

衛生報導

中華民國九十八年九月出刊
ISSN : 10192875
行政院衛生署
<http://www.doh.gov.tw>

139

季刊

公衛廣場

公共衛生風險事務管控研討會 經驗分享

健康人健康事

盧道揚非洲行醫 體會生命真義

元氣大國民

預防長者跌掉晚美人生



癌症防治 三管齊下



防跌保命

迎向晚美人生



防跌須知

1. 每年定期做視力、聽力檢查。
2. 若需要手扶著東西才能順利走路，就需開始使用柺杖。
3. 睡醒時不要突然的下床、蹲下或站起。
4. 晚上睡覺時，臥室與通往浴室的走道預留夜燈。
5. 浴室地面鋪防滑墊並於馬桶旁裝置扶手。
6. 鞋子應選合腳、底部防滑。

銀髮族防跌從日常生活做起

均衡飲食、適當運動以減少骨質疏鬆
改善居家環境安全，降低跌倒風險

國民健康局網址 <http://www.bhp.doh.gov.tw>

0800-531-531 國民健康局諮詢服務專線（24小時提供相關諮詢服務）

衛生報導

139 季刊



行政院衛生署

中華民國九十八年九月出刊

健保改革 迎向挑戰

行政院衛生署署長 楊志良

莫拉克風災帶來前所未有的重創，但在救難過程中並沒有人擔心醫療問題，因為包括心理、精神健康都有妥善安排；H1N1事件高峰時我們只擔心疫情擴散，也沒有人擔心醫療費用。

這是因為我們擁有全民健保，它建構了醫療照護的基礎，讓國家在遇到重大災難時，緊急醫療體系能運作順暢；如果沒有健保，台灣將面臨更大的衝擊，所以健保的穩固，是重要的社會安全機制。

民衆或許還記得，在健保實施之前，時常有「因貧而病、因病而貧」的社會新聞，像是年輕夫妻好不容易盼到孩子，卻因為早產而面臨該放棄醫療，還是傾家蕩產的兩難抉擇。早年我帶台大公衛系、醫學系學生進行暑假醫療服務時，也經常遇到老人明明需要開刀治療，卻跟家屬說不要開刀，因為怕付不出醫療費。但是在健保實施後，每個人都享有基本的醫療保障，上述的遺憾不再發生。

低廉的保費及醫療照顧成本、超過99%的納保率、看病不需等候……，台灣的健保在國際間備受推崇，成為其他國家取經的對象，甚至諾貝爾獎得主、經濟學家保羅克魯曼也稱許台灣健保是全世界最好的制度；只要詢問在海外就醫的台灣人，一定會懷念台灣的健保。

正視健保財務危機

台灣的問題是，人口不斷老化，新的治療科技與藥物不斷引進達數百項之多，加以過去10幾

年的經濟成長都落在資產所得，薪資不但沒有成長，甚至還降低，薪資不成長，保費自然也不會增加。在已邁向M型社會的趨勢下，經濟困難的人愈來愈多，調整費率是希望有能力的人多付出一點，進而減少低收入邊緣者的負擔，同時也讓健保財務穩固，促進醫療衛生領域的發展。

現在健保經年累計的逆差已達500億元，醫界大多投資在自費項目，例如高級健檢、整型美容，長期來看不利醫療品質的發展，最終影響的還是全體國人，尤其是經濟弱勢者。因為有錢人有能力負擔醫療費用、購買私人保險，結果就是這些有錢購買保險的人成為調整健保費率的阻力，因為他們不需要全民健保；但對廣大的勞工朋友來說，反對健保費率調整，其實是解除雇主、經濟富裕者的責任，舉例來說，受雇者繳3元、雇主6元、政府1元，也就是受雇者只要出3元，就可享有10元的保障。

總而言之，我們引以為傲的健保正面臨財務危機。加以如前述隨著新的醫療科技進步、新藥上市，給付範圍的擴大，以及人口老化等因素，醫療費用上升趨勢自無法避免，而調整保費是解決的辦法之一，根據我們的估算，平均每個月每人只增加一個便當錢（約60~70元）。

擴大財源協助弱勢

在擴大健保財源上，調整投保薪資級距是必要的措施，目前最低與最高應繳保費相差7倍，日本則是20倍，因此投保薪資上限有必要從現行的



13萬多元調高，目標希望能提高到15倍。高收入卻交低保費的現象曾引起討論，例如林志玲，但我相信他們也樂意多交保費，是現行制度設計不夠好的結果，所以才會推動以家戶或個人所得制的2代或1.5代健保。

對於經濟弱勢者，目前只有不到1%的人屬低收入戶，健保費由內政部編列預算，這個1%的範圍其實是不夠的，所以目前已針對收入是低收入戶標準的1.5倍者，保費減少一半；1.5~2倍者減少25%，以減少他們的負擔。

有些人認為應先解決醫療浪費，再來談調高保費。事實上任何組織、制度都不可能達到完全沒有浪費的境界，我們必須努力，但有些事實也應該讓民衆了解。例如，台灣民衆享受與美國人民相當的健康水準，嬰兒死亡率及孕產婦死亡率甚至比美國為低，然而台灣總體醫療支出只占GDP的6.1%，此包括所有公共衛生預算，而OECD國家多為8~15%、甚至17%；健保行政

費用只占所有健保醫療費用的1.7%，美國老人健保（Medicare）行政費用則為7.3%，更多私人保險超過20%，顯見台灣健保的醫療照護及行政績效表現出色。

當然健保資源浪費也必須處理，例如老年人常有多種慢性病，據統計約有66萬人，這3.5%的人卻占20%的門診，並非他們喜歡看病，而是一次要看好幾科，這也是無可奈何的事，此外又必須重複繳交掛號費、部分負擔，藥物交互作用問題也值得注意。所以我們計畫自12月起推動多重慢性病整合照護門診，只要掛一次號、繳一次費用，以醫學中心為例，少看一診就能省下510元，同時也能提供患者更有品質的全人照顧。

健保改革是項艱鉅的大工程，也是我們必須面對的挑戰。年輕朋友也許認為自己身強體健，用不到健保，但漫長人生，誰也無法預知下一刻的事，結合衆人之力互相幫忙，預存未來面對疾病風險的應變能力，正是健保存在的意義。 🌟

署長的話

楊志良

特別企劃

06

癌症防治 三管齊下 不再聞癌色變

07

Part 1 降低罹癌風險

徐文媛

建構健康生活型態

08

Part 2 把握癌症治療時機

徐文媛

擴大篩檢服務範圍

11

Part 3 就醫更有保障

徐文媛

推動醫院癌症診療認證

元氣大國民

13

預防長者跌掉晚美人生

林怡亭

16

流感疫苗開打 全力以赴

吳佩芬

18

急救責任醫院分級

林怡亭

20

一般止痛藥的使用安全

邱宇文

22

緩解慢性頑固性疼痛

邱宇文

公衛廣場

24

治療鴉片類藥癮患者

邱宇文

26

經驗分享 面對挑戰

吳佩芬

28

預防院內感染最大關鍵

吳佩芬



CONTENTS

保健新視野

- 30 電子病歷全都露 跨院就診 少重複檢查 張甄芳
- 32 建置醫療影像交換中心 張甄芳
- 34 認識阿茲海默症 張甄芳

健康人健康事

- 36 貢獻己力 大愛無限 吳佩芬
- 38 盧道揚體會生命真義 張甄芳

健康解碼

- 40 食品中毒常見原因 林怡亭

你問我答

- 41 什麼是砷 吃進肚子對人有何影響 林怡亭

健康誌

- 42 因為有你在 慈心滿滿愛
健康樂活動起來 移動的健康森林
- 43 長期照護保險籌備小組成立 身體失能者有保障
因應莫拉克颱風 全力投入救災
- 44 公共衛生風險事務管控研討會
成立食品藥物管理局籌備處 邁向食品藥物管理新紀元
- 45 健康好書 悅讀健康
護衛世運選手健康 防疫一起來

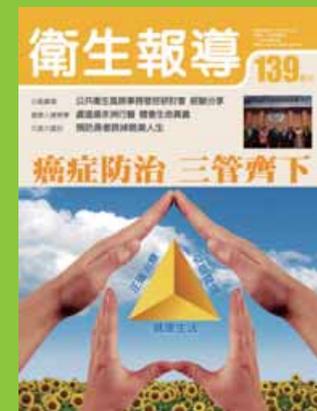
大事紀

- 46 行政院衛生署98年6月至98年8月要聞導覽

刊 名 衛生報導 季刊
期 別 139期
創 刊 中華民國80年3月20日
出 刊 中華民國98年9月
發 行 人 楊志良
社 長 張上淳
編輯委員 (按姓氏筆畫順序排列)
丁志音 王宗曦 李永蘋
林宜信 徐美苓 許備文
許炳章 陳秀鸞 陳秀玫
商東福 游德二 黃純英
廖崑富 薛復琴 藍孝芬
總 編 輯 黃美娜
副總編輯 楊芝青
執行編輯 周素珍 楊育珊
出版機關 行政院衛生署
台北市大同區10341塔城街36號
<http://www.doh.gov.tw>
電 話 02-8590-6557
傳 真 02-8590-6055
編輯企劃 商周編輯顧問股份有限公司
台北市中山區10483民生東路二段141號4樓
電 話 02-2505-6789
傳 真 02-2507-6773
攝 影 劉英健
製版印刷 沈氏印刷事業股份有限公司
ISSN 10192875
GPN 2008000143
定 價 60元

販售處：
國家書店 地址：台北市松江路209號1樓
電話：02-2518-0207
五南文化廣場 地址：台中市中山路6號
電話：04-2226-0330
請尊重智慧財產權，欲利用內容者，需徵求本署同意或書面授權。

行政院新聞局出版事業登記證
局版北市誌字第1738號
中華郵政北台局字3817號執照
登記為雜誌交寄





隨著醫藥進步，許多癌症已經不再是絕症，甚至未來會變成像高血壓、糖尿病等現代文明病一樣，可以有效控制。

雖然目前癌症仍然高居國人死因排行第一位，但積極防治癌症，建構「黃金三角」，即能大幅降低罹癌的危險。

健康的生活型態，有助降低罹癌機率

早期的癌症篩檢，可以早期發現癌症

正確的癌症治療，才能戰勝癌症威脅

從預防、篩檢、治療三管齊下，提升國內癌症防治成效，讓國人澈底免除「聞癌色變」的夢魘。



癌症防治 三管齊下

不再聞癌色變

Part 1 降低罹癌風險

建構健康生活型態

撰文：徐文媛 諮詢對象：衛生署國民健康局副局長趙坤郁

致癌的因素很多，而且往往就存在於我們周遭環境及日常生活中。唯有正常飲食、適當運動、遠離致癌因子、養成健康行為與生活習慣，並改善生活環境品質，才能減少罹癌的危機。

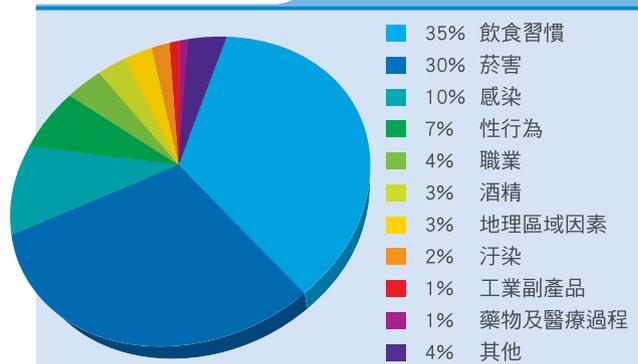
形塑健康生活新價值觀

「健康生活型態」牽涉的範圍很廣，衛生署國民健康局副局長趙坤郁表示，做為國家癌症防治政策的一環，應優先選擇具實證研究基礎的指標，所以健康飲食、菸害防制、檳榔防制及建立運動習慣，都是目前積極推動的衛生政策。

生活型態需要長時間建立，所以要改變民衆健康生活型態，必須設定出各項目標策略和衡量指標，設法營造有助達成目標的軟、硬體環境，這些工作往往需要跨部門，甚至從民間社團、社區等基層的參與，才能讓議題逐漸發酵，達到社會價值的建立及風氣的改變。例如在健康飲食方面，至少需要健康局與食品衛生處（未來即將成立的食物藥物管理局）合作，除了宣導正確的飲食習慣，也要為民衆吃的健康把關，避免汙染等有害食物流入市面。

在推廣動態生活，建立國人運動習慣上，透過訂定國人健康體能指標，調查全國及各縣市的運動盛行率，並以每年提升0.5%為目標，結合體

致癌因素分析



資料來源：世界衛生組織

育主管單位及25縣市政府同步進行政策的倡議及執行。以最容易、最安全的健走運動為例，現在11月11日「健走日」已成為許多縣市政府的重要活動；而去年健康局選擇竹北、屏東、新莊三個縣轄市，調查健康體能自治性環境的策略指標及調查評估方法，也成為今年體委會要求各縣市建置運動地圖時的重要參考。

建構健康生活型態是「預防勝於治療」的積極實現，不只能降低罹癌風險，也有助降低其他現代文明病的發生，長期來看是最具經濟效益的健康投資。趙坤郁強調，在全球化浪潮下，我們的飲食、嗜好……等生活型態與西方國家愈來愈趨近，疾病型態也可能逐漸接近，必須及早提出因應措施。



Part 2 把握癌症治療時機

擴大篩檢服務範圍

撰文：徐文媛 諮詢對象：衛生署國民健康局副局長趙坤郁、國民健康局癌症防治組組長孔憲蘭

癌症篩檢的目的就是希望能在癌細胞「壯大」到不可收拾之前就發現癌蹤，提升治療成效，降低癌症死亡率。衛生署國民健康局癌症防治組組長孔憲蘭表示，以國內最早推動的癌症篩檢「子宮頸抹片檢查」為例，自1995年全面提供30歲以上婦女每年一次子宮頸抹片檢查後，近年來子宮頸癌的發生率及死亡率都下降約五成左右，而若幸運偵測到子宮頸癌前病變，幾乎可百分之百治癒。

四種癌症篩檢服務 防癌好幫手

除了國人熟知的子宮頸抹片檢查，衛生署也陸續推動乳癌、口腔癌及大腸直腸癌的篩檢，但因經費有限，目前篩檢率仍偏低。孔憲蘭表示，隨著菸品健康福利捐的調漲，預計1年將增加10億元經費以提升癌症篩檢率。

健康局副局長趙坤郁表示，適當的篩檢工具、篩檢品質的控管、民衆的接受度，以及隨著篩檢率上升，經費持續增加時是否有足夠長期的財源支持、大規模篩檢的成本效益等，都是政府擬訂篩檢策略時必須考慮的因素。除了有科學化的篩檢工具能夠早期發現，孔憲蘭也強調，還要考量是否對國人健康造成威脅（例如盛行率較高的癌症）、早期發現可以有效治療等因素。另一



● 透過宣導活動，有助婦女獲得正確的防癌篩檢資訊。

方面，篩檢服務也提供癌症防治資訊宣導的機會，例如口腔黏膜檢查可接觸到檳榔族等口腔癌高危險群，篩檢時也是提供相關健康資訊最好的時機。

以下分別說明國內現行癌症篩檢服務的意義、成果及未來目標。

● **子宮頸癌**：根據健康局2008年台灣健康行為危險因子監測電話調查結果，30~69歲婦女3年內曾接受抹片檢查的比率達70%，另依據子宮頸抹片篩檢報告資料庫分析，截至2008年約有86.7%的30~69歲婦女曾做過抹片檢查，3年內曾做過的比率為56%。研究資料顯示，大規模子宮頸抹片檢查可降低60~90%子宮頸癌發生率及死亡率。在台灣，自1995年開始至2008

年，婦女子宮頸癌年齡標準化死亡率下降了一半；由1995年每10萬人口11人死亡降至2008年每10萬人口4.7人死亡，而子宮頸侵襲癌標準化發生率下降46%。

● **乳癌**：隨著乳癌發生率的上升，衛生署自2002年7月起試辦50~69歲兩階段乳癌篩檢計畫，先以問卷篩檢出高危險群，再轉介乳房攝影檢查；2003年起提供50~69歲婦女每2年一次乳房攝影。研究顯示，每2~3年的乳房攝影可降低50~69歲婦女乳癌死亡率20~30%，在台灣，2008年的資料顯示50~69歲婦女2年內曾接受乳房攝影檢查者達28.8萬人，篩檢率為12%，篩檢發現的乳癌超過五成屬於零期或第一期，比癌症登記的比率37%更高，顯示篩檢有助早期發現乳癌。

● **大腸直腸癌**：大腸直腸癌在國人癌症發生率及死亡率均排在第三位，以發生人數來看，更超越肝癌，成為國人發生人數最多的癌症。研究顯示每1~2年糞便潛血檢查（Fecal Occult Blood Test, FOBT），可降低50~69歲民衆大腸直腸癌死亡率15~33%。為降低大腸直腸癌發生率及早期發現，衛生署2004年起提供50~69歲民衆每2年一次免疫法糞便潛血檢查，近2年約篩檢48萬人，經篩檢發現的大腸直腸癌約40%屬於零期或第一期。

● **口腔癌**：近10年來，台灣每年罹患口腔癌人數從1,700人增加到5,352人；死亡人數從1,000人增加為2,312人，是台灣男性罹患的主要癌症中發生和死亡情形增加最快的，而且是25~44歲男性最常罹患的癌症，平均死亡年齡也較其他癌症早10歲以上。口腔癌與嚼檳榔、吸菸、酗酒有關，同時有這三種不良習慣者，罹患口腔癌的機率是一般人的123倍，尤其90%的口腔癌患者都有嚼檳榔的習慣，比吸菸、酗酒的風險更高。實證顯示，35歲以上有菸酒習慣男



● 為維護身體健康，民衆應積極使用篩檢服務。

性，每3年做1次口腔黏膜目視檢查，可降低43%口腔癌死亡率。衛生署也自1999年開始，提供18歲以上嚼檳榔或吸菸等高危險族群免費口腔黏膜檢查，近2年共服務104萬人次，篩檢率為25%。

提升篩檢品質及篩檢率

上述四項癌症篩檢中，以最早推動的抹片檢查篩檢率最高，其他三項仍有待提升。趙坤郁表示，提升篩檢率必須配合專業人才的培訓、設備的提供及經費的籌措。目前菸品健康福利捐預計將提撥6%用於癌症防治，包括篩檢服務、癌症診療品質提升及癌症研究等計畫。

根據健康局2008年電話調查發現，高達八、九成的民衆知道上述四種篩檢可早期發現癌症，但知道政府有提供免費篩檢服務的人就比較少，除了抹片檢查有80%的知名度、乳房攝影有50%，口腔黏膜及糞便潛血檢查只有10~20%的人知道。因此癌症防治四年計畫（2010~2013年）中便預定目標，於2013年時提升子宮頸癌篩檢率達70%、口腔癌及大腸直腸癌達50%，乳癌因篩檢經費較高，目標設定為27%。孔憲蘭表示，乳房攝影受限於檢驗設備，有資源分布不均的現象，未來若經費許可，計畫輔助各縣市衛生局購買乳房攝影巡迴車，提供更便捷的篩檢服



務。口腔癌及大腸直腸癌篩檢可結合老人三高健診，在社區設立篩檢站，提供民眾整合性的健檢服務。

至於篩檢率最高的抹片檢查，到目前為止仍有二成婦女從未做過，其拒絕檢查的原因多是覺得自己不需要、太忙沒時間、害怕上檢查台等，但根據調查，從未做過抹片的婦女檢出高度癌前病變的機率是有做過抹片婦女的2.5倍，表示這群「漏網之魚」正好是防治子宮頸癌最重要的一群人。針對這群婦女，衛生署計畫透過志工或衛生護士進行家訪，每年提供20萬份人類乳突病毒自採工具，自行採樣送檢，若檢測結果呈陽性，再接受抹片檢查的動機比較高。

目前更已推動「主動提示系統」，當30歲以上女性就診時，不管是看哪一科，醫護人員都會透過電子資料庫主動提醒近3年沒做過抹片檢查的女性「該做檢查了」。不只抹片檢查，醫院若碰到肝炎帶原者來看診，也可主動提醒患者接受肝炎的追蹤、治療。趙坤郁表示，這就是「全人照



● 有吸菸、嚼檳榔習慣者，更應主動做口腔黏膜檢查。

護」的理念。而台灣許多癌症在同一期別的治療存活率已與美國不相上下，但總體癌症5年存活率卻略遜一籌，原因在於相較美國，台灣致死率的癌症較多，高存活率之癌症相對較少，且乳癌、大腸直腸癌篩檢涵蓋率不及美國高，早期癌症相對較少，故關鍵就在早期診斷，因此提升篩檢率及篩檢品質（例如降低偽陰性）、減少國人健康不平等（例如經濟弱勢、身心障礙……）都是未來持續努力的目標。



現行癌症篩檢服務及篩檢率

癌症別	對象	篩檢工具	間隔（至少一次）	篩檢率
子宮頸癌	≥30歲婦女	抹片	1年	29%
			3年	52~68%*
			終生	81%
乳癌	50~69歲婦女	乳房攝影	1年	31%
			3年	56~70%*
			終生	87%
口腔癌	≥18歲 嚼檳榔或吸菸	口腔黏膜檢查	2年	25%
大腸直腸癌	50~69歲	免疫法糞便潛血檢查	2年	10%

*篩檢率前者為子宮頸抹片登記報告，後者為2008年電話調查結果。

資料來源：國民健康局

Part 3 就醫更有保障

推動醫院癌症診療認證

撰文：徐文媛 諮詢對象：國泰綜合醫院院長黃清水

去年台灣新增癌症病人約7~8萬例，對患者來說，癌症醫療照護品質是影響存活率的關鍵。因此，為提升癌症醫療照護品質，衛生署國民健康局於2001年10月即計劃補助醫療機構設立癌症防治中心，重點是推廣國人常見癌症的預防宣導教育、篩檢、建立多專科團隊照護、醫護人員教育訓練等。

而2005年起，國民健康局更與國家衛生研究院合作規劃「癌症診療品質認證」制度，於2007年公告癌症診療品質認證基準、評分說明及認證作業程序，並自2008年起針對新診斷癌症個案達500例以上之醫院辦理認證，2008年共22家醫院完成認證。未來認證結果將納入醫院評鑑項目與醫學中心任務評量指標，並在網站公告認證結果，參與認證制度規劃的國泰醫院院長黃清水表示，通過認證就是具有一定品質的癌症診療醫院，可做為民衆就醫參考。

癌症診療認證 全面提升治療品質

黃清水指出，癌症診療品質認證分為管理、醫療、護理三個面向，並列出明確的判斷指標。在醫院管理方面，有以下四大任務：

一、醫院應成立癌症醫療品質委員會，負責規劃督導評估院內癌症診療相關計畫，如增設安

寧病床、提升病人追蹤率、建立院內治療共識等，同時需提出完善的執行策略、短中長期目標等，並定期追蹤執行成效。

二、管理癌症資料庫的登錄，將資料上傳至健康局，可做為日後進行癌症診療相關研究及政策擬訂的重要依據。

三、建立院內同儕審查機制，定期召開團隊會議，進行個案討論，每位病人都要經過多專科團隊，至少包括X光科、腫瘤內外科、放射腫瘤科、病理科醫師，再加上該科主治醫師，例如攝護腺癌即泌尿外科醫師等參與診療的決策，以期每位病人都能及時得到最恰當的治療。



● 癌症診療過程中，醫療人員必須評估患者的情況並採取因應措施。



四、累積全年治療過程、結果提出癌症年報做為分析及改善依據。黃清水表示，例如年報顯示乳癌患者中第一期的病例數較少，要檢討出原因，也許是乳房攝影篩檢做得不夠多。

每年提出品質改善計畫，目前就是希望能持續改善國內癌症診療品質。黃清水強調，「例如化學治療時一旦漏針、打錯藥，後果很嚴重，所以從醫師開處方、藥局調劑，到病房給藥，中間每一道流程都必須有嚴密的防錯設計。」

而在醫療、護理方面，從診斷、治療或安寧照顧整個過程中，每一個環節都要以病人為中心、站在病人的角度去設想，並注重病人安全及疼痛的緩解。國內癌症診療5年存活率不遜先進國家，但在照護細節仍有改善空間。黃清水指出，每一位病人都會有一份專屬的治療計畫書，醫護人員必須與病人討論及取得同意後才能執行；在診療過程中，醫療人員要評估患者狀況並立即採取因應措施，例如診療前發現患者營養不良，應先主動轉介營養照護、病人在化療過程中有嘔吐、疼痛等困擾應及時獲得解決、用藥後是否好轉的評估等，都是診療過程應注意的照護細節。

黃清水表示，自健康局致力於癌症診療品質的改善至今，台灣整體癌症診療品質已有明顯進步，有了專屬的治療計畫，可以確保依照治療準



● 每位病人都有一份專屬的治療計畫書，醫護人員能照計畫書執行，並且改善照顧細節。



● 國民健康局與國家衛生研究院合作，特設「癌症診療品質認證作業計畫」網站，有興趣者可上網查詢。

則進行，並在過程中隨時評估治療效果，甚至手術後「忘記」後續的放、化療，目前大多數醫院已採取個案管理制度，會由專人主動聯絡及安排病人術後的放、化療時程，提高病人完成治療的比率。

即使無法有效治療的癌症患者，也必須提供人性化的安寧療護，未設有安寧病房的醫院，也可藉由會診安寧團隊，提供安寧共同照護服務，儘可能以專業協助減少患者及家屬的痛苦，有尊嚴的走完人生最後的旅程。

有認證 治療好安心

癌症診療品質認證制度的推動，讓醫院有持續不斷進步的動力與壓力，提供患者從預防、篩檢、治療到安寧照護的全程服務。黃清水表示，「過去在健保制度下，給付的是開刀、放、化療費用，醫院投入預防、篩檢及安寧療護服務的意願也因此受限。但推動認證後，醫院不再只著眼於急性治療，包括前端的預防及後端的照顧也會做得比較好。」

所以一個好的癌症診療醫院，除了考慮醫院的治療經驗是否豐富、醫師的口碑、醫院的設備，更應強調醫院對癌症診療品質的管控，每個細節的規劃監督、追蹤、考核，是否做到注重病人安全的團隊治療、以病人為中心等，癌症診療品質認證，就是癌症患者就醫時的基本保障。

(癌症診療品質認證計畫網站：<http://tcog.nhri.org.tw/accredit>)



防跌保命

預防長者跌掉晚美人生

在歐洲、美國、加拿大及日本等國，長者跌倒都視為嚴重的公共衛生問題。隨著國內老年人口增加，長者跌倒、跌傷的盛行率也隨之上升，如何「防跌保命」，已經是不容忽視的重要課題。

撰文：林怡亭 諮詢對象：衛生署國民健康局兒童及青少年保健組科長蔡益堅、國立台灣師範大學健康促進與衛生教育學系教授郭鐘隆、國立台灣大學物理治療學系副教授曹昭懿

「五老有一跌，十跌有三傷」的口號其來有自。台灣的跌倒發生率，不同研究的盛行率從10.7%~32%，據估計，亞洲國家每100名長者過去1年中有10~20人會跌倒、跌傷，台灣有27人，美國則有20~30人。65歲以上老人的事故傷害死因中，第一位是交通事故，其次即是跌倒，如何預防老人跌倒，也伴隨國內人口老化問題，引發各界之重視。

長者防跌的重要性

文獻顯示，長者跌倒會造成許多部位受傷，嚴重傷害第一位是髖骨骨折，必須開刀住院；而人在跌倒時習慣以手撐地，手前臂、手腕也很容易骨折，脊椎、頭部亦是跌倒時易骨折的部位。據台灣健保統計資料，每年約有1萬2千名老人髖骨骨折；國內外的研究也發現，老人髖骨骨折有高達96%以上是因為跌倒所引起，而骨質疏鬆者其跌倒的骨折風險亦較高，但骨質疏鬆又難以打上鋼釘，骨折復原更慢。調查顯示，髖骨骨折後的1年死亡率高達20~30%，主因是人體肌肉力量1天不動就會消失1~5%，髖骨骨折後如果長時間臥床或沒有意願做復健、走路，都可能使肌肉功能退化至完全無法運作。

由心理層面來看，有跌倒經驗的老年人多會心懷恐懼而不敢出門，降低走路意願，變得更加孤僻、憂鬱及害怕走路，或者家人也因為擔心而過度保護，種種因素反而更加提高跌倒風險，造成惡性循環。

除了影響個人情緒與生活品質之外，長者跌

長者防跌延伸資訊

台北市健康生活與成功老化學會

<http://teacher.he.ntnu.edu.tw/fall/>



內有社區老人防跌課程相關講義、運動等資料可供下載。

註：紙本資料請上衛生署國民健康局健康九九教育網 (<http://health.doh.gov.tw>) 或02-2351-9047查詢。

倒也會增加經濟負擔，醫療成本相對增加，從急診、住院，到出院購買周邊輔具、長期照護等直接成本的增加外，家屬也必須請假照護，降低工作年齡族群的生產力，在在都是昂貴的間接成本。

推動防跌 社區醫院模式雙管齊下

「1999年台灣地區中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」與「2005年國民健康訪問暨藥物濫用調查」，發現台灣地區老人過去1年跌倒的年齡與性別標準化盛行率，由1999年的18.7%增加至2005年的20.5%，在此高盛行率下，老人防跌變成當務之急，政府必須結合民間團體及專家學者積極推行預防介入措施。

2004年起國民健康局委託國立台灣師範大學健康促進與衛生教育學系教授郭鐘隆，針對老人跌倒多重因子之預防介入的先驅研究，開發老人跌倒預防初階教材，包含衛教、運動、完成成效評估，並建置老人跌倒預防計畫推廣模式。2005年起進入社區進行預防計畫推動，並訓練社區保健志工；2006年選取全台8個示範營造點，進行老人跌倒預防計畫的推展；2007年全面推廣並開發老人跌倒預防進階教材；2008年起包含初階、進階班，推廣至全台20縣市、78個營造點，參與長者達到2,460人；2009年更推廣國際安全社區的概

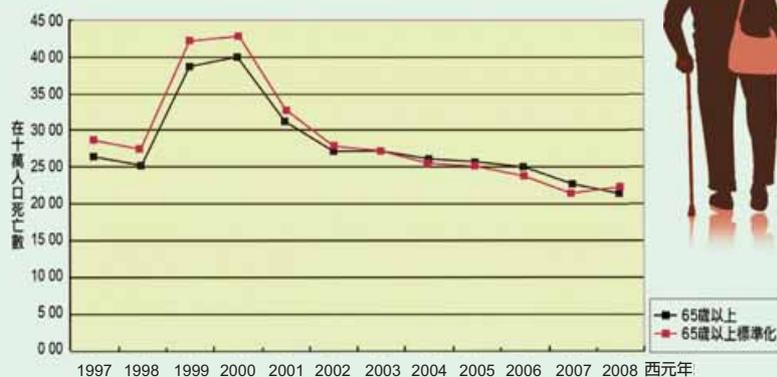
念，鼓勵各營造點朝安全社區的方向進行，使長者居住社區更健康、更安全。

健康局在2008、2009兩年，委託國立台灣大學物理治療學系副教授曹昭懿帶領，與成大物理治療學系教授林桑伊及高雄長庚醫院張谷州醫師聯合，由急診室、家醫科、老年科、復健科、神經科等門診及社區中篩選跌倒高危險群的老人，經過防跌評估，再視個人跌倒危險因子，轉介去做眼科治療；有多重服藥或精神方面用藥者轉介至老人科或家醫科；家庭環境中有易致使跌倒之擺設或設計，即建議老人改善；並根據評估結果，針對老人家肌力、平衡、反應等進行運動訓練。此計畫尚在進行中，初步結果顯示，接受轉介指導的老人，有較大比例接受眼科矯正或藥物諮詢；接受運動訓練的老人家，體能有明顯改善。根據衛生署1999~2008年衛生統計，國內老人跌倒的死亡率由十萬分之38.5降低至21.4，同時跌倒者當中有傷害者之比率亦下降約10%。

引起跌倒的重要因素

老人跌倒大致可分內在與外在因素。跌倒的內在因素包括：**1.行動能力**：肌力衰退，關節退化，步態與平衡功能降低。**2.慢性疾病**：心臟病、高血壓、糖尿病、關節炎、慢性呼吸性疾

台灣1997-2008年老人跌倒死亡率趨勢



資料來源：國民健康局



預防跌倒須知

1. 每年定期做視力、聽力檢查。
2. 若需要手扶著東西才能順利走路，就需開始使用拐杖。
3. 睡醒時不要突然的下床、蹲下或站起。
4. 晚上睡覺時，臥室與通往浴室的走道預留夜燈。
5. 鞋子應選合腳、底部防滑。

資料來源：國民健康局

及大小便失禁等慢性疾病數目較多者。3.視力不良：視力不良與視野減少、視深感覺差、對比敏感度受損及白內障，均會增加跌倒風險。4.服用多種藥物：藥物可能增加老人的跌傷風險，例如抗精神病藥物（抗巴金森藥物、抗憂鬱劑、非三環抗鬱劑）會誘發低血壓，從而導致暈眩。胰島素會引起血糖過低而導致暈厥。類安眠藥及其他如利尿劑、瀉劑等均可能增加跌倒的機率。5.生理及心智狀況等：如自主神經失調可引起姿勢性低血壓，再導致跌倒。有失智或憂鬱症狀者較易忽視環境中的危害，增加跌倒風險。

跌倒的外在主要因素為環境因子。除寒冷、酷寒或高溫的天氣、公共場所地面不平或照明不足等戶外環境因素之外，居家環境也很重要，像是照明不足，牆壁亮度不夠，地板潮濕、髒亂、太滑，地毯太小、磨損、未固定好，走道堆放雜物，家具設計及擺設不當，鞋子太鬆太滑等，階梯無欄杆，階梯踏板磨損、不平、粗糙等，都會提高跌倒、受傷的機率。

除上述因素外，女性普遍因運動量較少、肌力較弱，也比較容易跌倒，沒有使用輔具習慣的老人也較容易跌倒。「五老有一跌」，過去一年曾跌倒者，發生再跌倒的機率是未曾跌倒者的兩倍，原因就是自己本身恐懼，喪失走路的自信心、失去獨立活動的能力；其次是家人可能過度保護、限制行動。運動量過與不及都不好，專家普遍認為預防跌倒最佳運動是打太極拳，但太極拳並非人人皆能學好，因此對於一般人而言，最佳的運動之一就是走路，一天大約走1~2小時。走路時速度一致就好，走路時只能上樓，儘量少下樓或下坡，以免增加膝蓋負擔。

運動鍛鍊肌力與平衡

郭鐘隆帶領的社區防跌課程內容中推廣太極拳，透過楊式太極的摟膝按掌，以強度低、動作

鍛鍊肌力維持平衡訓練



◎ 股四頭肌訓練

- 1.左、右腳各使用一條彈力繩，繫住腳踝與椅腳。
- 2.坐在沒有滾輪、穩定的椅子上，背貼椅背、雙手扶住椅子兩側，腳掌平穩貼地。
- 3.吸氣時將左腳往上抬，呼氣把腳放下，換腳。
- 4.動作過程儘量放慢，練習到腳略痠的感覺即可。



● 股四頭肌訓練



● 臀大肌訓練

◎ 臀大肌訓練

- 1.左腳踩住彈力繩一端，另一端繫在右腳腳踝。
- 2.身體站直，雙手扶穩椅子。
- 3.吸氣時將右腳往後抬，呼氣再收回。練習到臀大肌略有痠痠的感覺即可換邊練習。

資料來源：中華民國物理治療學會

慢，對老年人沒有運動傷害的太極拳，將簡單的五個動作串連成一個連續動作，藉此練習穩定身體重心、將身體重心壓低、鍛鍊肌肉力量，也是同時提升平衡感的極佳運動。

除了太極拳之外，曹昭懿推廣的防跌課程設計一連串的運動動作，主要也在預防肌力衰退、維持良好平衡感，以減少跌倒的可能。期望老人在專業人員的指導下，選擇適當的運動方式，養成健康的行為及習慣，讓晚年生活更健康，更有活力。



秋冬大流行 流感疫苗開打 全力以赴

今年秋冬將進入流感高峰期，季節性流感及新型流感將影響全台灣2,300萬人的健康。為因應這一波流感的到來，疾病管制局除加強流感的衛教宣導防疫工作，也大量採購疫苗及藥物，全力備戰。

撰文：吳佩芬 諮詢對象：衛生署疾病管制局第四組組長陳昶勳

世界衛生組織（World Health Organization, WHO）預測2009年到2010年將會流行的流感病毒株，如A / H1N1、A / H3N2為2007年在澳洲布里斯本分離出的流行病株，B型流感為2008年在澳洲布里斯本分離出的病毒株。因此，藥廠參考世界衛生組織的建議，所製成的季節性流感疫苗製劑，A型B型都採用布里斯本病毒株；但是，這次突然爆發的H1N1新型流感卻是混合豬流感、禽流感、人類流感的新型病毒株，因此，即將於10月1日開打的流感疫苗對於新型流感，將不具有任何的保護力。衛生署疾病管制局第四組組長陳昶勳表示，由於病毒流行之型別及突變係一動態的變化，因此世界衛生組織不建議就此停止季節性流感疫苗接種。

季節性流感疫苗開打

從今年下半年開始，疾病管制局從各醫療院所的門診、急診就診資料發現，新型流感已悄悄地在全台各地蔓延，陳昶勳指出，過去國內的流感疫情是從11月、12月開始，隔年1~2月達到高峰，3月逐漸趨緩；今年從第28週以後（約7月），就發現各醫療院所的流感監測數值有上升

的趨勢，在8月9日到8月15日之間，流感、肺炎相關的死亡人數攀升到225人。在門診中有1.03%、急診有11.03%的病人是因為類流感症狀而就醫。

據粗估，這些因類流感症狀就診的病人中，有三成為流感，其中八到九成為新型流感病人。預定10月1日開打的季節性流感疫苗將如期開打，目前共採購299萬劑，疫苗接種對象有1944年12月31日以前（含）出生的65歲以上老人，居住在安養照護機構的個案及工作人員，罕見疾病患者，於2009年4月30日以前出生滿6個月大到國小4年級的孩童，醫事及衛生單位的防疫相關人員，禽畜養殖、動物園、動物防疫等人員，重大傷病患者。

季節性流感疫苗是一種不活化疫苗，可以和肺炎鏈球菌等疫苗同時接種於不同部位或間隔時間接種，也很少發生嚴重副作用。據統計，有27%的人在疫苗注射後6~12小時會出現發燒症狀；有25%的人在注射1~2天會持續感到疲累、肌肉痠痛、焦躁、失眠；極少數會有嚴重過敏反應。文獻上有一些報告懷疑流感疫苗與神經的併發症有關，尤其是與自體免疫有關的酰基連巴瑞症候群（Guillain-barre syndrome, GBS）。但是後來對人類所用流感疫苗的監視調查，大多並沒發

現相關性，只有部分研究覺得不能排除因果關係。一項英國所做的研究顯示，發現接種疫苗後GBS發生率有下降現象。目前認為流感疫苗與GBS的相關性還不明確，但即使兩者之間具有相關性，其發生率大概也只有百萬分之一，這種機率遠不如流感疫苗對於人類健康的保護效益。

陳昶勳表示，季節性流感疫苗的保護力平均可達三到八成，其中對健康的成年人有七到九成的效力，老人注射後因流感重症及併發症住院的機率可減少五到六成，並降低八成的死亡率。

接種新型流感疫苗 嚴防冬季H1N1

至於新型流感疫苗，美國政府有鑑於開學後的秋冬流感感染人數將可能引發比年初更嚴重的疫情，從10月起將展開好幾個月的新流感疫苗注射計畫，預定全美有一半以上的人口受惠。在我國，從今年4月開始，由國內藥廠國光生物科技公司和日本北里藥廠合作研發國產新型流感疫苗，並預定今年10~11月底陸續交貨。衛生署預定向該公司購買1,000萬劑，也順利向國外藥廠採購500萬劑，如果一人打2劑，預定有750萬人受惠；同時為了確保其製造品質，衛生署藥政處及藥物食品檢驗局也派員進場督導整個疫苗製作流程，目前也積極向國外疫苗廠洽詢供貨的可行性。

由於H1N1新型流感疫苗接種計畫對象涵蓋各年齡層之民衆，未來如何執行接種作業，是大家都關心的議題。目前接種作業的執行方式已在中央流行疫情指揮中心會議、衛生署傳染病諮詢委員會「預防接種組會議」經過多次的討論制訂，並邀集各縣市衛生局召開接種計畫執行討論會。基本上，將視疫苗到貨時程及數量，按比例分配至各縣市衛生局，並依建議之接種優先順序依序實施。為能有效完成接種的工作，醫療及防疫人員及在學學童／生將以集中接種為原則，其餘對象則需到各縣市合約醫療院所接種。規劃的細節



● 秋冬流感流行之際，優先排列施打疫苗對象。

預計在10月20日就會正式對外公布。

由於新型流感疫苗全世界各國藥廠都還在研發、進行人體實驗階段，大部分疫苗廠皆正進行人體試驗中，疫苗的效力和副作用，目前還沒有公布。不過，預定在10月針對1,300萬人進行新流感疫苗接種的英國衛生防護局，最近發函給600多名神經病學家，提醒可能會出現GBS副作用。在1976年美國人民施打當時製造的H1N1疫苗後，有500多人併發GBS，其發生率約為十萬分之一。

嚴守「三二五」停課標準

由於新型流感、季節性流感病毒兩種症狀幾乎相同，都有頭痛、高燒、寒顫、肌肉痠痛、倦怠、食慾不振等情形，不易區隔，生病應該要立即就醫。依據疾管局的資料，8月新型流感的感染族群以6~18歲居多，其次是19~25歲，加上9月開始，各級學校紛紛開學，因此，不管是學校或是補習班、安親班，皆要遵循教育部訂出「三二五」的停課標準，也就是同一班級中3天內有2名學生經醫師診斷為流感，該班級要停課5天。此項措施可能會對家長造成不便，但為孩童的健康著想及避免疫情透過校園擴散，這是延緩疫情配套措施中相當重要的一項。當然，如果大家都可以嚴守生病不上課的原則，停課的情形將可控制在最低的範圍內。



醫療資源不浪費 急救責任醫院分級

為了讓急重症患者能獲得最妥當、適切的治療，使醫療資源得到更有效率之運用，2006年至2008試辦、2009年起大力推動的急救責任醫院分級制度往前又邁進一大步。什麼是急救責任醫院？醫院緊急醫療能力的分級標準又是什麼？以下將分別說明。

撰文：林怡亭 諮詢對象：行政院衛生署醫事處處長石崇良

為了讓民衆在病痛時得到在地、及時、合宜的治療，政府推動醫療網計畫，配合健保分區將台灣地區劃分為台北區、北區、中區、南區、高屏區及東區等六區；另外，根據民衆的生活圈劃分成十七個醫療區，跨越縣市的行政界線，使醫療資源能夠均衡發展且有效整合。

緊急醫療網的重要性

儘管醫療網已經讓多數人得到應有的醫療照護，但對於某些特殊的疾病狀況，卻並非是每間醫院都有能力處理的。於是，在六大區域醫療網之外，衛生署針對特殊醫療外規畫了「緊急醫療網」及「精神醫療網」。其中，精神醫療網的規畫，是為了讓精神病患者能接受完整照護，特別是回歸社區照護為目標的「社區化」治療，而非將之送到特定的機構集中管理。

而「緊急醫療網」則是專門為處理急重症患者而建立的網絡，這類急重症患者能否得到最適切的治療，除了把握黃金急救時間外，醫院處理急重症的能力高低更是關鍵。舉例來說，腦中風一旦發作，就必須跟老天爺搶時間，尤其是缺血

性（梗塞性）腦中風患者，若能在發作後3小時內注射血栓溶解劑打通血管，未來留下神經學後遺症的情況將大不相同，然而注射這樣的藥劑，注射前必須做的相關診斷，及注射後的後續照護，卻非每間醫院都能進行，若是沒有在第一時間將患者送往合適的醫院，在轉診中極可能延誤了黃金治療時間。另外，急性心肌梗塞也具有類似的特色，患者如能在病發12小時內及時打通阻塞的血管，死亡機率及日後心臟衰竭的機率都能大幅降低。從這些例子均可看出緊急醫療網的必要性與重要性。

指定急救責任醫院 確保民衆就醫品質

衛生署醫事處處長石崇良說明，衛生署針對緊急醫療網的規畫，區分為兩個層次，其一為急救責任醫院的指定，在每一個次醫療區域內，都有指定的急救責任醫院與消防隊配合，緊急病患可在第一時間就近送到急救責任醫院接受緊急處置。在這項規畫之下，即使鄉下偏遠地區的每個次區域，也都有急救責任醫院提供24小時的急診醫療服務。

緊急醫療網的規劃，除了急救責任醫院的指定以外，還要評定每家急救責任醫院的緊急醫療處理能力達到何種程度，並予分級認定。針對特殊疾病患者之處理，例如需要開刀、止血治療的創傷患者，尤其是重大創傷患者之處理能力；腦中風、心肌梗塞等疾病的處理能力，均列入急救責任醫院分級的評定指標項目。另外，高危險分娩的處置能力，包括早產、孕婦本身有特殊疾病等，一般婦產科難以處理的範疇及兒童重症也納入評級項目。

根據上述疾病的處理能力可達到的程度，急救責任醫院劃分為重度級、中度級、一般級等三個等級，依照醫院提供之緊急醫療種類、人力設施、作業量能予以評定，如果醫院條件異動顯有影響其分級者，中央衛生主管機關就會重新評定。這個分級制度能保障某些特定疾病患者的就醫品質，即病人病發時並非送到距離最近的醫院，而是送至「最合宜」的醫院。

醫院品質提升 急重症患者生命有保障

急救責任醫院分級制度前於2006年至2008年底進行試辦，全國已被評定為重度級急救責任醫院共13家，中度級醫院則為95家。2009年在衛生署相關單位的推動下，急救責任醫院的分級工作將更往前邁進一大步。若有部分地區，其區域內均無合乎中度級以上標準之急救責任醫院，衛生署將指定幾家醫院進行輔導，使有意願的在地醫院，精進其緊急醫療處理能力與功能，以達醫療資源平衡之目標。

從前衡量急救責任醫院，常由「量」的概念出發，現在則著重「質」的提升，針對急救責任醫院對於疾病的處理能力，再經過由醫院分級認定後，將可了解全國各區急重症醫療資源的能力與分布情況，針對資源不足之處，再由中央投注資源與扶植。



● 指定急救責任醫院，更能確保急重症病患的生命。

而實施急救責任醫院分級制度後的成效，可由兩個層面觀察：一為觀察資源分布的平衡性。進行醫院分級評定後，各區域急救責任醫院的不足之處將會被凸顯，未來3年內要達成讓每個區域急救責任醫院資源與處理能力相當。第二則觀察急救責任醫院照護的特殊疾病，其死亡率或照護品質是否因而改善。在急救責任醫院分級制度上路後，特殊疾病的照護成效能否日漸提升，更是評估此項制度是否成功的重要指標。

另外，須提醒一般民衆的是，「醫院緊急醫療能力分級標準」之訂定，雖是為了讓民衆得到更完整、及時的醫療照護，但急救責任醫院的分級，係提供醫院轉診，以及協助消防局護送緊急病人就醫時之參考，不能簡化成民衆就醫時的唯一選擇。因為責任醫院是針對特殊疾病處理能力予以分級，若是民衆連一般病痛也要到中度級以上之責任醫院求診，反而可能造成醫院急診部門的壅塞與負荷過重，甚至影響其處理特殊疾病患者之能量。



止痛藥不是萬靈丹 一般止痛藥的使用安全

疼痛不只讓人不舒服，還會影響生活品質、睡眠以及情緒。有人是身體對傷害發出警訊，也有人則是身體的疼痛系統出了問題，導致慢性疼痛，所以使用止痛藥仍要在醫師指示下正確使用，才能有效避免「解藥」變「毒藥」！

撰文：邱宇文 諮詢對象：台北醫學大學附設醫院家庭醫學科醫師蘇千田、馬偕醫院麻醉科醫師林嘉祥

現代人生活步調快，很多人忙得沒時間看病，這使得取得方便、可以暫時解決問題的止痛藥，成了最暢銷的指示藥之一。不過，醫師表示，止痛藥並非萬靈丹，當使用方法與時機正確時，能帶來便利、提高生活品質，但錯誤使用時，可能錯失治療的黃金時機，甚至喪失寶貴生命。



● 市售藥品眾多，服用前必須詳讀說明書。

何時可以使用止痛藥？

台北醫學大學附設醫院家庭醫學科醫師蘇千田指出，民眾可以自行使用止痛藥的情況分為兩種，一是症狀發生原因熟悉可掌握，一是自我觀察下症狀輕微。

所謂的熟悉，

例如女性生理痛，有些女性每次月經來潮必定會有生理痛，經醫師診斷為單純的生理痛，只要服用止痛藥品就能解決疼痛狀況。當生理痛再度發生時，使用止痛藥能讓自己舒服，自無不可。又如，有些民眾下午習慣喝杯咖啡，不喝就會頭痛，若當下沒有時間出去買咖啡，藉由手邊的止痛藥來幫助自己度過這段疼痛期，也是可以接受的做法。

另外一個適合使用止痛藥的時機，就是疾病進展過程中的疼痛。例如，神經痛或是感冒剛開始尚未發展出症狀時的喉嚨痛等輕微疼痛，在可以自我觀察的情況下，為了解除症狀，也可以自行使用止痛藥。其意義在於改善生活品質，減少當下的疼痛。

不過，即便在一般人認為合適的狀況下自行使用止痛藥，蘇千田也提醒，要記得自我觀察疼痛是否有惡化的跡象，包括疼痛愈來愈強烈、疼痛部位擴大、疼痛的情況跟以往不同，或是伴隨著發燒、腫或其他症狀；像是頭痛伴隨著眼前有閃光、眼前有漂浮物等感覺，就不能繼續靠止痛藥，而需要進一步就醫確認狀況。

止痛藥的安全使用

一般來說，吃止痛藥無效時應該就醫治療，若出現吃藥不痛、停藥就痛的狀況，且持續時間超過24小時就應立即就醫，以免延誤治療。另一種不建議吃止痛藥的狀況則是胃痛。蘇干田指出，胃痛通常是因為胃酸造成，與其他發炎反應造成的疼痛不同，但部分止痛藥可能會造成胃壁的刺激，反而讓疼痛加劇，所以胃腸痛時不適合吃止痛藥，應該服用胃腸藥。

目前市面上常見的止痛藥幾乎都有共同的作用，就是抗發炎，但每一種抗發炎的劑量不一樣、針對的部位也不同，加上每個人對抗發炎藥品的反應不一樣，所以同樣的藥品，未必適合所有的疼痛，也並非每一個人都適用。所以，不要到處試藥，更不要服用沒有說明書、沒有包裝，或來路不明的止痛藥。

另外，在止痛之餘也要觀察身體有無其他變化，例如，有些止痛服用後藥有效，但身體會起紅疹，或雖然不痛了，眼睛卻腫起來。所以吃藥之後，應該休息、喝水，觀察身體的其他症狀。「人會疼痛是身體在說它生病了，該休息了。千萬不能吃完藥之後，又拚命工作，讓身體累積出更嚴重且不可逆的影響。」

值得注意的是，我國另一種特殊現象，就是感冒糖漿濫用的問題。由於取得容易、價格低廉，不少人出現頭痛、感冒等現象，就會習慣喝感冒糖漿來紓緩症狀，馬偕醫院麻醉科醫師林嘉祥表示，這類感冒藥水多為複方，部分產品除了止痛成分（阿司匹靈或乙醯氨酚）之外，尚含有咖啡因、可待因等成分。其中，可待因是一種半合成鴉片類物質，在體內會被代謝成嗎啡，雖然被核准使用於糖漿藥水的濃度很低，但當大量飲用時，除了止痛效果之外，還會有更嚴重的成癮危機。

林嘉祥表示，既然是頭痛，不如尋求醫療，



● 濫用止痛藥，可能對身體造成更大的危害。

使用有效的疼痛治療藥品。因這些複方藥水大量飲用時，內含的成分就可能進一步影響腎臟等功能，反而得不償失。

詳讀說明書 習慣使用者手術前要說明

蘇干田表示，藥品常見的副作用，或是酗酒習慣者不能併用等警語都會明列在說明書上，因此，使用止痛藥前，詳讀說明書也是必要動作。一旦出現不良反應，要趕緊就醫，到了醫院，別忘了告訴醫師先前服用止痛藥的名稱、劑量，以及使用頻率。

此外，市售部分止痛藥品具有抑制血小板功能，若經常性服用，或在排定手術前，因疼痛而使用止痛藥，都應該事前清楚告訴醫師，以免手術期間發生不必要的出血風險。若是情況允許，建議術前還是避免服用。



依循正確醫療管道 緩解慢性頑固性疼痛

疼痛不是病，發作起來卻很要命。疼痛是一種徵兆、一種警訊，疼痛來臨時，應該先找出引發疼痛的原因，並加以治療，但當病因本身無法去除或難以消除時，或病因是「虛擬、不存在的」時，疼痛本身就成為一種疾病。尤其當疼痛長期存在，對生活或工作造成干擾時，就應該請醫師協助，控制這惱人的「慢性頑固性疼痛」。

撰文：邱宇文 諮詢對象：三軍總醫院麻醉部醫師何善台、馬偕醫院麻醉科醫師林嘉祥

所謂「慢性頑固性疼痛」，係指其他藥物或治療仍無法緩解，而必須使用麻醉藥品止痛；衛生署為了照顧這類病人，讓這類病人能得到妥善治療，特別為「非癌症慢性頑固性疼痛病人」訂定「醫師為非癌症慢性頑固性疼痛病人長期處方成癮性麻醉藥品注意事項」，規定醫師應在使用其他藥物及方式控制疼痛無效後，始得考慮為該類病人長期處方使用成癮性麻醉藥品。而所謂「長期使用」，係指連續使用超過14日，或間歇使用於3個月內累計超過28日。

慢性頑固性疼痛 應該尋求疼痛控制

三軍總醫院麻醉部醫師何善台指出，面對疼痛，治本的方式原是去除造成疼痛的病因，但有部分疼痛難以找出病因，有些疾病縱使醫師能夠確定診斷，也不一定能夠治癒，去除疼痛。當疼痛干擾到正常生活時，就應該尋求疼痛控制。

以俗稱皮蛇的帶狀皰疹為例，這種疾病是因為潛伏脊髓神經節的水痘病毒，趁著年齡老化、身體出現病變或免疫系統功能降低時再次活化，

● 一旦發生疼痛情況，應儘早就醫。

造成神經的破壞、發炎。患部癒合後，仍有約一到二成的病患會持續出現神經痛，症狀嚴重者連穿衣服或是輕微碰觸，也可能引發劇烈疼痛，進而影響生活品質及睡眠。此時皰疹已經癒合，面對神經性疼痛，即需要做疼痛控制。除了帶狀皰疹造成的神經痛，何善台指出，其他如脊髓或神經損傷、下背痛、慢性胰臟炎等，或是大面積燒燙傷患者，都可能出現這類難以針對病因解決，需要直接面對疼痛症狀著手治療的慢性頑固性疼痛。

除此之外，還有一些原本的疼痛原因已經消失，但由於大腦還存在疼痛的記憶，致使患者仍然持續感到疼痛，馬偕醫院麻醉科醫師林嘉祥表示，「幻肢痛」即是一例。臨床上一些因為意外傷害、糖尿病或是蜂窩性組織炎等原因截肢的患



者，明明膝蓋以下都已經截肢，但患者可能感覺腳底還在痛。這個時候若能排除是心理因素所致，確定病人是真正感受疼痛的話，醫師所需要的就是治療患者的疼痛。

林嘉祥解釋，這種幻肢痛的情形，就如火災警鈴壞掉了，明明火已經熄滅，但警報器卻仍然不停的響，當這種響聲吵得人難以安寧時，亦即疼痛已嚴重干擾生活起居，自然不能放任不管。

專業控制 不需憂心成癮

醫師在治療疼痛前，首先要做的就是評估患者的疼痛。何善台指出，如同血壓有高低，疼痛也有程度的差異，想知道血壓高低，可以量血壓，想要知道疼痛的嚴重程度，則要打疼痛分數，把不痛當成零分，痛到不能忍受為十分，在五分之上的疼痛就是有意義的痛，顯示已經干擾到患者的生活。

慢性頑固性疼痛患者疼痛分數多半已經超過中度以上的疼痛，介於七分到十分之間，雖然疼痛的耐受性因人而異，疼痛症狀也不會致命，但對患者來說，這種程度的疼痛不但是長期的精神折磨，導致日常生活作息紊亂，無法進行正常的社交活動，難以維持正常工作，甚至還會因為疼痛症狀，進一步導致患者出現憂鬱、焦慮、失眠等症狀。一般輕微的疼痛，或許使用市售的止痛藥就有緩解作用，不過對於這類疼痛，鴉片類止痛藥仍是目前醫藥上最有用的，但很多患者卻因為對這類藥物有顧忌，仍然在慢性疼痛中飽受折磨。

使用嗎啡控制疼痛 須經多科專家會診

何善台推估，國內至少有5,000名慢性頑固性疼痛患者。衛生署登記資料顯示，國內目前約500人屬於慢性頑固性疼痛患者，必須定期就醫，使用嗎啡止痛。其實只要遵照醫囑正確用藥，藥品

成癮的機率極微。

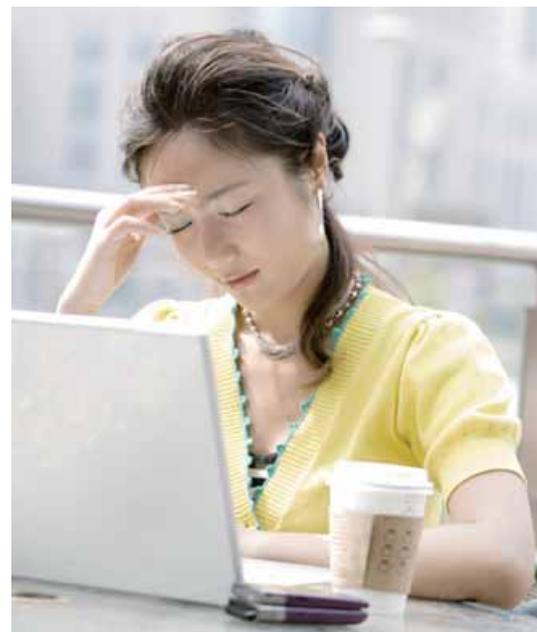
林嘉祥特別說明，需要使用者到嗎啡類藥物進行疼痛控制者，除了主治醫師診斷評估外，還會會診精神科，確定患者有無成癮的人格特質，經過評估若無問題，還需經過多科專家會診，確認有無其

他更好的治療方式。醫師在開處方時，通常只會開2週到1個月的處方，讓患者在固定時間回診。然後每3到6個月，重新召集專家評估，看是否需調整藥物、減輕劑量或是否有新的儀器或是藥物可以幫助患者。

疼痛治療藥物其實也不是只有嗎啡，例如抗癲癇藥也常被使用為疼痛治療的輔助藥物，降低受傷神經不正常放電或神經元的過度活化，有效抑制疼痛神經傳導；一些具有鬆弛肌肉功能的藥物，有時候會做為處方；另外，抗焦慮藥物也可以透過不同受體，抑制疼痛。

除此之外，經皮電刺激術，或是脊膜外阻斷麻醉、神經阻斷術切除神經等外科手術，也都可以達到患者減緩疼痛的目的。

何善台表示，嗎啡用於正統醫療時就是藥，即使最後需要長期甚至一輩子使用，就如同高血壓必須終生服藥控制一樣。既然適度使用即能讓患者恢復正常的生活機能、工作能力、提高生活品質，醫師呼籲疼痛患者別再諱疾忌醫，應該依循正確的醫療管道終止疼痛。



● 慢性頑固性疼痛，將導致患者產生憂鬱、焦慮和失眠的症狀。

擺脫藥癮 面向光明 治療鴉片類藥癮患者

在台灣，約有6到8萬人受到海洛因藥癮所困，在藥物的作用下無法正常工作，甚至鋌而走險，為獲得藥物而犯罪，也與家人關係破裂。過去，這些人多半僅能不斷地進出勒戒所、監獄；直到政府引進美沙冬替代療法，讓鴉片類藥癮者擁有一個全新的治療選擇。

撰文：邱宇文 諮詢對象：衛生署署立桃園療養院院長陳快樂、衛生署署立草屯療養院成癮治療科主任林滄耀、台北市立聯合醫院松德院區成癮防治科主任宋連文

美沙冬是一種類似海洛因的口服管制藥品，雖然也具有「成癮性」，但由於半衰期長，一天服用一次就可以維持正常生活；不像海洛因，只要幾個小時不用就出現打冷顫、腹瀉、呵欠連連、焦慮不安、流鼻水，或是全身蟲鑽感等戒斷症狀。因此，對於海洛因成癮者來說，每天服用美沙冬成為脫離海洛因的一種有效治療方式。

鴉片類藥癮治療現況

衛生署署立桃園療養院是全國第一家開辦美沙冬替代療法的醫院，衛生署署立桃園療養院院長陳快樂說，過去鴉片類藥物成癮者多被當作犯人對待，抓到後就關起來。藥癮者在與外界隔絕期間，雖然能暫時脫離海洛因等藥物，但獲得自由後，因腦中的渴望仍在，再次使用藥物的比例往往非常高。直到2005年政府辦理毒癮愛滋減害計畫，將國外施行多年的美沙冬替代療法引進後，這類藥癮者，才有了新的治療模式。目前每天約有11,000人，在全台多處精神科醫院或門診接受美沙冬治療。

外界對於美沙冬替代療法，常常存有「小毒換大毒」的偏見，認為必須終生使用，其藥癮並未獲得治癒。陳快樂則表示，美沙冬不見得一定要終生使用，根據該院的臨床經驗，確實有人藉由每天一次的美沙冬替代療法脫離海洛因，恢復生活機能與工作能力，然後在醫師的指導下，逐漸減量，最後連美沙冬都不再需要，所以並非所有仰賴這種治療方式的人，就代表其一輩子不能脫離美沙冬。不過，陳快樂也不諱言，美沙冬確實無法帶給使用者如海洛因般的快感，也因此使用替代療法的藥癮者當中，有人因為口袋有了錢，就又要去買海洛因；也有人因為在工作或家庭中遭到挫折，而再度落入海洛因的世界。但至少對於犯罪率的降低，確實有明顯效果；此外，藥癮者可能合併的憂鬱、失眠，或是靜脈注射可能造成的B肝、C肝炎感染等，也都能在收案評估時，合併進行檢驗、治療。

完整評估 治療成功的關鍵

衛生署署立草屯療養院成癮治療科主任林滄耀則認為，初診時的完整評估，是治療成功與否

的關鍵要素，務必要確認患者接受治療的動機與想法，與現有治療方式所能提供的是否一致。例如有些個案以為只要一、兩個星期就可以結束療程，這類患者如果收案，就很容易治療失敗。

此外，剛開始接受替代療法者通常會有一段過渡期或是適應期，加上這個藥物具有鎮定作用，約有三到四成的初次使用者會有想睡的感覺。因此除了每日領藥喝藥之外，建議仍應先維持每週醫師門診一次，並在前3到4次門診，針對使用後的副作用以及想法溝通。若患者能夠繼續留下來接受替代療法，待其生理狀態、出席率，以及醫病關係穩定後，雖然每天仍需到院喝藥，但1個月僅需安排醫師門診一次即可。

值得注意的是，患者若在使用美沙冬替代治療期間，合併使用海洛因、酗酒或是其他安眠鎮靜藥物，則可能會造成嚴重的呼吸抑制危機。因此領藥時，給藥人員一定要留心患者，觀察其有無眼球放大（使用海洛因）、宿醉等情況。

個案管理員 追蹤患者服藥

除了醫師的門診治療，及社工、心理、藥事、護理等專業人員的評估觀察，美沙冬替代療法進行期間，個案管理員對患者服藥狀況的追蹤，也非常重要。林滄耀說，除了剛開始用藥的個案，必須每天追蹤之外，由於部分患者喝一次效果可以持續到2天，因此，若患者超過3天沒有出現，個案管理員就應聯繫追蹤。

林滄耀並指出，毒癮者工作不順利，多半並非功能退化，而是因為無法規律生活，無法像平常人一樣按時上班、依規定工作。所以，草屯療養院將給藥時間提早到上午7點15分，使用者可先藉由治療恢復生活規律，脫離海洛因之後，如果順利找到工作，也能每天到院喝完藥再去上班。

雖然目前已經有11,000人使用美沙冬替代療法，不過台北市立聯合醫院松德院區成癮防治科

主任束連文認為，替代療法仍有值得改進的地方，首先就是觀念。

目前我國並未將替代療法患者真正當「病人看待」，例如必須在固定地點服藥，造成使用者的生活不便。另外服藥費用也是一個問題，所需的醫療費用或是調劑費用，對於病人來說仍是一筆不小的負擔。

更值得正視的問題是，當患者在治療期間，因為受不了誘惑而再度使用海洛因，一旦遭到逮捕，則須入監服刑，反而中斷治療。因此，未來在加強鴉片類藥癮患者治療照護時，除須在臨床部分著墨之外，單行法及治療準則的制定確有其必要性。



美沙冬介紹



- ◎ **醫療用途**：鎮痛、戒癮治療。
- ◎ **來源**：由鴉片合成。
- ◎ **濫用危害**：嗜睡、噁心、嘔吐、呼吸抑制、便秘、尿滯留、瞳孔縮小。

美沙冬為口服液劑，屬於第二級管制藥品，是一種類似麻醉藥嗎啡的合成鴉片致效劑，有止痛、鎮咳作用，戒斷症狀與嗎啡相似，只是產生較慢、程度較輕，持續時間較長。近年來因毒癮感染愛滋人數暴增，衛生署特地引進該替代性戒癮藥物，實施減害計畫。



- ◎ **戒斷症狀**：打呵欠、盜汗、流眼淚、流鼻水、皮膚起疙瘩、失眠、焦慮不安、易怒、發抖、嘔吐、腹痛、肌肉痙攣、皮膚蟲蟻感。

資料來源：醫事處、管制藥品管制局

公共衛生風險事務管控研討會 經驗分享 面對挑戰

近年來台灣歷經921地震、SARS、三聚氰胺等事件，今年下半年又面臨莫拉克風災、新型流感的侵襲，面對種種的挑戰，衛生單位在進行健康傳播和危機處理時，在考驗著主管單位及執法者的智慧。

撰文：吳佩芬

在8月11日及12日於國家圖書館國際會議廳舉行的「公共衛生風險事務管控研討會」中，來自美國的學者專家以過去處理食品、傳染病、人為或天然災害、甚至是恐怖攻擊所引起的公共衛生事件，和台灣的衛生單位工作人員分享經驗。

風險管理 首重確認風險

衛生署前副署長宋晏仁表示，風險除可能來自於天然災害如水災、地震；新科技的發展如基因改造食物；傳染病如SARS；全球化問題如全球暖化也是風險，世界上充滿著各種風險。風險管理包含有效地確認風險，以及如何將風險所造成的負面效應降到最低。

例如新型流感，在風險管控方面，必須確定管控的目標，遏止疫情的擴散，減少傷害，並儘速讓整個社會復原。因此，首要收集流行病學的相關資料，諮詢專家學者的意見，評估可能的衝擊，再擬訂因應策略及成立溝通協調的機制。衛生署疾病管制局從今年4月起，就已經開始著手收集全球新型流感的疫情資料。依據過去的流感資料分析指出，新型流感有可能會造成國內醫療體



● 公共衛生風險事務管控研討會與會嘉賓合照。

系的重大負荷、經濟的損失與社會的崩解，以及人際間信任感的喪失。因此，新型流感對於整個國家來說，是個很重大的風險。

制定策略 降低風險

美國公共衛生協會執行長喬治斯班哲明（Georges C Benjamin）指出，當全球擔心禽流感可能會帶來的損害時，2009年4月居然出現一種新

型流行性感冒病毒H1N1，並造成全球性的感冒大流行。喬治斯班哲明民從公衛的角度來說，當風險出現時，要先訂定目標策略，選擇適當的照護措施，減少死亡及受害者的數目。其次，在保護人民自主權的前提下，以不擾民、限制最低的方式達到控制疫情擴散的目的；接下來，儘量減少流行病對於經濟穩定性的衝擊，並降低患者對社區的影響，也避免某些人被貼上標籤而被排擠；另外就是要讓社區或是受害者有能力重建、重新站起來。

美國疾病管制局前局長茱麗葛伯汀（Julie Louise Gerberding），以及多位與會的國內外衛生官員都認為，人民對於健康零風險的高度期待是不可能達成的，但經由衛生單位的努力，是可以把風險降到最低。在政府單位和民間溝通時，媒體是一個很好的媒介，政府單位應和媒體進行有效的溝通。

政府、媒體、民間 三方溝通

美國阿肯薩州衛生署長保羅哈佛遜（Paul Halverson）表示，以美國的經驗，傳播媒體對於新型流感疫情的訊息傳遞甚至比官方還快，因此疾病管制局、公衛團體應和媒體保持聯繫，甚至在危機發生前就要建立良好的溝通管道。而建立良好的溝通管道的前提是，先找到具有可信度、長久性的公衛人士，在危機發生時，能把複雜的概念，用簡單、簡短、正確的文字語言傳達出來，另外政府各個部門在提供數據資料、發布數據的時間點上，應該要一致。

保羅哈佛遜建議，面臨風險時，政府部門應給民眾足夠的資訊；在進行衛教宣導時，要有具體的指示，比如說，在新型流感流行期間，咳嗽時要記得用紙巾遮住嘴巴、要多洗手、減少不必要的外出。由於部分民眾對於接收新資訊的能力有限，政府單位在提供訊息的難易度應加以考量，文字的描述應淺顯易懂，儘量少用專業的術

語。其次，在提供訊息時不能一次給太多，最多只能給3個概念，如果超過3個以上的重點，最好能分組，然後依重要性的先後說明，最重要的先說，多數民眾在接觸到訊息後，要花一段時間才能吸收。

網路是最熱門的溝通管道

美國食品藥物管理局食品安全處前處長路易斯卡爾森（Louis J. Carson）則以近年在美國發生袋裝菠菜受大腸桿菌污染案件、花生醬沙門氏菌污染為例，說明在訊息的傳遞方面，除了傳統電視及平面媒體，也運用了時下最熱門的網路媒體進行訊息的傳遞。美國食品藥物管理局從社交網絡如Blog、Twitter、Facebook、YouTube、MySpace、Plurk等網頁上發布訊息，並在各種利益團體如公會、食品安全協會、各州國會、原住民保留區、消費者團體、貿易組織等網站上公告訊息，也傳送電子郵件到各個團體如女性健康季刊雜誌、健康專業期刊等，有些網站每天瀏覽人次多達萬人以上，可以將訊息很快地傳遞出去。

零風險不可能 須強化組織韌性

其實，台灣和美國衛生單位這幾年碰到的風險都很相似，如風災可能會引發的傳染病、全球化所引起的食品安全問題、新興傳染病等，面對消費者的零風險要求，茱麗葛伯汀提醒，政府單位對於風險管理的要求，不應只是降低風險而已，還要提高組織的韌性，先自省，提高自身的能力；了解社會的變化，也讓自己被社會所了解，並以開放的態度接受別人的批評，最後連接媒體，讓民眾可以介入其中，參與風險的管控。

在美國疾病管制局中，茱麗葛伯汀學到最重要的一點，就是不管多嚴重的災害，一定要找各界利害關係人士來討論、檢討；正因為經歷許多的災難事件，組織的韌性也將變得更強韌。

手部衛生 預防院內感染最大關鍵

醫院是照護病人的機構，倘若發生院內感染，不但加重病人的身心痛苦，延長住院時間，增加醫療成本，甚至也可能引發糾紛而致損及醫院的聲譽。

撰文：吳佩芬 諮詢對象：衛生署疾病管制局第五組組長顏哲傑

院內感染是指病人於住院期間，因為各種醫療處置行為而感染到病原體之事件。由此觀之，院內感染的來源可能是照顧病人的工作人員、訪客、沒有消毒乾淨的醫療器材與設備、不清潔衛生的醫療照護環境，也可能是來自於病人身體部位如皮膚、口、鼻等已存在的病原體所引起的感染。

SARS殷鑑不遠 高度警戒

衛生署疾病管制局第五組組長顏哲傑表示，這幾年最為人熟知的院內感染案例，就是2003年4月SARS疫情爆發時和平醫院的院內感染事件，造成了86名醫師、醫護人員以及住院病人感染，甚至死亡。1995年亦曾爆發台北榮民總醫院瘧疾院內感染事件，引起衛生署的關注。從那個時候起，每年的醫院評鑑項目中便加重關於院內感染的比重，希望藉由醫院評鑑的督導，提升各醫療院所對院內感染的重視與貫徹，讓民眾安心就醫，也可以降低醫療成本。

依據世界衛生組織的統計，已開發國家有收治急性住院病人的醫院，其院內感染發生率為5~10%，如果以5%來計算，台灣每年出現院內感

染的人數多達85,000多人。美國疾病管制局的報告也指出，美國每年發生170萬名院內感染病患中，有99,000名病患會因院內感染而死亡。推估國內每年有5,000起死亡與院內感染相關的因素。



● 衛生署推行手部衛生運動，希望能預防院內感染的發生。

預防院內感染 降低醫療成本

顏哲傑指出，國內一家醫學中心曾針對該院的加護中心病房進行調查發現，當病人因院內感染而多待加護病房一天，醫療成本將多增加新台幣12,000元，如果加護病房可以成功預防院內感染的發生，則每年可以節省新台幣2,300萬元，換言之，若有院內感染發生，也就是病人須延長住

院的時間，醫院將會因為占床而影響其他病人診療的機會。依據世界衛生組織的統計，出現院內感染的住院病人延長住院天數平均為20天。

院內感染控制監視系統 醫院警報器

為了有效管控各醫院出現院內感染的情況，衛生署不但在每年的醫院評鑑中將院內感染列為考核的重點，疾病管制局也於2007年建置台灣院內感染控制監視系統提供醫院通報，到2008年時，已有330家醫院會定期進行個案通報，目前已有70多家醫院可以透過防疫資訊交換中心之平台通報資料。一旦疾管局經由監視系統發現某菌株個案數愈來愈多，醫療機構或衛生單位就會發出警訊，並提供臨床醫師用藥上的參考，進行專業上的處置，健保局也會在醫療給付的審議上，進行了解各醫療院所使用抗生素的情況。

顏哲傑表示，依據2007年的監視系統資料顯示，該年加護病房常見的院內感染菌株為綠膿桿菌、鮑氏不動桿菌、大腸桿菌、克雷白氏肺炎桿菌、金黃色葡萄球菌及白色念珠菌。出現院內感染最憂心的是抗藥性菌株的出現，會讓疾病的治療雪上加霜，常見的四種抗藥性菌株有：抗青黴素金黃色葡萄球菌、抗碳青黴烯類抗生素鮑氏不動桿菌、抗碳青黴烯類抗生素綠膿桿菌、抗萬古黴素腸球菌，其中以鮑氏不動桿菌及腸球菌的抗藥性問題，有愈來愈嚴重的趨勢。這有待臨床醫

師們一起努力，以免將來發生無藥可醫的窘境。

落實手部衛生文化 守護您我他

為降低院內感染的發生，疾病管制局從2009年起，打算花3年的時間推行手部衛生運動。手部衛生看似容易，執行起來卻有一定程度的困難，因為它是一種行為的改變，習慣的建立，希望將手部衛生變成一種醫院的內部文化。過去瑞士日內瓦醫院曾推動手部衛生運動而有效降低院內感染率，這些醫院推行手部衛生所花費的成本不到院內感染所消耗成本的1%；美國疾管局感控專家也指出，洗手是預防醫療機構內病菌散播和抗生素抗藥性的重要方法，如果醫療院所內工作人員可以確實洗手，將有助降低院內感染的發生。

因此，衛生署打算在2009年10月評選出3家醫學中心，規劃建置手部衛生示範中心，做為各醫療院所標竿學習的對象。

顏哲傑亦表示，要形成醫院的內部文化，民衆的參與不可少。爾後，民衆到醫院就醫時，可以了解醫療人員手部衛生執行的情況，也能提醒醫療人員，如此不但可以增加民衆的參與率，也能讓病人在就醫時對醫療品質較有信賴感，一來保障病人自身的就醫權益，二來又可以降低醫病間的緊張感。



世界衛生組織對醫護人員推行手部衛生的建議

五個洗手時機

- 1.接觸病人前
- 2.接觸病人血液、體液後
- 3.執行無菌技術前
- 4.接觸病人後
- 5.接觸病人環境後，如病床、病床旁的桌子

註：手部衛生的執行方式可分為使用酒精性乾洗手液與使用肥皂或抗菌皂洗手兩種。醫護人員因為每天工作中需要洗手的機會相當頻繁，世界衛生組織指出醫護人員如果雙手沒有明顯的髒汙，使用酒精性乾洗手液比肥皂、抗菌皂、清水洗手所花費的時間短、消除病菌的消毒效果佳、攜帶方便。

資料來源：疾病管制局

電子病歷全都露 跨院就診 少重複檢查

全球先進國家推動實施電子病歷已是時勢所趨，衛生署也順應此趨勢，正積極推動電子病歷；未來民眾到任何醫療院所就診，都可以看到完整的病歷，不但可以避免重複檢驗檢查、用藥，也可以免除等候檢查結果、等候調閱病歷的時間。

撰文：張甄芳 諮詢對象：衛生署資訊中心參事徐嫦娥

為提升醫療品質，讓民眾看病更便利，衛生署正積極推動電子病歷，希望民眾未來無論是上醫院看病、轉診，甚至出國洽公或旅行因故需要就醫時，可以從電子病歷中得到個人病史、檢查數據，同時過去做過的檢查如X光片、電腦斷層、超音波等影像檢查資料，也都可以一併查閱。

衛生署資訊中心徐嫦娥參事表示，電子病歷是將傳統的紙本病歷、X光片、處方箋等，以電子化方式製作後加註電子簽章，同時將個人健康

狀態的資料透過電子病歷系統儲存至資料庫，並提供經合法授權的使用者存取、查詢、決策、分析、統計及交換等功能。所以電子病歷也包含了許多不同的資料格式，如：文字、數字、圖片、影像、聲音、生理訊號……等。

病歷電子化 改變醫療行為

徐嫦娥指出，電子病歷的推動將對醫療行為產生極大的改變，同時對民眾、醫療院所和社會皆有相當的益處。以病人而言，當病人在不同醫院就診或進行轉診時，經常會做重複的診斷檢查（照X光、超音波、斷層掃描……等），而這些檢查往往需要花費許多時間進行掛號、預約及排隊等繁雜手續，不但浪費時間、金錢，有時候對病患的健康也造成影響。使用電子病歷後，病人及其家屬可跨院取得個人病歷，醫療人員可透過電子病歷系統查詢病人的就診紀錄及結果，可節省時間及相關檢查費用，也可避免醫生誤診或藥物誤用造成的生命危險。

對醫院而言，電子病歷可大幅減少調閱病歷等待的時間，醫護人員可透過電子病歷系統查詢病患之病史，減短看診時間及降低誤診機會，增



● 傳統紙本病歷保存極為耗費空間及人力。

加醫師看診效率。電子病歷具有多樣化顯示之彈性，可以透過不同形式，表現出病人的病徵，使醫師能更完整的判斷病症加以治療。另一方面，採用電子病歷可以節省紙本儲存空間，也能降低病歷管理人員的成本，並減少病歷輸入錯誤之機會，增加病歷之正確性及完整性。

對社會而言，有效利用電子病歷系統，也可大幅減少病患重複就診造成之給付成本，也可避免不必要用藥或重複領藥之情形，有效的利用醫療資源，加強對國人醫療照護資訊的了解，同時也提高醫療照護的品質及效率，以保護國人的生命安全。

擬訂策略 推動電子病歷

近10年來，隨著跨院就醫需求增加及重複檢驗檢查的情形普遍，電子病歷是全球醫界一致發展的方向，除歐美各先進國家加速朝此方向發展外，亞洲鄰近國家如新加坡投入3億美元，期望於2015年以前完成建置跨院際整合之全國健康紀錄系統；韓國在2010年以前政府及民間將共同投入11億美元，以達到於任何時間、地點均可以安全地使用電子病歷；澳洲於2009、2010及2012與2013年期間將投入1.355億澳元，期望建立一個跨

院際且安全的交換個人健康紀錄之環境。

我國亦已編列預算，在2010年將投入9.37億元，推動醫療院所實施電子病歷及互通，並將於後續年度編列預算持續進行相關推廣作業。未來3年內（2012年）推動全國80%醫院（400家）實施醫學影像及報告、檢驗檢查報告及用藥紀錄之電子病歷，並且至少60%醫院可院際互通，至2014年時能達成醫療院所全面實施電子病歷及病歷交換系統。

推動立法做好病歷管控 保障民衆隱私

不過，徐嫦娥強調，電子病歷與數位化後的醫療相關電子資料是無形、易複製、易查詢、易攜帶與交換的，因此資訊安全控管稍有不慎，其所帶來的災難，將遠高於傳統的紙本及人工作業。

因此，為加強電子病歷的安全機制，未來也將立法保障病患隱私權，並加強電子病歷的安全控制系統，利用電子簽章制度、使用權限控管，以及透過加強人員資訊安全能力及電子病歷稽核檢查機制，讓電子病歷更能符合民衆權益。



電子病歷與紙本病歷差異

類別	傳統紙本病歷	電子病歷
空間成本	地區醫院約需準備20-30坪空間放置病歷，每年還需增加5-10坪病歷存放空間。 以每坪10萬元計算，可節省空間成本至少200-300萬元。	數台電腦伺服器+儲存櫃，容量不足時僅需增購儲存櫃或硬碟。
人力成本	以門診量800-1,200人次/日，每日約需0.5-1個病歷管理人員整理病歷資料。 以病歷人員薪資2.5萬元/月估計，每年可節省人員成本15-20萬元，並節省時間成本。	醫事人員於病歷完成時，同時進行簽章、儲存及歸檔作業。
費用成本	需不斷購買印製病歷紙張、 需購買相關耗材（筆、碳粉或墨水）、 需購買X光片及沖洗耗材。 每月可減少耗材成本約1-2萬元。	初期建置成本較高，建置後可免除紙張、耗材等成本。

資料來源：資訊中心

讓資訊共享 就醫更方便 建置醫療影像交換中心

衛生署正積極建立推動醫療院所影像資料交換作業制度。未來民眾門診、住院轉院時，不必再帶著檢查影像（片）或報告到處奔波，也不需因為換醫院還得重複再做一次同樣的檢查。

撰文：張甄芳 諮詢對象：衛生署醫院管理委員會資訊組簡任秘書黃進興

如何提升國內民眾就醫品質，提供國人持續良好的醫療照護一直是衛生署努力目標，行政院於2009年4月30日通過衛生署所提健康照護升值白金方案，計畫2年內建立影像交換中心，就是希望國內公私立醫療院所能提供影像交換服務，讓民眾不論到哪裡就醫，都可以得到完整的醫療影像，以及報告資訊，避免重複攝影檢查的浪費，也減少民眾因接受檢查所需承擔的風險。

高價影像檢查 納入交換體系

衛生署醫院管理委員會資訊組簡任秘書黃進興表示，目前國內不論醫療環境或科技技術都已發展成熟，絕大多數的醫療院所已數位化、網路化，此時推動醫療影像的交換作業正是時機。目前醫管會也正規劃「全國影像交換中心」網站，建置相關法規遵循、計畫情境與流程等指引，包含交換內容、格式與標準，讓各醫院遵循，分享電腦斷層掃描、核磁共振影像等傳輸。

黃進興指出，初期規劃的影像交換資訊主要以電腦斷層掃描（Computer Tomography, CT）、核磁共振（Magnetic Resonance Imaging, MRI）、正子電腦斷層掃描（Positron Emission Tomography,

PET）為主，之後再評估檢討，陸續將其他影像檢查納入。未來，待此中心建置完成後，民眾於門診就醫時，若過去6個月曾接受過三項檢查時，健保卡連線後會於電腦上顯示「病患曾於6個月內做過CT、MRI、PET檢查」之提示畫面，讓醫師了解患者的就醫行為。

不論門診、住院、急診或轉診，只要醫師認為有必要了解其檢查內容時，可以在患者簽署同意書後，進行查詢、調閱病患最近6個月所做檢查之報告及影像縮圖，如果醫師有必要進一步查詢原始影像檔，也可以執行下載影像指令，影像交換中心即會自動傳送影像及報告至放射科或相關單位，由放射科專科醫師協助判讀。

此外，針對路倒病患或急診意識昏迷之病患，必要時可由法定代理人、配偶、親屬或關係人簽署，醫師也可以調閱影像檢查報告，協助快速診斷。

簡化轉診程序 就醫流程更便利

黃進興表示，若能順利跨院進行影像電子病歷傳輸，日後病患欲從A醫院轉至B醫院，只要病患簽署病歷傳輸同意書，透過VPN傳輸至醫管會

跨院影像電子病歷傳輸步驟



▶ 步驟 1

病患至醫院看門診，醫師插入醫師卡（HCA）及病患健保卡透過醫令系統登入影像交換中心系統

▶ 步驟 2

系統自動出現「該病患曾於近6個月內進行CT/MRI/PET檢查」提示

▶ 步驟 3

醫師可於系統畫面選擇列印同意書，請病患填寫同意書

▶ 步驟 6

放射單位接獲下載通知後，修改並確認病患基本資料，將他院影像或報告存至醫院影像擷取及傳輸系統（Physics and Astronomy Classification Scheme, PACS）

▶ 步驟 5

醫師認為需要進一步判讀原始影像，可點選影像下載，系統自動下載影像或報告至放射科或相關單位

▶ 步驟 4

醫師於同意書簽署視窗中點選「已簽署同意書」選項後，調閱報告或瀏覽縮圖

資料來源：醫院管理委員會資訊組

內影像交換中心，再自此傳送至B院看診即可，避免患者每跑一家醫院又得重複檢查，省去繁複的就診程序。

此外，如果全國影像交換中心成立後，衛生署也期待透過資源分享，減少無謂檢查，進而減少醫療資源浪費。統計發現，人口老化與癌症人數增加等原因，使得國人接受電腦斷層掃描、核磁共振體檢人數以10%的速度成長，光是1年就至少花費健保資源80億元。

在目前的就醫環境中，許多癌症等重症患者都會進行第二意見的醫療諮詢，常常患者轉至另一家醫院時，不同醫師會要求重做檢查，而醫學中心之影像檢查經常要等待1至2週才能安排到，在此過程中民眾要忍耐等候，身心都備受煎熬，同時一些檢查也要承擔輻射傷害的風險。未來，期待透過影像資訊交換可以讓醫師減少重複檢

查，節省醫療資源，也省去民眾苦等的痛苦。

電子簽章 交換權限控管 保護隱私權

至於民眾所擔心的病歷資料外洩等疑慮，黃進興表示，影像電子病歷在傳輸過程前，皆會以電子簽章審核驗證、存證；病歷於交換中心內，亦會進行資料庫加密，並訂定資料調閱、交換等權限控管，以確保民眾的隱私安全。

黃進興進一步表示，依照醫療影像交換中心目前的推動計畫，預訂在2010年開始，逐一將區域、醫學中心級以上112家醫療院所完全納入交換系統，至2011年時則希望全國醫療院所都能納入此系統，建構完整的影像交換傳輸資訊網，讓民眾不論到南、到北就醫都能有完整持續的醫療照護，讓民眾就醫品質能大幅提高。



減少負面衝擊 認識阿茲海默症

當長輩開始忘東忘西，有可能是老化的正常現象，但如果長輩慢慢地搞不清方向感，甚至疑神疑鬼時，有可能是罹患阿茲海默症的前兆。

撰文：張甄芳 諮詢對象：衛生署護理及健康照護處處長鄧素文

阿茲海默症（Alzheimer's Disease）是1906年由德國亞羅士·阿茲海默（Alois Alzheimer）醫師發現，因此以其名命名。其特性為兩種以上認知功能障礙，主要以記憶功能為主，並無意識障礙、屬進行性退化並具不可逆性；其腦部神經細胞受到破壞，大體解剖腦中可發現異常老年斑及神經纖維糾結，俗稱老年痴呆症，美國前總統雷根即罹患此症。衛生署護理及健康照護處處長鄧素文指出，隨著台灣步入老年社會，未來阿茲海默症對國人的衝擊與影響將愈來愈大，為減少相關負面效應，有必要及早認識阿茲海默症，加以防範與因應。

時空錯亂 阿茲海默症的早期症狀

阿茲海默症主要的早期病徵為明顯的記憶力衰退，對時間、地點和人物的辨認出現問題，同時隨著患者病情的進展，會逐步影響大腦全面性功能，並造成許多生活困擾。

舉例而言，在言語表達上也可能出現困擾，甚至會用其他說法取代簡單的用詞，例如「送信的人（郵差）」、「用來寫字的（筆）」等。

另外，阿茲海默症患者也會對時空產生錯

亂，不記得自己為何及如何到達某地，甚至會在自家周圍迷路，而且患者經常會有不適合氣候溫度的穿著，或是喪失正確判斷力，導致常常聽信成藥等推銷廣告而付出大量金錢、借錢給陌生人，或一次吃下1週的藥量等舉動。而且，患者的情緒轉變相當迅速，常常沒有理由的突然大哭或生氣罵人，也可能出現異於平常的行為，如沒有付錢就擅取商店裡的物品；並且疑心病重、口不擇言、過度外向、沉默寡言、失去自我克制能力、特別畏懼或依賴某個家庭成員等。

阿茲海默症強烈衝擊效應

鄧素文指出，阿茲海默症患者因為記憶力、人時地的定向感、判斷力、計算及抽象思考能力退化，使患者對處理日常生活事務的能力、家庭關係與人際關係都受到嚴重破壞，且影響層面不只是個人，連同親友都一起捲入失智症帶來的混亂中，讓家屬承受沉重照護負擔，甚至成為憂鬱症高危險群。此外，阿茲海默症也造成社會龐大的照護成本，2007年4月美國《阿茲海默症雜誌》的一篇研究報告指出，2005年全世界照護失智症患者的費用高達3,150億美元，超過新台幣10兆

元；再者，失智症患者的認知或行為問題也為生活的社區帶來許多風險，例如忘記關爐火造成火災，影響左鄰右舍身家安全，在銀行忘了自己提款而指控行員侵占存款等。

長照十年計畫 跨部會提供全面照護

鄧素文表示，目前還有許多民眾對阿茲海默症不甚了解，以致對家屬罹患阿茲海默症之後出現一些怪異行為而痛苦不已，導致雙方頻頻發生衝突，甚至造成其他家人或親友的誤解等，增加許多無謂的挫折與困擾。

為降低阿茲海默症對家庭、社會的衝擊，衛生署也積極規劃阿茲海默症的相關照護及宣導工作，鄧素文強調，對阿茲海默症老人相關政策規劃，是整體長期照顧體系不能忽略的一環。目前政府已由衛生署、內政部及教育部，依照醫療照顧、生活照顧及教育面向，以政府一體，職能分工之概念，就長期照顧管理機制、照顧服務體系發展、照顧人力培訓及所需之財源進行通盤規劃，於2007年4月3日核定「長照十年計畫」，期望營造一個符合多元化、社區化、普及化之長期



● 隨著台灣步入老年社會，阿茲海默症對國人的衝擊與影響將愈來愈大。

照顧機制。

此外，衛生署也積極辦理全台失智症宣導講座，讓民眾正確認識失智症，以達到「早期發現，早期治療」；同時，為緩解家庭照顧者的身心壓力與經濟負擔，使失智症患者在家裡能獲得妥適照顧，衛生署也推動暫托（喘息）服務，成立照顧者支持團體，提升家屬之照護能力，並給予精神上支持。衛生署委託醫護學（協）會與專業機構辦理相關計畫，針對長期照護機構及各醫院之醫師、護理、社工、心理師、職能治療師等相關醫療專業人員加強培訓，期能逐年培訓足夠優質專業照護人員，提升其有關失智症照護之專業知能，使患者和家屬享有良好醫療照護品質。🌟

阿茲海默症高危險群

- 1.65歲以上老人：**台灣失智症協會調查發現，65歲老人發生率大約為1~2%，而隨著年齡每增長5歲約增加一倍。
- 2.家族史：**研究發現，少數退化性失智症與基因遺傳有關，但並非所有帶有這些基因的人就一定會得失智症。
- 3.三高（高血壓、高膽固醇、高血糖）：**高血壓、糖尿病、心臟血管疾病、腦中風都會增加阿茲海默症的風險。研究顯示中年人血壓收縮壓>160mmHg且未治療者，發生阿茲海默症的風險為血壓正常者的2~3倍，但控制高血壓可以降低發生阿茲海默症的風險。
- 4.肥胖：**中年時期肥胖者（BMI≥30），其阿茲海默症發生的相對風險上升3倍，過重者（BMI介於25、30之間）升高2倍。
- 5.頭部外傷：**腦部曾經受到重創的人罹患阿茲海默症的風險是一般人的4倍以上。
- 6.抽菸：**抽菸者相對風險上升近2倍，而戒菸可降低風險。
- 7.憂鬱：**研究顯示其相對風險值約為無憂鬱病史者之2倍。
- 8.飲酒過量。**
- 9.受教育程度較低。**
- 10.有其他腦部退化性疾病，如巴金森氏症等。**

資料來源：護理及健康照護處

全國衛生保健績優志工表揚活動 貢獻己力 大愛無限

98年全國衛生保健績優志工暨團隊表揚頒獎典禮於8月28日舉行，共有400多名志工參選，69名志工及4隊志工團隊獲得肯定。

撰文：吳佩芬 諮詢對象：台南成功大學附設醫院志工陳郭秀、署立花蓮醫院志工鄧有才、林口長庚醫院志工黃奈美、周淑瑛、林口長庚醫院志工團

當 志工，是一個學習的機會，會讓人比過去更有愛心，比過去成長許多。不要認為自己人微言輕，只要貢獻自己的力量，就可以達到助人健康的目的。98年全國衛生保健績優志工暨團隊慈心獎評審委員代表柴松林在表揚活動現場講的這一席話，讓台下的志工代表心有所感。

此次活動共有400多名志工參選，其中台南成功大學附設醫院的陳郭秀獲得特殊貢獻獎、署立花蓮醫院的鄧有才獲得德馨獎，林口長庚醫院的黃奈美及周淑瑛分別獲得愛馨獎、善馨獎，林口長庚醫院獲衛生組的團隊獎。

用同理心 撫慰傷痛

1934年出生、獲得特殊貢獻獎的陳郭秀是台南亞帝飯店的董事長。她從62歲、另一半過世之後，就一直在成大醫院擔任志工。和丈夫結縭40年，兩人感情很好，先生過世後，陳郭秀因為哀傷過度，茶飯不思、足不出戶，後來在朋友介紹下，到成大志工台擔任日語翻譯，才慢慢走出悲傷。

10年前，陳郭秀聽到趙可式博士的演講，決心要到安寧病房服務，最近還主動到成大護理系



● 慈心滿滿的志工，齊聚98年全國衛生保健績優志工暨團隊表揚大會。

修習心理學和安寧照顧的課程，陳郭秀說：「在這一週幫這些病人洗澡、按摩，等到下一週這些病人可能就不見了，換了一批新病人了。安寧病房中的病人有的人不到50歲，卻要面臨死亡的威脅。」由此，陳郭秀感謝上天給她健康的身體，在面對即將謝世的病人，都能以同理心來安慰病人，讓他們很有尊嚴地安心離開。

高齡志工 助人健康

今年高齡93歲的鄧有才和91歲的妻子穿著阿美族的傳統服裝，在會場上載歌載舞，他們的兩

位兒子則陪在一旁。大兒子說：「父親從鐵路局退休後，每天到署立花蓮醫院及花蓮鐵路局教健康操、土風舞及協助旅客。」

鄧有才到署立花蓮醫院擔任志工服務已經有13年了，年近百歲的他表示，今天能保持健康的身体，是因為身體多動。而且除了在花蓮醫院除了協助病歷表的發送外，每週一、二早上，鄧有才還會到署立花蓮醫院教員工、病患做健康操。

親善志工 擇善堅持

擔任林口長庚醫院志工團隊長的黃奈美有「電梯阿婆」的稱號，現年69歲的黃奈美說，林口長庚醫院門診量很大，每次電梯一來，大家爭先恐後地往裡擠，很容易發生紛爭及意外，所以每個電梯口設有親善志工幫忙，可以讓身體不方便、坐輪椅的病人優先搭電梯。

此外，黃奈美每星期三都會和志工探視獨居長者，印象最深刻的一次，是有一天早上到一位獨居老先生的住家，發現老先生躺在地上，不醒人事，雖然緊急叫救護車送醫，卻已經回天乏術，讓她感到很難過。

在林口長庚服務7年，值班時間之外，只要志工團有需要，黃美奈總是第一個報到，並且每週固定到林口鄉下福村幫老人量血壓、聊天。獲得愛馨獎的黃奈美表示，她將持續秉持主動的精神，繼續服務病人。

選擇寬恕 走入人群

林口長庚醫院另一名獲獎者是善馨獎的周淑瑛，1992年，她走在忠孝東路的行人道上被一位陌生的精神病患潑灑硫酸，造成皮膚嚴重灼傷、雙眼幾近失明。周淑瑛回憶，當時她眼前一片漆黑，那段日子經常在心吶喊著「讓我死吧」。

在醫院治療時，曾經因為在加護病房住院太久，精神狀況很不好，差一點得病，幸好在醫療



●98年全國衛生保健績優志工暨團隊表揚記者會上，得獎志工合照。（左起：衛生署企劃處副處長楊芝青、陳郭秀、鄧有才夫婦、周淑瑛、黃奈美、林口志工隊代表）

人員的幫助及家人的扶持下，周淑瑛才能走出陰霾，邁向新生活。

周淑瑛在林口長庚整形外科主治醫師楊瑞永及前眼科主任蔡呈芳的治療下，在短短兩年半的時間內接受28次開刀治療。因此，周淑瑛發願說，如果上天能讓她重見光明，她願意一輩子留在林口長庚醫院做志工、服務病人。

果然，周淑瑛的心願達成了，她回憶自己13年前到林口長庚擔任志工時，全身包得像木乃伊一樣，臉部和雙手都戴著彈性面罩及彈性繃帶。後來，因為精神科職能治療教室需要一位具有烘焙西點專長的人員，教日間留院病患製作糕點，周淑瑛義無反顧地教導病人，讓病患重拾信心，可以自食其力。周淑瑛說，每個人都是貴人，也是她學習的對象。

獲得團體獎的林口長庚志工團隊成立於1981年，共有689名志工。除了協助老人及身體殘障者搭乘電梯、領藥及協助其出、入院外，另外也以遊戲、說故事的方式，幫助病童降低對疾病治療上的恐懼，並且關懷社區中的獨居老人。在獲獎的同時，他們更發揮大愛，決定將獎金全額捐給八八水災的受害災民。



醫療無國界

盧道揚體會生命真義

在台灣看病有病歷是理所當然的事，但在非洲卻連簡單的病歷制度都沒有。盧道揚是衛生署駐非洲衛生專員，在決定自行開業之際，接受了衛生署的委派，轉往遙遠的非洲去行醫。面對不同的非洲文化，他說自以為是的方法根本無用，只有真心接納才有辦法幫助他們。

撰文：張甄芳 諮詢對象：衛生署駐非衛生代表盧道揚

投入非洲醫療3年多，走過非洲多個國家，日前莫拉克風災時衛生署駐非衛生代表盧道揚剛好回國，除了確認屏東的老家沒有嚴重的災情外，他也深感不同文化在面對天災時的心情竟如此不一樣。他說，在史瓦濟蘭高原山上，冬天寒冷，夏天卻有野火，可能隨時把唯一安身的房子燒掉，當地人不會怨天尤人，只當它是天上賜予的次序重整，為了得到更好的感謝上蒼，藉由禱告、唱歌、哭泣，紓解悲傷，然後再次重新面對人生。

不同的語言、宗教、文化，也反映出不同的醫療問題，回想在莫三比克義診經驗，盧道揚說，各國對非洲醫療付出相當大的成本，1年高達4,000~5,000億美元，然而事實的真相是，當幫助的人離開，只留下儀器，但當地人卻不會使用，一樣問題還是重複發生。

建立公衛制度 深耕當地醫療

如何才能給他們最真實的幫助？盧道揚覺得對當地的人來說，他們需要更美的醫療綠洲，就是深耕建立制度，讓當地醫療人員能委身投入，



● 盧道揚醫師代表衛生署於辛巴威舉辦捐贈儀式，並將霍亂藥物運至醫療中心，以協助辛國紓解嚴峻之公衛急難。

建立屬於自己的醫療能力。盧道揚表示，在台灣病歷制度是最基本的，但在非洲卻連建立病歷標準化都相當困難。在非洲有相當多愛滋病感染者，以史瓦濟蘭為例，近八成的住院患者是愛滋病感染者，然而這些患者的資料卻是一盤散沙，當地醫療單位沒有能力從中整合分析，自然無從找出問題，有效規劃預防工作。

台灣有良好的公衛制度，藉著台灣的經驗可以幫助非洲建立屬於自己的醫療，也能將投注的人力、物力發揮更深遠的效果，這是目前台灣在

非洲努力醫療外交的一部分。

醫療專業加外交 戰競全力以赴

除此之外，在國外的醫療團還有許多不為人知的深耕工作。盧道揚說，在馬拉威為第一夫人進行安寧醫療是一段難忘的日子。第一夫人罹患大腸直腸癌末期，全身有多處器官發生癌細胞轉移，在生前最後1個月，醫療團每天晚上偷偷進入官邸服侍。在當地沒有安寧醫療的概念，如何發揮醫療專業照顧夫人，又要能兼顧外交工作，每天都是挑戰，天天都戰戰兢兢，就怕總統不了解病情而誤以為醫療不得力。

盡心盡力的服侍總算沒有白費，最後夫人有尊嚴的離開，家屬們能彼此扶持面對悲傷，馬拉威總統更因此了解、肯定安寧照護，並要求國內推動，算是一次成功的外交。

生命的震撼 醫療的終極挑戰

雖然醫療外交辛苦，但在非洲最讓人震撼的莫過於生與死的短兵相接。盧道揚說，在馬拉威可能100萬名小朋友只有一位小兒科醫師，曾有一位10歲的小男孩自己抓魚吃，結果骨頭吞到肺部裡，造成嚴重肺炎，送到醫院已是呼吸窘困、發生敗血症，無法進行生化檢查、能幫忙的胸腔鏡檢查又遠在800公里外，而且會用的醫師人在國外。

沒有科技的幫助，接下來只能靠醫學院最基礎的教導，用眼耳口鼻來判斷。醫療團隊首先用藥穩定小男孩的病情，然後將抽痰管子改裝加壓，在麻醉之後將管子伸入氣

管，一次次將痰抽上來，終於把兩支魚骨頭抽出來，才使孩子呼吸平穩，但隔天小男孩腎臟異常，在無儀器檢驗下，只能靠心電圖打酸鹼平衡的藥物來治療。盧道揚說，那時感受到在眼前的不是一個病人，而是一個掙扎的生命。

回憶中，還有一次一位成人被雷打中，全身95%燒燙傷，燙傷程度達三、四級，全身僅存一小段血管可以打針，原本以為機會渺茫，但醫療團隊還是小心翼翼地為他打針，穩定他的酸鹼值，結果3天後病人竟然可以進食了，只是受傷的皮膚無法清創，最後只能為他安寧治療，前後撐了10天也突破存活紀錄。

醫療無國界 真感情真情義

從13歲起就在海外求學，走過台灣、新加坡、加拿大、美國、菲律賓、非洲數國。盧道揚經歷愈多，就愈深刻明白世界其實沒有國界，也感受到醫療是生命的工作。

盧道揚說，政治是硬的，但醫療是軟的，醫療外交容易深入人心，給予他人實質的幫助。他強調，在非洲從事衛生工作，最重要的是與當地人合作，本著對當地人民的尊重，才能與當地人建立真正的友誼。在我國與馬拉威斷交時，雖然各方壓力接踵而來，但當地一位酋長卻一路陪伴，甚至各國醫療團隊的朋友也在他們最後的工作中全力相挺，讓台灣在馬拉威的人員與資產可以順利運出，這種在患難時表現出的真情義，就是讓盧道揚在非洲持續奉獻熱情的動力。



● 行醫非洲多年，盧道揚深感醫療即生命的工作。



四大病因物質 食品中毒常見原因

據推估，食品中毒時可以追查到原因食品的比例大約是一成，尤其是小規模的食品中毒較不易找出問題食品。認識常見引起食品中毒的病菌、食品類型與症狀，是最能保障「食」的安全的方法。

撰文：林怡亭 諮詢對象：衛生署食品衛生處江大雄博士

造成食品中毒的物質，最常見的有四大類，這四大類統稱「病因物質」。

第一類：微生物類。成因多為細菌、病毒。通常是因食品來源不潔、儲存不當或食品處理過程受到微生物感染。

第二類：天然毒素。例如河豚因其種類和部位而有毒性強弱，中毒症狀主要為神經麻痺，嚴重時可能因呼吸麻痺而致死。另外有毒野菇則可能引起嘔吐、腹瀉、腹痛等症狀。若是大量食用，常引起急性中毒症狀，需要馬上就醫。

第三類：過敏物質。因食用不新鮮的魚所造成的過敏，會引起皮膚發癢、出疹子、面潮紅等症狀，就醫時可以透過施打抗組織胺之藥劑解除症狀。

第四類：化學物質。包含重金屬物質或農藥等，通常出現在誤用或人為下毒。曾經發生小吃店在煮湯時誤將放在冰箱上的農藥當成調味料倒入，導致客人食品中毒的意外。

常見的食品中毒症狀

典型的食品中毒症狀多為腸胃不適，包含噁心、嘔吐，刺痛、絞痛、悶痛或是陣痛的腹痛，一天腹瀉次數達3次（含）以上，多數是水

瀉。嚴重時也可能發燒，此外頭暈、發冷、食慾不振、四肢無力等也都是常有的症狀。

在微生物引起的食品中毒當中，可區分為嘔吐型、腹瀉型食品中毒，不同類型的食品常有不同的致病病菌。嘔吐型食品中毒屬於短潛伏期型，發作很快，例如含腸毒素的金黃色葡萄球菌，可能因手上有傷口、清潔習慣不佳或用餐時揉鼻子、摸臉而感染；仙人掌桿菌則常見於米飯、蔬菜類食材中。腹瀉型食品中毒的潛伏期中位數約十幾個小時，常見於海產類的腸炎弧菌、仙人掌桿菌腹瀉型同樣存在於米飯類食品中，另外常見於肉蛋類食品中的沙門氏菌，也容易因為食材處理過程不當受污染。

避免食品中毒守則



- 1.儘量選用熟食、避免食用來路不明的食品。
- 2.生食與熟食分開處理、貯存。
- 3.如廁後和進餐前需洗手，個人衛生習慣要注意。
- 4.外食族應選擇衛生良好的餐廳進食，若選擇攤販，應先觀察從業人員的衛生習慣、有無充足的水源供從業人員洗手及洗滌餐具。
- 5.不可食用未妥善加熱或冷藏的食品。
- 6.餐飲業員工應保持良好的衛生習慣：如廁後要用肥皂洗手，處理食品時要遵守衛生規定、戴口罩與帽子，手上不能配戴任何飾品。

資料來源：食品衛生處

問題Q

什麼是「砷」？ 吃進肚子對人有何影響？

撰文：林怡亭 諮詢對象：衛生署食品衛生處簡任技正許景鑫

日前市面上的油炸油被檢驗出含「砷」事件，引起民衆的恐慌，到底什麼是「砷」？此次油炸油的稽查結果又是如何？

A 砷在自然界分布極廣，在地殼、土壤、海水、河水、大氣與食物中，都可發現。自古以來砷常被使用於農業除蟲劑、除草劑、治療梅毒。常聽說的砒霜，就是三氧化二砷，為一種無機砷化合物。砷進入人體的途徑主要為飲水、食物。

砷可分為無機砷與有機砷兩大類，無機砷毒性強，而食物原料中存在的大多是有機砷，其對於哺乳動物不具毒性或致癌性，進入人體後也會被排出體外，只有極少量的有機砷，可能會在人體內轉變為無機砷。

根據各國研究調查資料顯示，不同地區、深海或養殖的魚介類含總砷量約為每公斤0.12~52毫克、米類平均約為0.15毫克、蔬菜為0.01毫克、水果則每公斤少於0.001毫克。世界衛生組織訂定人體對於無機砷的每週可容許攝入量為每公斤0.015毫克，這是指人終其一生，以每公斤體重計算，每週攝取無機砷的總量在此範圍內，對人體健康並不會造成危害。

落實源頭管理和自主管理

衛生署對食品衛生管理二大原則是：食物的源頭管理與業者的自主管理。此次針對產品源頭部分，抽查市面上可購買得到的食用油脂共51

家，檢驗是否符合食用油脂衛生標準及酸價是否過高與含砷量，檢驗結果均符合標準且酸價皆正常、亦未含有砷。針對使用油炸油的業者自主管理部分，總稽查6571家，當中酸價試紙初篩過高業者有657家，不合格業者被要求立即換油，限期改善並實施復查，經再次復查之後全數合格，後續不定期稽查也符合標準，檢驗結果也均未含砷，衛生署採取以上措施，以確保食品安全，提供民衆安心的飲食環境。



衛生署對油脂安全的管理



- 明定有關油炸油使用相關規定。
- 廚師每年8小時的繼續教育中，加強辦理對油脂使用衛生講習。
- 強化地方衛生主管機關對餐飲業的稽查，並將油炸油管理列為衛生署對於地方衛生主管機關考核重點項目，以酸價超過2為換油基準，最終以油炸油之總極性物質含量達到25%以上做為處分依據。
- 要求各地方衛生局依食品良好衛生規範及公共飲食場所衛生管理辦法落實查核。

資料來源：食品衛生處

■ 因為有你在 慈心滿滿愛

衛生署舉辦第八屆「98年全國衛生保健績優志工暨團隊表揚活動【慈心獎】」，以「因為有你在 慈心滿滿愛」為活動表揚標語，表揚衛生保健志工的重要性。

此次表揚大會總計69名志工及4隊志工團隊獲得肯定；其中特殊績優貢獻獎1位，德馨獎21位，愛馨獎24位，善馨獎23位；團隊計有4隊獲獎。衛生署於8月26日舉行記者會，邀請高齡92歲的老爺爺及企業董事長等獲獎代表現身說法，分享擔任志工的心路歷程。頒獎典禮於8月28日假中油大樓舉辦。

有董事長志工美譽的陳郭秀女士，是今年唯一的特殊績優貢獻獎得主。另外，還有高齡93歲的鄧有才志工，以及歷經人生大難再度迎

向光明的周淑瑛女士也得到褒揚；林口長庚紀念醫院志工團隊則以健全的志工組織和完備服務規模獲得績優團隊獎殊榮。隊員人數高達689位，年齡層遍及老中青三代。不論是個人或團隊，這些志工們的熱誠及精神，義行義舉值得表揚。



● 第八屆慈心獎得獎志工，其付出助人的精神，值得眾人學習。

■ 健康樂活動起來 移動的健康森林

為使中老年族群注重健康，國民健康局於98年8月11日至10月11日，假國立科學工藝博物館6樓長廊，舉辦「移動的健康森林——健康體能宣導特展」。以寓教於樂方式，將健康與運動概念，透過圖像文字搭配遊戲互動，及各項巧思設計的活動，增進民衆從事體能活動動機，將運動融入日常生活中，營造動態生活。

本展覽內容包括：親近綠活森林，檢視健康狀況、多元健康體能知識樹林、森林體能冒險王、健康體能大挑戰、居家生活運動等五大區域，希望透過參觀的實際操作，民衆可測量健康狀況，了解健康體能概念，以及體驗身體活動帶來的好處。

台灣已邁入老年化社會，國民健康局期藉

由本次展覽推廣動態生活與健康體能，提升民衆對自我體能狀況認知，進而培養運動習慣，促進健康體能，減少退化性或慢性疾病的發生，提升生活品質，樂活健康動起來！



● 透過展覽及實際操作，讓民衆能親身體驗身體活動的好處。

■ 長期照護保險籌備小組成立 身體失能者有保障

我國正處人口快速老化階段，且正面臨少子女化之挑戰，傳統家庭成員互相照護的功能逐漸改變，未來失能者照護之成本，將會大幅增加，目前除弱勢家庭的長期照護服務有政府補助外，其餘均由個案或其家庭自行負擔，缺乏風險分擔及社會互助機制。為了未雨綢繆，政府決定推動長期照護保險，衛生署奉行政院核定成立長期照護保險籌備小組，於7月23日正式揭牌運作，期望能



讓失能者而需被照護者獲得完善照護，同時也可減輕個別家庭負擔。長期照護保險籌備小組首要之務係進行長期照護保險法草案之研擬，也同步展開相關籌辦工作。另一方面，衛生署

護理及健康照護處將協同相關部會，積極落實「我國長期照顧十年計畫」，持續發展長期照護之服務輸送及管理體系，俾為開辦長期照護保險奠定基礎。

- 長期照護籌備小組成立，期望能讓失能者得到更完善的照顧。

■ 因應莫拉克颱風 全力投入救災

98年8月6日至8日莫拉克颱風肆虐台灣南部，造成嚴重災情，衛生署署長楊志良於8月9日立即指示，中央健保局、疾病管制局聯合屏東縣衛生局人員，進入淹水地區訪視，確保民眾緊急就醫無礙、並立即規劃後續家戶衛生消毒等防疫需求。

災後衛生署緊急協調醫療人員及物資進入災區服務，使各醫院儘速恢復正常醫療服務，並確保民眾就醫無礙。另外也積極展開災後防疫及清消工作，對災區進行傳染病嚴密監控，防止疫情發生。並減輕災民繳交健保費負擔，免除門診（含急診）、住院病患自付之部分負擔費用及健保不給付之一般膳食費，使無力繳納健保費暨無錢就醫的災民就醫無障礙。

為提供災民心靈重建服務，衛生署也啓動災難心理衛生機制，包括設置安心專線（0800-788-995），提供受災民眾24小時免費心理諮商、諮詢服務，期能讓災民儘早走出哀傷，從心（重新）出發。



- 衛生署署長楊志良親赴醫院訪視受傷民眾，確保醫院儘速恢復正常醫療服務。

公共衛生風險事務管控研討會

衛生署於98年8月11~12日假國家圖書館國際會議廳辦理「公共衛生風險事務管控研討會」，邀請多位美國衛生官員與專家來台，進行實務及經驗交流。

今年討論的主題著重在公衛事件的風險管理，包括因應緊急事件之策略、影響、推估、協商、共識的呈現等議題。本次會議對於公共衛生的突發事件，例如過去SARS、三聚氰胺事件，及近來H1N1新型流感與莫拉克風災等，探討危機的處理及因應，除了靠專業技術解決外，如果在行政面向做好風險溝通，將更有效的降低風險與贏得人民的信任。

本次研討會係由杜克大學與衛生署共同主辦，邀請美國學者專家，會中由美方前任及現任衛生部門官員提出相關議題報告及經驗分

享，然後由我國衛生官員及學者回應。希望藉此經驗的分享與交流，增進衛生行政人員對於風險管控的能力，以期能更迅速、更有效率的因應公共衛生突發事件。



● 藉由國內外衛生官員及專家的經驗分享，以增進行政人員風險管控能力。

成立食品藥物管理局籌備處

食品、藥物及化妝品之安全與品質，攸關民眾生活及福祉甚鉅，是全民健康與公共衛生之重要指標。

衛生署為積極保護消費者健康，落實「民眾安全第一，消費者保護優先」、「食品藥物安全管理一元化」、「擴大民間參與，提升檢驗效能」、「加速生醫科技新藥上市」、「流程簡化、資訊透明、快速回應」等政策，特將食品衛生處、藥政處、藥物食品檢驗局及管制藥品管理局等四個單位加以整併，預定於99年1月1日成立「食品藥物管理局」。為落實規劃工作，特成立「食品藥物管理局籌備處」，將組織及業務整併結合，半年後正式成立運作。

邁向食品藥物管理新紀元

未來成立食品藥物管理局之後，民眾的食品與藥物安全將更有保障。從管理政策之整體規劃到相關措施之執行，縮短流程、效率提升，同時藉由食品藥物安全資訊的公開、透明及快速回應，讓所有消費者在食品及用藥的安全品質上，得到充分保障，實現健康人生。



● 為保護消費者健康，衛生署「食品藥物管理局籌備處」日前成立。

健康好書 悅讀健康

國民健康局辦理2009「健康好書 悅讀健康」徵選活動，於98年8月18日假國家圖書館舉辦頒獎典禮，針對癌症防治與菸害防制、心理健康促進、健康飲食及保健、其他（如：罕見疾病）等四項健康議題與兒童及青少年、婦女及中老年三個閱讀族群，總計92本獲推薦為年度健康好書。

兒童又愛又怕的鬼故事，可以成為兒童及青少年活潑生動的性別平等與生命教育讀本；國外罹癌單親媽媽透過冰箱上的便貼紙與青春期女兒的溝通互動，共同度過彼此生命中重要的挑戰，溫馨感人；而面對熟年生活，有39本推薦好書可以陪伴照顧者及銀髮長者，從生理到心理從容面對，迎接熟齡樂活。

未來國民健康局將與國家圖書館、台北市立圖書館、高雄市立圖書館合作，舉辦巡迴書展及講座，也會將書評及相關資訊刊載於健康九九網站<http://health99.doh.gov.tw>



● 2009「健康好書 悅讀健康」活動，推薦92本健康好書與民眾分享。

護衛世運選手健康 防疫一起來

因應2009年高雄世運，為使賽事順利進行，衛生署疾病管制局與高雄市政府衛生局共同合作。由疾管局副局長林頂擔任前進指揮所指揮官，率領50名專業且具實務經驗的機動防疫隊員，自7月15日起在高雄成立防疫前進指揮所，監視查核傳染病發生狀況，即時採取防治措施，提供世運參賽選手、裁判、當地國內外觀眾，一個健康衛生的環境。

除了傳染病監測及防治外，在選手健康狀況監視方面：防疫人員將主動了解各競賽場館之醫護站，選手或工作人員的健康狀況；而高雄世運指揮中心也會提供參賽選手進行每日體溫量測及就醫情形，定時回報防疫前進指揮

所，以做最即時的防疫因應決策及行動，使賽事能順利進行。



● 疾管局副局長林頂擔任指揮官，帶領50名機動防疫隊員，為世運選手健康把關。

98年6月份大事紀

時間	摘要
6月1日	公布修正之菸害防制法第四條開始施行，爾後自國外進口或國內製造之菸品，每包菸應課徵之健康福利捐由10元調漲為20元，並應於菸品容器印製或黏貼辨識標記之方式以提供消費者辨識。
6月3日	修正「營養師執業登記及繼續教育辦法」。
6月4日	修正亞托敏等17種農藥共計44種作物／類別之殘留農藥安全容許量規定。
6月9日	邀請柏克萊大學胡德偉教授進行「菸害防制研究——加州及中國大陸之經驗分享」專題演講，針對加州過去20年的菸害防制計畫成果與菸稅政策進行討論。
6月9日	公告檢驗方法：「食品微生物之檢驗方法——金黃色葡萄球菌之檢驗」。
6月10日	公告「自98年9月1日起，中藥廠之中藥材須做硫酸鎂與硫酸鋇檢測，並將檢驗規格及成績書留廠備查，及其相關規定」。
6月15日	美國約翰霍浦金斯大學教授暨老年美國醫學會長期照護專家Prof. Judith Kasper等一行2人參訪中央健保局，瞭解全民健保制度，並對如何規劃長期照護，以及轉診制度之成效深感興趣。
6月18日	舉辦「推動衛生署委託檢驗業務之實驗室認可說明會」。
6月18日	公告自98年9月1日起，單味中藥粉末應依藥事法第39條規定申請藥品查驗登記。
6月19日	自即日起，H1N1新型流感自第一類法定傳染病移除，併入第四類法定傳染病「流感併發重症」進行通報。
6月23日	訂定「中央健康保險局辦理菸品健康福利捐補助全民健康保險保險對象自付保險費作業要點」，並溯及98年6月1日生效。
6月25日	舉辦「研商餐飲業油炸油管理議題」專家座談會。
6月25日	南韓建陽大學教授暨學生等一行17人來訪中央健保局，瞭解全民健保制度，並對家庭醫師制度、藥品核價等議題進行交流討論。
6月26日	公告修正「行政院衛生署公費醫師分發服務作業要點」。
6月26日	舉辦97年度衛生署研究獎勵頒獎及成果發表會。
6月29日	召開「如何落實324項中藥材包裝標示」，就普查抽驗重點進行交換意見，預定於98年7月1日起對324項中藥材包裝標示全面普查。
6月30日	舉辦台灣國際醫衛行動團隊（TaiwanIHA）海外志工行前說明會，針對我駐索羅門群島及馬紹爾群島台灣衛生中心志工服務項目進行說明，預計7月啟程。

98年7月份大事紀

時間	摘要
7月1日	公告「包裝食品宣稱為素食之標示規定」。
7月1日	本署澎湖醫院恢復自主經營，院長由中南區盟主委徐永年院長兼任。
7月2日	嬰兒食品類衛生標準，增列「粉狀嬰兒配方食品不得檢出阪崎腸桿菌」規定。
7月7日	假彰化縣鹿港立德文教會館舉辦98年度全國藥政業務研討會。
7月8日～10日	邀請美國熱帶醫學專家Dr. Duane J. Gubler至疾病管制局討論台灣登革熱防治政策。
7月8日～13日	辦理「健康之社會決定因素與健康不平等工作坊」，邀請台大公衛學院江東亮院長進行系列演講。
7月9日	修正「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」。
7月13日	因全球水痘疫苗供貨漸趨穩定，原「出生滿15個月」接種政策，即日起恢復為「出生滿12個月」接種。

7月13日	美中大西洋議會領袖訪華團Del.Anthony O'Donnell一行12人參訪中央健保局，瞭解全民健保制度；並對健保IC卡資料存放內容、醫療給付範圍進行交流討論。
7月14日	舉辦「由第62屆WHA看我國未來參與國際衛生之展望」座談會。
7月14日	公告「中藥濃縮製劑補中益氣湯等含總重金屬及砷含量之限量」
7月15日~26日	為因應世界運動會賽事順利進行，啟動機動防疫隊進駐前進指揮所，加強傳染病監測及疫情防堵。
7月16日	利比亞司長Ben Sassi博士由外交部人員陪同蒞臨藥物食品檢驗局參訪。
7月18日	本署和國立台灣大學傳染病防治研究及教育中心共同舉辦「疫苗與傳染病學術研討會」。
7月20日	為減少高危險群幼童因肺炎鏈球菌導致嚴重併發症之機率，針對下列6大類疾病之5歲以下（民國93年7月1日以後出生）幼童，提供結合型肺炎鏈球菌疫苗接種。包括：1.脾臟功能缺損。2.先天或後天免疫功能不全（包括愛滋病毒感染）。3.人工耳植入者。4.慢性疾病，含慢性腎病變（包含腎病症候群）、先天發紺性心臟病（包含心臟衰竭）、慢性肺臟病（氣喘除外）、糖尿病。5.腦脊髓液滲漏。6.接受免疫抑制劑或放射治療的惡性腫瘤及器官移植者。
7月20日~8月21日	美國結核病防治專家Dr. Edwin Antonio Paz獲邀來台，協助進行都治（DOTS）計畫執行成效評估，並前往各縣市實地訪查。
7月21日	亞太公共衛生協會秘書長Dr. Walter Patrick一行5人參訪中央健保局，瞭解全民健保制度；並對醫療給付範圍、醫療費用等議題行交流討論。
7月22日	公告「地龍等中藥藥材含污穢物質限量」。
7月23~26日	「2009年台灣生技月」展覽假台北世貿中心舉辦，以「6大區25分項題目」設立主題館，以寓教於樂之方式，使民眾獲得衛生相關知識。
7月22日~23日	舉辦「2009健康促進研討會」，邀請多位美國衛生官員及國內學者專題演講。
7月23日	本署長期照護保險籌備小組揭牌正式運作。
7月23日	修訂「98年度西醫基層總額支付制度醫療資源缺乏地區改善方案」。 修訂「98年度增進偏遠地區健保醫療服務計畫」。
7月24日	本署食品藥物管理局籌備小組揭牌正式運作。
7月23日~24日	舉辦「Workshop on Public Health: Health Policy, Legal Issues and Trade」，邀請國外專家學者Prof. David Smith等6人及國內專家學者，講授國際貿易與醫療衛生相關議題。
7月24日	修正「傳染病防治獎勵辦法」第三條、第五條、第六條條文。 修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」試辦計畫。
7月24~30日	邀請美國加州大學聖地牙哥分校朱書宏教授及加州政府衛生部菸害防制組April G. Roeseler主任來台進行菸害防制工作經驗交流及輔導。
7月27日	公告身心障礙者特別門診管理辦法。
7月28日~31日	邀請日本大學齊藤安彥教授來台指導「健康餘命估算與研究應用」，並舉辦工作坊，期藉由本次活動，與REVES交流互動。
7月29日	發布「衛生署通過國內首家符合國際PIC/S GMP 標準之藥廠」。

● 98年 8月份大事紀	
時間	摘要
8月3日	本署藥政處邀集社團法人藥物品質協會、中央健康保險局及藥物食品檢驗局，召開「原料藥DMF及PIC/S GMP之認定作業討論」會議。
8月6日	公告「98年度新制醫院評鑑第一階段合格名單」。
8月6日	公告「98年度醫學中心任務指標試評作業要點」。



98年 8月份大事紀

時間	摘要
8月10日	為因應莫拉克颱風災後緊急應變作為，成立前進指揮所及啟動機動防疫隊，支援調度人力及防疫物資，積極展開災後防疫工作。
8月9日~17日	美國公共衛生協會執行長Dr. Georges Benjamin一行7人訪台，參訪本署及其他衛生機關，並於8月11日~12日舉辦「公共衛生風險事務管控研討會」，針對公衛事件的風險管理進行實務及經驗交流。
8月11日	發布「98年7月市售禽畜產品殘留動物用藥檢驗結果」。
8月11日	為防止H1N1新型流感於莫拉克颱風受災地區造成疫情，針對台東縣及台中縣市以南等13個受災縣市，放寬流感抗病毒藥劑用藥條件。
8月11~10月11日	假國立科學工藝博物館6樓長廊，舉辦「移動的健康森林——健康體能宣導特展」，宣導健康與運動概念，增進中老年民眾將運動融入日常生活之動機。
8月12日	修正發布「危險性醫療儀器審查評估辦法」。
8月12日	因應莫拉克颱風重創台灣，訂定「機構業者因颱風豪雨遭受水患致購存之管制藥品及相關資料燬損處理程序」。
8月13日	公告修正食品中黃麴毒素檢驗法。
8月13日	公告「莫拉克颱風受災之民眾全民健保協助方案」。
8月13日~14日	舉辦「APEC腸病毒研討會」，會中就腸病毒流行病學、疫情防治等議題進行交流討論。
8月18日	2009年「健康好書 悅讀健康」徵選活動假國家圖書館舉辦頒獎典禮，今年針對癌症防治與菸害防制、心理健康促進、健康飲食及保健、其他（如：罕見疾病）等四項健康議題進行徵選，總計76家出版社575本作品參加徵選，其中92本獲推薦為年度健康好書。
8月18日	中央流行疫情指揮中心公布開學後H1N1新型流感防治及停課標準，及受災地區民眾收容安置場所之H1N1新型流感防治措施。 公告修正「莫拉克颱風受災之民眾全民健康保險醫療作業須知」。
8月21日	公告「莫拉克颱風災民全民健康保險欠費協助方案」。
8月24日	公告修正「全民健康保險第6次年度藥品支付價格調整原則」。
8月25日	發布「現階段醫療機構因應H1N1新流感群聚事件作業規範」。
8月25日	依全民健康保險法施行細則第16條規定，公告註記「投資經營管理」及「陪同來台（一）」事由之中華民國台灣地區入出境許可證，為台灣地區長期居留之證明文件。
8月26日	公布H1N1新型流感疫苗接種優先順序。
8月26日	「全民健康保險住院診斷關聯群」展延自99年1月1日施行。另修正「全民健康保險醫療費用支付標準」第九部「全民健康保險住院診斷關聯群」第一章「Tw-DRGs支付通則」七、八，自99年1月1日施行。
8月27日	公告「98年度中醫醫療機構負責醫師訓練指定醫院」名單。
8月28日	公告「莫拉克颱風受災之民眾全民健保就醫協助延長方案」。
8月28日	日本緊急援助隊專家小組一行5名成員，由該國之駐台代表齋藤正樹等日本交流協會人員，在我方外交部人員陪同下到本署拜會。
8月28日	公告修訂「莫拉克颱風受災之民眾全民健康保險醫療作業須知」。
8月28日~29日	「2009年菸草供給與需求管制暨國際貿易研討會」假台北市福華文教會館舉行，本次研討會邀請美國、日本、紐西蘭等國知名學者及國內專家，針對各國菸草控制經驗進行分享。

杜絕病從口入



防止食品中毒要「五要」

- 1.要洗手**：調理食品前後都需澈底洗淨，有傷口要先包紮。
- 2.要新鮮**：食材要新鮮衛生，用水也必須乾淨無虞。
- 3.要生熟食分開**：用不同器具處理生熟食，避免交互污染。
- 4.要澈底加熱**：超過70°C細菌才容易被消滅。
- 5.要注意保存溫度**：低於7°C才能抑制細菌生長，室溫下不宜放置過久。

食品衛生處 食品資訊網：<http://food.doh.gov.tw>
食品衛生處民眾諮詢專線：02-8590-6666轉 6836

防範H1N1新流感 請你跟我這樣做!



★肥皂洗手殺菌好



★咳嗽要用衣袖掩住口鼻；咳嗽外出戴口罩



★外出手帕隨身帶



★生病在家多休息

H1N1新流感防治小叮嚀

- ◎絕大多數新流感患者為輕症，不需特殊治療即可康復
- ◎克流感為處方用藥，請依醫師診斷接受治療，勿自行服用

手部衛生

- ◎拱手取代握手
- ◎咳嗽用手帕掩口鼻
- ◎用肥皂勤洗手
- ◎雙手不碰觸眼口鼻