

長庚醫訊



出刊日：2023年11月1日
創刊於1980年

五期慶題

44卷 11期



結石手術新利器～ 軟式輸尿管鏡

長庚醫院跨林口、基隆院區重磅研究～證明「固定療程B
肝治療」可以大幅減少肝癌 增加病毒清除 延長生命
關心兒童健康，您應該認識的新疫苗～腸病毒71型疫苗
中醫兒科治療受虐性腦傷，幫助遲緩孩童向前行！
沒有距離的愛～「用愛彌補義診團」蒙古國國際醫療義診



長庚醫訊網址



健康影音館

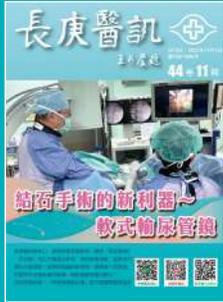


長庚醫訊LINE@

長庚醫訊

出刊日：2023年11月1日

44卷 11期



<https://www.cgmh.org.tw/cgmn/index.asp>

長庚醫訊 1980年創刊
Chang Gung Medical Newsletter

行政院新聞局出版事業登記局版
北市誌字第一五五七號
中華郵政台北雜誌第一八三三號登記證
登記為雜誌交寄

版權所有，非經本刊及作者同意，
請勿做任何形式之轉載。

歡迎來稿

請附真實姓名、單位及職稱、戶籍地址（含鄰里）、
聯絡地址及電話。

投稿至 hhc@adm.cgmh.org.tw

歡迎搭配相關電子檔照片（800KB 以上的 JPG 檔案）
並請寫圖說。

發行人：林思愷

總編輯：陳智光

副總編輯：張尚宏 許祐仁 黃尚玉 顏大欽

編輯委員：丁明國 王智亮 朱允義 江星逸

李秀芳 李進昌 李漢倫 周邦昀

周禹謀 花茂修 高銘偵 徐嘉璘

張雅菁 郭亮增 陳俊傑 陳益璋

蔡明釗 劉德玲 劉麗美 譚欣媛

羅浩倫

（依姓氏筆劃順序排列）

公共事務部：夏曉風

執行編輯：周欣怡

出版所：長庚醫療財團法人

地址：台北市敦化北路 199 號

電話：02-2713-5211 轉 3210

電子信箱：hhc@adm.cgmh.org.tw

設計印製：天藍彩色印刷股份有限公司

新北市中和區板南路 498 號

4樓之 6

電話：02-2218-5668

焦點話題

- 01 長庚醫院跨林口、基隆院區重磅研究~證明「固定療程 B 肝治療」可以大幅減少肝癌 增加病毒清除 延長生命 簡榮南
- 05 長庚醫院、清華大學、台灣大學、馬偕醫院 聯手打造識毒「阿湯哥」，快速分析體內毒化物 顏宗海
- 08 林口長庚發表慢性鼻竇炎治療新指引 吳佩雯
- 11 復發性腦下垂體腫瘤困難手術 超弧刀成功救援 范綱行
- 13 髖關節鏡技術聚焦台灣 國際醫師來台參加「第四屆亞洲髖關節鏡醫學會年會」 公共事務部
- 15 林口長庚攜手廣達及國際扶輪基金會 以 5G 救護車提升新生兒及重難罕病童轉送品質與安全 管理部
- 17 土城醫院健走「桐」樂會歡樂登場 千人熱情參與 鄭詠萱

本月主題

- 18 結石手術新利器~軟式輸尿管鏡 李進昌

封面故事

- 19 軟式輸尿管鏡手術介紹 林承家
- 21 尿路結石之治療 陳鴻毅
- 24 軟式輸尿管鏡碎石術之住院及居家照護與預防 盧阿理

兒童醫療

- 26 關心兒童健康，您應該認識的新疫苗~腸病毒 71 型疫苗 蔡明翰

中醫報導

- 29 中醫兒科治療受虐性腦傷，幫助遲緩孩童向前行！ 吳蓓禹

心靈點滴

- 31 沒有距離的愛~「用愛彌補義診團」蒙古國國際醫療義診 陳淑屏

社服園地

- 33 高雄長庚 2023 年人工電子耳家族聯誼會 馮曉霞

長庚醫院跨林口、基隆院區重磅研究～

證明「固定療程 B 肝治療」可以大幅減少肝癌 增加病毒清除 延長生命

◎林口長庚肝病研究中心教授 簡榮南

台 灣 B 肝治療再現重大突破！林口長庚及基隆長庚的肝病研究中心跨院合作，針對 1,087 位肝硬化病人進行長達十年的治療追蹤，結果證明固定療程組病人相對於長期服藥組病人，不但肝癌發生率減少 50.3%，病毒的清除率更超過 12.8 倍，肝病死亡風險亦減少 67%。這項成果可望繼續引領 B 肝治療邁入新里程碑，造福更多 B 肝病人。

長庚醫院於 9 月 14 日發表這項全球矚目的固定療程 B 肝治療的研究成果，是目前樣本數最大、追蹤年代最久、最具說服力的研究，近日已獲肝臟學頂尖期刊「肝臟學 (Hepatology)」接受並準備刊登。固定療程 B 肝治療



現職 長庚大學醫學院內科教授
林口長庚胃腸肝膽科教授級主治醫師

專長 病毒性肝炎、肝病、胃腸疾病

最早是由在國際 B 肝研究領域有極崇高地位的中研院院士廖運範教授在 2000 年「亞太 B 型肝炎指引」提出，歐美肝病學會 2016 年起跟進，他是本研究的指導作者，當天也特別出席記者會來肯定長庚肝病研究團隊多年來持續不懈的努力，研究團隊成員包括

筆者、鄭文睿教授、陳益程副教授、基隆長庚肝病研究中心林志郎教授。

● B 肝抗病毒藥物，確實達到防治成效

台灣自 1986 年率先全球於新生兒全面施打 B 肝疫苗，至今成果斐然，青少年的 B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 帶原率由 10~12% 下降至 0.8%，現況全台感染 B 肝的人數約為 180 萬，其中約有 4 成病人會引起反覆性肝炎發作，有可能需要服用抗病毒藥物治療。

健保自 2003 年起開始有條件給付 B 肝抗病毒藥物，不論是 e 抗原 (HBeAg) 陽性或陰性，只要肝功能 (ALT) 上升至正常值上限的 2 倍以上 ($>72\text{U/L}$) 2 次，2 次追蹤間隔 3 個月，且 B 型肝炎病毒量 (HBV DNA) 需大於 2000 IU/mL，就可開始考慮服用抗病毒藥物。但若追蹤中發生黃疸指數 (total bilirubin) $>2\text{ mg/dL}$ ，或凝血酶原時間超過正常值 3 秒以上，可及時服用抗病毒藥物治療，不需觀察 3 個月。截至目前為止，B 肝抗病毒藥物治療成績

可觀，國人慢性肝炎及肝硬化死亡率，從 2003 年十大死因第 6 位，降至 2022 年第 11 位，死亡人數也從最高的每年 5,621 人降至 4,107 人，肝癌的死亡人數也由每年 8,479 人下降至 7,781 人，慢慢可看出 B 肝防治的成效。

● B 肝屬免疫疾病，有機會產生自發性免疫病毒清除

目前 B 肝的口服抗病毒藥物，僅只抑制病毒繁殖，無法有效清除存在肝細胞核內的病毒基因體 (cccDNA)。反觀宿主的免疫功能，是目前清除 cccDNA 的唯一利器。有趣的是，在健保規範之下的藥物固定療程治療後停藥，若是發生肝炎復發，剛好給宿主一個機會產生自發性免疫病毒清除。

但 B 肝肝炎發作為何需要觀察 3 個月？因 B 肝屬去氧核糖核酸 (DNA) 病毒，本身並無直接致病性，發炎是肇因於宿主的免疫 T 細胞反覆性攻擊帶有 B 肝病毒的肝細胞，引起肝細胞的凋亡及纖維化的結果，屬於免疫疾病，所以當患者發生肝功能 (ALT 或

GPT) 上升，肝臟發炎同時也讓病毒減少，並不急著治療，臨床應觀察 3 個月來判斷宿主有無機會產生自發性免疫病毒清除。這與愛滋病或 C 肝屬於病毒疾病，只要有病毒存在就必須給予抗病毒藥物治療方向有所不同。

● B 肝病人不敢停藥，但文獻發表其實風險不大

目前健保對 HBeAg 陰性的患者，提供 3 年的口服抗病毒藥物治療，治療中需驗 3 次 B 肝病毒 (HBV DNA)，每次間隔 6 個月，若均為陰性即可停藥。在 2018 年的研究，同樣也發表在 Hepatology 顯示，停藥後 6 年內有 21% 的患者可持續維持肝功能正常及有效抑制病毒，每年有 6.3% 達到 HBsAg 消失，另有 19% 的患者發生病毒復發但肝功能正常，不需治療，每年也有 2.4% 達到 HBsAg 消失。反之，若發生肝功能上升及病毒復發的患者 (約有 22%)，若選擇暫不治療，6 年有 19% 的病人達到 HBsAg 消失，但患者 (約有 39%) 若選擇繼續藥物治療，每年卻僅有 0.2% 的病人達到 HBsAg

消失，值得重視。

臨床上病人通常擔心停藥後一旦肝臟發炎，會發生肝臟代償不全甚或肝衰竭，因此不敢停藥，其實這樣的風險並不大。根據目前國內外的統合性文獻發表，其機率均小於 1%，因而死亡的病例更少，後者更可經由規律且密集的追蹤和及時治療來降低發生率。很清楚地，與長期治療相比較，固定療程有優越的安全性及療效，不過仍有部分學者會因為考慮樣本數不夠大、追蹤年代不夠久，而有所保留。

● 長庚跨院區合作，追蹤 10 年顯示固定療程組較優

為了進一步證明固定療程的安全性及療效，以減少醫師及患者的憂心，林口長庚及基隆長庚的肝病研究中心跨院合作，針對 1,087 位服用口服抗病毒藥物的 B 肝相關肝硬化病人進行長期追蹤研究，其中 494 位為固定療程組，593 位為長期服藥組。在平均追蹤 10 年後結果顯示，固定療程組的肝癌發生率比長期服藥組低 (15.7% 比 26.8%)，肝病死亡風險亦減少 67%，同時固定療程

組的病毒清除率也高過長期服藥組 12.8 倍。

● 個案分享

53 歲的肖先生是 B 肝帶原者，在 48 歲時因反覆肝炎發作而接受肝臟切片檢查發現有肝硬化，開始接受 3 年口服抗病毒藥物治療，治療過程中病毒抑制效果佳，兩年半時間都穩定處在病毒完全偵測不出的狀態。表面抗原定量也從開始治療時 1358 IU/mL 降到 726 IU/mL，在與醫師討論後進行停藥與密集追蹤，過程中雖曾一度血液中病毒量上升超過 2000 IU/mL，但肝功能僅輕微異常，持續臨床追蹤，表面抗原定量在停藥滿第二年時跌到 100 IU/mL 以下，在停藥第 8 年正式消失並隨後出現抗體。超音波也

從原本肝硬化的表現在停藥第二年後逐漸有改善，第九年時已看不出有肝硬化的跡象，彈性纖維超音波也顯示輕度纖維化（第一級）。

● B 肝病人應遵從醫囑，定期追蹤

廖運範院士表示，這項研究結果給了固定療程 B 肝治療重量級的證據，比起長期服用藥物，姑不論金錢的耗用，服藥的不便，光是可大幅減少肝癌，增加病毒清除及增加病人存活，就應相信 B 肝固定療程會給病人帶來最大的好處。廖院士也提醒所有 B 肝患者，應定期追蹤，生活作息宜正常，需服藥治療者，應遵從醫囑服藥，一旦停藥，更應遵從醫囑定期追蹤，如此雖有 B 肝，仍可過著彩色人生。👉



▲ 肝病研究中心團隊（左起）林志郎教授、陳益程副教授、簡榮南教授、廖運範院士、鄭文睿教授

長庚醫院、清華大學、台灣大學、馬偕醫院 聯手打造識毒「阿湯哥」，快速 分析體內毒化物

◎林口長庚毒物中心主任 顏宗海

「**醫**師！快快快！」家屬抱著病人衝進急診室，只說中毒了卻一問三不知。急診室醫師和家屬其實一樣著急，因為面臨未知毒化物的醫療問題。過去抽血檢驗曠日費時，至少要4小時以上才能真正辨識出毒化物，錯過了病人黃金救治時間。現在長庚醫院、清華大學、台灣大學、馬偕醫院合作開發出「可攜式拉曼檢測平台」，概念如同快篩，30分鐘內就能分析出人體內毒化物，速度加快8倍，讓醫師有更充裕的時間救回病人寶貴的生命。

國內常見的中毒物質以農藥、有毒金屬、毒品濫用、安眠藥、清潔用品等為主。但大多數病人被緊急送到急診時，醫師經



現職

林口長庚腎臟科系副系主任
長庚大學醫學院教授

專長

腎臟學、毒理學、食品安全

常面對的是未知的毒化物，過去通常需要經過實驗室至少4小時以上的檢測，才能得知結果，不管是時效性和應用性都明顯不足。醫師無法第一時間找出讓病人滿地打滾或者生命垂危的元兇到底是誰，彷彿只能像老警察一樣，一頁一頁地翻找嫌疑犯紙本

圖片。

馬偕醫院神經外科主治醫師林新曜指出，除了毒物之外，精準的藥物濃度監測，對於臨床病人的治療也是非常重要的。藉由此平台，可以達到腦脊髓液中藥物濃度的即時監測，提升病人治療的安全性與效率。

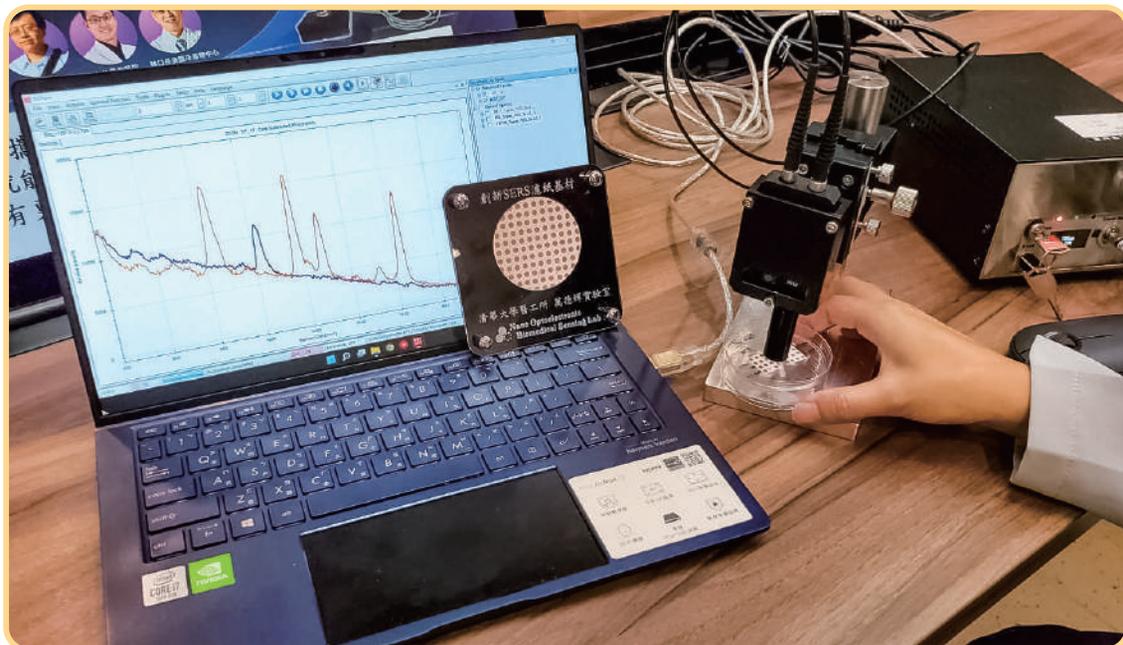
由筆者與清華大學醫工所萬德輝教授、台灣大學材料系陳學禮教授以及台北馬偕神經外科林新曜醫師聯手打造的「可攜式拉曼檢測平台」，賦予急診室醫師如同電影「不可能的任務 (Mission: Impossible)」中阿湯

哥的虹膜辨識技術，立即掃描就能快速的辨識毒化物，不只找出眼前的敵人到底是什麼身份，還可以知道毒物的劑量，讓醫師可以更精準的給予治療，因此「可攜式拉曼檢測平台」又被暱稱為「阿湯哥」。

清華大學醫工所萬德輝教授指出，「可攜式拉曼檢測平台」從臨床需求出發，結合最新分析化學與奈米科技，開發出這個新穎的拉曼光譜檢測平台。此檢測平台具有多熱點、深景深、濃縮效應等特點，可大幅增強可疑分子之特徵訊號，同時兼具低成



▲ 長庚醫院顏宗海主任 (左)、清華大學萬得輝教授 (中)、台灣大學陳學禮教授 (右) 合影



▲長庚醫院、清華大學、台灣大學、馬偕醫院共同打造的「可攜式拉曼檢測平台」，30分鐘就能辨識出毒物

本、可撓曲、高穩定性等特點。進行快篩檢測時，僅需少量檢體（2-5 微升），在 30 分鐘之內即可得到結果，跟醫院端的臨床判讀結果比對完全吻合。這項突破性的成果已發表在 2023 年 7 月「小 (Small)」和 2023 年 9 月國際知名期刊「感測器和致動器 B：化學 (Sensors and Actuators B：Chemical)」，備受國際肯定。

「可攜式拉曼檢測平台」可辨識的範圍相當廣泛，包含農藥 (福美雙、陶斯松、大滅松、達馬松、巴拉刈、加保利等)、食品添加物 (桃紅精、紅色 6 號與 40

號、黃色 4 號與 5 號等)、臨床藥物 (抗生素、抗癲癇藥等)、新興毒品 (安非他命、甲基安非他命、喵喵、浴鹽等) 等都難逃法眼，不僅有助醫療，也可望對食安、司法的科技執法產生重大影響。👉



林口長庚發表慢性鼻竇炎治療新指引

◎林口長庚耳鼻喉科主治醫師 吳佩雯

慢性鼻竇炎困擾許多人，保守治療若無效，可藉鼻竇內視鏡手術改善，不過仍有少部分患者治療效果不彰。林口長庚跨科別合作，鑽研青少年慢性鼻竇炎治療，發現若是屬於第二型慢性鼻竇炎，也就是通常會出現鼻瘻肉或合併氣喘等下呼吸道疾病者，預後較差且瘻肉易復發，最難控制。建議採個人化醫療，選擇適當的病人予以生物製劑治療，強化第二型發炎反應的控制，將可獲得有效改善。

林口長庚研究團隊結合兒童感染科邱政洵副院長、免疫及鼻科黃建嘉及筆者，合作探討青少年慢性鼻竇炎併鼻瘻肉之發炎免疫機轉，並分析治療預後，為全世界鼻竇炎相關研究的突破性成果，提供慢性鼻竇炎治療新指引，造福廣大病人，已發表於



現職 林口長庚耳鼻喉部副教授級主治醫師
專長 鼻過敏、急慢性鼻竇炎治療、鼻中膈彎曲手術、鼻竇內視鏡手術、一般耳鼻喉科

2023年6月頂級耳鼻喉科國際期刊「鼻科學 (Rhinology)」。

● 台灣約一百萬人受慢性鼻竇炎所苦

鼻竇是位在頭部內的數個空腔，內部充滿空氣，具有潤濕及過濾吸入的空氣等多種功能，當細菌、黴菌等感染或過敏原刺

激，造成鼻竇內襯黏膜的發炎反應，或者是鼻瘰肉（鼻腔內的贅生物）組織增生或鼻中膈彎曲，阻塞鼻通道或鼻竇，就可能導致鼻竇炎；治療後症狀持續超過 12 週，就可定義為慢性鼻竇炎。

台灣由於空污、人口集中，加上海島國家特有的濕熱環境，許多民眾飽受慢性鼻竇炎所苦，估計發生率約 3~6.4%，總數約一百萬人上下。患者常苦於鼻塞、鼻涕倒流、臉部脹痛及慢性咳嗽，嚴重時甚至會影響嗅覺及睡眠品質；青少年病人還可能因注意力不足、缺課而阻礙學習。

● 第二型慢性鼻竇炎最難控制

慢性鼻竇炎傳統以「表分型」，也就是有無瘰肉，區分為兩大類。在精準醫學的趨勢下，近年歐美學界紛紛以病生理機轉，將慢性鼻竇炎區分為三類，也就是所謂的「內分型」，分別是以第一／二／三型輔助 T 細胞為主的免疫發炎機轉。其中，以第二型輔助 T 細胞及其相關細胞激素主導的慢性鼻竇炎最難控制，病人大多會出現廣泛的鼻瘰肉而阻塞呼吸，也有為數不少的

病人合併有氣喘等下呼吸道疾病。

目前針對慢性鼻竇炎併鼻瘰肉的藥物治療，以類固醇鼻噴劑為主，輔以鼻腔等張或高張食鹽水沖洗。若保守治療不見效，鼻竇內視鏡手術為首選，安全性較高，藉由手術去除瘰肉或發炎黏膜，恢復鼻竇正常的引流及通氣功能。病人需定期回診，且須依傷口復原狀況持續使用預防性抗生素數週，術後 3 個月內更需規律進行居家鼻腔沖洗及使用類固醇鼻噴劑。

● 國內青少年接受鼻竇內視鏡手術仍有 10 ~ 13% 復發率性

第二型慢性鼻竇炎併鼻瘰肉病人接受鼻竇內視鏡手術的預後較差，有極高機率面臨瘰肉復發而需再次手術，其中不乏從青少年開始，反覆接受 3~5 次手術，直至成年，仍飽受鼻病之苦！據統計，歐洲慢性鼻竇炎患者約有 60~80% 屬於第二型發炎反應，台灣迄今無相關流行病學資料；但有文獻統計，國內青少年接受鼻竇內視鏡手術後仍有 10~13% 復發率。

● 長庚醫院跨科別合作，證實復發需再次手術病人多屬於第二型發炎反應

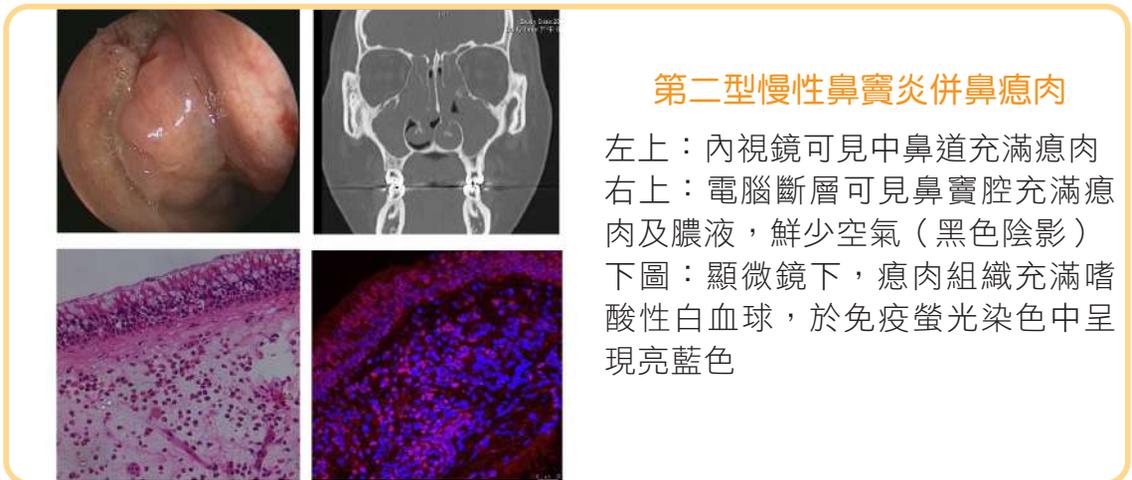
為找出國內青少年慢性鼻竇炎相關免疫發炎機轉及臨床預後因素，研究團隊回溯性探討過去15年於林口長庚進行鼻竇內視鏡手術的146位青少年病人，平均年齡 15 ± 2.1 歲，因癒肉復發而需再次手術的機率約為15%。結果顯示，首次手術時年齡較小、合併有過敏性鼻炎、手術前電腦斷層顯示發炎涉及的鼻竇較廣泛且集中在中線篩竇的病患，術後復發機率較高。此外，最重要且顯著的是，經過免疫螢光染色證實，這些因復發而需再次手術的病人大多屬於第二型發炎反應，其癒肉中的嗜酸性白血球浸潤程度與第二型發炎相關細胞激素活

性均較顯著。

相較於成人，青少年慢性鼻竇炎患者更需要充分理解及關懷，在臨床上，可強化術前及術後的追蹤治療：積極控制過敏性鼻炎、適當時機手術介入、規律鼻腔沖洗及類固醇鼻噴劑使用。在確認為第二型發炎反應後，選擇適當的病人予以生物製劑治療，強化第二型發炎反應的控制，應是更佳的治疗指引。

● 慢性鼻竇炎的居家照護

鼻竇炎患者應多攝取水分幫助稀釋黏液，但避免含咖啡因或酒精飲料，也可在鼻根處敷溫熱毛巾或洗熱水澡，增加鼻腔濕度，緩解疼痛。睡覺時抬高頭部，也可幫助黏液排出，緩解鼻塞。☞



第二型慢性鼻竇炎併鼻癒肉

左上：內視鏡可見中鼻道充滿癒肉
 右上：電腦斷層可見鼻竇腔充滿癒肉及膿液，鮮少空氣（黑色陰影）
 下圖：顯微鏡下，癒肉組織充滿嗜酸性白血球，於免疫螢光染色中呈現亮藍色

復發性腦下垂體腫瘤困難手術 超弧刀成功救援

◎新北市立土城醫院放射腫瘤科主任 范綱行

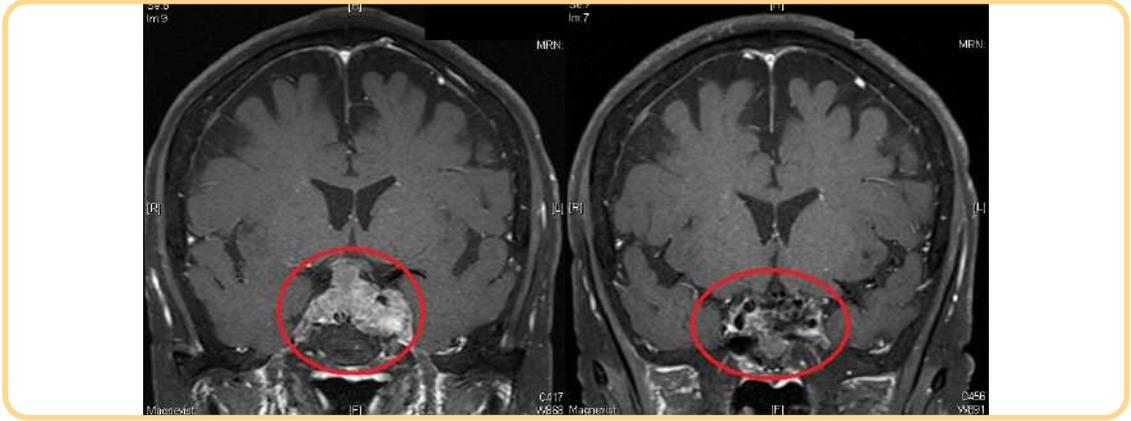
幾年前張女士發現自己的視力出現問題，剛開始視力模糊，視野能見度逐漸變窄，經過檢查後，診斷為腦下垂體腫瘤，於是先在他院接受手術治療。不幸兩三年後腫瘤又復發，張女士選擇加馬刀治療，但經過一年的時間後，視力問題又再次惡化，進一步檢查也證實又長新的腫瘤。後經由友人介紹至新北市立土城醫院就醫，因張女士曾經接受單次大劑量的放射手術治療以及手術治療，醫療團隊評估再次手術的難度及風險都很高，決定採用風險較低的超弧刀技術治療。張女士用了一個半月的時間接受了完整的療程。治療後數次追蹤，透過核磁共振掃描檢查發現腫瘤幾乎消失，視力也很快的回復正常。

腦下垂體是身體內分泌功能



專長 癌症放射治療、顱內和體內立體定位放射手術、質子治療

的總管，許多內分泌功能都由此控制。它位於頭顱底部的中央，在視神經進入大腦區域的下方。當腦下垂體長出腫瘤時，常常會壓迫視神經造成視力問題，或是產生內分泌功能的障礙。大部分的腦下垂體腫瘤屬於良性且沒有症狀，不須治療，只有出現症狀時，例如內分泌異常造成的肢端肥大症，或是影響視力時，才會考慮治療。



▲ 治療前腫瘤（左圖紅圈處）、治療後腫瘤（右圖紅圈處）已明顯消失

對於腦下垂體腫瘤，手術治療是最快能夠達到減壓效果的治療方式。通常可經由鼻腔進行微創手術將腫瘤切除，對於大部分的腫瘤都有很好的治療效果。但若因為腫瘤包住大血管、體積太大、或是有內分泌異常的現象，單純進行手術的成功率就可能低於 50%。當術後檢查評估的成果不盡理想的時候，則需要搭配放射治療以達到更好的效果。

超弧刀擁有體表偵測技術、X光定位及錐狀電腦斷層影像導航系統，控制誤差低於 1 毫米，能精準確認腫瘤位置，更能減少鄰近器官接受的輻射傷害。另外超弧刀放射手術利用新型的熱塑性頭架固定，不須像傳統的放射手術須由外科醫師將金屬頭架固定在頭蓋骨上，能突破限制，將治療分成多次進行，進一步減少腦部及視力傷害的危險。



▲ 不用釘入頭骨的熱塑性頭架，舒適度提升，高精準度的固定可以減少腦部與視力傷害的危險

腦下垂體腫瘤的治療牽涉到效果、功能及安全性的考量，需要醫療團隊共同合作，評估治療成效與適當的選擇。透過手術與精準的超弧刀放射手術系統的合作，更能安全的完成治療，達到最好的治療品質與器官功能的保留。☺

髖關節鏡技術聚焦台灣 國際醫師來台參加「第四屆亞洲髖關節鏡醫學會年會」

◎長庚行政中心公共事務部

隨著人口高齡化，罹患關節疾患需要手術重建的病人，有越來越多的趨勢。在台灣，林口長庚有陣容堅強的關節重建團隊，每年吸引許多國外醫師前來取經。今年林口長庚於9月9日及10日成功舉辦「第四屆亞洲髖關節鏡醫學會年會」，再度把台灣優異的醫療實力推向國際。

現任亞洲髖關節鏡醫學會理事長，也是基隆長庚副院長詹益聖教授表示，本次會議邀請到來自台灣、日本、南韓、香港、澳洲和中國等地的髖關節鏡手術專家發表演說，分享交流最新研究成果，他和日本的 Soshi Uchida 醫師以及南韓的 Yong Chan Ha 醫師，也向與會學員示範並指導髖關節鏡手術。

詹益聖副院長表示，本次會

議首次納入髖關節鏡大體手術實作教學，在今年甫落成的林口長庚研究大樓「手術技能訓練暨研發中心」舉行，9月10日的大體示範手術因名額有限，報名秒殺，不少醫師因而向隅，他允諾明年會定期舉辦，優先嘉惠國內同好。

大會議程主席唐浩哲醫師也表示，此次會議是亞洲髖關節鏡



▲ 2023年第4屆亞洲髖關節鏡醫學會年會 (ASHA) 於林口長庚圓滿落幕



▲ 結合學術研討與髖關節鏡大體模擬示範課程，吸引超過 50 位國內外學員共襄盛舉。詹益聖理事長（左 3）向與會學員示範並指導髖關節鏡手術

醫學會自新冠疫情後首次舉辦的實體會議，總共超過 7 國、150 位的國內外醫師參與，參加人數為歷年之最，大家都積極抓住這難得機會，與各國專家進行面對面的學術交流，提升髖關節鏡技術。

詹益聖副院長指出，髖關節是由大腿骨與骨盆所形成的關節，當關節發生病變，例如：退化性關節炎、類風濕性關節炎、股骨頭缺血性壞死、關節發育不良、脫臼、股骨頸骨折或髖臼骨折、關節骨瘤、關節感染等，均可能造成髖關節的磨損與變形，造成疼痛、行走困難、關節僵硬、走路跛行或長短腳等情況，影響病人日常生活型態，症狀嚴重時，則可能需要置換人工關節。

他說，因為科技的進步與人

工關節材質的改良，人工關節置換已經是一種非常安全、有效、而且能達到長期療效的手術，包括：微創手術、電腦導航手術、截骨旋轉手術、關節感染手術、及關節再翻修手術等，林口長庚在各種關節重建技術已居領先地位，團隊成員經常擔任國內、外學術研討會講員，發表學術論文與示範手術。林口長庚醫療團隊最優化的目標，包括：微創手術、術後康復、教育訓練、以及實證醫學，以造福更多病人。

詹益聖副院長強調，大體手術實作課程名額一直供不應求，林口長庚手術技能訓練暨研發中心成立之後，提供了優秀的硬體、軟體和師資，相信在短時間內將會成為亞洲大體手術訓練的重要據點，將台灣優異的醫療實力推向國際。✎

林口長庚攜手廣達及國際扶輪基金會

以 5G 救護車提升新生兒及重難罕病童轉送品質與安全

◎林口長庚管理部

林口長庚 9 月 14 日與廣達電腦公司及國際扶輪基金會，假林口長庚研究大樓共同舉辦「5G 救護車啟用典禮」，典禮由長庚決策委員會程文俊主任委員、林口長庚陳建宗院長、廣達公司林百里董事長及國際扶輪基金會吳淑華總監共同主持，桃園市衛生局劉宜廉局長亦蒞臨指導，感謝各方對兒科醫療品質提升的努力。

新生兒常因早產、缺氧窒息、呼吸窘迫、先天性心臟病等各式情境，必須自地區或區域醫院轉診至醫學中心，林口長庚自 1989 年即成立 24 小時轉診專線，由兒科醫師領軍展開新生兒外接服務，於 2020 年將重難

罕病童增列入外接服務範圍，醫療團隊除在救護車上進行立即救治外，到院後亦以綠色通道直接轉進兒科加護病房，提升轉診照護時效。林口長庚位於桃竹苗地區，是目前全國出生率最高的區域，也是桃竹苗地區唯一的衛福部兒童重難罕核心醫院，迄今每年外接約 300 個新生兒及 115 個重症病童，服務範圍除桃竹苗外，亦擴及北北基和宜蘭地區。

長庚決策委員會程文俊主任委員表示，兒科外接服務在轉送過程中會遇到許多不可預測的病情變化，傳統作法在救護車上僅能由醫師以電話與院內團隊聯繫，有時會需要緊急會診其他科別或需要更多設備與藥物緊急治



▲ 林口長庚攜手廣達及國際扶輪基金會，舉辦 5G 救護車啟用典禮

療，都會增加醫療團隊於救護車上之聯繫流程與時間。

為提升兒科轉診救護品質，國際扶輪基金會捐送一台 5G 救護車，車上搭載了與廣達公司合作打造的 5G 轉送擔架與雲端轉送整合平台，利用 5G「高速度」「低時延」「多連結」的 3 大特性，配合由廣達研發專用的微型

攝影眼鏡與攝像鏡頭，將救護車上的訊號透過通訊技術即時傳遞至雲端整合平台，再傳輸到醫院的戰情室，讓院內團隊可即時監控救護車上病人狀況，並利用遠端會診資深醫師，即時提供最佳處置建議與諮詢。

林口長庚陳建宗院長對此善舉深表感謝，廣達公司林百里董事長及國際扶輪基金會吳淑華總監也表示，三方合作之 5G 救護車今日啟用後，相信更能提升林口長庚兒科外接服務之到院前緊急救護量能，並增進新生兒及重難罕病童轉送過程之品質及安全。✚



▲ 現場實地展示 5G 救護車運作

土城醫院健走「桐」樂會歡 樂登場 千人熱情參與

◎新北市立土城醫院社服課社工師 鄭詠萱

由 新北市立土城醫院於9月24日以土城區花油桐花命名，舉辦土城醫院健走「桐」樂會，吸引千位土城區居民及土城醫院員工、員眷的熱烈響應，大家一起走出戶外，找回運動習慣，維護身心靈健康。

精神科杜俊賢醫師表示，現代人深受3C產品誘惑，長時間看手機造成頸部肌肉緊繃，夜間也無法順利入睡而失眠。健走不需使用任何運動器材，僅需要民眾從室內走出來，增進與大自然連結，就能有效緩解壓力及焦躁情緒，改善睡眠品質。

邱怡文營養師也說，慢走(4公里/時)的運動強度下，體重每公斤每小時約可消耗熱量3.5大卡，本次健走路程走完約1.7公里，步數25,000步，以體重60kg成年人為例，在健走30分

鐘下，可消耗熱量約89kcal，但要提醒民眾切勿因有做運動而過量飲食，這樣不僅無法減重，還容易造成體重增加的反效果。

黃璟隆院長表示土城醫院致力於建立完整的社區健康照護體系，持續推廣社區健康促進活動，此次健走活動結合土城醫院醫療優勢，現場提供各種健康衛教攤位等，讓民眾不僅活動了筋骨，還能增長健康知識。👁



▲土城醫院醫療團隊呼籲大家健康齊步走，走出戶外，守護健康

結石手術新利器～ 軟式輸尿管鏡



◎基隆長庚腎臟科主治醫師 李進昌

尿路結石是一種常見的泌尿系統疾病，它可以影響任何年齡層的人。根據台灣的研究報告，尿路結石盛行率約 9.4%，在過去幾十年有明顯上升的趨勢，這可能與現代生活方式的改變有關，包括飲食習慣的變化、不足的水分攝取、久坐不動、肥胖和代謝疾病的增加等。所幸隨著泌尿內視鏡與碎石器械之蓬勃發展，各種手術的優化與複合，結石的治療也達到新的境界。

軟式輸尿管鏡手術就是一項新興的醫療科技，對於尿路結石的治療具有革命性的影響。相比於傳統的體外震波碎石手術和經皮腎臟碎石手術，軟式輸尿管鏡手術能夠更有效地清除結石並降低併發症的風險。在先進國家，軟式輸尿管鏡手術已成為主流治療方法。

基隆長庚在國內軟式輸尿管鏡手術的發展中扮演著重要的角色。醫院於 2013 年開始推動這項手術，在林承家醫師領軍之下，透過研究文獻與國外專家合作及廠商交流等方式不斷改進手術技術。不但在消毒可重複使用的軟式輸尿管鏡上取得了不錯的成果，並開發了多種安全置入輸尿管導管鞘的方法以避免損傷。此外，還研究了最佳的雷射碎石策略，致力於預防和治療併發症。

本期封面故事由林承家醫師現身說法在基隆長庚的軟式輸尿管鏡手術，陳鴻毅醫師介紹結石處理的新知，以及盧阿理專科護理師談手術注意事項和居家照護，藉由深入淺出的文章，讓讀者認識軟式輸尿管鏡。📖

軟式輸尿管鏡手術介紹

◎基隆長庚泌尿科主治醫師 林承家

醫 療科技日新月異，新的科技讓手術更有效率更為安全，但也同樣帶來不一樣的可能併發症，本文將簡介逆行性腎臟內手術，也稱軟式輸尿管鏡手術。陳小妹妹 2 歲 3 個月大，兩側輸尿管結石在這一年內已經經歷過 3 次開放式手術，還是沒有辦法把石頭清乾淨；陳先生兩側腎結石，經歷過多次的體外震波碎石手術、硬式輸尿管鏡手術、經皮腎臟碎石手術仍然長期被結石所困擾；林先生腎臟結石，戰鬥機飛行員，因為有腎臟結石而體外震波碎石手術又無法清除完畢，無法飛上天執行任務，所有這些病人最後都在軟式輸尿管鏡手術下才清除殘餘結石。

軟式輸尿管鏡腎臟碎石手術的確對腎臟結石的處理產生了革命性的影響，它是一種經由自然

孔所進行的手術，也就是說從尿道進去，經由膀胱、輸尿管直達腎臟，全程不打一釘不穿一孔，看到石頭後用雷射將石頭擊碎成粉，並部分取出做成分檢驗，最後留置雙 J 型導管，完成手術。相對來說，體外震波碎石手術有可能效率不佳的問題，經皮腎臟取石手術有病人傷害性較大的考量，而軟式輸尿管鏡若由專家醫師來執行，可以在併發症可控下達到最好的清石效果。這些年的統計在先進國家腎臟結石的處理方法，軟式輸尿管鏡手術已經獨占鰲頭了，但在國內考量部分醫材仍須自費下，執行的比率並不高。幸好這些年拋棄式軟式輸尿管鏡上市，相關醫療耗材也多有改進，使得這項手術才能在國內蓬勃發展！而在這其中基隆長庚也扮演了重要的角色。

2013年開始，基隆長庚泌尿科開始發展軟式輸尿管鏡，我們知道此項手術發展的困難點，所以搜尋論文、拜訪維修廠商，了解軟式輸尿管鏡容易損壞的原因；遇到手術中的困難點也絕不輕易放過，思考問題解決問題；並且和國外專家討論以及交換心得，最後把這項手術弄得精進通透！

我們達成了一些不錯的成就：儘管拋棄式軟式輸尿管鏡已為市場主流，但可重複消毒之軟式輸尿管鏡仍然可以提供較低廉之費用要求，而這一切必須植基於較高的手術技術水平，全國來基隆長庚訓練過的醫師，都可以達到很好的使用次數水平，在基隆長庚甚至可以做到一隻鏡子使用200次以上，這就讓這項手術有較可能的執行空間。我們也發展很多安全置入輸尿管導管鞘的方法，避免輸尿管受傷；對於各種大小結石，設定最佳雷射策略來達成最好的碎石效果。對於手術中的併發症，尤其是敗血症以及輸尿管狹窄對病人安全影響最大，我們也在了解這項手術的精髓後，發展預防以及治療這些嚴

重併發症的方法，讓病人的安全得以得到最大的保障。

醫學的進步很重視經驗的傳承及分享，所以從2015年起，在醫院全力的支持下，我們在各級學術研討會分享我們的經驗，每月在基隆院區執行手術臨床觀摩，現今國內執行這項手術的醫師絕大部分都是在基隆長庚學習這項技術的。除此之外這些年來也無數次被邀請在中國大陸、日本、韓國指導這項手術的經驗；在美國及歐洲泌尿科醫學會的教育課程也擔任指導教師，把我們重要的心得跟全世界做這項手術的醫師分享。直至今日我們不斷地鞭策自己，不斷的精進手術技術，發展新的問題解決方法，讓軟式輸尿管鏡手術更臻完美；不時舉辦研討會訓練營，並撰寫軟式輸尿管鏡手術指引讓醫師有所遵循，讓年輕醫師更成熟，國內結石的病人能夠得到更好的照顧，這是我們對自己最好的期許。👁️



尿路結石之治療

◎基隆長庚泌尿科主治醫師 陳鴻毅

尿路結石處理原則為多因子評估之概念，且需考量個別患者意願。但若是尿路結石合併阻塞性病變、感染及疼痛或因應特殊職業之需求（如航空或遠洋漁業從業人員等），積極介入之治療就存在其必要性。治療可分為非手術藥物排石治療或外科手術治療兩大方式：

一、藥物排石治療

目前有三類藥物應用於藥物排石治療，包括甲型阻斷劑（ α -blocker）、鈣離子通道阻斷劑（calcium channel blocker）以及第五型磷酸二酯酶抑制（PDE5 inhibitor），其中以使用甲型阻斷劑針對大於 0.5cm 之遠端輸尿管結石治療有較高的證據力。

二、手術治療

結石手術治療可分為五類，前三類為目前治療之主流，簡略

介紹如下。

- a. 體外震波碎石術（ESWL）：
以即時 X 光定位，透過震波機器的電極放電產生的震波，經過水及身體的傳導將能量聚焦於結石後，釋放能量進而達到將結石粉碎之目的再隨著尿液排出。優點是無傷口，可於門診執行無須住院及麻醉，大部分患者於手術過程中僅需口服止痛藥或輕量針劑止痛即可，時間約在 40~50 分鐘，稍做休息即可返家。缺點為若因為結石質地堅硬或是位置特殊可能效果不佳，或排石過程中產生阻塞、不適或血尿，這可能是重複治療或轉以泌尿內視鏡手術之適應症。此外若合併有腎臟解剖構造異常之尿路結石，震波治療效

果也不佳。懷孕婦女或有出血傾向之患者為其禁忌症，但仍屬相對安全且低侵入性之結石治療方式，根據文獻只有小於 1% 的患者發生有症狀之腎臟血腫。

b. 經尿道泌尿內視鏡碎石手術 (URSL/FURSL)：同樣為無傷口之手術，在全身或半身麻醉之下，利用硬式或軟式輸尿管鏡，自尿道→輸尿管開口逆行性至輸尿管或腎臟，經人體自然孔道，無傷口的路徑抵達結石處，運用雷射光纖搭配不同頻率及能量之功率直接將結石粉末化或碎片化。結石的排出可於術中利用取石網直接取出，或日後讓結石之碎片自行由輸尿管經尿液排出。優點為在肉眼直視視野下粉碎結石，相較於體外震波碎石術更為直接、立即且有效率，併用軟式輸尿管鏡可以同時處理輸尿管及腎臟內之結石。針對體積較大，質地較硬，位置特殊或是合併腎臟解剖構造異常（如輸尿管狹窄、憩室結石、馬蹄腎等）

之患者而言，為更有效之治療方式。手術的時間視結石大小及質地而定，部分患者術後需要置放輸尿管內導管，以確保尿路阻塞的引流或輸尿管黏膜之修復，術後一段時間後再於門診安排移除。缺點為需全身或半身麻醉下執行手術，雖然出血的機會不大，但針對麻醉風險高或具出血傾向之患者仍存在些許風險。

c. 經皮腎臟造瘻碎石手術 (PNL)：藉由超音波或 X 光導引經由皮膚做一切口，穿過軟組織進入腎臟集尿系統的路徑抵達腎臟結石處，建立工作通道放入內視鏡，藉由雷射、氣壓式或超音波式輔助碎石器械粉碎結石，大部分患者術後也須置放輸尿管導管。優點同樣為可在肉眼直視視野下，直接粉碎結石，結石的排出可在手術當下由經皮工作通道將結石夾出，或是粉末化結石後，由輸尿管經尿液排出。缺點為有傷口，相較於無傷口手術有術後疼痛之問題，住院天

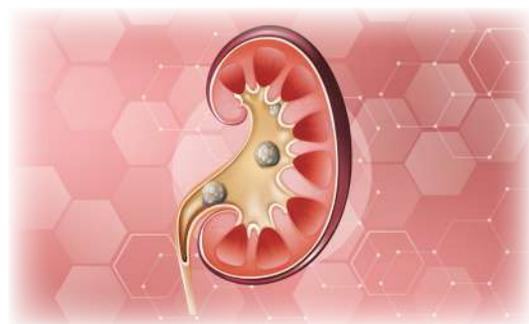
數也較泌尿內視鏡碎石長。此外，因為需要於皮膚→軟組織→腎臟→集尿系統建立工作通道，過程中存在可能出血之風險，同時腎臟通道的建立也會造成一定程度之腎元損傷。但截至目前為止，由於結石廓清率較高，經皮腎臟造瘻碎石手術目前仍為大型或複雜性腎臟結石處理之治療首選。

d. 腹腔鏡手術 (laparoscopic surgery)：運用微創小傷口之方式，經腹腔或後腹腔在氣腹之下進行輸尿管切開取石術 (ureterolithotomy)，腎盂切開取石術 (pyelolithotomy)，在特定的患者可以用微創的方式達到治療結石的效果。

e. 開放式手術 (open surgery)：最早發展之手術治療，運用傳統開放大傷口的方式進行輸尿管切開取石術 (ureterolithotomy) 或腎盂切開取石術 (pyelolithotomy)。因為侵入性較大，目前多半應用在上述手術進行困難後之救援。但在大型鹿角結石

的患者，無萎縮性腎截石術 (anatomic nephrolithotomy) 這種分離腎臟血管控制血流後，將腎臟切開，完整取出結石，再將腎臟縫合的手術，仍有其角色存在。

雖然結石手術治療的優缺點大致如上所述，但隨著泌尿內視鏡與碎石器械之蓬勃發展，各種手術的缺點也隨之優化，例如高功率雷射的演進，讓無傷口之泌尿內視鏡手術同樣可以處理部分的大型複雜性結石；而內視鏡的微小化，縮小了經皮腎臟造瘻碎石手術的工作通道，同時也減低了相對應的出血、疼痛及住院天數長之缺點；針對複雜性結石或大型鹿角結石的處理，現在則有同時進行泌尿內視鏡與經皮腎臟造瘻碎石之複合手術，各取其優點以達到結石治療的新境界，同時減少需要進行開放式手術之必要性。👁️



軟式輸尿管鏡碎石術之住院及居家照護與預防

◎基隆長庚泌尿科專科護理師 盧阿理

封面故事

民 眾經醫師評估確定要進行軟式輸尿管鏡碎石術時，護理師即會告知您手術應注意的事項，其中包括了住院注意事項、居家照護及如何預防結石復發。

● 住院注意事項

• 住院當天

在完成必要檢查與檢驗後，由醫師解釋碎石過程，並填妥同意書。尿液檢驗後如有感染發炎情形，當天會先給予抗生素治療。如有長期服用高血壓、心臟病或抗凝血藥物，住院後應告知醫護人員，依醫師指示繼續服用或停藥。手術前一天晚上 12 點後不能吃任何的東西（包括開水）。

• 手術當天

手術當天早上會給予靜脈輸

液及補充水分。術後不需禁食，可先喝水，如沒嘔吐就可進食。手術後會放置導尿管，正常情況下小便會有輕微血尿，但是如果顏色深如蕃茄汁時，表示出血較嚴重，應立即告知醫護人員處理。為避免尿路感染，尿管須保持通暢勿扭曲或反摺，尿袋置放高度應低於膀胱，且應距離地面 3~5 公分，不可置於地上，集尿袋之管夾保持關閉狀態。

• 術後第一天

醫師會依據生命徵象及小便顏色研判是否拔除導尿管，移除導尿管後小便可能會有頻尿、輕微血尿。

術後會放置輸尿管雙 J 導管，因雙 J 導管的關係，解尿時偶有腰痠痛情形，屬正常現象，等 2~3 週以門診手術方式移除導

管，症狀就會緩解。若小便自解正常沒有發燒、嚴重血尿情形，隔日即可出院大約一週後回診。

居家照護方面

一般患者於術後隔天即可返家休養，若有(1)腰部劇烈疼痛，服藥後仍無法緩解；(2)小便量減少(少於600c.c./天)；(3)出現畏寒、發燒現象($>38^{\circ}\text{C}$)；(4)持續尿失禁情形(可能是因輸尿管導管滑脫)，應提前回診或到急診求診。

返家後務必要按時服藥，並依預約時間回門診追蹤檢查。建議多喝水，無水分禁忌者每天可攝取約2000~3000毫升，但千萬不要憋尿，且多走動，有利結石的排出。如有輕微血尿、頻尿或解尿時有點腰酸情形，通常是因放置體內導管的正常反應，待導管移除後這些症狀就會改善。

如何預防結石復發

約50%的尿路結石患者會在5年內復發，患者可以透過飲食及生活習慣的改變，來預防結石復發。無水分限制者可多喝水，每日飲水2000~3000毫升，有助維持尿路系統的通暢。勿吃含鹽量高的食物，以免增加尿鈣分泌，造成尿路結石。大魚大肉也要避免，動物性蛋白質會增加尿酸與鈣質排泄，降低尿液酸鹼值，增加結石危險。當醫師告知結石成分時，需要依據成分減少攝取特定的食物(如附表)。適當運動可以幫助泌尿道蠕動，減少尿液結晶沉澱，預防結石形成，促進結石排除。

最後還是要強調，平時務必養成良好的排尿習慣不要憋尿，並定期回門診追蹤檢查，一般建議結石患者每3~6個月應進行腹部X光或腎臟超音波檢查，另如有血尿、腰痛者，應回院檢查，以早期發現早期治療。☞

附表 不同結石成分應避免的食物分類

草酸鈣結石	避免過多濃茶、咖啡、可樂、啤酒等飲料，以及巧克力、花生、扁豆、菠菜、蘆筍、蘿蔔等；也要避免攝取含過多維生素C的水果
尿酸結石	需採低普林飲食，少吃動物內臟、海水魚、肉汁肉湯、紫菜、香菇、豆類、酒類等
磷酸鈣、磷酸銨鎂結石	少吃含磷高的酵母、香菇、堅果等食物

關心兒童健康，您應該認識的新疫苗～ 腸病毒 71 型疫苗

◎基隆長庚兒童感染科主治醫師 蔡明翰

兒童醫療



現職

基隆長庚兒童內科部學術組教授
級主治醫師

專長

兒童感染症、細菌抗藥性機轉、
疫苗學

腸

病毒是夏季常見的兒童傳染病，流行季節從每年 4 月到 10 月，其中以 5 月到 6 月為高峰，它有糞口或飛沫等途徑傳播，表現可由無特異性症狀（如發燒、嘔吐或胃口差）、到咽峽

炎、甚至手足口症等表現都有可能。此外，腸病毒在人體的呼吸道或腸胃道可留存達數週之久，這種在人體長期繁殖的特性，使得控制腸病毒的傳播相當困難。

多數腸病毒患者只是輕微發燒及厭食，經由治療後一週內口腔潰瘍會自動痊癒。不過少數會出現併發症，包括無菌性腦膜炎、腦炎、肢體麻痺、心肌炎及新生兒敗血症等。其中腸病毒 71 型是最容易引起重症的型別，且易出現神經系統病變。一旦病毒侵犯腦幹，會導致肺水腫及心臟衰竭等併發症，甚至會因為心臟與呼吸衰竭而有生命危險，即使渡過急性期，有部分存活者也會因為呼吸中樞受到破壞而需仰賴

呼吸器維持生命。

根據疾管署的統計，今年8月底至9月初腸病毒單週的門急診就診總數超過12,000人，高於流行閾值，有腸病毒71型、腸病毒D68型及克沙奇A型等不同型別的腸病毒於社區流行。根據過去腸病毒71型的流行趨勢研究，它在台灣已成為地區型傳染病，每年都有大小不等的流行，嚴重病例初期常出現以下的表徵而需住院觀察，包括「持續高燒(超過39°C)3天以上不退」、「嚴重嘔吐」、「呼吸困難及心跳加速」、「燒退了患兒仍嗜睡」及「有類似手腳抽筋或肢體無力等症狀」。

過去台灣並無疫苗以預防腸病毒71型可能造成的重症風險，2023年起台灣有兩支腸病毒71型疫苗取得衛福部食藥署的許可證，8月起開始提供兒童施打。父母親難免會擔心新疫苗是否有效，以下針對這類疑問說明：

一、台灣腸病毒71型疫苗有哪些廠牌可供選擇？哪些人是接種對象？

台灣腸病毒71型疫苗自主研发始於2002年，歷經疾管署與

國衛院開發技轉，於2023年研發成功。目前台灣共有兩種腸病毒71型疫苗，分別來自安特羅與高端兩家生技公司。兩種疫苗都只提供年齡介於2個月至6歲之間的兒童施打，依台灣兒童感染症醫學會的建議，所有滿2個月至未滿6歲的兒童，應接種腸病毒71型疫苗，不須考慮先前是否感染過腸病毒(註：6歲以上兒童非目前腸病毒71型疫苗之適應症對象，且感染腸病毒71型後重症比例較低，是否接種此疫苗，可由醫師與家長討論後決定)。

二、安特羅與高端兩種腸病毒71型疫苗有何不同？

兩支疫苗皆屬於全細胞型非活化腸病毒71型疫苗，惟施打劑次稍有不同。

- 安特羅：共打兩劑，需間隔28天。
- 高端：以2歲為分界點，2個月以上至2歲嬰幼兒打3劑、2歲至6歲兒童共施打2劑，前2劑需間隔2個月，第3劑需與第1劑間隔12個月。

三、兒童只要打過腸病毒71型疫苗，是否就不會再得腸病

毒？

腸病毒 71 型疫苗只針對腸病毒 71 型，對於其他可能引起重症的腸病毒型別，如克沙奇 A16、腸病毒 D68 型等，沒有證據顯示有交叉保護效力，故接種後還是有可能感染其他型別的腸病毒。

四、腸病毒 71 型疫苗保護力好不好？會持續多久？打了有無副作用？

疫苗在臨床試驗階段，會檢驗受試者血液中的血清抗體，進一步分析疫苗是否可產生良好的免疫力。結果顯示，施打 2 劑安特羅疫苗後，可誘發血清保護率達 98.3%，且有效抗體可維持約 1 年，不過目前安特羅腸病毒 71 型疫苗尚未公布其疫苗保護力；而高端臨床數據則顯示，血清保護率可達 99.5%，且有效抗體維持至少 5 年，疫苗保護力可達 96.8%。

關於副作用部分，由於腸病毒 71 型疫苗是屬於傳統蛋白疫苗，僅有少數個案會有發燒或接種部位疼痛，相較新冠病毒疫苗而言，副作用輕微許多。不過仍強調在發燒或正患有急性中重度疾病的兒童，建議待疾病穩定後再接種。

最後要強調，腸病毒 71 型疫苗施打後確實能大幅降低病毒感染的機率，但是施打後免疫力的產生及持續時間仍因人而異，所以施打後並不代表完全不會感染腸病毒，只是即便感染也能減輕症狀及降低重症風險。在新冠疫情解封各種病毒流行仍處於高峰之際，養成良好衛生習慣、勤洗手、流行期間減少出入擁擠的公共場所、均衡飲食及運動，仍是阻絕腸病毒 71 型感染的不二法門。🔒



中醫兒科治療受虐性腦傷，幫助遲緩孩童向前行！

◎高雄長庚中醫部婦兒科主任 吳蓓禹

大家印象中的中醫兒科，都是哪些狀況來就診呢？過敏性鼻炎、異位性皮膚炎、感冒、腸胃問題、兒童增高？其實中醫兒科除了治療這些常見疾病外，也會治療早產兒及因腦部傷害造成的發展遲緩或肢體障礙兒童，其中也包含了受虐性腦傷的孩童。受虐性腦傷依照腦部損傷的部位及大小，而有不同程度的認知、語言及動作發展遲緩，且常合併視網膜出血，進而影響到視力，而這些傷害是月齡越小的嬰幼兒影響越大。

在急性期醫療介入穩定下來後，接下來可能就需要長期的照護或早療。中醫兒科會在這些孩子的住院及後續追蹤期間，針對腦傷造成的後遺症，盡可能用針灸、小兒推拿或中藥等方式，希望能幫助聽視力和肢體動作的發

展。在中醫部的支持下，我們來到了希恩之家，幫安置中心裡的腦傷及發展遲緩兒治療。

小旭是24週出生的早產小男孩，因受虐性腦傷造成多處硬腦膜下出血及雙側視網膜出血，在病情穩定下來後，被安置到希恩之家。第一次見到小旭時是矯正年齡8個月時，視覺反應不明顯，對眼前玩具無明顯追視，左側聽力較差，雙側肢體僵硬，左側肢體又比右側更僵硬，且趴著時頭只能抬高約30度。他似乎是安安靜靜的孩子，不太有互動，也沒有發出任何聲音。在每週一次的針灸及小兒推拿按摩近2個月後，我們發現他會稍微看一下離身邊很近的玩具，會看光亮處，會找一下發出聲音的玩具。隨著頭頸部的控制漸漸進步，趴著時頭部可抬高至60度，同時會

左右轉頭看。漸漸地觀察安靜的小旭，開始發出許多高高低低伊伊啊啊的聲音，針灸時也會出聲抗議了！接下來他慢慢進步，可以獨自坐的較穩，原本僵硬的雙手也稍微可以支撐在地墊上。只要看到這些腦傷的孩子有進步，照顧他們的保母、社工師、護理師等工作人員都非常高興！雖然小旭後續追蹤的腦部影像顯示仍有多處出血後的腦萎縮，但我們知道幼兒的神經學發展有較多潛力，持續的各種療育課程及針灸和推拿，都是能增加孩子刺激及進步的動力。

在高雄長庚兒少保護公益計畫支援社區醫療服務的支持下，中醫每週一次到希恩之家的治療已達半年，幫幾個孩子固定的針灸及小兒推拿，最開心的還是看到他們的進步，有位本來一直大哭、不易安撫、沒有追視的孩子，抱出來躺在地墊上剛要準備針灸，都還沒跟他說話安撫時，他竟然看著我笑了！當我再拿出玩具測試，確定這是視覺有進步的笑容，這個笑容讓所有人都融

化了！

這段期間，感受到希恩之家是一個溫暖的安置機構，除了中醫外，另外還有小兒醫療、物理治療、職能治療、語言治療等跨專業的健康照護團隊，讓這裡需要療育課程的孩子，都非常充實而忙碌，以安置機構來說非常不簡單。中醫兒科有幸能參與這個團隊，用中醫的方式，針對各個遲緩兒的項目治療，一起幫助這些孩子，在生命的早期獲得適當的療育照顧，將來能建立自主生活能力。在未來如果有機會，不管是醫院內或醫院外，我們也希望能夠幫助更多這類孩童，使發展遲緩兒能夠更進步。☺



▲ 高雄長庚兒童發展暨保護中心團隊成員(左至右)蔡育妘協調師、徐美欣主任、筆者、陳禹璇心理師、洪毓芸個管師

沒有距離的愛～「用愛彌補義診團」蒙古國國際醫療義診

◎桃園長庚手術室護理師 陳淑屏

羅

慧夫顱顏基金會攜手桃園長庚顱顏整形外科羅綸洲醫師、高雄長庚整形外科賴瑞斌醫師與吳政君醫師、日本籍整形外科醫師 Takafumi Saito、韓裔美國籍整形外科醫師 Kyung Hoon Chung、麻醉科羅巧芬醫師、3名手術室護理師、2名麻醉護理師及3名基金會人員，共14位人員組成「用愛彌補義診團」，於2023年8月27日啟程，飛行3,417公里，遠赴蒙古烏蘭巴托國立婦幼醫院(National Center for Mother and Child Health of Mongolia)為先天顱顏缺陷患者進行睽違近4年的義診服務，共計協助19名顱顏缺陷患者及1位燒燙傷患者完成手術。

經過一天長途飛行與舟車勞頓後入住飯店休息，隔天一早

醫療團隊兵分兩路直奔國立婦幼醫院。醫師組進行術前門診評估討論，護理組則進入手術室，在檢查當地的醫療設備與手術耗材後，放置台灣醫療團攜帶的器械與材料，與當地手術護理師進行溝通，討論出最經濟有效的消毒滅菌及手術鋪單方式，並進行器械分配。緊接著，醫療團在當天下午即開始義診手術的進行。雖然面臨著語言不通、設備不齊全



▲今年的義診服務，共協助19名顱顏缺陷患者及1位燒燙傷患者完成手術

心靈點滴



▲ 2023年「用愛彌補義診團」蒙古國國際醫療義診活動合影

等多種挑戰，但我們還是竭盡所能，全力提供在長庚紀念醫院所教所學的專業，讓所有的手術能夠順利完滿進行。

感恩茶會是我辛苦數日後的心靈雞湯，讓我對我的職業感到驕傲，並肯定自己選擇的護理工作。尤其，看到病人及家屬們參與時臉上所浮現的開心笑容、感謝的表情言語以及術後恢復的模樣，都讓我不禁紅了眼眶。這些心靈層面上的滿滿感動，支持著我想持續參加義診的信念，希望藉此幫助更多需要協助的病人，使他們不會因為貧窮而喪失就醫機會，並透過治療提升他們的生活品質。

蒙古國國際醫療義診活動，

讓我更加珍惜自己擁有的醫療環境與設施，深感良好的醫療管理制度對於醫療照護的提供有多麼重要。感謝桃園長庚提供這麼好的機會，讓醫療人員可以去歷練、學習及成長，踏出家園，伸出雙手，協助醫療偏遠落後地區民眾，以傳達長庚之愛、台灣之情。我熱愛長庚紀念醫院，以長庚紀念醫院為榮。☺



▲ 醫療團隊仔細聆聽患者狀況並進行討論

高雄長庚 2023 年人工電子耳家族聯誼會

◎高雄長庚社服課社工師 馮曉霞

高雄長庚於每年暑假舉辦人工電子耳家族聯誼會，今年於8月19日由王植熙院長、黃仲鋒教授帶領團隊出席，活動包含豐富充實的課程講授，更邀請病友分享術後使用心得，向我們細心描繪他們「聽」見的世界。

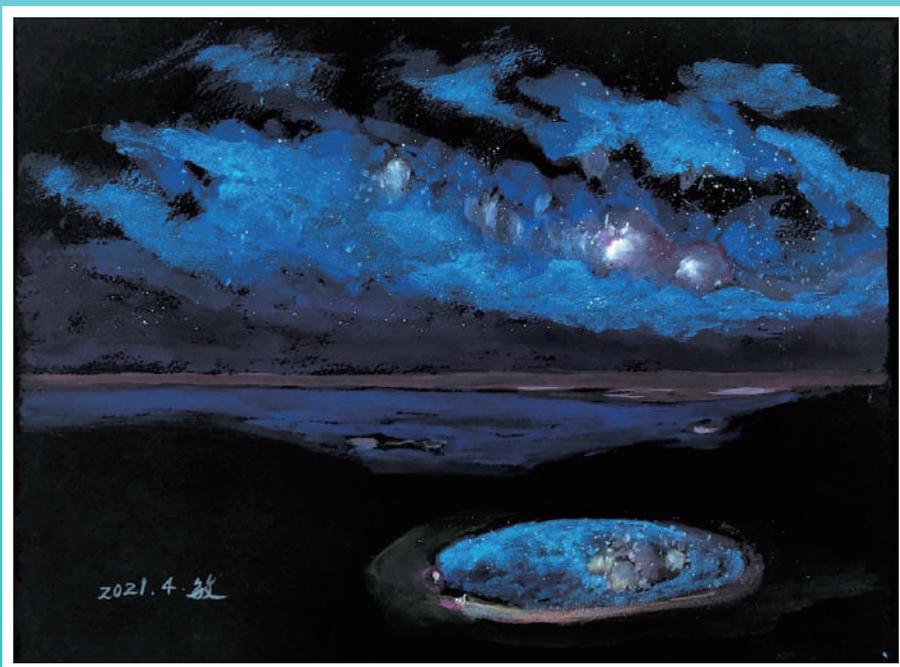
小瑄到了牙牙學語階段仍無法清楚發音，媽媽焦急帶她就醫，於2歲11個月時被診斷為重度聽障，雖立即配戴雙耳助聽器，然而效果有限，影響語言發展。3歲半裝置單側人工電子耳，術後為了讓小瑄提升聽語能力，媽媽不辭辛勞陪伴她積極參與聽語復健課程及音樂相關才藝活動，小瑄媽媽難忘小瑄首次清楚聽到聲音歡欣鼓舞的表情，內心充滿感動及對醫療團隊的感謝。接著小瑄於9歲完成裝置雙側人工電子耳，現在的小瑄聽說正常，溝通互動難不倒她。

雙耳聆聽是天賦人權，任何聽損者都有權利重建其兩側聽力，



▲醫療團隊與病友家屬大合照

特別是兒童更需要早期重建兩側聽力，歐洲耳科學會在2012年發表的報告建議，如果聽障兒童兩耳戴助聽器反應不佳，就應該盡快植入雙耳人工電子耳，及早促進腦部聽覺及語言區發展，提升幼兒的學習能力。惟裝置人工電子耳花費高昂，多數家庭無力全額負擔，長庚紀念醫院創辦人王永慶先生覺察聽損者的需要，發揮大愛捐贈補助人工電子耳。高雄長庚自2004年至今共補助257位病友，其中補助聽障兒童雙耳裝置人工電子耳共130位，每年幫助許多家庭，造福更多聽障朋友，盼將這份愛傳遞下去，讓越來越多聽障朋友能夠聽見這個世界、聽見未來的希望。✧



銀河(螢光水彩)

作者：陳敏治（長庚養生文化村村民）

2014年入住養生村，迄今快十年，養生村提供優美的社區環境及多元化學習課程，來到這裡從學生做起，以前的畫作都是充滿豐富色彩的風景或人物作品，較少挑戰暗色系列的畫作。當仰望星空，彷彿有無數的鑽石點綴在黑色畫布上，為夜空帶來美麗的璀璨。

人文的長庚
Humanistic Chang Gung