

蔡長海題

239

健康 關懷 創新 卓越 | 2025 8月

創新卓越

領航醫療、教育、生技與藝術的巨擘

蔡長海董事長專訪精華 以人才為本的宏觀遠見

耀耀中國



周德陽院長團隊首創智慧靶向外泌體獲FDA核准

鄭隆賓執行長團隊榮獲113年國家發明創作獎金牌

醫療之窗

聊療非典型

解密非典型心肌梗塞、胃食道逆流

非典型性溶血性尿毒症候群警訊

易被誤解的偏頭痛、巴金森氏病

剖析川崎氏症的非典型對症治療

別被微笑騙了！認識憂鬱症真相

中醫辨證論治非典型病症輔助療法



醫療話題

看懂潛伏期

腸泌素減重



中國醫訊電子期刊

中醫大暨醫療體系月刊

發行人 蔡長海
社長 周德陽
副社長 林聖哲 吳錫金 陳自諒
王志堯
總編輯 邱昌芳
主編 吳依桑
執行編輯 劉孟麗
編輯委員 方信元 張坤正 高尚德
邱德發 薛博仁 楊麗慧
陳俊良 陳韋成
助理編輯 田 霓 劉淳儀 蔡教仁
陳靜儀 呂孟純 林玟玲
黃郁智 陳淑宜 趙韻婷
邱紹智
美術編輯 盧秀禎
美術設計/印刷 昱盛印刷事業有限公司
創刊日期 民國92年8月1日
出刊日期 民國114年8月
發行所 中國醫藥大學附設醫院
地址 404 台中市北區育德路2號
電話 04-22052121轉12395
網址 <http://cmuh.tw>

投稿/讀者意見信箱

004887@tool.caamed.org.tw

電子期刊 www.cmuh.cmu.edu.tw/Journal?type
或掃描QR code



中國醫訊電子期刊

編輯檯

中醫大暨醫療體系蔡長海董事長帶領校院團隊努力打拚，豐碩成果近期獲得國內權威媒體《商業周刊》《財訊》《今周刊》邀請專訪，本刊將蔡董事長談話精華摘要整理，帶您了解董事長如何堅持「以人才為本」的初心、誠懇、執著和堅持，在時間淬鍊下結出令許多人折服且驚嘆的成果，而最終的目標依舊是以造福病人為中心，以育才、惜才、揚才為己任，推動台灣教育、醫療、生醫產業在國際舞台上的競爭力及影響力。

由周德陽院長所帶領的研究團隊，與中醫大衍生企業聖安生醫攜手成功開發出全球首個針對HLA-G的靶向性外泌體藥物載體平台——SOB100，並已發表於《Nature Communications》，且獲得美國食品藥物管理局批准進入人體臨床一期試驗階段，為癌症精準治療開啟新篇章。

由鄭隆賓執行長領導的校院細胞治療研究團隊，以「基因工程間充質幹細胞及其應用」發明專利技術研究成果，榮獲經濟部智慧財產局「113年國家發明創作獎」金牌殊榮。

本期專題探討非典型症狀，從複雜的心肌梗塞、胃食道逆流開始，其臨床表現常讓人看不清真相。罕見但高度致命的非典型性溶血性尿毒症候群，若能早一秒掌握警訊就有機會逆轉危機。常見偏頭痛如何正確解痛防惡化？以及易被誤解的巴金森氏病與川崎氏症應慎防治療延遲。還有憂鬱情緒的非典型表現易被忽視，再輔以中醫辨證論治補足現代醫學的局限，瓦解疾病威脅。

創新卓越

- 03 | 領航醫療、教育、生技與藝術的巨擘
蔡長海董事長專訪精華
以人才為本的宏觀遠見

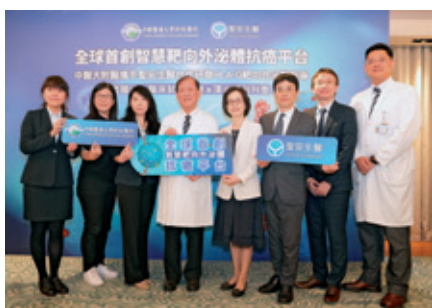
——編輯部



輝耀中國

- 09 | 全球首創智慧靶向分泌體治療癌症
FDA臨床試驗批准及自然通訊刊登

——編輯部



- 11 | 校院務發展委員會鄭隆賓執行長研究團隊
榮獲經濟部113年國家發明創作獎金牌

——編輯部

醫療之窗：聊療非典型

- 13 | 心臟病不是只有胸痛！
非典型症狀的心肌梗塞大解密

——陳琦棟

- 15 | 看懂複雜的非典型胃食道逆流
如何對症治療？

——蕭望德

- 17 | 非典型性溶血性尿毒症候群（aHUS）
掌握 3 異常警訊逆轉危機

——陳怡儒



- 20 | 非典型&典型偏頭痛大補帖
正確解痛防惡化

——林剛旭

- 26 | 認識不典型巴金森氏病：
一群易被誤解的神經退化性疾病

——黃匯淳

- 29 | 剖析川崎氏症
典型非典型，完整不完整

——彭義欽

- 31 | 別被微笑騙了！
認識非典型憂鬱症：情緒背後的真相

——林沐春

- 33 | 中醫論非典型病症與
辨證論治之輔助療法

——吳美瑤

醫療關鍵字

- 36 | 潛伏期的重要性
——林承鋒

特別企劃

- 38 | 守護父親的健康
中老年男性健檢項目建議與介紹
——賴冠宇

熱門話題

- 42 | 口服瘦瘦藥健保有給付嗎？
——陳亭云
- 45 | 吃出瘦瘦樣！
哪些食物有助提升腸泌素？
——呂奕靜

健康情報

- 49 | 遠離腫脹痛！
下肢靜脈曲張 5 治療
——譚宏威

分享平台

- 52 | 日本札幌職能治療研討會之旅
——劉光興



領航醫療、教育、生技與藝術的巨擘

蔡長海董事長專訪精華

以人才為本的宏觀遠見

文／編輯部



中國醫藥大學水滄生醫園區未來規畫（歐志成／攝影；盧秀禎／影像編輯）

中醫大暨醫療體系蔡長海董事長從一位具有卓越醫術的小兒科名醫，成為將醫學教育、醫療服務與生技產業、建築藝術完整串聯的創新實踐者，帶領中醫大暨醫療體系開啟台灣醫學中心新格局，憑藉著堅定的初心與果斷的行動，逐步改寫醫學與生技產業的新頁，更以宏觀的規劃布局和遠見，展現

無限前瞻視野與深厚產業思維，帶領團隊持續推動台灣教育、醫療與生醫產業登上國際舞台發光發熱。

惜字如金甚少受訪的蔡長海董事長，平時低調專注於學校與醫院經營，始終以學生和病人為中心的初衷數十年如一日，他深信唯有把醫院經營好，把學校教育做得更好，

讓人才得以施展專業與抱負，讓衍生企業研發出新藥新技術，讓辛苦奉獻的醫療人員享有更好的工作環境與薪資福利，從醫療本業為出發點帶動一種良性循環，才能救治更多病人，讓更多家庭保有健康快樂的生活。

在帶領中醫大暨醫療體系歷經多年努力打拚後，豐碩且亮眼的成果近期獲得國內權威媒體《商業周刊》《財訊》《今周刊》邀請專訪，本文將蔡長海董事長談話精華摘要整理，與您一同了解蔡董事長如何堅持「以人才為本」的初心、誠懇、執著和堅持，以及一步一腳印帶領團隊無畏挑戰突破重圍逐步實現理想的行動力，在時間淬鍊下結出令許多人折服且驚嘆的成果，而最終的目標依舊是以造福病人為中心，以育才、惜才、揚才為己任，以文化藝術建築帶動學校與城市的美學發展。

永不放棄的蔡長海董事長，積極跨界攬才，致力讓台灣的教育、醫療、科技與美學激盪出前所未有的火花，推動台灣醫療在國際舞台上的競爭力及影響力。

從小就想當醫生的起點

出身嘉義布袋漁民家庭的蔡長海董事長，從小就想成為一個可以救治他人的醫師，在專訪中分享病人帶給他的感動是再多的金錢都無法取代的，而經營教育與生醫事業的初心在於，一位醫師或許一天可以看一看一、兩百個病人，但研發出一個新藥就可能救治上萬人。即使現在的他早已不僅僅只是一位小兒科醫師，但蔡長海董事長最常提起的心願，是下輩子還要當醫師。

蔡長海董事長於1995年接任中醫大附醫院院長一職，當時這家設備陳舊、經營困難且缺乏核心競爭力與病人數的區域醫院，在大家眼中是個沉重的爛攤子，蔡長海董事長卻慧眼獨具看見了新機會。同年，全台開辦全民健保，他認為醫院即將洗牌，當時他單純只想把醫院經營好，因此到任第一步就是調薪，讓醫護人員無後顧之憂救治更多病人。第二步則是思考提升醫院品質的經營策略，蔡董事長在專訪中分享自己剛接任中醫大附醫院院長時，每天早上清晨就上班直到半夜才結束，以院為家。

接任初期，蔡長海「院長」就開始反思傳統醫院在健保框架下的經營瓶頸，他在專訪中回憶接任院長的第二年就著手準備獨立的健檢空間，成功提升醫院業績與盈餘，並一路壯大醫院的醫療口碑與自費基礎。當時，他嚴格要求五年內升格醫學中心的消息傳開令醫界嗤之以鼻，但中醫大附醫卻花三年就達成目標，關鍵就在於錨定目標以及延攬人才。於是，他繼續積極攬才打造具有國際競爭力的醫療與研究團隊，通過改善醫療品質迅速提升醫院聲譽與營收。

從醫院、學校到產業的關鍵轉變

2001年，蔡長海董事長正式接任中醫大暨醫療體系董事長，他認為大學教授們只專注於努力發表論文太可惜，忽略了將研發成果轉化為商業價值的可能性。當時，「開發一個有效的藥可以救更多人」的觀念讓蔡董事長決定打破傳統框架，積極推動醫學創新與產業合作，鼓勵醫師與教授將研發成果技



中國醫藥大學生醫產學研發大樓（盧秀禎／攝影）

轉成立衍生企業推行商業化、上市櫃，讓研究結果得以落地對接臨床造福更多病人。

隨著衍生企業一家家掛牌，同時身兼生策會副會長的蔡長海董事長認為，接下來台灣要打造世界一百大的生技公司，目標就是生技產業的台灣隊Team Taiwan。目前，中醫大暨醫療體系已有三家衍生企業已穩穩站在新興生技領域的浪尖上，在整個醫療體系有制度的培育人才計畫下，未來有可能每一、兩年就有一家衍生企業誕生。蔡董事長希望打造一個小而美的水滴生技園區，人多勢眾力量就會變大，在他眼中，各種合作的可能沒有設限、永遠保持開放態度；在他的字典

裡，事情彷彿只分為「成功」以及「還沒成功、努力中」，但沒有失敗這兩個字！

對於未來產業發展，蔡長海董事長在專訪中強調，未來一定是智慧AI醫院、居家治療、遠距醫療會成為發展重心，還有預防醫學也非常重要。蔡董事長深信在醫療、科技、產業的跨界合作下，未來的醫療形態將進一步智慧化，醫療布局不應僅限於醫院內部，更應延伸到政策層面與國際合作。他指出，為推動AI醫療，旗下長佳智能已成功取得國內為數最多的AI醫療許可證，並免費提供水滴生技園區的空間與資源給「台灣人工智慧學校」作為中部據點，同時與輝達合作

設立基因體和藥物開發研究中心，促進醫療與資通訊的整合與應用，不畏成本投入資源將中醫大附醫打造為AI智慧醫療領航者。

蔡長海董事長不僅成功轉型並擴張了醫院體系，在他的帶領下，中醫大附醫成為台灣醫療體系的佼佼者，並成功推動一系列與產業合作的創新突破，他不僅身為一位醫師，更是學術、企業和文化界的推手，通過不斷創新與串聯資源，實現了台灣醫療、科技與文化的多層次布局，將醫學教育、醫療服務轉變為高效益的生醫產業鏈。

以誠心廣納人才為核心的團隊戰

蔡長海董事長深信，任何遠大目標的關鍵在於「人才」的延攬與培育。求才若渴、惜才愛才的他，憑著過人的耐心與誠心打造一支星光熠熠的專家團隊。他招攬國內外知名學者與專家加入中醫大暨醫療體系發揮所長，用三十年累積人才磁吸效應，至今仍然持續海納百川不斷獵才。蔡董事長認為，醫院的醫術提升、研究的突破、轉型商業化與接軌國際化，都離不開人才濟濟的團隊協同合作戰。

在專訪中，蔡董事長分析自己的攬才策略，他認為第一步是先了解團隊缺什麼人？可以在哪裡找到？鎖定目標之後就是直接溝通、給予更優厚的薪資條件保障，再來最重要的是承諾並確實做到讓對方可以無後顧之憂的發揮所長。蔡董事長謙稱自己的責任就是幫厲害的人才解決問題，有什麼需求都會想辦法調度資源讓他們一展抱負，決不食言。

蔡董事長特別強調，從教育、醫療到生技，人才都不是單一資產，是整個生態系統中的槓桿支撐點，因此對人才的投資絕對值得，而且在生醫產業中，只要比別人慢一秒就輸了！藉由壯大專家團隊，建立跨領域協作延伸，才可能迎來更大的研究與應用上的突破。他認為，要打造國際水準的醫療與研究環境，必須先從海納國內外名家做起，再藉由其影響力，帶動更多領域的專業發展，才可能打造好的循環。以此為基礎，他將持續推動台灣醫學的國際化與商業化，並帶動本土醫療科技放眼全球競爭。

堅持最大關鍵是人才的蔡長海董事長，負責調度資源、搭建平台，讓各界優秀專才得以在中醫大暨醫療體系盡情發揮所長。同時，蔡董事長非常重視團隊合作，善用領導與協調能力創造優質的創新土壤，他的遠見、行動與執行力，將鑄就台灣醫療產業的下一個高峰，讓台灣的醫療未來更加值得期待。

膽大心細的總舵手擘畫願景

在醫院經營基礎穩固之後，蔡長海董事長設立下一個宏大的長期願景：將中國醫藥大學打造為「台灣史丹佛」，融合醫學研究、創新技術與產業應用的國際級學府，仿效美國史丹佛與矽谷的搭配，擴大生態圈讓研究更落地，集聚國內外的研究機構、生技公司與產業合作共創開放的創新與創業平台。蔡董事長期許我們的台灣史丹佛，不僅將成為國際研發人才的引進地，更是台灣醫學轉譯成商業技術、推動產業升級的最佳場



中國醫藥大學暨醫療體系董事長蔡長海上任以來，積極擴張營運版圖，旗下衍生企業成功上市櫃，又開闢生醫園區，影響力遍及全台。（照片已獲得商業周刊授權）

域。他認為，台灣若能建立跨領域、貼近產業的生態系統，就能在全球醫療產業鏈上佔有一席之地。

專訪中，蔡董事長回憶起2006年的中國醫藥大學共識營主題就是十年進世界五百大，當時他喊出這個看似不可能任務的目標，團隊在第五年就辦到了！如今中醫大是一個擁有17位專兼任的中研院院士的學府，是國內醫學院罕見的資源。除了人才到位，研究資源也做得很足，中醫大暨醫療體系曾為禮聘名家學者廣設研究中心，讓蔡長海董事長求才若渴、以禮相待的名聲遠播，也讓更多名醫與權威人才願意加入團隊攜手打拚。

用時間和耐心一點一滴、不急不徐細

火慢熬心中的宏觀願景，彷彿是膽大心細、樸實誠懇的蔡長海董事長一路走來的寫照，身為中醫大暨醫療體系的總舵手，他用三十年扭轉中醫大暨醫療體系在台灣的醫療與教育地位及國際影響力，耗費三十七年達成中部第一座質子治療中心落成啟用，逾二十年全力拚博的水滄生技園區終於有了雛形，為了更遠大的文化教育理想，他也願意用十年耐心等候舉世聞名的建築大師Frank Gehry首肯為水滄生技園區打造帶動城市美學文化的中國醫藥大學美術館。

不僅如此，蔡長海董事長的夢想還在進一步擴展之中，他希望藉由在教育、醫療、文化與建築上的突破，讓台灣在國際舞台上

擁有更強的競爭力。蔡董事長以他的一步一腳印證明，結合醫療、教育、產業形成一個完整的生態系統，才能讓台灣的生醫產業迎向國際舞台。他提到，未來台灣要進一步提高國際競爭力，不是光靠醫療服務，更要朝智慧醫療、基因科技、量子電腦等高科技領域發展，為下一代醫療與科技產業人才打造一個充滿希望與競爭力的新舞台。

身為如此的強者，蔡長海董事長在專訪中卻只淡淡的說，「我是貧窮家庭出身，教育給我機會翻身，我感恩有舞台讓我多做一些事。」現在的他仍然勇敢作夢，他夢想著，在生醫研究產業的進步下，台灣能再誕

生一位諾貝爾獎得主；他夢想著，可以邀請更多普立茲克建築師來台打造文化建設。蔡董事長在受訪尾聲再次提及「人才」這兩個字，他說，「有好的人才接棒，我也能把我的理想延續下去。」彷彿已有更具體的宏觀藍圖在蔡長海董事長眼中開展，不忘初衷、一如既往的帶領中醫大暨醫療體系團隊勇往直前、再創高峰！🌳

參考資料

- 《商業周刊》第1962期「人物特寫」，作者：游羽棠
- 《財訊》第740期「話題人物」，作者：劉軒彤
- 《今周刊》第1487期「企業最前線」，作者：徐采薇



中國醫藥大學美術館

全球首創智慧靶向外泌體治療癌症 FDA臨床試驗批准及自然通訊刊登

文／編輯部



中醫大附醫周德陽院長（中）所領導的研究團隊，與聖安生醫攜手合作，成功開發出全球首個針對HLA-G的靶向性外泌體藥物載體平台——SOB100，為癌症精準治療開啟新篇章。（由右至左：中醫大附醫陳韋成主任秘書、中醫大附醫外泌體中心謝明佑研究員、聖安生醫研發處邱紹智處長、聖安生醫黃秋錦董事長、中醫大附醫周德陽院長、聖安生醫何慧君副總經理、中醫大附醫外泌體中心陳怡文副主任、中醫大附醫外泌體中心甘愷雯研發工程師）。

本院研究團隊攜手聖安生醫 靶向外泌體成功進軍美國臨床試驗

由周德陽院長所領導的研究團隊，與聖安生醫攜手合作，成功開發出全球首個針對HLA-G的靶向性外泌體藥物載體平台——SOB100。周德陽院長表示，此平台已完成臨床前研究，並在乳癌、腦部膠質母細胞瘤等治療困難的癌症中展現突破性成果，為癌症精準治療開啟新篇章。

團隊研究成果已發表於國際頂尖期刊《Nature Communications》，並於2025年3月8日獲得美國食品藥物管理局（FDA）批准，進入人體臨床一期試驗階段。



周德陽院長表示，透過基因工程技術，SOB100將HLA-G的奈米抗體嵌入外泌體膜表面，使其能精準將內含的小分子或核酸藥物遞送至表現HLA-G的腫瘤細胞，大幅提升治療效果且明顯減少傳統抗癌藥引發的毒性。

SOB100： 全球唯一以HLA-G為標靶的外泌體藥物載體

聖安生醫何慧君副總經理指出，SOB100為全球唯一採用奈米抗體（VHH）技術，專一靶向腫瘤上的HLA-G的外泌體，並能穿透血腦屏障，已在多項動物實驗中證實，其可精準遞送不同藥物而有效對抗難治性乳癌及腦癌。美國FDA肯定SOB100作為外泌體藥物遞送載體平台，在臨床前開發中展現高專一性及低免疫源性。

正常組織中HLA-G僅表現在胎盤上，卻被多種癌細胞大量表現以逃避免疫監控。透過基因工程技術，SOB100將HLA-G的奈米抗體嵌入外泌體膜表面，使其能精準將內含的小分子或核酸藥物遞送至表現HLA-G的腫瘤細胞，大幅提升治療效果且明顯減少傳統抗癌藥引發的毒性。

國際肯定與產業合作： 從臨床創新走向全球市場

聖安生醫江宏哲總經理表示，科睿唯安全球新藥開發競爭資料庫，將聖安生醫列入



聖安生醫何慧君副總經理指出，SOB100為全球唯一採用奈米抗體（VHH）技術，專一靶向腫瘤上的HLA-G的外泌體，並能穿透血腦屏障，已在多項動物實驗中證實，其可精準遞送不同藥物而有效對抗難治性乳癌及腦癌。

全球十大外泌體新藥開發公司。SOB100不僅技術領先，榮獲國家新創獎、國際創新獎以及第11屆默克（Merck）新興生技計畫特別獎，未來在癌症與基因治療國際市場上，更具有取代病毒藥物載體及微脂體（liposome）藥物載體極大潛力。

另一方面，聖安生醫已與新加坡外泌體廠商簽署HLA-G靶向性外泌體藥物技術授權與共同開發備忘錄（MOU），授權內容涵蓋外泌體裝載化療藥物方法。此合作將加速SOB100系列藥物進入全球市場，並拓展應用至癌症治療領域。

SOB100為癌症治療與抗藥性提供新解方

SOB100的問世，為全球癌症治療長期面臨的標靶性不足與抗藥性問題提供了創新解方。透過精準遞送與免疫抑制微環境的特異性鎖定，SOB100有望成為未來核酸藥物與小分子藥物精準遞送的標竿平台，並具有快速上市的潛力。隨著臨床試驗的推進與國際合作的深化，SOB100預計將在精準醫療領域扮演關鍵角色，造福更多癌症患者。🌐

校院務發展委員會鄭隆賓執行長研究團隊 榮獲經濟部113年國家發明創作獎金牌

文／編輯部



本院以「基因工程間充質幹細胞及其應用」專利技術榮獲經濟部「113年國家發明創作獎」發明獎金牌，校院務發展委員會鄭隆賓執行長（右）代表研究團隊接受行政院卓榮泰院長（左）頒獎表揚。

中國醫藥大學暨醫療體系細胞治療研究團隊以「基因工程間充質幹細胞及其應用」發明專利技術，榮獲今年經濟部「113年國家發明創作獎」發明獎金牌殊榮。在經濟部聯合頒獎典禮上，本院由鄭隆賓院長代表接受行政院卓榮泰院長頒獎表揚，彰顯產學研合作推動台灣新經濟動能及國家競爭力。

本院細胞治療專利獲頒產業創新殊榮

經濟部第9屆國家產業創新獎及113年國家發明創作獎於日前舉行聯合頒獎典禮，行

政院卓榮泰院長偕經濟部郭智輝部長頒獎表揚今年共92項創新發明成果，並致詞勉勵獲獎者持續深耕創新，為台灣經濟注入永續動能。目前，政府除持續推動五大信賴產業，強化半導體、AI、軍工、安控及次世代通訊等關鍵領域的自主能量，也在研擬「AI新十大建設」草案，落實AI產業化、產業AI化，將AI人工智慧導入百工百業，成為下一波經濟成長的動能。

校院務發展委員會執行長鄭隆賓講座教授所領導的校院細胞治療研究團隊，以「基



行政院卓榮泰院長（中）偕經濟部郭智輝部長（右6）與「113年國家發明創作獎」獲獎團體及個人合影。



本院鄭隆賓執行長（左）與徐偉成副院長（右）帶領研究團隊知識產業化的努力成果卓越優異，贏得評審青睞與高度肯定，榮獲金牌獎殊榮。

因工程間充質幹細胞及其應用」發明專利技術，在經濟部智慧財產局「113年國家發明創作獎」（兩年一屆）評選中，於全國418件合格參選案件中脫穎而出，榮獲發明獎金牌殊榮，並獲頒獎金40萬元，實至名歸。

蔡長海董事長親自指導校院科研產業化

將大學的學術創新研究轉化為實際應用，已是產業大趨勢。近年來，中醫大暨醫療體系蔡長海董事長親自指導校院科研發展注入（3P）概念，落實知識產業化，學校老師撰寫PAPER希望能夠技轉，進一步申請專利，然後再進入產品階段，將學術創新轉化為實際應用，進而提升社會與產業價值，回饋社會讓人民有感，善盡大學的社會責任。

由鄭隆賓執行長領導的校院細胞治療研究團隊，今年以「基因工程間充質幹細胞及其應用」研究成果，獲得專利發明 / 第I 769535證號；榮獲經濟部智慧財產局「113年國家發明創作獎」發明獎金牌殊榮，知識產業化的努力績效卓越優異，贏得專業評審青睞與高度肯定，令人激賞。金牌發明創作獎團隊成員：器官移植中心鄭隆賓院長 / 講座教授、轉譯醫學中心徐偉成副院長 / 特聘教授、陳建霖博士及李怡慧博士。

校院研究團隊鑽研外泌體治療造福病人

根據世界衛生組織統計，全球每年大約有1,220-1,500萬人中風，且每年約造成650萬人死亡。全球腦中風的死亡率僅次於心臟冠狀血管疾病和癌症，也是導致成年人和老人中重度肢體殘廢的第二大原因。

以台灣而言，每年至少新增5萬名腦中風患者，死於腦中風者約1萬2千人，居國人10大死因的前3名，占整體醫療費用約2.63%。近年來，30-50歲間的族群中，腦中風患者也有增加的趨勢。從現今的科學研究中知道，腦中風有極高機率造成身心失能的後遺症，但腦中風後失能之患者其後續治療仍為一大挑戰。

近年來細胞治療研究蓬勃發展，隨著細胞培養技術的精進和幹細胞機制的進展，讓科學家提出幹細胞具備修復受損組織和神經再生能力，但細胞治療有細胞培養穩定度保持不易、免疫排斥問題及致瘤性之風險，因此，外泌體治療於再生醫學領域日漸受到重視。

為此，中醫大暨醫療體系細胞治療研究團隊致力於開發升級版之異體臍帶間質幹細胞衍生的外泌體。經由進一步的商化量產，並陸續完成臨床前之ADME及CMC工作，本團隊取得專利權後，已將此技術轉移授權至聖安生醫及顯晟生醫兩家公司，繼續朝向美國FDA之pre-IND及IND的路前進。🌐

心臟病不是只有胸痛！ 非典型症狀的心肌梗塞大解密



文・圖／內科部 心臟血管系 主治醫師 陳琦棟

不是胸痛也可能是心肌梗塞？
專科醫師為您揭露：
不可忽視的「非典型的心肌梗塞症狀」

當你聽到「心肌梗塞」，你會聯想到什麼？是不是會想到一個人緊抓胸口，痛苦地喘不過氣、全身冒冷汗、甚至癱倒在地等待救護車的畫面？這確實是教科書中描述的「典型」心肌梗塞症狀，但你知道嗎？實際上約有25%到30%的心肌梗塞病人根本沒有出現胸痛，而是出現一些讓人完全無法聯想到心臟問題的「非典型症狀」，像是：胃脹氣、耳痛、喉嚨痛、頭暈、極度疲倦、甚至持續打嗝等。這些非典型表現可能容易誤導患者，導致延誤就醫與治療，增加心臟損傷與死亡風險。因此，認識非典型心肌梗塞症狀，有助於提升全民健康識能。

個案分享：假胃痛、真心梗！

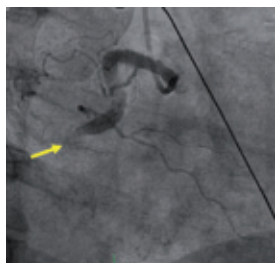
王先生，中年營建商，有糖尿病、高血壓和肥胖病史，因生意之故需要飲酒和各種

餐宴聚會。過去幾天以來都有上腹部分痛、悶痛問題，去診所就醫當作胃食道逆流治療，但是不適感仍舊持續，某天清晨，他突然感到上腹悶脹、噁心、微微頭暈，以為是前晚宵夜吃太多，便服用了胃藥並休息。

然而症狀未明顯緩解，反而逐漸出現喘不過氣、冷汗直流與極度疲乏。王太太直覺不對勁，立刻送他到本院急診。急診室一做心電圖就發現：ST段上升型心肌梗塞（STEMI），懷疑阻塞位置為右冠狀動脈（RCA）！我們急性胸痛團隊緊急為王先生施行心導管手術，成功打通阻塞血管，保住了心肌。這場「假胃痛、真心梗」的驚魂記讓全家人難以置信——如果只是再拖延一、兩小時，可能後果不堪設想。

什麼是非典型症狀？為什麼會發生？

心臟發出痛覺訊號時，會透過神經傳導至大腦。但有時候，這些訊號會「誤投射」到其他部位，引發所謂的「放射性疼痛（Re-



右冠狀動脈急性心肌梗塞。



個案接受緊急心導管手術，並置放支架後打通的血管。術後病人胃悶痛，打嗝、冒冷汗的症狀已消失。

ferred Pain)」。這些疼痛可能出現在：胃部、喉嚨、肩膀或下顎、背部或耳朵、頭部或眼窩。這種情況在年長者、女性，以及糖尿病患者中特別常見，因為這些族群可能合併自律神經病變，對胸痛感知不敏感，反而出現模糊或轉移性症狀。

研究數據：非典型症狀絕非少數

根據2023年一項系統性文獻回顧，整理了52篇心肌梗塞病例報告，發現：最常見的非典型症狀為：胃腸道不適（21.4%）、非典型胸痛、暈厥或頭暈、呼吸困難或咳嗽、喉嚨痛、耳痛、打嗝、焦慮、疲憊等。這些病人當中，高達86%有糖尿病、高血壓、高血脂或抽菸等共病因素，其中更有部分病患年齡不到50歲。

此外，女性更容易出現非典型症狀，研究指出，女性的心肌梗塞常出現上背痛、肩痛、異常疲倦或睡眠障礙、呼吸困難、焦慮、噁心等症狀，常被誤判為焦慮症、腸胃炎或更年期症狀，導致女性就醫時間比男性平均晚1.5小時以上，造成較高的死亡率。

時間就是關鍵——
錯過黃金90分鐘，後果難以逆轉

心肌梗塞的治療關鍵在於「及早打通血管」。若能在發作後90分鐘內完成心導管手術，將大幅降低死亡與併發症風險。當症狀不像醫學教科書那樣明確，許多患者可能會選擇觀察、自行服藥或等待改善，導致延誤就醫。

正確觀念：建立健康警覺力

認識非典型症狀、定期健康檢查、控制慢性病、改變生活習慣（戒菸、運動、低鹽飲食）是守護心臟健康的不二法門。我們撰寫這篇文章，並不是要讓大家對每一個小不適都感到焦慮，而是希望大家能建立「健康警覺力」，知道什麼時候該多留意、什麼時候該尋求醫師協助。

有些症狀確實可能只是腸胃不適、感冒或焦慮造成的身體反應，但若您有心血管疾病的危險因子，例如糖尿病、高血壓、高血脂、吸菸或有家族病史，那麼當身體出現不明原因的不適或改變時，就應該讓心臟專科醫師進一步評估。🏥

參考文獻摘要

1. Atypical Presentations of Myocardial Infarction: A Systematic Review of Case Reports
作者：Imran A. Khan et al.
期刊：Cureus, 2023年2月26日
DOI：10.7759/cureus.35492
2. Typical and Atypical Symptoms of Acute Coronary Syndrome: Time to Retire the Terms?
作者：Holli A. DeVon, Sahereh Mirzaei, Jessica Zègre-Hemsey
期刊：Journal of the American Heart Association, 2020年
DOI：10.1161/JAHA.119.015539
3. 台灣心肌梗塞學會 TAMIS 衛教

看懂複雜的非典型胃食道逆流 如何對症治療？

文／內科部 消化系 主治醫師 蕭望德

在介紹「非典型」胃食道逆流之前，我們要先了解「典型胃食道逆流」是什麼；典型胃食道逆流常見症狀有火燒心、酸水逆流，其他症狀如非心因性的胸悶或胸痛、噯氣或嘔氣，其成因是胃部的內容物不正常逆流到食道，並引起上述不適的症狀。

成因與症狀

「非典型」胃食道逆流的成因與典型胃食道逆流一樣，可以把它視為胃食道逆流的一種分型，但是病人常常沒有火燒心及酸水逆流的表現，可能出現慢性咳嗽、氣喘加重、聲嘶沙啞、慢性咽喉炎、喉嚨灼熱或異物感，甚至有人以齒齦炎、蛀牙或是耳朵疼痛等少見的表現。

非典型胃食道逆流，沒有典型的症狀表現，所以臨床診斷也會多出很多挑戰，病人常常無法在一開始就獲得正確診斷，例如非心因性的胸痛，需要經過一系列檢查如心電

圖、胸部X光、心臟超音波、運動心電圖、核醫心肌灌注，甚至640切冠狀動脈攝影或是心導管檢查後，排除可能危及生命的心血管問題後，才確定是食道逆流疾病造成的胸痛！

檢查與診斷

關於診斷非典型胃食道逆流，除了須針對病人症狀安排檢查之外，上消化道內視鏡一般俗稱胃鏡的檢查也是必須的，上消化道內視鏡是針對消化道黏膜很仔細的檢查，一旦黏膜有受傷或是惡性病變都可以早期發現，但其中一部分逆流的病人在食道黏膜無任何的異常，也稱為「非侵襲性食道逆流疾病（Non-erosive reflux disease, NERD）」，對於這類的病人動態食道酸鹼度的監測就是必要的檢查，這也是診斷逆流性疾病的黃金標準！

經由這個監測，可以知道一天中真實逆流發生的時間，另外逆流時間的長短及逆流的酸鹼值都可以經由這個檢查得到很好的解答，

再配合病人紀錄的症狀，讓我們更好了解臨床症狀與疾病之間的關係。

經由上消化道內視鏡檢查，可以知道病人食道黏膜的表現，再搭配動態食道酸鹼度的監測，可以全面評估病人的症狀是真逆流造成的或是假逆流的誤導，如此雖然病人沒有典型的逆流症狀，也可以正確診斷為「非典型」胃食道逆流。

臨床案例 ①

陳先生，45歲上班族，以前曾因反覆胸悶做過胃鏡檢查，經診斷為胃食道逆流後，以藥物治療2個月後症狀明顯改善，經由飲食控制後，已經很少發作，最近半年來，一個月大概有一到兩次胸悶不適感，症狀不明顯且服藥後很快可以控制。但這兩周內發現，陳先生常常於飯後發生喉嚨卡卡的症狀，嚴重的時候甚至造成無法說話，因為這個症狀，造成與客戶交際時很大的困擾，因此回診時與醫師討論，決定再次接受上消化道內視鏡檢查。

內視鏡檢查發現逆流性食道炎的程度與一年前檢查一樣，並無明顯的變化或是加重，在經由質子幫浦阻斷劑（proton pump inhibitor, PPI）的治療後，喉嚨異物感的症狀依然沒有緩解，於是病人接受動態食道酸鹼度的監測，發現在藥物控制下，無酸性或是其他物質的逆流，所以其喉嚨異物感與食道逆流無關，並非「非典型」胃食道逆流，在會診耳鼻喉科後，發現鼻涕倒流的問題，經治療後終於讓陳先生面對客戶不再有喉嚨卡卡、說不出話的困擾。

臨床案例 ②

劉先生，36歲男性，長期使用藥物控制氣喘，最近十年已經很少發作，但這半年內常常發作，需要加大藥物劑量，有兩次甚至需要住院打針控制，因從小就有這個疾病，所以對一些過敏原的預防都十分小心，臨床偶有飯後噯氣的情形，但無火燒心或酸水逆流的症狀，因懷疑「非典型」胃食道逆流，故轉至消化內科安排上消化道內視鏡檢查，檢查發現胃食道交接處無明顯發炎或黏膜缺損的情形，故不符合胃食道逆流的診斷。

但病人在使用質子幫浦阻斷劑的治療後，氣喘發作減緩，氣喘藥物也逐漸減少劑量，因臨床懷疑氣喘與食道逆流高度相關，故安排動態食道酸鹼度的監測，發現病人確實有明顯的食道逆流及食道酸性物質的暴露，故確診為非侵襲性食道逆流疾病（Non-erosive reflux disease, NERD），臨床表現以氣喘加重，故確診為「非典型」胃食道逆流。

結語

「非典型」胃食道逆流像是一個魔術師，其臨床的表現常常讓我們看不清疾病的真相，診斷的複雜度也比典型的胃食道逆流還要高，常常需要多科的醫師合作，或是需要經由一系列的檢查慢慢抽絲剝繭，最後才能發現疾病的真相，因為它帶著層層的面具，干擾醫師的診斷與判斷，所以無論在醫師端或是病人端，都需要付出更多的時間與耐心，因此需要病人與醫師好好配合、按部就班，才能達到正確的診斷與精準的治療。🌀

非典型性溶血性尿毒症候群（aHUS） 掌握 3 異常警訊逆轉危機

文・圖／內科部 腎臟系 腎臟移植科 主任 陳怡儒

個案分享

28歲的湮媽，在孕期因子癲前症緊急剖腹產，本以為終於渡過危機，卻在產後出現急性腎衰竭、心臟衰竭，雙眼視力模糊、緊急送醫。

48歲的鎬勳，接受血液透析三年後終於獲得腎臟移植，術後最初腎功能良好，卻在短短六小時內尿量驟減，超音波顯示腎臟灌注下降，抽血數據出現血小板急速下降、溶血性貧血與乳酸脫氫酶上升。

70歲的里長伯每天健走吃健康餐，健檢報告始終些微血小板偏低，昨天突然中風、尿量減少、胸悶不適，緊急送入急診。

**罕見、致命、但有機會——
在驚濤駭浪前，每一秒的提早，
都是改寫命運的契機！**

這些令人揪心的片段，往往就是非典型性溶血性尿毒症候群（Atypical Hemolytic



圖 / AI生成影像，陳怡儒設計

Uremic Syndrome, aHUS) 最棘手的開始。這是一種罕見但高度致命的疾病，可發生於任何年齡層，沒有性別偏好，可能瞬間引發多重器官衰竭甚至死亡。有些患者病情進展緩慢，直到某天超越了身體負荷的臨界點，才猝然爆發而被診斷。

臨床特徵

aHUS的臨床特徵主要為微血管病性溶血性貧血（Microangiopathic hemolytic anemia, MAHA）、血小板低下與急性腎衰竭。其根本機制源自補體系統的失控後過度活化，大

多與補體調控基因異常有關，當遇到外界誘發因子（如懷孕、感染、藥物、器官移植、自體免疫疾病）時，原本應受嚴格抑制的補體系統無法制衡，導致內皮細胞受損、中性白血球與血小板聚集、產生微血管血栓，引發系統性器官缺血與損傷，影響範圍遍及腎臟、腦部、心臟、肺臟、胃腸道、肝臟、胰臟、眼睛，甚至皮膚等。

致病基因研究

aHUS可能具顯性或隱性遺傳，雖然多數患者並無明顯家族病史，但目前已知最常見的致病基因為補體因子H（CFH）。其他常見的基因異常尚包括：CD46、CFI、C3、CFB、THBD、CFHR1、CFHR5、DGKE、C2、C3AR1、C4BPA、CFD、CFHR2、CFHR3、CFHR4、MASP2、PLG、WT1、C5:p.Arg885、VWF、CR1以及MASP1等。此外，亦有部分患者與補體因子H的自身抗體產生有關。

儘管基因研究不斷進展，根據目前國際共識，約有35~50% aHUS患者的基因檢測仍無法辨識出明確的致病變異。此類無法確認基因異常的個案，可能與拷貝數變異（Copy Number Variations）或其他尚未明瞭的aHUS致病機轉有關。

鑑別診斷

無論是否明確檢出基因異常，研究已顯示，補體抑制劑治療可有效控制補體系統的過度活化，大幅降低多重器官衰竭與死亡的風險，對於aHUS病患而言，是目前最具臨床意義的治療選項之一。

診斷aHUS前，需要完成以下血栓性微血管病變（Thrombotic microangiopathy，TMA）鑑別診斷，最終確認為aHUS導致之多重器官衰竭：

- ① **血栓性血小板低下性紫斑症（TTP）**：ADAMTS13活性檢測（須於血漿置換 / FFP輸注前抽血）。
- ② **嗜血性大腸桿菌引發的溶血性尿毒症候群（HUS）**：Shiga毒素 / O157:H7檢驗。
- ③ **感染誘發TMA**：COVID-19、巨細胞病毒、流感、鏈球菌、EB病毒、Parvovirus B19、BK病毒、HTLV-1等。
- ④ **自體免疫疾病**：紅斑性狼瘡、抗磷脂症候群、多發性硬化症。
- ⑤ **妊娠相關TMA**：子癲前症、HELLP（Hemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelets）症候群、妊娠急性脂肪肝（Acute Fatty Liver of Pregnancy）。
- ⑥ **藥物誘發TMA**：CNI、mTOR抑制劑、蛋白酶體抑制劑（Proteasome Inhibitors）、VEGF抑制劑等。
- ⑦ **移植相關TMA**：包括缺血再灌注傷害、抗體排斥、CNI / Mtor使用、aHUS復發或新發。
- ⑧ **惡性腫瘤相關TMA**：胃癌、乳癌、攝護腺癌、肺癌、未知原發腫瘤等（可輔以腫瘤指標與骨髓切片）。
- ⑨ **代謝相關TMA**：維生素B12缺乏、MMACHC基因異常。

治療與未來展望

治療的第一步是移除可能誘發補體過度活化的因素及血漿置換，部分患者於血漿置

換後可改善病情，但多數aHUS病患補體系統嚴重失衡，仍須倚賴補體抑制劑治療。與子癲前症不同的是，即使終止妊娠，aHUS仍會繼續惡化。

補體抑制劑價格昂貴（目前有短效Eculizumab及長效Ravulizumab，尚有其他補體抑制劑的臨床試驗案中），需依健保給付條件使用，患者並非發病後須終身使用此藥物，在誘發因子移除後，多重器官的TMA穩定以及血中溶血指標恢復正常後，仍可以依照病況調整補體抑制劑的劑量或是停藥。

關鍵在於——衛教與追蹤，特別是CFH基因變異者，復發風險高，但仍有成功停藥的案例。近年隨著aHUS認知提升，提早診斷與治療的成功個案日益增加。然而，困境仍在，例如：

- ① 有明確補體基因變異，但無明顯溶血指標、器官切片卻顯示TMA的病患——無法通過健保給付。
- ② 腎臟移植前沒有補體基因異常，但曾有過暫時性溶血性貧血、血小板下降的患者最為困難，因為移植誘發其aHUS，在既定接續的TMA鑑別後，經血漿置換無效，才能符合健保給付條件，這導致移植腎功能太晚使用到補體抑制劑，進而移植腎功能恢復不佳或是移植腎功能喪失。

這些病人，是全球aHUS專家持續關注並尋求解方的對象。

呈請拜託每一位在臨床最前線奔忙的您——

當病人出現溶血性貧血、血小板低下、腎功能異常三項警訊時，請別輕忽，請讓「TMA」在腦海中閃現。

早一步的鑑別診斷，往往就是將他們從多重器官衰竭邊緣拉回的那道分水嶺。我們一次又一次見證：那些曾陷入多重器官衰竭的aHUS病人，彷彿困在死神手中的沙漏，眼看生命正在悄然流逝。但在補體抑制治療與跨團隊積極介入之下，他們的生命曲線得以逆轉。他們曾經是躺著進來的病人，卻能微笑走出院門；帶著一顆重燃的心，重返家庭與職場，再度為這個社會發光發熱。

Revolutionizing the Ultimate aHUS Survival Journey — The Mission is Possible.

讓我們攜手同行，在命運重擊之前，用臨床的敏銳與判斷，用早一秒的警覺與行動，為罕病患者爭取更早的希望、讓他們從絕望中翻身，活成奇蹟。🌱



非典型&典型偏頭痛大補帖

正確解痛防惡化



文・圖／神經部 腦中風暨神經重症科 主任 林剛旭

示意圖非當事人

講到偏頭痛，一般人想到的常是發作在太陽穴附近的頭痛，或是單側的頭痛。這樣的印象並不是錯誤的，但是有些許偏頗。這篇文章要介紹幾種「非典型」的「偏頭痛」——也就是要介紹在一般人概念裡，認為可能不是偏頭痛的症狀，以及容易誤以為是偏頭痛的其他頭痛。

當然，介紹不典型的偏頭痛之前，首先要先介紹什麼是典型的偏頭痛。

偏頭痛的診斷，最正確的方式，就是依據「國際頭痛疾病分類第三版」的診斷基準。其中最常見的無預兆偏頭痛，其診斷基準如下：

1.1

無預兆偏頭痛

Migraine without aura



- A. 至少有五次發作符合基準 B-D
- B. 頭痛發作持續 4-72 小時 (未經治療或治療無效)
- C. 頭痛至少具下列四項特徵其中兩項：
 - 1. 單側
 - 2. 搏動性
 - 3. 疼痛程度中或重度
 - 4. 日常活動會使頭痛加劇或避免此類活動(如走路或爬樓梯)
- D. 當頭痛發作時至少有下列一項：
 - 1. 噁心 及/或 嘔吐
 - 2. 畏光及怕吵
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷。

(圖 / 台灣頭痛學會製作)

由此可知，最典型的偏頭痛，當然就是完全符合上述所有特徵的頭痛：發作半天以上，單側中重度的抽痛，痛到希望躺下來，合併有噁心／嘔吐，畏光怕吵。

一 不是「單側」的偏頭痛

在門診看診時，病人常常描述她／他的頭痛，或是整個頭在痛，或是痛在後腦，或是痛的部位是頭上到處都可能的一種頭痛。但是最後在完整詢問完病史之後，我常常給的診斷就是「偏頭痛」。病人很常會臉上帶著疑惑地問道：「我並不是痛在單側太陽穴的頭痛啊！怎麼會是偏頭痛？」

其實，我們從上述的偏頭痛診斷基準，就可以看出偏頭痛的診斷並不會因為不是單側發作，就可以斷定它不是偏頭痛。單側發作是偏頭痛診斷基準C，四項特徵中的其中一項而已。要符合診斷基準C，只要符合四項特徵中的兩項，就算符合：因此，如果病人的頭痛是「中、重度」，或是痛的感覺是搏動性的痛，並且合併會因為日常生活的活動而加劇頭痛，就已經符合診斷基準C；並不會因為頭痛發作不是單側，就不符合偏頭痛的診斷。

至於以頭痛「發作在太陽穴」附近，來判斷是不是偏頭痛，也是不正確的。偏頭痛的痛，的確常發作在太陽穴附近。但這個特徵，完全不被列在偏頭痛的診斷基準之中。所以不能因為發作痛的位置不在太陽穴附近，就排除它，說它不是偏頭痛。

因此偏頭痛的診斷，不能單看頭痛是不是發作在單側太陽穴；也要看其他相關頭痛的症狀整體，是不是符合偏頭痛的診斷基準來判斷。

二 不是「偏頭痛」的單側頭痛

依據上述的說明，很多讀者可以推論出來：單側的頭痛並不一定就是偏頭痛。以下舉另一種非常特別的頭痛當例子：

一位30出頭歲的男性病人，有抽菸習慣。描述近一個月來，開始有劇烈的頭痛。他的頭痛通常在每天固定時間發作，疼痛始終只發作在左側眼睛後方、太陽穴和額頭區域，從未發作到右側或其他部位。疼痛感很厲害，每次頭痛發作持續約1小時。

在頭痛發作時，病人同時會有同側眼睛紅，淚流、眼皮下垂，以及同側鼻塞，偶爾伴有流鼻水。病人在發作時會感覺坐立難安，用力按壓頭部，試圖減輕疼痛，但效果不佳。詢問病人有無噁心感，病人覺得痛的嚴重時會有，也會不喜歡在吵雜環境。詢問病人以前是否有類似症狀，病人記得往年天氣變冷的時候也會有相似的頭痛發作。此病人之前曾被診斷為偏頭痛，我們以他的症狀來對應上述偏頭痛的診斷基準：

- 符合診斷基準A：他的頭痛次數有五次以上。
- 符合診斷基準C：他的頭痛是單側及中、重度以上的痛。
- 符合診斷基準D：他的頭痛會合併噁心感。
- 只有診斷基準B不符合：他的疼痛時間不到4個小時。但是如果他有服用止痛藥物，醫師很可能認為是止痛藥物縮短了他的疼痛時間。也因此，這樣的頭痛發作，有很大的機會被醫師診斷為偏頭痛。

但他的頭痛還有其他偏頭痛不會有的特徵，如：每年固定的季節、每天定時的發作時間，以及頭痛同側合併有三叉自主神經症

3.1

叢發性頭痛

Cluster headache



- A. 至少有五次發作符合基準 B-D
- B. 位於單側眼眶、上眼眶 及/或 顳部重度或極重度疼痛，可持續 15-180 分鐘 (未治療時)
- C. 符合下列一項或兩項：
 - 1. 至少具下列一項同側症狀或徵兆：
 - a) 結膜充血 及/或 流淚
 - b) 鼻腔充血 及/或 流鼻水
 - c) 眼皮水腫
 - d) 前額及臉出汗
 - e) 瞳孔縮小 及/或 眼皮下垂
 - 2. 不安的感覺或躁動
- D. 發作頻率為每兩天一次至每天八次
- E. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷。

(圖 / 台灣頭痛學會製作)

狀（單側眼睛紅、淚流、眼皮下垂、鼻塞、流鼻水等），以及坐立難安。這個病患正確的診斷，其實是另一種原發性頭痛：叢發性頭痛（Cluster Headache）。叢發性頭痛只會單側發作，且發作時有不少病人也會合併有噁心嘔吐，畏光怕吵。所以只依據單側頭痛就診斷是偏頭痛，是可能診斷錯誤的。叢發性頭痛的治療策略與使用藥物（最常用的是類固醇及鈣離子阻斷劑Verapamil）與偏頭痛不同，若無正確診斷，治療效果當然不佳。

三 讓醫師會擔心是中風的「偏頭痛」

偏頭痛除了前面提及的無預兆偏頭痛，還有不少比例的病人是以預兆偏頭痛的方式呈現其偏頭痛。預兆偏頭痛的診斷基準如下：

在上述的診斷基準中提到的預兆症狀，以下做一些補充：

- ① 視覺性的預兆症狀：如閃光、鋸齒狀線條（視野缺損或盲點）。
- ② 感覺性的預兆症狀：如麻木、刺痛感。
- ③ 說話及 / 或語言性的預兆症狀：如說話困難、詞不達意。
- ④ 運動性的預兆症狀：如肢體無力（通常為單側）。
- ⑤ 腦幹性的預兆症狀：如眩暈、耳鳴、複視、共濟失調（步態不穩）。
- ⑥ 視網膜性的預兆症狀：如單眼視力模糊或失明。

另外，正向性的預兆症狀是指：如閃光、刺痛，而非喪失功能如視野缺損、麻木。預兆偏頭痛中最常見的「預兆」是視覺的預兆。視覺的預兆最典型的，是在頭痛發作前病人發現視野的單側有一個小亮點。這個亮點的範圍會慢慢的向外擴散成帶狀，通

1.2

預兆偏頭痛

Migraine with aura



- A. 至少有兩次發作符合基準 B 及 C
- B. 包括下列一或多項完全可逆的預兆症狀：
 - 1. 視覺 2. 感覺 3. 說話 及/或 語言
 - 4. 運動 5. 腦幹 6. 視網膜
- C. 至少具下列六項特徵其中三項：
 - 1. 至少一種預兆症狀在 ≥ 5 分鐘逐漸發展
 - 2. 兩種或兩種以上的預兆症狀接續發生
 - 3. 每一種個別的預兆症狀持續 5-60 分鐘
 - 4. 至少有一種預兆症狀是單側的
 - 5. 至少有一種預兆症狀是正向的
 - 6. 預兆會同時伴隨頭痛或於預兆後 60 分鐘內頭痛
- D. 沒有其他更合適的 ICHD-3 診斷。

(圖 / 台灣頭痛學會製作)

常擴散的範圍不會超過中線。在「亮帶」擴散過後，後方會有較暗的、模糊的地方遮蔽了視野，使得視野看不清楚；受影響的視野症狀之後會慢慢消退。這種視覺的預兆通常進展會超過5分鐘，到症狀消退整個時間不超過60分鐘。在有預兆的同時，或預兆消退後60分鐘之內，會開始有頭痛。

上述的診斷基準，如果仔細注意，可以發現完全沒有提到頭痛發作持續時間、發生在什麼部位（單側或雙側）、發作時有無合併症狀（噁、吐、畏光、怕吵）。主要在描述「預兆」的特徵怎樣算符合「偏頭痛的預兆」。其實，只要發作的預兆符合「預兆偏頭痛」的基準，再合併不管是任何方式的頭痛，都是「預兆偏頭痛」。

預兆偏頭痛vs.偏癱偏頭痛

「預兆偏頭痛」中，有一種非常少見的類型，是以單側無力為預兆表現的「偏癱偏頭痛（hemiplegic migraine）」。此種偏頭痛發作時，會以單側無力為預兆表現，且其單側無力一般會在72小時內自然恢復。但當它發作時，此種預兆的表現即便是很有經驗的神經科醫師，也很難將它與腦中風區分。這在臨床上可能造成醫師面臨很困難下決定的困境：如果診斷是缺血性中風造成的偏癱，在時限內給予血栓溶解治療可能改善病人的症狀。

但此治療有造成出血的風險，如誤給在「偏癱偏頭痛」的病患，反而使病人承受了非必要的出血風險。幸好「偏癱偏頭痛」非常少見，且大多數「偏癱偏頭痛」患者都已知道這「半邊無力」是偏頭痛發作時的症狀，會回饋告訴醫師，使得遇到這種困境發

生的機會非常少。統計發現「偏癱偏頭痛」有約一半的患者是可以問到家族史的。

四 不以「痛」為主要表現的「偏頭痛」

有不「痛」的「偏頭痛」？這樣還算是偏頭痛嗎？

很多頭痛病人來看診後，我下了偏頭痛的診斷。接下來，病患就常常會有疑問：「為什麼我會有偏頭痛？是因為我睡眠不好造成的嗎？」其實，偏頭痛本身就是一個「疾病」！它並不是因為其他疾病而引起的「症狀」。只能說偏頭痛的確容易因為身體其他的情況（如失眠、壓力等）而被誘發。

偏頭痛這個疾病，常可能有的症狀包含：（各種形式的）預兆、頭痛、噁心、嘔吐、怕光、怕吵、怕（震）動。但不是每個症狀都要有，才能診斷是偏頭痛。前面提到的「預兆偏頭痛」，只要有符合診斷基準的

預兆，不論其頭痛的表現方式為何，都符合偏頭痛。

更進一步說：「預兆偏頭痛」只要有符合診斷基準的預兆，甚至不論其「是否」有頭痛，都可診斷是偏頭痛。所以在「國際頭痛疾病分類第三版」的診斷分類中，有一個偏頭痛的診斷分類是：不伴隨頭痛之典型預兆（Typical aura without headache）。換言之，偏頭痛是可以沒有頭痛症狀的。

典型的偏頭痛症狀已於前面反覆的敘述了，但都沒有提到「頭暈」這個症狀。然而，偏頭痛合併頭暈的比例非常高，甚至有非常多的病人在形容自己的不適時，是以「暈痛」這樣的字眼來形容。前庭性偏頭痛（Vestibular Migraine）就是指這類以「暈」為主要症狀的偏頭痛。其診斷基準如下：

以「暈」為主要症狀的前庭性偏頭痛，它的暈是可以用偏頭痛專一性的止痛藥物（如

前庭性偏頭痛 Vestibular Migraine	
A. 至少有五次發作符合基準 C-D B. 現在或過去有偏頭痛史（根據ICHD-3的有預兆或無預兆偏頭痛診斷基準）。 C. 中度至重度強度的前庭症狀，每次持續5分鐘至72小時。 * 前庭症狀包括： 1. 自發性眩暈： • 內在性眩暈 (internal vertigo)：感覺自身在移動的錯覺。 • 外在性眩暈 (external vertigo)：感覺周圍環境在旋轉或流動的錯覺。 2. 姿勢性眩暈：頭部位置改變後發生。 3. 視覺誘發性眩暈：由複雜或大量移動的視覺刺激觸發。 4. 頭部運動誘發性眩暈：在頭部運動時發生。	5. 頭部運動誘發性頭暈伴噁心 (Dizziness with nausea)：頭暈的特徵是空間定向障礙的感覺。 D. 在至少50%的前庭發作中，伴有以下至少一項偏頭痛特徵： 1. 頭痛具有以下至少兩項特徵： * 單側位置 * 搏動性 * 中度或重度疼痛 * 日常身體活動（如走路或爬樓梯）會加重疼痛。 2. 畏光及怕吵 (Photophobia and phonophobia)。 3. 視覺預兆 (Visual aura)。 E. 不被其他前庭疾病或ICHD-3診斷更好地解釋。

（圖／台灣頭痛學會製作）

Triptan類藥物）來治療。因此，主訴反覆頭暈的病人，建議看診醫師也應詢問有無偏頭痛病史，以及暈眩與頭痛發作之關聯性。

結語：偏頭痛是疾病，不是症狀！

偏頭痛是一種常見，且很干擾生活的頭痛疾病，也是頭痛門診最常診斷的頭痛疾病。但也因為太常見，很多人都有經歷面對過偏頭痛的發作，而造成民眾對偏頭痛有各式各樣、不完全正確的概念與治療的偏方。

這些對偏頭痛的誤解，對發作頻率很少的患者，可能影響相對不大。但對發作頻率很高，甚止已經有止痛藥物過度使用狀況的偏頭痛病患，常導致她／他們採用了不正確的治療方向，不但不能改善偏頭痛，更可能使偏頭痛更加惡化！

希望這篇文章能帶讀者認識偏頭痛及其常見的誤解，進而讓周遭飽受偏頭痛困擾的親朋好友，能及早面對並接受正確的偏頭痛治療。🙏





認識不典型巴金森氏病： 一群易被誤解的神經退化性疾病

文／神經部 巴金森暨動作障礙科 主治醫師 黃匯淳

巴金森氏病（Parkinson's disease）是第二常見的神經退化性疾病，以動作緩慢、顫抖、肌肉僵硬和步態不穩為主要症狀。然而，除了典型的巴金森氏病之外，在臨床上還存在一群被稱為「不典型巴金森氏病」（Atypical Parkinsonism或Parkinson-plus syndromes）的疾病，這些疾病在早期症狀上可能與典型巴金森氏病相似，但疾病進展速度較快、對藥物治療反應較差，並伴隨更多非運動性症狀。本文將針對不典型巴金森氏病進行介紹，幫助讀者理解其特徵、分類、診斷與治療。

什麼是不典型巴金森氏病？

不典型巴金森氏病是一群以巴金森症狀為表現的神經系統退化性疾病，但其病理機轉、症狀及疾病進展方式與典型巴金森氏病有所不同。它們通常進展較快，預後較差，並且通常對典型巴金森氏病的治療方式（如左旋多巴藥物）反應不佳。

這類疾病又被為「巴金森附加症候群」（Parkinson-plus syndromes），因為患者除了出現類似巴金森氏病的動作遲緩、肌肉僵硬與震顫之外，還有其他神經症狀，如自主神經失調、認知退化、語言障礙、眼球運動異常等。

不典型巴金森氏病的類型

1 多發性系統退化症 Multiple System Atrophy, MSA

多發性系統退化症是一種罕見，但進展迅速的神經退化性疾病，根據主要症狀又分為：

- ① **MSA-P（以巴金森症狀為主）**：與典型巴金森氏病相似，但對藥物反應差。
- ② **MSA-C（以小腦症狀為主）**：表現為步態不穩、共濟失調等小腦功能異常。

特徵包括

自主神經功能障礙（如姿勢性低血壓、尿失禁）、平衡與協調困難、肌肉僵硬與運動困難等特徵。

2. 進行性上眼神經核麻痺症 Progressive Supranuclear Palsy, PSP

進行性上眼神經核麻痺症是一種以平衡障礙與眼球運動困難為主要特徵的疾病，常見症狀包括：垂直眼球運動障礙、走路困難、聲音沙啞、口齒不清及吞嚥困難。

3. 大腦皮質基底核退化症 Corticobasal Degeneration, CBD

大腦皮質基底核退化症常見症狀包括：單側肢體僵硬、運動遲緩、感覺自己的手不像自己的、語言困難與認知障礙、肌張力異常與不自主動作。此類疾病對藥物反應通常不佳，且病情進展迅速。

4. 路易體失智症 Dementia with Lewy Bodies, DLB

路易體失智症是一種認知障礙先出現，之後伴隨巴金森症狀的退化性疾病，患者的症狀會時好時壞。特徵包括：認知波動明顯、視幻覺、輕微的巴金森症狀及睡眠障礙（快速動眼期行為異常）。

不典型與典型巴金森氏病的差異

特徵	典型巴金森氏病	不典型巴金森氏病
發病年齡	常在60歲以後	常在60歲以前或更早
對左旋多巴藥物反應	良好	通常效果不佳
症狀進展	緩慢	快速
非運動症狀	漸進式出現	初期即出現多樣症狀
認知功能障礙	晚期才出現	早期即可能明顯

診斷方式

診斷不典型巴金森氏病依賴臨床評估與影像檢查，包括：

1. 病史與神經學檢查：觀察症狀出現的時間與順序。
2. 腦部影像檢查（如腦部核磁共振掃描）：有助於排除其他病因，或發現特定的腦萎縮樣貌（如小腦、中腦萎縮）。
3. 多巴胺轉運體掃描（99mTc-TRODAT-1 SPECT）：評估多巴胺傳導系統功能。
4. 自律神經功能測試：如姿勢性低血壓測試、膀胱功能檢查。

目前尚無單一檢查可明確診斷所有不典型巴金森症，需仰賴多項綜合評估。



治療與照護

由於不典型巴金森氏病對傳統巴金森藥物治療反應有限，治療重點為症狀控制與支持性照護，包括：

1. 藥物治療

1. 左旋多巴：可能短期有效，但效果不如典型巴金森氏病患者。
2. 肌肉鬆弛劑、抗痙攣藥：緩解不自主運動。
3. 抗憂鬱藥或抗精神病藥：處理認知與情緒問題。



示意圖非當事人

- ④ **調整自主神經功能的藥物**：如治療低血壓或膀胱功能異常。

2. 非藥物治療

- ① **復健訓練**：物理治療、職能治療與語言治療可延緩功能喪失。
- ② **營養與吞嚥管理**：避免吸入性肺炎與營養不良。
- ③ **心理支持與照護者教育**：幫助家屬了解疾病進程與照護技巧。

預後與生活品質

不典型巴金森氏病通常進展較快，預後

較差。許多患者在幾年內即需使用輔具，甚至完全依賴他人照護。儘管目前尚無根治方法，透過專業團隊的介入，仍可改善患者的生活品質、延緩退化。

結語

不典型巴金森氏病是一群複雜且進展快速的神經退化性疾病，早期正確診斷對於病情管理與家庭安排具有重要意義。隨著神經影像學與生物標記技術的進步，未來有望能更早辨識這些疾病，並開發出更有效的治療策略。🕒

剖析川崎氏症 典型非典型，完整不完整

文／中醫大兒童醫院 兒童心臟科 主治醫師 彭義欽

示意圖非當事人

自從COVID-19後大家就耳熟能詳很多「非典型」，但若要說起疾病中的「非典型」兒科中的川崎病（Kawasaki disease KD）應該可說是歷史悠久。

典型的川崎病從川崎富作（Kawasaki Tomisaku）醫師於1961年首次觀察到一群日本兒童有（1）發燒、（2）皮疹、（3）唇紅、（4）雙側非化膿性結膜炎、（5）手足紅腫與（6）頸部淋巴結腫大等特徵。1967年發表50例報告，正式定義一種新的兒童發炎性疾病。川崎病的病因至今仍不完全明朗，但多數研究認為它是由遺傳體質與感染誘發之免疫反應交互作用引起的一種自限性系統性血管炎，主要影響兒童，尤其是5歲以下。明顯地區性差異日本、韓國、台灣等東亞地區盛行率是全球最高。

不完整表現川崎病
「Incomplete Kawasaki Disease iKD」

指的是有些病童即使沒有滿足典型川崎病的五大臨床特徵，仍會發生與川崎病相符的冠狀動脈病變。臨床上對這種「症狀未完全符合典型川崎病」之病患的觀察與描述最早於1991年由Rowley et al.提及發表；並於2004年由American Heart Association（AHA）發布的診斷指引中正式提出並定義：「持續發燒 ≥ 5 天，但僅出現 < 4 項典型KD臨床症狀」。

非典型川崎病
「Atypical Kawasaki Disease」

患者可能滿足完整或不完整KD診斷標準，但有少見或不尋常的臨床症狀，為其特色。如腎功能損害、單側周圍面神經麻痺、無菌性腦膜炎，睪丸腫脹、肺結節和或浸潤、胸腔積液、關節炎、膽囊腫大，腹瀉、嘔吐和腹痛、急性手術腹部等在大多川崎病中不常見的表現。



示意圖非當事人

典型KD的診斷症狀（須符合≥5天發燒＋下列至少4項）

症狀項目	描述	盛行比例（%）
1.結膜炎（雙側、無化膿）	非滲出性、紅眼，無痛、無分泌物	85～90%
2.口腔變化	紅唇、草莓舌、口腔黏膜潮紅	90～95%
3.四肢變化	手腳腫脹、掌蹠紅腫、後期指端脫皮	80～90%
4.多形性紅疹	一般為軀幹紅疹，但形式變化大	70～90%
5.頸部淋巴結腫大（>1.5 cm）	通常單側，並不常見	50～75%

在亞洲，不完整表現川崎病盛行率約在10%-20%，特別是在年齡較小的嬰兒（<6個月）與年齡較大的兒童（>5歲）更容易不完整臨床表現，甚至可以高達40%皆是臨床表現非典型。川崎氏症盛行率較低的美國與歐洲地區，其不完整表現川崎病的比例約佔所有川崎病病例的15%-36%，反而比亞洲更高。

一般解釋亞洲兒童通常具有較強的發炎反應與典型皮膚症狀，容易被早期診斷為典型KD。而非亞洲人種可能因免疫反應較弱或不同，出現症狀不完整，進而提高iKD機率（Shan et al, 2018）。但對於非典型川崎病在全球缺乏完整盛行率統計，但因為罕見的器官系統表現，致使在診斷及治療上更具挑戰性，但不管哪種類型的川崎氏症，對於最終冠狀動脈病變風險與典型KD比較並不會降低。

須慎防治療延遲

不完全表現與非典型川崎病常因診斷困難與治療延遲（尤其是免疫球蛋白IVIG注射超過發病10天後），出現冠狀動脈瘤的風險甚至高於典型川崎病，特別是<6個月嬰兒的族群，冠狀動脈瘤風險特別高（甚至可能高於20%, Jones et al, Circulation 2024;150:e481）

正因如此，臨床上對於持續發燒大於五天，特別是6個月以下嬰兒。「疑似但不完全符合診斷KD標準」的病童，應依照AHA 2024指引（Circulation 2024;150:e481），積極採取血液檢查（白血球上升，血小板升高，肝功能升高，發炎指數上升…），心臟超音波檢查冠狀動脈變化等輔助診斷，及早確定診斷及時給予免疫球蛋白治療，避免冠狀動脈瘤產生機會。🏥

別被微笑騙了！ 認識非典型憂鬱症：情緒背後的真相

文・圖／精神醫學部 主治醫師 林沐春

示意圖非當事人

「你看起來這麼樂觀，怎麼可能會憂鬱？」
「明明笑得很開心，卻說自己過得不好？」

你是否也曾聽過類似的話語？事實上，憂鬱症不總是以一張憂鬱的臉孔出現。有些人表面看起來情緒開朗、甚至笑容滿面，但內心卻承受著極大的痛苦，這就是俗稱的「微笑憂鬱症」（smiling depression），在精神醫學中，我們稱之為「非典型憂鬱症」（atypical depression）。



憂鬱症也有不同「型」？

我們熟知的憂鬱症之症狀，通常是所謂的「典型憂鬱症」（melancholic depression）：情緒低落憂鬱、開心不起來、失去樂趣、早醒、食慾下降、全身無力、自責、對未來感到絕望、想傷害自己等症狀。但「非典型憂鬱症」雖然同樣屬於重鬱症的一種，其臨床表現卻可能大不相同。

非典型憂鬱症的常見症狀包括：

- ① 情緒可以有「正面」反應：雖然長期感到心情低落，但若遇到正向事件仍能感到高興，例如與朋友出遊、獲得稱讚，仍會短暫「開心」。
- ② 過度嗜睡與食慾增加：不像典型憂鬱症常見的失眠與食慾差，非典型憂鬱症患者可能變得愛睡、暴食，甚至體重上升；或反覆在兩種極端擺盪。

③ **四肢沉重感**：覺得手腳像灌鉛一樣沉重，無力活動，整天沒有動力躺在床上，連做一件平常很容易的事情都很困難。

④ **對人際關係過度敏感**：和其他人相處時，更容易因為感到被拒絕／否定，對人際摩擦更敏銳，或有衝突時體驗到強烈沮喪。

這些症狀可能讓人誤以為只是「工作太忙」、「個性比較敏感」、「抗壓性太低」，延誤了接受精準的診斷與治療的機會。非典型憂鬱也常合併：焦慮障礙、恐慌症，或被診斷為雙相情緒障礙而被忽視，需要敏銳的觀察才能精確診斷。

為什麼需要區分「典型」與「非典型」？

不同類型的憂鬱症，在病因、病程與治療反應上可能有所差異。例如，有研究發現，非典型憂鬱症的患者較可能在青少年時期發病，並伴隨焦慮症／恐慌症或身體化症狀（如噁心／腸胃不適、頭痛／頭暈、慢性疼痛、疲勞）或物質使用障礙（如酒精成癮）等共病；也更容易呈現慢性化、長期的病程。

在藥物治療上，現今仍以選擇性血清素再攝取抑制劑（SSRI）為第一線藥物，但非典型憂鬱對早期的抗憂鬱藥物——三環類抗憂鬱藥物（TCA），也會有不錯的治療反應。臨床醫師會根據病患的個別症狀與過往反應，做出最合適的組合，或是提供其他替代藥物或輔助治療，也可以跟醫師詢問非藥物的治療方式（如非侵入性的rTMS重複性經顱磁刺激）。

此外，非典型憂鬱症的患者也更可能出現人際及社交障礙——甚至出現社交退縮與自我傷害風險。或是因為社會壓力容易感到

憂鬱症也有不同「型」？	
典型憂鬱症 vs. 非典型憂鬱症	
典型憂鬱症 (melancholic depression)	非典型憂鬱症 (atypical depression)
 情緒僅負面 無法對正向事件開心	 情緒有正面 遇到好事會笑會開心
 睡眠狀況 失眠、早醒	 睡眠狀況 嗜睡、睡眠時間過長
 食慾狀況 胃口下降、體重減輕	 食慾狀況 暴飲暴食、體重上升
 身體感覺 離心緒變化	 身體感覺 手腳沉重

自責，掩飾內心的憂鬱，外表看起來開朗而不容易被查覺。因此心理諮商與認知行為治療（CBT）及心理健康資源的支持性介入更是重要的一環。

別再以為「笑著」就沒事

心理健康的挑戰，常常隱藏在不易察覺的細節中。一個表面正常、甚至幽默風趣的人，可能正處在情緒風暴的中心。若您發現身邊的人，出現表面上開心，卻透露出長期心情低落、觀察到過度疲憊、飲食與睡眠習慣改變，或對人際關係感到過度敏感等困擾，不妨尋求專業評估。憂鬱症不只一種面貌，正確認識不同類型才能對症下藥，早日重拾生活的力量。🌱

中醫論非典型病症與辨證論治之輔助療法

文／中醫部 中醫內科暨診斷科 主治醫師 吳美瑤

在日常生活中，許多人在身體不適時會尋求醫療協助，期待醫師能迅速找出病因並提供治療，現今醫療科技進步，疾病診斷技術日益精準，的確也解決了很多問題。然而，某些病症的表現卻常常不像教科書上所描述的那樣明確，這類「表現不典型」的疾病，我們稱之為非典型病症，導致診斷延遲或治療無效，這就是所謂的非典型病症。

非典型症狀易被忽視而低估嚴重性

此類病症常出現在特殊族群（如老年人、女性、兒童）、免疫功能異常患者，或因個體差異而造成表現偏差，例如老年人罹患肺炎時可能不會出現發燒或咳嗽，而僅表現為食慾不振或精神不濟；某些女性或糖尿病患者發生心肌梗塞時，不會出現劇烈胸痛，而是以噁心、腹痛或疲倦為主要症狀，這些非典型症狀容易被病人忽視，也容易讓醫師低估病情的嚴重性。

中醫學強調「整體觀念」與「辨證論治」，即在診療上重視病人的整體狀況，而非僅針對單一病灶進行處理。此外，中醫學也不僅針對個別疾病診治，常需結合「辨病論治」與「辨證論治」，對於非典型病症，中醫的個體化與全人思維及辨證論治正好補足現代醫學以疾病分類為主的局限。因此，針對非典型病症，若能從中醫的角度出發，使用辨證論治的方法，或許能提供另一層面上的診療輔助，達到提升療效之目的。

中醫學對於非典型病症的診療優勢可能有以下三點：

① **強調體質差異與個別化治療：**即使是相同的疾病，不同的人可能會有不同的症狀與病機，這就是「同病異治」的概念。中醫會根據病人的體質（如氣虛、陽虛、陰虛、血瘀等）、舌象、脈象、情緒變化與生活習慣等因素進行全面評估。

② **對隱性病機的敏銳度高：**中醫治病講究「未病先防」、「已病防變」，即使症狀未明顯表現，也可從脈象、舌苔或其他細微變化中推斷潛在病機，進行預防性或輔助性調理。

③ **治療方式多元靈活：**除了藥物治療外，中醫還可透過針灸、艾灸、推拿、食療與情志調攝等方法，進行非藥物性的輔助治療，對某些不明原因的慢性疲勞、失眠、內分泌失調等非典型病症，具有良好的調理作用。

以下針對幾類常見的非典型病症，從中醫角度進行分析與輔助療法建議。

一 非典型心血管疾病

- **表現：**無明顯胸痛的心肌梗塞，可能感到背痛、胃脹、腹痛、心悸或疲倦。常見於女性、老年人或糖尿病患者。
- **中醫辨證論治：**可能有氣滯血瘀（背痛）、脾胃氣滯或氣虛（胃脹、腹痛），或心的陰陽氣血虧虛（心悸、疲倦），病人可能伴見舌淡紅或紫暗，邊齒痕，苔薄白或少，舌下絡脈怒張，脈沉細乏力或弦澀等，偏氣陰虛夾血瘀的病人。

臨床可使用炙甘草湯或生脈飲合血府逐瘀湯加減治療，偏陽虛者可用桂枝甘草湯加減治療，酌加養心安神藥如酸棗仁、柏子



仁或重鎮安神藥，如龍骨、牡蠣，搭配針灸（內關、心俞），加強心臟功能與安神作用。

二 非典型感染

- **表現：**無發燒、症狀不明確，如嗜睡、精神差、胃口變差，常見於老年人與免疫低下者。
- **中醫辨證論治：**一般屬於正虛邪伏，因氣血虧虛，衛氣不能固表，導致人體易受外邪侵襲而反覆感染，正氣虧虛不能抗邪於外，因此感染誘發的免疫反應及發燒等現象較不顯著，常表現出氣虛或陽虛。

此時需補氣或溫陽來加強免疫反應，祛邪外達，可用參蘇飲、人參敗毒散或麻黃附子細辛湯等加減治療，平常沒有感染時則可使用玉屏風散加減，配合艾灸足三里提升免疫力，預防感染。

三 非典型胃食道逆流

- **表現：**無典型胃灼熱或胸口痛，而是喉嚨異物感、慢性咳嗽、聲音沙啞等。
- **中醫辨證論治：**咽喉異物感在中醫辨證上常屬胃氣上逆，氣機阻滯導致的津液停聚為痰飲，痰氣交阻於咽喉，臨床上常使用半夏厚朴湯加減治療，嚴重者也可使用旋覆花帶赭石湯加減。

若病人的症狀表現與情緒相關，則伴隨肝氣犯胃（因情緒影響自律神經而導致胃失和降），可搭配四逆散、逍遙散、柴胡疏肝散或左金丸條暢肝氣，搭配針灸內關、足三里、太衝等改善胃食道逆流。

四 非典型帕金森氏症

- **表現：**無明顯靜態性顫抖，僅表現為動作遲緩、僵硬、口齒不清、容易跌倒，且症狀多同時發生在雙側，可能伴隨早期失智，並且對左多巴胺類藥物反應不佳，疾病進展和功能衰退比典型帕金森氏症更快，運動和非運動功能快速下降，導致約50%的患者在症狀出現後三年內需要助行器。
- **中醫辨證論治：**僵硬遲緩及步態不穩，在中醫辨證上多屬肝腎虧虛導致的筋骨不利，依照病人偏熱證（身體燥熱、眠差、盜汗、口乾）或寒證（畏寒、四肢冰冷、大便軟散不成形）。

分別使用知柏地黃丸或八味地黃丸加減治療，寒熱表現不明顯者也可使用地黃飲子滋腎陰，補腎陽，化痰開竅，或酌加安神定志丸益腎安神；若失智嚴重者，屬腎精虧虛，可能需要加上血肉有情之品如鹿茸、龜板等填補腎精。

結語

綜觀上述非典型疾病，可以發現在中醫大多屬於虛證，可能因病人的陰陽氣血虧虛，導致疾病發生時人體較難產生典型的疾病表現。非典型病症的診療挑戰，在於其「不尋常」的症狀，讓患者與醫師都容易忽略病情的本質。

中醫辨證論治強調從整體觀察、細節推敲，或許能用於輔助現代醫學疾病診斷與治療，尤其是在疾病尚未明確、治療反應不佳或對西藥治療有副作用的病人，發揮其「調整體質、扶正祛邪」的重要價值。🌿



潛伏期的重要性

文／家庭醫學部 主治醫師 林承鋒

傳染病防治這個領域，「潛伏期」一直都是個很重要的概念，不論是病毒或細菌等感染，都會有所謂的潛伏期。而潛伏期細分的話，通常會有兩種：（1）症狀潛伏期（Incubation Period），是指個體自接觸病原體到出現症狀的這段時間。（2）傳染力潛伏期（Latent period）從感染病原體開始，到開始具有傳染力（開始能夠傳染別人）的這段時間。

大眾認知到的潛伏期常是指症狀潛伏期（Incubation Period），但不論是哪一種潛伏期，都能夠幫忙更精準地判斷疾病，對於後續的預防控制有很大的幫助。

一 潛伏期的長短

不同的病原體，其症狀潛伏期長短差異很大，流行性感冒病毒的潛伏期通常只有1至3

天，而麻疹、登革熱等則為數日至兩周，新冠病毒（COVID-19）也為2至14天不等；但某些疾病潛伏期，可達到數周甚至到數年之久，像是B型肝炎病毒潛伏期可以到45-180天，而愛滋病能達到5-15年。透過了解疾病的潛伏期，醫師能更準確地進行流行病學追蹤，並針對潛在個案採取隔離、觀察或治療等措施。

二 潛伏期的差異性

上述有提到潛伏期不是固定的數值，可能因個體免疫力、年紀、病原體變異、感染程度等因素而有所不同。像是新冠病毒在不同變異株間的潛伏期長短也有所變化，Omicron變異株的潛伏期平均比原始株短，這會讓病毒擴散更快，也會使得相關感染控制變得更複雜，必須考慮到最短與最長潛伏期之間的範圍，並制定具彈性的觀察與隔離策略。

三 潛伏期與疾病控制

潛伏期的長短會影響檢測與診斷策略。潛伏期較短可盡早進行篩檢，避免錯過感染初期的介入時機；相對來說潛伏期較長，必要時要延長觀察，確保無症狀者沒有被感染。前面有提到兩種不同的潛伏期長短也會影響，這種區別在容易散播的傳染病尤其重要，例如COVID-19或麻疹，許多人在無症狀階段已經能傳染別人，這就是「傳染潛伏期短於臨床潛伏期」，發病前已經有傳染力，對於疾病掌握會較困難，必要時會隔離來達到防疫控制的效果。

四 潛伏期與疾病預測模型的結合

潛伏期與世代間隔（Generation Interval，指最初感染的人症狀與第二波感染的人出現症狀的時間差）常一起列入應用，其餘還包括接觸頻率、傳染能力、病程長短等都會影響後續風險評估。

以上舉例，若某地區或聚集熱點出現感

染接觸者，需根據潛伏期與世代間隔等進行推算，並加上其餘相關因子，推測何時會出現新的感染症狀患者以及可能的擴散程度，從而及時醫療資源介入與控制措施。最近人工智慧蓬勃發展，未來或許可以結合大數據應用於臨床需求，以達到更準確的推估。

結語

潛伏期看似只是疾病過程中暴風雨前的寧靜，但其對於疾病的預防控制、診斷與後續模型推估等都十分關鍵。潛伏期運用的不只是新興的傳染病，包括常見旅遊醫學、性傳染病等領域，這是每位民眾面對不同的疫情，必須對於相關疾病擁有的基礎認知。

許多資料顯示，同一個疾病傳入不同的國家，若缺乏及早介入，可能會使感染指數式的上升，而這當中，需要大家去瞭解相關知識並配合公衛政策、從自身做起，尤其在全球互通有無的現在，傳染病大規模傳染前，試著有效切斷疾病傳播鏈，保護自己也能夠保護他人。🌐





示意圖非當事人

守護父親的健康 中老年男性健檢項目建議與介紹

文／社區暨家庭醫學部 高齡醫學科 主治醫師 賴冠宇

隨著年齡增長，身體機能逐漸改變，中老年男性面臨的健康挑戰也隨之增加。為了維持良好的健康與生活品質，定期健康檢查成為不可或缺的一環。透過早期的全身健檢，我們可以及早發現潛在問題，採取預防或治療措施。以下為大家介紹中老年男性相關健檢項目，並說明其重要性，帮助大家更了解如何守護健康。

為什麼中老年男性需要定期健檢？

進入40歲後，男性身體的代謝、免疫力與器官功能開始逐漸下降。心血管疾病、癌症、攝護腺問題、糖尿病、膽固醇、高血壓、高尿酸、骨質疏鬆、失智等疾病的風險隨之上升。許多慢性病在早期並無明顯症

狀，若等到不適才就醫，往往已錯過最佳治療時機。因此，定期健檢能早期發現問題，並及早治療與預防。

建議健檢項目

以下是針對常見健康問題的健檢項目建議，涵蓋全身性檢查與個別器官的評估：

1 基本健康篩檢

- 身高、體重、身體質量指數（BMI）、腰圍、體脂率、血壓測量、理學檢查：肥胖與高血壓是心血管疾病的主要風險因子、透過初步評估掌握身體基本狀況。
- 血液檢查：
 - 全套血球檢查：主要檢查紅血球、白血球、血小板等，可以幫助診斷貧血、感

染、發炎、血液疾病（如白血病）或其他健康問題。

- 血液生化檢查**：分析血液中的化學成分來評估身體器官功能和代謝狀態的檢驗，包括肝腎功能、血糖（空腹血糖、糖化血色素）、血脂（總膽固醇、低密度脂蛋白、高密度脂蛋白和三酸甘油酯）、電解質、酸鹼平衡、尿酸、乳酸脫氫酶或肌酸激酶等。幫助了解肝臟、腎臟、心臟、代謝系統等健康狀況。
- 尿液分析**：通過分析尿液的物理、化學和顯微鏡特性來評估健康狀況，特別是腎臟、泌尿系統和代謝功能的狀態。用於診斷尿道感染、腎結石、腎臟疾病及監測慢性疾病（如高血壓、糖尿病）的影響。

2 心血管健康檢查

心臟病與中風是中老年男性的主要健康威脅，建議項目包括：

- 心電圖**：檢查心臟電氣活動，發現心律不整或缺血性問題。
- 運動心電圖**：用來評估心臟在運動或壓力下的功能，通常是在患者進行身體活動（如在跑步機上跑步或踩腳踏車）時，通過電極記錄心臟的電活動。主要檢測心臟疾病、評估運動耐受性、診斷心律問題。
- 心臟超音波**：利用超音波技術檢查心臟結構和功能的非侵入性醫學影像檢查，能觀察心臟的大小、形狀、運動情況以及血液流動狀態。主要評估心臟結構（瓣膜、心肌、心房和心室）、評估心臟收縮和舒張的功能、檢測血液流動、診斷疾病（心臟衰竭、心肌病變或心包積液等）。
- 頸動脈超音波**：檢測頸動脈狹窄程度、斑塊堆積或血流異常，以評估中風和心血管疾病的風險。
- 動脈硬化檢查（Ankle-Brachial Index）**：用來評估周邊動脈疾病（Peripheral Artery Disease, PAD）以及動脈硬化的程度。通過比較腳踝和手臂的血壓，判斷下肢血管是否有狹窄或阻塞，同時也能間接反映全身動脈的健康狀況。
- 冠狀動脈電腦斷層**：利用電腦斷層掃描技術，結合顯影劑來檢查心臟冠狀動脈的非侵入性影像檢查。能提供冠狀動脈的詳細圖像，用於評估血管是否有狹窄、阻塞或動脈硬化等問題。
- 心血管疾病血液特殊檢驗項目**：
 - Lp（a）**：脂蛋白（a）〔Lipoprotein（a）〕是一種由肝臟製造的特殊脂蛋白，結構上類似低密度脂蛋白（LDL），但帶有一個額外的蛋白質—脂蛋白元（a）（Apo（a））。它的濃度主要由遺傳決定，飲食和運動對其影響有限。重要性為高濃度的Lp（a）被認為是動脈粥狀硬化、冠狀動脈疾病、心肌梗塞和中風的獨立風險因子。
 - 陰電性脂蛋白（L5）**：陰電性脂蛋白（L5）是低密度脂蛋白（LDL）依電性強度分成的五個亞級中，陰電性最強的。亞級是造成血管內皮損傷老化、活化免疫細胞和導致斑塊堆積的關鍵脂蛋白。
 - 緻密低密度脂蛋白膽固醇（Small Dense LDL, sdLDL）**：是一種顆粒較小、密度較高的低密度膽固醇（LDL）；相較於一

般低密度膽固醇（LDL），sdLDL更容易穿透血管內皮、被氧化，進而促成動脈粥狀硬化。被認為比傳統的低密度膽固醇（LDL）更具有動脈硬化和心血管疾病風險。有些人即使總膽固醇或低密度膽固醇（LDL）不高，仍可能因sdLDL偏高而潛藏高風險。

- **脂蛋白B（Apo B） / 載脂蛋白A1（Apo A1）比率**：脂蛋白B（ApoB）存在於所有致動脈粥樣硬化脂蛋白中，包括低密度脂蛋白（LDL）、脂蛋白a〔Lp（a）〕、中密度脂蛋白（IDL）和極低密度脂蛋白（VLDL）殘餘物。載脂蛋白A1（ApoA1）是高密度脂蛋白（HDL）的主要蛋白。ApoB / ApoA1比率代表致動脈粥狀硬化脂蛋白和抗動脈粥狀硬化脂蛋白之間的平衡，幾項大型前瞻性研究表明，ApoB / ApoA1比率作為風險指標的表現與傳統脂質一樣好，而且往往更好。

3 攝護腺健康評估

攝護腺問題（如攝護腺肥大或攝護腺癌）在中老年男性中相當常見，尤其50歲後風險顯著上升。

- **攝護腺特異抗原（PSA）檢測**：以血液檢查測量PSA濃度，升高可能與攝護腺肥大、發炎或癌症有關。
- **PHI（攝護腺健康指數，Prostate Health Index）**：傳統PSA是攝護腺肥大、發炎和癌症都可能升高的指標，PHI是由三種PSA的變化型態計算而來，包括總PSA、游離PSA（free PSA），以及一種叫〔-2〕proPSA的

特殊形式。透過這些數值的比例組合，PHI能提供一個整體風險評分，幫助醫師判斷您罹患攝護腺癌的機率。一般來說，PHI分數越高，表示罹患攝護腺癌的機率也越高。

- **直腸指診（DRE）**：醫師戴手套經肛門觸摸攝護腺，評估是否有硬塊、腫大等異常，作為PSA的輔助檢查，通常合併進行。
- **泌尿系統超音波**：超音波掃描膀胱與攝護腺，檢視大小、結構是否異常。

4 消化系統檢查

胃腸道疾病（如胃食道逆流、胃潰瘍、大腸息肉、大腸癌）在中老年階段逐漸顯現，建議：

- **胃鏡**：透過細長可彎曲的內視鏡，經由口腔進入食道、胃部與十二指腸，檢查是否有發炎、潰瘍、幽門螺旋桿菌或腫瘤等異常，檢查範圍食道、胃、十二指腸。
- **大腸鏡**：透過肛門插入長型內視鏡，觀察整段大腸與直腸內部，有無息肉、出血、發炎或早期癌變，檢查範圍直腸至盲腸。
- **糞便潛血檢查**：簡單且無侵入性的初步篩檢，用來偵測糞便中是否含有看不見的微量出血。這些出血可能來自大腸息肉、潰瘍，甚至是早期的大腸癌，因此是目前大腸癌早期篩檢最常見的工具之一。

5 骨質密度檢查

許多人認為骨質疏鬆是女性才需要擔心的問題，其實不然。隨著年齡增長，中老年男性的骨質也會逐漸流失，骨頭變得脆弱、容易骨折，尤其是髖部、脊椎與手腕這些部位。

- **雙能X光吸收儀（DXA）**：針對腰椎與髖骨等重要部位，準確度高、檢查快速，輻射劑量也非常低，不需禁食，是非常安全的檢查方式。

6 癌症篩檢

除了攝護腺癌、胃癌、大腸癌，其他常見癌症如肺癌、肝癌也需關注：

- **低劑量胸部電腦斷層（LDCT）**：適合有吸菸史或高風險者（如每日至少一包，持續30年以上），建議進行低劑量電腦斷層掃描（LDCT），以便早期發現無症狀的肺部腫瘤。這種檢查比傳統胸部X光更敏感，特別適合高風險族群。
- **腹部超音波與甲型胎兒蛋白（AFP）**：針對有肝炎病史或酗酒者，檢查肝癌的風險，腹部超音波為安全、無輻射、無侵入性的影像檢查，可檢查：肝臟、膽囊、胰臟、脾臟、腎臟、膀胱等器官。利用高頻音波掃描腹腔內的器官，藉此了解是否有結構異常、腫瘤或結石等問題並搭配甲型胎兒蛋白（AFP）檢測。



示意圖非當事人

— 如何選擇適合的健檢方案？ —

健檢項目並非越多越好，而是應根據個人年齡、生活習慣與家族病史量身訂做。例如：

- **40-50歲**：以基礎檢查為主，關注心血管與代謝健康。
- **50-60歲**：可以增加攝護腺、消化系統檢查。
- **60歲以上**：考慮全面評估，包括心血管風險、代謝疾病、消化系統、骨質密度與癌症篩檢等。

建議在健檢前與家庭醫師充分討論，提供個人健康史（如吸菸、飲酒習慣、慢性病或家族相關病史），讓家庭醫師提供最適合的健檢方案。

健檢後的健康管理

健檢只是第一步，後續的健康管理同樣重要。若報告顯示異常，建議按照醫囑進行追蹤或治療；若一切正常，也別掉以輕心。均衡飲食、規律運動、充足睡眠與壓力管理，都是維持健康的關鍵。

健康是人生最重要的財富，而定期健檢則是守護這份財富的聰明選擇。對於中老年男性而言，了解自身需求並選擇合適的健檢項目，能有效預防疾病、延長健康壽命。🌿



口服瘦瘦藥 健保有給付嗎？

文・圖／藥劑部 藥師 陳亭云

示意圖非當事人

「嘴」上享受，心裡想瘦」是不少人與親友共享美食時的真實寫照。根據衛生福利部國民健康署《2017-2020年國民營養健康狀況變遷調查成果報告》指出，我國19歲以上成人中，過輕者占4.3%、正常體重45%、過重26.8%，肥胖則高達23.9%，顯示近一半國人有體重過重的情況。

除了飲食控制與規律運動外，現今也有藥物可輔助體重管理。像是廣為人知的「瘦瘦針」，已獲得食品藥物管理署核准，用於體重控制，做為低熱量飲食及增加體能活動外之輔助療法。

甚麼是腸泌素？

我們在進食後，食物經由口腔進入到胃部消化，接著腸胃道接收營養素後會分

泌腸泌素（incretin），如：類升糖素胜肽-1（glucagon-like peptide 1, GLP-1）和葡萄糖依賴胰島素刺激胜肽（glucose-dependent insulinotropic polypeptide, GIP）。GLP-1由小腸黏膜中的L細胞及胰島alpha細胞分泌，可以增加胰島素分泌、降低升糖素分泌、減緩胃排空速度，並作用在中樞系統降低食慾，具有降低血糖及體重減輕的效果。

口服瘦瘦藥是甚麼？有甚麼功效？

市面上常被稱為「瘦瘦藥」或「瘦瘦針」的藥物，其實都屬於GLP-1受體促效劑（GLP-1 receptor agonist）這一類藥物。口服瘦瘦藥的主要成分為Semaglutide，是一種透過分子生物技術合成、結構上與人體內天然GLP-1激素相似的胜肽鏈（peptide chain）。

它能與GLP-1受體結合並加以活化，進而產生與天然GLP-1相同的生理作用，包括促進胰島素分泌、抑制食慾及延緩胃排空等，有助於血糖控制與體重管理。

口服瘦瘦藥屬於糖尿病用藥，用於治療血糖控制不佳的第二型糖尿病患者。根據臨床試驗顯示，第二型糖尿病患者服用藥品後，相較於未使用藥品的試驗組，可以降低空腹血糖、飯後血糖、餐後升糖素值約20%到30%，且在各項臨床試驗中有27%~45%受試者在試驗結束後體重下降超過5%。

口服瘦瘦藥健保有給付嗎？

根據最新健保給付規範5.1.糖尿病用藥，GLP-1受體促效劑，如：胰妥善（Victoza）、易週糖（Trulicity）、爽胰達（Lyxumia）、胰妥讚（Ozempic），限用於已經接受最大耐受劑量的metformin（如：美克糖）及／或磺醯脲素類（sulfonylurea）藥物（如：瑪爾胰）且併用下列藥品之一持續6個月之後，糖化血色素（HbA1c）仍高於8.5%以上之第二型糖尿病患者：

- （1）SGLT-2抑制劑（如：恩美糖、恩排糖、可拿糖、福適佳、釋多糖）。
- （2）DPP-4抑制劑（如：糖漸平、糖倍平、高糖優美、高糖優適）。
- （3）SGLT-2抑制劑合併DPP-4抑制劑複方藥品（如：糖順平、控糖穩）。
- （4）Insulin（胰島素）。

目前GLP-1受體促效劑僅給付用於治療第二型糖尿病，但口服劑型未列其中，因此口服瘦瘦藥不符合健保給付規範。



甚麼樣的人適合使用口服瘦瘦藥？

建議患有第二型糖尿病合併體重過重（肥胖），且已經使用兩種以上口服降血糖藥品治療中的患者使用。以「降血糖、治療糖尿病」為主要目標，增加胰島素的分泌降低血糖，並利用腸泌素的效果減少食慾、延緩胃排空達到控制體重的效果。

如何使用藥物？服藥後需要注意甚麼？

用法

口服劑型起始劑量為每日3毫克，持續使用一個月，一個月後將劑量增加至每日7毫克，使用至少一個月後，如果需要進一步血糖控制可以將劑量增加到每日14毫克；每日最大劑量為14毫克。藥品應於飯前半小時空腹服用，並配120毫升白開水服用，應整粒吞服，不可剝半、壓碎或咀嚼藥錠，半小時後再服用其他藥品，避免影響吸收。

副作用與注意事項

- 疲勞、倦怠、食慾降低。
- 腸胃道不適，如：噁心、腹瀉、嘔吐、便秘、消化不良、脹氣。
- 急性腎損傷，因腹瀉或嘔吐脫水導致腎臟傷害，需注意水分及電解質的補充。
- 低血糖，併用其他強效降血糖藥，如：磺醯脲素類（如瑪爾胰），需要持續監測血糖，並瞭解低血糖的症狀及處置方式。

結語

俗稱「瘦瘦藥」的口服Semaglutide，為第二型糖尿病患者提供了嶄新的治療選擇。對於需要同時控制血糖與體重的患者來說，是一大助力；而對於害怕打針的人，也有口服劑型可提供選擇，提升了治療的便利性。

雖然目前口服版本不在健保給付範圍內，但仍可自費使用，建議可諮詢新陳代謝科醫師評估是否適合。在此也特別提醒，處方藥須經專業醫師開立，應憑處方箋至藥局領取，切勿私自購買，或使用他人提供的藥

品。為確保用藥安全與療效，請務必經醫師評估後再使用，讓治療更安心、更有效。🌐

參考資料

- Zheng, Z., Zong, Y., Ma, Y. et al. Glucagon-like peptide-1 receptor: mechanisms and advances in therapy. *Sig Transduct Target Ther* 9, 234 (2024).
- 藥品仿單
- 衛生福利部中央健康保險署 藥品給付規定（114年3月18日修訂）
- UpToDate藥品資訊
- 圖片來源：中國醫藥大學附設醫院藥品資訊系統



吃出瘦瘦樣！ 哪些食物有助提升腸泌素？

文・圖／臨床營養科 營養師 呂奕靜

現代社會減肥風氣盛行，為追求輕鬆快速而產生的減重方法五花八門，前些日子刮起一陣旋風的「瘦瘦針」，因為相較傳統減肥方式更能簡單迅速展現減重成效，成為減重市場的新寵兒，甚至供不應求，令許多人叫苦連天。你也在為瘦瘦針缺貨而煩惱嗎？其實，我們的身體早已內建瘦瘦針最重要的激素——腸泌素（Incretin）。只要聰明運用，不必花大錢也能在減重之路助你一臂之力！

何謂瘦瘦針？

風靡全球的瘦瘦針實為一種稱作GLP-1受體促效劑（Glucagon-like peptide-1 receptor agonist）的藥品，其主要成分類似人體腸道分泌的「類升糖素胜肽-1（Glucagon-like peptide-1, GLP-1）」激素，主要作用為預防高血

糖及心血管疾病，原本用於治療第二型糖尿病，然而卻被發現此藥品除了能刺激胰島素分泌、抑制升糖素而降低血糖，還有延遲胃排空與降低食慾等作用來達到減重效果。目前衛生福利部食品藥物管理署也核准此類藥品可經醫師處方用於體重控制，由於大多製成筆針形式供病人施用，而被暱稱為瘦瘦針或瘦瘦筆。

其實身體內建瘦瘦針激素？

風潮席捲全球的瘦瘦針，儘管長期使用下來要價不菲，仍有許多減重信徒趨之若鶩，一度造成國際貨源不足。許多擔心一針難求的人或許不知道，其實我們的身體早已存在調控生理機能的瘦瘦素「腸泌素」，其為攝食之後由腸道內皮細胞分泌的激素。

腸泌素組成成分之一的胜肽GLP-1（Glucagon-Like Peptide-1，類升糖素胜肽-1），正是與體重調控相關的重要激素。當食物經過消化，分解成不同營養素被腸道細胞吸收後，會觸發內皮細胞上的專一性細胞釋出腸泌素。分泌GLP-1的L細胞大多分佈於遠端小腸及大腸，GLP-1被釋放後會作用於胰臟細胞刺激胰島素分泌，以降低血糖。

此外，GLP-1也會影響胃、腦部、肝臟等器官，參與血糖調控、脂肪代謝等多種生理作用，其中降低食慾、延遲胃排空速度正是影響體重控制的關鍵。瘦瘦針的成份便是採取其類似GLP-1於體內產生作用的特性來達到減重效果。

如何提升腸泌素？

正如前文提及，食物攝取後經人體消化分解的營養素可刺激腸道細胞分泌腸泌素。然而，應該攝取什麼食物才能有助於提升腸泌素分泌，使身體內建的瘦素發揮功效呢？

1. 蛋白質食物

研究顯示不同類型的蛋白質，如：乳清蛋白、酪蛋白、麩質蛋白或鱈魚蛋白，皆會增加餐後GLP-1濃度，以刺激胰島素分泌。不僅選擇蛋白質，餐點中的蛋白質含量也是重點。一項2013年的英國研究，設計三種早餐類型，其中受試者吃下蛋白質比例高的餐點後，結果相較於食用高脂肪比例或高碳水化合物比例餐點更增加餐後GLP-1分泌。因此，攝取富含蛋白質的食物，可增加體內分泌腸泌素GLP-1。

- 常見食物：雞蛋、瘦肉、魚、牛奶或優格

2. 發酵性纖維 fermentable fiber

經研究發現富含難消化、發酵性纖維的食物等，經攝食進入腸道後可促使腸道細菌製造短鏈脂肪酸（short-chain fatty acids, SC-FAs），透過腸道細胞上的游離脂肪酸受器，進入細胞參與腸泌素GLP-1生成、增加胰島素分泌，調控血中葡萄糖平衡。攝取難消化發酵纖維還能增加飽足感、減少進食量，避免體重增加，並降低三酸甘油酯於肝臟中累積，對於體重控制有正面效益。

- 常見食物：全穀類（燕麥、大麥）、蔬菜（孢子甘藍、綠花椰菜、胡蘿蔔）、水果和乾豆類

3. 單元不飽和脂肪酸 monounsaturated fatty acids, MUFAs

綜合多篇實驗結果，單元不飽和脂肪酸相較於飽和脂肪酸，可促進腸道L細胞分泌腸泌素GLP-1及增加胰島素敏感性，改善人體的葡萄糖耐受度。研究提及富含MUFAs的橄欖油可以增加血液中GLP-1濃度；而酪梨同時含有膳食纖維，增加餐後飽足感，避免過多熱量攝取，有助於體重控制。

- 常見食物：橄欖油、酪梨、杏仁果、開心果、花生

4. 健康生活型態

除了食物營養素之外，生活習慣也會影響體內腸泌素GLP-1分泌。想要提高體內GLP-1濃度，養成健康生活習慣更是不可少。

● **規律運動：**有氧運動、高強度間歇訓練

2017年一項實驗發現，讓受試者分別進行15分鐘、30分鐘及45分鐘高強度有氧運動（利用自行車測力計運動使受試者最大攝氧量VO2max維持約76%），結果發現30分鐘及45分鐘的高強度有氧運動後，能使體內腸泌素GLP-1濃度立即增加，而15分鐘運動則無變化。

另一研究顯示，相較於傳統建議用來改善心血管健康的中強度連續性運動（慢跑、騎自行車），高強度間歇訓練（interval training, HIIT），於短時間內反覆行高強度衝刺並穿插短暫休息的訓練，似乎更能增加體內

腸泌素GLP-1分泌，影響運動後的食慾調節，展現高效率的減重成果，因而成為現代人減重的流行選擇。

● **充足睡眠**

實驗發現與睡眠時間滿8小時的人相比，睡眠不足（未滿8小時）的人其體內24小時腸泌素GLP-1濃度會受影響，進而影響血糖恆定與食物攝取調控。

結語

無論是因為健康著想或是追求完美身材，減肥似乎成為現代的常態，減肥這條路上有你有我，然而還是建議依據衛福部國民



提升腸泌素方法

蛋白質食物

雞蛋、瘦肉、魚、牛奶或優格

發酵性纖維

燕麥、大麥、綠花椰、胡蘿蔔、水果、乾豆類

單元不飽和脂肪酸

堅果：杏仁、開心果、花生
橄欖油、酪梨

良好生活習慣

規律運動：有氧運動、
高強度間歇訓練
充足睡眠



健康署每日飲食指南之合宜的三大營養素比例（蛋白質10-20%、脂質20-30%、醣類50-60%），採取均衡飲食，避免營養素缺乏，再透過上述飲食調整搭配規律運動習慣及健康生活型態，運用我們身體內建的瘦瘦針激素，不用花大錢也能健康吃出瘦瘦樣！🍷

參考資料

- 衛生福利部食品藥物管理署（2022，12月23日）。瘦瘦筆，減重到底行不行？（藥物食品安全週報第901期）。
- <https://www.fda.gov.tw/TC/PublishOtherEpaperContent.aspx?id=1436&tid=4154&r=374897811>
- Bodnaruc et al. (2016). Nutritional modulation of endogenous glucagon-like peptide-1 secretion: a review. *Nutrition & Metabolism* (2016) 13: 92, DOI 10.1186/s12986-016-0153-3
- Wang et al. (2013). GLP-1 receptor agonists for the treatment of obesity: Role as a promising approach. *Frontiers in Endocrinology*, DOI 10.3389/fendo.2023.1085799
- Adrian Holliday and Andrew Blannin. (2017). Appetite, food intake and gut hormone responses to intense aerobic exercise of different duration. *Journal of Endocrinology* (2017) 235, 193–205, DOI 10.1530/JOE-16-0570
- van der Klaauw et al. (2013). High protein intake stimulates postprandial GLP1 and PYY release. *Obesity* (Silver Spring). 2013 Aug;21 (8): 1602-7, DOI 10.1002/oby.20154
- Mortensen et al. (2009). Differential effects of protein quality on postprandial lipemia in response to a fat-rich meal in type 2 diabetes: comparison of whey, casein, gluten, and cod protein. *Am J Clin Nutr* 2009;90: 41–8. DOI 10.3945/ajcn.2008.27281
- Kahleova et al. (2019). A Plant-Based Meal Stimulates Incretin and Insulin Secretion More Than an Energy- and Macronutrient-Matched Standard Meal in Type 2 Diabetes: A Randomized Crossover Study. *Nutrients* 2019, 11, 486, DOI 10.3390/nu11030486
- Tolhurst et al. (2012). Short-Chain Fatty Acids Stimulate Glucagon-Like Peptide-1 Secretion via the G-Protein-Coupled Receptor FFAR2. *Diabetes*. 2012 Feb;61 (2): 364-71, DOI 10.2337/db11-1019
- Hu et al. (2023). Acute effect of high-intensity interval training versus moderate-intensity continuous training on appetite-regulating gut hormones in healthy adults: A systematic review and meta-analysis. *Heliyon* 9 (2023) e13129. DOI 10.1016/j.heliyon.2023.e13129
- Benedict et al. (2013). Acute sleep deprivation delays the glucagon-like peptide 1 peak response to breakfast in healthy men. *Nutr Diabetes*. 2013 Jun 24;3 (6): e78. DOI 10.1038/nutd.2013.20
- 衛生福利部國民健康署每日飲食指南手冊<https://www.hpa.gov.tw/Pages/EBook.aspx?nodeid=1208>

遠離腫脹痛！ 下肢靜脈曲張 5 治療

文／社區醫學部 家庭醫學科 主治醫師 譚宏威

靜脈曲張是門診常見疾病之一，指的是靜脈因血液回流受阻、靜脈壓力上升，導致血管異常擴張及扭曲。其發生部位包括腿部、臉部、食道（食道靜脈瘤）、陰囊（精索靜脈曲張）、肛門（痔瘡）等，其中又以下肢靜脈曲張最為普遍。在台灣，約20-25%女性及10-15%男性受到下肢靜脈曲張的影響，且隨著年齡增長，發生率也會逐漸上升。

本文聚焦於下肢靜脈曲張，探討其病理機轉、臨床症狀、診斷方式、治療及預防保健。下肢靜脈曲張不僅影響外觀，還可能引發腫脹、疼痛、皮膚變化，甚至是潰瘍等併發症，因此，了解其成因與處置方式，有助於減少疾病帶來的不適。

病理機轉

人體內的靜脈負責將血液送回心臟，靜脈內瓣膜則防止血液逆流，讓血液朝心臟單

向流動。當這些瓣膜受損導致無法閉合時，血液就會倒流；此外，靜脈壓上升也會導致瓣膜閉合失能，使之無法發揮「單向閥」的功能。

症狀

當逆流發生時，部分血液鬱積在下肢，同時靜脈壁開始腫脹、彎曲，形成肉眼可見的靜脈曲張。除了造成外觀上的困擾，患者也常主訴腿部痠痛、沉重感、疲勞感、皮膚癢、夜間腿部抽筋等不適。若長期不處理，甚至可能導致皮膚潰瘍、反覆感染及血管栓塞等問題。

危險因子

靜脈曲張的發生與多種危險因子有關，包括家族史、高齡、女性、懷孕、肥胖、久

坐或久站等。此外，外傷或深層靜脈栓塞也可能損害靜脈瓣膜，使靜脈回流功能受損，進一步促成靜脈曲張的發生。

分期

針對慢性靜脈疾病，國際通用分級系統為美國靜脈論壇提出的CEAP（Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology）。它根據病徵、病因、發病位置及病生理機轉對慢性靜脈疾病進行分級。其中，病徵可分為七個等級（表1）。

表1：下肢慢性靜脈疾病CEAP分級

等級	病徵
C0	沒有可見或可觸摸到的靜脈曲張
C1	微血管擴張或網狀靜脈擴張
C2	靜脈曲張
C3	下肢水腫
C4	皮膚出現濕疹或色素沉澱
C5	曾有靜脈潰瘍，目前已癒合
C6	未癒合的靜脈潰瘍

檢查

臨床上，除了視診皮膚及詢問症狀外，必要時醫師會透過雙功能彩色血管超音波（Duplex Ultrasound）等檢查方法來進一步評估。超音波可協助判斷血管是否阻塞、靜脈曲張範圍、交通枝靜脈是否功能正常等。在治療策略擬定上，超音波檢查也扮演重要的角色。

治療

診斷出下肢靜脈曲張後，醫師會根據病人有無症狀、症狀嚴重度及有無併發症決定

治療方式，臨床上常採用的方法如下：

1 壓迫治療

即穿著彈性襪，可透過外部壓力幫助靜脈回流，藉此紓緩不適。一般來說，彈性襪的壓力分佈設計為足踝部最緊，向上壓力逐漸減少，以促進血液回流至心臟。最佳穿著時機點為早晨睡醒未下床時，直到睡前再脫除。

2 藥物治療

過去研究指出，靜脈活性藥物（venoactive drugs）能增加靜脈血管張力及減少微血管通透性，因此有助於緩解症狀。較常被研究的靜脈活性藥物包含類黃酮（flavonoids，如Diosmin）與皂素（saponins）等。然而，口服藥無法根治靜脈曲張，若病情嚴重，仍需進一步治療。

3 硬化劑治療

將硬化劑注入靜脈中，使血管產生發炎反應進而纖維化。較適用小型靜脈曲張，需多次治療才能達到理想效果。

4 傳統手術

早期的手術方式為靜脈高位結紮及局部抽除手術。這類手術需在半身或全身麻醉下進行，由於術後恢復期較長，短期內可能出現傷口疼痛、瘀血及腫脹，因此近年越來越多人開始考慮接受微創手術。

5 微創手術

靜脈內雷射燒灼（Endovenous Laser Ablation）及射頻消融術（Endovenous Radiofrequency Ablation）是將導管放入腿部靜脈後，



透過雷射光束或射頻能量使靜脈萎縮，從而達到治療靜脈曲張的效果。靜脈內黏膠閉合術（Endovenous glue injection）則是利用導管將藥劑注入靜脈內使之閉合。

預防保健

預防靜脈曲張的關鍵在於維持良好血液循環與減少靜脈壓力。透過健康的生活習慣，如適當運動、控制體重、避免久站或久坐，可降低靜脈曲張風險。此外，睡前抬高下肢15至30度有助靜脈回流，進而減輕腿部腫脹及疲勞感。眾所周知，抽菸會損害血管健康及降低血管彈性，因此戒菸對靜脈曲張的預防也很重要。

結語

靜脈曲張是一種常見但可預防和治療的血管疾病。雖然部分患者僅有外觀受到影響，

但若未及時處理可能導致疼痛不適，甚至發生潰瘍感染。而對已有症狀的患者，及早就醫並選擇適當的治療方式，能有效減輕症狀並預防併發症。

預防下肢靜脈曲張的方法包括適度運動、控制體重、避免久站久坐以及穿著合適彈性襪。從日常保養做起，維持血管健康，才能確保雙腿的輕盈與舒適。🌐

參考文獻

1. Raetz, J., Wilson, M., & Collins, K. (2019). Varicose veins : diagnosis and treatment. *American family physician*, 99(11), 682-688.
2. 樊冠好、李俊秀、余文瑞（2021）。淺談慢性下肢靜脈症。《家庭醫學與基層醫療》，36(9)，282-291。
<https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=P20090727001-202109-202109280009-202109280009-282-291>

日本札幌職能治療研討會之旅

文・圖／精神醫學部 職能治療師 劉光興



2024亞太職能治療學術研討會共有將近2000位各國專業人士參與，其中台灣職能治療師就多達400多位，讓筆者看見台灣職能治療界對國際交流與研究參與的熱忱。

2024年秋天，有幸參加了在日本北海道札幌市舉辦的亞太地區職能治療學術研討會（Asia-Pacific Occupational Therapy Conference）。這次的旅程不僅讓我有機會分享研究成果，更讓我深入體驗了北海道的文化與自然之美。

在這短短的幾天裡，不僅收穫了豐富的專業知識，也結識了來自各國的研究夥伴，

甚至有幸見證了札幌的初雪。此篇文章將與醫訊讀者分享這趟充實的學習之旅。

初到北國的驚喜

第一次踏上北海道的土地，便被這片土地的獨特魅力所吸引。北海道以其優質的農業聞名，從馬鈴薯到玉米，再到各式水果，都展現這片土地的豐饒。湊巧在來訪的前幾

天，天氣涼爽宜人。即使後來轉為濕冷多雨，但最令人難忘的是在農曆立冬那天，居然有幸在「北海道開拓村」目睹了札幌的初雪。這意外地為整個旅程增添了驚喜。

進入專業交流之前，我也探訪了北海道的幾個人文風景，最讓我印象深刻的部分是在小樽的旅行。小樽位於北海道海岸線的港口城市，完整保存了明治時期的建築風貌。漫步在著名的音樂盒及琉璃製品商店街道上，悠揚的音樂盒聲、鐘聲伴隨著古老建築的典雅氣息，讓人彷彿穿越時空。

另外，特別引人深思的是北海道的歷史博物館之旅。那裡詳實記載了愛奴人的歷史，讓我了解到北海道原本並不屬於日本，而是由愛奴人世代居住的土地。這段歷史提醒我們，在推動社會進步的同時，也要警惕不同文化之間的權力失衡可能帶來的傷害。

除此之外，旅程安排的某一天，有幸重逢2024年夏季於印尼龍目島認識的北海道大學健康中心的護理師——由佳小姐。由佳小姐帶著我們參觀北海道大學的健康中心，

健康中心的設施十分令人印象深刻。因為這個健康中心配備了先進的檢查設備，就像一間設施完善的小型醫院，讓我相當驚艷。此外，由佳小姐也帶我們詳細地介紹這所百年學府的校園，校園內的風景同樣令人驚豔，特別是在這個季節，楓葉與銀杏交相輝映，形成了獨特的色彩景致。

那天晚上，我們拜訪了在龍目島認識的近藤老師，並藉此機會參觀了札幌市立大學護理系。學校設備相當新穎，其中最讓我印象深刻的是一個「擬真日本和室」區域。這個空間特別引起我的注意，正是因為它體現了日本對人本照顧的重視。和室中鋪設的「榻榻米」，不僅是傳統的起居空間，也是許多日本人習慣的睡眠場所。

對於習慣睡床的人來說，可能難以想像：當一個習慣睡榻榻米的長者，因為體力不足而無法安全地在地板上躺下或起身時，必須被要求改變生活習慣，改睡在床上。這實在是沒有進入文化的工作者不會容易想到的事，因此留下了深刻的印象。



立冬那天在北海道開拓園區巧遇初雪。



北海道大學一景，剛好時值楓葉與金葉（銀杏）的交界，美不勝收。



我與研究夥伴Ben和近藤老師、由佳小姐一起於日本居酒屋用餐。



札幌市立大學護理學系實習教室，有擬真且帶有日本文化特色的生活起居空間。

學術交流的深度收穫

這次亞太職能治療學術研討會共有將近2000位來自日本、台灣、泰國、印尼、越南、菲律賓、紐西蘭、澳洲等國家的專業人士參與。其中，台灣的職能治療師就多達400多位，這也讓我看見台灣職能治療界對國際交流與研究參與的熱忱。

我與研究夥伴Ben這次的報告主題，聚焦於心理衛生專業人員協助復健期的康復者達到復元的歷程經驗。我們透過訪談三位心理健康的工作者分享其臨床經驗。研究發現揭示了治療關係的建立，是復元過程中的關鍵要素，相當有挑戰也很有趣。

我們以「關懷倫理學」的視角，指出技術能力和情感工作的整合對治療效果的重要性，雖然治療關係帶有專業責任，但不應將其簡化為單純的目標導向技術程序。我們發現情感連結和專業技術並非對立的概念，而是相輔相成的關係。當治療師能夠在保持專業界限的同時，展現真誠的關懷，往往能夠建立更有效的治療同盟關係。這些細膩的互動策略，都是建立良好治療關係的重要

元素。更重要的是，這種治療關係不應該是單向的給予，而是一種相互學習和成長的過程。

在研討會中，我們也特別注意到來自大阪保健大學的寺村晃老師的研究，他分享了如何運用日記書寫來提升長者的生活品質，這樣的創意也讓人相當印象深刻，許多高齡長輩因為年齡增長，或者身體失能導致能夠選擇的活動侷限，而他們透過互動引導式的日記書寫，引導長者如何在生活中安排有意義的生活，實在讓人覺得很窩心，也相當有價值。

此外，我竟有機會在會場遇見我常年關注研究主題的作者群們，Kylie Stewart、Hayley Comforti與Domonica Lovita。這實在讓我感到無比興奮！這群職能治療夥伴在澳洲政府機構工作，主要負責「社區居住的途徑發起者（Pathways to Community Living Initiative）」計畫，致力於協助精神康復者從醫院順利過渡到社區生活。

當我進一步詢問她們，這個計畫是否可視為是一種「去機構化」的深化版本？那



有機會能在會場遇見常年關注研究主題的作者——澳洲職能治療師Dominica與Hayley，讓我感到無比興奮開心合影。

時，Hayley的回應給了我深刻的啟發。她告訴我：「去機構化絕對不能貿然進行，必須確保精神康復者已做好充分準備，能夠在社區中過上安全且有品質的生活。」

這也讓我想到了，近來台灣的社區安全網計畫正開始實施，精神衛生法修法後也將「社區支持」放在工作業務的重心。看到澳洲已經有相當多可靠的經驗，也相當期待能見到台灣的社會支持工作越來越蓬勃發展。

Kylie亦針對社區精神復健進行口頭報告。其研究透過訪談在社區生活良好的思覺失調症患者，歸納出四大類有效的支持系

統：以人為中心的支持、以職能為中心的支持、以環境為中心的支持，以及支持的品質。其中，她的報告最終指出，「支持的品質」是重點。

研究指出，有效的支持必須具備三個特質：支持要有彈性且能因應需求調整、支持要適時且給予充足時間、支持者要以非批判且真誠關心的態度陪伴。這些發現不僅對澳洲具有參考價值，在研討會現場，來自不同國家的治療師也紛紛表示這些發現與他們的臨床經驗相符。

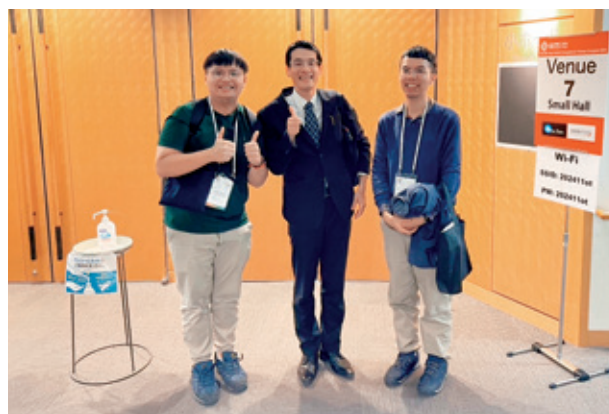
手工藝與療癒的力量

四天研討會最讓我著迷的部分是「手工藝行動（The crativism）」工作坊。Craftivism這個詞彙源自於將craft（手工藝）和activism（社會行動）結合而成，於2003年首次被提出。它強調親手製作的重要性，而非使用現成品。透過手工藝，人們可以傳達重要訊息、實現社會或政治改變、提升大眾意識，或在困難時期傳遞善意。

這種透過手工製作展現關懷與訴求的方式，讓人們能以溫和且持續的方式表達想



於手工藝行動工作坊進行體驗，並認識沙耶加老師與雅之老師，兩位都是日本高教體系的職能治療老師。



與大阪保健大學的寺村晃老師合影。



與中田孝老師重逢，並相約於居酒屋共享晚餐。



APOTC晚宴有幸與Yuki老師、台大潘瓊婉老師合影。

法。從歷史角度來看，職能治療與手工藝行動有著密切的連結。職能治療的起源與藝術及手工藝運動息息相關，特別是在工業革命時期，手工藝被用來幫助那些受工業化影響的社區。在治療層面上，手工藝行動可以作為復健和治療的有效工具，不僅能幫助案主進行自我倡議，同時也能促進放鬆、培養正念以及增進行動能力。

此外，手工藝行動還可以作為討論社會障礙的媒介，讓治療師與案主能夠透過創作過程探討更深層的議題。這種結合手工藝與社會行動的方式，為職能治療提供了一個獨特且有效的介入方向。

研討會分享的案例中，特別令人感動的是廣島和平公園的千紙鶴故事。這原本只是一位原爆受害者佐佐木禎子的療癒活動，卻演變成象徵世界和平的重要符號，每年吸引超過一千萬隻來自世界各地的紙鶴，傳遞著人們對和平的祝願。這些經驗讓我重新思考手工藝在職能治療中的價值，它不僅可以用於功能訓練，更能幫助患者找到自我表達的途徑，建立社會連結，或更是成為某種倡議的符號。

寶貴的台日情誼

在這次研討會上，我有幸重逢了2019年在台灣職能治療學會國際研討會認識的中田孝老師。這份難得的緣分讓我們建立了深厚的台日友誼，即便在疫情期間，我們也透過明信片保持聯繫。

疫情結束後，我更受邀前往千葉縣拜訪他，這段跨越疫情的友誼讓人倍感珍貴。同時也見到了與台灣淵源深厚的精神科職能治療師Yuki Tanaka老師。她曾在台灣工作過，對來自台灣的與會者總是展現出特別的熱情與關懷。這些珍貴的人際連結，讓我深刻體會到職能治療這個專業不僅跨越了國界，更串起了寶貴的情誼。

結語：跨越與融合

這趟北海道之行，不僅讓我在專業領域有所成長，更讓我對文化交流有了更深的體會。從學術研討會的專業對話，到與各國同行的交流互動，再到對當地文化的深入了解，每一個經歷都讓我對職能治療這個專業有了更寬廣的視野。

這次的經驗提醒我們，在追求專業發展的同時，也要保持對不同文化的開放與尊重。唯有如此，我們才能在全球化的浪潮中，既保持專業的精進，又能促進文化的互學互鑑。🌐



中國醫藥大學附設醫院
China Medical University Hospital

自體骨髓間質幹細胞

精準治療退化性膝關節炎 不開刀也能緩解疼痛

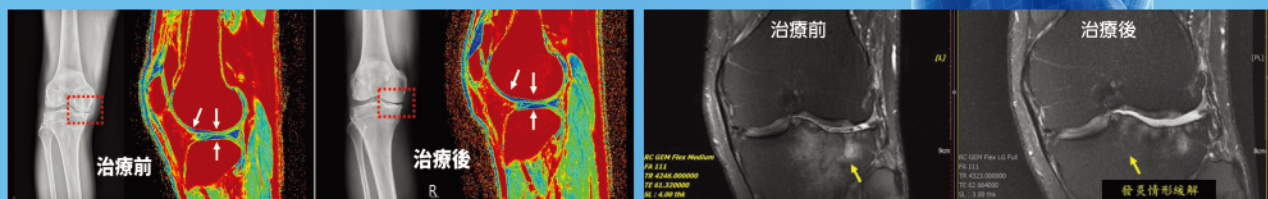
什麼是自體骨髓間質幹細胞療法？

間質幹細胞（MSC）具備多種潛能，可分化為軟骨、神經、心肌等細胞，並具有：

- 組織修復能力
- 抗發炎功能
- 免疫調節效果

使用自體骨髓間質幹細胞（BMSC）注射進關節內，可：

- 修復受損區塊
- 減少發炎反應
- 緩解疼痛
- 增加軟骨再生潛力



治療效果

明顯減輕膝關節疼痛
改善步行距離與行動力
局部病人可觀察到軟骨厚度增加

適用對象

年齡：18 至 85 歲
X 光證實膝關節炎 Kellgren-Lawrence 第 2 級以上
BMI：18 - 35 kg/m³

想了解更多適合您的治療方式？
請洽詢**骨科門診**與專業醫療團隊討論



中國醫藥大學暨醫療體系

China Medical University & Healthcare System

