

臺中醫林

一本醫療的・人文的・藝術的・生活的雜誌

Taichung City Medical Association

131

1994 JANUARY 創刊
2026 JUL. 出刊



醫林人物

臺中市政府警察局長 吳敬田
診所易成為風險破口，即時報案以杜後患

理事長的話
捍衛醫療現場的隱私與安全

活到150歲的一些線索

超高齡醫療叩門來了！

從基因、生活型態、醫療到長照
長壽有跡可循
基因醫學推動壽命延長
外科手術展開多科聯合作戰
失智的挑戰與診療革命
長照結合AI打照高齡照護網
醫界已先一步跨進超高齡時代

+ AI進入醫療現場 醫師仍要負最終責任
+ 職場霸凌與性騷擾 防治新制上路

+ 行醫驚魂記
+ 超高齡手術 是一場「多學科聯合作戰」



社團法人臺中市醫師公會 | www.tcmed.org.tw

P.42
臺中市醫師公會 | 醫療奉獻獎
魏長菁、陳國光、彭義欽
醫心綻光



期待 雙橡園2658

雙車道系統 一進一出 | 尊榮大車位 | 獨立貨梯

雙橡園式酒店御邸 | 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

專屬活動企劃 | 禮賓接駁 | 專人洗車 | 居家清潔



THE RESIDENCES
雙橡園式酒店御邸

TWIN OAKS 3.0 私宅



水滴生態公園第一排 全棟**SRC**鋼骨 四面臨路 只蓋一棟

完整街廓 | 2200坪私有花園

馬禮遜、衛道 頂尖私校

禮賓專線：2258-2458



活到150歲的一些線索~

——超高齡醫療叩門來了！

當人類與AI聯手，卯足全力追求健康長壽
醫界已先一步遇見超高齡時代
面對超高齡病人，多學科合作已成為標準配備
當長壽時代逐步走近，醫界已準備好陪伴高齡者走得更穩、更遠



醫林人物

18

臺中市政府警察局長 吳敬田：
醫療暴力案件成長
息事寧人恐沒完沒了

/ 吳育光

04 理事長的話
捍衛醫療現場的隱私與安全 / 王博正

會務報導 GUILD REPORT

06 秘書處服務，三年計劃
同行、發聲與守護 / 黃家昌



焦點話題 OBSERVATION

22 醫療監視器無罪 問題在醫病信任問題 / 吳欣席

醫政觀察

10 AI進入醫療現場 醫師仍要負最終責任

/ 臺中市醫師公會AI小組

12 杜絕直美亂象 特管法修法上路 / 臺中市政府衛生局

14 職場霸凌與性騷擾 防治新制上路 / 吳欣席

醫心綻光

42 醫療奉獻獎學術研究類
魏長菁 傾聽孩子們的聲音 / 蔡淑媛

45 醫療奉獻獎醫療服務類
陳國光 病患封他是為骨科聖手 / 蔡淑媛

48 醫療奉獻獎醫療服務類
彭義欽 站在兩條醫療戰線上 / 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 / 丁鴻志 施英富 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

專題報導 24 COVER STORY



26 人類活到150歲是夢想？
洪明奇院士：只要有需要就做得好！

/ 陳倩姿

30 長壽時代 外科手術難而不難 / 陳倩姿

32 超高齡手術
已是一場「多學科聯合作戰」 / 徐偉恩

34 超高齡社會 阿茲海默症的挑戰 / 辛裕隆

36 打造高齡照護網
讓科技帶著溫度走入長照 / 臺中市政府衛生局

39 高齡人口分布不均
基層醫療資源落差浮現 / 編輯部

醫林視窗 HEALTH POINT

52 心臟節律器
從「跳得動」邁向「跳得好」 / 吳尚儒

56 異位性皮膚炎治療
已進入精準醫療時代 / 陳怡如

58 龍骨要開刀？聽說很危險耶！
免驚！最新型瑪佐艾克斯機械手臂
讓脊椎手術更省時更安全 / 潘建州

樂活醫族 LOHAS

71 公會社團 | 攝影社
好友相聚 從鏡頭談到人生 / 編輯部

72 荷蓮盛事 藝術與母語相遇 / 編輯部

76 威爾第《安魂曲》
穿著宗教外袍的歌劇 / 詹如瑾

78 避暑就去避暑 擁抱森綠芬多精 / 張潔

80 公會活動
雨戰十八洞 果嶺見真章結
臺中市醫師公會115年高爾夫球錦標賽 / 編輯部

81 公會活動
臺中市醫師公會115年度桌球錦標賽 / 編輯部

醫林青春版

74 從台灣到日內瓦WHA
很多改變
從青年願意站出來那一刻開始 / 宋怡萱

白袍人生學院

60 綠色追夢 劉茂彬種樹懂樹成樹醫生 / 陳倩姿

64 上醫治未病
我們誠心回到臺中基層開枝散葉
/ 李自強、齊凡翔

66 醫林萬象
行醫驚魂記 / 劉昭賢

68 《當尼采哭泣》心理治療小說
在真實與虛擬、技術與關係交錯辯證的治療思維
/ 林育臣

05 醫林短波
賀！高大成獲聘總統府國策顧問 / 編輯部

16 醫林短波
賀！林俊哲教授榮任
中山醫學大學第16屆校長 / 編輯部

捍衛醫療現場的 隱私與安全

文 / 王博正 臺中市醫師公會理事長



4月30日參加衛生局召開「115年度台中市衛生局西醫基層診所督導考核會議」。會中，衛生局特別針對「猛健樂」、「再生醫療法」、「特管法」等相關規範加強宣導，藉此提醒員務必留意法規細節，避免在臨床實務中誤踩紅線。

本年度督導考核第一階段已於5月底完成。在此特別感謝近1,200家基層診所的全力配合，考核表Google表單的回覆率高達98.8%，其中有143家診所向衛生局提出【115年臺中市醫療機構低碳認證】申請，也希望這些診所於規定期限內完成自評表及相關附件的提交，順利通過衛生局低碳認證。

醫療場所錄音錄影 應回歸法益保護本質

近期醫美診所接連發生在診間、更衣室暗藏針孔攝影機的事件，引發社會各界對醫療場所錄音錄影設備設置與管理的廣泛討論，部分行政機關亦開始研擬相關的行政指引。公會對此即刻成立了「專案小組」，並將結論彙整提供相關單位酌參。

我們認為，醫療場所錄音錄影管理制度的核心問題不在於「監視器是否存在」，而在於「病人隱私是否受到不當侵害」。因此，未來的政策規範應以「隱私風險管理」為出發點，而非單純的設備管制。政策制定不應只強調書面程序，而忽略第一線人員在執行面的困難。

我們也籲請衛福部，在訂定相關指引時，應以「告知與選擇權」為核心，取代將「繁複書面同意」作為常態要求，以求在病人權益、醫病安全與醫療現場可行性之間取得真正的平衡。唯有回歸法益保護的本質，依據隱私風險程度、資料利用方式及實際侵害可能性進行分級管理，方能建立符合比例原則與程序公平的制度。

「直美醫師」現象 醫療環境惡化和薪資誘因

此次醫美診所隱私風波事件，也讓我們更嚴正檢視「直美醫師」（指醫學生畢業或僅完成PGY訓練，未經專科訓練即直接投入醫美領域的年輕醫師）現象。隨著醫美市場的擴張

與商業化，越來越多醫界新血選擇跳過大醫院嚴苛的專科訓練，直奔醫美藍海。對此，我身為理事長，絕對尊重每一位醫師的職涯選擇權利。在當前健保體制下，面臨健保點值滑落、薪酬與付出不成比例、高壓工時與過勞，以及層出不窮的醫療爭議等風險，年輕世代為了追求勞務付出、風險承受度與生活品質的平衡，所做出的務實評估，實為極其自然且可以理解的選擇，然其背後隱藏的問題，已成為台灣醫界與主管機關嚴肅探討以及正視的焦點。

每月合理開診天數由25天下修至22天

醫界多年來極力爭取，基層診所合理門診量制度，將由現行每月合理開診天數由25天下修調整至22天，也同步將第一階段由1-30人次提高至1-35人次，衛福部已公告(115)年8月1日生效，讓基層診所醫師能更有餘裕安排休診時間，不必擔心因開診天數不足而導致合理門診量的基準點數遭到大幅壓縮。

雖然合理開診天數減少了3天，但因第一階段人次上限的調高，診所每月可獲得最高診察費的總人次，反而從原先的750人(30人×25天)微幅提升至770人(35人×22天)。藉由計算方式與門檻的調整，我們雖不敢說能對改善醫事人員長工時有立竿見影的效果，但期盼對提升會員的執業生活品質帶來實質的幫助。

面對醫療環境的瞬息萬變，無論是捍衛醫療現場的隱私與安全、體恤年輕世代醫師的職涯困境，還是爭取基層執業環境的具體改善，讓我們攜手並進，守護醫護權益，也守護民眾的健康。➡➡



由公會全體理監事暨秘書長致贈匾額恭賀獲聘國策顧問「功在台灣」

獲聘 總統府國策顧問— 高大成： 無限光榮 全力以赴

本會榮譽理事長、法醫病理學專家高大成獲聘為總統府國策顧問，消息發布後，各界友人紛紛致賀。

高大成表示，首先感謝賴清德總統的提拔，也感謝各界支持；未來只要是對台灣好的事，他都會全力以赴、認真打拚。高大成投入法醫工作逾40年，長期參與法醫病理解剖與司法鑑定，曾協助多起重大社會案件，以專業與直言為死者發聲，深受民眾信任。

對於未來建言方向，高大成笑說「這還要再想一下，現在有職銜，不能講錯話。」幽默之餘，也展現承擔重任的審慎與決心。➡➡

秘書處服務，三年計劃》 同行、發聲與守護

文 / 黃家昌

感謝全體會員的信任與託付，第28屆臺中市醫師公會正式啟航！在王博正理事長的帶領及秘書長劉茂彬醫師的統籌規劃下，邀請了林肇穗醫師、賴永章醫師、林煌斌醫師、陳炳錕醫師、吳欣席醫師、陳慧雯醫師、蕭博仁醫師、施朝仁醫師、黃家昌醫師等九位優秀夥伴擔任副秘書長。這支充滿熱忱的秘書處團隊，匯聚了來自不同醫療領域、不同世代的智慧。我們深知公會的價值在於每一位會員的參與，因此秘書處特別擬定「三年服務計劃」，從「強化交流」、「捍衛權益」到「深耕品牌」三大核心面向出發，期盼在未來的日子裡協助公會的運作更穩健。

【焦點一】——

加強會員交流，讓公會與會員的心更貼近

許多會員醫師因為平日醫療業務繁忙，往往覺得公會是一個遙遠的行政機關。為了打破這道無形的牆，秘書處在未來三年將「主動走入會員的身邊」，我們計劃在臺中市各行政區辦理多元化的會員聯誼活動，可以是溫馨的跨科座談、或是小規模的餐敘交流，我們希望讓醫師會員們有更多橫向聯繫的機會。執業的路上不免有疲憊與孤單，但透過公會搭起的橋樑，同儕間相互打氣與情感支持，將成為大家最溫暖的補給。



黃家昌

臺中市醫師公會副秘書長
家昌耳鼻喉科診所

為了迎合現代人便捷高效的訊息交流，秘書處將借助數位媒體工具，優化現有的資訊傳遞管道，適時推播攸關執業權益的重要公告與法規更迭，為會員提供第一手解答，讓公會的訊息傳遞更即時、更有效率。

【焦點二】——

密切關注醫療政策，團結力量守護執業尊嚴

近年來國內醫療政策與法規更迭密集，主管機關推動各項改革的節奏快而急。雖然改革的初衷往往良善，但在相關政策調整與配套不足



的衝擊下，第一線醫師的合理執業權益、醫療自主權，甚至是合理的健保給付，都極可能在政策推動的過程中受到侵害。這種緊湊的政策節奏，極大程度考驗著我們醫師團體的危機應變能力。對此，秘書處成員採取「編組化」的方式，深度投入公會各委員會的運作，我們不只是被動的行政記錄者，也是主動的參與研究者。

秘書處致力於扮演暢通的「雙向橋樑」。一方面，我們將深入基層，傾聽並收集各位會員在臨床執業真實的心聲與困境；另一方面，我們也會將公會內部的決策邏輯、法規研析透明地傳達給會員。透過不斷的對話，消弭資訊落差，讓集體的意見趨向一致，唯有內部高度團結，我們才能在關鍵時刻採取最有效的集體行動，以堅定的姿態向主管機關發聲捍衛醫師權益。

【焦點三】——

深耕公會品牌，塑造臺中市醫師公會良好形象

公會的影響力，不僅取決於內部的團結，還要獲得社會大眾與外部團體的認同。秘書處將承擔起更多的「公關責任」，在未來三年內致力

於深耕公會的品牌價值，塑造兼具專業、公益與人文關懷的良好形象。我們將積極參與各項對外活動，爭取社會各界對醫師團體的理解與支持。我們希望在社會大眾心中種下一顆種子「臺中市醫師公會不僅是醫師的代表，更是市民健康最值得信賴的守護者。」當我們累積了足夠的社會信用與品牌正面形象，未來在面對各項公共醫療議題時，公會將擁有更強大的話語權與協商籌碼。

三年同行，共創醫界新未來

「一個人可以走得快，但一群人才走得遠。」第28屆秘書處團隊的三年服務計劃，是一份承諾，也是一份對未來的邀請。

在接下來的三年裡，秘書處將秉持初心以高效率的行政與溫柔的態度為每位醫師會員服務。我們誠摯地邀請各位醫師會員，隨時給予公會指導與建議，並積極參與公會辦理的各項活動。讓我們凝聚全體臺中市醫師的智慧與力量，一同為爭取優質執業環境而打拼，攜手走向更健康、更具尊嚴的醫療未來！

T H E P A R K O F U R B A N L I V I N G



中科特區 公園第一排綠景宅

雙公園連動美式生活圈

超過萬坪公園綠地

中科特區、單元一最密集公園綠海環抱，低分貝寧靜、潔淨街廓環境，慢活品味生活圈，上下班無塞車之苦，親子教養萌芽之地，輕鬆享受公園第一排綠景宅。

中科、榮總、澄清、工業區

家與工作最近的距離

「德鑫協和」實現工作從容、生活優越共感宅居，磁吸科技園區、醫療特區、傳產工業區...優質菁英定居，完美選擇家與工作場域最珍稀的公園宅。



安和公園



協和公園



基地實景拍攝

2房、3房全齡公園宅 訂簽5% 彈性付款 限量優惠
接待中心 | 台中市玉成路2號 (協和公園旁) | 04-2358-5577



AI進入醫療現場 醫師仍要負最終責任

衛福部發布《醫療機構應用生成式人工智慧指引》

整理 / 臺中市醫師公會AI小組

大 應生成式AI快速進入醫療場域，衛生福利部指導、臺北醫學大學主辦「醫療機構應用生成式人工智慧指引說明會」，由臺北醫學大學人文暨社會科學院李崇僖院長主講。說明會分北部、中部、南部三場辦理，協助醫療機構了解指引精神與實務重點。衛福部《醫療機構應用生成式人工智慧指引》提醒：AI可以協助醫療流程，但必須被管理、被監督，也要可追蹤。

這份指引適用誰？

本指引適用於準備導入或已經導入生成式人工智慧系統的醫療機構，包括公私立醫院及診所。也就是說，不論是大型醫院建置院內AI平台，或診所使用AI協助文書、管理或病人溝通，只要進入醫療機構使用情境，都可參考這份指引。若使用內容涉及真實病人資料、門診或病房流程，或與院內資料系統介接，就建議依指引原則進行管理。

AI可以用在哪些地方？

指引列出的適用情境，包括病歷撰寫輔助、臨床決策支援、行政文書撰擬及病人溝通工具。這些應用的共同點，是都可能接觸醫療資訊或影響醫療流程。因此，醫療機構不能只把AI當成「提高效率的工具」，還必須同時檢視它是否安全、資料使用是否合法、輸出結果是否可靠，以及後續是否能追蹤與稽核。

使用AI要注意那些風險？

生成式AI可能產生六類風險。第一是模型本身可能存在偏差，影響特定疾病、族群或臨床情境的判斷。第二是資料來源品質不一，若取用過時或不可靠的資料，可能影響輸出結果。第三是AI可能產生看似合理、實際錯誤的內容，例如錯誤的藥物交互作用資訊或不符合臨床指引的建議。其他風險還包括資安攻擊、醫事人員過度依賴AI，以及外部服務中斷、模型版本變更或成本條件改變等問題。

導入AI前要先做什麼？

醫療機構在導入AI前，應先指定主責單位或人員，負責系統評估、審查、風險分級與後續管理。同時，也要盤點準備使用的AI產品與系統，建立清單，評估其資料來源、可靠性、資訊安全、資料保護，以及對臨床流程與醫療決策可能造成的影響。若系統功能涉及診斷、治療、緩解或直接預防疾病，還應注意是否屬於醫療器材，必要時應向主管機關申請屬性判斷。

上線後如何管理？

AI系統上線前，醫療機構應進行整合測試、效能驗證、壓力測試及臨床安全測試，確

● 生成式AI可能帶來的六類風險

認能與既有醫療資訊系統及臨床流程順利銜接。導入後則應持續監測AI輸出的正確性、偏誤與臨床適用性，並建立通報、事件處置、版本控制與變更管理機制。若發現系統性錯誤，且可能影響病人安全，應採取暫停使用、限制使用範圍、回復原有流程或停止使用等措施。

醫師與醫療機構責任在哪裡？

指引明確指出，生成式AI在醫療場域應作為輔助工具，不能取代醫事人員的專業判斷。凡涉及臨床判斷、病人安全、病人溝通或醫療紀錄的使用情境，都應由具相應專業資格、且在其執業範圍內的醫事人員負最終確認、審核與責任。醫事人員製作病歷文書時，也應依電子病歷製作規範確實審核與簽章。簡單說，AI可以幫忙整理，但最後不能替醫師負責。

病人知情與資料保護不能省略

若生成式AI系統直接與民眾對話互動，醫療機構應主動告知這是AI系統，並提醒其輸出可能出現錯誤，內容僅供參考，必要時仍須由醫事人員確認。若AI使用過程需要錄音或錄影，也應先告知病人或家屬，說明必要性與用途限制；若病人或家屬明確拒絕，就應停止錄音、錄影，相關資料也只能用於已告知的目的範圍。

生成式人工智慧已逐漸進入醫療場域，從病歷撰寫輔助、臨床決策支援，到行政文書撰寫與病人溝通工具，都可能成為醫院與診所提升效率的新工具。不過，AI在醫療現場不是單純的文書幫手，一旦牽涉病歷、影像、語音、個人資料與臨床判斷，就會同時帶來資訊正確性、資料安全、病人隱私與責任歸屬等問



● 醫療機構應用生成式人工智慧指引提醒

AI是輔助，協助整理、提示、產出草稿
但最後要不要採用、如何寫進病歷、
是否作為醫療判斷參考，
責任仍回到醫事人員身上。



本文整理重點，完整規範、適用範圍與導入細節，建議查閱衛福部《醫療機構應用生成式人工智慧指引》全文。

題。衛福部頒布《醫療機構應用生成式人工智慧指引》，目的正是協助醫療機構在導入與使用AI時，建立一套可檢視、可管理、可持續監測的實務原則。

本文整理重點，完整規範、適用範圍與導入細節，建議查閱衛福部《醫療機構應用生成式人工智慧指引》全文。 ➡➡

杜絕直美亂象 特管法修法上路

文 / 臺中市政府衛生局

近年來，隨著國人對外貌管理及美容醫學需求持續增加，美容醫學產業快速成長，然而，在產業蓬勃發展的同時，亦衍生出許多管理挑戰，包括非專科醫師大量投入高風險美容手術、市場行銷凌駕專業醫療判斷、諮詢師主導療程推銷、未經充分評估即施行侵入性治療，以及部分醫療機構以直銷或會員招募模式發展業務等亂象。

此類被稱為「直美」的商業操作模式，已逐漸偏離醫療本質，不僅增加病人安全風險，更損害民眾對醫療專業之信賴。為回應美容醫學發展現況及實務管理需求，衛生福利部修正《特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法》（下簡稱特管法），並已於115年1月1日施行，建立更完整之美容醫學管理架構，透過風險分級管理制度，強化醫師資格、醫療機構責任及資訊透明機制，期能促進美容醫學回歸專業醫療本質。

● 本次特管法修法重點

【分級管理】——

新增美容手術項目 建立風險分級管理

原特管辦法僅針對削骨、拉皮、大量抽脂、腹部整形、鼻整形、義乳植入等相對高風險之「特定

美容醫學手術」項目進行管理；隨民眾美容醫療需求與日俱增，醫療爭議層出不窮，而不僅限於高風險手術；本次修法新增「美容醫學手術」（如：眼、耳、顱顏等整形），及「特定美容醫學處置」（如：光電、針劑治療等），並將全身麻醉之生殖器整形納入「特定美容醫學手術」項目，建立三層次之管理架構。

【專科資格】——

強化醫師資格管理 落實專業訓練

原有「特定美容醫學手術」項目即有對應之專科資格，修法後限縮非對應之專科不得施行（刪除原第27條及第28條，其他專科醫師受訓後可執行之規定）；並針對「美容醫學手術」項目亦要求須具外科、骨科、神經外科、整形外科、泌尿科、婦產科、眼科、耳鼻喉科、皮膚科之專科資格。執行美容醫學之醫師皆應接受32小時以上之相關訓練後始得執行；考量部分醫師已於修法前執行「特定美容醫學手術」之全身麻醉之生殖器整形、「美容醫學手術」、「特定美容醫學處置」，爰設定落日條款，要求提供施行案例之證明文件，並於一定期間內接受訓練、取得相關認證文件，始得繼續施行；並規範所有施行美容醫學治療之醫師皆應每3年應接受至少24小時相關教育課程。

【報請地方衛生局備查】——

提升資訊透明度 建立民眾查詢機制

法規原已規定施行特定美容醫學之醫療機構應向地方衛生局登記後使得施行；本次修法亦規範實施「美容醫學手術」「特定美容醫學處置」之醫療機構應將相關事項報請地方衛生局備查，並公開於衛生福利部建置之網站（查詢網址：<https://ma.mohw.gov.tw/Accessibility/AESearch/MASearchAES>）；另，實施美容醫學治療前，應確實評估手術或處置之風險，妥善向受治者說明效果、風險、可能之不良反應、救濟措施及其他必要事項，並簽具同意書，以提升民眾知情權，促進理性醫療選擇。

● 施行美容醫學之醫療機構應注意事項

【避免醫療與商業行為混淆】——

美容業與美容醫療 應有明確區隔

醫療機構為醫事人員之執業場所，以提供醫事服務項目為限，應避免醫療行為與商業行為混淆而影響醫療作業；美容護膚產品之銷售，係屬商業行為，宜囑病人於符合相關規定之營業場所購買；醫療機構如與美容業者同址設置，其執業場所應各設有獨立進出門戶，且使用空間應明確區隔。

【保障醫病雙方權益】——

治療應經醫師親自診察評估 落實病歷紀錄

近來收到民眾投訴美容醫療機構諮詢師主導療程規劃、未經醫師充分評估即安排或轉換治療、誇大療效或保證效果、以價格折扣、贈品或分期付款方式不當招攬等違規情形。按醫師法第11條規定，醫師應親自診察後始得進行治療，未具醫師資格者擅自為民眾評估及決定治療項目，已涉嫌違反醫師法規定。另，按醫療法



■ 圖 / 編輯部製作(AI生成)

第67條第1項規定，醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷；次按特管法第24條規定，治療所使用之藥品及醫療器材，應具衛生福利部之核准文件，並應製作紀錄及納入病歷、依法保存。施行美容醫學應落實病歷紀錄，以保障醫病雙方權益。

【美容醫學治療屬醫療行為】——

受醫療法約束 預收醫療費用屬違法

美容醫療目前有過度商業化之趨勢，甚至以直銷式招募、層級推薦、高額預付費用、療程網綁銷售等方式經營，使醫療行為逐漸偏離以病人利益為核心之本質，並衍生消費爭議。重申美容醫學治療仍屬醫療行為，受醫療法約束，以預約治療為名義向民眾預先收取治療費用，違反醫療法第22條第2項規定，將依同法第103條規定處新臺幣5萬元以上25萬元以下罰鍰。

本次特管辦法修正，透過建立完整法規架構、強化醫師資格管理、提升資訊透明度及完善病人保護措施，遏止過度商業化及「直美」亂象，提升美容醫療品質及保障病人健康權益。

職場霸凌與性騷擾 防治新制上路

診所與醫療機構 應瞭解法律規範和善盡處理義務(注意的法律責任)

文 / 吳欣席

編按：

立法院修正通過《職業安全衛生法》增訂「職場霸凌防治」獨立專章，並自2026年7月1日起正式施行。這讓職場霸凌正式從過去的行政指引邁入「法制化」時代，雇主若未落實防治將面臨實質罰則。

近年來，職場霸凌與性騷擾事件受到社會高度關注，從2023年MeToo運動引發《性別平等工作法》大幅修正，到2024年勞動部北分署事件後促成職場霸凌防治制度快速建立，相關法規已成為各類雇主無法忽視的重要課題。醫療機構雖以病人照護為主要任務，但同樣屬於職場環境的一部分，無論是大型醫院或基層診所，都必須面對相關法律責任與管理要求。

許多醫師認為，自己的工作重點在於醫療專業，與性騷擾或職場霸凌似乎距離遙遠。然而實務上，無論是醫師、護理人員、行政人員或其他醫事人員，都可能成為申訴人、被申訴人或負責處理申訴案件的主管。因此，了解相關法律規範，不僅是保障員工，也是保護醫療機構與自身的重要課題。

職場霸凌與性騷擾 在法律上仍有不同

職場霸凌與性騷擾有何不同？兩者雖然都涉及人格尊嚴與工作環境，但法律上仍有不同。職場性騷擾主要



吳欣席

臺中市醫師公會副秘書長
臺中市台中都診所協會副理事長
崇德諾貝爾眼科診所

規範於《性別平等工作法》，係指與性或性別有關的不受歡迎言行，造成敵意性、冒犯性或脅迫性的工作環境，或利用職務上權勢關係，將升遷、考績、工作安排等作為交換條件。近年修法特別強調「權勢性騷擾」，對主管與部屬、教師與學生、主治醫師與住院醫師等具有權力不對等關係的情形，採取更嚴格的規範。

至於職場霸凌，目前主要依據《職業安全衛生法》及相關子法規。一般認為，持續性、重複性地以羞辱、貶抑、排擠、威脅或其他不當方式對待員工，致使其人格尊嚴受損或身心健康受到影響，即可能構成職場霸凌。

簡單而言，性騷擾的核心在於與性或性別相關的不當行為；霸凌則以人格侵害、敵意環境或權力濫用為主要特徵。

醫療機構常見風險 可能被認為涉及霸凌

醫療工作具有高度專業性與階層性，因此在實務上較容易出現爭議。例如主管公開責罵部屬、在會議中羞辱員工、長期以貶抑性言詞指導新人、刻意排除同仁參與重要工作或聚會等，都可能被認為涉及霸凌問題。

另一方面，對外貌、身材、婚姻或性別角色的評論，不當肢體接觸、帶性暗示的玩笑話、反覆邀約遭拒後仍持續騷擾等，則可能涉及性騷擾。

值得注意的是，主管的合理管理權並未因法律修正而消失。醫療品質與病人安全仍然需要適當的監督與要求。例如要求改善病歷內容、遵守感控規範、檢討醫療缺失、調整工作流程等，原則上均屬管理權範圍。然而，管理不應演變為人格羞辱或持續性的敵意對待。法院在判斷是否構成霸凌時，通常會綜合考量行為目的、頻率、內容、方式及對當事人的影響，而非單憑一次批評或考核即認定成立。

診所與醫療機構 有主動預防法定義務

近年法規修正後，雇主的責任已由被動處理轉變為主動預防。首先，診所應建立職場性騷擾防治措施。依《性別平等工作法》規定，雇主有防治性騷擾之義務，應設置申訴管道、調查程序及懲戒措施。即使是規模較小的診所，也應有明確的處理流程，並讓員工知悉。

● 性騷擾，不是玩笑一句

—— 管理可以嚴格，但不能變成人格羞辱 ——

可能踩雷行為：

- 1 不要公開羞辱
- 1 不要長期貶抑

公開責罵或羞辱同仁

長期用貶抑語言指導新人

刻意排除參與工作或會議

以威脅、排擠造成敵意環境

合理管理仍然必要；
關注在目的、頻率、方式與對當事人的影響。



● 職場霸凌 避開踩雷

—— 與性或性別相關的不受歡迎言行，都可能形成法律風險 ——

可能踩雷行為：

- 1 評論外貌、身材、婚姻或性別角色
- 2 不當肢體接觸
- 3 帶有性暗示的玩笑話
- 4 反覆邀約遭拒後仍持續騷擾
- 5 以升遷、考績、工作安排作為交換條件

別把玩笑當藉口

界線要清楚

主管、教師等權勢關係，更應避免模糊界線。



其次，依《職業安全衛生法》及相關規定，雇主應採取措施預防職場不法侵害，包括職場霸凌。建議診所建立簡單明確的通報及處理機制，讓員工在遭遇問題時知道應向何人反映，並能獲得適當協助。

第三，接獲申訴後應立即處理。無論案件最後是否成立，主管均不宜以私下勸說、要求和解或置之不理的方式處理。若未依法採取必要措施，

除可能面臨行政裁罰外，亦可能衍生民事損害賠償責任。

第四，應注意保密義務。申訴案件常涉及個人隱私與名譽，相關資料不宜任意傳閱或公開討論，以避免造成二次傷害或衍生其他法律爭議。

收到申訴後 不代表案件已經成立

實務上最常見的問題是主管不知道如何面對申訴案件。首先應保持中立態度。受理申訴並不代表案件已經成立，同樣地，被申訴人也不應被預設有罪。應依程序進行調查，讓雙方均有陳述意見的機會。

其次，應妥善保存相關資料，包括電子郵件、訊息紀錄、出勤資料、工作安排紀錄等，以利後續釐清事實。再者，如涉及主管本人或利害關係人，應考慮利益迴避，必要時可尋求外部法律顧問、醫師公會或主管機關協助。最後，無論調查結果為何，都應有書面紀錄，以證明機構已善盡處理義務。

建立處理規則 法律教育比訴訟更重要

近年相關案件增加，未必代表職場環境突然惡化，也可能反映社會對人格尊嚴與工作環境的重視程度提高。然而，法律的目的並非鼓勵衝突或製造對立，而是建立一套公平處理爭議的規則。

對醫療機構而言，最重要的並不是學會如何打官司，而是了解哪些行為可能產生法律風險、哪些制度應事先建立，以及發生問題時如何依法處理。唯有透過適當的法律教育與制度建置，才能兼顧病人安全、員工權益與組織正常運作。

法律教育的目的，不是培養大家打官司，而是讓大家知道哪些事情不能做、哪些事情應該做，以及發生問題時應如何依法處理。了解法律，不只是保護自己，也是保護同仁、保護病人，更是保護整個醫療團隊的重要基礎。



中山醫學大學
Chung Shan Medical University

賀！林俊哲 教授
榮任中山醫學大學

第16屆校長

恭喜肝膽胃腸科權威林俊哲教授，於2026年8月1日接任中山醫學大學新任校長！

林校長為中山醫學大學醫學士及醫學研究所博士，是中山醫大完整培育的傑出人才，歷任中山醫大副校長、醫學院院長、醫教部副院長。在臨床上，他是深獲信賴的消化系專家，專長肝膽系統疾病；在教學上，他長年深耕醫學教育，從臨床醫療到校務行政，具備極為完整的資歷與卓越領導力。祝賀中山醫學大學未來在林校長帶領下，融合深厚傳承與前瞻創新，邁向頂尖新里程！



崇德林蔭首席
永續宜居大樹

冠德 崇德綻

Kindom Living

冠德永生樹 永續心起點 | 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 禮賓專線 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：玖作設計 · 結構強化：大彥工程 · 園藝景觀：上森景觀 · 燈光設計：偶得設計

執行力不動產整合行銷有限公司 · 經紀字第00387號 / 3D外觀示意圖

醫療暴力案件成長 息事寧人恐沒完沒了

臺中市政府警察局長

吳敬田：診所易成為風險破口，即時報案以杜後患

文 / 吳育光 圖 / 臺中市警察局

有些人的人生，不是被夢想推著走，而是被現實一步一步逼出方向。

雲林北港的田埂與巷弄之間，吳敬田的少年時代沒有戲劇性的志向，也沒有明確的未來藍圖。他只是一路讀書，一路在心裡計算：家裡能負擔多少？自己還有什麼選項？

經歷九縣市分局長 媽媽的話像晶片植入他體內

讀私立大學太貴，念國立大學太遠，考軍校又非心之所向。那一年，他站在人生的十字路口，沒有路標，直到高三要報考大學前夕，教官把警察大學招生簡章交在他手上，「有很多同學也報名了！」他第一次聽到警大名號，讀書學雜費全免還有零用金，條件夠吸引他，加上考大學跟考警大不衝突，不算很熱血但做出了一個務實決定。

「我念警大沒有偉大的理想，是因沒有什麼好選擇，只想減輕家人負擔，能有一份穩定的工作。」吳敬田年少就為家庭做出了選擇。

父母知道他考取警大時頓感猶豫，怕當警察太危險，吳敬田安慰父母別擔心，考上的是戶政系，可能不用當警察，父母才全然支持，沒想到警大畢業後採取聯合分發，



■ 吳敬田

現任臺中市政府警察局長；國立臺北大學公共行政學系碩士、中央警察大學戶政學系；歷任內政部警政署 警政委員、保安警察第六、七總隊 總隊長、臺南市政府警察局 副局長、新竹縣政府警察局 局長等。

他還是當上了警察。他經歷當過九個縣市分局長，如今站在臺中市警察局長的高位上，回顧一生倥傯，他說，是當年一句再樸素不過、沒有讀過書的媽媽的話：「要做，你就好好做，不要搞有的沒的，不要拿錢。」媽媽的話像晶片般植入他體內，打造出他一生清廉認真的好形象，「樸實做事」就成了他30年警務工作的座右銘。

十五年前建置臺北市監視器系統 仍是辦案主流工具

臺北市環境複雜，他曾三度走進被人稱為「天下第一分局」的中山分局服務。1989年前後，與王卓鈞分局長、侯友宜刑事組長共事過，王、侯之後都當上了警政署長。吳敬田表示，他跟侯友宜的理念一致，幫助弱勢，讓大多數民眾會不受到惡人暴力欺侮，這個信念今天依然如此。

在他警政生涯裡，最難忘的倒非破了什麼大案，而是民國九十七年迎來一場職涯最艱難的挑戰——臺北市監視器系統（CCTV）建置工程。他出任臺北市警察局預防犯罪科長，接手前兩任科長已完成75%的進度，所剩25%的工程因成本過高，原履約的承商神通公司不想繼續做下去。

面對幾乎停擺的工程，吳敬田沒有退讓，獲得黃昇勇局長充分信任，他逐一拆解問題、調度資源；帶領犯罪預防科團隊至第一線與員警溝通，消弭基層疑慮，也逐一去各行政區與里長溝通，同時協調市政府資訊局、工務局、臺電及中華電信協助，最重要的是獲得神通公司果芸董事長的鼎力支持，即使面臨

虧損風險，仍秉持企業社會責任依約完成CCTV建置，成為工程順利完成的重要關鍵。這份不妥協，也為臺灣警察辦案方式帶來跨時代革新。

臺北市長郝龍斌曾問他：「一年花十幾億裝設監視器，值得嗎？」吳敬田回覆，臺北市有220萬長住人口，每天進出工作人次超過500萬，平均每人只花10元，就能讓民眾安心十年，很值得。」郝市長聽完毫無疑議。

吳敬田使命必達，還看見臺灣治安遠景，「民國一百年CCTV建置完成後，我曾預言，CCTV將會引領風騷十年，今年已邁入第15年了，依然是警察辦案的主流工具。」臺北市最遠的監視器位於陽金公路上馬槽附近，只要一秒鐘就可以調閱到，全北市監視器都可以數位連線，任何分局都可以作業，便利性大增。

遇上醫療暴力不是忍耐 而是報案打110最方便

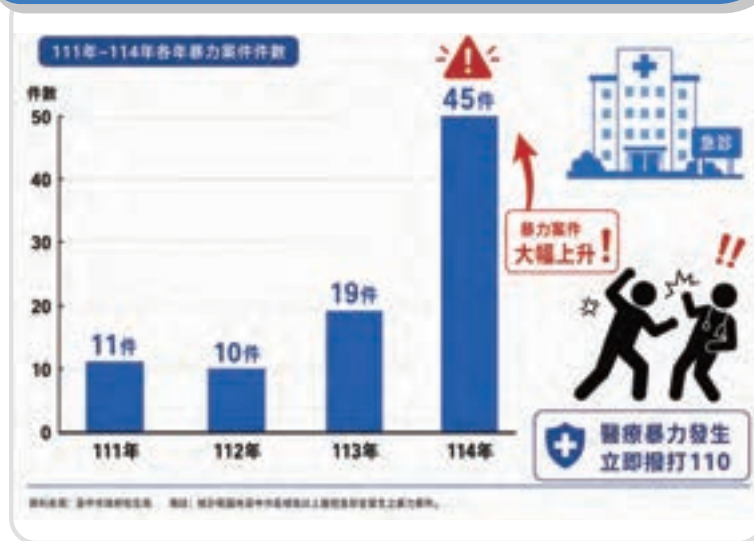
CCTV建構完成即投入雨衣大盜王淵的銀行搶案，警方調閱多達數萬支監視器才鎖定目標。另一件為四平街銀樓搶案，歹徒不斷變換交通工具、變裝逃出境，透過監視器發現他下大園交流道打路旁打公共電話，從電話號碼追查到了

打給媽媽，交相比對確認搶匪身分並從大陸引渡回臺。對吳敬田而言，這不只是破了案，而是傳統辦案模式的徹底革新，「現在警察辦案不靠監視器不行，再配合DNA、指紋等科學鑑識，很多案件都不會變成冷案。」

近五年來臺中市區域級以上醫院急診室醫療暴力案件呈現成長趨勢，從民國111年11件、112年10件、113年19件到114年45件，吳敬田認為仍有不少黑數（沒有報案），大醫院因有保全、志工，醫療暴力防備較完善，診所易成為風險破口，遇到醫療糾紛時，怕上新聞多會採息事寧人作法，考驗著人性貪婪面，對方可能會用言語、肢體、網路暴力或側錄聲音用AI後製影片散播假訊息，讓事情沒完沒了，所以遇上麻煩不是忍耐，而是報案。

「我很有信心，民眾撥打110後，警察十分鐘內就會抵達，警網如果正好在附近，三、五分鐘就會趕到。」吳敬田表示，打110最方便，不用再記附近派出所電話，且110撥通後會自動錄音和定位辨識，即使撥通後沒說話，仍然有錄音可定位，警方會依照SOP派員過去。

● 臺中市區域級以上醫院急診室暴力案件統計



臺中醫務人員一年半來 被詐騙案件逾三百件金額約三億元

吳敬田認為，醫療暴力發生前多半有徵兆，醫師以經驗判斷對方眼神和說話語氣，若存有異狀就要警戒，衝突爆發時要有垂手可得的阻擋工具，並刻意拉開距離，診間外護理師要警覺報案，但最有效與最好的方式是在診間裝設警鈴，像哨子作用一般，很有嚇阻作用。

自從醫美「愛爾麗針孔事件」爆發後，民眾如驚弓之鳥，臺中市警察局協助衛生局查緝，又發現兩起私裝密錄器的違法事件，吳敬田指出，無論醫院或診所的公共區域都要裝監視器，診間和更衣室屬非公共區域就不得裝置，診間若要裝監視器得標示「錄影中」告示，醫師為求自保，錄音錄影前最好先徵得病人同意。

聰明人會被騙嗎？吳敬田笑說，被詐騙無關乎聰明、只關乎人性，臺中醫務人員從去年一月迄今年六月，被詐騙案件逾三百件，被詐騙金額約三億元，其他如大學教授、科技新貴被詐騙比比皆是。去年臺中市金融機構與警方合作成功攔阻詐騙款項約15億元，阻擋土地移轉詐騙約8,000萬元，十分可觀。



■ 臺中市詐欺案件與去年同期比較財損降低32%，防詐有感

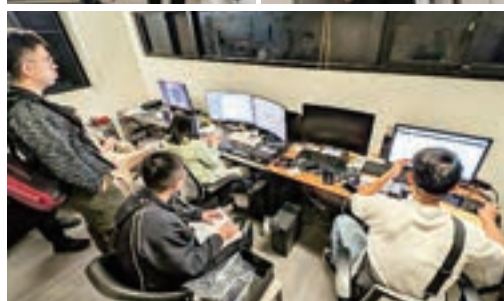
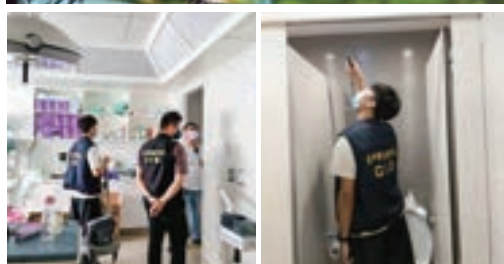
臺中市警察局科技偵查隊 與時俱進打擊詐騙

為確保民眾財產安全，臺中市警察局科技偵查隊現有編制30人，轄下15個分局各有科技偵查小隊，合計約一百人，警專也設有科技偵查科，警大有資訊管理系，每年警界能培養出數百位科偵人才，他們還要繼續學習金融分析、虛擬貨幣等專業知識，與時俱進成為名副其實的打擊金融詐騙專家。

民眾透過「165打詐儀錶板」能了解大局，查看每天臺灣被詐騙件數和金額，也能收看如何辨識網購詐騙、假投資、假交友、釣魚連結等實例個案分析，從113年八月該平臺上線後當月受理21,244件，全臺損失138.3億元起，到115年6月受理11,437件，財產損失47.04億元，受理件數降低46.2%，財產損失降低64%，不難看出政策宣導的成效。

近來最為民眾關心的毒駕，吳敬田說，臺中市警察局與地檢署合作無間，從去年十一月快篩試劑啟用迄今，臺中市已聲請羈押122人，經法院裁定羈押率全國第一，採用唾液快篩試劑（過去採尿檢），約八分鐘就可知是否有陽性反應，科技不斷進步，大大提升了警察辦案效率。

從全國CCTV建構的推手，到歷練九個縣市局局長，如今肩負臺中市治安重任，吳敬田始終把「樸實



- | | | |
|---|------------------|------------|
| 1 | 1-2. 員警執行毒駕勤務照 | |
| 2 | 3-4. 員警行政協助反針孔勤務 | |
| 3 | 4 | 5. 科偵隊偵蒐照片 |
| 5 | | |

做事」放在最前面。無論是防範醫療暴力、提醒醫師與民眾善用110報案自保，或是防詐騙、防毒駕，臺中市警察局堅定守護市民的生命與財產，也成為臺中醫界最堅強的靠山。▶▶▶

醫療監視器無罪

問題在醫病信任問題

文 / 吳欣席 臺中市醫師公會副秘書長

臺中市台中都診所協會副理事長

崇德諾貝爾眼科診所

近期臺中市發生皮膚科女醫師遭病患暴力威脅事件，再度引發社會對醫療安全的關注。與此同時，醫療院所設置監視器及錄音錄影設備的議題，也在醫界掀起廣泛討論。

有人認為，診間設置監視器可能侵害病人隱私；也有人認為，面對醫療暴力、醫療糾紛及網路公審日益增加的環境，醫療機構理應擁有保護自身的工具。然而，當社會爭論診間能不能裝監視器時，也許我們更應該思考另一個問題：監視器究竟只是設備管理問題，還是整個醫療生態改變的縮影？

從安全設備 到醫暴醫糾證據保存

最早進入醫療院所的監視器，其實並不具爭議性。停車場需要防竊，出入口需要安全管理，櫃檯需要防範糾紛，候診區需要維護秩序，因此多數醫院與診所於公共區域設置監視器，社會大眾普遍能夠接受。然而近年來，監視器的角色逐漸改變。它不再只是安全設備，而開始承擔保存證據、釐清爭議及保護醫療人員的功能。

尤其當醫療暴力事件頻傳、醫療糾紛增加、網路輿論影響力擴大之後，愈來愈多醫療機構開始思考：當衝突發生時，誰來證明當時到底發生了什麼事？於是，監視器開始從公共空間逐步往診療空間

延伸，也使問題從安全管理進一步進入隱私權、人格權及醫病關係的領域。

醫病不對等 醫病權力結構發生變化

長久以來，「醫病不對等」一直是我國醫療法制的重要基礎。因為醫師掌握專業知識，而病人無法充分理解疾病、診斷及治療風險，因此法律透過告知義務、知情同意及病人自主權等制度，試圖矯正這種不對等。即使到了今天，醫療專業上的資訊不對等仍然存在。

然而值得深思的是，資訊不對等並不等於權力不對等。二十年前，診療內容大多只存在於醫病雙方記憶之中；今日每位病人口袋裡都有一支智慧型手機，它同時是錄音機、攝影機、直播平台與新聞媒體。病人可以錄音、錄影、上傳社群媒體、撰寫評論，甚至快速形成輿論。

醫師仍掌握醫學專業，病人則掌握資訊傳播工具。資訊不對等依然存在，但醫病權力結構已悄悄發生變化。

更值得思考的是，近二十年來，我國醫療法制幾乎都朝同一方向發展。病人自主

● 醫療監視器與錄影設備 使用四大規範

權利法強化病人決定權；個人資料保護法強化隱私保障；醫療事故預防及爭議處理制度強化病人救濟；各種告知義務與同意程序也不斷增加。這些改革都有其歷史背景與正當性，但當制度長期朝同一方向修正時，也值得思考是否可能產生新的不平衡。

今天的醫療機構面對的，已不只是醫療專業本身。除了診療責任之外，還必須面對個資保護、行政監管、媒體報導、社群輿論以及各種法律風險。許多第一線醫師共同的感受是：醫療專業上的資訊不對等仍然存在，但法律責任、行政壓力與輿論風險的不對等，卻可能開始朝另一個方向發展。

被監視的醫療 病人如此醫師也是如此

爭議事件發生後，主管機關往往要求醫療機構提出改善措施，以回應社會期待。從公共治理角度可以理解，但也可能使醫療機構承擔愈來愈多非醫療專業本身的責任。於是，監視器爭議便成為這種制度變化的一個縮影。

監視器最大的影響，其實不在影像本身，而在於它改變了人的行為。當人知道自己正在被拍攝時，往往會調整自己的表現。病人如此，醫師也是如此。當醫師知道診療過程可能被錄音錄影時，會變得更加謹慎；



■ 資料來源 / 衛福部醫事司 圖 / 編輯部整理 AI繪製

告知更完整、紀錄更詳細、程序更嚴格。但另一方面，也可能使防禦性醫療進一步增加。

於是，診療過程逐漸從建立在信任基礎上的互動，轉變成一種被記錄、被保存、甚至可能被公開檢視的過程。這種改變對醫療文化的衝擊，遠比設備本身更深遠。

進入AI時代 未來問題其實不是監視器

監視器能保護醫護安全、保存證據並協助釐清爭議，在某些情況下也能同時保障病人與醫療機構。然而它也有根本限制：可以記錄事實，卻無法創造信任；可以保存證據，卻無法建立理解。

因此，監視器最大的風險或許不在於侵犯隱私，而在於它可能逐漸成為取代信任的工具。

事實上，真正改變醫療生態的，可能不是天花板上的監視器，而是每個人口袋裡的手機。甚至是未來的人工智慧：錄音自動轉文字、AI整理病歷摘要、AI分析醫病對話、AI評價醫師服務品質。這些技術正在快速進入醫療現場，而監視器爭議或許只是開始。

未來我們將面對的是一個全面數位化、全面記錄化的新時代，因此真正需要討論的，不只是監視器能不能裝，而是如何在透明與隱私之間取得平衡。

南韓經驗 監視器並非全面適用

國際上最受矚目的案例是南韓。自2023年起，南韓《醫療法》規定，病人或家屬提出要求時，醫療機構須對接受全身麻醉或深度鎮靜的手術進行錄影，立法背景主要來自過去引發爭議的「幽靈手術」事件。

然而，南韓並未要求所有診療過程全面錄影。強制錄影的範圍主要限於手術室內、病人無法自主監督的侵入性手術，一般門診、診所看診及多數醫療行為並不在適用範圍內。此外，急救手術、感染控制或其他可能危及病人安全的情況，也可依法免除錄影義務。

南韓經驗顯示，監視器可以作為特定高風險醫療行為的保障工具，但即使在高度支持錄影的社會氛圍下，立法者仍未選擇全面錄影，而是在病人權益、醫療安全與醫療專業之間尋求平衡。

在透明隱私與信任之間 取得平衡

醫療機構監視器爭議所帶來的挑戰，從來不只是法律問題。它反映的是醫病關係的轉變、制度設計的演進，以及數位時代對醫療文化的衝擊。我們今天面對的，不僅是資訊不對等，更包括法律責任、輿論風險及制度運作下形成的新不對等。

因此，真正值得思考的，不是鏡頭該不該存在，而是在一個人人都能錄音錄影、人人都能成為媒體的時代，如何在透明、隱私與信任之間取得平衡。因為決定醫療品質的，終究不是攝影機，而是醫病之間是否仍然保有信任。 ➤➤➤



活到150歲的 一些線索

從基因醫學進展
外科手術多科聯合作戰
長照結合AI

超高齡醫療叩門來了！

人類可能活到150歲嗎？真有這麼一天，你願意嗎？

中央研究院洪明奇院士認為，以目前科學發展速度，150歲已經在途中

當人類與AI聯手，卯足全力追求健康長壽

醫界已先一步遇見超高齡時代

各大醫院手術室裡，80歲以上病患日益增加

高齡手術如何在生命品質與風險考量之間取得雙贏？

阿茲海默症又為醫療與照護帶來哪些挑戰？

如何長照結合科技，讓照護工作多一些餘裕與溫度？

面對超高齡病人，多學科合作已成為標準配備

活到150歲答案或許因人而異，但共同的心願，都是擁有健康而長壽的人生

當長壽時代逐步走近，醫界也準備陪伴高齡長者走得更穩、更遠

人類活到150歲是夢想？洪明奇院士： 只要有需要就做得得到！

採訪整理 / 陳倩姿

中國醫藥大學水湳校區生醫產學研發大樓，藍色玻璃帷幕在陽光下映出明亮光影；挑空大廳上方，巨型橢圓天窗引入自然採光，空中懸掛著仿DNA雙螺旋結構的LED燈組，灰色長廊牆面也以雙螺旋壁燈指引方向，彷彿一座通往生命未知之境的建築。

世界知名癌症基因科學家、遺傳學與分子生物學權威洪明奇院士，去年從中醫大校長屆齡退休後，在這裡持續推動頂尖科研與生醫轉譯。他接受本刊老化專題採訪，談老化研究的進展，以及長壽時代將帶給醫療與社會倫理的深層挑戰。在科學強大外衣下，洪院士更多的是長壽對生命的反思。

洪院士認為，透過基因解碼、老化機制研究與AI模擬，人類正在接近一個過去只存在於神話中的夢想——長壽。他強調，真正值得追求的是「健康長壽」，如果沒有健康，壽命延長只會成為另一種受苦。以下是本刊採訪整理。

Q1 本世紀人類有可能活到150歲，是大膽假設，還是已經在途中？

A 洪院士：如果從目前科學發展的速度來看，150歲可以說已經在途中，只要有社會需求和資源投入，從科學上幾乎沒有什麼是不可能的（Nothing is impossible），你看，過去幾十年來的科幻電影是不是一一成真？

現在科學界在許多低等動物的實驗中，已經觀察到延長壽命的成果；在較高等的動物，例如老鼠身上，也有明顯進展。這代表我們不是從空想出發，而是已經在實驗室裡看到一些線索。

不過，我要強調的是，長壽研究真正追求的並不是單純延長生命時間，大眾真正追求的是延長「健康壽命」長壽醫學的核心是如何延緩老化、減少疾病，讓人活得久，也活得好。

Q2 生物老化幾乎都有類似進程，造成老化的原因有哪些？

A 洪院士：老化不是某一天突然發生，而是細胞、基因、代謝與器官功能長期累積變化的結果。目前較重要的老化機制，可從三個方向理解。

■ 洪明奇 院士

中國醫藥大學特聘講座教授、中央研究院院士、前中國醫藥大學校長；曾擔任美國德州大學安德森癌症中心基礎研究副校長、分子細胞腫瘤學系主任，為少數擁有不同範疇專長之傑出科學家。



首先是新陳代謝調控。研究發現，控制代謝進程可能延緩老化。孩子走路是活蹦亂跳，到成年人、高齡者步伐逐漸放慢，都與身體代謝變化有關，在高等動物實驗也已發現讓代謝進程放慢後，壽命延長的效果。

其次是DNA複製錯誤與修復能力。細胞分裂時DNA可能產生錯誤或突變，如果修復能力跟不上，突變一直累積就可能增加疾病風險，甚至導致癌症。

另外，端粒(Telomere)縮短對老化的影響近年有很多研究投入。端粒像染色體的保護套，細胞每分裂一次就會變短，端粒的長度如同壽命的指標，越短代表細胞老化程度越高。端粒酶的發現則為人類打開一扇修復老化之窗，它能夠彌補細胞分裂所造成的端粒縮短。科學一層層揭開生命的神秘面紗，老化不再是不可理解的命運。

(端粒酶(Telomerase)是由美國科學家 Elizabeth H. Blackburn 與 Carol W. Greider 於1985年共同發現並提出，共同獲得了 2009年諾貝爾生理醫學獎。)

未來長壽醫學 有可能催生「藥物貸款」？

高端藥物與新興療法費用昂貴，未來有可能催生新的醫療支付模式？洪明奇院士提起聽過一個有趣的「藥物貸款」概念，大意是能救命的昂貴藥物，病人活下來後可以分期付款；如果治療沒有成功，則不需支付。這顯示長壽醫學也可能改變醫療經濟模式。

Q3

長壽醫學未來有那些具潛力的發展路徑？

A

洪院士：我認為，較具發展潛力的方向，包括新陳代謝調控、細胞修復、端粒機制、再生醫學，以及利用生物標記進行風險評估。例如，MD安德森癌症中心研發的端粒酶活化劑，可刺激端粒維持或生長。在老鼠實驗中，不只延長壽命，同時認知能力、跑步能力等行為表現有所改善。

另外，抗癌藥物雷帕黴素(Rapamycin)用於動物抗衰老實驗中，被證實能影響新陳代謝與老化進程(process)，目前正持續擴大研究。此外，重大疾病治療的進步，也會推動壽命延伸。癌症一直是長壽的重要障礙，但精準醫療、標靶治療與免疫治療快速發展，已使部分疾病預後明顯改善。當這些「殺手級疾病」一個個被控制或延後，壽命自然可能繼續往前推進。

Q4 如果人類普遍超過百歲，是否代表癌症、失智、心血管疾病都將被克服？

A 洪院士：不一定。當許多疾病被控制，人類壽命會自然延長；但活得更久，也可能出現目前尚未被充分認識的新疾病。過去某些高齡疾病少見，不一定是不存在，而是多數人尚未活到那個年紀。

糖尿病、癌症、神經退化疾病、心血管疾病等成為現代醫療重要議題，正是與平均壽命延長有關。癌症雖因標靶治療、免疫治療等進展而改善預後，但它不是單一敵人，而是細胞變異與演化的結果。

因此，長壽時代不代表疾病消失，而是疾病可能重新組合。若未來人類普遍活到120歲以上，醫學也許將面對今日尚未熟悉的「百歲之後」新疾病型態。人類總是會有不斷的挑戰。

Q5 AI在長壽醫學中會扮演什麼角色？

A 洪院士：AI在長壽醫學中的潛力很大，但前提是必須先有足夠且品質良好的數據。

未來若能整合基因、影像、檢驗數據、生活型態、疾病史與長期追蹤資料，AI將有機會建立更個人化的老化指標，協助醫師及早評估疾病風險，並依不同個體設計健康管理策略。

然而，資料整合並不只是技術工程。不同醫院的資料能否互通、病人隱私如何保護、去識別化是否足夠、誰有權使用資料，都是必須面對的制度問題。這些挑戰牽涉法規、倫理與社會信任，也決定AI醫療能否真正落地。

AI能讓醫學看得更深、更遠，但前提是建立可信任的資料基礎。長壽醫學的下一步，不只需要更強大的演算法，更需要完善的制度設計。

Q6 在長壽與AI時代，未來醫師的角色會發生什麼轉變？

A 洪院士：我認為未來醫師最重要的能力之一，就是持續學習。面對AI、基因醫學、老化醫學與精準醫療快速發展，醫師若要維持專業，必須不斷吸收新知。長壽時代的醫師，也不再只是治療疾病的人，而更像是「健康壽命的管理者」。

醫師需要協助病人理解風險、選擇介入方式，也要在數據與人生價值之間做判斷。當醫學能提供更多預測與治療選項，醫師的角色不會被簡化，反而更重要。因為病人需要的不只是數據答案，更需要有人幫他理解：什麼選擇符合自己的身體狀況、生活條件與生命期待。

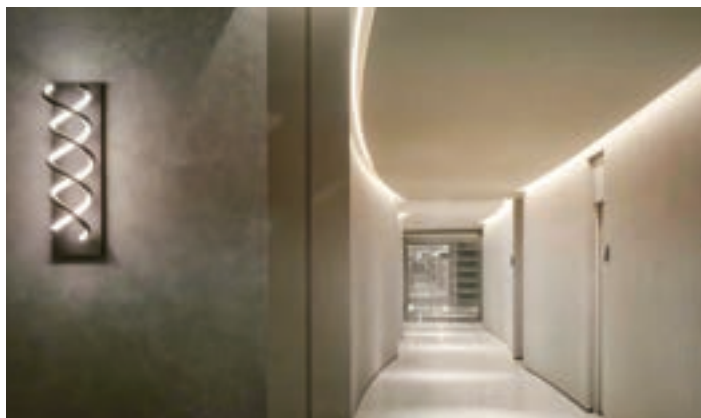
當人類普遍邁向百歲人生，如何面對「百歲後疾病」，將成為長壽時代醫療專業的新挑戰。

Q7 當科學有能力打開長壽之門，人類要如何迎接未來？

A 洪院士：歷史上許多重大科技突破，並非一開始就看見完整答案，而是因為人類相信「必須前進」，科學才被快速推進。

但長壽不同於一般科技進步。它不只是醫學問題，也牽涉社會、倫理、宗教、政治與經濟。若人類普遍活到120歲、150歲，退休制度是否重寫？醫療與長照資源如何分配？年輕世代是否承受更大負擔？若高齡者仍能健康工作，社會結構又會如何改變？這些問題沒有簡單的答案。

科學能推開可能性的門，但開門後要走向哪裡是所有人的功課。長壽時代真正的考驗是我們是否有足夠智慧，讓更長的人生值得被期待。



■ 中國醫藥大學水湳校區生醫產學研發大樓灰色長廊牆面DNA結構LED壁燈。(圖／清奇設計)

【後記】——

洪明奇院士說，兩千多年前秦始皇尋找長生不老藥，現代人未必真想長生不死，但多數人都希望能慢一點老、少一點病、久一點好好生活。

當科學一步步證明「只要有需求Nothing is impossible」時，人類真正需要回答的，或許不是「能不能活到150歲」，而是「我們為什麼需要活到150歲」？

科學可以把生命的邊界往前推進，但生命的價值，終究不能只用年齡衡量。正如古羅馬哲學家塞內卡所言：「生命價值不在長短，而在內容。」長壽醫學最終追求的，或許是讓每一段被延長的時間，都仍然值得被好好活過。➡➡



《超預期壽命：長壽的科學與藝術》 《Outlive: The Science and Art of Longevity》

作者 | 彼得·阿提亞Peter Attia

出版社 | 天下雜誌

出版日期 | 2024/10/02

【醫林開卷】

《超預期壽命》由加拿大籍醫師彼得·阿提亞 (Peter Attia) 與作家比爾·吉福德合著。阿提亞畢業於史丹佛大學醫學院，曾於約翰霍普金斯醫院受訓並在美國國立衛生研究院 (NIH) 進行癌症免疫療法研究。

作者認為年齡是「糖尿病、心血管疾病、癌症、阿茲海默症」四類導至死亡最多的慢性病共同風險因素，且隨著年齡呈指數增長。他融合醫學背景與抗衰老實踐，把醫學從「生病之後再治療」的模式，推向更早、更主動的預防，提出「醫學3.0」的預防性健康理念。

圖·文／《臺中醫林》編輯部

長壽時代》

外科手術難而不難

何錄滄醫師談高齡手術的風險評估與醫病溝通

文 / 陳倩姿

臺灣進入高齡社會後，外科醫師在臨床上愈來愈常遇到80歲、90歲以上的病人。過去65歲以上就被視為高齡手術患者，如今隨著醫療進步、壽命延長，許多75歲患者仍維持良好活動力，高齡手術的定義，也悄悄移動到80歲以上。

開刀前的風險評估 正是成敗關鍵

手術刀齡超過半世紀的何錄滄醫師是肝膽腸胃科專家，多年來照顧過無數高齡病人。「二十年前醫院晨會討論，65歲以上是老人，75歲以上是超高齡，開刀要戰戰兢兢。」他笑說，現在80歲才算是拿到高齡門票。

隨著醫療進步與外科治療觀念轉變，何錄滄認為，高齡患者的手術不能只問「能不能開」，更要問「有沒有必要開」；而開刀之前的風險評估，正是成敗關鍵。

對高齡病人來說，手術風險不只來自疾病本身，也來自身體老化後的承受能力。因此，術前評估必須比一般病人更仔細。除了心、肝、肺功能，也要注意凝血狀況、出血風險、營養狀態，以及腦部退化或失智症狀。

「健忘」的隱形風險 術前都是重要指標

何錄滄提醒，抽血數字正常，不代表器官沒有老化問題。例如肝功能檢查正常，仍可能有潛在肝硬化或慢性發炎；心電圖正常，也不一定代表心臟能承受手術壓力。必要時，仍要透過CT、MRI、心臟超音波等檢查，取得更完整的判斷依據。



何錄滄

中山醫學大學附設醫院外科部

甚至連「健忘」這件事，在術前都要被視為重要指標。他會特別詢問病人是否有丟三落四、反應變慢等情形，必要時也會安排腦部影像與神經評估。若不把這些「隱形風險」找出來，原本以為只是小手術，開下去後可能引發難以收拾的問題。「通常我會要求高齡病患提前住院一天，做必要的檢查。」他表示，這些資訊對判斷病人術後恢復能力與整體風險很有幫助。

開刀前的風險評估 正是成敗關鍵

「高齡手術的另一項重點，是不要一開始就把「開刀」當成唯一選項」，何錄滄舉例膽道結石若合併嚴重發炎，往往需要較大的手術處理，對老年人是很大的負擔。如果病人狀況允許，可以選擇傷害較小的方法，例如先以引流控制感染，或透過經皮膽管引流、膽道鏡取石等方式處理，採取「非出血性手術」更符合高齡需求。何錄滄說，對高齡病人而言，能用較小傷害解決問題，不是保守，而是外科醫師必須做出的判斷。

高齡手術的判斷，不能只看疾病本身，也不能只看病人幾歲。何錄滄曾照顧一位90多歲高齡患者，經完整評估後接受手術。這位患者100歲時，還特地送來感謝匾額。

何錄滄談起這段經驗時強調，高齡病人不是不能開刀，而是醫師必須先釐清治療目標：是救命、解除痛苦，還是改善生活品質，再評估病人的活動力、器官功能、營養狀態、認知功能與恢復能力。必要時，也要把不開刀、延後手術、縮小手術或先控制感染等替代方案納入討論，讓每一個決定都建立在充分評估、清楚溝通與醫病信任上。

通常死亡率超過50% 就不建議開刀

「術前溝通」是高齡患者治療的另一個關鍵。「醫師要把風險說清楚，包括死亡率、併發症、術後可能狀況，以及開不開刀的評估，最後讓患者自己做選擇。」何錄滄說，通常死亡率超過50%，他就不建議開刀。他強調，一定要用病人和家屬聽得懂的話，才能一起做決定。

若病人非常焦慮，而且不是緊急手術，也可以先安排身心科協助，等情緒穩定後再評估；碰上病人和家屬意見不同，也應讓雙方充分討論、達成共識。他認為，醫師的責任是把醫療資訊講清楚，而不是替家屬做決定，「是說明，不是說服」，這也是對醫療團隊的一種保護。

「高齡手術」術前評估五問

❶ 器官功能是否足以承受手術？

心、肝、肺功能不能只看表面數字，必要時需進一步檢查。

❷ 是否有出血與凝血風險？

凝血狀況、出血風險，都是高齡手術前不可忽略的重點。

❸ 營養與恢復能力是否足夠？

高齡病人的術後恢復能力，往往影響手術成敗。

❹ 是否有腦部退化或失智徵兆？

健忘、丟三落四、反應變慢，都可能是重要的隱形風險。

❺ 是否需要更完整的影像與功能檢查？

CT、MRI、心臟超音波等檢查，有助於補足抽血與心電圖看不到的風險。

高齡手術決策三原則

❶ 不只問「能不能開」，更要問「有沒有必要開」

高齡患者的手術決策，重點不只是技術不可行，而是是否真正對病人有益。

❷ 能用較小傷害處理，就不要走大手術

若病人狀況允許，可先考慮引流、經皮膽管引流、膽道鏡取石等較低傷害方式。

❸ 醫師的角色是說明，不是說服

醫師應清楚說明死亡率、併發症、術後可能狀況與不同選項，讓患者與家屬做出決定。

高齡外科的經驗傳承 不能只靠課本

何錄滄認為，高齡外科的經驗傳承不能只靠課本。年輕醫師要在門診、查房、會診與手術討論中學習，觀察資深醫師如何評估病人、如何說明風險、如何判斷手術必要性。醫師面對病人和家屬時，怎麼說、說到什麼程度、什麼時候該停下來讓家屬討論，都是臨床經驗的一部分。

長壽時代讓外科醫師面對更多高齡病人，也讓手術決策變得更細膩。高齡患者手術更需要完整評估、合適方法與誠實溝通。對高齡病患來說，提升生活品質與延長生命同等重要，外科醫師刀尖上的溫柔與智慧，能讓高齡患者的晚霞依然絢爛美麗。

超高齡手術》

已是一場多學科聯合作戰

修復不僅僅是骨頭 是守護長者最後尊嚴

文 / 徐偉恩



徐偉恩

臺中榮民總醫院骨科

走進手術室，無影燈下躺著的是一位92歲、伴隨心房顫動與輕度失智、因不慎跌倒而導致股骨頸骨折的老奶奶。這樣的場景，在十年前或許是偶發的特例，但在今日的臨床日常中，早已成為骨科醫師避無可避的「新常態」。面對迎面而來的超高齡社會，骨折手術的定義正悄然改變——我們挑戰的不再只是疾病本身，而是如何在一具脆弱卻堅韌的百歲軀體中，精準拿捏破壞與重建的平衡。

【時代的質變】——

從「生理年齡」到「衰弱評估」

過去，當患者跨過80歲門檻，臨床決策往往容易走向兩極：不是因觀念保守而選擇放棄手術，就是勉強進行卻面臨嚴峻的術後併發症。然而，隨著現代麻醉技術的精進、微創器械的發展，以及臨床醫學對「高齡」的重新定義，我們看待老年患者的視野已全然不同。

現在，決定一位長者能否接受手術的關鍵，不再是身分證上的出生年月日，而是其生理儲備功能 (Physiological Reserve) 與衰弱指數 (Frailty Index)。過去我們常單打獨鬥，如今在台中榮總高齡整合專業的引領下，高齡手術已演變為一場「多學科聯合作戰」。術前由高齡醫學科、心臟科、麻醉科與復健團隊共同介入優化；術中追求精準、快速、減少失血；術後則無

縫接軌早期復健。這種系統性的改變，讓許多過去被視為手術禁區的超高齡患者，得以安全度過圍術期，重獲生活自理能力。

【風險關鍵判斷】——

隱藏在數據背後的「多重共病」

面對80歲、甚至90歲以上的患者，醫師最核心的考驗在於「全面性風險的預判」。高齡患者的器官功能如同失衡的微型生態系，任何一處小震盪都可能引發多器官衰竭的蝴蝶效應。

在臨床判斷上，我們必須高度警惕三大關鍵：

隱匿性的心肺功能不全：平日靜止時無症狀，手術壓力和麻醉藥物卻可能誘發隱性心力衰竭。

術後譫妄 (Delirium)：這是高齡手術極常見卻易被忽視的併發症，往往導致管路拔除、跌倒或延長住院天數。

骨質與軟組織的脆弱性：以骨科手術為例，超高齡患者多伴隨嚴重骨質疏鬆，骨釘骨板的固定力、植體的骨融合度，乃至於傷口的癒合能力，都考驗著術者的經驗與選擇（如骨折復位固定或人工關節置換的決策）。

【術前醫病溝通】——

轉化術後醫療糾紛的風險

術前的醫病溝通，是高齡手術成功與否的另一半關鍵。與家屬及患者溝通時，有兩個核心議題必須「對齊」：

目標設定 (Goal of Care)：必須與家屬達成共識，手術的目標是「恢復基本生活自理、減輕疼痛」，而非「返老還童」回到全然健康的狀態。



高齡手術醫病溝通需「對齊」

① 目標設定 (Goal of Care)

手術目標是「恢復基本生活自理、減輕疼痛」，非回到全然健康的狀態。

② 最壞情況準備

讓家屬理解高齡手術後「照顧旅程」的艱辛，能有效轉化醫療糾紛的風險。

最壞情況的心理準備：高齡患者術後可能面臨的譫妄期、呼吸器脫離困難或短期內的功能衰退。讓家屬在術前就理解「照顧旅程」的艱辛，能有效轉化術後的焦慮與醫療糾紛的風險。

在我的臨床生涯中，曾救治過一位94歲因跌倒導致股骨骨折的老先生。當時家屬對是否手術極度糾結，擔心老人家「進去就出來了」。經過多方跨科評估與反覆溝通，我們決定採取微創固定。手術順利完成，當老先生在術後三個月，拄著拐杖一步步走回診間，用那雙佈滿滿年輪的手緊緊握住我時，那份震撼至今難忘。

那一刻我深刻體會到，我們修復的不僅僅是一根骨頭，而是挽救了一個家庭即將面臨的崩潰，並守護了長者最後的尊嚴。

超高齡社會的外科醫療，是一份沉重卻無比神聖的責任。它要求我們不僅要有精湛的刀藝，更要有理解衰老的智慧與跨領域合作的胸懷。願以此文與所有在臨床第一線奮戰的年輕世代醫師共勉：高齡患者的歲月雖然有限，但我們為其爭取到的每一天高質量生活，都是外科醫師在長壽時代裡，最溫暖也最真實的價值所在。

超高齡社會》

阿茲海默症的挑戰

從生物標誌物到疾病調控 進入精準醫療新時代

文 / 辛裕隆

台灣已於2025年正式邁入超高齡社會，65歲以上人口占總人口超過20%。隨著人口老化，失智症已成為重要的公共衛生議題。目前我國65歲以上長者失智症盛行率約8%，患者人數已超過35萬人，而阿茲海默症則是最常見的失智症原因。過去醫界對阿茲海默症最大的無力感，在於診斷往往太晚，治療也只能改善症狀，無法阻止疾病持續進展。然而近年生物標誌物與疾病調控治療 (disease-modifying therapy, DMT) 的快速發展，正在改變這樣的局面。

從症狀治療走向疾病調控

過去二十多年來，阿茲海默症藥物主要包括乙醯膽鹼酯酶抑制劑 (Donepezil、Rivastigmine、Galantamine) 及 NMDA 受體拮抗劑 Memantine。這些藥物可改善認知功能與日常生活能力，但無法改變疾病本身的病理進程。

近年抗類澱粉蛋白單株抗體藥物陸續問世，包括 Lecanemab 及 Donanemab。這類藥物可清除大腦中的類澱粉蛋白沉積，並於大型臨床試驗中證實能延緩認知功能退化速度。這是阿茲海默症治療史上重要的里程碑，也代表治療目標已從「改善症狀」邁向「改變病程」。

阿茲海默症的核心病理包括類澱粉蛋白 (Amyloid- β) 沉積與 Tau 蛋白異常堆積。根據長期研究顯示，類澱粉蛋白的累積可能在臨床症狀出現前10至20年便已開始。隨後 Tau 蛋白病理逐漸擴散，導致神經元功能受損、大腦萎縮以及認知退化。當病人開始出現輕度認知障礙 (MCI) 時，大腦病理其



辛裕隆

中山醫學大學附設醫院
神經科主任

實已存在多年。因此，阿茲海默症的治療時機愈早愈好。當疾病進展至中重度失智後，即使病理被清除，已經死亡的神經元也難以恢復。

生物標誌物帶來診斷革命

2024年阿茲海默症協會 (Alzheimer's Association) 發布新版診斷準則，正式將生物標誌物納入診斷核心。目前常用的生物標誌物包括：核子醫學的類澱粉蛋白正子攝影 (Amyloid PET) 以及體液的腦脊髓液 A β 42、腦脊髓液 p-Tau181、血液

p-Tau217等新興檢測。這些工具使醫師能夠直接確認病人是否存在阿茲海默症病理，而不再完全依賴臨床症狀推測診斷。目前類澱粉蛋白正子攝影或腦脊髓液生物標誌檢測，已成為接受疾病調控治療前的重要確認工具。在中山醫學大學附設醫院，我們已建立腦脊髓液生物標誌檢測平台，可提供Aβ42、Total-Tau及p-Tau181分析，作為阿茲海默症精準診斷的重要依據。

目前單株抗體治療主要適用於：輕度認知障礙（MCI）與輕度阿茲海默症失智，且必須確認存在類澱粉蛋白病理。在啟動治療前，必需要完成：

- ❶ 神經心理評估（MMSE、MoCA、CDR）
- ❷ 腦部MRI檢查
- ❸ Amyloid PET或腦脊髓液檢測
- ❹ APOE基因檢測
- ❺ 醫病共享決策討論

透過完整評估，可確認病人是否適合接受治療，同時降低潛在風險。

追蹤ARIA變化做安全管理

單株抗體治療最受關注的副作用為類澱粉蛋白相關影像異常（Amyloid-Related Imaging Abnormalities, ARIA）。ARIA主要分為：ARIA-E：腦水腫或滲出；

*ARIA-H：腦微出血或表層含鐵血素沉積。從臨床試驗到上市後的真實使用報告，ARIA的出現多半在開始治療後的前3-6個月，在臨床試驗與真實世界研究中，約有10-30%的患者可於治療初期MRI追蹤中觀察到ARIA變化。但多數屬輕度且無症狀，僅少數患者可能出現頭痛、噁心、視力模糊或局部神經功能障礙。因此治療期間需依照標準流程安排定期MRI追蹤，並根據影像嚴重程度決定是否持續治療。透過標準化監測，大多數病人都能安全完成療程。

中山醫學大學附設醫院近期收治一位81歲男性患者，因反覆提問及短期記憶力下降就診。神經心理評估顯示已達輕度阿茲海默症失智階段（CDR=1），進一步接受類澱粉蛋白正子攝影後確認存在阿茲海默症病理。經

完整評估與醫病共享決策後，患者開始接受單株抗體治療。治療期間於例行MRI追蹤發現輕微且無症狀的ARIA-H（腦微出血），在密切監測下仍順利完成療程。8個月後追蹤類澱粉蛋白正子攝影顯示原本的大腦類澱粉蛋白沉積已降至陰性範圍，照顧者也表示患者認知功能維持穩定，未見明顯惡化。此案例顯示，在適當篩選與標準化監測下，疾病調控治療已可於真實世界臨床實務中安全執行，並為患者爭取更多維持生活功能的時間。

從血液篩檢到核心的衛星照護模式

未來三到五年，血液生物標誌物將成為失智症診療的重要突破。目前已有多項血液p-Tau217相關檢測獲得美國FDA核准或突破性醫材認證。未來在基層診所有機會可透過抽血初步篩檢高風險個案，再轉介至醫學中心完成進一步診斷與治療評估。

因此，我們正在推動「核心—衛星協作模式」。基層醫師負責早期辨識與初步篩檢，醫學中心則提供進階影像、生物標誌檢測、基因分析及單株抗體治療。透過分工合作，讓病人能在疾病最早期獲得最適當的照護。

阿茲海默症診療正進入全新的精準醫療時代。生物標誌物讓我們能更早、更準確地診斷疾病；疾病調控治療則讓醫師第一次有機會延緩疾病進展。未來隨著血液生物標誌物普及以及核心—衛星照護網絡的建立，失智症將逐步從「晚期發現、被動照護」，邁向「早期發現、精準治療」的新模式，為患者延緩失能、維持獨立生活能力，也為家庭爭取更多有品質的相處時間。➡➡➡

打造高齡照護網》

讓科技帶著溫度走入長照

用失智共照中心支援照顧者也陪伴失智者

文 / 臺中市政府衛生局

面 對高齡化社會快速發展，臺中市政府衛生局的長照服務政策從1.0至今年開始推動的3.0政策，除積極布建居家、社區、住宿型機構外，為強化醫療照護資源，建構完整且連續性的長照服務體系，今年更透過失智照護、公私協力醫照整合、智慧長照服務及智慧科技輔具等多元創新措施，提升照護品質與服務可近性，打造兼具專業、智慧與溫度的高齡友善城市，讓長者安心在地老化、家庭照顧更有支持。

在地照護失智新模式 從診間延伸至社區

全球平均每3秒新增1名失智患者！臺中市推估65歲以上失智人口超過3.5萬人，為建構完善的照護網絡，臺中市目前已布建**12家失智共照中心**及49家失智社區服務據點，其中更打破以往長照服務多僅侷限於高齡長者的框架，成立了「**全台第一家**」專屬年輕型失智症的失智社區服務據點「**財團法人向上社會福利基金會-清活小屋**」。

然而全國失智症診斷率仍約六成，許多潛在個案尚未被發現，臺中市為更進一步找出社區



■ 立老人復健綜合醫院附設住宿長照機構，提供醫照合一的優質環境。

中潛在個案，特別推動「失智友善醫事單位獎助計畫」，鼓勵基層醫事人員運用極早期篩檢量表篩檢並轉介疑似異常個案至共照中心，每案最高獎助新臺幣600元，建立社區的無縫照護銜接機制。透過基層醫療與社區照護的緊密合作，將失智症照護從診間延伸至社區，協助長者及早接受診斷與介入，也減輕家庭照顧負擔。



1

2

3

1. 臺中市立仁愛綜合長照機構。

2. 失智日照中心的長輩動手做流體小熊造型，輕輕搖晃看顏色流動變化，好玩又療癒。

3. 衛生福利部「地方衛生機關長照及照護類中央考評」中已連續5年奪得第一名殊榮。

公私協力促參典範 打造醫照合一新未來

為提升住宿量能，衛生局採取公私協力模式引進民間投資與醫療能量，活化公有資產。民國113年營運的「臺中市立仁愛綜合長照機構」為全國首座採ROT模式的市立機構，引入逾億元民間資金，規劃包含長期、安寧、失智照顧的「多層級連續性照護園區」，並保留30床公費床落實社會福利，首年營運即獲臺中市金照獎肯定，並於第一年營運績效評定結果獲得優良。

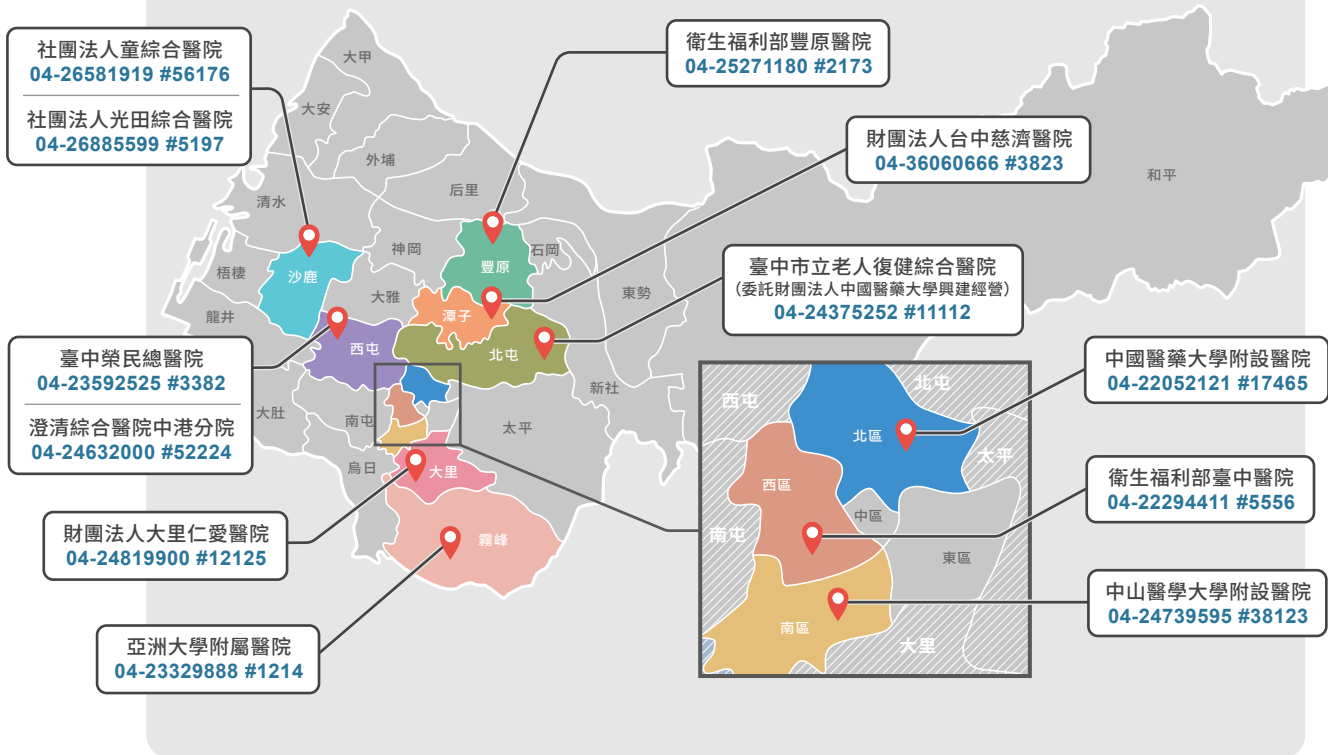
針對人口密集的北屯區，則以BOT模式興建「臺中市立老人復健綜合醫院」，打造「醫照合一」體系。北院區專注急重症與急性後期照護，

南院區深耕長照與社區整合，透過跨領域團隊為長者量身打造計畫，降低反覆住院與照顧斷層風險。兩院區皆導入黃金級綠建築與智慧照護設備，結合低碳永續設計，建構符合高齡需求的安全環境，樹立國內促參政策的新標竿。

智慧長照服務升級 建構便民永續照護體系

為提升服務可近性，臺中市於109年全國首創建置「臺中市長照即時通」，整合長照服務資訊查詢及線上申辦功能；110年再導入交通接送

● 臺中市12家失智共同照護中心



■ 資料來源 / 臺中市政府衛生局
圖 / 《臺中醫林》編輯部

預約服務，提供「免電話預約、即時查詢及貼心提醒」等功能。於115年全面升級2.0版。新系統打破藩籬，首度為民眾與長照人員打造單一入口，強勢整合服務申請、資源查詢、交通預約、進度追蹤、資訊公告及人員認證等六大一站式功能。透過線上認證、案件查詢與規費繳納全面數位化，實現「無紙化、免郵寄、免等候」的高效體驗，大幅落實ESG永續理念，更展現臺中市推動智慧長照與數位治理的創新成果。

配合長照3.0，臺中市積極導入物聯網與AI智慧監測等科技輔具，將具備預警、感測的智慧設備引進居家與社區，不僅能提升長者自主生活能

力，更能有效減輕家庭照顧負擔。同時，市府正全力優化在地特約服務網絡，透過「專業評估、租賃共享、智慧循環」的精準照護模式，讓科技帶著溫度走入長照，建構更完善且具人性關懷的智慧長照守護網。

臺中市的長照服務成效有目共睹，已連續5年在衛生福利部「地方衛生機關長照類中央考評」中奪得第一名殊榮。這份榮耀屬於每一位辛勤耕耘的醫護與長照人員。面對高齡化挑戰，衛生局將持續整合社區、醫療與長照資源，攜手基層醫事人員，讓專業照護延伸至每一戶人家，落實健康老化、幸福終老的城市施政願景。

高齡人口分布不均 基層醫療資源落差浮現

圖・文 / 《臺中醫林》編輯部

臺中市(舊)八區共約122萬人，其中65歲以上人口逾21萬，占總人口17.4%。中區高齡人口比率為23.4%，居八區之首，北區21.9%、西區21.3%居次。若以人數來看，則以北屯區51,586人最多，高齡照護需求規模也最大。

不過，基層醫療資源分布與人口數仍有落差。目前西屯區有249家診所，數量最多，南屯區235家次之；但換算每萬人口診所數，中區約17.2家、西區約16.1家，資源相對充足；南區僅約5.9家，東區與北屯區也僅約6.2家，差距明顯。進一步比較高齡人口與診所數，北屯區平均每家診所約對應261名高齡者，東區更達328名；南屯區則約113名，顯示各區基層醫療承載量差異不小。

數據顯示，各區高齡人口比例、實際人數與診所配置之間有相當落差。未來新診所設置，或可進一步納入人口結構、交通距離及慢性病照護需求，加上臺中市政府衛生局於八區設置的六所失智共照中心，共同提升高齡者就醫與照護的便利性。➡➡➡

● 臺中市八區 | 高齡人口暨醫療院所醫療資源統計表

行政區	醫院					診所	合計	人口統計		
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	尚未評鑑	合計			總人口數	65歲以上人口數	65歲以上人口比例 (%)
中區	0	1	2	0	3	31	34	18,064	4,236	23.4%
東區	0	0	3	0	3	48	51	77,723	15,756	20.3%
南區	1	0	3	0	4	76	80	128,182	21,284	16.6%
西區	0	1	2	0	3	182	185	113,063	24,133	21.3%
北區	2	0	5	0	7	140	147	143,312	31,411	21.9%
北屯區	0	0	5	1	6	198	204	318,503	51,586	16.2%
西屯區	1	1	1	0	3	249	252	238,437	38,345	16.1%
南屯區	0	1	2	0	3	235	238	185,950	26,538	14.3%
合計	4	4	23	1	32	1,159	1,191	1,223,234	213,289	17.4%

資料來源 | 臺中市政府民政局人口管理統計平台(2026/06/30) / 臺中市醫師公會(2026/06/30)

HUIYU ARCHI

惠宇 秋紅谷

MAPLE GARDEN

中台灣繁華之最

天際之最—豪辦名宅地標
星級之最—國際頂級酒店
時尚之最—新光大遠百
藝術之最—國家歌劇院
自然之最—秋紅谷公園

台中·秋紅谷特區

25·27層·2-4房

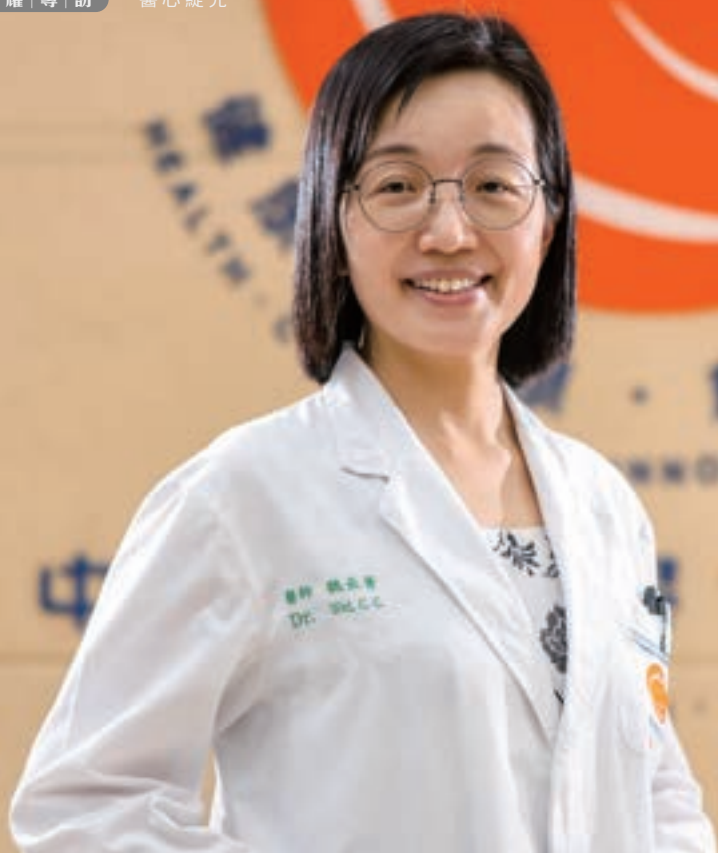
朝馬路·朝富二街

04 2707-8799



建築基地





醫療奉獻獎學術研究類

魏長菁 | 兒科

她從診間發現問題 傾聽孩子們的聲音 到實驗室找答案

文 / 蔡淑媛

從診間發現問題，到實驗室找答案，魏長菁用研究改變孩子的人生！身高178公分的她，卻有著親切的笑顏，沒有權威距離，「喜歡挑戰、喜歡照顧困難病人」，選擇兒童過敏免疫風濕科，不只是照顧一個孩子，更是為一個家庭點燃一點希望的微光，透過醫學研究，從臨床的困境中找到新的解決方案，幫助更多孩子。

將研究轉化臨床應用 造福兒童患者

魏長菁關注疾病的治療，更注重患者的整體健康和品質生活，投入研究10多年已產出至少90篇成果，多篇研究發表於高影響因子的國際期刊，包括慢性發炎、空污影響兒童近視的開創性研究，以及臨床評估提供新工具、罕見疾病的創新治療，成功將研究轉化為臨床應用，造福無數兒童患者，透過研究逐步實現「全人醫療」的理念。

以卓越研究享譽國際，在學術界舉足輕重，魏長菁身材高挑，每次面對孩子總習慣先蹲下來，和孩子同樣的視線高度說話，一、兩歲的孩子怕生，她不

■ 魏長菁

■ **學經歷** | 中國醫藥大學醫學系學士、碩士，現任中國醫藥大學兒童醫院教學研究部主任、醫學系小兒學科教授。長期深耕兒童過敏免疫與臨床研究，建立慢性發炎、環境污染、過敏疾病與兒童近視之關聯，並於結節性硬化症治療及學齡前兒童哮喘評估取得重要成果。

急著檢查，而是先和父母閒聊幾句，讓孩子觀察眼前這位醫師，等孩子放下戒心，她才輕聲告訴孩子接下來要做什麼，「我們先看看前面，再看看背後好不好？」每完成一個動作，就不忘稱讚一句「你好棒。」

「以病人為中心！」魏長菁說，從醫學系畢業的那一刻，心裡就很清楚「我想走兒科」，不只是小孩單純可愛，跟成人不一樣的是生病時往往無法用言語精準表達哪裡痛、哪裡不舒服，這對醫師來說是一個挑戰，但也正是這個挑戰，讓她學會更敏銳觀察，也培養無比的耐心。

病童清醒後 還會跟她玩腦筋急轉彎

魏長菁談起學生時期深受兒科名醫林清淵的影響，這名重量級教授行程滿檔，仍利用假日南下台中授課，「學問高，照顧的病人都很複雜，又很熱衷教學」，崇拜老師在醫學的熱情與學者風範，她到台北榮總擔任研究醫師，追隨腳步投入過敏免疫風濕領域，「比過敏病更複雜，更慢性，併發症更多，困難度更高！」

「我很喜歡接受挑戰！」面對病情複雜、嚴重、又困難照顧的病人，如果能把他們照顧好，「成就感又更高，更有幫助到人的感覺。」魏長菁笑稱自己是無可救藥的利他主義者。

說到最近照顧的病人，魏長菁提起一名紅斑性狼瘡併發腦炎的病童，因為腎炎與腎衰竭住院，送醫時已出現肺水腫、呼吸衰竭，需要

插管治療，使用最強效的藥物治療，仍在加護病房昏迷超過一個月，預後不樂觀，後來抽腦脊髓液意外發現很渾濁，分析都是自體免疫的抗體，立刻進行血漿置換、注射免疫球蛋白，逐漸甦醒。

魏長菁提及這名病童清醒後不但會拿水瓶舉重，「還會跟我玩腦筋急轉彎」，眼神充滿喜悅，彷彿是自己的孩子，「看到這種進步，我都覺得很開心！」

這種陪伴病童一路成長的經驗，是兒科獨有的幸福。例如，有一位紅斑性狼瘡患者，從10歲起就在她的照顧下，後來在日本完成大學學業，今年同時獲得牛津與劍橋大學博士班的全額獎學金錄取。

治療不只一個病 是一個人甚至一個家庭

「有時候真的會變成他們家的一份子！」她說，嚴重的異位性皮膚炎、氣喘、複雜的自體免疫疾病，這些孩子需要的是長期的陪伴與治療，有時看似「只是皮膚病」的診斷，背後卻隱藏著對「家庭的摧毀」，孩子不只對抗疾病，也是對抗可能威脅生命的危機。

治療不只是一個病，是一個人，甚至是一個家庭，魏長菁也擔任病童家庭醫師、家人、社工、甚至是人生導師，她笑說，看到小病童就要當小天使姐姐，大病童就變故事姊姊，「這也是我的人生自我提升啊！」

臨床工作已經佔據大部分的時間，但為什麼還要堅持做研究？許多臨床上的「為什麼」，就是投入研究的動力。

空污中的PM2.5 可能影響兒童視力發展

在診間裡，魏長菁看到很多因為過敏性結膜炎求診的孩子，而且近視進展特別快，因此提出「近視是一種慢性發炎疾病」的新觀點，並與團隊從流行病學資料、動物實驗到細胞機制一步步驗證，證實過敏性結膜炎引起的眼部發炎反應，可能促使眼球組織鬆散，眼軸增長，加速近視惡化。

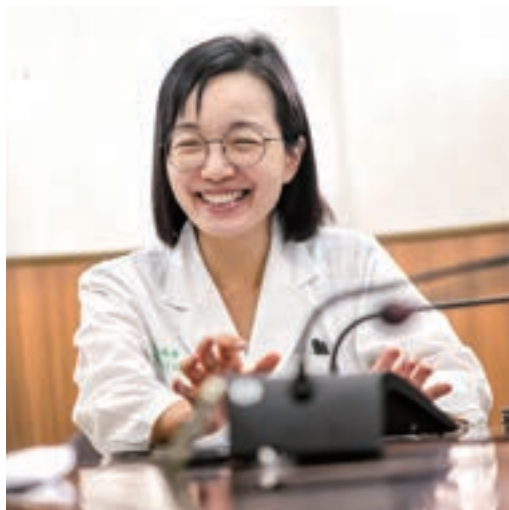
進一步分析更發現，空氣污染中的PM2.5與氮氧化物暴露，也可能透過發炎機制影響視力發展。

這系列研究逐漸獲得國際認同，但當年投稿過程卻異常艱辛，「太創新的東西，反而最容易被質疑」，尤其空污對近視的研究，之前幾乎找不到相關文獻，因為太過創新，一直被拒絕，但在不斷補充證據後，終於被認可，現在也有愈來愈多文章跟隨；魏長菁團隊目前也正在研究維他命D是否會改變眼球局部的微生物菌相。

未來醫療體系 要建立更完善「跨領域團隊」

除了研究，醫學教育也是魏長菁非常看重的一塊，她說，今年很榮幸能獲得「臨床醫學教育貢獻獎」，是很大的鼓勵，她的目標是培養出具備「同理心」與「倫理素養」的年輕醫師，她常跟學生說，學會看數據、看影像只是基本功，更重要的是學會「傾聽」，坐在患者面前，要能聽出他們言語背後的恐懼，要能理解一個家庭的絕望，這才是真正的醫學教育。

對於未來的醫療，必須更加重視「預防醫學」與「環境醫學」，不能只是在疾病發生後才來治療，而是要從環境因素（比如空氣品質）、生活型態去探討預防之道；也要更加關注「全人照護」，強烈建議，未來的醫療體系應該要建立更完善的「跨領域團隊」，進行跨科別醫師照護，也需要社工、心理師、法律專家的共同介入，幫助家庭度過難關，真正為孩子爭取到「最佳利益」，而她也正在撰寫專書「傾聽孩子們的聲音」，為了這個目標努力。



1

1. 魏長菁有著大姊姊的親切笑顏，沒有權威距離，全心照護病人。

2

2. 身高178公分的魏長菁，面對孩子總習慣先蹲下來，和孩子同樣的視線高度說話。她從診間發現問題，到實驗室找答案，用研究改變孩子的人生。

她也提醒自己，無論平常看診多麼疲憊，研究遇到多少瓶頸，無論教學有多麼挑戰，都要「莫忘初衷」。

魏長菁的生活哲學，也像告訴自體免疫疾病的患者一樣，「要規律過生活」，也希望「每一天都能對這個社會有一點貢獻。」魏長菁從自身實踐對患者的承諾，每天一點一滴地朝遠大的目標邁進。➡➡

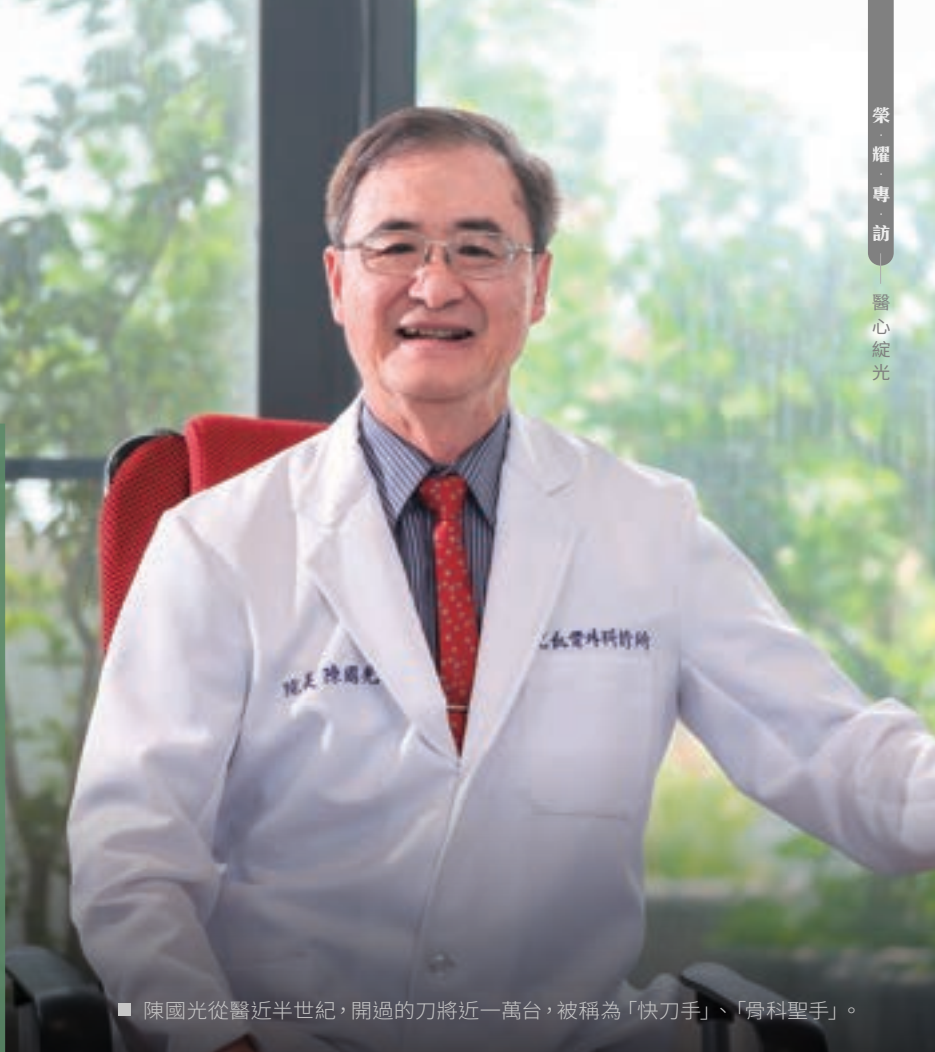


醫療奉獻獎醫療服務類

陳國光 | 骨科

開刀要有節奏感
就像神仙的感覺
病患封他是為骨科聖手

圖·文 / 蔡淑媛



■ 陳國光從醫近半世紀，開過的刀將近一萬台，被稱為「快刀手」、「骨科聖手」。

陳國光從醫近半世紀，開過的刀將近一萬台，30多歲就擔任骨科主任，一個月開刀超過300台，同時運作3間開刀房，從股骨頸骨折、人工關節置換到脊椎手術，只要病患被推進開刀房，他總能以俐落精準的刀法迅速完成手術，讓許多原本躺著進來的人，在最短時間內重新站起來，因為開刀速度快、傷口小、恢復佳，他被同行稱為「快刀手」，病患則封他是「骨科聖手」。

建立病人信任感 有時看完診症狀就好一半

比起響亮名號，今年71歲的陳國光，更在意的「病人好了沒有？」從外島軍醫到中部骨科名醫，從手術台上的快刀醫師到投入長照、居家醫療的診所院長，他說「骨科最大的成就感，就是看病人躺著進來，走著出去」，現在更要恢復健康，重新回到生活。

陳國光對病人也很有一套，診所的護士私下笑著說「陳醫師很會跟病人聊天，他有當垃圾桶的天賦！」陳國

■ 陳國光 光仁骨外科診所

■ **學經歷** | 畢業於國防醫學院醫學系，長期投入基層醫療、骨科專業與醫界公共事務。曾任臺中市診所協會理事長、中華民國基層骨科醫師協會理事長，推動基層骨科人才培育及醫療合作，並任衛福部首屆醫療糾紛調解委員，熱心義診救災，貢獻卓著。

光開刀快，看門診卻是膽大心細，不講求速度，不只是看傷病，透過問診、好好問「人」，確認病情，也建立信任感，有時看完診，焦慮少了，症狀就好一半。

膽大心細又手巧 許多主治醫師都喜歡他跟刀

陳國光出生於屏東佳冬，父親畢業於廣東中山大學農經系，曾任國中校長，母親則是老師，5歲時全家搬到雲林莿桐，從客家庄來到台語環境，陳國光笑說自己從小學到大學只做過一個職務「班長」，展現絕佳的領導及社交能力。

80年代，陳國光原本想投入婦產科，但婦產科很熱門、名額有限，陰錯陽差進入外科，兩年外科訓練後，他發現自己更喜歡能夠「直接修理好病人」的科別，選擇骨科，可以做復健，幫助病又快又多。

他說，開刀這件事，有些人有天賦，有些人沒有，他有，「領悟性好、膽大心細，開刀要有節奏感，一刀接一刀，就像神仙的感覺。」像是股骨頸骨折，一般人開1個小時到1個半小時，他從下刀到縫合，只要30分鐘，是別人1/2到1/3時間，傷口小、恢復快、感染率極低，口耳相傳，病人一個介紹一個。

陳國光早在三總骨科實習就嶄露頭角，膽大心細又手巧，許多主治醫師都喜歡他跟刀，他也看了許多刀法，悟性高，回去看書印證，勤

於學習，在馬祖西莒當軍醫時，坐船時頭還在昏，靠岸就去開刀，中秋節颱風天一樣照開，甚至在那邊開刀開出了好人好事代表、優良軍醫獎。

年輕時一天開10台刀 一個月300台病床天天客滿

在803醫院服務期間，陳國光30幾歲就當主任，成名極早，天賦與苦練造就「快刀手」，軍人和軍眷多，開刀機會不斷，也鍛鍊出他在高壓環境下沉著操刀的本事。

退伍後到順天醫院，骨科從無到有，一人創科，從最初5個護理師擴張到15個，開刀房從1間用到3間同時運轉，查房術後病人有50張床，有時候還不夠，要向內科借床，每天早上8點查房，帶著2個住院醫師、2個助手、2個小姐，查房要花一個小時，再進開刀房，一天開10台刀，一個月300台，順天共267床，天天客滿，大半是他帶進來的。

陳國光記得「有新社的3姊妹，6條腿、6個關節，全都是我幫開的」成了地方上的美談。

當時順天醫院與仁愛之家合作，照顧弱勢老人，有一次陳國光去內科病房查房，看到一個老人，兩個膝關節都壞掉了，痛得無法行走，一問沒錢開刀，他一句話「我幫你找錢」，他找社工，想辦法替老人籌到手術費，老人開完刀，原本躺床一個多月不能走，術後一個禮拜就站起來走路了。

921地震那年 他直接進災區義診出錢出力

在順天那些年，窮的病人、仁愛之家的老人，陳國光看到了就問診，能開的刀就開，不問收入多少，這個習慣後來延續到開業，低收入戶的病患，他照樣看、照樣治，主動去做居家訪視；921地震那年，他直接進災區義診，出錢出力，沒有猶豫，多年來支援無醫村。

1998年，陳國光自行開業，看診一定先照X光，「X光就是骨科醫師的第二隻眼睛，8成的問題，一照就現形。」照完，他坐下來，一張一張慢慢跟病人解釋，什麼地方有問題，為什麼會痛，怎麼治療，讓病人了解身體的狀況，他堅持問診一定要「摸」、要「看」，曾有病人指肩膀痛，跑遍各大醫院都找不到原因，一打開來衣服發現是帶狀皰疹。

也有病人膝蓋痛到別的地方看診，照X光、排了兩個禮拜的回診，連摸都沒摸過一下，「來這裡，一摸就知道是膝蓋積水，立刻抽掉，馬上舒服多了。」

整合骨科和長照 讓老人不用到處奔波

記憶力是陳國光的另一個武器！他的記性非常好，開過的病人，名字、住家、誰介紹的、幾個兄弟姊妹，記得清清楚楚，病人走進診間，病歷就出現在腦海裡，「每個病人，我都跟他閒話家常」真誠對病人好，信任感自然就來了，痞啞人士也來聊天就醫，也有羅東的廟公，被神明指示來開脊椎；遠從宜蘭、羅東來就醫。

還有岳母的兩個膝蓋，80歲時由他執刀，現在一百歲了，行動力還很好。

陳國光開業近30幾年，他沒有停下來，他看到台灣老化的速度，雖然近3年他不再手術，仍持續骨科醫療，透過非侵入治療守護病人的健康，也整合日間照護與居家醫療，想把骨科和



- 1 陳國光細心為病人看診，問診要「摸」、要「看」，馬上了解病因。
- 2 陳國光近將骨科和長照整合，一站式照顧，讓老人不用到處奔波。

長照連在一起，讓老人不用到處奔波，一站式把問題解決。

他也召集中部50多家骨科診所的醫師，定期開讀書會，最新醫學資訊共享，讓基層診所也能給病患最新的治療選擇；他擔任中華民國基層骨科醫師協會理事長期間，積極推動基層診所骨科與骨科醫學會的接軌，為基層醫師在醫界發聲，也擔任過衛福部首屆醫療糾紛調解委員，拿下績優調解委員獎，用醫師的角度替醫病雙方找到對話的空間。



醫療奉獻獎服務類

彭義欽 | 小兒心臟科

不只守護孩子的一次生命 而是他們的一輩子 站在小兒重症與兒虐鑑定戰線上

文 / 蔡淑媛



從 搶救心臟病童、照顧急重症孩子到替受虐兒發聲！人稱「彭彭醫師」的彭義欽，總是笑咪咪，才47歲的他，頭髮已經白了一半，長年站在兩條最艱難的醫療戰線上，兒童急重症醫療與兒少保護領域，早已走過許多人難以想像的漫長歲月。

守護最脆弱孩子 也是兒虐傷勢鑑定醫師

一條是在生死交界的兒童重症醫療，23年的從醫生涯中，他陪伴無數重症病童走過高風險手術與術後照護，曾在加護病房連續搶救病童9次心跳停止、9次心肺復甦，每一次都在和死神拔河。也曾在急診室第一時間判斷出致命心肌炎，替孩子爭取到活命機會。

另一條則是鮮少被外界看見的兒少保護工作，他不只是兒童心臟科醫師，更是中部地區重要的兒虐

■ 彭義欽

■ **學經歷** | 畢業於中國醫藥大學中醫學系，現任中醫大兒童醫院兒童心臟科主治醫師，加護病房主治醫師暨病房主任。長期投入兒童急重症與加護照護，承擔第一線防疫重任，並參與兒童心導管、心臟超音波及術後重症照護。自104年起投入兒少保護工作，推動兒虐辨識與教育訓練，榮獲「防暴達人獎」。

傷勢鑑定醫師，10多年來，他透過專業檢傷鑑定報告，協助釐清真相，替無法開口求救的孩子發聲。

「比我資深的人很多，為什麼會得到醫療奉獻獎？」彭義欽笑著自問回答，「可能我走的路，大家不常走，尤其是兒少保護！」他笑說「這10年，頭髮白很多」，展現的是堅定從容的態度，守護著最脆弱的孩子，也守著逐漸式微的兒科重症醫療。

兒科醫生很特別 對孩子有一份天生的喜愛

為什麼當兒科醫師？彭義欽說，實習時對兒童心臟有興趣，也覺得小孩很可愛，「他們是唯一看完病還會對你揮手、跟你說再見，甚至送你一個笑容的病人！」他笑說，「兒科醫生很特別」，每個醫師都不會太凶，「對孩子都有一份天生的喜愛」，因為要逗小孩，至少看診時不會那麼愁眉苦臉。

和成人心臟科不同，小兒心臟科面對的是各式各樣的先天性心臟病，其中，執行兒童心臟超音波，需要很強的立體定位概念，學習難度高，必須把2D平面圖形，在腦袋裡轉換成3D立體空間，他生動地形容「就像拼積木一樣」。事實上，他在實習時就對超音波特別有興趣，還特別跑去兒童心臟科見習，「想要挑戰一下！」對兒童心臟結構的血管異常、發育缺損與心雜音，他都有著強烈的好奇心，原本

只在當兵前去兒科「打工」，沒想到成為終身守護兒童的熱血老兵。

在從醫路上，彭義欽師承小兒心臟科張正成主任，當年恩師一句邀請加入加護重症團隊，他心知這條路會「很辛苦」，但只因喜歡兒醫工作，抱著「願意挑戰」的心情，便一口答應。從此，他跟隨張正成主任做心導管介入手術、外科開心手術的術後照護，沒日沒夜，隨時待命的生活。不同於其他醫院，中醫大兒童醫院的外科開心手術有一大特色：術後病童全交由兒童心臟內科團隊在加護病房全天候照護，這也讓他的重症照護功力更加扎實。

每年至少50例兒童心臟手術 牽動孩子生死

當年新生兒多，每年至少40、50例兒童心臟手術，且多數是複雜性病例，如大動脈轉位、法洛氏四重症等。照護剛開完刀的心臟病童充滿挑戰，尤其術一週更是生死關鍵，輸血、心律與血壓等任何微小的變化，都可能牽動孩子的生死。

在加護病房裡，醫護人員經常需要徹夜守著重症病童，由於術後併發症變化多端，醫療團隊必須隨時監看心臟超音波、血行動力學、心律不整等各項數據，並頻繁調整呼吸器、密切注意藥物劑量，一旦遇到血壓掉、呼吸不穩定或血氧不足，往往就得面臨再度開刀或裝葉克膜，彭義欽直言，那種與死神拔河の極限環境，真的是「壓力之大，難以言喻！」。

他回憶，曾有一名患有無脾症候群合併肺動脈閉鎖的女嬰，一出生就嚴重缺氧發紺，經歷了心肺復甦術(CPR)急救，雖然緊急完成手術，卻又歷經在手術後多次心跳停止與反覆CPR，隨後被迫再次進開刀房，「當時為了救她，整個醫療團隊幾乎傾盡所有努力。」，彭義欽對女嬰展現強大的生命力感到不可思議，其中最長一次急救長達20分鐘，女孩最後竟奇蹟般沒有留下腦部缺氧後遺症，後來女孩在3歲及國中時，又陸續完成第2、3階段手術，彭義欽欣慰地說，「當年那個與死神擦身而過的女嬰，現在已經長成17歲健康平安的高中生」。

在急診13年歷經 單月破紀錄4000人次

由於長期處於高壓環境下照護生命不穩定的重症病人，彭義欽後來轉任兒童急診工作，但期間仍持續開設兒童心臟門診，照樣做心臟超音波、心導管，也經常返回加護病房值班，有時晚上值班直接銜接隔天白天工作。在急診期間，他仍發揮在加護病房累積的心臟重症專業，曾及時發現在急診喊肚子痛的7歲男童，其實罹患致命的心肌炎，10幾年前急診配置葉克膜不像現在普及，他與心外團隊就在急診裝上葉克膜救命。也曾成功救回一名在急診心衰竭休克的高中生，迅速診斷並即時讓心外團隊裝上葉克膜搶命送開刀房。

彭義欽在急診13年歷經H1N1流感大爆發，急診單月破紀錄4000人次，也遇上新冠病毒疫情爆發，全天穿戴隔離衣、N95口罩與病毒奮戰，後來恩師生病，讓他重回兒童重症加護病房專責行列，近年重症醫護人力流失，尤其兒科是人才流失重災區，在人力極度缺乏



之際，彭義欽毅然扛起加護病房重責，笑稱自己「一人專責，算是全包！」

兒虐個案檢傷判別 勇敢為孩子爭取正義

在兒科醫師往診所、醫美撤離之際，彭義欽反而跨步深入「急重難罕」領域，不分平假日守在第一線ICU，接病人、打病歷，彷彿重回20年前的住院醫師生涯；看著恩師張正成一路在醫療的奉獻犧牲，守護病童鞠躬盡瘁，直到幾年前病逝。「張主任影響我極深，當時他希望我回來，這是對老師的承諾！」帶著這份承諾，彭義欽一肩扛起加護病房沉重的重擔。

除了重症醫療，中醫大兒童醫院「兒保中心」在2015年8月成立，彭義欽便參與其中，在兒虐個案中檢傷判別，撰寫傷勢鑑定報告，從早期團隊約有4-5位醫生，現僅剩他與另一位張鈺孜醫師兩人負責撰寫的案件，同時，他每年到醫院、機構進行10幾場演講，推廣兒虐辨識知識。



1

2

1. 從搶救心臟病童、照顧急重症孩子到替受虐兒發聲！人稱「彭彭醫師」的蘇義欽一路守護兒童。

2. 蘇義欽長年守護著最脆弱的孩子，47歲頭髮已經白一半，提起最大的願望卻很簡單，希望救回來的孩子平安長大，希望受虐的孩子不再受傷。

不同於處置重症病童的挑戰，彭義欽如拼積木般在傷痕裡讀出真相，替那些不會表達、甚至已經再也無法說話的受虐兒，讓沉默的傷口開口說話，勇敢地為孩子爭取正義！

為了讀懂傷口，他曾向化妝師學習辨識燙傷、割傷、飛濺傷的特徵，從畫傷妝去觀察傷勢形成的機轉，也向骨科醫師深入研究不同骨折的成因和形態。

鑑定工作必須結合包括病例、X光片、司法卷宗，法醫解剖報告及社工訪談紀錄等進行綜合分析，要讓鑑定報告具有說服力及證據力，要讓多方信服，因此每一項推論，都必須建立在醫學證據與文獻支持之上。他說，兒虐通報的追蹤與介入有其先天的困難，但仍希望透過宣導與預防，希望悲劇別再重演。

讓兒童重症醫療與兒少保護 這條路繼續走下去

「莫忘初心！」彭義欽坦言，兒科急重症醫療面臨工作壓力大、頻繁值班、成就感低等困境，以及外部誘惑大，年輕醫師的投入意願不高。即便如此，他仍勉勵自己不忘初衷，每當收到病患與家屬的感謝卡片，都成為他在疲憊時的暖心能量，他也由衷的感謝妻兒，是他背後最大的支持的力量。

多年來，他救過許多孩子，最大的願望卻很簡單，希望每一位救回來的孩子，都能平安長大；希望每一位受虐的孩子，都不再受傷；也希望未來有人願意接棒，讓兒童重症醫療與兒少保護這條路，能夠繼續走下去。因為對彭義欽而言，真正想守護的，不只是孩子的一次生命，而是他們的一輩子。

New Era of Pacemaker

心臟節律器

從「跳得動」邁向「跳得好」

文 / 吳尚儒

心搏過緩在過往的年代是個令人聞風喪膽的疾病，病人不僅會頭暈、運動耐受降低，甚至可能引發暈厥或猝死；另一方面，因為藥物對於提升心跳的效果不佳，在心臟植入性電子裝置 (Cardiac implantable electronic devices, CIED) 發展之前，醫生們可說是束手無策！CIED自1950年代發展至今，已從體外笨重的電線連線，演進至今日的全植入式、甚至是無導線節律器 (Leadless pacemaker) 的設計。

然而，傳統的節律器治療多將導線置於右心室心尖部 (RV apex) 或右心室中膈 (RV septum)，雖能有效解決心搏過緩的問題，卻也帶來了非生理性電氣傳導導致的後遺症。隨著醫療技術的精進，節律器治療正進入一個新紀元——生理性起搏 (Physiologic pacing)，其核心理念在於「重塑心臟跳動的自然節律」，讓患者不僅僅是「跳得動」，更要「跳得好」。

傳統節律器的隱憂 人工誘導的心肌病變

臨床上，傳統右心室起搏 (RV pacing, RVP) 是標準療法。然而，長期的右心室刺激容易導致心室包括電氣及機械的收縮不同步，進而引發左心室重塑 (LV remodeling)，引起左心室射出分率 (Left ventricular ejection fraction, LVEF) 降低，並導致左心房重塑 (LA remodeling)，增加心房心律不整的機會。

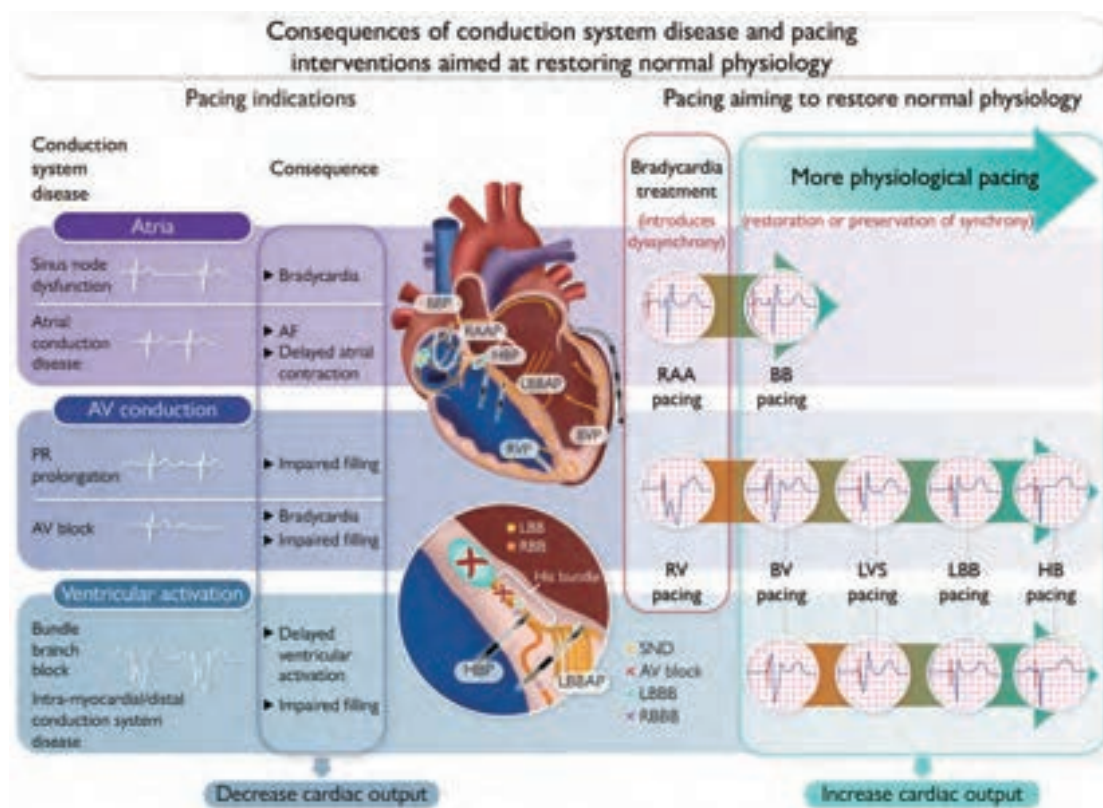


吳尚儒

臺中榮民總醫院
心臟血管中心

研究指出，約有5-10%的患者會發生「起搏誘導之心肌病變」(Pacing induced cardiomyopathy, PICM)，其表現為活動性喘、水腫、端坐呼吸、低血壓等症狀。對於這類患者，過去的對策是將傳統節律器升級為雙心室刺激 (Biventricular pacing, BVP) 之心臟再同步化治療 (Cardiac resynchronization therapy, CRT)，透過增加一條置放於冠狀竇 (Coronary sinus) 內的左心室導線來改善收縮同步性。過往關

● 圖一：傳導系統起搏術 (Conduction system pacing, CSP)



■ 圖片出處：Eur Heart J. 2025 Jul 18;ehaf440.

於CRT的研究，已經在在證明了對於寬QRS的心衰竭及PICM的患者，是一個有效的治療方式，並改善死亡率、心衰住院率、心房顫動等風險，但CRT仍有約30%的無反應率，且受限於患者冠狀竇的解剖構造，並可能有其他如導線脫位、膈神經刺激、電池耗電量大的議題須考量。

生理性起搏的核心 傳導系統起搏術 (CSP)

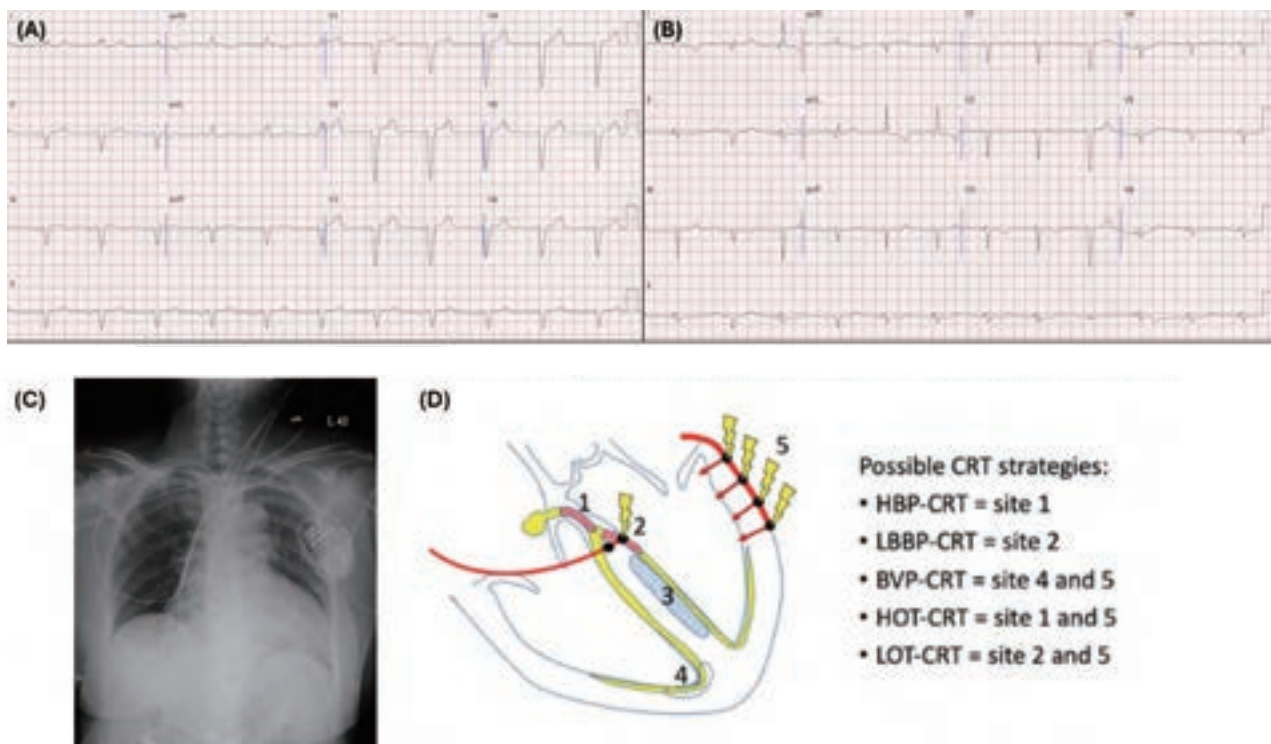
生理性節律器的精髓在於「傳導系統起搏術」(Conduction system pacing, CSP)，其技術路徑直接利用心臟原有的電氣傳導路徑，主要包括以下兩種術式：

❶ **希氏束起搏(His bundle pacing, HBP)**：HBP是最接近生理狀態的起搏方式，將導線精

準植入希氏束(His bundle)，使電流經由原有的希氏-浦金氏系統(His-Purkinje system)向下傳導，維持最自然的QRS波寬度與心室同步性。然而其技術較為困難，且有長期刺激閾值不穩定的疑慮，目前已較少施行。

❷ **左束支區域起搏 (Left bundle branch area pacing, LBBAP)**：由溫州醫科大學黃偉劍教授首創的LBBAP技術，目前已成為生理性起搏的主流。此技術將導線經由右室室中膈旋入一定深度，直接刺激左束支(Left bundle branch)或其周邊區域。一樣屬於傳導系統起搏術的概念，但相較於HBP，LBBAP具有更穩定的起搏閾值與更佳之感測性能。在大型的統合分析中，相較

● 圖二



■ (A) 本院患者，62歲女性，收縮分率降低的心臟衰竭，治療前的LVEF為13%，LBBB，QRS為160 ms，(B)(C)(D) 經由LOT-CRT的治療後，QRS縮減為100 ms，LVEF進步至55%。

於傳統右心室起搏，LBBAP能顯著改善心臟衰竭住院率、死亡率及心房顫動的發生率。

目前更有許多比較CSP和傳統雙心室CRT對於心臟衰竭治療效果之研究，雖然數據仍在累積，但多項觀察與小型研究已初步展現了CSP在心衰竭治療上的生理刺激優勢，臨床上也觀察到CSP可能具有較低的併發症風險與心律不整發生率，長期而言更有降低整體醫療費用的潛力。目前更有結合兩者優勢而生的左束支區域起搏最佳化心臟再同步治療 (LBB optimized-CRT, LOT-CRT)，對於一些困難的心衰竭患者，更可以提升其治療反應率 (圖二)。

拼圖的最後一塊 心房的生理性起搏

無獨有偶，心房也是常常被遺忘的一塊，生理性起搏的範疇不僅止於心室，近年來技術已延伸

至心房。傳統的心房導線多放置於右心耳 (Right atrial appendage pacing, RAA pacing)，手術技術上較為簡單，長期感測及起搏閾值也算穩定，但由於右心耳是個朝前的構造，若從右心耳刺激，再依序傳到雙心房，這會造成心房去極化時間被延長，在部分心房擴大或心房刺激比例高的患者，會顯著增加心房顫動的風險。

巴克曼束刺激術 (Bachmann bundle pacing, BBP) 因此提供了新的解決方案。透過在心房中膈高位的巴克曼束進行起搏，能有效縮短心房總收縮時間 (也就是P波寬度)，維持左右心房的同步收縮，進而減少心房心律不整的發生。以本院的經驗而言，手術時間不

● 圖三



■ 本院患者，86歲男性，病竇症候群合併陣發性心房顫動。
(A) 心電圖可見雙相P波，代表嚴重心房傳導阻滯，P波寬度為200 ms。(B) 經由節律器置放合併心房巴克曼束刺激術，在心房起搏下P波縮減為117 ms，病患其心房顫動比例亦大為降低。

會顯著增加，感測及起搏閾值幾乎等同於右心耳刺激，平均而言P波縮短約四分之一，對於病竇症候群或心房擴大者將有顯著效益(圖三)。

精準醫療 高品質「心」生活

生理性節律器之概念的誕生，代表了心律調整治療的概念推展，我們已從解決心跳過慢本身，進展到追求心臟整體的協調收縮，生理性起搏術為心衰竭與心律不整患者提供了更完善的保護！對於非心臟專科醫師而言，當您在診間遇到疑似心搏過緩之患者，透過病史詢問、理學檢查、心電圖等應可提供初步線索，若偶遇植入節律器後心衰竭症狀惡化的患者，應警覺是否為起搏誘導的心肌病變，再經由轉診尋求心律不整專科醫師的協助。隨著技術與工具的普及，生理性起搏將成為未來節律器植入手術的標準配備，讓更多患者不僅「跳得動」，更找回「跳得好」的高品質生活。 ➤➤

徵稿

臺中醫林

DOCTOR有話說!

《臺中醫林》是您的心情劇場、記憶藏寶閣

● 行醫日常碰到行行色色的人和事

美好的、溫馨的、值得借鏡警惕的、午夜夢迴讓你反思不眠的...

● 醫療政策或現象觀察或觀點

前瞻的想法、讓您眼亮的他山之石借鏡、改善醫療環境的觀點...

● 美好生活分享

學習的喜悅、社團溫暖友誼、默默行善的義舉、旅遊的新眼界...

.....投稿說明.....

A 來稿文長請勿超過1,200字。

歡迎作者附照片及小檔案。

B 截稿日期：3月20日、6月20日、
9月20日、12月20日。

C 文章請寄：

臺中市醫師公會

張惠婷 小姐收

TEL: 04-23202009 或 e-mail :
tcdrr@ms21.hinet.net

異位性皮膚炎治療 已進入精準醫療時代

攜手共創
健康台灣

文 / 陳怡如 臺中榮民總醫院皮膚科主任

在 2024年11月3日的台中榮總基層交流會議中，台中榮總皮膚科主任陳怡如醫師針對異位性皮膚炎 (Atopic Dermatitis, AD) 進行了一場深入淺出的專題報告。報告涵蓋了異位性皮膚炎的基本介紹、嚴重度評估、新型治療方式，以及患者參與決策 (Shared Decision Making, SDM) 的重要性。

異位性皮膚炎的認識與進程

異位性皮膚炎是一種常見的慢性發炎性皮膚病，通常伴隨著過敏性鼻炎、氣喘等其他過敏疾病，統稱為「異位性進程」(Atopic March)。根據研究，成人異位性皮膚炎 (Adult-onset AD) 約佔所有病例的26%，且發病率在不同地區略有差異 (如美國53%，歐洲與亞洲20-24%)。成人患者的典型表現包括頭頸部濕疹、手部濕疹、癢疹結節以及紅皮症等。

治療新進展與標靶療法

陳醫師特別介紹了異位性皮膚炎的治療共識，以及紫外線治療對於皮膚的改善以及機制。近年來中重度異位性皮膚炎治

療的革新，包括生物製劑和標靶療法的應用。以2024年的治療趨勢為例，新型藥物如Dupilumab (抗IL-4/IL-13)、Rinvoq (Upadacitinib, JAK抑制劑) 和Abrocitinib等，逐步改變了過去主要依賴抗組胺藥物與類固醇治療的局面。

其中，Dupilumab不僅能改善皮膚症狀，還能減少與異位性皮膚炎相關的憂鬱、焦慮和睡眠障礙。然而，研究也指出其可能增加乾癬及皮膚T細胞淋巴瘤的風險，而JAK抑制劑對共病的影響尚待進一步探索。

嚴重度評估與治療目標

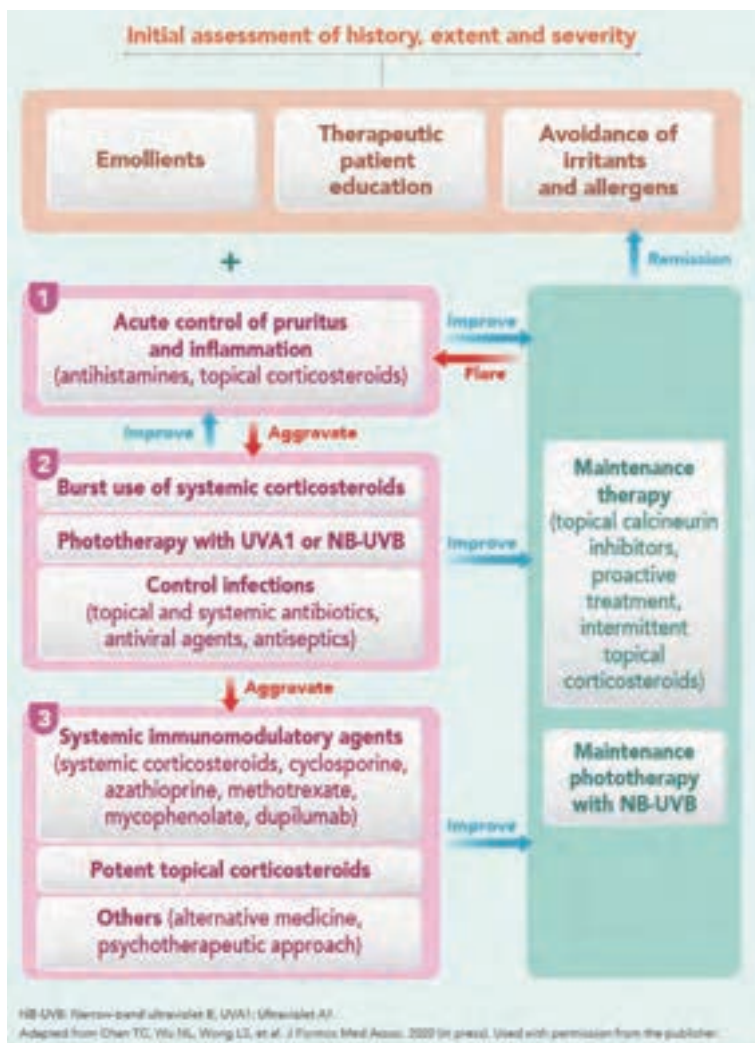
異位性皮膚炎的嚴重度主要透過指數評估，如EASI (Eczema Area and Severity Index) 及PP-NRS (Peak Pruritus Numerical Rating Scale)。目標包括：

- 中等標準目標：EASI 75 (75%改善) 或EASI ≤ 7 。
- 最佳目標：EASI 90 (90%改善) 或EASI ≤ 3 。

特別值得一提的是，搔癢症狀的早期緩解是預測未來皮膚改善的重要指標。研究顯示，使用小分子標靶藥物在治療的前兩週內搔癢程度減至PP-NRS ≤ 1 的患者，其皮膚清除率顯著高於未達此指標者。

台灣健保給付規範

台灣健保對中重度異位性皮膚炎的給付政策逐漸



■ 圖一：台灣皮膚科醫學會異位性皮膚炎治療共識 (2020)

完善。例如，6-12歲患者申請新型治療時，不再需要照光治療的紀錄，只需證明一種系統性藥物治療無效即可。這為患者及醫療提供者減輕了申請負擔，也顯示出台灣在異位性皮膚炎治療上的進步。但是，健保給付費用仍遠遠不及病患就醫以及病患因為發病而無法工作的時間以及耗損成本。早期預防與治療，避免疾病惡化仍是不變的法則。

病患的期待與治療中的SDM

在治療過程中，病患的參與決策愈發重要。異位性皮膚炎患者不僅期待症狀的控制，也關注生活品質的提升。透過



■ 圖二：異位性皮膚炎海報

SDM，醫患共同討論治療目標與策略，有助於提升治療滿意度，並達成更好的預後。

異位性皮膚炎的治療已進入精準醫療的時代。新型生物製劑和標靶療法提供了更有效的解決方案，而全面的患者關懷和治療目標的個體化設定亦為未來的治療方向。全球皮膚科指南強調全人照護的重要性，台灣也應持續跟進國際趨勢，完善治療政策與資源分配。

總而言之，異位性皮膚炎的新型治療不僅是緩解皮膚症狀，更是全方位提升患者生活品質的過程。在醫療技術與政策的共同推動下，期待未來能為患者帶來更多希望與健康。

龍骨要開刀？ 聽說很危險耶！

攜手共創
健康台灣

免驚！最新型瑪佐艾克斯機械手臂讓脊椎手術更省時更安全

文 / 潘建州

臺中榮民總醫院骨科部領先全國，率先引進目前全世界最新型、最先進的椎機械手臂設備（Mazor X Stealth Edition，瑪佐艾克斯機械手臂），並於2024年3月6日順利完成全國首例手術。臺中榮總引進本設備，不僅將台灣醫界脊椎手術帶入最新境界，也造福更多深受脊椎疾患折磨的病人，能以更安全有效的手術方式，解決多年病痛。

藉由機械手臂 完成高難度手術

隨著醫療技術進步，人類發明了很多治療疾病的新方法，不僅改善生活品質，也延長平均壽命。隨著人們壽命愈來愈長，伴隨而來各式各樣的文明病與退化性疾病，卻無時無刻困擾著現代人。脊椎外科醫師，同樣須面對愈來愈多罹患各式各樣脊椎疾病的病人。大部分病人，在疾病初期，可以藉由調整生活作息、藥物控制、復健，讓病痛得到大幅緩解。但是，若保守治療無效，且症狀愈來愈嚴重，通常就必須接受手術。只不過，仍有些病人非常猶豫是否接受手術；因為，病人親朋好友說，「聽說」脊椎開刀後就會癱瘓坐輪椅。

不可諱言，脊椎與脊髓結構非常複雜，包括椎骨、椎間盤、韌帶、血管及脊髓神經，手術需倚賴訓練有素的醫療團隊及精密儀器設備，才能順利完成。以現代醫療技術，若是由經驗豐富的脊椎外科醫師親自執刀，手術成功率



潘建州

臺中榮民總醫院醫學
工程部主任
臺中榮民總醫院
骨科部脊椎外科主任
臺中榮民總醫院
脊椎疾病治療暨研究中心主任

是很高的。但反過來說，雖然脊椎手術並非如想像中危險，但風險畢竟不等於零。有甚麼措施可以進一步降低風險呢？當然有，其中之一即是機械手臂。藉由這尖端醫療設備，醫師操作機械手臂，不僅可順利執行常規手術，更能完成以往人類雙手難以施行之高難度手術。

新的瑪佐艾克斯 顯示脊椎3D影像

臺中榮總骨科部早在2018年即導入脊椎機械手臂設備 (Mazor Renaissance, 雷納生機械手臂), 至今已累積豐富的手術經驗, 以機械手臂治療各種脊椎畸形、側彎、骨折、退化的病人, 植入超過一萬支骨釘、椎籠與其他植入物。藉由機械手臂, 植釘精準度接近99%, 降低脊髓損傷風險, 大幅提升手術成功率。新的瑪佐艾克斯, 手臂更穩固、運作更快速、流程更簡便、手術更省時。機械手臂就是主刀醫師的得力助手。這助手在整個手術過程中, 情緒穩定、不須吃喝、不上廁所、不會疲累、手不發抖; 這助手即時顯示脊椎3D影像, 也隨時標示出器械與血管神經之距離。

脊椎側彎角90度 手術後長高約8公分

一位異鄉女孩, 從小罹患脊椎側彎, 不僅生活極度不便, 更飽受異樣眼光。她飄洋過海來台就讀高中, 有一天老師陪同來門診, X光顯示側彎角90度。家長跟女孩猶豫了快兩年才決定接受機械手臂手術。手術非常順利, 而且轟動鄉里。因為這次手術不僅讓她的脊椎截彎取直, 長高了約8公分, 傷口只有背部細細一條線。更讓親朋好友無法置信的是, 手術後不僅沒癱瘓, 竟只住6天就走路出院。女孩不但重拾信心, 而且順利考上大學, 繼續在台灣快樂地念書。

隨著時代進步, 我們日常使用的手機、電器、汽車等用品的功能一直在進步; 同時, 醫療技術、觀念、設備也同樣在快速進步。當然, 身為有職業道德的醫師, 不可以對病人吹噓手術保證零風險; 但是, 卻可以很負責任地說: 「免驚」, 因為現代的醫療已經比以前進步太多。當疾病嚴重到必須手術時, 藉由脊椎外科醫師的巧手、醫療團隊細心的照護、以及尖端醫療儀器的輔助, 脊椎手術不但沒傳說中恐怖, 還能讓黑白的人生變成繽紛多彩。 ➡➡

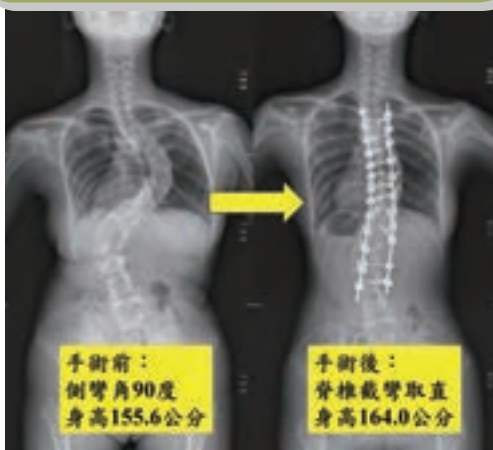
● 圖1 機械手臂註冊



● 圖2 機械手臂植釘



● 圖3 脊椎側彎女孩術前術後X光



養根



斷根



綠色追夢

劉茂彬種樹懂樹成樹醫生

文 / 陳倩姿



■ 劉茂彬夫妻倆的浪漫，就是把共同喜歡的事，一起做到天黑。

「等一等，等一等啦！……」碩大的清水圓柏吊起前，趴在地上的劉茂彬大聲喊停。他伸手摸進土裡，確認土球底部的根已斷完全，才放行吊樹動作。

三年前，他曾眼看一棵樹因樹根未完全切斷，吊拉時導致根部土球破裂、移植失敗。這一次，他要確保每個步驟都在安全下進行。

劉茂彬是一間中型診所院長、太太紀淑凰管理一家長照中心，夫妻倆二十多年前在外埔水美買下一片土地，種植高山圓柏、黑松和羅漢松等。一到假日二人換上工作服，套上斗笠、手套雨鞋到農場幹活。百餘棵松柏在大安溪長年沖積形成的河川沙礫地上，長得碩壯青翠。



1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

1. 養根六個月準備移植
2. 用挖土機挖開泥土要斷根
3. 再三確定主根和支根已完全切割斷根
4. 做好的土球，周圍長了許許多多鬚根
5. 指揮吊車動作並仔細觀察斷根是否完成
6. 在吊樹過程中，暫時插腰喘息
7. 吊樹全神貫注護樹

移植大樹 像是一場需要根系大手術

種樹近二十年，部分樹木因栽植過密，必須重新調整位置。劉茂彬前後算了算，這回共有八棵清水圓柏需要搬遷。說是搬遷，其實就是從園子的一頭移植到另一頭。

「這可不是把樹挖起來、搬到另一個地方而已。」在他眼中，那更像是一場需要準備周全的根系大手術。他說，清明節前後是移植和種樹最適合的時機。

「工欲善其事，必先利其器」向來是他的座右銘。為了這次移植樹木，他一步一步做足事前準備工作。

國立中興大學園藝學系劉東啟副教授，是臺灣極少數取得日本國家認證的樹醫生之一，劉茂彬透過課程、網路與FB分

享，向多位樹木專家請教。「我不會聽一個人說就全部照做」，而是把不同資訊帶回農場驗證，在請教、實作、失敗與修正之間，逐步整理出自己的方法。

親自指揮 關鍵守住「土球」的完整

除了專業知識，工具也是關鍵。他捨得投資，購入專業的德國進口空氣盆，圍繞土球促進空氣流通，讓新生根系長得更健康。另一個關鍵，則是守住「土球」的完整。

劉茂彬解釋，大樹移植時要切斷外圍延伸的粗根，保留包覆在根系周圍的原始土壤，形成一顆完整的球狀體稱為「土球」。上一回移樹時，他找專業人員協助，當時有一棵樹的樹根尚未完全切斷，吊起後土球破裂，最後沒有存活。那次失敗，他記住一件事：土球不能破。

這一回，他親自指揮，訂下日期、人員與工作程序。團隊包括劉茂彬夫妻、園藝工作者及吊車人員，

did it!

移植種植灌水！
大功告成！

共約六、七人。前兩天先由人力與機具清除周邊土石，第三天吊樹移樹作業。

移植後的三個月最危險 宛如進到加護病房期

「大家都知道移植樹要斷根，但斷根以後，更重要的是發根和養根必須做好。」樹木周圍開挖、切斷向外延伸的粗根後，劉茂彬在有透氣與養根作用的空氣盆中，按一定比例填入泥炭土、蛭石、珍珠石等介質，兼顧保水與透氣，讓樹木在原地重新長出濃密細根。

這段養根期大約需要三至六個月。劉茂彬說，真正決定移植成敗的，是移植前後，有沒有把許多看不見的工作做好。

移植後的前三個月最危險，他稱之為「加護病房（ICU）」期。即使開始長芽、長出新葉，也只能說暫時度過危險期，還不能急著宣布成功，之後還要在「觀察室」待上一到三年。



綠色追夢 源自太太想看見滿園綠樹

「樹木在恢復初期根系相當虛弱，不宜急著施肥。」劉茂彬特別叮囑，也不能只看到表面變綠，就以為根系已經穩定。要看到圓柏在移植後長出青翠嫩綠的新芽，甚至結出種子，他才敢宣告「手術成功」。

圓柏、黑松生長緩慢，種了數十年，也未必長成想像中的大樹。今天種下的樹，真正成蔭時，可能已是下一代，甚至再下一代的風景。劉茂彬看待的是一份百年樹木的工作。

這場「綠色追夢」起點，源自太太想看見滿園綠樹，因而動了種植臺灣原生樹種念頭。但樹木會生病、會枯萎，農場工作既費力又煎熬，劉茂彬親力親為，如果沒有堅持，很難持續十多年。

● 移植樹木工作流程說明



土地財、綠色財、健康財、時機財和友誼財，以及那些難以直接換算的情緒價值，都藏在一棵棵緩慢生長的台灣原生種樹裡。

多年學習和實作 劉茂彬已是大半個樹醫生

在劉茂彬眼中，沒有一套方法適用所有樹。每棵樹的位置、根系、土壤與健康狀況都不同，就像面對不同病人，不能只照表操課。

「這十幾年，就是一邊做、一邊學，慢慢做出自己的一套方法。」他說，真正的功夫是看懂眼前這棵樹，知道什麼時候該動、什麼時候需要治療，什麼時候只能等待。多年學習和實作，行事周全堅持的劉茂彬已是大半個樹醫生。

紀淑鳳最初只是浪漫地想種下一片臺灣原生林的風景，劉茂彬則用十多年的時間，讓這片風景活了下來。 ➡➡➡

劉茂彬笑說：「起心動念的是她，失控收尾的是我。」殊不知，起步最難。紀淑鳳個性阿沙力，她口頭語是：「不要想太多，做不了事！」沒有當年果決的行動，今日無夢可追。

農場的情緒價值 把家人和朋友連結在一起

這片樹林未必很快帶來收入，卻慢慢累積五種財富；土地得以保存，身體因勞動而維持活力，朋友與親人也因這座農場有了相聚的地方。

龍眼、李子與芒果樹交織出一片濃蔭。朋友來到農場，坐在芒果樹下聊天；中午累了，附近親友送來一鍋雞湯、一桌家常菜。種樹原本是夫妻兩人的事，久而久之，農場聚集了不散的人情味。

上醫治未病

我們誠心回到臺中基層開枝散葉

圖・文 / 李自強、齊凡翔 (依姓名筆劃)

誠 心醫療的起點，要從我們在臺北工作的那段日子說起。

當時，我們都在臺大醫院耳鼻喉科受訓與服務，一位是師傅，一位是徒弟。每天面對著來自全臺各地的急重症患者。在無數個深夜的診間與手術室裡，我們見證了精湛醫術如何挽救生命，卻也常在患者與家屬疲憊、恐懼的眼神中，感受到一絲遺憾。我們心裡也常浮現一個念頭：「如果能早一點發現、如果平常就能好好調理，是不是就不用走到這一步？」

臺大給我很好訓練 想將經驗帶回臺中

這個問題在心裡放久了，慢慢變成我們想回到基層、回到社區的原因。

我們都是臺中子弟。離開家鄉多年後，心裡一直有一份牽掛。臺北給了我們很好的訓練，但我們也希望把這些經驗帶回臺中，帶回自己熟悉的地方。

我們相信，好的醫療不應該只在醫學中心裡發生，更應該走入尋常巷弄，成為守護鄰里日常的第一道防線。於是，我們回到臺中，創立了「誠



李自強、齊凡翔

誠心醫療體系創辦人

心醫療」。這四個字，代表著「以誠待人，以心治病」的單純承諾。

回到臺中開業後，我們很清楚自己想做的，不只是看感冒、開藥、完成一次看診，我們更希望往前多走一步、顛覆傳統的就醫觀念，在疾病發生前就能運用預防醫學與精準功能醫學，做好全面防護工作。



「誠心醫療」代表「以誠待人，以心治病」的單純承諾。

我們希望以前瞻性「預防醫學」往前多走一步，在疾病發生前就能運用預防醫學與精準功能醫學，做好全面防護工作。

我想做的 將「預防醫學」帶入日常

我們在診所引進數位化精準檢測、高階內視鏡與超音波技術，也把醫院等級的門診手術帶到診所中，希望讓民眾在社區裡就能得到更便利、完整的醫療服務。

不過，設備再好，最後仍然要回到人。

我們一直提醒自己，醫師不能只看數據、只看報告。病人的生活、睡眠、壓力、體質，甚至家人的擔心，都是醫療的一部分。

所以在診間裡，我們盡量用病人聽得懂的方式說明，耐心地解釋每一份報告。比起快速翻頁的流水線看診，這裡更願意多花五分鐘，聽聽長輩的睡眠困擾，指導媽媽如何幫孩子調整過敏體質。在這裡，醫療不是充滿藥水味的等待過程，而是一種溫暖、安心的日常健康管理。

一位又一位優秀醫師 選擇加入誠心醫療體系

一個人可以走得很快，但一群人可以走得很遠。誠心醫療在臺中生根後，這股「專業且溫暖」的漣漪開始迅速擴散。許多同樣懷抱理想、在各大醫學中心歷練豐富的優秀醫師，紛紛看見了誠心的不同。他們認同「預防醫學」的前瞻性，更嚮往這種能與患者建立深厚信任的醫病關係。「醫脈薪傳，誠心相伴。」在共同理念的感召下，一位又一位優秀的醫師選擇加入誠心醫療體系，並在臺中的各個行政區擔綱院長、開枝散葉。

每一家誠心分院的設立，都是一顆守護社區的繁星。不論是市區的繁華街道，還是海線梧棲的溫迎海風，誠心醫療所到之處，都帶著同樣的臺大標準與在地溫度。隨著院所增加，各院院長們各具專長，從耳鼻喉科、小兒專科到全人功能醫學，彼此支援、整合，形成了一個強大的全方位醫療網絡。

持續引進數位醫療 繼續陪伴臺中家庭

我們希望病人走進任何一家誠心診所，都能感覺到：這裡不是只想快速完成一次看診，而是真的願意聽你說，也願意替你的健康多想一步。

一路走來，誠心醫療陪伴了許多臺中家庭。我們看著當年抱在懷裡看感冒的嬰兒長大上學；也看著原本為慢性病所苦的長輩，在功能醫學的調理下重拾活力笑容。

未來，我們仍會持續引進數位醫療與精準醫學，跟上醫學發展；但同時，我們也會繼續把腳步留在基層，留在社區，留在病人真正生活的地方。

我們希望誠心醫療不只是大家身體不舒服時才想到的診所，也能成為全家追求健康人生，最值得信賴的夥伴。這是我們回到臺中的初心，也是誠心醫療想一直走下去的方向。 ➤➤➤

行醫驚魂

黑道索藥變正常回診

文 / 劉昭賢



劉昭賢

惠昕身心診所

「大哥」帶著小弟 闖進診所要安眠藥

大概10年前(2015年)，平日(週一～週五)晚上20:00左右，本人如往常工作。當時待診病患約有8人，突然間一陣喧嘩，一位「大哥」帶著八位小弟—從10來歲到35歲，每個人均口嚼檳榔絕大多數均有刺青，腳著布鞋或拖鞋，直接闖入診間。有一人很熟練的拔了所有閉路電視的插頭，當時我及一位病患坐在診間，「大哥」當然不客氣的痛罵了病患。我問明來意，原來他們來要安眠藥(每人每天2顆*30天=60顆，要求是為健保署的上限)，要求每人用健保掛號，每人都要60顆。

我剛要解釋成年人(18歲)才能使用安眠藥，且初次就醫該藥以7天為限，「大哥」隨即打斷我的話並咆哮：xx娘，快快處理，同時3位阿弟仔衝到候診室，要求病患把手機交出來，有的病患看苗頭不對，閃了；有的先到騎樓下避一避。大哥身著一件未上扣的背心，不斷的大聲吆喝，要拿大量的安眠藥，不時亮出兩把掛在雙側腰際的手槍，屢屢威脅，如果我不照辦，就把我轟掉。診所護理師、行政人員伺機想打110，當然也被小弟制止—每位都是兇神惡煞的魔鬼。

我試圖在混亂中 找到智慧的門

我盡可能待之以冷靜、溫和，試圖拿一些健保的規範、仿單，跟眾兄弟說明，當然是資料被撕成碎片，灑了一地。我趁大哥到二樓上廁所時，問了一個較老實的小弟，他說老大長期吸毒、酗酒混著用，脾氣很不穩定，隨時砸東西、砍人、開槍，兩把

槍是真的，他身上不知有幾條案子。他暗示我最好照他的要求，不然誰也拉不住。

我的診間只有就是單行道的一個出入口，想跑也跑不掉，當時想絕對要冷靜絕不與他們對幹。當時我也找機會，製造去廁所的機會，當然他們把廁所的門強行打開，搶走我的手機，一直催促快一點、快一些。我試圖在混亂中，找到智慧的門。

事後報警 反覆思考是否把診所關了

終於耳聞老大等一下要去酒店喝酒，我也醒過來櫃子裡有一瓶紹興酒，很快我拿了一個大杯子，三個小杯子，霎那間把大小杯子均倒滿，我再三力邀，老大把酒喝了，小杯給小弟，也是一飲而盡，老大又去上了廁所，小弟跟我暗示喝了酒他比較平靜大哥會走了。我趁此機會，抓了一瓶保肝片，不斷跟大哥遊說，一起吃藥喝酒會傷肝，但如果加些保肝片，就等於車子訂期保養且更換舊的零件，這些話「大哥」聽了很滿意。前後三小時混亂中那一群兄弟，終於有兩個成年人掛號，各取了14顆安眠，總算離去。

霎那間我們全體鬆了一口氣，有人外出買飲料，我則喝了兩杯茶，且要伙伴跟最近的派出所連絡。不多久派出所主管帶了幾位全副武裝的刑警到診間來，警方很熟練的做完局部採證工作，也給了我們許多的精神安慰，當天晚上整夜未眠，腦海中都湧現兄弟的架勢及語調，很令人害怕反覆思考要不要把診所「收」了。

宛如碰到死劫 還是要選精神科行醫

再來的四週，我不斷的求救兵，跟據眾兄弟們留的地址都在大甲、沙鹿、清水，有人研判這群來自海線者，應會買議會OO人的帳。整整四週我們如臨深淵、如履薄冰。三個月內那群兄弟未再出現，我診所員工走了兩位。那兩位回診的病人以正常互動的方式，看了幾次我



給予詳盡的衛教，當然也想問出來老大的底細，末料他們的SOP就是不說。

目前我已行醫四十年，多年前被精神病患（有妄想症者）潑熱水，過了一年也被某精神病患把診間的音響砸爛，此次又碰到死劫，真的是活見鬼。有時我以此例與PGY的年輕醫師話家常，最後補一句你們未來要選精神科嗎？印象中大約50人中，只有一位女醫師，豪不畏懼大聲的回答：老師，是的，我願意。

如果問我，未來還選精神科嗎？我也堅定的回答：是的。

《當尼采哭泣》心理治療小說

在真實與虛擬、技術與關係交錯辯證的治療思維

文 / 林育臣

「當尼采哭泣」是由心理治療大師亞隆所寫的心理治療小說，故事虛構出哲學家尼采在不知情的情況下，接受布雷爾醫師的「談話治療」的過程。

小說中出現很多的治療技術錯誤，但為何最後會出現有效的結果？這其實正是這本書有趣跟精彩的部份。

錯誤一 ▶ 由欺騙開始的治療

我的作法：坦承與個案討論治療原因

故事開始於布雷爾接受了尼采一位有魅力的女性友人莎樂美的請託，要求他在尼采不知情的情況下試圖以談話治療尼采的自殺傾向。「欺騙」一直是心理治療中不被允許的事情，但是當沒有欺騙，治療就會無法開始時，該如何處理？這其實是治療師一直在面臨的困境。

「標準」的治療技術肯定會拒絕欺騙。為了維持治療，會不斷製造謊言且無法真正進入治療的核心，最終治療還是會陷入混亂的困境，如同書中的情節一樣。雖然布雷爾還是有向尼采坦承並獲得原諒，這樣的結局並不是每個治療都會發生。

如果沒有欺騙，這場治療可能根本不會開始，值不值得「賭」一下呢？



林育臣 佳樂身心診所

我自己的作法傾向於：一開始可以「善意」隱瞞一些可能導致治療立刻中斷的資訊，但不要用錯的資訊隱瞞；一旦個案發現與質疑時，就不再隱瞞，坦承並與個案討論為何如此做的原因。後面的過程蠻重要的，可以呈現治療師坦承與中立的態度，也能幫助個案了解別人對於他的想法。

錯誤二 ▶ 缺乏治療界線與結構

我的作法：治療要固定的時段、空間、規則

一般而言治療需要一個穩定的結構與界線，與「現實」維持一段距離，才能形成安全的「治療空間」，讓個案放心探索內在隱藏的世界。主要的原因是，個案極力隱藏的，往往都是他們認為會「威脅」到現實的內容，因此需要在不威脅到現實的情況下才能進行探索。

一開始布雷爾與尼采的會面時間不穩定，布雷爾甚至曾經到尼采的住處。雖然因此幫助尼采度過精神危機，也促進了兩人之間的關係，但通常這樣的界線不清多半會導致非常混亂的狀態。

後來尼采答應住院後，固定了會談的時間，整個治療才進入了一個穩定的狀態中。

因此治療會盡可能固定的「時段」、「空間」與「規則」；不是完全不能違反，但違反時需要探討與詮釋，因為那很可能是個案潛意識在抗拒面對真正的困難--這就是臨床上所謂的「阻抗」，而那正是治療最需要處理的部份。

錯誤三 ▶ 「移情」與「反移情」氾濫

我的作法：在治療過程避免被干擾

布雷爾因為沒有意識到自己在與女性關係上的困難，導致無論是在治療貝莎時，或是自己與女秘書的曖昧關係都出現問題。而他之所以接受了治療尼采的請求，也是因為無法拒絕一位美麗有魅力的女性的請託，才陷入這場混亂。



當尼采哭泣

《當尼采哭泣》是心理治療大師亞隆的代表小說，1992年獲得The Commonwealth Club 小說類金牌獎。故事描寫哲學家尼采在不知情下，接受布雷爾醫師「談話治療」的過程。書中人物多為歷史真實人物，事件亦多有史料可循；作者亞隆巧妙結合史實與想像，藉由一場虛構卻極具真實感的心理治療，探索「談話治療」的可能，也帶出心理治療最核心的提問：人如何面對痛苦？又如何對話中重新理解自己？

《當尼采哭泣》

作者 | 歐文·亞隆

出版社 | 張老師文化新功能介紹

出版日期 | 2007/12/01

這是臨床上所謂的「反移情」，治療師將自己內在的困難或需要，「投射」在治療關係中；就如同個案的「移情」會將自己深層的需要，投射在治療師身上一樣。「移情」是治療上需要處理的議題，但「反移情」卻會干擾治療，嚴重時甚至會演變成治療師利用個案來滿足自己的需求。因此治療師「反移情」的處理是在治療師訓練過程中非常重要的部份。



綜合結論 ▶ 混亂的治療為何有效？

我的看法：與個案一起變成更有經驗航行者

雖然出現很多治療的「錯誤」，奇妙的是，這些錯誤可能也是最終治療會有效的因素。「欺騙」延續了原本一開始就可能中斷的治療；「界線不清」讓布雷爾得以在尼采出現危機時拯救他，奠定了有利的治療關係；而「移情」與「反移情」讓真正的心理困難浮現出來，因而有機會被處理。如果布雷爾嚴格遵守所謂「正確」的治療技術，這場治療根本不會有機會繼續下去。

整個過程雖然相當混亂，但真實治療狀況也常常如此。有時正確地執行治療技術不一定會帶來效果，而治療中出現錯誤也不一定帶來災難，甚至常常成為改變的契機。

那心理治療到底是什麼？我自己的看法是，治療像是與個案航向「無意識」的大海，治療師只是比較有經驗與訓練的航海員；無意識跟真正的海洋一樣，充滿了變幻莫測的混沌狀態；在一次次處理危機的過程中，個案（與治療師）逐漸變成更有經驗的航行者，能夠深入探索自己。

真正的重點可能還是在於「你是否願意出航？」

幸運的是，真實的航行大海可能會失去生命，而心理的航行可以無限地重來，如果你願意的話...。

好友相聚

從鏡頭談到人生

圖·文 / 編輯部

臺中市醫師公會成立超過二十年的「四季攝影社」是一個醫師攝影社團，也是一群老朋友光影相知的園地。大家因攝影相聚，從鏡頭談到人生，從作品聊到旅遊。多年下來，彼此不只是同好，也成了懂得彼此眼神與沉默的好友。

被醫師工作耽誤的攝影家

五月社員聚會在呂錦泉醫師家舉行，主人家二樓空間溫馨舒適，一室現代畫作與藝術品透露了主人的品味。當天，林翠芳總幹事與呂錦泉醫師娘已備好水果點心，社員也帶來國外旅遊戰利品，讓這場迷你分享會多了幾分旅行的香氣。沒有正式講台，也沒有拘謹流程，大家圍坐一室，笑聲、茶香交錯，氣氛如夏夜輕風柔和。

當天主講者陳英毅醫師是攝影資歷超過四十年的大手。從醫院日常拍進傳統市場，從家庭記錄到天涯海角的旅程，他的鏡頭走過歲月走進人群。多年來，他獲獎、個展、出書無數，作品累積豐富。

朋友笑稱陳醫師是「被醫師工作耽誤的攝影家」，他愛傳統市場的生猛活力，用鏡頭見證基層生活的汗水溫柔，走進市場，熟識的菜販親切喊他「市長」。攝影對陳醫師而言，是一種體驗世界、分享人間美好的方式。



拍下四季流轉屬於自己的感動

「相機是工具，心有所感就按快門；有光的時候就行動。」他用一句話，總結四十年領悟。現場社員聽得會心，因為這不只是攝影心得，更是人生提醒：「美好的瞬間常常不會等人，該看見時就看見，該出發時就出發。」

這場聚會，是攝影同好的交流，也是老友之間的歡聚。許多情誼不必多說，一張照片、一杯茶、一個微笑盡在不言中。

四季攝影社作為醫師公會中喜愛攝影者的園地，長年定期舉辦活動與交流，讓忙碌的醫師在臨床之外，也能透過鏡頭重新看見生活的光影。石修雄社長也熱情邀請更多攝影同好加入，一起在四季流轉中，拍下屬於自己的感動。

荷蓮盛事

藝術與母語相遇



臺中市醫師公會美展聯誼社2026巡迴美展

圖・文 / 編輯部

六月荷蓮正盛，藝術也在母語裡悄悄開花。臺中市醫師公會美展聯誼社「2026巡迴美展——用咱的話 談荷蓮盛事」，於6月8日至17日在臺中教育大學求真樓藝術中心免費展出，並於6月9日下午舉行開幕式。本次展覽與臺中教育大學台灣語文系合作，郭伯臣校長、王博正理事長、陳文侯榮譽理事長、以及台文系何信翰教授、臺灣美術評論重鎮謝理法教授等貴賓出席，共同見證這場藝術與母語相遇的雅會。

四十多件作品 飽滿生命力收進畫布

開幕式最特別之處，是全程以台語進行，與會來賓用母語談藝術、談創作，也分享在不同語言切換之間鬧出的趣事，現場笑聲不斷，讓美展多了幾分親切的生活味。年近九十的謝理法教授一頭銀髮，談吐幽默文雅；謝教授出生於日治時期、曾旅居法國及美國，身兼畫家、作家、評論家等多重身分，他感性的和來賓分享，身為一個當代的

他說日語、英語或法語，都帶著與生俱來的台灣腔。

公會美展聯誼社成立二十年，多年來凝聚醫界藝文同好，每年固定展出二次，讓社員有機會互相觀摩、交換心得。本次展出四十多件作品，涵蓋繪畫、攝影、書法與雕刻，不少作品已具專業水準。由於展期正逢荷蓮盛開季節，展場中多件以荷蓮為題的繪畫與攝影清雅盛放。

趙宗冠醫師一幅百號油彩「田尾花園」正居主位。倒映著天光雲影的蓮花池，白色、紅色、粉色睡蓮交錯盛開，水岸繁花似錦，遠方白橋上行人悠閒。乍看有印象派畫家莫內的光影氣息，細看又多了幾分臺灣土地的豐足與熱鬧，把六月水生植物飽滿生命力全收進一方畫布。

台語介紹聽進心裡 多了一分觀賞新鮮趣味

本次展覽另一亮點是台語語音導覽。臺中教育大學台灣語文系何信翰教授帶領學生，為其中十四件作品錄製台語介紹，觀眾以手機掃描即可聆聽。導覽內容以詩意語言搭配雅正流暢的台語表達，讓作品不只被觀看，也被溫柔地說出來、聽進心裡，讓觀賞作品多了一分新鮮趣味。

美展聯誼會現任社長林恒立醫師此次以三幅作品參展。身兼醫師、公會副理事長與多個社團領導職務，平日看診繁忙，週末也常排滿醫學活動，他作畫時間是片斷的，或在清晨看診前或午休片刻，或是「靈感來就動手」。

忙碌醫療日常中 釋放另一扇情緒的窗

近年來他從寫實走向抽象，嘗試捕捉物象與心象交會的瞬間；展出的其中一幅「惡地脈動」，作者用大塊面筆勢把火炎山的山峰、林線、河床推進30號畫布中，解構再幾何重組的粗獷筆觸下，岩層、林帶色彩飽滿交錯，火炎山呈現出近乎生命體般的情緒脈動，這強悍姿態恐怕鐵扇公主見了，也要收起芭蕉扇甘拜下風。

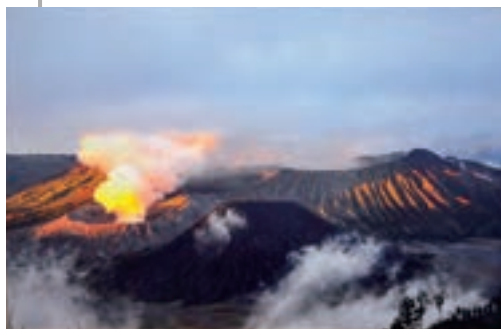
在忙碌的醫療日常中，藝術創作為白袍們開闢出另一篇釋放情緒的窗。〈臺中市醫師公會美展聯誼社〉用二十年歲月證明，美感是生命的滋養，也是一種獨樂不如眾樂的分享。歡迎會員踴躍參與，在畫作與笑語之間，一起享受藝術的愉悅。 ➤➤



■ 臺中市醫師公會美展聯誼會現任社長林恒立醫師此次以三幅作品參展。

火山旭映

陳文侯榮譽理事長攝影作品



思慕

陳英毅醫師攝影作品

從台灣到日內瓦WHA

很多改變 從青年願意站出來那一刻開始

文 / 宋怡萱

我是宋怡萱，目前就讀中國醫藥大學醫學系三年級。今年五月，非常幸運能以IFMSA（國際醫學生組織，International Federation of Medical Students' Associations）代表團成員的身份，前往瑞士日內瓦參與 Youth PreWHA 以及世界衛生大會期間的周邊會議。

與世界各地醫學生 一同進入WHA現場

這次我並非以台灣青年代表團身份參與WHA，而是透過 IFMSA這個國際非政府組織的平台，與來自世界各地的醫學生一同進入全球衛生的現場。我們有機會走進 WHO Headquarters與Palais des Nations，和各國青年倡議者、公共衛生工作者及國際組織代表一起開會、討論與交流。對我而言，這不僅僅是一次國際會議經驗，而是讓我從醫學生的視角，重新理解健康如何被制度、資源、文化與國際政治共同形塑。

在Youth PreWHA的前期培訓中，最衝擊我的並不是學到多少新的公共衛生名詞，而是開始理解一個健康政策要真正落地，背後需要多少信任、資源與政治現實。以PHC（初級健康照護，Primary Health Care）為例，過去我容易把它理解成基層診所或第一線醫療服務，但課程中討論到，建立習慣與觀念不是一天建立的；在某些國家，傳統醫療與宗教文化本來就是民眾理解健康的一部分，推動現代醫療並不代表要排除這些經驗，而是要思考如何評估、整合，讓照護更貼近當地社會。



宋怡萱

中國醫藥大學醫學系三年級

想到台灣處境 要讓世界理解台灣

也因為有了Youth PreWHA的訓練，後來進入WHA 期間的side events時，讓我第一次很具體地理解，許多疾病負擔很重的議題，例如NCDs（非傳染性疾病，Noncommunicable Diseases），並不一定是捐助者最願意投入資源的領域。這讓我真切感受到，公共衛生中的「重要」和「被資助」並不永遠一致。

回頭看台灣，我也更能理解，公共衛生不能只靠短期專案或一次性的熱情支撐；無論是NCDs、心理健康、長照或偏鄉

醫療，都需要穩定、可預測，而且願意投資在「不那麼吸睛、卻真正重要」議題上的資源配置。

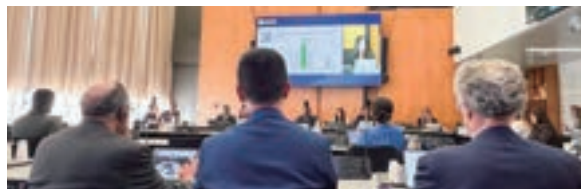
「The narrative shift is not about better communication, it is about who holds the pen.」這句話是參加數個論壇下來中最打動我的一句話之一。全球衛生裡，發聲本身就是一種權力。真正困難的不是把資源帶進去，而是先學會謙卑地問：這個地方真正需要什麼？誰最有資格說明這個需求？這也讓我想到台灣的處境。台灣常常不是國際文件裡最容易被書寫的名字，但我們仍有自己的醫療經驗、公共衛生成果與社會脈絡。讓世界理解台灣，不只是把台灣說得更大聲，而是讓我們有機會自己拿起筆，說出自己的故事。

一位來自巴勒斯坦的醫學生曾說：「If no one gives us the stage, we must become strong enough to stand on it ourselves.」這句話深深留在我心裡。對她而言，參與國際會議不是履歷上的一行字，而是在國家處境艱難、人民承受苦難時，仍然努力讓世界聽見自己所代表的社群。

當醫學生站上世界舞台 改變全球衛生被討論方式

也有來自奈及利亞的醫學生分享家鄉在醫療資源、基礎建設與健康不平等上面臨的困境。當我們來自不同國家、不同醫療體系，卻同樣以醫學生的身份談論健康、照護與未來，我才真正感受到青年參與的重量。它不是會議中的裝飾，也不是漂亮的口號，而是在各自有限的位置裡，仍然選擇開口、連結、學習，並把自己所看見的不平等帶到更大的討論之中。

雖然我不是以台灣青年代表團身份參與，但作為來自台灣的醫學生，仍在交流中分享台灣的醫療經驗、全民健保、醫學生公共參與，以及台灣在國際參與上的特殊處境。讓世界理解台灣，有時不一定發生在正式發言台上，也可能是



1

1. 這趟經驗中最珍貴的，不只是聽見專家如何談政策，而是與來自不同國家的醫學生真正坐下來交流。

2

2-3. 來自世界各地的醫學生一同進入WHA現場；Gen Z世代並不只是資訊的接收者，也正在用短影音、社群倡議、跨國合作與真實故事改變全球。

3

在一場午餐、一段走廊對話，或一次與其他青年代表的討論之中。當WHO Headquarters、Palais des Nations逐漸出現更多青年參與的空間，我更感受到Gen Z世代並不只是資訊的接收者，也正在用短影音、社群倡議、跨國合作與真實故事，改變全球衛生被討論的方式。

謝謝台灣給予我的栽培與支持，讓我有機會走進這個比想像中更大、也更複雜的世界。這趟旅程讓我明白，醫學生不只是未來的臨床工作者，也可以是社群中的倡議者、公共衛生知識的傳遞者，以及連結台灣與世界的橋樑。世界很大，台灣不該缺席；而青年，也不該等到自己足夠成熟、足夠有名、足夠有權力時，才開始參與。很多改變是從願意站出來的那一刻開始。➡➡➡

威爾第《安魂曲》 是穿著宗教外袍的歌劇

圖・文 / 詹如瑾

中國醫藥大學兒童醫院陳厚全醫師夫人

世人早已公認，威爾第的《安魂曲》是最傑出的合唱作品之一。它不只是莊嚴肅穆的宗教彌撒，更充滿豐富情感與戲劇張力。威爾第以歌劇的思維構築這部作品，用獨特旋律述說《聖經》經文中「恐怖的死亡」、「解脫的安息」與「撫慰人心的祈禱」，充分展現對人性的理解與關懷，也突顯19世紀浪漫時代的人文精神，確實是一部具有永恆藝術價值的傑作。

唱到第四樂章時 稍不注意就會迷路

回想2025年6月，我們演唱完《花漾女人心》後，老師希望大家一起挑戰2026年與國立臺灣交響樂團合作演出威爾第《安魂曲》，我聽了非常興奮。沒想到老師接著說，必須通過分部獨自演唱考試，才能上台。

拿到歌譜翻開第一樂章，雖然是拉丁文，旋律好像不複雜，心想我應該可以過關。沒想到進入第二樂章就碰壁了，感覺完全沒有旋律，像在唸經；唱到第四樂章，八個聲部反覆堆疊著「聖哉、聖哉、萬軍之主，天地充滿祢的榮光……」，稍不注意就會迷路。到了第七樂章賦格部分，完全沒有伴奏，還有快速獨唱段落，我當場嚇呆，心想自己不可能勝任，差點打退堂鼓。

可是這樣的機會實在難得，又看到老師如此用心指導，一句一句反覆教導，實在不忍辜負她的苦心與期待。於是我鼓起勇氣告訴自己：年輕人練10次，我



■ 作者苦練拉丁文挑戰分部的獨唱考試，老公陳厚全醫師扮演最強後援。

就練100次。沒想到全身細胞幾乎死了一半，最後還是考了三次才過關！

第一次現場排演 差點咬到舌頭

剛開始練習時速度較慢，老師要求咬字清楚；但過了一陣子，不只速度大幅加快，還必須唱出每一句歌詞的意涵。老師一再強調每個樂章的主題與情感，耐心告訴我們拉丁文的意思，以及威爾第想表達的精神層次。她提醒我們，這不只是安魂曲，也不只是合唱曲，而是一部穿著宗教外袍的歌劇。

過完年後，緊張的時刻真的來了。台上有國立臺灣交響樂團、國際知名指揮大師水藍，還有女高音林玲慧老師、女



■ 2026年作者挑戰與國立臺灣交響樂團合作演出威爾第《安魂曲》，兩百多人 同台演出，場面浩大。

中音鄭海芸老師、男高音彼得·洛達爾、男低音曾文奕，以及台北愛樂合唱團與台中藝術家合唱團，兩百多人同台演出，場面浩大。

第一次現場排練時，水藍大師要求第一樂章《永遠的安息》用最微弱、卻飽滿的聲音詮釋。我想起莊璧華老師曾教我們，一定要大口吸飽氣，讓聲音由上顎發出，才能產生微弱卻飽滿的共鳴。於是告訴自己，只要專注，應該不會出錯。

但唱到第四樂章時，水藍大師要求合唱團用近乎超速的聲音稱頌萬軍之主。天啊，差點咬到舌頭！一陣混亂後，大師要我們放棄過度清晰的咬字，只強調第一個字母，其他歌詞快速、模糊地彈跳過去。我正懷疑這樣真的可以嗎？沒想到呈現出的和聲竟然燦爛輝煌，令人驚喜。國際指揮大師果然不同凡響，當下的興奮難以形容。

整個大劇院籠罩悲悽氛圍 真的非常震撼

大劇場正式演出當天，我一再提醒自己：第一樂章是安息的祈求，要唱出卑微而虔敬的聲音；第二樂章《震怒之日》是世界末日來臨，天與地全開，上帝審判萬物，必須唱出驚恐與震撼；第三至第六樂章，是奉獻、歌頌與讚美上帝及基督的大能與慈愛；第七樂章《主啊！拯救我》則是全曲最具挑戰的段落，以八部合唱為

主軸，其中還有無伴奏、快速節奏與各聲部交錯旋律，聲音、節奏、咬字、速度與強弱都不能出錯，還要唱出強烈的情境張力。

雖然我已經背熟，仍小心翼翼看著指揮的雙手與表情，用心唱出每一句歌詞的意涵。當飽滿和聲響徹劇場，整個空間彷彿被驚恐、悲悽與祈求籠罩，那種震撼，真的令人感動萬分。

我把五星難度 威爾第《安魂曲》唱完了

最後，我吸飽氣，兩眼緊盯指揮的雙手，唱出微弱的最後一句：「Libera me，拯救我。」指揮的雙手緩緩停格，樂團也在微弱聲響中結束。現場一片死寂，我心臟狂跳，手心冒汗，雙腳微微發抖，幾乎忘了呼吸。

幾秒鐘後，水藍大師的雙手緩緩放下，大劇場瞬間爆出震耳欲聾的掌聲與歡呼。大師轉身鞠躬，走進後台，但掌聲仍不斷，甚至越來越熱烈。他再次出場，也帶著四位獨唱家一同走到台前謝幕。這樣進進出出一共四次，直到觀眾席燈亮，樂團站起謝幕，大家才陸續回到後台。

我深深吸了一口氣，顫抖的雙腳終於安穩了。走進後台時，忍不住暗自竊喜地告訴自己：我真的把五星難度的威爾第《安魂曲》唱完了！我挑戰成功了！

哈哈，我也可以安息了。 ➡➡➡

奔向20°C

避暑 就去避暑

擁抱森綠芬多精

文 / 編輯部 張潔

暑氣蒸騰，想玩、想涼的心也隨之浮動。分享幾處鄰近臺中市區的好去處，在暑熱逼人之時，能跳上車、走進山、躍進水，奔向愜意、浸入沁涼！

攝影 | 陳雪鴻

● 大雪山

順著神木步道健行 半小時就能抵雪山神木

大雪山是臺中市區最易親近的高山之一，海拔超過兩千公尺、夏季均溫約18°C上下，是避暑首選！

試試看這個老少咸宜的玩法：自山下帶一顆飽滿又美味的飯糰，沿著蜿蜒公路上山，先至遊客中心稍事休息、舒張筋骨，順便逛逛簡單的展覽，認識這座動植物生態樂園。

隨後，順著「神木步道」展開健行，1.5公里的水泥路平坦好走，沿途綠意層疊、空氣清新；無論獨行或與親友樂聊，帶著孩子也能邊走邊玩、撿樹枝樹葉，半小時就能抵達終點——雪山神木。高50公尺的參天紅檜是本趟的寶藏，每訪仍為

■ 取自Facebook大雪山國家森林遊樂區

其巨大所震撼。抬頭欣賞它屹立千年的挺拔姿態，坐在樹下與之共享午餐時光，再以保溫瓶熱水泡杯咖啡，絕對是最簡單卻滿足的享受。返抵停車場再拐個彎至天池，雲霧繚繞時最顯這高山之鏡的神秘。

來了也別急著離開，搭配「惠來大雪山森林會館」拉長為兩天一夜小旅行，除了經典小木屋，還有最新的膠囊艙房更貼近自然；留宿山中不僅能享受夕陽雲海與滿天星斗，

更有充足時間讓大雪山這世界級賞鳥勝地「do its magic」——和藍腹鵲、白耳畫眉等山中精靈不期而遇，便是行程中最畫龍點睛的驚喜。

● 怎麼Go

- ・開車 | 定位「大雪山森林遊樂區收費站」，自臺中市區出發車程1.5~2.5小時
- ・搭車 | 自豐原轉運中心（近豐原火車站）搭乘「台灣好行889大雪山線」，每日上、下午各2班，來回共8趟次，車程單程2小時。務必提前2周預約。（洽詢電話：中台灣客運0800-676-676分機2）



八仙山

天籟步道 沿途聽潺潺水聲啁啾鳥聲

八仙山與大雪山一樣曾是台灣重要林場，見證了林業黃金年代，在洗盡鉛華後成了臺中市民踏青好所在。

八仙山海拔一千公尺上下，夏季均溫約20°C，園區有多條難度不一的步道。最平易近人的「天籟步道」沿溪谷逶迤，邊散步邊聆聽水聲潺潺、鳥聲啁啾，最是愜意；竹林步道和森林浴步道則提供截然不同的山林風貌。

夏季明星亮點無疑是它的「親水區」，戲水池坐落一片蓊鬱青翠中，清澈又冰涼透心的流動水源引自十文溪，水深僅及小腿肚，周邊設有遮蔭茅草傘與休憩涼亭，相當

受親子客群歡迎，是園區內最充滿笑語聲的一隅！即使不下水，浸浸腳也能感受清涼！

園區住宿「八仙山莊」由台中商旅經營，獨棟小木屋皆以本土珍貴木材打造，甫進門就能聞到迷人木香。不妨安排一趟森林系一泊二食之旅，輕鬆出發無負擔。

● 怎麼Go

- ・開車 | 定位「八仙山森林遊樂區遊客服務中心」，自臺中市區出發車程1~2小時
- ・搭車 | 自臺中市區搭乘「谷關線公車153延（高鐵臺中站—八仙山森林遊樂區）」，每日來回各1班，車程單程2小時。（洽詢電話：豐原客運0800-034-175）

■ 取自Facebook八仙山國家森林遊樂區暨自然教育中心



臺中市醫師公會 ▶ 115年高爾夫球錦標賽

圖・文 / 編輯組

雨戰十八洞 果嶺見真章



臺中市醫師公會115年度高爾夫球錦標賽6月14日在「國際高爾夫球場」登場，會員及來賓計40位參加。當天雨勢不斷，選手們無畏雨神來攪局，展現職業素養與專注力，在濕滑的場地上憑藉豐富的經驗揮桿完賽。比賽後選手同聚球場餐廳用餐、頒獎，開心回味風雨完賽的美好成就感。

高手榜單

長春組

淨桿名次獎

冠軍：呂秉正 亞軍：沐曉鐘 季軍：李偉明
 第四名：賴朝亮 第五名：陳國光

公開組

冠軍：馬寶健 亞軍：朱永譚 季軍：張恒斌
 第四名：楊舒鈞 第五名：林冠名

總桿獎

冠軍：侯以仁(78桿) 亞軍：莊天佑(81桿)
 季軍：張寶霖(86桿)

近洞獎(四短洞)：朱永譚、莊天佑、沐曉鐘、張恒斌

努力獎：(長春組)林崇義、(公開組)陳志典

身強體健獎(70歲以上)：張盛弘(民國32年6月)

遠桿獎：莊天佑、趙坤山

幸運獎：吳三源、陳德鴻



1	
2	3
4	5
	6



1. 林恒立副理事長致詞
2. 淨桿獎-長春組
3. 淨桿獎-公開組
4. 總桿獎
- 5-6. 選手們以球會友相見歡

臺中市醫師公會 ▶ 115年度

桌球錦標賽

圖・文 / 編輯組

日期：2026/4/19

地點：何安桌球場

選手：152人

特別一提

臺中市土木技師公會首度前來踢館！

強拍榜單

團體組

冠軍：臺中市醫師公會快樂隊

亞軍：臺中市土木技師公會

季軍：中國醫藥大學教職員隊、彰化縣醫師公會

公開男子組個人單打賽

冠軍：馮靖之 亞軍：黃煜珉 季軍：賴衍佑、許裕昌

第五名：范國豪、林蔚喬、林坤德、許愷駿

公開女子組個人單打賽

冠軍：林盈玓 亞軍：黃少薈 季軍：康潔云、羅稚琳

公開組個人雙打賽

冠軍：林義龍、林義城 亞軍：張仲毅、盧榮富

季軍：林文標、邱宏城 / 陳完如、賴宗毅



1

1. 團體賽冠軍-臺中市醫師公會快樂隊

2

2. 團體賽亞軍-臺中市土木技師公會隊

3

3-4. 團體賽季軍-中國醫藥大學教職員隊、彰化縣醫師公會隊

4



■ 桌球錦標賽團體大合照

V O L V O

NEW VOLVO XC60

歐系 SUV 首選



27年式
全新到港

車價 **239** 萬 享 **120** 萬 **0** 利率

限量
加贈 HUD
抬頭顯示器

安全視野 無限延伸



高動態行車記錄器 PRO
舊換新優惠價 **NT\$13,240**

- 通過 VOLVO 原廠高規格安全認證
- 採用 HDR 規格，細節更清晰
- 內建 GPS 支援測速照相提醒
- 搭配專屬 APP

VOLVO 汽車授權經銷商 上立汽車(股)公司

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

崇德展示暨服務中心 04-2422-9598
台中市北屯區崇德路三段152號