



第五十二期 113年3月

2024 March No.52



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





基隆市醫師公會會刊

Keelung City Medical Association 2024 March No.52

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

封面畫作 /
蔡富順
作品名：夏天好心情
油彩 - 畫布 H91 X W72cm

03 理事長的話、主編語

| 人物專訪

04 衛生福利部基隆醫院 ~ 林三齊院長 / 編輯部

| 學術園地

13 產後媽媽常見疼痛及處理 / 傅鐵城醫師

18 病患自主權的保障：認識預立醫療照護諮商 / 何孟軒醫師、葉維中醫師

22 從免疫療法到細胞療法：治療癌症新曙光 / 張悅詩醫師

26 新一代高品質的直線加速器 - Vital Beam / 黃士銘醫師

28 探索美容新趨勢：電波拉皮與音波拉皮 / 楊濬安醫師

31 損害控制手術於嚴重外傷的關鍵角色：從彈藥庫爆炸事件談起 / 劉曜彰醫師、陳志豪教授

| 生活隨筆

34 醫學教育沒教的事 - 住院醫師訓練的經歷與思考 / 王思翰醫師

40 今天開始就好好訓練核心肌群吧！ / 李祥和醫師

46 繪畫藝術是尋找自我的足跡，淺談大衛·霍克尼 / 李祥和醫師

| 主編精選

51 健保資料庫 (NHIRD) 相關分享與了解 / 宋婕護理師

~ 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

年假結束，又到了春暖花開的時節！今年公會的春遊是到嘉義，邀請所有的會員放下手邊忙碌的工作，一起來戶外踏青，享受健康快樂的一天！

恭喜正旭委員2/19宣誓就職立委！我代表基隆市醫師公會全程參與就職典禮，心中滿滿感動，與有榮焉！真是基隆之光！也期盼未來能和正旭委員密切聯繫，積極合作，捍衛醫界的尊嚴，謀求會員的福利，為全民的健康而努力



主編語

◎黃主編詩穎

感謝大家對基隆醫師公會會刊的支持~ 如果大家有任何有興趣的醫學議題都歡迎跟我們編輯團隊聯絡反應，小編一定盡力邀稿滿足大家的需求！

這期會刊內容依舊很精彩！首先，很榮幸邀請部立基隆醫院林三齊院長接受我們訪問，林院長經歷超級豐富精采，果然是當大人物的命格^^ 另外還有之前轟動全國的彈藥庫爆炸事件，大家感興趣的電波音波拉皮，癌症新希望細胞治療，產後婦女常見各式各樣的疼痛復健，還有可以選擇自己未來醫療照護的預立照護諮商，相信大家一定很有收穫！主編精選邀請長庚醫院護理師宋婕分享健保資料庫的應用，我們的護理師不只臨床上是重要的夥伴，在學術研究上也是嚇嚇叫的~ 希望大家閱讀愉快！

☞感謝王貞乃醫師捐出稿費☞

下期刊物訂於113年6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)。



衛生福利部基隆醫院~林三齊院長專訪

◎專訪日期：112年12月26日

◎專訪人員：黃詩穎總編輯

◎紀錄：胡煒晴



COVID-19 疫情全球爆發，造成世界各國生活與經濟的巨變，而台灣在許多防疫英雄的守護下，降低疫情造成的各種危害，確保國人健康安全，讓台灣度過可怕的疫情。現任衛生福利部基隆醫院院長，時任衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會副執行長的林三齊院長，正是台灣防疫的幕後功臣之一。111年11月林三齊院長回到故鄉基隆，接任衛生福利部基隆醫院院長一職，期許自己能為故鄉服務。

林院長就是在基隆醫院出生的，與基隆醫院的深厚緣分，從出生那一刻就產生連結，而林院長小時候體弱多病，更是基隆醫院的常客，讓母親擔心不已。或許正是因為小時候常生病，讓林院長深知生病時的苦痛，從小就懷抱著未來要當醫生為別人治病的期許。

上天給你就是最好的安排

林院長在馬偕醫院實習，民國76年畢業前最後一站是皮膚科，對皮膚科有興趣且表現不錯，當時的皮膚科蘇主任邀林院長退伍後來服務，遂決定當完兵後要走皮膚科這一條路。78年退伍時，不幸遇到了勞保局開始試辦轉診制度，許多醫院收皮膚科住院醫師都只有一名。林院長求職過程中曾筆試拿下高分，但在面試時遇到一位老主任，老主任看了看個人資料就問，軍中什麼皮膚病最多？林院長當兵時是在一家野戰醫院擔任醫官，看到最多的是因香港腳就醫的，而老主任卻說「錯！是疥瘡」，林院長想跟老主任說明，疥瘡遇到有爆發才會比較多，但老主任不願意聽到任何解釋，面試當下就覺得不妙，結果果然沒有被錄取，當時已經快七月，林院長最後輾轉來到省立台北醫院的內科服務。

林院長覺得人生就是這樣，當時原本還想著隔年要考回皮膚科，一個轉彎就有不同的際遇。林院長在當第一年住院醫師時，遇到台灣職業醫學之父王榮德教授到省立台北、桃園醫院演講，希望年輕人加入職業醫學的領域，在當時內科主任的鼓勵下，林院長就利用工作之餘的時間攻讀職業醫學取得碩士學位。職業醫學領域涉及行政相關議題，再加上林院長本身沉穩內斂的個性，這樣的特質被當時的黃焜璋院長給注意到，送去學習談判技巧、醫療糾紛處理、採購法等等訓練，加強行政相關技能培養。有一件林院長印象深刻的事件，當時任職台北醫院的一位主治醫師，是國家級長官的女婿，遇到一起醫療糾紛，原本已經與患者處理好了，沒想到被岳父的政敵借題發揮，大肆炒作，鬧得沸沸揚揚。林院長得知訊息，當晚立刻撰寫醫院新聞稿，第二天一大早台北醫院就被十幾台SNG車包圍，林院長代表醫院出來發言，第一次面對記者龐大的採訪陣仗，有條不紊的說明，沒有被記者問倒，受到黃焜璋院長稱讚有膽識，讚譽不絕。

下一任台北醫院林水龍院長更是對林三齊院長青眼有加，當時林水龍院長到任時曾私下詢問基層員工，如批價掛號人員、門診護理師等等，他們認為哪一位主任最好，而林院長就是其中最高票的那一位，林水龍院長找林三齊院長懇談，任命為台北醫院第一任門診部主任，推動門診服務流程改善專案，成功溝通協調整合各科室，有效提升門診服務品質。並邀請參與衛生署附屬醫療機構管理會北區聯盟管理中心主任，林三齊院長就跟著林水龍院長學習，包括醫療品質、營運績效、健保事務、公費生分發及教育訓練等等相關事務處理的模式與技巧，累積在醫院管理實務上的知識和經驗。在升任台北醫院副院長後，更是積極參與醫師公會全聯會相關事務。在多位前輩的提攜薰陶下，林院長體悟到眼界放寬、格局放大，事情應以大局為重，但又不能忽略細節的重要性。



在107年底王必勝升任醫福會執行長時，他詢問林三齊院長是否願意擔任醫福會副執行長，林院長十分驚訝，因為往例都是當完部立醫院院長後，才會接任這個職務，而當時林三齊還只是台北醫院的副院長，擔心承擔不起這個重責大任，但王必勝執行長對他說，依實力你一定可以勝任，就看你願不願意做。林院長思考再三，認為在這個職位上可以學習更多的事務，就接下了這個挑戰，萬萬沒想到後來居然爆發了 Covid-19 疫情。

疫情爆發

自108年底起 Covid-19 疫情開始在國際間不斷延燒，臺灣在109年1月率全球之先，設置了第一間集中檢疫所。林院長還記得，大年初三中午他與友人共進午餐，醫事司石崇良司長來電，要他立刻到CDC 衛生福利部疾病管制署來討論集中檢疫所的事，林院長滿臉疑惑的問，什麼是集中檢疫所？帶著困惑緊急來到CDC 開會，原來是要安置入境檢疫的民眾，以阻絕境外病毒進入社區。在當時疫情仍顯不明時，大家對於此新興疾病有太多未知，不少人聯想到多年前的SARS，面對未知的敵人，有著巨大心理陰影。那時候行政院跨部會總動員，並動用公權力徵用各訓練中心打造集中檢疫所，林院長協助籌設集中檢疫所，在短短幾天內進行場勘、指揮規劃動線、購置住民相關日用品及防疫物資等工作，短短一週內從發想到設立。檢疫所設有安全組、後勤組和醫療組三個單位，安全組就是保警，負責住民安全，後勤組負責餐飲、清消等，醫療組則是由部立醫院派員負責，指揮官都是副院長層級以上。林院長當時擔任醫福會副執行長，承擔起承上啟下的重要工作，透過不斷的溝通協調各單位，排除問題，調度資源，妥善執行一次又一次的特殊任務。



武漢防疫包機

中國疫情爆發初期，109年1月23日武漢封城，各國陸續專機撤僑，但由於台灣籍居民身份觸及敏感的兩岸關係，陷入兩岸政府間的政治攻防困境，遲遲未能成行，幾經政治周旋，在109年2月3日完成第一班中國返台包機。飛機抵台後，一位不在陸委會優先乘客名單上的乘客成為台灣第11例確診病例。台灣方面擔心包機成為防疫破口，提出派遣台灣檢疫人員赴中在乘客登機前檢疫，經過兩岸當局協商談判，周旋溝通，在以健康為主要考量因素下，第二批武漢包機才最終得以在109年3月10日成行，由王必勝執行長帶領部立醫院醫護同仁赴中國進行登機前檢疫工作。

林院長回想當時，局勢瞬息萬變，各項準備都與時間賽跑。其中第二批武漢包機名單中有懷孕九個多月的孕婦，需要婦產科醫師隨機應付緊急狀況。林院長打給嘉義醫院黃元德院長，請求支援婦產科醫師，黃院長二話不說立刻答應親自出馬，更沒想到的是護理師在一天之內就報名了三十幾位，願意赴中執行任務，林院長覺得部立醫院的同仁們，都有一種義無反顧捨我其誰的精神，真的十分令人動容。

武漢包機還有個小插曲，台灣檢疫人員全程穿了隔離衣高達 10 小時以上，不能吃喝、上廁所，呼吸不順又相當悶熱，有成員還因流汗造成輕微脫水，體溫上升超過標準，被攔下來要求再次檢驗，幸好後來有驚無險通過了，差一點就回不了台灣了。



視察武漢包機降落。陳時中前部長(中)、石崇良前司長(右)、林三齊院長(左)



109年3月10日陳時中前部長與林三齊院長前往桃園機場迎接防疫英雄



部立醫院護理師等待返國民眾下機分配前往集中檢疫所



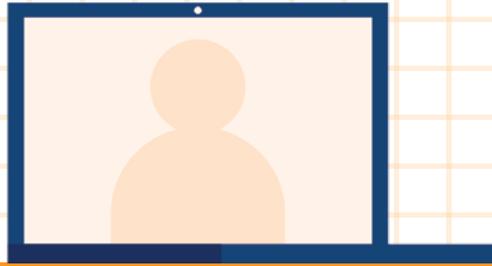
進行核對身分，標示檢疫所名稱、防疫遊覽車次座位；每輛遊覽車由一位護理師押車

戰疫保壘-集中檢疫所

集中檢疫所有幾度變身的過程，原先集中檢疫所的精神是強制隔離，提供高風險國家入境旅客檢疫使用，以阻擋境外疫情進入本土；後來有零星本土確診案例後，增加提供本土確診者之密切接觸者隔離使用；110年5月本土確診病例數暴增，大多為輕症確診者，為減緩臨床醫療負荷，集中檢疫所轉型為加強型集中檢疫所，增加收住輕症確診者，這也是台灣醫療量能沒有崩潰的重大策略，適時分流使醫療院所保有適當的量能提供一般民眾醫療需求。

三級警戒時本土確診病例數暴增，各醫院急診室擠爆，醫療量能瀕臨崩潰，王必勝執行長要求林院長去規劃，將集中檢疫所轉型收住輕症確診者，他說如果不這麼做國家會完蛋的。林院長立刻購置氧氣機並調動氧氣筒進駐檢疫所，並透過 FDA 衛生福利部食品藥物管理署收購血氧機供檢疫所使用。所有集中檢疫所後面一定設有一個醫學中心，119救護車此時已經疲於奔命，透過內政部協調與民間救護車合作，建立病情變嚴重的集中檢疫所住民的後送綠色通道。

集中檢疫所徵用全台各處機構的閒置房舍，為讓入住者住的舒適，安裝 5G 網路，補充民生物資，房間雖然老舊但乾淨。衛生福利部共計徵用 63 所集中檢疫所，動員 21 家部屬醫院和療養院、1 家市立醫院、2 家國軍醫院、1 家國立大學所屬醫院，工作人員不僅包括醫護人員，也集結軍警和各後勤單位，每一位投入的工作人員均扮演重要角色，共同守護台灣。



滾動式修正集中檢疫所指引

為了讓集中檢疫所工作有所依循，從一開始擬定集中檢疫所指引的過程中林院長就持續參與，為了讓指引內容能與各單位既有相

關業務銜接，不斷與防疫核心單位疾病管制署討論，也請實際執行集中檢疫所工作的指揮官協助審閱指引草案，經過多次討論後訂定

「嚴重特殊傳染性肺炎集中檢疫場所工作指引」，後來歷經集中檢疫所轉型，防疫政策滾動式調整，最後林院長離開醫福會副執行長一職時，指引已修正至第五版，從人員動線，清消步驟，到漂白水比例等等，鉅細靡遺，項項都是經驗的累積，可以留給未來突發疫情時，參考依循的一個寶貴資產。

心靈綠洲

疫情期間，諸多事情千頭萬緒，林院長並不會覺得痛苦，只想盡全力去做好每一件事。而遛狗就是林院長高壓生活中最治癒的時刻，院長有養一隻可愛呆萌的赤柴，第一次見面時才幾個月大，被同伴踩在腳下也不為所動，飼養後發現牠沒有一般柴犬的固執個性，牠聰明、可愛、乖巧、忠心，院長一邊誇獎自家愛犬，一邊展示愛犬照片，喜愛之情溢於言表，不言而喻



公職生涯的最後一站

民國 111 年年末，林院長得知基隆醫院院長空缺，且國內疫情持續穩定且處於低點，認為階段性任務已經完成。想著年齡已經六十歲了，公職再做也就五年時間，如果這次機會沒有把握，可能也沒有機會回基隆了，林院長想要公職生涯的最後一站回到故鄉基隆，為故鄉盡一點心力。

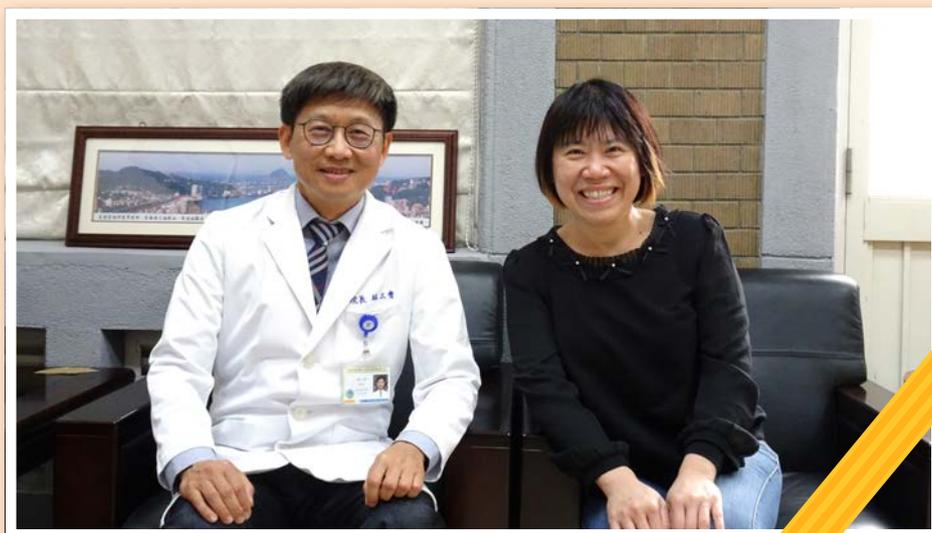
林院長任職醫福會副執行長時，每一間部屬醫院和療養院都會去跑，當時就對故鄉的基隆醫院頗為關注。基隆醫院的醫師人力不足有段時日，曾遇到他院同僚詢問林院長，為什麼基隆醫院連盲腸炎也要轉院，經了解原來是患者要求做內視鏡手術，當時基隆醫院中沒有人在做內視鏡手術，所以只好將患者轉院。林院長去找亞東醫院邱冠明院長商談，他們有很多厲害的年輕人，但在醫院沒有那麼多刀可以開，成功媒合了兩位厲害的年輕醫師到基隆醫院一般外科服務。再來勸說基隆醫院放棄住院醫師訓練資格，因全台部屬醫院除了台北醫院、桃園醫院、台中醫院、豐原醫院這些醫院收的到住院醫師外，其他部屬醫院都收不到住院醫師，若放棄住院醫師訓練資格，可以安排公費生進來。那一年全台公費生一年分發人數只有17位，要分給基隆醫院兩位心導管專長的公費生，著實被其他醫院抗議，林院長想辦法說服大家基隆醫院真的需要心導管手術。就這樣林院長當在醫福會副執行長期間，從多方管道想辦法挹注人力，成功媒合近十位各科醫師進基隆醫院，補充基隆醫院各項醫療能力，而林三齊接任基隆醫院院長這一年來，醫療服務量能已有顯著提升。同時基隆醫院為因應基隆步向高齡化社會，長期照護需求增加，發展急性後期照護、安寧緩和療護、社區照顧關懷及居家服務支援等多元服務。



在地醫療

基隆醫療分工合作，基隆長庚醫院為擁有重度級緊急醫療能力的醫院，而部立基隆醫院扮演中度急救責任醫院的角色，醫院之間彼此合作，正向競爭。林院長一直想讓基隆鄉親知道，基隆的醫療水準充足，就醫真的不需要往台北跑，可以省下舟車勞頓的時間跟精力，並且獲得良善的醫療照護。

醫師公會是一個大家庭，每一位會員就像小螺絲一樣，靠著大家團結在一起，才能造就一個有影響力的群體。例如基隆醫療收費標準修訂案一再被退回，也是在公會幹部及各醫院代表一而再，再而三的奔走下，事情有了進展。不管是區域醫院、地區醫院、基層診所的醫師，大家都是一起為基隆醫療盡心盡力，也希望年輕的一代能踴躍參與公會事務，新舊經驗傳承、永續發展，讓我們基隆整體的醫療環境可以變得更好。



產後媽媽常見疼痛及處理

傅鐵城醫師-基隆長庚醫院復健科

引言

對於媽媽們來說，在懷孕時因為身體變化常常引發各種身體不適，除了常見的孕吐、胃脹、抽筋和水腫之外，懷孕造成的下背痛和骨盆疼痛也時常困擾著許多媽媽們，新手媽媽們有時會認為過程雖然辛苦，但只要咬著牙努力撐過這段時間，順利「卸貨」之後，這些狀況就能夠得到改善，但往往卻在生產後才發現，原來這些身體疼痛還有很長一段路要走。



事實上，懷孕時的下背及骨盆疼痛盛行率相當高，而且許多人疼痛的情形會一直延續到產後，大約有50-90 %的孕婦在懷孕過程中曾經歷下背及骨盆疼痛，而且在產後半年下背及骨盆疼痛的盛行率仍高達25-43 %。

另外，產後在照顧新生兒的過程中，因為媽媽們長時間抱小孩、餵母乳，擠母乳的動作，常容易出現手腕過度彎曲、大拇指過度用力外展等不正確施力方式，使得媽媽們在產後一個月左右，容易發生俗稱「媽媽手」的狹窄性肌腱滑膜炎。

本文將介紹產後媽媽們常見的疼痛成因及復健治療方式，希望能夠幫助各位媽媽們對於相關問題有進一步的認識。

媽媽手

成因：產後媽媽常常需要抱著新生兒，大拇指需要長時間維持在伸展和外展的角度(大拇指往外打開的姿勢)，使得手腕大拇指側的支持帶過度使用而增厚，進而壓迫到手腕的外展拇長肌和伸拇短肌肌腱，最後導致這兩條肌腱發炎(圖一)。另外，因為懷孕時荷爾蒙的變化及手部水腫，也會造成媽媽手的情形惡化。

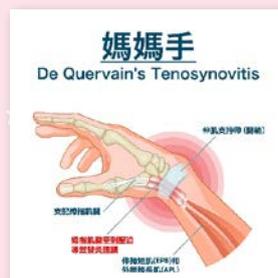
症狀：手腕大拇指側疼痛，尤其做大拇指或手腕活動時症狀會加劇。

治療：1. 口服止痛藥。

2. 使用拇指固定副木(圖二)及適度休息。

3. 局部接受熱療、電療及超音波治療等物理治療。

4. 局部注射類固醇。



(圖一)



(圖二)

下背痛

成因：產後下背痛主要有兩大成因，第一，隨著胎兒的成長，胎兒需要的空間會越來越大，此時孕婦體內會分泌荷爾蒙使得骨盆及腰椎附近的韌帶鬆弛，讓骨盆的空間能夠因應胎兒的成長而擴大，但同時因為腰椎附近的韌帶鬆弛會使得腰椎的穩定度下降，造成下背部的不適。第二，由於懷孕時子宮會隨著胎兒成長而逐漸增大，導致身體重心的前移，身體為了調整姿勢來維持平衡，腰椎會不自覺的向前挺，除了增加了腰椎小面關節的壓力，也會增加腰椎椎間盤承受的壓力，嚴重時可能造成腰椎的椎間盤突出。雖然在生產後不需要再挺著大肚子，但有些媽媽在抱小孩時仍會不自覺的挺腰來撐住小孩的重量，造成腰椎的壓力。

症狀：容易腰痠背痛、久坐起身時引發疼痛、彎腰後起身困難、腰痛牽引至屁股及大腿後側等，都是常見的表現。

治療：1. 口服止痛藥。

2. 使用護腰來降低腰部壓力。

3. 下背部運動治療（例如：拱背運動[圖三]、擺腰運動等）

4. 接受熱療、超音波、短波、干擾波、電療及徒手治療等物理治療。

5. 超音波導引軟組織增生療法。



(圖三)

骨盆痛

成因：除了上述因體內荷爾蒙濃度改變，造成骨盆附近的韌帶鬆弛使得骨盆穩定度下降以外，當恥骨聯合韌帶過度鬆弛，兩側恥骨的間距增加，甚至出現了上下錯位，就會引發局部的疼痛，稱為恥骨聯合分離。另外，為了保持身體平衡，孕婦的坐姿會較為往後仰，尾椎骨便取代臀部承受了上半身重量，因而產生過大的壓力。除此之外，有時在生產過程中也可能產生尾椎的半脫位，造成疼痛。

症狀：下腹部恥骨聯合、腹股溝、骨盆後側及尾椎疼痛，抬腳、張開雙腿，甚至是走路時疼痛會加劇。

治療：1. 口服止痛藥。

2. 使用束腹帶可以減輕恥骨聯合分離造成的疼痛。

3. 使用減壓坐墊可以減輕尾椎壓力，並減輕疼痛。

4. 骨盆運動治療（例如：凱格爾運動、橋式運動[圖四]等）。

5. 接受熱療、超音波、短波、干擾波、電療及徒手治療等物理治療。

6. 超音波導引軟組織增生療法。



(圖四)

結語

產後是一個充滿幸福和挑戰的時刻，媽媽們在這段時間除了需要照顧自己的身體，更要花費大量的時間精力照顧新生兒，導致原本就有的下背及骨盆疼痛無法得到充分休息。此外，還可能因為照顧小孩而造成媽媽手等各種新的問題。這些問題若是症狀較輕微，自行在家做一些簡單的運動治療及肌力訓練就能有明顯的改善，但如果症狀比較嚴重，甚至影響到

日常生活，就需要復健科醫師的協助，進行適當的檢查及治療，讓產後媽媽們能夠擺脫疼痛，用健康的身體陪伴小孩成長。

參考資料

1. David X. Cifu. Braddom' s Physical Medicine and Rehabilitation (6th ed.). Elsevier.
2. Aggarwal, R., & Ring, D. (2021, November 2). De Quervain Tendinopathy. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/de-quervain-tendinopathy?search=de%20Quervain%20tendinopathy&source=search_result&selectedTitle=1~17&usage_type=default&display_rank=1
3. Dai, C. (2023). Self Efficacy Associated with Regression from Pregnancy related Pelvic Girdle Pain and Low Back Pain Following Pregnancy. BMC Pregnancy and Childbirth, 2023(23).
4. Franke, H., Franke, J., Belz, S., & Fryer, G. (2017). Osteopathic Manipulative Treatment for Low Back and Pelvic Girdle Pain during and after Pregnancy: A Systematic Review and Metaanalysis. Journal of Bodywork & Movement Therapies, 2017(21), 752–762.
5. 郭怡良, 吳紀萱, 吳孟興, 林冠吟, & 蔡一如. (2020). 骨盆底肌訓練對患有妊娠相關骨盆帶疼痛產後婦女之效應：前實驗研究. 物理治療, 46(4), 239–249.
6. 張皓媛, 賴裕和, 李建南, 陳月枝, & 楊雅玲. (2011). 運動對於懷孕相關下背與骨盆疼痛之成效. 台灣醫學, 15(2), 202–216. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.6320/FJM.2011.15\(2\).12](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.6320/FJM.2011.15(2).12)
7. 王韋智. 媽媽手. 手外科醫師醫療網. <https://www.handsurgerytaiwan.com/De-Quervais-tenosynovitis>

病患自主權的保障： 認識預立醫療照護諮商

◎何孟軒醫師、葉維中醫師-基隆長庚醫院家庭醫學科



重視病患的自主權

隨著病患走入生命末期，病情開始進展到意識不清及生命徵象不穩定。如果病患在清醒時沒有與家屬討論過如何善終，則是否簽署DNR（不施行心肺復甦術同意書）的難題便落在家屬身上。在這種情況下，家屬常處於兩難之中：一方面不想讓病人經歷更多痛苦而避免急救，另一方面又難以接受病患離世。家屬的決定沒有絕對的對錯，但是否符合病患的真實意願往往無從得知。除此之外，有些長期失去意識的病患（如：永久植物人、或是不可逆昏迷患者），雖未面臨生命末期，但也因為無法自行進食而長期放置鼻胃管進行餵食，這也可能是病患本身當初無法想像的情景。以上例子都顯示當病人意識狀態不清時，他們無法為自己的生命做出決策，這不僅可能給他們自己帶來困擾，也可能使家人面臨艱難的決定。為了讓病患能夠提前決定他們希望接受的醫療行為，減輕家人的負擔，並保護醫護人員，台灣的《病人自主權利法》於2019年1月6日正式實施，旨在全面保護病人的自主權。此法強調病情必須告知病人本人，並賦予他們選擇和決定的權利。此外，病人還可以通過填寫預立醫療決定書，來保障在面臨特定臨床條件時能夠有尊嚴地離世。常見門診案例

80歲的老先生，本身患有多重疾病，10幾年來起居都需要看護來照顧。他感嘆近年自己身體越來越差，開始出現輕度失智，除了害怕人生無常之外，倘若有一日發生意外的時候不希望自己受到過多的痛苦，也不想再花無意義的錢住院或手術，更不希望因此

連累家人，再某次社區醫院衛教講座時聽說簽署AD（Advanced decision）之後可以在未來發生緊急狀況時不被壓胸、插管急救，於是今天在女兒當見證人的陪伴下來門診參與了ACP（Advanced care planning）的預立醫療照護諮商。

什麼是 ACP & AD

ACP（Advanced Care Planning，預立醫療照護諮商）是一個醫療溝通和諮詢過程，旨在幫助意願人根據自己的期望制定醫療決策，尤其是將來當意願人處於特定臨床條件時（如：末期病患、不可逆昏迷、永久植物人、極重度失智，或其他經中央政府公告之無法治癒且痛苦難耐的疾病等），透過當初已經註記的預立醫療決定（Advanced decision）來接受或拒絕維持生命治療與人工營養或流體餵養。透過ACP（預立醫療諮商），患者及家屬能更深入理解醫療選項，促進溝通與達成共識。此過程不僅提供支持性討論環境，也建立信任關係，幫助醫療團隊了解並滿足患者個性化需求，並尊重其善終權利。



家醫科醫師和長照病患照護者介紹ACP諮詢服務管道

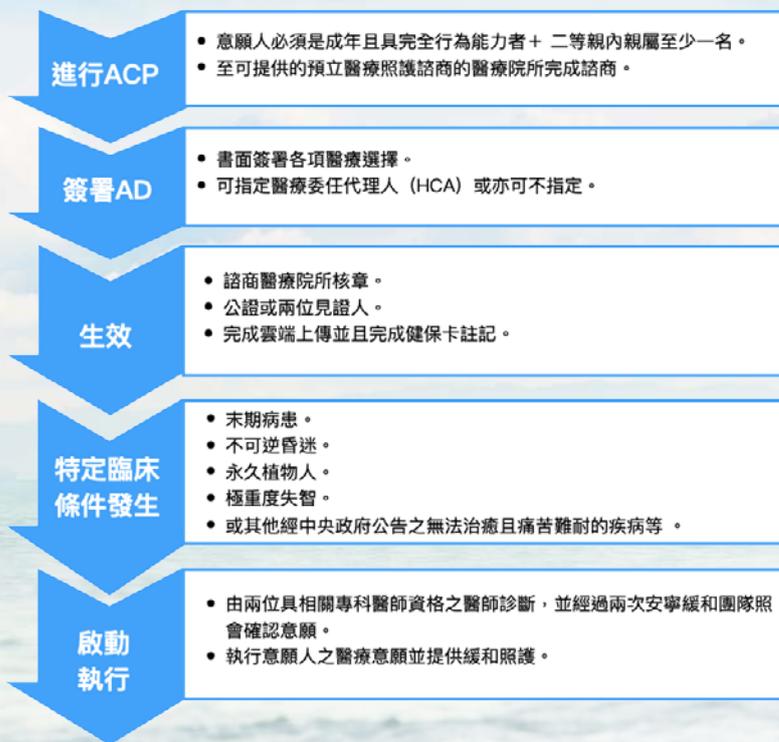
維持生命治療、人工營養及流體餵養

病人自主權利法中所謂維持生命治療是一切用以維持及延長生命的醫療措施。其包括心肺復甦術（CPR）、機械式維生系統、輸血治療、抗生素治療，又或者是任何針對特定疾病所設置的處置等。而所謂人工營養及流體餵養是指透過導管或其他侵入性措施餵養食物與水分，例如使用鼻胃管或胃造瘻口灌食以及使用靜脈注射營養針。醫護人員需要明確和病患說明接受或拒絕上述醫療行為的原因以及可能帶來的影響。

費用及未來規劃

目前參與ACP（預立醫療照護諮商）的費用因醫院而異，一般自費價位約在2000至3000新台幣左右，某些醫院可能會提供團體簽署折扣。此外，對於身心障礙者、重大傷病患者、中低收入戶、榮民以及軍警消人員等特殊身份者，各醫院提供不同的減免優

預立醫療決定的簽署與執行



惠，建議在前往相關ACP門診前，先撥打電話至該醫院進行詢問。自2024年起健保將給付末期病人、嚴重失智症患者及11類公告罕見疾病患者（包括漸凍人）一生乙次ACP服務。更多信息可透過衛福部病主法免費諮詢專線 0800-008-545 獲得。

提供ACP諮商服務之醫療機構

1.北北基醫院：(台北市)臺灣大學醫學院附設醫院、馬偕紀念醫院、臺北榮民總醫院、國泰綜合醫院、三軍總醫院、新光醫院、萬芳醫院、臺北市立聯合醫院、臺北醫學大學附設醫院、振興醫院；(新北市)亞東紀念醫院、淡水馬偕紀念醫院、台北慈濟醫院、雙和醫院、恩主公醫院；(基

隆市)衛生福利部基隆醫院、長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院。

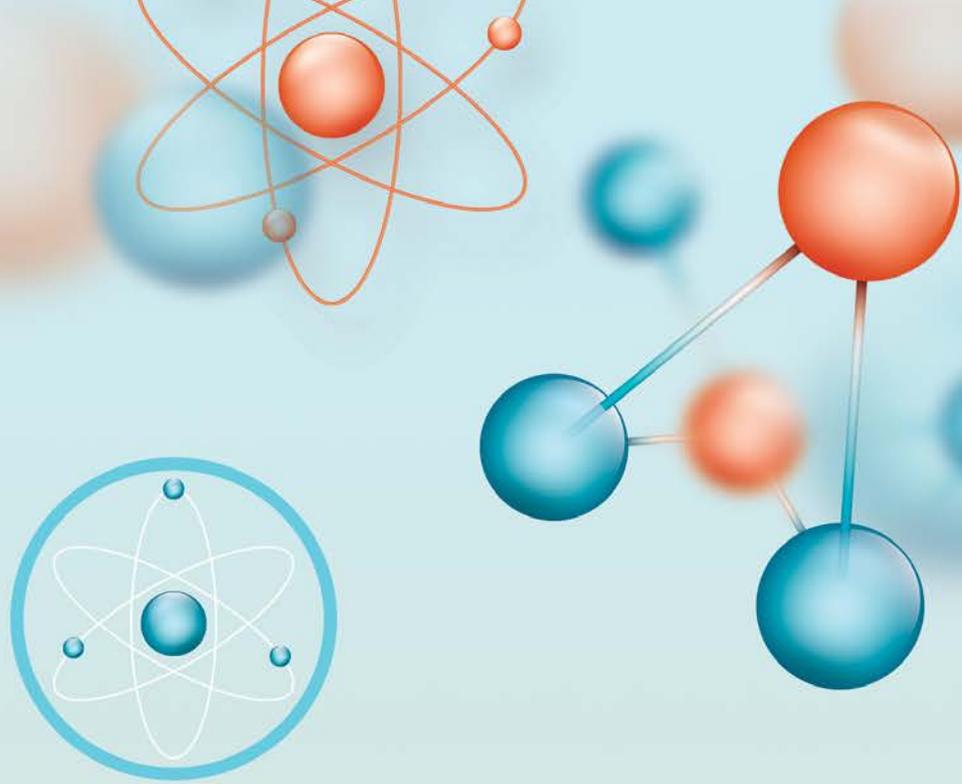
2.更多可上衛福部網站查詢預立醫療決定 / 提供預立醫療照護諮商醫療機構
<https://hpcod.mohw.gov.tw/HospWeb/RWD/PageType/acp/hpcodlist.aspx>



從免疫療法到 細胞療法： 治療癌症新曙光

◎張悅詩醫師-基隆長庚醫院血液腫瘤
科主治醫師

這幾年，由於免疫檢查點抑制劑(immune checkpoint inhibitor, ICI)在抗癌治療的顯著療效，延長癌症病人存活與生命，免疫治療已經廣為人知，是繼現有的手術切除、放射、化學治療與標靶藥物之後，另一個有效藥物的選擇。隨著科技進步，免疫療法種類逐漸增多，除了免疫檢查點抑制劑的藥物，近年也有許多「自體免疫細胞療法」問世。在過去，骨髓移植就是一種熟知的細胞療法，分為自體幹細胞移植及異體幹細胞移植，透過人體血中或是骨髓中幹細胞重建身體免疫機轉，達到抗癌效果，是許多血液癌症治療相當重要的一環，如多發性骨髓瘤、白血病、淋巴瘤等。根據過往

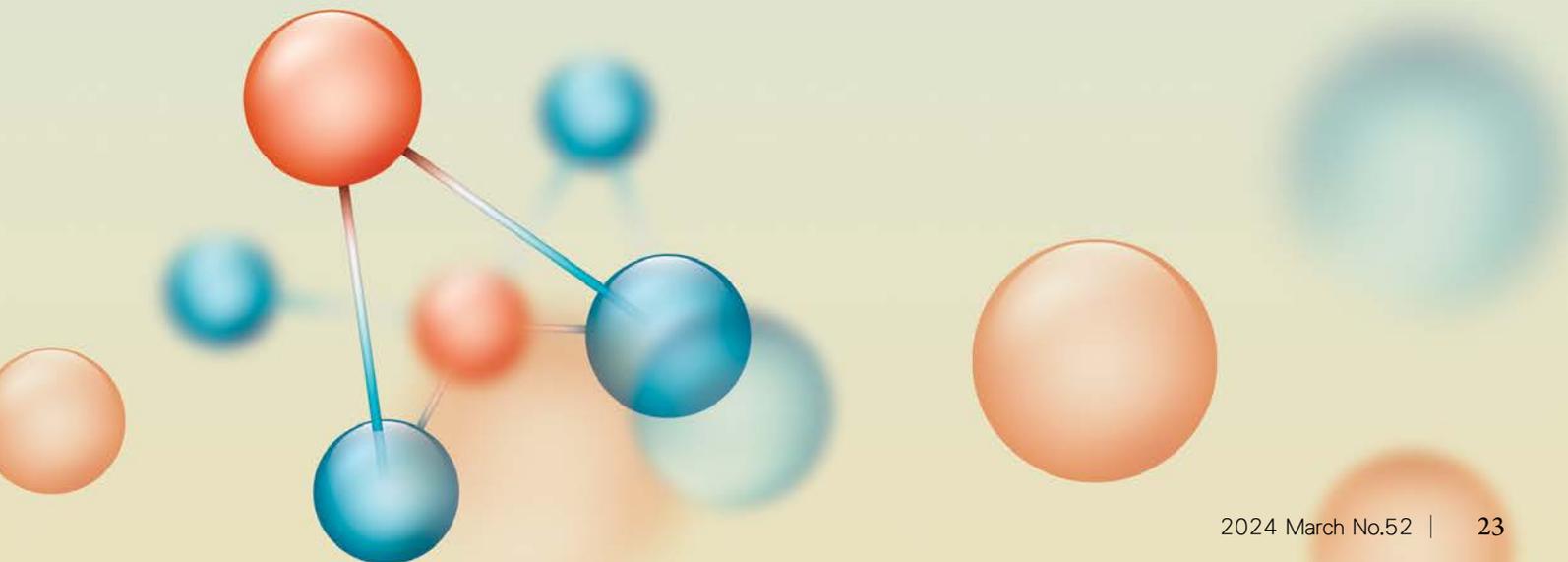


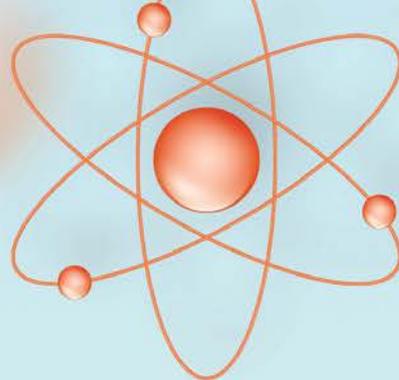
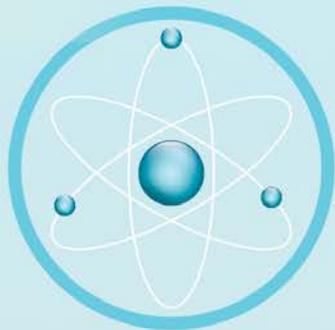
研究，多發性骨髓瘤患者接受自體幹細胞移植提升存活率(survival rate)，有助於疾病無惡化存活(progression free survival, PFS)，因此每位血液病患者都應該經過審慎評估移植之必要性。

而接下來的細胞療法發展，主要是根據台灣衛生福利部在2018年 9月所宣布的法案，正式開放「細胞治療」。此法案全名《特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法》，透過此次法案修正，主要是希望讓更多患者接受細胞療法。在原草案中，自體免疫細胞治療只限用於實體癌的第4期患者，現放寬為對於「第1-3期」實體癌標準治療無效的患者，也包含血液惡性腫

瘤經標準治療無效的患者。更重要的是，自體細胞類型也增加了不少，如Nature Killer (NK、自然殺手細胞), DC (dendritic cell、樹突細胞), cytokine-induced killer cell(CIK、細胞激素誘導的殺手細胞療法)等，讓癌末患者能有選擇更多元，單獨使用或是透過搭配其他抗癌治療方式，有助於延長癌症患者生存。

下述表格是目前細胞治療開放的六大項目，可以分為兩大類，一個是疾病治療，一個是組織修復，疾病治療的部分主要是針對癌症患者，在台灣，衛福部開放的條件為：國外已施行、風險性低，或已經於國內實施人體試驗累積達一定個案數，安全性可確定、成效可預



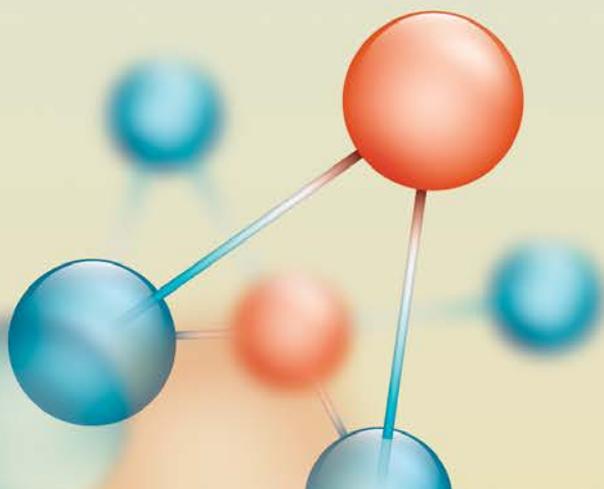


期之細胞治療項目。對於患者而言，細胞治療安全也一直是備受關注的議題，因此，現有開放項目的全部都為排斥風險較低、安全較高的「自體細胞」療法，這些療法也都必須有標準的療效審查，因此在臨床上，若患者經標準治療無效，是可以透過衛福部細胞治療專區找尋附近醫院，尋求有效之治療。

NO.	細胞治療類型	可以治療的疾病 (適應症)
1.	自體 CD34 selection/CD45RA depletion 周邊血幹細胞移植	<ul style="list-style-type: none"> • 血液惡性腫瘤 (hematological malignancies) • 白血病 (不包括慢性骨髓白血病之慢性期) • 淋巴瘤 • 多發性骨髓瘤 • 慢性缺血性腦中風 • 嚴重下肢缺血症
2.	自體免疫細胞治療 (包括 CIK、NK、DC、DC-CIK、adaptive T 等細胞治療)	<ul style="list-style-type: none"> • 血液惡性腫瘤經標準治療無效 • 第 1-3 期實體癌 (solid tumor), 經標準治療無效 • 實體癌第 4 期
3.	自體脂肪幹細胞移植	<ul style="list-style-type: none"> • 慢性或滿六週未癒合之困難傷口 • 大面積燒傷或皮膚創傷受損 (占總體表面積 $\geq 20\%$) • 皮下及軟組織缺損 • 退化性關節炎及膝關節軟骨缺損 • 其他表面性微創技術之合併或輔助療法
4.	自體纖維母細胞移植	<ul style="list-style-type: none"> • 皮膚缺陷: 皺紋、凹洞及疤痕之填補及修復 • 皮下及軟組織缺損 • 其他表面性微創技術之合併或輔助療法
5.	自體間質幹細胞 (mesenchymal stem cell) 移植	<ul style="list-style-type: none"> • 退化性關節炎及膝關節軟骨缺損 • 慢性缺血性腦中風 • 脊髓損傷
6.	自體軟骨細胞移植術	<ul style="list-style-type: none"> • 膝關節軟骨缺損

細胞治療項目及適應症 (整理自特管法)

「細胞治療」在台正式開放，但你對它又了解了多少？ - PanSci 泛科學



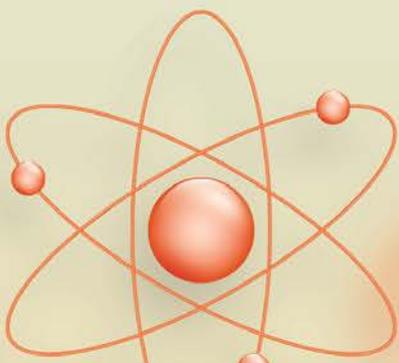


細胞治療哪裡找? From 衛福部
細胞治療技術資訊專區 - 細胞治療哪裡找
(mohw.gov.tw)

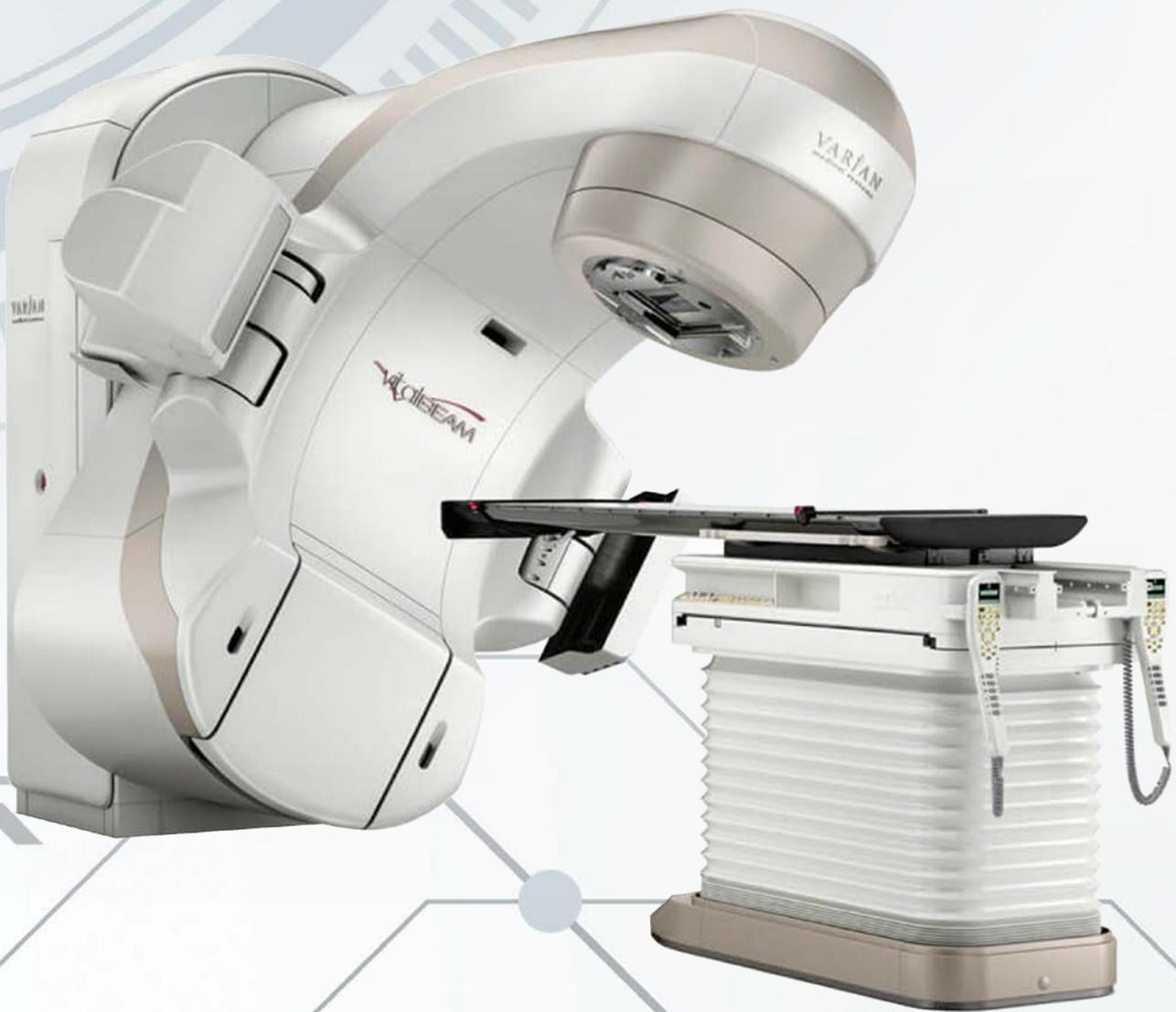
今年台灣也通過CAR-T(Chimeric Antigen Receptor T Cells, 嵌合抗原受體T細胞) 細胞治療的健保給付，足見細胞療法之療效是可以帶給患者治癒的希望。CAR-T是兼具免疫、細胞與基因治療三種特性的療法，現在在台灣的適應症包含用於難治與復發型的「瀰漫性大B細胞淋巴瘤」與「兒童B細胞急性淋巴性白血病」患者。要進行此治

療前，必須要先從病人體內分離出T細胞，並透過專門的基因處理，在T細胞上安裝可以鎖定癌細胞的導航系統，再透過細胞增生技術來成立一群免疫大軍，透過一次性注射即有望為癌末病人帶來治癒的機會。透過現有的CAR-T細胞治療，已經能有效控制淋巴瘤及兒童B細胞急性淋巴性白血病，臨床上發現能延長患者存活，甚至有痊癒的機會，也因次有許多針對不同腫瘤細胞的CAR-T治療正在研發中，未來希望可以找到癌症治癒的契機。

最後，在細胞療法盛行的年代，患者有許多機會得以知道此療法，但由於健保不給付需要病人自費，若能在有完整照護並有國家認證的院所執行是較為安全，基隆長庚紀念於2023年成立『骨髓移植暨細胞療法病房』，希望全方位照顧癌症患者，讓有需要骨髓移植或細胞療法的患者不須舟車勞頓，得以在基隆得到更完善的照護。另外，雖然細胞治療有一定療效，醫師們建議患者仍應該配合標準治療情形下執行，而非放棄標準治療。如此一來，這樣才能達到更好的疾病控制，讓末期疾病痊癒不再是夢想。



新一代高品質的直線加速器 *Vital Beam*



◎黃士銘醫師-基隆長庚醫院放射腫瘤科

基隆長庚放射腫瘤科於民國一一二年五月啟用新直線加速器 Vital beam，目前科內兩台直線加速器均已汰舊換新完成，歡迎各位多加利用與轉介。

基隆長庚放射腫瘤科自2008年開科服務基隆地區民眾後，持續積極更新醫療設備。自2020年1月，引進Varian公司的新型高端直線加速器 - 速鋒刀「Edge」，提供基隆與北海岸地區腫瘤患者優質與精準的癌症治療之後，目前於2023年5月啟用新直線加速器 Vital beam。

Vital beam直線加速器精準度明顯優於一般直線加速器，具有高精度影像導引系統，搭配6D治療床提供6軸方向修正與調整精準病患擺位，可減少治療誤差，並保護周圍正常組織，達到降低副作用的效果。同時，Vital beam直線加速器加速器具備先進的體積調控弧形治療，通過優化的連續高速動態弧形照射與5毫米高精細多葉準直儀，可在1-2分鐘完成治療。相對於一般放療，治療效率更高，所需時間更短。加速器還可實施尖端的立體定位放射治療技術，可用於腦瘤或肺、肝腫瘤的治療，達到手術般的治療效果。

Vital beam直線加速器適合全身病灶，如腦瘤、肺癌、乳癌、肝癌、頭頸腫瘤、婦科腫瘤、攝護腺癌等疾病，提供媲美質子治療之高品質、高效率且安全性高的放射治療。歡迎各位多加利用！



探索美容新趨勢： 電波拉皮與音波拉皮

◎楊濬安醫師-基隆長庚醫院整形外科

不論是等車、開車時常看到的公車的車體廣告，還是搭乘計程車時螢幕裡不停循環播放的廣告影片，總是會看見在螢光幕前活躍已久的藝人，彷彿歲月都不曾在她們身上留下痕跡一般，用親身經歷代言著各式各樣的醫美產品和新科技，尤其是時下最流行的電波拉皮與音波拉皮。

只不過，電波拉皮幾百發、或是音波拉皮幾百條，大家往往是聽得一頭霧水。尤其兩者都標榜著非侵入性，沒有恢復期，讓人不知該選哪一個才比較適合自己。其實，只要稍微了解它們的原理，一切就變得簡單了～



電波拉提原理：

所謂電波拉皮是利用高頻率的電子振動，在肌膚與脂肪組織間產生立體式加熱效果，進而刺激膠原蛋白的增生重組和組織收縮，達到緊緻肌膚、撫平褶皺的效果。簡單來說，就是由外而內，從表層肌膚開始往皮下的深層組織逐漸加熱，向內縮緊。

- 效果：緊縮、撫平細紋

音波拉提原理：

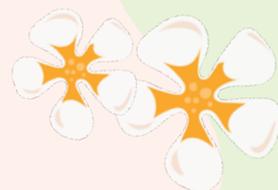
音波拉提則是利用高強度聚焦式超音波（High Intensity Focused Ultrasound, HIFU）的原理，以「隔山打牛」的方式直接讓深層的筋膜層受熱後收縮，間接地拉緊表層肌膚。音波主打的是針對深層組織去向上拉提（lifting），並且刺激膠原蛋白增生，由內而外，使整體皮膚緊縮、恢復原有彈性。

- 效果：拉提、加強輪廓

為了彌補「電波主外、音波主內」的缺憾，當然也各自發展出強化其弱項的新一代機種。例如，電波提升了穿透力，治療深度達到4.3mm，幾乎和音波一樣深，得到一些拉提的效果。而音波也發展出淺層的探頭，加熱淺層的皮膚組織，以及線狀的探頭，來獲得一部分緊膚的效果。

適用對象：

無論是電波拉皮還是音波拉皮，它們都適用於想改善面部和身體鬆弛的人群。常見的治療區域包括臉部、頸部、手臂、腹部、



大腿內側等多個部位，都能夠有效改善肌膚鬆弛及撫平細紋等問題。

常見Q&A：

- 聽說打電波、音波很痛？

通常在臉上敷麻藥40~60分鐘後，施作當下只會有輕微的刺痛感，某些部位例如眼周、頸部可能會比較有感。當然疼痛感是因人而異，若感到不適隨時可以請醫師暫時休息一下再繼續。

- 真的沒有恢復期？

非侵入性的治療沒有傷口，不需要表皮修復，術後可以立刻上妝，當天就能正常生活和工作。治療結束後當下肌膚會有些許泛紅，1個小時內會消退。接下來的兩三天內可能有些微瘀青和酸酸的感覺，至多在一週內都會消失。

- 年齡限制？

除了25歲以下或是70歲以上，效果比較不明顯以外，基本上不分年齡，都可以接受非侵入性拉皮，得到更年輕的外觀。

- 電波音波可以同時施打嗎？

電波可以讓表層肌膚變得更緊實，音波則讓深層的筋膜層收縮使臉部線條向上拉提。一個向內，一個向上，相輔相成且能讓效果維持更久。

• 電波越多發、音波越多條，多多益善？
發數或條數太少較難得到顯著效果，但太多則可能影響肌膚修復或造成不必要的熱傷害。實際上，還是需視每個人肌膚的細紋和鬆垮程度來決定。

- 術後照顧很困難？

只要正常洗臉維持清潔，加強保濕和防曬，一週內避免使用刺激性的保養品或進行去角質的動作例如做臉，避免進出高溫場所如三溫暖等。

- 效果維持多久？

完成療程施作後立刻會覺得皮膚緊緊地，同時啟動皮下自然修復機制，在接下來的1~3個月還會持續緊實拉提，達到最佳的狀態。至於持久度方面，近期新一代的Q+立線音波，效果預計可持續一年；最新的鳳凰電波，更是號稱效果能維持一年半至兩年！

電波拉皮與音波拉皮技術的快速發展為想追求年輕肌膚的人們帶來了更多選擇。但在接受治療前，應詳細了解治療方式、風險和效果，並遵循專業醫生的建議。讓我們充分利用科技帶來的美容優勢，同時注重健康和個人自然之美。

損害控制手術於嚴重外傷的關鍵角色 從彈藥庫爆炸事件談起

◎劉曜彰醫師/陳志豪教授- 基隆長庚醫院整形外科

烏俄戰爭自從2022年全面開戰後，成為了歐洲自第二次世界大戰後最大規模的戰爭之一，截至目前為止，不僅造成了數萬人的死亡，更造成數萬名士兵、民眾的嚴重外傷。在戰場上，一旦面臨嚴重的外傷，若是沒有適當的止血，便可能進入創傷死亡三角的循環而最終回天乏術。

在台灣，雖然沒有立即性的戰爭威脅，但我們仍時不時可以從新聞上聽到一些重大的外傷事件，例如2023年7月份在基隆軍營，就發生了彈藥庫爆炸的事件，造成國軍弟兄面臨生死交關的重傷，所幸經過積極的損害控制手術(Damage Control Surgery,

DCS)，得以保住性命接受後續的重建治療。

損害控制手術是什麼？

損害控制手術(Damage Control Surgery, DCS)的概念是透過手術「迅速」的控制嚴重的創傷性出血或是汙染，待病患接受復甦急救恢復相對穩定的生理狀況後再接受確切性的處置(Definitive management)。此種手術概念別於傳統手術，傳統手術著重於達成手術目標，意味著即便病患的生命徵象不穩定仍應該完成複雜的重建。

損害控制手術(Damage Control Surgery, DCS)的概念是經過了多年的研究累積而在1990年代逐漸成為共識。過去面對複雜的外





傷病患，即便病患經歷了大量失血，大家仍試圖在首次手術當下完成複雜的重建，然而複雜的重建會延長手術時間、增加病患失血量，而這樣的結果也往往不盡理想，甚至病患可能死在手術台上。

在經過許多的研究後，損害控制手術的概念逐漸形成，階段性的處置成為主流，當嚴重外傷病患需要緊急手術時，手術重點在於迅速的控制外傷性的出血與污染，確切性的處置則會等到病患生命徵象相對穩定時再接續完成。這樣的手術概念能有效地降低嚴重外傷病患的死亡率。

可怕的創傷死亡三角(Lethal Triad)

當人體受傷後，身體會有自然的止血機制，然而當遭遇嚴重的外傷造成像是胸腹器官損傷、肢體大血管破裂、骨盆骨折等等情況，高流量的出血無法透過人體自然的止血機制而停止，一旦沒有適當的止血，便有可能因為大量失血進入創傷死亡三角(Lethal Triad)的循環。

創傷死亡三角(Lethal Triad)是所有醫師的夢魘，它包含了低體溫(Hypothermia)、酸血症(Acidosis)、凝血功能異常(Coagulopathy)三個要素，這三個要素彼此互相影響，形成一個惡性循環。而創傷死亡三角的成因來自於無法控制的大量出血。

大量出血時，病患往往會接受大量的輸液補充來維持血壓，然而不管是輸液或是血品，溫度往往都比人體來的低，大量的輸液會使得病患的體溫降低而造成低體溫。此外，大量出血造成病患貧血、休克、降低周邊氧氣供應迫使組織行無氧呼吸而大量累積乳酸形成酸血症。而大量失血後，身體的凝血因子大量被消耗掉與稀釋，造成凝血功能異常，在凝血功能異常的狀態下，反而更不容易止血。一旦進入這樣的惡性循環，病患就有非常高的死亡率。

在損害控制手術的概念逐漸形成後，





現在面對嚴重外傷病患的處置著重迅速的止血，避免大量失血後進入難以挽回的死亡三角循環中。而迅速的止血有賴於有經驗且資源設備充足的外傷團隊。

外傷急重症治療設備

如何穩定嚴重外傷病患的生命徵象一直是個重要的課題，以下簡單介紹兩種可以大大幫助創傷外科團隊的兩項設備。



主動脈復甦性血管內球囊閉合術 (Resuscitative endovascular occlusion of the aorta, REBOA)

主動脈復甦性血管內球囊閉合術 (REBOA)，透過非侵入性的方式從鼠蹊部置放主動脈導管，可以暫時阻斷主動脈遠端血流而達到止血效果，為嚴重外傷病患爭取時間得以接受後續處置。

複合式手術房 (Hybrid-OR)

傳統的手術若是需要影像檢查，往往需將病患轉送到影像檢查室，轉移的過程不僅增加手術時間也增加了病患麻醉、手術感染等風險。複合式手術房將先進的影像檢查設備配置在手術房裡，可以在手術房中結合血管攝影、精密影像檢查的執行，高效率地完成跨團隊的治療，在嚴重外傷病患的治療上亦是一大利器。

衛生福利部將全國各醫療院所緊急救護能力分成重度、中度與一般三個層級。重度級急救責任醫院要有接受及處理任何重症病人，包含急診、內、外、婦、兒各科及加護病房...等急重症的能力。尤其是對於急性心肌梗塞、急性腦中風、嚴重創傷、高危險妊娠、新生兒重症五大疾病，會定期評鑑追蹤其處理能力與成效。基隆長庚醫院身為台灣東北角唯一的重度級急救責任醫院，具有完整的跨科外傷治療團隊，更引進多項設備來提升外傷病患的治療效率，堅強守護大基隆

地區民眾的安全與健康。

參考資料：

- 1.Lamb, C.M., et al., Damage control surgery in the era of damage control resuscitation. Br J Anaesth, 2014. 113(2): p. 242-9.
- 2.Jacobs, L. and K.J. Burns, The Hartford Consensus to improve survivability in mass casualty events: Process to policy. Am J Disaster Med, 2014. 9(1): p. 67-71.
- 3.Beuran, M. and F.M. lordache, Damage control surgery--new concept or reenacting of a classical idea? J Med Life, 2008. 1(3): p. 247-53.
- 4.Shapiro, M.B., et al., Damage control: collective review. J Trauma, 2000. 49(5): p. 969-78.



醫學教育沒教的事

住院醫師訓練的經歷與思考

◎王思翰醫師-基隆長庚醫院整形外科
基隆長庚模擬醫學教育中心副主任

醫學訓練的過程始終讓人感覺有些跳級，醫學院7年（現在是6年）畢業之後突然有了醫師執照，一覺醒來突然變成PGY住院醫師，感覺甚麼都還沒準備好就得在晚上值班獨立處理病患的狀況，病房各種緊急的情況也是第一個先找自己，所以在成為住院醫師前的最後幾個月總會感受到學弟妹們滿滿的不知所措和焦慮。而成為住院醫師後的煩惱更遠遠不止這些，所以如何在住院醫師訓練期間找到自己的目標、確立自己的態度和想法是非常重要的。見實習醫師的經歷與住院醫師科別的選擇

整形外科是目前訓練年限最長的部定專科，而在經歷了6年紮實的訓練之後，突然某天睡醒後我們就成為了主治醫師，開始有自己的門診、自己的住院病人，同時也要開始自己下所有的決定並為自己下的決定負全責，也開始過上我們以前看著老師們過的生活。

然而在走進整形外科之前，我從來沒有想過會走整形外科或是任何的熱門科別。在念醫學院時，前四年我和一般的醫學生一樣，專心地打系隊，隨

著系隊征戰各大比賽，而輔大剛好又是體育強權，所以我們輔大醫學系籃在輔大體育系體學組、運動管理組、乙組校隊的陶冶下，也漸漸昇華成為醫學系體學組，然後當然念書的部分就不意外的與籃球技術成反比，但我也並不是非常在意成績，因為我至始至終都覺得我不會走熱門科系，所以對成績的要求應該也不會太高。大學五年級開始進醫院後才開始有想走的科別，我永遠記得耕莘醫院神經外科魏志鵬醫師在走廊上查房的背影，老師身高並不是非常的高，但氣質和身影看起來偉岸又絲毫不拖泥帶水，真的讓我覺得非常帥，而且神經外科的手術本身對無菌的要求就非常高（後來發現跟整形外科的要求差不多高），老師也要求他的手術視野要非常乾淨。看過幾台手術後，就默默地決定要走神經外科，做任何事情的時候也以老師的標準來要求自己。

“在每個時期都能找到一個自己的
Rolemodel，並督促著自己向前。”

然而我在實習的時候發現我也非常喜歡急重症醫療，常常在值班沒事的時候流連在急診，看哪裡可以打中心靜脈導管（CVC）、哪裡可以插氣管內管（OnEndo），我就去爭取機會嘗試，慢慢的也喜歡急診上的氛圍，喜歡感受拯救病患生命的感覺，所以選擇急診醫學科好像也變成了其中一個選項。而我在念醫學院的過程中也一直夢想著未來能加入無國界醫師組織（MSF, Médecins Sans Frontières），這樣是不是急診更適合我呢？

最後在快畢業時，突然在他們的招聘網站上看到他們需要外科醫師，且最好為矯形外科醫師（雖然後來發現他們指的是骨科醫師而不是整形外科醫師...），但神經外科除了個人手術技巧之外，強大的術後照護團隊也是

非常重要的一環，然而在戰地並不會有這麼好的術後照護，所以我在選擇科別上再次產生了猶豫。

整形外科對學生時期的我而言，只覺得整形外科就是做美容的，後來因緣際會下得知林口長庚醫院的整形外科甚麼都能做，舉凡皮膚、肌肉、骨骼、神經、血管、淋巴管都有在處理，且能夠手術的範圍也是從頭到腳全包，所以實習醫師的時候也申請來林口長庚醫院整形外科，經歷了半個月的實習後，真的非常佩服老師們，也看到了我喜歡的神經血管手術和急重症醫療，最後才決定投入林口長庚整形外科的甄選。

“在每個科別，你都可以找到你喜歡的部分。”

在甄選住院醫師時，老師們常常會問「如果你沒有選到你想要的科，你要怎麼辦？」當年我的回答是走一樣是外科系的其他科別，也有許多同儕的回答是全台投履歷，發誓一定要選到自己喜歡的科別。這個問題並沒有標準答案，但我可以和你說，即便我的身分是整形外科醫師，我仍然參與許多到院前緊急救護的訓練，我本身也是美國緊急救護人員協會（NAEMT）認證的戰傷救護以及到院前緊急救護的講師，也常受邀至消防局以及衛教基金會授課。雖然我沒有走神經外科，但這個月初我才和神經外科傅冠豪醫師合作一台顱內外血管吻合手術，將淺顱動脈接至腦血管上，所以即便我是整形外科醫師，我依然能夠在我本身的角色上找到並發展我喜歡和我想做的事。

“沒有走到你預期的科別，不代表你不能做你想做的事。”

你想成為一位怎麼樣的醫師

醫師的工作內容大概不外乎分成四個面向「臨床、研究、教學、行政管理」，經過這麼多年的醫師養成訓練，我個人認為在過程裡學到最多的是「犧牲」，因為我們不可能同時把每件事情都做到100分，所以我們也必須要知道自己的興趣和傾向並懂得判斷每件事的輕重緩急以及先後順序。

有些人只要一拿到手術刀或在臨床上挑戰困難的個案就會很開心；而有些人對於研究十分有熱情，無時無刻腦中都能浮現新的論文題目；也有許多人看到本週有醫學生或住院醫師跟著一起查房，就會忍不住教學，也很喜歡和學生們聊天分享；也有些醫師對行政流程及管理特別感興趣。每個人的人格特質都不一樣，而能把這四件事同時做好的人少之又少，更不用說還有個人的家庭生活需要照顧，所以時間管理及分配就是身為一位醫師非常重要的技能。

住院醫師的訓練過程裡同時也包含許多時間管理的訓練，住院醫師通常都需要同時進行多工處理，舉凡臨床事務、協助手術、急診會診、住院醫師教學、研究論文撰寫以及協助科內行政事務都是住院醫師的工作範圍。要在繁重的工作中找尋自己的興趣和傾向真的不是非常容易的事，但在住院醫師的階段，我鼓勵大家多去嘗試各個面向，很多事情其實和自己想的很不一樣，和女朋友一樣，要相處過才知道適不適合或喜不喜歡。

同樣的，未來有沒有要繼續留在醫學中心也會影響自己的臨床選擇，若只想要在地區醫院執業，所需要的技能就比較傾向廣而淺，每個技能都能夠做到70~80分，而如果想要留在分科很細的醫學中心，則就必須10年磨一劍，把一招練到超過100分，才能夠在醫學中心有自己的一席之地。這些都是我們要思考的事情。

“你不可能把每一件事都做到100分，所以你必须學習判斷事情的輕重緩急以及先後順序。”

朝目標前進時，也記得你熱愛的事物

住院醫師的訓練過程無論哪一科都是辛苦的，在獲得必備技能的過程中，我們常常會感到疲乏，所以維持前進的動力就十分重要。不論是維持自己的各種嗜好，亦或是在休假時出國旅行，都是住院醫師時期重要的充電樁，讓自己在受到挫折時，有一個宣洩的出口或避風港。

直到現在，我依然維持我自己運動的興趣，偶爾也和學弟一起打打球，因為一直喜歡音樂，所以在開刀房手術時，一定會有音樂相伴，遇到挫折時，也有一些同屆好友可以講講垃圾話（互相分享鼓勵的一種）。

住院醫師是醫師養成過程中的一個重要階段，它包含了疲憊、挫折、壓力和衝突，但同時我們必須用夢想、目標、成就感以及堅持不懈的努力澆灌整個過程。就像一次次受傷產生的傷口，我們必須重複地進行疤痕修整及自我修復，直到我們足夠堅強也具備足夠的能力。



基隆長庚三對三籃球賽亞軍



平時還是會花時間多
陪陪女兒



於新北市消防局林口分隊教
授「到院前創傷救命術」



現職

- 基隆長庚醫院整形外科主治醫師
- 基隆長庚醫院模擬醫學教育中心副主任

學歷

- 國立台灣大學醫學院解剖學暨細胞生物學研究所博士班
- 輔仁大學醫學系學士
- 台灣人工智慧學校北部智慧醫療專班第三期結業
- 國家衛生研究院精準醫療種子人才培訓結業

經歷

- 美國史丹佛醫學中心 (Stanford University Medical Center) 整形外科臨床進修
- 林口長庚醫院整形外科主治醫師
- 林口長庚醫院整形外科住院醫師、總醫師
- 美國天普大學 (Temple University Hospital) 神經外科臨床見習
- 第21屆台灣整形外科醫學會學員代表
- 台灣急重症模擬醫學會副秘書長
- 台灣急救加護醫學會公共事務委員
- 第4屆教育部青年諮詢委員、第6-8屆台北市青年事務委員
- 美國緊急救護人員學會 (NAEMT) 到院前緊急救護 (PHTLS)、戰傷救護 (TECC) 認證講師(Instructor)
- 高級外傷救命術 (ATLS)、美國心臟學會高級心臟救命術 (AHA ACLS)、高級燒傷急救照護術 (AEBC) 認證



今天開始 就好好訓練核心肌群吧！

◎李祥和醫師-康合診所
基隆市醫師公會監事

如今人們越來越注重自己的健康，也注意到健身房像雨後春筍般不停冒出，開始健身的人越來越多，使「核心肌群」這個名詞慢慢出現在大眾視野，從事運動的人而言，這並不是一個陌生的詞彙，雖然於不同領域上對外緣肌肉組織的範圍有所爭議，但沒有對核心部位上的肌肉有太多爭論。

可以說，扣除末梢就是核心，核心部位的中心位置大致分為了五個系統，覆蓋全身並連結不同重要部位的筋膜系統、控制身體的神經系統、關節系統以及核心的重點：肌肉、骨骼系統。核心部位肌肉大抵能依功能性分為深層穩定肌群及



表層動作肌群，前者可以說是核心部位的基礎，包含了腹橫肌、多裂肌、腹內斜肌等對穩定軀幹有著重要貢獻的肌肉，透過這些與骨盆、脊椎連接的肌肉群作用進而牽動、協調外部的表層運動肌群。表層運動肌通常位於身體較表層的位置，能夠很容易於訓練有素的人身上看見，更像是大眾所熟知的、狹義的「肌肉群」，也是如今許多健身的人所追求的目標。但於長遠來說，單純的訓練表層運動肌對身體的整體協調並沒有太大的幫助，肌肉組織運作是很複雜的、由內到外互相牽連才構成一個動作，就像是一個精密的儀器；單單只是加強某一個部分的作用對提升整體運動表現的效果有限，我們的肌肉也需要透過分工合作的方式，才能使我們的身體有最好的表現。核心肌肉組織在整體的運動模式中參與了許多部分，除了穩定身體之外，更有著減少損傷及增進爆發力的功能。為此，透過加強我們整體的核心發展來達到身體的協調及穩定有著一定的必要性。

同時還要《提昇爆發力》

對一個運動員來說，爆發力是不可或缺的關鍵，在那些運動的緊要關頭中，往往都

是靠著一瞬間的爆發決定勝負。雖然我們常聽見爆發力這個詞，但解釋起來卻又覺得這是個很模糊的概念。

實際上，爆發力被分為兩個重要的部分，透過將重量訓練所產生的力量在短時間內傳遞出來，形成速度與力量間的疊加效果。重量訓練是如今大眾都有所耳聞的概念，在增加力量上不像速度來得難以理解，但說到爆發力速度的提升或許就有些陌生。

提升爆發力和提升力量所需的訓練不同，速度發展的變化程度很難被發現，於是在考量過後歸納了幾個因素作為規劃速度訓練的參考，其中包括了個人的基因特徵及肌肉系統的生理機能。

如果將肌肉纖維大致分為兩類：快肌纖維及慢肌纖維，前者爆發力強但容易疲勞，供給能量通常會於無氧狀態下產生，後者則需要氧氣維持收縮，所以在耐力活動上更有優勢；在先天上，我們的快肌、慢肌纖維都已經有一定的比例，雖然無法改變生理上的限制，我們仍能透過學習將身體功能最大化，來達成我們的目標。爆發力的速度能受



到高度訓練的牽張反應影響，透過訓練一個名為肌梭的感官機制能讓我們的肌肉在收縮時快速拉升，提高肌肉瞬間的速度。此外，肌肉的生理機能還有很重要的一點在於能儲存彈性勢能。如同橡皮筋一樣，拉的越長，蓄積的能量就越多，所以有許多運動員在上場前會先進行熱身，令彈性勢能先儲存於活躍肌肉中便有這個原理在。

了解到提升爆發力的幾個決定性因素後，再來就要探討爆發力的傳遞了，如果沒有先發展一個有效的傳遞系統，那前面所做的努力都只是白費功夫。爆發力傳遞的過程當中，姿勢有著舉足輕重的地位，施力姿勢的不正確可能使能量在傳遞過中被浪費掉，即使有再強健的核心肌肉都只是白搭。

核心運動真的《減少損傷》

運動傷害是我們每個人難免都會遇到的事，甚至完全不運動也會在日常偶發，再怎麼小心預防都無法完全避免，因此我們該注重的是，如何減少運動傷害的發生！



除了大家所熟知的運動前熱身外，強健的核心使我們對自己的身體更有控制力增強了身體的協調穩定，很好的為我們減少損傷發生的機率及降低損傷的嚴重性。而核心是如何增加身體對損傷的恢復力？這可以從姿勢不正確所產生的代償問題說起。代償通常是指代為償清債務的意思，用在身體上便是由其他肌肉代替原本該起作用的肌肉運作。原本肌肉們都是各司其職，但當一個部位有情況時就會需要另一個部位來取代他的角色，導致部分肌肉偷懶、部分肌肉過勞的情形發生。

常見的姿勢問題以駝背聳肩為大宗，由於原先肌肉纖維長度維持的最佳角度產生了變化，使得肌肉產生的力降低進而導致運動上的問題，嚴重可能會使肩部退化、引起呼吸障礙。而核心的強化是透過增加肌肉的控制力，使肌肉纖維更加緊密結實，不會過於鬆弛虛弱，也更不容易改變肌肉纖維長度與張力間的關係，讓肌肉能維持在產生最大「力」下的長度。若長久以來忽視姿勢不良與代償的後果，那除了運動表現上的不理想外，更會導致軟組織的損傷循環。當一個軟組織受傷後，身體的保護機制會引起周圍的肌肉緊張感增加，使整個部位變得僵硬、軟組織也會進一步沾黏，改變了肌肉纖維長度並影響到肌肉正確的發力順序，於是代償又發生、其他軟組織受傷，就這樣陷入了惡性循環。

可以強化《核心穩定性》

核心在人體中所扮演的角色真不可小覷，除了增加爆發力及減少損傷這兩個較為針對專業運動員的部分外，更該關注的地方在於構成這兩

者的基礎，也就是核心的穩定性訓練。

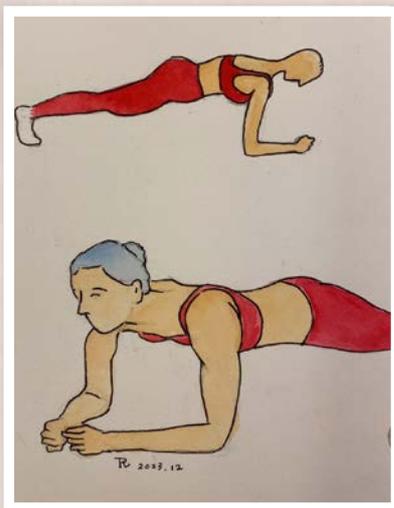
穩定性的重要性先於爆發力和力量，是我們也需要了解的部分。舉例來說，有許多長輩在退休後由於缺少活動導致核心肌群十分薄弱，這就會使他們更難維持身體穩定，從而導致意外來臨時容易跌倒在地，造成無法挽回的傷害。其中，核心部位的收縮就是影響核心穩定性的一個關鍵。肌肉的收縮就像是一種開關，在激活我們的肌肉後所帶來的支撐作用就能起到提昇我們核心穩定度的一部份，也就是要訓練我們對於核心部位的動態控制力。

穩定性訓練最常見的方式大概就是平板支撐，也就是我們俗稱的棒式。雖然重點在於核心肌群，但並沒有哪個肌肉是能夠獨自運作的，透過肌肉間的相互作用來達到最優化才能完成我們所期望的、保持關節及功能性動態穩定的目標。所以將穩定性作為前提，訓練多半會以如平板支撐這種需要動到全身性肌肉的運動為主，使全身的肌肉都得到加強，並藉此調整身體的穩定性及耐受度，降低未來受傷風險。

優化《姿勢及穩定性訓練》

對現代人而言，久坐幾乎已

經成常態，除了會因運動量少導致核心肌群無力的問題外，更有可能因為姿勢上的不正確造成核心肌群的受傷。安全健康工作期刊在2016年時就有一篇研究指出久坐對核心的傷害，實驗將三十名工人以三種不同的坐姿坐一小時後評估身體的不適，結論是久坐除了會導致肩頸、背部的身體不適加劇，更可能使肌肉疲勞，損害脊椎的穩定性。除了避免久坐外，針對加強核心穩定性來減少損傷。背部專家斯圖爾特·麥吉爾博士便有提出三個加強穩定性的動作，分別是烏狗式、側平板支撐及麥吉爾仰臥起坐，被稱為“McGillBig3”。這三個姿勢的核心概念在於要去限制脊柱過多、不必要的力量，取而代之的是利用肌肉的力量來保護我們的脊柱、提升穩定性，藉此大大的降低脊柱、腰



部受傷的機會。

具體來說，以鳥狗式為例，就是一項將脊柱放在中立位置不動，透過低脊柱壓力鍛鍊周圍核心肌肉。一般人常犯的錯誤就是在將腳向外伸展時下意識將腳抬的過高，使臀部牽動到了脊柱的力量，又或是在將手腳收回時，為了保持平衡而拱起脊柱。雖然只是一個下意識的舉動，但卻因此讓訓練的效果大打折扣。講到核心運動，必不可少的仰臥起坐也在“McGillBig3”的範圍之內，但和一般的仰臥起坐不同，由於加強穩定性的核

心概念在於要讓脊柱處於中心位置，而一般的仰臥起坐是一項會不斷移動脊柱的動作，所以在經麥吉爾改良過後的仰臥起坐，不透過脊椎和腰部核心的力量將自己豎立起來，而僅僅是透過輕微的將頭部抬離地面來達到訓練穩定性的效果。穩定性訓練除了是力量和爆發力的基礎之外，透過它來加強核心的支撐及保護、藉此降低脊柱支撐的壓力，更能預防下背部所產生的病痛，對現代人來說可以說是一項十分重要且必須了解的領域。

結論：開始做好做滿核心運動吧！



繪畫藝術是尋找自我的足跡 淺談大衛·霍克尼

◎李祥和醫師-康合診所

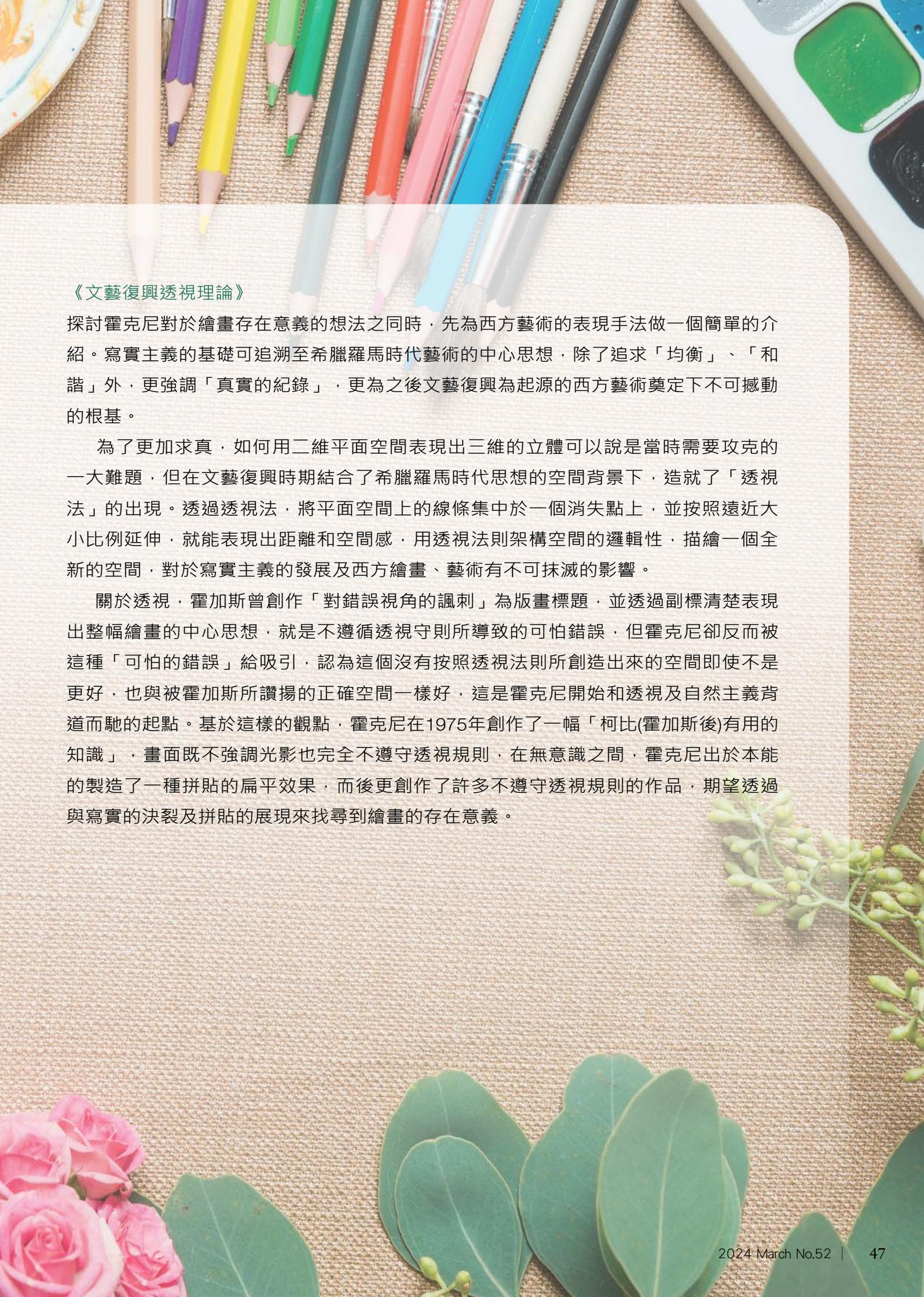
基隆市醫師公會監事

《繪畫的本質》

隨著照相機的發明出現，使得繪畫的本質不得不產生巨大的變革，西方的寫實主義與古典主義中心思想是將人物描摹得栩栩如生，因為照相機紀實效果，而使繪畫的初始意義逐漸受到質疑，也使當時的繪畫界蒙上一層陰霾，究竟寫實主義在時代的洪流下該何去何從？

大衛·霍克尼這位正好處於跨世代交界處的畫家，在1975年重新思考、審視透視規則與寫實，結合自身的人生經歷逐漸地找出了可能的答案。

當時，由於日本使團訪問歐洲帶來的浮世繪，使藝術家們意識到了中西方繪畫的差異，從西方繪畫透過透視法帶來立體、寫實、自然的表現，到東方水墨、浮世繪這種和寫實決裂的平面表現手法，後者反而更貼近當時藝術家所認為的繪畫核心，在一個平面上，用靜止的圖像表示一個隨時間推移、變化的空間以及主觀著色的三維世界。然而，對於和自己理念有落差的自然主義及透視法的不滿，使得霍克尼對畢卡索的立體主義更加欽佩，也使他對於繪畫存在意義有更深的感觸。



《文藝復興透視理論》

探討霍克尼對於繪畫存在意義的想法之同時，先為西方藝術的表現手法做一個簡單的介紹。寫實主義的基礎可追溯至希臘羅馬時代藝術的中心思想，除了追求「均衡」、「和諧」外，更強調「真實的紀錄」，更為之後文藝復興為起源的西方藝術奠定下不可撼動的根基。

為了更加求真，如何用二維平面空間表現出三維的立體可以說是當時需要攻克的一大難題，但在文藝復興時期結合了希臘羅馬時代思想的空間背景下，造就了「透視法」的出現。透過透視法，將平面空間上的線條集中於一個消失點上，並按照遠近大小比例延伸，就能表現出距離和空間感，用透視法則架構空間的邏輯性，描繪一個全新的空間，對於寫實主義的發展及西方繪畫、藝術有不可抹滅的影響。

關於透視，霍加斯曾創作「對錯誤視角的諷刺」為版畫標題，並透過副標清楚表現出整幅繪畫的中心思想，就是不遵循透視守則所導致的可怕錯誤，但霍克尼卻反而被這種「可怕的錯誤」給吸引，認為這個沒有按照透視法則所創造出來的空間即使不是更好，也與被霍加斯所讚揚的正確空間一樣好，這是霍克尼開始和透視及自然主義背道而馳的起點。基於這樣的觀點，霍克尼在1975年創作了一幅「柯比(霍加斯後)有用的知識」，畫面既不強調光影也完全不遵守透視規則，在無意識之間，霍克尼出於本能的製造了一種拼貼的扁平效果，而後更創作了許多不遵守透視規則的作品，期望透過與寫實的決裂及拼貼的展現來找尋到繪畫的存在意義。

《中國畫卷軸與拼貼》

和西方的繪畫形式有所區別，東方繪畫的表現手法相對於立體的寫實主義來講還停留於二維平面的表現方式。在霍克尼見過日本的浮世繪，也認知到西方繪畫與中方風格的差異後，開始被這種平面的繪畫方式所吸引，並做出了許多不遵守透視規則的作品。

中國傳統繪畫視角屬於散點透視，和西方截然不同，沒有固定的視角，焦點會隨著觀賞者的移動及角度變化而不斷變換。散點視角及移動觀看所帶來的視覺體驗使霍克尼在1989年和美國藝術家合作，拍攝「與中國皇帝的大運河一日遊」，在影片中透過講述「康熙南巡圖」的視角變化，來闡述自身對中國古畫的理解。談到中國卷軸的山水畫與霍克尼的關係，除了使他認識到散點透視這種表現手法外，更重要的影響是讓他意識到照相機並不能全然否認繪畫所存在的真正意義，這與霍克尼後期的風格中常出現的表現手法：「逆向透視」有關。

「逆向透視」是霍克尼挑戰西方單點透視的手法，我們在觀察一項物品時，並不像照相機那樣是在一瞬間記錄整個畫面、透過一個瞬間去認知這個世界，而是藉由每個連續的動作去認知、體會這個世界。繪畫的過程正是將我們所觀察到的、體會到的世界表現於圖紙上，所以說繪畫的過程和照相機相比起來是一個不斷持續生成的畫面，而非靜止而孤立的一個瞬間。如果用照相來比喻繪畫，那更像是由許多不同瞬間的照片拼貼而成的結果，照片只是一秒鐘的一小部分，假設你看了四秒鐘，那你就比照相機看得多更多。

受到這啟發，霍克尼開啟了一系列由照片拼貼表現的實驗，他將同一主題、人物或場景在不同時間、不同視角及不同地點的照片拍下並合成在一起，於紐約舉辦了一個名為「用照相機繪畫」的展覽，以此來反對照相機對繪畫的否定。

這樣照片拼貼的手法在平面的空間中創造了一種流動性，包括了時間的、空間的及視角的流動變化，也因此產生了敘事性，而這種非單一視角且帶有時間流動性的表現手法在繪畫上的表現，便被稱為逆向透視。



《真實與現實》

在十九世紀初，透視法對空間的描繪開始被許多人認為並不真實，空間的表現手法不該只拘泥於一種表達方式，現代藝術的興起下，開創了許多如印象派、野獸派等不同的派別，其中更包含了以畢卡索為代表的立體主義。透過中國古畫軸，霍克尼在創作了許多照片拼貼的作品、了解到逆向透視的涵義後，藉由本次的拼貼，使他重新了解、思考畢卡索的立體主義。仔細觀察畢卡索的畫作會發現，其實他的人物便是把一個人不同角度的五官拼貼在一起，並以一種去除光陰的平面化方式展現。立體主義破壞了從前那種固定的觀看方式，運用大膽的色彩及平面卻流動的時間去描繪空間，正是在這樣的基礎下，他才能站在前人的肩膀上摸索出視點、視角所描繪的更寬廣的空間，實際運用這些手法引導視覺在空間上移動，創造一種「移動的空間」，使繪畫看起來十分「真實」。

真實及現實聽起來似乎是同義詞，但霍克尼認為畢卡索將這兩個詞區分開來，並使他們變成兩個完全對立的概念。真實是一種持續生產的過程，寫實主義的「像」是一種現實，而古典主義的寫實卻不夠真實。一般人認為攝影是一門現代技藝，而照片是生活的真實紀錄，但霍克尼則認為早在15世紀以來，很多油畫便以光學鏡面成像來繪製，以光學鏡面主導的繪畫已經不再運用肉眼來觀察描繪，和攝影的構成原理除了差在沒有化學藥劑能直接留住影像外並無太大的不同。

照片可說是終極意義的文藝復興型式的繪畫、是透視理論的機械型式，他們現實卻不真實，並沒有一種觀看方式上的革新。對霍克尼來說，人眼繪畫所製造的圖像更加符合人類視覺的實際體驗，人的眼睛和光學鏡片不同，會根據空間、時間、人的狀態使每個人所看見的「真實世界」都是獨一無二的，即便拍攝所顯現出的影像再逼真，卻無法反映這個時刻都在變化的世界，換言之，這種現實相較於真實，缺乏了生命力的展現。

《繪畫的涵義》

現代藝術在攝影及繪畫的思辨當中，發起了一場反對攝影、反對光學寫實圖像的革命，轉而回歸人眼視覺對真實世界的觀看與描繪，正是這種回歸人本主義的真實，奠定了現代藝術的根基。在現代藝術中，脫離以往的寫實主義而以人們的角度去描繪、紀錄真正的「真實」。在霍克尼意識到繪畫是一個持續生成的過程後，其實就相當於將繪畫的意義從結果變成了過程，真正重要的是將自己體驗觀察的這段過程保留下來，而畫甚麼並不是那麼重要。體驗觀察的過程其實有些像中國書法的表現型式，文人畫的觀賞重點並不在於構圖，而是著重於筆墨的表現。如同書法在後期從原先文字以清晰明瞭為第一要務演變為展現個人氣質的工具，「字為心畫」的概念同樣能運用於繪畫上，在每個不同的時刻體驗自己筆墨變化的狀態，成就個人主義色彩濃厚的現代藝術。

繪畫意義的轉變，於現代人而言，有些人繪畫只是為了實現自己內心的想像，從某方面來說也可以是一種抽象主義的展現，但更多的或許是一種探索自己的方式，透過將自己對世界的觀察記錄下來，進而了解自己看待事情的角度，抒發自己對於世間萬物的看法。當我們專注於繪畫的過程當中，其實無論是寫實亦或是抽象的展現，在繪畫這件事本身的意義下似乎都不再那麼重要，重要的事你對於這件事的熱愛，使你沉浸於其中，將自己的觀察與體驗留在裡面，展現最真實的自我，這才是繪畫的價值所在。

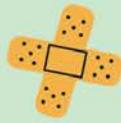
健保資料庫 (NHIRD) 相關分享與了解

◎宋婕護理師-基隆長庚醫院護理部
國防醫學院醫學科學研究所博士生

前言

在當今醫療領域，醫療專業人員不僅需要履行臨床職責，還需要關注學術研究，但對於獲取研究數據的初始階段，文獻資源相對有限。通常，關於研究方法的資料主要來自研究人員自行收集，主要包括臨床檢驗報告和問卷調查兩個方面。這些數據集上的分析通常被稱為原始數據分析或初級數據分析 (primary data analysis)。然而，對於初次參與研究的醫療專業人員來說，自行收集研究數據可能在人力、時間和財務方面都超出了其負擔能力的範圍。



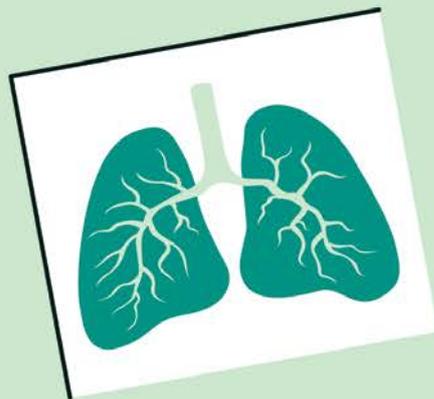


在這種情況下，利用以前研究者已經收集的數據或現有的數據庫來進行研究主題的次級數據分析變得極具吸引力。此外，某些資料庫擁有龐大的樣本數量，對於罕見病例的研究尤其有幫助。如果資料的抽樣能夠代表整體人口結構，則研究結果更具代表性。然而，次級資料分析（secondary analysis）也存在一些限制，例如資料變項的效度以及是否可獲得關鍵的干擾因子（confounder）等問題。總體而言，健保資料庫（National Health Insurance Research Database, NHIRD）的分析具有節省研究數據獲取時間的優勢，但在研究過程的其他階段，與一般的原始數據分析相比並無太大差異。因此，嚴謹的學術態度和對臨床價值的重視仍然是成功進行健保資料庫（NHIRD）分析的基本前提。近年來，國內最受矚目的數據庫之一就是健保資料庫（NHIRD），自2000年以來的十年間，已經有上百篇相關健保資料庫的研究文獻問世，涵蓋了多種不同的學術領域。其中，醫療相關的研究佔了15%以上。健保資料庫擁有龐大的樣本數量，並提供豐富的個人檔案資料，因此適用於多種研究設計，包括描述性研究（descriptive study）、相關性研究（correlation study）、病例對照研究（Case-control Study）以及

世代研究（Cohort Study）等。健保資料庫（NHIRD）的應用範圍也非常廣泛，涵蓋了從臨床研究、流行病學研究，一直到醫療利用等多個研究方向。儘管健保資料庫（NHIRD）對於研究人員有多種優點和方便性，但在研究上仍然存在多種侷限。因此，本文旨在針對醫療專業人員進行健保資料庫（NHIRD）分析的情境，簡要介紹其優點和限制，並提供相關經驗分享。

健保資料庫（NHIRD）相關指南

健保資料庫（NHIRD）是一個寶貴的資源，對於研究醫療保健領域的人來說具有巨大的價值。然而，使用這些數據需要謹慎，並遵守衛福部及人體試驗倫理（Institutional Review Board, IRB）的程序和指南，以確保資料的正確使用。首先，理解健保資料庫（NHIRD）的性質至關重要。健保資料庫（NHIRD）包含了醫療索賠、處方藥物、醫療服務等各種資訊，它們可以用於各種研究目的，但您必須確保了解您所需要的資料類別和範圍。遵守隱私和法律法規是使用健保資料庫（NHIRD）的基本原則。嚴格保護患者的隱私權，絕對不要試圖識別個人。確保您的研究或分析是合法的，並遵守相關的法律和法規。要從衛福部取得健保資料，您



需要遵循特定的程序。通常，這包括向衛福部提交研究計劃，說明您的研究目的、方法以及如何保護隱私。衛福部將審核您的計劃，並根據其合法性和道德性來授予您資料的訪問權限。在獲得資料後，資料清理和準備是必要的步驟。這可能包括處理缺失數據、標準化變數和確保資料的品質。接下來，您可以選擇合適的分析工具和技術，以進行您的研究或分析。最後，不要忘記研究設計的重要性。明確定義您的研究問題，制定假設，並選擇適當的方法。確保您的研究能夠回答您所關心的問題並生成有價值的結果。總之，健保資料

庫（NHIRD）是一個寶貴的工具，但需要謹慎使用。遵守隱私和法律法規、遵循程序以獲取資料，並謹慎進行資料清理和分析，都是確保您的研究成功的重要步驟。

健保資料庫（NHIRD）相關優勢

健保資料庫（NHIRD）被視為研究醫療保健領域的一個寶庫，具有眾多優點，使其在學術界和醫療研究中受到廣泛的重視。以下是一些健保資料庫的主要優點：

1. 豐富的資料：健保資料庫包含了大規模的醫療相關數據，包括診斷、治療、處方藥物、醫療服務和醫療花費等。這些資料提供了對患者的廣泛了解，可用於





各種研究領域，從疾病監測到醫療政策評估。

2. 長期追蹤：健保資料庫通常包括長期追蹤的資料，這使得研究人員能夠觀察疾病的演變、治療效果的長期影響以及人口醫學的趨勢。這對於預測和改善醫療體系至關重要。
3. 大樣本規模：由於其大規模的數據庫，健保資料庫使研究人員能夠進行更具統計學意義的分析。這有助於發現罕見的事件、驗證結果的可靠性並提高研究的可信度。
4. 潛在的節省成本：對於許多研究項目來說，收集相同數量和質量的醫療數據將是極其昂貴和耗時的。健保資料庫提供了一個現成的資源，可節省時間和資源。
5. 跨學科研究：健保資料庫允許跨不同領域的研究人員合作，從而促進了多學科研究的發展。這樣的合作有助於從不同視角研究健康問題。

總之，健保資料庫是一個研究和醫療領

域的寶貴資源，它的優點包括豐富的資料、長期追蹤、大樣本規模、成本節省以及促進跨學科研究。這些優勢使健保資料庫成為許多重大醫學和公共衛生問題研究的不可或缺的工具。

健保資料庫 (NHIRD) 相關限制

儘管健保資料庫 (NHIRD) 提供了豐富的醫療數據，但它也存在一些明顯的限制，這些限制可能會影響研究人員的能力以及研究結果的可信度。以下是一些健保資料庫的主要限制：

1. 隱私和倫理問題：健保資料庫 (NHIRD) 包含大量的個人醫療數據，因此隱私問題一直是一個關鍵問題。維護患者的隱私權需要嚴格的安全措施，並且在使用這些數據時必須遵循嚴格的倫理標準。
2. 資料不完整性：儘管健保資料庫 (NHIRD) 包含大量的數據，但某些信息可能會不完整或有缺失。這可能對研究的可信度和效度產生影響，尤其是在進行長期追蹤或特定研究時。



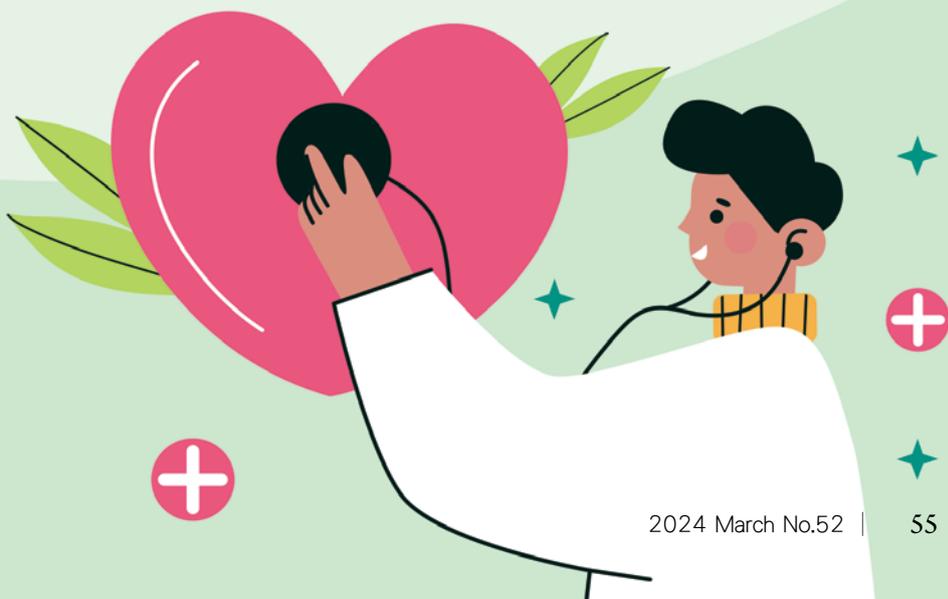
3.限制研究範圍：健保資料庫（NHIRD）通常僅包含特定地區或國家的醫療數據，因此在全球性研究或比較研究方面存在限制。研究人員需要警覺這一點，以確保他們的結論不會過度推廣。

4.偏差和混淆因素：由於健保資料庫（NHIRD）是由醫療索賠數據組成的，它可能受到選擇性的報銷或其他偏差的影響。這可能導致結果出現混淆因素，需要進一步的調整和校正。

健保資料庫（NHIRD）相關研究經驗分享

當研究酒癮時，健保資料庫（NHIRD）可以提供寶貴的數據來源，協助醫療人員深入了解這一健康問題的多個方面。以下是我作為研究員在運用健保資料庫進行酒癮研究時的一些經驗分享：首先，確保您的研究明確定義了酒癮，並使用適當的方法來識別患者。這可能包括使用診斷碼、藥物處方記錄或治療歷史等方式，以確保您的研究群體具有一致的酒癮定義。在健保資料庫（NHIRD）中，醫療人員可以識別不同族群中的酒癮患者，這有助於瞭解

酒癮的族群差異和風險因素。考慮研究不同年齡、性別、地理區域和社經地位的患者。在開始研究之前，需仔細檢查健保資料庫中的酒癮相關數據的可靠性。這包括檢查資料的完整性、精確性和一致性以及選擇適當的研究期間和人口組成也是確保數據可靠性的一部分。健保資料庫（NHIRD）通常包含長期追蹤的數據，您可以使用這些數據來評估酒癮的長期影響、治療效果和復發率。這對於改善酒癮治療和預防策略非常重要。透過數據分析，醫療人員可以探索與酒癮風險相關的因素，例如年齡、性別、家庭背景、精神健康狀況等。最後結果可用於評估患者接受酒癮治療的情況，包括治療類型、持續時間和結果。這有助於確定哪些治療方法對不同類型的酒癮患者最有效。這有助於識別高風險群體並制定相應的預防措施。最後，健保資料庫可以追蹤患者接受治療的情況，並評估治療對酒癮的影響。這有助於了解不同治療方法的效果，並提供基於證據的治療建議。總之，運用健保資料庫進行酒癮研究可以提供實證基礎，幫助我們更好地理解許多健康相關問題。





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