

※董事長的話

奢談醫事倫理學

孟憲傑董事長

※院務動態

院務動態

編輯小組

媽媽教室課程時間表

編輯小組

※醫療新知

更年期後的外生殖器變化

孟憲傑董事長

尿路結石

張孝欽醫師

戰勝世紀風溼病學上的難題--痛風石

陳峙仰醫師

懷孕期間的營養需求

林裕豐醫師

認識僧帽瓣脫垂

黃鐵強醫師

孩童也有後顧之憂--談小兒便血

林愷碩醫師

假牙護理

袁中生醫師

痘痘究竟該不該擠？

安 祥醫師

※衛教園地

用藥安全

黃以瑜藥師

如何正確使用抗生素

謝家興藥師

OT 長短播

程淑寬職能治療師

這一切都是語言

林亞翰語言治療師

脊椎退化性關節/椎間盤疾病

高招貴物理治療師

享「瘦」一夏

劉怡君營養師

漫談骨質疏鬆症

護理部衛教組

※杏林花絮

門診緣--我怕怕的病人

朱迺欣醫師

世界第一的 TORO

楊怡祥醫師

東方明珠香港回歸詞選

董玉京醫師

親職教育--只要青春不要「毒」

許如蓉護理長

一路走來的旅程

裴智英病友

※編者的話

鄭悅承主任

院務動態

93年7-9月活動紀要：

7月1日

本院董事長 孟憲傑大夫，主講：倫理學，全院員工踴躍參加該場次演講。

7月6、27日

為提昇本院看護工就感染管制的觀念，請感控師陳芬珠小姐主講看護工感染管制相關課程。

7月7、22日

舉辦全院性『垃圾分類、廢棄物處理』課程講習，提昇本院員工垃圾分類、廢棄物處理的正確性。

7月9、20日

舉辦全院性病人安全課程講習，藉以向全院員工宣導注意病人安全是每個人的責任。

7月12~19日

本院與家庭照護者協會舉辦病患服務員訓練課程與實習，參與學員們均熱情參加。

7月23、24日

為使病患家屬對於如何在家照護病患有更深一層的認識，本院舉行家庭照護者講習課程。

8月10、13日

舉辦承包商感染管制教育訓練課程，參與的承包商給予高度的支持與認同。

8月12日

徐淑芬助理教授蒞臨本院演講，主講題目：心血管系身體評估。

8月17、24日

舉辦全院性『危機管理』課程，使本院員工對於危機管理有更進一層的認識。

8月19日

徐淑芬助理教授蒞臨本院演講，主講題目：神經系統身體評估。

8月31日

舉辦本院醫護人員年度 ACLS 考試。

9月1、8日

院內舉辦『心電圖判讀』講座，邀請心臟內科黃鐵強醫師主講。

9月6、21日

為加強本院醫事人員感染管制的觀念，舉辦『感染管制教育訓練』。

9月9、10日

院內舉辦『勞工安全教育』講座，向全院工作人員宣導如何預防及避免執行醫療業務時可能發生的傷害。

9月13~24日

本院與家庭照護者協會舉辦『病患服務員訓練課程與實習』，與會人員皆積極學習。

9月23、27、30日

舉辦本院醫護人員年度 ACLS 考試。

更年期後的外生殖器變化

孟憲傑醫師

婦女更年期後的外陰與陰道疾患，一部份固屬動情素缺少所致。但非全然，其他的問題也應當考慮，如傳染和其他問題等等，不可以以偏概全，全數歸咎於荷爾蒙缺少的關係。

由於動情素的減少，在陰道內，可造成兩種結果：

A、陰道上皮細胞變薄及脆弱。

B、在陰道上皮細胞內，所含的動物澱粉（Glycogen）式微，也因為動物澱粉式微，使動情素不能充分發揮其功能，喪失其對陰道的保護作用。

因為陰道表層上皮細胞所含的動物澱粉少，進而減少乳酸（Lactic Acid）和醋酸（Acetic Acid）的形成，因為陰道酸度的變低，則破壞了正常植物菌叢（Flora）的存在及作用。植物菌叢係黴菌及致病細菌的剋星，相當於陰道的門戶神，因為陰道酸度（pH）的降低，則陰道成了致病菌的溫床，而陰道酸鹼度之所以能維持正常狀態，則又非動情素的存在不可，所以我們可以說，陰道酸度正常的平衡維持，係靠動物澱粉的存在，而動物澱粉的存在，又非適量動情素莫屬，互有因果。

動情素的缺乏，造成陰道不能維持一種微酸狀態（pH6.5-7.5），故陰道上皮細胞出現薄弱，乾燥而不濕潤，分泌物變少而現黃色，進而造成性交疼痛、搔癢，和泌尿系統的症候，如急尿、頻尿、小解時有痛感。類此情況，動情素的治療，連續六個月至一年，始能奏效。非立刻能達到藥到病除的結果。

念珠菌屬陰道炎（Candidacies）

因為採用抗生素或避孕用殺精子的製劑關係，致陰道失其酸鹼度平衡及植物菌叢的

存在，則很容易引發該類菌屬的傳染及生長繁殖。

主要的症候為搔癢、灼熱感、分泌物增加、小解時疼痛，特別於性事後為然。

分泌物粘稠，類似凝乳狀，無色或黃色，有一種特別腥臭味。

本病的診斷，主要靠分泌物的檢查，期能在顯微鏡下發現有含苞纖維狀物之存在(念珠菌)。

在絕經後的婦女，因使用荷爾蒙，或糖尿病患者，或因其他原因於抗生素使用後，最容易罹患本病。

本病的治療，應該是簡單易行，除一般傳統性治療外，吡咯製劑，如 **Fluconazole** 之服用即 **NYSPATATIN** 寧司泰錠（每日一次，每次 150 公絲 mg，連續服用三日），當可收較佳的效果。糖尿病的有效控制，不容忽視。即便在分泌物中，顯微鏡下不能發現念珠菌屬之存在，按照傳統方式治療，亦可收到預期的效果。在治療過程中，性伴侶亦應同時加以治療。病人所穿用過的短褲，在洗滌清潔後，應予煮沸，或浸在漂白水內十二小時，以杜絕再次傳染的機會。

細菌性陰道疾病：

係一種混合性細菌感染所引發的陰道炎。包括嗜血菌（**Homophiles**），瘰癧棒狀桿菌（**mobiluncus**），厭氧菌和一般球菌等。過去稱為細菌性陰道炎（**Bacterial vaginitis**），從 1984 年改為細菌性陰道疾病（**Bacterial vaginosis**）。在陰道炎中屬於最常見的一種。

分泌物多，稀薄、灰色、呈泡沫狀，有魚腥味。病人可能無自覺症候，很少有搔癢和疼痛的感覺。

一般傳統性的局部治療，加上口服抗生素一週，均可獲得很好的效果。性伴侶亦應同時治療。

毛滴蟲陰道炎 (*Trichomonas vaginitis*)

係受一種鞭毛狀寄生蟲所感染，易在鹼性情況下滋生。該蟲多寄生於尿道旁的腺體中，而在陰道繁殖。停經後的婦女，特別於局部使用動情素製劑的情況下，容易感染。性伴侶的交互傳遞，也是主要罪魁禍首。

主要的症候，包括有陰道分泌物增多，像念珠菌感染一樣，有搔癢灼熱感。常伴有泌尿系統症候：如頻尿、尿痛等。

陰道分泌物，呈白色和灰綠色。因鞭毛蟲繁殖過程中，可產生二氧化碳 (CO₂)，故有泡沫狀分泌物，

診斷：主要依賴病人直覺症候及局部的象徵。陰道 pH 在 6 以上。從陰道分泌中檢查有否毛滴蟲的存在，固屬重要，但可靠性僅有 60%。陰道抹片 (Pap smear) 也有其診斷價值，唯費時費事。近年來所創用的抗體檢查，頗具診斷意義。

本病的治療，除傳統性陰道洗滌外，口服及局部使用 metronidazole (Flagyl 服立治耳) 最屬有效，視病情輕重，而決定用量多寡，可從每日口服兩次，每次 500 公絲到每日四次，每次 1000 公絲。用量越大，副作用越大。用藥過程中禁酒，否則更容易引發副作用，如嘔吐、腹瀉、或口有腥臭味。

萎縮性陰道炎 (*Atrophic vaginitis*)

更年期的發生，不論是自然的衍發，或外科手術割除卵巢所造成，均可因動情素的缺乏而造成陰道或外陰的萎縮，上皮細胞變薄纖細，皺折變平滑，表皮脆弱，易因外傷而引起破損，因而引發細菌感染，而造成陰道混合性發炎。

治療措施，除保持清潔，傳統性治療及抗生素使用外，大量動情素的補充，更屬重要。或口服或局部塗抹。整個療程，約需 1~2 週。

外陰的病變 **vulvar disorders**

請教於醫生，行定期檢查，固屬重要，但往往因醫生忙碌，疏忽外陰的視診，而忽略細微或早期病變的存在，也不無可能，如於就診時，向醫生指明可疑的患處，提高醫生的警覺，加強其注意力，當可能獲得更好的結果。因此每個年長的婦女，應養成像自我檢查乳房一樣，定期檢查外陰的習慣，每兩三個月仔細觸摸，並利用鏡子觀察外陰部有否異樣情況的存在，如硬塊、黑痣、潰瘍、疼痛點或顏色的改變。醫生檢查時，除仔細觸診外，更可利用四倍以上的放大鏡檢視，期能詳窺局部的情形。任何懷疑發現時，應進一步做病理切片檢查，免有漏網之虞。

白色系列病變（**white lesion**）

這是一種新的外陰病變分類法，把外陰病變分爲白色病變及黑色病變。白色病變中，包括有硬化性苔癬（*sclerosis lichen*），表皮鱗狀上皮細胞增生（*squamous cell hyperplasia*），混合型退化症（*Mixed Dystrophy*），以及牛皮癬（*Psoriasis*）等。上述各疾患，症候非常類似，且局部之象徵，亦大同小異，其鑑別診斷，全賴病理切片的報告。過去很多醫生認爲白斑病（*Leukoplakia*）係癌前期病變，往往以手術割除爲治療選擇。經長期之研究與追蹤，發現白斑病僅 5%有異型變化（*Atypia*），可考慮手術割除外，其餘皆可以保守療法治療，而無後顧之憂。任何外陰可疑病變，均應做病理切片，以決定其後之正確措施。病理切片可行簡單的取樣（*Punch Biopsy*），也可行傳統的切除化驗（*Excisional biopsy*）。可在浸潤性局部麻醉下執行，也可不用麻醉，端視取樣範圍大小而定

如經檢查係屬非惡性疾患，可用傳統性方法處理，另加入含有黃體素或睪丸素之藥膏塗抹即可。腎上腺類皮脂酮，亦可考慮交互使用。

外陰黑色病患 (Dark lesions)

黑色病變，係因黑素細胞 (Melanocytes) 局部刺激或黑蛋白 (Melanin) 的產生所引起。在黑色病變中，包括有斑痣 (Nevi)，黑色素過度沈著 (Hyperpigmentation)，黑色細胞瘤和癌症。

臨床上表現的症候，屬多樣性；可能乾燥，也可能有較多之分泌物，可能隆起，也可能出現潰瘍。不論呈現何種姿態，均應做病理切片檢查，以確定病患歸屬，再做有效治療。

伯傑特氏病 (Paget's Disease)

本病在外陰發生之頻率，僅次於乳房。局部呈鱗狀形，略紅、微隆，類似濕疹樣，界現明顯，正確診斷，主要靠切片檢查。約 20% 至 30% 可演變為腺癌。本病患者容易合併乳房癌、大腸癌、子宮癌等。

正規的治療方法，是外陰廣泛切除。

另外在外陰部常見的另外一種疾患，叫著濕疣 (Condyloma) 在老年婦女較屬少見，俗稱菜花。按其原因又可分為兩種，一種是由瀉過性病毒所感染，叫著 Condyloma acuminata，另外一種是由梅毒螺旋體所感染，叫著 Condyloma lata。原因確定後，治療較為簡單。

尿路結石是結石發生在泌尿系統臟器中的一種疾病，可以發生在腎臟、輸尿管、膀胱及尿道。腎和輸尿管結石又稱為上尿路結石，膀胱和尿道結石稱為下尿路結石。

結石的形狀有多種樣貌，形狀的形成與所在臟器有關。結構大致可分為粒晶狀和年輪狀兩類，一般由晶體和基質兩類物質組成。

發病年齡多發生於三十歲到五十歲，小孩及老人較少見。發病尖峰在四十五歲左右。男女罹病比例為三比一，主要是由於男女尿路解剖上的差異和荷爾蒙影響差異所致。具有尿路結石家族病史者，其罹病之機率為常人的三倍以上。至於和遺傳基因缺陷有確定因果關係的疾病包括：腎小管酸血症、原發性草酸鹽沉積症、胱胺酸尿症及家族性黃 呤尿症。

天氣炎熱時，因流汗較多，尿液較濃縮，使尿液內尿鹽結晶易處於飽和狀態，利於結晶的沉澱而導致結石之產生。日光照射多，促使皮膚內的維生素 D 前體轉變成活性維生素 D，導致腸鈣吸收增加，故尿鈣排泄增加。由於腸鈣吸收增加，腸道內與草酸結石的鈣就會減少，致使草酸吸收增加，從而造成尿草酸排泄的增加。同時因夏季束果攝取較多而使草酸鹽吸收增加。而尿鈣和草酸排泄增加使尿中草酸鈣的飽和度增加而有利於結石形成。

水分攝取的多寡也影響了結石的形成，它可沖淡尿液中的結石因子濃度及廓清感染源。食物的種類、來源及產地，也可引起不同的結石效應，因其含草酸、鈣、 呤等成分，會提升尿液內各種結石因子濃度。

職業的不同也會影響尿路結石的發病率。高溫環境下工作者，例如廚師和引擎室工作者為勞力工作者中較易罹患尿石症，可能因出汗多及尿液濃縮有關。辦公人員、經理幹部、銀行人員及暴飲暴食者，較易得到尿石症，可能由於收入高級動物性蛋白質的消耗量太高，致使尿液中各種結石因子濃度過高。

綜合以上所述，尿石症的成因可分為內在與外在因素。內在因素有先天性的生化或解剖的特性，例如遺傳、年齡及性別；而外在因素又稱為環境因素，如氣候、季節、水分攝取、食物、職業及地理分布。

尿石症多含鈣，以草酸鈣和磷酸鈣為主，其引起原因多樣化，例如：腎小管性酸中毒、乳鹼綜合症、維生素 D 中毒、原發性甲狀旁腺機能亢進、甲狀腺功能亢進、皮質醇增多、腸源性含鈣結石、原發性高草酸尿、痛風、尿路感染、腎臟損害、急性腹瀉、服用阿司匹林、白血病、惡性腫瘤、原發性高鈣尿、肉樣瘤病和結節病等。另外尿液至流汗尿路梗阻以及異物滯留於尿路內也都可誘發結石。

診斷尿石症前需要進行各項檢查，包括詳細詢問病史、全面身體理學檢查、實驗室檢查、放射線學檢查、超音波掃描和放射性同位素檢查。

尿石症常見的症狀是疼痛及血尿。也可能出現噁心、嘔吐、腹脹、便秘、排石病史等。若有併發感染，亦會有頻尿、急尿、解尿疼痛、膿尿、發燒等症狀。疼痛好發部位可在患側腰部、脊肋角或者上腹部，有時會放射到下腹部、腹股溝部、會陰部、陰囊和睪丸等。疼痛表現有絞痛、鈍痛、酸痛、脹痛和隱隱作痛。發作時間從數分鐘可持續到數個小時。發作後可完全消失，或可能持續一段時間，可能會再復發。血尿可分為肉眼可見及只能在顯微鏡下發現紅血球增加兩種。理學檢查可見病人痛到躁動不安，無法改變姿勢而使疼痛減輕，而另一特徵就是脇部的敲痛。而當絞痛厲害時，也可能出現噁心及嘔吐等腸胃症狀。

小便分析檢查可顯示顯微或巨觀的血尿，但沒出現並不代表無結石發生之可能性。若有特殊結晶體被發現，也對尿石之成份的判斷有所助益。放射線「腎臟輸尿管膀胱」攝影在初步的評估，可以診斷出百分之九十以上尿石存在的可能性，因其大都是 X 光不透性。但必須與骨盆腔內血管壁鈣化及腸繫膜內的淋巴結鈣化作鑑別診斷，若有疑慮，必須加做靜脈注射泌尿攝影，以確定其為輸尿管內或

膀胱內之結石。此檢查除了確定結石正確位置，也可以發現是否有解剖異常或阻塞程度，對接受體外震波碎石術者預後之判定亦有不可磨滅之功效。若此檢查不宜做或提供不足訊息，可再考慮以逆行性腎盂攝影來補救。至於超音波掃描可以探知腎結石之大小、緊密度及相關解剖構部，並可提供腎水腫或其他腫瘤異常病灶等訊息。但是無法直接偵測到中、下段輸尿管結石，故須與放射線檢查相對照參考。

若對個別腎臟功能狀況需做評估，以幫助泌尿科醫師決定治療方式及手術方法。比如說鹿角狀腎結石的病人，若其合併嚴重感染發炎且腎臟已嚴重變形，功能已降至正常者十分之一以下，則須完全摘除腎臟，而不能祇取石頭。

尿石症處理後，復發率蠻高。一般而言，一年後復發率十五%，四年後五十%，而九年則達到六十五%。傳統開刀手術，不祇有傷口疼痛、發炎、出血及恢復期長等缺點，還有因手術造成組織結疤造成再次手術困難的問題。很可喜可賀的是，由於泌尿內視鏡手術及體外震波碎石術的引進，才避免了高侵犯性手術影響腎臟功能甚劇之可能性。

輸尿管鏡碎石術主要是針對中、下段輸尿管結石，或者是體外震波碎石術效果欠佳的上段輸尿管結石。

經皮腎造瘻碎石術主要是針對過大的腎結石或者嵌塞在腎盂輸尿管之結石而無法以體外震波碎石術處理者。

體外震波碎石術對小於二公分的腎結石及小於一公分之輸尿管結石較有功效。它是利用震波發生器的電極棒正負極尖端高壓放電產生火花，引起週邊水分爆炸性蒸發而產生震波，此震波經反射、傳導後集中於體內結石，再對結石產生高壓將之崩解成細砂粒狀，再由尿液排除體外，故不需侵入體內來治療。但對凝血異常及懷孕婦女為絕對禁忌。其他相對禁忌包括小孩、泌尿道感染、尿石遠端阻塞、裝有心率調節器、腎動脈鈣化、血清中磷酸肌酸值超過三 mg/dl 及嚴重骨骼畸形，但祇要小心評估施行，並非完全不可行。

膀胱鏡碎石術是針對膀胱結石的最佳治療，但太大仍需以開刀方式進行，不宜以體外震波或內視鏡處理。

總而言之，共有內視鏡手術、腹腔鏡手術、體外震波碎石術、經皮腎造瘻碎石術及化學溶石術等可提供不同結石適應症，再以結石分析找出病因，應可有效控制尿石再發。所以需與專科醫師詳細討論，選出最佳方式治療，定可免於遭受尿石一而再，再而三的困擾，永保安康。

戰勝世紀風溼病學上的難題---痛風石

痛風科 陳峙仰醫師

痛風是本世紀中急速興起的文明病，根據國家衛生研究院的報告顯示，目前國內男性痛風的盛行率已經高達 3.5%，這個數字是歐美日各國盛行率的十倍左右！本人根據和平醫院痛風科的資料進一步分析發現到，國人痛風盛行的原因與遺傳基因及肥胖人口增加有莫大的關連性，同時國內痛風石的患者比例已經在近年內上升到 10%！很多人都以為痛風只是關節會短暫疼痛的一種疾病而已，痛過就好並不要緊，事實上這是一種錯誤的觀念，痛風如果沒有妥善接受治療的話，關節還可能會持續地長出硬塊，這種病變就叫做「痛風石」。痛風石的形成代表的就是極度嚴重的痛風，同時也代表著治療上的困難度與複雜度增加，因此如何治癒國內急劇增加的痛風石患者已經成為本世紀中風溼病專家最大的挑戰之一。

痛風為什麼會形成「痛風石」呢？痛風石通常表示體內累積的尿酸量非常地多，於是這些超過飽和濃度的過量尿酸就會到處形成結晶沈積，如果這些尿酸結晶持續性地在身體各處堆積的話，尿酸結晶甚至會形成硬塊狀的物體，由於這些尿酸硬塊就好像石頭一樣，所以它們就被稱為「痛風石」。痛風石會形成的原因，追溯起來一般都是因為這些患者只知道痛風發作時去打止痛針，卻忽略沒有將尿酸值控制穩定所導致。一般來說，如果痛風發作後一直沒有接受正確治療將尿酸值控制穩定的患者，在經過 5、6 年的時間之後，關節等部位就會開始形成痛風石。

一般人以為痛風石只會在手腳的關節形成，事實上身體許多部位都可能遭受尿酸結晶的襲擊而形成痛風石，其中最特殊的部位就是在我們的耳朵也可能會形成痛風石，此外如果痛風石嚴重累積的話像是在皮膚底下也可能會長出一粒一粒的痛風石來！為什麼痛風石會在這些部位形成呢？通常痛風石都是發生在身體末梢溫度較低的部位，因為低溫的情況下過度飽和的尿酸比較容易結晶形成痛風石，所以像是在手指、腳趾、膝蓋、手肘、耳朵等低溫部位，都比較會長出痛風石來。此外值得大家注意的是，痛風石不只會發生在這些低溫的部位，如果尿酸累積量過多的話，甚至連一些體內的器官都會形成痛風石，其中尤其是以腎臟最容易長出痛風石來！

單純的痛風性關節炎不需要太多的專業知識就可以控制住病情，但是痛風石一旦形成的話在臨床治療上就會增加許多困難度，若不是對痛風的病理機轉有做過深入研究的專科醫師，並無法將痛風石控制住或甚至治癒的。在許多患者甚至醫師的觀念裡，痛風石一旦形成的話，那就是萬劫不復、永遠無法恢復了。然而當十多年前我開始在市立和平醫院跟隨已故恩師 陳清朗博士學習痛風，恩師就諄諄教誨我，根據日本的治療方法「痛風石」並不需要開刀切除也是可能會化解掉的！

痛風石與一般石頭不同的是，痛風石是由尿酸鹽與鈉離子的化學成份所組成的，人體組織內累積的尿酸量過多的話，就會和鈉離子結合而形成尿酸鹽結晶，如果沈積到關節一段時間的話，脫落的尿酸鹽結晶就會誘發令人畢生難忘的痛風發作。如果患者仍然沒有注意痛風發作的警訊，沒有將尿酸值控制穩定的話，尿酸鹽結晶就會持續大量地累積在身體各個部位，過量的尿酸鹽結晶會彼此互相結合形成越來越大塊的結晶，當這個結晶大到一定的程度連肉眼也能辨認出來的話，那就是所謂的「痛風石」形成了。

正是因為痛風石是因為過量的尿酸鹽結晶持續地累積所導致，理論上只要我們將這個過程倒轉的話，就可以將堅硬如石頭的痛風石逐漸地溶解掉。然而在臨床上要將所有的痛風石完全治癒卻並不是一件容易的事情，根據已故恩師 陳清朗博士以往的治療方法也只能夠將少數一些較輕微的痛風石治癒而已，而且治癒的時間耗費甚長，患者往往需要三、五年時間才能將痛風石完全治癒，對於一些需要在短期間內恢復正常手腳工作功能的勞工朋友而言，這個老治療方法的成效並無法讓大家非常滿意。因此「痛風石」的治療方法對於目前的風溼病學界來說，就像類風濕性關節炎般還是一項難題。

本人八年前在日本留學時候，即花很多的時間蒐集研究資料苦思對於痛風石更有效的治療方法，爲了作實驗晚上往往都是工作到十二點以後才回宿舍。回國服務經過多年的臨床經驗實證後，終於苦思出一套快速治癒痛風石的新治療模式，在與日本教授們討論這個治療模式的可行性後，實際上治療上千名痛風石患者，發現到確實療效非常理想，只要靠藥物治療在一年內就可以讓大多數的痛風石消失，對於長年受痛風石所苦的勞工朋友而言應是一項福音！然而痛風的臨床難題還不只是痛風石而已，對於各種痛風的合併症、遺傳基因療法、公共衛生預防醫學方面還有許多未解的難題期待我們去解決，本人也希望能不辜負國人對我們醫療研究團隊的期盼及已故恩師十年前即指定我爲集團接班人的苦心，繼續領導底下內科專科醫師群作進一步的研發工作，希望能將「痛風」這個國病徹底地根除！

懷孕期間母體所攝取的食物，可以提供母體營養、熱量及胎兒成長所需要的養分，所以懷孕期間的食物就格外的重要了。以下就營養需求及重要性作一簡單的介紹：

維他命 A (Vitamin A)：

維他命 A 是胎兒眼睛初期發育所必須的營養素，同時也可以幫助胎兒身體細胞的成長。而含維他命 A 豐富的食物有魚肝油、肝臟、深綠色或深黃色蔬菜和水果，其次為奶製品及蛋類。

維他命 C (Vitamin C)：

維他命 C 在胎兒的免疫系統發育上扮演非常重要的角色。由於維他命 C 無法在母體內儲存，所以每天維他命 C 的補充變得非常重要。維他命 C 的主要來源為水果，有哪些水果含豐富的維他命 C 呢？如芭樂、奇異果、鳳梨、柳丁、檸檬及葡萄柚。

葉酸 (Folic acid)：

葉酸對於預備懷孕的前三個月開始至懷孕中期最為重要。葉酸屬於維生素 B 群之一，孕婦攝取量不足時，新生兒容易發生神經管的缺陷。葉酸的主要來源為綠色蔬菜中的綠葉，如菠菜最多，其次為肝、腎、花椰菜、酵母。

維他命 B6 (Vitamin B6)：

維他命 B6 可以幫助母體蛋白質的新陳代謝，促進紅血球的形成。食物來源主要為五穀類、豬肉、雞肉及魚油等。

鈣質 (Calcium)：

鈣質可以幫助骨骼的發育、鎂的吸收及血液的凝結。所以及早開始儲存量的鈣質是非常必要的，可以供給懷孕時期所需鈣質的食物，如牛奶。

鐵質 (Iron)：

鐵質是幫助形成血紅素所必須的元素，足量的血紅素可以幫助攜帶氧氣供給胎兒所需。主要來源如：牛肉、豬肉及內臟等。

鉀 (Potassium)：

鉀可以調節孕婦心臟與肌肉的機能，並與維生素 A、B12 同為成長作用之因子。含鉀的食物有肉類、(羊肉、雞肉及牛肉)、水果(梨、香蕉、鳳梨)及蔬菜(甘藷、馬鈴薯)等。

鋅 (Zinc)：

鋅為懷孕時期所必須補充的微量元素，懷孕時期鋅的缺乏，會導致胎兒的畸形、發育遲緩及新生兒的體重過輕。海產、內臟類及肉類為鋅豐富的食品。

鉬 (Molybdenum)：

鉬為胎兒神經發育的重要元素。含鉬較豐富的食物有牛奶、穀類及肝臟。

氟 (Fluorine)：

幫助減少骨質流失及減少齲齒發生的機率。茶葉、海洋魚類及加氟的飲用水為氟的豐富來源。

錳 (Manganese) :

錳為懷孕初期胎兒骨骼發育、關節生長及聽力發育所必須。含錳豐富的食物有藍莓、萵苣、鳳梨等。

碘 (Iodine) :

碘可以幫助母體及胎兒的甲狀腺功能運作正常。主要來源為海產類及海藻類。

銅 (Copper) :

銅可以幫助母體血色素之形成。含銅的食物有肝臟、瘦肉及硬殼果類。

鎂 (Magnesium) :

鎂為蛋白質新陳代謝及組織成長之所需。含鎂的食物有五穀類、瘦肉、奶類及綠葉蔬菜等。

以上簡單介紹孕婦於孕期中比較重要的 15 種營養素，最好能均衡攝取。另外孕婦容易有妊娠晨吐的現象，會導致營養吸收上的問題，影響胎兒早期的發育。如何幫助減少懷孕初期晨吐或孕期嘔吐情形？以下列舉一些方法：

1. 少量多餐。
2. 避免空腹，勿食用油炸類食物。
3. 每天起床時，吃一些蘇打餅或少量穀類食品，如麥片。
4. 避免在用餐時，喝湯及開水。
5. 若孕吐後，需用開水漱口，去噁心味。
6. 諮詢醫師有關晨吐的相關事項。

孕婦既然有營養需求，相對的也有一些禁忌，即須避免的食物，如下：

1. 咖啡及濃茶。
2. 含脂肪多的食物，如肥肉、油炸食物等。
3. 鹹的或燻製的食物，如醃肉、火腿等。
4. 只提供熱量而無營養價值的食物：可樂、汽水、糖果、巧克力等。
5. 刺激性的調味品：辣椒、胡椒、咖哩等。
6. 煙和酒。

孕婦補充了營養，避免禁忌食物，還必須注意體重的控制。懷孕前體重在標準範圍內者，懷孕期間體重以增加 10~14 公斤為宜。肥胖的婦女不宜於懷孕期間減重，但仍應注意每日攝取的總熱量。而體重過輕的孕婦，懷孕期間應增加更多的體重，但還是要請教醫師、營養師做適當的增重計劃。

最後提供懷孕期每日飲食份量建議表，供孕婦參考：

奶類 2~3 份	一份全脂奶類 = 1 盒鮮奶 (236 毫升) = 4 平湯匙全脂奶粉 一份脫脂奶類 = 1 杯脫脂鮮奶 (236 毫升) = 3 平湯匙脫脂奶粉
五穀類 4~6 份	一份主食 = 1/4 碗飯 = 1/4 個台灣饅頭

	<ul style="list-style-type: none"> = 1/10 個台灣饅頭 = 一片吐司 = 一個小餐包 = 一片芋頭糕 = 1/2 碗稀飯 = 1/2 碗麵條 = 1/2 碗米粉 = 2 張春捲皮 = 2 張餃子皮 = 7 張餛飩皮 = 2 片大蘇打餅 = 12 粒湯圓 = 1/4 碗蕃薯 (馬鈴薯、芋頭、紅豆、綠豆)
魚肉蛋豆類 4~5 份	<ul style="list-style-type: none"> 一份肉類 = 1 兩瘦肉 (雞、豬、牛) = 1 兩魚肉 = 1 個蛋 = 1 塊豆腐 = 1 個小素雞 = 2 湯匙肉鬆 = 3 塊五香豆干 = 1 兩烏賊 (小管、墨魚、蝦、蟹)
蔬菜類 3~4 份	<ul style="list-style-type: none"> 一份蔬菜 = 100 公克 (約一碗), 煮熟後約飯碗的半碗 三份蔬菜, 共約一碗半, 其中一份最好是綠色蔬菜。
油脂類 3 份	<ul style="list-style-type: none"> 一份油脂 = 1 茶匙沙拉油 (花生油、麻油、玉米油) = 1 茶匙奶油 (豬油、牛油、瑪琪琳、蛋黃醬) = 1 片培根 = 1 湯匙鮮奶油 = 2 茶匙沙拉醬 = 1 湯匙瓜子 = 2 湯匙芝麻 = 5 粒腰果 = 2 粒核桃仁 = 10 粒開心果 = 5 粒杏仁
水果類 2~3 份	<ul style="list-style-type: none"> 一份水果 = 1 個橘子或柳丁 = 1 個小蘋果 = 1/6 個中木瓜 = 半根香蕉 = 1 個台灣小番石榴 = 1/2 個泰國番石榴 = 1 片西瓜 (連皮半斤) = 1 個小楊桃 = 1 個桃子 = 1 個加州李 = 1 個小水蜜桃 = 5 粒荔枝 = 9 個草莓 = 13 個葡萄 = 5 個蓮霧

	<p>=9 個櫻桃 =6 個枇杷 =1 個土芒果 =半個葡萄柚 =1 個奇異果</p>
--	---

認識僧帽瓣脫垂

心臟血管內科 黃鐵強 醫師

僧帽瓣脫垂就是僧帽瓣因先天的瓣膜組織增生，使僧帽瓣變厚變長，在左心室收縮時，僧帽瓣向左心房內後移；或者是因為胸廓結構異常或心臟結構異常，左心室對僧帽瓣相對較小，使僧帽瓣在左心室收縮時向左心房後移，這種現象就稱為僧帽瓣脫垂或二尖瓣脫垂（mitral valve prolapse）。

一般僧帽脫垂沒什麼症狀，都是醫師在聽診時聽到收縮期卡嗒聲雜音(click-murmur)，於是再以心臟超音波來作確定的診斷。

僧帽瓣脫垂的盛行率大約 2~4%。大都是與遺傳有關。因此，若家中一人有僧帽瓣脫垂，其他有血緣的家屬可能有 30% 也會有僧帽瓣脫垂。臨床上要注意的是兩大問題：一是『顯著的僧帽瓣閉鎖不全』，二是要注意『細菌性心內膜炎』。若僧帽瓣閉鎖會日益嚴重，造成心臟的擴大及收縮降低，就有可能發生心臟衰竭的現象，但幸運的是，很少會使心臟腔室擴大，只有 5% 的僧帽瓣脫垂患者，會發越來明顯重度的僧帽瓣閉鎖不全；而細菌性心內膜炎也很少發生，但是若合併有僧帽瓣閉鎖不全，一些手術前特別是牙科手術，預防性抗生

素的給予是一定須要的。其他症狀有時還有焦慮，胸痛，心悸，中風，猝死及自主神經功能失調，此時又可稱為僧帽瓣脫垂症候群(mitral valve prolapse syndrome)。

目前僧帽瓣脫垂有過度診斷的現象，甚至不同的醫師的診斷都會出現不盡相同，引起患者的困擾及患者投保民間保險的爭議。1999年英國 Freed 等在 New England Journal of Medicine (volume 341:1-7, July 1,1999) 發表 是比較的嚴格的診斷標準，是以雙面超音波的 parasternal 或 apical long axis view，典型的僧帽瓣脫垂(classic mitral valve prolapse)是左心室收縮時，僧帽瓣向左心房後移超過 2 mm 及舒張期僧帽瓣厚度至少 5 mm (圖一及圖二);而非典型僧帽瓣脫垂(nonclassic mitral valve prolapse)是左心室收縮時，僧帽瓣向左心房後移 2 mm 但舒張期僧帽瓣厚度小於 5 mm 。

除了明確的診斷外，也要明確告訴患者合併有僧帽瓣閉鎖不全的嚴重程度及一些手術前必要作預防性抗生素重要觀念。再一方面，患者有主訴胸痛，心悸或自主神經功能失調時，要作各別的評估及檢查，及熟悉的完整治療流程。

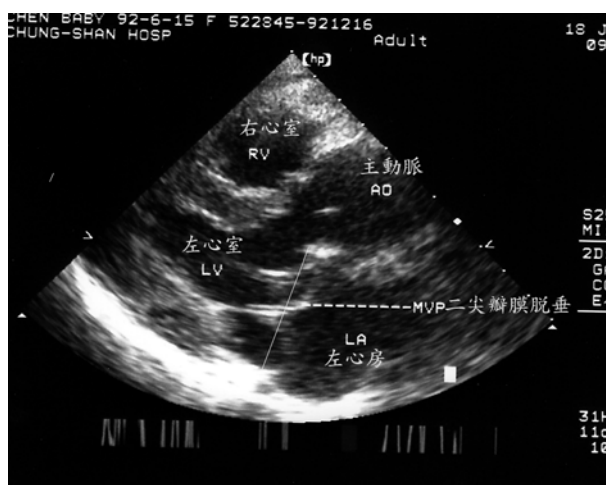
僧帽瓣脫垂的定期追蹤及預防性抗生素大原則如下：無僧帽瓣閉鎖不全患者，不需用預防性預生素，每

五年作一次心臟超音波；有輕度僧帽瓣閉鎖不全患者，需用預防性抗生素，可2~3年作一次心臟超音波檢查；有中重度的僧帽瓣閉鎖不全，需用預防性抗生素，可每一年作一次心臟超音波檢查。

總而言之，若診斷有明確的僧帽瓣脫垂，可請患者放寬心，可以過正常的生活。因為只有5%患者隨年紀增加發生重度僧帽瓣閉鎖不全使心臟功能變差。因此，可定期的追蹤診治便可。



圖一 舒張期僧帽瓣厚度至少 5 mm.(門診病例)



圖二 左心室收縮時僧帽瓣向左心房後移超過
2 mm. (門診病例)

痘痘究竟該不該擠？

皮膚科 安祥 醫師

「痘痘究竟該不該擠？」是許多年輕朋友們常有的困擾，也常是皮膚科醫師與患者爭論的話題。絕大多數的患者會自行去擠痘子，可是如果你(妳)曾經去找皮膚科醫師治療青春痘的話，卻又發現皮膚科醫師都會告訴你不要自己亂擠痘痘，這到底是什麼道理？

擠痘痘的人去擠的理由是「擠出來好的比較快！」這個說法其實在理論上是成立的，所以有些皮膚科醫師也會用專業的設備及手法來替患者治療。然而，這種專業的治療必須先了解那種痘痘可以擠；在什麼時候擠比較好；用什麼設備及手法擠比較好。因為痘痘的病灶可以分成毛孔阻塞形成的粉刺及細菌感染後形成的丘疹、膿皰、結節和囊腫等，不是每一種都能擠；什麼時期擠才能把膿擠出來而不是擠進更深部的皮膚去也有一定的原則，使用的設備必須經過完善的消毒才能避免因此而傳染疾病。另外，專業的人員也是十分重要的，最好的情況是由醫師親自執行或是在醫師的指導下由受過專業訓練的人員來執行。

可是，絕大多數的人都是自己不分青紅皂白地用手指、指甲、或其他器具亂擠一通，不但沒把膿擠出來卻反而把膿擠進更深部的皮膚，使發炎更嚴重，留下了難以消除的紅斑、黑色素沉澱，甚至於形成永久的疤痕，常常都已經不長新的痘子了卻還是滿臉擠痘痘留下的痕跡。也有些患者因為細菌跑進去皮膚而造成蜂窩組織炎，使得整個臉都腫起來。所以，皮膚科醫師才會一直強調痘痘不要亂擠，有需要時醫師會幫你解決。

而且話又說回來，目前有許多安全而有效的口服藥及外用藥可以用來治療痘痘，如果是角化較為明顯的患者可以用果酸換膚合併治療。只要有耐心，與醫師合作，都能達到很好的療效。所以，在這個醫學發達的時代，你如果還是用擠痘痘這種土法煉鋼的方式來戰痘，那麼可就真的是太落伍了。

如何正確使用抗生素？

謝家興 藥師

一、前言：

1945 年左右，發現了青黴素，這是一個偉大的發現，當時青黴素對所有的革蘭氏細菌，都有療效。但是到了 2004 年，短短的六十年，青黴素只對 *streptococcus* 及梅毒的 *spirochete* 還具效用而已。根據國家衛生研究院的研究發現，台灣醫院的病人，六成六以上都接受抗生素治療，是美國的兩倍以上，就連泰國也只有百分之四十四。許多兒童對新一代抗生素已有抗藥性，未來下一代感染抗藥性菌株時，將增加治療困難（表一）。也因此，如何正確使用抗生素，使我們將來不會面臨無藥可醫的情形，就有賴你我共同去努力。

表一：台灣兒童體內肺炎鏈球菌檢出的抗藥性

	幼稚園	醫院
青黴素(Penicillin)	71%	61%
紅黴素(Erythromycin)	-	82%
新一代紅黴素(Clarithromycin)	95%	90%
磺胺類抗生素(TMP-SMZ)	-	100%
第二代頭孢子抗生素(Ceftriaxone)	45%	38%
第三代頭孢子抗生素(Cefotaxime)	31%	38%

（資料來源：<http://www.clgh.com.tw/cyclops/clgh-2.htm>）

二、抗生素是什麼？




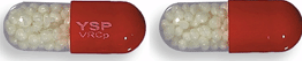
我們所稱的抗生素，原是由真菌中萃取出來，可用以殺死細菌的物質，盤尼西林是人類醫學紀錄上第一個被廣泛應用的抗生素，它的發現對疾病治療是一項重大的突破，使很多原本無藥可醫的疾病，因此獲得了解決。目前在臨床上使用的抗生素則約有一百五十種，大家所熟知的安莫西林或紅黴素等，都屬於抗生素類。

三、抗生素就是消炎藥嗎？

所謂的消炎藥，一般是指鎮痛解熱的止痛藥，像普拿疼、克他服寧……等，都屬於這類的鎮痛解熱藥物，可以直接減輕人體的發炎反應，所以說它是『消炎藥』。至於抗生素呢，它是藉由殺死細菌，來化解疾病造成的不適，與其說它是消炎藥，它最多不過是因為殺死細菌後，間接減輕感染部位的發炎反應。抗生素並不是消炎藥，並不是所有的發炎，都適合使用抗生素，有些病毒引起的發炎，使用抗生素不但沒有幫助，還會使身體裏的生態大亂，造成更多的問題。民眾常把抗生素誤稱為消炎藥，但是抗生素唯一的功效就是『殺死細菌』，服用抗生素無法使許多不舒服的症狀如：喉嚨痛，流鼻水，發燒等得到緩解。

表二：抗生素與消炎藥：

抗生素：

安莫西林 250mg/cap	
安比西林 250mg/cap	
消炎藥：	
類固醇 如：prednisolone 4mg/tab	
非類固醇抗發炎劑 如：voren 50mg/cap	

四、什麼是細菌抗藥性呢？

每一種生物都會藉由改變自己來適應環境以求生存，細菌也是一樣，尤其它具有快速繁殖的特性，容易以基因的轉變來對抗環境；就類似我們一般人一樣，如果我們長過了水痘，或是出過了麻疹，就幾乎終生不會再得到這個病。細菌也是如此，如果人類任意的濫用抗生素，造成細菌生存的壓力，但是卻因使用抗生素不當而無法完全殲滅細菌時，存活的細菌得以喘息，並以基因構造突變產生頑強的變種，終使抗生素喪失其藥效。更可怕的是，細菌產生抗藥性後，如與未具抗藥性的同類細菌或某些不同類的細菌混合，其抗藥性最快可以在一個小時內轉移給不具抗藥性之細菌。如果我們被原本相當容易治癒卻已產生抗藥性的細菌所感染，將使治療過程變得非常棘手或甚至讓醫師束手無策。

世界衛生組織發表之『克服抗生素抗藥性』報告亦指出，若再不重視抗生素被濫用或不當使用的情形，由急性化膿性扁桃腺炎、耳炎到瘧疾、肺結核等原本可治癒的疾病，都將變成無藥可醫；這份報告更進一步提出，若再不加以管制，則所有目前使用的抗生素，在十年或二十年後，都會因為細菌產生抗藥性而失效，到時候人類一旦受到細菌感染，將變成無任何有效的抗生素可用。目前在美國，每年有 14,000 個住院患者在醫院被具抗藥性的細菌所感染，卻因為缺乏有效抗生素之治療而死亡，值得我們深思。

五、什麼時候應該使用抗生素？

一般常見的感冒與流行性感冒，大多數都是由病毒引起，通常約一個星期就會自行康復，使用抗生素並無法治癒或減緩症狀，不過如果症狀超過一星期，則應再尋求醫師的診斷與治療。另外，一般腹瀉與嘔吐大多是吃壞肚子、消化不良或病毒引起，服用抗生素並無療效，而且抗生素有時也會產生腹瀉之副作用，所以此時若使用抗生素對身體更不好。然而，如果腹瀉伴隨有血便，則可能需要使用抗生素，這時候救必須詢問您的醫師。總括來說，有『細菌感染』的時候才是應該要使用抗生素的時候，這是一個很專業的課題，要作細菌培養或是一些特殊的化驗，才能確認是細菌感染，甚至是哪一種細菌的感染，對「菌」下藥，才不會藥到「命」除，這些都應該要交由專業的醫師或醫療人員來判定。所以，大家千萬不要自作主張，向醫師要求要吃抗生素，甚至自己到藥房去買抗生素回來服用，這樣可是會養出超級無敵的細菌哦！

六、如何正確使用抗生素？

如何正確的使用抗生素，也就是要避免下列這些情形：

- (一) 無細菌感染而用藥。
- (二) 服用劑量不足。
- (三) 服藥療程不足或任意停藥。
- (四) 服藥時間間隔不當。
- (五) 未按指示用藥而與食物或其他藥物產生交互作用。
- (六) 重複用藥。

並且，要響應衛生署推動的『三不政策』：不自行購買、不主動要求、不隨便停藥。同時藥學會『新三問』：

- (一) 我生的病與細菌感染有沒有關係？
- (二) 我需要吃抗生素嗎？
- (三) 我應該如何吃抗生素？多久吃一次？該吃多少？要吃到什麼時候？

如果大家都能在使用抗生素前注意到這些細節，不擅自停藥並按照指示服藥，讓細菌沒有喘息的機會，徹底殺死細菌，如此一來就能減少細菌產生抗藥性的機會，也讓自己的病能真正的康復。

七、結論：

世界衛生組織已經公佈各國細菌抗藥性的嚴重性及抗生素使用管制失敗的報告。美國疾病管制局的報告指出——避免濫用抗生素是減少抗藥性，或甚至回復到無抗藥性原點的唯一方法。日本與北歐等國實施了各項管制的措施，包括民眾宣導、醫師再教育與提高抗生素費用等，成功的降低抗生素使用量後，細菌抗藥性的問題已得到控制：日本於1974年研究發現有62%的A型鏈球菌對紅黴素具有抗藥性，直至1988年成功地降低其抗藥性比率只剩不到2%；芬蘭在降低其國內巨環類抗生素之使用量後，發現細菌對紅黴素之抗藥性，從1992年的16.6%下降到1996年的8.6%；冰島國內具抗藥性之肺炎鏈球菌的百分比，則因為執行相關管制措施後，在一年內下降3.3%。減少抗生素使用量來降低抗藥性細菌的比例，經由先進國家的措施與研究證實確實有效，

目前，台灣的細菌抗藥性問題已經非常嚴重，誠如前面提到的，許多孩童受到感染時已經發現其身上的細菌都有抗藥性產生。所幸，研究發現——成功的降低抗生素的使用量可以有效控制細菌抗藥性的問題。因此，政府已積極在制訂各項抗生素管制措施，我們更應立即建立使用抗生素的正確觀念，更要認清抗生素並非萬靈丹，千萬不要主動要求醫生開立抗生素處方，也不能自己隨意購買抗生素服用，否則不但在自己體內製造抗藥性細菌危害自己，更將散佈給其他的人甚至禍害子孫。謹慎使用抗生素不只是政府或是醫療人員的責任，更是你我共同的責任，唯有大家一起努力才能真正解決抗生素抗藥性的危機。

八、參考資料：

- 1、抗生素濫用成災，下一代抗藥成性，<http://www.clgh.com.tw/cyclops/clgh-2.htm>
Clostridium difficile 院內感染突顯合理使用抗生素的重要，疾病管制局，2004/8/17
<http://203.65.72.83/ch/ITC/ShowPublication.ASP?RecNo=3508>
- 2、濫用抗生素有病沒藥醫，疾病管制局，2004/8/17
<http://health.icareasia.com.tw/feature/antibiotics/>
- 3、慎用抗生素民眾教育活動，國家衛生研究院與疾病管制局，2004/8/17
<http://203.65.72.83/ch/dsi/ShowPublication.ASP?RecNo=1117>
- 4、慎用抗生素手冊，國家衛生研究院，2004/8/17
http://www.nhri.org.tw/nhri_org/pp/antibio/antibio.htm
- 5、何曼德院士，台灣抗生素抗藥性的問題——從研究到實際，台大講稿，2000年十月。

OT 長短播

請你按下 play 鍵，想請你一段音樂，那是關於~~~

路人甲遇到路人乙，

路人甲問路人乙說：「你目前從事何種工作啊？」

路人乙不加思索地說：「職能治療。」

「職業治療!!!」

路人乙吞吞口水再說一遍：「職能治療。」

「職業治療!!!」

路人乙這次放慢速度以確定自己是否發音標準：「職。能。治。療。」

這次路人甲聳起耳朵「職能治療，那跟職業治療有什麼關係？」

「不全是。」

路人甲兩眼直視，嘴巴張得開開的，只差沒流口水而已「什麼??? # % & *」

路人乙覺得跟路人甲溝通，比跟地球上那朵帶刺玫瑰說話還困難，但他還是勉為其難的回答，換個方式說：「關於復建的。」

這次路人甲總算是點點頭，：「那我肩膀酸痛可不可以請你幫我看看。」

「但那不是我的專長啊！你要不要你物理治療師幫你看看。」

路人甲又是一頭霧水：「但你不是說你是做復建的啊！」

「總之，復建的領域包括了：職能治療、物理治療、語言治療，其他還有醫生、心理師、社工等成員。」

「了解嗎？」

「那~~職能治療到底是什麼？」

「職能治療的英文名稱叫做：Occupational Therapy，因為是從英文直接翻譯過來的關係，所以很難從“職能”字面上去了解它的意思，因為在中文的用詞之中似乎沒這個字。」要解釋這個問題，的確比打掃星球還困難，也一直困擾著路人乙，因為一個從歐美發展出來的臨床實用科學，引進台灣後，要本土化、要一般社會大眾都了解它的意思，的確是很困難的一件事。「所謂 Occupational Therapy，主要是源自 Occupy，那什麼是 Occupy 呢？泛指人平常所從事有意義的活動，像是日常生活的活動、工作和休閒活動等。簡單來說就是食、衣、住、行、育、樂。」

「但我覺得我在食、衣、住、行、育、樂沒有什麼問題啊！」

「對大多數的人似乎是很簡單的事，但對某些人來說卻是困難重重。」「像雙手截肢的人自己是如何獨立吃飯呢？；半側癱瘓的人又如何穿衣服呢？什麼才是無障礙設施呢？坐輪椅的人又如何通行無阻的搭大眾運輸呢？不會自己玩樂的小朋友又該如何教他們遊戲呢？」

「那職能治療又是如何治療病人呢？」

「職能治療師通常是利用有意義的、有目的的職能活動來治療病人，藉此提昇病人的生活能力、改善生活品質，回歸社會，使一個人更有品質、更有尊嚴、更有意義的活著。」

「這好抽象喔！這好比一個人畫一頂帽子，然後跟我說其實他是畫，一條蛇吞了一隻大象一樣！」「什麼才是有意義的職能活動呢？」

「舉凡吃飯、開車、遊戲、打電腦、上網、煮飯、讀書、寫字、走路、修理電器用品、縫紉等等都是職能活動；又如教失去雙手的人裝上義肢拿喝杯子喝水、拿湯匙吃飯也是一個有目標、有意義的職能活動；又如教一個自閉症的孩子跟其他小朋友玩捉迷藏，教他社交互動的技巧，這也算是有意義的職能活動；教身心障礙者做麵包、洗車，訓練謀生的工作技巧，這也是職能活動的範疇；教導脊髓損傷的人上下輪椅、也算是職能活動；帶精神病患做做陶土、唱唱歌、種種花、打籃球，也屬於職能活動；教智能退化的老人家打槌球，培養正當的休閒活動，更是職能治療師所關心的範圍。」

「那你們職能治療師所服務的對象有哪些？」路人甲抓抓頭髮的問道。

「主要可分成生理職能治療、精神職能治療和小兒職能治療等三大族群。」「像是中風、腦外傷、脊髓損傷、截肢、退化疾病、手部外傷、傷燙傷還有骨折都是屬於生理職能治療」「精神職能治療的範圍則是：精神分裂的病人、憂鬱症患者、藥癮、酒癮、老人失智症、強迫症等等」「小兒職能治療則有：腦性麻痺、自閉症、發展遲緩、早產、學習障礙、過動、注意力不集中、感覺統合失調、唐氏症、腦部病變、智能不足等等。」

「那職能治療師的工作的地方有哪些？」

「在台灣，大多數的職能治療師都在醫院工作；其他的還有在學校系統、輔具中心、護理之家、政府機關或是自行開業。」

「喔！喔！喔！」路人甲仍是一面譁然。

反正，這首歌，咿咿呀呀地，就這麼唱完，下首歌將繼續傳唱著。

我們生活的週遭，無不充斥著語言，一個眼神即是語言，也許那個眼神代表了媽媽對自己孩子的關心，一個音也是語言，也許那唯一的一個音，代表了某位病人十年來的痛楚，每一個符號、聲音、動作，都蘊含了相當多的訊息，而這些都是語言。想像假使我們失去了聽覺，聽不到別人的說話，沒有辦法與別人交換訊息，甚至在過馬路時聽不到車子警告的喇叭聲...想像我們失去了視覺，無法閱讀文字，看不到別人的表情，更不知道週遭的狀況...想像我們失去了說話能力，無法說出自己的想法，無法表達自己的需求，甚至無法對自己愛的人說我愛你，那是多麼令人難過的事...

尤其是兒童，當他們處於語言發展的關鍵期時，感官的知覺是不可或缺的因素，小孩學習語言的過程，精明到令人咋舌，當他們還在媽媽肚子裡時，就會對媽媽的聲音有反應，在很小的時候就可以分辨出不同聲音的差別、陌生人的臉跟媽媽的臉，甚至對於不同的表情或是音調有不一樣的反應，曾經有人說過：「兒童是天生的語言學家，只要在他們小的時候，將他們丟到任何一種語言的環境，他們都可以學會該種語言，即使是不同的人種。」當小孩都萬事具備的時候，語言的發展是一日千里的。

兒童語言的發展，最關鍵的人即是爸爸媽媽或是最親密的家人，而他們也扮演了相當重要的角色，近年來台灣經濟繁榮，有很多的父母同時都是朝九晚五的上班族，於是父母沒有多餘的時間可以照顧小孩，於是聘請了外籍的褓姆來幫忙，雖然這可以節省相當多的時間精神，可是卻也犧牲了小孩的語言發展。不是他們還沒準備好，而是語言環境的刺激過少，失去了學習的機會，就像學生已經把課本打開坐好等著老師上課，老師卻不說話一樣。

兒童語言的發展，從出生就已經開始了，在這一段時間裏面，父母、家人、主要

照顧者都是兒童語言發展的關鍵角色，不用擔心他們聽不懂，不用煩惱我們說的話太難，盡量跟他們面對面眼神接觸語調誇張的說話，盡量陪他們玩角色扮演遊戲或是操作性玩具，那可以讓他們認知到表情音調以及肢體動作之間都是相關的，也可以訓練他們象徵的概念以及工具的使用，而這些都是將來學習語言的基礎。

語言的發展沒有捷徑，而是需要各個向度不斷的刺激才能夠成其功，只靠學校老師或是語言治療師那是絕對不夠的，隨時隨地、及時的、有情境的學習，才是最有效的學習，我也相信，每一個小孩都有發展語言的潛力，不論是聽障、腦性麻痺或是自閉症等等不同障礙孩子，他們都有潛力發展語言以及溝通的能力，而這也是我們的目標。

門診緣—我怕怕的病人

神經內科 朱迺欣醫師

我行醫三十多年，雖然看病老神在在，卻有些病人或家屬（合稱病家）令我怕怕。

這些病家主要有五類：

1.申請殘障或外傭

如果病家申請條件符合規定，我都會樂意幫忙。問題是，不少病家因受仲介公司慫恿，或貪心的驅使，想「非法得利」。如果病人的申請被拒絕，病家變臉如變天，軟硬兼施，不呈纏著不走，就是怒目翻臉，把十幾年的融洽關係拋之腦後，令人感嘆人情薄如紙。

2.堅持要做檢查的初診病人

不少初診病人，無視於我的專業和經驗，一坐下來，就理直氣壯要求做檢查。病人提出的理由，以自我判斷最多，例如：「我懷疑我的頭痛由腦瘤引起」；其次是親戚和朋友的唆使；有時，理由很離譜；例如：有位頭痛的病人在做氣功時，老師突然對她說：「你有腦瘤，長在右腦，有七公分大！」

3.自我轉診不帶資料或藥物

這是令我很頭痛的事，卻相當普遍。病人的主要目的是，要重新檢查或治療。這樣的作法，不但浪費健保的資源，也浪費醫生的寶貴時間。

4.先聲奪人的初診病人

不少初診的病人，來勢洶洶，一坐下來，就不停地問問題，好像在拷問醫生。另有些病人，醫學知識似乎不遜於醫生，對自己的病情先提出一番解釋，看看醫生會不會同意，或者乾脆單刀直入問：「我右眼不能閉，右臉歪一邊，我是不是有腦中風？」（註：病人得了臉面神經麻痺症。）

5.要求特權的病人

不少病家很會找門路，找關係，希望能獲得特殊的禮遇。其實，大部分的醫生，對病人皆一視同仁，病家不必擔心受到不平等的待遇。

相反地，利用關係要求特殊待遇時，往往造成尷尬的情況。我印象最深刻的特權濫用是，有一天，一位立委助理撞進我的辦公室，似以命令的口吻說：「朱醫師，立委因腦中風昏迷，目前住院高雄，請你馬上跟我們南下，現有專車在外面等候。」我簡直無法相信聽到的話，民主的台灣，卻有不少專制的官員和民意代表。

以上的五類病人，可能不知道，連大牌教授也怕。近年來，病人求醫的態度有很大的變化，顯示病家對於醫生的尊重和信任已經明顯降低。追究原因，似與病人權益高漲和醫療商業化有密切關係。奇怪的是，社會對醫療關係的改善，通常只對醫生做單方面的要求，卻很少要求病家也要遵守看病的一些禮儀。如果醫生本身不被尊重，醫生工作變成夕陽職業，受害最大的族群恐怕是病人自己。

魚的美味公認是生食為上，其次是蒸、烤、煮，所以日本的沙西米才能成為世界級的美食。肉質含水份低的魚方適合作生魚片，水份高的像鱈魚、鱒魚、石斑就沒聽說會拿來生吃。水份低的魚類多棲息於海水溫度 18 度以上，屬暖流魚類。太平洋暖流從菲律賓海面沿日本列島由南向北流的黑潮即是暖流。黑鮪魚是南半球跨海性迴遊魚類，每年四至六月會隨著黑潮北上，經蘭嶼及綠島附近海域，此時正值交配期，油脂飽滿充實，正是台灣屏東東港的鮪魚季。

黑鮪魚在水深二十五至三十米處潛行，時速高達一百六十公里，噸位又重達一、兩百公斤，捕獲不易，只能用粗大釣勾一尾一尾的釣，且上勾後要馬上收線，否則附近知味的海豚會趁此良機吃掉最可口腹肉，也就是專吃最上等的 TORO，而棄魚背於大海，氣得捕魚郎半死。

黑鮪魚的幼魚在日本近海發育成長後，開始展開迴遊之旅，橫越浩瀚的太平洋，直達美國加州海岸，成魚後再遊返日本海域，是故迴遊鮪魚第一站先抵達台灣蘭嶼、綠島之間黑潮流經處，此海域提供大量飛魚供其飽食，卻也成為鮪魚的殺戮戰場，逃過此劫的黑鮪魚在台灣海峽產卵，遊回日本九州海域時已精疲力竭，不再肥腴，所以夏天七、八月日本吃不到好吃的 TORO，這也是為什麼以前台灣東港上好的 TORO 都被日商搜購一空，運回日本彌補夏季的不足。

日本近海的黑鮪叫「本鮪」，本鮪從九州海岸往上一直沿太平洋海域迴遊，大約九月以後到達三陸、北海道一帶，此時經過四個多月整補營養，又是鮪魚肥美的季節，在日本東北與北海道相隔的津輕海峽地區如松前、大間、函館一直到十二月都可以釣到肥腴生猛的本鮪，因此到日本吃 TORO 要選九月到十二月。

由於近年來的大量捕捉，本鮪體型都在七十公斤至一百公斤大小，兩百多公斤上的本鮪已少見，日本百分之八十的 TORO 都是進口貨，如「南鮪」、大西洋鮪、地中海鮪。

「南鮪」是指由印度洋捕撈的鮪魚，分佈在紐澳、東南亞、印度、南非等地；大西洋鮪有波士頓鮪、加拿大鮪，體型較大；地中海鮪有西班牙鮪、土耳其鮪，體型較小。日本 TORO 進口的大本營是在富士山麓靜岡縣的清水港，清水港與東京的築地市場是日本兩大 TORO 集散地，供全日本買家喊價。

由於黑鮪魚遊動快速，體力旺盛，又生長在深海不受環境污染，且富含組胺酸與鵝肌肽，因此肉質非常柔軟鮮美。TORO 含脂量 25% 正巧和松阪牛肉的腓力相仿，故口感亦是入口即化，油脂芬芳。鮪魚肉身可分為七大部分，最高級的是大 TORO(OHTORO)（前腹部）呈粉紅色，油脂像蛇腹部節狀又稱蛇腹；其次是腮肉，在蛇腹前端的腮幫肉也是呈粉紅色，號稱是 TORO 中的 TORO，但有時會有少許腥味。第三級是中 TORO，緊鄰於大 TORO，油花如同霜降，顏色淺紅，油脂少於大 TORO。第四級是後腹部近尾端，日本稱「中脂」，顏色油紅，油脂尚可。第五級是後背部（中脂之上）是鮮紅色；第六級是中背部（中 TORO 之上）呈血紅色；第七級是前背部呈艷紅色，此部位佔魚身比例最高。第六、七級含脂量只有 1.5%，價格較廉，日本稱之「赤身」(AKAMI)，因為含油少，難以下嚥，日人常用醬油醃漬，幾片排在飯上，為庶民料理稱為「鐵火丼」，魚肉包飯外捲海苔成雪茄大小稱之「鐵火卷」。鮪魚背部含肌紅蛋白，故呈艷紅色，如鮮度不佳，則呈暗紅色，前、中魚背部又常因血管破裂滲入肉中成為「血合」容易使鮮度劣化，購買時要避開污血色的「血合」。鮪魚赤身不如 TORO 好

吃，美國加州日本僑民把赤身切碎與辣豆瓣醬、甜沙拉醬攪拌與白飯外捲海苔上附蔥白謂之 **SPICY TUNA**，如此加工化腐朽為神奇，滋味的確不惡。

自古以來鯛魚一直是日本高級魚的代表，的確日本瀨戶內海包括廣島、四國的本鯛真是人間美味，不是台灣所吃的鯛魚可以比擬，更非一般冷凍鯛魚生魚片所能項背，日本瀨戶內海的當季鯛魚生魚片絕對不遑多讓 **TORO**。前者是白肉魚極品，後者是紅肉魚天王。白肉魚才是高級魚的思想一直到一九三〇年才遇到挑戰。一八三二年日本東京橋馬町首度出現鮪魚壽司，但當時百姓只吃紅色背肉，腹部則淪為燒烤、雜炊之用，一直到昭和初之一九三〇年代才開始把粉紅色鮪魚腹肉視為珍饈，相傳 **TORO** 一詞是昭和十一年店的「久兵衛」師傅所發明，意思是吞下喉部，油脂瞬間散開所發出的聲響。

本鮪魚每天清晨會在東京築地市場拍賣，一旦出現兩百公斤以上的本鮪，眾家餐廳老闆都會競相標價，賣方會先切掉尾翅，露出魚肉，由買家用長竹籤插入其內品嚐油花以決定標價。平成八年（一九九六年）築地市場一隻兩百三十八公斤的本鮪以九百零四日圓的天價售出，去掉皮、骨、血合 40% 無用之物，每公斤即要六萬三千元（一般行情是每公斤一萬圓），大 **TORO** 僅佔可用魚肉的 8%，一片大 **TORO** 12 公克售價是魚背肉的五倍，則一片的成本即要三千七百日圓，那知道「次郎」雖曾是一片創紀錄的二千五百日圓，根本仍是流血酬賓呢！我們在日本吃到便宜的迴轉壽司 **TORO** 沾沾自喜時，大概都是「南鮪」或「大西洋鮪」之流。

TORO 要好吃，除了肉質外，師傅的刀工與切工亦是關鍵，務必要以鋒利的長刀按肌里紋路下刀，美味才不致流失。台灣東港的廚師常為了物盡其用，把 **TORO** 切得方方正正有如麻將，或切成矩形彷彿四色牌，完全沒有刀工可言，一塞入口簡直不知如何咀嚼，人家日本師傅對生魚片的厚度與長度都有一定的規矩，依人體力學原理，長度一定是 7.5~8 公分，厚度約 0.8 公分左右。

魚肉的保存在漁船上是用急速冷凍法，直接使魚溫降至零下 50 度，以免日後退冰時組織間小分子釋出，使魚肉碎冰化。退冰後的生魚要保持冷藏 10 度左右，有些台灣日本料理店用雙管冷藏櫃擺放 **TORO**，容易使魚肉脫水，日本正統壽司店都是把生魚舖在用開水製成的冰塊上，使生魚不致脫水過度又可濕潤肉身，用開水冰塊的目的是避免細菌滋生，生水製的冰塊外觀混濁或不透明狀。

山葵是 **TORO** 不可或缺的沾料，三年生的山葵辣度最適合 **TORO**，把其頭部朝相反方向研磨最能發揮其功效。因山葵有一接觸空氣即揮發的特性，要現磨現沾，反方向研磨，嗆味與香味才會噴出，**TORO** 的美味，正是油脂與山葵的微嗆香味交織而成，記得吃 **TORO** 切忌使用化學造芥末或把芥末或拌於醬油之中，以免喧賓奪主，**TORO** 蒙塵，至於沾料的醬油用一般釀造即可，但不要整片 **TORO** 沾滿醬油，只要沾前頭三分之一，**TORO** 本身含油，口味當至清為宜。如果是吃 **TORO** 握壽司，江戶壽司店習慣用含水量百分之十五的軟質新瀉米，以米十水九的比例炊煮，煮熟燜十五分鐘後，把鍋中米飯移入木盆，捨棄邊緣焦硬部分，再趁熱淋入砂糖、鹽、酒、米醋，並持木杓輕輕攤開米飯使淋物均勻滲透，一面用風扇驅熱，當切平米飯後，把其盛入另外一個乾燥的木盆上，覆上濕巾。

日本壽司店最有名也最貴的當屬銀座的「次郎」，老闆小野二郎已高齡七十餘，仍四十年如一日天天破曉即是踏上後置冰櫃的鐵馬前往築地市場標得當日鮮魚，他出價快、準、狠，只要是上好魚鮮不惜任何代價，交易完後把當日採買所得全堆上鐵馬後置物架，往往重達八十斤，還甘之如飴。他認為一流的鮪職人(沙西米師傅) 要嗅覺、味覺敏銳，且要有「味蕾記憶力」，一口吃下馬上知道是本鮪還是南鮪。小野二郎的切魚刀工完美端正，造型充滿躍動感，他對本鮪情有獨鍾，他認為還是本鮪**TORO**

油脂芳香，餘味無窮，南鮪口味較重，香、爽略遜，肉質亦不如本鮪柔順，靠著味蕾的記憶力當可輕易辨識。「次郎」有特製生魚片的「家」，其外是檜木的方原木框，內舖綠色竹簾，上放TORO，十分雅致。「次郎」是以前日本首相招待外賓的料亭，可見其份量。

清水港「末廣鮪」是TORO的天堂，所有日本近、遠洋鮪魚都在清水港下貨，「末廣鮪」老板望月榮次不惜重金買下其中最極品的TORO應市，他們的TORO堆得小山丘在Counter上，堪稱全球最多TORO的料亭，老板自豪的說每100公斤的鮪魚，他們最多只選用八片生魚片，可見其進料之嚴謹。望月老板特地從台灣進口一兩千年樹齡阿里山巨大檜木作為餐桌，結果過長，屋內容納不下，忍痛鉅掉三尺，差點掉下淚來，每逢有台灣來客就特別引見參觀。

台灣各高級日本料理店全年供應TORO，可惜不是筋太多，就是油脂不夠芳香，日本進口的本鮪TORO品質最好，但一片索價三百五十元以上往往嚇壞不明所以的熟客，台北建國北路巷內「高玉」的TORO，開幕時日本九州來的師傅所選的TORO是台北數一數二好的，當然價錢也是令人咋舌。一般台灣日本料理店都是購買類似「海裕屋」出品已切成長條狀的真空急速冷凍「南鮪」TORO，但見粉紅色外觀，卻乏有脂香，本應入口即化卻老被筋膜所絆。東港的黑鮪因係春季捕獲，霜降沒有日本秋冬捕獲的油花漂亮，且經過夏季整補養息後的日本TORO比之更為肥腴豐厚。

大TORO一般吃上兩片就有點膩胃，另外兩片建議一片先把外皮微烤熟，嘗試外熟內生吃法，可以止胃寒防油膩。另外一片用刀剝碎加白玉蔥花，加飯捲上好的海苔成手捲，既可飽腹，海苔、TORO、玉蔥交織成完美的三重奏的確是完美組合。有些師傅會刻意把大TORO部位魚皮所附的殘肉，用鐵湯匙刮下作成手捲招待熟客，如果客官有此殊榮，表示閣下在師傅心中的地位非凡哩！「末廣」性情中人的望月老板不輕易拿出的絕活是不但你從未吃過，甚至從未聽過的“HAGASHI”，這是介於大TORO與中TORO交界處，有長條筋膜所覆蓋的綿質TORO，口感類似小蜜桃纖維，此部位不能用刀刮開而是用撕的，“撕”的日語叫HAGASHI，所以此部位就稱“撕下來的TORO”。這種最頂級的TORO既沒有大TORO之油膩，也沒有中TORO之筋膜，取大、中TORO之精華，是故在「末廣」吃TORO即使吃多幾片也絕不膩胃口。飯後，「末廣」的甜點是世界第一的靜岡溫室皇冠甜瓜，每粒在東京最貴的「千疋屋」索價五千台幣；「末廣」把哈密瓜對切加碎冰淋上少許干邑XO，的確是奢華無比。末廣附近15分車程的「日本平」是全日本看富士山最佳景點；吃完TORO，千萬別忘了去「日本平ホテル」(Nippondaina Hotel)的四樓，一面喝咖啡，一面欣賞富士山全景，不但吃了TORO，還可吞下整個富士山，不亦樂乎！

(一) 滿庭芳（一九九七年七月一日於香港）

百年國耻，世紀冤屈，洗雪就在今日。舉國歡騰，同心迎王師。多少鴉片舊事，重回首，
愁緒難織。閒夢裡，星火萬點，車船還疾駛。
願香港繁華，永為共識。牢記：港九回歸，祇得不失。從此睡獅醒，怒吼有時。君更作何
期許？快昂首，揚我民癡。爭鰲頭，傲視英倫，恩威要並施。

(二) 釵頭鳳（鴉片戰爭憶往）兩首：

（其一）

清廷昏，紳士惡，鴉片戰爭強凌弱。
林則徐，真英勇，焚毀鴉片，重挫英兵。
雄！雄！雄！
林總督，拒英軍，拒絕鴉片救蒼生。
傻皇帝，信讒言：大敵當前，勇將撤換。
憾！憾！憾！

（其二）

英國人，沒良心，掠我地來殺我民。
伊利布，去談和：南京條約，喪權辱國。
錯！錯！錯！
賠巨款，開港口，禍國條約開其首。
割香江，惡例生：骨牌效應，兆民悲痛。
永！永！永！

九十三年八月十四日重抄於 宏恩醫院

親職教育—只要青春，不要“毒”

許如蓉護理長

一、前言：根據法務部反毒報告書統計資料顯示，國內藥物濫用的犯罪人口約二十萬人口，其中 58% 為青少年。近六成為十八歲以下的青少年，已成為社會安全最大的危機。過去吸毒及販毒者多為黑道人物，但現在已經改觀。基督教晨曦會福音戒毒中心牧師劉民和指出，由於不肖業者愈來愈擅於包裝毒品，紛紛以天使塵、快樂丸等柔性名稱吸引青年，讓人们失去戒心。目前青少年最常使用且最廣泛的為 FM2、安非他命等藥物，因此藥物與傳統毒品便宜許多對一般青少年而言都負擔得起，促使現今吸毒人口不僅年輕化更可怕是已經呈現平民化。加上現在流行 PUB 文化，不少青少年和朋友到 PUB 喝酒、跳舞在酒精和音樂的催眠下，加上好奇心的慫恿下，開始嘗試禁藥結果往往也無法自拔。

二、我國藥物濫用簡史

- 1.光復前：鴉片
- 2.60 年代：強力膠
- 3.70 年代：速賜康
- 4.80 年代：安非他命
- 5.90 年代：海洛英
- 6.目前流行：DIY、安非他命加 FM2、迷幻藥加酒精等。

三、我國法規上—管制藥品（毒品）分級原則：

- （一）成癮性
- （二）濫用性
- （三）社會危害性

四、毒品分級：

有關毒品分級的認識，依國際社會組織在 1988 年聯合國反毒公約的引導下，毒品之分級：

- 一級毒品：鴉片、嗎啡、海洛因、古柯鹼及其相關製品
- 二級毒品：罌粟、古柯、大麻、安非他命、LSD、速賜康、白板
- 三級毒品：如紅中、青發、FM2、小白板（安眠鎮靜劑）

五、藥物濫用者行爲表徵

- （一）情緒方面：多話、躁動不安、沮喪、好辯
- （二）身體方面：思睡、食慾不振、目光呆滯、結膜紅腫、步態不穩、靜脈炎
- （三）感觀表達方面：視幻、聽幻、無方向感
- （四）社會適應方面：多疑、誇大、好鬥、無理性行爲、缺乏動機

六、青少年爲何要吸毒：

個人因素

人格因素

家庭因素

同輩同伴

五、這會造成什麼問題？

- 1.會影響國家的經濟力、創造力、生產力。
- 2.會影響社會問題－治安惡化現象，付出的社會成本極為沈重。
- 3.全民健康也會受到相當影響。

六、物質濫用之防制之原則及防制政策

- (一)減少供應
- (二)減少需求
- (三)減少傷害
- (四)落實毒品危害防制條例及管制藥品管理條例
- (五)鼓勵毒癮者自動接受治療或執行強制戒治
- (六)加強教育宣導
- (七)加強校園青少年反毒宣導，培訓校園反毒種子

七、如何預防青少年物質濫用：

- (一)家庭方面
- (二)父母親的教養態度
- (三)學校方面
- (四)社會方面

八、青少年該怎麼辦－遠離毒品保護自己（天龍八部）

九、青少年如何面對戒毒後之危險情境

- (一) 心情煩悶低潮的時候
- (二) 感覺別人都在排擠你時
- (三) 以前一起吸毒的朋友激你、誘你時
- (四) 身體感覺很不舒服的時候
- (五) 精神疲憊而工作又還沒做好時
- (六) 面臨無法解決困難的壓力時
- (七) 周遭環境突然大變化的時候

十、結論：

人們吸毒、嗑藥的理由很多，有人爲了克服害羞、緊張、憤怒、笨拙的社交技巧，以及其他許多情緒上的困擾，或爲了表現世故、成熟成爲人群中的一份子，並分享其他人的感覺而癮上毒品。問題這些物質都是人工的東西，它們無法讓你真的變勇敢，或是更加適應社會，戒毒就好比戒掉一個壞習慣，並不容易；尤其是已經維持一段時間的習慣，那是需要努力，需要時間，更需要你對自己的耐心，如果你今天嘗試戒毒失敗了，不要放棄，再試一次，而且不要不好意思。

思找人幫助。

總之，「物質（藥物）濫用」只會給自己增加困擾，無法面對問題。那麼，你何必使自己的青春更難過呢？

拒絕毒品的招式－勇於說「不」

劇情敘述－旁白

- 一、學校和父母一直告訴我們不要喝酒、抽菸和吸毒，這會讓我和朋友們簡直快悶死了！只是輕輕的玩一玩，我們又不會上癮。
- 二、嘿！我們一起去參加派對，happy happy 一下，對不對？如果有好玩的先玩再說吧？不好的結果都等老了以後才會產生嗎？只要我喜歡有什麼不可以呢？
- 三、爲什麼成年人會擔心青少年使用或濫用某些藥物呢？父母親都很擔心青少年的健康意識，父母親們都很擔心自己的小孩吸毒、嗑藥如何能讓他們不擔心害怕呢？做個拒絕毒品孩子—勇於說「不」。

拒絕毒品的招式：天龍八部

- (一)堅定拒絕：勇敢地說「不」；面露微笑但語氣堅定說：「我喜歡你們，但是我不想吸！」「以前我都聽你的，但是這次真的不行。」
- (二)反激將法：你可以說：「如果因爲你們說我沒種，我就吸，那我才真的沒種呢？」
- (三)告知理由：「我才不幹呢？因爲那是犯法的，我不想惹麻煩。」
- (四)點出後果：「我是你的朋友，坦白告訴你，吸毒如同自殺，販毒如同殺人」
- (五)建議轉向：「我們都是好朋友，我們不讓吸毒，應該要去戶外走走或打球；走吧！」
- (六)藉故離開：「對不起，今晚我還要補習，我先走了！」
- (七)藉口搪塞：「醫生說我身體不好，有氣喘，如果吸了，可能一下子就翹了！」
- (八)破唱片法：堅定地說：「我不吸，不吸，……」

一路走來的旅程

裴智英／腦性麻痺病友

從小到大都是媽媽一路辛苦陪我長大，我相信很多腦性麻痺的小孩都是媽媽一步一步將我們帶大的，因為腦性麻痺孩子很多都生長在單親家庭，這些孩子當中多數都是跟媽媽一起生活，真偉大的媽媽！我希望父親能夠看得起我們。對於腦性麻痺的小孩而言，我希望不要我們大多數都跟媽媽一起奮鬥，希望父親能夠跟媽媽一起分擔，希望爸爸多給腦性麻痺孩子多一點關懷喔！

我從小就沒有父親，當見到別人都有父親，我心裡也曾想要有。不過當我慢慢長大，我想，有這麼好的媽媽陪我就夠了！要把我這樣的孩子帶大真是非常辛苦的，因為我和一般的孩子不同。有些孩子會取笑我甚至說不好聽的話，剛開始我實在無法接受人家對我的看法，我想與其這樣子活著有什麼意義？算了吧！於是，我漸漸對自己說，要堅強起來，不要去在乎別人的眼光才會活得快樂。雖然，我現在仍然無法一個人獨自行走，不過我的生命現在卻快樂不少，很多好朋友給我鼓勵與支持，讓我原本悲觀的態度慢慢轉成開朗。

一路走來幾經波折，如今，我已經廿歲了，媽媽的身體也漸漸衰老，所以我現在更要好好讀書，將來找一份好工作，讓他比較放心的。有一次，他身體不舒服時，那時我還小，可以為他作什麼呢？他說口渴，我倒水給他喝，他感動的流下淚說：「女兒行動不方便，還可以倒水給媽媽喝…」我說：「要慢慢學會獨立生活…」他說怎麼就知道要自己學會獨立？那時真正體會媽媽的辛苦。雖然腦性麻痺孩子一路走來是很艱辛，但我們不要怕辛苦，希望未來美好的天空在等待我們。我們要謝謝父母把我們撫養長大，所以我們腦性麻痺的孩子，一起加油吧！一起創造未來，我們永遠都是勇敢的勇士。

編者的話

鄭悅承主任

最近由於政府在財政方面產生相當大的困難，健保的赤字亦持續擴大，為維持健保的永續經營，健保局實施一連串的節流措施，包括自主管理、卓越計劃等約束醫院健保額度的若干計劃紛紛出爐，各級醫院均感受到龐大的經營壓力，許多的措施包括限制看診人數、調漲掛號費、開闢自費項目……等，但許多中小型的醫院則因為本身利潤原本就不高，而面臨經營的壓力，可能會有倒閉的危險。

然而，宏恩醫院是一個非常有傳統、有歷史的老字號醫院，幾十年一路走來在孟董事長的領導下，度過了一次又一次的危機，在這次健保新制度的衝擊之下，我們依然堅持以病人為中心的理念，並兼顧醫療品質的向上提升，不希望因為任何社會大環境的改變，而影響到我們多年來對患者的照顧和承諾。我們深信，不論是健保制度、醫療型態或社會價值觀隨時代而不停變遷，但是我們堅持品質的信念是永遠不變的，相信我們可以再度化危機為轉機，創造出更優質的醫療水準。