臺中醫林

一本醫療的．人文的．藝術的．生活的雜誌

Taichung City Medical Association

132

1994 JANUARY 創刊

2026 OCT. 出刊

+醫療AI爭議：從責任困境到實用協作

+糞便移植 重建腸道微生態

+入埃及記 下次等文明回來再去

+揪你一起打匹克球！新手也歡迎

理事長的話

合理給付、合規申報、健康促進



醫林人物

中山醫大校長林俊哲：

AI世代好學生 就是未來好醫師

缺醫風暴

吃苦當吃補制度

遇上新世代的WLB職場文化

PGY醫師訓練、取得執照後，何去何從？

72.5%受訪PGY醫師考慮或很可能，在取得專科執照後，轉往診所、健檢或自費醫美

≫年輕醫師，為何離開醫院，又為何留下？

≫中山、中國、中興醫大如何打造下一代的職涯藍圖？



P.50

臺中市醫師公會｜醫療奉獻獎

蘇本華、曾振志、蔡金宏

醫心綻光

社團法人臺中市醫師公會 | www.tcmed.org.tw

翩然現身

雙橡園2658

水滴生態公園第一排｜全棟SRC鋼骨｜四面臨路

2658坪基地 只蓋一棟｜2200坪私有花園

馬禮遜、衛道 頂尖私校｜大車位

雙車道系統 一進一出｜獨立貨梯

40.80.94坪｜2258-2458



頂級私宅與奢華飯店的更優平衡點

自建物業｜導入頂粵吉品餐飲團隊

一日六餐｜頂級桌宴｜私廚料理｜住戶專屬活動策劃

禮賓接駁｜專人洗車｜居家清潔

THE RESIDENCES
TWIN OAKS 3.0
TAICHUNG

THE RESIDENCES
雙橡園式酒店御邸
TWIN OAKS 3.0 私宅

TAICHUNG MAGAZINE

CONTENTS OCTOBER 2026



醫馬當先羽衆不同 全國醫師盃羽球賽在臺中 74

342名羽球好手齊聚　個人賽本會摘下四座冠軍



08

醫林人物

中山醫大校長 **林俊哲:**

AI世代好學生
就是未來好醫師

/ 吳育光

04 理事長的話
合理給付、合規申報、健康促進 / 王博正

醫林視窗 HEALTH POINT

37 國際醫學盛會　頭頸部腫瘤之音聲探討
東亞音聲醫學會議
台日韓三國優質醫療的最佳發聲平台 / 王仲祺

40 糞便移植　重建腸道微生態
反覆性困難梭菌感染　開啟精準治療新方向 / 曾敬棠

44 學術演講
黃斑部病變　已不再是無法治療的疾病 / 張硯傑

47 學術演講
肺部腫瘤　診斷與治療一站完成 / 涂智彥

醫心綻光

50 醫療奉獻獎學術研究類
蘇本華 兒童遺傳疾病的雷射眼
深耕研究30年　成果豐碩納入國家衛生研究院政策建言
/ 蔡淑媛

54 醫療奉獻獎醫療服務類
曾振志 產科其實是一門藝術
接生上萬個新生命　其中有一半是高危險妊娠 / 蔡淑媛

58 醫療奉獻獎醫療服務類
蔡金宏 外科界的「黑傑克醫師」
35年如一日　開刀已經變成一種習慣與享受 / 蔡淑媛

發 行 人／王博正
編審委員／傅雲慶 林恒立 周思源 黃建寧
李茂盛 蔡景星 陳得源 曾崇芳
陳正和 李政鴻 方信元
編　輯／張延亙 楊宗穎 劉茂彬 陳炳錕
蕭博仁 李妍禧 張惠婷
發 行 所／社團法人臺中市醫師公會
社　址／臺中市西區公益路367號4F之1
TEL:(04)2320-2009
FAX:(04)2320-2083
http://www.tcmed.org.tw
E-mail:tcdr@ms21.hinet.net

訂　閱／全年新臺幣 480 元　會員免費贈閱

行政院新聞局出版事業登記證
局版臺省誌字第五二〇號
中華郵政臺中雜字第二一〇四號
登記證登記為雜誌交寄

深耕計畫

06 醫療AI爭議: 從責任困境到實用協作 / 林恒立

醫林萬象

62 AI聊天室
從銀行轉帳開始認識加密貨幣
看懂區塊鏈 錢包與穩定幣如何運作 / 編輯部

樂活醫族 LOHAS

64 入埃及記 下次等文明回來再去 / 陳炳錕

67 公會社團
揪你一起打匹克球！新手也歡迎
社員招募！ / 編輯部

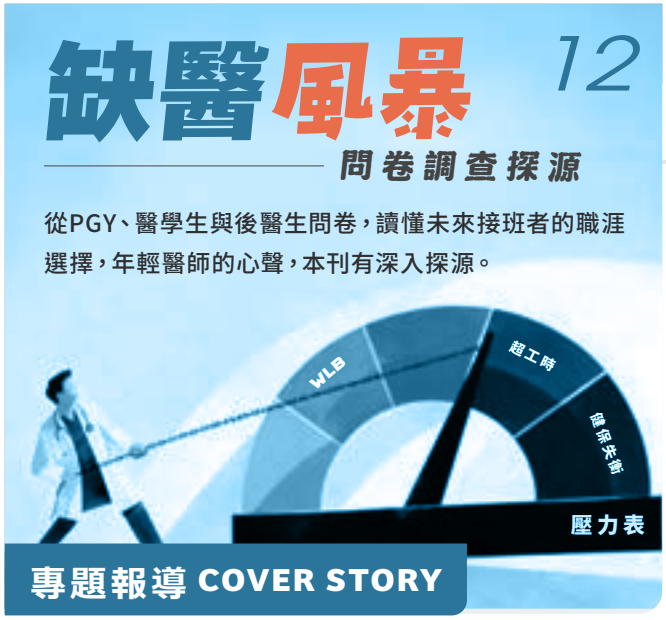
68 貓頭鷹SAX重奏團
深夜音符 白袍深情的愛 / 楊宜嫣

71 十二寮天使教堂 奇蹟與她們的生活力量 / 徐宇瓊

74 公會活動
醫馬當先羽眾不同 全國醫師盃羽球賽在臺中
342名羽球好手齊聚
個人賽本會摘下四座冠軍 / 編輯部

78 臺中輕旅
鹿港許家老診所 百年跨時空對話 / 張 潔





14 聽見年輕醫師心聲
想方設法留下人才 / 陳倩姿

15 承擔與現實的焦慮
疲勞與失望 制度信任的潛在風險
臺中市醫師公會對PGY醫師問卷調查 / 陳倩姿

18 臺中市醫師公會對醫學院學生問卷調查
情落哪科？五大科接班人預測！ / 編輯部

20 醫療世代斷層 誰來接班？
年輕醫師「直美化」現象
是整體醫療制度誘因的改變 / 吳欣席

23 年輕醫師，為何離開醫院，又為何留下
51.6%醫院醫師考慮轉往基層
職業倦怠率高達67.3% / 張延互

26 中興大學公費後醫學生未來選科意向調查
專業志趣與公費制度
共同形塑職涯 / 國立中興大學醫學院學士後醫學系

30 中山醫學大學永續醫學教育
前瞻醫學教育
打造下一代憧憬的職涯藍圖 / 辛宗翰、黃馨葆

33 中國醫藥大學醫師培育
醫療的下一棒 不能只靠上一代握得更緊
創造值得留下的環境
讓制度承接年輕的熱情 / 邱德發

36 醫學生對未來職涯的考量
一般生先看生活平衡
後醫生重視專業與長期發展 / 編輯部

廣告索引 雙橡園 | 封面裡 冠德崇德綻 | P11 奧迪 | 封底裡 volvo | 封底

合理給付、合規申報 健康促進

文 / 王博正　臺中市醫師公會理事長



時序入秋，各項公費疫苗已全面開打。中區業務組近期針對日常申報原則與民眾反映的異常樣態，提出了重要警示：單純施打疫苗不可申報健保醫療費用；預防性給藥亦不屬健保給付範圍。另外，民眾若自費施打「瘦瘦針」療程、參與「台中市星燃計畫」或接受其他自費服務時，請院所務必與健保給付明確劃分，以免民眾查閱健康存摺時產生疑義向健保署反映，進而衍生後續的申報查核困擾。

合規申報醫療費用 降低受罰風險

爾來公會接獲多家診所受處分的公文副本，主因多為違反《全民健康保險法》、《醫事機構特約及管理辦法》甚或《醫師法》等相關法規。常見的違規情事包含未依處方、病歷或其他紀錄之記載申報，以不正當行為或虛偽之證明申報醫療費用，甚至有未經醫師親自診察即提供醫事服務之情形。一旦查獲，除了不予給付該筆醫療費用外，還將面臨扣減數倍費用甚或停約處分。特別提醒大家，健保公法上請求權時效最長可達5年，若違規樣態屬於長期系統性的申報失誤，本金追扣累積的金額將相當龐大，不可不慎。再次呼籲會員務必遵守相關法令，以免受罰。

各院所務必落實合規申報醫療費用。如在內部檢視時發現疑義，建議及早主動向健保署中區業務組辦理「自清」。主動釐清並更正，是降低受罰風險的最佳機制。面對繁瑣的法規，若遇相關疑慮可先洽詢中區業務組(04-22583988)費用經辦人員確認，務必善加評估並利用此自清機制。

西醫基層總額 明年度成長率5.5%

在此同時，全聯會也傳來了好消息。明年度總額協商已順利通過，西醫基層總額將獲得5.5%的最高成長率，使明年度預算邁向1,965億元，實質成長金額達102億元。這份豐碩成果將有助於調高審查費及支付標準，進一步充實基層醫療資源並提升照護品質。

成立「匹克球聯誼社」請會員踴躍加入

繁忙的醫務之餘，我們也需要優質的運動來舒展身心。本會已於10月2日的理監事會議中，正式通過成立「匹克球聯誼社」。匹克球(Pickleball)是一種融合了網球、羽毛球與桌球特色的新興球拍運動，近年風靡全球、兼具趣味與心肺活力的運動。我們誠摯邀請各位會員一起來揮灑汗水，歡迎來電向公會登記加入！

合理的給付是我們奮鬥的目標，合規的申報是長治久安的基石，而強健的體魄則是行醫最大的本錢。公會永遠是大家最堅實的後盾，感謝大家的辛勞與付出。



醫療AI爭議：從責任困境到實用協作

文 / 林恒立　臺中市醫師公會副理事長
深耕計畫執行長

當前醫療AI的發展出現「雙重冷卻效應」：大眾端的熱度退燒，臨床端則面臨法律責任如何界定，以及臨床決策的難題。

生成式AI在醫療領域撞牆的主因

大眾使用的生成式AI（如ChatGPT等通用型工具）起初帶來極大震撼，卻很快在醫療領域遇到阻礙，主因有二：

❶「數位疑病症」與「幻覺」困擾：通用型AI經常出現模型幻覺（Hallucination），或給出過於寬泛、令人恐慌的診斷暗示。病患帶著AI產出的結果走進診間，反而增加醫病溝通成本，甚至產生無謂的焦慮。

❷缺乏臨床情境（Context）與責任承諾：大眾AI無法取得完整病歷、影像與生化數據，只能進行文本問答。一旦涉及實質醫療決策，軟體公司也會加上免責聲明，無法提供醫療背書與責任保障。

現行醫療法律將AI責任全壓在醫師身上

專家系統與臨床決策支援系統（Clinical Decision Support Systems, CDSS）難獲臨床醫師青睞，並非技術不夠好，而是醫師面臨「雙重懲罰悖論」與「責任真空」：

❶法律上的「雙重懲罰悖論」（Negative Outcome Penalty Paradox）：聽AI的，錯了算醫師的。AI在法律上僅被認定為輔助工具，不具法律人格與醫療資格，無法承擔醫療過失；不聽AI的，錯了還是算醫師的。若AI給出了正確提示，醫師憑經驗採納不同做法卻發生併發症，AI紀錄可能在訴訟中被原告作為醫師未盡注意義務的證據。

❷黑盒子（Black Box）與責任轉嫁：多數深度學習AI無法清楚呈現臨床推論路徑。醫師無法理解其推理過程，卻要為預測結果簽字背書，無異於簽下一張空白支票。

❸「自動化偏誤」（Automation Bias）的倫理風險：年輕醫師若過度依賴AI提示，臨床觀察力可能退化；若完全不看AI，又失去導入系統的效益。

AI 在醫療現場的突破口：找對定位

當前醫療AI的推動瓶頸，在於過度強調「取代醫師決策」，進而引發法律責任界定模糊與醫師採用意願低落。

診斷與決策型AI面臨上述法律與倫理難題，臨床應用因而轉向較具實用性的領域：語音診療筆記（Ambient AI Scribes）、自動生成SOAP病歷，以及醫學影像的事前篩檢分流（Triage）。這些應用不直接開立醫囑或



給出診斷，可減輕行政負擔與過勞風險，也較能避開醫療糾紛的核心。

另一方面，產官學界正推動「共同責任模型」(Shared Liability Framework)，希望透過強制產品責任險、演算法透明度規範等機制，讓AI軟體開發商、醫療機構與醫師分擔責任，避免第一線醫師獨自承擔演算法風險。

目前AI最適合扮演醫師的「數位副手」(Co-pilot)，而非直接提供診斷建議。它可優先協助整理病歷、將語音轉為文字、摘要病史與用藥紀錄，並提醒醫師可能尚未詢問的症狀或檢查項目。最終醫療判斷與簽核權仍由醫師掌握。

許多診所已開始用AI協助病歷紀錄。未來系統發展應以提升醫療流程效率、縮短病歷撰寫時間為重點，而非以建立專家診斷系統為先；如此可降低醫療責任與法律風險，也有助提升第一線醫師的使用意願。

醫療AI正從「技術狂熱」回歸「臨床實用」：減輕行政負擔、保留醫師的最終判斷權，並建立標準化資料基礎。這也可作為臺中市醫師公會推動「健康台灣深耕計畫」時的診所轉型方向。

先統一資料格式　再串接診所系統

AI的效益取決於資料品質。目前各診所HIS(醫療資訊系統)格式不一，增加AI擷取與整合資料的難度。系統建置宜分兩階段進行：

第一階段，推動基層診所資料格式標準化：先統一基礎欄位與編碼，降低資料擷取與運算的門檻。

第二階段，預留FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)介接能力：對接國家政策，配合健保署與衛福部推動的國際標準，並實現無縫資料交換，逐步串接診所、醫院及不同資訊系統，使醫療資料安全流通，最終降低跨院轉診時重複輸入與格式轉換的成本，並為區域醫療聯網及後續智慧醫療應用奠定基礎。

台灣推動AI智慧醫療，重心已從「AI診斷」轉向「利用AI減輕醫師病歷負擔」與「HIS系統的FHIR標準化」，讓AI成為診間實用的數位副手，回應「健康台灣深耕計畫」中優化醫護工作條件與智慧醫療落地的願景。

AI世代好學生 就是未來好醫師

中山醫學大學校長 林俊哲：醫學教育不能只教答案 更要教學生「問對問題」

文 / 吳育光



18歲那年，走進中山醫學大學醫學系；一晃眼四十多年，如今，他已站在母校的舵前，接任中山醫學大學第16屆校長，他笑著說：「這從來不在我的人生規劃中。」這一句話，道出了林俊哲走過半世紀人生與醫學教育歲月中，一段未曾預期、卻一路走來的人生轉折。

回頭看每段經歷　都為下一段人生鋪陳

從醫學生、醫師，到醫學系教授、醫學院院長、副校長，再到校長，從青絲到白髮，林俊哲一路走過臨床、教學、研究與行政，豐富的人生歷練，讓他對什麼才是「好醫師」，以及醫學教育究竟應該培養什麼樣的人才，有了更深刻而獨到的見解。

他並非出身醫師世家，當年因功課好，懵懂地走上醫學之路，若說中山醫大是培育他的苗圃，那麼在台大醫院當實習醫師、住院醫師、主治醫師的六年生涯，便是滋養他成長的沃土。在那裡，他接觸不同的醫療典範，

林 俊哲

中山醫學大學醫學系畢業，消化內科專科醫師。現任中山醫學大學第十六屆校長，歷任醫學系主任、醫學院院長、附設醫院教學副院長及副校長。

遇見一位又一位名師、名醫，從此開拓了更寬廣的醫學視野。

「醫師的養成絕不是一瞬間完成的，是一個不斷累積的過程。」林俊哲說。

在教學醫院成為主治醫師之後，究竟要選擇教學、研究，還是行政？方向不同，就會形塑每位醫師不同的人生道路。如今回頭看，他的每段經歷，似乎都在為下一段人生舖陳。

邁入AI時代 中山醫大醫學教育與時俱進

林俊哲表示，邁入AI時代，醫療工作正在快速改變，AI可以協助醫師搜尋知識、分析資料，輔助臨床判斷，但即使科技愈進步，醫師所具備的某些能力反而愈顯珍貴。「像面對病人的經驗、思考、判斷，以及醫病關係，就是無法被取代的。」

林俊哲又說，現代醫學教育雖已有完整架構，但醫學終究是一門與「人」高度相關的專業，很難複製。所以，今天的醫學生不只是「知道答案」，還要懂得「問問題」，把知識轉化成自己的能力，才不會被AI取代。知識不能只是「寄存在雲端」，更要經過內化吸收，成為醫師自身的「素養」。

「醫師很難完全避免在臨床判斷上被AI工具牽著走，不是要拒絕AI，而是要讓AI成為醫師思考、判斷能力的延伸。」林俊哲進一步說明，醫師的「素養」不再只是會不會使用AI，而是使用AI之後，自己還保留什麼。這也是中山醫大未來醫學教育的新課題，不是單獨增加一門AI課就好，而是要讓AI逐步融入整個教育體系，保持與時俱進的學習精神。

醫學教育不只傳授知識　要帶學生走進真實世界

「未來中山醫大會讓學生更早接觸臨床教育。低年級透過醫療故事、人文教育與臨床情境進行啟蒙；三、四年級接觸案例討論與觀察；高年級走進臨床，在經驗豐富的醫師指導下學習與操作。」林俊哲表示，設計背後的重要邏輯是，如果自己是病人，也希望醫師經過這樣完整歷程養成。

高年級醫學生在醫學中心或醫學大學附設醫院實習，除向資深醫師學習，也由住院醫師指導臨床工作。林俊哲認為，住院醫師雖仍在受訓，卻已是醫學生的老師，顯示醫學教育從過去的師徒制，逐漸走向制度化與因材施教，教學成為醫師工作的一部分。

「醫學教育不只是傳授知識，還要帶學生走進真實世界，了解病人、理解臨床，知道專業醫師在面對複雜狀況時如何下判斷。」林俊哲說，尤其是當醫院面臨績效要求，或增加自費醫療選項時，醫師仍不忘對病人「關懷、照顧」，不能只遵循一套流程，就忽略病人的真正需要，而是要從病人的角度看問題。





1 2 1-2. 林俊哲（右一）18歲那年走進中山醫學大學醫學系，40年後就任中山醫大校長。

從病人角度出發　解決病人問題就是「好醫師」

林俊哲以發現病人有大腸息肉為例，病人恐因媒體資訊太多而心生憂慮，臨床醫師就要分析個案的風險係數，提供專業判斷，不要刻意放大風險，即使有健保之外的自費醫療選擇，醫師仍要告訴病人有哪些選擇，以及為什麼做出這樣的選擇。不是最會做檢查、也不是最有名、最會行銷的醫師才厲害，真正能從病人角度出發，解決病人問題者才叫做「好醫師」。

「純樸、腳踏實地」是中山醫大的文化傳統。林俊哲曾與一位成大電機系教授交流，發現兩校師生有著不刻意彰顯鋒芒、重視穩健務實的共同特質。校風也反映在雇主對畢業生的評價上，中山醫大和成功大學都是其中佼佼者，學生畢業不僅是取得文憑，還把學校文化和所學知識帶進了職場。

近來臺灣科技產業蓬勃發展，吸引了許多國內優秀人才，林俊哲表示，優秀學生不一定非得進到醫學領域，醫學固然重要，但科技、歷史、人文、工程一樣很重要。他在大學聯考前，也曾想過念中興大學歷史系。

五大治校方向　教出AI世代的好學生

時至今日，他仍然喜歡閱讀、研究歷史，挖掘不同的思考面向，他認為，興趣不一定要取得學位才算實現，在專業技能之外持續探索不同領域的知識，生命才會更多元與豐富。

雖然今年7月30日他才正式上任，但林俊哲心中已有完整的治校理念，他把「人才培養」列為首要任務，希望未來有更多中生代、新生代教師參與歷練、擴充該校的臨床師資。其次是校務治理，包括制度、法規與文化的逐步調整，譬如中山醫大已逾60載，擁有5萬多名校友，如何深化學校與校友、學生與社會的連結，就是他責無旁貸的工作。

「穩定治理、學術卓越、社會貢獻」是林俊哲校長的三大核心價值，「人才領航、精實治理、凝聚共識、卓越研究、實踐責任」是他的五大治校方向，林俊哲說，他不希望學生都成為考試機器，希望未來能教出AI世代的好學生、不忘初心的好醫師，延續中山醫大最珍貴的人文精神，讓教育薪火生生不息。



冠德永生樹 永續心起點 | 台中崇德路大道 | ESG・黃金級綠建築候選

39-45-59坪 先建後售 絕美落成 700坪公設會館 | 室內溫水泳池 預約專線 04 2299-2345

投資興建：冠德建設・建築規劃：台中巨蛋團隊-九典聯合建築師事務所・營造施工：根基營造・公設美學：玖柞設計・結構強化：大彥工程・園藝景觀：上森景觀・燈光設計：偶得設計

Kindom Living

執行力不動產整合行銷有限公司・經紀字第00387號

缺醫風暴

問卷調查探源

醫學教育留才改革
打造下一代願意留下的醫療環境



醫院留不住人，五大科誰來接班？

吃苦當吃補制度 遇上新世代的 WLB 職場文化

當重症醫療報酬與付出嚴重不成比例

缺醫危機照見制度與新時代價值觀的落差

本刊透過PGY、醫學生與後醫生問卷

串聯臨床現場及醫學教育觀點

追問年輕醫師為何卻步、什麼條件值得留下？

尋找醫療接班與健保改革的出路。



壓力表

聽見年輕醫師心聲 想方設法留下人才

文 / 陳倩姿

臺灣百業呼喊缺工，醫界也在搶人。然而，醫院一旦缺醫，牽動的不只是服務量，更是急重症照護與病人安全。人口老化使醫療需求增加，當承擔高壓、高風險，如果再發生年輕醫師人才流失，極可能浮現醫療接班斷層的深層長憂。

臺灣內科醫學會職涯調查顯示，51.6%的醫院醫師考慮轉往基層，職業倦怠率達67.3%。本刊調查任職臺中市各大醫院的PGY醫師，72.5%表示取得專科執照後，會考慮或很可能轉往診所、健檢或自費醫美。前者反映現職醫師的壓力，後者提示接班者的職涯方向；轉職意向雖不等於實際離院，仍是值得正視的警訊。

前輩醫師感嘆：「現在的年輕醫師不一樣。」相對的，年輕醫師則有沉重心聲：「不要情勒我們！」兩種聲音背後，是不同時代塑造的工作價值與生活期待。

在網路、智慧型手機與社群媒體普及的環境中成長的「數位原生世代」，相較於四、五年級世代「吃苦當吃補」「愛拚才會贏」的工作心態，更重視「工作與生活平衡（WLB）」與體驗感。他們不想內耗，更敢於挑戰加班文化，希望在專業投入之外保有生活品質。

張延亙理事提醒，問題不應簡化為年輕醫師向錢看。當世代價值與生活需求改變，長期依靠奉獻精神支撐的工作模式，也必須調整。

為向下探源醫療接班者的想法，本刊另調查中國醫藥大學、中山醫學大學109名大五、大六學生，以及中興大學48名後醫學生。其中，「哪些改善最能提高五大科投入意願」一題，52.3%的醫學院學生選擇提高薪資、值班費及風險補償，26.6%選擇增加人力、降低工作量與值班負擔。這些回答指向報酬與負荷的失衡，也提供了改善的方向。調查雖非全國代表性樣本，仍讓地方醫療接班的困境，有了某種程度的輪廓體現。

全民健保的低費用、高可近性與效率，不能持續建立在醫師過勞之上。吳欣席副秘書長指出，高工時、職涯選擇改變、少子化與產業競才，正衝擊醫療體系；改善工作環境，才是留才的根本。

醫界與醫學教育機構已看見問題。中山醫大重新設計年輕醫師的工作與學習環境，中國醫大著眼於創造值得留下的環境，中興大學則兼顧公共使命、專業認同與可持續的職涯，在專業之外，厚植心理層面的支持。一切努力，都是為了讓人才留下來。

教育培育端已開始回應，健保政策更應大刀改革，重新檢視給付、風險補償與合理人力成本，讓制度跟上高齡社會與世代變遷。留住接班者，需要的是能讓醫師長久投入的工作環境條件。

承擔與現實的焦慮

疲勞與失望 制度信任的潛在風險

臺中市醫師公會對PGY醫師問卷調查

文／陳倩姿

「我替病人著想、替體制著想，誰替我著想？」一位PGY醫師在問卷中的反問，道出年輕醫師對未來的焦慮：他願意承擔照護責任，也期待自己的付出與生活被看見，但體制和現實卻讓他看不到正常生活的未來。

臺中市醫師公會以抽樣針對51位PGY醫師的調查顯示，84.3%以留在國內大型醫院完成專科訓練為目標。然而，醫院能提供專業養成，能否同時提供值得長期投入的工作環境，才是接班之後的考驗。

PGY醫師選科 專業追求與現實條件並存

問卷結果顯示，選科時，報酬與未來發展占86.3%，興趣與成就感占84.3%，兩者幾乎並列。選擇訓練醫院時，教學與臨床訓練品質以56.9%居首，待遇、值班負荷與師長教學態度也受到重視。這些回答呈現的，是專業追求與現實條件並存：他們想把醫術學好，也希望努力能獲得合理回應。

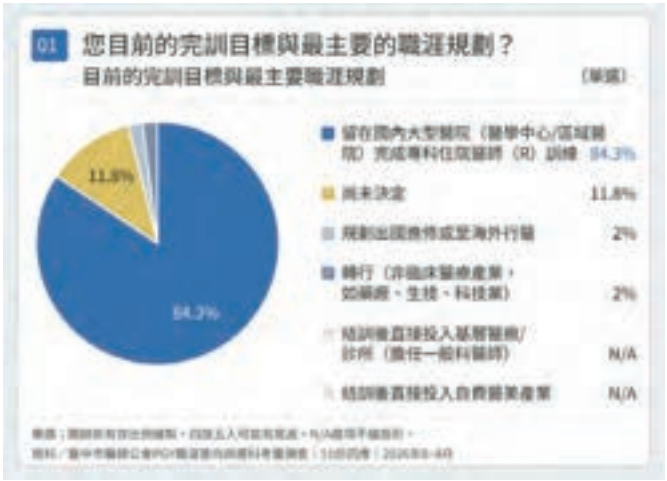
四大科為何難以吸引年輕醫師（複選）？86.3%受訪者指出投入與回報不成比例，74.5%認為工作與生活難以平衡，72.5%關注勞動量與過勞。這三項答案共同指向一個問題：當高強度工作成為長期日常，留下來需要付出多少個人生活的代價？

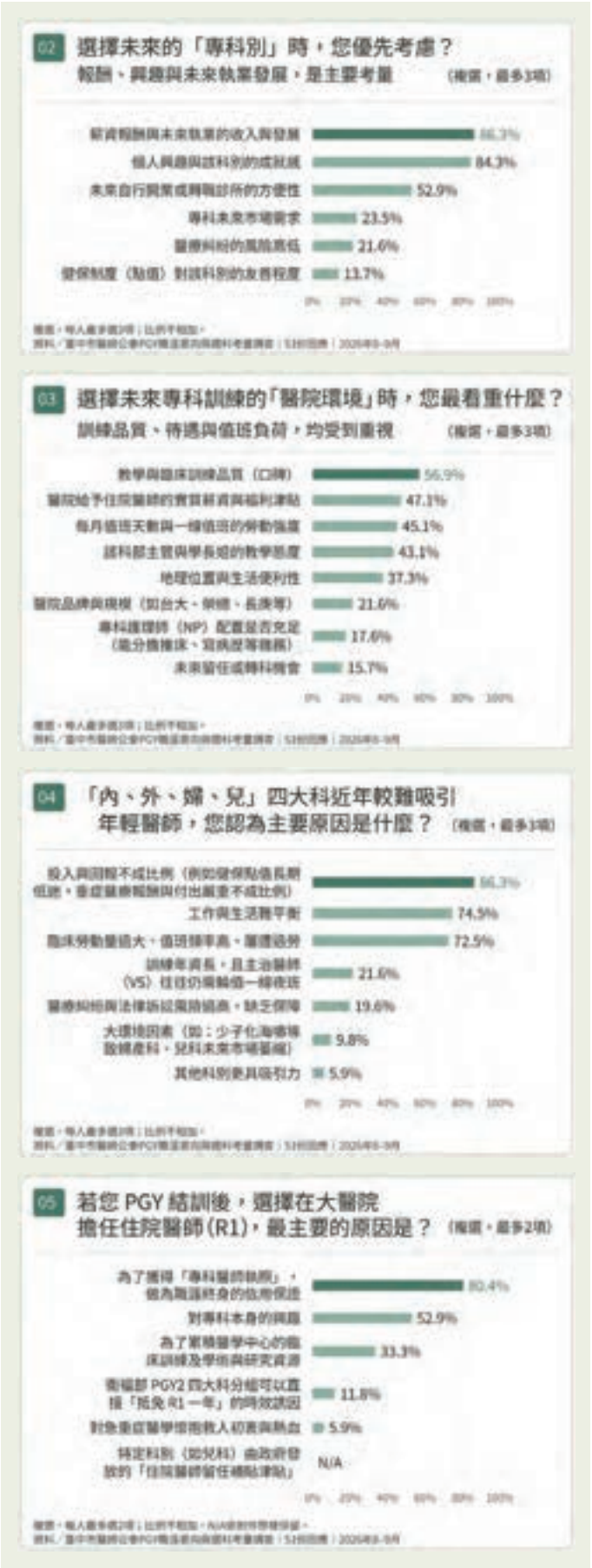
留院與轉職考量 94.1%考慮轉往診所

留院與轉職的考量，更讓這個矛盾清楚浮現。大醫院吸引人的是完整的專業成長機會與團隊支援；考慮轉往診所時，94.1%的人選擇「值班負擔較少、生活品質較好」，高於收入的62.7%考量。醫院擁有培育人才的優勢，生活品質能否持續，卻可能成為人才去留的關卡。

過去幾年，大環境推力催出了直美浪潮，年輕醫師拿到執照後不進入醫院接受PGY（畢業後一般醫學訓練）而直接投入診所、自費醫美市場成為「直美」醫師），最高峰時比例一度達到約10%。

為了解決年輕醫師直接流向非健保自費市場、導致醫院五大科人力面臨斷層的危機，衛福部祭出鐵腕：修正了《特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法》，明文規定：禁止一畢業就直接從事醫美，從2026年元月生效。





繪圖 /《臺中醫林》編輯部

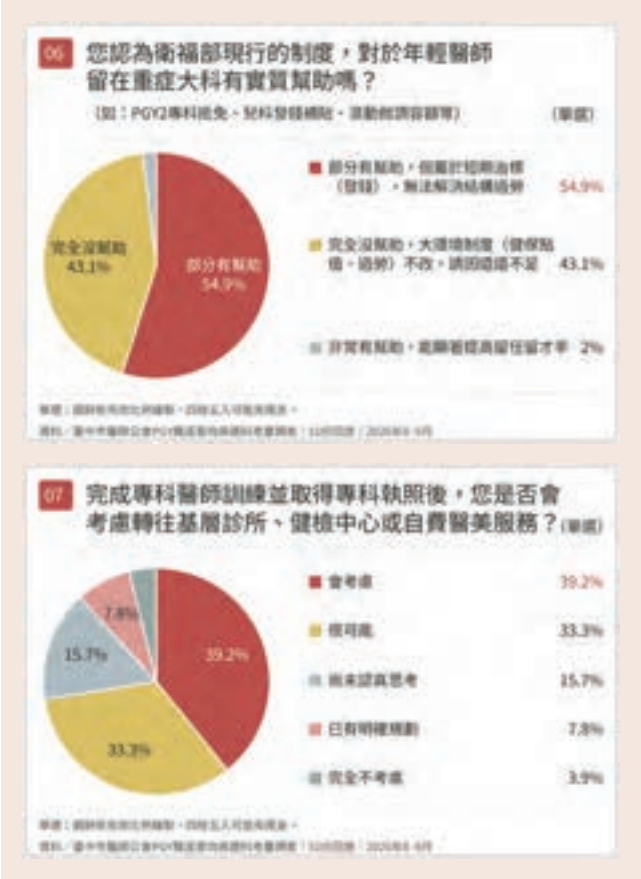
政策法令改變 遏止了畢業生直接出走潮

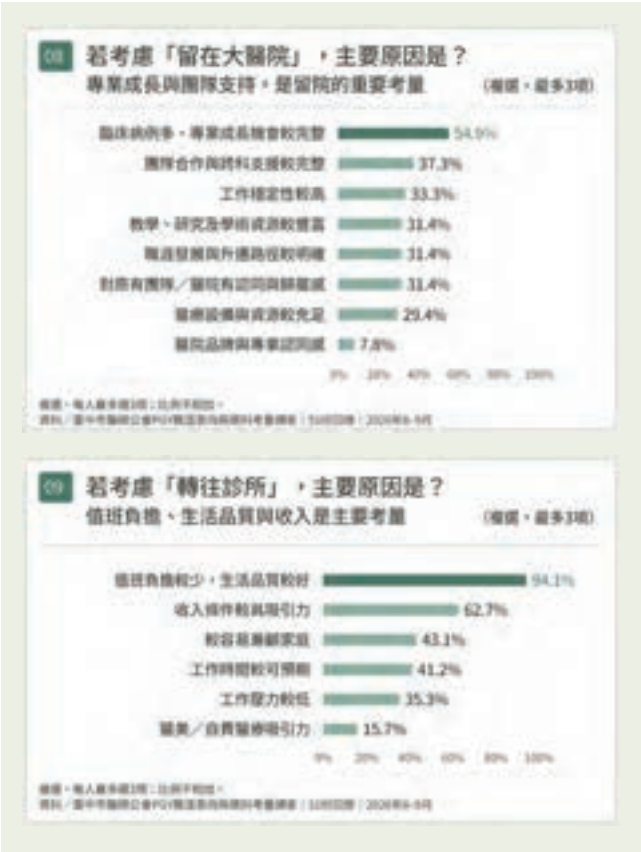
緣此，2年PGY成為標配。政策規定，醫師必須完全結束2年的PGY訓練，並加修醫學會認證的學分，才可以執行像微整注射（玻尿酸、肉毒）或光電雷射等低風險醫美項目。至於高風險的醫美手術，更被嚴格限制必須由特定的外科系專科醫師執行。

「不走PGY就不能做醫美」的法令一出，直美醫師全部回歸體係重新練基本功。年輕醫師如果想走醫美、診所等自費市場，現在也必須乖乖先留在醫院。這項政策在短期內有效遏止了畢業生直接出走潮，將人力重新導回大醫院的基層臨床，以115學年度為例，PGY1的實際選配報名人數為1,610名，對照1,876名的核定訓練總容額(含軍費生)，報名人數仍足以維持醫療體系的正常運作。

讓年輕醫師看見未來 醫療接班才會成為現實

但是，如果健保及體制壓抑依舊，這個特管法的緊箍咒效用也只能鎮住一時，從問卷調查顯示，完成專科醫師訓練並取得專科執照後，有高達72.5%會考慮或很能轉往基層診所、健檢中心或自費醫美服務。





繪圖／《臺中醫林》編輯部

PGY醫師問卷調查留言 心聲擇要

- ◆讓四大科多賺一點
- ◆調整大科的薪資比例
- ◆制度規劃保障我們的工時，不用一直情勒年輕人
- ◆提高住院醫師薪資待遇
- ◆不是永遠只會給我們陽春麵的報酬，叫我端出一盤日式拉麵，大家用醫德苦撐
- ◆健保點值低，付出與收入不合比例
- ◆增加整體醫療預算，平衡健保點值與各科給付
- ◆請好好改善年輕醫師的工作環境，重視我們醫師工時過勞的問題。
- ◆健保多給的錢必須真的到第一線
- ◆假日值班除隔日休息外，增加一日補休，並保障休假權益

對於衛福部近來針對四大科祭出的待遇補貼與容額調整措施，54.9%認為部分有幫助但偏向治標，43.1%認為完全沒幫助。這雖是受訪者的主觀評價，卻提醒決策者：短期誘因仍須搭配日常工作條件的改善。

「用制度規劃保障我們的工時，不要一直情勒年輕人」，這批年輕醫師不平、疲勞與失望的聲音在問卷建議中迴響，除了工作壓力外，也提示了照護安全、人才接續及制度信任的潛在風險。

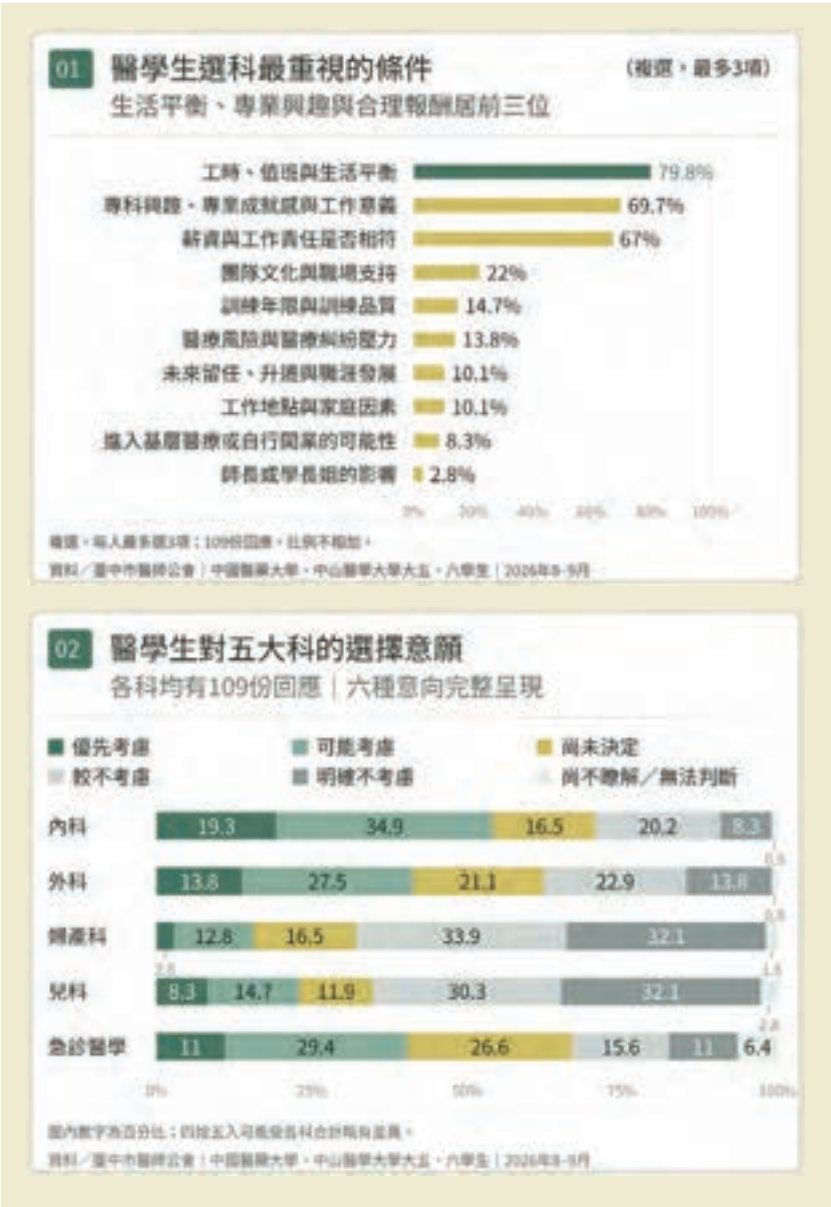
51份回覆不能代表全體，卻足以拋磚引玉。衛福部需要銜接財源、給付與勞動保障，醫院端落實待遇、人力與休息安排，讓「數位原生代」的年輕醫師看見在醫院可以長久走下去的未來，醫療接班才有機會成為現實。



臺中市醫師公會對醫學院學生問卷調查

情落哪科？五大科接班人預測！

圖・文／編輯部

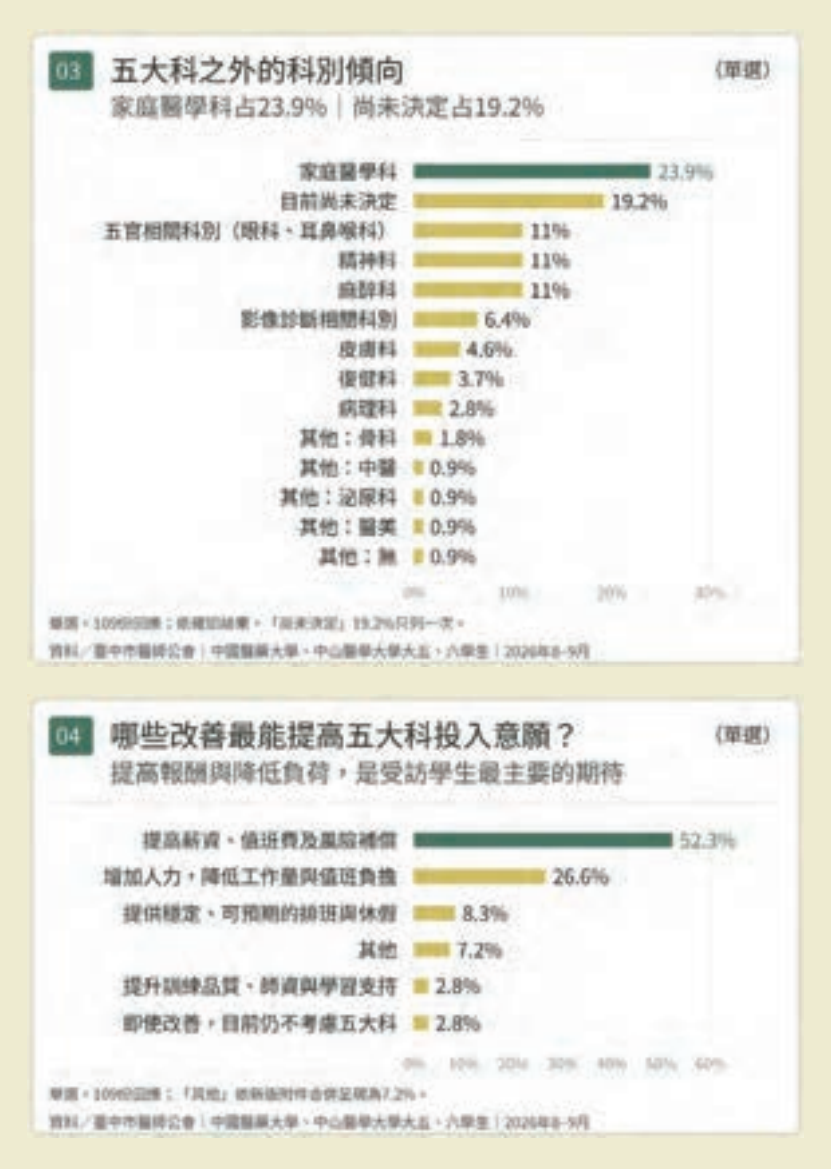


繪圖／《臺中醫林》編輯部

缺醫風暴下，未來的接班人怎麼想？臺中市醫師公會於2026年8月24日至9月17日，針對中國醫藥大學及中山醫學大學，大五、大六學生進行匿名選科調查，共109人作答，其中五年級52人、六年級57人，希望從進入職場前的選擇，理解醫療人力接續的挑戰。

生活平衡居首 專業興趣仍是核心

根據調查結果顯示，選科最重視的條件，以「工時、值班與生活平衡」79.8%居首，其次為專科興趣、專業成就感與工作意義69.7%，以及薪資與工作責任是否相符67%。本題最多勾選三項，呈現學生優先考量的組合。生活平衡受到重視，不宜解讀為缺乏熱忱；近七成仍看重專業興趣，顯示學生也在衡量如何讓熱忱長久維持。



繪圖／《臺中醫林》編輯部

內科意願最高 婦兒科面臨較大挑戰

合併「優先考慮」與「可能考慮」人數計算，內科占54.1%，外科41.3%、急診40.4%、兒科22.9%、婦產科15.6%。婦產科與兒科分別有66%、62.4%表示較不考慮或明確不考慮，這個現象值得關注；急診則有26.6%尚未決定，仍有探索空間。（本問卷並未追問各科意願的原因，不能直接歸因於待遇或工時。）

五大科之外 家庭醫學科最受青睞

其他科別傾向以家庭醫學科23.9%最高，眼科與耳鼻喉科合列的五官相關科別、精神科及麻醉科各占11%，皮膚科則為4.6%。這份結果不支持將學生選科簡化為「都想走皮膚科或醫美」。尚未決定者占19.2%，也提醒教育端，職涯探索與臨床體驗仍有發揮空間。

改善報酬與負荷　是爭取人才的起點

最能提高投入五大科意願的措施，52.3%選擇提高薪資、值班費及風險補償，26.6%選擇增加人力、降低工作量與值班負擔，合計78.9%。僅2.8%表示即使改善，目前仍不考慮。

對醫界而言，鼓勵投入之外，更需讓學生看見合理報酬、可承受的負荷與生活安排。醫療接班的希望，要從一份值得長久投入的工作開始。

醫療世代斷層 誰來接班？

年輕醫師「直美化」現象 是整體醫療制度誘因的改變

文 / 吳欣席



吳欣席
・崇德諾貝爾眼科診所
・臺中市醫師公會副秘書長

> 徒善不足以為政，徒法不能以自行。
> 《孟子．離婁上》

近年來，「缺醫風暴」逐漸成為台灣社會高度關注的議題。從急診壅塞、病房關床、護理人力流失，到五大皆空與偏鄉醫療困境，社會開始意識到：台灣長期引以為傲的醫療體系，正面臨前所未有的壓力。

然而，問題恐怕不只是「醫師數量不足」而已。真正值得憂心的，是台灣醫療體系正同時遭遇少子化、高齡化、產業結構轉變與世代價值觀改變等多重衝擊，而這些因素交互作用後，正逐漸動搖醫療體系長期賴以維持的基礎。

缺醫深層問題　是醫療人力結構性失衡

過去數十年，台灣建立了低費用、高可近性、高效率的全民健保制度。民眾早已習慣隨時可就醫、大醫院自由選擇與急診全天候運作的模式。但這套制度之所以能長期維持，很大程度其實建立在醫護人員長期高工時、高責任與高度使命感之上。

醫療體系看似穩定，背後卻是無數夜班、急診值班、超時門診與長期過勞所支撐。當人口結構與世代價值觀開始改變後，原本依靠奉獻精神維持的模式，也逐漸出現裂痕。

目前社會談論「缺醫」，多聚焦於急診醫師不足、五大科招募困難或護理人力流失，但更深層的問題，其實是醫療人力的結構性失衡。台灣並非完全缺乏醫師，而是願意長期留在高壓、高風險、高責任且輪班密集領域的人，正在持續減少。

近年醫界頻繁討論的「直美化」現象，就是其中的重要警訊。部分年輕醫師完成PGY後，直接投入醫美或自費市場，而不再進入住院醫師與急重症訓練體系。這看似個人職涯選擇，但背後其實反映的是整體制度誘因的改變。

醫療是國家戰略資源　而不只是一般服務業

對年輕世代而言，急診、外科、婦產科、小兒科與重症醫療，往往代表高工時、高法律風險與高情緒耗竭，但報酬與生活品質卻未必成正比。相較之下，自費醫療與醫美市場工時較穩定、夜班較少、風險較可控，也更容易兼顧家庭與生活品質。在自由市場機制下，人力自然會重新分流。

問題在於，醫療從來不是能完全依靠市場邏輯自行調節的產業。

高科技產業缺工，影響的主要是產值與經濟競爭力；但醫療缺工，影響的卻是人民生命安全與國家韌性。急診、ICU、外傷、婦幼與偏鄉醫療具有高度公共性，即使報酬不高、風險極大，社會仍需要有人留守。因為當重大外傷、急性中風、心肌梗塞、產科急症或兒童重症發生時，人民仍期待醫療體系能即時接住生命。

因此，醫療更接近一種國家基礎設施，甚至是戰略資源，而不只是一般服務業。

事實上，台灣真正面臨的挑戰，不只在醫療內部，而是整個國家結構的改變。

高齡化社會　將讓醫療需求持續增加

首先，是少子化帶來的人才競爭。新生兒人數持續下降，未來所有高專業行業都將面臨人才不足。過去醫學系因社會地位與收入穩定，長期吸引頂尖學生投入；但當半導體、AI與高科技產業快速發展後，國家最優秀的人才，也開始往科技領域集中。



相較於醫療行業的長培養期、高責任、高情緒負荷與高法律風險，高科技產業往往具有較高薪資成長與較可預期的生活品質。而一位成熟急重症醫師的養成，往往需要十年以上的訓練與經驗累積，並非短時間可以大量複製。

更重要的是，高齡化社會將讓醫療需求持續增加。慢性病、癌症、失智症、多重共病與長照需求都將快速上升。也就是說，台灣未來將同時面對「供給減少」與「需求增加」的雙重壓力。

許多醫療量能　靠高齡醫師延後退休支撐

目前許多醫療量能，其實仍靠高齡醫師延後退休所支撐。在不少偏鄉、小型社區與高壓科別中，大量資深醫師仍長期留守。表面上看似醫療服務尚可維持，但實際上卻是靠老一代醫師的責任感與超時工作勉力支撐。許多地方不是突然失去醫療，而是逐漸高齡化、空洞化與萎縮化。

因此，未來真正需要思考的，恐怕不只是「醫師人數」本身，而是整體醫療資源如何重新配置。

高齡社會的需求，早已不再只是急性醫療，而是涵蓋慢性病管理、復健、長照、失智照護、居家醫療與社區整合照護。包括醫療機構的數目、層

級與地理分布，都可能需要重新調整。部分地區醫療資源過度集中，但另一些地區卻逐漸空洞化；大型醫院承受過量急診與住院需求，但基層與社區照護功能卻未能有效承接。

未來長照機構、護理之家、居家醫療與社區醫療系統持續擴張後，其與醫院體系之間的人力與資源，也勢必產生競爭與排擠。

換言之，未來的問題恐怕已不只是「醫師夠不夠」，而是整個國家是否已準備好面對高齡化社會下的醫療資源重分配。

更重要的是，未來醫療政策也不能再只從平時需求思考，而必須納入國家韌性與風險管理。

未來醫療政策　須思考災難承受能力

近年氣候變遷造成極端高溫、暴雨、水災與大型災害頻率增加；地緣政治風險升高，也讓戰爭與重大危機不再只是遙遠議題。COVID-19疫情已經證明，當社會遭遇重大危機時，真正維持國家穩定運作的，除了能源、糧食與通訊之外，還包括醫療體系本身。

因此，未來醫療政策不能只追求效率，更必須思考災難時期的承受能力，包括急重症量能、區域支援、醫療物資調度與醫療人力備援等問題。

此外，AI、自動化、遠距醫療與智慧醫療，也正在改變未來的人力與資源結構。科技或許能提升效率，但也可能加速人才往高科技產業集中，形成醫療與科技產業之間更激烈的人才競爭。



因此，政府除了建立醫療人才戰略之外，更需要從更上位的角度，重新思考整體醫療與照護資源的國家配置，包括醫院與診所的區域分布、醫學中心與地區醫院的功能定位、長照與醫療體系的人力整合，以及急重症、慢性病與在宅醫療之間的資源平衡。同時，也必須將氣候變遷、重大災害、戰爭風險、科技變遷與人口結構改變，一併納入國家醫療韌性戰略。

改善醫療工作環境　延續年輕世代醫師

未來可能出現的，不只是急診壅塞或偏鄉缺醫，而是醫療、長照與高齡照護系統彼此爭奪有限人力與資源，進一步加速整體體系失衡。

此外，醫療工作環境也必須改善，包括合理工時、夜班保護、醫療暴力防治、法律支持與行政減量。否則，當年輕世代愈來愈重視生活平衡與職涯可持續性時，過去那種依靠燃燒個人生命維持體系運作的模式，終究難以延續。

台灣真正面臨的，或許已不是單純的「缺醫」，而是在少子高齡化與產業快速變遷之下，醫療體系逐漸失去過去的人力與資源優勢。當高壓、高風險且高度公共性的醫療工作愈來愈缺乏吸引力時，受到考驗的，將不只是醫療制度，而是整個社會對生命價值、公共責任與國家韌性的選擇。

台灣內科醫學會對2,844名
內科醫師進行職涯調查

年輕醫師
為何離開醫院又為何留下

51.6%醫院醫師考慮轉往基層 職業倦怠率高達67.3%

文／張延亙 永安診所
臺中市醫師公會理事



圖片由AI生成

近年來，年輕醫師離開醫院、轉往基層診所、醫美或其他產業的現象，逐漸成為醫療體系關注的焦點。有人將其解讀為年輕世代缺乏使命感，只重視薪資與生活；然而，根據台灣內科醫學會針對2,844名內科醫師所進行的職涯調查，年輕醫師的選擇其實不是單純的「理想與金錢」之爭，而是對收入、家庭、風險、專業成長與職涯自主權的綜合判斷。

年輕醫師離開醫院首因 生活失衡沒有充分休息

調查顯示，醫院端有51.6%的醫師考慮未來轉往基層，醫院醫師的職業倦怠率更高達67.3%。這些數據反映的，不只是個別醫師的職涯偏好，更是醫院工作制度能否長期維持的警訊。

年輕醫師離開醫院的第一個原因，是工作與家庭生活之間的衝突。調查對象中，高達71.9%已婚且育有子女，顯示多數醫師已進入必須承擔育兒與家庭照顧責任的人生階段。然而，醫院醫師生活失衡的首要原因是值班，占35.1%；另有37.1%的醫師在夜班後沒有充分休息，只能繼續「硬撐」工作。

因此，年輕醫師在意的未必只是工時長短，而是工作時間能否預期、下班後能否真正休息，以及能否參與家庭生活。基層診所也可能有晚診、假日診及高門診量，並不必然比較輕鬆，但其工作時間通常較固定，也較少面臨臨時值班及夜間急重症責任。對需要照顧家庭的醫師而言，可預測的生活往往比單純減少幾個小時的工時更重要。



資料來源 / 2026台灣內科醫學會職涯調查

不應簡化年輕醫師向錢看
研究與行政工作負擔重

第二個原因，是責任、風險與報酬不成比例。調查中有85.0%的醫師認為健保給付偏低，與醫師承擔的責任及風險不相稱；另有80.3%的醫院醫師認為健保制度限制了專業發揮。醫院工作涉及急重症照護、夜間值班、醫療糾紛與高壓決策，但增加的責任未必能充分反映在薪資上。

相較之下，基層診所可能提供較高的單位工時報酬、較低的急重症風險，以及更直接的績效回饋。如果進一步合夥或自行開業，醫師還能分享經營成果。因此，所謂的「高薪外流」，不應簡化成年輕醫師向錢看，而是他們開始衡量一份工作的風險調整後報酬：投入多少時間、承擔多少責任，又能獲得多少合理回報。

第三個原因，是臨床以外的工作不斷增加。醫院醫師除了看診、值班與照顧住院病人，還要處理病歷文件、健保申報、評鑑、行政會議、教學、研究與升等。調查顯示，62.3%的醫師受到審查與行政繁瑣所困擾，研究壓力在醫院端也占28.5%。當研究與行政工作必須利用夜間或假日完成，它們就不再是專業成長的機會，而成為加速職業倦怠的額外負擔。

缺乏研究保障 年輕醫師容易選擇退出

不過，這並不代表年輕醫師完全缺乏研究熱忱。調查顯示，61.3%的醫院醫師願意參與跨院所研究；在有研究意願的醫師當中，更有95.9%對學術研究合作感興趣。真正的問題可能不是沒有動機，而是缺乏受保障的研究時間、統計與行政協助，以及能與臨床工作結合的研究題目。如果研究制度仍以論文數量與升等為唯一導向，卻沒有提供相應資源，年輕醫師自然容易選擇退出。



另一方面，醫院仍然具有基層診所難以完全取代的價值。對希望發展次專科、高難度技術、急重症醫療或跨科整合能力的醫師而言，醫院所提供的設備、病例量與專業團隊仍不可或缺。醫院也是從事教學、研究、人才培育及參與醫療政策的重要平台。許多年輕醫師並非不願留下，而是在詢問：留在醫院所獲得的專業成就，是否足以補償失去的時間、健康與家庭生活？

良好的團隊與主管也是醫師選擇留下的重要原因。如果科部具有公平透明的排班、合理的工作分配、可信任的領導者，以及清楚的職涯發展方向，年輕醫師會更容易產生組織認同。相反地，如果醫院仍把「配合度」等同於無條件加班、參加非必要應酬或接受不透明的人事安排，即使提高部分薪資，也未必能真正留住人才。

年輕醫師的離留 如對醫療制度的投票

此外，年輕醫師對職涯的想像已經出現變化。調查中有64.4%的醫院醫師希望進修第二專長；他們認為重要卻未受到充分訓練的領域，包括資產管理、稅務、管理與溝通及診所經營。這顯示新世代醫師不再只接受一條由住院醫師、主治醫師到升等主管的單一路徑，而希望同時發展臨床、研究、管理、投資或創業能力。基層診所之所以具有吸引力，除了收入之外，也在於它能提供更高的自主性及多元發展空間。

面對年輕醫師外流，醫院不能只訴諸使命感，更不能將離開者貼上缺乏奉獻精神的標籤。真正有效的留才策略，應包括夜班後的強制休息與補休、彈性排班、反映急重症風險的薪資制度、行政工作減量，以及提供受保障的研究時間。醫院也應建立臨床、教學、研究與管理等不同職涯軌道，讓不走傳統學術升等路線的優秀醫師，同樣能獲得肯定與發展。

年輕醫師離開或留下，表面上是個人的職涯選擇，實際上卻是對整個醫療制度的投票。他們不是不願意承擔責任，而是不願再以犧牲健康、家庭與尊嚴作為專業成長的唯一代價。

醫院真正需要思考的，不是如何改變年輕醫師的價值觀，而是如何讓留在醫院成為一個值得、合理而且可以長久持續的選擇。當醫師能在專業成就、合理報酬與家庭生活之間取得平衡，留下來就不必再是一種犧牲，而能成為一個主動且有希望的決定。

中興大學公費後醫學生未來選科意向調查

專業志趣與公費制度共同形塑職涯

圖・文 / 國立中興大學醫學院學士後醫學系

前言

為回應國內重點科別及醫療資源需求地區的醫師人力問題，公費醫學生的培育，除專業訓練外，其選科、服務場域與長期留任，也是制度能否落實的重要關鍵。

適逢《臺中醫林》規劃「醫療人力」專題，邀請本校分享後醫系學生的選科考量，校長對此議題相當重視，並進一步了解學生想法。醫學院於115年8月，針對後醫系三、四年級學生及2026年畢業生進行匿名調查，探討選科因素、重點科別意願，以及公費服務責任與職涯規劃的關係。

本文結合調查結果與培育現場觀察，思考如何平衡個人專業興趣與認同、公費培育的公共使命、國家醫療人力需求及長期職涯發展。

後醫學生未來選科意向　最重視專科成就感

近年醫療人力問題受到高度關注，尤其內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科等重點科別，在部分醫療機構面臨住院醫師招募與人才接續的挑戰。國立中興大學學士後醫學系依衛生福利部「重點科別培育公費醫師制度計畫」辦理公費醫師培育，學生不只是一般醫學生，更肩負回應國家醫療人力需求與服務政策指定地區的公共使命。因此，中興大學公費醫學生如何看待未來選科、哪些因素影響其投入重點科別的意願，以及制度如何支持其完成培育後長期投入臨床服務，具有重要的醫學教育與政策意義。

本系於115年8月針對後醫三、四年級學生及2026年畢業生進行匿名選科意向調查，三屆學生共69人，共回收48份有效問卷，回收率約70%，其中後醫三年級17人、四年級17人、畢業生14人。調查顯示，全體學生選科時最重視的前三項因素，依序為「對專科內容的興趣與專業成就感」85%、「工時、值班與生活平衡」67%，以及「薪資與工作責任是否相符」54%。三個年級均將「興趣」列為第一考量，顯示專業認同仍是學生選科的重要起點；但隨著越接近臨床與分科階段，工時與薪資等現實條件的重要性也逐漸提高。對公費醫學生而言，這項結果尤其值得重視，因其未來職涯同時受到個人專業志趣與公費服務制度的雙重影響。





1 2

1. 國立中興大學學士後醫學系學生深入部落家庭進行健康關懷與家訪，透過面對面的陪伴與交流，了解長者的健康與生活需求，實踐以社區為核心的健康照護與在地關懷。
2. 115年起新開設「公費醫師體系實務實習」選修課程，安排低年級學生至部立醫院及相關醫療機構進行實務學習。

內科意願接受度最高　婦產科敬陪末座

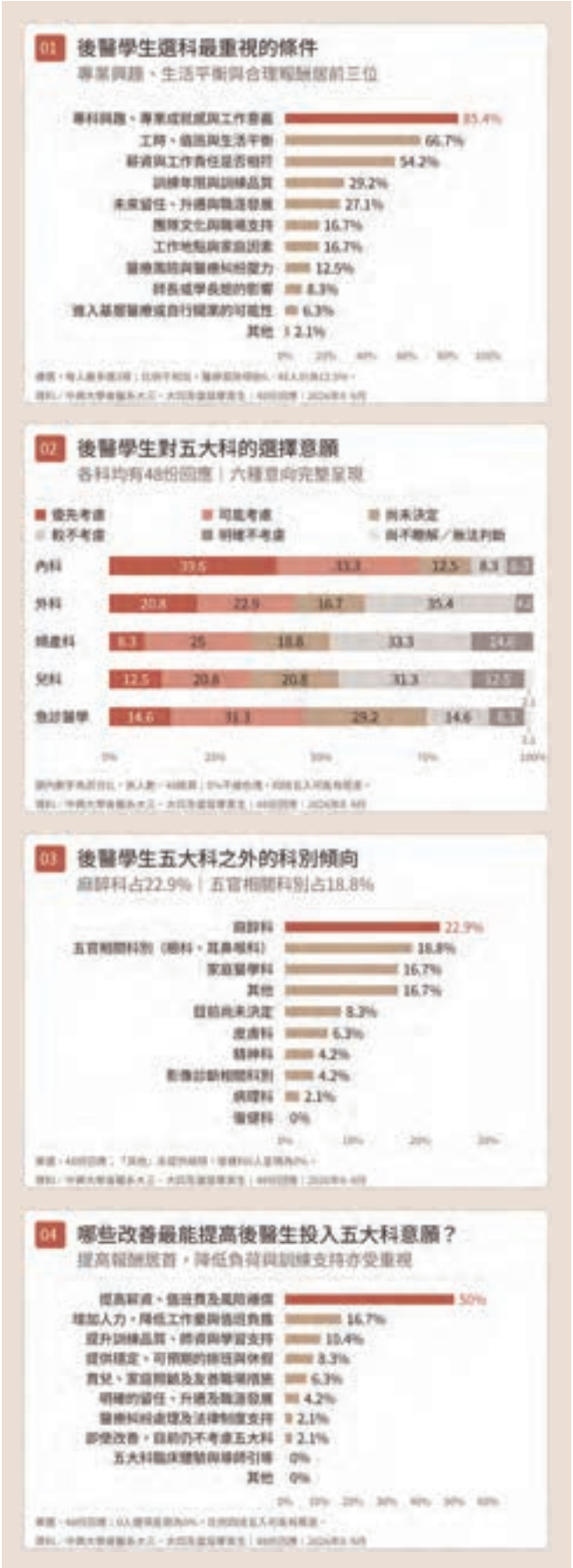
從五大科選擇意願來看，中興大學公費後醫學生並非普遍排斥傳統重點科別。以5分為最高意願，內科在三個年級的平均意願分別為三年級3.94分、四年級4.00分、畢業生3.79分，是接受度最高且相對穩定的科別；外科則分別為3.12、3.29及3.21分，呈現較明顯的觀望態度。兒科分別為3.06、2.71及3.00分；急診醫學科則為3.47、3.00及3.43分。這些結果顯示，即使學生接受的是以國家重點科別與醫療人力需求為導向的公費培育，實際選科意願仍存在明顯的科別差異。

其中，婦產科的結果尤其值得注意。四年級17人中有14人表示「明確不考慮」或「較不考慮」，平均意願僅1.94分；相較之下，三年級與畢業生平均皆為3.29分。由於各年級樣本數有限，且本次為橫斷式匿名調查，因此不宜將此差異直接解讀為學生隨學習階段而改變對婦產科的看法；但四年級學生呈現較低選擇意願的現象，仍值得後續持續觀察。由於本問卷未進行質性訪談，尚無法直接判定造成差異的原因；但此結果提醒教育端，應在學生正式選科前提供更完整的專科工作內容、訓練環境、職涯發展與制度支持資訊，亦可進一步透過訪談或後續追蹤，了解學生形成選科意向背後的實際考量。

家庭責任　可能是後醫生職涯規劃的考量

中興大學公費後醫學生的選科考量也有其特殊性。相較於傳統學制醫學生，後醫學生來自不同學習與職涯背景，部分學生在接受醫學訓練期間，已須同時面對家庭照顧與生涯規劃。本次調查中，有家庭照顧責任者共10人，占21%，其對五大科的平均選擇意願均低於無家庭責任者；此外，他們除重視工時與專科興趣外，對「訓練年限與訓練品質」以及「工作地點與家庭因素」的重視程度也較高。雖然人數有限，不宜據此作過度推論，但此一趨勢仍反映家庭責任可能是後醫學生進行職涯規劃時不可忽略的考量。對未來尚須履行公費服務義務的學生而言，服務地點、家庭責任與專科訓練安排之間如何取得平衡，更是制度設計不可忽視的一環。

這也提醒我們，公費醫學生的選科不能簡化為「願不願意吃苦」，也不宜只以是否選擇特定科別來衡量培育成效。當學生必須同時考量專業訓練、公費服務義務、家庭角色與長期生活安排時，訓練期程能否預期、服務與工作地點是否穩定、排班是否具有彈性，都可能成為影響其職涯選擇與未來留任的重要條件。



繪圖 /《臺中醫林》編輯部

投入五大科意願　首選提高薪資值班費

至於哪些改變最可能提高學生投入五大科的意願，48名受訪者中有24人、占50%，首選「提高薪資、值班費及風險補償」，而且三個年級均將此列為第一順位；其次為增加醫療人力、降低工作量及值班負擔。對有家庭照顧責任者而言，育兒及家庭友善職場與穩定排班的需求更為突出，兩項合計達50%。這表示對公費醫學生而言，「公費身分」本身並不足以取代合理工作條件與職涯支持；若希望國家投入的公費培育資源真正轉化為重點科別與醫療不足地區的穩定人力，服務環境與留任條件同樣關鍵。

因此，改善重點科別人力問題，恐怕不能只依靠單一誘因。薪資、值班費與風險補償固然是最直接的訴求，但若人力配置、工作量、訓練品質、排班制度與家庭支持未同步改善，仍難形成長期留才效果。對公費醫師制度而言，政策目標不應只停留在「招得到、分得出去」，更應進一步思考如何讓公費醫師「留得住、發展得好」。對不同人生階段的年輕醫師，也需要更具彈性的制度支持。

從醫學教育端而言，我們能做的不是替學生決定應該選哪一科，而是讓學生在充分理解專業內容、工作環境、國家醫療需求與公費服務責任後，做出成熟且負責任的選擇。

後醫學系新開設　公費醫師體系實務實習課程

本系以「培養具有人文關懷、利他服務及科學素養之良醫」為教育目的，並肩負培養國家所需公費醫師的重要任務。因此，我們期待的不只是學生完成公費服務義務，更希望他們能在適才適所的專業領域中建立認同與成就感，進而願意在重點科別及醫療需要地區持續深耕。

這樣的理念，也正逐步落實於本系的課程設計。考量一、二年級學生過去主要透過基礎醫學、基礎與臨床整合及醫學人文課程認識醫療體系，較缺乏臨床實習前的正式場域學習經驗，本系自115年起新開設「公費醫師體系實務實習」選修課程，將公費醫學生對公共醫療體系與實際醫療場域的認識向低年級延伸，安排學生至部立醫院及相關醫療機構進行實務學習。透過臨床教師指導、場域體驗、實務議題討論與學習反思，使學生在進入高年級臨床實習前，即能實際理解公共醫療體系運作、不同層級醫療機構的角色，以及公費醫師所承擔的服務使命與職涯環境。

對學生較有疑慮科別　將提供透明且完整資訊

此次調查結果也進一步凸顯早期場域學習與職涯探索的重要性。既然「對專科內容的興趣與專業成就感」是學生選科最重要的考量，醫學教育除了傳遞公費制度的責任與規範，更應創造機會讓學生實際看見不同專科「做什麼、為何重要，以及可以獲得什麼樣的專業成就感」。

因此，未來可進一步將早期公共醫療場域體驗與後續專科探索相互銜接，增加五大科及醫療人力需求科別的正向臨床學習經驗與角色典範接觸，並安排第一線公費醫師、臨床教師及畢業學長姐分享真實的職涯與服務經驗。除了讓學生理解工作負荷，更重要的是使其看見不同專科的專業價值、成就感及其對公共醫療體系的重要性。

同時，也應讓學生充分了解公費分發、專科訓練、服務地點、留任與後續職涯發展之間的實際銜接；對學生較有疑慮的科別，則應提供透明且完整的資訊，以減少學生認知與實際執業環境之間的落差。

未來亦可透過實習學習紀錄、學生反思、課程回饋及實習單位意見，持續檢視早期公共醫療場域學習的成效，並追蹤學生對公費醫師角色、不同專科及醫療需要地區服務之理解與選科意向的變化，逐步建立「低年級公共醫療體系認識—臨床場域體驗—專科探索—公費服務與職涯規劃」的縱向培育模式。

形成長期投入與留任　仍有賴制度面支持

選科最終仍是學生綜合興趣、能力、家庭責任、人生規劃與公費服務責任後的決定。對中興大學而言，公費醫學教育的價值不只是培養足額的醫師，而是從醫學教育早期即協助學生理解公費培育所承載的公共使命，並在真實醫療場域與專科探索過程中，逐步建立個人的專業認同與服務場域的連結，使其未來願意回應國家醫療需求，並在適合自己的專業領域長期發展。然而，醫學教育能建立認識、經驗與認同，能否真正形成長期投入與留任，仍有賴制度面的支持。

因此，除了教育端持續強化學生對重點科別及醫療需要地區的理解外，制度端更重要的工作，是讓願意投入的年輕醫師能在合理的待遇、工時、專科訓練、職涯發展及家庭支持環境中持續發展。唯有「公費培育的公共使命」、「個人的專業認同」與「可持續的職涯」三者兼顧，才有可能真正提升重點科別與醫療需要地區的人才投入及留任，使公費醫師制度發揮長期效益。

中山醫學大學永續醫學教育

前瞻醫學教育
打造下一代憧憬的職涯藍圖

文 / 辛宗翰、黃馨葆 (順序依姓名筆劃)



辛宗翰(左)
中山醫學大學附設醫院醫教部副院長

黃馨葆(右)
中山醫學大學附設醫院全人照護
暨跨領域教育中心主任

制度公平性 新一代醫師集體行為轉變

近年來，臺灣醫療體系在全民健康保險總額制度壓抑、醫療爭議訴訟風險居高不下，以及高強度勞動環境的多重衝擊下，正面臨核心醫療人才流失的系統性危機，導致臨床醫師員額不足之範疇，已由過往的特定專科演變為整體醫療體系的結構性失衡。尤以內、外、婦、兒等支撐急重難症醫療核心之傳統主科最為顯著；另一方面，在畢業後一般醫學訓練（PGY）與住院醫師的招募媒合上，正承受逐年加劇的體制性壓力。與此同時，基層醫療診所的擴張、自費醫療市場的興起，以及多元跨領域之職涯路徑，亦為新一代醫師提供了與前輩截然不同的發展選項，加速了醫療勞動力市場的板塊位移。

此一集體行為的轉變，極易被社會輿論簡化為「現在的年輕醫師不願意吃苦了」之個體道德標籤。若深入臨床教學與實務現場，與年輕醫學生、PGY及住院醫師並肩工作，就會發現其並非拒絕承擔臨床責任，而是更在意：我的付出是否合理？制度是否公平？這些辛苦是否讓我成為更好的醫師？因此，醫療人才接續不應再侷限於「如何提升招募率」的方向思考，而應重新檢視我們提供給下一代的工作與學習環境，並進行制度性的重塑與再設計。

合理的待遇 是對專業責任最基本的回應

薪資雖非年輕醫師抉擇科別與留任之唯一變因，卻是衡量專業價值與責任承擔之關鍵制度指標。當必須承擔常態性夜間值班、高風險急重症決策與持續性法律風險，而外部市場同時具備高經濟報酬、可預期工時且無夜間值班需求等外部誘因時，僅訴諸「醫療使命感」以填補此一風險與報酬失衡，在組織管理上並不具備永續性。因此，合理調高急重症、夜間及高負荷臨床工作之勞務報酬，其本質非僅單純之福利優化，而是讓臨床責任、訴訟風險與經濟報酬之間重新取得制度性的公平與對等。

醫療愈來愈複雜，我們也必須重新思考「哪些工作一定要由醫師完成」。適當配置專科護理師（NP），加上護理、藥師、個案管理及行政人員的團隊支持，不讓年輕醫師孤軍作戰，不僅可減少醫師花費大量時間處理非核心醫療工作，更重要的是夜間與高風險情境中，必須有真正能夠取得的資深醫師與後端支援。這並不是讓年輕醫師「少做一點」，而是讓他們在適當督導下逐漸承擔責任。好的訓練，不是把一個還在學習的人獨自留在第一線，而是在他需要協助時，知道身後有人可以接住他。

善用AI 把醫師的時間還給病人

另一個亟待制度性變革的核心，在於臨床工作內容的本質優化與再設計。當前醫師的勞動時間中，有極高比例並非耗費於病患直接照護，而是被束縛於資訊終端前進行冗長的資料檢索、急診病歷紀錄重整，以及檢驗數據與影像報告的重覆性轉錄與輸入。應更積極善用AI與「醫點家」等臨床資訊整合工具，將病患之既有檢驗檢查、影像報告及急診紀錄進行自動化流暢整合，再由醫師進行高階之臨床確認與診斷決策。

期待AI技術於醫療機構的應用願景，不應被窄化為單純提升「病患診治數量」的量化工具；其更核心的價值在於「時間返還」的賦能效益——將寶貴的臨床時間重新釋放予年輕醫師，使其擁有充裕的時間進行醫學思辨、閱讀、接受臨床導師督導，並真正深化以病人為中心的照護品質。

人才接續 其實應該從醫學生開始

醫療體系之人才接續，應前瞻性地延伸至醫學生階段，有鑑於醫療運作為二十四小時不間斷之系統，而傳統醫學教育卻高度集中於日間，導致受訓者在進入PGY階段時面臨巨大的臨床現實衝擊。夜間醫院具備資源有限、人力精簡但病情變化劇烈之特質，是養成臨床優先順序判斷與跨團隊溝通之關鍵場域。

因此，在確保病人安全與良好臨床導師督導之前提下，應適度強化醫學生的夜間臨床實習。其核心目的並非提前承擔勞務，而是引導其在具備保護機制的學習環境中，觀察並理解醫療全貌——讓臨床責任從醫學生、PGY到住院醫師呈現「漸進式階梯增長」，不僅避免知能與責任之斷層，亦可防止某一天突然全部落在肩上。

醫學教育之延伸 與專業韌性之重塑

過去醫學教育常將「韌性（Resilience）」簡化為受訓者個體的壓力調適與耐挫能力。此舉極易

醫療管理者與政策制定者不應一味叩問「為何年輕醫師不願留下」，而應反思「我們是否打造了一個值得新世代留下來的醫療環境」。



圖 / 中山醫學大學官網

將體制設計之缺陷轉嫁予個體承擔，進而加劇其職業倦怠。真正具備永續價值的醫學教育模式，應致力於建構「具備制度化支持系統的系統性韌性」，在此一培育架構中，組織必須提供實質且常態化的導師制、同儕支持網絡與即時臨床督導；更關鍵的是，在受訓者遭遇重大醫療不良事件或臨床爭議時，應制度化地提供臨床簡報與反思空間，以協助其進行心理除污與專業核心價值的重建。

因此，醫療組織亟需翻轉過往的威權階層文化，全面營造職場心理安全感環境——確保年輕醫師在面臨臨床能力瓶頸或身心負荷極限時，能夠坦然尋求外部協助，而不必蒙受被標籤化為缺乏專業適任力的制度性風險。

合理待遇吸引人 公平制度留任人才關鍵

臺灣醫療體系的人才接續困境，表面上呈現為「招募與留任」之勞動力短缺，深層本質則為「臨床工作設計」與「教育環境建構」之系統性盲點。合理的待遇是吸引人才之基石，公平的制度與團隊支持是留任人才之關鍵，而前瞻的醫學教育則是賦予下一代承擔能力的根本。

醫療管理者與政策制定者不應一味叩問「為何年輕醫師不願留下」，而應反思「我們是否打造了一個值得新世代留下來的醫療環境」。唯有當年輕醫師能在臨床工作中感受到制度公平、在面臨困境時獲得組織支持、在專業實務中持續成長，並能從資深醫師身上看見值得憧憬的職涯藍圖時，人才接續將不再只是被動的留人防線，而是新世代基於專業認同，主動選擇承接醫療責任的永續起點。

中國醫藥大學醫師培育

醫療的下一棒
不能只靠上一代握得更緊
創造值得留下的環境 讓制度承接年輕的熱情

文 / 邱德發



邱德發
- 中國醫藥大學附設醫院 教學副院長
- 教學部主任

急診室的燈不會因為交班而熄滅，病房的照護也不會隨著一位資深醫師退休而結束。每一張排班表背後，都需要有人承接病人的信任；每一次複雜的醫療決策，也需要經驗、判斷與團隊合作的支持。因此，醫療人才接續所關乎的，從來不只是哪個職缺由誰補上，而是照護的能力與責任，能否穩定地傳到下一個世代。

年輕醫師思考未來 要讓他們看見值得投入

長期參與臨床工作、醫師教育與年輕醫師培育，我逐漸感受到，管理者與年輕醫師看待同一個職位，可能有不同的起點。醫院關心的是科部運作、值班安排與服務量；年輕醫師思考的，則可能是自己將成為什麼樣的醫師，以及這份工作能否容納家庭、健康與長期成長。

面對人才招募與留任的挑戰，我們很容易先問：「為什麼年輕醫師不願意留下？」但我認為，還應該多問一句：「我們提供的環境，能否讓他看見值得投入的未來？」

如果只能填滿眼前的班表，卻沒有讓下一代逐步具備獨立判斷、教導他人與帶領團隊的能力，人數即使暫時補齊，人才接續仍未真正完成。

理解年輕世代 也重新理解我們自己

談到年輕醫師的選擇，「比較不能吃苦」是一個容易出現、卻不宜輕易使用的解釋。它把複雜的職涯考量，簡化為個人意志的強弱，也讓對話還沒有開始，就先形成了世代之間的距離。

對許多資深醫師而言，高強度訓練、長時間投入與承擔責任，是專業養成的重要記憶。我們從前輩的要求中學會謹慎，也在困難的值班中累積判斷力。這些付出值得尊重，其中對病人的責任感，更應持續傳承。但回顧自己的成長，仍需要分辨：哪些磨練確實成就了專業，哪些只是當時資源不足下不得不承受的代價。

我們應傳下去的是臨床能力與責任，而不是把所有曾經承受的辛苦，都當成下一代必經的儀式。

同樣地，年輕醫師也不是價值觀一致的群體。有人嚮往高難度的臨床挑戰，有人投入研究與教學，有人需要在職涯與家庭照顧之間取得平衡。同一個人，在不同人生階段也可能調整優先順序。不能因為一個人重視生活，就推論他缺乏使命感；也不宜將所有離職或轉換跑道，都解讀為對醫療工作的否定。

讓制度承接熱情 而不是反覆消耗熱情

我期待的世代理解，是雙向的。資深者願意聽見年輕人的處境，年輕者也理解醫療具有無法完全依個人偏好安排的公共責任。我們要共同討論的，是如何在病人需要、團隊公平與個人生活之間，建立可以長期實踐的承諾。

使命感是醫療專業的重要力量，但不應成為制度設計不足時的替代品。當我們期待醫師長期投入高責任的照護工作，就必須同時檢視工作量、報酬、休息安排、風險支持與發展機會是否相稱。只談奉獻，卻不處理持續投入的條件，難以構成完整的人才政策。

其中，最值得教育主管反思的，是「服務」與「學習」的關係。臨床能力本來就需要在照護病人的過程中養成，不能將服務與教育完全切割。然而，工作繁忙並不自動等於訓練充實。重複完成任務之後，是否有人協助整理判斷依據？處理困難個案時，是否得到適切督導？承擔更多責任之前，是否已有相應能力？這些才是訓練品質的核心。

人才接續 不能只靠單一醫院解決

我們需要的不是取消磨練，而是讓磨練具有教育目的、有回饋，也有合理的界線。

此外，制度不能只寫在辦法裡。保障教學時間，必須有人力安排支撐；承諾研究與進修，就應說明如何調整臨床工作；要求資深醫師投入指導，也應在工作配置與評核中承認其付出。如果年輕醫師的學習機會，總以同事臨時代班或前輩額外犧牲為代價，善意終究可能耗盡。改善醫師的工作條件，也不能只是把負擔轉移給護理或其他醫療同仁，而應重新檢視整個團隊的分工與支持。

值得留下的環境，也需要容許提問、求助與不同意見。遇到錯誤時，應釐清責任與系統因素，協助改善，而不是以羞辱代替教導。這並非降低專業標準，而是讓醫師能及早說出「我不確定」，在問題擴大以前尋求協助。

當然，人才接續不能只靠單一醫院解決。支付制度、不同地區與專科的服務需求，都需要更廣泛的公共討論。但作為教育與管理者，我們仍應先處理自己能改變的排班、教學、支持與溝通，不能讓外部困難成為內部停滯的理由。

人才培育 要讓年輕醫師看見下一步

在我看來，人才培育不能等到職缺出現才開始，也不應在升任主治醫師之後便告一段落。從醫學生、住院醫師到年輕主治醫師，每個階段都需要清楚的學習目標、適切的責任，以及可以討論未來的人。

導師制度因此不只是名單上的配對。真正重要的是，有人願意定期與年輕醫師討論：目前最需要補強的能力是什麼？對哪一類工作有熱情？未來幾年希望如何成長？導師不必替他決定人生，而是協助他辨認選擇、看見限制，並找到可以採取的下一步。

職涯發展也不宜只有單一路徑。臨床照護、研究、教學與跨域創新，需要不同的能力組合。

組織應讓不同專長有被辨識與肯定的機會，而不是一方面鼓勵多元發展，另一方面仍以單一產量衡量所有人的價值。這些機會更應有透明的申請與遴選方式，不只屬於最懂得爭取資源的人。

國際交流才 為組織累積共同的能力

在參與海外進修規劃的過程中，我尤其重視：我們安排的究竟是一趟出國，還是一段有前後銜接的人才培育歷程？

出國之前，應先釐清想解決的臨床或學術問題，找到合適的指導者與合作團隊，並討論經費、工作代理及家庭安排。進修期間，院內仍應維持聯繫與支持；返院之後，更需要相應的時間、設備、團隊與任務，讓新能力有落實的可能。不能期待一位醫師帶著新知回來，卻仍以完全相同的工作配置，獨力完成額外的改革。

因此，進修成效不宜只計算送出多少人、參訪多少機構。我更在意的是：回來之後，能否改善一項照護流程、建立一套教學方法，或帶領下一位同仁成長。讓「出去、回來、再帶人出去」形成循環，國際交流才真正成為組織共同累積的能力。

海外進修也不是唯一答案。國內跨院學習、短期交流、在職研究與教學培訓，同樣應有合理支持，讓不同家庭條件與職涯階段的醫師，都能找到合適的成長方式。

最後，培育必須包含實際參與。從課程設計、工作流程到科部發展，應讓年輕醫師有表達意見與承擔任務的空間，並依能力逐步增加責任。唯有真正參與，才能從被安排工作的人，成長為共同承擔醫療未來的人。



圖 / 中國醫藥大學提供

接受培育醫師 也應履行事前約定義務

站在教育與管理的位置，我也需要不斷提醒自己：我所認為對年輕醫師最好的安排，未必就是最適合他的道路。願意培育人才，不只意味著提供資源，也意味著願意聆聽、調整期待，並接受他可能做出與我們不同的選擇。

留任固然重要，卻不能成為衡量培育價值的唯一標準。有人留在原單位深耕，有人走向其他地區、研究領域或教育工作。只要仍以專業回應社會需要，就不宜一概視為人才流失。醫院需要接續力量，整個醫療體系也需要人才在不同位置發揮所長。

當然，尊重選擇不代表沒有責任。接受培育與資源支持的醫師，也應履行事前清楚約定的義務，妥善交接，並回饋團隊。組織提供可信賴的支持，個人以專業與誠信回應，彼此的承諾才不會停留在口號。

讓下一代有能力 走得比我們更遠

我期待未來檢視人才政策時，我們不只問「今年留下多少人」，也問「留下的人是否持續成長、獲得支持，並願意培育下一代」。這些問題，比一時的招募成果，更接近人才接續的本質。

醫療的下一棒，不能只靠上一代握得更緊。身為教育者，我們要做的是把經驗轉化為可以學習的能力，把資源轉化為可以實現的機會，也把權責逐步交到準備好的人手中。

人才接續，不是要求下一代複製上一代，而是創造一個值得留下的環境，讓下一代有能力，也有意願，走得比我們更遠。

醫學生對未來職涯的考量

一般生先看生活平衡

後醫生重視專業與長期發展

文 / 編輯部

缺醫風暴下，醫學生如何選擇未來專科？臺中市醫師公會針對中國醫藥大學、中山醫學大學109名大五、大六學生的調查，與中興大學48名後醫系大三、大四及當屆畢業生的同題調查結果，呈現共同期待，也透露不同背景下的職涯考量。

選科前三項相同 優先考量不同

兩組選科最重視的前三項，都是專業興趣、生活平衡，以及薪資與責任是否相符，但排序不同。一般生以工時、值班與生活平衡79.8%居首，專業興趣69.7%其次；後醫生則以專業興趣85.4%居首，生活平衡66.7%其次。合理報酬均列第三，一般生67%、後醫生54.2%。

後醫生對訓練年限與品質、留任升遷及職涯發展的重視比例，分別為29.2%、27.1%，高於一般生的14.7%、10.1%。這顯示後醫生除了關注工作條件，也較常將訓練與長期發展納入優先考量；但本題最多勾選三項，未入選不代表不重視。

內科最受考慮 婦兒科仍有挑戰

選科方面合併「優先考慮」與「可能考慮」，兩組均以內科最高，一般生54.1%、後醫生72.9%；其中「優先考慮」分別為19.3%、39.6%，後醫生對內科的傾向更為突出。

婦產科、兒科方面，後醫生的考慮比例均為33.3%，高於一般生的15.6%、22.9%。然而，後醫生仍有47.9%較不考慮或明確不考慮婦產科，較高接受度和較高吸引力顯然不能混為一談。外科與急診方面，兩組差距則較小。

五大科之外 首選也不同

五科之外的其他科別傾向，一般生以家庭醫學科23.9%最高，後醫生則以麻醉科22.9%居首，五官相關科別18.8%其次。兩組皮膚科比例皆不高，這似乎也說明不能將學生選科簡化為追逐皮膚科或醫美。

合理報酬是共同期待

提高五大科投入意願的措施，兩組皆以提高薪資、值班費及風險補償居首，一般生52.3%、後醫生50%。一般生其次期待增加人力、降低負荷；後醫生選擇改善訓練品質的比例則較高。部分具家庭照顧責任的後醫生，也提出排班與家庭友善需求，顯示公費培育仍需工作及生活配套。

兩組共同期待合理且能持續的工作，差異則在考量排序與科別傾向。但限於樣本109人（一般生）與48人（公費生），這些數字的價值在於拋磚引玉，協助醫界追問學生為何選擇？又為何卻步？若要掌握更精準的訊息，仍有待擴大調查，納入身分、年齡、家庭責任與臨床經驗，並追蹤實際選科及留任，才能讓人才政策更貼近需求。

國際醫學盛會
頭頸部腫瘤之音聲探討

東亞音聲醫學會議 台日韓三國優質醫療的最佳發聲平台

文 / 王仲祺



王仲祺
臺中榮民總醫院耳鼻喉頭頸外科部主治醫師
第3屆三國頭頸醫學會暨第15屆東亞音聲醫學會聯合會議大會主席

人類的咽喉兼具生命維繫與社交溝通之重任：它啟閉氣道以維持呼吸順暢，精巧調控吞嚥以防止誤嚥嗆入，更能發出悠揚嗓音與世界對話。三大功能相輔相成，奠定了生命的厚度與尊嚴。

2008年3月8日
成立台灣音聲醫學研究會

和咽喉的三大功能類似，全球資料庫網站「Numbeo」公布2026年全球醫療照護指數（Health Care Index），台灣、日本與韓國擁有位列全球前五的卓越醫療實力，宛如世界的醫療鐵三角，在地理環境相臨及相似的東亞文化涵養下，攜手引領世界醫學的創新與發展，其中最重要的一部分就是探索咽喉功能的音聲醫學。

為了完成以上的使命，1987年台日韓三國的咽喉醫學專家，尤其是專注嗓音手術的外科醫師，特別合作成立了東亞音聲外科學會(East Asian Association of Phonosurgeons：EAAP)，並每兩年輪流在三國不同的城市舉辦東亞音聲外科醫學會議（East Asian Conference on Phonosurgery: EACP）。

跨越千禧年後的2001年，台大醫院張昭明教授首次在台北舉辦EACP，但當時台灣尚未有負責主辦的專責學







1
2
3

1. 張學逸教授擔任第6屆EACP會長，2008年12月5日-6日在高雄85大樓盛大舉辦東亞音聲醫學會
2. 國際學者積極參與第6屆EACP
3. 第6屆東亞音聲醫學會晚宴緊密連結台日韓三國友誼

會。為了籌辦2008年在高雄舉辦的EACP，臺北榮民總醫院張學逸教授號召國內喉科醫師、語言治療師及聲樂專業人士，於2008年3月8日正式創立具國家代表性的專業學術團體 —「台灣音聲醫學研究會(Taiwan Voice Society: TVS)」，並由筆者擔任大會秘書長，於2008年12月5日-6日在當時高雄最高的85大樓成功主辦第6屆EACP。

2026年10月
在台中舉辦台日韓聯合會議

時光荏苒，在筆者擔任TVS第六屆理事長時接下籌辦第15屆EACP的重任，與過往的EACP不同，本屆EACP結合台日韓三國新倡議舉辦的「第三屆三國頭頸部學會聯合會議(The 3rd Joint Meeting of Tri-Head and Neck Society)，在台灣頭頸部腫瘤醫學會(Taiwan Head Neck Society: THNS)理事長呂宜興教授，以及現任TVS理事長鄒永恩教授支持下，由臺中榮民總醫院院長傅雲慶教授擔任大會名譽主席，將於 2026 年 10 月 29 日至 31 日，在台灣台中的臺中國際會展中心(Taichung International Convention & Exhibition Center: TICEC)隆重舉辦台日韓三國兩大國際會議的聯合會議(會議官方網站網址：https://www.3hn-eacp2026.org/)。

因為頭頸癌患者的咽喉功能常常受到疾病侵襲或治療的併發症而嚴重損傷，甲狀腺手術更是造成聲帶麻痺的最常見原因。兩大會議的結合，讓各種不同專業領域的醫療人士能夠互相學習，廣泛探討如何降低頭頸部疾病患者的治療併發症並提供良好的咽喉功能復健解方。



■ 本次國際大會，將於2026年10月30日（週五）及31日（週六）於嶄新的臺中國際會展中心盛大舉行。

13國400多位專科醫師　分享先端醫學新知

本次大會議題不只適合醫學中心的各類醫療人員，甚至也囊括了基層診所近年來積極關注的主題。截至9月底，大會已有超過來自世界各國13國400餘人註冊報名，邀請講員除了來自台日韓，也延伸邀請美國、歐洲、香港等7位學者，也是獲美國耳鼻喉頭頸外科醫學會（AAOHNSF）認證並支持舉辦的國際會議。報名參加者演講者除了耳鼻喉頭頸外科醫師外，還包括口腔顎面外科醫師、整形重建外科醫師、腫瘤內科醫師、放射腫瘤科醫師、內分泌外科/陳代謝科醫師、語言治療師、基礎與轉譯醫學研究員、人工智慧與智慧醫療工程專家等。

議程形式包含6個Keynote Lectures, 20個Symposia, 3個 Panel Discussions，3 個 Meet the Professor，4個歐美Guest Speakers專題演講，提供最先端的醫學新知。並有三個Workshops(如跨性別嗓音訓練、語言治療師喉部手法放鬆操Laryngeal manipulation、歌劇嗓音 YUBA訓練法)等。也有總合超過100篇的精選論文口頭報告及電子海報論文展示，揭露世界各國罕見案例與最新研究數據。並有3個Luncheon Seminars及各種廠商展示攤位。

▶ 第 3 屆三國頭頸醫學會暨第 15 屆東亞音聲醫學會聯合會議官方網站

高齡者咽喉機能退化 已成重要健康議題

隨著台灣邁入超高齡社會，高齡者咽喉機能退化已成重要健康議題。調查顯示，台灣65歲以上長者約有一成以上面臨咀嚼吞嚥異常，逾兩成每週至少嗆咳三次，常伴隨喉肌萎縮與聲帶老化，顯著增加吸入性肺炎與社交障礙風險。

本次會議探討的主題，也和基層診所醫療人員面對的臨床挑戰息息相關，大會也申請許多學會的繼續教育學分。期待台中的醫療夥伴們，從基層到醫中，一起現場報名參加以「頭頸部腫瘤之音聲探討：從腫瘤控制到生活品質」（Voice in Head & Neck Oncology: From Tumor Control to Quality of Life）為主題的國際盛會，並把最新醫療技術運用於臨床。

糞便移植 重建腸道微生態

反覆性困難梭菌感染 開啟精準治療新方向

圖・文 / 曾敬棠

編按：近年「腸道菌相」逐漸成為醫學界高度關注的新領域，其中「糞菌移植（FMT）」發展出口服方式，更被視為具突破性的治療方式之一。臺中榮總成功完成首例糞菌移植治療，用於反覆感染、難以根治的困難梭菌感染，也讓許多醫師對此新興療法產生高度關注與好奇。本刊特別邀請這個新領域權威曾敬棠醫師分享，第一手專業臨床經驗請勿錯過。



曾敬棠
臺中榮民總醫院胃腸肝膽科

近年來，腸道菌相（gut microbiota）已成為醫學研究的重要領域。研究發現，腸道微生物不僅協助食物消化，更與人體免疫調節、腸道屏障及代謝功能密切相關。當微生物的組成與功能失去平衡，形成「菌相失衡」（dysbiosis），便可能影響人體健康。

糞菌移植（fecal microbiota transplantation, FMT）正是在此背景下，逐漸發展成具有臨床應用價值的微菌叢治療。事實上，利用健康糞便治療腸道疾病並非現代才有的概念。古代醫學文獻東晉葛洪《肘後備急方》即有使用「黃龍湯」糞便製劑治療腸胃疾病的記載；現代醫學則透過嚴謹的捐贈者篩選、標準化製備流程及臨床試驗，逐步建立FMT的安全性與療效證據。

糞菌移植
從治療病原菌到重建腸道生態

FMT最重要的臨床應用之一，是反覆性困難梭菌感染（recurrent Clostridioides difficile infection, rCDI）。抗生素雖能控制感染，卻也可能破壞腸道正常菌叢，降低抵抗病原菌定殖的能力，使困難梭菌再次增生、產生毒素，引起腹瀉、腹痛，嚴重時甚至造成偽膜性腸炎及危及生命的併發症。

部分病人即使接受適當治療，仍反覆復發，形成「感染—抗生素—菌相失衡—再次感染」的惡性循環。

2013年發表於《新英格蘭醫學期刊》的隨機對照試驗，是FMT發展的重要里程碑。此後，多項臨床研究支持FMT對反覆性CDI的療效，促使國際指引逐步將微菌叢治療納入治療策略。

FMT並非單純補充益生菌，而是透過移植經嚴格篩選捐贈者的微菌叢製備品，協助重建腸道微生態。其作用可能包括恢復微生物多樣性、增強定殖抵抗力（colonization resistance）、調整膽酸代謝，以及改善腸道屏障與免疫調節，降低困難梭菌再次增生的機會。

臨床適應症
以反覆性困難梭菌感染為主

在臺灣，微菌叢植入術自2018年起納入衛生福利部《特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法》，須符合相關規範執行。目前主要應用於反覆性（recurrent）或經常規治療無效（refractory）的困難梭菌感染。

● 臺中榮總反覆性困難梭菌感染FMT評估流程圖



❶反覆性困難梭菌感染

這是目前FMT最具臨床實證支持的適應症。研究顯示，適當選擇的病人接受微菌叢治療後，整體治療成功率約可達80%–90%，但實際效果仍取決於病人狀況、製備品形式、植入途徑及治療策略。

❷難治型困難梭菌感染

對於接受標準抗生素治療後仍未改善的病人，臨床上需重新評估診斷、疾病嚴重度及治療策略。

● 執行經大腸鏡微菌叢植入術FMT



對於非重度的CDI病人，臨床上會以「3至5天」評估治療反應，若臨床症狀仍未改善，優先調整抗生素由vancomycin轉換至fidaxomicin，並同時評估後續FMT的可行性。

然而，對於重度或猛爆型困難梭菌感染（severe or fulminant CDI）的病人，依據目前ACG臨床建議，若病人於接受標準治療後約2至5天仍無明顯改善，可評估救援性糞菌移植（rescue FMT）的可行性；臨床實務上亦可於治療後約48至72小時開始評估。若病情快速惡化，則不應等待既定時間，而應立即升級治療並進行多專科評估。救援性FMT應由胃腸肝膽科、感染科、加護醫療及大腸直腸外科等團隊共同決策，特別是對於無法對最佳化藥物治療產生反應、且不適合或希望避免結腸切除手術的病人。

部分病人可能需要接受多次FMT，通常依臨床反應每3至5天重複治療，直至臨床症狀及腸道黏膜病灶改善。若出現腸穿孔、腸阻塞、腸缺血或其他手術適應症，則應優先進行外科評估，不應因等待FMT而延誤必要的手術治療（colectomy）。

除了以上適應症外，ACG治療指引也建議，對於「高風險族群」或「初次感染即為重度的困難梭菌感染」，即使是第一次發作，也可以及早評估微菌叢治療的角色，而不必等到一再復發後才考慮。「高風險族群」包括年齡65歲以上、合併多種慢性病、長期使用質子幫浦抑制劑（PPI）、免疫功能低下、發炎性腸道疾病、近期頻繁住院、居住於長照機構，以及預期仍需使用抗生素等。

FMT的關鍵 製成符合醫療使用需求

FMT的臨床應用仰賴完整的品質管理。捐贈者須接受詳細病史詢問、感染風險評估及相關病原體與抗藥性菌株檢驗，以降低感染傳播風

險。糞便採集後，亦須依標準作業程序處理及保存，製成符合醫療使用需求的微菌叢製備品。

臺中榮總目前與臺北榮總微菌叢治療團隊合作，取得經標準化製備的冷凍微菌叢製備品，再依規劃完成運送、解凍及植入，並由胃腸肝膽科、感染科及內視鏡團隊共同參與，逐步累積臨床治療經驗。

FMT可透過大腸鏡、鼻腸管或口服膠囊等途徑進行。大腸鏡可將製備品直接送達迴腸末端；鼻腸管須注意吸入性肺炎風險；口服膠囊則具有侵入性較低的優點。臨床上須依病人的疾病狀況、吞嚥能力及治療需求，選擇合適的植入方式。針對反覆性CDI，經大腸鏡植入有較高的治療成功率。

FMT安全 短期與長期風險不可忽視

FMT後約有2成的病人可能出現腹脹、排氣增加、腹部不適、腹瀉、便祕或噁心等短期副作用，多數症狀輕微且可自行緩解。然而，FMT並非完全沒有風險，除內視鏡及鎮靜相關併發症外，微菌叢製備品亦可能傳播感染性病原。過去已有抗藥性細菌經微菌叢製備品傳播的案例，因此捐贈者篩選與製備品質管理至關重要。此外，腸道微生物與人體免疫及代謝系統密切相關，移植後可能產生的長期影響仍有待研究。FMT應在符合適應症及相關醫療規範的情況下進行，並建立適當的治療後追蹤機制。

向病人解釋FMT時，可以將腸道比喻為一座「花園」。長期使用抗生素，就像一場森林大火，可能破壞原本的腸道菌叢，使困難梭菌趁機增生；FMT則像是從健康花園引進經過嚴格篩選的種子，重新播種，幫助腸道恢復生態平衡。同時也應向病人說明，醫療用微菌叢製備品並非直接使用未處理的原始糞便，而是經過嚴格的捐贈者篩選、病原體檢測及標準化製備流程後使用。

未來微菌叢治療 進一步發展為更標準化產品

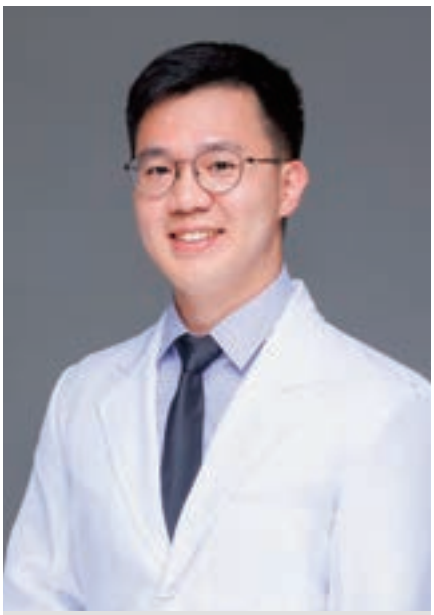
除了CDI，研究者也持續探索FMT在潰瘍性結腸炎、肝性腦病變及代謝性疾病等領域的應用。部分研究顯示，FMT 可能改善特定潰瘍性結腸炎病人的症狀並提高緩解率，但不同研究的治療方式與療效存在差異，目前仍不能取代標準藥物治療。未來，微菌叢治療可能進一步發展為更標準化的產品，例如活體生物治療產品（live biotherapeutic products, LBP），以及以特定菌群、微生物或代謝物為基礎的精準治療，以提升產品一致性，並釐清真正具有治療效果的關鍵機制。

FMT代表現代醫學對疾病的理解，正從單一病原菌或器官，延伸至人體與微生物之間複雜的生態互動。對反覆性CDI而言，FMT已是具有臨床實證支持的重要治療選擇。臺中榮總透過跨科合作，為反覆感染或傳統治療效果不佳的病人提供新的治療可能。FMT的成功不僅仰賴植入技術，更需要完善的病人評估、捐贈者篩選、製備品品質管理及治療後追蹤。隨著研究持續進展，微菌叢治療有望從傳統移植走向更安全、標準化且具針對性的精準微生態治療，為病人提供更多以實證醫學為基礎的個別化治療選擇。

從模糊到變形—把握早期治療黃金時機

黃斑部病變
已不再是無法治療的疾病

文／張硯傑



張硯傑
中國醫藥大學附設醫院
眼科醫學中心

在眼科門診，常會遇到患者帶著焦慮的神情前來求醫。他們最常描述的困擾，往往不是單純的視力模糊，而是生活細節悄悄變了質：原本筆直的線條，變得像波浪般扭曲起伏；手機平板或書本上的文字中心，出現了一塊揮之不去的黑色陰影。這些視覺異常，很有可能是視網膜最中心的部位——黃斑部——發出的求救訊號。

黃斑部病變 典型的症狀是「視覺扭曲」

若將眼睛比擬成一台相機，視網膜就如相機的底片，負責接收外界的影像訊息，並將光線轉換為神經訊號傳遞至大腦。黃斑部是視網膜最中心的區域，直徑僅約5毫米，是整個視網膜感光細胞密度最高、視力最敏銳的地方。我們視覺功能，包含精確辨認物體形狀的能力、明暗辨識、色彩對比，甚至感受色彩的層次變化，都高度仰賴黃斑部的正常運作。

當這塊區域因為年齡老化、全身性疾病或結構異常而出現水腫、滲漏、出血，或長出異常的新生血管時，就會造成「黃斑部病變」。要注意的是，黃斑部病變並非單一疾病，而是一群症狀相似、病因各異的疾病統稱，需要透過詳細的眼科檢查才能進一步分類診斷。

黃斑部病變的特徵症狀與一般近視、老花或是白內障所造成的視力下降不同，黃斑部病變會有一些特殊的視覺表現，典型的症狀是「視覺扭曲」。由於黃斑部病變會造成視網膜表面不平整，患者在觀察門框、地板磁磚縫隙或表格線條時，會發現原本應該筆直的線條出現彎曲、斷裂或波浪狀的感覺，這在醫學上稱為「視物變形症」(Metamorphopsia)。另一個典型的症狀是視野中央出現固定的塊狀暗影或模糊，與飛蚊症不同的是，這類暗影不會隨著眼球移動而飄移，而是固定停留在視野正中央，嚴重影響視覺功能。此外患者也可能出現影像對比度降低，色彩不再那麼鮮豔的症狀。

若一隻眼睛正常，另一隻眼睛卻有黃斑部病變，要自覺視力出問題並不容易。建議民眾可以利用「阿姆斯勒方格表」(Amsler Grid)在家進行簡單的自我測試。方法十分簡便：遮住一眼，以另一眼注視方格中心點，若發現格線出現歪斜、模糊、或中心呈現暗點，便應該就醫接受詳細的眼科檢查。

常見的黃斑部病變 各有治療方式

■糖尿病黃斑部水腫(DME)

長期血糖升高會損傷眼底微細血管，造成血管膨大、滲漏、出血與阻塞，進而引起黃斑部水腫。早期可能無明顯症狀，不易察覺，因此糖尿病患者務必定期接受眼底檢查。治療方式包括眼球內注射藥物、雷射及手術，並衛教患者控制血糖。

■視網膜靜脈阻塞(RVO)

好發於有高血壓、高血脂、高血糖的「三高」族群。由於動脈硬化壓迫旁邊的靜脈，造成靜脈阻塞，引起黃斑部水腫與出血，典型症狀是突然視力模糊或視野出現固定大片陰影。治療以眼球內注射藥物為主，同時需積極控制三高，尋找並改善危險因子。

■老年性黃斑部病變(AMD)

是高齡社會中最常見的致盲原因之一，全球每年有數百萬人因此喪失中心視力。它主要分為乾性與濕性兩大類：「乾性」病變進程相對緩慢，主要是視網膜色素上皮細胞下方的代謝廢物「隱結」(Drusen)堆積，逐漸導致組織萎縮退化；「濕性」則有新生血管增生，造成水腫、出血，甚至結疤，視力可能在短時間內急速惡化。乾性以補充葉黃素、配戴太陽眼鏡、戒菸為主要預防；濕性則需以眼球內藥物注射或雷射治療。

■黃斑部皺褶(視網膜上增生膜)

好發於中年以後，或曾接受眼部手術、雷射的患者。由於玻璃體退化萎縮與視網膜分離時，殘留細胞可能在黃斑部增生形成薄膜，造成視網膜表面不平整，拉扯視網膜造成視力模糊與線條扭曲。症狀輕微者可追蹤觀察，嚴重時需接受玻璃體切除手術與皺褶撕除。

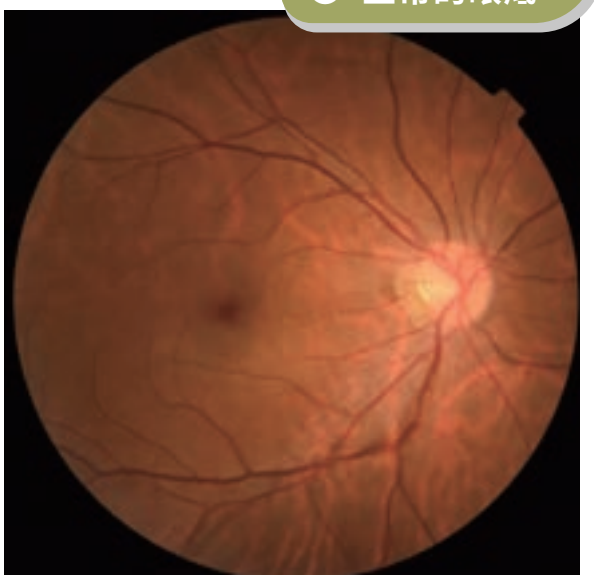
■黃斑部裂孔

好發於中年以後，或曾受到強烈眼球撞擊的患者。由於玻璃體萎縮後對黃斑部拉扯力道過強，或外傷導致黃斑部中央出現孔洞，造成視力嚴重減退，看線條時中央如虛線般中斷。需以手術治療修復。

預防黃斑部病變 戒菸和控制三高

過去二十幾年，眼科在治療黃斑部病變有顯著的進展。目前最主流的治療方式是眼內注射抗

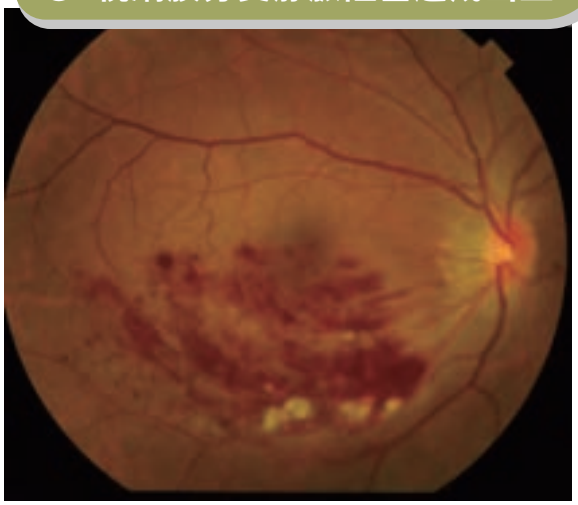
● 正常的眼底



● 糖尿病視網膜水腫



● 視網膜分支靜脈阻塞造成出血



血管新生藥物(Anti-VEGF)。以往黃斑部出血幾乎意味著視力走向不可逆的衰退,如今透過將藥物直接注射入眼睛,能有效抑制異常新生血管的生長,並促使水腫消退,視力因此得以穩定甚至改善。對於特定類型的病變,醫師也會搭配雷射治療,或在必要時進行微創玻璃體切除手術,直接改善構造上的異常。

預防黃斑部病變,在生活習慣上應積極戒菸(吸菸者罹患老年性黃斑部病變的風險是一般人的兩倍以上)、控制三高,以及在戶外強光環境下配戴太陽眼鏡,減少傷害的累積。飲食方面,可以補充葉黃素(多吃深綠色蔬菜)、以及富含Omega-3不飽和脂肪酸的魚類。

在醫療技術日新月異的今天,黃斑部病變已不再是無法治療的疾病。依照不同病因各有對應的治療方法,千萬不要因為害怕或拖延而錯失治療時機。通常越早治療,效果越好;一旦拖延至視網膜萎縮或結疤,便可能沒有任何有效的治療方式,造成不可逆的視力喪失。因此要保持警覺,在出現任何視覺異常時,第一時間尋求眼科醫師的協助,便能把握住早期治療的黃金時機。

肺部腫瘤
診斷與治療一站完成

Hybrid OR整合內視鏡超音波、麻醉照護與外科手術於同一空間

文 / 涂智彥



涂智彥
中國醫藥大學附設醫院
胸腔暨重症系主任

71歲的柯先生，平時沒有明顯呼吸道症狀，卻在一次健康檢查的低劑量電腦斷層檢查中，意外發現右上肺部有一顆約1.2公分的毛玻璃病兆。由於腫瘤體積不大，又位於肺部周邊，外院安排他接受電腦斷層導引經皮肺穿刺切片，希望確認腫瘤性質。柯先生來到中國附醫胸腔暨重症系尋求第2意見。

醫療團隊評估後，決定安排他進入新建置的複合式手術室，也就是Hybrid Operating Room，簡稱Hybrid OR，接受肺部腫瘤的精準定位與手術。

在麻醉狀態下，醫師先利用錐狀射束電腦斷層，也就是Cone Beam CT，取得即時的三維立體影像，清楚確認腫瘤的位置，並規劃最安全、最精準的支氣管鏡路徑。接著，藉由氣管鏡及內視鏡超音波技術進行Penta blue定位右上肺部毛玻璃病兆，定位完接著胸腔外科醫師進行手術切除，術後診斷為第一期肺腺癌。

傳統肺部小結節診斷面臨的挑戰

隨著低劑量電腦斷層肺癌篩檢日益普及，愈來愈多早期肺癌能夠在腫瘤尚小、尚未產生症狀時被發現。然而，越小、越周邊的肺結節，在診斷上往往也越具有挑戰性。

傳統經皮電腦斷層導引穿刺，雖然是常見的肺部腫瘤診斷方式，但針具必須穿過胸壁及肺組織，可能產生氣胸、出血等併發症。另一方面，一般支氣管鏡雖然較不容易造成氣胸，但對於位在肺部周邊、直徑僅一至兩公分的病灶，有時難以確認器械是否真正到達腫瘤中心。

肺部會隨呼吸移動，病人從檢查前的電腦斷層室進入手術室後，姿勢、肺容積與麻醉狀態也可能不同，因此事前影像所顯示的腫瘤位置，



未必完全等同於手術當下的位置。即使導航系統顯示已經抵達病灶附近，若缺乏即時影像驗證，仍可能出現「看似到達、實際偏離」的情況。

這也是為什麼，肺部小結節的精準診斷不能只依賴導航，更需要在手術當下看見病灶、確認位置，並即時調整路徑。

Hybrid OR讓醫師在手術中「看見」腫瘤

中國醫藥大學附設醫院胸腔科於今年6月啟用Hybrid OR，將高階影像設備、支氣管鏡技術、內視鏡超音波、麻醉照護與外科手術環境整合於同一空間。

Hybrid OR的核心設備之一，是Cone Beam CT。它可以在病人維持手術姿勢與麻醉狀態下，即時取得肺部三維影像，讓醫師清楚看到腫瘤、支氣管、血管與採樣器械之間的立體關係。

這項技術就像在肺部建立即時的三維地圖。醫師不再只能依賴數天或數週前拍攝的電腦斷層影像，而能根據手術當下的實際狀況，判斷支氣管鏡是否已抵達正確位置。

若發現器械位於腫瘤邊緣，醫療團隊可以立即修正方向；若病灶因呼吸、肺部塌陷或病人姿勢產生位移，也能重新定位。搭配徑向支氣管內視鏡超音波，更可進一步確認探頭與病灶的關係，提高取得有效組織的機會。

對患者而言，這代表更精準的診斷、更少的重複檢查，以及降低因穿刺所造成的氣胸與出血風險。對醫療團隊而言，則是從過去憑藉二維影像與經驗判斷，進一步跨入即時三維影像導引的精準介入時代。

從「一站式診斷」走向「診斷與治療一站完成」

Hybrid OR的價值不只在於提升切片成功

率，更重要的是，它打破了胸腔內科診斷與胸腔外科治療之間的空間與流程界線。

過去，病人可能先接受影像檢查，再安排支氣管鏡或經皮穿刺；等待病理報告後，重新掛號、住院，最後才由胸腔外科進行手術。整個過程可能跨越數週，也需要多次往返醫院。

在Hybrid OR中，胸腔內科、胸腔外科、麻醉科、影像醫學科與病理科可以共同參與。對於高度懷疑早期肺癌，且適合手術切除的患者，未來可望在同一次麻醉與同一手術空間中，先由胸腔內科完成精準定位、採樣或染色標記；若術中快速病理證實為惡性腫瘤，即可直接由胸腔外科接手，進行胸腔鏡肺部切除及淋巴結評估。

病人不必甦醒後再次等待，不必重新安排第二次麻醉，也能減少不同檢查與手術之間的時間落差，真正實現「診斷完成，治療立即開始」的一站式照護。

未來導入支氣管鏡腫瘤消融治療

除了診斷與外科手術整合，中國醫藥大學附設醫院也規劃進一步引進支氣管鏡腫瘤消融技術。透過電燒、微波或其他能量消融方式，醫師可沿著支氣管進入肺部，在Cone Beam CT的立體影像導引下，將消融探針精準放置於腫瘤內，再利用熱能破壞腫瘤細胞。

這項治療方式特別可能適用於年紀較大、肺功能較差、具有多重共病，或因其他原因無法接受傳統肺部切除手術的患者。部分病人未來可能在同一次療程中，先完成腫瘤定位與組織診斷，隨後立即進行消融，達成從診斷到局部治療的一站式完成。

當然，並非所有肺結節都適合支氣管鏡消融。醫療團隊仍須依據腫瘤大小、位置、病理型態、淋巴結狀態、患者肺功能及整體健康狀況，經由多專科團隊討論後，選擇最適合的治療方式。

Hybrid OR的意義，不是以單一技術取代所有檢查或手術，而是提供一個更完整的平台，讓不同專業能夠在同一時間、同一空間內，為病人制定最精準的策略。

讓肺癌診療從多站接力進化為一站完成

對肺部腫瘤患者而言，等待往往是最煎熬的過程。等待檢查、等待病理、等待住院、等待手術，每一次等待都伴隨著不確定與焦慮。

Hybrid OR所改變的，不只是醫療設備，而是整個肺癌診療流程。從即時三維定位、支氣管鏡與內視鏡超音波診斷，到胸腔外科直接接手手術，未來更進一步延伸至支氣管鏡腫瘤消融，中國醫藥大學附設醫院正逐步建立「精準定位、即時診斷、立即治療」的肺部腫瘤一站式照護模式。

柯先生的故事，代表的不只是一位患者成功完成診斷，更象徵肺癌醫療進入新的階段。當影像、內視鏡、病理與外科技術在Hybrid OR中匯聚，醫療團隊不再只是尋找腫瘤，而是能夠更精準地接近它、確認它，並在最適當的時間完成治療。

對病人而言，少一次檢查、少一次麻醉、少一段等待，就可能多一分安心，也多一個及早治療、重拾健康的機會。



■ 蘇本華醫師立志成為一名能夠帶給人快樂、受人敬重的兒科醫師。

獎 醫療奉獻獎學術研究類

蘇本華｜兒科

兒童遺傳疾病的雷射眼

深耕研究30年 成果豐碩納入國家衛生研究院政策建言

圖・文／蔡淑媛

在兒科醫療領域中，兒童遺傳科常常面對著最複雜、最棘手且診斷歷程極其漫長的疾病。走進診間，迎面而來的是蘇本華醫師溫暖而堅定的笑容，身為中山醫學大學附設醫院兒童遺傳科的創科靈魂人物，蘇本華醫師在兒童遺傳與兒童健康研究領域深耕近30年，被稱為「江湖雷射眼」總能抽絲剝繭找出疾病解謎，她則自詡為牧羊犬，陪伴迷路的孩子和家庭慢慢帶回正途。

用專業與愛心 建立中部兒童遺傳醫療

從小就跟著小兒科醫師父親穿梭兒童病房，蘇本華回憶：「看著父親一年365天都很認真工作，獲得附近鄰里非常高的尊重，這是一份令人快樂且非常有貢獻的工作」，學生時代並非一開始就立志非當醫生不可，但內心充滿對小兒科的熱愛與幫助孩子的使命感，選擇跟隨父親的腳步踏入小兒科，立志成為一名能夠帶給人快樂、受人敬重的兒科醫師。

蘇 本華

學經歷 | 台北醫學大學醫學系學士、中山醫學大學醫學研究所碩士、博士，現任中山醫學大學附設醫院 醫研部副院長、中山醫學大學醫學系教授； 長期追蹤塑化劑、重金屬及全氟化物等環境暴露對兒童內分泌、免疫與神經發展的影響，並結合基因、多體學、臨床大數據與AI，兒童矮小、性早熟、青少年肥胖及罕見疾病之研究，推動兒童精準健康照護。

蘇本華師承「台灣遺傳學之父」——王作仁教授，在台大接受完整的遺傳次專科訓練，受訓期間，親眼見到許多來自中南部的罕見疾病或先天畸形患兒，因為找不到病因，被迫長途跋涉送到台北求醫，甚至在未獲確診前便不幸離世，更加堅定要為中部地區建立遺傳科醫療能量，為孩子爭取早一步診斷與治療的機會。

1998年，她回到中山附醫創立兒童遺傳科，從當時冷門的領域，慢慢把臨床、研究與照顧病童家庭的工作接在一起，建立中部兒童遺傳醫療的基礎，憑藉著天生的敏銳觀察力、扎實的臨床經驗與深厚的人文關懷，為一個個迷惘的家庭找出病因，用專業與愛心守護孩子的成長。

探索遺傳疾病 抽絲剝繭像柯南找答案

罕見或遺傳疾病尋醫過程有時被稱為「診斷奧德賽」，常常要花上五年、十年，輾轉求診七、八位醫師，才等到正確診斷；也常因缺乏篩檢工具或醫師的敏感度，始終無法確診。而許多找不到答案的疑難病例轉到蘇本華手上，往往就是解謎的最後一關，她在醫界也得到一個特別的稱號——「江湖雷射眼」。

蘇本華看診從孩子的眼睛、五官、走路的姿勢，到聽家長說話時的語氣，用心「觀察」；深入詢問家族史，「要問得夠深、夠廣，涵蓋兩家三代」。部分家屬未必會主動提及遺傳疾病，她從手足出生年齡的差距，都能敏銳察覺可能早夭或流產的歷史，進而引導家屬吐露關鍵線索，為疾病診斷突破瓶頸。

她坦言：「對遺傳的愛好、疾病探索的興趣，抽絲剝繭找到答案——有點像柯南。」找答案的方法：「要對疾病熟悉、有經驗、有敏感度，每天讀新paper、學新的東西」，甚至借助AI，每週幫忙整理感興趣的醫學主題，篩選出前十大重點文章來讀。

新生兒陰囊全黑 同時罹患3種罕見遺傳疾病

蘇本華記得曾在新生兒加護病房遇過一個孩子，陰囊整個都是深黑的，性徵明顯，後來發現內分泌、肌肉張力、智力、電解質都有問題。原來是同一條染色體上連續3個基因同時發生突變，等於罹患3種罕見的遺傳疾病——「必須用不同的藥物輔助治療，有的需要罕藥才能幫忙，只要有一線曙光，都要幫他爭取。」

面對無法治癒的遺傳疾病，蘇本華始終記得台大恩師說過的話，有病人質疑無藥可醫，為什麼要回診，老師回答：「回來給我的學生看啊！現在沒有藥，但這些醫生願意繼續去努力，也許有一天就會有藥可治。」蘇本華說，過去像龐貝氏症只能眼看走向死亡，現在已有新藥；侏儒症也有新藥，能長高一點、手長一點，如廁能擦到衛生紙、進電梯能按到按鈕，生活能更好，這都是她身為醫師能幫忙的。



■ 蘇本華醫師在兒童遺傳與兒童健康研究領域深耕近30年，研究成果豐碩，納入國家衛生研究院政策建言與國民健康署行動計畫參考。

當醫生不一定最聰明 但一定要有耐心愛心

蘇本華曾遇過一個唐寶寶，產前篩檢和產檢都無異狀，「過關斬將」被生下來，全家人無法接受，她只問年輕父母與祖父母：「覺得她看起來怎麼樣？」對方回答：「還蠻可愛的！」她接著說明，唐寶寶很好帶、很乖巧，只要好好愛她就夠了，現在這家人覺得生下寶寶後特別順遂，一家人格外疼愛。

蘇本華說：「他們只要進步一點點就是一大步！」過去一名天使症的孩子到7歲終於會走路了，她媽媽開心得哭出來，這輩子沒想到她會走路，他們只要進步一點點，就已經是很開心的事。

「你的基因不代表你的命運！」即使現在沒有藥物根治，透過跨科治療與復健、社會資源，大幅改善孩子的功能與生活；「很幸運擁有這麼多資源，能多分一點去幫助這些小朋友，是很難得的事。」

蘇本華提起，爸爸覺得當醫生並不一定要是最聰明的人，但一定要有耐心、愛心的，才有辦法把這件事做好，她應該達到爸爸的期望。

持續研究環境荷爾蒙 對兒童發育長遠影響

遺傳早年是很冷門的學科，先天遺傳有關佔70%，再來才是環境因素等，除了臨床看診，蘇本華早早便注意到環境荷爾蒙對兒童發育的長遠影響，2000年與國家衛生研究院啟動亞洲第一個台灣孕婦與新生兒出生世代前趨試驗研究，追蹤塑化劑、全氟化物、重金屬等暴露對兒童內分泌、免疫與神經發展的長期影響迄今；研究發現青春期早熟、過敏、注意力問題顯著上升，中部地區兒童環境暴露風險高於國際平均。





1 2

1. 蘇本華醫師溫暖而堅定的笑容，是中山醫學大學附設醫院小兒遺傳科的創科靈魂人物。
2. 蘇本華醫師強調：「少子化並不代表兒科這門科學走向終結，凡是需要我們的人，我們就該提供知識與能力。」

2012年世代研究進一步擴大為涵蓋全台灣北、中、南、東四個地區、9家醫院的正式研究，針對塑化劑、重金屬、全氟化物等內分泌干擾物提出具體科學證據，相關研究成果共發表數十篇國際期刊論文，涵蓋青春期發育、氣喘與過敏、神經認知與行為發展、加護病房塑化劑暴露等主題，建立完整的「暴露—生理變化—健康結果」的實證鏈結，具高度學術與政策參考價值，研究成果已納入國家衛生研究院政策建言與國民健康署行動計畫參考，至今該研究仍在持續。

收集上千筆臨床數據 開發AI輔助健康風險預測模型

蘇本華2020年成立「台灣精準兒童健康協會」廣納營養、運動、心理與兒童發育等各領域專家，透過舉辦活動、發行Podcast頻道、出版健康書籍與繪本，向大眾傳達兒童發育所必需的「營養、運動、睡眠、心理」4大基石，引導家長建立良好的生活型態。

蘇醫師現在帶領團隊開發AI輔助預測模型，收集上千筆臨床數據，建立「紅黃綠燈」健康風險篩檢模式，協助偏鄉衛生所與基層醫師進行早期篩檢與轉診；未來暴露體學也需積極參與國際活動，讓世界重視台灣。

面對外界常說少子化讓小兒科前景堪憂，蘇本華不這麼認為：「少子化並不代表兒科這門科學走向終結，凡是需要我們的人，我們就該提供知識與能力。」她說，新生兒加護病房從來沒有空床過，小兒科也有非常多新的發展，如罕見疾病、兒童肥胖、早熟、健康政策。她強調，既然要當遺傳科醫師就是使命——「一輩子的工作，一定要喜歡這個工作，沒有倦怠過。」

深入詢問家族史，要問得夠深、夠廣，涵蓋兩家三代

我從孩子的眼睛、五官、走路的姿勢和聽家長說話時的語氣，用心「觀察」





獎 醫療奉獻獎醫療服務類

曾振志｜婦產科

產科其實是一門藝術

接生上萬個新生命
其中有一半是高危險妊娠

圖・文／蔡淑媛



曾 振志

■ **學經歷** | 國立陽明大學醫學系學士、醫學博士(Ph.D.)，現任臺中榮總婦女醫學部科主任；主導臺中榮總遺傳諮詢門診與產前診斷服務流程，建立產前遺傳諮詢與母胎醫學影像中心，整合超音波、染色體及基因檢測，提升胎兒異常診斷率；並建置異常資料庫，串聯小兒心臟科與新生兒科，完善轉診及照護。

原本只是要為自己孩子接生，選擇投入婦產科，一個很單純的念頭，卻讓他在產房一待就是34年，接生上萬個新生命，其中有一半是高危險妊娠，每每從鬼門關搶救母子性命，甚至為了一絲保住產婦子宮機會，也要努力拚到最後一刻！

產科的奧秘 越困難個案越捨不得放手

臺中榮總婦產部主任曾振志主攻產科，不只在手術台上與時間拔河、拚命救人，也在高危險妊娠門診給產婦最安定的力量，一句「祝福妳，妳的孩子很好，妳也很好」，讓人安心生產；他不僅醫術精湛，始終以病人為優先，更鑽研胎兒心臟超音波、產前遺傳診斷，為每個可能被放棄的生命，努力尋找活下去的機會。

「產科其實是一門藝術！」曾振志說，當年老師說的一句話讓他受用無窮，從產婦生產、恢復，到胎兒生下來平安與否，奠基於產科醫師執行生產前的決定；尤其早產兒的媽媽常合併內科疾病，如何讓早產兒出生週數能存活，產婦能快速獲得治療，「決定生產時機，往往是非常困難、複雜。」

「產科方是我的專長，做得非常有興趣，做了很多年，愈能發現產科的內涵與奧妙！」外界覺得婦產科不過是接生？曾振志直言，今年7月全台新生兒數跌破8000，創下歷史新低，中榮的產科在單月卻接生了87人，1到7月的高危險妊娠案例破50例，「半夜、假日，我們主治醫師都很願意來替病人生小孩」這是慢慢摸索出來的產科奧秘與及吸引力，越困難的個案，讓人捨不得放手。

為產婦窮盡一切努力 子宮是婦女重要象徵

他提及曾遇到一名生產龍鳳胎的媽媽，產後收縮不良大出血，「一般人認為收縮不好，就把子宮切掉就好了」，但對於很資深的婦產科醫師，深知子宮是婦女重要象徵，前一天與產婦討論生產細節也獲知子宮的重要性，而產科醫師辛苦的地方在這裡，「直接切掉子宮只要20分鐘，晚上可以好好睡覺，但是他沒有」，按摩、塞紗布、子宮縫合、輸血，在手術台上足足纏鬥了兩個小時，終於止血。

沒想到，產婦送進恢復室才10分鐘，又出血一、兩千CC，曾振志正在隔壁第二台剖腹

產，又趕過去做血管栓塞、輸血，終於穩定，不到3小時腹腔內出血，曾振志再度上手術檯，已是深夜11點，原本放棄子宮的產婦說「如果有機會，再給我一次」，他和團隊決定再賭一次，用新術式把子宮縫合，一路開到凌晨3點。

由於產婦大量輸血，曾振志為她放引流管，預防瀰漫性血管內凝血（DIC），加上手術經過血管栓塞、子宮填壓、子宮縫合恐會感染，又為她打抗生素，連過6關，不料在術後第9天發燒、子宮化膿，最後不得不切除子宮，住院整整35天。曾振志總是為產婦窮盡一切努力，即使功敗垂成，產婦對他感激不盡，每年來婦科檢查，夏天寄上家鄉的鳳梨釋迦到辦公室，附上龍鳳胎的成長照片，曾振志感謝產婦「教我一大門課」，這是他最辛苦的高危險個案。

鑽研胎兒心臟超音波 為先天性病童找生機

原本曾振志想當心臟內科醫生，父親在他大學時因風濕性心臟病合併腦中風過世，妻子懷孕讓他選科出現重大轉變，住院醫師第一年就親手接生長女，升上主治醫師後接生長子，不但完成自己的心願，也一直為病人完成願望。

住院醫師時，超音波解析度大躍進，在學長與老師的指導下，接觸胎兒心臟超音波，「摸出一片天」，獲得美國進修機會，回到臺中榮總後開設全台第一個胎兒心臟先天性心臟病檢查門診。

他笑自己「龜毛！」，接觸胎兒心臟超音波以來，每個特殊個案就詳細記錄、追蹤，出生後也一路追蹤5年、10年、20年，電腦累積超過500個胎兒心臟個案，不只發表論文，更為每個可能放棄的孩子找生機。

「不能老是當殺手，也成為正能量的醫師啊！」早年對胎兒心臟疾病了解還不足，一旦檢查發現異常，有些父母就是放棄孩子；曾振志追蹤很多經過溝通、檢查，父母願意給孩子機會的先天性心臟病童，生下後做手術、追蹤，或是不用開刀，說也奇妙，「只要父母願意給孩子機會，就創造意想不到的契機。」

「很special」的太太一路支持 三更半夜出門接生

除了胎兒心臟，他也一路鑽研胎兒異常與遺傳診斷，並出國學習，甚至建立基因診斷資料庫，累積數十年的染色體與基因個案超過1萬例，涵蓋上百種遺傳性疾病，作為後續臨床諮詢的重要參考。

曾振志形容「講得再多，都沒有經手病例來得栩栩如生」，遺傳諮詢除了協助做決定，也為孩子找路、拿出經驗分享，家長信心就會增加；像是發現胎兒有嚴重唇顎裂，除了超音波檢查全身、安排各項檢查排除其他染色體異常，決定繼續懷孕後，轉介專精顱顏手術專家，讓產婦在候診區與其他媽媽交流、化解恐懼，他總是為病人設想周全。

一路支持曾振志是他「很special」的太太，甚至可以說是督促；半夜3點，電話響起，產婦要生了，有時累得只想叫住院醫師先頂著，太太卻二話不說踢他下床，「趕快給我去！病人看你看得安心會很開心！我在客廳等你。」

產科是我的專長，做得非常有興趣，
做了很多年，愈能發現產科的內涵與奧妙。



有人挖角，希望他到外院，不用評鑑、不必承擔這麼多教學與研究，但每次夫妻討論後，太太總是告訴他：「你個性不適合，你就待在這裡就對了。」

曾振志笑說，自己一直相信「太太最大」，太太總是比他還了解自己真正想要的是什麼。

接生三十多年 仍依然堅守在第一線

曾振志曾有一個月接生四十多人，其中三十多個是在半夜出生，他真的很累，一檢查肝指數飆高，他趕緊找醫師投藥，休息三天，就繼續上工，今年新年初二，他難得陪太太回台北娘家吃飯，電話傳來臺中有產婦2個小時後要生產，太太算準時間規劃他搭捷運轉乘高鐵，晚上10點抵達醫院，10分鐘後孩子出生。接生三十多年，曾振志總是稱自己的病人「很可愛」！展現對產科熱情。

現在的他仍每天問自己一個問題：「我今天有什麼值得開心的？」，答案常常很簡單，可能只是接生一個孩子，「很奇怪！我每年生日都會有2、3個小孩接生，陪我過生日，我就很開心。」

他年輕時替自己的醫學生涯畫一座「目標金字塔」，年輕時底層目標很多，臨床、服務、教學都做好，升主治後出國進修、攻讀博士、升助理教授，兩年多前升任部主任，他再努力將金字塔頂端最後一小段「教授」拚上，就在8月送上升等資料，三十多年的馬拉松在最後加速，完成夢想，仍依然堅守在第一線。



獎 醫療奉獻獎醫療服務類

蔡金宏｜外科

外科界的「黑傑克醫師」

35年如一日 開刀已經變成一種習慣與享受

圖・文／蔡淑媛

在手術房裡，當面對突如其來的大出血或極具挑戰性的複雜病灶，許多醫師的心跳難免加速，但他卻展現出超乎常人的沉著與冷靜。「碰到大出血緊急處理時，我的心是冷的，也就是說我非常冷靜，先觀察、再迅速止血處理。」這股臨危不亂的沉穩，是與生俱來的特質，也是來自於超過35年如一日的嚴謹訓練與豐厚的臨床經驗，也被後輩稱為「黑傑克醫師」！

蔡金宏帶領醫療團隊在微創手術領域不斷突破，從早期的傳統手術一路跨足至精密的腹腔鏡技術，他個人累積的鼠蹊部疝氣修補手術已超過3500例，若算上雙側及各式疝氣，總開刀數量高達5000例以上，更是國內推廣「微創腹膜外疝氣修補術（TEP）」及腹腔鏡腸胃道手術的先驅之一。

為了偷懶才從醫 行醫旅程神奇又充滿偶然

談起從醫的起點與這段精采的行醫生涯，他笑稱：「我是為了偷懶才從醫的！」卻成就「神奇又充滿偶然」行醫旅程。

《怪醫黑傑克》主角是日本傳奇漫畫家手塚治虫筆下的天才外科醫生，以高超神速的手術技巧與起死回生的奇蹟醫術聞名。



蔡 金宏

學經歷 | 台北醫學大學醫學系學士、現任衛生福利部臺中醫院外科部主任暨外科微創手術中心主任、臺灣疝氣醫學會榮譽理事長。蔡金宏主任為臺灣微創手術重要推手，率先將高階腹腔鏡手術引進中部，並長年投入疝氣修補示範教學及國際交流，在臨床、教學與學術推動上深具影響力。

出身彰化農村的青年，原本夢想當物理學家，「那時候想唸台大物理系，但考量到鄉下家庭經濟狀況，走物理研究可能得半工半讀、申請許多獎學金，這條路會非常艱辛」，診所鄰居的建議之下從醫，考取台北醫學大學。

大學時期，他自嘲一、二年級成績多半是「60分安全過關」，但到了臨床科目時展現出高度熱情，那個年代外科醫師已經開始短缺，他想著將來回家鄉服務，「外科到哪裡都不難找到位置」，選擇外科也讓他走出手術風格，別人認為辛苦的住院醫師日夜開刀生活，他卻覺得很快樂，那時住院外科醫師少，急診手術幾乎都要自己上，各種疾病、急症和高齡患者，累積大量臨床經驗。

「每天晨會除了meeting，最重要的是reading！」恩師胡煒明嚴格教導影響蔡金宏一輩子，「自己要去搜尋最新的知識與論文」，養成他「看到新技術就查閱最新paper、不斷學習與優化」的習慣。

微創腹膜外疝氣修補術 單側手術20分鐘完成

「只要手術碰到任何問題，一定會先查一下paper，了解當下最進步的術式、處置，要走在最新、最好，給病人比較適當、最好的一個處置」這是蔡金宏從醫生涯的核心，始終保有當年那個喜歡物理、喜歡追根究柢的少年性格。

1993年，國內腹腔鏡手術尚處於起步階段，多數醫師僅用腹腔鏡來做簡單的膽囊切除，傳統的疝氣手術雖然成熟，但他注意到第一代腹腔鏡疝氣手術必須穿透腹腔，同樣有造成腸沾黏的疑慮，讓外科醫師持保留態度。

第二代「微創腹膜外疝氣修補術（TEP）」問世，此術式不進入腹腔內部，而是在腹壁肌肉層與腹膜之間的「間隙」進行手術，這個空間的血管與神經少，不僅不會破壞腹膜、減少腸沾黏與疼痛，還能鋪設大面積網膜，大幅降低復發率。

「他對醫生來說是比較複雜，可是對病人來說好處很多！」由於腹膜外間隙空間狹小，初期





1. 蔡金宏醫師精湛的開刀技術被後輩稱為「黑傑克醫師」。
2. 蔡金宏醫師多年來保持高昂的工作熱情與體能，帶領醫療團隊在微創手術領域不斷突破，從早期的傳統手術一路跨足至精密的腹腔鏡技術，一年平均完成400至500台腹腔鏡手術。

學習門檻極高，蔡金宏憑藉著對解剖結構的極致熟悉，將單側手術時間從1小時壓縮至20多分鐘。

26年前 引進腹腔鏡胃繞道減重手術

如今，他執刀的腹膜外腹腔鏡疝氣修補手術疝氣復發率僅約0.3%，甚至曾創下連續十年無復發的紀錄，遠優於一般國際標準，成為國內疝氣微創手術的重要推廣者，長期受邀在醫學會示範手術，從醫學中心到區域醫院，不少外科醫師都曾跟著他學習，也將術式延伸應用於極為棘手的「切口性疝氣」，成功修復。

外界因此給了他「黑傑克」、「快刀手」的稱號，甚至有醫師形容他開微創疝氣手術「閉著眼睛也能開」，也有人說他「開刀簡直是神乎其技」！

除了疝氣領域的卓越成就，他在腹腔鏡重建設術上也屢創紀錄，1998年間相繼完成中部早期的腹腔鏡膽道切開取石及大腸切除手術，也引進減重手術，當時台灣多數採用傳統開腹胃繞道，2000年間團隊率先挑戰全台極具先驅性的「腹腔鏡胃繞道手術」。

「第一台刀我們開了7個多小時，因為要在腹腔鏡底下手縫兩個器官接口，非常困難。」他回憶手術過程艱辛，看到患者第二天就能下床、恢復迅速，給他巨大的震撼與信心，隨著技術優化，手術時間縮短至2個多小時，隨後也陸續導入併發症較少、漸成主流的胃袖狀切除等手術。

保持高昂工作熱情
一年約完成500台腹腔鏡手術

蔡金宏一路從腹腔鏡膽道手術、大腸切除，到胃癌、減重手術，持續把新技術帶進臨床，看到新器械，他會研究怎麼用，遇到棘手病例，就回頭找文獻，甚至對於已經逐漸被時代淘汰的高選擇性迷走神經切斷術，他也曾為一名特殊的胃食道逆流患者重新翻找文獻，再結合胃折疊及食道延長，發展出自己的手術方式。

蔡金宏多年來保持高昂的工作熱情與體能，一年平均完成400至500台腹腔鏡手術，在同齡醫師中實屬少見，他說：「開刀已經變成一種習慣與享受！」

「你做一個手術之後，要能夠解決所有的併發症，才叫『會開』這個手術」，這也是他從住院醫師時代養成的「強迫學習法」，今天看到一台刀，明天可能就不一定還有機會再看，他逼自己，看完就要回去模擬、找paper，把每一個環節弄懂，下一次有機會就自己做。這種訓練讓他在年輕時就養成獨立思考與快速學習的能力。

機器手臂不是捷徑
醫師還是要從基本開始

今年，他替103歲人瑞處理手術疝氣，病人101歲時就來找他，兩年後疝氣影響活動，他改採無氣式方式完成手術，從18歲到103歲，「怎樣對病人最好」永遠是優先考量。

專注於醫療與手術訓練，蔡金宏直到40歲才與在急診室認識的護理師妻子結為連理、晚婚生子，非常感激家人的理解與支持，讓他能毫無後顧之憂地服務鄉親與患者。

面對未來機械手臂手術的世代，蔡金宏提醒後進，機器手臂不是捷徑，醫師還是要從基本開始，傳統手術、腹腔鏡手術都要學，人體解剖必須熟悉，使用機械手臂才會得心應手。

獲得醫療奉獻獎，蔡金宏說自己非常感謝，也很榮幸，他說自己仍是只想當一個小醫師，能夠幫助病人就好了，回頭看竟做得已比醫生誓詞多，沒有當成物理學家，卻把研究物理的精神帶進手術房，透過手術解決病人的問題，也從小醫院出發，教導全台各地的醫師。

從銀行轉帳開始認識加密貨幣

看懂區塊鏈 錢包與穩定幣如何運作

主講 / 劉多聞　整理 / 編輯部

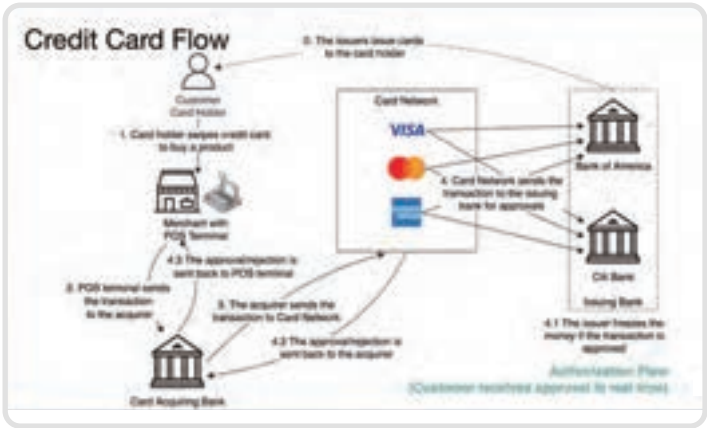


[編按]

加密貨幣與智能合約將改變支付方式，守財如何安心？本期「AI聊天室」邀請在約翰霍普金斯大學攻讀資訊安全博士的劉多聞先生，他是本會劉茂彬秘書長的長公子，暑假返臺被父親「抓公差」，為《臺中醫林》讀者分享，當錢走進區塊鏈，我們該信任誰？

過去，錢是口袋裡的現金，也就是「物理錢」；今日，錢以數位方式存在，成了電子帳本上的紀錄。擁有錢的形態變了，守財方式也大不相同。Dorian Liu（劉多聞）的分享，帶我們認識電子貨幣背後的支付與信任。

拿出一張一百元鈔票交給朋友，付款就完成了。但如果改成手機轉帳，沒有任何鈔票離開口袋，朋友卻收到了錢。這筆錢究竟是怎麼過去的？ Dorian 指出，目前線上轉帳則透過密碼、卡片或APP，讓銀行更新帳本、代為轉帳。它能遠端支付、方便自動化，背後需要信任銀行、支付網路與法律制度。這套方式能運作，是因為大家信任銀行會正確記帳，也有法律與監管制度約束銀行。遇到盜刷、轉帳爭議或帳戶問題，通常有機構可以聯絡與處理。



■ 信用卡流程（圖/ Dorian Liu）

區塊鏈：大家一起核對帳本

理解加密貨幣，可以先從這個熟悉的動作開始。它和銀行轉帳一樣，都需要記錄誰付了多少、誰收到多少；差別在於，這份紀錄不再由銀行系統與國家負責，而是由網路上的大量的人共同確認交易紀錄，加密貨幣的運作，就是從這個問題展開。這所謂大量的電腦或系統就是”節點”，共同負責驗證這筆交易，這整個建立出來的網路系統叫區塊鏈，他是一種去中心化的「分散式帳本技術」。它將資料打包成一個個「區塊」，並運用密碼學依序串接成

劉 多聞 Dorian Liu



國立清華大學 資訊工程與動力機械工程 雙學士
約翰霍普金斯大學 Computer Science博士班
研究重點：密碼學、區塊鏈

一條「鏈」，要有足夠的節點認證這筆交易正確，交易才會成立。

加密貨幣就是在區塊鍊上交易的數位資產，一種由大家共同信任建立的虛擬貨幣，本身研究密碼學的Dorian Liu的指導教授Matthew D. Green，就是知名Zcash 加密貨幣的核心奠基者之一。

值得注意的是，加密貨幣與傳統貨幣的價格，都受到市場供需影響，但支撐價值的條件不同。法幣與國家的貨幣制度、經濟及金融體系密切相關；比特幣等沒有法幣準備資產支持的加密資產，價格則受到發行規則、使用需求與市場預期影響，更可能出現非常大的波動。

穩定幣：讓價格有個依靠

所以依靠加密貨幣交易會出現一個明顯的問題，價值波動太大的貨幣，比較不容易成為交易工具，穩定幣就是因應這需求而生，實際的交易，加密貨幣的買賣，需要一個穩定的交易基礎貨幣。不難理解，面對這麼大非國家控制的貨幣市場，各國都會希望能有和自己貨幣相關的穩定幣發行。

2025年7月，美國通過《指導與建立美國穩定幣創新法案》(GENIUS Act)，為支付型穩定幣建立聯邦監管框架。美國政府積極支持其發展，也期待藉此鞏固美元的國際地位。

常見的美元穩定幣，以每枚約等於一美元為目標，由發行方持有現金、短期公債等準備資產，透過發行與贖回維持價格。有趣的是，從去中心化出發的加密貨幣，走到這裡，又得依靠發行機構與監管制度繞了一圈，卻仍需要管理者在場。

智能合約讓某些交易按規則執行

當帳本除了記錄收付款，還能執行程式，就出現了「智能合約」。它是放在區塊鏈上的程式，在交易觸發後，依照事先寫好的條件執行。

可以用自動販賣機來理解：投入足夠金額、選好商品，機器就依規則出貨。類似地，智能合約可以讓兩種鏈上資產按照約定比例交換，條件符合才一起完成轉移，智能合約的存在是為了確保交易完成，避免在沒有監管機構的加密貨幣市場上，出現有一方先付款、另一方卻不交付的問題。

但程式只能處理它取得的資訊。如果條件是「收到實體商品才付款」，區塊鏈本身無法知道包裹是否真的送達，仍需要外部資料或確認機制。程式也可能寫錯，或被設計成對使用者不利；交易能自動執行，不代表交易內容必然公平可靠。

守財工具更新，現金仍要留一手

加密貨幣與智能合約將帶來金融工具及支付創新，我們有必要理解。不過，分散理財風險不只是多買幾種幣；勤做功課、慎防詐騙與不明授權，是守財的基本功。電子支付也怕戰爭、網攻與停電，擁抱未來，也要替意外留一條路。從「二戈守財」到密碼把關，守財的工具換了，防備不能少。「物理錢」依然是金融系統的備胎，關鍵時刻不能缺席。

註：美元穩定幣與美元1：1掛鉤，日益用於新興市場支付。規模若大增，對金融體系的影響值得關注。台灣央行已研擬「虛擬資產服務法」草案，納入穩定幣監管。

入埃及記
下次等文明回來再去

圖・文／陳炳錕　臺中市醫師公會副秘書長
博智診所

很多朋友好奇埃及怎麼玩、能不能自助，我來報告一下。

這次沒有跟團但有包車。畢竟有兩位大神Steven Lai、李小純罩我，他們都平安回來了；我走跳江湖好歹也快30年，最多就多花點錢，應該還好吧！

但是！就是這個但是。

要形容埃及，誇張點說，就是擁有人類最偉大古文明，現在卻住著一群沒有太多文明的人。那值不值得去？一生要去一趟，下次等文明回來再說。



■ 古夫金字塔

埃及空汙嚴重 滿路霧茫茫

先說幾件注意事項。SIM卡別在台灣買，機場行李提領處就有Vodafone或Orange，便宜又好用。帶美金到當地換，或用提款卡領現；但阿布辛貝竟然連續四台提款機都沒錢，著實嚇人。離境前也別留太多埃鎊，因為機場免稅店不收自家貨幣，害我手上多了一堆廢紙。

埃及空汙嚴重，不是你想像的台中市這種嚴重，大概多個10倍嚴重，滿路霧茫茫，混著汽油和馬匹的味道。路旁許多未完工卻有人居住的紅磚房，Uber司機說，外牆完工就要繳稅，反正不下雨，這樣沒差....蛤????。

在埃及旅遊，心理成本很高。日本從城市接駁、交通到旅遊動線都替你想好，打開Google Map就能走，吃住輕鬆友善，食物安全；埃及則每天都有新刺激，你要有整天跟人家吵來吵去的能力。

汽車按喇叭不需要理由 幾乎是固定動作

菲萊神廟位於島上，買票後不是搭接駁船，而是到岸邊跟船家殺價。對方漫天開價、你胡亂砍價，偏偏不搭他的船就到不了。這真的是世界文化遺產景點嗎？

在路克索叫Uber，司機開到附近後會另喊價格；不接受，他也不取消，最後還可能被扣取消費。開羅稍好，但在市集叫車常因交通太亂而被棄單。也可用inDrive先開價，再從司機回覆中挑選；只是便宜的車常爛得不想坐，問題是貴的有時也一樣。

不論Uber或inDRIVE，我每次上車都有祈禱平安下車的心情。一條路硬是能開成四、五線道，路上沒幾輛車毫髮無傷。更猛的是行人，不論八線、十線都能自在穿越；幹道分隔島上永遠有人舉手攔車和睡覺，居然真的有車會停！







1
2
3

1. 尼羅河日落時的傳統費盧卡（Felucca）單帆船
2. 夜宿黑白沙漠
3. 薩卡拉（Saqqara）地區早期的烏尼斯金字塔

按喇叭更是不需要理由，幾乎是固定動作。飯店住到15樓，整晚仍是喇叭聲。退房時櫃檯問有何建議，我說晚上太吵，他回答下次可住高一點。我想，15樓都這麼大聲，再高能好多少？回台灣第一個感覺只有：好安靜。

市集沒有標價是常態
店家追著你殺價

還有蒼蠅，多到令人難以理解，連沙漠都有，到底是為什麼蒼蠅會在沙漠活得這麼好啊？大概是遊客的我們也是蠻多的吧!

市集沒有標價是常態，小販侵略性很強，只要停下來看，店家就追著你殺價；開價常是成交價5-10倍。參觀景點也總有人主動解說，然後伸手要錢，連躲他都需要點力氣，蠻累人的。

我從亞斯文到路克索包車，開羅和路克索則自行叫車。包車是跟「背包客棧」小有名氣的當地旅行社預訂，連熱氣球、風帆和黑白沙漠都一起訂了，原以為這樣就沒問題，結果事情沒那麼簡單。

第一次請司機找間乾淨餐廳，菜單上的炸吳郭魚竟要1000埃鎊（約NT$600元），Google一下，果然是AB菜單，還另收200服務費。之後才發現，神廟附近常荒涼得嚇人，中午連能安心入口的東西都找不到。



■ 綠洲溫泉旁賣手編小物的三姊妹

沒有人想傷害你 卻都想從你口袋多拿點錢

熱氣球行程前一天，旅行社突然要求付費，我提醒早已付款，對方又改口說旺季要加價。爭論一番，最後每人多付約400元台幣。黑白沙漠出發前，他又說會有另外三人同行；我指出訂的是私人團，對方竟辯稱private只是「不是15人的大團」。直到我說要把經驗貼上旅遊網站，他才改口確認兩人行程，卻拖到前一天晚上6:30才通知接送時間。

漸漸你會發現，這是一個沒有人想傷害你，卻人人都想從你口袋多拿點錢的地方。對他們而言，讓你多掏錢是一種本領，沒有騙人這種觀念。

唯一誠實的，是綠洲溫泉旁賣手編小物的三姊妹。一個50，我們隨便拿了2個給他200，三個小女孩用可憐的眼神看著我，覺得我連算術都不會，教了半天。

生在台灣，我們擁有的，真的太多了。

揪你一起打匹克球！

新手也歡迎

好消息！本會已於10月2日理監事會議中，正式通過成立「匹克球聯誼社」，邀你一起動一動、交朋友！

匹克球（Pickleball）是近年風靡全球、兼具趣味與健康活力的運動，融合網球、羽球與桌球的玩法，場地小、球速較慢，基本規則容易掌握，新手也能享受對打樂趣。想培養運動習慣、下班後放鬆，或認識球友，都歡迎加入。不必先練好才報名，我們一起從第一球開始！

練球時段、球場地點及社員大會日期，將於招募統計完成後，由秘書處另行通知。

社員招募中



歡迎會員搶先登記
一起開啟球場上的新交情！

掃我報名

對象：本會會員皆可報名

公會聯絡人：04-23202009 張惠婷小姐

報名方式：請於10月29日(四)前填寫Google表單報名



The Owl SAX Ensemble

深夜音符

白袍深情的愛

圖・文／楊宜嫣
貓頭鷹SAX重奏團團長、陳文彧醫師夫人

音樂，是時間的藝術；而陪伴，是生命最深情的協奏。

當薩克斯風的第一個音符在排練室響起，那渾厚而溫暖的旋律，不僅僅是音樂，更是一場關於生命、陪伴與堅持的深刻對話。

我是貓頭鷹薩克斯風重奏團的團長與帶領者，也是一名陪伴生病丈夫整整五年的妻子。

薩克斯風樂音 交換白天的疲憊

今年12月3日，我們即將登上台中國家歌劇院的舞台，這場音樂會對我們而言意義非凡，我們將主打安東尼奧・維瓦第（Antonio Vivaldi）的經典鉅作〔四季〕。

這場演出，不僅是樂團的里程碑，更是我們用這麼多年的歲月凝結成的一首生命讚歌。

回想起2008年剛創團的時候，團員大多是白天在診所看診、懸壺濟世的醫師與夫人們，白天忙於醫療工作只能利用門診結束後深夜世界歸於沉寂時，大家背起薩克斯風，像一隻夜行神獸般聚在一起練習，於是取名為〔貓頭鷹〕。





■ 漫長辛苦的復健之路從明亮安穩的居家病房展開。

我們用音樂交換白天的疲憊，用溫潤的樂音療癒彼此。在王裕文老師的指導下，我們一步步吹出無伴奏重奏的默契與感動。

五年的病榻 守護與音樂的陪伴

醫學療癒身體的病痛，而音樂，則能給予靈魂最溫柔的擁抱。這份「醫者與音樂」的深刻連結，對我而言更是一場刻骨銘心的生命修煉。

然而，生活從來不是一首平順的慢板樂章。人生總有突如其來的風雨。

五年前，我那身為醫師的丈夫突然病倒了。

一夕之間，他成了需要被悉心照顧的患者。身份轉換的衝擊，以及漫長而未知的抗病路程，像是一場毫無預警的暴風雨，考驗著我的勇氣。在無數個守候在病榻旁的夜晚，疲憊與焦慮如影隨形。

漫長的時間改變了我們的日常，醫院與家，成了我最常往返的兩點一線。

由最早期，緊急必要時跑急診、手術、住院；穩定安全了回到家裡居家照顧，五年的反反覆覆不間斷。

吹奏薩克斯風給丈夫聽 他點頭說好聽

白天的忙碌不再輕鬆，多了緊湊的照顧與擔憂。漫長的五年裡，醫院、家裡、病榻，成了我生活的主要座標。無數個長夜裡，我看著他安睡的容顏，心中常湧起巨大的疲憊與不捨。



但聽到他突然喊我的名字時又是無比的開心高興，喔～我被你點名啦。幸虧有位貼心守護著我的女兒分擔了我許多的憂愁煩惱與體力，我們母女倆互相打氣；只要爸爸在，盡心盡力無怨無悔。

在照顧的同時我們倆決定日子一定要往前看，自己喜歡的事不放棄，那是我們的精神食糧，更是我倆照顧病人的籌碼，我告訴自己：不能倒下。

我對陳醫師說：以前你任勞任怨盡全力給我們最好的避風港，一個完美幸福的家；現在換我來守護著你，在這寬闊高挑的落地窗前，伴著花園的四季更迭，換我們家人溫柔圍繞。看著你舒心的笑容，就是我們最渴望的日常，願這份居家相伴的幸福能永遠延續下去。

我也會天天對陳醫師說：我吹奏薩克斯風給你聽，我唱歌給你聽。每次吹奏後我會問他：好聽嗎？ 看到他點頭說好聽時，開心值得。最好笑是我吹奏的聲音竟然可以讓他安心好眠。

迎向歌劇院＜四季翱翔＞ 旋律都像人生寫照

音樂，是我在現實海浪中載浮載沉時那塊緊緊抓住的浮木，不能放棄！它陪著我們在黑暗中找到一絲微光。

今年底12月3日，貓頭鷹SAX重奏團 迎來了重大的里程碑---登上臺中國家歌劇院演出。

這次的＜四季翱翔＞音樂會，挑戰了全新的編曲，用薩克斯風溫潤多變的音色來詮釋韋瓦第的＜四季＞。這曲子描繪了自然界的更迭，從春天的生機甦醒、夏天的熱烈、秋天的豐美收穫、到冬天的冷冽靜謐與盼望，這四個季節的更迭，每一段旋律都像人生的寫照。

有生機亦盎然的希望，有炙熱滾燙的煎熬，有落葉紛飛的釋懷，也有寒冬過後等待春回大地的堅定。

這五年來，與陳醫師攜手走過的日日夜夜，正是一場交織著汗水、淚水與愛如四季般的壯麗交響。

用音樂把生活考驗譜成了歌

不論生命的季節如何變換，只要心中有愛、有音樂，就能熬過最寒冷的冬天。

貓頭鷹 SAX重奏團

貓頭鷹SAX重奏團2008年由楊宜嫣女士成立，創團成員多為白天看診的醫師及夫人們，經常利用門診結束後晚上10~12點練習，像夜行神獸貓頭鷹一樣於晚上出沒，因之以「貓頭鷹」SAX重奏團為名，也期許演出兼具智慧、機靈與應變力。2011年起由王裕文老師指導薩克斯風、盧安儀老師指導木箱鼓，以吹奏好聽無伴奏SAX重奏樂曲為宗旨。這群白袍音樂人持續在音樂節、音樂廳與海外舞台演出，讓看診與練團成為生活中的雙重節奏。



12月3日，台中國家歌劇院的舞台燈光即將亮起。那一晚，貓頭鷹薩克斯風重奏團將帶著無懈可擊的默契，當第一個音符響起時，那裏頭裝滿了白袍下的初心、黑夜裡的堅持，以及對摯愛無盡的深情。

生活給了我們考驗，我們卻用音樂把它譜成了歌。歡迎您，我們將為大家吹奏這首生命之歌。

邀請您一同走進這場充滿光與溫暖的音樂旅程，見證愛與生命的＜四季翱翔＞。

【購票請洽OPENTIX兩廳院文化生活，或與貓頭鷹團員聯繫。】



■ 作者與眾姐妹拜訪十二寮天使教堂，主人Lora和Roger熱情地親自接待。

十二寮天使教堂
奇蹟與她們的生活力量

文 / 徐宇瓊　宇田婦產科診所

8月28日，應秀蓮姐之邀，有了這趟十二寮天使教堂的一日遊。

秀蓮姐說好久沒見面了，該一起出門走走。她總是這般充滿行動力與領袖特質，登高一呼，一支精巧的小旅行團便迅速成行。清晨七點，雅芬開車來接我，接著陸續接了秋琴、純玲，最後在竹北接上秀蓮姐。整趟接送與行程節奏精準無比，讓人不得不佩服醫師娘們辦事的俐落與可靠。

同車夫人們的「豐功偉業」聽得目瞪口呆

車程中，大家天南地北地聊著，距離一下子就拉近了。聽著同車夫人們分享各自的人生經歷與「豐功偉業」，坐在後座的我簡直聽得目瞪口呆。

秀蓮姐談起三年半前曾因投資遭詐騙五千多萬，一時氣急引發了最凶險的腦幹中風。然而，憑藉著堅韌的意志力與身邊







1. 峨眉十二寮天使教堂
2. 一般鋼琴烤漆上到六層已是極為細緻光滑，這座祭台卻足足上了整整九層漆面
3. 教堂斑斕的彩色鑲嵌玻璃

眾人的鼓勵，她如今不僅口語表達自如，行走與日常起居也幾乎不需要攙扶。她將中風後的沮喪、懊惱、自責、自卑....，以及漫長復健的心路歷程一筆一畫記錄下來，如今即將集結成書，預購反應熱烈。更令人驚嘆的是，她笑著說去年靠著理財投資又賺回了不少，今天的午餐一定要由她作東。看著她樂觀正向的神采，我想，或許正是這股永不言棄的生命力，才讓奇蹟在她身上真實發生。

另一位醫師娘則提到，孩子在國外求學的高昂學費與生活費，全靠她精準的理財投資一手包辦，收益甚至不亞於先生的本業收入；還有同行的陳太太，竟然是我的遠親表妹，不僅將孩子們全數培養成優秀醫師，每月還能一手包辦機票、住宿與各項細節，帶著先生自在出國。她們不僅是溫柔的賢妻良母，更是精明能幹的生活掌舵者。相較之下，我這個平日只會坐在診間看診的女醫師，簡直是生活白痴不會管家也不會理財。

開到天使教堂這一路上的分享就先給了我一場深刻又精彩的震撼教育。

寮天使教堂的故事 廢墟中浴火重建

抵達十二寮天使教堂時，微風徐徐。一推開門，便見成群的蝴蝶在花園輕盈翻飛，草坪上佇立著一對純潔的天使雕像，靜謐、靈性，充滿了至真至善至美的氛圍，心中不禁浮現《奇異恩典》的旋律。

主人Lora和Roger雖然平日極為忙碌，當天卻熱情地親自接待，全程悉心陪伴我們好幾個小時。中午原本Lora貼心地提前向餐廳預訂了三份繁複的鱘龍魚套餐，就怕假日廚房忙不過來讓我們餓著肚子；不過最後秀蓮姐堅持由她買單，搶著請客。這份在細節裡的體貼與彼此的慷慨，讓人心裡格外溫暖。

用餐前後，聽著Lora與Roger娓娓道來天使教堂的故事。這座始建於1962年的建築，是如何在歲月的廢墟中一步步浴火重建，化為眼前純白的牆面、西班牙紅

瓦、圓拱長廊與斑斕的彩色鑲嵌玻璃。置身其中，宛如走進歐洲鄉間古樸典雅的教堂，溫馨而莊嚴。天時、地利、聖母與天使般的貴人，都在最恰當的時刻給予支援，讓這座教堂重新綻放光芒。

眾人津津樂道著這裡經歷的種種奇蹟，而在我看來，整座教堂中最富興味也最令人驚奇的，莫過於那座別具一格的祭台。

虔誠佛教徒 親手為教堂設計並打造祭台

時間回到2021年9月29日的「總領天使慶日」，那是教堂修復後舉行的首場彌撒。當時一切百廢待興，只能用一張簡陋的折疊桌鋪上祭台布充當祭台。那畫面，就像讓一位氣質出眾的清秀佳人，穿上美援麵粉袋縫成的補丁舊衣，怎麼看都顯得委屈與違和。大家都期盼能有一座相稱合宜的祭台，但材料與工匠該從何而來？面對未知，Roger當時只篤定地說：「我不知道從哪裡來，但我深信天主自會預備……」。

不久後，奇妙的轉折出現了。Roger的好友Ben是一位虔誠的佛教徒，某天突然主動找上 Roger，說想親手為教堂設計並打造一座祭台。

原來，Ben與聖母有著一段奇妙的淵源。多年前他曾受託修復日月潭聖愛營地的一艘遊艇，面對繁雜難解的工法一度無從下手，最後竟是在禱告中蒙聖母指引，才順利完成了修復工作。這次，聖母微笑著出現在他的夢境裡，他立刻明白，這是聖母再次託付給他的使命。

祭台上了九層漆面 聖母在夢中流露滿意微笑

祭台製作期間，聖母宛如最嚴格又慈愛的「監工」，屢次來到 Ben 的夢中端詳檢視。遇到滿意之處便含笑點頭，若有不妥之處便流露沉思。為此，Ben拿出了最極致的工匠精神——一般鋼琴烤漆上到六層已是極為細緻光滑，這座祭台卻足足上了整整九層漆面，直到聖母在夢中流露出完全滿意的微笑，才從夢境中悄然離去。

峨眉十二寮天使教堂


1963興建


1979荒廢時期


2019修復完成

1. 興建於1963年間，是早期新竹教區西班牙式教堂之一
2. 1979-2019 荒廢時期
3. 2019-2021 修復完成- 宗教殿堂藝術空間

資料照片 / 峨眉十二寮天使教堂 網站

站在這座泛著溫潤光芒的九層烤漆祭台前，指尖彷彿還能感受到那份跨越信仰的虔敬與溫度。

回程的路上，天色微晚。一邊回味著同車夫人們堅韌閃耀的人生智慧，一邊想著這座在廢墟中因愛重生的純白教堂。或許，這世上所有的「奇蹟」，從來都不是憑空降臨的魔法，而是當人懷抱著善意、勇氣與堅定信念時，天主與生活回贈給我們最美的恩典。

醫馬當先 羽衆不同

全國醫師盃羽球賽在臺中

圖・文/編輯組



■「115年度全國醫師盃羽球錦標賽」共計20個縣市醫師公會熱情響應。

本會承辦賽事 342名羽球好手齊聚台中

9月13日，由中華民國醫師公會全國聯合會主辦、本會承辦的「115年度全國醫師盃羽球錦標賽」於優漾複合運動會館盛大登場。民國105 年本會首次承辦了第一屆賽事，期間雖歷經COVID-19疫情停辦一次，時隔十年，再度承辦。本次共計20個縣市醫師公會熱情響應、342名羽球好手齊聚台中，規模盛大。

活動當天一早，王博正理事長與劉茂彬秘書長、吳欣席、施朝仁兩位副秘書長便在球場門口，熱情迎接各縣市選手相見歡。賽程於上午8點準時拉開序幕，並於10點30分由王理事長親自主持開幕式。邀請全聯會顏鴻順副理事長及本會傅雲慶召集人、鄭元凱副召集人共同開球，宣誓代表楊宗熹醫師，本次大會精神標語為「醫馬當先，羽眾不同」。

選手球場競技 頒獎典禮盡情享受佳餚

上午進行節奏緊湊的團體賽，下午則展開個人會員雙打賽。場上選手們脫下白袍，無不卯足全力，展現高超球技與絕佳的運動家精神。

承辦如此龐大的全國性賽事為了確保每一個環節都能盡善盡美，籌備委員會前前後後總共召開了七次視訊會議、反覆沙盤推演、其中安排了大都會羽球館讓選手、眷屬熱身聯誼，更於旁邊空地搭起帳篷區提供雞蛋糕、飯糰手卷輕食的胖卡餐車，更邀集汽車廠商襄贊車展讓活動更加豐富熱鬧。













1
2 3
4
5
6

1. 臺中市代表隊主場優勢發揮得淋漓盡致，成績斐然。
2. 團體長青組季軍：台中市醫師公會。
3. 團體公開組季軍：台中市醫師公會。
4. 比賽會場看板。
5. 王博正理事長（右2）邀請全聯會顏鴻順副理事長（左2）及本會傅雲慶召集人(左1)、鄭元凱副召集人(右1)共同開球。
6. 運動員宣誓。

晚宴暨頒獎典禮移師頂粵吉品餐廳盛大舉行，席開36桌，由劉茂彬秘書長及陳慧雯副秘書長擔綱主持。全聯會陳相國理事長也親臨現場頒獎。晚宴由1388樂團演奏流浪者之歌拉開序幕、緊接著公會幹部上台歡唱「歡喜就好」歡迎各方「朋友」，讓選手們放下球場上的勝負心，盡情享受豐盛的佳餚與美酒。



■ 全體理監事舉杯感謝眾選手熱情響應。

本會代表隊 個人賽摘下四座冠軍

本次大會本會代表隊將主場優勢發揮得淋漓盡致，成績斐然。不僅榮獲「團體公開組季軍」與「團體長青組季軍」，個人賽部分更是一舉摘下四座冠軍！

100歲組冠軍 ▶ 閻忠揚醫師、張嘉仁醫師

130歲組冠軍 ▶ 傅雲慶醫師、方俊慧醫師

理監事組冠軍 ▶ 鄭元凱醫師、呂建興醫師

首長組冠軍 ▶ 傅雲慶醫師、鄭元凱醫師

公開組季軍 ▶ 胡哲瑜醫師、吳東晉醫師

120歲組季軍 ▶ 陳永芳醫師、劉昌懋醫師

最終本會與年度團體總冠軍僅有1分之微小差距，優異的表現驚豔全場，讓我們有進步的空間及動力。感謝各位理監事、籌備委員、會務人員的齊心協力與廠商的大力支援，讓本次賽事豐富充實、圓滿落幕。期盼醫界同道們繼續保持這份健康與活力，我們相約下次球場再見！





1
2

1. 100歲組冠軍：閻忠揚醫師、張嘉仁醫師。
2. 130歲組冠軍：傅雲慶醫師、方俊慧醫師。













3	4	
5	6	7
8		

3-4. 馬年主題的獎座獎牌金光閃耀。

5. 雙打首長組冠軍：傅雲慶醫師、鄭元凱醫師。

6. 雙打理監事組冠軍：鄭元凱醫師、呂建興醫師。

7. 120歲組季軍：陳永芳醫師、劉昌懋醫師。

8. 晚宴由1388樂團拉開序幕。

鹿港許家老醫院

百年跨時空對話

圖・文／張潔

這趟雙軌人文小旅行，從鹿港的「長源醫院—鹿港歷史影像館」出發，再回到臺中市科博館看許蒼澤的《鹿城拾影》特展。在百年診所的藥櫃、天井與家族生活空間裡，走進許讀、許正園醫師白袍的故事裡。



■ 取自「長源醫院—鹿港歷史影像館」Facebook

▶PART 1 走訪彰化鹿港的長源醫院

車停鹿港民俗文物館對面停車場，循紅磚小徑向百年護福宮千歲爺打個招呼，再到手縫繡莊買個手工虎爺吊飾，走出巷弄便抵達：長源醫院—鹿港歷史影像館。

長源醫院老宅 百年前的行醫歲月

長源醫院坐落於鹿港早年最繁華的十字路——舊稱「五福大街」的中山路和「橫街」的民族路口，對街三角窗立面三層建築是百年糕餅玉珍齋，另兩角也是氣勢恢宏的街屋。

這棟閩式長型街屋建於西元1920年，由經營「長源號」的雜貨商許良購置，作為其子許讀醫師返鄉執業的診所兼住家。診所於1925年掛牌開業，1933年又於橫街側增建鋼筋混凝土三連棟建築。

歷經多年整修，終於在長源醫院開張一百周年（2025年）時，對外開放全棟空間。

從民族路門廳進入，迷人光線流瀉的天井下是售票處，同時販售文史書籍、紀念品和飲品點心。右邊通往舊街屋，此處是當年「許讀仙」的診所，褪駁嶙峋的牆面流露歲月痕跡，保存完整的龐大木製藥櫃，讓人瞬間穿越回百年前看診氛圍。









1. 售票處同時販售文史書籍、紀念品和飲品點心
2. 三樓空間氛圍轉變為新舊交融摩登風格
3-4. 榻榻米茶室台式點心配義式咖啡愜意至極

空間與器物擺設 夢迴動人家族小故事

回到神明廳，沿著陡峭木梯拾級而上，腳下嘎吱聲讓房子活了起來！二樓為主要展區，從三代許蒼澤的互動式底片暗房、黃少奶奶的梳妝台、舊式磨石子浴廁到黑膠唱片室，空間與器物的擺設令人夢迴從前，簡介牌上也透漏著動人的家族小故事。

步上三樓，空間氛圍轉變為新舊交融摩登風格！一側是與Boven雜誌圖書館合作的閱讀區，另一側是讓我忍不住讚嘆「哇～～」的榻榻米茶室。我們獨享這和洋復古的新潮空間，邊品嘗台式點心配義式咖啡，愜意至極。

四樓天台的開闊別有風情，俯瞰車水馬龍和赤瓦屋脊；一座小平台是老一輩在地人口中的「鹿港之巔」，踏上去頗有Jack站在鐵達尼船頭呼喊「I' m the king of the world」的暢快！

傳到了五代 保有舉辦家庭音樂會傳統

除了這棟魅力老建築，最讓我印象深刻的莫過於許家人的故事。許家數代執醫，在音樂及攝影領域亦有綿長家學：二代許讀與四代許正園皆懸壺濟世；三代許蒼澤因父親許讀買下相機而啟蒙，成為台灣重要的紀實攝影家；許家更長年保有舉辦家庭音樂會傳統，影響多位五代子孫從事音樂工作。

帶著滿足的心與轆轆飢腸，前往鄰近的第一市場覓食，無論麵線糊、芋丸、蚵捲或生炒五味，最後帶盒鳳眼糕做伴手，為這趟文化滿盈的小旅行畫下完美句點。

彰化縣鹿港鎮中山路194號
10:00-17:30；每週一休館

跨界才華 從診察室到快門與琴鍵

第四代許正園醫師：歷任台中榮總胸腔內科主任，為國內氣喘與咳嗽領域先驅。現任中榮胸腔部特約主治醫師。少時隨父許蒼澤學習攝影，曾舉辦個人攝影展。

第五代許崴：延續家族音樂會傳統，五代子孫多深耕音樂。許崴清大雙主修醫學與電機，並獲英國皇家音樂學院鋼琴碩士。他創立知識型頻道《音樂家的無聊人生》，以幽默風格推廣古典樂並獲走鐘獎肯定。

1
2





1-2. 科博館展出《許蒼澤的鹿城拾影》特展

▶PART 2 台中科博館 遇見《許蒼澤的鹿城拾影》

走訪完長源醫院，最適合趁著記憶猶新，到科博館看《許蒼澤的鹿城拾影》特展。當你在黑白照片裡驚喜瞥見不久前才踏足的角落、以及那棟老建築真實有人生活其中的模樣，心中悸動難以言喻。

透過許蒼澤鏡頭 看見長源醫院的日常

身為後來的台灣囡仔，我驚訝於當年黑白底片已有相當程度的細緻畫質。許蒼澤將1950至1990年代的鹿港日常凝結在瞬間，畫面活靈活現，真心感動了我：貼春聯女孩被風吹起的裙襬、褪去上衣量身高的男孩、家族聚餐的奇妙視角、歌仔戲踩街的熱鬧、月台送別的不捨，還有運動會上全力衝刺的少年……展覽結合AI技術讓照片動起來，時光彷彿在此重現。

展場播放的短片《快樂暑假》以及牆上的無數剪影，真誠紀實了許家生活點滴。看著他們在長源醫院裡的日常——伴隨笑語、樂音與相機喀嚓聲，每一瞬間皆永恆。

2007年，許家將大量珍貴影像捐贈給科博館，讓我們得以透過快門，看見小鎮半世紀脈動。這場跨越時空的對話，為整趟許家文史巡禮補上了最動人的一塊拼圖。

《一天、一年與一輩子：許蒼澤的鹿城拾影》

展期：2026/6/10 ~ 2027/5/2；9:00~17:00

定時解說：10:00、13:00

The new Audi Q6 e-tron



PPE 新世代豪華電動平台

800V
高壓快充

625 km
長效續航

21min
電量10% - 80%

掃描 QRcode 即送「2 萬元充電金」或「家用充電樁」

VOLVO

The All-New EX90

純電旗艦休旅，為家庭而來



★ 六座/七座豪華配置
★ 純電安靜順暢的駕馭感受
★ 長途旅行所需的續航能力
★ 全境安全防護科技
★ Google 車載科技與智慧座艙
★ 800V 主流快充架構

全新智能上市295萬起

VOLVO 汽車授權經銷商
上立汽車股份有限公司

公益展示暨服務中心
台中市南屯區公益路二段 1005 號 04-2385-1228

崇德展示中心
台中市北屯區崇德路三段 152 號 04-2422-9598