

# 輝瑞杏苑



No.15  
2020年1月號

## 醫林點滴

勇敢面對顫抖人生  
癲癇學會三十而立

醫人醫病要醫心  
中山附醫 邁向六十活力再造

中醫大新竹附醫  
提供在地醫學中心級醫療品質

醫師發明家黃偉春  
搶救世界的心跳聲

教育改變陳周斌  
聞聲救苦為善最樂

## 仁醫仁心

跳出低谷  
郭玫伶帶動癌友舞出自信

後山不遠 醫界夫妻攜手深耕花蓮

## 焦點話題

# 善用醫院評鑑 提升醫療品質

# 人生 更好

## 你準備好了嗎？

肺炎蟬聯國人十大死因第三位<sup>1</sup>，  
即將邁入更精彩的人生嗎？  
開跑之前先檢查看看自己  
是不是肺炎高危險族群吧！

### 你有以下的危險因子嗎？ 小心肺炎找上門

- ✓ 65歲以上<sup>2</sup>
- ✓ 使用免疫抑制劑者<sup>3</sup>
- ✓ 心血管疾病<sup>4</sup>
- ✓ 腦血管疾病<sup>4</sup>
- ✓ 慢性腎臟病<sup>4</sup>
- ✓ 慢性肝病<sup>4</sup>
- ✓ 慢性阻塞性肺病<sup>4</sup>
- ✓ 曾罹患肺炎者<sup>6</sup>
- ✓ 糖尿病<sup>4</sup>
- ✓ 常接觸小孩者<sup>4</sup>
- ✓ 抽菸<sup>4</sup>
- ✓ 酗酒<sup>4</sup>
- ✓ 失智症<sup>4</sup>
- ✓ 癩癩<sup>4</sup>
- ✓ 氣喘<sup>5</sup>

若同時伴有多種慢性疾病，  
感染肺炎鏈球菌疾病的  
風險更高<sup>7</sup>

積極預防肺炎，請立即諮詢您的醫師！

1. 衛生福利部106年、105年國人十大死因  
2. T. Welte et al. Clinical and economic burden of community-acquired. Thorax 2012;67:71e79. doi:10.1136/thx.2009.129502.  
3. Koivula, I., Sten, M., & Makela, P. H. (1994). Risk factors for pneumonia in the elderly. The American Journal of Medicine. 96(4), 313-320. Torres A, et al. Thorax 2013;68:1057-1065.  
4. Torres A, et al. Thorax 2013;68:1057-1065. doi:10.1136/thoraxjnl-2013-204282  
5. FARR, B. M., WOODHEAD, M. A., MACFARLANE, J. T., BARTLETT, C. L. R., MCCrackEN, J. S., WADSWORTH, J., & MILLER, D. L. (2000). Risk factors for community-acquired pneumonia diagnosed by general practitioners in the community. Respiratory Medicine. 94(5), 422-427.  
6. J. ALMIRALL ET AL., RISK FACTORS FOR CAP, Eur Respir J 2008; 31: 1274-1284  
7. Stephen L Pelton, et al. Open Forum Infect Dis. 2015 Mar 20;2(1):ofv020

PP-PNA-TWN-0059-201809



  
肺炎衛教大使 胡瓜

只有更健康的肺  
才能呼吸更美好的人生！  
我準備好了！你呢？



台灣家庭醫學學會



台灣胸腔暨重症加護醫學會



台灣感染症醫學會



輝瑞大藥廠股份有限公司

# 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

©版權所有，本刊圖文非經同意不得轉載或公開放送

## 發行絮語

4 以提升病患生活品質為職志

## 焦點話題

- 5 善用醫院評鑑 提升醫療品質
- 6 讓評鑑成為推動醫院進步的力量
- 10 台大醫院  
以病人為中心 傳承百年核心價值
- 12 台中榮總  
運用智慧與感動力量 創造全人醫療
- 14 耕莘醫院  
以評鑑為進步動力 朝務實穩建發展
- 16 阮綜合醫院 化評鑑壓力為前進助力
- 18 清泉醫院 立志成為社區醫院典範
- 20 宏其婦幼醫院 深耕桃園 追求卓越無止盡

## 醫林點滴

- 22 從糖尿病照護網經驗 談心血管疾病防治
- 26 中醫大新竹附醫  
提供在地人醫學中心級醫療品質
- 30 走在科學尖端 癌症研究治療新趨勢
- 34 類風濕性關節炎 照護品質再提升
- 38 醫人醫病要醫心  
中山附醫 邁向六十 活力再造
- 42 醫師發明家黃偉春 搶救世界的心跳聲
- 46 教育改變陳周斌 聞聲救苦為善最樂
- 50 勇敢面對顫抖人生 癲癇醫學會三十而立
- 54 找到價值，戒菸沒有那麼難！
- 56 警醫協力 齊助病友脫離菸癮捆綁之苦

## 仁醫仁心

- 58 跳出低谷  
郭玟伶帶動癌友舞出自信
- 62 後山不遠  
—朱家祥、劉采艷 醫界夫妻攜手深耕花蓮

## 輝瑞動態

- 66 榮獲教育部體育署「運動企業認證」  
新型口服抗凝血劑「艾必克凝膜衣錠」  
獲國家生技醫療品質獎肯定  
「企業反毒贏健康」  
輝瑞獲食品藥物管理署表揚

## 社會責任

- 67 與世界和平會的孩子共享大自然  
小陽光畫展暨2020桌曆義賣完售  
熱情參與公益路跑活動



## 以提升病患生活品質為職志

一元復始，萬象更新。適逢元月，謹祝福所有讀者在新的一年都能有好的開始，心想事成。

本期焦點話題以醫院評鑑為主題，從1999年醫策會成立開始，台灣推動醫院評鑑已有20年，其對醫院管理制度、醫療品質進步及醫療環境變遷究竟有哪些影響，是值得探討的問題，尤其是必須配合評鑑制度的各級醫療院所，更關切未來醫院評鑑基準及執行方式的調整、變化。因此我們特別專訪醫策會王拔群執行長，分享醫院評鑑的目標及改革重點，並邀訪各個層級醫院代表，包括：台大醫院陳石池院長、台中榮總許惠恒院長、耕莘醫院林恒毅院長、阮綜合醫院阮仲洲董事長及陳鴻曜院長、清泉醫院羅永達院長及宏其婦幼醫院張紅淇院長。在此特別感謝六家醫院在百忙中排出專訪時間，更不吝提供在醫療現場工作者最直觀的看法，以及對未來評鑑制度的期待與建言。

人們常說凡走過必留下痕跡，這一期的報導有許多經過長時間持續努力的範例，除了滿20年的醫策會，還有三十而立的癲癇醫學會，謝良博理事長分享學會從設立癲癇專科、為病友爭取權益、與國際接軌，一路走來所面對的挑戰與成果；以及「中山人」黃建寧院長回憶，中山附醫如何走過一甲子，從培育牙科人才到成為「小鎮醫師搖籃」的歲月。

醫學是一條不斷前進的路，身在其中，就是

畢生志業。像是全心投入風濕免疫疾病領域的陳得源教授；兼顧臨床及學術研究、致力於破解癌症治療瓶頸的楊慕華教授；發明定心布搶救心肌梗塞患者的醫師發明家黃偉春等，在本期報導中，還有許多值得與讀者分享的醫界菁英及其歷程。

在醫療這條路上有許多努力幫助病患的奉獻者，我們除了持續關注報導，亦將致力於創新藥物的研發，與醫療人員攜手，共同為提升病患生活品質而努力。Pfizer



台灣輝瑞大藥廠總裁

林達矣



# 善用醫院評鑑 提升醫療品質

自1978年教育部推動教學醫院評鑑開始，在全世界辦理醫院評鑑約30多個國家中，台灣是第4個、也是亞洲第1個辦理評鑑的國家。1999年參考美國成立醫策會辦理醫院評鑑工作，至今已20年，期間不斷修正改進，尤以2017年導入「以病人為焦點之查證方式（PFM）」，落實以病人為中心並簡化醫院的文書作業為最大變革。

醫院評鑑是提升醫療品質、確保病人權益、推動國家醫療政策的重要方法。本期焦點報導邀訪醫策會及各個層級醫院代表，共同討論如何實現推動醫院評鑑的意義與價值。



## 《現況分析》

# 讓評鑑成為 推動醫院進步的力量

醫院評鑑必須配合醫療環境的發展而與時俱進，發揮帶動正確觀念、推動醫院進步的力量。

■ 文字／徐文媛 ■ 攝影／嚴偉達

台灣醫療進步有目共睹，其背後原因當然不只一個，「但不能否認醫院評鑑扮演很重要的角色！」談起醫院評鑑，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（簡稱醫策會）執行長王拔群率先強調評鑑對醫療品質的影響力。

長期在醫院負責醫療品質和病人安全工作，

王拔群表示，就像評鑑對醫護人員「洗手」的要求，就與感染控制有關；另外像是手術部位劃記、手術時間記錄(Time out)等觀念，還有醫院電腦系統現在設有藥物劑量、交互作用、過敏警示等30多道關卡，確保病人用藥安全，這都是20年前沒有，隨著評鑑逐漸強化，而成為







## 王拔群

### 醫策會執行長

評鑑應該是促使醫院進步，帶動醫療環境發展的正向力量。

醫療現場的工作基本準則。

### 透過評鑑帶動觀念並推動進步

「醫療品質要包括拉（pull）和推（push）的兩種力量。」王拔群解釋，「拉」就是要帶動正確觀念，就像醫策會的醫療品質組長期舉辦各式活動、教育訓練，推廣並鼓勵醫院導入新觀念；「推」則像是球停在斜坡上，不擋住就會滾下來，任何機構也是不進則退，所以每4年都要透過評鑑去推一次，促進醫院持續進步。

因此，評鑑基準會隨著醫療環境變化來修訂，配合社會需求及國家發展目標。例如近年來醫療走向大數據、智慧化，以及因應高齡社會的安寧照護、社區長照等需求，也納入醫院評鑑來鼓勵醫院以此為發展目標。「但不會一開始就設置高標準，而是先從大多數醫院能做到的合格線，再逐步提升。」王拔群強調，評鑑基準在修訂時會廣邀各地區、各領域的專家組成研修委員會，舉辦公聽會，經過一系列討論、修訂，聽取各學／協會建議，再經過試評並收集接受試評醫院的回饋意見。透過廣納建言及嚴謹的修訂程序，期望能切實發揮評鑑的意義。

### 評鑑日常化 大量減少紙上作業

早年為了因應評鑑作業，醫院甚至要專門設置一個堆滿資料、像圖書館的房間，而隨著評鑑優化、日常化、簡化改革，已大幅減少醫院準備文書作業的困擾。

日常化是指針對持續性監測指標，已開立雲端資料庫，醫院每個月將資料上傳，將工作落實在平時，不用等到評鑑時才準備龐大的紙本資料。

簡化最有感的則是條文的精簡，從2007年的508條、2011年的238條，到2017年版僅122條，評鑑基準化繁為簡的同時，更在2015年新一輪醫院評鑑參考美國 Tracer 評鑑方法，導入「以病人為焦點的查證方式（Patient-focused Method, 簡稱PFM）」，透過隨機抽選，追溯病人的治療歷程，了解醫院提供的醫療服務是否符合評鑑基準，進一步引導醫院將評鑑基準內化到日常工作中，也大幅減少醫院為配合評鑑額外準備文書資料的困擾。

「這種訪查方式很自然，但對評鑑委員的訪查技巧要求也更高。」王拔群表示，委員評鑑時不再是照本宣科，而要通過訓練，徹底熟悉條文，才能掌握訪查技巧，建立一致的評鑑標

準，減少因人而異造成的偏差。

### 了解評鑑目的 減少不真實期待

然而近年來主要的質疑，其實多來自對醫院評鑑的不真實期待。

王拔群強調「應了解評鑑的目的！」他表示，針對不同層級醫院設置不同評鑑標準，例如醫學中心需肩負國際醫療、偏鄉離島照護、教育及創新研發等國家政策任務，而評鑑是評估醫院是否符合當前醫療可接受的合格標準，至於標準該怎麼訂？「比如60分及格和90分卓越之間有30分的差距，都是可接受範圍，如果以65分為進步目標很容易達成，但要往90分邁進就要投入大量資源，可能大多數醫院很難達成，現行醫療給付也不足以支持。」王拔群表示，這需要經由討論、協商、形成共識，而評鑑只是評估是否符合標準的方法，並不是解決問題的工具。

「以護理師人力不足為例，牽涉到複雜的教考用問題。」王拔群表示，「教」是指學校培育的人才，「考」是指通過國考取得資格，而目前錄取率很低；「用」則是醫院任用情況，這是整體就業市場問題，不可能靠評鑑來解決，應由勞雇相關團體協商，建立共識，推動立法。

### 走向國際 貢獻台灣醫院評鑑經驗

醫策會的成立，是參考國外的作業方式，以中立第三方進行醫院評鑑；歷經20年，台灣在國際醫院評鑑領域已有出色表現，2018年醫策會第4次通過國際健康照護品質協會（ISQua）International Accreditation Program (IAP) 認證，是亞洲國家少有的殊榮。

前幾年「通過美國JCI評鑑」曾是熱門話題，王拔群表示，這主要是醫院為了發展國際醫療必須取得國際認證。事實上，相對於近年國際的評鑑機構因競爭（例如ISO也跨入醫療評鑑領域）及醫界質疑而面臨發展瓶頸，台灣醫院評鑑因有法令依據且與健保給付結合而能有效推動，現在也成為各國取經對象，業務也推展到國際，目前正與澳洲合作研擬安全醫院輔導機制，計畫將我們累積的醫院評鑑經驗，推廣到國際醫療領域。

「最近剛接待來台參訪的馬來西亞病人團體代表，他們對台灣醫院的無障礙環境、志工服務非常有感。」王拔群說，這也落實在評鑑項目中，醫療使用者代表可做為觀察者參與醫院評鑑，表達意見，逐漸內化，形成醫療文化，在具體的醫院設施之外，對弱勢族群的照顧雖然用眼睛看不到，卻能充分感受到，也是醫院評鑑在條文框架外，最重要的使命及意義。





## 《學者意見》



### 蘇喜

台灣大學健康政策與管理  
研究所教授

醫院評鑑要在理想與現實間取得平衡，例如要實現醫病共享決策，但在有限的門診時間如何達成？我們在設定標準時要貼近醫療現場真實狀況，評鑑才有意義。

**早**在醫策會成立前，1977年教育部已開始教學醫院評鑑，1986年醫療法頒布，台灣醫院評鑑有了法源依據，1988年由衛生署（今衛福部）醫政處擴大辦理，並參考美國、加拿大、澳洲等國家制度。當時剛從國外進修醫院管理、回台灣大學公衛系任教的蘇喜教授，即受邀協助衛生署展開醫院評鑑的研究工作。

「當時研究做得蠻辛苦，卻一篇論文也沒發表。」現任職台灣大學健康政策與管理研究所的蘇喜教授說，因為草創初期，還是在嘗試錯誤的階段，評鑑標準幾乎年年都在修改，也就無法進行長時間的比較研究，但她也自豪，算是為奠定醫院評鑑基礎盡了一份力。

醫院評鑑的價值在於提升醫療品質、滿足社會大眾對醫療服務的需求與期待，蘇喜認為：「評鑑合格會提升民眾信賴感，也能激勵醫院根據評鑑標準而改善、進步。」值得驕傲的是台灣推動醫院評鑑的起步早，多年來持續改革，帶動台灣醫院管理的進步，形成台灣醫療軟實力，有些經營得法的醫院也走出國門，向

中國、東南亞輸出其醫院管理模式。

對於醫院評鑑的改革，蘇喜肯定日常化、符合醫療現場狀況、降低對醫療工作的干擾，是正確的方向，導入「以病人為焦點的查證方式」，引導醫院將評鑑基準內化至日常工作，也減少準備書面資料審查的負擔，但這種查證方式更要重視評鑑委員的培訓。也擔任評鑑委員工作的蘇喜表示，評鑑委員要充分熟悉評鑑流程，並透過共識會議等方式，讓委員們建立一致性標準，維護評鑑品質。

同時，蘇喜希望未來醫院各項評鑑項目能進一步整合，更忠實呈現醫療現場狀況，實現醫院評鑑的價值。



醫療現場 >> 落實真評鑑 肯定好醫院！

# 台大醫院

## 以病人為中心 傳承百年核心價值

■ 文字／蘇湘雲 ■ 攝影／嚴偉達

台大醫院創立於1895年，走進醫院會發現，無論是西址建築的古色古香，或東址新大樓的寬敞明亮，皆各具特色。但多數人可能不知道，台大醫院的每個角落，從手術房的人員進出動線，到天花板夾層電線配置，都蘊含許多專業、細膩的考量，而這些細節正與病人安全、醫療品質息息相關，也是國內外醫院評鑑的重點。

由於在細節上力求完美，同時秉持「以病人為中心」的理念，持續提供高品質、人性化醫

療，台大團隊才能在醫院評鑑中屢獲佳績，其醫療品質也獲得美國JCI國際醫院評鑑的認可，部分腸阻塞雞尾酒療法、葉克膜的運用與不孕症治療等許多醫療創新成就更得到國內外一致好評。

### 醫院評鑑制 影響醫療環境與流程

事實上，醫院評鑑在整體醫療品質的提升上，常發揮關鍵作用，對於這點，台大醫院院長陳石池有深刻的體認。「台灣醫院評鑑對醫







## 陳石池 台大醫院院長

評鑑重點應放在大方向的確實執行，將病患存活率、預後狀況納入評比，忠實呈現醫院醫療實力；評估細項不宜過於瑣碎，並減少紙上作業，減輕醫護人員行政負擔。

療品質最大的影響在於整個環境、安全的設計與流程的改變。」陳石池舉例，像手術室清潔區與汙染區的畫分、醫護人員、病患與醫療用品的進出動線，都是醫院評鑑重點項目，而這些項目深深關係著醫療品質好壞與病患安全，一旦動線設計不良，交叉感染風險就會增加，這是感染管控上極重要的環節。

「我們醫護同仁常為了醫院評鑑，下班後加班、開會，而且幾乎全員到齊，向心力十足，大家都知道，這不是為自己，而是為了醫院的榮耀！」在急診醫學擁有豐富經驗的陳石池與醫護團隊有著家人般的好感情，談到台大團隊為醫院評鑑所付出的心血與努力，他溫暖的語氣中，流露出欣慰與肯定。

為了通過醫院評鑑考驗，台大醫院在管理上曾進行多項變革。舉例來說，1999年台大即率先實施電子病歷制度，不只如此，該院團隊為符合臨床使用需求所自行開發的電子病歷系統也在衛福部2017年舉辦的「實施電子病歷及互通應用績優醫院」獎勵活動中得到「創新應用服務推展」優等獎榮譽。自2018年，台大醫院開始陸續推動同意書數位簽屬作業，病患檔案管理效率更是大幅提升。

### 通過JCI評鑑 醫療品質備受肯定

此外，台大醫院在2010年、2013年兩次通過美國JCI國際醫院評鑑，當時的台大醫院院長為陳明豐，陳石池則擔任急診醫學科教授兼主任，對於JCI審查委員的仔細、認真與「以病人為中心」進行系統性評量的方式，陳石池印象十分深刻，像審查委員會爬到天花板，觀察兩條電線交會處是否搭配絕緣措施，或仔細研究牆壁管線穿孔有無防火填塞系統，都讓台大團隊學到不少病人安全相關知識。

陳石池同時也觀察到，國內醫院評鑑制度逐漸與JCI國際醫院評鑑走向同樣目標，都在追求「以病人為中心」，致力減少各項醫療風險，看到這樣的轉變，他樂觀其成，「這就好像『瑞士乳酪理論（Swiss Cheese Model）』，一個事情的發生，是許多環節造成，只要阻止其中幾個環節，就能避免產生錯誤，而醫院評鑑與JCI評鑑都能幫助提升醫療品質，減少錯誤的發生。」

陳石池期待，國內醫院評鑑制度可將評鑑重點放在大方向，只要確實執行即可，評鑑項目盡量不要過於瑣碎，並減少紙上作業，以減輕醫護人員行政負擔，他也盼望將病患存活率、預後狀況納入評比指標，才能更忠實地呈現各醫院真正醫療品質與實力。

醫療現場 > 落實真評鑑 肯定好醫院！

# 台中榮總

## 運用智慧與感動力量，創造全人醫療

■ 文字／蘇湘雲 ■ 攝影／鍾智維

「沒想到許院長親自送康乃馨給我，真的很謝謝您，這可能是我人生最後一次收到母親節康乃馨！」在2019年的母親節前夕，台中榮民總醫院（中榮）院長許惠恒醫師與醫護團隊在病房間穿梭，一床一床地訪視，針對住院的女性病人親自遞上康乃馨，獻上祝福，有位癌末患者接到康乃馨時眼淚奪眶而出，感動情緒久久無法自抑。

中榮創立於1982年，為台灣中部唯一公立醫學中心，全院員工約3,968人，病床數為1,576

床，每日門診約6,500餘人次，喜歡在院內四處走動、觀察的許惠恒院長，每次訪視病房，多需要花1、2小時，希望運用感動力量鼓舞病患，擁有抗病勇氣。

### 打造智慧醫療環境 讓管理更有效率

許惠恒院長不只以身作則，鼓勵醫護同仁發揮感動的力量，秉持「以病人為中心」的精神關懷病患，也引進創新管理模式，透過智慧型雲端、AI等科技的運用，打造智慧醫療環境，







## 許惠恒院長 台中榮民總醫院院長

醫院評鑑建議納入多樣化績效指標，並進一步與健保給付結合，對於績優醫療院所可考慮健保給付有額外獎勵。同時期待醫療院所三級整合，社區照護也納入醫院評鑑指標。

讓管理更有效率。透過長時間耕耘，中榮團隊除了獲得醫院評鑑的肯定，也得到2019年國家發展委員會第二屆政府服務獎、醫策會2018年國家醫療品質獎「特優機構獎」等多項殊榮。

談到醫院評鑑制度、醫院管理，許惠恒院長認為醫院評鑑制度對台灣醫療環境的影響分為「建立品質標準準則，讓醫院結構制度化」、「落實病人的安全照顧，更重視以團隊模式提升病人安全」、「逐步重視病人的意見與參與」、「為整體醫療環境、安全系統與風險管理建立深厚基礎」，以及「設定品質監控指標，讓醫院有遵循的標準」等五層面，在推行醫院評鑑制度的過程中，全台醫療院所也都努力將醫院評鑑指標落實於日常醫療操作，幫助台灣醫療品質逐步提升，醫療人員的認證體系也趨於完善。

### 善用科技力量 落實日常化管理

「我們透過持續的教育訓練、品質監測，並落實日常化管理，才得到醫院評鑑的肯定。」許惠恒院長舉例，中榮10年前導入「平衡計分卡（Balanced Scorecard, BSC）」工具，協助醫院進行策略發展，並訂定文件流程、ISO（國際標準化組織）指標，所有資料都上傳知識管理系統（Knowledge Management），資訊管理邁向標

準化，以提升整體效率。此外，就醫流程的持續改善，包含醫療儀器的使用安全與檢體的傳送等，也都落實於日常化管理，讓醫院評鑑精神真正實踐於醫療體系當中。

不只如此，中榮常是中部民眾急重症首選，因此團隊對急重症患者的管理與追蹤更是謹慎以對。許惠恒院長指出，醫護團隊最怕住院病患的病情突然急轉直下，因此該院根據多項急重症風險因子，利用10萬筆過去住院病人資料，應用大數據分析與機器學習方式，自行研發一套住院病人急重症風險評估系統，每位在中榮住院病人依急重症風險高低給分，當醫護人員巡房時，便能追蹤高風險病患病情變化，及時採取處置，而這些變革，都對台中榮總通過醫院評鑑考驗，產生加分效果。

### 激勵團隊士氣 傳承核心精神

許惠恒院長表示，台灣醫院評鑑精神與美國JCI等國際醫院評鑑逐漸趨於一致，兩者都著重「以病人為中心」思維，對於提升台灣醫療品質，可說是相輔相成。他也期望，台灣醫院評鑑與健保給付可以有更深刻的結合，如果成效績優的醫院，在健保給付方面，或可享有多一點鼓勵，以激勵醫療團隊士氣，整體醫療發展也能更穩健、踏實。

醫療現場 >> 落實真評鑑 肯定好醫院！

# 耕莘醫院

## 以評鑑為進步動力 朝務實穩建發展

■ 文字／徐文媛 ■ 攝影／黃菁慧

當列舉台灣「軟實力」時，醫療是常被提及的亮點，耕莘醫院院長林恒毅認為，推動台灣醫療品質提升，足以與國際接軌，「醫院評鑑是其中一項重要的方法、工具。」從醫策會成立開始算起，至2020年，台灣推動醫院評鑑已有20年歷史，許多重要觀念潛移默化，一點一滴融入醫療現場，形成今天的台灣醫療基礎。



### 透過評鑑引導正確醫療觀念

「以中國為例，近年來其醫療產業快速發展，好的藥物、先進設備、與國外頂尖人才合作，都不是問題，但資源可以一步到位，觀念卻絕非一蹴可及。」林恒毅強調，無論是醫療服務品質、病人安全維護，這些觀念都需要長時間累積，導引、內化，而在日常工作中自然而然的呈現出來。這20年來，台灣醫界逐漸從醫療設備的競賽轉向形塑更深層的醫療文化，「我該如何為病人安全負責？」已深入醫療工作者的本能反應，從小小的洗手細節到院內感染控制，醫院評鑑的各項指標確實有助提升病人安全。

林恒毅表示，「評鑑不是要找醫院麻煩，而是帶動醫療進步！」隨著評鑑項目、方式逐漸修正、化繁為簡，已愈來愈接近真實醫療現場，尤其近年來導入「以病人為焦點的查證方式」，呈現病人進入醫院後的治療細節，醫護人員只要做好自己平常的工作，評鑑委員就知道醫療照護工作有沒有做到位，不需要特別





## 林恒毅

### 耕莘醫院院長

目前醫院評鑑的改進方向是正確的，善用資訊軟體記錄、定期上傳品質指標數據，有效減少醫院面對評鑑的壓力，避免因評鑑影響正常工作；整合多項評鑑、化繁為簡，也是應該努力的目標。

「演出」。他也不諱言，過去確實有些不合理的狀況，像是晚上9、10點故意觸動火災警鈴，看醫院動員情況，而院方也知道會有這道「必考題」，醫護人員不敢下班，就等著警鈴一響好集合救災。或是評鑑時有人「演病人」，在辦公室、美食街上演突發狀況，看非醫療專業的工作人員有沒有基本急救訓練，難免造成醫院困擾，尤其美食街多是約聘人員，流動率大，很難一一培訓。

「像是早期曾有評鑑委員直接去聽病人有沒有心雜音，挑病歷的錯處，但其實病情是會變化的。」林恒毅表示，這類情況現在已大幅減少，而且更注重病人權益，比如評鑑委員要進入門診，會先詢問病人是否同意有評鑑委員在場，這也是愈來愈人性化的進步象徵。

所以評鑑並不是要應付的一場考試，而是要落實在日常工作。耕莘醫院設有40多個委員會，各司其職，持續監測相關指標數據，目前醫策會也雲端化，醫院只要定期通報，不必累積到評鑑時再加班趕工。

另外，林恒毅特別提到新北市政府衛生局每年的督考，會配合評鑑時程合併，主動做到跨單位的整合，減輕醫院的負擔，值得稱許。

「而且我每年都會跟著衛生局督考的災害防治組走一趟」林恒毅特別重視醫院安全，他常對同仁強調：一次意外事故就可能瞬間奪走多條

人命，能配合災害防治專家指導，才能防範未然。

### 鎖定目標 務實發展特色醫療

做為已有50年歷史的醫院，務實穩健發展是耕莘的策略。林恒毅表示，以推動國外醫療為例，耕莘不會投入大量資源去宣傳、爭取通過國外醫院評鑑（如JCI），而是鎖定目標，例如先從和天主教會相關的國家（如菲律賓）、社團合作；以及就既有條件發展，像是有不少緬甸人群居在中和地區，蠻多會選擇到耕莘醫院，只要服務好，自然會介紹其親友來就醫。他也強調「從醫院具競爭力的特色醫療發展！」像是耕莘自陸幼琴院長開始樹立起乳房外科好口碑，至今一直持續發展；前三總副院長陳之凱帶領的團隊在消化道手術有很大的優勢；神經外科魏志鵬主任團隊的微創手術；以及對分子病理診斷、癌症基因檢測有深入研究的陳燕麟醫師，醫院也開設癌症基因諮詢特別門診等。

林恒毅表示，除了醫院評鑑，醫策會推動其他評鑑項目、品質認證，例如緊急醫療能力分級，除了有助醫院進步，更提供民眾就醫選擇，當有急性心肌梗塞、腦中風等急重症時，可立即送往有重度急救能力的醫院，搶救生機，這也是推動評鑑的成果。

醫療現場 >> 落實真評鑑 肯定好醫院！

# 阮綜合醫院

## 化評鑑壓力為前進助力

■ 文字／顏怡今 ■ 攝影／楊為仁



阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院從1946年創立至今，已經超過70年，是南台灣重要的大型醫院。多年來，院方在醫院評鑑都拿到好成績，總裁兼董事長，同時也是消化科名



## 阮仲洲

### 阮綜合醫院董事長

醫院評鑑的基準應更簡化和明確化，並橫向整合醫策會、地方政府衛生局等多項醫療衛生訪查認證，避免疊床架屋，減少評鑑對醫護人員帶來過重的壓力。

醫的阮仲洲說：「面對醫院評鑑，不能用『評鑑前再準備』的應付心態，而必須在平日的工作中徹底落實。高層重視，基層跟著拴緊螺絲，打造以病人為中心的高醫療品質的醫院，才是醫院評鑑最重要意義。」

「醫院評鑑主要的目的在確保病人的權益和醫療服務品質，目的是讓病人受到妥善的醫療照護。」阮仲洲非常認同衛福部自2003年起進行醫院評鑑改革，打破病床規模及多元科別設置的迷思，調整為以病人為中心及病人安全為導向的評鑑制度。阮仲洲說：「近幾年醫院評鑑導入『以病人為焦點的查證方式（簡稱PFM）』，藉由現場查證病人的照護流程，來評核醫院的醫療品質，做法更實際。」該院院長陳鴻曜比喻說：「過去評鑑是一顆一顆丸子散放在盤子上，現在把丸子串起來，也就是病人從進到醫院第一關開始，跟進每一個環節的實際運作去查核，能確實發現問題，並提升具體實質效益。」

### 權責分工每年進行PFM 全院上下動起來

院長陳鴻曜說：「醫院評鑑條文曾高達500多項，現在已經簡化到200項，但評鑑前才開始準備不僅沒有效果，也沒有意義。」因此該院的評鑑準備工作由院長召集，籌組團隊規



劃期程，定期追蹤各條文自評說明，每個單位需定期上傳佐證資料至評鑑雲端。值得一提的是，阮綜合醫院的評鑑雲端系統導入會議記錄系統及各單位定期更新之資料與數據，不僅方便查閱，也達到無紙化目標。

另外，醫院的資訊室設計了醫療品質指標管理系統，每月由權責單位依據指標定義，填報數據，系統可以立即產出管制圖，判別異常指標，再於定期的醫品病安小組會議檢討改進。為了落實評鑑內容，院內也建立PFM稽核制度，選派稽核委員，詳列查核表進行查證。院長陳鴻曜說：「為了落實醫院評鑑的要求，院內有40、50個委員會，平均每3個月就要開會一次，針對各工作組織的問題進行討論並檢討改進。」

至於多家醫院積極通過國際醫院評鑑（JCI），院長陳鴻曜持不一樣的看法，「JCI評鑑項目比之國內的醫院評鑑條文與衡量指標更多，台灣的醫院評鑑重在經營管理與醫療照護，JCI相對對硬體等細節更多要求。」他認為：「儘管通過JCI醫院評鑑有助打開國際醫療市場，但相對投入的經費與人力成本更高，我們短期內側重落實台灣醫院評鑑，以達到確實提升醫療品質的目標，讓國人有更直接的受益。」

### 持續簡化避免重複 健全完善評鑑制度

董事長阮仲洲說：「國內醫院評鑑，目前評鑑委員主要來自醫院，仍從事醫院實務作業，具備豐富臨床管理經驗，實地評鑑時都能提供切合實務的建議與輔導，給予臨床人員支持和鼓勵。而近幾年來，評鑑重點已經由書面資料轉為病人安全與照護系統實際面的評估，確實減少了醫院不必要的文書作業。」但阮仲洲仍針對醫院評鑑提出建議，他說：「政府對醫院



評鑑的基準應該更簡化和明確化，在條文等細節上進行結構性的簡化，減少醫院評鑑對醫護人員帶來過重的工作壓力。」

不只如此，阮仲洲呼籲：「政府應該對醫院評鑑條文內容、地方市政府衛生局的查核條文，還有多項醫療衛生訪查認證工作，檢討是否有重複進行的地方，做橫向整合的可行性，避免疊床架屋的人力浪費。」



## 陳鴻曜

### 阮綜合醫院院長

醫院評鑑項目已經簡化，但需落實在平日，等到評鑑前才開始準備，不僅沒有效果，也沒有意義。

醫療現場 > 落實真評鑑 肯定好醫院！

# 清泉醫院

## 立志成為社區醫院典範

■ 文字／龍珮寧 ■ 攝影／嚴偉達

清泉醫院位於台中市大雅區、潭子區、神岡區，在地人口數超過26萬，鄰近的北屯區也有26萬人；守護在地民眾健康的清泉醫院已連續四度榮獲醫策會醫院評鑑「優等」殊榮，是地區醫院之最，也是中部之最。院長羅永達也是醫策會評鑑委員，參與醫院評鑑多年，管理經驗豐富，曾多次獲邀前往中國演講。

### 評鑑條文看不懂 醫院組讀書會

清泉醫院在2006年開始新式醫院評鑑之際就獲得「優等」，前衛生署署長（今衛福部）、當時的萬芳醫院院長、北醫副校長邱文達為評

委之一，很驚訝清泉醫院準備充分，當下便邀請羅永達協助雙和醫院的評鑑。

「當初我和同仁討論醫院經營策略時，苦於找不到共同語言。」羅永達因此鼓勵醫院同仁進修經營管理；當評鑑條文公布時，猶如「有字天書」般有看沒有懂，院內因此組成讀書會研究條文內容、模擬評鑑流程，做好擬答準備。

由於醫院評鑑結果影響健保給付，曾有一段時間，許多醫院爭相「升級」、擠進醫學中心的窄門；而清泉醫院在評鑑時獲得優等，成績優於3間區域醫院，也被諮詢是否要升級，但羅永達考量在地鄉親的就醫習慣而婉拒。「清泉醫院準備好了，但是升級後，鄉親能否承受部分負擔的增加？」他也認為清泉醫院以地區醫院而言是最大規模；若升級，則是區域醫院最小的規模，醫院的願景是成為「全國社區醫院的典範」，升級並不是優先選項。

確立醫院目標、釐清醫院發展後，該院訂立十年計畫，評鑑時便能列舉完成即







## 羅永達

### 清泉醫院院長

導入「以病人為焦點之查證方式（PFM）」藉由實地查證病人的照護程序了解醫院醫療品質，確實有助評鑑指標落實於日常醫療行為，更勝撰寫大量書面資料。

將執行事項，例如2006年至2016年目標為建立急性與重症專科、設立呼吸照護病房、擴床、強化骨科等。

評鑑改變醫院思維，更加重視病人安全、病人權利，進而改善醫院管理。但曾經過多的紙本準備及500條條文也被認為「不切實際」；幾經改革後，新制醫院評鑑以落實病人照護及安全為主體的評鑑為改革目標，簡化流程與條文、優化評鑑流程、將規範「日常化」為改革方向。

醫院評鑑現今朝向即時性、結果論——即時性是指發展指標是否有意義，結果論是指，若該指標實施，全國70%醫院不會通過，就不用施行；若70%以上會通過，建議實施以促使其他30%醫院落實；若95%以上都會通過，則應取消該指標，因為大家都做得到。

### 危機管理 啟動大量傷患機制之SOP

在醫院管理面，2006年各醫院開始組成品管圈，落實「全面品質管理」及「風險分析」理念，包括財務風險及大量傷患或緊急情況的危機。清泉醫院曾因雅潭路路面翻新發生淹水，地下室的機電設備全毀，不斷電設備只有一個

小時的能量，「9樓呼吸照護病房的病人怎麼辦？」羅永達掌握情況後隨即致電台中縣長啟動危機處理機制，連繫附近醫院接收病人、消防局協助病人運送。

台灣歷經九二一大地震、八仙塵爆、高雄氣爆、國道火燒車等天災人禍之大量傷患啟動機制，平常落實演習，災害時就能主動投入；發生災害時醫院能馬上接收處理之效率是全球罕見，此經驗也「輸出」到其他國家。

### 「整合」是未來之路

除了4年一次的醫院評鑑，地區醫院每年還要受衛福部督查評核，羅永達認為，評委身分，不論是信度、效度都不如醫策會嚴謹，督查評核標準不一；他也建議督查應分級，合格醫院應每隔幾年查核，或只針對不合格項目加強督查。

羅永達表示，清泉醫院目前已與中榮合作，由中榮指派主任級醫院定期駐診清泉醫院，讓在地民眾就近看診，兩院用藥一致也不用擔心藥品問題，而且影像資料都能讀取，除了改善患者就醫行為外，更能減少交通往返時間及精神，由在地醫院守護在地人健康。

醫療現場 >> 落實真評鑑 肯定好醫院！

# 宏其婦幼醫院

## 深耕桃園 追求卓越無止盡

■ 文字／黃筱珮 ■ 攝影／嚴偉達

位於桃園市中壢區的宏其婦幼醫院，1993年7月創辦至今，26年來「生生不息」，新生兒總接生數超過6萬人，深獲大桃園地區民眾的信賴與肯定。每4年一次的醫院評鑑都以優異成績通過，且年年獲得桃園市「績優醫院」殊榮，全院上下一心追求卓越醫療品質，「不只是做到最好、還要更好！」

宏其婦幼醫院，源起於只有1位醫師、8位護士的「張紅淇婦產專科診所」。1993年6月28日，在林口長庚醫院服務多年、以婦癌手術聞名的張紅淇醫師，遠赴美國進修後決定返鄉服務，打造「醫學中心主治醫師水準」的診所，自地方發跡、口碑遠播，規模逐步擴大。

「把每位就診患者都當作客戶，提供至上服

務！」是張紅淇堅守的信念，不論是最初的小診所，亦或是如今擁有多科別以及生殖醫學中心的高規格地區醫院，他都秉持初衷，持續創新，提供最高品質的醫療照護服務，給民眾最溫柔的守護。

### 醫院評鑑是醫療進步的推手

宏其婦幼醫院院長張紅淇，是婦產科名醫，也是馬拉松好手，參與國內外上百場賽事，並完成六大城市馬拉松、取得最高榮耀的「六環獎牌」，有著堅持、不放棄、好還要更好的「硬頸精神」，他同樣把這種精神運用於醫院管理之上。

宏其婦幼醫院自2004年通過地區醫院評鑑







## 張紅淇

### 宏其婦幼醫院院長

評鑑方式能更貼近實務，推動台灣各醫院邁向國際化、卓越化，創造醫院、民眾和社會三贏；同時目前評鑑費用全額由受評醫院支附，建議衛福部應支付全部或至少1/2費用。

後，每回評鑑皆繳出亮眼成績單，是醫界「模範生」。評鑑被許多醫療院所當成麻煩的苦差事，張紅淇卻視為「進步推手」，把評鑑委員的督促當成挑戰，幫助醫院審慎檢視院內每個細節，讓每位同仁學習、進步、更上層樓。

張紅淇指出，醫策會推行醫院評鑑近20年來，台灣醫院家數由800多家減至400多家，規模較小或無法通過評鑑而退場者逾300家。可以說「汰蕪存菁」是台灣醫院評鑑具體的成果之一，讓醫院的醫療與行政作業流程更趨「標準化、透明化、合理化、國際化」，落實「以病人為中心的觀念」。

### 積極推動病人參與治療計畫

「以病人為中心」一直是宏其婦幼醫院經營的核心理念，因此院方積極推動醫病共享決策，建立良好醫病關係。院方要求同仁詳細說明病情及治療方式，避免誤解產生，同時建構醫院團隊與病人間的Line群組，隨時回答問題，還設有衛教室、雙親教室、出版醫訊，提供各種衛教服務。

針對醫院的「異常事件」，院方鼓勵員工主動通報醫院，不但不處罰、反給予獎勵，讓每位員工都成為醫院的「眼睛」，主動發掘缺失、立即檢討改善、建立標準作業規範和制度。

除落實每日的管理工作，張紅淇對於4年一次的醫院評鑑亦至為重視，每次都由他與副院長親自領軍，對於每一項醫院評鑑的條文，均以PDCA循環式品質管理的方式，呈現具體作法，相關的標準作業規範及定期檢討改善追蹤的成果，以電腦畫面顯示外，並集結成冊，方便評鑑委員參考佐證，獲得好評。

張紅淇感謝全院同仁的努力，使得院方在「軟體與硬體」、「量性與質性」、「結構面、過程面與結果面」等各面相，均通過醫院評鑑的標準，甚而達到「醫院評鑑優良」的成績；每年的督考評比也都拿下績優醫院的殊榮。

若把醫院評鑑視為4年一次的「大考」，每年的地區衛生主管機關督查評比就像「模擬考」，張紅淇鼓勵同仁每次考核都全力以赴，因為評鑑專家及督考委員們的策勵，有如「教學相長」，協助醫院的醫療照護工作更加精進周全。

展望未來，張紅淇認為，台灣的醫院評鑑方式雖已多次修正，仍以制式的條文審查為主，期盼借鏡國際醫院評鑑，藉由追蹤方法學（Tracer Methodology）的方式，全方位追蹤門診、急診與住院病人，從入院接受治療的每項流程、細節均逐一審查，更能夠貼近醫院日常實務作業的全貌。

# 從糖尿病共照網經驗 談心血管疾病防治

■ 文字／張雅雯 ■ 攝影／嚴偉達



**統**計顯示，我國平均每24分鐘就有1人死於心血管疾病，面對這個愈來愈強大的殺手，「糖尿病共同照護網」這20年的成功經驗值得借鏡。

疾病未必都是藥到病除，以糖尿病為例，就是無法治癒、必須一輩子控制的慢性病，中華民國糖尿病衛教學會理事長杜思德比喻，急性病的處理就像出動直升機等昂貴的救援設備，溺水者若能被拉上岸就得救了；慢性病因為患者眾多，醫護人員卻有限，因此醫護只能當教練，設法丟游泳圈讓患者不會沉下去，但能否游上岸要看患者本身的努力，「糖尿病共同照護網」就是為了幫助患者達標而建立的服務輸送架構。

## 糖尿病共照從宜蘭起步 推行20年

「糖尿病共同照護」計畫於1996年在宜蘭縣首先試辦，經過1年的規劃期後，1997年正式上路，杜思德指出，這是以病人為中心的共同照護架構，包括醫師、護理師、營養師等以團隊方式，從一開始蒐集病患資料就要訂出規範，才知道什麼病患該收案？那些資料要列入？進入收案還



要後續追蹤，追蹤方式以及項目，都要訂出相關的標準流程。

為什麼要以這樣的照護模式面對糖尿病？因為糖尿病就像個七頭怪獸，患者有各種樣態：有抽菸的病人要戒菸、有高血壓或高血脂症則應用藥治療、高血糖現在有12大類的藥物，病患可能還有視網膜病變、神經病變等小血管病變，或是引起冠心病、中風等大血管病變，高齡的糖尿病患還常合併有骨質疏鬆的問題，單靠一位醫師要做到「未病先防、欲病防變、已病早治」幾乎不可能，為了鼓勵醫療院所加入共照網，主管機關也透過給付費用，讓醫院有辦法經營設立共照中心，聘請專門的衛教護理師。

糖尿病共照網的效果是顯著的，統計發現有加入方案的患者，洗腎率為0.52%，沒加入方案則是4%，差距達8倍，且患者發生心衰竭、中風、下肢潰瘍的機率、甚至死亡率都明顯降低。在中央健保署的醫療品質資訊公開網，定期公佈加入共照網各醫院的糖尿病照護品質分數，前幾名都是中部的醫院，可見同區域醫院因為相互比較，就會有同儕壓力促使一起進步，表現優良的醫院院所亦可獲得獎勵金。

### 漂亮策略要有數據評估 找監測指標

杜思德以自身服務的彰化基督教醫院為例，糖尿病共照網收案率高達8成，有幾個重要因素，包括設置專屬的衛教空間、建立個案管理標準流程；此外，還必須有良好的資訊系統，讓衛教人員





方便勾稽收案患者的資料與分析報表，且院內的電子白板分析系統也提醒醫師，若遇到糖尿病患必須做哪些檢測。

「這些都是為了數據分析，再漂亮的策略必須要有數據去測量，才知道策略對不對。」杜思德舉例，《糖尿病臨床照護指引》建議糖尿病患至少做一次血脂檢查，然而經過數據分析發現，沒有加入共照方案的幾乎都沒有做，有加入方案的，因為有要求就會做，「如果應用在心血管疾病照護網，血脂控制更是心血管防治重點，未來這就是一個重要的監測指標。」

糖尿病患雖然約有7成由新陳代謝科主治，但仍有3成可能是看家醫科、心臟科等，因此糖尿病共照網不只新陳代謝科醫師加入，杜思德以彰基為例，院方要求非新陳代謝科醫師也要參加考試，取得認證資格，因此全院的收案率才



會高，這些患者經過積極衛教，血糖控制達標率達24.8%，遠比過去國內的8.6%來得好。

隨著3C產品普及，糖尿病的衛教方式也與時俱進，杜思德指出彰基推動線上線下一體化，病患透過APP輸入血糖資訊，醫師透過這樣的血糖監測數據，可以即時與病患進行互動關懷，「臨床發現初診病患、施打胰島素者以及妊娠糖尿病患，使用的動機最強；有些不熟悉APP的年長者，只要家屬協助記錄，醫師也能即時對於血糖的控制提出建議，幫助他們更容易達標。」

### 心血管照護整合既有資源 不需從頭做

杜思德表示，糖尿病共照網能夠成功推行，有賴糖尿病衛教學會、糖尿病學會、糖尿病關懷基金會等三大團體合作，從團隊、醫師、病患共同著手。也因為糖尿病這一塊已經打好深



厚基礎，對同屬慢性病的心血管疾病照護，可以跨科整合既有的衛教空間與衛教師人力，事半功倍。

杜思德指出，以心血管疾病的原發性預防來說，基本上就跟預防糖尿病一樣，著重三高控制以及戒菸，目前已經認證的糖尿病衛教護理師就可以提供服務；如果要對已有疾病者做次發性預防，高風險群有很大一部分就是糖尿病患，也可以由糖尿病共照著手，再針對心衰竭、冠心病、動心臟手術者做個案管理，透過訓練課程增加衛教護理師的疾病管理能力，讓人力與服務最快到位。

衛教護理師是共照網很重要的資源，以糖尿病共照網來說，20年訓練出5,126位衛教護理師，都是經過核心課程、筆試、口試以及實習才取得認證，「糖尿病共照網20年的架構就像已經鋪好的鐵軌，未來要再做其他疾病的照護，就如同跑不同列車，只要換車子就可，不需要花錢費時重頭再建另一條鐵路。」

### 衛教是慢性病管理王道 APP新嘗試

長期投入糖尿病衛教工作，杜思德卻笑說：「在彰基看糖尿病很輕鬆！」因為有照護網的團隊支持，而非所有的事情都靠醫師在做，「在台灣看診只有幾分鐘的宿命跑不掉，然而衛教這一塊又是慢性病管理的王道，有團隊讓患者接受完整衛教，才會有成效。」這也讓年輕醫師看得到前景，比較願意留下來。

糖尿病衛教學會2017年9月正式推出新的衛教資源「講糖APP」，這是杜思德考量有些醫師沒有時間當面做衛教或沒有團隊協助，於是邀請醫師拍攝衛教影片，讓患者下載APP就可以直接聽醫師的說明，比如裡面的「王哥講糖」，就是由台大醫院王治元醫師現身說法。

杜思德表示，該APP目前以每個月增加一支



Dr's Profile 杜思德



**現職：**彰化基督教醫院糖尿病健康e院院長  
中華民國糖尿病衛教學會第八屆理事長  
中華民國骨質疏鬆學會第十一屆理事  
中華民國糖尿病學會第十三屆理事

**學歷：**中國醫藥大學中醫學系醫學士

**經歷：**鹿港基督教醫院院長  
彰化基督教醫院內分泌新陳代謝科主任  
彰化基督教醫院糖尿病保健中心主任  
彰化基督教醫院內分泌新陳代謝科主治醫師  
台北市衛生局糖尿病推動委員會委員

**專長：**糖尿病、甲狀腺疾病、腦下垂體疾病、腎上腺疾病、副甲狀腺疾病、性腺疾病等

衛教影片為目標，需要的經費有賴各界支持，輝瑞藥廠就是其中之一，他指出藥廠長期以來也是協助疾病知識推廣以及病患衛教的重要角色，這樣的合作是很好的模式，提供病患正確與方便的衛教管道。Pfizer

# 中國醫藥大學新竹附設醫院 提供在地人醫學中心級醫療品質

在醫療資源全台倒數的新竹縣，中國醫藥大學新竹附設醫院展現超高效率，自2015年取得資格投資興建醫院，到2018年底即正式營運，提供醫學中心級醫療品質，滿足急難重症需求，讓在地居民不必再北上南下、奔波求醫。

■ 文字／徐文媛 ■ 攝影／嚴偉達



肩負從零開始的創院重任，中醫大新竹附醫院長陳自諒要讓桃竹竹苗地區民眾就近享有醫學中心級醫療品質。

**截**至2018年，新竹縣病床數每萬人平均僅15.74床，全台倒數第一；以醫事人員服務人口數來看（人口數量/醫師數量）僅勝金門，為全台倒數第二；不只醫療服務量能不足，醫療品質也亟待提升，有超過五成病患要到新竹市及外地就醫，尤其急重症患者更有70%須北上林口或南下台中求醫，不只奔波耗時，更可能延誤搶救時機。

## 著眼桃竹竹苗需求 提供醫學中心服務品質

2018年12月開始營運的中國醫藥大學新竹附設醫院（以下簡稱中醫大新竹附醫），即以解決在地居民急重症就醫難題，提供醫學中心等級醫療服務品質為首要目標。陳自諒院長強調，隨著經濟發展，新竹人口快速成長，GDP高居全台第二，但在地醫療資源卻是全台倒數，地方上早有增設大醫院的需求，2015年新竹縣政府規畫竹北健康產業園區，設定地上權由中醫大投資137億元興建醫院，並以超高效率，於2018年12月正式營運。



## 六大醫療特色

中醫大新竹附醫甫於2018年12月15日開幕，總規劃床數為788床，預計2020年底開完總床數，目前約有80多名醫師、200多名護理師，特色醫療包括：

1. 人工智慧醫院—設置智慧導航系統、智慧病房，更首創「中藥智慧化倉儲管理系統」，藥品調劑更精確省時。
2. 3D腹腔鏡微創手術—大新竹地區唯一的「3D腹腔鏡影像系統」進行微創手術。
3. 癌症中心—整合11大照護團隊，兼顧中西醫學理念的癌症中心。
4. 心血管中心—桃竹苗唯一零輻射心導管電燒手術，減少病患及醫師輻射風險；以及3D立體定位精準偵測心律不整部位。
5. 腦中風中心—採「一站式救治」，即由醫師到病床旁連續完成無顯影電腦斷層、電腦斷層灌注檢查、電腦斷層血管攝影等三階段檢查，分泌必爭完成腦中風救治。
6. 血友病中心—桃竹苗第一個整合各科專業醫療團隊、個管師照護的血友病患友善就醫環境。



竹北可快速連結高鐵、機場、竹科，每天約有28萬人次進出，中醫大新竹附醫距離新竹高鐵站約15分鐘車程，成長動能可期，是中醫大體系中，繼台中、北港、安南後，第4間大學附設醫院，初始規畫即以醫學中心等級為藍圖，並以桃竹竹苗為服務範圍；陳自諒院長充滿自信地說：「醫院層級要經由醫院評鑑一級一級向上，而醫療水準卻是掌握在自己手中，我們一開始就以提供醫學中心等級醫療品質為目標。」

### 凝聚團隊向心力 順利延攬優秀人才

萬事起頭難，開醫院也不例外。人才招募，

是陳自諒擔任院長一職後面對的首要難題，「因為和地方醫院的默契，盡量避免挖腳當地醫師、護士、藥師，一開始確實很辛苦，現在才慢慢穩定。」陳自諒表示，第一批約60位醫師，其中2/3是他從台中號召來的，其中大多是中生代醫師，因為曾經合作，彼此互相了解、志同道合，願意離開熟悉的台中，轉戰新竹，為剛創立的新醫院效力。他也強調：「這群中生代醫師或許不是當紅醫師，但他們默默耕耘多年，懂得照顧病人，也願意行銷自己，來到新竹，每個人都變成Top Doctor。」

能夠在1個月內找齊各科主任、2個月內讓整體醫療團隊到位，是陳自諒克服創院難題的



中醫大新竹附醫集合優秀團隊，以提升大新竹地區醫療品質為使命。

第一步，怎麼做到的？長期累積的好人脈是關鍵，原服務於台大新竹分院大腸直腸外科主任沈名吟、新竹國泰眼科主任陳瑩山，都被陳自諒說動，一起到中醫大新竹附醫打拼。

要吸引人才，待遇很重要，這一點要配合中醫大體系的制度，但除此之外，創造好的工作環境，是身為院長應負起的責任，「一家醫院不可能只靠少數名醫撐起來，成功要靠團隊！」醫院初創時期，要做很多打基礎的工作，背負著成長壓力，同時也充滿發展潛力，要讓團隊信服，朝向共同願景努力，絕對是件不簡單的事；帶人帶心，陳自諒的秘訣就是「尊重」二字，因為每一個人都有值得學習的地方，他自豪地說：「我來新竹附醫10個月了，沒有一位醫師請辭！過去我在中國附醫13年，帶領的團隊成員也只有因故被辭退，沒有自己離職的。」

### 精進醫療品質 以好口碑贏得民眾信任

目前全院約有6百多位員工，已開200床，短期內人力會持續補強，未來全院員工預計將超過1千人。而除了充實人力，新醫院如何成為民眾就醫首選，是另一個重要關鍵。陳自諒認為，做好病人服務是基本條件，而精進醫療品質、比別人做的更好，才能「創造不一樣！」

以自身專長的大腸直腸癌手術為例，陳自諒表示：「我們團隊的保肛率達95%，美國平均約70%；更重要的是保留肛門後的局部復發率僅3%，而國際上能不超過10%的已經是很不錯的表現；且大腸直腸癌微創手術是我的『品牌』，近十年來微創手術中轉開腹的情況僅2例。」他同時也強調，術後狀況也和個案病情複雜度有關，但陳自諒接手得以保肛的病人中，有很多是其他醫院斷言要拿掉肛門的，這是手術技巧的領先，也正是他自信能做到和別



人「不一樣」的優勢。

所以醫院開幕僅10個月，已親手開將近2百台大腸直腸癌微創手術，陳自諒笑稱自己是「全台灣開最多刀的院長」，樹立醫療團隊好口碑，就是吸引民眾就醫最好的行銷策略。

深耕中部多年，但陳自諒在中醫大新竹附醫診治的病人都是新竹在地鄉親，贏得信任，全靠病人間口耳相傳。他在新竹的第一個病人江先生，因為宗教信仰不能輸血，所以專程從新竹到台中找大腸直腸癌微創手術專家陳自諒動刀，聽說陳自諒轉戰新竹，剛好能就近在新竹動手術，解決交通往返之苦；之後治療順利，江先生更主動為新竹附醫宣傳，這正是陳自諒強調的「把病人治好，自然會有第2、3個病人來求醫。」

「網路資訊發達，現在病人就醫前都會先搜尋醫師口碑，尤其這裡許多在竹科工作者，只要做好醫療服務、醫病溝通，在原本醫療資源匱乏的新竹地區，我們是率先以醫學中心品質經營的醫院，才能甫開幕即建立民眾就醫信心。」陳自諒再次重申「醫院不是只靠一個名醫！」面對新竹地區急重症醫療不足現況，創院即以「救急救心救腦救命」為使命，提供24小時急診，並完成新竹縣第一例開心手術；在特色醫療部分，包括大新竹地區唯一的3D腹腔鏡微創手術、零輻射心導管電燒手術；以及提供跨科整合照護的癌症中心、血友病中心；並且延續中醫大獨特的中西醫整合服務，滿足病患的醫療需求。

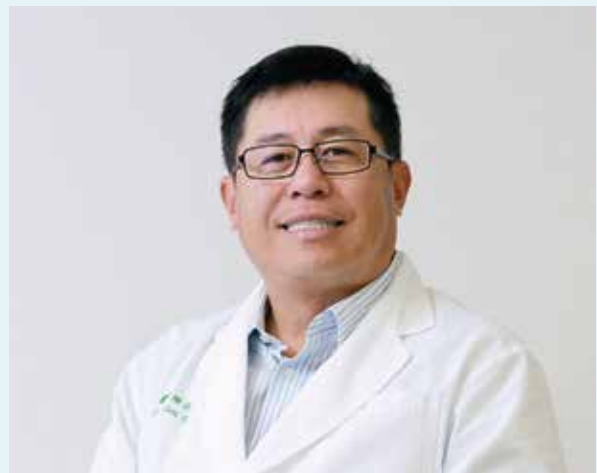
### 推動智慧化管理 奠定醫院成長基礎

談到未來發展，陳自諒認為：「要追到未來，從昨天就要開始。」所以他致力推動醫院AI智慧化，除了基礎的影像判讀、病情監測，更以「儀表板（Dashboard）」概念發展院內資訊管理系統，以掌握即時資訊，隨時因應情況



Profile

陳自諒




**現職：**中國醫藥大學新竹附設醫院院長  
中國醫藥大學附設醫院外科部大腸直腸肛門外科兼任醫師

**學歷：**中國醫藥大學醫學系學士  
國立交通大學高階管理學研究所碩士

**經歷：**中國醫藥大學附設醫院外科部大腸直腸外科主任  
中國醫藥大學附設醫院微創手術中心主任  
中國醫藥大學附設醫院外科部部主任  
中國醫藥大學附設醫院國際醫療中心副院長  
美國佛羅里達州克里夫蘭醫學中心大腸直腸肛門外科研究員  
彰化基督教醫院大腸直腸外科主任  
美國大腸直腸肛門外科醫學會國際顧問委員會

**專長：**擅長大腸直腸癌微創手術，九成以上患者可以腹腔鏡進行手術，傷口小、復原快且保肛率高。

改變，預計2年內完成規畫上線。「新竹約55萬人口，而桃竹苗約有2百萬人口，將是我們服務的目標範圍。」面對醫院未來成長潛能，陳自諒信心十足的說：「困難是必然的，逐步克服就好。」 



臺北榮總 | Since 1959  
The 60<sup>th</sup> Anniversary of TVGH

榮耀六十·卓越踏實



癌症治療謎題正逐漸被解開，  
隨著免疫治療、精準醫學崛起，  
跨癌別的藥物應用將愈來愈寬廣，  
癌症病人的用藥選擇增加，克服抗藥性問題，  
病人存活期延長，更有機會實現「治癒」目標。

## 走在科學尖端 癌症研究治療新趨勢！

■ 文字／吳佩芬 ■ 攝影／嚴偉達

**提**到癌症治療大趨勢，國內頭頸癌權威，台北榮總腫瘤醫學部藥物治療科主任、陽明大學副校長楊慕華直接一語道破：「近5年來癌症治療最大的突破，就是免疫治療和精準醫學。」

楊慕華是國內少數在臨床及學術研究皆有出色表現的醫師科學家，他表示：「免疫治療是

鬆開人體內免疫系統的煞車（即免疫檢查點抑制劑），激活免疫細胞來對抗癌細胞。」和過去抗腫瘤藥物治療最大的不同是，免疫療法讓標靶藥物跳脫僅針對少數1、2類腫瘤的局限，進而能對應多種不同的癌症，顛覆傳統「對症下藥」的醫病思維；目前臨床上用於黑色素瘤的效果特別明顯，其次是肺癌、泌尿道癌、口



腔癌、頭頸癌等，跨的癌別已達5、6種，除了化學治療之外，很難有可以跨這麼多癌別的治療模式。

早期的癌症治療是靠組織分型，在顯微鏡下判別腫瘤細胞型態、分型，再決定治療方式；後來則進階到比較粗略的分子分型，偵測一系列的基因改變，比如慢性骨髓性白血病、HER2陽性的乳癌、荷爾蒙陽性的乳癌，適用特定的藥物治療。進入精準醫療世代，分子分型更細膩，例如過去大腸癌只看1、2個基因的突變，如K-RAS基因，現在則要看更多如BRAF基因突變、微衛星不穩定等；除了分子分型，目前還有更全面精細的全基因定序，找出突變基因，治療更精準有效。

### 全基因定序 找到續命曙光

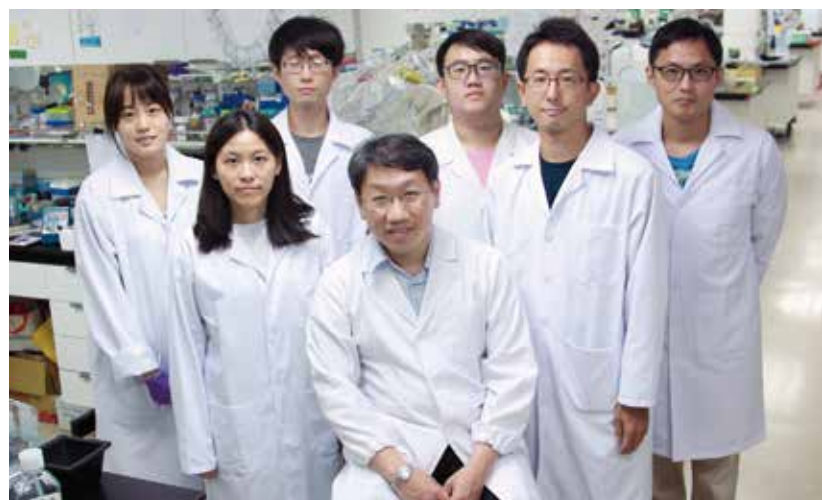
楊慕華以一位頭頸癌病患為例，該名50歲男性病人的頭頸部腫瘤的分子分型比較罕見，化療、標靶藥物、免疫治療的效果都不是很好，在取得病人的同意下進行全基因定序。意外發現病人的基因突變和卵巢癌的DNA修復癌症基因突變是一樣的（即好萊塢女星安潔莉娜裘莉

家族的BRCA基因突變），幸運的是針對BRCA基因突變的標靶藥物於1年前在台上市，燃起這位重症病患續命的一線曙光。

「BRCA基因突變散在各種腫瘤內，但機率低於10%，過去頭頸癌帶有BRCA基因突變的報告也不多，通常不會幫頭頸癌病患進行常規性的BRCA基因突變偵測。」楊慕華指出，利用全基因定序找出隱藏靶點基因突變的治療模式，在現代癌症治療已不算罕見，但並不是每位病人都能幸運找到隱藏的靶點，而找到隱藏靶點，也未必有能治療的藥物。

楊慕華已幫幾十名出現轉移的頭頸癌病人進行全基因定序，都找到隱藏的突變基因，但約有2/3~3/4的病人即使找到突變基因，還是面臨無藥可用的窘境，僅1/4~1/3可順利找到新藥；而有藥可用的病人中，也不乏初期有效，但幾個月後卻藥效變差（產生抗藥性），又得再進行第2次的全基因定序。

「以我們目前存活最久的一位70歲女性病患為例，其復發部位在肺部，原本進行免疫治療有非常顯著的效果，肺部病灶整個消除了，但免疫治療10個月後，某天病人說喘不過氣來，



楊慕華結合陽明科研及北榮臨床團隊，為癌症病患尋找治療曙光。

進行CT斷層掃描，發現病灶轉移到頸部，肺部卻沒有復發。」楊慕華說，這例子顯示明明同一個病，免疫療法可以消滅肺部的癌細胞，卻無法對付轉移到頸部的癌細胞。醫療團隊再幫病人進行全基因定序，找到了隱藏的靶點，讓病人服用乳癌標靶藥物，從2019年農曆新年開始，已經7個多月了，仍在繼續奮戰中。

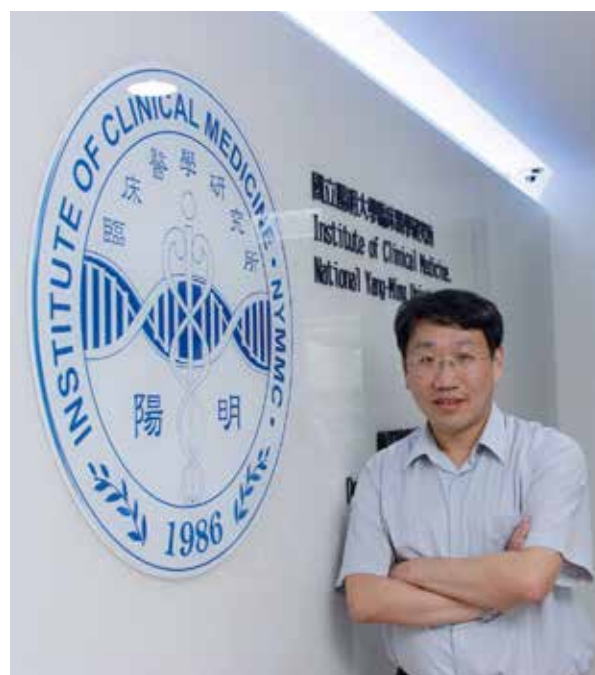
楊慕華說：「我們依據他的全基因定序結果，選擇適合的標靶藥物，當然標靶藥物有達到效果，不然不可能存活這麼久。」未來，癌症用藥將不再以病來分，而以腫瘤的基因型來區分，全基因定序將愈來愈普遍。

### 抗藥性問題 治癌最大瓶頸

楊慕華也強調，癌症用藥的抗藥性才是這幾年真正要面對的問題，「和抗生素一樣，任何藥物用得久、用得多，都會衍生出抗藥性問題，即使是進入台灣僅3~4年的免疫療法、當紅的標靶藥物也無法避免，而精準醫療偵測腫瘤突變基因，是一種克服抗藥性的策略。」

針對抗藥性的問題，癌症治療除了橫斷面，還需要縱斷面的檢查。楊慕華解釋，找出確切的突變基因，擬定治療方針，在治療一段時間後、進入下次療程前，要釐清體內的基因是否有改變，準確揪出隱藏靶點的突變基因，避免因為隱藏靶點的突變基因（抗藥性），導致藥效變差。然而，臨床上無法在每次治療前都幫病人切片檢查，研究人員想到利用最簡單的抽血方式來檢視，即液態生檢，利用血液中的分子（腫瘤細胞產生的循環腫瘤細胞、外吐小體等腫瘤生物標記）檢測取代切片。

但要從血液中找到穩定又可靠的腫瘤生物標記，比切片更困難。血液中大部分都是正常的細胞，要找很微量、具有關鍵性的腫瘤生物標記，又要把腫瘤生物標記所蘊含的腫瘤訊息判



讀出來，就需要發達的基因體資料庫，比如癌細胞的游離DNA，可以偵測、追蹤藥物治療的效果好不好，或是否產生抗藥性？

「這就是我現在要做的事情！」楊慕華的研究團隊發現，頭頸癌病人血液中的循環腫瘤細胞會形成團塊，形成團塊的循環腫瘤細胞團比單一循環腫瘤細胞有較強的轉移能力，也就是血液中循環腫瘤細胞團塊的濃度攀升，後續就會出現病情惡化的癌細胞轉移，因此，偵測血中循環腫瘤細胞團塊濃度，可以預測是否出現轉移、藥物抗藥性。研究結果已發表於2019年2月《自然》系列期刊中的《自然細胞生物學》。

此外，針對口腔癌轉移、復發病人服用的第一線標靶用藥Cetuximab的抗藥性問題，楊慕華的研究團隊已找出作用機轉，並研發出人工合成短鏈胜肽，延緩抗藥性的發生。該項研究已刊登在2017年1月出版的《Clinical Cancer Research（臨床癌症研究）》，短鏈胜肽的技術也於2019年9月取得美國以及國內專利。



在免疫治療的抗藥性，即免疫檢查點的抗性產生，楊慕華的研究團隊也有新發現，目前正在整理研究資料，期待能在國外期刊上發表分享。他說，免疫療法抗藥性的產生，可能和癌症治療藥物使用的次序有關。這項研究發表，預計有可能會翻轉目前的癌症治療標準模式，為醫界帶來衝擊。

### 醫師科學家 臨床+研究更具優勢

早在2004年、楊慕華35歲那一年，就榮獲美國癌症協會AACR年輕醫學獎，行醫至今20多年，幾乎是年年得獎，已囊括國內外大大小小醫學研究獎項，是國內少數醫師科學家的代表人物。楊慕華說，隨著醫療科技化，身為這個時代的醫師就必須要會使用這些科技。10幾20年前，當他以醫師的身分，剛開始踏入基礎科學研究的領域時，沒有先進的科技化產品，在他的認知中，做研究是一件事情，臨床又是一件事情，是分開的兩個訓練，不覺得有特別的關聯性。醫師的訓練和科學家的訓練完全不同，他看不懂有關科學的論文，不了解基礎科學原理，實驗方法也都不會，一切從頭學起。但近5年，楊慕華開始覺得科學和醫學愈來愈接近，而臨床醫師的臨床經驗更是進行醫學研究的最大優勢。

而下一步，楊慕華還想做單細胞定序。過去資訊處理能力有限，沒有辦法處理成千上萬個細胞基因定序資料，現在大數據能力很強，雖然單細胞定序在臨床上還沒有辦法運用，但對於臨床醫師很具挑戰性。利用單細胞定序，可進一步了解腫瘤內每個細胞對於藥物的不同反應。

目前，楊慕華帶領的研究團隊和美國國家癌症研究所（NCI）、史丹佛大學都建立合作關係，鎖定癌症相關的基因定序、液態生檢以

及台灣特有癌症如口腔癌等研究。以科學為基礎，癌症的謎團正逐漸解開，除了延長生命，更有機會實現治癒的目標。Pfizer



Profile

楊慕華



**現職：**台北榮總腫瘤醫學部藥物治療科主任  
陽明大學臨床醫學研究所講座教授  
陽明大學基因體中心主任  
陽明大學副校長

**學歷：**陽明大學醫學系  
陽明大學臨床醫學研究所博士班

**經歷：**台北榮總內科住院醫師  
台北榮總血液腫瘤科總醫師、主治醫師、血液科主任  
美國安德森癌症醫學中心研究員  
陽明大學臨床醫學研究所助理教授、副教授、教授、所長

**專長：**頭頸癌治療、腫瘤生物學、腫瘤內科學

**重要成就：**美國癌症協會美國年輕醫學獎、北榮院慶60周年學術成就獎、科技部傑出研究獎、中研院年輕學者獎、徐千田癌症醫學研究獎、科技部吳大猷年輕學者獎、台北榮總醫師學術論文獎第一名（5次）。



# 類風濕性關節炎 照護品質再提升

■ 文字／徐文媛 ■ 攝影／鍾智維

中國醫藥大學附設醫院（以下簡稱中醫大）自1987年設立風濕免疫科以來，在歷屆主任張武松、周昌德、黃春明及藍忠亮醫療副院長的努力下，奠定紮實的醫療團隊基礎，門診及住院人次亦倍數成長；2015年風濕免疫中心成立，2017年12月由陳得源教授接任中心副院長，短短4年時間，中醫大風免中心透過醫病共享決策、導入智慧醫療、疾病個案管理三大政策，提供風免疾病患者全方位照護，

尤其在類風濕性關節炎的全人治療更是成效卓著。

## 醫病共享決策 化解用藥疑慮

風免中心副院長陳得源表示，類風濕性關節炎的治療在近20年來有長足進步，尤其是生物製劑的問世，帶動新藥蓬勃發展，目前經健保核准，符合申請條件患者可使用的就有7種生物製劑及2種口服標靶藥，再加上原有的免疫調節



劑等一線用藥，類風濕性關節炎患者的用藥多元繁複，好處是治療選擇多，更能因應病友的病情及特性靈活應用，但也同時增加患者了解治療計畫的困難度。

「風濕免疫科的疾病，大多為自體免疫相關之慢性發炎疾病，需要長期抗戰，這時病人能否遵從醫囑與學習自我照護，是影響治療成效的關鍵。」因此陳得源副院長強調，透過醫病共享決策流程，引導患者參與藥物選擇，雖然初期較耗時費力，卻能有效提升後續的遵囑性與治療效果。

而為了提升醫病溝通的效率，風免中心的個管師會先請確診且準備申請生物製劑或口服標靶藥的新病患看衛教影片，內容包括疾病介紹、常用藥物說明，建立患者對疾病的基本概念，再進入診間，即使如此，每位病人至少也需要醫師花15分鐘詳細溝通。「我會對患者強調不積極治療的後果！」像是破壞骨關節、造成關節變形、行動不便影響生活品質等，根據陳得源副院長的臨床經驗，強調適當且積極治療的重要性，是提高患者配合治療的第一步。之後陳得源副院長會說明不同藥物的特性，除

了依據患者病情提出建議，例如是否有潛伏結核感染、肝炎帶原等狀況；同時也會依患者個人需求選擇，例如經常出國工作或旅遊，或是年紀大、手關節變形，害怕或不方便自己注射的患者，可隨身攜帶、方便服用的標靶口服藥比較適合；也有患者怕忘記、不愛天天吃藥，會選擇每個月回診時到醫院注射生物製劑。

### 導入智慧醫療 照護資訊一手掌握

除了衛教影片，中醫大風免中心也導入智慧醫療，研發APP及口袋書，將衛教資訊數位化，隨時能透過手機輕鬆掌握相關資訊。不只基本的疾病介紹、用藥重點，或透過APP掛號、追蹤看診進度，陳得源副院長強調，更重要的是可透過APP連結個人檢驗報告，並設計以紅字突顯異常狀況，提醒病人注意，「就算病人看不懂數值背後的意義，也達到警示的效果，讓病人在看診時更注意醫師建議，甚至會主動和醫師討論。」陳得源表示，患者「被動配合」的效果絕對不如「主動參與」，這也是醫病共享決策能順利進行的基礎。

另外，診間電腦也設定可即時呈現病情動態



醫病共享決策（SDM）輔助工具，運用在類風濕性關節炎的治療，幫助病人了解治療藥物的選擇，並依自身狀況，與醫師共同討論決定適合的治療方式，有助醫病溝通、達成治療共識。

變化圖示，除了協助醫師做治療決定，病人在看診同時看到自己的病情變化，也更容易了解配合治療的重要性。

陳得源副院長表示，中國醫點通APP在3年前完成，之後不斷更新，陸續加入看診進度及檢驗報告查詢等功能，未來希望患者不只單向接收資訊，也能主動回饋自我病情變化，進一步強化醫病間的雙向互動。

在增進醫病互動交流方面，善用衛教資訊數位化的便利性之外，中醫大風免中心也不忘落實面對面的病友會活動。陳得源副院長認為，在數位時代，實體病友會仍然有不可取代的重要性，除了提供醫療新知，推動診間無法進行的衛教活動，例如現場實做的太極或瑜伽運

動等適合風免病人練習的運動處方，或是邀請其他領域專家如中醫、營養師分享風免疾病照護建議，「更重要的是讓類似處境的病友有機會齊聚一堂，分享抗病經驗，交流自我照護方法，達到互相激勵的效果。」陳得源強調，這是醫護人員難以扮演的角色，也因為活動內容豐富，愈來愈多病友樂於參與，從2017年約2百位病友，到2019年已有3百多位病友共襄盛舉，反應熱烈。

### 完善個案管理平台 整合照護更全面

除了醫護人員，個案管理師也是協助患者獲得完整照護的重要角色。目前風免中心有6位個案管理師，負責疾病追蹤，例如針對使用生物製劑或口服標靶藥的類風濕性關節炎病人需要追蹤其治療反應，尤其食藥署規定需進行藥物風險管理，是個管師重要的工作責任。此外中醫大風免中心更主動進行常見共病分析，透過問卷調查及相關檢測，必要時進行轉診、安排跨科部照護。例如合併有高血壓或高血脂，會評估心血管病變風險，安排如動脈硬化等相關檢查，必要時轉診至心臟內科。

「目前針對使用生物製劑、口服標靶藥的類

## 衛教智慧化 健康隨手查

中醫大風免中心將豐富的衛教資訊數位化，患者只要透過手機，就能隨時查詢相關資訊，輕鬆掌握自我照護的健康重點！



風免口袋書



中國醫點通



高解析骨骼肌肉超音波能及時輔助診療各種急慢性關節炎及相關軟組織疾患。



風濕性關節炎病友進行完整追蹤的約有5百名，完成初步的共病分析是很珍貴的研究資料。」陳得源副院長表示，2019年11月的免疫醫學會，中醫大風免中心即分享類風濕性關節炎共病調查結果，提醒醫師及病友注意。

陳得源副院長指出，在眾多共病中，骨質疏鬆是較常被忽略的問題。因為類風濕性關節炎病友平時行動不便，運動量不足，再加上發炎性疾病及長期使用低劑量類固醇都容易使骨質流失，種種因素累積，導致這類病友為骨鬆高危險族群，應主動評估骨鬆危險因子，進行DXA骨密度檢測。他也強調：「根據我們初步調查統計，約有35%的類風濕性關節炎患者有明顯的骨質疏鬆，已達診斷標準，符合健保規範應進行介入性治療，減少未來骨折機率。」

此外，間質性肺病變也是類風濕性關節炎病友要警覺的問題。陳得源副院長記得，曾有位50多歲的女性病友，使用生物製劑治療近3年，病情控制理想，但後來常咳嗽，運動時會喘，到診所診療多次，因為咳、喘的症狀未明顯好轉，病人到風免科回診時，陳得源安排照X光，發現有些許異常影像，再做肺功能檢測，發現肺活量降低，進一步肺部電腦斷層才確診是間質性肺病變，「這是類風濕關節炎病人很常出現的問題，但如果警覺性不夠，未必能及時發現，如果沒有早期介入治療，可能造成無法恢復的肺纖維化遺憾。」陳得源副院長強調，共病的發生往往和患者本身疾病、用藥有關，這時醫師會考慮是否要更積極控制病情及調整用藥。

面對複雜多變的風免疾病，中醫大風免中心透過衛教提高患者對疾病的認知、由個管師協助醫師共同定期追蹤，再加上智慧化工具進行病情動態變化顯示及病友追蹤資料數據分析，多管齊下，已展現具體成效，截至2018年12



Profile


陳得源



**現職：**中國醫藥大學附設醫院風濕免疫中心副院長  
中國醫藥大學醫學系教授  
中山醫學大學生化暨微生物免疫研究所教授  
國立中興大學轉譯醫學博士學程教授  
中華民國風濕病醫學會常務理事  
中華民國免疫醫學會常務理事

**學歷：**國立陽明大學醫學系醫學士、臨床醫學研究所博士

**經歷：**中華民國風濕病醫學會第13屆理事長  
台中榮民總醫院內科部部主任  
台中榮民總醫院教學部部主任  
台中榮民總醫院內科部過敏免疫風濕科主任  
國立陽明大學醫學系教授

月，中醫大風濕免疫科門診與住院醫療服務量皆呈三倍成長。對接任風免中心副院長重任僅2年的陳得源來說，這是個好的開始，他更相信在風免中心團隊成員的齊心協力下，將為風免病人的健康促進而持續努力，讓全人照護品質更加提升。 

# 醫人醫病要醫心

## 中山附醫 跨越六十 活力再造

中山附醫是中部地區第一所醫學專科學校附設醫院，創院即將邁入60周年，培育無數人才，以「醫人醫病要醫心」為宗旨，許多畢業校友深入各鄉鎮、偏遠地區服務，素有「小鎮醫師的搖籃」之稱。

■ 文字／張欣芸 ■ 攝影／鍾智維

走進汝川醫療大樓，樓層中處處可見周明仁董事長收藏的書畫作品，不僅讓病患與家屬能夠欣賞畫作，也改變了空間中冰冷的氛圍，為醫院帶來了藝術氣息。

創辦人周汝川畢業於日本齒科大學，返台後在台中開設了汝川齒科醫院。有鑑於當時牙醫人才缺乏，他在1960創設了中山牙醫專科學校。增設醫科後，1962年改名為中山醫專，1977年躍升為中山醫學院，2001年獲教育部核准更名為中山醫學大學。

為了建校，周汝川董事長與家人不僅捐出土地，四處奔走籌募經費，創辦初期，學校只有5間教室，他與夫人將經營牙醫診所的盈餘，支

付學校員工薪水與開銷。

創立學校後，他發現學生需要一個實習的場域，決定興建附設醫院。1966年創立了中山醫學大學附設醫院，這是中部地區第一所醫學專科學校附設的醫院，以低調樸實的姿態，屹立於中港路上，服務鄉親與社區居民。1998年，醫院擴建遷移到大慶院區，在2000年通過醫院評鑑，從地區性醫院升格為醫學中心。

身為校友的黃建寧總院長，於1984年入學，一路看著學校成長。他回憶起大一時的情景：「那時校園很小，前門可以看到後門，長滿雜草的足球場，佈滿了小石子。池塘裡，養了幾隻鵝與鴨子，大家就戲稱為天鵝湖。實驗大樓



中山附醫60年來培育無數人才，謹守「醫人醫病要醫心」宗旨，守護民眾健康。



## 關於中山附醫

病 床 1,108 床

員 工 2,800 位

醫療服務量

門診人數約 1,000,000 人 / 年

住院人數約 35,000 人 / 年

手術人數約 20,000 人 / 年



的迴旋梯至今依然保存下來，站在上面看夕陽，有很多美好的回憶。畢業後，我在1992年回來母校當住院醫師，太太、女兒也都是讀中山。看到學校不斷改變，很多校友都對中山懷抱著一份情感，希望能變得更好。」

### 培育人才 成為小鎮醫師搖籃

隨著學校慢慢成長，科系逐漸增加，60年來，一直秉持培育人才為目標。黃建寧提到：「董事長創立醫院時，不以營利為目的，所有盈餘都運用在學校與醫院的建設上，務求永續經營。」

2003年，SARS發生時，台灣陷入一片恐慌。醫界省思過往醫學教育，重視專科分工卻缺乏全人的概念，進而展開醫學教育改革，強調以病人為中心。然而，早在60年前創院時，周汝川董事長便提出以病人為中心的理念，其醫學教育的宗旨「醫學目的在救人，醫人醫病要醫心」，在學生心中埋下了種子。許多畢業校友深入各鄉鎮、偏遠地區服務，素有「小鎮醫師的搖籃」之稱。

### 從感動服務到專注提升醫療品質

根據遠見雜誌舉辦的服務業大調查，在醫療院所中，中山附醫獲得2018遠見五星服務獎第3名。

黃建寧表示，「感動服務、卓越品質、創新教研、永續經營」是醫院長期努力的目標。感

動服務已內化成中山醫護人員的DNA，在醫療品質的提升上亦與時俱進，60年來一步一腳印，踏實寫下傲人成果。

### 一、建構智慧醫療

「智慧醫療」興起，中山附醫早已建構電子病歷系統，全面推動無紙化，目前全院已達到99%無紙化。為了因應智慧醫療時代，院方成立了智慧醫療委員會，與逢甲大學、工研院、東海大學相關科技人員一起合作；醫療端也透過人工智慧的導入，利用醫院既有的大數據，改善病人診斷。

舊大樓全面整修後，開始建置智慧病房，無論是健保床、差額床、個人病房，全面導入床邊照護系統（Patient Infotainment Terminal; PIT）。透過床頭螢幕，病人可以獲得衛教、用藥等資訊。醫生查房時，可以透過這個系統，看到X光、檢驗值、相關報告，跟病人解說病情。所有的過程都資訊化，整合病人端、護理端、醫生端，讓彼此溝通沒有障礙。

### 二、從在宅醫療到十科共照

很多老人家與罕見疾病、身心障礙患者，因

行動不便無法到醫院看病，十多年前，中山附醫就開始了牙科到宅醫療服務，牙醫師帶著攜帶式器材，到患者家中服務。

在這個基礎上，政府推動長照2.0後，護理之家需要到宅服務，醫院會定期派醫生巡診，針對身心障礙患者，也有身心科醫療人員定期家訪，提供居家服務。

台灣在2018年正式邁入高齡社會，65歲以上高齡人口比例已超過14%，依據國發會推估，台灣將在2026年邁入超高齡社會。針對人口老化衍生的失智老人問題，3年前，中山附醫成立台中第一家失智共同照護中心，從篩檢、確診到提供服務，透過「十科共照」，集結10種專業人員（中西醫、牙醫、營養、護理、藥學、職能治療、物理治療、心理、社工、法務），結合社區資源，社區照顧的據點、友善餐廳商店、基層醫療院所，從點狀拓展成網狀的服務。



### 三、積極投入學研創新 獲得多項專利

即使沒有財團、國家資源的挹注，資源相對缺乏，中山附醫非常注重學研創新，多年來累積了豐碩研究成果，並獲得多項專利。在解決病人問題的過程中，從器材、設備、解決方法中，都有可能發展出專利。

黃建寧以糖尿病中心為例，當他在1996年受訓回來醫院時，是新陳代謝科創科時的唯一位醫生，之後逐漸增加為4位主治醫師，規模不大，但研究能量豐沛，3名衛教師、專科護理師、營養師，都曾到國外發表研究成果，楊宜瑛主任曾連續兩年到美國糖尿病年會口頭報告衛教成果，這些都是鼓勵同仁教學研究創新的體現。

又以高居十大癌症死因之首的肺癌為例，胸腔內科主治醫師吳子卿與醫療團隊研發「雷射角度引導儀」，榮獲2012「國家新創獎」，並獲得專利。藉著雷射光角度標示的引導裝置，能精準定位，讓醫師進行病灶的燒灼治療，提升手術的準確性與安全，病患術後恢復更快速。讓許多同業的醫療人員專程前來參訪，學習這項技術。

### 四、熱情參與國際醫療合作與援助

在中國大陸以中山為名的醫院約有20多家，除了參與學術研討會交流，也常有醫療單位前來參訪學習。中山醫大與日本、美國、韓國等國家有姊妹校，常透過交換學生，進行國際交流。

而呼應新南向政策，除了與泰國的醫院進行智慧醫療的研究合作計畫；同時，明年院方亦將與馬來西亞醫院合作，進行糖尿病照護系統建立計畫，複製台灣糖尿病照護的成功模式。

位於南太平洋、由9座島組成的吐瓦魯，是台灣的邦交國。由於長期缺乏醫療資源，配合外



交政策，組成醫療團隊前往吐瓦魯，支援當地的醫療工作。包括公共衛生的建立、調查、教育，進行全國性牙齒健康篩檢、飲食衛教。馬格麗特公主醫院是當地唯一一所醫院，團隊也協助醫院建構電腦資訊系統，改善制度設備，並提供國際病人轉診，將病人送到台灣醫治，這項國際醫療援助至今已持續13年。

## 五、以穩健的步伐發展特色醫療

復健科除了有物理治療、職能治療、語言治療、心理治療，提供完整的復健服務，也是台中市唯一一家醫院內設有輔具製造中心，可以提供患者量身訂做，幫助患者回到社區職場。

院方也陸續引進最新的儀器，如海扶刀、達文西機器人手臂。2015年成立的達文西微創手術中心，除了運用達文西手臂進行微創手術，也舉辦多場國際研討會，邀請國內外專家進行國際交流。此外，也不斷向下紮根，針對醫學院學生、高中舉辦體驗營。

2018年成立的尊榮醫學中心，現正建立平台，透過政府剛通過的細胞治療特管法，提供癌症病人的免疫細胞治療、基因治療。醫院過去並沒有建立這個實驗室，但透過這個平台，可更彈性與生技公司合作，為不同需要的病人，提供更細膩的服務。

## 評鑑日常化

### 邁向國際級醫學中心為願景

60年來，一步一腳印，每一步都是穩扎穩打，堅持給病人最好的治療。中山附醫獲得醫學中心評鑑優等，並榮獲多項SNQ國家品質標章，藥物檢測中心及護理部更分別獲頒「國家生技醫療品質獎」銀獎及銅獎的肯定。

黃建寧總院長提到有些人聽到評鑑時，會覺得是要被放大鏡檢視，然而，中山附醫把評鑑



Profile

黃建寧



**現職：**中山醫學大學附設醫院總院長  
中山醫學大學副校長

**學歷：**中山醫學大學醫學系畢  
中山醫學大學研究所碩士  
中山醫學大學研究所博士

**經歷：**中山醫學大學附設醫院總院長  
中山醫學大學臨床醫學研究所教授兼所長  
中山醫學大學附設醫院醫研部副院長  
中山醫學大學附設醫院內科主任  
台大內分泌新陳代謝科研究員

**專長：**新陳代謝科、內分泌學、內分泌分子生物學

項目制度化，以病人為中心的管理服務面，平時針對問題，立即改善。在各層級、單位安排秘密客，3個月或半年、一年進行不定期的內部稽核。將評鑑的事項，落實在平常工作中，讓評鑑日常化。

未來願景是邁向國際級的醫學中心，除了網羅醫療人才，醫院盈餘投入改善同仁福利，更新醫療儀器設備，不斷精進技術，提升醫療品質，穩健開創令所有中山人自豪的下一個60年。Pfizer

# 醫師發明家黃偉春 搶救世界的心跳聲

心肌梗塞搶救分秒必爭，就像F1賽車比賽時不能放過任何維修細節，精準切要、爭取時間實為主要搶救關鍵。心臟內科黃偉春醫師積極從醫院與救護車兩端著手，努力為病人搶時間、搏生機，他發明的定心布，讓心肌梗塞診治關鍵的心電圖檢查時間，從以往的252秒大幅降到30秒！為許多心梗病人重新尋回生命希望。

■ 文字／顏怡今 ■ 攝影／楊為仁



**身**為心臟內科醫生，高雄榮民總醫院重症醫學部黃偉春主任強調：「心肌梗塞一旦發生，若不能即時搶救，往往就會造成不可彌補的遺憾，所以搶救時可說是分秒必爭。」根據統計，若是ST段上升型心肌梗塞病人，在到院的90分鐘內進行心導管治療將血管疏通，可降低病人死亡率，這黃金90分鐘即所謂的「到院至灌流時間（door-to-balloon time）」。

傳統急性心肌梗塞有兩種治療方式：**緊急血栓溶解劑及緊急心導管氣球擴張術或支架治療**。比較這兩個治療方法，施以血栓溶解劑的病人，經30天追蹤，血管暢通率約占7成；而直接以心導管氣球擴張術急救的病人，9成以上其打通的冠狀動脈，在3個月後的血管攝影追蹤仍保持暢通。也就是說，心導管治療比血栓溶解劑的治療更可降低急性心肌梗塞病人的死亡率。

2006年時，當時台灣心肌梗塞治療，白天送醫的急性心肌梗塞病人有機會進行緊急心導管治療，而晚上發病送醫的病人，以緊急血栓溶解劑治療為主。為推動24小時心肌梗塞救護網絡，黃偉春醫師開始晚上於醫院值班守夜，他回想當年，1個月甚至曾有20天以院為家，可說是台灣最早睡在



## 重要研發成果

### 心肌梗塞心電圖定心布

傳統心電圖有10個定位，逐一黏貼需要的時間約252秒，定心布將心電圖導程都先黏貼在布上10個定點上，可將時間縮短為30秒完成，快速將病人的心電圖傳到醫院，搶救病人生命。

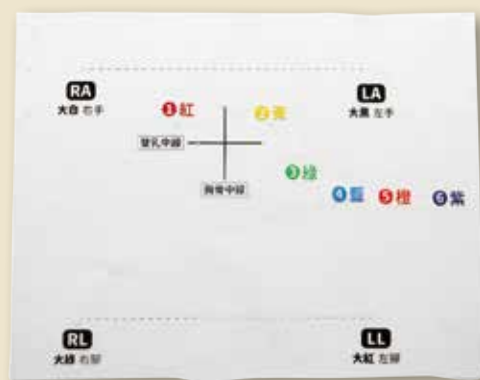
定心布的三大特色：

- 1.預先定位導極，縮短準備時間。
- 2.對齊乳房中線與胸骨中線，快速施做心電圖。
- 3.運用愚巧法，利用顏色區分導極。

### 世界首創五天提醒醫師拔導尿管方案

該創舉讓導尿管平均留置天數由7.0天降至4.6天，導尿管留置致泌尿道感染密度由11.5‰降至8.5‰。

成果刊登在SCI《感染管控雜誌 (Infection Control and Hospital Epidemiology)》，文章被引用上百次，包括美國疾病控制中心也引用本文列入「泌尿道感染治療準則」中減少泌尿道感染的重要對策。



看似簡單的定心布，實際應用卻大有成效！

辦公室行軍床守夜班的心臟科醫師。黃偉春醫師說：「儘管辛苦，但能夠從死神手中把病人搶救回來，降低病人心肌梗塞後心臟功能的缺損，就算累一點還是很值得。」

### 發明定心布

#### 成功建立救護車心電圖傳輸系統

「當病人心肌梗塞的那一刻起，心臟肌肉便開始一點一點流失，因此愈早疏通血管，不僅病人死亡率愈低，更可以減緩對病人心臟的傷害，增加其剩存的心臟功能。」黃偉春醫師強調，如果病人上了救護車之後，能夠在第一時間判斷是否為急性心肌梗塞，就能送到適當的醫院進行緊急心導管治療，同時讓院方提早啟動心梗急救的各項準備，避免後續轉院造成的醫療時間浪費，於是他投身建立救護車到院前

心電圖系統的推動。

在高榮劉俊鵬院長、馬光遠主任、黃偉春主任及洪正中醫師等團隊成員努力宣導與爭取下，2011年起高雄市政府開始為消防隊購置心電圖機。原以為救護車有了心電圖機，就能讓「自動判讀緊急救護無線傳輸12導程心電圖系統」順利上路，但等了半年多，就是沒有接到救護車使用心電圖機傳送到醫院，在萬分納悶下，黃主任及洪醫師親自跑到消防隊尋找答案，才發現原來是因為消防隊員不熟悉心電圖操作檢查。黃醫師秉持救人初心不肯放棄，每天早上8點先到消防隊為隊員上課，實際教學中才發現，傳統12導程心電圖檢查，需要依標準位置逐一黏貼貼片，操作不易且相當耗時，在瞭解到現場消防員實務困難後，黃醫師把儀器按鈕編號並中文化，同時配套設計了一塊可



以讓消防隊員輕易在病人胸前黏貼電極貼片的「定心布」。

為了「定心布」的完成，黃醫師和太太一起去布行找材料，打洞、車縫都靠黃太太幫忙，從軍綠色到白色，從一般布料改成透明矽膠材質，為求更清晰精準的定位，定心布至今已歷經8次改版，黃醫師說：「透過定心布的協助，執行檢查時間可從252秒瞬降到30秒。」更重要的是，定心布幫助許多消防隊員突破心理障礙，更能夠在執行病人運送過程中，即時進行必要的心電圖檢查。帶著定心布，黃偉春和當時和他一樣年輕熱血的洪醫師，每周2天前去消防隊「等救護電話」，希望能與消防隊員在救護車上實際進行12導程心電圖機的操作；終於在2012年4月20日與洪醫師一起完成高雄市第一例成功心電圖傳輸病例，2013年3月19日岡山分隊在沒有醫師陪同下，獨立完成全台第一例救護車心電圖診斷的心肌梗塞案例，這也讓高雄成為亞洲第一個成功建立並實施「自動判

讀緊急救護無線傳輸12導程心電圖系統」的城市。

實施「自動判讀緊急救護無線傳輸12導程心電圖系統」以來，已有4千例病人使用，超過230人確診心肌梗塞，其中20位於救護車上緊急用藥，全部順利救回，達到零死亡率。黃偉春醫師說：「透過這樣的做法，急性心肌梗塞病人從上救護車到進行手術、打通血管，大約只要50分鐘，比國際標準90分鐘還快了40分鐘。」

### 救人的發明 國內外得獎無數

這個在實際救命過程發揮效益的定心布，除了在台北國際發明展中獲鉑金獎，也在高雄國際發明展獲得金獎及評審團大獎，近幾年來也在美國、烏克蘭、馬來西亞等各項發明獎中得獎無數，更在國際四大發明展——瑞士日內瓦、美國匹茲堡、韓國首爾及德國紐倫堡寫下勇奪4金大滿貫的好成績。定心布也吸引國際的注意，像是印度等國家前來洽談授權，邁入



琳瑯滿目的獎座、獎狀，肯定高榮團隊搶救心肌梗塞病患的點滴努力。





Profile

黃偉春


「英文版」定心步搶救生命的新任務。

成效卓著的定心布使用其實十分簡易便捷，黃醫師曾帶著還在念小學的兒子參加馬來西亞發明展，現場由小學生操作定心布，不到30秒的時間即可完成檢查。但其不以此為自滿，並透露：「目前已取得中華民國發明專利的快速心電圖檢查裝置（定心布二代），將傳導線包埋於產品中，操作時不用再動手接傳導線，只要10秒鐘就可以完成檢查，速度再加快20秒。」

### 創意心肌梗塞順口溜 宣導正確使用119觀念

黃偉春醫師也發現，國人習慣自行到院就醫，不習慣叫救護車，於是不諳台語的黃偉春又醫師跟太太「求救」，共同設計了用國語、台語都易記、易讀的心肌梗塞緊急處理口號：「心痛喘、盜冷汗、卡緊叫、救護車」，希望讓民眾一旦出現心肌梗塞症狀，立刻打119救護車求救。

在高雄榮總加護病房前的長廊上，顯目的「搶救世界心跳聲」幾個大字，正是黃偉春懷抱的理想，他把救心戰場從心導管室，延伸到所有急性心肌梗塞病人發病時遇到的每個環節，每發現一個問題，便務實面對並一一解決，不管是醫療層面、政策法律層面；不管要面對的是醫護同仁、病人或消防隊員，他的「救心」行動，仍在持續進行與發酵。

2019年7月，黃偉春榮獲陽明醫學大學第16屆傑出校友獎，在校方製作的影片中，他的眾多卓越成就裡列了一條「至今獲頒315項國內外榮譽」，如此得獎實力，不只醫院裡獎狀、獎盃掛滿走廊牆面，院史室裡也是「金光閃閃」，黃醫師謙虛地說：「這都是團隊成員一起努力的成果。」 



**現職：**高雄榮民總醫院重症醫學部主任

**學歷：**國立陽明大學醫學系學士  
英國布里斯托大學醫學博士

**經歷：**高歐洲心臟學會院士（FESC）  
美國心臟學院院士（FACC）  
Stent Save a Life 心肌梗塞國際組織台灣代表  
亞洲復甦醫學聯合會冠心病 ACS Task Force委員  
國立陽明大學醫學系副教授  
輔英科技大學醫學及健康學院副教授  
國際健康照護品質協會（ISQua）品質專家  
APAC in Singapore Handbook of Primary PCI 編輯  
會議編輯委員  
美國心臟學會（ACC）心臟衰竭教育計畫 Heart  
Council 編輯委員  
國家醫療品質獎評審委員  
醫策會疾病照護品質認證評審委員  
中衛中心團結圈競賽評審委員  
中華民國肺動脈高血壓關心協會理事長  
中華民國心臟學會常務理事  
中華民國重症醫學會理事  
台灣介入性心臟學會理事  
台灣肺高壓協會理事  
財團法人中華民國心臟基金會董事

**專長：**重症醫學、一般心臟內科學、介入性心導管、心臟超音波學、冠狀動脈介入治療、急救加護醫學、周邊及冠狀動脈準分子雷射血管成形術、肺高壓治療。



## 教育改變陳周斌 聞聲救苦為善最樂

來自屏東萬巒鄉下的陳周斌靠教育翻轉一生，也秉持「聞聲救苦」初衷，以同理心對待每位患者。天秤座的他謝絕情緒化及個人色彩之管理模式，作育英才，傳承技術不藏私，認為唯有分享才是「為善最樂」。

■ 文字／龍珮寧 ■ 攝影／李阮修

**走**進台中榮總外科部主任陳周斌的辦公室，潑彩風景畫的擺置顯示出個人風格，他帶領團隊的模式與過往不同，強調團隊凝聚力、跨科整合、參與國際研究及栽培醫師多元能力，除了新穎醫療器材的使用外，更重

要的是奠定好基礎實力。

### 用同理心經營醫病關係

陳周斌是大腸直腸外科醫師，但醫師也是人，也會生病，大學至今已有4次開刀經驗，學



生時期2次，分別是大一發生急性闌尾炎及大四的視網膜手術；另2次是在從醫之後。

大一接受急性闌尾炎手術，影響他後來選擇分科的道路，因為醫師技術很好，手術成功且傷口沒有發炎，很快就能出院，還是學生的陳周斌當下就看到外科的強項是「可以救急，只要做得好，疼痛就能解除。」

而大四接受視網膜手術時，還衍生出「紅包」的小插曲，當時台灣社會仍有「開刀送紅色」習俗，不過主治醫師劉榮宏並沒有理會，完全依專業判斷進行手術，讓陳周斌從此學習到，「專業醫生應依患者情況進行專業的處治，手術存在風險，醫師無法保證最後結果，但會盡全力。」

當醫師後，因膽囊慢性發炎及意外跌倒致腳踝腓骨斷裂進行手術。膽囊慢性發炎手術讓他深刻體會到腹腔鏡的好處，傷口小、恢復快，星期五住院、星期六開刀、星期一出院就能立刻投入工作幫助其他病人，這個經驗促使他肯定微創手術值得被推動。

躺在病床當病人的經驗讓他能以同理心對待每個患者，手術前醫師走到病床旁簡單一句：「我是陳醫師，等一下我要幫你開刀。」是病人等待手術前的最大安慰，此時，患者便能安心，這表示手術醫師已經到了、準備好了。

此外，他也會提供個人的電話號碼或是Line給患者，許多人曾質疑是否會有騷擾來電？陳周斌說他未曾接過騷擾電話，透過電話交流有



時還能加速醫病溝通，他表示：「例如因病需要開刀的患者，與家人商量開刀與否後，透過電話直接與醫師約定手術時間，可減少再次掛號的等待時間成本。」

### 開腹腔鏡微創手術先河

陳周斌畢業後即進入台中榮總服務，1991年中榮開始腹腔鏡手術時，還是住院醫師的他一般在外科時就曾接觸，在胸外受訓時也曾學習胸腔鏡操作，1998年應用在大腸切除時，已擔任大腸直腸外科主治醫師的他因為早有參與微創手術的經驗，能直接將腹腔鏡用於大腸直腸手術。

1999年陳周斌自費遠赴法國史特拉斯堡進修微創手術，返國後，他試著用法國的方式為患者進行手術，初期以傳統手術結合法國式手術，不僅成功而且速度變快，經過幾次手術後，他將過程「標準化」，並在2002年12月「直播（live demo）」腹腔鏡之結腸切除術，讓日本與會醫生佩服並特別撰文介紹，深受肯定與好評，隔年再進行一次直播。

大腸直腸外科的腹腔鏡手術在他赴法前，約3小時內可以完成，返國後平均2個小時完成手術，最快紀錄是40分鐘完成，手術變得更有效率，曾創下一天用腹腔鏡完成5位個案的紀錄。

### 傳統手術為根基 微創手術添武器

在開始腹腔鏡微創手術前，陳周斌已有4年傳統手術經驗。微創是醫療手術二次革命，傳統手術強調開的好不好，微創除了開的好壞外，還有傷口較小、美觀以及恢復期短等優點。

目前微創應用已很普及，他認為「微創僅是外科醫師手中多一個武器，手術的選擇仍需依病患決定。」不是每個人、每個症狀都適合微創，以個人經驗分析，約2%在進行腹腔鏡手術時，會因病況需求要改以傳統手術才能完成。

在訓練醫師時，陳周斌不斷強調「微創開的再好，仍需有傳統手術作為基石。」雖然現在傳統手術開得少，新進醫師開刀經驗不如過往，所以一旦有患者進行傳統手術，他都鼓勵醫師盡量參與以累積經驗，因為他認為有了傳



統手術開得好的技術，微創就不是難事。

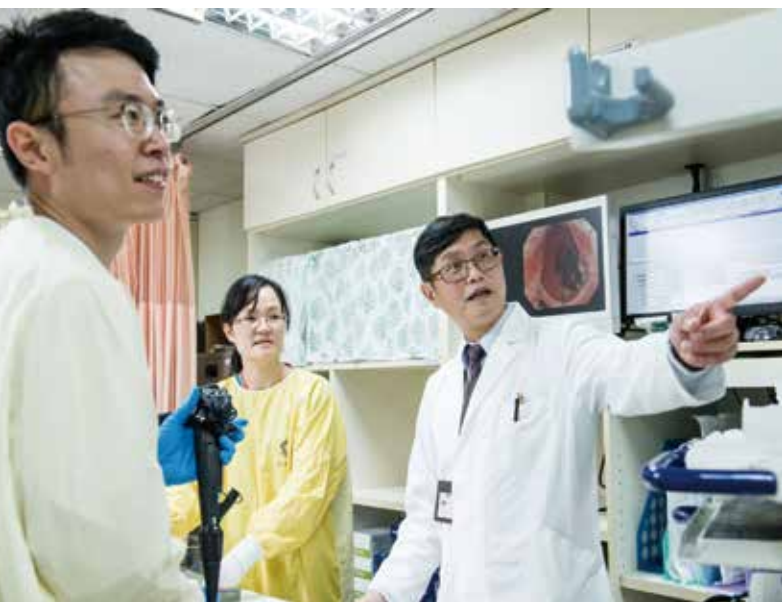
### 教育心血 白袍的感動

身為醫學中心，中榮除了醫療更肩負教育任務，因為從胸外到大腸直腸外科的經驗，陳周斌體認到醫師應擁有跨科能力，優先強化基礎實力再決定科別，他強調「能力夠的人，早一年或晚一年進入這領域沒有差別，因為未來30多年都在待在同一科別，更能青出於藍勝於藍。」

回顧過去近30年的職業生涯，陳周斌鼓勵學生要有多元能力，機會永遠是給有能力、準備好的人，就像他因為過去在一般外科、胸腔外科的學習、練習，才能因緣際會在大腸直腸外科開始發展腹腔鏡技術之初站穩一席之地。

對年輕醫師來說，教學醫院學習歷程較完整，但位置有限、薪水問題，因此醫師在受訓後，難免想離開，陳周斌也不免為人才流失感到可惜，而他最大的心願是「中榮訓練的醫生專業水準要夠！」不論是在判斷、技術、醫病關係等面向，都能以專業獲得肯定。

作育英才責任重，看著學生一路學習、成長到穿上白袍，更充滿感動，陳周斌認為，培育好人才，為社會盡一己之力，讓醫者理念代代



陳周斌對教育年輕醫師極具熱忱，無私分享他在腹腔鏡微創手術累積的豐富經驗。



傳承，就是最大的回饋。

## 帶領團隊與國際接軌

「換個位置，換個腦袋，其實是自然的成長。」從住院醫師、總醫師、主治醫師、科主任到外科部主任，陳周斌隨著年紀、經歷，也有不同的體驗及責任，只是醫師的他勤於專業，兼任主管職務的他還需擔起管理及團隊成長重任。

向心力、凝聚力是團隊成長的核心，陳周斌首次在外科部舉辦「家庭日」活動，邀請住院醫師及家屬共襄盛舉，目的是讓同事互相交流，而家屬也能藉此了解家人的工作環境。他相信人是互相的動物，善意交流能讓有稜有角的人、事變得更圓滑，多接觸交談，就能逐漸消除隔閡。

天秤座的他管理不帶情緒和個人色彩，待人力求公平，面對一些閒言閒語，他會去了解正反兩方的看法，不會只採信片面之詞，「當主管，真不好做啊！」陳周斌鼓勵外科部各科追求發展，以品質為宗旨，採分級管理，他強調醫學中心的挑戰是獨特性，簡單的手術很容易，若要在外科領域有傑出成就，醫師應具有開創性的觀點，在專業上能創新、執行困難及具有指標性手術，才能引領風潮、與眾不同；此外，也要有跨科的合作能力及與參與國際性研究計畫的能量。

陳周斌盤點部內研究計畫缺乏國際化視野，因此鼓勵各科尋找機會參與國際醫療機構計畫，以提升中榮的研究能量，也促使參與者有接軌國際的機會。

「醫生的名字就是個人品牌，對自己負責、對病人負責，才能建立品牌信任度。」陳周斌時常提醒新進醫師，要以專業為基礎，挑戰新技術、困難的手術，多接受挑戰才會成長，不



## Profile 陳周斌



**現職：**台中榮總外科部主任

**學歷：**國立陽明大學醫學系

第二屆中央研究院外科腫瘤學訓練班結業

日本千葉大學附屬醫院內視鏡診斷治療科訓練

英國倫敦聖馬克醫院大腸直腸外科訓練

美國紐約西奈山醫院腹腔鏡手術訓練

**經歷：**中榮、嘉榮外科部住院醫師

台中榮總外科部總醫師

台中榮總外科部大腸直腸外科主治醫師

台中榮總外科臨床技能中心主任


台中榮總外科部大腸直腸外科主任

台中榮總外科部副主任

**專長：**肛門疾患、大腸直腸癌、腹腔鏡大腸直腸手術

但能讓「中榮」的老店招牌更亮，也能建立個人可信賴的品牌印象。

## 莫忘初衷 為善最樂

書櫃上一方石印，以小篆字體刻上陳周斌的座右銘：「自信非自傲，自得非自滿」。他的心願是建立一間圖書館，因為過去圖書館提供免費資源讓他學習許多知識；如今他時常提醒自己莫忘初衷，正如他用鋼筆寫下的「秉習醫之初衷，聞聲救苦；持社會之資源，為善最樂。」 



痲癇醫學會30年來推動痲癇治療品質提升，並為患者爭取權益，理事長謝良博強調未來將持續與國際接軌，加強培育國內優秀年輕醫師投入痲癇研究領域。

## 勇敢面對顫抖人生 痲癇醫學會三十而立

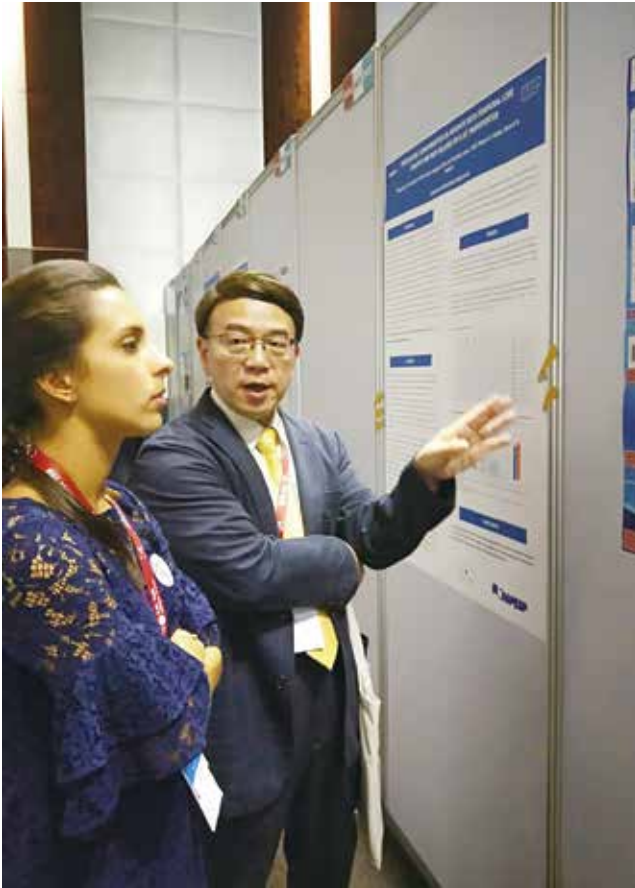
台灣痲癇醫學會成立於1990年，為台灣神經科學領域第一個次專科學會，會員涵蓋神經內科、神經外科、小兒科、小兒神經科、神經放射科、核子醫學科及大專院校相關研究學者，推動痲癇醫療進步不遺餘力。學會將邁入三十而立之年，從設立痲癇專科，到與國際接軌交流，皆扮演重要的先驅角色，未來亦將持續為病友爭取權益，成為醫病間良性互動的橋樑。

■ 文字／黃秋玉 ■ 攝影／鍾智維

**痲**癇是腦細胞不正常放電的現象，而腦部網路結構特性，讓痲癇症的複雜度與牽涉範圍更廣，1/3的患者會合併憂鬱症、焦慮症或其他精神表現，是一個合併生理、心理、社會心理的多層面疾病，值得研究與關心。台灣痲癇醫學會努力針對不同對象的痲癇教育、

訓練、研習，以及推動國際交流，並以鼓勵痲癇妊娠登錄、病友徵文比賽、協辦台灣痲癇之友協會活動等方式，推動醫療研究交流，同時促進大眾了解痲癇，希望幫助病友生活不受限制。





在研討會中與國際專家交流分享，讓台灣癲癇醫療持續進步。

## 跨越藩籬整合專業 推動醫病間良性互動

台灣癲癇學會即將邁入而立之年，回顧這30年對台灣癲癇醫療的貢獻，謝良博理事長認為，台灣癲癇學會在眾人努力下由神經科學到設立癲癇專科，從本土臨床神經醫學到國際交流接軌，扮演重要的先驅角色，學會對台灣癲癇最大的貢獻，首先是整合癲癇治療或研究的專家，跨越院際藩籬，齊心協力讓癲癇知識教育廣布全台各地。

其次是前輩們長年投入國際交流，拓展台灣國際知名度，至今已有多位醫師獲頒國際癲癇大使，或曾在國際癲癇局（IBE）擔任副會長要職，讓台灣癲癇醫學在國際醫療社群中發揮影響力；另一方面，透過學會邀請世界級研究卓越的專家來台演講，讓國內有志從事癲癇研究者可以近距離接收國際醫壇最新資訊。



謝良博和癲癇病友、家人一起參與病友活動，打破醫病藩籬。



而透過學會連結執行罕見醫療方法，像是特殊癲癇診斷，以及建立從醫學中心到地方診所通暢的專科轉診系統，學會成員長期合作下已有良好默契，以病友最大利益為轉介目標，在醫學中心進行較複雜手術或治療之後，再將相關報告回饋原主治醫師，形成醫師之間、醫病之間的良性互動。

## 國際化與持續教育 典範長存經驗傳承

新任台灣癲癇學會理事長謝良博，已參與學會活動十多年，連任6屆理事，並同時擔任台灣癲癇之友協會常務理事，對癲癇醫療研究與教育可謂專精而熱忱，提及未來2年學會將致力達成的目標，他表示國際癲癇醫學發展日新月異，台灣當務之急是與國際接軌，一方面鼓勵更多年輕醫師與研究者到國外發表研究成果，一方面邀請國際專家來台開研討會，透過學會的國際化促使台灣癲癇醫療接觸更多場域並持

續進步。

第二個是繼續落實癲癇持續教育，分為兩個部分：一是針對醫師的癲癇教育，讓更多癲癇醫師對癲癇照護有信心，引起相關科別醫師的興趣，跨領域研究與照護癲癇病友；二是針對非醫師的技術性傳授及社會大眾持續教育。針對技師或講者，因癲癇最重要的診斷來自使用腦波機檢測腦波活動（EEG），但判讀有一定難度，學會努力落實精確判讀腦波的教育，讓判讀診斷更適切；社會癲癇教育則是學會期待做更好的，如擴大大學行政人員、老師對癲癇的認知與處理能力；提升醫院護理人員對癲癇的照護與認識、最新的癲癇資訊衛教等。

「在癲癇診斷、治療、手術、教育、社會價值上，癲癇醫學會在前輩樹立良好典範之下走過30年。」謝良博強調，今後學會將擔起傳承的任務，邀請優秀年輕醫師與學者參與學會活動，如：演講、相關研究、出國參加國際會議等，希望為癲癇治療、教育與研究投入熱忱的新血。

## 新藥新技術 進入癲癇精準治療新時代

近20年來癲癇治療進展一日千里，高達20多

種新型抗癲癇藥物陸續問市，評估方式及外科治療的進步，加上全基因測序技術普及化，將癲癇治療帶入精準化與個人化醫療新階段。藥物的演進無疑是提供醫師與病友更多選擇性，醫師可針對不同機轉屬性選擇使用藥物作有效治療，而病友也因為新藥副作用降低而更願意用藥以提高治癒率。

而基因檢測的普及讓我們能從源頭去了解癲癇，分析潛在基因，分析癲癇發作的起因，使診斷走向個人化、可量身訂做的精準治療。診斷學的進步在於使用長期腦電圖影像同步監錄（24 hours EEG），可以記錄癲癇發作型態、了解腦電圖放電位置，並配合影像學檢查如核磁共振掃描（MRI）、正子放射斷層掃描（PET）等，幫助評估病友的癲癇類型，辨別適合手術或更適合哪種藥物與療法，提供精準醫療更多利器。

精準醫療另一提升來自癲癇手術的進步，若一開始診斷為適合手術的難治型癲癇，即可盡早手術增加治癒率，大幅度降低開刀風險並提高準確率，可由放電來源阻斷兩點間路徑，或針對病灶做微創或定位手術，也可做迷走神經刺激術適時抑制腦部放電，治療方法的選擇更

## 關於台灣癲癇醫學會

**醫院規模：**活動會員約300位

**學會目標：**提高台灣癲癇的醫療與研究水準，以改善病友之照顧、醫療、社會地位。

**重要成就：**台灣神經醫學領域的第一個次專科學會

為國際抗癲癇聯盟(ILAE)會員國

會員蔡景仁、施茂雄、賴向榮獲頒癲癇大使獎（2001、2003、2009）

會員賴其萬與賴向榮獲頒社會成就獎（2003、2015）

會員賴向榮獲選世界癲癇局（IBE）副會長（2005-2013）

**未來展望：**橫向整合癲癇教育、研究者與技術，提升台灣癲癇醫療品質與本土研究國際化。



多元。

## 化解歧視 平衡社會政策與患者權益

癲癇是具有社會性的疾病，病人除了受疾病痛苦外，還遭受社會刻板印象的誤解歧視與排斥，而產生避開人群的自卑心理，癲癇醫療學術界與病友團體長年努力排除社會污名化所造成病友的困擾，學會與癲癇之友協會時常舉辦活動，讓大眾更正確了解癲癇，配合每年世界癲癇日的全球社群力量，透過媒體宣導如何協助癲癇朋友日常生活。

對於社會公共議題，學會則站在社會政策與病友權益平衡的角度來幫助病友提升生活品質。謝良博以「癲癇患者禁止開車」為例，透過交通部與台灣癲癇醫學會、台灣癲癇之友協會多次溝通討論，評估與平衡不同程度癲癇對駕駛的影響，協助部分癲癇朋友在安全狀況下開車上路，目前已進入最後立法階段。

「我們也希望與健保體系建立一個評估系統，針對癲癇手術配件尚未納入健保的部分，能夠評估合理範圍的補助。」謝良博表示，以裝置深層腦部刺激器來說，帕金森氏症有列入補助項目，癲癇卻沒有，其實方法、科別、價位是相似的；另外，迷走神經刺激術的電池價格昂貴，很多經濟弱勢病友無力負擔，也希望能在合理原則下為病友爭取權益。

## 日常實務累積經驗 願作伯樂尋千里馬

對於有志從事癲癇醫療服務與研究的年輕醫師，謝良博以自身為例，鼓勵大家盡可能參與國際醫療見習或研討會，立足臺灣但放眼國際，看見自己的目標與職志所在，並從日常的臨床實務裡累積經驗，例如開設癲癇門診、撰寫癲癇文章做社會性的宣導；從教育角度建立病友心理、社會價值、型態等研究，帶著研究



Profile

謝良博




**現職：**澄清綜合醫院副院長  
澄清綜合醫院醫學教育研究部主任  
台灣癲癇醫學會理事長  
台灣癲癇之友協會常務理事

**學歷：**中山醫學院醫學系醫學士  
東海大學醫務工程與管理碩士

**經歷：**澄清綜合醫院醫療品管部主任  
美國梅爾醫學中心癲癇科進修

**專長：**癲癇症、腦血管病變、失智症、頭痛

成果參加國際研討會，成為持續在癲癇領域邁進的動力。學會很願意協助年輕醫師找到伯樂與舞台，促進與前輩的學習交流，讓有熱忱與潛力的年輕醫師得以成長與發揮。

站在三十而立的浪頭上，回顧過去，也放眼未來，期許在各癲癇專業領域裡，台灣癲癇學會能成為橫向整合、持續進步的交流平台。 

# 改變人生的決定 找到價值，戒菸沒有那麼難！

義大醫院如何從一個月只有10例戒菸個案的吊車尾狀態，成為每個月能提供500到800多例戒菸服務，又贏得無菸醫院國際金獎的優等生？

■ 文字／黃秀美 ■ 攝影／楊為仁

人都喜歡被鼓勵。戒菸要成功，最不需要的，就是家人的碎碎念、恐嚇、打臉跟潑冷水。

義大醫院家庭暨社區醫學部預防醫學科主任洪暉傑醫師的爸爸，是菸齡近50年的老菸槍；在60歲戒菸成功前，洪爸爸已經戒菸戒了十幾次，但每次靠意志力戒個二、三天，不到一個星期又開始復抽。就算全家人都不喜歡洪爸爸吸菸，洪媽媽再怎麼念，都沒有用。

直到洪阿公生病後戒菸成功，再加上洪爸爸有次跟朋友爬山時，發現自己居然喘到「凍未條」，旁邊比較好的朋友，也都把菸戒掉了，

才再次有了戒菸的念頭。

洪主任把握機會跟媽媽姐姐講好，別再念爸爸吸菸，也不要再在戒菸一開始就澆冷水。洪媽媽還在他尚未戒菸成功前，先宴請親朋好友，直接宣佈洪爸爸已經戒菸成功，讓洪爸爸沒有回頭路。

洪暉傑主任也順水推舟跟爸爸說：「我開個戒菸藥物給你試試看。」戒菸初期洪爸爸為了避人耳目，還會偷偷騎著腳踏車到很遠的商店去買菸，但因服用戒菸藥物，吸菸時有噁心、反胃感，每根菸只吸個兩口就想丟掉，終於在買菸麻煩、吸菸不適的情況下，下定決心花了3個月的時間，成功戒掉吸了大半輩子的菸，目前已經維持7年，爬樓梯也比較不會喘了。

## 找出戒菸動機遠勝於靠意志力硬撐

洪暉傑主任說，「其實，10個吸菸的民眾，就有8、9個曾經動念想戒菸，只是光靠意志力戒菸很難，也常不好意思找專家協助。我爸爸能在失敗十多次後，戒菸成功，就是因為身邊有人戒菸成功，再加上願意嘗試戒菸藥物，親朋好友也幫忙監督，種種因素才讓戒菸成功。而要鼓勵家人戒菸，最不需要的，就是碎碎念跟恐嚇，這只會讓他們更煩、心情不好，更想







吸菸。」

要讓吸菸者動念戒菸，首先就是要抓到他們想戒菸的動機，不斷強化戒菸的價值。當戒菸的價值，高於吸菸的價值，就比較有機會成功。小朋友大多不喜歡菸味，只要可愛的小孫子說：「阿公好臭，不要抱抱。」吸了大半輩子菸的阿公，「能抱孫」比什麼誘因都更有效，再善用適合的藥物來輔助戒菸，就能事半功倍。

2017年拿到無菸醫院國際金獎殊榮的義大醫院，剛開始推動戒菸並不順利，曾因1個月只有10例戒菸個案，而被高雄市衛生局發函「鼓勵」，希望能改善。在全院總動員，大幅調整戒菸服務的整體制度跟架構後，目前每個月可提供500到800例的戒菸門診加戒菸衛教服務。

洪暉傑主任說：「我們增加戒菸衛教師，從最早只有1位到現在有5位，也有獨立的戒菸衛教室，全院一起執行無菸醫院的各項措施，並從醫院資訊程式系統開始改造，像是可以跑出目前門診、住院，有吸菸的患者名單，有哪些患者已接受戒菸服務、哪些還需要繼續追蹤。只要戒菸民眾同意，也會在健保系統上註記，他來義大看診時，電腦系統就會通知戒菸衛教師，直接到候診區做衛教服務。」



Profile

洪暉傑



**現職：**義大醫院家庭暨社區醫學部預防醫學科主任

**學歷：**高雄醫學大學醫學系學士

**經歷：**國立成大醫院家庭醫學部住院醫師、總醫師、研究醫師

義大醫院家醫科專任主治醫師

義守大學學士後醫學系兼任講師

**專長：**戒菸、預防醫學及疫苗接種、醫療人工智慧、骨質疏鬆症、三高慢性病

如果是健康檢查的民眾有吸菸，戒菸衛教師也會主動去找戒菸個案，免費以肺部年齡測量儀，吹一口氣來檢查肺部年齡。如果發現肺部年齡比實際年齡老很多，就會增加戒菸的動力。義大醫院也在社區內，一年舉辦上百場戒菸講座跟活動，相當於每3天就有1場，並利用口腔癌篩檢機會推廣戒菸，讓民眾更容易接觸到戒菸服務，不會覺得陌生、難以親近。大學、研究所，則是結合新生體檢一起辦理。

同時，為了降低戒菸門檻，義大醫院戒菸門診可享有免掛號費、優先看診的權利，讓民眾能快速得到戒菸服務。配合國民健康署推動的「二代戒菸治療試辦計畫」，即使運用戒菸藥物增加戒菸成功率，每次門診的自付藥費最高也不會超過200元，對於明知菸價越來越高的民眾來說，也很有動念戒菸的誘因。Pfizer

# 警醫協力 齊助住院病友脫離菸癮捆綁之苦

人人都知道醫院不能吸菸，可菸癮一犯，就算已經病到非住院不可，還是會想盡辦法要偷偷來根菸。如何透過警醫合作，協助民眾戒除菸癮，是一大學問。

■ 文字／黃秀美 ■ 攝影／楊為仁

明明已經被菸殘害了大半輩子，病到奄奄一息，甚至一腳快踏進鬼門關，許多住院病人還是會忍不住菸的誘惑，拖著病體溜到醫院外，甚至就躲在病房、浴室、樓梯間偷偷吸起菸來。

成大醫院家庭醫學部主治醫師陳全裕說：「這完全是因為被菸裡的尼古丁綁架，導致腦部受損，極需要幫忙。戒菸團隊要同理病人的困境，趁住院期間有機會好好溝通，協助他們

脫離菸癮。舉凡癌症、心肌梗塞、腦中風的住院病人，一律轉介戒菸衛教，接受諮詢，家屬也普遍都很支持。」

醫院本來就是禁菸場所，住院期間，病情穩定的患者就可以開始使用戒菸藥物，降低尼古丁戒斷症狀的不適；而急性期患者不急在一時，可以先做戒菸衛教，出院前預約好戒菸門診的回診日，都可以大大提高戒菸成功的機會。

「我們在推廣戒菸服務時，也曾遇過太太誤以為電子煙可以幫助戒菸，特地買電子煙給有菸癮的先生吸。明顯的煙霧，搞到病房像失火，違反醫院禁菸的規定。事實上，電子煙雖然沒有焦油，卻很可能在短時間造成急性的肺部、腦部傷害，對人體的危害並不小於傳統菸品。」陳全裕醫師提醒。

有不少正在住院的癮君子，真是有苦難言，心裡不是沒想過要戒菸，卻又不知道方法，偏偏人又生病了，也走不遠，忍不住吸菸過癮，就很容易被醫院警衛發現。這時候透過警、醫共同協力，有助住院病友脫離菸癮捆綁之苦。

成大醫院警衛隊胡元德隊長說：「我們不是故意要為難病人，而是必須保障不吸菸民眾的健康權，更要慎防因吸菸點火引起火災。所以







陳全裕

Profile



**現職：**成大醫院家庭醫學部主治醫師

**學歷：**國立陽明大學醫學學士

國立中正大學資訊管理學碩士

**經歷：**成大醫院家庭醫學部住院醫師、總醫師

高雄田寮衛生所主任

聖馬爾定醫院社區醫療部部主任

潮代診所醫師

**專長：**社區醫學、菸害防制


一旦在院區內吸菸，我們必定主動蒐證，並檢具資料函送衛生局裁罰。若是在院區周邊非禁菸區域，仍會前往勸阻，主動提供戒菸門診資訊；我們將所有接觸到的吸菸個案資料，上傳到本院菸害防制小組群組，交由戒菸衛教師主動去訪視收案，盡力協助戒菸成功。」

在勸阻病人「醫院不可吸菸」時，難免會遇到非理性反應。胡隊長就曾在週休時遇到有位具大哥派頭的住院病人，坐著輪椅、打著點滴，在太太及弟兄的陪伴下，在醫院大門附近旁若無人地吞雲吐霧，一提醒禁菸規定，他劈頭就回應：「你這個警察是不是『很閒』，週末也來找碴！」胡隊長動之以情，「你生病，大嫂、弟兄一定也很擔心，我想你不會繼續讓關心你的人一直為你憂心吧！」柔和委婉勸告，大哥派頭的病人也感受到善意，就自己不好意思地把菸熄了，還主動說考慮戒菸。

如果是身邊有孩子的吸菸住院病人，胡隊長也會以自己經驗、曾吸過25年菸、被3個女兒嫌「菸味好臭、討厭爸爸吸菸」、雖然菸、打火機扔了無數次，都沒有戒菸成功，來同理住院病人被菸癮綁架的痛苦。但即使最後終於戒菸成功已足足15年，胡隊長有時候仍會冒出想吸菸的念頭，而且天氣一變就容易咳嗽，以此親身經歷來奉勸住院病人趁年輕及早戒菸，減少長期吸菸的後遺症。

成大醫院的警衛隊，除了在制服別上手工陶製的戒菸徽章、24小時執行院區菸害防制勤務外，也會在人潮密集的批價處、領藥區、候診

區、家屬休息區等重点區域，透過大字報及人形立牌的圖文解說，以國台語廣播，進行菸害防制擴大宣導。不少候診病人與陪行家屬會回報熱烈掌聲、大力比「讚」支持，如此有助提升菸害防制強度，減少後續勸導院區勿吸菸的勤務中，不理性的反彈衝突。

陳全裕醫師說，「很多已經生病住院的病人有意願戒菸，家屬也很支持，但光靠自己的意志力不一定會成功。有戒菸衛教師跟駐警隊的主動出擊，不只醫院周遭菸味減少、不吸菸民眾的健康權保障了，也讓許多原本被菸癮所苦的住院病人及家庭，能利用住院期間接受戒菸衛教服務，輔以戒菸藥物處置戒斷症狀，有效降低吸菸的欲望，出院後繼續回戒菸門診追蹤，很有機會一步步邁向成功戒菸，脫離吸菸危害。希望有更多醫院一起共襄盛舉。」 

# 跳出低谷

## 郭玟伶帶動癌友舞出自信

「養成良好生活習慣，規律運動及均衡飲食。」是健康生活基本原則，卻往往僅是個口號。林口長庚醫院乳房外科郭玟伶是個坐而言不如起而行的醫師，與其在診間苦口婆心的叮嚀，她選擇褪去白袍走進舞蹈教室，帶著同仁及癌友揮汗跳Zumba，她將對舞蹈的堅持、活力、毅力傳遞予每個人，用運動陪癌友共同抗癌。

■ 文字／龍珮寧 ■ 攝影／嚴偉達



40歲的A小姐是工作狂，長期作息、飲食不正常，自認為還年輕，身體狀況好，10年前一邊乳房曾因硬塊就醫，檢查為良性，因此誤以為今年摸到的硬塊也是良性而置之不理，即使健檢報告建議應進一步檢查，她仍以工作為由再度漠視健康，總覺得「癌症，不可能啦！」

但最後終究要面對罹癌事實，確診為乳癌第1期的消息讓沒有家族史的她為之震撼，心中充滿不安，失眠、情緒低落，沒有名醫迷思的她只希望找名「女醫師」。

從網路搜尋到郭醫師，被醫師的專業、熱情、活力感染，A小姐因而主動求診。

### 工作狂不運動 罹癌才想健康生活

「肥胖」是癌症用藥的副作用之一，A小姐看到忙碌的郭醫師每周仍撥出時間帶領同仁及癌友跳舞，對工作狂的她而言，深有所感，過去的她忙到沒有時間運動，如今受到醫師及舞友的鼓勵，因此向醫師要求想學Zumba，走進教室與同伴一起揮汗，在維持身材的同時，也能有體力抗癌。

她說，流汗後，不僅睡眠品質改善，更能緩解治療引起的副作用，例如熱潮紅、情緒不穩等，體力也更好，除了固定每周日的團體課程，她也會在家看著影





郭玟伶走出診間，透過舞蹈喚起病友活力及自信。

片練習，每天傍晚慢跑，以強化心肺功能。

「郭玟伶醫師給人正向、有活力的感受，總是帶著微笑。」A小姐也認為，郭玟伶醫師更能站在女性患者的角度出發，體會女性在意身材及乳房的重要，治療時會避免過大傷口影響外觀。

### 抗癌需要體力 運動緩解副作用

運動是治療的最佳處方箋，一項北歐研究顯示，癌友在治療期間，每周落實2次間歇性強度的有氧運動、2次健行或散步，則其心肺功能在化療後與化療前一樣。

但臨床上，多數癌友認為自己病了，為保有「元氣」，應該躺著休息，不要流汗和勞累，郭玟伶強調「這是錯誤的觀念。」

藥物會影響心肺功能，運動可增強心肺，若治療期間體力許可，建議應維持規律性運動；沒有運動者，化療後反而更累，而化療本身也具有毒性，影響情緒管理。郭玟伶形容猶如整個人好像被摧毀似的，甚至有些患者因此而長期處於失落，無法面對疾病。

當然，不少人把「運動」掛在嘴邊，卻往往只是空口說白話，對沒有運動習慣的患者而言，運動是項很沉重的功課；郭玟伶看到病人的無助，在院內及院外都開設Zumba舞蹈課程，學員包括院內醫護人員及病友或病友家



屬，只要有興趣的都歡迎加入。

### 人有旦夕禍福 把握當下完成夢想

醫療有極限，病程進展連醫師都難預測，帶著病友跳Zumba對郭玟伶來說是「很大的修行」，她常鼓勵患者在身體狀態好時來參加課程，運動有益無害且對病程也有好處，然而卻無法「掛保證」平安無事。

抗癌過程中，醫病雙方的關係是朋友甚至是閨蜜，當患者復發或每況愈下，而醫療又愛莫能助時，身為醫師的她也很難受，特別是有些患者很年輕，面對疾病常是家庭、事業、經濟狀況、醫療費用的選擇題。

看到她們的沮喪，郭玟伶也曾質疑「運動，錯了嗎？」其實，運動帶來的改變是心理的安撫。

她曾問過醫院內的安寧團隊是否有「輕安寧」，目的是讓早期癌症患者擁有安寧觀念，同時也能為人生規畫做好準備。人有旦夕禍福，其實不論是否罹癌，每個人心中都應有輕安寧觀念，並要有「每日都要活的精采，想要



做的事情就努力完成。」的態度。

### 心理得到安適 治療就能事半功倍

郭玟伶透過Zumba發現，運動可以調適並提高面對挫折的能力。跳舞時，學員會害怕自己跳不好、不會跳、跟不上節奏而不敢跳；抗癌時亦是如此，患者常認為自己就是病人，生病了應該要一直休息、要被照顧、害怕療程痛苦、怕副作用、擔心未來該怎麼辦，「這些都與病人的心理安適有關。」郭玟伶認為，不只要動到滿頭大汗，Zumba與其他的流汗性運動不同，更多了一種向學生傳遞熱情，讓學生相信做得到、相信能成功的使命。

不同於其他總是站在最前面展現精湛舞技的教練，郭玟伶會停下來讓學員自己跳，她說，



節奏上要符合學生的能力，要事先指示學生下一步要做什麼動作，幫助學生完成後，她就退出，走到學員旁說「加油」、「妳可以的」、「妳完成了」、「我沒有帶著妳也會做」等話來鼓勵，學員無形中就會發覺自己做得到。

要讓學生做得到，備課就變得很重要。郭玟伶形容，備課是種腦力激盪訓練，包括選曲、設計動作，短短3分鐘的曲目，卻要花2~3小時設計與練習，這個時間對她而言，也是運動時間，規律的運動讓她面對工作上的各式挑戰都能迎刃而解。

### 癌友跳Zumba 克服心中恐懼

本身就是運動高手嗎？郭玟伶形容自己其實是運動白痴，最痛苦的課就是體育課。她的生涯規劃中沒有Zumba選項，對舞蹈產生熱情，緣起於2年前赴美國安德生癌症中心受訓時，在同事的邀約下走進員工運動中心，參與Zumba課程。

上課時，由一名拉美裔老師帶領課程，為讓大家盡情投入屏除比較的眼光，老師將燈光調暗，沒有人知道你跳得好不好，只要跳的開心即可，經過一堂課後，她深感跳舞所帶來的不只是流汗，而是具有更深層次的蘊含。

某天，老師因傷休息由一名白人代課老師代課。她觀察到，老師兩手粗細不同，她的專業判斷為乳癌患者，即使Zumba跳的滿頭大汗卻還是一直穿著外套，感覺不想讓大家注意到手臂的淋巴水腫。課後，她好奇的上前聊天並分享上課心得，如同她所猜測，這名代課老師是乳癌病人，卻還能在治療期間有體力指導Zumba，將對於舞蹈的熱情透過音樂及動作，傳遞給每位參與者，讓她好奇Zumba的魔力。

郭玟伶觀察到，在美國，許多倡導乳癌防治的活動常有Zumba的帶動，因運動是防治乳癌很重要的方式，但目前在台灣仍只是強調運



Profile

郭玟伶

動的重要性，較少看到實踐。在眾多運動選項中，哪些運動適合乳癌患者，需依照患者本身喜好及習性來安排，才能讓運動習慣成自然，進而達到防治乳癌的目的。

她認為，Zumba會獲得乳癌患者青睞，因其核心價值是讓每個人能成功。不論是否有沒有學過舞蹈，Zumba看似複雜，動作拆解後便沒有那麼困難，而且是有動作就有成果，因此當她看到學員會了，就會退出並走到學生旁給予鼓勵，大家一同感受Zumba的活力、熱情，重建學生信心，用Zumba征服畏懼病魔的內心。

### 面對質疑 專業讓他人尊重

從美國將Zumba運動治療（或稱舞蹈治療）移植台灣時，郭玟伶也曾遇到瓶頸。她說，「最大的障礙是自己，自己對自己的質疑。」當病人承受癌症痛苦及病情變化時，她也不免懷疑運動的效益。另外，難免也會有閒言閒語認為她過度投入舞蹈而忽略病人及醫療專業。對此，郭玟伶以更高的標準做好醫療工作，包括妥善照顧好臨床病人、醫學研究計畫持續推動、研究成果發表國際期刊或參與研討會、掌握最新治療準則等，院內工作與院外生活她都以專業克服他人的質疑，堅持成為不斷自我成長、進步的醫生。

除了每周固定在台北的舞蹈教室教學外，每季也固定在長庚醫院內帶領醫護人員與病友跳Zumba，在推廣過程中，由於醫院同仁也參與其中，深知Zumba核心價值及對病友的影響後，更希望郭玟伶能定期在醫院內舉辦課程，並在每年10月的乳癌月擴大舉辦。

對郭玟伶而言，醫院的支持及病友的信任是讓她持續進步的動力，不論是在院內或院外課程，都有病友的加入，過程中，特別重視病友的隱私，團隊內各種成員都有，醫院同仁也可能是乳癌病友，活動中並不會特別將病友標籤



**現職：**林口及台北長庚醫院一般外科系乳房外科主治醫師

長庚大學助理教授

乳房專科醫師

外科專科醫師

腫瘤外科專科訓練種子老師

**學歷：**台北醫學院醫學系

美國安德森癌症中心

長庚大學臨床醫學研究所博士

**經歷：**長庚紀念醫院外科住院醫師

長庚紀念醫院一般外科總醫師

長庚紀念醫院一般外科主治醫師

台灣乳房醫學會副秘書長

**專長：**乳癌基因檢測諮詢、乳癌篩檢及診斷、術前術後輔助治療、乳房疾病手術、乳癌腫瘤整形手術及乳癌腫瘤免疫學。

化，而參與課程者也能很放心，因為醫護人員就在妳身邊，若身體不適就能立刻處理。

運動時，大腦會釋放安多酚，產生愉悅感，減少憂鬱或緩解低落情緒，郭玟伶強調：Zumba並不只是Zumba，跳一跳、流流汗而已，當努力投入舞蹈時更能學習如何面對挑戰，她認為不只是病人，每個人的時間其實都是有限的，不如將每天當成最後一天，讓每一天過的充實。Pfizer



# 後山不遠

## —朱家祥、劉采艷 醫界夫妻攜手深耕花蓮

朱家祥和劉采艷這對醫界夫妻在花蓮投入30年歲月，堅守崗位，努力提升後山醫療，盼能如同多年前來到花蓮的傳道士一樣，在百年之後還能留下影響及改變，繼續守護花蓮鄉親健康。

■ 文字／李柏霖 ■ 攝影／楊均濂

**前** 花蓮慈濟醫院小兒部主任、現任花蓮縣衛生局長朱家祥醫師，與妻子花蓮慈濟醫院藥學部主任劉采艷，彼此互相扶持，是醫界稱羨的夫妻檔，兩人深耕花蓮30年，去年在劉采艷鼓勵下，朱家祥從穿白袍到走入政治公僕、甘願冒險從政，但不變的，還是那改善偏

鄉醫療的醫者父母心。

### 行醫30載 化身「朱爸」守護花蓮孩童

朱家祥於1985年來到國軍花蓮總醫院，歷時十年完成攻讀生理學研究所及台北榮總住院醫師、小兒消化醫學訓練；1996年，發現花蓮病



患迫於環境只能北上求醫的朱家祥，深感東部醫療資源匱乏，決心奉獻所長，選擇慈濟醫院小兒部，展開他的後山醫療歲月。

朱家祥專長小兒腸胃次專科，當年花東地區沒有這類醫師，自從他加入後，積極投入東部小兒胃腸診斷治療的改善及發展，包括創立小兒消化道內視鏡室、小兒肝功能治療，小兒腸胃疾病如腸道閉鎖、腸套疊、腸扭轉、腸息肉等，讓這些孩子「不再需要辛苦送往台北，花蓮鄉親終於可以在地接受治療。」

當時腸套疊都要靠外科手術處理，朱家祥來花蓮後，改用灌腸方式治療，每年幫助十多位患者免去手術之苦。也由於專門醫治小孩，許多民眾從小看病到長大，朱家祥在花蓮也有一個親切的外號「朱爸」。多年來，朱爸帶著醫院的兒科團隊，投入偏鄉地區提供兒科專科駐點診療服務，跑遍全縣國中小學健檢，不但建立全縣兒童健康資料庫，幫助學童從小養成健康保健觀念，共同推動母嬰親善醫院，提高母乳哺育率，也擔任東區兒少保護區域醫療整合中心召集人，助兒童脫離虐待及家暴的處遇。

劉采艷原居高雄，1992年，聽聞花蓮慈院剛成立不久，正在招募藥學人才的消息，由於花蓮偏遠，很少人願意應徵，她則充滿抱負，想到大型醫療機構服務，因此一拍即合，投入藥學領域近30年，一路從基層做到花蓮慈院藥學部主任一職。

### 人才難尋 美國很近、花蓮好遠

然而，朱家祥和劉采艷畢竟是少數，醫界人才普遍來花蓮的興趣缺缺，全台醫師、護理師、藥師人力都不足，偏鄉地區尤其困難，所以一談起花蓮醫療困境，劉采艷不假思索說就提到「人才難尋」！

人員短缺是全國性問題，但花蓮卻更困難，「東部離家太遠了，如果不是本地人，PGY有



一半以上都會在2年後離職，流動率相當大。所以才會有薄柔纜醫師那句：美國很近、花蓮好遠的名言。」

「花蓮醫療最大的難題還是在交通」朱家祥直言，以花東縱谷為整體考量，花蓮台東距離近200公里，空間狹長，各區域醫療資源不均，主要集中在南北兩端的市區，位於中間的玉里等鄉鎮相對不足。

朱家祥回憶，玉里慈濟醫院剛蓋好時，每周三清晨他都會從總院前往玉慈支援兒科門診，持續了將近十多年，「每次在路上我都會想，這段路對病人來說，真的太長了。」朱家祥深刻體會偏鄉患者就醫不便，甚至台東兒科病患還需要到花蓮醫學中心來診斷，多年下來，他只能眼看著病人奔波勞累到花蓮求醫。

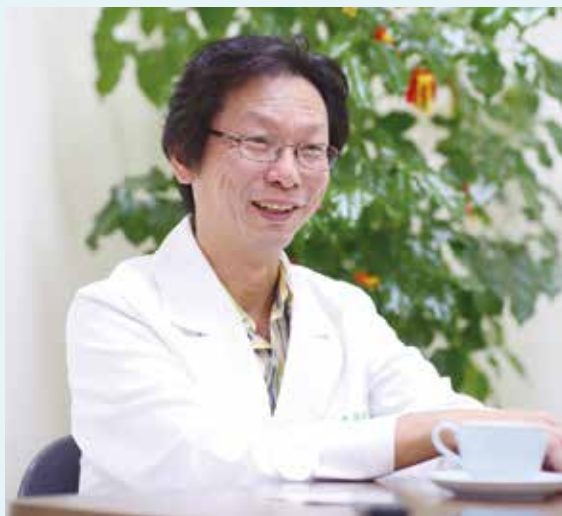
這30年來花蓮的醫療水準也大幅提升，朱家





Profile

## 朱家祥



**現職：**花蓮縣衛生局長

花蓮慈濟醫院小兒部兼任主治醫師  
慈濟大學醫學院小兒科兼任助理教授  
台灣小兒科醫學會專科醫師  
台灣小兒消化醫學會專科醫師  
國防醫學院醫學系小兒科兼任助理教授  
三軍總醫院小兒科顧問醫師  
台灣小兒消化醫學會理事

**學歷：**國防醫學院醫學系

國防醫學院生理學研究所碩士

**經歷：**花蓮國軍總醫院小兒科住院醫師、總醫師、主治醫師、台北榮民總醫院兒童醫學中心胃腸科臨床研究員

祥回憶：「1986年時，有人建議我爸媽搬來花蓮，長輩都是一口反對，認為這邊醫療水平太差。」但如今他父母都住在花蓮，也認為看病有保障，「只是這些資源都集中在市區」他指出，因為交通不便，醫療人員多集中在花蓮市、吉安鄉、新城鄉等較為都市化的地區，比起在當地興建醫院，偏鄉人力該如何補足更是難題。以部立花蓮豐濱分院為例，當初投入上

億元，目前卻只有2位醫師，缺乏團隊進駐，醫療能量無法施展開來。

而偏遠地區的慢性病患者，拿藥更是難上加難，甚至有病患感嘆：「交通費比藥費還高！」為了改善這個問題，目前多依靠花蓮13鄉鎮的衛生所給藥；或在病人同意下，由藥師跟隨居家護理團隊，一起到病人家訪視。劉采艷說，藥師親自下鄉，能發現很多在醫院發現不了的問題，例如有些藥品不能磨粉、有些不能管灌，或是病人不了解藥品副作用，面對面更容易溝通處理。

### 偏鄉醫療最需要 交通及資源分配

什麼是花蓮目前最迫切需要改善的醫療問題？擔任衛生局長的朱家祥認為，總結而言，一是交通、二是資源不均。

交通方面，他認為玉里到花蓮市約100公里，如果能有高速公路，兩地往返時間就能縮短至半小時至1小時，對於整體花東醫療有相當大的幫助。而在人力短缺部分，目前積極提升玉里榮民醫院等花蓮中南區醫院的能量，「除了網羅更多人才來偏鄉，也把玉榮提升到區域教學醫院層級。」

朱家祥積極提出各種構想，像是有鑑於花蓮偏鄉民眾就醫路途遙遠，花蓮縣衛生局就規畫在玉里及關山增配「加護型救護車」，車上配有醫師及高級救護員，就像是小型加護病房，補上急診醫療缺口。

此外，朱家祥也向健保署東區業務組提出建議，在花蓮南區偏鄉衛生所設置遠距醫療網路，和北區都市型醫療院所合作，透過影像傳送即可在偏鄉進行專科主治醫師會診。這樣可以解決偏鄉缺乏全科醫師，病人需要南北奔波求醫的舟車勞頓。

同時，朱家祥還想到台鐵設置常駐型的「友



Profile

劉采艷

善車廂」，針對中南區的臥床病患、身心障礙者、輪椅族，透過友善車廂讓這些鄉親就醫過程更加方便。而在花蓮縣政府支持下，也運用村長等基層力量，了解地方上實際醫療需求，讓醫師及公衛護理深入各個花蓮角落；或是結合計程車隊接送病患就醫，都是希望透過各種管道的規劃，提供在地鄉親的醫療需求。

### 妻子鼓勵 60歲從醫師跨足醫療行政

在不同的職位，看偏鄉醫療的角度及感受也不同。談起轉換跑道，對於朱家祥而言，在60歲時突破舒適圈，從醫師到出任衛生局長，內心更是充滿掙扎。

除了信仰的支持外，最重要的就是妻子劉采艷的鼓勵，朱家祥原規畫60歲退休，改做較輕鬆的診所或醫療傳道，卻意外在花蓮縣長邀請下，擔起衛生局長重任。

一開始花蓮縣長來找朱家祥時，他還以為是在開玩笑，直覺認為不可能，一來認為比起許多醫界大老，自己資歷還不夠深厚，二是工作性質完全不同，面對的挑戰倍增，擔心承擔不起。最後是劉采艷一句「我對你有信心！」打動了朱家祥，「這份工作可以擴張生命的寬度跟廣度，更重要的，是你可以幫助更多人。」劉采艷的支持，促使朱家祥下定決心。

以前朱家祥說話直來直往，有時容易得罪人，「醫師嘛！總是習慣要病患、家長，大家都要乖乖聽話。」但在轉換跑道後，劉采艷觀察到他更懂得同理包容，考慮得更多，不斷學習表達的藝術，以僕人領袖精神來帶領衛生局團隊。朱家祥則笑說，「我上任3個月來彎腰的頻率，比過去當醫師30年還要多。客觀來看，還變成錢少事多離家遠，和輕鬆工作沾不上邊。」

雖然更加忙碌，但朱家祥愈做愈堅定，擔任



**現職：**佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟藥學部主任

**學歷：**慈濟大學醫研所（藥理組）碩士


**經歷：**台灣臨床藥學會理事

花蓮縣藥師公會常務理事

藥師公會全國聯合會資訊暨諮詢委員會主任委員

**作品：**《醫院常用藥 100 問》、《這些藥不能一起吃！遠離藥物交互作用 100 例》

局長3個月後，他更領悟到：「幫小病人恢復健康，這當然很有價值，但如果藉由衛生政策的推動，可以改變花蓮整體醫療環境，這不只影響一個病人，甚至能影響到下一代。改善花蓮鄉親的生活習慣，能免於某些疾病，是很有意思和價值的使命！」

花蓮縣衛生局正在積極投入的肺結核防治，已達到5年減半的目標，未來希望完全根除；其他還有肝炎防治、胃癌篩檢，更要找回醫療平等，提高花蓮人平均餘命。在妻子劉采艷的支持下，朱家祥期望：「能如同多年前來到花蓮的傳道士一樣，盼在百年之後還能留下些什麼，繼續守護花蓮鄉親的健康。」 



## 榮獲教育部體育署「運動企業認證」

輝瑞日前榮獲教育部體育署頒發「運動企業認證」標章，繼幸福企業、國家人才發展獎之後，企業品牌形象再度受到肯定。

輝瑞向來鼓勵同仁培養規律運動習慣，運動風氣相當興盛，運動類社團數量佔公司社團的七成。此外，每年全球輝瑞的文化日，更結合「公益大步走」的活動，同仁在期限內以跑步、健走及散步等各種方式，只要達成且超越設定的步數目標，公司就提供慈善捐贈給予公益團體，藉此鼓勵同仁養成運動習慣。



## 新型口服抗凝血劑 Eliquis 獲國家生技醫療品質獎肯定

治療心房顫動的新型口服抗凝血劑「Eliquis（艾必克凝膜衣錠）」分別獲得本屆國家品質標章認證及「國家生技醫療品質獎」藥品類處方藥品國際藥廠組銀獎。而第三代ALK標靶口服藥物「Lorviqua（瘤利剋）」及口服戒菸藥品「Champix（戒必適膜衣錠）」則雙雙榮獲2019年國家品質標章認證。



## 「企業反毒贏健康」輝瑞獲食品藥物管理署表揚

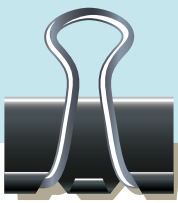
輝瑞參與「愛與關懷．企業反毒贏財富」之反毒教育推廣，日前榮獲衛生福利部食品藥物管理署表揚，並受邀分享經驗及作法。

輝瑞先進醫藥總經理張博勝代表出席，他表示毒品除了衍生出來各種犯罪，成癮性問題更使吸毒者的身心靈遭受嚴重摧殘。身為健康產業的一分子，輝瑞以增進人類健康為己任，參與反毒教育是義不容辭的行動！

在反毒教育資源中心的輔導下，輝瑞運用企業內員工藥師群優勢，參加種子師資培訓，同時也向中部社區民眾及3區基層醫療群、共約60家診所之醫師、護理師宣導反毒知能。



因應國內抗生素藥品之需求，輝瑞積極與主管機關合作，申請取得抗生素Bicillin L-A（Penicillin-G）藥品許可證，並引進國內；日前於衛生福利部食品藥物管理署所舉辦之「藥物科技研究發展獎」頒獎典禮中接受表揚。



## 與世界和平會的孩子 共享大自然

在2019年7月的周末，儘管日頭炎炎令人揮汗如雨，輝瑞志工隊陪伴世界和平會小朋友親近大自然，蝴蝶、竹節蟲、樹葉拓印和五彩繽紛的神奇大泡泡，讓大人小孩都意猶未盡，共度歡樂充實的一天！



## 小陽光畫展暨2020桌曆好評義賣

第5屆《小陽光畫展》於10~11月陸續在輝瑞北中南辦公室巡迴展出，2020年桌曆主題為《大聲說愛你·愛ㄋ一ㄨ》，展出的15幅作品皆為燒傷及顏面損傷孩子們的創作，現場並同時義賣2020小陽光桌曆，義賣所得全數捐贈陽光社會福利基金會，作為小陽光生理復健、心理諮商及預防宣導等服務之用。



## 熱情參與公益路跑活動



輝瑞志工「愛無限」，熱情支援小胖威利公益路跑，在微涼的早晨，為民眾及小胖們帶來暖陽！



2019器官捐贈接力路跑，輝瑞志工隊出動，一棒接一棒，有捨就有得。





170 <sup>1849</sup> YEARS <sub>2019</sub>

# Breakthroughs that change patients' lives

170年來，  
輝瑞研發的新藥已經挽救數百萬人的生命。  
我們協助人們在生命中的各個階段預防或對抗疾病，  
享受更好的生活品質。

在人道關懷及醫療經濟上，  
持續擴大影響力並做出貢獻。

輝瑞大藥廠



[www.pfizer.com.tw](http://www.pfizer.com.tw)