

75 期 宏恩醫刊 目 錄

院務動態

衛生保健專欄

新世紀子宮頸癌與癌前病變篩檢

趙灌中醫師

高血壓的治療準則

黃鐵強醫師

醫療照護

更年期婦女之面面觀

營養師 劉怡君

我的病人 我的老師

物理治療師 蔡涵如

陪伴

社工 李雲屏

追 憶

護士 李佳蓁

健保資訊

健保 IC 卡準備上路

編輯小組整理

院務動態：

◎新年新氣象，宏恩 36 年來，一向秉持著提供病患『優質服務品質』的信念，特別逐步規劃整修老舊的病房設施，增加中央氧氣系統設備，改善衛浴設施，讓病房有『家』的『溫馨』及『煥然一新』之感！自 91 年 3 月 1 日起 601-607 病室整修完畢正式啟用，嘉惠病患。

◎本院為增強眼科病患之服務，特別與仁愛醫院建教合作，於 91 年 1 月 22 日起仁愛醫院眼科專科醫師駐院與本院眼科醫師共同為病患服務。

目前眼科醫師時間表如下：

星期 時間	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六
10-12	蘇皓倫	楊健一	邱照蓉		邱照蓉	邱照蓉
14-17	陳純貞 (14-16)	謝芬蘭 (14-16)	邱正仁 (14-16)	曾國量 (15-17)		
17-19	蔡昌孝				陳純貞	

員工活動：

董事會諸公感謝全體員工一年來共同胼手胝足，辛苦的努力，特別於 91 年 1 月 23 日春節的聯歡晚會，在遠東鑽石樓席開 30 桌，全體同仁除值班外，董事會中的董事們，特約醫師們、志工媽媽們、均共同踴躍熱烈參與，美味的餐食、豐盛的獎品，模彩時人人的興奮、期盼、尖叫、歡呼，更將整個現場氣氛帶入最高潮，大夥們好不熱鬧，相信已帶給全體同仁一個最難忘的一夜，也是一年中最美好的一次共同回憶！

員工喜訊：

1. 急診專科醫師周偉任於 91 年 1 月 5 日正式揮手告別單身生涯，與美嬌娘共同攜手，譜奏結婚進行曲，祝福他們永浴愛河，早生貴子。
2. 三病房護士陳嫵伊於 91 年 2 月 28 日凌晨剖婦生產一壯丁，恭喜祝福她們全家弄璋之喜。

新世紀子宮頸癌與癌前病變篩檢

趙灌中醫師撰文

孟憲傑董事長指導

壹、子宮頸癌前因後果

流行病學及危險因子

子宮頸癌長期以來是台灣婦女癌症之首，每年約五千例，遠超過分占二至五名的乳癌（3478例）、結腸直腸癌（2342例）、肝癌（1580例）和肺癌（1557例）。但是在美國，子宮頸癌只列名第六位，次於乳癌、肺癌、結腸直腸癌、子宮癌、卵巢癌。由於台灣、美國兩地區各癌症發生率顯著不同，如肝癌、子宮頸癌，可看出公共衛生和病毒感染控制影響該地區癌病的發生率。近年來，世界各地大力推展子宮頸抹片檢查，大量癌前病變（cervical intraepithelial neoplasia, CIN）被早期診斷及治療，以致子宮頸癌的發生率逐年下降。在美國，一年查出零期癌五萬例，使得子宮頸癌自1995年的16,000例下降至1999年的13,700例。但在台灣，子宮頸癌的病例數目在過去20年來一直居高不下，至今仍是台灣婦女最常發生的癌病。但是在2000年12月21日衛生署公佈子宮頸癌發病率之後發現了一個現象，就是病例數目在1997年比1995年增加。實際是由於衛生署的申報與登錄觀念上的落伍，將癌前病變誤計入子宮頸癌發生率之中。實際的子宮頸癌（侵犯型）在1997年個案數2,575，在十萬人口數中真正的發生率為22.88。衛生署公佈的發生率42.84應除掉其中的癌前病變（CIN 3）十萬人口的19.96才是真相。而子宮頸癌發病數由95年的3353例增為97年之4984例，實為健保防癌抹片的推廣成果：舊稱原位癌的癌前病變年增數為1631例（48.5%），癌前病變的診治確實可以降低子宮頸癌的發病率。如何做到有效的篩檢及提早的診治，正是刻不容緩應該被關切的議題。

病因學

依據流行病學研究，罹患子宮頸癌的高危險因子為：低收入者、年紀輕便開始性生活、多重性伴侶、多次懷孕、抽煙、人類乳突病毒感染（human papillomavirus, HPV）、第2型皰疹病毒感染，以及出生前接觸diethylstilbesterol（DES）等。

HPV的主要感染途徑是性交。此外，懷孕垂直傳染給新生兒已被證實。在感染HPV後3週至8個月後發病，也有部分患者形成潛伏感染。

依據Felix等16篇研究報告，肛門生殖道疣中，第6及11型占85%至99%；CIN 1中，第6及11型占21%，第16及18型占19%；CIN 2及CIN 3中，第6及11型占2%，第16及18型占62%。另多篇研究報告指出，與子宮頸癌有關的是第16, 18, 31, 45型，第16及18型存在於62%的子宮頸癌中。

HPV 的接受器可能是 $\alpha 6$ -integrin，它存在於子宮頸上皮移行帶 (transformation zone) 內之 basal cells 中，由這裡發展出子宮頸癌。臨床作抹片及陰道鏡檢查時亦以此帶為重心。HPV 有兩個基因，E7 及 E6，是轉化成癌細胞的原因：E7 蛋白質與抑癌基因 Rb 結合後，致使原本被 Rb 控制的 E2F 活化，促使細胞進入 DNA 合成期而增生，並使致癌基因如 myc 活化，加上 ras 致癌基因的作用，致細胞容易變性。E6 蛋白質則與另一抑癌基因 p53 結合並破壞它，使細胞修補 DNA 和引發凋亡(apoptosis)的機制喪失，致發生癌症的機會增加。偵測 HPV 以往用免疫方法，現在大多使用 PCR 或 hybrid capture 試驗，子宮頸標本中只須含有微量 HPV DNA (0.2pg 以上)，即可測得其存在。

子宮頸癌與癌前期臨床症狀

臨床症狀與臨床分期有直接的關連，無論是癌前期或 CIN 低階、高階病變的患者，平日是不會感覺到不舒服的，絕大多數為例行子宮頸抹片檢查時意外發現。最常見的早期癌症症狀是各種陰道不正常的出血。這種不正常的出血有可能發生在月經週期間、性交後、沖洗陰道或做骨盆腔檢查時，有時在月經來時也會持續較久且出血量較平常多。其中往外長的腫瘤，因為直接接觸的關係，較會有性交後出血。往內長的腫瘤，則多半等到侵犯得很厲害之後（內子宮頸膨脹擴充到 5 至 6cm 成為水桶狀）才會有出血現象。有了上述的症狀並不代表就是有癌症，但若上述任一症狀持續兩個禮拜以上就必須要就醫。另外，子宮頸癌症狀還包括異常分泌物的出現與增多，若腫瘤中心壞死，則常合併發炎。與一般發炎不一樣的是陰道會有惡臭的分泌物。如果子宮頸癌局部侵犯到子宮旁臨近的正常組織，甚至是侵犯到骨盆腔壁的神經時，則會有下腹部疼痛、坐骨神經痛，病灶本身壞死、發炎也會痛。但要注意的是，一般從子宮頸旁延伸的病灶，多半還是沒有疼痛的問題。如果病灶壓迫外腸骨靜脈以及淋巴，下肢的血液與淋巴回流受阻，下肢內側就會水腫、發硬及無力等。若壓迫到輸尿管，引起尿路阻塞，嚴重時會引起少尿、無尿甚至尿毒症。這是子宮頸癌常見的死亡原因之一。

貳、子宮頸癌篩選原則

在台灣子宮頸癌的發生率一直居高不下，固然與子宮頸抹片檢查普遍性不足有關，也與鄉村偏遠地區衛生教育不夠有關。經 1996 年全民健保推廣免費的抹片及細胞學檢查，子宮頸癌病例當逐年下降，而應有更多的癌前期病變（包括一些病毒感染）檢查出來。抹片的細胞病理報告從早期的 class I~V 改成現行的 17 項報告，雖然更加清楚的把病灶及原因的指出，並供臨床醫師做治療的參改，但是也由於太為繁複的診斷分類與名稱，讓婦產科醫師判讀抹片報告時不知如何從。因此參考了台灣婦癌醫學會的專家經驗與 2000 年美國婦癌 NCCN 小組的共識，僅提供一個篩檢指南，使我們看過抹片報告時，了解如何進行下一個步驟的診治方針。

1、初步的篩檢發現

子宮頸抹片是最方便、最經濟的篩檢 (screening) 方法。有性經驗的婦女應每年接受一次子宮頸抹片檢查。抹片報告分為陰性、發炎、不確定之非典型細胞病變、低階病變、高階病變及癌症。任何隱約可見的子宮頸病變皆應做組織切片確認，因為有時癌病的病灶已經出現時，抹片的報告卻仍可能是陰性的。

2、上皮細胞不正常的報告

ASCUS：抹片報告顯示為 atypical squamous cells of undetermined significance (ASCUS) 時應該在第六個月時再做一次抹片，如果第二次抹片經病理診斷仍懷疑為上皮病變時，應立即接受陰道鏡診斷看是否已具侵犯性。如果連續兩次相隔六個月所做的抹片報告是正常時則可以每年做一次抹片篩檢。

低階病變：雖然有些醫師認定抹片報告是 low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) 時，應接受陰道鏡的診斷，但大多數專家建議可以在六個月後再做第二次的抹片篩檢，因 CIN 1 的低階病變大多數會於日後自動消失 (Holowaty et al., 1999)，如果 6 個月後的第二次抹片報告又是 ASCUS 或持續 LSIL 或甚至是 HSIL，則應進行陰道鏡的檢診。

高階病變：抹片報告為高階病變 high-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL)，包括 CIN 2、CIN 3 及 carcinoma in situ (CIS)，各類病變者應接受陰道鏡檢查以確定診斷。(圖一)

HPV 檢測：對於抹片結果是 ASCUS 的患者而言，HPV 的檢測是否必要，目前仍沒有定論。目前 ALTS trial (ASCUS Low Grade Triage Study) 的研究報告已完成登記且正在進行中。這個研究是針對臨床上 ASCUS 及 LSIL 的婦女以三種方式處理：立刻進行陰道鏡診斷、HPV 檢測或保守的處置，並追蹤其結果。這個結果預期將提供我們對 HPV 檢測有一個新的看法，也提供病毒感染與子宮癌是否有直接關係的答案。

3. 陰道鏡

子宮頸抹片發現異常時，進一步陰道鏡及切片已成為主要診斷方法。做陰道鏡檢查時，子宮頸先塗上 4% 的醋酸，再透過一個放大 10 至 16 倍的顯微鏡觀察細胞顏色及微血管形狀的變化，在變化最顯著的地方切片確認是否有侵襲性疾病或是發炎。要檢查到整個子宮頸鱗狀上皮與柱狀上皮轉接處的移行帶才合格理想，但不需要觀察子宮頸內管 (Crispens et al., 1998)。陰道鏡檢查與切片確認是罹患 CIN 2 的婦女，因為病變大多數會自然消失，所以可以在 6 個月後做第二次抹片 (Holowaty et al., 1999)，如果連續二年陰道鏡切片是 CIN 1，則應做局部子宮頸的治療；報告是 HSIL 時則需更進一步的陰道鏡診斷，若結果是正常時則回到一年一次的常規篩檢。

在視診上無法確定病灶而隨機的子宮頸切片，證實是侵襲性癌時，則需要做子宮頸圓錐形切片，以了解侵襲的深度並決定未來治療的方式。手術宜使用 cold-knife 做子宮頸錐形切除，因為若以子宮頸組織錐狀電刀切除術 loop electrosurgical excision procedure (LEEP) 時會造成組織切片邊緣的電流燒灼效應，影響病理專家對組織的判讀結果。

4. CIN 處理後的追蹤

CIN 的處理方法包括子宮頸錐形切除、LEEP、冷凍療法或雷射 (圖 1,2)。病人應該 6 個月後再做第一次追蹤。如果前次子宮頸錐形切除或 LEEP 切片是正常，第二次抹片亦是正常，則病人可以回復一年做一次抹片篩檢。治療後 6 個月的抹片報告是 ASCUS 或 LSIL 則仍需要 6 個月後再做一次抹片，如果這次抹片報告正常，病人則可以回復每年做一次常規抹片檢查。但若有異常分泌物或出血時應及時就醫。抹片報告持續是 ASCUS 或 LSIL 的婦女，需要 6 個月做一次抹片。兩年內持續 ASCUS、LSIL 或者第一次追蹤的抹片是 LSIL 者，則應該接受陰道鏡診斷。在追蹤期間，只要出現 HSIL 都應進行陰道鏡診斷。

接受 LEEP 或子宮頸錐形切除證實是 CIN 3 而且標本邊緣仍有病灶時 (亦即子宮體可能殘留有病灶)，就應該在 6 個月後做第二次抹片及考慮加做子宮內頸搔刮術 endocervical curettage (ECC)。若最初的錐狀切片是 CIN 1 且六個月後的追蹤抹片正常，則可以回復到一年做一次抹片的例行篩檢，然而如果前次 LEEP 或錐形切除結果是 CIN 2 或 CIN 3，則病人應每 6 個月做一次抹片直到連續二次的抹片結果皆是陰性為止。

在經過子宮頸錐形切除或 LEEP 治療後之抹片結果仍是 LSIL 或 HSIL 都應該進行陰道鏡診斷，如果仍然繼續出現高階上皮病變，則考慮施行子宮切除以避免細胞的惡化及轉移。

5. Atypical glandular cells of undetermined significance (AGCUS)

抹片報告 AGCUS 的婦女中約 45% 與臨床疾病有關 (Veljovich et al., 1998)，包括 CIN、子宮頸原位腺癌，子宮內膜癌。因此 AGCUS 的病人應接受陰道鏡診斷和子宮內頸搔刮術。如果子宮頸管搔刮術和子宮頸切片是陰性，則 6 個月後應再做一次抹片或者嘗試重新判讀病理切片後再決定回診追蹤的時間。AGCUS 發生在類似子宮內膜細胞的婦女，若年紀超過 40 歲又屬子宮內膜癌高危險因子者 (例如肥胖、雌激素補充、卵巢異常或內膜增生者) 應該進行子宮內膜切片。如果子宮內膜切片是陰性，則回復至每年抹片篩檢。如果子宮內膜切片是無法確認病灶時，應做詳細的陰道超音波檢查子宮內膜是否變厚及搔刮術。若子宮內膜癌者需立即接受治療。

抹片報告 AGCUS 及子宮頸切片或子宮頸管搔刮術不正常者應接受圓錐切片，一方面可以評估病灶的範圍同時又可以作為治療的方法。使用 LEEP 去處理腺癌可能會增加病灶殘留的機會 (Adozi et al, 1999)。因此，有腺癌的懷疑可能時，較好的方式是以 cold-knife 做子宮頸錐形切除。然而，即使手術標本的邊緣看似沒有病灶也不代表 AGCUS 完全被清除，有 30% 病人仍然可以在子宮上找到殘留的病灶 (Wolfet al., 1996)。若病人想保留生育能力而其組織切片顯示邊緣細胞正常，則可以採重覆做抹片並間隔 6 個月再次做子宮頸管搔刮術。

參、結論與建議

子宮頸癌的病因經多年臨床及基礎的研究而逐漸明朗，台灣地區致癌的危險因素與世界其他各地並未不同，包括 HPV 感染後、先天與後天原因引起的自體免疫以及抽煙等。其中病毒感染是最重要的因素。早年把子宮頸癌前期歸類為「性傳染病」並非完全無理。但是與其他各地區相比，台灣侵犯癌的比率更高。除了抹片率偏低以外，亦有可能涉及免疫與遺傳因素。

因此，強化的篩檢包括定期抹片做常規細胞學檢查外，細胞採樣經液相單層細胞篩檢法確實可以提高陽性率至 90%；對於不易脫落癌前病變的病灶細胞，輔助以直視放大下螢光篩檢可以使篩檢正確度至 92%。抹片之時做 HPV 之分類鑑定，辨別是否為中度危險致癌的 HPV 31、33、35、51、52 或高危險的 HPV16、18、45、56。當然也可預估日後的病變機率，相信在台灣的基因晶片問世之時，必定有所助益。

子宮頸癌一直威脅台灣婦女的健康，唯有強化癌前病變的篩檢與診治才可以減少子宮頸癌的發病率，因此子宮頸癌的防治是台灣公共衛生執行成果的一項重要指標。除了教育民眾讓婦女能共同參與防癌外，第一線醫師對子宮頸癌的了解與處理更是保障婦女健康的關鍵。尤其是子宮頸癌前病變的處理，如何能夠讓病人接受最適當的診治——一方面減少醫療資源浪費，卻又能讓患者得到最大的防癌保障，至今在做法上仍然相當分歧。我們僅此提供一個目前台灣地區可行的參考方針，希望台灣婦女在理想的篩檢診治下能遠離子宮頸癌的威脅。

在台灣,隨著老人的增加,高血壓患者也會增加.在八十九年衛生署所發佈的十大死亡排行榜中,腦血管占第二位,心臟血管占第三位及腎病變占第七位,都與「高血壓」有密切的關係,很值得我們來關注.同時,在日常的心臟科門診中,病患最多的也是高血壓,而在住院患者中,也大都是高血壓引起的「[標的器官損害或相關病況](#)」(Target organ damage and associated clinical condition)的疾病.爲了讓醫師們對高血壓的處置有一共同且一致的準則,世界衛生組織及國際高血壓學會(WHO & ISH)於 1988 年再把他們過去所訂的處置準則再作修訂,且把高血壓的分級與美國國家衛生研究院(NIH)所訂的高血壓分級一致,也根據了大型研究如 HOT study 的研究結果,要更嚴格的來控制高血壓,以降低高血壓引起的標的器官損害及相關病況的罹病率及死亡率.

(一).高血壓的定義.

高血壓的定義如表一,針對 18 歲以上的成人血壓來作分類.因爲心臟血管疾

表一 高血壓高低嚴重程度上的分類

血壓分類	收 縮 壓	舒 張 壓
理想血壓	<120 mmHg	< 80 mmHg
正常血壓	<130 mmHg	<85 mmHg
正常偏高型血壓	130-139 mmHg	85-89 mmHg
高血壓		
第一級(輕度)	140-159 mmHg	90-99 mmHg
邊緣型高血壓	140-149 mmHg	90-94 mmHg
第二級(中度)	160-179 mmHg	100-109 mmHg
第三級(重度)	≥ 180 mmHg	≥ 110 mmHg
獨立性收縮壓高血壓	≥ 140 mmHg	<90 mmHg
邊緣型	140-149 mmHg	<90 mmHg

病的嚴重性會著隨血壓的升高而增加,有著連續性的關係,故把高血壓的高低嚴重程度分爲「[第一級](#)」,「[第二級](#)」及「[第三級](#)」.事實上,在「正常偏高型血壓」的患者,他們未來引起心臟血管疾病的相對危險性比正常血壓者,而演變成高血壓的機率也比較大.另外要注意的是,當收縮壓與舒張壓分屬不同的分級時,則以「較高的分級爲準」,在老人常見的「獨立性收縮壓高血壓」不作分類討論,因其治療與年輕人的原發性高血壓,同樣是可以降低心臟血管疾病的罹病率及死亡率.

(二).高血壓的風險評估

治療高血壓,除了要視高血壓的「高低嚴重程度分級」外,也要視「冠狀動脈心臟病的危險因子多寡」和「高血壓引起的標的器官損害或相關病況的有無」三方面,對高血壓患者作一個「風險評估」,分成《[低度危險群](#)》,《[中度危險群](#)》,《[高度危險群](#)》及《[超高度危險群](#)》如表二,於是醫師可憑此危險族群的分類,來決定高血壓治療的時間和治療的方式.

表二 危險族群的分類與治療準則

危險族群	血壓(mmHg)			
	正常偏高型血壓	第一級高血壓	第二級高血壓	第三級高血壓
其他冠狀動脈危險因子及 病史	130-139/85-89	140-159/90-99	160-179/100-109	≥180/≥110

無其他危險因子	低度危險	低度危險	中度危險	高度危險
1-2 個危險因子	低度危險	中度危險	中度危險	超高度危險
≥3 個危險因子	中度危險	高度危險	高度危險	超高度危險
標的器官損害/相關病況	超高度危險超	超高度危險	超高度危險	超高度危險

「冠狀動脈心臟病的危險因子」中,用來作危險族群分類的危險因子有(1).抽煙,(2).高膽固醇血症,(3).糖尿病,(4).年齡,男性大於 55 歲,女性大於 65 歲,(5).有早發性心臟血管疾病的家族史和(6).高血壓;而另一種會影響治療的冠狀動脈心臟病危險因子(不作危險族群的分類)有(1).〈高密度脂蛋白膽固醇值〉過低,(2).〈低密度脂蛋白膽固醇值〉過高,(3).微量白蛋白尿,(4).肥胖,(5).纖維蛋白原升高,(6).葡萄糖耐受性不良,(7).安逸型生活方式,(8).飲酒過量者,(9).低社會經濟地位,(10).高危險的地區,和(11).高危險的種族。

至於高血壓引起的「標的器官損害或相關病況」有(1).腦:暫時性缺血性發作或腦中風,(2).眼:高血壓性視網膜病變,(3).心臟:心絞痛,心肌梗塞,心臟衰竭,心電圖顯示有左心室過勞或肥厚,心臟超音波發現有左心室肥厚,心電圖或心導管發現有冠狀動脈疾病,(4).腎臟:蛋白尿或肌酸酐升高,和(5).周邊血管:有症狀的動脈疾病如肢體脈搏消失,間歇性跛行或動脈瘤等。

《低度危險群》:未來十年內,發生重大血管意外的危險,通常小於 15%。

《中度危險群》:未來十年內,發生重大血管意外的危險,通常在 15-20%左右。

《高度危險群》:未來十年內,發生重大血管意外的危險,通常在 20-30%左右。

《超高度危險群》:未來十年內,發生重大血管意外,通常在 30%以上。

(三).高血壓的治療

治療高血壓的目標,主要目的就是要「降低高血壓引起標的器官損害或相關病況的罹病率和死亡率」。由高血壓的危險族群中,醫師必須經過很慎重的「臨床判定」,來作出最適當的治療方式。一般說來,《高度危險群》都是血壓很高或多重冠狀動脈心臟病危險因子多,必須給予降壓劑的治療。《超高度危險群》都是血壓很高及冠狀動脈心臟病危險因子多,或有標的器官損害或相關病況的疾病,也必須給予降壓劑的治療。至於《低度危險群》和《中度危險群》,有的是血壓高,有的是冠狀動脈心臟病危險因子多,是否要「即刻」開始給予降壓劑的治療呢?必須由醫師視「血壓高的嚴重程度」及「冠狀動脈心臟病危險因子的嚴重性」,經由很慎重的臨床判定才可。但是,所有四類危險族群患者,都要接受「非藥物治療」,即所謂的「生活方式的改良」(lifestyle modification)。

高血壓的治療目標除血壓外,重要的是同時也要對「可逆性的冠狀動脈心臟病的危險因子」及高血壓引起的「標的器官損害或相關病況」,作嚴密的檢查及積極的治療。**WHO & ISH 認為治療的高血壓要很嚴格,對年輕及中年人高血壓患者(特別是糖尿病及腎病變者),血壓控制的目標要在「理想或正常血壓值」才可,而對老年人高血壓患者至少控制在 140/90mmHg 以下。**

1. 非藥物治療

非藥物治療是由生活方式的改良以達到降血壓的目的。所有高血壓的危險族群,都必須接受非藥物治療,包括(1).體重過重者要減輕體重,(2).戒煙,(3).減少鹽份的攝取,每天不要超過 6 公克,(4).少喝酒,(5).增加身體的活動,(6).飲食要高纖維,少飽和脂肪,多吃蔬菜及少吃加工食品,和(7).壓力大者要作放鬆治療。

2. 藥物治療

目前的降壓劑有六大類如表三,它們的降壓效果沒有很大差別,但是卻有

表三 六大降壓劑的特性

藥物種類	強制適應症	可能適應症	強制禁忌症	可能禁忌症
利尿劑	心臟衰竭 老年人 獨立性收縮壓高血壓	糖尿病	痛風	血脂異常 性生活活躍的男性
乙型交感神經阻斷劑	心絞痛 心肌梗塞後 心搏過速	心臟衰竭 懷孕 糖尿病	氣喘病/慢性阻塞性肺病 二度或三度房室傳導阻斷.	血脂異常 運動員/活動量大的患者. 周邊血管疾病.
ACE 抑制劑	心臟衰竭 心肌梗塞後 左心室功能不良 糖尿病腎病變		懷孕 高鉀血症 雙側腎動脈狹窄.	
鈣離子阻斷劑	心絞痛 老年人 獨立性收縮壓高血壓.	周邊血管疾病.	房室傳導阻斷.	心臟衰竭.
甲型交感神經阻斷劑	攝護腺肥大	血糖耐受性不良		姿態性低血壓.
血管收縮素 II 拮抗劑	ACE 抑制劑引起的咳嗽.	心臟衰竭.	懷孕 雙側腎動脈狹窄. 高血鉀.	

不同的副作用及特性.因此,醫師在選擇降壓劑時,必須針對每一位高血壓患者,要考慮是否有冠狀動脈心臟病的危險因子?要考慮是否有高血壓引起的標的器官損害或相關病況?要考慮是否有除了高血壓以外的其他疾病?要考慮是否有服用其他藥物會與降壓劑產生交互作用?同時,也要對六大類降壓劑的副作用,禁忌症及服用安全劑量等有明確的了解才可,經過對高血壓患者的「整體性的評估」後,就能對每一個案的高血壓患者,選擇出最適當的降壓劑.

一些降壓劑的治療原則如下:

- (1).開始治療時由「低劑量」開始,若未達預期效果可再增加劑量.
- (2).宜選擇「長效型的降壓劑」,即每日一次,好處是可控制血壓的持續及平穩.
- (3).若治療無效或出現副作用,可更換其他種類的降壓劑.
- (4).「兩種或兩種以上的降壓劑」合併服用,一方面可減少個別劑量以減少副作用,又能有加成的降壓效果和高血壓合併其他疾病時有共同的效益.

有效的合併治療如下:

- a. 利尿劑和乙型交感神經阻斷劑(已被証實可降低高血壓的罹病率及死亡率).
- b. 利尿劑和 ACE 抑制劑.
- c. 鈣離子阻斷劑(dihydropyridine)和乙型交感神經阻斷劑.
- d. 鈣離子阻斷劑和 ACE 抑制劑.
- e. 甲型交感神經阻斷劑和乙型交感神經阻斷劑.

(四). 結論

「高血壓」是一種慢性病,大都需要長期治療或終身治療,目的就是要減少或避免高血壓引起的標的器官損害或相關病況的罹病率及死亡率,可以過著有品質的生活.因此,對高血壓患者,要給予正確的「高血壓衛教」,認知「非藥物治療」的重要性,再配合醫師

的定期門診,接受適當的藥物治療.

*內科專科醫師,心臟血管科專科醫師,重症醫學科專科醫師,家庭醫學科專醫師

更年期婦女之面面觀 營養師劉怡君

以往「更年期」總是一個難啓口的話題，但是近幾年來，民眾知識抬頭，電視上的廣告總是三步五時宣導對於更年期的認知，現在大部分的婦女知識提升，懂得如何愛自己及瞭解自己，所以更年期的話題不再是羞於啓口，而是上了年紀的婦女所關心的話題。

現今 85%~90%的婦女約在 50 歲~55 歲左右開始有更年期的症候出現，依科學證據證明，三種和更年期有關的徵兆為：

1. 月經週期不規則
2. 熱潮紅
3. 陰道與泌尿組織變薄、變乾燥

另外也會有神經系統混亂和精神狀態的不能適應，例如：心裡不安、容易疲勞、煩燥、抑鬱、失眠、善猜、多疑、面部不時出現紅潮、冷汗淋漓.....等現象。

*** 更年期的營養應如何攝取，以下就來告訴大家**

一、多攝取豐富且優良的蛋白質：

蛋白質的豐富來源包括：奶類、蛋類、豆類、肉類等。

1. 奶類:低脂奶（脂肪低，鈣質含量高），一天 1~2 杯。
2. 蛋類:蛋黃一星期不超過 3 顆，避免膽固醇過高。
3. 豆類:豐富卵磷脂、異黃酮，但痛風病人應酌量食用。
4. 肉類:多選取脂肪少的肉類，例如：雞胸肉、魚肉、瘦肉，最好去皮。

二、多選用高纖維低糖份的新鮮食物

1. 多選用複合性醣類：全穀類（全麥吐司、全麥饅頭、胚芽米、糙米飯、燕麥）。
2. 少吃精製糖類:例如：蛋糕、糖果、蜜餞。
3. 多吃新鮮蔬菜:尤其是深綠色蔬菜，含有豐富維他命 A、C、B1、B2、葉酸等等，此外蔬菜中的纖維可以預防便秘、刺激腸胃蠕動、降低膽固醇及血脂，對糖尿病病人也有延緩血糖上升的作用。
4. 避免醃製的蔬菜、醬瓜，尤其是高血壓病患，因為醃製食物用鹽量多，屬高鈉食物，另外醃製品中的防腐劑也對人體有害，不宜食用。
5. 攝取新鮮水果:其含有豐富維他命 C 及水溶性纖維素，另外應儘量避免外賣及罐裝果汁，因為有額外添加糖類，在攪打過程中也流失了大量的纖維，所以儘量少喝。

三、少攝取高脂肪的食物

1. 以植物油代替動物油，因為動物油含膽固醇較高。
2. 以脫脂奶取代全脂或低脂奶，減少油脂攝取，增加鈣的獲得。
3. 使用新鮮油脂，避免重複使用的回鍋油。

四、多攝取含維生素 A、D、B 群、C 的食物

- 1.若使用 HRT（荷爾蒙治療方式）要增加維生素 A 的量。

食物來源：深綠色蔬菜、黃綠色蔬菜、蕃茄、南瓜、人仁、木瓜、魚肝油。

- 2.使用女性荷爾蒙要提高充維生素 C 的攝取量，可以幫助抗氧化，協助鐵質的吸收，預防心血管疾病，促進牙齒、牙齦的健康，此外維生素 C 還可幫助維生素 E 還原回抗氧化型態。

食物來源：柑橘類、深綠色蔬菜、水果等。

- 3.多補充可促進整體健康及人體代謝所需維生素 B 群

食物來源：分佈於多樣食物當中，所以要平均攝取各

類食物，例如：全麥麵包、穀類、燕麥片、乾豆類、家禽、魚、蔬菜……等。

- 4.補充可幫助小腸黏膜對鈣質的吸收，並維持正常的血鈣濃度的維生素 D

食物來源：魚肝油、牛奶、肝臟、蛋黃。

紫外線可以幫助維生素 D 的活化，所以於每天上午或傍晚晒 10~15 分鐘微弱的太陽，可以增加維生素 D 的作用。

5. 補充有抗氧化及抗老化功用的維生素 E

食物來源：植物油、深色蔬菜、肝臟、肉類、豆類。

四、多攝取含鈣、鐵、鎂的食物

1. 鈣是構成骨骼及牙齒的主要成份，能維持心臟和肌肉的正常收縮，出血時幫助血液凝固。且鈣缺乏易造成骨質疏鬆症等。

鈣質的良好食物來源：小魚乾、牛奶、肉類等。

2. 鐵負責血液中氧及二氧化碳的運送，缺乏易造成貧血，造成疲倦並且容易感染。

鐵質的食物來源：肝臟、腎臟、紅肉、魚、豆類、深綠色蔬菜、櫻桃...等。

★ 鈣和鐵在酸性環境下較容易被吸收，所以可以配合 水果食用。

4. 鎂可維持心臟、肌肉、神經等正常功能，可使肌肉放鬆。

鎂的豐富食物來源：堅果、莢豆、五穀及深色蔬菜（鎂是葉綠素的主要成份）。

往往在更年期時容易引起的併發症有下列幾項：

1. 骨質疏鬆症

(1) 骨質流失的原因：

a. 女性荷爾蒙的缺乏導致鈣的利用及吸收發生障礙。

b. 腸胃道疾病、腸胃道手術、腫瘤、癌症。

c. 藥物影響

(2)容易發生的族群：

a. 飲食含鈣量低者。

b. 更年期提早。

c. 女人較男人容易發生（發生機率約>30%）。

d. 骨架較小的人。

e. 缺乏運動。

f. 抽煙（研究指出：抽煙者發生機率多出 20%~30%）、喝酒。

(3)如何預防：

a. 良好的鈣質來源：低脂奶、低脂乳酪、魚類、甲殼類、豆腐、深綠色蔬菜。

b. 攝取維生素 D 幫助鈣質吸收，維生素 D 的豐富來源如：強化的早餐穀類食品、蛋黃（但要注意膽固醇的攝取量）、沙丁魚、鮪魚。

2.心 血 管 疾 病

(1)發生原因：

a. 缺少女性荷爾蒙的保護機制。

b. 攝取過高的脂質及膽固醇。

c. 抽煙、酗酒、缺少運動者。

(2)預防方法：

- a. 飲食均衡，定時定量，避免長期大魚大肉。
- b. 減少高油脂及高膽固醇食物。
- c. 多攝取新鮮的蔬菜和水果，可幫助降低血脂及血膽固醇。
- d. 養成運動的好習慣。

更年期的來臨應如何面對?飲食方面並無多大禁忌，只要以高纖低油鹽飲食為主，然後配合適度的運動，保持愉悅的心情來接受更年期的到來即可。更年期不是病，只是人生中一個階段而已，就猶如青少年期、中年期、老年期等....所以放鬆心情去看待

「她」，讓「她」成爲您的朋友而不是您的敵人。祝福天下的媽媽們，也希望爲人子女的你們要多關心自己的媽媽，更年期不是媽媽一個人自己面對的事，而是需要全家人的鼓勵及支持喔~~~

我的病人 我的老師 蔡涵如物理治療師

當我立志並且努力成為一個物理治療師的那一刻，我便得到了一張許可證，得以進入許多病人的生命中，不敢說能為他們做些什麼，至少全心的希望減輕他們的苦痛，增加他們面對人生種種挑戰的能力與盼望。這些病人們不但成為我專業技術上成長的老師，他們亦是我生命中心靈成長的指導者。

第一次見到馨敏時，她整個人軟癱在治療床上，四肢中有三肢無法自主的移動，唯一還保有力氣的右上肢也只能很虛弱的作出動作。自幼就患有小兒麻痺的她，因為一個月前被酒醉的駕駛撞傷而抱病臥床，離開加護病房後自神經外科轉入復健科，並接受物理治療。我遇見她時，她不但無法翻身、獨坐，甚至是要在床上挪動一下都有困難。馨敏來自一個社經狀況不佳的家庭，年已32歲的她為了分擔家中的經濟，離開家獨自在台北工作，因此這場無情的車禍不但衝擊著她，也衝擊著她的家庭。腦外傷的衝擊不但使她在肢體上有了不方便，也影響了她的記憶與理解能力，在治療的期間她總是含糊不清、啞著嗓子斷斷續續的說「對不起喔！老師.....我怕...我....做不好....對不起」，她很愛說話，卻說不完太複雜的句子，加上心肺功能不佳，連講起話來都顯得很吃力。別人誤解了她或是她表達不清時，她會瞪大她的眼睛表示著急，看了總是讓人很心疼。

連續三星期每天為馨敏治療，領著她學習翻身、坐起，在她每一次成功的動作後為她喝采，分享著她的心情。我從她斷斷續續的話中了解了她過去的生活，並且很驚訝的得知她是一位特教老師。她總是會自嘲的說：「好好笑！...以前都是我教別人.....現在我不會動...要別人教我」，我聽了總是一陣心酸。有一回，有一大群小朋友來看她，這群孩子年紀有大有小，前前後後擁著她，他們喊她「天使媽媽」。我看到她努力想撐直她無力的身軀，又想伸手去摸孩子們的頭，卻因為平衡能力不足而顯得困難，乖巧的小孩依偎到她的身旁說「天使媽媽，加油，妳要趕快好起來！」馨敏抬頭看著我一臉滿足的說：「老師...我沒有結婚.... 但我有好多小孩.....很可愛吧？....你教我....我想好起來。」她的同事告訴我，這些孩子當中很多都是馨敏看著長大的，他們的來臨總是帶給她很大的安慰與鼓勵。

我曾經因為要作馨敏的病例報告而在下班時間到她的病房去補足一些未測得的資料，馨敏與她母親的反應使我受寵若驚，我的到來似乎大大的提升了她的士氣，她們連聲的道謝更讓我覺得無地自容，我突然覺得也許我能為馨敏做的不只是在治療室裡的那些治療而已。因此，這鼓勵我花更多的時間到病房陪她，有

時帶著她做運動，有時陪她吃東西，更有時只是在她母親不得不離開時去和她說說話。她開始與我分享她努力回想起的車禍經過，我看到不曾在她平和臉上出現過的不甘與憤怒，她總說「老師.... 老天為何這麼不公平.... 現在我什麼都不會... 撞我的人卻逍遙法外.....我好恨...」我總是只能靜靜的聽著，只能在心中為她不平，卻無法給她合理的解釋或安慰。

後來馨敏轉往另一所離她家較近的醫院，出院前，她送給我兩張照片，並且說希望我會記得她這個麻煩的學生。照片中車禍前她的身影及笑顏是那樣明亮燦爛，我十分努力的端詳著她的照片，想找出一絲我印象中的馨敏，然而無情的車禍真的使她的神采飛揚消失殆盡，唯一仍然相似的是她的那雙大眼睛，但流露出的神情卻已是天壤之別，取代照片中開朗自信的卻是茫然與無助。照片後是她蜷曲的字體，車禍後的她手部功能的控制已進步很多，可勉強拿著筆寫字，但控制能力不足，所以寫出來的字就如同初學寫字的孩子。看著她一筆一劃努力寫下她的感謝，我十分感動。她還說等她好起來以後，她一定會再寫信給我。我知道寫下這幾個字對常人而言是何其容易，但馨敏必定是花費極大的力氣才完成的，握著她的照片，我不禁怔怔的流下眼淚。

半年後，我真的收到她的來信，她的字體又有些微的進步，一封洋洋灑灑的信想必又花掉她不少時間及力氣。從她歪斜又斷續的文句當中品味著她的誠摯，彷彿她迫切與我分享的神情都躍然紙上。她說她已經回到家，常常自己起來練習走路，雖然有一天又摔跤了，但是她很勇敢的爬起來，去醫院檢查時，還被醫生叨唸一頓，所以最近手腳又變得較沒有力氣，但她說別替她擔心，下一次她一定會小心一點。她還告訴我，現在不再怨天尤人了，她很高興自己又找回重新站立起來的勇氣，前些日子她還標會借錢給需要的朋友，她很希望藉由自己一點小小的力氣繼續幫助別人。現在的她重新拾起書本，想要繼續完成車禍前準備的檢定考試，雖然現在看書很慢，但她會努力。薄薄的信紙上，雲淡風輕的紀錄了她這半年來的經歷與生活，我知道當中苦楚是我無法體會的，然而她確實已走過來並以這樣欣然態度與我分享著。我真為她高興，也真是敬佩她的勇氣與寬容-----尤其對待這個對她似乎十分不公平的境遇。我真正與馨敏相處的日子只有一個多月，然而她所帶給我的感動卻是持久而綿密的，她讓我深深的感受到，身為一個治療師，我們擁有更豐厚的資源與立場去鼓勵一個病人重新站立起來，只要多一點點的努力，就可以增添病人的希望，何樂而不為呢？她也讓我相信，無助中重新站立、絕地重生的勇氣。

我深深的感謝我親愛的病人們，他們不但容許我成為他們對抗病魔過程中的一位陪伴者，更與我分享了很多別人一定無法給予我的感動與道理，稱他們為我的老師並不為過。我一直期許自己能將馨敏所帶給我的溫暖付諸文字，一旦提起筆來卻只能感嘆自己的文才有限，只願能在這樣的有限的文字中，與大家分享她帶給我無窮的感動。

註：本文中病人姓名並非真名。

作者：蔡涵如

職業：財團法人宏恩醫院復健科物理治療師

住址：北市文山區木新路三段 232 巷 21 號 2 樓

電話：(02)29360468

身份證字號：Q222681274

E-mail：b6801012@ms.cc.ntu.edu.tw

陪伴

李雲屏

走過大廳時見到一位愁容滿面手臂打著石膏的婆婆坐在椅上，正想過去問問有沒有需要幫忙的地方，只見一個屈箕著身體的老爺爺慢慢地走近婆婆，溫柔牽起她的手帶著她向診間走去，那一刻真是教人動容！心理隨便臆測，會不會是婆婆在家不小心弄傷了手，老爺爺就這麼陪伴著她就醫、門診。數數在醫院服務的日子不覺也有9年的資歷，從精神科專科醫院到綜合醫院，陸續遇見不少形形色色的家庭，小說中纏綿悱惻的動人情節常在醫院的各個場境中發生，有侍雙親以孝的子女、深情相待的夫妻、徹夜照顧幼兒以致累倒的父母，手術室外等待的家屬比病患還緊張，要進開刀房前還設法溜到院門口抽口煙解煙癮的病人，全家食物中毒一起住院的家庭、更別提精神科有更多是為了照顧病患而選擇終身不嫁（娶）的家屬了！在醫院中家屬與病患、病患與家屬常是互相陪伴，一室空間充斥無限溫馨，除了花香就是濃厚的人情味兒。所以還需要閱讀什麼愛情小說嗎？到醫院來服務就得了。而這許多深刻的體會，是全院工作同仁都有的經歷，宏恩醫院的工作同仁中相當多數的人員都是工作二十年十數年的資深人員，我們站在這個特別的工作崗位上，願持續盡心為來院病患們服務。

在同樣的我們也鼓勵有想在醫院擔任志工的朋友請到一樓大廳社工室報名，參與我們服務人群的行列。