



榮總人

Taipei Veterans General Hospital Bulletin

454

111年3月號



臺北榮民總醫院 國立政治大學
合作協議書簽約儀式



濟世樹人 共創雙榮

本院與國立政治大學10日簽署合作計畫，將於醫療服務、教學、研究與產業發展進行跨領域合作，藉由政治大學在法政、管理、傳播與神經科學研究的專業，共創實質互惠，建立產、學與醫界的連結，創新醫療服務，造福民眾。





榮總人月刊社組織

發行人：陳威明

社長：高壽延

副社長：向為平

總編輯：許淑霞

副總編輯：

王嚴鋒 陳寶民 吳建利

執行編輯：

魏子鈞 齊珍慈 曾靖紘

編輯委員：

王復德 王馥庭 朱豐沅

江怡雯 何沁沁 巫炳峰

吳采虹 吳姿瑩 吳飛逸

吳禕闈 吳潔曦 杜培基

林庭安 林釀呈 林希賢

林可瀚 胡力予 胡瑜峰

馬聖翔 黃君睿 黃建勝

張天恩 張家銘 張瑞文

曹彥博 莊天佑 陳昭憲

陳振翰 游偉光 舒宜芳

楊博欽 楊舜欽 廖文傑

廖文輝 齊珍慈 鄭厚軒

蔡昕霖 蔡佩君 鄭丁靚

賴姿妤 戴玲真 簡聖軒

藍耿欣 關尚勇 顧明軒

攝影：

編輯助理：朱坤臨

行政助理：王治雁

印刷：承印實業(股)公司

新北市中和區中正路988巷15號

電話：02-22227689

目錄 Contents

要聞 風向球

微電影「家人—玉里傳芳」首映會於本院舉辦 佳賓雲集 2
本院與政大跨領域合作 提升創新研發量能 3
臺灣口腔顎面外科學會舉行年會 高副院長應邀演說 4
院長主持王鑑瀛、林明慧、彭家勛任職布達典禮 5
尚益公司捐贈北榮公務車 嘉惠癌症病人 5
人事動態 6

HOT 醫新聞

北榮建置綠色 心通道 急性心肌梗塞成功搶命！ 8

承先 啟後、醫心相傳

創新研發非侵入式影像工具 有效監控大腦類淋巴系統-
專訪放射線部主治醫師吳嘉紘博士 10



願景／全民就醫首選醫院，國際一流醫學中心

醫療 大百科-耳鼻喉頭頸醫學發展現況

- 耳科與神經外科合作側顱底腫瘤切除手術 13
- 咽喉音聲症狀的多元化改善治療 15
- 甲狀腺結節的治療新選擇 18
- 鼻咽癌治療之最新進展 20

藥安 全藥健康

- 緩解經痛的藥物選擇 24

北榮 足跡

- 285公車路線的另一頭 25

財團 法人惠眾醫療救濟基金會捐款芳名錄

- 111年1月份捐款芳名錄 28

微電影「家人—玉里傳芳」 首映會於本院舉辦 佳賓雲集



▲圖：「家人—玉里傳芳」微電影於本院舉辦首映會，輔導會李文忠副主委(前右6)等佳賓蒞院參與。

財團法人榮民榮眷基金會與北榮玉里分院於9日在本院致德樓共同舉辦「家人—玉里傳芳」微電影首映會系列活動，由輔導會副主任委員兼榮民榮眷基金會董事長李文忠主持，活動亦邀請陳威明院長及衛福部和全國重要精神疾病醫療照護體系等貴賓參加，共同見證臺北榮總玉里分院對精神疾病患者照顧的努力與用心。影片內容以真實故事改編，由榮民榮眷基金會拍攝、方英海先生執導，呈現玉里分院學員與治療團隊互動的過程及社區支持的模式。

系列活動並於下午舉辦「臺灣本土

化精神障礙者社會心理介入服務現況」分組討論及綜合座談，行政院政務委員林萬億特別蒞臨致詞，與會人員共同研討目前我國精神障礙者社區居住之醫療及健康維護，讓社會大眾了解並重視精神疾病患者社區照護及支持的重要性。

值得一提的是，上午首映會中所邀請的二個表演團體，玉里分院秀姑巒鼓隊及北榮精神部迴響樂團都是透過醫院職業復健、藝術治療等方式，促進學員自我成長與建立信心。

(報導/公關組 彭桂珍)

本院與政大跨領域合作 提升創新研發量能



本院與國立政治大學10日簽署合作計畫，將於醫療服務、教學、研究與產業發展進行跨域合作，藉由政治大學在法政、管理、傳播與神經科學研究的專業，共創實質互惠，創新醫療服務造福民眾。

陳威明院長表示，國立政治大學是國內人文社會科學頂尖大學，建校六十多年來，培育出各界頂尖優秀人才。臺北榮總則是臺灣大型的公共醫療體系，近年來在醫療、研究及臨床服務等都有傑出表現，更被知名國際網站Gazette review評選為全球第十五大醫學中心。未來，雙方將在醫療管理、醫療法律、神經科學研究、智慧財產商業化與重大公眾衛生議題加強合作，提升醫療服務品質與量能。

陳威明院長進一步提到，本院神經醫學中心有優異的研究能量，政治大學也有「臺灣心智科學腦造影中心」，雙方可共同推動跨領域神經科學研究。為因應政府推動生技產業的發展，政大科

技管理與智慧財產研究所正可提供技術商業化研究，產創中心亦可導入智慧財產商業管理經驗，結合其校友的豐沛網絡，建立產業、學界與醫界的連結，為生技產業提供尖端醫療新技術。

政治大學郭明政校長指出，政大在傳播、商學與法學均有國內首屈一指的研究人才，北榮將與政大進行醫療科普、疫苗施打、健康照顧議題推廣與溝通等策略研究合作，奠定堅實的醫療管理。雙方在醫事人才培訓管理、政策法規、科技智財等面向，結合研究與醫療場域，落地創新，共同肩負國家學研機構的社會使命。

郭校長同時說明，臺北榮總與政治大學在各別領域均為頂尖單位，雙方合作將是專業加乘，技術升級，並以「濟世樹人 共創雙榮」，期勉雙方未來合作能共同以國家隊來為臺灣醫療打拼，一同為國家經濟與民眾健康做出貢獻。

(報導/公關組 彭桂珍)

臺灣口腔顎面外科學會舉行年會 高副院長應邀演說



臺灣口腔顎面外科學會年會於3月11、12日，在臺大國際會議中心盛大舉行，本院高壽延副院長應邀在大會中演講，介紹北榮人工智慧在醫療上的應用，以及臺北榮民總醫院目前醫療人工智慧發展的現況。

此次會議與菲律賓、日本、韓國同步線上舉行，所有會議內容均以全英文形式做發表。高副院長在演講中指出，臺北榮總發展人工智慧已超過五年，包含硬體的基礎建設、系統性的平台服務、以及各類的醫療應用與創新領域，早期由政府科技部研究經費支持，隨著領域的擴大及深入，進而擴展到和業界產學合作共同研發。

高副院長亦表示，合作相關的課題

除了在臨床大數據領域、醫學影像的智慧型深度學習上研發出臨床輔助診斷的運算模式及應用外，目前和陽明交通大學合作及中研院合作科技部前瞻司大型計畫，又獲得了四年的高額經費補助，不斷在研究領域的深度及廣度拓展，並在栽培下一波的人工智慧醫療領域人才下，有重大的意義。除了科技部前瞻司的計畫，在生科司以及產學司的重要計畫上，北榮團隊也全力以赴爭取更多的經費挹注，推動醫療人工智慧的發展，更結合業界往同一個方向攜手努力，不僅是要打造一個未來智慧型的醫院，更希望能夠對退輔會金字塔醫療體系有所提升，亦為國人提供最大醫療貢獻。

(報導/公關組 彭桂珍)

院長主持王鑑瀛、林明慧、彭家勛任職布達典禮



陳威明院長分別於3月2日主持重症醫學部主任王鑑瀛醫師、家庭醫學部主任林明慧醫師2位部主任任職布達，以及3月8日醫務企管部主任彭家勛醫師任職布達典禮。陳院長致詞時再次表示，職務的晉升亦是責任的開始，期勉新任主管發揮服務精神，帶領同仁一起朝向「五好」的道路前行；包括做好防疫、

把病人和同仁照顧好、把學生教好，以及把醫院環境、軟硬體、工作氛圍營造好，最後是與人共好。

陳院長亦期勉所有同仁，希望大家能體認「家和萬事興」的道理，抱持著與人共好，照顧民眾健康的志業與理念，同心建設北榮，擴大更優質的醫療服務。（報導/公關組 彭桂珍）

尚益公司捐贈北榮公務車 嘉惠癌症病人



尚益染整加工股份有限公司施振誠董事長，為感謝臺北榮總抗疫有功，守護全民健康，特別捐贈醫療公務車一輛，3月4日上午舉行捐贈儀式，陳威明院長特別致贈感謝狀，表彰施董事長仁風義行。

陳威明院長表示，全國首座重粒子癌症治療中心預計於今年試營運，提供醫療服務，醫療公務車將提供該中心專用，擴大服務範圍。施振誠董事長特別說明，他也是北榮病友，感謝臺北榮總傑出的醫療團隊，不但照顧了他的健康，更全力協助抗疫，守護全民的健康，讓全世界都看到臺灣傑出的抗疫成就，也希望醫療公務車能提供更多服務，嘉惠更多病人。

（報導/公關組 彭桂珍）

人事動態



蘇宇平醫師榮膺骨科部主任

現職：1. 臺北榮民總醫院骨科部主任
2. 國立陽明交通大學醫學系副教授

學歷：1. 國立陽明大學醫學系畢業
2. 國立陽明大學醫學工程研究所博士

專長：微創人工關節重建手術及關節矯型手術、成人及兒童骨折創傷、骨質疏鬆、畸型矯正、骨腫瘤、骨折後肢體功能受限、脛腓骨幹骨折。

榮升部主任生效日期：111年2月16日



陳世真醫師榮膺眼科部主任

現職：1. 臺北榮民總醫院眼科部主任
2. 國立陽明交通大學醫學院兼任教授

學歷：1. 私立高雄醫學大學醫醫學系畢業
2. 國立陽明大學公共衛生研究所博士

專長：視網膜眼疾診治與手術。

榮升部主任生效日期：111年2月16日



高崇蘭醫師榮膺復健醫學部主任

現職：1. 臺北榮民總醫院復健醫學部主任
2. 國立陽明交通大學醫學系復健醫學科主任

學歷：1. 國立陽明交通大學醫學系畢業
2. 國立陽明大學臨床醫學研究所博士

專長：前庭復健。

榮升部主任生效日期：111年2月16日



吳建利組長榮膺公共事務室主任

現職：臺北榮民總醫院公共事務室主任

學歷：1. 玄奘大學公共事務管理學系碩士
2. 退除役特考三等及格。

專長：醫藥新聞、媒體公關與公共事務管理。

榮升部主任生效日期：111年2月16日



邱宏仁醫師榮膺放射線部主任

現職：1. 臺北榮民總醫院放射線部主任
2. 國立陽明交通大學醫學系兼任副教授

學歷：國防醫學院醫學系畢業

專長：骨骼肌肉超音波、超音波導引疼痛診療、一般超音波診療、一般放射學診療。

榮升部主任生效日期：111年2月16日



王鑑瀛醫師榮膺重症醫學部主任

現職：1. 臺北榮民總醫院重症醫學部主任
2. 臺北榮民總醫院急診醫學部外傷科主治醫師
3. 國立陽明交通大學兼任副教授

學歷：國防醫學院醫學系畢業

專長：急重症、胸腔外科。

榮升部主任生效日期：111年3月2日



林明慧醫師榮膺家庭醫學部主任

現職：1. 臺北榮民總醫院家庭醫學部主任
2. 國立陽明大學醫學系家庭醫學科兼任助理教授

學歷：1. 中國醫藥大學醫學系畢業

2. 國立臺灣大學公共衛生研究所預防醫學碩士

專長：安寧緩和照顧、行為科學、預防醫學、家庭醫學、戒菸治療。

榮升部主任生效日期：111年3月2日



彭家勛醫師榮膺醫務企管部主任

現職：1. 臺北榮民總醫院醫務企管部主任
2. 國防醫學院神經學科教育部部定教授

學歷：1. 國防醫學院醫學系畢業

2. 國防醫學院醫學科學研究所博士

3. 美國國家衛生研究院研究員

專長：腦中風疾病、神經退化性疾病

榮升部主任生效日期：111年3月2日

北榮建置綠色”心通道” 急性心肌梗塞成功搶命！



▲圖：二位陳姓患者（中及右2）與北榮心導管團隊合影（右1黃偉杰醫師、左1盧澤民教授、左2林彥璋主任）。

為搶救更多急性心肌梗塞患者，協助解決基層醫療量能不足的問題，本院結合金門離島及大台北基層醫療不足地區的醫院，共同建置「綠色心通道」。整合兩院急診、心臟科、心導管室及加護病房等各相關環節，將轉院聯繫協調時間由原來30分鐘至1小時大幅縮短至10分鐘，北榮團隊立即待命，免去繁瑣的就醫流程，讓病人以快速通關方式獲得及時有效的治療。

51歲心肌梗塞患者陳先生，因胸悶、胸痛、冒冷汗、呼吸困難，出現急

性心肌梗塞症狀，經「綠色心通道」由新北市立聯合醫院緊急轉至臺北榮總，成功挽救生命；另一名無症狀患者陳先生，因家人曾有心肌梗塞及心臟疾病病史，於新北市立聯合醫院心導管檢查發現冠狀動脈嚴重堵塞，經「綠色心通道」轉介至臺北榮總，後續進行二次心

導管治療後恢復良好。目前新北市立聯合醫院每月已有超過10位因急性心肌梗塞，複雜性冠狀動脈病灶及心臟重症病人轉送至本院，自107年11月起至目前為止，共轉送超過200位患者，成功搶救無數病人生命，成果斐然。

心臟內科林彥璋主任表示，自104年起，北榮心血管團隊積極遴派年輕優秀的主治醫師進駐北北基桃、金門離島等基層醫院心導管室，訓練醫師，培養及時搶救、在地治療及處置後送的能力，並建置完整心肌梗塞患者治療綠色

通道，藉由醫學中心與基層醫療院所緊密合作，充分實踐醫療在地化的目標，讓所有民眾都能享有醫學中心等級高品質的醫療服務。

心臟內科黃偉杰醫師表示，在大台北或金門離島醫療資源不足地區，急性心肌梗塞患者，常因基層醫療院所設備、訓練或專科醫師不足，需緊急轉送鄰近醫學中心，時間長路途遠且風險較高，常因此錯失黃金搶救時間，造成無法挽救的遺憾！因此，在支援新北市立聯合醫院三重院區二年期間，積極推動建置「綠色心通道」。

本院心臟內科心血管團隊104年起支援部立金門醫院、基隆醫院、新北市立聯合醫院及桃園分院。其中部立金門醫院心導管室於104年啟用，在本院全力支援下，近3年累計治療超過600位急性

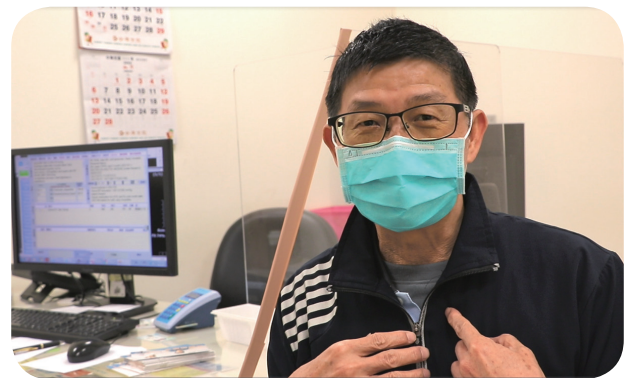
冠心症患者，執行超過400例的心導管手術，充分達成醫療在地化、服務偏鄉民眾的信念，並於106年獲得SNQ國家品質標章認證。

新北市立聯合醫院為肩負三重蘆洲地區60萬人健康的中重度級醫院，雖位處全台人口密度第六高的新北市，卻因心臟科醫師不足，急性心肌梗塞病人常需要轉送至鄰近臺北市各醫學中心治療。107年起臺北榮總心導管團隊提供支援，服務量能大幅提升。108年7月起，每月心導管檢查服務已超過100人次，108年10月起已可提供每週四、五小夜班急性心導管手術，心血管中心臨床業績及業務量更大幅成長7成，搶救每個等待救援的「心」，成效卓著。

（報導/公關組 彭桂珍）



▲圖：急性心肌梗塞患者陳先生感謝「綠色心通道」挽救生命



▲圖：無症狀患者陳先生感謝「綠色心通道」救心護心

創新研發非侵入式影像工具 有效監控大腦類淋巴系統

-專訪放射線部主治醫師吳嘉紘博士

專訪 / 特約記者 張嘉芳



吳嘉紘醫師檔案

現 職：臺北榮總放射線部主治醫師
學 歷：1. 國立陽明大學醫學系畢業
2. 國立陽明交通大學臨床醫學研究所博士
專 長：神經放射線學、神經介入放射線學

失智症、中風與神經退化性疾病的發生，其實跟大腦類淋巴系統的結構與運作傳輸效率息息相關。由於腦部類淋巴系統位於大腦動脈旁與腦實質之間的極小空間，寬度甚至比一根頭髮還細，患者腦部類淋巴系統的結構變化與傳輸運作效率影像並不容易被直接觀測到。過去，研究人員必須先安排患者做腰椎穿刺，之後再將對比劑注射到腦脊髓液裡，如此才能清楚觀察到腦部類淋巴系統運作，不過，這種侵入性方式卻很難直接運用在臨床觀察，或是疾病治療的追蹤。

令人振奮的是，本院放射線部與神經醫學中心團隊合作，成功研發出「非侵入式腦部類淋巴性系統的創新影像工具」。放射線部吳嘉紘醫師指出，研究團隊人員透過「靜脈注射對比劑」與「不斷調整磁共振造影(MRI)的設定參數」的創新突破，歷經4年時間終於可以透過靜脈注射途徑，並運用常規使用之對比劑，順利偵測到腦部類淋巴系統。未來，若能累積更多臨床個案的類淋巴系統結構變化與運作效率等數據，或許有朝一日將有機會作為預測失智症或缺血性中風的潛在罹病風險，以及偵測病情



▲圖：研究團隊受獎。

變化的重要參考。這項創新影像技術研究，不僅獲得知名國際期刊《Annals of Neurology》的刊登，更榮獲本院「醫師創新改良獎」第一名佳績。

腦部類淋巴系統比一根頭髮還細 觀測影像不容易

以「非侵入式腦部類淋巴系統造影」獲得本院「醫師創新改良獎」第一名殊榮團隊成員之一的放線射部主治醫師吳嘉紘表示，大腦類淋巴系統非常窄小，無法用現行影像檢查方式清楚偵測。然而，非侵入式腦部類淋巴系統的

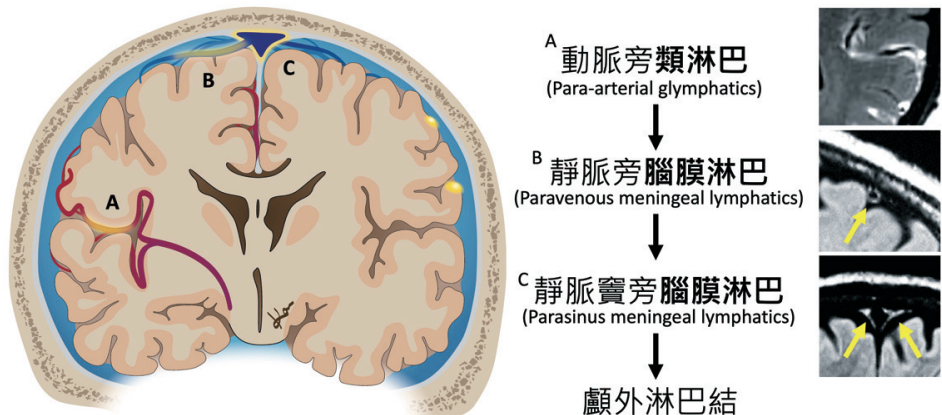
創新影像技術工具的独特之處有兩點，一是在靜脈放置留置針以「非侵入式靜脈注射」方式進行；另外是突破目前影像技術的局限，相較以往常規影像無法偵測之極低濃度對比劑顯影，透過精準調整磁共振造影的影像序列以及設定參數等，就能順利清楚偵測大腦類淋巴系統的型態、空間結構、傳輸以及廓清時間，更甚者，本技術透過常規醫療的靜脈注射檢查途徑，不會有過往脊髓腔內注射的高侵入性風險，且

本影像工具可使用較低風險之環形對比劑即達到清楚觀測類淋巴的目的，因此更能減輕腎功能不全者的潛在對比劑沉積風險。

250名特殊與嚴重頭痛病患 歷經4年順利研發創新影像工具

吳嘉紘醫師進一步解釋，血管和腦

腦部類淋巴/腦膜淋巴: 腦脊髓液的運輸系統



資料來源: 本團隊原創論文Ann Neurol. 2021 Jan;89(1):111-124.

部之間有一種選擇性阻止某些物質經由血液進入大腦的「障壁」，亦即「血腦障壁(blood brain barrier, BBB)」，因此對比劑在完整的血腦障壁作用下並不容易進入腦部，以往有小規模研究透過人為使用「高強度超音波」來破壞血腦障壁，將對比劑經由人為破壞的血腦障壁孔隙進一步流進類淋巴空間。不過，透過特殊或嚴重頭痛病患本身可能具有之血腦障壁缺損，方能透過靜脈注射對比劑進而直接達到類淋巴結構的顯影與觀察。

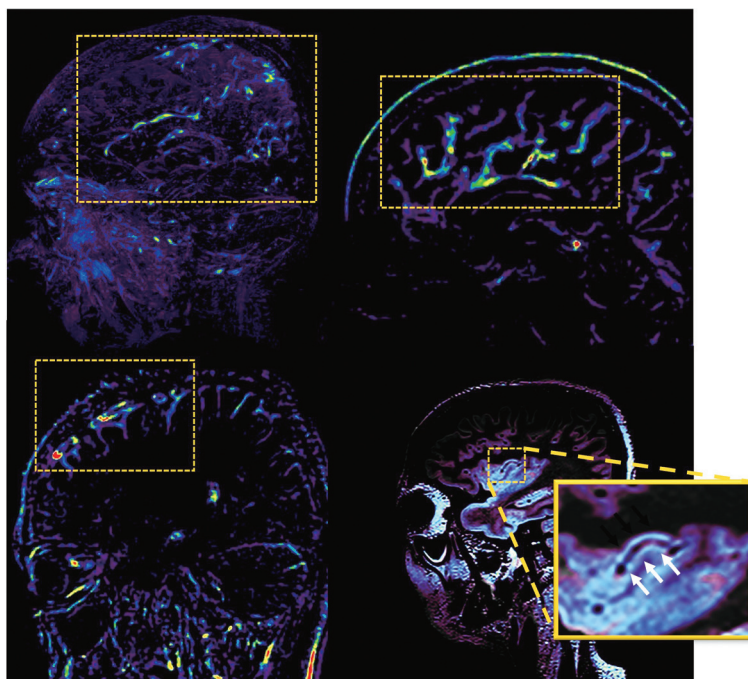
放射線部與神經醫學中心團隊合作的影像技術研究「非侵入性腦部類淋巴系統」，主要針對250位特殊頭痛或嚴重頭痛病患，耗費4年時間，成功開發此非侵入性的類淋巴影像工具，並希望未來能更進一步於臨床常規使用。

跨團隊合作 盼非侵入式腦部類淋巴造影能運用於多種疾病

吳嘉紘醫師強調，「非侵入式腦部類淋巴系統造影技術」能順利研發，是本院放射線部與神經醫學中心研究團隊多年來共同努力的成果，包括神經醫學中心王署君主任、醫學研究部轉譯研究科陳世彬醫師、放射線部磁共振造影科吳秀美主任、放線射部凌愷教授的指導。同時也要特

別感謝多位長官對於臨床及影像研究的大力支持，也是這項類淋巴造影創新技術成功的重要幕後推手，他非常感謝放射線部邱宏仁部主任、神經放射科張豐基主任、羅兆寶教授以及郭萬祐教授等師長的支持與鼓勵。

「希望未來非侵入式腦部類淋巴系統造影技術可運用在更多不同疾病，例如失智症、缺血性腦中風及特殊或嚴重頭痛的病患，更希望這項技術可以進一步幫助更多不同類型的患者。」吳嘉紘醫師說，非侵入式腦部類淋巴系統造影技術的開發，若能運用在更多不同相關疾病的病患腦部檢查上，或許有朝一日能提早評估各種類淋巴相關疾病的患病風險，進一步做到早期預防的目標。

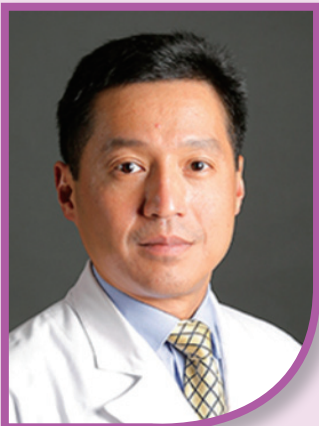


▲圖：本院醫療團隊研發新技術，解開大腦類淋巴系統神秘面紗。

醫療主題：耳鼻喉頭頸醫學發展現況

耳科與神經外科 合作側顱底腫瘤切除手術

文 / 耳鼻喉頭頸醫學部耳科主治醫師 王懋哲



王懋哲醫師檔案

現職：臺北榮總耳鼻喉頭頸醫學部喉頭頸科主治醫師

學歷：1.私立長庚大學醫學院醫學系畢業
2.國立陽明大學醫務管理研究所碩士
3.國立陽明大學公共衛生研究所博士

專長：側顱底手術(聽神經瘤及其他顱底腫瘤)、人工電子耳植入手術、耳硬化症手術、小兒耳鼻喉科疾患(急性中耳炎、積液性中耳炎、腺樣體扁桃腺肥大)、慢性中耳炎及膽脂瘤手術、小兒聽覺障礙及老年聽力障礙之評估、面神經麻痺之診斷及治療、眩暈、耳鳴之診斷與治療、慢性外耳道炎的治療。

門診時間：星期一上午第2601診間

星期四上午第2601診間

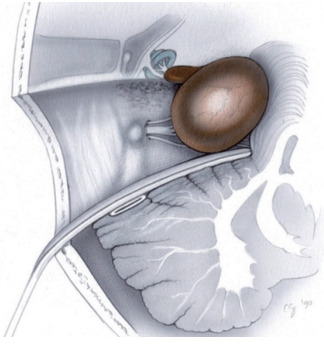
星期四下午(雙數週)第2601診間

顱底的解剖位置位於整個頭顱的最中央，發生在此區域的腫瘤如果要以手術移除，要同時保留腦神經功能是十分困難的事情。目前顱底手術依據腫瘤的位置主要有兩種手術路徑：一是經由鼻腔及鼻竇進入顱底的「前」顱底手術；另一是經由顱骨進入顱底的「側」顱底手術，主要針對小腦橋腦角、顱骨岩部及其附近的腫瘤。該部位於整個頭顱之最中心，旁邊有許多重要的神經及

血管，手術十分困難，對於外科醫師來說執行此類側顱底手術是很大的挑戰。小腦橋腦角部位之腫瘤以聽神經瘤為最多，腦膜瘤次之，其他是比較少見之腫瘤。

小腦橋腦角部位之腫瘤手術路徑以「經迷路」具最佳之手術視野；近年，本院耳科與神經外科合作，以延伸至顱骨岩部放大式經迷路路徑治療壓迫三叉神經之小腦橋腦角腫瘤手術，獲得相當

良好之手術結果(如圖1)。除腫瘤控制，術前沒有面神經麻痺之病患，術後約七成仍可以維持非常好的面神經功能。自從2011年6月至今已超過260位病患以此手術方式治療。



▲圖1：經迷路路徑切除聽神經瘤及其他小腦橋腦角腫瘤，有更佳之手術視野，可移除較大之腫瘤並有更好之面神經功能保留率。(Courtesy from Professor Robert K Jackler)

與聽神經瘤比較，此部位腦膜瘤比較不會造成聽力方面的影響。因此，我們在切除小腦橋腦角部位之腦膜瘤，選擇手術路徑時主要是以病患聽力的狀況來做考量。對於聽力嚴重受損或是喪失的病患，我們會以上述方式來執行手術，雖無法保留聽力，但手術視野則最佳；對於術前聽力正常或僅輕微受損的病患，我們則選用「迷路後」路徑保留內耳構造進行手術，嘗試保留患者聽力。迷路後路徑與另一種亦可保留聽力之「乙狀竇後」路徑比較，則有更佳手術視野，增加之範圍(如圖2黃色區域所示)。自2013年至今，本院耳科與神經外科合作以「迷路後」路徑切除小腦橋腦角部位之腦膜瘤，共治療27位病患，對於腫瘤控制及面神經功能之保留，均有

極佳成果，大部分的病人術後也能保留聽力。

本院手術治療之特色

1.多專科醫師合作手術：

由神經外科醫師與耳鼻喉科醫師合作主刀，另外有醫師負責術中腦神經功能監測。本院多專科醫師合作手術完成之病例數為全國最多、經驗最豐富之團隊。

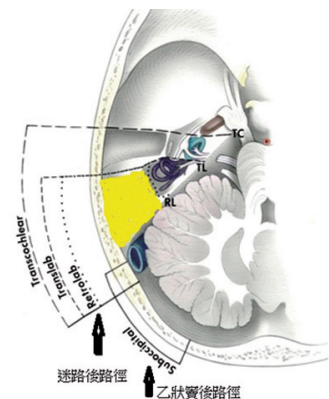
2.使用經內耳迷路手術途徑手術(Trans-labyrinthine approach)：

由於耳鼻喉科醫師參與，可使用此手術途徑，切除聽神經瘤及其他小腦橋腦角腫瘤，比起其他路徑可有更佳之手術視野，可移除較大之腫瘤，並有更好之面神經功能保留率。

3.使用經內耳迷路後手術途徑手術(Retro-labyrinthine approach)：

術前聽力正常或是聽力僅輕微受損的腦膜瘤病患，則選擇使用此路徑保留內耳構造，進行手術來嘗試保留患者聽力。

4.術中腦神經功能監測，可大幅降低手術傷及腦神經功能之機率。



▲圖2：側顱底手術之手術路徑。(Courtesy from Professor Robert K Jackler)

咽喉音聲症狀的多元化改善治療

文 / 耳鼻喉頭頸醫學部喉頭頸科主治醫師 王怡芬

王怡芬醫師檔案



現職：臺北榮總耳鼻喉頭頸醫學部喉頭頸科主治醫師
 學歷：國立陽明交通大學臨床醫學研究所醫學博士
 經歷：美國哈佛大學麻州總醫院音聲中心研究醫師

美國哈佛大學醫學院進修

美國麻省理工學院進修

美國紐約西奈山醫院音聲中心研究醫師

中央研究院生物醫學研究所 研究醫師

醫療專長：嗓音異常之診斷、治療打鼾、睡眠呼吸中止症診斷及治療甲狀腺腫瘤、唾液腺腫瘤及頸部腫塊之診斷與治療口腔、咽喉、頭頸部腫瘤之診斷與治療

門診時間：星期一下午 第2607診間

星期三上午 第2607診間

星期三下午 第2607診間

■ 咽喉異物感

由於咽喉部的感覺神經十分發達，所以慢性咽喉症狀容易影響生活品質，如刺癢感覺、疼痛、頻繁清喉動作、長期咳嗽、吞嚥或發聲困難等。某些類型的咽喉腫瘤，初期只會覺得喉嚨似有異物堵塞或刺癢感，而未十分留意，因此忽略了進一步的咽喉頭頸部檢查。

在歐美多家醫學中心診治慢性咽

喉症狀患者的主要成員是由耳鼻喉科醫師、科醫師及吞嚥語言治療師組成。首先會安排所有可能慢性咽喉症狀病因的檢查，包括氣喘、胃食道咽喉逆流、咽喉敏感症候群等。根據近年的醫學文獻統計得知：引發患者慢性咽喉症狀比例最高的事件包括發聲 (30%)、清喉動作 (27%) 及進食 (23%) 等。因此，醫師除了詳細問診並以軟式咽喉內視鏡檢查患

者外，醫學中心也會安排相關的各項咽喉功能檢查來評估。

由多家美國醫學中心最新共同發表的報告顯示：在轉診到醫學中心診治的慢性咽喉症狀患者中有10%發現有聲帶病灶，包括肉芽腫、白斑、結節和息肉等；另外也有69%在咽喉內視鏡及咽喉功能檢查中發現有咽喉部功能異常的現象；這些患者接受音聲吞嚥評估治療後，58%能顯著改善。

■ 慢性咳嗽

根據美國胸腔醫學會定義的「慢性咳嗽」是指咳嗽持續超過八星期，經醫師依已出版的共識指引流程檢查及治療後，仍找不到病因且未明顯改善的症狀。其中許多患者被診斷為「敏感性咳嗽症候群」。2020年刊登的醫學文獻指出：這類患者約92%同時伴隨咽喉不適，如刺癢感覺、微痛、頻繁清喉動作、吞嚥不順或聲音變化等症狀。

由於咽喉部構造及神經功能會影響咳嗽反射的機制，歐美醫學中心診治慢

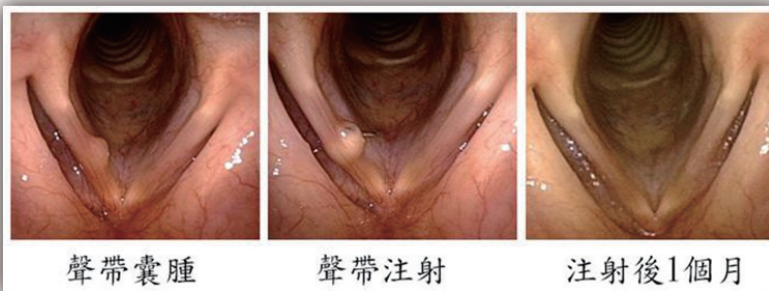
性咳嗽患者的主要成員包括耳鼻喉科醫師、胸腔科醫師、消化道內科醫師及吞嚥語言治療師，首先會安排所有可能慢性咳嗽病因的檢查，包括氣喘、胃食道咽喉逆流、上呼吸道咳嗽症候群等。

■ 音聲功能症狀

音聲功能症狀包括音質變化及發音費力易疲累等症狀，其中有一部分是聲門閉合不良患者。聲門閉合不良患者音聲困擾的診斷包括：聲帶疤痕、聲帶溝或纖維化等。隨著高齡社會的來臨，聲門閉合不良也是銀髮族音聲患者來喉頭頸科求診的主要原因，且臨床治療及手術技巧上亦富挑戰，目前仍無單一的標準療法即可明顯改善發聲功能；因此，也是音聲醫學近年研究的重點之一。

根據日本及歐美國家發表的研究結果顯示：約有30%的患者於聲帶注射後會選擇接受喉成型手術進一步改善發聲功能。尤其是聲門閉合不良患者於聲帶注射後，只有約20%經自評後認為有顯著療效，而64%接受喉成型手術組的患

者比聲帶注射組自評術後更接近最佳的聲音；而另一篇美國醫學中心發表的報告則提到：接受喉成型手術的患者術後最能顯著改善發聲持久度及再噪音背景下交談的能力。因此，當聲帶注射治



聲帶囊腫

聲帶注射

注射後1個月

療效果不理想或須重複注射時，也可考慮接受局部麻醉下即可進行的喉成型手術。

■ 結語

慢性咽喉音聲症狀是耳鼻喉科門診常見但不易診治的症狀之一，由於許多咽喉音聲疾病都會導致困擾患者的長期

合併症狀，包括一部分的良性病灶或惡性腫瘤。因此建議有持續性咽喉音聲症狀的患者，應儘早並定期至耳鼻喉科門診，由醫師安排一系列有嚴謹規畫的各項檢查，才能早期診斷主要病因，並接受多元化改善治療，以預防症狀復發而合併許多後遺症。

喉頭頸科 - 頭頸癌及音聲治療新境界

頭頸癌的診斷與器官保留治療

口腔、咽喉、頭頸腫瘤的診斷與治療，是喉頭頸科長久以來專精的重點工作。本科擁有經驗豐富的主治醫師陣容，配備最先進的影像診斷技術，並專精各類器官功能保留內視鏡手術，輔以放射線、化學藥物及標靶藥物治療。堅強的治療團隊提供完整、優質及個人化的治療與照護。



內視鏡二氧化碳雷射顯微手術

是一種創內的內視鏡手術，將腫瘤範圍在顯微鏡下清楚顯露，以二氧化碳雷射將腫瘤精確切除，並保留正常的咽喉組織。這種治療方式手術時間短、術中出血量少、術後恢復快，並可減少放射治療的副作用。近年來本科突破技術上的限制，將這種手術用於治療中、晚期的喉癌及下咽癌病患，得到相當不錯的成果。



唾液腺內視鏡檢查與取石手術

藉由內視鏡直接檢視唾液腺管腔中，有無結石、狹窄或息肉等病灶，並可以同時將結石或息肉移除，或將管腔狹窄處撐大。若有反覆性腫脹或疼痛在兩側上頸部或耳後周圍的位置，特別是吃東西時或之後，有可能是唾液腺的問題，建議可以至本科看診。



門診聲帶注射及雷射手術治療嗓音疾病

在內視鏡導引下，可對聲帶疾病進行治療。針對單側聲帶麻痺及聲帶萎縮，可注射自體脂肪或其他植入物，以改善聲門閉合。對聲帶長繭、囊腫或息肉，可注射藥物使病灶改善、消失。另外，也可將鈷鉍雷射光纖從鼻孔導入聲帶，直接在病灶處施行手術。聲帶治療於門診局部麻醉下進行，患者不用住院。



內視鏡窄頻影像系統

窄頻影像系統是近年來發展出的內視鏡影像技術，得以檢查出傳統內視鏡無法診斷出的癌前期或早期癌症病灶。許多早期口腔、咽喉、喉部及下咽部黏膜病變，都因而無所遁形。



達文西機器手臂微創手術

達文西手術系統提供高解析 3D 立體的手術視野及分離手術的器械，達到人手的靈活度和準確度，進入人手不能觸及的狹小空間，進行精細手術動作，可運用於口腔部或咽喉部腫瘤，能夠精準地切除腫瘤，並可盡量保留正常的組織。



經鼻上消化道內視鏡檢查與治療

透過直徑只有傳統上消化道內視鏡三分之一的纖維內視鏡，經由鼻孔導入直探食道、胃以及十二指腸。亦可以視病情需要同時帶入器械，進行藥物注射與切片，甚至於雷射、氣球擴張等手術。病人可以選擇不使用麻醉或是接受無痛麻醉，並且術後無須住院。



音聲及吞嚥功能檢查與治療

本科擁有各類先進的音聲評估儀、纖維內視鏡吞嚥檢查及吞嚥機能評估系統，提供最適當的嗓音及吞嚥治療。適當的非手術性治療，如專業語言治療師指導的「嗓音訓練」能使約 90% 早期聲帶結節的患者獲得聲音改善而免除手術的必要。



111 年清明節連假門診一覽表

臺北榮總 111 年 兒童節暨民族掃墓節 連續假期門診情形	111年04月02日（星期六）	門診休診	★ 急診全年無休
	111年04月03日（星期日）	門診休診	
	111年04月04日（星期一）	門診休診	
	111年04月05日（星期二）	門診休診	

甲狀腺結節的治療新選擇

文 / 耳鼻喉頭頸醫學部喉頭頸科主治醫師 李宗倫



李宗倫醫師檔案

現 職：臺北榮總耳鼻喉頭頸醫學部喉頭頸科主治醫師

學 歷：國立陽明交通大學醫學系畢業

醫療專長：頭頸部腫瘤、腮腺腫瘤、甲狀腺腫瘤、阻塞性睡眠呼吸中止症、頸部超音波

門診時間：星期一上午第2606診間

星期一下午第2606診間

星期五下午第2607診間

傳統上甲狀腺良性結節的治療，多以追蹤觀察、藥物控制、或手術切除為主要處理方式。較大的甲狀腺結節，若是產生壓迫症狀，或影響外觀，則可考慮手術；然而，手術會在脖子上留下痕跡，伴隨全身麻醉的風險，讓許多病患裹足不前。

「甲狀腺射頻消融術」是一種新式的微創治療方式，成效良好且不會留下疤痕。在局部麻醉下，由超音波導引將針狀電極放置在結節內；藉由交流電的釋放，周邊組織分子會相互摩擦產生熱能，藉此造成局部組織凝固性壞死，使甲狀腺腫瘤組織變性後，逐步吸收消融。

根據2017年韓國甲狀腺放射學會指南1，甲狀腺腫瘤射頻消融術治療適用於以下病症

- 1.引起病患不適或外觀問題的甲狀腺良性結節
 - a.須經細針穿刺或切片檢驗，至少兩次細胞學或病理檢查為良性病灶
 - b.若超音波顯示高特異性之良性結節特徵 (isoechoic spongiform nodule or partially cystic nodules with intracystic comet tail artifact)，則單次檢驗為良性即可。
 - c.對於甲狀腺囊腫，酒精注射仍是較建議之第一線治療方式2,3。
- 2.對於復發於氣管旁或頸部淋巴結之甲

狀腺癌、高手術風險或拒絕手術之病人。

原發性之甲狀腺乳突癌，手術仍是標準治療；然而，若病人拒絕或無法接受手術，甲狀腺射頻消融術是另一個治療選擇。目前有些醫師將此技術運用於甲狀腺微小乳突癌（小於1公分）的治療，或者晚期無法控制之甲狀腺癌的姑息性療法。

依結節大小，甲狀腺射頻消融術執行時間大約耗時30~45分鐘，過程中需局部麻醉，術後觀察半小時即可回家休息。一般來說，治療成效約於術後幾個月至一年間可以得到改善。根據Deandrea於2015年發表於Thyroid 期刊中的隨機試驗中顯示4：術後半年，僅5%的患者，其甲狀腺結節體積無法縮小超過五成；不過有些病人，需要超過兩次的射頻消融術達到減積的效果。

根據過去的文獻報導¹，甲狀腺射頻消融術運用於良性結節發生併發症或副作用的機率約為2.11%，重大的併發

症發生率為1.27%，包括1. 傷及喉返神經(1.45%，通常為暫時性的)、頸部交感神經、臂神經叢及副脊神經；2. 甲狀腺結節破裂(0.17%)；3. 永久性之甲狀腺功能低下。

整體而言，甲狀腺射頻消融術是一種相對安全、恢復快、不會明顯影響甲狀腺功能的微創治療方式，是目前甲狀腺結節的另一項治療選擇。

參考資料

- 1.2017 Thyroid Radiofrequency Ablation Guideline: Korean Society of Thyroid Radiology. Korean J Radiol 2018;19(4):632-655
- 2.Single-session treatment of benign cystic thyroid nodules with ethanol versus radiofrequency ablation: a prospective randomized study. Radiology 2013;269:293-300
- 3.Radiofrequency versus ethanol ablation for treating predominantly cystic thyroid nodules: a randomized clinical trial. Korean J Radiol 2015;16:1332-1340
- 4.Efficacy and safety of radiofrequency ablation versus observation for nonfunctioning benign thyroid nodules: a randomized controlled international collaborative trial. Thyroid 2015;25:890-896

項目	甲狀腺射頻消融 (RFA)	傳統手術 (Surgery)
疤痕	無 (優)	3-5公分
麻醉	局部麻醉 (優)	全身麻醉
插氣管內管	不需要 (優)	要
治療時間	較短 (優)	較長
恢復時間	較短 (優)	較長
腫瘤體積	逐漸縮小	直接消失
甲狀腺功能	無影響 (優)	易功能低下

鼻咽癌治療之最新進展

文 / 耳鼻喉頭頸部鼻頭頸科主治醫師 洪莉婷



洪莉婷醫師檔案

現職：臺北榮總耳鼻喉頭頸部鼻頭頸科主治醫師

學歷：1. 臺北醫學大學醫學系畢業
2. 國立陽明交通大學臨床醫學研究所進修

專長：過敏性鼻炎、鼻竇炎、鼻中膈彎曲、下鼻甲微創手術、鼻腔及顱底腫瘤診斷治療、鼻咽癌、睡眠呼吸中止症診斷及治療、頭頸部超音波、唾液腺及甲狀腺腫瘤。

門診時間：星期一上午第 2605 診間

星期二上午第 2605診間

星期四上午第 2605 診間

星期六(第四週)上午第 2605 診間

鼻咽癌簡介

根據2018年統計，全球新診斷鼻咽癌病患將近十三萬例，佔所有惡性腫瘤的0.7%。鼻咽癌的發生與地域性分布有關，大於七成分布在東南亞(表1)，男性的發生率較女性高2.5至3倍。鼻咽癌的病因目前認為是多種因素共同致病：包括種族、遺傳、環境和EB病毒(Epstein-Barr)等。

鼻咽癌分類

1991年，世界衛生組織(WHO)將鼻咽癌之病理組織做以下分類：

- 1.第一型:角化鱗狀細胞癌 (keratinizing squamous cell carcinoma)。
- 2.第二型:未角化癌 (non-keratinizing carcinoma)。
 - (1) 第IIa型: 分化型 (differentiated)。
 - (2)第IIb型:未分化型 (undifferentiated)，與EB病毒關係最為密切。

鼻咽癌的症狀

有那些症狀必須小心鼻咽癌找上門

- (1)鼻咽部的腫瘤造成: 流鼻血(並不多見)、血絲痰、鼻塞、鼻涕。
- (2)鼻咽部的腫瘤壓迫耳咽管會造成: 中

表 1：鼻咽癌分布區域及其危險因子

區域/國家	發生率	病理組織學分類	危險因子
歐美	每十萬人有0.5-2個人得病	25%為第I型 12%為第IIa型	抽菸、喝酒
東南亞、地中海、大洋洲	發生率介於其他兩者間	無相關統計資料	
中國南方 (鼻咽癌流行區)	每十萬人有25個人得病	>95%為第IIb型	EB病毒 醃漬類食物

耳積水、聽力變差、耳悶 (62%)、耳鳴。

- (3)鼻咽部的腫瘤侵蝕顱底會造成腦神經症狀，如：頭痛(35%)、複視(11%)、臉痛、臉麻、吞嚥困難或聲音沙啞。
- (4)頸部腫塊：因為鼻咽部具有豐富的淋巴管道，約有76%之病患在確立診斷時已有頸部腫塊。

鼻咽癌之治療通則

由於鼻咽癌原發位置鄰近顱底、顏面重要器官及血管，因此手術完全切除並取得足夠的安全距離是很難達到的；加上鼻咽癌是屬於放射敏感的腫瘤，故目前的第一線標準治療是體外放射治療。健保給付之強度調控放射治療（intensity modulated radiation therapy, IMRT）為目前全球最為廣泛執行者，係利用電腦治療計劃及多葉式準直儀將每個照射角度分割成許多獨立小射束，使高劑量區域能根據腫瘤形狀及深度做集

中，提供腫瘤足夠的治療劑量、並能減少正常組織的劑量，減少不必要的副作用。

目前第一期鼻咽癌的治療可單獨採用放射治療，但第二期以上就需要併用化學及放射治療。若已發生遠處轉移（常見骨頭、肝、肺等部位）者，則以化學治療為優先，之後再視情況給予鼻咽及頸部放射治療。

鼻咽癌之新興治療

一、強度調控質子治療（intensity-modulated proton therapy, IMPT）

質子治療的特性是當射線到達欲治療的腫瘤深度時才釋出全部能量殺死癌細胞，而在腫瘤後則完全沒有劑量，因此可讓放射治療的劑量集中在腫瘤；正常組織之照射劑量減少，因而副作用較低。

目前針對質子治療的研究報告，顯示其兩年之局部腫瘤控制率達100%、整

體存活率為88.9%，但個案數太少且追蹤時間不夠長，還需要更大型及長期的研究證實其效果。

二、強度調控重粒子治療 (intensity-modulated carbon ion therapy, IMCT)

重粒子與質子治療一樣，可以讓放射治療的劑量集中在腫瘤；正常組織之照射劑量減少，副作用因而減少。此外，重粒子治療可造成更強的相對生物效應（relative biological effectiveness, RBE）。以光子射線的RBE為1來看，質子治療的RBE約為1.1，而重粒子治療的RBE約為3。較強的相對生物效應會使治療過後的癌細胞較沒有修復的機會，且重粒子不像質子治療需要依賴氧氣以達到摧毀癌細胞的目的，因此重粒子治療較不受缺氧細胞或是癌症幹細胞的影響，治療效果可望更好。再者，相較於質子治療需分多次，重粒子之治療次數明顯減少。必須注意的是：重粒子治療

讓癌細胞較無機會修復，正常組織亦面臨到一樣的困境，因此還需更多臨床試驗檢視其效用及副作用。

針對75位局部鼻咽癌復發病患接受重粒子治療臨床第一/二期試驗之結果：一年整體存活率為98.1%，局部無病存活率(local recurrence - free survival)為86.6%，區域無病存活率(regional recurrence - free survival)為97.9%。此試驗中大約9.3%病患有黏膜潰爛及出血之情形，其餘未因治療引發嚴重併發症。

三、標靶治療(targeted therapy)

目前針對鼻咽癌之臨床試驗(如 pazopanib、sunitinib)治療效果不彰，且可能併發嚴重副作用，故目前標靶治療於鼻咽癌的角色未確立。

四、免疫治療 (Immunotherapy)

正在發展中的免疫治療包括免疫檢查點藥物 (checkpoint inhibitors)、T細胞治療(adoptive Tcell therapy)、EB病毒

目前試驗結果請見下表：

	整體反應率	一年整體存活率	一年疾病無惡化存活率
Nivolumab	20%	59%	19%
Pembrolizumab	26%	63%	33%
Camrelizumab	34%	-	27%
Camrelizumab+化療	91%	-	61%

上述的免疫檢查點藥物為臨床試驗第一/二期之研究報告，目前第三期試驗正在進行中，未來須更大型及長期的研究證實其效果。

導向疫苗(EBVdirected vaccination)等。

目前相對發展較成熟的是透過靜脈注射免疫檢查點藥物，激活患者自身免疫系統，正確辨識並進而攻擊癌細胞。

鼻咽癌局部復發之治療

若鼻咽癌是在治療完一年內復發，可合理推測此腫瘤對放射治療是較為頑固的(radioresistant)。因此，若腫瘤屬可切除乾淨的情形，會建議以手術做為第一線治療。

須根據病人復發之分期做治療計畫，若為第一/二期、或某些第三期局部復發之個案，內視鏡手術切除鼻咽部腫瘤(endoscopic nasopharyngectomy)是為可行的治療，惟需與醫師討論手術併發症再行決定。此外，因為鼻咽部鄰近重要血管，醫師會依據病人腫瘤位置決定是否需要於術前施行頸動脈血管栓塞/支架置放術保護血管。

圖1及圖2圓圈標示之位置為鼻咽部之腫瘤復發，需用內視鏡仔細觀察方可察覺，切片顯示為鼻咽癌。圖3為鼻咽癌之正子掃描結果，可見微弱的橘色亮

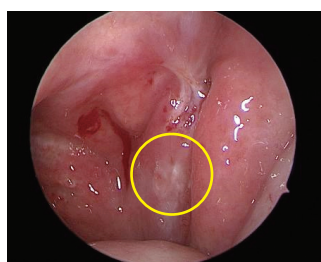
點。圖4為內視鏡手術切除鼻咽部癌取下的樣本。

若病人身體狀況不適宜接受手術切除、或復發之鼻咽癌為晚期手術無法切除乾淨之狀況，則建議病患接受第二次放射治療(IMRT)及化學治療。再度體外放射治療，國內仍然約有15-35%的五年存活率，約三分之一的病患會因接受第二次的IMRT而有致命性的副作用及後遺症。因此，在復發之鼻咽癌病患，因重粒子治療可以讓正常組織的輻射劑量降低，目前被視為未來的一線治療曙光。

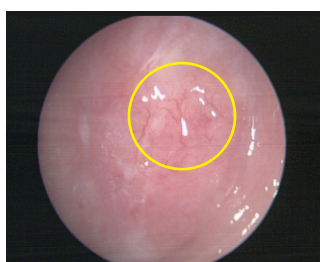
若病患為頸部腫瘤復發，建議治療方式為頸部淋巴廓清手術，術後之五年整體存活率為41%。

結語

根據國健局統計資料顯示，鼻咽癌整體的治療效果不錯，第一期的五年存活率高達89%，第四期病患也尚有62%。建議有家族史的民眾定期請專科醫師追蹤，或有出現懷疑之症狀時儘早請醫師診察，方能達到最好的治療效果。



▲圖1



▲圖2



▲圖3



▲圖4



緩解經痛的藥物選擇

文 / 藥學部藥師 王怡晴

經痛是指月經期間出現的疼痛性痙攣，是女性最常見的婦科問題，盛行率從17-90%不等。若無潛在病因屬原發性經痛，常在初經開始後1-2年出現，可能影響求學時之學習效率、體育活動，甚至職場上的表現；繼發性經痛則多伴隨子宮內膜異位症、子宮腺體肌瘤、骨盆腔發炎等異常。

經期時，前列腺素分泌增加，促使子宮收縮將經血排出，其中前列腺素F2a促使子宮及血管收縮，造成缺血及疼痛，也會降低神經受體的痛覺閥值，而前列腺素E2則具有子宮肌層收縮或鬆弛和子宮血管收縮或擴張的雙重作用。因持續且頻繁的子宮收縮導致下腹部出現絞痛，可能伴隨後背部疼痛、虛弱、暈覺，噁心、嘔吐或腹瀉等症狀。

非類固醇類消炎止痛藥是治療原發性經痛的第一線藥品，可抑制前列腺素的產生，減少子宮收縮，此外，在中樞神經系統具直接止痛作用。不良反應包括胃腸道症狀、噁心、消化不良、腎毒性和水腫，而健康女性短期用於緩解經痛則較少出現副作用。臨床上常用的非類固醇類消炎止痛藥包括flurbiprofen、

ibuprofen、naproxen及diclofenac等，在月經第1-2天規律服用，若症狀嚴重者，則可考慮從月經開始前1-2天開始用藥。目前沒有研究指出任一非類固醇類消炎止痛藥療效較優異，藥品選用可參照價格或副作用等，如環氧合-2抑制劑celecoxib建議用於有消化性潰瘍病史或凝血功能異常者。

若為子宮內膜異位症引起的經痛，則荷爾蒙避孕藥為首選藥物，可抑制排卵和預防子宮內膜增生，減少前列腺素、黃體素及血管加壓素的生成，進而改善經痛，唯口服避孕藥可能有深層靜脈栓塞的風險，使用時若下肢出現腫脹、疼痛等症狀需特別留意深層靜脈栓塞的可能。其它如局部熱敷、運動和營養補充對經痛亦有幫助；然而瑜伽、針灸或按摩之證據較為薄弱。若日常生活、學業或工作深受經痛影響，建議諮詢婦科醫師，查明原因後選用適當藥物。

表、本院用於經痛之口服非類固醇類消炎止痛藥

成份	商品名	劑量
環氧合酶-1&環氧合酶-2 抑制劑		
Naproxen	Naprosin (能百鎮)	440 - 550毫克，維持劑量每12小時220-550毫克
Diclofenac	Flamquit (伏炎快) Meitifen (麥得炎)	每8小時50毫克
環氧合酶-2 抑制劑		
Celecoxib	Celebrex (希樂葆)	400毫克，維持劑量每12小時200毫克



285公車路線的另一頭



文 / 家庭醫學部前主任 陳曾基醫師



▲圖：大我門診部於民國87年開幕，提供當地方便就醫。



▲圖：北榮大我門診部位於麟光站附近的大我營區內。

臺北聯營公車285路線(106年更名為敦化幹線)，曾經是最熱門的路線，每4到6分鐘發車，從麟光新村起站，行經六張犁、成功國宅、仁愛圓環(近北市聯醫仁愛院區、國泰醫院)、繁華的東區商圈、市立體育場、小巨蛋、長庚醫院、松山機場、行天宮、劍潭(士林夜市)、士林官邸、天母棒球場(近北市聯醫陽明

院區)、天母圓環商圈，一路綿延，旁經五家百貨公司(遠東、SOGO敦化館、SOGO天母店、大葉高島屋、新光三越天母店)與多家大小學校、公園，終點在臺北榮民總醫院。回程則從榮總到麟光新村，路線相同。很多人(包括榮總員工)不知道，榮總還有一個門診部，就在285路線的另一頭……

從木柵的軍功路(現在為和平東路四路)經莊敬隧道進入市區，即是蜿蜒的臥龍街(現在為和平東路三路)，下坡一個轉彎處，若不留神，很

難注意到被路樹與電線桿遮住的藍底白字招牌。大我門診座落於信義區邊緣的國防部大我營區內，原為台北衛戍師(保衛戍守首都的部隊)駐紮地，67年起大我新莊、大我山莊、大我新舍三個宿舍區陸續落成，讓單身榮民集體安居，頤養晚年。大我營區對街即是麟光站停車調度場，榮民伯伯在門口上車，晃啊晃至



(1)



(2)



(3)

▲圖：1.2.3：大我門診提供寬敞整潔的看診空間。

少一個半鐘頭，來到榮總看診，看一次病，顛簸耗時，實在吃不消。在秦慧珠議員幫忙協調爭取下，輔導會指示榮總積極籌劃，以落實對單身高齡榮民醫療照護的政策。87年7月13日，楊亭雲主任委員與國防部王文燮副部長共同主持開幕，榮總在16公里外的台北市南區有了新據點，提供服務至今。

大我門診佔了大忠樓宿舍一樓的一

半，設有掛號室、十個診間、檢驗室、藥局、候診區與候藥區，每週一、三、五上午看診，分別有內科(胸腔、胃腸、腎臟、神經)、外科、家庭醫學科、眼科、皮膚科、耳鼻喉科、高齡醫學科門診，空間寬敞整潔。診間電腦透過中華電信專線連至總院資訊室，醫師電腦操作與總院一模一樣。抽血驗尿等基本項目在現場執行，其餘帶回總院處理。藥局有固定庫存，也隨時從總院補充藥品。護理師除跟診外，總院定期派員舉辦團體衛教活動。上午7時半，總院公務車將同仁載往大我門診，8時半開診，11時半或更

晚門診結束後載返，二十餘年如一日。在大我門診就診，與榮總院區看病、領藥，完全相同，少了往返奔波，節省車錢又方便。

如同各行各業創業不易，大我門診初期業績慘澹，出乎意外。深究其原因，各科指派住院醫師輪流看診，權威性不足，加上「滾石不生苔，轉業不聚財」，難以建立醫病關係，無法一下子

改變住民的就診習慣。一年後，院方下決心，全部改派資深主治醫師，固定時段，長期看診，當醫務企管部黃東波主任(苗栗縣頭份市為恭紀念醫院前院長)與陳振文副主任(為恭紀念醫院現任院長)更是御駕親征，以身作則在大我看診。還記得剛開始時，一個上午不到五個病人，半小時後只能看報紙打發時間(當時診間電腦不連網際網路)，11時左右司機送來便當，飯後打道回院。很快地，病人急遽增加，一診六、七十人，家常便飯，忙到無法就地用餐，也就不再提供便當了。為了不耽擱大家返程發車時間，黃東波主任特地隻身前往大我，提早於7時半看診。

院方希望大我門診服務營區榮民之餘，亦能推展社區醫學，照護鄰近民眾，陳振文副主任也曾頻繁拜訪鄰里長，可惜受限於健保體制，始終無法成功擴展業務。我國全民健保費用支付採取總額制度，每年度的預算大餅先分醫院、西醫基層、牙醫與中醫，再各自細

分六塊(台北、北區、中區、南區、高屏、東區)。醫院附設診所，醫療費用劃歸於醫院總額，同時民眾看診的部分負擔也適用於醫院等級。如此一來，大我屬性質為門診站，就診費用卻比照醫學中心，目前健保部分負擔420元起跳，最高620元，加上100元掛號費，豈是一般民眾平時就診所能負擔？未能突破健保框架，大我的病人一直幾乎全為榮民，業績日漸萎縮，自是可以預期，如今門診量僅是全盛時期的三分之一。

37歲起在大我服務，每週一看診，未曾間斷，直至年近花甲，青絲成雪。醫界老兵服務沙場老兵，病人如同家人，只是物換星移，但見凋零。曾有不熟悉大我的長者，希望比照總院，優先提前看診，殊不知，這裡的病人85歲以上佔了一半，90多歲比比皆是，100歲亦不罕見。懷念大我人聲鼎沸的日子，也相信，臺北榮總必會秉持初衷，持續提供給大我榮民最佳的服務。

大我門診資訊：

診部地址：臺北市信義區和平東路三段 599 號

門診時間：每週一、三、五 上午 8:30-11:30

看診科別：內科、外科、家醫科、眼科、皮膚科、耳鼻喉科、高齡門診

門診電話：(02) 2377-9009

預約專線：(02) 2871-2151

財團法人惠眾醫療救濟基金會

111年1月份捐款芳名錄

財團法人許金德紀念基金會1,000,000元；林小鶯200,000元；活泉公益信託社會福利基金110,000元；伊士肯化學股份有限公司、林素美各100,000元；財團法人南山人壽慈善基金會60,000元；劉克正30,000元；何家榮24,200元；李秀如23,993元；陳學琳20,000元；三寶弟子、江正和各15,000元；尹秀蘭、尹麗萍、宋璟萱、志工隊、李中寧、陳訓煥、游元興各10,000元；合作金庫8,592元；石麗珠、楊蘭婷各6,000元；無名氏5,500元；王林淑玉、姚凡壹、涂柳鳳、郭權德、陳明德全家、陳玟秀、廖育萱各5,000元；曾慶芬4,000元；王黃月麗等7名3,500元；木麗英、周凌瀛、張晉誌、莊慶藏各3,000元；林德治、簡玉城各2,500元；吳華席2,400元；丁美倫、田其昌、魏美枝、何濬宇、宋栢平、儲盈珍、巫郁珩、劉讚成、李柯數英、李濬杉、林鳳英、林瓊君、邱玉琴、唐美月、徐立功、許煒怡、陳秀枝、陳麒文、袁育銓、袁振唐、陳欣雅、曾政龍、曾純瑛、黃俊裕、鄭宇璇、錢義芳、蔡秀如、薛世卿、謝廷恩、謝明泉、麥秀雲、魏媿各2,000元；楊孚鈞、劉宜霖各1,506元；李建興1,308元；黃淑玲1,200元；吳欣慧1,125元；張子建1,100元；吳弦濂、吳易凡、吳易薇、時素秋、吳黃傑、吳奕翰、吳庭緯、吳添福、吳陳美雲、林通榮、邱慶宗、徐乙仁、徐慶和、高如萍、曲劭文、曲劭婕、曲丕忠、張秀梅、張秋眉、張選義、許楊秀卿、許金吉、郭陳言、陳宏寬、陳秀梅、陳達楓、曾薇樾全家、劉馥瑢、蔡行軒、蔡素鳳、林淑婷、林玟薇、林伊雯、鍾瑞珠、蘇美玲各1,000元；黃育嫻800元；謝沁寰600元；王木欣、成廷燕、朱仁輝、朱俊達、朱柔羽、吳玉梅、吳珠美、李佩玲、李雲維、林子涵、林后唯、林佳蓉、林孟璇、林俊憲、林俊耀、林咨佑、林珈宏、林金堅、林陳金玉、林彥霆、林彥漢、林啟忠、林盟翊、林盟翊的弟弟、林筠涵、林義祥、邱書暉、陳建龍、柯伊芳、洪子涵、洪子雅、洪清香、洪寶瓊、張郁、張媛、張睿丞、莊素珍、許清愈、陳玉美、杜宜瀟、淨演師、呂雨臻、黃政忠、陳秀芬、陳秀珍、陳秀儀、陳萱潔、陳奕秀、陳興、黃錫雄、楊承翰、楊閔心、詹啟祥、劉忠宜、盧果妍、盧毅、簡巧婷、簡序和、魏嘉男各500元；吳曾煙妹480元；朱迪、侯謙行、吳蕙如各400元；李國助、林郁芹、唐康寓、康興詠、張馨方、莊賴秀蘭、陳泓廷各300元；江秀珠、吳陳水雲、林泊仲、張小姐、張得玉、張婕、梁幼明、陳慧姿、馮懷琛、甄祉婷各200元；許瑋鏢177元；乙禾、尤家慧、王母娘娘、王珮蓉、江芯誼、江曉菁、李隻珍、邢志偉、林哲民、林盈秀、蔡金德、李燕貞、林寶釧、高國盛、張仲良、陳新枝、陳寶貴、黃嘉琪、鄒秀珍、劉忠豪、賴濟旻、羅春蓮各100元。

臺北榮民總醫院及分院員工愛心百元捐款60,000元
捐款總計2,027,287元

臺北榮民總醫院謝謝您的愛心和支持！

感謝有您

免費篩檢 · 只需持健保卡
活動期間送好禮！
111.05.01-06.30

乳房攝影檢查

- 45-70歲 (民國66-41年次)
- 40-44歲二等親乳癌病史
- 兩年篩檢一次

糞便潛血檢查

- 50-74歲 (民國61-37年次)
- 兩年篩檢一次

子宮頸抹片

- 30歲以上 (民國81年次)
- 一年篩檢一次

精美好禮

<以現場實物發放·送完為止>
環保浴廁清潔劑500g

符合以下條件者，加送以下好禮(隨機一種)
乳攝/腸篩 首次篩檢
乳攝/子抹 三年以上(含)

施巴潔膚露50ml、施巴洗髮乳50ml、施巴乳液50ml、玻璃享樂隨行杯、防曬袖套、浴巾

活動地點：第一門診一樓 癌篩中心
聯絡電話：02-2875-7817
服務時間：星期一至五 8:00-12:00/13:30-17:00






臺北榮民總醫院
Taipei Veterans General Hospital

愛♥童書大募集

大家一起捐童書



募集小資訊



收書時間：周一至周五 9:00~12:00 14:00-17:00

收書地點：台北榮總 湖畔門診3樓 護理站

注意事項：

1. 歡迎捐贈1歲~3歲兒童閱讀之書籍。
2. 為了讓您的愛心更有效被運用，請避免捐贈明顯泛黃或破損的書籍、布書等。

<親子共讀 大家一起來!!>



~醫起愛閱讀~



接駁車

臺北榮民總醫院（中正樓）←→捷運石牌站

行駛日	行駛時刻
星期一至星期五	上午：首班 07：00 - 末班 21：30(每 5 分鐘發車 乙班)
星期六	上午：首班 07：00 - 末班 18：00(每 10 分鐘發車 乙班)
週日(國定例假日)	上午：首班 07：00 - 末班 18：00(每 10 分鐘發車 乙班)

臺北榮民總醫院

Taipei Veterans General Hospital

454

榮總人月刊111年3月號



臺北榮總

Since 1959

電話總機：(02)2871-2121

本院設置顧客意見反映管道

院長電子信箱：<https://www6.vghtpe.gov.tw/director/>

共創廉能，您我都能，廉政檢舉信箱：ethics@vghtpe.gov.tw

客服專線：(02)2875-7796

顧客意見箱：設置於本院第一門診一樓服務台、第二門診一樓服務台、第三門診一樓手扶梯旁、
中正樓一樓服務台、思源樓一樓、長青樓一樓、中正樓二樓服務台旁等共計七處。



臺北榮民總醫院資訊網

發行所：臺北榮民總醫院

Taipei Veterans General Hospital Bulletin

中華民國七十三年六月創刊

地址：臺北市北投區石牌路二段二〇一號

電話：(02)2875-7321 傳真：(02)2873-7870

榮總人月刊網址：

<https://www.vghtpe.gov.tw/vghtpe/Fpage.action?fid=10236>

電子郵箱 (e-mail)：tpvghb@vghtpe.gov.tw

行政院新聞局出版事業登記證

台北雜字第一三九二號、板橋字第一二七九號

執照登記為新聞紙類(雜誌)交寄

印刷：承印實業股份有限公司

地址：23644 新北市中和區中正路988巷15號

電話：(02)2222-7689