宏恩

醫刊2005年4月第87期
http://www.country.org.tw

恩被全民健康

宏揚醫學知識

87 期

目錄

※董事長的話

醫事倫理　孟憲傑　醫師

※院務動態

院務動態　潘蒙麗　主任
部門介紹-中醫部　中醫部

※醫療新知

老生常談話運動　孟憲傑　醫師
活的尊榮　活的亮麗　黃宗炎　醫師
糖尿病腎病變　黃漢文　醫師
子宮內膜癌綜論　趙灌中　醫師
病後體質調養　鄭玉琴　醫師
關於攝護腺癌　張樹人　醫師

※衛教園地

何謂腎臟病　營養組
常見市售綜合感冒成藥之藥物分析與諮詢　劉素理　藥師

※杏林花絮

院慶嘉年華會　潘蒙麗　主任
竟然我也被騙了　戴詮玉　小姐
家屬感言　趙伊瑛　先生

※健保快訊　健保組

※編者的話　鄭悅承　主任

醫事倫理

孟憲傑　醫師

各行各業，都有其各自倫理的規範。醫事倫理，係倫理學的一部份，而倫理學又是哲學的一個分枝。哲學就很難以三言兩語解釋清楚了。大凡天地萬物，都有生存的價值，生存的意義和周匝萬物共生共存的道理，這就是概括的哲學定義。

（一） 醫學倫理的發展：

醫學倫理最早可追溯自紀元前四佰年左右，希波格拉底(Hippocrates)時代。他首先倡言，要善待病人，保守病人的隱私。這應該是最早的醫學倫理。其後雖也有多次類似的論述，但多在希波格拉底的範疇之內，稍加補綴，修飾而已。其後很多宣言，如醫師宣言，護士宣言，也多雷同。何以這個被冷凍的問題，又被沸騰起來，完全基於在美國兩個案例的發生，引起大家的重視，包括醫界與法界。一例發生在波士頓(Boston)，丈夫罹患腦死，類同植物人，飲食、便溺，均需其妻不分晝夜照護，長達十數年之久，其妻因不堪其苦，上訴法院請求准其自然死亡(mercy death)。

另一案例發生在新澤西州(New Jersey)，父親把一個兩歲全身癱瘓的兒子，溺死河中。經媒體的報導，喧揚，引起社會的軒然大波。於是醫事倫理再度挑起法律界和醫學界的重視和辯論。

台灣當局，對於醫事倫理之重視，應該是近二三十年的事。從 1976 年起，首先為文連續登載於〝當代醫學月刊〞，闡述醫學倫理者，應是嚴久元先生（陳茂支醫師），其對醫學倫理之提倡、鼓吹，應屬功不可沒。最近邱小妹的事件，估不論其是非的定奪，但引發了醫事倫理的重視，則是不可泯滅的事實。至於會否船過水無痕，則就很難預卜了。

（二） 問世間錢為何物

下面因要討論病人的〝餽贈〞問題，故先簡單闡述〝錢〞的是非。

錢和性一樣，令人陶醉、令人幸福、令人迷惘、令人罪惡。

錢是天使，也是魔鬼，在於怎樣掌握，怎樣運用。

錢是貨幣的單位，從以貨易貨之後，有了交易的行為，就有了錢的單位，更以錢的單位來衡量貨物的價值。

錢所採用的物質，包括有金、銀、銅、錫。目前則以紙幣為主，取其方便，易於攜帶。發行的機構，多以最有權威的執政當局為主，也有以商譽卓著的銀行發行，但需經執政當局及社會名流認可，始可發行，所謂背書。

錢為萬物主宰，但也是萬惡之源。

沒有錢，個人生活無著，家庭支出堪虞，子女教育，患病延醫，都會發生問題。進而社會治安，國防建設，無一不需要錢。

有錢萬事能，無錢寸步難行，一文錢，逼死英雄好漢，足見錢的重要性，所以才有人為財死，鳥為食亡的俗諺。以致造成貪婪、唯利是圖的不良社會風氣。

錢，也是萬惡之源，所謂飽暖思淫泆，有了錢可以尋花問柳，娶小納妾，這僅是個人行徑，私人醜態，尚不足以為道。大焉者，有了錢就有勢，仗勢欺人，惡霸一方，魚肉鄉里，這不僅是個人醜態了，進而影響社會治安，人權和交易的公平性了，所以錢就扮演了魔鬼的角色。

但也事非盡然，不能以偏概全。有錢可以行善好施，有錢可以救弱濟貧，興學校，辦醫院，錢就成了人間的天使，問題的癥結，是端看你我對錢的價值觀了，善與惡之間僅一線之隔。

謀財致富，趨之若鶩，成了多數人終生鵠的。但謀財之道，則又有不同的取捨。

十年寒窗苦，求取功名，謀得一官半職，賢者可造福鄉民，流芳後世。劣者可因勢謀利，巧取豪奪，遺臭萬年。所謂書中自有黃金屋，書中自有顏如玉。這又符合孔老夫子所謂〝君子不器〞的哲理，不謀而合。有錢可以為善，有錢也可以做惡。孔子還說：〝富與貴，是人之所欲也；貧與賤，是人之所惡也。不得其道得之，不去也。〞也就是〝安貧樂道〞的道理。

如何才是謀財的正途：

以仁義之途，所得之財，就是正途，才能心安理得。以不道德的措施，所謀取的財帛，就是非義之財，也就是我們嘴邊常說的〝君子取財有道〞，〝君子坦蕩蕩，小人常戚戚〞。

如何才算富有：窮人不快樂，富人也未必快樂。

心存忠厚，不求非分之財，不做非義之舉，生活無懼，所賺之錢夠用；既不奢侈，也不吝嗇，就是最大財富，也是最快樂的人生。

（三） 病人的饋贈

病人的饋贈，這是一項頗為嚴肅，複雜而敏感的問題，友朋、同事之間，為了相互表示好感，建設情誼，或補償歉疚，而相互贈送禮物，應屬人情之常，也應當為情、理、法所容。正是禮儀之邦，文化的象徵。如這種饋贈是出自於病人與醫師之間，就要另當別論了。因為這種饋贈，可能牽扯到交易和賄賂的嫌疑。

病人對醫生的饋贈，不外乎下例幾種方式：

1. 住院期間或行將出院的病人或其家屬，為感謝醫師不分日夜的熱心照拂，從鄉下帶一點土產的糕餅或水果，致贈醫生，應無可厚非，設若加以拒絕，常使送

者感覺尷尬，也有顏面無光的心情。

2. 病癒出院若干歲月後，或許逢年過節，憶起住院期間曾蒙某位醫師的搭救，熱心照顧，而致送些許應時小品，似屬無可厚非，也應為理、法所容。

自從全民健康保險政策推行以來，有關當局為了扼住預算，致將醫生各種費用給付甚微，遑論尊嚴問題，且直接影響了醫生的生計，尤以特約醫師制度，開放醫院型態為然。所謂〝飽暖知榮辱，貧困起貪心〞。因此就衍生了不為眾多病家所諒解的措施。私人醫院和開業醫師是靠營運的微薄蠅頭小利，而維持生存和生計，就很難武斷其是非了。對此問題，牽扯有法、理、情的考慮，筆者就很難著墨了。總之，各行各業的朋友，都應該知道自己有一把尺，自行衡量，何事可為，何事不可為的行徑。從事理性的評估與客觀的研判。

（四） 流產

1. 自然流產 Spontaneous abortion，Natural abortion。
2. 人工流產，墮胎 Artificial abortion，Induced abortion，Criminal abortion。

定義：以醫學的技術或藥物，使受孕的胚胎或胎兒，排除於母體外的方法，謂之人工流產。

目的：為實施優生保健，提高人口素質，保護母子健康，增進家庭幸福及壓低人口過度膨脹為目的。

條件：經中華民國行政院衛生署八十四年十月所修訂之衛生法規所擬定之條件：

懷孕婦女經診斷或證明有下列情事之一者，得依其志願，施行人工流產：

1. 本人或其配偶患有碍優生之遺傳性、傳染性或精神性疾病者。
2. 本人或其配偶四等親以內之血親，患有碍優生之疾病。

3. 有醫學上理由，足以認定懷孕或分娩有招致孕婦生命危險或精神健康者。

4. 有醫學上理由，足以認定胎兒有畸形發育之虞者。

5. 因被強姦、誘姦或依法不得結婚者相姦而受孕者。

6. 因懷孕或生產將影響其孕婦心理健康或家庭生活者。

未婚之成年人或禁治產人，依前項規定施行人工流產，應得法定代理人之同意。有配偶者，應得配偶之同意。但配偶生死不明或無意識，或精神錯亂者不在此限。

人工流產歷史的回顧：

對西方世界而言，似乎從歷史上有紀錄時候開始，就有人工流產的記載。古希臘與古羅馬時期，就贊許人工流產。

有醫學之父尊稱的希波格拉底(Hippocrates)是第一位反對墮胎的學者。猶太教與基督教興起後，因在十誡中有〝不可殺人〞的誡規，所以早期的猶太教與基督教均禁止墮胎，我國從宋朝開始，也有禁止墮胎的議論。

到了十八世紀以後，英國著名人口醫學家 William Cooper 提出因骨盆狹窄而不能順利生產的理由，主張墮胎。其後爭論不休，議論紛紜，莫衷一是，但仍以主張合法墮胎，佔了上風。

梵諦岡教廷，卻鍥而不捨始終反對墮胎行為。

台灣地區是在民國七十四年一月一日才有條件的通過立法，准許墮胎，直到民國八十四年才正式把墮胎合法化。

人工流產的爭論：

雖然墮胎已被很多國家合法化了，但仍然被很多學者和社會人士所爭論。爭論的

焦點是〝生命開始於何時〞。其間有三種不同的論述：

1. 精子和卵子會合時，所謂受精"Fertilization"或其後的坐胎"Conception，"，懷孕的瞬間開始，即認為賦有生命。
2. 懷孕早期的胎兒，因未具有單獨生存能力，所以不能算擁有生命。
3. 胎兒出生以後，才能獲得生命的權利。

因為對生命開始有了爭議，因此對於墮胎與否也就有了更多的歧見。

贊成墮胎者：

1. 生命於胎兒出生後，才賦有人的權利，出生之前還不算是人，所以沒有謀殺的罪嫌。
2. 懷孕的婦女有絕對取捨的權利。
3. 控制生育，是達到完全平等的基礎，准許墮胎，對女人才是公平的。
4. 父母的職責，是準備孩子的未來，在沒有妥善安排下，為了孩子的幸福，應准其墮胎。
5. 為了減少人口暴增的壓力，符合國家人口的政策，對於漏網之魚的懷孕，墮胎應是補救最好的措施。
6. 胎兒的性別，不符合期望，可依其意願，施行墮胎。

反對墮胎者：

1. 受孕的一剎那，即係生命的開始，任何時段的墮胎，都是謀殺的行為。
2. 結婚的目的，不僅是滿足性慾的需求，應以傳種接代，綿延子孫為鵠的，結婚前就應有萬全的準備，不應以準備未妥，而殺害另一條生命。
3. 墮胎的措施，並非絕對的安全，為了婦女的健康與安全，墮胎應予禁止。

人工流產的危險性：

1. 不完全流產。

2. 流血、感染。

3. 子宮破裂→腸子穿孔→腹膜炎。

人工流產的道德觀：

若干年前，本人受邀於某道場聽道，素齋後曾有簡短講道，聽眾中一警官發言曰〝我係一警察，上司有令，捉殺野狗，殺野狗也是殺生，致內心深感不安〞。法師答曰：捕殺野狗，係受上級指示，且為維持社會秩序、治安，故不犯殺生之戒。另一婦產科醫師也起立發言曰〝在執業過程中，常因不可抗拒之理由，為婦女墮胎〞，法師毫不猶豫的答曰：因係治療行為，也不犯殺生之戒。就如同劊子手及戰場之軍人，事出同理。雖係開後窗的答案，卻屬恰如其份的妙答，免除當場之尷尬。因此很多是非的詮釋，常因環境、背景不同，而有懸殊的論定。

（五）安樂死 Euthanasia 或用尊嚴死

讓病人痛苦苟延的活著，或有尊嚴的往生，這是一個複雜而嚴肅的問題。在美國很多州已經通過對死亡選擇的權利，但並未獲得聯邦政府的認同。我國政府也未通過該項條文。

凡是神智清楚者，在兩位見證人見證的情況下，可以簽立聲明書，申明當其身心狀況，漸臨末期時，不接受任何醫療措施。

安樂死（Euthanasia），意思是〝好死〞，〝安詳的死〞，〝美麗的死〞，〝無痛苦的死〞。用〝尊嚴的死〞比較更為適當。於其痛苦的苟延活著，不如撤走所有救生措施，使之尊嚴的走完人生。但絕大多數的患者及其家屬，卻有相反的意見，他們認為縱有一線

希望，也不願放棄活的權利和爭取活著的一切措施。

病人雖有選擇死亡的權利，但醫生卻有救死活命的義務。俗稱好死不如歹活著，這就是該問題爭論的焦點。

在台灣雖無法律的依持和保障，但若干學者和社會名流，仍試擬了三個採取安樂死的條件。只能參考，不能做為法則：

1. 接受安樂死者，必須在醫學上公認患有絕病而瀕臨死亡的病人。
2. 病人痛苦不堪，難以忍受其折磨。
3. 病人及其家屬，有謀求安樂解脫之意願。

安樂死的種類：

1. 積極的安樂死 Active Euthanasia

   當醫師判斷其罹患之病，絕無治癒希望時，給予病人大量的鎮靜劑或麻醉劑，以解脫其瀕死的痛苦，稱為 Mercy killing。此種促死的方法，不為大家所認同，犯有謀殺罪行，也不為法律所允許。

2. 消極的安樂死 Passive Euthanasia

   也稱任其死亡（Letting die），即醫師確定無治癒希望時，去除所有維持生命的儀器，如呼吸輔助器（Endo tracheal tube)，食物灌輸設置，心臟跳動維持藥劑等。這種安樂死，比較接近人性，但也違反醫師應有的責任。

結論：

安樂死是一個嚴肅而長久以來爭執不休的問題，牽扯到法律、宗教、道德觀和家屬意願，以及醫護立場的觀點，主要是在維護生命與減除病患痛苦，兩者取捨之間確有事實的困難。

院務動態　　潘蒙麗　主任

1. 本院配合行政院衛生署，為落實一般醫學訓練之精神，強化一般醫學訓練環境，實現以病人為中心之全人醫療照護理念，辦理畢業後一般醫學訓練，與三軍總醫院進行醫師交流訓練，每梯次三軍總醫院兩名住院醫師到本院學習認識社區醫院之角色功能。本院在林煥博醫師的帶領下，帶著三總住院醫師，觀摩本院醫院之角色、各單位之運作、出院準備服務之團隊運作、感染控制委員會之功能、新興傳染病之因應措施、防護隔離措施、診間醫師之看診、社區健康中心之角色功能，更進而深入社區養護機構之功能，真正認識社區醫療之運作，讓醫學中心之醫師有不同之感受與嘗試。

2. 93 年中病人安全工作就已在醫院全面的推動與展開，病人安全委員會將 94 年安全目標，已於今年初公告給全院員工，讓員工能熟讀熟記，並且落實於工作中，委員會之委員並隨時抽問，希望全院員工能將病人安全列為每人工作中之要項，能耳提面命般的隨時提醒自己，發揮以病人為中心之整體服務，同時也將病人權益及就醫注意標語張貼於各診間門口，提醒及宣導病人注意就醫安全。

3. 護理部媽媽教室活動，由婦產科醫師林裕豐、陳俊霖，婦產科病房張允嫻護理長、周建寅副護理長(衛教組組長)及護士等共同策劃安排。於每月第四週之週六下午舉行，每次活動主題都公告於本院網站。自舉辦活動以來，每次活動都得到相當的迴響，尤其是在教導產前運動如拉梅茲生產減痛法時，孕婦們出席得特別踴躍，更令人感動的是準爸爸們陪同準媽媽們共同參與，讓我們為國家未來的主人翁共同祝福。在 93 年度之媽媽教室成果中，全年共有 92 人參與分享與學習。

4. 國人在地人口老化，慢性病人口比率增長，因應國家長期照護人力需求增加，本院與台北市家庭照顧者關懷協會共同合作，93 年辦理了三梯次照顧服務員之訓練，93 年 11 月 26 日止共培訓了 56 名照顧服務員，提升照顧者之服務品質。本院提供學員上課及實習場所，讓照顧服務員之訓練能圓滿成功，相對的也提供學員們照顧之能力的提升與市場就業的能力。

5. 93 年年終尾牙訂於 93 年 1 月 21 日在敘香園舉辦，感謝董事長、董事、貴賓各特約醫師、各協力廠商等熱情贊助摸彩禮金及摸彩獎品，讓整個活動因為有你有我的共同參與留下美好的回憶。

當孟董事長任命藍浥椿主任為 93 年年終尾牙籌備活動小組總幹事後，整個小組就在藍主任總監之領導策劃下，打造出一連串有別與以往之精心創意設計與規劃，每週密集安打的討論、緊迫釘人的連繫，整個團對隊最終目的只求成功地能讓全體員工享受到一年一度溫馨感人、眾所期盼的年終聚會。

今年的聚會孟董事長又特別交待指示邀請退休人員回娘家，讓退休人員能藉此聚會共同再相聚，感恩回饋心心相繫、血脈傳承加注宏恩心。

也正因為現場有那卡西助唱伴奏，其實各單位人才濟濟，為了達到聚餐摸彩的團隊參與，籌備小組更希望各單位有施展長才的機會，特別邀請各單位能於當晚有表演節目助興，讓會場歡樂更熱絡、青春更活力，當董事長宣佈表演當天有最佳團體獎三名時，台上各單位賣力演出的讓現場全體觀眾大開眼界、跌破眼鏡，台下笑聲、掌聲、樂聲、歡樂聲弄作堆，讓整場歡呼沸騰駭到最高點，相信你我參加 93 年尾牙活動讓您終身難忘、看到宏恩團隊之向心力、凝聚力、明日標竿，增添宏恩美麗的一頁與歷史的見証。

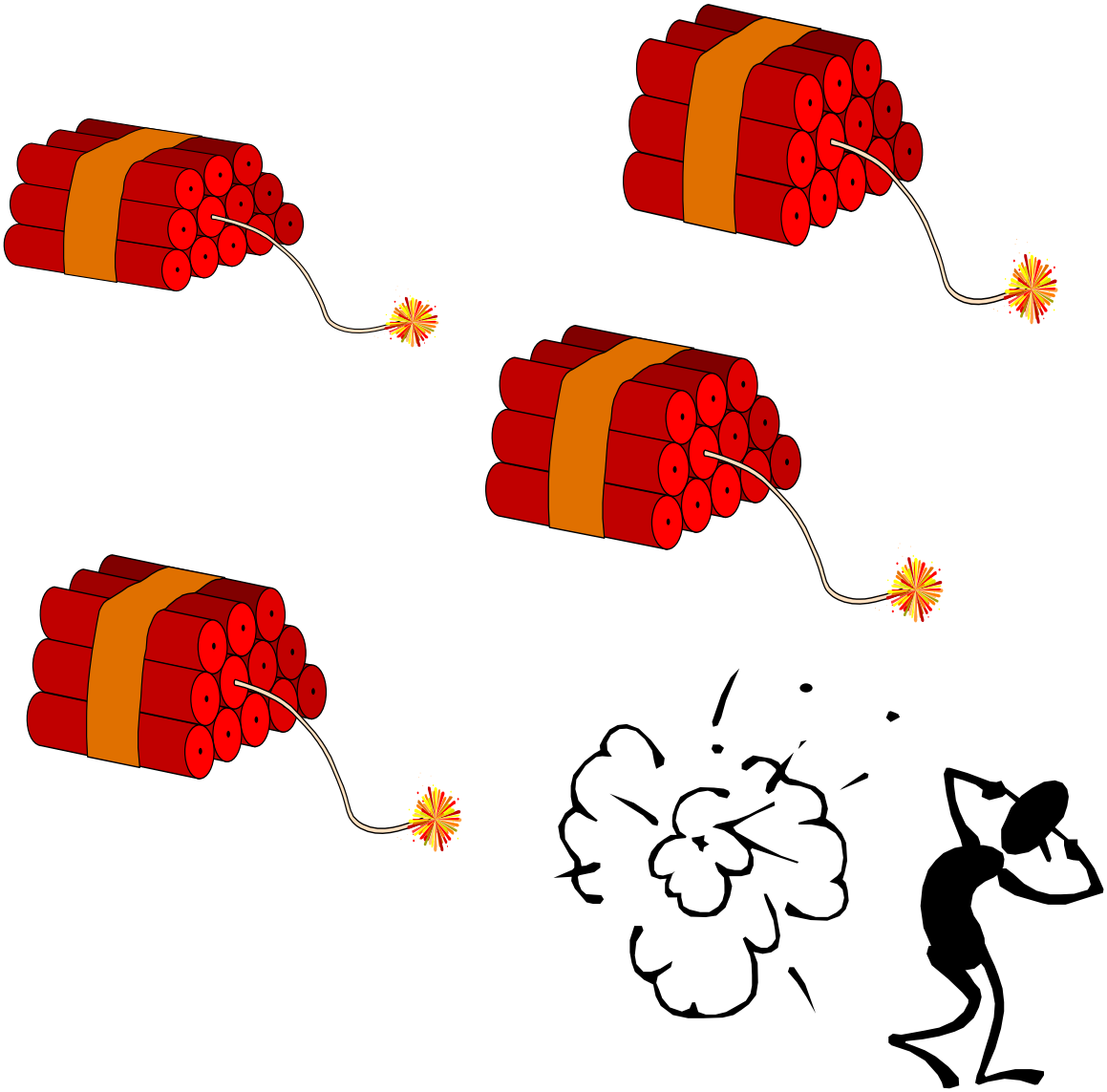
● 資訊室徐佩嵐、黃秋華會計室陳光蘊---合音共舞、魅力十足。

藥局的熱歌勁舞—青春無限、活力無窮。

急門診脫穎而出的團隊演出---唱作俱佳、滿堂喝彩。

以上演出單位得到最佳團隊獎，分別得到 5000 元、3000 元、2000 元現金鼓勵

●尾牙當晚孟董事長也頒發了服務醫院 20 年以上資深人員獎牌，感謝為醫院奉獻及服務的精神，段玉枝與黃里青分別獲頒獎牌乙座，以資鼓勵。



宏恩醫院新成立中醫部門提供更多的治療選擇

服務項目

- 中醫內科
  頭痛、眩暈、失眠、心悸、感冒、咳嗽、過敏鼻炎、氣喘、食慾不振、腸胃失調、腹痛、便秘、腹瀉、高血壓、糖尿病、慢性肝炎、中風後遺症等。
- 中醫婦科
  月經不調、痛經、帶下、更年期障礙、不孕症、坐月子產後調理、子宮肌瘤等。
- 中醫兒科
  過敏性鼻炎、氣喘、異位性皮膚炎、體質調整、生長發育、腸胃機能障礙等。
- 中醫皮膚科
  青春痘、濕疹、黃褐斑等。
- 中醫傷骨科
  骨刺、坐骨神經痛、急性腰扭傷、腰痛、五十肩、運動傷害、酸痛麻循環障礙等各種痠痛症及針灸
- 中醫養生抗衰老、體質調理、針灸美容、瘦身、豐胸

醫師經歷

醫師姓名	鄭玉琴　中醫師	賴清旭　中醫師
學經歷	中國醫藥學院畢業 行政院衛生署台北醫院中醫科醫師 中國老年協會衛士抗衰老中心約聘主治醫師 現任宏恩醫院中醫部主任醫師	台大醫學院免疫學研究所碩士 中國醫藥大學學士後中醫系 台灣兒童過敏與氣喘免疫學會會員 中華民國免疫學會優良研究獎得主 中國中醫臨床醫學會會員
專長	中醫婦科 中醫內科 中醫兒科 中醫皮膚科 中醫養生抗衰老、體質調節、針灸美容、瘦身、豐胸	中醫兒科 中醫婦科 中醫內科 中醫傷骨科
著作	免疫力升級計畫 經期美容與調養 天然美敷面膜 在家泡澡又泡腳	個人網站—賴醫師生活中醫資訊網

諮詢時間及門診表

諮詢電話：(02)2771-8808 或 (02)2771-3161 轉 111 中醫部

日期 時間	一	二	三	四	五	六

8:30~12:00	鄭玉琴	賴清旭	傅俊欽	鄭玉琴	傅俊欽	賴清旭
13:30~17:00	鄭玉琴 賴清旭	鄭玉琴 賴清旭	賴清旭	賴清旭	賴清旭	鄭玉琴
17:00~20:30	賴清旭	鄭玉琴	鄭玉琴	賴清旭	鄭玉琴	鄭玉琴

宏恩醫院　中醫部門

祝您健康

老生常談話運動

孟憲傑　醫師

醫師之父希波克拉底(Hippocrates)，在紀元前四佰年就曾經說過：陽光、空氣、水和運動，是維持生命和健康的源泉。時之今日，仍認為是經典之論，日常生活中除了食物之外，上述四項，無一能缺。足見運動的重要性了。我們日常生活中，經常說要活動，意義頗為深奧，要想活，就必須要動。運動能使生活的品質提高，生活趣味盎然，更能延年益壽。

運動種類的選擇，要適合個人的體態和耐久力，超出個人運動承受量的範圍，將有害而無益。如果沒有長期運動的習慣，開始時要從輕微且短暫項目起步，不要求勝心切，操之過急，更不要與他人逞勝爭強，一切要量力而為，東施效顰，也非上策。設若在運動過程中，感覺精力不濟，氣喘吁吁，應即停止，稍事休息，萬不可勉力而為。馬拉松式的長途賽跑者之所以偶而會發生暴斃於中途，即係心肺不勝負荷所造成。

運動量多寡的選擇，取決於我們的負荷力，而負荷力之強弱，又取決於心臟肺臟的健康與否。長期連續性的運動，則可增高肺臟之肺活量及心臟之彈性。而心肺之強壯與否，除先天因素外，又取決於運動，故運動之重要，當一目瞭然了。心肺健康的例行檢查，至關重要。

身體力量之強弱，取決於肌肉之發達與否。伸縮力，柔軟性的幅度，又取決於關節健康之情況。諸如上述因素的瞭解，是制定運動種類的主要關鍵。無可置疑的，肥胖與安逸惡勞者，都會影響心臟的健康及關節和肌肉的強弱。所以選擇運動種類之前，應先考慮哪一種運動最屬適合(fitness)。

耐受力的測試：最簡單的測試，是測試脈搏跳動的次數。脈搏跳動一次即代表心臟

收縮一次，在休息狀態下，每分鐘脈搏跳動的次數約為七十次左右，靜態情況下，跳動的慢比較好。通常是在運動後的脈搏每分鐘跳動次數，減去年齡為比較正常的次數，如果運動後脈跳 220 次，假設年齡為 35 歲，(220-35=185)，則屬於心臟可接受的耐力。年齡愈大，接受的耐力愈小；以七十歲計算，運動後脈搏跳動的次數應維持 150 次以內。保守的說法，以 95-140 次之間較屬安全。

如果在運動過程中，仍能談笑自如或輕聲慢唱，則表示運動量尚未過份。如果出現氣喘吁吁時，則表示運動量已逾越應有的耐受力，當適時減緩或停止。

正確的運動，是要適合個人的體能，不能驟進，也不能勉強，一天蓋不好金字塔，一天也不能建成萬里長城。運動量的多寡，要取決於個人的耐受力，寧肯不足，不能過份，否則有害無益。

確定運動時，每週不得超過四次（指中、老年人而言），每次運動時間不得超過半小時，應視個人感覺而逐漸增長運動的時間和運動量。

什麼運動最好，是一個難於武斷的問題。運動的種類，洋洋灑灑不下數十餘種，有些運動純為運動而運動，有些運動則附有社交的意味，如何選擇，繫乎一心。根據環境，時間和體能而決定。

運動的種類，包括有有氧運動(Aerobic)，棒球(Baseball)，籃球(Basket ball)，騎腳踏車(bicycling)，游泳(Swimming)，保齡球(Bowling)，舞蹈(Dancing)，遛狗(Dog walking)，園藝(Gardening)，小白球(Golf)，冰球(Hockey)，溜冰(Ice skating)，慢跑(Jogging)，網球(Tennis)，排球(Volley ball)，走路(Walking)。

慢跑，游泳，舞蹈，皆屬有氧運動，對心臟較好，其他統屬肌肉訓練，也可增強心臟彈性和耐受力。

對於中、老年人的運動，個人意見，以慢跑與走路最為適宜，從前張群先生，陳立夫先生，生前都是大力提倡步行運動者。最近北京出版的一本〝健康快車〞就大力推廣走路運動，認為走路是世界上最好的運動項目。因為它不需要豪華的設備，也不需要特殊的場地，隨時、隨地，俯拾皆是，像公園，像體育場，像馬路邊之人行道等。

美國心臟學權威懷特醫生，也曾提出步行對健康的助益，他個人就是一個身體力行者。他認為步行可以逆轉心臟冠狀動脈硬化症，每隔一日應步行一次，每次要走 2-3 公里，步行的速度應稍微加快，最好每分鐘使心跳，即脈搏次數跳至 130 次左右，當然也要重視個人感覺而定。如因步行速度加快而發生氣喘吁吁，應即放慢腳步。

因為步行，可消耗熱量，體重也可適度減輕。運動可使血管彈性增加，促使血壓降低，所以運動也有降低血壓的作用。運動可使血流旺盛加速，可洗刷血管壁附著之淤積廢物，因此也有降低血管硬化及冠狀動脈栓塞作用。如果因天雨、降雪，室外不便行走時，可購置一部跑步機，利用跑步機行走，也可達到同樣的效果。

步行是中老年人最佳運動的選擇，既省錢又省事，無須像其他球類的運動，既要場地，又要對手。

在運動過程中，幾個原則，應當謹記：

第一要有恆，不能一曝十寒。

第二要有序，按時進行，不能朝三暮四。

第三要有度，不能偷懶，也不能操之過急。

不要畫虎不成反類犬。

此外柔軟體操和太極拳，也應該是可能的選擇。太極拳有柔中克剛的作用，對於筋骨都有活動功效。對神經平衡也有輔助功能。

運動的益處多多，綜上所述，摘要錄後：

1. 運動促使心臟強健，功能增加，使體內各個器官及四肢，獲得較多之氧氣。
2. 強化血循環，增加肌肉之緊張收縮力，促使下肢靜脈血液回流心臟，進而降低血壓。
3. 降低壞胆固醇(LDL)，增高好胆固醇(HDL)。
4. 使肌肉強壯，增加伸縮力，減少僵硬感。
5. 使骨骼密度增加，支持身體之負荷力上升。
6. 改善平衡及協調功能(Balance + Coordination)。
7. 減少跌倒及骨折的機會。
8. 消耗熱量，減輕體重。
9. 控制血糖，減少糖尿病發生率。
10. 增強免疫力，減少被傳染機會。
11. 促進大腦(Endorphin)之分泌，使心情愉快，消除沮喪情緒，改善失眠及便秘。
12. 基於上述之優點，可減少心肌梗塞症之發生。

活的尊榮　活的亮麗

黃宗炎　院長

台灣人口的平均年齡女性爲七十八歲，男性也可活到七十四歲。而且老年人口接近百分之七，也漸漸進入老人國。在二次世界大戰後的嬰兒潮帶起各項商品及醫療型態，例如早期的嬰兒食品、搖滾音樂、速食業、比基尼、健康食品、保健食品，到現在各式的養生食品與醫療的興起。人類在現在的吃的飽、穿的暖時代之餘，追求更高品質的生活與健康。也因此在醫療界興起各式的醫療型態。

也因爲人類追求更舒適的生活，大部分的先民生活形態爲現代科技取代而形成另一個負面的傷害，先民吃的是生食野味，近乎人類的近親猩猩、猴子以植物爲主，但在會使用火的人之後，肉食、熟食、速食產品爲主，原先以生素食爲主的胃腸道，因接受肉食、熟食、速食功能改變而衍生出疾病。先民住在高樹、洞穴，需很辛苦而能到達，如今一指電梯送到門口，再加上空調，因此現代人鮮少具備運動及防寒能力，體內的自衛及活性降低。先民以樹葉獸皮裹體、防寒，如今各式紡織品保暖質材的刺激及防寒的皮表也高度萎縮，溫度一變就無法自衛而得疾。先民以足爲行，如今各式先進的交通工具取代了我們的足，因此我們的運動活力大大降低，最可怕的人不自知，反而以此爲傲。

以科學爲基礎的現代醫學與對抗醫學，發展了無數的藥品及醫療項目，不可否認的是瞭解了侵犯人類病因，發展了快速的治療方式，但也造成另方面的破壞而製造更多的問題，對與錯留與後代子孫的再求證再評估。

現代人最多的疾病是慢性病，死亡率也是在十名內。根據基因細胞學的說法，人類自然年齡應爲一百二十五歲間，現短少了近五十年而且在末期歲月裡，活得沒有尊榮，也不亮麗。例如癌末的折磨、中風的無奈、心臟病的恐嚇等等皆造成人活的不尊榮、活的不亮麗。因此如能適當的排除「癌」的折磨，避免心臟血管疾病等慢性病上身，「人」一定可以活的尊榮活的亮麗而達到該活的歲月。

那如何方能達到活的尊榮活的亮麗的目標呢？分四大方向來追尋：一、食的方面以自然素食爲原則，肉食當然在發育前爲需要，但成年後則少食，尤其不要食用加工的食品，營養的均衡是首要。二、活動〈運動〉則平均一出汗一微喘及隨時爲原則。有所謂「有樓梯不坐電梯，有單車不開車」的方式，所謂出汗是促進細胞的新陳代謝，汗水將體內毒素排出，微喘也是使運動時
體內細胞因代謝增加而形成氧債，以增加換氧方式來還氧債，一方面增加細胞活性及代謝率，一方面也將體內污氣全數排出。三、環境的改善。現代人類三大基本需求〈陽光、空氣、水〉即出了問題，全人類同力改善，小環境的改進更是健康的訴求，食物的選擇，水的安全，皆是基本的條件，病從口入是自古明訓，慎之慎之。四、精神上的照顧，這是人類特有的性質，因人類可記憶、溝通、合作、群居，可就有摩擦，及心情上的互動，如親情、愛情、人情及事情，也就有喜怒哀樂及憂鬱，煩惱也跟著來，也是生活品質及疾病的來源，因此保持身心愉快是方向之一。

這些都是概要性的解說，細節繁多待日後逐項再談。

糖尿病腎病變

新陳代謝科　　黃漢文醫師

糖尿病之可怕以及消蝕醫療資源之大，沒有其他疾病可與之比擬。糖尿病之可怕在於它的併發症，那就是微小血管與中等度血管之病變，使患者生活品質下降而一時又不致結束生命，真是苦不堪言。糖尿病究竟有那些可怕的併發症呢？它們即是微小血管病變（Microangiopathy）有眼睛及腎臟，至於大血管病變（Macroangiopathy）即是截肢。現僅以腎病變加之解說。

腎臟是由約二百萬個腎單元（Nephron）即腎絲球與之相連結的腎小管所形成，職司過濾，排泄吾人日常生活中產生的含氮廢物加以廓清及再吸收並調節酸鹼平衡。此功能一旦因糖尿病而起變化時即產生所稱之尿毒症（Uremia），病人終因腎衰竭而結束生命，現幸有血液透析（洗腎）或腎移植可以治療而延長生命，然而因之而來的醫療資源之耗蝕無法累計。

糖尿病腎病變主要是腎絲球因血糖過高而產生玻璃樣病變，呈現結節性稱 Kimmelstieh Wilson 氏結節或瀰漫性腎硬化變化，終至完全玻璃樣硬化而消失過濾功能，腎臟一旦腎絲球消失達百分之七十以上即產生尿毒現象，諸如怠倦，噁心，嘔吐和貧血等症狀，若不治療，生命就此結束，現幸有血液透析及腎臟移植以資因應。

腎臟病變之罹患糖尿病之病人，初始其腎臟大小比一般非糖尿病患者之腎臟約大 30%，它不是細胞增加而是細胞變大，其過濾率（GFR）亦隨之增加，這一過程是可逆的，若血液葡萄糖量控制良好，其大小可回復正常，此時亦可測得一時性蛋白尿即現時我人測尿中微蛋白量（Microalbumin）。之後隨著糖尿病病史之延續，一部份病人血中白蛋白（Albumin）因腎臟之漏失而產生腎病症候群（Nephrotic syndrome），臨床上有水腫、重度蛋白尿、血中低白蛋白、高膽固醇血症，此時的腎病變已是不可逆了，隨著病史時間的增長，腎單元（Nephron）之逐漸玻璃樣變性（Hyalinization）而進入尿毒期，但並非每一糖尿病腎病變必須經過腎病症候群階段。

糖尿病腎衰竭之臨床症狀：

（1）.噁心、嘔吐、食慾不振、怠倦等一般症狀是由於血中含氮廢物（BUN, Creatinine 等）之累積所致，此時吾人對患者之飲食應有所節制，即蛋白質之攝取限制，只能攝取高生物價值（High biologic value protein）蛋白質，如牛肉、蛋類能供應生活所必需之胺基酸（Essential Amino Acid）而減少 BUN 等廢物之產生，此時高生物價值蛋白質之攝取量爲每公斤體重 0.8～1.0 克（0.8～1.0gm/kg of weight）。

（2）.貧血：紅血球生成素（Erythropoietin）係腎功能之一，一旦腎功能呈現衰竭時，紅血球生成素即不足以促使骨髓生成紅血球，臨床上呈現貧血現象，此貧血主要由於胃腸道之慢性滲血（Oozing bleeding）。腎衰竭導致之貧血，一般血容積穩定於 20~30%，極少腎衰竭貧血小於 20%，若小於 20%必須尋找腎衰竭以外的血液遺失或造血必需物質之缺乏，諸如鐵劑(Fe)，葉酸(Folic acid)及 Vit. B_{12} 之缺乏。此外由於代謝廢物中 Guanine 有抑制血小板凝集作用，加強了腸胃道血液之遺失，血液遺失現已有人工合成之紅血球生成素治療，此外鐵劑，葉酸，維生素 B12 等亦須同時給予。

（3）.高血壓：極大部份糖尿病合併腎衰竭者具有高血壓，此對已有血管硬化（Atherosclerosis）者係一危險因子，此高血壓可用 Thiazide 及其他 ACEI 或 Prozosin，Hydralazine 等治療。

（4）.腎性骨失養症（Renal Osteodystrophy）：在臨床上呈現的腎病爲骨軟化症（Osteomylasia）或纖維性骨炎（Ostitis fibrosa），此乃由於尿毒症有血磷過高引致血鈣過低之變化，此時導致繼發性副甲狀腺功能過高症，動員骨中鈣質引起骨失養症（Osteodystrophy）。此外維生素 D 因腎衰竭不克將維生素 D 轉化成 $1.25(OH)_2D$，使鈣質吸收不良。骨失養症之治療，可使用磷吸著劑如氫氧化鋁，以降低血磷，此外鈣製劑、活性維生素 D 之給予，以提高血中鈣含量，預防骨鈣之

遺失，此外，副甲狀腺切除術用於處理副甲狀腺功能過高症。

（5）.神經病變：糖尿病病人若發生重度腎衰竭（GFR＜10ml/min.）產生週邊運動及感覺神經病變。但若糖尿病發生重度神經病變於先，則此變化甚難加以區別，除非患者接受血液透析或腎臟移植，則若係尿毒引起則得以緩解。

最後一提，若糖尿病病人進入嚴重腎衰竭時期（GFR＜5~10ml/min.）則臨床上完全呈現腎衰竭尿毒症狀，如噁心、嘔吐、怠倦、食慾不振、厭食、皮膚搔癢、呼吸侷促（由於尿毒性酸中毒、鬱血性心衰竭），水腫終至抽搐昏迷，尿毒心肌炎亦可發生。

子宮內膜癌綜論

婦產科　趙灌中醫師

子宮內膜癌目前在歐美好發地區，已成為最常見的骨盆腔內婦科癌症。二十年來，它的發病率突然直線上升。以美國為例，每年發病例有三萬四千名，發病數目相當於每年卵巢癌發病例的二倍，子宮頸癌的三倍。臺灣近十年來，子宮內膜癌數目也逐步上升，它對於子宮頸癌的比率由五十年代的40:1(子宮頸癌：子宮內膜癌)，近年已增高為 14:1，可見其未來很可能會超過子宮頸癌、卵巢癌，成為本地區最常見的婦科癌症。

對於子宮內膜癌的了解，我們參考盛行率最高的美國為例，其顛峰期始於 1980 年代，當時每年有四萬名新病人，但死亡人數卻每年沒有超過六千人，發病率那麼高，但是治癒率還是相當不錯。在 1990 年後，其發病率略有下降之勢，目前每年仍有三萬四仟名新病例。新病例的略減可能是因為目前對此病已有相當的了解及預防[1]。

發病率居高的原因可能有四點：一、高齡化婦女群人口所占的比率增加；而內膜癌是好發於停經後的婦女。二、診斷方法與技術的進步，使早期確認診斷的機會增加。三、最可能的原因是雌激素沒有制衡的使用而造成內膜的異常增生。尤其在停經前後，在不穩定基因型的婦女，很可能是因雌激素的誘導而產生子宮內膜癌。四、食物與環境的因素；環境的因素間接影響子宮內膜及食物中過多的膽固醇脂肪等在體內刺激了內膜的肥厚增生[2,3,4]。在 1975 年以後，由於高發病率快速的增加與過量雌激素作用明顯有關，因此在使用荷爾蒙上也漸漸節制，現在已有較合理的用法來治療停經後婦女的荷爾蒙補充，即所謂雌激素加上黃體素的標準療法。在實驗室中或臨床使用黃體素均可使內膜穩定而不突變。也因此在近五年來，子宮內膜癌在國外已開始漸減[1,4]。

從最近三十年的臨床觀察發現，內膜癌好發於一些高危險群婦女，這些高危險群包括肥胖、高血壓、生育次數低、不孕、初經較早或停經較晚及長期單獨使用雌激素者。此種高危險群的現象，屢見於國外的許多報告[2]，在 1991 年初，台北榮總做過一項回顧性研究發現，在 55 例為子宮內膜癌的病患，確實有這五項高危險的因素好發於這類的病人，在統計學上是有意義的差別[5]。

從流行病學盛行率的調查、基礎的細胞受體研究上、還有從臨床的荷爾蒙使用等方面，子宮內膜癌確實可稱之為雌激素依賴性的婦科腫瘤。絕大數的這種腫瘤與雌激素有相關性的是分化良好，且常會因為異常出血而可被早期發現，治療的效果也較好[6,7]。這種雌激素依賴性的內膜腫瘤是在 1975 年的 Dr.Smith 所首先提出。也因為累積二十年對此疾病的經驗了解，自 1988 年至今，對於子宮內膜癌的診治，實有相當大的改變，對於預後有所影響的因素也逐步被發現：如細胞的型態、腫瘤的期別、侵犯的深度、淋巴腺的擴散及腹水細胞的是否陽性皆被認定是重要的預後因素。另一項進步是子宮內膜癌的治療，1985 年以後各大醫學中心以採取手術治療為主的模式，逐步取代當初以手術前放射治療的治療模式。也因此 1988 年後，子宮內膜癌的分期完全以手術分期為主要分期，Creasman 所領導的小組所提出來的理論，也被國際婦產科醫療聯盟採用，是目前各個已開發國家的最新分期準則。用手術當第一首要的治療，最大優點就是可以把此病應該採取治療的方式掌握的更好。因為手術後由病理標本所得到的各項預後資料,可以再決定是否要在手術後再追加放射線治療或化學藥物治療[8,9,10]。

子宮內膜癌的致病危險因素

子宮內膜癌在國內、外均屬於停經後婦女常見的癌症，好發年齡在 50 ~ 69 歲之間，在歐美地區平均年齡在 62 ~ 63 歲間。國內的統計上病人年紀稍輕，以台灣北部各醫學中心的統計為例，其平均年齡在 52-54 歲之間。有 5%的內膜癌病人發生於 40 歲以下；也有 1/4 發生在停經之前，這個年輕性的內膜癌在各國有漸多的趨勢。

關於此病的危險致病因素，在 1974 年，Machon 發現有三個族群可能發生多發性的高危險因素。第一個族群是發生於正常的生理結構，但是這些人有肥胖、體重太多、產次較低及停經延後等的現象。這群人好發原因，目前尚未瞭解，不過以肥胖為例其多半合併有高血壓、糖尿病。而較肥胖者在停經後其雌激素已非經由卵巢產生，而是從身上的脂肪組織經由芳香化作用（aromatization）從雄脂烯二醇（androstanediol）轉換成為雌激素的雌酮（estrone），這種相當活躍的雌激素很可能導致子宮內膜的增生，部份的人，更轉變為腺癌。

內膜增生並非一定會演變成子宮內膜腺癌。以前在子宮內膜增生的命名上並不統一，自 1988 年後，子宮內膜的增生則簡分為二大類。一大類為不活動性的增生，增加的細胞歷經久遠也不會致癌。另一類的增生則相反的會有致癌之疑慮，而把這類情形目前統稱之為非典型增生（atypical hyperplasia），其特徵為細胞不正常而且開始有惡性化的傾向，這些非典型的增生才是將來導致內膜癌的高危險因素。內膜癌流行病學統計上常常發現病人有肥胖等高危險致病因子，如果一個婦女超過正常體重 50 磅以上，則其罹患子宮內膜癌的機率則增加 10 倍，如果停經的年齡晚於 52 歲，則其子宮內膜癌的致病機率也增加 2.5 倍，此外生產數少於 5 次者比大於 5 次的罹病率高 3 倍[11,12]。

第二個族群就是本身有病並且合併其他的問題，因而導致子宮內膜癌的機會增高。其中又細分為幾個族群：一類是患者本身自體產生的雌激素過高者，其代表者為多囊性卵巢病之患者，因為產生雌激素過高而缺乏黃體素來平衡，其中常見合併有不孕症病史；另一類是因病態的卵巢瘤，例如卵巢的顆粒細胞瘤（granulosa cell tumor）因產生過量的雌激性，會引發子宮內膜的增生，其中部分病人則演變為子宮內膜的腺癌。但如果使用口服避孕藥者，則相反的會降低子宮內膜癌罹患機率。根據 1983 年，美國疾病管制中心（CDC）的研究發現，長期使用口服避孕藥的族群與沒有使用過者比較，只有一半的罹病機率。第三型高危險致病因子則是暴露於外界的致癌因素中。這些致癌因素包括環境的污染、抽煙等等，這可能是導致近一、二十年來某些子宮內膜癌快速增加的原因[13]。幸運的是致病因素被發現後，雌激素使用的保守及篩檢的加強，在 1998 年後內膜癌的盛行率至 2004 年已有略趨下降的喜訊。

診斷與篩檢

至目前為止，子宮內膜癌仍無一理想有效的篩檢方法，不像子宮頸癌可利用子宮頸抹片檢查來篩檢。在北歐一些地區做過了許多研究，但結果顯示仍無一理想而有效的篩檢與預防。若以子宮頸抹片檢查來篩檢子宮內膜癌，則只有低於一半的病人會被檢查出來。以榮總二十年來，子宮內膜癌的患者為例，做過的子宮頸抹片細胞學檢查為陽性的患者，比率只有三分之一。此外，如果抹片結果是陰性反應的子宮內膜癌患者，其病情比較早期而且治療之預後較佳。反之若子宮頸抹片為陽性的子宮內膜癌，通常發現的比較晚期，其侵犯肌肉層深度較深，細胞分化比較差且部分已經轉移[14]。
雖然定期常規的篩檢目前仍無適合方法，但對於高危險群的婦女，仍應採取適當的預防措施。以下表 1. 列出有四種情況的婦女，應接受定期的篩檢。

表 1. 定期篩檢子宮內膜癌的婦女

1. 停經後的婦女接受單一的雌激素治療。
2. 肥胖的停經後婦女，家族史有子宮內膜癌、乳癌、腸癌及卵巢癌的婦女。
3. 停經較晚 52 歲以後的婦女。
4. 停經前有明顯的不排卵週期，如多囊性卵巢或功能性卵巢疾病者。

對於懷疑有子宮內膜癌的婦女，目前已有二種診斷與篩檢的方法可以使用。一為直接子宮內膜取樣細胞學的檢查，近十年來發展出一些新器械，可經由未過擴張的子宮頸，直接到達子宮內腔取樣，做內膜細胞檢查，同時也可以取出部分組織，做組織學的化驗。取樣適當，正確診斷率可達 90%。另 10%的病人無法得到正確的診斷，則是由於子宮頸狹窄，高齡婦女，及病灶範圍太小使取樣走了樣，拿不到，或者沒拿到想拿的細胞。但從子宮腔內細胞學檢查的概念，很可能在下個世紀的發展下出現了更優異的診斷內膜癌的工具。此外，利用陰道超音波檢查，無論用彩色的超音波來偵測血流量或用超音波來掃描子宮內膜的厚度，也是近十年來對子宮內膜癌篩檢與診斷的一個突破性方法，在停經後的婦女若內膜厚度超過 6mm，則需進一步做謹慎的診斷以排除是否有內膜癌的可能。以超音波鑑定厚度來診斷仍有 10%偽陽性的結果，因此不能只靠內膜的厚度來診斷，仍須在內膜肥厚者做進一步內膜細胞學檢查才是正確的診斷之道。至目前為止，子宮內膜癌的診斷仍是依據傳統的方法來得到一個正確的結果，即子宮內膜搔括術及病理學檢查。子宮內膜搔括術須擴張子宮頸口，必要時給予麻藥，在子宮內膜分兩段取樣。分別取出子宮內膜的細胞及子宮頸內口的細胞，分別送病理組織學檢查，即可斷定是否為子宮內膜癌。這是到目前為止仍是最有效診斷子宮內膜癌的方法[13]。

症狀與徵候

子宮內膜癌最常見的症狀是停經後的異常出血。其次，在停經之前的出血，既不規則，量又不一定。都要懷疑。對於停經已久，年紀大於 70 歲的婦女，其子宮內膜癌的形成很可能與荷爾蒙無關，在此種情況下，病人也許不會出現停經後的出血現象，出現的症狀一開始就是惡性的轉移。有此懷疑時，一個由 Smith 所提出的方法可以做鑑定：即連續給予四星期的雌激素補充，無論從口服或經皮膚吸收均可，在子宮頸軟化後，如果出現了陰道出血現象，則極可能是子宮內膜病變的一個徵兆。有些病人除了有陰道出血現象，也可能出現含有化膿性的陰道分泌物，這種子宮腔內蓄膿的情形，有時也可能和子宮內膜癌有關[10]。

除了停經後陰道出血的症狀，少數病人一開始就表現出晚期的症狀，如腹部腫脹、腹水等，則是由於子宮內膜癌在腹腔內擴散轉移的結果。也有病人出現了肺部的症狀，也是轉移肺部的現象[15]。對於子宮內膜癌的徵候，有一半以上有跡可循：如肥胖，高血壓，糖尿病等，約占 60~70%。做內診檢查可發現子宮肥大，兩側子宮旁有硬塊等，更嚴重時還會出現腹水或腹腔內多發性腫瘤的轉移現象。在子宮頸、陰道及外陰部分，晚期的內膜癌也會出現轉移性的病灶，如外陰部不正常出血及子宮腔內蓄膿等現象。因此在有這些症狀及徵候的婦女，應立刻安排進一步詳細的檢查，以排除子宮內膜癌的可能性。如表 2.所列：

表 2.疑似子宮內膜癌之症狀

一、停經後陰道出血的婦女。
二、停經後婦女疑似子宮腔內蓄膿者。
三、停經後無症狀的婦女，在抹片檢查卻出現子宮內膜細胞者。
四、停經前有間歇不規則出血者。
五、停經前有不正常出血者，特別是在不排卵患者。

就停經後陰道出血而言，也不全然是因子宮內膜癌。根據 1986 年的統計，停經後陰道出血的婦女仍有 30%是由於外源性雌激素所引起。子宮內膜癌僅占 15%，另有 10%來自於子宮或子宮頸的癒肉，其次有 5%是來自子宮內膜的增生。此外，約有 10%的病人是由於子宮頸癌，子宮肌瘤或因發炎、損傷等因素所造成[9]。

子宮內膜癌的擴散與轉移

子宮內膜癌的侵犯與擴散是遵循著四個路徑發生。

1.是直接擴散，從子宮內膜直接擴散至周邊的組織及器官。

2.經由輸卵管到達骨盆腔及下腹腔，因細胞的散落而達到轉移。

3.淋巴轉移。

4.血液轉移。

能夠了解其轉移的路徑，在治療上才能成功。從子宮內膜的直接擴散是最常見的擴散轉移方式，由子宮內膜而至子宮肌肉層以至於外膜層到腹腔內。常在侵犯子宮肌肉層一半以上時即可以藉由血路與淋巴循環而到達遠處的轉移。在其蔓延的過程中，內膜細胞脫落至子宮頸，先至子宮頸上皮而後侵犯間質層，而後漸漸向下侵犯擴散與轉移[9]。

治療的方式：

子宮內膜癌的治療在本世紀至現在為止，歷經過兩、三次重大的轉變。早在本世紀初，這個疾病是以手術為主要的治療。治療方式的初次改變，是在 1935 年，Heymon 報告了他用有保護治療裝備的放射療法之結果，發現放射治療可以避免手術併發症，且不至於有手術的死亡率，成為當時一種優於手術的治療方式。因此放射治療在 1935 年後，成為子宮內膜癌第一、第二期的首選療法。一直到 1970 年代的初期，放射治療後再加上手術治療，是舉世大多數醫學中心所用的標準方式。尤其是 1960 年 Lewis 曾報告過，經放射治療之後，子宮切除病理標本的檢查，肌肉的深層轉移只有 8%；相對的，如果沒有做手術前的放射治療，有 25%的病人會有深部肌肉侵犯。但是當時也發現雖然放射治療在手術治療之前使用，可以使手術時發現侵犯到肌肉深層機會減低，但也同時會使在骨盆腔以外的部份，包括主動脈旁淋巴腺、骨盆腔深部後腹腔淋巴腺因為放射治療而取樣變得更困難。由於淋巴腺轉移與否，影響到子宮內膜癌治療的預後，是極為重要的因素之一[25]。因此在 1970 年後，很多的醫學中心的學者專家嘗試改變了治療的方式，改放射治療為後而手術為先，術後再考慮追加放射治療的方式。如果採取手術為首要的初步治療，最大的好處可以在手術的時候，子宮內膜癌的期別鑑定更為清楚。因此 1988 年 FIGO 婦癌組開會後決定把子宮內膜癌的分期，從原來臨床分期改為手術分期。而手術是最主要的治療。這個手術為先的治療，可以在手術之時，找到影響子宮內膜癌預後的重要因素：包括細胞型態、組織分化、肌肉侵犯深度以及腹腔內細胞擴散的狀況。由這些預後因素可以決定手術後給予追加放射治療的劑量及位置[13,26]。

病後體質調養

中醫科　鄭玉琴醫師

中醫認爲在每種疾病復原後，會依照原本體質的狀況，以及治療的過程，而發展成個別的預後。因爲論及體質的範圍太廣，無法一一詳述，因此由病後整體的情況來略做分類。病後體質大致可分爲下列五類：

※燥紅質(陰虛體質)

主要是因津、液、精、血不足，身體得不到滋潤而化燥化熱。造成的原因多半是長期熬夜、房事過度、久服補陽燥熱之劑，或長期的精神刺激所導致。這種體質的人多半會見到口燥咽乾、舌質紅而少苔、潮熱盜汗、大便祕結、小便顏色較黃、手掌心熱、毛髮焦枯而黯淡失色等症狀。

燥紅質宜用「滋陰清熱潤質法」調養。

宜：滋陰養液之品，如沙參、百合、玉竹、玄參、阿膠、鱉甲、西洋蔘、枸杞、當歸、石斛、麥冬、山藥等。

忌：燥熱性藥材，如人蔘、砂仁、肉蓯蓉等。

注意事項：滋陰之藥一般不宜久服，容易造成脾胃阻滯，引起腹滿腹脹、口中黏液增多的情形。

※虛冷質(陽虛體質)

由於體弱造成機體新陳代謝下降、精力減退、熱量不足而感寒冷，通常與先天遺傳的體質有關，而後天偏食寒冷之物、喜食冰品，或是誤服苦寒之藥，都會造成體質的虛寒現象。這種體質的人多半體弱多病，無力容易疲倦，夜間頻尿，大便稀溏，甚至房事力不從心等。

虛冷質宜用「壯陽驅寒溫質法」調養。

宜：溫補命門之品，如淫羊藿、肉蓯蓉、羊肉、肉桂、鹿茸、菟絲子等。

忌：生冷瓜果、麥冬、丹皮等。

注意事項：除了溫補腎陽之外，由於虛冷體質之人消化吸收能力較低，所以要兼顧脾胃的調養，少量多餐，不要暴飲暴食。

※膩滯質(痰濕體質)

主要是脾胃功能受阻，水穀津液傳化失常，導致體內代謝物的滯留。所以若是平時不注重飲食的節制，暴飲暴食傷及脾胃，就會形成這種體質。這種人通常會有舌苔厚膩而黃、大便粘滯而臭、小便少、脘腹脹悶、口渴但不喜飲水等症。

膩滯質宜用「除濕化滯利質法」調養。

宜：除濕化滯之品，如砂仁、陳皮、茯苓、白朮、紅豆、大腹皮、厚朴等。

忌：滋陰的藥材，如阿膠、鱉甲、西洋蔘、枸杞等。

注意事項：應少食甜品及冰冷飲料，尤其在夏天雨季時更應避免飲西瓜等含糖量較高的果汁。

※倦恍質(氣血兩虛體質)

氣血兩虛造成全身機能衰退，興奮性降低，對環境的適應力也減退。造成的原因多半是後天因素營養不良、飲食不節、過食生冷、精神耗弱、過度疲勞、長期起居作息不正常、婦女月經期經血過多等，都有可能造成這樣的情形。這種體質的人常會感到頭目眩暈，或是出現面色白或灰暗、舌質淡、爪甲顏色蒼白等症狀。

倦恍質宜用「益氣生血健質法」調養。

宜：益氣補血之品，如人蔘、黃耆、黨參、炙甘草、升麻、當歸、熟地、川芎、白芍等。
忌：體內有溼熱、膩滯質的人不宜使用。
注意事項：由於這類體質的人一般較虛弱，有時服用補品後會有頭暈、口乾等虛不受補的情形。建議先從食療及運動調理開始。

※晦澀質(氣滯血瘀體質)
由於氣血運行不暢，導致全身臟腑氣機鬱滯。多半因情緒抑鬱影響，跌打損傷使瘀血停滯，或是過食生冷，都會造成血脈不暢。一般而言，這樣體質的人舌質紫暗、面色黑而黯淡無光，或月經有血塊、生理期時腹痛拒按（有些人在生理痛時喜歡揉按下腹部，但晦澀質的人生理痛時愈按會愈不舒服，因此往往會拒絕別人按揉腹部）。
晦澀質宜用「行血消瘀活質法」調養。
宜：條達氣血之品，如三七、仙鶴草、骨碎補、當歸、芍藥、紅花、生薑等。
忌：淫羊藿、肉蓯蓉、人蔘、炙甘草等，較不建議使用。
注意事項：婦女因營養不良貧血，而造成的月經量稀少，不可以用活血化瘀法。

關於攝護腺癌

和信治癌中心　泌尿外科張樹人醫師

攝護腺（或稱前列腺）屬於男性生殖系統，位於膀胱出口、耻骨後方及直腸前方，大小如核桃，攝護腺腺體的分泌液佔精液的百分之二十，有助於精子的運動與卵子的結合。男性尿道及輸精管在攝護腺的中心穿越直達外界，男性於青少年期開始分泌男性激素後，即開始刺激攝護腺的成長，此緩慢成長到了 40 歲後即開始加速，到了 60 歲高峰期後成長又開始減緩。因此有一些男性於 50 歲左右開始注意到頻尿、解不乾淨等現象。

攝護腺癌已連續十年蟬連美國男性癌病罹患率第一名，早期（第一、二期）攝護腺癌的治癒率可高達 90%，即使被診斷爲末期癌病，大部分患者仍能自在的活上多年。而且幸運的是它有世上最接近完美的腫瘤指標：攝護腺特異性抗原(Prostate Specific Antigen, PSA)。

攝護腺癌是因正常腺體細胞發生突變變異後轉化成惡性細胞，無法遏止的不斷分裂增生，奪取鄰近組織營養，擴展自己的地盤，而後穿越血管或淋巴管，往攝護腺外擴散，基本上這些突變細胞的生成，須要男性激素長久持續的滋養及刺激，因此攝護腺癌大多是慢速發展 10 年以上於 50 歲後方才被診斷出來，直到目前醫學界確定有幾項危險因子可導致或增加攝護腺癌的發生 1.肥胖或吃較多富含動物性脂肪肉品。2.有血親關係的親友罹患有攝護腺癌或乳癌，具有以上危險因子的男性最好於 40 歲起開始接受攝護腺癌篩檢，而一般男性於 50 歲後開始進行檢查，意指肛門指檢及血清攝護腺特異性抗原測試。所謂肛門指檢是由醫師將食指放入肛門內，觸診攝護腺的後緣，若發現有硬塊或不規則外形，即疑似有癌病現象，而攝護腺特異性抗原是由攝護腺獨特所分泌的一種蛋白酵素，這是目前世上最接近完美的腫瘤指標，此抗原會有限的被釋放到血中，目前一般將其安全值定在每毫升 4 微毫克以內(＜ 4 mg/ml)，但在某些腺體發炎，鈣化，過度良性肥大等情況下也會有上升現象，所以抗原的

上升未必是癌病造成。因此上述兩種基本檢查發現不正常時，即可安排攝護腺穿刺取樣。目前皆採用經直腸超音波引導下，使用一種機械性彈簧細針，進行系統性取樣，在適當的藥物幫助下，這種切片過程大多不須住院及麻醉，檢查的準確度約爲 80%，而穿刺引起的大量出血或感染機率低於 1%。若切片結果爲陰性仍應定期在門診追蹤。

經診斷爲攝護腺癌後，下一階段的期別檢查主要包括全身骨骼核子醫學掃描及骨盆腔電腦斷層或核磁共振檢查，經分析所有臨床資料及檢查結果，即可知曉癌病的臨床期別。攝護腺癌可分爲四個期別，所謂早期，即癌病仍局限在攝護腺莢膜內，未有往外侵犯現象（第一、二期），若是癌病已往外侵犯，就稱爲侵犯性癌病（第三、四期），若無轉移而只是週遭組織遭侵犯，則稱爲第三期，若發生了淋巴腺，骨骼或遠處器官轉移，稱爲第四期。

攝護腺癌的治療必須針對每位病人的意願、年齡及身體狀況量身打造，治療方法有四種：1.觀察追蹤法，待有變化再予以治療。2.男性激素阻斷法，即俗稱荷爾蒙治療。3.放射線治療。4.根除性攝護腺切除術。一般而言，觀察追蹤法適用於非常早期（幾近零期）的癌病。而對於其它第一、二期病人，不論是採用放射線治療或根除性手術治療，都有機會治癒癌病，放射線治療目前大都採用高科技、多角度立體隨形直線加速器，此種現代科技大大降低放射線造成的副作用，通常照射 7 週左右病人多少都會有暫時性頻尿及腹瀉的症狀，然放射線治療對身體的影響是永遠存在的，生活品質的惡化也是隨時間拉長而增加，對早期癌病的控制率十年可達 70%。根除性手術已進入成熟期，對於改善術中出血，術後尿失禁及性功能的保留，都有顯著的進步，在熟練的醫師手中，術中輸血機率爲 5%，術後尿失禁可降至 1%。而性功能保留則平均爲 50%，手術包含清除骨盆腔局部淋巴腺，整個攝護腺及兩側貯精囊及部分輸精管的切除。早期攝護腺癌根除性手術的 10 年癌病控制率可達 90%。

當癌病發生了轉移，這時已不適用根除性的治療方法，使用荷爾蒙治療可暫時壓制癌病，不讓病情惡化，目前醫學界有多種荷爾蒙治療方法，其原則不外乎是徹底清除體內男性激素的產生使其歸零，

或是阻斷男性激素與攝護腺癌細胞的結合。荷爾蒙治療會導致男性特徵的消失、性無能、潮熱、乳房腫脹，體力衰退等副作用，但病人仍能維持生活的自主性及基本健康，通常荷爾蒙治療的效果可維持三年左右，不管病人接受任何治療方法，定期追蹤血中 PSA 值，可準確的掌握病情的復發及變化。

對於已罹患攝護腺癌的病人或具高危險因子的正常人，依據目前可靠的醫學證據有幾種自我保健、預防癌復發或惡化的方法：1.少吃肉類食品。2.每日補充 Vit E 400 國際單位。3.每日服用硒 (Selenium) 200 微毫克。4.多吃蕃茄，生熟皆可。

攝護腺癌已確定是現代開發國家最盛行及最具威脅性的男性癌病，這種趨勢在未來將會印證到東方世界。身爲男性多了解一些有關自己器官的知識，將有助於你在面對這個打擊時，少一分慌張、沮喪與逃避。

何謂腎臟病

宏恩醫院營養組

腎臟病---即是腎臟的功能受到影響

- 新陳代謝功能
  腎臟分解蛋白質的產物如 serine、alanine、glycine 以及 glutamine，腎臟會將之絕對回收，送回體循環中。腎臟可將 glycine 轉換成 serine 以供身體所需，因此當血漿中 serine 濃度下降或 serine 與 glycine 比例下降時，表示腎臟的轉換功能失調，而此中現象最常出現在腎臟衰竭的患者。
- 再吸收和排泄功能
  腎臟對營養素及電解質的再吸收在腎小管中進行，當腎小管感染發炎或腎衰竭時，腎小管的再吸收能力會減弱，致使出現在尿中的葡萄糖、胺基酸以及電解質的量提高，進而改變尿液的酸鹼值。同時也容易對尿液流經的器官，如腎盂、輸尿管及膀胱造成傷害。腎小管再吸收能力的功能一旦受損是無法以藥物治療或透析等方法加以復原的。
- 內分泌的功能
  腎臟內分泌的功能受損在腎臟病的末期才會逐漸顯現，因此臨床上常被忽視，但內分泌功能對健康的影響較前兩項重要。因爲一個腎衰竭的病患可用透析的方式來代替腎臟的排泄功能，但不能用透析來取代內分泌的功能。因此，當一位腎病患者的腎功能衰竭到內分泌失調時，唯一挽救生機的方法就只有換腎了。

爲何會得腎臟病？

- 喉部、扁桃腺等發炎鍊球菌感染時，抗生素自行停用，中途而廢，感染腎臟發炎而引起腎臟病。
- 濫用止痛藥
  一般市售之止痛藥如痛風特效藥及一般止痛藥（針劑或口服），長期使用對腎臟有嚴重傷害。
- 暴飲暴食
  人體吃下大量的食物（動植物性蛋白質）最後的衍生物（廢物）皆需由腎臟負擔排除，增加腎臟負擔。
- 私自服用成藥
  有些民眾會私自服用抗生素和利尿劑因而妨礙腎臟的功能。
- 憋尿
  現代人都會因爲工作的關係而憋尿，這是萬萬要不得的。尿在膀胱裡太久很容易繁殖細菌，細菌很可能經由輸尿管感染到腎臟，引起腎臟發炎。
- 糖尿病或高血壓控制不良

  糖尿病患者的血管會慢慢的硬化，尤其末稍微血管。因腎臟是由數百萬細微的血管組成的， 所以糖尿病嚴重時，腎臟的功能也可能壞了。據統計有四分之一至五分之一的 〈洗腎〉病人是由糖尿病末期引起的。

  血壓就是對血管的壓力，當血管的壓力超過了所能負荷的時候，就會造成器官的傷害。腎臟是由很多小的腎元組成，一個腎臟有一百萬個腎元，兩個腎臟有兩百萬個腎元，當血壓過高的時候，也就是當高血壓發生的時候，這些腎元很容易受到傷害，腎元受到的傷害就好像電燈泡一樣，當血壓太高的時候，這些腎元就會破掉，不能夠復元。在腦血管的時候就會造成腦中風，在腎臟的

時候，當你的腎元一個一個被破壞掉的時候，就造成所謂的尿毒症。在美國，高血壓是造成尿毒症的一個主要元兇，當血壓受到控制的時候，腎元不會再受到破壞，就不會造成腎臟病。所以控制血壓是預防、治療腎臟病的一個最重要的因素。

腎臟病的症狀

- 蛋白尿

正常值一日尿中有 40~80mg，臨床上只要少於 150 mg 都可視爲正常，但增加到 3.5g 則判斷爲蛋白尿。原因是因爲腎臟組織受損，使腎小球毛細管壁的通透性有了缺陷，過濾血液的過程中無法留下血液中的蛋白質，使蛋白質通過腎小球毛細管壁而進入尿液中，使尿液混濁，形成泡沫尿液。也因爲蛋白質的流失造成低蛋白血症，病患的腎小管對蛋白質的分速率隨病情的加重而增加，血管壁的毛細孔擴張致使血中的小蛋白質分子更易穿透出來，加重了低蛋白血症。臨床上廣泛使用的試紙檢驗是一種半定量的方法。”+” 代表 30 mg/dl, ”++” 代表 100 mg/dl, ”+++” 代表 300 mg/dl, ”++++” 代表 >300 mg/dl。因爲是測量濃度的關係，即使尿蛋白總量相同也可能會出現”+ ~ ++++” 的極端值。而且試紙檢驗只能驗出小便中的白蛋白，球蛋白則無法驗出，需要收集一段時間的小便用其他化學方法才能測出所有蛋白質。蛋白尿依其造成原因不同可分爲絲球性、腎小管性、溢出性。絲球性蛋白尿含有大量白蛋白，總量通常大於 2 g，腎小管性蛋白尿主要含醣蛋白，總量通常小於 1 g，而溢出性蛋白尿如多發性骨隨瘤則主要爲球蛋白。依據發生的時間來分類可分爲功能性，暫時性，姿勢性，持續性。對於持續性蛋白尿才有需要進一步的追蹤和檢查。通常對於蛋白尿大於 2 g，無其他全身性疾病的病人，腎臟切片對於治療及預後的評估相當有幫忙。

- 血尿

血尿可以簡單分爲顯微性血尿或肉眼可見血尿，前者需要用顯微鏡檢查才可發現，另外小便潛血檢查也可以知道有無血尿。血尿通常不會造成貧血，只有少數因泌尿道腫瘤造成的嚴重血尿才會引起貧血。所以血尿最重要的是找到血尿原因，加以治療。常見的原因有尿道感染、尿道結石、尿道腫瘤、腎絲球腎炎、腎間質腎炎等。通常可以從有無小便疼痛及頻尿排除是否爲尿道感染。而腫瘤引起的血尿通常不會有其他症狀。另外靜脈腎臟造影 (IVP)常用於排除結石及腫瘤引起的血尿。經過上述檢查還無法找出原因，再加上沒有全身性血液凝固的疾病，那就只剩下腎臟本身的病變所引起的血尿，在這種情況之下通常需要做腎臟切片，以釐清何種腎臟病造成血尿，並依據切片結果預測預後和給予適當的治療。

- 水腫

早期出現在四肢末稍，之後爲四肢及臉部，嚴重者胸腔也會積水。發生的機制是蛋白質由受損的腎小球釋出，降低了血管的滲透壓，也降低了血流量及血壓，刺激血管收縮素分泌，增加對鈉及水分的保留，過多的鈉及水分進入細胞間質，引起水腫。最重要的是找出原因根本治療。常見的原因如心臟衰竭、肝硬化、腎功能不全、腎病症候群、局部發炎、靜脈阻塞、服用血管擴張藥物、及不明原因的水腫等。所以要找出水腫的原因可從臨床上排除心臟衰竭、肝硬化、局部發炎、靜脈阻塞，另外可詢問病人有無服用血管擴張藥物。測腎功能及尿蛋白，以排除腎臟疾病造成的水腫。

- 腰痛

腰或背部疼痛通常是因爲局部肌肉，骨骼病變或骨骼病變併發神經壓迫所造成，而有些腎臟泌尿系統病變也會產生腰或背部疼痛。爲數不少的病人是因長時間姿勢不良或搬提重物造成的腰背部疼痛，適當休息後大部分病人症狀就會改善。腎臟泌尿系統病變造成腰或背部疼痛常見的原因如腎臟泌尿系統結石，腎臟泌尿系統腫瘤，急性集尿系統水腫，腎臟血管栓塞，急性腎盂腎炎，急性腎小管阻塞（急性尿酸腎病變，急性草酸腎病變，IgA 腎病變併發急性血尿）。除了上述疾病以外，大部分的腎臟病並不會有腰部或背部疼痛的症狀。除了病史及身體檢查，小便常規檢查和超音波或 X 光片檢查就可釐清是否是腎臟病造成的，然後再進一步檢查。

腎臟病的種類

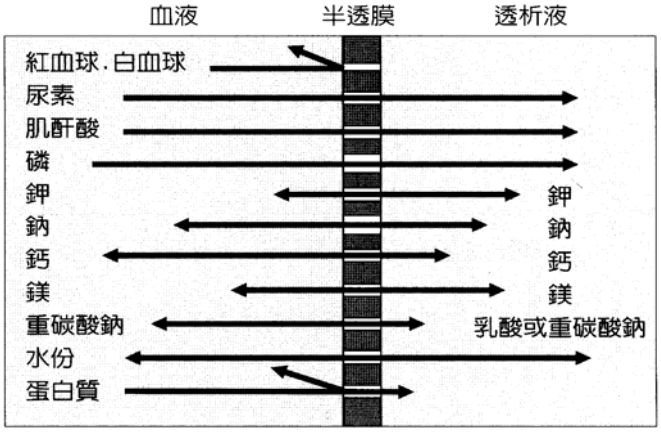
腎臟病包含了腎炎（腎小球炎、腎小管炎、間質性腎炎）、腎病症候群、腎結石、腎硬化、腎衰竭，腎臟病控制的不好最後都要走上洗腎之路。

- 腎病症候群
  並不是單一疾病，而是許多症狀同時發生的症候群，只要是腎臟組織受到傷害而使腎臟功能受損，即稱爲腎病症候群。
- 急性腎衰竭
  數小時或數天內腎功能急速衰退而導致含氮尿毒堆積體內，產生尿毒症狀之謂。原先腎功能正常病患，若其腎絲球過濾率減少 50% 或原來腎功能不全病患，其腎絲球過濾率減少 15% 即可定義爲急性腎衰竭。
- 慢性腎衰竭
  由於漸行性的喪失功能性的腎元造成的結果。在腎元喪失功能的過程中，殘存的腎元會有一適應情況發生---此即改變其內分泌、再吸收及代謝之功能，藉以維持體內環境相對性的恆定狀態。當腎元功能改變對人體有益時，我們稱之爲適應，當腎元功能改變對人體有害時，我們稱之『毒性表徵』。
- 尿毒症

可能導致於長期的腎臟病，也可能是因爲非腎臟病系的控制不良。慢性腎衰竭或急性腎衰竭發展到嚴重階段時，都會有尿毒現象的出現。也就是患者血液中累積太多的有毒廢物，因爲腎臟無法將這些廢物排出體外，致使這些廢物隨著血液循環而遍及全身，進而毒化各部分組織器官。

透析治療---腎臟病到了末期的主要治療方式

透析的目的是移出血液中過多的液體和廢物，以減輕尿毒、高血壓、水腫及充血性心臟病的危險。



上圖箭頭的方向表示物質移動的方向。物質由高濃度處移向低濃度處稱之爲擴散（廓清）作用，透析即是利用此原理來移除血液中過多的代謝廢物（尿毒、肌酸酐、磷、鉀）和水份，並補充體內所不足的鈣和重碳酸，以達淨化血液、維持電解質和酸鹼平衡之目的。血液透析和腹膜透析移除多餘水份的原理是不同的。在血液透析是靠機器調整壓力將水份移出血液中，而腹膜透析則是利用灌入的葡萄糖所產生的滲透壓而將血液中的水份移除。

血液透析

血液透析是應用血液做體外循環並加以淨化，血液經由插入手臂或腿部血管的針頭抽出，經塑膠管路到血液透析機器上的『人工腎臟』血液透析機，持續的將血液由瘻管的遠端抽出體外通過含有人造半透膜的人工腎臟，此時多餘的水分及廢物即被移出體外，然後清潔的血液會經由另一針頭進入瘻管的近端而回到體內。長期血液透析的患者需接受一週三次、每次四至六小時的透析。因爲血液透析無法像正常腎臟一般連續性的清除血中廢物，所以病人在飲食上必須有所限制，特別是鹽分、水分和鉀離子的攝取。

腹膜透析

腹膜透析是透析方式中最早被採用的治療方式，最早被採用於西元一九二三年。其間經過不斷的技術改良，至 1998 年底已有超過十萬名患者正使用這種透析方法，做爲長期透析治療。和血液透析不同的是，腹膜透析乃是一種利用人體天然的半透膜腹膜，在體內進行血液淨化的方式。腹膜是一層覆蓋在腹腔內壁及臟層上（包括胃、肝臟、脾臟及腸子）的薄膜。利用簡單的外科手術將一條稱爲腹膜透析導管的飲管經由腹壁插入腹腔中，這根導管是提供透析液進出腹腔的通路，一般成人的腹腔可輕易

的容納二公升的透析液。在透析液置留的過程中，血液中的廢物會通過腹膜上的微小血管進入透析液中，這些含有廢物的透析液在規律的間隔時間由腹腔中被引流出來，然後再注入另一袋新鮮的透析液，如此周而復始，每天按醫囑更換新的透析液，便可排除新陳代謝所產生的廢物。患者在開刀植入腹膜透析導管後的前幾天，可能會有一些不舒服。這條腹膜透析導管是透析的通路，它能永久的置放在腹腔中而不需更換。腹膜透析導管在腹壁的出口，我們稱它爲"導管出口處"。導管出口處保持清潔及避免感染是非常重要的，您必須每天檢查及清潔這個地方。其實導管出口處的照顧非常簡單，可在您每日沐浴後進行，其中的重點之一是必須適當的固定導管。C・A・P・D・護士會教導您如何照顧您的導管出口處，這是腹膜透析訓練課程的一部分。

血管通路

靜脈瘻管是手腕或手臂處施行小手術，將動脈與靜脈連接起來，等 2-3 週血管脹大後才能刺穿使用。人工血管則是用合成材質之人工血管，作爲橋樑銜接動脈與靜脈，等二週後即可使用，通常用於血管條件不佳者。

一、動靜脈瘻管的注意事項：

(1) 動靜脈瘻管的患者需做握球運動，以增加血流量。

(2) 握球運動方法：

1. 將開刀的手臂伸直。

2. 手掌用力握球，然後數一秒、二秒、三秒、四秒、五秒放鬆後再重覆做。

3. 每天儘量做（洗腎當天除外）以不疲倦爲原則。

(3) 禁止於瘻管的手臂施加壓力（如手錶、飾品、緊身衣、用手當枕頭）。

(4) 禁止於瘻管的手臂做治療（如量血壓、打針、抽血）。

(5) 禁止提重物及避免碰撞，注意安全。

(6) 洗腎前先用肥皂清水，清洗穿刺手臂，保持清潔。

(7) 洗腎結束後，穿刺針孔適當加壓 5-15 分鐘至止血後，更換敷料。

(8) 洗腎當天穿刺傷口勿弄濕，保持乾燥。

(9) 隔天再去除紗布，並注意有無滲血，然後以洗澡水的溫度熱敷瘻管，每日 3-4 次，每次 20-30 分鐘。

(10) 避免抽煙、喝酒及洗腎過程低血壓，影響血管功能。

(11) 如有動靜脈瘻管越來越粗，可戴護套保護瘻管並防外傷。

(12) 每日至少一次用手觸摸瘻管，可感到明顯的咻咻血流聲或如觸電般震顫，若發現瘻管無咻咻聲或觸電感及穿刺部位有紅腫熱痛的現象，應立即與洗腎室連絡。

二、人工血管的注意事項：

(1) 若有水腫現象，應將手臂抬高，若腫脹厲害用彈性繃帶包紮，以減輕腫脹。

(2) 因材質彈性有限，不做握球運動。

(3) 其餘如同動靜脈瘻管的注意事項。

透析飲食原則

- 攝取足夠的熱量

熱量攝取不足，會分解體蛋白，使含氮廢物的增加，造成腎臟的負擔。故充足的熱量，完整的營養攝取是很重要的，約 1 公斤 35Kcal 以維持理想體重。

- 適當的蛋白質攝取

透析病人在透析時有胺基酸及蛋白質的的流失（每次進行血液透析會流失約 6-8 克蛋白質），故應提高蛋白質的攝取量，至少達 1.1~1.2 公克/公斤體重/天。其中一半以上來自高生理價值的蛋白質，如牛奶、雞、鴨、魚、肉、蛋類等，因其人體利用率較好，可用於修補組織或維持肌肉強壯。而在透析之前，蛋白質的攝取量爲 0.6~0.8 公克/公斤體重/天。

- 避免含鉀和磷高的食物

每日可允許攝取之總鉀量爲 1560 毫克-2340 毫克。血中的鉀太高會產生心律不整、呼吸無力、四肢無力、意識不清，故我們應限制食用高鉀食物，如要食用請先行用水煮 5 分鐘並去水後再使用油炒。每日可允許攝取之總磷量爲 1000 毫克-1200 毫克。腎臟衰竭時磷的排泄能力會下降，使血中磷升高，血鈣則相對降低，而刺激副甲狀腺功能亢進，長期導致骨頭病變，故需注意採低磷飲食。

- 水份及鹽份的控制

水份建議攝入量爲前一天尿量加上 500~700CC (含食物中之水份)。每日體重增加不超過一公斤爲

原則，或兩次洗腎間體重增加不超過乾體重的 5%，水份與鹽份若攝取過多會堆積在體內，而導致水腫、高血壓，增加心臟負擔。 鹽份攝入過多會吸收水份，引起口渴，故應避免飲食太鹹，及含鹽份高的食品如—醃製食品、罐頭食品、加工食品。應選擇食用天然新鮮食物。雖然要限制鹽分，但是不可以一開始就很嚴苛的限制。因爲病患雖然能維持體液的平衡，但伸縮的空間卻極爲狹窄，若缺乏鈉的話，會出現體液不足的現象。若能緩慢於數週內降低鹽分的攝取就無大礙。所以最好是先限水再限鹽。而當 CCr 爲 4~7mL/min 時，鈉才會真正受到影響，才可讓病患改爲無鹽飲食。

- 補充維生素

  因洗腎會造成貧血，故要補充鐵、Vit C、Vit B_6、葉酸等。

- 服用磷結合劑

  利用鈣把磷抓走。

- 忌食

  無鹽醬油、低鈉鹽、中藥材及成份不明的食品。

那些食物含有大量鉀離子

末期尿毒症的病人常常因爲腎臟功能幾乎完全消失而導致鉀離子過高，鉀離子過高會引起心率不整造成死亡。而鉀離子過高的加重因素除了藥物及腸胃道出血外，最重要的就是食物攝取而來。所以那些食物含有大量鉀離子尿毒病人就必須知道，避免過量攝取。各種食物鉀離子含量請參考下表：

含鉀量很高的水果	含鉀量 (mg/100 gm)
水果乾	300 - 900
香蕉	370
芒果	304
柚子	332
香瓜	251
蜜瓜	251
木瓜	234

桃子	200
柳橙	200
櫻桃	191
梅子	170

含鉀量很高的蔬菜	含鉀量 (mg/100 gm)
紫菜	5493
乾芥菜葉	2031
龍鬚菜乾	1773
黃豆	1715
金針菜	251
海帶	1503
榨菜	1328
油炸馬鈴薯片	1130
綠豆	1114
法式炸馬鈴薯	853
木耳	773
毛豆	734
香菜	727
慈菇	729
冬筍	694
南瓜	479
菠菜	470
馬鈴薯	425
薑芽	436
菜花	402
韮菜	368

芹菜	340
白蘿蔔	326
大白菜	287
黃豆芽	302

含鉀量頗高的蔬菜和水果	含鉀量 (mg/100 gm)
蕃茄	244
山芋	243
茄子	214
生菜	202
洋蔥	212
草莓	164
葡萄	162
黃瓜	160
楊桃	188
罐頭蘆筍	158
生蔥	157

含鉀量低的水果和食物	含鉀量 (mg/100 gm)
鳳梨	146
檸檬	141
梨子	130
柿子	138
蘋果	110
西瓜	100
紅蘿蔔	126
綠豆芽	89

如何防治腎臟病

一、喉部、扁桃腺等發炎鍊球菌感染時，需立即根治
吃抗生素要徹底，不可中途而廢，否則鍊球菌容易感染腎臟發炎。（尤其小朋友更需注意）

二、止痛劑殘害腎臟，未經醫師處方嚴禁使用
一般市售之止痛藥如痛風特效藥及一般止痛藥【針劑或口服】如要長期使用時，請與腎臟專科醫師討論，因止痛藥長期使用，對腎臟有嚴重傷害。

三、暴飲暴食有害腎臟健康
人體吃下大量的食物【動植物性蛋白質】最後的衍生物【廢物】-尿酸及尿素、氮等，皆需由腎臟負擔排除，故食物過量【暴飲、暴食】將增加腎臟負擔。

四、未經醫師處方、亂服成藥，有礙腎臟功能
有很多人有病時經常自作主張購買成藥【抗生素】服用抗生素過量時會防礙腎臟的功能，利尿劑尤其更不可私自服用。

五、婦女懷孕前作腎臟功能檢查，可避免尿毒症之發生
婦女懷胎時，因腎臟負擔加重。所以婦女懷孕前最好檢查有無腎臟病，如果有相當程度的腎臟病時，（有時自己都不知道），請速與腎臟專科醫師研討可否懷孕，否則盲目懷孕，腎臟病可能馬上惡化演變成尿毒症，到達【洗腎】之程度。

六、腎臟病請看專科醫師
亂吃草藥偏方只有加速惡化，不幸得到腎病，請馬上看腎臟專科醫師做最適當之處理，否則亂找江湖郎中吃草藥偏方，誤了治療時機衍生更多的併發症，甚至於短期內會變成尿毒症。

七、適量（充份）喝水不憋尿
尿在膀胱裡太久很容易繁殖細菌，細菌很可能經由輸尿管感染到腎臟，每天充份隨時排尿，腎臟亦不易結石。

八、控制高血壓
如有高血壓，請馬上找醫師吃藥，將血壓控制在安全範圍內，因長期的高血壓將不停地破壞腎臟之微細血管，因腎臟是由百萬個腎小體〈微血管〉組成的。

九、控制糖尿病
因糖尿病患者的血管會慢慢的硬化，尤其末稍微血管。因腎臟是由數百萬細微的血管組成的，所以糖尿病嚴重時，腎臟的功能也可能壞了。據統計有四分之一至五分之一的〈洗腎〉病人是由糖尿病末期引起的。

十、食用合格、安全的食品
喝標準無污染的水，不要喝成份不明的井水或河水【恐怕重金屬含量太高】，不吃、不飲用

不合格的加工食品【不合格的加工食品添加劑會殘害腎臟】。

十一、記得經常做腎功能檢查
每半年就必須做一次尿液篩檢、血壓的檢測。因爲幾乎大半的腎臟病人腎臟損壞過程是在不知不覺中進行，所以，等到身體感覺不適時很可能已到了腎臟病的末期-需靠洗腎機活命的時候了。

常見市售綜合感冒成藥之藥物分析與諮詢

劉素理　藥師

因季節變化感冒就診病患人數增加，詢問感冒藥物相關問題諮詢也增加了。尤其市場上充斥各式綜合感冒成藥商品，以及被包裝過度與廣告內容過度誇張，如同維它命 C 般的營養補充品的宣傳，加上電視媒體 24 小時不時播放，讓人忘記其爲藥品，又加上水果甜味劑，讓它容易服用，例如「熱熱的喝快快好」橘子口味、「普 X 疼伏冒熱飲」讓人忘記隱藏性危險，如藥物過量及讓病人服下不需要或應避開的成份而產生藥品副作用。因此應對單項成份之適應症、交互作用及注意事項詳細了解。

常見綜合感冒藥主要成份及注意事項如下：

(1) 解熱鎮痛劑 Acetaminophen：

具有極佳的鎮痛及解熱效果，但因抑制前列腺素合成的作用極弱，其消炎效果較弱，是最常被使用的成份，可以緩解的感冒症狀：微熱、頭痛及喉嚨痛。一般而言，其副作用不常見，但常發現藥物使用過量的問題，如小兒使用大人劑量、服用次數過多，或想自殺者最容易拿到的藥品而服用過量，所產生之急性中毒症狀，如嘔吐、噁心、暈眩、血壓下降，嚴重中毒會造成致命性肝壞死，酗酒者使用此藥更要小心。Aspirin 具有抑制前列腺素的形成，抗發炎效果對於骨骼肌肉疼痛緩解有效。但患有消化性潰瘍或使用抗凝血劑，盡量避免使用 Aspirin。兒童或 20 歲以下青少年使用水楊酸類製劑，治療水痘或流行性感冒，因會增加雷氏症候群〈Reye`s syndrome〉的危險性，所以，目前國內綜合感冒藥成份都以 Acetaminophen 爲主而不用 Aspirin。

(2) 解鼻充血劑 Methylephedrin/Pseudoephedrine/Phenylpropanolamine：

可藉由刺激血管平滑肌接受器，而使黏膜上已擴張的小動脈網收縮，並降低充血區域之血流，減少鼻粘膜水腫及腫脹而讓鼻內呼吸道變寬，病人感覺較舒服，而且可減少擤鼻情形，並減少鼻涕進入鼻竇及耳咽管而加重感冒病情。其副作用，包括：高血壓、頭痛、神經緊張、不安、失眠心律不整。患有高血壓、缺血性心臟病、糖尿病、甲狀腺機能亢進的病人，使用這類藥物須小心，需要經過醫師指示；而已使用 MAO 抑制劑治療憂鬱症以及使用 Selegiline 治療巴金森氏的病人，禁用此類藥物，因會引起危急高血壓。

(3) 抗組織胺 Chlorpheniramine/Diphenhydramine：

可降低黏液分泌，緩解流鼻水及打噴涕，有鎮靜、視線模糊作用，服用期間請勿開車及操作危險機器，且會加強酒精及鎮定安眠藥物的中樞神經的鎮靜作用。但是對於老人、小孩，抗組織胺對中樞系統則是興奮，會導致失眠、神經緊張。青光眼、攝護腺腫大、尿滯留、甲狀腺機能亢進、心血管疾病患者需小心使用。

(4) 止咳劑 Dextromethorphan：

是鴉片類衍生物直接作用延腦咳嗽中樞，抑制咳嗽反射，但不具成癮性及止痛作用，但是持續性或慢性咳嗽〈氣喘肺氣腫〉的病人小心使用。

(5) Caffeine 屬於 Xanthine 類：

可鬆弛支氣管平滑肌，但常見感冒糖漿類藥水〈如友 X 安〉整瓶喝掉而使用過量，造成咖啡因中毒及成癮，中毒症狀如坐立不安、緊張、激動、心跳加快、失眠、無倦怠感、語無倫次。

感冒的治療目前一般還是以緩解症狀爲主，讓病人在感冒過程減輕症狀，感覺較舒服罷了。臥床、多休息、多喝水，預防脫水以及增加祛痰能力、均衡飲食也是必要的。若服藥症狀未解除且更嚴重，一定要就醫，小兒感冒及老人感冒不要輕忽，不亂買成藥服用且要儘快就醫。

院慶嘉年華會

護理部 潘蒙麗主任

十二月二十四日院慶日是醫院每年重要的節慶日與活動日，當活動策略規劃安排時，就已在院部造成熱烈的迴響。黃宗炎院長帶著宏恩部門主管不分彼此的認養活動細則，就知道身為宏恩人之身段與功夫，要不是沒有三兩三，那能上得了宏恩山。

社區醫院之角色就是要扮演社區健康之守護神，今年在活動內容設計時，為了配合醫療政策面-----打造『台北健康城』回饋社區居民，
孟董事長就特別交待策劃小組要全力以赴，醫院完全提供：如血糖篩檢、營養諮詢、抹片檢查、乳房理學檢查篩檢、骨密度檢查、復健指導、護理諮詢等多項免費服務項目。

今年院慶日的天氣溫暖和煦，不像去年寒風刺骨，當天一早，總務室全體人員與宏銘林主任共同將宏恩前面走廊佈置得美美的，彩色氣球繽紛，彩帶隨風飄逸，帶動會場熱鬧活絡氣氛，院慶活動就像是宏恩的嘉年華會，民眾參與的非常熱烈。

大廳門前走廊上推出義診，護理部負責測量血壓、身高體重、體脂肪監測、護理衛生教育諮詢和乳房自我檢查等服務，復健科負責復健評估與諮詢，最熱鬧最熱門的是藥局請輝瑞公司提供之簡易型之骨密度監測，馬上可以知道骨密度的正常與異常，當然血糖值的監測與營養師對糖尿病疾病衛教指導更是不落人後，醫師最後的總評--讓接受義診的民眾受益良多，使病人對個人的健康狀態能初步的了解與掌握，對民眾的健康有正確的認知，更

有實質上的幫助。工作人員雖然辛苦，卻都覺得無怨無悔，大家都認為是非常值得推廣的健康促進活動，也因為有大家的付出，也才能真正落實打造健康台北城之具體行動。宏恩義診嘉年華會意義非凡，相信對社區民眾也有相當的迴響。

院慶日也是耶誕日，上午 10 時蔡蕙瑩醫師與基督徒也同時在醫院大廳報佳音，護理人員也參與唱著喜樂的聖詩與耶誕聖歌，更帶動整個院慶熱鬧氣氛，董事長也指示服務台準備糖果，讓大家共同分享。

大廳社工愛心基金之義賣，也把嘉年華會活動帶入整個高潮，場次的人群熱烈支持，更顯出社會愛心、溫暖、窩心的一面。整個義診、義賣也因為時間的限制，到下午一點結束，雖然院慶活動結束，但是宏恩的心、宏恩的情，的確著實深植於社區民眾內心深處。

就如同參加義診的一位民眾，在完成義診檢查後要離開時，一直感謝宏恩對大安區住民的醫療照護，他從小就跟著宏恩一起長大，對宏恩的心、宏恩的情有著與他人更深、更不同的感觸，當天就期盼著，希望明年能再相見。

竟然我也被騙了

服務台　戴詮玉小姐

2004—彷彿是充滿了騙術的詭譎年代，大至國家大事、市井小民、衣食住行，幾乎天天聽、時時聞，使得每一個人提心吊膽、格外小心，深怕哪天被波及而遭殃。

十二月十一日這一天對我來說，今生都不會忘記的，痛啊！痛到心崁裡啊！它不但考驗了我識人的智慧，也考驗了我處世的態度。

憶想當日在掛號櫃檯———

中午 12 點多，好不容易結束櫃檯前等候掛號及批價的病人，我低頭整理了一下滿桌凌亂的帳單和收據，桌上的電話響起—

「喂！我是院長，妳是哪位小姐，MISS 誰啊？」一聽到是院長的聲音，立刻提起精神的回答：「院長好，我是詮玉。」他回答說：「哦！吃飽了沒？我要麻煩妳一件事，我約了一個人在外面，嗯~在仁愛路上，國泰那裡，對對！就是國泰世華銀行，我昨天晚上向他訂了東西，約他現在來收錢，我現在有事不方便下來，妳現在幫我拿過去好不好？」錢？談到了錢，我得想一下，他馬上回道：「錢？看妳現在要不要上來拿？那妳先幫我付，等一下我再下樓還給妳，來！妳記一下，我買了 80 盒烏魚子，一盒是 850 元，妳算一算總共是多少錢？對！就是 68000 元。」可是我看了一下錢數，便告訴他好像不夠耶！「呵！呵！不會吧！妳上了一個早上的班，還沒收到這麼多錢？東西呀？等會兒他們會送來，收據？我昨天晚上都和他們說好了，妳只要幫我付錢就好了。」心裡縱有千百個不願意，嘴還是軟了說：「好吧！」「嗯！對了！你們櫃檯沒有穿制服，那妳今天穿什麼顏色的裙子？那…等會兒和妳接洽的人姓陳，陳主任，那就謝謝妳了！」

嘟—嘟—嘟—　他的電話才一掛上，電話鈴聲又響起，趕緊回覆完病人的詢問後，立刻向程主任稟告此事，就直奔隔壁的世華銀行，隨即便有一位男士迎上來說：「我是陳主任，妳是宏恩醫院的小姐嗎？謝謝！麻煩妳了。」「你是陳主任！這裡是 68000 元，你要不要點一下？請問一下，我們院長向你買些什麼東西呀？喔！新東陽…烏魚子！！那貨呢？」「等會兒送過去！」看起來還有幾分老實相，也不疑有他了！

結果，院長的錢沒拿到！那 80 盒烏魚子也沒送來！這時候我才知道我被騙了！我竟然真的被騙了！頓時我的眼前一片茫然，心感到好冷、好痛，我瘋狂的四處尋找那位騙子，但無助的發現我竟然忘了他的長相，天哪！這每天都在發生、都在宣導的事，竟會發生在我的身上，我不曉得當時我是如何踏進警察局去備案？我只知道這筆錢就算報了案也不會再回來！68000 元！這將近我 3 個月的薪水，我茫茫然的回到了醫院，我木然的坐在儲物間中，渾渾愕愕的惱袋中一片空白，雖然張姐在旁不斷的安慰我、鼓勵我，但是我仍然控制不了一直宣洩下來的眼淚，一向自恃甚高的我，想不到也會成爲被騙的主角。

直到麗麗姐來上班時，程主任請她將服務台公款 10000 元交給我，這時，我再也控制不了排山倒海的情緒，我崩潰的抱住麗麗姐，只有不斷的謝謝她，當然還有我們的程主任，程主任也爲了幫助我，去請體檢部—李主任尋求協助，在李主任站出來爲我登高一呼之下，以我這個事件請醫院同仁幫忙贊助，不論在董事長、醫師、各部門主管、服務台同仁、藥局同仁、復健科同仁、體檢室同仁….大力的幫忙下，這件事只讓我損失一小部分的錢，我真的已經心滿意足了，詮玉我能得到大家這樣的慷慨解囊，心裡真的萬分感激！

發生這件事後，說我不恨那位騙子是假的，在我的心裡不知已判了他多少次死刑了，我承認我沒這麼善良，但是，在這件事情當中，我幸運的遇見善良的人，讓我能再重拾笑顏。最後，我要再一次謝謝我們服務台程主任及所有的姐姐們，就因有妳們的關愛，詮玉妹才能早日脫離悲痛，真的！真的謝謝各位。

戴詮玉事件

同仁之愛心捐款明細

董事長……5000
藥劑科……5000
朱潔潔……2000
復健科……6000
徐昭森……3000
盛成瑜……..500
黃台英……..500
服務台……..25000
體檢一組……..10000

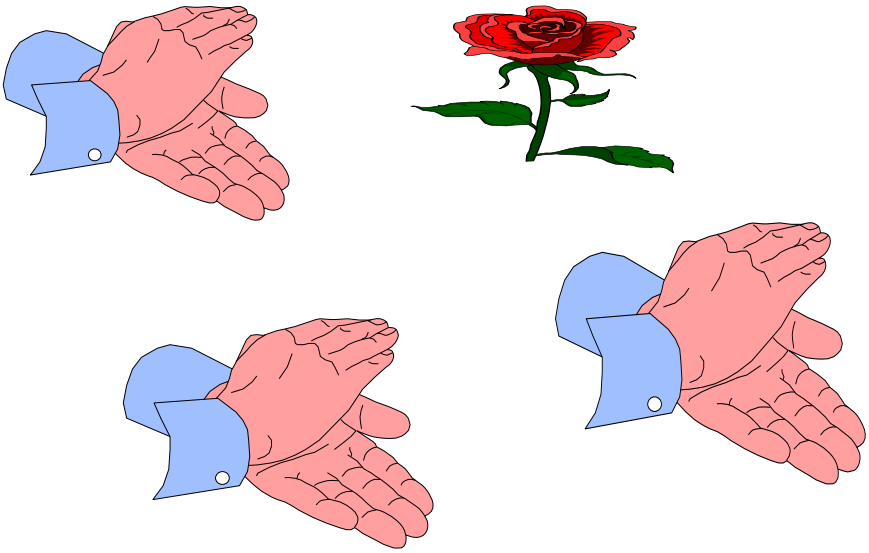
護理站一群護士們：

由於妳們的專業、細心、體貼的照顧，讓我們的新生兒，得以在充滿溫馨、有情的環境下成長，感謝你們並祝福你們青春永駐。

325 趙伊瑛

護理人員照顧服務的對象是一個有生命有尊嚴的個體，大家無不盡心盡力競競業業於崗位上努力，三班輪值的辛苦付出，面對醫病關係角色期待衝突的今日，得到真誠、溫馨、鼓舞的話語終於換回、重拾與贏得家屬的信任與醫護人員的尊嚴，或多或少帶給護理人員希望、打氣與激勵，感謝趙先生的真言美語，希望藉由醫刊的一角披露，讓社會看到真摯、善良、美好的一面、看到一群有生命活力的護理人員對生命的熱愛與奉獻。

編輯委員



編者的話

鄭悅承　主任

最近因爲許多的社會醫療事件，引發了整體醫療界對於醫事倫理的探討，傳統上較爲權威且不對等的醫病關係，面臨全面的重新調整，尤其是全民健保的實施帶所來的許許多多的醫療便利性，但也使得醫療的品質與民眾的心態已經產生了一些微妙的變化，民眾對醫療的一些想法，已經產生質的改變。

這幾年來全民健保許多的政策，都是爲了要保住健保的財源，但似乎造成醫療院所在經營上產生了非常大的壓力與困難，民眾的就醫習慣也產生某些程度的改變，也不如過去按層級看病的方式，連小感冒都跑到醫學中心去看，這些都會造成醫療資源的浪費，如此下去，就會是一個很不好的市場惡性循環。累積下來，就引爆出社會問題了。

試著用正面的態度去想，這是一個很好的機會，讓醫病雙方都能藉著這個機會好好的想一想，在這個尖峰的時刻裡，去找到一個彼此都可以接受的關鍵點。所以，這對台灣醫療大環境的漸臻理想，一定會是正面的發展，我們更應該把握這個機會去思考正確的方面。