

# 宏恩醫刊

• 中華民國92年1月1日出刊

78期



天天運動

健康快樂



宏揚醫學知識 恩被全民健康

## 目錄 (78 期)

### ※ 院務動態

### ※ 衛生保健專欄

肥 胖

子宮頸抹片與子宮頸癌

認識老年人高血壓

年節期間如何做好胃腸肝膽疾病的保健

### ※ 行政管理、護理專欄

資訊室的沿革

心肌梗塞病患性功能失調認知

### ※ 生活札記

這一路上

早療的天空 (一)

脊椎退化性之關節及椎間盤疾病

踏青去

員工喜訊

編者的話

編輯小組

孟憲傑醫師

黃漢文醫師

梁惟信醫師

黃鐵強醫師

譚健民醫師

孟慶豐主任

許如容護理長

吳怡慧護理師

高昭貴復健師

高昭貴復健師

陳志民復健師

封底裡

編輯小組

1. 恭喜 本院復健科 91 年 10 月 1 日 通過台北市政府早療醫療服務機構---指定之『特約療育醫院』，能提供早療者更多、更及時性、更便利性、更可近性之服務。
2. 本院婦產科自 91 年 10 月 1 日起為嘉惠服務婦女朋友，早期篩檢子宮頸癌，特別增添“陰道鏡”設備乙台，加入宏恩婦產科服務之陣容，希望所有的婦女朋友，當有需要時能多多利用，更歡迎意者能洽詢本院婦產科主治醫師，相信能提供婦女朋友更多的相關資訊。
3. 91 年 10 月 1 日起配合衛生署預防保健措施，流感疫苗已於開始施打，讓 65 歲以上之資深國民或符合相關條件者，均可透過電話方式、線上預約方式，享受快速便捷最好的服務。
4. 91 年 10 月 1 日起—啓動戒菸門診，讓有心戒菸者得到最新資詢及有效之藥物指導，讓『老菸腔』們重新享受『新生活』『新生命』的品質。
5. 91 年雙十國慶，全國普天同慶，總統府前廣場，夜空音樂會等項慶祝活動，大會爲了照顧熱烈參與活動的民眾，萬一有緊急突發狀況之迅速處理。也邀請本院支援 2 部救護車，醫師一名及護士 4 名共同參與，參加本次活動的同仁爲李德初醫師，護士林淑芬、尉玉芳、袁家宜、鄭琇如，均能圓滿達成任務，更獲得大會承辦單位的萬分感謝。
6. 91 度 ACLS 課程已於 91/10/24 日實施完成，住院醫師及護理部同仁均能認真聽課，加強復習，圓滿如期完成 ACLS 使命。
7. 健康醫院評鑑，於 91 年 11 月 12 日由衛生局督考人員到醫院驗收成果，爲了落實減重及體適能健康操活動，已在宏恩的每個角落括起健身操運動，首先在院務會議中，由梁副院長帶領大家，共同隨著錄影帶起舞，伸展筋骨，並於每日

上午、中午於一樓大廳播放錄影帶，歡迎各單位員工自我活動伸展筋骨，一旦各單位主管熟練後，就讓單位主管抽空帶領同仁自我練習，真正達到全民健康的功能與效果。

當日評鑑委員們都對醫院推動健康之各項措施---減重、運動飲食新文化、戒菸等推動之成果，都給予相當好的評價。

- 8.為配合健康促進衛生政策，提供女性子宮頸癌、乳癌陽性篩檢率，本院婦產科醫師及一般外科醫師門，響應台北市衛生局推廣篩檢活動，特別開啓快速通關門診，讓婦女朋友們享受最快速，最便捷之服務，同時本院更安排諮詢專區、專線電話諮詢、及專科護理師之專人後續追蹤，希望提供女性朋友最佳、最溫馨、最體貼之關懷服務。

**肥 胖**

瘦身觀念和瘦身措施，已成為台灣美女俊男，最時髦的話題。事實上，高官顯要，富商巨子，對瘦身運動，也是趨之若鶩。這不僅是美醜的思考，更是對健康影響的既深且遠。其所以普遍引起平面和立體傳播媒體的重視，五花八門的廣告宣揚，也就勢所必然了。

在美國至少有 30% 的人肥胖或體格過重。肥胖不祇是觀瞻的美醜，更危害到我們的健康；如心臟血管疾病、糖尿病、痛風、肝臟、膽囊疾病、大腸癌症，甚至乳房癌病等。均可因肥胖的關係，而增加處理的難度，甚或提高死亡的百分比。

肥胖 (Obesity) 與體格過重 (Overweight)，兩者之間也小有區別。前者是指脂肪淤積太多，大腹便便，三酸甘油脂逾越正常值，影響甚大。後者則因運動量大，肌肉發達，體重超出正常標準，三酸甘油脂不一定升高，對健康毫無影響。關於肥胖與體格過重的詮釋，在美國諸子百家也有不同的解釋，認為輕微的肥胖，可視為體格過重，過度肥胖，才視為肥胖。兩者分隔顯然有事實的困難。

運動與節制飲食，大部分的人都可達到瘦身目的，但仍有若干男女，雖然運動及節制飲食，雙管齊下，且持之以恆，卻效果不彰，徒勞無功。很多有識之士，已經重視個人生理變化及異常病態所引發。肥胖另外的原因，是由於家庭遺傳因素，因其父母都是肥胖型家族，像夏威夷及南太平洋各島的土著，玻里尼西人 (Polynesian)，泰半都是虎背熊腰的龐然大物。

沒有疑問的，基因 (Genes)，會掌控新陳代謝的盛衰，但飲食的調適與有規律的運動，對瘦身仍有其不可抹滅的功效。科學家們已經發現若干基因的缺陷，該項缺陷促使視丘下部 (Hypothalamus) 分泌一種物質，導致食慾增加，並儲存多餘的脂肪。科學家們也正在試圖矯正該項基因缺陷的措施。在白鼠身上已略有成效。但對人類的採用仍是撲朔迷離，莫衷一是，且雜音不斷，所以實施於人類，可能還有一段遙遠的旅程。

### 瘦身藥物的發展：

為了適應潮流的需要，經濟效宜，藥品製造商，捷足先登，於是很多減肥藥物，就如同雨後春筍般應時推出，琳瑯滿目，但均係曇花一現，銷聲匿跡，而遭唾棄，或被禁售。因對身體的傷害，甚屬嚴重，或危害生命。

安非他命 (Amphetamine) 與咖啡因 (Caffeine)，曾風靡一時，但長久使用，不祇效力式微，且危害身體。

減肥藥物，雖五花八門，多如牛毛，但仔細推敲起來，不外乎壓抑食慾，如 Phenfen，及阻止油類吸收，如 Orlistal 為主，但各有其弊端，也不能持久使用，故從未獲得美國 FDA 之認同及許可。最近中國傳統性草藥推出一種名為 Hristolochia Fangchi。在比利時採用三年，竟發現上百例之腎臟損傷病例，進而須洗腎或換腎善其後。

### 減肥按摩器 (Exercise machine)

近年來，若干健康俱樂部推出一種顫動按摩器，裝有馬達及帆布帶，將帆布帶放置臀部、腰部、腹部或大腿部。開動馬達後，使帆布帶顫動，冀望顫動之結果，能將皮下脂肪減除，似此情形，對於懶惰減肥者係一大福音，但實驗結果，並無想像中的效力。

### 脂肪抽除術 (Liposuction)

係利用外科手術將過多沈積的脂肪，予以抽除，多半用於腹部。理論上雖非減肥

的正確戰略，但某種情況下可以採用。唯手術後如不能續做減肥措施，則脂肪淤積情況，則很快恢復原狀。這種手術並非安全無虞，除局部腫脹發炎外，偶而很少病例，可因脂肪栓塞而喪命。

### 胃部減肥手術

特殊肥胖的病人，且其肥胖程度，已嚴重危害到生命安全時，並經過所有瘦身措施罔效時，可考慮該種手術的可能性。其目的係將胃的體積縮小，容量減少，並導致食物直接經食道注入十二指腸，不經過胃部之消化，減少營養之吸收，所以也稱繞道手術（Bypass operation），需在全身麻醉下進行。合併症較多，手術前應做周詳審慎之考慮。

肥胖的定義：有人把體格過重與肥胖區分為兩類，事實上兩者之間，很難劃清界限，祇是程度的軒輊而已。

體重是否逾越正常標準，男女有別，身長高低有異。下面的方式，可作參考。唯過於嚴格，如採用此法，你我泰半都不符合標準。

女人：100 + [4 x (身高英寸減 60)]

男人：120 + [4 x (身高英寸減 60)]

1998 年，美國政府健康機構（National institute of health），所製定之體積指數（Body mass index），頗有參考價值。係根據體重與身長之比例，繪製而成。

按此繪圖 20-24.9 為正常值，高於此數，則歸類為超重或肥胖。根據美國健康及營養機構之統計，在美國不論男女，半數以上都超出正常值。

### 身體質量指數（Body mass index）




係體重（可用公斤，也可用磅）與身長（可用英寸，也可用公分）的匯合點，為正常值數。公式如下：

$$\frac{\text{體重 (kg)}}{\text{身高 (m}^2\text{)}} = \frac{48 \text{ kg}}{1.5^2 \text{ (m}^2\text{)}} = 21$$

世界衛生組織之肥胖症分類標準（1998）	BMI	
	<18.5	underweight
	18.5~24.9	IBW
	25~29.9	Overweight
	30~34.9	Obesity 第 I 級
	35.0~39.9	Obesity 第 II 級
	≥40.0	Obesity 第 III 級

		高度 (英寸)												
		58	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78		
體重 (磅)	340	71	66	62	58	55	52	49	46	44	41	39	154	體重 (公斤)
	320	67	62	59	55	52	49	46	43	41	39	37	145	
	300	63	59	55	51	48	46	43	41	39	37	35	136	
	280	59	55	51	48	45	43	40	38	36	34	32	127	
	260	54	51	48	45	42	40	37	35	33	32	30	118	
	240	50	47	44	41	39	36	34	33	31	29	28	109	
	220	46	43	40	38	36	33	32	30	28	27	25	100	
	200	42	39	37	34	32	30	29	27	26	24	23	90	
	180	38	35	33	31	29	27	26	24	23	22	21	82	
	160	33	31	29	27	26	24	23	22	21	19	18	73	
	140	29	27	26	24	23	21	20	19	18	17	16	63	
120	25	23	22	21	19	18	17	16	15	15	14	54		
100	21	20	18	17	16	15	14	14	13	12	12	45		
80	17	16	15	14	13	12	11	11	10	10	9	36		
		147	152	157	163	168	173	178	183	188	193	198		
		高度 (公分)												

各種顏色所代表的值數：

顏色	體積值數	
	少於18	體重過輕
	18-24	理想體重
	25-29	高於標準
	30-34	體格過重
	多於40	高度肥胖

身高、體重與 BMI 對照速查表

身高(公分)	正常體重範圍 (公斤)	體重過重範圍 (公斤)	肥胖
--------	-------------	-------------	----

	18.5 ≤ BMI < 24	24 ≤ BMI < 27	BMI ≥ 27
144	38.4 ~ 49.7 (公斤)	49.8 ~ 55.9 (公斤)	≥ 56 (公斤)
145	38.9 ~ 50.4	50.5 ~ 56.7	≥ 56.8
146	39.4 ~ 51.1	51.2 ~ 57.4	≥ 57.6
147	40 ~ 51.8	51.9 ~ 58.2	≥ 58.3
148	40.5 ~ 52.5	52.6 ~ 59	≥ 59.1
149	41.1 ~ 53.2	53.3 ~ 59.8	≥ 59.9
150	41.6 ~ 53.9	54 ~ 60.6	≥ 60.8
151	42.2 ~ 54.6	54.7 ~ 61.4	≥ 61.6
152	42.7 ~ 55.3	55.4 ~ 62.3	≥ 62.4
153	43.3 ~ 56.1	56.2 ~ 63.1	≥ 63.2
154	43.9 ~ 56.8	56.9 ~ 63.9	≥ 64
155	44.4 ~ 57.5	57.7 ~ 64.7	≥ 64.9
156	45 ~ 58.3	58.4 ~ 65.6	≥ 65.7
157	45.6 ~ 59	59.2 ~ 66.4	≥ 66.6
158	46.2 ~ 59.8	59.9 ~ 67.3	≥ 67.4
159	46.8 ~ 60.5	60.7 ~ 68.1	≥ 68.3
160	47.4 ~ 61.3	61.4 ~ 69	≥ 69.1
161	48 ~ 62.1	62.2 ~ 69.9	≥ 70
162	48.6 ~ 62.9	63 ~ 70.7	≥ 70.9
163	49.2 ~ 63.6	63.8 ~ 71.6	≥ 71.7
164	49.8 ~ 64.4	64.6 ~ 72.5	≥ 72.6
165	50.4 ~ 65.2	65.3 ~ 73.4	≥ 73.5
166	51 ~ 66	66.1 ~ 74.3	≥ 74.4
167	51.6 ~ 66.8	66.9 ~ 75.2	≥ 75.3
168	52.2 ~ 67.6	67.7 ~ 76.1	≥ 76.2
169	52.8 ~ 68.4	68.5 ~ 77	≥ 77.1
170	53.5 ~ 69.2	69.4 ~ 77.9	≥ 78
171	54.1 ~ 70	70.2 ~ 78.8	≥ 79
172	54.7 ~ 70.9	71 ~ 79.7	≥ 79.9
173	55.4 ~ 71.7	71.8 ~ 80.7	≥ 80.8
174	56 ~ 72.5	72.7 ~ 81.6	≥ 81.7
175	56.7 ~ 73.3	73.5 ~ 82.5	≥ 82.7
176	57.3 ~ 74.2	74.3 ~ 83.5	≥ 83.6
177	58 ~ 75	75.2 ~ 84.4	≥ 84.6
178	58.6 ~ 75.9	76 ~ 85.4	≥ 85.5
179	59.3 ~ 76.7	76.9 ~ 86.4	≥ 86.5
180	59.9 ~ 77.6	77.8 ~ 87.3	≥ 87.5
181	60.6 ~ 78.5	78.6 ~ 88.3	≥ 88.5
182	61.3 ~ 79.3	79.5 ~ 89.3	≥ 89.4
183	62 ~ 80.2	80.4 ~ 90.3	≥ 90.4
184	62.6 ~ 81.1	81.3 ~ 91.2	≥ 91.4
185	63.3 ~ 82	82.1 ~ 92.2	≥ 92.4
186	64 ~ 82.9	83 ~ 93.2	≥ 93.4
187	64.7 ~ 83.8	83.9 ~ 94.2	≥ 94.4
188	65.4 ~ 84.6	84.8 ~ 95.3	≥ 95.4
189	66.1 ~ 85.6	85.7 ~ 96.3	≥ 96.4
190	66.8 ~ 86.5	86.6 ~ 97.3	≥ 97.5

### 脂肪組織之功能：

從肥胖或健康角度來衡量，脂肪當係萬惡不赦之罪魁禍首，但事非儘然，脂肪仍



有其不可抹殺之功能：

<1> 脂肪係身體儲存精力的倉庫。

<2> 外力衝擊我人身體時，有緩衝保護作用。

<3> 對身體熱度，有調節能力。

但所有脂肪組織，都不可避免的含有一定量的三酸甘油脂，所以對心臟血管都有不可避免的危害。愈胖的人，其所含之三酸甘油脂量愈高。脂肪之來源，主係飲食。

談到脂肪，難免又要劃蛇添足的簡述一點飽和脂肪和非飽和脂肪的常識 (Saturated and unsaturated fat)。

飽和脂肪在室溫情況下，成固體狀，主要來自動物的食品，尤以脂肪為然。

非飽和脂肪在室溫情況下，成液體狀，主要來自植物，如玉米、魚油和其他植物油類，但有兩個例外的情形，雖屬植物類，但其產品，則屬飽和性脂肪，即椰子 (COCOUNT) 和棕櫚油 (PALM)。

其所以大家重視飽和、非飽和脂肪的徵結，是與膽固醇 (cholesterol) 有關。

飽和脂肪，能使壞膽固醇 (LDL) 升高。非飽和脂肪，不祇不會升高壞膽固醇，且能使之降低。盡人皆知，如果壞膽固醇過高，則可促使動脈血管的內壁，脂肪沈著，引致動脈粥樣變化 (Atherosclerosis) 進而造成高血壓及心冠狀動脈血管疾患。

減肥瘦身，除增加運動量，消耗熱量外 (卡路里)，更重要的是節制飲食，減少肆意嚐試，特別是葯物方面，更要審慎斟酌。

肥胖，除嚴重影響心臟血管外，對其他器官，如大腦、內分泌等，也有不可忽視的障礙。

對心臟血管之損害，除吸菸外，就是肥胖。身體過度的肥胖，其罹患心冠狀動脈的疾患，較一般人高出三倍。體格過重和肥胖者，應每個月瘦身 4-5 磅，其每日攝取之熱量，應限制在 1,200 個卡路里。基本熱量每日為男 1800 卡、女 1600 卡，包括：

澱粉類	50%
蛋白質	15-20%
脂肪	少於 30% (其中 SFA 佔 10%)

甚麼是卡路里 (calories)：

卡路里是熱量的單位。經由攝取之食物，而轉換之熱量，維持體溫和各個器官基本的運作。設有額外之活動，則須額外補充，設若經飲食而獲得之熱量 (卡路里)，超過身體之需要，則經過生理之機轉，變化成脂肪，儲存體內，過多的脂肪，經葡萄糖 (glucose) 變為肝糖 (glycogen)，必要時肝糖又可變回葡萄糖，供身體需要。過多的肝糖則變為脂肪，存置體內，肥胖情況，於焉形成。其間甲狀腺又扮演了一個重要的角色，設若甲狀腺機能亢進，因新陳代謝的增高，致消耗大量卡路里，雖飲食增多，均因新陳代謝的升高，而身體日趨消瘦。相反的，如甲狀腺機能式微，因新陳代謝減縮，則身體發生壅腫。中年以後，新陳代謝則逐年降低，尤其女性為然。但女性於絕經期後，可因荷爾蒙的補充 使新陳代謝略有增加。

各種食物，以一公克計算，所含之熱量（卡路里）

澱粉類=4 卡

蛋白質=4 卡

脂 肪=9 卡

酒 精=7 卡

除饑荒地區，大部份的人民，所吃的熱量，遠超過所需的熱量，故肥胖者，遠超過瘦小者。過多的脂肪泰半淤積於皮下，特別是腰部、腹部，與臀部。

減瘦的基本原則，就是減少食量，增加運動。

人體基本新陳代謝（BMR）所需要的卡路里量

女人=體重（磅）x 10 = BMR

男人=體重（磅）x 11 = BMR

例如體重 130 磅 x 10 = 1300 新陳代謝率（BMR）

上述的數字，是以基本新陳代謝為準，通常生活起居所耗的熱量與運動所耗的熱量，應當另行計算。

不同運動所消耗的熱量如下（以三十分鐘為準），附表如下：

## 各類運動消耗熱量表

每運動 30 分鐘所消耗的熱量

單位：大卡

運動項目 \ 體重	50 公斤	55 公斤	60 公斤	65 公斤	70 公斤
搖呼拉圈	57	63	69	75	81
騎腳踏車 (8.8 公里 / 小時)	75	82.5	90	97.5	105
走 步 (4 公里 / 小時)	77.4	85.2	93	100.8	108.6
拉筋運動	63	69	75	81	87
高爾夫球	92.4	101.7	111	120	129.6
保齡球	99.9	110.1	120	129.9	140.1

快走步 (6 公里 / 小時)	110.1	120.9	132	143.1	153.9
划船 (4 公里 / 小時)	110.1	120.9	132	143.1	153.9
有氣舞蹈	126	138	150	162	177
羽毛球	127.5	140.4	153	165.9	178.5
排球	127.5	140.4	153	165.9	178.5
乒乓球	132.6	145.8	159	172.2	185.4
溜冰刀 (16 公里 / 小時)	147.6	162.3	177	191.7	206.4
網球	155.1	170.4	186	201.6	216.9
爬岩 (35 公尺 / 小時)	174.9	192.6	210	227.4	245.1
滑雪 (16 公里 / 小時)	180	198	216	234	252
溜直輪排	201	219	240	261	279
手球	219.9	242.1	264	285.9	308.1
跳繩 (60-80 下 / 分鐘)	225	247.5	270	292.5	315
慢跑 (145 公尺 / 分鐘)	235	258.5	282	305.5	329
拳擊	285	313.5	342	370.5	399
蛙式游泳	297	324	354	384	414
划船比賽	309.9	341.1	372	402.9	434.1
自由式游泳	435	480	525	567	612

註：●下樓梯 (15 階) 0.012 大卡/公斤、上樓梯 (15 階) 0.036 大卡/公斤

●各種運動所消耗的總熱量與運動時間的長短和體重重量有極密切的關係。

千言萬語，道盡肥胖之缺點及瘦身的優點，也概括的敘述了若干應時減肥的方法，五花八門、琳瑯滿目。一言一蔽之，基本有效而無弊的瘦身措施，仍是一句老生常談——少吃多動。

# 子宮頸抹片與子宮頸癌

梁惟信醫師

子宮頸癌一向是婦女的大患，威脅婦女健康至巨。自 1940 年代喬治帕潘尼可拉醫師發明並推廣子宮頸抹片後，子宮頸癌罹患率及死亡率均大幅下降。譬如在英屬哥倫比亞地區，1954 年每十萬婦女罹患子宮頸癌人數為 25 例，經過 30 年的努力後，1984 年每十萬婦女子宮頸癌發病人數降為 8 例，顯示出子宮頸抹片之強大效果。目前，美國一年有五千萬人次接受抹片檢查，篩檢出子宮頸上皮細胞病變二百五十萬例，子宮頸原位癌五萬餘例。癌前病變（上皮細胞病變及原位癌）尚非癌症，但若不處理，將來很有可能進展到子宮頸癌的地步。藉由子宮頸抹片篩檢，將癌前病變早期偵測出來並有效治療後，子宮頸癌數目自然會減少。由於美國婦女接受子宮頸抹片普及率高達八成以上，子宮頸癌罹患人數自 1995 年的 16,000 人逐年遞減至 1999 年的 13,700 人，2000 年的 12,800 人。

在台灣，子宮頸抹片率一向偏低，祇有 12% 左右。近年來在政府大力推廣，醫護人員、公衛專家的辛勤努力下，達到 26% 的普及率，較歐美各國之八、九成普及率還有很大的努力空間。不過，由衛生署公佈最新 3 年統計數字（請參閱附表），看出子宮頸抹片在台灣推廣後的初步成效：一、每年子宮頸癌罹患人數雖未逐年減少，但也沒有大幅增加，維持每十萬人 24 例左右（這是英屬哥倫比亞 1954 年的水準）。二、每年因子宮頸癌死亡人數未增加。三、原位癌檢出率增加，如 1996 年有 1,990 例，1998 年則增為 3,095 例。這些婦女經過治療後，治癒率幾達百分之百，數年後子宮頸癌發病者名單中將不會有她們的名字。

目前，台灣婦女最常見的癌症是乳癌（1998 年，3,712 例），子宮頸癌（1998 年，2,796 例）已退居第二。至於國民健康局統計的子宮頸癌每年發病人數：4,592 例（1996 年），4,984 例（1997 年），5,891 例（1998 年），似有逐年上升的趨勢，其實是統計方法不同，將子宮頸原位癌併入子宮頸癌數目中所致，台灣婦女子宮頸癌罹患率近年來一直保持在十萬人中發生 23~24 例，並未增加。由歐美的經驗來看，愈普及的子宮頸抹片率將有效地降低子宮頸癌的發生，當台灣普及率愈高時，台灣婦女的健康將獲得更大的保障。此外，各種新式的篩檢方法如液相取樣、螢光輔助、電腦判讀等，可增加子宮頸抹片的精確度。美國醫學會會刊（JAMA）今年 4 月 24 日刊登子宮頸癌前病變篩檢、追蹤之世界最新標準，將人類乳突病毒檢測和陰道鏡檢正式列入篩檢項目，對婦女健康維護有更進一步的保障。

台灣婦女子宮頸原位癌與侵襲癌實發比例

	1996	1997	1998
	病例數 (十萬人發生率)		
原位癌	1990 (17.07)	2409 (19.96)	3095 (25.25)
侵襲癌	2602 (23.83)	2575 (22.88)	2796 (24.07)
合計	4592 (40.90)	4984 (42.84)	5891 (49.32)
死亡病例	979 ( 9.32)	1027 ( 9.31)	1017 ( 8.69)

# 認識老年人高血壓

心臟血管內科/家庭醫學科 黃鐵強

在台灣,隨著生活水準的提高及醫學的進步,再加上健保老年人健檢的加強預防保健檢查,以達到提早發現疾病,提早治療下,壽命延長,大於 65 歲的老年人口增多了.而老年人最常犯的疾病就是「高血壓」,因為高血壓是隨著年紀的增加而增加.高血壓會引起腦眼心腎及大動脈併發症,造成嚴重殘障,甚至死亡,在十大死亡的的排行中,腦血管,心臟血管,腎病及高血壓的死亡率就排行第二,三位,七位及十位,因此,認識「老年人高血壓」及接受正確的治療是很重要的.

## (一).什麼是老年人高血壓?

超高六十五歲以上稱之為老年人.雖然血壓會隨著年齡增加而上昇,但若血壓超過一定的血壓標準,則屬異常.一般分成兩類:(1)「舒張性高血壓」:就是世界衛生組織及國際高血壓學會所訂的標準,收縮壓超過 140mmHg 及舒張壓超過 90mmHg 及以上者;(2)「獨立性收縮性高血壓」:就是收縮壓超過 140mmHg 而舒張壓低於 90mmHg 以下者.

## (二).老年人高血壓的盛行率如何?

在台灣,根據過去老人醫學會的調查報告指出,平均在 42.5%,男性平均 40%,女性平均 37.5%.

## (三).老年人高血壓是否有危險性?

有的.老年人高血壓也會增加腦血管,心血管及腎病的罹病率及死亡率.根據國外些研究報告指出,老年人高血壓患者得心臟血管疾病的機率是老年人正常血壓的三倍,腦血管疾病是兩

倍.

#### (四).獨立性收縮性高血壓是否需要治療?

是的.根據國外一些大型研究報告指出,可以降低非致命性及致命性的腦血管和心臟血管的罹病率及死亡率.

#### (五).獨立性收縮性高血壓與血管動脈硬化是否有關 ?

有的.因為獨立性收縮性高血壓是由於主動脈及大動脈的僵直度增加及彈性度降低而造成收縮壓的上昇,故可被視為一定程度動脈硬化的標記.

#### (六).老年人高血壓首先要如何治療 ?

老年人高血壓首先要接受非藥物治療,包括肥胖的高血壓患者要減輕體重,限制食鹽的攝取,每天作規律的運動,戒菸及限定飲酒量.

#### (七).藥物治療前醫師要如何診斷老年人高血壓?

藥物治療前,至少要在不同的時間量血壓三次以上都高於診斷標準,且每次門診量血壓也要兩種姿勢才可,如坐著量,躺著量或站著量.

#### (八).老年人高血壓在服用降壓劑時有何特別之處 ?

老年人高血壓的降壓劑要越少越好,最好一天一次,而且要由小劑量開始服用.

#### (九).老年人高血壓治療與中年人高血壓有何不一樣?有什麼危險因子要考慮的?

老年人因有正常老化現象,體內某些系統會自然退化,如神經系統反應遲鈍(張力接受器敏感度降低),血管內容積降低,低腎素狀態,心肝腎功能變差及中樞神經系統的改變,因此在選擇降壓劑時,要視各別老年人的情況特別加以注意.

#### (十).老年人高血壓治療的標準是多少?

根據世界衛生組織及國際高血壓學會的說法,老年人高血壓患者至少要控制在

140/90mmHg 以下.

### (十一).老年人高血壓在治療時還要注意些什麼?

老年人高血壓在治療時,必須注意降壓劑的副作用,醫師要經常詢問患者,患者有什麼症狀也要告訴醫師.另外,也要注意一些老年人合併的疾病,作為選擇降壓劑的參考.

### (十二).那些降壓劑適合使用於老年人高血壓?

根據世界衛生組織及國際高血壓學會指出,目前使用六種降壓劑:(1).利尿劑,(2).乙型交感神經阻斷劑,(3).ACE 抑制劑,(4).鈣離子阻斷劑,(5).甲型交感神經阻斷劑,(6).血管收縮素 II 接受器拮抗劑. 有效的組合降壓劑如下:

- . 利尿劑 + 乙型交感神經阻斷劑.
- 利尿劑 + ACE 抑制劑或血管收縮素 II 接受器拮抗劑.
- 利尿劑 + 鈣離子阻斷劑.
- 鈣離子阻斷劑 + 乙型交感神經阻斷劑
- 鈣離子阻斷劑 + ACE 抑制劑或血管收縮素 II 接受器拮抗劑.
- 甲型交感神經阻斷劑 + 乙型交感神經阻斷劑.

詳細的降壓劑治療原則,適應狀及禁忌症等,請看宏恩醫刊 75 期 「高血壓治療準則」一文.



# 年節期間如何做好胃腸肝膽疾病的保健

胃腸肝膽科 譚健民醫師

## 前言

農曆新年是中國人心情最輕鬆愉快的日子，不僅可以暫時拋下繁忙的工作，回到家中或故鄉與家人團聚，而家家戶戶在此時際，必然都會準備豐盛的食物，以犒賞自己或家人一年來的辛勞；而在這歡樂的時光中，每個人難免都會感到胃口大開，也無形中攝取較平時更多的熱量及零嘴；因此，在新春期間總有不少人會暴飲暴食或者攝取過多高熱量的食物如大魚大肉、甜糕類以及飲料等垃圾食物，而導致潛伏性疾病的發生，甚至使得原有的慢性疾病因而急性發作；因此，在這不到一個星期的新春假期中，醫院急診處總時有耳聞某些消化道疾病的急診個案的發生。

## 急性胃炎（急性胃黏膜傷害）

急性胃炎最主要的症狀包括有激烈嘔吐、上腹部疼痛、噁心、甚至嘔吐。罹患者不一定事先存有「胃炎」的既往症，但大部分罹患者都在暴飲暴食以及空腹吃下某些調味品過重或者煎炸的食物，而導致胃黏膜瀰漫性發生傷害的現象，甚至某些罹患者是在食用瓜子或花生而引起腹脹，並導致胃酸一時性分泌過多，甚至胃痙攣的症狀。雖然，正常黏膜的修復時間在約在二至三天左右，但假若不讓胃腸道好好的休養以及食用較溫和的食物，則胃黏膜可能會繼續演發成糜爛，甚至潰瘍的病變。

## 慢性消化性潰瘍

春節期間，慢性消化性潰瘍罹患者也因為歡樂的氣氛，而忘掉平常應該遵守的定時定量的飲食習性，因而使得已癒合的潰瘍疤痕再次惡化，輕則帶來上腹部不適以及疼痛，而重者甚至出現潰瘍出血以及穿孔的合併症，到了此時才想到服用潰瘍治療劑，那為時已晚矣！而對於某些容易復發的消化性潰瘍而言，或許更要考慮是否存有「胃幽門螺旋桿菌」的感染。

## 膽結石

在臨床上，亦有為數不少的民眾被發現罹患「無症狀膽囊結石症」，這類病患平時在臨床上都沒有絲毫的症狀，但在新春期間，或許不自覺地吃下過量高脂肪的油膩食物，而使膽囊發生不正常的收縮；再加上 90% 之膽囊結石都存有慢性發炎的現象，假若此時再加上有便秘的現象，則會引起慢性膽囊炎的急性發作；因此，在臨床上，不僅會演發難以忍受的上腹痛，同時會伴隨著畏寒、體溫上昇，甚至黃疸等膽管阻塞的現象，此時，大部分的患者都須住院治療才能脫離險境。

## 急性胰臟炎

在台灣地區罹患急性胰臟炎最多的原因，有膽結石以及長期多量飲酒；此外，少數是由於藥物引起的。其主要致病的機轉是由於胰臟細胞被其本身所分泌的消化 所破壞，而引起胰臟水腫甚至壞死。在春節期間，人們由於受到節日歡樂的氣氛所致，不僅多吃了些油膩的高熱量食物，再加上飲用大量酒精類飲料，則更會使得某些慢性胰臟炎罹患者因而引起急性發作，在臨床上會出現嚴重上腹痛、噁心、嘔吐，甚至有腹膜炎及體溫上昇之徵兆。罹患者所出現之激烈上腹痛會反射至背部，因此病患會採取「彎腰抱腹」的姿勢，來減輕腹痛之程度。嚴重之胰臟炎可能會導致休克、敗血症，甚至腎衰竭導致死亡的合併症。某些出血性胰臟炎甚至需要馬上做胰臟切除手術，才能夠挽救病患的生命。

## 慢性肝炎及肝硬化

或許青少年本身亦罹患慢性肝炎，甚至已併發肝硬化，而某些肝硬化罹患者會合併出現食道靜脈曲張破裂出血、腹水及黃疸，甚至發生意識及情緒障礙的肝性腦病變（肝昏迷），此階段之肝硬化便是處於失償期；而在失償期階段時，肝硬化罹患者必需特別注意避免動物性蛋白質的過量攝取。在平時，肝硬化罹患者都會注意避免過量之蛋白質攝取，但在新春期間，面對著豐盛的佳餚，在禁不起美食的誘惑之下，難免會不經意地攝取了較平常過量的蛋白質食物，甚至於有些人會趁機大補特補。由於肝臟一時無法將夠多的胺基酸進行「去氨的作用」，因此更易激發「肝昏迷」的症狀出現。一旦慢性肝炎出現機能惡化的現象（即肝功能檢查中的 GOT 或 GPT 大於二百單位以上者）時，則對於蛋白質之攝取量，更需要特別謹慎小心：甚至更需要絕對禁食肉類及蛋類食物。

## 腸阻塞

此處所謂的腸阻塞，是指因剖腹手術開刀所引起的「粘連性腸阻塞」。在平時此類病患或許都有不等程度的習慣性便秘現象，因此都會出現隱隱的腹痛及腹脹的症狀；在新春期間，人們難免會吃進大量能夠產氣的食物，如豆腐、豆干及其豆製品、洋蔥、薯條、瓜子、花生，再加上有便秘的傾向，則必然出現腹部鼓脹的症狀，假若出現排便困難，則會導致急性腹痛，在臨床上可能會出現噁心、嘔吐及腹痛的症狀。假若此時未能及時認知，則會導致「腸阻塞」的合併症，而立即需要家人陪伴就醫，作緊急醫治才能解救困境；因此在春節期間，在享用豐盛的佳餚之際，或許更需要留意排便的規律性。

## 痔瘡出血

痔瘡並非是成年人的專利，青少年罹患痔瘡並非少數，新春期間難免會吃些煎炸、油膩等刺激性食物，而此類食物除了容易導致胃黏膜損傷之外，甚至較易形成便秘之現象，有時更使得痔瘡發生惡化及出血；因此在春節期間，痔瘡罹患者應做好痔瘡的保養工作，例如定時定點排便、攝取適量水分以及蔬菜水果，以使得糞便軟化。對於某些有症狀的痔瘡，不妨每天在洗澡後做一次十五至二十分鐘左右的攝氏 40 度左右的溫熱水坐浴，以促進痔瘡周邊血液循環，但嚴重者則需及時會診直腸外科醫師來做緊急處理。

## 急性胃腸炎

根據急診室的個案分析統計，得知在年節期間「急性胃腸炎」的罹患率較「便秘」為多。在新春過年時，由於休市的緣故一般家庭主婦都會特意的準備較多的食物，因此在年夜飯後都會剩下數量不少的菜餚，而這些營養豐富的菜餚就被儲藏堆積在冰箱內。大多數的人都認為冰箱是儲存食物最佳的地方，但卻忽略了每種食物在冰箱儲藏的時日是有限的；因此，食物長期冰凍在冰箱裡，亦會逐漸發生腐敗的現象，成為細菌等病原體繁殖滋長的溫床。由於大多數的人會將冷藏在冰箱中的食物直接再拿出來食用，而不再加以經過溫熱處理，如此一來更易攝取不新鮮，並具有病原體毒素的食物，不幸的話，在食用這些食物數小時之後，便會導致上吐下瀉的急性胃腸炎；因此，千萬不要太過於相信冰箱儲藏功能。剩下的菜餚冰凍在冰箱一兩天後，假若不再食用，最後還是丟棄掉，而千萬不要將自己的胃腸當作垃圾桶。

## 結語

事實上，絕大部分胃腸病的發生及其急性發作，皆與飲食的習慣有所關係；因此，在歡樂的年節中，我們亦必須要保持著平衡的飲食習慣及生活步調，不僅生活起居要定時規律，並儘量攝取溫和及營養的均衡飲食，而切勿暴飲暴食，以及攝取高熱量及刺激的飲食，如大魚大肉、飲料、酒類，以及過度辛酸辣甜的食物；此外，切勿酗酒及抽菸；而在年假中，更不要因歡樂而熬夜不眠，倘若能夠遵守以上的法則，則您一定可以過一個平安健康又快樂的新春佳節。（本文著作權歸 譚健民醫師所有）

# 宏恩醫院資訊室沿革

孟慶豐主任

宏恩醫院為台北著名地區教學醫院，過去三十多年來，在院方的堅持和工作同仁的努力下，一直提供大台北地區民眾高水準的醫療服務。隨著醫院業務量逐年增加，醫學科技的不斷進步發展，應用電腦科技執行資訊化管理已成為醫院平常業務運轉中不可或缺的工具。

八十四年初，評估當時已使用長達十多年久的王安主機型電腦系統，其諸多先天限制如系統擴充性、後續零組件供應和維護人員逐漸消失.....等，嚴重限制醫院未來在新客戶服務發展的空間和全民健保作業亦實行在即，諸多新作業需求已使得醫院原資訊系統完全無法符合健保作業需求等因素之下，院方決定全面更新電腦系統以符合未來需求。

歷年來，秉著為提供病患更好服務理想，由董事長與歷屆院長的領導及醫院同仁們的協助，資訊室完成架設多項新醫療資訊服務。八十八年一月份，資訊室排除萬難，在多方都認為開放式醫院很難上診間醫令系統的前提下，順利推動全醫院各科別均在診間使用電腦系統執行看診、處治、開藥及預約等作業。因為診間醫令系統的推動，早期病患因等待批價與等待拿藥而必須排隊之畫面已幾乎成為歷史情景而不復見，而醫院健保申報作業亦因前台資料輸入完整而得以在最短期間內完成健保資料彙總與申報動作，對於醫院得以及時向健保局請款幫助甚多。在九十年，資訊室進一步架設醫院大廳自助預掛系統與電話語音掛號系統，進一步的縮短病患等待看診時間與病患必須親自至服務台掛號等大量人潮推擠在服務台前的問題，這又是一次經由資訊化而提昇醫院服務品質的實例。

醫院資訊化是永無止盡的，不僅是因為健保局經由政策的調整而造成醫院原有資訊系統必須經常作微幅度的調整之外，大環境各家醫院的良性競爭都督促著醫院資訊化服務的往前邁進。在即將的未來，資訊室將積極參予病患直接到診的系統調整工程，明年初的健保 IC 卡推動工程與協助醫院體檢單位自行開發一套完整體檢資訊系統等工程。希望這些系統的逐漸實現，將會協助醫院更進一步的強化競爭力。

一套新的電腦系統之規劃包含多項理想，在硬體和網路規劃方面必須符合市場標準趨勢以降低採購和維護成本。在軟體方面，盡量採用現成套裝軟體以最精簡費用得到較成熟產品。如因為特別需求而必須重新開發，亦採取外包式以求爭取上線速度和專業化結果。資訊室所扮演的角色是在於分析醫院資訊化之需求，篩選適當產品或廠商，提供適當操作支援和員工資訊化教育訓練為主要工作項目。當然在主資訊系統上線之後且趨於穩定時，資訊室亦將逐漸調整其工作範圍，增加軟體維護/開發.....等新工作項目。

一個優良的資訊系統將能協助醫院建立完善順暢的作業流程，健全體制，降低營運成本，杜絕人為疏失，提升工作效率，方便管理和強化醫療水準外，更能為醫院帶來良好的聲譽，提昇競爭力，以嘉惠原有和新增加的病患群眾。本室期許經由醫院的指導與同仁的協助，宏恩的明天會比今天更燦爛。

面臨 e 時代的快速進展，資訊室也設計本院網際網路網站，透過網站認識本院，網址是：<http://www.country.org.tw/>，歡迎大家多多利用，E-mail:country.hosp@msa.hinet.net。

## 壹、前言

根據 2000 年行政院衛生署的統計數字國內十大死因中心臟疾病排名第三，由此可見冠狀動脈血管疾病已漸成為 e 世代人類致病性的無形殺手之一，亦是造成猝死的最常見原因，而其中最重要的疾病就是心肌梗塞，其比率約佔 50% 至 80%。文獻指出 40%~70% 心肌梗塞病人有性功能障礙的問題，包括性生活頻率或性生活滿意度降低。將近 50% 的患者擔心自己是否會產生性功能失調的問題，由此可知，心肌梗塞病患的性健康問題確實在病患的生活中扮演極重要的角色。而不管是完全的鬆弛的性交或激烈的性交行為，都很少引起心臟病發作，根據日本 5599 猝死病例原因的統計，只有 34 例和性交有關，佔千分之 6 而已。極度的焦慮及壓力才是主因。本篇報告就以心肌梗塞所造成男性功能失調做深入探討。

## 貳、文獻查證

一、性交與心血管系統之相關概念：許多人存有錯誤觀念-性行為很危險，易導致猝死，心臟病患者絕對不能從事性行為。但事實如何呢？副交感及交感神經系統於性行為時具有重要的調控作用，前者活性增加使交感神經系統於性行為時具有重要的調控作用，副交感神經活性增加時會造成陰莖之勃起，且有維持勃起之作用，使得陰莖之硬度增加；而交感神經活性增加則會使陰莖變軟，但交感神經也可引起高潮期前之心跳加速。這兩系統彼此間之精密協調，才能使性行為順利進行。性活動是一種全身興奮的過程，高潮時心跳可達 120-130 次/每分鐘，收縮壓達 150-180 毫米汞柱。心血管病患者則有不同反應，對重度狹心症患者，高潮期之耗氧量有可能超過其極度耗氧量。研究顯示，運動試驗可以預估性行為之危險性，如果病患運動試驗中無缺氧之心電圖變化，則其從事性行為時亦不會有缺氧變化。對病況較為嚴重之患者，則可採用女性上位之姿勢，可有較低之耗氧量。而每週 2-3 次有氧運動 16 週後，性高潮時之心跳則有明顯降低，有保護之效果。

## 二、心肌梗塞與性功能失調的相關概念：

心肌梗塞除了對生理造成影響之外，個人心理社會上也承受了很大的壓力。造成心肌梗塞病患性功能障礙的原因中，心理因素居首位，其次為生理因素造成之困擾，多為藥物之副作用

三、定義及評估：性功能失調(Impotence)俗稱陽萎是指病患雖有性慾，但無法持久。護理人員可評估內容包括：病人的自我概念、對疾病後角色轉變的感受、對自己身體心像的看法、面對疾病的不確定感、猝死威脅的壓力、是否出現焦慮、憂慮、否認與害怕等心理反應及病人與伴侶彼此間的戶動、對性生活恢復的期望、文化與宗教對性生活的價值觀、以及傳統禁慾養生概念的影響也是重要的評估內容。

評估病患的性生活乃是為了協助病患解決性功能障礙所擔心的第一步驟，以下針對性生理及性心理評估做詳細介紹：

1.性生理層面的評估：心肌梗塞病患的性功能失調評估包括病患性生活型態、性活動頻率、性功能失調或障礙的情況如性慾減低、勃起或高潮障礙及性活動的過程是否伴隨著個體的不適（如：胸痛、頭痛…等）而降低性生活的品質。

2.性心理層面的評估：害怕在性交用力及興奮時會導致突然死亡，害怕醫師告知需完全放棄性生活而影響夫妻之間的關係；擔心病情而不願意行房或無法勃起、性冷感使得作愛時性慾減低；認為心肌梗塞是自己衰老的一個警告，因此也是性生活能力受到損

害的信號。護理人員對於病患心理社會的自我概念，角色認同、身體心像的看法、害怕疾病所造成猝死威脅之壓力，出現不同的行為反應如緊張、焦慮、沮喪、難過、忿怒、生氣等。臨床上因對於性生活失調不再有能力，時常會影響兩性關係的價值觀、以及傳統上禁慾養生概念的影響再度顯示出重要的評估內容，因此性心理社會層面評估對於協助因心肌梗塞後性功能失調的照護有著重要的一環。

四、心肌梗塞病人性失調之認知：由於心肌梗塞的發病過程，會使個體強烈感受到生命受到威脅，故病患罹病後最擔心的事就是活動量的恢復，特別是在性生活方面的認知，常被誤認為性交時會出現胸痛經驗而造成性活動更受阻礙，使得身心造成很大的衝擊，直接或間接影響病人性功能的表現。

下列幾點是綜合心肌梗塞病患應有之正確認知說明如下：

- (1) **性生活調適**：心肌梗塞後第二個月，可以逐漸恢復性生活，如果 10 秒內可輕鬆爬 20 個階梯，則表示有能力恢復性生活，但仍需注意。
- (2) **提供心肌梗塞與性生活相關的訊息，協助病人於性活動時的正確認知**：病人常有焦慮、不安對於坊間傳言的秘方或錯誤的性知識不足，所造成的性功能障礙。護理人員可藉由出院衛教時給予心肌梗塞後的衛教單張。
- (3) **了解性交或自慰時所導致的身體不適並不會影響身體的健康**。
- (4) **協助病人澄清不正確或錯誤的認知，減輕其對性生活恢復的焦慮**：護理人員可經由良好的護病關係，運用傾聽技巧，鼓勵病人表達過去性生活的認知與觀念，以深入了解病人對性生活關切的問題與感受。
- (5) **運用傾聽的技巧**：使病人與伴侶說出復歸社會後的生活，如何正確掌握日常生活的變動，減少引起發作的危險。
- (6) **提供心理支持，建立性生活的信心，並增強正向的自我概念**：心肌梗塞病人必須面對自我照顧能力降低，對於疾病不確定感、疾病角色適應困難、對疾病不確定感、猝死威脅等心理壓力，因而缺乏自信以及具負向的自我概念之情形相當普遍。護理人員宜用正向鼓勵，以及澄清、投射的溝通技巧，與病人及其同伴共同討論內心感受，向病人說明有此感受是相當常見，且針對問題適時給予心理支持。
- (7) **認識合併症與心肌梗塞再發的症狀與處理方法**：告訴病人與其家屬(或同住者)若病人出現呼吸短促、昏倒、心跳過慢或過快、腳踝水腫或腳腫等現象、性交後隔天感到過度疲倦、性交後無法入眠時應與醫師討論，若個案出現胸痛(或胸部有重物感)且無法以 NTG 在 15 分鐘內完全緩解時，應立即將個案送至最近的醫療機構急診。

#### 參、結論

隨著生活水準及醫技的進步，人們對“知”的權利與要求相對提高，對於性知識認知的正確與否，一向保守的國人，一旦談論到“性”方面的知識或訊息，總是較難啟齒。臨床上常會遇到心肌梗塞病人面對性功能障礙的問題感到羞赧，害怕別人異樣眼光的看待而不敢提出，私自求診密醫或使用偏方，結果不僅徒勞花錢，甚至延誤性功能障礙的治療時機或造成心臟再度傷害。事實證明，只要能在合適的情況下進行，心肌梗塞病人也能有安全的性生活。一個人處在壓力、緊張焦慮之下，對自己的不信任，除了無法享受性愛外，也會產生性功能障礙。而要解決心肌梗塞病患的性問題，必須透過醫護人員正確的性衛教及夫婦雙方的合作溝通，才能使患者充分達到享受性愛的目的。

剛從黑暗中甦醒過來，天微微地泛白，附近的雞舍傳來陣陣啼聲——又是一天的開始。

站在公車站牌旁，望著那遙遠的路的盡頭，癡癡地等，癡癡地等……唉呀！死公車，還不來。突發奇想：索性掃視四周，體會一下「人生」吧！久久不來的公車，已使人人臉上露出煩躁。但那一早匆匆出門趕車又未吃早餐的人，便享受起來了。小學生、國中生把玩著手中的袋子，不時東張西望，找尋那可愛的車影。上班族的紳士、淑女，中規中矩地站著，偶而用那眼角的餘光「偷瞄」一下遠方，來掩飾怕遲到的緊張。年紀較大的公公、婆婆，個個處在備戰狀態中，時時注意公車的動向，以便取得最有利之「地勢」，搶得先機。嘿！緊張時刻到了！——公車來了！大家各自擺好陣式，一、二、三，衝啊！我在洶湧的「人潮」之中，擠上了沙丁魚公車。

這一路上，公車開開停停，停停開開，在悶熱的「人氣」中，我又開始欣賞人生了！我每天幾乎是同一個時間坐同一班車，因此有許多都是「熟」面孔。我的個子不是很高，而且上車時通常沒有位子。於是常常有些高個兒的人站在我身邊，他們的手肘就在我的腦袋頂上晃來晃去，我怕被 K 中，拼命低著頭，脖子痠死了！要是我一時忘記，抬頭挺胸，包準造出一個「吐魯番窪地」。有時會很幸運地「撿」到一個位子，心裏可真是「謝天謝地」。別看那站與坐的距離只有那麼一點點，情況可是海峽兩岸，各有不同喔！坐的人可免去轉彎時痛苦的「離心力」及可怕的「汗溼背貼背」，難怪只要有人下車，空出的那個位置可就好比黃金還值錢囉！有次好不容易在我面前出現了一個空位，正高與時，突然有一「龐然大物」，「拔山倒樹」而來，兩手一撥，四周的人為之「傾倒」，那位仁兄就這樣坐上去！唉！又碰到個中高手了！

車，繼續停停開開。這一站上來了一位老太太，當每一個人看見她時，面孔都變得有點無奈。因為坐在椅子上實在是太舒服了！於是，每個人便開始施展「裝聾作啞」的本領：有人假裝望著車外，欣賞街景；有人索性兩眼一閉，眼不見為淨；更有人練到視若無睹的高乘工夫。通常比較聰明的老人家，便會站在學生旁邊。因為學生還是比較有善心，更重要的是學生穿「校服」。有時，因為人太多，所以常常髮貼臉，臉貼髮。如果前面那人十天沒洗頭，哈！你可有罪受了！但若是一位飄著香味的人，大家就會聞香而來呢！

下雨天坐公車，實在是公車族最痛苦的事。有次一個大轉彎，一個全身是「水」的人，一站不穩，整個趴我身上，哇！真是「清涼有勁」！隨後，又有一陣淅瀝瀝的小雨在我頭上發生，原來有人手拿著雨傘握把手，唉！還真詩意喔！

終於，這一段「夢魘」般的行程，隨著我步下公車而結束。這一路上，可真是酸、甜、苦、辣。



本部門於今年七月中旬開始提供發展遲緩兒的兒童物理治療服務，當許多家長抱著孩童進入科內，自然引起一般病患的好奇，紛紛詢問為什麼連小孩子都需要治療？怎麼治療？甚至聽到病童在治療中哭泣，就誤以為治療師欺負小孩子。治療發展遲緩兒牽涉的範圍極廣且複雜，要同時考慮身體的、心理的、社會的層面問題，絕非臨床評估患童缺乏頭部控制能力，就誘發頭部翻正反應及加強頭部控制即可，缺乏平衡反應，就誘發平衡反應如此簡單。患童的注意力通常缺乏持久性，並且普遍有依賴家長的現象，若又有多重障礙，常造成治療的難度增加，絕非將大學所學的知識及技術運用即可，每位患童的情況都需個別考量，因此常需查詢相關資料。

發展遲緩兒約佔幼童比例的 6% ~8% ，造成發展遲緩的大多數原因不明，造成發展遲緩的可能原因如下：遺傳、染色體異常、先天性畸型、早產兒、新生兒窒息或高黃膽、抽筋、感染、腦膜炎、顱內出血、受虐兒、環境缺乏刺激等。發展遲緩兒是指：未滿六歲的孩子在生長、成熟的過程中，有發展速率緩慢或順序異常，導致認知發展、生理發展、語言及溝通、心理社會發展或生活自理等方面的落後或異常，其中以語言發展遲緩最多。發展遲緩兒常因一部分的障礙連帶失去大部分的成長正常機會，對發展遲緩兒進行醫療前還必須考慮其家庭問題，有些家長甚至面臨離婚邊緣或有的家庭面臨龐大的經濟壓力，而使患童失去早期療育的機會。

曾經有人說過，這樣的孩子一定得投對胎，幸運的才會獲得良好的環境，適當的栽培，而且還得住在台北市，才可獲得完整充足的醫療服務，除了台北市其他縣市的早期療育機構仍很缺乏，政府還得努力設法解決這迫切的問題，畢竟發展遲緩兒有越來越多的現象，台灣目前至少有十幾萬的發展遲緩兒，而且造成家庭社會的問題日益增多，不可不正視之。(待續二)

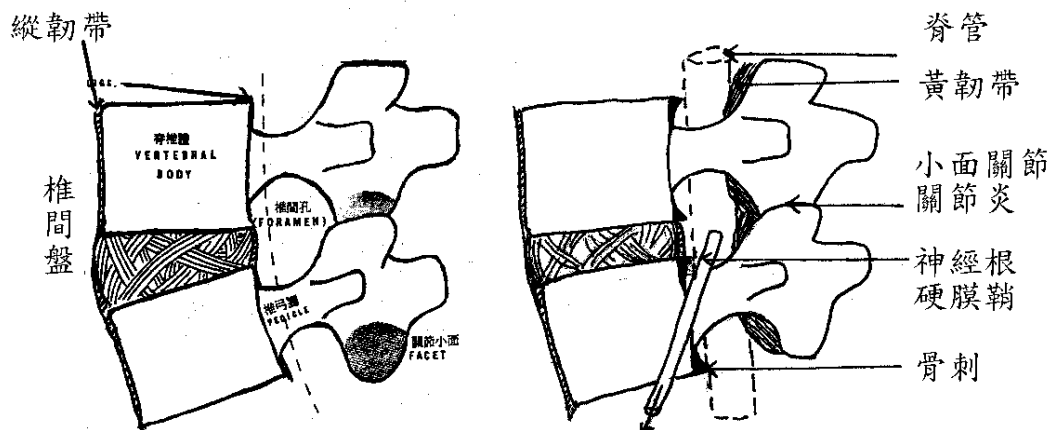
# 脊椎退化性關節/椎間盤疾病

## 高招貴物理治療師

筆者在臨床上面對的病人，以肌肉骨骼疾病佔大宗，尤其是脊椎問題最多。脊椎的兩大功能為保護脊髓和將負荷從頭、軀幹轉移至骨盆。脊柱由多個機能單元(functional unit)疊成，每一個機能單元包括兩個脊椎體(vertebral body)，中間有椎間盤(disc)可荷重，椎骨神經弓(neural arch)圍繞保護神經組織，後側的小面關節(facet joint)負責導引特定方向的運動並阻擾其他方向的運動，而骨骼突起處可供肌肉附著。脊椎內部穩定由椎間盤及韌帶負責，外部有肌肉支撐及啟動動作。脊柱有疼痛、殘障是因機能單元構造發生傷害、發炎、疾病、感染所引起。脊椎退化性關節/椎間盤疾病是一種隨年齡增長的自然過程，因此常見於年紀較長者，且最常見於頸椎。神經根症候群(nerve root syndrome，指神經根受到夾擠或刺激造成的神經性症狀)最常見於頸椎，特別是老年人，在腰椎不如頸椎常見。物理治療師必須對病因瞭解，才能將在病人身上所獲得的資料彙整做出準確的評估，並藉此決定適切的治療方式。以下簡述負責支撐人體重量的脊椎的退化性關節/椎間盤疾病的定義、特性、可能致病原因、臨床表現、物理治療方法。

## 一、何謂脊椎退化性關節疾病？(Spine Degenerative Joint Disease or Spine D. J. D.)

脊椎的小面關節有慢性、常呈現持續性退化及/或有椎間盤退化現象，鄰近脊椎多伴隨有骨質增生(骨刺)，此疾病也常併發神經方面症狀。另外有兩個用語也常用在退化性狀況，“椎關節粘連”(spondylosis)習慣上也用來描述脊椎的各種退化性狀況，而“骨性關節炎”(osteoarthritis)通常只用在滑膜關節的退化性狀況。



左圖為正常的機能單元，前段負責荷重，後段負責導引滑動方向。右圖為椎關節粘連(spondylosis)，因椎間盤變扁，椎體增生骨刺，使椎間孔變窄，使小面關節靠近及退化，使黃韌帶膨出，造成脊管(spinal canal)受夾擠狹窄。

## 二、特性

滑膜關節(synovial joint)的退化性疾病有四個特性：

1. 關節內及特別在關節周邊有鈣質沉積增生
2. 透明軟骨磨損
3. 關節囊及滑膜內層增厚
4. 軟骨下的骨頭變厚、骨性增殖

脊椎退化性椎間盤疾病(Spine Degenerative Disc Disease or D. D. D)有四個特性：

1. 髓核(nucleus pulposus)脫水
2. 脊椎間的空間變窄
3. 纖維環(annular rings)退化及變弱
4. 小面關節面更靠近

五十歲以上的人若確有椎間盤退化病況，可推斷必定有脊椎退化性關節炎(骨性關節炎)，因椎間盤變扁，使椎間孔和小面關節靠得更近，造成關節面退化性的肥厚變化，具有痛覺的神經更易發生疼痛，機能單元的穩定性及柔軟度也受到損害。

## 三、可能致病原因

關節活動度不足(關節/椎間盤營養流失)或活動度過多(磨損撕裂)及關節持續的受傷，易形成早期的退化性疾病。

## 四、臨床表現

1. 患者通常有關節受傷的病史和有時關節痛及/或關節僵硬。
2. 有問題的脊椎那節有壓痛感。
3. 常可摸到增厚的脊椎脊上韌帶(supraspinous ligament)。
4. 主動及被動關節動作通常受到限制;然而由於退化性關節/椎間盤疾病也會因關節不穩定或活動度過多而造成，有時主動及被動關節動作是過多的。
5. 退化性疾病嚴重的時期，所有動作都會痛;但在其他時期常常無症狀，直到以錯誤的方式用力或受嚴重外力時才出現症狀。

6. 有退化性疾病的關節較易發生小面關節夾擠(facet joint impingement)、關節扭傷及發炎。
7. 椎間盤突出可能會或不會出現。
8. 此病可能有或無神經合併症。造成神經根受夾擠的情況有三:椎間孔變小、椎間孔(intervertebral foramen)周圍的骨刺壓迫、黃韌帶(ligamentum flavum)過度膨出或肥厚。

## 五、物理治療

1. 電療或熱療(如超音波)，亦可用肌內效貼布解除急性疼痛
2. 脊椎牽引(機器或治療師用手)
3. 關節鬆動術(如果病患會因活動增多造成疼痛增加及/或發炎，以及為避免對神經根造成刺激，不可用關節鬆動術而改以牽引法較安全並須輔具支撐患處)
4. 軟組織鬆動術，如按摩、肌筋膜釋放(myofascial release)、收縮放鬆神經生理技術(contract-relax)、壓迫拉展放鬆(stretch spasm)、肌能療法(MET or muscle energy technique)、壓迫放鬆(compression-relax)等
5. 伸展及關節活動度運動(若是活動不會加重症狀時，可做脊椎前彎後仰運動，因多數病患這兩種活動度皆受限;如果退化性關節病患有正常的椎間盤，前彎運動時椎間孔變大，較不易刺激神經根，但若退化性關節病患椎間盤變扁了，則後仰運動椎間孔變大，所以較不易刺激神經根)
6. 輔具(頸圈或背架)
7. 肌力訓練及姿勢訓練(不論關節活動度受限或是過多的病患必須做)  
以上必須在有正確的診斷前提之下，經過物理治療師精確的評估後，決定對病患最適切的治療方式。

## 踏青去

蔡涵如物理治療師

常聽很多朋友想要出國去玩，談及各國風光總是一副欣然神往的模樣，其實有時想想我們所居住的寶島就有許多珍貴的旅遊資源，想要舒展筋骨、賞景踏青不需遠求。趁著醫院舉辦的員工旅遊，一早6:30就懷著興奮的心情到醫院集合。

十點左右車行至飛牛牧場，去之前我們總戲稱：飛牛牧場的牛難不成會飛嗎？不然怎能稱為「飛牛」呢？導遊對我們解釋因為在牧場內成片的草坡綠地、層層疊疊，因此遠處山坡上的乳牛群，就好像浮在空中似的，因此得名。來到飛牛牧場，除了可以欣賞牧場風光外，另外可經挑鹽步道一訪鄰近的佛教聖地九華山，但因步道斜度較高，以石頭堆疊而成的階梯不甚好走，因此導遊建議我們衡量體力再決定是否要跟他一同上山，不然就留在牧場內休憩漫走。同事們商量過後，決定接受這項體力的挑戰。綠蔭遮烈陽的挑鹽步道上，可聽到五色鳥及其他不知名鳥兒的鳴叫聲，踩著石階望向遠處山坡上，成群的乳牛或走或臥，與草地形成一幅美景。山腳邊一窪一窪的荷花池，以及池邊的鵝鴨成群，居高臨下的我們還注意到幾隻頑皮的鴨子在荷花枝葉中玩捉迷藏。我們雖然停不住喘息的胸口及發酸的雙腿，卻也覺得樂在其中。

終於到了九華山上，沿途的朝山步道是以碎石鋪成，有人在朝山步道邊打坐，也有人沿著朝山步道進行三拜九叩的儀式，過去雖有聽聞，不過這是我第一次親眼看到這樣的儀式，真有大開眼界之感。我雖不明白這樣的宗教儀式，卻也不禁安靜下來感受他們的敬虔與莊嚴。回過一個山彎，有一群佛徒打扮的女士們為我們舀上一碗清水，對於我們這群登山的傢伙而言，用以解渴真是甘甜無比，然而經導遊解說才知這是他們所謂的「聖水」，其實是九華山井中的井水，仔細一看才發現許多人一飲而盡後，還會將所剩的水滴塗抹在臉上，絲毫捨不得浪費一滴「聖水」，甚至還有不少信徒不怕重的甘願再提著兩桶「聖水」下山。順著人群，我們進入一個搭蓬下領取「平安麵」，其實就是素麵，感覺起來很像在配送食品，我們順隊伍而行，先是領碗添麵、再是領筷，一會兒為我們添上一瓢菜瓜，在遮陽蓬下品嚐清淡爽口的「素麵」時，有一位佛門女士過來糾正身旁帶遮陽帽的旅客要脫帽以表示對太陽的敬虔，她說因為太陽孕育萬物，所以不要戴帽遮擋，這些有趣的規矩對我而言真是新奇，心裡也不禁疑惑：如果戴帽是表示對太陽的不敬，那我們在雨天撐傘，不就也對滋潤萬物的雨水不敬了嗎？這個疑惑一閃而過，畢竟是不好意思開口詢問。

回到山下的飛牛牧場，在餐廳享用了充滿農場風味的午餐後（同事笑稱他似乎喝掉了一個星期的牛奶量），我們還到畜牧區餵羊及馬兒吃草，對生活在都市叢林中的我們，也是一件新鮮事，只可惜限於時間，無法近距離與山坡上的乳牛嬉戲，也沒時間去參加牧場為我們準備的一些乳製品製作課程。隨後我們又趕往下一據點—充滿客家風味的北埔。

北埔是一個位於新竹後山盆地的山城，以古蹟建築、製茶及各種客家小點著稱。導遊帶我們巡視這座小小的村落，首先到了列為三級古蹟的慈天宮，這是一座建於清朝的廟宇，主奉觀音菩薩，據導遊所述：全廟建造沒有用上一根釘子，全是靠木頭鑲嵌的原理架構起來的，門口的兩根雕龍石柱是渾然一體、未經接合的作品，看著這座廟宇不禁讓人對建築之美產生無上的崇敬。順著巷道我們沿著一道紅磚牆而行，才知道這是北埔聚落內最大的姜姓人家的圍牆，他們所居住的「天水堂」，現在已被列為一級古蹟，姜家大家長姜秀鑾是早期金廣福墾戶之首，因此是北埔的大地主，天水堂的房舍比照作官人的房舍樣式，有著燕尾的形式。值

得一提的是姜秀鑾不但是位富有的人，也是一位愛民的人，沿著圍牆而走，不難發現幾座鄰近牆邊的古井，據說這些井原是在姜家圍牆內屬姜家私有財產，但姜老爺為了便民，特將圍牆向內縮建，把井水提供給鄉民使用。我心想富有的人雖然很多，但是真要留名並受人感念的，仍是要憑著這種大我無私的胸懷吧！「天水堂」正門的斜對面是「金廣福公館」，這是當年的開墾業務辦事處，算是由民間的自治團體組成，「金」是指官方，「廣」代表粵籍，「福」代表閩籍，喻有族群融合之意，過去也列為一級古蹟，目前正在整修中。另外我們還注意到一座巴洛克風格的洋房獨樹一幟的座落在許多古老建築中，這是所謂的姜阿新宅，目前已成為金廣福文教基金會的所在地。有趣的是就在姜阿新宅旁，有一座有趣的建築物，整體約有二到三層樓高，四圍無一窗櫺，經導遊解說才知道是一座香燭工廠，他們為了爭取建地空間，把整座建築物的通風口都建在屋頂上，周圍看起來宛如一堵石牆般。

上了北埔的大街，我們沿攤試吃各式各樣的小吃、茶點，如果不嫌油膩，可細嚐出鹹豬肉的香滑；擂茶清香解渴又充飢，主要是以陶製擂鉢將茶葉、花生、芝麻等多種原料研磨沖泡而成，一路上走來，各種擂茶飲料、冰品及糕點一應俱全；艾草菜包、客家板條、福菜、紅糟及有名的芋頭、蕃薯餅，直叫人垂涎。晚餐的菜單叫人丈二金剛摸不頭，經客家人同事的解說才知道那都是以客家發音來寫的菜名，比如說「含豬肉」就是指鹹豬肉，「七錢插煎蛋」指得是九層塔煎蛋，而「斧瓜炒含卵」則是苦瓜炒鹹蛋的意思呢！

這真是一趟放鬆肢體、充實性靈的旅遊，縱使隔日又要回到都市生活中奮戰，我也像充飽了電的電池般準備重新出發。我們總是容易忽略身邊珍貴的事物，就好像許多旅遊家都千里迢迢、不惜跨越半個地球到尼加拉瓜大瀑布一賞美景，但卻不曾細賞過身旁的景觀。我想所謂值不值得欣賞，說穿了其實是看我們懂不懂欣賞罷了！

作者資料：

作者：蔡涵如

住址：北市大安區仁愛路四段 61 號 7 樓

電話：(02)27713161-732

E-mail：[b6801012@ms.cc.ntu.edu.tw](mailto:b6801012@ms.cc.ntu.edu.tw)

[hjtsai48@yahoo.com.tw](mailto:hjtsai48@yahoo.com.tw)

職業：財團法人宏恩醫院復健科物理治療師

## 員工喜訊

### 生產喜訊

91/11/05 嬰兒室護士柯雅竹於剖腹生產一男嬰，母子平安

### 結婚誌喜：

加護病房喜事連雙，福星高照，同日兩對佳偶，並結連理，共締良緣。----

91/11/30 加護病房護士郭雅惠於與王健龍先生，護士游敏華與本院復健科宗志豪復健師，分別結婚宴客，祝福以上兩對新人，他們永浴愛河，白頭到老。

本院婦產科醫師 陳俊霖與 呂冠儀小姐，於 91 年 12 月 23 日耶誕前夕，共譜永生戀曲，席設中泰賓館喜宴，我們共同祝福新人，並分享他們的喜悅。

照 片

## 編者的話

宏恩醫刊自 83 年 1 月創刊迄今，屈指算算已邁入近 10 個年頭，適值 92 年起

又

將邁入新的一年，藉除舊佈新、萬象更新之際，感謝持續撰稿之作者，讀友們長期之支持與鼓勵，讓宏恩醫刊的每一期均能如期出刊，呈現於讀者面前，編輯小組特向持續投稿的作者們及廣大的讀友們致上最高的謝意。

外在大環境的不確定，健保制度不斷的變革，醫療生態環境也隨波逐流，中小型醫院面臨更大的生存危機與困境，企業經營者無不兢兢業業，提供核心價值之服務品質，以創造更有利的生存空間與天空。

本刊編印經費拮据，深望善心人士解囊相助，期能繼續經營以饗讀者，善款可寄(或送)宏恩醫院護理部收，所捐之款，院方出據，可抵消稅金。

謝 謝



宏恩醫刊社 敬啟