

# 目錄

## 103 期

<b>※院務動態</b>	
院務動態 老人體檢開跑了	潘蒙麗 主任
<b>※醫療新知</b>	
老年人的生物學變化 骨鬆性骨折 新機轉的高血壓藥問世 急、慢性闌尾炎 便秘	孟憲傑 醫師 林鴻章 醫師 黃鐵強 醫師 譚健民 醫師 林愷碩 醫師
<b>※衛教園地</b>	
健康粽重健康 痛風的藥物治療 認識壓瘡 單車族的肩頸痠痛	黃嫚德 營養師 丁宇持 藥師 謝季容 護理師 謝牧潤 物理治療師
<b>※杏林花絮</b>	
老爸的健康檢查 主題教學在學校的應用	May 林郁宜 特教老師
<b>※健保速訊</b>	
<b>※編者的話</b>	
	鄭悅承 主任

### 98.03.01 院務動態

護理部潘蒙麗主任

1. 台北市政府衛生局鑑於台大醫院手術室火災，特別針對各醫療院所要求災害緊急應變動態演練並給與認證，本院也於 98 年 2 月 23 日上午 10 時在消防局及衛生局之共同驗政下，展開醫院自衛消防動態演練。
2. 假設失火點在手術室，從第一時間手術室護理人員發現手術室 C 房失火，後全院之動態演練；當手術室護理人員發現失火除了立即通知護理長向總機通報，同時立即使用滅火器滅火，救火班聽到廣播立即趕到現場搶救滅火，護理長判斷無法控制火勢後，立即採取緊急疏散，在災難發生時之救火班，避難引導班搬運傷患班，分別各自就定位，三病房嬰兒室之新生兒及媽媽也分別疏散至樓下。
3. 急診室護理長與急診醫師立即於院外走廊成立臨時醫療站，從檢傷開始比照大量傷患

模式，分別以重度中度輕傷分類救治，社工志工也共同對傷患展開災害後之心靈輔導與支持，服務台 119 通報作業等整個過程分段驗證，參與演習之人員全員投入，認真逼真，在消防隊員與隊長之全程指導及最後的總評與建議，真是一個很不錯的實務經驗學習。

4. 為迎接 98 年醫院評鑑，全院在林煥博副院長帶領下，已如火如荼的於每一週分別就管理組、醫療組及護理組逐項自評展開，希望在評鑑中讓委員們有一良好的評價。
5. 為達到深耕社區健康促進，實踐優質之服務宗旨與院景前題下，本院與大安健康中心共同合作針對 30 歲以上之婦女展開『黃昏列車』之服務，30 歲以上之婦女做子宮頸抹片加送骨質密度檢查，該項活動將於 98 年 4 月起跑，試行一個月。
6. 照顧服務員在病人生病過程中，代替家屬扮演照顧者之角色，提供住院病人日常生活起居之照顧，其角色與責任越來越趨重要，為了提升照顧者之功能，護理部每年安排 8 小時之教育訓練課程，包括病人安全、感控認知、照顧技巧等多方面主題。98 年 2 月 26 日請五病房護理長杜佳慧講授呼吸道之照顧，共有 20 名人員參加，課程淺顯易懂，課後組員互動發問與解答，讓上課者印象深刻及受益良多。
7. 97 年 6 月 20 日起護理人員法已經過立法院三讀通過，護理人員必須完成進修學分，方能換領執業執照繼續執業，每 6 年必需要修滿 150 學分，請護理人員關心個人之權利與義務，隨時掌握進修管道與學習過程。
8. 感控委員會為推動全院洗手監測，已於 98 年 1 月份起成立推動全院手部衛生運動，希望落實全院洗手之遵從與正確，更希望透由整個小組活動，如教育宣導如何洗手？洗手之重要性？洗手標語之比賽，希望帶動全院洗手率之提升及杜絕感染源。
9. 98 年 3 月 5 日為促進員工身心健康，醫教會特別請職業受害防治中心之講師到院講授『健康美麗新生活』針對憂鬱症之預防，避免過勞死，健康 1824 指標等相關認知，歡迎員工踴躍參加。
10. 98.3.12 日台北市立聯合醫院皮膚科醫師到院專題演講—帶狀疱疹。
11. 98 年 4 月 6 日醫教會邀請台北市地方法院鄭麗燕法官蒞院專題演講，主題是『性騷擾防治及案例分析』，本課程符合繼續醫護人員教育基分，歡迎醫護人員踴躍報名參加
12. 98 年 4 月份本院將邀請台灣安寧緩和醫學會秘書長周希誠醫師蒞院專題演講，周希誠醫師是中山醫學大學副教授也是中山醫學大學附設醫院緩和醫療病房主任，更是照顧子宮頸癌婦人一碗麵感人故事之主角醫師，以綻放生命的色彩，幸福人生四件事，愛生愛美生美，來詮釋生命的意義與價值，將會帶給大家對人生能有更深層次不同觸點、感受與認識，歡迎醫護同仁及志工們共同聆聽。

## 老年人的生物學變化

孟憲傑 醫師

生，老，病，死；就像日出日落一樣，是一個必然的循環，交替結果。有生就有死，有幼嫩，就有垂老。“老”，也是一個天經地義，歲月蹉跎必然的趨勢，無可逃遁，無可倖免。你可阿 Q 的說，“想當年俺也有傾國傾城的美色”，但你也必須面對今日的雞皮鶴髮、彎腰駝背窘境。“老”，就是老了，雖然老之將至，或老之已至；如果能認同“老”是一個必然的事實，瞭解老的生理變化，環境時勢變遷，而做適當的調整和整合，仍可享受夕陽餘暉，含飴弄孫的樂趣。

秦始皇統一六國之後，掌握了最高的權威，對於生命特別留戀，進而希望求神仙、

拜方士、得不死之藥。到頭來，還是幻夢一場，徒勞無功。

如果人類真能長生不老，可利用長年累積的經驗和智慧，為人類謀求更多的福祉，若真達到這個境界，人口爆炸的結果，社會將成為一個怎樣的情況，就不難想像了。爭奪殺戮，就更勢所難免了。

“老”，是不可避免的事實，雖然生物們，歷年來，絞盡腦汁，以求改變這個事實，頭仍難突破，追根究底，還是細胞內的分子祟，也就是核糖核酸（RNA）與脫氧核糖核（DNA）在主宰。最為科學家所難以克服為心肌、血管、神經、肌肉等之再生。進化看來就是這樣的淒涼。你搶我奪，到頭來還空空，與污泥為伍。

老態發生的程度深淺與早遲，係受兩個左右；一是先天基因（Gene），另一是後天

體力最好的顛峰狀態，約在卅歲到四十間。四十歲之後，各種器官的功能，則逐漸每年衰老的程度約有 10%，但也事非必然，若干器官，雖至年邁，卻仍能保持原有相當程度的作用。其中最顯著者，即為領悟性。但多數器官的作用，則日漸式微，如糖尿病等，則隨著年齡的累積，而愈趨嚴重。

環境因素的良窳，生活方式的選擇，對衰老的影響，深具舉足輕重的地位；如酗酒、嗜菸、定時運動、飲食習慣、疾病預防等等。

### 老化的基本論說：

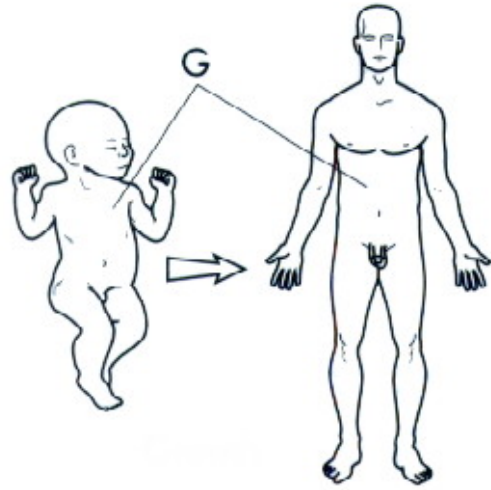
沒有任何單一的論說或機轉，能涵括老化的理論和過程，也不能普遍被多數學者所認同，這說明了老化是一個複雜而多元化的議題。最被大家認可的解釋是天定論，或叫自主論（Master clock），所有器官、組織、細胞和細胞內分子，都有既定的老化時間表，像卵巢排泄卵子，終生俱有一定的數目。但卵巢病變或人工服藥，皆可破壞其法則。

很多器官，特別是神經系統和肌肉，僅在胎兒時期，有增長情形，至成人階段，其生長功能，將喪失殆盡。

若干生活狀況，可促使老化提前發生，如營養不良的飲食習慣、酗酒、吸菸、吸食有毒物品，腦力和體力的超支等等。同樣的道理，如改善生活習慣，調適起居環境，雖不能老化，但可遲緩老化的發生，也可使程度減輕。

### 年邁老化後，身體各器官之變化：

器官	形態的改變	生理的影響	臨床現象
神經系統	神經細胞原降低。 大腦縮小。	神經傳導作用遲緩。	反應遲鈍 講話緩慢 記憶減退 學習能力差 行走蹣跚
血管系統	動脈硬化	血管硬化	心臟負荷大



科學家  
但是瓶  
在作酸  
的，厥  
歷史，  
是兩手

因素所  
環境。

歲之  
下滑，

	鈣質沈著	伸縮性減低	收縮壓升高
心臟	心臟血管硬化 澱粉存儲過多 膠質淤積，左心室肥大。	左心室伸縮度降低 心臟排出量減少 感受力降低	運動耐力減低 心臟代償性降低 心律不整，心臟擴張功能受損。
免疫	胸腺萎縮	抗體反應減弱	傳染機會增加
內分泌	所有內分泌器官重量減輕，形狀縮小，血管改變。	荷爾蒙分泌減少，感受刺激的反應降低。	糖尿病 更年期 甲狀腺機能衰退，丁種維生素缺少。
骨骼與關節	骨質鬆軟，軟骨退化。	身高縮減、佝僂。 關節發炎	容易跌跤 易發生骨折 活動範圍小
腎臟	腎小球減少 動脈血管硬化	腎小球過濾率減少	容易發生藥物中毒 對水的調節力降低 容易導致脫水及水腫
皮膚	成膠質退化 皮下脂肪少	手部與臉面縐紋明顯	體溫低 長期臥床，容易發生褥瘡。
肺臟	肺氣泡擁塞 失去互相協調作用	肺活量降低 儲蓄量減少 咳嗽反應鈍	對缺氧及碳酸過多之調節能力降低 易患肺炎
眼睛	水晶體混濁及僵硬	視力降低	視力減退或喪失 懼光
耳	聽細胞退化	聽力降低	耳重甚或耳聾
肌肉骨骼	肌肉萎縮 骨鬆弛	彈性喪失	堅韌度退化 耐力缺如

內分泌：內分泌系統，因年齡關係所發生的變化，其影響所及，不僅身體的活動的範疇遭受波及，且症狀的表現及治療的結果，也有很大的牽連，其中以更年期及甲狀腺副甲狀腺情況，最為顯著。鈣質之吸收亦銳形減少。

苯磷二酚 (Catecholamine)：係一種類似腎上腺素的物質，該項荷爾蒙，可使心跳加速，促使心肌需要大量的氧氣，也可造成心臟冠狀動脈的痙攣，混亂正常心跳的節律，血栓容易形成，進而導致心臟病的發作。在苯磷二酚中之 Beta- adrenergic，俱有放鬆血管的作用，但老年人含量減少；另外 alpha-adrenergic，則有收縮血管的作用，老年人不但未減少，反而有增高的情形，故苯磷二酚的存在或升高，對心臟對血壓都有不良的後果。任何體力或思考的壓力，都會造成苯磷二酚之釋放，故老年人的生活宜靜，所謂清靜無為，淡泊寡慾，確是老人養生之瑰寶。

### 中樞與末梢神經：

神經系統的生長，在胎生時期即達於顛峰，其後即不能再生，也不能複製。如有損傷，僅能加重其他類似細胞之代替工作量，但這樣的結果，則將加速其老化的時間與程度。感覺與運動神經之傳導亦形遲鈍，特別於四肢為然。

六十歲以後，大腦則逐漸萎縮變小，因而記憶力較差。除記憶衰退外，步伐亦緩慢，偶而也會出現手足顫抖。對外界事務反應遲鈍。

### 聽覺與視力：

老人重聽，事屬必然，也很普遍。係由於內耳發生老年性退化所致。更由於抑制力之式微，易有眩暈。七十歲以後，更屬嚴重。

老年人的視力快速降低，視野縮小，水晶體變黃和混濁，此即白內障之形成。

### 心、肺、腎的變化：

一般而論，年事高的人心跳較慢，血液排出量也較少，靜坐或躺臥時，可能無任何感覺，但於劇烈運動後，則現呼吸短促現象，持之以久，容易引發心臟衰竭。老年人多伴有血壓高的狀況，左心室忒半肥厚，進入心臟血液，遭受阻礙，致肺臟靜脈容易發生充血，偶而可有呼吸短促現象。

因肺小細胞之擁塞簇合，肺活量下降，很多粘液不能順利咳出肺外，咳嗽是必然的結果，也容易引發肺炎。

腎臟，因腎絲球過濾功能降低，致肌胺較及鈉離子淤積體內。老年人腎功能的衰退，係一不可避免之事實。

### 腸胃系統：

老年人的胃酸分泌減少，造成消化障礙，較多食物存留胃內，易讓細菌繁殖，並引發小腸酸鹼度（PH）改變，影響所服藥物之吸收。又因動情素之缺少，致鈣質之吸收，發生障礙。

### 老年人服用藥物應注意的事項：

藥物之對年輕人與年老人，雖無偏好與選擇性，但因吸收與肅清作用之懸殊，用藥的種類和劑量，事先應予以評估。因胃酸分泌減少，可影響藥物之吸收；因肝臟功能之遞減及伴隨肅清作用之遲緩，所服藥物之療效，也會大打折扣。茲例舉犖犖大者，以供參考：

服用藥物療效與年齡的關係：	
因腎臟作用降低 藥量應予減少者	因肝臟功能降低 藥量應予增加者
←Atenolel ↑Digoxin →Phenobarbital ↓Salicylate	←Lidocaine ↑Levothyroxine →Propranolol ↓Theophylline

## 骨鬆性骨折

骨科 林鴻章醫師

骨質疏鬆症是無聲無息的疾病，在初期通常是沒有症狀的，因此民眾往往沒有警覺性，甚至於在健康檢查時也會忽略骨質密度檢查。有很多病人一直到意外傷害造成骨折才發現有此疾病。常常發現骨鬆性骨折的部位有脊椎骨、髖部（股骨頸）、肩部（肱骨）、腕部（橈、尺骨）等處。一般而言，疼痛是最常見的症狀，但是如果壓迫到神經則會有麻木、無力等現象。髖部骨折有不同的嚴重程度，一般會嚴重到送醫作緊急手術治療。在台灣，髖部骨折第一年內的死亡率高達 15% 到 20%，而脊椎骨折當中第一年內有百分之 20 的機會再次骨折。因此要認識骨折癒合是一件事，而根本上要面對和解決的大問題是骨質疏鬆症。

骨鬆性骨折發生在脊椎骨以胸腰椎壓迫性骨折為常見。病人常會承受劇痛同時也會影響到活動能力和生活上的不便。它不但對個人或對社會都造成經濟上的一大負擔，在急性治療方面注重在保護性支架的使用，服用消炎鎮痛劑以及臥床休息等保守療法。當症狀緩解後病人會產生漸進性駝背畸形或癒合不良等現象，都會對病人的生活品質造成影響。通常骨鬆性骨折發生在年紀大的病人，傳統外科脊椎固定手術應該慎重考慮。在嚴重駝背變形以及神經壓迫之情況下，不得不接受積極性外科侵入性鋼絲鋼板，來矯正畸形和內固定手術。目前脊椎椎體整形術可使用於保守治療無效的病人，效果相當不錯。

發生在髖骨（大腿骨）的骨鬆性骨折通常只是低能量的滑跤動作即可造成。各種不同形態的骨折都會有特定的骨塊移位造成變形和劇痛。不正確的搬運會因髖部移動使骨折程度加重而引起變形。另一方面老人家一旦不動，就會有併發症如肺炎、尿路感染及褥瘡的發生，因此早期手術治療能讓病患早期痊癒離床活動，恢復日常生活是最有效的治療方法。骨鬆症造成髖部股骨頸骨折，有極大的可能性因外環血管向上供血系統受阻而有股骨頭不癒合的現象，一般建議以半關節置換術來治療，至於未移位的骨折則經閉鎖式手術復位加上多支螺釘來作固定。轉子間骨折則因未傷及股骨頸基部的血管，故以閉鎖式復位及加壓骨釘固定。總之，髖部骨折的病人應立即送醫，如果狀況允許應及早施行手術，鼓勵下床，進行復健。最重要的是加強日後骨鬆症治療與追蹤。

骨鬆性骨折發生在腕部是最常被忽略的案例。它常發生在橈骨遠端，而且二度移位的機會很高。統計數字說明十年內發生再次骨折比率是 55%，20 年內為百分之 80。此類病人髖部骨折比率是常人的 1.4 至 2.7 倍，而脊椎骨折則高達 5.2 至 10.7 倍，因此徹底了解骨鬆性骨折背後疏鬆症的嚴重及治療狀況，

才是重要的事情。

總之，骨質疏鬆症的預防雖然沒有一種有效又安全的方法，但是從下面幾方面著手應該會有所幫助。第一改變生活形態：例如戒煙、戒酒。第二，規律的運動。第三，預防跌倒。第四，注意鈣與營養的攝取。一般而言，成人女性每日鈣 1000 毫克，停經後婦女 1500 毫克。25-60 歲男性建議每日攝取鈣 1000 毫克，65 歲以上男性則是每日一千五百毫克。藥物治療則是日新月異，由鈣，福善美到密鈣息一路發展出新藥，總是希望預防骨鬆性骨折的再發。希望有經驗的專科醫師能為您提供最恰當的諮詢與建議。

## 一個新機轉的高血壓藥出現—Renin inhibitor: aliskiren

心臟血管內科 黃鐵強醫師

2007 年 3 月 6 日，美國食品管理局批准作用在〔腎素血管收縮素系統〕(renin angiotensin system 簡稱 **RAS**)降壓作用新機轉藥物的高血壓藥 [腎素抑制劑] (**renin inhibitor**)：Aliskiren 上市，對高血壓患者及醫師用藥物的選擇，又多了一種新機轉的高血壓藥物。

我們身體內有一種〔腎素血管收縮素系統〕(renin angiotensin system 簡稱 **RAS**)：肝臟分泌[血管收縮素原](angiotensinogen)後，腎臟會分泌[腎素](renin)去催化[血管收縮素原]轉變成[血管收縮素 I] (angiotensin I)，而肺臟也會分泌[血管收縮素轉化酶](angiotensin converting enzyme 簡稱 **ACE**)去催化[血管收縮素 I] 轉變成[血管收縮素 II] (angiotensin II)。[血管收縮素 II] 是一個很強的血管收縮作用，會使血壓上昇，也會促使腎上腺皮質分泌 aldosterone，aldosterone 再作用於腎臟使鈉及水份保留體內有足夠的血流量。

目前作用在〔腎素血管收縮素系統〕(**RAS**)降壓作用藥物有[血管收縮素轉化酶抑制劑](**angiotensin converting enzyme inhibitor** 簡稱 **ACEI**)如 Captopril，Enalapril，Ramipril 等是抑制[血管收縮素轉化酶](**ACE**)作用來抑制[血管收縮素 I]轉變成[血管收縮素 II]，降低[血管收縮素 II] 的濃度來降血壓，但是，也同時抑制了 bradykinin 代謝，bradykinin 濃度昇高會引起咳嗽及血管水腫的副作用。可是 **ACEI** 也無法完全抑制[血管收縮素 I] 轉變成[血管收縮素 II]，因為[血管收縮素 I]也會經由 chymase 路徑變成[血管收縮素 II]，同時其[血漿腎素活性](plasma renin activity 簡稱 **PRA**)是昇高的。另一類作用在〔腎素血管收縮素系統〕(**RAS**)降壓作用藥物是[血管收縮素接受器阻斷劑](**angiotensin receptor blocker** 簡稱 **ARB**)如 Valsartan，Irbesartan，Telmisartan 等，其作用是阻斷 AT1 接受器（在血管是血管收縮等作用）作用，降低血管的收縮來降血壓，但是這樣又造成[血管收縮素 II]濃度上昇及 AT2 接受器（在血管是血管舒張等作用）作用增加，**ARB** 的[血漿腎素活性](**PRA**)也是增加的。目前若要對高血壓患者選擇對〔腎素血管收縮素系統〕(**RAS**)降壓作用的高血壓藥物，可以首先選擇 **ACEI** 為第一選擇，若有咳嗽等副作用，再改服用 **ARB**。另一類是 aldosterone antagonist 如 Spironolactone 等，屬利尿劑類，對心臟衰竭患者可以增加存活率。



新聞世在〔腎素血管收縮素系統〕(RAS)降壓作用高血壓藥物是[腎素抑制劑](renin inhibitor)，它是作用在 RAS 較高的部位，抑制[血管收縮素原](angiotensinogen)轉變成[血管收縮素 I]所須的[腎素](renin)，可以降低[血漿腎素活性](PRA)，降低[血管收縮素 II]濃度來降血壓，不影響 bradykinin 代謝，不會有咳嗽問題。美國上市的第一個[腎素抑制劑]是 Aliskiren(150mg)，半衰期達 40 小時。血漿腎素活性(PRA)有心腎疾病指標作用，因此濃度降低有較多的末端器官保護作用。其效力方面，單獨服用時，有文獻報告在各給予每日 150mg，300mg 及 600mg 時，服用兩星期血壓就會下降，且會隨劑量加大不論是收縮壓及舒張壓，血壓都會稍降多些。停藥兩週後血壓不會回到未治療時的血壓，不會有反彈現象，因此單獨服用是有效的，在合併其他降壓劑方面，文獻已有報告，在合併 ACEI，ARB 或鈣離子阻斷劑(CCB)的降壓效果都比單獨服用好。在安全性及耐受性方面，最常見的副作用是腹瀉，頭痛及咽喉炎，一般耐受好。

Aliskiren 一般綜合如下：

1. Aliskiren 有淺的劑量反應現象(dose-response fashion)。
2. Aliskiren 可持續控制 24 小時血壓，特別是控制早上危險時間的血壓起伏(morning surges)。
3. Aliskiren 當停藥後不會有反彈高血壓(no rebound high blood pressure)。
4. Aliskiren 是腎素抑制劑，因此血漿腎素活性(PRA)下降，但是 ACEI，ARB 及利尿劑的血漿腎素活性(PRA)上昇，因此，aliskiren 可能有更好的末端器官保護(end-organ protection)。若與 ACEI 或 ARB 併用，也可以增強器官如腎臟，心臟及大腦的保護。
5. Aliskiren 服用劑量最好每天在 150~300mg，每天 600mg 發生腹瀉機率增加。
6. 目前有關 aliskiren 對心臟衰竭，左心室肥厚，糖尿病併發蛋白尿的臨床試驗，已在進行中，未來會有報告說明。
7. 對 aliskiren 的臨床作用及安全性等，有待更多的文獻報告。

Aliskiren 與其他降壓劑相比，有它的優異性，相信待醫學中心臨床報告完成及衛生署批准，就可上市，而未來歐美醫療團體的高血壓治療準則用藥選擇，或許會因此再作修定。

參考資料:

1. BP Lowering effects of Aliskiren Are Additive to Amlodipine, Persist After Withdrawal: Medscape Cardiology.
2. Oral renin inhibitor aliskiren provides continuous BP control and may be additive to diuretics: Medscape Cardiology
3. More encouraging data with aliskiren: Medscape Cardiology
4. Aliskiren Plus ARB Boosts Antihypertensive Effects: Medscape Cardiology.
5. Renin Inhibitor Aliskiren in Combination With ACE inhibitor in Diabetic With Hypertension: Medscape Cardiology.



6. Aliskiren:A New Approach to Blocking the Renin-Angiotensin System:Medscape Cardiology.
7. Aliskiren,an Oral Renin Inhibitor,provides Dose-Dependent Efficacy and Sustained 24-H Blood Pressure Control in Patients With Hypertension:Medscape Cardiology.
8. New Data on First-in-Class Oral Renin Inhibitor,aliskiren:Medscape Cardiology
9. First-in-Class Renin Inhibitor to Become Available in United States:Medscape Cardiology.
10. Aliskiren Monotherapy Effective for Mild-to-Moderate Hypertension:Medscape Cardiology.
11. FDA Approves Aliskiren:First New Antihypertensive on the Market in More Than 10 years:Medscape Cardiology.
12. New Data on the Oral Renin Inhibitor Aliskiren in Patients with Hypertension:Medscape Cardiology.
13. Medscape Cardiology: <http://www.medscape.com/cardiology>

## 楔子

某45歲男性病患,主訴近一天時間感到進行性的劇烈右下腹部疼痛而來就醫,同時伴隨輕微噁心以及食慾不振的症狀,但未有發燒、畏寒、排便異常以及泌尿道感染的病症。事實上,由過去病史得知,該病患在過去的十年間,每年至少有3至4次出現類似的病症,而每次經過2~3天後症狀都會慢慢緩解下來。

最近一年以來,右下腹部脹痛的症狀頻繁出現,甚至每二至三個月就會出現一次;此次病患在接受一系列影像學檢查其中包括有小腸X光攝影檢查、大腸X光攝影檢查以及腹部超音波掃描檢查,都未能發現可疑病灶,其中白血球計數亦在正常範圍以內。最後接受腹部電腦斷層掃描檢查後,發現在大腸盲腸鄰近有一呈現侷限性炎症反應的管狀陰影,在臨床上高度臆斷為「急性闌尾炎」;但基於過去病史,病患拒絕緊急闌尾切除手術治療。

二個月後,病患還是接受外科醫師建議,接受腹腔鏡闌尾切除術治療,最後切片病理組織發現整個闌尾呈現纖維化並使得闌尾出口阻塞。自從病患接受闌尾切除手術後,未曾再有右下腹部疼痛的主訴了。

## 前言

在臨床上,一旦病患被診斷為「急性闌尾炎」,為了預防其進一步衍生闌尾破裂而導致腹膜炎,通常都建議病患接受緊急闌尾切除手術治療。在1886年,Reginald Fitz首次提出「慢性闌尾炎」的病名,但一直以來卻是一個較為有爭議的疾病,當時亦被大部份的臨床醫師所排斥,但近年來再次受到外科醫師的關注,並認為「慢性復發性闌尾炎」(chronic recurrent appendicitis)的確是存在的,其約佔所有闌尾炎罹患者的1.5~10%之譜。有關慢性闌尾炎的臨床症狀、表徵及致病機轉,在臨床與病理組織診斷上亦有某些觀念上的差異,也因而導致其在治療方針上有著某些不肯定的考慮依據。雖然,亦有為數不少的臨床醫師對慢性闌尾炎抱持著懷疑的態度,但事實上慢性闌尾炎在臨床上的確是存在著的,而也已由相應的病理組織證實其特有的病理表徵。隨著影像學以及內視鏡學的蓬勃發展,也使得慢性闌尾炎診斷的準確性明顯的提高,並給予外科醫師建議手術治療的一個客觀的適應症。

## 致病機轉

基本上,慢性闌尾炎的成因還不甚很清楚,其中最主要的病因是闌尾管腔本身的阻塞,導致闌尾壁蠕動以及排空功能的障礙,再加上闌尾腔內壓增加,導致闌尾黏膜受到病理性刺激,而衍生闌尾慢性炎症反應。

引起闌尾阻塞的因素包括有闌尾管壁癒痕性狹窄、闌尾壁淋巴濾泡的增生、闌尾腔內糞石或異物阻塞(以往常見的是寄生蟲)、闌尾本身解剖上的扭曲及異型、粘連受到壓迫,甚至繼發於結腸病變而導致闌尾間歇性排空受阻。

## 病理所見

慢性闌尾炎的基本病理特徵主要表現為闌尾壁內有淋巴細胞、漿細胞以及嗜酸性顆粒白血球的浸潤,並有不等程度的纖維化;在部分慢性闌尾炎切片中,增生的纖維組織內可見到結節狀的微

小神經纖維瘤結構，這可能是慢性闌尾炎引起腹痛的原因之一。由急性闌尾炎演變而來的慢性闌尾炎闌尾黏膜有不同程度的破壞，並出現肉芽組織，繼而發生纖維化而導致闌尾腔的阻塞。

慢性闌尾炎的臨床診斷與病理診斷兩者之間有時不太一致（其一致性約在30~35%之間）。事實上，某些在臨床上被診斷為慢性闌尾炎者，而其所切除闌尾的病理診斷可能為急性闌尾炎、慢性闌尾炎甚至正常。

### 急性闌尾炎的症狀及表徵

腹痛是急性闌尾炎的主要症狀。在闌尾炎發病的早期階段，有70~80%病患所主訴的腹痛是發生在肚臍周圍或上腹部，甚至定位不很明確。在經過一段時間後（短者約2~3小時，長者約1~2天），其腹痛逐漸轉移至右下腹部區，反而原來腹痛的部位疼痛消失。少數罹患者則自覺非典型症狀，如疼痛起源於腰部、會陰部、腹股溝甚至大腿內側。

急性闌尾炎的腹痛性質與程度差異很大，「單純性闌尾炎」多表現為隱痛或鈍痛，疼痛程度相對較輕；「化膿性闌尾炎」常可發生陣發性絞痛；「壞疽性闌尾炎」往往表現難以忍受的持續性腹痛。急性闌尾炎一旦發生闌尾穿孔，則會衍生腹膜炎，此時腹痛更加劇烈。

百分之八十以上的急性闌尾炎病患在發病早期會出現輕微的噁心甚至嘔吐的症狀，但後位闌尾炎因會刺激直腸，使病患有裡急後重感，少數甚至會出現便秘或腹瀉症狀。此外，少數急性闌尾炎罹患者在發病初期可出現全身不適感、乏力，甚至可無任何症狀，而隨著闌尾炎症的進行，病患可出現低度高燒。一般單純性闌尾炎體溫多在37~38℃，化膿性闌尾炎及壞疽性闌尾炎體溫多為38~39℃，某些嚴重者個體會出現畏寒、高燒（體溫可高達40℃以上），甚至衍生致死的敗血病。

基本上，急性闌尾炎病患的右下腹壓痛可出現在腹痛尚未轉移到右下腹時（因此臨床醫師對主訴不明確腹部疼痛的病患應有一個全盤性系統性的理學檢查）；其主要由於闌尾腔內阻塞所引起的疼痛，反射到第10~12胸椎節段神經支配區，甚至出現右下腹部皮膚感覺異常，但不會因闌尾位置不同而有所改變，這種特異性對某些解剖異位的闌尾炎診斷有重要的參考指標。

急性闌尾炎的腹部壓痛點多取決於闌尾根部的解剖位置，臨床常用的壓痛點為右髂前上棘與臍部假想連線的外三分之一交界處，即麥氏點（McBurney's point）。但闌尾炎的敏感體表壓痛點可因炎症闌尾的具體位置不同而有所差異，如盲腸後位闌尾炎其敏感壓痛點可在後腰部，盲腸下位闌尾炎其壓痛點可發生在腹股溝上區。

急性闌尾炎時因闌尾壁層腹膜受到炎症刺激，而引起侷限性腹膜炎病症，在理學檢查時可觸及緊張腹肌，並引起特有的腹膜炎表徵—「反彈痛」。

### 慢性闌尾炎臨床症狀及表徵

事實上，慢性闌尾炎的臨床表現因罹患個體而異，其與右下腹部區慢性疼痛的非闌尾性疾病極易混淆，因此，診斷慢性闌尾炎時，必須要有詳細病史詢問以及完整的理學檢查。

慢性闌尾炎罹患者介於18~35歲之間（但年幼的孩童亦不要忽視），平均年齡約為25歲。女性略高於男性，25歲以下女性者比率會較高。慢性闌尾炎平均病程在一年左右，長於急性闌尾炎的數天。此外，個體倘若飲食不規律、暴飲暴食、酗酒者是罹患慢性闌尾炎的高危險群。慢性闌尾炎發病可能與劇烈運動有關，其中亦不乏曾罹患有右下腹部急性腹痛發作病史者。

基本上，右下腹部疼痛是最常見的主訴，但其腹痛性質及程度有個體上的差異。大多數為可以忍受的右下腹部隱痛、脹痛或針刺痛，但少數病患則主訴陣發性劇烈性腹痛，而腹痛一般是侷限於右下腹部。此外，腹痛發作或緩和並無明顯規律性，少數病患腹痛可因進食、劇烈活動而加劇，同時腹痛發作期間或許會伴隨噁心、食慾不振以及腹脹的主訴，此時亦因大腸蠕動功能發生紊亂，而出現便秘或排便次數較多的現象。

在理學檢查上，右下腹部有侷限性壓痛感，一般是在McBurney's area，但其程度較急性闌尾炎

來得較輕且不甚明顯。此外，無腹肌僵硬感，也不具明顯「反彈痛」，只有在重壓時才會出現腹肌緊張或反彈痛；右下腹部有時可觸摸到腫脹的索狀物硬塊，或許是增粗的闌尾本身。

此外，常規的肛門指診檢查可以排除直腸內以及肛門周邊病變，同時婦科檢查對疑似慢性闌尾炎的女性罹患者而言也是必要的，此可排除骨盆腔內女性生殖附件的伴隨病變。

### 診斷要點

在臨床上，診斷「慢性闌尾炎」的必要檢查包含如下：

#### 一、常規血液生化檢查

其中包括有血液常規檢查(但白血球計數並不一定異常增加)、尿液常規檢查、一般血液生化檢查、糞便常規檢查；如慢性右下腹部疼痛伴隨糞便潛血陽性反應，則應積極排除大腸癌瘤存在的可能性。

#### 二、腹部超音波掃描檢查

對罹患右下腹部慢性疼痛者而言，腹部超音波掃描檢查亦是一種必要的常規檢查。腹部超音波掃描檢查對急性闌尾炎有一定程度的助益，可以偵測出診斷慢性闌尾炎的低回音特殊影像。

#### 三、消化道鋇劑X光攝影檢查

在鋇劑灌腸或鋇餐之後，可以在右下腹部的迴盲腸區進行透視攝影檢查，或許可發現在闌尾的相對應位置出現壓痛點。此外，鋇劑X光攝影檢查亦可顯示慢性闌尾炎的間接表徵如闌尾呈現念珠節狀、闌尾內鋇劑排空時間延長、闌尾腔內異物存在或闌尾未能完整顯現出來的結果。

#### 四、大腸纖維內視鏡檢查

大腸纖維內視鏡檢查可以直接觀察迴盲部以及闌尾出口處是否有異常病灶存在，同時亦可對可疑病變進行切片組織病理檢查。

### 慢性闌尾炎的類型

事實上，慢性闌尾炎在病理學上的分類可包括原發性慢性闌尾炎、慢性復發性闌尾炎以及慢性症狀性闌尾炎的表徵。



「原發性慢性闌尾炎」一開始就是慢性過程，臨床上從無急性闌尾炎發作病史，但在病理學上發現闌尾壁內出現淋巴細胞、漿細胞以及嗜酸性顆白血球的浸潤。

「慢性復發性闌尾炎」則是由急性炎症轉變而來，罹患者或許曾經歷過一次或多次的急性發作，且都能在數天內緩解下來。此時，闌尾黏膜亦存有不等程度的損傷，甚至纖維化的現象，某些闌尾腔或許已出現阻塞現象。

「慢性症狀性闌尾炎」罹患者主訴侷限性右下腹部疼痛或壓痛，在臨床上已排除右下腹部其他器官的病變，而闌尾在切除後所有症狀消失，但切除下的闌尾組織病理檢查卻是正常的。事實上，此類病患症狀的發生或許與闌尾本身或周遭的腸系膜解剖位置有關，有時亦由於闌尾本身過度冗長而易於擺動，或闌尾腔內有糞石，或闌尾周遭有粘連現象，而使其扭轉並導致闌尾排空功能發生障礙，但並非因發生炎症反應的結果。

### 鑑別診斷

在臨床上，對於某些自訴慢性右下腹部疼痛的罹患者而言，必需與慢性闌尾炎做一番鑑別診斷的疾病包括有慢性胃十二指腸潰瘍、慢性膽囊炎、慢性結腸炎、慢性憩室炎、甚至迴盲腸部結核或癌瘤、腎盂腎炎、腎結石、游離腎、輸尿管結石、水腎；尤其是一向存有長時間慢性右下腹骨盤腔疼痛的女性罹病者而言，不僅應先排除慢性骨盆腔炎、輸卵管炎、卵巢囊腫、子宮內膜異位或及子宮頸病變，亦要考慮「慢性復發性闌尾炎」的鑑別診斷；事實上，由臨床文獻報導，得知其中有百分之九十不確定原因的右下腹骨盤腔疼痛有所緩解。

### 治療

事實上，一旦慢性闌尾炎被確立後，在症狀緩解後，亦應考慮闌尾切除手術治療，尤其某些病程長達三個月以上的慢性闌尾炎罹患者，甚至已影響到罹患者的工作以及日常生活時，更應早點安排擇期手術的治療。

「慢性闌尾炎」主要的外科手術治療就是施行闌尾切除術，可經由傳統式剖腹或經由腹腔鏡闌尾切除，此對外科醫師而言就見仁見智了，有人認為前者較佳，其主要的理由是剖腹手術可以進行較為廣泛而完整性的探測、診斷及治療。

### 預後

基本上，慢性闌尾炎的最後診斷不是病理，而是手術後臨床症狀是否能因而解除。因此，術後病患的追蹤檢查是很重要的；事實上，在闌尾切除後仍有少部分罹患者症狀仍然持續不消，或許亦應考慮術前的診斷是否錯誤，或是手術後出現腸黏連的併發症所致。

### 參考文獻

1. Fitz R: Perforating inflammation of the vermiform appendix with special reference to early diagnosis and treatment. Am J Med 1886; 92: 321-46.
2. Rao PM, Rhea JT, Novelline RA, et al: The computed tomography appearance of recurrent and chronic appendicitis. Am J Emerg Med 1998; 16:

26-33.

- 3.Hawes AS, Witalen GF: Recurrent and chronic appendicitis: the other inflammatory condition of the appendix. *Am Surg* 1994; 60: 217-19.
- 4.Mayo CH: Laparotomy of the abdomen and appendectomy for atypical symptoms. *West J Surg Obstet Gynecol* 1934; 42: 189-90.
- 5.Wagner JM, McKinney WP, Carpenter JL: Does this patient have appendicitis? *JAMA* 1996; 276: 1589-94.
- 6.Savrin RA, Clausen K, Martin EW, et al: Chronic and recurrent appendicitis. *Arch Surg* 1979; 137: 355-57.
- 7.Hollerman JJ, Bernstein MA, Kottamasu SR, et al: Acute recurrent appendicitis with appendicolith. *Am J Emerg Med* 1988; 6: 614-17.
- 8.Seidman JD, Andersen DK, Ulrich S, et al: Recurrent abdominal pain due to chronic appendiceal disease. *South Med J* 1991; 84: 913-16.
- 9.Wangensteen OH, Bowers WF: Significance of the obstructive factor in the genesis of acute appendicitis. *Arch Surg* 1937; 34: 496-526.
- 10.Lee AW, Bell RM, Griffen WO, et al: Recurrent appendiceal colic. *Surg Gynecol Obstet* 1985; 161: 21-4.
- 11.Di Sebastiano P, Fink T, Weihe E, et al: Changes of protein gene product 9.5 (PGP9.5) immunoreactive nerves in inflamed appendix. *Dig Dis Sci* 1995; 40: 366-72.
- 12.Crabbe MM, Norwood SH, Robertson HD, et al: Recurrent and chronic appendicitis. *Surg Gynecol Obstet* 1986; 163: 11-6.
- 13.Crabbe MM, Norwood SH, Robertson HD, et al: Recurrent and chronic appendicitis. *Surg Gynecol Obstet* 1986; 163: 11-13.
- 14.Carnett JB, Boles RS: Fallacies concerning chronic appendicitis. *JAMA* 1927; 91: 1670-83.
- 15.Addiss DG, Shaffer N, Fowler BS, et al: The epidemiology of appendicitis and appendectomy in

the United States. Am J Epidemiol 1990; 132:910-25.

16.Alvarez WC: When should one operate for "chronic appendicitis"? JAMA 1940; 114:1301-06.

17.Butsch DW, Jothi R, Butsch WL, et al: Recurrent appendicitis: fact not fallacy. Postgrad Med 1973; 54: 132-7.

18.Hawes AS, Whalen GF: Recurrent and chronic appendicitis: the other inflammatory conditions of the appendix. Am Surg 1994; 60: 217-19.

19.Heller MB, Skolnick ML: Ultrasound document-ation of spontaneously resolving appendicitis. Am J Emerg Med 1993; 11: 51-3.

20.Jeffrey RB Jr, Laing FC, Townsend RR: Acute appendicitis: sonographic criteria based on 250 cases. Radiology 1988; 167: 327-29.



# 便秘

直腸外科 林愷碩醫師

每個人對便秘的認知各有不同，有的人以為排便次數少、未能定時上大號就叫便秘，或者認為需用很大的力量才能解便才是便秘；有的則把解便量減少、解不乾淨，或者是要靠灌腸、塞劑、瀉藥才能排出者，都稱之為「便秘」。以醫學上的定義而言：凡一週解便的次數不到三次者，都可稱之為「便秘」。如果依照這個定義，相信會讓很多人感到恐慌，以為自己也是便秘患者；事實上，對大多數人來說，排便的次數從一天三次到一週三次都算正常；甚至有少數人一週或者更久才解便一次，但不覺得有任何不舒服，這也不能算是便秘。如果因為一段時間沒有順利排便，而且因此造成身心上的不適，才算真正便秘。

單純的便秘問題很容易解決，比較令人擔心的是，便秘可能是其他嚴重疾病的表現徵兆之一，如果經常如此，最好還是請大腸直腸專科醫師診治一下，比較放心。

## 便秘的原因五花八門

造成便秘的原因很多，較常見的有：生活（飲食）習慣改變、環境改變（像是旅行）、缺少活動的生活方式、飲食不當（攝取的纖維質和水份不足）、服用藥物、脊椎受傷、下肢骨折、長期臥床、缺乏運動、懷孕、產婦等。

另外，神經系統或精神方面的疾病，及糖尿病、甲狀腺機能低下、高血鈣、鉛中毒、腹部手術、硬皮症、紅斑性狼瘡、帕金森氏症、多發性硬化症、中風、肛門狹窄、肛痛、大腸長腫瘤造成狹窄等，都是便秘的可能原因。

雖然每個人偶爾發生便秘是正常的，但是便秘如果持續超過三週，最好及早就醫，千萬不可濫用灌腸劑。萬一糞便中帶血，更必須立刻就醫詳細檢查，找出確實原因，對症治療。

### ■ 什麼人最容易「大便坎坷」？

如果因為長期便秘未解決，以致大量糞石堆積在直腸內，直腸受到刺激，產生反射作用，就會不斷出現便意。但是直腸口被硬如石頭的糞便阻塞，無法順利排出，軟軟的糞便就以糞水的形態，繞過糞石，從已經鬆弛、張開的肛門括約肌出口流出，而且斷斷續續如腹瀉一般，往往弄髒衣褲、苦不堪言。這種腹瀉形態的便秘，通常稱之為「大便坎坷」。

本症以小孩、中風病患和經年臥床的老人最容易發生，尤其是中風患者和老年人，他們因為退休後生活的規律性改變，肛腸的定時性刺激不見了（每天定時如廁者，屆時即使沒有明顯便義也可以排出），加上活動力減少、腹肌或骨盆腔無力，以及服用慢性病藥物，如含鈣、鋁的制酸劑，或抗高血壓藥、麻醉止痛劑、鎮定安神劑、含鐵的補血劑等等，甚至罹患較嚴重的腸疾病，如結腸憩室症、腸扭轉、腸炎等，都可能影響到正常排便功能、造成便秘。如果長期便秘沒有治療，腸中的糞便水分被吸收、變乾，成為糞石，而且越積越多，排出將更加困難。

幼兒便秘則多因喜愛吃精緻食物、少吃含較多纖維的蔬菜、水果，以及排便習慣不良有關。一旦便秘而排出不易、疼痛，不願上廁所，日積月累即變成糞石；但患者不如老年人及臥床病患來得多。

「大便坎坷」的症狀嚴重時，糞水會不斷流出，很難以肛門括約肌控制，許多人因而誤以為是腹瀉而服止瀉藥，結果往往使得病情更加嚴重；如果不妥善治療，最後很可能導致大腸穿孔、甚至引起敗血症而死亡，絕對不能輕忽。

其實不管是嚴重便秘或糞石症，都可以戴上手套、以手指深入肛門內將糞石挖出而獲得改善。如果糞石實在太多、太深，手指已經無法挖淨時，只好開刀取出。前陣子就有一位醫生同道因為出現極嚴重的糞石症而不自知，自以為罹患腸癌、不久人世，連遺書都寫好了；後來經過大腸直腸科醫師診斷確定為巨大糞石，開刀取出後已經痊癒。他的離譜作為也成為醫護人員的笑柄。

### ■ 兒童體重減輕可能是便秘

現在因為便利商店與速食店林立，精緻食物的取得極為方便，多數兒童與年輕人都偏好肉食與油性食物，少吃蔬果等纖維食物，常喝飲料而少喝水，因此便秘患者愈來愈多。少數則因感覺或運動神經異常，如脊柱裂、脊髓發育不良、巨結腸症、早產導致的神經不成熟、甲狀腺機能低下等，也可能因而便秘。

臨床上，兒童便秘的定義包括：每週排便少於三次，而且糞便過硬，排出甚為困難，每天每公斤體重的排便量少於五公克。尤其是排便量過少時，不論次數多寡、糞便成何種形狀，是否「腹瀉」，都可能是「宿便」過多引起的便秘。

由於現代的小孩自主性相當高，而且衛浴設備很方便，所以除了小小孩以外，兒童或青少年到底有沒有定時如廁、是否便秘，家長們很難得知，也不易協助解決問題。不過有幾個原則可以留意、防範：

- (1) 如有便秘家族史，且排便少於每週二次，就要多加關切。
- (2) 臨床統計發現，大約百分之三十四的便秘兒童出現體重過輕、生長遲滯或肥胖等生長異常情況。因此如果發現孩子營養不良或生長遲滯，就應帶他去看醫生。

### 分成三個方向仔細檢查

因為便秘症狀求診時，肛腸科醫師大都會從三個方向著手檢查：

- (1) **構造與器官**。先在門診時為患者做肛門與直腸「指診」，看有無器質性（器官方面）異常，例如大腸是否長了腫瘤或太過狹窄等；這是最簡單的檢查方法。之後再安排做內視鏡或大腸鉬劑攝影，注意大腸內有無憩室、瘻肉或腫瘤等。如果發現是器官上的異常造成便秘，就針對異常之處進行治療。
- (2) **功能性檢查**。構造正常、也無器質性毛病時，再進一步檢查功能性因素；例如檢查消化道的蠕動功能、排空時間，肛門括約肌的反射功能、排便時直腸與肛門的配合情形等。如果是功能性問題，通常可利用「生物回饋訓練」法，以改進、增強肛門括約肌的功能。
- (3) **非特異性因素**。在器官和功能上都找不出便秘原因時，可歸類於「非特異性」因素。此時只要增加纖維質的攝取、多補充水分，大部分都可逐漸獲得改善。

治療：對許多人來說，經常性便秘確實令人感到困擾，不知道該怎樣治療才好。事實

上，只要經由上述檢查，多半都能找出器質性病因而對症治療；此外，還有少部分屬於精神性因素所導致，必須會診精神科才能有效改善。但這個部分所佔的比率極少，絕大多數的便秘問題在大腸直腸外科都可以搞定。

一般而言，只要排除器質性因素，再從飲食及生活習慣著手即可好轉。飲食方面以攝取適量的食用纖維最重要，除了防治便秘之外，還能降低（壞的）膽固醇、減少罹患大腸瘻肉和大腸癌的危險，甚至預防痔瘡發作。但其效用往往需時數週才能完全顯現，所以要有耐心。好在適量纖維質對身體並無傷害，也不會像瀉藥一樣有習慣性，不必擔心造成濫用和依賴性。此外，養成每天固定時間解便的習慣，也有助於減少便秘。真正需要動手術治療的病例極少。

### 一定有效的防治便秘妙法

輕微的便秘通常會自己好轉，稍為嚴重一點的症狀也可以透過簡單的食療，或改變生活作息而獲得改善，我覺得最簡易有效的應該是「起床喝杯冰牛奶」。

#### (一) 起床喝杯冰牛奶

便秘的原因雖多，但歸結起來，最主要的還是生活失調及濫用灌腸劑或瀉藥。一般而言，睡眠時胃腸蠕動減緩，起床後即恢復正常，這時正是便意最強的時刻。如果因為趕著上班、上學而沒有解便，工作時又忘記解；一天下來大便中的水分漸被吸乾，當天就拉不出來了。如果連續幾天都是如此，大便會硬的跟石頭一樣，到時候就非得灌腸不可了。

有心脫離便秘苦海的人，早上應該在出門前一小時起床，並且立刻喝下一大杯冰牛奶或冰開水，以刺激腸的蠕動。如果有便意立刻上廁所解乾淨；若一時解不出來，可以先做其他的事，譬如早操、散步，等運動回來再繼續「努力」。

## **(二) 慎用灌腸劑與瀉藥**

據我所知，有些家長看到小孩因為大便太粗、太硬引起疼痛時，就會給他灌腸；其實這是錯誤的方法，很可能養成小孩對灌腸劑的依賴性；何況未經醫師診治就貿然灌腸或服用瀉劑也很危險。因為灌腸劑可能使直腸過度擴張，降低對壓力反應的敏感性，而成為習慣性便秘。此外，長期服用瀉劑也會麻醉腸胃、影響自然蠕動功能，導致「頑固性便秘」；老年人長期服用瀉劑更容易引發體內電解質失衡，併發更嚴重的心臟病或腎臟病。

## **(三) 晚餐喝杯啤酒或乳酸菌飲料**

食物的種類和便秘也有密切關係。醣類和水分、纖維質高的食物可以使大便較軟、易排出；脂肪、蛋白質含量高的食物則會使大便較硬。所以便秘的人平時就應多吃蔬菜、水果、穀類等富含纖維質的東西。如果吃炒青菜。不妨多擱點油，因為吃得太輕淡會造成排便不順。晚餐時如能喝杯啤酒，或來瓶養樂多等酵母菌類的飲料，對排便將有極大的助益。

對便秘情形嚴重的人來說，最重要的是與醫師密切配合，減少瀉藥及灌腸劑的使用改以食物療法，並養成良好的排便習慣。只要持之以恆，相信一定會有很好的療效。

## 健康粽重健康

營養科 黃嫚德營養師

端午節是中國的三大節慶之一，而粽子為端午節所不可或缺的應景食物，市面上各式各樣的粽子，怎麼吃才是最健康的選擇呢？粽子的總類甚多，依地方特色與風俗民情的不同，也有著不同的口味及熱量。就口味來分，有分為鹹粽、甜粽、鹼粽、素粽等，就地方特色而言，有台灣粽、廣東裹粽、湖州粽等。

就台灣粽而言，就分有北部粽、南部粽、客家粿粽及鹼粽。北部粽是將糯米先炒過，再包入豬肉、香菇、蝦米、鹹蛋黃等配料包於粽葉中蒸熟，口感類似油飯，口味、香味較重。而南部粽是以生糯米混合花生、豬肉、麻竹葉、香菇、花生仁、栗子、蝦仁、乾魷魚、鹹蛋黃、糯米等包於粽葉中，整串放進水中煮熟，由於料比較少，加上糯米不經油炒步驟，所以熱量要比北部粽低，口味、香味較清淡。客家粿粽，是由糯米粉、再來米粉、香菇、蝦米、絞肉、蘿蔔乾、豆乾等組成，體積較小。鹼粽是以圓糯米洗淨瀝乾，再加以鹼水攪勻浸泡後，用青竹葉包裹製成，蒸熟的鹼粽放涼後冷藏，食用時沾白糖或蘸蜂蜜。

廣東粽包裹著鹹肉、燒雞、蛋黃、甘貝、蝦米、冬菇、綠豆、叉燒、栗子等，是所有粽子種類中材料最豐富，體積最大的。

湖州粽以黏性強的圓糯米製成，多半包成長條型，有甜、鹹兩種口味，鹹的是鮮肉粽，以糯米與五花肉所製成，甜口味的多半是豆沙或棗泥為內餡。

每一種粽子都因其大小及內容物的不同，熱量及營養成分也有所不同。一般正常大小的肉粽其熱量大約為 400 至 600 大卡，相當於一個便當的熱量，也就是吃了一個肉粽大約吃下 3/4 碗飯、3 湯匙的肉類、4 茶匙的油脂。廣東粽因體積大、材料豐富，

熱量大約為 1000 大卡以上。客家粿粽熱量較一般的粽子少，一個大約 200 至 250 大卡，鹼粽因體積較小，相對熱量也較少，未沾糖的熱量為一個 100 至 150 大卡，湖州粽中的豆沙粽因多以豬油炒過，一個熱量大約 500 至 600 大卡。

粽子主要是以糯米製成，糯米是較不易消化的食物，且粽子含油量較高，若沒有克制或餐餐當作主食來食用，又忽略了補充蔬菜水果，導致腸胃蠕動不良，很容易產生腸胃發脹、悶痛、便秘等情況。另外有一點不可忽視的，是吃粽子的時候常常會使用沾醬，且粽子本身調味時為了增加風味口感，內餡也是會添加許多調味料，不知不覺中就攝取了過多的油、鹽、糖，而使得血脂、血壓及血糖上升，對身體而言無疑是一種慢性傷害。

在端午節期間粽子最好是一次以一顆為限，且避免餐餐都吃粽子，以免營養不均衡。挑選粽子時，高血壓患者可選擇湖州鹹粽或南部粽等調味較少的蒸粽，因北部粽與廣東粽的餡料皆經過醃漬調味，對於需要限制鈉量的高血壓患者就較不適合。高血脂患者則需注意油脂的含量，其中包含了看的到的油脂及看不到的油脂，湖州粽不論甜鹹，其油脂含量都較高，北部粽是先炒後蒸，其拌餡料的油是看的到的油脂，而南部粽是以水煮的方式烹煮，不經油炒步驟，但其中的花生、增加香味的五花肉屬於看不見的油脂，故建議仍宜減少食用。痛風患者要特別注意廣東粽中魷魚、干貝、鮑魚等及台灣粽中的香菇等這些普林含量較高的食物。而湖州甜粽因醣類含量高，不適合糖尿病患者食用。鹼粽雖然體積小、熱量低，但因食用時需沾白糖或蜂蜜，故糖尿病患者最好是能夠以代糖取代。廣東粽因熱量大、體積大，建議可以大家一起分享，才不會一不小心就食用過量。吃粽子時，最好少淋佐味的沾醬，如蕃茄醬、甜辣醬等，因為這些都是含鈉量高的調味料，對於血壓高、患有心血管疾病者及腎臟病患者，鹽

份攝取過多都會加重身體的負擔。南部粽多半會灑上花生粉及醬料再食用，配料的花生粉都屬於油脂類，對於需要限制油脂的人也是需要特別注意的，少一點調味料，多一點食物的原始風味，便多一份健康。

若能夠自己動手DIY製作健康粽，不但有趣、衛生又能夠符合健康，可說是一舉數得。在米飯的方面可選用五穀雜糧米來取代糯米，或是在糯米中添加綠豆仁、紅豆或麥片、薏仁等，不僅增加了纖維含量，甚至將常用的糯米改成黑糯米，顏色、香氣十足又有嚼勁。而在內餡方面，許多粽子的內餡是事先炒過，再包入米粒中，且多半會選用五花肉及鹹蛋黃，所以粽子油脂及膽固醇的量都很高，對於高血脂症的病患，就得注意包粽子時，內餡改以瘦肉取代肥肉，或包些滷過的蒟蒻、豆干，鹹蛋黃可改為栗子，多加些竹筍、香菇、洋蔥等，而內餡的調味影響整顆粽子的味道，一般在調味的過程中會加入醬油、鹽巴、胡椒粉再油炒，最好以醃料略醃即可，不必下鍋炒過，且米飯不油炒就直接包，料理粽子以水煮或蒸的方式為主，少油多纖多健康。

吃粽子的時候不妨搭配一碗清淡的蔬菜湯，如冬瓜、竹筍、絲瓜湯等，最後再來一份水果，增加纖維質的攝取，達到營養均衡也可幫助消化。

多吃也要多動，可不要過了一個端午節而體重增加，因小失大可划不來啊！祝大家有個愉快的端午佳節。

# 痛風的藥物治療

藥劑科 丁宇持 藥師

## 什麼是「痛風 (gout)」？

從前痛風被稱為「富貴病、帝王病」，多半是富貴人家飲食多大魚大肉才易患此疾，隨著生活水準提高，加上現代人作息不正常，容易引起新陳代謝失調，得到痛風的人在我們身邊已經越來越常見。

痛風就是血液中尿酸過高，產生尿酸鹽結晶在組織中沉澱，引起關節發炎。有些人只有尿酸高而沒有臨床上的症狀，就是所謂高尿酸血症；如果長期不加以控制尿酸，就會產生痛風石，甚至引起腎臟的病變。

## 痛風的症狀

痛風發作時的主要症狀，初期多半是從單一關節開始發作，發作部位絕大部份在於下半肢，尤其在大腳趾、足背、腳踝、腳跟、膝蓋部位突然發作，產生局部急性的紅、腫、熱、痛，通常幾天後疼痛會慢慢消失，如果不加以治療，發作的頻率增加，疼痛的時間也會延長，痛風侵犯的關節也會增多，最後引起更多併發症。

## 痛風的分期

痛風患者大部份在二年之內都有機會第二次復發。

痛風在臨床上分為四個時期——

(一)無症狀高尿酸血症期：抽血檢查時發現有高尿酸，卻沒有痛風症產生，這就屬於無症狀高尿酸血症期；何時發作不知道，通常在有誘因的情況下容易發作。

(二)急性痛風發作期：絕大部份的患者，往往是在急性痛風發作時，才容易被醫師診斷出來的。

(三)發作間隔期：痛風發作好了到下一次復發之間，稱之謂發作間隔期；也就是指二次發作之間相安無事的期間。初期患者這個時期相當久，有的人一、二年，或二、三年都沒痛過；有的人半年、一年就發作；痛風的間隔期隨著痛風嚴重程度不同，間隔會越來越短。

(四)慢性痛風石期：身體有許多痛風石的沉積，全身容易有多發性關節炎的發作；這類病人的腎功能通常也不太好。

## 痛風的治療

### 急性痛風發作期

主要減少疼痛、降低發炎現象，不致影響日常生活及工作。

治療藥物有：

#### 1. 非類固醇抗發炎藥 (NSAID)

例如：Diclofenac、Indomethacin、Ketorolac、Naproxen、Ibuprofen、Ketoprofen、Piroxicam...等，其主要的功能就是緩解發炎及止痛，但需注意患者是否有消化性潰瘍病史，可改用Meloxicam、Celecoxib、Etoricoxib...等較具選擇性抑制COX-2的NSAID，即可減少胃腸的副作用，但其對心臟的副作用也須謹慎使用。

#### 2. 秋水仙素 (Colchicine)

以往第一線藥物是給予「Colchicine (秋水仙素)」，每小時1顆共8小時，跟著2小時1顆直到病人不



痛、或拉肚子（此藥對腸道細胞傷害導致的副作用）、或已達總劑量6 mg為止（因超過此量曾有致死之病例報告），此藥主要作用為「穩定白血球，使其不釋出細胞介質，故可降低發炎反應」

### 3. 類固醇

主要用於服用NSAID已達最高劑量，卻仍然無法有效消炎止痛或是對NSAID產生過敏反應的患者，類固醇具有強力抗發炎效果，其使用劑量及治療時間長短仍須控制，才不致產生類固醇的副作用（月亮臉、青蛙肚、水牛肩）。

### 慢性痛風(非急性期)

除了使用上述藥物預防痛風發作，首要就是控制血中尿酸濃度（5 mg/dl以下）

使用降尿酸藥物一般有三大類：

#### 1. 抑制尿酸合成的藥物：

如 Allopurinol，每天 1~3 顆，即 100~300 mg，但要注意有人對它過敏，造成皮膚、口腔黏膜潰爛及感染。

#### 2. 促進尿酸排除的藥物：

例如 Benzbromazone、Sulfinpyrazone 或 Probenecid，副作用可能會造成腸胃不適，服用這些尿酸排除藥物，除了多喝水外，可搭配小蘇打（ $\text{Na}_2\text{CO}_3$ ）鹼化尿液，幫助尿酸排除。此外這些藥物引起許多藥物交互作用，使用上須特別留意。

值得注意的是，這類藥物必須腎功能尚佳（Ccr 在 50 ml/min 以上）方能有效，且要定期檢查肝、腎功能，腎功能不佳者只能使用 Allopurinol 了。

不論是使用降尿酸藥物，只要使血中尿酸值改變，都可能會引起急性痛風發作，可使用秋水仙素預防（穩定白血球以防痛風急性發作）。

### 會增加體內尿酸濃度的藥物

服用抗癌藥、氣管擴張劑(Theophylline)、抗黴菌藥時，會加速尿酸的形成。而服用水楊酸製劑（如阿斯匹靈 Tapal）、利尿劑(Lasix、Thiazides)、抗結核藥(Ethambutol、Pyrazinamide)、降血脂藥(Nicotinic Acid)、抗排斥藥（免疫抑制劑 Cyclosporine）時，則會妨礙尿酸的排泄。

痛風患者使用上述藥物可能會增加痛風發作風險。

痛風一旦發作真叫人吃不消，但只要及早治療、並持續有效控制血中尿酸濃度的穩定，加上藥物、飲食及生活作息調整，痛風就不再是令人棘手的毛病。

參考資料：

中華民國痛風協會網站

MIMS.com

1. 摘要：壓瘡是臨床病人常見的護理問題，對病患的身體與精神影響甚鉅，甚而波及醫療資源的有效利用。造成壓瘡的內在因素有：老化、營養不良、低血壓、貧血、活動障礙。外在因素為壓力、削力、摩擦力、以及潮濕。糖尿病、吸菸、水腫、知覺剝削、血清蛋白不足者均屬易罹壓瘡的高危險群，護理人員應熟知壓瘡形成的原因，評估可能發生壓瘡的高危險病人，密切監測其皮膚的顏色及完整性，採行壓瘡的預防措施，以減少壓瘡的發生。

## 2. 前言：

- 壓瘡又名褥瘡，英文名為 pressure sore，bed sore，pressure ulcer，或 decubitus “病人有壓瘡是因為護理照顧不良所引起”，“發生壓瘡是護理人員的恥辱”，相信是許多護理人員耳熟能詳的敘述，姑不論這代表多少的事實，不可諱言的，住院病人如果發生壓瘡，不但增加身體的痛苦、提高醫療花費、延長住院日數、甚至還可能導致感染，威脅性命。有人在研究指出，住院病人中 7.53% 患有壓瘡，美國的住院病人發生壓瘡的比率為 29%，每年有超過 100 萬人得到壓瘡，6 萬人死於壓瘡，壓瘡的治療費用約需 8000 美元；近年來住院病人的壓瘡發生率雖已下降為 2% 及 6.2%，但壓瘡的預防，仍是住院病人照顧中十分重要的護理問題。

3. 壓瘡的定義：壓瘡是指在骨頭突出的部位發生的皮膚潰瘍，當肌肉組織長期受壓，微細血管的血液循環受阻時，受壓部位便不能獲得足夠的營養，造成局部皮膚組織損傷，即壓瘡。

#### 4. 壓瘡的形成：

##### 4.1 壓力：

施加在局部皮膚上的壓力最為重要，特別在身體骨頭粗隆凸出處。一般而言皮膚層下的血管可承受的壓力約為 32 mmHg 左右，假若超過以上的壓力局部血管便可能扭曲、變形而影響到血流的通過而有缺血的現象，但壓力與時間呈現一拋物線形關係，假如壓力越大，所需產生皮膚潰瘍的時間便越短而壓力最大應是在皮膚下骨骼旁邊的肌肉及脂肪處，故有時雖然壓迫一段時間後，外層的皮膚完整無缺，但在皮膚下深處肌肉、軟組織確已有破壞的現象。

##### 4.2 剪力：

所謂剪力仍一個作用力施于物體上後導致產生一平行反方向的平面滑動，例如，在一平躺的臥床病人，在床頭慢慢抬高時，便同時在薦

部產生一移動的剪力。事實上，剪力對於皮膚潰爛的產生及破壞並不低於垂直的壓力，而且當剪力與壓力同時產生時，對局部皮膚的傷害更大為增加。

#### 4.3 皮膚的感覺器官：

對正常人而言，皮膚對壓力會有痛覺、觸覺、體位感覺等，故當局部壓力超過皮膚所能承受的範圍時，便會有疼痛的產生，人類因為不舒服，便有移動身體的動作。但對於一些感覺異常的病人而言，如脊髓損傷、腦傷、腦中風神經病變等，因缺乏對疼痛的感覺，故就算皮膚已潰爛也不自知。

#### 4.4 濕度：

局部皮膚溼度過高，例如大小便失禁，大量出汗都容易增加局部剪力而導致壓瘡產生，有一報告顯示，大小便失禁病患產生壓瘡的比率比正常人增加 15.5~39.7%。

#### 4.5 溫度：

局部皮膚的體溫升高，會增加局部的新陳代謝，據統計，皮膚對溫度非常敏感，祇需增加 2-3oF 便有可能改變局部的代謝而產生皮膚缺

損。

#### 4.6 抽菸：

由於菸中尼古丁會使局部末梢血管收縮，減少血管循環而增加潰瘍產生的機會。

#### 4.7 營養：

假如長期營養不良或不均衡，血中蛋白質及維生素缺乏、血紅素不夠、貧血，均有可能影響血液循環，傷口的修補，對於壓瘡的治療有不良影響。

#### 4.8 其它：

包括肢體痙攣、關節攣縮、肢體水腫、局部感染、身體其它疾病如糖尿病、藥物使用、年齡、皮膚彈性、精神狀態、情緒等等，均對壓瘡是否產生有直接或間接的影響。

### 5. 壓瘡評估量表：

壓瘡評估量表，可以協助篩選易於發生壓瘡的病人，常見的評估量表有 Braden Scale, Norton Scale, Waterlow Scale, Gosnell Scale, Lowthian Scale, Knoll Scale, Pritchard Scale, Jones & Millman Scale 等皆是。Braden Scale 將營養、移動力、活動力、潮濕、摩擦力、削力、以及感覺意識等因素列入評估，此量表經過

信度與效度測試，其敏感性及特別性較為平衡，適用於內外科及老年的病人，被評價為適用較廣的量表。Norton Scale 為 1962 年源自於老年人的研究而建立的四分量表，其優點為簡單快速易於使用，Williams 指出此表太過簡單且正確性不足，其評估項目有移動力、活動力、精神狀態、失禁、及生理狀態，但壓力、削力、摩擦力營養狀態則未列入，經效度測試，未作信度測試。Waterlow Scale 所評估的項目包括移動力、失禁、營養狀態、年齡、身高、體重、胃口、神經感覺以及藥物，Williams 認為此表不僅可用於預測危險因子，還可作為預防的指引，其所包括的範圍較 Norton Scale 廣泛，亦為常被推薦應用之量表。Gosnell Scale 包括營養、移動力、活動力、失禁、摩擦力、削力、以及精神意識狀態的評估。Lowthian Scale 則包括移動力、活動力、失禁、意識狀態、生理狀態等項目。Knoll Scale 內含營養、移動力、活動力、精神意識以及疾病傾向。Pritchard Scale 強調營養、血紅素、活動力、失禁、疼痛、皮膚狀態以及精神意識的評估。Jones & Millman Scale 評估營養、移動力、失禁、潛在感染以及精神意識等。理想的評估量表應能 100% 的篩選病人卻又不過度篩選任一病人，要發展這樣的量表並不容易，護理人員在應用各種量表時，除考慮其方便性及適用性外，在評估病人時亦應對量表中未列入的項目，加以評估。

## 6. 壓瘡的分級：

第一級：壓瘡前期，局部紅腫，但皮膚外觀仍完整

第二級：皮膚破壞、潰瘍，而且侵犯至真皮層

第三級：侵犯至皮下脂肪層

第四級：侵犯至肌肉、筋膜層

第五級：侵犯至骨骼，甚至旁邊的關節，肌筋等等

**7. 壓瘡的壓迫點：**當病人採取不同的姿勢時，其骨突與床褥間相互擠壓，形成壓迫點，不同姿勢病人的壓瘡壓迫點並不相同，不同的壓迫點所承受的壓力也不相同，這些壓迫點便是最容易形成壓瘡的部位，研究顯示最容易發生壓瘡的部位是尾椎，在 64 位發生壓瘡的病人中，50%的壓瘡都是發生在尾椎：

7.1. 平躺時，壓迫點在枕骨，脊椎，尾骨，以及足跟，其中足跟之平均壓力為 30-40mmHg，尾骨的平均壓力為 40-60mmHg。側臥時，壓迫點在踝骨、內外踝骨、股骨大轉子、肋骨、肩峰、及耳朵。

7.2. 伏臥時，壓迫點在大足趾、膝蓋、肩峰、面頰、耳朵、男性生殖器、及女性乳房的部位。

7.3. 當病人採坐姿或半坐臥式時，坐骨結節處便是壓迫點，其所受到的壓力約 300mmHg，此處亦是最常受到削力的部位。



7.4. 各種管類在病人身上所形成之壓迫點，常為護理人員所忽略，如氧氣鼻管在鼻孔及繞經耳朵處、口鼻氣管插管在病人的嘴角及鼻孔處、存留導尿管在其固定處下的皮膚、或任何固定導管之膠布邊緣與皮膚形成切割處，均是壓迫點。

8. 結論：壓瘡的發生導因於持續的壓力，即早衛教病人，取得病人及家屬對壓瘡預防措施的了解和配合，是預防壓瘡成功的重要因素，衛教的對象包括病人、家屬、及主要照顧者，衛教的內容，則包括壓瘡的成因、危險因子、皮膚的評估、照顧皮膚的方法、床墊的選擇、及翻身方法的示範，以上之衛教，並非將預防壓瘡的責任交給病人及家屬，而是希望經由衛教，取得家屬的了解和配合，達到預防壓瘡的效果。豐富的醫療知識並不能預防壓瘡的發生，護理人員除熟知皮膚的正常生理、壓瘡形成的原理外，在照顧病人時能確實執行評估及預防的措施，才能達到最大的預防效果。壓瘡－雖然只是一個小小的傷口，但卻可能會造成重大的合併症，而且治療所須的金錢心力巨大，也帶給病人及家屬很大的困擾，所以各位必須牢記「要活就要動預防勝於治療」的觀念。



騎單車在近年來成為大眾喜愛的運動之一，在經濟不景氣情況下，許多機車族或開車族更是改以單車當作交通工具來節省自己的荷包。但是許多民眾往往在騎單車過後，覺得有肩頸僵硬的不適感產生。

為什麼會產生這樣的症狀呢？原因就在於許多民眾在騎單車的時候，由於座椅的高度不適當，造成身體在騎單車時向前屈曲，此時為了讓視線維持在水平的位置，頸部就得做出向後仰的動作來維持，有時騎單車的時長較長，整個肩膀就出現聳肩的動作。以上的這兩個不良的動作，都會造成頸部附近的肌肉過度收縮，使頸椎過於擠壓，甚至導致椎間盤突出，神經受到壓迫。長時間騎單車下來，就出現了肩頸痠痛手麻的症狀，殊不知都是由於不正確的騎車動作造成的身體不適。

建議所有的單車族朋友在騎單車時，要先依自己的身材高矮挑選適合的單車；將座椅的高度調整好，勿讓身體向前屈曲過多、頸部向後仰。

首先如何挑選一台適合的單車尺寸？一般來說有簡單的對照表提供民眾選擇；14吋的單車適合身高155公分以下，16吋適合身高155~170公分，18吋適合身高170公分以上。

如何調整座椅的高度呢？當我們騎單車時，腳踏板踩到最低的位置時，膝蓋應該是接近完全伸直的。最容易調整的方式，先用腳跟將腳踏板踩到底，此時臀部不會左右移動，腳也剛好是伸直的狀態，然後將座墊往下調整1~5公分，感覺騎起來胯下是舒服就可以了。

如何調整龍頭高度呢？在騎車時手肘可以輕微彎曲，肩膀可以自然放鬆，背部不會感覺到酸痛的情形就可；此外剎車位置要跟手臂維持在同一直線上，不可讓手腕呈現彎曲的姿勢，避免對腕部神經造成壓迫。

在初期出現肩頸痠痛時，最容易解決的方式就是自行做頸部肌肉的伸展運動，以及頸部肌肉力量的訓練。如果症狀已經出現，但是忍了一段時間才到醫院就診，建議單車族的朋友由專業的復健科醫師問診之後，再循正確的管道由物理治療師經專業的理學檢查判斷，肩頸痠痛的症狀是由頸部的什麼組織導致。

當確定完整個症狀之後，可以經由儀器治療減輕疼痛，接受徒手治療的方式來放鬆僵硬緊繃的肌肉或是降低頸椎之間的壓力，減少椎間盤突出的可能性；並且可以搭配貼紮治療來矯正姿勢，促進肌肉的協調性。

面對騎單車這項休閒活動，已經有越來越多的民眾出現相關的症狀。希望單車族的朋友們多注意自己的身體狀況，透過正確的醫療方式對症下藥，才能收到最好的療效。

## 老爸的健康檢查

May

每年政府都會提供 65 歲以上的老人做免費的身體健康檢查，我家的老爸在前幾年都和鄰居相約到住家附近的市立醫院做健檢。去年，突然發現老爸氣色不太好也感覺到他好像變瘦很多，一直以爲是他高血壓的毛病又加重了，才會每日懶懶的又精神不佳的感覺。因此在姐姐的安排下至宏恩醫院做老人健檢，從身高體重的檢查，一直到醫生的問診都可以看出醫護人員的細心，當我拿著超音波檢查後護士小姐幫我整理的一大疊爸爸身體反應出來的身體狀況時，心裏竟開始莫名的擔心著老爸日漸衰老的問題、血管阻塞的問題、甲狀腺鈣化的問題、身體內部器官的種種小問題都在這一次的檢查中才被一併告知，看著白髮蒼蒼的老爸才感覺到他真的老了，但接下來接到了一個讓我們都措手不及的麻煩消息，從原本的擔心受怕到和家人勇敢的去面對，也讓我和家人更懂得如何愛惜自己和照顧自己的身體。

老爸的身體健康檢查完整報告中，意外的發現血便的問題，醫護人員通知家屬安排回院再作一次檢查，因此要求老爸先再送一次糞便篩檢，當然，我們都希望第二次的篩檢是沒問題的，但仍被通知需做更進一步的檢查。老爸原本就很不願意看醫生，我們只好在半哄騙半脅迫的方式讓老爸進醫院一趟，但前一晚的腸道淨空就讓老爸一夜未眠頻頻起床上廁所，一早又擔心他餓太久便早早到院報到，只見他滿臉倦容也不發一語，只是不斷的告知他要忍耐一下喔！你最乖了，等一下檢查完帶你去吃好料的喔。老爸只是呆呆的望著我後說了一句~你把我當小孩喔！其實，我是怕做大腸鏡真的會很不舒服你會生氣啦！果然~~剛開始的狀況都是正常的，一直到檢查一半時發現老爸真的耐不住了，憋氣憋了很久的他竟脫口說了一句一個字的國罵，當下趕緊抓著他的手摸摸他的臉叫他加油，也突然想起、我的爸爸真的老了，我好像也有很久沒有這樣撫摸他的臉也好久沒有這樣牽著他的手，眼淚竟不自覺的由眼眶溢出。待回神時看著幫他檢查的醫生和護士真的感到很不好意思，但醫生和護士還是很有耐心的安撫著他的情緒再幫他做更徹底的檢查，這一次的檢查報告中也發現了細胞病變的問題，因此又安排了下一次更徹底的檢查。第二次的大腸鏡檢查中，感謝王醫生的細心與專業，在切除的腸瘻肉中也確實發現癌細胞，很慶幸能夠發現的早也及早接受治療。

其實，人真的是很脆弱的，我們的身體不知道會在什麼時候發生什麼事？但我們往往會因爲忙碌或懶惰而忘了要去照顧或愛惜我們的身體，提醒大家~政府提供給 40 歲以上的成年人每三年一次的成人健康檢查，也提供給 65 歲以上的老人每年一次的老人健康檢查，真的不要嫌麻煩也不要懶，好好善用政府提供給市民的福利喔！

# 主題教學在學校的應用

林郁宜 特教老師

在學前階段，國內許多公私立的幼稚園已經實施主題教學多年，這樣的教學模式，不但幫助孩子們在學前階段，學習完整的課程內容，也藉由課程實施的過程，協助孩子建構完整的概念與經驗。然而，主題教學的模式，可能因此打破國內傳統分科教學的模式，尤其是進入國小階段後課程的設計，其內容和學前階段有極大的區別，這也讓不同階段的老師，可以重新檢視課程的結構與內涵，也對孩子的教育目標有了不同的方向。

九年一貫的課程，也重視「主題式教學」的設計，並透過課程實施的過程，提供特殊需求的學生學習完整且功能性的課程與技巧。在目前幼稚園的階段，許多公私立的幼稚園也是以主題式教學的模式在進行課程的運作。尤其配合「融合式教育」的實施，普通班的教學對象，每一個老師都有機會面對不同障礙類別的特殊需求幼兒，在這樣的體制之下，老師設計課程的考量，就必須兼顧到特殊需求的學生在這個環境中所可以學習到的內容，以及更尊重學習團體中成員有「不同的特質與能力」的存在。所以，每一個老師在進行課程的設計時，在他們所處的教學情境中，就必須針對教學對象的現階段能力調整課程的內容，來提供適材、適性的教學。

主題教學的最大好處，就是在同一個概念之下，可以針對教學對象的學習狀況調整學習的方法，也能夠配合在面對特殊需求的教學對象時，把課程的難易程度和參與模式調整到每一個孩子可以完成的目標，它真正的精神，就是在於教學者能配合每一個孩子發展的速率提供課程，但是，這也讓老師要真正的面對「接受每一個孩子的學習速度」和「把每一個孩子帶到他應該去的地方」這樣的境界。

每一個孩子的學習速度都會有差異，就像我們的手指頭有長有短。在我們以前就學的經驗中，也是一套教材使用到底，老師的教學無法真正的符合每一個孩子的學習速度。所以，能力不足的孩子在一個普通教育的環境之下，即使他表面上沒有明顯的障礙，但是，當孩子出現學習困難的狀況時，尤其是老師要求大家要有一致的學業水平時，對教學者來說，不但無法將孩子的潛能發揮極致，自己在教學的過程中也對於學業成就落後的孩子產生極大的無力感；對學生而言，也能避免因為老師統一的要求所帶來的挫折與壓力。其實，只要我們能夠掌握住一個教學主題，並配合孩子的學習速度提供適當的學習內容，甚至於在同一個教學主題之下，讓能力不同的孩子可以藉由自己的身心特質或優勢能力，透過不同的學習管道，讓各種特殊需求的孩子，展現他們可以發揮的能力，對教育意義而言，也可以發揮他們的優勢能力。

主題式教學就是提醒每一位老師透過教學情境的設計與安排，引導學生在這個環境中，維持主動積極的學習動機，並且透過活動的呈現，累積與該主題相關且具備各種領域的學習內容，所以，老師的教學設計，不但要維持領域與領域之間的環環相扣，並且在教學的過程中，打破學科的限制，呈現與主題相關的教學內容，並且透過生活經驗的提供，將不同領域的內容整合於一個教學主題中。

我們在特殊班級的課程設計，可以透過一對一的教學模式，兼顧到每一個孩子的學習進度，也就是每一個孩子在老師個別的引導之下去完成老師所定的教學目標。但是，團體課程的運作，老師雖然在提供一個相同的活動，但是老師必須有能力去判斷這個孩子在這個主題的引導之下，他所能夠完成的內容有哪些，並且根據這個標準去界定孩子能夠完成的目標。

主題式教學中，可以有不同的教學型態，除了個別的內容，也能採用小組的方式。我們可以配合孩子的能力與性向，提供適當的學習方式，在教學人力的安排，如果可以審慎的將孩子的興趣和現階段能力作適當的調整與應用，孩子之間，自然就會產生互動的力量，也許有人透過視覺，有的人透過聽覺，只要老師能考慮這些對孩子有利的因素，將這些條件做有效的組合，課程活動就可以運作的很通暢。

在德國的教育體制，有些學校在孩子國小階段，已經會考量他們的興趣、性向，甚至於障礙情況，他們不在乎每一個孩子都要尋求升學的管道，但是，當孩子對某一個主題或某一種行業產生興趣時，老師都願意根據孩子的興趣方向去思考孩子的未來發展，而引導孩子根據這個主題去完成一個有價值的報告，這份報告是讓孩子深入的去瞭解，他不是為了應付考試，他不是為了升學的目的。尤其，當我們參觀不同年齡階段的學習模式，發現老師為了讓孩子迎接聖誕節的到來，老師們針對這個主題來和學生做深入的探討，無論是「故事的討論」、「節慶的意義」、「慶祝工作的準備」，每一個孩子都可以全力的參與討論的過程或節慶相關事務的準備，而孩子對這樣的主題就學習得很徹底且印象深刻。我在德國不同年齡層的蒙氏治療環境中，除非孩子有明顯的障礙標記，否則，我們很難去找出哪一個孩子是特殊孩子，即使是在蒙氏的國小環境中，老師都能夠允許每一個孩子專心的完成並進行自己手邊的事物，老師的角色，只有在孩子有需要協助時，提供適當的示範和引導，他們沒有大聲的喧囂，也沒有老師用麥克風呼喊著上課，每一個孩子的進度不同，但是都專心的學習自己該學習的內容，老師也沒有要求每一個孩子的學科進度相同，但是，每一個孩子都隨著自己的步調在完成。

# 編者的話

鄭悅承主任

根據內政部社會司的統計，截至 2007 年底，我國 65 歲以上的高齡族群已占總人口的 10.21%，已超過聯合國訂定的 7% 標準，明顯指出我們已步入高齡化的社會結構。然而平均壽命的延長，各種生理心理的衰退變化，以及罹患慢性病的機率便明顯增加，這些問題往往造成長輩們功能上的不同限制與生活上的種種不便，因此高齡族群的社會福利及生活醫療的照護理所當然成爲目前的重要研究課題之一。我們秉持著視病如親、服務社區的理念，希望能「早期發現」問題－本院已開辦 65 歲以上老人體檢，區辨出是正常老化或是病變徵狀；如有檢驗出病變鼓勵患者接受「早期治療」，減緩疾病的惡化與併發症的產生，積極協助長輩促進健康、維持生活功能，生活得獨立自在。

在本期醫刊中，”老年人的生物學變化”一文將引導各位讀者認識人體在老化過程中，各個系統及器官會發生的變化；並介紹高血壓及骨鬆性骨折等疾病的治療與預防；在飲食方面教導讀者如何選擇對健康有益的端午節美食；並提供在近年來熱門的健康單車運動方面的正確安排，以防運動傷害的發生。順便一提，以北歐國家爲例，他們積極推廣高齡的長輩練習體操提升肌力等等的運動，有效降低老年人臥床的比例。簡言之，長輩們要維持健康的第一步，除了每天從事規律及漸進性強度的運動之外，還要主動學習及積極與他人互動，就能享有豐盛快樂的晚年生活！

## 健保速訊

### 有關「全民健康保險醫療辦法」部分條文修正後之相關就醫新措施，提醒民眾多加注意

行政院衛生署於 97 年 10 月 6 日以衛署健保字第 0972600390 號令修正發布「全民健康保險醫療辦法」第 5 條、第 10 條及第 39 條條文

#### 本次修正重點整理如下：

一、以往民眾就醫因故忘記帶健保 IC 卡等證件，可先用「押金」以健保身分就醫，七日內再補送相關證件之方式，係以「分娩、緊急傷病」情況為限，自 97 年 10 月 6 日起「全民健康保險醫療辦法」修正施行後，已放寬不以上述情況為限，即民眾就醫因故忘記帶健保 IC 卡等證件時，特約醫療院所應先行提供醫療服務，收取保險醫療費用，並開給保險醫療費用項目明細表及收據後，民眾得於就醫之日起七日內（不含例假日）補送應繳驗健保 IC 卡等證件，特約醫療院所應將所收取之費用扣除部分負擔後退還。

二、另對於須長期服藥之慢性病民眾，因「長期臥床，行動不便」，可委由他人代為領取相同方劑之條件，本次也放寬為「行動不便」，並維持仍由醫師依據臨床作業判斷決定，病人是否確屬「行動不便」困難，可否委由他人代為領取相同方劑。同時，考量須長期服藥之慢性病商船船員與遠洋漁船船員之工作特性相同，出海作業期間領藥之困難，故增列具「在國際航線航行之船舶上服務」證明文件（格式範例如附件），可委由他人代為領取相同方劑之規範，其慢性病連續處方箋之領藥量亦比照出國情形等規定辦理。

### 健保 IC 卡如遺失、改名、毀損等原因到郵局申請換、補發卡

中央健康保險局提醒您，您的健保 IC 卡如遺失、改名、毀損等原因就近到郵局申請換、補發卡時，請記得攜帶申請人身分證明文件正本及影本。

#### ◎到郵局申請 IC 卡要攜帶：

- 1.申請人身分證明文件正本及影本
- 2.最近兩個月內的 2 吋正面照片 1 張（也可選擇不貼照片）
- 3.換卡工本費 200 元

#### ◎身分證明文件

- 1.國人：國民身分證（14 歲以下得以戶口名簿代之）、中華民國護照或汽（機）車駕駛執照。
- 2.外籍人士：居留證明文件。

服務專線:0800-030-598

### 慢性骨髓性白血病標靶治療新藥列入健保給付

在台灣每年大約有一百多位新病人診斷出來罹患慢性骨髓性白血病，約占成人白血病 7 到 15%，慢性骨髓性白血病從發病到死亡平均約 4 至 6 年，在臨床上有三個階段：慢性期、加速期和急性



轉化期，患者經歷這些階段，也意味著疾病逐漸惡化。

為照顧罹患慢性骨髓性白血病之保險對象，健保局自 91 年 5 月 1 日起，將該疾病之第一個標靶治療藥物 imatinib(商品名為「基利克」)列入健保給付，已大幅提高病患的五年存活率；從 98 年 1 月 1 日起，健保局將該疾病之第二線標靶治療藥物 dasatinib(商品名為「柏萊」)也列入給付，提供慢性骨髓性白血病之病患在使用「基利克」治療出現抗藥性或無法忍受副作用時之另一個選擇。

使用新藥「柏萊」平均每天的藥費超過 4,000 元，列入健保給付後，對病人和他們的家庭，可以減輕不小的經濟壓力。

健保給付「柏萊」的適用對象是患有慢性、加速或急性期慢性骨髓性白血病，或患有費城染色體陽性急性淋巴性白血病，對先前經「基利克」400mg 治療後有抗藥性或無耐受性的成人，由醫事機構檢送病歷及對「基利克」耐受性不良或無效的證明，向健保局各分局申請事前審查核准後即可使用。

## 寒冬送暖 沒錢民眾就醫免憂愁

一、公益彩券回饋金將協助弱勢群眾繳納急住診部分負擔、伙食費、山地離島及偏遠地區就醫交通費  
近期受到景氣低迷的影響，為確保經濟弱勢群眾的就醫權益，行政院衛生署中央健康保險局已向財政部公益彩券回饋金爭取經費，於 98 年度辦理「協助弱勢群眾排除就醫障礙計畫」，通過先行動支 2.8 億元，另於年中成效檢討後再評估是否續增經費。未來經濟弱勢群眾如需緊急就醫，將由本計畫協助繳納健保相關費用，目前預擬協助範圍有門診（急診）暨住診部分負擔、伙食費、山地離島及偏遠地區之就醫交通費等，俾減輕弱勢民眾之自付醫療費用。健保局將於經費撥付後實施。

### 二、6 千個經濟弱勢外籍配偶將獲得健保費補助

健保局獲內政部同意於 98 年度外籍配偶輔導基金撥款 1 千 8 百餘萬元，作為補助經濟弱勢外籍配偶健保費經費。據該局表示，此項補助是以國人之外籍配偶於 97 年 12 月 31 日以前，其家庭收入未達最低生活費 1.5 倍及逾 1.5 倍未達 2 倍者為補助對象。

符合家庭收入未達最低生活費 1.5 倍的外籍配偶，補助其每月應自付之健保費 50%；家庭收入逾最低生活費 1.5 倍未達 2 倍的外籍配偶，補助其每月應自付健保費 30%。健保局預估此項健保費補助，約有 6 千個經濟弱勢家庭受惠。

待業期間符合第 6 類保險對象資格者，免返戶籍所在地，而可就近洽健保局各分局及

## 聯絡辦公室辦理投退保

近來因公司行號或工廠停、歇業日益增多，許多民眾在待業期間，因不具職業工會、農會、水利會等會員資格且無法依附配偶以眷屬身分投保，必須以第 6 類地區人口身分投保，但又不方便回到戶籍地之鄉（鎮、市、區）公所辦理。針對上面情形，健保局特別提醒民眾，該局已提供便民措施，全省六個分局及各地聯絡辦公室都可以辦理投、退保。舉例說明如下：

林先生戶籍在高雄，長期在台北的公司上班，於 97 年 12 月 12 日離職，因為已滿 20 歲未婚，而且也沒有職業工會、農會、水利會等會員資格，離職後應至戶籍地之鄉（鎮、市、區）公所辦理銜接投保

手續，但因目前尚無返鄉計劃，不便親自到戶籍地公所辦理，林先生可就近在台北分局聯合服務中心辦理投保，日後找到工作，也記得到該中心辦理第 6 類地區人口身分退保。

民眾如有健保投保、繳納保險費及相關疑義，請洽健保局服務電話 0800-030-598。

## 全民健保住院部分負擔超過上限核退小叮嚀

年關將至，家家戶戶都在大掃除，健保局提醒保險對象，要妥為保管醫療費用收據，避免影響權益。依據全民健康保險法第 35 條及全民健康保險特殊情況自墊醫療費用核退作業要點規定，保險對象全年住院部分負擔累計超過應自行負擔之醫療費用上限時(97 年每次上限為 28,000 元，每年上限為 47,000 元)，可申請核退醫療費用，舉例某甲 97 年住院乙次，單次部分負擔費用 40,000 元，則可申請核退 12,000 元(40,000 元-28,000 元=12,000 元)；某乙住院兩次，兩次部分負擔費用分別為 37,000 元及 25,000 元，則可申請核退 15,000 元(37,000 元+25,000-47,000 元=15,000 元)。前開所提之部分負擔費用係指於急性病房住院 30 日以下或慢性病房住院 180 日以下且不包含不給付項目費用：如指定醫師費、伙食費、病房費差額、交通費、掛號費等。

健保局為服務民眾，會於每年 3 月中旬主動發函通知符合資格之保險對象申請退費。申請時請檢附全民健康保險全年住院部分負擔超過法定上限核退申請書及醫療費用收據及費用明細(內含住院費用部分負擔金額)，於六月底前，向全年第一次住院醫療院所所在地之轄區健保分局申請核退醫療費用。全民健康保險全年住院部分負擔超過法定上限核退申請書可直接到附近的健保局分局索取或從網路上下載，網址：[/就醫權益/民眾就醫需知/J 自墊醫療費用核退](#)。

## 健保為提升住院病人醫療品質，將推動住院護理照護品質方案

全民健康保險醫療費用支付標準有關住院病人之「護理費」給付，歷年隨著病房費之調增而調高，97 年 9 月亦配合藥價調整節餘款，調高一般病床及經濟病床之住院護理費，推估全年約增加 5 億多點費用。

醫療機構在經營壓力及醫師不足情形下，護理人員擔任大部分的住院病人照護工作，護理人力如受到壓縮，每位護理人員照護病人數將增加，進而影響住院病患之護理照護品質，使病人安全受到威脅。

根據美國醫療機構評鑑聯合會(JCAHO)資料庫中之警訊事件發生因素之分析，護理人員配置過少、職前訓練不足、護理人員技能評估不足及溝通中斷，是護理人員發生嚴重錯誤或不良反應的 4 個主要因素，而嚴重錯誤或不良反應包括跌倒、給藥或輸液錯誤、治療延遲及手術中、後合併症。

為鼓勵醫療院所增加護理人力，預防感染及意外等醫療疏失發生，提升住院病人醫療照護品質，健保局經提報全民健康保險醫療費用協定委員會議協商議定，98 年醫院醫療費用總額專款專用項目已編列 8.325 億元，作為提升住院護理醫療照護品質之預算，原則上將以現在護理人力與病床數為基礎，對於護理人員/病床比愈高之院所給予提高支付。

## 增加健保給付血管支架的支數

爲因應新醫療科技的進步且妥善運用健保資源，健保局實施血管支架的市場價格調查，調查後調降給付價格所節省之費用回歸給保險對象，自 98 年 1 月 1 日起，將原先一年給付上限爲 3 支血管支架增加至 4 支。

以往，每一病人每年給付血管支架上限爲 3 支，超過部分須由病人自行負擔，自 98 年 1 月 1 日起增加爲 4 支，估計約有 12% 的病人(1850 人)免再自費負擔第 4 支血管支架之費用。另爲更符合臨床使用需求，健保局也正徵詢相關醫療專家的意見，檢討放寬血管支架之給付規定，如此確實可減輕民眾的經濟負擔。

## 健保局溫馨提醒：春節返國民眾請記得辦理復保、停保

農曆春節將近，許多海外親友、遊子利用放假期間返台省親，健保局提醒，如果民眾當初出國時已依健保法規定辦理出國停保手續者，返國期間不論期間長短，請記得要辦理復保手續，以免日後被追繳健保費用。

全民健康保險是強制性保險，具投保資格的民眾，均應持續投保。如有預定出國 6 個月以上情形，可以自行選擇「繼續參加健保」或「辦理停保」，如選擇停保，暫停繳納保險費時，記得要向所屬投保單位申請停保，不能事後補辦。

### 一、春節期間返國復保民眾，可以郵寄申請表件辦理

對於春節期間返台省親要辦理復保和停保的民眾，由於假日不上班，民眾可於健保局網站

(<http://www.nhi.gov.tw>) 下載停復保申請表填寫後，併同入出境資料及簽證、機票等證明文件影本，郵寄投保單位或單位所在地的健保局分局申請即可。

### 二、出國 6 個月以上，已辦理停保者，應自回國之日復保

健保局表示，已選擇辦理停保的民眾，必須出國有超過 6 個月事實，才合乎停保的規定，如果出國未滿 6 個月即返國，因不符規定，健保局將註銷停保註記，並追繳自停保日起的保險費。民眾於出國 6 個月停保後返國，不論停留期間長短，依規定須辦理復保並以返國日爲復保生效日。如再次出國仍然要選擇停保，請於出國前再提出申請。

### 三、持續投保，保障不中斷

出國是否要停保，是一種選擇權，如果沒有提出停保的申請，視同繼續投保繳費並享有保險給付。過去曾發生民眾辦了停保後，在國外發生不可預期傷病，結果因爲國外醫療費用高，產生醫療保障不足的情況。因此，健保局建議出國民眾選擇持續投保及繳費，則在有醫療需求時可隨時返國就醫；如果在國外發生不可預期的傷病或緊急分娩，有必須在當地醫療院所立即就醫的情況時，可以在就診或出院後 6 個月內檢附醫療費用收據正本、費用明細及診斷書、自墊醫療費用核退申請書，及當次出入境紀錄等資料，向投保單位所在地的健保局分局依緊急傷病自墊醫療費用核退辦法，申請核退醫療費用。

## 健保費繳納率提高至 98.44%，欠費人數並未增加

### 一、健保費繳納率及欠費情形

中央健康保險局表示，雖然當前景氣有待回升，但是國人仍關心健康權益，所以健保欠費人數並未明顯增加，97 年投保單位及被保險人健保費繳納率達 98.44%，較 96 年提高 0.1 個百分點，顯見國人對於健保制度有高度認同。但該局不諱言，仍有 1.56% 的民眾未按時繳納健保費，究其原因，除一部分民眾係因工作忙碌或一時疏忽忘了繳納外，亦有部分民眾因一時經濟困難無力繳納健保費。

## 二、民眾積欠健保費金額累計逾 7,500 元，才會移送行政執行

至媒體報導某行政執行處，健保欠費移送行政執行案件，平均每件金額僅 180 元一事，健保局表示，依相關規定民眾積欠健保費金額累計逾 7,500 元，才會移送行政執行，該報導與事實略有出入。

## 三、紓困貸款申貸件數與預算編列額度相關

健保局 97 年度紓困基金可供申貸額度原為 1.4 億元，行政院為因應油價調漲，於 97 年 5 月 27 日宣布實施「擴大照顧弱勢措施」，其中追加健保紓困基金貸款預算 3.81 億元，擴大弱勢民眾申請無息紓困貸款機會，致 97 年度提供申貸件數計 8,710 件，受協助人數約 3 萬 4,840 人，這些受協助者均是以往年度的健保欠費，而非本年度增加之欠費人數。

## 四、經濟弱勢民眾，健保費欠費協助措施

此外，健保局為協助經濟弱勢民眾繳納健保欠費，除有紓困基金貸款外，尚有分期攤繳保險費及轉介公益團體代繳保險費等協助措施。另內政部自 98 年 1 月 1 日起，將原補助中低收入戶 3 歲以下兒童健保費，擴大至 18 歲以下者皆納入補助範圍，以提升對弱勢家庭之照顧，減輕其負擔。

健保局呼籲，有健保費繳納困難者，請撥打免費服務電話 0800-030-598。

## 新生兒膽道閉鎖，早期診治，減少嬰兒死亡

一、健保局透過醫療院所申報之醫療費用資料統計，90 年至 96 年每年申報 2 歲以內嬰兒肝膽相關手術個案約為 54 至 98 例，其中約 6 至 7 成診斷為膽道閉鎖，膽道閉鎖是嬰兒最常見的致死性肝病。

二、目前國內對膽道閉鎖之早期發現早期治療方面，行政院衛生署國民健康局已推動「嬰兒大便卡融入全國新生兒黃疸篩檢推廣計畫」，將嬰兒大便卡放入兒童健康手冊，讓家長清楚辨識大便顏色並瞭解出現異常大便顏色之嚴重性，並期望透過大便卡的記錄，提高兒童健檢醫師之注意，使膽道閉鎖嬰兒之診治可以在出生後 60 天內完成，不但可減少嬰兒死亡，亦可節省社會醫療成本。

三、健保局統計 90 年至 96 年間，膽道閉鎖嬰兒自出生至被診斷為「膽道閉鎖」之平均日數，90 年為 56 天，而 96 年已減少為 46 天，97 年已減少至 35 天，整體而言，已有下降之趨勢。健保局提醒家長及兒童健檢醫師，善加利用兒童健康手冊中之嬰兒大便卡，以把握膽道閉鎖嬰兒之早期治療時機。

## 93 年起非本國籍人士健保 I C 卡已取消「外籍」字樣

針對某報今日報導外籍配偶使用的健保卡正面多印「外籍」字樣乙節，與事實略有出入，對此健保局說明如下：

一、本局健保 IC 卡 91 年間首次印製時，於非本國籍人士之健保 IC 卡正面加印「外籍」字樣，係為對未取得中華民國國籍身分之非本國籍人士，保障其在台之權益。

二、嗣本局考量本國籍與非本國籍人士享有相同之就醫權益，健保 IC 卡加印「外籍」字樣，恐有造成區隔族群之困擾，故本局於 93 年 2 月起即已取消於健保 IC 卡列印「外籍」字樣。

三、原非中華民國國籍人士如已取得中華民國國民身分證，因其身分已變更，需辦理換發健保 IC 卡，為符合使用者付費精神，是以換卡時需繳納工本費。

## 全民健康保險陪伴寶寶健康成長

親愛的家長您好：

全民健康保險是以全體國民為保險對象的健康保險制度，參加保險的每個人，只要按規定繳納保險費，遇有疾病、生產或發生意外傷害時，就可以由特約的醫院或診所提供您適當的醫療照顧。當您喜悅、迎接小小新生命來臨時，健保局台北分局提醒您~  
請記得幫小寶寶加入全民健康保險及申請健保 IC 卡，讓全民健康保險呵護您寶寶一生的健康！

### 一、投保資格

- 具有中華民國國籍，在臺灣地區辦理戶籍出生登記的新生兒，都要參加全民健康保險，並溯自出生之日起依附父或母加保。
- 在國外出生的新生兒持護照入境者不得參加健保，須於戶政單位完成初設戶籍登記，入戶籍滿 4 個月起或取得居留證滿 4 個月起，才能依附父或母參加全民健康保險。

### 二、如何辦理新生兒投保?

- 如果您目前的投保單位是政府機關、學校、公司行號或工、農、漁會：請向您的投保單位辦理新生兒投保手續。
- 如果您目前的投保單位是戶籍所在地鄉、鎮、市、區公所：請向公所申請辦理新生兒投保手續。

### 三、其他問題

- 新生兒之父母皆為學生且無職業係以眷屬身分加保，該新生兒可跨親等依附其祖父母加保，惟須檢附相關證明文件或填寫跨親等加保聲明書說明無法依附加保之理由。
- 新生兒出生後 1 個月內尚未完成加保前，得依附於母親(或父親)之健保 IC 卡內，依附順序以母親為優先，如母親未具健保身分者始依附於父親，期限為 1 個月。

### 四、申辦新生兒之健保 IC 卡：

請詳背面申辦健保 IC 卡之說明，更豐富、多元的健保主題專區服務及訊息就在健保局台北分局全球資訊網，歡迎多加利用。

敬祝 闔府健康 快樂!

中央健康保險局全球資訊網 <http://www.nhi.gov.tw>

健保局台北分局全球資訊網 <http://www.nhitb.gov.tw>

或電洽健保局台北分局電話服務中心：(02) 21912006

全 民 健 保 關 心 您