

<b>※院務動態</b>	
院務動態 九十九年度第一季糖尿病宣導活動預告 九十九年度上半年媽媽教室課程表	潘蒙麗 主任
<b>※院長的話</b>	
組織文化與職場工作態度	林鴻章 院長
<b>※醫療新知</b>	
老人呼吸系統的障礙 排便失禁 台灣地區常見肝功能異常的原因 二尖瓣脫垂 毛髮的一生	孟憲傑 醫師 林愷碩 醫師 譚健民 醫師 陳啓源 醫師 林宜蓉 醫師
<b>※衛教園地</b>	
認識長期照護 補冬如何降『血油』 良性前列腺肥大之藥物治療與保健 淺談醫務社工對於家暴事件的因應	黃秋燕 護理師 劉怡君 營養師 張宇慶 藥師 陳羽婷 社工員
<b>※杏林花絮</b>	
尋尋覓覓 普通班 VS 特教班 單車樂活趣	芳 喻 小姐 林郁宜 特教老師 編輯小組採訪
<b>※健保速訊</b>	
<b>※編者的話</b>	鄭悅承 主任

# 組織文化與職場工作態度

林鴻章 院長

企業的永續經營是要經歷各種挑戰，迎接變革才能成功。同仁們經過長時間職場工作下能展現正向、熱忱、精進和忠誠是企業永續最大的憑藉。

首先來談談組織文化。組織文化可以兩個層面來說明。第一層面是它的表面結構，也就是文化的外在層面。例如那些可以被觀察到的行為和外在表徵如制服、儀式、文字或出版品等都是。第二層面是深層結構也就是文化的內在層面，它是一種外層文化的價值或信念以及透過特別的理念進而影響成員行為的內隱概念等。總之，組織文化係經由價值、信念、儀式、象徵和行為來界定其團體之特性，也就是有別於其他團體之特徵。

有了基本組織文化的概念以後，接著我們再談到它對團體所造成的影響。第一點，從價值觀而言，追求卓越、崇本務實，服從領導、賞罰分明等傳統和成長文化都對員工造成相當的影響。其次組織文化形成領導風格、管理制度、薪資福利，教育成長等都是重要的因素。好的員工應該會說「我以公司為榮，公司以我為榮」、「我對份內的事會自我要求而且精益求精」、「我會協助同仁主動幫忙度過難關」等。有了上述的認識以後在職場工作不應該是「長年工作了無新意」，不應該是「食之無味、棄之可惜」，反而應該是「懷著感恩的心為團體多盡一分心力」，好讓團體更加成長興隆茁壯。

機構經營過程自會面臨自己內部優劣勢以及外部機會和挑戰之衝擊，因此企業組織文化不可能保持不變的。它必須歷經考驗、再塑然後才得以經得起變革挑戰，否則組織會鬆散甚至瓦解。我們知道人才是企業之本，人才培訓、去蕪存精並且重建新的管理制度等等都是企業改造的重要步驟。

總而言之，雖然職場態度，倫理已經是習以為常，行之有年而且融入組織文化之一部份，然而面對變革之下，重塑組織文化卻是勢在必行，因此員工能秉持正確心態去面對變革去配合及執行新的策略，發揮組織執行力如此才能突破困境、開創新局。

# 老人呼吸系統的障礙

孟憲傑醫師

所有人體的器官，隨著年歲的增長，功能均逐漸式微，尤以癮君子及併發傳染時為然。

年長者最嚴重的肺部疾患，包括有慢性氣管炎、氣喘、肺炎、肺結核、肺癌，以及最後衍發的慢性阻塞性肺疾，所謂 COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)。

呼吸的目的，在吸進氧氣，供給身體新陳代謝所需，排除二氧化碳，這種作用，叫著氣體交換，氣體交換的機轉，主要靠肺泡與血液間的擴散作用 (Diffusion)。氣體交換過程中，血液中的血色素，扮演著最重的角色。參與呼吸作用的，包括有口、鼻、鼻咽 (Pharynx)、喉部 (Larynx)、氣管、小支氣管、肺泡 (Alveoli)。肺泡是氣體交換的主要單位。

所有呼吸道的任何部份，均可因下列情形，而發生阻塞，如發炎、腫瘤、異物、外傷，因而可引發呼吸困難，甚而完全喪失功能。

肺臟左側有二葉 (Lobe)，右側有三以百萬計的葡萄狀肺泡，主係氣體交換

肺臟係一泡棉狀而有彈性的構造，緊縮，加上橫膈膜的升降，而達到呼吸

成人肺部充滿空氣時的總容量，大是在自然的呼吸情況下，祇有大約半公升深吸氣時，可吸入二公升的空氣，用力升半。

在咽喉以上，稱為上呼吸道，主司出，且有對吸入之空氣有調溫，濕潤及護下呼吸道的目的。

在咽喉部以下，稱為下呼吸道，肺換，常因發炎，腫瘤，異物和外傷，而造成呼吸困難甚或衰竭。

咳嗽，係一種反射性清除異物的保護作用，如塵土、煙灰，或因遭受刺激後所產生的分泌物。

呼吸作用的存在與持續，及其活動的範圍，係依賴著胸廓的伸縮，而胸廓的伸縮，又被肋骨和橫膈膜所操縱。

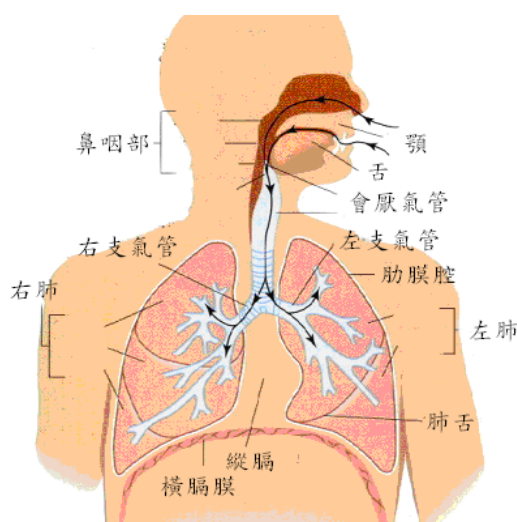
真正主宰呼吸的是在腦幹 (brain stem) 附近的呼吸中樞所運籌帷幄，設若呼吸中樞發生了障礙，如受外傷或長瘤等，其他的輔助呼吸設施，如胸廓如橫膈等，也就無能為力了。

隨著年歲的趨老，呼吸器官的變化：

天增日月人增壽，固是對老者的歌頌，但老年人各器官的功能式微，則又是不變的事實。生、老、病、死、任誰都難逃脫。各種器官，都因年老而衰退，呼吸器官也不例外。呼吸器官因“老”而發生的變化，有以下幾端：

- A. 駝背 (Kyphosis) 的發生，縮減了胸廓的前後直徑，也就影響了肺擴張的範疇。
- B. 骨質疏鬆症的嚴重化，更增加了駝背的程度，也更縮減了肺擴張的功能。
- C. 肋骨的軟骨部分，發生鈣化，縮減了呼吸肌肉的張力，增高了胸廓的堅硬度，進而減低了肺臟的擴張度。
- D. 小支氣管與肺泡喪失彈性而擴大，功能縮減，適應肺障礙能力萎縮。

由於上述因老而發生的退化，故在肺部殘餘的氣體增多，肺活量降低，對肺部功能障礙的適應能力趨微，上述情形於癮君子更為顯著。



葉，其中充滿有數的場所。

由於胸廓的擴大與的目的。

約為五公升半，但升的空氣被交換，排氣也可達到一公

空氣之輸入及排過濾作用，俱有保

泡主司氣體的交

隨著年歲的增長，肺泡表面的毛細血管功能，逐漸降低，使氧氣擴散作用，不能淋漓盡致的發揮。同時，因年老關係，呼吸中樞對缺氧和碳酸過多情況反應，亦變的遲鈍，因而年老者，容易有缺氧情況，加上氣管內纖毛作用大半喪失，對吸入空氣所含之微小異物分子清除作用，大打折扣，咳嗽反應能力變弱，故年長者，易因輕微傳染，而罹患氣管炎和肺炎。

咳嗽伴有痰液，係呼吸道傳染所致，如經傳統治療，如服用抗過敏藥和消炎藥後，不見效果時，應考慮其他較屬嚴重的病患，如心衰竭或肺癌等。

咳嗽，吐痰，且伴有血絲時，除考慮上呼吸道發炎外更不可忽視肺癌之可能。

呼吸有困難時，如係高齡患者，首應考慮慢性肺阻塞疾患(Chronic Obstructive Pulmonary Disease) COPD。

所謂 COPD 是由於長期肺功能障礙所衍生，包括氣喘，慢性氣管炎，肺氣腫，以及支氣管擴張症(Bronchoectasis)，其中以氣喘影響最深。

形成 COPD 的誘發因素，包括有慢性和復發性氣管炎，過敏等。遺傳，也是因素之一。嗜菸更是位居禍首。因為吸菸可破壞纖毛運動及損傷巨噬細胞的功能(Macrophage)，因而增高傳染機會及阻塞情況。

## 呼吸困難

嚴重的呼吸困難，如不能及時診斷及有效的治療，往往可於四十八小時後，因肺衰竭、休克等，而趨死亡。其所以有如此嚴重後果，蓋因呼吸障礙，而引發肺水腫，因肺水腫而影響氣體交換，沒有氧氣供給，危險的程度，自然理所當然了。造成嚴重呼吸困難的原因，至多且繁，如前述 COPD，還有石棉肺塵症，氣喘，慢性氣管炎，直接或間接的外傷，脂肪栓塞，敗血症，多次而大量的輸血所引發之末稍微細栓塞，異物吸入，廣泛性肺炎，嗎啡和海洛因過量，對抗生素之過敏，溺水，冠狀動脈繞道手術等。

呼吸困難的治療，應根據其原因，而做不同的措施。但基本的原則，應利用機械方法，大量補充氧氣及預防因缺氧而衍生的酸毒症(Acidosis)。

## 氣管炎

所謂氣管炎，是指氣管發炎而言。可分慢性和急性兩種。多係因吸入灰塵刺激和傳染所引起，其中又以吸菸為甚。可列入 COPD 形態的一種。因為氣管遭到輕微阻塞及傳染，致粘液分泌物增加，而有咳嗽及吐痰，甚而因缺氧而有發紫現象。情況設若繼續惡化，可因肺壓增加，右心室擴張性血壓增高，進而可能發生心衰竭。

支氣管發炎的治療原則：

- A. 淨化空氣
- B. 停止吸菸
- C. 給予抗生素，抗體酮(Cortisone)及氣管擴張劑
- D. 充分供給水份，氧氣
- E. 利用機械化噴霧機器，清除粘液

## 氣喘

氣喘是一種慢性，過敏性，反應性呼吸道障礙的疾病，因為呼吸道痙攣，粘液分泌物增多，粘膜水腫，而造成的阻塞。氣喘也是屬於 COPD 型態的一種。

氣喘雖然可發生於任何年齡，但以年輕人，特別是十歲的兒童居多。年逾七十者僅有 1%。

敏感物質，包括有花粉、獸類皮屑、灰塵、枕頭內之木棉、絲棉、烹飪之佐料等。其他因素，包

括有過度疲勞，情緒緊張，溫差與溫度差別等。

由於敏感性物質的刺激，而引發氣管平滑肌之痙攣，造成呼吸道阻塞而發生呼吸困難。

發作時的症候，有喘息、咳嗽、呼吸急迫，也可因缺氧，而出現紺紫。

治療的原則，是避免接觸敏感性物質，事實上是知易行難。氣管擴張劑，腎上腺皮質酮的應用，都有絕對的療效。氧氣大量供給，不可或缺。鼻腔噴霧劑的隨身攜帶，當可收到應急的效果。適當微量的運動，也有抑制復發的作用。

## 肺炎

肺炎係老年人常罹患之疾病，常見之症候包括有咳嗽，胸痛，吐痰和發燒。確實診斷，係靠 X 光攝影。老年人發病率高，死亡率也高。在美國每年死於肺炎者，經常在參百萬以上。

引起肺炎之原因，可由下述四種病原體：

- A. 細菌 (Bacteria)：如肺炎球菌，鏈球菌，嗜血菌等
- B. 濾過性病毒 (Viral)：如肺炎濾過性病毒等
- C. 黴菌 (Fungal)
- D. 寄生蟲 (Protozoal)

另外吸入外物至氣管，也是最常見的因素，如嘔吐物，食物碎渣等。

治療的原則：

- A. 充足的氧氣之供給，氣管擴張劑的給予。鼓勵病人咳嗽及深呼吸
- B. 大量水份補充，高熱量飲食
- C. 適當給予止痛劑，減除胸痛
- D. 磺胺類消炎藥及抗生素的適當應用

一般而論，正確的診斷，及時的治療，均能獲得良好的結果。

## 肺結核

肺結核仍是困擾老年人的疾病，俱有傳染性。在美國每十萬人口中就有十四例患有活動性肺結核，黑人較白人多，生活水準差，教育程度低者也較多。1950 年前後，肺結核在台灣甚為猖獗，由於抗癆活動之大力推廣，肺結核一度銷聲匿跡，但據記載，目前似乎又有死灰復燃趨勢，唯老年人的肺結核，常被疏忽，而未能及時發現。

肺結核，係由結核桿菌傳染，經呼吸道侵犯至肺部，先發生浸潤，再形成結節，結節形成後，因抵抗力強，結節週圍發生鈣化，限制結核菌之蔓延。也可能結節破裂，造成擴散，局部形成空洞。

病狀甚屬模糊，可能有輕微咳嗽、午後發燒、夜間出汗、體重減退、缺氧、偶而有吐血現象。

診斷，主要靠 X 光胸部攝影，如有可疑，電腦斷層掃描，可能獲得更確實之訊息。結核菌素試驗 (Tuberculin Test) 不確實，常會誤判診斷。必要時可採取早晨痰液，行直接抹片檢查，期能發現結核桿菌。也可行氣管鏡檢查，採取痰液進行培養。

診斷確實後，藥物治療，大致均可獲得良好的效果。

## 肺癌

肺癌是一個驚動世人的大問題，談癌故是令人色變，談起肺癌來，更是令人大驚失色。因為不論用任何方法治療，其五年存活率 (Survival rate)，都不足 13%。該病之所以能引起世人的重視，自屬意料中了。婦女因癌症而死亡的百分比，以肺癌最高 (24%)，乳癌次之 (17.8%)。

肺癌的原因，固屬甚多，如遺傳因素，如致癌物質，但其中以吸菸為首。

肺癌的種類有四：腺癌 (Adenocarcinoma)、鱗狀上皮癌 (Squamous cell carcinoma)、大細胞癌 (Large

Cell) 和小細胞癌 (Small cell)，臨床症狀，及其轉歸，大同小異，但預後不良，則殊途同歸，大致一樣。

診斷方法，包括有痰液化驗，X 光，電腦斷層掃描，氣管鏡標本取樣，行細胞檢視和病理切片。  
治療種類，包括有外科手術割治，放射線照射，化學治療，以及雷射和免疫措施。

# 排便失禁

直腸外科 林愷碩醫師

俗話罵人個性直、不知變通，就說是「一根腸子通到底」或「一條腸子透腳倉（肛門）」。人體的下消化道事實上就是一條彎來彎去的管子，一直通到肛門為止。爲什麼這條管子都沒有開關，糞便卻不會隨時留出來呢？主要就是消化道的出口(肛門)有括約肌，不會隨便鬆開；即使有時腸子蠕動太快，想要排便時，我們也可以運用意志力控制、暫時不要排出糞便或腸內氣體。除非肛門因故受傷或年紀太大，肛門括約肌失去原有功能，或者人的意識不清、失去對括約肌的控制力，以致排便的功能無法控制，就稱爲「排便失禁」(如果排尿功能失去控制則稱爲「尿失禁」)。

「失禁」的情況有輕重之分，輕者指的是減低或喪失控制排氣或排出水狀便的功能(譬如說拉肚子時)；如果連固體的糞便也控制不住，那就屬於嚴重失禁了。嚴格說起來，排便失禁並不是甚麼大問題，若因爲覺得不好意思而不敢就醫，以致成爲生活上的困擾，那才是大問題。要知道，失禁(大便或小便)的發生機率會隨年齡增長而增加，情況只有愈來愈嚴重而已，無法自行痊癒；所以一有症狀出現，最好趕快看醫生以免受苦。

## 常見的原因有三種

除了年紀因素之外，肛門受傷、感染以及產後損傷都是可能原因。

- 1. 生產時的傷害。**女性懷孕時整個腹部大大隆起，往下擠壓到下腔靜脈血管，造成痔瘡。生產時由於胎頭擠壓，或婦產科醫師爲了避免產婦陰道不規則裂傷，而將會陰部剪開等，如果不小心即可能發生肛門肌肉斷裂，或是控制肌肉的神經受到損傷。這些傷害可能在生產後馬上顯現，也可能等到年老時才發生失禁現象。
- 2. 外傷、手術或感染。**譬如從高處跌落時，樹枝意外插進肛門而傷害到肛門四周的肌肉，或手術失誤、局部感染未治好，都可能造成程度不等的失禁。
- 3. 年紀大或生病。**有些人年老或臥病時，因爲肛門肌肉的收縮力量減少，而出現某種程度的失禁。或者傷到神經，因知覺不敏感而致排便失禁。

患者表示，每次腹瀉症狀出現時，經常急如星火，往往還來不及上廁所就出來了，那種控制不住的感覺很不好，讓人不敢外出，那是因爲反覆多次排出液體狀的糞便(稱爲「水瀉」)之後，肛門括約肌的功能降低之故，並不算是本文所說的「排便失禁」。至於哪一種才算典型症狀，必須經過檢查、診斷才能確定。

## 可以三種檢查來確定診斷

都會先了解患者的症狀(失禁情形)、對生活的影響、病史(過去的身體健康狀況)，如果是女性病人，還要詢問生產情形(如生過幾胎、嬰兒多大、產程是否困難、有無使用產鉗、是否施行會陰切開術等)。接著再做會陰部及肛門檢查，看有無受傷(包括有無手術疤痕)。必要時再安排幾項檢查，以便客觀分析失禁原因。例如：

- 1. 肛門壓力測驗：**將一條細小的壓力管放入肛門，以測量病人休息和用力收縮時的力量，以判斷其肌肉控制力。力量小者控制力也差。

2. **肛門超音波檢查**：直接以超音波觀察肛門的肌肉是否完整、何處肌肉受到傷害，以決定採取何種治療方針。
3. **神經學檢查**：主要是檢查控制肛門的神經傳導是否正常。因為神經是感覺的主體，一旦失靈無法察覺失禁現象。
4. **其他檢查**：事實際症狀的需要做特別的檢查。

找出原因之後，最重要的還是治療。

### 治療失禁先從改變飲食著手

治療排便失禁的方法不外注意生活起居、節制飲食和手術三種。

1. **輕微失禁者從改善生活方式做起**。例如只有氣體和液體(水便)才會失禁者，應從改變飲食著手，例如少吃流質或易造成水瀉的食物(乳糖不耐症患者少吃乳製品)，必要時可請醫師開給促進分泌乾燥的藥物，以降低失禁頻率。生活上盡量保持從容、悠閒，避免緊張、壓力。同時增加運動量，以增強肛門肌肉的控制力。此外，就是做生物回饋訓練，了解何時可能排便並早做準備；此法也有助於增強肛門肌肉的控制力量，不至於突然失禁而造成尷尬。

2. **嚴重者以手術修補肌肉**。如果肛門的相關肌肉已經斷裂，除了以手術修補之外，還可將人造的「肛門肌肉」植入肛門周圍，有助於控制排便、減少失禁頻率。

以前曾經有人主張以人工肛門(結腸造瘻手術)治療嚴重大便失禁，但這個方法只是換一個失禁地點而已，患者反而覺得更加困擾(以前也許使用人工紙尿褲即可解決，手術後要經常換人工集糞袋，更容易失誤而出醜)，因此現在已經很少採用。一般還是以改變生活型態和做生物回饋訓練較省錢有效。



# 台灣地區常見肝功能異常的原因

家醫科 譚健民醫師

在中國人的傳統醫療觀念中，假若發現身體有疲勞以及食慾不振的症狀時，都會先想到是否自己的肝臟出了問題；甚至大部份的人一旦在得知自己肝功能出現異常時，便會逕自到藥房購買所謂的「保肝片」，或者服用某些不知名的「偏方」；而某些人在服用這些藥物後，反而使得肝細胞發生加成的傷害；到頭來，不知道到底是自己的肝臟出現了問題，或是服用藥物而導致肝臟出了問題。

肝臟好比是人體中一個化學工廠，其主要的功能包括有白蛋白的合成，免疫球蛋白的製造，膽汁的製造及排泄，病原體及毒物的清除，以及凝血因子的合成，因此一旦肝臟出現問題，以上的功能都會呈現異常或衰退的現象。但所幸肝臟本身對於疾病的忍受度相當的高，因為只要肝臟實體維持在四分之一左右，就可以應付個體一天新陳代謝所需的工作。一般臨床上，所謂的「肝功能檢查」項目，無非是用來評估肝臟之合成、排泄以及解毒的功能；而一般民眾最熟悉的檢查項目就是首推 GOT 及 GPT。在此姑且不論 GOT 及 GPT 的中文翻譯名稱如何，但 GOT 及 GPT 是肝臟中數以千計參與各種物質新陳代謝最重要及最具特異性的肝細胞內酵素；假若肝細胞膜發生變性或者肝細胞本身壞死，則會使得其中固有存在的 GOT 及 GPT 溢流到血液循環中。因此，由血清中 GOT 及 GPT 的濃度之高低，便可以間接地判定肝細胞本身是否正在受到傷害及發生壞死的現象。

一般檢驗所之 GOT 及 GPT 濃度的正常範圍是在四十單位以下，在急性肝炎或是慢性肝炎的急性發惡化時，GOT 及 GPT 甚至可異常高達一千單位以上；假若在追蹤檢查中，GOT 及 GPT 正在逐漸下降，在臨床上亦代表著肝細胞破壞現象正逐漸減少，甚至有些病例會降至正常範圍以內，此階段便叫做肝病的「緩解期」。所謂「慢性肝炎」是指罹患者的 GOT 及 GPT，在六個月以上的追蹤中，仍在正常上限以上起起伏伏。其他肝功能檢查還包括評估肝臟合成機能的血清白蛋白以及凝血酶原時間（假若肝功能降低，則凝血酶原時間會延長），評估排泄功能的血清總膽紅素，評估解毒功能的血清氨濃度；此外  $\gamma$ -GT 不僅可以用來評估肝細胞傷害的現象，亦是一種酒精或藥物對於肝細胞傷害的指標；而由血清甲型胎兒蛋白濃度的起伏亦可以判定肝細胞本身再生的程度如何，這些所謂的肝功能檢查在臨床上並不具有絕對的確定診斷意義，必須要再加上專科醫師豐富的臨床經驗，以及臨床症狀及表徵，才能夠歸納出完整的肝功能傷害程度之評估。

假若第一次抽血檢驗 GOT 及 GPT，發現其數據呈現異常，千萬不要過於驚慌或緊張；由於檢驗本身就具有某些程度的標準誤差，或許再加上某些生理性及藥物性的影響，而使數據呈現「假陽性」現象（即個體並沒有潛在性的肝病）；因此必須在適當的時候，再追蹤一次檢查，以確定 GOT 及 GPT 是否仍為異常。事實上，絕大部份肝功能異常罹患者不具有絲毫的臨床症狀，而常見的肝炎症狀都是非特異性的，其中不外是全身倦怠、關節酸痛、食慾不振，有時候就像罹患一場感冒似的。而嚴重的個案可能出現茶色尿以及黃疸，但在慢性肝炎甚至肝硬化則可能出現食道靜脈曲張破裂出血、腹水、黃疸、以及肝昏迷的合併症，而這些合併症都足以使得肝炎罹患者「壽終正寢」。事實上，這些罹患者大部份是在不知肝病原因之下，就冒然使用所謂治肝藥物；因此，唯有進一步了解或探討導致肝功能異常的原因，才是正當的保肝之道。

肝功能異常就先要再進一步來探討導致「肝功能異常」的原因是什麼？在台灣地區居住的居民，其導致肝功能異常的原因有四大類：

1. 病毒性肝炎：目前在臨床上已可以確認的病毒性肝炎有六種：A 型、B 型、C 型、D 型、E 型及 G 型肝炎，其中 A 型肝炎及 E 型肝炎，主要是經由胃腸道感染，即經由不潔的飲食及飲水而感染，但罹患者不會衍生慢性肝炎，而個體都能得到終生免疫的抗體。而其餘的 B 型、C 型、D 型或是 G 型肝炎是經由打針注射或輸血的途徑感染，其中在感染 B 型肝炎病毒中，有 15 至 20% 左右會成為慢性帶原

者，而帶原者中有 10% 會衍生慢性肝炎，而在慢性肝炎罹患者中有 5% 會演變成肝硬化。根據台大醫院對於肝硬化罹患者的長期追蹤檢查中，發現肝硬化罹患者中有 7% 衍生肝細胞癌，而肝癌又是癌症死亡原因的首位。因此，B 型肝炎的防治工作是台灣地區公共衛生的一大課題。台灣地區 C 型肝炎帶原者約有 30 萬人，其慢性率亦高達 60%，也是形成肝硬化及肝癌最常見的原因之一。而 D 型肝炎必須同時或重覆感染在 B 型肝炎帶原者身上，而 B 型肝炎帶原者一旦感染 D 型肝炎，亦會加重原有肝疾病的惡化。

2. 酒精性肝疾病：在國外，酒精是導致肝功能異常最主要的原因；而近年來，由於台灣經濟繁榮，人們應酬喝酒的機會亦增加，在臨床上亦不乏有因長期多量喝酒而導致肝功能異常的罹患者。酗酒所導致的酒精性肝疾病，在初期是以「脂肪肝」的型態出現（脂肪顆粒異常囤積在肝細胞質中的現象），稍後肝細胞小葉中出現炎症細胞的破壞，而進入酒精性肝炎的階段；而在酒精性肝疾病的後期，由於大量的細胞已壞死並被膠原纖維所取，而使得肝臟進入肝硬化的不可回復的階段。

3. 藥物中毒性肝炎：90% 的藥物都在肝臟中進行新陳代謝，而某些藥物長期的使用亦會造成肝細胞輕度的傷害，更何況國人有隨意服藥的習慣；因此，在臨床上亦存有為數不少的藥物中毒性肝炎。

4. 脂肪肝：超音波掃描是診斷脂肪肝最準確的工具、而僅有 20% 的脂肪肝罹患者之肝功能是異常的；因此對於某些類似脂肪肝罹患者，如過度肥胖、酗酒、高三酸甘油脂血症、糖尿病、過度營養缺乏、慢性心臟衰竭等，不妨建議其進一步接受超音波掃描，以期篩檢出潛在的脂肪肝。

# 二尖瓣脫垂

痛風科 陳啓源醫師

## 實例

26 歲的李小姐，5 年來偶爾不定時發作胸悶、胸口抽痛，通常幾秒鐘就好了，所以也沒看過醫生。但最近一個月以來症狀愈來愈厲害，發作次數也愈來愈頻繁，胸痛的持續時間也愈來愈久，也開始出現頭暈頭痛，甚至呼吸困難。

李小姐覺得很恐慌，擔心自己是不是得了心臟病？會不會突然心肌梗塞發作？會不會有生命危險？於是，李小姐來到心臟科門診求診。

先幫李小姐檢查心電圖，完全正常，沒有任何心肌缺氧的現象。仔細評估李小姐的狀況，李小姐長得瘦瘦高高，有喝咖啡的習慣，平常個性比較容易緊張，睡眠品質不好，最近工作壓力又比較大…。測量血壓、脈搏、呼吸也都正常。在心臟聽診方面倒是聽到了輕微的「二尖瓣脫垂」心雜音。經安排心臟超音波掃描後確認診斷為「心臟二尖瓣脫垂」，經過藥物治療及生活型態的調整後，已不再有胸痛症狀…。

## 疾病簡介

心臟二尖瓣膜脫垂，到底是個什麼樣的病呢？我們先來了解二尖瓣的位置。心臟裡面分為 4 個空間，左心房、左心室、右心房及右心室。而分隔左心房與左心室的就是二尖瓣。二尖瓣好像一道單方向的門，在心臟舒張期，二尖瓣會打開，讓血液從左心房流進左心室；在心臟收縮期，二尖瓣會關閉，讓左心室的血液不會回流到左心房，而使左心室的血液全都能流到主動脈去供應全身。

二尖瓣上面有許多小肌肉(腱索)緊緊連接著心室內壁，才能使得每天開開合合將近 10 萬次的二尖瓣不會變鬆弛。如果這些小肌肉結構變鬆弛而力道不足，不足以對抗心臟收縮期的強大壓力，二尖瓣膜閉合時將會出現凹陷，甚至往左心房方向脫垂，這就是「二尖瓣脫垂」。大部分的二尖瓣脫垂，不會影響血液流動，沒有生命危險。極少部分嚴重的二尖瓣脫垂，導致瓣膜閉合不完全，造成血液在心臟收縮期逆流回左心房，會加重心臟負擔。長期下來可能進展為心臟擴大、心律不整，甚至心臟衰竭。而且二尖瓣部位有血液逆流，在身體遭受細菌感染時，比如說拔牙或牙週病，或是手腳受傷的傷口，有細菌感染時，細菌將有可能大量繁殖聚集在二尖瓣上，演變為「感染性心內膜炎」。會大大增加敗血症的機會，也增加死亡的風險。有心臟內血液逆流，也增加產生血塊阻塞的機會，會增加發生阻塞性腦中風的風險。

## 發生原因

二尖瓣脫垂發生的原因目前仍不確定，但是有一些相關因素。女性比較多，(但男性也有)。有家族遺傳相關基因。(常見母親有，女兒也有。)患者體型多高高瘦瘦，個性通常比較容易緊張、或是急性子。另外，有一些疾病也發生有比較高的二尖瓣脫垂發生率，包含：甲狀腺疾病、自體免疫疾病、侵犯血管或神經的結締組織疾病…等等。

## 症狀

在心臟強力收縮時，鬆弛的二尖瓣膜會拉扯到附近的心肌，造成胸悶、心悸、胸口抽痛。在專心工作時通常不覺得有症狀，運動時也可能還好。反而是在休息時，莫名其妙就胸痛發作。這一點與典

型的狹心症(心肌缺氧引起的心絞痛)有明顯不同。另外，在喝咖啡、喝濃茶、抽煙、熬夜、睡眠不足、考試前、或工作壓力大，以及感冒期間，因交感神經亢奮(或說自律神經失調)，會讓症狀變得頻繁且明顯。也有人合併噁心、消化不良、頭暈、頭痛、心律不整甚至呼吸困難。

如果是合併有瓣膜閉合不全的情形，則可能有心律不整、運動耐受力差、甚至有暫時性腦缺氧現象。

### 檢查與診斷

二尖瓣脫垂的患者通常血壓、脈搏、呼吸都正常。心電圖及胸部 X 光檢查通常也都正常。只有在心音聽診檢查時，在心臟收縮期聽到特有的瓣膜閉合異常聲音。確認的檢查工具需靠心臟超音波掃描，可以清楚地看到二尖瓣膜閉合時出現的凹陷脫垂現象。在少部分嚴重的二尖瓣脫垂合併瓣膜閉合不全，超音波更可發現有血液逆流情形。如果已有心臟擴大，或甚至危險的心臟內血塊，超音波也能同時發現。

### 治療與保養

二尖瓣脫垂的患者首重生活作息的調整。規律的作息、不要熬夜、不要食用含咖啡因或興奮劑的物品、心情不要太過緊繃、在睡眠充足的狀況下可以多運動…。如此能做到以上幾點，輕度的二尖瓣脫垂通常不會有任何症狀。如果是因為無法避免的工作壓力或考試期間，胸痛心悸等症狀無法自行改善，此時醫師會使用輕量的乙型阻斷劑及精神安定劑(鎮靜劑)。乙型阻斷劑可以抑制太快的心跳及緩和心臟太強力的收縮；精神安定劑則可降低因焦慮引起的自律神經失調。這兩種藥物一起使用，通常二尖瓣脫垂伴隨的心悸胸痛就會大幅改善。

輕度的二尖瓣脫垂(沒有逆流)，建議約 3 年做一次心臟超音波檢查，以追蹤比較瓣膜脫垂的程度，以及評估心臟的功能。

至於重度的二尖瓣脫垂合併瓣膜閉合不全，因為已經形成血液逆流，造成心臟負荷增加。為了預防心臟擴大持續惡化，甚至演變成心臟衰竭，這時就會建議終身服用利尿劑及血管轉化酶抑制劑，用來減輕心臟負荷。每 1 年做一次心臟超音波檢查，如果瓣膜閉合不全情況太過嚴重，也好把握時機及早轉介外科作瓣膜置換手術，以免太晚治療造成不可挽回的心臟衰竭。

另外，二尖瓣脫垂的患者，如果有不明原因的發燒超過一週，也應該到心臟科追蹤。若有必要，醫師會安排心臟超音波檢查，以防止「感染性心內膜炎」引發敗血症的可能。

要提醒大家的是，胸痛的原因有許多種可能。「二尖瓣脫垂」是其中比較不危險的。也有一些胸痛有高度生命危險，例如「心肌梗塞」、或「主動脈剝離撕裂」等。如果有胸痛的症狀，還是要儘快找心臟專科醫師檢查，千萬不要延誤才好。

# 毛髮的一生

醫學美容 林宜蓉醫師

從小 baby 開始到現在你知道我們一生到底洗多少次頭呢？如果以 40 歲中年人來說，剛出生的胎兒，媽媽幫忙洗兩天洗一次頭來算，從嬰兒到國小前總共洗了 1460 次，國小到高中，一天洗一次，一共 4380 次，之後每天洗一次，或兩天洗三次直到 40 歲，一共 10950 次 這些通通加起來，我們一生到 40 歲為止總共要洗 16790 次。如果洗一次頭掉 10 根毛髮的話，一共會掉 16 萬 7 千 9 百根毛髮。我們的髮量，男性少則 8 萬多則 12 萬，如此算來，到 30 歲左右，應該要掉光光才對。

實際上並沒有，為什麼呢？毛髮的生長期約 3 到 5 年，但是毛囊並不會死去，只是毛髮脫落而已。因此，重覆著無數次毛髮再生脫落的過程。平時在頭上看到的頭髮，大多是成長期的毛髮，大約經過 3 到 5 年就掉下來，在真皮層下的毛囊仍會持續存在，此時可能是休止期或退化期，一般經過 3 到 5 個月，毛髮會再度長出來。你仔細觀察頭髮，長度比較短直徑比較細的大約占 10%，這些都是新生幼毛。

因為毛髮自然週期的原因，所以每一次洗頭，掉落的幾乎是休止期或退化期的毛髮，因為還會再長出來，所以無需太擔心。落髮導致有禿頭的困擾：1. 是因為休止期、退化期輪替比正常速度快，休止期退化期的時間比成長期還要長，頭髮不正常，頭髮變細、短，感覺上幼毛占多數，因此看起來頭髮很稀少。2. 毛囊幾乎完全死掉，毛髮不再生長，也沒有週期輪替。人類和動物一樣，都有毛囊週期的過程，但是不可否認的人類比動物高等，動物多值春秋季脫毛，因此它們的毛髮不長，但是人類毛髮沒有修剪一直長到 60 公分沒有問題，超過 60 公分就比較困難。無論是任何動物毛髮都難以超過 60 公分。

毛髮一般來說一個月長一公分，三到五年持續生長，可以長到 36~60 公分，不可能超過 60 公分，如果超過 60 公分就容易停止生長而脫落。60 公分大約到屁股的位置，所以頭髮長到超過屁股的非常少，但是有時非常偶爾可以見到新報導出現頭髮長到腳趾的故事，也是因為太特別了，所以才上新聞。過去偶爾會遇到落髮的客戶跑來訴苦告狀，因與仇家爭執吵架，被對方拉扯頭髮才造成從此以後一直掉髮，因而怨恨不已。其實，大部分被拉扯的頭髮大多處於退化期或休止期，成長期只占一小部分，就算是成長期毛囊、毛乳頭也不可能被拔下來，所以無須太擔心。在洗頭的時候，如果仔細看落髮的毛根，可以看到白白的髮根軟組織，感覺似乎連毛囊都跑出來了。其實正常的毛囊看起來像黑色的拐杖頭，因此很容易區分，一天落髮 50~60 根是正常現象，如果一天超過 100 根就要懷疑落髮的問題。

男性雄性禿，落髮從前額兩側開始，呈現 M 型，接著更進一步落髮，額頭變愈來愈明顯寬廣。有些會合併頭頂落髮，因此看起來頭頂頭皮發白毛髮稀疏。女性落髮，大多從頭頂開始，如果已經看到頭頂發白的情況，代表落髮已有一陣子了。

毛髮的一生不斷經歷著成長、休息、脫落然後又再一次的成長、休息、脫落不斷循環，如果落髮的人只有成長沒有休息脫落，那該多好。人類據說以前也像猴子一樣全身長滿毛髮，但是在進化過程當中，毛慢慢退化不見了，由於文明高度發展到現代社會並不需要毛髮存在，但是過去為什麼我們需要毛髮？

它的用處是什麼，又有什麼存在的機能？毛髮最重要的角色是保護我們的皮膚。據說人類的始祖，全身一半以上都長滿了毛髮，跟動物一樣，沒有衣服、房子遮蔽，每天在樹上生活，森林裡奔跑、跌倒、奮戰、打架等等，因此毛非常重要，可以保護皮膚。但是現在的社會，我們思考一下，有需要這樣嗎？普洛米修斯偷火苗給人類，或是人類太聰明，發明衣服保護皮膚等等，從此毛髮沒有保護皮膚的功能。

在熱帶的地方，毛可以有防曬效果，在寒帶，可以保暖。但是逐漸的人類不需靠毛髮的這些機能，毛髮可以阻斷溫度、保溫，也可以讓體內的熱量散發出來。容易流汗的地方，通常毛髮很多，如腋下、臉部、腿、頭。但是現代冷氣暖氣電風扇代替這些功能，慢慢的代替毛髮的功能，並且可以時常洗澡，因此毛髮已經不太需要存在了。

頭部重要的部位，雖然有頭骨包圍，但是上帝感覺沒有安全感，因此比起其他部位，多賜予了頭髮，種了毛髮在頭部。原始時代，利用頭髮保護腦部，對冷熱損傷的變化可以吸收衝擊，因此頭髮的機能是非常重要的。但是目前無須這些功能，眉毛、睫毛可以保護眼睛，不讓太陽光或汗水直接跑到眼睛，鼻毛可以過濾異物保護肺部，摩擦嚴重的部分，也會有毛髮長出來，保護皮膚，防止因為摩擦造成皮膚損傷。男女生殖器周圍毛髮也是為了保護皮膚，但是現代也可以用內褲來代替，但散發異性的魅力，目前為止剩下頭髮與胸毛有存在的必要，胸毛衣服會遮蓋，大部分人比較不關心，但是頭髮與性器周圍的陰毛還關係著性感的魅力，因為還困擾悲著人類最後一個部位。

這樣一來，毛髮原來應有的保護機能逐漸消失，只剩下攸關異性的形象魅力，如此還值得我們人類為之困擾傷神嗎？落髮的人們請不要自卑，800年後的未來世界，或許是充滿禿頭新人類的世界，相反的禿頭新人類可能會嘲笑這些原本沒有用的毛髮，因此禿髮的你或許比有毛髮的人進化快速，是不是你只是比未來世界的禿頭新人類超前存活在無奈的現實今天罷了。

# 認識長期照護

手術室 黃秋燕護理師

隨著國民生育率逐年下降、平均壽命逐年提升，我國人口年齡結構已由金字塔型快速趨向於保齡球形狀。而高齡化的社會是當前全世界先進國家共同面臨的問題。

根據統計台灣社會結構自 1993 年起已邁向世界衛生組織所謂「老人(65 歲)人口大於 7%」的老人國。至民國一一〇年時，將增加到一四%，其老化速度之快僅次於日本，較歐美先進國家則快二十年以上，快速增加的高齡人口，加上疾病型態的慢性化，將使國人對長期照護的需求遽增。隨著人口高齡化，促使長期照護的問題越來越普遍，需要長期照護的人口亦隨之增加。

長期照護為一連續性、綜合性之照護，除了護理服務的提供外，所包含的尚有醫療照護、個人照護、生活照護與社會支持等。其服務內容可以從，預防診斷治療復健支持性、維護性、至社會性之服務，然而，這些服務可經由不同的機構或非機構設施獲得，其目的在促使患者的生理、心理、及社會功能各方面皆達到最佳狀態。

現今因社會變遷、家庭型態改變、婦女就業率增加等因素影響之下，照顧失能老人不再是個人或家庭能獨力承擔，而必須向外尋求其他替代性照顧方案，這也將是未來老人照護的必然趨勢。當老年人口的增加後，所面臨的居住、經濟、健康、醫療、休閒、服務等普遍性需求，在傳統家庭養老功能日漸式微的今天，已逐漸衍生成為社會問題。

為因應高齡社會的來臨，行政院衛生署規劃的醫療服務體系中，長期照護服務基本上係以慢性醫療及技術性護理服務為主，目前推行的照護服務方案有『慢性醫院』、『護理之家』、『居家照護』、『日間照護』等長期照護機構。故加強推展各項老人福利措施，並結合社會資源以協助家庭照顧老人，已成為現階段老人福利的重要課題。而在老人福利政策措施中，機構照顧也是一項最具規模、存在最久的措施；因應社會福利的發展趨勢，老人安養照護的需要，已為社會結構變遷下不可缺少的服務。

然而，現今長期照護的人力與服務明顯普遍不足，長期照護既為一綜合性的服務，其所需的照護人力就必需包括社會服務專業人力、醫事專業人力與生活照護人力，甚至必須包括社區內之義工團體與人力資源。我國目前針對長期照護特定人力的培訓尚未建立制度，成長速度十分緩慢，無法因應未來高齡化社會對長期照護的大量人力需求。而社政單位的療養機構，其醫護及照護人員更因資源缺乏及人力不足，少有機會接受在職訓練，嚴重影響照護技術的提升與照護品質的維持。現有的長期照護服務普遍不足，已為不爭的事實。目前我國長期照護的主要財源，仍以家庭為主，全民健康保險僅針對部份慢性病人，及需居家照護之病人提供部份給付。社會福利對長期照護之病人，則多以低收入戶為主要的服務及補助對象。

綜觀我國長期照護的財務制度，尚未健全，有待社政與衛生單位共同研擬作整體性之規劃。固然全民健康保險已經給付部份慢性醫療與長期照護的費用，但藉由健康保險給付，全面給付長期照護服務，並非良策；且解決長期照護財務問題並非唯有



保險給付一途。參考國外發展長期照護之實例，朝向以結合金與健康保險制度，或透過私人保險或附加保險，才是為現今主要發展趨勢。

年老體衰、生老病死，是每一個人都會遇到的事，尤其少子化的現在，可能遠赴異地工作，留下來的年邁雙親獨居的人越來越多，因此長期照護是勢在必行且應提早詳盡規劃進行。行政院 96 年 3 月 14 日已通過「我國長期照顧十年計畫」，估計十年內將投入 817 億 3,566 萬元，計畫目的在確保老人獲得公平、高品質，以及整合性的健康和社會服務。目前推動制度以 1994 年日本「新黃金計畫」為標竿，希望以十年為期，將長期照顧所需居家式服務、社區式服務、機構式服務、交通服務、住宅服務、輔具服務，以及長期照顧管理制度建構完成，這也是現今我國因應高齡社會的來臨，所投資最龐大的社會福利計畫。

# 補冬如何降『血油』??

營養師 劉怡君

1. 控制份量與熱量： 可以找專業營養師依照您個人設計專屬的飲食計畫，藉由這飲食

計畫可以控制自己每餐所攝取的份量，以達到健康飲食之目的。

2. 禁食肥肉：烹調前先去除了肉類的皮及肥油，雞皮、鴨皮等動物性的皮，油脂含量高，患有糖尿病、高血脂症者更要特別注意減少攝取過多油脂的機會

3. 過濾撈除燉湯的上層油脂

4. 並盡量選擇瘦肉食用：可以選擇帶骨的肉類取代大塊的肉類避免在補品中加入動物

膽固醇 (毫克)		
蛋類	雞蛋黃一個	266
	雞蛋蛋白一個	0
	鴨蛋一個	619
肉類	豬腦 (100克或2兩半)	2530
	豬腰，肝 (100克或2兩半)	365-480
	瘦肉 (100克或2兩半)	65-77
	(豬，牛，羊)	
	肥肉 (100克或2兩半)	99-138
	(豬，牛，羊)	
	排骨 (100克或2兩半)	105
	臘腸 (100克或2兩半)	150
油類	火腿 (100克或2兩半)	62
	雞胸肉 (100克或2兩半)	39
	豬油 (100克或2兩半)	56
	植物油 (100克或2兩半)	0
	(如花生油，玉米油)	

膽固醇 (毫克)		
海產類	鮮魷魚 (100克或2兩半)	231
	龍蝦 (100克或2兩半)	85
	蟹肉 (100克或2兩半)	100
	蝦 (100克或2兩半)	154
	罐頭鮑魚 (100克或2兩半)	103-170
	黃頭魚 (100克或2兩半)	79
	海蜇 (100克或2兩半)	16
	海參 (100克或2兩半)	0
奶類及乳類	奶油 (100克)	140
	起司 (100克)	100
	牛油 (100克)	260
	牛奶 (100克)	13
其他	蔬菜類 (100或2兩半)	0
	瓜果類 (100克或2兩半)	0
	五穀類 (100克或2兩半)	0

內臟，因這類食物的膽固醇、普林含量高盡量選擇黃豆製品：例如豆腐、豆干、豆包等…。

7. 不喝含油量高的補湯

8. 多吃蔬果等高纖食物：在享受補冬燉湯之時，也要記得搭配一份的青菜，每天要吃足半斤蔬菜及兩份水果喔！大量的高熱量高蛋白食物，不但造成腸胃的負擔更是嚴重地影響正常代謝功能，每日至少 30 公克的膳食纖維攝取，能幫助腸道正常的蠕動和排泄、延緩飯後血糖上升、降低脂肪的吸收，及降低血中膽固醇及尿酸的濃度，更能補充身體能量利用所需的足量維生素！

9. 減少沾醬的使用：且為了增添風味，而常會使用沙茶醬或豆瓣醬 等作為調味料或沾醬，因而導致鈉的攝取增加，對於有痛風、高脂血症、高血壓或腎功能衰竭等慢性疾病的病人要特別注意。

10. 酒精的攝取要減少：使用米酒熬煮的湯品也要注意攝取，如麻油雞、薑母鴨等等…長時間的烹調並不會使米酒完全揮發，湯中仍殘有米酒，所以湯之熱量仍非常高，患有糖尿病、高血脂症者更要特別注意，減少攝取過多燉湯的機會。

酒類名稱	份量	含糖量	熱量	代換
米酒	100 (ml)	0	123	2份脂肪
一鞭酒	350g	8.82	12374	2份糖 2份脂肪
淡馬尼	350g	5 微量	10056	2份糖 2份脂肪
無酒精酒	350g	123.5	60115	1份糖 2份脂肪
血樽	150g	5 0	11638	2份糖 2份脂肪
紅蘆	120g	3.50	90138	2份糖 2份脂肪
甜蘇	120g	12 微量	11800	2份脂肪 2份糖類
白樹	120g	2.42	9083	2份糖 2份脂肪
陳雙	100g	1.53	1.392	2份糖 2份脂肪
紅蔞	100g	微量	9097	2份糖 2份脂肪
花雙	100g	1.20	10009	2份糖 2份脂肪
黃酒	100	0.5	97	2份脂肪











有許多食物兼具有藥物的特性，例如蓮藕、蓮子、山藥、薏仁、紅棗、枸杞、薑 … 等，皆因能發揮特殊療效而入藥，並不一定得依靠山珍野味才是補身，只要是

能補不足、補缺乏，就算是新鮮的蔬果、充足的睡眠也是「補」！充分了解自己真正缺乏的並對症下藥，才是一帖既不浪費錢且又養生的「大補帖」！

就是瞭解您的健康狀況，再針對您的健康需要調整飲食。例如說體檢報告發現有缺鐵性貧血，適量補充紅肉，並注意蔬菜水果的攝取，可有效地補充造血所需的鐵質、蛋白質與維生素；發現有骨質流失的問題，則適量攝取乳品補充鈣質。它可以讓人紓解壓力，增進健康；也可以增進血液循環，對抗寒冷；還可以消耗因為不自覺的多吃所增加的脂肪。

最後~台灣氣候溫和，四季如春。也期望您的健康狀況也是四季如春，沒有嚴冬。

如您有任何飲食的問題，有關健康飲食或疾病飲食方面，皆可詢問本院營養科營養師喔！營養門診時間如下：

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五
8:00   12:00					
13:00   17:00					

門診採預約制喔！預約電話：02-27713161 轉 177

# 良性前列腺肥大之藥物治療與保健

藥劑科 張宇慶藥師

已逾不惑之年的男士們，在小解時是否感到不如以往順暢、斷斷續續；常常尿不乾淨、漏尿；或是頻尿、夜尿的次數變多，甚至因而影響了日常生活呢？如果您符合上述的狀況，那良性前列腺肥大 (benign prostatic hyperplasia, BPH) 這個疾病就是首個要列入考量的重大因素。

以下將對**前列腺肥大**作一個概略性的介紹，希望能對各位有所幫助。事實上，50 歲以上的男性約有八成有前列腺肥大的問題，且隨著年齡越大發生率越高，幾乎男性都逃不過這個病症的摧殘，差別只在於症狀輕重而已。

## 甚麼是前列腺

前列腺又稱為攝護腺，是男性獨有的腺體，位於膀胱正下方出口處，包覆著尿道，正常成年男性前列腺的重量約 15~20 公克左右，大小較核桃略大一點。

包覆著尿道的前列腺具有括約肌的功能，可以控制尿的流速以及導引精液的射出，而其所分泌鹼性的前列腺液為構成精液的重要部分，能幫助精蟲活動。前列腺亦有內分泌腺的功能，能將雄性賀爾蒙睪固酮(testosterone)轉化成更具活性的二氫睪固酮(dihydrotestosterone, DHT)。

## 淺談前列腺肥大

前列腺肥大指的是前列腺腺體細胞的良性增生，造成其肥厚腫大，進而壓迫到尿道而產生一系列泌尿道之症狀(諸如: 頻尿, 排尿慢, 尿細小。急迫及排尿不乾淨, 有餘尿感, 膀胱、前列腺發炎, 及夜尿次數增多), 上述早期症狀僅會對生活造成不便與困擾, 但若置之不理, 隨著病程的進展, 尿道阻塞嚴重時, 可能導致尿道結石, 膀胱、腎功能障礙甚至是尿毒症。

前列腺肥大的確切原因尚不明瞭, 但目前認為最主要的兩大因素為老化與男性荷爾蒙所導致, 而前列腺慢性發炎、局部血液循環不良, 或是酗酒、嗜吃辛辣等刺激性食物也被認為是可能的原因之一。

一般而言, 前列腺在青春期之後就維持固定的大小直到 45 歲左右, 之後, 隨著年齡增長, 前列腺肥大的機率也直線上升。根據臨床上的統計 50~60 歲的男性有八成有前列腺肥大的現象; 70 歲有七成; 80 歲更高達九成以上, 故這個疾病可說男性的長壽病。

前列腺細胞的惡性增生則為前列腺癌, 早期前列腺癌的症狀不明顯, 直到其侵犯到尿道時, 才會發生與前列腺肥大極其相似的症狀, 故要辨別究竟是兩者中的哪一種, 須依靠詳細的檢查, 包括醫師的肛門指診 (DRE)、抽血檢驗的前列腺特殊抗原 (PSA)、以及經直腸超音波檢查 (TRUS), 才能判定。

## 前列腺肥大之藥物治療

前列腺肥大之病人，依據其症狀的輕重程度，醫師會使用不同種類的藥物，來改善其症狀，然而若是前列腺太過肥大而完全阻塞尿道時，則可能需要裝導尿管或考慮手術治療。

目前使用的藥物主要分為 2 大類：

- I. **交感神經  $\alpha_1$  阻斷劑**：在膀胱頸及前列腺平滑肌上，分布著交感神經  $\alpha_1$  受體，當交感神經刺激時，膀胱頸及前列腺平滑肌便會收縮而壓迫尿道，故服用  $\alpha_1$  阻斷劑可以放鬆膀胱頸及前列腺平滑肌而使排尿變得順暢。因動脈血管平滑肌也存在著交感神經  $\alpha_1$  受體，故  $\alpha_1$  阻斷劑也有降血壓的效果，亦可用來治療高血壓。

本院的交感神經  $\alpha_1$  阻斷劑有：Minipress®(prazosin)，Doxacor®(doxazosin)，Limy®(phenoxybenzamine)，Kinzosin®(terazosin)及 Harnalidage®(tamsulosin)，前四種  $\alpha_1$  阻斷劑，可用來改善排尿症狀及高血壓的治療，適用於有高血壓又有前列腺肥大之病人，而 Harnalidage® 因對前列腺的  $\alpha_1$  受體有較高的選擇性，較無降血壓的效果，故常用於血壓正常的病人。

交感神經  $\alpha_1$  阻斷劑因有降血壓的效果，故通常建議於睡前服用以避免直立性低血壓，若本身有服用其他降血壓藥也應特別小心有無頭暈等低血壓的情形發生。

- II. **5  $\alpha$  還原酶抑制劑**：5  $\alpha$  還原酶(5  $\alpha$  -reductase)為細胞內存在的一種酵素(又分兩種型式，Type I 主要存在於皮膚及肝臟細胞，而前列腺中的則是 Type II 型式)，5  $\alpha$  還原酶可將睪固酮(testosterone)代謝成更具活性的二氫睪固酮(dihydrotestosterone, DHT)，因為大量的 DHT 在前列腺內產生而刺激腺體細胞的增生肥大，故服用 5  $\alpha$  還原酶抑制劑便可減少 DHT 的生成，而使已經肥大的前列腺體逐漸萎縮回復正常的大小。

本院的 5  $\alpha$  還原酶抑制劑為：Proscar®(finasteride)及 Avodart®(dutasteride)，Proscar® 專一性抑制 Type II 的 5  $\alpha$  還原酶，而 Avodart® 則對於 Type I 及 Type II 皆有抑制的作用。

5  $\alpha$  還原酶抑制劑之治療效果通常較緩慢，且一旦停藥，前列腺體積可能會再度肥大，但長期治療下，除了可有效控制症狀及改善尿流速率之外，亦能降低急性尿滯留的發生率、手術必要性及導尿管的使用。使用此藥物將影響前列腺特殊抗原(PSA)之檢驗值，建議作定期肛門指檢，以避免延誤早期前列腺癌的診斷。約有 5% 患者於治療初期會發生性功能障礙，包括勃起不能、性慾降低及射精障礙等，但此類副作用發生率常會隨治療期間逐漸降低，且停藥後就會消失。

除了上述兩種與前列腺有關的藥物外，醫師可能會依病人的排尿狀況搭配使用膽鹼致效劑(muscarinic agonist)如：Dampurine®(bethanechol)來增加膀胱逼尿肌的張力幫助尿液排乾淨；而當頻尿為膀胱過動症或泌尿道疼痛時則會使用膽鹼抑制劑(muscarinic antagonist)如：Vesicare®(solifenacin)，Genxate®(flavocate)，Rowaprxin®(pipoxolan)，Urotrol®(propiverine)來使膀胱放鬆而延緩尿意。

## 前列腺的保健之道

雖然目前並無確證的方法可以預防前列腺肥大，但研究仍發現了維護前列腺健康的可行之道，應可延緩其肥大或癌症的發生及病程。

1. 避免穿著緊身褲、飲酒、憋尿、久坐、騎腳踏車、摩托車等—減少前列腺受壓迫造成血液循環不良。
2. 定期且適度的運動—美國研究顯示運動可降低良性攝護腺肥大的罹患危險。
3. 睡前少喝咖啡、濃茶—咖啡、濃茶有利尿作用且會刺激交感神經使排尿更為困難。
4. 可多吃南瓜子、番茄—南瓜子富含的鋅為前列腺的重要物質，番茄中的茄紅素已被證實可預防前列腺癌。
5. 飲食清淡減少攝取動物性脂肪、煙酒、辛辣等刺激性食物。
6. 50 歲以上的男性定期追蹤檢查，做前列腺指診、前列腺抗原的測定。

## 淺談醫務社工對於家暴事件的因應

社工員 陳羽婷

急診室內，A 小姐一下搵著紅腫的臉頰，一下撫摸疼痛的肚子，身體已經疲憊不堪，卻仍勉強自己打起精神，帶著閃爍的眼神等待醫師的診療。春嬌想著自己被先生酒後毆打，瞞著先生來院驗傷，懷著緊張不安的情緒，對於接下來要怎麼做完全沒有頭緒，這時，醫院的社工員出現了……。

上述案例是典型的家暴狀況，被害人在遭受暴力的過程中或之後，若有受傷請記得一定要到醫院驗傷，以保留證據。在醫院驗傷過程中，社工員會於受暴婦女之醫療處置過程中全程陪伴，提供情緒支持並紓緩其不安跟緊張。

醫療處理完成後，會協助受暴婦女了解其後續期待及需求：是否需要開立診斷證明備案？是否需要緊急安置？是否立即協助被害婦女聯繫警察單位介入？

此外，社工員亦會針對受暴婦女之人身安全給予衛教：可透過照片、驗傷單、錄音帶、錄影等留存證據；可向法院聲請保護令，以及相關法律資源予以參考利用。

最後，社工員會協助受暴婦女於 24 小時內通報給家暴中心，讓受暴婦女離院後仍有家暴中心可以給予後續協助。

因此，當你的身邊或鄰居有家暴事件發生時，除可以撥打 113 通報，有 24 小時值班的社工員可以協助處理外，亦可鼓勵受暴者及時就醫驗傷。此外，受暴者最需要的其實是身邊親友的支持及陪伴，有時受暴者會有失眠、情緒低落或憤怒的情況發生，我們能做的就是真誠的傾聽並給予她們鼓勵，讓她們能從傷害中站起來，重新找回屬於自己的定位及存在價值。



# 尋尋覓覓

芳喻

每個人的人生之中都有追求的目標和理想。有的人窮追著金錢不捨，有的人緊抓著權利不放，也有的人不斷的尋覓幸福的真諦。而這些目標和理想，得等到真正擁有時，才會恍然大悟，自己真正需要的是什麼？原來自己曾經擁有。這不斷輪迴的宿命，究竟要到何時才會停止。

有一個故事是這樣的：有一天，快樂國的小王子突然想去尋找幸福。因為偉大的巫師告訴他說：「幸福是一隻青色的鳥，有著世界上最美妙清脆的歌喉，找到了之後得馬上把牠關進黃金做成的籠子裡，之後就可以得到幸福。」小王子一直尋找著，直到他不再年輕。待他再次返回王國時，才發現已經是人事已非了。小王子落寞的走在冷清的街上，地上忽然有一個人拉住了他，低頭一看，原來是巫師。

巫師從破舊的口袋中拿出了一個東西，那是國王和王后臨終前要給小王子的東西。小王子接過一看，原來那是國王為年幼時的自己所雕刻的一隻黃鶯。剎時，所有的回憶不斷的浮現在腦海之中，悲傷的淚水也止不住般的湧了出來，但是，這一切的一切已經是無法挽回的悲劇了。

當你擁有一朵花兒時，你是惆悵著為什麼不是擁有一座花園，還是珍惜那朵在你手上的花兒呢？幸福，明明就圍繞著小王子，而他卻堅持離開去尋找幸福，尋找那不存在的假象、虛幻的詞藻，最後反而落得了一場空。讓我們一起享受現在所擁有的幸福吧！

# 普通班 VS 特教班

林郁宜 特教老師

特殊教育的服務對象，表面上看來，是爲了服務「特殊需求」的個案。近年來，由於「融合教育」的實施，因此，許多特殊需求的兒童在就學環境也有了更彈性的選擇，也就是說，鑑定安置的結果，需以能提供個案最大優勢的學習環境爲主，這樣的安排，就不再是非「普通班」即「特教班」的選擇。

每一個特教老師，在每一年幾乎都要面對「爭議個案」的情況，通常這樣的情形都會出現在「家長」與「鑑定教師」的看法有落差的時候，就必須透過雙方的協調，並由一群資深並具專業素養的相關人員來觀察與討論，讓家長與專業人員達成共識後爲孩子選擇一個適當的學習環境。然而，爲孩子選擇一個適當的環境，其中包含的條件當然是以能充分開展這個特殊需求兒童的能力爲主要的目標，因此，評估孩子現有的能力，以一個「利多於弊」的條件做爲環境選擇的標準，對師生來說，彼此都會有比較良性的學習品質。

特殊教育的目的，無非是爲了幫助特殊需求的個案能夠發展其具備的潛能與優勢，對於中重度的特殊個案而言，由於需要大量的「養護與照顧」，針對這些學生，老師則會建議安置在特殊班，並視個案的現階段能力與興趣，以部分時間「回歸主流」的方式提供特殊需求學生有機會與一般兒童互動的機會，但是，其學習的比重還是以特殊班的課程安排爲主。比較良善的模式，則是能在普通班和特殊班教師彼此合作的情況下，提供部分的課程和學習活動讓特殊班的個案也能參與，但是，在這個過程中，普通班老師和特殊班老師必須針對課程內容和活動進行方式進行討論，如何能掌握「建立一般兒童對特殊需求同儕的認識」，進而「發展一般兒童與特殊需求兒童互動與照顧的技巧」，讓每一個人都能體會到生活環境中會有不同的族群與互動對象時，這樣的回歸主流方式，就不是只有特殊需求的孩子受益，對於一般班級中的每一個份子，也都能提早適應未來必須面對各種互動對象與族群的社會模式。

目前幾乎每一所學校都設有資源班，資源班的老師，在近幾年來，服務的學生人數也有增加的趨勢，資源班教師的角色，已經和二十年前僅僅著眼於「學科上」的補救教學有很大的不同，且資源班教師要服務的對象，也出現了更多的身心障礙類別，因此，便更擴大了服務的範圍，所以，資源班教師的介入模式，就絕對不是僅限於將個案抽離至資源班進行學科的教學，也包含了許多如情緒管理的課程、社會互動的技巧，甚至於進入個案的班級中爲全班進行相關知識與技巧的說明，當然，某些個案仍然還必須著眼於「學業上的補救」，資源班老師在學業的比重也是責無旁貸，因此，資源班教師的服務範圍，就更爲多元且複雜。而資源班的學生來源也是由輔導老師或普通班教師轉介，經輔導室會同資源教師及有關人員根據學生表現、提供各項評量、測驗及教師觀察結果初評後，提請校長召集有關人員進行對象的確定，必要時甚至需邀請專家參與。資源班教師也應該於學生入班後二星期內，參考校內外資源，根據學生的現況能力，會同普通班教師共同擬訂個別化教學方案，並確實實施所擬定的課程內容。在這期間，資源班學生於學期中如果仍出現適應不良等現象，且經加強輔導後仍無明顯的效果，就必須提供另一適當之安置。

由於資源班老師服務的對象被安置在不同的班級，老師在時間的調配與課程的設計，一定比一般教師要來得費心耗力，其課程的模式則配合收受學生對象的學習困難，提供部分時間之特殊教育服務與密集輔導，並且盡可能在智能、特殊專長、情緒或其他行爲發展等方面提供有效的服務模式。然而，資源班老師要介入的初期，一定要透過普通班教師針對個案在班級中學習產生的困難，找出最迫切需

要處理的關鍵，但是，這並不表示輔導班級中特殊需求的個案，就必須由資源班教師完全的承擔，而必須是在雙方進行個案的評估與討論後，決定對個案最有利的學習方式，有的時候，資源班教師可能必須到個案的班級中進行觀察，也許僅僅只是扮演一個提供諮詢的管道，班級導師透過資源班老師所提供的輔導建議，或一些教學上的改善技巧，就能將班上的特殊需求個案的教學與輔導完全的承擔，通常，這樣的對象都是在學習的過程中不會有太大困難的孩子，且此個案的學習問題，也不會造成老師在班級經營上產生太多問題的學生，有的時候，老師只要在生活中照顧上，或是在同儕座位的調整座一番安排，就不會在班級經營上產生太多的問題，這樣的情況，資源班教師就會將角色定位於「提供諮詢」的位置，在普通班教師面對個案的教學產生困難時，才提供自己專業的意見與輔導，但是，對普通班教師而言，已經可以節省許多時間去蒐集資料、而以最快的速度介入個案的輔導的核心了。

就特殊需求的兒童來說，進入普通班接受融合教育或部分時間回歸主流的方式，他們便有機會和一般的同儕互動，並在這個環境中模仿同儕的正確行為、輪流等待、接受同儕服務時應有的禮節，所以，普通班的老師在接受一般的孩子認識特殊需求的同儕時，也必須讓正常的孩子明白，即將進入班級中的同儕有哪些特質、可能會出現哪些生理的反應、在哪些情況下會有特殊的行為、同儕要如何看待，最重要的，要讓每一個孩子知道，如何在他們有能力展現自己時，要提供讓他們自我展現的機會，而不是事事都幫他完成，甚至於在特殊需求個案有限能力的狀況下，製造情境讓他們也能融入團體，展現目前已具備的能力，這樣的安排，會比我們沒有計畫的將特殊需求的個案強制的安置在一個班級中為佳。在這樣的情況下，「特教老師」和「普通班老師」如何去進行有效的合作模式，成敗之間，也考驗著老師們的班級經營能力與合作默契。

如果，老師們都能建立一種「共同合作把孩子帶上來」的態度與共識，無論孩子被安排在特教班或普通班接受資源方案的服務，我們都相信，任何結果對孩子來說都會是一種最好的安排。然而，這樣的模式必須是老師願意褪下個人的本位主義，願意相信「團隊合作」的模式才是孩子最大的福音，就不會有「你的學生」和「我的孩子」的紛爭，從多方面的角度來看事情，特殊需求的孩子進入普通班，不只是「特殊孩子」受益，另一個角度來看，一般孩子同時也在擴展「生活的觸角與珍貴的經驗」，這些都不是在安親班或家庭中可以習得。我們必須相信，每一個孩子在未來的生活環境中，會面對不同的人與事務，對學生來說，能越早累積和不同對象的相處經驗，就儲備了未來適應社會與生活的能力，我們只要讓孩子知道，每一個生命都有其意義與價值，或許，很多人表現得不是如此完美，但是，卻同樣在詮釋美麗的生命歷程。

# 單車樂活趣

柯曉帆、葉怡姍、謝牧潤採訪報導

近年來樂活主義當道，興起了許多簡單環保的生活態度與方式，單車熱潮正是樂活主義的代表，看似簡單又輕鬆的單車運動讓許多人躍躍欲試，但其中學問真如我們所想簡單嗎？我們特地為您專訪單車騎士沈永芳先生，為我們揭開單車的神秘面紗。

## 健康新生活 從河濱道路開始

四年前，政府建河濱道路，沈先生為了讓自己身體健康而開始騎單車，之後因為想挑戰山路，就買了設備較好的登山車款。他說：「騎山路不像爬山，上、下坡都辛苦，騎車時，上山多少努力，下坡就回饋多少。」

## 安全帽、手套、車褲 安全上路必備

他經驗老道地告訴我們，騎車必備的三樣東西：安全帽，用來保護頭部；手套，因為上半身重量壓在手上，手會腫起來，一方面也可以防滑；車褲，用來做為男生、女生跨下的防護。時下年輕人流行穿著的酷炫車衣與專業車鞋，沈先生認為並非必要，只要穿著能快速排汗的衣服與適合運動的鞋子即可。此外，出門前一定要檢查剎車和輪胎，內胎備胎和換胎的工具也需準備。

## 安全至上 騎車忌逞強

沈先生強調：「不能超速，下坡時要控制，不能因為想享受快感而太high，有很多騎車的好手都在下坡時車速太快滾下山谷。」平時應學習單車相關的基本障礙排除，如基本的補胎技術、落鍊等等；也可以在買輪胎的時候請教老闆。

## 變速使用錯誤 膝蓋致命傷

沈先生提到，騎車上山如果上坡使用高速檔，會導致膝蓋用力不當而受損；此外，他也曾因姿勢不正確，而導致肩頸酸痛，好在隔天自己調整騎乘姿勢即改善，「身體真的很奇怪，會自己找到適合的姿勢」。沈先生現在回家後會泡澡，或在陽明山泡溫泉，讓身心放鬆。

## 騎車背單字 運動不忘學習

沈先生最常騎單車的地點為陽明山與中正山，因為離家近，人潮少，且有樹蔭遮蔽。此外，風櫃嘴也是騎車好去處，由平地往山路騎行，是比賽選手的練習道路。

騎車時，沈先生喜歡享受大自然的寧靜，整理思緒。他還特地購買英文單字小本，放在單車上，利用騎車時間背誦英文單字。

## 抒解工作壓力 增進親子互動

和同年齡的人相比，沈先生發現單車運動讓自己較有精神與活力，且騎車抒解了工作上的壓力。他曾帶著兩個兒子花了三天兩夜騎單車去台南，讓孩子學習規劃與事前準備，回家後，兩個兒子還把心得放在網誌上跟同學分享。

## 給新手的建議

沈先生建議單車新手，一開始可以先從平地河濱道路練習，「但河濱人多，意外也多，不像騎山路的人水準比較平均」，他熱心地叮嚀。安全帽、手套、車褲必備，騎車時注意安全，下坡千萬別逞強，就能盡情享受單車上路的樂趣。

# 健保速訊

## 98年9月1日起，新增八類非癌症重症末期病患也能接受安寧療護服務，並正式納入健保給付

世界衛生組織對安寧療護的定義是指照護威脅生命的疾病(with life threatening illness)，目的是為提升病人及家屬的生活品質(improves the quality of life of patients and their families)，健保局對於提升安寧療護服務品質也不遺餘力，希望有安寧療護服務需求者能得到好的照顧。

健保局自 85 年開始試辦安寧療護，當 89 年立法院三讀通過「安寧緩和醫療條例」，為末期病患的醫療自主權開創新頁時，為推廣安寧療護全人照護之精神，健保局於該年開始試辦安寧住院療護，初期照護對象為癌症末期病患，92 年新增漸凍人，目前全國有 37 家醫院，共 541 床為安寧照護病床提供健保安寧住院療護服務，97 年健保支出 5.42 億元，另現行健保有 64 家院所提供安寧居家照護服務，全年健保支出約 0.36 億元。

以國人安寧療護利用概況得知，近三年來，每年約有近 3,000 人於往生前曾使用過安寧居家療護，使用人數佔死亡人數比率，由 85 年的 0.18% 成長至 97 年的 2.09%；安寧住院療護方面，於往生前曾使用過安寧病床的人數，由 89 年的 871 人上升至 97 年的 6,848 人；而使用人數佔死亡人數比率自 89 年 0.70% 成長自 97 年 4.81%。

因此，為擴大照護範圍並推廣國人對安寧療護的認知，健保局自今(98)年 9 月 1 日起，除將原試辦計畫(住院及居家)正式納入健保常態性支付外，並新增 8 類經醫師專業診斷符合入住安寧療護病房之重症末期患者納入服務對象範圍，包括「老年期及初老期器質性精神病態」、「其他大腦變質」、「心臟衰竭」、「慢性氣道阻塞，他處未歸類者」、「肺部其他疾病」、「慢性肝病及肝硬化」、「急性腎衰竭及盛衰竭，未明示者」等八類病患，讓有意願接受安寧緩和醫療服務之重症末期病人，得依需要，亦有機會接受健保安寧療護照護，如此台灣就會與世界潮流同步以及與 WHO 理念一致，使用國家安寧療護照護進入另一個新里程。

健保局提供之安寧居家療護服務項目，包括醫師、護理人員及社工人員的定期訪視，有給予病患疼痛及其他症狀之控制與緩解，另為使居住在家中與機構的病患能及時得到醫人員專業諮詢服務，服務機構除提供定期訪視外，也提供 24 小時電話諮詢專線服務，24 小時諮詢電話置放於本局全球資訊網：<http://www.nhi.gov.tw/>→下載檔案→其他項下，所列之安寧居家療護院所名單 24 小時諮詢服務專線，供民眾查詢。

安寧療護尊重並提供生命末期病患之身心靈全人照護品質，十分值得推廣，死亡雖是無法逃脫的宿命，但對於生命尊嚴的重視以及提升醫療照護品質，一直是健保局與醫界共同努力的目標，健保局將持續與醫界密切合作，共同為民眾健康努力。

## 保疼惜艱苦人 今年各項協助弱勢措施已逾 50 億元

全民健保自 84 年開辦以來，藉由自助互助及風險分攤的方式，使的國人得以免除「因貧而病」或「因病而貧」。但仍有部分弱勢民眾，因無法按時繳納保費，使得就醫權益受到影響。對此，健保局設立了多項協助經濟弱勢措施，目前主要的有：紓困貸款、分期繳納保費、轉介愛心專戶、急重症緊急醫療保障措施、菸品健康福利捐、公益彩券回饋金、外籍配偶照顧輔導基金等七項。以 98 年 1

至 9 月的統計資料，健保各類協助措施共補助了近 50 萬件案例，補助金額超過 50 億元（詳如附表）。

### 全民健保 98 年 1 至 9 月協助經濟弱勢措施

項目	補助數量（件）	補助金額（億元）
1. 紓困貸款	2,697	1.54
2. 分期繳納	170,591	43.58
3. 愛心轉介	2,404	0.13
4. 緊急醫療保障措施	3,235	0.68
5. 菸品健康福利捐	309,113	2.1
6. 公益彩券回饋金	8,083	1.96
7. 外籍配偶照顧輔導基金	2,818	0.06
總計	498,941	50.5

曾經獲得台灣醫療典範獎的中華民國心臟病兒童基金會執行長呂鴻基教授表示，過去沒有健保制度的時代，單就做一次開心手術而言，幾乎是當時一棟透天厝的價錢，許多家庭負擔不起，只好決定放棄，等於斷了孩子的生路。自從 84 年實施健保後，非常欣慰的是，該基金會為心臟病童家庭協助籌措龐大醫療費用的工作已大幅降低。有了健保，心臟病童都能享有開心的醫療與照護，逐漸茁壯成長，實在是讓許多病童家庭受益良多。

#### （1） 土城市樂利里黃里長銀片女士

98 年 10 月報紙批露「失業孝子要跳樓癱父爬地開門救兒」。經查失業的黃姓男子因不堪多年照顧罹癌、癱瘓老婦的壓力，因而萌生輕生念頭欲跳樓。老父無力攔阻，拖著病體爬到門口開門讓消防人員進屋，才阻止悲劇發生。里長黃銀片女士得知消息後，發現黃姓男子因失業又有照顧父親的重擔，已積欠健保費多時仍無力償還。經健保局台北分局主動與黃里長聯絡後，由里長代黃姓男子到健保局現場辦理分期手續，並協助募款代繳近兩萬三千餘元的健保欠費。

#### （2） 台北分局志工 蔡錦女士

案主林先生育有 7 名子女，本人、太太加上其中 2 名兒子，共計 4 人患有精神疾病，無法正常就業，經濟重擔全落在長子身上。近日長子發現父母與弟弟有時只靠喝水過日，食物也已發霉、錢也不知去向且日漸消瘦。長媳便向健保局台北分局辦理分期繳納保費，該分局也立即請志工蔡女士是訪視、關懷，並已分局愛心基金繳納案主、太太與 2 名兒子的健保欠費，讓林先生一家人得以順利就醫，接受相關治療。

### 健保擴大 B、C 肝藥物給付條件 讓肝炎病人快樂做阿公及阿嬤

慢性肝炎一直是影響我國民健康的重要疾病，B 型及 C 型肝炎病毒感染已被證實與肝硬化及肝癌有密切的相關性。病毒性肝炎帶原者的病人中，有部分在後來變成肝硬化，而其中一部分會變成肝癌患者，最終造成死亡。

爲了防堵母子 B 型肝炎病毒之「垂直傳染」，政府自民國 73 年起已補助大筆的經費，對新生兒全面施打 B 型肝炎疫苗。雖然台灣地區兒童 B 型肝炎帶原率已顯著下降，但由於慢性 B 型肝炎患者大多數需經數十年才會發展至肝硬化及肝癌，故目前國人罹患肝癌及肝硬化的發生率仍未顯著下降。台灣目前仍約有 300 萬名 B 型肝炎帶原患者，平均每年因肝癌死亡者約有 5000 人，肝硬化者約 4000 人。

C 型肝炎是台灣地區肝硬化及肝癌盛行率僅次於 B 型肝炎排名第二之致病原因，台灣地區約有 30 萬人感染 C 型肝炎，而慢性 C 型肝炎約有 30% 會演變成肝硬化，25% 會演變成肝癌。

中央健保局爲配合行政院衛生署推動肝炎防治計畫提升肝炎患者的照顧品質，提撥一定費用，於 92 年 10 月 1 日開始施行「慢性病毒性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」，同時訂定治療用藥的給付規定。由於當時之健保財務狀況，爲照顧所有爲疾病所苦之病患，包括爲數眾多之 B 型及 C 型肝炎病患，健保資源只能先做妥適之分配，日後再考慮作階段性之開放。

中央健保局於 98 年 10 月 1 日實施例行藥價調整，一部分藥費節餘將使用於有實證支持治療效益的給付對象及範圍，期使病患能及早接受有效的治療，B 型及 C 型肝炎治療藥物即爲給付條件放寬的第一波。

此次 B、C 型肝炎治療藥物給付條件放寬的內容包括：

1. B 型及 C 型肝炎的篩選條件，可以「抽血檢驗病毒量」取代「肝穿刺」，以評估病患是否需接受 B 型肝炎藥物治療。
2. B 型肝炎治療的給付條件：
  - i. 口服抗病毒藥物療程由給付 18 個月延長至 36 個月。
  - ii. 新增 HBeAg 陽性之肝代償不全患者，若於 36 個月療程內經檢驗證明轉爲陰性者，可再給付 12 個月。
  - iii. 新增接受癌症化學療法，經照會消化專科醫師同意後，可於化學療法前 1 週開始給付使用，直至化學療法結束後 6 個月，以預防 B 型肝炎發作。
  - iv. 經使用第一線口服抗病毒藥物再加上第二線藥物治療 2 年或再使用干擾素治療 1 年。例如：原來使用干安能發生抗藥性候，可以給付並用干適能 2 年。
3. C 型肝炎治療的給付條件，將依病毒對藥物之反應區分，有別於原有固定療程 4 至 6 個月（即 16 週至 24 週），治療有效者可延長至 48 週，且第一次治療 24 週後復發者，可以給予第二次治療。
  - i. 有「快速病毒學反應」者，給付治療不超過 24 週。
  - ii. 沒有「快速病毒學反應」，但有「早期病毒學反應」者，給付治療 48 週。
  - iii. 到第 12 週未達到「早期病毒反應」者，應中止治療，治療期間不超過 16 週。

給付條件放寬後，預計 B 型肝炎將有 10,000 人受惠，每個病患一年可省下約 5 萬的藥費；預計 C 型肝炎約有 5,000 人受惠，每個病患一療程（24 週）可省下約 14 萬的藥費。

## 我國僑民參加全民健康保險須知

### ◎參加健保條件爲何？

我國全民健康保險於 1995 年 3 月 1 日開辦，只要是具有中華民國國籍而且在台灣地區設有戶籍滿 4 個月的民眾，不論是居住在國內或國外，都是全民健保的保險對象，應該用正確的身分來參加健保，就可享有健保醫療照護的權利，同時也有按時繳納保險費的義務。

### ◎旅居海外僑民應如何參加健保？

旅居海外的僑民，如果在台灣地區沒有設戶籍，應自返台辦妥恢復設籍之日起滿 4 個月，依健保法規定參加健保。如沒有辦理恢復戶籍手續，即使返台滿 4 個月，也不能參加健保。

### ◎旅居海外僑民可否選擇不參加健保？

(一)已參加健保的僑民，離台前可主動向戶政機關辦理戶籍註記遷出國外，就可向健保局申請退保。



(二)已參加健保的僑民，返回僑居地超過 2 年未回臺，經戶政機關依戶籍法規定直接辦理戶籍遷出國外(除戶)的僑民，就不合乎參加健保的條件。

### ◎旅居海外僑民參加健保且返回僑居地，如何繳納健保費？

(一)辦理國內金融機構委託轉帳扣健保費。

(二)委託國內親友按月協助繳納。

### ◎旅居海外僑民參加健保後如果要返回僑居地，健保應如何處理？

每次離臺預定停留國外 6 個月以上，可選擇「繼續參加健保」或「辦理停保」。

#### (一) 選擇「繼續參加健保」：

不需另外提出申請，只要在離臺前持續繳納健保費，就可繼續享受健保的醫療權益。若在國外發生不可預期的傷病或緊急分娩，應在就醫後 6 個月內，提出醫療費用收據正本、費用明細、診斷書及護照當次出入境紀錄影本等資料，向健保局各分局申請緊急傷病自墊醫療費用核退。

#### (二) 選擇「辦理停保」：

可在離臺前填妥『停保申請表』，提示簽證、機票等證明文件，向投保單位提出申請即可。停保期間不用繳健保費，也不能享有健保醫療給付。離臺後才申請停保，只能以申請日為停保日，不能追溯到離臺日；返臺後也不能補辦停保，或要求返還離臺期間已繳納的健保費。

### ◎旅居海外僑民短暫返臺停留應辦理復保

已申請停保且離臺期間 6 個月以上的僑民，返臺不論停留期間長短，應於返臺時辦理復保，並以返臺當日為復保日。如果沒有辦理復保，將會被追溯補繳自入境之日起的健保費。

### ◎旅居海外僑民離臺未滿 6 個月返國，需補繳離臺期間健保費

已申請停保的僑民，如離臺期間沒有滿 6 個月就返臺，因為不符合停保規定，將會被註銷停保，並補繳自停保日至返臺日期間的健保費。

# 編者的話

鄭悅承 主任

根據行政院衛生署公布的 97 年度死因統計資料發現，肺炎、慢性下呼吸道疾病、慢性肝病及肝硬化分別名列於國人的前十大死因的第四、第七及第八名，這些疾病的嚴重性及致命性是民眾必須正視的。因此，各位讀者可由本期醫刊中的「老人呼吸系統的障礙」了解呼吸系統功能、年長者易罹患的肺部疾患以及治療方式；另外由「台灣地區常見肝功能異常的原因」一文可得知如何由檢驗報告解讀肝功能是否異常，認識造成肝功能異常的原因，方能有效落實肝病防治。

中央健保局為配合行政院衛生署推動肝炎防治計畫以提升肝炎患者的照顧品質，於今年 10 月 1 日起將 B 型及 C 型肝炎治療藥物給付的條件放寬，讓患者能及早接受具實證效益的治療，這對肝炎患者而言無疑是一大福音。

國人罹患肝病的比例甚高，其中部分的 B 型及 C 型肝炎帶原者因長期發炎而進入到肝硬化階段，甚至引致肝癌的發生。為維護健康、提高生活品質並降低致死率，我們必須認識可能的傳染途徑以避免病毒感染；而已確認感染的患者則須定期追蹤肝功能，儘早接受治療，同時身體力行以下生活原則：規律的生活作息與均衡的營養攝取，避免不必要的輸血以及不當的注射與性行為，不服用偏方，從事適量的運動並重視環境與飲食衛生，才是保肝的正確方法。