

| | |
|--|--|
| ※院務動態 | |
| 院務動態 宏恩綜合醫院鄰近停車場示意圖 | 潘豪麗 主任 總務室 |
| ※醫療新知 | |
| 睡眠和失眠 老與病（一） 由人文學談現代醫療模式 經痛 消化性潰瘍是家庭內相互傳染的感染病 中風摘要(上) | 孟憲傑 醫師 徐昭森 醫師 林鴻章 醫師 黃崇賢 醫師 譚健民 醫師 陳啓源 醫師 |
| ※衛教園地 | |
| 中秋節飲食 預防早產與安胎藥物介紹 氣胸 餵食小技巧 | 彭文欣 營養師 吳奕璋 藥師 凌嘉雯 副護理長 柯佩岑 語言治療師 |
| ※杏林花絮 | |
| 不靠呼吸器的感覺真好 「希望」與「晚安」 去六福村旅遊 鼓勵 | 馬千惠 副護理長 林郁宜 特教老師 Leo 佚名 |
| ※健保速訊 | |
| ※編者的話 | 鄭悅承 主任 |

1. 98年5月12日國際護士節，護理部舉辦優良護士選拔活動，經票選結果，最高票急診室護理長許瑞珊，於5月10日下午在公務人員訓練中心卓越廳台北市政府衛生局表揚大會中，接受台北市大家長郝龍斌市長頒發精緻琉璃獎牌乙座。
2. 院內優良護理人員分別是嬰兒室蔡瑜娟、門診高敏馥、加護病房吳琇琳、陳雪芹、六病房陳怡伶、苗鳳娟、手術室張佩鳳及三病房謝季容，院方也特別於五月份院務會議中頒發每人獎狀乙只，鼓勵肯定護理人員照護病人之努力與辛勞，以上優良護理人員之優美事蹟與照片於院內文化走廊上張貼公告，歡迎院內同仁共同欣賞並給予掌聲鼓勵。
3. 98年5月22日護理部邀請台中市中山醫學院附設醫院緩和醫療科主任周希誠副教授到院專題演講，介紹轟動社會之南投『一碗麵』家庭的溫馨感人故事新聞，看完報導影片，能深層觸及到每個人隱藏內心深處之感情世界，讓護理人員無不感動涕泗縱橫，課後深深體會學習到把握人生幸福美好四件事，每個人都要記得學會對你愛的人勇敢的說出，『謝謝你』、『我愛你』、『對不起』、『再見』，不要讓你的人生有所憾事，護理人員共有58名參加，場次爆滿，參加課程之每位護理人員都有不同之心悸動。
4. 本院一直努力扮演社區健康守護者之角色，近幾個月配合大安健康中心共同推動『星光列車』大力推廣女性子宮頸抹片送骨密測量活動，方便下班後之女性接受子宮頸抹片檢查，『六分鐘護一生』，以達預防勝於治療真正促進健康的目的，感謝本院婦產科黃崇賢醫師、勞安管理師蕭玉蓮、護理部許如蓉督導及衛教組護理同仁，全程參與該項活動。

5. 本院藥局也特別為女性朋友準備自費『子宮頸癌疫苗』，維護促進女性健康，歡迎有興趣之朋友可與本院藥局洽詢。
6. 98年7月份本院推動健康服務站，深入社區提供營養諮詢如何營造健康廚房、藥物諮詢、骨密測量等活動，若有興趣者可以向大安健康中心--專線電話27335831-230地段護士詢問服務之時間與地點。
7. 本院職工福利委員會於今年安排員工自強活動，時間是98年6月7日與6月21日分兩梯次舉辦，活動地點分別是六福村及大溪踏青，報名人數踴躍，四部遊覽車全部客滿，感謝員工熱情參與，本活動看到員工對醫院之凝聚力、向心力，更藉由該活動也看到員工身心健康，相信休息可以走更長遠的路，宏恩一定強宏恩會更好。
8. H1N1疫情出現，本院感染管制委員會--林煥博醫療總顧問召集緊急會議，討論擬定全院應變措施. 教育員工提高警覺，加強洗手監測，防護衣著裝訓練，規定動員每位員工及照顧服務員一定要參加教育訓練，真正達到防疫滴水不漏，共同維護全民健康。
9. 手部衛生運動已在醫院如火如荼的展開，年度計畫中預定舉辦各單位洗手標語比賽，於98年5月30日截稿，98年6月3日正式公開投票票選，本次活動也特別邀請當天大廳之醫院病友們共同參與，只要是病友們參與投票就可以獲得精美小禮物一份，最後於當日下午公佈投票結果，從開票結果特別看到病人與醫護人員著眼角度是有些許落差與不一，應驗我們凡事都要從病人角度去思考一些作為，最後謎底揭曉，第一名醫管室、第二名三病房、第三名加護病房、佳作為體檢一組、六病房，為激勵單位之用心，將於院務會議公開表揚頒發前三名800元500元300元之獎金及獎狀分別獎勵之。

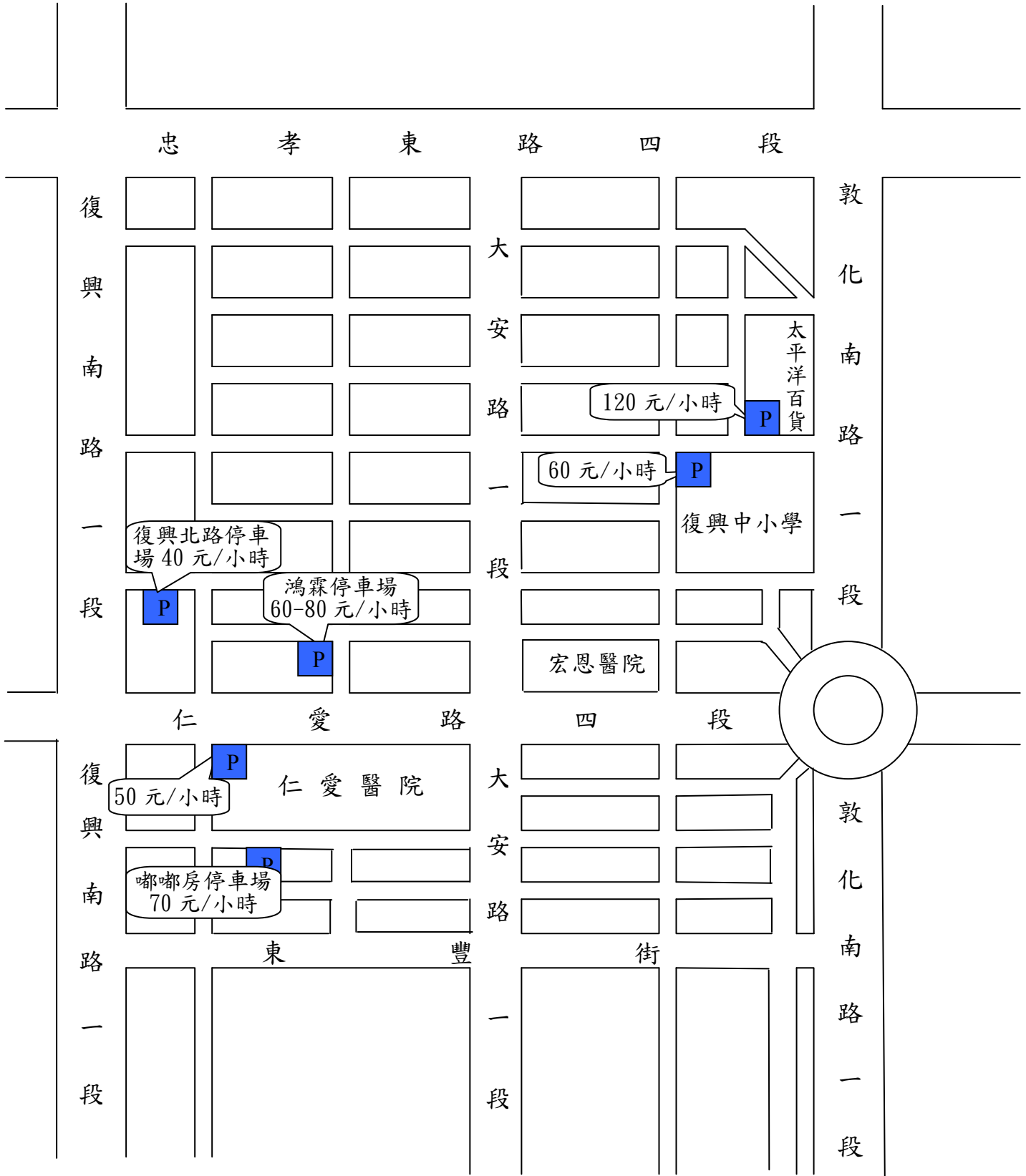
10. 性侵害與家暴社會事件層出不窮，醫教會於 98 年 6 月 8 日特別邀請台北市政府警察局女警隊到院專題演講-『性侵害防治及生活危機管理』，希望在兩性平權下讓女性員工特別學習保護自己，課程中女警們也親身示範指導員工學習初步擒拿小撇步，讓女性朋友都能懂得自我保護。更期盼院方每年都能安排相關課程，讓女性員工能夠成長茁壯。
11. 護理部於 98 年 6 月 2 日 3 日舉辦 ACLS 教育訓練成果驗收，除了筆試外也加入 Meg-code 之臨床實務考試，護理人員面對每年一次之 ACLS 考試無不認真以對，期待有一豐碩之訓練成績，當面對病人真正緊急變化時能臨危不亂、處變不驚之緊急救命之成效。
12. 98 年病人安全教育訓練於 98 年 6 月 10 及 17 日舉辦課程 1 小時，主題是病人權利與異常事件之通報，藉由全院性之教育訓練，讓全院員工對病人權利與病人安全目標有正確之認知，以營造醫院重視病人安全文化環境，生活化、工作化之課題淺淺道出，希望大家共襄盛舉，更期待對工作上真正有所助益。
13. 預防跌倒是病人安全八大目標之一，當下雨天時雨水容易藉由進出人員帶入醫院地面，容易造成地面濕滑，感謝宏銘林季儒主任特別叮嚀安排宏銘伙伴們下雨天加強巡視，也希望全院員工隨時保持地面乾燥，共同維護提供病人安全之環境。
13. 一年一度衛生局督導考核業務將於 98 年 7 月 7 日下午 3 時 30 分於本院實際訪查，各業管單位人員平時就已全力以赴，希望能達到衛生局之期待目標與獲得肯定。

宏恩綜合醫院鄰近停車場示意圖

各位病友您好：

本院因無設置供民眾來院停車場，為提供本院附近停車場訊息，製成此圖表供民眾參考。

總務室 敬上



睡眠和失眠

孟憲傑 醫師

睡眠是每日例行的事，但它的生理機轉，似乎仍在混沌未開，不能完全掌握的階段。

失眠的原因，更是錯綜複雜，撲朔迷離。探討其梗概，就勢所必須了。

以世人通俗的慣例而言，一天廿四小時，如果以三八制分配，八小時工作，八小時休閒、進修，八小時睡眠。人生旅行中，約三分之一的歲月，耗費在睡眠中，因此有人論述，穿衣要適度適時，飲食不能急就章，要重視營養，清潔衛生。同樣的睡覺也不能馬虎從事，既要冷暖適當，也要舒服安逸。睡眠可恢復疲勞的身軀，可鬆弛緊張的神經，恢復神經系統、內分泌系統，得有充分的時間，發揮協調作用（Coordination）。充足而適當的睡眠，養精蓄銳，精神煥發，準備翌日披掛上陣，為學習、為工作衝刺打拚。失眠或睡眠不足，會使你精神萎靡、體力不支，對學習對工作，都將出現厭倦無力感，進而導致對人生的消沉、悲觀、頹喪。人身若沒有協調作用，體內所有措施都會失常，睡眠亦復如是。神經系統和內分泌系統是控制協調作用的最大功臣。張群先生在其不老歌中說：

起得早，睡得好，七分飽，常常跑，

多笑笑，莫煩惱，天天忙，永不老。

足見睡眠的重要。

莎士比亞說：健康的身體，是靈感與智慧的泉源，而充足睡眠，又是健康不可或缺的一環。

充足的睡眠，可增加免疫力，這也是公認的事實。

失眠會影響我們的健康，因為睡眠不足，翌日的工作效力將會大打折扣，對社會、對經濟都會發生直接和間接的影響。因為失眠，精神不能集中，車禍發生的比率也會增高，據說百分之七的車禍，是因睡眠不足所造成。失眠並不是個微不足道的小毛病，在美國約有百分之十的人民，受此困擾。

人類除了食物之外，充足的睡眠，也是不可或缺的，和呼吸空氣有同等的重要。睡眠是生存的必須要素，也是生而賦有的權利。像嬰兒吃飽了睡，睡醒了吃，這是一個很自然的現象。

1. 良好的睡眠品質，須具備下述三個條件：

- A. 可自然進入睡眠狀態，不需特殊外力誘導。
- B. 整個夜晚，都能在沉睡狀態下。
- C. 在正常時間睡醒，醒後神清氣爽，體力恢復。

2. 睡眠不足的幾個象徵

- A. 睡眠前感受疲倦。
- B. 工作時有睡意，但可勉強支持。
- C. 讀書時，看電視時，開會時，有昏昏欲睡感。
- D. 晚飯後，有倦怠睡意感。

3. 睡眠的品質：

習慣上說“休息是為走更長遠的路”，睡眠固是休息的一種，但睡眠遠比單純的休息重要，因為它可重新恢復我們的體力和振作我們的精神。睡眠不僅要注意其量(Quantity)（睡眠時間的長短），還要注意其質(Quality)，如睡眠的狀態、環境的安靜、床鋪的舒適、枕頭的高低和軟硬度、呼吸要穩定、對外界的刺激有相當程度的敏感度等。睡眠中常有若干不自主的活動，如抓癢、如翻身等，都是自然的現象。

4. 睡眠障礙

睡眠障礙除失眠(Insomnia)，還有睡眠過長(Hypersomnia)，和遲鈍性睡眠(Parasomnia)。當然其中以失眠，最為困擾生活。偶而個案失眠情況的發生，可因下列狀況而釀成：如午睡太長、飯後小睡、精神不安、體力透支過度、飲食咖啡過量甚或酗酒等。有時吸煙太多，也會造成失眠。年紀愈大，睡眠需要時間愈短，這是自然現象。此外，精神狀況失常：如鬱悶(Depression)、狂熱症(Mania)更係長期失眠之主因，應由專業醫師對症下藥。

5. 睡眠與卡路里(Calories)的消耗：

八年對日抗戰中（民國二十六年至民國三十四年）因為海港被日軍佔領，進口貨受阻，加上內地工業落後，物質缺乏，人民普遍營養不良。當時有句口頭禪：“吃不飽，但要睡的好”，於今稍加揣摩，頗感甚有道理。因為睡眠時，肌肉鬆弛，各器官普遍呈現半靜止狀態，所以睡眠可減少熱量(Calories)的消耗，睡眠狀態熱量的消耗可減少百分之二十，科學家們進一步發現，睡眠中的夢境可恢復腦力，

足見睡夢(DREAM)之重要。因此睡眠等於汽車進廠維護保養，使之調適各部門，迎接第二天的挑戰。

6. 什麼是睡眠

很難給予睡眠確切的規範。科學家們也感棘手。人們何以需要睡眠，就如同植物一樣，何以能開花結果，需要土壤和陽光。人類之能活著，也需要食物和睡眠，如出一轍，這祇說事出必然，卻不能道出其所以然。

7. 睡眠的時間

人與人間睡眠的時間，互有差異，當然也與睡眠的次數有關。有些地區的人，視午睡為必須，如地中海人和大部分的中國人，但在美國視午睡為浪費及懶惰，沒有天下一統的習慣，視歷史沿革和風俗使然。

睡眠時間長短，與年齡的長幼，也有很大的軒輊。

新生兒睡眠的時間：至少十八小時以上。

三至四歲：十二小時左右。

十八歲後，步入成年：八小時足夠矣。

年齡愈長，活動範圍程度小，新陳代謝緩，睡眠需要的時間愈短。

8. 影響睡眠的因素

睡眠固是天賦的權利，也是人生旅途中不可缺少的一環，但很多外在和內在的因素，可困擾我們睡眠的品質，如體力方面(Physical Condition)，過度勞累或身體某部疼痛，搔癢等等。如情緒方面(Emotional or Environment Factor)，公司機構裁員，失業的打擊；經濟壓力的思考；情愛失衡挫敗，夫妻庇離等困擾。此外還有一種先天性的失眠(Idiopathic Insomnia)等等。當你面對臨該類問題求診時，由於部分醫師業務繁忙，很少醫師肯花費太多的時間做深入的研究和探詢，求診於專業醫師就勢所必須了。

9. 睡眠的階段(Sleep cycle)

Kleitman 大師的高足 Dement 先生說，按睡眠程度的深淺，經臨床的觀察和腦電波的(EEG)描繪，把睡眠規劃成五個階段(Stage)：

- A. 半睡狀或稱假寐(Drowsiness)在睡眠中，約佔 25% 。
- B. 微睡(Light Sleep)，約佔 25% 。
- C. 沉睡或稱深睡(Deep Sleep)，佔 25% (可細分為兩個階段)。
- D. 夢睡(Dream Sleep)或稱 REM(Rapid Eye Movement)。

夢睡也稱動眼睡(REM)，在此型式的睡眠中，雖仍然沉睡如故，但其眼球卻不停的在迅速活動。

10. 睡眠機轉一知半解的探索：

第一次世界大戰前後(1914-1928)時，有一種昏睡病流行(Encephalitis Lethargic)，俗稱嗜睡病(Sleeping Sickness)，較之今日的 SARS 簡直不可同日而語，死亡人數達佰萬人以上，不知其底細也無善策應對，很類同今日 SARS 的模式。失與得常是一體兩面，因為昏睡病的猖獗，引起科學家們鍥而不捨的研究，接受挑戰的結果，終究發現了很多蛛絲馬跡的現象，昏睡病與腦子的關係。因此廿世紀對腦部的功能和認識就有了長足的進步。

1929 年德國精神病學家 Hans Berger 發明腦電波(EEG)，1950 年美國精神心理學家 Nathaniel Kleitman 和他的學生 Eugene Hserinshy 利用腦電波探測出睡眠中腦部的波動，且進而瞭解了眼在睡眠前後的活動。科學就像流水一樣，一波連一波前進，點點滴滴所獲致的結果。

睡眠機轉，目前似乎仍在萌芽階段，生理大師們雖仍在殫精竭慮的工作研發，但很多盲點，仍須繼續不斷的做些解套工作。大家普遍認為睡眠是被睡眠中樞所控制，而該控制中樞，經過 Arthur & Guyton 的研究，該睡眠中樞應在橋腦以下的位置(Midpons)。在長期不睡眠的狀態下，身體內，可能產生一種物質，刺激睡眠中樞，而產生睡眠狀態。我們雖然不能完全洞察睡眠的清楚機轉，但我們可以確定睡眠，對我們人生是不可或缺的。就像電腦一樣，如果長期使用，不給予充足的時間休息，遲早會有當機的可能，所謂歸零(Rezeroing)。人腦亦如是。吾人可以認同，睡眠最主要的功能是恢復生理和內分泌的自然平衡。

11. 促進睡眠的小動作

動作雖小，但可能會產生意外的效果。

- A. 午睡時間儘量減少，或不睡。
- B. 晚飯後避免小睡。

- C. 睡前儘量減少運動。
- D. 睡前少吸菸，避免喝酒。
- E. 少喝或不喝含咖啡因的飲料。
- F. 熱水浴和按摩，均可促進睡眠。最近台大所推動的用熱水洗滌足部似有異曲同工之妙。
- G. 重視被褥的舒適性。
- H. 枕頭高低、軟硬度不能忽視。
- I. 室溫維持攝氏二十度左右，溼度也要注意。
- J. 非特別需要，盡量少用安靜劑。
- K. 睡前聽些柔和輕鬆的音樂，也能促進睡眠。
- L. 如果煩惱事，揮之不去，索興起床，做些其他的事情，期望淡釋或忘掉不愉快的煩惱。

12. 孩童的睡眠

孩子們睡眠需要較長的時間，是盡人皆知的事情。一般而論，是夜間較長，白晝較短，新生兒約需 18 小時，隨著歲月的增長，而逐漸縮短。

從嬰兒時期，父母就應培養其睡眠的習慣，不要抱著睡，也不要再觀看電視中，哄其入睡。說夢話、夜驚夢魘和磨牙，常係兒童發育過程中，不可避免的事端，無須張皇失措，或責備兒童，假以時日，多半都能不治而癒。

尿床(Enuresis)，常給父母帶來很大的困擾，男孩較多於女孩，泰半都因年齡漸長，不藥而癒。但十二歲以後，如仍頻頻發生，就要延醫求治了，有則因解剖障礙，有則因神經生理失常，或有心理方面的問題等等。良好的睡眠，可使生長激素，盡情發揮功能，維持良好的發育。

13. 催眠劑的選擇

巴比妥製劑(Barbitural)為廿世紀及時提供安眠作用，但成癮性高，安全性低，逐漸被人所屏棄，其中還包括有 Phenobarbital(Luminal)。其後 BENZODIAZEPINE (類抗焦慮藥)及 ZOPRCLONE 相繼問世，則減少了巴比妥類製劑不為人們所接受的副作用。在我們經常使用的藥品中，屬於此類的藥品，包括有 Ativan, Valium, Rohypnol, Eurodin 等。一般而論，上述安靜劑，催眠藥，如用量小，非經常服用，應屬安全。但對老年人及呼吸有障礙者，使用時應特別謹慎，因對呼吸中樞有抑制作用。如酒後服用，則更增加其危險度。已因服用安眠藥成癮者，如驟然停止，不祇失眠狀態更形惡化，且終日神志不安、精神恍惚。

14. 結論

睡眠是健康不可或缺的一環，應養成良好的睡眠習慣，充足的睡眠，是延年益壽的鑰匙。

失眠是錯綜複雜，多方面因素匯集而成的結果，當以抽絲剝繭的精神，努力以赴，找出原因的所在，做適當治療的措施。

安靜催眠劑，固可收到短暫的效果，但容易養成習慣性，用前應審慎考慮。

到目前為止，睡眠這門科學，仍處在一個萌芽的階段，有待科學家們，繼續開發與拓展。

對失眠的治療，不能奢望於有魔術樣的效果，應鍥而不捨追求最佳的治療途徑，不達目的，誓不甘休。

一次喜宴，與多年前教我的老師同席，無意間我說我已進入老人的行列了，老師說：考你三個題目，答對了才算老人，我說請老師命題，老師說第一在電視前就睡著了，趕快上床結果大半夜失眠。第二：昨天的事今天忘光光，但上中小的事情清清楚楚。第三：高興時放聲大笑不自覺的流下淚水，但極度傷心卻流不出淚來，當時我只能答對第一題，是個不及格的老人。

其實老與不老是無法定義的，應該以個人的心理狀況與生理條件做衡量，昔云「人生七十古來稀」，時至今日國人的平均壽命約為七十一至七十七歲，如依生物研究，人的壽命應在一百三十多歲以上，但聯合國世界衛生組織卻將老人的年齡定在六十五歲以上，未來的歲月由於科學的進步，一定會向上調整。

人為什麼會老化呢？雖無定論但說法不少，其一認為是出生之後各系統器官使用不息，自然磨損消耗，逐漸退化而喪失其功能，達到一限度衰老漸現，可以說是一種自然的生物原則。其二，另一派學者認為衰老是一種慢性中毒，在生存的過程中為了維持生長與代謝，必須不斷呼吸飲水與進食，這些原料不論如何處理，總會含有多多少少對人體有毒性的物質，長期下去影響各種器官漸趨老化，進入病態。其三，學者研究的結論認為人類所以老化是長期慢性微生物的感染，尤其可能是病毒的長期儲留體內，自身或醫學檢查都不能發現及治療也使人逐漸老化。

每個人的老化呈現不同的情況，早期出現的多是老花眼或牙齒病症、骨質疏鬆，既造成的彎腰駝背，或關節退化性的病變，步伐不穩乃至易於跌跤，心肺功能衰退以快步或上坡氣喘，記憶明顯日差，胃口大不如前，頻尿與便秘更為常見，以上可有可無的病情，帶給老人許多煩惱，再加上腦細胞的減少，即可使老人的心性偏執進而行為異常，這些老態距離常見的老人病尚有一步之遙。以下我將介紹一些內科部分常見的老人病。

老人病首推高血壓，血壓是血液往左心室沖出後進入血管，其流經單位面積血管壁所承受的側壓。故測定的部位與心臟的距離不同壓力大小不一，男女性別、年齡差別、種族不同、溫度高低都會影響血壓的測定。目前一般的醫學界多以收縮壓不超過 140，舒張壓不超過 90 為高血壓的臨界點。高血壓的病人大約在四十多歲就暗自患有了，其自然病史約二十年，前十五年出血壓變高外並無症狀，如無適當的治療最後五年多出現併發症，很快導致死亡或殘廢。

高血壓的併發症是長期血壓過高及老年動脈硬化的結果，最易發生的如眼底出血、心臟擴大、缺血性的心臟病、心絞疼、心肌梗塞。由於大動脈粥樣化，高血壓的患者易發剝離性大動脈瘤、或有高血壓性的腎功能不全，但可怕的應屬腦循環不全、腦血管栓塞、腦內出血，均可造成死亡或殘廢，如果合併有糖尿病或呼吸及消化系統的慢性病，其結果更加重其治療上的困難度。

如此可怕的老人慢性病，並非使我們束手無策，對抗高血壓貴為早期發現。年過 30 就應接受全身體檢，小有異常發現即刻求醫，認真接受醫生的治療，嚴格遵照醫囑改善飲食的習慣及有計畫的長期運動，遠離菸酒減輕生活中的緊張。這些老調似乎多說，但有幾位老人能夠身體力行呢？（待續）

由人文學談現代醫療模式

林鴻章 院長

人文學 (the humanities) 是一個學科群，在醫學院的前期課程當中，各國語文學、醫學史、哲學、修辭學、及藝術等都屬於人文學之範圍。透過這些學習與了解可以使學生成為”附有人文意義”的人。當然作為一個醫生對於人文方面的追求與學習是終身的，而且隨時都可以體驗的。

人自出生以來就必須面臨各項的挑戰，也在各種不同的情境下成長，因此外界的各種刺激因素由家庭、社會、生活環境等都會對個人造成影響力。在這個過程中要細心感受到自己內心的聲音，逐漸能自在地經營自己的生活。這就是醫師除了專業素養以外更重要的”人文素養”。能夠主動透過文、史、哲、藝術等領域的學習就能擴大知識面，開拓視野，發展品格能力，激發創新意識，發揮內在潛力，塑造完美人格。

所以”人文素養”是醫師的基本修持與生活技能。前人偉大創作不管是文、史、哲、藝術等各方面的表現，都是人類在心智、藝術上逐漸累積起來的成就。要透過學習技巧來探究自己和世界之真理，也同時要學習在生活中展現獨立和人格。重要的是要具有相當的藝術氣息，願意花時間去體驗美的事物，能夠感受美的喜悅。適時表達關愛、寬容、體恤、仁慈、熱情，也就是一個自己決定的生活態度。

我們知道，現在的醫療是不斷的在演變的。目前全世界的健康維護已經由”醫療主導”的單一體系演變成為”醫療保健、預防醫學、健康促進”的綜合體系。它不光是依靠醫師個人由各自專長、觀點、技術來提供醫療能力，而逐漸轉變為主動參與性的疾病預防與健康促進機制。現代醫學已把眼光注意到影響健康與疾病的因素，例如：社會文化、自然環境、科技影響、心理情緒和生活習慣等因素。

總而言之，配合現代醫療的演變，人文學和人文體驗學習是非常必要的。也只有發掘來自內心真正人格之培養才能適應逐漸變化的現代醫療模式，不但服務品質提升也能豐富自己的人生，陶冶健康的心性。

經痛(Dysmenorrhea)

婦產科 黃崇賢醫師

一般女性最常見的疾病乃是“白帶”及“經痛”。其中經痛對女性而言，相當困擾及痛苦。婦科臨床上，經痛可分類為 1.原發性，2.次發性兩種。前者不具有骨盆腔病理疾病，而後者有之。其發生率通常介於 50%~90%不等；而其中重度、中度、輕度則各占 1/3，依定義來說，乃是指月經時下腹部的疼痛、痙攣；有時合併腹瀉、腹漲、噁心、嘔吐、頭痛，下背酸痛……等等。

原發性經痛，幾乎都發生在有排卵週期的女性，其不舒服都較發生在月經來之前或之後數小時；下腹部的痛感有時會反射到大腿、背部。而次發性的原因，最多乃是子宮內膜異位症或子宮肌瘤、IUD（避孕器）、骨盆腔炎，粘連。

目前醫學界所了解，可能部份和飲食有關；如：高脂肪、高熱量（肉類），而使子宮內膜產生變化，而此化學物質當月經來時衍生各種攝副腺素及 Leukotrienes，而造成強烈的子宮收縮，及腸胃道平滑肌的痙攣以致於：噁心、嘔吐。當然也包括了心理因素（壓力、緊張、人倦怠……），而續發性通常是新生血管充血及壓迫痛覺神經所造成的。臨床上以超音波的鑑別診斷為最簡單、快速，無傷害性。

目前婦科醫生在臨床上的治療方法以藥物為主：1.最常用的是 NSAIDs 的藥物，乃是抑制其製造“前列腺素合成”的作用，如：Mefenamic acid(PONSTAN),KETOPROFEN,IBUPROFEN,NOPROXEN 等，（也有新型 COX-2 inhibitor）。2.荷爾蒙的製劑：可降低女性荷爾蒙，也減少攝副腺素(PG)及 Leukotrienes 的產生。如口服避孕丸、高劑量的黃體素、長效黃體素(Depo provera)或如蜜蕊娜的避孕器(IUD)：慢性放出黃體素；長效的 GNRH(降低 FSH、LH)但有停經現象，臨床上使用上較為繁雜、花費也多。3.外科手術，針灸……，但原則 95%以上的原發性經痛仍以止痛劑藥物治療為主。

對於經痛的病人，婦科醫生常碰見，最重要的主要治療乃在於教育病人注意事項，勿抽煙、喝酒、刺激性的食物少吃，及吃藥的方法（如何吃、在何時吃）。那麼女性朋友對於經痛才不會再有恐懼感。

消化性潰瘍是家庭內相互傳染的感染病

~胃幽門螺旋桿菌導致胃癌前期病變因子的認知

胃腸肝膽科 譚健民醫師

前言

一九八二年春天，澳洲皇家伯斯醫院病理科醫師羅賓·華倫（Robin Warren）以及一位三十歲內科住院醫師巴里·馬歇爾（Barry J Marshall），偶然發現胃黏膜滋生一種「螺旋狀桿菌」，而「胃幽門螺旋感染」是唯一能夠存活於高酸環境胃黏膜上的細菌，其所分泌的酵素能夠導致胃及十二指腸黏膜傷害，而造成不等程度的傷害。

馬歇爾醫師甚至在一九八四年六月一日親自大量吞食含有這類螺旋狀桿菌的湯汁；在經過不到三天後，出現嚴重上腹痛、噁心以及嘔吐甚至食慾不振。經過多次胃鏡檢查發現其胃黏膜出現發炎與糜爛的病變。而經過往後多年的研究探討及藥物實驗證明，這種「胃幽門螺旋桿菌」（*Helicobacter pylori*, HP），竟然是導致慢性胃炎、胃潰瘍、十二指腸潰瘍的元凶，甚至胃癌罹患者亦有感染此種桿菌的病史。

爾後世界各地醫學研究中心對胃幽門螺旋桿菌的研究迅速發展開來，並確認「胃幽門螺旋桿菌」的感染是導致消化性潰瘍以及慢性胃炎的主要元兇之一，甚至對胃癌衍生也存有密切因果關係，而顛覆先前認為消化性潰瘍是由於胃酸過多、壓力過大以及不良生活習慣與嗜好所致的普遍觀念，Warren 與 Marshall 也眾望所歸的共同榮獲 2005 年諾貝爾獎醫學獎。

胃幽門螺旋桿菌的流行病探討

根據流行病學的探討，在台灣地區居住的健康人口群中的「胃幽門螺旋桿菌」感染人口數，亦高達一千多萬人左右，而這些受感染的人口群也是罹患「胃腺癌」的高危險群。由此可知，「胃幽門螺旋桿菌」的感染將會造成台灣地區中國人最主要的健康問題。因此，對於「胃幽門螺旋桿菌」的滅菌根除治療是當前公共衛生最大的挑戰與課題。

在臨床上，根據流行病學的研究，亦得知十二指腸潰瘍罹患者的「胃幽門螺旋桿菌」感染率竟高達 90-100%，胃潰瘍罹患者高達 70-90%，胃炎罹患者也達 70-90%，胃癌罹患者則高達 50-60%。在臨床上，可以給予特定抗生素滅菌根除療法，並使得消化性潰瘍復發率由 75% 降至 5%。

胃幽門螺旋桿菌的偵測檢驗方法

在臨床上，「胃幽門螺旋桿菌」的檢測方法主要有下述五種：

一、細菌培養(Bacterial Culture)

可經由內視鏡檢查時採取胃黏膜檢體進行分離、接種、培養，如發現胃幽門螺旋桿菌的增殖，則可確認有「胃幽門螺旋桿菌」感染的存在，雖然細菌培養是檢測胃幽門螺旋桿菌的最特異性方法，但由於細菌培養本身技術步驟程式較為繁複，所費時間也較長，雖然特異性最高，但檢測陽性率並不高，再加上所需費用較高，故在臨床上較為少用，僅應用於臨床實驗上。

二、快速尿素酶試驗 (Clo test)

胃幽門螺旋桿菌本身即含有豐富尿素酶，而尿素酶可以分解「尿素」生成「氨」以及「二氧化碳」，而「氨」本身屬於鹼性化合物，可使反應液的 pH（酸鹼值）值升高，若反應液中含有酚紅作為指示劑，則反應液由原來的淺黃色變為粉紅色，這就是尿素酶試驗的原理。首先，經由內視鏡檢查時採取胃黏膜檢體，放入含有尿素以及酚紅的試劑中，觀察試劑顏色如變紅，則為陽性，紅色出現越快、越深，就表示胃黏膜內存有胃幽門螺旋桿菌越多。尿素酶試驗的敏感度以及特異性均較高，由於操作簡便，所需費用低，是目前臨床常用的檢測方法。

三、病理組織學檢查(Tissue Pathology)

在胃內視鏡檢查之下，採取黏膜切片後經特殊染色，在顯微鏡下是否能尋找到特異的胃幽門螺旋桿菌，即可確診有無胃幽門螺旋桿菌的感染存在。組織切片染色方法是一種較為可靠的方法，也是臨床常用確診的方法之一。

四、同位素尿素呼氣試驗 (^{13}C -urea breath test, ^{13}C -UBT)

基本上，是使用同位素標記尿素，口服後測定呼氣中標記的二氧化碳量，間接反映尿素酶的含量，屬非侵襲性胃幽門螺旋桿菌檢查方法。根據標記物的不同，可分為 ^{13}C 尿素呼氣試驗及 ^{14}C 尿素呼氣試驗。該試驗原理是若胃內有胃幽門螺旋桿菌的存在時，口服含有同位素標記尿素的溶液，而在尿素酶作用下可分解為有標記的二氧化碳以及氨，並經胃腸道吸收後隨呼吸排出，收集呼出氣體，用液體閃爍計數器或用氣體核素質譜儀檢測標記的二氧化碳，即可計算有標記的二氧化碳量，其靈敏度極高；如無胃幽門螺旋桿菌感染，則無同位素標記二氧化碳呼出，即呼吸試驗為陰性；如陽性則表示有胃幽門螺旋桿菌感染。基本上，同位素標記尿素呼氣試驗，具有可靠、安全、無痛苦優點，特別適於大規模流行病學的研究探討調查。目前在臨床上所採用的尿素呼氣試驗是 ^{13}C 尿素呼氣試驗，尤其可做為胃幽門螺旋桿菌感染根除治療後，細菌本身被根除與否的首選偵測試驗方法（在接受完整治療後一個月再檢測）。

五、血清抗胃幽門螺旋桿菌抗體測定 (Anti-Hp)

個體在感染胃幽門螺旋桿菌後，在體內會發生免疫反應，並產生抗胃幽門螺旋桿菌抗體，而抽取個體血清檢查即能測出抗胃幽門螺旋桿菌抗體。由於胃幽門螺旋桿菌抗體的測定優點是簡便、快速、價廉以及無侵襲性；但血清抗體陽性反應並不表示體內就一定正存有胃幽門螺旋桿菌的感染現況，因慢性細菌感染所誘導的抗原-抗體反應時間較長，即胃幽門螺旋桿菌雖已被根除，但血清胃幽門螺旋桿菌抗體消失需要一段時間。根據臨床經歷，有效治療胃幽門螺旋桿菌 6-8 個星期後，血清胃幽門螺旋桿菌抗體滴定度會開始下降，而在根除胃幽門螺旋桿菌 3-6 個月甚至一年後，血清抗體滴定度才會呈現明顯下降；因此，血清抗胃幽門螺旋桿菌抗體測定 (Anti-Hp) 的缺點是不能鑒別診斷過去感染或是正在感染的個體。目前來說，血清抗胃幽門螺旋桿菌抗體的測定大多用於胃幽門螺旋桿菌感染的流行病學大規模調查。

由以上得知，前三種方法需要採取胃黏膜活檢，故屬侵襲性診斷方法，而後二種屬非侵襲性方法。由於「快速尿素酶試驗」以及「同位素尿素呼氣試驗」的敏感性及特異性均較高，相對的其準確性也較高，較為受到絕大多數的胃腸專科醫師的推薦及採用。

胃幽門螺旋桿菌的傳播途徑

關於胃幽門螺旋桿菌的傳播途徑，目前研究認為人類是唯一傳染源，人與人之間傳播是唯一傳播途徑，可能經由為「糞-口途徑」，或「口-口途徑」傳播。由最近幾年來的研究，亦指出家庭成員間的

親密接觸，也會造成胃幽門螺旋桿菌的傳播，由此證明胃幽門螺旋桿菌感染確存有家庭聚集的現象。因此，若民眾自身是一個胃幽門螺旋桿菌被感染者，除了要極積接受抗生素治療之外；同時也應關心您周遭親友（尤其是同居及同桌共食十年以上者）的健康，並建議其接受胃幽門螺旋桿菌的篩檢，以確實做好預防保健的工作。

事實上，消化性潰瘍與胃幽門螺旋桿菌感染有密切關係，以往有「無胃酸，無潰瘍」的理論，或許處於現代文明社會中亦要強調「無胃幽門螺旋桿菌，無潰瘍」的說法。總之，認為「消化性潰瘍」是一種「傳染病」也不為過的。

胃幽門螺旋桿菌的抗生素根除治療

由於「胃幽門螺旋桿菌」是一種細菌，因此要消除「胃幽門螺旋桿菌」就必須使用「抗生素」。經過實務的臨床經歷以及臨床藥物試驗，全球各地醫學中心對於「胃幽門螺旋桿菌」的抗生素治療方法雖然莫衷一是，但大家都有一致性的共識，就是要使得消化性潰瘍罹患率或復發率減少，則「胃幽門螺旋桿菌」的根除扮演著其中很重要的角色。

雖然有些學者強調使用某些特異性的制酸藥物，再加上抗生素的使用，可以使得「胃幽門螺旋桿菌」在很短的時間內（甚至一個星期內）達到滅菌根除的目的，但在長期的臨床追蹤中，這些藥物的完全根菌率卻不相上下。此外，長期的抗生素使用又會使個體產生抗藥性。因此，「胃幽門螺旋桿菌」的抗生素使用，最好不要超過兩個星期。

在臨床上，最常被使用的抗生素及抗原蟲藥物包括有 Amoxicillin、Flagyl、Tetracycline 或 Clarithromycin，而其中最常出現的副作用有過敏、噁心、腹脹、腹瀉（解軟便）、食慾不振、上腹部不適、全身倦怠、舌苔增加甚至出現金屬味，但這些副作用都是暫時性的，一旦藥物停止後，這些不良反應都會立即消失。

事實上，「胃幽門螺旋桿菌」的發現對於消化性潰瘍的治療確是一大突破，而臨床醫學家也已在積極地研究探討一種可以完全預防「胃幽門螺旋桿菌」感染的方法；其中有人正積極研究發展「胃幽門螺旋桿菌」的疫苗，希望經由疫苗的注射，能夠使個體產生主動性的免疫能力，並由此來減少「胃幽門螺旋桿菌」的感染率或帶原率，使得消化性疾病或胃癌得以減少或消失。

結語

因此，在消化性潰瘍的長期治療中，若個體無法得到「痊癒」或「緩解」時，不妨提醒您的主治醫師，是否需要考慮「胃幽門螺旋桿菌」感染的可能性及其必要抗生素的治療，以期希望能對症下藥，早日治癒由此種細菌所導致消化性潰瘍的煎熬。

此外，更何況胃幽門螺旋桿菌感染亦已於 1993 年被世界衛生組織歸列為導致胃癌的第一類致癌因子，因此根除既有的胃幽門螺旋桿菌感染更是當務之急了。

中風 摘要 (上)

痛風科 陳啓源醫師

實例

(例一) 張先生今年四十五歲，平時身體健康，只有輕微的高血壓，另有多年的抽煙史。某日正在開車途中，突然覺得左眼發黑，好像有一塊黑布從眼睛蓋下來，大驚之下勉強將車停好，急赴醫院就診。經過檢查後，診斷為眼睛的中風。所謂眼睛的中風，簡單來說就是視力的缺損，是因為血管不通而造成的，眼睛的中風和腦部的中風機轉其實很相似，基本上也可分為兩大類，一是眼睛本身的血管產生粥狀硬化；二是血栓從其他部位跑來塞住眼睛的血管。安排頸部超音波檢查後，發現其頸部內頸動脈已有高達 70% 以上的狹窄，醫師建議張先生除了停止吸煙，改變生活習慣以及控制血壓外，還可考慮使用頸部支架或外科手術將血管打通，另外口服抗血小板藥物也有一定程度的幫助。

(例二) 李先生 65 歲，早餐吃到一半突然右側肢體無力、無法拿筷子，同時嘴角流口水且口齒不清。經緊急召喚救護車送到醫院，經過生命徵象評估及理學、神經學及血液生化緊急檢查，並且接受頭部電腦斷層檢查，結果經過醫師判讀並無顱內出血，綜合判讀為急性缺血性中風。從發病至診斷確定已經過 90 分鐘，醫師認為此病患符合使用血栓溶解劑治療的條件，詳細的為家屬說明使用此種藥物的療效及可能的副作用。經家屬同意後，接受血栓溶解劑治療，並且並密集監控病程變化，兩週後李先生已無明顯行動障礙，可以自己拿筷子。辦理出院後，仍須定期門診追蹤及口服藥物長期治療。李先生過去長期有抽菸習慣，高血壓也未接受規則治療。經過這次中風後，李先生決定戒菸並且願意定期門診接受高血壓及其他中風藥物之治療，以避免再度中風而造成無法挽救的傷害。

統計資料

腦中風是國人十大死因中第三名，平均每年中風人數約在 4~5 萬人，每年因中風而死亡的人數約有 1 萬人，罹患中風的病人約有 10~20% 會死亡，而中風後的五年內，每 100 個中風病患裡面有 30 個會再度中風。腦中風是造成中老年人殘障與死亡的最主要原因。隨著年齡增加，中風的發生率與死亡率都明顯上升，尤其是退休後的銀髮族。目前台灣地區 35 歲以上民眾每一千人，每年約有 6 人會發生中風。依台灣健保統計，因腦中風之門診費用每年超過 30 億，每分鐘平均花費 14,650 元；因腦中風而住院的人數每年超過 55000 人，平均每 7 分鐘即有 1 人因腦中風而住院，住院醫療費用超過新台幣 44 億。家中如果有人中風住院，住院每日平均增加家庭支出約 4358 元，其中包括食物、衣服、交通、尿布及其他花費等，約佔家庭總收入的 12%，對於一般勞工家庭而言是個相當沉重的負擔（本研究引用 Chiu L et al., 1998）。因此一旦發生中風，不僅急性期的醫療照顧支出增加，中、長期的醫療照顧支出與家庭社會所付出的成本更是龐大，唯有根本預防中風的發生才有可能減少腦血管疾病對個人、家庭、社會及國家造成的負擔。

疾病介紹

所謂的中風，是因為某些原因造成腦部有些區域的血液輸送中斷，腦的組織細胞得不到足夠的血液供應，而缺乏氧和所需的營養素，導致腦細胞受損甚至壞死的情形。多數的中風病患會遺留下不同程度的神經功能障礙。經過統計，只有 10% 中風病人可以恢復到幾乎和原來一樣，完全沒有什麼後遺症；25% 有輕微的後遺症，像是動作不靈活、感覺異常或麻木、動作慢、語言與吞嚥困難；而大約有 40% 會有比較明顯的後遺症，像肢體偏癱、步履不穩與智能退化，這時需要一段時間的治療和復健；而大約有 10% 左右沒有辦法自己料理生活，需要別人的養護照顧。最後約有 15% 的人會死亡。

中風不僅直接影響到個人健康，更間接地造成家庭及社會的負擔。中風對健康的衝擊敘述於下：

1. 行動能力的喪失：中風最常造成病患肢體上的障礙，患者會因腦部病變的位置及其損害程度的不同，而有不同程度的行動能力喪失，如肢體癱瘓、嘴歪、眼斜、步伐不穩等症狀。
2. 意識的喪失：腦部雖然只佔身體總重的 2%，卻吸收身體 15~20% 的血液量，當大腦的血液供給中斷時，腦細胞就會開始死亡，訊息傳遞系統便會開始錯亂或停止，使得病患無法表現出應有的反應，如意志力或知覺的喪失，而影響到基本生活之自理能力。
3. 語言能力的降低：當血管障礙發生在控制語言之區塊時，會降低說話及書寫的能力，甚至會影響到一個人的閱讀能力及數字概念。
4. 心理層面的影響：中風病人因說話及行動能力發生障礙，情緒也會不穩定，甚至會有輕生念頭。此時，家人的鼓勵與關心，是中風病患克服心理障礙的最大力量來源。
5. 家庭及社會衝擊：中風的威力足以撼動一個家庭的根基。中風患者日後的長期照護成本及醫療費用，對家庭及社會而言是一個沉重的負擔。

中風的危險因子

- 1.心臟疾病：罹患風濕性心臟病、冠狀動脈硬化、心肌梗塞、心律不整…等心臟病者，因為心臟容易產生血栓塊，血栓塊脫落流出隨著血液循環，塞住腦血管就造成了中風。
- 2.高血壓：和中風的發生有密切相關，中風的病人 70% 以上都有高血壓。
而據研究統計估計，有高血壓的人發生中風的機率是血壓正常者的 2~4 倍。
- 3.高血脂：一般民眾俗稱「血濁」或「血油」，就是指我們血液中的脂肪物質，尤其是膽固醇和三酸甘油脂的量過多的話，容易沉積在血管壁，造成血管硬化，甚至形成血栓，增加中風的危險。
- 4.糖尿病：體內血液中持續含糖過高的狀態，結果造成血液的黏性增加、血管壁硬化，容易腦血管阻塞中風。不僅如此，除了腦血管外，身體四肢的血管也容易阻塞而循環不良，造成細胞組織壞死。常見腳中風就是如此。
- 5.抽煙：抽煙會造成血壓升高、血液的黏性增加、動脈硬化，增加中風的機率。
- 6.過量飲酒：少量的喝酒可以促進血液循環，並使精神放鬆；但是過量的飲酒則會對身體造成傷害，會使血壓上升、心跳加速，容易引發腦出血。
- 7.發生過「TIA 暫時性缺血性發作」：因為腦部發生暫時性缺血（腦血管狹窄不通暢）而突然顯現出一些神經症狀，如突發的臉部麻木、一邊肢體麻木無力、說話口齒不清、視力有障礙（看不見或影像重疊）…等等，這樣的症狀可能持續數秒、數分鐘到數小時，一般最多在二十四小時內會完全恢復不留下任何後遺症。暫時性腦缺血性發作，可視為（阻塞性）中風的前兆，大約有三分之一的病人在三年內會發生中風。

容易中風的季節

中風和季節有關嗎？人體血管調節的功能會受到季節變化的影響，發生錯亂。一般來說，腦出血和高血壓很有關係，氣溫驟降，會使血管收縮，血壓升高，容易導致腦血管破裂出血，大部分病人在工作忙碌時、吵架、心情鬱悶或情緒激

動時發病，而這種病人在冬天特別多。腦出血以每年的十二月至二月為高峰期，有高血壓、心臟病等中風危險因素的老年人，甚至工作過勞的中年人，應避免由溫暖的環境驟然進入寒冷的環境中，要加強冬季保暖與保健，做好自我調適，以免誘發中風的發生。

至於造成缺血性中風之血栓性及栓子性腦梗塞，和氣候比較沒有關係，根據統計，冬天和夏天發生的機會相差無幾。大致說來造成缺血性中風之栓子性腦梗塞，是因血塊脫落所致，因此病發時間較不受時空之限制，隨時都有發生的可能；另一種造成缺血性中風的血栓性腦梗塞則是特別容易發生於睡眠中或於清晨時分。

中風的分類

使腦部血液輸送中斷的發生原因，大致可以歸納成以下兩大類：

一.阻塞性中風（腦梗塞）

1. 栓塞（embolism）：腦的血管被栓子阻塞的情形。栓子可能是動脈血液凝塊、骨折或是大手術造成的脂肪碎塊、空氣...等物質碎片，脫落在血管中隨血液流動而塞住血管，最常阻塞在大腦動脈血管分叉處。
2. 血栓（thrombosis）：血管本身硬化造成狹窄堵塞，尤其在血流緩慢時較常發生，像病人睡覺休息或剛起床時。

二.出血性中風（腦出血）

由於腦血管破裂出血所造成，會有血腫塊的產生壓迫附近的腦組織。

檢查與診斷

醫師通常根據病人發生的一些臨床症狀，並不難做出中風的診斷，不過因為一些腦部疾病像腦腫瘤、腦膜炎也可能會出現類似中風的症狀，所以除了病人的症狀之外，還會參考病人的相關病史、做神經學檢查、血壓，有時可能還會抽取病人的腦脊髓液做以做鑑別診斷。

神經學檢查：

1. 昏迷指數：以睜眼反應、語言反應以及四肢對疼痛或言語命令的反應等三方面來評估，正常人滿分為 15 分。中風患者一旦昏迷，如果昏迷指數能達到 8 分以上，就比較有清醒過來的機會。
2. 腦幹功能評估：包括瞳孔對光反應、瞳孔大小、角膜反射、咽喉嘔吐反射等，其中瞳孔的大小以及光反射反應，是相當重要的評估項目，如果瞳孔大小不一，光反射反應變差，表示病人的病情正面臨急劇而且危險的變化，病人可能會有生命危險。
3. 四肢肌肉力量評估：腦部有異常變化時，對側的手腳會無力。
4. 精神功能及智能評估檢查：初步評估病患的注意力、定向力、反應速度及回答能力等。
5. 十二對顱神經的檢查：與特殊感覺（嗅、視、味、聽覺）和特殊運動功能（動眼、咀嚼、吞嚥、發音、呼吸及顏面表情）有關。
6. 腦膜刺激反應：蜘蛛膜下腔出血會有此反應。
7. 運動系統及感覺系統檢查。

還會安排病人做電腦斷層掃描檢查(CT)作為主要的診斷依據。電腦斷層掃描檢查(CT)是目前診斷腦中風最準確、便利安全的工具，它可顯示血管阻塞或血腫塊的區域。

如果中風發生的型態是出血性的，發病後用電腦斷層掃描檢查馬上就可檢查出。（除非血腫塊很小、不易看到）；阻塞性中風要能在電腦斷層影像上看到阻塞血管附近組織的壞死、水腫情形，則大概要經過 6-8 小時，甚至要 2-3 天後才更清楚的看到。所以通常醫師會依照中風發生後病程的進展，在適當的時間點作電腦斷層掃描檢查，或隔一段時間重複做，為的就是要幫助做病情診斷以及追蹤瞭解病況治療後的變化。

發生中風該怎麼辦

如果發生疑似中風的症狀，應儘速在第一時間送醫就診。因為中風的搶救是分秒必爭的，開始治療的時間距離發病時間愈短，腦細胞受損的程度愈低，治療的效果愈好，治療後復原的程度也比較好。腦中風幾乎都是突然發生的，常常伴隨著意識障礙的現象，此時必須注意不可讓痰或嘔吐物阻塞氣管以免窒息。應讓病人側躺，盡快安排救護車，送到醫院接受檢查及治療。過去許多人都認為，不可隨便移動中風的病人，結果只會導致症狀更加嚴重，甚至失去治療先機。若遇到中風發生時，可依循下列的處理原則：

1. 迅速撥打 119 緊急送往醫院。
2. 勿立即給予降血壓藥物及餵食任何食物。
3. 將麻痺的那一側朝上側臥，以避免嘔吐嗆到導致吸入性肺炎。
4. 解開緊身衣物，如皮帶、領帶等，幫助病患呼吸。
5. 仔細監測病患的意識程度、呼吸、血壓及心跳之變化。
6. 記錄中風症狀發生時間，以利到院後之評估及治療。

中風的最新治療準則、及如何預防中風，下期再續。

中秋佳節即將來臨，在月圓人團圓的時候，中秋節烤肉活動幾乎是全民大運動，面對那麼多美食，月餅、柚子、烤肉，民眾往往會放縱口慾，許多人往往不知不覺吃進了很多食物，反而造成消化道系統與心血管的負擔，尤其是慢性病患者更不可以掉以輕心，以下就針對中秋節飲食建議略做說明：

★ 聰明吃月餅

1. 勿把月餅當正餐：淺嘗即可，避免加重慢性病患者之負擔。
2. 避免高油或高膽固醇的內餡：如含蛋黃、肥肉、堅果類的月餅。
3. 參考『營養標示』：注意月餅之份量、熱量、內容。
4. 採用『分食』法：與家人分食或分次食用，以避免過量。

★ 烤肉秘方

1. 飲食要適量：依照每人食量計算採買，勿過量。
2. 食材的選擇：少用市售加工肉品、香腸、培根...等食物，多選用瘦肉、海鮮類，雞肉要去皮。
3. 多攝取蔬菜水果：多選用青椒、筊白筍、香菇...等蔬菜類，來增加纖維與飽足感以避免攝取過多油脂與肉類，並可搭配含維他命 C 豐富之水果，如文旦、奇異果，或是水分較多的西瓜、火龍果以解渴。
4. 燒焦食物不要吃：易產生致癌物質附著在食物上。
5. 自製烤肉醬：可用檸檬、胡椒、蒜頭、香辛料或中藥材來提高風味或稀釋烤肉醬以降低鹹度。
6. 生食與熟食分開存放：烤肉最好將生食與熟食分開，並使用不同的餐具挾取，以避免引起腸胃的不適。
7. 選用無糖飲品：飲用白開水、無糖綠茶、麥茶，才能輕爽無負擔。
8. 準備低熱量甜點：愛玉、仙草、山粉圓取代冰淇淋。
9. 注意主食的攝取：豬血糕、吐司、甜不辣都屬於澱粉類，要與飯作替換，並節制食用。

★ 注意

1. 糖尿病患者：減少精緻醣類及油脂攝取。
2. 高脂血症患者：減少酥皮類及蛋黃酥，選擇麻糬月餅或蒸月餅。
3. 痛風患者：減少包蛋黃、肥肉及堅果類的月餅。
4. 高血壓及腎病患者：避廣式月餅，選低鹽低糖的月餅。

除此之外亦應搭配運動避免過多脂肪屯積，如此一來即可擁有健康而愉快之中秋節。

“早”生貴子？預防早產與安胎藥物介紹

藥劑科 吳奕璋藥師

前言

一般而言我們所說的早產可分為兩種，一種是指在懷孕37週之前就把胎兒生出來，這種小孩就稱為preterm birth (PTB)，另外一種所謂的早產為孕婦在懷孕20~36週時有早產的症狀（例如：經常有子宮收縮的情況發生，每5至8分鐘出現規律的子宮收縮而且每次持續30秒以上、子宮頸持續擴張>2公分等），即應防範早產的發生，這種情況就稱之為preterm labor (PTL)－早產跡象。

在流病學方面，早產的發生率介於5~10%之間，而在台灣，早產的發生率大約是7.65%。半數以上的早產，都沒有確切的造成因素，大約只有25%可以找到較肯定的原因，其中較常見的有：絨毛羊膜炎、感染、胎盤不正常、子宮的結構不正常、胎兒先天異常、子宮擴張、羊膜過早破裂、子宮頸無力等等的情況。懷有多胞胎或曾經有過早產病史的婦女也是早產的高危險群。

生活方式上的因素也會造成早產，包括：長期有抽菸、飲酒、藥物濫用、壓力過大、長時間站立工作等。此外，孕婦的生理狀況可能也會增加早產的風險，包括：陰道感染、高血壓、糖尿病、肥胖症及陰道出血等症狀都會增加早產的發生。除了針對基本原因治療外（例如母親在懷孕時有感染，可以抗生素治療），安胎的目的主要在延長胎兒在母體內發育的時間。

併發症

然而早產到底會有什麼嚴重的後果呢？早產引起最嚴重的併發症有兩種：(1) 呼吸窘迫症：在懷孕34週前出生的胎兒最常見，這是因為肺泡表面張力素缺乏而造成的。(2) 腦出血：常出現在懷孕34週前出生的胎兒，腦出血會造成新生兒腦壓過高及腦部損害。

診斷

早產的診斷包括：子宮持續收縮（每20分鐘4次或每60分鐘8次），或是子宮頸變薄的情況大於80%，或者子宮頸的擴張超過2公分的情況時，都會被診斷為preterm labor。

預防與治療

預防早產可以分為傳統治療以及藥物治療，在傳統的治療方面包括Bedrest、Hydration、Sedation，臥床休息必須視孕婦的狀況而定，有些人只要數日或數週，有些人則需要臥床休息至生產為止。簡單來說，預防早產有以下幾點：

- (1) 產前諮詢與健康檢查。
- (2) 懷孕後規則的產檢。
- (3) 有良好的生活習慣，營養均衡，適當的運動，減低內心的壓力與煩惱，保持著愉快的心情。
- (4) 了解早產有哪些症狀，如破水、出血等，即應立即就醫。

在藥物治療方面，常見及廣泛使用的藥物有以下幾類，治療時通常選用其中一種開始：

(A) Corticosteroids：在胎兒出生前給予母親corticosteroids可以降低早產的發生，此外corticosteroids的使用也可以刺激胎兒肺臟的發育，增加界面活性物質分泌，降低早產兒發生新生兒呼吸窘迫症候群(RDS, respiratory distress syndrome)的機會及腦室內出血與小腸結腸炎壞死的發生及降低死亡率，這類藥物最常使用的包括betamethasone和dexamethasone。對懷孕32週以下婦女注射betamethasone 12 mg / day，共兩個劑量，或betamethasone 5 mg Q12h，打四個劑量，同時延後生產至少48到72小時以上。

(B) β -agonists (Ritodrine、Terbutaline)：可以活化adenylyl cyclase，使ATP轉化成cAMP，進而產生子宮平滑肌放鬆的作用。開始時，將ritodrine稀釋成0.3 mg / ml的注射液，以0.1 mg / min的速率經靜脈滴注，若病患能夠耐受此劑量，則給藥速率可每10分鐘增加0.05 mg / min，直到收縮停止，最大給藥速率可到0.35 mg / ml，之後保持此靜脈輸注速率12小時，情況若穩定，可改以口服ritodrine代替。口服的第一個劑量在靜脈輸注終止前30分鐘左右開始投予。最初24小時口服維持劑量是120 mg，即每

2小時給予10 mg。此後每天常用劑量維持在80-120 mg 之間，平均分次給藥，每日極量為120 mg。只要醫師認為有必要延長妊娠時，可以繼續口服治療。在一個包括11 個randomized controlled trials 的meta-analysis中顯示 β -agonists 與安慰劑相比可延遲分娩和降低早產發生的機率，但是在降低新生兒死亡率和新生兒呼吸窘迫症方面並沒有顯著的差異。在副作用方面，使用這類藥物時應注意體內葡萄糖和鉀離子的濃度，因為 β -agonists 的使用容易發生高血糖與低血鉀，宜監測葡萄糖及電解質濃度，糖尿病患者或服用排鉀利尿劑患者治療時應對生化上的變化特別加以注意。

(C) Calcium channel blockers (Nifedipine)：可以直接抑制鈣離子進入細胞內及抑制鈣離子從肌漿網內釋出，因而抑制子宮平滑肌收縮的作用。在一個包括12個randomized controlled trial的meta-analysis 顯示，在延長懷孕週數方面，CCBs比其他安胎藥有效，此外CCBs可以降低新生兒呼吸窘迫症、小腸結腸炎、腦室內出血、新生兒黃疸的發生。在副作用方面，母親可能會發生暫時性心律不整、臉部潮紅及頭痛等不良反應。若與 β -agonists 相比，nifedipine的副作用比 β -agonists 少，而且也比較不嚴重。

(D) Magnesium Sulfate ($MgSO_4$)：可與細胞膜上的voltage-gated calcium channels 競爭鈣離子，降低細胞內的鈣離子，因而降低子宮平滑肌的收縮。使用時可先經靜脈給予6 g $MgSO_4$ (20分鐘緩慢注射)，接著以每小時2 g 的速率輸注，直到收縮頻率低於每10分鐘一次，輸注速率可降至每小時1 g，可持續使用24至72小時或更久。在一個包括23個trial 的Cochrane review結果中顯示，在延長懷孕週數方面 $MgSO_4$ 並不會比安慰劑有效。大部分的學者不建議使用 $MgSO_4$ 當作安胎藥，因為當使用劑量超過10 mEq / L時會有嚴重的副作用，例如呼吸和心臟的抑制。因此對於有重症肌無力、心臟傳導有缺陷及腎功能不全的孕婦為此藥之使用禁忌症。

(E) Cyclooxygenase inhibitors (Indomethacin)：這類藥物可抑制arachidonic acid轉化成prostaglandins。indomethacin和placebo相比可以延遲分娩，但因為只有兩個小型的placebo-controlled trials所以在使用方面會受到限制(因數據不足)。此外，這類藥物會使胎兒的動脈導管太早閉合、母親羊水過少和其他嚴重的併發症，因此連續使用超過48小時，就需要用超音波來監測。

(F) Oxytocin antagonists (Atosiban)：這類的藥物可以抑制oxytocin的作用，降低PIP₂轉化成IP₃+ DAG 的量，進而降低細胞內鈣離子的濃度，產生抑制子宮平滑肌收縮的作用。在一個大型randomized trial顯示，在延遲分娩方面atosiban和 β -agonists具有相似的效果，但atosiban有較少的副作用。目前這類藥物不建議用在懷孕週數小於28週的孕婦，因為可能會增加新生兒的死亡率。

(G) Nitric oxide donors (NO)：可以活化guanylyl cyclase，使GTP轉化成cGMP，造成子宮平滑肌放鬆。在一個randomized study (n=235) 中顯示NO donor 和 β -agonists在延遲分娩的效用是相似的。NO donor使用的副作用包括：造成母親低血壓、暈眩、潮紅及心悸，NO donor使用禁忌症有preload-dependent cardiac lesions和低血壓。

(H) 抗生素：在延長懷孕方面，抗生素並不是一個很有效的輔助安胎藥，抗生素主要是用來降低母親感染的情況發生，如果母親在懷孕時有感染Group B streptococcus (GBS) 時，可能會在生產時傳染給胎兒，因此要使用抗生素來預防早期胎兒GBS的感染。在藥物的使用方面包括：Penicillin、Ampicillin、Cefazolin、Clindamycin、Erythromycin及Vancomycin，而在使用抗生素時應根據病人的情況和抗藥性來做選擇。

結論

早產是懷孕期間最令人擔心害怕的事情，其嚴重性要看懷孕的週數而定，一般早產就是比預產期提早3 個星期以上就出生的寶寶，通常在接近預產期生下的寶寶，器官成熟、功能較好，而早產則較易有健康方面的顧慮，像是吸吮、消化的功能較不好，或是伴隨呼吸方面的問題。每一百個出生嬰兒當中，有七到十一位是早產兒，早產兒中如30週以後分娩，或體重達一千五百公克以上，在有良好新生兒照顧之醫院中分娩會有不錯的新生兒預後及存活率。然而在30週以前分娩，尤其出生體重在一千五百公克以下的新生兒，這一群嬰兒，雖只佔活產胎兒的百分之一，但它卻面臨著佔有百分之七十五

新生兒致病與死亡的命運。為了防止這些不幸發生，仔細的產前照顧及諮詢，儘力篩檢出高危險妊娠之病例，可預防及治療母親的併發症。「預防重於治療」，但要預防早產就要對早產的原因加以研究，提早認知本身可能具有的危險因子，並加以避免或積極治療，這些都是現今努力的方向，其最終目的便是希望每位懷孕的母親都能帶著健康的寶寶回家，願大家共同關心早產及早產兒。

參考文獻

1. Anotayanonth S, Subhedar NV, Garner P, et al. Betamimetics for inhibiting preterm labour. Cochrane Database Syst Rev 2004; CD004352.
2. King JF, Flenady VJ, Papatsonis DN, et al. Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour. Cochrane Database Syst Rev 2003; CD002255.
3. Locatelli A, Vergani P, Bellini P, et al. Can a cyclo-oxygenase type-2 selective tocolytic agent avoid the fetal side effects of indomethacin? BJOG 2001; 108:325.
4. Smith GN, Walker MC, McGrath MJ. Randomised, double-blind, placebo controlled pilot study assessing nitroglycerin as a tocolytic. Br J Obstet Gynaecol 1999; 106:736..
5. Lees CC, Lojaco A, Thompson C, et al. Glyceryl trinitrate and ritodrine in tocolysis: an international multicenter randomized study. GTN Preterm Labour Investigation Group. Obstet Gynecol 1999; 94:403.

氣胸 (Pneumothorax)

加護病房 凌嘉雯副護理長

一.定義

氣胸乃指肋膜腔的臟層或壁層肋膜破裂，使空氣自肺或體外進入肋膜腔，造成肋膜腔壓力上升，進而部分或完全壓迫肺臟組織致塌陷稱之；氣胸可依發生原因再分為外傷性氣胸 (Traumatic pneumothorax) 及自發性氣胸 (Spontaneous pneumothorax)。

二.分類

(一) 自發性氣胸分為原發性自發性氣胸及續發性自發性氣胸：

1. 原發性自發性氣胸 (Primary spontaneous pneumothorax)：發生於過去健康情形良好者，多見於瘦高男性，男女發生比例約為 5：1，臨床上無明顯的原因或外傷，可能與肺泡破裂、體質、抽煙、家族性有關。

2. 續發性自發性氣胸 (Secondary spontaneous pneumothorax)：指病患曾有呼吸道或肺部疾病造成肺部組織脆弱而破裂所引起的氣胸。

自發性氣胸發生的時間可能在休息中，也有可能發生於使用胸部壓力突然增加的活動之後，像是咳嗽、舉重物、運動等等。

(二) 外傷性氣胸：顧名思義就是與創傷有關，例如因子彈或尖銳物品的穿刺造成的直接傷害，或因胸部遭受撞擊致肋骨斷裂插入所造成的間接傷害。醫源性氣胸 (Iatrogenic pneumothorax) 也是造成外傷性氣胸的常見原因之一，常見造成的原因像是肺部組織取樣、肋膜取樣等等。

三.症狀

氣胸常見症狀有患側突發性尖銳性胸痛並會逐漸轉為鈍痛、胸部緊縮感、乾咳，超過 50% 的患者會出現呼吸速率加快、呼吸困難或呼吸短促的情形，嚴重者甚至會造成張力性氣胸 (Tension pneumothorax) 而致命。張力性氣胸指的是肋膜腔壓力過大，肺臟塌陷造成換氣量不足且影響血液回流而休克，若不緊急治療將影響生命安全。

四.醫療處置

(一) 氧氣治療：一般氣胸人體可一天自行吸收 1.25% 的氣體，而氧氣的使用可加速氣胸的吸收；因為給予氧氣可增加肺臟及血管中的氮氣壓力差，透過壓力差使得肋膜腔中的氣體可較快的被血管吸收。

(二) 止痛：患者因氣胸影響肋膜 (壁層肋膜具神經支配)，造成呼吸時疼痛。給予患者止痛藥除讓患者較舒適，還能避免因疼痛造成換氣量過低的情形。

(三) 胸管引流：當氣胸面積小或症狀不明顯，可僅用氧氣治療並觀察氣胸吸收情形。當患者氣胸的面積大於 15-20%，或出現呼吸困難時，應進行胸管或引流管插入肋膜腔以排出氣體。待肺臟完全擴張、無空氣滲漏，經 X 光確定無殘存氣體後 24-48 小時再拔除胸管或引流管。

(四) 肋膜沾粘法或外科手術治療：若胸管置入後仍無法解決氣胸，下一步即要考慮使用肋膜沾粘法。將特定藥物，例如：Tetracycline 或醫用滑石粉 Talc，經由胸腔鏡或胸管注入肋膜腔，使兩層肋膜沾粘阻止氣體漏出。而外科手術治療的適應症有放置胸管 5-7 天後仍有氣體漏出或仍肺臟擴張不全、多處氣胸、同側再發性氣胸或合併膿血胸。近年來胸腔鏡手術已成各大醫院用來施行氣胸手術的主要工具，但胸腔鏡手術有一定的限制並非每個病人都適合，需經過胸腔外科醫師評估後選擇適當的

手術方式。

五.呼吸治療

胸腹部遭到重大外傷、手術及限制活動的病患，因疼痛或活動受限導致不敢深呼吸、換氣量不足有可能導致肺部塌陷。對於此類病患應可給予肺擴張訓練及支氣管分泌物清除治療，以促進血液氣體交換平衡及預防肺部進一步塌陷。

(一) 誘發性肺量計 (Incentive spirometry)：使用技巧為教導病患口中含肺量計於平靜吐氣後採一深且慢的吸氣，並維持 5 秒後再吐氣，此技巧可促進肺部擴張。一般建議一小時可執行 5-10 次，臨床上常見醫材品名為 Triflow 或 Coach。

(二) 支氣管分泌物清除治療 (Bronchial hygiene therapy)：可避免病患因不敢活動及深呼吸導致呼吸道痰液滯留。其治療包括姿位引流、胸部扣擊及呼吸運動指導。

1. 姿位引流 (Postural drainage)：將遠端呼吸道痰液依重力原理流至中央呼吸道，再以咳嗽或抽痰方式清除。先評估患者肺部浸潤、發炎位置，予以擺位，並要評估患者生命徵象及耐受能力，飯後一小時後才能執行以預防嘔吐及吸入性肺炎。

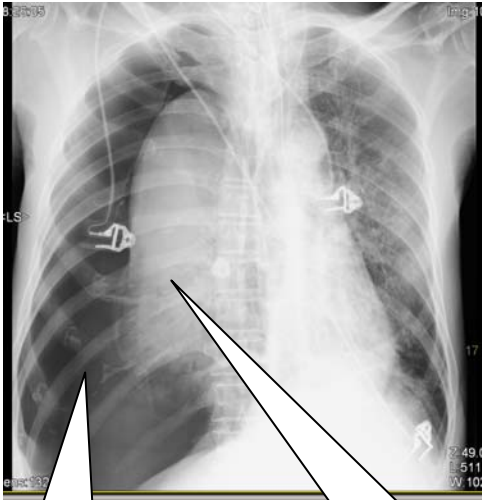
2. 胸部扣擊 (Chest percussion)：以震動的方式使黏附在呼吸道上的分痰液鬆脫，常搭配姿位引流一同進行。一般一個部位執行 3-5 分鐘，但避免在患者的傷口周圍、引流管上及無肋骨保護處執行。

3. 指導咳嗽技巧：若患者咳嗽能力不佳，無法有效的將痰液咳出，可教導患者採三次深呼吸，並於第三次的深呼吸吐氣期時採咳嗽方式將痰咳出；或以哈氣 (Huff) 方式代替咳嗽以鬆動呼吸道上的痰液。若患者因疼痛不敢出力，可指導患者於咳嗽或哈氣時盡量採坐姿，出力時胸前環抱枕頭以降低傷口疼痛感。

六.結語

自發性氣胸的復發比例很高，原發性自發性氣胸病患中有 25-30% 會再次發病。若為續發性自發性氣胸時復發機率會更高，據統計，氣胸復發時大多在同側肺部。至於氣胸患者於出院後的日常生活須注意：

- (一). 保持正常排便習慣，如果便秘超過三天，可請醫師給予軟便的藥。
- (二). 治癒後大約在一個月內不要舉過重的物品或做劇烈運動。
- (三). 盡可能不要去公共場所，避免感染上呼吸道疾病。
- (四). 日常生活作息要正常，並且要戒煙。
- (五). 傷口處有出血及劇烈的疼痛的症狀出現，要立刻回診治療。
- (六). 若從事與壓力有關之特殊職業 (如飛行員、潛水夫)，應暫時不要回到職場工作，並跟醫師討論預防措施。
- (七). 維持最佳營養狀態，多進食含高蛋白質、高熱量和高維他命 C 之食物。



右側氣胸

被壓迫的右肺

參考文獻

1. Craig L et al: Bronchial hygiene therapy, Egan's fundamentals of respiratory therapy 7:795-806,1999.
2. Craig L et al: Bronchial hygiene therapy, Egan's fundamentals of respiratory therapy 7:483-486,1999.
3. 陳敏麗等 (民 88) · 最新內外科護理學 (上) · 台北：永大。
- 4.

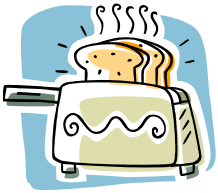


餵食小技巧，停看聽最好

柯佩岑語言治療師

許多父母親或照顧者因為缺乏經驗與時間限制的緣故，在餵食幼兒之際，忽略了觀察幼兒是否已經完全吞下食物，而再繼續的餵食，如此將會導致幼兒噎食的發生。經常性的噎食，除了引起幼兒咳嗽的症狀外，也會因為食物掉入幼兒氣管，引發發燒、肺炎等症狀，嚴重影響幼兒生長與健康。

因此，父母親或照顧者為幼兒進行餵食的動作時，除了速度的調整外，所採取的姿勢、食物材質以及餵食的工具，也都是影響幼兒餵食安全性的重要因素與策略。以下除了提供停、看、聽的餵食小技巧外，將一併討論有關餵食姿勢、食物材質、餵食工具等餵食小策略。



幼兒因為口腔功能發展尚未完全，因此進行吸吮、咀嚼等動作不如成人般靈活。不同材質食物進入口中，會經由舌頭進行攪拌，加以集中形成食糰，再送至後咽壁，進行吞嚥的動作。幼兒初期因為舌部肌肉圓且肥厚，靈活度較不佳，因此餵食者需要在每次餵食的間隔中，暫停餵食的動作，察看幼兒口腔內部、舌頭以及齒槽間是否有食物殘留，注意聽幼兒呼吸氣息是否有雜音，發聲時是否有濕潤聲，再進行下一回的餵食。

除此之外，進行餵食時，年紀較大的幼兒可以維持坐姿，上半身直立；倘若無法自行維持坐姿，照顧者可以利用嬰兒車調整高度，將頭頸部墊高，避免食物直接滑入氣管引起噎食。食物質地的選擇應該考量幼兒年齡，避免過硬或不容易咀嚼的食材。餵食工具的選擇，餵食者應留意奶嘴的開口是否過大或過小，以湯匙餵食時，可以使用口徑較小的款式，避免太大量的食物影響幼兒吞嚥。

幼兒的照顧者通常身兼許多身分，可能為職業母親、職業父親，在享受忙碌工作與為人父母喜悅的同時，多一分的注意與留心，將會使幼兒成長的回憶更加的美好與珍貴。

不靠呼吸器的感覺~~真好

呼吸器專責病房 馬千惠副護理長

「呼吸」是每個人自主的感覺與每分每秒不間斷的動作，我因為在呼吸照護病房擔任護理師，所以常常思索著當病患因為疾病因素而無法自行呼吸，必須依賴呼吸器時，那種感覺是什麼呢？

猶記得去年我因為闌尾炎開刀，當時最讓我記憶深刻的不是手術所造成的害怕或疼痛，而是在手術檯上，當手術結束時，醫護人員喚醒被麻醉昏睡中的我，當時發現口中放著一支讓我感覺極不舒服的異物-氣管內管時，我害怕極了。身為第一線護理人員的我，照顧過無數因疾病而面臨插管的病患，如今它卻活生生放置在我的口中，當護理人員不斷提醒我並且要我配合深呼吸，卻不能自主呼吸的那種恐懼，讓我終於體會到因呼吸衰竭插管的病人的心情。在插管時，由於病患的恐懼、無助與將要窒息的感覺，常常會竭盡全力予以抗拒，而增加急救時氣管內管插入的困難度，不僅讓病患留下深刻而難以磨滅的夢魘，那種無助的過程，雖然那種感覺只經歷數秒，但唯有經歷過的人，才能了解被插管的難受與懼怕。

在呼吸治療病房，每個病人大部分是因疾病造成呼吸衰竭而必須仰賴呼吸器的幫助且會使用氣管內管(經由口中放入氣管)或氣切套管(經由喉部的環狀軟骨與甲狀軟骨之間放入氣管)，其他則是因外傷或意外如車禍(因頸椎損傷)造成，當然，一開始病人會非常排拒，因為生理的改變以致病人心理調適受損，但當他發現自己有呼吸困難、胸廓擴張無力、呼吸受到抑制、鼻翼扇動…等情況時，逐漸地病人會接受並與呼吸器共生，幸運的病人或許能完全脫離呼吸器，但因為咳痰能力不佳，所以氣切套管仍無法拔除，而病人即可出院居家照護或轉至護理之家；不幸的病人終生無法脫離呼吸器，

又因合併許多內科疾病如感染等，必須於呼吸治療病房接受長期治療，在過程中病人與家屬的不安及對呼吸器輔助治療的不瞭解，必須不斷心理調適並且與醫療團隊反覆溝通；因不瞭解疾病而害怕，倘若真的有疑問，病人與家屬可與主治醫師及醫療團隊共同探討並決定一套屬於病患「量身訂做」的治療計畫，無論最後可治癒或不可治癒，最終目的仍是能讓病人得到完善的醫療處置及護理品質過程，讓長期必須在呼吸治療病房的病人，對醫療仍能有一絲絲的希望，縱使疾病是不可逆的，仍能活得有尊嚴及價值，不是嗎？

「希望」與「晚安」

林郁宜 特教老師

班上的孩子因為進行飲食控制，所以平常我們即很少提供奶蛋類的食物，且大部份朝向養成孩子願意食用蔬果類的食物，這原因是因為班上孩子進行過敏檢測時，大部分都是奶蛋類造成的過敏最為嚴重，通常這類的食物，在家庭中大部份會提供，所以，在我班上，只要有奶蛋過敏的孩子，我們就會減少提供這些食物的機會。

但是幼稚園每一個月都會有一次的慶生會，學校也會為每個班級訂購一個蛋糕，並且在這個星期為當月過生日的孩子做慶生的活動，所以我們班上也會有一個蛋糕，但一來是因為班級人數少，二來是因為孩子們做飲食控制的關係，我們就會請學校幫我們訂一個「最小」的蛋糕，且特別是不加奶油的蛋糕。

一般的幼稚園，總是在過生日的時候，讓孩子唱唱生日快樂歌與吃吃蛋糕就罷，其實，這是非常可惜的，因為，孩子在過生日這一天，是給孩子們進行「生命教育」最好的日子，讓孩子知道自己的生命和「父母」間的關係，而且，是在父母的「祝福與愛」之前提下才能產生的。

老師可以引導孩子透過「辨識性別」來建立孩子在「男女」角色的認同，男生和爸爸一樣，女生和媽媽一樣，這樣的關係，除了在「性別」上的教育外，也可以加強連結一個孩子模仿的對象。我們在進行「慶生」的時候，如果每個孩子都不是在當月過生日，我們會問孩子：「今天是誰的生日？」並且看看日曆這一天到底是哪一天，喜歡吃蛋糕的孩子會爭著說「我的生日啊！」老師就會告訴這個孩子的生日到底是哪一天，這是一個多麼重要的日子，因為有一個小朋友被很愛他的爸爸和媽媽給生下來了，雖然，這個孩子走路走很慢，雖然，這個孩子每次哭都很大聲，但是，爸爸媽媽一樣都很愛他。其實，老師要對特殊需求的孩子進行「情意」的課程本來就不容易，除了「孩子長得不是那麼討人喜歡」外，一路的養育過程，除了體力的辛苦，心裡也是一步一步的帶著酸楚。

對著孩子要教導如何去感謝父母，從表象看來，孩子要有相當的口語表達能力才足以完成，所以，對於沒有口語表達能力的孩子，他這個部份的能力受到限制時，我們必須為孩子再找出另一種「表達的模式」。由於特教班每個孩子的能力不一樣，但也因為有這個特色，有時候，孩子之間的能力與關係是可以產生「互補」的作用。

當我將蛋糕準備好，也確定一個生日的對象，如果當月沒有生日的對象，就會由「老師假裝」，生日的時候，「許願」是一個很有趣的過程，我會引導孩子練習「我希望」的句型，有的孩子沒有這樣的口述經驗，他無法完成這樣的句型時，可能呈現出「我希望蛋糕」、「我希望小華」，這些句型

都不是正確的語法，所以，老師就要開始示範：「我希望小華生日的時候，他可以讓老師抱一抱！」、另一位老師也會敘述：「我希望蛋糕打開的時候，可以看到一朵花！」再由口語表達能力較好的孩子先練習，在孩子敘述的不完整時，老師為孩子再次敘述「希望」，讓孩子仿說，對於有口語能力的孩子，都還需要老師示範，更何況是沒有口語的孩子。

我們透過說出「希望」來祝福自己與他人，也透過這個練習來建立孩子與自己的心靈產生「對話」，針對沒有口語能力的孩子，老師就會引導有口語表達的孩子幫這個沒有口語表達能力的孩子說出「希望」，我知道這個能力的訓練非常困難，層次也較高，但是，透過生日的過程，更讓孩子們理解「生日」和「許願」的關係。

我們的孩子最喜歡一個繪本故事，我們班上也買了一萬多塊錢的 DVD，而「月亮，生日快樂！」就是孩子們最喜歡的故事，孩子在看 DVD 的時候，老師也會在一旁解釋情節，所以，「生日」的意義對他們來說就不再是那麼陌生。這套 DVD 中，也還有一個故事叫做「晚安，猩猩！」是在說明一個調皮的猩猩在動物園所做的事，也是孩子們愛看的故事之一。

這一天，在唱完生日快樂歌、壽星許願、每個人說出希望後吃完蛋糕刷完牙，我們原在進行課程，忽然，停電了，所有的燈都熄滅了，老師說：「哇！停電了，好吧，大家躺下來休息！」孩子們聽到老師這麼說，又剛好停電，於是有人發出「晚安」、又有人接著發出「晚安」，兩三聲後停止，總之，有口語的孩子把這個經驗和繪本的經驗連結了，那是一個有趣的片刻，誰會知道下一個希望、下一個晚安會在哪裡，不過，他們自己會去找到適當的時間的。

去六福村旅遊~~~

Leo

2009年6月7日星期天一早，馬總統為聽障奧運暖身跑馬拉松，我們一家人分批出發往宏恩醫院參加員工旅遊。

早上坐計程車時，馬拉松已經開跑了，所以我們就在仁愛圓環被擋了下來，選手飛也似的跑，但是我們還是不能早點過馬路，因為至少有上千位選手一路衝過去，好不容易的空檔時，我和小姑姑和阿公、阿嬤一早也得“跑”。

終於上了車，這次要去六福村，我得承認，我很宅，我很久沒出去玩了，現在除了去比賽合球（荷蘭人發明的運動，四男四女一隊下場打的球賽）外，我很少去外縣市，而且我坐遊覽車會暈車，所以MP3開起來，眼睛閉起來，想要一路睡到六福村。

但是呢？我們辛苦的導遊—泡泡水的婉婷在前面致詞，當然還是要聽，先聽她的媽媽~為什麼叫她這個名字，但是不用她說，看過她的臉和她的名字後，我也覺得還蠻不搭的，導遊馬上開始問第一個問題：「我像哪一個女明星？」嗯~~~~我回答第一個問題：「ELLA」哇塞！我答對了耶！獎品是一高級泡泡水一罐，當天，我們全家人拿了3罐的泡泡水，我很冏……。

該說的說了，該哈拉的也拉了，依我玩很多次員工旅遊的經驗，接下來一定是……沒錯—唱歌，泡泡水導遊先獻唱一首“我的未來不是夢”，之後大家點了很多歌還沒唱到，~~~~~六福村野快到了！那導遊當然要來介紹一下囉！為什麼要叫六福村？發DM引導如何玩以及介紹了六福村引以為傲的世界稀有白老虎及二隻吉祥物猴子，當然聽的仔細玩的就盡興囉！往裡面走吧！~~~~我Y公，又去上廁所了喔！上了年紀就真的很愛嘔嘔，比較晚過去的後果就是，其他人都不見了，那麼……跟著感覺亂走吧！

坐著遊園車近距離的看了恐怖的猛獸區、慵懶的白老虎，我們在非洲區一起玩了一個“沙漠風暴”，大姑姑一路尖叫，轉完一圈回來後就不敢玩了，接下來她也沒有玩刺激的遊樂設施。

接著我們就沿著每一區和另一區聯接的通道從右邊逛到左邊。在阿拉伯皇宮裡我玩了全部的遊樂器材，其中最爽的就是“風火輪”，“風火輪”想必就是360度在那兒轉，當它轉到半空中時，感覺快掉下去了，但其實並不是很怕啦！但接下來我就沒玩刺激的了，因為頭真的有點痛……。

南太平洋是我覺得最無聊的，所以我們就很快的走過，往美國大西部出發，時間也進入了中午，所以我們就在那吃牛排，但只有四個字來形容，就是“難吃到爆”！因為整天的行程都在六福村逛，於是下午呢？我們又一路玩回非洲部落區。

另一個行程去大溪老街，路程中，我早上點的歌終於輪到了，因為補睡了一覺，所以相當賣力的唱啊！但一看到往大溪老街的階梯，加上30分鐘從上面再下來，實在是有點太趕了，當下讓我決定再補一次眠，橋上吃個“叭嘍”算到此一遊了。

睡到石門吃那個不好吃的晚餐之後，光陰如梭，歲月如炮彈，一下就結束了今天的行程，我覺得玩的真的很過癮，但也很累，所以又該睡覺了。明年見了！

陸小妹妹：

堅強於患難時，人必須拿出全部的勇氣才能生存；
任何痛苦都有它們的必要，因為那是上帝用來試煉
吾人意志的最好方法；灰心將使人墮落，懷疑將使
人失望，憂鬱將使萬事變色，這些都是成功的障礙。

一個偉大的靈魂，必曾有過重大的悲哀，但是：

壓傷的蘆葦，上主不折斷它，

將殘的燈火，上主不吹滅它。

聖經上說：我要向山舉目，我的幫助從何而來。

我的幫助從造天地的耶和華而來。

又說：上帝是我們的避難所，是我們的力量

是我們在患難中隨時的幫助。……

謀事在人，成事在神；

祈禱吧；然後—抬起頭來，拭乾你的眼淚，

邁向遙遠的目標……向著標竿直跑……

仁愛
喜樂
和平
忍耐
恩慈
良善
信實
溫柔
節制



信
·
望
·
愛

以賽亞書說：你不要害怕，
因為我與你同在，不要驚惶，
因為我是你的上帝。

我必堅固你，我必幫助你，
我必用我公義的右手扶持你。

願主賜福於你

願主扶持著你

願主賜你生活的勇氣

“Smile and God
Love you forever.”

—舒大哥 謹誌

編者的話

鄭悅承 主任

自今年度四月中旬開始，H1N1 新流感在全球開始蔓延，疫情爆發初期傳出的死亡率高達 6~7%，當時引起各國政府的高度關注與重視，分別採取不同的防疫方法來抑制病毒傳播。然而，部分缺乏實證醫學的防疫方法---如：大量撲殺豬隻，反而造成民眾不必要的恐慌，也無助於改善疫情控制。

醫師在診治疾病的過程往往必須面對許多不確定性，其中一部分會藉助醫師個人的經驗，但免不了出現些許偏差。在二十世紀末期，一位英國臨床流行病學者提出了以下主張「謹慎地、明確地、小心地採用目前最佳的證據，作為照護患者臨床決策的參考」，這正是實證醫學的起源。近年來實證醫學的蓬勃發展無疑為現代醫學帶來一波新衝擊，讓現代的醫療人員依據客觀可信的研究結果與證據、結合臨床經驗與患者期望來進行最佳的決策，更能有效提升醫療照護品質。另外，加上網際網路的發達，相關醫藥知識的取得變得隨手可及，民眾會將所蒐集的資訊與醫護人員做討論，於是「終身學習」成為一位優良的醫護人員必須具備的態度及行動，這也是實證醫學的重要精神之一。

本院全體醫護同仁同時也秉持著以患者為中心、以問題為導向，以人文特質的診療方式與審慎嚴謹的態度執行醫療照護工作，以期能為民眾提供專業卓越、以客為尊、優質精進的醫療服務！