

76 期 宏恩醫刊

目 錄

院務動態

編輯小組

衛生保健專欄

老年人的(生物學)的變化

孟憲傑 醫師

高膽固醇血症的治療準則

黃鐵強 醫師

談現代人的隱疾—痔瘡

黃維林 醫師

炎炎夏日慎防熱衰竭及中暑

譚健民 醫師

漫談痛風 及高尿酸血症

黃漢文 醫師

勵志詩詞選

董玉京 醫師

健保資訊

淺談全民健保

健保組主任 盛成渝

醫療照護

神奇肌肉內消效貼布的實證醫學

物理治療師 蔡涵如

高血壓我該怎麼吃

營養師 劉怡君

我的生育經驗談

物理治療師 高招貴

萊姆病

感染管制護理師 陳芬珠

漫談骨質疏鬆

護理部 衛教組

高血脂症

六病房護理師 許淑菁

絕望邊緣

社 工 李雲屏

心肌梗塞病患性功能失調之護理

加護病房護理長 許如蓉

專訪物理治療團隊

潘蒙麗 整理

院務動態：

- ◎91年地區教學醫院評鑑工作，醫策會評鑑委員、衛生局代表、醫師公會代表等數十人，已於91年5月24日蒞院指導考評完成。此次評鑑雖然尚不知道結果，但是全院員工在孟董事長、石院長的帶領下，共同把這近三年來，平日工作所努力的成果呈現，全體員工的凝聚力、向心力、團隊合作之精神成功的展現，並且都能夠表露無遺，也獲評鑑委員們肯定、嘉許與稱譽；整個準備過程中每個人所面臨到的壓力，其間學習的成長，個中滋味之酸、甜、苦、辣、更是每位宏恩人在評鑑準備過程中，發揮的淋漓盡致，大家深深感覺—透過評鑑的因應過程，學習與成長是最大的收穫。
- ◎目前每家醫院都面臨生存競爭、財務經營辛苦之狀態，宏恩醫院仍然是秉持著服務初衷——規劃整修老舊房舍，硬體整修方面如六病房護理站、配膳室、治療室、618-625等病室均已於91年4月21日整修完畢，正式啟用！病房之衛浴設施更新，更讓病患有一良好之就醫休息環境，嘉惠病患。
- ◎整修後之護理站有『煥然一新』、『整體之美』感覺，讓護理人員之常用物品，分類擺設整齊，工作能得心應手又順遂；當護理人員有著溫馨舒適之工作環境，相對的必然也能讓病患能夠得到更好之服務品質。
- ◎在全院推動服務品質之要求上，護理部為強化落實護理服務信念時，在年初釐定護理部信念時，護理長們就共同思考如何呈現護理信念——視病猶親，讓護理人員對服務信念能朗朗上口，也特別訂出口號——喜悅 324，微笑 365，真正能做到如每日三省其身，保持身心最好之狀態，給予病患最好的照護。

◎醫師動態

1. 婦產科胡一君醫師自91年7月份起開始於本院看診：

看診時間：星期一：19：00-21：00

星期三：15：00-17：00

星期五：15：00-17：00

胡醫師小檔案：

學歷：國防醫學院醫學系畢業。

經歷：三軍總醫院婦產部主治醫師，板橋重成婦產科醫院院長

2. 91年5月起牙科高峰醫師、董國偉醫師分別於起開始在本院看診，

牙科盧曉祥醫師取消所有門診(正確時間請洽服務台)。

◎社區義診：

宏恩醫院本著關懷社區，回饋社區，營造社區的服務理念，特別於91年5月25日下午1點30分至4點30分與大安區衛生所護理人員、黎孝里里長，在黎孝里辦理義診活動，義診之項目包括測量血壓、體重、血糖篩選、膽固醇篩選、營養諮詢、衛教指導等活動，里民們共同的參與、互動、分享、回饋讓整個活動High到最高點！

◎員工活動：

宏恩91年員工旅遊開鑼了！

為配合『健康、希望、活力、』目標，打造健康台北城，調劑員工身心健康，

讓員工更健康、更有衝勁，更能展現宏恩人的服務熱情、工作魅力，醫院特別安排年度旅遊活動，鼓勵員工參與，更期盼員工在每一年美好的回憶中，都能增添與加多一頁！

梯次地點說明如下：

1. 91年5月5日，苗栗通宵飛牛牧場，78人參加。
2. 91年5月31日宜蘭福山植物園，40人參加
3. 91年6月16日北橫拉拉山--水蜜桃之旅，員工正熱烈報名參加中。

◎員工喜訊：

1. 恭喜本院復健科鄭悅承主任在91年3月17日，於中華民國物理治療師公會全國聯合會會員大會改選理監事會議中，當選『中華民國物理治療師公會全國聯合會』理事，讓本院復健科物理治療師之服務產值，能更宏圖大展，期許我們宏恩醫院少壯新生代中，又年輕、又有為、又是目前最有價值的男性主管---鄭悅承主任，為物理治療師全聯會會員們，能提供更多、更廣、更深之服務。
2. 恭喜六病房護士吳春秀，當選91年台北市衛生局表揚之模範護士
3. 三病房護士張允嫻於91年4月15日凌晨自然生產一壯丁，恭喜祝福她們全家弄瓦之喜。
4. 門診護士劉卉如於91年3月15日剖腹生產一雙胞胎，恭喜與祝福全家喜獲雙千金。
5. 體檢一組護士朱金英於91年5月1日晚上喜獲鱗兒。

老年人的（生物學）變化

孟憲傑

生，老，病，死；就像日出日落一樣，是一個必然的循環，交替結果。有生就有死，有幼嫩，就有垂老。“老”，也是一個天經地義，歲月蹉跎必然的趨勢，無可逃遁，無可倖免。你可阿 Q 的說，“想當年俺也有傾國傾城的美色”，但你也必須面對今日的雞皮鶴髮、彎腰駝背窘境。“老”，就是老了，雖然老之將至，或老之已至；如果能認同“老”是一個必然的事實，瞭解老的生理變化，環境時勢變遷，而做適當的調整和整合，仍可享受夕陽餘暉，含飴弄孫的樂趣。

秦始皇統一六國之後，掌握了最高的權威，對於生命特別留戀，進而希望求神仙、拜方士、得不死之藥。到頭來，還是幻夢一場，徒勞無功。

如果人類真能長生不老，可利用長年累積的經驗和智慧，為人類謀求更多的福祉，若真達到這個境界，人口爆炸的結果，社會將成為一個怎樣的情況，就不難想像了。爭奪殺戮，就更勢所難免了。

“老”，是不可避免的事實，雖然生物科學家們，歷年來，絞盡腦汁，以求改變這個事實，但是瓶頸仍難突破，追根究底，還是細胞內的分子在作祟，也就是核糖核酸（RNA）與脫氧核糖核酸（DNA）在主宰。最為科學家所難以克服的，厥為心肌、血管、神經、肌肉等之再生。進化歷史，看來就是這樣的淒涼。你搶我奪，到頭來還是兩手空空，與污泥為伍。

老態發生的程度深淺與早遲，係受兩個因素所左右；一是先天基因（Gene），另一是後天環境。

體力最好的顛峰狀態，約在卅歲到四十歲之間。四十歲之後，各種器官的功能，則逐漸下滑，每年衰老的程度約有 10%，但也事非必然，若干器官，雖至年邁，卻仍能保持原有相當程度的作用。其中最顯著者，即為領悟性。但多數器官的作用，則日漸式微，如糖尿病等，則隨著年齡的累積，而愈趨嚴重。

環境因素的良窳，生活方式的選擇，對衰老的影響，深具舉足輕重的地位；如酗酒、嗜菸、定時運動、飲食習慣、疾病預防等等。

老化的基本論說：

沒有任何單一的論說或機轉，能涵括老化的理論和過程，也不能普遍被多數學者所認同，這說明了老化是一個複雜而多元化的議題。最被大家認可的解釋是天定論，或叫自主論（Master clock），所有器官、組織、細胞和細胞內分子，都有既定的老化時間表，像卵巢排泄卵子，終生俱有一定的數目。但卵巢病變或人工服藥，皆可破壞其法則。

很多器官，特別是神經系統和肌肉，僅在胎兒時期，有增長情形，至成人階段，其生長功能，將喪失殆盡。

若干生活狀況，可促使老化提前發生，如營養不良的飲食習慣、酗酒、吸菸、吸食有毒物品，腦力和體力的超支等等。同樣的道理，如改善生活習慣，調適起居環境，雖不能老化，但可遲緩老化的發生，也可使程度減輕。

年邁老化後，身體各器官之變化：

器官	形態的改變	生理的影響	臨床現象
神經系統	神經細胞原降低。 大腦縮小。	神經傳導作用遲緩。	反應遲鈍 講話緩慢 記憶減退 學習能力差 行走蹣跚
血管系統	動脈硬化 鈣質沈著	血管硬化 伸縮性減低	心臟負荷大 收縮壓升高
心臟	心臟血管硬化 澱粉存儲過多 膠質淤積，左心室肥大。	左心室伸縮度降低 心臟排出量減少 感受力降低	運動耐性減低 心臟代償性降低 心律不整，心臟擴張功能受損。
免疫	胸腺萎縮	抗體反應減弱	傳染機會增加
內分泌	所有內分泌器官重量減輕，形狀縮小，血管改變。	荷爾蒙分泌減少，感受刺激的反應降低。	糖尿病 更年期 甲狀腺機能衰退，丁種維生素缺少。
骨骼與關節	骨質鬆軟，軟骨退化。	身高縮減、佝僂。 關節發炎	容易摔跤 易發生骨折 活動範圍小
腎臟	腎小球減少 動脈血管硬化	腎小球過濾率減少	容易發生藥物中毒 對水的調節力降低 容易導致脫水及水腫
皮膚	成膠質退化 皮下脂肪少	手部與臉面縐紋明顯	體溫低 長期臥床，容易發生褥瘡。
肺臟	肺氣泡擁塞 失去互相協調作用	肺活量降低 儲蓄量減少 咳嗽反應鈍	對缺氧及碳酸過多之調節能力降低 易患肺炎
眼睛	水晶體混濁及僵硬	視力降低	視力減退或喪失 懼光
耳	聽細胞退化	聽力降低	耳重甚或耳聾
肌肉骨骼	肌肉萎縮 骨鬆弛	彈性喪失	堅韌度退化 耐力缺如

內分泌：內分泌系統，因年齡關係所發生的變化，其影響所及，不僅身體的活動的範疇遭受波及，且症狀的表現及治療的結果，也有很大的牽連，其中以更年期及甲狀腺副甲狀腺情況，最為顯著。鈣質之吸收亦銳形減少。

苯磷二酚 (Catecholamine)：係一種類似腎上腺素的物質，該項荷爾蒙，可使心跳加速，促使心肌需要大量的氧氣，也可造成心臟冠狀動脈的痙攣，混亂正常心跳的節律，血栓容易形成，進而導致心臟病的發作。在苯磷二酚中之 Beta- adrenergic，俱有放

鬆血管的作用，但老年人含量減少；另外 alpha-adrenergic，則有收縮血管的作用，老年人不但未減少，反而有增高的情形，故苯磷二酚的存在或升高，對心臟對血壓都有不良的後果。任何體力或思考的壓力，都會造成苯磷二酚之釋放，故老年人的生活宜靜，所謂清靜無為，淡泊寡慾，確是老人養生之瑰寶。

中樞與末梢神經：

神經系統的生長，在胎生時期即達於顛峰，其後即不能再生，也不能複製。如有損傷，僅能加重其他類似細胞之代替工作量，但這樣的結果，則將加速其老化的時間與程度。感覺與運動神經之傳導亦形遲鈍，特別於四肢為然。

六十歲以後，大腦則逐漸萎縮變小，因而記憶力較差。除記憶衰退外，步伐亦緩慢，偶而也會出現手足顫抖。對外界事務反應遲鈍。

聽覺與視力：

老人重聽，事屬必然，也很普遍。係由於內耳發生老年性退化所致。更由於抑制力之式微，易有眩暈。七十歲以後，更屬嚴重。

老年人的視力快速降低，視野縮小，水晶體變黃和混濁，此即白內障之形成。

心、肺、腎的變化：

一般而論，年事高的人心跳較慢，血液排出量也較少，靜坐或躺臥時，可能無任何感覺，但於劇烈運動後，則現呼吸短促現象，持之以久，容易引發心臟衰竭。老年人多伴有血壓高的狀況，左心室泰半肥厚，進入心臟血液，遭受阻礙，致肺臟靜脈容易發生充血，偶而可有呼吸短促現象。

因肺小細胞之擁塞簇合，肺活量下降，很多粘液不能順利咳出肺外，咳嗽是必然的結果，也容易引發肺炎。

腎臟，因腎絲球過濾功能降低，致肌胺較及鈉離子淤積體內。老年人腎功能的衰退，係一不可避免之事實。

腸胃系統：

老年人的胃酸分泌減少，造成消化障礙，較多食物存留胃內，易讓細菌繁殖，並引發小腸酸鹼度 (PH) 改變，影響所服藥物之吸收。又因動情素之缺少，致鈣質之吸收，發生障礙。

老年人服用藥物應注意的事項：

藥物之對年輕人與年老人，雖無偏好與選擇性，但因吸收與肅清作用之懸殊，用藥的種類和劑量，事先應予以評估。因胃酸分泌減少，可影響藥物之吸收；因肝臟功能之遞減及伴隨肅清作用之遲緩，所服藥物之療效，也會大打折扣。茲例舉犖犖大者，以供參考：

服用藥物療效與年齡的關係：	
因腎臟作用降低 藥量應予減少者	因肝臟功能降低 藥量應予增加者
←Atenolel ↑Digoxin	←Lidocaine ↑Levothyroxine

→Phenobarbital ↓Salicylate	→Propranolol ↓Theophylline
-------------------------------	-------------------------------

高膽固醇血症的治療準則

心臟血管科 黃鐵強 醫師

在台灣,腦心臟血管的罹病率,與過去的社會相比,已有增加的趨勢.在八十九年衛生署所發佈的十大死因排行榜中,腦血管占第二位,心臟血管占第三位,糖尿病占第五位,腎病變占第七位,都與「高膽固醇血症」

(hypercholesterolemia) 有關,是很值得關注的健康問題.在日常的醫療中,高膽固醇血症也是目前門診及住院患者中常遇見的問題,爲了降低腦心臟血管的罹病率及死亡率,各國都很重視高膽固醇血症,爲了所有醫師能對高膽固醇血症的偵測,評估及治療有一個準則,於是美國的「國家心肺及血液組織」根據臨床研究編寫了「國家膽固醇教育計畫」(National Cholesterol Education Program),簡稱 NCEP,在 1988 年第一次發表,稱 Adult treatment Panel I,簡稱 ATP I, 1993 年第二次發表,稱 ATP II, 2001 年又根據過去的 ATP 再作修正,稱 ATP III,提供給醫師對高膽固醇血症患者一個處置準則,希望能降低「冠狀動脈心臟病」(Coronary heart disease,CHD) 罹病率及死亡率.

在 ATP III 中,建議醫師把所有的脂蛋白都要列入醫療上的參考,包括〈總膽固醇〉(Total cholesterol)(< 200 mg/dl 爲適當值),〈低密度脂蛋白膽固醇〉(LDL-cholesterol,)(< 100 mg/dl 爲適當值),〈高密度脂蛋白膽固醇〉(HDL-cholesterol)(> 40 mg/dl 爲適當值)及〈三酸甘油酯〉(triglyceride)(< 150 mg/dl 爲適當值).在高膽固醇血症的偵測,評估及治療中,是以「低密度脂蛋白膽固醇」(LDL-C)第一目標,「代謝性症候群」(metabolic syndrome) 爲第二目標.

(一).治療高膽固醇血症的第一目標:低密度脂蛋白膽固醇

(1).風險評估

根據過去很多的研究,已確認為〈低密度脂蛋白膽固醇〉與「冠狀動脈心臟病」有連續性的關聯,降低〈低密度脂蛋白膽固醇值〉(LDL-C)便可降低「冠狀動脈心臟病」的罹病率和死亡率.ATP III 是採用 Framingham Risk Prediction Score(包括年齡,總膽固醇,抽煙,收縮壓及高密度脂蛋白膽固醇值)來評估高膽固醇血症患者在十年內發生冠狀動脈心臟病的「風險率」,和採用一些冠狀動脈心臟病的主要危險因子包括(1).抽煙,(2).高血壓,(3).〈高密度脂蛋白膽固醇值〉低於 40 mg/dl,(4).有早發性冠狀動脈心臟病的家族史,(5).年齡,男性大於 45 歲,女性大於 55 歲.要注意的是「糖尿病患者被視爲患有冠狀動脈心臟病」及當〈高密度脂蛋白膽固醇值〉大於 60 mg/dl 時,視爲“負的”危險因子,可以在總冠狀動脈心臟病危險因子中減去一項.於是由這兩方面把高膽固醇血症患者作一個「風險評估」,把病人分成三大危險族群如表一

表一 三大危險族群的低密度脂蛋白膽固醇治療目標

危險族群	LDL-C	治療式生活方式改變	降血脂藥	Non-HDL-C	冠心病/十年內
(1)冠狀動脈心臟病及其同義疾病	<100 mg/dl	≥ 100 mg/dl	≥ 130 mg/dl	< 130 mg/dl	$> 20\%$
(2) ≥ 2 個危險因子	<130 mg/dl	≥ 130 mg/dl	10-20%/10 年: ≥ 130 mg/dl $<10\%/10$ 年: ≥ 160 mg/dl	<160 mg/dl	10-20%
(3) ≤ 1 個危險因子	<160 mg/dl	≥ 160 mg/dl	≥ 190 mg/dl	<190 mg/dl	$< 10\%$

，第一類是《冠狀動脈心臟病及其同義疾病》患者,其十年內發生冠狀動脈心臟病的危險通常是大於 20% .所謂「冠狀動脈心臟病的同義疾病」包括「糖尿病,其他臨床形式的動脈粥樣硬化疾病」(周邊動脈疾病,腹部主動脈瘤及有症狀的頸動脈疾病)和「多重冠狀動脈心臟病危險因子且十年內發生冠狀動脈心臟病的危險大於 20% 患者」,這一類患者必定要給予積極的治療,且治療的目標是〈低密度脂蛋白膽固醇值〉要在 100 mg/dl 以下才可;第二類是《多重冠狀動脈心臟病危險因子》患者,即「大於兩個危險因子」,其十年內發生冠狀動脈心臟病的危險通常在 $10-20\%$,這一類患者是多重冠狀動脈心臟病危險因子的「初級預防」,也要給予積極的治療,其治療的目標是〈低密度脂蛋白膽固醇值〉要在 130 mg/dl 以下才可;第三類是《0 至 1 個冠狀動脈心臟病危險因子》患

者,其十年內發生冠狀動脈心臟病的危險通常在 10%以下,治療的目標是(低密度脂蛋白膽固醇值)要在 160mg/dl 以下便可。

(2).三種危險族群的治療(表一).

1. 治療式生活方式的改變(Therapeutic lifestyle changes),簡稱 TLC.

ATP III 建議要由多方面來改善生活方式.飲食治療包括『飽和脂肪在<7%總攝取的熱量,聚合性飽和脂肪最高到 10%總攝取的熱量,非聚合性飽和脂肪最高到 20%總攝取的熱量,總脂肪通常在 20-35%總攝取的熱量,碳水化合物通常在 50-60%總攝取的熱量,蛋白質通常大約 15%總攝取的熱量,纖維要每天 20-30 公克,膽固醇要每天少於 200 公克,總攝取的熱量是能維持正常「理想體重」』便可.當然,這方面是要由「營養師」來指導,在達到降低(低密度脂蛋白膽固醇)目標值後,重點便可以轉移至代謝性症候群及相關的脂質危險因子了,特別是過重或肥胖和少運動者,要減輕體重及增加身體的活動,及修正其他脂質或非脂質的冠狀動脈心臟病的危險因子。

2. 降血脂藥物的治療

ATP III 建議的降血脂藥物如表二,各有其特性,除適當的降血脂藥物治療外,治療中必須要「監控降血脂的效果及副作用」。

表二 降血脂藥物的特性

藥物類別	降脂蛋白作用	副作用	禁忌症	臨床實驗結果
HMG-CoA Reductase inhibitors (statins)	LDL-C ↓ 18-55% HDL-C ↑ 3-5% TG ↓ 7-30%	肌病變 肝臟酵素上昇	絕對:活動性或慢性肝病. 相對:和某些特定藥物併用如抗黴菌藥等..	減少腦心臟血管的罹病率及死亡率,減少心導管及心臟手術需求.
Bile acid sequestrants	LDL-C ↓ 15-30% HDL-C ↑ 3-5% TG 不變	腸胃不適,便秘, 降低其他藥物吸收	絕對: TG>400mg/dl, dysbetalipoproteinemia 相對: TG>200mg/dl.	減少腦心臟血管的死亡率.
Nicotinic acid	LDL-C ↓ 5-25% HDL-C ↑ 15-35% TG ↓ 20-50%	潮紅,血糖昇高, 尿酸昇高,上腸胃道不適,肝毒性	絕對:慢性肝病,嚴重痛風. 相對:糖尿病,高尿酸血症,胃潰瘍.	減低主要血管事件的發生,有可能降低死亡率.
Fibric acid	LDL-C ↓ 5-20% HDL-C ↑ 10-20% TG ↓ 20-50%	消化不良,膽結石, 肝病變.	絕對:嚴重腎臟病, 嚴重肝病.	減低主要血管事件的發生率.

*LDL-C:低密度脂蛋白膽固醇 HDL-C:高密度脂蛋白膽固醇 TG:三酸甘油脂

3. 各危險族群的治療步驟

《冠狀動脈心臟病及其同義疾病》患者:當(低密度脂蛋白膽固醇值)大於 130mg/dl 時,除治療式生活方式的改變(TLC)及控制其他冠狀動脈心臟病的危險因子外,要給予降血脂藥物如 statins 的治療.當(低密度脂蛋白膽固醇值)在 100-129mg/dl 時,先作治療性生活方式的改變,若無法降低(低密度脂蛋白膽固醇值),再考慮給予降血脂藥物治療.若患者有高(三酸甘油脂)或低(高密度脂蛋白膽固醇)時,也可延遲使用降低(低密度脂蛋白膽固醇)的藥物,而治療其他脂質及非脂質的冠狀動脈心臟病危險因子,及考慮使用其他的降血脂藥物如 nicotinic acid 或 fibric acid 類藥物.當患者(低密度脂蛋白膽固醇值)低於 100mg/dl 時,則不須作降血脂藥物的治療,建議患者自行作生活方式的改變治療。

《多重冠狀動脈心臟病危險因子》患者:當(低密度脂蛋白膽固醇值)大於 130mg/dl 時,開始作三個月治療式生活方式的改變(TLC),然後再評估其(低密度脂蛋白膽固醇值)及「風險率」,對十年內發生冠狀動脈心臟病的危險在 10-20%患者,其(低密度脂蛋白膽固醇值)還是大於 130 mg/dl 時,此時要給予降血脂藥物的治療;對十年內發生冠狀動脈心臟病的危險低於 10%患者,若(低密度脂蛋白膽固醇值)還是大於 160mg /dl 時,才要給予降血脂藥物治療。

《0-1 冠狀動脈心臟病危險因子》患者:當(低密度脂蛋白膽固醇值)在 160-189mg/dl 時,要先作三個月治療式生活方式的改變(TLC),然後再評估其(低密度脂蛋白膽固醇值)及冠狀動脈心臟病危險因子的嚴重性,若還是無法降低(低密度脂蛋白膽固醇值),且又有嚴重單一的冠狀動脈心臟病危險因子(大量抽煙,控制不良的高血壓,很低的高密度脂蛋白膽固醇值)或有強烈的早發性冠狀動脈心臟病

家族史患者),或十年內發生冠狀動脈心臟病的危險接近於 10%時,可以考慮給予降血脂藥物的治療.當〈低密度脂蛋白膽固醇值〉大於 190mg/dl 時,則要給予降血脂藥物的治療.不過要注意的是在極高的〈低密度脂蛋白膽固醇〉患者,通常會有遺傳性,宜作家族成員的篩檢,特別是對年輕人可預防冠狀動脈心臟病的發生,而通常要 statin 及 Bile acid sequestrants 的合併治療.

(3). 初級預防及次級預防

「初級預防」是依據個人的危險族群類別來診治,一般是以治療式生活方式的改變(TLC)如減少飽和脂肪與膽固醇的攝取,增加身體的活動和控制體重.當很高〈低密度脂蛋白膽固醇值〉或有多重的冠狀動脈心臟病危險因子時,就要接受降血脂藥物的治療.通常是服用 statins,也可服用 Bile acid sequestrants 或 nicotinic acid.初級預防是要達到預期的〈低密度脂蛋白膽固醇〉適當值及降低長期或短期的冠狀動脈心臟病的罹病率.「次級預防」方面,對已有冠狀動脈心臟病患者,治療的目標就是〈低密度脂蛋白膽固醇值〉在 100mg/dl 以下,同樣的目標適用於冠狀動脈心臟病同義疾病患者.當患者因急性冠狀動脈心臟病住院時,應於入院時 24 小時內做血脂方面的檢查,若〈低密度脂蛋白膽固醇值〉大於 100mg/dl,就要開始降血脂藥物的治療.不論是初級預防或次級預防,在達到〈低密度脂蛋白膽固醇〉預期目標值時,也要注意其他脂質及非脂質的危險因子治療.

(二). 治療高膽固醇血症的第二目標:代謝性症候群.

代謝性症候群(metabolic syndrome)是許多種代謝性危險因子積一身,與「胰島素抗性」有密切的關係,可能是過多的脂肪和缺乏運動或基因所引起,要注意的是代謝性症候群對偏高的〈低密度脂蛋白膽固醇〉患者,有「加強冠狀動脈心臟病風險」的作用.代謝性症候群的定義有下列危險因子(1).腹部肥胖,男性腰圍超過 102 公分,女性腰圍超過 88 公分,(2).三酸甘油酯值大於 150mg/dl,(3).〈高密度脂蛋白膽固醇值〉,男性低於 40mg/dl,女性低於 50mg/dl,(4).血壓值等於或高於 130/85mmHg,(5).空腹血糖值等於或大於 110mg/dl.當五項危險因子中有「三項或三項以上」即可診斷為代謝性症候群.

治療代謝性症候群是(1).降低潛在的原因包括肥胖要減體重及缺乏運動要多運動,(2).治療相關的脂質及非脂質危險因子包括高血壓,高〈三酸甘油酯〉,低〈高密度脂蛋白膽固醇〉及有冠狀動脈心臟病患者可服用 aspirin.

「高三酸甘油酯血症」可以由遺傳或一些繼發性的原因所造成,但最常的原因恐怕是代謝性症候群.有一些研究認為高三酸甘油酯血症也是冠狀動脈心臟病的獨立危險因子.ATP III 認為〈非高密度脂蛋白膽固醇值〉(non-HDL-cholesterol)(〈總膽固醇值〉減〈高密度脂蛋白膽固醇值〉)是為治療高三酸甘油酯血症(>200mg/dl)的次要目標值(表一).若〈三酸甘油酯值〉在 200-499mg/dl 時,則〈非高密度脂蛋白膽固醇值〉便成為高三酸甘油酯血症治療的次要目標,除減輕體重和增加身體活動外,要考慮以降血脂藥物治療高危險群患者,以達到各危險族群類別中的〈非高密度脂蛋白膽固醇〉目標值為止.有二種降血脂藥物可以使用,一種是以降低〈低密度脂蛋白膽固醇〉藥物如 statins,或可以加上另一種藥物 nicotinic acid 或 fibric acid 類藥物來降低〈三酸甘油酯〉,也可以達到〈非高密度脂蛋白膽固醇〉的預期目標值.少數病案中,〈三酸甘油酯值〉高於 500mg/dl,治療的首要目的是降低〈三酸甘油酯〉以預防「急性胰臟炎」的發生,它的治療要非常低的脂肪飲食(≤攝取熱量的 15%),減輕體重,增加身體活動,及服用降〈三酸甘油酯〉藥物如 nicotinic acid 或 fibric acid 類藥物,只有在〈三酸甘油酯值〉低於 500mg/dl 時,才應該把注意力轉移至〈低密度脂蛋白膽固醇值〉.至於〈高密度脂蛋白膽固醇〉方面,ATP III 是把 ATP II 的 35mg/dl 升高至 40mg/dl 為適當值,也同樣被認為是冠狀動脈心臟病中的強烈危險因子,造成的原因有高三酸甘油酯血症,過重或肥胖,缺少運動,第二型糖尿病,抽煙和一些藥物如乙型交感神經阻斷劑等.對所有〈低高密度脂蛋白膽固醇〉患者,ATP III 認為是以〈低密度脂蛋白膽固醇值〉為治療目標,當達成〈低密度脂蛋白膽固醇〉預期目標值後,注意力便可轉移至減輕體重和增加身體的活動.當〈高密度脂蛋白膽固醇值〉過低和〈三酸甘油酯值〉過高(200-499mg/dl)時,〈非高密度脂蛋白膽固醇值〉便是次要的治療目標,也可以考慮服用提高〈高密度脂蛋白膽固醇〉的藥物如 nicotinic acid 或 fibric acid 類藥物.

(三). 結論

「高膽固醇血症」是造成血管疾病最主要的病因,爲了預防冠狀動脈心臟病的發生,或對已患冠狀動脈心臟病患者的再復發與死亡,醫師及病患都要遵守 NCEP ATP III 的治療準則,按照此治療準則去控制「低密度脂蛋白膽固醇」和「代謝性症候群」。希望未來十大死因排行榜中的腦心臟血管等相關疾病能因全民努力控制高膽固醇血症而降低,可以達到「初級預防」及「次級預防」的目的。

*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

談現代人的隱疾---痔瘡

直腸外科 黃維林醫師

痔瘡長久以來一直是困擾許多人的隱疾，俗話說十男九痔，其實在臨床經驗中女性的痔瘡也不在少數，可見得“得痔“是人生中的”大代誌“，許多人深受其擾卻畏於坦然面對，甚至自行購藥或採用偏方。

過去認為痔瘡是一種靜脈曲張,但現在認為痔瘡應該是與生俱來的一種血管性肉墊,位於肛門黏膜下層,由許多毛細血管靜脈叢及彈性纖維組成，由於某些因素而向外脫出而形成痔瘡。

痔瘡以距肛門口約一點五公分的齒狀線為界,分為內外痔,內外痔同時存在者稱混合痔,最為常見，患者從二十歲到七十歲都有。

痔瘡形成的原因大多與生活習慣有很大的關係,例如精神緊張焦慮,嗜食麻辣口味,造成不正常的排便如便秘或腹瀉,乾硬的糞便以及長期的用力解便於排出肛門時容易造成黏膜破損而出血,並造成痔脫肛而無法縮回,而經常性的腹瀉,使肛門受刺激,造成肛門血管叢向外鼓出,也會形成痔瘡。女性除了便秘之外,大多則是因為懷孕骨盆腔充血而導致痔血管叢增生。程度輕的,僅出血而沒有突出是第一度的痔瘡,突出但能自動縮回為第二度痔瘡,第三度痔瘡則必須用手推回,第四度痔瘡則永久突出於外無法縮回,通常第三及第四度的痔瘡,藥物僅能改善無法治癒,必須手術切除才能徹底解決問題。

在例行直腸肛門檢查時,常可發現許多無症狀的痔瘡。痔瘡的主要症狀是出血及脫肛,其次是肛門周圍的硬塊及疼痛,肛門癢及濕潤感,偶爾伴有肛門緊迫感,異物感及排便不完全感,若只是單純的內痔是不會疼痛的,往往患者來到門診的主訴為排便時出血尤

其在喝酒、嗜食麻辣、睡眠不足之後，程度輕者僅在擦拭時有輕微的血跡，嚴重者可能滴滿整個馬桶，由於經常性的出血，甚至會到貧血的程度，門診檢查時必須先用直腸鏡或肛門鏡檢查確定痔瘡引起的出血，如果僅是單一的內痔出血，治療可用內痔結紮，待血拴壞死脫落形成潰瘍，幾週後自然癒合。或者一種新式高頻電磁波也可使出血性內痔獲得暫時性的控制，每次治療時間約 5-10 分鐘，不必住院。目前有些因為工作忙碌，而無法接受住院手術的患者，可於門診接受此項治療。

至於如果是其他原因引起的出血，如腫瘤、息肉或憩室症等則必須安排更進一步的檢查如大腸鏡或大腸攝影的檢查。

大部分的痔瘡都是內外的混合痔，急性發作時形成一個硬核般的血拴，其痛難忍，門診時將血拴摘除，可緩解症狀，暫時不必住院。一旦嚴重到充血脫肛，甚至表皮壞死，更是痛到無法行走，坐立難安則必須緊急住院，接受手術。

手術時必須將充滿血管叢的的痔組織切除，而且必須恰到好處，否則過多的切除會造成狹窄，過少又不夠徹底，止血更是手術中重要的一個步驟，如不夠完全甚至會再次出血而第二次手術，傳統的手術至少會經歷一週的疼痛期，最快也必須休息一週才能上班，這也是為何許多人害怕手術，而寧可拖上一、二十年的原因。傳統的手術大多採用所謂的脊椎半身麻醉，術後大多需要留置導尿管，加上傷口的疼痛，的確讓患者視手術為畏途。

然而新式的內痔環狀切除手術，不但可以有效的將痔血管叢加以環狀切除的同時自動縫合，出血量僅數 C C，明顯比傳統手術偏低，術後疼痛也減輕，患者隔天即可出院，甚至僅休息二、三天即可恢復工作。根據筆者一年來經驗，六十二個施行環痔切除手術病例的患者，平均住院日僅 1.8 天，平均 4-5 天可恢復工作，術後門診追蹤，傷

口較傳統手術者顯著恢復，同時根治率可高達九成七，因此有愈來愈多的患者選擇此項新手術。

環狀內痔切除手術的原理，乃是利用一隻環狀切除槍，套入離肛門出口約 1.5 分的齒狀線深處的內痔血管叢，綁緊後加以環切並同時縫合，整個手術約 30-40 分即可完成，麻醉僅須局部肛門周圍浸潤，加點滴式麻醉，不會造成術後尿滯留的情形，另外由於徹底阻斷了痔血管叢的血流，讓殘餘的痔組織慢慢萎縮，因此復發的機率微乎其微，此項手術主要以出血性的內痔為主，若是外痔嚴重的患者就不適用此項手術。目前使用這種新式的手術，一年來成效良好幾乎沒有後遺症及併發症出現，雖然耗材必須另外自費約二萬元，但是對於有醫療保險的患者可以全額申請，病患滿意度高，預料對忙碌的上班族群，將會更為接受與認同，而成為未來痔瘡手術的主流。

預防痔瘡首先宜注意飲食:避免刺激性及辛辣食物,如酒,辣椒及不易咬碎的食物,多吃水果,蔬菜,蜂蜜,牛奶,其次保持大便定時習慣,必要時吃輕瀉劑，以預防便秘。第三.避免久坐久蹲,多做肛門收縮及放鬆之運動。如廁時,宜速戰速決,少作無謂逗留。第四.如有排便後脫肛之情形,便後避免用力擦拭肛門,並以溫水清洗。.

痔瘡,瘻管術後或肛裂患者,應於便後施行溫水坐浴,可以促進血行,舒暢病灶,同時清除殘留之糞便，使傷口加速癒合。相信在以上的自我照護下配合藥物及手術治療，必然可以讓您遠離“後顧”之憂。

炎炎夏日慎防熱衰竭及中暑

家庭醫學科主任 譚健民醫師

由於大腦下視丘調節體溫的功能，身體內的熱累積以及熱散發兩者間能取得平衡，使得個體體溫維持在攝氏 36.5 至 38.5 之間。而個體由於時間長期處於高溫環境及強烈日光輻射下，並導致中樞神經體溫調節中心發生紊亂所衍生的病變，稱之為「熱疾病」。根據生理學的研究，在乾燥的空氣個體在攝氏七十二度時，能忍受一小時；在攝氏八十二度時，個體能忍受四十九分鐘；而在攝氏一百四十度時，個體則可忍受二十分鐘；此外，個體的耐熱性與空氣中的濕度有關，亦即在攝氏四十五度的飽和濕度中，逗留上一個小時，則會導致個體發生中暑，衍生「腦水腫」而昏迷致死。

事實上，「熱疾病」可由外界高熱傷害程度的不同而在臨床上分類為：

1.熱水腫：暴露在高熱環境之後的幾天，個體會發現下肢出現水腫（以腳水腫為主）的現象，但一旦身體對於外界溫度能夠再調整過來，則此種病況便會自然消失。

2.熱痙攣：由於個體在高溫下，導致體內鈉離子過度的消耗，而使得下肢肌肉（尤其是小腿肌肉）發生疼痛性痙攣的現象。

3.熱昏厥：個體處於悶熱潮濕的環境所產生的姿態性低血壓。

4.熱抽筋：個體處於溫熱的環境中，所呈現「換氣過度」的合併症。

事實上，除了上述四種較為輕微的所謂的「熱疾病」之外，還有另外兩種熱疾病必須要及早認知及立即加以處理，否則便會發生性命的危險，這兩種熱疾病就是指「熱衰竭」以及「中暑」。

「熱衰竭」是最常見的「熱疾病」。由於個體長時間處於溫熱潮濕的環境中，而在大量排出汗水後，由於忽略「水分」適度的攝取，或者一時飲用過量的水分而忽略「鈉離子」的補充，而衍生「熱衰竭」的合併症。事實上，「熱衰竭」罹患者體內並無過度熱積蓄的現象，其中心體溫通常低於攝氏 39 度，其大部分罹患者是以老年人為主，而常見的症狀包括有暈眩、頭痛、全身衰弱、噁心、嘔吐甚至暈倒或不省人事；罹患者一旦在被搬離高溫環境後，便會逐漸清醒，此時罹患者可能會呈現冒冷汗、皮膚蒼白、嚴重電解質不平衡甚至血壓降低的現象；假若不及早認知及處理，則會進入「中暑」的病況。

「中暑」本身即是一種內科急症。正常人在溫熱潮濕的環境中，作激烈的運動後，亦會導致「運動後中暑」的現象；尤其某些罹患慢性疾病（如冠狀動脈硬化性心臟病、高血壓性心臟病、慢性心臟衰竭、糖尿病）的老年人，一旦在炎熱的夏天，並且生活在空調不良的環境中，就容易衍生「中暑」的危機。在發生中暑前，個體會有神智不清以及痙攣的現象，某些罹患者則會呈現皮膚高熱，但卻絲毫沒有流汗的跡象；此外，某些個體則會伴隨心跳加速、呼吸急促、耳鳴、嘔吐以及低血壓的現象，此時其肛溫（中心體溫）可能高達攝氏 41 度以上；而一旦體溫超過攝氏 42 度以上，則體內新陳代謝的酵素系統都會癱瘓；此外，再加上細胞本身通透性的增加，而使得蛋白質變質，進而導致多種系統器官功能發生嚴重障礙。在臨床上，中暑罹患者亦會呈現神經功能障礙，某些個案甚至會發生煩躁不安、劇烈頭痛、全身抽筋甚至意識障礙的現象；但卻有半數的罹患者，皮膚卻反而呈現濕冷的現象；此時，假若不及時將體溫冷卻下來，則或許會發生致死肺水腫或心肺功能障礙的合併症。

在臨床上，個體一旦被發現有中暑的現象，其首要的急救措施就是利用「溫水」噴灑身體，並用

強力風扇幫助身體散熱，而對抽搐的手腳亦可加以按摩；此外，可以在頸部、腋下或鼠膝部放置冰塊；而在加護病房內，亦可以利用冰水進行腹腔透析，使中暑罹患者體溫以每分鐘攝氏 0.1 至 0.2 度的速率降溫，使其肛溫能降至攝氏 39 度以下為原則，此時積極降溫的處理便可以暫時停止。

因此，個體在炎熱的天氣中，應該要先做好遮陽的設施，盡量避免直接曝曬烈日；而在溼熱的環境下工作的個體，亦應穿著寬鬆透氣的衣服，而除了水分適時補充之外，亦不要忘記「鈉鹽」（食鹽水）的補充，或在一千毫升的水中加入半匙至一小匙的食鹽，讓罹患個體喝下去，亦是非常有用即時的處置；而罹患慢性疾病的老年人，在潮濕高熱的季節裡，亦應注意室內通風的良好以及攝取足夠的水分和營養。

此外，個體在炎炎夏日長時間於烈日下工作或旅遊時，更應戴遮陽帽如草帽、大沿帽或撐傘，以減少太陽光熱直接的輻射；在穿著上宜採用淡色棉質易散熱的衣物，並適時適量的補充水分，最好能在礦泉水中加上半小匙的食鹽，來補充汗液中所流失的「鈉離子」。

最近幾年筆者常為一些關節疼痛患者要求作血清尿酸檢查，因被告知疑似痛風。事實不謬，近十年以來因國人生活品質提高，追逐醇酒美人之機會大增，痛風確有增加之趨勢，唯並非只要關節痛即為痛風。其實痛風發作有其特定部位，絕少侵犯脊椎、肩、髖等關節，亦不會侵犯指端關節，常見一些老人特別是女性，指端第三節關節有增生，指端移位，以為是痛風而就診，其實它是典型的老年增生性關節炎並非痛風。

痛風見於文獻記載已有二千五百年歷史，公元前五世紀醫聖希波格拉帝氏（Hippocrates）已經講過痛風是一種有毒物質逐漸沉積於關節而形成，與遺傳有關，一般而言痛風好發於五十歲左右男性，女性則發生於停經後（現知雌激素有促進尿酸排泄，故懷孕期女性不易發生）希氏還說痛風不會發生於去勢（宦官）及具性行為之前的男性。一般以生活優裕，終日醇酒美人追逐之達官貴人如歐洲之皇室貴人最為常見。十八、十九世紀之歐洲達官貴人沉溺於醇酒美人之餘，半夜（約清晨二點）突被痛痛醒，這種錐心透骨之痛非其他病痛可比。由於此病易發於皇室成員、達官貴胄，因之此病有「病中之皇及皇者之病King of diseases, and the disease of King」之稱號。

急性痛風性關節炎發作時患部關節有紅、腫、熱、痛，好發於大趾、踝關節、膝、腕、掌指及肘關節，患者因突發劇痛而痛醒，錐刺狀痛，隨脈搏跳動而痛，不能忍受，舉高足部可稍減其痛。有些患者終生只發一次，亦有一年發作二、三次者，若不予治療（過幾天會自消疼痛）或治療不當，發作次數會越來越多，發作間隔越來越短，左右不定時交互發作。

痛風之可怕除發作時劇痛難忍，不能行動外，慢性痛風性關節炎可於關節軟骨、滑液膜及週圍軟組織沉積一種稱痛風石（Tophus）之結晶，現知係單鈉尿酸鹽結晶（Monosodium Urate Crystal）者，沉積於趾、踝、肘、膝、腕、掌指、指間關節，亦即痛風好發部位之關節，破壞骨質形成癱子（Cripple）造成殘廢，此外此尿酸鹽亦可沉積於腎臟間質組織中形成腎臟間質組織炎（Interstitial Nephritis）破壞腎功能，形成尿毒症（Uremia），約有10%痛風病人有此後遺併發症。另外高尿酸血症病人每日尿中尿酸排泄超過800mg/24hrs，易形成尿酸結石。

臨床上一位關節病痛患者前來求診時，經驗豐富的醫師一眼即可認定患者是痛風性關節炎，此可從發作部位、家族史、飲食習慣特別是飲酒等確認之。唯對非典型病患應作一系列鑑別診斷來區別，一些蜂窩組織炎（Cellulitis）、類風濕性關節炎（Rheumatoid Arthritis）、化膿性關節炎（Pyogenic Arthritis）、淋病性關節炎（Gonococous Arthritis）等，此時除抽血作血中尿酸濃度測定，免疫血清學測定外抽取，犯病關節腔關節液作偏光顯微鏡檢查為最準確確定性診斷之依據，此時可見關節液中吞噬細胞中吞噬有針狀單鈉尿酸鹽結晶。測定血中尿酸含量時應同時測二十四小時尿中尿酸排泄量，一般不超過800mg/24hrs。

高尿酸血症（Hyperuricemia）：痛風與高尿酸血症並非呈絕對相關性，亦即痛風發作時並非一定有高尿酸血症，而相反的高尿酸血症患者僅只五分之一的病人會有痛風性關節炎，其他高尿酸血症可因酗酒高血壓治療，特別是利尿劑治療，肥胖患者減肥，白血病、腫瘤之化學或放射治療，使細胞代謝率增加而尿酸形成增加。

高尿酸血症而與遺傳有關者：係基於該等患者有二種酵素（Enzyme）簡稱HGPRT及PRPP者，其活動異常所致約只有10%高尿酸血症患者之普林核酸（Purine Nucleotid）合成異常與之有關。其他腎功能本身異常引起尿酸排泄障礙而有高尿酸血症，見於幼少年得的碳水化合物代謝障礙如第一型肝醣積貯病（Type I Glycogen Storage Disease）及一些胺基酸（Amino Acid）代謝障礙如楓糖尿病（Maple Syrup Urine Disease）。只有五分之一的尿酸血症患者才會有痛風性關節炎，其他無症狀之高尿酸血症我

們稱之為Asymptomatic Hyperuricemia。

痛風之治療：其目的期達成(1)快速解除症狀——痛楚(2)預防再犯(3)防止單鈉尿酸鹽沉積於關節、腎臟等組織而引起之後遺症——癱殘、尿毒症(4)預防尿酸於酸性尿液中因高濃度而形成結石，(5)治療與之相關的疾病——高血壓、肥胖、酗酒等。

治療之原則：(1)減少尿酸之合成如使用Allopurinol以抑制尿酸合成過程中之一種稱Xanthine Oxidase之酵素，(2)增加腎臟排泄，如使用Probenecid或Urinorm之類藥物，唯須注意Probenecid不能與Salicylate併用，(3)增加水份攝取，充份排尿以增加尿酸之排泄，並服用蘇打(Soda)以鹼化尿液，(4)禁喝酒以免復發，(5)坊間流傳低普林飲食其實並無多大意義，除非急性發作時。致於急性發作時以服用秋水仙素(Colchicine)每小時一粒至有噁心、嘔吐、腹瀉為止，秋水仙素亦可靜脈注射。為止痛，非類固醇止痛劑均可，但以Indomethacin大劑量為佳，於秋水仙素或非類固醇止痛劑不克或禁忌時使用類固醇口服或關節腔內注射亦有效。急性發作時不能使用Allopurinol及Probenecid類藥，除非與秋水仙素併用。致於無症狀高尿酸血症，一般除非尿酸濃度超過11mg/dl否則毋需治療。禁酒、多喝水有助尿酸排泄。

(一) 甲骨文詩詞：

(1)中華好 無畫杏林香
求智求仁求並立
壽人壽世壽家邦
醫道艱且長

(4) 樂天知命六六春
行醫濟世唯仁心
若非苦學甲骨文
怎得今日作傳人

(5) 喜相逢 喜相逢
今來南京識良明
福祿壽喜長與共
甲骨道上慶同行

(二) 一般詩詞：

(1)樂天知命四十春
行醫濟世唯仁心
年會頻增甲骨文
醫海何人不識君

(2)行醫並非祇爲錢
更願病友活多年
有言生死常由命
助君爭回沒病前

(3)長江後浪推前浪
世上新人換舊人
願爲病友保長壽
華佗扁鵲皆前塵

(4)晨昏碌碌非等閒
福慧雙修總惜緣
醫海浮沉心常樂
無愧濟世四十年

(5)不是無病空呻吟
病友苦痛在我心
願借拙筆得回響
一字一句血淚真

(6)詩詞不祇學李杜
更採歷代名字補
獨闖醫文雙絕路
不信今作不如古

(7)醫海鮮吹國學風
臨床園地覆晴空
雙絕普降韻文語
拋磚引玉在玉京

(8)拜罷普陀上歸程

滌盡俗念一身輕
從此我心唯慈悲
濟世詩文願早成

(9)山一重來水一重

越近菩提心越驚
雖然盡做天下善
遠離菩薩千萬程

～菩薩一指「活菩薩」～

(10)慈父親恩比海深

家學淵源教誨真
每有餘暇必學文
詩詞甲骨潤我心

(11)最要把握是今天

醒便努力累始眠
一日一生永自勉
無愧成年到老年

(12)庸庸碌碌成老翁

生老病死怎與爭
四十年來為救世
甲骨傳世過餘生

(13)病人都是一本書

千書內容萬種殊
若欲深識個中妙
悉心診治經驗足

(14)行醫濟世感觸深

醫海群星頻浮沉
同為病友施靈藥
救苦救難菩薩心

(15)生死榮辱頓成空

成功失敗各不同
努力耕耘夜繼日
急煞醫海花甲翁

(16)孑然一身在

轉眼花甲過
壯志永不消
莫教悔恨多

(17)古稀數機緣

有成豈偶然
藝文天下重
醫德九州傳

(18)登高易又難

古稀可少年

進退隨君意

得失兩心閒

(19)歸國二十載 不覺已暮年

身為節食瘦 居隨機緣遷

苟逃無米炊 愧少有餘錢

清廉終可慰 親友讚妻賢

(20)醫海遨遊四十年 日夜奔忙病友憐

此身常在救病處 轉危為安兩心甜

預防保健著作多 攀登層樓年復年

醫文雙修餘生度 救苦救難非等閒

(21)起聚滅散皆由緣 聚散無常當守善

紅塵滾滾情難久 人海茫茫緣多暫

薄情虛義心眼窄 厚情實意肚量寬

果然有緣再相聚 永結善緣天地間

(22)如夢令 (救病吟)

一生慈悲為懷，濟世活人無數。

憑借救世心，行遍人海處處。

難住！難住！撫遍病身還撫。

(23)采桑子 (濟世心)

診斷，診斷，朝夕為病憂煩，碌碌歲歲年年。

夙夜匪懈研鑽。鑽研，鑽研，莫計醫途艱遠！

(24)行香子 (靜夜思)

思緒縱橫，醫病心同。作醫生，病字救星。對一病人，一病床，一病容。

病愈何時？空有淚縈。病情急，美夢難成。問誰相伴，直到天明：惟窗前雨，枕上淚，床邊燈。

(25)西江月 (醫文生涯不是夢！)

空便讀書寫字，要閒那得功夫。近來常讀古人書，偶覺有不是處。勤寫甲骨條幅，端祥進步有無？瞥見字字躍欲出。以手壓紙曰：「住」！

(26)水調歌頭 (勉良醫)

良醫代代有，人人建豐功。未計各個偉業，孰幾照汗青！我欲乘風追去，無懼醫道遠重，愈高愈孤清。

夙夜求精進，宏願指日成。

勤著作，苦鑽研，莫稍停。從無設限，尋覓醫海桃源行。師從扁鵲華佗，更向國父去學，濟世救蒼生。

術德要兼修，千秋傳令名。

(27)漁父

指尖書成甲骨文，字兒無語張張春。一隻筆，一片心，世上知儂有幾人。

(28)攤破訴衷情

住院醫師苦樂有，奔忙度春秋。救苦救難將人留，翺翔賽沙鷗。少喜樂，多煩憂，醫病淚同流。重症病友難救起，苦思白了頭。

(29)踏 行

作詩填詞，才華橫溢，應無分寫悲寫喜。世人多以悲情勝，是非成敗全在己。

寫情論景，歷練為憑，文海浪裏爭虛名。醫學詩詞，最見真情，慈悲為懷佳作成。

(30)漁父 (京城良醫頌！)

玉京著手便成書，
醫術醫德鑽研深。
仁者心，智者身，
慈悲濟世名望真。

～九十一年五月集成於宏恩醫院

淺談全民健保

健保組主任盛成渝

全民健保自 84 年 3 月 1 日開辦至今已邁入第八年。在這期間，有下列幾點重大措施：

84.9.1 開始實施論病例計酬

86.3.1 醫藥分業

87.7.1 實施牙醫總額支付制

88.8.1 實施門診部份負擔制

89.7.1 實施中醫總額支付制

89.9.1 重要醫令即時申報，如：CT, MRI

90.2.1 軍人納保

90.6.1 教學費用修定及兒童加成年齡修訂

90.7.1 實施西醫基層診所總額支付制

90.10.1 舉辦子宮頸癌醫療給付改善方案試辦計畫

91.7.1 預計實施西醫醫院總額預算制

記得開辦之初，在全體國民期盼下，匆忙上路，放眼全世界沒有幾個國家可以在這麼短的籌備期間，完成此一重大改變。除了佩服健保局及廣大民眾外，對於站在第一線醫療崗位的我們更是能夠隨遇而安，配合作業。

全民健保其原始設計的理念，是強調社會互助，讓健康的人幫助生病的人，年輕人幫助老年人，有工作的人幫助失業的人。當三年蜜月期熱度逐漸消退，健保財務開始吃緊，爲了調整財務收入，紓解健保危機，以利永續經營，開始希望調升保費率並強調使用者付費的精神，另一方面逐步縮小給付範圍，隨之而來的就是醫療院所核減率大幅攀升及即將實施健保 I C 卡：總額預算制。一步步將醫療院所推向難以經營的局面。

今天宏恩醫院在這醫療資源飽和的大安區，已經是四面楚歌，再加上整個大環境的亂象，更是雪上加霜，所幸在董事長及院長的帶領下，開源節流，運籌帷幄，使得我們每個人還能有機會貢獻所學，雖然忙碌，但不也是幸福？

大家都很關心健保能否永續經營，如果能把健保視爲己有，認爲這是「我的健保」，以這種心態珍惜資源，各司其職，發揮每個人的力量，共同來期待明天會更好。

神奇肌內效貼布的實證醫學

復健科 蔡涵如物理治療師

本院自九十年十二月起，為更全方位、多元化並加速解決病友們的身體不適，復健科特別引進日本肌內效貼布(kinesio-taping)，引起廣泛的討論。筆者在一年多前在兩所醫學中心受訓期間得以開始接觸到肌內效貼布，當時肌內效貼布的相關研究尚未蓬勃，但其在臨床上已發揮了相當驚人的效果。

筆者曾為一位中風後有肩手症候群(shoulder-hand syndrome)的病人貼紮治療，此病患因為手部腫大疼痛，因此治療意願大減，嚴重影響其手關節的活動度，病患手指只能做輕微彎曲而無法握拳，經過貼紮一日後，病患的手部消腫、疼痛下降並且在角度上有明顯的增加。另也有肩頸酸痛之病患，因工作量無法減輕，長期的酸痛對他造成很大的困擾，甚至影響睡眠，經貼紮後，病人感到顯著的進步，酸痛的情形減緩，也比較能專心從事工作。筆者的家人朋友們亦自肌內效貼布獲益不少：我的母親腳踝扭傷而腫大，走路皆感疼痛，經一週的貼紮及無承重運動，腳踝消腫並且疼痛減緩；我的外婆因肌筋膜炎及糖尿病，手部常感覺麻麻的，經一日的貼紮加上按摩，手部的麻感降低；我的一位長輩右肩患有習慣性脫臼，只要做事稍微力氣大了點兒，肩關節就會半脫臼(subluxation)，並且在日常生活中常受疼痛所擾，我利用肌內效貼布為她做肩部附近的肌肉貼紮，並且配合肩部肌力訓練來治療，病人一週內沒有再出現半脫臼的現象，疼痛亦有明顯的減輕。我自己也曾利用肌內效貼布減緩自己的梨狀肌症候群(piriformis syndrome)及網球肘(tennis elbow)的症狀。起初我也是抱著半信半疑的態度開始使用肌內效貼布，然而我確實是經歷到它臨床的效力。

醫學的進步要本著實證醫學的理念來發展，雖然臨床醫學研究在控制變因及倫理觀點上不免遭遇一些瓶頸，仍有許多值得敬佩的學者努力的往這一方面發展。我在肌內效貼布的網站上讀到一些相關的研究，將它簡單的摘要如下，希望能以此與對肌內效貼布尚有許多疑惑的朋友們分享。

研究一

題目：使用肌內效貼布對週邊血液循環的改變(Changes in the Volume of the Peripheral Blood Flow by using Kinesio Taping)

作者：Dr. Kase, Dr. Hashimoto

摘要：此研究是以五位血液循環不良及四位相對健康的受試者做貼紮治療，貼紮後十分鐘以都普勒測量儀(Doppler machine)來測量週邊血管的血流量。

貼紮的位置乃是根據最易影響受測區域血流的部位而選擇，例如若要測量橈動脈(radial artery)就貼紮在胸大肌(pectoralis major)，若要測腳背的動脈(dorsal artery of foot)則貼紮在腓腸肌(gastrocnemius)及腘窩(popliteal fossa)。而這些貼紮區域的選擇都是經過試驗(pilot study)而決定的。結果測得五位血液循環不良的病人在其受測血管的血流量均有增加(20.6~60.7%)，而四位健康的受試者則無明顯影響(-5.5~-2.2%)。因此作者推知肌內效貼布可對周邊血液循環造成立即(十分鐘內)的改善，且對健康人無不良影響。

研究二

題目：肌內效貼布對離心收縮運動後所造成的肌肉微小傷害之效果(The Effect of Kinesio Taping on muscular Micro-Damage Following Eccentric Exercises)

作者：Kazunori Nosaka, Ph.D.

摘要：本實驗目的是想看運動時使用肌內效貼布是否可減少延遲性肌肉酸痛(Delay onset of muscle soreness; DOMS)的產生。作者以12位未參加

過重量訓練的男同學(平均年齡 20±18 歲)用矯正臂屈曲儀(modified arm curl machine)在肘屈曲 90 度至 0 度做肘曲肌的最大離心收縮運動。每次收縮持續 3 秒，間隔 15 秒做一次，一回合作 24 次。受試者分成兩組參加兩回合的測試，每回合五天，中間間隔兩週，第一回合一組予以肌內效貼布貼紮肱二頭肌與肱肌(biceps and the brachium)，另一組則無，第二回合兩組交換。在測試前及測試後五天內測量肘屈 90 度時的最大等長收縮肌力(maximal isometric force for the elbow in a 90 degree angle)、肘關節角度(ROM of elbow joint)、上臂週長(circumference of upper arm)、血漿中的肌酸肌酶(plasma levels of creatin kinase)、壓痛(tenderness)、屈曲痛(pain during flexion)、伸展痛(pain during extension)。結果顯示肘屈肌最大等長收縮肌力在受測後下降了 60%，而在受測後的五天內逐日回升，並且以貼紮組進步較多；軸關節角度在受測後減小，以未貼紮組減少較多；上臂週長及血漿中的肌酸激酶在受測後皆逐日增多，以未貼紮組增加較多；壓痛、屈曲痛與伸展痛均是在受測後的第二天達到最高值後再逐漸下降，但整體而言皆以未貼紮組的疼痛值較高。因此作者認為本實驗數據可證實肌內效貼布可控制肌肉傷害及協助其恢復的趨勢。

研究三

題目：利用肌內效貼布治療髕骨功能失調(Treating Patella Dysfunction with Kinesio Taping)

作者：Kaaumi Sato

摘要：作者選用 23 位年齡介於 10~70 歲的膝關節病患，依種類將之分為三組：髕骨位移(patella tendonitis deformans)、腫脹(patella swelling)、拉傷與挫傷(sprains/contusions)。為這些病人貼紮股四頭肌(quadriceps)與半腱半膜肌(semi-tendinosus)。將結果分成四個等級，等級越高表示情況越差，等級一表示病人在四次治療後不再有疼痛情形，等級四則是完全沒有改善。結果顯示髕骨位移組的 14 人中，一級 2 人、二級 4 人、三級 6 人以及四級 2 人，腫脹組四人中一級與二級各 1 人、三級 2 人，拉挫傷組 5 人中，一級與二級各 2 人、三級 1 人。根據此實驗作者建議以肌內效貼布配合其他治療可增加病人的治療品質並且降低疼痛。此外肌內效貼布是一種安全無副作用的治療方法(不會增加症狀)。

研究四

題目：肌內效貼布對前十字韌帶重建後之肌肉力量的影響(Effects of Kinesio Taping on Muscle Strength After ACL-Repair)

作者：Heather M. Murray, Ph.D.

摘要：本實驗主要是研究肌內效貼布與傳統運動貼布對前十字韌帶重建手術後的肌肉力量影響，貼紮的目標肌肉包括股四頭肌(quadriceps femoris)、旁腱(hamstrings)與脛骨前肌(tibialis anterior)。作者請受試者分別在無貼紮、肌內效貼布貼紮以及傳統運動貼布貼紮下，在坐姿下做膝伸直運動，並以肌電圖(EMG)測量三條肌肉的活動及膝伸直的角度，並請受測者描述主觀的感受。結果顯示貼紮肌內效貼布時，膝伸直主動動作明顯較大

，肌電圖顯示貼紮肌內效貼布時的振幅(amplitude)是未貼紮及貼紮傳統運動貼布時的 1.5 倍，並且受測者皆認為貼紮肌內效貼布時較易產生肌肉收縮。作者認為肌內效貼布有以下特性：可伸展 130-140%，重量與厚度接近皮膚，不含藥性以及通透性高，所以較不容易產生過敏。根據此簡單研究可得知肌內效貼布可在貼紮上去後立即對肌肉收縮產生幫助，但我們尚無從得知這個效果是否可維持長時間以及此效果的機轉。

上述是筆者閱讀幾篇文獻所做的摘記，也許未盡詳細，唯希望能藉此提供一些關於肌內效貼布的資訊，肌內效貼布是一種專業新興的治療方式，絕對與一般的藥性的貼布不同，更不是所謂的撒隆巴斯，它必須要依照解剖學的原理來貼紮，一定需要專業的物理治療人員依照病患的病情來決定貼紮方式，凡是貼布施力的方向、所伸展的張力以及肌肉的選擇和判定，都會影響到治療的效果，因此不像一般貼布痛哪裡就貼哪裡。如果讀者們對上述的內容有興趣，介紹您到肌內效貼布網站看看，想必能提供您更多的資料。

資料來源：肌內效貼布網站<http://www.kinesiotaping.com>

高血壓~~~~我該怎麼吃??

營養師劉怡君

現在人們在年紀逐漸增長之時，當財富有了，房子、車子也都一一有擁有之時，卻血壓也給變高了。所以往往老年人除了兒孫滿堂享福之餘，卻也得注意自己的血壓有沒有變高了。當我有血壓高的時後，我該怎樣注意我的飲食習慣?以下就來告訴大家吧!

1. 選擇新鮮的食物，並自行製作，採低油鹽的烹調方式。
2. 調味品的更改，烹調時可多採用白糖、白醋、蔥、薑、蒜、八角、花椒、肉桂、檸檬汁等調味品，或以蒸、燉、烤等方式來保持肉類的鮮味，增加可口性。
3. 應選擇植物油來做烹調，例如：大豆油、玉米油、葵花子油、紅花子油等。忌食動物性油脂。
4. 一些含鈉量較高卻不易查覺的食物，如：麵線、油麵、甜鹹蜜餞、甜鹹餅乾等，因為都添加了含鈉量極高的鹼、蘇打、發粉或鹽，應該忌食。
5. 罐頭及各種加工食品，因為在加工的過程中，都加入了鹽或一些含鈉的食品添加物，所以應該要避免。
6. 含鈉量較高的蔬菜，如：紫菜、海帶、胡蘿蔔、芹菜等，不宜大量食用。
7. 選擇食物要均衡，不可偏食。如果體重過重需減重，讓體重維持在理想體重範圍內。
8. 儘量少用刺激性的調味品，如：辣椒、胡椒、咖哩粉等。
9. 避免抽煙、飲酒。
10. 市售的低鈉醬油通常含鉀量高，不適合腎臟病患者食用。

食物選擇表如下：

食物種類	可食	忌食
奶類及其製品	全脂奶、脫脂奶及奶製品，每日不超過兩杯。	乳酪。
肉、魚、	新鮮肉、魚、家禽及蛋類。	加鹽或燻製的食品，如：

蛋類		中西式火腿、香腸、臘肉、牛肉乾、豬肉乾、燻雞、板鴨、肉鬆、魚鬆、鹹魚、魚乾、鹹蛋、皮蛋、滷味等。 速食品及其它成品，如： 炸雞、漢堡、餡餅、各式肉丸、魚丸等。
豆類及其製品	新鮮豆類及其製品，如： 豆腐、豆漿、豆花、豆干、素雞、花生等。	醃製、罐製、滷製的成品，如： 加味豆干、筍豆、豆腐乳、花生醬等。
五穀根莖類	米飯、冬粉、米粉、自製麵食。	麵包及西點，如： 蛋糕、甜鹹餅乾、蘇打餅乾、蛋捲、奶酥等。 麵線、油麵、速食麵、速食米粉、速食冬粉、義大利脆餅、炸洋芋片、爆玉米、花粿等。
蔬菜類	新鮮蔬菜及自製蔬菜汁（芹菜、胡蘿蔔等含鈉量較高的蔬菜宜少用）。	醃製蔬菜，如： 榨菜、酸菜、泡菜、醬菜、鹹菜、梅干菜、雪裡紅、筍干等。 冷凍蔬菜，如： 豌豆莢、青豆仁等。 加工蔬菜汁、玉米及各種加鹽的蔬菜罐頭。
水果類	新鮮水果及自製果汁。	乾果類，如： 蜜餞、脫水水果。 各類罐頭水果及加工果汁，如： 蕃茄汁、果汁粉。
油脂類	植物油，如： 大豆油、花生油、紅花子油。	奶油、瑪琪琳、沙拉醬、蛋黃醬。
調味品	蔥、薑、蒜、白糖、白醋、肉桂、五香、八角、杏仁露、香草片等。辣椒、胡椒、咖哩粉等較刺激之食品宜少食用。	味精、蒜鹽、花椒鹽、豆瓣醬、沙茶醬、味精、蒜鹽、花椒鹽、豆瓣醬、沙茶醬、烤肉醬、辣醬油、蠔油、蝦油、甜麵醬、蕃茄醬、豆鼓、味噌、芥末醬、烏醋等。
其他	太白粉、茶。	雞精、牛肉精、海苔醬、速食湯、油炸粉、炸洋芋片、爆米花、米果、運動飲料、碳酸飲料（如：汽水、可樂。）

我的生育經驗談

宏恩醫院物理治療師 高招貴

很早以前我一直排斥生小孩，並非由於討厭小孩，而是懼怕疼痛以及深恐自己無法好好教育孩子。其實中國女性的骨盆腔入口直徑約十二公分，而胎兒的頭只有九點五公分，生不出孩子還真是難啊！懷孕初期並無任何不適，但心裡有著兩種壓力，一種是擔心因懷孕會增加同事的負擔；另一種是擔心電磁波對胎兒的影響，還好同事都很善解人意，我也儘量穿著防護衣工作，安然度過了懷孕的日子。

每天下班，我仍然步行搭乘捷運、坐公車回家。因為五個多月才稍微有肚子，又碰上冬天，外套套上後根本看不出懷孕，常發生有人在車上和我搶位子、推擠我的事情，也約略在此時期，發生過兩次早上起床，左下肢著地走路有使力不順的現象，總覺得在腸薦關節處有怪怪的感覺，還好憑著自己專業的知識判定是因荷爾蒙引起附近韌帶鬆弛，趕緊作骨盆腔前後傾及旋轉運動矯正回來。由於本身是物理治療師，對於產前運動、產後運動該做什麼及如何做，當然很清楚，但拉梅茲呼吸法則是久聞大名卻不知如何練習。

拉梅茲法是法國婦產科醫生拉梅茲博士想出的精神預防性緩和疼痛分娩法，其基本原理在於巴甫洛夫條件反射學說，但是把精神預防性緩和疼痛分娩法的腹式呼吸改為胸式呼吸，在加上加速呼吸的技巧，成為更合理的分娩法。這個方法在法國被稱為「無痛生產」而漸漸推及各國，成為產前教育的主流。由於必須靠自己的力量生產，產婦要保持積極的態度，平常要重複做體操、放鬆（滿五個月開始）、呼吸法的練習（呼吸法只要再懷孕八個月左右開始練習即可），實際生產時由於陰道周圍的肌肉能夠放鬆柔軟，而且配合陣痛自動調整呼吸或用力的方式，生產過程就會較迅速、不痛、不易疲倦（生產時先生儘量在旁陪伴生產，引導胸式呼吸，幫助妻子放鬆）。我是在產前一至二個月才開始練習呼吸法，而其他的體操放鬆法則是有空才練，反正自恃平日工作量及走動已很多了。

很多人問我為什麼選擇自然生產？因為十年前目睹我的母親將子宮切除、麻藥消退後的疼痛模樣，到今日仍記憶猶新，而且只要想到一把刀要割開好幾層肚皮，甚至切開子宮，就感到頭皮發麻，也害怕造成腸粘黏的後遺症，心想非不得已不剖開肚子。四月十四日，已過了預產期一天，肚子仍未有動靜，我開始有點不安，害怕胎兒有異狀，因此做運動激烈些，甚至狗爬式的趴在床上，看看胎兒會不會快點出來。半小時後，果真如廁時發現有見紅現象，此時已下午五點半，我趕緊洗澡洗頭，收拾行李到娘家吃飯。六點半陣痛開始，如同壞肚子又如針刺般，時間極短。八點半陣痛變成每隔六分鐘有四十秒的現象，九點半至醫院子宮口只開一指約一點五公分。四月十五日清晨三點多，陣痛強

烈已開七公分約四指，我痛的無法控制的大喊，但仍然實行拉梅茲呼吸法放鬆，此時非常想用力，但子宮孔未全開〔約八至十公分〕之前絕對不可用力，以免母體及胎兒皆受損。快四點時我被推入開刀房，當醫師護士告訴我可以用力時，表示胎兒的頭已看到，我感覺醫師似乎將我的羊水弄破〔一般醫師會在此時剪開會陰〕，此時我趕緊停止呼吸，如同大便般用力，時間不可超過五秒，當胎兒的頭已出來無法縮回時，換成短促呼吸“哈哈”節奏，此時不可用力。四點二十分，我的兒子終於出生了，他安詳的睡著、不哭鬧且四肢健全，我深深的鬆了一口氣，但牙齒仍顫抖著。

兒子出生後還有更辛苦的事—乳房護理。在產前就已開始練習乳房護理的我，怎知乳房護理竟不如想像中簡單。耕莘護校的實習小護士及其指導老師教我做熱敷、按摩、擠奶，痠痛到眼淚掉下來（生產還不至於會令我掉淚），而且手酸、脖子酸，漲奶時不排空又會阻塞、疼痛，搞得我坐月子辛

苦至極，中間還發生過兩次乳管阻塞的乳腺炎，嚴重影響我的心情，使我吃不下、睡不好，悔不當初怎麼不打退奶針，但為了至少給孩子一個月的母奶，再痛苦也得忍耐。為了回去上班作準備，一方面也不願再那麼辛苦擠奶，月子過後試過各種方式退奶（吃藥、喝麥草汁、水煮韭菜等），兩個月後終於退掉。

我選擇的坐月子方式是自費住在醫院一個月，以中醫不洗頭、不喝水、儘量不碰水的方式，請中醫莊淑旂博士的風車健康管理機構送中醫膳食來醫院，雖然花費不貲（住院加外食共十二萬左右），但省卻了婆婆、媽媽和先生的辛勞照顧，也使我產後只要專心於擠奶及做產後運動即可（產後廿四小時即可開始先做輕鬆的深呼吸、手部運動，等會陰拆線後才做下半身運動）。出院後又發生一次乳管阻塞，為了專心休養及處理退奶事宜，因此拜託保母提早幫我帶兒子，這時離回去上班的日子已只剩不到兩週了。白天我要補眠、做運動，晚上要帶孩子還撐得住，但從六月回去上班後，就變成每天只睡三到四小時，因為寶寶才一個半月，而且一直到快四個月大左右，作息才變成可一覺到早上五點多醒來，中間不用喝奶或換尿布。嚴重的睡眠不足令我嚐到了職業婦女的辛苦，了解什麼叫蠟燭兩頭燒的滋味。

當了母親後深切感受到媽媽的偉大與堅強，莫怪許多女兒當了母親後更加孝順自己的媽媽，更加貼心。許多媽媽因照顧子女而到處痠痛求醫，真令人不忍。身為一位女性物理治療師，我當然要好好規劃設計自己的懷孕期、坐月子的生活，我將物理治療專業知識活用自己的懷孕期、生產時以及產後身體保健，所以兒子已兩歲，我的身體並無任何腰酸背痛、媽媽手的現象。若您有婆婆、媽媽可以幫您坐月子、帶小孩當然最好（雖然省錢，但長輩和母親本身都很辛苦），我的建議是不妨試著找個坐月子中心，做個自在安穩的月子。母親本身一方面可專心產後身體保健，一方面可慢慢學習適應為人母親的育兒工作。養兒育女雖辛苦但卻是甜蜜的負荷，以前口口聲聲說不生孩子的我，竟也成為母親了，難怪常聽人說「為母則強」。

上述經驗令我一生難忘，也深刻感受到物理治療師應早期介入孕媽咪的產前、產後教育，具有生產經驗的女性物理治療師更易切入。預防勝於治療，在預防醫學日益受重視的今日，如何讓年輕的孕媽咪不要成為日後多病的中老年婦女，其實是非常重要的課題，也可省卻許多醫療支出。女性朋友們！請在年輕時就好好維護自身的健康，美好的未來掌握在你們手中，多愛自己一些才能讓整個家庭幸福快樂。母親節即將來臨，在此祝福天下所有的媽媽——母親節快樂！

萊姆病 (Lyme Disease)

感染管制護理師 陳芬珠

由於世界各地交通便利，民眾因旅遊、探親或商務往來頻繁，因而暴露於萊姆病流行區而不自覺。加上近年來台灣大量野生動物走私及流浪動物之氾濫，一旦這些動物帶有螺旋體之病媒蜱，更加深民眾遭蜱叮咬感染之危險。台灣已有本土性萊姆病之確定病例發生，故醫護人員及民眾應對此疾病有所了解。本文將簡介萊姆病。

什麼是萊姆病 (Lyme Disease)：是一種經帶有螺旋體之病媒蜱蟲叮咬而傳播。

臨床特徵：人類感染萊姆病後可能產生多重系統之病變，感染初期症狀類似感冒，有頭痛、輕微發燒、全身疲勞、寒顫等症狀，約有 60 - 80 % 的病人在感染性蜱叮咬 3-32 日（平均 7-10 日）後出現遊走性紅斑，其特徵為紅斑性丘疹環狀且中央泛白、局部灼熱，通常無痛感，此紅斑會逐漸擴散而成牛眼狀；皮疹即使不治療亦會在擴散數週後自然消退。如未能即時診斷且給予適當治療，可能引起之中、晚期症狀，包括心臟、神經系統及關節等方面病變，並出現心律不整、心包囊炎、顏面神經麻痺及單（雙）側膝關節腫痛等臨床病症。此病死亡率雖然不高，但慢性傷害不小，若早期發現施予抗生素治療，可以獲得不錯治療效果。

萊姆病的發生情形：早在 1921 年萊姆病已有記載於歐洲，而後於 1975 年因突發性流行於美國東北岸的康乃狄克州之萊姆鎮 (Old Lyme town)，故名之為萊姆病。後來遍及美國各州(尤其東北、中北及西岸)，北美及歐洲為主要流行區。此病在歐美各國被列為「法定報告傳染病」，亦屬列入報告之旅遊感染疾病。蘇俄、日本、韓國及大陸地區皆已有確認之病例。

萊姆病的傳染途徑：萊姆病是一種經由硬蜱（俗稱壁蝨）叮咬傳染之新興人畜共通傳染病，致病菌為螺旋體菌(Borrelia burgdorferi)。硬蜱在自然界中主要存在於鼠類、貓、狗、鹿等哺乳類動物與鳥類為宿主身上，人類因接觸這些動物而遭蜱蟲叮咬而致病。不會經由人傳染給人。

萊姆病的潛伏期：約三至三十二日；盛行季節，每年的春末夏初到秋天，以六月至九月為高盛行期。

預防措施：

- 1、避免暴露於蜱滋生環境及蜱之叮咬。
- 2、流行季節儘量避免接觸流行區內之草叢。若無法避免時則建議穿著淺色之長袖衣褲及長筒襪，並將褲管紮入襪內。
- 3、野外活動結束後應立即檢查全身是否有硬蜱吸附或叮咬，一旦發現已吸附之硬蜱則應即刻小心摘除並就醫治療。
- 4、居家環境應有效防止鼠類之侵入及定期對居家附近草叢清理和噴灑殺蜱蟲劑，可減低或消滅蜱之滋生及侵擾。
- 5、殺蟲劑使用含 DEET(N,N-diethyl meta-toluamide)或 Permethrin 可有效防蜱吸附。
- 6、加強對於飼養寵物的清潔維護，定期檢查寵物身上有無硬蜱之寄生，將可避免成為疾病之感染源。

漫談骨質疏鬆症

護理部衛教組

我們的骨骼，並不是沒有生命的器官，相反的，它會隨著年齡的成長而不斷地新陳代謝，周而復始的破壞與重建。只是，破壞與重建的速度會隨著年紀的增長，而有不同程度的差別。特別是女性在停經後，由於雌性激素分泌快速減少，骨鈣質會大量地流失，會導致骨質含量嚴重減少，使得骨骼的質地結構鬆弛，很容易便造成骨折。

一、骨質疏鬆症主要可分為兩類：

1. 停經後骨質疏鬆症：

常發生於停經後十五年內，這時期主要是由於海棉骨的流失，造成脊椎壓迫性骨折、遠端橈骨骨折、股骨轉子間骨折....等；女性發生率為男性的六倍。

2. 老年骨質疏鬆症

常發生於七十歲的老人，這時期主要是緻密骨和海棉骨的流失，造成多節脊椎壓迫性骨折、股骨頸骨折、肱骨及脛骨骨折等；女性發生率比男性高兩倍。

二、什麼人容易患有骨質疏鬆症：

1. 母親或祖母已有駝背現象之婦女。
2. 月經常不規則之婦女。
3. 已進入更年期之婦女。
4. 曾經割除兩側卵巢之婦女。
5. 未曾懷孕過之婦女。
6. 體重過輕、骨骼纖細之婦女。
7. 不喜歡飲用牛奶及乳製品之婦女。
8. 吸煙之婦女。
9. 經常飲酒或咖啡之婦女。
10. 缺乏運動之婦女。

三、如何預防骨質疏鬆症？

多攝取含鈣量多的食物，多補充鈣片；其次是多曬太陽，以利身體形成維生素D，或是服用含維他命D的藥物；適度的運動，維持良好的骨質；停經後的婦女可以補充雌性激素，以減少骨質的流失。

隨著年齡增加所出現之生理性老化現象中，人體骨骼內骨量會逐漸減少，造成骨質疏鬆症，只要輕微的外傷就容易導致老人骨折。常見的老人骨折有：手腕附近橈骨骨折、椎體壓迫骨折、骨股頸骨折、股骨轉子間骨折、肱骨上端骨折等。減少骨質疏鬆及意外事故為預防老年骨折之最佳良方。

四十歲以上的人，骨質開始疏鬆，女性比男性更甚，尤其是停經後之婦女，

由於內分泌不平衡，疏鬆得更厲害。何謂骨質疏鬆？即骨質新生率小於代謝流失率。營養不良、蛋白質缺少、缺乏運動、長期臥床、長期之石膏固定、內分泌（賀爾蒙）不平衡、抽煙、喝酒等，都會減少鈣質之吸收而導致骨質疏鬆，這種人只要受到一點外力，就會造成骨折。

意外事故方面，老年人行動遲緩，應變能力、肢體活動協調較差，如果又加上中風、心臟、腎臟毛病，又無家人照顧起居，較容易發生意外而摔跤，因此居家生活中，浴室、洗手間地面應保持乾燥、使用底面粗糙的鞋子、門檻不能太高、隨時有人照料，為避免發生意外之要件。

治療方面，一旦老年人發生骨折，一定要迅速送醫，由骨科醫師診治；經由病因、檢查、X光片可明確查出骨折部位之粉碎度及位移程度，再由骨科醫師決定以石膏固定或手術鋼釘板固定，以避免造成更嚴重之併發症；切忌推打，因為老年人骨質疏鬆，徒增骨折部位之粉碎性及原本沒有移位之骨折移位，造成不必要治療上之困難；比如橈骨末端骨折，一般徒手復位後，石膏固定六至八週即可；粉碎性橈骨末端骨折徒手復位後以外固定器固定六至八週，很少需要手術鋼釘鋼板固定。股骨頸骨折或股骨轉子間骨折就大都須要手術鋼釘鋼板固定或人工半關節更換以減少後遺症。人體內有些部位之骨折不需手術或石膏固定，有肋骨骨折、肩胛骨骨折、腰椎少百分之五十之壓迫性骨折等，因為疼痛病人需穿背架或臥床休息四、六週。骨折病患手術後需早期下床活動，減低長期臥床所引發之背部褥瘡、肺發炎及血拴症等併發症。

科學昌明，老年人口比例日趨增加，在社會日益重視老人問題的同時。也該重視老人骨折之預防及治療。雖然以現代骨科技術能解決骨折治療問題，但更應積極從日常生活、飲食攝取、適當運動來減少骨質疏鬆，並注重環境安全以減少意外之發生。總之，預防勝於治療，可杜絕不必要之手術。

高血脂症 (Hyper-Lipemia)

六樓病房 許淑菁護理師

一、何謂高血脂：

高血脂是指血液中的膽固醇、三酸甘油酯增加。油脂異常（不論是高膽固醇血症、高三酸甘油酯症或二者合併）是動脈硬化的主因，會增加罹患冠狀動脈心臟疾病的機會。

高膽固醇血症：當血液中的總膽固醇濃度或低密度脂蛋白膽固醇濃度高於正常值時，即為高膽固醇血症。

高三酸甘油酯症：血中三酸甘油酯的濃度會隨飲食中的油脂種類和含量而改變。當禁食 12 小時後，血中三酸甘油酯的濃度仍高於正常值時，便稱為高三酸甘油酯血症。此症多伴隨冠狀動脈心臟疾病的高危險因子（如：肥胖、飲酒過量等）存在。

成人血膽固醇及三酸甘油酯濃度

總膽固醇（非禁食）

低密度脂蛋白膽固醇

（禁食 12 小時）

血液三酸甘油酯

（禁食 12 小時）

理想濃度

< 200mg/dl

< 130mg/dl

< 200mg/dl

邊際高危險

濃 度

200 ~ 239mg/dl

130 ~ 159mg/dl

200 ~ 400mg/dl

高危險濃度

≥ 240mg/dl

≥ 160mg/dl

> 400mg/dl

二、高血脂症分兩種：原發性與續發性高血脂症

1.原發性高血脂症：(a)單獨由遺傳基因缺陷引起。(b)經由遺傳基因和環境因子合併所引起。

2.續發性高血脂症：通常係因代謝問題所導致的結果，例如糖尿病、過量的酒精攝取、甲狀腺功能不足或原發性膽硬化。

三、何謂血脂肪：

血脂包括膽固醇、三酸甘油酯及磷脂類。這些血脂皆為脂溶性，必需與血漿蛋白結合成脂蛋白，才可藉由血液運輸至各器官及組織。

膽固醇

三酸甘油酯 + 血漿蛋白 → 脂蛋白 → 器官、組織

磷脂質

四、何謂脂蛋白：

(1)乳糜粒 (chylomicron)：

為最大的脂蛋白，在小腸產生，負責將小腸所吸收的大量三酸甘油酯及少量的膽固醇運送到脂肪細胞。

(2)極低密度脂蛋白 (VLDL)：

由肝臟或小腸產生，為運送三酸甘油酯之主要蛋白質，極低密度脂蛋白和乳糜粒過高的人，其血漿看起來會呈現混濁狀，因此有人稱之為「血濁」，主要就是三酸甘油酯過高的緣故。

(3)低密度脂蛋白 (LDL)：

由肝臟產生，血液中的膽固醇約有七成是由低密度脂蛋白攜帶，若這種脂蛋白生產過低，或是代謝太慢時，血液中膽固醇量便會增加。

(4)高密度脂蛋白 (HDL)：

主要為吸收游離膽固醇，並將其帶回肝臟代謝（製成膽酸排出或再送出供組織利用），因此有所謂「清道夫」之稱。

五、何謂三酸甘油酯：

三酸甘油酯 (triglyceride) 是血液中另一種脂質成份。當飲食中的碳水化合物和油脂經由小腸的消化等作用後，成為乳糜微粒經由小腸的絨毛吸收，再經過細胞之間轉換到淋巴液系統，由胸管注入血液系統輸送至肝臟。脂解可在小腸或肝臟中，將乳糜微粒分解成極低密度脂蛋白，事實上這兩種脂蛋白都含有極高成份的三酸甘油酯，特別是猛然攝取大量的碳水化合物後，血中三酸甘油酯濃度很快就會上升。

六、治療：

(1)飲食控制：

(a)高膽固醇血症之飲食原則：

- * 維持理想體重。
- * 控制油脂攝取量，少吃油炸、油煎或油酥的食及豬皮、雞皮、鴨皮、魚皮等。
- * 炒菜宜選用單元不飽和脂肪酸高者（如：花生油、橄欖油）；少用飽和脂肪酸含量高者（如：豬油、牛油、肥肉、奶油等）。烹調宜多採用清蒸、水煮、涼拌、烤、燒、燉、滷等方式。
- * 少吃膽固醇含量高的食物，如：內臟（腦、肝、腰子等）、蟹黃、蝦卵、魚卵等。若血膽固醇過高，則每週以（不超過攝取二～三個蛋黃）為原則。
- * 常選用富含纖維質的食物，如：未加工的豆類、蔬菜、水果及全穀類。
- * 盡量少喝酒。
- * 適當調整生活型態，例如：戒菸、運動，以及壓力調適。

(b)高三酸甘油酯飲食原則：

- * 控制體重可明顯降低血液中三酸甘油酯濃度。
- * 多採用多醣類食物，如：五穀根莖類，並避免攝精緻的甜食、含有蔗糖或果糖的飲料、各式糖果或糕餅、水果罐頭等加糖製品。
- * 可多攝取富含 Omega-3 脂肪酸的魚類，例如：秋刀魚、鮭魚、日本花鱈魚、鰻魚（糯鰻、白鰻）、白鯧魚、牡蠣等。
- * 不宜飲酒。
- * 其他請參考高膽固醇血症之飲食原則。

(2)藥物使用：

(a)膽汁酸結合樹脂(cholestyramine, colestipol):Questran 減少膽固醇再吸收，促其由糞便排泄；藥需在飯前服用。副作用有：腹脹、胃脹氣、便秘等。

(b)菸鹼酸(nicotinic acid) (niacin)為一種維生素 B 群製劑，其對於低密度脂蛋白及三酸甘油酯之降低具有極大的療效，並可提高高密度脂蛋白之含量，其主要功效在干擾肝臟之脂質代謝，藥物需在飯後服用。其在高劑量下副作用有皮膚潮紅及過敏等，其他的副作用有腸胃道的不適，肝功能異常，血糖過高，尿酸過高及肝毒性等。

(c)HMG-CoA (還原酵素抑制劑)

(statins)(lovastatin mevacor), simvastatin,
pravastatin(mevalotin) : Zocor

這類藥物可抑制肝臟膽固醇合成的速率，可明顯的降低低密度脂蛋白的含量，並可稍微降低三酸甘油酯及增加高密度脂蛋白，藥物需在飯前服用。其副作用會造成肌肉的溶解及肝臟功能受損，所以在接受治療的第一年中，需密切監測肝臟與肌肉酵素，並且有 13%病患會發生白內障的現象。

(d)Gemfibrozil(lopilid Gembit):

其可降低極低密度脂蛋白之合成，降低血液中飯前的三酸甘油酯，增加高密度脂蛋白的含量，其可用於三酸甘油酯及膽固醇過高的病患。其副作用包括消化不良、腹痛、腹脹、皮膚紅疹、血糖增加等，在病患初次使用時應追蹤病患之肝臟與骨骼肌的酵素，病患在使用此類藥物治療時應合併低膽固醇飲食治療。

(e)probucol (lorelco) :

本類藥物是一種相當微弱的降膽固醇藥物，但具有抗氧化之特性，其具有預防動脈硬化潛力的藥物。

(i)魚油：

抑制三酸甘油酯在肝臟合成，或降低血中三酸甘油酯的含量，其被用於三酸甘油酯極高的病患。

七、結論：

希望大家能對高血脂症有個較清楚的認識，正如同血壓高低不是憑「感覺」來判斷，高血脂症也無法由症狀來判定，必需靠血液檢驗——測量血中三酸甘油酯和膽固醇含量，並進一步分析脂蛋白的成份。萬一真的罹患高血脂症，應該和醫師及營養師配合，改變不良生活習慣，調整飲食，必要時接受藥物治療，這樣才能遠離高血脂症的危險。

八、參考資料：

*馬世明 (1996)·健康世界·第 22 卷 127 期·P.35-37。

*莊美幸 (2000)·常春·第 203 期·P.108-109。

*陳肇真(1988)·內科學(上冊)·合記·P.626-637。

*謝博生、林肇堂 (1993)·臨床內科學——疾病篇(下冊)·金名·P.1542-1547。

*蘇大成 (1997)·健康世界·第 261 期·P.13-14。

絕望邊緣

社工室 李雲屏

半夜接到好友家屬來電告知，因感情因素自殺現人在醫院急救中，家人擔心她情緒仍不穩故請我到場共同安撫。匆匆趕至醫院時好友已送到病房，雙手纏繞紗布的她經過急救顯得十分虛弱，望著淚水蜿蜒的她心中不禁百感交集，想到年輕時的自己也曾有過一了百了的念頭，幸好當時被發現的早救回一命。

心是柔軟的，所以在身心具疲時容易受傷，當有消極的念頭產生時，通常容易忽略這最初的警訊，一般會先找親朋好友傾訴，但出現對某一件事有剪不斷理還亂矛盾不已的狀況時，有時規勸的朋友久而久之也失去了傾聽的耐性，我們就容易把問題或情緒放在心中任由它發酵，成為一個沉重的心理壓力及重擔，不僅影響健康、改變性格、甚至在脆弱的時刻會做最壞的選擇。

事實上我們仍有一些社會資源是可以提供協助的，而且這些諮商機構的工作人員皆接受過相當的專業訓練，我們可以透過電話、電腦網路或親至機構尋求幫助，與其靠自己的力量解決不如找專業人員幫忙，也省得在生命的幽谷中一再徘徊，虛擲青春！

可尋求協助之專業心理諮商機構如下：

醫療機構：台北市立療養院 Tel：2726-3141

一般機構：生命線 Tel：1995

台北市生命線協會 Tel：2505-9595

台北縣生命線協會	Tel : 2967-1621
張老師	Tel : 2502-5858-457
台北市家庭教育服務中心	Tel : 2578-1885
台北縣家庭教育服務中心	Tel : 2255-4885
宇宙光輔導中心全人關懷機構	Tel : 2362-7278
馬偕協談中心及馬偕平安線	Tel : 2531-0505
觀新心理成長諮商中心	Tel : 2363-3590
呂旭立紀念文教基金會	Tel : 2363-5939
心理測驗諮商學苑	Tel : 2704-2567

網路資源：

SOS 網：www.lifeline.rog.tw

心理健康諮詢網：www.psychology.org.tw

重如泰山：<http://home.pchome.com.tw/health/springboy100>

關懷在生命邊緣徘徊的人：<http://www.yam.com/channel/suicide.htm>

復健科設立於七樓，目前以骨科、神經科及心肺疾病物理治療業務為主，計畫日後將擴增小兒及獨立自費物理治療服務項目。

復健科主任鄭悅承物理治療師特別強調，該科---物理治療服務的特色是專業、清潔、舒適、人性化與高效率。

該科物理治療人員---共有十位物理治療師及二位物理治療生；各司其職並且相當有效率，每一位物理治療人員每日都勤奮地努力著，發揮最高的團隊默契，讓病患在最短的時間內完成最完整的治療。

當您進入物理治療科時，您就會特別感覺到『如沐春風』有著『家』的溫暖，您看到的是每位工作人員臉上都掛著微笑，讓病人感受到特別的親切。

因為鄭主任說出這麼一段話：「規律性工作總是枯燥的，歡喜也要做，不歡喜也要做，那倒不如保持心情愉快去面對工作，每天才會過得快樂。」所以帶動了治療人員士氣，讓各個都神情愉悅，快樂地在專業上付出，用愛心服務病患。

目前該部門治療時間為：

週一至週六---上午八點至下午九點。

週日---上午八點至下午一點。

物理治療服務的時間是很方便而且又有彈性，除了運動治療的病患必需與物理治療師約定時間外，其餘的患者沒有時間的限制，隨時到達該部門，治療師馬上就會給予治療。

整齊、清潔—是醫院提供服務品質最基本之要求，當您進入該部門的剎那時，即刻感受到該科整體的整潔、舒適的溫馨，該部門的劉女士可是幕後大功臣，她服務清潔工作多年，做事一絲不苟，對於部門中經常使用的毛巾與床單，勤於換洗；部門中的地板、各項儀器、窗戶也都被打理得一塵不染，每個角落都極為乾淨，該部門在全院定期舉行的環境清潔評比中始終是名列前茅。

該部門物理治療病患，除了來自復健科醫師的門診之外，亦有大部分來自骨科、神經內外科醫師會診，同時也包括住院病患（一般病房、加護病房、呼吸治療病房等）的物理治療照會。

患者接受物理治療必須要有一定的作業流程，第一次治療必須由物理治療師進行詳細的評估，記錄其診斷、主訴、過去病史與各個物理治療評估細項，再安排適當的治療項目；複診的治療也會依其病情進展狀況與治療目標隨時調整其治療項目，基本上，算是相當人性化的做法，讓物理治療的專業都能夠得以充分發揮，並獲得相當的尊重。所以只要接受過治療的患者，對於該部門的服務與治療成效都相當滿意。

在物理治療業務中，有一項特別的治療，就是肌內效貼布貼紮（Kinesio Taping），其方法是將各種顏色特殊貼布貼紮在病患身上，這種新穎治療方法的成效，雖然看起來不起眼的貼布會有這麼驚人的療效，這是一個值得物理治療師去全力研習並且推廣的技能，它涵蓋著解剖學、生理學、肌動學、生物力學、運動治療學…等專屬於物理治療的專業領域，可以充分展現出「專業不可取代性」的價值。但是此貼布必須由病患自費的服務。

相信只要是與宏恩復健團隊接觸過的人，那份體認您是無法忘懷的！，您會感覺到心裡甜甜

的，很窩心的，內部工作人員就像是一個大家庭，很有人情味，每一個人都情同手足，在工作上，

都為自己的專業天空積極努力著，那是無怨無悔的執著！更是深情真愛的付出---！



宏恩醫刊

第76期 中華民國九十一年七月一日出刊

宏揚醫學知識

恩被全民健康

