

宏恩醫刊

民國96年 7月

第96期 夏

宏揚醫學知識 恩被全民健康

<http://www.country.org.tw>



※倫理學瑣談

真善美

孟憲傑 董事長

※院務動態

宏恩醫刊編輯小組

※醫療新知

瑣談吃與喝

幼兒發燒

小兒便血

高血壓治療的新趨勢

慢性病之貧血

膀胱下垂及直腸脫出症

子宮頸癌與癌前病變的篩檢

健康檢查

乳癌患者的復健

避免「終端機症候群」，正確使用電腦有一套！

孟憲傑 醫師

何驊 醫師

林愷碩 醫師

黃鐵強 醫師

方紀宇 醫師

黃崇賢 醫師

趙灌中 醫師

邱泉濱 醫師

侯雅娟 醫師

譚健民 醫師

※衛教園地

乳房攝影檢查之重要性

乳癌用藥小叮嚀

淺談帕金森氏症及其治療用藥

淺談慢性阻塞性肺炎

健康成長增高不增「重」

藍浥椿 主任

劉素理 藥師

張宇慶 藥師

黃禎婷 呼吸治療師

林淑瑩 營養師

※杏林花絮

談說書法

提醒

性與社會

石奉周 院長

陳懿卿 小姐

宣萱

※健保速訊

盛成渝 主任

※編者的話

鄭悅承 主任

我常常說，我們人在做，天在看。“天”就是我們的良心。

沒有任何東西，可以替代我們的良心，一個人如善意與良心，一旦喪失殆盡，他的人生那就所剩無幾了。

良心就是在人生過程中，由觀察、學習和經驗，逐漸形成的道德意識。當然每個人的家庭背景，社會風氣，學校教育不同，因此其對良心的認知，道德的範疇，都會有若干的差異。但基本上應該是大同小異的。

真：

真，就是要名實相符，任何的觀念，必須符合實際的事物，要心口合一，不可口是心非。

違反真就是假，不符合真的情況就是假，也是一種錯誤，口是心非就是假。

善意的謊言，也不可取，如對父母或至親好友所犯的錯誤，加以隱瞞，也違反了真的價值。至於因學派不同，信仰差別，而形成的偏見，也遠離了真的觀念。美化自己，吹噓自己，誹謗他人，更是不可採取的醜陋思維。

約廿、卅年以前，曾在西門町看過一場電影，這部電影是描述一位小學畢業生，代表全體畢業同學登台演講，講稿是老師杜撰的，手勢動作是老師指導的，致詞內容是敘述學校設備完善，師資優秀，教學認真，人才輩出等等，侃侃而談。聽眾在欣賞其措辭好，姿勢美時，該生卻中斷演講，拔腿逃跑。大家以為他一定是忘記了講詞，才狼狽下台。其實並非如是，而是他深感所講，皆係誇大之詞與事實不符，深感良心受到譴責，才下台而去。足見該生對真實的堅持，對虛偽的反抗。反觀今日達官顯要，

利用媒體，大放厥詞。幾許是真，睜著雙眼，理直氣壯的，臉不紅，心不跳的說假話。
真是令人汗顏。

善：

放粥、送衣、修橋、補路、週濟貧苦學子、設獎學金等，一般人都共同認為是善事。反之，殺人、放火、偷竊、強劫，謂之惡事。

善，也可說是好，誠懇待人，善與人處，就是好。勉勵大家做好事，有所謂善有善報，惡有惡報，善惡不報，時間未到等等。描寫善良的人，有所謂好人、善人、善念、良善動機。

與人相處，應誠懇、誠實，不可玩騙、不可耍奸，應該孝順父母，不可撒謊，對事要認真處理，不可應付了事。

道德觀念的灌輸(Moral Philosophy)，就是論語中所說的誠意、正心、修身。而齊家、治國、平天下，因事有與人與人間及社會間的相互關係，則屬於倫理學的範疇(Ethics)。

大家常說一部論語治天下，一點都不誇張，確是至理。

道德是講求個人的修養。倫理學是講人與人間與處事的道理。

倫理學的主要目的，是要幫助我們從事思考，做個有理性顧大體的人。凡是經過思考認為對的事，正確的事，就應該勇於去做，無須考慮結果良劣。

以是非判斷好壞是正確的，但不能以利害來衡量正確與否。

與人相處應重視義氣，不可短視，不可趨小利而忘大義，正如孟子所說的捨生取義，義之所至，雖赴湯蹈火亦在所不辭，此即所謂人格。不因小善而不為，不因小惡而為之。

與朋友相處，要信守承諾，所謂一諾值千金。

說謊，是不當也是不道德的行為，有德者不屑於為之。信守承諾是一種好的品德，好的操守。

愛，也是與人相處的基本原則；沒有愛，沒有相互間的愛，就如同生活在沙漠中一樣。愛有父子之愛、夫婦之愛、朋友之愛，所謂仁愛原則(Principles of beneficence)，父母對其子女和子女對父母的孝順，係一種愛的行為，並非出於義務。

恪盡義務，也是與人相處不可或缺的一環，其所置身的團體，亦復如是。祇享權利，不盡義務，也非做人之道。

美：

美，很難肯定敘述它的定義。美的表現可以從鮮豔奪目的色彩或悅耳的樂聲表達出來，但對於女人美醜的定奪，就很難以長相和鶯聲燕語做為範疇了。因為一個外型長相美貌的女子，如儀態粗俗、行事囂張，縱然具有環肥燕瘦的身軀，美若天仙，也不一定引起他人的好感，因為美需要有優雅的儀態，柔和適度的談吐，所謂內在美。內外兼有，才算美。

至於事物的美醜，每個人都有不同的審美觀念，甲認為美的，未必能獲得乙的肯定。美與醜是一個比較抽象的事實。

事實上，真善美三者之間互有因果，互有關連，三者常是一體和一體的三面。

院務動態：

- 1、本院於3月份起成立醫管室，專責各類評鑑業務統整及協助醫院管理相關業務。
- 2、本院預計分二階段進行電腦系統更新及住院系統、影像系統建置作業，第一階段上線系統之教育訓練已於96年5月28至96年6月8日辦理，7月1日完成第一階段上線業務。
- 3、本院於4月16日起協助家庭照顧者關懷協會辦理為期二週的照顧服務員訓練，並提供臨床實習訓練指導，期能培訓素質良好之照顧服務員，提供病患良好照顧。
- 4、慶祝5月12日國際護士節選拔年度優良護理人員，護理單位各選出優良護理人員一名，於院內接受表揚，並由感控護理師陳芬珠獲得最高票接受衛生局表揚。
- 5、本院於5月17日邀請馬偕紀念醫院放射科許清寅醫師蒞院指導，主題為「Basic interpretation of chest rediography」。
- 6、本院於6月11日起由林煥博醫師、專業營養、藥劑、復健等專業團隊共同辦理「享瘦窈窕班」，讓您『享瘦健康吃出窈窕』。
- 7、大安區敦煌里辦公室為慶祝端午節，於6月18日辦理「粽子節活動」，本院受邀參與，提供血糖、血壓測量服務。
- 8、為加強宣導全院同仁建立對器官捐贈的正確觀念，五~八月份邀請「台大器官捐贈小組」醫護同仁蒞院辦理系列宣導課程，共計七場。
- 9、為促進員工健康，培養規律運動的習慣，本院每日上午08:00~08:20於一樓大廳進行員工健康操活動；配合六月運動月活動，加辦多場體能促進活動，希望能提升員工對規律運動的重視。

吃：

飲食對於健康的重要，人盡皆知。如何吃的好，吃的妙，吃的適當，吃的健康。也成為當今很多人士談論的話題了。

古聖先賢，也把吃和性列為人生的主軸，此係天性所使然，故有食色性也之論述。君子食無求飽。不求安飽，是闡述不可食之過量，適可而止，否則將無暇於其他志事了。古今統治者，也把“民以食為天”作為施政的重點。食不飽，力不足，穿不暖，才美不外見。也成為沒落學子的口頭禪。很多仁人志士，更以絕食成為軟性抗爭的利器。“吃”不但不能缺，且不可一日付缺。

吃在中國，住在歐美，娶日本女子做內助，成為世界上的三大寶。吃在中國，確是實情，不論天上的飛禽，地上的走獸，水裡的海鮮，種類繁多，不及備述。中國人都可選為佳餚，滿足口慾果腹。挑食或偏食，都不是好習慣。

我們知道，人體必要的營養成分，包括有蛋白質、脂肪、碳水化合物（澱粉）、無機物以及各種維他命、纖維質和水分等。各種營養物質，都有其不可泯滅的作用。

近年來，由於生活環境改善和提高，由於醫學常識的廣為傳達和普遍，求生存，求長壽者，就有頗多矯枉過正的論述。

一天要吃若干卡路里（熱量），若干蛋白質，若干脂肪，若干維他命。每逢進食，如臨大敵，戰戰兢兢，東挑西撿。這類食物含的飽和脂肪太多不能吃，那些食物隱藏的膽固醇過高不能動。否則會造成血管變窄阻塞，引發血壓過高、心肌病。太鹹了，太油膩了，太多味精調味料了，對肝臟對腎臟有害，也不可嘗試，且喋喋不休的告誡

於同桌者。所言不無道理，也非狂語。設若如此處處嚴格思考，不啻成為食物的奴隸了。人生快樂，夫復可言。鄙見認為飲食種類應重視，但不可過份，也不宜太加約束。應以適可而止為上策，所謂中庸之道。諸事有其利，也有其弊，難能兩全其美，所謂收之桑榆，失之東隅。就拿動物脂肪（飽和脂肪）而言，如果嚴格限制攝取，將使組織、細胞硬化，皮膚皺紋層出，提前老化。如果短缺膽固醇，可使細胞新陳代謝障礙，細胞膜脆化，降低抵抗力，更將影響荷爾蒙的製造和利用，取之反而害之。凡事不可以偏概全，飲食一復如是。攝取食物應該顧及全盤性和概括性。雞魚肉類，無須視之為猛虎野獸不可觸，可食，但不可多食或強食。蔬菜、水果，不可付缺。穀類糙米不可迴避。酒類淺酌，甜點少許，維他命視身體狀況而定取捨。類此食譜，既可顧及健康，也可滿足口福，享受人生樂趣，何樂而不為。

喝：

食物可酌情隨性之所欲而食，無須刻意挑揀，但飲水就不能馬虎草率從事了。水要多飲，要常飲。每天飲水量不能少於八英兩（約 1/2 磅）。水對人體的健康和活命，非常重要。三、五天不食物，還可苟延殘喘的活著，但三、五天滴水不進，則身體就難能維持正常的運作了。

半磅飲水量，是一個人體的基本需要量，若置身酷暑或運動頻頻，經常大汗淋漓，就需要另行補充水分了。

我們身體內五臟六腑、肌肉、骨骼無不含有水分，水分之含量幾佔全身體重的 60 %。足證水分對我們身體是一項不能缺少的物質。

造成水分缺乏的原因，計有：

A. 攝取不足。

- B. 腎臟機能障礙，尤以腎小管為然。
- C. 因發燒或其他原因，呼吸頻繁。
- D. 皮膚蒸發。

排尿和出汗需要水分補充。各器官的新陳代謝，需要水分協助，身體內的廢物排除，消化的運作，在在需要水質的鼎鼎相助。所以飲水比食物更重要。

不論走路或駕駛，目前所盛行的隨身攜帶一瓶水，是一個絕佳的良好措施，隨時可喝，隨地可用，且無衛生之顧慮。

至於市面上充斥的飲料，如咖啡、可口可樂、冰茶等（綠茶例外），因含有咖啡因及糖分，雖可解一時之渴，但長久飲用，則會引發頗多的副作用，可釀成習慣性（成癮），可影響消化，可分解鈣質排出體外，可造成內分泌的混亂，可使神智發生錯覺。偶而飲用，無傷健康，但不可持久。果汁因富含糖質，但仍較其他飲料為佳。

水分的補充，以淨水最恰當，最健康。

幼兒發燒，佔兒科急、門診比例中的第一位，也是所有家長最易緊張和煩心的問題。

因嬰幼兒的體溫調節中心，一個位於橋腦內下視丘附近的神經核，尚未發育完成，皮下脂肪的堆集又不完備，因此嬰幼兒的體溫常易高低起伏，也易引發熱痙攣的症狀。

隨著年齡的增加，各部機能發育日趨穩定，體溫的變化也逐漸穩定。因此，不同的年齡對體溫的界定、判斷、處理，均不盡相同。要瞭解幼兒發燒問題，必先瞭解嬰幼兒年齡分期的界定：

1. 新生兒期：自出生至一個月內。
2. 嬰兒期：一個月至一歲之間。
3. 幼兒期：一歲至三歲之間。
4. 學齡前期：三歲至六歲之間。
5. 學齡期：六歲至十二歲之間。
6. 青春前期：十二歲至十五歲之間。
7. 青春期：十五歲至十八歲之間。

人類的中心體溫為 37.5~38 攝氏度，換言之若中心體溫超過 38 攝氏度，即謂之發熱（燒）。

至於如何測量體溫，才能達到最準確的數字，首先必須去除影響溫度的外在因素：諸如長時期陽光照射後；衣服穿太多；熱飲後；過多運動後；嬰幼兒餵奶後；哭鬧之後...等，應在 15-20 分鐘再行測定。

測量的方法：

1. 肛溫測量法：最接近中心溫度。

以清潔的肛表（不可以用酒精擦拭，以免刺激肛門。），插入約 1.5-2.5 公分（約 0.5-1 英吋），時間約 1-3 分鐘。但有肛裂、腹瀉、局部感染（如濕疹併合感染時）應避免使用。

2. 口溫測量法：盡量避免於五歲以下的兒童，以免不慎咬碎造成傷害（目前水銀製體溫表已全面禁用。）

置於舌下約 2-5 分鐘，其讀數較中心體溫約低 0.5 攝氏度。

若有口腔感染或意識不清者不予使用。

3. 耳溫測量法：目前使用最多，利用電子耳溫槍之感應測定法，但易受外界因素干擾，會有少許之誤差。

- (a) 三個月以下的幼兒不使用。
- (b) 中耳炎或中耳異常者不使用。
- (c) 耳垢過多者，或油脂分泌過多者，干擾因素過大，不予以使用。
- (d) 使用時進入角度必須與耳道平行，角度必須正確。
- (e) 若測得兩耳溫度不同時，應採取較高的讀數為準。

4. 腋溫測量法：挾於腋下約 5-10 分鐘。

因挾持腋下的密合度不易掌握，其溫差亦較大，其平均值約低於中心體溫 0.8 攝氏度。

5. 皮膚表面測量法：利用紅外線感應，測試額部，常因儀器的精密度，而致不同的誤差，須多做矯正。

至於引起「發燒」的因素則可分為兩大類：

1. 非致病性因素：

- (a) 外在環境溫度過高，炎炎夏日致熱中暑。
- (b) 衣服過多，特別是嬰幼兒最顯著。
- (c) 水分不足。

- (d) 水分流失，多次嘔吐，腹瀉，引起脫水性發燒。
- (e) 預防注射接種後的反應。
- (f) 誤食某些藥品：如副交感神經抑制劑等：如 atropine、Buscupone...等。

2. 疾病性：必須送醫治療，找出致病因：

- (a) 三個月以內之嬰幼兒，多為細菌性。
 - 若新生兒發燒，或體溫過低，均應立即送醫。
- (b) 三個月以上的嬰幼兒：若發燒超過二十四小時，多為細菌或病毒感染，應就醫。
- (c) 高燒在 41°C 以上：必須盡速就醫。

退燒的界定：發燒實際上是一種身體的自然免疫生理反應，一般在三十八.五攝氏度以下，不須積極的退燒，換言之在正常的個體，中心體溫超過三十八.五攝氏度，才需要退燒，但在某些特殊病因時，中心體溫高於三十八度時，建議做退燒的措施。

- 1. 有熱痙攣病史 (Febrile Convulsion)，或其他合併發作之神經病變：如腦性麻痺、癲癇症、小腦症...等。
- 2. 先天性心臟病、風濕性心臟病...等。
- 3. 慢性貧血，如地中海型貧血、白血病、自體免疫性貧血、血小板缺乏性的紫斑症...等。
- 4. 慢性肺功能不全：肺纖維化囊腫 (Cystic Fibrosis of Lungs)，肺發育不全、氣喘...等。
- 5. 代謝或免疫性病：兒童性糖尿病、腎病變 (Nephritic syndrome)、硬皮病 (Scleroderm) ...等。

如何退燒？物理性為先，藥物性次之。

1. 物理性：

- (a) 適當的增減衣服。
 - i 四肢冰冷，打寒顫 (畏寒) — 四肢末端加蓋衣物，給予溫熱，促進周邊血液流量。
 - ii 四肢、全身發燒時 — 減溫、減衣。
- (b) 補充水分：欲降體溫 1°C 左右，加 10% 之基本量。
- (c) 全身溫水拭浴，或泡澡：以三十七度左右之溫水，每次十至十五分鐘，可每四至六小時一次。
- (d) 冷毛巾：約攝氏二十五度，置於額及臉部。
- (e) 冰枕：置於後頸部，但六個月以下之嬰兒，不建議使用，可能會造成局部凍傷，或體溫過低。
- (f) 酒精拭浴：不建議使用，因易致反彈性血管收縮，或吸入性酒精中毒。

2. 藥物退熱，應按醫師指示之劑量使用，且注意平日之保存及效期之檢視。

- (a) 水劑：溫和、安全、劑量好控制。
- (b) 錠劑 (片劑)：較大兒童使用，不建議使用 Aspirin — 因易致雷氏症。
- (c) 栓劑：不能口服時，經肛門塞藥，但在腹瀉、或肛門周圍有感染者，勿用，勿過於密集使用。
- (d) 針劑：非家庭中使用。

以上就發燒的一般概念，予以簡單說明，希望能給家長們基本處理方式，遇到發燒情形，應鎮靜、觀察、簡單處理，任何疑惑時，應盡速詢問你的家庭醫師，或平日就診的醫院，或送醫治療，才是最安全之道。祝福每個家庭都是健康、美好、幸福。

高血壓治療的新趨勢

心臟血管內科 黃鐵強醫師

94 年台灣十大死亡率中，癌症是排第一位，但是若把與高血壓相關的第二位腦血管疾病，第三位心臟疾病，第四位糖尿病，第八位腎病及第十位高血壓性疾病統統加起來，死亡率會超越癌症。在台灣的高血壓盛行率方面，根據國民健康局的資料，2003 年男性是 24.9%，女性是 18.25%，而對高血壓的認知，治療及控制率方面，女性優於男性，分別是 78.5%，64.33%，28.5% 及 58.54%，47.15%，20.79%。很顯然的，自 1995 年全民健保實施以來，在投保率高及滿意度高的情況下，控制率卻不很理想，其中原因頗多，有待醫護全體同仁的努力。

高血壓治療很重要，因為高血壓會隨年紀的增加而增加，也會隨高血壓值的升高發生腦心血管病的機率增加。有高血壓者，發生腦中風的機率增加 7~8 倍，發生心臟衰竭的機率增加 5~7 倍，發生冠狀動脈心臟病的機率增加 2.5~4 倍及發生周邊血管疾病的機率增加 2~4 倍。只要把高血壓降低，可以降低腦中風的發生率 35~40%，降低心肌梗塞的發生率 20~25%，降低心臟衰竭的發生率 50% 及降低血管事件的罹病率及死亡率。因此，高血壓這個無聲殺手疾病，要及早及積極的治療。

在 2003 年中，有三個版本的高血壓治療準則出現，美國 JNC 7，世界衛生組織／國際高血壓學會及歐洲高血壓學會／歐洲心臟學會，一致認為十八歲以上成年人，收縮壓大於或等於 140mmHg 或舒張壓大於或等於 90mmHg 就可診斷為高血壓。高血壓治療的目標一致認為低度及中度危險患者，血壓要控制在 140/90mmHg 以下，高度危險患者如糖尿病或慢性腎病，血壓要控制在 130/80mmHg 以下才可。

治療高血壓，除了血壓外，也要作〔高血壓的危險評估〕來治療。包括：

- (1).冠狀動脈心臟病的危險因子：男性大於 55 歲，女性大於 65 歲，抽煙，血脂異常，肥胖，沒有運動，有早發性心臟血管病家族史，蛋白尿及 hs-CRP 升高。
- (2).標的器官損害：左心室肥厚，微蛋白尿，放射或超音波有發現廣泛的動脈硬化，肌酸酐上昇，第三度或第四度的視網膜病變。
- (3).相關病況：糖尿病，腦血管疾病，心臟血管疾病，腎臟病，周邊血管疾病及重度視網膜病變。

上述高血壓的危險評估在世界衛生組織／國際高血壓學會及歐洲高血壓學會／歐洲心臟學會的治療準則中有分為低度危險患者，中度危險患者及高度危險患者的危險評估分類。

高血壓的治療包括生活方式的改變及藥物治療。有關降壓劑方面，一致認同五大類：血管收縮素轉化酶抑制劑(angiotensin converting-enzyme inhibitor, ACEI)，血管收縮素接受器阻斷劑(angiotensin receptor blocker, ARB)，乙型交感神經阻斷劑(beta-blocker, BB)，鈣離子阻斷劑(calcium channel blocker, CCB)及利尿劑(diuretic, D)來治療高血壓。也一致認為開始治療是〔單一降壓劑治療〕，不理想時就是〔小劑量的合併降壓劑治療〕，也可用複合的〔固定劑量治療〕，只是在〔第一選擇的降壓劑治療〕上有所不同，美國 JNC 7 及世界衛生組織／國際高血壓學會主張用低劑量的 Thiazide 利尿劑，而歐洲高血壓學會／歐洲心臟血會認為第一選擇不一定是利尿劑。

至於 alpha-blocker 在治療高血壓的角色，因為美國的 ALLHAT study 中有增加發生心臟衰竭的機率已不被作為常用的降壓劑。但是根據 HOT study 及美國 JNC 7，當高血壓控制正常後，給予小劑量的阿斯匹林對預防心血管事件是有好處的。對高危險高血壓患者，再給予 statin，更可以預防心血管事件的發生。

在高血壓的治療中，大部份患者都是要由兩種或兩種以上的降壓劑來治療，在五大類降壓劑中，如何的降壓劑組合才是最理想的組合治療(optimal combination therapy)呢？

在 LIFE study 中，發現在預防及降低心血管及腦血管疾病方面，losartan 優於 atenolol，也就是血管收縮素接受器阻斷劑(ARB)優於乙型交感神經阻斷劑(BB)。在 Value study 中，發現 Valsartan 與 amlodipine 在降低心血管事件同樣有效，也就是血管收縮素接受器阻斷劑(ARB)與鈣離子阻斷劑(CCB)

同樣有效。在美國的 ALLHAT study 中，發現 chlorthalidone 與 amlodipine, lisinopril 在降低心血管罹病率及死亡率同樣有效，也就是利尿劑不輸於鈣離子阻斷劑(CCB)及血管收縮素轉化酶抑制劑(ACEI)，在預防心臟衰竭及腦中風方面，利尿劑優於鈣離子阻斷劑及血管收縮素轉化酶抑制劑。在歐洲的 ASCOT study 中，發現 amlodipine + perindopril 比 atenolol + bendroflumethiazide 更可以降低心臟血管疾病，腦血管疾病，全總死亡率及預防糖尿病等為大，也就是說，鈣離子阻斷劑(CCB)與血管收縮素轉化酶抑制劑(ACEI)優於乙型交感神經阻斷劑(BB)加利尿劑的療效。由以上的大型臨床研究中，可以發現以鈣離子阻斷劑(CCB)，血管收縮素轉化酶抑制劑(ACEI)，血管收縮素接受器阻斷劑(ARB)及利尿劑為優了。於是英國高血壓學會對無併發症的高血壓患者，也因如此把過去的選擇降壓劑規則再作修定稱為 NICE 規則：把高血壓患者分為兩大類，一類是小於 55 歲，降壓劑是以 A 為代表，A 就是 ACE inhibitor 或 ARB(angiotensin receptor blocker)；另一類是大於 55 歲，是 C 及 D 為代表，C 就是 CCB(Calcium channel blocker)，D 就是 Diuretic(thiazide)。第一步驟是：若 55 歲以下高血壓患者選 A，若 55 歲以上高血壓患者選 C 或 D；兩年齡層者若高血壓無法控制，第二步驟是 A+C 或 A+D；若高血壓還是無法控制，第三步驟是 A+C+D；若高血壓還是無法控制，第四步驟是加上 alpha-blocker 或 beta-blocker，或會診專科醫師了。

今年 3 月，美國批准了新降壓機轉腎素抑制劑(renin inhibitor)的高血壓藥 Aliskiren 上市，此藥半衰期 40 小時，降壓效果可以 24 小時控制血壓，特別是早上危險時間的血壓起伏(morning surges)，也可合併 ACEI，ARB 或 CCB 服用，效果比單獨服用好，停藥後也不會有反彈現象。對血漿腎素活性(plasma renin activity, PRA)是下降的，而 ACEI，ARB 及利尿劑的血漿腎素活性是上昇的，因此 aliskiren 有好的終端器官保護作用(end-organ protection)。此藥較常見的副作用是腹瀉，頭痛及咽喉炎，一般耐受性好，不會引起咳嗽。當然，有關 aliskiren 的更多臨床作用及安全性，有待更多的文獻報告。

最後，歐美的 ASCOT study 及 ALLHAT study 提供選擇高血壓藥物有實証依據的思考方向，英國的 NICE 規則也是按實証依據來組合降壓劑，是一個很不錯的思考方式。但是隨著新降壓機轉腎素抑制劑 aliskiren 的出現，相信未來，歐美醫療團體的高血壓治療準則，可能會再作修定。一個理想的降壓劑組合(optimal combination therapy)治療，除了有上述實用快速的方式外，同時也必須要考慮患者是否有強制性適應症(compelling indications)，美國 JNC 7 及 WHO/ISH 治療準則都有建議適當的降壓劑，因此，理想的降壓劑組合是多方面思考的，才可以預防及降低心血管事件的罹病率及死亡率，也希望未來台灣十大死亡率中，與高血壓有相關的疾病死亡率能逐年下降才是。

參考資料：

- 1.黃鐵強:基層醫療常見的一個問題:由各高血壓準則來看高血壓的治療及預防·基層醫學 第二十卷第二期·
- 2.行政院衛生署國民健康局網站:
<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHP/do/chinese/home>
- 3.Medscape cardiology 網站:
<http://www.medscape.com/cardiology>

高血壓治療的新趨勢

心臟血管內科 黃鐵強醫師

94 年台灣十大死亡率中，癌症是排第一位，但是若把與高血壓相關的第二位腦血管疾病，第三位心臟疾病，第四位糖尿病，第八位腎病及第十位高血壓性疾病統統加起來，死亡率會超越癌症。在台灣的高血壓盛行率方面，根據國民健康局的資料，2003 年男性是 24.9%，女性是 18.25%，而對高血壓的認知，治療及控制率方面，女性優於男性，分別是 78.5%，64.33%，28.5% 及 58.54%，47.15%，20.79%。很顯然的，自 1995 年全民健保實施以來，在投保率高及滿意度高的情況下，控制率卻不很理想，其中原因頗多，有待醫護全體同仁的努力。

高血壓治療很重要，因為高血壓會隨年紀的增加而增加，也會隨高血壓值的升高發生腦心血管病的機率增加。有高血壓者，發生腦中風的機率增加 7~8 倍，發生心臟衰竭的機率增加 5~7 倍，發生冠狀動脈心臟病的機率增加 2.5~4 倍及發生周邊血管疾病的機率增加 2~4 倍。只要把高血壓降低，可以降低腦中風的發生率 35~40%，降低心肌梗塞的發生率 20~25%，降低心臟衰竭的發生率 50% 及降低血管事件的罹病率及死亡率。因此，高血壓這個無聲殺手疾病，要及早及積極的治療。

在 2003 年中，有三個版本的高血壓治療準則出現，美國 JNC 7，世界衛生組織／國際高血壓學會及歐洲高血壓學會／歐洲心臟學會，一致認為十八歲以上成年人，收縮壓大於或等於 140mmHg 或舒張壓大於或等於 90mmHg 就可診斷為高血壓。高血壓治療的目標一致認為低度及中度危險患者，血壓要控制在 140/90mmHg 以下，高度危險患者如糖尿病或慢性腎病，血壓要控制在 130/80mmHg 以下才可。

治療高血壓，除了血壓外，也要作〔高血壓的危險評估〕來治療。包括：

- (1).冠狀動脈心臟病的危險因子：男性大於 55 歲，女性大於 65 歲，抽煙，血脂異常，肥胖，沒有運動，有早發性心臟血管病家族史，蛋白尿及 hs-CRP 升高。
- (2).標的器官損害：左心室肥厚，微蛋白尿，放射或超音波有發現廣泛的動脈硬化，肌酸酐上昇，第三度或第四度的視網膜病變。
- (3).相關病況：糖尿病，腦血管疾病，心臟血管疾病，腎臟病，周邊血管疾病及重度視網膜病變。

上述高血壓的危險評估在世界衛生組織／國際高血壓學會及歐洲高血壓學會／歐洲心臟學會的治療準則中有分為低度危險患者，中度危險患者及高度危險患者的危險評估分類。

高血壓的治療包括生活方式的改變及藥物治療。有關降壓劑方面，一致認同五大類：血管收縮素轉化酶抑制劑(angiotensin converting-enzyme inhibitor, ACEI)，血管收縮素接受器阻斷劑(angiotensin receptor blocker, ARB)，乙型交感神經阻斷劑(beta-blocker, BB)，鈣離子阻斷劑(calcium channel blocker, CCB)及利尿劑(diuretic, D)來治療高血壓。也一致認為開始治療是〔單一降壓劑治療〕，不理想時就是〔小劑量的合併降壓劑治療〕，也可用複合的〔固定劑量治療〕，只是在〔第一選擇的降壓劑治療〕上有所不同，美國 JNC 7 及世界衛生組織／國際高血壓學會主張用低劑量的 Thiazide 利尿劑，而歐洲高血壓學會／歐洲心臟血會認為第一選擇不一定是利尿劑。

至於 alpha-blocker 在治療高血壓的角色，因為美國的 ALLHAT study 中有增加發生心臟衰竭的機率已不被作為常用的降壓劑。但是根據 HOT study 及美國 JNC 7，當高血壓控制正常後，給予小劑量的阿斯匹林對預防心血管事件是有好處的。對高危險高血壓患者，再給予 statin，更可以預防心血管事件的發生。

在高血壓的治療中，大部份患者都是要由兩種或兩種以上的降壓劑來治療，在五大類降壓劑中，如何的降壓劑組合才是最理想的組合治療(optimal combination therapy)呢？

在 LIFE study 中，發現在預防及降低心血管及腦血管疾病方面，losartan 優於 atenolol，也就是血管收縮素接受器阻斷劑(ARB)優於乙型交感神經阻斷劑(BB)。在 Value study 中，發現 Valsartan 與 amlodipine 在降低心血管事件同樣有效，也就是血管收縮素接受器阻斷劑(ARB)與鈣離子阻斷劑(CCB)

同樣有效。在美國的 ALLHAT study 中，發現 chlorthalidone 與 amlodipine, lisinopril 在降低心血管罹病率及死亡率同樣有效，也就是利尿劑不輸於鈣離子阻斷劑(CCB)及血管收縮素轉化酶抑制劑(ACEI)，在預防心臟衰竭及腦中風方面，利尿劑優於鈣離子阻斷劑及血管收縮素轉化酶抑制劑。在歐洲的 ASCOT study 中，發現 amlodipine + perindopril 比 atenolol + bendroflumethiazide 更可以降低心臟血管疾病，腦血管疾病，全總死亡率及預防糖尿病等為大，也就是說，鈣離子阻斷劑(CCB)與血管收縮素轉化酶抑制劑(ACEI)優於乙型交感神經阻斷劑(BB)加利尿劑的療效。由以上的大型臨床研究中，可以發現以鈣離子阻斷劑(CCB)，血管收縮素轉化酶抑制劑(ACEI)，血管收縮素接受器阻斷劑(ARB)及利尿劑為優了。於是英國高血壓學會對無併發症的高血壓患者，也因如此把過去的選擇降壓劑規則再作修定稱為 NICE 規則：把高血壓患者分為兩大類，一類是小於 55 歲，降壓劑是以 A 為代表，A 就是 ACE inhibitor 或 ARB(angiotensin receptor blocker)；另一類是大於 55 歲，是 C 及 D 為代表，C 就是 CCB(Calcium channel blocker)，D 就是 Diuretic(thiazide)。第一步驟是：若 55 歲以下高血壓患者選 A，若 55 歲以上高血壓患者選 C 或 D；兩年齡層者若高血壓無法控制，第二步驟是 A+C 或 A+D；若高血壓還是無法控制，第三步驟是 A+C+D；若高血壓還是無法控制，第四步驟是加上 alpha-blocker 或 beta-blocker，或會診專科醫師了。

今年 3 月，美國批准了新降壓機轉腎素抑制劑(renin inhibitor)的高血壓藥 Aliskiren 上市，此藥半衰期 40 小時，降壓效果可以 24 小時控制血壓，特別是早上危險時間的血壓起伏(morning surges)，也可合併 ACEI，ARB 或 CCB 服用，效果比單獨服用好，停藥後也不會有反彈現象。對血漿腎素活性(plasma renin activity, PRA)是下降的，而 ACEI，ARB 及利尿劑的血漿腎素活性是上昇的，因此 aliskiren 有好的終端器官保護作用(end-organ protection)。此藥較常見的副作用是腹瀉，頭痛及咽喉炎，一般耐受性好，不會引起咳嗽。當然，有關 aliskiren 的更多臨床作用及安全性，有待更多的文獻報告。

最後，歐美的 ASCOT study 及 ALLHAT study 提供選擇高血壓藥物有實証依據的思考方向，英國的 NICE 規則也是按實証依據來組合降壓劑，是一個很不錯的思考方式。但是隨著新降壓機轉腎素抑制劑 aliskiren 的出現，相信未來，歐美醫療團體的高血壓治療準則，可能會再作修定。一個理想的降壓劑組合(optimal combination therapy)治療，除了有上述實用快速的方式外，同時也必須要考慮患者是否有強制性適應症(compelling indications)，美國 JNC 7 及 WHO/ISH 治療準則都有建議適當的降壓劑，因此，理想的降壓劑組合是多方面思考的，才可以預防及降低心血管事件的罹病率及死亡率，也希望未來台灣十大死亡率中，與高血壓有相關的疾病死亡率能逐年下降才是。

參考資料：

- 1.黃鐵強:基層醫療常見的一個問題:由各高血壓準則來看高血壓的治療及預防·基層醫學 第二十卷第二期·
- 2.行政院衛生署國民健康局網站:
<http://www.bhp.doh.gov.tw/BHP/do/chinese/home>
- 3.Medscape cardiology 網站:
<http://www.medscape.com/cardiology>

貧血

貧血是一種疾病的症狀及徵象，而不是一個病名。貧血是指紅血球、血色素、及血容積的低下。貧血的分類很多：有急性與慢性之分、有先天性與後天性之分、有原發性與續發性之分、有生長障礙與耗損（如：月經過多、胃腸出血、痔瘡、鈞蟲病等）之分，有以紅血球型態而分者，有造血原料或要素（如：鐵、葉酸、維他命 B12 等）缺乏而引起者，有感染症及炎症（inflammatory）所引起者，亦有少數其原因不明者。

慢性病之貧血

慢性病之貧血在新版溫氏臨床血液學中（參考資料）編入第 47 章第一段。其章名為「續發於慢性疾病及全身性疾病之貧血」。作者稱：慢性病之貧血，不包括骨髓被替換者（marrow replacement）、血液流失、溶血、腎臟功能不全、肝病、或內分泌疾病等，雖然該類疾病亦屬慢性病。在該書章中，另有述及慢性腎功能不全及其他肝病引起之續發性貧血。

該書章中，亦有一表列出所謂慢性病之貧血其關聯之情況有：慢性感染性疾病，如：肺部感染，包括膿瘍、肺氣腫、肺結核、肺炎等，亞急性細菌性心內膜炎、骨盆腔炎症疾病、骨髓炎、慢性泌尿道感染症、慢性黴菌病、腦膜炎、愛滋病病毒感染等；慢性非感染性炎症，包括類風溼性關節炎、風溼熱、全身性紅斑狼瘡、嚴重性創傷；燙傷、血管炎等；惡性疾病，包括癌症、霍杰金病、淋巴肉瘤、白血病、多發性骨髓瘤等；其他疾病，包括酒精性肝病，充血性心衰竭、血栓性靜脈炎、缺血性心臟病等；最後原因不明性者，亦包括其內。

所以慢性病之貧血，其原因繁多，不勝枚舉。其定義亦不甚明顯，混淆不清，頗有令人無所適從之感。一般認為該貧血係因細胞激素有關而引起的，故以「炎症性貧血」(anemia of inflammation) 為宜。

病理機轉

慢性病之貧血，其致病機轉有三大主因：

1. 紅血球的生存期縮短，一般認定其正常生存期約在 120 天左右。
2. 骨髓反應能力的失調，骨髓是人體血球細胞的製造地。
3. 鐵質代謝的受損，原則上，這不是鐵質的缺少，其所涉及者，有紅血球生長激素、細胞激素（cytokines），鐵質代謝等。

臨床診斷

血液科疾病之診斷，通常 80% 以上之病者，醫生僅用顯微鏡檢視其血液抹片即可獲得其診斷。慢性病之貧血，通常其紅血球顯示正常之型態與著色。現在電子儀器發達，僅解讀該其結果數值，即可獲得相當程度之確實診斷。

原則上，血液疾病之診斷亦與其他科別之診斷相同，即包括病史、物理檢查及實驗室檢查等。慢性病之貧血，事實上，其原有慢性疾病多已先經查明。其出現伴有貧血當達一至二月，即所謂之也。但臨床上，亦有少數病例先出現貧血者。

實驗室有關血中鐵的檢查，慢性病之貧血，其血清鐵降低，總鐵結合量（TIBC）降低，鐵蛋白（ferritin）正常或升高，所以其 TIBC 與 ferritin 有別於缺鐵性貧血所見。但是，慢性病者常有慢性胃

腸出血，其食物中或缺少鐵、或吸收不良，故常伴有缺鐵性貧血及缺葉酸性貧血。

治療

慢性病之貧血，其治療當著重於其慢性病之根本治療，其所伴發之貧血並不是重點所在。其貧血之程度，常不需積極治療。尤其在給予輸血治療，當評估其利弊及其需要性。

為促使其紅血球生成，臨床上常用紅血球生成激素(erythropoietin, EPO)，這是由腎臟分泌的激素。當其伴有缺鐵性貧血時，當然可加鐵劑治療。近年有一種新型重組的 EPO 上市稱為 Darbepoetin，為其治療選項之一。

結語

慢性病之貧血，其所原本的慢性病種類繁多，其定義亦不甚明確。就其貧血之治療，當無須積極實施，實施治療時，當個別而論。

* 參考資料

1. Wintrobe's Clinical Hematology. 11th Ed. 2004
2. Lawrence MT Jr et al: Current Medical Diagnosis & Treatment. 40th Ed. 2001

膀胱下垂及直腸脫出症（陰道鬆弛症候群）
（Cystocele with Rectocele）

婦產科 黃崇賢醫師

時下婦女由於環境及觀念的改變，生產數逐年下降，而不像過去農業時代，生產力和勞動力成正比；也因此生產數少，而導致子宮脫垂的現象幾乎少見。

然而無可避免的，在陰道生產過程中，由於胎兒過大（ ≥ 4000 公克）、陰道狹窄、生產困難（ ≥ 20 小時）、或使用胎兒真空吸引術時技術不當，或醫護人員習慣性擠壓腹部來幫助胎兒產出，甚至於生產速度太快…等因素，都可能會造成陰道撕裂傷的現象。由於陰道肌肉過度擠壓，不自主快速擴張的變大，而使得這些支持結構變相當薄弱和鬆弛。導致了上、下陰道壁下垂及凸出的現象。即所謂陰道鬆弛症。

一般有陰道生產史的女性，產後陰道鬆弛，可藉骨盆底肌提肛運動，即所謂“凱格爾運動”來恢復肌肉的強度；然而此約有 31% 左右的女性，較則無如此幸運了，在門診中可見到這些病人，常抱怨著：（1）性交不適或無感覺狀（2）小便次數繁多，甚至有尿失禁（3）白帶多困擾（4）常有下墜感（5）時見泌尿道發炎等。一般若無仔細檢查，給予止痛劑、抗生素、陰道塞劑來處理，是無法改善而只是治標。但對於較嚴重者，就必須接受陰道上、下壁的修補整形手術，才能有效解決此症狀。恢復原本陰道的寬度、彈性度及長度，而改善生活的品質。解決此一擾人的困擾。

健康檢查

體檢一組 邱泉濱醫師

健康檢查（健檢）就是疾病篩檢（**Screening**）。針對沒有病覺的健康人做全身檢查，找出潛在致病因子及早期病變、並提供適當的治療，限制或消除疾病對人體的損害，達到健康長壽的目的。健康是指身體、精神、社會適應完全處於良好的狀態。健康是人類共同追求的目標，而維持健康的首要任務是預防疾病。疾病帶給人類嚴重災難，人一旦患病，本身痛苦，親友不安，給社會沉重負擔。過去是病人出現了臨床病狀時才去找醫師診治；現在知道許多疾病臨床症狀出現時已對人體構成損害、失去了最佳的治療時機，常導致病人殘障乃至死亡。因此世界各國十分重視預防醫學，經全世界科學家們的共同努力，許多急性傳染病已得到有效控制，但惡性腫瘤及血管疾病仍嚴重威脅人類健康。健檢是預防預防醫學的核心部分，經由健檢“無病找病”的作業方式期求把人體疾病發生臨床症狀之前加以消除。

人體是由許多細胞組成的，細胞是人體最小的結構和功能單位。疾病的發生都是從細胞病變開始的。醫界把人體疾病發生的過程分為五期：

- 1. 易感染期：**致病因子已經存在、且傾向於誘導細胞內部基因突變或破壞細胞；如長期接觸致癌物質或放射線易致基因突變成癌；長期大量酗酒易致酒精性肝硬化；礦工易患塵肺症（Pneumosilicosis）；未經治療的高血脂、高血壓、高血糖、高尿酸血症、易致血管疾病；肥胖易患脂肪肝等。此期人體內細胞尚未受到損害或損害極微，沒有臨床症狀，不影響日常生活。
- 2. 臨床前期：**致病因子沒有即時清除，時間長了損害細胞；由於構成人體的細胞數量很多、細胞又有很強的代償功能；許多疾病已在人體損傷了大量細胞，但並未影響人體整體生理功能，因此沒有臨床症狀或症狀極輕不影響日常生活；如動脈粥樣硬化、惡性腫瘤早期、肝硬化、糖尿病初期。
- 3. 臨床期：**致病因子繼續大量破壞細胞，遭受損害的細胞數量多到足夠影響全體生理功能，影響了日常生活，臨床症狀出現；如高熱咳嗽、胸痛氣促、嘔吐腹瀉、厭食黃疸。
- 4. 恢復/殘障期：**早期得到適當治療，消除致病因子，症狀消失，完全恢復；如普通感冒、急性腸胃炎；病情嚴重、延誤治療或治療不當，部分細胞功能恢復及遺留機能障礙，如中風遺留四肢偏癱。
- 5. 死亡期：**致病因子導致細胞死亡總數大於體內細胞再生總數到達某一比值時，再不能有效執行體內生理功能，導致死亡。

健檢工作範圍限定在易感染期及臨床前期；一旦進入臨床期病狀出現，速去門診相關專科醫師診治。

健檢衛教如何避免易感染期致病因子、健檢轉診適時診治臨床前期致病因子，這就是健檢工作的目標。

健檢內容：健檢範圍可貫穿整个人生，如：婚前、孕婦、新生兒、嬰幼兒、小、中、大學新生入學、40歲以上成人及65歲以上老人健檢。

健檢項目按健檢目的設定：

- 1. 問診及理學檢查：**身高、體重、血壓、脈搏、呼吸、身體質量指數（BMI）、腰臀圍、體脂肪、視力、聽力。頭、眼、耳、鼻、咽、扁桃腺、頸、甲狀腺、胸、乳房、肺、心、腹、泌尿生殖器、背、四肢、皮膚、神智。
- 2. 實驗室檢查：**
血液：紅細胞（RBC）、血紅蛋白（HB）、紅細胞比積（HCT）、紅細胞平均體積（MCV）、紅細胞平均血紅蛋白含量（MCH）、紅細胞平均血紅蛋白濃度（MCHC）、白細胞（WBC）

及分類 (DC)、血小板計數 (BPC)。

血型：AOB 型，RH 因子。

肝膽功能：總膽紅素 (T-BIL)、直接膽紅素 (D-BIL)、總蛋白質 (T-Protein)、白蛋白 (ALB)、球蛋白 (GLO)、白蛋白及球蛋白比值 (A/G)、谷草轉氨酶 (GOT/AST)、谷丙轉氨酶 (GPT/ALT)、鹼性磷酸酶 (ALK-P)、加瑪麩氨酸轉移酶 (r-GT)。

腎功能：肌酐 (CR)、尿素氮 (BUN)

血脂肪：總膽固醇 (T-CH)、甘油三酯 (TG)、低密度脂蛋白膽固醇 (LDL-C)、高密度脂蛋白膽固醇 (HDL-C)。

心功能：乳酸脫氫酶 (LDH)、肌酸激酶 (CPK)、高敏感性 C 反應蛋白 (hs-CRP)。

甲狀腺功能：促甲狀腺激素 (TSH)、甲狀腺素 (T4)。

肝炎篩檢：乙型肝炎表面抗原 (HBsAg)、乙型肝炎表面抗體 (HBsAb)、丙型肝炎抗體 (HCV-Ab)。

癌症篩檢：甲胎蛋白 (AFP) — 肝癌、肝硬化；癌胚抗原 (CEA) — 大腸癌；糖鏈抗原 (CA19-9) — 胰癌；前列腺特異性抗原 (PSA) — 前列腺癌；CA-125 — 卵巢癌；子宮頸抹片篩檢子宮頸癌。

糖尿病：飯前血糖 (Glucose AC)、糖化血紅蛋白 (HbA1C)。

痛風：尿酸 (UA)。

梅毒血清反應 (VDRL)、愛滋病抗體反應 (HIV)、類風濕關節炎因子 (RA)。

尿液：理學檢查顏色、比重、酸鹼度 (PH 值)；化學檢測蛋白質、糖、潛血、酮體、亞硝酸鹽、膽紅素、尿膽素元；尿沈澱物顯微鏡檢查紅細胞、白細胞、上皮細胞、管型、細菌。

糞便：潛血反應、血紅蛋白反應；顯微鏡檢查寄生蟲。

3. 儀器檢查：

靜態心電圖 (Resting EKG)：檢查心臟速率、節律、位置；篩檢心律不整、心肌梗塞、心臟增大。

肺功能：篩檢阻塞性肺換氣障礙如肺氣腫、哮喘；限制性肺疾病如塵肺症、肋膜大量積液。

動脈硬化指數分析：檢查四肢血管彈性指數、血管阻塞指數及末梢循環暢通狀況。

X 光 (X-Ray)：

胸部 —：一張後前位正面胸片，篩檢肺癌、肺結核、肺氣腫、支氣管擴張、肋膜積液、縱膈腫瘤；心臟增大、胸主動脈瘤；枕胸椎骨、肋骨、背胸軟組織病變。

腹部 —：一張後前位正面腹平片，應包括橫隔膜至兩側髖關節在內的全腹腔器官，再加一張側面腰椎攝影；篩檢肝膽、腎、尿路結石，腹腔內巨大腫瘤；腰椎、髖關節骨刺、退化性關節病變、壓迫性骨折。

女性乳腺：篩檢早期乳癌。

骨密度：檢查第 2、3、4 腰椎或足跟骨，篩檢骨質減少或骨質疏鬆。

超音波：

腹部超音波 — 篩檢脂肪肝、肝囊腫、肝癌、肝膽結石、脾臟腫大、胰臟癌、腎先天性畸形、腎囊腫、尿路結石、腎腫瘤、腎積水、腎萎縮；前列腺肥大、前列腺癌；子宮肌瘤、卵巢囊腫；腹主動脈瘤、腹水。

心血管超音波 — 篩檢先天性心臟病、心臟瓣膜病、心肌梗塞、心臟增大；主動脈瘤、主動脈粥樣硬化斑塊及狹窄。

女乳房超音波篩檢乳纖維囊腫、腫瘤。

電腦斷層掃描 (CT) 及核磁共振造影 (MRI)：篩檢血管病變及細微癌症。

健檢結果的判讀與解說及後續處理：

這是健檢工作中最重要的一環，受檢者來接受健檢是希望瞭解自身健康狀況以及如何預防或早期治療疾病。健檢專業醫師應親切而細緻的向受檢者逐一解說“異常”項目，並衛教如何預防“異常項目”的發生及轉診專科醫師及時處理“異常項目”，消除受檢者的疑慮及恐慌。正確理解敏感度（Sensitivity）、特異性（Specificity）、偽陽性、偽陰性的含義；竇性心律不整不顯示心臟一定有病、肝指數（AST、ALT）正常不表明肝臟一定無病（肝癌早期 AST、ALT 常無改變）。正確判讀健檢項目、適當的衛教及轉診後續處理，才是突出健檢專業醫師的重要性。

異常項目處理：

1. 需要立即轉科診治：如肝臟異常腫塊、飯前血糖 220mg/dl、血壓 200/110mmHg。
2. 定期追蹤檢查：如總膽固醇 230mg/dl、肝脾腫大、頸動脈粥樣硬化斑塊。
3. 不需處理：如肺氣腫、地中海型貧血。

目前全台十大死因中以血管疾病居首位，冠心病、腦中風、高血壓的總和已超過惡性腫瘤。四十歲以上成人健檢，異常項目依次為高血壓、體胖、高血脂、高血糖；這些異常因子可導致血管疾病；健檢結果與十大死因相符。早期發現血管疾病及惡性腫瘤、並提供適當的預防與治療是當前健檢工作的首要任務。

隨著生活形態的改變，飲食習慣的西化，台灣的乳癌越來越多。但由於大多數的婦女害羞或醫學知識不足，導致多數乳癌病患太晚就醫，如此也導致死亡率偏高。我一直記得在陸修女的門診時，看到一個病人，他的兩邊乳房都發黑、潰爛並且發臭才就醫，因為他不好意思，讓我大為震撼！因為乳癌如能早期診斷，早期治療，十年的存活率平均達百分之六十，第一期乳癌的存活率則高達百分之八十以上。也正因如此，乳癌術後的照護更為重要。

在台灣，有很多的外科醫生不認同復健，所以也不會要求病人來看復健科。當然有的病人術後恢復得很好，日常生活無太大的不便；但是我在門診也看過不少病患一直拖到手腫，肩關節沾黏才來復健，這樣當然事倍功半！我認為如能在術前就能教導患者術後的復健動作，術後再根據手術範圍的大小、是否需要放射線治療等，來設計動作課程，應是較為理想的。

一般來說在手術後就可以開始做一些比較輕鬆的運動。如手肘彎曲、伸直，手腕做順時針、逆時針的旋轉，握拳、張開，每回做 12 次，每天數回。在睡覺時，用枕頭把手墊高（比心臟高），這可以避免水腫。另外因為手術時通常會合併做淋巴廓清術及部份胸肌切除，所以伸展腋下以及胸、背肌是很重要的，此處也是疤痕組織最常形成的地方。但若是運動時會太痛，要請教你的治療師，是否動作太大，或是不正確。

術後一到三禮拜就需要開始從事一些主動運動。我們可以用一些工具如棍棒、毛巾、球等來增加肩關節的活動，例如：毛巾操等。但要記得注意保持良好的姿勢。如果肩關節已有沾黏，則可以加上按摩來打斷沾黏的結締組織。

因為乳癌手術後我們多會下意識的保護患處，所以患側常會呈現前傾的姿勢，長此下來會造成胸大肌、斜方肌、背肌的緊縮。所以要加強旋轉肌（肩膀的肌肉）、背肌的肌力，以及胸部的伸展。也就是要抬頭挺胸，注意耳垂和肩膀要在一直線，這樣就可以避免之後因姿勢不良而造成的疼痛。另外，因為一邊的乳房切除，也會造成胸部兩邊不等重（越豐滿的人越厲害），進而造成健側的肩頸酸疼。因此戴義乳，或是乳房重建是有需要的，它可以平均兩側的負擔，而不僅只是美觀罷了。

除了手術以外，乳癌也常需要做荷爾蒙治療、化學治療以及放射治療，都是為了降低顯微轉移的機率。我們會隨著乳癌分期、細胞的分化程度、荷爾蒙接受體的有無、HER-2/neu 過度表現等做不同的搭配。其中放射線治療會引起皮膚的發黑、結痂等症狀，在此時做運動就要很小心，避免拉傷皮膚，造成感染。這時可以改做等長運動，在不造成皮膚拉扯的情況下，仍要維持適當的關節活動，以免造成續發性的冰凍肩。

隨著時代的演進，現在越來越多不婚族、晚生族、或不生族，也造成了乳癌的發生率日漸提高。然而癌症並不可怕，只要早期發現，早期治療，在術後配合適當的運動，都可以得到很好的生活品質。

避免「終端機症候群」，正確使用電腦有一套！

家庭醫學科

譚健民醫師

在現代辦公室的作業中，已脫離不了利用電腦來處理文件或傳遞資訊，因而使得經常使用電腦工作的辦公室上班族，罹患所謂的「電腦終端機症候群」，也就是在使用電腦作業中，持久不良的操作習慣，以及長時間的注視螢幕所引起的症候群，其中包括眼睛肌肉痠澀疲勞，及頸部、上背部、手腕部以及肩膀肌肉的痠痛感。

根據相關環境游離幅射線的研究探測，終端機所散射的微量幅射線，是不會造成人體器官組織的傷害；而長期在電腦終端機前工作的上班族或網友，其之所以引發「電腦終端機症候群」，卻是由於下述幾種主要的因素所造成，其中包括不適當的電腦終端機擺設位置、光線的不足，以及不良的坐姿及操作的姿勢。

因此，爲了避免上班族或網路族在無形中罹患「終端機症候群」，站在醫療保健的立場，在此提供下述十點建議，以作爲網友避免「電腦終端機症候群」衍生的參考依據：

- 1.在電腦終端機螢幕前，最好能夠使用一片能夠遮光的護目鏡，並盡量避免在光線太亮的地方開啓使用電腦。
- 2.使用電腦終端機作業時，直視所需參考文件的焦距應與直視螢幕的焦距一定要一樣。
- 3.直視螢幕的視線，最好維持在與眼睛向前直視水平線下 10 至 15 度之間。
- 4.一旦發現螢幕沾有塵埃，一定要隨時擦拭乾淨。
- 5.在長久的直視螢幕中，應該不時的眨動雙眼，以使得眼角膜不會過於乾燥。
- 6.如果使用者有視力問題時（如近視、遠視、甚至老花），或許需要會診眼科專科醫師，並配戴一付專門使用於電腦終端機時的特殊眼鏡。
- 7.如果電腦終端機螢幕本身出現模糊不清、速度不良、螢幕抖動，必須要立即通知相關的工程師來修理或維護。
- 8.在使用電腦終端機時，最好選擇一張可以靠背的椅子，而椅子的高度最好能夠調整到自己在使用電腦時最舒適的位置，有時不妨安置一個小枕頭在下背部處。
- 9.每使用一至二小時，最好能夠起身走動並舒展筋骨。
- 10 在感覺到身體任何一個部位出現痠痛的現象時，則不妨在頸部、肩膀，甚至背部做幾分鐘柔軟的伸展動作，其中包括左右旋轉頸部、頸部往後伸展、上下移動臂部、讓下背部往後彎，或者腰部左右側彎，這些運動都可以達到良好的紓解功效。

此外，經常使用電腦的上班族及網路族，在長期敲打鍵盤的運作下，也會容易造成腕關節的傷害，甚至導致「腕隧道症候群」（罹患者可能會

衍生手指發生間歇性的麻木感，甚至無力或疼痛)，此時則需要會診骨外科或復健科專科醫師，否則病情嚴重時，或許需要開刀手術治療。因此，建議罹患者能夠在工作時套上護腕的彈性護套，以避免手腕過度彎曲所造成的傷害。

乳房攝影檢查之重要性

放射科 藍滄椿主任

乳房攝影是一種使用低 X 光劑量且高解析度的乳房檢查方法，檢查時，不需要注射顯影劑，只要配合放射師指示將乳房置於攝影儀器上，並調整檢查姿勢，同時壓緊乳房（減少乳房組織相互重疊，以獲得清晰影像），每次壓迫時間約為 10 秒，會感到不舒服，故月經來的前一週，較不適合做檢查。常規檢查為左右兩側乳房各照兩張 X 光，分別為頭腳向（由上往下照）及斜位向（由側邊照），即可完成檢查（如臨床需要可加照其他例如：定點壓迫攝影、放大攝影等等）。

台灣婦女癌症發病率，乳癌已躍居第二名，如能早期發現早期治療，不僅可能做保留乳房手術，且其五年存活率更可高達 90% 以上。而現今全世界公認最重要的乳癌篩檢工具---**乳房攝影**即是女性朋友的最佳選擇。

- ※ 1. 乳癌好發年齡在 40-50 歲之間，較歐美提早 10 歲。只要每年定期接受專科醫師檢查，如有需要並做乳房 X 光攝影檢查，就可以保護您寶貴的生命。
- 2. 凡是年齡在 50 歲以上之女性朋友，一定要記得每二到三年定期接受乳房 X 光攝影檢查。
- 3. 年輕女性每年要給專科醫生做檢查，並做超音波掃瞄。
- ※ 如有下列乳癌危險因子者，需一年做一次乳房 X 光攝影檢查。
 1. 曾罹患一般乳癌或嚴重性纖維囊腫。
 2. 初經小於 12 歲者，大於 50 歲才停經者。
 3. 32 歲以上才生第一胎。
 4. 三等親屬（姊妹、母親、女兒）有人患有乳癌。
 5. 乳房切片顯示有不正常細胞。
 6. 體脂肪太高 BMI>25kg/m² 者。
 7. 接受荷爾蒙療法的婦女。

乳房攝影結果異常時，應儘速找有經驗的專科醫師安排進一步檢查，如乳房超音波及細針抽吸細胞或組織切片檢查，以確定是否為乳癌。如確定為乳癌，應儘速安排治療並與專科醫師合作，定能克服疾病，獲得最佳治療效果。

乳癌用藥小叮嚀

藥劑科 劉素理藥師

根據衛生署資料顯示，乳癌為九十三年台灣地區女性十大癌症死亡原因中排名第四名癌症，其好發年齡為 40-50 歲之間，任何成年婦女都可能罹患，因此對此疾病要有所認識。乳癌成因是由於乳房腺泡細胞或是乳腺管細胞經由不正常的細胞分裂、繁殖所形成的惡性腫瘤。起初擴散至乳房的周圍組織接著至胸壁、皮膚以及肌肉，如無早期治療，癌細胞會隨血液、淋巴系統轉移至身體其他器官如骨骼、肺、肝、腦等較遠部位。

乳癌常見主要治療計劃為外科手術、放射線治療，輔助治療以荷爾蒙治療、化學治療，這些治療計劃都大大提升乳癌病人存活率及減少手術所引起併發症。目前抗癌藥物化學療法主要作為手術與放射線治療的輔助。

化學治療

化學治療是利用抗癌藥物來破壞並擾亂癌細胞的生長和分裂，同時也會影響到體內正常組織，因為抗癌藥物作用體內快速分裂細胞如：毛囊、骨髓、腸胃道、生殖器，停止藥物使用，就會恢復正常。化學治療可以一種藥物或多種藥物（稱之為合併性化學療法）。根據腫瘤的大小或是擴散的程度，決定是否應該使用化療。通常療程是每 14 或 28 天進行一次（一個週期）。一個完整的治療通常會長達 3-6 個月。依抗癌藥物作用位置其副作用可能有：骨髓抑制作用會減低血液正常細胞的數目，如紅血球、白血球、血小板，故容易受感染、貧血、疲倦、脫髮、嘔吐和腹瀉等。使用其他藥物來減少骨髓抑制副作用例如：血球生成因子 G-CSF 併用止吐劑（Zofran），來降低嘔吐副作用。大部份的抗癌藥物給予是經由三種途徑：1.口服給藥 2.肌肉注射 3.靜脈注射。當藥物使用靜脈滴注射時，特別注意靜脈留置管是否通暢，注射部位是否發炎、感染或藥物滲漏現象，如有藥物外漏時，立即停止注射。

常見抗癌藥物與其注意事項：

(1) cyclophosphamid (Endoxan-asta)：使癌細胞 DNA 傳遞錯誤，破壞癌細胞的繁殖，且會增加血清和尿液中尿酸的濃度，易發生於膀胱，建議要維持足量之水份，通常在早晨服用，可防止藥物夜間積蓄於膀胱，減少罹患出血性膀胱炎。

(2) methotrexate (Abitrexate,Trexan)：葉酸拮抗劑，干擾癌細胞的複製且會增加血中與尿液之尿酸濃度而導致腎結晶，建議維持足量之水份。因為有致畸胎作用，孕婦禁用，投予藥物時需注意是否低血壓、心跳加快、呼吸急促或白血球數量是否減少等現象。

(3) fluorouracil (5-FU)：抑制細胞分裂，當出現嘔吐、噁心、腹瀉、口腔炎、白血球過少、運動失調、震顫、心臟毒性或出血現象，應立即停藥。

(4) doxorubicin (Adriamycin,Lipo-Dox)：抑制 DNA 及 RNA 合成，副作用：白血球減少症，尿液顏色變紅，掌足紅腫痛、嘔吐、噁心、腹瀉、口腔炎、心衰竭。

(5) Taxanes (paclitaxel (Taxol) or docetaxel (Taxotere)) : 細胞有絲分裂抑制劑，常見副作用：骨髓抑制微血管通透性異常及水腫（治療前用藥給予 dexamethasone 來預防），過敏（對其溶劑 cremophoru）。當然抗癌藥物也會有交互作用，例如併用含葉酸的綜合維他命就會降低 methotrexate 的藥效，葡萄柚汁會影響 cyclophosphamidex 療效。

荷爾蒙藥物治療：

乳癌細胞之生長常需要女性荷爾蒙的刺激，若阻斷乳癌細胞之荷爾蒙接受體，就可有效抑制乳癌細胞的生長。常見藥物如下：

(1) tamoxifen (Nolvadex) 第一線藥物，用於轉移性乳癌的藥物及手術後復發之預防。建議服用五年，Tamoxifen 為雄性激素衍生物，孕婦不得使用，其副作用：嘔吐、噁心、面潮紅、禿頭、外陰部搔癢，偶有陰道出血。

(2) anastrozole (arimidex) 高度選擇性非類固醇 aromatase 抑制劑，作用在週邊抑制女性荷爾蒙合成。停經婦女末期乳癌，其副作用噁心、熱潮紅、疲勞、流汗增加及眩暈、頭痛，禁用停經前婦女、懷孕、授乳婦。

血球生長激素：

對化學治療所引起白血球減少（低於 $1000/\text{mm}^3$ ），可以使用 (G-CSF) granulocyte colony-stimulating fact (Filgrastim)，使用劑量為 $5\text{ug}/\text{kg}/\text{day}$ 皮下注射，在化學治療後 24-72 小時開始使用或放射線治療同時給予，常見副作用為骨痛、腰痛、發燒。

隨著對癌細胞了解越透徹，尋找只對癌細胞專一性作用，卻不傷其他正常細胞的標靶治療 (Molecular-targeted therapy) 是近年來最新的藥物研發方向，從傳統化學治療、生物製劑治療至標靶治療，其最終目標是戰勝乳癌。

淺談慢性阻塞性肺病

黃禎婷 呼吸治療師

一、前言

根據統計，慢性阻塞性肺病為全世界慢性疾病及死亡的主要原因之一，目前已是歐美國家的第四大死因，在台灣也已躍升至第十一位，可見其嚴重性。而隨著全球吸菸人口的激增，

預估未來數十年盛行率和死亡率還會持續上升，世界衛生組織甚至更推估將於 2020 年，慢性阻塞性肺病將晉級為全球第

三大死因。因此，在此簡單介紹慢性阻塞性肺病，讓大家更認識這項疾病。

二、定義

慢性阻塞性肺病(簡稱 COPD)通常包括慢性支氣管炎、肺氣腫，更廣義地說，COPD 是由長期抽菸或空氣污染等使得肺部產生「慢性支氣管炎」或「肺氣腫」所引起氣流阻塞的一種病況

，這種氣流阻塞通常為緩慢進行性，也可能和氣喘、肺結核 …等各種呼吸道疾病同時存在。

「慢性支氣管炎」為一臨床診斷用詞，指呼吸道分泌過多黏液，且連續兩年中，每年至少三個月以上的大部份時間有咳痰症狀，但此種慢性咳痰並非由其他因素或病況引起。

「肺氣腫」為病理解剖用詞，是指末端細支氣管以下之氣道有不正常且永久性之擴大，合併肺泡壁破壞而造成空氣滯留在不正常擴大之氣囊內的現象。

一般而言，慢性阻塞性肺病患者，此二種病況都是合併存在的，只是有些人慢性支氣管炎的病況較為明顯，表現出來的是長期咳嗽有痰；另外有些人，肺氣腫病況較為明顯，表現出來的，主要是漸進性的呼吸困難。

三、症狀

慢性阻塞性肺病最明顯的表現為長期咳嗽有痰和呼吸困難。長期咳嗽有痰是許多病患最初的表現，此症狀常於清晨或冬天會較惡化，在急性惡化期或併發感染時，會咳膿痰、痰量會增加、偶爾痰中會帶血絲，呼吸困難也是緩慢逐漸地加重，終致影響日常生活活動。

多數病患病史中，有一種或多種的危險因子，如長期抽菸，多數患者的抽菸史為每天二十支（一包）香菸以上，至少二十年，大約在四、五十歲後逐漸出現咳嗽多痰症狀，呼吸困難現象則多在五、六十歲後出現；急性惡化期之特徵為咳嗽加劇，膿痰，哮鳴，呼吸急促加劇，有時伴有發燒現象。隨著病程進展，每次急性惡化期之間隔時間會愈來愈短。到了病程末期逐漸出現血液中氧氣過低與二氧化碳過多症。末期病人常出現過度使用呼吸輔助肌與腳水腫、頸靜脈擴張、右心室衰竭、等肺心症之症狀。

四、診斷

當患者具有長期抽菸或其他危險因子之病史，發生慢性咳嗽有痰或長期呼吸困難，肺功能檢查顯示有不可逆性的阻塞性換氣障礙，而胸部 X 光片並沒有肺結核或支氣管擴張的情形時，一般即可診斷患者罹患慢性阻塞性肺疾病。

確定診斷須需要靠肺量計，若使用支氣管擴張劑後，用力呼氣一秒率小於70%，加上用力呼氣一秒量小於預測值的80%時，即可以確定呼氣氣流受限，而且是不可完全恢復的。正常人若不吸菸，自三十五歲後，用力呼氣一秒量每年減少約30毫升，而吸菸者減少的速度更快，甚至每年可減少約150毫升。

五、分期

由於統計學上，慢性阻塞性肺病患者死亡率及症狀嚴重度之高低，與肺功能檢查中一秒量減少程度相關性最高，且它與氣道阻塞程度、呼吸困難程度、運動量耐力、外科手術後肺部併發症頻率等皆有關；因此臨床上，一般以一秒量作為慢性阻塞性肺病之分期指標，中華民國胸腔及重症加護醫學會建議之標準如下：

第一期：一秒量 \geq 60%預測值

第二期：一秒量介於預測值的45%和59%之間

第三期：一秒量 $<$ 45%預測值

六、治療

1. 首重戒煙；雖然戒菸對於肺功能的恢復並無助益，但是對

肺功能惡化的速度可減緩到與不吸菸者相同。

2. 藥物：

(1)支氣管擴張劑：

- a. 副交感神經拮抗劑（如 Atrovent），可抑制支氣管收縮，使得氣道擴張，讓氣流較為順暢。
- b. 乙二型交感神經刺激劑，鬆弛支氣管平滑肌，使得氣道擴張，讓氣流較為順暢；並可增加黏膜下腺體黏液分泌，增強黏膜纖毛運送功能，使得清痰變得較為容易。
- c. 茶鹼類（如 aminophylline，phyllocontine，theolan，uniphylline 等），改善呼吸肌肉功能，刺激呼吸中樞，改善心搏出量。

(2)抗發炎藥物：類固醇藥物在慢性阻塞性肺病之角色，並不像在哮喘般重要，故不建議例行使用，不過此類藥物對部份患者，尤其是急性發作時還是有些幫忙。

(3)祛痰藥物：在慢性阻塞性肺病，尤其是慢性支氣管炎患者常有多且粘稠之痰液，理論上，化痰藥物可使患者易於咳痰，而使得肺功能得到改善；但實際上至目前為止，並沒有充足之證據顯示，例行給予化痰藥物對於慢性阻塞性肺病患者確實有幫助。其實最有效減少痰量之方法便是戒菸，減少接觸污染之空氣及避免感染。

(4)抗生素治療：抗生素的使用對於非細菌性引起之急性發作，並沒有預防或治療之效果，但對於細菌性感染所引起的急性發作，則有治療效果；一般而言，當患者有急性發作且痰量變多及變黃時，醫生一般會給予抗生素治療。常用之藥物大致上都有效，其效果不比新且貴之藥物差，例如安比西林、磺胺劑、

四環素、及紅黴素....等。但至於使用預防性抗生素來避免急性發作則是沒有用的。

3. 長期氧氣治療：一般是使用低流量，經鼻管給予氧氣，流量每分鐘 0.5 至二公升，使用時病人動脈血氧分壓能維持於 60-65 毫米汞柱，或血氧飽和度於 90%即可；一天建議使用至少 14 小時(包含睡眠時間)，可能的話，儘量全日 24 小時使用。以下為使用氧氣治療時之一些注意事項。

(1)睡眠時的氧氣治療：由於夜間睡眠時，呼吸速度及呼吸量皆比日間為小，因此夜間時之低血氧狀態比白天時更為嚴重，所以夜間氧氣流量的給予應比白天休息狀態使用量多 1 公升/分鐘。

(2)運動導致低血氧症的氧氣治療：一般在運動時，氧氣需求量會增加，故氧氣流量之給予應比白天休息狀態使用量多 1 公升/分鐘。

(3)使用氧氣時，需特別注意氧氣毒性與二氧化碳。

4. 肺部復健：肺部復健的主要目的為：(1) 改善呼吸困難 (2) 預防及治療併發症 (3) 減少呼吸道感染並提高病患生活品質；常見肺部復健介紹如下。

(1)運動訓練：運動訓練可增加慢性阻塞性肺病患者之活動耐受力。訓練方式最好能用到大肌肉群，且能模仿日常生活的動作，例如散步、舉手運動等動作。一般而言，上肢運動要比下肢運動需要更多的通氣量來維持，所以慢性阻塞性肺病的患者會發現，須使用上肢的動作會比只用下肢的動作更費力，因此包括上肢運動訓練的肺部復健課程，可減緩病患日常生活的氣喘情形。頻率方面以每周三到五天，每次 30 分鐘為宜。

(2)呼吸訓練：患者應學會腹式呼吸與噉嘴呼吸的正確方式，以減少呼吸頻率和增加潮氣容積。呼吸訓練隨時都可以練習，每天至少三次，一次至少十分鐘，要常練習，才能夠自由運用，在呼吸急促時才可控制自己的呼吸。

a. 噉嘴呼吸：(如下圖)



1. 用鼻子吸氣，由 1 數到 3
2. 吐氣時，如吹口哨般地噉起嘴唇後慢慢向前吹氣，由 1 默數到 6，維持吐氣時間是吸氣時間的兩倍。
3. 用鼻子慢慢吸氣，由 1 數到 3，再如吹口哨般地噉起嘴唇後慢慢向前吹氣然後默數 1 到 6，以保持吐氣時間是吸氣時間的二倍。氣促時，將上身略前傾用雙手撐著大腿或桌面有時亦可幫助症狀的緩解。

c. 腹式呼吸：(如下圖)



腹式呼吸就是用橫膈帶動呼吸，練習的要領在吸氣時應使患者腹部鼓起，吐氣時使腹部凹下。練習時患者可將一手放在胸部，一手放在腹部，吸氣時感覺腹部的手升起。吐氣時感覺腹部的手下降。

七、結論

當發現有上述的肺部症狀時，提醒您應尋求醫師的診斷及評估，才能投以正確的診斷及藥物控制，另外這些症狀也是一種警訊，提醒您戒菸，以及避免曝露在空氣污染、二手菸等有害物質的環境，患者應有長期和慢性阻塞性肺病抗戰的心理準備，切不能因為一時症狀緩解的假象而輕忽定期追蹤及監測的重要性。

健康成長增高不增『重』

營養科 林淑瑩營養師

在忙碌工作及生活中，是否有留意到家中小孩的體型變了呢？圓滾滾，肥嘟嘟的米其林體格學童，越來越多了，看似可愛，但隱藏性的問題可不少。針對北市國小健康調查顯示，四分之一的國小與三分之一的國中生都有體重過重及肥胖的問題，而在肥胖的學生約八成以上有脂肪肝，顯示小時候胖，長大胖的比例也高，更會增加糖尿病、高血壓、高血脂、腦中風等慢性疾病的罹患率，也容易受到同伴嘲笑與排擠，造成缺乏自信，甚至導致憂鬱等心理問題產生。到底體重要多少才算是正常範圍？家長們可利用身體質量指數 BMI【為體重(公斤)／身高(公尺)²】，仔細幫您的小孩看看所屬的體位吧！

兒童與青少年肥胖與過瘦定義									
男孩 BMI 值				女孩 BMI 值					
年齡	過輕 BMI	理想 BMI	過重 BMI	肥胖 BMI	年齡	過輕 BMI	理想 BMI	過重 BMI	肥胖 BMI
5	14.0	17.7	19.4		5	13.9	17.7	18.9	
6	13.9	17.9	19.7		6	13.6	17.2	19.1	
7	14.7	18.6	21.2		7	14.4	18.0	20.3	
8	15.0	19.3	22.0		8	14.6	18.8	21.0	
9	15.2	19.7	22.5		9	14.9	19.3	21.6	
10	15.4	20.3	22.9		10	15.2	20.1	22.3	
11	15.8	21.0	23.5		11	15.8	20.9	23.1	
12	16.4	21.5	24.2		12	16.4	21.6	23.9	
13	17.0	22.2	24.8		13	17.0	22.2	24.6	
14	17.6	22.7	25.2		14	17.6	22.7	25.1	
15	18.2	23.1	25.5		15	18.0	22.7	25.3	

資料來源：董氏基金會

肥胖不是一天造成的，食物中多餘熱量會轉換為體重，慎選營養均衡的食品，為飲食把關，才是真正的關心孩子！市面上五花八門的速食、飲料、零食點心等，是孩子們難以抵抗的誘惑，再加上現代家長常因為忙碌而無暇製備食物，經常外食解決民生問題，實在是造成學童肥胖率居高不下的重要原因之一。而根據研究調查，發現近三成的學童每週吃速食超過一次以上，顯示速食店歡樂、衛生、便利的形象與策略，深植學童的心。但分析其營養成分卻發現，一份速食套餐熱量很容易超過 1000 大卡；油脂和鈉含量也高達每日建議量的一半以上！不但叫孩子不胖也難，更使高血壓、高血脂...等慢性病，提早威脅孩子的健康！孩子的未來奠定在健康的身體，而健康的身體是成長期間的飲食一天一天累積起來的。如何陪學童增高不增重，要把握幾個關鍵的祕訣！

一、均衡攝取各類食物，飲食要多樣化，不偏食：

均衡飲食就是落實「多樣化」、「重質」、「適量」的觀念，由於成長需要非常多種類的營養素，唯有盡量「多樣」的選擇食物、注重食物的「品質」、「適量」的吃，才能確保獲得全面且足夠的營養。



二、飲食黃金比例 321：

所謂飲食黃金比例是指「五穀根莖類：青菜類：蛋豆魚肉類=3：2：1」的飲食原則。每類食物都很重要，而「五穀根莖類」是基礎，要注意孩子吃的量，不能少於他的需求，許多父母可能會要求孩子以其他菜、肉類取代，反而造成攝取過多熱量而不自知，因此「吃飯配菜」才是正確的飲食觀念！

三、儘量選用高纖維的食物：

纖維質具有增加飽足感、預防及治療便秘、預防心血管疾病及延緩飯後血糖上升速度，對於肥胖者更是不能忽略的，富含食物有各式蔬菜、各式水果、乾豆類、燕麥、雜糧食物等。

四、選擇清淡的飲食，少吃高油、高糖、高鹽的食物：

多數的油脂與糖都不是必需營養素。油脂與糖都有熱量，過量會增加肥胖的危險。油脂過量與血脂異常、心血管疾病、某些癌症等有相關性。食鹽含鈉，鈉攝取過量增加高血壓的危險，也會增加鈣質的流失。

五、多攝取鈣質豐富的食物，每天飲用二杯牛奶：

鈣是骨骼的組成份，充足的鈣質除了保障骨骼的成長，也可增加骨質密度，正值發育增高時期學童更是不可忽略，含鈣豐富的食物如：牛奶、豆干、小魚乾、深色蔬菜、黑芝麻等。

六、以白開水為主要補充水分來源：

水是必需營養素之一，在體內參與體溫調節、消化吸收、營養素運送與代謝、代謝廢物之排除等重要生理功能。在各種加工飲料除水分之外，所用的添加物以改善風味為目的，未必對健康有益，不宜養成飲用的習慣。

七、多嚐試未接觸過或不喜歡的食物：

人體所需的營養素並非可由一種食物即可攝取，多攝取不同的食物可增加營養素的獲得，並且可養成學童不偏食的習慣。

八、隨時動一動：

現代因都市化及學童課業壓力日益增加，造成可活動空間及時間緊縮，在多吃少動的情況下，肥胖隨之而來，而運動不僅對於體重控制有助，更對於降低慢性疾病、提升免疫力有益。

歡迎加入宏恩醫院營養科的『兒童減重班』

最近在社區大學公民週所舉辦的系列活動裡，有一堂課是中國書法的傳統欣賞標準。由王大智教授演講，王教授的口齒清晰、台風穩健，講授內容更是豐富精采，讓咱這既不知其然更不懂其所以然的二愣子，對寫毛筆字這件事有了些粗淺的概念。特別在這為文作一心得報告，尚祈有雅興的同好多多指正。

長輩們的書信往返多用毛筆字。家父就寫得一手好字，筆觸是蒼勁有力、剛毅挺拔。猶記得我的小學生涯裡，就是在父親的督促下練習毛筆字，幾經折騰最後選擇了臨摹歐陽詢的字體。當時還因寫毛筆字，換得了不少鉛筆盒、橡皮擦之類的獎品。可是寫歸寫，只要寫得不歪七扭八、橫眉豎目也就差不多啦，哪會去意識在寫毛筆字的整個過程裡，還有這些涵養在其中。王教授循著他的講授大綱，娓娓道來。很清晰的讓我對寫毛筆字，或許應正而八經的說，對書法有了另一種意境的概念。

在康熙字典裡收錄的中國字約有十二萬字，即是有十二萬個不同的字形。若再加上楷書、隸書、篆書、行書、草書等不同的字體。好傢伙，十二乘以五，有五、六十萬種不同形象的字體哪！當它們大塊的整體的展現在我們面前時，就是一種創作藝術的表達。而其他國家的語文，如英文的二十六個字母，日文的五十音。他們的文字再怎麼比，也就是在這些字母、字音內作改變，而其所展現出文字的字形也超不出這二十六個字母及五十音，不似中國文字那樣的變化萬千。所以在地球上，可以用字形來表達藝術創作的就只有阿拉伯文和咱們的中文啦！

幼年時，對書法的觀念就僅只在寫出工整漂亮的字體，至於為什麼寫毛筆字要稱之書法？毫無念頭。那畫圖為什麼不叫畫法、圖法，音樂為什麼不稱之為音法、樂法呢？印象中好像除書法之外，別無其他藝術領域是用法字來稱呼的。古人對寫毛筆字這件事是非常慎重而且懷著非常虔誠的心境來面對。而在寫毛筆字的過程中也是以修養心性的態度來為之。東漢蔡邕這位大學者在“筆論”裡言道：「書者，散也。欲書先散懷抱，任情恣性，然後書之，若迫於事，雖中山兔毫不能佳也。夫書，先默坐靜思，隨意所適，言不出口，氣不盈息。沉密神采，如對至尊，則無不善矣。」這裡的散字，是指放鬆的意思。也就是說寫毛筆字之前一定要先放鬆自己，如果懷著匆忙的心情，一定寫不出好字。當每一個寫出的字都是以尊敬的心思來面對時，則沒有一個字是不好的字。

我們都知道東晉王羲之是大書法家，而英名蓋世的唐太宗李世民，驍勇善戰，拓疆闢土，是大軍事家。他因為喜歡王羲之的毛筆字，甚而有將蘭亭集序做陪葬但又被後人所盜取的傳說。為什麼唐太宗那麼喜歡王羲之的書法呢？因為他認為王羲之寫的每一個字，都像是經過一場戰爭的洗鍊，好比他自己縱橫馳騁在沙場一般。這一文一武的大師在意境上是有異曲同工之妙的，也才會如同知音般的惺惺相惜。王羲之在題衛夫人“筆陣圖”後的記載裡有寫道：「夫紙者陣也，筆者刀稍也，墨者鎧甲也，水硯者城池也，心意者將軍也，本領者副將也，結構者謀略也，颺筆者吉凶也，出入者號令也，屈折者殺戮也。」衛夫人是位女性，她是王

羲之幼年時期的啓蒙老師。而張芝、鍾繇則是王羲之及長時的重要老師。他們影響了王羲之，讓王羲之認為在寫毛筆字的思緒裡，就好比攻城掠地的作戰一般，每一下筆，每一屈折，包括了紙筆墨硯，都是寫字者心意裡所勾勒出結構的呈現。心意者將軍也，本領者副將也。心意才是寫字者真正的主軸，本領是指寫字者的技巧，不過是一副將而已。王羲之又言到：「夫欲書者，先乾研墨，凝神靜思，預想字型大小，偃仰、平直、振動，令筋脈相連，意在筆前，然後作字。若平直相似，狀如算子，上下方整、前後齊平，便不是書，但得其點畫耳。」王羲之認為寫字的人在寫字前，研墨的當爾，已在凝神靜思每個字的大小結構如何，在下筆之前，對每一個字已有了思緒上的安排。若每個字都是上下方整，前後齊平，像算盤的珠子一樣，就不能算是書法，只能稱為皮毛的臨摹了！！所以古人欣賞書法的角度，並不著眼於字的工整華麗，而在於整個字的佈局，同時這個字在整張紙的脈動裡，也是與其前後左右相鄰的字有息息相關的牽連。欣賞書法可從兩方面著手，一個是字的結構，另一則是字的線條。結構是屬於一種理智活動的安排，也就是說在下筆寫字時，每一點一撇，所擺放的位置，每一橫一豎的粗細長短，都有一定的念頭。而線條部份是指在寫毛筆字時下筆的字跡力道，它可流露出寫字者當時的一種情緒反應。所以寫毛筆字，可以將個人性格的表達與情感的抒發完全由字體字跡來呈現。

日常生活中，我們常把美的事物用藝術兩字來稱之。而藝術本身並不等於美，但它是一種所謂“好”的表現。這好字往往也很主觀，沒有既定的模式可循。蔡邕在“筆論”裡說道：「爲書之體，須入其形，若坐若行。若飛若動，若往若來，若臥若起，若愁若喜，若蟲食木葉，若利劍長戈，若強弓硬矢，弱水火，若雲霞，若明月，縱橫有可象者，方得謂之書矣。」蔡邕在這裡所要表達的，也就是藉著字體字跡，展現出一種形象，而最終又是一種抽象的精神氣的流露。所以在書法的展示裡，往往由我們本國人看它是一個字，一個意思，可是在外國人的眼裡，它則是一幅抽象畫般代表著一種氣質。書法與音樂是兩種相同相類似的藝術，音樂裡的旋律好比書法裡的結構，音樂裡的音色就好比書法裡的線條。我們可以聽不懂歌詞的意思，但卻能感覺出歌本身的好聽與否，而這就是從它的旋律及音色來感受。書法亦然，我們可以看不懂他寫的是什麼字，但卻能對這字體字跡的展現做不同的感受。所以書法它是一種感官的抽象藝術。

生活在二十一世紀的我們，何其有幸，能有這麼多歷代的大書法家，窮其畢生之心力，流傳下這麼多豐富的墨寶供我們欣賞。而在電腦鍵盤充斥的時代裡，時下的書法已屬於一種休閒的活動。或許古人早就體悟到有這麼一天，所以也正如東漢蔡邕在“筆論”中所述：「書者，散也．．．．．」或許，也真的是或許，在這壓力繁忙，緊張焦慮的時刻裡，我們就是應該單純的抱著放鬆的心情來寫寫毛筆字，來欣賞書法吧！

「老大，早點睡。」門外傳來媽媽的呼喚，而我的回答是「哦！」這是每天晚上臨睡前的一段對話，我習慣在臨睡前洗澡，尤其在冬天的晚上，洗完熱水澡之後，趁著腳還暖烘烘的立刻鑽入被窩睡覺，否則要讓腳暖起來要花很長的時間，也較不易入睡，這是我睡覺的習慣。但在媽媽的眼裡，希望我能早睡早起，在該睡眠的時間，要讓身體內的各個器官休養生息，養成良好的健康習慣。

以前仍在上班時，因為工作忙碌而經常性的加班，晚餐時間常常是九點或十點才進食，晚餐尚未消化完，馬上就上床睡覺，造成作息時間不正常，這種現象尤其在九十四年那一年更甚。每天一大早八點半之前就進公司，晚上九點或十點才下班回家，從年初忙到年底，加上公司內部權利及各部門之間在角力鬥爭，我待的部門，所有的員工最後幾乎都遭到資遣，只留下少數幾人，就這樣暫時結束了我的職場生活。心想也好，為了工作忙碌了好幾年，趁機可以好好休息一下，並且準備參加九十五年三月在宜蘭縣所舉辦的全國身心障礙運動會。

之前為了工作都抽不出時間去運動，這下可以好好的練習了，於是每天都去游泳池練習兩個小時，終於到了比賽時刻，在第一天的賽程，拿到了個人賽的第一塊金牌，就在當天晚上回到旅館要用餐之際，突然身體不適，告知教練後送醫治療，而後返回旅館用餐，繼續進行第二天的比賽，結果痛失個人賽的第二面金牌，變成銀牌，而後教練通知我要參加混合式團體接力賽，並問我的身體狀況，隨後又比了仰式，拿到個人的第二面金牌，

幸好在團體接力賽也拿到金牌，總計在三天的賽程中，我共拿到三金一銀的獎牌，可惜一面金牌被逆轉，實屬遺憾。比賽回來之後，有一天晚上洗澡時，摸到左邊的乳房有一個硬塊，心裡當下就有不祥的感覺上來，可是一轉念希望不是不好的東西，就這樣過了一個多月，那時跟隨教練在新生游泳池教視障朋友游泳，一週三天，總計五個梯次，就在那中間心裡忐忑不安，於是在五月二十五日那天去婦產科檢查（其實不知道要看那一個科別所以直覺先看再說），檢查結果醫生說是腫瘤，立刻開了乳房攝影及乳房超音波兩項檢查單，並告訴我以後要到乳腺外科門診及治療，並且推荐了一位林博松醫師，在六月五日看了乳房攝影的片子後，醫師說報告不明顯，但乳房超音波檢查結果，依他臨床經驗直覺是腫瘤，所以希望能做切片檢查，因為那時候我仍在游泳教學尚未結束，想等結束後再去檢查，醫師有留他的手機給我，要我決定了日期再事先通知醫師做安排。終於在六月二十三日完成了切片檢查，手術後約一星期要拆線，正巧醫師要出國，故多等了一個星期，其實等待的這段時間，心理是七上八下的，但我媽媽說大不了就割掉嘛，有什麼好擔心的，終於等到七月十日是醫師宣布病理報告的結果，確定是惡性腫瘤，醫師說七月十四日要安排手術，及住院之前所必要的檢查事項等等，並且開了乳癌診斷書要我去辦重大傷病卡，在當時腦筋一片空白，心想為什麼是我？之後就像行屍走肉似的面無表情的去繳交費用，直到在等醫院開立的乳癌診斷書時，才想到要找一個人來說，我想到好友陳廷春，告訴她我得了乳癌，她問我是否有去檢查等等之類的話，我一邊說一邊流著淚，她在電話的那頭一邊安慰及鼓勵我，要我接受治療，我答應她會去治療，之後就去健保局辦重大傷病卡，健保局給了我一本十個病友的故事，但我想先找地方讓自己心情沈澱下來，雖然媽媽已經表明要我接受治療，我仍無法一下子就告訴媽媽，我找了一家咖啡店點完東西坐了下來，為

了往後的治療我必須要吃東西，我邊吃邊看著十個病友的故事，邊流著淚我無法去管旁人的眼光，當看到第四個病友的故事時，我忽然驚醒不能再哭了，內容提到可局部切除的事，

我心裡開始有了想法，應該把想問醫師的問題記錄下來，於是我打電話給林醫師問了幾個問題，林醫師在電話那頭對我的疑問，是有問必答，並且要我將仍有想問的事情記下來，等門診時再問他，他會幫我解答，我認真的將那本書看完，並且也整理了將近有十來個問題要問醫師，後來我去中醫師那兒看復健，也同時請教中醫師乳癌的問題，他好意要我多找一家醫院再看一下，我擔心如果有太多的意見，會影響我自己的判斷，因為在當下我不知道自己的病情有多嚴重，我有多少時間可以拖延，我是和時間賽跑的人，而且病理報告已經確定是乳癌，再換別家醫院會有不同的結果嗎？回家後媽媽問我結果，妹妹說看我的表情，和平時回來的時候不太一樣，就不是好的結果，家人都想讓我去榮總再看一下，而且要我在週三去榮總預約看病。第二天我要媽媽陪我去行天宮拜拜，讓自己心裡能平靜下來，下午剛好社大的班代打電話給我，我也告訴她得病的消息，她問我是否要去她家卜卦，心想也不妨事就去了她家卜了一個卦，卦象看起來還不錯，只要好好的治療是可以痊癒的，此時的我有如吃了一顆定心丸，也更讓自己的心情穩定下來，我決定就在市立仁愛醫院就醫，而且將榮總預約的門診取消，準備在七月十三日住院就醫治療。住院後心想隔日才要開刀，晚上不用家人陪伴，加上媽媽身體健康也不是太好，隔天早上

我就請孫媽媽來醫院陪我，在手術期間內再和媽媽聯絡，那知在凌晨三點多左右突然腹痛如絞到背後，於是起身如廁，沒多久腹部又痛起來，此次噁心伴隨而來，再度起身如廁嘔吐，之後回病床躺下來，想再睡一下回籠覺，卻一直腹痛、背痛和嘔吐不止，護士來病房看了兩三次，折騰了老半天仍不見住院醫師來處理，這樣一來一往的時間也到了早上六點，我忍不住打了電話找林醫師告訴他我的狀況，他說今天不能動刀，他馬上過來看我並請其他科別醫師會診，如果沒有太大的影響，再隔週進行手術。就這樣我多等了一週後（七月二十一日）才進行改良型根除術，並住院一週才返家休養，在住院期間有很多我的好友、同事、游泳的夥伴來看我，替我加油打氣，我在住院期間，買了兩本書在醫院看，一本是『乳癌全書』，一本是『挑戰乳癌』，這兩本書陪我渡過了手術、化療的時間，我個人認為這兩本書像參考書一樣，從中得到了不少的知識，在我們對乳癌不是很瞭解的情況下，是可以指點迷津的，雖然每個病人的情況是不盡相同的，但大原則方向是大同小異的，病人可以和主治醫師討論病情，至少讓病人自己不要處於紊亂中，不知所措的急病亂投醫，當自己患了乳癌後，才發現週遭的人，患了癌症的人不少，至今仍想不透自己為什麼會得到乳癌？仔細想想在上班時間裡，工作壓力、飲食、作息都不正常，身體自然就會提出抗議，要你我好好照顧它，每個人身上都有癌細胞，只是看你我是否有將它誘發出來而已，在就醫的期間要和醫師配合，病人自身也要對病況瞭解一些，該忌口或飲食清淡等等之類，為了健康自

己要好好的拿捏分寸，雖然生了一場大病，但心情仍然要保持平靜快樂，也可以去做適當的運動，在患側不要拿重物，要適當的復健，不要讓患部水腫，其實最重要的是一定要做到預防乳癌的發生，女生每個月生理期結束後乳房的檢查，乳癌沒有特定的年齡，只要一個不小心疏忽了，它就可能會降臨到你身上，不得不小心，男士要提醒家中的妻子、姐妹或女兒。在我發病後沒多，就聽到一個家有多重障礙兒的媽媽，不幸也得到乳癌，她當時就決定馬上治療，她說沒有時間流眼淚，我聽了之後，覺得當媽媽的真是很勇敢，為了兒女的那份勇氣，讓人欽佩，母愛真是偉大，衷心期望每個女生能好好的愛惜自己的身體，使自己有正常的作息時間，適當的運動，吃健康有機的食物，讓癌症遠離我們的身邊，願大家都能健康幸福。

Weeks 將性的社會組織，分為：親屬與家庭體系、經濟與社會組織、社會控制、政治干預與抵抗文化，5 大領域，但事實上其中的分野及對性的影響，並不是那麼容易的明確切割，許多領域之間是盤根錯節的交織著，互為因果相互影響著。

讓我們一起來觀看，台灣變性慾者的發展、改變及國內目前現況之問題陳述：

「變性慾」(transsexual)這個詞的定義，指的是在生理結構上完全正常的人，但卻覺得自己應該屬於另外一種性別，且有強烈的欲望想要變成另一個性別角色。由於心理與身體上的不一致，使她(他)們持續地使用與原心理性別完全相反的身體生活著；為了徹底成為另一種性別，她(他)們會嘗試服用荷爾蒙治療法、變性手術，甚至於，不計任何代價改變自我的性別，期望能讓自己生理與心理完全符合自己想要的性別生活。

在執行變性手術前，需完成臨床上的診斷且必須符合下列三項條件：

- ①對於自己的生理性別長期地感到非常不舒服與不適合。
- ②想要拿掉自己的性器官，並得到另一性別的性器官的念頭，已持續存在至少兩年以上。
- ③其年齡已超過青春期。

項目	過去	現在	討論
親屬與家庭體系	<p>1. 「性別後天培養論」認為一個人究竟認同自己是男還是女，是因為出生後所面對的環境所造成。</p> <p>2. 由於父母培養失當，又或者是小時候受過某些心靈創傷，故此出現性別認同錯亂，男人希望做女人，女人想做男人。</p>	<p>開始瞭解跨性別者之所以會有別認同錯亂是因為在母體懷孕過程中(6-7週與11-12週)胚胎浸泡過量的另一個性別的賀爾蒙過高，才會導致性別認同錯亂，男人希望做女人，女人想做男人。</p>	<p>其實變性慾者有一半是來自於自身的堅持，在台灣的社會雖然以父權主義為主的社會，但是還是有在自己本身堅持下獲得家裡的支持，例如：利菁、電腦鬼才-唐鳳、鐘玲等，她們剛開始家庭裡面的每一個成員都是不能認同的，但是因為自己本身的堅持與肯定，才獲得家庭的支持。</p>

項目	過去	現在	討論
經濟與社會組織	<p>1. 受到 John Money 「性別後天培養論」及「性別由社會建造論」的影響，西方的婦解運動衍生出自己的性別理論，認為女性之所以女性化，完全是男人對女性壓迫的產物。女性溫柔婉順，是對男權制度的屈服，化裝打扮是對父權社會獻媚。</p>	<p>在國內有嚴謹之評估標準，從安排初步會談、心理測驗、荷爾蒙及染色體檢查到填寫問卷量表、個別會談、分析評估、家屬會談等流程，耗費流程快則三個月，亦有長達五～十年者，對變性慾者來說，無異也是一番煎熬。</p>	<p>1. 目前台灣的民眾對於變性慾者仍然持有不少的敵意，認為她們可能是精神有問題或是愛搞怪，他們的目的就是引起大家的注意，因此，常常給予言語上的暴力，有的甚至是肢體上的暴力，但是在面對異己的情況下，卻是惶恐、排斥、孤立，更突顯出人們在面對異己時的無知與傷害。</p> <p>2. 跨性別者在求職的過程中，常常受到較大的阻礙，因為大多數的資方對她們不甚瞭解，所以很擔心雇用這樣的員工是否會影響到其他員工的工作，也就因此大多數的變性慾者，在無法選擇更好的工作環境時，仍是選擇從事第三性公關或是我們認為的情色行業做為主要的工作環境。</p>

項目	過去	現在	討論
社會控制	<p>西方的婦解運動衍生出自己的性別理論，認為女性之所以女性化，完全是男人對女性壓迫的產物。女性溫柔婉順，是對男權制度的屈服，化裝打扮是對父權社會獻媚。</p>	<p>在國內有嚴謹之評估標準，從安排初步會談、心理測驗、荷爾蒙及染色體檢查到填寫問卷量表、個別會談、分析評估、家屬會談等流程，耗費流程快則三個月，亦有長達五～十年者。</p>	<p>1. 究竟跨性社群要保守性別「培養」或「建造」論，去迎合社會對性別的界定，跳入社會所定下的性別框架？還是向社會爭取最大的空間，自由自在的發揮每個人內心的性別？不論是男變女，還是女變男；又或是亦男亦女，忽男忽女，不男不女，皆可以在日常生活、學校、職場中發揮自己的性別。這可能是跨性族群所面對的終</p>

		<p>極問題。</p> <p>2. 變性慾之身分認同必須得到充分理解及接納、尊重，才能開展出自我實現，是為法律秩序應予維護保障之最佳理由，此即為其身分公民權之推論。</p> <p>3. 若是擔心過於開放變性慾者都可以變性的話，是不是會『亡國』的憂慮，這問題就像是同性戀的議題一樣，若大家都變成男愛男、女愛女，以致於無法傳宗接代，使得我們國家逐漸萎縮，最後演變成沒有人口；但是同性戀者與變性慾者，都是屬於性少數，並不會因為這樣的開放就會亡國，因此，我認為其實是可以開放。</p>
--	--	--

項目	過去	現在	討論
政治干預	<p>身份證上的註記：男生為黃色；女生為粉紅色，身份證字號開頭 1 為男生、2 為女生。</p>	<p>自 94 年 12 月 21 日起至 95 年 12 月 31 日進行全民的身份證更換，雖然在顏色上再也無法第一眼看出是男生還是女生，但是一旦觀看身份證字號就破功了。</p>	<p>以顏色來分辨這個人是男生還是女生似乎看起來很合理，但是對於跨性別者來說卻是一大苦惱的事情，就算外表已經是百分百的女性但是只要身份證一拿出來，原來的性別馬上就被認出來，所以，顏色統一對跨性別者來說是一大福音，但是，只要仔細去觀看身份證字號，不就馬上曝光，(因為他尚未去戶政機關辦理變性的身份證變更)。</p>

參考資料：

1. 周德榮「變性慾身份公民權與性別多元教育之探討」，2002 樹德科技大學通識教育學院人文價值與

生命關懷通識課程之理論基礎討論會，2002。

2. 周德榮「去除異常的烙印—變性欲的哲學理解與教育意涵」2003.9.27-28 清華大學教育館意識、認同、實踐—2003年女性主義學術研討會
3. 蔡文婷「變性人權知多少？」
4. <http://leslovestudy.com/rainbow/chi/sharings/gender/060802a/>
5. http://sexenter.twfriend.net/sex_news/news.php?news_id=300

編者的話

鄭悅承 主任

近年來，醫院對病人的照顧逐漸邁向全方位發展，許多疾病在治癒之後或多或少都會有一些後遺症，像是手術後沾粘的問題，創傷後功能恢復的問題，甚至是慢性疼痛、水腫與機能老化的問題，這些都逐漸在醫療體系中被重視。像是乳癌的病人在接受完各項內科與外科的治療之後，就很容易有上肢水腫的問題，也成為許多罹癌婦女重要的困擾。現在透過密集的肌力訓練、動作學習與淋巴按摩的技巧，便可以為患者減輕相當多的痛苦。甚至是許多外觀上的問題，也會造成病患的心理壓力，現在也可以透過日益精進的整型手術得以讓婦女重拾過去的自信心與光彩。

所以在醫療體系漸形完整之際，對病人的照顧也要同步的具有全方面的思考，這也就是近年來衛生署與健保局努力於醫療品質的改善和提升，都是希望能夠讓我們的民眾獲得最佳的醫療照顧，這也才是真正可以讓一般民眾的健康得到真正的保障。

所以當您到醫院看病的時候，也要懂得珍惜寶貴的醫療與健保資源，正所謂的「看病找對科，吃藥不過量，健康靠自己」，充分配合醫師給您的指導，不要亂投醫、亂吃藥，這樣才可以真正的找到我們的健康。

