病前，就能厲行戒菸，不要等到生病了，才不得不戒菸。 



盧介祥

助糖友揮出精彩人生

文字 / 程希 攝影 / 楊為仁

嘉義地區在十多年前，糖尿病死亡率在全國名列前茅，在嘉義基督教醫院帶頭推動糖尿病共同照護網、經過19年的努力，終於洗刷這項記錄，嘉基醫院醫療長盧介祥正是其中重要推手。

盧介祥於民國86年進入嘉基醫院後，不久即在嘉義推動成立全國第二個糖尿病共同照護網，並陸續輔導雲林與台南地區的糖尿病共同照護。「當時看到嘉義地區人口老化，糖尿病

的衛教卻很不普及，死亡率很高。」因此盧介祥帶著青年醫師的熱情，與當時嘉基醫院院長翁瑞亨聯手展開推動共同照護計畫。

爭取「醫院—診所—病人」三贏體制

成立糖尿病共同照護網的目的是提升醫療院所照護糖尿病患者的水準，推動之初，盧介祥帶著團隊挨家挨戶到基層診所拜訪，邀請加入，





對診所醫護人員進行糖尿病的用藥、檢查、控制等簡單教學；有些診所醫師擔心加入後，病人可能因為接觸醫院衛教活動或到醫院做檢查而流失，因此婉拒。

訪視診所碰了不少釘子，醫師變業務員，但盧介祥不退縮，轉而思考改變體制，為診所爭取原本健保不給付在診所執行的糖化血色素、微量蛋白尿等檢查項目，讓基層診所成為檢查評估病人血糖控制或腎臟狀況的生力軍，同時透過中華民國糖尿病醫療學會與台灣糖尿病協會的力量，爭取糖尿病改善方案，給付衛教師費用，讓醫院或診所可以聘請衛教專責人力，藉此創造醫院、診所與患者三贏局面，有些原本婉拒加入共同照護網的診所，後來也主動加入。

回顧推動糖尿病的共同照護過程，雖是萬事起頭難，但盧介祥自嘲「矇對了」，因為嘉義地區老人人口偏多，糖尿病就診人數高於全國，且許多年輕人出外謀生，人口外流嚴重，老人只有夫妻同住、獨居或者與年幼孫子住一起，對於糖尿病認知不足，甚至不知道自己罹患糖尿病，更不知如何控制血糖，常常在醫師檢查發現罹患糖尿病時，糖化血色素高達17-19（正常值4到6），平均血糖4、500，都快爆表了！一般糖尿病患者從發病後約7到10年才會產生併發症，但當時很多老人卻是出現併發症後就醫才檢查出罹患糖尿病，這也是嘉義地區



糖尿病死亡比率偏高的原因。盧介祥率先推動糖尿病共同照護，長期努力後，如今已經把糖尿病推出嘉義地區前5大死亡原因之列，死亡率於98年就已降到20-30%，低於全國平均值，全國排名也從第4、5名轉降到最後幾名。

如此成果，也獲得2009-2015連續7年嘉義市糖尿病醫療院所照護品質特優的肯定。

照護老病人就像老朋友

「糖尿病患者平均年齡超過60歲，但在團隊的照護下，避免了併發症的產生，很多病人健康的活到8、90歲。」盧介祥記得一位住在嘉義縣鹿草鄉的阿嬤，看診已19年，目前近90歲，仍行動自如，每3個月回診1次時總是再三向盧介祥鞠躬道謝；也有患者看診10多年，隨著年歲增長，終難免往生，家屬還會特別告知並向他致謝，「那種感動，是團隊維持熱情的動力。」他從不細數成果，因為「糖尿病是一輩子的病，患者長期看診，像定期碰面的朋友，協助他們把生活變得更好，免除併發症的陰影，看到患者面露笑容，就是最好的成果。」

嘉基醫院推動糖尿病共同照護，主要是提供醫學教育的平台，針對醫護人員，辦理糖尿病的新知研習，舉辦個案討論，鼓勵其他醫療單位成立病友團體，該院並成立糖尿病中心，指導糖尿病患健康飲食、規律運動、血糖自我監

測等等，透過「33聯誼會」病友團體，舉辦活動，讓病友分享治療與照護心得，互相關懷、彼此鼓勵，19年的共同照護，從照護品質、創意做法與研究論文，團隊與個人一再得獎。

衛福部今年6月公布103年國人10大死因統計，糖尿病排居第5位，而全世界糖尿病的盛行率只約4.6%，台灣的盛行率卻高出二、三倍，依國民健康署102-103年「國民營養健康狀況變遷」調查，18歲以上國人糖尿病盛行率為12.4%。盧介祥表示，台灣與中國大陸的糖尿病盛行率都偏高，原因包括飲食熱量增加，且亞洲人有胰島素分泌不足、胰臟功能比較差的問題，降低糖尿病死亡率是永不終斷的目標，重點工作仍是加強衛教。

生活習慣與血糖息息相關

「健保署的統計顯示糖尿病患者參加衛教的比率平均只有37%，嘉基醫院有50到60%。」盧介祥希望未來能再提高，因為糖尿病是生活的疾病，除藥物治療外，飲食與運動、生活習慣都要相當配合，才能控制得好，患者才是主



角，醫療團隊只是協助，提供正確知識，給予適當藥物，透過衛教一再的提醒，一點一滴矯正病患的生活行為，若病患不改變生活習慣，血糖就不聽控制。

有位30幾歲的年輕病患，病情控制不好，藥物已用到最大量，家長太焦慮，又給病人亂吃偏方，導致洗腎與眼睛失明，盧介祥感嘆：「看到這樣的病患，讓人很挫折。」他指出，現代人活動力減少，看電視、電腦、手機一坐可能很久都不動，越來越肥胖，糖尿病患者年輕化，以前6、70歲才會得糖尿病，現在4、50歲就得糖尿病，因此有糖尿病家族病史的人，40到45歲就該篩檢，若身體過重，一定要減肥，這是早期預防，一旦患病，就是從衛教著手，降低併發症，糖尿病若控制不好，全身都可能產生病變，包括容易心肌梗塞、腦中風、眼睛視網膜出血、黃斑部病變、白內障、青光眼、洗腎，其中洗腎病因第1名就是糖尿病。

從小白球領悟醫療哲理

運動是糖尿病照護重要的一環，盧介祥鼓勵患者規律性運動，有患者打高爾夫球，糖化血



色素控制在5到6，還邀他一起打球。盧介祥強調，適當的運動可以改善胰島素阻抗，讓胰島素的作用變好，而降低血糖，建議患者最簡單的運動就是健走，每天走半小時到1小時，如果因腳部退化無法健走，騎腳踏車，游泳也不錯，只要有氧運動都有助於病患控制病情。

而愛打球的盧介祥也從打小白球領略醫療哲理。「打高爾夫球要走7、8公里，且打球面對很多狀況，像是自己的心理、身體、天氣、甚至對手，要設很多停損點，有一些風險的考量，這就像糖尿病一樣，要在這麼長的時間維持一定水平，必須持續控制，不只是體力，要用大腦，發揮智慧，所以國內外很多外交官、高官、美國總統都打高爾夫球，可以鍛鍊決策。」盧介祥認為，醫師醫治糖尿病人也像打高爾夫球一樣，要判斷強攻或保守，有些病人可以用很強藥物把血糖降下來，但有些降太快會產生併發症，要慢慢的降，如何取得協調，達到平衡，從打球的經驗也可以舉一反三。



Dr's Profile 盧介祥

現職：戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院醫療長

學歷：中國醫藥大學醫學系畢

台灣大學預防醫學研究所碩士

中正大學企管所博士

經歷：中華民國內科專科醫師

內分泌暨糖尿病專科醫師

中華民國糖尿病衛教學會衛教師

教育部部定副教授

美國約翰霍普金斯醫學院進修

美國克里夫蘭醫學中心進修

南區醫療網出院準備輔導訪查委員

倫理審查委員會評鑑委員

專科護理師訓練醫院訪視委員

嘉義市糖尿病共同照護網委員

糖尿病衛教學會理事

內科醫學會代表

部定副教授

大葉大學副教授

專長：糖尿病、內分泌、醫院管理。

研究：糖尿病照護品質、糖尿病臨床風險管控、糖尿病營養相關需求、糖尿病致病基因研究、糖尿病腎病變管理、糖尿病肥胖因子管控、代謝症

候群之醫療經濟、內分泌細胞學之相關研究。

得獎記錄：

2015年 WHO 健康促進進階試驗計畫金牌獎、國健署

第二屆健康促進貢獻獎

2014年 榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

「醫療心職人」獎

2010年 SNQ 國家品質標章

2009年 SNQ 國家品質標章、糖尿病衛教學會林瑞祥

教授衛教團隊傑出獎

藝術與毀滅之間

文學與精神醫學

臺中榮總精神部 藍祚鴻主任



文字 / 曾怡菁 攝影 / 盧春宇

明月幾時有？把酒問青天。不知天上宮闕，今夕是何年。
我欲乘風歸去，又恐瓊樓玉宇，高處不勝寒。起舞弄清影，何似在人間！
轉朱閣，低綺戶，照無眠。不應有恨，何事長向別時圓？人有悲歡離合，
月有陰晴圓缺，此事古難全。但願人長久，千里共嬋娟。

還記得鄧麗君的《但願人長久》嗎？這首歌其實來自北宋蘇東坡的《水調歌頭》，才華洋溢的蘇東坡在歷史上極富盛名，其文學造詣華麗雋永，流傳至今依舊感動人心，但在這偉大創作的背後，不難看出詩詞中隱喻著蘇東坡仕途坎坷、屢遭貶謫之境，長期抑鬱寡歡、滿腹無奈與委屈，在極度壓力與不公的環境之中，也只能訴之詩詞，把酒問青天了。這便是文學與精神醫療的關連之處，如能將極端轉換為美學，我們稱之為「藝術」，但若轉換為自暴自棄或傷害破壞，甚至喪失自主行為的話，就需要接受完善的精神治療。 —藍祚鴻

年少飽覽經典 以文學滋養人生

專攻精神醫學的藍祚鴻，從求學時期就對西洋經典及歷史古著相當喜愛，從國小時期接觸歷史典故、經典文學，一直到國高中獨自飽覽25史、正史、野史等，不斷專研古文、文言文，孜孜不倦從卷中吸取各方學家的涵養，藍醫師因此體悟到，從文學中能得到生命的啟發，也能從歷史故事中體會種種英雄氣短與事事無常，文學之於生活、生活之於精神科學其實息息相關。

然而精神科很多部分需要借助於溝通，溝通是精神科先天的限制，也是它的一個特色，精神科沒有動物實驗模型，很多症狀的取得及診斷的決定都需要藉由語言及溝通來獲得驗證，因此在精神醫學中語言的運用非常重要，這直接影響了醫病之間的了解與後續治療計畫成功與否的進行，而文學剛好是利用語言最洗鍊的模式，也是一個很好抒發心情、釋放壓力的方式。

在所有的醫學當中，精神醫學算是一個跨域的專科，從發展歷史上來看，一直介在感性



與理性之間，從早期的現代的的分析之父佛洛伊德（Sigmund Freud）、到德國的現代精神醫學之父克雷普林（Emil Kraepelin），兩位偉大的學者留下了無比珍貴的手稿和研究案例，其內容探討都帶有極度濃厚的人性關懷和對人文的省思，因此藍祚鴻強調，精神科絕對不僅僅侷限於理性的藥物治療，其實從前人提供的文獻中能夠發現，文學是另一種感性的治療層



Dr's Profile **藍祚鴻**



現職：臺中榮民總醫院 精神部部主任
臺中榮民總醫院 精神部老年精神科主任
臺中榮民總醫院 精神部主治醫師
臺中榮民總醫院 教學研究部副主任
國立陽明大學 醫學系副教授
國家衛生研究院 群體健康科學研究所副研究員

學歷：國立陽明大學醫學士
美國 Johns Hopkins 大學基因流行病學博士

經歷：台臺北榮民總醫院精神部住院醫師、總醫師
玉里榮民醫院主治醫師兼精神流行病學室主任
署立桃園療養院主治醫師兼教學研究及實證醫學中心主任
署立玉里醫院主治醫師兼實證醫學科主任及檢驗科主任
臺灣大學附設醫院精神部兼任主治醫師
慈濟大學醫學院助理教授

專長：1. 一般精神醫學：憂鬱症、焦慮症、失眠、思覺失調症、雙極性躁鬱症
2. 遺傳流行病學
3. 疾病行為量化研究
4. 生物統計學
5. 分子生物學

面，文學中對人性的剖析、善惡衝突的闡述，不同時代表達著不同的觀點，對於人的觀察也成為一種記錄，這對精神科醫學的了解及運用都有幫助。

界定精神疾病 尋找出口是關鍵

但是如何界定精神疾病呢？當極端有了抒發的窗口，病態的狀況沒有持續下去影響人際、工作以及生活，其實都只能算是個性上的某種特質而已。就如同人是一個習慣的動物，每個人都有不同的堅持，尤其對言語及想法的闡述會有它一定的模式，例如憂鬱症的患者會不斷沉浸在悲傷的情境中無法自拔，但這些憂鬱的特質許多文學家也具有，但利用文字、經過一番美化及轉化，反而成就了一部經典留傳後世，透過書寫也讓後人能夠體會他當時的感受，甚至從中了解到美學的體現。因此極端轉換得當可以造就藝術，找不到出口持續惡化就會喪失自我，一線之間天壤之別。

如何運用文學來作精神的治療，藍祚鴻曾經請年紀大、有假性失智的病人每天書寫，他們失智的原因通常來自憂鬱症的傾向，很多能力還是在，只是被自己放棄了，沒有信心去完成一件事，因此需要不斷鼓勵病人回想這些操作的能力、不斷讓病人練習書寫，剛開始他們會反抗，但持續每天寫一點，慢慢成為一個習慣，建立信心之後，病人慢慢的能將自己的感受抒發出來，證明了書寫是一個很正面的輔助治療方式。

由此可知，文學確實是一個長期的抒壓管道，也具有含蓄和遞延的效果，在面對憤怒的情緒時，利用文學的隱喻或是幽默的手法表現，不僅能將傷害降至最低，也沒有太多無法挽回的後遺症。



但是精神科疾病至今，仍有保有相當大的神秘感，幻聽的病人聽到的聲音、憂鬱症患者感受到的另一個情境、起乩的乩童到底在與誰對話？都是科學無法驗證，但並不代表不存在，但這些不存在的聲音和想像，這些徘徊在醫學和神學之間，仍是讓大眾著迷的題材，也因為有如此瘋狂的基因，原創不斷翻轉著時空，人類才會不斷演化進步，只要成功轉移成有用處的面相，就被社會大眾美讚為創意，歸類在不同領域、成為後人歌頌的偉大學者。

透過持續書寫 為後代累積學養

在長期專研文學與精神醫學下，藍祚鴻也有一個小說夢，一個是夢幻寫實題材，如電影《全面啟動》的情節，夢境可以創造無邊無際的想像，現實生活上可以達到企盼以久的願望。另一個則是歷史小說題材，以歷史的主軸來看待某一事件，從精神醫學及心理學的角度

發想，平行時空中會有什麼樣的歷史體現。例如暴君或是昏庸荒誕不羈的君主拿到現代來論，有可能極具前觀之見；王莽就是一個相當有趣的例子，在歷史上以「篡漢」來評價他，上任後社會動盪不安，於是提出新政致力改革，新政的想法居然和現代的政治學觀點不謀而合，但是身處漢朝，執行上就狀況百出，無法落實到民生，在矛盾和紛爭下，王莽的君主生涯以悲劇劃下終結。如果以此為歷史小說題材，以現代的角度思考，王莽或許是一位體恤民意、深具遠見的領導者，但正史則是以成敗論英雄。

從閱讀歷史文學，思考現今社會，藍祚鴻期望台灣的教育可以從文學當中讓學生了解歷史的深意，從文化層面讓學生理解延伸至今跨時代思維，並透過書寫來表達對生活的感觸，將文學視作國民教育的一部分，國家整體的學養也會因此昇華至美好的階段。 

社區的好鄰居 健維守護四高病患

文字 / 崔家琪 攝影 / 張忠義



隱身在高雄市苓雅區街巷間，沒有炫目的外觀，卻是社區最依賴的保健站，一有大小病痛，民眾最先想到的就是找健維，尤其在糖尿病預防與治療上，健維更以社區診所規格，致力於教學醫院級糖尿病中心的水準，在守護病友健康領域戰戰兢兢，這一切都要歸功於院長陳宇清醫師領導下健維團隊視病如親，以社區家庭醫師的精神悉心照護民眾，同時不斷持續吸納新知，提升服務品質。

衛生署為推動全省糖尿病共同照護網，2001年推出全民健保糖尿病醫療給付改善方案，建立以整體性為原則之新支付制度，鼓勵院所參與共同照顧網認證及運作，同時建構品質監控機制，使支付項目與品質監控指標環環相扣，建置可行之糖尿病照護品質通報系統，對糖尿病友作整體性照護。

健維診所也就是在這個時間點適時加入糖尿病照護網，十多年來依據照護指引服務糖尿病友，監測血糖值、篩檢尿蛋白、確實執行衛教、提醒用藥、注意併發症等工作，成為糖尿病友的好伙伴，與病友共同面對糖尿病的挑戰，在2014年榮獲「糖尿病」章品質卓越獎醫療院所之一。

糖尿病是一種新陳代謝失調之病症，主要是胰島素分泌不足及功能障礙，而使人體對血



中葡萄糖之利用能力降低，導致血中葡萄糖上升，同時也伴隨著脂肪、蛋白質代謝失調，引發一些症狀及併發症。一般來說，糖尿病患者死於心血管疾病者，是非糖尿病患者的二至三倍。

糖尿病患者如血糖控制不良，容易引起小血管病變如視網膜病變、腎病變、神經病變；大血管病變如腦中風、心肌梗塞、週邊血管疾病等。另外，洗腎病人中40%-50%是糖尿病患，主要是因為糖尿病發病15至20年後，一旦腎功能惡化進入末期腎衰竭，就得洗腎或進行腎移植，死亡率更會增加。所以血糖、血脂、血壓的控制，在糖尿病病人的身上，更是重要。

陳宇清說，根據1998年全球第一權威的新英格蘭醫學期刊一篇追蹤7年論文報告Steven M. Haffner指出，有心肌梗塞、無糖尿病的患者，與無心肌梗塞、有糖尿病的患者，心肌梗塞發生率大致相同，也就是說糖尿病等同於心血管疾病。其他學者相同議題卻是矛盾結果。於是追蹤期間由7年展延至18年後，2005年再發表一篇研究報告指出，有糖尿病無冠心症的患者，心血管疾病死亡危險機率是有冠心症無糖尿病患者的1.9倍。相關數據值得健保局參考，也有待基層醫師共同努力服務糖尿病友。

重視三高與心血管疾病關連

陳宇清身為心臟專科醫師，對「三高」與心

血管疾病的關連非常重視。他舉著名的美國波士頓區William P. Castelli領導的Framingham心臟研究為例，該流行病學研究從1948年起針對5209位成人持續進行已達三代的追蹤，並陸續發表研究報告，1960年代發現抽煙、高膽固醇、高血壓、肥胖都會增加心臟病風險，運動則會減少罹患心臟病風險；1970年代發現血壓高會增加中風風險，包括停經後婦女及心理性因素也會增加心臟病風險；1980年代發現高密度膽固醇可減少心血管疾病的發生。William P. Castelli等人於1987年的研究報告顯示，在50歲以下組群，血清總膽固醇值是直接與30年總死亡率和心血管疾病死亡率有關；總膽固醇值每上升10毫克/分升，總死亡率增加了5%，心血管疾病死亡增加9%。

2002年英國第一的Lancet醫學期刊發表一篇論文Sarah Lewington指出血壓與心血管疾病的關係，介於40歲至69歲間的組群，當收縮壓從115升高到135 mmHg(毫米汞柱)、舒張壓從75升高到85mmHg(毫米汞柱)時，死於缺血性心臟病的機率即加倍，死於中風的風險則超過一倍。

又根據2007年臺灣地區高血壓、高血糖及高血脂之追蹤調查研究得出當年「三高」盛行率，高血壓23%、高血糖7.6%、高血脂9.7%，另陳院長特別提醒也要注意的慢性腎臟病則有9.8%，四者之間互有牽連。

所謂「三高」，一般人只有模糊觀念，在醫學上則有明確定義，高血壓為收縮壓大(等)於140mmhg或舒張壓大(等)於90mmhg或服用降血壓藥物；糖尿病為兩次空腹八小時血糖值大(等)於126mg/dL或服用降血糖藥物；高血脂症為總膽固醇大(等)於200mg/dL或三酸甘油脂大(等)於150mg/dL或服用降血脂藥物。

注意三高之外的第四高！

一般醫師都會注重血糖、血壓、血脂等「三高」問題，陳院長特別強調注意「四高」，也就是加上腎臟。他指出，心臟學、腎臟、糖尿病的英文開頭分別是C(Cardiology)、K(Kidney)、D(Diabetes)，很巧的是CKD剛好也是慢性腎臟病(Chronic Kidney Disease)的英文縮寫，連結三高與慢性腎臟病之間密不可分的關係。

「三高」患者同時也是腎臟病的高危險族群，血糖過高造成血管病變，影響腎臟血流量，進而影響腎功能；血壓過高影響腎臟過濾血液和調節體液，激素，酸類和鹽類的功能；1999年服部元司(Motoshi Hattori)在論文中指出餵食含15%橄欖油的高膽固醇飲食的大白鼠會導致腎絲球巨噬細胞浸潤，泡沫細胞形成，導致腎小球硬化。

陳宇清說，慢性腎臟病的重要性不亞於糖尿病，來路不明的藥物或標示不清的草藥或偏方應盡量避免，消炎止痛藥物也要在醫師指示下服用，從平常就養成保護腎臟的觀念。2003年Allan J. Collins的研究結果顯示美國Medicare被保險人，年齡 67歲以上，1996年至1997年納入研究的患者2年的追蹤期間，比較這些患者與1997年已透析患者追蹤相同的2年期間發現，與糖尿病無慢性腎臟病患者比較，慢性腎臟病無糖尿病患者高達兩倍的可能性會死亡。這群



(American Kidney Fund)建議如下：糖尿病和高血壓是慢性腎臟病的最常見的原因。如果你有糖尿病或高血壓，與您的醫生一起努力保持你的血糖和血壓好好控制是預防腎臟疾病的最佳方法。健康的生活方式可以幫助預防糖尿病，高血壓，腎臟疾病，或幫助它們控制住。按照這些提示，以降低您罹患腎臟疾病的風險，同時避免它引起的合併症：遵循低鹽，低脂飲食；在一周中5至6天運動鍛煉至少一回30分鐘；定期醫師門診安排腎功能和尿液檢查；不要吸菸或使用菸草；限制飲酒。

慢性腎臟病定義為腎臟組織受損達數月或數年，腎功能受損且不易恢復原有功能，一般進展則分為五期。陳院長說，透過驗血可以測出肌酸酐數值，再透過MDRD的換算公式，也就是再加上年齡、性別甚至種族的因素，得出的GFR(腎絲球過濾率)數據如果小於60 mL/min/1.73m²，就可診斷是慢性腎臟病。

陳院長表示，血管內皮功能異常是心血管疾病、慢性腎臟病和糖尿病的共同表現，被氧化低密度膽固醇會產生自由基毒害血管內皮和損害內皮細胞一氧化氮的合成。因此嚴格控制膽固醇，是保健上不可少的功課。預防「四高」，除了規律服藥及運動之外，飲食更要注意，尤其要減少動物食材避開膽固醇，少吃大魚大肉，多多攝取大豆、毛豆等植物蛋白質，因為膽固醇除了與心血管疾病有很大關係，動物蛋白質也會造成胰島素阻抗，血中葡萄糖無法順利進入肌肉細胞，這是糖尿病患者經常感

覺無力的原因之一。

身體力行低油健康飲食

一般健康常識認為應盡量避免動物蛋卵、內臟類、肥肉、動物外皮等高膽固醇及豬油、牛油等飽和脂肪酸高的食物，油脂選擇應以橄欖油、葵花油、葡萄籽油等植物油為主，油量不宜過量使用，每天限制在2-3湯匙以下。

不過，陳院長說，即使是大家公認最健康的橄欖油，所含的單元不飽和脂肪酸高達73%。在1995年Lawrence L. Rudel指出導致動脈粥樣硬化飲食的飽和，n-6多元不飽和，和單元不飽和脂肪酸餵養到非洲綠猴5年，猴子投餵單元不飽和脂肪酸罹患冠狀動脈粥樣硬化程度和飼餵飽和脂肪酸猴子的硬化程度等量。在1999年Lyon Diet Heart Study此一研究結果呈現首次心肌梗塞後地中海飲食組四年後依然有高達25%併發死亡或心血管事件，然而the China Study的作者Campbell教授在1997年回答問題時指出地中海飲食與大陸鄉下的飲食似乎一樣，但1970年代大陸貴州省鄉下飲食沒有食用油，沒有一人65歲前死於心血管疾病。結論就是植物油也是越少越好，他自己以身作則，從今年六月四日開始食物中就幾乎沒有添加食用油了。

第1型和第2型糖尿病患者有不同的病因。然而共有兩個重要的因素：病患繼承的疾病傾向，然後環境中某些因子觸發它。單靠基因是不足以致病的。這方面的一個證明是同卵雙胞胎。同卵雙胞胎具有相同的基因。然而，當雙胞胎之一有第1型糖尿病，另一位得到第1型糖尿病最多只有一半的可能性。當雙胞胎之一有第2型糖尿病，另一位得到第2型糖尿病的風險最多3/4。

在糖尿病防治工作上，在醫療第一線的陳院



Dr's Profile 陳宇清



現職：健維診所院長

學歷：臺北醫學院醫學士、高雄醫學院碩士

經歷：高雄長庚醫院心臟科主治醫師、臨床講師

專長：心臟專科

研究領域：糖尿病、醫療資源耗用

著作：Medicine (2016) 95:27 (e4197)

長呼籲糖尿病患的子女，只要超過35歲就要檢驗血糖和血壓。看診時他也會主動出擊，只要看到有子女陪患有糖尿病的父母來看診，就會勸告他們檢驗空腹血糖，因為他們是糖尿病的高危險群，如能早期發現就能早期治療。

陳院長表示，糖尿病為高發生高費用之疾病，無法僅由內分泌或新陳代謝專科醫師提供完善周延的醫療照護，透過糖尿病共同照護網完整訓練的專業醫師衛教師間的團隊合作，提供病人包括診察、檢驗、飲食控制、營養衛教、運動諮詢及定期回診、手機追蹤等完整的服務，降低或延緩糖尿病患併發症與合併症的發生，不但維護病人的健康，病患死亡率大量降低，亦可控制醫療費用，減輕健保支出負擔，達到三贏的目標。 

2016 台灣輝瑞的肯定與榮耀

榮獲首屆國家人才發展獎

台灣輝瑞榮獲行政院勞動部勞動力發展署首屆國家人才發展獎，總裁林達宗亦獲個人傑出實踐獎殊榮。國家人才發展獎為勞動力發展署今年首度舉辦，共有13個企業與單位及6位個人獲獎。該獎項全方位評選出對人才發展之典範標竿，透過鼓勵以及肯定，讓更多企業及辦訓單位願意在培育人才上投入並持續精進。評審團對於輝瑞完整的人才發展體系、明確的創新人才發展方案，尤其組織學習Mentor建置等，留下深刻印象。展望未來，林達宗總裁強調輝瑞將持續培育人才能力，並養成全球化人才，以強化人才競爭優勢，進而精進組織效能，提升競爭力。

獲勞動部評選為 工作生活平衡獎優良企業

台灣輝瑞榮獲勞動部105年《工作生活平衡獎》優良企業，經過初審、實地訪查以及決賽等三階段的評選，輝瑞以彈性給假方式，支持同仁靈活安排工作與生活，獲得「工作悠活獎章」；並以平衡身心健康，締造幸福人生獲得「健康快活獎章」，是製藥產業中唯一獲獎的



公司。

獲評為台灣最佳雇主

總部位於荷蘭的研究機構Top Employers Institute將台灣輝瑞評選為2016年台灣最佳雇主（Taiwan Top Employer），是少數獲得此獎項的台灣企業。本獎項的評選標準包括人才策略、人力規劃、到職、學習與發展、績效管理、領導力發展、職涯發展與繼任者管理、薪資與福利以及文化等9大領域，所認證的最佳雇主深具權威性。

蟬連新世代百大企業

由《Cheers》雜誌所主導的新世代最嚮往企業調查，今年已邁入第11年，台灣輝瑞再度名列新世代最嚮往百大企業唯一進榜外商藥廠，且名次較2015年上升近20名，是外商藥廠唯一進榜的企業。

榮獲亞洲企業社會責任獎

以「寒冬送暖 - 關懷獨居老人」公益活動榮獲2016亞洲企業社會責任之社會賦權獎（Social Empowerment Award），是台灣生物製藥業中唯一獲獎之企業。

RA病友 6成未與醫師討論治療目標

根據最新針對台灣及全球14國的類風溼性關節炎病友與免疫風溼科醫師的問卷調查結果發現，近7成的台灣病友希望「能正常地進行日常生活」，但調查也指出，36%病友因為對於疾病的認知不足，不敢向醫療人員提出問題，有超過6成未與醫師討論治療目標；而根據問卷調



醫師與病友會鼓勵病友積極面對疾病、積極治療，擁抱精彩人生

查結果，5位台灣醫師中有4位表示同意或相當同意，很多RA病友在他們感覺疾病狀態「還算不錯」時，臨床評估上病情仍處於活躍期，顯示病友可能因為疼痛減輕了就放鬆警戒，疏忽規律用藥治療的重要性。

為了幫助台灣類風溼性關節炎病友走上順勢、減壓、正循環的治療之路，林口長庚醫院風濕過敏免疫科羅淑芬醫師與中華民國類風溼性關節炎之友協會張玲瓏理事長特別提出以下SMALL五撇步：

1. Study 學習疾病相關知識
2. Meet 主動與醫師溝通治療決策
3. Allow 允許自己放鬆、舒緩壓力
4. Listen 參與病友團體
5. Live 用正念與疾病共處

流感季 疫苗保護不可少

流感季節又到，根據衛生福利部疾病管制署統計今年流感疫情，截止8月，流感併發重症案例數已超過去年同期的2.3倍！資深藝人林美照也是這波流感疫情的受害者，而且竟然在短短半年內二度因流感併發肺炎，威脅生命。

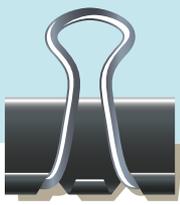
亞東醫院胸腔內科張晟瑜醫師指出，據研究統計過半數的流感併發症皆為肺部症狀，且曾感染社區型肺炎的患者，再次感染的風險相較而言較高，千萬不可有得過就不會再得的迷思！所幸肺炎鏈球菌也是目前常見的社區型肺炎致病原中，唯一可透過疫苗預防的。台大醫院小兒部部主任黃立民教授表示，高達三成的流感死亡個案同時併有細菌感染，肺炎鏈球菌就是常見的細菌之一。研究顯示，肺炎鏈球菌

疫苗接種率的提升，可降低流感相關肺炎疾病住院率，提醒民眾——尤其是65歲以上成人、曾得過肺炎病人、及高感染風險族群除了施打流感疫苗外，應主動與醫師討論施打肺炎鏈球菌疫苗的必要性，達到雙重保護。

〔附註〕美國疾病管制署疫苗接種諮詢委員會 (ACIP) 的最新成人肺炎鏈球菌疫苗建議：

19歲以上高危險族群，以及所有65歲以上成年人未曾接種過肺炎鏈球菌疫苗者，建議先接種肺炎鏈球菌結合型疫苗，再接種肺炎鏈球菌多醣體疫苗。

65歲以上曾經接種過肺炎鏈球菌多醣體疫苗者，建議補接種一劑肺炎鏈球菌結合型疫苗，兩劑間隔一年以上。



寒冬送暖長輩購物樂開懷

輝瑞與弘道老人福利基金會共同關懷獨居長輩，動員全國各地近百位同仁與其家屬陪伴長輩們到大賣場選購年貨及生活日用品，為他們增添些許的溫暖。

在三重的這場活動中，年近七旬的陳奶奶靠資源回收獨自維生，這是她生平第一次到大賣場購物；平日三餐粗茶淡飯，年節將至，弘道社工詢問她是否願意到賣場辦年貨，她說：

「真歡喜！那裏能買到魚、肉嗎？好久沒吃了。」在志工陪伴下，陳奶奶興奮的在賣場中穿梭，看著琳瑯滿目的商品，興高采烈的與志工討論該買哪些東西，怎麼搭配才划算，最後順利選購到價廉物美的肉品、麥片等營養補給品。

秉持「共同打造更健康的 world」之願景，輝瑞致力各項公益活動，除了持續致力於健康促進與疾病

預防等相關工作之外，也積極參與社區照顧，希望斜過實際行動關心社區銀髮族的身心健康，更為社會帶來正面與溫暖的能量。

弘道老人福利基金會新北服務處主任陳奕宇強調，今年是第四年舉辦「寒冬助老非你不可」系列關懷活動，很感謝輝瑞持續第三年且擴大對在地公益與老人議題的關心與投入；在其支持之下，成功的讓新北市、桃園市以及台中市總共187位弱勢獨居長輩，透過志工的陪伴，可以外出採購民生必需品，並提前感受年節熱鬧與溫暖的氛圍。



歲末時節與平溪長輩共圍爐

輝瑞大藥廠與弘道老人福利基金會周末假平溪區活動中心與47位獨居長輩圍爐，提前感受過年的氛圍；現場同時舉辦夢想體驗及義診等活動，讓參與的長輩能夠有更多交際互動的機會，也為其健康做好把關。

這群年齡介於70至95歲的長輩，在圍爐餐會

前在夢想體驗區中，嘗試了不老樂團夢、不老婚紗夢、不老棒球夢、上學趣以及環遊世界等氛圍，實現年輕時未能完成的夢想，志工亦協助其拍照留影，希望能夠為他們留下美好的記憶。

在心情分享時間，高齡90的侯葉阿嬤主動上

台感謝大家的付出，很開心志工能夠規畫這些活動讓他們度過愉快的一天。弘道老人福利基金會指出，新北市平溪地區是全國平均年齡最老的鄉鎮，獨居長輩因身

體退化長居在家，面對年節的歡樂氣氛，映照出獨居的落寞與孤寂，藉由寒冬送暖行動讓長輩在歲末時節，感受社會的溫暖與關懷。

輝瑞企業公共事務暨市場開發處副總經理劉鏡維表示，在迎接社會高齡化的趨勢之際，輝



瑞除了持續致力於健康促進與疾病預防等相關工作之外，亦將積極參與社區照顧；透過志工服務，讓我們更了解長者的需求，並做為規劃參與社區照顧計畫的依歸，共同打造更健康的台灣。

用愛串起兩代情

獨居長者、弱勢兒童一直是台灣輝瑞所關心的族群。輝瑞志工隊多年來在歲末年終陪伴獨居長者，暑假期間則與來自弱勢家庭的孩子們相聚；希望藉由這些互動與陪伴，讓老人感受到社會的溫暖，讓孩子正向看待未來。

今年，輝瑞志工隊巧妙結合兩者的需求，利用暑假帶孩子們去獨居老人相當密集的山城「平溪」拜訪長者，長幼共餐同樂。

當天總共有將近50位小朋友、25位志工參加。志工與小朋友帶著準備好的食材至長輩家中；小朋友在志工的協助之下，一起和長輩下廚、共餐。餐後準備了手工撕貼畫創作活動，再一起到平溪老街逛逛、放天燈。

難得出遊的長輩及孩子們在融洽歡樂的氣氛



中，享受了家庭聚會的溫暖，也感受到社會的關懷！

Working Together For a Healthier World

共同打造更健康的世界



共同打造更健康的世界



輝瑞大藥廠

www.pfizer.com.tw