

誠信 · 當責 · 創新



頭痛、肩膀痛、下背痛、神經痛 認識疼痛與精準治療

醫學報導

與疼痛和平共處
認識骨科慢性疼痛

醫學報導

令人聞之色變的帶狀疱疹後神經痛

2026 | 8月號

1978年11月創刊 1999年10月改版



宗旨

以醫療服務回饋社會

願景

成為最受民眾信賴的醫學中心

目標

成為以病人為中心的全人醫療照護機構

培育教學、研究與創新的卓越人才

強化急、重、難症醫療服務

發展行動化、數位化的智能醫院

核心價值

誠信 當責 創新

出版者 國泰綜合醫院
發行人 簡志誠
社長 林朝祥
總編輯 林敏雄
編輯顧問 黃建智、林憲忠
執行編輯 陳元春、黃凱麟
電話 02-2708-2121 分機1320
網址 www.cgh.org.tw
設計印製統合 長榮國際

版權所有・非經本刊及作者同意，不得作任何形式之轉載或複製
如對刊物內容有任何疑問，請洽02-27082121 分機1322

目錄

- 01 **醫學報導**
國泰綜合醫院遠距視訊醫療服務
急性輕症感染病人
可在家安心獲得醫院級醫療照護
- 02 **醫學報導**
急性疼痛的精準治療
- 04 **醫學報導**
常常頭暈怎麼也找不出原因？
“前庭性偏頭痛”容易被忽略的陷阱！！
- 06 **醫學報導**
肩膀痛不只是五十肩
常見與少見原因一次看懂
- 08 **醫學報導**
與疼痛和平共處 認識骨科慢性疼痛
- 10 **醫學報導**
令人聞之色變的帶狀皰疹後神經痛
- 12 **醫學報導**
疼痛，心身醫學的交會之處
疼痛的心身醫學觀點
- 14 **醫學報導**
忍痛小心反作用
認識手術後慢性疼痛與ERAS止痛策略
- 16 **醫學報導**
颱風季來臨！小心鉤端螺旋體病與類鼻疽
- 18 **護心專欄**
少見但重要的內分泌腫瘤 嗜鉻細胞瘤
- 20 **醫學報導**
打造良好的視力保健習慣
- 22 **醫學報導**
當體貼變成負擔
談個人界限的重要性
- 24 **健康小站**
拒絕超加工食品
讓骨質多加分
- 26 **健康管家**
腦中風次級預防
從血脂管理開始
- 28 **院務消息**

國泰綜合醫院遠距視訊醫療服務 急性輕症感染病人 可在家安心獲得醫院級醫療照護

文 / 郭惠伶

國泰綜合醫院老人醫學科主任

大

應高齡社會照護需求及智慧醫療發展趨勢，國泰綜合醫院建構安全便捷遠距視訊平台，運用於「在宅急症照護」，讓醫師能以遠距視訊方式即時掌握病人身體健康狀況。

不少家庭可能都有過這樣的經驗，家中七、八十歲長輩，因突然泌尿道感染或肺炎發燒送急診，經醫師診斷為感染輕症，雖然沒有立即的生命危險，但仍需要安排住院持續接受抗生素點滴治療，不過礙於當日病床有限，導致病人與家屬得待在急診等候病床，不僅耗費體力也影響病人休息。

國泰綜合醫院結合在宅急症照護計畫，以「遠距視訊醫療服務」打造更便利的照護模式。「在宅急症照護」計畫主要針對行動不便、外出就醫困難或有長期照顧需求的3大急性病人，包括肺炎、尿路感染、軟組織感染(蜂窩性組織炎)。經由主治醫師專業評估狀況許可後，病人即可直接返家，由醫療團隊協助在家中施打抗生素點滴；同時搭配「遠距視訊醫療服務」，醫師能透過視訊每日掌握病患的生命徵象與恢復狀況。這不僅可免去急診等床的煎熬與院內感染的風險，更能讓長輩在自家舒適、安心的環境中靜養康復。

國泰綜合醫院王拔群副院長指出，遠距視訊醫療服務目前用於在宅急症照護，未來將逐步擴展至居家醫療、長照機構及偏鄉醫療等多元場域，期盼透過數位醫療的輔助，打破傳統醫療的地域限制，讓優質醫療服務突破時間與空間限制，延伸至家庭、社區及長照場域，實現以病人為中心的照護願景。



急性疼痛的精準治療

疼痛是門診最常見的求診原因，也是最容易被自行處理掉的症狀。止痛藥取得方便，多數急性疼痛確實會隨時間緩解，「先忍一忍、過幾天再看看」於是成為許多人的第一反應。

文 / 孫維仁

國泰綜合醫院疼痛治療中心主任

從生理學來看，痛覺有它的功能。皮膚、關節、韌帶與內臟分布著大量傷害感受器，組織受損時把訊號送回中樞，促使我們避開危險、限制活動，替修復爭取時間。問題在於，疼痛只通報「某處出了狀況」，不會說明是哪裡、為什麼。要回答後面這兩個問題，得靠診斷。

被症狀掩蓋的病因

一位外科教授，某週開始出現右側顏面持續性劇痛。筆者建議他儘快安排頭部磁振造影（MRI）。當時他門診、教學與會議滿檔，決定先服用一般止痛藥，過陣子再說。兩個月後，右眼視力急速喪失，進一步檢查確診為腦部瀰漫性淋巴瘤；3個月後病逝。

止痛藥壓下的是症狀，病灶仍在原處進展。臨床上有幾類疼痛屬於警訊，需要及早影像檢查：

持續數週未緩解、夜間痛醒、合併神經學症狀（視力改變、肢體無力、感覺異常）、不明原因體重減輕，或有癌症病史。這位教授

的顏面痛具備持續性，後續又出現視力變化，兩個月的觀察，代價是失去了可以介入的時間。

延誤的成本不容易在當下被察覺。有些疾病的治療窗口相當有限，錯過之後很難回頭。



及時止痛換回的功能

一位表演工作者因意外自高處墜落，造成胸椎與多處肋骨骨折。劇痛讓她無法深呼吸、進食與如廁，只能臥床。

肋骨骨折的疼痛控制，臨床意義不只在於舒適。痛會讓病人淺呼吸、不敢咳嗽，痰液滯留，肺擴張不全與肺炎的風險隨之上升；持續臥床則帶來肌肉流失、深部靜脈栓塞與譫妄。及時建立有效的止痛，是為了讓病人能呼吸、能翻身、能開始復健。

疼痛獲得控制後，她得以起身、自理生活，同步進行物理治療與營養補充，約3個月後重返工作。這是她個人的恢復歷程；年齡、骨折型態與共病都會影響結果，不宜當成通則看待。

組織修復大致分為發炎期、增生期與重塑期，三個階段彼此銜接。疼痛與發炎若長期未獲控制，修復容易停留在前段，影響後續的血管新生、組織再生與軟組織排列，臨床上表現為活動受限或慢性疼痛。及時診療的意義，在於配合修復的時序介入，減少反覆受傷、反覆發作的循環。

精準介入，以及它的風險

門診中常被問到：吃藥、打針、做神經阻斷，會不會反而傷身？這個顧慮值得認真回答。

一位長輩長年素食、每日步行，對檢查與藥物一向保留。3天前她在浴室跌倒，背部劇痛到寸步難行，先接受了徒手整復；當天疼痛加劇，臥床、呼吸困難，送急診後確診骨質疏鬆合併第十二胸椎壓迫性骨折。

醫療團隊在超音波即時導引下為她施行脊椎旁神經阻斷。注射後約十分鐘，她能下床行走、恢復食慾，當晚睡了跌倒以來最安穩的一覺。兩週內追加兩次注射，配合背架與家人陪同，恢復每日的公園散步。這次骨折，她沒有

接受椎體成形術（骨水泥灌注），也未長期依賴止痛藥物。

能達到這個結果，關鍵在治療前的診斷。影像檢查與理學評估先確認疼痛來源與責任節段，再決定介入標的；超音波或X光導引讓針尖位置可視化，避開鄰近的血管、肋膜與神經根。

神經阻斷本身仍有風險，包括出血、感染、局部麻醉藥毒性、氣胸與暫時性肢體無力，發生率低，但不等於零。使用抗凝血劑、凝血功能異常或注射部位有感染者，需要事前評估。把這些一併說清楚，病人才有足夠的資訊做決定。

讓流程可被理解

精準疼痛診療不是單次止痛，而是一組可被檢視的步驟：病史與理學檢查形成假設，影像與神經學檢查驗證假設，確認責任結構，再選擇藥物、介入治療或復健，依反應調整，並安排長期追蹤與骨質疏鬆、肌力等背景問題的處理。

流程之外還有一件同等重要的事：說明。每項檢查的目的、每次注射的位置與預期效果、可能的副作用、替代方案，以及暫不治療可能的發展，都應在治療前交代。病人有權在理解之後同意，也有權在任何階段提問或中止。這是治療品質的一部分，不只是行政程序。

結語

隨著年齡增長，身體的組織會磨損，也保有一定程度的自我修復能力。疼痛在其中扮演通報的角色：它提醒我們某處需要處理，卻不會替我們找出原因。

急性疼痛的處理有三層目標：緩解症狀、查明病因、恢復功能。止痛與診斷可以並行，但止痛不能取代診斷。疼痛出現時及早就醫、完成必要的檢查，多數人可以避免後續不必要的損失。

常常頭暈怎麼也找不出原因？ “前庭性偏頭痛” 容易被忽略的陷阱！！



35歲林小姐是一名公司主管，工作繁忙。近年來她時常在工作到一半時，突然感到一陣天旋地轉，甚至伴隨著強烈的噁心與嘔吐感。發作時她對辦公室的日光燈和同事的交談聲感到極度難以忍受。起初她以為是過度疲勞或「內耳不平衡」，但做了各種檢查卻都顯示正常。直到轉診至神經內科，才終於找出元凶——前庭性偏頭痛（Vestibular Migraine）。

文 / 陳又嘉

國泰綜合醫院神經內科主治醫師

林

小姐的經歷並非個案。許多長期受到陣發性眩暈困擾的民眾，常常反覆就診接受各種檢查卻遲遲找不到病因。今天，筆者就來簡單介紹「前庭性偏頭痛」相關的資訊，包括典型症狀、國際診斷標準，到後續的藥物、復健與生活調理，希望能對讀者有所助益。

什麼是前庭性偏頭痛？ 典型症狀有哪些？

前庭性偏頭痛在一般族群發生率約1-2.7%左右，在眩暈或頭痛門診約佔超過1成，其實並不少見。其成因與一般偏頭痛一樣是因為三叉神經過度活化敏感所引發。有時敏感風暴也會引響到前庭系統而誘發眩暈症狀，但發作時不一定每次都會伴隨頭痛，這也是在診斷及治療上極有挑戰性的原因。

典型症狀包括：

- 自發性眩暈：毫無預警地感到天旋地轉，或覺得自己與周遭環境在搖晃，可能持續數分鐘到數小時。
- 偏頭痛伴隨症狀：發作時常伴隨畏光（對光線敏感）、畏聲（對日常聲音感到刺耳），甚至在發作前出現視覺預兆（如看到閃光、閃電狀的波紋）。

如何確診？ICHD-3 國際診斷標準

國際頭痛學會（IHS）在《國際頭痛疾病分類第3版

》(ICHD-3)中，明確訂定了前庭性偏頭痛的診斷標準，包括：

- 1.發作次數：至少發作過5次，滿足下列第3項與第4項條件的眩暈。
- 2.病史：目前或過去曾有符合ICHD-3診斷標準的「無預兆偏頭痛」或「預兆偏頭痛」病史。
- 3.症狀特徵與時間：前庭症狀(眩暈、不平衡感)達到中度或重度，且每次發作持續時間介於5分鐘至72小時之間。
- 4.伴隨症狀：至少有50%的前庭症狀發作時，伴隨以下3項偏頭痛特徵中的至少1項：
 - 頭痛具有以下4項特徵中的至少兩項：單側、搏動性(抽痛)、中重度疼痛、因日常體能活動(如走路、爬樓梯)而加劇。
 - 畏光且怕吵。
 - 視覺預兆(如閃光、暗點)。
- 5.排除其他疾病：症狀無法以其他ICHD-3疾病或前庭疾病(如梅尼爾氏症、耳石症)做更好的解釋。

雙管齊下的治療方針： 藥物與前庭復健

在確定診斷後前庭性偏頭痛是可以被良好控制的。治療上有「藥物」與「前庭復健」兩部分。

1. 藥物治療（急性緩解與預防性用藥）

- 急性發作期：緩解眩暈與不適。常用藥物有抗組織胺類止暈藥、止吐藥，或是針對偏頭痛的專一性止痛藥(如翠普坦類Triptans，CGRP拮抗劑如atogepant、rimegepant)。
- 預防性治療：若患者發作頻繁(如每週超過一次)或嚴重影響生活品質，則可加上預防性藥物。常見的包括：乙型交感神經阻斷劑(Beta-blockers)、鈣離子通道阻斷劑(Flunarizine)、抗癲癇藥物(如Topiramate)，或某些抗憂鬱劑。需持續服用數月才能見到最佳療效。

2. 前庭復健運動

前庭復健運動透過特定的動作訓練，幫助大腦重新適應、代償受干擾的前庭訊號。

- 適應性訓練：讓患者重複暴露在會引起輕微

頭暈的視覺刺激中，藉此降低大腦對眩暈的敏感度。

- 凝視穩定訓練：強化眼睛在頭部移動時維持影像清晰的能力，減少視覺性眩暈。
- 平衡與步態訓練：在不平穩的表面(如軟墊)上站立或行走，訓練本體感覺與視覺的協調性。

小心飲食地雷

許多食物中含有微量的神經傳導活性物質(如酪胺酸)，容易引發腦血管收縮與神經過度活化，應盡量避免：

- 3C食物：乳酪、巧克力、柑橘類水果。
- 刺激性飲品：酒精(特別是紅酒)、過量咖啡因(建議每天不超過1杯，且應在固定時間飲用，避免戒斷性頭痛)。
- 加工食品：含有硝酸鹽的香腸、臘肉、熱狗，及添加味精的食物。
- 發酵與醃製物：泡菜、醃肉等。

規律生活作息

- 固定睡眠生理鐘：作息不規律、熬夜易引起發作，應盡量避免。
- 穩定血糖與水分：避免3餐不正常或過度飢餓，並攝取足夠水分。
- 壓力管理：過度壓力與情緒波動容易誘發，適度的有氧運動有助於調節自律神經系統。

結語

前庭性偏頭痛並不少見，患者生活品質大打折扣，但診斷上卻有一定挑戰性，因為有將近一半患者沒有任何偏頭痛的特徵，甚至超過一半發作時完全沒有頭痛。所幸在診斷上一般不需要特殊儀器，只要詳細詢問病史與發作特徵，治療是相對簡單且有效。如果患者有反覆發作的暈眩，且伴隨頭痛、畏光怕吵或偏頭痛病史時，建議及早求治神經內科或眩暈門診，透過正確的診斷、藥物治療與生活調理，大多數患者都能大幅提升生活品質。

肩膀痛不只是五十肩 常見與少見原因一次看懂

早上起床，王女士發現右手抬不起來，穿衣、梳頭、扣內衣都變得困難，晚上翻身壓到右肩更會痛醒。她以為只是睡姿不對，忍了兩個月後，肩膀活動度卻越來越差。另一方面，常打羽球的陳先生只有抬手殺球時會痛，休息時反而沒事。兩人都是肩膀痛，背後原因卻完全不同。

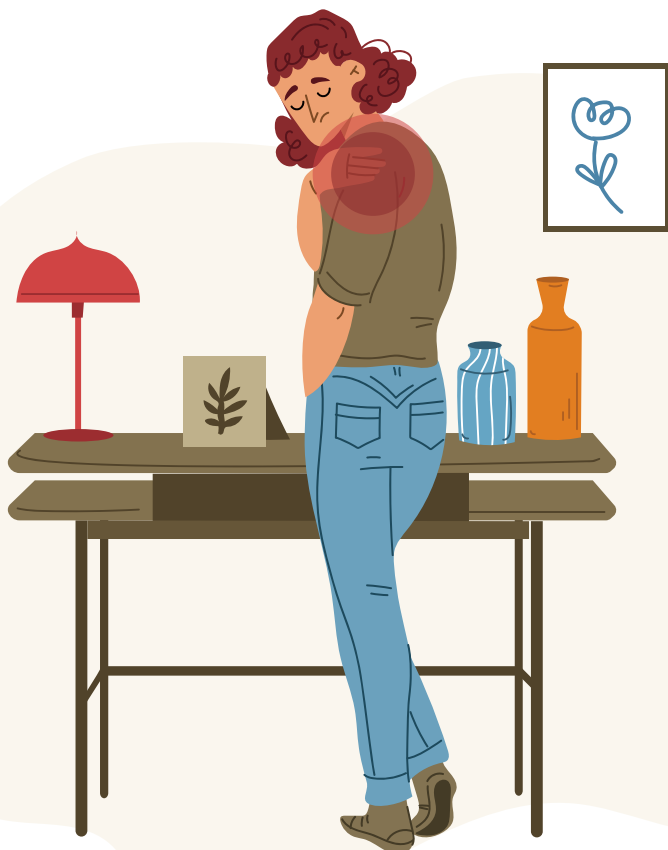
文 / 郭家瑜

國泰綜合醫院復健科主治醫師

肩 關節結構複雜，疼痛可能來自肌腱、滑囊、關節囊、骨頭、神經，甚至腫瘤，不能一概當成「五十肩」。肩痛也不宜拖延，拖得越久，疼痛、僵硬與代償動作可能越明顯；若能早期評估與治療，通常較容易維持活動度，預後也較理想。

肩膀痛最常被提到的是五十肩，典型症狀是主動與被動活動都明顯受限。患者常有夜間痛，無法側睡患側，穿衣、梳頭或手伸到背後都會卡住。五十肩好發於40至65歲，糖尿病及甲狀腺疾病患者風險較高。

近年研究認為，五十肩不只是局部關節囊發炎與纖維化，也可能與高血糖、代謝異常、慢性發炎，以及更年期後激素變化有關。糖尿病患者的症狀通常較嚴重、恢復較慢，也較容易發生雙側或對側肩膀後續發病。因此，若在疼痛初期便接受評估與適當治療，較有機會控制疼痛、維持活動度，避免肩膀愈來愈僵。



另一個常見原因是鈣化性肌腱病變，通常是旋轉肌肌腱內出現鈣化沉積。部分患者平時沒有症狀，但在急性發炎期可能突然出現劇烈疼痛，甚至連輕微移動手臂都難以忍受。疼痛多集中在肩膀外側，也可能延伸到上臂。它與五十肩不同，初期多半是因為疼痛而不敢動，不一定真的有全面性關節僵硬；但若長期因痛避免活動，仍可能進一步造成活動度下降。

肩夾擠症候群也是復健科門診常見問題。患者多在抬手、拿高處物品、游泳、打球，或反覆從事過肩工作時疼痛。肩夾擠症候群的原因通常不只是「骨頭夾到肌腱」，而是合併旋轉肌肌腱退化、肩峰下滑囊發炎、肩胛骨控制不良、胸椎姿勢、後側關節囊緊繃，以及重複負荷等因素共同造成。若持續帶痛運動或工作，可能使肌腱負荷增加，讓症狀反覆發作。

旋轉肌肌腱病變或撕裂也很常見。肌腱病變多與長期過度使用及年齡退化有關，撕裂則可能在跌倒、突然拉扯或提重物後發生。患者常有肩膀疼痛、拿重物困難或手臂無力。若外傷後手臂突然抬不起來，或出現明顯肌力下降，就要懷疑較大的旋轉肌撕裂。若拖延過久，部分撕裂可能伴隨肌腱退縮與肌肉萎縮，使後續治療更複雜。

較少見但不能忽略的是SLAP病灶，也就是上關節唇撕裂傷。它常見於投擲運動員、跌倒時以手撐地，或長期進行肩活動的人，可能出現深層肩痛、喀喀聲、卡住感及出力不穩。肩關節不穩定或反覆脫臼則常有肩膀快要滑出去的感覺，部分患者會因害怕脫臼而不敢將手臂抬高或向外轉。

有些肩痛其實並不是肩膀本身出問題。頸椎神經根壓迫可能造成肩膀到手臂的疼痛、麻木、刺痛或無力；心臟疾病有時也會以轉移性肩痛表現。感染以及腫瘤雖然罕見，也可能以肩膀痛表現。若出現不明原因且持續加重的夜間痛、休息時也痛、發燒、體重下降、肩部腫塊，或一般治療後仍沒有改善，應儘早接受進一步檢查。

當肩痛持續數週，並影響睡眠與日常生活，出現明顯僵硬、無力、麻木，或曾有跌倒及外傷時，請至復健科門診評估。醫師會根據症狀、活動度與肌力找出可能原因，再安排適合的治療與復健計畫。肩痛宜早期治療，越早釐清病因並開始處理，通常越能降低慢性病變與錯誤代償的風險，也較有機會縮短恢復時間。

參考文獻

1. Navarro-Ledesma S. Frozen Shoulder as a Systemic Immunometabolic Disorder: The Roles of Estrogen, Thyroid Dysfunction, Endothelial Health, Lifestyle, and Clinical Implications. *Journal of Clinical Medicine*. 2025;14:7315. doi:10.3390/jcm14207315.
2. Al Hammadi MI, Shah ZA, Rathod RK, Seddik MA. Shoulder Impingement Pain Syndrome: Pathophysiology, Diagnosis, and a Review of Current Treatment Strategies. *Cureus*. 2025;17(9):e92045. doi:10.7759/cureus.92045.
3. Achilova F, Daher M, Nassar JE, Daniels AH, Abboud JA. Frozen Shoulder: Diagnosis and Treatment of Adhesive Capsulitis. *The American Journal of Medicine*. 2026;139:598-605. doi:10.1016/j.amjmed.2026.01.021.

與疼痛和平共處 認識骨科慢性疼痛

文 / 劉哲瑋

國泰綜合醫院骨科主治醫師
汐止國泰綜合醫院骨科主任

什麼是慢性疼痛？

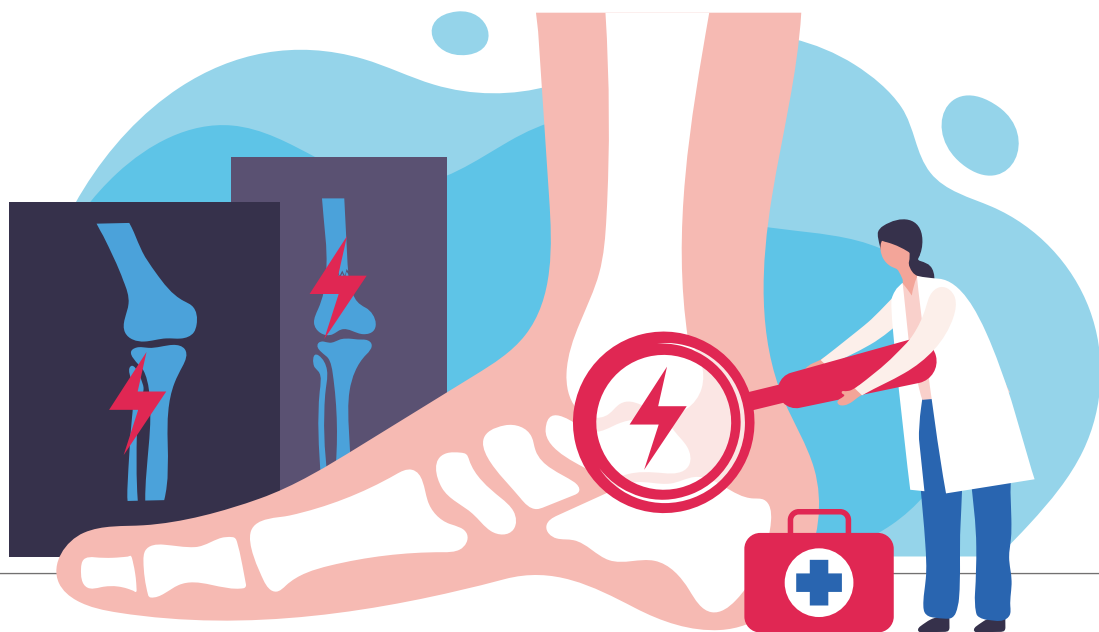
疼痛是身體的警報系統，提醒我們組織可能受到傷害。一般急性疼痛在受傷或發炎痊癒後就會逐漸消退。然而，當疼痛持續超過3個月，或是遠超過組織預期的修復時間仍未緩解，醫學上就稱為「慢性疼痛」。

許多人誤以為「還在痛，就代表傷還沒好」。事實上，慢性疼痛常常已經不再單純反映組織損傷的程度，而是神經系統對疼痛訊號變得過度敏感的結果，這個現象稱為「中樞敏感化」。簡單來說，就像警報器的靈敏度被調得太高，輕微的刺激也會引發強烈的痛感。理解這一點很重要，因為它說明了「疼痛強度」與「實際受損程度」並不總是成正比。

骨科常見的慢性疼痛來源

在骨科門診中，慢性疼痛的成因相當多元，常見的包括：

- 退化性關節炎：以膝關節、髖關節最為常見，軟骨隨年齡或使用而磨損，導致關節活動時疼痛、僵硬。
- 慢性下背痛：可能來自椎間盤退化、小面關節退化、肌肉筋膜緊繃或姿勢不良，是上班族與長者的常見困擾。



- 頸椎問題：長時間低頭、姿勢不良造成的頸部與肩膀痠痛，有時伴隨手部麻木。
- 五十肩（沾黏性關節囊炎）：肩關節囊發炎沾黏，造成肩膀疼痛與活動受限。
- 肌腱與軟組織問題：如網球肘、足底筋膜炎、旋轉肌袖病變等，常因反覆使用而慢性化。
- 骨質疏鬆相關疼痛：骨密度下降後容易發生壓迫性骨折，引起持續背痛。

慢性疼痛帶來的惡性循環

慢性疼痛的影響從來不只是「痛」這麼簡單。長期疼痛會干擾睡眠，睡不好又會降低疼痛的耐受度；活動時會痛，許多人因此減少活動，但缺乏運動反而使肌肉萎縮、關節更僵硬，疼痛更難改善。此外，長期受疼痛折磨也容易帶來焦慮、低落與無力感，而負面情緒又會放大疼痛的感受。疼痛、失眠、不動、情緒低落彼此牽連，形成難以跳脫的惡性循環。

因此，現代醫學處理慢性疼痛時，目標往往不是「完全消除疼痛」，而是「打破循環、恢復生活功能」，讓人能夠回到工作、運動與正常的人際生活。

多管齊下的治療方式

慢性疼痛少有單一特效藥，最有效的方式通常是「多模式治療」，結合不同方法相輔相成：
藥物治療：醫師可能視情況使用消炎止痛藥、肌肉鬆弛劑，或針對神經痛的特定藥物。止痛藥能幫助緩解症狀、讓人有能力活動與復健，但應在醫師指示下使用，避免長期過度依賴，特別是成癮性較高的強效止痛藥。

復健與物理治療：包括熱療、電療、徒手治療，以及最重要的一—量身設計的運動訓練。物理治療師會教導正確的運動方式，逐步強化肌力、增加柔軟度。

注射治療：對特定病灶，醫師可能採用關節腔注射、增生療法或局部注射等方式緩解疼痛。

手術：當保守治療無效、結構性問題明確且嚴重影響生活時，才會考慮手術，例如人工關節置換。手術並非優先或唯一選項。

自我管理：你能為自己做的事

慢性疼痛的改善，病人自身的參與往往是關鍵。以下做法經實證有助於控制疼痛：

- 規律運動：這聽起來與直覺相反，但「適度活動」是慢性疼痛最有力的處方之一。游泳、快走、騎自行車等低衝擊運動，能強化肌肉、潤滑關節並改善情緒。重點是循序漸進，不要因為怕痛而完全不動。
- 體重管理：每減輕1公斤體重，膝關節承受的負荷便明顯下降，對下肢關節炎特別有幫助。
- 學會「步調分配」：將活動拆分、適度休息，避免一次做太多而引發疼痛大爆發後又被迫臥床。
- 重視睡眠與情緒：建立規律作息，必要時尋求心理支持。放鬆訓練、正念與深呼吸都有助於降低疼痛敏感度。
- 戒菸：抽菸會影響血液循環與組織修復，不利於慢性疼痛的控制。

什麼情況該盡快就醫？

雖然多數慢性疼痛可在門診穩定追蹤，但出現以下「警訊」時，應盡速就醫評估：夜間痛到醒、休息也無法緩解；不明原因的體重減輕或發燒；下肢逐漸無力、麻木；以及大小便失禁或會陰部麻木等。這些可能是感染、腫瘤或神經嚴重受壓的徵兆，不可輕忽。

結語

骨科慢性疼痛是一場需要耐心的長期經營，而非一蹴可幾的戰役。它的成因複雜，但也代表著我們有許多管道可以介入。透過正確的醫療、規律的運動與良好的生活習慣，多數人都能有效控制疼痛、重拾生活品質。請記得：你不必獨自承受，與你的醫療團隊密切合作，找出最適合自己的方式，就是邁向改善的第一步。



令人聞之色變的 帶狀皰疹後神經痛

許多人常常看到身上出現疹子就會擔心是帶狀皰疹(皮蛇)，為何帶狀皰疹會讓人們如此擔心及害怕？原因就出在帶狀皰疹後神經痛這個後遺症。

文 / 羅陽

國泰綜合醫院皮膚科主治醫師

帶

狀皰疹，外觀上就是數個水皰沿著皮膚節擴展，最常影響的是胸椎，通常在接受抗病毒藥後就漸漸不會有新的水皰，水皰也會漸漸乾掉，皮膚大致也都能復原得不錯。帶狀皰疹後神經痛是指皮膚結痂癒合後，但仍因病毒在急性期使神經纖維損害較厲害，導致神經異常放電而持續疼痛的問題。據研究統計，有5%-30%的病人在帶狀皰疹後會出現帶狀皰疹後神經痛。跟一般疼痛相比，感覺會更不舒服，原因出在此等感覺不一定是用「痛」來表現。許多人會表示灼熱火燒感、深沉疼痛感、劇烈刺癢感、有電流的感覺、觸摸痛(如衣服摩擦或風吹等輕微觸碰感也會引發劇痛(allodynia)，甚或出現特殊感覺，如有昆蟲在攀爬或明明沒有人觸碰，但就是感覺有人在碰病灶等怪異感覺)。由於疼痛是會一陣一陣抽痛，且不定時的，故許多患者表示此種神經痛會導致睡眠品質極差(太痛睡不著或擔心會痛醒而會有壓力等)、影響上班狀況，進而會惡性循環影響到心理，造成身心壓力加大，甚或出現憂鬱、不喜歡外出或交際、影響進食，進而體重減輕的情形。帶狀皰疹後神經痛可能持續數個月，甚至數年，造成許多人痛不欲生，是帶狀皰疹最讓人困擾的後遺症。

帶狀皰疹後神經痛在高齡族群的機率上會更高，危險因子包括女性比起男性較容易會出現帶狀皰疹後神經痛、大於50歲、病灶大於50個(或大面積受影響)、病灶在頭或尾椎、出現出血狀的病灶及



前驅期疼痛等。若患者有免疫不全或癌症病史、接受器官移植、使用免疫抑制劑等狀況也容易讓帶狀皰疹的情形變得較嚴重。一般來說，小於50歲免疫正常的患者，出現帶狀皰疹後神經痛的情形很少超過3個月。反之，大於60歲的患者，有超過10%的患者神經痛會持續超過3個月。

帶狀皰疹後神經痛的治療包括普拿疼、非類固醇消炎止痛藥(NSAID)、抗癲癇類藥物、嗎啡類藥物、三環抗憂鬱劑及疼痛貼片等。一般來說，一般性消炎止痛藥普遍療效不佳，抗癲癇類藥物及三環抗憂鬱劑則能有不錯的療效，但部分的藥物會有疲倦、暈眩或走路不穩之副作用。若仍無法控制其疼痛，則需考慮至疼痛科門診接受進一步諮詢。外用抗生素藥膏並無證據顯示可治療神經痛，不過對於輔助皮膚表面傷口癒合及避免繼發性細菌感染仍有其功效。外用皰疹藥膏則僅對治療單純皰疹有效，對於治療帶狀皰疹後神經痛是完全無療效的。研究顯示，急性期積極控制疼痛也能預防疼痛慢性化，此外施打帶狀皰疹疫苗除了能預防帶狀皰疹出現，更能有效降低帶狀皰疹後神經痛的比率。適量補充維生素B群及鋅等微量元素，有修復神經的效果。

若出現帶狀皰疹的症狀(例如疼痛紅疹沿著皮膚一個區段)務必儘早就診，在黃金72小時內給予抗病毒藥能更有效抑制病毒複製，縮短病程；若大於50歲且有慢性病史，則可考慮施打帶狀皰疹疫苗，來預防帶狀皰疹的出現。以上皆可對預防帶狀皰疹後神經痛能有幫助。若有帶狀皰疹後神經痛的患者則更需要積極就診接受治療，擁抱更良好的生活品質。

疼痛，心身醫學的交會之處

疼痛的心身醫學觀點

文 / 單家祁

國泰綜合醫院精神科主任



常見的臨床情境與困惑

「醫生叫我來看精神科，是不是覺得我的疼痛不是真的？」

A小姐走進診間時，眼神帶著防衛與困惑。她因長期疼痛，已在不同科別之間往返數月，檢查結果並無特殊異常，但藥物改善有限。被轉診的那一刻，她感覺相當受傷，彷彿醫師認為她在無病呻吟。

然而，正因為疼痛是真實存在且嚴重干擾生活，才需要從更多元的視角來理解。疼痛從來不只是組織損傷的單純警報，而是大腦整合情緒、壓力、記憶與身體訊息後的最終產物。

情緒與疼痛 共享同一條神經高速公路

根據國際疼痛研究學會的定義，疼痛是「與實際或潛在組織損傷相關，或以此類方式描述的不愉快感官及情感經驗」。這項定義明確點出，疼痛同時包含感覺與情感兩個面向。

人體大腦與腦幹中存在一套「下行疼痛調節路徑」，負責增強或抑制上行的疼痛訊號。這套系統的運作高度依賴血清素與正腎上腺素——而這兩種神經傳導物質，同時也掌管情緒、睡眠與焦慮反應。當長期壓力、失眠或情緒困擾使這套系統失衡，大腦抑制疼痛的能力便會下降，原本輕微的身體訊號也可能被放大為顯著疼痛。

腦影像研究亦顯示，慢性疼痛患者與憂鬱、焦慮患者在處理疼痛與情緒的腦區有相似的活動型態。疼痛與情緒在中樞層次上確實高度重疊，並非各自獨立的系統。慢性疼痛也可能進一步導致中樞神經敏感化，加劇痛感並使之長期化。

B先生前來精神科求診的例子，則具體展現了這種雙向關係。他因夜間磨牙導致顳顎關節疼痛，某天早晨起床時，嘴巴突然無法張開，連進食都變得困難。關節的劇痛與不便使他心情低落、煩躁易怒，而這些負面情緒又回過頭來惡化了疼痛感受，形成了一個



完整閉環。值得注意的是，磨牙本身便常與生活壓力、焦慮傾向或完美主義性格相關——身體的訊號與心理的狀態，在此交織成一張難以拆解的網。

「心因性」疼痛？不是「假的」，而是「與情緒有關」

許多患者在被告知要轉診時，聽到「心因性」三個字，直覺反應便是「醫生覺得我在裝病」。其實「心因性疼痛」在醫學上的意義，並不是「疼痛不存在」或「疼痛是憑空想像」，而是指情緒與壓力在疼痛的誘發或加重中扮演了重要角色；疼痛本身，依然是真實的感受。

當代西方醫學自十七世紀笛卡爾提出心身二元論以來，長期存在「若不是身體的，就是心理的」思維慣性，這種二分法常讓患者感到自己的痛苦不被承認。當前精神科的評估架構已揚棄這種二元對立，而是聚焦在——這些症狀是否對患者的情緒、思考或日常生活造成了持續且顯著的干擾。

精神科的治療：疼痛循環的處遇

精神科在慢性疼痛的治療上，主要從調節中樞神經系統著手。特定類型的抗憂鬱藥物，能強化下行疼痛抑制路徑，同時改善共病的憂鬱與焦慮，達到身心同治的效果。這類藥物需要數週才會逐漸顯現療效，且需在醫師指導下規律服用。

非藥物治療同樣重要。認知行為治療能協助患者覺察並調整對疼痛的災難化思考，減少因疼痛導致的行為退縮與生活失序。放鬆訓練與生理回饋則有助於降低自律神經的過度反應，緩解因壓力與緊張加劇的肌肉緊繃。這些介入的核心目標，在於協助患者重新建立對身體的掌控感，而非僅是被動承受疼痛。

跨專科合作：讓治療涵蓋完整的人

C女士因長期焦慮與失眠來到精神科門診，會談中提及她也正在服用治療纖維肌痛症的藥物。纖維肌痛症患者常合併憂鬱與睡眠品質不佳，從精神科觀點來看，這些症狀也常與壓力累積、情緒調節及特定人格特質密切相關。

慢性疼痛的處置需要不同專科的協同合作，包括神經科、復健科、疼痛科、風濕免疫科及精神科。精神科的角色在於辨識與處理疼痛相關的情緒障礙、壓力反應，並提供藥物與非藥物的輔助治療。尋求精神科協助，不代表疼痛是假的，而是讓治療能夠涵蓋更完整的面向——包含身體、情緒與生活各個層面。

面對慢性疼痛，不必獨自忍耐，也不需要一再證明自己有多痛。透過跨專科的整合評估與個別化的治療計畫，多數患者能夠逐步找回對生活的掌控，重拾睡眠、活動與日常。

忍痛小心反作用 認識手術後慢性疼痛與 ERAS止痛策略

文 / 楊琮翔

國泰綜合醫院ERAS中心主任

身

為麻醉科醫師，術後疼痛訪視也是重要的工作。早上踏入病房時，常會看見這樣的場景：有些長輩即便安裝了術後自控式止痛，卻仍緊繃著身體、強忍疼痛。詢問之下，發現他們抱持著「擔心藥物副作用」、「能不用就不用」的觀念，徹夜難眠也不願按壓按鈕。這種對「忍痛」的堅持，以現代醫學觀點，其實是會拖慢復原，甚至埋下長期健康隱憂的誤解。

術後止痛：不只是舒適，更是復原的關鍵

術後疼痛若未能妥善管理，會引發一連串的「負面骨牌效應」。術後因恐懼疼痛而不敢活動，呼吸變淺導致肺部換氣不足，增加肺炎風險。長時間臥床則會導致肌力萎縮，並大幅提升靜脈血栓的併發症機率。

警惕「手術後慢性疼痛」的危機

若急性疼痛在第一時間未能獲得抑制，強烈的痛覺訊號會持續衝擊神經系統，導致「中央敏感化」。這就像警報系統因為過度刺激而「鎖死」在開機狀態。即便傷口已經癒合，神經末梢仍會持續發送錯誤的疼痛訊號。醫學上定義，手術後疼痛持續超過3個月，且排除感染等病理因素者，即為「手術後慢性疼痛」。這種疼痛常伴隨灼熱、麻木、撕裂感，治療難度高。長期疼痛不僅增加復健訓練難度，進而導致身體機能退化，更是容易導致失眠、焦慮、憂鬱，甚至產生對疼痛的認知偏差，形成生理與心理的惡性循環，嚴重剝奪生活品質。

風險與數據：必須正視的挑戰

手術後慢性疼痛的發生率比大眾預期高得多。統計顯示，剖腹產或腹股溝疝氣修補術的發生率約在5%至20%之間。而涉及較多神經分佈的胸腔手術、乳房切除術，以及重大關節置換術，發生率甚至可高達30%至50%。哪些人屬於



高風險族群？首先，術前已患有長期疼痛者，其神經系統本就處於高度敏感狀態，手術易誘發「火上加油」。其次，術後急性疼痛控制不佳、術前表現出極度焦慮，以及手術時間長或涉及廣泛神經損傷者，皆屬於高危險群。

實證醫學的「疼痛防禦網」：ERAS與多模式止痛計畫

現代醫療已從「被動止痛」轉向「全面防禦」。術後加速康復（Enhanced Recovery After Surgery, ERAS）旨在透過跨領域合作，將疼痛管理的戰線提前部署。超前止痛不再等待麻醉醒來才給止痛藥，而在手術前口服Acetaminophen或NSAIDs等止痛藥物，提前調控神經傳導路徑與痛覺閾值，降低身體在遭受手術疼痛時發出的疼痛訊號。多模式止痛讓術後不再單一依賴鴉片類藥物，藉此降低噁心嘔吐、皮膚癢、呼吸抑制與便秘等副作用。透過結合多種技術，例如施打硬脊膜外止痛阻斷脊椎層級傳遞、利用超音波導引進行精準的神經阻斷術、以及傷口局部浸潤，從源頭讓傷口周邊呈現最佳止痛狀態。這些精準給藥技術，落實「提早下床」的核心目標，進而減少術後併發症。

術後積極介入，重拾生活

若疼痛在術後3個月仍持續存在，請不要認為這是「手術後的宿命」。此時應尋求專業疼痛團隊協助。治療重點將轉向調節神經傳導異常，包括使用神經穩定調節藥物，或透過脈衝式高頻熱凝療法、介入性神經阻斷注射，修復異常的神經訊號。同時，結合心理諮商與認知行為治療，能幫助減緩對疼痛的恐懼，重新找回對生活的自主權。

您的痛，值得被溫柔對待。如果您或家人即將面對大型手術，請記得：勇敢表達疼痛，讓專業醫療團隊以實證、精準與客製化的方式，陪您穩健地走過康復的每一哩路。

颱風季來臨！ 小心鉤端螺旋體病與類鼻疽

每到夏季與颱風季，民眾最熟悉的傳染病往往是登革熱。不過，豪雨、淹水與積水過後，還有兩種容易被忽略，卻可能造成重症甚至死亡的感染症，也會悄悄增加：鉤端螺旋體病與類鼻疽。



文 / 武定一

國泰綜合醫院感染科主治醫師

這兩種疾病都與「污水、泥土、積水環境」有關，尤其在颱風過後清理家園、涉水、接觸污泥時，感染風險會明顯提高。

為什麼颱風後感染風險會增加？

豪雨與淹水會讓原本存在於土壤、污水與動物排泄物中的病原菌大量擴散。

鉤端螺旋體病的病原菌，常存在於老鼠、狗、牛、豬等動物尿液中；而類鼻疽菌則原本就存在於部分潮濕土壤與積水環境。當颱風造成淹水、水溝溢流、泥土翻攪時，人類接觸受污染環境的機會便會大幅增加。

此外，部分類鼻疽患者甚至可能是因吸入混著泥土

與水氣的細菌氣霧而感染，因此在強風豪雨後，也可能出現肺部感染。

什麼是鉤端螺旋體病？

鉤端螺旋體病是一種人畜共通傳染病，人類通常是因為皮膚傷口、黏膜或眼結膜接觸到受污染的水或土壤而感染。

感染初期常像一般感冒，包括：

- 發燒。
- 畏寒。
- 頭痛。
- 肌肉痠痛。
- 噁心嘔吐。

其中「小腿痠痛」是相對具有代表性的症狀之一。

多數患者症狀較輕，但部分患者病情可能快速惡化，出現黃疸、腎衰竭、肺出血、呼吸衰竭，甚至敗血症。

嚴重型鉤端螺旋體病又稱「韋爾氏症（Weil disease）」，若合併肺出血，死亡率甚至可能超過5成。

什麼是類鼻疽？

類鼻疽是由類鼻疽桿菌（*Burkholderia pseudomallei*）引起的感染症。台灣其實一直都有本土病例，尤其高雄、台南與屏東等南部地區較常見。

類鼻疽最常見的表現是肺炎與敗血症，但也可能造成皮膚膿瘍、肝膿瘍、脾臟膿瘍，甚至侵犯腦部。

有些患者一開始只是發燒、咳嗽，很像普通感冒或一般肺炎，因此容易延誤診斷。值得注意的是，糖尿病、慢性腎病、癌症患者、酗酒者或免疫力較差者，都是類鼻疽高危險族群，重症與死亡風險也明顯較高。

根據疾管署統計，今年截至六月，全台已累積23例類鼻疽病例，而去年全年總數為79例。今年上半年病例數已有偏高趨勢，而真正的颱風季通常落在7月至9月，因此後續變化仍需持續觀察。

哪些人要特別小心？

以下族群在颱風後要提高警覺：

- 糖尿病患者。
- 慢性腎臟病患者。
- 癌症患者。
- 長期使用類固醇者。
- 免疫力較差者。
- 經常接觸污水、泥土工作者。

此外，若身上本來就有傷口、擦傷、香港腳或皮膚破損，感染風險也會增加。

如何預防？

預防最重要的原則，就是避免直接接觸受污染的污水與泥土。

颱風或豪雨後清理環境時，建議：

- 穿著雨鞋與手套。
- 避免赤腳涉水。
- 傷口要妥善包覆。
- 接觸污水後盡快清洗身體。

若在颱風後一到兩週內出現發燒、咳嗽、呼吸喘、嚴重肌肉痠痛等症狀，應盡快就醫，並主動告知醫師是否曾接觸積水、污泥或參與災後清理。

因為這些感染若能及早診斷並給予適當抗生素治療，多數患者仍有機會康復；但若延誤治療，可能迅速進展為重症。

颱風過後，除了清積水、防蚊之外，也別忽略那些藏在污水與泥土中的細菌威脅。

少見但重要的內分泌腫瘤 嗜鉻細胞瘤

一位52歲女性本身無高血壓病史，但近3個月來經常在下午3、4點後感到心悸、頭痛，甚至冒冷汗，自行測量血壓高達180/110mmHg。到了晚上或隔天早上，血壓又恢復正常，讓她誤以為是壓力或更年期所致。診所醫師起初給予一般降壓藥，但效果不明顯，且出現姿勢性低血壓的副作用。後來轉介至心臟科，安排相關血液檢查與24小時尿液兒茶酚胺代謝物測定，數值明顯升高。腹部MRI顯示右側腎上腺有一顆3.5公分的腫瘤，診斷為嗜鉻細胞瘤。經手術切除治療後，血壓漸趨穩定，症狀也緩解不少。

文 / 郭志東

國泰綜合醫院心血管中心主治醫師

嗜 鉻細胞瘤是一種少見但重要的內分泌腫瘤，它源自腎上腺髓質的嗜鉻細胞，這些細胞能夠分泌大量的兒茶酚胺，包括腎上腺素、正腎上腺素以及多巴胺。當這些物質過度釋放時，會造成一系列以高血壓為主的臨床症狀，因此嗜鉻細胞瘤又被稱為「內分泌性高血壓」的重要原因之一。雖然整體盛行率低，但若未能及時診斷與處理，可能導致致命性併發症，因此對嗜鉻細胞瘤的認識與警覺非常關鍵。

高血壓是嗜鉻細胞瘤最常見的表現之一，其發生機轉與腫瘤所分泌的兒茶酚胺有直接關係。這些荷爾蒙會使血管收縮、心跳加快，進而造成血壓升高。部分病人會表現為持續性高血壓，但也有不少病人是以陣發性高血壓為主，即血壓突然上升，伴隨強烈的



心悸、頭痛、冒汗、臉色蒼白或焦躁等症狀，時間可能從數分鐘至數小時不等。這些高血壓發作常常是在特定誘發因素下產生，例如劇烈運動、情緒激動、手術操作、排便或麻醉等。因此，臨床上遇到血壓波動劇烈或對一般降壓藥物反應不佳的患者，應考慮嗜鉻細胞瘤的可能性。

除了高血壓以外，嗜鉻細胞瘤還可能伴隨其他自律神經系統過度活化的症狀，例如體重減輕、心律不整、焦慮、震顫、高血糖與代謝異常等。有些患者甚至可能因腫瘤破裂、心肌病變或中風等急性併發症而突然惡化，進一步增加死亡風險。因此，嗜鉻細胞瘤的早期辨識對於病患安全極為重要。

診斷方面，首先需懷疑其存在，特別是針對年輕、高血壓控制困難、有高血壓家族史、或合併有陣發性高血壓症狀的患者。可進一步安排血液或尿液中兒茶酚胺或其代謝物（如metanephrine, normetanephrine）的測定。這些檢查通常需在病人情緒平穩、安靜環境下進行，並暫停某些藥物或食物以避免干擾。若生化數據顯示異常，下一步通常是進行影像學檢查，如腹部超音波、電腦斷層、核磁共振或正子掃描，以確定腫瘤位置與大小。部分患者甚至可能同時有多顆腫瘤，或腫瘤發生在腎上腺以外的副神經節，需要更進一步的檢查來釐清。

治療方面，手術切除為根本方式。在手術前，必須進行嚴謹的內科準備，最重要的是用藥物控制兒茶酚胺的作用，降低手術期間因腫瘤壓迫或釋放荷爾蒙導致的血壓劇烈波動。這通常需要使用甲型受體阻斷劑來阻斷血管收縮作用，有時也需合併乙型受體阻斷劑來控制心率，但需注意單獨使用乙型受體阻斷劑會造成血管過度收縮，而引發高血壓危象。手術中如能由經驗豐富的麻醉及外科團隊進行操作，密切監控生命徵象與血壓變化，術後部分患者的高血壓可完全緩解，但也有些人仍需繼續服用降壓藥，特別是若長期高血壓已造成血管硬化或心腎功能受損者。

值得注意的是，嗜鉻細胞瘤在部分情況下具有家族性，與多發性內分泌腫瘤症候群（MEN type 2）、逢希伯-林道症候群、神經纖維瘤病（Neurofibromatosis type 1）等遺傳疾病有關。對這類病人及其家屬，可考慮進一步基因檢測與長期追蹤，以便及早發現其他可能的內分泌腫瘤變化。

在臨床上，嗜鉻細胞瘤雖然罕見，但因其可能引起高血壓危象、心臟衰竭、中風甚至猝死，臨床醫師在面對非典型高血壓、陣發性高血壓或年輕高血壓患者時，應保有高度警覺性。對一般民眾而言，若發現自己有反覆性血壓飆高伴隨心悸、冒汗、頭痛等症狀，應主動就醫接受評估，僅以一般降壓藥物處理可能效果有限。

最後，值得提醒的是，嗜鉻細胞瘤的症狀雖多變但有其典型表現模式，只要警覺性夠高，加上適當的生化與影像學檢查，大多數病人都能及時被診斷並接受有效治療。透過跨團隊的合作，現今的治療成效已大幅提升，病人預後良好。若發現有時間性規律的高血壓發作，尤其合併自律神經亢進的表現，應高度懷疑嗜鉻細胞瘤的可能。

打造良好的視力保健習慣

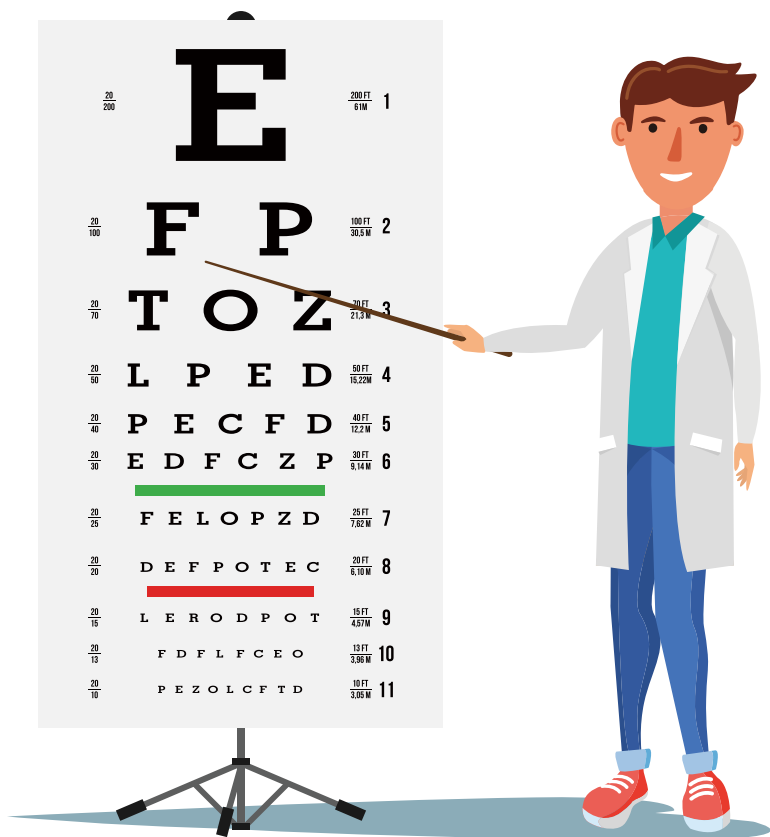
文 / 黃楚軒

國泰綜合醫院眼科主治醫師

現代人的生活幾乎離不開3C產品，從工作、學習到休閒娛樂，眼睛長時間處於高負荷狀態。許多人擔心藍光傷害，因此配戴抗藍光眼鏡、使用手機深色模式或補充葉黃素，希望能保護視力。然而，真正影響眼睛健康的，不只是藍光，而是每天持續累積的用眼負荷與光線刺激。從起床開始，眼睛便持續接收室內照明、電腦螢幕、手機、戶外陽光及紫外線等各種光源刺激，加上長時間近距離閱讀、眨眼次數減少，都可能造成眼睛疲勞與乾澀。若未適當休息，長期下來可能增加乾眼症及視網膜退化等眼部疾病的風險。

良好的用眼習慣，是護眼最重要的第一步

眼睛疲勞最主要的原因，並非單一光源，而是長時間持續使用。當專注閱讀或操作電腦時，眨眼頻率會下降，使淚液蒸發加快，眼睛表面逐漸乾燥，進一步造成發炎反應，形成乾眼症的惡性循環。因此，建立良好的用眼習慣，比任何保健食品都更加重要。建議遵循「20-20-20法則」：每近距離用眼20分鐘，抬頭觀看約6公尺遠的景物至少20秒。



此方法可放鬆睫狀肌，減輕調節疲勞，也有助於恢復淚膜穩定性。此外，每工作一段時間起身活動、增加眨眼次數，都有助於降低眼睛負擔。

深色模式與抗藍光眼鏡可以輔助，但不能取代休息

不少民眾習慣將手機切換成深色模式，或配戴抗藍光眼鏡，希望減少眼睛疲勞。深色模式可降低螢幕背景亮度，在部分情況下可提升閱讀舒適度；抗藍光眼鏡則可過濾部分高能量藍光。然而，目前沒有證據顯示這些措施能完全避免長時間用眼造成的疲勞或乾眼症。因此，這些工具可作為輔助，但仍應搭配適度休息及良好的用眼習慣，才能真正達到護眼效果。

均衡營養有助維持眼睛健康

除了生活習慣之外，均衡飲食也是維持眼睛健康的重要基礎。葉黃素與玉米黃素是黃斑部的重要色素，可協助吸收部分高能量可見光，降低氧化壓力。大型臨床研究顯示，每日補充約10毫克葉黃素搭配2毫克玉米黃素，可作為黃斑部保健的重要營養支持，並非劑量越高效果越好。此外，Omega-3脂肪酸（DHA）、維生素A、維生素C、維生素D、維生素E，以及花青素、蝦紅素等抗氧化營養素，也有助於維持眼睛正常代謝及減少氧化壓力。其中，Omega-3脂肪酸已有研究支持可改善部分乾眼症患者的不適症狀。營養補充應建立在均衡飲食的基礎上，若有特殊需求，可與醫師討論適合自己的補充方式。

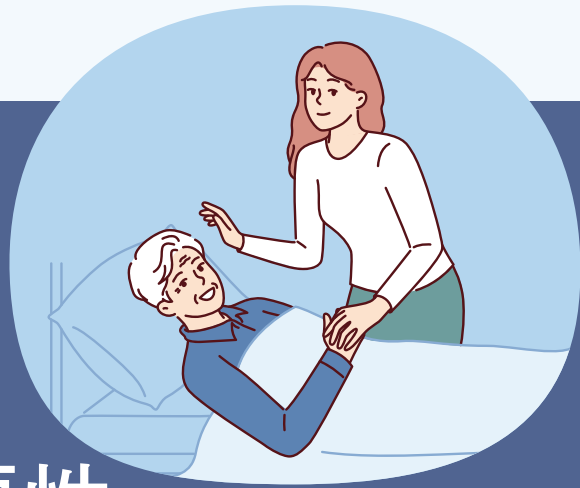
眼睛乾澀時，人工淚液是較好的選擇

眼睛乾澀時，不少人習慣購買清涼型眼藥水使用。然而，部分市售眼藥水含有血管收縮劑、清涼成分或防腐劑，雖然短時間可改善不適感，但若長期頻繁使用，反而可能刺激眼表，增加慢性發炎風險。相較之下，人工淚液主要提供保濕功能，尤其不含防腐劑的單支包裝，更適合乾眼患者依需要使用。若乾澀症狀持續超過數週，或伴隨視力下降、疼痛、畏光等症狀，應儘早接受眼科檢查，以免延誤治療。

從日常生活開始守護視力

眼睛的老化並非一夕之間形成，而是多年累積的結果。無論是長時間使用3C產品、睡前關燈滑手機、缺乏休息，或長期忽略乾澀不適，都可能逐漸增加眼睛負擔。護眼沒有單一捷徑。建立規律的用眼習慣、適時休息、均衡飲食、必要時補充具有實證支持的營養素，並定期接受眼科檢查，才是維持視力健康最重要的方法。從每天的一個小習慣開始，就能為眼睛累積長遠的保護力。





當體貼變成負擔 談個人界限的重要性

下班前，同事臨時請小陳幫忙完成一份報表。雖然自己手上的工作早已排滿，他還是笑著答應：「沒關係，我來處理。」回到家後，小陳一邊加班、一邊懊惱，心裡忍不住想：「為什麼每次都是我？」但隔天遇到類似情況，他依然無法拒絕。

阿美經常幫忙照顧父母、接送孩子，假日時還得處理親戚拜託的大小事情。每當她想休息時，總會聽見「都是一家人，不要計較」這句話。久而久之，她愈來愈疲憊，也開始對家人感到不耐煩，卻又因為自己的情緒而感到愧疚。

上述的例子，是否讓你感到有些熟悉呢？明明已經感到疲累，卻總是不好意思拒絕別人；明明心中有不同的想法，卻習慣先滿足他人的需求。許多人以為這樣是體貼、為他人著想，卻在不知不覺中忽略自己的感受，甚至逐漸失去真正的需求與界限，讓身心慢慢累積壓力與疲憊。因此，若能適度建立健康的個人界限，不僅不是自私或冷漠，反而有助於在照顧他人的同時，也能尊重自己的感受與需求，進而維持更平衡、穩定的人際關係。

什麼是健康的個人界限？

個人界限是指一個人對「自己能接受到什麼程度」的認識，包括自身需求、情緒承受範圍，以及在什麼情況下需要明確表達拒絕，讓互動維持在彼此都舒服的位置。

每個人的界限並不相同，有人特別在意身體距離，有人則對情緒比較敏感。然而，在實際生活中，許多人卻常常「做不到」或「守不住」，久而久之，便逐漸失去了清楚的界限感。

文 / 馮思澄

國泰綜合醫院神經內科臨床心理師

為什麼難以維持個人界限？

究竟有哪些因素會影響一個人設立界限的能力？以下整理出幾種常見的因素：

1. 內疚感：內疚感是指當行為與內在期待或他人期待不一致時，所產生的情緒反應。例如，當親友提出請求，即使超出自身能力範圍，也可能因不忍拒絕而勉強答應。
2. 羞恥感：羞恥感不同於內疚感，它較常與「自我價值」有關。

有些人會認為自己沒資格為自己爭取權益；有些人則認為拒絕他人或提出需求是不恰當甚至丟臉的行為，因此傾向壓抑自己的需要，長期下來也容易削弱界限感。

- 3.過度承擔與掌控：當一個人習慣掌控所有事情時，可能會認為「自己做比較安心、比較不會出錯」，因此較難信任他人或接受協助。這種高度控制傾向，也可能使個人難以適度的放手。
- 4.過度追求他人認同：當一個人長期習慣把「不要讓別人失望」放在前面，拒絕就容易變成一件很困難的事。這類人往往容易將他人的情緒責任放在自己身上，而形成過度付出的互動模式，使個人界限逐漸不清楚。
- 5.迴避人際衝突：有些人對人際衝突感到不安，因此習慣透過壓抑自我需求，來換取暫時的和諧。然而，長期壓抑自身需求，可能讓他人逐漸習慣你的退讓，甚至將其視為理所當然，當日後嘗試改變時，也可能引發新的誤會或摩擦。
- 6.害怕遭到他人報復：這種情況常見於權力不對等的關係中，例如高壓的職場環境或具有控制性的人際關係。當個人感受到拒絕可能帶來負面後果時，往往會選擇順從，以換取安全感。

以上這些因素，往往會使個人在關係中逐漸忽略自己的感受與需求，長期下來，可能對心理與生活造成不同程度的影響。

如何建立更好的個人界限？

個人界限並非一成不變，也並不是難以改變的能力，而是在一次次觀察自己、調整回應之後，慢慢形成的。以下提供幾個簡易的方法來協助大家建立界限：

檢視自己對「責任」的期待

首先可以先覺察自己是否對責任有過高的期待，例如：

- 是否經常認為自己應該為他人的情緒/行為負責？
- 是否習慣為他人的決定或後果收拾善後？
- 是否因害怕造成他人困擾，而不敢提出需求

或尋求協助？

- 是否對自己過於嚴苛，總是優先滿足他人？

若上述情況經常出現，可能代表對自我有過度的期待，容易增加心理負擔。適度的調整自己對責任的期待值，是建立個人界限的第一步。

允許自己經歷不適感

在開始拒絕他人或建立界限時，內疚感、羞恥感或不安感往往會浮現，這是一種常見且自然的心理反應。此時可以先暫停一下，透過深呼吸或短暫思考，提醒自己建立界限的初衷，是為了維持身心的平衡與關係的健康。

從小範圍開始練習

界限的建立可以從較小的情境開始，例如拒絕較低壓力的請求，或調整非緊急的配合事項，逐步累積經驗與信心。

練習溫和而堅定的拒絕

健康的拒絕並非攻擊，也不是退讓，而是清楚而尊重地表達自身立場。例如可以說「謝謝你對我的信任，但這次我可能無法協助。」

保持界限的一致性

若界限時緊時鬆，可能讓他人難以理解你的界限範圍，也容易增加後續的壓力與溝通成本，例如有人可能會帶著「碰運氣」的態度反覆接近你。因此，一旦開始設定界限，盡可能維持一致性，有助於建立穩定的人際互動模式。

適度重視自己的需求

設限不是把自己放得比別人重要，而是承認自己的需求也值得被看見。當個人的身心狀態穩定時，也更有餘裕維持長期且健康的人際關係。

學會說「不」，並不代表不在乎對方，而是把自己的限制也一併放進關係裡考量。當個人界限逐漸清晰，人際互動也能變得更穩定且健康。若長期出現難以建立界限並伴隨明顯壓力或情緒困擾，建議可尋求心理專業人員協助。

讓骨質多加分 拒絕超加工食品

文 / 田宛容
國泰綜合醫院 營養組 營養師

超加工食品是什麼？

超加工食品（Ultra-processed foods；UPFs）是由NOVA食品分類系統提出的概念，由2009年巴西聖保羅研究團隊提出來的系統，現已廣泛的被聯合國糧農組織（Food and Agriculture Organization of The United Nations；FAO）使用，其分類是依照加工程度及目的而區分。天然的食物經過高度工業化的加工，額外添加了許多人工添加物，如：色素、香料、乳化劑、防腐劑等，導致這些食材可能失去原始的營養素和結構，往往伴隨高糖、高油、高鈉、熱量高又低營養密度，時常缺少蛋白質、纖維、鈣、維生素D等。

對於骨質疏鬆症之危害

骨質疏鬆症是指骨質流失，骨骼內部孔隙變大，導致骨骼變得脆弱，常見於高齡長輩及停經後的婦女，若骨折會影響體能活動、體力下降，影響到生活品質，嚴重時甚至死亡。研究發現超加工食品通常含有大量添加糖、飽和脂肪、反式脂肪、鈉及各種食品添加物外，膳食纖維、蛋白質、鈣、維生素D、鎂和鉀等與骨骼健康有關的營養素含量不足，攝取過多會影響骨骼健康，泡麵、洋芋片、冷凍微波食品中的含鈉量高會增加尿液中的鈣離子排出，且無機磷酸鹽類添加物導致血液中的磷變高，進而刺激副甲狀腺素的分泌，活化破骨細胞加速骨質分解，導致鈣質釋放到血液中，骨質流失速



度增加。另外，含糖飲料的攝取會降低牛奶等富含鈣質飲品的攝取機會，不僅增加熱量攝取，也會影響胰島素調節和慢性發炎反應，導致鈣質與維生素D攝取不足，進而影響骨骼健康，研究發現每天一杯以上的汽水、果汁、能量飲顯著比一週喝1-2次飲料的人，骨折的風險高出1.3-4.7倍。根據2025年英國的大型前瞻性研究發現50歲以上的成年人，攝取超加工食品較多的人，體重比較重、活動量較低、總熱量攝取較多且患有心血管疾病的比例較高，長期依賴超加工食品攝取者容易造成慢性營養失衡，發生骨質疏鬆風險增加9%。

超加工食品充斥在日常生活之中，雖然方便但可能會增加肥胖、糖尿病、心血管疾病及骨質疏鬆症的風險，為了更健康的生活型態，應減少超加工食品的攝取，多以新鮮原型食物為主，多補充鈣質、維生素D和足夠的蛋白質，再搭配規律的運動或負重訓練，多外出曬太陽提高維生素D合成和鈣質的吸收，減少骨質流失。

參考資料：

- 1.Monteiro, C. A., Cannon, G., Moubarac, J. C. et al. (2018). The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. *Public health nutrition*, 21(1), 5 - 17.
- 2.Ciaffi, J., Mancarella, L., Ripamonti, C. et al. (2025). Ultra-Processed Food and Its Impact on Bone Health and Joint Diseases: A Scoping Review. *Nutrients*, 17(7), 1188.
- 3.Ahn H and Park YK. (2021). Sugar-sweetened beverage consumption and bone health: a systematic review and meta-analysis. *Nutrition Journal*, 20(1):41.
- 4.Luo, J., Zhang, R., Wang, W. et al. (2025). Exploring the relationship between consumption of ultra-processed foods and osteoporosis risk: a prospective cohort study. *Eur J Nutr* 64, 321.

超加工食品分類

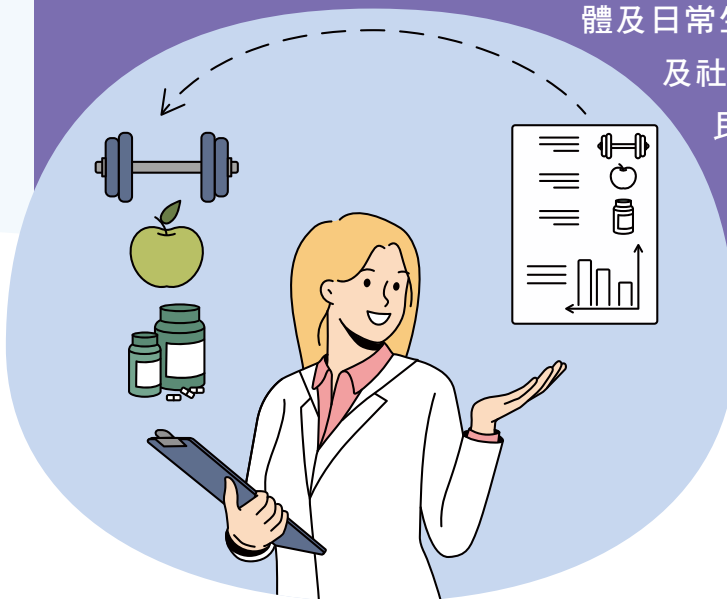
NOVA分類	定義	目的	食物範例
第一類	未加工或低度加工食物(去除不可食部分、不添加鹽、糖、油脂或其他物質)	延長保存、使食物可食或更易準備。	全穀雜糧、新鮮(或冷凍)蔬果、蛋、海鮮、原型肉類、牛奶、茶、咖啡、堅果類、水。
第二類	加工或烹調時使用的調味品(用於製備、調味和烹飪第一類食品)	延長產品保存期限、保護原有特性或防止微生物繁殖的添加劑。	植物油(如：橄欖油、花生油)、奶油、豬油、糖、蜂蜜、澱粉、鹽、糖漿、糖蜜
第三類	加工食品(第一類食品加入第二類，並經過保存或烹調方法處理)	增加保存性或改善感官特性。	罐頭蔬菜或豆類、全穀類(鹽水浸泡)、糖漬水果、醃肉品(火腿、培根、煙燻魚)、起司
第四類	超加工食品(由工業專用成分組成，經多重工序，如：分離、化學改變、預炸等，並添加色素、香料、乳化劑、甜味劑等)	製造方便、耐儲存、強烈口感的產品，通常取代新鮮餐食。	早餐調味穀片、大量生產的包裝麵包、甜鹹零食餅乾、蛋糕、汽水、糖果、冰淇淋、能量棒、調味乳品、果汁、飲料、即溶湯品、泡麵、冷凍披薩、雞塊、熱狗、微波食品

腦中風次級預防 從血脂管理開始

衛生福利部每年都會公布最新國人十大死因，其中，腦血管疾病長年位居國人十大死因第4至第5位，綜觀近十餘年，已呈現逐年下降趨勢，但得病後所造成的嚴重失能狀態，雖然中風後造成的失能可透過積極復健改善肢體及日常生活功能，但仍可能對個人、家庭

及社會造成長期負擔。國民健康署呼籲

民眾重視腦中風危險因子的預防與管理，90%的中風危險因子屬於可控制因素，透過積極控制與健康管理，可有效降低腦血管疾病發生及再發的風險。



文 / 羅玉玲

國泰綜合醫院個案管理師

腦 血管疾病發生的八大危險因子包含：高血壓、高血糖、高血脂、心房顫動、吸菸、肥胖、運動量不足及腦中風家族病史等，其中，三高（高血壓、高血糖、高血脂）不僅是腦血管疾病的重要危險因子，也是多項慢性病、心血管疾病及腎臟疾病的共同風險來源。因此政府也推動「三高防治888計畫」（80%三高病人加入照護網、80%收案病人接受醫療照護及疾病管理諮商、80%收案病人達到三高穩定控制及改善）以達成119年降低三高相關慢性病標準化死亡率三分之一的目標。

三高（高血壓、高血糖、高血脂）中的高血脂，係指血液中的總膽固醇、三酸甘油酯、

低密度脂蛋白濃度長期偏高，或高密度脂蛋白過低。高血脂若長期未妥善控制，可能造成血管內壁脂肪堆積、動脈硬化及斑塊形成，進而增加血管阻塞的風險。由於初期多無明顯症狀，部分民眾僅可能出現眼瞼或手腳的黃色脂肪瘤，容易忽略其潛在危害，因此高血脂也常被稱為「沉默的殺手」。2026年美國心臟學會也發布了最新血脂的管理指南，建議應將低密度脂蛋白(LDL-C又稱壞膽固醇)作為指標，對於曾發生腦血管疾病合併頸動脈超音波 $\geq 50\%$ 直徑狹窄的患者，應透過飲食、運動甚至藥物治療等方式，積極地將LDL-C控制在 <70 mg/dl預防再中風的發生。

高血脂的控制與預防方法

1. **飲食調整**：食物新鮮多樣化，每餐盡量包括全穀雜糧類、豆魚蛋肉類、每日1.5-2杯乳品、蔬菜類及水果類，多增加膳食纖維。

- 控制油脂攝取量，少吃油炸、油煎或油酥的食物及豬皮、雞皮、鴨皮、及魚皮等。
- 炒菜宜選用單元及多元不飽和脂肪酸高的油脂，如：橄欖油、花生油、菜籽油、及葵花油等。
- 盡量不喝酒，飲酒過量易使三酸甘油脂上升(1公克酒精含有7大卡熱量)。
- 勿攝取過多的含精緻糖類食物及飲料，如：糖果、煉乳、蜂蜜、餅乾。
- 以清淡為原則，盡量食用蒸、煮、燉、燜等少油烹調的食物。
- 少吃膽固醇含量高的食物，如肥肉、內臟（腦、肝、腰子等）、蟹黃、蝦卵、及魚卵等。
- 蛋的攝取每天最多一顆。
- 適量攝取花生、杏仁、核桃、腰果、開心果、夏威夷豆等堅果類，另外瓜子、芝麻也勿攝取過多，約一個白色塑膠湯匙量/天。

2. **體重控制**：身體質量指數(BMI)維持在18.5~24kg/m²；腰圍部分：男性<90公分、女性<80公分。有效的體重控制是均衡飲食、限制熱量及足夠運動。

3. **運動**：足夠的運動可降低血中脂肪，增加好的膽固醇(高密度膽固醇)、改善身體新陳代謝率，緩和的運動如步行、體操、土風舞、太極拳、外丹功、高爾夫球、爬樓梯、爬山、游泳、騎腳踏車及慢跑。

- 依衛福部建議成人有效運動的心跳次數為：(220-年齡)X70%，即為適當的運動心率。
- 531運動原則，每週至少運動五次，每次運動時間至少30分鐘，運動時心跳快至每分鐘110下。
- 每次活動量不可太多，宜慢慢增加，運動前後需作5-10分鐘的暖身及緩和運動。
- 運動最好的時間為飯後兩小時。
- 運動前、中、後，需適當補充水分。

- 在飽食、飲酒、喝含咖啡因的飲料、抽菸後、疲憊、睡眠不足、過冷、及過熱的環境都應避免活動。

4. 適當調整生活型態及紓解壓力。

5. **禁菸**：菸品中的尼古丁會破壞血脂肪代謝異常，造成三酸甘油脂、低密度脂蛋白的上升並加速動脈硬化，有吸菸者宜盡早將菸戒除。

6. **規律就醫並依醫囑服藥治療**：服藥控制中不可任意停藥，若出現不適副作用現象如：肝功能異常、肌肉痠痛等，則隨時返診與醫師討論是否換藥並定期監測數值以積極控制。

結語

政府積極投入資源推動三高慢性病之初級預防及疾病發生後的次級預防，鼓勵民眾重視自我健康管理，定期追蹤與檢視疾病控制成效，以降低腦中風發生及再發風險，減少因中風造成失能與死亡的威脅。

中華民國血脂及動脈硬化學會指引，
血脂的標準參考值如下：

健康民眾			
總膽固醇 Total Cholesterol (TC)	三酸甘油脂 Triglycerides (TG)	低密度脂蛋白 Low-density Lipoprotein Cholesterol (LDL-C)	高密度脂蛋白 High-density Lipoprotein Cholesterol (HDL-C)
<200 mg/dl	<150 mg/dl	<130 mg/dl	男性：>40 mg/dl 女性：>50 mg/dl
缺血性腦中風/短暫性腦缺血發作合併頸動脈超音波≥50%直徑狹窄 (非常高風險者)			
低密度脂蛋白 Low-density Lipoprotein Cholesterol (LDL-C)			
建議治療目標：<70 mg/dl			



總院 陳健驊主任

急診醫學部



社團法人台灣急診醫學會理事長

總院 陳國強主任級醫師

泌尿科



台灣男性學暨性醫學醫學會理事

總院 陳彥賓副主任

院長室



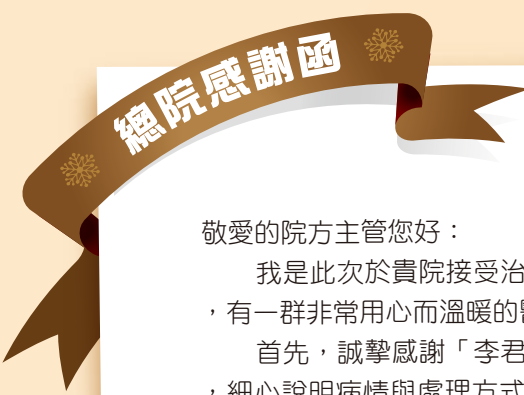
台灣醫事法律學會理事

115年度4-6月份捐款及捐贈物資徵信名冊

捐款者	捐款金額	捐款專戶	捐款者	捐款金額	捐款專戶
〇〇〇	15,000	一般捐款專戶	〇〇〇	3,000	一般捐款專戶
陳玉樵	1,000	一般捐款專戶	〇〇〇	2,500	一般捐款專戶
〇〇〇	1,000	一般捐款專戶	〇〇〇	2,500	一般捐款專戶
〇〇〇	5,000	一般捐款專戶	〇〇〇	2,500	一般捐款專戶
〇〇〇	900	一般捐款專戶	〇〇〇	500	一般捐款專戶
〇〇〇	900	一般捐款專戶	〇〇〇	500	一般捐款專戶
〇〇〇	900	一般捐款專戶	許雪華	20,000	一般捐款專戶
〇〇〇	900	一般捐款專戶	〇〇〇	1,000	一般捐款專戶
〇〇〇	900	一般捐款專戶	〇〇〇	500	一般捐款專戶
詹雅雯	500	一般捐款專戶	〇〇〇	500	一般捐款專戶
〇〇〇	1,000	一般捐款專戶	〇〇〇	2,000	一般捐款專戶
〇〇〇	1,000	一般捐款專戶	〇〇〇	500	一般捐款專戶
〇〇〇	1,000	一般捐款專戶	〇〇〇	600	一般捐款專戶
〇〇〇	1,000	一般捐款專戶	賴美悅	1,200	一般捐款專戶
〇〇〇	1,000	一般捐款專戶	鄺庭芸	5,000	一般捐款專戶
〇〇〇	200	一般捐款專戶	鄭淑蓉	3,000	一般捐款專戶
〇〇〇	5,100	一般捐款專戶	〇〇〇	100,000	一般捐款專戶
無名善心人士	3,000	一般捐款專戶	〇〇〇	20,000	一般捐款專戶
〇〇〇	3,000	一般捐款專戶			

新竹國泰

捐物者	捐贈物品項目及數量	備註
國賓旅館	輪椅30台	



總院感謝函

敬愛的院方主管您好：

我是此次於貴院接受治療的病人家屬。帶著滿滿的感謝寫下了這封信，想讓院方知道，有一群非常用心而溫暖的醫護人員，深深照亮了我們這段原本不安的歷程。

首先，誠摯感謝「李君豪醫師」。在治療的每一個階段，醫師都以穩定而溫暖的態度，細心說明病情與處理方式，總是願意多花一點時間，讓我們了解。當我們心中充滿不安與疑問時，醫師的每一句解釋與回應，都像是一種安定的力量，令人感到安心。

同時，也想特別感謝「林宛萱」與「陳品蓉」兩位護理師。在忙碌而緊湊的工作中，仍然細心留意每一個小地方。無論是輕聲的提醒、溫柔的協助，都讓人感受到滿滿的溫暖與被照顧的安心。

醫療的過程本來就令人感到不安，但因為有李君豪醫師與林宛萱、陳品蓉二位護理師的用心付出，讓這段經歷多了一份安心與力量，也讓人深刻感受到，醫療不只是專業的技術，更是一種帶著溫度的陪伴與守護。醫療工作辛苦而繁重，但正因為有這樣認真負責、充滿同理心的醫療團隊，讓病人不僅獲得身體上的治療，也在心裡被好好接住。這份溫柔而堅定的力量，真的值得被看見與肯定。

因此，特別寫信向院方表達最誠摯的感謝，也懇請院方能予以表揚，讓這份善意與專業被更多人看見，並持續傳遞下去。再次由衷感謝貴院醫療團隊的付出與守護，讓人在人生不安的時刻，仍能感受到溫暖與希望。誠心祝福平安、健康、工作順心。

陳○○

謝謝骨科彭孟炤醫師手術治療及護理師施宇珊及骨科專科護理師黃若加，住院期間細心的照護，讓我很安心的治療，符合心中期待順利出院。

王○○

住院期間因需要PAC轉院復健，個管師游雅婷，非常幫忙協調與關注，順利在出院後可以銜接PAC。再次感謝游個管師的幫忙。謝謝。

周○○

我的父親因為左手突然無力送至急診，受到急診團隊的優質照護，特此感謝給我們幫助的醫護人員。

1. 首先感謝邱雅芬護理師，在急診滿床的情況下，考量父親需要氧氣及抽痰的需求，讓我們在急救區等待診治，同時也快速的給我們協助。
2. 感謝主治醫師吳永隆主任有正確的醫療判斷及處置，讓原本治療後希望出院返家的我們續留急診觀察，他清楚且專業的說明，讓我們做出繼續留觀的最適決定。
3. 感謝照顧父親的護理師羅歆語及廖葶霓，通融父親的個別照護需求，讓父親在急救區不致害怕及恐慌，且有效率的協助我們處理問題。
4. 感謝李佳融專科護理師給我們的協助，讓父親在急診能及時的獲得相關的醫療處置，專業又親切。
5. 感謝當時提供護理的護理師：游以瑄、盧品錡，協助我們快速的輸血，並聯絡神內醫師，在有病床時也於第一時間協助上病房。真心感謝我們在急診遇到的每一位醫師與護理師。

郭○○

貴院有系統的整體運作，讓病患備感安心、放心與溫馨。

尤其感謝徐榛儀主任及耳鼻喉科優質醫療團隊的專業與貼心照顧。並感謝黃楹惠護理師親切貼心的照料。感謝大家。

林○○

日前我的父親住在V6，受到醫護專業的照顧，後續轉床至25W繼續治療。6E是外科病房，邱護理長帶領的護理師非常專業，對於內科的病人照護也非常周全。

尤其是白班的方檸護理師非常親切，在忙碌的白班中，無論是輸血或打藥都給我們詳細的說明。大夜班欣恩護理師的主動探視發現問題也讓家屬非常安心，抽痰技術也很棒。

另外還要感謝郭欣樺醫師清楚的醫病溝通，下正確即時的決策，在6E期間非常感謝他的照顧。

郭○○



尊敬的院長，您好：家屬之妻子/長子謹以此信，表達對 貴院心臟加護病房（CCU）醫療團隊，特別是對黃慧欣護理師最誠摯的感謝。先生/家父吳○○於日前晚間緊急送至貴院急診，次日轉入CCU接受治療。在住院期間，由衷感謝張主治醫師及全體護理團隊對他的悉心照料。其中，黃慧欣護理師的貼心令我們家屬深受感動。在碰到黃護理師輪值期間，她除了很貼心詳盡的提醒我們應注意及考慮的事項，並且很能體會我們家屬對於親人重病的不捨及必須考量的決定，溫馨的關懷我們家屬，並安撫我們的心情；對於擔心病危的家人，其實我們家屬也是相當脆弱並需要安慰的。黃慧欣護理師她能顧慮到我們家屬的心情及不安，並且安慰我們能夠讓我們進一步去思考該如何安排才是對病危的先生/父親作妥適的安排，故在此特別寫這封信給院長您，表達我們家屬對於黃護理師的感謝。生命雖有無常，但國泰醫院展現了卓越的醫療水準與人文關懷。再次感謝貴院專業的醫療體系及如黃護理師般充滿溫度的醫護同仁。

吳○○



非常感謝陳怡昕護理師的照顧；帶爸爸做640切檢查，護理師除了在報到過程態度和善以外，回答問題很清楚且很有耐心，非常感謝協助！所有的醫生和護理人員都辛苦了，謝謝你們！

鄭○○



推薦方勁力醫師、翁美玲、27病房所有護理師。住院方醫師有耐心主動幫忙患者的要求，尤其27護理師都很關心患者，詢問患者有沒有不舒服狀況。

在此特別感謝宋詠娟主任不辭辛勞每天早上來病房關心患者，讓患者感到一股溫暖。謝謝宋主任、護理長、27所有護理師的照顧。

高○○



國泰綜合醫院

Cathay General Hospital

總院

106 臺北市大安區仁愛路四段280號

TEL : 02-2708-2121 E-mail : service@cgh.org.tw

汐止國泰綜合醫院

221 新北市汐止區建成路59巷2號

TEL : 02-2648-2121 E-mail : suggest@cgh.org.tw

新竹國泰綜合醫院

300 新竹市東區中華路二段678號

TEL : 03-527-8999 E-mail : hsinchu@cgh.org.tw

內湖國泰診所

114 臺北市內湖區瑞光路337號

TEL : 02-8797-2121 E-mail : neihu@cgh.org.tw

