

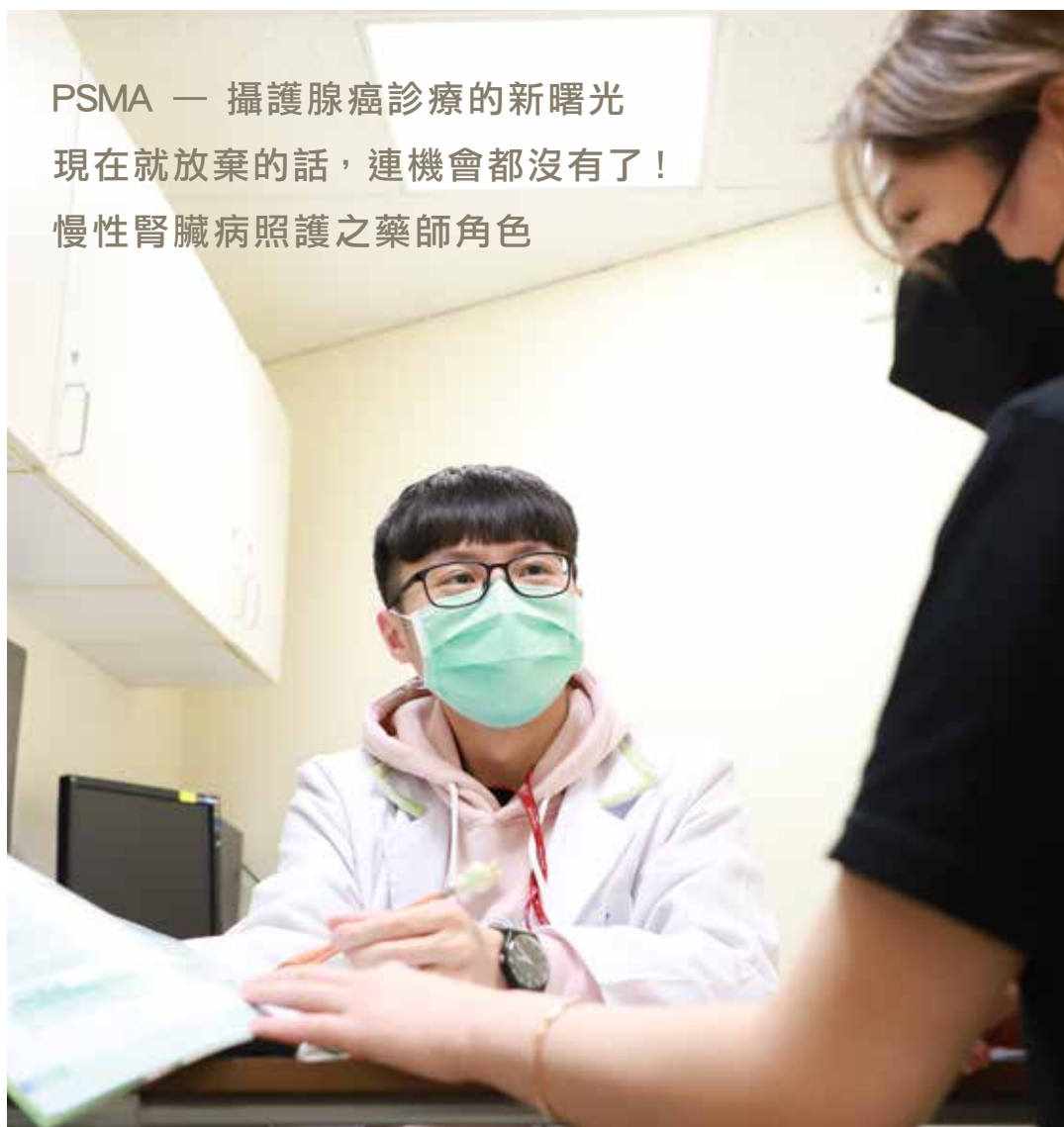
KFSYSCC BULLETIN

和信醫訊

VOL29
第29期
2022

尊重生命 體恤人性 追求真理

PSMA — 攝護腺癌診療的新曙光
現在就放棄的話，連機會都沒有了！
慢性腎臟病照護之藥師角色



專題報導 / 菸檳酒 — 口腔癌的始作俑者

目錄 CONTENT

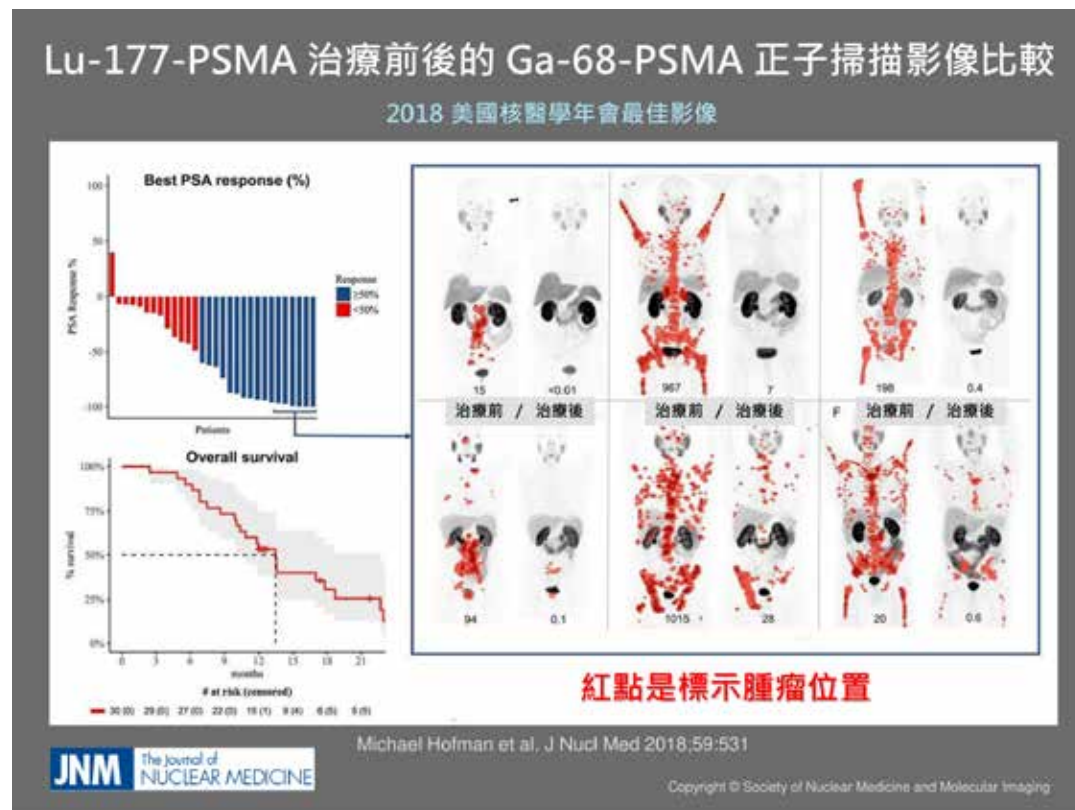
01	醫學教室	
	PSMA — 攝護腺癌診療的新曙光 黃玉儀 醫師	2
	為何無法抗拒甜食？ 莊淑媚 健康管理護理師	5
	簡易的胃管放置術 PFG	
	一 讓病人舒服走過人生最後一哩路 莊伯祥 醫師	8
.....		
02	專題報導	
	菸檳酒 — 口腔癌的始作俑者 滕宣德 醫師	11
.....		
03	病友園地	
	現在就放棄的話，連機會都沒有了 和信病友 / 許俊傑先生	15
.....		
04	和信家族	
	藥劑科 胡軒豪藥師	18
.....		
05	和信一隅	
	慢性腎臟疾病照護之藥師角色 蔡佩珊 藥師	21
.....		
07	活動焦點	23

發行人：黃達夫
總編輯：陳昭姿
編輯顧問：楊弘美、簡哲民
執行編輯：林若瑜、朱玉芬
攝影：華健淵、朱玉芬
設計：YUYU
出版者：醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院
地址：臺北市北投區立德路 125 號 電話：(02)2897-0011
網址：http://www.kfsyscc.org
和信醫訊電子信箱：pressoffice@kfsyscc.org
印刷：文行科技印刷

PSMA

— 攝護腺癌診療的新曙光

核子醫學科 / 黃玉儀醫師



攝護腺癌為台灣男性癌症發生率第五位，男性癌症死因第七位的惡性腫瘤，根據國民健康署（國健署）統計資料，台灣 2019 年新發生的攝護腺癌人數已超過 7,000 人。全

球每年也有約 1,600,000 新診斷病人，並約有 366,000 人因攝護腺癌死亡。根據台灣衛生福利部公布 2014-2018 年的國健署統計資料，全台不分期別的整體攝護腺癌

五年存活率為 68.5%，第四期病人的五年存活率僅 43.3%。相較於美國 SEER 統計 2008-2014 的整體存活率 98.2%，台灣攝護腺癌的照護治療成果仍有相當大的進步空間。

如何確認攝護腺癌的復發？

除了早期侷限性的攝護腺癌，幾乎所有轉移性攝護腺癌的病人最終都會發展為去勢療法抗性 castration-resistant prostate cancer (CRPC) 的攝護腺癌，這個階段的病人，在荷爾蒙療法成功壓抑男性荷爾蒙的狀態下，血清攝護腺特異抗原 (prostate specific antigen, PSA) 指數依舊持續上升，代表此時使用的荷爾蒙療法已經無發控制攝護腺癌細胞的生長。去勢療法抗性攝護腺癌的治疗選項包括新一代的荷爾蒙療法藥物、化學治療、免疫治療等等，以及其他許多臨床試驗中的新藥物。歐洲泌尿學會 (European Association of Urology, EAU) 的治療準則中，認為 PSA 一旦上升超過 >0.2 ng/mL，即必須考慮攝護腺癌已經開始惡化。然而，傳統的影像學檢查如骨骼掃描 (bone scan)、電腦斷層掃描 (computed tomography, CT) 以及核磁共振影像 (magnetic resonance imaging,

MRI)，在 PSA 指數小於 10 ng/ml 的狀況下，常常無法偵測出病灶所在，因此，在 PSA 上升初期，如何確認攝護腺癌的復發一直是臨床的難題。

Ga-68-PSMA-11 PET/CT 檢查 — 偵測攝護腺癌轉移的最佳工具

近年來，prostate-specific membrane antigen (PSMA)，一種第二型跨膜糖蛋白 (type II transmembrane glycoprotein) 分子開始被應用在攝護腺癌的影像診斷以及治療。以放射性同位素標記的各種 PSMA 小分子製劑陸續被研發出來，時至今日，大部分 PSMA 影像診斷的角色已被認定可作為偵測攝護腺癌淋巴結以及遠端轉移的最佳工具，Van Leeuwen 等學者針對 30 位中度及高度風險攝護腺癌病人進行的前瞻性研究發現，Ga-68-PSMA-11 PET/CT 在診斷淋巴結轉移具有 64% 的敏感性 (sensitivity) 以及 95% 的特異性 (specificity)。根據 Hope 等學者進行的統合分析，作為初診斷分期，Ga-68-PSMA-11 PET/CT 的敏感性及特異性分別為 74% 及 96%，當 PSA >2 ng/mL 時，偵測率高達 94%，而在 PSA <2 ng/mL 的狀況下，仍有 67% 的病人能

藉由 Ga-68-PSMA-11 PET/CT 檢查偵測到復發或轉移病灶。一篇由 Hofman 等學者針對 302 位高風險攝護腺癌病人在手術前進行 Ga-68-PSMA-11 PET/CT 檢查的前瞻性、隨機分配的多中心研究發現，PSMA PET-CT 檢查較傳統的影像學檢查有更高的正確度 (92% vs. 65%; $p < 0.0001$)，無論是針對骨盆腔淋巴結或是遠端轉移的偵測能力都顯著優於傳統的 CT, MRI, 或骨骼掃描。

Lu-177-PSMA 治療延長病人存活時間

由於 PSMA PET/CT 診斷的進展，也進一步改變攝護腺癌的治療方式，包括體外放射線治療、手術、以及 Lu-177-PSMA 治療。其中又以 Lu-177-PSMA 治療最受到期待與矚目，自 2014 年由 Kratochwil C 發表的第一篇使用 Lu-177-PSMA 治療攝護腺癌病人的案例後，相關的臨床試驗開始蓬勃發展，在德國更是大量開始在臨床使用。2018 年澳洲 Peter MacCallum Cancer Centre 的 Hofman 等學者進行的第二期臨床試驗研究發現，研究中 57% 的去勢療法抗性病人在經過 Lu-177-PSMA 治療後，PSA 可下

降超過 50%，而治療的相關副作用大多屬於輕度，因此治療的耐受性相當良好。Lu-177-PSMA 用於治療轉移性去勢療法抗性病人的全球性第三期臨床試驗已經在 2021 年 9 月正式發表研究結果，證實了此療法能有效延長病人整體存活時間。而不只是 β 放射性同位素 Lu-177 使用於治療，使用 α 放射性同位素如 Ac-225 結合上 PSMA 的治療，也陸續在研究中展現效果，PSMA 放射性藥物診療的未來發展實令人振奮期待！

本院將為病人提供 Ga-68-PSMA 正子掃描檢查服務

有鑑於 PSMA 在攝護腺癌的診療的角色日漸明確，和信醫院自 2019 年開始，投入超過六千萬的預算進行 Ga-68 正子藥物製藥廠的設置，在 2021 年 12 月已經完成場地設備，在 2022 年第一季準備進行 Ga-68 PSMA-11 藥物的查核，即將為攝護腺癌的病人提供 Ga-68 PSMA 正子掃描檢查服務，更期待繼續為病人爭取 Lu-177 PSMA 治療的機會。

為何無法抗拒甜食？

護理部 / 莊淑媚健康管理護理師



經常在健康醫學門診聽到參加者與營養師討論「低糖飲食、控糖飲食」，減重話題「戒糖、減糖」流行在我們周圍。

先不討論糖的種類跟攝取，生活上為什麼我們容易被糖綁架呢？

正常的大腦會分泌自然的腦內啡 -

多巴胺，多巴胺是腦內重要的神經傳導物質，因為作用特點又被稱作快樂賀爾蒙，主要負責大腦的情慾、感覺，將興奮及開心的信息傳遞，也與成癮有關。科學發現糖跟大腦有很特別的連結反應，演化將人類的甜味蕾直接連接到大腦的愉悅區，因此只要訊號夠強，甜食夠甜，我們得到的訊號變化直達大腦，吃

甜食會讓人有快感，使人感到愉悅！當我們吃進食物，大腦皮質區就要判斷味道，決定是否還要吃下一口，吃進來的糖，會刺激報償系統「多巴胺 - 快樂賀爾蒙」，於是你不會只吃一口，還會一口接一口！

為什麼前面提的報償系統「多巴胺 - 快樂賀爾蒙」直接活化需要被注意？因為行為增強，我們會一直重複想要「吃」或「做」這件事；因為形成記憶，我們會記得這項行為帶來的快感和幸福愉悅感，愛上這件事，因為極度活化後，正常活動會被忽略，太常相同的刺激之後，我們就會忘記其他也可以帶來相同開心的方法，慢慢的失去身體對食物的主控權。

會引發「多巴胺 - 快樂賀爾蒙」的刺激除了飲食，尤其高糖、高熱量食物和咖啡因的食物，還有以下方式，例如：尋求伴侶、幫助他人的利他行為、運動、性行為，比較負面的例如：吸毒、藥物成癮、賭博等等，較負面的行為過多且高頻率的刺激，身體對極大的快感難以自制，就會引發成癮議題。

癮到底是什麼？簡單來說就是我們失去對身體的自主權。引用台灣成

癮醫學界陳喬琪醫師的著作：「癮」是一種追求樂趣，或是滿足慾望，卻無法自我控制的行為。現代醫學視「成癮」為一種行為的病，表示一個人的自我控制能力發生問題，並且因而造成自己身體、心理及他人的傷害。

前面我們提到「多巴胺 - 快樂賀爾蒙」大腦對甜食與毒癮的反應的區塊相同。有學者提出，為何我們會加以重視酒精、藥物、菸、毒癮和網路成癮，卻輕忽糖癮的影響呢？糖的價格成本低廉，且取得容易，雖然許多研究指出糖會上癮，但其損失代價不明顯，即便尚未寫進精神疾病診斷手冊，也已經在健康促進預防醫學被重視。

小確幸，讓人誤會上癮也負擔的起。

過去當一個人不開心需要尋求安撫時，可能需要花心思建立社會資源，翻找支持系統找出適合人選可以傾訴，或渴望獲得同理與支持，對比現代社群媒體，虛擬網路好友多於現實好友的時代，放上一張華麗的甜點、飲料圖文，可以瞬間取代複雜的人際交流。簡單的說，一份兩三百元的飲料或甜點，就可以換取

打卡、按讚、關注、安撫、被羨慕等等的好處，負擔得起的平價奢侈，不用花大錢的社交幸福感，現在流行用語「小確幸」，讓人誤會上癮也負擔的起。

但卻可能失去身體對食物的主控權，當失控的循環越加堅強，就會癱瘓想改變的慾望。生理上，我們無法控制過多的熱量進入身體，又難以代謝出體外，累積過多的脂肪與重量。心理上，沒有建立食物之外照顧自己的情緒的興趣嗜好。社交上，習慣從外在物質建立幸福感，缺少內在情感支持的空虛感，更容易增加對食物的心理依賴，以至飲食失控造成肥胖和疾病。

吃是心理與社會性需求凌駕生理之上，有心理學家在肥胖議題指出「肥胖 = 生理 * 心理 * 社會」，肥胖可能來自於我們缺乏營養觀念，或是我們執著的信念；也許源自我們的壓力爆表，有時是因為我們情緒失衡；或許是生活環境導致，更常是人際關係所影響。肥胖是心理議題的生理結果，可能不單單只是減重，而是重新認識自己。



身為健康管理護理師，陪伴健康醫學門診的參加者落實健康生活模式的過程中，在每次的諮詢與傾聽，循序漸進的調整飲食，養成了規律運動的習慣，2個月過後許多參加者給我們很好的成果與反饋，他們學習到好好對待自己，瞭解身體是最誠實的夥伴，察覺食物給身體的回饋，享受飲食的快樂，以及和平與食物相處的原則，接下來就是不斷地執行，讓原則變成自己的自動反應，啟動了自己對健康的好習慣，實踐健康生活。

簡易的胃管放置術 PFG

— 讓病人舒服走過人生最後一哩路

放射診斷科 / 莊伯祥醫師

人生人死，生是偶然，而死是必然。有品質的生命才是有意義的生命。長壽非福，希望是大家的共識。

從醫學院畢業已超過半世紀，半世紀前，沒有醫學倫理，也沒有老人醫學的課程。更不用說，沒有對死亡的研究，避談死亡似乎是社會的共識。

三種插管用來延長生命是指氣管，鼻胃管，及胃管。緊急的氣管插管是為了維護心肺功能，但有些重症的病人，甚至植物人靠氣切插管來延長生命，也時有所聞。這些案例引發社會批評及檢討，才慢慢演化出在失去意識的病人，不應插管來長期維生的想法。

當病人有吞嚥困難或食道阻塞的問題時，放置鼻胃管餵食，是唯一的

延續生命的方法。很多神智清楚的老人，可能在生命最後一段路，靠鼻胃管維生一、兩年或更長的時間，鼻胃管必需定時更換，病人辛苦，做的人也辛苦。

放置胃管餵食就成了避免長期使用鼻胃管的合理的改善方法，外科開刀來放胃管，是很早就存在的技術，但胃罩口的維護及胃管的長期使用並不簡單，胃管不小心脫落並不少見，如把胃管縫在腹壁上以避免它的滑脫，但不小心的拉扯常引起胃罩口流血或感染的副作用，故胃管的使用遠不及大腸或小腸造口的普及。

使用內視鏡來做胃管是所謂的 PEG (Percutaneous endoscopic gastrostomy)，是可以避免進開刀房的下一步改良方法，這方法還是



要在內視鏡的幫助下，在左上腹壁切一個小開口，而它能用的導管還是跟外科開刀法一樣，所以後續的長期使用的延伸問題與開刀法則大同小異。

有沒有更簡單的胃管放置法？這是本文的重點。經皮及利用輻射透視的胃管放置法已存在多年。這方法始於八十年代初期，到八十年代晚期，這技術已趨成熟。這方法，簡稱 PFG (percutaneous fluoroscopy-guided gastrostomy)，1992-1996 期間，我在德州大學安德生癌症中心有機會利用它來幫助不能進食的病人，這方法是

血管導管術的延伸，利用一針一線，可以進入血管或胃，把針拿掉換成一隻小管，外徑約 0.13 公分，小管再換成大管，約 0.33-0.4 公分左右，這管的遠端 4-5 公分，利用一條內線，可以捲成一個圓圈，俗稱豬尾巴 (pig-tail)，這個豬尾巴的神奇功能，是讓胃管不會滑脫出來。這個方法所使用的管大約 0.3-0.4 公分，比起開刀法或內視鏡法用的管 0.8-1.1 公分，差不多只有三分之一的大小，這個小管的使用比前述兩法，讓病人舒服許多，長期使用的副作用也大為減少，故病人的接受度大增。

菸檳酒—口腔癌的始作俑者

耳鼻喉及頭頸外科 / 滕宣德醫師



頭頸癌涵蓋範圍

頭頸癌是一個統稱，個別病人的臨床上不常用這個名詞，頭頸癌泛指出現在頭頸部構造的癌病變，不同的癌別是依病變原發部位來命名，依據常見的比例依序為口腔癌、口咽癌、鼻咽癌、下咽癌、喉癌，另外還有鼻腔癌、鼻竇癌等，以及其他非黏膜癌症（其中最多的就是甲

狀腺癌）。

口腔癌好發年齡層

在我們國內口腔癌盛行年紀落在 50 多歲，鼻咽癌最常見則是在 40 多歲，兩種都不屬於老年人的癌症，反而較常發生在還需要努力工作養家活口的年齡層。有些民眾會誤以為頭頸癌的發生不斷年輕化，其實

癌症的兩種重要治療方法是化學療法及放射治療，從口腔到食道以及肺部與縱隔腔腫瘤的放射治療，無法避免黏膜發炎，有些常用的化學療法也不能避免黏膜炎 (mucositis)。這些病人在中期或長期的治療期間必有進食問題，於是放一個胃管讓他們能維持良好的營養狀態，才能做完治療的療程。一旦治療結束，病人可以恢復進食時，拔掉小胃管，瘻管的出口並不需要縫針，小瘻管在一天左右會自動關閉。

做了幾百個病例後，整個癌症中心就很少使用開刀法或內視鏡法，有些重症病人在離開醫院被安排住進安養中心，安養中心常要求病人要放置胃管才願意接受病人，鼻胃管滑脫或被病人自己拔掉的案例太多了。我 1996 年離開安德生癌症中心時已經做了一千多個胃管，回台灣後的二十幾年，又做了一千四百多例，其中有些病人長期使用，五年或十年的都有，他們只要每半年回來換管。

另外有一小群的病人，大部分是年長者，他們會有吞嚥困難而導致吸入性肺炎，以前的慣例，他們回家後就改用鼻胃管灌食。但鼻胃管的

使用對大部分的人是非常難受的，每個人要自己試過才瞭解。我在醫學院大三的生理課已經試過，連放進去幾秒鐘都做不到，醫學院差點讀不下去。

在這群老人，神智清醒而無法進食，必需長期的使用鼻胃管，我是很同情他們的。當我看到瓊瑤的先生平鑫濤為了要不要插鼻胃管，而家族成員鬧翻，我是感觸良多。當我讀到賴教授替他 100 歲的父親每個月要換一次鼻胃管長達兩年的文章，我不但感到難過，更感到內疚。因為醫院很多同事的父母與家人，在年老不能進食時，我曾幫他們放過這種簡易的胃管，讓他們舒服的走過人生的最後一哩路。

國內有幾個老人醫學或安寧療法的研討會，當提到長期使用鼻胃管來維持生命，常討論它如何不舒服或不人道，平先生就這麼想。當他們提到解決的方法就是不容易做，也不容易使用的 PEG(內視鏡胃管術)，我的心中就想到在台灣很少人知道有簡易的 PFG 這個方法，真可惜！是不是我不夠努力？

轉載自民報《醫病平台》<https://health.udn.com/health/story/6001/6091001>

不然，事實上 30 多年以來台灣口腔癌發生的年齡層一直都比國外年輕，近年來好發年齡並沒有逐步下降，目前我們的口腔癌好發年齡（中位數年齡）約比西方國家年輕 10 歲，這個現象和台灣的檳榔文化有很大的關聯。

口腔癌病人總數

依據衛福部最新癌症登記報告，台灣男性新發癌症人數為 6 萬多人，其中男性口腔癌（含口咽、下咽）人數有 7 千多，超過了男性所有癌症人數的一成，換句話說，跟「病從口入」息息相關的口腔癌，就占了男性癌症人口的一成多，而男性口腔癌的發生率為女性的 11.4 倍，兩性加總起來的口腔癌人數約為 8 千多。在一年 8 千多位口腔癌病人中，最終死亡的病人不到一半，也就是說，存活率有超過五成以上（當然，存活率的計算，不是當年度的死亡與發生人數直接計算的），並不像民眾印象中新聞所說的「最短命」的癌症這麼嚴重，口腔癌和其他癌症的病情進展比起來也不算特別快，引發民眾擔憂的原因，多半是因為它的發生年齡層較低，落在 40-50 歲這段還需要養家活口的時期，如果此時癌症來勢洶洶，許

多病人可能無法繼續工作，或者即使已經治療好，體力也無法恢復到從前，或者有外觀容貌上的改變及進食困難，造成求職困難甚至失業，所以聽見口腔癌才會讓人覺得很恐怖。

菸檳酒 ---- 口腔癌始作俑者

現在世界各國都知道吸菸、喝酒會增加罹癌風險，因此都在努力做菸酒防治，希望阻斷癌症發生的源頭。在台灣，我們還有另外一個罹癌危險因子就是「檳榔」，加上嚼食檳榔的習慣，台灣口腔癌的情況更加嚴重，不僅發病年齡更提早，疾病嚴重度也更加嚴峻。在菸酒檳榔三樣東西中，檳榔的威力最大，可說是口腔癌的始作俑者。雖然臨床上還是有極少數不沾菸酒檳榔、生活習慣良好，卻仍得到口腔癌的病人，這些病人大約占口腔癌人數的一成，由此可知，另外九成病人罹患口腔癌，幾乎都是源自不良生活習慣所造成的。

看見嘴內白斑、紅斑，應該提高警覺

在口腔癌發生初期，病人通常不會特別感覺到身體某些部位不舒服，

那麼有哪些症狀值得大家提高警覺呢？通常早期在口腔內會有白斑或紅斑產生，等到疾病真正發作之後，才會出現一些持久不癒合的潰瘍，或者慢性持續潰瘍產生的疼痛和腫塊，而腫塊長在不同部位就會壓迫到不同地方，阻礙咀嚼和進食，甚至牙齒

也會產生病變，有些病人會出現因為嚼食檳榔造成的口腔黏膜下纖維化，變得張不開嘴，嘴部活動度不佳，以上這些情況都有可能發生。白斑和紅斑可能出現在口腔黏膜的任何一個部位，各位可以想像自己拿起一個檳榔開始嚼食，此時化學物質會散布到整個口腔，雖然自以為檳榔渣不吞下去，但嚥口水的時候化學物質也會經過咽喉部、再下到食道，因此整個通道都有可能出現白斑。出現的機率則是跟接觸時間長短有關，檳榔在口腔內停留最久，下方的咽喉與食道則和化學物質接觸時間較短，所以的確我們最常在口腔內發現白斑，其他部位則比較少見，也比較難發現。

真正的白斑跟潰瘍是兩件事情，但這兩件事情可能又會剛好碰巧同時



發生，白斑可歸類為是癌前病變，潰瘍則是大家都有的嘴巴破經驗，正常的嘴破通常在兩周左右會癒合，可能伴隨疼痛情形，但產生病變的部位，會有持久不癒合的傷口，所謂持久是指超過半個月，而且沒有改善跡象。

如果已經進入口腔癌或口咽/下咽癌晚期，此時病人的進食管道會被阻塞，吞嚥、講話受影響，癌症也可能轉移到其他器官包含肺部等，一旦產生內臟轉移就不太容易治療，因此早期診斷、早期治療非常重要，拖到晚期，遠端內臟轉移的機率往往會增加。所幸目前一至三期，甚至四期的前半，都有不錯的治療成績，所以病人千萬不要放棄，本院進到四期後半，產生遠端轉移的病人仍然佔少數，因此我們都鼓

勵病人應盡早開始治療。

不要錯失可手術的時機！

手術是口腔癌最重要的治療方式，放射、化療、標靶和免疫都排在其後，台灣雖然口腔癌發生比率比世界大多數國家都高，但我們的治療成績相當好，強烈建議病人要把握能開刀的時機開始治療，不要選擇其他替代性療法，以免錯失良機使得存活率下降。世界上多數文獻和台灣資料，都證實口腔癌第一治療選項不是手術的病人，存活率明顯較差，所以第一項治療應該都要考慮手術，除非病人有絕對不能開刀的理由，例如身體狀況太差，禁不住長時間麻醉手術，但能動手術的病人，絕對不應該放棄手術這個選項，使用替代療法的病人，估計存活率會降低 20% 以上，總括來說，口腔癌整體的五年存活率有六成以上，但非手術治療的病人，存活率只剩四成不到。

頭頸癌病人生活須知與復健

單純口腔癌的病人較少需要切除喉嚨，但有部分喉癌、下咽癌的病人會做全喉切除術，做完全喉切除會影響到病人的吞嚥和說話，此時要

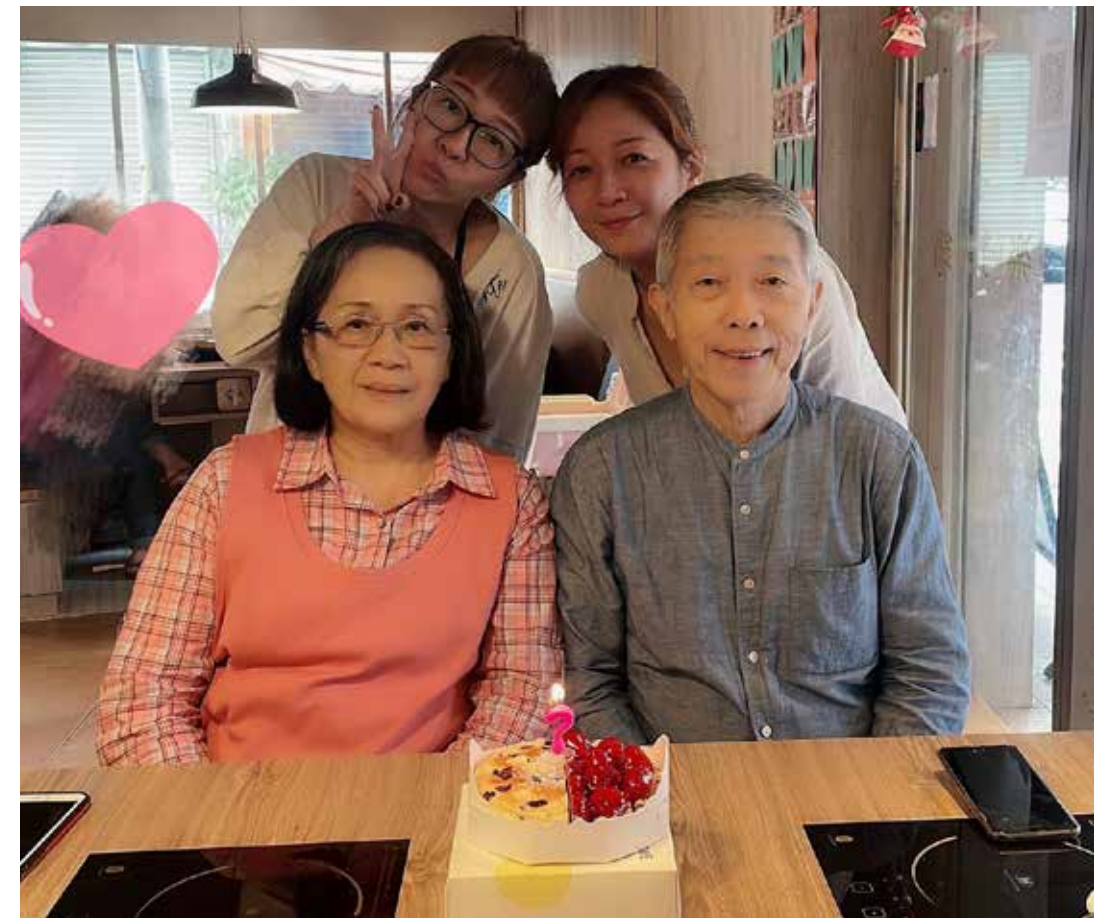
很注重術後復健，包括語言和吞嚥的復健，語言治療師可以幫助這些病人。另外，菸酒檳榔一定要戒掉，其他的健康食物則要均衡攝取，才能帶給病人完整的營養和免疫力，頭頸癌病人比較容易噎到或難以吞嚥，所以該注意的不只是食物種類「營養」方面的問題，而是要把食物打碎，甚至變成流質，才能夠吃得進去，在食物「質地」的處理上要多費心。在台灣，第一期的五年存活率有八成多，總和的存活率有超過六成，但這些病人多數有菸酒檳榔的習慣，所以痊癒後，往往要仔細追蹤是否有第二、第三種癌症如口腔癌或口咽癌的出現，因為這些部位很靠近，通常建議治療完五年內需要較頻繁追蹤，五年後則應該一年要追蹤一到兩次。

口腔癌篩檢

有菸酒檳榔習慣者都是口腔癌潛在病人，建議菸酒檳榔族要多做檢查，可以在耳鼻喉科看感冒時順便做口腔黏膜篩檢不論臨時/固定看牙科時也一樣可以口腔黏膜篩檢，政府則補助有嚼檳榔或吸菸習慣者，每兩年做一次篩檢。我們頭頸腫瘤醫師最感嘆的卻是 ---- 真正高危險族群，卻最少來篩檢！

現在就放棄的話，連機會都沒有了。

專訪：許俊傑先生 / 編輯：林若瑜



「去年 10 月，邱倫璋醫師跟我說恭喜你，5 年畢業了！聽到畢業的當下，我幾乎都哭出來了。」在咖啡

廳戶外座位的陽傘下，許俊傑先生回想起從癌症療程畢業的那一刻，心中除了感動，還有更多五味雜陳

的情緒。很難想像現在精神硬朗、笑聲爽快的許先生，竟然在準備開始享受退休生活的那一年，遭遇癌症猛然來襲，讓他經歷了一場生死交關的試煉。

談到確診的經過，許先生說：「我現在 76 歲，發病當年是 70 歲左右，過去不曾生過大病，身體也沒有什麼慢性病，但我突然在短期內瘦了將近 20 公斤，這幾年才漸漸恢復得比較像人樣，當時我一直想說這下穩去（穩死）了。」許先生的女兒補充：「一開始爸爸是發胖，因為那時他剛好退休一個多月，我們一直以為是他退休後沒事情做，心情和情緒無法轉換，也沒有固定作息所造成的，後來爸爸食慾不振、吃不下、晚上也睡不太好，才決定去做檢查，胃鏡大腸鏡都照了，但檢查結果都正常，後來爸爸開始慢慢變瘦，腹部卻越來越脹，才又到醫院做腹部超音波，發現胃後方長了一個腫瘤，位置很隱密，那天早上我們得知確定有腫瘤後，當天就轉院到和信，結果同天下午爸爸就直接住進加護病房，一切感覺都是一瞬間的事。」

因為病情急轉直下，許先生在加護病房一連住了 2 個月，期間醫療

團隊一面戰戰兢兢處理各種緊急狀況，努力維持住他的生命，一面還要仔細抽絲剝繭，找出真正的病灶，彷彿走在鋼索上，必須一邊平衡、一邊前進。確認許先生的生命跡象都穩定下來後，邱醫師和團隊才能開始針對腫瘤進行治療，每一種藥都小心翼翼地嘗試。從進入加護病房到完成癌症治療，許先生總共在和信病房待了 7 個月，最後健康出院返家。

許先生回憶住院當時的情況：「昏迷急救的時候，我什麼都不知道，只聽到家人的聲音在耳邊，病危的時候，我張開眼見到長居美國的兒子、媳婦和孫子就站在病床旁邊，嚇了一大跳，以為我已經上天堂了！後來我很幸運熬過這一關，很感謝和信醫院的醫護人員，當時護理師們都對我非常好，很多人在病房進進出出，讓我感覺受到一整個團隊的照顧。住院時，院長幾乎每天都來看我，給我鼓勵，要我開始站起來走動，每次和院長及邱醫師談話完，我的心情就越來越好。我還收過一位實習醫師的卡片，她實習結束時我還未出院，但她悄悄在我病床旁放了一張鼓勵的卡片，我覺得很窩心，有一天一定要親口跟她說聲謝謝。」

癌症，不僅是病人生命中的一道難關，對病人家人來說更是一大考驗。許先生的女兒說：「爸爸在加護病房時整天接著一堆管線，旁邊永遠有一桶血、一桶水，持續昏迷不曉得有沒有機會醒來，當時我們都很害怕，住院期間媽媽幾乎天天守在醫院照顧爸爸。那幾個月是我人生中簽名簽最多的一段時間，簽了一堆，但其實很迷惘、很沉重，後來我們決定該簽的還是要簽。幸好爸爸的求生意志很強，邱醫師說要多補充鐵質和蛋白質，我就做牛肉泥，樣子看起來非常難吃，但爸爸還是努力的把它吞下去，住院後期也非常努力地走路復健。」

治療結束能夠出院回家，並不代表病人做完了所有的功課，想恢復到從前的狀態，除了需要堅持不懈地體能復健，更需要調適心情。許先生說：「現在我接受和癌細胞共存這個想法，我相信癌細胞一定還存在，但只要不再發作就好，如果身體虛弱，癌症就有可能再復發，所以我



現在每天堅持走一萬步，也知道心情要放鬆，不要有太多無謂的壓力和煩惱。」

挺過生命中這場突如其來的試煉，許先生感觸良多，對於準備開始治療，或已經在治療中的癌症病人，他想分享：「以前完全想不到自己會生病，剛開始我以為沒什麼希望了，後來我很快就轉念，我覺得求生意志很重要，大家絕對不要失望、不要放棄、要勇敢往前走，放棄的話就連機會都沒有了。除了自己的求生意志和毅力，還有陪伴家屬的耐心也很重要，很感謝太太和家人的照顧。」

胡軒豪藥師

我是藥劑科藥師胡軒豪，個性屬於外向活潑與積極向上。平時興趣喜歡騎乘腳踏車、聆聽音樂與觀看新聞了解時事脈動。

從小我就很喜歡幫助別人，大學時主修藥學，在實習階段從藥局、藥廠與醫院中我學習到了真誠待人與友善的溝通，以及許多的專業技能。

師長和親友都說我的個性很隨和，每當朋友們遇到煩惱都會找我傾訴。我在台北慈濟醫院與部立基隆醫院地點前後任職了四年多的時間，勇於挑戰是我的信念，自許進

入和信工作能將基本藥學知識與臨床應用有所發揮外，將關懷、同理的特質來面對病人與醫療同仁。未來我會朝向實習指導老師以及學術藥師方向努力，提升自我並實現藥師進階之路；中遠期目標朝向成為 PGY 教師邁進，透過學長姐們的大力協助下，期待工作上能像倒吃甘蔗般的漸入佳境。



論阿德勒在職場溝通中的對等技巧

胡軒豪

看似簡單卻不簡單的溝通，當發生不對等的溝通如同河流般若中間被大石頭擋住了。上游的水就因堵住而流不下去，下游的水域自然接受

不到進而乾涸。

職場中會形成上對下的不對等關係，溝通中常存於他人既有價值觀

因而自以為彼此了解，產生了優越情節，因此溝通過程中喜歡搶先一步，喜歡說而不喜歡聽。這類溝通往往造成共同體中的隱憂，因溝通者不了解自己的價值何在，只能傻傻地利用情緒勒索的技巧，讓對方僅能聽從他的話語，產生一種不對稱的溝通行為！

會發生此行為，分析溝通者或許想在共同體當中取得地位、或許想獲取主管們的關注、或許想成為夥伴們的焦點。也許本身是無能為力的，所以選擇展示權威的方式來顯示他的地位感。但我們需注意是，自己在貢獻的當下已是幸福感不需要別人認同和肯定，已是價值所在！也因溝通者會自覺不到幸福感的價值內涵，而時常抱怨做很多事卻沒被看見。當忽略了幸福感時，會覺得做什麼都覺得滯礙難行，得不到想要的結果，此時溝通技巧也只能在最粗淺的方式來表述立場，最後可能會演變成不歡而散。

提一提，有效的溝通方式是，我們要懂得傾聽專注當下聽對方的內容，以涓涓流水之姿緩緩回應，不清楚時以再詢問方式，並根據所知給予溫和答覆，使對方不激起情緒波動來進行對談。或許對方本身是

有偏見或預先立場的來做應答，若能以共同體來作為全盤考量，如何表述才能有助益而非單純的激烈辯論，這種對談才有實用性與價值性所在。

想要有對等關係的溝通必須確認兩人所認同是否相當，若一方存有偏執的價值觀來溝通當然也只能活在他人的世界，不能理解對方的認同是否可被接納。此時可找尋一位智慧的說話者來協助這場溝通，讓雙方能在平衡點上進行對談，專注聆聽雙方所需，根據相關內容來適當地交互回饋。智者可利用環境轉換方式如室內走到戶外，亦能擺脫當下磨刀霍霍的不對等氣勢。當盡力使用已知的對談工具時，仍處於感到困頓不前時，求助智者能獲得新的觀點。當溝通者自我發覺到過於便利的溝通感到懊悔不已，甚至對共同體感到毫無存活可言，逐漸嘗試展新的關係漸漸地感受他人就是盟友，人人皆是我的夥伴時，對等關係也會趨於平等。

重啟良善溝通關係並不難，適當做暫時休戰與重啟溝通十分重要，千萬別害怕後退一步重新檢視的步驟，開啟新對話模式並再次出發，能幫助我們成長與跳躍，為了不執

慢性腎臟疾病照護之藥師角色

藥劑科 / 蔡佩珊藥師



去年的十月份開始，全民健康保險醫療給付開始了一項給付費用。針對末期腎臟病前期 (Pre-ESRD) 之病人所做的照護與衛教計畫。而這是納入過往照護職類中沒有獲得給付的藥事照護。

本院藥劑科於 2022 年 2 月 15 日成立「慢性腎臟病門診藥事照護衛教

諮詢室」，地點在醫療大樓 B1「復健身心科服務櫃台」入口，順著走廊的指標直走到底即可看見。設置藥師於末期腎病前期的藥事照護，目的是要以個案進行管理，以期早期發現，積極治療與介入，以有效延緩進入透析治療之時機與併發症之發生。

著舊有的溝通工具。

最後從岸見一郎《被討厭的勇氣》《人生雖苦，但還是值得活下去》書籍中引發的感想，隨時檢視自己，站於他人立場來回顧上到下溜梯式對談，有助觀察自己的溝通方式，並培養出暫停的勇氣，能在說話層次上求得成長，這會使自我過得更靈活與自在！

參考文獻：

Adler, Alfred. *Über den Ursprung des Strebens nach Überlegenheit unter des Gemeinschafts*, *Internationale Zeitschrift für

Individual psychological, 11, Jahr. 19 33 (Adler, Alfred. *Psychotherapie und Erziehung Band III*), Fischer Taschenbuch Verlag, 1983 (Original..1964)

Adler, Alfred. *Adler Speaks..The Lectures of Alfred Adler*, Stone, Mark and Drescher, Karen Ed's, Ins., 2004.

Antonio's, Marcus Aurelius. *Ad Se Ipsum Libri XII*, Darren, Joachim., BSB B.G. Teubner Verlagsgesellschaft, 1987.

Burnet, J. ed. *Platonis Opera, 5 volley ball.*, Oxford University Press, 1899-1906.

Manaster, Guy et al. eds. *Alfred Adler..As We Remember Him*, North American Society of Psychology, 1977.

Riley, Rainer Maria. *Die Aufzeichnungen des Malte Laurids Laurie's Brigge*, Suhrkamp

Verlag, 1973.

Riley, Rainer Maria. *Briefe an eine Jurgen Dichter*, Intel Verlag, 1975.

Ross, W.D. *Aristotle's Metaphysics*, Oxford University Press, 1948.

Sicher, Lydia. *The Collected Works of Lydia Sicher..Adlerian.Perspective*, Davidson, Adele Ed., QED Press, 1991.

<The Success Code>. Dr. Joe Rubino, Vision Works Publishing (2006)

<An Oasis in Time: How a Day of Rest Can Save Your Life>, Marilyn Paul, Rodale Books (2017)

<Flying without a net : turn fear of change into fuel for success>, Thomas J. DeLong, Harvard Business Review Press. (2011)

<The Mosaic Principle: The Six Dimensions of a Remarkable Life and Career>, Nick Lovegrove, PublicAffairs (2016)

<Sabbath in the Suburbs: A Family's Experiment with Holy Time>, MaryAnn McKibben-Dana, Chalice Press (2012)

<Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Consumer>, Richard L. Oliver, McGraw-Hill Education (1997)

<The Social Psychology of Organizing>, Karl E. Weick, Random House (1979)

被討厭的勇氣 / 被討厭的勇氣 二部曲完結篇 / 岸見一郎

刻意暫停 / 全玉杓著 . 劉曉妮翻譯

人生雖苦但還是值得活下去 / 岸見一郎

因為人類太奇怪所以需要心理學 / 張憲鵬

另外結合藥師專業與腎臟科醫師、衛教護理師、營養師充分合作，建立以病人為中心的慢性腎臟病整體照護模式，以提升腎病醫療照護品質，與降低晚期腎臟病發生率。當病人被判定屬 3B、4、5 期之慢性腎臟疾病或是蛋白尿之病人或因急性腎臟損傷者，本院由醫師啟動跨團隊照護，醫師會派案給藥師進行收案，每一位病人都會受到藥師完整檢視目前用藥，營養補充品，中草藥等藥物交互作用之評估，也會進行病人衛教與定期追蹤至結案。另外對於病人使用 NSAID 非類固醇類消炎止痛藥物也會密切監測開立，阻緩病人腎功能惡化與避免不當藥物的傷害，也預防併發症的發生。藥師依據病人用藥情形，導入整合性評估，門診一對一進行用藥衛教服務。依據病人用藥配合度量表，執行用藥指導，調整用藥習慣。希望透過適切的指導，提供病人或照顧者在醫療與照護上的必要訊息，藥師提供的服務有自我照護之指導與建議、用藥知識及藥物使用指導。



少藥物不良反應的發生，縮短住院天數與降低醫療花費。在腎臟病照護行列中，確保病人使用適當藥品、劑量、途徑及給藥方法，與監測副作用是藥師最大的責任。

許多研究發現有藥師參與可顯著減



護理部 病人及家屬團體衛教

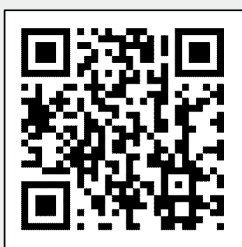
日期	衛教名稱	地點
03/09 (三) 09:30~10:00	子宮頸抹片檢查 認識愛滋	B1 婦女門診等候區
03/11 (五) 10:00~10:30	預防管路滑脫	4F 綜合病房會議室
03/16 (三) 13:30~14:00	電腦斷層導引切片檢查	1F 電腦斷層等候區
03/23 (三) 09:00~09:30	手術室作業流程與介紹	2F 加護病房家屬休息室
03/30 (三) 10:00~10:30	標靶藥物皮膚反應之照護	5F 五北病房家屬會客室



Prostate Cancer

本系列節目是和信泌尿系癌團隊醫師們，
為攝護腺癌設計的介紹，
內容包括診斷、治療、副作用處理等等。

請收看/收聽【攝護腺癌小學堂】，
所有您想知道、應該知道的資訊，
都在節目中！



【攝護腺癌小學堂】
廣播連結



【攝護腺癌小學堂】
影片連結



健康醫學門診

健康人生，從健康醫學門診開始



不吸菸

控制體重

適度運動

多蔬果少肉食

四種生活型態 讓你遠離癌症、慢性病

服務內容



健康醫學門診

血液檢驗、健康生活能力檢測評估
健康知性講堂及團體運動指導
醫師診察與諮詢
(團體門診限額10名)



體能體位健康管理門診

血液檢驗、體能狀態與身體組成分析
一對一運動指導與訓練規劃
營養師評估與諮詢
醫師診察與諮詢



飲食健康管理門診

血液檢驗、身體組成分析
營養師評估與諮詢
醫師診察與諮詢



健康醫學中心專線

(02)6603-1439

掛號專線

(02)6603-1234

現場掛號—本院中央櫃台

本院提供四癌篩檢 為您的健康把關

● 乳房攝影檢查 持健保卡 免費

週一至週五 09:00~16:30

報名資格：

- (1) 年滿45-69歲，兩年內未做過乳房攝影檢查者；
- (2) 年滿40-44歲，且二等親以內血親曾患有乳癌之婦女，兩年內未做過乳房攝影檢查者。

報名地點：婦女門診服務櫃台(地下一樓)

● 大腸直腸癌篩檢 持健保卡 免費

週一至週五 09:00~16:00；週六 09:00~12:00

報名資格：年滿50-75歲，兩年內未做過糞便潛血免疫檢查者。

報名地點：中央櫃台(地下一樓)

● 口腔黏膜篩檢 持健保卡 免費

週一至週五 09:00~16:00

報名資格：

- (1) 18歲以上至未滿30歲嚼檳榔之原住民，兩年內未做過口腔黏膜檢查者；
- (2) 年滿30歲，並有嚼食檳榔或吸菸，兩年內未做過口腔黏膜檢查者。

報名地點：中央櫃台(地下一樓)

● 子宮頸癌篩檢

持健保卡 預約掛號婦科門診

檢查資格：年滿 30 歲婦女，
一年內未做過子宮頸抹片檢查者。



給病人及家屬的一封信

和信醫院是為了癌症病人而設立，是為了改變病人的生命而存在。這是我們堅持了將近三十一年，也會繼續努力維護的核心價值 - 一切以病人的福祉為依歸。

為了達到我們的願景 - 為每一位病人爭取最高的治療效益；為了完成我們的使命，我們尋找、訓練、培育與維護優秀的專業人才，希望能為癌症病人提供最先進的實證醫療。

和信醫院是臺灣第一所癌症專科醫院，為了提升醫療看診品質，我們限定了門診人數；為了妥善照顧住院病人，我們有臺灣最高標準的護病比。此外，為了讓每位病人有相對舒適與備受關懷的就醫環境，我們非常重視醫院整體空間設計，除了專業醫療照顧之外，空間建築也都是以病人為中心而出發的設計。

從去年開始，臺灣的健保費用將超過七千億元，主要用於治療，另外，長久以來，臺灣的病人每年還付出約六千多億元的自費醫療。面對臺灣醫療費用逐年高長，如何控制醫療費用，已經刻不容緩。最根本的解決之道，應該是減少疾病的發生，減緩疾病的惡化，而非只是注重疾病的治療。我們認為，透過各種方式的民眾教育，改變與培養國人的健康生活型態，藉此預防疾病的發生與惡化，才是最值得我們去努力的方向。

2022年，我們將如以往，持以熱忱的心和認真負責的態度繼續為您服務，我們也期許自己能更上一層樓，充分地展現以病人的福祉為依歸的專業照顧，成為臺灣癌症照護網的中堅份子。

感謝您對和信團隊的信任，願意交付如此重責大任。我們也期盼您對和信醫院的支持，化為實際的行動，無論是透過志工人力支援，或是款項獎助金的捐助，我們一定會珍惜，也會妥善的運用您的每一份情義與用心。我們承諾，會堅持初衷，努力當下，放眼未來。

院長 

2022年1月

捐款資訊

劃撥 / 轉帳 / 支票捐款

帳戶全名 / 支票抬頭：醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院
郵政劃撥帳號：14403483
銀行帳號：中國信託商業銀行 822 中山分行 141-53-27186-93

中國信託信用卡紅利點數捐款：每 10 點可捐贈 1 元

本院醫療大樓 B1 中央櫃台辦理 (當場開立捐贈收據)
中信銀語音專線：(02)2745-7575 (次月郵寄捐贈收據)
如蒙惠賜捐款，敬請來電財務部 (02)2897-0011 轉 3906，以呈寄收據謝函

現場捐款

服務時間：週一至週五 08:30 - 17:00；週六 08:30 - 12:00
服務地點：本院各門診服務櫃台

網路捐款或更多贊助本院方式

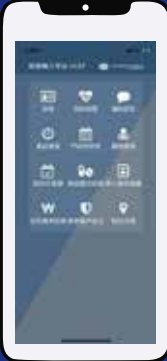
https://patient.kfsyscc.org/m/about_donate



捐款芳名錄查詢

https://patient.kfsyscc.org/m/donate_list





和信病人平台App

本院已開發上架智慧型手機Android及iOS版本『和信病人平台』應用程式(App)歡迎下載使用

和信病人平台App提供以下服務內容：

- 掛號：全年無休提供初診、複診網路掛號服務。
- 看診進度：隨手隨時掌握看診進度。
- 通知訊息：預約掛號提醒及看診通知。
- 我的行事曆：記錄門診/住院/檢查日期及提醒。
- 藥品開立記錄：查詢本院用藥記錄。
- 我的病歷：查詢檢查檢驗結果報告。
- 住院服務：住院費用試算、住院預約(開發中)、住院通知(開發中)。
- 門診時刻表：提供最即時的醫師開診訊息。

★為了保護病人病情隱私及遵守個人資料保護相關法規，病人在使用此應用程式中查詢病歷進階功能前，必須親自至病人服務中心中央櫃檯申請開通「和信病人平台」會員帳戶，相關和信病人平台功能問題請洽02-66031177病人服務中心線上服務

KFSYSCC Cares!
醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院
KOO FOUNDATION KUN-YUAN CANCER CENTER
<http://www.kfsyscc.org>

病人服務中心掛號專線 (02) 6603-1177 / (02) 2897-1177

臨床試驗中心專線 (02) 6603-0730

病人申訴專線 (02) 6603-0011 分機 3922

病人申訴電子信箱 patientservice@kfsyscc.org

訪客時間

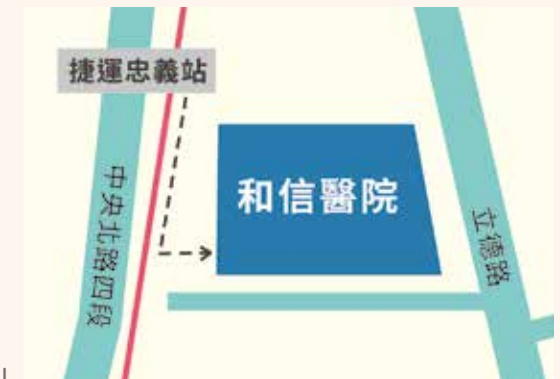
防疫時期，訪客時間請依官網最新公告為準

交通指南



捷運—淡水線：忠義站或關渡站下車

- 忠義站下車，2 號出口出站後右轉，沿著捷運鐵路的步道，步行五分鐘，便可以看到和信治癌中心醫院的建築物。
- 關渡站下車，1 號出口出站後右轉，第二個路燈位置轉乘接駁交通車。



醫院免費接駁交通車

- 接駁車往返站牌分別位於關渡捷運站 1 號出口，及和信醫院正門口。
- 每班次限搭乘二十位乘客，以病人、家屬優先搭乘。
- 週六下午及醫院休診日不行駛。
- 週一至週六上午 08:30-10:30 每 20 分鐘一班；
10:30-12:30 每 15 分鐘一班；
週一至週五下午 13:30-18:00 每 15 分鐘一班。



醫院精神

使命：尊重生命，培育優秀專業人才，為癌症病人提供最先進的實證醫療。

願景：為每一位病人爭取最高的治療效果。

核心價值：一切以病人的福祉為依歸。