





多科際整合團隊醫療是提高癌症治癒率的秘訣

見證了半個世紀癌症醫療的發展後,我會篤定地說,多科際整合的團隊醫療是提升癌症治癒率的錦囊妙方!在1970年代,我任職美國杜克大學癌症中心的時候,首先,推動了多科際整合的團隊醫療模式。當時,我自己主持較困難照顧的頭頸癌團隊。十年後,我們發現頭頸癌病人的五年存活率從1976年的30%,提升到68%(論文發表於新英格蘭醫學雜誌)。那期間,化學藥劑、手術及放射治療的方法,基本上沒有什麼進展。不同的是,經過團隊,有更多雙眼睛看、更多個頭腦想,腦力激盪的結果,使得診斷更精確、治療更精準。過程中,由團隊一起為病人決定最適當的治療方針,計劃化療、放療或手術的先後順序。團隊成員,除了診斷科與癌症治療科的醫師外,同時,還有營養師、社工師、心理師、身心科醫師、藥師、護理師等的參與,讓病人身心靈各方面都被全方位照顧到,進一步去促進病人早日康復。再加上全院總動員積極做院內感染的預防與控制,結果出乎意料的優越。

最近有人問我,和信醫院創院已三十年了,我最感到驕傲的成就是什麼?我毫不猶豫地回說,是我們的治療成果,我們改變了不少病人的生命。根據國健署最新的統計,和信醫院全部病人的平均五年存活率(從第零期到第四期病人)是74%,台灣的平均五年存活率是52%,超過20%的差距是相當可觀的,也就是說,每治療五位病人,和信醫院能夠多救活一位病人。

和信不同癌症的醫療團隊經過三十年的切磋琢磨,科際之間的間隙越來越小,默契越來越好,醫療成果越來越進步。醫院開辦後,最初八年(1990~1997)病人的平均五年存活率是57%,第三個五年(1998~2002)是58%,第三個五年(2003~2007)是64%,第四個五年(2008~2012)是69%,最近的五年(2013~2017)則達到74%,一路持續地在向上提升。因此,我深深相信,多科際整合的團隊醫療是提升癌症治癒率的錦囊妙方,其秘密是,發揮不同醫療人員的專業價值,而不是投資貴重儀器。



黄津大 11.11.2020

目錄

4 三十周年慶 院長序

和信三十年 回顧與展望

10	不是秘密的秘密 誰是團隊中最重要的一員?
14	求你們救救我女兒
18	我與乳房影像
22	我不害怕,我很放心
26	在和信醫院治療的病人,應該是幸福而踏實的
34	總是能夠創造奇蹟的團隊
40	從口腔癌治療談和信醫院頭頸癌團隊的治療理念
42	和信醫院主張照顧病人是大家的事
48	誰說切掉喉嚨及聲帶就不能講話的
50	期許自己永保服務病人的熱情
56	先改變文化,才能幫助病人
60	我們盡力,在任何時刻
64	重症兒童生命大浪的避風港
68	和信之友 一位對抗四種不同癌症的鬥士
72	帶著您的信任與愛・我們會繼續走下去
74	本院治療甲狀腺癌的特色
78	陪伴病人邁向健康的未來
84	實現幽谷伴行的承諾
90	疼痛控制
92	感染控制做的好,病人安全沒煩惱
96	與理念相同者共事之樂
100	和信醫院 三十而立
104	和信護理不一樣
110	癌症病人是我們的人生導師
114	協助病人是我們的天職
118	來自病友女兒的一封信

• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
•••••	乳癌多科整合診治團隊 林寬仁醫師
	大腸直腸癌多科整合診治團隊 黃國埕醫師
•••••	肺癌及食道癌多科整合診治團隊 施志勳醫師
•••••	肝癌及上消化系癌多科整合診治團隊 郭澤名醫師
•••••	頭頸癌及鼻咽癌多科整合診治團隊 林敬原醫師
•••••	頭頸癌及鼻咽癌多科整合診治團隊 滕宣德醫師
	頭頸癌及鼻咽癌多科整合診治團隊 林秀峰醫師
•••••	頭頸癌及鼻咽癌多科整合診治團隊 蔡玉真醫師
•••••	血液及骨髓造血幹細胞移植多科整合診治團隊 譚傳德醫師
	血液淋巴腫瘤多科整合診治團隊 邱倫瑋醫師
•••••	兒童癌症多科整合診治團隊 陳榮隆醫師
•••••	泌尿系癌多科整合診治團隊 楊聯炎醫師、簡哲民醫師
•••••	婦癌多科整合診治團隊 洪啟峰醫師
•••••	內分泌腫瘤多科整合診治團隊 阮理瑛醫師、李淑真進階護理師
•••••	長期追蹤門診多科整合團隊 王詠醫師、陳詩蘋醫師、許愷芯管理師
•••••	緩和醫療多科整合診治團隊 張志偉醫師、莊永毓醫師
	癌症疼痛多科整合診治團隊 王正仁醫師
•••••	感染管制室負責人 施長慶醫師
•••••	醫學教育講座教授 賴其萬醫師
•••••	健康醫學中心召集人 游麗惠
	護理部主任 許麗珠
•••••	病人服務中心主任 曾裕娟
•••••	社會服務室主任 蘇怡庭
••••••	和信病友女兒 王郁雅

..... 醫務長 簡哲民醫師

乳癌多科整合診治團隊 鍾奇峰醫師





和信三十年 回顧與展望

不是秘密的秘密 誰是團隊中最重要的一員?

醫務長 簡哲民醫師

和信醫院創院已經滿 30 年了,在 這 30 年的過程中,我們從慘淡經營一 直到病人口耳相傳,並得到很多病人、 病人家屬與社會大眾的認同,到底和信 醫院有什麼不同?

在我們是以病人福祉為依歸的精神下,最重要的是利用不同癌病團隊分流的方法,提供病人充分的訊息與治療建議,讓病人能夠在充分的資訊下做出抉擇,之後能夠依照我們共同的決定,讓治療順利的完成,所以團隊中最重要的就是「病人」。

我們的團隊內有外科、腫瘤內科、 放射腫瘤科、病理科及放射診斷科專科 醫師,還有營養師,社工師及其他支持 病人的成員,可是最重要的成員是病 人,往往病人的想法修正了我們治療方向,使治療方式更完善,一個癌症治療的成功除了要早期診斷、正確治療外,大多決定於一個病人的決心、恆心與耐心,及家人的支持。

在醫療資訊不對等下,一般的癌症治療模式是主治醫師確定病情、決定期別後,依自己專長判斷就給予病人治療建議,病人往往因為焦慮感高,急著想治療,就在沒有經過第二意見諮詢,對於治療方法也沒有深入了解的狀況下,匆忙地同意接受該主治醫師建議的治療中或治療後由於對該疾病的了解更多而感到懊悔,因此我們會建議在決定治療之前,最好能得到另一組醫師的「第二意見」,再做出重大且困難的治療決定,以免造成遺憾。

簡哲民醫師,現任和信治癌中心醫院醫務長、放射腫瘤科碩學主治醫師,專長為頭頸癌、鼻咽癌、乳癌、直腸癌之放射治療。中國醫藥學院醫學士、臺灣大學病理學碩士,1979年擔任臺北榮民總醫院癌病治療中心主治醫師,1982年擔任英國曼城Christee 醫院放射腫瘤科臨床研究員,1985年任臺北榮民總醫院癌病治療中心放射治療科主任,1990年到本院服務至今,2001年至美國杜克大學醫學中心擔任放射腫瘤部兼任副教授。參與本院乳癌、大腸直腸癌、頭頸癌及鼻咽癌多科整合診治團隊。

譬如,早期乳癌的治療可以選擇全 乳切除或腫瘤部位切除加上腋下淋巴切 片,兩種方式的五年存活率及局部控制 率都一樣。有些外科醫師會建議較簡單 的全乳切除治療,就不能保存乳房;有 些外科醫師在初期乳癌病灶切除後,直 接在腫瘤部位加上局部一次性放療(術 中近接放療)而非術後四星期的放療・ 然而術後四星期的體外放療放射劑量分 布可控制,只是為期較長。這些不同的 處置方法都是術前要好好的討論的。我 們並不建議術中折接放療,因為劑量分 布不均勻對局部陣瘤控制較差。對於第 三期乳癌病人,全乳切除術加腋窩淋巴 清創術是過去的標準治療方式,但是目 前較新的觀念是術前化療使腫瘤變小, 再行全乳切除或部分切除加放射治療, 如果在化學治療後腫瘤縮小而可能保存 乳房,則部分切除加放射治療是最佳的 選擇。由於治療方式多樣加上新科技的 發展及新化療藥物的發明,使治療方式 有極大的改變及彈性,此時病人的意願 變成重要的決定,考量到局部控制率、 存活率、器官功能的保存,都考驗醫師 與病人的智慧與想法。

所謂團隊醫療是由不同專科醫師 的成員組成,有各科專長的每個人貢 獻自己的知識,取別人之長、補自己之 短,並以盡可能保持病人器官的完整與 功能為目標,一齊為病人決定治療的方



法與順序,以病人的最大利益為依歸, 這樣才可以得到最良好的治療結果。和 信醫院從創院開始(前身為孫逸仙治癌 中心醫院)就由黃院長的帶領,成立不 同的團隊,在團隊中有不同的成員來 與病人治療的決定,把團隊所決定的想 果跟病人商量,病人可以提出他的想 果跟病人商量,病人可以提出他的有 與需求,我們再逐一斟酌,讓病人有 與需求,我們再逐一斟酌,讓有 極參與治療決定的機會,最後雙方達到 共識,而不是單方面由醫師做決定。 共識,而不是單方面由醫師做決定。 此,就不會在不對等的醫療知識下讓病 人成為醫療弱者。

我們強調,病人為癌症治療團隊中最重要的一員,讓他參與治療的決定,好像有點令人匪夷所思,但從和信醫院創院以來確實就是這樣實行,我們會詳細地跟病人討論團隊的決定,並由病人及家人選擇對他最好的方式來治療,像乳癌第一、二期的病人,30年前,在

台灣,大部分的外科醫師都不相信乳 房保留術,所以以前的病人都是接受乳 房全切除。但美國從1980年代的研究 就已經發現,第一、二期早期乳癌的病 人做乳房保存手術及術後放射線治療的 結果,與乳房全切除的結果在五年的存 活率及局部控制率都是一樣的,而且又 可保留乳房維持病人的女性美,所以他 們建議優先告訴病人可以做乳房保留手 術,如果不告訴病人就可能被控訴。當 時我們跟病人提出乳房保存手術的時 候,很多病人都懷疑,沒有全部切除, 留下的乳房是不是很容易再長腫瘤?我 們跟病人解釋,告訴他們國外的治療方 式已是這樣的,逐漸的,病人就會釋懷 而接受乳房保存手術。

所以由和信醫院的統計數據可以看出,第一、二期的病人進行乳房保存手術的百分比逐年上升,由2000年的32%提升到2014年的55%,病人的存活率及局部控制率都很好,更好的優點是病人可以保有乳房,維持一個女人的身體特徵。所以病人參與討論除了存活率外,常常決定了未來的生活品質。

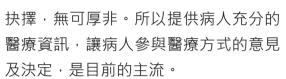
關於治療方面,和信並不講求使用高規格的治療儀器或高價藥品,而是提供病人最適當的治療方式,在考量病人的經濟狀況下達到相同的治療效果,化學治療的重要藥物則在療效的考慮下盡量使用原廠藥品。我們的治療講求精

準、減少副作用,並依每一個病人的身體狀況來決定正確且適當的治療方式。 由於病人參與治療抉擇,病醫關係良好,因此,醫療遵從率很高,我們治療的成果在國家的統計資料中有非常優秀的成績。

在台灣有多位名人於和信醫院就 醫,目前仍活躍政壇中,基於個人隱私 不便說明,故以美國雷根總統的夫人南 西,由於個人參與治療的決定而改變了 治療方式為例。南西在1987年(66歳) 確診乳癌,她雖然了解乳房保存手術的 療效與全乳切除一樣,卻選擇全乳切除 而放棄乳房保存,原因是自覺年紀大, 加上術後六周的放療會影響她與先生的 公開活動安排,最終她活到了94歲因 心臟病過世。著名影星安潔莉娜裘莉因 母親乳癌抗癌十年過世,她感受到母親 的病痛之苦,加上檢查發現她有乳癌 基因 BRCA-1,依統計資料她一生中有 87%的機率會得乳癌,有50%的機率 會有卵巢癌;得乳癌後對側乳房罹癌的 機會是 35%。

因罹癌機率高,經專業諮詢後, 她於 2016 年預防性切除兩側乳房並重 建,兩年後切除卵巢,她也充分了解 因保存乳頭而得乳癌的機會有 5%,就 醫過程詳見於她自述的「我的醫療選 擇」。當然有人反對她的做法,認為這 作法太過份。但她有充分的權利為自己





在醫療過程中,因與病人、病人家屬有良好的互動而變成朋友,「視病如親」是太高的理想,「視病如友」是我們實際的執行意念,在與病人互動中常有一些「不是秘密的秘密」。有一位病人經手術、化療及放療後一年,每次回診坐在診間椅子上的第一句話是:「我好放鬆,好像回到家一樣的舒適。」病人到醫院能沒有壓力且有安全感是令人欣慰的。

另一位病人在經過長時間的討論後,終於決定了治療方向,她告訴我,她早上因緊張而未進食,當下我從口袋拿出一塊 75% 的巧克力給她,她很高興的說謝謝,沒想到完成治療後兩年,她在一次門診時拿出一盒 75% 的巧克力送我,並說她一直記住這件事,並用手機顯示她當年拍下來的相片,特別說



明是「同一個牌子」,這是令人窩心的 回饋。

一般頭頸癌的病人須要約七星期的 放射及化學治療,常因吞嚥困難及味覺 改變無食慾而體重減輕。因此,在開始 放射治療前我常要每個病人記得八字真 言,就是「裝得傻傻,吃得肥肥」,意 思是不要想太多、盡量多吃營養的食物 維持體重,營養夠組織恢復快。在放療 前的門診我也一定會跟病人握手、為他 們鼓勵加油,希望他們好好治療。一位 病人完成治療後三個月,放療的副作用 減輕了,味覺回來了,身體逐漸復原, 核磁共振檢查都恢復正常, 腫瘤完全 消失,並準備上班去了,她門診結束後 要求跟我握手,並說:「謝謝醫師治療 前的握手鼓勵,給我很大的信心來克服 治療的不適。能完成治療,我很努力的 遵守八字真言,雖然無法完全達成,但 是我已經達到治療前的三大目標,『治 病、減肥及局部換膚』。」以上就是醫 病良好互動中留下的溫馨「小祕密」。

求你們救救我女兒

乳癌多科整合診治團隊 鍾奇峰醫師

星期五早上七點半不到,一群白袍出現在一樓會議室,將近30年的傳統

在此討論室中延續。大家就座後,由我 先向大家報告病情。病人在四年前罹患 了左側的乳癌,起初不以為意,沒有尋 求治療,綠豆大小的硬塊長到整個乳房 都腫脹疼痛,才勉強來到本院就醫。 打開紗布,左乳皮膚泛紅潰爛,靠近些 還可聞到淡淡的腐臭味。面對這樣的情 形,外科醫師判斷手術不可能切除乾 淨,轉介到腫瘤內科。

幾十年前這是難治之症,但近二十年來,手術前的化學治療已經可以讓很多病人的腫瘤縮小到可以開刀,而近10年標靶治療的出現更是如虎添翼,使得更多的病人開完刀後連一顆癌細胞也看不到。所以,病人接受我們的安排,經過四個多月的化學治療及標靶治療之後,如同預期中的發展,腫瘤縮小

鍾奇峰醫師,現任和信治癌中心醫院臨床試驗中心主任、血液與腫瘤內科部副主任、血液與腫瘤內科部碩學主治醫師,專長為腫瘤內科醫學、一般內科醫學,乳癌與婦癌腫瘤治療。中國醫藥學院醫學士,1997年擔任和信治癌中心醫院內科部住院醫師,2003年擔任本院血液與腫瘤內科部主治醫師服務至今。參與本院乳癌多科整合診治團隊、婦癌多科整合診治團隊。

到幾乎摸不到,原來的臭味不見了,潰爛的傷口也癒合了。接下來外科醫師進行了全乳切除,術後病理報告,只看到0.6公分大小殘存的腫瘤,拿出來二十幾顆淋巴腺也完全看不到癌細胞,反應十分良好。術後為了鞏固治療的成果,又做了六次的化療、25次的放射線治療,以及整整一年的標靶治療。

經過這麼一場全方位的圍堵戰後, 原本以為抗癌已經成功,沒想到癌細胞 還是比我們頑強,就在最後一次標靶治 療後的一個月,右乳皮膚開始泛紅,原 本還以為只是一般的濕疹,抹藥膏就好 了。沒想到面積越來越大,外科醫師做 了皮膚的切片,結果,不幸的,癌細胞 真的回來了。

病史報告完,會議室的燈光暗了下來,像播放電影,放射科醫師在大型螢幕上,依序回顧病人所有的影像檢查。「皮膚上的癌細胞雖然可怕,但是大家看一下這幾張乳房超音波。」原本黑暗中放大的瞳孔又更張大了些,似乎有好消息要出現。「皮膚尚未呈現水腫的狀況,右乳及右腋下也看不到腫瘤,這和第一次的情形並不一樣。」「肝臟及肺臟也沒有轉移的現象。」核醫科的醫師也報告:「正子攝影顯示沒有轉移的現象。」

開了燈·大家暗暗地鬆了一口氣。 「病理科醫師的意見呢?」團隊負責人



希望各科醫師都貢獻自己的意見。燈光 又暗了下來,螢幕上出現一顆顆的細 胞,眼睛適應不過來,有些刺眼。「這 些分化不好的細胞就是癌細胞。和上次 的癌細胞一樣,也是 HER2 陽性。」 這些都不意外,但重點是…「顯微鏡下 還可見到這些癌細胞沿著皮下的微血管 及淋巴管蔓延。這種情形很容易到處轉 移。」這就是皮膚會泛紅的原因。

狀況不妙,這絕不是簡單的遵照醫療指引,如同看食譜做菜般的簡單。但是團隊討論的目的就是要凝結眾人的智慧結晶,替病人找出一條生路。這時外科醫師不慌不忙地拿出手機,手機上有他幫病人拍照的相片,手機輪流傳到大家的手上。「我仔細檢查過病人,皮膚上發紅的範圍約五公分,我有把握把它切乾淨。麻煩的是這區域靠近身體中央的胸骨,這地方需要補皮,但整形外科

醫師評估後,認為可行,也答應要一起 手術。」整形外科醫師今天雖然不在, 但常是乳癌手術中最重要的隊友。

「癌細胞狡猾蔓延的程度,常常可以超過表面肉眼可見,也非先進的儀器如乳房超音波、乳房攝影、電腦斷層、核磁共振、正子攝影所能看見。這種情形真的開得乾淨嗎?」為了病人好,針鋒相對,直話直說,不怕得罪人,是團隊中常見的火爆場面。雖是火爆,但沒人接話,空氣瞬間凝結為冰。

「要做全切除還是部分切除呢?」 「在我們那個時代,乳癌幾乎都是做全 乳切除,深怕切不乾淨又復發。但是現 在放射線治療,化學治療,標靶治療那 麼進步,早就證明乳癌的復發與否,不是取決手術範圍的大小,而是其他治療是否成功。如果這個病人的病灶,外科醫師可以開得乾淨,我倒是支持局部以開得乾淨,我倒是支持局部隊負責人傳承了他的經驗與智慧。「倒是要問腫瘤內科的醫師,這個病人要高別人傳承。」「因為她剛結束標靶治療很成功,這個病人要就會發,恐怕先給這些藥沒有效果,只會發,恐怕先給這些藥沒有效果,只會別方治療的時間。」這個問題還算容易回答。「手術後要給予什麼樣的藥物治療呢?」難題永遠無法迴避。

HER2 陽性的乳癌一直都是乳癌中 最難治療的,但是西元兩千年單株抗 體賀癌平 (Herceptin) 的問世改變了一 切,疾病控制率及長期存活率都大幅提 高。但是這位病人的疾病似乎連這個藥 都控制不下來,抗藥性如此頑強的癌細 胞,還能有什麼好辦法呢?「也許賀癌 寧 (Kadcyla) 可以幫得上忙。」我嚥一 嚥口水,微弱的聲音似乎也沒有太大的 把握。醫界早已發現有些 HER2 陽性的 癌細胞根本不怕賀癌平,所以急需新的 藥物加入戰場。賀癌寧結合了單株標靶 抗體及化療藥物為一體,具有標靶藥物 導彈般的準確性,又有化療強力炸藥般 的威力。在三期的臨床試驗中已經證實 是對賀癌平無效之後的藥物首選。「可 是要打幾次呢?」因為之前的臨床試驗 治療的是末期轉移的病人,長期治療才



能控制疾病。但是對於開完刀的病人,是否有效都尚且不知,更何況是要決定給幾次的治療。且長期治療可能造成經濟上很大的負擔,和較大的副作用。我心裡也沒有答案。看出我的猶豫,不等我回答,團隊負責人就下了結論:「對於困難的病例,沒有標準可循,永遠有無窮無盡的不確定和疑問。我想我們就盡力吧!倒是治療前,也請社工及個案管理師協助,召開家庭會議,向病人及家屬好好說明。」

面對困難的病情,除了醫療團隊的 決心和毅力,還需要有病醫之間的互相 信任,才能攜手共同邁進。向病人及病 人的父親報告完我們的結論後,父親點 了點頭。「但是藥物自費一次的費用就 要二十幾萬元,這不是一筆小數目。」

「沒問題的,只要能救我女兒,再多 的錢我都不在平。」天下父母心,永 遠是自己的寶貝女兒。雖然我們知道治 好的機會極低,但面對病人及家屬的託 付,也只能挑起重擔,勇敢的往前走。 病人接下來接受了手術,手術過程順 利,檢體的邊緣都很乾淨。但術中取下 右側腋下前哨淋巴結,卻意外的也化驗 出癌細胞。病理科醫師說的沒錯,這些 癌細胞絕對不是我們能輕易掌握的。手 術後我們給了她六次的賀癌寧,接下來 完成放射線治療。表面上該做的治療告 一段落,對病人來說是畢業典禮,但對 醫療團隊來說卻是另外一個未知階段的 開始,看不見的敵人是否還在,我們完 全沒有把握。但這時候的我們也只能祈 禱。六年過去了,癌魔沒有再來,我們 還在繼續祈禱,希望她永遠不會復發。

我與乳房影像

乳癌多科整合診治團隊 林寬仁醫師

多年前電視新聞曾報導和信醫院的 乳癌診斷全台最優,多年來約有全台十 分之一的乳癌病人在和信醫院手術治療,和信醫院在全台乳癌手術人數曾獨 占鰲頭數年。和信醫院只是一個擁有兩 百床左右的癌症專科醫院,在全台大型 醫院、醫學中心林立的環境下,我們是 如何辦到的?這當中當然是有一些我們 努力的脈絡。

醫院開院至今已屆 30 年,在籌備建立關渡永久中心之前,曾跟台北市立仁愛醫院租借了兩層樓當作小而精的"起家居"。院長當初聘請在北台灣乳癌手術極具盛名的外科醫師陳啟明當外科主任,在美國當病理主任的林書馨醫師回台任病理主任,也聘請在全台極具盛名的超音波專家周宜宏主任兼職,

如此一步步地打造出如今極具口碑的乳癌診治團隊。說乳癌診治是和信起家的最大科別並不為過,醫院在此投注的人力、設備與精神實在不必贅言。以下我們將以幾點分析、說明來解釋我們是如何逐步達成的:

一、設備

時任放射診斷科主任的詹光裕醫師以高瞻遠矚的眼光,引進了全台第一部乳房攝影機,開啟了國內以X光對乳房疾病的篩檢與診斷,根據實證目前乳房攝影機已成為全世界唯一可以對乳房做大量篩檢,有效降低乳癌死亡率的工具。個人在和信治癌中心醫院開院的第五年,1995年進入放射科,從對乳房攝影機懵懂無知,到今天乳房攝影機成為朝日相處的工作夥伴,其中多少日

林寬仁醫師,現任和信治癌中心醫院放射診斷科主任、放射診斷科碩學主治醫師,專長為腫瘤放射診斷學、介入性超音波診斷、一般超音波診斷與各種乳房疾病診斷,各種超音波、立體定位、磁振造影、指引乳房粗針切片、真空輔助切片。國防醫學院醫學士,1990年擔任臺北榮民總醫院放射線部主治醫師,1993年擔任臺北榮民總醫院玉里與桃園分院放射線部主治醫師,1995年到本院服務至今。參與本院乳癌團隊多科整合診治團隊。

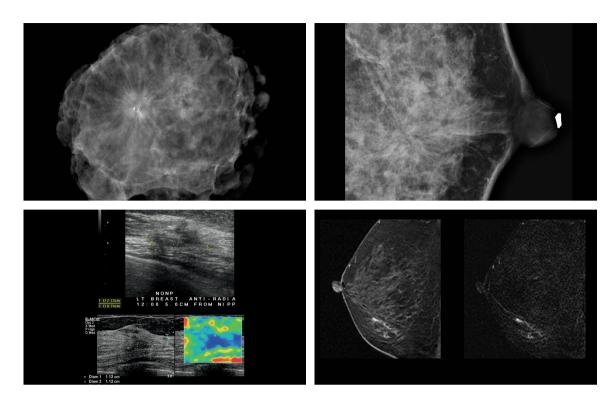
夜晨昏,多少辛酸血淚的訓練與學習過程,以至今日幾乎年年成為乳房醫學會、放射線醫學會、超音波醫學會乳房題目的演講者、導師,乳房攝影影像有其令人又愛又恨之處。

早期的乳房攝影機,會產出 X 光 片,需要洗片機,號稱是放射診斷科 最精細的診斷工具,對數位影像處理而 言,它的資料最龐大,難怪它是放射診 斷部門所有X光檢查裡,最後達成數 位化影像的檢查工具。在我對乳房攝影 影像還一知半解時,還好當時科內已聘 請任職台大放射線科的施庭芳醫師(現 在已是台大放射線部的前部主任)當兼 瞰醫師,她就是我當年乳房攝影的啟 蒙老師。隨著時代的進展, X 光影像是 不可能不成為全數位化的,在 2005 年 醫院購入了第一部全數位乳房攝影機, 在當時還算是少數購買的醫院之一,主 要是實證上,對攝影底下乳腺較緻密的 乳房,較傳統以 X 光片為主的乳房攝 影機,有提升乳癌診斷的功效。雖然如 此,仍然有不少以軟組織腫塊表現的乳 癌,無法在較小體積時被診斷出來。直 至數年之前有「乳房斷層掃描儀」被發 展出來,對緻密乳腺的遮蔽效應,才慢 慢被揭開來。這種機器在台灣較大的醫 學中心已逐漸被採購與使用。它還可以 使用顯影劑達到如乳房磁振造影 (MRI) 般的高敏感度及不錯的專一性,偵測到 乳房超音波、數位乳房攝影機所看不到



的乳癌。在今年內,我們即將增設此型 機器的最先進機種,提升早期乳癌的診 斷率,造福病人。

談乳房診斷,少不了要談影像導引 (如超音波、乳房攝影、磁振造影粗針 切片與真空輔助切片 (VAB)。環顧世界 各大醫學中心的乳房診斷發展,共同的 特徵皆是:愈是知名的醫學中心,其介 入性診斷能力愈強。開刀愈開愈小。假 如是良性病灶甚至以針為主,將腫瘤移 除而不開刀。個人每年皆出國參加乳癌 診斷研討會,在早期即已知道乳房粗針 切片將成為乳房疾病診斷的標準檢查, 所以在台灣尚未普遍使用時,就將它 導入院內,當作乳癌診斷的標準流程, 所以,多年來,受激在台灣放射線醫學 會、超音波醫學會及乳房醫學會介紹此 檢查,如今它已成為台灣乳癌診斷的標 準依據。



但是,粗針切片仍有一些限制, 特別是對於極微小的鈣化點可能代表 著最早期的乳癌,仍然會有一些少數的

偽陰性。在90年代末期,即發展出針 徑更粗,擁有吸力效果的真空輔助切 片,在超音波、乳房攝影、磁振造影的 導引下,將腫塊或可疑病灶大部分移 除,大大降低偽陰性的風險,病灶若為 良性,也就不再需要開刀切除,完全符 合現代醫學的「微創」概念 (minimal invasive)。和信醫院是全台少數最早使 用真空輔助切片,取乳房鈣化化驗的醫 院之一,我們擁有早期紮實的立體定位 粗針切片的經驗,故能將之發揮到最佳 狀態,後來台灣引進了另一款更快速、 效率更高的真空輔助切片機,其與立體 定位使用於乳房鈣化的切片,和信醫院 為全台第一家醫院,個人是全台第一位 操作此型機器的醫師,有這樣的歷史, 如今在北台灣,和信醫院在乳鈣使用真 空輔助切片已是最具經驗,累積病人數最多的醫院。沒什麼疤痕而達到正確診斷,所以病人滿意度非常高。

結合磁振造影應用於只有磁振造影才偵測得到的病灶,也很有幫助,但是,發現良性的機率還是遠高於惡性,基於「首先,不造成傷害的原則」,有別於台灣大部分的醫院,本院外科醫師還是希望若能使用真空輔助切片,證實其為良性就可免開刀,若為惡性則會有更好的術前規劃。所以,本院大部分皆實行磁振造影真空輔助切片,因而,我們的病例數與經驗為北台灣之冠。

二、人員

在和信醫院「小而精,小而美」的 環境下,外科、病理科、放射科合作無 間,從早期的細針抽吸,馬上就可得細 胞化驗比對、驗證,練就了超音波判斷 的精準度,因而,何種影像,可能會得 到什麼診斷或會有那些鑑別診斷的判斷 能力,被訓練得非常紮實。因為,很多 病人皆願意在此處置,而累積了無數珍 貴的影像,讀片時總是會將其原始診斷 乳癌的影像找出來考考自己,如此日復 一日的不斷挑戰,考驗自己,同時累積 經驗與實力。搬到關渡永久中心以後, 病人數逐漸增加,放射診斷科的醫師也 增加,處理病人的量能更大。本著大家 一致性的處置方式,不斷提升精準度, 是我們的優點。

機器操作及維護,影像品質的監控,放射師功不可沒,放射診斷科定期分析,檢討影像診斷有問題之檢查,期以他人也不要犯同樣的錯。雖然,放射師非醫師,但我們以教育醫師的方式教育他們,我們認為唯有他們擁有醫師般的學識才能把他們的工作做到最好。所以,醫師們準備到院外演講的內容,皆會在科內與放射師分享,以提升他們基本的專業能力,作業品質就能不斷地提升。

放射診斷科要完成這麼大量的介入性處置,護理師的幫忙也是功不可沒。本科擁有的護理人力,更甚醫學中心,從基本的衛教說明,病人切片前、切片後的生理監控、照顧,皆有固定流程與細心處理,醫師在辛苦、忙碌的切片之餘,感謝她們的付出,護理師的投入大大降低了病人的不安以及切片可能帶來的風險。

結語:長期兢兢業業的付出與整個 團隊的努力,才有今日的我們。我們因 病人而存在,我們以提供高品質、高精 準度的乳房影像服務為榮。希望病人因 為我們的服務,而遠離不安與癌症的威 脅,進而,勇敢、快樂地生活下去。我 更以我們團隊為榮,感謝他們的辛勞。 我視被我們服務過的病人為有緣人,願 大家皆能健健康康、快快樂樂生活。

我不害怕,我很放心

大陽直陽癌多科整合診治團隊 黃國埕醫師

林先生的抗癌之路

「林先生,你醒囉!手術很順利, 請放心喔!」,耳邊傳來熟悉又溫暖的 聲音。我穿過幾個似乎熟悉的臉孔望向 灰暗的天花板,感受著鼻子內微弱又帶 點涼意的氣流,睡意莫名襲來,略為刺 眼的光線,讓我閉上了眼睛,腦海卻浮 現一個個畫面。

電腦螢幕上,我看到電腦斷層上我 肺臟及肝臟裡的腫瘤。我看到太太擔心 皺眉的臉,感覺著我微濕顫抖的手心。 外科醫師細心又耐心的解釋著,自信的 眼神及笑容。在診間外安排手術準備細 節時,跟熟悉的護理師閒聊著… 監視器規律的心跳聲,提醒了我此刻手術剛結束,身在恢復室裡… 但我不害怕,我很安心。

我是大腸癌合併多處肝臟及肺臟轉 移的病人。在和信醫院從一開始接受原 發部位及肝轉移切除手術,陸陸續續接 受各種治療,已邁入第七年了。歷經多 次標靶及化學藥物治療,五次肝臟,兩 次肺臟手術。最近一次檢查,沒有顯示 腫瘤復發的跡象。除了覺得自己很厲害 之外,我深深感謝一路上照顧我的醫療 團隊每一位貴人。

黃國埕醫師,現任和信治癌中心醫院血液與腫瘤內科部資深主治醫師,專長為腫瘤內科醫學、一般內科醫學,結陽直腸癌、泌尿系癌之腫瘤治療。陽明大學醫學士, 2003年擔任和信治癌中心醫院內科部住院醫師,2009年擔任本院血液與腫瘤內科部主治醫師服務至今。參與本院大陽直腸癌多科整合診治團隊、泌尿系癌多科整合診治團隊。

腫瘤外科醫師們既專業又充滿信心 與熱情,術前的縝密計畫及詳細解說、 精湛的開刀技術、術後的悉心照顧,幫 我度過一次又一次難關。腫瘤內科醫師 耐心細心的解說及陪伴,讓我對自己病 沉及治療計畫更加了解。每一次治療, 都會想盡辦法,幫我減輕治療帶來的副 作用。在每個病情變化及轉折的時刻, 幫我指引下一步的方向。住院時,遇到 的護理師及專科護理師們,如同天使一 般,伴我度過術後回復的期間,伴我度 過每一次難熬的化療。心中苦悶感到挫 折時,也耐心聽我訴說,幫我打氣。每 次回診,接受檢查,不管護理師,技術 師,抽血高手,行政人員們,他們的專 業,關心及笑容也都給我很大的支持及 安心感。

在生日宴上,朋友們都驚呼看不出 來我曾經生了這麼嚴重的病,也敬佩著 我抗癌的勇氣及驚人的毅力及耐力。 他們與我相約,要陪我過未來每年生日 宴,不會放我一個人獨自面對。

是啊!抗癌這條路上,我曾經徬徨、害怕、脆弱、沮喪。但在和信醫院團隊專業又溫柔的陪伴下,我也學會勇敢、堅強、接受不確定性及適度放下。滿懷著感恩,好好的過著每一天。這條路上,我不孤單。我不害怕,我很放心。



大腸癌治療日新月異, 團隊醫療更是 重點

過去二十年期間,大陽直腸癌的治療,有著快速的體進展。病人的存活期隨之延長,治療相關的副作用也減少,病人的生活品質也獲得顯著的改善。然而,在整個治療過程中,所有團隊成員透過各個不同角度無間的合作,才是達到最佳治療成效的關鍵。

跟著時代的進步,從傳統開腹手術,到腹腔內視鏡手術,再到機器人手臂手術,和信醫院總是在新技術發展成熟時的第一時間,與時俱進,累積經驗,提供最新的手術及治療技術。微創手術技術的精進,在同樣的切除效果之外,我們可以讓手術對病人的傷害減到最低,使得手術術後恢復更快,得以儘快進行後續的治療。我們甚至可以讓適

合的病人同時以微創手術進行大陽腫瘤、肝臟腫瘤、腹膜腫瘤切除,毋須多次手術,減少手術及術後相關併發症的 風險。

本院近年來走在世界前端發展的經 肛門直腸腸繋膜切除手術,不僅有效克 服了以往低位直腸癌手術的困境,更是將 替病人保留住肛門的機會推展到了極致。

化療、標靶、免疫治療藥物,琳瑯滿目,但如何選擇,活用,是影響治療成效的關鍵。透過個人化的腫瘤基因檢測,我們可於診斷開始即掌握腫瘤特性,選擇最適合的藥物,設計專屬於每位病人的治療計畫。也根據每個病人的病情、體力、承受度不同,調整適合

的治療劑量,除了達到最大治療效果, 也盡量減少治療帶來的副作用,維持生 活品質。病人除了住院接受化療輸注治療,也可依個人需求,選擇居家化療輸 注裝置,方便且舒適的完成療程。我們 本著「以病人為中心」的信念,打造出 的治療計畫,實現新時代個人化醫療的 精神。

在直腸癌的治療,放射線治療扮演不可或缺的角色。於手術前施行的前導性放射線治療及化學治療,除了可以明顯降低局部復發風險,更可增加腫瘤縮小,保留肛門括約肌、不需做人工肛門的機會。以往五週的療程,對病人及家人都帶來許多困擾。本院於數年前,即跟隨國際醫療趨勢,引入短期五天的放









射線治療療程。不僅治療效果、副作用 和以往五週療程沒差別,也顯著的縮短 療程,減少病人舟車往返奔波的辛勞, 對於遠地的病人更是一大福音。此外, 許多化學治療效果不佳的病人,適時 搭配放射線治療,也有效緩解病人的不 適,找回病人的生活品質。

本院首創的個案管理師照顧模式, 從初診開始即有一位專屬於每位病人的 個管師,陪伴您,從診斷到治療到追 蹤,協助各單位間的橫向聯繫,做為病 醫間的溝通橋梁,您或家人若有任何問 題,也可以在個管師的耐心及用心之 下,獲得解決。很幸運的,本院召募到 的護理師們,皆是認同「以病人為中 心」的理念加入本院團隊。在合理的工作量、志同道合的工作氣氛下,總是盡心盡力,本著專業和耐心及愛心,正確執行每一項醫囑,發現並努力協助解決病人的大小問題。不管在門診區,住院區,檢查單位,都跟病人建立起如同家人、朋友般的情感,也是同仁及病人心中白衣天使的典範。

和信醫院大腸直腸癌團隊,累積了 三十年經驗。我們有信心,在腸癌治療 這條路上,給您最好的醫療及照顧。每 一刻,都有人陪伴著,指引下一站的方 向。

害怕也沒關係,我們會一直陪著您

對抗癌症,是一條漫漫長路。不是 百米衝刺,而是充滿考驗的馬拉松。我 們永遠不知道,下段旅程會是如何,會 遇到怎樣的對手,會遇到怎樣的障礙。 面對疾病及治療的充滿不確定性,總會 讓人害怕、擔憂、沮喪、情緒失控。您 會感到無助、失望、疲累、我們都知道, 也感同身受。

但我們想讓您知道,不勇敢又怎樣,害怕也沒關係,您永遠有我們可以依靠。恐懼會遮蔽雙眼,壓力會讓心疲累,但您有能力選擇面對,選擇堅強。

我們相信您,也會一直陪著您。

在和信醫院治療的病人 應該是幸福而踏實的

肺癌及食道癌多科整合診治團隊 施志勳醫師

見證過本院肺癌團隊實務運作的情形,以及醫療團隊對於臨床治療所投入的心力和關懷,相信您也會認同本院病人是在溫暖且人性的關愛中與眾多醫護團隊成員並肩一起對抗腫瘤。

翻開月曆已是 2020 年立秋後,驀然回首,和信治癌中心醫院自 1990 年創設,成為台灣第一家癌症專科醫院至今,傲然挺立在醫學中心林立的台北。尚且,正以其一貫平穩的姿態,繼續引領本地的臨床腫瘤醫學界,邁入第三十個年頭。

堅持理念,一路走來著實不易,直到目前為止,和信醫院仍然是台灣唯一的癌症專科醫院。(郭台銘所屬永齡基金會所捐贈設立的台大癌醫中心已被納入台大醫院體系)回想黃達夫院長,當初隻身從 DUKE 大學醫學中心回台創院規劃時, 篳路藍簍從無到有,一磚一

瓦、一心一意地,親身參與醫院硬體動線規畫、醫療團隊任務編組、強調病人安全隱私、營造溫暖就醫空間,同時擘劃醫學教育大計、重視病醫的尊重與溝通、爭取國際醫院評鑑、持續更新醫療設備等等,並將和信特有的人文關懷和互信互諒的精神,展現於醫院的每個角落和日常的醫務之中。

個人原來已在不同的公私立醫學中 心淬鍊經年,當初便是深受這種不同於 其他醫院的職場氛圍所吸引,而加入本 院的胸腔外科。如今,與和信醫院的同 事相濡以沫,已屆十餘載,對於和信的 組織文化,更是深刻體會而點滴在心。

施志勳醫師,現任和信治癌中心醫院外科部胸腔外科資深主治醫師,專長為肺癌、 食道癌、縱隔腔腫瘤與各種肺部轉移癌之手術治療。陽明大學醫學士、中國醫藥大學 臨床醫學碩士,2004年擔任教育部定講師,2005年到本院服務至今,2006年至國立 陽明大學醫學系擔任助理教授。曾任台灣胸腔及心臟血管外科醫學會監事。參與本院 肺癌、食道癌多科整合診治團隊。 誠如黃院長在其所著「用心·在對的地方」一書中特別強調本院的醫療團隊架構,認為一個合作無間的醫療團隊,才能夠提供給病人最完善的服務。事實上,本院從建院之初,即有多科別整合團隊的設置,相信經由專業的團隊會議,所形成的共識,對於癌症的治療,遠遠優於崇尚明星醫師單打獨鬥的舊觀念。

對於本院的多科整合癌症治療團隊 的實際運作,雖然富含專業的治療指 引,以及多面向的考量,但其精神,則 是以病人的最大利益為考量,正如黃院 長所說的:「醫院是為病人而存在的, 一切考量要以病人為主」。以下就容我 介紹一位遠道來和信醫院求診的中晚期 肺腺癌病人的實際治療經過為例,說明 本院肺癌治療團隊的運作過程及細節。

林女士是一位 65 歲的退休公務人員,才剛離開職場不過幾年。平時她就非常注意有關養生和健康的資訊,並且維持每天早上固定健走活動的習慣。然而,就在今年 2 月,她首次接受衛生所的免費老人健康檢查。3 月即收到通知,告知她胸部 x 光可能有異常,並建議她帶着通知單儘快就近到公立醫院看診,以便安排進一步的胸部電腦斷層檢查。兩周後,報告出來,結果,的確在她的右下肺葉發現,有疑似惡性腫瘤的影像,必須要轉診到大醫院。她最初到



南部某醫學中心求診,並且很快地,經過切片證實為肺腺癌。

林女士平日生活作息規律,身體狀況良好,尚無任何需要長期服藥的疾病。她的先生也無抽菸習慣,兩人育有一女一男,都已成年,兒子也在醫院服務,是一位內科的主治醫師。由於林女士被告知,因為肺部的腫瘤稍大,直徑已經超過六公分,並且在全身正子掃描後,懷疑可能還合併有縱膈淋巴腺轉移的跡象,判定是屬於,局部晚期的肺癌第三期,或者是合併有肋膜轉移的第四期 A。

一般來說,此時的肺腺癌,並不建 議直接進行手術切除。至於如何調整安 排最合適的治療計畫,則仍未有合乎共 識的統一見解,而需要針對個別病人的 情況來擬訂。如果選擇先手術探查並切



根據近年國際專家的臨床經驗報告和統計分析都顯示,若要有效提高肺腺癌的整體治癒率和長期存活率,就要看病人接受手術時,腫瘤是否可以完整地切除乾淨,便佔有絕對重要的影響地位。即便現今已是治癌藥物推陳出新,標靶、免疫新藥更迭的年代,若無法手術只單純仰賴藥物控制或是放射治療來治療肺腺癌,效果仍是十分有限的。所以才會想方設法,發展出在手術前先進

行所謂的前驅式化療或是標靶治療、甚至是免疫治療,先行初步控制或是縮小肺腫瘤,儘可能減少癌細胞的總量,降低可能轉移的機會,同時提高施行網內機會,將所有惡性腫瘤細胞會死灰復燃、有局部復發的可能,有局部復發的可能,有局部復發的可能,可以考慮再加把勁繼續斬草除根。原則上,手術後,團隊會依據病理報告,則可以考慮不過期,決定是否追加所謂的輔助式放作,則可以有數學不過,甚至免疫治療來儘可能提升整體疾病的控制效果。這就是多科整合治療的學理和實務。

即便林女士有一位長期在臨床工作,經驗豐富的內科醫師兒子相陪伴, 在其公子的同事及師長的好意轉介下看 了多位醫師。然而,要在短時間內消化 大量專門的資訊,包括臨床藥物試驗 報告,手術方式或是嶄新治療的論文發 表,就算是已執業多年的臨床醫師也會 陷入隔「科」如隔山的實務困境,殊難為 自己的母親做出合理、適當的臨床決策。

最後,林女士一家人,抱著滿懷的 憂慮和不安,來到和信醫院的胸腔科初 診求助,看起來似乎已經對於這突如其 來的肺腺癌無所適從,一家人也因多次 在各家醫學中心求診的緣故,早已對於 林女士的肺腺癌從影像檢查發現、穿刺 切片診斷、全身腫瘤掃描到臨床判定期 別以至於各家醫院建議的治療計畫等細 節如數家珍。



雖然這步驟需要一些等候時間,但是除非遇有緊急臨床狀況,病人必須即刻接受治療不可,則收治病人的主治醫師會親自設法聯絡他院的原主治醫師,在徵得病人本身和家屬的理解和同意下,並在相關團隊報告病情備案後,才能在本院真正展開具身體傷害性的癌症治療。

如此費事的主要目的,就是要維護「病人安全」這個最高的宗旨,以避免只求治療疾病的效率,卻在無形中忽略了病理判讀可能不正確,而給予錯誤的治療的可能。同樣的,我們也幫病人的精了他院所做的各項影像檢查的重新人心肺功能和生理機能可數人心肺功能和生理機能可要,力求萬無一失。當下也引薦了一位負責肺癌的個案管理師與病人和家屬認識,作為醫院和他們聯絡的窗口。也續門診的追蹤和隨時聯絡的窗口。

約莫在初診的一周之後,經由個管師的安排,居住在南部的林女士一家人再次回到和信醫院,同時約定腫瘤內科



醫師和胸腔外科醫師的門診,而兩位醫 師在看診前,都已經在本院的肺癌團隊 會議中得知病人的資訊,聽取由放射科 醫師和核子醫學科醫師,分別就影像資 訊報告病人肺腺癌的臨床期別,再由胸 腔外科醫師說明病人心肺功能評估的結 果和手術可能的風險,最後與腫瘤內科 醫師共同根據本院肺癌治療指引和國際 腫瘤學會的相關期別的治療建議,同 時諮詢病理科醫師,有關病人的腫瘤基 因檢測結果後,按照病人的年紀、生理 機能、腫瘤期數、基因突變檢測和腫瘤 影響範圍等,一齊做成決議,建議先以 病人肺腺癌具有的表皮生長因子接受器 (EGFR) 陽性結果和臨床期數已屆第三 期A或第四期A之診斷資料,為病人 向健保局申請標靶藥物服用,來作為前 驅治療並且密切追蹤觀察,除了注意腫 瘤有無明顯縮小,並適時處理,因為口 服標靶治療幾乎都會引起的,特有皮疹 發炎或是腹瀉的副作用,並且提醒注意 腫瘤崩壞所可能造成的症狀。

相對於傳統的前驅式化學治療,選擇口服標靶治療具有方便使用、不需住院、反應快速、而且副作用小的優點。但關鍵重點是,病人的肺腺癌經過檢測後必須要具備 EGFR 陽性的結果,方才符合健保給付的規範,同時也顯示可能有較大的機會,讓腫瘤縮小,而這也是近年來腫瘤醫學,因為分子生物科技和基因分析的長足進步,逐漸走向個人化量身訂製治療的一大重大突破。

幸運的是,才服用標靶藥物將近 一個月而已,腫瘤就明顯縮小了,副 作用也僅僅是皮膚多出了一些斤疹。也 因為林女士,事前已充分了解整個治療 計畫,所以,一路走來,感覺似乎沒有 她之前預期的恐怖。想到當初被確診肺 腺癌後,四處奔波遍訪名醫,南北各地 求診的驚慌失措,相對的,雖然到和信 醫院就醫,路途較遠,但是,很快的, 她就與看診的各科醫師似乎像一家人般 親密,而且,醫師們彼此間,不僅口吻 類似也互相熟捻,再加上個管師對於肺 癌的相關問題嫻熟得幾乎有問必答,又 不時嘘寒問暖。林女士知道有人隨時在 關心、在幫自己後,雖然,對於將來是 否可以順利接受手術切除,仍有些焦慮 不安外,平日的心情反而踏實多了。除 了日常注意規律作息,注意食用新鮮食 材,努力維持每日活動、觀察皮膚和生 理變化外,竟然,還很期待看診時,能 和醫師、護理師會面的日子。

在預計的標靶藥物治療後,緊接著便安排了一連串的影像檢查,包括胸部電腦斷層、腦部核磁共振、以及再一次全身正子掃描等有關腫瘤的評估,再與先前的影像詳細的比較分析後,確定她的肺腺癌腫瘤已經縮小至三公分左右,而且,腫瘤周遭的淋巴結,看來並無明顯增大,並排除了遠端轉移的可論後,如胃意讓接續的手術切除,按時登場,準備進行單孔胸腔鏡微創手術,來切除右下肺葉以及相關的淋巴腺摘除。

和信醫院的胸腔外科是台灣早期引 進胸腔鏡微創手術的醫院之一,這幾年 又進化至單孔微創的境地。整個肺癌的 根除手術,包括肺葉切除或是肺段切除 以及後續的縱膈淋巴清除等,都僅需要 一個約三到四公分的胸壁切口即可完 成。既不增加手術時間,也不需多餘的 耗材花費,卻能達到微創少痛、迅速復 原的要求。況且,實務上,本院現在幾 乎九成以上的肺部手術都可以經由單孔 來完成。

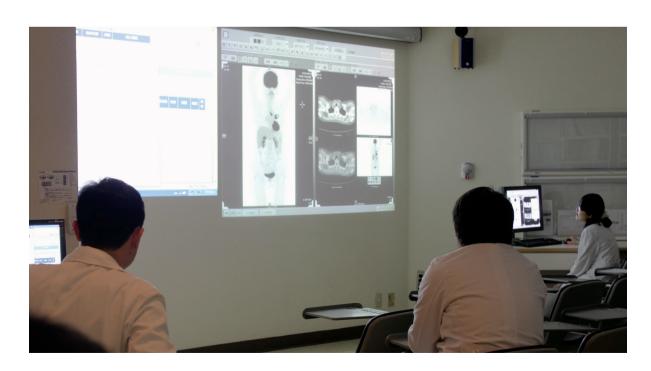
林女士終於順利地接受右側單孔胸腔鏡手術,並且手術中,藉由內視鏡的微觀仔細審視包括肋膜、肺葉之間的肺裂表面以及相關解剖位置的情形。同時,於懷疑處採行切片,來鑑別診斷,確實執行腫瘤範圍的界定,藉以做為後續是否追加輔助治療的憑藉。所幸,整



個手術過程順利,並無意外發現腫瘤擴 散的情形。所幸林女士在手術後,復原 迅速,並在一周後的回診時,就表示不 需要任何的止痛藥物了。

當然,決定讓病人先接受手術前的 前驅治療,也有一些不確定的因素必須 列入考慮,包含相關治療藥物的副作 用,若選定的治療,對腫瘤縮小的效果 不佳而無法達到預設目標時,可能更加 不利於後續手術的進行,或甚至腫瘤惡 性度過高而持續長大,以至於,始終沒 能讓手術有機會介入等。由於整個計畫 療程需要多科的參與與配合,其中最核 心的成功因素,就是多科整合的共識概 念和徹底執行。如同上述,本院肺癌治 療團隊的運作一般,對於複雜困難的病 例, 從一開始的準備工作就必須要求踏 實,按部就班地將每個病人臨床資料重 新整理、重新判讀、一切備齊,以便對 於個案在團隊成員聚集討論時,能夠詳 細又完整地考量各項相關因素, 並目, 尊重第一線醫師及個管師的回饋和病人 個人主觀意願配合下,方能達成秉持專業素養,崇尚行善正義的倫理原則,公開無私地要求成員們貢獻心智,來完成每一個病人的專屬治療計畫。

最後,臨床實際治療的成果和反饋,更是整個團隊進步成長的珍貴動力。例如,此案的林女士在其順利接受團隊擬定的治療計畫後,我們會適時發展之的治療計畫後,我們會適給銀行。此舉一方面充實壯大團隊的集體經驗自和實貴的臨床實證。唯有如此持續自我教育,以維持團隊的活力和成長動力。同時不斷地將最新的醫學成果灌注在臨床的操作上,最後才能將最具醫療來準、與時俱進的合適治療模式,直接專惠在我們的病人身上,讓病醫雙方同專



回到林女士的個案上,由於手術中 的詳盡檢視,因為腫瘤沒有局部擴散而 可以完整乾淨的切除,病理檢驗也證實 手術邊緣沒有殘餘腫瘤,甚至,所有清 除下來的淋巴結也都沒有殘存的癌細 胞,是一個成功根除腫瘤的理想手術。 然而,考慮到疾病初始的影像呈現, **陣瘤似乎有向周邊器官壓迫擴展的現** 象,因此,是否需要再追加輔助的化學 治療、放射治療或是延續效果出奇好的 標靶治療,便需要團隊,再一次眾志成 城地給予林女士適當建議。我們依往例 在肺癌團隊中討論,從回溯病人最初的 診斷、原本的治療計畫、手術當中的發 現、病理顯微鏡下的實情、以及參酌目 前發表的相關論文報告和綜合各相關臨 床科醫師們的經驗和看法後,我們做成 追加手術後的輔助型化學治療的建議。

暫時不建議持續使用標靶藥物·來顧及 病人的生活品質和整體醫療費用的負擔。

以上關於本院肺癌團隊運作的個案 回顧,即是每個稍具複雜性的肺腺癌病 人的日常。誠如黃院長不時強調的,照 顧病人要注重細節、要時時聆聽病人的 感受。

見證過本院肺癌團隊實務運作的情形,以及醫療團隊對於臨床治療所投入的心力和關懷,相信在您對於本院團隊運作稍有了解後,也會認同本院病人是在溫暖且人性的關愛中與眾多醫護團隊成員並局一起對抗腫瘤。同時感受到,能在和信醫院治療的病人們應該是幸福而踏實的。



總是能夠創造奇蹟的團隊

肝癌及上消化系癌多科整合診治團隊 郭澤名醫師

每逢民俗節慶,相關醫師與護理師 的桌上,總是擺放著病人曾先生母親親 手做的油飯,大家都知道,這是曾先生 的母親,答謝肝癌團隊的心意。

在 2009 年初,在錯愕與不安中, 52 歲的曾先生,在家人陪伴下,來到 和信治癌中心醫院,曾先生,剛在他 院,發現有一顆 13 公分的巨大肝癌, 糟糕的是,曾先生的肝功能並不理想, 他不僅有慢性 B 型肝炎感染,而且已進 展到肝硬化,食道上有肝硬化引起的靜 脈曲張,曾先生不只有巨大肝癌破裂的 危險,也有著肝硬化食道靜脈瘤出血的 風險,如果不治療的話,大約只剩下三 個月的時間。

「怎麼辦?」病人跟家屬焦慮的心

情表露在臉上。「外科醫師說·肝功能不佳,肝腫瘤又太大,不能手術。」對於和信醫院肝癌團隊而言,幾乎每個星期提出來在團隊討論的病例,都充滿了挑戰,曾先生也不例外,我們總要突破一次又一次的極限。雖然不能手術,但在肝癌團隊擬定了治療計劃後,曾先生在 2009 年一年之中,接受了三次的肝動脈栓塞化學治療術,並且持續服用 B型肝炎的抗病毒藥物,之後,他的肝癌不再長大,肝硬化與肝功能也逐漸好轉。

「醫師,我的兒子能接受手術嗎?」

「一年前不能手術,現在可以拜託 您再評估看看嗎?」——有一天的門診,

郭澤名醫師,現任和信治癌中心醫院一般內科部消化肝膽科資深主治醫師、肝癌及上消化系癌多科整合診治團隊召集人,專長為一般內科醫學、肝臟及上消化系腫瘤與疾病之診斷治療,胃鏡與大腸鏡檢查、上腹部超音波檢查。高雄醫學院醫學士,1994年擔任臺北市立仁愛醫院內科住院醫師,1999年擔任臺北市立仁愛醫院消化內科主治醫師,2001年到本院服務至今。參與本院肝癌及上消化系癌多科整合診治團隊。

曾先生的母親親自來到和信對醫師發出慈母的懇求。「恐怕還是不能手術,曾先生雖然病情有進步,但是現在施行手術仍然有危險。」老母親失望的回去了,曾先生還是很有毅力,很堅強的在之後的一年半又再接受了四次肝動脈栓塞化學治療術,效果相當好。雖然肝癌還是有10公分大,但是供應肝癌的動脈血管已幾乎被栓塞化學治療術滅絕。曾先生生活得好好的。

一直到 2011 年 12 月 29 日,肝癌才又開始蠢動。按往例,曾先生又接受了肝動脈栓塞化學治療術,但這一次,在腹部血管攝影之下,經驗豐富的莊伯祥副院長竟找尋不到支配肝癌的血管,讓他可以注射抗癌藥物進去肝癌組織。

「真的沒有活的肝癌細胞了嗎?」「肝癌指數胎兒球蛋白還是一直上升中」一內科醫師內心存疑慮,因為狡猾的癌細胞一般不會如此善罷甘休,整學全身正子掃描,但是,還是未能明確點出活的肝癌細胞還在哪裡?到了2012年3月,曾先生接受了腹部電腦斷層掃描,而腫瘤指數甲型胎兒球蛋白完,實上經轉移到其他器官了嗎?或者依然在肝臟裡,只是逃脫了現代醫療儀器精密的監測而已?「怎麼辦?」一這時連照顧曾先生三年的



內科醫師都苦惱了,於是將這棘手的情況,再提到肝癌多科診療團隊上討論, 看看其他的同事有沒有更好的方法。

在團隊會議上,平常負責肝癌分子醫學研究的高教授說:「肝癌細胞依然活在肝內的可能性很大,只是檢查不用壓不可以請外科醫師再評估,是否能夠了一定可以請外科醫師再評估,是否能夠了一定可能為曾先生再開啟了不過的肝功能已,與實質的不過,於是在透過外科程主任的術前,由程序,與有性後的併發症。果然,可以可以有過過,是不被檢查發現。

到 2020 年的今天,肝癌依然沒有復發,曾先生健康的生活著。多虧莊伯祥副院長領導的團隊,在肝動脈栓塞化學治療術上卓越的成就,將 13 公分的肝癌控制下來,又靠著肝膽內科,以 B型抗病毒藥物,扼住了 B型肝炎的滋長及肆虐,大幅改善了肝功能,最後,終於在外科程宗彥主任的精湛技術下,切除了肝癌。從可能活不到三個月到病情完全控制下來,這真是一個總是能夠創造奇蹟的團隊!

肝癌是台灣常見的癌症,起因來自B型、C型肝炎感染及酒精性肝炎。雖然,近年來,已有抗病毒藥物能控制B型及C型肝炎,及全面性新生兒B型肝炎疫苗的注射,使罹患肝炎的人數得到控制,但是,因為肝炎而罹患肝癌的高風險仍是讓國人聞風色變。

肝癌雖然可怕,但是若發現得早, 且治療得宜,仍然可以治癒,延長壽命 及存活率。簡要的說,肝癌的治療有手 術切除、肝臟移植、射頻燒灼、酒精注 射、肝動脈栓塞化學治療術、標靶治 療、免疫治療,某些情況下,也可以施 行放射線治療及化學治療。

一、手術治療

手術治療是根除肝癌最有效的療法,但是否能夠手術,決定於諸多因素,肝功能良好是重要的因子,肝功能

不佳的話,即使成功地將腫瘤切除,病 人也無法順利復原。另外,病人若合併 有其他疾病,會增加手術風險及麻醉風 險的話,也不適合手術。例如,病人同 時罹患嚴重的冠狀動脈疾病或是慢性阻 塞性肺病,已大大影響了心肺功能,則 不適宜手術。還有腫瘤的位置、大小, 也影響著手術的難易程度。一般而言, 位於肝臟邊陲及表面的腫瘤位置,比位 在肝臟中心及深部的腫瘤容易被切除。 還有,腫瘤是否太貼近血管,而影響腫 瘤剝離,也是重要考量。手術方式,有 傳統的開腹手術、2D、3D 腹腔鏡手術 到機器手臂的達文西手術。外科醫師會 根據病人實際的病況,選擇最適合的術 式,為了讓手術前的評估更精準,和信 治癌中心還引進了先進的腹部電腦斷層 掃瞄、3D 影像重組軟體,讓外科醫師 在術前,即能規劃切除的範圍及大小, 也能預估手術時,將遭遇到的血管及膽 管走向,是對病人的一大福音。此外, 對於術中腫瘤的辨識,除了用肉眼以及 腹腔鏡近距離的攝影鏡頭之外,和信治 癌中心也可先為病人注射偵測追蹤小肝 腫瘤的藥劑,再以紅外線術中照射產生 螢光效應,讓原本不易被辨識的,表面 小肝癌, 能順利地被找到並切除。

二、肝動脈栓塞化學治療術

雖然,手術有較高的機會,能根除肝癌,但是,現實的情況是,只有少數的病人有較佳的條件能接受手術,

雖然,肝動脈栓塞治療術,有如此 卓越的立論,但在實際臨床上,仍有許

多情況,限制了療效,如常見的原因,如:(a)供給肝癌的動脈血流太少或大小,以至於,達不到治療目標,這種情形,常見於小於 2 公分的肝癌。(b)肝癌位於肝臟的邊陲地帶,甚至往肝外擴限,此時,使得腫瘤的血管供應源,常常已不再只是肝動脈,譬如,左葉肝臟的肝癌,其血流供應,可能來自左肝動脈之外,還來自於同時供給胃部營養的小動脈,在此情況下,如果沒有仔細分辨,栓塞化學治療術在撲殺肝癌的同時,也將造成胃的潰瘍,甚至出血。

常見的治療併發症是疼痛、發燒及 肝功能異常,所以,治療術後,需住院 休養數日,一般在一週以內即可出院。 極少數病人的壞死肝癌細胞,遭體內的 細菌侵入,形成肝膿瘍,則需以引流管





引流, 佐以抗生素治療。

肝動脈栓塞化學治療術,為無法手術、電燒、移植的病人,提供了極有效的救援。雖然無法一次治癒肝癌,但是,在3到6個月治療間隔下,保住病人的生活品質並提升存活率,是內科肝癌治療的主力。

三、射頻燒灼術

這是運用無線電波產生熱能·燒灼 肝癌細胞的技術,必須將一支特殊設計 的電燒針,插入肝癌組織後,對此針通 電生成無線電波,再將無線電波的能量 換成熱能,一般控制在70℃左右,即 可有效燒灼肝癌組織。

射頻燒灼術能在不切除肝組織的情況下,根除肝癌,是治療肝癌的利器, 是無法接受手術治療病人,另一個積極 治療的選擇。一般以單顆肝腫瘤,且腫瘤大小,不超過三公分為首選。此技術施行的關鍵,在於,如何將電燒針,精準插入肝腫瘤,醫師必須藉助即時的電腦斷層掃描,或是腹部超音波導引,才能如有「透視眼」一般,將電燒針,精準刺中肝癌,再進行燒灼,一般燒灼時間約20分鐘即可完成,但是燒灼前的腫瘤定位及術後的觀察,仍是需要相當多的時間,來完成整個療程。

如果,肝腫瘤的位置,在不易以影像導引穿刺的地方,可以考慮配合外科的腹腔鏡技術在開刀房施行電燒,腹腔鏡有直視真實的影像及術中超音波引導進針,同時,可用器械,稍稍移開太靠近電燒針的鄰近器官,諸如肺、膽囊、胃、小腸或是大腸,可以有效地避免,對鄰近器官或組織的熱傷害。

四、全身性的藥物治療

這一類療法包含了標靶治療、免疫 治療及化學治療,由於分子生物醫學的 大幅進步,新的藥物及治療組合,一直 推陳出新,治療的適應症及準則也正方 興未艾。

目前這類治療被建議使用在肝癌病情較嚴重、複雜,但是肝功能還良好的病人,審慎使用的話,可以延長病人的存活,並保有生活品質,常用的第一線藥物有 Sorafenib, Levatinib, Atezolizumab+Bevacizumab; 第二線藥物有 Regorafenib, Cabozantinib, Ramucirumab, Pembrolizumab 以及 Nivolumab+Ipilimumab 等等。

胃癌

胃癌,曾經是國人主要的癌症,但 是,隨著公共衛生的進步,以及幽門螺 旋桿菌的根除治療後,目前,胃癌在台灣的發生率已大幅減少。

胃癌的治療主要依賴外科手術,若 是已他處轉移,而不適宜手術,則施予 全身性化學治療。如果,以早期胃癌及 非早期胃癌來區分的話,早期胃癌以手 術切除,幾乎能痊癒。近年,針對早期 胃癌,某些病人也能施行胃黏膜切除 術,也就是,以胃鏡切除胃癌,讓病人 依然能保有大部分的胃,生活品質能保 持且有和外科手術相當的存活率。

本院胃癌治療成績斐然,第一期病人的五年存活率為95.9%遠高於全國平均的73.4%,第二期病人的五年存活率73.5%遠高於全國平均的54.2%,第三期病人的五年存活率35.9%也高於全國平均的25.3%。



從口腔癌治療談和信醫院頭頸癌團隊的治療理念

頭頸癌及鼻咽癌多科整合診治團隊 林敬原醫師

在台灣 30 年來,由於政府無視檳榔的嚴重致癌性,口腔癌於 1991 年取代了鼻咽癌,成為第一大頭頸癌 1,2。 1991 年口腔癌的年發生人數 1,247 人,時至今日,2017 年口腔癌的年發生人數已達 7,797 人。相較於年年上升的菸捐,我們從未看到政府對減少檳榔的使用率有很積極的作為。

身為醫師,我們只能努力去治療這 些檳榔受害者,同樣是頭頸部的癌症, 較之鼻咽癌,口腔癌細胞相對頑強,對 於放射治療、化學治療都有很高的抗 性,即使是現今最夯的標靶治療、免疫 療法,也僅有一、二成的療效。故長久 以來,口腔癌的首選治療都是以手術切 除為主。 然而,口腔癌的手術就像俗話說「在太后頭上動土」、「在虎口裡拔牙」、不但複雜、耗時、動輒5至10小時的手術時間,且術後病人幾乎是顏面盡失、口齒不清,造成嚴重失能。也就難怪病人往往都不願接受手術治療,而造成病情惡化。

從本院的統計顯示,早期自 1990至 2000年,本院治療的口腔癌大多為 3-4期,所以,存活率難以突破。而自 2000年以後,病人逐漸增加,且早期病人也增多。

現有的手術團隊成員主要以下列原則來治療口腔癌:

1. 透過手術技巧的精進與經驗的累積, 在對病人顏面組織及功能破壞最小的情

林敬原醫師‧現任和信治癌中心醫院外科部耳鼻喉頭頸外科資深主治醫師、頭頸癌及鼻咽癌多科整合診治團隊召集人‧專長為頭頸外科腫瘤之手術治療、一般耳鼻喉疾病處置。高雄醫學院醫學士‧1996年擔任台大醫院耳鼻喉部住院醫師‧2003年擔任美國紀念斯隆-凱特琳癌症中心頭頸外科研究醫師‧2000年到本院服務至今。參與本院頭頸癌及鼻咽癌多科整合診治團隊。

形下,完整取下腫瘤,譬如在晚期舌癌手術,就以頸拖出法 (pull -through technique)避免下顎骨切開及臉部疤痕。

- 2. 與整形外科醫師合作,採取功能性重建,減少不必要皮瓣體積,以避免上呼吸道的阻塞,而可以降低病人接受氣切比率,從原本80%降至20%以下,加速術後復原速度。
- 3. 對於局部嚴重腫瘤,不以過度切除而 是標記可能的危險切緣,配合術後定位 放射,來增加局部控制率,且保留病人 容貌及功能。
- 4. 外科與放射科醫師共同討論決定放射 範圍,以精準醫療的原則,達到減少放 射副作用的目標。
- 5. 治療後病人由牙科醫師及吞嚥治療師介入,儘量改善咀嚼吞嚥功能,恢復生活品質。

我們的理念是在不影響疾病控制率、存活率的前提下,儘可能保留功能、改善生活品質,如此,或許可維持病人身心的健康,增進免疫力,進而減少復發率,提高存活率。



很高興上述以病人為中心做法, 已在國健署公布 2013-2017 年口腔癌 5 年存活率中得到證實:本院口腔癌 5 年存活率 76%,高於全國 5 年存活率 53%,相差達 23%。然而,想要達成如此的目標,團隊必須付出更多的時間來努力與病人溝通並照顧病人。

我們頭頸癌團隊相信未來的醫療是以病人知情同意 (informed consent) 為基礎,以病人意志為中心,摒除醫療專業傲慢 (arrogance) 來達成共享決策型醫療 (Shared Decision Making Medicine) 的目標。

- 1. 1979-2017 年癌症發生人數·統計資料來自衛生福利部國民健康署癌症登記線上互動查詢系統· 資料下載時間: 2020.09.16·https://cris.hpa.gov.tw/pagepub/Home.aspx?itemNo=cr.q.10
- 2. 口腔癌(ICD-9:140-149·142與147除外):1991年每十萬人年齡標準化發生率7.05人;2017年每十萬人年齡標準化發生率21.98人。鼻咽癌(ICD-9:147):1991年每十萬人年齡標準化發生率6.26人;2017年每十萬人年齡標準化發生率4.65人。標準化發生率係以2000年W.H.O. 世界人口年齡結構為基準。

和信醫院主張照顧病人是大家的事 口腔癌的治療與追蹤

頭頸癌及鼻咽癌多科整合診治團隊 滕宣德醫師

2020年盛夏某一天下午,一如例行的門診日子。氣象報導已經報了又報,破記錄的高溫,連續多日超過38℃,甚至39℃。我穿著白袍工作,病人和家屬們也多半穿著薄外套在院內穿梭或等候著。其中一對夫婦,嘉義來的林先生和林太太進入了診間,林先生坐上了診療椅,強忍著放射治療造成的口腔黏膜炎,讓我在他那只能張開約一根手指幅度的口腔中東翻西找,左看右掰的……。我一面用棉花棒,抽吸管,壓舌板清除掉夾縫中的渣渣,這才診察結束。

這個情景,林先生和林太太已經再熟悉不過了。十一年前他們帶著嘉義一家醫院的切片報告來到了和信以後,我們就結下了不解之緣。這十一年來林先

生一共經歷了 13 次手術,從舌頭到牙 齦到頰黏膜,左也有,右也有,上顎和 下顎牙齦也都有,一次又一次的口腔手 術,造成口腔內廣泛的疤痕與纖維化, 使得他進食咀嚼愈來愈不方便,愛吃海 鮮生魚片的他,也越來越少能盡情享用 南部新鮮的海產。

記得,當第二次口腔癌出現,正準備要手術時,林先生就問我,是不是前一次那個癌症復發了?還是轉移到這裡了?我告訴他,檳榔及菸酒引起的口腔癌,常常會見到多發性的,雖然第一次開乾淨了,但我們無法預防癌症不再發生,當第三次手術正待安排之前,無奈的林先生和焦急又擔心的家屬申請了我們醫院的病理報告,拿去外院請教第二意見,然後他們又回來問我道,有其他

滕宣德醫師,現任和信治癌中心醫院外科部耳鼻喉頭頸外科資深主治醫師,專長為頭頸外科腫瘤之手術治療、一般耳鼻喉疾病處置。臺灣大學醫學士,1998年擔任臺大醫院耳鼻喉部住院醫師,2001年擔任臺大醫院耳鼻喉部總住院醫師,2002年到本院服務至今。參與本院頭頸癌及鼻咽癌多科整合診治團隊、內分泌腫瘤多科整合診治團隊。

病人像他一樣嗎?我只能安慰他們說, 當然有啊。確實,這在嚼過檳榔,或 是長期吸菸喝酒,產生口腔癌的病人群 中,可不少見。

在那次之後,又有好幾次在不同部位的口腔黏膜癌或是癌前病變(白斑,紅斑,分化不良等等)使得林先生接受了一次又一次的手術。前面的幾次手術,我還可以立刻回答,跟您狀況類似的病人不少啊!然而到了十次之後,我也跟他一樣的無奈,只能跟他說也有小部份的病人是與您的狀況差不多的……只不過這些病人所佔的比例為數不多的,以及術後傷口照護,然後遵照醫囑定期追蹤,直到現在仍努力地與我們合作著,一同對抗口腔癌。

記得我自己從小學開始,每年都有好幾次的家庭活動,到台灣中南部,或是回祖父母家,外公外婆家,或是家庭旅遊,拜訪親友,或是父母同事團體出遊。總會看到美麗的山林愈見開墾,造橋鋪路,山坡上漸漸佈滿果樹,茶園,這是隨著台灣經濟起飛的一幅景像,普遍地出現在各縣市的中低海拔丘陵地區。到了上世紀末,全台各地的山坡地開發景象中,繼果園茶園之後,又就被一根根光溜溜樹幹的檳榔園給覆蓋過了。

這滿山遍野的檳榔樹,相對上比果



樹更容易照顧,而且大多是在本來應該做好水土保持的坡地上墾植。因為大量供應了市面上的檳榔攤的需求,改善了農家的收入,所以地方政府也儘量不加干涉(甚至當年的農政單位更是暗中樂見?)。

回首上世紀末「亞洲四小龍」的台灣創造經濟奇蹟的年代,台灣勞工農漁民刻苦打拼的形象也深植人心。而與台灣勞工農漁民勤奮形象連結在一起的印象就是檳榔。直到台灣重大災害新聞中一次檢討「土石流」,才終於智力,如其他各種不當開發,水土保持不力,國土規劃領不當開發,水土保持不力,國土規劃領地方執行失策……。)至此,不斷擴張中的檳榔園才終於開始受到稍稍控管,即時候,我還在醫學院求學,口腔癌還排不上前十名的癌症。現在無論是發生率還是死亡率已經是男性癌症的第四

位,更是年輕成年男性的第一名癌症!

加入和信團隊之後,首先感受到非常大的差異,從門診到住院,手術通過去所學的原理相通。雖然與過去所學的原理相不同的之類,好像一樣的食材,因會烹調出不同的菜系。先從門的關門,可以若掛號,一個人,所以若掛號,40多。其其之一個人,所以若掛號,40多。其其超過的門診,動轉。40,與一次,和信的醫學中心的門診,動轉。40,與一次,和信的醫師也就能更過過一次,和信的醫師也就能更過過一次,和信的醫師也就能更過過一次,和信的醫師也就能更過過一次,和信的醫師也就能更過過一次,如此一個的學學一樣的時間做其學一樣的時間做其學一樣的時間做其學一樣的時間做其學一樣的一樣,其如是一樣的一樣,

此,我要特別強調耳鼻喉頭頸的視診、 觸診、局部理學檢查之重要性。以口腔 癌為例,完全正常的口腔黏膜在某一點 上突然產生一個癌症的機會並不大,就 算有,也容易發現,也容易被被病人自 己或醫師發現;此時光靠視診與觸診幾 乎就可以決定初步的期別了。再來,各 項影像檢查雖然是手術前很重要的程 序,但對於有經驗的醫師而言,在期別 判斷時,會對初始臆斷作大幅度改變的 比率並不多。然而,真正麻煩的是:口 腔癌的病人,超過9成皆有「使用過」 菸、酒、檳榔的歷史。而使用這些致癌 物質造成黏膜細胞的 DNA(基因組成 份)損傷,或隱或顯的長期黏膜病變。 而這一片受毒害的黏膜中長出癌前病變 (白斑、紅斑、黏膜下纖維化),這些



不同外形,不同部位,不同分化階段的癌前病變,再進一步發展為癌症,這樣的疾病演化過程,才是最常見的故事。此時,口腔咽喉的視診與觸診,才是診斷「白斑,紅斑,黏膜下纖維化」的制器,絕非什麼電腦斷層還是核磁共大的電腦一般。還好,在一次又一次的追蹤門一般。還好,在一次又一次的追蹤門一般。還好,在一次又一次的追蹤門一般。還好,在一次又一次的追蹤門一般。還好,在一次又一次的追蹤門面步前行。

門診與追蹤已經先談過了,再來談 談住院與手術的部份。我們的住院病房 是朝向最有效率利用的方式來安排,真 的無法在門診和住家完成的照護才安排 住院。在和信醫院我們會花時間,用心做衛教,把病人和家屬真的教會了,弄懂了,學習了如何照顧自己的身體,就不需要長時間躺在醫院的病床上,到底,家是最自然,最舒適的地方,這樣才會真的「安心」。

如此一來,就不會有等手術的病人一床難求,但住院的人卻一整天都沒什麼事(治療或檢查只佔整個住院中很短的時間,很快很容易就完成了,或者只是某些門診就可以做的檢查,但門診比較難排上,便叫病人住院「等」檢查......)卻佔去好多天的床位。所以和信醫院口腔癌開刀的病人平均住院天數比台灣大多數的醫院短,但治療效果則一點都不受影響,其實是更好的!尤其



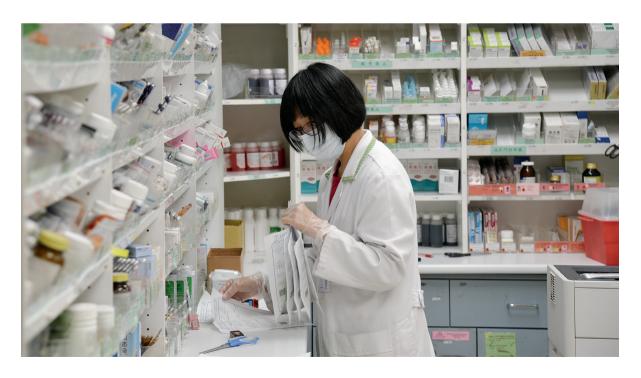
以院內感染率, 抗生素使用量, 與最終的「存活率」來看, 成績是台灣各大醫院中的優等生。

然後再談到病房工作的主力‧則首 推堅強的護理師們;因為相對優渥的護 病比‧雖然使得人力的成本較高‧卻能 更周到地充分滿足病人的需求‧比起其 他醫院忙碌得焦頭爛額的護理師們‧真 正獲益的是誰?難道是細心照顧病人的 護理師嗎?當然是我們的病人啊!

關於手術方面,在門診安排的時候,一些有經驗的病人或家屬都會偶爾問我,「滕醫師,那天是您親自動手術嗎?」我心中馬上知道他們是在問「教學醫院」手術時,有時是否由資淺醫師操作學習這件事情。我通常立刻回答兩

件事:「當然是我親自操刀啊—我也沒有助手醫師可以『代工』,所以一定親自全程幫你開刀。」「其實我們以別問題是老師前輩們帶大的,所以我們應感謝教學醫院的訓練。」在與同行聚會時,我常常都自嘲我是「校長兼撞鐘」的工作模式,身兼主治醫師與住院義」是包式服務,難怪不容易大量產出;一大和家屬們的連結關係,常常更加緊密更有助於日後的長期追蹤與合作。

至於病人與家屬看不到的另外一個 層面,是手術房中醫護團隊相互配合, 各有專精各自獨立,卻同心協力合作, 去把任務好好完成。後線支援的供應與



設備單位一樣功不可沒,連開刀後,檢 體送到下一站的病理檢驗分析,都與外 科醫師密切合作,和信醫院的病理科醫 師們不單單是埋頭苦幹做檢體,然後打 一份報告交差。他們經常與外科醫師電 話溝通或面對面一同檢查檢體標本。 (雖然我們的理想是像美國梅約診所醫 院 Mayo clinic 一般,病理科醫師直接 在手術室中,和外科醫師一同查核與處 理檢體!但目前尚未能全然達到此一 「理想」目標。)這些「額外」付出的 人力時間成本,並沒有換來更多的健保 給付或自付額,而是換來更精準的病理 報告,更詳實的診斷,以做為擬定後續 治療與追蹤的根本。不僅如此,臨床與 病理之間的良好溝通與同儕督促,也是 互相提升彼此醫療品質的最佳方法。

外科,在台灣過去曾讓人有趾高氣 昂的印象,但是,在和信醫院則鮮有如 此的現象。不只與病理的合作無間,與 放射治療科、與腫瘤內科無縫合作照顧 病人,才是達到最佳治療成績的無上法 門。和信醫院主張照顧病人是大家的 事,所以,不執行「績效支薪」制度, 因此,各科之間不用搶病人,不會因為 自己業績的考慮而採取了不夠正確的治 療選項。彼此之間更容易坐下來,在團 隊會議中商討出對各別病人最適切的照 護方針。這是我這十多年的親身感受, 就像是被問到「和信醫院的口腔癌治療 成效優異,有些什麼特別的方法或不同 的做法?」這樣的問題不是一言兩話就 能交代。這次利用本篇文稿,整理了一 下我心中的答案, 與各位分享。



誰說切掉喉嚨及聲帶就不能講話的

頭頸癌及鼻咽癌多科整合診治團隊 林秀峰醫師

抽菸喝酒真是害人。大家只以為抽 菸容易得肺癌,其實抽菸還會引起其他 癌症,如喉癌、膀胱癌等。而長期喝 酒,除了引起肝硬化、肝癌,也造成下 咽癌、食道癌等惡性疾病。其中喉癌與 下咽癌發生的部位就與說話功能密切相 關。為保留聲帶以及說話功能,目前治 療以同步放射與化學治療為主。不過, 第四期的喉癌與下咽癌因為聲帶構造已 嚴重受損,進行放射與化學同步治療 後,反而造成呼吸道阳寒的危險,也容 易因聲帶控制不良造成吸入性肺炎,而 必須施行全喉切除術,切除包括喉頭聲 帶等組織病灶。手術後氣管的末端直接 開口在頸部的胸骨凹槽上方。呼吸時, 氣體直接從頸部的永久氣切造口進出肺 部,不再經過口腔鼻腔。沒有了喉頭及 聲帶,空氣不再通過口腔,那想說話的 時候怎麼辦呢?

在先進國家如歐美地區,對於全喉 切除病人的聲音重建,標準方法是在氣 切口後壁穿出一個小通道,然後塞進一 個人造的聲音導管。當使用手指指腹把 氣切口寒住時,空氣可以經過這一個小 小的聲音導管通到咽部及口腔進而發出 聲音。但在台灣,這樣的小型人造聲音 導管幾乎是無用武之地。因為台灣地處 亞熱帶,濕度及溫度相當高,容易讓這 一個小小的人浩聲音導管因為發霉或細 菌感染,造成吞嚥時的滲漏或是導管脫 落。大部分的醫師讓病人採用外接式導 管、下巴振動發聲器來說話,或讓病人 學習食道發聲來說話。食道發聲的原理 跟打嗝一樣。試想要打出一個很長的嗝 來講出10幾個字是非常不容易學習的。 因此在台灣最常用的方式是外接式導 管。病人要拿著一個外接式導管放在口 袋,當需要講話的時候就拿出來罩在脖

林秀峰醫師,現任和信治癌中心醫院外科部副主任、外科部整形外科碩學主治醫師、醫療品質與病人安全委員會主任委員,專長為頭頸部重建手術、乳房重建手術、顯微重建手術。臺灣大學醫學士,1993年擔任臺大醫院外科部住院醫師,1997年擔任臺大醫院外科部總住院醫師,1999年到本院服務至今。參與本院頭頸癌及鼻咽癌多科整合診治團隊。

子的氣切口上,另一端含在嘴巴裡,把 空氣從氣切口送到嘴巴來說話。

如果上述方法病人不喜歡或不適合,還有一種方法就是用病人身體的組織做成一個內建式的聲音導管。有了聲音導管,就可以把氣切口的空氣重新引導回去口腔,恢復說話的功能。不過這一項手術的挑戰在於,萬一吞嚥時食物和液體也經過音聲導管進入氣管,那就會引起咳嗽或是吸入性肺炎。所以音聲導管都必須包含一些特殊的結構或是設計,讓空氣過得去、食物和水分不會逆流回到氣管。

可以使用的組織包括一片皮膚捲成管狀或一小段腸子。由於切除一小段腸子來重建說話功能必須進行剖腹手術,對許多整形外科醫師來講,使用一片皮膚捲成音聲導管是比較自然而且拿手的手術。和信醫院在過去20年中,以手臂皮膚為基礎,加上特殊的二腹肌懸吊設計,成功為許多病人重建音聲導管,恢復說話功能。同時在吞嚥的時候,頸部的二腹肌會跟著收縮而勒住音聲導管,食物跟水分不會輕易地逆流到氣切口。

這些病人中,有位令人印象深刻的林先生,是能力非常好的生意人,常需要與顧客和上下游供應商進行協商會議。他在完成治療恢復說話功能後,休養了一段時間準備回到商場。但人算不如天算,他的音聲導管竟然慢慢地產



生小區域狹窄,造成說話越來越困難的 情況。我們使用暫時支架把導管撐開, 再經一段時間把支架移除希望導管狹窄 能夠自然解除。每次支架抽掉的時候, 病人和我都很高興因為聲音恢復的很 好。沒想到這個恢復竟是非常短暫只有 兩個星期又重新狹窄了。於是我們再度 使用支架,且讓支架停留的時間達半年 之久。但狹窄總在支架移除後又很快產 生。經過三、四回合的折騰,我自己都 沒有信心了,想勸病人放棄支架,改用 外接式音聲導管。但這位病人非常有毅 力,他跟我說:「醫生,不要放棄我, 我自己還沒有放棄。」這種毅力令我非 常感動,促使我和病人一齊再次奮鬥, 再度使用皮膚皮瓣嫁接狹窄的那一段音 聲導管,最後終於讓病人能夠完全恢 復。每次在門診看到病人生龍活虎般的 出現,我心中就會充滿感謝。兩人也會 為彼此燦爛的笑容而感到欣慰。

期許自己永保服務病人的熱情

頭頸癌及鼻咽癌多科整合診治團隊 蔡玉真醫師

和信醫院成立已經 30 年了,而我在和信醫院學習以及成長也已經 28 年了。這 28 年來,得之於師長、同事以及病人的太多太多,在這裡藉由分享一位鼻咽癌病人的故事,來表達我的感恩。

一位 40 歲的男性,從事符合自己 興趣的設計師工作、也積極參與「幫助 人們過更好的生活」之直銷團隊。因為 流鼻血及頭痛的症狀,在他院被確診為 第四期 A 的鼻咽癌。他雖然自我解嘲 為中了第一特獎,但面對治療的副作 用,第一時間選擇了逃避。半年後,來 到和信醫院,勇敢地面對自己的疾病, 經於,完成了同步放射及化學治療、輔 助性化療以及半年的小化療。在接受同 步放射及化學治療期間,為了維持足夠 的營養而使用鼻胃管。對於鼻咽癌第四期的病人而言,只有六成成功率,卻必須經歷這麼辛苦的療程,所以,他一度想放棄。陳新炫醫師的一句,當頭棒喝的話,打醒了他……「60%是統計的數字、對你來說,不是100%就是0%」。治療結束後,他慢慢地調理身體,學舞蹈、自行車環島、學習心靈課程、有機栽培農作物、不使用對環境有害的物質,並與人分享,如何使用環保的方式,過有品味的生活。

雖然病人以及醫療團隊已經盡了全力,可是這位病人的鼻咽腫瘤,在治療後的核磁共振檢查,一直有殘影存在,不禁令人擔心,是否有一點腫瘤有變大的可能。五年過去了,比較讓人放心,轉眼,已經十年了。這位帥哥,居然比

蔡玉真醫師,現任和信治癌中心醫院放射腫瘤科主任、放射腫瘤科碩學主治醫師,專長為頭頸及鼻咽腫瘤、肺癌及食道腫瘤、乳房腫瘤之放射治療。臺灣大學醫學士,1990年擔任臺大醫院內科住院醫師,1992年到本院服務至今,1995年至美國杜克大學放射腫瘤部擔任資深住院醫師,2001年至美國杜克大學醫學中心放射腫瘤部擔任兼任助理教授。參與本院乳癌、肺癌及食道癌、頭頸癌及鼻咽癌多科整合診治團隊。

以前更年輕更有活力。我請問他,是如 何修煉的。他就送我「一行禪師」的 書—正念生活的藝術。現在,我每天 閱讀一行禪師的書,洗滌心靈的塵埃, 心平氣和地面對,生命中種種的挑戰及 試煉。十年前,我們陪伴他,度過牛命 中的難關,現在他陪同我們,一起感受 生命本身的美好,分享身心靈的修煉經 驗,讚嘆大自然的奇蹟,開心地面對每 一天。在和信醫院工作,心安理得。 因為我們是真的「以病人的福址為依 歸」。沒有業績的壓力,不需要搶病人, 不用推銷自費的檢查或治療。不會用在 自己身上的醫療處置,也不會推薦給病 人。在沒有恐懼、乾淨又溫暖的環境中 照顧病人,可以激發每個人的潛能、從 付出中,得到更多的成長。

首先,必須感恩我們的大家長, 黃達夫院長。黃教授博學多聞、意志 堅強。三十年來,致力於和信醫院的發展、癌症病人的全人照顧、醫療界生力 軍的教育養成。對於社會上不合理的 療行為,也不含適時的提出建言。對於 放射腫瘤科更是厚愛,努力募款來相關 時增添最先進的直線加速器以及相關設 備,讓放腫科的治療可以是時代 端。我以前說過「好的廚師不會廣結的 設備、也不會一直嚷嚷,因為廚師們得 更加用心、才配得上這些設備。



鼻咽癌的治療,在1990年代的台灣,是以放射線治療為主。黃達夫院長將在美國杜克大學頭頸癌病人的化學治療合併放射治療的經驗,率先引進和信醫院。成功地提高了台灣鼻咽癌病人的治癒率。這樣的經驗慢慢地改變了台灣其他醫院的鼻咽癌治療模式。本院放射腫瘤科最初是美國杜克大學放射腫瘤科協助設立,樂觀開朗的簡哲民醫務長是第一任放射腫瘤科主任,他帶領大家把放腫科一點一滴的建構起來。

在 1990 年代使用當時最先進的瓦里安直線加速治療機,治療計畫由二維空間快速進展到三度空間,2003 年 8 月鼻咽癌的治療,在和信醫院進入強度調控時代,之後持續精進。病人的放射治療副作用大輻減少、生活品質大大改善。本科目前有四台遠隔直線加速治療機、皆具備強度調控放射治療功能,

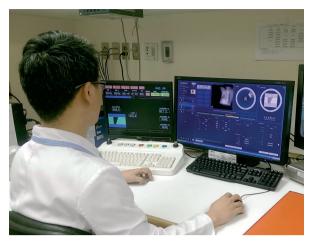
3 台具備影像導影放射治療功能,二台 具備立體定位放射手術功能及呼吸調控 放射治療功能,兩台電腦斷層模擬攝影 定位機,放腫科於 2015 年完成病歷電 子化,2016 年,所有舊病歷掃描完成。 全面進入無紙化時代。

除了最先進的硬體設備、好的放射線治療,還必須有為病人量身打造的治療流程。我們為病人特製合乎頭型的個人枕頭,並加上網狀的面具來固定頭頸部,使得頭頸部位不動,以後才能使七週的放射治療,照到相同的地方。在電腦斷層室,做頭頸部的治療,先用電腦斷層攝影,再把電腦斷層攝影影像,傳回電腦治療計畫工作站內,醫師將整合原先診斷時的頭頸部核磁共振影像,及正子掃描影像劃出腫瘤的大小,及可能

侵犯的淋巴區,再設計出治療計畫,計畫完成後,要再經驗證片的過程,來確定所設計的治療照野無誤,才能開始放射線治療,放射治療後,每週要再照一張驗證片,來確保治療位置是否正確無誤。治療中,如果腫瘤位置或大小有改變,則需要再做一次,頭頸部的治療用電腦斷層攝影,來細修及微調治療計畫。

完善的治療流程,仰賴放射治療 團隊成員的通力合作。放射腫瘤專科 醫師,負責了解病人的所有病情,與各 醫療團隊討論,決定放射治療在病人照 顧過程中之適當時機,制定治療計劃, 決定放射治療之範圍及劑量,並負責照 顧治療中的病人,包括評估治療中的療 效,及追蹤治療後的病況等。放射腫瘤







護理師在放射治療療程中,協助解決病人的種種問題與擔憂,包括對治療的恐懼,如何控制副作用,傷口處理及靜脈注射等,並協助病人安排,各項必要的門診及檢查,幫助並支持病人,順利度過治療期及護理一些可能產生的副作用。

同時,負責協助放腫科醫師做電腦 治療計劃,把治療資料輸入電腦,計算 出腫瘤及附近正常組織器官接受放射線 劑量的分布狀況。

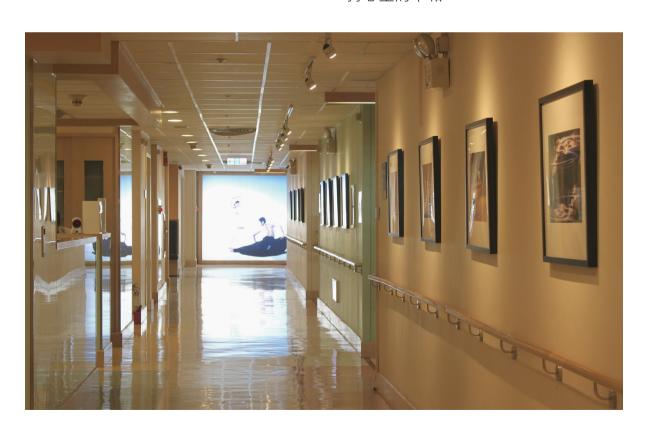
本科特別設置設備維修小組,由放 射腫瘤專科醫師、醫學物理師及醫事放 射師組成。負責監督現有電腦斷層、直 線加速器、治療計劃電腦及整合網路系 統之硬體及軟體的維護。並負責評估計 劃中,新進機器的優劣、以提供充分資 訊予採購人員。還有很重要的病人衛教 小組,由醫師、護理師、放射師及物理 師代表組成。負責製作病人衛教光諜、 衛教手冊及衛教單張以減少病人接受治 療時之恐慌及不安全感。可補足工作人 員因忙碌,而有解說不清之缺憾,也可 傳達下確的癌症醫療觀念。因重複對治 療中照護的說明,可減少病人因誤解而 產生可避免之副作用。這些衛教光諜片 已整合在放射腫瘤科的 Facebook 及 YouTube •

最後必須大大感恩,上一任放腫 科主任鄭鴻鈞醫師,鄭醫師建立鼻咽 癌資料庫、成立臨床研究室、帶領我們 找尋最佳的鼻咽癌治療方案。1990年 代以前,放射治療是鼻咽癌的標準治 療, 万年存活率大約是 30% 到 50% 之 間。這樣的狀況在1998年終於有了突 破,一項在美加地區執行的大型研究計 劃 (Intergroup Study) 針對晚期鼻咽 癌,證實了同步放射治療及化學治療, 比單獨放射治療,能有效地提升病人 的存活率(三年存活率從47%提高到 78%)。但很不幸的是,這樣的成果, 並不被當時的亞洲地區所認同,尤其是 台灣、香港及新加坡一帶。然而,和信 醫院自創院之始,對鼻咽癌的治療,即 專注於同步放射及化學治療的研究。



化學治療改善了鼻咽癌的治癒率,而強度調控放射治療 (IMRT) 則降低了放射治療的副作用。對於不規則形狀。 種瘤,或是腫瘤接近,對放射線敏遠達更經濟,對放射治療對於不規則形狀。 重要器官,傳統放射治療劑量。則強強之於射治療劑量。則強力,則以此上的難題。 我們在 2003 年 8 月,開始使用 IMRT 照顧鼻咽癌病人;有三大好處:1.減少 舌底放射治療劑量,使吞嚥的時間,不可以吃有藥及鼻胃,大多數的病人,在放射治療結束後,是,大多數的病人,在放射治療結束後 3~6個月,就可以吃乾飯。3.改善聽力。 和信醫院鼻咽癌的治療成績 1990-2016 五年存活率第一期是 95.5%、第二期是 93%、第三期是 87%、第四期 A 是 71.6%、第四期 B 是 65.2%、第四期 C 是 15.1%。和信醫院優異的治療成績是群策群力的結果,我們有最勇敢的病人,最詳細的影像檢查,最細膩的放射及化學治療計劃,我們也有堅強的醫療團隊(耳鼻喉科、牙科、內科、復健科、社服及營養部門)可以幫助病人渡過艱苦的治療。

最後,我給自己一些鼓勵;經過 28年的磨練、期許自己永保服務病人 的熱情,面對未來的許多挑戰,永遠維 持心靈的平和。



先改變文化,才能幫助病人

血液及骨髓造血幹細胞移植多科整合診治團隊 譚傳德醫師

1995年6月,我在台北榮民總醫 院完成了三年的內科住院醫師訓練以及 兩年的血液科專科醫師訓練,當時即面 臨了,是要繼續留在台北榮總血液腫瘤 科繼續鑽研等待升遷,還是要轉往其他 的醫院服務的抉擇。當時個人對於國內 醫院照顧癌症病人,基本上是不同科各 司其職,很少互相合作的傳統觀念感到 相當遺憾與無奈。正好有機會聽到當時 孫逸仙治癌中心醫院黃達夫院長的癌症 照護理念,他認為一個完善的癌症病人 的治療,必須要腫瘤外科、腫瘤內科及 放射腫瘤科等通力合作彼此截長補短, 找出對病人治療效果最好的組合,而不 是對醫牛最方便的治療順序。因為認同 孫逸仙醫院以病人為中心的團隊醫療作 業模式,我在1995年7月1日開始加

入狺個大家庭。

譚傳德醫師,現任和信治癌中心醫院血液與腫瘤內科部副主任、血液與腫瘤內科部碩學主治醫師、血液及骨髓造血幹細胞移植多科整合診治團隊召集人,專長為血液腫瘤學。臺北醫學院醫學士,1990年擔任臺北榮民總醫院內科總醫師,1995年到本院服務至今。參與本院血液淋巴腫瘤多科整合診治團隊、血液及骨髓造血幹細胞移植多科整合診治團隊。

射治療或血液腫瘤內科醫師做前導性的 化學治療等的多科合作的關係,在當時 的台灣各大醫院是完全看不到的。

而從 1990 年和信醫院創院開始就一直在推動多科際整合的團隊醫療,當我親身參與這樣的治療過程後,我深深地感覺到,以往在台灣的醫師養成訓練是多麼的缺乏像先進國家一樣的多科院整合作來為病人提供最佳治療,從 1990 年到 2020 年的今天的觀念。從 1990 年到 2020 年的今被慢的觀念。從 1990 年到 2020 年的今被慢的觀念。從 1990 年到 2020 年的今被慢有越來越多的醫師以鼻,認為不可能的理念,將醫師以為不可能的理念,與整有越來越多的醫師都在強調多和條整合的概念,甚至不管有沒有真正做到於不可能為一個流行趨勢文化,每一方的醫院都在標榜多科際整合的醫院都在標榜多科際整合的醫療團隊。

所以,在台灣癌症醫療的發展上, 黃院長的篳路藍縷功不可沒,他以宣教 士的精神持續不斷播種這一個信念,而 且數十年如一日不斷地監督我們必須如 此做直到今天。因此,在和信醫院同事 之間彼此默認的信念,就是我個人不可 能單獨完成一項工作,除非有我的好同 事不斷地支持我,不斷地彌補我的不 足,由眾多的同事聚集成為一個團隊, 才有辦法把工作整個完成,也才有可能 做到最完美的地步。



就一般的觀念,我們常常以為當病 人需要其他科的參與的時候,就是會診 該科的醫師來協同治療。但是,在和信 醫院當我需要會診其他的醫師來幫忙病 人的時候,我不是向病人說你去掛某某 科的醫師或是寫一張會診單。除了我, 醫院裏有很多的同事也都會主動先親自 跟對方打電話說明這個病人有什麼什麼 的狀況而需要你的幫忙,慢慢地,這個 「我需要你的幫忙」就成為我們同事之 間的一個文化。不僅如此,黃院長也經 常提醒我們醫療團隊中護理人員的重 要性。因為醫師常常一天才看住院病人 一次兩次,可能只有五分鐘、十分鐘, 門診病人每次最多也只是看二、三十幾 分鐘,但是,護理師照護病房病人卻是 全天候的,在這裡我們很早就有專職的 門診護理師以及病房的資深護理師留下 聯絡方式,讓平常居家的病人可以直接 找到護理師轉告醫師來做突發狀況的處 理,不需要透過任何的關係,也不需要是 VIP,就因為這個醫院的醫護同事們 感染了「在意病人」的文化。

有許多親朋好友和病人都問我,為 什麼你們醫院不加開夜間門診,能夠讓 更多的病人更方便的就醫?我想在台灣 許多的公私立醫療院所都提供了類似的 服務,但是在黃院長的理念當中,作為 一個醫師,夜間不僅是一整天工作下來 要好好休息的時間,也是與家人團聚的 時光,也是自己不斷進修,閱讀書籍、 醫學文獻,提升個人醫療知識、經驗水 準的時間,所以在他的堅持之下,我們 醫院一直沒有開夜間門診。

多年前,醫院評鑑時,有位評鑑 委員他是其他醫院的教授及主任,看 到我們每一間或者每兩間病房外面就有 洗手台,還有牆壁上都有酒精消毒的裝 置, 就問我們為什麼有這麼佔空間的設 計。我們回覆是因為感染控制以及病人 的安全考量,當時這位醫界前輩當著大 家的面講了一句話說,你們感染控制做 得那麼好,那麼抗牛素的使用不就比較 少嗎?也就是說我們多花了錢做感染控 制,結果賺取抗生素用藥的利潤不就減 少了嗎?大老講話我們當然不敢造次, 但是我們心裡明白,我們做的是對的 事。我們也明白,嘲笑我們的他們也知 道其實這樣多花錢做感控卻少賺抗生素 的錢才是在做對的事。堅持做對的事就 是黃院長帶給我們的文化。

1995 年結束了台北榮總三年的內 科專科醫師訓練以及兩年的血液專科醫 師訓練後,我踏進當時的孫逸仙醫院接 受腫瘤專科的訓練,一年以後升任血液 腫瘤內科的主治醫師以及通過中華民國 癌症醫學會專科醫師的資格。那個時 候,血液腫瘤內科只有四位主治醫師, 每一個人要負擔各式各樣的癌症病人的 照護,不僅對醫療上要面對多種繁複的 病人狀況,同時也要參與訓練新一代的 住院醫師以及專研醫師。在二十多年 後,經年累月下來我們也訓練了許多位 的專研醫師之後升任主治醫師,讓我們 在不斷有新血加入以後,如今,累計到 14 位主治醫師,可以各司其職,每個 人能夠針對自己更有興趣的領域做更深 入的鑽研而能夠對病人的照護水準更進 一步的提升,也能不斷地在醫學會上提 出我們醫院的治療經驗以及相關的論文 發表。我們也很高興地能與台灣的各家 醫院通力合作彼此交流心得。

如今和信醫院照顧的病人大約是台灣的癌症病人的十分之一,我們也有多位同事能夠在中華民國癌症醫學會、台灣血液病醫學會、台灣骨髓移植醫學會、以及台灣癌症安寧照顧學會擔任理監事的職務,而且也能夠不斷地有新的論文在每一年的國內國外的學會上發表。我很幸運地在這25年當中見證了

和信醫院的扎根與成長並參與培育新一代的醫師們。

隨著病人的增多,在不斷地忙碌當中,我們更需要有時間靜下心來思考我們每天的所做所為到底對病人帶壓?也要不停地反省我們是否還是盡心院。我們的初衷,繼續為病人的照護盡心門實驗所以,與同事們攜手同心地貢獻於醫院的營收增加,但是也對內方。因然會讓醫院的營收增加,但是他要大會,對於醫療上的問題我們每週都有臨床不會覺?因此,病例的對論來檢討治療上的缺失,甚至因對於病人的照護意見不一致導致同事之間有時會有相當大的爭執,但是卻不留下嫌

隙。此外在與病人的相處,言談舉止上 是否有不問全的地方等等,都要不斷地 被提醒和檢討,和信醫院才能夠成為一 個值得病人信賴的醫療環境,成為一個 同儕之間相互學習的場所,成為一個貢 獻台灣癌症醫療照護的標竿,這就是我 們要努力達成的終極目標。

展望未來,我們如何走入下一個 30年,決定在我們這一代以及我們所 訓練出來的同事們是否能承繼這樣的文 化,這樣的初衷,秉持這樣的精神繼續 為台灣醫療貢獻一己之力,我們也需要 更多能夠認同我們的新血醫護人員加 入,不僅繼續既往的工作,也能更向上 提升讓我們能夠展現出世界級的醫療水 準與文化。



我們盡力,在任何時刻

血液淋巴腫瘤多科整合診治團隊 邱倫瑋醫師

「疾病是我們最聽話的醫生:

對仁慈,對知識,我們只作承諾:痛苦,我們順受。」

馬塞爾·普魯斯特 (Marcel Proust)

十多年前,一位當時住在苗栗,正值壯年,才 46 歲的水果中盤商 H 先生坐在輪椅上,被推送進我的診間。他躺在檢查檯上告訴我,一家醫學中心的醫師告訴他,因爲 B 型肝炎帶原,他的肝臟有兩顆大肝癌,生命只剩下三到六個月,要有心裏準備,要他為家人好好做安排。他跟太太在走頭無路下,只好來問問,是否有其他的辦法可以治療他的疾病,家裡最小的小孩子還小,還需要大人照顧,請我救救他,死馬當活馬醫也無妨。

我們看了他帶來的病歷資料,覺得 肝癌的診斷不無可能,可是也不是很典 型肝癌的樣子,所以我們重新幫病人安 排了第二次的切片,同時間也請求這一 家醫學中心將病人的肝臟腫瘤切片借給 我們覆閱,原則上,在做治療前,我們 必須經過和信的病理科醫師確定診斷, 才能夠對症下藥。結果,我們發現他得 到的不是肝癌,而是淋巴癌。這麼一 來,治療方法完全不同,H先生是有可 能存活下來的。

邱倫瑋醫師,現任和信治癌中心醫院臨床試驗管理中心副主任、血液與腫瘤內科部資深主治醫師、血液淋巴腫瘤多科整合診治團隊召集人,專長為血液腫瘤學、腫瘤內科學、一般內科學。長庚大學醫學士,2000年到本院服務至今,2009年至美國杜克大學醫學中心擔任專研醫師。參與本院肺癌及食道癌多科整合診治團隊、血液淋巴腫瘤多科整合診治團隊、血液及骨髓造血幹細胞移植多科整合診治團隊。

確定淋巴癌的診斷之後,我們立刻 幫 H 先生安排標靶藥物合併化學藥物 的治療,緊張的心情之下,第一次治療 的結果竟然出乎意料之外的好,從 H 先 生帶著疼痛的身軀、坐著輪椅進入我的 診間,確定淋巴癌的診斷,接著住院開 始治療,到開心地走著出院,前後不發開 一個星期的時間,心情也從憂傷的各過 升至充滿希望。之後,我們一起度過 半年的淋巴癌治療程序,H 先生肝臟裡 的腫瘤,居然消失得無影無蹤。治療結 束之後,我們每三個月執行一次追蹤檢 查,後來延長至六個月一次、再到一年 一次。

生命重生之後·H 先生仍然從事水果批發工作,但是他不再熬夜,開始排出時間跟太太一起學土風舞。他告訴我,命如果沒有了,一切也都就結束了,錢賺再多也沒有用,生活過得去就好。況且他的大兒子已經結婚,小孩也生了,他也已經當阿公了。生活實在滿足,實在快樂。他會好好保養身體,繼續從事水果批發商的工作,直到做不下去為止。



和信治癌中心醫院自 1990 年成立, 1997 年搬遷至關渡現址,專注在癌症研究與治療領域剛滿 30 年。目前共成立了19 個多科整合診治團隊,「血液淋巴腫瘤多科整合診治團隊」是其中之一。

「血液淋巴腫瘤多科整合診治團隊」照顧的病人包括:血液惡性腫瘤,例如:急性白血病以及慢性白血病、惡性淋巴瘤、多發性骨髓瘤以及其他血液系統之良性或惡性疾病。這類型的疾病,若需要考慮血液幹細胞移植,就由本院「血液及骨髓造血幹細胞移植多科整合診治團隊」負責。

血液淋巴腫瘤疾病十分多樣化,病 人的病情常常以複雜的症狀群表現,所 以疾病從診斷到治療,需要不同專業領 域的醫療人員組成完整的醫療團隊,一 起合作、共同支持與照顧病人。

我們的團隊成員包含血液與腫瘤內 科醫師、放射腫瘤科醫師、病理檢驗部 醫師、放射診斷科醫師、核子醫學科醫 師、藥劑師、護理人員、個案管理師、 營養師、社會服務室社工師與生物統計 師等。 病人至本院預約掛號後,掛號人員 會協助病人依症狀尋找最適合的醫師, 若確定病人疑似或是屬於血液淋巴腫瘤 系統的疾病,則會協助安排血液淋巴腫 瘤團隊的醫師進行診治。

主治醫師經由對病人完整的病史詢問、理學檢查,血液檢查、影像檢查以及腫瘤切片病理檢驗後,於團隊會議中報告,再由所有團隊成員進行病人檢查資料的審閱、討論,來確定診斷以及擬定治療的方針。



多科整合團隊的職責在於集眾專家 之智慧,藉由同儕之間的相互討論與督 促,使癌症病人得到最適合的醫療照 顧。多年來,我們每週定期舉行多科整 合團隊會議,針對每位病人進行個案討 論、主動追蹤病人之病情發展,同時, 我們也定期審閱最新文獻的發表、整理 本院病人治療的成效,據以於每年固定 時間,擬訂及修訂本團隊所負責各類疾 病之治療準則。 癌症,往往是人生的暫停。現代人的忙碌,常讓我們忘了健康的可貴,直到身體發出哀號的聲音,我們才開始停下腳步,靜下來審視自己的身體。對抗癌症這個病魔,是一條漫漫的長路、是長期的抗戰、是失望與希望的交錯、是人性昇華的契機。我們血液淋巴腫瘤多科整合診治團隊,肩負病人康復的使命,我們盡力,在任何時刻。



重症兒童生命大浪的避風港

兒童癌症多科整合診治團隊 陳榮隆醫師

和信小兒血液腫瘤科經常面臨的情境是,疾病種類琳瑯滿目而且難度很高,加 上疾病起源跨足全身各處器官組織。幸好,和信有著多功能團隊扎實的基礎,胸腔、 腹腔、泌尿、婦科、神經、整形、麻醉、影像等專家就是堅強的後盾。

孕育與鼓舞

和信 30 年了,當初黃達夫院長的遠見,創立了國內第一家癌症專門醫院,也帶動了和信小兒血液腫瘤科的穩定成長。記得 2012 年中,一位血癌復發、治療不順利的兒童由南部轉來,請求我們幫他進行高風險移植。因為,原來照顧他的醫院認為不進行移植無法控制其血癌,所以,已幫他找到 HLA 相合的非親屬幹細胞捐贈者,可是後續太過嚴重的多重器官併發症,卻使該移植

團隊裹足不前,萬分焦慮的父母來尋求 和信團隊的協助。

在經過和信多科際醫療專業的評估後,小兒血液腫瘤團隊決定承擔此艱鉅的任務。經過移植、呼吸衰竭、插管進入加護、移植成功、再併發肺疾、排斥以及系列的免疫標靶療程,這整個驚心動魄,最後終於成功的經歷,事後得到黃院長頒發了「勇氣獎」,安慰了病人和家屬,也鼓舞了團隊。

陳榮隆醫師‧現任和信治癌中心醫院小兒血液腫瘤科資深主治醫師、兒童癌症多科整合診治團隊召集人‧專長為小兒血液腫瘤學、小兒科學、造血幹細胞移植。臺灣大學醫學士‧1991 年擔任臺大醫院小兒部主治醫師‧1998 年擔任花蓮慈濟醫院小兒科主治醫師暨移植病房主任與骨髓移植中心主任‧2006 年擔任臺南奇美醫院小兒血液腫瘤科主任‧2012 年擔任臺大醫院新竹分院小兒部主治醫師‧2012 年到本院服務至今。參與本院血液淋巴腫瘤多科整合診治團隊、血液及骨髓造血幹細胞移植多科整合診治團隊、兒童癌症多科整合診治團隊。

2018年,這位歷經千辛萬苦,克服了復發的血癌的男童回到醫院參加「骨髓移植相見歡」活動,感謝 2012年捐贈骨髓的非親屬恩人,而感動全場。而全程辛苦守護這位勇敢的兒童完成這一切的是:包括和信小兒血液腫瘤科團隊在內的一群和信英雄,不畏艱難,長時間、無私、全力、貼心的照顧和付出,這就是小兒血液腫瘤科典型的和信精神的寫照。

多功能團隊成形

因為和信是癌症專科醫院,只有小 兒腫瘤科,沒有如其他大型醫院或兒童 醫院設有一般兒科,所以,大多數來到 和信醫院的兒癌病人都非初期診斷案 例,往往是带著先前在大型醫院治療所 累積的厚厚的病歷資料,甚至輾轉了多 家醫學中心,才來到和信醫院的困難重 症。因此,和信小兒血液腫瘤科經常面 臨的情境是,疾病種類琳瑯滿目而且難 度很高,加上疾病起源跨足全身各處器 官組織。幸好,和信有著多功能團隊扎 實的基礎,胸腔、腹腔、泌尿、婦科、 神經、整形、麻醉、影像等專家就是堅 強的後盾,不管遇到任何兒童血液腫瘤 重症如各式血癌、生殖細胞瘤、腦瘤、 淋巴瘤、組織球疾病、神經母細胞瘤、 横紋肌肉瘤、意文氏肉瘤等等, 處理起 來都駕輕就熟。



舉例說,2015年,一位經外院轉 來的縱隔腔罕見淋巴瘤高中生,在前醫 院接受開胸開心的龐大手術後,併發症 一個接一個,後來由本院小兒血液腫瘤 團隊接手,接受合併標靶藥物加化學藥 物治療,現在已是健健康康美國名校的 學生;類似狀況,當 2018 年另一位女 生,同樣的縱膈腔罕見淋巴瘤,在前 醫院準備接受大手術前,決定來和信醫 院尋求第二意見,接著,立即轉來接受 合併標靶加化療,不須大手術,現在也 已完成治療,並且,是留學英倫的高材 生;另外,還有多例轉移性生殖細胞瘤 病人,或因復發、或因併發症等,最後, 轉到和信醫院後得以接受適切化療、或 合併移植、或標靶療程、或再加上本院 包括胸腔、腹腔、婦科、泌尿等不同科 腫瘤外科的協助,大多數得到痊癒,甚 至,各種罕見腫瘤及造血免疫系統失衡 疾病,由其他醫院轉來後,和信小兒血 液腫瘤團隊也總能不負使命,成功接手。

全方位高端合作

何以致之呢?其實,由於和信醫院早就積極開拓院際甚至國際間的合作,早在 1998 年就建置了台灣第一家公益臍帶血庫,進而,設立高水平的造血幹細胞移植病房,對於血液腫瘤疾病及罕病兒童而言,是改善病況甚至救命的最後防線。記得一位從出生後,歷經發展遲緩、紫斑症、再生不良性貧血等診斷的兒童,幾乎造訪過台灣所有醫學中心求醫,終於在 2014 年近五歲時,來到和信小兒血液腫瘤團隊求診,我們與中



央研究院分子生物團隊及波士頓兒童醫院合作,確診了先天端粒體缺陷罕病、完成了高難度非親屬幹細胞移植,使得多年來週週要到醫院報到的情況,得以解除,這男孩終於脫離了不斷輸血及一再感染住院的生涯,完成了回到學校上課的心願。

其他例子如聯繫「國際肌肉骨化症協會」主席,及時化解罕病兒童之關節閉鎖危機;諮詢「國際肋膜肺母細胞瘤協會」,以最先進療程幫助罹患罕見癌症的兒童恢復健康;結合中央研究院分子診斷技術及訊聯科技所儲存臍帶血的供應,及時扭轉核醣體異變兒童之致命風暴等等,點點滴滴,都是和信小兒血液腫瘤團隊這些年來,致力為罕見癌症病童救病救急的無私服務。

達成技術里程碑

在和信醫院堅實的幹細胞治療基礎下,小兒血液腫瘤團隊這些年來應用此科技,已解救了從各醫院轉來的復發急性淋巴性白血病、復發骨髓性白血病、高風險組織球疾病、復發淋巴瘤、神經母細胞瘤、再生不良性貧血、各式肉瘤及罕病等等。

更值得一提的是,小兒血液腫瘤團 隊不斷地在兒童癌症的領域尋求精進, 近年達成了數種幹細胞醫療技術突破的 里程碑,如 2013 年以非親屬臍帶血移植成功治療先天髓鞘異常的兒童後,陸續有其他罕病及血癌病童獲益於臍帶血移植技術;2013 年開始進行三重續造血幹細胞移植術,成功挽救一位南朝來的復發轉移性縱膈腔惡性生殖細胞瘤病人,此項技術已經拯救後續更多網內病人;此外,2014 年啟動半套和的病人;此外,2014 年啟動半套來的倉體造血幹細胞移植術後,多年來組合幹細胞移植、卻找不到 HLA 相合幹細胞的病人,已大大改善成功扭轉高幹細胞的病人,已大大改善成功扭轉有餘極率,目前兒童重度再生不此技術。

尊嚴的生命盡頭

持續進化的守護者

猶記初進小兒血液腫瘤學一窺堂奧 之始,有幸參與基因及細胞療法,起創 骨髓幹細胞中心,發展骨髓、周邊造血 幹細胞、捐者淋巴球、臍帶血等細胞治 療應用,並恭逢抗生素、化療、細胞素、 牛長素、單株抗體、小分子抑制劑等藥 物治療之蓬勃發展,加上新世代分子科 技突飛猛進,除了個人在專業上力求精 進,更經常性地積極與頂尖國內外專家 學者研討與互動。緣此淬鍊,和信小兒 血液腫瘤科克盡全力面對並解決每一例 困難病情,一步一腳印,讓來到和信的 兒童重症病人獲致多元、全面、精準的 治療,而能夠轉危為安。是的,經過多 年經驗的累積,和信小兒血液腫瘤團隊 的使命將持續發揚光大, 當癌症或罕病 病童遇到生命中的大浪時,我們的醫療 團隊會同心協力提供他們最堅實可靠的 游風港。

和信之友 一位對抗四種不同癌症的鬥士

泌尿系癌多科整合診治團隊 楊聯炎醫師、簡哲民醫師

林先生已經離開我們八年了,他生前在將近 20 年中間得了四種不同的癌症,他不屈不饒地與癌症奮鬥的精神非常令人敬佩,加上他偉大的賢內助一路陪伴與全力支持,讓他能夠一再地克服他所面對的挑戰,夫妻兩人互相扶持的抗癌歷程有很多值得我們學習的地方。

林先生是一位殷實有主見的中小企業業主·1991 那年·他四十七歲,因右耳聽力衰退及痰中帶血而被診斷為鼻咽癌·因為他開的日本料理店就在仁愛醫院的隔壁巷子裏·而當時的孫逸仙治癌中心醫院則位於台北市立仁愛醫院八樓及十樓。因此·他就決定到才開辦不久的台灣第一所癌症專科醫院來求醫。

孫逸仙醫院當時有台灣第一台核磁

共振儀器,經過檢查後,診斷為第二期的鼻咽癌。之後,林先生接受為期7周之孫逸仙醫院首創針對鼻咽癌的合併放射治療及化學治療,他的疾病得到控制。只是因為當時的放射線治療技術的局限為三度空間療法而非現在的強度調控治療法,因而無法保護唾液腺,導致他產生口乾舌燥的副作用問題,然而,經過12年的追蹤他並沒有其他特別的病痛。

隨後,在一次健康檢查的時候,林 先生做了腹部超音波後,發現有腎結 石,於是轉到泌尿科來檢查。在尿道攝 影檢查時發現腎結石小於 0.5 公分,我 們認為可以繼續追蹤腎結石,可是膀胱 鏡檢查卻發現林先生有膀胱腫瘤,病理 切片證實為泌尿上皮癌第一期。

楊聯炎醫師,現任和信治癌中心醫院外科部泌尿外科資深主治醫師、泌尿系癌多科整合診治團隊召集人,專長為泌尿腫瘤醫學、腹腔鏡手術、攝護腺肥大診治。臺北醫學院醫學士,1990年任臺北榮民總醫院泌尿外科住院醫師及總住院醫師,1995年到本院服務至今,1996年至貝勒醫學中心泌尿外科擔任臨床研究員。參與本院泌尿系癌多科整合診治團隊。

在 2003 年 2 月,林先生之泌尿上 皮癌經內視鏡將腫瘤切除,再加上為期 一年共 15 次的膀胱內化學藥物治療, 與之後的內視鏡追蹤,林先生沒有局部 的復發。

隔年 3 月份在例行的追蹤檢查中· 我們於胸部 X 光發現林先生右上肺有個 小病灶·經電腦斷層導引下切片證實他 罹患了肺腺癌·於是在 2004 年 5 月 21 日·他接受了內視鏡右上肺葉切除與淋 巴腺清廓手術·病理報告為 2 公分的肺 腺瘤·還有一顆肺中隔的淋巴腺轉移· 之後再接受 5000cGy/25 次的局部放射 線治療。

好景不常,2004年12月,林先生接受胸部X光檢查時,不幸又被我們發現右上肺有一個結節,經內視鏡小腫瘤切除,病理報告為結核病結節,而非肺癌復發,因證實為結核病,所以林先生吃了一年的抗肺結核藥物,在我們細心的照顧下,他又平安地過了二年。

2006年6月的例行追蹤檢查中, 我們發現林先生有攝護腺特異抗原 (Prostatic Specific Antigen, PSA) 上 升,經直腸超音波合併攝護腺切片檢查 後,證實林先生罹患攝護腺癌。核磁共 振檢查及骨頭掃描發現,病灶局限在攝 護腺,為第二期攝護腺癌。



第二期攝護腺癌的治療方式,可採用外科手術切除或做七個禮拜的放射線治療。經過我們與林先生及其家人討論以後,林先生決定接受手術切除治療,於是我們安排六週後接受根除性攝護腺切除,合併骨盆腔淋巴腺清廓手術。手術完成,病理報告為第二期,他術後恢復良好,亦無尿失禁的現象。

經過四個癌症治療的洗禮後,林先生依然過著他平常的日子,經營日本料理店,繼續出國旅行。也因為林先生在這十年中頻繁進出和信醫院,他與院內許多醫師、護理師、醫事與行政人員都變成熟識的朋友了。

這些年,每個人碰到他,都不忘提 醒他戒掉抽菸的習慣,只是他一直無法 把菸戒掉! 結果,在林先生攝護腺癌手術的一年半後,他就因肺炎再次住院,這次他的住院主要是支氣管擴張加上細菌感染,顯然是跟吸菸有關。再經過平靜無波的兩年後,林先生又因膽結石再度入院做膽囊切除術,術後順利出院。

2011年7月·林先生接受胸部 X 光檢查時,我們發現他的右上肺有一個 2.8 公分的腫瘤,進一步為他安排做電腦斷層掃瞄後,懷疑肺癌,接著林先生接受在電腦斷層的指引下切片檢查,我們證實在第一次肺腫瘤手術後 7 年,又長出第二個肺腫瘤,屬於續發性肺腺癌。

因為上次的手術及放射線治療,林 先生的肺部功能已經受損,不宜再開刀 切除,所以經過團隊討論後,決定使用 小範圍的放射治療,在腫瘤範圍內給予 大劑量的放射線治療,於兩個星期內 治療七次,每次 600cGy,總共劑量為 4200cGy。

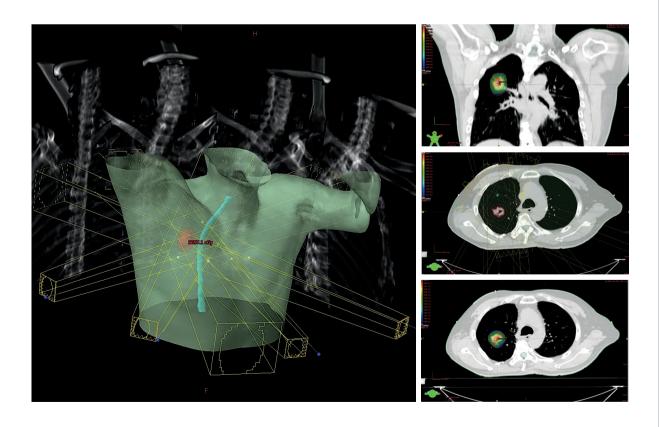
林先生經過治療後,一切穩定。不幸,在一個月後,他到便利商店買東西,可是忘記買菸,於是,他折返購菸,當他在結帳的時候,突然店外有部車子撞進來把他的左小腿的脛骨撞斷了,這次的治療讓他一個半月多都需要用拐杖走路,真是禍不單行。



在第二次肺腺癌治療的一年後,即 2012年8月,林先生與夫人到北歐去 旅遊,在風光明媚的風景中,突然他感 到身體不適,送到當地醫院急救後不治 身亡,診斷為心肌梗塞,享年67歲。

這些在與林先生相處的日子中,其中最有趣的是,和信醫院於 1998 年由仁愛醫院搬到關渡現址後,林先生有一個想願,他想關掉過去在仁愛醫院隔壁巷子裏的日本料理店,搬到關渡的和信醫院裏面重新開業,經營日本料理,以服務和信醫院的員工、病人及家屬。

當時,醫院一樓還有空間,我們就 成全林先生的願望,讓他在一樓大門入 口處的右手邊開設日本料理店。回顧和 信醫院成立至今的30年,林先生就與 和信醫院共處了20多年,因為他的抗 癌歷程,說他是和信治癌中心醫院之友 也不為過。



帶著您的信任與愛 我們會繼續走下去

婦癌多科整合診治團隊 洪啟峰醫師

「我想回去和信,那裡有著像我家人般的醫護人員,讓我有安全感……」

一個寧靜的春天夜裡,向老天要不 到最後一口氣的妳,還是走了......縱使 內心有著百般的不捨與遺憾,我們想對 妳說:謝謝妳留給我們滿滿的信任與 愛,帶著妳的信任與愛,我們會繼續走 下去,共同攜手合作—為下一個病人及 家屬而努力......

2016 年春暖花開的一個早晨·L 小姐帶著外院病理的報告—子宮內膜 癌來到婦科門診·眉宇間充滿著不安與 焦慮、她緊握先生與兒子的手·L小姐 告訴我們:「H醫院說要幫我開刀·可 是我還有很多想問的問題·很多還不清 楚的地方·就這樣的要幫我開刀……, 我實在不放心,我想知道更多關於我的 疾病……,我希望有人能耐心的回答我想問的問題,用心的治療我,我更想有一個窗口能讓我隨時能夠諮詢……」,就這樣妳來到了和信,經歷了第一次門診,從完整的初診護理評估、醫師的細心問診、護理人員的貼心衛教指導,到個案管理師的用心聆聽與關懷,妳和先生感動的眼神,彷彿告訴了我們一在這兒,妳找到了想要的解答及照顧一您信任和信的婦癌團隊。

接下來我們共同展開了一連串的治療,從手術、化療到放療,謝謝妳讓我們一路陪妳,幫助妳從害怕、焦慮到勇敢面對;心疼妳所受的苦,感動於家人對妳的照顧,更謝謝妳與家人對我們團

洪啟峰醫師,現任和信治癌中心醫院婦科資深主治醫師、婦癌多科整合診治團隊召集人,專長為婦癌外科治療、婦科腫瘤手術、內視鏡手術、婦癌篩檢。臺大醫學院醫學士,1993年擔任臺北榮民總醫院婦產部住院醫師,1997年擔任埔里榮民醫院婦產科主治醫師,2001年到本院服務至今。參與本院婦癌多科整合診治團隊。

隊的信任,選擇讓我們照顧妳及妳的家人;結束治療後,想像著能看到英姿煥發的妳,再次的騎上那部妳所愛的重機,與先生奔馳在藍天白雲下——感動。

無奈,幸運之神很快的離我們而 去,一年後,不樂見的事情還是發生 了—妳的癌細胞轉移到了肺臟,霎時, 我們都從天堂掉到了地獄,淚水再度悄 悄的爬上了妳的臉靡, 烏雲亦再度的籠 罩在我們的上空。謝謝妳還是信任的選 擇了我們,讓我們再一次的一同奮戰, 就這樣的我們再度的踏上妳最討厭的化 療之路,它雖然幫妳對抗癌細胞,但卻 也带走妳最愛的秀髮與開朗的笑容,縱 使我們一次又一次的鼓勵妳,但終究難 分擔妳身心之苦。一次又一次的面對疾 病的挑戰,與一次又一次難熬的化療, 妳說妳累了,先生不捨妳受的苦,幾經 **團隊會議與家庭會議討論後,妳選擇了** 暫別化療,至外院接受細胞免疫療法, 不捨與擔心之情,讓我們一直惦記著 妳。而每當脆弱無助時,妳想的也總是 我們,妳想到回門診來,妳想到用電話 聯繫妳最信任的醫師、個管師與團隊中 的每一個人—原來家人般分不開的情誼 早已悄悄的在我們彼此心中萌芽成長了。

幾經奮戰—妳還是走了,一路陪伴妳的先生與兒子也瀕臨崩潰,先生啜泣的自語著:「曾承諾妳的事,我都做到了,但『我一定會救妳』的這個承



諾·我卻永遠做不到了……」,沉重的空氣頓時化成了無形的淚水,心與你們同在的我們,也想對妳說:「謝謝妳留給我們滿滿的信任與愛,帶著妳的信任與愛,我們會繼續走下去,共同攜手合作—為下一個病人及家屬而努力……」。數週後,思念妳的先生回到了醫院,回顧了參與照護妳的人、事、物,思念之情溢於言表,但請放心……,需要時我們會在這陪伴他……

癌症病人照護之路,充滿著挑戰與 挫折,有時淚水多於歡笑,所幸我們身 處於一個尊重病人生命,提供全人、全 程、全方位團隊整合的癌症醫療機構, 有著一群志同道合、無怨無悔地付出的 貼心好夥伴,讓我們有著充沛的戰鬥 力,共同攜手合作,隨時為下一個病人 及家屬而努力......

本院治療甲狀腺癌的特色

內分泌腫瘤多科整合診治團隊 阮理瑛醫師、李淑真進階護理師

內分泌器官包括腦下垂體、甲狀 腺、副甲狀腺、內分泌胰臟、腎上腺及 性腺,這些腺體藉由分泌荷爾蒙調控人 體的成長、代謝、生殖、老化,與人的 一生息息相關。因而,內分泌器官若發 牛問題,損害的不只是該器官,而是全 身,同時也會影響病人一輩子的健康。 內分泌疾病可分為功能性疾病及腫瘤性 疾病兩類。常見的功能性問題如大家 耳熟能詳的更年期障礙、甲狀腺機能異 常及糖尿病等,這些都是容易發生、一 般民眾對它們的了解也比較多的醫療問 題:內分泌腫瘤並不常見,惡性腫瘤發 牛率更低,目內分泌腫瘤常合併內分泌 功能異常,必須具備足夠專業能力的醫 療人員才能發現問題並給予病人適合的 治療。

和信醫院是腫瘤專科醫院,創院

至今已三十個年頭,內分泌系統的惡性腫瘤雖然少見,但是,因為是腫瘤專科醫院,本院仍然照顧了許多病人,其中以甲狀腺癌最多,其他如罕見的副甲狀腺癌及腎上腺癌,每兩三年也會有幾個病人在本院接受治療。因此,和信醫院在診治內分泌惡性腫瘤方面有相當多經驗,尤其對於甲狀腺癌病人的診療照顧,特別有心得。

甲狀腺癌是人體所有惡性腫瘤中, 預後最好,存活率最高的腫瘤。期別早 的甲狀腺癌,經過手術、有需要時再進 行碘 131 治療,腫瘤大多可以治癒;晚 期的甲狀腺癌則除了手術之外,持續給 予碘 131 治療,可以有效改善甲狀腺癌 病人的存活率。由於甲狀腺癌發現時, 大多屬於早期癌症,所以,治癒甲狀腺 癌並非難事;然而疾病治療後由於病人

阮理瑛醫師,現任和信治癌中心醫院一般內科部內分泌科資深主治醫師、內分泌腫瘤多科整合診治團隊召集人,專長為糖尿病、甲狀腺疾病、其他新陳代謝疾病以及一般內科疾病。中國醫藥學院醫學士,2000年擔任臺北榮民總醫院內科部住院醫師,2003年擔任臺北榮民總醫院內科部內分泌暨新陳代謝科總醫師,2004年擔任臺北榮民總醫院內科部內分泌暨新陳代謝科專研醫師,2007年到本院服務至今。參與本院內分泌腫瘤多科整合診治團隊、營養多科整合診治團隊。

長期存活率高,如何在罹癌之後好好過 人生、確保好的生活品質,反而成為最 重要的課題。

甲狀腺癌的治療有幾點是影響生活品 質的關鍵:

第一、避免甲狀腺手術中發牛喉扳 神經及副甲狀腺的傷害。喉返神經受 損,會導致病人聲帶麻痺、發聲及吞嚥 困難。以往常常有病人很害怕接受甲狀 腺手術,因為看到熟識的人接受甲狀腺 手術以後「不能講話」;甲狀腺癌病人 術後不能講話的原因即是喉返神經受損 造成。另外,甲狀腺手術中若不慎將副 甲狀腺切除會導致永久性低血鈣發生, 低血鈣輕則引起肢體麻木感、重則造成 心律不整與昏厥,是一個不能忽略的問 題。若因手術發生永久性低血鈣,病人 終身需要服用鈣片及維他命 D,即使只 是偶爾忘記吃鈣片維他命 D, 也往往會 導致須送急診處理的下場;因此,甲狀 腺手術中是否能避免切除副甲狀腺對於 病人的牛活品質影響甚劇。外科醫師在 進行甲狀腺手術時,除了利用喉返神經 偵測儀避免損及神經以外,必須累積足 夠的手術經驗方能讓喉返神經及副甲狀 腺併發症的機會最小化。

第二、在不影響癌症復發的前提之下,適度保留甲狀腺組織。甲狀腺在人體中局負著調節代謝率及供給人體能量



的重要角色,人體如果沒有甲狀腺一定 會有嚴重的健康問題。為了甲狀腺癌接 受甲狀腺切除手術的術式可分為「甲狀 腺全切除」與「單側甲狀腺切除」。 接受甲狀腺全切除的病人,因為體內 已經沒有甲狀腺組織可以分泌甲狀腺荷 爾蒙,必須終身服用甲狀腺素;接受單 側甲狀腺切除的病人,一般而言不需服 藥。但是,仍有些接受單側甲狀腺切除 的病人,因甲狀腺功能不足,還是必須 服用甲狀腺素。人體所需的甲狀腺荷爾 蒙隨著每個人不同的牛活作息及壓力狀 態而呈現波動的狀態,這個過程由腦下 垂體及甲狀腺經由負向回饋的作用而調 節。然而,對於體內已經沒有甲狀腺的 病人而言,該調節作用便無法正常運 作,即使服用甲狀腺素來補足缺乏的甲 狀腺功能,仍然不足以模擬正常腦下垂 體—甲狀腺的運作,因而造成各種「甲 狀腺功能失調」的症狀,影響生活品 質。針對這個問題,目前改善的策略即是「在不影響癌症復發的前提之下,適度保留甲狀腺組織」,如此一來,既可以治癒甲狀腺癌又可以保有較為正常的甲狀腺功能,讓甲狀腺癌病人可以持身體健康。至於什麼狀況時人可以持身體健康。至於什麼狀況受「甲狀腺切除」或接受「甲狀腺切除」,則必須由經驗豐富的判斷,沒變轉移,或造成終身甲狀腺功能失調的後遺症。如何做出兩全其美的為實於人員的專業能力。

第三、針對復發或轉移的甲狀腺癌・採取對病人影響最低的治療後發生局甲狀腺癌約有3成病人於治療後發生局部頸部淋巴結復發的狀況。傳統上,才能不可以的醫師會建議再次手術切除局部質的淋巴結;本院的作法則是優先評別是優先許可以會發的難圍是否適合接受「酒精性療」,使用酒精破壞淋巴結內,使用酒精破壞淋巴結會,其效果不亞於開刀移除。另外經常也需要針對轉移至骨頭的甲狀腺癌,傳統上對東移至骨頭的甲狀腺癌,傳統對對於轉移至骨頭進行體外放射治療,然放射治療

除了治療腫瘤轉移的部位之外,同時也 會影響腫瘤旁邊的器官造成該器官損害 (特別是影響到性腺,將會損害病人的 生殖能力);為了避免這個狀況,可採 用「射頻燒灼術」治療轉移部位,一樣 可以控制腫瘤。

小心處理以上三個重點,正是本院 治療甲狀腺癌的特色,尤其在第三點中 提到的治療方式,是本院特有的做法。 什麼樣的病人適合哪一種治療方式,除 了疾病本身,尚須考慮病人生活環境、 身心狀況、家庭背景等因素;在團隊開 會時,不同專科的醫療人員可以提出各 自的意見,彼此充分討論後達成共識, 以確保病人得到最合適的治療計劃。

以下分享兩個內分泌團隊紀錄的案 例,藉由提出這兩個病人的故事,讓大 家了解我們團隊如何治療與照顧病人:

「一個唇紅齒白的21歲妙齡女子, 於2005年來和信醫院接受甲狀腺切除 手術,病理化驗結果為左側甲狀腺濾泡 癌、右側甲狀腺微小乳突癌。幾年後她 結婚了,隔年也有一個男孩。

癌症有時讓人心情低落,所以每逢

李淑真進階護理師,現任和信治癌中心醫院護理部進階護理組進階護理師,專長為甲狀腺癌病人照護。1983年馬偕護校畢業。1994年到本院服務至今。

人生的大事:結婚、生子,那種喜悦更是不可言語。然而隨著時間過去,即使病人陸續接受了三次碘 131 治療,但是她的腫瘤指數逐漸上升,發現左側薦骨轉移。

主治醫師為了她的病情,開了一次 團隊會議,會議當中,外科醫師提出他 的見解:這個腫瘤復發的部位太靠近神 經,不適合開刀。放射腫瘤科醫師認為 可以放射治療,但是!她現在才30歲, 大好人生,未來懷孕生產的機會會受到 影響。核醫科醫師則認為腫瘤稍大,碘 131 治療效果不佳。最後放射診斷科醫 師提出了一個新的想法:有一種技術叫 做射頻燒灼術(RFA),利用熱能將腫瘤 消除。經過一小時熱烈討論之後,決定 採用此方式治療左側薦骨轉移。另外, 團隊個管師與社工人員也全力協助讓治 療能夠順利進行。經過治療後,病人的 腫瘤指數明顯降低,病情獲得改善。再 過5年後,病人生了第二個小孩,直到 今天腫瘤仍在控制中。 |

「一位 30 歲健康的男生,很陽光 且熱愛攝影與騎自行車。那年他因為甲 狀腺乳突癌做了甲狀腺全切除手術,然 而一年以後,發現頸部一個淋巴結復 發,主治醫師於團隊會議中提出討論。 會議中外科醫生表示可以手術,但是只 為一顆小小局部復發的淋巴結卻要冒著 手術與麻醉風險,是否能有其他治療方



式呢?放射診斷科醫師提出意見:酒精注射一般用在肝癌上,那麼如果是這麼一個小小的淋巴結,我們是不是可以用此方式在這個病人身上?經過大家的利地,決定採用酒精注射治療,也順過大家,決定採用酒精注射治療,也順經過,這當中不僅病情穩定,與個年頭,這當中不僅病情穩定,然們的過戶不變常在假日的時候,悠閑的過日子!」

正如上述兩個故事的紀錄,除了治療癌症之外,關心病人的人生、癌症治療後的生活品質,才是成功治療疾病的關鍵。我們堅信「癌症病人除了治病之外,也需要好好過人生」;「癌症治好了,人生卻毀了」絕對不是我們所樂見的。內分泌團隊多年來總是本著「照護病人」而不是「只會治療疾病」的核心價值幫助病人,往後也會把這樣的精神持續買徹下去。

陪伴病人邁向健康的未來

長期追蹤門診多科整合團隊 王詠醫師、陳詩蘋醫師、許愷芯管理師

和信醫院乳癌病人治療後長期追蹤門診已經執行了10多年,並於2014年11月27日正式成立「長期追蹤門診多科整合團隊」,期望能在完成癌症治療後的階段,提供病人一個全面、完整的追蹤照護,陪伴病人邁向健康的未來。

兩年多前的定期追蹤檢查中婆婆肺 部發現異常病灶,經轉介至胸腔內科接 受切片檢查結果沒有異常,婆婆也沒有 咳嗽或其他不舒服的症狀,於是胸腔內

科醫師安排定期影像追蹤,就在今年的 追蹤中發現肺部病灶變大,高度懷疑是 另一個新的癌症:肺癌。胸腔內科醫師 積極建議手術治療,但此時婆婆認為自 己年紀大了,不想再手術。追蹤門診的 醫師評估婆婆的身體狀況相當良好,認 為放棄手術太可惜,花了許多時間苦口 婆心地勸說,解釋說明手術治療的好 處,希望婆婆能接受肺癌手術治療達到 肺癌治癒的目的,婆婆感受到追蹤門診 醫師對她真誠的關心與照顧,終於答應 了, 在她先生陪同下到胸腔外科門診看 診,經胸外醫師詳細解釋手術細節,最 後婆婆在今年八月初接受了微創手術, 手術很順利成功,並沒有像她恐懼的傳 統手術刀口很大很痛,身上只有一個小 小的傷口,也確診為肺癌早期,手術切 除後治癒機率很高し

每位癌症病人在發現疾病並確診後,便接受一系列的治療,包括手術、化學治療、放射治療等等,在治療過程中,病人身心承受極大的壓力和變化,一路走來直到治療結束,都很辛苦!在治療結束後,長期追蹤變成相當重要的部份,在這個階段許多病人心中對未來仍會存在不少疑惑,譬如完成治療後該

看什麼醫師?多久回診一次?追蹤會做哪些檢查?多久才能恢復原來的生活等問題,都需要有人主動關懷與陪伴,才能順利走上康復之路。為了協助病人解決所有癌症治療後產生的問題,回歸正常的生活,提升病人生活品質,本院的長期追蹤門診多科整合團隊秉持全人、全方位照護的原則,提供病人完善的醫療服務,此模式運作順暢,成效卓越。

長期追蹤門診的特色

和信醫院治療後長期追蹤門診照護 病人的模式,是採用這個世紀歐美先進 國家發展出來更有利病人的照護新觀 念,提供病人全人、全方位照護,為每 位病人建立個別化症狀評估、治療總結 及後續追蹤計畫,此整合式看診是一個 更完善的照護模式。

本團隊目前推行的長期追蹤門診,以「乳癌」的長期追蹤門診為主,主要



是由一群受過乳癌追蹤專業訓練的內科 醫師及進階護理師共同來照顧病人,團 隊中還包括身心科醫師、復健科醫師、 社工師、護理師、臨床管理師等做為病 人的後盾,在必要時提供即時的服務。 本團隊也正著手規劃納入更多癌症的追 蹤門診,如:甲狀腺癌、大腸直腸癌、 胃癌、肺癌等,期待能服務更多的病 人。

王詠醫師,現任和信治癌中心醫院一般內科部一般內科碩學主治醫師、長期追蹤門診多科整合診治團隊召集人,專長為一般內科全人照顧、慢性疾病、癌症治療後追蹤、遺傳性癌症、女性健康。美國哥倫比亞大學生物化學博士、愛因斯坦醫學院醫學博士,加州大學洛杉磯分校健康政策及管理碩士,2005年起在本院服務至今。參與本院長期追蹤門診多科整合診治團隊、內分泌腫瘤多科整合診治團隊。

乳癌病人轉入時間及條件

乳癌病人只要完成治療,原則上並不限制病人轉入長期追蹤門診的時間點。醫院醫令程式有轉入長期追蹤門診的提醒設定,提醒治療科主治醫師可評估病人狀況是否適合轉入追蹤門診。大部分病人轉入長期追蹤門診時為以下類型:

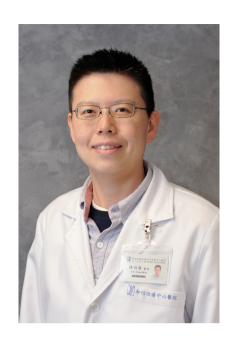
期別為乳癌 0-3 期,已完成治療(不包括荷爾蒙療法)。

局部復發已完成治療。

可以與治療科醫師共同照顧。

乳癌長期追蹤門診照護重點

在乳癌長期追蹤門診的作業中,目 前有六位一般內科醫師及四位進階護理 師負責追蹤,我們會根據病人完整的症 狀評估、身體理學檢查、為每一位病人 規劃符合病人需求的治療計畫、並參考 美國綜合癌症網絡 (NCCN) 癌症長期照 護醫療準則來追蹤病人。



依據全人、全方位照顧的觀念,提 供病人不同階段的照護方式。

乳癌長期追蹤門診照護的內容如下:

- 疾病控制:抗荷爾蒙治療、長期副作用控制,同時可以一併提供慢性病的 追蹤及治療。
- 疾病預防及早期診斷:疾病變化的追 蹤監控、癌症篩檢及預防、慢性病預 防及早期診斷、遺傳性癌症諮詢及基 因檢測。

陳詩蘋醫師,現任和信治癌中心醫院一般內科部一般內科資深主治醫師、緩和醫療科資深主治醫師,專長為家庭醫學、老年醫學、安寧緩和醫學診療照護。高雄醫學大學醫學士,於台北榮總家庭醫學部接受內科訓練,2012年起到本院服務至今,參與本院乳癌多科整合診治團隊、長期追蹤門診多科整合診治團隊、緩和醫療多科整合診治團隊。

- 健康維護:身體的調養、健康生活方式的衛教,包括運動、營養、健康的體重、戒菸等。
- 心理生活層面照護:疲勞、焦慮、憂鬱、腦力衰退、回歸正常生活、工作、家庭。
- 舉辦活動:安排健康講座、克服憂慮 心理支持團體。
- 除了定期返診追蹤檢查、當病人的身體出現新的不適、或任何身體上不確定的情形時,皆可提早回診。

目前在乳癌長期追蹤門診中的病人,合併追蹤慢性病的病人約有二成至三成,主要慢性病中,又以糖尿病13.1%占最多,其次是肺部、肝臟疾病、胃潰瘍等,長期追蹤門診整合式看診帶給病人更方便、更人性化的照護。

追蹤階段的病人注意事項

在癌症治療結束後,病人常常會 有疲勞、更年期症狀、記憶力及專注 力衰退、疼痛、神經系統的症狀,如麻 木、無力等不適,醫師會協助處理這些 問題。病人可以在回診時與主治醫師討 論所想要了解的醫療問題,來共同參與 醫療決定。建議按照醫師安排的時間回 來做檢查及返診,除了定期回診外,也 應隨時注意身體的變化,若發現新的不 舒服症狀,如:乳房新的腫塊、骨頭疼 痛、胸痛、呼吸困難、長期咳嗽、倦怠、 腹痛、持續性頭痛、體重不明原因減輕 等等持續二周以上,或其他任何健康上 不確定的情形,請即刻聯絡乳癌追蹤團 隊,我們將啟動快速機制,安排門診及 檢查,以儘速釐清病人健康上的問題, 讓病人更安心、更放心。



遺傳性癌症諮詢及基因檢測

病人是否要做遺傳性癌症基因的檢測,癌症風險評估?長期追蹤門診有專業醫師的遺傳諮詢門診,會依病人的情況評估,與病人討論後提供後續建議。但要注意的是,即便病人具有遺傳性癌症的風險不高,並不代表不會罹患癌症,因為大部分罹患癌症的原因並不是遺傳。

家族遺傳性癌症風險:

大約有 5-10% 的癌症病人之所以罹患癌症,是因為先天遺傳到某些突變的基因而導致。何時要考慮遺傳性癌症? 有幾個大原則:

- 很年輕就得了癌症
- 一人罹患兩種以上癌症
- 家族同系中有兩人以上得同樣或相關的癌症

以下是兩種相對常見遺傳性癌症症 候群的風險因子:

- 1. 遺傳性乳癌及卵巢癌症候群(BRCA1 及 BRCA2 基因為最典型)
- 家族成員(同系)超過2位罹患乳癌 或卵巢癌
- 本人乳癌診斷時的年齡不到 40 歳
- 本人罹患卵巢癌
- 雙側乳癌
- 三陰性乳癌
- 男性乳癌
- 2. 遺傳性非瘜肉性結直腸癌(HNPCC), 又稱 Lynch 氏症候群(MMR類別基因)
- 本人罹患大腸癌時的年齡不到 50 歳
- •本人有 2 個 Lynch 相關癌症
- 多位家族成員(同系)有 Lynch 相關癌症(大陽癌、子宮內膜癌、卵巢癌、胃癌、膽管癌、胰臟癌、小陽癌、泌尿系統癌、腦癌等),特別是罹癌年齡不到 50 歳

若病人有上列的風險,請與主治醫 師討論,或者可以直接安排遺傳諮詢。

身、心、靈的照護

完成癌症治療,在身體逐漸恢復 健康、生活回歸正常的同時,不少病 人心中仍面臨著種種無形的壓力,例 如:擔憂疾病復發?身體形象改變的調 適?夫妻與家庭角色關係變化?重回工 作職場的能力等,在此階段病人身心靈 的感受也是長期追蹤門診團隊所照護和 關心的。在門診中,很多病人對整合式 看診感到安心,常常聽到病人說,除了 乳癌, 還幫忙其他慢性疾病定期追蹤, 可提升自己恢復健康的信心,全人照護 的看診方式,讓他感到心靈也有受到照 顧,沒有顧慮可以放心的諮詢追蹤門診 醫師健康上的任何問題!醫師耐心專業 的解答, 為病人化解疑慮, 解決平常生 活卜凩擾。

有一位未婚女老師,外貌可愛而文靜,但前幾次看診,總是顯得沉默又不安,仔細瞭解,才知道在罹患乳癌以前,她是一位開朗又樂觀的人,在群眾中受歡迎的風雲人物,但生病以後,對自己的自信完全瓦解、個性變得退縮且悲觀、甚至很自卑,這些情況在乳癌治療結束後,心情依舊低落,找不回自己的自信心。在這時候她遇到了心儀的對



象,卻因為自己得到乳癌,苦惱是否應該答應對方的追求,若乳癌再復發該如何?懷疑自己是否可以擁有像常人一樣的幸福?回診時她終於鼓起勇氣提出自己內心的困擾與焦慮,追蹤門診醫師也給與專業的解答,看完診後走出診間的感覺她卸下了內心石頭般的輕鬆。半年後回診,看到她出現了甜蜜的笑容,開心的說:她找到真心愛她的人,現在的她很幸福!很感謝追蹤團隊對她的照護,她覺得很溫暖,備受照顧!

後來在追蹤的過程中,檢查發現對側乳房有異常,需再進一步檢查,面對檢查結果她內心非常害怕、恐懼,但她有信心,定期追蹤可以及早發現、及早治療,後來檢查結果確認僅是良性的鈣化點,後續再定期追蹤就好,離開時她說:謝謝你們,你們都會主動關心病人,而且每次追蹤回診的時間都幫我們安排好,讓我很放心!

許愷芯管理師,現任和信治癌中心醫院長期追蹤門診多科整合團隊管理師,專長乳癌病人術後追蹤聯繫。臺北護理學院學士。2005年至本院服務至今。

實現幽谷伴行的承諾

緩和醫療多科整合診治團隊 張志偉醫師、莊永毓醫師

緩和醫療照護,起源於臨終照顧,發展至今已成為對受病痛所苦病人與家屬的 終極關懷。透過永不鬆懈的努力,涵蓋身心靈的需求,實現幽谷伴行的承諾。

方先生二年前診斷出肺癌。到和信醫院治療,情況穩定下來。可是半年前開始經常出現腰酸背痛,喘咳的症狀有轉移的腫瘤,脊椎骨也有多處轉移。配數學物治療,可是這次可是這次的腫瘤,對於新的藥物反應狀別頑固,對於新的藥物反應狀別頑固,對於新的藥物反症狀別減少時,不僅喘咳的症狀因為喘得厲害再度住院,發現腫瘤不僅未縮小,又新發現新的腫瘤,而且骨轉移的情形也更嚴重了,因此不得不召開家庭會議,說明病情與討論未來治療計畫。

會議中太太聽到病情惡化,不禁啜 泣起來,同時也追問醫師還有沒有治療 方法,即使要自費都沒關係。醫師詳盡 的說明方先生已經使用多線藥物,但是 療效不佳,而且方先生目前的體力很 差,恐怕承受不了再一次的治療。家人 聽了之後很難接受,兒子表示想申請病 歷到醫學中心去詢問看看有沒有再治療的機會。主治醫師也表示可以提供治療歷程的摘要,只是以目前的病情恐怕其他的醫學中心也沒有更好的辦法,所以建議會診緩和醫療團隊,來協助喘咳與疼痛等症狀控制。

方先生臉色凝重,從頭到尾不發一語。緩和團隊的共照師來看方先生時,太太仍表示絕不放棄。共照師很細心理發現方先生似乎有話想說,便請心理師鼓勵他說說他自己的團不方先生說他很感謝家人與醫療也會是經過這兩年辛苦的治療時,但是經過這兩年辛苦的治療時,他自己就有心理準備,但是為了不能接受,到了退休的年紀,便不能接受,到了退休的年紀,原本想說可以好好陪家人,沒想到卻生了場病。

由於方先生的生日將近,社工師就 與家人商量,在緩和團隊成員與志工的 協助下,在病房為方先生辦了慶生會, 方先生為這個驚喜感動不已,團隊也幫 忙做了影像紀錄,為他們一家人記錄下 這溫馨感人的歷程。之後方先生的症狀 穩定下來,可以出院回家,並由緩和醫 療團隊做居家照護,讓方先生可以多一些 時間在家陪家人,共享珍貴的天倫時光。

緩和醫療照護,起源於臨終照顧, 發展至今已成為對受病痛所苦病人與家 屬的終極關懷。透過永不鬆懈的努力, 涵蓋身心靈的需求,實現幽谷伴行的承 諾。



在和信醫院,緩和醫療團隊肩負起 這樣的期許,以深具本院特色的方式, 依據病人與家屬身心靈的需求及價值 觀,在診斷治療的各階段,溫柔而堅定 的編織一個綿密的服務網絡,時時刻刻 為需要的人提供協助與溫暖,以達到最 高的生活品質。

為了能提供全面的照護,緩和醫療 團隊從一開始就是以團隊的面貌來接觸 病人,以團隊的型態來整合資源,更以 團隊的努力來實踐照護的承諾。這樣的 團隊,是一群有著專業與熱情的醫療人 員所組成,涵蓋病人與家屬需要的方方 面面。

緩和醫療團隊其主要成員如下:

緩和醫療科醫師:具備疼痛與各種症狀控制的知識與專業,協助病人與家屬理解病情的變化與挑戰,與團隊共同擬定整體的照護目標與計畫。



身心科醫師:提供對病人與家屬身心症狀的評估與治療,帶領團隊提供身心支持及促進身心照護目標的制定與落實。

護理師:是緩和照護真正的骨幹與主體,體現在其專業的評估、全人的照護及無微不至的關懷,依其職掌可分為負責病房照護的專科護理師與病房護理師,提供居家訪視的居家護理師,及協調團隊運作與資源連結的個案管理護理師。

張志偉醫師,現任和信治癌中心醫院緩和醫療科主治醫師,專長為安寧緩和醫學、家庭醫學、高齡醫學、健康風險管理與健康促進。臺北醫學大學醫學士,2006年擔任臺北榮民總醫院家庭醫學部住院醫師,2009年擔任臺北榮民總醫院家庭醫學部總醫師,2010年擔任臺北榮民總醫院高齡醫學中心專研醫師,2011年擔任臺北榮民總醫院桃園分院家庭醫學科主治醫師,2015年到本院服務至今。參與本院緩和醫療多科整合診治團隊、身心多科整合診治團隊。

社工師:深入了解家庭結構、動力與調適,促進家庭、醫院與社會資源的連結,協助病人與家屬度過每個病情轉折與困難時刻。

心理師:促進病人與家屬的疾病調適和 身心安適,探索身心議題,串起生活與 記憶,協助生命意義與價值的完成。

宗教師:關注靈性安適,提供靈性關懷, 促進靈性提升,協助病人與家屬的生命 完結工作。

志工:以服務凝聚生活感,以關心促進情感連結,以投入創造生命的感動。

為了能向有緩和照護需求的人提供即時且適時的服務,緩和醫療團隊發展出豐富而有彈性的照護模式,目標為順著疾病不同階段與身體不同功能狀態,把握最佳時機開啟與病人和家屬的接觸,建立互信關係,並持續與腫瘤治療



團隊協調合作。根據互動成果與共識, 調整照護的方向與目標,以達成能時時 提供最適合服務與照護的理想狀態。

根據提供緩和照護的場域可分為:

緩和醫療門診:提供身體功能允許的病人在門診空間進行緩和醫療照護評估,控制症狀,討論病情,調整照護目標與計畫。

莊永毓醫師,現任和信治癌中心醫院身心科資深主治醫師、緩和醫療多科整合診治團隊副召集人,專長為照會精神醫學、心身醫學、焦慮症、憂鬱症、心理腫瘤醫學、失智症評估。臺北醫學大學醫學士,1996年擔任林口長庚醫院精神科住院醫師,2001年擔任林口長庚醫院精神科主治醫師,2002年擔任美國杜克大學醫學中心精神醫學及行為科學部研究員,2006年擔任長庚大學兼任講師,2015年擔任臺灣心理腫瘤醫學學會理事長,2016年到本院服務至今。參與本院緩和醫療多科整合診治團隊、血液及骨髓造血幹細胞移植多科整合診治團隊、身心多科整合診治團隊。



緩和居家醫療:為身體功能不方便回診的末期病人,提供到府訪視,進行症狀評估與處理,管路維護與處置,隨著病情變化調整居家照護方式,討論居家照顧生命末期議題,擔任病人與家屬和醫療團隊的聯繫窗口。

緩和病房照護:對有住院緩和照護需求的病人,提供以緩和醫療團隊為核心的整合式照護。本院設有緩和醫療照護專區(相當於其他醫院的安寧或緩和病房),在專區內除了各個專業職類的團隊成員提供病人與家屬身心靈的關懷與照護,更建置多樣化的硬體設施與活動空間,期望儘可能滿足照護過程中的需求,完善每一個照護經驗。

依據疾病的不同階段,緩和團隊照護 模式可大致區分為:

緩和醫療團隊共同照護:在疾病治療過程中,會因症狀控制或疾病調適產生各式各樣的緩和照護需求,當腫瘤治療團隊評估適合轉介,會與病人和家屬討論得到共識,提出照會,啟動緩和醫療團隊的參與,進行整體症狀與照護計畫評估,提供緩和照護建議,根據需求連結各種專業與資源,努力減輕病人身心負擔與家屬照顧壓力,並持續與腫瘤治療團隊合作,提升整體生活品質。

緩和醫療團隊主責照護:隨著疾病進展,當癌症治療難以繼續,腫瘤治療團隊、緩和醫療團隊與病人和家屬討論

緩和醫療照護團隊成員,除了提供 高品質臨床緩和服務工作,亦積極配合 全院繼續教育工作,提供本院醫療工作 人員與見實習學員的緩和醫療教育,在 培育對緩和醫療照護工作有興趣的新 血,持續充實與擴大本院緩和醫療照護的人力與能量,更是不遺餘力。為了精益求精,不僅安排國內外頂尖安寧緩和專家和機構相互參訪與交流,更持續不斷地在照護模式與學術研究上,尋求合作與精進的可能。

在黃達夫院長的領導下,全體醫療工作人員無不盡心盡力為每一個來到和信醫院尋求治療的病人爭取最好的治療成果。儘管如此,總有不能盡如人意的時候。我們相信,在這個過程中,治癒性的治療雖然有極限,對病人與家屬的關懷和照護卻會愈來愈緊密。用心的照顧到最後一刻,讓病人得到舒適與尊嚴,家屬得到支持與安慰,是和信緩和醫療團隊成立的初衷,是持續不斷的努力,更是無怨無悔的承諾。



疼痛控制

癌症疼痛多科整合診治團隊 王正仁醫師

和信治癌中心醫院的多科整合團隊中,最特殊的團隊就屬疼痛控制團隊。他不 是以一種特定癌症的治療為成立的目標,而是以「控制疼痛」為成立的宗旨;一個 全人類,尤其是癌症病人,都會恐懼的症狀。

本團隊在這 30 年來,依本院的特殊屬性與醫學科技的進步,並參酌國外文獻,制定且不斷的更新適合本院的「控制疼痛指引」。讓全院的同仁對來院病人的疼痛篩檢、評估、處置、疼痛藥物使用、追蹤、預防等,有所參考和依循。對於住院中的病人,如承受劇烈疼痛超過 24 小時,經由資訊系統的提示,本團隊也會主動介入幫忙,提供疼痛控制的建議。至於疼痛控制非常困難的病人,我們也會在團隊會議中提出

討論,集思廣益,以求得最好的治療方法。本團隊的成員集合了麻醉科醫師、身心科醫師、安寧緩和科醫師、復健科醫師、神經外科醫師、藥師、社工師與護理部。本團隊也不定期提供全院同仁,疼痛相關的在職教育,以提升同仁專業能力。

以上的種種措施與努力,就是希望 能提供一個「無痛醫院」的理想。讓我 們的病人,能得到最高品質的疼痛控

王正仁醫師,現任和信治癌中心醫院外科部神經外科資深主治醫師、癌症疼痛多科整合診治團隊召集人,專長為腫瘤疼痛控制、腦腫瘤與脊椎腫瘤診治。臺灣大學醫學士,1989年擔任台大醫院神經外科住院醫師,1995年擔任美國杜克大學神經腫瘤學專科研究醫師,1997年到本院服務至今。參與本院神經系癌本院多科整合診治團隊、癌症疼痛多科整合診治團隊、緩和醫療團隊本院多科整合診治團隊。

制,以提升生活品質,甚至提高治癒率與存活率。這在許多國內外醫學文獻的報告已經證實:症狀控制的良好是可以提高癌症的治癒率與存活率。

聯合國的憲章提到人類有免於疼痛的自由。免於疼痛是基本人權。疼痛已經列為生命的第 5 個徵象,已經等同心跳、血壓、呼吸、體溫一樣的重要。很多人畏懼疼痛更甚於死亡,在曾經歷過劇烈疼痛的人,更是如此。這樣的受苦不限於身體,更包含心理、社會、靈性等。本團隊基於本院對病人的使命與承諾,將盡全力提供最好的全人照顧服務。

有位 80 多歲攝護腺癌多處骨轉移的老爺爺來門診時,哭喪著臉只說了一件事「活著太辛苦了,能讓我趕快走嗎?」。老爺爺年輕時是個軍官,訴說著年輕時,是如何經歷戰爭,什麼苦都吃過,天不怕地不怕。現在年紀大了,生病了,死也不怕了,但是怎麼活著,卻那麼辛苦,痛到吃不下睡不著,現在只想要趕快走。

退休的將軍,難得的落下傷心的眼淚。問題在於,老人家發揮什麼事都要忍耐的個性,心想用止痛藥不是好事,如果現在一直用,以後會沒有藥可以用。又想著,如果痛能讓他趕快走,趕快痛死,就可以早點解脫。但是隨著疾



病的進展,疼痛加劇,再也忍受不了,如此,日以繼夜的受疼痛折磨,才來到門診求救,詢問著,怎麼樣可以趕快走。

和信治癌中心醫院的多科整合團隊中,最特殊的團隊就屬疼痛控制團隊。他不是以一種特定癌症的治療為成立的目標,而是以「控制疼痛」為成立的宗旨;疼痛是一個全人類,尤其是癌症病人,都會恐懼的症狀。

因此,老爺爺住院接受疼痛控制, 在團隊人員共同努力下,疼痛得以良好 控制之後,不但恢復原本之生活品質, 也願意再接受治療,控制病情的進展, 老人家露出的笑容亦是鼓勵我們繼續往 前進的最大力量。

感染控制做的好 病人安全沒煩惱

感染管制室負責人 施長慶醫師

和信醫院是癌症專科醫院,九成以 上住院病人是癌症病人,他們的抵抗力 遠低於常人或一般病人。因此,我們對 院內感染的管控採最高標準,我們的目 標是妥善保護每一位病人、員工與訪 客,避免病菌藉由任何途徑傳播而造成 感染。

謹慎保護癌症病人

癌症病人的抵抗力比較差,例如正常人比較不容易受到綠膿桿菌感染,但癌症病人一旦感染了綠膿桿菌,這項感染會增加一倍以上的風險,幾乎就是直接面對死亡率的問題。另外一個比較顯著的例子就是黴菌。空氣中的黴菌原本已經少不了,台灣的空氣既溼且高溫,一定有很多黴菌。

在這種環境下,正常人沒有白血球低下,沒有化學治療問題,頂多是打噴嚏或過敏性鼻炎而已;可是這些黴菌一旦進入癌症病人的肺部,就容易造成肺炎,死亡率可以到達八成。

院長非常理解癌症病人的感染風險,嚴格要求做好感染控制,全力支持感染管制,他不斷地提醒我們,「病人都是很脆弱的,隨時可能因為感染而去世,所以必須盡最大的努力,做到最嚴謹的地步」黃院長的信念讓第一線醫護人員感受到,「任何與感染相關的措施,院長都百分之百的支持」。服務近二十五年的護理部助理主任王靜誼認為,醫院高層支持是讓全院同事落實感染管制的關鍵。

施長慶醫師·現任和信治癌中心醫院一般內科主任、一般內科部感染科碩學主治醫師·專長為感染症、一般內科疾病、感染管制醫學。臺北醫學院醫學士與臺灣大學EMBA 管理學碩士·1989 年擔任省立臺北醫院內科住院醫師·1993 年擔任臺大醫院內科總住院醫師·1995 年到本院服務至今·1998 年至美國杜克大學感染科進修·1998 年至臺大醫學院擔任兼任講師·2007 年至陽明醫學院擔任臨床助理教授。

因此,和信醫院的同仁皆戒慎恐懼、兢兢業業,齊心保護癌症病人的安全。從近五年國內醫院的統計,可以看出和信醫院受到超級細菌侵襲的比率。遠較多數醫學中心低。例如,和信醫院每十個感染金黃色葡萄球菌的病人,不到三個是源自抗藥性金黃色葡萄球菌的病人,不到三個是源自抗藥性金黃色葡萄球菌的病人,不醫學中心的平均則介於五至六個。其他各項超級細菌,我們也只有醫學中心的一半,甚至是十分之一,所以,應該是全國最低。超級細菌可怕,但是藉由確實執行感染管制,並透過空間規劃與工作流程設計,仍然可以降低它們所帶來的危害。

醫院常見的傳染途徑

醫院是病人集中的地方,存在各種病毒、細菌、黴菌,有些透過空氣傳染,被吸入肺內造成感染,有些藉著咳嗽產生的飛沫,污染人的皮膚與口鼻,造成直接傳染,或掉落且污染物體表面,例如桌面或椅面,接觸後也會造成傳染。如果這些病原菌直接污染到我們的身體或環境,也一樣會造成傳染。

空氣傳播的傳染性很高,需要藉由 良好且充足的換氣與空氣過濾系統,降 低空氣中微生物的濃度。但是,這種傳 染方式,只存在於少數情況,例如麻 疹、結核病與水痘,絕大部分的傳染疾 病,都是透過飛沫與接觸傳染,所以



控制傳染的具體作法

一家醫院是否可以做到理想的感染 管制,得以保護病人、員工與訪客,機 構的決心與投入的人力與設備是關鍵。 和信醫院由院長,全力投入與改善,包 括看得到的努力,與看不到的細節。感 染管制室在這些措施的執行,扮演中心 角色,除了檢測各地區、部門的感染率 之外,並且與各部門一起訂定應該遵循 的感染措施,也必須隨時監測與協助各 部門的執行,解答各部門的問題與疑惑。

- 1. 除了衛生福利部每年的感染管制查核之外,本院也每三年參加國際醫院評鑑組織 (JCI) 的考核評鑑,藉由使用他們的先進工具與方法,系統性而且全面性的考核本院感染管制,並徹底深入每一個方面的細節,再給予詳細的回饋,每年都會檢討改善情況,以保證本院的感染管制各項作為在全院是徹底實施,並合乎國際標準。

- 3. 非常嚴格的執行隔離措施—對於一些高抗藥性菌株與傳染性強的病原菌,一旦發現,不管是帶原或是感染,一律以隔離房或單人房隔離,避免細菌散播,保護其他病人與工作人員。在此,我們也要感謝讓我們隔離的病人,由於他們的配合,才能讓其他病人與工作人員有更安全的環境。
- 4. 足夠的換氣數—空氣在感染管制上,第一個指標就是換氣數一定要足夠,和信醫院病房每小時至少換氣 6 次,骨髓移植病房與開刀房有 20 次以上的換氣量,確保進來的空氣量是足夠的,可以稀釋空氣中的病原。此外,我們有一個24 小時運作的精密交換系統,空氣進出循環之前,都會經過交換系統,沉澱過濾細菌和黴菌,維持空氣的品質。
- 5. 施工中的粉塵控管—醫院在施工期, 非常注意粉塵。因為天花板很容易卡住 髒東西,例如黴菌的孢子或是灰塵,所 以,若有觸及病人區域的施工,一定會 圍起整個區域,內面維持負壓,負壓的 空氣儘量往外排,不回收,避免黴菌存 留醫院。
- 6. 設置特殊病房—對於免疫力特別低下的病人,我們有特殊的保護措施。當病人白血球很低,或是接受骨髓移植,我們提供的空氣都是經過過濾的,病房空氣幾乎 99.99% 的傳染物質都經由濾網過濾。此外,開刀房的空氣也是經過過濾,成為不把細菌帶進人體的無菌區。

當然,對於已經是感染這些空氣傳染病源而須隔離的病人,我們提供負壓病室,讓帶有病原菌的空氣,不會外洩到其他病房,待疾病治癒後,或是不再是傳染期,再將這些病人移回普通病房。

7. 組合式照護—就是利用一些有佐證可減少病人感染的措施,集結一個組合,用以照顧病人,有效地降低院內感染的發生,從訂定指標、收集資料、協調溝通,從過程面與結果面,監測這些組合照護的執行情況與結果,並且將相關資料與成果,回饋給醫院、各部門、醫護人員等,大家一起追求進步與改善。

- 8. 護理師、清潔/事務人員等共同守護 環境—護理人員在感染管制扮演重要角 色,除了對感染管制的了解,感染管制 措施的遵守,他們也提供給病人與家屬 感染管制的衛教,是共同保護病人很重 要的基礎。和信醫院擁有全國最高的護 病比,也是希望護理人員在合理的工作 負荷之下,能夠不匆不忙地遵守感染管 控措施,照顧與保護病人。
- 9. 在清潔方面—我們作了許多努力, 從制定清潔工作規範與流程,到清潔人 員、事務人員等的教育、溝通與日常工 作成果的稽核,期能達到清潔的環境標 準。在流程設計上,讓出院病人可以準 時出院,藉以在下一個病人入院前容許 足夠的時間把病房打掃乾淨。或將許多 治療移到門診,減少住院人數與天數, 這些作法,對於維持醫院環境清潔,減

少院內感染的機會,有很大的助益。

10. 醫師與藥師共同維護抗生素合理使 用—感染科醫師與藥師,也承擔了重要 的角色。抗生素的使用,很容易篩選出 具抗藥性的細菌,所以抗生素的合理使 用,是減少超級細菌非常重要的措施。 本院的抗生素,除了開立時需要填寫申 請單,獲得感染科醫師授權之外,每週 皆會提醒醫師合理使用抗生素的必要 性,感染科醫師與臨床藥師共同負起監 督與協助的角色,希望讓本院抗生素的 使用,可以達到「該用則用、不該用則 停」、「用的品項要適當、用的時間也 要正確」的合理性。此外,一旦發現院 內感染,感染科醫師也會深究感染症發 生的原因,以期減少感染的重覆發生, 進而減少抗生素的重複使用,減少抗藥 性菌株的產生。

總之,和信醫院全體員工,從院長開始到所有第一線工作人員,每天的工作,都是在用心、用腦照顧病人,並提供所有在醫院的人,尤其是病病人會實境。我們深深體認高人一個安全的醫療環境。我們深深體認高人內。我們最不希望看到的,我們最不希望看到的,而受,就是到可以避免的傳染病,而受主要,不解,來營造一個安全、讓病人安心的醫療環境吧!同時,我達爾病人安心的醫療環境吧!同時,我達最深的謝意。

與理念相同者共事之樂

醫學教育講座教授 賴其萬醫師

我在 1998 年回國加入慈濟醫學院的教育團隊,開始了在離開故鄉 23 年後的回國圓夢之旅。

1999 年我曾經有幸參加「黃達夫醫學教育促進基金會」在太魯閣舉辦的一場邀請全國醫學院領導人參加的國際醫學教育講習會·"Innovative Medical Teaching: An Interactive Workshop for Leaders in Medical Education"。這機緣使我感受到黃院長對台灣醫學教育的使命感以及他所邀請的這三位來自美國與澳洲的學者對醫學教育的高度熱誠。

兩年後我因為九四高齡的家父聽力 與身體日益衰退,我與內人決定搬回台 北與兄弟姐妹一起照顧老人家。

黃達夫院長是我第一個請教有關回 台北之後自己將何夫何從的學長。記得 當時與黃院長談我心目中理想的工作環 境時,我說我希望可以找個地方,可以 不只為特定的一個單位工作,而目還能 繼續當初回國想為台灣醫學教育盡力的 心願。同時,我也表達,好不容易才卸 下三年來的醫學院行政工作,我希望不 再擔任行政職務,希望能全心將醫學教 育的工作擺在第一優先。 猶記黃院長當 時的一句豪語深深打動了我的心坎, 「如果我能請你來當我的基金會的『講 座教授』,你可以做台灣醫學教育的 『巡迴大使 (roving ambassador)』, 追求你醫學教育的理想,那也符合這基 金會的目標。 1

賴其萬醫師,現任和信治癌中心醫院醫學教育講座教授、一般內科部神經內科碩學主治醫師,專長為癲癇、腦學圖、神經學、醫學教育與醫學倫理。臺灣大學醫學士,1974年擔任臺大醫院神經精神科主治醫師,1975年赴美,曾任美國 Minnesota 大學醫院神經科腦電圖癲癇研究員、美國 Kansas 大學醫學院神經科教授,1998年返臺,曾歷任慈濟大學副校長暨醫學院院長、台灣癲癇醫學會理事長、教育部醫教會常委兼召集人、醫學院評鑑委員會主委。2001年起到本院服務至今。

當時我以本身所學與癌症相差甚遠,深恐在和信醫院使不上力,而有所遲疑。想不到和信醫院的創院院長,也是我與內人在台大醫學院求學時的老師宋瑞樓教授親自來電邀我們兩人到和信醫院,他老人家親自帶我們參觀醫院,並與我們深談參加和信團隊一起替台灣的醫學教育做些有意義的事。

就這樣子,我從 2001 年到現在, 一晃已經在這裡工作了十九年。欣逢醫 院三十週年大慶,我深感榮幸受邀在此 分享我在這裡工作所感受到的「成就 感」。還記得我初到這醫院時曾經有過 這樣的感受:來參加這團隊有如投奔水 滸傳裡的「梁山泊」,雖然我們並沒有 像 108 條好漢被官兵追殺,但碰到的 幾位同事都表達,在外面度過追逐「業 績」、「效率」的醫療環境下,無法做 我們認為對的事,而這種令人窒息的感 覺,扼殺了行醫所追求的「價值」。大 家都深感來到此地,終於可以做醫者認 為應該做的,對病人有利的事,不會被 其他「次要的」或「不正確的」目標所 「追殺」。我當時寫道,我深感慶幸能 夠與「理念相同 (like-minded)」的醫 療團隊共事。

非常感激黃院長說到做到,當我 第一次以參加醫學教育會議、演講而 寫假條呈交當時醫院的醫務長蔡繼志教 授時,他很直爽地告訴我,黃院長有交



代,只要你認為與醫學教育有關的,你不必再向我告假。這種受人完全信任的感覺到今天還讓我感受到一種說不出的溫馨與壓力。也因為這樣的承諾我才能在過去十幾年來灌注心力於教育部醫教會以及台灣醫學教育評鑑委員會(Taiwan Medical Accreditation Council, TMAC)的工作,直到幾年前才由這些職務退下來。同時我還能繼續自己最有興趣的「床邊教學」,讓我這十幾年來參與台大與成大醫院對醫學院五年級醫學生的神經學臨床實習,將人文關懷的理念融入臨床教學。

在本院的工作我接觸到的臨床服務較少,我只有在門診照顧一般神經內科的少數病人,同時因為自己過去在國外 二十多年主要是做癲癇方面的醫療服務與研究,所以病人也較偏重於這方面。

我在此分享我在本院所參加的兩個教 學活動:

一、床邊教學:個人參加本院的醫學生 臨床教學最大收穫是在這癌症專科醫院 的環境下,我有機會帶著前來本院實習 的陽明及成大醫學生到病房進行「床邊 教學」時,除了做有關神經學的「身體 診察(physical examination)」以及「鑑 別診斷」以外,我因為病人與家屬提出 的問題才真正體會到癌症病人的內心世 界,使我與醫學生有機會對癌症病人有 更深入的了解。容我寫下幾個在這醫院 與醫學生一起看病人時常被問到的問題:

「我還能再活多久?」:我總是耐 心地解釋醫學統計數字是來自於大多數 這種病的病人之統計數據,但有時還是 有可能看到令人振奮的「例外」。我會 與病人坦然分享自己過去在神經內科專 業所犯的「錯誤」,以為無法恢復的病 人,後來居然幾平完全恢復,回來告訴 我「醫師你錯了」的真實故事。所以我 總會告訴病人,如果你後來發現自己比 我們所告知的結果更好時,我們會非常 高興,因為這樣可以幫忙下次再有病人 問一樣的問題時,我們可以說「我也看 過這種例外的奇蹟」來鼓勵病人。同時 我也會提醒病人,與其擔心還有多久的 生命,不如多想如何讓自己活得更有意 義。但我也不忘利用這機會鼓勵醫學生 學習「灌注希望的藝術」,同時也強調 切忌為了鼓勵病人,而給予病人不可能 實現的期待,「捧得高摔得重」是不道 德的。

「我很後悔當初沒有接受治療,現在才回來看你們太晚了」:這也是常聽到的充滿悔恨的告白,但有一次我安慰病人說,「事實上我們也看過一開始就接受治療,但還是沒有成功的例子,所以你也不用那麼自責。」就因為這樣的問題,「老師你怎麼可以錯過這最好的『機會教育』!」。我適時地指出,「傷口灑鹽」是醫者大忌,而且我所說的也是「事實」,因為有些癌症就是難治的。

「為什麼偏偏是我得了癌症?」: 第一次碰到病人問這句話時,我剛 好讀了一篇很感人的短文「感謝上 帝,我得了癌症(Thank God, I have cancer)」。作者是一位醫師,他描述 一位病人告訴他,「如果我死於中風、 心臟病,或其他因素,我將是什麼樣 子。每次想到這個,我就感謝上帝我得 的是癌症。沒有這些多出來的時間,我 就永遠不會體會到地球上人與人之間存 在的愛與溫柔。」這篇文章寫得十分細 膩感人,也十分有道理。因為我們這位 病人是位中學的英文老師,所以我不只 與她分享中文的翻譯,也給了她這篇文 章的英文原文。想不到她出院後寫信告 訴我,她非常感激我與她分享這篇文 章,撫平她心中的焦躁,同時她也推薦 這篇好文章給她的學生,做為英文課的 課外讀物。





二、醫學人文個案討論會:為了能讓醫 學生在實習階段能有機會討論一些雖然 診斷與治療沒有問題,但卻使醫學生感 到困惑,「我們這樣做對嗎?」、「我 想知道,大家認為怎麼樣做才對?」、 「我不曉得為什麼我會因為照顧這病人 而感到不安」之類的個案。這是由黃 院長、王金龍主任與我三人輪流主持 的,由提案的醫學生報告個案的病史以 及他的疑問, 並激請照顧這病人的醫護 **團隊、社工師、心理師參加的多元討論** 會。我們通常要求與會的每位學生都要 發表意見,激發出各種不同看法,促使 學生重溫自己在踏入醫院學習臨床醫學 之前所學過的人文與倫理課程。同時, 也藉由這討論會,鼓勵醫學生整理學習 心得,投稿於一群致力於改善醫病關係 的有心人士成立的「醫病平台」電子 報。這種鼓勵習醫者透過用心了解病人 的問題,體會病人與家屬所承受的痛 苦,訓練自己透過文字的敘述,引發 對病人的同理心,也正是目前醫學人

文教育所推動的「敘事醫學 (Narrative Medicine):透過「注意力 (Attention)」傾聽病人的痛苦、學習如何「以文字表現 (Representation)」醫者對病人的了解、而後才能與病人建立「密切關係 (Affiliation)」。同時我們也鼓勵醫學生發表他們的學習心得,讓台灣社會大眾有機會了解醫學生如何由參與病人的好醫生。希望這也可以推動台灣社會大眾在自己或家人不幸生病時,願意接受醫學生參與照護的風氣,這樣台灣將來才會有更好的醫師照顧他們。

最後我想套用一句時下常說的「台灣最美麗的風景是人」,向醫院同仁說一聲,「和信治癌中心醫院最美麗的風景是人」,衷心感謝你們讓我在這裡享受到「與理念相同的人共事之樂」。敬祝大家健康愉快,共同繼續邁向和信的第四十、五十週年光輝燦爛的願景。

和信醫院 三十而立

健康醫學中心召集人 游麗惠

1990 年 有志於癌症醫療,用心照顧 病人

「30歲那一年,黃小姐突然摸到 自己乳房長了一個硬塊,心裡很焦急, 不知道怎麼辦才好。朋友告訴他,最好 到專門治療癌症的醫院做檢查。於是她 選擇來到了和信醫院接受檢查,並很高 興最後檢查的結果是良性腫瘤。在這次 就醫及檢查的過程中,黃小姐感受到和 信醫院的專業和溫暖氛圍,讓她在整個 檢查過程中很有安全感。之後的20多 年,黃小姐都選擇定期到和信醫院做乳 房追蹤檢查和身體健康檢查。」 30年前和信醫院誕生,致力於癌症醫療,許下「用心照顧病人」的承諾,追求「與世界級癌症中心並駕齊驅、減少癌症對人類威脅」的願景。和信醫院黃達夫院長為願景設定了第一個工作成效指標:癌症的5年存活率達到美國癌症5年存活率的數值。根據美國SEER Cancer Statistics Review (CSR) 資料1985至1989年診斷年代,侵襲性癌症病人五年相對存活率為54.4%,而臺灣當時因為尚未有全國癌症登記制度,從少部分醫院的資料推估,當年台灣5年癌症存活率約為30-40%。

游麗惠召集人,現任和信治癌中心醫院健康醫學中心召集人,專長為腫瘤護理、健康促進。游召集人為臺灣師範大學健康促進與衛生教育系博士,曾經是本院護理部主任,參與我們護理服務體系建造工程 12 年,後在因緣際會下進入公務部門服務,曾歷任臺北市衛生局科長,衛生所所長、衛生福利部國民健康署副署長和衛生福利部護理及健康照護司司長等。游召集人 2019 年重返本院帶領健康醫學中心團隊,推動健康醫學的創新服務。

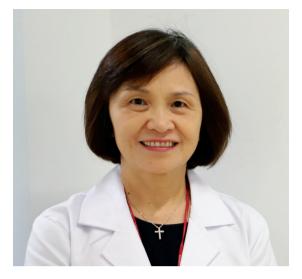
「25年後,黃小姐在例行健康檢查時,黃小姐在例行健康檢查時,醫師發現她查後,在母音波檢查出去。選好,進來一步檢查後,在是一步檢查的,進來檢查的人。 一步檢查後,在是一步檢查的,一個人。 一步檢查後,一步檢查。 一步檢查後,一步檢查。 一步檢查後,一步 一步檢查後,一步 一步檢查。 一步檢查後,一步 一步檢查。 一步檢查後,一步 一步檢查。 一步檢查後一步 一個人。 一一。 一個人。 一

2020年 三十而立

孔子在論語中說:「三十而立」; 另又說:「立於禮」。也就是說:三十 歲時,確立心中的道德信仰與外在的行 為規範。

立價值醫療

和信醫院在創院之初,即首創台灣以病人為中心的多科整合醫療模式,每位病人的病情與治療決策會經過醫療團隊的討論,並選擇最適合病人的醫療方法。這樣的醫療模式造就和信醫院最早期 1990 至 1997 年診斷年代,全部期別癌症病人 5 年存活率就達到 57%的結果,且逐年持續上升中。在近期的 2013 至 2017 年診斷年代,和信醫院全部期別癌症五年存活率已經達到74%,侵襲癌五年存活率也到72%,



高於全國比率的 52%。(美國 2010 至 2016 年全部期別五年相對存活率為 67.4%)。30 年來,和信醫院致力以整合多科醫療團隊模式用心照顧病人,已經創造出高於全國全部期別癌症五年存活率達 20% 的價值醫療,並有效的減少癌症的死亡率。

立 健康結果的價值醫療

 門診所提供的服務有醫療、飲食營養諮 詢和運動訓練等,黃小姐認為和信醫院 的健康醫學服務是全面性且個人化的, 所以立即報名參加。」

立 健康結果的價值醫療

現在和信醫院的癌症病人在治療後的存活率很高,但是黃達夫院長觀察到許多癌症病人,在治療後常常忽略或不知道如何促進健康;同時也反思,醫院應該更積極投入前端的防癌工作,幫助病人和居民建立健康生活型態,才能遠離癌症和慢性病的威脅。健康的生活型態,包括不吸菸、不嚼檳榔、健康飲食、規律運動、維持健康體价和心理等,健

康的生活型態模式更不斷的在相關的研究上被證實可以減少罹患癌症和心血管 疾病的風險。

據此,和信醫院在即將創院滿 30 年之際,設立健康醫學中心,並組成具 有醫師、護理師、營養師、心理師、藥 師、運動指導員等的專業團隊,開始為 病人和民眾提供健康醫學服務。健康醫 學團隊會為每位病人進行全人健康狀況 和生活行為的評估,擬訂個人化的健康 促進計畫,指導、陪伴並協助病人重塑 健康的生活型態。和信醫院期望在過去 30 年的醫療基礎上,增加健康醫學服 務,達到幫助病人和居民獲得以健康為 結果的價值醫療服務。









「黃小姐參加和信醫院的健康醫學門診後,學到很多如何自我健康促進的知識,也跟著醫療團隊的建議,逐步調整自己每天的飲食習慣,認真執行團隊給予的運動課表。經過8週後,黃小姐體重減少了2.8公斤,而且體脂肪分析結果顯示,減少的是體脂肪3公斤,增加的則是骨骼肌重0.2公斤;更高與的是血糖和膽固醇的血液檢查數值也都呈現下降。

黃小姐非常感謝和信醫院醫療團隊 的指導和照顧,讓她不僅減脂增肌,身 體變得更健康,也學會正確的運動方 式和飲食習慣,可以持續地自我維持健 康。」

立 癌症醫療和健康促進為使命

和信醫院創院滿 30 周年前夕,董事會於 2020 年 3 月 17 日全數通過,將「健康促進」加入醫院的使命。從今以後,和信醫院是一家以「癌症醫療和健康促進」雙服務結合模式的醫院,和信醫療團隊將與病人和居民一起防癌抗癌,持續創造以健康為結果的價值醫療。



和信護理不一樣

護理部主任 許麗珠

30年前台灣的癌症病人,分散在各個醫院的各病房角落,由各科別的醫師依自己的想法主治病人,癌症團隊診療的概念是虛幻、飄渺不可及的。天佑台灣,讓黃達夫院長為疼惜自己同胞得癌症受苦,放棄美國癌症專家身份回來,創立和信治癌中心醫院,堅持用心照護台灣的癌症病人。

轉眼間 30 年過去了,和信醫院這隻小蝦米,在現今醫療環境與健保給付的困境現實中,雖經無數個艱難險阻,至今仍然屹立,不改其志。因著黃達夫院長堅持的信念,他在前路披荊斬棘地引領,沿途吸引了許許多多認同者與追隨者。因為我們堅持做對的事,有清楚的目標方向,所以無論醫療環境如何改

變,我們從未迷失前途路!

創院當時,在台灣,我們沒有腫瘤 護理的學習對象,所有的腫瘤護理專業 皆需取經歐美。最初,邀請杜克大學醫 學中心腫瘤護理長(此專家後來高升成 為院長)到台灣,親自指導第一批腫瘤 護理人員,護理部同仁更透過廣泛萃取 與翻譯相關新知、點點滴滴吸取腫瘤 理專業知能,一步一腳印的逐步建立各 項腫瘤照護準則、技術標準,協同醫療 團隊發展各種癌症的臨床照護指引,發 展腫瘤護理多元化的角色與功能。

和信護理一路走來,非常感謝歷任 主任、副主任包括陳美伶、游麗惠、張 黎露、唐秀治的帶領與開拓,建立了和

許麗珠主任,現任和信治癌中心醫院護理部主任、醫療品質與病人安全室主任、出院準備服務委員會主任委員。專長為腫瘤護理、護理行政管理、手術及外科照護。臺灣大學護理學研究所碩士。曾任台北護理健康大學兼任講師,現為台北市護理師護士公會理事、台灣癌症診療品質認證評鑑委員、國家生技醫療產業策進會國家醫療品質 SNQ 護理組評審委員、台灣專科護理師學會甄審行政委員會委員、臺灣醫療個案管理學會專家委員。1994年到本院服務,2008年擔任護理部主任服務至今。

信護理極優的組織體質與專業基礎。因為基礎穩了,我才能承先啟後,持續推動腫瘤護理的傳承與創新!如今在國內,和信腫瘤護理已成為她院標竿學習的對象,影響了各醫療院所腫瘤照護的發展,這都是因為我們走出一條不一樣的護理路!

和信護理秉持院訓:「專注、有恆、 創新」,專心、用心於多元化發展腫瘤 護理專業角色,我們協同醫療團隊成 員,串起癌症病人照護需求的點、線、 面,完整了癌症病人的照護模式與拼 圖,因此,我們創造了許多亮點色彩:



獲頒中華民國護理師護士公會全國聯合會 評定—護理友善職場最高榮譽金磁獎



亮點一:從病人初診開始,門診護理師提供系統性完整的初診護理評估,創立醫護共寫平台,開啟了病人與我們醫院的診療初接觸服務。接著由 PAS (Patient Advocacy Service) 從方便病人的角度、努力縮短檢查與確診所需時間,及時撫慰與安定了初罹癌病人與家屬那顆焦急不安的心。

亮點二:各檢查單位都有護理師接力照顧病人,而不漏接,病人要做侵入性檢查或處置也不擔心,因為我們有安全、優質的檢查處置後或鏡檢後留觀照護,以及居家追蹤關懷,讓做侵入性檢查的病人不需要住院,不但,節省了病人的住院費用,也為健保減少成本的支出。

亮點三:癌病確診後,癌症個管師即刻 現身收案照護,自始病人在和信醫院有 了自己專屬的抗癌夥伴,一路相伴與指 引,在走過治療期,種種的照護問題與 身心煎熬的道路,身旁永遠有一雙守護 的手在扶持。 **亮點四:**在病人接受手術的同時,總是有一群在等候室緊盯螢幕,焦急等待的憂心家屬,卻往往被人遺忘與忽視。但我們手術室護理師並沒有忘記他們,藉由定時去等候區關懷個別家屬,傳達家人手術的進程與狀況,提供瞬間有力的安撫力量,讓家屬可以安心、放心等待最親愛的家人從手術室出來。

亮點五:住院期間,我們有專業的病房腫瘤護理師,以及實力堅強的專科護理師,協同主治醫師共同打造住院病人照護網,包括擬訂病人診療照護計畫與進程、處理各項治療副作用、事前預防與偵測合併症的發生、給予詳實的自我照護指導與衛教.....等。我們用心做到讓住院病人得以安心接受治療與照顧。護

理師們展現專業、體貼、親切有溫度的 照顧,不僅型塑了和信護理在業界具有 高品質的聲譽,也獲得病人與醫療團隊 極高的評價與回饋肯定。

亮點六:病人來到門診化療中心接受化療,出現任何不舒服副作用或過敏反應,護理師總能做好事前評估與早期發現,病人還來不及擔心時護理師已經不及擔心時護理師及時處置好了;所以癌症病人在經歷多次化療經驗之後,隨著后任射治療護理師已經為他們準備好一切所需的優質照護,隨著治療劑量的逐日累積,病人常走在身心不適的熱、沮喪、想放棄的心情路上。幸而放腫護理師一直在身旁加油打氣!堅定









地告訴病人:「你一定可以的!」有了 這份深厚的革命情感,病人在結束治療 後,常會主動返回放腫科與護理師親切 問候,並告訴她們:「我現在很好、我 在進步中、副作用有改善喔!……」病 人可能不了解,他們真誠的回饋是如何 的激勵著、昇華了護理心,給予我們源 源不絕的寶貴能量!

亮點八:抗癌道路一路走來,有許多病人走向健康,但也有少數病人走向生命的終點,安寧照護護理師們用溫柔與呵護、努力降低病人身心的不適,伴著他們回顧人生的精采與珍貴的回憶,在說再見的路上,病人不會孤單,有我們安寧團隊全程、全人、全家、全社區的照護陪伴一起走!



和信護理哪裡不一樣?只要癌症病 人有需要,我們就會用心去發展出多元 化又具獨特性的護理照護。因此,我們 創造了不少台灣第一。1991年,我們 首先推出癌症病人 24 小時服務,讓病 人即使返家也能獲得良好的持續性居家 照護。當看到病人的血管,因注射化療 而致傷害累累,不堪重覆穿刺,於是, 於 1998 年,我們首先在國內,引進為 病人做周邊中心靜脈管路置入及照護。 在病人做化療前,主治醫師就照會我們 做血管評估,評估後,建議病人選擇最 適合的人工管路 (Port-A或PICC), 由於有放診科醫師的支援,我們無論在 置入技術純熟度或整體照護成果都相當 傲人,不僅成為業界的標竿,多年來, 也代訓許多來自香港、新加坡、馬來西 亞與大陸的醫師與護理人員,目前也成 為代訓台灣各醫院培育 PICC 置入與照 護人才的主要訓練醫院。

由於做乳癌攝影或超音波的篩檢或 複檢的病人常需多次往返醫院,為了減 少病人來回奔波的辛苦,1998年,我 們由婦女整合門診護理師,推出獨特性







的乳癌專人專線服務,由護理師收集彙整所有檢查報告,讓醫師簽署後,郵寄給病人,以減少乳癌病人僅為看檢查報告而來回奔波看診,此服務也深獲病人與醫師肯定。

為降低手術家屬等待的心情焦急, 我們於 2000 年,由手術室護理師推出 手術病人家屬關懷服務。為避免化療病 人入院後,才發現血球不足或因其他原 因不適合化療,又再辦出院的辛苦,我 們於 2000 年推出由專科護理師主責住 院前門診服務,幫助病人住院前先經過 完整的綜合性評估後再入院。癌症病人 的治療成效,端賴是否能完整地完成原 先計畫好的療程,所以我們於 2001 年 推展乳癌個案管理師照護,因為專業角色鮮明,對團隊貢獻良多,此首創照護模式也影響了目前全台灣癌症個案管理師的發展。

有一日,黃達夫院長跟我說:「麗珠!我最近發現,剛診斷癌症或高度懷疑罹癌的病人,從他們來我們醫院到開始治療的時間太長了,病人都非常焦急,我們來想想看如何幫助他們?」因此在 2006 年我們首創的 PAS 服務誕生了,將癌症診斷到治療所需的時間,從平均 26.7 天降到 15 天(包括向他院調閱病理切片,影像等的確認並在團隊取得共識)執行成效斐然。

為服務廣大的乳癌長期追蹤病人, 我們 2009 年推出乳癌進階護理師照 護,根據照護指引,提供細心的評估與 追蹤,讓病人安心接受長期追蹤團隊的 照護,而有效地紓緩乳房外科或腫瘤內 科專科醫師門診的負荷與壓力,讓更多 初罹癌的病人有更多空間被照護。

病人的抗癌道路是一步一腳印,沒 有捷徑也沒有後退的餘地。因此,在和 信醫院各個角落都有護理師穿梭照護的 身影,不管病人走在哪一段路上,護理 都在,我們用心串起並黏著所有的照護 拼圖,讓病人的照護得以持續,而不漏 接。所以,我們的病人無論是哪一種癌 別,都有極高的治療完成率。在黃院長 的堅持、醫護的用心以及各部門所有同 事的共同努力下,創造了令我們引以為 傲的優異治癌成績。本院所有癌症的五 年存活率高達72%,遠遠高於台灣各 級醫院平均約20個百分點,已經與歐 美先淮國家並駕齊驅, 這是和信人的光 榮戰役!更令我驕傲的是,能帶領一支 將士用命的堅強護理軍隊,加入抗癌戰 役,不負院長託付做到用心守護病人的 承諾!回首前程走過的步伐足跡,對所 有的和信護理人來說,只有滿心感謝與 自豪!院長常說:「護理人員不求名、 不為利,對病人只有無怨無悔的付出, 我最敬佩他們!」,每聽一次這些話, 就讓我感動一次,想對院長說:「能有 一位院長欣賞、理解護理人員所擁有的 良善情操護理魂,這是我們莫大的福氣 與榮耀,謝謝您!」。今天和信醫院 30 歲了! 謹代表全院的護理人員,祝 福和信醫院生日快樂!



癌症病人是我們的人生導師

病人服務中心主任 曾裕娟

「病人服務中心」於2004年成 立,至今已經16年餘,當年從財務部 櫃台服務組,獨立成為一個單位,成立 之際,「病人服務中心」這個單位名 稱,還引起一個小小風波,以往,部門 名稱都是冠以「科」或「部」,有些同 事對於「癌症中心」之中,還有個單位 稱為「中心」感到有點太「高調」,但 黃院長最後還是賦予「病人服務中心」 這個名稱,因為它的工作是對病人,這 個單位是給病人用的,病人不須要去了 解醫院的架構對稱或分工,「病人服務 中心」對病人來說一目了然,就是病人 需要服務時會去的地方。從當年成立之 初,38 位同事到現在62 位,更是醫院 展現不惜成本,用心服務病人的最好證 旧。

「病人服務中心」延續過去財務部林嘉莉主任・設立櫃檯服務組的初始精神・採取分散式服務而非集中式服務而北別,病人有服務不可以有服務中心間差,随時可以得到服務。回顧變,,随時可以得到服務。回顧變,,同國變,,同國變,,國際一代櫃台,病人是站著被服務中心櫃台,,以及第三代一般醫學門診,有學門診,是與不是與人方,與不是與人方,與不是與人方,與不是與人方,與不是與人方,與不是與人方,與不是與人方,與不是與人方,以病人為中心的最好的體現。

病人服務中心提供的病人服務,包 括電話接聽、掛號服務、門診批價、簡

曾裕娟主任,現任和信治癌中心醫院病人服務中心主任與公共事務部主任。專長為醫院管理、醫療法律。高雄醫學院藥學系藥學士,美國 University of Hartford, MPA 公共行政碩士,輔仁大學學士後法律系法學士。1998 年到本院服務、2004 年任病人服務中心主任服務至今。

單非侵入性放診檢查排程、住院手續、 出院結帳、醫療費用諮詢、醫療診斷證 明書、病歷複製、篩檢報名、抱怨申訴 等。我們的服務幾乎涵蓋了病人在治療 過程中所需要的非醫療服務。「病人服 務中心」也代表病人直接參與、幫忙醫 院開發更好的服務流程,或爭取病人證 院開發更好的服務流程,或爭取病人資 源分配,包括:網路掛號平台、看診進 度螢幕、線上試算住院費用、收費標 準、病床分配、門診自動報到機、門診 掛號名額。

病人服務中心的服務申訴, 更是 讓病人可以直接參與醫院作業管理, 例如:目前抽血櫃檯燈號顯示器,是病 人藉由服務申訴後而裝置的;特殊隔離 病房,原本考慮感染控制因素,不敢設 計置物架,但在病人家屬提出使用不便 的抱怨後,事務部和工務部同事,馬上 聯手裝設了樣式美觀好用,清潔可以達 到感控要求的置物架;病人出院時,常 因遺忘物品在病房卻找不回來而抱怨, 「病人服務中心」也聯同護理部,合作 規劃住院遺失物管理,現在,即便只是 一條手機充電線,都可以很快地為病人 找回來;雙人房住院病人都喜歡靠窗床 位,住到靠門靠廁所的一邊時,往往抱 怨不已! 住院櫃台服務人員因為沒辦法 滿足所有病人而傷诱腦筋,後來,發明 病人若上次住靠門床位,這次就可以住 靠窗床位,大家公平輪流,住院櫃檯服 務人員不偏心也沒有黑箱作業;即便住



單人病房,住院櫃台服務人員,都貼心 紀錄病人的人工血管 (PICC line) 放置在 左手或右手,每次住院時,儘量安排病 人在攙扶點滴好下床如廁的方位,這些 都是病人在服務申訴時提出來的建議, 其他林林總總還包括信用卡服務、免費 WiFi 服務、看診進度螢幕、病人服褲 裝樣式等,都是經由病人服務申訴而催 生的。

和信醫院的病人因為癌症治療所需,往往都會有六、七個月的時間進出醫院,像走自家廚房一樣頻繁,因。關工作人員培養出很好的革命感情。不可以如數家珍,在互動中間,也發生過,在可以如數家珍,在互動中間,也發生過,在可以如數家珍,在互動中間,也發生過,在可以對於許多病人。 多美好或難忘的故事。有一位病人了五個癌症,我們同事往往是在批價時,強用電流,對於許多病人。 多美好或難忘的故事。有一位病人了五個癌症,我們同事往往是在批價時,是可個癌症診斷,難免替他擔別人也總是說,有和信醫師的照顧沒什麼好怕,還自豪地說,他有一位全天最會照顧他的美麗老婆,自己生病一點也 不辛苦,苦到的是老婆,他的抗癌歷史有 20 年之久。最近,我在醫院又遇到他老婆,我們一起想念他時,這位美麗的老婆告訴我,「其實他生病以來,最怕我擔心,或留下我一個人孤單,所以不太喊痛,或說不舒服,就怕我太累而已。而且,他雖然經歷過 5 次癌症治療,但是他好的時候,總是帶我到世界各地旅遊,我從來都不覺得照顧他很辛苦。」

猶記有一位,來自澎湖,濃眉大眼、體格壯碩的病人,每次我們請問他貴姓,他總是用冷冷的聲音說「冷,冷酷的冷」,新來的同事每次聽到他自我介紹,都會不寒而慄!他就是那位,住









有位職業是會計師的乳癌病人,很「看不慣」我們的收費說明,每次出院看到帳單,都會忍不住職業病上身,叨念我們一番,服務過她的病服中心同事,也都被她訓練到可以對收據的會計項目,正確說明與解釋。她跟我們說過:「對病人來說,生病很重要,錢也很重要,醫院不能收錢就了事,要好好替病人把治療費用搞清楚說明白」。我還記得,她過世的那一天,有位同事還說,病服中心現在沒有老師可以檢定同事的帳務說明能力了。

夜深人靜,寫這篇稿子時,彷彿 重新走過病服中心成立以來的十六年 歲月,許多病人的聲影都從記憶中湧 出。「病人」一直以來都是我們最好的 導師,我們從他們身上,學到如何照顧 病人,更學到許多人生經驗與智慧。病 人服務中心,在此謝謝和信醫院所有的 病人,有幸為癌症病人服務是我們的福 氣,與他們一起打這場抗癌之仗,更賦 予這份工作無可比擬的意義。



協助病人是我們的天職

社會服務室主任 蘇怡庭

社會服務室

社會服務室位於 B1 中央櫃台旁往 病檢科的方向。社會服務室會放在這個 位置,就是希望病人、家屬在需要時可 以很容易找到我們。提供可近性、可及 性的服務,一直是社會服務室努力維持 的工作理念。

30年來,和信醫院的社會服務室 從創院時,最初的1位社工師,到現在 共有9位通過國家考試的社工師,其中 5位為醫務專科社工師,這樣的社工師 陣容,高於國內醫院評鑑要求的3倍人 力,可見和信醫院對於病人的重視。和 信醫院深深了解癌症對於病人及其家庭 都會產生晴天霹靂的衝擊。希望藉著社 工師的協助去關懷病人因疾病而產生的 社會心理問題。關懷的第一步是了解病 人的情緒困擾,所以在和信醫院,不論 門診或住院,病人都會被詢問情緒困擾 分數,就是希望可以及早發現需要協助 的病人。

為了確保所有來到和信醫院的病人都能順利完成治療,本院設有社會服務醫療暨急難救助基金,協助因醫療費用而產生經濟困難的病人。除了院內內實源的提供,也會視病人家庭的需要的,也會視病人家庭的需要力。非常幸運的,從朝輕壓力。非常幸運的,從創院之初,本院的社會服務醫療暨急難救有經濟不斷,從學學人。 表面資源不斷,從創院之初,在會別方。 表面資源不斷,而得以協助,社會服務空也要在此感謝很多在本院治療的治療,沒不斷所有。 不應的社會服務醫療暨急難救期經濟學,以及認同本院理念的社會善心,得以及認同本院理念的社會善心,得以減輕醫療費用的負擔。

蘇怡庭主任,現任和信治癌中心醫院社會服務室主任。專長為醫務社會工作,癌症病人及家庭的社會心理評估與處遇、社會福利與資源連結。臺北大學社會工作學系學士,2009年取得國家社會工作師證書,2015年通過醫務專科社會工作師的甄審,同年獲得臺北市優良社會工作專業人員中流砥柱類表揚。2006年到本院社會服務室服務至今。

生病不是個人的事,是整個家庭的事,除了協助病人的醫療費用之外,社工師另一個重要的工作是協助病人及家屬的疾病適應,陪伴病人面對疾病、因應調適,不論是初診斷為癌症時的徬徨無助,治療結束後的不安、擔憂,復發期的挫折、焦慮,面對生命走向終點的不捨、悲傷,只要病人、家屬有需要也願意接受我們的關懷,和信醫院社工師將盡心盡力與病人及家屬坐下來對談,一齊澄清問題、討論因應的對策。

跟醫療團隊合作照顧病人是很重要的工作。當和信醫院的醫療團隊發現病人有財務、疾病適應、家庭......等問題時,都會主動轉介社工師去關心去協助



病人, 社工師也會將病人家庭狀況以及 他們的想法、擔憂等等讓團隊知道, 跟 醫療團隊共同滿足病人的生理、心理、 社會、靈性的需求; 當病人或家屬不知 道如何向醫師表達想法時, 社工師可以 協助病醫溝通, 讓病醫相互理解、相互 信任。



病友支持團體

癌症資源整合中心

2011 年起社會服務室負責本院癌症資源整合中心,我們以癌症醫療與照護相關資訊、身心關懷支持與各類社會資源諮詢或轉介為主軸,來提供癌症資源整合服務。

癌症醫療與照護相關資訊包含照護訊息與癌症資源刊物的提供;身心關懷支持能夠給予病人或家庭在面臨癌症上情緒與心理的幫助。陪伴病人走過癌症醫療歷程;社會資源諮詢或轉介則包含各項社會福利補助資訊的提供。此外。頭巾的贈送。假髮與康復用品的租借。可以協助病人日常生活上的需要,維持病人的自我形象。









志工服務

 在每年聖誕節前夕舉辦病人與志工聖誕 聯歡會,以音樂會的形式將溫馨祝福分 享給病人及家屬。

和信治癌中心醫院的社工師都認為我們在從事一個快樂的工作,因著一案到底的接案原則,社工師不論何時認識病人,之後都由同一社工師負責,除了處理病人問題的任務外,更有機會深入地認識病人及其家庭,陪伴病人面對困難,當社工師看到病人、家屬的主動對後展現笑容,或是病人、家屬的主動對後展現笑容,或是病人、家屬的主動對後展現笑容,或是病人、家屬的主動質數,語我們可以發揮社會工作專業,得以實踐用生命陪伴生命,都是社工師在這個醫院的價值與意義。



來自病友女兒的一封信

和信病友女兒 王郁雅

媽媽原來是個很活躍的健康寶寶 · 五年前從單車摔下來骨折後 · 看過無數個骨科醫生和物理治療師都無法舒緩她的骨痛。直到兩年多前 · 她確診一個全家都沒有聽過的血液疾病 · 那時我才深刻地體會到五雷轟頂是什麼樣的感覺。我當下第一個反應就是掛號離家最近的台大 · 最後是因為爸爸的堅持 · 我們帶著媽媽來到了和信。

這兩年多來,我慢慢懂得為什麼爸 爸堅持要來比較遠的和信。和信寬敞明 亮的空間不像是個醫院,倒像是一棟在 美國的現代公共建築。因為常來,我慢 慢發現這棟大樓有許多方便和保護病人 的設計,像是一般門診就位在一進醫院 的左邊,可以減少接觸裡面因為正在接 受治療而免疫力較低的病人。醫院裏還 有一個特別的區域給婦女門診,讓病人 檢查時覺得安心,而繞圈圈像迷宮般的 診間動線也讓移動變得更有效率。我起 初覺得和信比別的醫院冷,花了一點時 間適應,後來發現洗手間很快就乾了, 應該是醫院為了減少細菌刻意的控制溫 度和濕度。我覺得最神奇的是,這棟建 築是將近二十三年前在台灣蓋的。

兩年多來,我們在媽媽門診和住院 期間,接受了很多很多來自各方面的幫 助,除了醫師、個管師、護理師還有清 潔阿姨和不認識的人們。我不喜歡麻煩 別人,可是在這裡總是有人主動提供幫 助,告訴我來醫院的人都是不方便的, 所以要求幫忙是沒有關係的,這跟我一 直以來習慣順遂和很競爭的成長環境是 很不同的。也因為是個生活白癡,醫院 提供的各方面衛教包括營養、復健、照 護、救護車等等的資訊對不知所措的我 幫助很大。這期間我還接觸了我人牛第 一次的芳療課,疫情之前,中庭常舉辦 各種活動,像是衛教、氣功、音樂會等 等。醫院的角落常常充滿了撫慰人心的 樂音。

我記得媽媽第一次住院時,碰到黃達夫院長正在巡視病房,他提醒我如何正確扶住媽媽的背架。那時因為想多了解和信,一個將會長期照顧我母親的地方,所以對院長也充滿好奇。一個組織的領導人不但設定了KPI,也影響著它的文化,從而決定最後執行的成果,對癌症醫院來說就是各種存活率和安寧照護的成效。在這個充斥著醫師代言各種產品和AI概念被濫用的年代,其實我

可以理解醫生也是凡人,醫院對他們來 說就是一個工作的地方,是治「病」的 地方。直到院長提到李國鼎先生支持他 創辦醫院的故事,我一直很崇拜這位台 灣科技產業推手三、四十年前的遠見, 沒有他可能就不會存在有著獨特商業模 式的台積電,只是我沒想到,沒有他可 能也不會有一開始就為了幾十年後愈來 愈多的癌症專門設立的和信。而眼前的 這位長者讓我理解和信為什麼是我現在 看到的和信,是什麼樣的理想讓這個組 織同時包容著追求個人卓越和團隊合作 看似矛盾的行為,讓醫院是個治「人」 的地方,而不是純粹以治病和營利為主 的企業。我打從心底地尊敬院長,他身 為醫者的熱忱和慈悲讓我很感動,也佩 服他兼具管理者的智慧和遠見。感謝他 讓媽媽生病的時候,有信任的醫院可以 去。我後來才發現和信不只是個癌症醫 院,它同時提供健康門診給亞健康的 人,醫師護理師們力行運動的程度,還 有 inbody 機器出現在醫院這些事都讓 我開了眼界。

隨著我愈來愈認識和信,每次我陪媽媽回診都覺得很安心。住院的時候,怡雯的細心也讓治療過程變得順利,看著這些和信人,我心裡想著他們應該都以自己身上特有的和信 DNA 為傲吧!有一次媽媽長帶狀皰疹,譚傳德醫師要檢查她上背長皰疹的地方,我一股腦兒的把媽媽的衣服掀起,譚醫師馬上阻止

我,要我先把診間的門關起來,雖然我 心裏默默想著外面走道也沒有人。我在 和信最感謝的人應該就是譚醫師了,每 次看到他就心裏滿滿的感激說不出口, 神奇的譚醫師不只用藥神準, 也是個 慈悲的好醫生。媽媽生病後我的壓力很 大,本來美髮師都抱怨我頭髮太多剪太 久,可是有一陣子我變禿頭,我紓解壓 力的方式除了用各式各樣的運動操練自 己的身體和心志,就是讀一堆似懂非懂 的 medical abstracts,因為我太擔心 媽媽了,我想最煩人的家屬應該就是我 這種不懂又亂讀一堆東西還亂問的。可 是譚醫師不但沒有不高興,還告訴我有 哪些主要的國際血液會議我可以追蹤, 我讀著讀著,讀出了一點希望和興趣, 壓力自然也小了些。

我的人生因為媽媽生病變得不一樣,也再次體會到人生唯一不變的是無常。但是和信的經驗讓我的心開始變不柔軟,也讓以前橫衝直撞的我慢下來求的時間,我不再盲目地追求,我不再盲目地追求,以前覺得不用的一些,以前覺得很開心。事,現在當下就可以讓我覺得很開心。雖然媽媽生病是我人生中很重大的打對了一個可以信任的醫生和醫院照顧她,雖然很悲傷,但是我的內心是充滿感激的。我心裏想著,等我老了如果生病,還會有這樣的醫生和醫院嗎?





醫療財團法人辜公亮基金會 和信治癌中心醫院 三十周年慶特刊

撰文

	簡哲民	醫務長						
乳癌多科整合診治團隊	鍾奇峰	醫師	林寬仁	醫師				
大腸直腸癌多科整合診治團隊	黃國埕	醫師						
肺癌及食道癌多科整合診治團隊	施志勳	醫師						
肝癌及上消化系癌多科整合診治團隊	郭澤名	醫師						
頭頸癌及鼻咽癌多科整合診治團隊	林敬原	醫師	滕宣德	醫師	林秀峰	醫師	蔡玉真	醫師
血液及骨髓造血幹細胞移植多科整合診治團隊	譚傳德	醫師						
血液淋巴腫瘤多科整合診治團隊	邱倫瑋	醫師						
兒童癌症多科整合診治團隊	陳榮隆	醫師						
泌尿系癌多科整合診治團隊	楊聯炎	醫師						
婦癌多科整合診治團隊	洪啟峰	醫師						
內分泌腫瘤多科整合診治團隊	阮理瑛	醫師	李淑真	進階護理師				
長期追蹤門診多科整合團隊	王 詠	醫師	陳詩蘋	醫師	許愷芯	管理師		
緩和醫療多科整合診治團隊	張志偉	醫師	莊永毓	醫師				
癌症疼痛多科整合診治團隊	王正仁	醫師						
感染管制室	施長慶	醫師						
醫學教育講座教授	賴其萬	醫師						
健康醫學中心	游麗惠	召集人						
護理部	許麗珠	主任						
病人服務中心	曾裕娟	主任						
社會服務室	蘇怡庭	主任						
和信病友女兒	王郁雅							

特別感謝

_	1 3 7 3 3 70 4 19 1							
	神經系癌多科整合診治團隊	陳一信	醫師					
	軟組織、骨骼肉瘤及皮膚癌多科整合診治團隊	陳呈峰	醫師					
	核子醫學科	黃玉儀	醫師					
	身心多科整合診治團隊	侯懿真	資深心理師					
	放射腫瘤科	吳重文	組長	林洋圳	組長			
	放射診斷科	李美容	技術長	李佩怡	資深事務員	陳祐齊	副組長	
	病理檢驗部	王喜美	技術長					
	藥劑科	方麗華	藥師					
	社會服務室	沈茹芳	社工師	林素卿	社工師	林玳玟	社工師	
	護理進階教育中心	張黎露	主任					
	院務策進部	林至常	主任					
	人力資源部	羅 萍	主任					
	事務部	林李煜	主任					
	財務部	林嘉莉	主任					
	工務部	李錦達	主任					
	營養部	王麗民	主任	林秉宏	主廚			
	中信保全	宋助南	分隊長					

醫療財團法人辜公亮基金會 和信治癌中心醫院 三十周年慶特刊

發行

和信治癌中心醫院 黃達夫 院長

製作

和信治癌中心醫院 醫務長室

112 臺北市北投區 立德路 125 號 chief@kfsyscc.org

編輯

醫務長室 簡哲民 醫務長	葉憶齡 資深秘書 楊書安 資深秘書 胡雅筑 秘書	呂紹民 生物統計師 陸翊豪 生物統計師 林依宣 生物統計師
編輯顧問		
楊弘美 顧問	華皇道 醫師	陳昭姿 主任
游麗惠 召集人	姜紹青 副主任	封安珍 主任
_ 封面與攝影		
	醫務長室	林若瑜 組長
流行病學與生物統計室	護理部	朱玉芬 專員
	文教部	華健淵 管理師

出版

醫療財團法人和信治癌中心醫院 出版日期 2020 年 12 月

版權

醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院版權所有 © 2020

印刷

<u>偉功印</u>刷製版股份有限公司

國家出版品預行編目 (CIP) 資料

醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院 三十周年慶特刊/醫務長室編輯.--[臺北市]: 醫療財團法人和信治癌中心醫院,2020.12 面; 公分 ISBN 978-986-96949-6-4(平裝)

1. 和信治癌中心醫院

419.333 109018413



醫療財團法人辜公亮基金會 和信治癌中心醫院

KOO FOUNDATION SUN YAT-SEN CANCER CENTER

112 臺北市北投區立德路 125 號

服務電話 02-2897-0011

掛號專線 02-6603-1177

網路掛號





線上捐款





線上閱讀和信醫訊

