



第五十期 112年9月

2023 September No.50



國內
郵資已付

基隆郵局許可證
基隆字第030號

印刷品

基隆市醫師公會會刊

Keelung City Medical Association





目錄

Contents

發行所 /
基隆市醫師公會

發行地址 /
基隆市信四路 11 號 6 樓

電話 /
02-2422-2718、02-2426-6565

傳真 /
02-2423-4790

網址 /
<https://shuia.idv.tw/~kcma/>

發行人 /
王俊傑理事長

總編輯 /
黃詩穎總編輯

編輯委員 /
洪明銳副理事長、黃振國常務監事
陳益村榮譽主編、李祥和副總編輯
陳天心副總編輯、王正旭顧問
康德華顧問、王式鴻委員
李任堅委員、李光永委員
李春輝委員、林育正委員
孫啟欽委員、張家昌委員
張鈺委員、莊慧文委員
陳文祥委員、黃合成委員
廖國棟委員、趙偉傑委員
劉育志委員、劉瑞盟委員
蔡富順委員

編輯助理 /
朱曉文、黃愈嫻、胡嫻晴

封面攝影 /
陳益村
作品名：品味人生
拍攝地點：外木山湖海路

03 理事長的話、主編語

| 學術園地

04 認識勃起功能障礙 / 林柏翰醫師

06 胎位不正的替代治療方法：中醫針灸與雷射針灸
/ 廖健安醫師、黃詩穎醫師

08 憂鬱症非藥物治療新選擇——經顱磁刺激
/ 張秉穎醫師、陳景彥醫師

13 上腸繫膜動脈動脈瘤破裂症狀極相似於上腸繫膜動脈症候群及文獻複習
/ 簡禎萱醫師

20 論宮底加壓 (fundal push) 的適切性 / 黃詩穎醫師

| 生活隨筆

26 病人幫我上的珍貴一課 (下) / 李光永醫師

30 接近的角度 / 李祥和醫師

36 電子書使用經驗分享 / 林育正醫師

38 摸蛤兼洗褲 / 王貞乃醫師

43 我和空拍機一起飛翔的日子 / 黃協賢醫師

| 主編精選

48 找一個家 / 王凱婷小姐

| 醫政交流

53 遏止登革熱 醫起來 / 衛生局

歡迎廠商刊登廣告

廣告位置	規格
封底	全版 A4
內頁	全版 A4
內頁半版	半版 A5

※ 會員本人刊登廣告 8 折優惠

聯絡電話：02-2422-2718
聯絡人：胡小姐

理事長的話

◎王理事長俊傑

各位基隆市的醫師大家好：

基隆市醫師公會是一個小而巧小而美的公會！在歷屆理事長的帶領以及全體理監事的努力下，我們站在台灣頭讓全台灣看見基隆！我們人數雖然不多，但我們很團結！我們地方雖然不大，但是我們很溫暖！我們擁有最濃最濃的人情味，這就是基隆市醫師公會！

接任理事長至今兩個多月，內心深感責任重大而誠惶誠恐！套一句話說，我是當了爸爸之後才學會當爸爸的👉非常感謝眾多兄弟的鼓勵與支持，我一定會更加努力加油的。

最後，非常感謝詩穎醫師接下總編輯任務，在總編輯慧眼識英雄的作為下，我們也擁有了最堅強的編輯委員會陣容！相信未來我們基隆市醫師公會會刊將會有另一番新風貌，也謝謝歷任總編輯的帶領，讓編輯委員會有一個優良的傳統，像一個溫馨的小家庭，在基隆市醫師公會這個大家庭中發光發亮☆感恩。

主編語

◎黃主編詩穎

各位先進前輩大家好：

首先感謝前理事長王正旭醫師、前任主編陳益村醫師、和前副主編孫啟欽醫師的推坑...小女子誠惶誠恐接下了總編輯的職務！也感謝理事長王俊傑醫師的完全信賴及全力支持，讓我可以幫會刊做一些小小的變化，希望讓所有會員有些新鮮感，增加翻閱會刊的樂趣！

本期會刊除了原本的學術園地和會員醫師們的生活隨筆分享外，另外增加了主編精選及醫政交流兩個部份！據說本人是因為臉書常常發表吃喝玩樂才被前總編輯盯上的，所以為了不負期待特意增加了主編精選，每一期會有特選的人事物與大家分享，希望大家喜歡！基隆市很開心迎來了史上最年輕的衛生局長，因此特別規劃了醫政交流區，期待未來在醫政之間能有更密切更和諧的合作！

為響應2050全球淨零碳排趨勢，減少紙張印刷及碳排放等環保訴求，本會將推行會刊電子化。為兼顧會員閱讀習慣及環保訴求，請各位會員在會刊最後幫我們掃QRcode回覆電子化會刊之意願，感謝大家。

☞感謝陳益村醫師捐出稿費☞

下期刊物訂於112年12月份出刊歡迎各位會員踴躍投稿。

手寫稿件請寄至「基隆市中正區信四路11號6樓~基隆市醫師公會收」

電子稿件請寄至「kcma2718@gmail.com」；

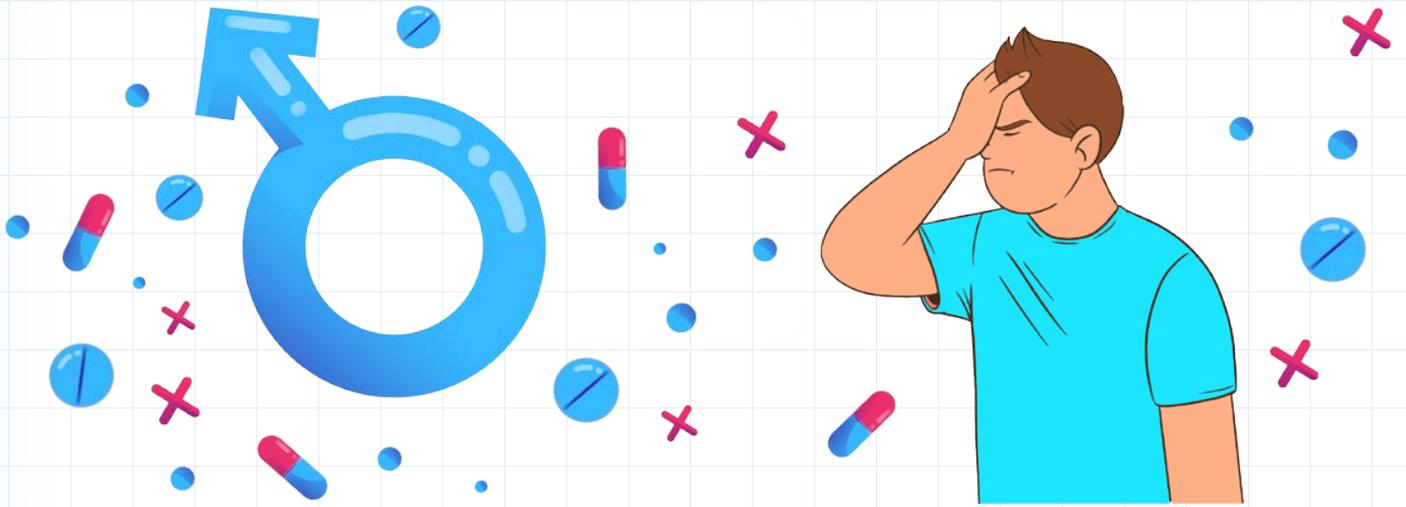
並請留下您的連絡方式：院所名稱、姓名、連絡電話、通訊地址。

※『投稿文章，本刊有權刪修』

※投稿文章、圖片請勿抄襲或一稿多投，若造成版權問題請自行負擔法律責任(若有引用請註明出處)。

認識勃起功能障礙

◎林柏翰醫師
衛生福利部基隆醫院泌尿科



勃起功能障礙 (Erectile Dysfunction, ED) 是一種在性行為時無法獲得或維持適當的陰莖勃起的疾病。它不會只影響一個人的性生活，也可能對自尊心、自信心、伴侶關係造成嚴重的負面影響。ED的原因多元，包括生理與心理因素，如心血管疾病、糖尿病、高血壓、甲狀腺問題、壓力、憂鬱、焦慮等。

在泌尿科門診，我們常使用國際勃起功能評分 (International Index of Erectile Function, IIEF) 問卷來量化ED嚴重程度，問卷由15個項目組成，用於評估過去4週內的性功能，包括五個方面：性慾 (2個問

題)、勃起功能 (6個問題)、射精功能及滿意度 (3個問題)、性滿意度 (3個問題) 以及總體性生活滿意度 (1個問題)。每個問題都有一個0-5級的評分。這個量表可以幫助我們理解ED的症狀及嚴重程度，並作為評估治療效果的工具。

接著是進行全面的身體檢查，包括陰莖和睪丸的檢查，以及可能的神經和血管評估。有時可以使用陰莖超音波，以評估陰莖血流狀況，幫助我們確定ED的可能原因，例如血管性ED。我們也可以做一些檢查，如血液和尿液分析，以確定是否存在糖尿病、高血壓、甲狀腺疾病等可能的體內因素。



在某些情況下，我們可能會建議患者接受心理評估，以評估壓力、憂鬱或其他可能的心理因素是否對ED有所影響。我們也會詢問關於患者的性行為歷史、性取向、伴侶關係和性滿意度等信息，因為這些因素可能對ED的發展和治療有重要的影響。

在治療ED方面，我們會根據病人的具體情況來選擇。以下是常見的治療方法：

1. PDE5抑制劑：

這類藥物，威而剛（Viagra）、樂威壯（Levitra）、犀利士（Cialis）等，是現行最常用的ED治療藥物。透過阻斷cGMP水解過程使陰莖海綿體內的平滑肌得以持續放鬆，以達到和維持勃起。藥物的作用時間和副作用都有所不同，使用時需要注意請病人不要併用非選擇性Alpha阻斷劑或Nitrates（硝酸鹽）類藥物以避免引發嚴重的低血壓。

2. 心理治療：

如果ED的原因是心理壓力、焦慮、憂鬱或性創傷，心理治療可能非常有效。這類治療包括個人心理諮詢或與伴侶一起進行的治療。

3. 生活方式改變：

生活方式的改變，如戒煙、減少酒精攝取、增加運動和改善飲食習慣等，都可能有助於改善ED。

4. 陰莖注射治療：

在PDE5抑制劑無效的情況下，可能會考

慮使用陰莖注射治療。在醫生指導下，患者可以在家進行注射，通常是使用能放鬆陰莖血管、促進血液流入陰莖的前列腺素E1。

5. 低能量震波治療（ESWT）：

這種治療方法可以刺激陰莖血管新生，改善血流量，進而改善勃起功能。有些研究指出對六到七成PDE5抑制劑無效的病人，經過ESWT治療以後可以轉變為對PDE5抑制劑有反應。對ED患者，這是一種非侵入性的而有效的選擇之一。

6. 人工陰莖：

對於藥物治療無效的病例，可以考慮進行人工陰莖的植入手術。

我們需要注意，ED可能是一些更嚴重疾病，如心血管疾病和糖尿病的早期警告。因此，我們不僅專注於治療ED本身，也要對患者進行全面的身體檢查，以確定是否存在其他的潛在健康問題。

我們也應提供患者充足的心理支持，幫助他們應對ED帶來的壓力。對於許多男性來說，這可能是一個非常敏感的問題，需要在充滿尊重和隱私的環境中進行處理和治療。

總的來說，勃起功能障礙是一種常見且可治療的疾病。為了有效地評估和治療ED，我們需要全面地瞭解病人的健康狀況，並採用適當的評估工具和治療策略。在這過程中，我們應尊重和支持病人，幫助他們管理與此相關的壓力和焦慮。



胎位不正的替代治療方法： 中醫針灸與雷射針灸

根據統計，大約有3~4%的孕婦在懷孕期間會遇到胎兒胎位不正的問題。所謂胎位不正是指在孕婦進入第3孕期時，胎兒的頭部位置位於子宮的上方。這種情況可能在分娩過程中導致難產、胎兒缺氧或神經肌肉損傷等併發症。因此，對於已經足月的孕婦，如果發現胎位不正，醫生通常會建議進行剖腹產，以確保媽媽和寶寶的安全。除了剖腹產之外，還有其他治療方式，如膝胸臥姿和胎位不正外轉術，但是目前對於膝胸臥姿的療效證據仍然不足，而胎位不正外轉術對孕婦來說則是一種非常痛苦的處理方法。

◎廖健安醫師-基隆長庚醫院中醫科
◎黃詩穎醫師-基隆長庚醫院婦產科
基隆市醫師公會監事



在中醫的治療中，我們會使用灸療來處理胎位不正的問題，主要針對腳趾外側的「至陰穴」進行灸療。這種治療方法最早可以追溯到《太平聖惠方》一書，書中記載了唐代醫家張文仲使用灸療至陰穴來幫助孕婦矯正胎位不正的案例。從中醫的角度來看，胎位不正可能是由於母體氣血虛弱或氣血不通而引起的，而灸療至陰穴可以促使膀胱經的氣血通暢，增加氣血供應，使胎兒順利轉正。目前已經有許多針對這一問題的研究發表，但我們發現其中一些臨床試驗的結果互相矛盾，因此我們收集了最新的資料，打算進行一個全面的系統性回顧研究，以確認結論是否一致。

我們使用了PubMed、MEDLINE、Embase等資料庫搜尋相關的隨機對照試驗(RCT)文獻。關鍵字包含了“breech”、“labor presentation”、“acupuncture”、“electroacupuncture”、“acupressure”以及“moxibustion”等等。搜尋策略包含MeSH term的使用，還有過濾器的使用。

最終，我們納入了16篇RCT，總共涉及2555名患者。針對risk of bias部分，我們使用了Cochrane RoB 2.0工具進行評估，整體的bias偏向中度。在結果部分，我們將分析分成了三個次族群，分別是艾灸治療組、針灸治療組和艾灸加針灸治療組。首先，對於艾灸治療，我們發現其使胎頭轉正的機率相對較高，RR = 1.39；95% CI = 1.21–1.58。對於針灸治療，我們只納入了兩篇RCT進行統合分析，結果顯示與對照組相比，在統計上沒有顯著差異，但仍然存在治療組效果較好的趨勢。此外，對於艾灸與針灸合併治療，我們觀察到兩者併合使用具有協同作用，胎位轉正的機率較高，RR = 1.53；95%

CI = 1.26–1.86。

然而針灸可能會有一些不良反應，例如灸療時會有艾草的氣味，少部分病人反應噁心想吐；另外灸療也有可能燙傷的疑慮。而針灸則可能會引發暈針的不良反應。相对而言，近期中醫發展出的「雷射針灸」，則擁有針灸與灸療的優點，但不良反應的比率卻相對減少很多。雷射針灸是一種使用低能量雷射射線來刺激穴位的一種治療方式。使用的雷射為鎵鋁砷(GaAlAs)雷射光束，波長810nm，最大輸出能量200mW。相較於傳統針灸，雷射針灸有不會有疼痛感，便利性高，感染機率低，而且創傷或出血比率低。近年來醫者使用雷射針灸的比例越來越高，雷射針灸的治療用途也越來越廣泛，像是應用於各種疼痛、減重、腕隧道症候群、戒菸、憂鬱症、中風等等。然而目前雷射針灸對於胎位轉正的效果尚需研究驗證，因此我們也著手進行相關臨床試驗，探討雷射針灸對於胎位不正的療效，並進一步地評估雷射針灸在孕婦使用上的安全性。而目前我們利用雷射針灸治療，已成功地協助9位孕婦將胎位轉正，而且在過程沒有任何的副作用。大多數的產婦在治療過程中，僅治療部位覺得有痠痠脹脹的感覺、或是麻麻的感覺，整體的感受是舒適的。

而從現代研究的觀點來看，針灸可以調節自主神經系統，改善子宮平滑肌的收縮，促進腎上腺皮質的分泌，增強子宮活動力，使胎位更容易轉正。通常懷孕30週左右即可開始進行針灸治療，建議每週進行3到5次，兩週為一個療程。因此，對於胎位不正的孕婦而言，中醫的針灸是一個相對安全，且有臨床療效的一種選擇。

憂鬱症非藥物治療新選擇 經顱磁刺激

new

◎張秉穎醫師-基隆長庚醫院精神部住院醫師

◎陳景彥醫師-基隆長庚醫院精神部主任

引言：

隨著現代社會的發展，憂鬱症成為了一個日益受重視的健康問題。這種情緒障礙不僅對個體的身心造成極大的痛苦，對家庭和社會也帶來不少負擔。近年來，有一種非藥物、非侵入性的新治療方法——經顱磁刺激（Transcranial Magnetic Stimulation, TMS），經研究證實對憂鬱症患者具有顯著效果。基隆長庚也在今年引進北海岸第一台最新的經顱磁刺激設備。本文將介紹憂鬱症的基本知識，以及經顱磁刺激的原理和應用，旨在幫助讀者對憂鬱症和經顱磁刺激治療有更深入了解。

憂鬱症的特徵和病因：

根據世界衛生組織的估計，全世界約3.8%的人受憂鬱症影響，而預計到了2030年，憂鬱症將成為導致人類失能疾病中的第一名。憂鬱症是一種持續一段時間的情緒障礙，其特徵包括情緒低落、興趣喪失、疲倦、睡眠困擾、食慾改變、低自我價值感和反覆自殺意念等等，連續兩週以上，幾乎每一天，幾乎一整天。這種情緒狀態持續時間長、程度嚴重，並且干擾個體的日常生活功能，甚至出現自殺的行為。

約50%的自殺和憂鬱症相關，而憂鬱症患者的自殺率是健康受試者的20倍以上，憂鬱症的自殺風險為5-25%，而自殺風險又和憂鬱症症狀的嚴重程度呈現正相關，在難治型的憂鬱症患者，自殺的風險甚至超過30%。因此，如何及時、有效地治療憂鬱症患者，是非

常重要的。

憂鬱症的病因是多因素的，其中包括生理、心理和環境因素。生理因素包括基因遺傳和腦部神經傳遞物質不平衡，如血清素、正腎上腺素和多巴胺等等。心理因素包括個體的性格特徵、思維方式和應對能力。環境因素，如壓力、創傷經歷、人際關係問題和生活事件的影響，都可能導致憂鬱症的發生。

以腦神經學的角度來說，憂鬱症的核心機轉是前額葉-前扣帶迴-杏仁核 (Prefrontal Cortex- Anterior cingulate cortex-Amygdala) 這個迴路的失調，前額葉是腦中負責調節情緒的腦區，前扣帶迴主要聯絡前額葉及杏仁核，杏仁核則是負責處理負面情緒。其中前額葉可透過抑制因負面情緒過度活化的杏仁核而達到平穩情緒的作用。

傳統治療方法包括藥物治療和心理治療。藥物治療通常包括抗憂鬱藥物，如選擇性血清素回收抑制劑 (SSRIs) 和選擇性血清素與正腎上腺素回收抑制劑 (SNRIs) 等。這些藥物可以調節腦部神經傳遞物質的

平衡，以改善患者的情緒和心理狀態。心理治療可以幫助患者理解和處理情緒問題，並培養健康的應對策略。

經顱磁刺激的原理：

經顱磁刺激是一種非藥物、非侵入性的治療方法，其原理是利用放置在頭上的線圈，經由電磁感應產生磁場，這個磁場通過顱骨，刺激相應的腦區神經元，並透過不同的刺激頻率增強或抑制其神經活動，進而調節相對應的情緒和認知功能。

在憂鬱症治療中，經顱磁刺激通常針對背外側前額葉皮質 (Dorsolateral Prefrontal Cortex, DLPFC) 進行刺激。這

個區域與情緒調節與認知功能密切相關。通過經顱磁刺激的作用下，可以改變該腦區的神經元活動模式，調節憂鬱症患者大腦的功能。激的應用和效

許多研究表明，經顱磁刺激可以減輕憂鬱症的症狀，改善患者的情緒和生活品質。且相較於藥物治療，經顱磁刺激不會引起常見的藥物副作用，例如噁心嘔吐、嗜睡和體重增加。對於那些對抗憂鬱藥物無反應、無法忍受藥物副作用，或希望避免長期使用藥物的患者，經顱磁刺激可以作為傳統治療的替代方法或輔助治療。

在經顱磁刺激的治療過程中，患者不需額外服用或施打其他藥物，也不需麻醉或手術等侵入性處置。患者只需坐在舒適的椅子上，醫生會將線圈放置在患者的頭上，然後通過控制器發送磁場刺激。而經顱磁刺激欲達治療效果，通常需要進行一段時間的治療。一般而言，建議每日一次，每週五次的密集治療，一個療程建議至少10到15次以上。大部分會先從患者的活力、動機、食慾

及睡眠等等方面看到療效。而整體療程會根據病情和反應來進行個人化調整，有可能需要兩到三個療程。經顱磁刺激的風險和副作用：雖然經顱磁刺激被認為是一種相對安全的治療方法，但它仍然存在一些風險和副作用。常見的副作用包括暫時性的頭痛、頭暈、頭皮不適（約5-20%）。這些副作用通常是暫時的，且在治療結束後會自行消失。

嚴重的副作用非常罕見，但仍然需要注意，包括癲癇發作（約0.003%）。而腦部有金屬置入物及癲癇病史的患者並不適合接受經顱磁刺激。因此，在接受經顱磁刺激治療之前，需與醫生詳細討論治療的風險和益處。

結論：

憂鬱症是一種常見且嚴重的情緒障礙，對患者的生活產生了重大影響。傳統上的治療方法包括藥物治療和心理治療，但近年來，經顱磁刺激作為一種新興的治療方式，受到了廣泛的關注和應用。經顱磁刺激通過刺激大腦特定區域的神經細胞，調節神經活動，從而改善憂鬱症患者的情緒、動機、食慾及睡眠等方面症狀，是一種非藥物、非侵入性的治療方法，相對安全而有效。

然而，經顱磁刺激仍然存在一些風險和副作用，因此，在接受經顱磁刺激治療之前，需與醫師進行充分的評估和討論。希望通過本文的介紹，能夠提高讀者對憂鬱症和經顱磁刺激的了解，而在基隆長庚引進經顱磁刺激設備後，也能為患者提供更多的治療選擇和希望。



參考資料：

- 1.李正達 (2023) 。重覆經顱磁刺激rTMS與抗鬱藥物治療反應不佳憂鬱症。載於李政達 (主編) ，腦神經刺激治療精神疾病rTMS完全攻略 (頁1-13) 。新北市：合記圖書出版社。
- 2.Karl I. Lanocha (2018). Transcranial Magnetic Stimulation Therapy for Treatment-Resistant Depression. In Richard A. Bermudes (Eds.), Transcranial Magnetic Stimulation: Clinical Applications for Psychiatric Practice (p. 1-23). American Psychiatric Association Publishing.
- 3.Organization WH (2022): Depression facts
- 4.Organization WH (2021): Suicide facts

經顱磁刺激

(Transcranial Magnetic Stimulation, TMS)

經顱磁刺激是什麼？

透過最新技術，由通電線圈(🌀)產生外部磁場(U)，經過顱骨，在腦部特定區域產生微電流(⚡)，直接調節神經活性，從而改善精神/神經疾病



改善活力

改善食慾

改善睡眠

持續刺激
總體約4-6週
達最大療效



情緒改善

復元增強

自我實現

經顱磁刺激可以治療哪些疾病？

目前最廣泛應用的適應症為對藥物反應不佳之**難治型憂鬱症**，此外，也有運用在焦慮、強迫症、物質成癮、精神/神經復健、慢性疼痛、耳鳴等領域

經顱磁刺激有什麼優勢？

在接受治療時，**不需額外服用或施打其他藥物**，**也不需麻醉或侵入性處置**

經顱磁刺激的療程大概如何？

每次治療依照不同施打方式，需時20-40分鐘左右，為達最佳療效，建議**每日一次，每週五次**的密集治療，一次療程建議至少**10到15次以上**，依照臨床反應再行調整，可能需要兩到三個療程

經顱磁刺激有什麼副作用？

暫時性的頭痛、頭暈、頭皮不適(約5-20%)、癲癇(約0.003%)

經顱磁刺激有什麼禁忌？

腦部有金屬置入物、癲癇病史

我適合經顱磁刺激嗎？

- ❑ 我有上述適應症症狀，且願意接受此非藥物及非侵入性的新治療方式
- ❑ 我沒有腦部金屬置入物及癲癇病史
- ❑ 我有能力負擔TMS治療所需的費用
- ❑ 我願意花一段時間密集到院接受治療
- ❑ 我可以承受一開始的些微不適或疼痛
- ❑ 請至**基隆長庚精神科門診**諮詢評估

案例報告

上腸繫膜動脈動脈瘤破裂症狀極相似於上腸繫膜動脈症候群

◎簡昶萱醫師-基隆長庚醫院一般外科

及文獻複習



摘要

上腸繫膜動脈症候群Superior mesenteric artery (SMA) syndrome 是一種主動脈與上腸繫膜動脈之出口形成尖銳角的解剖疾病，可導致十二指腸第三部分受到壓迫並阻塞。首選治療方法是進行營養支持或進行繞道手術。

報告一例上腸繫膜動脈動脈瘤破裂的罕見病例，其臨床症狀類似於上腸繫膜動脈症候群。一名70歲男性因小腸缺血而接受腸切除及橫結腸吻合術重建。手術後，他出現了與上腸繫膜動脈症候群相似的症狀。症狀並非由主動脈與上腸繫膜動脈出口形成尖銳角引發，而是血腫壓迫十二指腸所導致。根據過去的經驗，保守治療、給予營養支持並等待血腫液化吸收是可行的治療選擇。



引言

上腸繫膜動脈症候群是一種罕見的解剖結構性疾病。這種疾病是由 Von Rokintansky 博士於 1861 年大體解剖時發現[1]。上腸繫膜動脈症候群被定義為十二指腸第三部分被上腸繫膜動脈和主動脈交角壓迫造成阻塞。上腸繫膜動脈源自於主動脈，向前向下延續，形成一個角度，稱為主動脈上腸繫膜動脈角。主動脈與上腸繫膜動脈出口的角度通常約為30至60度[2]。在上腸繫膜動脈症候群中，該角度較尖銳且小於25度[2,3]，使十二指腸第三部分受壓而引起阻塞症狀。這些症狀是非特異性的，例如噁心、餐後嘔吐、腹痛和體重減輕。須藉由影像檢查才能下明確診斷，例如內視鏡超音波檢查（EUS）、電腦斷層（CT）掃描、核磁共振攝影（MRI）或血管造影[2,4]。標準治療是保守的營養支持，無論是全腸外營養還是腸內營養。如果保守方法無效，應考慮繞道手術，如十二指腸空腸吻合術、胃空腸吻合術或十二指腸懸韌帶ligament of Trietz放鬆術[5]。

案例報告

一名70歲的男子因上腹疼痛來到本院急診科。他本身患有高血壓且無接受藥物治療控制、慢性胃食道逆流（GERD）和消化性潰瘍。主訴腹脹，三天沒有排便，僅給予症狀緩解治療後離院。四天後，因突發且劇烈的上腹疼痛併休克而重返本院急診。緊急腹部電腦斷層掃描含顯影劑攝影（Abdominal CT with/without contrast）後，發現動脈瘤破裂併顯影劑聚積及腹膜後巨大血腫。（圖1）



圖 1，
含顯影劑之腹部電腦斷層顯示右上腹後腹腔有一巨大血腫並於其中心有顯影劑聚積現象

因上述狀況安排緊急剖腹探查術。術中發現延著上腸繫膜動脈路徑中存在巨大血腫，從空腸（距十二指腸懸韌帶ligament of Treitz 130公分處）至迴腸末端（距迴盲腸瓣20公分處）腸道缺血壞死並進行腸道切除手術，留下約130公分的健康小腸。在第二次剖腹手術（Second-look surgery）中進行了小腸對橫結腸的側壁對側壁吻合術。手術雖然成功完成，然而術後腸阻塞卻持續了將近1個月。鼻胃管（NG）引流排出大量膽汁，胃引流液每日約一至二公升，持續約二十天。上消化道攝影顯示十二指腸第二至第三部分阻塞。（圖2）腹部電腦斷層攝影顯示血腫壓迫十二指腸第三部分。（圖2）

此病患之臨床症狀極度類似上腸繫膜動脈症候群。因此我們嘗試保守治療，給予部分靜脈營養及鼻空腸導管置放後給予腸道營養支持，抗生素預防腹內膿瘍形成。經過一個月的營養支持，腸阻塞症狀逐漸緩解，出院後無短腸症候群。五年來，患者身體狀況良好，生活正常，飲食習慣正常。

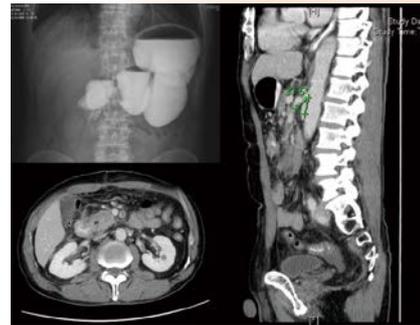


圖2,

- A: 上消化道攝影顯示顯影劑停滯於胃及十二指腸球部 (duodenal bulb)
- B: 雙顯影劑（經消化道及血液）電腦斷層顯示血腫壓迫十二指腸第三部分並造成完全阻塞 (箭頭處)
- C: 主動脈及上腸繫膜動脈出口之交角為37.5度, 不符合上腸繫膜動脈症候群之定義

討論

上腸繫膜動脈症候群是一種很罕見的疾病，發病率約為0.013% ~ 0.3%[5,6]。特別是女性居多，男女比例約為2:3，此疾病可發生在各個年齡層，大多在成年後不久即診斷。定義是十二指腸第三部分被腹主動脈其上的上腸繫膜動脈交角卡住。上腸繫膜動脈症候群是因主動脈及上腸繫膜動脈交角過度銳利引起，通常小於25度[3]。這個現象首次由Carl Freiherr von Rokintansky 博士在大體解剖後提出[6]。Wilkie 博士於 1927 年發表了 75 名患者的系列研究，以後病理生理學為人所知[5,6]。上腸繫膜動脈症候群也稱為 Wilkie 症候群、管型症候群 (cast syndrome)、動脈腸繫膜十二指腸阻塞 (arteriomesenteric duodenal obstruction) 或慢性十二指腸腸阻塞[5,6]。病理生理學通常是急性體重減輕，起因於腸繫膜脂肪墊 (fat pad) 減少造成主動脈與上腸繫膜動脈角度銳利壓迫十二指腸第三部分引發阻塞。主動脈上腸繫膜動脈交角與體重指數相關

[2]。最常見的風險是短時間內體重明顯減輕。上腸繫膜動脈症候群已被認為與一些嚴重的醫學疾病、心理障礙或解剖異常有關，有可能是先天性的或後天性的。(表格1)

表格 1, 上腸繫膜動脈症候群之風險[5-10]

劇烈體重減輕	
●	嚴重疾病
■	惡性腫瘤
■	吸收不良
■	傳染病，例如愛滋病
■	嚴重外傷
■	燒傷
■	半癱
■	長期臥床
●	心理疾病
■	神經性厭食症
●	外科手術
■	減肥手術

解剖構造改變

- 先天性
 - 短十二指腸懸韌帶
(Short ligament of Trietz)
 - 腸扭轉 (intestinal malrotation)
 - 異常帶狀組織 (Ladd' s band)
 - 自發性腹膜內沾黏
(idiopathic peritoneal adhesions)
 - 低位上腸繫膜動脈 (low SMA root)
 - 腹腔動脈壓迫症候群
(Celiac compression syndrome)
- 後天性
 - 手術併發腸繫膜扭轉
 - 食管切除術
 - 脊髓手術
 - 迴腸肛管手術
(ileo-anal pouch surgery or J pouch surgery)

上腸繫膜動脈症候群的症狀是非特異性的。可能出現上消化道阻塞的所有症狀，例如飯後上腹疼痛、嘔吐、易飽、噁心、膽汁性嘔吐、胃酸逆流或體重減輕。俯臥位、左側臥位或膝胸位時[4]，患者可能會感覺較舒服。理學檢查時可發現腹部鼓脹、聽診漣水音 (succussion splash) [5,6]或高頻腸音 (high-pitched bowel sounds)。由於此疾病症狀和徵候非特異性，通常透過排除其他疾病來診斷[6]。

上腸繫膜動脈症候群的診斷主要依賴放射線檢查。口服顯影劑X光檢查，即上消化道攝影可能顯示十二指腸狹窄或阻塞。有時腹部超音波檢查可看到銳利的主動脈上腸繫膜動脈角。但更常見的是透過電腦斷層 (CT) 或核磁共振 (MRI) 進行診斷，它們可以清楚地顯示主動脈和上腸繫膜動脈之間的角度和距離[4,5]。上腸繫膜動脈症候群主動脈上腸繫膜動脈交角小於25度，距離小於8公釐[5,7,11]。上腸繫膜動脈症候群的主要治療方法是保守治療和營養支持，直至體重

增加和阻塞症狀緩解[4,6]。然而，如果上腸繫膜動脈症候群是由解剖結構改變引起的，保守治療通常會失敗。當保守治療失敗時，需要手術治療。可選擇開腹手術或腹腔鏡手術進行十二指腸空腸吻合術[12,13]、胃空腸吻合術或Strong手術，即十二指腸懸韌帶 (ligament of Trietz) 放鬆術。

結論

本病例雖然不是上腸繫膜動脈症候群患者，但上腸繫膜動脈動脈瘤破裂後形成血腫並壓迫十二指腸，表現為上腸繫膜動脈症候群。我們仍然給予營養支持治療，最終血腫成功。

這是一個極為罕見的上腸繫膜動脈動脈瘤破裂導至小腸缺血壞死以及血腫壓迫十二指腸的病例。如果血腫引起的症狀與上腸繫膜動脈症候群相似，建議按照上腸繫膜動脈症候群進行治療。如果沒有發生消化道穿孔、急性出血、腹腔膿腫等急性併發症，持續給予支持治療，血腫最終會被吸收的。

Reference

1. Bhattacharjee PK. Wilkie' s syndrome: An uncommon cause of intestinal obstruction. Indian J Surg. 2008;70(2):83-85. doi:10.1007/s12262-008-0022-z.
2. Ozkurt H, Cenker MM, Bas N, Erturk SM, Basak M. Measurement of the distance and angle between the aorta and superior mesenteric artery: normal values in different BMI categories. Surg Radiol Anat. 2007;29(7):595-599. doi:10.1007/s00276-007-0238-9.
3. White TJ, Kaye P V., Morgan L, Lobo DN. superior mesenteric artery syndrome (with video). Gastrointest Endosc. 2008;67(2):347-348. doi:10.1016/j.gie.2007.08.012.
4. Heinze a, Schmitt R, Reutter N, Zippelius E. Superior mesenteric artery syndrome. Rontgenpraxis. 2007;49(5):118-120.

5. Welsch T, Büchler MW, Kienle P. Recalling superior mesenteric artery syndrome. *Dig Surg*. 2007;24(3):149-156. doi:10.1159/000102097.
6. Merrett ND, Wilson RB, Cosman P, Biankin a. V. Superior mesenteric artery syndrome: Diagnosis and treatment strategies. *J Gastrointest Surg*. 2009;13(2):287-292. doi:10.1007/s11605-008-0695-4.
7. La I, Bensmail D, Rech C, et al. Case Report Late superior mesenteric artery syndrome in paraplegia : case report and review. 2002;(June 2000):88-91. doi:10.1038/sj/sc/3101255.
8. Long FR, Mutabagani KH, Caniano D a., Dumont RC. Duodenum inversum mimicking mesenteric artery syndrome. *Pediatr Radiol*. 1999;29(8):602-604. doi:10.1007/s002470050658.
9. Payawal JH, Cohen AJ, Stamos MJ. Superior mesenteric artery syndrome involving the duodenum and jejunum. *Emerg Radiol*. 2004;10(5):273-275. doi:10.1007/s10140-003-0322-3.
10. Coopwood TB. Mesenteric Vascular Problems. *Cardiovasc Dis*. 1974;1(5):425-427. doi:10.1097/00000658-198205000-00004.
11. Ko K-H, Tsai S-H, Yu C-Y, Huang G-S, Liu C-H, Chang W-C. Unusual complication of superior mesenteric artery syndrome: spontaneous upper gastrointestinal bleeding with hypovolemic shock. *J Chin Med Assoc*. 2009;72(1):45-47. doi:10.1016/S1726-4901(09)70020-6.
12. Richardson WS, Surowiec WJ. Laparoscopic repair of superior mesenteric artery syndrome. *Am J Surg*. 2001;181(4):377-378.

論宮底加壓 (fundal push) 的適切性

◎黃詩穎醫師-基隆長庚醫院婦產科
基隆市醫師公會監事

宮底加壓 (fundal push) 又稱fundal pressure或是Kristeller 手法 (Kristeller manoeuvre)，是以19世紀婦產科醫生 Samuel Kristeller 命名，他於 1867 年首先發表了用手將胎兒沿著子宮縱軸向下推的方法來幫助產婦生產。這手法歷史悠久但也是產科中最具爭議的操作之一。





所謂的宮底加壓手法是指在第二產程時在子宮最上部朝向產道施加手動壓力，以試圖幫助陰道自然分娩，避免第二產程延長或需要手術分娩。分娩的第二階段是推擠階段，從子宮頸完全擴張到嬰兒出生為止。胎兒窘迫、產程用力時間過長、產婦精疲力竭或長時間用力會有母體風險的醫療狀況下，使用宮底加壓手法用意是要加速或是促進第二產程並減少器械分娩（產鉗或真空吸引輔助）或剖腹產的需要。在資源匱乏的環境中，手術分娩的選擇有限或無法取得，長時間的生產也可能會危及生命，宮底壓力可能有助於分娩。

宮底加壓曾經在全世界被廣泛使用，但其操作手法差異很大，操作者施加壓力的力度、手法和時間都不同。從輕微的手掌施壓到用全部身體的力量趴在產婦身上加壓；有人使用手掌、一個或兩個拳頭，甚至用肘部；有些從早期分娩就開始一直持續使用，沒有明顯的時間限制。有些國家則是以充氣帶在宮縮期間充氣於宮底施加壓力，以期有較精準的力道。正因為沒有一定的操作準則，近年來它已經大大失去了接受度，甚至被視為是一種產科暴力，在英國及某些歐洲國家是被禁止使用的。世界衛生組織（WHO）在2018年的產科照護指南裡明確指出：不建議在第二產程使用宮底加壓輔助生產1。

此次，我們藉由幾篇文章來討論在第二產程使用宮底加壓的適切性。

#Fundal pressure during the second

stage of labour (2017)

這篇回顧文獻目前已經被引用了215次。作者收集了3948位單胞胎頭位的產婦，旨在探討第二產程期間使用宮底加壓的效益和風險。文章指出，現有的研究並未提供充足的證據證明宮底加壓或充氣帶加壓可以有效縮短產程和避免手術分娩，也未證實這項技術是否安全。在特定情況下（例如初產婦）少數證據顯示有助於提高產程效率，減少分娩時間和催生劑的使用，並減少產婦可能需要剖腹產的風險，但沒有證據支持其在每個分娩中的廣泛應用。另外宮底加壓也可能增加骨盆底外傷和產後出血的風險。未來的研究應該清楚地描述如何施行宮底加壓，並注意胎兒的安全、長期產婦長期預後及滿意度。

#Kristeller maneuvers or fundal pressure and maternal/neonatal morbidity: obstetric and judicial literature review. (2019)

本文的主要目的是回顧過去10年間醫學和司法的相關文獻，以評估這項操作是否會增加產婦和新生兒的罹病率。作者發現在產科實際執行面上與官方判例和醫療機構批准的官方做法之間存在很大差距。也許是為了



避免醫療糾紛，因此執行宮底加壓造成的母胎損傷並未被完全記錄。儘管宮底加壓在某些情況下能夠加速分娩，但其與一些嚴重的不良事件有關聯，在美國某些州和部分歐盟國已經裁定禁止使用宮底加壓。作者建議醫療人員應謹慎評估胎兒和母親的狀況，並盡量避免使用宮底加壓。未來關於陰道分娩期間操作的指南或建議，應明確指出哪些操作技術是絕對禁止的，哪些是允許的，以及在什麼條件下它們的應用被認為是合適的。

#The prevalence of uterine fundal pressure during the second stage of labour for women giving birth in health facilities: a systematic review and meta-analysis. (2021)

本文旨在系統地回顧關於在醫療機構分娩期間，於第二產程使用宮底加壓的盛行率。作者收集了22個國家總共76篇符合標準的研究進行評估和分析。統計發現全球在分娩期間使用宮底加壓的盛行率為23.2%，在非洲為37.9%，在亞洲為7.7%，在歐洲為10.7%，在拉丁美洲和加勒比海地區為25.5%，在北美為5.5%。這項研究也指出一些與使用宮底加壓有關的風險和缺點，包括

對產婦和胎兒的身體損傷，以及增加了分娩的痛苦。因此需要更多的研究來了解使用宮底壓力的最佳時機和方法，以及如何減少相關的風險，盡量避免非必要的加壓對母胎造成的傷害。

The condemned fundal pressure maneuver: time to reconsider? (2022)

作者指出，儘管宮底加壓在過去被廣泛使用，但現在被大多數醫學機構認為是有害的。使用宮底加壓常常會導致一些嚴重的併發症，包括產後大出血、子宮破裂、軟組織損傷、盆底肌肉損傷和新生兒神經系統受損等。醫生應提供安全和有效的分娩方法，以確保產婦和新生兒的健康和安全。先前發表針對宮底加壓不利的證據或許不完全和操作有關。完全禁止這項操作可能會導致增加真空輔助分娩和剖腹生產的機率。作者建議應該為宮底加壓建立標準化指南，旨在防止施加無法控制和暴力激進的施壓，同時保留使用溫和輔助的加壓 (Gentle Assisted Pushing, GAP) 以利於孕婦分娩。

Fundal pressure to shorten the second stage of labor: Systematic review and meta-analysis. (2022)

本研究的目的是評估子宮底部壓力對縮短第二產程的有效性和安全性。針對37項符合納入標準的研究進行了定量分析。結果顯示，使用子宮底部壓力可以明顯減少第二產程的持續時間，平均縮短了18分鐘。但是，該方法也會增加剖腹生產的機率和新生兒低Apgar score的風險。新生兒外傷、陰道/會陰或宮頸撕裂傷以及入住新生兒重症監護病房的發生率與對照組相似。未來的研究還需要更加全面和深入地探究宮底加壓的適應症及最佳使用時機。

上述文章都有提到宮底加壓可能為產婦

及新生兒帶來一些風險及併發症。對產婦可能造成的風險包括：肝臟裂傷、橫隔膜受損、肋骨骨折、子宮破裂、子宮外翻和脫垂、子宮頸裂傷、陰道裂傷、肛提肌撕脫...等。其併發症發生率據統計高達77%。產後的併發症還包括：性交困難、骨盆增大及疼痛、和產生壓力性尿失禁。對於新生兒的併發症則包括：肩難產、鎖骨或長骨骨折、神經損傷、腦損傷、胎盤剝離...等。而這些傷害都可能導致長期的後遺症。過去的文獻可能低估了併發症的真實嚴重程度，但每個醫療報告都建議不要將宮底加壓用於解決肩難產，醫學文獻中有時沒有提到使用宮底加壓是因為 避免因不良預後引起的醫療訴訟。

儘管WHO 發佈的生產指南明確指出不建議在分娩過程中用宮底加壓，但在台灣、日本、韓國、巴西、土耳其和印度等國家宮底加壓並未消失。2017年日本婦產科醫學會 (JSOG) 公佈的產科操作指南，明確規範出安全執行宮底加壓的條件，包括：(1)執行者必須站在孕婦身側；(2)必須對胎兒進行連續性的胎心音監測；(3)子宮收縮時才施加壓力；(4)力道必須沿著骨盆軸施加壓力；(5)該動作的最多使用5次，總持續時間不超過 20 分鐘。操作指南建議，當需要支持力量不夠或精力耗盡產婦用力推擠胎頭時，或是在第二產程晚期胎頭下降停滯時，可以單獨使用宮底壓力，或與真空或產鉗應用相結合來輔助生產。



Safety of uterine fundal pressure maneuver during second stage of labor in a tertiary perinatal medical center: A retrospective observational study. (2019)

這篇作者根據日本婦產科學會2017年公佈的指南評估宮底加壓 (UPFM) 的適應症和實施狀況，並檢查其安全性。結果指出：產道撕裂是最常見的併發症，其次是子宮頸撕裂傷。沒有觀察到子宮破裂、導致住院時間延長的嚴重併發症和孕產婦死亡的病例。有12.5%的新生兒需要入住加護病房，但所有新生兒均正常發育，沒有後遺症。本研究結果支持2017年指南的有效性，但很難找到使用宮底加壓的安全性證據。

結論：

儘管所有的研究都認為需要對宮底加壓進行進一步的規範，但截至目前為止對於宮底加壓還是沒有明確的操作指南或建議。或許因為沒有良好衡量的方法來評估此項操作，因此世界衛生組織才不建議使用此方式來輔助分娩。尤其在很多時候此項操作是在沒有獲得產婦知情同意下執行的，所以當出現不良預後時往往會造成醫療糾紛。許多的醫療行為在執行時都會有相對應的風險，但做任何操作決定前所有

的考量前提都應該要先確保孕產婦和新生兒的安全。目前台灣尚未有明確的規範，當遇到臨床需要宮底加壓時我們或許可以參考日本婦產科醫學會的指南來執行。

Reference:

1. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. Transforming care of women and babies for improved health and well-being <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>
2. G Justus Hofmeyr, Joshua P Vogel, Anna Cuthbert, Mandisa Singata. Fundal pressure during the second stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Mar 7;3(3)
3. Antonio Malvasi, Simona Zaami, Andrea Tinelli, Giuseppe Trojano, Gianluca Montanari Vergallo, Enrico Marinelli. Kristeller maneuvers or fundal pressure and maternal/neonatal morbidity: obstetric and judicial literature review. J Matern Fetal Neonatal Med. 2019 Aug;32(15):2598-2607.
4. Elise Farrington, Mairead Connolly, Laura Phung, Alyce N Wilson, Liz Comrie-Thomson, Meghan A Bohren, Caroline S E Homer, Joshua P Vogel. The prevalence of uterine fundal pressure during the second stage of

labour for women giving birth in health facilities: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*. 2021 May 18;18(1):98.

5. Lena Sagi-Dain, Ron Maymon. The condemned fundal pressure maneuver: time to reconsider? *Arch Gynecol Obstet*. 2022 Dec;306(6):1953-1957.

6. Tomi Kanninen, Federica Bellussi, Vincenzo Berghella. Fundal pressure to shorten the second stage of labor: Systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2022 Aug;275:70-83.

7. Eijiro Hayata, Masahiko Nakata,

Mayumi Takano, Nahomi Umemura, Sumito Nagasaki, Ayako Oji, Toshimitsu Maemura, Yukiko Katagiri, Mineto Morita. Safety of uterine fundal pressure maneuver during second stage of labor in a tertiary perinatal medical center: A retrospective observational study. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2019 May;58(3):375-379.

8. Konstantinos Papadakis. Critical appraisal of the role of applying uterine fundal pressure in labour: First, do no harm. *Hypertension Research in Pregnancy*. 2019 Volume 7 Issue 1 Pages 22-26.

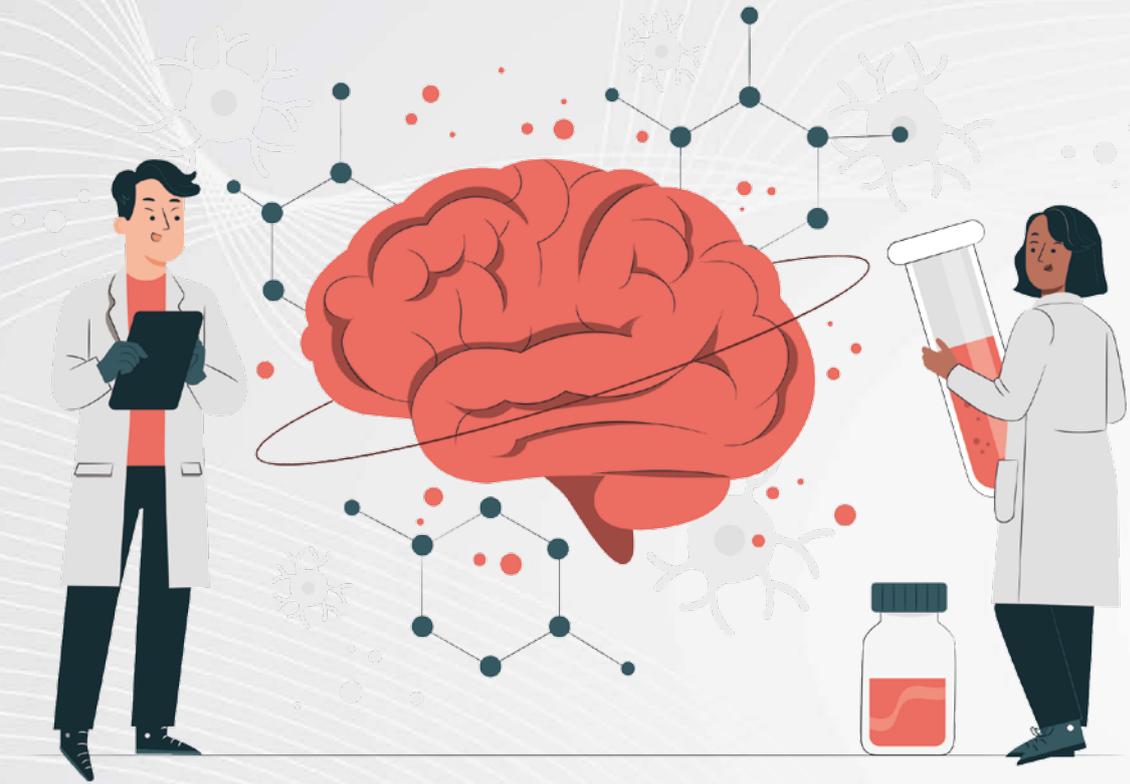
表1. 宮底加壓可能造成的併發症

母體的併發症	胎兒的併發症
肝臟裂傷Liver laceration	肩難產Shoulder dystocia
橫隔膜受損Diaphragm damage	鎖骨或長骨骨折Bone fracture
肋骨骨折Rib fracture	臂神經叢損傷Nerve damage
子宮破裂Uterine rupture	腦損傷Brain injury
子宮外翻和脫垂Uterine inversion and prolapse	胎盤剝離Detachment of the placenta
子宮頸裂傷Cervical laceration	
陰道裂傷Vaginal laceration	
肛提肌撕脫levator ani muscle avulsion	

《本文轉載自2023年06月台灣周產期醫學會會訊》

病人幫我上的珍貴一課（下）

◎李光永醫師-基隆長庚醫院神經內科



前言：

雖因自己對遺傳性神經疾患的關注而從事這方面的研究，看到這些病人就會非常地關心他們，有時甚至還會自掏腰包幫他們作基因檢測。但許多罕病至今仍無有效的治療，因此做為醫師必須非常同理病人的心情，絕對不能把病人看作是研究的樣本。如果能力可及，要以人飢己飢、人溺己溺的精神，從事醫學研究以及醫療奉獻來幫助他們。但即便是單純如遺傳性癲癇症的病人，大都還只能夠用抗癲癇藥減少他們的發作而不能完全控制，因此藉由判定基因異常並找尋更好更根本的治療，是我們持續努力的方向。





本文：

前次所提到的這個癲癇家族，女主角的妹妹初次在國外發作之後，一直沒有機會回國檢查。疫情趨緩終於能夠回台探親，並來到我的門診。姐姐長得像媽媽，妹妹長得像爸爸，雖然長相個性都不一樣，但卻都有類似的症狀。在國外跟國內都安排了腦部的磁共振造影，沒有看到什麼異常的跡象。妹妹最近新婚，先生是外國人。這位貼心的台灣女婿，從幾年前就認識了妹妹，而且對伴侶突如其來的癲癇發作十分包容，不離不棄結為連理。沒想到回台期間姐妹出遊，姐姐在化妝時無預警發作，結果跌倒撞裂了臉骨。安排開刀時妹妹去照顧，結果妹妹又在病房裡癲癇發作，真是一對苦情姊妹花。不管發作前有沒有前兆可以預先防範，對活動力強的年輕人實在都是太危險了。幸好手術很成功，沒有在臉上留下任何疤痕，但身為他們的主治醫師，真的很想多幫她們一點。

先前有提到我們請高雄長庚一位專精癲癇的蔡醫師來演講，我趁機問他對這個癲癇家族的看法。包括對這個家族進行全外顯子定序（Whole Exome Sequencing, WES）的結果，以及計畫被審查委員打槍的遭遇。當然我也把整個家族的病情簡要地跟他說明了一下，例如都是成人以後才首次發作，累計發作的次數都不算多，而且多半都是在睡眠不足、太累，或是光線刺激的狀態下被誘發。

妹妹在發作前則會有像平交道的紅藍燈交替閃爍的前兆，另外他們的癲癇都不算太難控制，一兩種癲癇藥就能控制得不錯。

蔡醫師問：「家族當中有没有人手抖？」「我不記得耶。為什麼問手抖呢？」我感到疑惑。我左想想、右想想，說：「女主角的媽媽好像有手抖。但是她從別人那裏轉來給我時，就已經在吃癲癇藥跟手抖藥了。也許控制得不錯，我從來就不覺得是個問題，大概就是當作良性震顫來處理。」蔡醫師說：「如果有手抖的話，這個家族很有可能是一個近年才發現的疾病，叫做家族性成人型肌陣攣癲癇症第一型（Familial Adult Myoclonic Epilepsy 1; FAME1）。你看到的手抖可能不是良性震顫（essential tremor），而是震幅較小的微小肌陣攣（mini-myoclonus）！」「天啊！我一直以為癲癇是癲癇、抖是抖，沒想到這是同



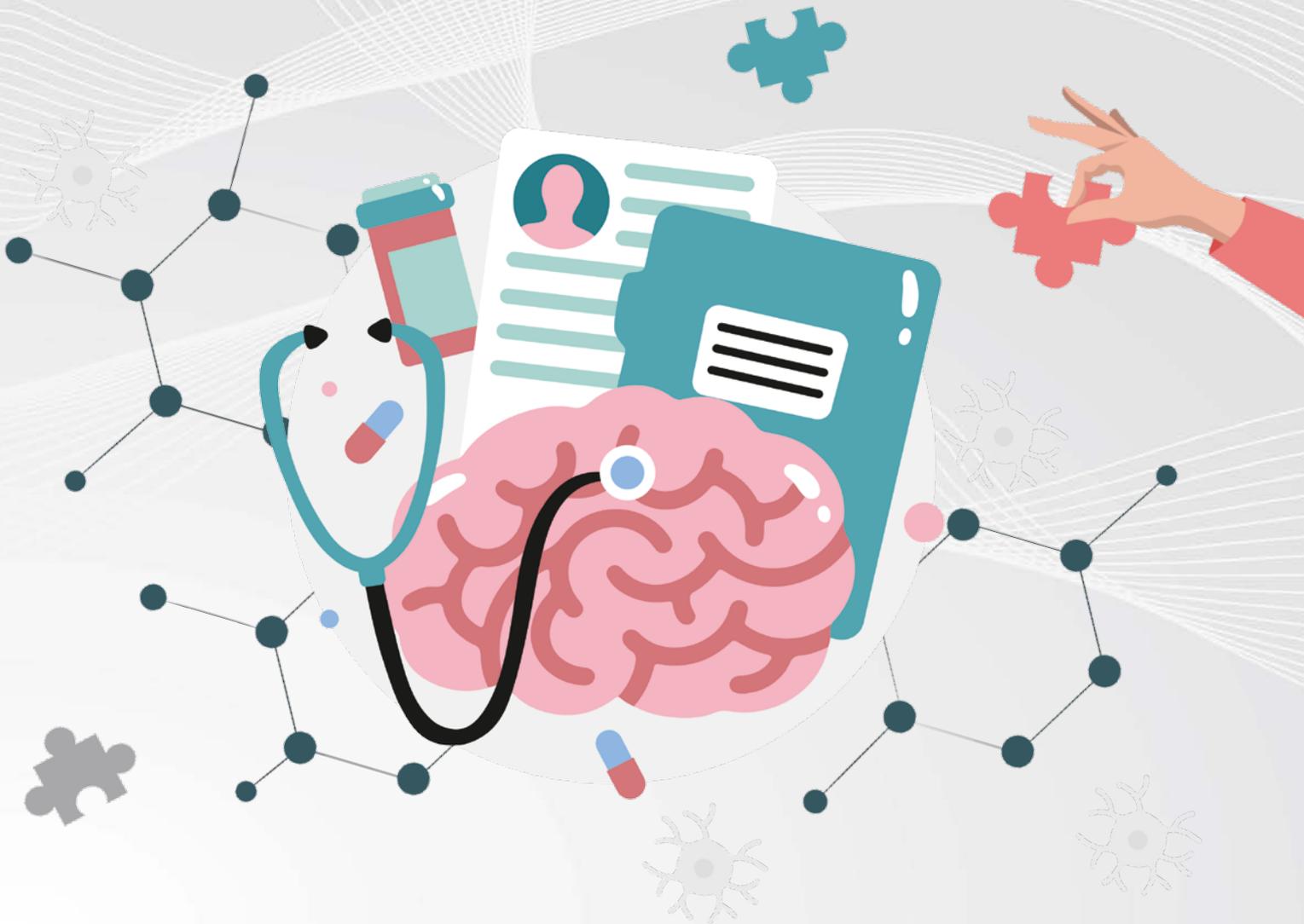


一疾病的兩種表現！」這是一個在內含子 (intron) 的部分有微衛星 (microsatellite) 序列重複所造成的疾病，近幾年才被日本專家報導出來，雖然我知道這個病，卻不曾診斷過這樣的病人，因此完全沒有警覺。蔡醫師說：「這就是為什麼做WES 卻找不到正確答案的原因，應該要做全基因定序 (Whole Genome Sequencing, WGS) 才看得到內含子的序列變化！」回醫院後，我把這個家族的成員又請了過來，向他們解釋必須再做一次定序的理由。欣慰地他們都理解我們想要釐清的重點，也辛苦地被多抽了一次血。我也特別錄下了他們的手抖狀況：媽媽的手抖最明顯，震幅較大且不對稱，果然與良性震顫有所不同。姐妹表哥的手抖不太嚴重，但是帶基因而沒有癲癇的阿姨也有手抖，確實每一個人的表現都略有不同。幸運的是，蔡醫師是分析人類基因的專家，幫忙我們重新完成WGS定序鑑定，也證實了他們的確是FAME1家族。這是蔡醫師在台灣僅見的第二個家族，且過去台灣的其他醫院都沒有發表過類似的病例。

神經科的疾病當中有許多是由小的重複DNA序列，即微衛星序列所造成，依重複序列的特性及其所在位置的差異而有不同的致病機轉。位置在外顯子 (exon) 的蛋白質編碼區 (protein coding region) 者

可能會製造出異常的蛋白質，例如亨丁頓病 (Huntington's Disease; HD) 的CAG重複序列會產生有毒性的Polyglutamine (PolyQ)，屬於PolyQ類的疾病。但位置在內含子的話致病機轉則較複雜。過去幾年的研究發現，同一種症狀可由位在不同基因內含子當中，相同的重複序列造成，因此致病原因似乎與所在個別基因原本的功能並不相關，而是與重複序列本身有關。位於內含子內的連續微衛星序列，除了在轉錄 (transcription) 成為信使RNA (messenger RNA; mRNA) 過程中的前信使RNA (pre-mRNA) 會與RNA結合蛋白 (RNA binding protein; RBP) 交互作用外，還會意外地經由「亂」轉譯 (Repeat-Associated Non-ATG translation; RAN translation) 製造出有毒性的「亂」蛋白質 (RAN Proteins)。過去十年最有名的就是發現合併額顳葉失智症 (Frontotemporal Dementia; FTD) 與俗稱漸凍人的肌萎縮脊椎側索硬化症 (Amyotrophic Lateral Sclerosis; ALS) 的家族，是由GGGGCC (G4C2) 的重複序列出現在C9ORF72基因的內含子而致病，為停滯多年的難病研究帶來曙光。FAME1的發現則更彰顯這類疾病的多樣與重要性，在國外屬於最尖端的研究領域。

而屬於自體顯性遺傳形式的FAME1則是



由位於SAMD12基因內含子的特定位置插入TTTCA重複序列所造成。基因的研究顯示，東亞的家族似乎都來自相同的突變祖先，最早可追溯到一萬七千年前。重複序列的變異性相當大，且長度越長則震顫與癲癇發病的年紀越早，下一代也有愈早發病的預期（anticipation）現象。臨床的表現除了全身性或肌躍型的癲癇發作，帶有微小肌陣孿的抖動則與良性震顫性質有所不同，兩者需以肉眼仔細觀察或用電生理方法才能區分，因此也有人認為應該把它正名為律動性大腦皮質肌陣孿（rhythmic cortical myoclonus）會更精準一些。因為良性震顫極為常見且病人多有家族史，因此推測可能有一些FAME1病人會被當作良性震顫治療，而沒有被正確診斷出來，若是病人又尚未有癲癇發作的話就更難被察覺。

結語：

從有家族遺傳的疾病找到致病的基因，不僅為許多以往無解的難病找到原因，也為一些尚無有效治療的常見疾病，例如失智症等找到意想不到的突破窗口。這次山窮水盡疑無路、柳暗花明又一村的情節再次告訴了我，研究的題材往往都在，但只有有心人才會發掘出來。研究遇到的挫折往往令人沮喪，但深入討論激出的火花亦格外令人興奮。在病人面前，我們學會保持謙卑，因為病人來找我們絕對不是只為了一個答案，而是為了找尋掙脫疾病枷鎖的機會。在反問自己是否已扮演好了受人尊崇的「先生」（sensei）角色的同時，也希望每位醫師與科學家都能盡一己之力，齊心改變病人的命運。

（作者曾於美國聖路易華盛頓大學研究，美國佛羅里達大學分子遺傳學博士）

接近的角度

2023年7月15日外賓暢遊基隆及7月16日外賓演講摘要



今年的外賓David O. Barbe, MD MHA (Former President of the World Medical Association and of the American Medical Association)是來自美國密蘇裡州

格羅夫山的家庭醫師、美國醫學會第 172 任主席、WMA 大會的AMA主席、現任美國排名前五的大型醫療系統 Mercy之區域運營副總裁。

美好的相遇~

不同凡響的異元接觸，正是接待外賓最棒的特點，並不僅僅在讚嘆他的過往醫學貢獻與厲害的成就與頭銜，更可以在超近距離地領略他的學術氣質、對話機鋒與內在功底，並不再是網站期刊文獻上的姓名，而是真實來到面前的大師。

此次千里迢迢而來的與會外賓Dr. David O. Barbe，令人驚嘆的是隨和與接近基層的氣息，未曾想到他本身竟然是

◎李祥和醫師-康合診所

基隆市醫師公會監事

返鄉服務五千人鄉鎮的基層醫師，同時父子皆是共同執業的家庭醫師，亦是美國Mercy大型醫療集團的運營總裁，更曾是世界WMA及全美醫師會AMA的主席，充分符合家庭醫學走向社會與紮根基層醫療的精神。

我方伴隨同遊台灣基隆的過程，除了能略盡綿薄地主之誼，但更多時候是一種多向文化交流；言談之中也是不同醫療制度與層次的衝擊與探索，可以發現他問你的問題是如此深刻，而你問他的問題也令人深思，才發現並非所有的事物並非自然而然的，必須要內部團結努力、外部爭取資源、團隊共同整合，才

會更好地發展，因此與外賓的互動是如此的重要而激發潛能，更必須省思與追蹤日常醫業與社區醫療的各國差異。

暢遊·台灣味~

尤其，如何讓他能夠在最短時間來認識台灣呢？首先讓身處內陸密蘇裡州的外賓，來到我們台灣島最近的離島即基隆和平島，走過短短的和平橋即可上島，島上享有北海岸最特殊美麗的豆腐及蕈類形狀海蝕地形，同時也因為可安全游泳的海水游泳池而特別受歡迎，甚至寵物都可以下到海水玩耍，再沿著步道行走，可以看到一些很酷的海岸岩層，可遠眺基隆島，更可留意形狀有趣的岩石和地標。歷史上的



西元1626年，西班牙人在此修建城堡、教堂和堡壘，與中國和日本做生意，西南邊的城堡叫San Salvador，聖救世主之意，這是基隆第一座城堡，可見當時和平島與東南亞的貿易活動非常繁忙。二戰後，因為殘殺琉球漁民的遺憾事件，該島因此更名為和平島。

在這個有歷史有美景的地質公園，Dr. Barbe穿著台灣獨有的藍白拖鞋去踩海水、炎熱夏日爆汗之下配上一罐冰入心扉的台啤正對味，是對台灣特色的最佳寫照！

離開和平島公園，隨即參觀海科館 NMMST (國立海洋科學技術博物館)





NMMST是世界上第一個展示海洋科學、技術、生態、文化和環境事務等多個領域的展廳，對海洋增加認識和意識，我們在此近距離觀察海科典藏館的深海標本與蘭嶼傳統漁船。

來到基隆必須去網紅打卡點正濱漁港彩色屋，在此畢卡索餐廳享用西班牙風

味餐及吃剉冰。說到正濱漁港位於和平島南部，於西元1934年由日本人建造，是日治時期台灣最大的漁港，目前成為抒壓和懷舊的場所。

家庭醫學演講～

旅程結束陸後，Dr. David O. Barbe在學會年度會議上，以「成為有韌性的家



庭醫師：如何在醫療實務中重新獲得與保持愉悅」發表演講。

演講中提到家庭醫師對於台灣醫療保健系統和患者都至關重要，家庭醫師是出現醫療問題時面對患者的第一守門者，同時也是改善慢性病患者長期健康的核心關鍵。可以觀察到台灣的基層醫療工作中，家庭醫師必須勞心又勞力來守護民眾健康。可惜的是，家庭醫師有可能會經歷挫折灰心，並對醫療實務感到消沈幻滅，甚至出現了職業倦怠。

儘管，倦怠的負面影響已被廣泛研究。在本次主題演講中，Barbe 博士深入淺出地討論醫生職業倦怠的根本原因，包括內在和外在因素、經濟和非經濟驅動因素，以及工作時間過長的顯著不良影響。

也強調衛生系統各個層級面向（包括國家、地方和個人）變革的重要性。討論可以在國家和地方層面實施的變革，設法改善醫生的執業環境。

醫生個人的復原能力對於減少倦怠感和提高職業滿意度，可說至關重要。建議醫生可以通過多種方式重新認識初衷，就是當初他們選擇醫學作為職業和選擇家庭醫學作為專業的初始原因，認識到對於患者和衛生系統的價值，並重新獲得作為家庭醫生的快樂和滿足感。此外，博士還特別討論醫生領導力的重要性、醫生對衛生系統改進的倡導、強大的專業醫生公會學會組織的重要性以及增加對職業的自豪感。

總之，外界賓來訪提供了我們千載難

逢的交流契機，尤其難得一遇如此接地氣的家醫科外賓，直接地接觸原來遙不可及的醫療大師，更有難得機會去瞭解更多家庭醫學本業的各個可能面向！也希望未來學會能有更多機會邀請各地的典範專家，使我們的年度學術研討會議能夠百花綻放、日新又新、蒸蒸日上！

李祥和 醫師 筆

《本文轉載自台灣家庭醫學醫學會

https://www.tafm.org.tw/ehc-tafm/s/w/news_news/article/01c4a8ecbc874ca597bf1fa68eeeb9af》



電子書使用經驗分享

◎林育正醫師-全安診所

基隆市醫師公會常務理事

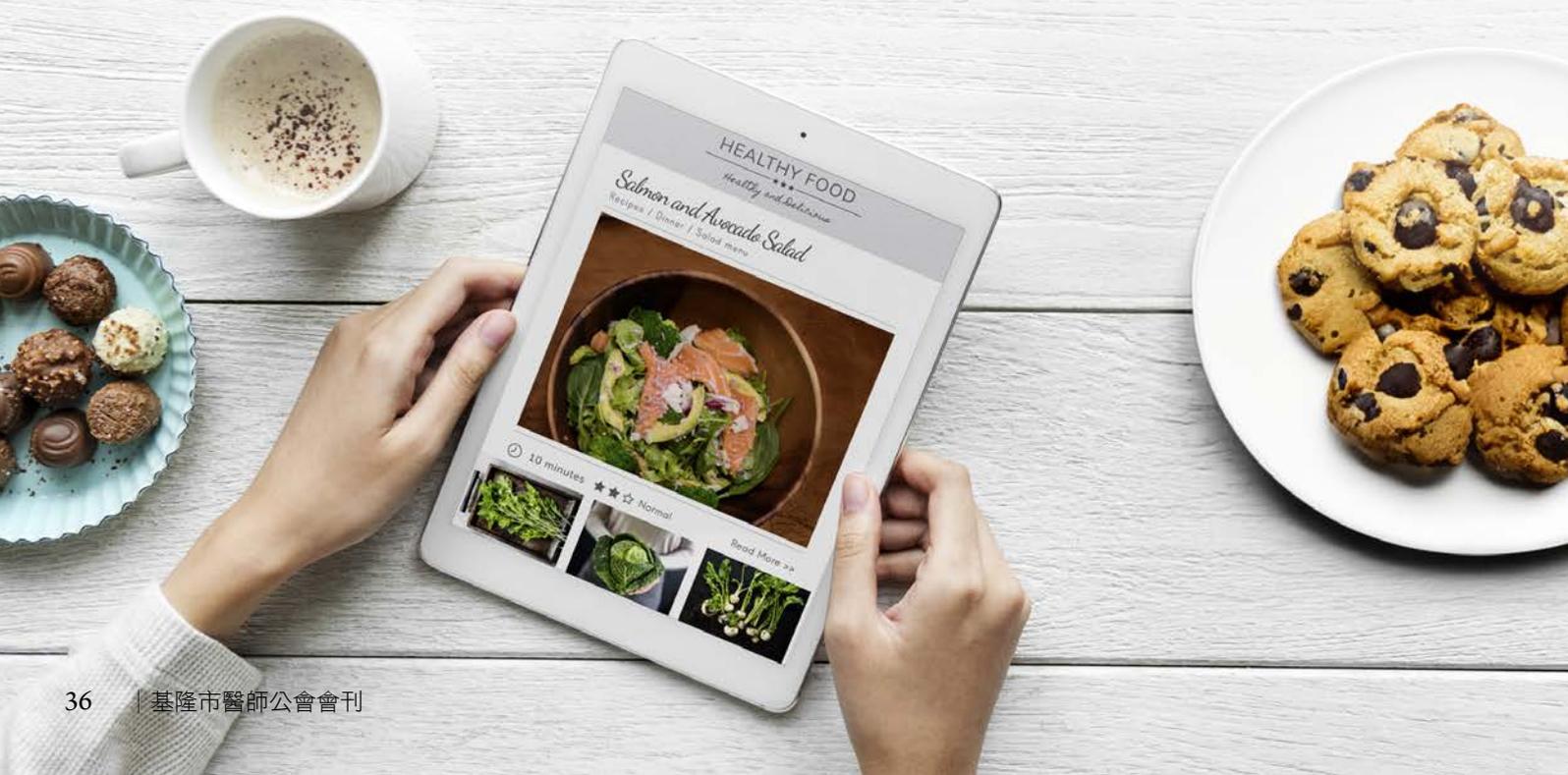
進入數位時代後，一般人在網路上看到太長的文章，大概就直接 End 了。最近出版業在哀嚎書市低迷，想必是時代潮流所致，這是一股很難抵擋的趨勢。但說真的，寫書跟寫paper一樣，是要花很多心力的，而且有些知識的傳達，實在很難用短短幾句話來表述。看到一本好書，真的會讓人心神愉悅。在這滑手機時代，請大家多多支持出版業，有空時遠離網路，讓自己好好放鬆一下，看本書吧。

電子書的好處，除了即買即看，環保，省空間（尤其房價愈來愈貴，這是大優勢），好整理（不會書太多，找不到），外出方便，搬家超輕鬆，不會有實體書變老變黃

的問題外，最重要的是：可以把字體自由放大！！不得不承認，年紀愈大，愈能感受到這功能的重要！

我想很多人喜歡實體書的質感，但其實現在電子書的技術，看起來已經和實體書沒什麼兩樣了。而且因為沒有背光源，看久了，眼睛也不會像看一般3C螢幕一樣會感到不適。

小弟有6/7.8/10.3/13.3吋四種電子書閱讀器，6吋的攜帶最方便，但螢幕太小，常常需要翻頁，並不推薦。13.3吋的很大，就是一張A4紙的大小，看起來很爽，如果改成橫的看，又變成直排，就很像在看一般書了！但因為體積太大，只適合在家用，外出並不好帶。10.3吋就像一般書的尺寸，但帶出門我



覺得還是有點重。如果常常會外出使用，我覺得7.8吋最適合，不用常常翻頁，又不會太佔空間。強烈推薦第一次購買的人，買7.8吋的來嚐鮮。

至於該買哪一家的呢？因為E-INK 的技術在元太科技一家手上，其實各家的硬體價格不會差太多，中國廠商的是會比較便宜，但因為會用到一些帳號密碼上網跟買書/借書，會擔心資安的人就不建議了。

電子書的系統，主要有封閉式的和開放式的。封閉式的就是獨家，你只能買他家的電子書，不能買別家的。比如readmoo、kobo、amazon kindle，都算是封閉式的，這種都是按一下就能繼續看之前看的書，十分方便。而且我用的readmoo，偶爾會特價打75折或7折，我會在他網站上把想買的書存下來，等到有特價時一次結帳，有時候幾十本買下來，也節省不少。

另外一種開放式系統，像hyread 或是中國的 boox 都是，他們是android 系統，可以

灌各家的app、readmoo、kobo、momo、博客來，都有app能灌，hyread自己也有賣書，但也能在其他書商買書，再用該書商的app來看。只是每次看書都要點個幾下，才能進app去看書，如果想在有空檔看書，真的滿花時間的。Hyread 還有一個好處，他可以到台灣各個圖書館借電子書，但並不是每本書都有電子書可以借，而且，常常還要排隊！！沒錯，電子書還要排隊！！可能就是要保護出版社吧，不然大家都不買書了。這些借的書還有借閱期限限制，再加每個圖書館的館藏不一樣，有時還要花時間找書，若嫌麻煩，覺得時間就是金錢，建議就用買書來支持一下作者吧！

我相信醫界同行中，一定很多愛書份子。在這個3C 時代下，有多久沒有好好看一本書了呢？時代在改變，我們獲取知識的方式也會改變，但書本是一種很難取代的文化傳遞媒介。既然有電子書這種新玩意，建議大家買來玩玩看，重拾閱讀的樂趣！



摸蛤兼洗褲

◎王貞乃醫師-王貞乃皮膚科診所

基隆市醫師公會一年會舉辦兩次會員旅遊。主辦單位很用心，每次的旅程都讓大家興高采烈地出門，收穫滿滿的回家。而且每次活動的早晨驚喜，除了拿到車票，還會有超讚的「滬杭早餐」！



2022年4月24日春季旅遊的主要地點是中部地區。包括王功採蛤、合掌喫茶食事處（午餐）、鹿港古蹟導覽及膳馨民間創作料理（晚餐）。活動過程豐富有趣，我試著回憶各種美好的片刻！



【王功採蛤】
原本說是「採蚵」，可惜去的時間太晚，蚵農們都已收攤，所以改為「摸蛤」。
大家分組，搭上青蚵伯的拉風鐵牛採蚵車。





主辦人王俊傑醫師坐在制高點，掌理一切！
旅遊說明寫得很清楚：眼望著風車、頭頂著炙陽、海風吹著皮膚，體驗赤腳踩泥巴，找尋藏在潮間帶的蛤，為中午的餐宴加菜。
原本這種傷害皮膚的事情，我是不會去做的。可是，聰明的正旭用激將法，把我推上前線。他說：「你不是一向都說『皮膚科醫師最懂得防曬了』！那就來證明一下，經過這一個上午的考驗，你是否仍能維持白皙美麗？」
於是，從帽子、太陽眼鏡、圍巾、薄外套、手臂套、七分褲、拖鞋、擦乾皮膚的柔軟毛巾，再加上各種防曬霜。為什麼是「各種防曬霜」？因為要從臉到腳，左右兩側、不同區域，分別抹上各種防曬霜。我還加上粉餅（臉及脖子）及蜜粉（手、手背、腿、腳背），剛好可以來感受一下各家品牌，在烈日下的溶解度。正旭看著超沈重的旅行袋，不敢作聲，默默地背著走。
正旭一本正經的說他不會「混水摸蛤」，所以拿著手機到處幫大家留影。
獨樂樂不如眾樂樂！
夫妻協力，收穫加倍！
摸蛤後一支冰，快活似神仙！







2022年基隆市醫師公會春季旅遊記趣（一）～王功摸蛤樂

《本篇文章轉載自-JAN 的人生記憶<https://wcnskin.com/2023/08/06/clam/>》

◎黃協賢醫師-基隆長庚醫院感染科

我和空拍機一起 **飛翔** 的日子

好奇心跟求知慾是很多醫生的本能，會踏入空拍機這個領域，其實只是因為朋友的一句話：「現在如果不飛，以後法律通過，很多地方都再也不能飛了。」考慮了一下子，立刻衝到提款機去提款，再接著跑到內湖大疆的商店，買了一臺空拍機，在店員的短暫訓練之後，就開始了我無拘無束，亂飛的生活，當然很多不該飛的地方，也都去飛了，學著當一隻鳥，從空中去看這個世界，當然不會隨地亂大便。

從小就喜歡看著海，從空中看著海岸邊，蜿蜒的海岸線被海給吃掉了，看著海浪敲打著岸邊，沿著山邊蜿蜒的道路一臺一臺的火柴盒小汽車川流不息，一朵朵美麗的陽傘為岸邊開了許多小花，人像小螞蟻一樣不停的移動著，路燈像小手電筒閃閃發亮，小漁船在海上搖晃像黑暗中的一盞螢光燈，吸引著眾人的目光，突然覺得基隆真的好美。

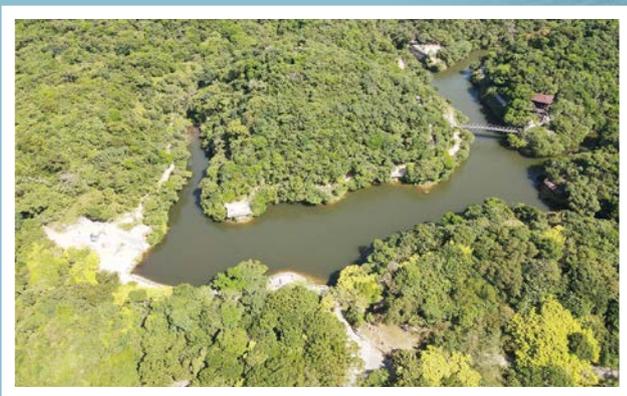
U字型的情人湖，繞著他跑步或散步是最舒服的一件事，像海神三叉戟灌飽我肚子的青山水庫，碧海藍天白沙透亮的外木山，照顧著許多基隆人的基隆港，寫著臺灣歷史的和平島，等著造船的船塢，平常看不到的景色，透過空拍機的眼睛，進入腦海裡，為我的生活增添了許多創意畫作。

當然飛行的路程也不是一帆風順，經歷過我的兒子，把空拍機一臺因為飛距離太遠而飛不回來，另外一臺因操作不當而墜機，而我也經歷過把飛機飛到山裡面而找不回來，現在使用的是第四臺的空拍機，幸運的是並沒有造成什麼傷害而只是財物的損失。

就像車子的使用會帶來方便但是難免也可能造成一些意外的發生，隨著108年7月23號

底圖：夢幻般的外木山海灘

通過的遙控無人機管理規則，最大起飛重量二百五十公克以上之遙控無人機及政府機關（構）、學校或法人所有之遙控無人機，應由其所有人檢附文件向民航局申請註冊，年滿十六歲以上才可申請學習操作證，持有人得於持有遙控無人機普通操作證或專業操作證之操作人在旁指導下，依其普通操作證或專業操作證所載之構造分類，學習操作最大起飛重量未達二十五公斤之遙控無人機。現在無人機的飛行也需要遵守一定的法規限制，加上販售空拍機的公司搭配的軟體，也遵循法律限制了在某些區域禁止飛行或有著飛行高度的限制，告訴我們在享受無人機飛行的樂趣時，要注意無人機的飛行需遵守相關法律的規定，也要確保其他人員設備及財務的安全，不要誤觸法網而受到相關的處罰。



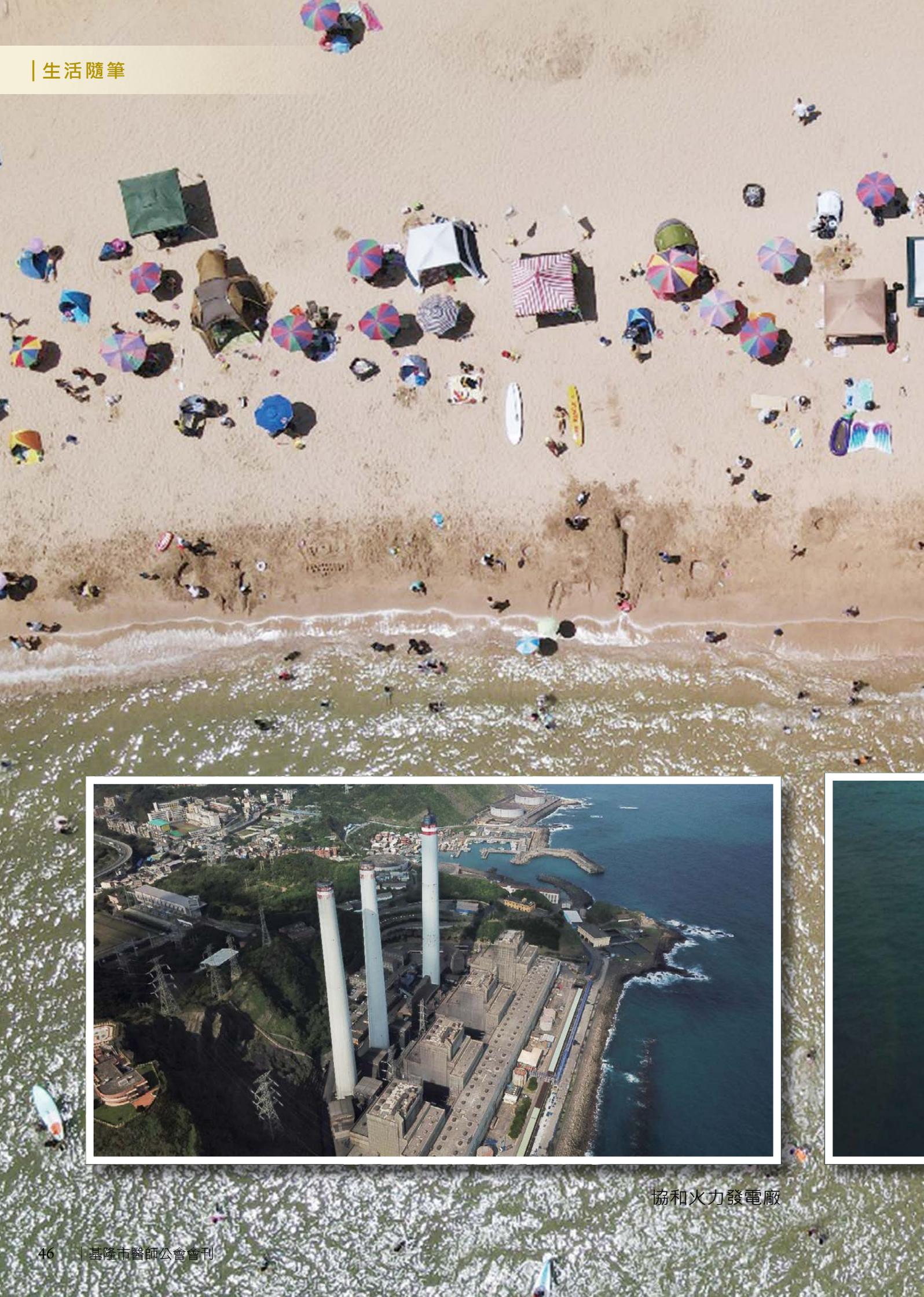
U and me 情人湖



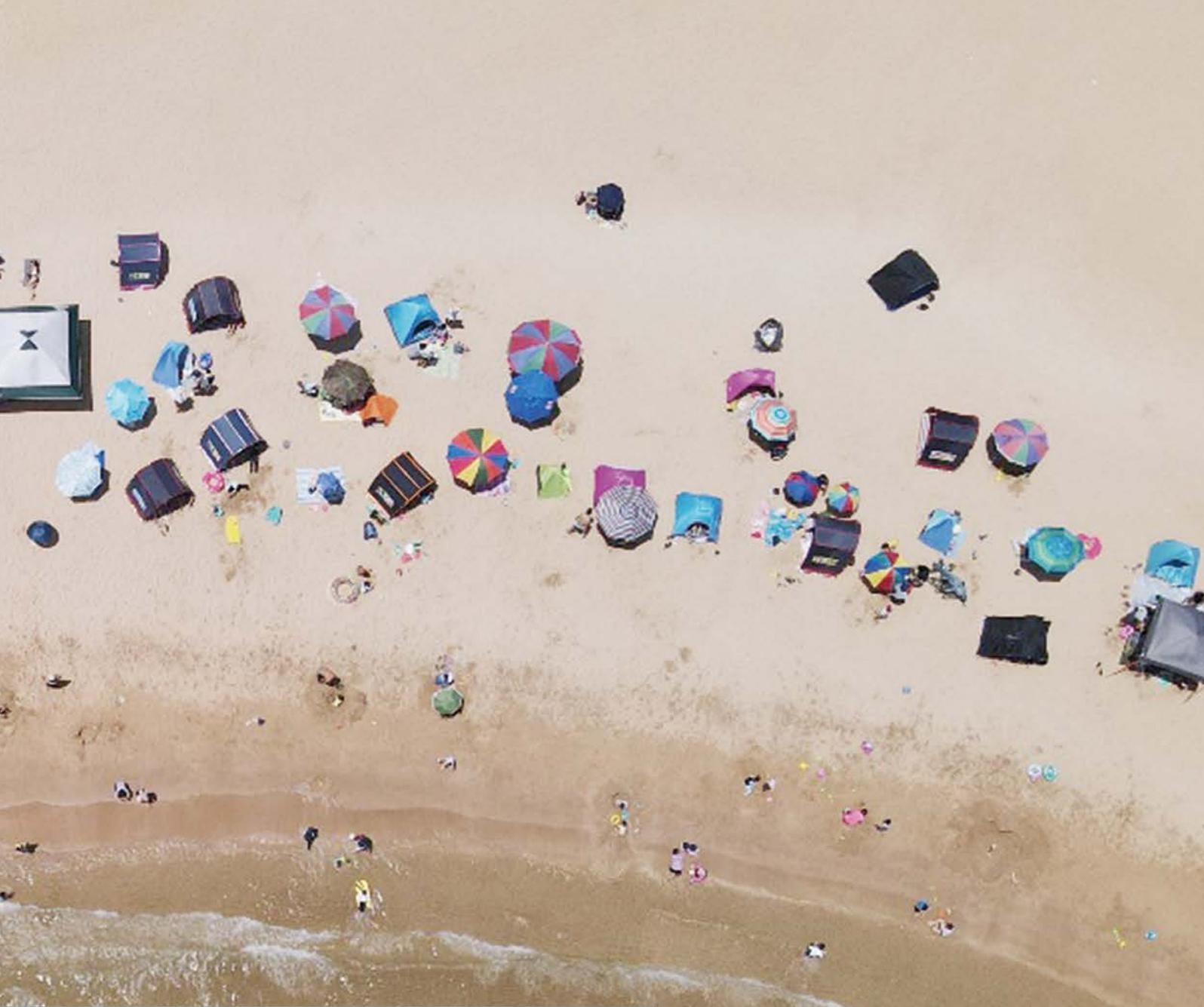
百年國際名港-基隆港



底圖：歷史的起源-和平島



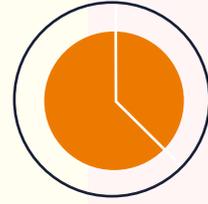
協和火力發電廠



烏克蘭俄羅斯戰爭的發生，讓我們見識到無人機在戰場上的各項使用，不管是用來偵測、丟擲炸彈、遠距離執行攻擊任務或當作飛彈彈簧刀來使用，都讓我們見識到未來戰場的各種可能性，在美國和中國都有發現無人機的戰鬥技巧甚至可贏過正式的飛行員，學習無人機的操作說不定也有回饋國家的一天，喜歡爬山的同好，更可以帶著它延伸你的視野，好好欣賞臺灣的山巒之美跟天際線。貪玩的你，一定要擁有一台。

爸爸捕魚去

底圖：夏日外木山傘海



找一個家

◎王凱婷小姐



在高雄吉林夜市商圈裡的小巷子內，一家只有十幾個座位的義大利麵餐廳。馬卡龍可愛溫暖的色系在傳統喧鬧的夜市裡似乎是另一個安靜的世界，裡面幾隻可愛活潑的貓咪刻畫出另一道絢麗的色彩。這是一對夫妻經營的小店，座位不多，上菜不快，因為廚師只有先生一人，現點現做我覺得很好吃的義大利麵。太太負責外場的工作，會看到她在二樓上下團團轉，有時還會被熱情的貓咪困住！在FB網頁上店家註明他們是『一間有貓可以領養的義大利麵店』，你也可以說他們是另類的貓中途之家！裡面的每一隻貓咪都是等著被領養的！義大利麵想當然爾的好吃，如果你愛貓咪，你可以和牠們互動玩耍，在這裡感受前所未有的療癒！

以下是我請老闆娘的分享開店理念的文章！

來吃飯，領養貓，牠們都在『找一個家！』

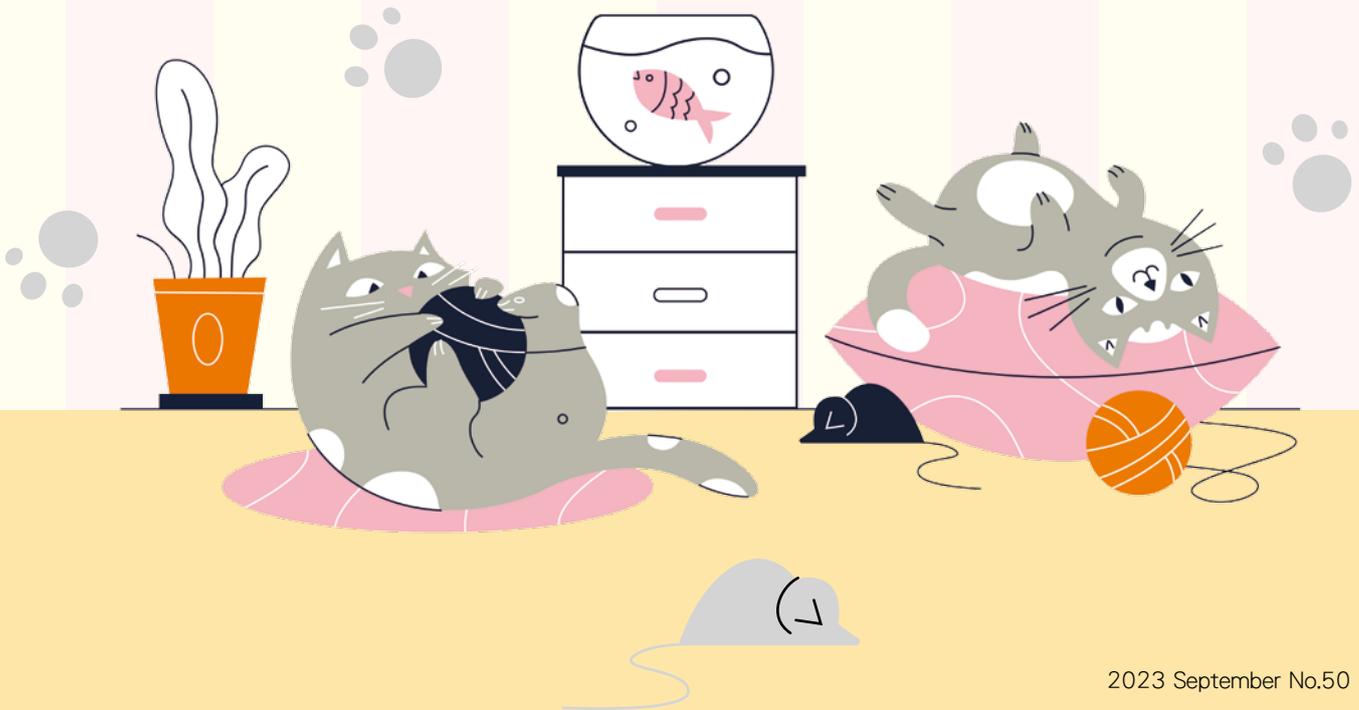
剛開店，掛上招牌的隔天，有位路過的小姐，看著我們的店名問：你們是在做什麼的？我回：我們在賣義大利麵，店裡有貓咪可以領養。她笑笑的：噢！我以為你們是房仲公司。其實也沒錯，只是服務的對象是貓，幫貓咪們找一個家。



聰明愛吃的斑斑



優雅王者波波



過好自己的每一天，好好照顧自己，是貓們教我的。

目前店裡有七隻貓咪在找家！其中自帶王者氣息的波波、愛拍屁屁的喬治、擅長開抽屜的斑斑，這三隻剛來的時候都是小幼貓，找家到現在，已經是身材健壯的成貓了。有時候也會替他們著急，雖然他們很無感。每天乖乖吃飯、喝水，自己理毛、洗臉，上完廁所會蓋貓砂，偶爾暴衝搗蛋，好奇的探頭進客人的包包裡做例行性檢查，累了就到跳台上睡覺。他們不懂我們的著急，畢竟成貓的領養機率比較低一點點。他們依舊過好自己的每一天，好好照顧自己，是貓們教我的。

希望領養後，貓咪不會從期待的摯愛變成將來的負擔。

雖然心急，但其實我們也勸退了一些想領養的客人，養貓（養各種寵物）要花錢、花時間，真的不輕鬆。貓到新環境可能會不安的喵喵叫，會不會吵到鄰居或室友？每天要換水洗碗、餵食、挖貓砂、梳毛陪伴，每月清洗貓砂盆、驅蟲，每年打預防針，貓咪年紀大了要定期健康檢查...。如果你出遠門時，貓咪怎麼辦？若將來另一半對貓咪過敏怎麼辦？以後有小孩，還有心力照顧貓咪嗎？

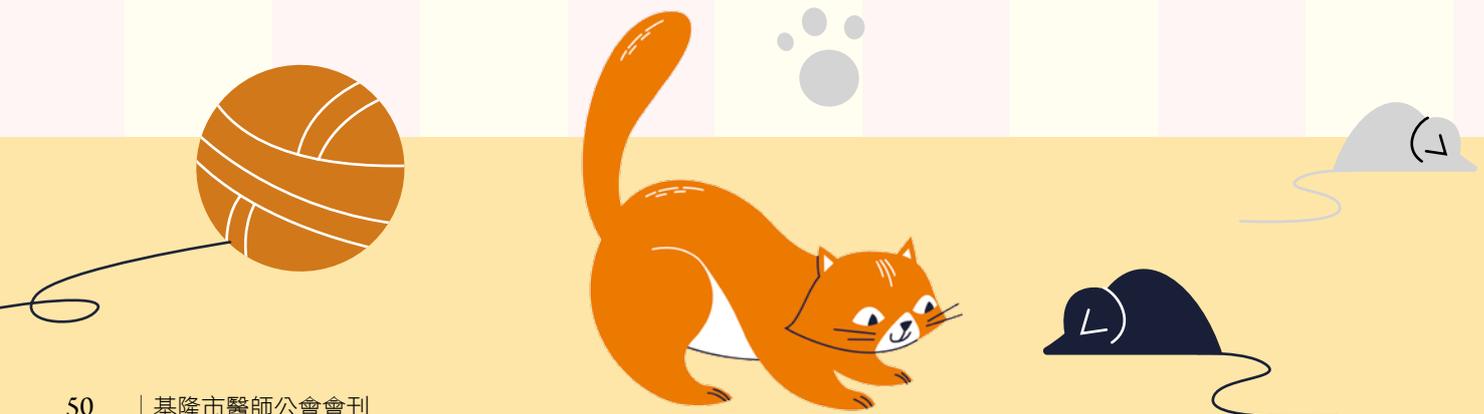
貓咪可愛的形象及萌翻的行為不需要我再多說明，網路、社群就有很多影片可以療癒舒壓。但背後必須經歷的繁雜事務也要有個心理準備！和有意願領養貓咪的客人說完後，我們會請他們



雞胸肉愛好者圓圓



親人親貓的栗子



回家再考慮幾天，畢竟領養這個決定，是你主動選擇的，不是天上突然掉下一隻貓，指名要你負責。

或許是我們這樣半恐嚇的方式，讓一些想領養貓的人回去考慮後，就沒回來了。有時候，會覺得對店裡的貓們有點不好意思，好不容易有機會找到家了，又被我們嚇跑！但貓咪壽命十幾二十年，我們都希望領養後，貓咪不會從期待的摯愛變成將來的負擔。

一間可以領養貓咪的義大利麵店

畢業後就一直在餐飲業工作的我們，開間小餐廳，製作好吃的義大利麵，一直是我們的夢想。可以用我們擅長的料理養活自己，也能挪出一點空間及時間，照顧店裡待領養的貓們。雖然辛苦加倍，但現在回頭看看，開店的每一天都很踏實，看到找到家的貓們都有幸福安穩的生活，很值得。

那些不時回訪的客人，還有只在一樓用餐的回頭客（貓在二樓，想單純用餐的客人可坐一樓），都代表我們的餐點沒有讓人失望吧，被認同的感覺，真的是很大的鼓勵。

捐罐罐給店裡的貓咪、贊助貓們的醫療費用，除了餐點外，支持我們販售的貓咪商品、用我們製作的貓咪餅乾作為畫展的開幕點心、租借場地拍結婚紀念照...好多人都伸出援手支持著我們和貓們。



害羞貪吃的香菇



喜歡被拍屁屁的麥茶



還有遇到讓我們安心的領養人，經過我們囉嗦的要求，都能理解配合，常跟我們分享貓咪的日常生活照、奇異睡姿、或是抱怨貓咪最近做了什麼又氣又好笑的事情。

除了貓咪之外，還有蠻多人會詢問我們開店需要多少花費的疑問。很多人都想開間小店，做自己喜歡的事。其實，開店就跟一開始想養貓的心情一樣。夢想總是套上一層夢幻濾鏡，展現出令人羨慕的氛圍，掩蓋背後的坑坑疤疤。所謂的坑坑疤疤，指的是漫長的工作時間、現實的收入、漲不停的物價...每每感到筋疲力盡的時候，都會想到，我其實正處在很多人都夢想裡面呢！轉換心情後，又能再往前幾步了。

希望能為流浪的貓們找一個家

家，是讓我們可以安心居住的地方。我們希望能為流浪的貓們找一個家，找到願意照顧他們的家人。希望大家也要好好照顧自己，把自己照顧好了，才有餘力讓貓咪幸福。

後記：

這裡的每一隻貓咪都很親人也很健康，每一隻都被老闆老闆娘好好愛著照顧著，但終究還是希望牠們都可以找到有緣人可以好好陪伴珍惜牠們，接納牠們成為家裡的一份子。

餐廳的菜單首頁有貓區的注意事項，請大家用餐前一定要先看一下，主要還是希望來用餐和看貓的客人可以賓主盡歡。這裡的貓咪之前都是流浪貓，所以比較容易受到驚嚇，注意事項是教客人好好對待貓咪，有時候強行抓貓抱貓反而容易被貓咪抓傷喔！

店名：找一個家

住址：高雄市三民區永吉路35號
(在後驛站附近，離高醫滿近的)

電話：07 322 1982



愛撒嬌的喬治



遏止登革熱 醫起來



基隆醫界朋友，您好：

國內外登革熱疫情持續升溫，各縣市均有登革熱流行風險，鄰近之柬埔寨、寮國及泰國等東南亞國家近期疫情亦上升或處高點且病例數高於近年同期。

全國截至8月15日止，已有10個以上的縣市出現約1,600例本土（包含曾經到過南部的台北市確診病例）及100例境外移入病例。本市8月8日亦出現曾前往東南亞旅遊之首例境外移入登革熱案例。

請各位醫師特別留意出現發燒、頭痛、後眼窩痛、

肌肉痛、關節痛、骨頭痛、出疹（部分個案有腹瀉症狀）等登革熱疑似症狀之個案，詳細詢問TOCC，並視需要使用「登革熱NS1快速診斷試劑」或轉介至醫院做進一步診察，以即早發現個案，協助防疫單位能快速啟動防治措施，防範社區疫情蔓延。

感謝您與我們共同維護基隆市民的健康安全。

基隆市衛生局局長

張賢政 敬上

序號	區別	醫療院所名稱	地址	電話號碼
1	中正區	合成診所	祥豐街205號	2463-2532
2		林承興診所	北寧路319號	2469-4199
3		安瀾診所	中正路197號1樓	2462-3389
4		晉安診所	義一路39號1樓	2426-8178
5		正光內兒科診所	南興路12號1樓	2456-9275
6	七堵區	紀醫師診所	開元路83號	2455-4195
7		佑仁聯合診所	開元路59之1號地下1樓、地面1樓2	2456-221
8		西華診所	百三街29號	2451-2942
9	暖暖區	碇內診所	源遠路323號	2459-5878
10		婁診所	暖暖街171號	2458-4498
11		百會診所	暖暖街246巷165號1樓	2459-6677
12	仁愛區	王俊傑耳鼻喉科診所	仁二路117號	2425-3660
13		陳興達診所	仁四路19巷7號1樓	2425-6410
14		懷仁診所	仁五路10號1樓	2422-3597
15		仁愛診所	孝三路80號	2422-3255
16	中山區	林義宏診所	復興路263號	2436-6481
17		至誠診所	安一路3號	2424-6151
18		復興診所	復興路125號	2437-8911
19		聖德診所	西定路411號	2429-3939
20		安定診所	安一路90號	2421-3279
21	安樂區	李卓為診所	基金一路133之5號1樓	2433-2900
22		李偉華耳鼻喉科診所	安樂路二段179號1樓	2434-8535
23		百會長庚診所	安和一街2巷20號1樓	2432-6660
24		基隆長庚醫院	麥金路222號	2431-3131
25	信義區	信義診所	東信路15號	2465-3680
26		國泰家醫診所	信一路115號	2425-4195
27		部立基隆醫院	信二路268號	2429-2525

快快篩

助診斷 早治療

登革熱NS1抗原快速診斷試劑



出現症狀速就醫



及早使用NS1試劑助診斷



作好自我保護措施
避免病媒蚊叮咬



即時適當臨床處置



衛生福利部疾病管制署
TAIWAN CDC

疫情通報及諮詢專線：☎1922
<http://www.cdc.gov.tw>



www.cdc.gov.tw

廣告 106.05



1922防疫達人 
www.facebook.com/TWCDC



Keelung City Medical Association

會館地址：基隆市中正區信四路11號6樓

會館電話：(02)2422-2718

會館傳真：(02)2423-4790

公會官網：<https://shuia.idv.tw/~kcma/desktop.php>

投稿信箱：kcma2718@gmail.com

※ 基隆市醫師公會會刊電子化意願調查 ※

為響應2050全球淨零碳排趨勢，減少紙張印刷及碳排放等環保訴求，本會將推行會刊電子化。為兼顧會員閱讀習慣及環保訴求，故調查各位會員閱讀電子化會刊之意願。



官網QRcode



問卷QRcode