



北醫附醫

健康
電子報

Taipei Medical University Hospital HEALTH NEWS | 2025年10月

剛剛好的照顧

整合照護團隊 最貼近的守護



歡迎掃描QR CODE
健康資訊帶著走



宗旨 Mission

以創新、卓越、尊重生命的理念，達成大學附設醫院教學、研究、服務之使命

願景 Vision

成為國際一流的大學醫學中心

核心價值 Values

以病家為尊、以同仁為重、以北醫為榮

目標 Goal

建構智慧醫院及健康照護生活圈，提供五全的醫療照護

※ 五全：全人、全家、全隊、全程、全社區

發行人：施俊明

總編輯：侯甚光 呂慧貞

編輯顧問：張君照 黃群耀 張詩鑫 王偉

執行編輯：謝惠閔 游凱宇 林相美 張淑慧



健康報問卷調查



院址：110301 臺北市信義區吳興街252號

電話：(02)2737-2181

官網：<http://www.tmu.h.org.tw>

版權所有，非經本刊及作者同意

請勿做任何形式之轉載

01 剛剛好的照顧 最貼心的守護

02 少跑醫院 藥更簡單 整合醫學照護帶來的改變

高治圻

04 住院整合照護 從醫療到關懷 開啟健康新生活

邵月珠

06 剛剛好的照顧 ——從一位高齡多重共病患者來談 整合照護的角色

陳靜怡

08 治療直腸癌新選擇 全新輔助治療的未來展望

黃彥鈞

10 達文西機器人輔助手術 提升直腸癌治療成效與器官保留機會

黃彥鈞

12 從止痛放鬆到肌力強化 復健治療新選擇-高能量磁場

葉惠敏

剛剛好的照顧 最貼心的守護

在醫療現場，病患與家屬常因疾病耗盡心力；有病患同時拿著十幾種藥物奔波於診間；有的病患則在手術後因體力下降與營養不良，無法完成療程，在治療與生活品質之間掙扎。如何讓醫療不只是「治病」，更能回應病人的生活需求，正是醫療團隊持續努力的方向。

整合照護醫學科在其中扮演關鍵角色，透過醫師、護理師、藥師、營養師與復健師等多專業團隊，從「全人需求」出發，協助病患進行藥物精簡、營養改善與復健規劃。95歲的王阿公，原本每天必須服用十種藥物，經整合照護後，藥物數量大幅減少，生活品質逐步提升；90歲的陳奶奶，因腎衰竭與跌倒，需要長期臥床，在跨團隊合作下，能重新站起並恢復行走能力，展現了整合照護的價值。

「剛剛好的照顧」，同樣落實在癌症治療領域。以直腸癌為例，傳統治療多在手術後才

進行化療，但病人術後常因體力衰退而無法完成，增加復發風險。北醫附醫大腸直腸外科導入「全新輔助治療（TNT）」，將化療提前至手術前完成，讓病人在體能尚佳時接受完整療程，不僅提升腫瘤縮小率與疾病控制，也增加保留肛門、避免永久性造口的機會。

同時，醫療團隊透過達文西機器人輔助手術，能在骨盆狹窄空間中進行精細操作，保留泌尿與性功能，並降低併發症風險。對於低位、體積大或合併肥胖等高風險直腸癌患者，機器人手術展現更佳優勢。

無論是整合照護醫學，還是直腸癌的全新輔助治療與微創手術，核心都在於「剛剛好的照顧」——既達到疾病控制，又兼顧尊嚴與生活。醫師、護理師與病家攜手合作，讓病患不只是被動接受醫療，而是能感受到全人關懷，走向更有品質的健康人生。



少跑醫院 藥更簡單

——整合醫學照護帶來的改變

■ 文/整合照護醫學科 高治圻主任

95歲的王阿公，長期受多重慢性病困擾，包含乾癬性皮膚病、心臟病、胃潰瘍與攝護腺肥大，必須在多個醫學中心看診並服用十多種藥物，不僅舟車勞頓，生活品質也逐漸下降。某日，他在女兒與家人的陪同下來到本院整合醫學照護門診，希望能將藥物與看診流程加以整合。

經詳細評估後，團隊協助阿公將原本10種慢性處方藥物減少為5種，並進行周全性高齡評估，內容涵蓋認知功能、衰弱量表、吞嚥功能、肌少症、營養、藥物使用、憂鬱與跌倒風險等多面向。藉此，阿公與家人更清楚了解他的身體狀況，並得到減藥、營養補充與復健訓練等多元建議。



▲整合照護醫學科高治圻主任（中間）與社區護理團隊，進行居家訪視與照護。

什麼是整合醫學照護？

傳統醫療往往需要病人分別掛多個科別，醫師之間資訊交流有限，導致藥物交互作用或重複治療的風險，也可能讓病人往返於不同科別的診間，疲於奔命。

整合醫學照護是一種「以病人為中心」的新型醫療模式，透過「跨專科團隊」共同討論，將評估與治療一次完成，醫療不再侷限於單一疾病，而是從整體健康角度看待，病人得到更全面的健康規劃，不僅減少藥物副作用與服藥壓力，更避免重複檢查與看診等待。

整合醫學照護適用對象

- ◆**多重慢性病患者**：例如糖尿病合併心腎疾病。
- ◆**高齡長者**：需同時管理營養、肌少症、藥物與認知狀態。
- ◆**需要轉院的病人**：能夠在家附近就醫，同時享有醫院團隊持續的照護與品質保障。

本院特色

本院整合照護醫學科團隊由一群富有理想與熱情的年輕醫師組成，透過整合照護門診不僅可減少病人看診次數與舟車勞頓，還能降低藥物副作用，提升治療成效。

整合照護醫學科 各醫師門診時刻表

時間	一	二	三	四	五	六
上午	李向嚴		李奕璋 陳靜怡	陳靜怡	洪健雄	張雋威
下午	邵月珠	甄沛勤 王萍萍	張雋威 蔡東霖	林韋睿	高治圻 張克宇 陳寶寶	
夜間	陳靜怡	李向嚴	邵月珠			

醫療團隊提供住院病人全人整合照顧，出院後也安排回診，持續關心病況，讓照護不中斷。對於不便返院的長者，整合照護團隊提供居家訪視與居家醫療（圖1），透過醫師與護理師的合作，將醫療服務延伸到家中，讓長者回歸日常生活，與家人享受更多相處時光。



圖1：從醫院延伸到居家，由整合照護醫學科高治圻主任(右1)帶領社區護理團隊到民眾家裡進行醫療訪視。

整體而言，整合照護模式是讓病人與家屬安心、醫療團隊開心的雙贏模式，而本院整合照護團隊的成效也呼應國際研究的共識，包括跨專科評估可降低再入院率、提升病人生活品質，降低家屬照顧負荷，改善治療依從性，展現以病人為核心的承諾，開啟醫療新時代的典範。

放眼未來，整合醫學照護團隊將結合AI與遠距醫療，持續推動智慧整合照護，讓醫療更便利、更貼近生活。



住院整合照護

從醫療到關懷 開啟健康新生活

■ 文/整合照護醫學科 邵月珠醫師

90歲的陳奶奶，去年因急性腎衰竭住院，出院後又因跌倒造成髌骨骨折，手術後幾乎無法行走。再次住進本院時，她除了疼痛，還因營養不足導致低白蛋白血症與胸腔積水。透過整合醫學團隊的協助，除了控制疼痛、安排復健，還進行營養評估與衛教，病情逐漸穩定。

出院後銜接居家照護與持續復健，原本臥床的她如今已能下床，甚至自己練習上下樓梯。起初對治療節奏感到不耐的家屬，也在不斷溝通後，逐漸理解並信任整合照護模式。

多元案例展現整合價值

陳奶奶的故事只是眾多例子之一。本院整合醫學照護在病人住院期間，能根據不同病人的需求，發揮跨專科合作的力量：

■ **連阿公（86歲）**：罹患心臟病、巴金森氏症與失智，曾一天服藥30顆，造成生活困擾。團隊重新調整用藥後，減至20顆，大小便與認知狀況明顯改善，生活品質大幅提升。

■ **卜先生（58歲）**：因酒癮併發急性腎損傷與憂鬱症，住院期間由精神科、營養師與復健師共同介入，後續順利轉入精神科病房戒酒，並持續門診追蹤。

■ **李阿公（101歲）**：因感染住院，多次表達不願接受侵入性治療。整合團隊包括感染科、安寧與社工師共同評估，協助簽署預立安寧意願，轉入安寧病房，並在榮服處協助下延續照護。

■ **林阿姨（70歲）**：因長期噁心嘔吐體重降至33公斤，住院後接受靜脈營養、癌症評估與營養介入，體重回升至40公斤，並在復健治療後順利出院，減少再次住院風險。



圖1：整合-高齡跨職類團隊定期會議討論相關案例

住院整合照護的特色

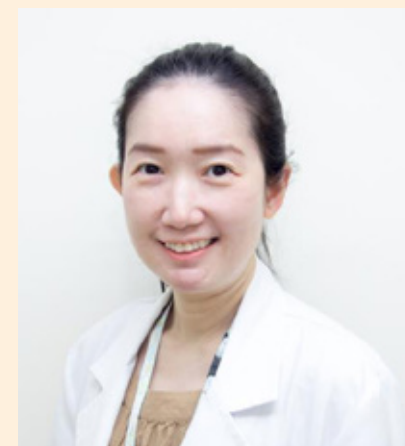
這些案例展現住院整合照護的核心精神：不僅治療單一疾病，而是以病人為中心，整合全人需求。住院初期即安排跨專科評估，包括疾病診治、藥物調整、營養支持、復健訓練與心理社會支持，並透過團隊會議統一治療方向。（圖1）

研究與臨床經驗也顯示，整合照護能縮短住院天數、減少重複檢查與藥物副作用，更重要的是讓病人與家屬安心，醫療團隊也能更有效率地提供服務。

出院後的銜接

整合照護能縮短住院天數，減少藥物副作用與不必要檢查，更能讓家屬在治療過程中獲得充分支持。最重要的是，病人在出院後仍可銜接

門診與居家照護，避免再次住院，真正達到「以病人為中心」的全方位醫療。



邵月珠 醫師

門診時刻表

時間	一	二	三	四	五	六
上午						
下午	●					
夜間			●			



圖1：整合醫學照護團隊

剛剛好的照顧

——從一位高齡多重共病患者談整合照護的角色

■ 文/整合照護醫學科 陳靜怡醫師

擔任整合醫學科醫師的這些年裡，我越來越清楚，所謂「醫療照顧」，不只是開立處方、解釋病情、安排轉診那麼單純。

在我踏入整合醫學科不久，就遇見了這位長者，轉眼間已經三年多。雖然我是她的主責醫師，但實際上，在這段照護旅程中，是她和她的家人，以及與我們並肩的居家護理師，教會了我什麼是真正的整合醫學：一門關於選擇、陪伴與信任的醫療。

多重共病之間的拉鋸戰

這位85歲的居家長者，疾病複雜、依賴醫療資源：糖尿病、高血壓、缺血性心臟病、肺高壓、肺栓塞、慢性腎臟病合併嚴重蛋白尿。

曾因長年吸菸導致肺功能衰退，合併心衰竭時經歷過氣管插管；後又因消化道出血，使原本該使用的抗血小板與抗凝血藥物面臨極大風險。若停用，可能造成中風或心肌梗塞；若持續，卻可能引發致命出血。

更困難的是，這些疾病彼此牽制：治療其中一個，可能惡化另一個。這不是單一科別可以解決的問題，正是整合醫學科與跨專業團隊應該出現的地方。

誰來為這些兩難下決定？

家屬形容奶奶是家中的公主，最渴望的是「能在家中平靜地生活」，不必反覆進出醫院或承受過度痛苦的治療。然而，當病情波動、出現喘或疑似中風徵兆時，家屬往往陷入焦慮：

- ◆「要不要送醫？」
- ◆「我們會不會做錯決定，造成她更多痛苦？」

此時，不只是醫師需要提供臨床判斷與方向，居家護理師的角色更是不可或缺。他們進到病人家中，最貼近地觀察她的呼吸、血壓、意識與生活狀態，也在第一時間安撫家屬的不安。很多時候，護理師的專業觀察與即時回饋，幫助醫師更準確地調整藥物與治療計畫，也讓家屬在「不確定」的處境中感到被支持。

在整合照護的旅程裡，居家護理師是讓醫療貼近病人生活、不可或缺的橋樑。

剛剛好才是最好的照顧

在複雜的臨床情境中，我們提供的不是「全做」或「全不做」，而是根據病人的整體狀態與家庭目標量身訂做的照護計畫。例如：

1. **抗凝藥物**：根據近期風險，採取最低劑量並密切追蹤
2. **血壓與血糖**：重點不再是「數字達標」，而是「功能維持與安全」
3. **生理衰退階段**：及早與家屬討論預立醫療指示(AD)、居家安寧
4. **居家護理師**：協助呼吸照護、抽痰、藥物給予與營養評估，並即時回報病情變化
5. **照護目標**：讓她能「喘得少、睡得好、活得像自己」

這些決定，或許不是教科書上的標準答案，但對病人與家人而言，卻是「剛剛好」。

我們不只是醫療提供者 我們是選擇的陪伴者

身為整合醫學科醫師，我深刻體會到，醫師的角色並不是單打獨鬥，而是與居家護理

師、護理團隊、病人與家屬共同合作。醫師提供方向，護理師提供持續連續的照護，家屬表達價值與期待，這三者缺一不可（如圖1）。當家屬問我：「這樣做對嗎？會不會後悔？」我常回答：「你們已經用心、全面地替奶奶考量了，這就是最好的選擇。」

「有限人生」最貼近的醫療選擇

在醫學的世界裡，並不是所有問題都有唯一解答。對高齡多重共病患者來說，每一項醫療決策，都是價值的選擇，是生活方式的選擇，是愛與責任的選擇。

整合醫學的價值，在於讓這些選擇，不再只是「做或不做」，而是「怎麼做，才最符合病人與家屬的期待」。

因為我們追求的，不是100分的治療，而是一種「剛剛好的照顧」。



陳靜怡 醫師

門診時刻表

時間	一	二	三	四	五	六
上午			●	●		
下午						
夜間	●					



治療直腸癌新選擇 全新輔助治療的未來展望

■ 文/北醫附醫大腸直腸外科 黃彥鈞主任

據2022年衛生福利部國民健康署癌症登記報告，大腸直腸癌的發生率在台灣十大癌症中排名第二，死亡率則高居第三；其中，位於骨盆腔深處的直腸癌也占了相當的比例。臺北醫學大學附設醫院根據近年大型臨床試驗之結果，導入「全新輔助治療」（Total Neoadjuvant Therapy, TNT）的治療模式，在病患術前體力尚佳時提供完整的系統性治療，及早處理潛在轉移風險，增加腫瘤縮小機會，強化整體預後與生活品質。

目前直腸癌以手術切除為主要治療方式，而遠處轉移目前仍是直腸癌的主要死亡

原因。根據美國國家綜合癌症網絡（National Comprehensive Cancer Network, NCCN）指引，第二期以上的直腸癌病患應接受標準療程，包括術前同步放化療，銜接手術切除，並接續術後全身性化學治療，達到較高的疾病控制程度，減少術後復發率。

然而現實中，在傳統術前同步放化療＋手術＋術後化療的方案中，病患常常因為手術後體力不佳、營養恢復不良或手術相關併發症而無法完成全療程化療，導致術後發生遠處轉移。

為解決困境，全新輔助治療的治療模式應

運而生，由於手術前病人狀態通常較好，較能完整接受全療程的治療，因此，原本術後要做的全身性化療，提早到手術前做完，亦即讓病患先接受全身性化療，再做局部腫瘤控制的同步放化療，最後再進行手術，相較於傳統治療方法提升了臨床疾病的控制程度。

此外，由於直腸癌的病灶位置常接近肛門以及括約肌，多數病患普遍擔憂，治療過程中能否保留肛門、避免永久性造口，以及一旦需要切除肛門並背上造口，生活品質會大幅受到影響。

全新輔助治療將高強度的化療移至手術前進行，針對腫瘤縮小及周邊淋巴侵犯的緩解上有更好的成績，讓手術更容易達到乾淨切緣，搭配北醫附醫的達文西微創機械手臂手術，減少需要大型手術並保留肛門的機會。

近年的大型臨床試驗如RAPIDO試驗及PRODIGE-23試驗均顯示，全新輔助治療在手術後達到完全病理緩解的比率較高；甚至在可達到完全臨床緩解的情況下，有部分病人可以考慮進行非手術管理（Watch-and-wait），進而保留肛門與自主排便功能。

值得注意的是，雖然全新輔助治療在短期的治療成果上取得了佳績，改善無病存活率及完全病理緩解率，但不同病患的腫瘤在病理組織及基因分型上仍有差異，療程也常須針對病患個人化的調整，病患仍須與其治療的醫師共同討論以取得共識。

儘管全新輔助治療仍屬於發展中的治療策略，目前的臨床文獻仍然支持其短期癌症控制的成果。近年病患逐漸重視生活品質，北醫附醫提供直腸癌病患別於傳統的治療選項，在癌症控制療效不打折的前提下，為希望保留自主排便功能的病患保留更好的希望。



黃彥鈞 醫師

門診時刻表

時間	一	二	三	四	五	六
上午				●		
下午		●				
夜間	●					





達文西機器人輔助手術 提升直腸癌治療成效與器官保留機會

■ 文/北醫附醫大腸直腸外科 黃彥鈞主任

臨床實例

54歲男性，就診前幾個月開始因肛門疼痛併大便秘血至外院就診，經肛門指診檢查發現為低位直腸癌，大腸鏡檢查發現直腸尾段有一個潰瘍性腫瘤。至本院後經斷層掃描及核磁共振顯示有淋巴轉移，診斷為直腸癌，入院接受術前同期放化療（CCRT）。經由醫病共同討論後決定進行標準的達文西機器手臂中低位直腸癌根治手術，術後幾天就能回家。

直腸癌位於大腸末段即肛門上去的12-15公分，由於骨盆空間狹窄、靠近控制泌尿和性功能的關鍵神經，以及需要精確解剖才能獲得腫瘤安全切緣，面臨獨特的解剖學挑戰。直腸被直腸系膜（一種包含淋巴結和血管的脂肪組織）包裹，需要精細切除（全直腸系膜切除術，TME）才能達到最佳的腫瘤控制效果，該手術被認為是中低位直腸癌根治術的黃金標準。

機器人輔助手術採用先進的達文西控制系統，已成為目前治療中低位直腸癌最先進的微創方法。外科醫生使用機械手臂深入骨盆深處，在標準的微創TME中，沿著自然解剖平面進行精細解剖，第一能仔細辨識並保留下腹神經和骨盆自主神經，以維持排尿和性功能，其二有助於保留重要結構並獲得陰性環週切緣（CRM）。外科醫生透過達文西控制系統，操控腕式器械，其靈活性遠超人手，即使在狹小的空間內也能精確移動，尤其適用於低位、體積大的直腸腫瘤以及解剖結構困難的患者，例如男性和骨盆狹窄的患者。

機器人手術與傳統腹腔鏡手術相比有以下臨床優點：

- 1.降低轉為開放性手術的機率（低至0-9%，而腹腔鏡手術高達22%）
- 2.減少失血量
- 3.更好地保留神經，使男性和女性的排尿和性功能恢復得更好
- 4.提高完全直腸系膜切除的可能性，從而降低局部復發風險並改善長期腫瘤預後。

大型的ROLARR隨機臨床試驗和近期的真實世界臨床分析表明，機器人手術在短期和長期癌症預後方面至少與腹腔鏡手術同等有效。進一步的次分析顯示，機器人手術的優勢在高風險患者（例如肥胖患者、男性和腫瘤極低的患者）中最為明顯。大型REAL隨機臨床試驗和當代前瞻性研究也證實了機器人直腸癌手術的安全性和腫瘤學適用性，尤其是在擁有訓練有素團隊的中心：機器人手術的轉化率和陽性CRM率較低，併發症發生率仍然較低。

機器人手術顯著地推進了直腸癌的治療，在具有挑戰性的解剖區域進行複雜的手術，改善患者的復健和功能預後，逐漸成為現代大腸直腸癌治療中有價值的工具，使更多中低位直腸癌患者受益。

臨床實例

58歲男性有著糖尿病、高血壓及病態型肥胖（BMI=35）的共病症，因便血來門診就診，根據病史，就診前幾個月開始，症狀加劇，血便加重，並出現裡急後重。經大腸鏡檢查發現直腸下段有一個半環狀潰瘍性腫瘤，病理化驗證實為腺癌。診斷為直腸癌，並因此入院接受術前同期放化療（CCRT）。原本這位低位直腸癌患者打算放棄手術，不願接受標準的中低位直腸癌根治術，經由醫病共同討論後決定進行達文西機器手臂經肛門微創腫瘤切除手術，沒想到當天就可下床、2天就能回家。

2025年發表了一項來自17家醫院的多中心、前瞻性、臨床試驗的TAUTEM研究，比較了兩種治療無淋巴及其它器官轉移且侵犯深度為T2-T3ab的直腸癌方案：標準全直腸系膜直腸癌根治術（TME）對上放化療後聯合經肛門內鏡

顯微手術局部切除術（CRT-TEM）。該研究旨在評估CRT-TEM能否在保留直腸並潛在降低併發症發生率的同時，獲得非劣效的腫瘤學結果。5年追蹤後，局部復發率分別為6.2%（TME）和7.4%（CRT-TEM），達到放化療後聯合經肛門內鏡顯微手術局部切除術（CRT-TEM）沒有比較差。CRT-TEM組在遠處復發率（17.3% vs 12.3%）、總存活率（85.2% vs 82.7%）和無疾病存活率（兩組均為88.9%）方面均顯示出相似的結果。值得注意的是，44.3%的CRT-TEM患者獲得了病理檢驗完全無癌細胞，無一例出現局部或遠端復發。該研究所呈現的臨床意義，對於部分淋巴陰性且無遠端轉移的直腸癌患者，先電化療再行經肛門的微創手術（CRT-TEM）是一種可行的器官保留替代方案，可取代傳統大型手術如中低位直腸癌根治術（TME），提供相似的腫瘤學結果，並可能讓病患在生活品質和降低手術併發症方面獲益。



黃彥鈞 醫師

門診時刻表

時間	一	二	三	四	五	六
上午				●		
下午		●				
夜間	●					



從止痛放鬆到肌力強化 復健治療新選擇——高能量磁場

■ 文/北醫附醫物理治療師 葉惠敏

在現代社會中，慢性疼痛已成為影響生活品質的重要問題。長時間的疼痛不僅限制日常活動，還會引發焦慮、失眠與情緒低落。傳統上，許多人依靠止痛藥或注射治療，但擔心副作用與效果有限，讓不少患者尋找更安全、非侵入性的方式。近年來，高能量磁場（SIS, Super Inductive System）逐漸成為新興選擇，許多患者透過它改善了關節沾黏及長期困擾的疼痛。

病例分享

■ 吳小姐的腰背痛

長期因脊椎間盤突出導致腰酸背痛，甚至走路都有困難。接受高能量磁場六次療程後，疼痛明

顯減輕，能夠和家人逛街、踏青，生活品質大幅提升。

■ 王先生的肩頸僵硬與失眠

身為工程師的他，長時間盯電腦造成肩頸與背部緊繃，甚至抬手困難、睡眠品質差。藥物與傳統復健效果有限，但在接受三次高能量磁場治療後，肩頸放鬆許多，疼痛減輕，手臂活動度恢復，也能一覺到天亮。

■ 周先生的膝蓋手術後疼痛

因半月板破裂與韌帶受傷接受手術後，周先生大腿後側長期緊繃，導致無法平躺入睡。經醫師建議接受高能量磁場治療五次療程後，走路疼痛消失，膝蓋能伸直。

高能量磁場原理

高能量磁場治療利用特殊線圈產生高強度磁場（2.5特斯拉），能深入約10公分，透過磁生電原理刺激神經和肌肉，引發收縮與放鬆，達到止痛、放鬆與功能恢復的效果。治療過程非侵入性、無副作用，廣泛應用於急慢性疼痛、術後復健與神經肌肉問題。

主要功效包括：

- 1.止痛：改善急性與慢性疼痛
- 2.關節鬆動：提升脊椎與關節活動度
- 3.肌肉放鬆：減少緊繃與痠痛
- 4.肌力強化：刺激收縮，輔助訓練
- 5.骨折癒合：促進修復，即使打石膏也能治療
- 6.抑制痙攣：舒緩神經受損引起的痙攣
- 7.修復神經：促進循環，幫助修復與再生

使用禁忌與注意事項

並非所有人都適合高能量磁場治療。

以下族群不建議使用：

- 1.該部位植入金屬物
- 2.裝有心律調節器患者
- 3.頭部與心臟區域
- 4.惡性腫瘤、發燒與急性感染
- 5.懷孕婦女
- 6.出血或使用藥物幫浦治療中

（另有部分情況需謹慎使用：月經期間、感覺異常、癲癇、肺功能不全等。）

治療優勢

高能量磁場治療具有非侵入性、無副作用、見效快、療程時間短的特點。一次治療大約

僅需15分鐘，許多人在初次療程後就能感受到放鬆或疼痛減輕。相較於長期吃藥或反覆注射，高能量磁場可減少藥物副作用風險，也能縮短復健所需時間。

另一方面，SIS不僅止於「止痛」，它也能作為一種輔助肌力訓練工具。當患者因疼痛、手術或長期臥床無法進行積極運動時，高能量磁場可以協助誘發肌肉收縮，維持或增進肌力，避免肌肉萎縮。這讓復健治療的成效更完整，也提供患者更多恢復功能的機會。

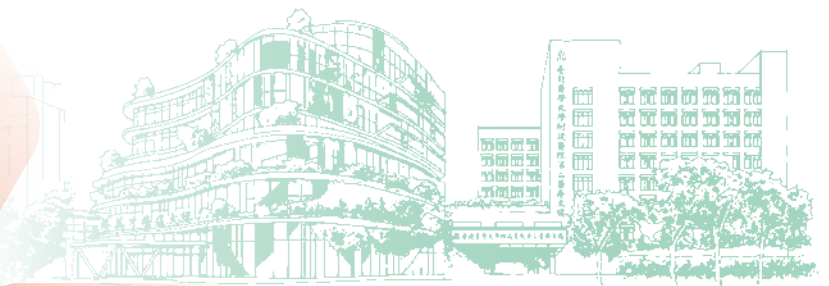
對現代人而言，時間有限卻需要有效治療，高能量磁場提供了一種安全、方便的新選擇。對於希望恢復生活品質的患者，不論是腰背痛、肩頸僵硬、術後不適或慢性關節疼痛，都可能是值得嘗試的方式。



圖片來源：BTL台灣比特樂公司提供

健康小提醒

疼痛是一個警訊，但並不代表要長期忍受。當您發現日常生活因疼痛受限，請及早尋求專業醫師與治療師的評估，透過合適的治療與運動，生活能重拾自在與健康。



臺北醫學大學附設醫院
TAIPEI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

 110301 台北市信義區吳興街252號

 (02)2737-2181

 <http://www.tmuh.org.tw>