

院徽與代表意涵



1. 使者權杖：具有調和任何衝突的能力。
2. 兩蛇纏繞：智慧的化身，擁有療傷能力，是治療奇蹟的象徵。
3. 兩翅羽翼：代表熾天使（守護天使）無形無體，以其振動創造生命。
4. 以紅色內外環繞，呈現多重醫療服務暖和感及熾烈燃燒火焰之熱誠態度；以黃色呈現明確的亮度、純度，持著燦爛、輝煌，有著太陽般視病猶親之光輝；以白色呈現清潔、純潔、信賴的服務感覺；底色以黑色襯托呈現生命高貴的重視。

「飛躍四十～傳承與創新」目錄表

第壹篇	編輯緣起	6
第貳篇	歷史沿革與回顧(六合路時期院區圖片剪影)(顧家榮)	10
第參篇	重新出發 迎向高峰(醫療大樓及軍陣醫療大樓肇建)	32
第一章	從中正一路再出發-醫療大樓肇建(柳心雅)	34
第一節	遷移動機與醫療大樓初始規畫	34
第二節	工程肇建與長官訪視	38
第二章	攀向更高峰-軍陣醫療大樓肇建	42
第一節	建構緣起、目標、落成啟用(涂菁芬)	42
第二節	硬體改變後之特色(涂菁芬、楊子弘)	45
第肆篇	成長與茁壯	48
第一章	醫療部之沿革與未來目標(蔡洋廉)	50
第二章	內科部歷史沿革及未來願景(周紹庭)	54
第三章	心臟內科與心導管室的前世今生與未來(吳浩銘)	56
第四章	與時俱進的腎臟科優質醫療服務(陳逸鴻)	60
第五章	胸腔內科大記事(黃樹訪)	63
第六章	感染管制室回顧與展望(葉彥成)	66
第七章	外科部一步一腳印的點點滴滴(歐建佑)	69
第八章	顯微手術於創傷重建手術之展望(吳爭融、陳建安、謝尚卿)	73
第九章	乳癌治療在本院的近況及未來發展(張文演)	75
第十章	脊椎內視鏡手術是脊椎手術的一項革命性成就(歐建佑)	77
第十一章	心臟微創手術(劉原豪)	80
第十二章	神經血管腔內介入治療(歐建佑)	83
第十三章	泌尿科腹腔鏡的發展近況與未來展望(倪英睿)	85
第十四章	攝護腺雷射汽化切割手術(倪英睿)	88
第十五章	教學研究中心沿革(蔡明凱)	90
第十六章	社區健康促進-居民的「好厝邊」(李妃凰)	94
第十七章	細說精神科(張震霖)	100
第十八章	鐵窗對精神醫療的省思-多治療模式的國軍高雄總醫院精神科(陳珮娥)	104
第十九章	承先啟後骨科史(吳宗漢)	108

第二十章	骨科微創手術的進展 (王仁威)	110
第二十一章	牙科部歷史沿革與未來展望 (黃煜程)	114
第二十二章	護理沿革與未來展望 (鄒綉菊)	117
第二十三章	藥回顧 藥展望 (林淵鐸、張有燈)	122
第二十四章	放射科醫學影像數位化之發展 (黃素蘭)	125
第二十五章	門急診部之緣起與變革 (張蔚熙)	127
第二十六章	婦產科-薪火傳承 飛躍四十 (陳彥伯)	130
第二十七章	兒科醫療現況與展望 (劉道遠)	132
第二十八章	耳鼻喉科過去、現在及未來 (袁建漢)	134
第二十九章	跨越四十的復健科 (連雪琴)	137
第三十章	麻醉科歷史演進 (謝長憲)	140
第三十一章	眼科的銳變與發展 (馬玉琴)	143
第三十二章	航太眼科學的研究成果 (林峰祺)	146

第五篇 以病人為中心的優質醫療服務..... 148

第一章	廿一世紀治療新科技-影像導引放射腫瘤治療系統 (謝楊威)	150
第二章	住院全人整合醫療服務 (李楷雯)	153
第三章	藥衛材管理新紀元-UDI條碼智能管理 (史一良)	156
第四章	專業安全護高齡 溫馨友善關懷您 (朱瑞麟)	159
第五章	第四作戰區責任中心醫院 (林柏安)	168
第六章	第四作戰區防疫先鋒 (王莉萍、李台稜)	173
第七章	空中傷患後送醫療作業-縮短拯救生命的時間 (陳正國)	179
第八章	守護南區官兵飲水的水質檢驗室 (陳家瑜、楊曼君)	183
第九章	雲端資訊系統建置作業 (李振中)	187

第六篇 光榮史頁..... 190

第一章	科技、人性化的HIS醫療資訊系統 (李振中)	192
第二章	階段性任務存在的羽蝶農場-淺談曾經存在的美麗 (呂怡蕙)	196
第三章	那一年我們一起抗煞-SARS (賈寶慧)	199
第四章	八八水災醫療支援記要 (陳文光、洪秀玟)	202
第五章	醫院評鑑優等記要 (蔡洋廉)	208

第六章	榮獲國家品質標章 SNQ 認證的醫療務	214
第一節	折翼的羽蝶再飛翔-兒少緊急短期安置中心(沈雅玲).....	214
第二節	成效卓越的中暑防治中心(陳逸鴻).....	219
第三節	優質的急重症醫療團隊-心導管室(謝巧怡).....	221
第七章	動員醫護人力 全力投入氣爆醫療救援(林俊憲).....	226
第八章	○二○六臺南地震醫衛支援-永不放棄拯救生命的機會(莊國源).	231
第九章	持續精進、提昇的高高屏地區急性後期醫療照護團隊(黃惠君).	235
第十章	醫療品質競賽優品獎-降低外科加護病房謾妄發生率(廖紅玉).	237
第十一章	走過四十載 全新感受愛(林俐伶).....	240
第十二章	設施工程投資與更新(涂菁芬).....	242
第十三章	細數歷年醫療品質獲獎成果(謝文鵬).....	248
第柒篇	在醫院的日子	258
第一章	陸軍第八○二總醫院人事服務的扛霸子-前行政組陳永祥士官長 (顧家榮).....	260
第二章	見證八○二成長-從少女到阿嬤的黃邦琳大姐(韓婉榮).....	263
第三章	見證八○二成長-從不相信到相信(林素瑄).....	266
第捌篇	未來展望與努力方向	268
第一章	中、長程目標說明(蔡洋廉).....	270
第二章	走在趨勢前端的複合式手術室設置(吳宗翰).....	273
第三章	鳳翔營區軍事用地移轉、規劃與運用(沈日新).....	277
第四章	停車場委外作業與未來發展規劃(沈日新).....	280
第玖篇	歷任院長簡介	284
附錄	：近十年(97~106年)重大光榮事蹟	296







第壹篇
編輯緣起

國軍高雄總醫院係抗戰勝利後，國軍接收日軍軍方醫院而成立，當時名稱為「軍政部南京陸軍醫院」，院址位於南京近郊之湯山。自民國34年10月1日創院迄今，已歷72載，歷經25任院長，遷徙4次院址。

在這72年的歲月當中，端賴前賢日以繼夜、廢寢忘食地致力於各項基礎規劃及擘建：硬體設施上，我們從木材、磚瓦造的房舍，進步到鋼筋混凝土造的時代；設備方面，由人工作業提昇到機械化作業，再進化到電子化、數位化的微創時代；在服務層面上，我們由軍人、軍眷的單一對象擴及到工保、勞保，而後配合政府政策，再擴及至全民健保的時代，實可謂創業維艱、凡走過必留下痕跡；由於前人筚路藍縷的艱辛奮鬥，終有所成。麥克阿瑟曾說：「老兵不死，只是逐漸凋零！」前輩們隨著時間的流逝而退休、離開，唯恐日後資料史籍蒐集更添不易，故興起彙整「飛躍四十~傳承與創新」專刊之作，以完整呈現本院在搬遷中正一路以後這40年來前人努力經營的過程及成果，不僅為日後歷史查證有據，亦可供後人參考、勗勉之。

然，在這漫長四十載的歲月中，史料之繁雜、瑣碎且蹤跡各異，著實無從做起，若非動員全院醫、護及行政同仁，不分現職、離退等諸多人力與時間的查找、驗證與蒐集，唯仍未臻齊全，僅能就現有有限的史料，竭盡所能地冀圖拼湊出全貌，彙編成冊，

否則實難從片斷的資料中，一窺本院這段光榮的發展史，尤其當您翻閱六合一路院區舊房舍與活動等照片的那一瞬間，您再與現實環境中雙目所及的現代化設施、設備與內部空間規畫，几淨明亮、井然有序的景像比對，相信您一定會泛起深刻的迴響與沉思！

自66年3月21日遷入中正一路院區現址後，本院歷經40年的辛勤耕耘，不僅隨著國內經濟需求日增與社會環境的變遷不斷地銳變、提昇，尤在日趨千里的科技時代裡，醫療環境已迥異於過往，我們除了在軟、硬體設施的改革、精進之外，在醫技、醫術上戮力鑽研、深究，更未嘗廢弛或稍有鬆懈，同時亦積極參與醫院評鑑、院外評比競賽與學術交流等學習成長，不斷惕勵自省，以求創新、圖謀改變；猶自101年起，配合衛生福利部的政策指導，全力推動「住院全人整合照護計畫」，由單一科別的醫療作業，邁入一個全新的跨科別、跨專業、跨領域、團隊合作的全人整合醫療服務時代。我們深信，唯有不間斷地精進與提昇，高雄總醫院始能為國家所依、為社會所用、為官兵、民眾所期。

睽諸本院自65年12月底醫療大樓完工，66年3月21日遷入後，在官兵同仁汲汲營營於醫療作業品質提昇的堅持下，積極學習成長，並援引新技術、新儀器及新設備，亟符醫學潮流與民眾所需：74年12月，我們引進心電圖機，為心臟內科提供臨床醫學快速、精準的服務；77年12月接續引進心臟超音波，使心臟的理學檢



查與原因分析更精確，提供更具保障的醫療服務品質；乃至80年6月心導管室成立等一系列的革新與進步。其次，在創新醫術的部份，我們自80年1月，由腎臟內科完成首例腹膜透析管植入手術，讓病人在家即可自行透析，解決洗腎病人長久以來往返住家與醫院奔波之苦，有效提昇病人生活品質……，迄102年，我們完成首例微創心臟手術，這20餘年當中的變革、進步，實非我們用過去傳統印象中那刻板落後的「國軍醫院」設施、設備、環境所能聯結在一起的；尤在健保業務的加入及組織調整後，本院肩負作戰區責任中心醫院，負責南部地區緊急重大災難醫療救援工作，使我們的義務與責任益加重大、醫療服務的幅員也更加廣大，基此，為提昇醫療作業品質，自97年起動工興建「軍陣醫療大樓」，頂樓並規劃設置有直昇機停機坪，以因應未來偏遠地區災害醫療後送作業，並於102年1月正式啟用。至此，本院也邁入另一醫療新紀元，尤其我們整併左營及岡山分院後，在103年的「八一氣爆」與105年「○二○六臺南地震」的醫療支援作業中，充分發揮快速有效地組織效益，也更加突顯國軍高雄總醫院在作戰區責任中心醫院角色的重要性與不可取代性。在此重申：我們絕對有能力提供優質醫療服務，維護軍民健康，因為，這不僅是我們的責任，更是我們的榮譽，未來，我們也將賡續朝「永受信賴的軍民健康守護者」方向邁進。

四十載！國軍高雄總醫院遷到中

正一路已經四十載了！回首來時，院區前的馬路已由黃泥路變為硬石子路，再變為柏油路；醫療設備與作業品質，也從作戰區五級保健醫院，銳變為高雄地區區域級教學醫院；醫療服務上，近年來亦迭有中署防治中心SNQ國家品質標章認證、兒童及少年緊急短期安置服務SNQ國家品質標章認證及國民健康署無菸醫院金獎等等，這諸多的重大進步、改變，以及國家級的獎章、認證等殊榮，都是曾經在這塊土地上努力過的歷任長官、同仁們的苦心經營，因為有大家的辛勞，始獲致如此的成果；如今，我們不僅在紀錄歷史，也一直在創造歷史，更是這段歷史演進的最佳見證者，未來都將成為這一段史籍的主題人物。在此，我們衷心期盼全體同仁能賡續努力、精進，續創國軍高雄總醫院永續生存發展之基業，以嘉惠南部地區社會大眾及國軍官兵！

中華民國106年10月1日





飛躍四十
／ 傳承與創新

第貳篇 歷史沿革 與回顧

企管室醫行官 顧家榮

國軍高雄總醫院係於民國34年10月1日抗戰勝利後，接收南京各敵偽軍方醫院而組成，院址設於湯山，定名為「軍政部南京陸軍醫院」；37年冬，中共全面叛亂，奉令遷移暫駐廣州總醫院，38年更銜為「聯勤總部第一總醫院」；復因中共全面叛亂，是年6月23日隨政府播遷，由廣州啟航至7月1日安抵基隆，奉准於高雄以前第五總醫院高雄分院院址籌設復院，並改稱為「國防部陸海空軍第二總醫院」，同年8月1日正式應診。41年因應組織變革，改隸聯合後勤總司令部，更銜為「聯勤第二總醫院」，44年9月，改隸屬陸軍總司令部，稱為「陸軍第二總醫院」；49年5月，更銜定名為「陸軍第八〇二總醫院」。遷台初期除支援部隊軍陣醫療外，並負責高屏地區三軍官兵及軍眷醫療支援與服務。

鑑於醫學科技日新月異及擴展醫療作業能量之需求，63年於鳳山衛武營區前輕航空機場原址，興建一新式且合乎70年代國際標準之6層醫療大樓一棟，是年10月開工，66年3月21日遷入現址，並於67年完成「首例腦神經外科手術」，為軍陣醫療留下珍貴史料。84年7月1日，精實案後更銜為「國軍八〇二總醫院」，負責高屏地區軍、民醫療服務，及初級軍醫官訓練與縣市政府各項醫療支援等作業。

由於國防情勢變易及因應國軍軍事事務革新，軍醫體系亦隨之務實精

進，於87年7月1日配合「精進案」之實施，正式更銜為「國軍高雄總醫院」，同時納編空軍所屬國軍815醫院為「屏東分院」；94年7月1日接收聯勤所屬國軍高雄軍眷門診中心，改銜「國軍高雄門診中心附設民眾診療服務處」；95年6月屏東分院裁撤，改稱「國軍高雄總醫院附設屏東民眾診療服務處」；102年1月1日納編國軍左營總醫院、國軍岡山醫院為本院左營分院及岡山分院，自此，南部地區國軍醫院醫療資源整合與擴大聯合服務網絡確立。

在組織變革後，不僅於正名與院區整併作業，同時在提昇醫療技術、服務品質及增進軟硬體裝（設）備亦不遺餘力，如80年本院完成首例外科開心手術、86年心導管室成立、92年SARS專責病房成立、洗肝機（MARS）及葉克膜啟用、94年建立PACS系統、97年新建軍陣醫療大樓動工、100年新心導管室落成啟用，102年1月4日「軍陣醫療大樓」完工啟用（並於101年先期完成南臺灣首座具民航局核定之直昇機空運能量醫院），102年榮獲第五屆政府服務品質獎「第一線服務機關」及國健署「無菸醫院」金獎，並通過衛生福利部醫院評鑑區域醫院優等，103年通過「高齡友善健康照護機構」認證，104年通過「世界衛生組織健康促進醫院」認證，105年通過教學醫院評鑑，並自102年起每年通過「SNQ國家品質標章」認證等殊榮（近十年〈97~106〉重大光榮事蹟詳如附



錄)。未來，本院亦將在各級長官指導與歷任院長帶領下，全體醫護及行政同仁上下一心、群策群力，持續鑽研軍陣醫學與提昇醫技醫術，以成為南台灣軍民首選優質醫院，以達「永受信賴的軍民健康守護者」之願景。

自 34 年於南京成立軍政部南京陸軍醫院迄今，國軍高雄總醫院已歷七十餘載，其中，大陸草創時期 3 年有餘，六合路院區時期 28 年，遷至中正路現

址迄今又歷經四十載，期間我們經歷了共軍叛亂、轉進來臺、八二三砲戰、組織調整及醫院更名等歷程，並用一張張的照片紀錄了美軍官員蒞臨訪問、各級長官視導、實習學生訓練，以及參與各項演訓、環境整修等任務，現在，讓我們一同來瞭解、閱歷國軍高雄總醫院的悠遠歷史與致力提昇醫療服務品質的歷史記憶吧！



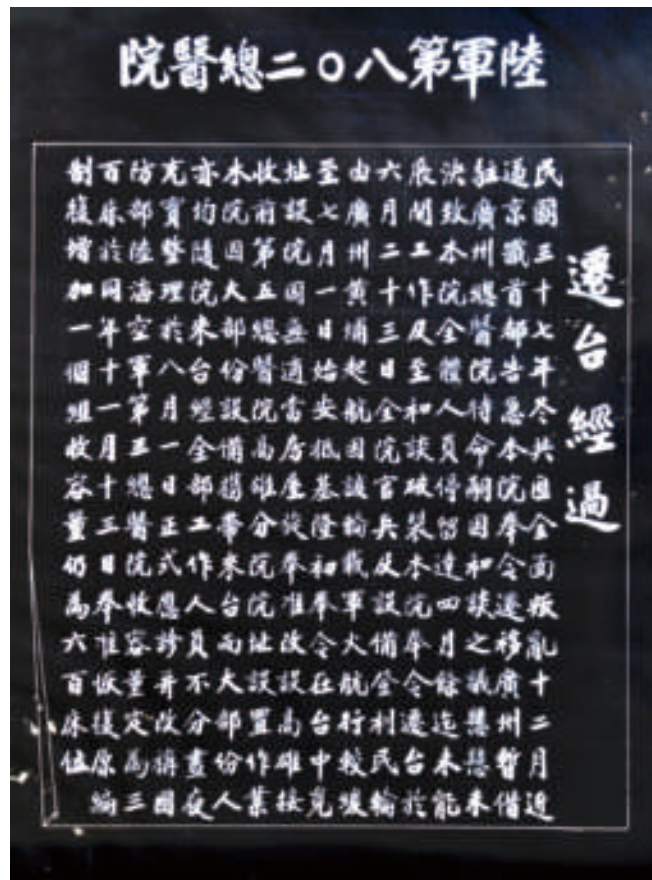
▲民國 34 年 10 月，抗戰勝利後，國軍接收南京各敵偽軍方醫院組成「軍政部南京陸軍醫院」，院址設於京畿近郊之湯山附近。



▲ 37 年 7 月 6 日，聯勤總部麻清江副參謀長蒞院視察。



▲ 37年冬，中共全面叛亂，12月進逼京畿，本院奉令遷移廣州暫借駐廣州總醫院待命，嗣因和談破裂，奉令遷台。



▲ 38年6月23日，本院官兵及設備全數登利民輪，由廣州黃埔啟航，8月1日抵達高雄後，接收前第五總醫院高雄分院，改稱「國防部陸海空軍第二總醫院」。



▲ 40年3月1日，陸海空軍第二總醫院慶祝總統復職週年慶，院長帶領全院官兵挖掘防空壕。



▲ 42年10月10日 院景（門診前大馬路）



▲ 42 年，六合一院區門診部一隅。



▲ 43 年 6 月 17 日，官兵自行開墾的芭蕉園。



▲ 44 年，病房走廊腐朽、坍塌情形。(之一)



▲ 44 年，病房走廊腐朽、坍塌情形。(之二)



▲ 44 年 2 月 3 日，整修後的病房。



▲手術工作情形



▲44年，士兵宿舍內務一隅。



▲ 44年9月，改隸屬陸軍總司令部，稱為「陸軍第二總醫院」，圖為院區大門。



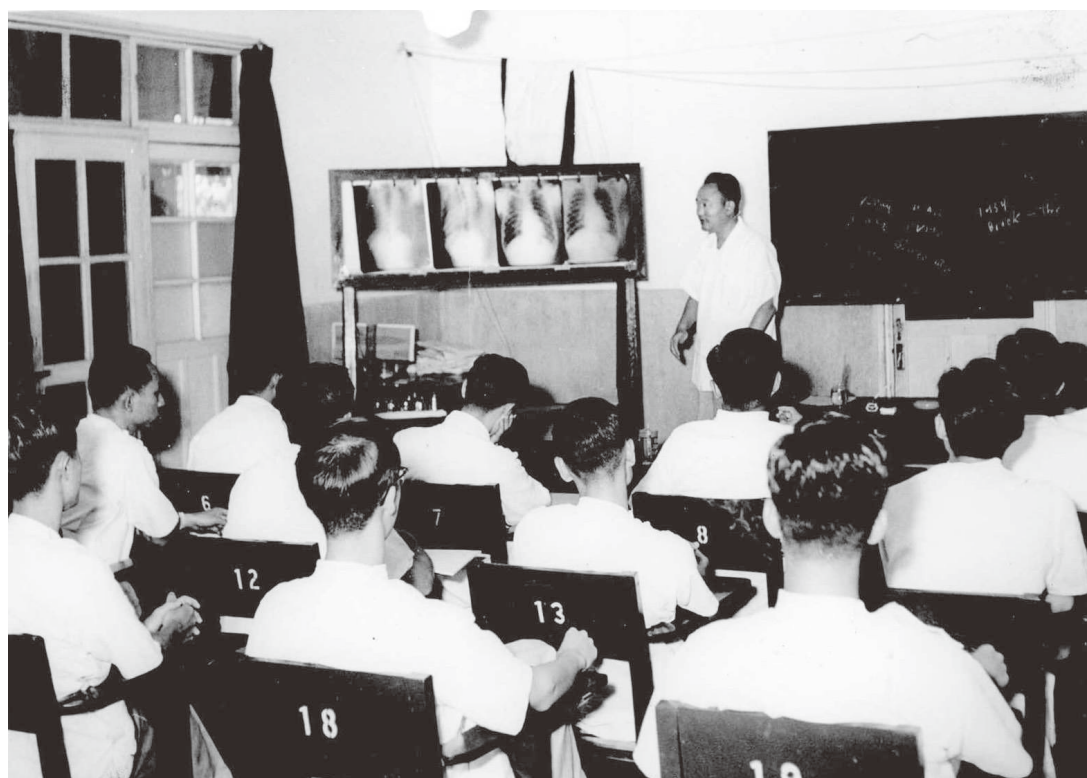
▲ 45年6月20日，新建美援病房。



▲ 45年08月01日護訓班授課情形



▲ 47年05月30日每週舉行之軍事訓練課程



▲學術研究會



▲精神科職業治療情形



▲ 門診工作情形



▲ 48年9月，本院舉行保防演習陸軍供應總司令部政治部陳炳寰主任蒞院指導。



▲ 51年4月14日美軍太平洋總部軍醫首席參謀海軍少將雷格斯 Rear Amiral Cecil D. Riggs 蒞院訪問有關美援建築開放等事宜。(之一)



▲ 51年4月14日美軍太平洋總部軍醫首席參謀海軍少將雷格斯 Rear Amiral Cecil D. Riggs 蒞院訪問有關美援建築開放等事宜。(之二)



▲ 53年8月，於中正堂召開榮譽團結會



▲ 53年 12月 11日供應總司令宋中將巡視南部各單位時，蒞臨本院聽取簡報並巡視各部門狀況。(之一)



▲ 53年 12月 11日供應總司令宋中將巡視南部各單位時，蒞臨本院聽取簡報並巡視各部門狀況。(之二)



▲ 53年12月11日供應總司令宋中將巡視南部各單位時，蒞臨本院聽取簡報並巡視各部門狀況。(之三)



▲ 54年1月7日下午3時，舉行毋忘在莒幹部講習，由院長講述「毋忘在莒」故事。



▲ 54年夏，於高雄市新興區，與民眾施打霍亂疫苗情形。



▲ 54年4月17日上午實施第一梯次日間徒步行軍至目的地澄清湖。(之一)



▲ 54年4月17日上午實施第一梯次日間徒步行軍至目的地澄清湖。(之二)



▲ 54年4月17日上午實施第一梯次日間徒步行軍至目的地澄清湖。(之三)



▲ 56年1月，於高雄市新興區，醫師與民眾診療情形。



▲ 56年1月，於高雄市前鎮區，民眾診療後取藥時由護士詳細說明服用方法。



▲ 50年代，美軍空拍六合一路院區圖



▲ 56年5月12日，陸軍忠誠模範護理人員表揚大會，司令宋中將暨全體模範人員合影。



▲ 56年6月17日，中國醫藥學院第三屆畢業生在八〇二總醫院實習紀念。



▲ 59年12月21日，陸軍第八〇二總醫院代訓眼耳鼻喉科訓練班第四期結訓紀念合影。

第貳篇 歷史沿革與回顧





飛躍四十
↳ 傳承與創新

第參篇 重新出發 迎向高峰

第一章 從中正一路再出發－醫療大樓肇建

第一節 遷移動機與醫療大樓初始規畫

行政組 柳心雅

民國 60 年代前後的陸軍第八〇二總醫院（本院前稱）為國軍五級醫療單位，然自整建以來，編制迭次縮小，而高屏地區又無四級醫院之設，復因兩地作業、門診、急診及體檢之業務大增，人員分散，無法達到有效且緊密的聯繫，使醫療業務作業倍感困難。為了維持正常作業且使過時的醫療設備水準能夠達到國際所規定之標準，及應付未來醫療作業的龐大需求，遂將醫院搬遷至鳳山衛武營輕航機場原址。

國防部有鑑於科學日新，技術精進及未來作業能量之需求，特於 63 年 10 月將鳳山衛武營前之飛機場原址興

建一最新式且合乎國際標準之 6 層大廈一棟，並於是年 10 月 7 日開工，65 年 12 月底完工，並於 66 年 3 月 21 日起分梯次遷入新營區。醫院搬遷期間，共計搬運了軍品四百餘噸。在沒有間斷醫療作業的情況下，遷置了 40 項 80 餘件的醫療裝備，兩地作業之苦至此消失，集中作業遂使本院邁入更具規模服務傷患之跨時代的新里程。

壹、六合路院區當時所面臨之現況與遷建原因具體陳述：

38 年初，中共叛亂，本院自湯山遷至廣州待命，後於是年 7 月再遷台





灣省高雄市六合一路，幾經改隸後於49年5月正式定名為「陸軍第八〇二總醫院」。院舍為日式木造建築院址，佔地廣闊，迄61年春，因受都市計畫影響，院址被迫分割，高雄市政府沿用日治時期的都市計畫，在八〇二醫院所在之處計畫開闢多條道路，如七賢一路、復興一路、仁愛一街等，多條道路穿越過醫院院區，因此，八〇二醫院不得不進行搬遷。

當都市計畫開始執行後，院區內部份業務遷移至高雄市民族一路原陸軍八一九醫院舊址，而門診部仍設於六合一路原址。為改善舊有營舍之老舊鏽腐，提高作業水準，於56年呈准價購高雄市六合路本院原址，屬台糖所有之土地1.7萬餘坪，再予標售，以獲取財源，辦理本院之遷建。

59年3月24日，蔣故總統經國先

生在國防部部長任內蒞陸軍總部座談時，批准並指示可外聘民間設計師負責設計。當時總部提呈工作計畫1.98億餘元，唯經國防部一再核減，至63年3月9日，終奉(63)衡復字第0434號令核定：「八〇二總醫院遷建工程部份，准在1.5億元內，先行辦理設計。」至65年3月11日，再奉國防部(65)山崗字第398號令核定，調整本院遷建工程預算為1億7,140萬2仟元。

貳、醫療大樓主體建築設計理念及概要說明、規劃原則、動線說明：

醫療大樓主體工程由聯工署負責規劃，由於醫療大樓屬高度技術性工程，經奉准委由華泰建築師事務所負責設計，而行政營舍及道路圍牆等，



則由聯勤工兵署自行設計，於63年5月16日，簽奉前總司令于上將核定，工程區分為四個階段，逐次開標辦理，第一期醫療大樓工程，於63年10月7日順利開工。

新院設施，已奉核定發包者，除醫療大樓外，尚有官兵餐廳、洗衣房、衛材庫、太平間、圍牆道路等，均已完工，護士宿舍工程，於65年5月20日完成，由婦聯會撥款贈建之醫護職舍，亦在五月中旬完工，其他已奉核定而尚待發包者，有精神病科及營區

綠化工程等。

新建醫療大樓，係一六層大樓，地下室是通信中心、病歷室、福利部、放射治療科、供應中心、機器房等。一樓是掛號室、內、外科、牙科門診、藥局、手術室、急診室及加護中心等，二樓是院本部、眼科、皮膚科、耳鼻喉科、神經精神病科門診、理療科、檢驗科、及內科實驗室等，三樓以上到五樓是病房，六樓是傷患廚房，頂樓為水塔。



病歷室



傷患廚房設施



藥局作業現況



整齊乾淨的餐廳



官兵餐廳側影



職務官舍

第二節 工程肇建與長官訪視

壹、施工肇建過程中重大事蹟陳述



63.10.07 施工前放樣會勘



中央地下室地坪夯實



醫療大樓挖土施工實況



中央地下室地坪配模



西翼獨立基腳



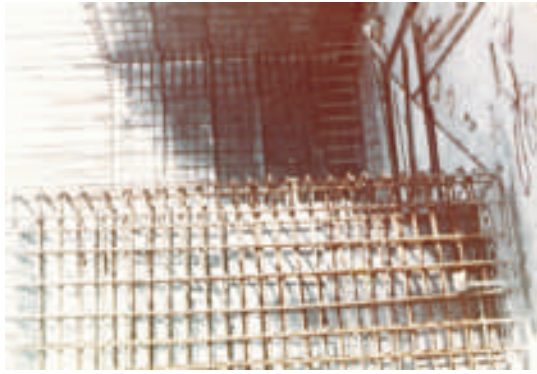
地下室東翼地坪配筋



地下室地坪灌漿



地下室東翼上夾層 RC 完成



地下室西翼鉗 60 隔間配筋



醫療大樓正面圖



中央地下室底層地坪完成



污水處理過濾池



東翼 1 樓模板



官兵餐廳施工情形



前排淺基級配



已完工污水處理場及變電房 施工中太平間、焚化爐、餐廳



民國 66 年已完工洗衣房實況



完工後急診處大門正照實況



施工中衛材庫、危險品庫實況



正式運作後藥局執行實況



60 年代施工中職務宿舍實況



正式運作後掛號室執行實況

貳、上級長官視導施工現況、進度之重要指示等照片說明：



飛躍四十
傳承與創新



63.12.06 聯勤總部工程署梅波文署長蒞工地視察



64.02.18 聯勤總部工程署梅波文署長率團蒞工地視察



63.12.09 聯勤總部副總司令郭永中將蒞工地視察



軍醫局鄧述微局長暨軍醫署董年生署長蒞工地視察施工現況



63.12.17 陸軍供應部司令丁恩元中將蒞工地視察



前總統蔣經國先生時任行政院院長蒞院視察興建工程

第二章 攀向更高峰－軍陣醫療大樓肇建

第一節 建構緣起、目標、落成啟用

行政組工程室 涂菁芬

壹、建構緣起

近年來，因社會都市發展的變遷，醫療科學之進步，暨全民健保政策之實施，使本院不斷努力，強化內部管理，勵行行政革新，期使本院的經營與醫療品質能日益茁壯，但醫療大樓現有的建物設備，歷經廿多年來的使用，已漸達飽和，相關醫療空間的不足，影響醫療作業時效及醫療品質。由於本院擔任第四作戰區聯合醫療責任制度中心醫院，為持續提升醫療品質、發展多元醫療服務及強化戰區衛勤醫療能量，提高服務品質，提供南

部及外離島等地區官兵民眾空中緊急傷患後送場地，縮短後送時間，擴大醫療服務範圍，爭取醫療時效，於民國93年3月第21任院長范保羅將軍任內全盤檢討調整，並開始規劃籌建「軍陣醫療大樓」，97年8月第22任院長孫卓卿將軍任內啟動「軍陣醫療大樓」興建工程，以總院既有之資源與設備為基礎進行擴建，擴大提供中、重症加護醫療服務，及益加完善的軟硬體設施，促使本院積極朝南台灣軍民首選優質醫院之方向前進。(如圖1、2)



圖 1: 前軍醫局局長范保羅中將蒞院主持動土典禮



圖 2: 參與動土的來賓計有前軍醫局局長范保羅中將、前作戰區司令陳良濬中將、前陸軍步兵學校指揮官朱玉書中將、前高雄市衛生局局長何啟功單位主官管



貳、設計規劃與目標訂定

一、設計規劃：

本院支援作戰區幅員廣，除負責嘉義以南、恆春以北之三軍官兵平時醫療任務外，尚負責三軍聯訓基地訓練之緊急救援，及外離島部隊之傷患後送，為爭取傷患救治時效，有賴後送空中直昇機，故軍陣醫療大樓將設計規劃為地下2層、地上8層之鋼筋水泥結構建築：1. 內、外科檢查室；2. 負壓隔離加護病房；3. 開刀房；4. 優質病房區；5. 動力中心，有各式的醫療設備系統，以因應災害防救緊急救援，屋頂規劃停機坪，以提供直昇機起降。另為連結與舊醫療大樓醫療作業，設



圖 3: 新建大樓原址為籃球場兼臨時停車場



圖 4: 軍陣醫療大樓原始規劃設計圖

置空橋一座，以利急需開刀及重症病人運送使用。(如圖 3、4、5)

另規劃資源再利用之主要計劃，本棟採「綠建築」之廢棄物減量及水資源兩項指標為規劃目標，以達節能減碳之目的。

二、目標：

軍陣醫療大樓於 97 年開工，101 年完工啟用，期許成為南台灣軍民首選優質醫院，並藉由停機坪建設提供緊急後送及戰備醫療需求，成為南台灣首座具備直昇機空運能量之醫院，可有效改善官兵醫療照顧環境，提高醫療服務品質。

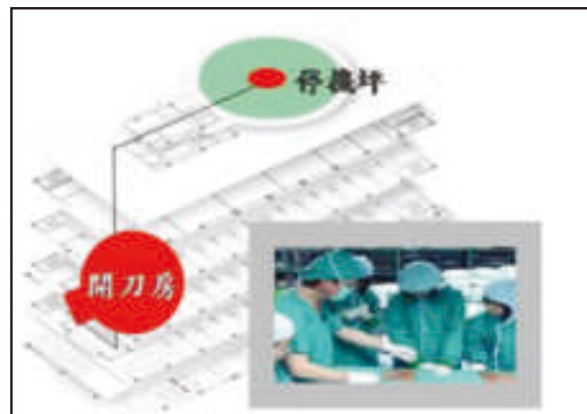


圖 5: 完工啟用，重症傷患可由專用電梯直達 3 樓開刀房、2 樓加護病房、1 樓檢查室及各專科病房，對災難創傷重症之傷患，提供 24 小時緊急手術救治

參、軍陣醫療大樓落成啟用

102年1月4日本院「軍陣醫療大樓」正式啟用，當日由國防部長高華柱先生主持本棟大樓落成啟用典禮；並由立法委員邱議瑩、副市長陳啟昱等人剪綵，後由部長、常務次長廖榮鑫中將、軍醫局局長張德明中將、院

長張宗泓少將共同揭碑，正式落成啟用。(如圖6、7、8、9)

部長期勉軍醫同仁：秉持「視病猶親」的態度，提供國軍官兵、眷屬及民眾最佳的醫療服務品質，營造溫馨和諧的醫病關係，散發國軍醫護人員的光和熱。



圖 6: 前部長高華柱先生主持啟用典禮



圖 8: 部長等來賓典禮後合影



圖 7: 部長、副市長及立委等人剪綵



圖 9: 軍陣醫療大樓揭碑啟用

第二節 硬體改變後之特色

行政組工程室 涂菁芬 / 醫療部醫行官 楊子弘

- 一、停機坪：因應災害防救之緊急救援，屋頂規劃停機坪提供直昇機起降任務，可供 10 噸級 S-70C 直昇機起降，並可經由專用電梯直達開刀房，完整建構緊急醫療系統，提供緊急後送及戰備醫療需求，營運後將成為南台灣首座具直昇機空運能量之醫院。
- 二、動力中心：七樓設計為動力中心，設置重要機電設備，其優點可避免淹水，亦可解決進、排氣及設備吊裝維修等；其主機運轉之噪音問題，採主動隔絕方式，於主機下置隔振底座，利用防振墊及側邊防振板，將浮動地板與建築結構體隔離，振源便無法傳遞至下一樓層，以達隔音防振效果。
- 三、新舊大樓連結空橋：此空橋聯結新大樓與舊大樓，並設置電梯乙座於急診室旁，便利急需開刀及重症病人運送使用。
- 四、開刀房：為符合不同手術需求，依據美國聯邦 Fed-Std-209D 及 209E 規範，規劃三項清淨等級開刀房，分別為等級最高 Class100 之心臟外科、神經外科開刀房 2 間、Class1000 等級之一般外科、骨科開刀房 2 間及 Class10000 等級之眼科、婦產科、耳鼻喉科開刀房 8 間。
- 五、負壓隔離加護病房：針對有呼吸道傳染病（如肺結核）之病患，規劃 3 間負壓隔離病房，設有負壓前室、結合獨立空調排風系統及壓差控制…等，可有效控制病源，避免擴散。
- 六、優質病房區：4-6 樓設有雙人病房 41 間，單人病房 40 間，VIP 房 1 間，合計共 123 床，窗外景色優美及視野綠意盎然，有助住院病人及照顧家屬放鬆情緒。尤其護理站設計採開放式空間，作業空間寬敞明亮，且設置地點環繞於病房中間，當病人或家屬呼叫時，可即時提供醫療照護；另有開放式陽光室，可提供病人及家屬足夠休憩空間；檢查室動線規劃流暢、設備新穎齊全，提供民眾便利又安全的優質就醫檢查環境。
- 七、豪華 VIP 病房：專注完美近乎苛求的專屬 VIP 病房，空間寬敞，窗外景色優美及視野綠意盎然，提供獨一無二的優質醫療服務。
- 八、節能減碳：本棟採一般污水、廢水分流方式規劃，前期污廢水經院區污水下水道收集後直接排放至院區既設污水處理場處理，並回收中水供本大樓沖刷用水水源。以節省營運成本並達到節省能源的目標。





圖 1: 地下 2 層地上 8 層之鋼筋水泥建築。



圖 4: 浮動地板與建築結構體隔離，以達隔音防振效果。



圖 2: 直昇機停機坪有效提供緊急後送及戰備醫療需求。



圖 5: 空橋便利開刀及重症病人運送。(之一)



圖 3: 創新動力中心設計，有效維持本院機電運作。



圖 6: 空橋便利開刀及重症病人運送。(之二)



圖 7: 高等級開刀房，提供病患優質醫療照護



圖 10: 病人及家屬休憩之陽光室，空間寬敞視野良好。



圖 8: 高等級負壓隔離加護病房，提供病患優質醫療照護



圖 11: 舒適溫馨且寬敞的豪華 VIP 病房



圖 9: 景色優美、寬敞舒適的病房



圖 12: 寬敞護理站空間，提升醫護人員作業效率

本院是國軍南部地區責任醫院，同時也扮演高屏地區急救責任醫院的要角，肩負地區緊急醫療任務。未來，將以完善的醫療設備及經驗豐富的醫

療團隊，提供軍民「以病人為中心」的全方位照護，營造安全舒適的優質醫療環境，確保人民健康及國家整體安全。

第參篇 重新出發 迎向高峰



飛躍四十
傳承與創新

第肆篇 成長與茁壯

第一章 醫療部之沿革與未來目標

醫療部醫行官 蔡洋廉

壹、沿革

醫療部於民國 94 年之前並未成立辦公室，僅編制主任 1 名，正式成立辦公室前之最近一任醫療部主任為張一方上校。

94 年因應新制醫院評鑑潮流趨勢，並積極戮力提升醫療服務品質，在時任院長范保羅將軍的政策指導下，成立醫療部辦公室，並由龍佛衛醫師擔任醫療部主任，納編 2 名專責行政人員，推展醫院評鑑整備及提升醫療品質相關作業。

醫療部在各級長官領導及歷任院長不斷的支持與指導下，新醫療部辦公室於 96 年 2 月由醫療大樓 1 樓遷移至 2 樓，空間更寬敞，專責行政人員則擴增至 7 名，以持續強化醫療部角色及功能，並戮力推展相關業務。

醫療部辦公室成立後，即相繼面對 95 年新制醫院評鑑、教學醫院評鑑及 98 年醫院評鑑與教學醫院評鑑之挑戰，幸在全體同仁的努力之下，均順利通過評鑑之洗禮，但在制度的更替下，醫院評鑑及教學醫院評鑑也區分開在不同的年度。

時至 101-102 年，在醫療部與教研中心的共同的努力下，評鑑作業均獲得佳績，後續也因應衛生福利部國民健康署在癌症診療品質提升的政策指導及時任院長李世強將軍的醫療服務

規劃下，本院開始著手建置放射腫瘤治療部門，並於 106 年 2 月 18 日成立且正式對外營運。

醫療部為成立癌症中心，在 103-104 年依癌症診療品質認證作業規範，增編腫瘤個案管理師 2 員、癌篩個案管理師 1 員、癌登師 1 員及癌篩護理師 2 員，持續在癌症預防與治療的領域完成作業整備，雖然目前工作尚有諸多可精進之處，但這也是本部自我期許及努力的方向。

醫療部辦公室成立後歷任醫療部主任：
龍佛衛上校 - 精神科 【國防醫學院醫科第 72 期 94.01 ~ 95.07】
馮南雄上校 - 胸腔內科 【國防醫學院醫科第 73 期 95.08 ~ 96.05】
袁本治上校 - 耳鼻喉科 【國防醫學院醫科第 76 期 96.08 ~ 97.12】
呂慶祥上校 - 神經外科 【國防醫學院醫科第 82 期 98.03 ~ 100.10】
項正川上校 - 腎臟內科 【國防醫學院醫科第 80 期 100.11 ~ 102.06】
林任先上校 - 胸腔內科 【國防醫學院醫科第 79 期 102.07 ~ 103.05】
許競文上校 - 一般外科 【國防醫學院醫科第 82 期 103.05 ~ 105.10】
邱煥民上校 - 骨科 【國防醫學院醫科第 83 期 105.10 ~ 迄今】



貳、組織架構

醫療部下轄：共6部(內科部、外科部、社區醫學部、護理部、牙科部、門急診部)；34科(婦產科、小兒科、骨科、精神科、耳鼻喉科、復健科、眼科、麻醉科、放射科、病理科、檢驗科、臨床藥劑科、腫瘤治療科、教學研究中心、醫學實驗室、航空醫學科、一般牙科、口腔膺復科、蘭園康復之家、社區復健中心、腸胃科、胸腔內科、心臟內科、感染科、腎臟科、呼吸治療科、洗腎中心、一般外科、神經外科、泌尿外科、整形外科、直腸外科、胸腔外科、心臟血管外科)，如圖1、2。

參、工作任務

- 一、依醫院長期經營發展方向，定期檢討臨床部科5年人力規劃。
- 二、依醫院整體醫療人力規劃需求辦理住院醫師選科、轉科作業。
- 三、督導及推動病人安全相關工作。
- 四、督導全院教育訓練課程辦理，含一般員工教育訓練及醫事人員教育訓練、實習學生教育訓練等。
- 五、每月召開住院醫師月會，傾聽住院醫師反映事項、問題並協助解決，藉此時機辦理醫學倫理及個案教學訓練，強化住院醫師以病人為中心之思考及落實倫理教育。
- 六、負責病人安全異常事件通報管制，落實檢討及改善作業。
- 七、定期每月召開醫療部工作執行小

組會議，針對臨床部科所反映事項討論(涵蓋醫療品質、人才培育、研究發展、評鑑整備等)，制訂相關標準及規定以利臨床部科遵循，致力於提升醫院整體醫療品質。

- 八、負責 TCPI、THIS、P4P、醫院評鑑持續監測指標收整等業務；每月彙整及下載醫療品質指標資料，回饋各收整單位檢討改進。
- 九、負責召開相關審查會(如專科護理師管理審查會、手術室管理審查會、輻射防護管理審查會、癌症醫療品質管理審查會)。
- 十、醫療空間及醫療裝備需求運用規劃。
- 十一、綜理醫院評鑑及教學醫院評鑑整備工作。

肆、醫療部發展特色

- 一、軍陣醫學：
 - (一)辦理 ACLS、EMT-1、EMT-2 及 EMT-P 訓練，提升部隊緊急救護技能。
 - (二)定期與衛生部隊共同演練大量傷患處置，強化野戰衛勤作業與重大災難應變能力。
 - (三)軍陣醫療大樓設置直昇機停機坪-結合手術室及加護病房，建構緊急空中後送醫療系統，提升國家緊急災難救護能力。
 - (四)依國軍任務需求，研究「軍人該植入何種人工水晶體方才不致影響軍事任務之遂行」等軍陣醫學

議題，維護官兵訓練安全。研究成果後續研發「濾光片」，獲經濟部智慧財產局專利。

二、急重症多專科團隊：

(一) 通過衛福部 103 年「中度級急救責任醫院具急性冠心症重度級能力」評鑑。

(二) 設置數位式心導管檢查及治療設備、專業心臟科醫療團隊。

(三) 設有 24 小時待命心臟血管手術團隊及神經外科團隊引進導航開顱及微創脊椎手術。

三、強化中暑防治：

(一) 設置「中暑防治中心」，制訂標準緊急救護處置流程，積極推動熱傷害之預防及緊急應處教育訓練，並與民間醫療機構分享醫療處置經驗，維護高雄居民安全。

表一：年度評鑑作業項目

年度	評鑑通過項目	合格效期
103 年	中度級急救責任醫院 (不含高危險妊娠孕產婦及新生兒照護品質) 及具備急性冠心症重度級能力	104 年 1 月 1 日至 108 年 12 月 31 日
104 年	醫院癌症診療品質提升計畫行政訪查	通過
104 年	專科護理師訓練醫院認定訪視	104 年 11 月 1 日至 108 年 12 月 31 日
104 年	骨科專科醫師訓練醫院評定	105 年 7 月 1 日至 109 年 6 月 30 日
104 年	耳鼻喉科專科醫師訓練醫院評定	103 年 7 月 1 日至 106 年 6 月 30 日
104 年	癌症登記病歷再閱行政訪查	通過
104 年	外科專科醫師訓練醫院評定	103 年 7 月 1 日至 107 年 6 月 30 日
105 年	教學醫院醫院評鑑	106 年 1 月 1 日至 109 年 12 月 31 日

(二) 專業醫療團隊定期至各基層部隊針對主官、幹部辦理中暑防治講習，99 年迄今計 37,841 人參加 (105 年計 12 場次 3,231 人參加)。

(三) 93 年至 105 年成功救治重症昏迷中暑案例計 63 例 (90 年迄今無中暑死亡案例)，更於 104 年時，本院中暑防治中心通過國家品質標章 (SNQ) 認證。

伍、醫院評鑑執行成效

醫療部負責督管全院各項評鑑作業，自 102 年獲得醫院評鑑優等後，各年度之專科護理師訓練醫院評鑑、部科專科醫師訓練醫院評鑑、急救責任醫院評鑑等均獲得佳績。(如表一)

陸、未來展望

提升醫療服務品質、強化教學研究
能量、落實人才培育工作仍是本部未

來廣續努力的方向。除此外更應戮力
發展本院醫療、教學特色並營造以病
人為中心之優質醫療環境。



飛躍四十
傳承與創新



圖 1：醫院組織架構圖



圖 2：醫療部組織架構圖

第二章 內科部歷史沿革及未來願景

前內科主任 周紹庭

壹、歷史沿革

本院於民國 38 年 7 月由廣州遷移至台灣省高雄市六合一路，稱為第二總醫院，期間內科部即編列在組織架構中。至 66 年 3 月 21 日起為使本院醫療作業邁入劃時代的新里程，分梯次遷入中正一路 2 號目前位置。

本部自移至本址 40 年來，在歷任院長領導及各級長官不斷努力下，艱難整建，革新行政與醫療加上部內同仁上下一心，乃有今日較為現代化之設施及逐漸完善的體制，但在現今醫療體系制度的變動及醫學科技的快速發展下，我們絕不能原地停滯，在變動的環境中為醫院創造最大的利益，正是我們繼續努力的目標。

歷任科部主任：

董年生【國防醫學院醫科第 35 期 59.02 ~ 61.07】

舒肇坤【國防醫學院醫科第 32 期 61.08 ~ 63.07】

孫傳釗【國防醫學院醫科第 49 期 63.08 ~ 73.02】

鄭國標【國防醫學院醫科第 52 期 73.03 ~ 75.07】

蕭文衍【國防醫學院醫科第 65 期 75.08 ~ 77.03】

柴國樑【國防醫學院醫科第 67 期 77.03 ~ 78.07】

李文俊【國防醫學院醫科第 70 期

78.08 ~ 87.07】

馮南雄【國防醫學院醫科第 73 期 87.08 ~ 95.08】

薛肇文【國防醫學院醫科第 76 期 95.09 ~ 97.09】

項正川【國防醫學院醫科第 80 期 97.09 ~ 100.11.30】

林任先【國防醫學院醫科第 79 期 100.12.01 ~ 102.11.30】

班仁知【國防醫學院醫科第 81 期 102.12.01 ~ 105.07.31】

周紹庭【國防醫學院醫科第 84 期 105.08.01 ~ 106.04.15】

蔡明凱【國防醫學院醫科第 86 期 106.04.16 接任迄今】

內科部目前計有十一類次專科的服務，分別為：1. 胸腔內科；2. 心臟內科；3. 肝膽腸胃內科；4. 腎臟內科；5. 感染科；6. 風濕免疫過敏科；7. 血液腫瘤科；8. 新陳代謝科；9. 神經內科；10. 家庭醫學科；11. 皮膚科。內科部依任務需求，附設有如下各功能室與檢查室：肺功能室、呼吸治療室、消化內視鏡室、腹部超音波室、心臟超音波室、甲狀腺超音波、心電圖室、心導管室、運動心電圖室、肌電圖室、腦波室、頸部超音波室、CKD 衛教室等。並配合資訊電子化作業，及整合南部醫療院所，以資源共用方式達到病患更完善之醫療照護服務。

所以內科已經從早期的傳統四大



科（心臟、胸腔、腸胃、腎臟科），近年來不斷地培養年輕的新血輪，如內分泌新陳代謝科、風濕免疫過敏科及血液腫瘤科派訓人員已完成次專科資格取得專科證照及指導老師資格，皆陸續加入服務團隊；內科部已經蛻變為科別齊全的醫療及教學單位，不管在住院醫師訓練或PGY社區醫學內科的訓練還是醫療服務都能交出亮麗的成績。106年也即將配合醫院發展放射腫瘤醫療業務，讓癌症的治療更佳的具有廣度和深度。

另因應未來區域教學醫院住院醫師訓額逐漸減少、國內五大科（內、外、婦、兒、急）嚴重缺員及國防醫學院畢業生逐年下降之趨勢，本院在前院長范保羅將軍的規劃指導下，成立專科護理師制度，目前為南區專科護理師訓練醫院，已成為國軍醫院中的標竿。

本院素以內、外科為主幹，內科部因人員編制較完整，且在現任院長呂慶祥將軍大力推動退伍醫師回聘制度，讓內科在醫院的戰力能夠延續，服務

績效比重在醫院中一直居於重要地位。疾病診斷的源頭在內科，所以內科部實際上為醫院中樞紐地位，其重要性不言可喻。教學醫院醫師的水準，常肇基於內科教學訓練是否紮實，蓋內科實為其他各科訓練之基礎，內科之臨床教育訓練計畫，主要著眼於內科通識教育之訓練，使受訓完成之醫師，對各特殊專科常見之疾病具有充分的認識及初步之診斷和處理治療的能力；並期許能於受訓過程中發展出個人對特殊專科之興趣，因材施教，為各次專科培育更優秀的專科醫師以提供更好的醫療水準。

貳、未來願景

- 一、提昇內科醫療技術與服務品質，幫助醫院達到高雄地區軍民推崇的醫院。
- 二、培養優秀主治醫師，提昇內科之教學以及研究水準，朝「南部一流區域教學醫院」的目標邁進。



圖 1：內科部同仁合影

第三章 心臟內科與心導管室的前世今生與未來

心臟內科醫師 吳浩銘

壹、前言

民國 66 年搬遷初期時成立大內科，73 年間，內科改制為內科部，同時也成立心臟內科，前後共歷經 11 位心臟科主任，現任黃世鐘主任於 103 年 11 月接任。心臟內科在歷任心臟科主任帶領之下，蓬勃發展並充分提供南部地區三軍官兵及民眾心臟疾病的優質醫療及預防保健的服務。

貳、心臟內科的歷史與編制

一、歷任心臟內科主任：

孫傳釗【國防醫學院醫科第 49 期】

66.07 ~ 71.07

余國和【國防醫學院醫科第 65 期】

71.08 ~ 74.07

李文俊【國防醫學院醫科第 70 期】

74.08 ~ 78.07

熊壽光【國防醫學院醫科第 73 期】

78.08 ~ 79.07

梁文光【國防醫學院醫科第 74 期】

79.08 ~ 81.08

顧長生【國防醫學院醫科第 76 期】

81.09 ~ 84.07

張偉多【國防醫學院醫科第 75 期】

84.08 ~ 94.03

張士琨【國防醫學院醫科第 76 期】

94.04 ~ 96.08

王怡誠【國防醫學院醫科第 83 期】

96.09 ~ 103.06

李柏群【國防醫學院醫科第 92 期】

103.07 ~ 103.10

黃世鐘【國防醫學院醫科第 93 期】

103.11 ~ 迄今

二、人員編制：

心臟內科人員編制：科主任 1 員、專任主治醫師 4 員、內科加護病房專責主治醫師 1 名，另有儲備（訓）醫師 2 名。具介入性治療專科醫師資格共 5 名，具臨床教師資格 4 名。

參、功能室的演進史

多年以來，醫療儀器的進步對疾病診斷與治療提供相當大的助益，心臟內科醫師的醫術隨著醫療資訊的輔助更加精進。醫療品質的進步，各個檢查功能室在幕後默默努力工作使得心臟內科業務蓬勃發展，實屬功不可沒，心臟內科的發展史也就是各個檢查功能室的發展史，依序簡介各功能室的演進史。

一、心臟超音波室：

心臟超音波影像對於瞭解心臟結構與功能有很大幫助，多年來一直是診斷心臟疾病的幫手，提供正確的醫療資訊。

（一）69~74 年：心臟超音波僅能以 M-mode 方式呈現，功能簡易，



可提供之心臟功能資訊有限。

- (二) 75年：是心臟超音波的一大里程碑：二維超音波誕生，可看到心臟即時跳動影像，對心臟疾病診斷提供更多的資訊。
- (三) 77年：升級為彩色杜普勒系統，可看見心臟內血液的流向，對診斷瓣膜性心臟病提供視覺影像的確認。
- (四) 84年：啟用經食道心臟超音波探頭，對罹患心內膜炎及先天性心臟中隔缺損疾病的診斷，提供精確的影像。
- (五) 97年6月：心臟超音波及經食道心臟超音波影像全面由類比訊號提升至數位化，影像更清晰，讀取更便利，儲存空間更少。
- (六) 98年10月：再進一步提升至數位化網路系統，可遠端操作、儲存。
- (七) 99年8月：系統功能提升至遠端編輯影像，並將心臟超音波報告以網路方式上傳至電腦醫療系統，至此全面進入數位化時代。

二、心電圖室：

- (一) 靜態心電圖機：現在每位病患都可能接受過靜態心電圖的檢查經驗，方便又快速：
 - 1.74年：單一胸部導程心電圖機要完成一張12導程心電圖須分別做6次，事後還須剪貼才算完成，費時又費工，更無電腦分析報告。

2.75年之後：提昇為液晶顯示微電腦12導程心電圖機，所有導程幾秒內即一次完成，儀器尚有自動分析報告，檢查速度大幅提升。自此心電圖成為常規體檢必備的項目，每年的檢查人數逐年成長。

(二) 霍特24小時心電圖機：

- 1.88年6月：記錄24小時心電圖須使用磁帶記錄器，後來雖然演進到記錄卡，當時電腦效能差、速度慢，為產生一位病患報告常常要花上數個小時的時間，記錄器的數量不多，檢查須排上數天的等待時間。
- 2.91年12月：機器提升為全自動記錄器，且陸續添購記錄器的數量，現在要做24小時心電圖紀錄隔天即可安排檢查，大幅縮短等待檢查時間，提升病患就醫滿意度。

(三) 運動心電圖機：

- 1.83年之前：運動心電圖機以人工操作，步驟繁瑣。
- 2.84年：提升為半自動運動心電圖機，但是運動中不能測量血壓。
- 3.92年：提升為全自動運動心電圖機，運動中每3分鐘自動測量血壓，並可及時偵測受測者的心跳、血壓狀態。
- 4.97年：提升運動心電圖機的功能，不但可量血壓，心電圖訊號改以無線方式與主機連線，讓測試者在跑步運動時沒有訊號線的糾纏，測試時更自在。運動心電圖機除找出可能的冠狀動脈疾病潛在患者，每年更為國軍空勤袍澤，提供心肺功能的體檢服務。

(四) 24小時血壓監測：

85年12月起，除為兵役役男提供服

務，更可用於偵測出潛在高血壓患者及分析高血壓患者的藥物治療效果。

肆、心導管室的成立

- 一、80年6月以前：孫傳釗主任用血液動力分析儀做心導管檢查，當時可選擇的導管材料不多，所做的個案數目也不多。
- 二、80年6月~86年12月：梁文光主任、顧長生主任、張偉多主任，使用放射科的血管攝影室，開始簡單的冠狀動脈攝影及心臟節律器置放，透過單向透視X光機及35mm膠卷儲存影像，無論在操作使用或保存資料均有諸多不便，祇能做診斷性心導管檢查。
- 三、86年12月：在張偉多主任努力與規劃下，國軍高雄總醫院成立心臟導管室，也是當時全國軍醫院繼三軍總醫院之後第二座心導管室。除診斷冠狀動脈血管疾病外，還可進一步實施治療性氣球擴張術、冠狀動脈支架置放手術永久性心臟節律器置放，為南部地區的心臟疾病患者提供進階的醫療服務，同時並帶動心臟外科的快速發展。至此，冠狀動脈急症病患的生命危象，也因即時的治療而獲得解救。
- 四、98年7月，本院添購的心臟電生理機器安裝完成，成為繼三軍總醫院之後，第二家擁有心臟電生理機器及燒灼技術的國軍總醫院，造福高屏地區的心律不整病患。

伍、心導管室的專業設備

- 一、X光檢查儀器：自86年12月成立導管室，啟用奇異雙向新型X光檢查儀器後，歷經13年使用之後，於99年8月完成汰舊換新，採用飛利浦雙向數位平板X光檢查儀器，近年陸續添購新一代的醫療儀器，包括有：血管內超音波影像系統(IVUS)、壓力/流速偵測系統(FFR)、光纖型主動脈氣球幫浦(IABP)等，讓病人擁有醫學中心等級的設備服務。
- 二、導管影像數位化：
 - (一)報告系統：99年心導管機器汰舊換新的同時，也規劃網路報告編輯系統，整合心導管影像、心臟超音波影像、24小時心電圖圖像，可遠端即時觀看影像，並將其設置在心導管室家屬休息區、心臟內科門診、內科加護病房、內科會議室、心臟超音波室，並將所有報告以圖像檔方式上傳至全院醫療系統，提供所有醫護人員線上查詢。
 - (二)運用GOOGLE雲端日曆：
 1. 建立雲端檢查排程：各主治醫師可於自己行動裝置內鍵入心導管手術排程，提供心臟內科醫護人員隨時了解排程動態，預作衛材準備並且可以靈活調度心導管室的排程管理，減少病房送檢查單之人力及紙張的浪費。
 2. 登錄每月值班人員名單及相關事項傳達，達到訊息即時傳達時效性。

陸、未來努力方向

一、與轄區內消防分隊建立合作機制，並規劃購置相關系統設備，提升

急救時效。

二、逐步協助腦神經科發展急性腦中風顱內血栓溶解或移除手術。



飛躍四十
傳承與創新

第四章 與時俱進的腎臟科優質醫療服務

前腎臟科主任 / 現軍醫局醫管處副處長 陳逸鴻

壹、歷史沿革

腎臟科成立於民國 68 年，由新陳代謝科分出而成為獨立的一科，迄今已歷經六任主任：

第一任 蕭文衍【國防醫學院醫科第 65 期】68 年擔任。

第二任 吳三江【國防醫學院醫科第 72 期】74 年接任。

第三任 郭泰松【國防醫學院醫科第 75 期】79 年接任。

第四任 項正川【國防醫學院醫科第 80 期】94 年接任。

第五任 蔡明凱【國防醫學院醫科第 86 期】97 年接任。

第六任 陳逸鴻【國防醫學院醫科第 89 期】105 年接任。

第七任 王志強【國防醫學院醫科第 93 期】106 年 4 月接任。

貳、腎臟科歷史紀實

一、蕭文衍將軍曾擔任過國軍高雄總醫院院長，亦於腎臟科創科之同年(68年)成立全台第 5 家血液透析室。

二、郭泰松主任於 84 年設立腹膜透析室，並增加床位擴大血液透析室業務，至 94 年 4 月榮退時，每月血液透析服務量已達 1950 人次，腹膜透析達 21 人次。

三、項正川主任於 94 至 97 年間將腎臟科透析中心升等為合格的血液與腹膜透析護理師訓練醫院，並大幅增加腹膜透析病人從 21 人至 37 人；開始發展 CRRT(連續性腎臟替代療法)，以強化重症加護病房病人在急慢性腎臟衰竭照護的能力，並和心臟內科、心臟血管外科及重症專科醫師合作以結合 ECMO 的積極治療方式來增加病人的救治存活率；因應國健局及健保署之政策，成立慢性腎臟疾病及糖尿病照護衛教門診，以預防勝於治療之概念來推廣腎臟病與糖尿病衛教工作。

四、為提昇病人管路安全，以改善透析管路之思維積極尋求改進並與復健科合作新創使用透析管路固定板之做法而得以改善，使本科更驅向全面化及人性化的服務，並將此優異成果參與 98 年第 11 屆醫品圈競賽榮獲評審青睞，成績卓越。

五、嶄新血液透析中心：原血液透析中心於 68 年啟用至今，環境早已不堪負荷。經院長的大力支持與經費挹注之下，在 104 年 9 月 14 日有了全新、大坪數兼具現代感與舒適性的血液透析中心！並於 105 年 2 月 22 日由原有的 28 床順利擴張到 34 床，還能融入一間具備單人床位且設備齊全的獨立隔



圖 1：血液透析室

離血液透析室。

六、中暑防治中心成效卓越並榮獲國家品質標章 SNQ (Symbol of National Quality)：本院責成腎臟科於 92 年成立中暑防治中心，下轄於醫療部之下，平時於初春之際就派遣本科專科醫師到各級軍事單位宣導熱中暑防治講習，以求預防熱中暑以及培養能夠現場初步救治熱中暑病人的能力；如真有熱中暑病人不幸發生時，則聽從醫療部主任的指揮，由腎臟科主任緊急調派各級醫護人員，迅速編成中暑緊急應變小組，準備救治病人！

中暑防治中心成效卓越，經統計自 93 至 106 年間，因熱傷害所導致的各類型病人數總計為 80 人，當中最嚴重的類型，熱中暑人數為 37 人，所幸所有病人均平安出院，死亡率為零！

正因為中暑防治中心的目標也是要把防治的成效與經驗，推廣至全國，因此本中心遂報名參加由國家生技醫療產業策進會所舉辦

的年度國家品質標章證書！經過初審通過，讓本中心有了複審口頭報告的機會，並於 104 年 12 月 18 日榮獲頒發 SNQ(Symbol of National Quality) 國家品質標章證書之殊榮。另外，於 104 年 9 月 30 日對蒞臨醫院參訪的美軍太平洋司令部軍醫代表們簡報國軍高雄總醫院中暑防治中心的沿革與成效。

七、血液透析中心醫護團隊積極參與各項醫療品質競賽，於 104 年 12 月 9 日榮獲醫策會第十六屆醫療品質獎主題改善組潛力獎。

參、透析中心的創新作為

一、服務創新：

(一) 客製化排班：調整醫護人員上班時間，以配合病人，達到一對一的客製化服務，落實『病人為中心』的醫療服務。此外也可有效地減少工時，縮短醫護人員上班的時數，降低營運成本，達到經營者及醫護人員

的雙贏。

- (二) 強化衛教工作，預防勝於治療：配合國家政策，設立糖尿病照護網及慢性腎臟病（CKD）照護網衛教門診，藉由專職糖尿病衛教師及慢性腎臟病衛教師、營養師等照護團隊，推廣糖尿病衛教及腎臟病防治工作，希望藉由平日衛教來降低末期腎臟病的發生率（註：糖尿病導致尿毒症已達全部洗腎病患 1/3 以上）。並配合縣市政府衛生局及腎臟醫學會，不定期深入基層社區，宣導腎臟保健工作。
- (三) 重視品管，精益求精：為提昇透析病人管路安全，製作固定板（專利申請中）及創新使用雙 U 固定法，減少病人瘻管再穿刺率，減少病人洗腎的恐懼及痛苦，並以此參與 98 年醫療品管圈競賽，表現優異。

二、技術創新：

(一) 腹膜透析方面：

1. 配合國家政策設立腹膜透析治療室及病人家屬休息等候區，使本院血液透析與腹膜透析比例優於同儕。
2. 本中心首次使用全自動腹膜透析（APD），由主治醫師 - 項正川主任及植管主治醫師 - 張宗泓院長執行。病人於 91 年 2 月 5 日植管執行腹膜透析，92 年 7 月 15 日改執行全自動腹膜透析。
3. 腹膜預先植管（SMAP）首例由主治醫師蔡明凱主任及植管主治醫師許競文主任執行。該病人於 96 年 2 月接

受 HD 治療，但病人本身為家庭之經濟支柱，因工作需求欲轉腹膜透析治療，考量傳統植管方式病人需住院觀察時間較長，為讓病人儘早返回工作崗位，所以於 96 年 8 月 7 日接受植管，成為本院首例『預先植管』個案。

肆、成果

- 一、腹膜透析能減少病人每日連接次數及降低感染率。
- 二、日常生活限制少、彈性大，可提昇病人的生活品質。
- 三、提供病人全方面腎臟替代療法的選擇。
- 四、結果面：
 - (一) 預先植管可以避免緊急透析插管、及危險併發症；並縮短住院日數，而且在開始執行腹膜透析時，可給予全劑量的透析量，並馬上執行 PD。
 - (二) 讓病人在充分的了解學習與準備後平順且安全的進入規律透析治療。
- 五、血液透析方面：除傳統血液透析（HD）外；本中心另提供了：
 - (一) 血液透析過濾治療（HDF）
 - (二) 連續性腎臟替代治療（CRRT），包含 CVVHD、CVVH 以及 CVVHDF。
 - (三) 血漿置換治療（Plasma exchange）。
 - (四) 血液灌注治療（Hemoperfusion）等全方位服務來造福病人。

第五章 胸腔內科大記事



飛躍四十
— 傳承與創新

壹、歷史沿革

歷任科主任：

李吉進【國防醫學院醫科第 61 期民國 66.03 ~ 66.07】

楊繼震【國防醫學院醫科第 63 期 66.08 ~ 68.07】

羅貫洲【國防醫學院醫科第 64 期 68.08 ~ 70.07】

王梗楠【國防醫學院醫科第 66 期 70.08 ~ 71.07】

戴政盛【國防醫學院醫科第 68 期 71.08 ~ 76.12】

呂忠勳【國防醫學院醫科第 71 期 77.01 ~ 79.11】

馮南雄【國防醫學院醫科第 73 期 79.12 ~ 87.08】

林俊修【國防醫學院醫科第 77 期 87.09 ~ 97.07】

林任先【國防醫學院醫科第 79 期 97.08 ~ 98.08】

張高耀【國防醫學院醫科第 82 期 98.11 ~ 102.07】

周紹庭【國防醫學院醫科第 84 期 102.08 ~ 103.07】

黃樹訪【國防醫學院醫科第 93 期 103.08 ~ 迄今】

貳、『胸腔內科』大記事

一、66 年 3 月，802 醫院由六合路遷

胸腔內科主任 黃樹訪

至現址，內科部下才有胸腔內科成立，當時由李吉進醫師負責科內業務。

二、66 年 8 月楊繼震升任胸腔內科主任，羅貫洲擔任總醫師，68 年 8 月羅貫洲升任主治醫師並代理科主任，69 年 8 月王梗楠任總醫師，並代理胸腔科業務，71 年 8 月之後由戴政盛代理胸腔科主任。

三、75 年 7 月馮南雄由三軍總醫院接受胸腔內科專科長期受訓後至本部擔任主治醫師（胸腔暨感染科專科）及李基水（國防醫學院醫科第 70 期）兼任主治醫師及胸腔內科主任，77 年 1 月呂忠勳任胸腔內科主任。79 年 1 月林俊修任內科部總醫師兼胸腔內科總醫師。

四、78 年 11 月馮南雄醫師至美國加州大學胸腔暨重症醫學受訓一年，79 年 12 月回國後任胸腔內科兼感染科主任，並成立院內感染管制委員會，將感染管制相關業務引進本院，由郭琴英擔任感染控制室護理師。至 88 年感染管制工作日益繁忙及因應醫院評鑑之故，新增感染管制師劉秀媚。至 90 年配合 CDC 疾管局推展感染控制業務落實醫院之政策；後續納編陳玉芬、徐怡明感染管制師，將相關業務引進本院落實。

五、80 年 7 月林俊修升任胸腔內科主

治，81年1月林任先升任內科部總醫師兼胸腔內科總醫師，84年1月張高耀任內科部總醫師兼胸腔內科總醫師，85年10月林俊修任主治醫師兼加護中心主任，87年1月周紹庭任內科部總醫師兼胸腔內科總醫師，87年1月張高耀任胸腔內科主治醫師，87年8月馮南雄升任內科部主任兼胸腔感染科主任，87年9月林俊修任胸腔感染科主任，87年9月林任先任胸腔內科主治醫師兼加護中心主任。90年7月周紹庭任胸腔內科主治醫師。

六、92年3月全球正面臨SARS風暴，當時內科部主任馮南雄帶領胸腔感染科同仁謹慎處理至事件落幕，全體醫護人員均平安健康。爾後由院長派任為感染管制負責醫師，強化提昇感染管制及配合行政院衛生署疾管局之政策，負責指導教育及醫院評鑑方面多有建樹。95年8月升任醫療部主任，96年任副院長，成為本部之榮耀。

七、97年7月周紹庭醫師派任至屏東分院服務。97年7月28日馮南雄副院長榮退，回聘為胸腔內科主治醫師，97年7月31日林俊修主任退伍。

八、97年8月16日林任先升任胸腔內科主任，至98年11月本院為提昇教學研發之領域，升任教研中心主任，而後更升任醫療部主任，103年1月榮昇副院長，103年7月退伍後，回聘為主治醫師，繼

續為科內服務；張高耀醫師於98年11月接任胸腔內科主任，102年7月退伍後，回聘為主治醫師並長期支援屏東分院，為屏東鄉親服務。

九、102年8月周紹庭醫師接任胸腔科主任，103年8月升任社醫部主任並兼任屏東院區主任，因表現優異，於104年屏東院區提昇為屏東分院時繼續擔任院長一職，105年8月回任總院內科部主任。103年8月由黃樹訪醫師接任胸腔科主任迄今。

十、胸腔內科目前有科主任1員、專科主治醫師7員，其中有3員為中華民國胸腔暨重症專科指導醫師且具重症專科醫師資格，本科為國軍高雄總醫院內科唯一可訓練胸腔病次專科醫師之科別。

十一、胸腔內科之臨床教育訓練計畫，主要著眼於胸腔專業人才訓練之整體連貫性，使受訓完成之醫師，對各種胸腔疾病，包含感染性肺疾、呼吸衰竭、慢性阻塞性肺疾、胸腔腫瘤、吸入性傷害、間質性肺疾、過敏性肺疾、血管性肺疾、全身性疾病之肺表徵均有相當水準的知識及判讀。

十二、對於處理胸腔疾患不可或缺之支氣管鏡檢查術、胸腔超音波檢查、肺功能檢查及判讀、重症治療、肺病理生理學、呼吸治療及照護、運動呼吸生理等，皆已納入專業計畫內，期使本



科訓練完成之醫師，均能具有相當程序的知識水準，而且能獨當一面，為醫學負起承先啟後之責任。

十三、79年11月胸腔科下設呼吸治療室，初由張高耀兼任，92年7月由周紹庭醫師擔任呼吸治療科暨呼吸照護中心主任。呼吸治療室目前成員有周卉羚、蕭慧英、蔡坤龍、孟祥綾、王雨薇、許娟慈、盧思秀等7員呼吸治療師，負責呼吸照護、肺功能室及支氣管鏡室業務。

參、遠景及未來展望

- 一、本著社區健康營造、深入基層的理念，結合主流醫學、預防醫學，提供患者完整且高品質的醫療服務，並結合高雄地區社區醫療資源，扮演社區健康的守護神，站在守衛民眾健康的最前線。
- 二、走進社區，與社區結合互動，藉由團隊運作，配合國家衛生福利政策，發展健康保健事業，朝著慢性醫療、老人醫學、社區醫學、來積極發展。

三、深入軍中廣泛實施預防保健及感控教育，為軍中弟兄的健康把關。

四、發展計畫：

- (一) 推動病人安全工作重點：提昇用藥安全、落實醫療機構感染控制、鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作、提升管路安全。
- (二) 配合國家衛生保健政策，提供社區宣導活動。
- (三) 建立標準作業流程並落實執行。
- (四) 落實評鑑指標要求，提昇醫院醫療品質，施行醫療品質指標。
- (五) 鼓勵員工在職進修並取得學位或證照。
- (六) 持續推行軍隊戒菸、戒檳榔活動，與氣喘、肺結核等持續教育。
- (七) 持續施行醫療品質指標計畫，成立醫品圈小組（舒肺圈）、品管活動，提升醫療照護品質。
- (八) 以病人為中心的觀點，定期檢討作業流程。
- (九) 全面推動醫療資訊系統（肺功能及支氣管鏡影像及報告已全面電子化）。
- (十) 106年引進負壓呼吸器及肋膜腔鏡提升服務及醫療品質。



圖 1：負壓呼吸器



圖 2：新型內視鏡主機



圖 3：新型肺功能機

第六章 感染管制室回顧與展望

感染管制室醫師 葉彥成

壹、歷史演進與未來遠景

感染管制乃為針對院內感染問題，而發展出來之一種醫學領域，期能藉感染管制減少院內感染的發生。本院在前院長李景藩少將指導下，於民國73年8月首次召開成立「傳染管制委員會」籌備會，並依據美國疾病管制中心CDC (Centers for Disease Control) 擬定之定義，按本院編制特點，後於74年成立「感染管制委員會」，負責推動感染管制業務。每月固定召開委員會議，報告院內感染之資料及制定感染管制政策；遇有特殊情況再通知有關人員召開臨時會議，以便作緊急處理。自76年7月起改為每2個月召開1次委員會議。83年1月起，改為每3個月召開1次委員會議。

92年SARS疫情之後，感染管制小組除針對院內感染管制執行相關業務外，更在公共衛生領域與衛生署疾病管制局密切配合及合作，不論在結核病個案管理、各項侵入性醫療品質提昇計畫或軍方單位傳染病疫情調查及人員管理、環境控制等，都不遺餘力，全心付出。復因應醫院評鑑及任務需要，於98年7月1日奉軍醫局核定：民眾診療服務處感染管制室為直屬院部一級單位，期能使院內感染管制及傳染病突發事件疫情處置順暢，

並擴展服務範圍至院外友軍單位及社區，提供南部地區國軍官兵及社會大眾健康安全的生活空間，以邁向高屏地區軍民健康守護者願景，並於94年獲頒「醫院感染控制品質提昇」推展優質醫院。

貳、教學研究推展與運作

國防部軍醫局任務需求，辦理年度地區國軍單位醫療相關人員傳染病在職教育課程，另針對PGY1住院醫師及內科住院醫師，施予感染症及感染管制相關課程教學，以及辦理全院醫護及非醫護人員傳染病防治課程講授等作業。另外在執行醫學研究計畫中，也有相關研究成果發表於專業醫學期刊或學術研討會：1. 呼吸器相關肺炎不同診斷方法之比較（發表於感染控制雜誌 2004;14:201-11）。2. 利用微陣列快速診斷細菌性腦膜炎（發表於台灣醫誌 2008;107: 448-453）。3. 鮑氏不動桿菌抗藥性機轉及分子流行病學（第36屆國軍軍醫學術研討會台北市 IV-013 2009.11.24）等3篇提供醫學應用參考。

參、創新及貼心作法

一、參與醫策會99年加強醫院感染控制第二期 - 推廣手部衛生運動（99



圖 1：陸軍官校流感防疫衛教及環境視察

年核定日起至100年12月31日)，推行全院洗手運動，創造清潔、安全的醫療環境，維護醫護人員與病人健康。

- 二、參與醫策會102～103年「中心導管照護品質提昇」計畫，以加護重症單位為主要推行單位，依照指引建議推行五大組合式措施，有效降低醫療照護相關感染的發生。
- 三、參與醫策會102年「抗生素管理品質提昇」計畫，推行跨科部合作機制，利用資訊系統結合藥劑科、感染科及全院病房單位之抗生素管制、審查作業，有效管制抗生素之不當使用與抗藥性菌株增生。
- 四、參與104年衛福部「防疫雲」計畫，發展本院法定傳染病線上通報作業系統，並獲軍醫局肯定於

105年由本院主導串連全國軍醫院傳染病通報系統，以利掌握疫情及立即介入防治措施，有效降低兵力耗損之影響，提升傳染病管制機效與處置。

- 五、參與醫策會104～105年「侵入性醫療照護品質提昇」計畫，以加護重症單位為主要推行單位，結合一般病房推展導尿管及呼吸管路組合式照護措施，發展侵入性管路查檢表及照護表單資訊化。有效減少臨床醫護人員文書作業。

肆、災害醫療救援

歷年視疫情需要，奉院部長官指示，由感染管制室主任帶領相關人員（預防醫學官、感染管制護理師、衛生行政人員）至感染群聚事件之軍事單位，執行包括感染性腹瀉、流感、



圖 2：中正預校流感防疫衛教及環境視察

肺炎、食物中毒、登革熱、流行性結膜炎等疫情調查及相關防疫衛教。98 年 88 風災期間，承蒙長官指導，參與陸軍官校臨時醫療站設立及支援任務，協助災民醫療需求及避免傳染性疾病擴散。

伍、各類獲獎紀錄

- 一、92 年榮獲行政院衛生署疾病管制局 SARS 疫情防疫感謝狀 (92.8.5)。
- 二、92 年榮獲高雄市醫師公會 SARS 疫情抗煞有功獎。
- 三、93 年度榮獲台灣醫院感染管制學會感染控制雜誌論文獎第三名。
- 四、97 年榮獲高高屏澎醫療網病人安全週手部衛生優良推行機構。
- 五、99 年榮獲高雄市衛生局主動通報登革熱感謝狀 (99.6.22 及 10.8)。

六、102 年榮獲衛福部頒發「中心導管照護品質提昇」- 實務作業類及工具改善類二大「特色傑出獎」。

七、102 年獲衛福部頒發「抗生素管理成效」- 佳作醫院。

八、103 年榮獲高屏區「中心導管照護品質提昇」計畫 - 品管圈競賽 - 第一名

九、104 年參與「侵入性醫療照護品質提昇」計畫 - 高屏區品管圈競賽獲佳作醫院。

十、105 年參與「侵入性醫療照護品質提昇」計畫 - 海報競賽獲 - 佳作

陸、本院在社會責任之重要醫療政策實施與因應作法

感染管制室配合中央防疫政策，加強疾病監測及法定傳染病通報，落實隔離防護措施，減少社區傳染性疾病蔓延，降低民眾恐慌心理。

第七章 外科部一步一腳印的點點滴滴



外科部總醫師 歐建佑

壹、前言

外科部自成立以來，一直都是國軍南部地區最重要的外科醫師訓練醫院，提供其他科系醫療同仁最新、最先進的訓練場所，並藉以提昇本院醫療服務品質。

自民國 66 年 3 月 21 日搬遷到中正一路現址這 40 年來，歷經無數前輩、學長與同仁的辛勤經營及努力，本院不僅為國軍第四作戰區責任中心醫院，更是評鑑合格的區域級教學醫院；未來，我們將在外科醫療資源的挹注下，持續強化急重症醫護團隊的經營，期朝向與國際醫療環境接軌的方向邁進，積極致力醫學研究與創新，以成為國軍南部醫療重鎮。

貳、歷史演進

本院於 38 年 7 月由廣州遷移台灣省高雄市六合一路，稱為「國防部陸海空軍第二總醫院」，期間，外科部即編列在組織架構中。在設址中正一路後的這 40 年期間，曾因許多主治醫師陸續在短時間內退伍，造成青黃不接的狀況，更突顯人才斷層危機。幸經歷任院長及部主任的努力，積極安排後進至各醫學中心學習最新、最先進的手術技術，同時有計畫的引進尖端醫療設備儀器，讓本科能廣續蓬勃

發展，尤其自 82 年 6 月起，在董玉麟、董宇平、許競文及梅健泰等幾位主任的努力經營下，陸續引進最新外科儀器設備及術式，如神經外科導航系統及其他各科內視鏡手術與器械等 10 餘項（僅摘述有統計資料及撰述者），讓外科的經營更紮實，醫療水準亦有長足的進步。

94 年 6 月 2 日，由梅健泰主任首次實施的腹腔鏡右腎及膀胱袖口切除腫瘤病灶（手術歷時 9 小時 45 分，術後 12 天出院。）及 95 年大腸直腸外科陳東源醫師引進腹腔鏡大腸直腸切除術等，開啟本院微創手術之先例，亦成功改寫新一代醫療術式的歷史，為本院致力醫療品質提昇有著重大的里程。

當醫術與時俱進，設施設備亦應跟著提昇，始能發揮暨定效益，尤其開刀房更甚；由於原先開刀房設置於醫療大樓一樓，位置出入方便，但也由於進出便利，易衍生感染問題，影響醫療服務品質，在經過董玉麟主任與時任副院長的外科醫师范保羅的極力爭取下，於新建軍陣醫療大樓規劃了更完整、先進、無菌等級更高的開刀房，同時並將外科加護病房及空中後送管道，全部予以整合，規模等同於醫學中心等級的環境與設備，為外科發展設下重要的里程碑。

106 年 2 月成立放射腫瘤科後，讓

外科醫師在治療癌症上，多了一項利器與選項，也完成了外科癌症治療的最後一塊拼圖，使得癌症治療更趨完整，這也讓本院的腫瘤醫療服務提升至醫學中心的等級。

參、人員編制及現況

外科部目前計有 7 個次專科，分別為：一般外科、胸腔外科、心臟血管外科、大腸直腸外科、神經外科、泌尿外科及整形外科等。各科再依任務需求附設血管檢查室、膀胱功能檢查室、尿路動力學檢查室、體外震波碎石室、大腸鏡檢查室等 5 個功能室與檢查室，並將各項檢查資訊數位化，供臨床醫療業務更能順遂進行。(如圖 1)

肆、臨床醫療作業與醫技醫術研究

- 一、診療檢查服務：外科月平均門診量約為 7,000 人次，急診約為 1,200 人次，住院約為 500 人次，各種手術約為 500 人次。月平均各科檢查室約為：大腸鏡檢查室 160 人次，尿路動力學檢查 160 人次，體外震波碎石約 35 人次，血管檢查室 350 人次。軍陣醫療大樓完工啟用後，不僅醫療設備更新，各檢查室的就醫環境亦更為舒適、人性化，且更注重病人隱私，均有獨立空間，出入人員單純，民眾可安心做檢查。
- 二、腦血管疾病治療先趨：現代人營養不均易肇生腦血管病變，造成中壯年工作能力喪失等嚴重後遺，

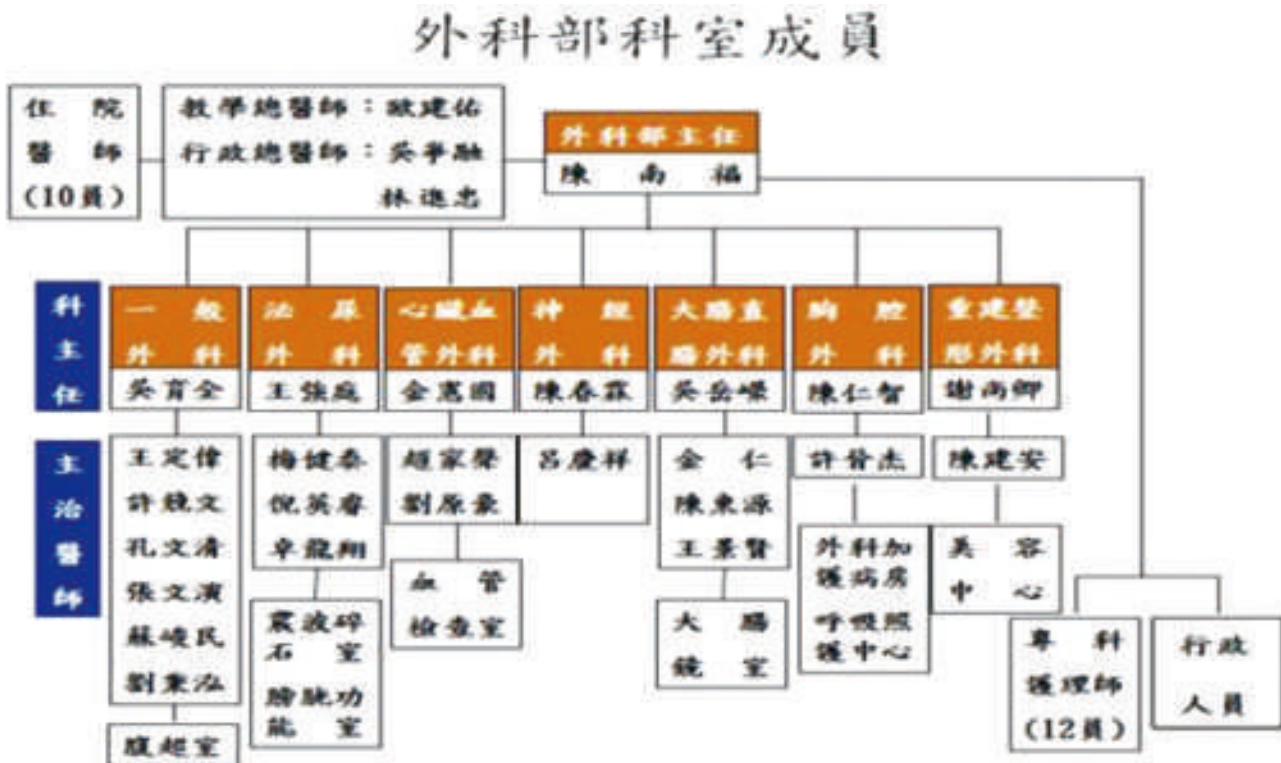


圖 1：外科部編制圖



為縮短急救時間及提昇醫療品質，已著手規劃建置複合型手術室，未來在外科腦中風取血栓和動脈瘤栓塞的手術上，將大幅提高治療成效，讓本院在此一範疇往前跨一大步！

- 三、美容醫學的發展：現代醫療不僅止於疾病治療，民眾對外在美的關注益顯重視，且不限於女性，男性也愈來愈在意，畢竟外觀給人的第一印象的確是不容小覷；本院整形外科即在此觀念中應運而生，並於106年2月正式啟用美容醫學中心，引進各種先進的醫學美容設備，包含最新式的單人艙高壓氧治療，希望能提供高雄地區軍民更好的美容醫學服務，顧好你（妳）的面子！
- 四、軍陣醫學：本院為國軍南部地區五級醫院，軍陣醫學發展亦為本科重點，在軍陣醫療大樓完工啟用後開刀房及外科加護病房的建

置，讓軍陣醫學發展如虎添翼，尤其頂樓設有直升機停機坪，讓醫療支援的範圍與能量更顯重要；另在日常訓練中，本科均配合派遣醫護團隊實施大量傷患演練，（如圖3）藉由模擬訓練強化各項緊急、大量傷患醫療處置，以符軍事任務需求，並協助地區各類天災與重大災害醫療救援作業，舉凡105年○二○六台南大震及103年高雄八一氣爆的大型災難中，科內醫療同仁皆能在極短的時間內迅速有效地完成傷患處理，充分發揮醫療救援的職責與使命。

- 五、微創脊椎內視鏡手術研究與發展：96年間，本科開始發展脊椎內視鏡手術，利用微創的概念，經由內視鏡放大脊椎周邊結構，減少脊椎結構的破壞。因此在局部麻醉之下即可完成手術，病人於手術結束當天即可下床，隔天出院。（如本篇第十章所述）（如圖4）



圖2：美容醫學中心高壓氧艙治療



圖3：軍陣醫療大樓頂樓設有直升機停機坪，讓醫療支援的範圍與能量更顯重要。圖為醫護同仁於頂樓直昇機停機坪實施傷患交接作業。

- 六、人才培育：俗話說「十年樹木，百年樹人。」我們對次專科的訓練均有縝密的送訓規劃及流路，如：神經外科送訓台中榮總、高雄長庚醫院及三軍總醫院等醫學中心；一般外科送訓高雄長庚醫院、高雄榮總；泌尿外科送訓台南奇美醫院、高雄榮總及三軍總醫院；心臟外科送訓振興醫院、三軍總醫院；大腸直腸外科送訓高雄長庚醫院；整形外科送訓三軍總醫院、林口長庚醫院、義大醫院等。對於主治醫師申請出國或至國內其他醫學中心進修，我們都樂見其成，並鼓勵科內醫師多參加各學會以汲取醫學新知。（其他各科則另行安排各醫學中心受次專科訓練，另外，住院醫師目前計有5位在外院受訓，109年5月前完訓歸建。）
- 七、院際合作：為與國際醫療接軌，科內定期安排有醫師至醫學中心參與學習研究，如神經外科與台中榮民總醫院共同合作研究腦血管疾病的治療，包含顱內動靜脈瘻管栓塞、頸動脈狹窄支架置放、顱內血管攝影檢查等；其他另有腹腔鏡手術、心臟血管內視鏡手術、大腸癌腹腔鏡手術、乳癌術後乳房重建及腦部血管介入治療等，透過院際醫學研究，以提昇醫療服務品質。

伍、未來願景

- 一、賡續軍陣醫學研究：為提供國軍官兵優質醫療服務，持續提昇大量傷患處置與機動醫療服務能量，以滿足軍事任務需求，亦可因應國內天然災害醫療支援作業。
- 二、提昇癌症醫療服務：惡性腫瘤仍居國人十大死因之首，亦為本院目前重要精進指標，在加入放射腫瘤治療後，將大幅提升癌症治療能量。
- 三、建置複合型手術室：腦血管疾病是造成中壯年工作失能的主因，在我們完成建置複合型手術室後，我們將致力於腦血管取栓技術研究及發展，減少病患產生嚴重的後遺症，回復正常生活。
- 四、資源共享，與世界接軌：隨著醫療服務品質的提昇及病人服務量的增加，建構有系統、豐富的醫療資訊，不僅有助於研究創新，亦達到與世界共享我們的醫療資源與經驗。

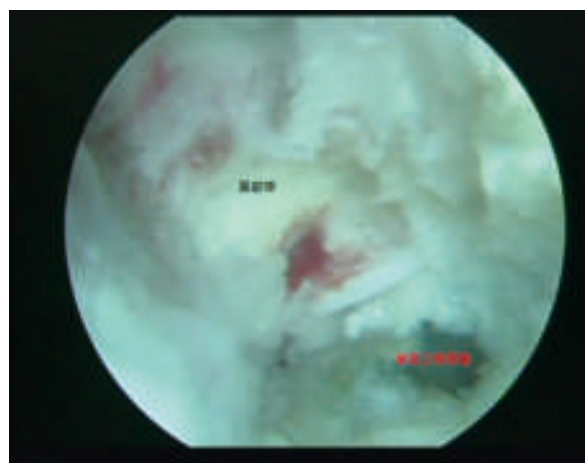


圖4：微創脊椎內視鏡手術，可減少脊椎結構的破壞。

第八章 顯微手術於創傷重建手術之展望



整形外科醫師：吳爭融、陳建安、主任謝尚卿

台灣整形外科學會成立發展迄今，約莫 30 餘年，在外科次專科領域裡，屬於後起新興的科別之一。本院整形重建外科自王建業主任（國防醫學院醫科 77 期）開始創設，歷經馮冠明（國防醫學院醫科 84 期）至謝尚卿主任（國防醫學院醫科 88 期）。歷經先期學長輩路藍縷努力經營，始有今日的規模。

整形外科目前設有主任 1 員，專科醫師 2 員（陳建安、吳爭融），並有 1 員受訓中（王啟宇）。近年來，整形外科一直是媒體與眾人的寵兒，原因主要為「美容重建外科」的商業化取而代之，使得大家逐漸遺忘整形外科存在醫院原本、真實的醫療任務。直到民國 103 年發生的八一氣爆（本院收治 70 人，其中 6 人屬重傷）及塵爆事件，由於大量的患者需要整形外科團隊的介入手術與照護，才又重新喚醒大眾對於整形外科醫師的真實認知。

整形外科存在的意義主要為形體及功能的重建，重建階梯的原則依序為：次級癒合、傷口縫合、局部皮瓣、區域皮瓣及游離皮瓣。在 50 年代之後，隨著手術用顯微鏡的發展日益進步，及至 80 年代開始由澳洲 G. Ian Taylor 對於組織 angiosome（動脈血管供應網）的徹底研究，顯微重建概念已日漸在重建手術中佔了重要的一個角色，甚至在 100 年 Janis 醫師提倡應該將現行

的治療原則改變成為以複雜的顯微手術為優先考慮的降階順序。

一直以來，創傷後的重建對於外科醫師而言，每個案例都是一個挑戰，特別是複合性的外傷，合併了皮膚、肌腱/肌肉、神經/血管及骨頭的創傷或缺損，如何將它們逐一修復，更是需要跨團隊、耗時耗心的努力。這些創傷，往往需要透過顯微手術技術來進行細微的神經/血管吻合，更甚者需要藉由顯微手術分離其他處組織以為取代或填充、重建。

一般顯微手術可以利用眼鏡式放大鏡或手術用顯微鏡協助醫師進行，真實精細的顯微手術係指小於 5 毫釐以下，甚至是 2 毫釐以下的組織接合。顯微手術的技術廣泛地運用在皮瓣血管的分離、斷肢斷指重接合、週邊神經/血管的移植或吻合，以及游離皮瓣的移植（帶神經血管的皮膚筋膜、肌肉、骨頭皮瓣）上，在少數的案例中，更可接合分離的組織（如撕裂的頭皮、唇、耳）或利用創傷後較佳的皮膚吻合血管以覆蓋創面。

隨著免疫抑制劑以及顯微手術發展，99 年起陸續在全球有全臉、手、手臂等異體移植成功的案例發表。台灣也在 105 年成功完成亞洲首例單臂異體移植手術，此舉對顯微重建手術醫師及病人而言，有著莫大的鼓舞與臨床上的希望。

然顯微手術為一複雜且精細的技術操作，醫師需經過長時間的訓練，臨床上手術時間動輒三至數十個小時，除了考驗手術醫師的體力、耐力，亦須要有良好的麻醉及護理團隊協助，以維繫患者術前評估和術中照護的品質。

目前本院計有三位整形外科專科醫師，以及優秀的麻醉與加護照顧的醫護團隊，熟練各項創傷急救基本技

巧與知識，並具備足夠的設施與先進的設備，除提供 24 小時創傷一般重建醫療服務外，熟稔與成熟的顯微手術技術，我們有足夠的信心與能力針對創傷後所需要的重建，提供顯微手術的服務。期盼未來能夠用卓越且精緻的顯微手術，協助本院在創傷重建上質與量的提升，冀望成為南台灣軍民信任的創傷重建中心。

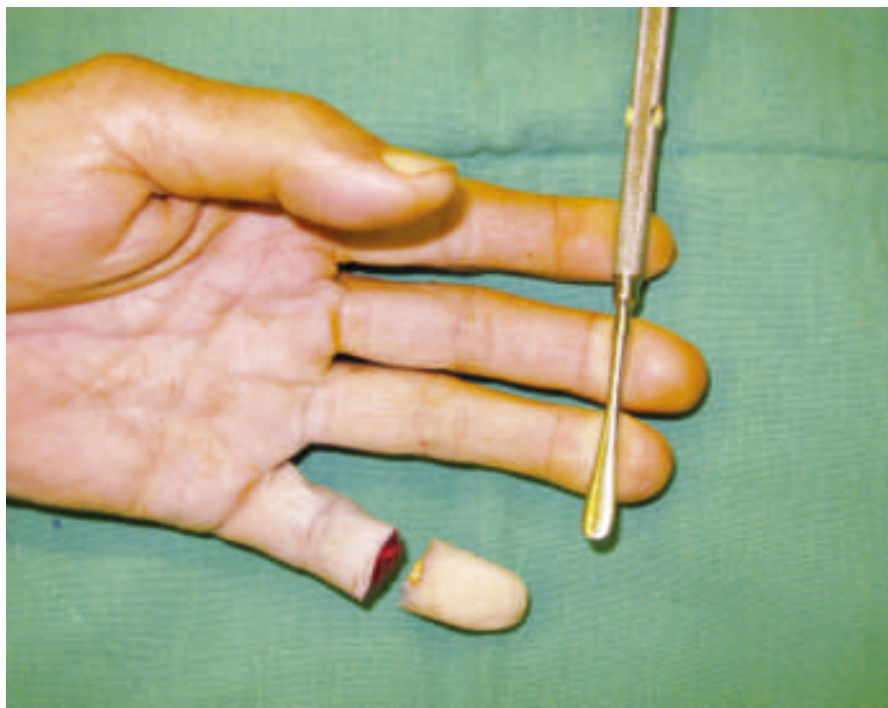


圖 1：左小指遠端完全斷指



圖 2：顯微手術後成功接合回斷指



圖 3：顯微手術後成功接合回斷指

第九章 乳癌治療在本院的近況及未來發展



飛躍四十
傳承與創新

一般外科醫師 張文演

依據國民健康署民國 103 年度癌症登記與統計，乳癌這十幾年來一直是我國女性好發癌症排名第一位，在女性癌症死因排名為第 4 位。乳癌人數的攀高，原因除了賀爾蒙、遺傳外，飲食及生活習慣是最主要的因素，由於東西方文化的交流，高油、高熱量食物逐漸取代傳統飲食，導致罹癌機率偏高，台灣乳癌好發年齡在 45~55 歲之間，較歐美國家的好發年齡約早 10 至 15 歲，乳癌也是 45~60 歲間婦女死亡率第一位。故國民健康署於民國 99 年起推動四癌篩檢，乳房攝影便是其中一項。本院也於同年配合國民健康署計畫申請加入乳癌篩檢與治療醫院行列，乳癌篩檢與治療自此有統計數據與回饋資料，讓我們得以分析、比較與各大醫院及全國醫療院所在乳癌治療上的差異。

乳癌的治療在過去都是先做乳房全切除手術，手術後再做化學藥物治療，近幾年來，乳癌的治療有非常大的轉變，手術是做得越來越小，從乳房全切除手術轉變為乳房保留手術，病人的乳房與乳頭得到保留，自信心會比較好；腋下淋巴結清除手術轉為腋下前哨淋巴結切除手術，若前哨淋巴結遭受侵犯才考慮做腋下淋巴結清除手術，這樣可減少手臂淋巴水腫的機率，生活品質會更好；在化學藥物治療上，目前的藥物副作用都比過去

低，接受化學藥物治療不再是那麼痛苦的事，標靶藥物的加入，過去一些比較難以治療的病患也都有不錯的療效。本院自 100 年起，早期乳癌接受乳房保留手術的比率約 25%，腋下前哨淋巴結切除手術比率約 20%，慢慢進展到目前乳房保留手術比率約 50%，腋下前哨淋巴結切除手術比率約 90%。乳癌第一期的四年存活率高於全國平均值，第二、三期的四年存活率則與全國平均值相當，第四期的四年存活率則略低於全國平均值。分析原因，大部份的第四期乳癌病人，發現時已多是多器官轉移，有些病人也拒絕接受治療，造成四年存活率較低。

乳癌可經由篩檢早期發現，早期治療，治療上較簡單且存活率高，乳房攝影檢查是目前唯一經過大型臨床試驗，被證實能夠有效降低乳癌死亡率的篩檢工具。本院加入國民健康署乳房篩檢計畫，統計 100~104 年執行

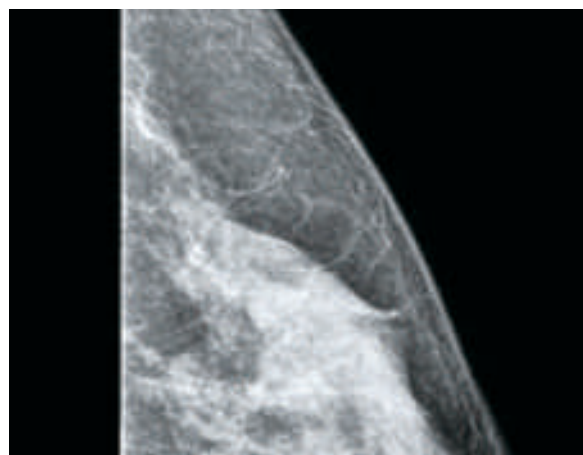


圖 1：乳房群聚顯微鈣化

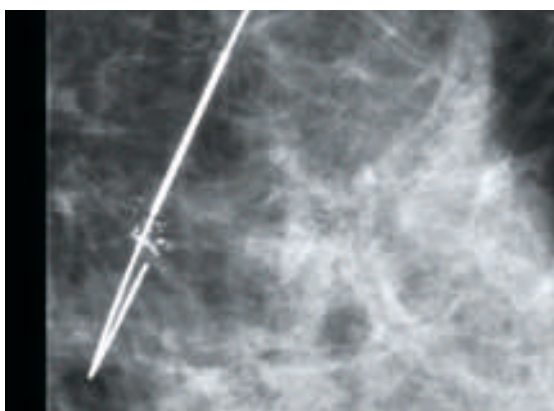


圖 2：定位針定位



圖 4：定位針定位

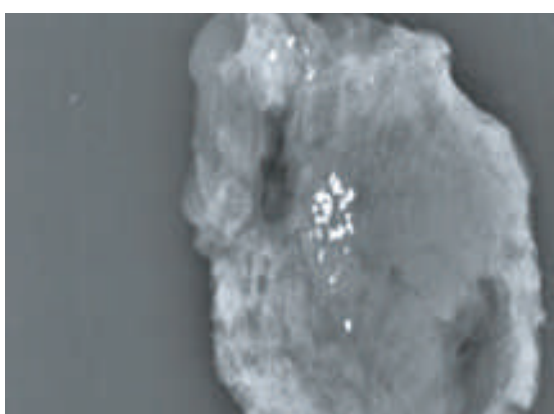


圖 3：手術切除後攝影確認切除顯微鈣化

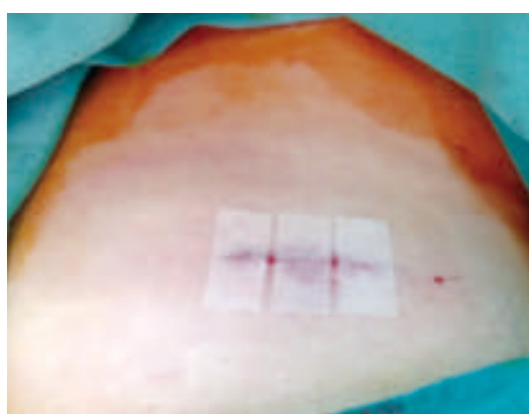


圖 5：手術後傷口

了 7,728 人次乳房攝影，共篩檢出 41 位乳癌病人及 9 位 0 期乳癌（原位癌）。早期乳癌在乳房攝影的表現下大多是群聚型顯微鈣化，經由定位針定位後再施行手術，手術時間短、準確度高且手術傷口小，術後復原快，手術後隔天即可出院。

放射線治療也是乳癌治療的輔助方法，只要執行乳房保留手術或腋下淋巴結轉移超過 3 顆都應接受放射線治療，在過去本院一直沒有放射線治療，手術後的病人都需轉診至阮綜合醫院或其它醫院接受放射線治療，造成病人就醫上的不便。放射腫瘤設施於 105 年動工並於 105 年底成立放射腫瘤科，今年 2 月中正式開張，乳癌治療的最

後一塊拼圖也完成，對本院乳癌或其它癌症患者是一大福音。

現在醫療的進步已讓乳癌不再是不治之症，早期乳癌的五年存活率高達 9 成以上，甚至有些早期乳癌病人可不需要接受化學藥物治療，只需口服抗荷爾蒙治療；早期乳癌接受手術，有很高比例可接受保留手術與前哨淋巴結切除手術，乳房得到保留，術後恢復快，後遺症少，患者可得到較高的自信心。乳癌的治療，每個人因為期別不同，腫瘤細胞表面接受體不同，治療的方式就不同，所以乳癌治療可說是個人化的治療。本院放射腫瘤科成立後，各種治療輔助工具都具備了，達到了真正提供病人在本院接受個人化的治療。

第十章 脊椎內視鏡手術是脊椎手術的一項革命性成就



外科部總醫師 歐建佑

背痛在現今社會是相當普遍的，更是民眾就診第二常見的原因，背痛最常見的原因大多是肌肉或韌帶的受傷，通常可經由藥物，復健和休息而得到很好的療效。

民眾有以下這些背痛就必須特別留意：一、病人本身有癌症病史或毒品濫用者。二、脊椎有外傷病史者。三、出現馬尾症候群者(包含解尿困難、尿失禁、肛門口鬆弛、雙下肢無力)。現在我們將脊椎疾病分為以下幾類：

第一類、單純椎間盤突出：

椎間盤原本是脊椎椎體間的避震器，可能由於平日姿勢不良，或由於工作負重的關係，導致它脫水失去彈性，再嚴重會脫出導致脊椎神經根的壓迫。

傳統的手術方式常需在背後留下

很長傷口(約10公分)，做脊椎椎板的切除，再切除脫出的椎間盤，這樣的術式常會留下脊椎不穩定的後遺症，住院時間拉長。

第二類、脊椎微創手術：

由於醫療器械進步，設計良善的脊椎撐開器，可以讓我們經由小傷口(約2~3公分)到達病兆，再經由顯微鏡輔助，只需做部分椎板切除，即可切除脫出的椎間盤，傷口復原快速，不須放引流管，住院2~3天即可出院。

第三類、脊椎內視鏡手術：

追溯內視鏡在脊椎手術的應用，國外大約30年前就開始有人報告，但限於當時的影像技術並不普及。直到最近10年，影像技術成熟，顯微器械的精進，讓脊椎內視鏡手術日新月異。

本院在民國96年間引進此技術，針對單純椎間盤突出，沒有太多退化

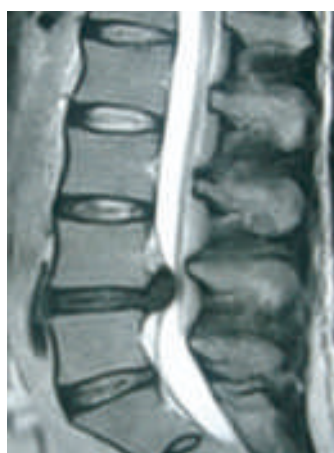


圖 1

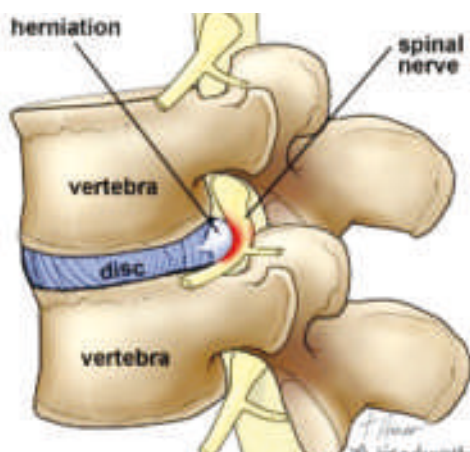


圖 2



圖 3

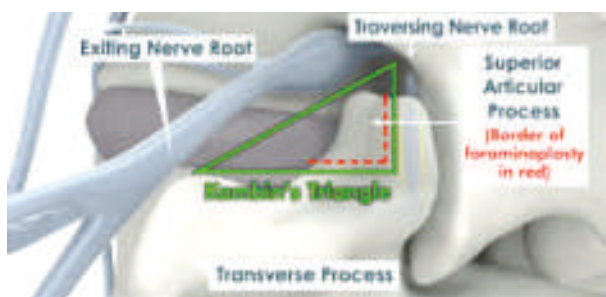


圖 4



圖 5

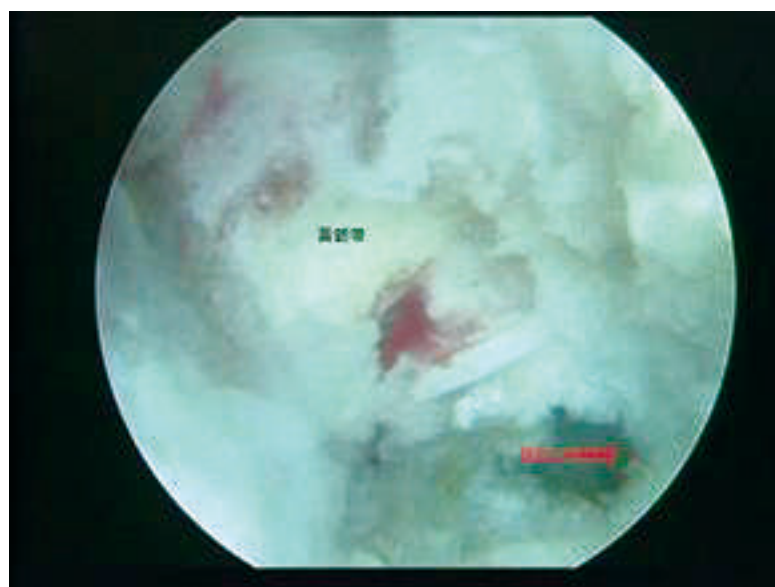


圖 6: 本院在大約 10 年前即引進脊椎內視鏡手術。

性脊椎問題的病人，脊椎內視鏡手術是相當不錯的選擇，內視鏡套管經由脊椎的自然結構孔洞，到達椎間盤的位置，再利用精密之內視鏡器械或雷射將突出的椎間盤切除。由於整個手術的路徑都沒有破壞脊椎的結構，所以病人將來不會有脊椎不穩定的問題，傷口只有約一公分，而且病人不需插管全身麻醉，所以術後的恢復相當快，隔天即可出院。

傳統的脊椎手術，在大家的印象中是背部一個很長的傷口，術後常需住院 7~10 天，內視鏡手術則可以大幅改善術後恢復的時間及傷口的疼痛，減少出血及術後感染。

本院於脊椎內視鏡手術的精進不遺餘力，包含最新的影像系統，脊椎內視鏡器械和 X 光機，所謂的工欲善其事，必先利其器，希望給我們的病人真正符合需要、量身訂做的治療計畫。截至 105 年 4 月止，本院已完成約 102 例的脊椎內視鏡手術。

第四類、退化性脊椎疾病：

退化性脊椎疾病其造成神經症狀的原因較複雜，包括：椎間盤脫水導致突出、高度降低導致神經孔狹窄、韌帶肥厚導致脊髓管路狹窄、甚至出現滑脫不穩定的狀況，這樣複雜的脊椎問題，當然脊椎內視鏡並非好的選

項，我們還是以神經根確實的減壓為手術主要目標，必要時需施打骨釘及置放支架。

結論

背痛的原因相當多，大多是單純的軟組織發炎，但對於上述提到的三點注意事項，有這些情形一定得馬上就醫，脊椎疾病的治療一定盡量以減少

破壞為原則，所以本院神經外科針對不同的病人、不同的病況，有不同的治療方針，包含神經阻斷術、脊椎壓迫性骨折的骨泥注射、微創椎間盤切除、微創脊椎融合手術及脊椎內視鏡手術等。因應不同的病況而選擇適合的治療方式，是本科在脊椎手術上的目標，因而讓求診的病人得到最大的滿意。



第十一章 心臟微創手術

心臟血管外科醫師 劉原豪

心臟血管外科，在台灣外科的歷史發展上算是很年輕的一個次分科，但是隨著科技的進步，發展卻是飛躍的。民國38年初，國防醫學院隨政府來台後，將聯勤台灣總醫院改為陸軍第一總醫院（民國55年改組為三軍總醫院），成為國防醫學院的教學醫院。民國50年成立心臟血管外科，51年完成國內第一例開心臟手術：心房中膈內修補術。以當時的時空背景，當病人本身要面對心臟手術時，心情無一不是如踩在懸崖邊的忐忑，簽手術同意書像是簽生死狀，還得附帶遺書加眼淚兩行。但是，不到一甲子的光景，今日的心臟手術卻已經進展到微創手術時代，能參與在這遽變的洪流中，實感榮幸。

國軍高雄總醫院在民國38年初隨著政府播遷來台，起初定址於高雄市六合一路，66年3月遷至苓雅區中正一路現址，由於地近鳳山區，民眾有時稱之為鳳山軍醫院。除對軍職人員及其眷屬提供醫療服務，以及因應國防和軍事需求的醫學研究活動外，也以「國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處」名義對一般大眾提供醫療服務。並於102年納編國軍左營總醫院、國軍岡山醫院為本院「左營分院」及「岡山分院」。隨著時代的演進，醫院設備的進步，本科也從只能執行傳統開心手術，進一步向微創開心手術「飛

躍」！

傳統的心臟手術和微創心臟手術的差異，說穿了，就是從身體不同的部位下刀，利用不同的傷口大小，搭配不同的輔助器具，達到同樣的手術結果，卻能減少術後併發症的發生。傳統心臟手術採取正中胸骨切開，手術後再用鋼絲固定，幫助骨頭癒合。優點是能夠讓雙眼獲得最佳的手術視野，並且讓雙手獲得充裕的手術空間。相對的，病人得犧牲的，除了胸前那長達20~30公分的傷口外，還得面臨術後胸骨骨折的疼痛，以及可能併發的胸骨癒合不良，肺炎，感染等問題。

微創手術得以進展，主要是因為影像系統的進步及精密器械的不斷改良，使得手術可以在不用鋸開胸骨的情形下，利用小傷口獲得相對充裕的手術視野和空間進行手術，所以，並非每個人的病情都適用微創手術來進行，針對每個不同的疾患病變複雜度、嚴重性、年齡、性別、共病症（如糖尿病、高血壓等），以及家庭經濟狀況、術後的照顧等，病人及家屬都需要在術前和醫師詳細討論，找到一個最適合自己的手術方式，並非微創手術就是好，安全適當的手術才是病人之福。目前主流的心臟微創手術主要有微創開心手術、內視鏡輔助微創開心手術以及達文西手術等三種：

一、微創開心手術：利用胸骨右側



第三肋間進入病灶部位，傷口長度約5~8公分（如圖1）。雖然不需切開胸骨，手術傷口變小，但是得打斷肋骨，同樣會有術後呼吸疼痛，肺炎等可能，而且這個手術方式適用於心臟瓣膜手術、心房中隔缺損修補或是右冠狀動脈的繞道手術。

二、內視鏡輔助微創開心手術：相對於微創開心手術，經由內視鏡輔

助影像系統的幫助，對於二尖瓣及三尖瓣手術來說，可以將傷口再縮小到3.5~5公分。這樣的手術方式，特別就女性來說，可以將傷口隱藏在乳房外側或下緣，對術後的外觀影響最低。（如圖2）

三、達文西手術（此術式目前本院尚未引進）：相對於內視鏡輔助微創開心手術，經由達文西機械手臂的精



圖 1：微創開心手術。



圖 2：內視鏡輔助微創開心手術

密設計，心臟手術進化到只需 5~12mm 的幾個小洞就可以完成，這著實是身在今日的心臟疾病患者一大福音。（如圖 3）

目前本院心臟血管外科在金憲國主任的領導及趙家聲醫師、劉原豪醫師的協助下，站在傳統心臟手術及微創開心手術的基石上，戮力朝內視鏡

輔助微創開心手術邁進。在獲得院方高層的大力支持下，儀器設備已於去年購置完畢，並且已成功完成數例個案，造福大高雄軍民。期望日後，能為更多心臟疾病患者服務，這是本科對自身的期許，也希望能獲得更多大高雄軍民的肯定！



圖 3：達文西手術



圖 4：本院首例微創開心手術：
二尖瓣膜修補手術



圖 5：特別邀請台北振興醫院心臟外科陳
宜誠醫師（圖中）蒞臨指導

第十二章 神經血管腔內介入治療



飛躍四十
傳承與創新

外科部總醫師 歐建佑

神經血管的介入治療，在顱內血管病變的應用上，在最近 15 年有相當長足的進步，主要是由於 X 光機，微導管及栓塞醫材的進步。

血管介入的治療，通常經由鼠蹊部股動脈穿刺，病人通常不會有疼痛感，傷口約只有 0.1~0.2 公分，亦無傷口復原的問題，經由股動脈，我們透過細微導管可到達體內許多地方，包括：腹主動脈，心臟，頸動脈，顱內血管等。

壹、顱內動脈瘤疾病 (Aneurysm)

顱內動脈瘤是指腦內大血管分支處，一異常膨出的血管組織，但其就像吹飽的氣球 (如圖 1)，只要病人由於情緒激動或高血壓均可能造成動脈瘤破裂，而引起嚴重的腦出血，病情嚴重者會立即死亡。

目前各醫學中心最先進的治療方

式是經由顱內血管介入治療，利用微導管將很細的金屬線圈送到動脈瘤處，將膨出的動脈瘤利用金屬線圈塞滿 (如圖 2)，這樣就不會有血液流入而出血的狀況。

目前許多重要的醫學雜誌報導，動脈瘤利用神經介入治療，其風險雖和傳統開顱差不多，但其住院天數及醫療費用的支出，確實是比較低的。本院將此術式規劃於 107 年完成設置的複合式手術室中運用，以提昇手術室效能。

貳、顱內動靜脈畸形 (AVM)

腦動靜脈畸形是一先天性疾病，是一群異常聚集的血管，包含動脈和靜脈，卻缺乏微血管，常會隨著時間而變大，而造成腦出血或癲癇。

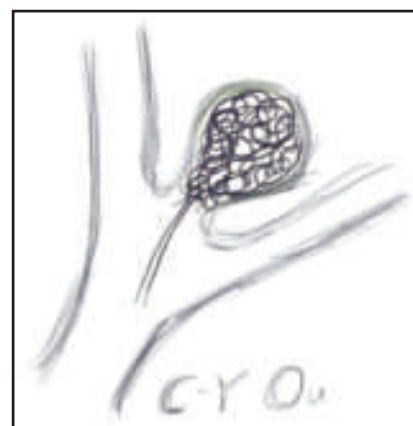
傳統的开顱手術方式，常會造成正常腦組織的傷害，術中大量出血。由



圖 1：動脈瘤如同吹飽的氣球。



圖 2：金屬線圈治療動脈瘤技術，將規劃設置於 107 年即將建置的複合式手術室中。



於神經介入技術的進步，可利用微導管將液態填塞物將異常的動脈血管封住，因而減少動靜脈畸型的血流供應，此時再手術將動靜脈畸形切除，可以減少術中的出血。現在另一個立體定位放射線手術也是另一個治療腦動靜脈畸形的選項。

如上所述，許多的顱內疾病，包括：顱內動脈瘤破裂、顱內動靜脈畸形；在傳統醫學上，都只能經由開顱手術來治療，術後病人常需在加護病房觀察約7~10天，再轉去病房，前後住院時間常需3~4星期。但由於現在顱內血管介入技術的進步，可以透過鼠蹊部股動脈穿刺，經由微導管到達顱內血管異常的位置，有許多新的醫材提供治療，包括填塞的線圈、支架等，因為這樣微創的概念，使病人縮短住院時間及減少醫療支出。

參、急性腦血管阻塞

急性腦血管阻塞常造成病患嚴重的後遺症，包括：肢體癱瘓，意識不清，甚至死亡。

缺血性腦中風在發生後的三小時內，可經由靜脈注射溶血栓藥物，但此療法有三小時的限制，意思就是病人須在發生後兩小時就到醫院，約一個小時的身體評估，且融通率並不高。顱內血管介入治療的應用，在最近幾年有許多國際級的醫學雜誌，在栓塞型的腦中風上有長足的進步，經由鼠蹊部動脈穿刺，利用微導管到達顱內血管栓塞的部位，再使用支架將血栓

取出或使用吸力將血栓吸出，如此之機械性取栓，比從靜脈施打溶血栓藥物的效果更直接而有效，並且治療的時間可延長至8~24小時。

肆、頸部動脈及腦血管狹窄

頸動脈及腦血管狹窄的原因，可能與膽固醇，退化，高血壓等有關，這些重要血管的狹窄常造成腦血液供應不足，病人臨床的症狀常有頭暈，甚至有類似中風症狀，譬如：肢體麻木無力，講話不順等，我們可以利用血管介入的技術至血管狹窄的位置，利用氣球擴張或置放支架來維持血管正常的血流量，而保持血管暢通。

伍、結論

血管介入治療，是提供我們另一個治療的方式，可以算是一種微創的概念，但微創不代表沒有風險，反而更是需要熟練的專科醫師來操作，當然也並不是每一種狀況都適合血管介入，可以經由和專科醫師的討論，來量身訂做適合病人的治療方式，讓每個病人都能經由最適合這療的方式得到最好的預後。

第十三章 泌尿科腹腔鏡的發展近況與未來展望



外科部醫師 倪英睿

今日的外科手術已進步到「微創」手術的領域，其最大的進步，即為腹腔鏡手術的普及。腹腔鏡手術簡言之，就是經由數個像鑰匙孔的傷口，每個約 0.5 到 1 公分的大小，輔以電視影像系統，使得醫師得以經由清晰的螢幕畫面，利用腹腔鏡專屬器械，協助切除病灶或進行修補。透過影像系統，可以放大病灶的相關位置，避免血管神經的傷害。在泌尿科，腹腔鏡手術大約從民國 79 年開始有突破性進展，數年之內，幾乎已經應用到所有的泌尿系統開放性手術，包括腎上腺腫瘤切除手術、部份腎臟切除手術、游離腎固定手術、腎臟囊腫去蓋切除手術、腹腔內隱睪探查術及切除術、精索靜脈曲張結紮手術、輸尿管腎盂截石術、膀胱根除術以及攝護腺根除術等等。以腹腔鏡手術處理腎臟腫瘤之腹腔鏡腎臟全切除術，儼然成為一種標準治療法。

泌尿科自 100 年起，在主任的領導及醫院長官的支持及鼓勵下，開始發展腹腔鏡手術，目前成功治療的疾病有腎臟癌、腎盂及輸尿管泌尿上皮癌、腎上腺腫瘤、輸尿管結石、腹股溝疝氣、輸尿管狹窄等，腹腔鏡手術的執行運作已漸漸步入軌道。茲就手術概況摘述如次：

壹、腎臟根除手術及輸尿管切除及膀胱袖口切除

一般而言，腎臟切除手術適應症為腎臟或輸尿管的惡性腫瘤，無功能腎臟合併阻塞、反覆感染、結石，以及因外傷而出血嚴重無法控制的腎臟。以傳統腎臟切除手術來說，至少需要一個十幾公分的傷口。在腎臟或輸尿管移行細胞癌的患者，手術範圍還需包括輸尿管及膀胱袖口，總共需要兩個傷口，傷口總長度大約 25~30 公分。即使只用一個傷口來手術，也差不多要 20 公分的傷口。而這些傷口多位於上腹部，患者手術後呼吸時對傷口的牽引較大，術後疼痛程度也很大。患者常因為術後傷口疼痛而不敢深呼吸，減慢了復原，也增加併發術後肺炎的風險（不敢咳痰）。即便現在有很好的手術後疼痛控制技術，這些現象改善仍有限。腹腔鏡腎臟切除手術的發展，大大改善了這些併發症。

腹腔鏡腎臟切除手術不只是應用在單側的腎臟切除手術，即使是在有兩顆比正常腎還大的多囊腎患者，也可以在腹腔鏡的協助下，只用很小的傷口完成雙側腎臟切除手術。由於傷口小，且對呼吸肌肉的影響較小，患者手術後的復原快了許多。

貳、輸尿管取石術

臨床上常遇到大於兩公分的輸尿管結石，造成阻塞嚴重，預期無法藉由輸尿管鏡手術一次清除乾淨。我們藉由腹腔鏡手術，找到結石位置，將輸尿管切開，石頭完整取出，放置雙J導管，再將輸尿管縫合。傳統輸尿管鏡碎石術往往一次打不乾淨，仍需搭配體外震波碎石，受限於健保規定，體外震波碎石有次數限制，往往殘餘結石要完整清除，需反覆接受震波碎石數月，甚至年之久。腹腔鏡手術除可完整清除，且後續只需將雙J管拔除即可。

參、腎上腺腫瘤

腎上腺分泌的荷爾蒙分為皮質和髓質，皮質主要控制內分泌和雄性激素等；髓質則會影響血壓和電解質的平衡。若腎上腺裡的髓質出了問題，就會出現高血壓情形。腎上腺位在左右兩顆腎臟的上方，左側的與脾臟相鄰，右側的與肝臟相鄰，腫瘤不易被發現；一旦有症狀出現，大多病情嚴重！

腎上腺長腫瘤，最早的手術方式是一般傳統的開腹式，醫師須在患者肋骨下方切開約10多公分的傷口；發展到腹腔鏡術式，只需要打3~4個洞，進入腹腔先把結腸翻開，進入後腹腔，推開肝臟後看到腎臟上緣，清楚定位腎上腺後執行切除，合併使用檢體袋將腎上腺從其中一個洞完整取出。由

於腎上腺手術視野角度狹窄，傳統術式術後肋下傷口會隨著呼吸牽動，讓病人苦不堪言，容易因不敢深呼吸咳嗽而增加併發肺炎風險，腹腔鏡手術則大大降低此風險。

肆、疝氣修補手術

利用腹腔鏡器械經由下腹部的切口在肌肉筋膜缺損處，由內側鋪上一層人工網膜，以達到無張力式修補的目的。以腹腔鏡手術來修補疝氣和傳統(開腹)手術原理上最大的不同點在於：腹腔鏡手術是在筋膜缺損處的內側去檢查，由內向外看缺損的範圍很清楚，人工網膜在缺損內側補丁也相當牢固；傳統開腹疝氣手術是由缺損外側去做修補，故有時修補範圍不夠大，網膜鋪設不夠平整，也怕腹壓增加造成縫線鬆脫疝氣復發！其中關鍵性的差異在於：接受傳統開腹疝氣手術的病人，術後需等人工網膜完全和組織貼合以降低疝氣的復發，故1~3個月須避免提重物！腹腔鏡疝氣修補術的病人則只要1~2週後即可正常行動，差異相當大。

尤其是雙側性的鼠蹊疝氣的治療則建議在醫師評估條件許可下，接受腹腔鏡疝氣修補手術，比起傳統術式開兩側大大減低術後疼痛及緊繃感。本院目前使用全腹膜外的術式，不會牽動大小腸等腹內器官，也沒有術後腸沾粘、蠕動不良等併發症風險，人工網膜則以螺旋釘或組織凝膠固定於肌肉層。



雖說腹腔鏡手術能提供許多的好處，但仍然有些手術需要較長的手術時間與較高的手術成本之缺點，且不是每種情況都適合腹腔鏡手術，如：已有局部或遠處侵犯的癌症、過往腹部手術的沾黏，以及腹內感染等情況就不適合，仍須考慮病人個別情況來做整體考量。(如圖 1、2)

除了標準腹腔鏡手術外，隨著創新手術器械的出現，腹腔鏡手術又有一些新的發展，像手輔助式腹腔鏡手術是利用一個 6~8 公分左右的傷口，搭配氣密的傷口保護環，將一隻手放入患者的腹腔來幫助手術進行，它保留了傳統腹腔鏡手術傷口小、復原快的優點，並較傳統腹腔鏡手術減少手術時間和困難度，故能應用在較困難的手術。另外，單孔腹腔鏡術式目前也漸漸普及於疝氣修補及腎上腺切除等不需取出大檢體的手術，唯其需要特殊的自費耗材，也需要更多的手術技

巧及經驗累積。

目前腹腔鏡手術在本院推廣最大的問題在於手術的許多器械耗材，患者必須自費負擔。不過，衡量腹腔鏡手術的優勢：出血少、住院天數短、併發症風險低及傷口較美觀，腹腔鏡手術是絕對值得使用的手術方式。

未來我們仍將致力於醫術之精進及設備提升，目前尚有兩位醫師在三軍總醫院受訓，另一位新科專科醫師即將歸隊，並成為微創手術的即戰力。其次，我們並配合人力規劃，將兩位住院醫師送往醫學中心受訓，期待能帶回各方體系的新衝擊，讓科裡實力更提升。另配合先進的 3D 影像，透過眼鏡或螢幕將畫面融合成 3D 成像，有效掌握病灶，以達到精準手術治療的目的。泌尿科未來配合醫院的發展期程規劃，一步步引進新一代 3D 腹腔鏡影像系統，更讓我們團隊如虎添翼，期許將來以更優質醫療服務病人。



圖 1：腹腔鏡手術中情形



圖 2：術後傷口小且較美觀

第十四章 攝護腺雷射汽化切割手術

外科部醫師 倪英睿

我們生活中常聽到攝護腺肥大，到底攝護腺是什麼呢？攝護腺肥大又稱前列腺肥大，男性老化以後，攝護腺腺體細胞的增生，由於攝護腺是位於膀胱出口並且包圍尿道的器官，因此肥大的攝護腺會壓迫到尿道，造成膀胱出口管徑狹小，造成排尿的困難，患者輕者有頻尿，餘尿現象，重者發生尿滯留現象。輕者可以藥物治療，嚴重者則需手術切除肥大的攝護腺組織。良性攝護腺肥大症由於是受到男性賀爾蒙的刺激，發生率隨年齡增加而增加。男性到了80歲，可以說是80%以上皆有攝護腺肥大症的困擾，產生頻尿，急尿，尿流細小及夜尿症狀。處理的方式是以藥物治療為首選，主要分為兩大類：甲型交感神經阻斷劑、男性荷爾蒙抑制劑。藥物治療方便、不需開刀，但只能控制症狀且需長期服用，在停止服用藥物後，攝護腺肥大症狀會再出現。而對於症狀較嚴重的病患，仍有相當比例的患者需接受手術治療。目前普遍建議手術治療的適應症為尿液滯留、膀胱結石、反覆尿路感染、血尿、阻塞性腎病變、膀胱憩室、腹股溝疝氣等等。

在手術而言，經尿道攝護腺剝除手術依然是黃金準則，醫療團隊及病患最先想到的就是風險和併發症，傳統經尿道攝護腺切除較常見的併發症有尿失禁、尿道狹窄、膀胱頸狹窄、

出血，性功能障礙、尿路感染及可能致命的因沖洗液過量吸收之水中毒。加上這些接受攝護腺手術的患者普遍屬於較高年齡層，合併其他內科疾病的機會也比較高，如糖尿病、高血壓、慢性阻塞性肺病及心臟血管疾病等。長期服用抗凝血劑的比例也不少，使得手術的危險性更增加。

台灣目前男性的平均餘命為76.2歲，在手術台上接受良性攝護腺手術的病人中，八、九十歲患者比比皆是。也因此雷射攝護腺氣化切割手術引進後，很快的時間就普及成為病患的選擇。

雷射在攝護腺肥大症的治療是開始於1990年，最先被使用的是Nd-YAG雷射，因主要採用凝固壞死的方式，打通管道的效果較差，副作用如須長期導尿管留置，術後尿道刺激症狀較明顯，所以這種雷射接受度不高。

1996年紐西蘭的Peter J. Gilling發展出了鈦雷射攝護腺剝除手術(Holmium: YAG laser enucleation, HoLEP)，使雷射在攝護腺肥大症的治療有了革命性的發展。這種手術方法是利用鈦雷射的切割特性，將攝護腺切到包膜(capsule)的位置，再將膀胱括約肌的內緣至膀胱頸間的攝護腺組織剝離，推入膀胱內，然後利用器械將攝護腺組織絞碎、取出。

從1992年的雅銘(Nd-Yad)雷射開



始，到 1995 年鈦 (Holmium) 雷射，雖然都有相當不錯的治療成績，但和攝護腺肥大手術治療的黃金準則—傳統經尿道攝護腺切除術相比較，治療效果上不管是維持時間，殘尿量或是尿流速都還是有一點差別，直到近年來綠光雷射的發展，經過美國及歐洲許多先驅研究發現，綠光雷射應是 21 世紀手術治療攝護腺肥大的最新準則。

綠光雷射是利用 532nm，80 瓦特高能量的鉀鈦磷 (KTP) 的雷射光直接照射到攝護腺，汽化攝護腺組織，同時產生凝固止血的效果，所以手術中幾乎不會流血，因此，可以將術後放置導尿管的時間縮短至一天。同時，手術中可以使用生理食鹽水沖洗液，所以不會造成體液電解質不平衡的問題，因而減少許多手術中的危險。(如圖 1)

在過去心臟病患服用抗凝血劑，如 Asprin(阿斯匹靈)、Plavix、Licodin、Coumadin 都是傳統手術的禁忌。但是綠光雷射除了 Coumadin 要停三天外，其他都可以在不停藥下接受手術，而這個重大突破，可以嘉惠更多心臟病的患者。



圖 1：綠光雷射汽化術可減少術中危險。

鈦雷射是近年來由德國人發明的雷射，對於組織的切割、氣化和止血都有功效，應用在攝護腺肥大手術，可以減少許多手術相關的危險。比起以上所列的雷射手術，由於鈦雷射的波長 2010nm，能量由水吸收，極少量由氧合血紅素吸收，熱度穿透深度淺，對於攝護腺外圍的神經傷害小，所以大部份依然可以保持術後性功能，另外也因為以切割方式進行，對體積較大的攝護腺手術時間比起單純汽化雷射短，術後又可採集檢體化驗，提高早期診斷潛在攝護腺癌的成功率，兼具綠光雷射的汽化優勢和鈦雷射的切割優勢。(如圖 2、3)

目前本院為了以更優質的醫療品質服務病人，在長官的支持下，爭取到和舊型汽化雷射同樣的價格，使用新型鈦雷射攝護腺切割汽化手術設備。雖然為自費手術項目，由於手術安全性大大提升，術後滿意度高，實為高齡患者的一大福音。

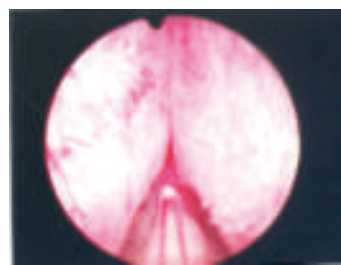


圖 2：雷射手術前

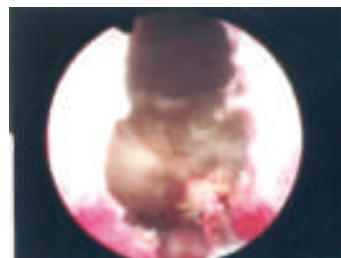


圖 3：雷射手術後

第十五章 教學研究中心沿革

前教學研究中心主任 / 現內科部主任 蔡明凱醫師

壹、歷史沿革

本院於民國 34 年成立至今已逾一甲子，隨著時代的變遷及醫療的進步，故有的編制不足以應付現今的挑戰！在時任院長孫卓卿院長的領導下，於民國 98 年 7 月 1 日成立教學研究發展中心，由林任先醫師擔任首任主任，本中心下設教學組、研究發展組及師資培育組等三組，統籌負責全院員工專業教育、訓練、研究發展、教學設備、員工進修及教學醫院評鑑等業務，希望在歷任主任積極與負責之態度領導下，以使國軍高雄總醫院成為南台灣區域教學醫院之標竿。

教學研究中心成立後歷任主任：

林任先主任【國防醫學院醫科 79 期 88.07 ~ 102.07】

梅健泰主任【國防醫學院醫科 82 期 102.07 ~ 102.12】

洪啟庭主任【國防醫學院醫科 86 期 103.01 ~ 105.05】

蔡明凱主任【國防醫學院醫科 86 期 105.06 ~ 106.04】

陳逸鴻主任【國防醫學院醫科 89 期 106.04 迄今】

貳、教研中心之宗旨：

提升全院之教學品質及研究發展。

參、教研中心之願景：

成為南台灣優等區域教學醫院。

肆、教研中心之核心價值：

務實、創新、合作、服務。

伍、工作目標

一、短程目標：

- (一) 落實全院人員持續教育訓練。
- (二) 培養醫療人員專業核心能力。
- (三) 提昇教師教學技能及品質。
- (四) 提供優質臨床研究環境。
- (五) 引進新式教學模式。
- (六) 鼓勵參與國際醫學會議及研究。

二、中程目標：

- (一) 提升教師教學與研究之專業技能。
- (二) 強化跨領域團隊照護。
- (三) 達到以病人為中心的醫療團隊照護模式。

三、長程目標：

- (一) 打造優質教學環境，提昇學習成效。
- (二) 強化評鑑機制，改進教學成效。
- (三) 提升教學穩固品質並能薪火相傳。



- (四) 強化教學效能並與國際接軌。
- (五) 打造優良的學習園地成為南台灣區域教學醫院之標竿。

陸、組織架構及成員

一、組織架構：(如圖 1)

二、教研中心成員：

上校主任 1 員、上士 1 員、行政人員 2 員、助理 2 員、圖書館員 1 員、實驗人員 2 員，共計 9 人員。

柒、工作項目

一、教學組：

- (一) 一般員工教育訓練：規劃年度全院員工共同性訓練課程，舉辦各種訓練班、講習班、研討會，提供全院同仁繼續在職教育。(如圖 2、3)
- (二) 醫事類員工教育訓練：辦理醫師及各類醫事人員專業繼續教育課程，並協助申請專業繼續教育學分。
- (三) 住院醫師訓練：住院醫師教學活動、訓練相關行政業務及訓練成效評估。(如圖 4、5)
- (四) 專科醫師培育：固定舉辦臨床病理、影像診療、死亡、學術討論會及晨會，並定期辦理專

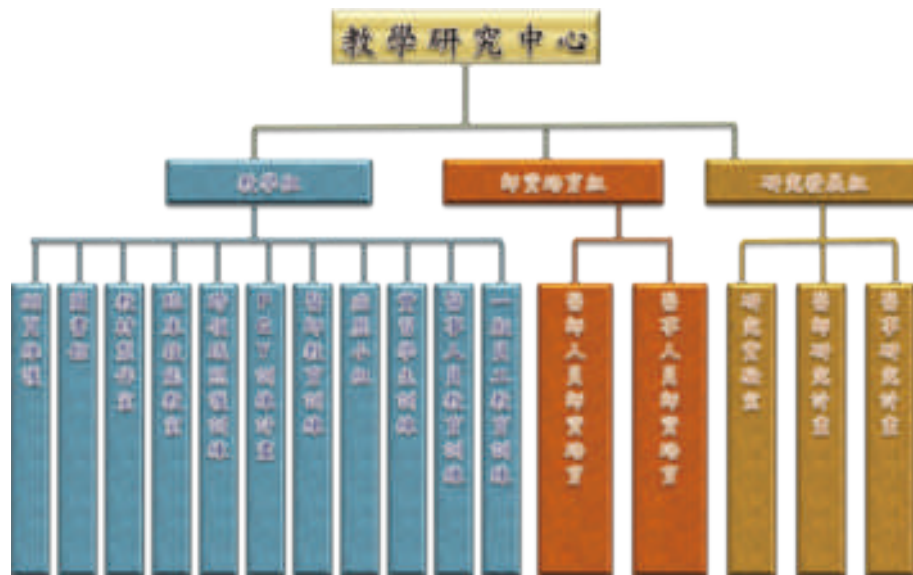


圖 1：組織架構



圖 2：全院在職教育課程



圖 3：臨床病理課程



圖 4：門、住診教學



圖 6：師資培育課程



圖 5：手術實務教學



圖 7：模擬教學課程

題演講、院際或科際聯合研討會，並遴選人員赴國外進修、研究、實習及參加國際學術會議，藉以培養專業人才。

- (五) 實習學生訓練：各職類實習訓練計畫、實習成績及滿意度收整。
- (六) 衛生福利部二年期教學費用補助計畫：年度各類子計畫書修訂彙整及新子計畫書申請，年度教學成效資料收整，以及每月學員、教師名單清查及上網申報、每季經費核撥簽核處理。
- (七) 醫學教育審查委員會：各項教學訓練活動與人才進修培育政策之長期規劃、擬定及審議、住院醫師選科及轉科之考核審

查、各部科總醫師、主治醫師晉任資格之考核審查。

- (八) 網路學習專區及教研中心之網頁維護。
- (九) 教材製作室之教學設備借用制度制定與管理。
- (十) 臨床技能中心之技能課程規劃及訓練業務。

二、師資培育組：(如圖 6、7)

- (一) 訂定教師培育制度，有計畫地培育師資。依照各職類教師需求規劃相關課程，並評估檢討。
- (二) 定期檢討教師培育制度，分析執行成效並進行改善措施。

三、研究發展組：

- (一) 動物實驗室、遺傳實驗室協助進行遺傳相關疾病之研究，利



用研究資源與本院其他醫院合作。

- (二) 本院研究計畫之收件、審核及執行情形追蹤，並負責醫學文章發表審查及獎勵金發放事宜。
(如圖 8、9)

捌、未來展望

持續推動全院繼續教育、醫學專業及研究發展，打造優質教學環境，提昇各職類人員之學習成效並能薪火相傳，成為南台灣優等區域教學醫院及就醫環境。



圖 8：國際學術交流（美國聯合公職醫療大學副校長 Longacre JL 教授率各科部主任蒞院經驗交流加護照顧 < ICU >、一般外科及戰傷醫學。本院分享中暑防治及氣爆救災經驗。）



圖 9：國際學術交流（日本新東京病院中村淳院長蒞院交流心導管等相關技術。）

第十六章 社區健康促進－居民的「好厝邊」

社區醫學部雇員 李妃鳳

壹、前言

本院自民國 93 年起開始走向社區，經問卷調查或鄰里疾病盛行率參考，為每一個社區客製化合適的健康議題分享。社區活動由社醫部主任暨社區基層醫師、營養師及護理人員、醫事行政同仁及志工人員，團隊合作順利完成。

貳、部科發展史

為順應現代醫學之發展，配合政府籌建醫療網計畫及群體醫療執業中心之開辦，培育家庭醫學人才與師資，推廣家庭醫師制度以提昇基層醫療水準，自 93 年 3 月 1 日以「家庭醫學科」臨時編組方式。奉核准自 94 年 1 月起成立社區醫學部，由風濕免疫科林志光醫師擔任創部主任。(如表一)

表一：歷任社區醫學部主任

姓名	學歷	任職時間
林志光	國防醫學院醫科第 76 期	1994~2011
班仁知	國防醫學院醫科第 81 期	2011~2013
周紹庭	國防醫學院醫科第 84 期	2013~2016
陳東源	國防醫學院醫科第 86 期	2016~ 迄今

參、業務介紹

一、畢業後第一年住院醫師一般醫學訓練：

家庭醫學科成立初期承衛生署補助住院醫師訓練計畫，撥款充實基本設備，購置電腦、圖書、雜誌等教學研究設備，對本科發展裨益良多。本部亦全力整合醫院各臨床科部之教學資源，妥善規劃「畢業後第一年住院醫師一般醫學訓練」之各項訓練項目，期能深耕社區導向之基層醫療 (Community-Oriented Primary Care) 的健康照護觀念予年輕醫師，提供持續性 (continuity)、周全性 (comprehensiveness)、協調性 (coordination)、可近性 (accessibility) 及負責任 (accountability) 的醫療服務。(該業務由於 101 年舊制 PGY1 計畫結束，因應醫院整體教學培訓規劃，於同年轉由教研中心承接。)(如圖 1、2)



圖 1：舊制 PGY1 計畫各臨床科部討論會時任社醫部林志光主任主持會議情形。



圖 2：新制 PGY1 計劃各臨床科部討論會時任教研中心林任先主任主持會議情形。



二、家庭醫師整合性照護試辦計畫：

自 94 年起承辦家庭醫師整合性照護試辦計畫，陸續與鳳山、康源鳳聖、三民等醫療群合作。配合醫療群作業

提供下列支援：

- (一) 獨立診室，開立門診。
- (二) 病例研討 (不定期參與各科室研討會)。



圖 3：本院與醫療群會議情形。



圖 5：獨立診室開立門診。



圖 4：醫療群家戶會員病房巡診。



圖 6：醫療群醫師參與社區活動。

- (三) 在職教育 (免費提供 20 小時持續教育課程)。
- (四) 社區健康營造 (邀請醫療群醫師逐月至各鄰近社區辦理)。
- (五) 家戶會員病房巡診、與主治醫師討論病情，追蹤病人照護情況，定期追蹤、檢討共同照護門診執行成效。

此外，因應健保署推行轉診制度，結合社區健康相關資源，推動社區健康照護工作，本部成立單一窗口推動雙向轉診工作，建立轉診病人優先處理作業規範，並即時將病人處置情形給原轉診醫院，提供快速便利之回覆機制。(如圖 3-6)

三、社區健康營造：

本著「以病人為中心、以社區為導向」的理念，自 93 年 9 月起積極參與社區健康營造活動，有效整合院內及社區資源，以問卷調查或鄰里疾病盛行率為參考，幫每一個社區客製化合適的健康議題分享。社區活動由社醫部主任暨社區基層醫師、營養師及護理人員、醫事行政同仁及志工人員，團隊合作順利完成，主動走入社區關懷居民健康。此外，積極參與政府所推之衛生教育活動，成人流感接種期間，認養衛武里，向社區提供老人接種服務，派專車接送社區行動不便者來院接受接種疫苗，開立專門時段為社區民眾服務，免除其來院就診之繁



圖 7：社區健康營造活動 - 林志光主任



圖 9：社區健康營造活動 - 周紹庭主任



圖 8：社區健康營造活動 - 班仁知主任



圖 10：社區健康營造活動 - 陳東源主任

瑣程序，提高民眾之接種意願及服務滿意度。(如圖 7-10)

四、癌症篩檢及診療：

為響應政府衛生政策，99 年起參加衛福部國民健康署「醫院癌症醫療品質提升補助計畫」，提供子宮頸癌、結直腸癌、乳癌與口腔癌篩檢與陽性個案追蹤服務，除了在院內門診積極推廣篩檢外，每週派員至病房主動為符合篩檢資格之住院病人進行檢查排程及衛教宣導。(如圖 11、12) 結合社區里長、衛生所和其他醫療單位合作舉辦社區篩檢。與營區和監獄單位合作辦理篩檢服務。在致力推廣四癌篩檢之餘，也全力提升癌症醫療品質，於 100 年 3 月 4 日成立癌症醫療品質

審查會，參加第三類計畫，並督導全院癌症篩檢進度及癌症診療品質。此外為解決核子醫學硬體設備不足，積極尋求合作醫院，預計 105 年 12 月底前成立放射腫瘤治療部門，為癌症病人及家屬提供更多元、專業之醫療服務。秉持著本院核心價值信念 - 專業、安全、關懷、效能，我們榮獲 104 年國健署辦理癌症診療品質提升計畫癌症防治績優醫療院所：

- (一) 口腔癌篩檢效率王區域醫院第二組第一名。
- (二) 大腸癌疑癌追緝王區域醫院第二組第一名。(圖 13)
- (三) 子宮頸癌困難挑戰王。(圖 14)



圖 11：偏遠地區口腔癌篩檢



圖 12：社區口腔癌篩檢



圖 13：大腸癌疑癌追擊王第二組第一名。



圖 14：子宮頸癌困難挑戰王。

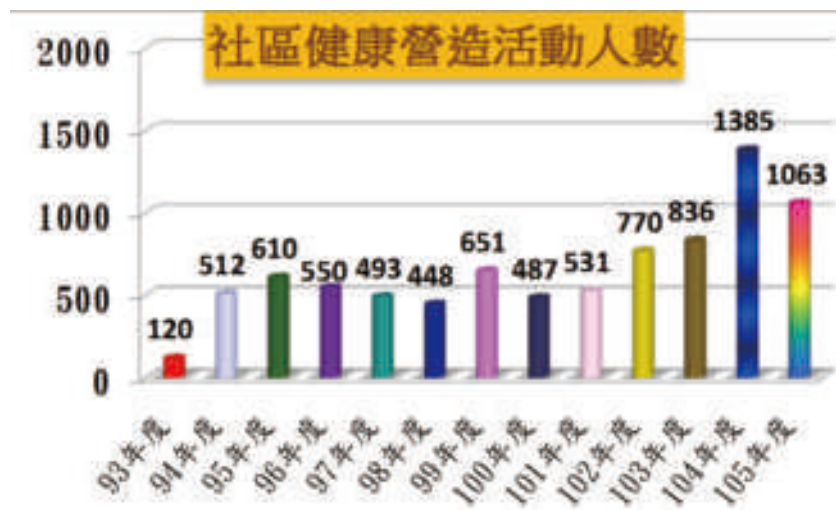


圖 15：社區健康營造活動人數統計



年度 人數	102 年	103 年	104 年	105 年	總計
門診轉入	1518	1491	1663	1263	5935
門診轉出	139	105	72	121	437
急診轉入	1595	1594	1736	1486	6411
急診轉出	207	341	278	269	1095
病房轉出	216	220	259	208	903
總計	3675	3751	4008	3347	14781

圖 16：102~105 年轉診作業成效

肆、社區健康營造活動與轉診服務績效 (圖 15、16)

伍、矯正機關醫療行政成效

社區民眾、部隊弟兄是我們關懷的對象外，本院對於矯正機關受刑人同樣關心，矯正機關是一個特別的工作環境，第一線矯正人員除了司法執行者的工作外，面對受刑人的身體突發狀況也不得不親上火線，第一時間處理，所以為擴大緊急救護技術 CPR 宣導，本院每年至少安排 4 場 (矯正人員 2 場，受刑人 2 場)--CPR 暨自動電擊器操作宣導活動，透過親自實作學習 CPR 救護技能，提升自主救護之認識與能力。

陸、未來遠景

今後當更致力於推廣教育社區民眾的健康理念，促成社區民眾健康行為的養成，積極強化與社區之互動，對外，我們將妥善運用整合醫院資源結合社區、機關團體、學校等，辦理社區診療、衛生教育、健康評估..等活動以期達到早期發現、早期預防及早期治療之目的，提昇社區民眾之健康生活品質。對內，我們將跨團隊合作，與家庭醫學科、精神科..等臨床單位與營養師、居家護理等單位、統一規劃相關業務，以達到醫療保健服務之整體性與持續性目標，並建立整合性醫療體系 (IDS)，加強社區服務，響應未來社區為導向之醫療政策，堅守基礎醫療照護角色，推動社區醫療進而提升醫院良好的社區形象。

第十七章 細說精神科

精神科醫師 張震霖

精神科在歷任院長的領導提攜下，在南部地區扮演軍陣精神醫學重要之角色。尤其現任呂慶祥院長更勉勵本科須戮力以赴，為軍民提供優質服務，積極強化軍中自殺防治任務。

民國 38 年政府遷台，許多老士官兵離鄉背井，妻離子散，收入微薄，生活緊張，無論在台澎金馬，精神病患者都有遞增的趨勢，基於需要，軍醫署先在第一總醫院於北投設精神科病房。43 年間，本院精神科創立，是

全國第二個設置精神科的綜合醫院。

精神科係一獨立二層樓房（如圖 1），總面積 3140 平方公尺，建築物面積 3020 平方公尺，在 70 年至 80 年間，由於一樓病房不敷使用，因此將二樓原衛勤學校實習學生的房間整建為病房，並加裝鐵窗做為隔離。二樓其餘空間做為辦公室。直到龍佛衛主任回國後（83 年）將鐵窗拆除，成為國內首座開放式空間的精神科病房（圖 2），之後陸續在 83、84 年增建三樓身心病



圖 1：民國 66 年精神科大樓繪圖



圖 2：現分級分類開放式病房



圖 3：社區復健中心



圖 4：精神科以社區為導向之多元化治療模式。

房、蘭園康復之家、日間留院，並拓展居家業務；並於 88 年在院部支持下，將原三供處庫房整建後開設社區復健中心（如圖 3）。龍主任並於 84、88、90、92、94 年當選精神醫學會理事。更在 89 年陸續與迦樂醫院、屏東龍泉醫院、樂安醫院、靜和醫院等簽訂建教合作合約，並在 94 年 4 月開始支援華生診所門診，在階段性任務完成後結束。（圖 4）

民國 96 年，顧毓琦醫師接任本科主任，大力籌畫本科開立國軍屏東分院精神科病房。使屏東地區軍民能就

近得到心理醫療協助。國軍屏東分院病房開設由林季宏醫師兼任主任，與張震霖醫師一同於屏東地區服務。

民國 98 年，由曾冬勝醫師接任主任，開創本科分級分類病房，依病情為主，安排病患治療模式，並改建軍人自殺防治計畫，由醫療團隊評估病情，病人、家屬、部隊一起參與，降低軍中自我傷害，維繫國軍戰力。

民國 103 年林季宏醫師接任主任後，精進科內各項任務邁向另一高峰，105 年獲得高雄市政府衛生局心理衛生業務～關懷生命獎第一名、精神醫療



圖 5：105 年關懷生命獎第一名



圖 6：105 年精神醫療卓越獎第二名



圖 7：105 年心理衛生業務督考總成績第三名

卓越獎第二名及總成績獎第三名等獎項。(如圖 5、6、7)

本科現有健保急性床 77 床，日間留院 65 床，康復之家 47 床，社區復健中心 40 床，整體之治療模式多樣而完整。78 年及 80 年，本科經衛生署評鑑為精神科專科醫師訓練醫院。82 年開始整建病房，強化硬體設施；經醫療人員及其他專業領域的人才通力合作，建構此一完整的精神治療模式，服務軍中袍澤，負起社區醫療積極的角色。

回顧本科過去前輩辛勤發展與耕耘，可歸納以下的七大原則：

- 一、1 個 E(Evaluation) 評估：為所有原則之首善，以強調研究評估的重要性。
- 二、2 個 M (multi-discipline、multi-agency)：即精神科重視醫療團隊(team approach) 及多單位互動；除機構與機構間之協調外，亦重視非專業人員如：志工、警政人員及家中主要照顧者介入治療團隊。

三、3 個 C (Coordination、Collaboration、Continuity)，此原則係運用團隊作與溝通協調等方法，化解治療過程中之阻力與衝突，進而達成永續經營的理念。

四、4 個 A(Accessible、Acceptable、Affordable、Available)，提供 24 小時全天候急診與精神醫療服務，使不同語言、文化、信仰等病人或家屬，皆可接受我們的服務；而我們也必須提供滿足委託者需求之醫療能力與價值。

五、5 個 R(Right cost、Right time、Right place、Right provider、Right service)：此原則所衍生之概念係指醫療人員多先考量成本效益分析，惟基於需求者的立場論之，則尚需考量醫療人員所提供之服務是否及時？提供之病房、地點是否適當？選擇之服務提供者是否妥適？當然更需考量所提供之服務是否正確。

六、6 個 G(Goal)：係指於多數社會大



眾望醫院卻步的同時，我們希望建立具家庭化氣氛、旅館化服務、公園化環境、醫院之醫療水準、生活化治療，及企業化經營管理等六大目標與特徵之多元化醫院。

七、7個問題：綜前六大原則，輔以長期與各大公民營單位接觸後，我們仍發現以下七個在政策上常出現的問題值得注意，亦為各專業領域所須深思進而尋求適切之解決方法：

- (一) 不連貫 (discontinuity)：諸如未滿 18 歲之青少年從事性交易者，依據「兒童與少年性交易防治條例」得以緊急或短期安置，進而提供輔導就業或就學等相關資源，惟此類青少年若超過 18 歲，則為上該福利系統所排除，亦未為其他系統所涵蓋，而造成福利政策施行上之不連貫。
- (二) 碎亂 (fragmented)：老人或婦幼的照顧應採全人角度，而非單純由社會福利、醫療或教育單位所提供之服務即為已足。
- (三) 忽略 (neglect)：諸如中央健康保險署於設計被保險人範圍時，酒癮與藥癮病人之治療權益仍須面對，但易因診斷而被排除於健保服務之外。
- (四) 不落實 (inaccountability)：如妨害性自主個案假釋回歸社區之追蹤；從事性交易之青少年結束短期安置之追蹤問題等，目前仍無法深耕，依相關規定具

體落實；此乃強調認證之重要性，亦即有無品管，涉及服務的效度，影響方案是否可以落實。

- (五) 難以接近的 (inaccessibility)：諸如精神醫療之服務，易因汙名化而降低普羅大眾使用之意願。
- (六) 重覆 (duplication)：例如社政單位與勞政單位對於殘障人士之就業、就養問題各有其單獨之訓練、輔導措施，造成資源之耗損與重疊。
- (七) 矛盾 (inconsistent)：不同層級的政府在執行任務或政策時，偶有相左之情形；精神科病人去機構化的政策就是一例。

近年來本科積極從事各項改革、訂立許多治療模式，包含藥物治療、心理治療、心理演劇、活動治療、職能復健、轉銜就業等，讓病患得以依其不同需要各別接受適當的治療。此外，本科移除原有的鐵製門窗，綠化周遭環境，並在病房走廊上設置畫作以供病人欣賞，嘗試在精神疾病治療上做更完善的改進。

精神科一向注重團隊合作，從而發展出目前多樣的治療模式，秉持全國唯一分級分類管理病房模式，尊重人權，提倡人性化治療理念。未來，科內亦將秉持優良傳統，積極拓展學校、社區與軍中各項心理健康講座及諮詢服務，提供大眾善用心理健康服務。

第十八章 鐵窗對精神醫療的省思－ 多治療模式的國軍高雄總醫院精神科

精神科 18 病房護理長 陳珮娥

十七世紀起，人們將思覺失調症（舊稱「精神病」）患者視為惡靈附身，對其採終身監禁的對待，反觀 21 世紀精神醫學發達已非比昔日，國內的精神科病房仍多為「封閉式治療空間」，縱使醫院對精神科配置廣大空間，但終究採用的是鐵窗鐵門隔離的硬體設施來限制病人的活動範圍（如圖 1），雖然對部分重症病人是必要的，但卻也讓大多精神病人感到無比的壓力，進而產生恐懼與排斥。

思覺失調症病人跟正常人是一樣的，雖然生病，仍希望在人性化的治療環境接受醫療。在考量人性尊嚴及人權人道的普世價值，本科自民國 83 年起逐漸拆除鐵窗、鐵門，並營造綠化、優雅、寬敞的治療空間，建立國內首座「分級分類管理的急性精神病房」（如圖 2、3、4），結合醫師、護理、社工、臨床心理及職能治療等團隊，

遵循生理 - 心理 - 社會 - 靈性 - 發展等治療模式並整合身心醫學的方法，盡力提供最優質舒適的現代精神醫療服務，讓思覺失調症患者在家屬關愛、醫護照顧下，儘早返回社會，就是本院醫療團隊的核心目標。

本院精神科創立於 43 年間，為全國第二所綜合醫院附設精神科，歷經多年經營，目前床位包括急性病房 77 床、身心病房 30 床、日間病房 65 床、社區復健中心 40 床與康復之家 47 床，並藉由跨領域團隊治療模式，成為全國第一家使用分級分類病房管理治療的人性化醫院，目前有 7 位精神專科主治醫師、4 為住院醫師，4 位心理師、5 位社工師與 4 位職能治療師；本科垂直整合醫療照護模式，提供病人返家後之居家治療，評估並給予適當職能復健，協助轉介庇護性商店與就業輔導，針對功能退化者，則協助轉介慢



圖 1：民國 70 年代，封閉式病房全貌，有天井及鐵窗。



圖 2：鐵窗拆除後，國內首座「精神科開放式空間的分級分類管理病房」。去除鐵門，讓台灣精神病人人權向前跨出大步



圖 3：營造全面綠色植被的公園化環境。



圖 4：中庭佈置優美的造景及擺設鋼琴，供病人及家屬休憩的「家庭化氣氛」。

性機構長期安置。精神科最注重團隊的合作，從而發展出目前多樣的治療模式，茲詳述如下：

一、封閉式病房：

位於本科大樓的一樓，男女分別區隔，另設置 1 間保護室可提供單一特殊病人隔離使用。病人以急性期之思覺失調症患者為主，通報嚴重病人及強制住院，工作人員採一對一之照護，並配備有專程自國外採購之約束網、

約束衣與磁扣式約束帶等醫療設備，提供更安全的約束選擇；其治療包括了藥物治療、個別和團體心理治療，行為治療、職能治療和娛樂治療等；醫師、護理人員、心理師、社工師和職能治療師於每日晨會和每週定期的醫療團隊會議中討論病情與治療計劃，提供跨領域照顧。

二、急性病房：

位於本科大樓的一、三樓，病人以

恢復中自願住院之思覺失調症患者為主，病房採開放式之管理，設置無隔閡的護理站，提供親民互動平台的「旅館化的服務」(如圖 5)，病人可自由進出，依照分級分類病房管理分別律定門禁管制時間(一樓及三樓為 1030 到 1600)，以維護夜間病房安全。其治療包括了藥物治療、個別和團體心理治療、行為治療、藝術治療、職能治療和娛樂治療等。開放式的自治病房所呈現出來的優點，如病人自尊感增加、自治能力提昇、硬體設施遭受人為破壞情形大量減少。

三、身心病房：

位於建軍路舊牙科大樓 4 樓 19 病房。病人以精神官能症、焦慮症、恐慌症和神經系統疾患(如失智症)為主，病房採人性化方式管理與全天性開放模式(夜間出入管制但非門禁)，其治療包括藥物治療、個別和團體治療、藝術治療、職能娛樂治療、生理回饋治療等。

四、日間病房：

成立於 82 年 8 月，當年 12 月起正式收治病人，病人來自門診、居家治療、急性和自治病房之轉介，並經由日間病房醫療小組評估之後收治。病人以復健期的精神疾患為主，其治療包括了藥物治療、個別和團體治療、藝術治療、音樂治療、職能和娛樂治療等。治療期間由醫療小組定期評估病人功能等級，給予不同治療目標和期限。

五、居家治療：

本科自 81 年 7 月申請行政院衛生署「精神病人社區復健-居家治療計劃」，服務對象為本科門診或出院病人當中病情欠穩，或對治療不合作，或自我照顧、家庭與社會功能發生障礙者，經由居家治療小組評估合格後接案；服務內容包括危機處置、衛生教育和提供衛教資料、長效針劑注射、協助返診或轉介連繫和心理衛生諮詢等項目，並期待透過居家治療的運作，



圖 5：無隔閡的護理站，提供親民互動平台的「旅館化的服務」。



能協助思覺失調症患者逐步適應社會生活，減少病情慢性化，進而回歸社會。

六、蘭園康復之家：

於84年9月取得精神復健機構執照，服務對象以慢性精神疾患為主，針對患者之人際社交功能退化、自我照顧能力差、服藥順從性低等慢性負性症狀，由專業人員（護理、心理、社工、職能治療師）予以輔導，希望藉由康復之家的成立，提供病人一個互相包容、互信、互助的同質性居家生活環境。

七、庇護性商店：

成立於84年7月，設於本科3樓視聽廣場、康復之家，販售商品以飲料和小吃為主；初期由工作人員訓練病情穩定之患者調配飲料，進而患者

可以獨立作業，並且業務也推廣至「外賣飲料院區外送服務」階段；此一商店不僅提供了患者職業訓練之場所，也讓患者在工作中學習人際互動、工作態度和工作成就等技巧，更重要的是提昇了患者的自尊感。

本科在一定的制度和流程下，促進以病人為中心的團隊工作，確定治療的品質。目前台灣的醫療已走向精緻化、多元化、生活化與人文化，精神醫療也不例外。雖然台灣目前大多數醫療院所之急性病房仍採封閉式，即使同意住院之急性患者，亦不免被限制活動自由；然本科開放式管理之重點亦應精進收療標準，落實分級分類管理，確定人性與安全兼備之現代化人文考量，以提升精神健康普世價值的核心理念。

第十九章 承先啟後骨科史

骨科醫師 吳宗漢

壹、誕生

民國 34 年抗戰勝利後，本院前身是為南京市郊湯山「軍政部首都臨時陸軍醫院」，遷臺後於高雄市成立陸軍 802 總醫院，郵遞區號恰好也是 802，於 66 年 3 月 21 日遷至現址作業，87 年 7 月 1 日定名為「國軍高雄總醫院」，本科原隸屬於外科部，於 72 年獨立作業。

貳、傳承

歷任主任：賈作模主任(66～72年)主導南區骨科月會草創。之後是朱宜生主任(73～80年)、吳於超主任(81～88年，現任職於台北樹林診所醫師)、韋有升主任(89～100年，現任職於高雄愛仁醫院骨科主任)及邱煥民主任(100～105年，現任為本院醫療部主任)等，陸續接棒迄今，因優良校友的教育傳承及密切互動，82年起，每年皆獲行政院衛生署(衛生福利部前稱)及骨科醫學會，評鑑通過為骨科專科訓練醫院。

目前在國內骨科醫學界的傑出校友諸如：江高鵬醫師(現任職於屏東小康醫院主任醫師)、王學運醫師(現任職於全民醫院主任醫師)、楊浪平醫師(現任職於屏東國仁醫院主任醫師)、汪德興醫師(開業醫師)、羅忠維醫師(現任職於省立旗山醫院醫師)、周

溫祥醫師(現任職於台北振興醫院醫師)、屠治宇醫師(現任職於東港輔英醫院副院長)、陳志如醫師(現任職於屏東基督教醫院醫師)、楊惟仲醫師(診所醫師)、沈震宇醫師(現任職於鳳山市五甲診所醫師)、郭俊榮醫師(開業醫師)、王榮礪醫師(現任職於台北榮總醫師)、鐘承翰醫師(現任職於大甲李綜合醫院醫師)、許順淵醫師(開業醫師)、顏大欽醫師(現任職於員生醫院醫師)、楊經偉醫師(現任職於大新醫院副院長)等皆有優異的表現。

參、建立骨科專科病房 - 六病房

目前以第六病房為主，病床計 40 餘床，佔醫院總床數約 5.8%，所提供的診療項目除傳統的創傷科、運動醫學科、脊椎科、顯微手外科、骨病科、足外科等等，還包括高科技關節鏡手術、重建手術，醫療業務的成長有目共睹。統計門診量達到每年 53,600 餘人次。另外支援兵役複檢作業，每年超過 550 人次。大小手術每年約 2,000 餘例，包括各類創傷復位內固定手術、人工關節置換手術、斷指重接、及其他顯微縫合重建手術、脊椎手術、以關節鏡行膝關節韌帶重建手術、及其它各類關節鏡手術。在現今健保制度下，軍人已納入健保，而在此困難的環境下，仍有業務的成長，端賴各級長官

的支持、上下一體用心經營，也代表了本院區域醫療犧牲奉獻的特性。

肆、醫療服務品質

醫療團隊間的合作，與密切的分工默契，有鑑於資訊的進步促使消費者意識的抬頭，基於民眾對醫療照顧品質的需求提昇，本科在全民健保有限的資源分配及住院醫師短缺的情形下，為顧及患者安全和維持一定水準的療護品質，因而考量在醫、護兩者間之業務銜接範圍內做合法的角色功能調整，以因應現況的緊急需求。自 91 年 7 月 1 日起招募資深護理人員從事部分醫療工作；且因應衛生署 93 年 10 月 27 日公告之「專科護理師分科及甄審辦法」，在院長指示下於 96 年開始進任通過甄審黃惠玲為首屆專科護理師，目前計有蔡瓊君、陳俊翰及林粉微等合計四位專任骨科專科護理師，並且完成衛生署之專科護理師培訓，正式歸納於護理部，由護理部負責規範管理制度，秉持護理同仁「視病猶親」之精神，提供人性化及高品質之照護，藉由護理專業促進病患身、心、靈及社會層面之健康，達到「全人」之護理。提升人性化且安全的醫療工作環境及作業流程，持續推動以病人為中心的護理服務。

伍、永續發展方向

一、加強研究發展，除了從事新技術的學習外，鼓勵科室同仁以醫學基金研究發展，持續論文的發表，

提升論文的品質與數量，並鼓勵同仁進修，精進本職學能。

- 二、重視人才培養，積極督導住院醫師完成專科醫師訓練，取得專科醫師資格，並與國內外各大醫院密切交流合作，以提升醫療水準。
- 三、更新醫療設施，逐一汰舊換新，以提高診療作業及手術水準。
- 四、人性化的管理，包括資料的傳承、自我生涯規劃的實現、基本服務的再提升、以及永續經營的理念。
- 五、軍陣醫學、社區醫學、運動醫學、重症醫學及老人醫學等持續性、階段性及計畫性的規劃和經營。

本科為國軍傳統創傷醫學重點科目，負責官兵眷屬因操練、意外所致骨科疾病之醫療照顧。近年來在院長及各級長官的鼎力支持下，雖遇全球性的經濟不景氣，卻在醫療水準及服務品質上，大大的提升，各項作業雖已略見成效，但仍不敢懈怠，爾後當賡續戮力，以為國軍官兵、眷屬及民眾提供最佳的骨科醫療服務，唯進步的空間尚多，應持續多溝通及交流，俾使有限的醫療資源，發揮最大的效能。



圖 1：骨科李佳霖主任暨全體同仁



第二十章 骨科微創手術的進展

骨科醫師 王仁威

微創手術，根據文獻記載，主要是透過儀器導航及各種顯像技術而使外科醫生在無需對患者造成巨大傷口的情況下施行手術。所以可大致將微創手術歸納分成三類，一是常用的內視鏡或改良工具；二是搭配導航系統的科技輔助；三是以改變技巧來減少對組織的傷害。

本科目前主要的發展除了之前所有的超音波之外，關節鏡手術，脊椎微創手術以及骨創傷微創手術，為本科目前發展的重點，茲說明於後。

壹、骨科超音波

骨科超音波是在民國 90 年引進，



圖 1：900 型超音波儀器

初步應用在關節及肌肉方面，然後定位及門診追蹤也漸漸開始使用。(圖 1)到了 95 年，因簡便的實時間掃描被運用，很快的在發展次專科要求之下，本科進用之住院醫師，均予以課表之訓練。本科任用之技術人員，除先後自行訓練外，也將進一步報名學會完成認證作業。超音波的發展方向有：

一、關節運動傷害之即刻處理：根據統計，超音波對於肩部旋轉帶肌腱斷裂的診斷率高達 90% 甚至 95% 以上，不論肌腱是完全斷裂或部份斷裂，皆有良好的診斷率。經由超音波，可以看到肌腱斷裂的位置、大小，甚至血流的灌注情況。其它如肩部的肌腱炎、滑液囊炎、肌腱鈣化，囊腫等，這些在 X 光下不見得照得到的病灶，在超音波下都可以清楚辨別。是檢查肩部軟組織疾病的利器。慢性關節炎的病人，常可見到滑液囊的增生及關節液的聚積現象；利用超音波定位、監控下，也可以做關節液抽吸、或藥物注射，立即簡易手術處理，患者可馬上解決問題，健保也節省人力、物力，達到雙贏的效果。

二、明瞭肌肉或軟組織創傷期程：通常在肌肉受傷發生血腫的頭 1、2 天，超音波的辨視力尚不佳，但隨著血種漸漸吸收，超音波可以清楚地見到斷裂的位置、大小，也可以追蹤傷口癒合的情形。



三、表淺腫瘤的術前定位：一些腫瘤形狀及其營養血管的擴散狀態，與骨關節的相關位置，藉以分析腫瘤的性質。另外如肢體障礙、關節功能不全、四肢功能減退、不正常的肌肉腫塊、肌力減弱等，也有相當大的發展研究空間。

貳、關節內視鏡手術

內視鏡最早來研究膝關節的是1918年日本的高木憲次博士(Kenji Takagi)及渡邊先生(Masaki Watanabe)(註四)，1921年瑞典的Eugen Bircher, 1925年美國的Philip H. Kreuzer及1931年Michael S. Burman。高木先生首先使用膀胱鏡在屍體上探視膝關節腔，同時在1920年創造出第一號關節鏡。國內自1980年起，正式到日本帝京大學接受陳永振教授關節鏡訓練。有中山醫院周正義醫師、國泰醫院沈博文醫師，台北榮總的方宗義醫師，三軍總醫院白偉民醫師，仁愛醫院曾俊雄醫師等等。台灣另一學習管道為芝加哥的黃登亮醫師，此後才陸續有文獻在國內報告出來。本科與三總是同步學習的。由於運動傷害集中在年輕人，特別是軍人因任務訓練需求意外所致，目前每年約有400至600例個案。需要關節鏡(如圖2)介入的如：

一、慢性發炎：急性關節發炎並不是良好的適應症，過度的刺激反招致更多的併發症，所以，患者需慎選。在關節鏡下，滑膜炎、軟骨的關節炎病

變可以照相存檔為佐證，立即修剪、打磨可能引起內障之組織。患者傷口小，住院期短，有顯著效果。

二、創傷評估：包括急性的和慢性的；肩關節：旋轉肌肌腱的破損，肩峰關節的撞擊症候群和習慣性脫臼。膝關節：軟骨軟化症、半月軟骨的破損和前、後十字韌帶的受損。肘、踝關節：軟骨的破損及關節炎的病變。為重建手術前重要的步驟。有些破損的組織或碎片，會隨著關節在日常生活的活動下反覆發炎，造成持續的疼痛及關節活動的限制，可立即去除。

三、運動醫學：有關節鏡的輔助，十字韌帶受損的病人韌帶重建、換新，把破損的半月軟骨修補或切除。長期勞動的粗重工作，在肘關節可形成骨刺，造成肘關節無法伸直及疼痛，骨科醫師也可以利用關節鏡將增生的骨刺磨平，來減輕病人的疼痛，改善日常生活。



圖 2：關節鏡組

參、脊椎微創手術

脊椎退化性疾病包括椎間盤突出、椎間盤退化、脊柱狹窄，進而引起脊柱變形及不穩定等情形。臨床上，大部分脊椎病變病人大多先接受藥物或復健治療，若治療無效，則必須採用手術治療。

以前傳統手術方式大多是從背部手術傷口撥開背肌肉，再去對脊椎病變的地方進行神經減壓或脊椎固定處理。往往因為範圍需要清楚視野，或是病人身材較肥胖壯碩時，傷口必須很大，才能讓脊椎病灶處獲得完善處理。但是手術時間的拉長，流血量增加，對背部肌肉破壞也較大，所以術後病人除了必須接受輸血治療外，傷口疼痛度也較高，也因為背部肌肉破壞多，在日後恢復過程中，病人也容易有背部僵硬，活動緊繃的感覺，回復到日常生活機能所需時間也較長。

微創及內視鏡脊椎手術技術為一項革命性的醫學突破，是一項結合高科技及藝術的手術，是利用特殊器械

並配合透視X光或是脊椎內視鏡輔助，同樣能達到椎間盤切除、神經減壓、以及椎骨融合的目的。顛覆如蜈蚣狀的刀疤傷口而改為小切口，大幅改善患者術後疼痛、住院天數及醫療花費。(如圖3、4)

而本科自邱煥民主任開始，便著重於脊椎微創手術的發展，目前已然完成多例脊椎手術，以其精益求精，造福病患。

肆、創傷微創手術

骨折創傷為骨科最為人熟知的骨科處理內容。大多數的骨折創傷需考量病患創傷的情況，決定適當的處置，包括手術，住院休養，門診追蹤，復健指導等等，而手術治療，為大部分骨創傷後必要之選擇。然而傳統手術傷口大、破壞多、恢復時間長、功能恢復減損較大，且常合併感染等併發症。

現代醫學微創手術 (Minimal invasive surgery, MIS) 的觀念，是近代



圖 3：微創手術以 C-arm X 光定位工法完成



圖 4：脊椎微創手術術後傷口



外科發展史上的一次很重要的革命，也是一個新的里程碑。至今已蔚成一種世界潮流。尤其骨科微創手術，現已成為骨外科界的熱門名詞、技術主流。所謂「微創」，字面解釋即為最小損害之意，由於開刀傷口很小，對肌肉傷害也小，同時保留著大部分的骨頭結構，所以開刀中失血量很少，骨折穩定度也較好。病患術後因為傷口疼痛度小很多，不僅可以提早下床活動、縮短住院天數外，並且很快就可以回到工作崗位上工作。

李佳霖主任長期鑽研於骨科創傷微創手術，除至義大醫院進修外，亦

至德國出國精進，現為國內骨科創傷醫學會種子教官之一。(如圖 5-8)

伍、未來展望

本院為國軍醫院，專長為各式創傷以及軍陣醫學；其中骨科部為因應快速成長之病患需求及日漸繁複之傷害形態，在歷經多位先進、學長、科部主管及歷任院長等費心指導下，已奠立良好的基礎，本部同仁均將本著感恩的心情，不斷提昇醫療專業知識與服務水準，以服務袍澤與眷屬。

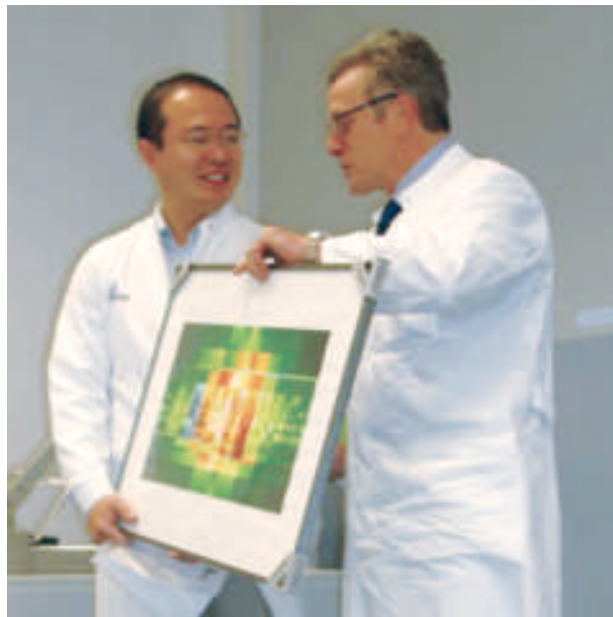


圖 5：李佳霖主任長期專研微創手術現為國內骨科創傷學會種子教官。



圖 6、7、8：利用微創手術治療脛骨骨折

第廿一章 牙科部歷史沿革與未來展望

牙科部總醫師 黃煜程

牙科部於醫院成立時即開始正式作業，在陳先弼、董孝堂、周言瑞、孫超、趙樵崗、胡鳳祥、高文斌及朱廣武等歷任主任的努力經營下，歷經搬遷與整修，軟硬體規模逐漸增建擴大，醫療技術品質日益精良，為南台灣軍民提供了最佳的醫療服務。本部目前由王銀來主任帶領全科，茲分軟硬體及醫療人員，細數沿革與未來展望。

本部自民國 98 年正式整合一般牙科與口腔顎面外科為牙科部，共 12 台牙科治療台，平均每 2.4 台牙科治療台，有一名輔助人員、平均每 6 台牙科治療台有一名專責護理人員。而為提升民眾就診舒適度及便利性，自 104 年起，由原獨立於其他科室的民特大樓搬遷整建至本院門診所在區之醫療

大樓一樓。相較以往，如今整併於醫療大樓後，首要的地理位置大大提升牙科部能見度，另於候診區、走道動線及診間內部皆經過專業貼心之設計及完善規劃(如圖 1)，除有更寬敞之空間方便輪椅、推床進出，亦設置無障礙診療室及束縛板，提供患者安全至上且友善加分的治療環境。

為提供病患更高水準的醫療服務，並陸續添購環口全景暨測顱 X 光機、牙科斷層 X 光機、牙科二極體雷射、根管擴大機等高單價醫材，完成影像數位化，門診全面使用 RO 逆滲透淨化水，真空抽吸設備及加強空調微粒控制設計，提供就診病患更優質的醫療環境。並透過醫療人員送訓的方式，大幅增進醫療品質。在牙科部主任細心的帶領及全體同仁齊心的努力下，



圖 1：精心規劃之牙科新診間



更榮獲衛福部核定之「二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練」機構，與中華民國家庭牙醫訓練機構，因此除了提供完善的醫療服務予病患外，對於本院住院醫師之教育及臨床訓練、醫學院學生之教育等各有其適當之教學計畫，以持續培育新進牙醫師完成一般牙科全人治療訓練。本院與國軍高雄總醫院左營分院、岡山分院整併後，除了科內之期刊或病例討論會仍每周例行召開一次外，並每季舉辦三院聯合病例討論會，透過與分院的學術交流經驗及互訪，增進院際間醫師情感並互相砥礪醫療技術。

目前一般牙科於黃寶賢科主任領導，可提供之診療內容包括齶齒填補、根管治療、超音波潔牙、牙根整平術、牙周瓣膜手術、固定假牙、黏著式牙橋、局部活動假牙、全口假牙等，業績蒸蒸日上。此外，在王峙仁科主任帶領下，口腔顎面外科已然發展成為本部特色醫療：診斷範圍包括一般拔牙、埋伏齒拔牙、組織切片、口腔黏膜白斑雷射切除、顫顎關節障礙症治療、顎顏面部腫瘤切除、顎骨骨折固定手術、人工牙根種植手術等。本部的規模與品質將與醫學中心看齊，提供全人照護服務，即以「病人為中心」(Patient-centered) 及「整體牙科治療」(comprehensive dental treatment) 觀念為基礎的醫療模式。初診時醫師針對病人主訴並有效解決，再以病人為中心，擬定治療計畫，經與病人、家屬溝通後，由本科或跟跨科整合治療內容，醫病共享決策，執行最適宜之牙科治療。

為加深民眾對口腔癌防治之認識，國民健康署自 99 年起在全國各大醫療院所推動免費四大癌症篩檢中，本部針對口腔癌症篩檢之落實及推動更是不遺餘力，除門診病患、住院病人、並配合癌症篩檢小組之院內轉介外，更深耕社區、學校教職員、公司行號、軍事機構、高雄男子監獄及高雄女子監獄等，針對 30 歲以上有菸酒習慣之男性及女性，或 18 歲以上有嚼食檳榔之原住民，進行二年一次的口腔黏膜目視檢查，提高口腔癌篩檢率，期能找出癌前病變，早日根除，早期治療，進而實質降低癌症死亡率，並且期許能更全面且更完備地服務牙科就診之病患及社區民眾，以落實世界衛生組織「積極預防勝於治療」之終極目標。此外為加強社區健康營造之促進，強化民眾口腔衛生意識，亦定期參與本院社區醫學部主辦之社區健康營造活動，由本部各專科醫師前進鄰里社區、軍事訓練基地、學校團體、或醫療資源較匱乏之偏遠地區進行相關口腔衛教及保健醫學座談(如圖 2)，並於座談後開放有獎徵答，將專業拉進社區，縮短城鄉醫療差距，提升民眾發問意願，養成民眾良好之口腔衛生保健習慣。

未來，牙科部之醫療業務以配合全民健保及醫療分級體系前提下，將建立完善之專科轉診制度，接受國軍 4 級醫院以下以及地區牙科診所之轉診，配合高雄各教學醫院完成醫療網之建立。為提升教學能力及培育專科醫師人才，繼續選派人員出國進修及赴國

內各一級教學醫院，接受專科醫師訓練。牙科各專科醫學會成立專科醫師資格審核制定後，本部希望有能力提供各項專科醫師訓練之場所，以便教學相長，提升牙醫師服務品質，加強

促進和高雄地區開業醫師及各級醫院學術交流，互相切磋，保障國人口腔健康，為全民健康奉獻心力，以落實本院「視病如親」之宗旨。



圖 2：偏遠地區口腔衛教及保健醫學座談



圖 3：牙科部全體醫師陣容

第廿二章 護理沿革與未來展望



護理部主任 鄒綉菊

關懷照護是護理的核心，倘使有高超的醫療技術，若無護理服務病人健康亦會受到危害。護理部配合醫院醫療作業推動各項任務，致力「提供病人安全、全人、人性化之優質照護服務」，讓每位顧客對護理服務感到滿意，回顧過往有目共睹。

壹、重大歷程與變革

一、護理行政方面的變革：

- (一) 護理模式之轉變：護理專業發展與社會變遷息息相關，民國 34-54 年採取「功能性護理」，護理人員彼此分工，共同合作照顧病患。55-74 年發展「成組護理」，75 年透過護理過程評估健康問題，發展「全責護理」提供全人的照護，讓病人獲得身、心、靈妥善的照顧。
- (二) 健全保險制度：早期醫療並無保險制度，後有公、勞保制度保障求醫民眾之健康，84 年實施全民健保，89 年 1 月因應病患人口老年化，開辦「居家護理服務」，致力推展「出院準備服務計畫」、「安寧共同照護計畫」，服務據點由「醫院」轉向「社區服務」，同時並積極推廣戒菸、戒檳、癌症篩檢，確保病人健康。
- (三) 護理勞動之轉變：隨著健保與

DRG 實施，因縮短住院日病人流動率增快，為改善護理人員勞動條件，98 年新制評鑑更規範有白班護理人員照顧病人數，自 101 年起頒布「提升護理照護品質計畫」，參與「磁吸醫院」，在醫院支持下擴編護理人力，調升薪資、夜間值班費等福利措施，讓護理人員久任或回流職場，確保病安與照護品質。

二、護理教育方面：

- (一) 醫事人員執業登記及繼續教育：護理人員執業每 6 年需接受繼續教育才能更新執業執照，不再一證到底，103 年 6 月 19 日第一批換照人員順利接軌，讓護理人員持續增長學識，更新與發揮專業。
- (二) 新進人員教育訓練：依循教學評鑑與教補計畫，臨床人員訓練從口語傳授，演進到重視教學過程、考核、回饋反應管道機制，單位教師透過 DOPS、OSCE、mini-CEX 等評值，進行學習狀況評估、指導及評值。(圖 1、2)
- (三) 在職進階教育訓練：透過聯合在職教育、高級心臟救命術、重症加護訓練、血液透析專業訓練、精神科專業訓練、主管培訓研習會等促進學能增長，並協助外院聯合訓練。自 89 年 11 月發展專科護理師訓練計畫，共同培養各



圖 1：專科護理師 OSCE 實作訓練



圖 2：專科護理師 OSCE 實作訓練

醫院專師人才，解決臨床住院醫師不足的困境。

- (四) 護生教學方面：本院為教學評鑑優等醫院，肩負護理搖籃，與輔英等九所學校護理系所合作，提供優質的實習環境，增進學生各專科護理本能，同時配合「最後一哩」、「就業學程」促進產學合作。

三、護理品管方面：

- (一) 參與品質精進作為：88年導入TQIP品質管制計畫，透過監測活動提升照護品質。(如圖3-5)並積極參與院外品管圈競賽，成果斐然。同時以「護理資訊EASY GO-共創病人安全」及「分級分類急性精神科病房管理」榮獲SNQ國家品質獎章認證。
- (二) 重視感染控制：93年發生嚴重急性呼吸道症候群(SARS)折損醫護人員，對臨床工作士氣衝擊之大。藉此我們透過動線演練、洗手運動推廣，並採取應變方法、標準程序、落實執行力，

順利通過SARS之考驗，也因此降低104年MERS之恐慌。此外，亦積極參與Bundle改善計畫，全面提升照護品質，降低感染率。

四、護理研究發展方面：

- (一) 推廣護理資訊系統：本院加護病房自89年3月起採用電子病歷，整合各種報告方便醫護人員照護，使病歷製作更具效率，後續更整合PACS、HIS資訊系統。95年整合護理表單，並於98年將工作車與電腦結合成行動護理車、全面推廣護囑系統、精進各項表單要求，至今已完成多張電子表單公告，減少紙張列印，吸引多家醫院蒞院參訪，並深獲好評。(如圖6、7)
- (二) 制訂各項護理標準與常規：護理部下設研發小組，訂定與修訂各項護理標準如：護理常規、護理技術、護理計畫等795項，做為護理人員執行各項業務參考之依據。
- (三) 參與研究計畫與文章發表：鼓勵



圖 3：護理部參與院內品管圈競賽



圖 5：護理部參與院內品管圈競賽



圖 4：護理部參與院內品管圈競賽



圖 6：國軍台中總醫院蒞院參訪

終身學習，讓臨床同仁回學校進修，89年起帶入網路學習概念，利用醫院網路資源學習相關技能，並帶入實證護理概念，引導護理人員尋找專業文章，支持改善臨床問題。同時鼓勵護理人員參與跨領域研究，101-105年共計執行27篇研究案，總計發表期刊與海報文章達366篇。

五、參與複合式災難救護：

98年莫拉克風災，本部配合醫療站開設、後勤補給，自屏東三地門衛生所到內埔農工及旗山鎮巡迴醫療、鳳山陸軍官校災民收容所、燕巢鳳雄



圖 7：台中榮總嘉義分院蒞院參訪交流

營區災民收容所等地，都有我們的同仁守護百姓安危，這是我們深感榮耀的事。105年台南強震，即使是春節假期天寒地凍，但我們搶救生命責無旁貸。

貳、蛻變中的領導者（如表一）

搬遷現址已歷 40 年，感恩歷屆主任無私奉獻，不斷在行政、品質、教學、研發中精進與開拓新局，讓護理部得以在穩健中持續成長、茁壯，並透過各項管理作業制度之建立，引領護理人員通過評鑑考驗，屢創佳績，豎立護理團隊專業形象。

參、未來展望

- 一、精進行政作業：持續招募人才、關懷人員健康一直是護理部的努力方向；因應一例一休衝擊，持續建置合理護理人力與護病比；廣續配合國家環保政策，適時節電與減少物品浪費的成本。
- 二、護理品質：持續藉由「全方位品

質管理」之概念，推動各項品質促進活動，包括指標監測與改善、臨床稽核、內外顧客滿意度分析及異常事件之彙整、分析與處理等，以期通過各項認證，確保病人安全。

- 三、護理教育：面對多元健康議題與需求之挑戰，持續培育各領域人才培育，包括重症、安寧、長照、專科護理師，乃至災難護理、國家政策推廣糖尿病、戒菸、戒檳衛教師等，以提供病人完整之全人護理。另師資培育與教師之成長亦是戮力之重點，以及今年朝美容醫學、放射腫瘤方向妥善規畫教育課程及養成。
- 四、護理研發：護理行動車的發展、各項護理資訊系統之開發乃至護理資訊教育之接軌等，均是未來

表一：高雄總醫院歷任護理部主任：

姓名	學 歷	任職時間
張士德	國防醫學院高級護理職業班 5 期	57~
李瑾英	國防醫學院高級護理職業班 5 期	
尹明舉		
葉寶球	國防醫學院高級護理職業班 5 期	
李淑賢	國防醫學院護理系 8 期	67~70
王家美	國防醫學院護理系 14 期	70~76
莊秋雲	國防醫學院護理系 17 期	76~80
顧艷秋	國防醫學院護理系 23 期	80~83
劉瓊英	國防醫學院護理系 24 期	83~88
謝淑芳	國防醫學院護理系 26 期	88~89
王若花	國防醫學院護理系 21 期	89~92
明勇	國防醫學院護理系 30 期	92~98
李玉蘭	國防醫學院護理系 36 期	98~104
鄒綉菊	國防醫學院護理系 40 期	104~

不可避免的趨勢，不僅有助於護理人員提升護理工作之品質，同時協助護理行政工作或運用於護理教育的多元化，使護理人員得以發揮高品質之護理服務，期能藉由護理資訊科技之發展，提升護理照護之品質。除此之外，研究發展是各項新知、技術的基礎，更是教學醫院評鑑重點之一，期能運用臨床研究的結果作為臨床照護的指引，以提升護理照護品

質，並藉由研究能力及研究品質的持續提升，提升護理研究之數量與品質。

肆、結語

護理的獨特在關懷與讓病人獲得溫馨的幫助，我們期許護理人員在提供照護時秉持尊重生命與人性尊嚴，更應信守護理專業的承諾，持續朝安全、專業、關懷、效能而努力。



圖 8：護師節優良人員合影。

第廿三章 藥回顧、藥展望

藥劑科 林淵鐸 張有燈

得知本科要參與「飛躍四十」專刊文章，有機會回顧前輩們在各時期投入的資源所奠定基礎，現在專業與品質兼顧的藥劑科建立在各階段不斷累積的能量。展望未來，在藥學專業要深化臨床服務，輔以資訊科技的協助下進行評估，在服務方面要以病人為中心執行各項藥事照護。

壹、前言

隨著醫療知識及技術發展，臨床醫療人員專業拓廣加深，又健保開辦後實施醫藥分業，藥師對於醫療服務之責任也日益加重，昔日藥師業務以藥品供應及管理為主，重點置於製造、管理、販售及調劑；現今藥師不僅承擔藥品供應及管理，更在臨床服務上多有著墨，例如：處方合理性評估、病人用藥指導、藥物血中濃度監測、藥物交互作用評估等。

貳、藥劑科沿革

民國 66 年 3 月 21 日由高雄市六合一路遷至現址作業，迄今已歷 40 載。早期本院編制並無設立藥劑科，當時藥品管理與調劑由衛保組負責。

75 年，藥劑科正式編成，首任主任林伯蒼上校，當時僅負責藥品調劑及藥品管理。

77 年，為提升住院病人用藥安全，藥劑科實施單一劑量配送制度 (UDDS)，派遣袁誼藥師至台北汀州三軍總醫院臨床藥學部受訓。

78 年，藥品庫儲管理資訊化，開始以電腦取代傳統人工管理。

80 年開始執行藥物血中濃度監測業務，監測藥品包括 Digoxin、Theophylline、Carbamazepine、Phenytoin、Aminoglycoside 等，開啟本院臨床藥學服務。

87 年，第二任主任常承宣上校，於門診調劑組增設用藥指導專責窗口，拓展以病人為主之藥學服務，並提升門診病人用藥指導之服務量及品質。同年增加特殊製劑服務，因應癌症病人治療需求，增設化學治療藥品調配，另有全靜脈營養輸液調劑，使病人在無法進食期間，能獲得足夠的營養支持。

88 年，發行藥訊，定期提供醫療人員最新藥物資訊。

89 年，門診處方改為診間醫令直傳，縮短門診病人候藥時間。藥劑科預官陳易宏少尉發表『抗癲癇藥物對於安非他命引發神經元產生動作電位猝發現象之影響』於 SCI 期刊：Comp Biochem Physiol C Toxicol Pharmacol. 2000 Sep;127(2):221-31。

90 年，第三任主任鄭金發上校，為因應日益上升之住院病人服務量，



採購大型全自動藥品分包機輔助藥師人工調劑，並成立藥物不良反應工作小組。

91年，藥劑科總藥師梁國兆中校發表『臨床藥物治療監測系統運用視窗98(或以上版本)軟體之研發』於台灣臨床藥學雜誌第9卷第4期。

92年，擬定提昇用藥安全政策，並定期開會，檢討用藥疏失及研擬改善對策。

93年，配合更新醫療資訊軟體建置，同時精進藥局作業系統，提升各項藥學服務及資訊傳遞效率。

民國95年，第四任主任史明偉上校，為提昇民眾用藥相關知識，每季安排藥師至門診候診區舉辦用藥衛教。採購第二台大型全自動藥品分包機，用於門診調劑作業，除提升整體作業效率，同時降低人工調劑錯誤率。結合網頁建構提供民眾藥物查詢及線上藥物諮詢服務。總藥師梁國兆中校發表「病患對門診藥局藥事服務滿意度研究：以高雄某區域醫院為例」於「台灣臨床藥學雜誌」第14卷第二期。

96年，發展「病患自控式查詢系統」，方便來院病人查詢藥物外觀及藥物相關資訊。

98年，第五任主任董仁昭上校，同年八月莫拉克襲捲全台，本科藥師納入醫療小組協助救災。

99年，第六任主任吳乃群上校，為因應大型醫院面臨藥師荒現象，重整當時排班及作業模式，充分運用藥師人力，逐步解決藥師積假問題，同時縮短病患候藥時間，並將成果於年

度軍醫學術大會發表。成立品管圈(藥滿足圈)，以降低藥局缺藥品項數。

102年，第六任主任張翌君上校，成立臨床藥學組，聘任前藥學官黃學揚藥師擔任臨床藥學組組長，並與吳昕芳藥師配合，負責臨床藥學各項業務，內容包含：內外加護病房、呼吸治療病房用藥評估、藥物不良反應評估、藥物血中濃度監測與評估、藥物諮詢及用藥衛教(院內用藥衛教、社區用藥衛教)。105年11月藥物諮詢室正式啟用，提供諮詢病人舒適、隱私的空間，以提升諮詢品質，此外發表SCI文章5篇、藥學雜誌4篇、壁報論文8篇。

104年執行無菌製劑室整建工程，整合原靜脈營養調配室及化療製劑室，並於105年竣工啟用。配合醫院發展「影像導引放射治療系統」提升本院癌症治療品質。

105年購入新型全自動藥品分包機，除內建新型列印系統，另一併提升原有大型全自動藥品分包機列印模組，以支援未來QR CODE列印需求，提升病人用藥安全。

106，第七任主任張有燈上校，為提升慢性病患服務品質，配合專用窗口開設推行藥袋分流，並持續規劃建置連續處方箋自助批價機及預約領藥機制。

參、人員編制現況與藥事服務量

本科編制有上校主任1，總藥師1，藥學官2名、軍聘藥師7名、民聘藥

師 23 名及資訊員 1 名。藥事服務量如表一。

表一、藥物服務物

門急診作業處方調劑張數	1600 張/每日
單一劑量作業調劑床數	580 床/每日
TPN、PCA	6 張/每日
化療藥物	10 張/每日
藥物療效劑量監測	116 件/每月
病患藥物諮詢	135 人次/每月

肆、未來願景

- 一、加強專業調劑技巧及處方審核能力，以提昇病患用藥安全。
- 二、持續發展臨床藥學服務，強化醫療團隊的運作。
- 三、提升學術地位，增進研究發表的質與量。



藥劑科主任張有燈（右 6）與同仁合影

第廿四章 放射科醫學影像數位化之發展



飛躍四十
傳承與創新

放射科技術長 / 放射師 黃素蘭

從西元 1895 年 11 月 8 日德國物理學家威廉·倫琴（德語：Wilhelm Röntgen）發現 X 光揭開傳統 X 光的診斷的序幕（圖 1），到 1990 年代因為電腦的快速發展，各種放射線儀器受惠於科技進步，有了不可思議的改變；就使用率最高的普通 X 光機而言，以往照完 X 光，在暗房沖洗軟片變成明室沖片，X 光片上架儲存、保管到調閱傳遞的過程，都需耗用極大的人力及空間去保管，存放空間須管控溫濕度，X 光片存放一段時間後會因化學變化而腐蝕損壞。

現在的 X 光片，已發展至 CR(Computed radiography) 及 DR(digital radiography)，也就是醫事放射師為病患擺好照相姿勢後，曝照 X 光後，影像在 4~6 秒即會在電腦螢幕呈像，放射師確認影像品質後，就可上傳至 PACS 系統後 (Picture Archiving

and Communication System) 在醫院的各個角落，提供醫療團隊共同瀏覽討論，提供有效率的醫療。PACS 系統中文意思為影像儲存暨傳輸系統，是近十幾年來各醫院醫學影像數位化的主軸，也是本院努力的方向。

初期：本院於民國 91 年開始於重症病房建置為 mini PACS，並引進日本富士公司的電腦放射系統 CR(Computed radiography)，開始 X 光片的數位化，取代 X 光軟片來執行 X 光檢查，醫療人員可利用此系統查詢病患的 X 光影像資訊，就放射師而言加速檢查的流程並降低失誤率，且大大提升影像品質；透過管理工作站 (QC Station) 處理後，傳送至 PACS 儲存起來，醫生可直接調閱及比對舊片，也可以透過電話多方討論，有效的提升工作效率。以數位化影像存儲影像資料，存在下列優點：



圖 1：倫琴博士拍攝的一張 X 射線照片，倫琴夫人的手骨與戒指。（影像來源：網路）

- 一、協助醫師臨床診斷工作，數位化影像可提供不同黑化度影像供醫師參考，提高診斷正確性。
- 二、節省人工整理傳統軟片時間與人力並節省 X 光片的存放空間。
- 三、維持影像品質，可避免保存日久的 X 光片會逐漸質變，影像品質逐年下降的困擾。
- 四、改善檢查流程及縮短等候檢查時間，傳統放射科檢查病人照相必須經過暗房沖洗處理，一般洗片時間約需 90 秒，加上整理裝片及送至診間，每一位病人至少約需 30 分鐘，改為 PACS 後至少可節省 20 分鐘。
- 五、環保的概念，傳統 X 光片必須洗片使用的顯影液、定影液，會釋出重金屬對環境造成影。

中期：基於前述優點，我們更確定建置 PACS 系統對醫療品質及服務的貢獻，本科於 92 年 12 月完成全院的 PACS 建置，93 年 2 月完成無片化，本院更接續更換醫學影像儀器，包含數位 X 光機、超音波、電腦斷層掃描儀、磁振造影儀及內視鏡、心電圖、肺功能、牙科 X 光機、牙科電腦斷層儀等，耗費數億元，整合院內醫學影像上傳至 PACS 系統，強化醫療量能，提升了醫院的服務品質、效能及競爭力。(圖 2)

成熟期：在完成醫學影像數位化之後，本院提供了病人醫學影像光碟拷貝服務，增加病人醫療資源的可攜性及便利性，並配合中央健康保險署的特殊醫療影像資源共享服務，凡近六個月內在國民健康署合約醫院進行電腦斷層檢查、磁振造影檢查、正子電腦斷層檢查的保險對象，經醫師診治因病情需要，得由第二次處方院所，檢具「全民健康保險特殊造影檢查影像及報告申請同意書」向原檢查醫院申請特殊造影檢查影像及報告，以供診斷疾病之參考，即可透過醫院申請系統作業流程相互結合，進行跨院際傳遞影像，提供病人更多元的醫療服務，至此，本院醫學影像診療服務亦進入全數位化的新紀元。



圖 2：醫師透過 PACS 工作站討論。

第廿五章 門急診部之緣起與變革



門急診部主任 張蔚熙醫師

壹、沿革

本院於民國 34 年（前身為軍政部南京陸軍醫院）成立迄今已歷經 70 年有餘，隨著時代的變遷及醫療的進步，不論是門診或急診就診病人都有明顯的增加，因此，固有的編制並不足以應付現今的挑戰！94 年 7 月 1 日，在前軍醫局局長范保羅中將時任本院院長的領導下，成立任務編組之門急診部，由趙家聲醫師擔任主任，執行第一次全國醫療評鑑作業，爾後遂正式成立「門急診部」，並由項正川醫師擔任第一屆上校主任，隸屬醫療部一級單位，下轄門診與急診室，負責全院病人第一線的診療，期使國軍高雄總醫院成為醫療品質優良的區域教學醫院。（如表一）

歷任門急診部主任：

項正川【國防醫學院醫科第 80 期】
96.09.01~97.10.31

董宇平【國防醫學院醫科第 78 期】
97.11.01~98.07.31

許競文【國防醫學院醫科第 82 期】
98.08.01~102.06.30

梅健泰【國防醫學院醫科第 82 期】
102.07.01~103.05.31

陳南福【國防醫學院醫科第 85 期】
103.06.01~106.01.31

陳逸鴻【國防醫學院醫科第 89 期】
106.02.01~106.04.16

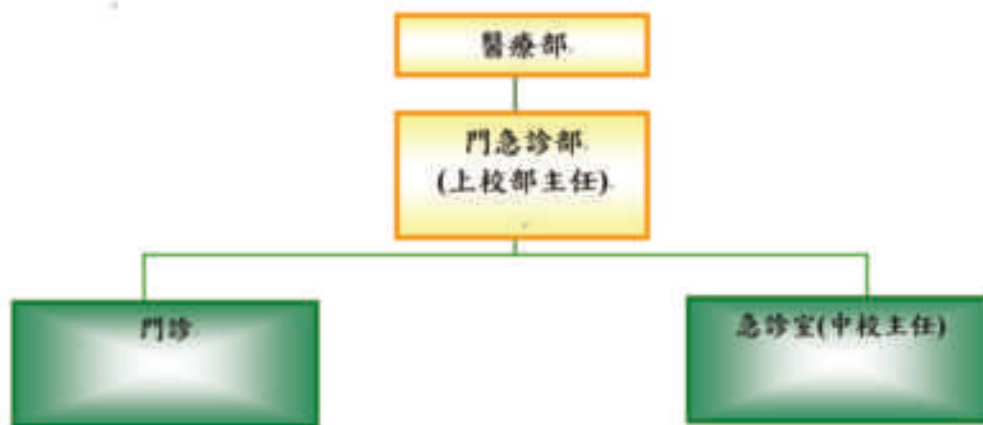
張蔚熙【國防醫學院醫科第 89 期】
106.04~迄今

急診室 急診醫學專科主任（急診室主任）：

顧孝文【國防醫學院醫科第 88 期】
100~102。

張蔚熙【國防醫學院醫科第 89 期】
103~106.04。

許文欣【國防醫學院醫科第 94 期】
106.04 迄今。



表一：編製表

貳、急診室

民國 65 年 12 月底，新建醫療大樓完工，66 年 3 月 21 日遷入新營區，於開院之際就已經設置有急診室（醫療大樓一樓分別是掛號室、內外科、牙科門診、藥局、手術室、急診室及加護中心）。由於急診室服務的病患人數日益增加，且病情漸趨複雜，在近幾任資深的內、外科主治醫師擔任急診室主任（張宗泓、董宇平、趙家聲、梅健泰、項正川等）的努力之下，已儼然成為醫院重要的門戶，83 年適逢台灣急診醫學會成立，本院於 87 年 1 月 1 日成為署訂急診醫學專科後，更確立了急診室在各醫院已成為最重要的部門之一，隨著醫療科技的進步及時代的變遷，本院並於 89 年 7 月派任張光瑞醫師（國防醫學院醫科第 87 期，具外科專科醫師執照）及顧孝文醫師（國防醫學院醫科第 88 期，具內科專科醫師執照），分別至台大醫院及高雄榮民總醫院受訓急診專科醫師，並於結訓後返回急診室服務。

在歷任院長的精心規劃及因應醫院未來發展的政策指導下，門急診部組織架構編成後，為符合急診專科醫師專任之專業服務的要求，於 100 年任命急診專科醫師顧孝文醫師為急診室主任，另為配合衛生福利部的「中重度急救責任醫院」政策制度，積極與各科配合實施包含急診醫療品質、急性腦中風病人照護品質、急性冠心症病人照護品質、重大外傷病人照護品質、高危險妊娠孕產婦及新生兒（含

早產兒）照護品質與加護病房照護品質等六大評定基準項目，以符合衛生局政策關於家暴、性侵個案及精神疾患等的照顧服務，並與當地消防救護單位合作處理緊急醫療救護業務，多年來，高雄總醫院一直都是合格的中度級急救責任醫院。

爾後，陸續有黃寶億醫師（國防醫學院醫科第 95 期）、許文欣醫師（國防醫學院醫科第 94 期，前三總主治醫師、內科專科醫師）、張蔚熙醫師（國防醫學院醫科第 89 期，婦產科專科醫師）、廖見峯醫師（國防醫學院醫科第 97 期，前三總主治醫師）、陳師儀醫師（國防醫學院醫科第 99 期）與林進忠醫師（國防醫學院醫科第 100 期）等諸位急診專科醫師返回本院，為急診部提供專科、專任及專業之服務。

參、近年重大記事

103 年 7 月 31 日深夜高雄的氣爆事件，高雄總醫院急診室第一時間接獲 EMOC（高雄市政府緊急應變中心）通知後，立即通報院長並啟動大量傷患緊急應變處置作為，動員全院 160 員醫護及行支援人力，配合值班人力 67 員，共 227 員，計收治病患 70 人（為高雄市收治數最多之醫院），全力投入搶救瀕臨生死關頭的氣爆受傷民眾，（圖 1、2）前院長郭武憲將軍特別慰勉所有參與醫療救護的同仁，雖然我們的能力不足以應付所有的災難救援任務，但全體同仁仍將以醫療救援的最大能量為目標，為民眾在護衛家園的

過程中，做最堅強的後盾，善盡醫療服務最大的心力。

未來，我們將朝「重度級」急救責

任醫院的方向邁進，並期許成為急診專科醫師之訓練醫院，進而提升本院之醫療服務品質及範圍。



飛躍四十
↳ 傳承與創新



圖 1、2：八一氣爆事件，本院計動員 160 員醫護及行政人力，投入緊急醫療作業。

第廿六章 婦產科－薪火傳承 飛躍四十

婦產科醫師 陳彥伯

本院自民國 34 年 10 月於南京創院，38 年轉進高雄，迄今已歷 72 載。期間為因應軍醫政策，多次更名，並於 66 年由高雄市六合路舊址遷移至現今營區，已逾 40 年。這段時間，婦產科即隨著醫院搬遷更名，提供軍眷婦女相關照護，讓在營官兵能安心執行保國衛民的軍事任務。

細數本科自遷移至現地營區，歷經林繁幸主任、魏春華主任、李元彬主任、李中元主任及王利生主任等諸位前輩學長，其他如李正風醫師、邱正義醫師、陳鯤源醫師、陳建銘醫師、楊宗力醫師、張文照醫師、陳其霖醫師及王保強醫師等多人，亦先後服務於科內，於退伍後在鄰近社區執業，並不時對科內後輩提出指導。另外還有不勝枚舉的先進學長，由於他們的

努力，才能使本科日益精進。

隨著健保開辦及軍人加入全民健保，本科服務對象原以軍人、軍眷為主，轉而擴大至高雄市苓雅區、前鎮區、小港區及高雄縣鳳山、大寮一帶社區居民，都是主要的照顧族群。除了擴大照顧區塊，本科近年陸續更新設備，並發展新的醫療技術，以期提升醫療品質，使得至本科求診之軍人、軍眷及社區民眾，有最好的醫療照護。

長久以來，婦科方面，如子宮及卵巢等的良性疾病及惡性腫瘤，本科皆能提供藥物及手術治療的能力。自 90 年引進內視鏡手術儀器，開始提供患者以微創手術治療疾病（圖 1），104 年更引進子宮鏡儀器，並且預劃於 106 年更新新一代的腹腔鏡設備。而除了內視鏡手術發展，對於日益重視的癌



圖 1：自 90 年開始提供患者以微創手術治療婦科疾病。



症疾病治療，目前本科已有能力使用內視鏡手術治療部分婦科癌症，再配合醫院即將成立的癌症中心，放射腫瘤中心等，將可以提供婦科癌症病人完善的治療處置。

本科目前有張維鑑主任，陳彥伯醫師及張蔚熙醫師，分至醫學中心學習，並取得專科醫師執照及各學會的會員。張蔚熙醫師於95年提出早期子宮內膜癌之保守藥物治療病例報告，並刊登於國際婦產科聯盟期刊，陳彥伯醫師於103~105年間提出多篇與婦科癌症相關國際論文及海報，且於105年至義大利參加國際婦女泌尿學術研討會，增進婦女泌尿相關的處置學識。本科也參與國健局的癌症篩檢計劃，期能配合國家政策，進一步早期診療婦女癌症。其他如因人口日漸老化引起的更年期障礙治療及婦女骨盆鬆弛重建治療，亦是本科近年的工作要點。未來我們將持續努力，以不負先進學長的期望，提供患者最適當的醫療選擇。

產科的工作內容，雖然生產率減少，但民眾對於生產的品質卻日益重視。對於生產方式的選擇，產前的遺傳諮詢及高危險妊娠照顧，都是孕婦關心的重點。本科自十年前引進立體高解析超音波，即開始提供孕婦清晰的產前超音波掃瞄。自95年通過衛生署高危險妊娠醫療評鑑，開始擔任地區轉診責任醫院。96年又重建產房，以提供待產婦女有更舒適的生產環境。未來將持續提升產前照護能力，讓軍人、軍眷及一般民眾，更安心的在本院生產。

近年來由於生育率逐年降低及人口老化，婦產科業務隨著大環境變化，而有所改變。其中產科工作由於生育率的減少，轉而提升照護品質，亦即生的雖少，但有更優質的照顧。因此本科視產前診斷、高危險妊娠的醫療處置及產後母嬰的照護為未來產科工作重點。至於婦科方面，對於婦女更年期問題及骨盆鬆弛的預防及重建，微創手術的進展、癌症篩檢預防及治療等，都是本科關注的議題。希望隨著醫院醫療技術的不斷提升，婦產科亦能提供患者最新、最好的醫療品質。



圖 2：因應少子化趨勢，未來將朝產前診斷、高危險妊娠的醫療處置及產後母嬰的照護為工作重點。

第廿七章 兒科醫療現況與展望

小兒科主任 劉道遠醫師

國軍高雄總醫院小兒科，前身為陸軍 802 總醫院小兒科，創立於民國 50 年，初期設有門診、急診及普通病房 6 床，嬰兒室病床 10 床，編制醫師 7 員。在醫院不斷發展及更新設備下，於民國 80 年成立新生兒加護病房，發展至今，現有新生兒加護病房（6 床）、新生兒中重度病房（10 床）、兒科普通病房（14 床）及嬰兒室（14 床）。兒科門、急診位於一樓，新生兒加護病房、新生兒中重度病房（病嬰室）、一般兒科病房及嬰兒室等部門，位於五樓（嬰兒室與產房有獨立走道相通）。本科主要負責高屏地區軍眷及一般健保民眾之兒科醫療保健及支援各項緊急醫療作業服務，同時亦為高高屏周產期醫療網之成員，提供高危險新生兒之外接轉送醫療服務。負責臨床軍醫住院醫師及兒科專科醫師訓練、醫學再教育及國軍、民間醫護院校教學實習工作。此外，科內同仁亦參與研討醫學新知及召開學術討論，參加院內外各項學術會議，並敦請專家學者蒞院指導，以提升醫療水準及研究發展，以確保醫療保健品質。

近年來，隨著社會整體環境的改變，台灣地區的出生率逐年下降，對於國內婦產科與小兒科的醫療生態造成很大的衝擊。不僅新進的住院醫師不願選擇婦兒科，甚至有許多婦兒科醫師出走改至其他科別，造成許多偏

遠鄉鎮缺乏兒科專科醫師看診的窘境。許多醫院也因為兒科專科醫師的缺乏及兒科醫療的不敷成本，而縮減兒科醫療的規模，或停止提供兒科急診的服務，或改由外包或是急診科醫師看診。在如此艱困的環境下，兼具區域教學醫院及軍方責任醫院雙重身份的我們，也同樣面臨了人力上的限制與病患人數逐漸減少的壓力。除此之外，我們也遇到了缺乏其他次專科支援會診、及喪失兒科專科醫師訓練醫院資格等問題。

面對全國性兒科人力逐漸減少，兒科專科醫師的訓練大多集中至各大醫學中心，造成許多區域醫院無兒科住院醫師的窘境。各大醫院紛紛將兒科急診縮減、以專科護理師替代兒科住院醫師、及將一般例行幼兒點滴注射改由護理人員執行等變化下，本院小兒科目前仍然堅持著 24 小時兒科醫師值班（目前專任主治醫師 3 員）及由兒科醫師執行幼兒點滴注射的傳統，並積極爭取參與責任區域內學校之學童健康檢查與預防注射工作，科內同仁亦積極的參與兒科醫學會的各項學術活動，與責任區域內各醫學中心及本院開業校友保持良好的轉診合作關係，希望藉由優質的醫療服務，以吸引逐漸流失的兒科病患。

所謂德不孤必有鄰，雖然我們的人力是如此單薄，但是我們仍然受到

許多校友前輩的大力幫助，諸如蕭志文國策顧問、賴聰宏榮譽理事長、醫師公會周祖佑理事、邱正義婦產科邱院長等，對於我們無論在病患轉介或是醫師公會的各項活動等，都提供了許多協助，讓我們感到自己並不孤單。

希望在科內同仁的共同努力及院內各級長官的支持下，本科同仁能持續堅守自己的工作崗位，積極充實各次專科醫師的自我學能，更期望有志兒科醫療的新血能加入我們的行列，如此小兒科方能維持永續經營的未來。



圖 1：劉道遠主任（中）與同仁合影

第廿八章 耳鼻喉科過去、現在及未來

耳鼻喉科主任 袁建漢醫師

壹、前言

本科成立以來一直是國軍南部最重要耳鼻喉科專科醫師訓練場所，提供軍民安全優質的耳鼻喉醫療服務。範圍包括外耳、中耳及內耳疾病的診療、聽力檢查及篩檢、鼻、鼻竇、咽喉、聲帶及唾液腺診療、頭頸部各種腫瘤診斷與治療及耳鼻喉科急診處理等。

貳、歷史演進

本科於民國 46 年 10 月從五官科分出，獨立成科，首任主任為林俊卿醫師，其後為趙先正醫師、張鎰基醫師、廖繼華醫師、袁本治醫師、林振東醫師、現在是由袁建漢醫師擔任主任。目前為國軍除三軍總醫院之外，唯一合格之耳鼻喉科醫師訓練醫院，除提供南台灣軍民專業醫療服務外，亦致力於學術研究及文章發表。

參、宗旨、願景及目標

- 一、宗旨：提供安全優質的耳鼻喉醫療服務，維護軍民健康，厚植國軍戰力。
- 二、願景：
 - (一) 受軍民信賴的南部耳鼻喉疾病患就醫首選場所。
 - (二) 公平正義的國軍體格檢查把關

者。

- 三、目標：成為正義、奉獻、慈愛的南部國軍耳鼻喉科醫學重鎮。

肆、人員編制及現況

本科編制有中校主任 1、專任主治醫師 3、兼任主治醫師 5；另有專任護理師 1 及聽力師 2、兼任語言治療師 1。

伍、臨床醫療工作

本科月平均門診量約為 2,200 人次，急診約為 80 人次，住院約為 70 人次，各種手術約為 50 人次。在聽力相關檢查方面，平均月檢查量純音聽力檢查為 350 人次、鼓室檢查為 290 人次、聽性腦幹檢查為 35 人次、耳聲傳射檢查為 35 人次、重心動搖檢查為 90 人次；在語言治療方面，平均每月約有 15 人次以上因音聲或構音異常而來接受語言治療。

我們用心對待每一位病患，尤其是部隊弟兄，使他們因為初診的好印象，而在卸下戎服之後繼續回到這裡就醫。在病患的年齡分布方面，由於本院鄰近鳳山大寮燕巢等榮民分布較多之處，加上本科致力發展老年醫學，對銀髮族特別的親切，因此年長病患比例有明顯的成長。



陸、學術研究發表

本科長期以來致力於學術論文發表，學術發表計劃為住院醫師於R2結束前發表一篇病歷報告（Case Report），R4結束前發表一篇原著論文（Original paper）。主治醫師期許能至少每三年發表一篇專科雜誌文章。近五年來本科學術發表於國內外專科學術醫學會口頭及壁報發表共計14篇，發表於國內外醫學雜誌期刊共計28篇。（如表一）

柒、院際合作訓練計畫

在忙碌的臨床工作之餘，每年固定派遣資深住院醫師前往醫學中心短期訓練3個月；定期參與各醫學中心舉辦的耳鼻喉頭頸外科、顱骨研習、鼻竇內視鏡併顱底手術訓練課程；每年定期參加國內外舉行之耳鼻喉相關醫學會議。（如圖1、2）以充實新知增進臨床服務品質及各種手術技巧。

表一、發表於國內外醫學雜誌期刊共計28篇。

101-105年耳鼻喉科期刊發表				
年度	SCI	專科雜誌	一般醫學期刊	總計
101	0	2	2	4
102	1	3	2	6
103	6	1	0	7
104	5	0	2	7
105	4	0	0	4
總計	16	6	6	28



圖1：每年定期參加國內外耳鼻喉相關醫學會議。



圖2：每年定期參加國內外耳鼻喉相關醫學會議。

捌、未來願景

自 103 年遷到 1 樓看診後，在醫療儀器的更新、檢查項目的增加、服務品質的提升、醫療人員的專業等各方面都有明顯的成長進步。但是，沒有最好、只有更好。對於未來，我們仍有許多需要努力的目標：

- 一、打鼾特別門診：打鼾不僅影響自己及家人的睡眠品質，更擔心合併有睡眠呼吸中止症而產生心肺後遺症。目前我們已提供睡眠呼吸中止症之檢查與診斷，未來計劃由取得睡眠專科證照的陳榮峰醫師開設打鼾特別門診，以更專業的方式服務病患。
- 二、眩暈特別門診：眩暈或頭暈是老年人及商務人士常見的問題，病患往往遍尋名師但卻毫無所獲。本科已成立眩暈特別門診，聘請與台大楊怡和教授齊名的邱文耀院長駐診。未來還將購置嶄新的儀器，使得我們的醫療服務更加完整專業。
- 三、顏面重建手術：顏面重建中的隆鼻手術大多由「整形外科」和「耳鼻喉科」醫師來做，這兩專科皆是經過訓練，但兩科的差別是什麼？整形外科醫師對於美容手術比較熟稔，比較追求美觀；而耳鼻喉科在隆鼻手術上比較了解鼻部結構，因能避免副作用的產生且外形較為自然。實際上不論是整形外科還是耳鼻喉科，只要經驗足夠，都可達一定的手術水準，

而最重要的，莫過於對鼻型美感的看法及病患的要求。以往，本科的鼻整形大多侷限在「功能性」的「外傷性鼻整形手術」，未來將朝「美容醫學」前進，讓病患在「身、心、靈」都能得到最好的治療。

- 四、頭頸癌的研究：配合醫院成立放射腫瘤中心，我們將不斷派遣醫師至各醫學中心學習頭頸癌新知（現為張聰舜醫師），讓病患在最先進的技術下，達到最佳的治療成效。
- 五、增聘專科護理師：優秀的醫療團隊需要各類醫療人員的充分合作，專業的護理人員也是其中一個成員。因應住院醫師“少子化”的趨勢，我們將研議增聘專科護理師的可行性，希望他（她）能熟悉耳鼻喉科各類疾病的衛教、藥品及檢查，不僅成為醫師的好伙伴，也帶給病患更多的專業照護。
- 六、提升教學品質：我們將與各訓練醫院策略聯盟，持續致力於學術研究、期刊發表及加強師資培育，發展軍陣醫學，維持本科訓練醫院資格。

耳鼻喉科滿 60 歲了，歡迎各位舊雨新知不吝參觀指教；我們會憑藉著前人打下的良好根基，站在巨人的肩膀上，繼續努力！！

第廿九章 跨越四十的復健科

復健科理療長 連雪琴



飛躍四十
傳承與創新

壹·前言

「陸軍第二總醫院」於民國 38 年遷至高雄六合一路，幾經更名後，於 49 年正式定名為「陸軍第 802 總醫院」，66 年 3 月 21 日遷至現址，並由當任副院長陳安宇上校籌備成立復健科，提供南部地區軍、民優良品質復健的物理治療服務。服務範圍包含：骨骼肌肉系統肌病、背痛、五十肩、骨折、關節炎、運動傷害之復健治神經系統疾病、中風、脊椎損傷、顏面神經麻痺、頭部創傷性腦傷之復健治療，且漸進式擴展服務項目如身心障礙輔助器之評估、脊椎側彎、矯正之復健、身心障礙鑑定及完整的 PAC 團隊等，這期間經歷過 84 年和 98 年大規模空間改建及 2~3 次科內動線空間修繕，直至目前明亮舒適的就醫環境。



圖 1：李大中主任（後排中）與科內同仁合影

貳、回顧與展望

在時代巨輪轉變中，隨著科技與經濟成長，醫療型態隨之改變為多元且複雜，加上消費者意識高漲，社會大眾對醫療期望也越來越高，復健物理治療的專業責任已有不同的風貌，過去物理治療及職能治療以工作為重點，現今兼具區域教學及軍方醫院雙重身份的我們在於服務及專業技術與目標更需要執行；並協助醫師正確合理指導病人復健，依病人需求及體力許可下配合療程符合病患期許。

本科具備完善的人力素質編制，由當初 1 位醫師、4 位理療人員的編制，擴編至目前專科醫師 2 位，專任物理治療師 11 位 (2 位支援軍眷門診中心) 專任職能治療師 4 位，同時並依科內任務需求，增編語言治療師 2 位，使



圖 2：105 年宋松遠主任時期科內同仁合影

本科更具完善與學經歷齊全的團隊，足提供質、量俱佳的醫療團隊與復健品質，並積極參與其它門診醫療，達成本科固有的堅持與使命：推動優質復健醫療品質。

復健科自成立至今，經歷陳安宇、劉榮泰、李大中、韋有升（兼任）、秦學禮、宋松遠及現任杜國賢主任等6位；理療長則歷經高晶珠、胡順江、戴南蘭、張炳鑫及現任連雪琴等4位理療長。（如圖1、2）近年除了硬體空間上的改變外，更陸續添購新的儀器與醫療設備，同時也讓整個團隊更具向心力，努力將經驗與精進的技術延續發展下去。（如圖3-8）也因為我們在軟硬上的改變與進步，以及「以病人為中心」的服務理念，讓每天來復健治療人數，由原先約60人增加至280人左右，也因此被院長笑稱為「復健科像百貨公司周年慶」的盛況，期望今後的復健科能在穩定中成長、茁壯、

大步邁向醫療的新紀元。

近年來，醫學研究國人壽命及健康預期壽命發現，因人口老化造成外在失能，並衍生出心理與生理衰退及其他相關疾病。另外，在全國十大死因的研究結果中也發現，有心臟病、腦血管疾病、糖尿病及腎病症候群、腎病變等，均為影響國人健康的重要因素。未來，本科將朝向完善老人復健醫學的方向發展，積極拓展復健醫療特色。

身為復健科的重要成員之一，我們將賡續精進本職學能，盡心扮演專業復健的任務與角色。現今社會隨著科技進步及領域專業度日益精進，未來在復健醫療的發展目標與作為上，我們將持續醫療專業人才的培育，鼓勵同仁參與國際會議，強化學術研究及交流，展開跨領域的醫療團隊合作，提昇復健醫療的服務品質，俾符民眾所需與期待。



圖3：98年改建前的復健科一隅



圖 4：改建後的復健科一隅



圖 5：改建後的復健科一隅



圖 6：改建後的復健科一隅



圖 7：老舊電療器



圖 8：改建後新增的多功能電療器

第三十章 麻醉科歷史演進

麻醉科總醫師 謝長憲

陸軍第二總醫院(即今國軍高雄總醫院之前身)早年跟隨國民政府播遷來台，落腳於高雄市的六合一路，當時台灣的醫界並沒有外科和麻醉科的區別，麻醉科並不是獨立的一個科別，也沒有專職的麻醉醫師，當時病患接受手術時的麻醉醫療作業仍由外科醫師來執行麻醉，麻醉護士則由軍中的男護士擔任。在民國五、六十年代的台灣，尚未建立起完善的醫療水準。但是，經由當時的軍醫院與美援醫療團隊的合作，已逐漸將台灣的醫療技術與服務提昇至相當的規模及水平。

然而，當醫療產業開始蓬勃發展時，醫療品質也必須隨之提升。有鑑於此，當時陸軍第二總醫院已經意識到，要發展更高階的外科醫學必須要有專業的麻醉醫護團隊做為堅強的後盾，且認為把外科和麻醉科分開，對提升病患的照護和安全一定會有深層的助益。遂由外科出身的李芬學長接下這個任務，並調任至麻醉科來執掌專業的麻醉醫療工作。並陸續調派護理人員至三軍總醫院接受麻醉專業護理訓練。直至62年始成立麻醉科，隸屬醫療部下的獨立科別，第一任的麻醉科主任是國防醫學院46期的李芬學長。自此，在李芬主任的領導之下，麻醉科開始擁有屬於自己的麻醉醫療團隊，專責的麻醉醫師制度已具雛形。同時，也提升了病患的麻醉安全及獲

得更專業的麻醉照護。稍後，更有劉興冶學長及吳國驊學長加入麻醉醫師團隊。當時，國軍高雄總醫院為了提升麻醉醫療水準，凡由國防醫學院醫學系畢業後進入本院麻醉科服務的人員，一律分派至台北榮民總醫院或三軍總醫院接受完整的麻醉醫師訓練，俟取得麻醉專科醫師資格後再回國軍高雄總醫院服務。這樣完整的麻醉專科醫師訓練及制度，不僅讓麻醉科醫療技術更專精，同時也吸引更多年輕醫師的加入。

麻醉科自成立至今，歷經五位主任：依序是李芬(國防醫學院醫科46期)、劉興冶(國防醫學院醫學專科班第6期)、陳致和(國防醫學院醫科70期)、李章成(國防醫學院醫科74期)、鍾漢軍(國防醫學院醫科78期)，現任第六任主任郭建宏醫師(國防醫學院醫科88期)。曾經於麻醉科服務過的麻醉醫師尚有吳國驊(國防醫學院醫科66期)、鄭曦(國防醫學院醫科71期)、曾劍英(國防醫學院醫科72期)、趙志泓(國防醫學院醫科72期)、寧逢時(國防醫學院醫科73期)、王志中(國防醫學院醫科74期)、吳致毅(國防醫學院醫科75期)、盧聞天(國防醫學院醫科76期)、章一鳴(國防醫學院醫科77期)、譚炳恆(國防醫學院醫科82期)、彭至賢(國防醫學院醫科84期)、周安國(國防醫學院醫科



85期)、鍾智明(國防醫學院醫科92期)。目前現職於麻醉科服務的醫師有郭建宏、陳皆吉(國防醫學院醫科91期)、陳亮志(國防醫學院醫科93期)及謝長憲醫師(國防醫學院醫科98期)等4位。

在諸位學長的經驗技術及知識的傳承下，加上諸位學長對於執行麻醉醫療業務時總保持戰戰兢兢，如履薄冰及膽大心細的態度教導下，麻醉科已把病患的麻醉安全及麻醉品質視為第一要務，並建構起以病人為中心的麻醉環境之觀念。

麻醉護理團隊方面，在60年代成立之初，麻醉護理人力僅有3員。由於麻醉恢復室回歸麻醉科管理、心臟手術和神經外科等手術房間的陸續開張，加上醫院評鑑要求和基於對病患的服務與安全考量等等因素，現今的麻醉護理人力配置已增加至16員。成立至今也歷經六位護理長的領導，依序是王永慶、曹愛雲、蔡桂香、陳麗萍、鄭麗珠、黃麗華及現任謝玉芬護理長。在諸位護理長的帶領下，麻醉護理同仁們皆秉持著服務病患、犧牲奉獻的精神，盡力做好麻醉護理工作，並協助麻醉醫師執行麻醉醫療工作，為維持麻醉安全及麻醉品質而努力。

早期軍醫院所使用的醫療裝備大部分來自於接收美軍於第二次世界大戰時使用的衛材及器材。當時的麻醉機使用乙醚(Ether)作為吸入性麻醉劑，但是由於Ether刺激性大又具爆炸的可能性，再加上小兒麻醉時必須以open-drip方式讓孩童先行吸入，而此種方式

是以鐵框式鐵網面罩上覆蓋紗布後將Ether滴在鐵框上的紗布，待其自行揮發同時病患會自行吸入肺部，當孩童聞到嗆味後多會掙扎哭鬧，其他醫療人員協助照顧孩童，而麻醉醫師通常會加快滴量，直到孩童昏迷再進行氣管內管的插管動作，現在回想起來實在覺得不甚符合人道之考量。當時的氣管內管所使用的材質為紅磚色橡膠材質(rubber tube)，而cuff則必須另外套入，不像現在所使用的一體成形的PVC材質的氣管內管。60年間雖然已經由國外進口，卻仍然缺乏自動呼吸器的功能，因此護理人員在術中必須徒手擠壓呼吸袋來上麻醉。這對於麻醉護理人員的體力為一大挑戰，因為手術時間愈長，護理人員擠壓呼吸袋的時間愈久。再者，也因為缺乏生理監視器等儀器，使得病人的術中生命徵象必須依賴醫療人員的敏銳觀察能力。所以，麻醉護理人員在手術過程中必須藉由傳統血壓計來量測其血壓、耳朵佩掛單耳聽診器來偵聽心音變化。若不幸遇上大出血的病人，麻醉醫療人員除須擠壓呼吸袋以維持病人的麻醉狀態外還必須一手進行血壓量測，另一手還須擠壓輸血瓶，更須時時仔細觀察病人的生命跡象穩定與否。在70年代開始有了全功能的麻醉機，對於病人的麻醉安全提供了更大的保障，也有效的舒緩了麻醉醫療人員的體力負荷。目前麻醉科擁有高科技全功能精密麻醉機、生理監視器，以及輔助困難插管裝備等多項醫療設備(如圖1-3)，提供病人更安全麻醉環境。

麻醉科成立至今已邁入第 44 個年頭，服務病患的項目從全身麻醉發展到半身麻醉、硬脊膜麻醉、術後疼痛控制、癌症末期疼痛控制、支援全院困難插管、術前麻醉諮詢以及術後訪

視等。未來期望成為南部軍陣醫學中心，並與國際接軌是我們的最終目標，而我們也會為了達到這個目標而努力不懈。



圖 1、2：目前麻醉科內所使用之困難氣道處理設備及插管訓練模型

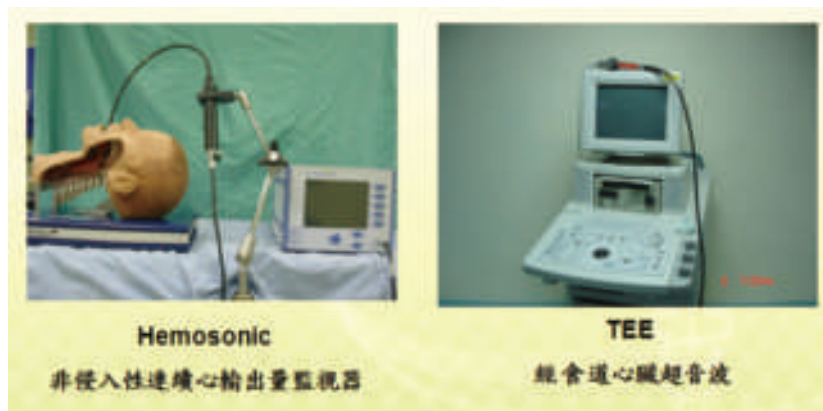


圖 3：麻醉科使用之加強性生理監視器

第卅一章 眼科的銳變與發展



飛躍四十
傳承與創新

眼科護理師 馬玉琴

壹、沿革

歲月更迭有如千里江河綿延般永不止歇。

民國 58 年，眼科部原座落於高雄市六合一路，在眼科主任孫克正及眼科醫護同仁視病猶親、盡心盡力服務官兵及眷屬下，為眼科奠立根基，始有後續經營發展之基楚。迄 63 年 10 月間，鑑於醫學科技日新月異及本院醫學能量發展之需要，遂於鳳山衛武營區輕航空機場原址興建醫療大樓，並於 66 年 3 月遷至中正一路 2 號現址迄今。

感謝眼科歷任主任孫克正、楊浴平、易祥智、楊鳳利、陳明森、林師賢等全心投入、無私奉獻，帶領眼科醫療團隊，以服務官兵為職志，不斷精進創新醫療專業，尤自 91 年 2 月，洪啟庭醫師接任主任後，開啟本院眼科醫療嶄新的面貌，洪主任自許為眼科教學研究與實務的領航者，由於其在專業上的執著、精進與成就，獲得各級長官的肯定，於 102 年調昇本院教學研究中心主任乙職，並於 105 年 5 月調任國防部軍醫局醫務計畫處任副處長，現為左營分院副院長。洪主任任職本院期間，發表諸多研究論文刊載於國內外季刊雜誌，調任軍醫局後，仍有論文發表，迄今亦為後輩模仿效法的對象。102 年由林峰祺醫師接任主

任迄今，秉承眼科一脈相傳、承先啟後的精神，戮力提昇醫療服務品質，以嘉惠國軍官兵眷屬及地區民眾。

貳、編制、任務

眼科編制人力在 84 年 7 月 1 日精實案前，原為上校部主任的編制，下設主治醫師 2 員、總醫師 1 員、住院醫師 2 員，護理長、護理師、驗光師各 1 員，合計 9 員。精實案以後，改為中校科主任，下設少校主治醫師 2 員，總醫師 1 員，護理師、驗光師各 2 員，合計 8 員。

雖然人員精簡，但我們的服務依然如故，並積極建構以病人為中心的眼科專科醫院為職志，除了提昇眼科醫療品質，定期派訓醫學中心，接受完整專科醫師訓練外，並主動與臨近國中、小學保持密切聯繫，持續推廣幼兒視力保健與預防醫學作業，同時配合鄰近周遭社區協助加強學齡兒童視力保健。另定期於鄰近社區舉辦視力保健講座及義診，協助照護行動不便的中老年長輩及其他弱勢族群。為提昇醫療服務品質，確保病人安全，科內不僅鼓勵主治醫師參與學會舉辦的各項會議、汲取眼科新知、精進醫療技術，同時結合強化眼科衛教宣導及電視教學宣導的實施，協助病患自我照護，縮短療程，提昇醫療照護成效。

除此，眼科為提供更優質、人性化的就診環境，於 102 年 2 月遷至醫療大樓一樓，不僅各項設施令人耳目一新、更具現代化，同時亦促進行動不便的患者就醫之便利性。

參、不同時代的作業概述

民國六、七十年代期間，由於本院服務對象僅止於國軍官兵眷屬及公、勞保而已，服務對象相對較少，因此經費來源及設備亦有其限制，設備亦未臻齊全，僅有一些基本的眼科醫療器材，如驗光機、眼壓計、眼科手術顯微鏡、晶體乳化儀及玻璃體截除系統等，與今相比，雖非重要儀器，卻也一應俱全，這在當時眼科醫療的時空背景下，確實佔有一席之地。

在搬遷中正一路以後，歷經 40 年來的努力，尤其民國 86 年配合開辦全民健保業務以後，為因應龐大醫療作業量，眼科已著手更新各項設備，期使醫療服務品質更上層樓；迄 102 年 2 月軍陣醫療大樓完工啟用後，醫院更陸續添購新式醫學儀器，如眼科手術用後房玻璃體手術廣角系統 (Bausch & Lomb/CX3000) 等 11 項，每項裝備耗費均在 100~200 百萬左右，這在眼科的經營成本上，已佔了極大的比率，但也大幅提昇了國軍南部地區眼科領航者的角色與定位。

目前本科每月平均門診量約為 1,800~2,200 人次，另配合支援軍事聯招與役男體檢、民眾體檢業務、屏東分院及高雄門診中心門診作業，以及

總院住院病患會診服務。平均每月手術作業量計：白內障約 50 例、青光眼雷射或手術 20 例、視網膜剝離、糖尿病出血雷射、黃斑部手術各約 30 例、眼部整形手術約 10 例。

肆、教學研究與成果

一、優質教學醫院：

- (一) 本院為評鑑合格之教學醫院，目前接受台中中山醫學大學與中華醫事科技大學視光系等眼科相關科系學生實習，每批 3~4 名，2~6 個月時間。
- (二) 與三軍總醫院眼科部、高雄醫學大學臨床研究所、國軍岡山醫院航空生理訓練中心及屏東大仁科技大學藥學系等系所密切合作、學習，致力提昇眼科醫學，厚植眼科醫療人才。

二、研究成果：

- (一) 論文發表：本院在航空眼科生理學、軍陣醫學中隱形眼鏡配戴之研究、夜視力之探討、紅景天對飛行員眼睛之影響、葉黃素與決明子等藥物動力學等，均有多篇論文發表，不僅對於軍陣醫學與航太醫學有所助益，對提升本院眼科之學術地位亦多有幫助。
- (二) 獲獎事蹟：洪啟庭醫師先前在院內任職期間發表的論文，包括航空醫學、眼科中草藥及視網膜治療方法等，於 105 年榮

獲英國劍橋大學「百大傑出醫療貢獻獎」，亦為國內首位獲此殊榮者。

伍、未來展望

一、提昇醫療服務品質：眼睛是我們的靈魂之窗，維持官兵民眾良好的視力是眼科責無旁貸的使命，因此，發展眼科醫療服務品質，

以成為南部軍民眼部外傷及困難眼疾的後送中心，是我們賡續努力的目標。

二、重視人才培育：定期檢討及調整「五年長期策略規劃」目標及進程，使眼科醫師及護理師的培育管道符合現況需求，以提昇專業的醫療服務，同時並鼓勵同仁踴躍發表研究論文，精進臨床技術，俾符民眾所需。



飛躍四十
傳承與創新



洪啟庭前主任（後排右 5）及現任林峰祺主任（後排右 6）與眼科同仁合影

第卅二章 航太眼科學的研究成果

眼科主任 林峰祺醫師

本院位於台灣南部，為國軍第四作戰區醫務指揮中心，除負責各項軍醫戰訓整備任務外，近年來亦執行多項航太醫學研究與教學活動，尤其是航太眼科學的研發，可謂執台灣之牛耳。

本科統籌包括中正預校、陸軍官校、海軍官校與空軍官校等校的空勤體位學生的視力保健與體檢等相關業務。近年來包括屏東、左營、岡山、歸仁等三軍飛行員的駐地，其空勤體檢之複檢工作，也大多於本院實施。

本科與岡山國軍航空生理訓練中心的淵源極深，因此也進行了多項航空眼科學的研究計畫。眾所周知的空勤體位首重於良好視力，空勤學員被體停的原因中以視力不佳佔了相當的比例。因此如何在官校養成教育中與畢業後分科實施訓練的課程中，輔導其視力保健工作，一直是本科的重點項目。

本科在本院歷任院長的大力支持下，與三軍總醫院、高雄總醫院岡山分院航空生理訓練中心，近幾年來完成了許多航太眼科學的相關研究與國內外論文發表。我們利用國軍航空生理訓練中心原本擁有的低壓艙、彈射椅與人體離心機等，配合本科較新穎的眼科儀器，如立體感測試儀、氣動式眼壓計、對比敏感儀、前房與角膜掃描儀 (OB Scan)、光學同調斷層掃描

儀 (OCT)、眼血流測量儀、眼反應分析儀 (ORA) 等。以本院眼科的名義使用中、英文等格式發表過多篇論文：例如

- 一、The e changes of corneal biochemical properties after simulated ejection on the ground.
- 二、Changes in visual function during the coriolis illusion
- 三、Visaul fields during acute exposure to a simulated altitide of 7620m.
- 四、Ocular responses and visual performance after high acceleration force exposure.
- 五、Contrast sensitivity after Gz acceleration.
- 六、科式錯覺下對人類動態視力與立體感之影響。
- 七、25000 呎的缺氧環境對視野與眼壓變化的影響。
- 八、在地面模擬實施 L-1 動作時眼內血流量變化之探討。
- 九、我國與世界各國軍方空勤視力體檢之比較。
- 十、APRL 動作對科式錯覺後效作用之影響。
- 十一、25000 呎高空缺氧環境對視野的影響。
- 十二、高空缺氧環境下配戴各式隱形眼鏡之觀察。
- 十三、25000 呎的缺氧環境對視野與眼



壓變化的影響。

- 十四、飛行員如何選擇太陽眼鏡。
- 十五、軍機飛行員動態立體感之初探。
- 十六、高倍數地心引力對人類角膜生物力學、視力與屈光度之影響。

各論文亦分別刊登在國內外相當知名的學術雜誌上：例如 (1). Investigative Ophthalmology & Visual Science, (2). Aviation, Space, and Environmental Medicine (3). Life Science Journal (4). 中華民國眼科醫學會期刊 (5). 慈濟醫學雜誌 (6). 航空醫學會期刊等，並獲得美國軍方的高度重視。

本科亦以相關論文獲得全美醫學會壁報金牌獎、國防醫學壁報金牌獎、眼科醫學會年會壁報銅牌獎，並且多次獲得東京隱形眼鏡 SEED 優秀論文獎、台大傅堯安教授優秀論文獎等大獎而獲得國內學術單位與新聞媒體的重視，並多次採訪。國防部各級長官對於本科醫療人員的努力研發，以戮力支援部隊戰備整備，維護官兵健康的健康的精神，均表示高度讚揚(右圖)。

除了航太眼科方面的發展，本科近年來亦結合藥理學與軍陣醫學，與大仁科技大學藥學系合作，陸續進行研究與發表多篇相關論文：諸如 (1) 紅景天對飛行員高空缺氧時心臟血管的舒張作用之研究；(2) 國軍官兵視力保健聖品葉黃素的藥理再分析；(3) 牛蒡對於國軍官兵抗疲勞之研究；(4) 決明子對改善官兵視力疲勞與舒緩眼壓之研究；(5) 藤七三治療國軍官兵酒精性胃炎之研究等。

展望將來，本科除了將精進醫療技術之引進、致力軍陣醫學之研究、提升航太眼科之發展，亦將本著「正義、奉獻、慈愛」的本科宗旨，提供更優質的醫療服務與更先進的研究發展。



圖 1: 青年日報專訪

第肆篇 成長與茁壯





飛躍四十
— 傳承與創新

第 伍 篇

以病人為中心的 優質醫療服務

第一章 廿一世紀治療新科技 - 影像導引放射腫瘤治療系統

放射科放射物理師 謝楊威

放射線治療為一般民眾俗稱的「電療」，主要是利用放射線來進行疾病治療，可以治癒、控制癌症或減輕患者罹癌的痛苦，改善患者生活品質。放射線治療可使用放射性同位素核種產生的 α 、 β 或 γ 射線，直線加速器產生的高能光子射束、電子射束，迴旋加速器產生的質子射束、重荷粒子射束，輕水式反應爐產生的中子射束。現今多元化放射線治療的共同目標是控制腫瘤戰勝癌症。

放射線治療是可以使物質游離或激發的一種電磁波，依據電磁波能量高低又分為「游離輻射」和「非游離輻射」，其中游離輻射具有較高之能量，包括 α 射線、 β 射線、 γ 射線、X射線、中子射線及重荷粒子射線，最廣為人知的游離輻射就是X射線。游離輻射主要是作用於人體的細胞染色體，而細胞染色體由蛋白質與去氧核糖核酸(DNA)組成，游離輻射可經由直接或間接引起DNA傷害，直接傷害會破壞細胞內的DNA，使其斷裂進而喪失功能；間接傷害仰賴游離輻射作用於水分子將會產生自由基，自由基會進入細胞中破壞DNA，讓細胞喪失分裂、繁殖能力，此兩種方式就是放射線治療殺癌細胞的關鍵方法。

放射腫瘤科為多元化職類的團隊合作，團隊成員有放射腫瘤科專科醫

師、醫學物理師、腫瘤專科護理師及放射腫瘤科放射師：

壹、放射腫瘤科專科醫師

放射腫瘤科專科醫師在腫瘤患者之門診與會診中了解患者病情，與各專科醫療團隊討論決定放射線治療過程適應症之評估，接著在電腦治療系統制定患者治療計畫，決定治療範圍與腫瘤照射劑量，監測治療中的患者，評估療效及術後的持續追蹤治療病況等。

貳、腫瘤專科護理師

放射腫瘤專科護理師協助醫師門診中安排各項醫學檢查流程、住院病床聯繫、依醫囑藥物給予。癌症患者必須經歷各種治療療程，尤其長時間放射線治療療程中會遇到各種問題與擔憂，腫瘤專科護理師協助患者提供相關衛教資訊，包括放射線治療引起之副作用、傷口照護處理及營養資訊等，若患者有社會經濟問題尋求支援，由腫瘤科護理師轉介本院專業團隊提供患者在心理師、社工師、癌症個案管理師及營養師相關諮詢服務，幫助並支持患者度過治療期，提升護理照護品質。



參、醫學物理師

醫學物理師角色為(1)臨床治療之計畫：癌症患者經醫師評估須接受放射線治療，醫師會在電腦斷層影像繪製腫瘤區域，醫學物理師根據醫師給定的處方劑量與治療技術，縝密規劃治療射束的數量、角度、方向、權重等許多參數，注意正常器官的耐受劑量且盡可能閃避，使腫瘤得到最佳化的劑量分布，讓治療區域中的腫瘤得到良好的控制率並且降低放射線引起正常器官之副作用。(2)精確治療之保證：直線加速器於治療患者前必須執行醫療曝露品質保證，品質保證程序分為每日、每月和每年等項目進行，目的為確保治療設備在各項機器運作及輸出劑量參數皆能符合法規標準，

層層控管才能維持放射治療的高品質與高精準度，方能保障患者的治療安全。(3)安全治療之環境：游離輻射防護法制定放射治療作業環境應規劃為管制區及非管制區，由醫學物理師擔任輻射安全防護業務，評估放射治療室輻射屏蔽之滲漏輻射的產生，偵測臨床工作人員和患者及家屬等候區域之環境輻射劑量，守護民眾安全。

肆、放射腫瘤科放射師

放射腫瘤科放射師角色為電腦斷層模擬定位、固定模具製作、放射線治療執行與影像導航定位、放射線治療設備日常例行檢查與協助品質保證校正。放射線治療每個步驟都必須很謹慎操作，以確保患者於每日放射線



圖 1：影像導引放射腫瘤治療系統

治療時腫瘤位置的一致性。在執行放射治療計畫程序前，要能檢視發覺治療設備有無產生誤差，確認患者經影像導航定位之治療中心點有無位移；在執行放射治療計畫程序中，觀察患者執行放射線治療狀況，提供患者心理支持，即時反應患者狀況給放射腫瘤科醫師、腫瘤專科護理師，加強對患者的關心與注意；在執行放射治療計畫程序後，針對治療流程作業步驟及文件做審視評估，以提升整體治療品質照護。

伍、本院放射線治療設備特色

本院放射腫瘤科先進設備為 Elekta Synergy® 直線加速器，機型與全球最新治療科技同步，採用絕佳的精準度治療患者，並提供多項整合治療。直線加速器配置新型多葉式準直儀系統 (Multi-leaf collimator, MLCi2)，可執行弧形刀治療 (Volumetric Modulated Arc Therapy, VMAT) 技術並結合優異的動態影像導航 (Image Guided Radiation Therapy, IGRT) 定位系統，更提供最新的全身立體定位放射治療技術 (Stereotactic Body Radiation Therapy, SBRT)。弧形刀治療機頭以患者為中心點施行 360 度環繞治療，搭配多葉式準直儀動態葉片移動及調整輸出劑量率等參數設定，精準照射腫瘤部位來提升劑量順形度及包覆性，讓鄰近正常組織劑量大幅減少，達到增加腫瘤控制機率，同時降低正常組織副作用的機率，病患療程時間大幅縮短 (大約

僅需 5-10 分鐘) 且減少患者因治療長時間保持固定姿勢的不適感。

動態影像導航定位系統搭載新式 4D- 電腦斷層影像掃描技術 (4D cone-beam CT, 4D CBCT)，在放射治療前施行四維影像導航定位，追蹤患者因為呼吸所造成的內臟器官移動軌跡是否符合電腦治療計畫所規劃腫瘤靶區之位移，降低患者因呼吸造成的治療不確定性，將弧形刀治療劑量精準劃在腫瘤靶區上，避免正常健康細胞受到傷害產生副作用，即時監控患者體內腫瘤變化，讓主治醫師隨時掌握最新治療進度，提供個人最佳化的放射線治療計畫。全身立體定位放射治療技術是一種高精準度的放射治療方式，特色是需要搭配弧形刀治療技術、4 維影像導航定位、呼吸調控設備、個人化全身固定模具、降低呼吸振幅的腹部壓迫固定設備，多項放射治療技術之間的互相搭配來達到超高精準的治療品質，治療劑量方面採取高劑量來增加腫瘤控制機率，少次數療程來降低正常組織的副作用機率，大幅縮短治療天數。

第二章 住院全人整合醫療服務

醫療部雇員 李楷雯



飛躍四十
傳承與創新

壹、沿革

本院整合醫療發展源於自民國 98 年 12 月參加健保局醫院整合性門診照護試辦計畫，另於 101 年 2 月 23 日參訪彰濱秀傳醫院，進行推動整合性醫療經驗及成果之標竿學習活動，並於 3 月制訂及推動本院之「住院全人整合醫療照護」計畫。

貳、定義

- 一、整合 (Integration)：「disease management」、「case management」或「patient management」。
- 二、「整合式照護」主要做服務的整合及管理，以病人為中心，而非以單一疾病為中心。
- 三、健康照護的整合模式：分組織性、功能性、服務性、臨床性、常態性與系統性的整合方式。



圖 1：參訪觀摩

參、目的

長久以來醫院服務是以醫師為中心的服務模式，並非以病人為中心的服務模式，隨著社會進步，病患意識的抬頭及醫療服務品質的提升，醫院的服務必須隨病人期待的提升而有所改變。針對本國壽命延長，疾病複雜化的就醫情形，避免多科就診、多重用藥、重複檢驗等醫療資源浪費，因此建立不同醫療專科之治療整合。

住院全人整合醫療照護係由醫師、護理師及醫技專職類跨科別、跨領域的共識與合作，強調以病人為中心的全人醫療照護服務，最終目的為：

- 一、提供全人照護服務，促成各專科醫療之整合，提升醫療之效率、以降低住院日、再住院率及再急診率。
- 二、提供以病人為中心的醫療環境，避免重覆用藥及不當檢查，避免不必要之醫療浪費。



圖 2：本院推動 TRM 準備會議

肆、執行辦法

- 一、住院全人整合小組組織架構，由院長擔任負責人，副院長擔任召集人，主持人由醫療部主任擔任。（組織架構如圖3）
- 二、收案條件包含以下7項：1. 病情未改善，或致病原因不明。2. 病人(家屬)有強烈抱怨事件或有潛在醫療糾紛者。3. 病情嚴重度涉及會診三科以上。4. 有嚴重合併症產生。5. 新發生腫瘤病人。6. 住

院逾30天以上。7. 重要貴賓。

三、整合照護流程，如圖4：

四、一次會議分二項議程：

(一) 住院全人整合醫療會議議程：

1. 個管師(主護或護理長)報告個案資料。
2. 主治醫師報告個案資料。
3. 個案影像資料說明。
4. 個案病理資料說明。
5. 各專科醫師及各醫事團隊治療建議報告。
6. 主持人結論。

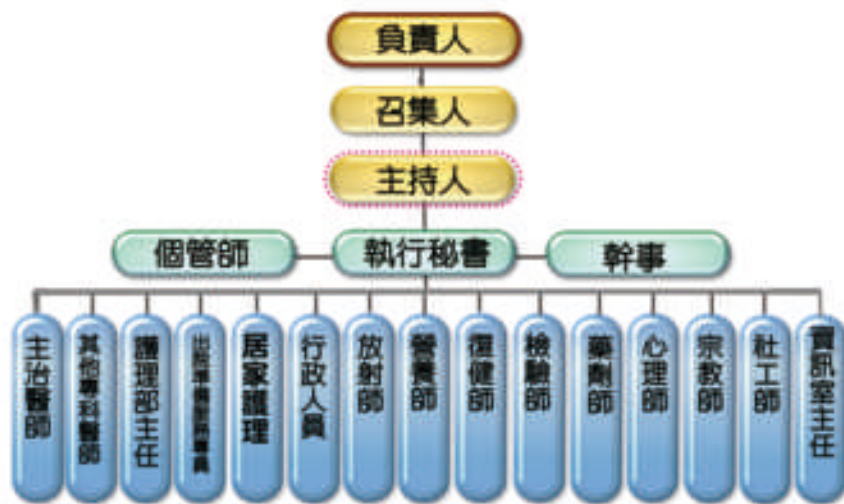


圖3：住院全人整合小組組織架構

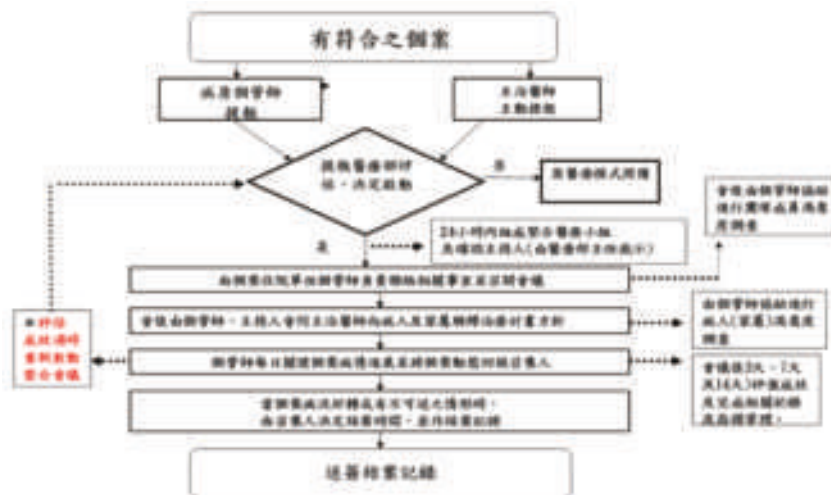


圖4：照護流程圖



7. 團隊成員滿意度調查。

(二) 整合醫療計劃暨病情說明會議 議程：

1. 召集人會同主治醫師說明整合醫療會議結論及建議。
2. 病人或家屬提問。
3. 主持人結論。
4. 病人 / 家屬滿意度調查。

65.5%) 全人整合醫療個案 (家屬) 滿意度 97.7%，整合醫療小組團隊滿意度 94.2%。

- 二、健保署高高屏分局以本院作為標竿學習醫院，於 101 年 6 月 7 日及 105 年 8 月 4 日至本院住院全人整合照護計畫經驗分享會議。

伍、執行成效

- 一、自 101-105 年總計完成 269 次整合醫療會議，計有醫療團隊 2939 人次參與，提報理由以病人嚴重度高有會診三科以上為主 (佔

陸、未來展望

- 一、強化 e 化作業，提升執行效率。
- 二、深耕全人照護文化，提升醫療品質。
- 三、培育醫護各項專業能力，發揮醫護最大效能。



圖 5、6：住院全人整合會議開會情形。



圖 7、8：住院全人整合照護計畫經驗分享會議。

第三章 藥衛材管理新紀元 -UDI 條碼智能管理

衛保室衛補官 史一良

壹、紙本作業管理時期

30年前衛保組最常聽到對話是「申補人：黃小姐，這是我們單位申補單，請簽收核撥。」「庫管員：這字未免太龍飛鳳舞了吧！到底是申請什麼東西，可以請阿長重寫嗎？」「申補人：改好了，麻煩再看一下」「庫管員：棉球一個只要2包，我查一下前月單子你們用了5包？」「申補人：吼！每次阿長都這樣，我們到底要跑幾遍，很累！」另外還有「庫管員：慘了，下星期國防部要來查帳，那幾箱的資料又要加班海撈整理受檢。」、「那些資料什麼時候要水銷，快沒空間放了」、「天啊！白蟻，最裡面那幾箱資料都被吃光了」……這是30年前「人工紙本作業時代」的情境。

貳、資訊系統管理時期

然隨資訊工業進步，20年前各類庫管資訊系統如雨後春筍般產出，請領撥發帳務計算行為從紙本轉變成電子傳遞確認，已不用為那神才看得懂的潦草字體所困，另外只要滑鼠點一點，excel程式跑一跑，請領、撥發、扣帳及基準量申領依據皆在彈指間完成，而且也不用翻箱倒櫃整理資料去應付各種帳務檢查。

然時代進步是永不止歇的，自美國

瑟雷拉公司在2000年解開人類DNA序列後，生技產業儼然已成為21世紀的明星產業，近10年各類藥品衛材因人體器官、種族、年齡層、疾病、各地氣候差異及新興材質及醫療技術進步，研發成功上市種類、項數成長近10萬餘倍，現在於衛保室最常聽到對話是「申補人：問一下人工膝關節的脛骨內墊 size 3# 24mm 的院內碼是什麼。」「庫管員：那品項124種尺寸的院內碼都已設好，請你們自己記好不要每次都打來問，平常日還好，但今天是盤點日很忙。」「申補人：我們家骨材每一項都這麼多尺寸，而且我又不是電腦怎麼記得住，現在醫生要用了麻煩查一下。」「庫管員：好啦。過了10分鐘後終於查到。（心想）唉！假如未來有某種系統可去有效自動辨識各類藥衛材，快速知道那個品項那種尺寸，就不用這麼累了」，另外在開刀房裡常的對話「醫生：幫我拿這個12mm。護理師A：好。」「醫生：幫我拿那個8mm。護理師B：好。」（就這樣用了10幾種）「護理師A：呼！刀終於開完了，哇！慘了，這麼多尺寸，到底那一個病人用了那一種，我忘了手寫記錄。」「護理師B：學妹妳放心我早就幫妳記好了，下次記得要記。」「護理師A：還是學姐經驗豐富，超感謝學姐。」「護理師B：雖然這樣，但還是要辛苦一下，等這



個庫儲系統輸入後，還有 HIS、手術管理系統要登帳，加油！（但這樣護理師 A 又登帳了 20 分鐘）護理師 A：真懷念學姐所說的那個沒有電腦的年代，現在有了電腦什麼都要快，什麼都要無紙化，結果以前只要寫一張紙 5 分鐘的時間，現在輸了這麼多系統花了 20 多分鐘」。試想查一個院內碼要花 10 分鐘，事後登記又要花 20 分鐘，現在護理師人力吃緊，行政人員大幅縮編，且又有健保申報需求及防範有心人士不當挪用藥品衛材管理需求下，如何用「有效快速」方式進行「精密管理」，且減少醫療人員行政負荷確實是近年來醫院藥品衛材管理大哉問之一。

參、UDI 智能管理時期

幸賴藥衛材「單一識別國際條碼 UDI」於 2014 年現世，全球藥衛材已具有個別產品獨一無二的全球通用識別「身份證」。不論商品來至何地，醫院或民眾皆可藉 UDI 至公開資訊

網站查詢該品項「產地、出產日、效期、批別」等資訊。醫院只要將 UDI 碼分類媒合至各品項院內碼，藥衛材庫管員、護理師、醫師可直接刷商品上 UDI 碼，就可精確快速知道用了那一項物品及尺寸，且藉物料單一辨識語言，資訊人員可解決過往各系統資訊流無法互相串連運用問題，醫護及行政人員再也不用為了「事事資訊管理」、「表單電子化」將同樣資料重複輸入各項系統，大幅減少醫療人員行政負荷，庫管人員可有效掌控藥衛材品項及流向，民眾藥衛材使用安全大幅提升。

渴望科技進化、管理品質精進、藥安無縫管控的各項需求就像時間流動一樣，是回不去、停不下、也永遠不會為我們所滿足的。在全球化下各行各業競爭早已白熱化，不進步就會被時代洪流淹沒、淘汰。唯有記住過去、立足現在、準備未來，藥衛材管理作業才能與時俱進，在未來全球科技邁入工業 4.0 時，能繼續成為醫院醫療品質進步的好幫手。

圖 1 左側顯示一張「軍品存量卡 (正面)」，標題為「圖 1：紙本作業管理時期」。表格上方有編號「編 25-007」。

區分	建立及修訂	品名	規格	單位	貯存單位	貯存地點
日期	年月日	品名	規格	單位	貯存單位	貯存地點
配賦數		代用品				
申請日期		品號				

表格下方包含多個欄位，如「申請 (進修) 紀錄」、「存量」、「紀錄」等，並有手寫的數字和符號。表格底部有規格號碼「74 (272x192) mm」和「75.30-1E-150-25K」。

圖 1 右側顯示一張「永信公司 (藥廠)」的藥品清單。表格上方有「永信公司 (藥廠)」和「請依合約送達下列藥品 (器材)」。

品名、規格	數量	備註
Voren cap	500	

表格下方有「通訊錄」欄位，日期為「85 年 12 月 16 日」，地點為「陸軍第八〇二總醫院民診處藥庫」。右側有地址和電話號碼：「陸軍 802 民診處藥庫」、「高雄市中正一路二號 (地下室)」、「電話：(〇七)七四七〇八三一」。

圖 1：紙本作業管理時期

品號	品名	最近安全存量	現存數量	現存數量	現存數量	現存數量	現存數量
EATK	ABOL 0.05% 250M安瓶	13	0	13	0		
EATA	ABACOL 300MG 519 粉 30	353	0	353	0		
EEER	EEFOTEC 200 MG 15M 20	94	120	190	220		
EEGG	EEPOLYON 0.2% 50ML 140	240	0	240	0	0971109014	
EEH0	EEICAHYL 200 200 200	1400	5045	2940	6720		
ECAH	CABETTER 50ML 10T 080	40	0	40	0		
ECON	CORTEMA 60ML 60T 087	30	0	30	0	0971109018	
EDIC	DICLOFEN DEL 1% 250 12	60	0	60	0		
EFAI	FASTBI V.3 300MG 罐裝	40	0	0	0		
EFVT	FUTALIN CREAM 0.025 90	40	0	40	0		
EICH	ICHDERM CREAM 150G 2	28	0	28	0		
EIND	INDO CREAM 250MG 25 3	16	0	25	0		
EMHH	MUNDISAL OEL 100ML 10	23	0	20	0		
EOET	OPTEDOEL OEL 300ML 10	53	0	53	0		
EPAE	PADCA OEL 100ML 罐裝 20	100	0	100	0		
EPULS	PULMOCORT DREY 400 4	23	45	40	27		
EREL	RELEX OEL 300ML 罐裝	33	0	30	0		
ESAB	ESONA RUPHYATIM 0.1 1	92	0	92	0		

單位	品號	品名	單位	品名	單位
50026	品號料-ABF726232	10CC	5175	◎10CC 空針#34000P	支
50026	品號料-ABF726232	1CC	5175	◎ 1CC 空針	支
50026	品號料-ABF726232	30CC	5175	◎30CC 空針	支
50026	品號料-ABF726232	30CPS	5217	3-WAY STOPCOCK ◎ 三路活塞	個
50026	品號料-ABF726232	3CC	5175	◎ 3CC 空針#24000P	支
50026	品號料-ABF726232	3CC	5175	◎ 3CC 空針#24000P	支
50026	品號料-ABF726232	A6018	5158	酒精棉片 200' 3/80L	片
50026	品號料-ABF726232	AL021	5206	ALCARE 1/2" 宜拉膠布	個
50026	品號料-ABF726232	A0006	5185	增強型 800	支
50026	品號料-ABF726232	B1601	5173	特大棉球 10	包
50026	品號料-ABF726232	B2051	5209	◎ 小棉球#1200P	包
50026	品號料-ABF726232	B2162	5188	紗線帶	個

上月總額	235,390.64	本月總額	331,200.00	本月增減	670.00	本月增減	0.0%
上月庫存	971,183.96	本月庫存	971,183.96	本月增減	0.00	本月增減	0.0%

圖 2：資訊系統管理時期



圖 3：UDI 智能管理時期

第四章 專業安全護高齡 溫馨友善關懷您



醫勤組雇員 朱瑞麟

飛躍四十
傳承與創新

所謂「高齡社會」是指 65 歲以上人口佔總人口數 14% 以上的社會，現在台灣社會雖不是高齡社會，但已是高齡化社會，隨著高齡人口愈來愈多，為長者提供特殊需求的友善、尊重醫療環境，是需要提早做好所有的軟硬體設施及教育。

衛生福利部國民健康署以下（簡稱國健署）於民國 99 年開始推動「高齡友善健康照護機構」，本院亦自 103 年積極參與國健署「高齡友善健康照護機構認證」，並於同年 8 月接受實地認證，且獲認證通過 2015-2018 高齡友善健康照護機構。（如圖 1）

本院短、中期目標中即訂有：發展軍陣醫學、深耕社區醫療，推動智慧型雲端照護服務，提供優質全人醫療

服務及健全完善之長期照護系統等項，在在說明本院對高齡者的就醫環境之重視與尊重病人的權利，並自期為社區鄉親健康的守護者。茲就本院在提供高齡友善醫療服務做介紹：

壹、建立高齡友善政策

103 年修訂本院「推動全院品質管理執行計畫」將「高齡友善表現指標」列入年度執行推動計畫，藉由表現指標統計資料，提升或改善本院環境、醫療照護或老人服務客制化作為。

定期召開「高齡友善政策推動小組」（組織系統如圖 2）藉由協調會議，努力推動高齡友善醫療及環境，滿足高齡者就醫需求。



圖 1：高齡友善健康照護機構認證。

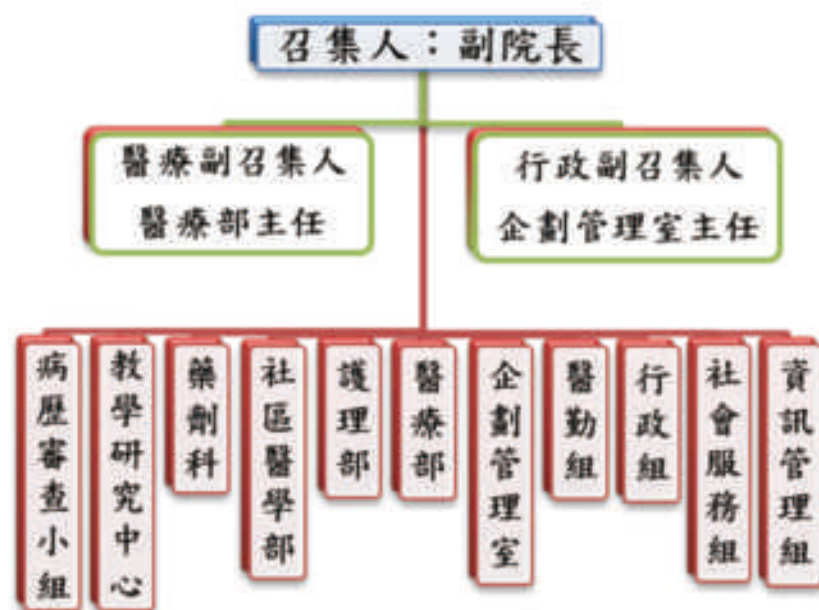


圖 2：高齡友善政策推動小組組織系統圖。



圖 3：改善後眼科、耳鼻喉科診間搬遷至 1 樓，診間空間變大，牆邊加裝扶手，以便高齡者使用。

貳、貼心的醫療環境與設施改善

眼科、耳鼻喉科診間搬遷至 1 樓，使全院各科門診均集中在醫療大樓 1 樓，方便高齡者及一般民眾就診更加方便，同時空間也變的更寬敞，另外，牆邊並加裝扶手，便安全更有加分的效果。(如圖 2、3)

所有出入口均以斜坡設計，以降低危安風險，防止絆倒情事發生，室內

也以無障礙空間為主要設計，如無障礙廁所、無障礙浴室，並於較陡之斜坡增設欄杆，以便民眾通行。服務櫃台高度設計較低、專屬高齡親善櫃台，以符合年長者及各類病患使用。(如圖 4、5、6、7)

為滿足年長者及各病患所需，設置浴廁扶手，候診椅扶手、淋浴椅、電梯無障礙點字標示等以符合所有病患需求。(如圖 8、9、10、11)



圖 4：出入口斜坡設計。



圖 7：廁所無障礙設施。



圖 5：低櫃台符合需求。



圖 8：廁所設置扶手。



圖 6：廁所無障礙設施。



圖 9：候診椅扶手。

針對重點區域設有地線標示，提供明確位置：(如圖 12、13、14、15)

為了提供高齡長者友善的就醫環境，於硬體上改善工程只為給予長者

舒適安全的環境，就醫猶如在自家一樣的情境。配合高齡者服務相關之資訊系統：(如圖 16、17、18、19)



圖 10：電梯內外均設置點字導引。



圖 13：大廳走道扶手。



圖 11：電梯內外均設置點字導引。



圖 14：出入口無障礙設置。



圖 12：急診區域地線標示。



圖 15：提供民眾身高體重機設置扶手。



參、整合性醫療服務

優質醫療團隊：本院具有多專科醫療團隊，跨科整合的高齡照護團隊，包括老人醫學專科醫師、護理師、藥師、復健師、營養師、社工師、衛教師、資訊人員、榮民服務員、櫃檯人

員等。(如圖 20)

優質護理照護：為提昇護理品質，護理部於年度在職教育(每週一次)均有針對老人照護相關課程實施教學及研討，如居家護理、長照資源、安寧、防跌、營養、傷口及管路照護等臨床實務課程。(如圖 21、22)



圖 16：醫療系統診間候診清單修改程式以符號(%)及變色顯示高齡患者，以利醫師優先安排看診。



圖 18：繳費通知單加註符號(*)，以利掛批櫃檯及檢查科室優先安排批價或進行檢查。



圖 17：藥袋領藥號旁加註星號，以利藥師優先安排發藥。



圖 19：檢查單加註符號(*)，以利掛批櫃檯及檢查科室優先安排批價或進行檢查。



圖 20：跨領域團隊照護開會實況及會議紀錄。

透過醫療團隊資源管理 (Team Resource Management) 的推行計畫，運用其互助合作 Mutual Support 強化醫檢師與行政人員的團隊合作，提高團隊風險偵測與預防的能力，提供高齡患者更安全的醫療環境。

檢驗抽血區設立「行動車抽血作業」，除了適用一般就醫民眾，更針對高齡、行動不便、認知功能障礙之患者，簡化作業流程，減少檢驗抽血過程中可能產生的危險與不便。(如圖 23-26)



圖 21：居家護理開會實況，針對老人照護議題提出討論及改善。



圖 22：高齡醫學團隊照護核心訓練課程。

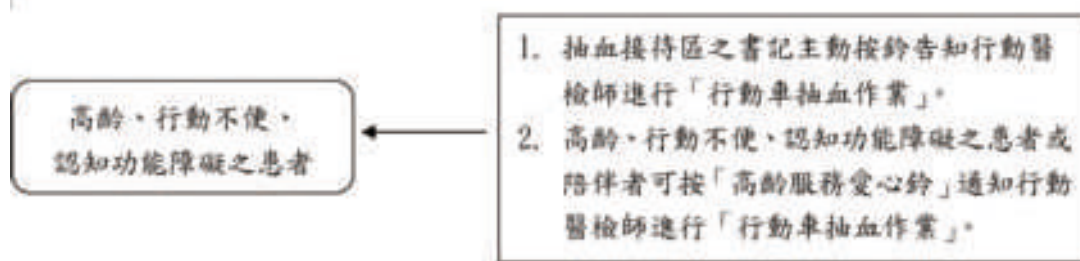


圖 23：行動醫檢師及行動抽血車設立。



圖 24：行動車抽血作業。



肆、各項醫療資訊及社會服務

透過醫院網站提供各項服務時間、收費標準、作業流程及到院交通等訊息，網頁頁面亦提供三種大小的字體選擇，方便使用者閱讀，獲國家發展委員會頒發最高等級的 AAA 無障礙網站標章。(如圖 27、28)

針對 85 歲以上的長者設置專責服

務窗口，提供快速通關服務，並協助優先安排看診，以減少其等候時間。(如圖 29-34)

本院以主動服務精神為圭臬，候診大廳門口兩側提供有免押證輪椅借用服務，用以提供行動不便及高齡病友貼心服務，並由志工協助患者上下車服務。(如圖 35、36)



圖 25：門診檢驗抽號機。

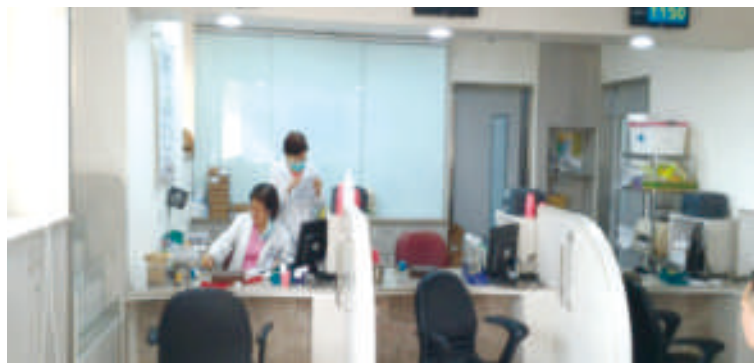


圖 26：門診檢驗抽號。



圖 27：醫院網站內文可選擇字體大小。



圖 28：醫院網站獲頒 3A 無障礙認證。



圖 29：批價掛號親善服務窗口。



圖 33：高齡親善候診專區。



圖 30：藥局親善服務櫃檯。



圖 34：門診高齡長者報到提示系統。



圖 31：檢驗親善服務窗口。



圖 35：志工團隊主動協助行動不便患者上下車服務。



圖 32：放射親善服務窗口。



圖 36：軍陣大樓門口放置輪椅區。



伍、社區健康促進計畫：提供社區老人關懷服務

由社區學部與高雄市鳳山老人公寓及國軍退除役單身宿舍等單位，每年度依該社區需求，安排 2~3 場次社區健康營造活動。

針對社區民眾亟需瞭解的健康議題，由本院指派專科醫師前往健康講座外，並派遣護理人員及營養師對社區所有年長者實施血壓、血糖及營養諮詢，是項活動實施以來廣受好評，滿意度高達 99.5%。(如圖 37-40)

陸、結語

進步的醫療科技，不僅延長人類壽命，同時也讓疾病型態改變了，以健保來說，65 歲以上老年人口之醫療保健支出占總醫療費用的比重一直持續在增加當中，如何設計符合長者需求的計畫，建構全面性的慢性病照護網，營造高齡友善醫療也是本院策略之一，年齡的增長、身體的退化，到最後其實長者所需要的只是「尊重」，對高齡長者完整的健康照護更是本院永遠的任務。



圖 37：提供年邁長者醫療諮詢服務。



圖 39：血糖檢測。



圖 38：健康講座。



圖 40：提供國軍退員醫療藥物諮詢服務。

第五章 第四作戰區責任中心醫院

衛勤整備組 林柏安

壹、前言

本院前身為軍政南京陸軍醫院，後遷至廣州改隸聯勤總部第一總醫院，係於民國 38 年 7 月隨國軍由大陸轉進高雄市六合一路 60 號舊址，稱為「國防部陸海空軍第二總醫院」。49 年 5 月，改隸屬於陸軍總司令部，並改稱為「陸軍第 802 總醫院」，另於 56~57 年間因院舍及設施老舊，在第八任院長劉青彰將軍任內著手規劃籌建「醫療大樓」，並選定當時陸軍第二軍團輕航空隊機場為基地地址，即中正一路 2 號現址。61 年春，中正一路新醫療大樓動工興建，65 年初完工，66 年 3 月 21 日遷入。在劉青彰將軍與曾志堅將軍等兩位前院長殫精竭慮的擘劃下，使本院成為南部第四作戰區首屈

一指的醫療院所，醫療技術與服務也邁入了新的里程碑；另在國防部組織調整規劃下，於 102 年整併國軍左營總醫院及岡山醫院為分院，共同提供南部地區軍民健康醫療服務。(本院指揮架構圖：如圖 1)

本院為第四作戰區責任中心醫院，負責嘉義以南、恆春以北地區官兵(含眷屬)、東南沙群島及馬祖地區支援之醫療保健作業與外島緊急後送醫療任務。肩負作戰區之主要醫療任務為：(1) 負責平戰時官兵門急診住院醫療及體檢等預防保健服務；(2) 發展軍陣醫學及持續加強選兵醫學、軍陣精神醫學等；(3) 參與作戰區內各項戰訓演習等醫療支援勤務作業。平時整合作戰區內各單位醫勤、醫療、衛生教育等任務協調與支援；戰時則負責完成擴充



圖 1：指揮架構圖



床位、徵用民間醫院，實施傷患醫療及轉診等任務。

另為使作戰區內醫療資源整合、運作更臻周延順暢，透過每月作戰區軍醫業務會報，建構國軍醫院與基層部隊支援協調及相互聯繫管道，全力提供戰區內基層部隊單位完善之門急診醫療、疫情管控及緊急鑑傷醫療協處等服務並秉持「超前部署、預置兵力」之整備方針，執行災害防救醫療支援任務，如高雄市 81 氣爆救援或 0206 臺南地震醫衛支援，皆因本院平時即針對救災醫療支援任務完成不同階段之整備作業，能迅速提供適時、適切支援；後續並持續彙整歷次救災經驗，檢討精進相關作為，肩負起作戰區責任中心醫院之重大責任。

貳、中心責任醫院之功能

本院(含所屬分院)為作戰區之中

心責任醫院，主要任務為提供作戰區國軍官兵及眷屬醫療保健作業，確保健康；主要功能任務計有門急診住院醫療等下列五項，分述如下：

一、門急診住院醫療服務：

(一) 一般醫療服務：本院目前之臨床科別計有內科、外科、骨科等共 37 個科別，以提供作戰區內國軍官兵完善之醫療服務，本院醫療服務網如附圖 2。

(二) 外離島及基層醫療支援服務：本院除提供一般之醫療服務外，針對外島地區(如東沙島、南沙島、馬祖等)及基層單位亦提供醫療支援及遠距醫療服務，使外島地區之國軍官兵獲得較佳之醫療照護。

(三) 官兵受傷緊急後送至民間醫院之鑑傷醫療協處：本院秉持照顧軍人責任，官兵如受傷緊急後送至就近民間醫院救治，本



圖 2：本院醫療服務網

院適時派遣醫師至民間醫院鑑傷並協助後續轉院及醫療照護作業。

二、預防保健作業：本院除提供作戰區國軍官兵完善之醫療照護服務外，也針對戰區內之各國軍部隊提供預防保健相關作為，以期使各部隊落實預防重於治療之觀念，避免與防範相關疾病之發生。

三、防疫作為指導：(如附圖 3)對於作戰區內各單位發生之流感、水痘、登革熱、腸胃炎、結核病及性病等傳染病，本院基於戰區中心責任醫院之職責，於第一時間立即派遣感控小組至群聚感染發生單位進行相關疫情管控作為，並提供單位正確的防疫指導，避免類似傳染疾病再生。

四、國軍人員年度體檢及軍事任務體檢：本院體檢中心除提供一般民眾之體格檢查服務外，主要之體檢任務為作戰區內之國軍人員各項體格檢查及役男體檢作業，檢查類別共區分為下列幾項：

(一) 國軍人員體檢：

1. 國軍人員年度體格檢查：提供作戰

區內各國軍單位人員年度體格檢查服務，針對檢查項目異常者，以電話通知返院進行門診追蹤檢查。

2. 國軍人員晉升、調職、受訓體格檢查：對作戰區內各單位晉升、異動或是需參加受訓與考試之人員提供體格檢查。

(二) 空勤人員體格檢查作業：針對空勤人員體格檢查項目提供完善體格檢查。

(三) 新訓部隊胸部 X 光巡迴檢查：針對新訓中心之新兵，於分發部隊前由本院巡迴 X 光組赴單位實施胸部 X 光檢查。

(四) 軍事招生體檢：配合國防部政策與規定，每年度辦理軍事招生體格檢查。

(五) 海巡人員南沙上島體檢：對於派遣至南沙島服務之官兵及民眾，實施篩選體檢。

(六) 入營役男體格檢查作業：本院主要協助高雄市辦理役男體格初複檢作業；另本院亦配合內政部針對全國各縣市屆齡入營之役男申請外縣市體格檢查代



圖 3：防疫指導指導步訓部登革熱防疫指導



檢作業。本院體檢中心 101 年迄今榮獲 3 次國防部及內政部徵兵體格檢查醫院評比為優等的殊榮，體檢服務品質與成效備受肯定。(如表一)

五、災害防救任務：

(一) 救災應援：本院確遵國防部及作戰區救災應變指揮中心指示，依「人員編組標準化」、「裝備設置模組化」、「超前部署、預置兵力」等作業原則，建立常態救災醫療應援模式，結合地區醫療與部隊衛勤體制，統籌管制戰區內國軍醫院及衛生部隊救護能量，執行災區各項救災醫療支援任務(如附圖 4)。歷次主要之救災應援任務計有：

(1) 九二一地震；(2) 八八風災所造成之南部地區水患；(3) 甲仙震災之醫療團隊與心輔團隊前進災區；(4) 高雄市 81 氣爆；(5) 0206 臺南地震永大路維冠大樓倒塌災情等。(如圖 4)

(二) 災防演練：配合地方政府災害防救演習，派遣醫療救護小組參與演練，與地方救災體系緊密結合，使其於災難發生時得以迅速進行各項救災支援任務(如圖 5)。近次主要之災防演練有：(1) 國防部漢光演練與聯合搜救演練；(2) 萬安演習；(3) 配合高雄市政府實施災防演練；(4) 配合屏東縣政府實施災防演練。

表一：102-105 年各類體檢統計成效如下

種類	102 年	103 年	104 年	105 年	合計
國軍人員體檢	29,551	30,603	37,867	32,544	130,565
軍事招生體檢	3,285	4,236	4,113	3,956	15,590
空勤體檢	10	110	122	109	351
部隊胸部 X 光篩檢	17,387	15,110	17,829	15,185	65,511
海巡上島體檢	262	243	189	172	866
役男體檢	6,441	8,143	8,456	8,322	31,362



圖 4：各項救災支援任務(之一)



圖 4：各項救災支援任務（之二）



圖 5：各項災防演練

參、結語

本院為第四作戰區之中心責任醫院，除上述所提供作戰區國軍官兵各項醫療服務及預防保健作為外，針對軍陣醫學之研發亦不遺餘力。在臨床醫療部分積極發展創傷重症醫療，包含腦神經外科、骨科、胸腔外科及心臟血管外科等；另為因應日新月異之醫療需求及提供未來戰傷急救，106年

成立放射腫瘤治療中心，另將於107年計劃成立混成手術室，以提供優質醫療服務及技術，維護軍民健康，扮演中心責任醫院之重要角色，肩負起第四作戰區軍民健康守護之重大使命。

第六章 第四作戰區防疫先鋒



醫勤組王莉萍、李台稜

壹、前言

本院為高屏地區區域教學醫院暨擔任第四作戰區聯合醫療責任制度中心醫院，提供軍民醫療保健服務及地區緊急醫療網作業，結合社區資源，社區醫療服務等。

綜觀歷史告訴我們，無論人類如何殘忍，都不足以構成人口大量死亡的主要原因，伺機大流行的傳染病，才是最恐怖的摧毀者；而且，自有人類以來，就無法掙脫掉傳染病的威脅，台灣近年來國際交流、民眾旅遊頻繁，使境外移入傳染病機會大幅增加，而本土性傳染病亦蠢蠢欲動；當群居的人類社會人口增加到一定的地步，就有利傳染病源的散播，甚至造成大流行。

本院為守護軍民的健康，及對抗新型疫病之威脅，首要以「預防更勝於治療」為我們的目標。

貳、視防疫如同作戰

民國92年國內爆發SARS疫情後，令我們警覺到傳染病的漫延對國人的危害不容小覷，然而近幾年發現的超級細菌如H1N1、H5N1、H7N9等疫情，以及漢他病毒、MERS、茲卡病毒等，稍不留意將嚴重威脅到國人的生命安全。

在面對接踵而來的挑戰與威脅，尤其是一個看不見的敵人，卻無孔不入的病毒戰，本院肩負著南部地區防疫成敗的重要關口；「防疫視同作戰」我們抱持著「勿恃敵之不來，恃吾有以待之」的精神，完成一場不能輸的防疫備戰。

參、我們的職責與使命

- 一、本院為國防部南區專責防疫醫院，在SARS疫情的衝擊，擬定防疫計畫這時全體官兵無私無我的攜手合作，整合所有醫療資源，成立跨部防疫團隊、建置負壓隔離病房，爾後面對任何疫情來襲本此經驗擬定計畫可有效防堵詭譎不定的無形敵人守護南部這一片淨土。
- 二、本院為因應國軍單位突發傳染病流行疫情，使第四作戰區各級部隊營區疫情感控獲得有效監控與奉軍醫局政策指導落實部隊官兵防疫工作推展，訂定「疫情感控監測計畫」，於作戰區發生「疑似群聚感染」時，藉由綿密監控機制與通報作業系統，及早偵測國軍各單位突傳性疾病（含疑似病例）或不明原因發燒個案，立即緊急疫情調查、妥適醫療處理及採取正確之防疫措施，掌握機先、控制疫情，防範傳染病蔓延，

發生群聚感染事件，以維護官兵健康。

- 三、配合衛生福利部疾病管制署每年度之流感疫苗施打計畫本院為服務民眾避免看診耗時，設置施打疫苗特別門診為民眾施打流感疫苗。

肆、落實防疫摸施及作為

- 一、104 年本院啟動疫調小組計畫以因應南部地區登革熱疫情，納編第四作戰區國軍高雄總醫院、左營分院、岡山分院及屏東分院，共 6 組之疫調小組，全力投入登革熱防治作業。發現疑似病例時，除

依據疾病管制署訂定之病例通報及處理流程辦理外，並於第一時間向軍醫局、個案所隸屬之司令部（軍醫科）及當地衛生主管機關完成通報。協助疑似個案診斷，並全力收療確診個案，給予妥善醫療照顧。疫調小組前往確診個案之單位，協助實施疫情調查及衛教，並將疫調結果與處置情形回報軍醫局；視疫情需要，邀集必要人員共同研討處置作為，由院長主持，定期或不定期召開疫情防治會議。（如圖表一）（其他防疫作為如圖 1-3）



圖 1：步兵訓練指揮部流感疫情輔訪

表一；作戰區疫情輔訪管制作業統計表：

年度 \ 案由次數	流感疫情輔訪	登革熱疫情輔訪	水痘疫情輔訪	總計輔訪次數
103	4	8	無	12
104	7	5	無	12
105	9	無	5	14



二、確保類流感病人於流感疫情高峰期及春節假期期間，能獲得適切且及時醫療服務，並解決流感高峰期間假日急診人滿為患影響醫療品質之問題，啟動假日類流感

特別門診開設作業。(如圖 4、5)
三、本院於每年度施打流感疫苗期間，為服務民眾設置流感特別門診及快速通關施打疫苗作業。(統計表附表二，施打作業如圖 6、7)



圖 2：軍備區 205 廠登革熱疫情輔訪



圖 4：啟動假日類流感特別門診開設作業實地演練



圖 3：中正幹部預備學校流感疫情輔訪



圖 5：啟動假日類流感特別門診開設作業實地演練

表二、流感疫苗施打人數統計表：

年份	身份	
	成人	學童
103	1,750	1,143
104	1,682	1,158
105	3,992	1,104

四、105年4月12日陸軍第八軍團南區專長訓練中心發生感染水痘群聚事件，本院為避免營區水痘疫情擴大，成立醫療小組，每日至營區進行衛教及問診，病況嚴重者立即轉入本院醫療，歷經一星期的管控及治療，有效杜絕疫情蔓延。(如圖8、9)

五、105年10月1日起，本院配合衛生福利部疾管署及高雄市政府衛生局，為杜絕流感之侵襲，全國施打流感疫苗及老人肺炎鏈球菌疫苗，為利民眾施打作業，開設

流感特別門診簡化流程。

11月起擴大施打疫苗對象，院長呂將軍特至門診侯診區，親自宣導及鼓勵大家施打流感疫苗；另護理部主任、副主任及門診護理長配合感管師每日上、下午至門診實施流感衛教提供來院病患及家屬對流感疫苗相關資訊。

為提升流感苗施打率，成立專案群組整合醫護、醫勤、行政等相關人員分赴學校及社區為學童和鄉親看診及施打流感疫苗，以預防感染流感保護自身的健康。(如圖10、13)



圖6：本院設置施打流感疫苗特別門診



圖7：為民眾施打流感疫苗



圖8、9：105年陸軍第八軍團南區專長訓練中心水痘群聚事件衛教宣導及問診作業



圖 10、11：醫療團隊至學校為學童看診及施打疫苗



圖 12、13：醫療團隊至學校為學童看診及施打疫苗

六、其他：本院在國防部軍醫局的指導下，歷年來不斷透過講習、教育訓練、實況演練及輔訪服務等方式落實執行各部隊疫情及院內之感染管控，使南部地區民眾及官兵弟兄健康不受脅。

自 103 年至 105 年共實施實況演練、院內員工講習、教育訓練及輔訪服務場次如下：(如附表三)

伍、結語

各類疾病傳播擴散之速度，隨著時間、季節的變化，並藉由食物、飲水、空氣等媒介，已不斷進化，並帶給人類巨大的威脅與災難，面對這些災難防疫工作是永無止盡的。防疫作戰最大的敵人是～無知，如果每個人都能深入瞭解其中的利害，儲備自主防疫

表三、其他醫療服務成效

年份\項目	新興傳染病病人就醫實地(桌上)演練	員工傳染病防治在職教育	醫護人員教育訓練	部隊疫情補訪
103年	1次	15場	2次	12次
104年	1次	13場	2次	12次
105年	1次	13場	2次	14次
合計	3次	41場	6次	38次

知識，那麼就可以減少傳染的機率，防疫整備工作是沒有假期與折價空間，多一分的準備，就少一分的傷害。今後，本院將持續秉持提昇各項整備與

服務，同心協力一起攜手做好防疫、落實疫情管控的第一道防線，以確保全民及官兵的生命安全。

第七章 空中傷患後送醫療作業－縮短拯救生命的時間



衛勤整備組醫行官 陳正國

壹、前言

空中傷患後送的概念源自於19世紀初戰爭時，據吳怡昌（2005）與Lam, D. M.（2000）等學者指出，空中傷患後送（AE）主要指定翼機（fixed wing）的作業，於第二次世界大戰時始被大量作為運送傷患撤離的工具，後來甚至將飛機裝備成野戰行動醫院，直接在運送過程中，當作外科手術與麻醉處置、重症救護的醫療作業場所，以便即時救治傷兵；而以直昇機為載具的旋翼機（rotate wing）之直昇機緊急醫療救護（HEMS），因可機動性的克服地形限制，從原來單一的搜救任務，增添傷患後送作業，廣泛運用於韓戰期間（1951~1953年），並正式成為傷患後送重要的航空器。近年來天然災害仍頻，我國地處颱風路線以及地震帶當中，災難損害程度越來越大。衛生單位必須對於災難救援有所整備，並且有應變概念，方能整合各項資源，充分利用，快速應變，以拯救最多人命。

傷患撤離是災難醫療管理重要的一部分，救護飛行器可提供路途遙遠或偏遠地區救護時，快速且合宜地將病人轉送救治。空中傷患後送（aeromedical evacuation, AE）主要分為使用定翼機與使用旋翼機的直昇機緊急醫療救護（helicopter emergency

medical services, HEMS）兩種方式。而本院軍陣大樓之飛行場，即屬旋翼機的直昇機緊急醫療救護降落之用。

貳、本院空中傷患後送機制之建立

一、直昇機飛行場之設置及特色：

- （一）為強化國軍部隊戰演訓及救災醫療支援任務之緊急後送作業能量，本院於民國93年起規劃興建「軍陣醫療大樓」工程，將直升機坪納入設置理念，軍陣醫療大樓為地下二層、地上八層規模之新建大樓，並於102年1月4日落成啟用，頂樓直昇機停機坪為南臺灣醫院唯一取得交通部民航局飛航許可證之飛行場，可提供南部地區救災暨國軍部隊戰演訓之傷患空中後送作業需求，縮短後送時間，爭取醫療時效。（如圖1）
- （二）直昇機坪直徑為35.64米，最大允許重量13噸；可起降機型包含國軍新式醫療救護直昇機（EC-225）、海鷗救護直昇機（S-70C）及空警隊、空消隊等直昇機，均可在本場起降。直昇機坪設置VHF無線電遙控系統，可由直昇機駕駛員直接以機上無線電來啟動本場助航燈具，助航燈具計有1顆中心燈、42顆LED綠色周邊燈與8組機



圖 1：規劃府視圖



圖 2：啟動程序

坪照明燈。重症傷患由本院創傷醫療小組接收後，可由專用電梯直達 3 樓開刀房、2 樓外科加護病房、1 樓檢查室及各專科病房，對腦神經外科、胸腔外科、心臟血管外科等災難創傷重症之傷患，提供 24 小時緊急手術救治。

二、空中傷患後送接收作業通報暨啟動程序流程圖：(如圖 2)

參、直昇機試降演練

為驗證本院軍陣醫療大樓直昇機坪運作功能，並配合國安局特勤中心任務需要，本院依「空中傷患後送接收通報暨啟動作業程序」實施直昇機



試降暨空中傷患後送接收作業演練：

一、第一次試降演練：

(一) 103年10月17日1330時，由前空軍常務次長沈一鳴中將赴本院視導救護直昇機試降作業及緊急醫療救護演練。

(二) 演練概況：本院接獲演練狀況即依作業程序完成醫療小組待命(圖3、4)、直昇機坪助導航系統啟動、FOD、環境安全管制等前置作業；空軍救護隊S-70C型機自嘉義基地起飛，由民航單位引導，經麻豆、仁德、岡山、烏松後交由ACT管制執行試降作業；直昇機成功試降醫院頂樓直昇機坪，停俾後，醫療小組始進場完成傷患接收作業(圖5、6)，任務完成後，救護直昇機起飛返回嘉義基地。

二、第二次試降演練：

(一) 106年3月15日下午1500時，配合國安局特勤中心「永平專案直升機試降」行程，於1430時由嘉義四五五聯隊救護隊派遣S-70C型機，自嘉義基地起飛，1509時試降軍陣醫療大樓直昇機停機坪，1511時離場，順利完成試降作業。

(二) 配合直昇機試降同時實施年度國軍傷患空中緊急醫療救護後送傷患接收自主演練，並依作業程序完成醫療小組待命、直昇機坪助導航系統啟動、FOD、環境安全管制等前置作業及傷患接收演練(圖6)，總計25員參演，演練

過程順利圓滿。

三、演練感想：國軍是人民信賴的守護神，戮力建軍備戰同時，也投入災害防救重任，哪怕是山巔海濱，只要有民眾受難，總在第一時間快速馳援。為強化救援整訓工作，空軍救護隊配合國軍高雄總醫院驗證空中緊急醫療後送機制，順利完成新建軍陣醫療大樓直昇機坪首次試降；另有多位長期投入災害現場、搶救民眾生命的幕後功臣，也獲國搜中心評選為年度搜救有功人員。上述種種，彰顯國軍不斷精進災防能量有成，不僅助國人遠離危難，更建立周延、完備的安全保障。另外，鑒於空中傷患後送必須整合多項專業，且各地空域管制或起降場地等種種限制因素，使得直升機難以在接收傷患後，直接送達醫院緊急救治，故本院規劃建置軍陣醫療大樓之初，即縝密思考相關配套，特別是醫療責任區幅員廣闊，涵蓋東、南沙及澎湖等外離島，為因應緊急救護體系與空中支援實需，特別規劃在頂樓打造直昇機停機坪。軍陣醫療大樓啟用後，為提供國軍部隊戰演訓及救災醫療支援任務後送傷患良好照護，國防部責成本院執行「空中傷患緊急後送暨直昇機停機坪試降演練」；參演官兵發揮各自專業密切配合，驗證傷患移轉、傷情交接等相關處置作為，有效結合跨越地形限制的空中救護能



圖 3：接獲狀況後即依作業程序完成醫療小組前往直昇機停機坪待命。



圖 5：傷患交接（103 年）



圖 4：接獲狀況後即依作業程序完成醫療小組前往直昇機停機坪待命。



圖 6：傷患交接（106 年）

量，以及國軍醫院建置完備之醫療編組、設備，進而能夠掌握救命關鍵時刻，守護軍民生命安全。

肆、未來展望

本院後續已依國防部軍醫局相關教育訓練規劃，每年定期送訓重症病房護理師參加中華民國航空醫學會所舉辦之空中後送救護人員訓練課程，提升救護醫療小組更專業之航空醫學

知識，期藉由快捷的空中傷患後送機制，扮演南部軍民健康及生命的守護者，提供安全、迅速及專業的醫療服務；未來本院亦將廣續落實直昇機坪啟動及傷患接收等各項作業程序律訂與演練工作，俾提升國軍空中傷患緊急後送效能。另外也期望與其他民航機構合作完成離外島軍民在院對院的轉院機制，提供外離島居民更優質之醫療服務品質。

第八章 守護南區官兵飲水的水質檢驗室

醫勤組陳家瑜、楊曼君



飛躍四十
傳承與創新

壹、緣起

為確保來院病患及家屬與南部地區國軍單位官兵飲用水安全，本院於民國 86 年 9 月份成立水質檢驗室，提供國軍部隊飲用水水質檢驗分析工作。

為提升檢驗室的分析水準，本院自 88 年起順利取得環保署 ISO 17025 環境檢測機構飲用水類檢驗室認可（許可證第 094 號），也是目前國軍醫院中唯一取得飲用水水質認證之單位。（如圖 1）



圖 1：飲用水水質許可認證

貳、人員傳承

飲用水水質檢驗室編制隸屬醫務企劃管理室轄下醫勤組，感謝歷任院長（蕭文衍將軍、孟祥越將軍、范保羅將軍、孫卓卿將軍、張宗泓將軍、郭武憲將軍等）與歷任醫勤組長（陳俐良、于國光、沈祺瑾、黃博宏、劉祺祺等）的全力支持，及前籌備主任廖錦城（87～88年）、前檢驗室主任余嘉鵬（88～89年）、黃琪玉（89～94年）、陳立國（94～97年）曾在檢驗室服役具專業知識之弟兄們，得以將經驗傳承下來。

本室依行政院環保署104年9月8日「環境檢驗測定機構管理辦法」第5條對檢驗室專任人員之規定，目前共5名成員，分別為檢驗室主任陳家瑜，品保員劉政輝、檢測員楊曼君、王麗娟、劉維倫等，皆來自國內大專院校理、工、農系所。（如圖2）

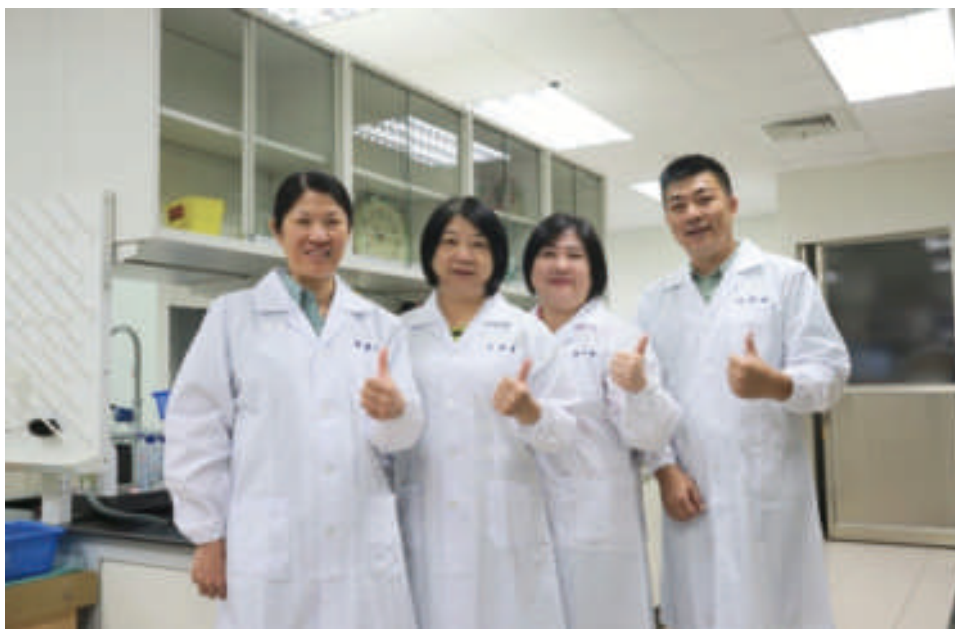


圖2：水質檢驗室成員

參、執行與成效

隨著科技的進步與人口的增加，使得環境污染的問題愈來愈嚴重，水是人類維持生命重要的元素，而安全飲用水，是每位官士兵應享有健康之權益，亦是國軍預防保健的一部分。

一、名詞解釋：

（一）飲用水：

是指供人飲用之水，依行政院環保署95年1月27日「飲用水管理條例」第3條規定，其種類包括：1. 依自來水法以水管及其他設施導引供應合於衛生之公共給水（也就是自來水）；2. 社區自設公共給水設備供應之水；3. 經連續供水固定設備處理後供應之水；4. 其他經中央主管機關指定之水等。

（二）飲用水連續供水固定設備：

依據行政院環保署95年8月7日「飲用水管理條例施行細則」第6條，



係指公私場所以管線輸送固定水源並能連續處理及連續供水之飲水機，或將其處理後之水以管線輸送至飲水檯供人飲用之裝置。依據行政院環保署95年7月7日「飲用水連續供水固定設備使用及維護管理辦法」第7條規定，公私場所供公眾飲用之連續供水固定設備，接用自來水者，經飲用水設備處理後水質，應每隔3個月檢測大腸桿菌群。

二、執行成果：

（一）本院飲用水設備水質檢測：

本院為區域教學醫院，於公共區域設置飲用水設備供病患及家屬飲用，為確保飲用水水質安全，本室每3個月以1/8比例抽檢飲用水設備，並由工程室將水質檢測報告張貼於每台飲用水設備旁，以供查核。104年1月至105年12月計檢測100件。

（二）國軍游泳池水質檢測：

為確保國軍官、士、兵之健康，自民國99年7月起，針對游泳池水質展開總菌落數、大腸桿菌群之檢測，另pH值及餘氯檢測，則由各單位自行測定，104年1月至105年12月計檢測陸軍官校等等13座游泳池，258件水樣，有效提昇國軍人員訓練過程免受污染與危害。

（三）作戰區部隊水質檢驗：

依單位疑似案件及一般定期檢測案件之需求，由本院派員至該單位或由單位排定期程送檢，進行飲用水水質採樣與檢測，針對不合格連續供水設備（含供水管路），除請該單位依環保相關法規擇由專業廠商定期評估

及維護後，再送化驗；如仍未達合格標準，建議暫時停用，俟檢驗合格後再予開放，確維官兵身體健康。104、105年疑似污染檢測案件，計陸軍第八軍團化兵第三九群等151個單位204件；一般定期檢測計1,035個單位（次）4,833件。

（四）在全台枯水期，協助營區辦理第二水源水質檢驗，104年2月至5月止，計陸軍官校等25個單位43件。

（五）支援八八風災：

猶記民國98年八八風災，對南部地區造成嚴重傷害，在國軍投入無數人力與物力支援救災同時，身為後勤單位的我們，不僅派遣醫護人力外，亦協助災區住紮之救災部隊、4個鄉民收容所與各緊急醫療救護站，進行飲用水水質檢測（計13個單位，68件水樣），希望藉由安全無虞之飲水，讓受災民眾與救災官兵能快速地將受傷的家園恢復原狀。

（六）教育訓練：

環境資料收集最基本工作是採樣，必須確保所採集的樣品，除了為合格樣品外，需具有代表性，採樣人員必須以嚴謹的態度執行標準採樣作業程序。因此本院每年針對飲用水衛生承辦人辦理第四作戰區「飲用水暨游泳池水質採樣標準作業程序講習會議」，教授課程包括飲用水相關法令、名詞定義、送檢規定與注意事項、案例分享、問題討論等（如圖3），播放採樣標準作業影片，並施以學科測驗與實際操作，104年計舉辦1梯次訓練，總計108個單位149人參與訓練；另每

年海軍陸戰隊學校「醫務儲備士官班」定期蒞院接受飲用水採樣標準作業課程，期望學員們能將講習獲得的觀念與資訊，攜回單位並落實宣導推廣，使各單位主官、管與各階層官兵，皆能重視並加強預防保健措施，以維護部隊官兵健康、確保部隊戰力（如圖4）。

肆、永續與發展

由於全球環境快速變遷，環保意識抬頭，民眾對於飲用水的品質要求也相對提高；另為因應人力精簡衍生之人力不足窘境，為利經驗傳承與品質提昇，預劃將檢測人員培訓成全方位能獨當一面的優秀專業人才，確保檢

測業務推展順遂，使檢測水準能更上一層樓。

105年，獲撥國防部專款進行檢驗室設備更新，並添購簡易重金屬測定設備等，檢驗室人員參加外部訓練課程（實驗室認證規範、內部稽核、矯正措施）。其次，為維護檢測水平，除每年定期接受行政院環保署績效測試與自行購買盲樣進行能力試驗外，亦配合至其他經環保署認可之檢驗室進行參訪，希望藉由檢測技術之交流，提昇人員能力與設備、技術更加突飛猛進。

今後，我們將持續在本務工作上，努力精進技術與品質，以符合民眾與國軍官兵的期待。



圖 3：水質採樣標準作業程序講習會議



圖 4：海軍陸戰隊學校儲備士官飲用水採樣標準作業課程講習

第九章 雲端資訊系統建置作業

資管組資訊員 李振中



飛躍四十
傳承與創新

隨著行政院衛生署推動 2010 年全面病歷電子化政策，加上醫院原本放射科醫療影像系統 (PACS) 所產出的大量數位化醫療影像資料，使得原有儲存系統資源呈現負荷狀態。對醫院來說，在資訊系統換裝過後，不但在後端的平台與應用轉換為開放式架構，同時在前端使用者 (醫生、護士等醫療人員) 的電腦系統亦隨之更新、升級，因此在多方資料儲存備份管理時，不僅需要滿足目前的使用需求，更需兼顧未來擴充、升級的完整搭配應用。

本院雖隸屬於國軍醫療體系，同時並開放一般民眾門診，因此每日門診數量比起一般醫院還要更多，在門

診與住院系統方面，原先是以二台 NOVELL 平台伺服器，扛下所有的工作，但在病歷資料每年不斷的成長壓力之下，提升更快速的資料存取速度與擴充儲存空間，成為當務之急。

為了達到上述的需求，資管組積極建構以 SAN (Storage Area Network) 為基準的資訊系統架構 (Infrastructure)，加上以 NAS Gateway (Network Attached Storage Gateway) 整合大量的檔案伺服器功能。相較於傳統的資訊架構，SAN + NAS 的資訊架構更能確保資料的高可用性，及提供更多及更彈性的資料應用方式，進而以更快速的資訊應用輔助業務營運，提升服務的水準。

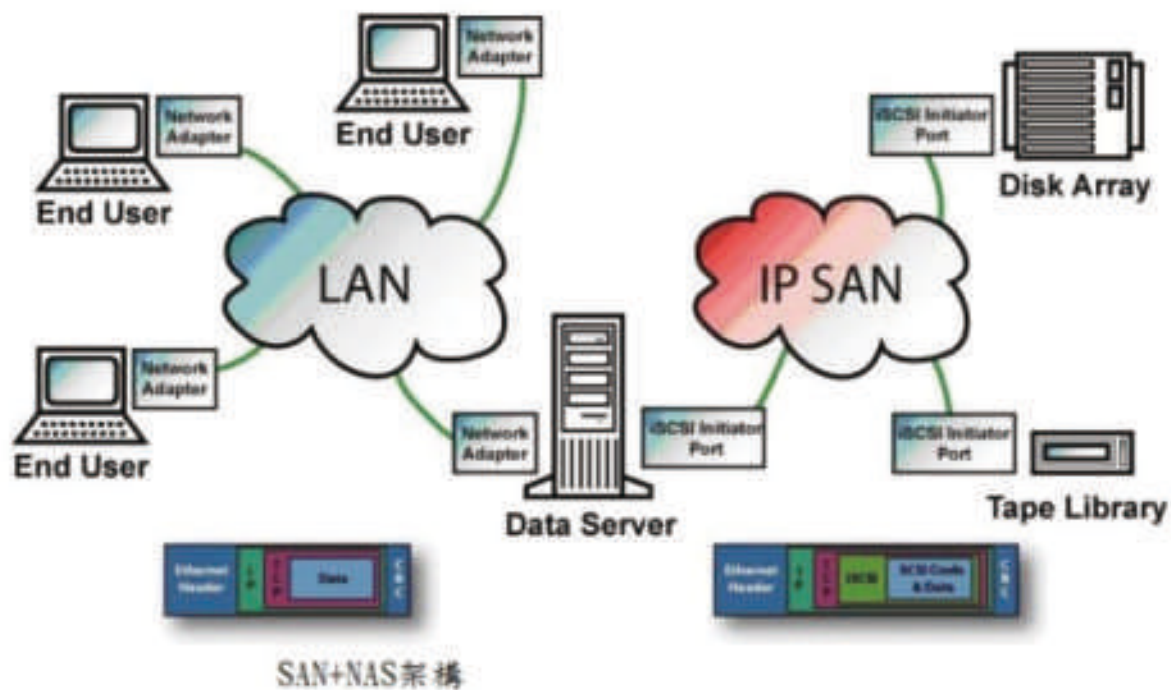


圖 1：SAN + NAS 架構

以 SAN + NAS 所架構的資訊系統架構（如圖 1），更可以在有限資訊人員編制下，提升資訊管理能力，以應付日益擴充複雜的資訊環境。另有感於資訊系統的重要，以及災難頻傳的省思，建立營運的資訊備援中心，平時可以分擔部門的工作負載，在災難發生時，可以用另一個資訊中心繼續營運，迅速的接管原資訊服務的所有運作，以降低最少的損失，確保服務滿意度。此外，除了磁碟需具備鏡射 (Mirroring) 保護功能外，為了增加資料即時回復之能力和效率，另增加 Snap Shot 磁碟空間 (Snap View)，作為將資料及時回復之用，而 MirrorView 及 Replicator 的功能則提供儲存系統為主的異地備援機制。

因應國軍全面更換醫療系統，本院由 NOVELL 平台改為 UNIX 平台，資訊人員亦全力配合，並將儲存設備，

升級至世界領導品牌 EMC 的光纖磁碟陣列，為本院所有病歷資料做集中管理儲存，不但使本院在未來無須擔憂儲存空間之擴充及資料移轉之風險外，也替醫院在未來二年做異地備援之完整規劃，完全不須擔心病人重要病歷資料儲存之問題，也讓本院醫療系統運作更加流暢，讓本院雲端資訊系統用得更安心，更具信心。

另外，資管組持續著手強化與改善醫療資訊系統，後續採用 VMware Horizon 擴大行動醫療服務網（如圖 2），在 2007 年便引進 VMware 伺服器虛擬化平台，藉由逐步汰換老舊實體伺服器的策略，讓醫療資訊系統可靠度更趨於穩定。在提升醫師、護理師問診與巡房效益的前提下，資管組在 2009 年開始規劃打造一套以人為主的新一代行動醫療服務網，因應現今醫療趨勢的發展。

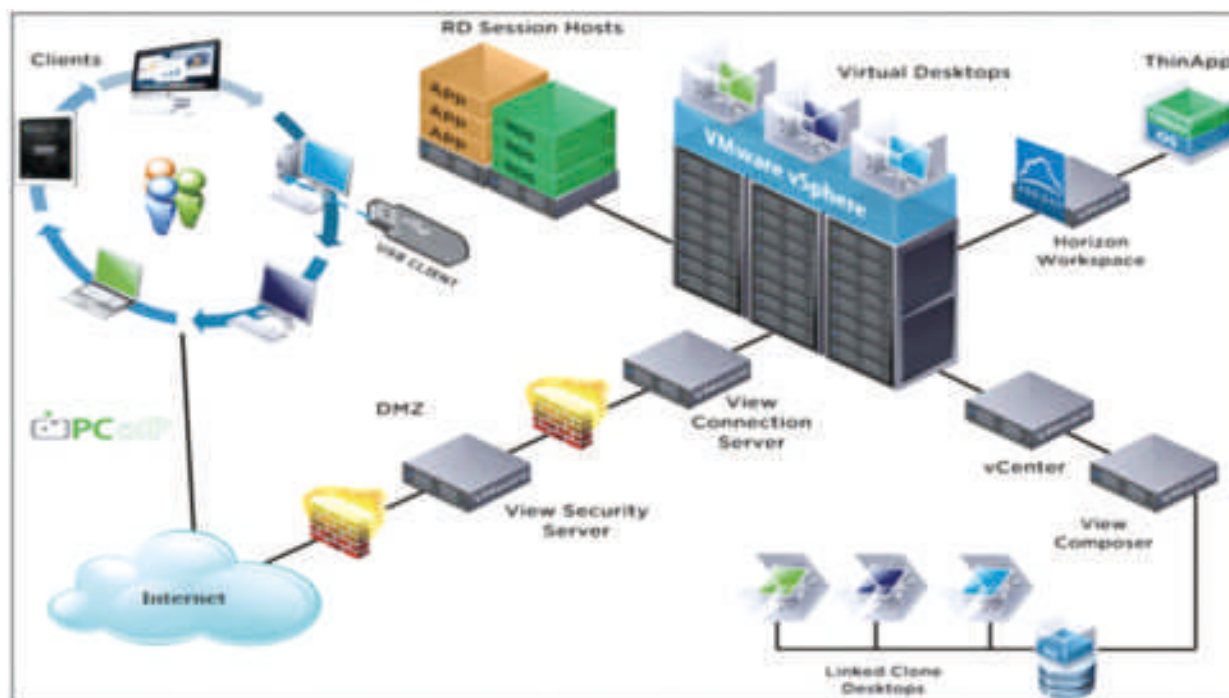


圖 2：VMware Horizon 系統架構示意圖



目前各院常見的行動醫療車，從問世至今至少有十多年以上的歷史，儘管在技術不斷進步下，醫療車的功能與服務品質已有極大進步，但傳統醫療車存在許多本質上的問題，對提升整體醫療服務品質的幫助有限，如多數行動醫療車都由一般筆記型或個人電腦組成，不僅車輛重量超過 10 公斤以上，也有電力使用上的時間限制，加上螢幕觸控功能不佳，很難滿足護理師、醫生的資訊需求。

在多方考量下，資管組開始以 VMware Horizon 建構行動醫療服務網，搭配同步完成的無線網路環境，讓醫師在巡房或問診的過程中，可隨時透過手邊的平板電腦或智慧型手機（如圖 3），了解病患的完整就診記錄。一旦遇到病患有臨時突發狀況，醫療人員也能夠立即提供最有效的協助，

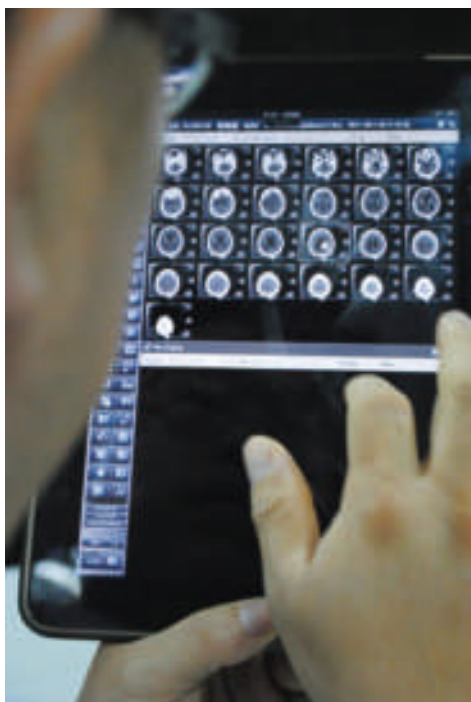


圖 3：平板電腦看片查房

完全不需要擔心會受到醫療設備的限制。

過去在行動醫療服務網尚未完成之前，護理人員都只能夠在個人電腦上利用 VPN 方式，連回總院區的醫療資訊系統中，整體連線速度與效果都差強人意。在 2013 年承接高雄監獄及高雄女子監獄的醫療業務，以 VMware Horizon 建構的行動醫療服務網，讓負責現場問診的主治醫師可以快速連線，也吸引其他醫院醫師的注意與詢問。儘管遠端連線品質與穩定性，主要取決於網路連線頻寬，然而在相同環境下，我們使用 VMware Horizon 獲得的連線品質，明顯優於其他醫院的傳統 VPN 連線方式，證明當初資管組的採購決策相當正確，也讓高雄監獄醫療業務進行更順利。

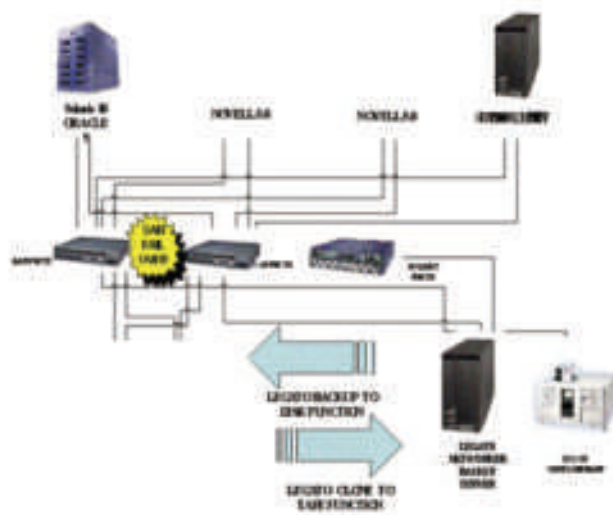


圖 4：虛擬化雲端系統架構示意圖

第五篇 以病人為中心的優質醫療服務





飛躍四十
傳承與創新

第陸篇 光榮史頁

第一章 科技、人性化的 HIS 醫療資訊系統

資管組資訊員 李振中

本院遷徙至中正一路院區現址已歷40載，但醫療作業使用資訊管理，卻是從民國82年才開始。回憶起本院勉以一台主機及四台個人電腦達成的區域網絡，搭配當時自海軍基隆醫院移植之門診系統(DOS版)，開放公、勞保門診電腦化作業，從各行政部門湊出的掛號、批價團隊，辛苦的陷入電腦化這條不歸路，自此改為運用電腦掛號、批價、藥單作業，醫師仍手寫處方，原本人工抄寫申報資料，也運用資料庫處理，一夜之間就完成印表申報，並同步完成醫師業績統計，門診處許多業務轉型成功。沒日沒夜的加班，數著無限湧溢記憶，祝福昔日的夥伴(多位已退休)身體健康，更感謝全院同仁全力支持與投資，讓本院能及時從資訊化落後的窘境再步上改造的軌道。

因應健保開辦帶來的衝擊，自85年起，院內決策與經營目標明確展現在實際行動上，細數著許多作為如軍民病歷合併管理、牙科部擴建、軍民門診合一診間整建。伴隨硬體施工擴建期程，在資訊軟體與網路建置亦已展開，原自海軍基隆醫院移植之門診系統於此階段性任務完成後，隨即功成身退，萬分感激。

86年，門診電腦化轉換改版同時，啟動住診電腦化規畫，本院邁入門住診整合作業期，資訊投資運用DOS

版軟體，搭配穩定的NOVELL網絡及FOX PRO工具，也開啟本院門住診資訊化作業流程改造工程，當然資管組面臨考驗日顯吃重與關鍵。

承全民健保開展多元經營方案如：自主管理、東南沙整合性醫療照護系統(IDS: Integrated Health Care Delivery System)專案與總領管理的新思維，院長孟祥越將軍賦予我們迎接新一代的資訊角色扮演，更豪邁地與我們攜手在89年12月31日零時，走過跨公元2000年震驚全球的Y2K資訊危機，危機範圍涉及醫療、行政及資訊裝備，安然度過考驗之後，那場豐盛的宵夜，細心與溫馨銘感同仁，更是另類跨年活動，逢此盛會也是資訊人難忘的回憶。

影響本院資訊建設最深遠的，莫過於范院長保羅將軍靈活縝密的思維，93年以建立本院資訊整合發展E化新契機為首，成立整合資訊發展委員會，親自領軍，將資訊發展範疇擴大為醫療影像系統(PACS)、網站經營(95年獲國防部網站評比醫院組第1名，如圖1)、醫療資訊系統(HIS發展方案，如圖2)、數位教學(E-learning)及手機簡訊運用(PHS)四大目標，同時院內X光影像PACS歷經3年推展，也由MINI PACS成功過入無片化FULL PACS，接續著內視鏡(如胃鏡與超音波如圖3)影像也依循PACS及HIS的



圖 1：網站評比醫院組第 1 名



圖 2：HIS 醫療資訊系統發展示意

整合架構加入資訊用行列中，提供醫師即時查閱病患鏡檢圖像，讓這場資訊大戲眾多主角粉墨登場後更加生動活絡，范院長令人折服之領導風範，展現真知卓見，帶領本院以企業化經營思維改造了資訊大道，如沐春風。

同年配合軍醫局整體醫療資訊系統發展策略，此時本院也逐序完成總院、屏東分院及門診中心三層級的醫療資訊系統換裝任務，資訊作業平台真正跳脫了 DOS 年代，本院仍遵循資訊業務穩定發展原則，選擇視窗平台 (Windows Base) 與關連式資料庫



圖 3：X 光影像 PACS 由 MINI PACS 成功過入無片化 FULL PACS 接續著內視鏡，提供醫師即時查閱病患鏡檢圖像。

(Oracle Data Base) 建立之主從架構，院內網絡主軸並由多條光纖網路擔綱，搭配穩定的伺服主機及區域儲存網路，並藉健保總額管理機制運用的思維，引導各科運用指標管理，結合即時網站查閱訊息，機動性調整策略，本院這條資訊康莊大道就此由營運資訊與醫療資訊串連扮演，一幕接一幕，所有資訊投資轉型成服務模式，服務著民眾也服務著行政部門，當然更服務著臨床醫事同仁，儼然如「7-11」便利商店般，同仁半年內經歷完成三次系統換裝，也算是苦出頭了，是責任，

也是莫大壓力。

護囑系統成功上線，從E化到M化之行動式護理資訊服務便進入無線網路服務模式。孫院長耳提面命的「資訊生活化」與「爭取電子病歷補助」應如何落實在平日的工作中，此時軍陣醫療大樓外觀已聳立於院區中，局長范中將更明確指出；未來院內網路基礎建設應以因應電子病歷為首要，面臨著資訊環境日益複雜，當然「資訊安全」也成了主要議題，衛生署病人安全政策更是指導資訊安全作為的基石，為保護病患醫療資訊，醫療資訊系統自使用者權限設計、資料顯示或列印等隱私防護，加上資料備份、異地備份與備援(如圖4)、風險管理與應變等議題快速發酵，網站要防毒又要防駭(如圖5)、社交工程誘騙事件不斷，已將真實人生全盤轉入虛擬網路世界中，有了方便就容易存在危險，使得資訊大道上危機重重烏雲密布、險象環生，該怎麼繼續堅持下去呢？

院長張宗泓將軍99年7月履新時就期望朝共用資訊平台建置與通資整合，這更指出未來發展雲端運用的迫切。

從衛生署多年來對電子病歷政策規畫及於97年積極推展電子病歷一系列輔導案中可窺一斑，諸如電子簽章、HCA時戳、CDA-R2協定、影像交換、病歷互通、二代醫事卡及醫院資訊安全ISO 27001認證等，另接續於100至101

年落實醫院資訊發展與醫院評鑑及健保審查作業結合，醫院的資訊領域勢將跨出院區，與上下游各院、健保局及衛生署共享資訊資源，走入雲端，本院有幸參與其中，89年更申獲各項衛生署補助計畫(PACS電子病歷輔導案、全國醫療影像交換、電子病歷安全強化案：資訊安全稽核員訓練及ISO27001輔導認證稽核、醫院實施電子病歷及互通補助計畫)，全院也動員起來，亦步亦趨謹慎面對，本院電腦機房自於99年11月起至105年持續完成ISO27001之認證，希望能透過認證，完成醫療資訊系統資訊安全檢核，確保病患個人資料隱私安全(如圖6)。

本院身為醫療服務產業的一員，我們期許置身雲端科技產業中能持續扮演醫療服務角色，再創新局，走過這些年頭，擁抱院長們的智慧，從無到有更企盼到長久，走在本院資訊大道上，為大家服務的理念始終如一，我們要一起為邁入雲端迎接未來，再共同創造嶄新的資訊化願景。



圖4：異地備份與備援時制(一)

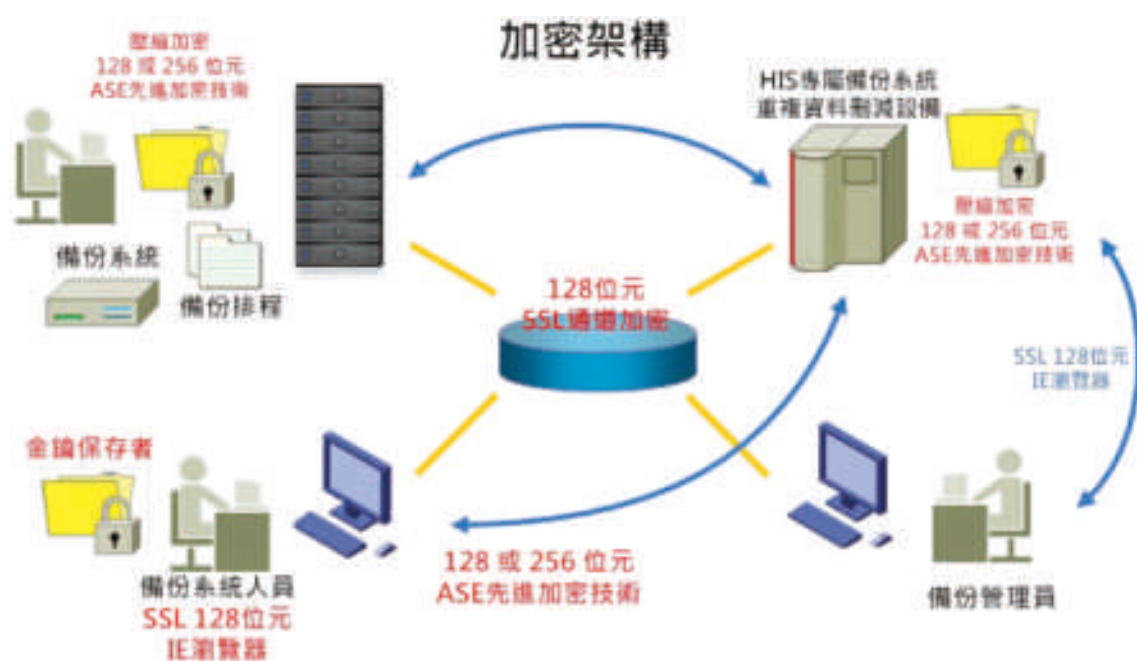


圖 5：異地備份與備援時制（二）



圖 6：本院完成 ISO27001 認證，完成醫療資訊系統資訊安全檢核，確保病患個資安全。

第二章 階段性任務存在的羽蝶農場－ 淺談曾經存在的美麗

精神科社工師 呂怡萇

精神疾病患者首重安置，而長久以來他們的安置始終是唯一令人爭議的問題，而遺憾的是，今天的社會對於精神科病患仍無法全然地接受，擔心他們就像是一顆不定時炸彈，隨時都有攻擊行為出現，應將他們給於隔離，其實，精神疾病患者只要有適切之醫療--定時服藥、安置得宜，並且有完整之追蹤系統，他們其實與正常人無異，甚至，他們比一般社會大眾更安全，實無加以隔離之必要！

因此在民國 88 年 11 月，國軍高雄總醫院精神科經社會局的大力支持，率先成立全國第一所提供精障病患服務的庇護性農場（如圖 1-3），希望藉由簡單的農藝技術，使精障患者能直接與社區中居民互動，學習社交技巧，藉由培養農藝技巧進而習得一技之長，讓每位輔導過的個案最終都能回歸職場，並希望藉由醫院社工專業及園藝技術人員的協助，期使病情穩定且已回歸社區之病患，可透過生活化的環



圖 1：羽蝶庇護性農場



圖 2：學員工作情形



圖 3：民國 90 年移往前鎮區草衙附近的羽蝶農場一隅。

境與教導農藝技術習得一技之長而進行職業復健工作，促進人際互動關係，增加社會生活功能，同時亦給予病患家屬一個喘息的空間，最遠程的目標是能使參與過訓練計畫案的病友能更進一步習得一技之長重回職場工作，回歸社區。

自 88 年開始承辦社會局委託精障者庇護農場有十餘年的時間，我們對精障者回歸社區的貢獻是可以肯定的。在方案執行的這段期間，我們結合了其他政府單位如：勞工局、衛生局及社會局各科室等，以及社會福利相關團體如：慈濟基金會、家扶基金會等的社會資源，希望能為精障朋友多尋得一條適合他們的出路，每年由農場轉介出去就業的病友，也都穩定的在各工作職場上服務，且都受到雇主的讚賞與好評，即便是無法立即順利的就業，持續讓病友在白天的時間到農場接受農藝方面的復健工作訓練，對他們來說也是另外一種工作參與。

我們為了積極將此一庇護農場拓展出去，故於 93 年 9 月參加了由社團法人國家生技醫療產業策進會所舉辦的「2004 國家生技醫療品質獎（醫療院所類醫院特色專科組）」評鑑活動，一舉榮獲國家品質標章獎（93.11～94.11）（如圖 4），之後連續五年參加了國家品質標章續審評鑑比賽，都很榮幸的也連續五年獲得了國家品質標章的認證（94.11～98.12）；另外也加入了由行政院勞工委員會職訓局所建構的庇護好站（<http://egood.evta.gov.tw>）行列，藉由網際網路的通路來宣導農場特色及產品，並進一步為更多的民眾及精障病友提供服務的機會。

不可諱言的，在弱勢的身心障礙團體中，精障朋友又更是弱勢中的弱勢，在社會上及社區中較難尋得一席之地；本計畫案的辦理除了提供高雄市精神障礙市民日間照顧服務、減輕家屬照顧壓力之外，更藉著園藝栽種訓練其體能、陶冶身心、增加社會適

應能力，以協助其順利返回就業市場。

農場當時種植了各式各樣的有機蔬菜及持續研發純手工所製作的產品，曾推出的產品包括：情人果、紅龍水、香蘭汁及手工香草香皂等，在當時如此著重健康養生的時代裏，我們所種植的有機無農藥的蔬菜實是供不應求，後因社會局委辦農場場地變更，故在民國 90 年時將農場遷至高雄市前鎮區衙信三街，農場運作需從零開始，不過幸仍有國軍高雄總醫院精神科團隊的支持與協助，當時仍持續供應各式有機蔬菜及各類植栽、配合與花店合作於特定節日推出花束等商品外，並結合農場及精神科復健中心志工老師指導，製作手工香草烘培餅乾，讓農

場病友在新的產品市場上面擁有不一樣的商品提供競爭。庇護農場實行多年以來，對精障者的回歸社區不遺餘力。在方案執行當中，我們結合了許多社會福利相關團體以及希望就業工程等資源，希望能為精障朋友多尋得一條路。

後記：民國 100 年社會局考量資源分配部分，將羽蝶農場資源重新分配委由地方機構經營，本科經營農場之階段性任務也終告結束，功成身退，但是，凡走過必留下痕跡，農場的一草一木都有團隊工作人員流過的汗水，美麗綻放著，期待在下一個經營者的努力中，羽蝶農場能夠持續開放著她的美麗。



圖 4：歷年榮獲國家品質標章。

第三章 那一年我們一起抗煞-SARS

醫療部雇員 賈寶慧



飛躍四十
傳承與創新

根據世界衛生組織統計全球「嚴重急性呼吸道症候群」病例，自民國92年11月1日至93年6月30日止，全球總病例數計有8,454人，死亡人數808人。SARS是一種新興的冠狀病毒所造成的感染，起源於91年11月大陸廣東省多位感染非典型肺炎的病例，並有多人死亡；92年2月香港、越南、新加坡等國家也陸續出現相同病例，開始引起世界衛生組織的重視，迄4月16日世界衛生組織正式宣布，並命名為「SARS病毒」。

國軍高雄總醫院平時除提供健保醫療外，也負責執行嘉義以南地區三軍官兵及眷屬醫療保健作業、外島後送醫療、臨床軍醫之住院醫師及專科醫師訓練及醫護院校教學實習等工作。92年臺灣爆發SARS時，本院奉派處理此緊急醫療事故。猶記得當年SARS疫情帶給大家的衝擊，在台北市和平醫院爆發嚴重疫情後，從電視上看到，有些醫護人員犧牲了寶貴的生命、和平醫院封鎖後醫護人員的無助、醫院工作人員恐懼地離職；這些都讓在臨床一線工作的我們，內心充滿煎熬。

92年4月26日，台北市和平醫院爆發院內感染事件，並引起全國醫療界的極度恐慌，本院依國防部指示辦理召集國軍岡山、台南、屏東分院醫護人員及戰區基層醫護人員積極抗煞大作戰，並展開SARS防治講習；院

長孟祥越將軍即宣示本院進入全面戒備的抗SARS防護準備與訓練，並迅速將二病房建置成負壓隔離病房，間隔成三個收療區：綠區、黃區為收療疑似感染非典型肺炎的病例，紅區則為收療SARS確診的病例；護理站及工作人員更衣室均設正壓獨立空調，以確保醫護人員安全，不致感染，並為確實掌握SARS病人之狀況設立監視器、對講機及大哥大通訊、軍用電話等系統，另為方便病患於就醫期間不致苦悶，每間病房均設有電視、冰箱等設備，使其能安心療養。並從加護病房、呼吸照護病房、內外科病房中挑選出資深優秀的醫護人員編組成一個「抗煞團隊」。總計自5月9日正式收療第一位疑似SARS病例，至7月2日最後一位SARS病患出院，計收療2位SARS確診病例、18位疑似病例。

在SARS隔離病房工作的二個月期間令我印象深刻，至今仍無法忘懷，雖然風險極大，所幸醫院內上至院長，下至清潔工，大家都能積極參與感染管制防疫訓練課程，一再反覆練習：穿脫隔離衣、進出隔離病房、確實洗手、雙手不亂碰觸臉部等，全員團結合作、相互支持、鼓勵，完善地固守陣地，未讓疫情在院內擴展，甚而影響高雄市其他醫療院所，這一切都是大家努力的結果，這段「抗SARS」實

戰的革命情感，是國軍高雄總醫院一同走過的全體同仁一生難忘的共同回憶。

在這漫漫的抗 SARS 期間，本院從未因怕影響業績而拒收病人，並以最完整地教育訓練教導員工自我防護，創下零院內感染的佳績，同時也獲得高雄市衛生局、高屏健保局及高屏各醫院院長的肯定及讚許，因此，本院與高雄榮民總醫院、市立小港醫院及東港安泰醫院，同被評定為抗 SARS 抗 SARS 紀實照片：



圖 1：發燒篩檢中心（室外 SARS 專診室）



圖 2：室外急診發燒篩檢站



圖 3：發燒篩檢中心（治療區）

績優醫院，這是本院至高的榮耀，也是院長及所有同仁共同努力所獲致引以為傲的回饋。

SARS 風暴雖然已經過去，但未來還會不斷有新的病毒產生，仍會面對許許多多新興傳染疾病的挑戰，在感染管制、防疫裝備、人員訓練、醫療品質、溝通與關懷等方面，我們要學的也還有很多。生命如此脆弱，我們要珍惜擁有、珍惜彼此，學會謙卑、學會互助。



圖 4：SARS 隔離病房



圖 5：隔離病房設施（前置室）



圖 6：隔離病房設施（病室）



圖 7：SARS 預防安全教育訓練（醫師組）



圖 8：SARS 預防安全教育訓練（護理組）



圖 9：國防部軍醫醫局表揚有功護理人員



圖 10：高市衛生局 SARS 護理人員表揚合影

第四章 八八水災醫療支援記要

醫勤組 陳文光、洪秀玫

民國 98 年 8 月 8 日莫拉克颱風侵襲台灣，造成近 50 年來最嚴重的水患（故又稱八八水災），尤其南台灣高雄縣、屏東縣等地區災情慘重，多處發生土石流，甚至釀成高雄縣甲仙鄉小林村全村被淹沒；由於交通與通訊中斷，許多災情因甚而延宕近 2 天才被發現，更添救援困難。依據內政部戶政司 99 年 2 月 4 日的統計資料顯示：此次風災死亡人數總計 724 人，重傷 4 人；房屋全毀 722 間、半毀 441

間，農業損失達 164 億 6,863 萬元。

國軍高雄總醫院為第四作戰區責任中心醫院，負責南部地區三軍官兵、眷屬醫療保健作業與外島後送醫療任務；此次水災重創南台灣，我們自不能置身事外，並於接獲災情醫療支援通報後，即檢整相關醫、護及行政作業能量，投入救災及災後復建工作，以確保作戰區官兵民眾生命安全，茲摘述說明如次：



圖 1：直昇機輸送災民至醫療急救站。



圖 2：官兵至災區支援



圖 3：出發前副院長實施作業安全注意事項



成立內埔農工醫療站

霧台鄉衛生所於8月11日向屏東縣政府衛生局緊急醫療網連絡，並轉而向本院求援，在接獲屏東縣衛生局康啟杰局長的求援後，即開始各項醫療整備器材及人力，積極展開進駐災區醫療支援的工作。

在時任副院長薛肇文上校及醫務企劃管理室主任陳俐良上校的指導下，於翌(12)日即在屏東縣內埔農工成立醫療站，主要任務為災民醫療服務及疾病管控，同時並配合衛生所執行傳染病防治工作。支援期間，院長孫卓卿將軍亦多次前來巡視醫療站執行概況，國防部軍醫局局長范保羅中將也親臨醫療站關心醫療支援與傳染病管控情形，並指示本院持續辦理後續醫護支援、防疫、環境衛生等預防保健事務。

內埔農工醫療站為全天候24小時服務，分由三家醫院負責：白天門、急診由高雄總醫院負責，夜間門診由屏東基督教醫院與龍泉醫院負責，夜間急診由屏東縣霧台鄉衛生所負責。



圖4：內埔農工醫療急救站作業情形

復因學校開學期程，8月25日併同鄉民收容中心轉往中央長治廣播電台，迄8月30日支援任務圓滿結束，後續醫療服務移回霧台鄉衛生所全權負責。

成立旗山巡迴醫療站及運作

8月17日晚上接獲國防部軍醫局支援旗山緊急應變中心的命令後，於當晚即檢整醫護人力及醫療器材及藥、衛材，連夜赴旗山緊急應變中心報到支援。

本院主要任務為：深入災區及各災民收容中心支援醫療服務。在缺乏硬體設備的情況下，醫療支援作業的難度非常高，經同仁克服困難，結合過往救災經驗，並集合各部科討論後決議，僅先針對災民迫切需求的醫療藥品做統計，並責由衛保室及護理部準備藥衛材，讓醫療組攜帶，惟受限於人力與交通中斷之故，能攜醫藥品數量有限，更添空中醫療支援之需求日深，然有此經驗後，對往後巡迴醫療服務均能達到鄉民需求。



圖5：內埔農工醫療急救站作業情形



圖 6：前行政院長劉兆玄至鳳雄營區關注醫療站執行情行。



圖 7：鳳雄之家聯合醫療站

鳳雄之家聯合保健室成立

鳳雄之家收容中心開設後，行政院劉兆玄前院長率同相關幕僚視導，發現缺乏醫療人力，遂指示國防部全力配合支援。本院於 8 月 28 日接獲副部長指示後，當日即檢整急救器材，由醫勤組副組長廖健翔少校帶領醫療團隊前往鳳雄營區開設醫療站，並與轄區衛生所醫療防疫網協同合作，使防疫工作達到最完善的階段。

桃源之鄉聯合保健室成立

有了前車之鑑，桃源之鄉收容中心即設有簡易醫療站，但為長遠防疫著眼及長官的關切與指導下，將原有營舍改建成醫療救護站，由本院及轄區衛生所人員共同設計、討論，經過數日施作後完成設置，醫療站比照診所規模，設有預防注射室、留觀室、藥局、掛號室及候診區等，讓鄉民能得到更完整的醫療照顧。

醫療救護站成立後，由長庚醫療團隊負責白天值班及看診作業，本院負責夜間值班與急診作業，另急診需後送的部份，由本院負責執行，場地及簡易醫療設備，責由陸軍軍官學校醫務所提供及支援。

9 月 10 日副院長薛上校帶領時任醫療部主任呂慶祥上校及護理部主任李玉蘭上校前往聯合醫務中心視察，副院長特別指示：發燒篩檢站務要確實發揮功能，如有疑似流感病患即優先後送至醫院，並將連絡方式確實登記，有效發揮預防疾病擴散的感控作業。

9 月 11 日時任行政院長吳敦義先生關心各部門收容中心開設狀況，赴桃源之鄉收容中心視察，由院長孫將軍陪同探視災民生活狀況，並視導聯合醫務中心設施設備及作業現況，行政院長同時也感謝及嘉勉本院醫護同仁的辛勞付出。



官兵心理衛生

面對無情的天災造成民眾流離失所、傷亡的慘況，使得協助救災的國軍官兵而言，極易產生創傷後壓力症候群等症狀，尤以第一線救災部隊及協助搜尋、挖掘、搬運罹難者遺體，或因執行救災任務產生重大心理衝擊之官兵，亟需積極協處與輔導。8月20日，政戰主任范佐驊上校即抽調國軍南部地區非救災部隊心輔人力，成立「國軍救災心輔工作小組」，統一指揮運用，全力投入重災區救災心輔工作，以確保官兵心理健康，置重點於「重大創傷壓力症候輔導」與「心理重建」，俾利救災工作能順利遂行。總計動員心輔人力計1,038人次，心輔師資978人次；實施個別輔導168人次，團體輔導3,845人次，評量篩檢6,487人次，心衛宣教10,485人次，受災鄉親關懷訪視7,098人次，管制個案計82員。



圖8：救災官兵實施心理輔導課程

結語

莫拉克颱風，又稱八八水災，造成近五十年來最大的雨量紀錄及嚴重災情。高雄總醫院從接收命令、計劃擬訂、人物力動員、編組、物資運送、到醫療站開設、後勤補給等，同仁本著人飢己飢，人溺己溺的精神，於最短的時間內迅速到位，並隨民眾撤遷、安置開設醫療服務站，自屏東三地門衛生所到內埔農工，及旗山鎮巡迴醫療、鳳山陸軍官校災民收容所、燕巢鳳雄營區災民收容所等地，都有我們的醫護同仁守護百姓軍民安危，總計投入救災日數：自98年8月12日迄99年2月12日止，計185日；救災人力1,517人次、輸具333駕次；藥、衛材32,114件；醫療成效計後送294人次；診療2,486人次；住院收療82人次。

醫療支援與服務是我們責無旁貸的責任及義務，能順利完成支援任務，都是全體同仁努力的成果，這是值得我們驕傲也備感榮耀的一件事，或許你我未直接參與，但我們仍與有榮焉。



圖9：國軍災後心理重建工作小組對陸軍官校受災鄉民幼稚園實施「訪視關懷及安心卡」宣教

時光荏苒，國軍高雄總醫院遷址中正一路已四十載了！亟盼在全體同仁的努力下，持續成長，茁壯，以守護南部地區民眾與國軍官兵及眷屬！未

來，我們也將賡續致力醫學研究與醫療服務之提昇，期望全體同仁貢獻心力，俾達軍民健康守護者願景之志。



圖 10：98.10.03 屏東縣政府頒授感謝狀，由前企管室陳俐良主任代表受獎。



圖 11：98.10.30 高雄市政府衛生局頒發 88 水災特殊供獻獎，由副院長薛肇文上校及護理主任李玉蘭上校代表領獎。



圖 12：98.10.30 高雄市政府衛生局頒發 88 水災特殊供獻獎，由副院長薛肇文上校及護理主任李玉蘭上校代表領獎。



圖 13：98.11.01 高雄市醫師公會頒發感謝狀



圖 14：98.11.23 行政院衛生署頒發救災感謝狀

第五章 醫院評鑑優等記要

醫療部醫行官 蔡洋廉

壹、醫院評鑑簡介

我國的醫院評鑑始於民國 67 年，醫院評鑑的目的是提昇醫療服務品質，奠定分級醫療之基礎；至民國 76 年才由衛生署依據「醫療法」之規定，於 77 年度首度辦理台灣地區醫院評鑑，同時，會同教育部辦理教學醫院評鑑，頒訂「醫院評鑑與教學醫院評鑑標準暨有關作業程序」，邀請資深醫師、護理師、藥師及醫院管理專家，組成評鑑小組，設計詳細之評鑑資料表及評量表，赴各受評醫院就醫院之「人員、設施、醫務管理及社區服務」、「內外科醫療服務品質」、「放射線診療品質」、「檢驗醫療品質」、「護理作業品質」、「藥事作業品質」、「急診醫療品質」及「精神醫療品質」實地評估個別品質成果。依醫療法規定，經評鑑合格之醫院，其資格有效期限為三年，期滿醫院需重新申請評鑑，評定其資格。

由於醫院評鑑是由衛生福利部全國最高衛生主管機關主辦，深受各界重視，且勞保局和公保處給付醫院醫療費用係依據醫院評鑑等級：醫學中心、區域醫院、地區醫院而有所不同，受評合格醫院，可獲得較佳的保險醫療給付，同時可提供高品質醫療服務來吸引病患求診就醫。故醫院都極力爭取成為高一等級之醫院，而在此過

程中，醫院的人員、設備、儀器和服務品質均可不斷的提昇，對病患、社會和醫院人員都具有正面意義與長遠影響。

本院為區域教學醫院，擔任第四作戰區聯合醫療責任制度中心醫院，平時整合戰區內各醫療體系之行政、醫療、教育等之協調與支援。參與醫院評鑑迄今均獲得優異的成績，98 年度參與「新制醫院評鑑」經評鑑結果為「新制醫院評鑑優等」有效期限 99 年 1 月 1 日至 102 年 12 月 31 日、「新制教學醫院評鑑合格」有效期限 99 年 1 月 1 日至 101 年 12 月 31 日。配合本院「新制醫院評鑑優等合格期限」遂參與 102 年度醫院評鑑。

貳、評鑑準備作業

一、律定負責團隊

102 年度醫院評鑑，區分醫療照護組及經營管理組，醫療照護組由醫療部統籌規劃辦理，經營管理組由醫務企劃管理室統籌規劃辦理，再由各臨床部科及行政單位協助彙整各項資源。

為提前因應醫院評鑑到來，本院即於 101 年 10 月 3、5 日由時任醫療部主任項正川上校召開「102 年醫院評鑑稽核方式及共識大會」，針對評鑑項目細則研議相關具體作為，同時率定於 10 月 12 日至 11 月 23 日每週三、五 1330-1500 時實施各項目具體事蹟報



告及卷夾資料檢查，準備 word 及簡報檔由承辦人報告，11 月 26 日至 12 月 6 日每日 0800 時於醫療部會議室實施 9 大章簡報。

並依據行政院衛生署 102 年 2 月 26 日衛署醫字第 1020268949 號函公告修正之「醫院評鑑」評分基準，本次醫院評鑑共計 238 項，其中醫療照護領域 129 項、經營管理領域 109 項。

當次會議中明定醫院評鑑各章節督導人，主要成員計有門急診部許競文主任、腸胃科周玉祺主任、護理部劉慈慧督導、骨科邱煥民主任、腎臟內科蔡明凱主任、泌尿外科梅健泰主任、護理部鄒綉菊副主任、急診室顧孝文主任、外科加護病房許正義主任、精神科曾冬勝主任、血液透析中心陳逸鴻主任、RCC 周紹庭主任、藥劑科吳乃群主任、病理科錢尚道主任、大

腸直腸外科金仁主任、麻醉科郭建宏主任、感染科班仁知主任、護理部黃圓婷督導、放射科蔡仁明主任、護理部李玉蘭主任、教研中心林任先主任；各章節卷夾製作人及督導人；並於 101 年 10 月 12 日起即先行稽核醫院評鑑具體事蹟報告及佐證卷夾，101 年 11 月 26 日起稽核醫院評鑑各章節大簡報，102 年 1 月召開評鑑資料表審查會，具體呈現評鑑整備實際情形。並規劃 102 年 1 月各辦理第 1 次院內委員試評，102 年 3 月辦理第 1 次院外委員試評，102 年 4 月辦理第 2 次院內委員試評，102 年 5 月辦理第 2 次院外委員試評，並預計於 102 年 6 月接受評鑑。稽核委員於每次綜合檢討會中提出缺失未改善項目或窒礙難行之事項，共同研擬解決方案，並呈報鈞長核示。



圖 1：任務編組



圖 2 地點：內科部
說明：泌尿外科主任梅健泰上校、
教研中心主任林任先上校等委員訪視。



圖 5 地點：藥劑科
說明：師慧娟督導等委員於藥劑科訪視。



圖 3 地點：外科部
說明：外科部主任董宇平上校、
金仁主任等委員至外科部實地訪視。



圖 6 地點：急診室
說明：王怡誠主任等委員至急診室訪視。



圖 4 地點：精神科會議室
說明：李玉蘭主任等委員訪查臨床心理師



圖 7 地點：精神科
說明：梅健泰主任等委員至精神科訪視。



圖 8 地點：三樓電化教室
說明：時任院長李世強將軍實施評鑑總簡報預報。



圖 11 地點：二樓會議室
說明：預評委員阮綜合醫院柯成國院長預檢各章節卷夾內容。



圖 9 地點：三樓電化教室
說明：預評委員阮綜合醫院柯成國院長針對總簡報實施意見回饋。



圖 12 地點：15.16 病房
說明：預評委員阮綜合醫院柯成國院長至病房實施實地查核。



圖 10 地點：二樓會議室
說明：預評委員阮綜合醫院柯成國院長預檢各醫療照護組簡報。



圖 13 地點：2.3 病房
說明：預評委員阮綜合醫院柯成國院長至病房實施實地查核。

二、正式接受評鑑

8 月份醫策會正式公告本院評鑑日期為 14、15、16 總計三天，本院亦即

於 8 月初完成各組場地的最後查核，並恭請時任院長李世強將軍及醫療部主任項正川上校，依據評鑑行程作場地預檢，執行重點如次：(如圖 14)



圖 14：執行重點



圖 15: 各組受檢場地指示牌



圖 17: 醫事組各職類簡介海報



圖 16: 醫師組各部科簡介海報



圖 18: 護理部及各病房簡介海報



配合當日評鑑，本院除須擬定評鑑建議路線，務求在最短的時間完整呈現本院的特色，另需提供附件資料包含 102 年 8 月 14、15、16 日本院各部科晨會活動、教學活動、門診教學、住診教學等相關活動資訊；另外需提供受訪人員名冊，包含本院各職類實習學生名單、各職類醫事人員及受訓人員名單，以利評鑑委員抽測訪視人員。(附表一)

關以及民眾對於醫院服務品質的要求與日俱增，未來對於醫院的各項品質管理也會更趨嚴謹，故落實評鑑生活化為首要之務，並確依本院的宗旨、願景及目標，持續提升醫療品質，發展多元的醫療服務，強化戰區衛勤醫療能量，以成為南台灣軍民首選的優質醫院。

參、評鑑結果

本院於 102 年 12 月 20 日接獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 102 年 12 月 18 日醫評字第 1020100810-1 號函通知本院評定結果為醫院評鑑優等(區域醫院)。(如圖 19)



圖 19 醫院評鑑合格證明書

肆、結語

本院 102 年度醫院評鑑圓滿完成，這份成就有賴醫院全體同仁不辭辛勞，完成各項整備事宜。隨著衛生主管機

表一：評鑑委員

職稱	委員	現職
召集委員	楊漢淙	台灣醫院協會顧問
經營管理組委員	黃遵誠	臺北市立聯合醫院副院長
醫療照護 A 組 委員	陳滋彥	中山醫學大學附設醫院醫療部副院長
醫療照護 A 組 委員	張元玫	新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院董事長室主任
醫療照護 B 組 委員	李良明	台北市立萬芳醫院泌尿科主任
醫療照護 B 組 委員	趙婉青	醫療法人財團法人亞東紀念醫院護理部主任

第六章 榮獲國家品質標章 SNQ 認證的醫療服務

第一節 折翼的羽蝶再飛翔－兒少緊急短期安置中心

精神科社工員 沈雅玲

壹、緣由

民國 84 年 8 月，為防治兒童及少年從事性交易所產生的亂象，立法通過兒少性交易防制條例；時任高雄縣社會處處長卓春英先生，特請本院精神科以發揮社區角色為出發點，設置緊急收容處所，安置違反「兒童及少年性交易防制條例」之未成年少女，本院因應社會局政策並基於社會責任與人道關懷，即於 12 月成立「兒少緊急短期安置中心」，安置從事性交易或坐檯陪酒之未成年少女。

貳、服務提供 - 陪伴支持，修復羽翼

為使兒童及青少年緊急短期安置中心的個案能得到最優質的照顧及最妥善之安置，成立專業工作團隊，中心配置有 1 位精神專科主責醫師、1 位專任社工、2 位專任生活輔導員（並具護理、社工等專業），同時並結合精神科心理師及職能治療師等專業人員，在醫院豐富的醫療資源與專業團隊力量作為後盾下，以醫療模式為核心的經營理念，有效運用政府及社會資源，協助個案進行教育、輔導與治療的工作，避免個案再度涉入高危險的觸法行為。

安置過程中，透過各專業間的相互

配合，依個案身、心、靈狀況，提供緊急及短期收容、身心診療、再生輔導、個別化之教育及處遇等服務。內容摘述如次：

一、提供專業的醫療服務：

- (一) 身體健康檢查：為達早期發現、早期治療，維護個案身體健康之目標，安置期間進行身體檢查、驗孕、安非他命與性病等檢查。
- (二) 結合醫療資源：在安置個案中，發現其性行為的對象複雜，若無做好保護措施，容易在婦科方面發生懷孕、子宮感染或罹患性病等問題，本院結合各專科醫師，提供完善醫療服務。
- (三) 心理輔導與會談：個案在接受緊急安置初期的心理壓力導致睡眠及情緒等障礙，容易產生身心方面的問題，在安置期間安排精神科醫師會談（如圖 1），針對個案心理、生理及精神狀態進行評估，落實初級預防。

二、提供專業輔導服務：（如圖 2）

- (一) 增進或改善親子互動：社工與個案及家屬進行個別會談或召開家庭會議，針對問題提供心理支持、人際關係、自我認知等處遇措施。召開家庭會議瞭



解案家生態，期能修補或改善親子關係，安排家屬會客及會談服務，定期舉辦學員及家屬聯歡活動，增進親子互動。

(二) 培養自我管理能力：透過生活規範及輔導，協助個案於安置期間養成規律的生活作息，提升自助、互助之能力。

(三) 提供多元化課程：透過多元學習課程，培養個案的學習動機，建立正確之價值觀。安排如下：

A. 專業人員輔導：社工會談、生活輔導員會談、心理衡鑑、醫師會談、心理師衡鑑、社工師會談、性諮商會談。(如圖3、4)

B. 團體輔導課程：情緒管理團體、生涯發展團體、自我探索團體、生命教育團體、法律常識、性教育、人際關係。

C. 技能訓練：職業探索、烹飪、英文會客話、手工藝、紙黏土創作。

D. 休閒育樂及體能訓練：瑜珈、有氧舞蹈、卡拉OK歡唱、戶外活動、影片欣賞。

三、品管機制：利用各類型會議時機(業務督導會議、專業醫療團隊會議、社會局督導聯繫會報等)，定期針對個案照護狀況，進行研討與精進，以提昇照護品質。

四、資源整合：整合各縣市社會局、



圖 1：精神科醫師心智評估



圖 3：多元化學習：學員手工藝品



圖 2：性諮商護理師的輔導及矯正



圖 4：多元化學習：瑜珈訓練課程。

教育、警政、家福及社福等機關資源，提供個案最完整的協助。

參、展翅出發，羽蝶再度飛翔

安置期間，除提供會談及生活輔導及醫療服務外，亦加入教育輔導概念，採半開放式管理，由個案自行討論並訂定生活公約，安排課程活動來協助個案提昇自我管理能力，導正偏差行為，建立正確價值觀並協助規劃未來就學或就業計劃。此外，本中心有 24 小時專業值班人力，除可隨時處理個案特殊狀況，隨時提供緊急的醫療照護，保障個案就醫權利。對於大量個案安置，編有二線及三線人員調度，足以處理個案在緊急安置階段所面臨之生理、心理及情緒支持。

自 84 年 12 月成立以來，接受各縣市社會局委託安置違反「兒童及少年性交易防制條例」之未成年少女安置服務以來，迄今共服務了 1516 位安置個案。個案在經安置輔導後，社會局會依個案狀況裁定責付家屬回歸正常生活，或前往中途學校就讀，或另行安置其他適當的社會福利機構等三項；歷年裁處人數：責付家屬 861 位、中

途學校 634 位、安置社會福利機構 21 位。(如表一)

肆、努力與肯定

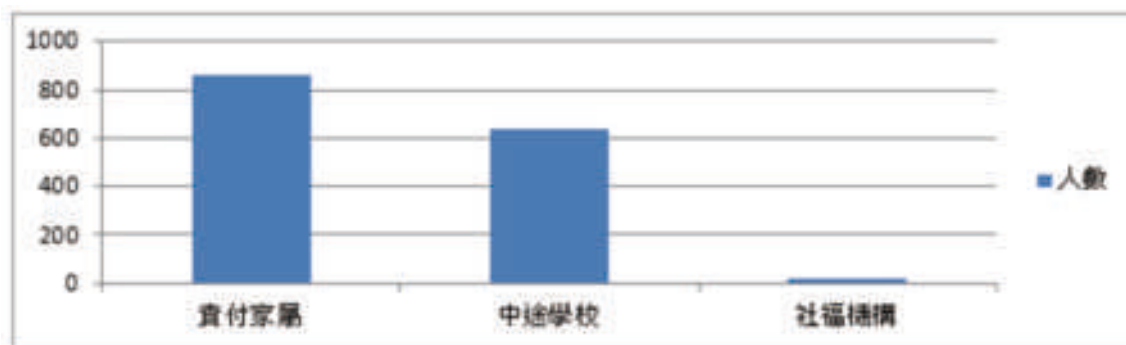
一、中央主管機構蒞院參訪：(圖 5)

101 年 8 月 22 日內政部兒童局蒞院參訪，由精神科主任全程分享醫療型兒少安置機構的成功經營，委員對於醫療體系內兒少機構專業人力的投入及國防部協助改善硬體設施的經費投入等表示肯定。

二、榮獲行政院 102 年政府服務品質獎的殊榮：

行政院政府服務品質獎評審委員 102 年 5 月 8 日蒞院實地訪查，在創新專案實地訪查過程中，對於本院積極投入專業醫護人力及軟、硬體設施、設備，創造服務績效，深表肯定，經審查後公布訪查結果，並於 6 月 19 日由時任行政院長江宜樺先生親自頒獎，院長也特別感謝及表彰本院各項創新的便民措施，締造優異的醫療服務品質與績效，江院長並期勉本院秉此精神，提供民眾更親切、便利、有效率的服務，進而使民眾信任政府、支持政府。(如圖 6、7)

表一：成效統計



伍、未來規劃

一、持續推展研究計畫：

- (一) 安置少年再犯危險性評估。
- (二) 廣續研究計畫，如安置學員之

人口學特徵、家庭支持度、精神疾病共病性等。

二、持續提升品質計畫：

- (一) 提昇機構現有安全措施，兼顧人性與安全。



飛躍四十
傳承與創新



圖 5：內政部兒童局參訪



圖 6：102.06.09 前行政院江宜樺院長（左）親自頒獎給前院長李世強少將。



圖 7：102 年政府服務品質獎獎座

- (二) 醫療模式的安置過程中，配合多專業提供安置期間輔導與諮商。
- (三) 透過精神專業之心理輔導，改善因成長背景造成不適當性格發展。
- (四) 配合政府政策，減少個案再犯率，善盡社會責任。

陸、結論

兒少緊急短期安置業務迄今已逾22年，是國內第一家，也是高雄市唯一未成年性交易少女安置的機構，安

置人數累積量全國最高，安置品質及成效頗獲各縣市政府的肯定，今(106)年計有13個縣市與本院安置中心簽約。(如表二)為因應愈來愈多被迫或自願從事性交易及網路援交之未成年少女，本院跨專業跨領域的創新服務機制，已建立與社會局個管社工積極聯繫與轉銜個案返家或返校完善機制，以達無縫接軌；安置之個案，本院亦依屬性的不同，安排生命及是非價值觀的輔導課程，啟發學習的興趣，讓折翼少女能適應社會、重返社會，期望有效發揮醫院的社會責任與義務。

表二：安置人數與條件比較

項目	高雄總醫院	其它安置機構
安置人數	1,511	700-1,200
簽約縣市	13個縣市	3-7個縣市
值班人力	社工師、生輔員及護理師共同輪值	生輔員單獨輪值
完整、專業的醫療後盾	有	沒有

第二節 成效卓越的中暑防治中心

前腎臟科主任 / 現軍醫局醫管處副處長 陳逸鴻



飛躍四十
傳承與創新

本院貴成腎臟科於民國 92 年於醫療部轄下成立中暑防治中心，秉持著以往救治熱中暑病人的經驗與責無旁貸的精神與使命感，持續不懈地維持著平時派遣本科專科醫師到各級軍事單位作熱中暑防治講習，以求認識熱中暑，預防熱中暑以及培養能夠現場對於熱中暑病人做緊急淋濕搥風等快速降溫的能力；如有熱中暑病人不幸發生時，則聽從醫療部主任的指揮，由腎臟科主任緊急調派各級醫護人員與單位，迅速編成中暑緊急應變小組：腎臟科主治醫師全員到齊（可以現場傳授救治經驗）、內科總醫師、

通知急診室主治醫師、內科加護中心等，並主動與通報單位連繫，務必充分掌握病人到院前之生命徵象，亦可執行遠端醫療指導，讓尚未到院的病人即已開始接受線上指導的醫療處置！（如圖 1）

中暑防治中心各個專科醫師均秉持著多演講幾次熱中暑之預防與治療講習，也不要有任何一個熱中暑個案的心態下，熱心參與各軍事單位的熱中暑之預防與治療講習，於各單位（計有步兵學校，陸軍官校，空降訓練中心大武營區，八軍團指揮部泰山營區，陸軍 203 旅等）以及召集第四作戰區的醫官與醫勤官兵至本院作防治講習；



圖 1：中暑個案到院流程

也曾在國之北疆：馬祖北竿於 104 年 7 月 28 日由支援營醫療排召集 190 位軍士官講解熱中暑之預防與治療。中暑防治中心的目標是：降低中暑發生率，減少中暑相關併發症，務必達到零死亡率，加強中暑研究，中暑防治成效與經驗推廣至全國以及支援鄰近醫院之中暑醫療。

中暑屬於緊急內科重症，必須住進加護中心日夜照護處置並由中暑防治中心腎臟科專科醫師主治並會診其他專科醫師，計有感染科、腸胃科、心臟內科、胸腔科、神經內科、放射科、心臟外科、一般外科、直腸外科、麻醉科等等。

中暑防治中心成效卓越，經統計自 93 至 106 年之間因熱傷害所導致的各類型病人數總計為 80 位，當中最嚴重的類型：熱中暑人數為 37 位，所幸

所有病人均平安出院，死亡率為零！當中最為有明的例子是一位義務役士兵，因熱中暑而導致大腸破裂，住院期間經歷休克，擺放葉克膜維生儀器，接受多次手術等等。這個案例也榮登在 internal medicine 的國際期刊上。

正因為中暑防治中心的目標是要把中暑防治的成效與經驗推廣至全國，因此本中心遂報名參加由國家生技醫療產業策進會所舉辦的年度國家品質標章證書之競賽！經過初審通過，讓本中心有了複審口頭報告的機會，我們率隊於 104 年 9 月 24 日代表國軍高雄總醫院中暑防治中心赴台北南港國家生技醫療產業策進會報告，深獲好評。中暑防治中心於 104 年 12 月 18 日榮獲頒發 SNQ(Symbol of National Quality) 國家品質標章證書之殊榮。(如圖 2)



圖 2：國家品質標章證書

第三節 優質的急重症醫療團隊－心導管室



心導管室護理師 謝巧怡

飛躍四十
傳承與創新

壹、緣起

民國 86 年 12 月本院心臟導管室的成立是當時全國軍醫院第二座心導管室，除診斷冠狀動脈血管疾病外，並可進一步實施治療性氣球擴張術及冠狀動脈支架置放手術及永久性心臟節律器置放，更提供 24 小時服務為南部地區的心臟疾病患者提供進階的醫療服務。

貳、設備精進作為

為提昇醫療品質，民國 99 年陸續完成二代心導管室整建工程：

- 一、新購心臟血管高解析雙向攝影 X 光機：採用 PHILIP AllURA XPER FD10/10 型，低輻射劑量保護病人及工作人員安全(圖 1)。
- 二、快速便捷的新路徑：
 - (一) 舊路徑(藍色箭頭)：急診至心導管室路長約 150 公尺，花費時間需 8 分鐘。
 - (二) 急性冠心症病人專屬通道(紅色箭頭)：借道放射科會議室，連接急診室與心導管室的新路徑，約 40 公尺僅需 3 分鐘左右，大幅降低運送時間(圖 2)。
- 三、建構專屬的家屬休息區：
 - (一) 舒適明亮方便的家屬休息區，



圖 1：心導管室全景

設有彩色液晶電視、飲水機、開放式閱覽書架、獨立廁所及戶外休憩長廊，備有模型並張貼相關衛教海報及摺頁免費提供索取。

(二) 家屬休息區影像解說站：提供醫師向家屬解釋檢查結果與溝通之處，減少非工作人員進出檢查室內，落實感染管制措施 (圖 3)。

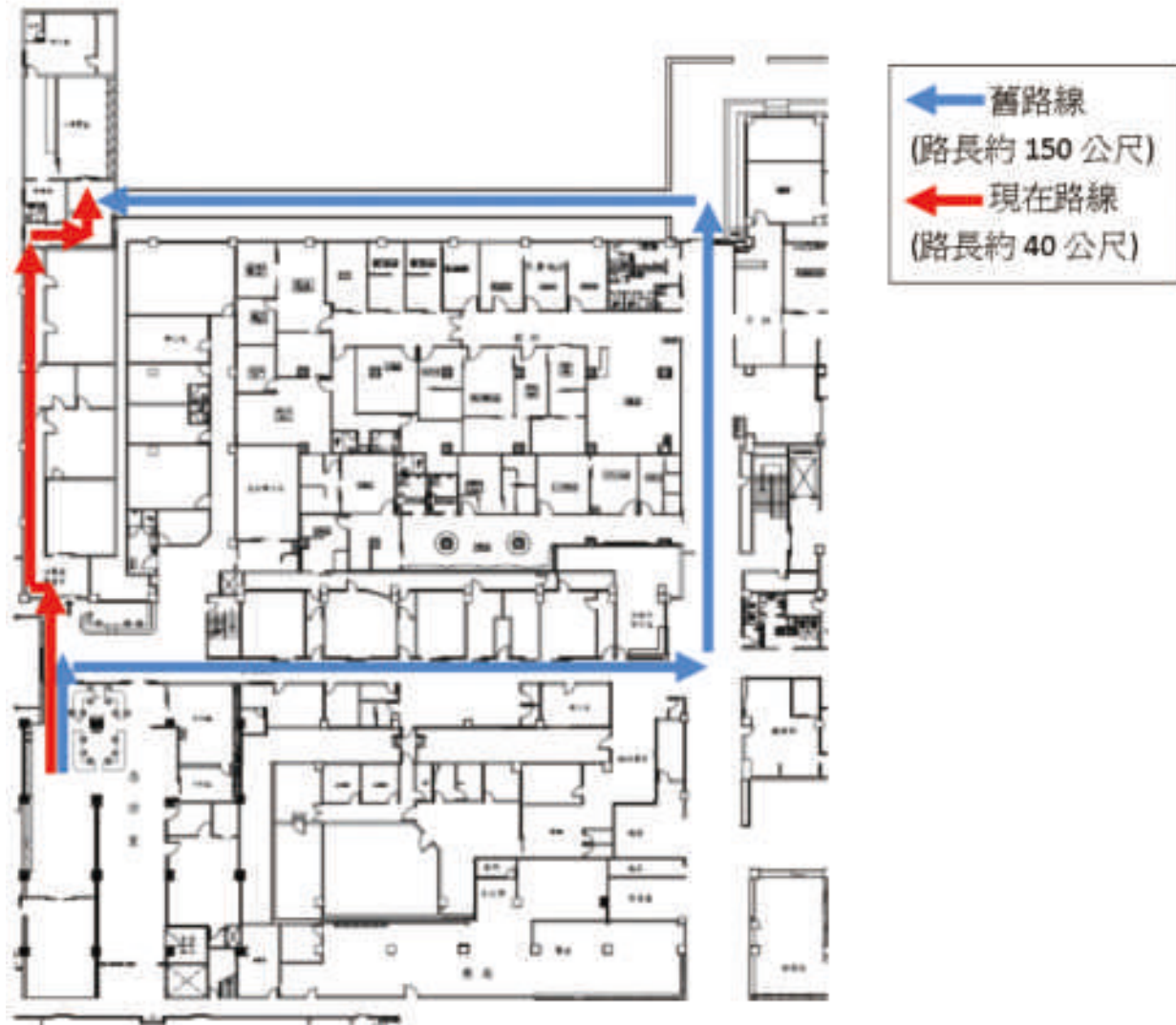


圖 2：新舊路徑標示圖



圖 3-1 休息區全景

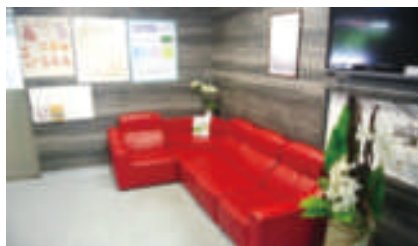


圖 3-2 休憩區



圖 3-3 影像解說站



表 1：近年本科與院外醫師專家技術交流活動

日期	103.08.14	104.03.06	104.09.18	105.04.29	105.11.25
蒞院指導醫師	Dr. SUNAO NAKAMURA (中村淳)		郭風裕	邱正安	羅秉漢
現職	1. 新東京病院病院長 心臟血管センター長 2. 熊本大学心血管先端治療講座 特任教授		高雄榮民總醫院心臟內科主任主治醫師	高雄醫學院心臟血管內科主任主治醫師	中國醫藥大學附設醫院心臟內科主任主治醫師
醫療團隊與院外專家合影					

參、醫療品質提升精進作為

一、規劃 D2B 流程 (註 1)：

民國 100 年 10 月起，運用品管圈 (圈名：救心圈) 方式進行流程改善及標準化。每月進行跨科部檢討時間延遲個案，將每個步驟改善以達到最有效率的運作。

二、資訊科技的運用：

- (一) GOOGLE 雲端日曆：登錄值班人員名單、建立雲端檢查排程和相關事項傳達。
- (二) 即時通訊軟體運用：輔助急診室醫師上傳心電圖、與心臟外科醫師討論病人病情、科務及院方相關事項佈達，提升會議效益。

三、跨部科與院際合作：

- (一) 與心臟外科，急診部及加護病

房組成跨團隊資源整合 (TRM) 系統，提升醫療品質作業效能。

- (二) 積極推展院際合作：每年邀請院外專家醫師蒞院指導 (表 1)。

肆、社會評價

一、參與中重度急診醫療評鑑 (註 2)：

經過平日團隊的努力，於民國 103 年榮獲醫療品質策進會醫院緊急醫療能力分級評定具急性冠心症病人重度醫院照護品質等級 (圖 4)。

二、颱風無懼 -- 搶救案例分享：

105 年 9 月 14 日下午強颱風莫蘭蒂侵襲南臺灣，高雄市政府宣布停止上班上課；119 救護車緊急送來一位 70 有餘的心臟病患劉先生，到院前已呈現無呼吸心跳狀況；心導管團隊接獲急診醫師通知後，無懼 13 級強風豪雨

的惡劣天候下，迅速返回醫院加入救援行列，經 CPR 及緊急冠狀動脈介入術搶救，共歷經 89 分鐘才將劉先生從死神的手中搶救回來，深獲家屬的感謝及媒體大篇幅的報導 (圖 5、6)。

三、截至 104 年止，高雄市符合急性冠心症重度級能力責任醫院只有 5 所，高雄總醫院即是其中之一，而在眾多區域醫院當中，本院醫療團隊將持續努力不懈，並以準醫學中心的能力與責任自許，賡續守護高雄地區所有軍

民百姓的「心」(圖 7)。

四、參與國家品質標章認證：

心臟內科多年急重症醫療的努力，於民國 105 年 9 月以「分秒必爭 心心相惜 --- ST 段上升之急性心肌梗塞病人執行緊急冠狀動脈介入術」，參加國家品質標章 (SNQ) 評比，在醫療院所類醫院特色專科組獲得認證，肯定國軍高雄總醫院多年來在救護急性心肌梗塞患者的努力成就 (圖 8、9)。



圖 4：103 年衛生福利部公告國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處評定為急性冠心症重度級能力責任醫院，效期自公告日起至 107 年 12 月 31 日。



圖 5：心導管團隊合影



圖 6：劉先生康復後記者會



圖 7：高雄市符合急性冠心症重度級能力責任醫院的相關位置圖



圖 8：心臟內科黃世鐘主任（右）將獎牌獻給呂慶祥院長



圖 9：SNQ 國家品質標章證書

註 1：D2B 處理流程介紹：急性心肌梗塞病人執行「緊急冠狀動脈介入術 (Door to Balloon, D2B)」國際醫療指標規定：從病人發生胸痛後掛急診，經心電圖診斷為急性心肌梗塞進而執行冠狀動脈血管疏通術，過程標準為小於 90 分鐘。急性心肌梗塞死亡率高，惟儘早執行冠狀動脈血管疏通術，可大幅提高存活率。

註 2：中重度急診醫療評鑑標準：急性心肌梗塞病人，執行緊急冠狀動脈介入術時間小於 90 分鐘；中度級：於一般上班時間，應 70% 達成。重度級：於一般上班時間、夜間及假日（即 24 小時待命），應 75% 達成。

第七章 動員醫護人力 全力投入氣爆醫療救援

醫勤組醫行官 林俊憲

民國 103 年 7 月 31 日深夜，一聲突來的巨大聲響伴隨著有如白晝般的火光，劃破了寧靜漆黑的天際，在數聲巨響、天搖地動之後，不僅震醒高雄市民的睡夢，也震碎了市民的心，瞬間即造成許多家庭破碎的人倫悲劇，前鎮區及苓雅區發生了有史以來最嚴重的石化氣爆事件。（如圖 1）

8 月 1 日零時 20 分許，遠處傳來救護車急促的笛聲，伴隨著烈焰奔馳

急駛而來的是一部部有如閃電般的救護車，多數要趕赴的目的地就是緊鄰災區附近的國軍高雄總醫院。然而，醫院在驚魂未定且不知情的狀況下，接到市政府緊急救護網傳來的大量傷患訊息，隨即啟動第一級大量傷患緊急應變作業，就在急促的廣播結束後，院內醫護同仁也魚貫似的逕往急診室支援，值班人員第一時間即已電話通知所有軍職與行政人員返院救援。（如圖 2、3）



圖 1：高雄氣爆現場，強大威力造成重大傷亡。（翻攝自 YouTube）



圖 2：第一時間即投入大量醫護人力，啟動救援機制，全力搶救受傷民眾。



圖 3：大量傷患於爆炸後陸續被送到醫院就診，緊急救護的同仁也隨即展開各項醫療處置。



所有動員、留守及值班的人員均集中於急診室會議室，統由急診室主任指揮調度：勤務隊隊長帶著搬運組弟兄在急診門口待命，一到定位後，一波波傷患即陸續抵達急診室外頭，並由搬運組的弟兄以擔架、或輪椅、或攙扶，迅速將受傷的民眾送進急診室。擔任檢傷分類官的急診室護理長，則依病情狀況及經驗迅速引導重傷者到立即治療區優先治療，其餘傷者依受傷程度有條不紊的被引導至各分區，為的就是要把握每位病患的黃金搶救時間。

在忙亂的過程之中，第一時間出現的就是住在職務宿舍的醫護同仁，隨手抓了件輕便的衣服就衝到急診室，立即加入救援的行列；而後趕到的是勤務隊弟兄，帶著睡眼惺忪的眼神與木然的表情趕到急診室，在護理長的指揮下即刻增援到各救援分區；就在弟兄甫散開後的頃刻間，住在醫院鄰

近周邊的軍職及聘雇同仁也陸續趕到醫院投入支援作業。傷患到達的同時，所有人員均已按照平日演練的機制分工合作，不分彼此，全力展開醫療救援的任務，共同面對、處理這突如其來，猶如洪水猛獸般的重大災難。

偌大的急診室計區分為紅、黃、綠、黑等四個檢傷分類區：紅色為立即治療，黃色為延遲治療，綠色為簡易治療，黑色為期待治療，第一時間醫護同仁已儘速完成初步的醫療處置，維持病患的生命徵象，而衛藥材的支援也不斷的火速送抵急救區內…；看著同仁分秒必爭，不放棄任何可挽回的生命而全神貫注的努力著，卻也絲毫沒有一點喘息與遲疑的意念，真的讓人感觸良多。（如圖4）在醫護同仁初步診療且生命徵象穩定後，即依傷情送往後續治療的開刀房、加護病房、呼吸加護病房及普通病房。



圖4：看著統計表上急速上升的就診人數，每位醫護同仁心中亦感壓力與不捨。

另外，二線作業的病房單位，在後送官統一指揮及分配下，即已調配空床待命應援，也都納入掌控運用，值班護理長並依據現場傷患需求，作出最正確的分配，使各重症病患間無間隙的醫療作業銜接起來，以最大的醫療處置能量，讓病患在短時間內獲致最佳、最需要的醫療服務。

本院第一時間計動員 160 員醫護及行政支援人力，配合原本值班於醫院中的人力 67 員，總計 227 員，在醫護同仁接續不怠，傾全力投入搶救瀕臨生死關頭的氣爆傷者，積極爭取黃金救援時間，不管壓力再大、身體再累，所有醫護同仁最大的心願就是～祈求傷者平安而已，別無他求！

前總統馬英九先生在事件發生後，也非常關心救災狀況，特於 8 月 2 日南下高雄，除到罹難的警消與民眾靈前致意，隨即轉赴本院（如圖 5），並在時任院長郭武憲將軍的陪同下，赴

病房探視傷者，同時也勗勉所有參與醫療救護的同仁，並期許本院及所有其他收療傷患的醫療團隊能竭盡全力搶救，給予傷者最好的醫療照護與最大的醫療支援，積極協助傷患早日康復、重返家園。總統並表示：對於國軍在關鍵時刻堅守崗位，不畏艱苦、積極救人的精神，深表感動，並要求本院持續配合後續災區復原的醫療救援工作，同時也期勉國人，越是艱困時期，越是要精誠團結、相互扶持。

前副總統吳敦義先生（如圖 6）、國防部部長嚴明先生及軍醫局局長吳怡昌中將，對氣爆後續醫療、慰助及重建亦深表關切，也都不約而同取消原訂行程，先後南下至高雄，探視罹難者家屬及住院傷患，並瞭解各項醫療作業現況，尤其看到醫護同仁從爆炸後 20 分鐘，到最後一台手術完成，連續 30 小時不眠不休，全力動員，通力合作搶救傷患的精神，深表敬意及感謝。



圖 5：馬前總統於第一時間在前院長郭將軍的陪同赴病房探視慰問氣爆受傷的民眾。



圖 6：前副總統吳敦義先生在前院長及醫療部許主任的陪同下探視受傷民眾。

經過同仁這 16 個小時不眠不休的搶救下，70 多位傷者中，輕傷的 34 位民眾已陸續離院，其他傷者經過清創、消毒及手術後，已轉往加護病房或一般病房救治。從爆炸後 20 分鐘到最後一位手術迄 8 月 1 日 1600 時完成處理後，整個氣爆醫療支援也終告一段落。在事件漸漸平穩後，在場的醫護同仁無不感到萬分地悲傷與不捨，有些人更在急診任務結束後不禁淚流滿面，這不僅是情緒壓抑後的一個紓解，更是一種人溺己溺的心情感受。

平生之中，同仁或許都沒有經歷過戰爭的洗禮，但在這次氣爆發生當夜，猶如戰爭過後的急診室裡，傷患蜂擁而至塞滿病房的情景，即讓人為之一震；而送來的傷者之中，有的是到院前即無生命徵象，有的是斷肢殘臂，情況危急等待開刀，更有無數開放性

傷口的患者等待縫合；另外，燒傷患者淒厲痛楚的呻吟聲，那驚魂未定、恐懼痛哭的哀嚎聲及家屬殷切期盼又無助的啜泣聲，無不讓人心情為之悲忿，所謂人間煉獄應該也不過如此吧！而經過此事件，我們益加瞭解人生是多麼的無常，也發現個人有多麼的渺小。

蘋果日報在 8 月 1 日 2220 時的即時新聞刊載著血液腫瘤科主任謝安臺醫師的一則文章（如圖 7），描寫術後的心路歷程，那份憐憫惜福，悲痛落淚的心境，讓人深刻瞭解到醫護同仁在搶救傷患時的心境，除了聚精會神，全力搶救之外，內心是多麼地悲情、痛楚與煎熬…，祈求天佑台灣，眾人要惜福、感恩。全文如下：

生平沒遇過戰爭，然而今晚的急診室彷彿如戰爭過後，高雄氣爆後救護

車蜂擁而至，有患者到院已斷氣，有些斷肢待固定，有些顱內出血待開刀，更多開放傷口待縫合，爆炸燒傷的一堆，很多患者痛得哀嚎，全院的醫護人員出動也還是應接不暇，人間煉獄也不過如此，醫護同仁不約而同一一分工處理，患者與家屬經安撫再怎麼急的也禮讓重者優先。我來不及處理情緒，待事情漸平穩後，回宿舍不禁哽咽落淚，願天佑臺灣，也願各位平安，珍惜生命，把握當下，今晚的浩劫讓我更加體會生死事大，無常迅速，

真的、真的死亡與災難其實近在咫尺，惜緣，惜福，感恩，知足！

我們相信沒有人願意災難發生，雖然我們的能力不足以應付所有的災難救援任務，但我們隨時做最好的準備來因應、面對，並且將賡續不斷地發揮最大的醫療救援能量，這是軍人、也是台灣社會大眾最堅強的醫療後盾。



圖 7：蘋果日報在 8 月 1 日 2220 時的即時新聞刊載謝安臺醫師在忙完受傷民眾醫療作業後的心情，特別感傷。

第八章 ○二〇六臺南地震醫衛支援－ 永不放棄拯救生命的機會



飛躍四十
傳承與創新

衛勤整備組組長 莊國源

民國 105 年 2 月 6 日（春節連假首日）上午 3 時 57 分，發生於臺灣南部的地震，震央位於高雄市美濃區，即屏東縣政府北偏東方 27.1 公里處，深度 14.6 公里，芮氏規模 6.6，最大震度為臺南市新化、玉井，地震強度 7 級，造成臺南市永康區永大路 16 層樓高的「維冠金龍大樓」倒塌，造成 96 人受傷、115 人死亡的慘劇，死傷人數超越了 88 年 921 震災倒塌的東星大樓，成為臺灣歷史上傷亡最嚴重的建築物倒塌災難；災難發生第一時間，國軍部隊、警察、消防及民間團體即直接投入救災的行列。（如圖 1、2）

壹、救援經過

6 日上午，本院接獲第四作戰區救災命令後，旋即由院長呂慶祥少將下令啟動總院、分院的救災醫療編組人力，前往臺南災區與四支部衛生營救災小組會合，共同執行醫療救護任務。第一批醫療小組（總院、左營及岡山各 1 組）合計 3 組 16 人，並在 0800 時前抵達災區現場，協助後送受傷災民；另於 1000 時增派乙輛救護車，接送精神科林書楷醫師赴災區現場為災民、眷屬及救災官兵實施專業心理諮商。

7 日上午，由於天候正值嚴冬，災區臨海且空曠，救援特別寒冷，院長在第二梯救援人力出發前要求同仁務需注意自身保暖，並轉達軍醫局局長吳怡昌中將及國防部各級長官的慰勉之意，同時也提醒各第一線醫療衛勤人員務必落實作業風險管理。



圖 1：地震位置圖（取自東森新聞）



圖 2：臺南市永康區永大路 16 層樓高的「維冠金龍大樓」倒塌。（翻攝自蘋果日報）

9日上午，院長親率同第四梯醫療小組至災區，並代表各級長官慰問救災醫衛同仁，同時並敦促各項救護作業務要備足防護裝備，如防護衣、口罩及手套等。隨後並與臺南市賴清德市長分享以往救災經驗及後續處置建議，如現場復原所需之化學兵實施消毒等細節。

9日下午1600時許，正當同仁傾全力投入救災時，災區商家「大力藥局」得知救災弟兄白花油或綠油精等用品之需求，也特別無償提供，俾供救災官兵及醫護同仁使用。有人說「台灣最美的風景是人」，一點也沒錯，尤其在災區哀傷氣氛下，帶來一絲絲的溫暖。

10日，軍醫局局長吳怡昌中將親往災區，慰問救災醫衛同仁辛勞並提



圖3：來不及發的紅包。翻攝自自由時報網路頁面

醒做好輪值規劃，讓救災同仁能有充分休息。

救援行動雖然日以繼夜不停進行著，但隨著時間的流逝而愈顯急迫，從現場播報的電視畫面看到，罹難人數不斷地攀升，不僅失聯民眾的家屬著急，就連救難弟兄的心情亦隨之沉重下來，尤其是看到那許許多多擁抱在一起的家人全數罹難的慘狀，以及那些準備好過年卻還來不及發出的紅包（圖3），還有那位阿嬤望天悲鳴地哭喊著「兒孫啊！」等畫面，心有淒淒焉！截至13日下午1600時整個救援行動結束，本院救援任務結束返院，所有參與救災的弟兄，心情仍停留在那段穿梭於倒塌的瓦礫堆中蒐尋生還者的景象…。

貳、救災成果

在維冠金龍大樓災難現場，高雄總醫院及各分院醫護支援出動65人次與四支部衛生營緊急救護(EMT)人員(205人次)共同整合(270人次)，協力完成此次臺南震災緊急救援任務，計後送58員(含大體43員)、看診55人次。另外針對救災官兵英雄們，後續也請作戰區指揮部造冊，配合駐地至本院及所屬分院實施身、心專診，為救災英雄們救災後的健康把關。

參、感人事蹟

6日上午，當救難人員在倒塌的維冠金龍大樓現場搜救過程中，發現一



名左手臂被石塊壓住，不停哭喊「怕怕」、「我想抱抱」。搜救人員原本評估石塊沒辦法移除，需截肢後始能救出，但本院外科總醫師李威億卻堅持不要鋸，在經過漫長的6小時搶救後，終將受困的蔡淳祐小弟弟救出，左手臂也完好無缺。

李醫師回憶當時的情況：看到受困小孩場景時，心裡是很震驚的，一個這麼小的孩子，獨自在漆黑的石縫裡，蹲在一個鋼梁上已經7小時了，問他狀況如何，有沒有想喝水或吃東西，他只回：「我要抱抱，我要離開這裡！」心疼之餘，卻也大概知道小弟弟意識清楚，但無奈的是，我伸手也只能勉強構到他的左肩，這也意味著，如果真的截肢，他的左上肢都會不保，日後連復建都無法做，這如同少了翅膀的天使無法飛翔一樣，他往後的人生將走得比別人更辛苦。此時我注意到他的手和重石之間還有類似毛巾的東西緩衝著，心想也許重石造成的破壞

及壓力沒那麼大，於是心裡有個底，除非真的無法幫他脫困，截肢才是最後的考量。從第一次進入危樓，到他成功脫困，大約進出四次左右，我意識到他有漸趨虛弱的情形，大部分時間都在昏睡，但還叫得醒且可以溝通，有幾次他哭著說要離開這裡後就往下跳，無奈左手被壓住，所以身體還是懸空，他還是得爬回去，蹲在鋼梁上，這場景著實讓人鼻酸，心想，如果他是我的小孩，我一定受不了！幸虧結局是好的，否則日後這將會是我心中揮之不去的陰影。

肆、我們以你為榮

副總統陳建仁先生主持國防部105年「九三軍人節系列活動」時表示：長期以來，國軍無時無刻總是站在第一線守護軍民同胞的生命安全，尤其在105年的○二○六臺南地震醫療救援中，更突顯國軍對生命的尊重、珍



圖4：李醫師回憶：進到傾倒的大樓中，聽弟弟哭喊怕怕的聲音讓許多人心都碎了。

惜及延續，更加重視。副總統並勉勵所有軍醫同仁，賡續秉持同理心、關心別人，這是身為醫師最基本的要求，當能瞭解生命價值以後，不僅可以在戰場上照顧國軍同袍，當國家有難時，也可以挺身而出，投入第一線醫療救援服務。活動當天，祐祐由阿嬤帶著，特地從台南北上出席慶祝活動，並藉此機會親自向李醫師表達深深的謝意，場面溫馨感人。活動結束後，副總統並致贈童書給蔡淳祐小弟弟，也藉此機會祝福蔡小弟弟與家人能展開新生活（如圖 5）。

伍、結語

我們能做的真的有限，唯圖盡力而已！救災期間同仁抱持的就只是一個「永不放棄任何拯救生命的機會」信念罷了，但，即便是盡了最大的努力、耗費再大的人力及資源，仍無法挽回那些災民心中失去親人永遠的傷痛，以及沒了家園的苦楚。未來，我們將兼負起在地軍民最友善、最貼心的健康顧問，提供您最優質的醫療服務，以不負民眾所期！



圖 5：副總統陳建仁先生出席「國軍災難醫療救援暨國醫志工服務成果發表會」，並致贈童書予臺南震災期間由國軍官兵救出的受困孩童蔡淳祐小弟弟。（圖片來源：軍聞社）

第九章 持續精進、提昇的高高屏地區 急性後期醫療照護團隊



飛躍四十
傳承與創新

護理部副護理長 黃惠君

本院於民國 103 年 2 月配合衛生福利部政策，獲選為高高屏急性後期醫療照護模式 (Post-acute Care, 簡稱 PAC) 主責醫院，優先試辦對象以急性腦血管疾病 (CVD) 為主，成立三病房為專屬的 PAC 病房，更提供專屬的復健教室及復健師。跨領域團隊共同照護的模式是目前醫療最需要的，本團隊照護模式經過了一年半的磨合，當中陸續出現病人收案、結案、上傳資料、轉入、轉出等種種混亂過程，以

及病人、家屬及醫護人員的抱怨。透過本院 TRM 活動，讓我們團隊人員共同省思找出問題點～發現醫療團隊人員對此 PAC 照護計畫仍不熟悉，各職類人員各自完成自己專業的部分，缺乏共同整合，其中少了最重要的溝通及領導的靈魂人物。

基此，我們透過做中學，試著了解、熟悉及使用 PAC，共同學習及運用 TRM 手法，包含領導、溝通、守望、相助等各種工具及技巧來達成團隊的



圖 1：高高屏地區急性後期醫療照護模式醫療團隊成員。



圖 2：腦中風後期照護病友座談會醫護同仁合影。

有效整合及提升醫療照護人員間有效溝通，於治療黃金期(6~12週)提供病人積極整合性照護。過程中，團隊人員每日晨間交班時的互相關懷，讓彼此的上班快樂指數有明顯上升，更成為無話不談的好朋友；也共同製作專屬病人的課程表、護理站的總表及團隊會議的討論，以作為有效的溝通管道；更整合了轉入、轉出、收案、期中、結案各部科 SOP，讓團隊運作更加順暢。落實共同評估、共同設定目標、共同溝通、共同決策來提供專屬「以病人為中心」的完整性醫療照護模式。

經過大家的努力，同仁也都有所成長與體悟，最大的成就莫過於建立團隊互助合作的文化、維持良好的團隊有效溝通，提升醫療團隊的作業品質，看到病人病況的進步及家屬的感謝函，讓我們深深感受到我們的付出有價值，希望持續推廣此照護計畫並落實轉銜

機制，才能真正提升急性後期醫療照護完整性，創造更具有安全、品質、團結、效能及人情味的醫療文化。

急性後期醫療照護模式 PAC 團隊的用心經營被看到了，我們配合醫院推動「運用 TRM 提升腦中風急性後期照護病人醫療照護完整性」，榮獲 104-105 年本院第三屆醫療團隊資源管理成果發表及海報發表競賽第一名，另也在長官的支持下，參選臺灣醫療品質協會 105 年會員大會暨學術研討會論文發表，並一舉榮獲評委口頭發表之殊榮，不僅個人獲益良多，也突顯醫院在醫療照護上的付出與努力。未來，我們將持續在醫療品質的提昇上，不斷創新與整合，以為民眾謀取最高的就醫品質，進而達成本院提供優質醫療服務，維護軍民健康之宗旨，邁向永受信賴的軍民健康守護者之願景。(如圖 3、4)



圖 3：成果發表宣導海報



圖 4：發表競賽第一名

第十章 醫療品質競賽優品獎－降低外科加護病房譫妄發生率



飛躍四十、傳承與創新

護理部外科加護病房護理師 廖紅玉

筆者所屬單位為外科加護病房，照顧病人多以外傷及因重大手術後需加護病房照護為主。而加護病房的病人，可能因生理、心理、環境及醫療措施等原因，使病人可能出現短時間注意障礙及認知功能混亂的譫妄情形，目前發生機轉仍是未知且有爭論的。當譫妄發生時，病人可能出現情緒激動、混亂及不合邏輯行為，這些都容易加重疾病嚴重度及出現合併症，造

成死亡率上升、延長住院天數，更是增加醫護人員工作量及醫療成本，故選此題目為改善目標。

單位團隊先藉由加護病房混亂評估表 (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit; CAM-ICU; 圖1) 收集單位譫妄發生率為 23.71%。分析譫妄因素，最後以「睡眠干擾」、「氣管內管留置」、「缺乏家屬陪伴」為最需要改善重點。以下為針對上述

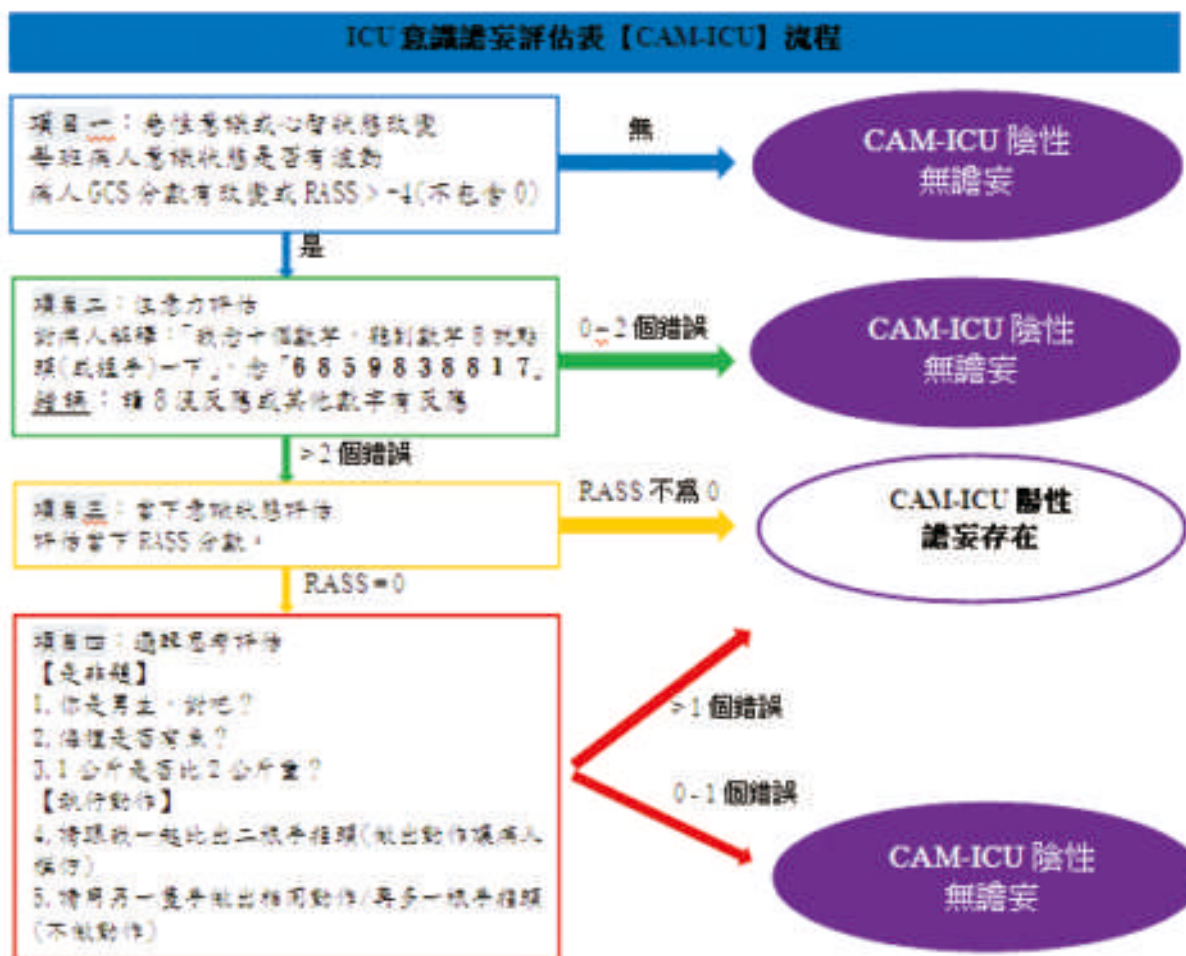


圖 1：CAM-ICU 評估流程圖

三項施行措施。

一、睡眠干擾方面：宣導及教育疼痛控制重要性，視病況盡量採集中護理照護、夜裡調整病室燈光，及降低音量的措施。

二、缺乏家屬陪伴方面：入加護病房時即提供衛教單張，衛教家屬可放置的陪伴物品，（圖 2）並鼓勵家屬會客時間探視。

三、氣管內管留置方面：制定鎮靜藥物停止及訓練脫離呼吸機流程圖，並藉由團隊共識會議，達成共同溝通頻道。（圖 3）

經由多項措施介入後及團隊共同合作，譫妄發生率從 23.71 % 下降至 13.24%，成效顯著。由統計分析後發現，加護病房的住院天數及呼吸器相關感染肺炎發生率均有明顯下降，這額外的附加效益，也令團隊精神為之一振，甚至參加國內醫品競賽活動都有優異表現（如圖 4、5），希望能藉此成果分享給大家，讓我們一起守護病人安全。



圖 2：陪伴物品



圖 3：鎮靜藥物停止及訓練脫離呼吸機流程圖



圖 4：優品獎獎杯



圖 5：優品獎獎狀



圖 6：外科加護病房同仁合影

第十一章 走過四十載 全新感受愛

護理部內科加護病房護理師 林俐伶

21 病房屬內科加護病房，設有床位 20 床，主要收療內科急重症疾病病人為主，諸如：急性呼吸衰竭、急性心臟疾病、急性腸胃道出血、急性腦中風及急性腎衰竭等；近五年平均佔床率 96.2%，平均住院天數為 6.8 天。目前醫療團隊成員編制有專責主治醫師 2 名，住院醫師 2 名，護理師 38 名，與呼吸治療師、營養師、感控師、復健師、社工師等共同提供照護，以因應病人的個別需求。本病房自成立以來，醫護人員皆秉持著「以病人為中心」的理念，戰戰兢兢地守護病人，期待自己像太陽一樣，散發出溫煦的陽光，給予溫柔呵護脆弱的生命，共同為生命而奮鬥。

內科加護病房採取的照護型態為

全責護理制，因此照護人員對於病人所有照護細節的步調雖然緊湊，但卻一點也馬虎不得，同仁也為此不斷努力自我充實以求更精進作為。這些年來，我們不斷地針對臨床照護進行品質改善的管理作為，從導尿管照護、呼吸器相關肺炎防治管理、重症儀器執行能力等等，不僅與時俱進地發展成更適合的照護流程，也讓成效更加輝煌亮眼，包括民國 100 年進行導尿管照護之品管圈推動，榮獲全院第二名，推行各相關介入措施迄今已有效降低導尿管相關感染；101 年考量管路維護之安全性，推動降低氣管內管滑脫之品管圈，獲得佳作；102 年在關愛生命、尊重病人自主的原則下推動重症安寧照護服務，並以此推動品管圈



圖 1：21 病房護理同仁合影



獲得佳作(如圖2),更代表本院參加全國醫療品質獎,評選過程備受肯定,同仁也因為參與此項服務計畫而對人生有另一番體悟,不僅瞭解生命自主之重要性,且更珍惜人與人之間人際關係的互動與關懷的過程。

另外,單位也因應不同的醫療任務,提出解決方案,例如:103年為提升運用團隊資源管理(Team Resource Management,TRM)參與院內提升病人安全-降低非計畫性管路自拔」競賽獲得第三名(如圖3);104~105年為加強緊急狀態應變能力,同仁提出「運用TRM推動加護病房停電緊急應變作為」,在同仁的腦力激盪下,激發出不同思維之因應措施,並榮獲全院第二名之殊榮(如圖4)。在知識傳遞方面,本單位強調「知行並進」,近年在教學領域上也有所突破,目前編制教學組定期安排專人進行教學報告,針對最新發表之醫學期刊、重症案例

討論以及重症儀器操作等,陳述目前最新之資訊及照護重點,使同仁增廣見聞,並檢核現行照護措施是否有不符時宜之處,予以建議及調整,藉以提供病人得到更具實證性的照護措施,提升照護品質。

加護病房不是生命的終點,卻是生命離死亡最近的處所。走過數十載的歲月,筆者深深感受到在單位裡,這些年改變的祇是一段過程,不變的是我們對病人的愛,因而將此文命名為「走過四十載,全新感受愛」。前述的成果,絕對不是數字上的名相而已,因為我們不斷以同理心,為病人著想而努力,使病人儘量減少因醫療過程所產生的不適感!有人說加護病房總是成為生命旅途的終點,其實不然,我認為加護病房應該是尊重生命、愛惜生命的起點,就讓我們一起重新思考生命意義的根源吧!



圖2:品管圈競賽佳作



圖3:病人安全競賽第三名



圖4:TRM緊急應變計畫第二名

第十二章 設施工程投資與更新

行政組工程室 涂菁芬

本院醫療大樓現有建物為 40 年老式鋼筋混凝土建築物，受限於舊有建築法規、結構設計及材料設備，偶有滲漏水、管線阻塞等建物老舊問題，在歷任院長領導下及軍醫局歷年工程補助款整修，得以維持良好運作，目前本院除醫療大樓外尚有軍陣醫療大樓、精神科大樓、民特大樓等，因此強化空間不足、改善動線不佳及更新設施為歷年來本院工程之改善目標，除加強落實軍陣醫學及醫療照護，完善本院特色與功能，亦需符合現代醫療設施標準與因應民眾日益提昇之醫療需求。近五年設施工程改善（如表一）現僅摘列近二年投資更新之醫療服務改善工程說明如后，未來，我們亦將依需求充實、更新醫療設備，以確維醫療服務品質。

表一：101~105 年設施工投資一覽表

101~105 年設施工投資一覽表								(單位：新台幣/萬元)
項次	年度	總金額	款源區分				工程案件數	
			國防預算	軍醫局補助款	本院醫療事業基金	政府補助款		
1	101	2582	0	2459	387	6	急診室整修等 4 案	
2	102	3723	0	3572	151	無	電化教室整修等 3 案	
3	103	3885	544	3230	111	無	官舍防漏工程等 5 案	
4	104	4652	1184	3063	405	無	耐震補強工程等 7 案	
5	105	5932	373	4948	611	無	空氣品質改善等 8 案	
合計		20,774	2,101	17,272	1,665	6	27 案	
備註		僅列計高雄市中正一路院區整修工程。						

壹、104 年度重大工程改善計畫計 7 案，總計新台幣 4,652 萬餘元：

一、醫療大樓結構耐震補強工程：近年地震頻繁，本院醫療大樓於民國 65 年竣工，因現行建物耐震標準已大大高於醫療大樓當初建造設計標準，因此於 100 年委託台灣建築師公會實施本棟耐震詳評後，建議本棟實施建物結構補強。補強範圍為醫療大樓一樓及二樓檢查室等 36 處施作區域，進行柱位補強作業，確保地震時建物、人員及機具設備安全。

二、化療調劑室及門診中心公廁整修工程：本院化療調劑室內部不符設置標準，且空間不足及欠缺空調排氣設備，有害醫療人員身體健康，重新規劃配置以符合人員作業安全之環境。



另門診中心公共廁所內部設施老舊，且欠缺無障礙設施，因就診病患以高齡年長者為多，為提供高齡不便者有善合宜之環境，改善內部動線及配置，以建構安全之環境。

三、緊急訓練及軍陣醫療教育中心

整修工程：醫療大樓三樓原洗腎室搬遷後，為提升本院緊急訓練、軍陣醫療教育環境及結合模擬教室與技能教室學習功能，重新規劃配置，以提升教學成效。



圖 1：對震補強整修前



圖 4：整修後



圖 2：整修後（制震壁安裝完成）



圖 5：教育中心整修前



圖 3：化療調劑室及門診中心公廁整修前



圖 6：整修後

四、體檢中心防漏整修工程：體檢中心屋頂逢雨季時滲水問題，影響下方體檢作業及醫療設備運轉避免設備損壞確保正常運作，並整修單身宿舍外機車停放處之雨遮，以利同仁停放及使用。

五、伙房及屋頂防漏整修工程：將現有伙房重新整建場地，以利後續辦理場地委外廠商進駐，提供院內病患伙食。並搬遷營養師辦公室至環保大樓空置空間，以利人員作業安全使用；

另美容醫學中心及羽球場等建物屋頂老舊易滲水，予以一併整修，以維護室內設施設備之使用正常。

六、護理部及企管室整修工程：軍陣醫療大樓於102年啟用後，原醫療大樓內部空間調整整合，為求後續整體空間運用，將二樓舊有空置空間規劃整修為護理部及企管室辦公室，藉由醫療辦公室區域的整合，有效改善人員醫療作業之服務動線，以提升醫院服務水準。



圖 7：體檢中心防漏工程整修前



圖 10：整修後



圖 8：整修後



圖 11：護理部辦公室整修前



圖 9：伙房屋頂防漏工程整修前



圖 12：整修後



七、門診檢驗室等雜項整修工程：
依 102 年醫院評鑑委員建議考量門診檢驗室內人體工學便利性、急救流暢性及方便性等，將櫃檯前推增加內部空間，以利儀器設備設置及人員操作，另配合急診室設置保護室及逃生動線改善整修，有效改善人員醫療作業之服務動線，以提升醫院服務水準。

貳、105 年重大工程改善計畫計 8 案，總計新台幣 5,932 萬餘元：

一、空氣品質整修改善工程：



圖 13：門診檢驗室整修前



圖 14：整修後

醫療大樓門診候診區因二氧化碳、一氧化碳等相關空氣因子指標不符室內空氣品質標準，本院將採空調設備引流室外新鮮空氣之方法，可排出室內廢氣物有效改善室內空氣品質，以符環保法規標準。

二、軍陣醫療大樓電腦斷層室整修工程：軍陣醫療大樓胃鏡室、支氣管鏡室及肺功能室等作業區域，重新規劃並將原有空置之登記櫃檯設置為電腦斷層室，改善人員醫療作業之服務動線及感控動線，以提升醫院服務水準。



圖 15：空氣品質改善工程整修前



圖 16：整修後

三、軍士官餐廳整修工程：將舊有閒置中餐廳整修為員工餐廳，並配合後續廚具購置，以提供院內軍士官同仁用餐環境，整修後將呈現燈光明亮及舒適乾淨之用餐環境。

四、美容醫學中心整修工程：（已於106年2月18日完工啟用）為提升美容中心就醫隱私環境及醫療品質，將舊有海將軍西餐廳之閒置建物規劃為美容醫學中心，並配合設置高壓氧治療艙與開刀房等設施，以提升醫院服務水準及病患就醫隱私。

五、門診及語言治療室整修工程

（已於106年2月15日開工）：為改善門診空間不足及語言治療室空間不符設置標準，將二樓舊有空置空間規劃整修為門診診間、語言治療室、生理回饋室、癌篩小組及藥劑科辦公室等內部空間調整整合，有效改善人員醫療作業之服務動線，以提升醫院服務水準。

六、體適能訓練中心整修工程：原健身房位於醫療大樓地下室，因原空間屬密閉空間，且空調系統無對外換氣設計，因此內部潮濕且影響空氣品質及健身器材之維護與保養，故於



圖 17：電腦斷層室整修前



圖 19：餐廳整修前



圖 18：整修後

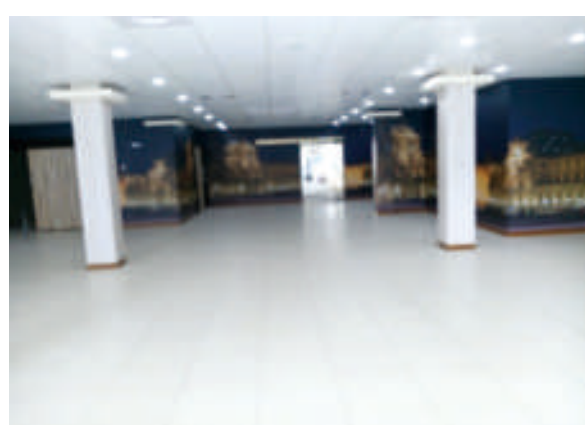


圖 20：整修後



圖 21：體適能訓練中心整修前

軍陣醫療大樓 5 樓陽光室規劃為體適能訓練中心，以提供員工健康促進及運動的場所。

七、復健科及住院服務中心整修工程（已於 106 年 1 月 24 日開工）：為改善復健科內部治療區域擁擠及整併企劃室搬遷後空置空間，擴展內部治療空間，以符設置標準及照護病患；另醫療大樓一樓原有護理部辦公室空置空間，規劃為住院服務中心，以利



圖 22：整修後

病患使用及提升作業順暢性及醫院服務水準。

八、民特大樓三樓病房整修工程（已於 106 年 2 月 2 日開工）：為改善民特大樓三樓病房空間設置標準，將原有單人病房重新規劃為 3 人病房、護理站、陽光室及討論室等設施，以強化醫護人力資源利用及改善舊有設施環境。



第十三章 細數歷年醫療品質獲獎成果

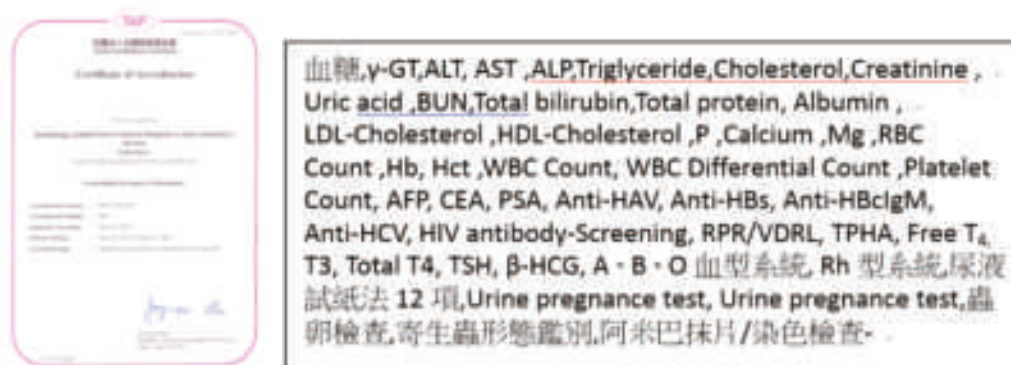
醫療部 謝文鵬

品質管理長久以來都是醫界最重要的課題，也是醫療業競爭的籌碼之一；另品質如何推動、測量與改進，更是探討研究的重點；財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會致力推動的台灣醫療品質指標計畫 (TCPI) 即是其中之一。本院參與此計畫之推動，期能和醫界共同分享及交換心得，尤自民國 88 年參加醫策會推動醫療品質指標照護計畫以來，藉由指標數值收整來監測、評估醫療照護品質，提供系統

性的分析來瞭解病人照護產生問題之原因，引導品質改善活動的方向，藉由教育訓練，深耕品質理念，並協助指標監控及管理，讓醫療服務轉化為有形、可測量的數據，且透過分析、檢討、改善及創新，進而推展品管圈、病人安全、TRM 及各項提昇醫療品質的活動，以改善醫院醫療及院區環境品質，相信唯有持續不斷努力精進之循環，才能創造高服務品質之醫療照護。本院相關品質活動的獲獎項目如下：



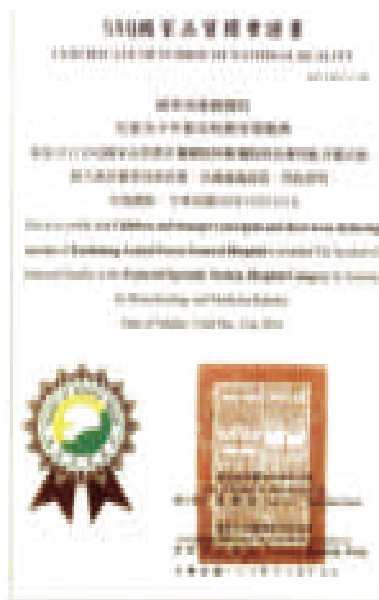
95、96 及 98 年精神科 ~ 精神障礙者庇佑農場獲得國家品質標章認證。



101.05 月參加台灣認證基金會 (TAF) ISO15189 實驗室認證計 48 項通過。



102.06 月第五屆政府服務品質獎獎座(全院 4 項創意加值方案中精神科佔兩項之分級分類管理病房及折翼的羽蝶再飛翔)。



103.12.31 本院精神科(兒童及少年緊急短期安置服務) 得到國家品質標章證書。



飛躍四十、傳承與創新



103 年(反轉毒害健康心生活) 創意微電腦徵選比賽 榮獲社會組第三名。



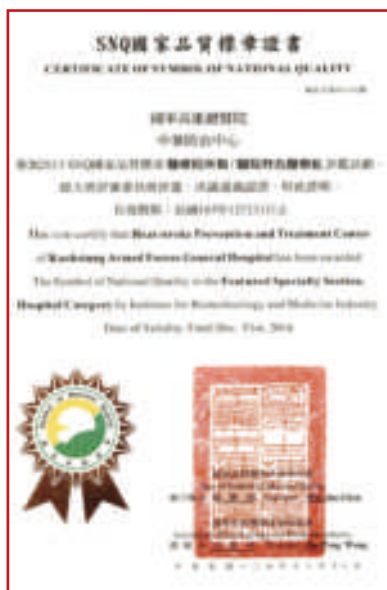
103 年(反轉毒害健康心生活) 創意微電腦徵選比賽 榮獲社會組第三名。



103 年度藥癮戒治暨替代治療執行機構輔導訪查獲第二名。

另為降低癌症死亡率，於 99 年推動「第二期國家癌症防治計畫-癌症篩檢(99-102 年)」，以擴大提供癌症篩檢服務為主要策略。103 年起，計畫邁入第三期，焦點從過去的治療、早期發現，向上力溯至源頭之預防。三大新興重點包括：1. 防治新興致癌因子—肥胖、飲食與運動不足，強化致胖環境監測與改善、推行「現代國民

營養計畫」，並達成規律運動人口倍增。2. 持續推廣具預防效果之癌症篩檢，尤其是口腔癌與大腸癌，找出癌前病變加以根除，阻斷癌症發生。3. 推出「癌友導航計畫」，不錯失任何一位可治療之癌症病人，使早期病人得以治癒，對晚期病人則提供安寧療護，減少病友迷航。



104.12.18 參加中暑防治中心
榮獲 SNQ 國家品質標章



SNQ 成癮戒治暨替代治療國家
品質標章



104.11.21 榮獲健康促進
醫院創意計畫 戒菸推
廣類優等獎。



104 年度藥癮戒治暨替代治療執行機構輔導訪查獲得特優。



醫品圈活動成果發表暨競賽執行計畫：為鼓勵本院全體員工能透過團隊力量主動積極的發掘問題，並擬定解決方案，以改善工作環境，並增進本院同仁運用品管手法的能力，同時凝

聚員工共識，提高品質改善的意念，達到不斷改善並進而提昇本院行政效率及醫療服務品質。

相關品管圈活動獲獎項目如下：



104 年區域醫院推動癌症篩檢並榮獲第二組第一名。



99.12.26 榮獲第十一屆醫療品質銅獎守護圈（降低病患透析過程再穿刺率）

醫療團隊資源管理 (TRM) 成果發表暨競賽執行計畫：醫療照護過程本需源自醫療團隊合作完成，醫療團隊資源管理 (TRM) 係以「領導」、「溝通」、「守望」、「相助」四大主軸之各種工具與技巧，期各單位能運用醫療案例進行實際分析與檢討，並搭配情境、影片欣賞、討論等方式，導入臨床運用。本院規劃逐步推動 TRM，自 101 年培訓本院種子教官 28 名，另自 100 年至 101 年計有 20 名接受醫策會辦理 TRM 團隊實踐營、醫療團隊師資營等訓練課程；101~102 年各職類推動 28 組 365 人參與 TRM 活動，建立 75 項創新項目；103 年推動 22 組 392 人參與，建立 47 項創新項目，其中洗腎室及病理部推動「運用 TRM 改善洗腎室檢驗檢體錯誤率」除獲本院成果發表及海報發表第一名外，更獲得 2015 年第七屆亞太醫學檢驗科學國際研討會優秀論文獎。

本院 TRM 文化已日趨成熟，104~105 年並以近年醫療品質、病人安全事件改善實例及評鑑重點項目如：

新增關懷同仁的精神為 TRM 活動主題，期能降低醫療風險，有效達成團隊任務，進而創造更具有安全、品質、團結、效能的醫療文化，共有 19 單位 305 人參與，建立 23 項創新項目，其中「運用 TRM 提升 PAC 病人醫療照護完整性」並榮獲 104 年台灣醫療品質學會學術研討會優秀論文口頭發表獎。以下是本院對外參賽獲得的獎項：



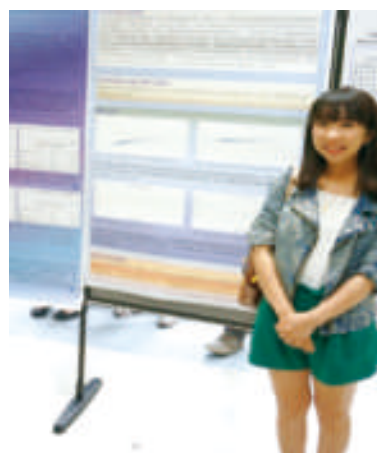
102.12.20 運用團隊資源管理改善檢驗檢體運送作業榮獲人因特別獎。



102.12.20 運用團隊資源管理改善檢驗檢體運送作業榮獲潛力獎。



運用 TRM 等品管手法持續推展品質改善作業，有效減少醫療照護相關感染於 102 年 11 月 29 日參與高屏區醫療院所品管圈競賽榮獲優勝。



血液透析中心與檢驗科常發生血液透析前、後生化檢體混淆之異常事件，造成病人安全事件。初步異常事件原因分析為人為作業模式及人員溝通問題，於是血液透析中心與檢驗科共同組隊，尋討問題點，並利用團隊資源管理 (TRM) 提升醫護溝通之有效性。



榮獲 105 年會員大會暨學術研討會論文徵稿比賽獎狀。



105.10.17 根本原因分析案例徵求活動錄取 2 篇優秀案例作品。

自 102 年起，衛生福利部疾病管制署委託進行「抗生素管理計畫」，藉由成立『抗生素管理計畫專案管理中心』及『抗生素管理計畫示範中心』，建置國內抗生素管理制度，包含策略訂定、本土化指標之量測，鼓勵醫院主動參與，透過稽核及追蹤輔導，促進醫院落實抗生素管理，以改善病人安全的態度來面對國內抗生素抗藥性的議題，並藉由教育、獎勵、成果發表等方式，進一步推廣抗生素管理之作為，以提升醫療照護人員對抗生素管理認知與落實，進而改善病人醫療

品質與病人安全。本院參與抗生素管理計畫獲得認證獎牌。

104-105 年侵入性醫療處置照護品質提升計畫參與醫院獎補助案，其目的在提升醫療照護人員對組合式照護措施認知與落實，以達有效降低侵入性醫療處置相關血流感染發生情形，進而提升病人安全與醫療照護品質、及減少醫療費用支出的目標。本院參與侵入性醫療處置照護品質提升計畫並獲得實務作業醫院及工具改善佳作醫院，獎項如下：



102 年中心導管照護品質提升計畫之推展於 102 年 12 月 17 日獲衛福部頒發「特色傑出獎」。



飛躍四十
傳承與創新



102 年中心導管照護品質提升計畫之推展於 102 年 12 月 17 日獲衛福部頒發「特色傑出獎」。



103 年中心導管照護品質提升計畫之推展於 103 年 12 月 16 日獲衛福部頒發感謝狀。



104 年侵入性醫療處置照護品質提升計畫之推展於高屏區品管圈競賽中獲頒「佳作」。



105.12.14 榮獲侵入性醫療處置照護品質提升計畫學術壁報類佳作。



105.12.14 榮獲侵入性醫療處置照護品質提升計畫學術壁報類佳作。



飛躍四十
— 傳承與創新 —





飛躍四十
— 傳承與創新

第柒篇 在醫院的日子

第一章 陸軍第八〇二總醫院人事服務的扛霸子 前行政組陳永祥士官長



圖 1：陳永祥老先生高齡 85 歲，身體硬朗，個性樂觀。

受訪者：前行政組士官長陳永祥陳先生

採訪地點：高雄市大寮區陳先生自宅

採訪者 / 資料整理：企管室醫行官顧家榮、雇員楊武發

採訪時間：中華民國 106 年 1 月 10 日上午 0900 時

陳永祥老先生，今年高齡 85 歲；他是民國 53 年 11 月 1 日調任本院行政組士官長，並於 78 年 11 月 1 日由行政組士官長一職退伍，期間 25 年均任職於本院，未再調任他職。

專訪當天我們早上 9 點到達，陳伯伯已親自在家門口迎接，很有朝氣地向我們打招呼，除了膝蓋退化，稍有行動不良，需要拄著拐杖行動之外，身體看起來還是很健康，生活起居也都能自理，每天還會固定在社區裡健走、運動，在訪問開始之前，還很開心地要高歌一曲，顯見陳伯伯仍是充滿著活力！

一、當初是什麼原因讓您選擇當一名職業軍人？

答：國民政府剛從大陸撤退來臺不久，民國 39 年 5 月間隨親戚抵臺，棲身於基隆市和平島的一處小茅屋，當時還有很多同鄉的人也跟我們一起來臺灣，那時大家身上都沒什麼錢，所以就有很多年輕小夥子去了大陳島當兵，我也跟著同鄉的朋友一起去參加支援軍，因而加入國軍的行列。44 年 2 月 8 日一江山仍在苦戰後淪陷，720 位官兵陣亡。同年 2 月 17 日大陳島（包含附屬離島：竹嶼、漁山、坡山、南麂等）部隊先後撤退來台，但大陳島最後一切任務由蔣經國主任全權處理。另外，浙江南方之南麂島於同年 3 月底，亦由大陳防衛司令官趙霞中將帶領

國軍第 17 師 49 團及反共救國軍突三大隊回臺。

二、請問您是何時調到陸軍 802 總醫院（國軍高雄總醫院前身）？

答：44 年 2 月 17 日國軍從大陳島撤回臺灣，我們到了基隆之後就坐火車南下到嘉義的水上國小，在嘉義待了 4 個月又調去澎湖，不到 2 個月便移防到馬祖南竿，大約 45 年年底時調到東引，46 年 6 月又調到澎湖池東國小，47 年 7 月底金門砲戰前夕，反共救國軍司令部及附屬部隊奉令由西嶼鄉移防至望安鄉各島嶼守防。在望安鄉的那段時間曾借住鄉裡的警察局，直到 49 年 2 月 2 日和太太訂婚、同年 6 月 18 日結婚，但婚後僅 4 個月又調回東引，隔年 2 月生病時在東引醫院住了一個月，後來又轉院回臺灣，到基隆醫院



住了一個月，出院後便到陸軍總部的副官處任職，後來有機會可以調整到離家較近的單位，所以選擇了陸軍第 802 總醫院，那時候是士官長，從 53 年 11 月 1 日調職到醫院後就一直待到 78 年 11 月 1 日退伍，整整 25 年的時間都是在醫院服務。

三、請問您在醫院期間是負責哪些業務？

答：我初到醫院是分配在人事組，當時丁堅還是我的第一任行政組組長，我則管理全院士官兵人事的相關業務，負責休假管理、眷補申請、外島輪調等事宜，後來到了民國 74 年的時候，因為組織架構調整，人事組及行政組合併為行政組，自此就一直在行政組服務，直到退伍都是負責士官兵人事的業務，之後又因為人員的調動，於 69 年 3 月 19 日開始接行政組經費管理的相關業務。

四、在醫院期間，何事令您感到最引以為自豪？

答：記得在民國 67 年的時候，我接到一項艱鉅的任務，要在 1 個月內完成全院 500 多本軍人補給證，那真的不是一般簡單的任務，它不像是現在的軍人身分證，而是更複雜，除了有身分證的部份，後半部還要再加上 3 年（36 個月份）的餉條，因為在當時發薪餉的方式是透過每個月的餉條去兌換，一個月撕下一張，所以內容絕對不能有誤；依稀記得，當年

還是有遺失補給證要被關禁閉處分的年代，顯見這證件的重要性；由於非我原先業管工作，但當時接到這個任務之後，每天都埋首在補給證的相片蒐集、資料核對與製作，尤其當時作業不像現在還有電腦可以由當事人繕打輸入建檔後，再傳給承辦人複製、貼上這等簡單的作業，而是每筆資料都必須親自核對無誤後，再手寫抄錄登載，尤其全部作業資料誤差不得超過 3%，最後終於如期地完成。還記得，陸軍總部南部地區作業檢討會上，由於補給證資料內容連一個錯誤都沒有，還被當時高雄留守業務處的副處長葉上校當著南部地區 42 個單位承辦人的面前嘉勉，我覺得我完成了一件非常不簡單的任務，尤其副處長還振振有詞檢討諸多人數不及百人的單位，遠不及 802 醫院 500 多人來得多，資料還錯誤百出，之後還因此拿到 500 元的獎金（已超過當時 1 個月將近 400 元的薪資了）。

五、請問當時醫院有無協助部隊的戰演訓任務或是支援民間的救災行動？

答：如果是像現今這種派員去支援三軍聯合實彈射擊，或部隊操演任務的醫療支援，我印象中好像沒有，但我們有長期、固定派人到金門、馬祖、澎湖、東沙群島及台東綠島等外島單位醫療支援（類似現在的外離島輪調模式），而我

們在醫院還是有要求體能測驗，項目包含有 5000 公尺跑步，除了測驗之外，還有夜間訓練教育，晚上從醫院行軍幾個小時到獅甲國中再折返回醫院，一路上著輕武裝，每次都是很紮實的訓練。

六、搬遷中正一路院區過程中，周遭環境、道路等概況為何？

答：在民國 66 年 3 月 21 日完成了醫院搬遷至中正一路的任務。當時這裡原本是陸軍輕航空機場用地，搬遷後，除了隔壁的中正高中還在大興土木之外，周遭也都還是一片荒蕪，道路也還是黃泥土路，每逢大雨便到處泥濘。由於當時在搬遷前醫療作業是分隔兩地，所幸在遷移到中正一路院區後，這種行政、醫療兩地跑的窘境已不復見，取而代之的是絡繹不絕的看診人潮，尤其本院在當時可是南部地區醫療設備最先進、最齊全的醫療院所呢！

七、軍旅生涯中最難忘的一件事？

答：記得民國 66 年 7 月 25 日的賽洛瑪颱風侵襲，造成南部地區數十

年來最重大的災害，更導致許多人員傷亡、失蹤，但因本院甫完成醫療大樓新建及搬遷，幸無災情產生，但周遭的地區已汪洋一片，尤其無數的木造房屋屋頂被颱風吹走，衣服、傢俱整日浸泡在滂沱大雨之中，真可謂寢食難安啊！風災過後，除了清理破損的家園以外，醫院也幫忙協助處理風災中受傷的官兵及工、勞保民眾，而上班的同仁則需涉足水深及膝的道路往返住家及醫院。若在更早以前六合路時期的木造房舍，其造成的災害恐怕不僅於此。

陳伯伯在專訪過程中非常地健談，我們一路聊到近中午用餐時間才結束，侃侃而談地跟我們分享許多在醫院的時光，經歷過六合路搬遷、薪水從 400 元增加到 1000 元、組織調整等過程，閱歷豐富，退伍迄今已逾 25 年了，透過這次的專訪，讓我們後輩了解到這一段時間的發展，將醫院的歷史一一記錄下來。



圖 2：102.06.08 陳老伯伯（右 1）與家人的墾丁之旅。

第二章 見證八〇二成長－從少女到阿嬤的黃邦琳大姐



飛躍四十
傳承與創新

手術室副護理長 韓婉榮

今天帶著主任負予重任有點壓力又帶點緊張的心，進到供應中心，準備專訪屆退資深護佐員黃邦琳大姐，隨著大姐笑咪咪地帶我坐著，泡著咖啡、拿著點心招呼我吃，讓我輕鬆地進行訪談，我看著眼前的大姐，不是星光熠熠的長官、沒有資深老大姐的傲氣，相反的，今年65歲笑聲爽朗邦琳姐，雖然只是國軍高雄總醫院內一位平凡的基層員工，卻是最令我敬佩的大姐姐：在國高總這個大家庭默默奉獻自己的大半輩子，無怨無尤。

我邊喝著咖啡吃著點心，邊聽著邦琳姐娓娓地道來~~~

出生於民國40年的我，生長在一個純樸的眷村家庭，家裡有5個兄弟姊妹，當初為什麼會踏入護理這個行業其實我自己也不是很清楚，當軍人的父親薪水不多又要養我們5個孩子是很辛苦的，所以就常想著該如何能幫忙父母分擔家計。

就在這麼一個因緣際會下，踏入了醫療這條不悔路~~~

18歲時看到報紙上刊登軍醫署有舉辦「護理佐理員訓練班」，就像現在的護理人員訓練班一樣，於是我抱著試試的心態報名參加訓練，結訓後於58年9月被分配到當時位在六合路的「陸軍802醫院」開刀房工作，你知道嗎，我還深深地記得那時剛領到第一份薪水袋時，打開一看，是390

元呢！

醫病、醫護間的和諧氣氛，堅定了踏入醫療的心~~~

當時的醫院只是一棟只有一層樓的平房，如軍營般的建築及管理方式，除了休假，平時下了班是住在宿舍，不能每天回家，工作環境比較刻苦，但手術量還不少而且我覺得醫師的醫術也很好，那時很少聽說有什麼醫療糾紛，醫病關係很和諧，不曾有什麼抬棺抗議、動不動就告醫師的事情發生，病人對於醫護人員大都是抱著感謝、感恩的心；同事之間的相處有著比家人還親密的革命情感，彼此相互幫忙、相互扶持，不會計較誰多做了或誰少做了，勤務員們也都會按時間主動的把開刀房的裝備儀器擦拭得一塵不染，我們是真的把醫院當做是自己的家一樣對待。

見證醫院由平房到高樓林立的興盛與蓬勃~~~

66年3月，隨著醫院搬到這兒，由原來只有一層樓的平房變成了地上5層地下一層的新院區，不過當時週遭的環境很空曠不像現在如此地繁榮，醫療人員素質與工作環境都變得更好，想當然爾，外科手術科別愈多，開刀房的工作也就更忙碌了，但你知道嗎，當時在手術室工作的我們，除了按照排程上刀之外還要做手工喔！像是開

刀時用的「手套」需裹粉消毒、縫製剝離組織用的小紗球我們叫它「花生米」、褶疝氣手術用的「紗條」…等等，都是我們的傑作，就連鋪在病人身上的包布洗好後送回來，也是我們自己摺好打包送消毒，大家分工合作各司其職。值班是24小時待命，有緊急手術必須隨時到開刀房準備，所以值班時都住在醫院五樓的宿舍；我還記得搬來沒幾個月就遇到像賽洛瑪這樣如此風力強大的颱風，同仁無法到醫院上班，前一天值班的同仁主動留在醫院支援，沒有人去計較超時工作的問題，同仁間會互相體諒幫忙，沒有任何的怨言，只想著如何把醫療工作做好、做完善。

證照影響力漸增 學歷與證書成了執業門檻 但這個大家庭並沒有因此埋沒我的能力~~~

後來隨著時代的變遷，雖有一身手術護理的經驗，但缺乏正式的護理證書，因此於85年請調至供應中心服務，感謝各位長官的成全，讓我能在這個大家庭繼續為醫療這條不悔路貢獻一己之力，不知不覺間，一轉眼我已服務這麼多年甚至要退休了。

一路走來，感謝的對象很多，其中最重要莫過於啟蒙我護理生涯的第一位護理長~王珉珉護理長，以及曾一起在開刀房打拚的現任院長~呂慶祥少將

職業生涯中特別難忘的人是當年任職於開刀房時，啟蒙我護理生涯的第一位護理長王珉珉護理長，她真的是位有擔當有魄力的護理長，我永

遠記得護理長總是對我們說：「你們只要安心的把開刀房裡面的事做好，外面的仗我來打，我來負責！」，讓大家都安心上刀、安心工作，努力地做好自己份內的事，不用去擔心與煩惱外面的支支節節。然而，現在最想感謝的人就是呂院長，他雖然公事繁忙，對於我這個只是醫院小螺絲釘的屈退基層員工還能給予關心真的很難得，讓我真的是抱著感謝及不捨的心離開這個生活大半輩子的大家庭

期許大家珍惜現在，以醫院為榮，持續在醫療這條不悔路上前進~~~

聽著邦琳姐敘述從18歲少女即進入國軍高雄總醫院這個大家庭，一轉眼已過了近50年，這期間看著醫院從只有一層樓到現在的七層樓，從一棟到五棟，甚至軍陣醫療大樓頂樓設置有直昇機停機坪以提供離島、偏遠地區軍民的緊急救護，笑聲爽朗依舊的她，說著「醫院不斷的在進步中，並且提供了病人更優質更安全的就醫環境，我們更應珍惜現在、以身為醫院的一份子為榮」，是她最後的叮嚀與期許。



圖 1：開心工作的邦琳姐



圖 2：王珉珉護理長與邦琳姐



圖 3：參加醫院的健康促進活動 - 瑜珈



圖 4：看我的國標舞跳的不錯吧！



圖 5：像家人一樣的同事

第三章 見證八〇二成長－從不相信到相信

前病理部技術長 林素瑄

從小在家人影響之下，一直都嚮往著軍事化管理的環境，於是畢業之後到 802 應徵「醫檢師」一職。猶記得民國 80 年代的高雄總醫院給我的第一印象是：我從大門一路走到病理部門口，所經之處皆讓我驚訝與困惑，刺鼻的福馬林味道瀰漫在空氣中，卻不見醫護人員穿戴口罩、手套；檢體傳送人員忙進忙出，看得出他很勤勞，但卻不見感控路徑的管理；而檢驗技術工作，則是由穿著軍服的工作人員執行，無視於服裝的穿著規定。這種景象，不禁讓我在病理部會議室門口遲疑了一下，我猶豫著「是否仍要進去應考？」心裡納悶著：「我不知道能不能在這裡做下去。」因為，這與我的認知、理念相距甚遠，但最後決定放手一試，這當然也要感謝李台民主任的肯定，並給予我這個一探究竟、試圖改變的機會，開啟了我在病理部十數年的工作歲月。

充滿自信與期待的心情～～

本院醫事檢驗的作業，過去一直都是以醫療照護、服務為主，如常規一般檢驗、抽血作業等；但由於配合醫院政策推展的需要，及各科室業務相互支援與資訊交流，讓我們深深體會到：若要永續經營發展，除了必須具備優勢的競爭力之外，人員素質及品質也要持續提升，始能相輔相成，相得益彰。

因此，有了李台民主任提倡實驗室品質提升，及吳大偉主任研擬人才培育的計畫等作為，以做為品質再提升之基礎、起始點；然而，並不是每個人對於作業環境的要求都有相同的接受度，所以在執行過程中，就遇到不少阻礙（如少部份人員的不配合、經費來源不足的壓力等），讓我們在推動計畫之初，即須先克服這重重挑戰；當然也感謝諸多長官的支持，讓我們得以逐一解決當前面臨的困難，如每項試劑耗材成本的管控，這在當時經費來源不足的狀況下就愈顯重要，因此我們設計出在每項試劑耗材檢驗項目的實驗步驟中，介入相對應的管理措施，讓本實驗室順利通過疾管署及醫策會的認證，並在相關學會舉辦的各項教學、研究與創新的競賽中，獲得良好的成績。

而在品質提升的過程中，最讓我難忘的一件事是～參加醫學實驗室的國際認證評鑑；為符合臨床需求，達到國際檢驗水準，確保檢驗品質，讓病人安全更有保障，因此亟需申請認證。由於醫學實驗室的服務內容相當廣泛，包括檢驗單的申請、病人的準備與識別、檢體的收集、運送、儲存、處理與檢驗，以及後續結果的確認、解釋與核發報告等，項目繁多，卻仍得全數完整呈現，缺一不可。為了讓不同的醫檢師均能以相同的步驟執行



檢驗，建立實驗室標準化的作業流程（說、寫、做一致）及有效的品質管理系統建置，已是當下最重要的事。但當時醫院對於「是否要參加認證評鑑」這件事，仍存在著遲疑、觀望的態度，因為國軍同儕單位也都沒有參加過，於是遲遲沒有著手進行；直到民國 96 年，現任呂慶祥院長時任醫療部主任時，積極與我們討論目前病理室的工作障礙與最想進行、亟需推展的研究和計畫，也使得實驗室國際認證這件事重啟後續的作為及轉變了。

這讓我想到了湖木教會 JOEL OSTEEEN 牧師曾說過：「如果你保持信心堅定不移，等著你的就是獎賞。」

相信的時刻～～

有了醫療部主任的這番話，於是我立即飛奔到醫療部去，報告主任當時實驗室無法執行國際認證的問題與困難點，而主任也二話不說，即刻電話召集相關部科主管到醫療部開會討論，並在三天內將所需的配備準備齊全，當然過程中也面臨過許多困難，但也都一一克服、解決了，比如對認證條文解讀不熟悉，我們立即建立四階文件系統；乃至於赴院外實驗室觀摩、標竿學習等過程之波折，但後來都在錢尚道主任的支持與指導下，逐一建立起品質技術系統管理的完整作業文件，並著手進行人員教育訓練，且在沒有支用院外指導費的情況下，我們也很快地通過了醫學實驗室 ISO15189 的認證。這是真的，我們真的做到了！

人員的教育訓練以及人才培育是本科近年來執行的重點，透過這幾次

的學習，讓各醫療相關部科有更多團隊合作訓練、分工負責的機會，不論是品管作業的改善、捐輸血作業流程的精進、檢體傳送路徑的改善，或是運用實證醫學於微生物培養技術等，都有大大地提升與改變，乃至於參加院外競賽活動亦常屢獲殊榮，由此可見，在品質、研究、創新及院外競賽的成果上，我們都是有明顯的成長與進步。

個人雖然因為生涯規畫於 105 年底離職，但仍時常憶起那段與同仁一起努力打拼的日子……；俗話說：「天下無不散的筵席。」我相信，離開不應是感傷的，更多的是力量的擴張！期待後期的學弟妹們在現有的基礎上精益求精，將務實的方法落實於病人的醫療照護實務中，並持續改善各項作業流程，以提供醫護團隊及病人更好、更優質的服務，進而達到卓越的醫療服務品質與教學研究的成果，促進民眾健康，造就醫病雙贏的局面。



院內品管圈競賽情形



第柒篇 在醫院的日子



飛躍四十
— 傳承與創新

第捌篇 未來展望與 努力方向

第一章 中、長程目標說明

醫療部醫行官 蔡洋廉

壹、前言

本院為區域教學醫院，提升醫療品質及病人安全為本院首重之務，各年度均推派有醫療特色之臨床部科參與SNQ國家品質標章認證，亦屢獲佳績，使本院之醫療形象得以在當地獲得相當的肯定，歷年獲獎記錄如附表一。

貳、中程目標

一、強化急重症創傷醫療能量：

本院致力於逐年增加急診專科醫師人力，以符合重度級急救責任醫院評定標準，本院目前已逐步爭取預算設立複合式手術室（如圖1），結合血管攝影、高階3D斷層掃描、內視鏡等檢查，並有手術台功能，可處置腦中風、動脈瘤、腦瘤、頸動脈支架、脊椎骨釘植入診斷與治療、主動脈瘤支架、周邊血管汽球擴張術、鼻腔顱底內視鏡手術、大量鼻喉出血、外傷性大血管損傷或肝脾內臟撕裂傷大出血

等，期能提供南部地區軍民同胞更前衛之醫療服務。

** 急重症救治案例介紹 **

擁有中國川劇變臉技藝的上兵戴偉哲，於民國104年12月罹患登革熱重症，到本院就診時，病程進展速度驚人，併發多重器官衰竭、膿胸及敗血症等，本院隨即展開「搶救偉哲大兵」大作戰，醫療團隊及葉克膜小組全力搶救，每日召集多專科團隊整合會議，並分別由外科團隊施以葉克膜治療與胸腔鏡擴創術，而內科團隊則輔以治療細菌感染、多重器官衰竭與



圖1：為符合重度級急救責任醫院評定標準，本院目前正著手規劃設立混成手術室。

表一：歷年獲獎紀錄

年度	類/組別	項目主題
102年	醫療院所類/醫院特色醫療組	兒童及少年緊急短期安置服務
103年	醫療院所類/醫院特色醫療組	分級分類管理病房
	護理照護服務類/護理特色專科組	護理資訊 Easy GO-共創病人安全
104年	醫療院所類/醫院特色醫療組	成癮戒治暨替代治療中心
	醫療院所類/醫院特色醫療組	中暑防治中心
105年	醫療院所類/醫院特色醫療組	分秒必爭 心心相惜



圖 2：為感謝醫護同仁，戴偉哲父子倆致贈公仔及鮮花表達謝意，並與同仁合影。

營養補給等照護，並順利於 105 年 4 月康復出院。（如圖 2）

二、建立南部地區癌症治療重鎮：

- (一) 鑒於本院為南部地區最主要的軍醫院，為提供軍民同胞更全面的醫療照護，於 102 年籌劃，歷經 3 年的努力，順利於 105 年興建放射腫瘤治療中心，並於 106 年 2 月 18 日正式啟用，為本院的醫療服務廣度再一次的走上另一新里程碑。
- (二) 後續將進一步完成癌症診療品質認證，成立癌症中心，將癌症篩檢、癌症診療、癌症登記及癌症治療四大區塊完成完整之結合。

三、持續建立多元特色醫療：

- (一) 本院美容醫學中心亦於 106 年 2 月 18 日落成啟用，設置最新型之單人高壓氧艙，針對慢性病及其延伸慢性困難傷口處理，將可提供更全面之治療。
- (二) 本院設置「中暑防治中心」，醫療團隊 93 年至 105 年成功救治重

症昏迷中暑案例計 63 例 (90 年迄今無中暑死亡案例)，可提供南部官兵全面之熱傷害照護。

參、長程目標

一、提供優質的全人醫療服務：

以「病人為中心的醫療照顧」是以「醫師為中心的醫療照顧」的昇華；醫師發揮人文素養，以愛心顧及病人的立場，幫助病人解決心身健康的問題，因此，「全人醫療服務」所秉持的是「全人」、「細緻」及「公平」的原則，期望對病人的照顧達到深度及廣度兼顧的境界，本院將持續秉持著全人醫療服務之理念照顧每位病人，另健保署高高屏分局更曾以本院作為標竿學習醫院，於 101 年 6 月 7 日及 105 年 8 月 4 日至本院辦理住院全人整合照護計畫經驗分享會議。（如圖 3）

二、培養術德兼備的專業團隊：

本院為區域型教學醫院（如圖 4），於 105 年教學醫院評鑑通過後，醫事

職類已可受訓 11 職類，加上通過短期實習醫學生認定，可提供各大醫學院之短期實習醫學生完整之醫學訓練，同時本院為合格之內科、外科、精神科、骨科、耳鼻喉科專科醫師訓練醫院，可充分提供住院醫師訓練，並建立嚴謹之升等及考核制度，可提供來院病人最多元及完整之醫療服務。

三、健全完善之長期照護系統：

逐步發展老人醫學，建立老人醫學中心，提供整合門診服務，充實在地

化老人服務資源，另配合政府長照 2.0 政策建構長照服務制度及體系，並同步結合社區醫療網提供醫療及居家照顧服務，亦可結合本院屏東分院護理之家，適時提供轉介及需求服務，營造高齡友善的健康環境。

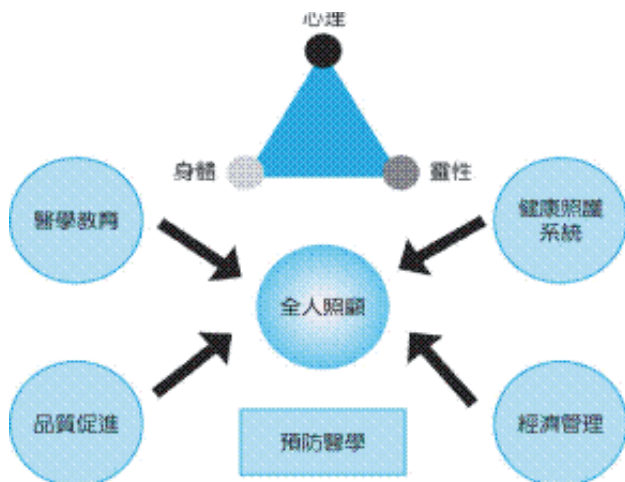


圖 3：「全人醫療服務」秉持的是全人、細緻及公平原則，對病人的照顧達到深度及廣度兼顧的境界。



圖 4：本院於 105 年通過教學醫院評鑑



圖 5：本院正積極發展老人醫學，建立老人醫學中心，提供整合門診服務，充實在地化老人服務資源。

第二章 走在趨勢前端的複合式手術室設置



飛躍四十
傳承與創新

衛保室醫行官 吳宗翰

壹、前言

本院下轄左營分院、岡山分院、屏東分院及高雄門診中心等四個組織體系，並為第四作戰區的责任中心醫院，每每面臨官兵及眷屬發生重大腦血管疾病或罹患心血管重症時，常需發揮緊急醫療能量，及時搶救傷患性命，以爭取黃金時間，避免病情惡化，確保預後良好。故本院規劃於民國 107 年設置複合式手術室，以提昇手術室效能，俾利核心醫療任務的順利遂行。

貳、「複合式手術室」簡介

複合式手術室 (Hybrid Operating Room) 的設計和傳統手術室最大的不同點在於：複合式手術室利用傳統手術室將微創手術與 3D 影像技術結合，將醫療資訊或影像資料即時地呈現在輔助螢幕上，使醫師能全面掌握手術

過程，並透過多方資訊的同步，準確做出評估縮短手術時間，降低手術風險，其實隨著時代進步，人們對醫療服務舒適度、安全性的要求都已提高，外科手術亦復如此。複合式手術室藉由改變傳統手術室的觀念，將現代醫學技術與工程技術相結合，提高手術的安全性和醫師手術效率，同時也提高醫院經濟效益和市場競爭力。

參、「複合式手術室」功能

即時影像檢查及治療成效評估：複合式手術室內可直接執行大範圍全身 CT 電腦斷層攝影，精確評估手術結果，無須搬運病患往返影像檢查室與手術室。透過高階影像處理能力，將病患的電腦斷層、核磁共振，或血管攝影的檢查影像整合；在治療中的任一個時間點，以最新即時影像快速評估治療成效。(如圖 1-3)

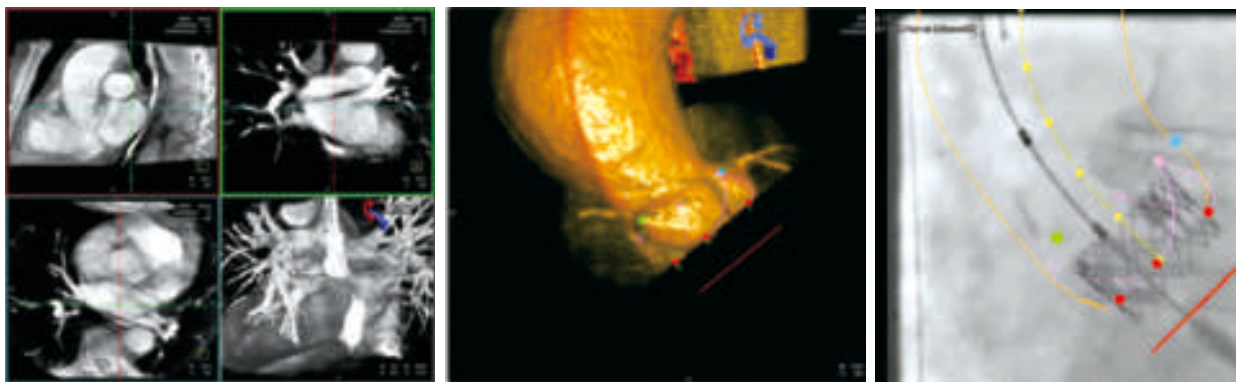


圖 1、2、3：複合式手術室可執行全身 CT 電腦斷層掃描攝影，無需病患往返影像檢查與手術室

肆、「複合式手術室」臨床應用

複合手術室目前主要用於在心臟、血管和神經手術，但也適用於其他一些外科學科。(如表一)

伍、軍人醫療服務量

國軍歷經組織精簡而人數減少，依本院統計近年軍人住院醫療服務量結果，顯示因重症由急診住院比率卻有逐年增加趨勢。(如圖 4)

表一：臨床應用

科別	項目
心血管手術	對病變的心臟瓣膜的修復和心律失常和主動脈瘤的手術治療可以受益於複合手術室的成像能力。心臟複合手術是針對這些疾病的普遍治療方式。腹主動脈瘤腔內治療技術的發展，推動了血管造影系統在血管手術環境中的應用。
神經外科手術	在神經外科，複合手術室的應用例如脊柱融合和顱內動脈瘤放置彈簧圈。這兩種手術，都被認為可改善患者預後。對於脊柱椎體融合手術，大型 C 臂與導航系統的整合，可進一步改善工作流程。
胸腔外科和支氣管手術	電視胸腔鏡手術 (VATS) 是用一種可避免開胸的微創技術切除肺結節的微創手術。利用胸腔鏡，將光源、攝像頭和手術器械進入胸腔進行肺結節等組織切除。這種類型的微創手術可提高患者的恢復速度並減少潛在的併發症，但視野和技術大幅增加手術難度。
骨外科手術	複雜骨折，例如骨盆骨折、跟骨或脛骨骨折等，微創手術方法可以減少病人創傷從而達到更快的恢復。退行性脊柱手術、創傷性脊柱骨折、腫瘤骨折或脊柱側凸手術，可以在複合手術室中充分利用。

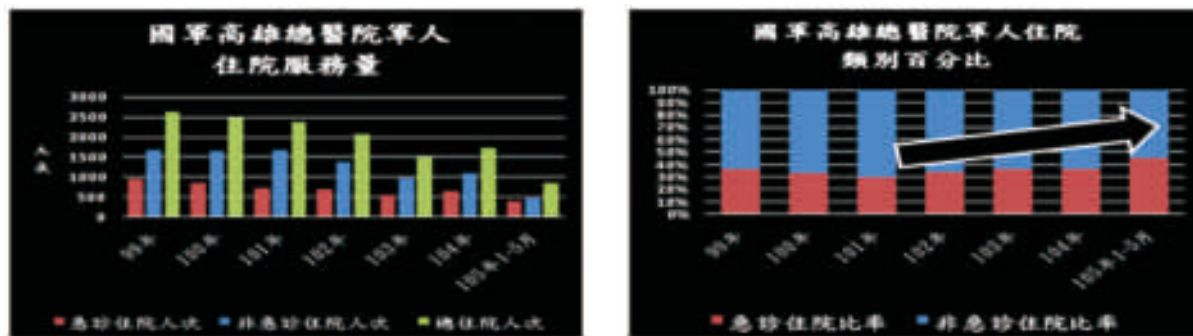


圖 4：軍人住院服務量比較



經前述分析經急診住院資料中，其中重症所佔比率亦有增加趨勢。(如圖 5)

另統計急診重症服務量部分，國軍官兵因心血管疾病、腦神經疾病、熱中暑併多重器官衰竭、重大意外損傷及其他急診重症醫療服務，有比率增加現象。(如圖 6)

陸、近期重大急診重症案例

○軍司令部士官長於實施跑步測驗時暈倒，至本院時無意識及心跳，經心肺復甦術後，送心導管室檢查，發現左迴旋枝中段 100% 阻塞，經心臟

內科醫師執行緊急氣球擴張術及支架置放術治療。

○廠上校於營區自主跑步訓練後，出現嘔吐、盜汗、頭暈及血壓低情形，送心導管室檢查，發現左前降枝 75% 阻塞，經本院心臟內科醫師執行緊急支架置放術治療。

海軍○艦上士於鵝鑾鼻外海執行任務時，因疑似急性心肌梗塞發作，原計畫將由空中直昇機後送至本院停機坪，進行後續醫療處置。

○友邦部隊下士不慎於單位二樓跌落，初步診斷為腰椎骨折，經核磁共振檢查，確診為腰椎第二、三節粉

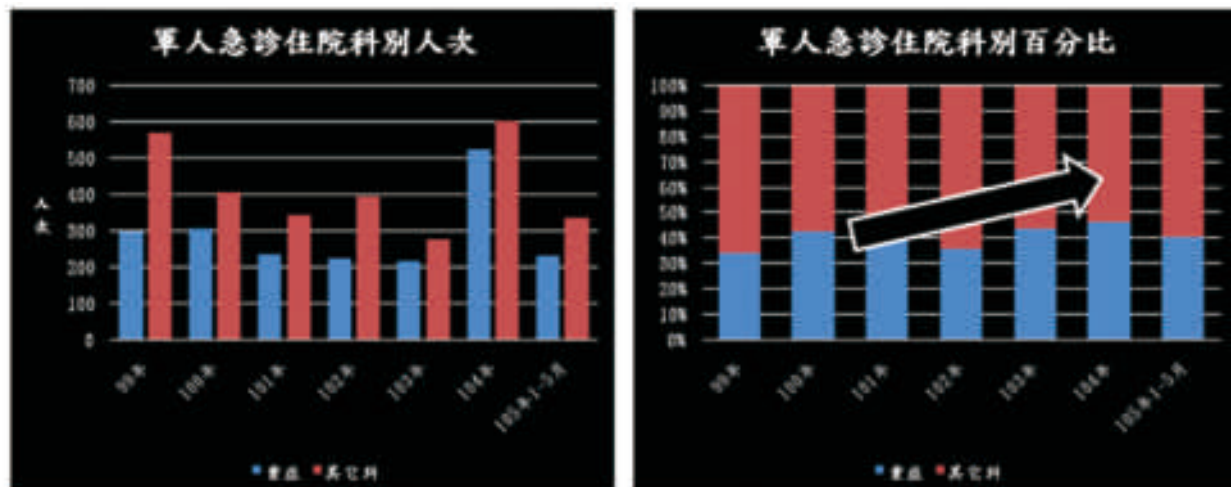


圖 5：軍人急診重症住院比例上升

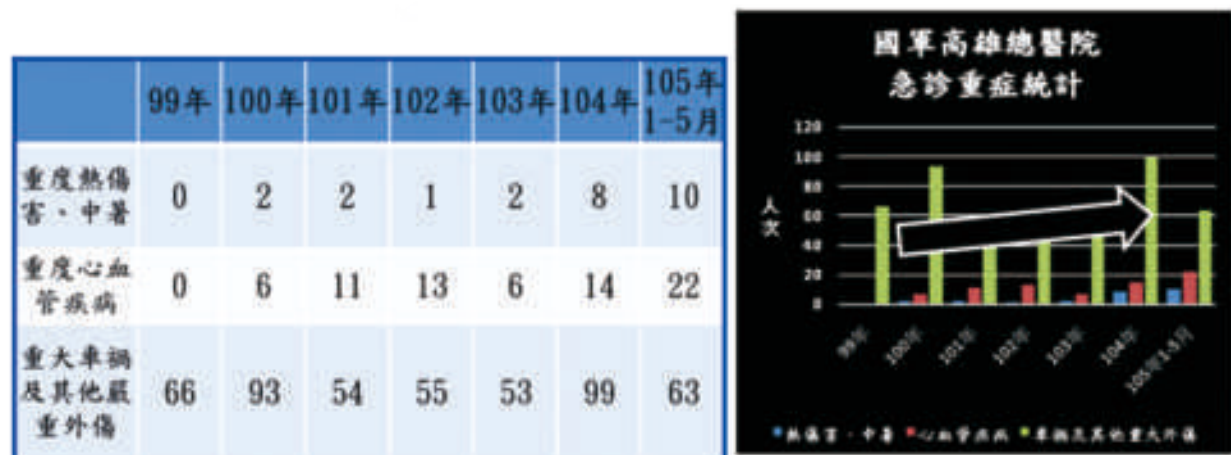


圖 6：軍人急診重症服務量統計

碎性骨折合併神經壓迫下肢癱瘓，由本院神經外科主任第一時間執行緊急手術。

陸軍○旅一兵於屏東發生車禍，經急診室醫師急救及電腦斷層檢查後，診斷為右邊顱骨骨折，左邊硬腦膜下腔及蛛網膜下腔出血，由本院神經外科醫師執行手術。

陸軍○旅旅長於今年演習前從家返回營區途中，突發意識模糊合併右半身癱瘓、失語至柳營奇美醫院急診就醫，後轉送至本院外科加護病房，診斷為左側梗塞型腦中風，使用抗凝血劑及腦循環藥物治療。

陸軍○中心下士實施跳傘訓練時，不慎於鳳山區民宅受傷，緊急送往本院急診室就醫，診斷為左股骨遠端（近膝蓋處）骨折及顏面重度上唇撕裂傷，住院治療進行內固定復位手術及上唇顏面傷口修復縫合手術。

陸軍○旅一兵於屏東發生車禍，

經急診室醫師急救及電腦斷層檢查後，診斷為右邊顱骨骨折，左邊硬腦膜下腔及蛛網膜下腔出血，由神經外科醫師執行手術。

柒、建立戰區責任醫院核心任務

經以上統計軍人醫療服務量趨勢，並分析近期重大急診重症案例，均充分顯示本院建置複合式手術室已刻不容緩，目前初步估計投資金額約需7,500萬元，依國防部軍醫局規劃預定於107年核撥國防預算，若順利完成此項先進裝備建置，屆時將可提升南部地區作戰區整體緊急醫療品質。

另三軍總醫院預劃於106年度完成「複合式手術室」設置，未來國軍透過南北均建置此項結合高科技與多功能之醫療裝備，將可有效遂行各項急重症醫療救護任務，維護國軍全體官兵及眷屬生命安全。



圖 7：複合式手術室至規劃設置概念圖

第三章 鳳翔營區軍事用地移轉、規劃與運用



壹、移轉

為拓展營運增加醫療服務項目，經檢討現有場地土地房建物使用面積皆已有所用途且飽和使用，經巡查本院周遭鄰近營地，原高雄市鳳山憲兵隊駐點位址符於需求，且該單位已裁撤，土地房建物現無其他單位使用，土地計4筆合計3,067平方公尺、公告現值合計118,574,283元整、屬機關用地，房屋及建築改良物計10棟(建築物*2、儲水池、油庫、崗亭*2、圍牆、操場、車棚*2等)，主要建築物為鋼筋混凝土及加強磚造之地下一層、地上五層建築物，內部結構完整少有壁癌及滲水情形。

本院於103年2月25日呈報「高雄市舊有鳳山憲兵隊土地及房建物撥用計畫」至國防部軍醫局，隨後國防部軍備局工程營產中心南部地區工程營產處103年3月28日來函表示為確認實際使用需求及範圍辦理現場現勘，雙方於同年4月1日由本院少校後勤官林志俊及南部工營處陸惠霞小姐至

行政組工程室工程官沈日新

舊有鳳山憲兵隊辦理現地會勘。

國防部軍醫局於103年8月4日同意調配移轉本院接管使用，並於8月22日與國防部軍備局工程營產中心南部地區工程營產處辦理營產移接點交。本院於104年10月12日函請國防部軍備局工程營產中心南部地區工程營產處更改名稱為「鳳翔營區」。

貳、規劃

本院因應院區醫護單身宿舍不足，規劃鳳翔營區房舍整修為男醫護單身宿舍(建物編號CS010101-002)，其外觀為二樓建物，規劃為一、二樓共8間宿舍，可提供16人住宿，施工期間自104年9月23日至12月1日止。期間於11月15日軍醫局局長吳怡昌中將蒞臨現場視導收編後之鳳翔營區範圍及男醫護單身宿舍施工現況，由副院長王定偉上校、醫療部主任許競文上校、醫務企劃管理室主任賴朝英上校及行政組工程室後勤官林志俊少校陪同。



圖 1：整修前建物外觀



圖 2：整修前建物外觀



圖 3：整修中建物外觀



圖 7：軍醫局局長吳中將視導



圖 4：整修中建物外觀



圖 8：軍醫局局長吳中將視導



圖 5：軍醫局局長吳中將視導



圖 9：整修後男醫護宿舍外觀



圖 6：軍醫局局長吳中將視導



圖 10：整修後宿舍聯外管制門



參、未來發展

本院自 106 年初開始辦理鳳翔營區鄰近土地採購案，主要係使其營區面積完整，並配合本院院內立體停車場 BOT 案設置，評估施工期間，本院院內停車位不足，故初期於鳳翔營區及鄰近土地設置停車場，可規劃平面汽車位約計 100 格，以場地出租方式提供本院及周遭里民停放。本院院區立體停車場預為地下一樓地上七層

之建築物，施工期預計 2 至 3 年，購置基地整地後設置平面停車位，可舒緩院內施工期間停車位不足。後續鳳翔營區配合院內立體停車場設置完成，規劃以 BOT(興建、營運、移轉)方式辦理相關建物建置，以促進營區活化及符合相關公共政策，擬規劃引進民間投資參與興建及後續管理作業，另提供購物、用餐等需求，可有效進行空間利用及降低醫院管理成本，提高醫院競爭力。



圖 11：整修後男醫護宿舍外觀走道



圖 12：整修後男醫護宿舍房間地板



圖 13：106 年初著手辦理鳳翔營區周邊土地採購案

第四章 停車場委外作業與未來發展規劃

行政組工程室工程官 沈日新

壹、計畫緣起

本院停車場基地現行為平面收費停車場，其使用面積為 4,098.58 平方公尺，由本院自行辦理收費工作，現況設置有汽車停車格 128 個、機車停車格 164 個，上午 8 時到下午 5 時上班時段，使用率平均高達八成，停車空間不足；另外，醫院員工 1,200 人，加上每日門、急診、住院病人及家屬合計約 3,300 人，現僅便利商店及醫療用品站各 1 間，相關附屬服務空間較少，本院擬透過促進民間參與公共建設的方式，引進民間資金與活力，並委由民間經營管理立體停車場，提供來院就診、住院病患及家屬、周邊居民停車暨相關附屬服務，強化公共服務效益。

貳、公共建設目的

本計畫除遵循院內需求進行檢討規劃外，亦融合計畫本質、區域特性、社會期許等因素考量，定義最適切之目標，以期計畫具備民間參與之誘因，創造政府、民間投資者及民眾之三贏，同時並促使民間參與衛生醫療相關設施之作業得以順利推行。預計達成之目標如次：

一、紓解停車需求、完備服務機能，

提供充足停車空間：

利用基地鄰近衛武營都會公園優勢及主體醫院基本需求，評估計畫基地之市場、法律、土地取得、工程技術與財務可行性，評估引進興建立體停車場及服務設施之可行性。

二、有效運用院區土地，創造就業機會並支應醫院維管費用：

依本院實際需求及周邊發展，規劃建設停車場及服務設施，利用院區土地完備醫療衍生之相關服務需求，並在施工期間及營運後可創造營建產業及服務業之就業機會；再者，透過委外經營收取土地租金及權利金，支應醫院維護管理費用。

參、計畫範圍與位置

本計畫基地位於高雄市苓雅區正義里，就其地理區位、計畫範圍、土地權屬以及土地使用現況分別說明如下：

一、地理位置：

本基地位於高雄市苓雅區正義里中正一路（40m）與建軍路（21m）交叉口，鄰近高雄捷運橘線衛武營站（O10）4 號出口，東側為公車處建軍站，西側為中正高中，西南側為中正公園，南側鄰衛武營都會公園及衛武營藝術文化中心。往東可至鳳山區，



往西可前往高雄市區，亦可經中正交流道連接國道一號中山高速公路。基地東側與北側鄰近之土地使用以住宅區及商業區為主，西側及南側鄰近土地使用多以公共設施用地為主，如圖所示，綠地廣大、公共設施完善且交通便捷。(如圖 1)

二、計畫範圍及土地權屬：

本基地屬灣子內地區細部計畫範圍，為國軍高雄總醫院東側之附屬停

車場，土地使用分區屬都市計畫之醫療用地。基地面積約 4,098.54 平方公尺，為苓雅區衛武段 948 及 949 地號等 2 筆地號部分土地，均屬國有土地，管理機關為國防部軍備局。根據「都市計畫法高雄市施行細則」之規定，建蔽率 60%，容積率 400%，使用現況為國軍高雄總醫院平面收費停車場，汽車及機車停車格數分別為 128 格以及 164 格。(如圖 2、3)



圖 1：計畫基地位置圖



圖 2：機車平面停車場現行使用狀況



圖 3：汽車平面停車場現行使用狀況

地下 1 層：停車場
地上 1 層：商場
地上 2 層：美食廣場
地上 3 層：書店/健身房/其它商業空間
地上 4~6 層：停車場
地上 RF 層：停車場+空中花園/太陽能發電設施

表一：規劃內容

肆、未來發展規劃

一、規劃構想：

依據都市計畫法及所屬之細部計畫書土地使用分區管制要點等相關法令之規定，其土地使用內容應以機關業務用途為主，除可作為停車場使用，亦可設立商業服務設施，如零售業、餐飲業等，並以服務醫院內之醫護人員、病患及其家屬為主要範圍。

二、規劃內容：(如附表一)

三、法規限定：

本院依都市計畫法規定，本基地為「變更高雄市都市計畫(灣子內地區)細部計畫(第四次通盤檢討)之「醫

療用地 2」，其依土地使用分區管制要點無特殊規定，應回歸都市計畫法高雄市施行細則規定辦理，另促進民間參與公共建設法規定，本院符合促進民間參與公共建設法第 3 條第 1 項第 4 款衛生醫療設施之公共設施類別及施行細則第 7 條規定，屬醫療機構之附屬設施。

四、民間參與方式：

- (一) 本規劃採~BOT(興建、營運、移轉)案實施。
- (二) 藉由促進民間參與公共建設方式，引進民間資金與活力，並委由民間經營管理立體停車場，以提供來院就診、住院病患及家屬、周邊居民停車暨相關服

務，強化公共服務效益。

五、預期效益：

活化土地，提高土地運用價值與多元化經營模式，提升服務機能，紓解地區停車需求，提高交通便利性。

(一) 4~6 億營建工程投資，創造營建產業就業機會，開發後估計可增加 100-200 人就業機會。

(二) 節省停車場公共建設支出 (4~6

億元)。

(三) 增加 152 格之汽車停車空間 (128 格→ 280 格)。

(四) 增加 201 格之機車停車空間 (164 格→ 365 格)。

(五) 透過委外經營收取土地租金及權利金，支應醫院維護管理費用。



圖 4：建築模擬示意圖

A photograph of a building exterior with a wooden slat facade, trees, and green plants in the foreground. The building has a modern design with horizontal wooden slats and a brick base. A white downspout is visible on the left. A red sign is posted on the building's facade. The foreground is filled with lush green plants, including large-leafed ferns and other foliage. The overall scene is bright and natural.

第捌篇 未來展望與努力方向



飛躍四十
— 傳承與創新

第 玖 篇

歷任院長簡介

第一任院長 陸軍少將 雷慶

任職時間：34.10.01-35.06.15

略傳：祖籍廣東省中山縣，生於民前19年1月20日；美國紐約大學醫科畢業後，旋即投入軍旅行列；歷任外科主任、院長等職。抗戰勝利後，奉派接收湯山南京敵偽軍方醫院，並為首任院長（軍政部南京陸軍醫院）。任職期間與官兵同甘共苦，克服困難，達成任務。

第二任院長 陸軍少將 劉經邦

任職時間：35.06.16-35.12.01

略傳：祖籍南京市，生於民前17年5月1日，湘雅醫學院畢業；歷任軍醫院科主任、（首都陸海空軍總醫院）院長等職，任職期間為擴展官兵福利，無不以克難方式完成，對改進醫療設施，致力醫學研究，成效卓著。



第三任院長 陸軍少將 景凌灞

任職時間：35.12.01-43.02.01

略傳：祖籍河北易縣，生於民前9年12月17日；軍醫學校醫科18期、東京慶應大學研究所畢業。

重要事蹟：在院任職期間，奉命由南京（首都陸海空軍總醫院）經廣州（聯勤第一總醫院）遷院來台（國防部陸海空軍第二總醫院；六合一路舊址），時因交通運輸困難，險阻重重，一面完成醫療支援工作，一方完成轉進，使醫院各類設備，得能保持完整與堪用；來台後披荊斬棘，除服務官兵眷屬外，並首開民眾診療服務各項業務，為高屏地區民眾服務，深獲各界好評。



第四任院長 陸軍少將 陳韜

任職時間：43.02.01-46.10.01

略傳：祖籍遼寧省遼陽縣，生於民前10年3月14日；遼寧醫學院醫科畢業。

重要事蹟：動員人力及有限財力，美化環境，整修破舊營舍，加強醫療設施，防止疾病傳染，卓有成效。





第五任院長 陸軍少將 謝瑞君

任職時間：46.10.01-48.01.01

略傳：祖籍浙江省臨海縣，生於民前2年10月5日；浙江省立醫專、美國軍醫學校畢業。

重要事蹟：任職期間對改善醫療服務，不遺餘力，克服萬難，卓有成效。



第六任院長 陸軍少將 將興周

任職時間：48.01.01-53.03.01

略傳：祖籍山東省廣饒縣，生於民前8年3月21日，國立北大醫學院畢業；歷任教授、技正、主任教官、主治軍醫、副院長、院長（陸軍第802總醫院）等職。

重要事蹟：任職期間，督導教育訓練，研究發展工作不遺餘力，除組成醫學研究發展委員會刊行醫學報導，增進官兵醫學常識外，並克服萬難，成立圖書館，為醫院奠立醫學研究基礎。



第七任院長 陸軍上校 趙博仁

任職時間：53.03.01-55.07.30

略傳：祖籍吉林省長春市，生於民前3年4月5日；軍醫大學醫科25期畢業；歷任教官、軍醫、主任、院長等職。重要事蹟：在院區內擴建托兒所，並聘雇教師保姆等，有效協助軍醫同仁安定家眷，對增進團體工作效率有顯著績效。



第八任院長 陸軍少將 劉青彰

任職時間：55.08.01-59.02.01

略傳：祖籍河北省晉縣，生於民國6年1月31日，軍醫大學醫科29期畢業，曾赴美國舊金山華特曼陸軍醫院及美國猶他醫院進修；歷任住院醫師、總軍醫、主治軍醫、外科主任、院長等職。

重要事蹟：在院任職期間，完成醫療大樓（即中正一路現址）規劃籌建作業；督導教育訓練，研究發展不遺餘力，曾先後辦理陸軍眼耳鼻喉科訓練班，及助理護理訓練班各一期，並曾當選陸軍次優單位，校閱成績連續三年優等，績效卓著。

第九任院長 陸軍上校 董年生

任職時間：59.02.01-61.07.16

略傳：祖籍浙江省嘉興縣，生於民國9年12月27日，軍醫大學醫科35期畢業，曾赴美國華盛頓軍醫中心進修，歷任住院醫師、總軍醫、主治軍醫、內科主任、副院長、院長等職。

重要事蹟：任職期間，於59年度榮獲陸軍最優後勤單位運動典型單位獎牌乙座，並榮獲國防部60年度陸軍醫院研究發展績優單位獎牌乙座，鼓勵與培植軍醫人員榮膺國軍第20屆及21屆國軍英雄，並不斷加強康樂活動，充實官兵及住院傷患精神食糧，改善官兵生活，搏節經費，增添醫療設施。



第十任院長 陸軍上校 舒肇坤

任職時間：61.07.16-63.07.01

略傳：祖籍江西省零督縣，生於民國10年4月29日；軍醫大學醫科32期畢業，曾赴美國夏威夷崔柏勒陸軍醫院內科進修，參加美國醫師資格考試合格；歷任住院醫師、總軍醫、主治軍醫、內科主任、醫療部主任、院長等職。

重要事蹟：在院任職期間，對加強醫療設施，防止疾病傳染，輔導軍醫人員進修，重視研究發展，有計畫培植優秀軍醫人才，卓有成效。



第十一任院長 陸軍上校 梅甲新

任職時間：63.06.16-65.02.20

略傳：祖籍湖北省黃梅縣，民國13年12月27日生；32年入軍醫學校預備團速成班第12期，37年11月考入國防醫學院衛生行政專科1期，38年隨國防醫學院遷校來台，40年畢業，41年參加國家高考獲衛生行政第1名，43年入台大醫學院公共衛生醫師進修班深造，45年考入沖繩美軍陸空作戰學校受訓，49年赴美國布魯克醫學中心高級班受訓，57年入國防醫學系專科9期補訓，60年10月任職本院副院長，63年6月升任院長。

重要事蹟：任職期間適逢醫院整建，兩地作業困擾重重，督導官兵同甘共苦，克服困難，共渡難關，圓滿達成任務。





第十二任院長 陸軍少將 曾志堅

任職時間：65.02.16-68.07.01

略傳：世居廣東五華澄湖鄉，民國30年高中畢業，適逢抗日戰爭中期，投筆從戎進入軍醫學校就讀，35年畢業後任職於軍政部南京陸軍醫院；38年隨院來台；44年及54年曾二度赴美進修小兒科，對醫學技術增進良多。歷任五級醫院住院醫師、總軍醫、主治軍醫、內科主任、醫療部主任、副院長、院長等職。

重要事蹟：在臨床工作期間盡忠職守，為國軍官兵服務，從事行政工作時，仍不斷研究醫學新知，時而為國軍官兵子女患者治療，頻獲讚揚，充分發揮了博愛精神。



第十三任院長 陸軍少將 程德順

任職時間：68.07.01-71.01.01

略傳：祖籍四川墊江，生於民國14年10月14日。四川重慶高中畢業後適逢抗日戰爭勝利前夕，於34年7月進入軍醫大學醫科46期就讀。36年元月校遷上海，38年2月隨國軍遷至台灣；41年4月1日畢業，派任陸軍802醫院。歷任住院醫師、主治醫師、國防部醫務組組長等職。

重要事蹟：任職期間與官兵同甘共苦，全心致力於醫療作業之改善，研究發展之推行，官兵福利之拓展，並以有限之人力物力美化環境。



第十四任院長 陸軍少將 李景藩

任職時間：71.01.01-72.12.01

略傳：祖籍江蘇江陰，民國16年11月27日生，35年進入國防醫學院醫科就讀；38年春隨國軍轉赴來台，42年4月畢業；49年及52年分別考選美軍顧問團，奉派美國夏威夷屈列伯總醫院及華盛頓州麥迪根總醫院進修。曾任職台中803總醫院放射科；56年升任放射科主任；69年5月接任803總醫院院長；71年奉調本院接任院長乙職。

重要事蹟：致力於內部團結合諧，加強醫療革新，強化研究發展，提高行政效率，事事以身作則。

第十五任院長 陸軍少將 董潤萱

任職時間：72.11.01-73.06.23

略傳：

重要事蹟：



第十六任院長 陸軍少將 鄒發輝

任職時間：73.10.01-76.10.05

略傳：台灣省新竹人，祖籍廣東五華，民國13年9月27日生，48年國防醫學院醫學系52期畢業。60年赴美國俄亥莪州肯城歐德曼總醫院進修一般外科，1年後轉紐約市協和醫院繼續深造，期間並至西奈山醫學院及紐約州立大學進修胸腔心臟外科及器官移植外科；64年7月任協和醫院外科總醫師；65年6月完成外科教程並通過美國聯邦醫師考試後返國任職。曾任職住院軍醫、外科總軍醫、外科主治軍醫、陸軍第805總醫院外科主任、陸軍第805總醫院院長、金門花崗石醫院首任院長、陸軍軍醫署副署長。



重要事蹟：全心投入醫院各項工作推展，並與全院官兵生活、工作在一起，而在和諧與團結的基礎上，以整潔、禮貌、秩序的要求推展院務，改善服務品質，提高醫療水準。

第十七任院長 陸軍少將 黃漢文

任職時間：77.01.01-78.12.01

略傳：江蘇崇明縣人，民國18年11月25日(農曆)生，38年6月聯勤通信學校(陸軍電子通信學校前身)軍官班結業；48年國防醫學院醫科52期優等成績畢業；50年5月進入三軍總醫院(前陸軍801總醫院)內科；58年進入美國辛亥那堤大學醫學院進修腎臟病學臨床研究員；60年7月1日轉入耶魯大學合作諾華克醫學中心住院總醫師；曾任腎臟功能室主任、檢驗科主任、新陳代謝科主任、三軍總醫院內科部主任、國防醫學院內科學(系)主任、副教授、軍醫署副署長。



重要事蹟：致力於院務、環境之革新改善，尤對醫療教學之改進，並以院為家之精神全力以赴，深獲全體同仁之擁戴與共鳴，期之以臻區域教學醫院而為一級教學醫院之鵠的邁進，以不負長官之厚望及各級官兵醫療福祉之增進。



第十八任院長 陸軍少將 王丹江

任職時間：79.01.01-80.08.16

略傳：祖籍河南省光山縣人，5歲隨父母來台；57年國防醫學院醫學系62期畢業；60年2月調回三軍總醫院精神科，65年升任內科總醫師；65年7月升任心臟科主治軍醫；66年9月奉派美國約翰霍浦金斯大學心臟科進修核子心臟學；67年9月回任心臟科並兼任加護中心主任；73年升任心臟功能室主任；76年升任心臟科主任及國防醫學院主任教官。重要事蹟：以20餘年三軍總醫院的行醫經驗，懷戒慎恐懼之心全力以赴，力求醫療水準提升、醫療紀律遵行，以及醫療糾紛之防止。



第十九任院長 陸軍少將 蕭文衍

任職時間：81.03.01-87.10.31

略傳：江西省南康縣人，民國35年10月1日生。省立台南一中畢業後進入國防醫學院就讀。畢業後，於64年9月調回802總醫院服務，成立第一個洗腎中心。74年任民診處主任，興建民診大樓；78年3月奉調陸軍軍醫署。78年底調回802總院任副院長；79年7月奉調805醫院任院長。重要事蹟：醫院之企業管理、研究發展及電腦化，在各方長官的愛護及同仁努力下，奠定醫院管理資訊化之契機。



第廿任院長 陸軍少將 孟祥越

任職時間：87.11.01-92.12.01

略傳：祖籍湖南省澧縣，民國38年12月28日生於海南島；54年自國立師大附中畢業後進入國防醫學院醫學系68期就讀，畢業後，69年參加政戰學校英語儲訓班，71年至南非開普敦大學醫學院受訓，87年取得美國杜蘭大學醫管碩士學位。曾任國軍817醫院院長、國軍805醫院院長暨軍醫局處長、副局長等要職。

重要事蹟：首開醫院支援馬祖、東南沙等外、離島地區醫療作業，並鼓勵優良專科醫師參與歷練，照顧服務艱苦地區民眾與官兵；率領醫護團隊參與九二一地震醫療救護支援作業，有效協助災民災後復原；對醫院軟硬體設施極力更新，戮力病房及大廳門面整修等工程，提昇專業醫療水準與民眾對醫院整體形象不遺餘力。

第廿一任院長 陸軍少將 范保羅

任職時間：92.12.01-96.05.31

略傳：祖籍山西，民國41年1月19日生於宜蘭，67年國防醫學院醫學系71期畢業；在基層單位歷練軍醫官期間，先後取得英國倫敦大學泌尿科研究所DIPLOMA、美國杜蘭大學醫管碩士等學位；歷任軍醫官、科部主任、4、5級醫院副院長、院長及軍醫局副局長、局長等要職。

重要事蹟：任職期間，榮獲96年度「後備軍人召集訓練計劃暨戰備整備督考」國軍醫院績優單位、行政院衛生署評定為「SARS有功醫療機關」及95年醫院評鑑評列「合格」等殊榮，並戮力建置緊急救護資訊自動傳遞功能系統，重視醫護、行政人員在職教育，鼓勵終身學習，以改善醫療設施，提昇服務品質，成效斐然。



第廿二任院長 陸軍少將 孫卓卿

任職時間：96.07.01-99.07.01

略傳：祖籍山東，民國42年9月1日生於桃園縣。61年高中畢業後進入國防醫學院醫學系72期就讀；87年進入美國杜蘭大學公共衛生學院醫務管理研究所深造，醫學涵養豐富。歷任軍醫官、主任、院長、副處長、副院長、處長等職務。

重要事蹟：領導本院完成97年度國軍兵員徵補業務役男體檢作業，並於97年3月1日獲內政部評為「績優役男體檢醫院」，及領導本院辦理衛生署97年度全人健康照護計畫—建構以病人為中心之醫療照護模式擔任示範醫院；98年8月帶領醫院通過衛生署暨教育部「新制醫院評鑑」暨「新制教學醫院評鑑」認證合格；98年12月，通過行政院衛生署「新制醫院評鑑優等」及「教學醫院評鑑」合格認證，並榮獲醫策會第十屆「醫療品質獎」成效卓著。





第廿三任院長 陸軍少將 張宗泓

任職時間：99.07.01-102.05.15

略傳：祖籍廣東，民國45年05月12日生於屏東縣。64年進入國防醫學院醫學系75期就讀，畢業後分發至基層單位服務；89年進入美國杜蘭大學公共衛生及熱帶醫學學院醫院管理研究所深造，醫學涵養豐富。歷任軍醫官、科主任、四級醫院院長、五級醫院副院長、軍醫局醫管處處長等職務。

重要事蹟：領導本院榮獲100年內政部役男徵兵檢查體檢醫院績效「第一名」、辦理役男徵兵體檢示範觀摩，及建購新式醫療儀器1.5T磁振造影掃瞄儀等，致力提昇醫療服務品質，建樹良多。



第廿四任院長 陸軍少將 李世強

任職時間：102.05.16-103.02.26

略傳：民國47年6月29日生於臺灣省臺南市，國防醫學院醫學系73年班畢業；先後至臺北榮民總醫院、美國紐約州立大學雪城脊椎醫學中心研修，並以優異成績畢業於美國杜蘭大學醫務管理研究所。歷任航醫官、總醫師、主治醫師、醫療部主任、高雄總醫院左營分院副院長、院長及軍醫局醫務管理處處長等職務，

重要事蹟：任職期間，積極致力於提昇醫療及後送能量，提供民眾安心的災害醫療救援服務，設立全國首座人性化分級分類管理的急性精神科病房，大幅降低病患住院日數及自我傷害比率；帶領本院成為高屏地區首家連結「門診整合醫療」、「住院全人整合醫療」及「安置未成年性交易少女」的醫療機構。另於102年6月9日締造優異的服務品質與績效，榮獲行政院第五屆「政府服務品質獎」之「第一線服務機關」之殊榮，彰顯國軍卓越的服務品質與效能。

第廿五任院長 陸軍少將 郭武憲

任職時間：103.03.01-104.05.01

略傳：民國 48 年 9 月 8 日生於臺灣省臺南市，國防醫學院醫學系 74 年班畢業、中國醫藥大學醫務管理碩士 91 年班、中山醫學大學生化暨生物科技博士 95 年班，為教育部審定教授。歷任內科部主任、醫療部主任、副院長、軍醫局衛勤整備處處長、花蓮總醫院院長、軍醫局醫務管理處處長、陸軍後勤指揮部軍醫處處長及國軍臺中總醫院院長等職務。重要事蹟：103 年 8 月 1 日高雄氣爆事件爆發後，院長隨即啟動並親臨指揮大量傷患緊急應變作業，緊急召返醫護及行政人員 200 餘員，收治全市最高病人數 72 人，並給予最佳的醫療照護，榮獲總統馬英九先生、副總統吳敦義先生及國防部部長嚴明先生蒞院嘉勉表揚。任職期間帶領全院榮獲全國「反轉毒害，健康心生活」微電影比賽社會組第三名、「分級分類管理病房」及「護理資訊 Easy Go」榮獲國家品質標章認證、國防部「103 年全球資訊網站評鑑」第四類組第一名等殊榮。



第廿六任院長 陸軍少將 呂慶祥

任職時間：104.05.01-

略傳：民國 53 年 11 月 29 日出生於臺灣省臺北市，國防醫學院醫學系 78 年班畢業、並陸續至美國杜蘭大學醫院管理碩士 91 年班、義守大學 EMBA 碩士 94 年班進修，為教育部審定講師。歷任臺中榮民總醫院神經外科主治醫師、國軍高雄總醫院神經外科主任、醫療部主任、副院長、國防部軍醫局醫務管理處處長等職務。

重要事蹟：帶領本院於 105 年完成「血液透析暨中暑防治中心」建置、106 年完成「放射腫瘤治療中心」及「美容醫學中心」落成啟用。積極落實中暑防治跨領域醫療服務團隊及協助內政部開設成癮戒治暨替代治療，並榮獲中暑防治中心及成癮戒治暨替代治療中心國家品質標章認證，大幅提升國軍醫院整體醫療品質；同時在院長的領導下，於 105 年榮獲健康促進醫院創意計畫戒菸推廣類優等獎、飲食運動與體重控制類優等獎、採購業務績優獎等殊榮，成效卓著。





飛躍四十
— 傳承與創新 —



第玖篇 歷任院長簡介



飛躍四十
— 傳承與創新

附錄：近十年 (97~106年) 重大光榮事蹟

附錄：國軍高雄總醫院 97-106 年重大光榮事蹟一覽表

97 年	
項次	光榮事蹟
1	榮獲高雄市政府衛生局「衛生保健志願服務考評」甲等
2	榮獲高屏區域管理委員會「高高屏澎醫療網病人安全週手部衛生評核」優良醫院
3	榮獲高雄市政府衛生局「推動自殺防治中心自殺未遂個案轉介業務」優良醫院
4	榮獲財團法人台灣血液基金會感謝本院「推動捐血事業貢獻良多」獎狀
5	榮獲高雄縣榮民服務處「德施仁術濟世利人嘉惠榮民」感謝狀
6	榮獲高雄市政府衛生局「居家護理督導考核」甲等
7	榮獲社團法人國家生技醫療產業策進會「精神障礙者庇護農場-SNQ 國家品質標章」認證

98 年	
項次	光榮事蹟
1	榮獲財團法人醫療品質策進會「醫院評鑑暨醫療品質策進會第十屆醫療品質獎」主題改善類潛力獎
2	榮獲高屏區域管理委員會「高屏區病人安全週活動」優良機構
3	榮獲屏東縣政府「熱心義助八八水災復建」獎狀及感恩鎊
4	榮獲高雄市政府「88 水災特殊貢獻獎」
5	榮獲行政院衛生署「莫拉克颱風救災感謝狀」
6	榮獲高雄市政府衛生局「衛生保健志願服務考評」優等
7	榮獲行政院衛生署「新制醫院評鑑」優等
8	榮獲行政院衛生署「新制教學醫院評鑑」合格
9	榮獲高雄市政府衛生局「居家護理督導考核」優等
10	榮獲財團法人台灣精神醫學會「戮力推動精神疾病照護工作」感謝狀
11	榮獲社團法人國家生技醫療產業策進會「精神障礙者庇護農場-SNQ 國家品質標章」認證
12	榮獲國防部「心理衛生（輔導）工作輔訪」績優單位

99 年	
項次	光榮事蹟
1	榮獲財團法人醫療品質策進會「醫院評鑑暨醫療品質策進會第十一屆醫療品質獎」主題改善組銅牌獎及潛力獎
2	榮獲高雄縣政府「推動家庭暴力、性侵害防治工作」奉獻良多感謝狀
3	榮獲高雄市政府衛生局「H1N1 新型流感防疫工作」貢獻卓著感謝狀



4	獲社團法人國家生技醫療產業策進會「精神障礙者庇護農場-SNQ 國家品質標章」認證
5	榮獲國防部「心理衛生(輔導)工作輔訪」績優單位
6	協助國防部台南監獄辦理醫療工作獲頒感謝狀
7	榮獲國防部「全球資訊網站服務評鑑」第三類組第三名
8	榮獲國防部「文書處理與檔案管理業務督考」丁組第二名
9	榮獲國防部「人事傳輸作業」丙組第二名
10	榮獲醫療財團法人基金會高雄捐血中心高雄捐血中心「績優捐血單位」

100 年

項次	光榮事蹟
1	榮獲內政部「役男徵兵體檢」醫院績效第一名
2	榮獲國防部「全球資訊網站服務評鑑 第三類組第三名
3	榮獲高雄市政府衛生局-婦女節「女人風華幸福高雄」衛生保健業務貢獻顯著獎狀
4	榮獲國防部「心理衛生(輔導)工作輔訪」績優單位
5	榮獲財團法人醫療品質策進會「醫院評鑑暨醫療品質策進會第十二屆醫療品質主題類」主題改善組潛力獎
6	榮獲行政院衛生署中央健康保險局「東沙島、南沙島 IDS 計畫」社區衛生服務獎
7	榮獲行政院衛生署疾病管制局「手部衛生認證醫院」合格證明書
8	榮獲行政院衛生署「專科護理師訓練醫院」資格認證
9	通過行政院衛生署「中度急救責任醫院評鑑」認證
10	榮獲國防部「節能減碳政策」，執行水電節能管制良好，績效卓著感謝狀

101 年

項次	光榮事蹟
1	榮獲高雄市政府社會局頒發本院協助辦理「100 年度愛心關懷尾牙宴活動」嘉惠弱勢族群感謝狀
2	榮獲財團法人台灣血液基金會高雄捐血中心「捐血救人」感謝狀
3	榮獲高雄市政府衛生局頒發流感流行高峰期配合開射流感特別門診，「惠民濟群貢獻良多」感謝狀
4	榮膺內政部「101 年度國軍兵員徵補作業」績優體格檢查醫院
5	榮獲行政院衛生署中央健康保險局推動「以病人為中心住院全人整合醫療照護」提昇醫療品質，貢獻頗巨感謝狀
6	榮獲財團法人「犯罪被害人保護協會感謝狀」，感謝本院協助推展被害人保護業務不遺餘力
7	榮獲國防部軍醫局「101 年研究發展管制考核輔導」績優單位

8	榮獲行政院衛生署中央健康保險局「101年社區醫療服務獎」
9	榮獲高雄市政府衛生局「101年度居家護理業務督考考核」優等
10	榮獲財團法人醫療品質策進會「醫院評鑑暨醫療品質策進會第十三屆醫療品質主題類」主題改善組銀獎
11	榮獲高雄市政府衛生局「國軍醫院對軍人軍眷醫療照護評比」甲組第一名
12	榮獲財政部推動「綜所稅扣除單據電子化作業」便利徵納熱心公益績效卓越感謝狀
13	榮獲國防部「101度國軍伙食委外督考」醫院組第二名
14	榮獲國防部「全球資訊網站服務評鑑」第三類組第一名
15	通過行政院衛生署「101年教學醫院評鑑」合格認證
16	榮獲高雄市政府衛生局「101年度衛生保健志願服務」業務考評甲等
17	榮獲高雄市政府衛生局熱心協助推動「性病病患暨高危險群全面篩檢愛滋病毒政策」感謝狀
18	榮獲高雄市政府衛生局「101年度居家護理業務督導考核」優等

102年

項次	光榮事蹟
1	榮獲行政院「第五屆政府服務品質獎第一線服務機構」入圍證書
2	通過高雄市政府衛生局「營造婦女友善醫療環境」認證
3	榮獲高雄市政府衛生局「指定藥癮戒治機構暨替代役治療」執行機構輔導訪查第一名
4	榮獲行政院衛生福利部中央健康保險署頒發「法務部高雄監獄、高雄女子監獄矯正機關」醫療支援服務，及「東、南沙島醫療服務改善計畫」感謝狀
5	榮獲行政院衛生福利部國民健康署「全國醫療機構抗生素成效競賽」B組佳作
6	榮獲行政院衛生福利部國民健康署「全球無菸健康照護網路認證」金獎

103年

項次	光榮事蹟
1	榮獲高雄市政府衛生局「親善哺(集)乳室競賽」佳作
2	榮獲國防部「推動職場安全週」執行成效績優單位第2名
3	通過社團法人國家生技醫療產業策進會「兒童及少年緊急短期安置服務 SNQ 國家品質標章」認證
4	榮獲國防部「推動職場安全健康週」醫療及傳播類第2名
5	榮獲國防部「全球資訊網站評鑑」第四類組第一名
6	榮獲行政院衛生福利部「反轉毒害，健康心生活微電影比賽」第三名
7	榮獲財團法人醫療品質策進會「第196屆全國品管圈大會」石川獎及優秀獎



104 年	
項次	光榮事蹟
1	榮獲社團法人國家生技醫療產業策進會「分級分類管理病房 -SNQ 國家品質標章認證」證書
2	榮獲社團法人國家生技醫療產業策進會「護理資訊 Easy Go-SNQ 國家品質標章認證」證書
3	榮獲屏東縣政府衛生局「高屏醫療區域輔導與醫療資源整合計畫」執行感謝狀
4	榮獲行政院衛生福利部「健康促進醫院創意計畫」飲食運用與體重控制類優等獎
5	榮獲行政院衛生福利部「抗生素管理計畫認證醫院」證書
6	榮獲國防部「104 緊急醫療貢獻獎」
7	榮獲財團法人醫療品質策進會「第 16 屆醫療品質獎」主題類主題改善組潛力獎
8	榮獲高雄市政府衛生局「104 年健康照護機構參與健康促進工作計畫」獎座
9	榮獲高雄市政府「104 年全國運動會」支援醫療服務感謝狀
10	榮獲社團法人國家生技醫療產業策進會「中暑防治中心 -SNQ 國家品質標章」證書
11	榮獲社團法人國家生技醫療產業策進會「成癮戒治暨替代治療中心 -SNQ 國家品質標章」證書
12	榮獲國防部「104 年採購業務評核」績優獎
13	榮獲行政院衛生福利部「104 年侵入性醫療處置照護品質提升計畫」佳作

105 年	
項次	光榮事蹟
1	榮獲高雄市政府衛生局「104 年潛伏結核感染治療」績優醫院
2	榮獲高雄市政府衛生局「104 年無菸醫院品質提升」績優醫院 - 甲等獎
3	榮獲財團法人醫療品質策進會「臺灣醫療品質協會優秀論文口頭發表」獎狀
4	榮獲行政院衛生福利部國民健康署「104 年醫院癌症篩檢 / 診療品質提升計畫」大腸癌疑癌追緝王區域醫院第二組第一名
5	榮獲行政院衛生福利部國民健康署「104 年醫院癌症篩檢 / 診療品質提升計畫」子宮頸癌困難挑戰王第一組第一名
6	榮獲行政院衛生福利部國民健康署「104 年醫院癌症篩檢 / 診療品質提升計畫」口腔癌篩檢效率王區域醫院第二組第一名
7	榮獲行政院衛生福利部「105 年度教學醫院評鑑」合格

8	榮獲財團法人醫療品質策進會「根本原因分析優秀案例作品」2篇
9	榮獲行政院衛生福利部「104年戒菸服務品質改善方案」績優醫院獎
10	榮獲行政院衛生福利部「105年健康促進醫院創意計畫」規律運動類優等獎
11	榮獲行政院衛生福利部「105年度健康促進醫院創意計畫」戒菸推廣類優等獎
12	榮獲國防部「105年自殺防治業務-關懷生命獎」第一名
13	榮獲國防部「105年精神醫療業務-精神醫療卓越獎」第二名
14	榮獲國防部「105年心理衛生業務督考」總成績第三名
15	榮獲財團法人醫療品質策進會「第17屆醫療品質獎」
16	榮獲行政院衛生福利部「105年度執行防疫雲計畫」績優獎
17	榮獲行政院衛生福利部「侵入性醫療處置照護品質提升計畫」學術壁報類佳作
18	榮獲社團法人國家生技醫療產業策進會「ST段上升之急性心肌梗塞病人執行緊急冠狀動脈介入術-SNQ國家品質標章」認證
19	榮獲高雄市政府衛生局「105年二代戒菸服務-醫院組」第二名-績優醫院獎
20	榮獲高雄市政府衛生局「105年親善哺乳室競賽」佳作

106年	
項次	光榮事蹟
1	榮獲高雄市政府衛生局「105年居家護理考核」合格證明
2	榮獲高雄市政府衛生局「105年度無菸醫院服務品質提升計畫」特優獎



飛躍四十
— 傳承與創新

版權所有

書名 / 飛躍四十～傳承與創新

出版機關 / 國軍高雄總醫院

出版者 / 呂慶祥

出版年月 / 中華民國 106 年 10 月 1 日 (初版)

地址 / 高雄市苓雅區中正一路 2 號

審查委員 / 王定偉 李蠻剛 邱煥民 林旭烈 林聖捷

陳東源 陳南福 陳逸鴻 張有燈 莊國源

鄒綉菊 趙仲良 廖紀華 蔡仁明 蔡明凱

劉祺祺 蘇宗斌

編輯委員 / 王建樹 王銀來 李佳霖 杜國賢 林峰祺

袁建漢 郭建宏 張維鑑 錢尚道 劉道遠

總編輯 / 曾志弘 賴朝英 (以上各委員依筆劃順序排列)

執行編輯 / 楊武發

I S B N / 978-986-05-3689-8(平裝)

※ 版權所有，未經同意，嚴禁轉載翻印。