

宏恩醫刊

第102期

民國97年10月

宏揚醫學知識 恩被全民健康

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

目錄

102 期

※院務動態	
院務動態 2009 年最新門診時間表	潘蒙麗 主任
※醫療新知	
疲倦 “走”出健康 白帶之簡介 痛風治療的正確觀念 胃食道逆流疾病 如何撰寫護理研究-基礎篇	孟憲傑 醫師 林鴻章 醫師 黃崇賢 醫師 陳啓源 醫師 譚健民 醫師 張允嫻 護理長
※衛教園地	
新年年節飲食 肥胖症治療	彭文欣 營養師 吳奕璋 藥師
※杏林花絮	
散播醫學知識的種子 - 訪林煥博醫師 突破	陳懿卿 小姐
※健保速訊	盛成瑜 主任
※編者的話	鄭悅承 主任

院務動態

潘蒙麗主任

- 一. 為推動安寧療護及器官捐贈之理念，醫教會特別於97年9月9日第二次邀請台大醫院柯文哲醫師蒞院專題演講，主題是器官移植倫理議題之探討，臨床經驗豐富的柯醫師帶著幽默風趣又瀟灑的侃侃而談，場次座無虛席，讓全場觀眾津津樂道，每位同仁都帶著滿滿的收穫，真是不虛此行、美不勝收。
- 二. 本院全面推動病人安全及重視醫療糾紛之預防發生，醫務副院長林煥博醫師特別於97年10月21日邀請台北市地方法院檢察署呂俊儒檢察官蒞院專題演講，主題是知情同意與病患隱私之保護，內容精彩無比，回味無窮，全院人員無不踴躍參加。
- 三. 藥劑科為提升用藥安全也特別於97年12月10日邀請新光醫院感染科臨床藥師楊涵絢講授抗藥性之現況與治療，再讓同仁們強化用藥的安全。
- 四. 為配合心血管防治，醫教會於97年12月16日邀請亞東醫院賴超倫醫師專題演講，主題是高血壓之治療趨勢，希望讓同仁們都有正確的認識，宏恩人更健康。
- 五. 97年10月15日糖尿病共同照護網機構訪查，由醫策會、台北市政府共同邀請糖尿病專科醫師、護理長、營養師等醫事專家組成評鑑小組，對於本院糖尿病小組之努力予以肯定，也給予本院許多正向之建議與更多的期許。
- 六. 97年9月28日本院媽媽教室講授哺餵母乳—媽媽手、拉梅姿生產方法，是準媽媽們的最愛，因為場地空間有限，透由網路報名限制名額，執行效果都很有口碑。
- 七. 為了舒解工作人員職場壓力與性別角色認知，本院社工黃雅芳小姐特別邀請台北市立聯合醫院心理曾光珮小姐，分別於97年10月安排了職場壓力調適工作坊及職場兩性關係教育各一場，讓工作人員學習在職場上如何舒解壓力，及兩性關係之正常角色認知，讓大家的職場生涯的角色扮演及職場的工作品質會更好。
- 八. 97年11月21日九歌兒文童劇場到院演出兒童舞台劇，提供本院早期療育之兒童們共同欣賞，以達『寓教於樂』之療效
- 九. 護理部為了提升護理同仁個案報告書寫能力，於97年10月18日特別邀請西園醫院護理部主任黃素珍蒞院專題演講三小時，內容精彩豐富，希望對護理人員專業能力進階個案報告書寫有所助益。
- 十. 護理部為提升N2專業能力特別安排三軍總醫院副主任張秉宜及資深護理師宋佩宜蒞院專題演講護理倫理及腸胃道之身體評估，讓護理人員受益良多。
- 十一. 護理部於97年12月5日及12月30日舉辦97年第二次基層護理人員座談會，只有基層護理人員參加，護理部也特別請本院營養科準備豐盛之午餐，希望透過座談會之輕鬆場合再讓基層護理人員吐露心聲，暢通護理部溝通管道。
- 十二. 恭喜護理部陳芬珠感控護理師通過護理學會N3個案報告，在護理個人生涯之護理專業能力進階受到最大之肯定。
- 十三. 恭喜手術室護理長吳嘉珍於97年10月06日—97年11月26日完成三軍總醫院手術室專業訓練。
- 十四. 恭喜加護病房護理師謝馨慧於97年09月02日—97年11月26日完成台大醫院成人加護病房專業訓練。
- 十五. 97年度病人安全成果展，訂於43週年院慶日文化走廊展示，希望大家踴躍參觀。
- 十六. 雖然全球大環境不景氣，相對也影響到國內景氣活動，然而孟董事長為了感謝宏恩人一年來的辛勞，仍預訂於97年12月23日18時在敘香園舉辦全院

年終尾牙活動，活動中將表揚20年資深人員及各單位精彩熱烈的節目演出，相信是宏恩人再次凝聚向心力之大溶合。

十七•97年12月24日9時至12時院慶活動日，將秉持宏恩深耕社區永續經營之願景，於大門口走廊辦理院慶社區義診活動嘉惠仁愛里里民，永保社區平安健康。

疲倦(FATIGUE)

孟憲傑 醫師

病人主訴疲倦，常是門診作業中遇到的案例，約佔 1/5 強。

所謂疲倦，顧名思義，是指在運動之後，身心俱感疲乏，或根本對身體的活動心生厭倦，不願接納，通常是午後較清晨多且嚴重。

疲倦，也像頭痛、肚子痛一樣，是一個多且包羅萬象，錯綜複雜的問題。它不是一個均等性的異常，也不能用同一的病理變化，加以闡述。臨床上更沒有任何單一的措施，確定其病因而給予正確的診斷。疲倦的發生，並不僅限於老弱，青壯年也時有出現。

對於疲倦的臆測，最早認為傳染和免疫力失調有關，年老和體弱的人，免疫力降低，應是不爭的事實。另有更多的學者，致力於神經、精神，甚至於大腦異常的鑽研。好像也是徒勞無功。根據統計，失眠常是造成疲倦的因素之一，約有 30%到 80%的疲倦患者，都有失眠的習慣，但經過失眠治療之後，失眠情況改善了，但疲倦依然存在。只能說是治標，不能達到治本的效益。

既然疲倦的原因繁雜棘手，從事臨床診治的醫事同仁，更要接受挑戰，以抽絲剝繭的毅力，仔細推敲，詳加思維，追根究源，找出元凶禍首，給予適合的幫忙。因為醫生是健康的維護者，也是病人的最後一道防線。

縱然疲倦的原因繁雜多端，很難找到真正的癥結所在，我們仍要鍥而不捨的從蛛絲馬跡中尋求線索。病史垂詢，生活習慣，工作環境，以及嗜好的瞭解。下述情況，可能與疲倦有關。

A. 身體衰弱，反應遲鈍，睡眠失常。

B. 肥胖，營養不良，情緒緊張。

另外，有些疾病也可引發疲倦，如：

A. 甲狀腺功能過高和過低

甲狀腺功能亢進，也會有疲倦的感覺，因為甲狀腺機能亢進，產生了過多的甲狀腺激素，促使新陳代謝升高、血壓上升、心跳加速、神智不清、憂鬱，而感疲倦。

甲狀腺功能減退，會使新陳代謝減緩，產生精力衰減，容易有疲倦的感覺。甲狀腺的功能，隨著年齡增長而減退。

B. 心臟衰竭、肝炎、慢性阻塞性肺臟疾病(COPD)、貧血、免疫失調、隱性癌症、酗酒、藥癮、精神、神經障礙等。

C. 肌肉長時間的收縮，如運動超量，供給肌肉的血液短缺，會使肌肉疲乏，而有倦怠感。

D. 口服避孕藥過久，因維他命缺乏，而導致疲倦。

E. 應用抗癌藥物而導致精神恍惚，身體疲倦。

F. 心肌梗塞症後，也常有疲倦感。

例行化驗，不一定能獲得決定性的意義，但有參考的價值；如肝功能試驗、腎功能試驗、甲狀腺功能試驗、抗體的篩檢等等。

藥物治療，很少有藥到病除的效果。從談話中分析其精神狀態而給予適當的協助。

“走”出健康

骨科 林鴻章醫師

隨著文明的演變，人類先由光腳進而有草鞋、布鞋、皮鞋可穿，甚至於養成穿襪子的習慣。一來用腳機會愈來愈少，而對鞋子的需求反而更加複雜且多樣化。例如用慢跑鞋跑步，籃球鞋、網球鞋打球，舞鞋跳國標舞等，在在都是在追求舒適健康的「動」，並且避免和預防疲勞甚至疼痛的產生。

當學齡兒童時期，人體足部的基本結構（外型）和機能大致發展完成，但是多變的動作中，腳的發育過程卻是非常值得關心和重視的。首先幼兒在學步期居家環境中的地板不應太軟、太滑，有人說榻榻米是一項適合幼兒活動的地板材質。接下來幼兒開始扶牆學走時期，外側骨骼排列強度（足弓）開始強化，所以在兩歲前的發展期容易會出現 O 型腿的樣子。隨著年紀增長前足部橫向骨骼結構開始緊密，特別是排列強度與支撐力的增加，此時常有伴隨 X 形腿的過渡表現。當足部結構發展成熟，關節的穩定性相對提升也能參與各項群性活動。

成熟的腳部功能有支撐和推進兩種基本功能。前腳的腳趾應在穩定上面佔重要地位。而骨骼排列成拱門狀橫弓和縱弓則成爲有彈性及支撐的作用。成熟的骨骼配合適當的練習可以讓雙腳作出各種動作。連帶著兩腳和大腿肌肉，骨盆腰部的動作配合就產生美妙、愉悅且多樣的肢體動作。這些動作配合不同音樂和正確呼吸動作成就韻律或瑜珈的基礎，如果配合特定且熟練的技巧則成單人或雙人的舞蹈動作，或其他可娛樂、享受或競技的動作。

總之，要妥善照顧且關心自己的雙腳，它會讓你的生活更充實更豐富。在日常生活當中選用適當的鞋具在不同的運動當中，讓自己的心臟、肺臟功能增強，肌肉耐力提升，反應力提高，讓您的雙腳帶領您走出動態美妙的人生。

白帶〈LeuKorrhea〉之簡介

婦產科 黃崇賢醫師

在婦科門診中，約有 1/3~1/4 的病人，仍因所謂“白帶”來求診。然而白帶一詞在臨床上指的是陰道內分泌發炎所產生的異常滲出物，如膿狀、乳白物狀、綠色狀等等，常刺激到外陰部，有搔癢的發生。

正常陰道內的分泌物是無色、無味、無刺激性、清澈狀，而本身的酸度維持在 PH 值 3.5-4.5 左右。此乃陰道內最主要的 Döderlein 桿菌將陰道上皮內的肝醣分解而形成，也是一種保護作用。由於女性陰道的組織及生理變化，均受到雌激素〈Estrogen〉的控制而有著改變，如：嬰兒期、學齡前期、生殖年齡期、停經期及懷孕期。

由於輸卵管、子宮、子宮頸、陰道的發炎，而產生各種分泌物，有臭味、魚腥味、黃膿、黃綠狀、乳白顆粒物狀、甚或有些血狀…等等，所產生感染的病因。在臨床上，一般醫生常可將其分類成：

- (1) 病毒〈菜花〉
- (2) 細菌〈如：淋病球菌及披衣菌〉
- (3) 黴菌〈如：白色念珠球菌，目前門診佔最多的比率〉
- (4) 原蟲類〈滴毛蟲〉
- (5) 其他：如異物。

也因種種病原的診斷，相當重要。目前有經驗的臨床醫師，在問診上及檢查、檢驗上均有良好的步驟可循。除了對症下藥，還必須告訴病人如何防護，以及“夥伴治療”原則的重要性。隨著社會愈進步，性開放愈複雜，時下感染疾病的年齡均下降；國中生、高中生得到“菜花”、“疱疹”或是複發性“陰道念珠球菌”的發生，常可見到。

其實，白帶一詞，代表著病原兆千頭萬緒，婦科醫生對此是一種挑戰，必須謹慎的了解其原因，而非一成不變的用藥（抗生素、陰道塞劑、外塗藥膏），而疏忽其真正的發生。尤其對幼兒及停經婦女的治療又是另一種處理方式。預防重於治療乃是不變的道理。

痛風治療的正確觀念

痛風科 陳啓源醫師

喝醋吃鹼性食物可以改善痛風嗎？

Q：我有痛風，腳關節常發作疼痛。有人告訴我，喝水果醋加水、或是喝小蘇打水，可以改善痛風。請問醫師，喝醋真的有效嗎？

A：光靠吃鹼性食物，並不能有效治療高尿酸痛風。鹼性食物，包含喝水果醋、小蘇打水、或是喝電解水，是能夠將原本體質偏酸性的人，稍許鹼性化的作用。但是酸性體質與體內尿酸過高是兩回事。也有人雖然痛風尿酸高，但是也體質偏鹼性。光靠吃鹼性食物，並無法有效地將身體內過量的尿酸降低，也無法減輕疼痛。喝醋、蘇打水、或是吃小蘇打錠劑，在尿酸的治療中只是輔助效果，將有酸性體質的人調整為鹼性化，以利尿酸比較容易排出。

要提醒的是，如果體質不是酸性，而是已經偏鹼性的人，又喝了過量的醋、蘇打水、或是吃過量的鹼性食物，將會增加磷酸鈣或草酸鈣結晶，增加腎結石形成的危機。

所以，治療最好是恰到好處，過度或不及都不好。而且也不是千篇一律，需要視每個人的體質狀況來調整。尿酸過高引起痛風發作，還是接受正規治療，按時服藥並且定期抽血驗尿追蹤，比較妥當！

痛風石要開刀嗎？可以藉由吃藥消去痛風石嗎？

Q：我父親上月因痛風石在別家醫院開刀，結果因為感染，傷口癒合很差，住院快一個月。這一個月以來，除了開刀的傷口之外，其他許多關節的痛風症狀又一直反覆發作，發作的次數比開刀前還頻繁，這該如何是好？請問：痛風石是否需要開刀拿掉？還是可以藉由吃藥消失，而不用開刀呢？吃藥要吃多久才會見效？治療期間會不會很痛，開刀會不會痛得比較少天呢？

A：痛風會引起關節腫脹疼痛發炎，並不建議手術或者關節鏡治療。痛風到非常嚴重時可能會產生痛風石，即便是已經有痛風石了，仍有機會用吃藥治療就可以消除，並不需要開刀治療。只要先透過專業的檢查與體質分析，找出最適合的藥物，把身體過多的尿酸排除，並且把尿液的酸鹼度調整在最佳狀態，只要吃藥一段時間就會痊癒。小的痛風石只要吃藥治療半年左右就可以消失，大的痛風石雖然需要較久的時間（2~3年），但是只要有耐心配合治療，還是有機會可以治癒消失的。痛風石治療期間的疼痛，只要正確配合消炎止痛藥的輔助，通常幾天就不痛了！並不至於到無法承受的地步。

痛風石是不建議開刀的。因為如果沒有根本治療體內過多的尿酸，只是開刀挖掉痛風石，過一陣子又會再長出新的痛風石。那難道要一而再、再而三的開刀嗎？而且此時關節內充滿尿酸結晶，嚴重影響血液循環及傷口癒合，開刀很容易造成傷口細菌感染。萬一真的傷口感染了，除了要住院治療很久之外，嚴重時甚至可能併發細菌性關節炎、蜂窩性組織炎、甚至敗血症。

所以建議，不管是關節腫脹發炎，或是已經形成痛風石，只要能針對體質接受正確的藥物治療，就可以消除，並不需要手術治療。

長期吃降尿酸藥會不會傷腎？

Q：我15歲就發現有痛風，但是因為不喜歡吃藥，怕長期吃降尿酸藥會傷害腎臟，怕以後要洗腎，所以一直是有痛發作才吃藥。到現在25歲了，腳指頭有多處的痛風石，還有手關節、甚至耳朵背

部也有痛風石。請問醫師，我該如何治療才好？

A：降尿酸藥長期吃，對身體會不會有傷害呢？答案是不會的。很多人以為，西藥吃多了會傷腎，其實並非所有西藥都傷腎。止痛消炎藥、抗生素、類固醇…這些藥吃久了比較會傷腎。而降尿酸藥、降血壓藥、糖尿病藥…等是屬於慢性病治療用藥，是因為醫學進步，才發明出來的藥物，用來降低慢性病可能造成的末期併發症，長期吃才能有效預防慢性病的併發症，對腎臟反而是有保養的效果。門診有許多與你類似的痛風患者，因為長期沒有治療，不僅許多部位長出許多痛風石，初診時也同時發現，腎臟功能都已經受損了。經過半年到一年的正確治療之後，不僅痛風石慢慢縮小，腎功能也進步了許多回來。所以，千萬別錯誤的認為長期吃降尿酸藥會傷腎，反而是痛風高尿酸這個慢性病，沒有接受正確治療的話，會持續造成腎臟傷害。

有痛風的患者，長期吃降尿酸藥，才能有效預防腎臟傷害，對腎臟才是有保養的效果。而且，只要是找專門醫師，吃藥治療期間，每隔一段時間都會安排抽血驗尿，評估肝腎功能，充分討論說明。所以，請放心的接受正確的長期治療吧！

胃食道逆流疾病：一種常見現代文明病

胃腸肝膽科 譚健民醫師

前言

健康個體在一天內亦可發生數次的一過性胃內容物逆湧入食道下端的現象，通常發生在飽餐後，但絕大部份是不具任何症狀的。在臨床上，所謂胃食道逆流疾病(gastroesophageal reflux disease, GERD)(註1)是指胃甚至十二指腸內容物逆流入食道下端，所引起一系列逆流症狀，或造成食道黏膜組織損害，是一種常見的上消化道動力功能障礙的食道疾病⁽¹⁾。Winkelstein在1935年首先觀察到食道炎是由胃消化液湧入所導致食道黏膜傷害的疾病，而在1946年才由Allison在臨床上提出「逆流性食道炎」的疾病觀念。

由近年流行病學的統計，更明確的指出GERD與某些反覆性發作的氣喘、慢性乾咳甚至夜間睡眠呼吸暫停症候群、非心源性胸痛或胸悶、慢性支氣管炎以及慢性咽喉炎等疾病有著不等程度的因果關係。事實上，胃食道逆流病對罹患者的傷害並不只僅止於胃食道逆流本身的結果，而是因逆流所導致合併症的發生，其中包括有食道炎症病變(如糜爛、潰瘍、出血、纖維化甚至食道狹窄)、短食道、惡變傾向的Barrett食道(其將來衍生癌症的或然率是健康人口群的30-125倍不等)以及食道腺癌的癌前病變⁽²⁾。因此，臨床醫師對於「GERD」病症的存在是不可掉以輕心的。

盛行率

GERD在歐美國家是十分常見的疾病(約佔食道疾病的75%)；根據流行病學探討，有10-15%的美國成年人每天會出現一次胸口灼燒感的症狀，而15-44%者則每個月會出現一次，其中在因胸口灼燒感症狀就診的患者中，經由內視鏡檢查或24小時食道pH監測被確認有「逆流性食道炎」(reflux esophagitis, RE)的表徵者佔30-40%，而美國的GERD的盛行率約在25-36%之間⁽³⁾。至於在臺灣中，GERD的盛行率亦由30年前的2-5%逐漸增加至近年的12-16%⁽⁴⁾。GERD罹患者無性別上明顯差異，罹患年齡則以30歲以上較為常見。基本上，GERD與罹患者本身的文化經濟階層無關，但卻與個體本身常年飲食習慣(如高脂飲食或暴飲暴食)、工作勞累、缺乏運動、情緒精神狀態、肥胖、懷孕甚至習慣性便秘有著密切的關係。

近些年來，耳鼻喉科、胸腔內科甚至家庭醫學科醫師對GERD都比其他科系的臨床醫師有較高度的警覺性，在其就診病患中若發現存有長期罹患「慢性咽喉炎」並伴隨心口灼熱感、胃酸逆流現象者，都會積極轉介病患到消化系內科，建議其接受進一步內視鏡檢查，以排除是否有GERD存在的可能性。

致病機轉⁽⁵⁾

由解剖生理學的研究，得知橫膈食道裂孔是胃與食道連接處，其主要是由膈右腳肌所構成並環繞食道，一旦其在收縮時會導致食道下端內壓增高，以阻止胃食道逆流的發生。此外，食道與胃底賁門間的銳角(His角)亦扮演著活瓣開關的功能；一旦胃內壓升高時，則會起動關閉作用，而促發抗逆流的機制。

根據解剖生理學的研究，個體在吸氣時橫膈腳會主動收縮，並由此加強食道下括約肌(lower esophageal sphincter, LES)的抗逆流功能。研究亦指出，個體在接受全胃切除術後，其胃十二指腸橫膈接合處尚可測到部份所謂「高壓帶」的存在，而此高壓帶在吞嚥時則會呈現鬆弛，而在腹內壓增高時才會收縮，此現象亦說明橫膈腳在抗胃食道逆流過程中扮演著重要的角色；由於橫膈腳本身的張力會隨著年齡的增長而減低，這也是為何中老年人口群較易罹患GERD甚至食道裂孔疝氣之故；此外，約有三分之一的食道裂孔疝氣罹患者合併逆流性食道炎的病變，而亦約有半數的逆流性食道炎罹患者

合併不等程度的食道裂孔疝氣病變的現象存在。

在臨床上，導致GERD的主要的致病機轉分述如下：

LES收縮功能障礙⁽⁶⁾

長期以來，LES壓力降低一直被認為是導致GERD最重要因素。通過食道測壓證實GERD患者之LES壓力明顯低於正常人的10-15毫米汞柱；而對伴隨有組織學損害的逆流性食道炎患者而言，其LES壓力更呈現明顯降低。由測定LES壓力亦可得知LES一過性鬆弛(transient lower esophageal sphincter relaxation, TLESR)亦可衍生胃食道逆流。基本上，TLESR是指個體在無吞嚥情況之下，LES本身自行鬆弛，若其鬆弛時間

長於吞嚥時的LES鬆弛，會因而伴隨著胃食道逆流。TLESR不僅是導致正常生理性胃食道逆流的發生(正常人每小時發生TLESR約在2-6次之間)，而其中亦有40-50%會伴隨胃酸逆流現象；其中GERD患者本身的TLESR發生率更可高達每小時8-10次，其中60-70%伴

隨著明顯胃酸逆流。此外，TLESR亦受迷走神經的控制，即胃底在受到擴張牽引後，其上傳神經纖維會將刺激傳至腦幹，再回傳至迷走神經背核，後者再經迷走神經運動神經元來支配LES，並使LES發生鬆弛，胃食道逆流於焉產生；再者，倘若上食道括約肌壓力亦發生下降，或許亦使逆流物更易傷及咽喉、聲帶甚至衍生吸入性肺炎之虞。

吸菸亦會促進並加重GERD症狀，因長期吸菸可減少LES壓力，尤其其中的尼古丁更會使得食道黏膜因過氧化作用而損傷，此與Barrett食道以及食道癌之衍生不無密切的關係。

此外，LES的抗逆流現象亦受到某些特定的胃腸激素影響，其中影響LES收縮者包括有促胃液素(gastrin)、胃動素(motilin)、P物質(substance P)以及蛙皮素(bombesin)；反之，影響LES鬆弛的胃腸激素則有膽囊收縮素(cholecystokinin)、胰泌素(secretin)、昇糖素(glucagon)、血管活性腸肽(vasoactive intestinal peptide)、前列腺素(prostaglandin, PG)如PG E1及PGE2。

食道黏膜清除作用失調

胃食道逆流發生後，大部分逆流物通過1-2次的食道收縮蠕動就會被迅速清除入胃內，剩下少部份的逆流物則會被吞下的唾液所中和；故一旦食道蠕動作用以及唾液產生發生障礙，使得逆流物在食道下端逗留的時間延長，而導致GERD的症狀衍生⁽⁷⁾。

食道黏膜屏障完整性受損

基本上，胃內容物逆流至食道後，食道黏膜本身上皮細胞層所存有的HCO₃⁻或離子傳遞作用機制(如Na⁺/H⁺的轉換功能)，以及細胞本身的代謝物及胃表層的血液循環狀況，會中和或移除由胃所湧上來的代謝產物(如胃酸或二氧化碳)；此外，其上皮細胞層存有細胞膜與細胞間的連接複合體，以此來保障食道黏膜的完整性。因此，一旦食道黏膜屏障受到損傷後，或食道組織的防禦抵抗力隨之降低，致使某些攻擊因子(如胃酸、胃蛋白酶、膽汁、胰臟酶)的破壞，而導致食道黏膜進一步的損害⁽⁸⁾。

胃排空功能障礙

基本上，胃內壓高於食道內壓，因此LES在正常情況下收縮緊閉時，並不會發生逆流現象；但一旦胃食道間壓差增大時，胃內容物便會逆湧入食道內；此外，「胃膨脹」也是胃食道逆流衍生的重要原因之一。根據生理學的研究，在輕度胃擴張時，可導致LES壓力上升；反之，在胃擴張程度逐漸增強時，食道括約肌壓力反而呈現下降現象；更甚者，GERD罹患者亦常伴隨胃排空延遲的病症，不僅會使食道內腔長時間處於高酸(pH低於3-4)環境中，並促使TLESR出現頻率增加，因而更增加胃食道間的壓力差，更加重GERD症狀的嚴重度。

逆流物本身所扮演的角色

在臨床上，導致罹患者衍生症狀以及食道損傷的基本原因，除了胃酸的高分泌因素之外，倒不如說是胃內容物本身向食道下端移位所造成的結果⁽⁹⁾。逆流物本身就會刺激甚至損傷食道黏膜，其損傷

程度與逆流物本身的質與量及所接觸時間有關；而損害食道黏膜最大的就首指胃酸以及胃蛋白酶，其中食道腔內酸鹼值小於3-4時，不僅易活化胃蛋白酶，而導致食道黏膜蛋白變性，以致於損害食道黏膜的完整性；此外，或許亦由於胃十二指腸逆流病症同時存在，會使其中逆流入胃的膽汁，甚至胰臟酶成為攻擊食道黏膜的又一重要因子⁽¹⁰⁾。

胃酸與膽汁混合逆流的加成傷害作用

長久以來，「胃酸」一直被認為是導致胃食道逆流中食道損傷的最主要原因，但經過臨床食道24小時酸鹼值的測定，發現其食道炎病變的損害程度與單純胃酸本身的逆流量並非絕對有明顯的正向關係，而臨床上所使用抑制胃酸分泌的藥物如氫離子幫浦阻斷劑(PPI)，也未能完全促使食道黏膜損傷的癒合，甚至亦發現在某些胃酸缺乏的個體中亦能出現逆流性食道炎的病症，由此可知胃酸並非是導致食道炎的唯一因素。1996年Vaezi等人⁽¹¹⁾在其所研究的十二指腸胃食道逆流(duodenogastroesophageal reflux, DGER)的個案中，同時監測胃食道逆流個案的食道中酸鹼值及膽汁濃度，發現正常者佔12%，單純膽汁逆流者佔4%，而胃酸與膽汁混合逆流者佔76%；同時亦發現，無食道炎的GERD罹患者中胃酸與膽汁混合逆流者佔半數，而無併發症的逆流性食道炎罹患中胃酸與膽汁混合逆流者卻佔了79%，Barrett食道罹患者之混合逆流佔89%，而有併發症的Barrett食道患者之混合逆流則達百分之百；由此可知，胃酸與膽汁逆流同時存在時，更易促使食道黏膜的傷害，而其食道黏膜損傷的程度與混合逆流發生率成正比；不僅如此，亦易衍生膽汁逆流性胃炎的病變。

臨床症狀及表徵⁽¹²⁾

胸口燒灼感或胸骨後燒灼感

「胸口燒灼感」或「胸骨後燒灼感」是GERD常見的主訴，主要是導源於胃逆流物直接對食道上皮下感覺神經末梢刺激所致，而有半數左右的GERD罹患者會出現胸口燒灼感的症狀，其主訴大多數為上腹部或胸骨後燒灼感，常出現於飯後一至二小時之間，通常在暴飲暴食後其症狀更為明顯；倘若逆流物湧入口腔中時，則罹患者的咽喉會感覺到酸苦味感，但罹患者個體在轉換為立位、飲水或服用制酸劑後燒灼感會暫時緩解。基本上，胸口燒灼感程度與病變嚴重度並不一致，即使處於Barrett食道病況，雖然逆流很嚴重，但亦可無胸口燒灼感的症狀。此外，食道黏膜因長期慢性炎症反應而增厚甚至纖維化，此時症狀反而減退，即其胸口燒灼感症狀也就因而減輕；再者，一旦食道炎併發食道狹窄後，因阻止逆流，也會使胸口燒灼感症狀逐漸減輕甚至消失。

在臨床上，GERD易與「心絞痛」互相混淆，因缺血性心臟病心絞痛與食道源性胸痛有許多類似之處，有時可能於飽餐後加重，其疼痛亦可能經由服用硝酸甘油舌下含片而得以緩解，因此臨床醫師對於此兩者病症在鑑別診斷上更要特別留意。

吞嚥障礙及吞嚥疼痛

吞嚥困難亦是GERD罹患者的常見症狀。在初期時，罹患者的吞嚥困難是間歇性發作的，主要是由於炎症刺激黏膜而引起食道痙攣；少數個案會衍生下端食道潰瘍，甚至併發食道狹窄的合併症，此時胸口燒灼感的症狀反而逐漸減輕。

呼吸系統症狀及表徵

對於某些嚴重度的GERD罹患者而言，其中亦不乏存有伴隨呼吸系統症狀發生的個案，其中常見症狀包括有睡眠中突發陣發性嗆咳、胸悶及呼吸困難、哮喘發作(支氣管痙攣)，嚴重者並能衍生呼吸系統疾病如急性支氣管炎、阻塞性睡眠呼吸暫停症候群、吸入性肺炎、甚至肺膿瘍及特發性肺間質纖維化。因此，在臨床上一旦出現難以解釋的慢性咳嗽、慢性支氣管炎以及不明原因的肺炎者，亦應要先排除GERD存在的可能性⁽¹³⁾。

其他非典型的症狀尚包括有腹脹、噯氣、溢酸、噁心、食物反芻、唾液分泌過多(以便利於中和逆流物，加速食道清除作用)，以及某些常見的咽喉症狀如咽喉部異物感、咳嗽、臆球症(globus

hystericus)、慢性逆流性咽喉疼痛或咽喉炎，牙齦侵蝕，或者習慣性不自主的清喉動作甚至長期聲音嘶啞的症狀。

臨床檢查及診斷⁽¹²⁾

食道鋇餐X光攝影檢查

在內視鏡檢查尚未問世的年代，GERD也唯有經由食道鋇餐X光攝影檢查來進行初步的篩檢；但在逆流性食道炎的早期階段，X光攝影檢查並未能給予明確的診斷，但可經由X光透視下觀看食道蠕動的情況，或是否有食道裂孔疝氣存在；有時可藉由腹壓之加強來觀測是否有食道逆流；此外，只有在GERD出現典型的併發症如食道狹窄，食道鋇餐X光攝影檢查或許才會呈現食道管腔狹窄或呈漏斗狀，但此亦要與食道痙攣做一番鑑別診斷。

上消化道內視鏡檢查

基本上，具有典型GERD罹患者的內視鏡檢查結果中，其呈現食道炎表徵者僅在40-60%之間。某些臨床醫師則根據Hill's classification⁽¹⁴⁾來分類GERD的嚴重度，即經由內視鏡檢查中觀察食道胃接合處(esophagogastric junction, EGJ)的胃黏膜皺摺(gastric fold)與內視鏡管本身的箍緊程度來做為分類的參考依據。GERD一旦發生食道炎時，臨床醫師絕大部份採用LA classification of esophagitis(註2)來判定食道炎的嚴重度。呈現逆流性食道炎的內視鏡常見的基本肉眼變化主要為食道下段黏膜破損如黏膜出血斑塊、糜爛甚至潰瘍，嚴重者會併發食道狹窄；倘若出現有Barrett食道現象時，則在內視鏡下可觀見在粉紅色食道黏膜上出現紅色柱狀上皮，使用亞甲藍染色法檢測(methylene blue staining)會呈現陽性反應，此時切片病理組織檢查也是必要的。

胃食道同位素掃描檢查

根據文獻報導，有些醫學中心讓檢查者空腹服用含有300 μ Ci ^{99m}TcSc溶液300毫升施行同位素動態顯像，試驗得知健康人在10-15分鐘後無放射性物質存在於食道腔內；倘若尚存有放射性物質，則表示或許有胃食道逆流現象存在，此檢查方法比較適合用於嬰幼兒GERD的篩檢。

食道壓力測量術(esophageal manometry)

食道蠕動功能是否正常，亦關係著食道排空的能力。在實驗室中，以連續灌注導管測壓系統進行食道測壓，其原理是在食道腔內放置3-8腔的導管，經由幫浦向導管內注水，水在導管末端側孔逸出時所測得的壓力，即為「食道腔內壓」。根據實驗證明，LES靜止壓低於15-30毫米汞柱，即表示LES有關閉不全的障礙。單純食道壓測定不僅能瞭解LES的長度、位置以及壓差，甚至食道吞嚥蠕動波的振幅及速度，更可用以做為食道其他異常病變如貴門失弛症(achalasia)、硬皮症以及食道痙攣之鑑別診斷。

24小時食道pH監測(24-hour pH monitor)

目前來說，24小時食道pH監測是GERD最直接的定量檢查方法，也是臨床上診斷GERD的金標準(gold standard)。在監測過程中，受檢者仍保持平常進餐習慣，但不得進食pH < 5的食物，一旦在感到胸口有灼燒感時，即時記錄下相關事件與時刻，來作為分析症狀、生活事件與胃酸逆流的相互關係。在實驗室診斷上，24小時食道pH監測之正常值如下：pH < 4逆流發作總次數小於25次、逆流超過5分鐘的次數小於2次、最長逆流時間小於4分鐘、pH < 4的時間百分比小於4%。

此外，近些年來亦有某些醫學中心嘗試發展一種無線電裝置的膠囊式食道胃酸測量器，安置在LES上端，以便偵測個體48小時的逆酸量，但其研究成效尚未臻於成熟。

藥物治療性試驗

罹患者服用PPI以為測試，其結果陽性反應之定義為症狀減少75%以上，但其假陽性高達20%，假陰性也在10-20%之間。此外，以藥物治療性試驗做為GERD的診斷，也必然會有一定程度的誤診風險，因胃酸抑制可能會掩蓋其他潛在疾病如胃糜爛、胃十二指腸潰瘍或Barrett食道甚至癌症；因此，受

檢者症狀的減輕並不表示GERD的確定診斷，而對於某些反覆出現類似GERD症狀及表徵的個體，更應好好思考一下接受進一步的胃內視鏡檢查。

治療⁽¹⁵⁾

基本上，GERD是一種慢性復發性進行性疾病，很少會自然癒合。絕大多數GERD罹患者都會先採取內科治療，其治療方針主要包括有促進食道蠕動、降低逆流物的酸度、增強食道清除力以及保護食道黏膜為原則，而生活及飲食方式的調整是GERD罹患者必需要採取的最基本及首要的不二法門。

生活形態的調整⁽¹⁶⁾

有症狀的GERD罹患者在日常生活中，應該做好某些相應的生活習性調適，其中包括如進食時吞嚥動作緩慢，飲水含一含再吞下去(以避免吞入過多的空氣)，睡眠時應將床頭抬高15至20公分左右(或用質地較硬的枕頭將頭頸部以及上背部同時墊高)，戒菸及避免酗酒，減少富含脂肪類食物的攝取，餐後不要立即平躺，避免用力提物，排便時勿過度用力，勿穿緊身衣服，減少每餐食量或酸性食物，儘量採取少量多餐的飲食習慣，避免在睡前2至4小時內吃宵夜；而對於某些肥胖的罹患者而言，減重更是當務之急。除此之外，某些特殊的食物如巧克力(含有xanthines成份)、薄荷糖、咖啡、濃茶、可樂、蕃茄汁、柳橙汁等應儘量避免食用，尤其是在空腹時。

在臨床上，某些特定藥物如抗胃腸痙攣劑(抗乙醯膽鹼藥物或抗副交感神經藥物)、支氣管擴張劑、鎮定劑、鎮痛劑(尤其含有鴉片類成分者)、抗高血壓藥(鈣離子阻斷劑以及甲型或乙型腎上腺拮抗劑)、茶鹼(xanthines)、diazepam，甚至避孕藥中的黃體素亦會促發GERD的衍生⁽¹²⁾。

內科藥物治療

藥物治療包括制酸劑(中和胃酸)、抑酸劑(抑制胃酸分泌，如H₂受體拮抗劑、PPI)、促腸道蠕動劑(增加LES張力，改善食道清除功能，增加胃排空)、黏膜保護劑(在損傷表面上形成一層保護膜，可以減輕症狀，並促進癒合)。嚴重的食道炎在50歲以上的人口群中發病率亦較多，而多數胃食道逆流病患者在停藥後常有較高的復發率，常在停止治療後第一年內復發，復發率與初次食道炎的嚴重程度及癒合情況有關⁽¹⁶⁾。假若罹患者症狀未能改善，甚至有合併症出現，則需要會診外科醫師接受手術矯正LES功能。

外科手術治療

GERD患者如產生嚴重併發症如出血、狹窄、Barrett食道，或某些經由藥物治療無效者以及鹼性逆流性食道炎(胃十二指腸逆流性食道炎)患者，或許應考慮外科抗逆流手術治療⁽¹⁷⁾。此外，對於某些年輕而有嚴重症狀的罹患者而言，在條件許可之下可建議其接受內視鏡治療法來改善逆流，其中包括有充填注射術(injection bulking)、內視鏡褶疊術(endoluminalplication)以及射頻電燒灼術(radiofrequency Stretta procedures)；其中腹腔鏡下胃底折疊術較為簡便及有效，而食道狹窄患者亦可考慮內視鏡擴張(放置食道stent)治療⁽¹⁸⁾。

此外，精神情緒障礙或許亦是GERD發生的重要激發病因之一，因此胃食道逆流患者易出現憂鬱、焦慮、以及強迫性心理異常行為的身心症；故在治療GERD時，臨床醫師亦應同時關切罹患者潛在的精神情緒壓力問題。

長期併發症

長期GERD的併發症包括有食道狹窄(8-20%)、Barrett食道(食道鱗狀上皮被化生的柱狀上皮取代)、出血(臨床表現為黑糞，但大量出血的機會較少)，其中Barrett食道在GERD中之發現率在0.3-2%之間，是食道癌的一種癌前病變^(1,2)，不可不慎。

結語及展望

無可厚非的，說「GERD」是當代熱門的常見疾病也不為過。在臨床上，不難發現有為數不少的因素可以導致GERD的衍生，其中較為臨床醫師所公認的包括有LES鬆弛、神經傳導活性物質(如一氧化氮、腸血管活性肽)或食道裂孔疝氣。雖然，GERD在臨床上的確定診斷並非難事，但對某些具有典型臨床症狀的GERD罹患個體中，其內視鏡檢查並無食道炎或Barrett食道病變者，亦應積極排除其他病因的存在，以免誤診而導致延誤醫治。此外，有些臨床醫師指出，可經由給予PPI治療二個星期，並以症狀改善與否來判定個體是否罹患GERD。此經驗法則是否正確，則更需要接受進一步的臨床驗證，否則因而延誤其他重要致死的疾病，而惹來醫療爭議也就得不償失了。事實上，在臨床上有為數不少的耳鼻喉專科醫師亦經常使用「抑酸劑」來嘗試確立GERD存在的臆斷，或許亦應考慮隱匿其他潛在性疾病存在的風險。

再者，臨床醫師亦應認知GERD與呼吸系統疾病、心血管疾病以及耳鼻喉科疾病之間的相互關係；此外，探討GERD與Barrett食道及食道癌的因果關係之研究也是很重要的。

參考文獻

1. Kahrilas PJ: Gastroesophageal reflux disease. *JAMA* 1996; 276: 983-988.
2. Eisen GM, Sandler RS, Murray S, et al.: The relationship between gastroesophageal reflux disease and its complications with Barrett's esophagus. *Am J Gastroenterol* 1997; 92 :27-31.
3. Isolauri J, Luostarinen M, Isolauri E, et al.: Natural course of gastroesophageal reflux disease: 17-22 year follow-up of 60 patients. *Am J Gastroenterol* 1997;92: 37-41.
4. Lim LG, Ho KY: Gastroesophageal reflux disease at the turn of millennium. *World J Gastroenterol* 2003; 9:2135-2136.
5. Quigley EM: Gastroesophageal reflux disease: the roles of motility in pathophysiology and therapy. *Am J Gastroenterol* 1993; 88: 1649-1651.
6. Voutilainen M, Sipponen P, Mecklin JP, et al.: Gastroesophageal reflux disease: prevalence, clinical, endoscopic and histopathological findings in 1,128 consecutive patients referred for endoscopy due to dyspeptic and reflux symptoms. *Digestion* 2000; 61: 6-13.
7. Katz PO: Pathogenesis and management of gastroesophageal reflux disease. *J Clin Gastroenterol* 1991; 13(suppl): S6-S15.
8. Orlando RC: The pathogenesis of gastroesophageal reflux disease: the relationship between epithelial defense, dysmotility, and acid exposure. *Am J Gastroenterol* 1997; 92 (4 suppl): 3S-5S.
9. Quigley EM: Gastroesophageal reflux disease: the roles of motility in pathophysiology and therapy. *Am J Gastroenterol* 1993; 88: 1649-1651.
10. Kauer WK, Peters JH, DeMeester TR, et al.: Composition and concentration of bile acid reflux into the esophagus of patients with gastroesophageal reflux disease. *Surgery* 1997; 122:874-881.
11. Vaezi MF, Richter JE: Role of acid and bile in gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 1996; 111: 1192-1199.
12. Richter JE: Typical and atypical presentations of gastroesophageal reflux disease: the role of esophageal testing in diagnosis and management. *Gastroenterol Clin North Am* 1996; 25: 75-102.
13. Theodoropoulos DS, Ledford DK, Lockey RF, et al.: Prevalence of upper respiratory symptoms in patients with symptomatic gastroesophageal reflux disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 164: 72-76.
14. Hill LD, Kozarek RA, Kraemer SJ, et al.: The gastroesophageal flap valve: in vitro and in vivo observations. *Gastroint Endosc* 1996; 44: 541-547.

15. Castell DO, Johnston BT: Gastroesophageal reflux disease: current strategies for patient management. Arch Fam Med 1996; 5: 221-227.
16. 譚健民：寶貝你的胃腸，台北市，元氣齋出版社，2004，28-35.
17. Bell NJ, Hunt RH: Role of gastric acid suppression in the treatment of gastro-oesophageal reflux disease. Gut 1992; 33: 118-124.
18. Spechler SJ, Lee E, Ahnen D, et al.: Long-term outcome of medical and surgical therapies for gastroesophageal reflux disease: follow-up of a randomized controlled trial. JAMA 2001; 285: 2331-2338.
19. Richter JE: Long-term management of gastroesophageal reflux disease and its complications. Am J Gastroenterol 1997; 92(4 suppl): S30-S34.

附註

註1：在英系國家中，GERD又稱之為Gastro-oesophageal reflux disease，故又簡稱為GORD.

註2：依據1994年醫學會制定的洛杉磯分類標準(The Los Angeles Classification)，將食道炎以內視鏡診斷，並依其嚴重程度分為A級至D級：

A級：一條或多條黏膜破損(糜爛、潰瘍)小於或等於5公釐，並不延伸超過兩條黏膜皺摺。

B級：一條或多條黏膜破損大於5公釐，但並不延伸超過兩條黏膜皺摺。

C級：黏膜破損在兩條黏膜皺摺間互相延續或融合，但不超過75%的食道管腔圓周。

D級：黏膜破損在兩條黏膜皺摺間互相延續或融合，且超過75%的食道管腔圓周。

一、選擇研究題目：

- 有興趣-有興趣的題目可以提升執行動機
- 有創意、具前瞻性-可從閱讀文獻中找出學者研究結果不足之處，就是你研究的切入點
- 具體、可行的題目-可從小題目開始；初學者可參考文獻中的研究設計、研究方法，參考文獻了解此問題被探討的狀況
- 可供改善護理臨床業務價值-可思考比較臨床護理疑點與常規間的差異，臨床工作隨時保持敏銳的心
- 避免大家都知道的答案及已普遍被證實的東西

二、研究倫理審查：

定意--臨床研究倫理-只要是以「人」為對象，係指進行研究時必須遵守的行為規範的意思，無法明顯感覺它的存在，卻又無所不在。

- 臨床研究倫理規範原則-
 1. 尊重個人意願填寫受試者同意書〈informed consent〉
 2. 確保個人隱私-資料保密不對外公開
 3. 不危害受試者的身心
 4. 遵守誠信原則客觀分析及報告事務

三、文獻查證：

定義--是一種貫穿整個研究過程的工作，包括獲得知識的設計與方法，將和研究問題有關的文獻，予以分類、比較與比對。

- 研究文章尤應詳細閱讀研究方法、結果、討論
- 可將每一篇看過後的文章建立一篇書卡-含作者、年代、研究主題、文獻出處、研究主要變項、對象、研究方法、研究結果做統整。
- 採用第一手資料，避免第二手資料，內文引用和參考資料表要一致性。
- 請盡量引用近五年之文獻〈近二年之文獻1-2篇〉，且應包含國內外之文章。

四、常用護理研究生物統計方法：

定義-對觀察到或測量到的資料如何加以處理、運用，協助研究者作判斷及推論的一門學問，若處理或分析的對象有關生物的事物或現象，即為生物統計〈Biostatistics〉

資料〔data〕的種類-

須經由觀查或測量所獲得，依其特性可分為三大類：

1. 類別變項〔nominal variable〕：在測量或觀察時將對象加以分類所得的變項，如性別、種族別、疾病別
2. 序位變項〔ordinal variable〕：顯示某項測量或觀察的等級，比類別變項具較多的意義和訊息，僅知其強度或程度的不同，而不知其間的差別多大
3. 等距變項 及 等比變項：此變項的差別是相同的，每個單位都是一樣大小，具有的訊息最為詳實如長度、重量、時間、溫度....等

五、母全體〔Population〕

1. 有時是假設的，且是無限大的，如擲骰子，有時是難以界定或難以獲知的，但是母群體太大，則無法全部加以測量

2. 樣本〔sample〕

*採用較精密的觀察方法，集中的觀察一個好樣本，可利用對樣本的觀察結果來評估及推斷母全體。

3. 抽樣〔sampling〕

*利用適切方法，從母全體中抽取有限的個體，作為實際觀察或測量的對象，用來推估母全體的體的特性。

4. 抽樣基本原理

*母群體中每一個個體都有一個已知的且大於零的被抽到機會

*每個個體被抽中的機會是隨機的〈random〉

5. 簡單隨機抽樣〔simple random sampling〕

*將母全體每個個體皆編一個編號，再用搖獎方式抽出

*隨機號碼表-事先決定方法

*適合用於小的母全體

6. 分層抽樣〔Stratified sampling〕

*將母全體分層抽樣，確保每個次母全體有足夠的樣本數

*使每個次母全體都被抽出一定數目的樣本

六、名詞解釋

1. 常態分佈〔Normal Distribution〕

*愈接近平均值，個體數越多或頻率越高

*曲線分佈呈鐘型對稱(Gaussian shape)-平均數、中位數、眾數均相同

2. 假設〔Hypothesis〕

*虛無假設〔null hypothesis， H_0 〕

是為無效的假設，經由統計檢定後，若有統計學上的顯著意義機率($p < 0.05$)，則推翻虛無假設。

4. P 值〔probability，機率〕

*事件發生機率，指在相同條件下重覆實驗 N 次時，該事件可能出現次數之比例。

*從母群體中抽取樣本，此樣本平均值與母群體的平均值相等或不等的機率有多少。

*機率大則接受虛無假設，機率小則推翻虛無假設。

5. 信賴區間〔Confidence interval〕又稱信賴範圍

*由樣本統計量所求出預期可以包括母群體參數的一個範圍。

*信賴度越高所需要的 z 值越大對研究者而言可用性越低。

6. t-test

*多數的研究中，母群體的標準差均未知，實際的研究工作中，觀察的僅是樣本，須由樣本資料加以估計

7. 配對 t 檢定(paired -t)

*兩組資料有一對一的應對關係，例如比較治療前後身體狀況的差別

8. 迴歸〔regression〕

*迴歸關係不僅探討其相關性，而是進一步探討因果關係

*應變項-被預測或被解釋的變項

自變項-去預測去解釋應變項者

七、討論與建議

後記

感謝護理部，讓職有此機會參加台北榮民總醫院舉辦為期十個月之護理研究應用訓練班，本班次學員約 63 名，多數來自醫學中心、也不乏區域及地區醫院之資深護理同仁，課程安排除了深入淺出、由簡而繁，也設計許多雙向互動之活動，讓學員之間彼此充分討論、從而對課題深入了解，實在是受益匪淺。

本梯次受訓學員共分七組，經過多次深入研究討論後，安排研究應用成果口頭報告，由組員針對單一主題分別報告，內容涵蓋文獻檢索、資料建檔、分組討論及應用成果，經評審團評定本組報告榮獲第一名，備受好評。職除從中學習如何有效運用研究概念之外，並與許多學員心得交流，盼能將所學貢獻大家並提升護理照護品質及專業性。

全文完

就是第一名



新年年節飲食

彭文欣 營養師

新年即將到來，家家戶戶也忙於張羅打點年節應景食物，當中不免準備豐盛的菜餚及琳瑯滿目甜點零食，來犒賞過去一年的辛勞以及宴請親朋好友等。但享受豐富的佳餚時，可要注意飲食的均衡，以及家中是否有慢性疾病或腸胃問題的人，以避免年節期間因暴飲暴食造成身體負擔或腸胃不適等症狀發生。

一．年菜的採購原則

☆ 新鮮、高纖、低油、未加工，份量勿買多但要多樣化

健康的年菜採購原則是什麼呢？很簡單，要選擇新鮮的、未加工的、低油脂的、高纖維質的食物購買才是最理想的。還有，購買量不要太多。現在很多超市大年初二就開市營業了，食物採買很方便，再新鮮的食物放久了也就不新鮮了！

二．烹調的注意要項

☆ 三多三少要活用：

我們都知道健康的飲食中很重要的原則之一即為少油、少糖、少鹽的烹調方式，故針對烹調方法、烹調器具、調味料的使用及調味方法都須注意。

- 多利用少油烹調法：如水煮、蒸、滷、燉、烤、燜、燻、紅燒、涼拌。
- 多利用低油烹調器具：如不沾鍋、蒸籠、烤箱、燜燒鍋、微波爐、電鍋、鐵板燒。
- 多利用低熱量調味品：如代糖、鹽、醬油、白醋、胡椒、五香、八角、花椒、蔥、蒜、薑、香菜、九層塔、辣椒、枸杞、當歸、人蔘等均可適量應用。
- 少用高油烹調法：如炸、煎、爆炒。
- 少用高熱量調味品：糖醋、茄汁、蜜汁、勾芡、醋溜法要避免。屬高油的調味料有：(素)沙茶醬、芝麻醬、麻油、辣油、蝦油、沙拉醬、蛋黃醬、鮮奶油、花生醬、牛油、瑪琪琳。屬高糖的調味品有：蔗糖、蜂蜜、麥芽糖、果糖、果醬、太白粉、蕃薯粉、玉米粉。
- 少用高鹽調味品：如醬油、烏醋、蕃茄醬、辣醬油、胡椒鹽、花椒鹽、(素)蠔油、(素)沙茶醬、味噌、豆瓣醬、辣椒醬、海山醬、甜辣醬、甜麵醬、烤肉醬、豆豉、海苔醬。

三．年菜製作要點

☆了解各大類食物中應景食品之製作要點：

平常我們希望每一個人的飲食能夠均衡，從六大類基本食物攝取適量的質與量。過年期間也是一樣，只不過有些應景的食物會碰上，該如何應用呢？讓我們依各大類一一介紹。

(一) 主食類：

年糕有甜有鹹有淡的，後者如寧波年糕可與菜、肉同煮或炒，勿太油即可。鹹年糕如菜頭粿、芋粿等，最好用不沾鍋煎或蒸食或切小塊與菜、肉同煮(如煮麵方式)。過年要吃水餃討個吉利(元寶)，吃蒸餃、燙餃比煎餃所吃下的脂肪要少。若用水餃當正餐，別忘了配菜不必多肉，反而要多吃一些青菜，均衡一下。

(二) 肉魚豆蛋類：

過年期間豐盛的菜餚中多半是此類食物居多，很容易吃過量。一些較高價位的應景海鮮食物，如海參、鮑魚、明蝦、干貝、蟹肉等，盡量用較清爽的烹調法，其他如紅燒獅子頭、珍珠丸子、紅燒蹄膀、沙鍋魚頭、火鍋餃等都屬於高油脂肉類，一般人最好少吃。而如烏魚子、高膽固醇的食物，吃時要懂得節制，否則不如不吃。

不管雞、牛、豬肉類或魚、海產類烹調方法盡量不要炸一遍之後再拿去蒸、炒、紅燒、燉等，以免增加油攝取量。過年最常吃的方式莫過於吃火鍋，要選擇低脂肉類、豆腐、海鮮，少放火鍋餃，多吃菇類、芽菜類等多種蔬菜，才不易影響血糖、血脂肪變高。

（三）蔬菜類：

要有均衡的營養，足量的蔬菜攝取是很重要的。春節期間常會煮筍乾、長年菜、梅干菜，要記得勿煮太油。盡量選擇新鮮且足量的蔬菜，避免醃製蔬菜。

（四）水果類：

年節期間往往容易忽略蔬菜、水果的攝取。由於蔬果富含膳食纖維，不但能促進腸道蠕動、使糞便比較柔軟而易於排出，且能增加飽足感。

（五）油脂類：

大部份的人年節時期會吃到很多的肉類，也就順便吃進許多油了。所以在烹調時應選用植物油且要注意用油量，切勿使用過多並注意烹調方法。

另外過年時期常常會吃到如：花生、瓜子、芝麻、腰果、核桃、杏仁、開心果等這些含高油脂的食物都是屬油脂類，故這些應景零食勿多吃。

四·過年期間飲食注意事項

1.勿暴飲暴食：

仍儘可能定時定量，以免傷及腸胃或體重增加。最好每晚睡前檢視自己一天的飲食狀況是否均衡，若因為飲食的不節制而招惹健康受害，真是得不償失！

2.少吃零食和飲料：

春節期間應少吃高油量的食物。很多人會去吃瓜子、花生、開心果、核桃、杏仁、腰果這些高油量的零食。要知道一茶匙（5c.c.）的油＝一湯匙的瓜子＝10粒花生＝10粒開心果＝7粒杏仁＝5粒腰果＝2粒核桃。

吃喝玩樂的生活中，「喝」也是很要注意的，許多現售的飲料中，有的雖標榜「低糖」、「低熱量」或「微甜」等，除了加代糖外，仍會含糖，不表示沒熱量，千萬要看清楚成分標示，不可多喝。最好的飲料就是白開水，最健康，最經濟，過年期間特別要有充分的水分，可避免便秘，促進廢物排泄。

3.飲酒外食勿過度：

從歲末尾牙至春節喝春酒這段期間，人們的應酬聚餐總是特別多，此類外食的特色即是容易吃過量，不論熱量、蛋白質、油脂均易超量。假如一般人平時沒有給營養師上過外食的課，又不會節制的話，則最好次數減少，寧可在家吃較容易控制份量，否則次數多了，對身體的危害也就會隨之增加。

如果有血糖控制不好的情形，最好不要喝酒，若血糖值在理想範圍內，亦應適量，每日最多不超過兩份酒精當量。

◎ 1份=高粱酒或五加皮酒 30 c.c.=威士忌或白蘭地 40 c.c.=甜紅葡萄酒或陳年紹興酒 90 c.c.=台灣啤酒 360 c.c。

4.多運動：

過年期間的生活型態常會與平常有很大的差別。吃喝玩樂多，睡得多又動得少，晚睡晚起，餐次變多或減少，不定時定量，外食機會多…故自知生活常軌脫序的人，即應多去戶外踏青、打打球、慢跑、散步等，就算窩在家裡，亦可一面看電視聽音樂一面動，千萬不要懶得動，免得過完年體重就暴增。

五·營養師的叮嚀

從年菜採購的原則、烹調的注意要項、年菜製作要點到過年期間飲食的注意事項，年節期間只要能做到六少一多「少油炸、少肥肉、少醬料、少糖、少飲酒、少零食、多蔬果」的健康飲食原則，以及搭配適度運動來消耗攝取過多的熱量，希望大家春節時都能吃出健康、吃出活力讓身體也和你一起渡個好年。

肥胖症是現今社會常見的疾病之一，當一個人進食的熱量多於人體消耗量時，多餘的熱量會以脂肪形式儲存在體內，所謂肥胖，是指體內的脂肪組織超過正常比例時的狀況，長時間熱量攝取及消耗不平衡的結果，而超過標準體重 20%或以上時，稱為肥胖症。近年來人類生活品質改善，生活習慣及飲食型態的改變，肥胖的人口也因此而與日俱增。根據行政院衛生署調查結果發現，台灣每七個成年人中就有一人是肥胖的，全國約有 210 萬成年人是屬於肥胖的。而美國約有 1/3 的成年人是屬於肥胖的。肥胖是一種常被忽略的慢性疾病，也是心臟病、高血壓、糖尿病、高血脂、骨關節炎、痛風及若干癌症形成的主要危險因子，心理上亦會受到影響，在 1996 年 WHO & FDA 已將肥胖列為慢性疾病。**如何確知是否肥胖？一般而言，有以下三種方法：**

1. 脂肪比例

男性體脂肪超過 25%，女性超過 30%皆認為是肥胖。

2. 體質指數 (Body-Mass Index, BMI)

目前最常用的一個標準，是依據身高、體重而計算的體質指數；計算方式是體重（以公斤為單位）除以身高的平方（以公尺為單位）($BMI=kg/m^2$)，數值越大代表一個人越胖。一般而言，BMI 指數大於 30 為肥胖，25~30 是過重，19~24.9 則為標準體重。但根據新公布的亞太肥胖指標，亞太地區的人口，BMI 指數 18.5~23 才是標準體重；BMI 指數 23~24.9 視為過重；BMI 只要超過 25，即名列肥胖家族，標準較歐美國家嚴苛許多。根據行政院衛生署的資料，台灣 19 歲以上的男性，BMI 平均數為 23.1，女性則是 23.8，原本都屬標準的 BMI，但是事實上，根據亞洲的黃金標準上限(BMI 不超過 23)，數值已經偏高。台灣目前 40 歲以上約有 60 萬人罹患糖尿病，而這些病人當中 60%都是肥胖的人。

新出爐的亞太肥胖指標對於亞洲人控制體重、預防肥胖，提供非常重要的意義。現代人因為少運動、過食等生活習慣的影響，亞洲人體重逐年攀升。亞太肥胖指標提醒人們更應警覺這個現象。根據研究指出，BMI 值超過標準者只要減少體重的 5%，就大大地降低罹患各種慢性病的機率。

3. 腰臀比 (Waist-to-hip ratio)

體脂肪的分佈狀況直接或間接影響疾病的發生機率。一般而言，肥胖可分為

軀幹形（上半身）肥胖及四肢型（下半身）肥胖，前者較容易造成心血管疾病、高血壓、動脈粥狀硬化、糖尿病、高血脂症等慢性病。當男性腰臀比 >0.9 ，女性腰臀比 >0.85 則屬於肥胖。此外，男性腰圍超過 90 公分(約 35.5 吋)，女性

腰圍超過 80 公分(約 31.5 吋)，即為肥胖。

造成肥胖的原因

肥胖的發生主要是因為個體攝取的熱量高於身體消耗的熱量，而造成熱量攝取及消耗不平衡的原因有以下幾種：

1. 遺傳因素

肥胖家族的形成主要和遺傳有關。除了和家族的飲食形態和習慣息息相關外，愈來愈多的證據顯示基因遺傳是造成肥胖的主要原因之一。1995 年肥胖基因(Ob gene)的發現提供最佳的佐證。Ob 基因所轉錄出的荷爾蒙 Leptin，是由脂肪細胞製造產生並經由血液循環傳達到腦部，藉以調節食物的攝取和增加能量的消耗。因此肥胖家族的成因除了生活型態和飲食習慣之外，Leptin 的功能是

否正常是很重要的，因為血液中 Leptin 的濃度較低或腦部中與 Leptin 結合之受器(receptor)出現異常時，容易造成攝食過量、體脂肪堆積、能量消耗降低，最後體重上升造成肥胖。

2. 生活型態和飲食習慣

現代人生活緊張忙碌，且生活品質提高，飲食逐漸西化，不均衡的飲食習慣也是肥胖的另一個原因。因此我們必須選擇富含營養且低油脂的食物，而蔬菜類食物可以提高飽足感，減少油脂的吸收，增進胃腸蠕動，減少宿便的堆積。因此，均衡的飲食是減肥的一大重點。此外，規律的運動也是相當重要的，多做運動，才會消耗熱量。

3. 心理因素

心理因素亦是影響飲食行為的原因之一，有些人在有壓力的狀況下會以吃來發洩情緒。根據統計大約 30%的肥胖患者是因為心理因素所造成的。這類肥胖患者通常不易維持體重或使體重減輕，因此當面臨壓力的時候最好找一些適當的管道來抒發，或尋求相關專業人員的協助。

4. 疾病與藥物

某些藥物和疾病也可能會造成肥胖。較常見引起肥胖的藥物包括固醇類藥物和抗精神疾病藥物(如：Haloperidol、Risperidone、Quetiapine、Olanzapine、Clozapine 等)；而某些疾病如低甲狀腺症，Cushing syndrome 等，亦會造成肥胖。

肥胖的影響

一般社會大眾對人的第一眼印象通常以外觀來評論，一般人對肥胖者的刻板印象是一種成見和歧視，也造成了肥胖者的心理壓力，尤其在面對群眾、同儕時，排拒、害羞及情緒低落是常見的。肥胖不僅是外觀的問題，而且是危及健康的主要原因。根據統計有 40%的肥胖者，其存活壽命是正常體重者的一半。肥胖和許多慢性疾病息息相關，例如：糖尿病、心臟病、高血壓、高血脂和中風等等。肥胖和若干癌症的發生也呈現正相關。男性肥胖者較體重正常者易罹患大腸直腸癌、前列腺癌，而女性肥胖患者則易罹患膽囊癌、乳癌、子宮頸癌和卵巢癌。

肥胖的藥物治療

肥胖之處理方式，主要以飲食控制、適當運動及正常生活習慣為基本原則。當以飲食控制、運動及生活習慣減重持續 3-6 個月後，仍無法達到目標，而其失敗之原因被診斷為無法改善，且同時有兩種以上之合併症時，才考慮給予減肥藥物治療。使用藥物治療肥胖時，則必須考慮藥物之副作用、服用期間及效益，且仍需飲食控制及運動之配合。故藥物並非治療肥胖的第一線選擇，尤其不應長期使用。目前行政院衛生署核准治療肥胖之藥物有二種：Sibutramine(Reductil[®]，諾美婷)及 Orlistat(Xenical[®]，羅氏鮮)，且均為醫師處方用藥。

Sibutramine (Reductil[®]，諾美婷)

Sibutramine 作用於人體下視丘飽食中樞的神經細胞間隙，可抑制血清胺素(serotonin)及正腎上腺素(norepinephrine)的再吸收，藉此提高新陳代謝的速率，促進細胞消耗脂肪，此外，亦讓人體提前產生飽足感，以減少能量攝入。

對於下腹部肥胖的效果尤其明顯，臨床研究結果顯示，每天服用 Sibutramine 15 mg 可以讓體重減少 5-10%，三個月可以減重 6 到 8 公斤，六個月達到最大效果，持續使用一年可以減重 10 公斤以上，而且可以改善血糖，降低三酸甘油酯、總膽固醇(Total cholesterol)、和低密度膽固醇(LDL-cholesterol)的濃度，但還是需要配合飲食控制及運動，才能夠維持體重不再復胖。

由於 Sibutramine 主要是作用於中樞神經上，所以不可以和單胺氧化酶抑制劑(monoamine oxidase inhibitors)或其他作用於中樞神經系統的藥物，例如抗憂鬱藥、抗精神病藥物等同時使用。嚴重肝腎功

能不良或甲狀腺機能亢進病患不可使用。對於曾有或目前有冠狀動脈疾病、鬱血性心衰竭、心搏過速、閉合性冠狀動脈疾病、心律不整或腦血管疾病，例如：中風或短暫性缺血亦不可使用。另外，十八歲以下、六十五歲以上、孕婦、哺乳婦女及準備懷孕婦女，也不宜服用 Sibutramine。其主要的副作用有頭痛、口乾、便秘、失眠等，少數人會出現血壓和心跳速率升高，因此對於目前血壓控制良好的高血壓患者（145/90 mm Hg 或以下），在使用 Sibutramine 的最初 2 個月，最少每兩星期監測一次血壓；若連續兩次的血壓測量高於 145/90 mm Hg，則必須停止使用。

Orlistat (Xenical[®]，羅氏鮮)

Orlistat 主要是作用在腸胃道，與腸胃道及胰臟的脂肪分解酵素(Lipase)結合，進而抑制脂肪分解酵素的活性，使其無法將食物中的脂肪分解成脂肪酸，而失去被吸收利用為能量的機會。在常用劑量下，Orlistat 可阻礙食物中大約 30% 脂肪的吸收。根據最新臨床研究(XENDOS)的結果顯示，合併飲食與行為治療，Orlistat 可以明顯降低體重，改善血糖濃度並且降低三酸甘油酯、總膽固醇(Total cholesterol)和低密度膽固醇(LDL-cholesterol)的濃度，對於高密度脂蛋白 (HDL-cholesterol)的濃度也有意義的上升。持續一年的治療，在血壓方面與對照組比較，其收縮壓與舒張壓降低 2 mm Hg 以上。

XENDOS 臨床研究，以 Orlistat 治療肥胖者用以預防或延緩第二型糖尿病之發生，結果顯示：

1. 在預防或延緩高危險群罹患第二型糖尿病的發生率，Orlistat 加上生活型態的改變比只以生活型態的改變效果更好，降低了 45%的危險率($P<0.005$)。
2. 就短期或長期的減重效果而言，Orlistat 加上生活型態的改變比只以生活型態的改變所減輕的體重更多，效果更好。(表一)
3. 以長期維持所減輕的體重而言，這份經過四年的臨床研究，在針對減去 10%體重病人所作的調查發現，Orlistat 加上生活型態的改變與只以生活型態的改變所減去體重的比例為將近兩倍，針對減去 5%體重病人所作的調查發現，Orlistat 加上生活型態的改變與只以生活型態改變所能維持其減去體重的比例為 53%：37%。
4. 生活型態的改變加上 Orlistat 治療的病人，相較於單純只是生活型態的改變對於造成心血管疾病的危險因子，例如血壓和血脂肪，都有顯著且長期性的改善。

由於 Orlistat 直接作用於腸胃道上，使用這個藥物會因為脂肪無法被吸收而產生潤滑性腹瀉，服用者可能會出現油便、脹氣、排便增加或排便失禁等症狀，當病人的飲食含較高量的油脂時，腸胃道副作用更為明顯，因此使用 Orlistat 時應均衡飲食，避免油脂含量太高的食物。此外，由於脂肪吸收減少，可能會影響油溶性維生素的吸收，例如維他命 A、D、E 與 β -胡蘿蔔素，因此需要加強補充綜合性維他命，為了確定有效吸收，服用維他命的時間應當至少與 Orlistat 間隔兩小時。

表一、Orlistat 加上生活型態的改變與單獨生活型態改變在減輕體重方面的比較

	Orlistat 加上生活型態改變	生活型態改變
1 年	11.4 公斤	6.9 公斤
4 年	7.5 公斤	4.1 公斤

Sibutramine 與 Orlistat 合併使用？

臨床研究顯示，Sibutramine 與 Orlistat 合併使用相較於單獨使用 Sibutramine 或 Orlistat 對於體重減輕的效果並無差別，因此無須合併使用。許多的研究數據顯示，服用藥物加上飲食習慣、運動及生活型態的改變，對於體重的減輕與維持才是最有效益的。而且不但可以降低血壓及減少膽固醇，對於健康也有很大的助益，同時也幫助了生活品質的提升。

結論

肥胖的人口，在全世界正以快速的比例成長，第二型糖尿病更伴隨著驚人的速度與比例增長。第二型糖尿病對於健康的危害及所造成昂貴的醫療費用支出，已經引起許多國際性醫療組織的重視。對第二型糖尿病而言，體重過重被認為是最重要且可以改變的危險因子，最近很多的研究數據顯示，飲食控制、運動及生活型態的改變，在預防或延緩第二型糖尿病上有著顯著的效果；這不但可以降低血壓及減少膽固醇，對健康也有很大的助益，也幫助了生活品質的提升。因此我們應將肥胖視為一種慢性病，不可等閒輕之。治療肥胖的方法還是以減少熱量的攝取及均衡飲食為原則，建立正確的飲食習慣，配合適當規律的運動，才能達到長期持續控制體重的目標。

參考文獻

1. Kolotkin RL, Crosby RD, Williams GR, Hartley GG, Nicol S. The relationship between health-related quality of life and weight loss. *Obes Res* . 2001;9:564-571.
2. Torgerson JS, et al. XENical in the Prevention of Diabetes in Obese Subjects (XENDOS) Study: A randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. *Diabetes Care* 2004;27:155-61.

97年夏天我參加由喜憨兒社會福利基金會委託台北市身心障礙游泳協會的游泳教學，這次分配到一位名叫 Peter 的學員，這位學員已經學了三年，讓人感到一直停滯在某處，就是他不肯將頭全部沒入水中，只在嘴巴附近吹氣，在水中散步，如果要他做漂浮的動作，就要藉助輔具的幫忙才能漂浮打水，要他換水道更是不可能，這種狀況都無法突破。尤其在教學的初期，讓我很受挫，最主要的是喜憨兒帶隊的老師，希望他們的學員是快樂的學習，不要有強制的教學，因為我是第一次帶他，也一直在思索該用什麼方法讓他有些許的進步，那怕只有一點點也好。

這種狀況直到有一天我在做復健治療時，和洪千婷老師聊到這個 Peter 的學習狀況，並向洪老師請教在臨床治療時這些小朋友如有類似的情形，老師們有什麼較好的方式可以改善我的困難，洪老師說可以請家長和老師幫忙，或用一個臉盆讓他先習慣水淹沒整臉的感覺，再到游泳池練習。隔天正好要教學，在開始上課時，我一直在觀察他，仍舊和以往一樣，不肯把頭入水。在平時他們的老師在上課中間會隨時觀察每個學員的學習狀況並做成紀錄及拍照，剛好他的老師走到我的附近，就和她討論 Peter 的情形，我、這位老師和 Peter 三人一齊討論和了解 Peter 不肯入水的原因，從老師那裡知道平時都不是他自己洗頭，而是由媽媽幫 Peter 洗或是上美容院洗頭，問他不肯洗頭的原因是曾有洗髮精泡沫碰到眼睛刺痛的經驗，所以不肯入水，我告訴 Peter 有帶蛙鏡，眼睛不會痛，並且示範給他看入水的標準動作，請 Peter 一起做，後來請他的老師去浴室拿臉盆來，我們離開泳池到旁邊的桌子去練習，入水的情形有一點進步，我們就請 Peter 多練習幾次，於是我們又回到泳池裡，並把臉盆也一起帶到泳池裡，請 Peter 做在岸上的動作，情形有逐漸在改善中，Peter 只要不是故意的潑水的情形，他可以很自然的接受，我一直在調整臉盆的方向，試圖讓他整個臉入水，而 Peter 的老師則在旁邊鼓勵及拍照，一方面 Peter 上課的心情好像也不錯，我對他的要求肯配合練習，讓我很開心，後來將臉盆拿開做練習，Peter 仍是只有六成的臉入水，因為他有帶蛙鏡，所以我故意將泳池的水花激高一些淹到蛙鏡部分，他沒有不好的反應，很自然的接受水花對他臉的衝擊，在場的其他教練也對他鼓勵，剛開始時大夥都在奇怪我拿臉盆要做什麼，看到後來的情形才恍然大悟，而 Peter 也配合的不錯，他今天有這種進展，我一直開心到下課，那時真想趕緊打電話告訴洪老師，她提供給我的方法成功了，真是好感謝，我應該早些請教洪老師的，讓自己可以早點對學員有較大的幫助，至少在今年我並沒有交白卷，有一點點進步，我請喜憨兒的老師和 Peter 媽媽聯絡，請 Peter 媽媽讓他能每天能用臉盆練習，如果能持續的練習，明年再來上課會有很大的進步空間，很期待 Peter 可以有很好的成果。

下課後我們幾位教練交換教學心得和想法，大家有一種感覺就是，游泳教學要有各方面專業的人互相配合及交換心得，可以讓學員有不同的學習方法，需要因材施教，讓學員的游泳課可以學得很快樂。

編者的話

鄭悅承 主任

近年來，國人罹患慢性病的比例遠高於急性傳染疾病，而且逐年有年輕化的趨勢，儼然成爲國人健康危機的最大隱憂，像是肥胖、骨質疏鬆、心血管疾病、糖尿病及癌症，這些慢性病的成因之一便是飲食不均衡。由於國人的飲食型態趨於西化，經常攝取高熱量、高脂肪、高鹽分及高糖的精製食品，使得身體所需的營養素過多或不足，長期下來致使身體機能產生不良的變化，各項病徵症狀也慢慢浮現。

許多流行病研究指出，預防慢性病的根本方法就是均衡的營養。營養既是健康的根本，營養的均衡攝取必須先由正確的飲食習慣開始，例如：定時定量不偏食、早餐豐盛晚餐簡單、多喝開水少吃零食、多攝取高纖高鈣的食物、選用當地出產的時令生鮮、注意熱量不要過度調味等等。而這些飲食習慣必須由幼兒時期開始培養，才能培養出成人強健的體魄。

本期醫刊邀請各專科醫師介紹常見的健康警訊－疲倦、白帶以及足部問題，另外也爲大家說明中國人重視的春節闔家團圓所應注意的健康飲食安排，以及痛風、胃食道逆流等慢性病的治療。新的一年即將來到，祝各位讀者身強體健、事事順心！