

宏恩醫刊

第107期
民國99年04月

宏揚醫學知識 恩被全民健康

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

目錄

107 期

※院務動態	
院務動態 九十九年度第二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 九十九年度營養科健康飲食新文化講座 九十九年度營養科 1824 減重講座 宏恩醫院鄰近停車場示意圖	
※院長的話	
創新與變革	林鴻章 院長
※醫療新知	
老年婦女疾病的種類及照顧 B 型肝炎的今日觀 降血壓藥確實有效預防心血管疾病也預防洗腎 肛門搔癢症	孟憲傑 醫師 譚健民 醫師 陳啓源 醫師 林愷碩 醫師
※衛教園地	
生命倫理～臨終生命品質照護 洗腎病人使用注射鐵劑的安全 放鬆身心單車行	許如蓉 督導 劉素里 藥師 柯曉帆 臨床心理師
※杏林花絮	
四季狂想曲 爲什麼我們看不到孩子的無所事事 詠春暉 頌慈母	Kao 林郁宜 特教老師 張麗卿 小姐
※健保速訊	
※編者的話	鄭悅承 主任

院務動態

編輯小組

1. 99年1月15日院內護理部所屬各單位參與品管圈發表會，發表專題為「改善新生兒辨識流程之方案」，以期能提升本院護理作業之品質。
2. 99年1月18日為院內同仁舉辦「婦女癌症面面觀」專題演講。
3. 99年2月14日大年初一舉行春節團拜活動，由徐董事長、孟前董事長、董事、院長、各單位一級主管及同仁互道恭喜，期盼新的一年有全新的氣象。
4. 99年2月23日本院為提昇各單位主管對病人安全的重視，醫管室於99年的年度計畫中規劃所有一級主管於本年度需接受病人安全、緊急災害應變、感染控制的課程，以建立主管共識，共同於負責單位推動相關議題。台灣醫院協會於99年2月23日主辦之「病人安全系列研討會」，本院更一次公派12位一級主管及一位護理長參加，有別於以往大都由單位護理長及護理同仁參加的情形，更顯示全院參與病安的決心。本次課程中除有醫品病安政策簡介、如何營造安全就醫環境的課程外，更有石富元醫師針對主管及管理幕僚所規劃的「醫院危機與緊急應變管理」課題，還有榮總、馬偕分享手術室火災及檢驗的就醫安全具體作法，讓參與的主管都感覺收穫滿滿，相信對醫院就醫安全環境的塑造，有相當大的幫助。
5. 99年2月24日萬芳醫院謝瀛華副院長率領教學研究部同仁蒞院參訪本院98學年度畢業後一般醫學訓練社區醫學基本課程活動辦理情形，由本院PGY1計畫主持人林煥博醫師、臨床教師蔡蕙瑩醫師、醫管室同仁代表醫院招待，除簡介本院PGY1課程安排及特色，雙方並就來年實施PGY100計畫課程安排交換意見，會後謝副院長一行人並參觀本院兒童發展中心，由兒發中心洪千婷督導導引，對本院兒發中心提供之優質服務留下深刻印象。
6. 99年3月5日、12日、16日及22日共計舉辦了四場「消防訓練課程」，以建立院內同仁正確的消防安全維護與緊急應變處理的能力。
7. 99年3月10日陳羽婷社工為院內員工講授「家暴暨性侵害防治」，讓第一線的醫護同仁在面對患者能執行適切的處置並提供協助。
8. 99年3月25日陳芬珠感控師為照顧服務員講授說明「洗手及防護措施」。
9. 99年3月30日本院邀請馬偕紀念醫院李英芬督導為本院同仁講授「安寧療護」專題。

創新與變革

林鴻章 院長

百年企業必然有其存續之條件。隨著時空變化，物換星移，企業經歷多次考驗才能突破困境持續發展。這完全看是否能有個成功的創新與應變。如何能凝聚發揮核心能力因應和創新永續經營力必能突破組織轉型壓力點，創建新機，展開新局。

創新(Innovation)：它的涵義是來自於拉丁語源(Nova)，也就是「新」的意思。就是將知識體現結合或綜合於獨創相關重要的新產品、流程或者服務之中。創新也可說是一種革命性的改善。一般而言，企業可以經由各種方式徵得各式各樣的創意(Ideal)再研究是否可以成為內部創新的基礎。

漸進創新是低限度的創新，用於開展既有的形式或技術。它不是改變既有的事物，它修改既有的形式或技術，以達到其他的目的。相對的，激進創新是世上從未有的事物，突破了現存或常用的技術與方法。在許多情況下，突破、顛覆性技術往往能創造新的市場，展現新的生機。因此組織必須能持續的利用創新來改善產品、創新的流程，精緻的顧客服務。

變革是競爭之本：創新過程當中漸進與激進兩者是相輔相成，長期漸進創新，偶爾產生激進創新也造成了相當的衝擊。英國首相邱吉爾曾說過一句發人深省的名言：「要進步就必須求變，要完美更需不斷求變。」這也是企業永續必須要求新、求變的道理。

整合性創新與變革：創新變革策略是要靠一系列有目標、有組織、有系統而且仔細規劃執行的活動來達成。它不能靠運氣更不是衝動或激情而產生的。有多重層面和做法必須顧全，使組織能夠由制度面、流程面、企業文化面作重新調適後才能夠再出發。這些活動則包括：一、組織的重新定位，二、組織與結構的重組，三、推動改造新流程的要求並訂定完成時間表，四、重新設定新法令、制度系統，五、重塑企業文化，使人員活力再生，六、再創全新市場。

策略執行力和組織面對變革的因應：以往經常在運用的金字塔(Strategy pyramid)；強調了強勢領導(Top-down)之作爲，當然這種由企業願景、理念、以及策略導引出一系列的計畫來達成企業目標的發展模式是運用在常態而穩定的情況下的。然而，在新的變革中，面對各種挑戰和機會；能夠凝聚團隊(Top-down+Botton-up)來作因應策以求突破，更是企業得以成功因應變革而邁向優勢未來的一種新的企業發展模式。總之，組織能夠先建立架構與程序去推動創新與轉變，不能夠滿於現實，能結合人力，推動組織再造，那麼圓滿成果必定是指日可待。

老年婦女疾病的種類及照顧

孟憲傑

健保局公佈將從九月份起調整健保費及部分個人負擔費用了。對低收入戶的市民，將造成一個龐大的支出和家庭預算的衝擊，引起社會各方人士的爭議，勢將難免。

健保局年年虧損，月月賠累，也是不爭的事實，其中徵結固多，社會人口老年化，應該也是眾多原因中的一環。

國民逐漸老年化，係進步和安定國家的必然趨勢。老年化的結果，罹病頻繁，殘障增多，醫葯費攀升，這是必然的現象。籠統的印象，加護病房，幾乎近半數病人的年齡，都超過六十歲。

根據美國統計，女性壽命較男仕長八年，平均歲數為八十一歲。年紀愈長，殘障愈多，罹病率愈高，其所需要的照護與醫療花費，自然也就攀升，這是個天經地義的事實。

生老病死，固然不可遁避，如果能在預防措施上，多加改善，老年人的醫療費用，必可趨緩，可謂不爭的結論。

廿世紀醫葯的進步，顯然延長了人類的壽命。糖尿病、高血壓、心臟病的較好控制，傳染病的預防，免疫接種，各種抗生素的相繼問世，都扮演著延年益壽的功能。各級政府，公私機構大力推廣的戒菸運動，也是功不可沒。

人類壽命的長短，固然與種族，遺傳有著絕對的關聯，事實上很多疾病的發生，亦復如是，但個人生活行為，也扮演著密不可分的關鍵；如吸菸、酗酒、濫用葯物（毒品）、營養平衡、有規則的運動等等，也有著正面的因素。

婚姻、家庭生活、家居環境、收入多寡、教育程度、財務狀況、職業種類、對突發事件的處理等等，雖非絕對性，但有其必然性。富有與貧窮，就有明顯的不同；前者可有調適能力的空間，後者則付厥如。有老伴相互扶持，且能白首攜老者，又較鰥居者長命。

環境衛生，也不容忽視，飲水是否清潔，食物是否符合健康標準，科技是否達到維護國民健康的需要，在在都影響著我們生命的長短。近來南部地區登革熱之猖獗，也說明了環境衛生的漏失，亟待加強。

<1> 健康維護與長生之道：

總括而言，健康維護的目的，老年醫學的重視，在避免或減少不必要的早亡。延年益壽，固屬人類的追求，嚮往的目標，但活著，要健康，要有品質，也要有尊嚴。如果靠胃管灌食維持營養，靠機器維持呼吸，倒真的是生不如死。為了達到健康生活的目的，很多生活方式，健康措施，要認真身體力行，且要持之以恆，不可一曝十寒。簡述之，有三個方向：

A、減少心臟病與中風之發生。

B、早期發現高血壓與糖尿病，而加以理想的控制與適當的長期治療。

C、戒除不健康的生活習慣，不吸菸、不酗酒、控制飲食、有規律的運動等等。

在美國行之有年的家庭醫師制，確實扮演著健康使者的身段。不但對象徵明顯的疾病，介紹適當的專家醫生予以徹底治療，即便對臨床現象，模糊不清而有可疑時，也要鍥而不捨，追根究底查明其真相。

<2> 一般性的定期檢查：

老年人的定期健康檢查，確有必要。我國近年來所推行的年逾 65 歲的老人每年免費檢查一次，確是一大德政。但可能因經費限制，陋規甚多，不能普遍執行，是其缺點，且檢查項目，漠視重點，也是美中不足的地方，像婦女乳房攝影，甚屬重要，則付厥如 但望今後有

所改善。

<3> 老年疾病分類：

A、心臟血管疾病：

心臟血管疾病，目前在美國是死亡原因最多的疾病，其中包括心臟冠狀動脈堵塞，大腦血管疾病（中風），高血壓和末梢血管疾病等。

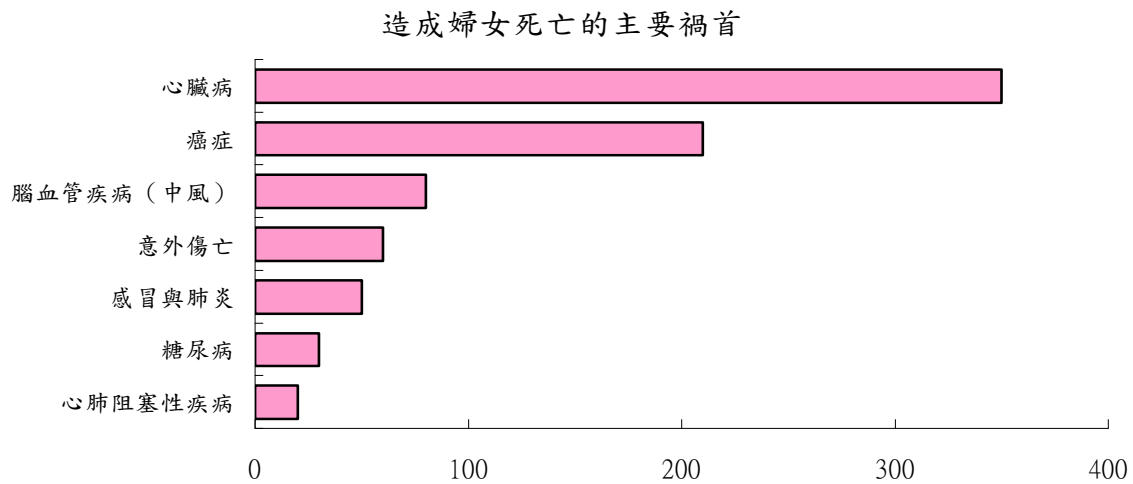
心臟血管疾病最大的原因是由於動脈硬化所造成，特別於大血管為然。動脈硬化的機轉，至為複雜，包括平滑肌的增生及油質的積蓄太多，致血管厚度增加，血管腔變窄，其所供應血液的器官和區域，得不到充足血液的供給，而造成損傷。

下述幾種情況，皆是心臟血管疾病的元凶：老年、肥胖、吸菸、血壓高、血脂肪新陳代謝混亂、糖尿病、家族史也是幫凶之一。

生育年齡的婦女，因動情素（Estrogen）及好膽固醇（HDL）的影響，冠狀動脈疾病發生的時間，較男士晚十年發生，但絕經期後，卻又較同年齡的男士，其發生率高出一倍。

一般研究的統計的結果顯示，心冠狀動脈疾病發生率，黑人較白人為高，而白人又較其他膚色人種為高。

每千人中之死亡人數



老年血壓的分類

類別	高壓	低壓
正常	<130	<85
稍高	130-139	85-89
高血壓		
第一度	140-159	90-99
第二度	160-179	100-109
第三度	180-209	110-119
第四度	>210	>120

B、高血壓

血壓的起伏，係隨年齡亦步亦趨。一般而論，六十歲以上的人，約 30% 有高血壓的現象。通常以收縮壓以 140，弛張壓 90 為血壓正常與否的分界嶺。血壓愈高，其併發心臟血管疾病的機會愈夥。如果收縮壓高而弛張壓正常時，常係心肌梗塞的前兆。此點尚有爭議。

血壓高除藥物控制外，下面的老生常談，則有其不可抹殺的功效。少吃鹽，控制體重，規律運動，避免生活緊張。

C、高膽醇血症 (Hypercholesterolemia)

過去是談癌色變，目前在美國中年以上的男女，談到血脂肪 (Cholesterol)，也是大驚失色，認為它是瘟神、殺手。事實上在台灣也一步一趨的走向雷同的觀念，這種認知是正確的，肯定的。

膽固醇 (俗稱血脂肪) 過高，是心臟血管疾病的元凶。近來的研究，除膽固醇過高外，假設若好膽固醇 (HDL) 過低，(低於 50mg/dl) 則是心臟血管疾病的先兆，雖有合理的辯論，但獲得絕大多數學者專家的認同。另外一種發現，是給老人家帶來一個較好的消息，年齡愈大 (超過 75 歲)，其罹患心臟血管疾病的機會則愈少。

另外，三酸甘油脂 (Triglyceride) 的檢查，也不可忽視，如果三酸甘油脂超過 400mg/dl，好膽固醇 (HDL) 低於 50mg/dl，則更增加心臟血管疾病的發生率。三酸甘油脂的增加，與下列狀況有密不可分的關係：肥胖、吸菸、缺少運動。

D、吸菸：

政府與民間機構，長久以來推廣的戒菸運動，厥功至偉，有其不可磨滅的價值。百尺竿頭，仍須努力以赴。所謂行百里者半九十。

“不吸菸，最輕鬆”，確是如此。

美國早在 50 年前，就以先知先覺的姿態，不遺餘力的執行戒菸措施。公共場所，固然明令禁菸、茶肆、酒樓，也須在指定區域吸菸。但吞雲吐霧的癮君子，卻仍大有人在。根據最新統計，在美國吸菸的人口，仍有四分之一強。足見移風易俗之不易。

吸菸之危害人體健康，已是鐵的事實。與吸菸有關的疾病，犖犖大者；如心臟血管疾病，腦血管疾病，慢性心肺阻塞症，以及某些器官的癌症。根據統計，菸齡超過六年者，其罹患心肌梗塞症的機率，數倍於非吸菸者。不幸的是癮君子戒菸後，須待十年才能恢復非吸菸者的健康狀況。不可諱言的，戒菸愈久，心肌梗塞症發生的機會愈少。

很多癮君子，為了自圓其習慣，改吸淡菸，其實這是自欺欺人的伎倆。香菸所含的焦油 (Tar) 與尼古丁 (Nicotine) 的濃度，與對健康危害的程度，不成正比。特別是心肌梗塞症為然。

吸菸危害人體健康，無人不曉，盡人皆知，但戒除該項陋習，卻非朝夕

間事，所謂知易行難。戒菸運動之所以不彰，兩個因素作祟；一是習慣成自然，明日復明日的推諉，另外就是危害健康的時間，常在若干年後，非立即出現。但從事醫護工作的同仁，仍應堅持理念，鍥而不捨，推己及人。

E、運動：

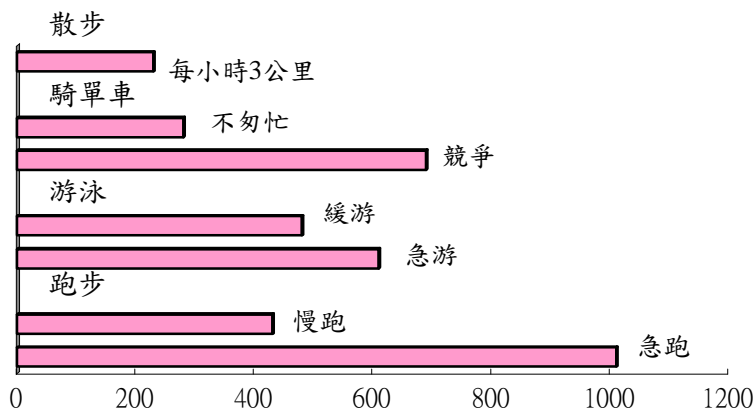
很多資料顯示，運動量愈大，壞脂肪愈低（LDL），好脂肪愈高（HDL），心肌梗塞症發生的機會愈少。男女一致，無軒輊之分。

運動的種類與運動時間的長短，應隨環境，個人體質和運動後之感覺反應而定，不可強人所難，像訓練軍隊一樣，強行一致。應考慮心臟負荷能力。若干運動員暴死競技場所，即係明顯案例，不可不慎。

運動的優點，在強骨壯筋及增加心跳之次數，改善骨質疏鬆症，但最大目的則是熱量（卡路里）之消耗。

每週運動至少三次，每次至少一小時。運動之頻率與運動量之多寡，應隨個人反應，而做適當之調整，如運動過程中，有心跳過速氣喘劇烈時，應

按運動種類，一小時卡路里之消耗量



即時調整速度或立予停止。老年人各種器官的適應性，已不像年輕人的幅度寬敞，不可心存強行知其不可為而為的炫耀心理。運動如此，工作量的調適，亦復如是。

B 型肝炎的今日觀

家醫科 譚健民醫師

根據流行病學的探討，每年全球有超過五十萬人死於「肝癌」，而有高達百 80%的肝癌是由「慢性 B 型肝炎病毒」所引起的；而在感染慢性 B 型肝炎的四億人口中，有 75%是在在亞洲，其中中國大陸及台灣地區是全球 B 型肝炎以及肝癌人口群最多的地區。因此，根據資料顯示如下的結果：

■中國大陸是慢性 B 型肝炎病毒 (Hepatitis B Virus, HBV) 盛行率最高的地區，全世界超過三分之一的 B 型肝炎病毒帶原者是在中國大陸 (約有一億兩千萬 至一億三千萬的 B 型肝炎帶原者)。

■在台灣地區的慢性 B 型肝炎病毒感染的盛行率佔總人口數的 15~20%，估計有三百萬人是 B 型肝炎帶原者。

■韓國估計有兩百二十五萬至兩百二十七萬的 B 型肝炎帶原者。

■在印度，估計有三千四百萬的 B 型肝炎帶原者。

■在新加坡，慢性 B 型肝炎病毒感染盛行率為 4%，估計有十五萬人為 B 型肝炎帶原者。

■在菲律賓的慢性愛滋病病毒感染盛行率為 5~16%。

■在泰國的慢性愛滋病病毒感染的盛行率為 3~6%，據估計，有三百萬人是 B 型肝炎帶原者。

■在香港的慢性愛滋病病毒感染感染的盛行率為 8.8%，據估計，有七十萬的人口是 B 型肝炎帶原者。

■在美國已經有超過一百萬人感染慢性 B 型肝炎，每年有超過五千人死於 B 型肝炎以及 B 型肝炎相關併發症。

台灣地區是 B 型肝炎病毒的高盛行區，在 30 歲以上的台灣健康人口群中，B 型肝炎病毒的感染率將近有 15-20% (約有三百萬人是屬於 B 型肝炎帶原者)，而與 B 型肝炎病毒息息相關的肝細胞癌，亦佔國人十大癌症死亡原因的首位，而國人十大死亡原因的第六位之慢性肝炎及肝硬化，亦與慢性 B 型肝炎病毒感染有關，因此對於 B 型肝炎病毒的認知及預防是台灣地區公共衛生防治的最大課題之一。

B 型肝炎病毒是屬於 DNA 病毒，其直徑大約在 42nm，其核心抗體的直徑亦在 27nm，而核心的外圍被另一層特殊的脂蛋白被膜 (或稱包膜或外套) 所圍繞，稱之為 B 型肝炎表面抗原，由 B 型肝炎表面抗原不同的抗原表現型，可以將 B 型肝炎病毒分為四個不同的亞型，而不同的亞型亦具有其特殊的地理分布特性，而不痛的亞型亦可以發生像互免疫交互保護的作用；但無法從臨床症狀來判定何種亞型的感染。

除了核心抗原以及表面抗原之外，最重要的就是 e 抗原，假若血清中有 e 抗原的存在，其在臨床亦表示 B 型肝炎病毒具有高度的感染傳染力，但假若出現 e 抗體，擇期相對的感染力亦降低，但並不表示絕對沒有感染力；此外，由血清中發先 B 型肝炎病毒的 DNA 亦表示病毒本身具有較高的活動性及繁殖力；因此，帶原產婦假若屬於 e 抗原陽性者，擇期新生兒將來形成帶原者的機率亦高達 90%。

B 型肝炎病毒可以寄生在人類及屬於齡長類的猩猩之個體上，其可以經由體液或排泄物而感染，其中包括血液、唾液、精液以及陰道分泌物，主要經由打針注射 (靜脈注射、肌肉注射、皮下或皮內注射)、破損的黏膜皮膚 (意外被污染的針頭扎到)、周產期感染以及性行為接觸等途徑而感染；因此，任何輸血的注射成品如全血、血清、血小板、血清纖維元、濃縮紅血球等血液製劑，假若不經過篩檢 B 型肝炎表面抗原，則 B 型肝炎高盛行區的東南亞以及遠東地區，其主要的傳染途徑就是周產期傳染，也就是 B 型肝炎表面抗原陽性，甚至 e 抗原陽性的產婦所生下來的新生兒都是 B 型肝炎帶原

的高危險群；而在國外，B型肝炎被歸類為「性傳染性疾病」，其主要是經由同性戀間的親密性行為而傳染，而少數感染者是經由共用牙刷及刮鬍刀而被感染的。

B型肝炎病毒的潛伏期通常在45-180天（平均60-90天），其主要受到感染病毒數量、傳染途徑以及宿主抵抗力，而出現不同的潛伏期。

雖然B型肝炎病毒遍佈全世界各地，但其主要盛行於非洲及亞洲地區，而主要感染嬰幼兒，而在南美洲地區，則主要感染青少年；雖然在亞洲地區，B型肝炎的帶原率在10-20%之間，但在每卻僅在0.2-0.9%之間，而在美國人口群中B型肝炎抗體陽性率僅有5%，而絕大部分存在於長期靜脈藥物注射成癮者，多重性伴侶的異性戀者、男性同性戀者、寄居或共事於教養院者以及血液透析中心病患或醫事人員。

B型肝炎罹患者亦會出現死亡的個案，其死亡率約在1%左右。假若B型肝炎表面抗原持續存留在血清中六個月以上，則可以稱為B型肝炎病毒的「慢性帶原者」，而帶原者本身並不一定要有肝炎的臨床病史，其中或許有三分之一的帶原者曾經有肝功能異常的現象（及GOT及GPT異常上升的現象）；而帶原者的肝臟切片檢查，或許僅是正常，或許亦會出現慢性B型肝炎的表徵，而少數或許亦已出現肝炎及肝硬化的跡象。根據流行病學的探討，發現在全世界肝癌罹患者中，有80%是屬於B型肝炎表面抗原陽性，而「B型肝炎病毒」在人類的致癌角色中，亦僅次於「吸菸」。在臨床診斷上，我們可以經由偵測血清中B型肝炎表面抗原陽性與否，來斷定個體是否就是B型肝炎病毒的帶原者；除此之外，亦可以偵測血清中是否有B型肝炎病毒的DNA，來評估病毒是否處於活躍的複製期；而在B型肝炎病毒的血清標記中，主要包括有三種抗原抗體系統，其中有B型表面抗原及抗體，B型肝炎e抗原及抗體；其中B型肝炎核心抗原之外，市面上一般的檢驗中心都可以偵測出相對應的抗原或抗體。其中B型肝炎抗原在臨床症狀出現後的幾個星期便可以偵測出來；而在自然感染病史中，B型肝炎表面抗原在恢復期時濃度亦會逐漸下降，甚至消失，假若在六個月以上期仍然在血清持續存在，則表示感染個體會成為慢性帶原者（及一旦帶原，終生帶原）。至於B型肝炎核心抗體在發病期便會出現，並且終生存在，這種血清標記的存在，主要是表示個體正在或曾經感染過B型肝炎病毒；此外，亦可以偵測罹患者血清B型肝炎核心抗體之IgM球蛋白，來判斷個體是否罹患「急性B型肝炎」。

此外，根據國衛院與成大醫院最近在其共同對於B型肝炎帶原者的長期追蹤檢查研究中，初步發現慢性B型肝炎的另一「致癌機轉」，是與一個稱為「Pre-S突變蛋白」有所關聯；其研究宣稱倘若B型肝炎帶原者帶有此類特殊突變蛋白，則其在十年內轉成肝癌的機率高達56%，其罹癌機率是不具有「突變蛋白」的3.5倍。在研究中亦指出，有Pre-S突變蛋白的B型肝炎帶原者在十年的長期追蹤篩查中其肝癌的發生率高達56%，在繼續十五年的追蹤後其比例更提升到65%，而比沒有Pre-S突變蛋白的高出3.5倍；但根據其研究中卻僅指出肝癌罹患者的「Pre-S突變蛋白」的發生率僅有百分之六、七成而不是百分之百（由此或許亦顯示Pre-S突變蛋白的存在對於肝細胞癌診斷率的特異性並不是很高）。根據研究者宣稱，由於B型肝炎病毒一直會突變，以便逃避人體免疫力的攻擊，而Pre-S突變蛋白會導致染色體的不穩定以及其DNA的受損，並出現癌症前期變化，進而導致「肝癌」。根據該研究資料顯示，二、三十歲左右的B肝帶原者，只有百分之三到五具有Pre-S突變蛋白，但在四十歲之後，Pre-S突變蛋白的比率上升至24-40%。總之，B肝帶原一定要早期治療，以避免「Pre-S突變蛋白」的產生，進而衍生肝硬化甚至肝癌。此後，在未來的三年中國衛院會與衛生署將進行兩千人的B型肝炎帶原者的研究，希望能進一步確定「Pre-S突變蛋白」能如甲型胎兒蛋白（ α -fetoprotein）一樣，在臨床上能成為篩檢「肝細胞癌」的特殊「血清標記」或做為病情發展治療的特定指標，這也是臨床醫師所樂觀其成的。

降血壓藥 確實有效預防心血管疾病 也預防洗腎

痛風科 陳啓源醫師

實例

醫院門診裡面，護士量到黃先生的血壓是 160/100mmHg…，

陳醫師：「黃先生，血壓這麼高會造成血管損傷，以後容易中風…，建議要開始吃藥治療比較好！」

黃先生：「不想啦！聽說高血壓藥一吃就不能停…就要終身服藥！而且有朋友說，降血壓藥吃多了…以後會要洗腎…！所以我不想吃降血壓藥啦。」

陳醫師：「哦！~ 你聽說的是這樣呀~！難怪你會不想吃降血壓藥。可是真正的訊息不是這樣喲！待我說給你明白…，等你聽清楚，再來想想要不要吃降血壓藥吧…。」

每天門診幾乎都重覆以上的對話許多遍。

這也反應出，一般民眾對高血壓這個慢性病仍普遍認識不足。

高血壓是目前世界上第一多的慢性病，高血壓引起的併發症，包括中風、洗腎、心肌梗塞...更是造成許多家庭的遺憾。

定義

一般量血壓會有兩個數字，高的叫「收縮壓」，低的叫「舒張壓」。「收縮壓」是指當心臟收縮時，所測得血管壁所承受的壓力。而「舒張壓」是指當心臟舒張時，所測得血管壁所承受的壓力。依照最新標準，正常血壓必需是收縮壓在 120、而且舒張壓在 80 毫米汞柱(mmHg) 以下，才算是正常血壓。

(單位:毫米-水銀柱 mmHg)

正常血壓 收縮壓 < 120 舒張壓 < 80 --- 恭喜你

高血壓前期 收縮壓 120~139 舒張壓 80~89 --- 要開始保養 高血壓

(第一期) 收縮壓 > 140 舒張壓 > 90 --- 建議開始吃藥

高血壓(第二期) 收縮壓 > 160 舒張壓 > 100 --- 要很積極藥物治療

症狀

高血壓就像隱形殺手一樣，不痛不癢，因為沒有明顯症狀，患者平常不太會注意有什麼不對勁。除了常常監測血壓外，很少有別的警訊可供參考。臨床上常看到有許多高血壓患者，以為自己很健康，等到中年健康檢查才知道自己高血壓；或是甚至已經出現中風、心臟衰竭等嚴重的併發症，才發現自己已經是高血壓併發症的受害者。

台灣高血壓的現況

根據台灣健保局的資料，全台灣 40 歲以上的男性，每 4 人就有 1 人罹患高血壓； 50 歲以上的男性，每 3 人就有 1 人罹患高血壓。

台灣女性 50 歲以上每 3 人就有 1 人罹患高血壓；60 歲以上的女性，約每 2 人就有 1 人罹患高血壓。

全台灣高血壓族群已經接近 4 百萬人。但是有很多高血壓的患者並不知道自己患有高血壓。根據調查高血壓患者自己知道的只有 7 成，約 3 成的人(約 1 百 20 萬人) 不知道自己已經有高血壓。

而高血壓患者已經開始接受治療的約只有 5 成，很多患者仍然抱著不以為意的態度。有高血壓同時接受治療且控制良好的比率只有 24%，不到 1 百萬人，真是少得可憐！

換句話說，全台灣目前有超過 3 百萬人的高血壓尚未得到良好控制，所以為什麼在台灣還是常常聽到許多中風、心肌梗塞、或腎臟病洗腎的病例，幾乎天天發生。高血壓疾病引起的併發症，對國人的影響，已經比癌症還更加嚴重。

高血壓的原因

在門診常遇到高血壓初診的患者，一直詢問醫師為什麼他會有高血壓？也一直強調自己以前血壓都很正常，為什麼到了中年血壓就高起來？一直希望醫師能告訴他高血壓的原因。

高血壓的原因，只有 5 % 是找得到原因的「繼發性高血壓」。通常這一類高血壓在年輕時就出現，而且一出現就是血壓明顯非常高。原因有可能是腎臟病、腎動脈狹窄、某些荷爾蒙分泌過多、腎上腺腎臟腫瘤…所造成。如果高血壓的患者年紀很輕，家族又沒有高血壓病史，那醫師就會考慮會不會是這類少數的「繼發性高血壓」，就會安排一些檢查來找試著找原因。

高血壓最大多數是「原發性高血壓」，約有 95 %，定義是原因不明，可以說是體質或家族基因的關係，也就是找不到特殊原因。換句話說，也可以說成，因為有高血壓的體質，當年齡到了中年，血管逐漸硬化，就開始出現高血壓。若是父親或母親有高血壓，再往前追溯發現爺爺或奶奶也有高血壓，那自己到中年罹患高血壓的機率就很大。所以，如果年紀已經接近 40 歲，父親或母親有高血壓，那發現到自己有高血壓時，就不要太意外，更不要一直追問醫師「為什麼我會得到高血壓？」。應該要把重點放在「要如何接受治療？如何控制好血壓？如何預防併發症？」

非藥物治療

「高血壓前期」可以先靠改變運動與飲食的方式來控制血壓。但是如果已經達到「高血壓」的朋友，光靠運動與飲食來控制血壓也許還是不夠的。請找專門的醫師一起討論是否您已經需要服藥？

1. 調整生活習慣：勿持續過勞、勿過度熬夜、緊張及壓力要適時舒解。
2. 運動：適度、循序漸進、規律的有氧運動，可鍛練心臟及血管的健康。
3. 飲食：避免過多的鹽份，減少油脂的攝取。
4. 保持適當的體重：
5. 戒煙

藥物治療

高血壓的治療是很重要的。目前經常在使用的降血壓藥，依成份不同有 5~6 種類別，當然都能有效降低血壓，但是真的 能有效預防心血管疾病嗎？

在 2009 年 7 月，發表在內科醫學刊物 *Journal Watch General Medicine*，有一篇研究報告，綜合整理了近幾年來，總計包含了 46 萬 4 千人的 147 個醫學研究，整理結果如下：

- 1) 所有類別的降血壓藥，確實都有 降低的心血管疾病發生的效果，約可降低 15~31% 心血管疾病的發生。
- 2) 高血壓的人，如果好好接受治療，讓收縮壓能降低 10mmHg，或舒張壓能降低 5mmHg，可以 減少中風 41%，減少心血管疾病 22%。
- 3) 所有類別的降血壓藥，對心血管疾病預防或中風預防，都確實有效果。但針對預防中風而言，鈣離子阻斷劑類別的降血壓藥，效果更顯著。
- 4) 對於 血壓正常的人 (血壓 110 / 70 mmHg)，降血壓藥 竟然也有 顯著預防心血管疾病及 預防中風 的效果。
- 5) 統計死亡率，不單獨統計心血管疾病的話，有接受降血壓藥治療的族群，總死亡率減少 13%。而癌症發生率或其他疾病死亡率，並沒有因為有吃降血壓藥而改變。

也就是說，「降血壓藥吃多了…以後會要洗腎…」這句話是不正確的。相反的，血壓太高卻沒治療，日後反而會腎功能損壞，而走上洗腎的命運。

結論

有高血壓並不可怕，可怕的是高血壓的併發症！

經常測量並記錄自己的血壓，如果發現過高，及時尋求醫療協助。

如果應該吃藥，就該好好接受藥物治療，才能真的有效預防中風、洗腎及心臟病的可怕併發症！

肛門搔癢症

直腸外科 林愷碩醫師

顧名思義，肛門搔癢症主要是肛門及其週邊皮膚發癢，或受到刺激而出現不舒服之症狀。其致病的可能原因很多，除了寄生蟲（如蟯蟲）、濕疹、黴菌感染之外，排便習慣（長期便秘或腹瀉）、飲食習慣（嗜吃辣或油膩的食物）、特定食物（像咖啡、茶或海鮮等）的代謝產物引發過敏，也都可能導致肛門搔癢，甚至部分痔瘡、直腸大腸病灶、肛裂患者也會有肛門搔癢症狀。最令人想像不到的則是「肛門滲漏」，也就是因為糞石或其他肛腸疾病，以致少量的糞水或腸黏液偶而滲漏出來，濡濕、沾汙了肛門口及其四周的細緻皮膚，引起搔癢。

除此之外，事實上還有近半數的肛門搔癢症找不到確切的病因、難以對症下藥，醫師只好先開止癢藥膏，等到症狀更具體、能夠確定之後，再對症治療；即使如此，大概也要花好幾個月的時間才能改善，所以需要耐心才能標本兼治。

肛門搔癢症只是一種小病，但癢起來幾乎要人命；想搔癢覺得很不雅觀，搔抓過度還可能出現傷口、引發感染，更加難以治療。若不治療，又可能轉變成慢性濕疹，需要花好幾個月細心照顧才能獲得改善。

我常開玩笑說：每天沖洗肛門比每天洗臉還要重要，尤其是大便完之後，無論如何一定要用點水清洗肛門四周，那不但是減輕或防治肛門搔癢症的要項，更是避免出現肛門瘻管的「祕方」，千萬不可省略。

以下要項一定要切實執行：

1. 保持肛門清潔、衛生

每天洗澡時一定要小心、謹慎、仔細地沖洗，然後溫柔地擦乾，並盡量保持局部乾爽。所謂「仔細」，是要認真沖洗，因為肛門口有很多皺摺，最容易藏汗納垢，成為肛門搔癢症的溫床；如果肛門口有傷口，細菌就會順著傷口往上侵襲，以後很可能變成肛門瘻管。一旦瘻管穿透直腸，時時刻刻都有糞水從瘻管滲出，苦不堪言。

其次，非常重要的一點是：每次便後一定要用水沖洗肛門口。「仔細」沖洗的方法是張開腳，把皺摺處洗淨；即使在上班處所，甚至出門在外，每次便後、擦乾淨了，還是要拿一小杯水弄濕肛門口再擦乾。

以肛腸科醫師的立場來說，肛門保健的最好方法是「坐浴」，也就是以臉盆裝點溫水，再將屁股坐進去泡幾分鐘，然後擦乾。如果沒有時間這麼講究，起碼要坐在浴缸的邊緣，用蓮蓬頭清洗。許多人覺得沖冷水澡比熱水有效。

2. 清水沖洗最佳，不必用肥皂或殺菌劑

以一手拿自來水、一手沖洗肛門最佳，不要直接用濕浴巾去搓；也不要使用肥皂或殺菌劑，以免刺激細嫩的皮膚，反而易癢。更不要在肛門周圍灑香水，那實在是多此一舉。

3. 極癢時可隔衣輕壓患部

如果因有少量糞水經常從肛門滲漏而搔癢時，可拿一小塊棉花，用指尖溫和地清潔肛門口的殘餘糞水；或經常墊一小塊棉花在肛門口，以吸收滲出的糞水。這樣可保持肛門處的皮膚乾爽，避免糞水刺激皮膚。

每天清洗後，可以適當溫度的吹風機吹乾，不要再擦拭，以減少頻繁擦拭所造成的皮膚傷害。

如果實在癢得無法忍受時，可以嘗試隔著衣褲用手指輕壓患部，或以擦藥膏代替搔抓，以減輕痛苦。如果夜晚睡覺會不自覺地抓搔患部的話，應帶手套睡覺。

4. 不可隨意亂塗除臭劑等

另外要特別強調的是，絕不可以在肛門及其四周皮膚，使用醫師處方之外的任何東西，如奶油、潤滑油、除臭劑、滑石粉、粉狀物和防菌劑等。也不可以在洗澡水中添加任何東西，如殺菌劑、鹽、沐浴油和泡沫精。

5. 盡量穿著棉質內衣褲，並每天更換

女性應該穿著長襪或開叉的緊身衣，而非密不透氣、容易讓人流汗的緊身衣。也應該避免緊密的褲子或牛仔褲，或者長時間坐在塑膠椅上。還要注意洗衣粉不能夠殘留在內衣褲上。

6. 遠離辛辣、油膩食物

辛辣、油膩等重口味食物吃了之後（如麻辣火鍋），第二天上大號會覺得肛門口很難受，甚至發癢；所以應該少吃。高纖維飲食有助於糞便鬆軟、易於排出，但也會使容易滲漏便者的症狀更嚴重。所以肛門搔癢症兼糞水滲漏的病人，必須減少纖維質的攝取量。

總而言之，罹患肛門搔癢症不要覺得不好意思，更不能諱疾忌醫。只要找合格的大腸直腸外科專科醫師治療，並注意生活小常識，肛門將永遠不再癢，而且可以更健康。

生命倫理～臨終生命品質照護

護理部 許如蓉督導

前言：

護理是照護人的專業。係提供照護以維持並促進人之健康，協助人以最好的方法，面對日常生活、疾病、傷害、殘廢以及死亡。目前護理照顧走向是整體性，全人照護-即身、心、靈的完整性醫療照護。我們都知道臨終病人在最後的病榻歲月中，身體上常常飽受疾病及症狀的折磨，逐漸喪失身體的活動力；因此在照護臨終病人時應顧及病人之各個層面。故臨終生命品質照護能使病人在人生的最後旅程中得到生理、心理及靈性的平安，有尊嚴地渡過臨終生命時期獲得善終。

台灣安寧療護推手-趙可式博士；指出好的生命品質乃在十字路口何去何從按醫學倫理作不悔的醫療抉擇（趙，2010）。例如；一碗陽春麵的故事 打進無數人的心坎裡，但也同時讓許多人好奇？那是末期病人藥石罔效的臨終場合嗎？還是臨終生命品質獲得良好的照護。

生命倫理引發我們更深地思考—臨終生命的意義與尊嚴。相信對每一個人的看法是不同的，這不同的看法又會有什麼樣影響？疼痛及其他症狀的控制、決定是否使用維生性治療，以及對瀕死病人及其家人的支持。本文報告主要目的，即「生命倫理的重要概念，於臨床實務中，醫護人員如何將生命倫理知識應用到實際臨床照護中。」

內容摘要：

在「臨床上應如何處理臨終照護議題」應有一套好的架構與健康的政策為宜；它包含三個要素：疼痛及其他症狀的控制、決定是否使用維生性治療，以及對瀕死病人及其家人的支持（蔡，2004）。

生物醫學倫理的四項原則；於1979年，美國Beauchamp及Childress提出1.行善原則：一切以病患的利益為前提；利益（beneficence）被解釋為人性中驅動造福他人的力量，也被視為道德本身的目標，最終目的在使病人獲益。2.不傷害原則：將對病患的傷害減到最低；醫療照護人員需以正確的臨床知識及技術謹慎地達到「適當的照顧標準（standard of due care）」，避免讓病人承擔不當、受傷害的風險。3.自主原則：尊重病患的尊嚴與自主性；力做決定的病患應享有權利選擇、決定他所喜愛之醫療照顧方式，醫療團隊們則有相對義務當尊重病患的決定，誠實、守密、知情同意、尊重隱私權。4.正義公平原則：合理地分配醫療資源；應用到醫療照護倫理時，涉及三層次（1）分配性之正義（2）權利正義（3）法律正義（張，2008）。

重要的倫理理論與倫理原則、規則的相關性

理論	原則	規則
效益	行善原則	1. 關懷病患，保護病患的權利 2. 預防及排除可能的傷害 3. 幫助他人，造福人群 4. 解決有急難之人

論	不傷害原則	<ol style="list-style-type: none"> 1. 不能傷害病患 2. 不能侵害病患的權利或幸福 3. 平衡利害得失，使痛苦減至最低
義務論	正義（公平）原則	<ol style="list-style-type: none"> 1. 公平分配不足的資源（分配正義） 2. 尊重人的權利（權利正義） 3. 平衡利害得失，使痛苦減至最低
	自主原則	<ol style="list-style-type: none"> 1. 誠實 2. 守密 3. 知情同意 4. 尊重隱私權

何謂「臨終照護」？臨終照護的面向應包含有告知實情、同意、決定能力、代理決定、預立醫囑、安樂死與協助自殺、維生性治療的適切用途等。而臨床上所述臨終照護議題的三個要素；如上述所提相同。

臨終照護的重要性

一、倫理與法律層面：

從倫理觀點看來，「行善原則」要求醫師須控制住疼痛及其他症狀。疼痛程度經常被臨床廣為運用，被當作評估疼痛嚴重度、提供疼痛處置與疼痛控制滿意度的重要指標。文獻指出超過 1/3 的癌症病人曾出現中度或重度的疼痛，加上疼痛是一種不舒適的感受與現存或潛在組織傷害有關的情緒經驗，所以疼痛程度區分點的界定就格外重要（曾、林，2008）。臨終疼痛照護大多是癌症末期病人，因影響生活品質如何緩解癌末病人的臨終照護；強調尊重生命尊嚴和瀕死病人的權力，減輕痛苦提供支持，使病人能獲得舒適的照護。最近發現以病人為中心的癌症疼痛處置，認為只要醫師有足夠的經驗與嚴密觀察，需要時給予，必須從強效性的止痛劑開始使用而非依循止痛模式（Meldrum, 2005）。在臺灣法律對癌症病人疼痛與其他症狀控制的規定雖不十分明朗，但若是醫師謹遵區「疼痛與症狀控制」的既定指導原則，就不致於有觸法之虞。

在關於「維生性治療」方面，則包括預立醫囑、不施行或中止維生性治療的決定，以及維生性治療的適切用途。在倫理上，「尊重自主」原則支持預立醫囑的做法；在法律上，肯定預立醫囑的做法與其法律效力。「尊重自主」的倫理原則及「知情同意」的相關法律規定也同意：病人或代理決定者可以決定不施行或中止醫師建議的維生性治療。但當情形相反，病患和代理決定者要求進行適度的維生性治療，醫師卻反對時，就不太清楚病人的要求是否較醫師的反對更有力了。

二、政策層面：

世界衛生組織指出「安寧緩和醫療」不僅能提供末期病患全人化照顧，同時對於治療期間的病患，透過有效的症狀控制，能緩解病人及家屬所面臨的症狀困擾，以維護病患和家屬最佳的生命品質；「臨終照護」已被列為醫療照護品質的一個項目，如加拿大臨終生命品質照護的「原則宣言」包含身心症狀的療護、維持生理機能和自主、預立醫囑、瀕死前的侵入性治療、病患及家屬的滿足、整體的生命品質、家屬的負擔、剩餘壽命、照護人員的連續性及其技術、喪親之痛。美國國家科學院醫學協會（US Institute of Medicine, National Academy of Science）的臨終照護委員會之臨終生命品質照護乃指整體的生命品質、生理健康與機能、社會心理健康與機能、心靈的安適、病人對照護的感受、家屬的福祉及感受。1995 年行政院衛生署開始重視安寧療護的需要，1996 年成立了「安寧療護推動小組」。2000 年 5 月 23 日於立法院三讀通過，其修正案於 2002 年 11 月 22 日通過為我國對末期病人可尊重

其醫療意願，經簽立意願書可在瀕死或死亡時「不施行心肺復甦術（do not resuscitation, DNR）」，以較尊嚴的方式，度過生命的最後一刻（趙，2008）。

三、實證性研究

媒體幾乎都在關心安樂死的議題，醫師、病人及家屬所擔心的重要倫理議題卻在其他方面，尤其在疼痛控制方面，因其效果往往不彰。

有項研究以死亡前三天仍有意識的老年病患為對象，調查發現 40% 的病人幾乎大部分時間都感到極度疼痛。在另一項對美國五家醫院之醫師、護士進行的調查中，47% 的回覆者都指出自己在照護末期病患時常是逆著良心行事，55% 則指出自己有時也覺得所進行的治療對病患實在是負擔太重了。醫療機構對臨終照護的問題，也和近來政策走向一致，致力於提升品質。（Cleary & Baker, 1997）「從對話到行動」的創新計畫中，Jacobson 等人安排已故病患的至親向院方倫理委員會的委員陳述自己照護臨終病患的經驗。

臨床上應如何處理「臨終照護」事宜

一、疼痛及其他症狀的控制

病人不應帶著痛苦或其他可治療的症狀死去。在病人的社會、心理及心靈方面的問題能得到適度的處置之前，病人的症狀必須先獲得良好的控制。病人的疼痛及其他症狀常未獲得良好的控制，除了因為醫護人員訓練不足以外，也因為這些症狀原因複雜，我們並不十分瞭解。有時醫師會為了在如何妥善控制症狀與可能加速死亡之間取得平衡而苦惱。針對「適度止痛」與「注射致死藥物以進行安樂死」的差異，已經有一些「準則」可以協助醫師區別兩者。像噁心、疲勞、呼吸困難等症狀，可能甚至比疼痛更難控制，不過還是有一些有效的控制力法。瀕死病患的問題往往在疾病之早期即已開始產生；因此，緩和醫療照護不應該被孤立為祇是一項臨終照護的選擇，而必須被結合進入其他以延長壽命或治癒疾病為目標的治療當中。預防或早期控制症狀勝過等到原可預防的痛楚已經至進行到不可收拾的地步時才嘗試去搶救。每一位照護瀕死病患的醫師都應該確信自己在這方面有足夠的技能，並能獲得緩和醫療專家的專業諮詢協助。

二、對瀕死病患及其家屬的支持

每一位病患及家屬需要醫師支持的程度都不相同，醫師要了解某一情形中應提供何種支持給病患及家屬才算恰當，最好的方法就是問他們：「我能怎麼幫助你呢？」醫師須將病患及家屬視為夥伴，才能洞悉他們的心理社會問題。醫師雖然應該對瀕死病患及其家屬常遭遇的心理痛楚、社交生活崩潰之情形有敏銳的感受力，但他們對這類議題的處理技巧可能不如護士、社工和其他醫護專業人員熟練，也比較無法為此隨時傳喚得到。在這方面，組成跨科別、跨專業的醫療照護團隊會有幫助。當人瀕臨死亡時，靈性方面的議題常常變得很重要。臨終照護團隊中也應該有神職照護人員，可協助病患個人的牧師對病患進行輔導。雖然不是所有的家屬在摯愛的親人辭世後都需要或渴望獲得後續協助，但他們大多很感激緩和醫療團隊中醫師或其他人員的慰問信或關懷電話。有些家屬需要更實質的幫助，醫師應審慎留意使家屬難以適應死別的危險因子，也應熟悉地方上有哪些提供悲傷輔導的機構團體。

三、使用維生性治療

在可能的限度內，應讓病人與家屬選擇生命最末幾日的照護場所與醫療照護的性質應該鼓勵他們事先討論對「個人照護」及「接受維生性治療」的意願。醫師應協助病患與家屬就這些議題預立照護之計畫，並在其對治療進行同意或安排代理決定的過程中引導、協助他們；這時的關鍵技巧是如何告知壞消息病人或家屬要求進行醫師認為不妥的治療，醫師也必須有一套處理辦法；這時的關鍵技巧則是協調出一套病人、家屬及醫護團隊都能接受的治療計劃。

「預立指示」是一個法律問題，也是倫理問題，美國已有 50 州通過立法，由聯邦政府要求醫院將「預立指示」列入入院過程中一部分。預立指示適用於臨終病人在醫療處置上的選擇，但需對病人的「真

相告知」、「知情同意」文件瞭解達到尊重個人的自主性。2005年5月23日由立法院三讀通過我國的「安寧緩和醫療條例」法案，法案中有末期病人不施行心肺復甦術意願書、不施行心肺復甦術意願書及同意書，充分顯示尊重病人對醫療處置決定的權力更減輕不能治癒的末期病人因施予急救而遭受身心靈的創傷，為治療無效節省醫療資源及人力的浪費。其立法精神與歐美各國的「預立指示」相類似。

綜合討論其相同與相異

一、概念澄清

臨終照護的概念定義（解釋）；過去的緩和醫療研究中，部份概念定義仍是模擬的，而降低研究結果的一致性；如瀕臨死亡或生命末期的概念及操作上演義容混淆不清，許多的操作性定義多取決於以病人的基本診斷、症狀表現和功能狀態、醫師經驗或健康服務的地點來確認，而無具體將「瀕死」概念做清楚呈現（李、方、邱，2009）。（趙，2010）對安寧療護的名詞解釋及概念澄清為安寧療護、緩和醫療、生命末期照護、臨終照護、Palliative care、End-of-life care、Hospice care 皆為安寧療護之原則一。

二、維生治療的倫理考量與醫療法相衝突

預立指示及倫理的考量下，必須確認他們是已經被告知，以減少對病人的危機及安詳的機會並強調參與任何末期治療都不會影響到自身的利益或治療的品質。當病人及家屬的意見有衝突時，強調病人的自主權，並充分與病人和家屬解釋及溝通，符合生命倫理的四大原則。

醫療法第四十三條規定：「醫院、診所遇有危急病人，應立即依其設備予以救治或採取一切必要措施，不得無故拖延」。於是癌末病人急救或不予急救（DNR）成了臨床上的倫理議題，也成為法律問題。直到「安寧緩和醫療條例」有了法源根據，末期病人得依其意願不施行急救（DNR）。但條文中並未使用「預立指示」一詞（顧、李，2002）。現今行政院衛生署於95年5月委託台灣安寧照顧協會將民眾簽立之『選擇安寧緩和醫療意願書』及『預立選擇安寧緩和醫療意願書』等資料，經該簽立人之同意，彙整後送交中央健康保險局，以利中央健康保險局將上述個人意願登錄到健保IC卡，達到「預立指示」簽署。

三、疼痛評估、處置與教育研究支持

臨床使用的疼痛評估工具如視覺類比量表（Visual Analogue Scale；VAS）、數字等級量表（Numerical Rating Scale；NRS）等單面向疼痛評估工具作為評估，所有研究中有88%是測量疼痛的程度，非常缺乏對疼痛性質的描述與疼痛的客觀評值。因為疼痛經常影響著癌症病患的生活品質，癌症臨床試驗的疼痛評估中，建議將病人對於疼痛的描述與疾病的關係、病人的期待、疼痛對於身心的影響等癌症病人會經歷疼痛的全面經驗納入考量。

Morphine（嗎啡）類藥物疼痛處置是所有癌症醫療過程必先考慮的優先藥物，特別在治療的目標由治癒轉移到緩和醫療的癌症末期病人，影響疼痛的處置因素包括病人本身、主要照顧者、醫療人員與醫療照護體系等四者在醫療文化體系下，對癌症疼痛的認知差異。醫療人員是決定病人疼痛處置與滿意度的關鍵人物，對於疼痛現象與知識不足，不完整的疼痛評估、未能善用疼痛評估工具、對Morphine（嗎啡）類藥物的迷思與不正確概念，會使癌症疼痛處置停滯。只增加醫療人員正確的疼痛知識是不足以改善其態度與行為的，持續的藥物處置與非藥物處置在職教育（Woodward, 2005），加強臨床案例分析，跟隨疼痛控制專家共同討論病人的變化，佐以檢視醫療體系與醫院政策對癌症疼痛處置的影響，才會使正確的疼痛知識為臨床所用，進而形成人員行為的改變。

四、身心靈的安寧照護對瀕死病患及其家屬的支持

Henderson 於1966年將護理的功能定義為「協助人們健康促進、恢復及平安的死亡。」如運用在安寧照護領域，其內容包含：（一）身體平安（二）心理社會平安（三）靈性平安。臨終病人的護理

照護可透過心理支持、家庭功能與靈性寄託，引導病人維持舒適與和諧的狀態。在增加身體舒適的做法上，除了藥物控制來緩解大部分的疼痛外可同時輔以音樂治療、放鬆按摩、穴位療法、或芳香療法以及家人的支持與慰藉，做為心靈上的支撐。研究發現上病人接受緩和醫療照護後的死亡恐懼程度有逐漸降低的趨勢。靈性乃是人在生命過程中自我超越能力的表現，可藉由個人與自我關係、他人關係及神的關係之間的交流，體會到生命意義與價值的過程。臨終病人的靈性需求包含對尋求支持、同情、理解之照護的渴望，以及對於寬恕、愛、希望、與信任的需求，如果滿足病人追尋的意義及促成生命的完滿，也是一種療癒的力量。研究發現愈接近死亡靈性介入的助益愈大。靈性介入可幫助病人連結來自於自我內在與外在的力量，如對病情的瞭解、自我恐懼感的認識、與他人分享受傷及治療的經驗等，進而增進病人面對現實與生命的勇氣（宣，2008）。因此病人的全盤照護是需要醫療和宗教雙管齊下，如此才能促成臨終者內心平靜和獲得平安。

結論建議與省思

我國文化不同於歐美各國，多數人忌諱談及「死亡」兩字，認為是不詳之事。但在十多年前，安寧照顧基金會引進安寧療護的觀念，喚醒國人安寧死亡的正確觀念，更說明安樂死與自然死之不同處，其目的在維護末期臨終病人的生命品質及死亡尊嚴。（趙，2010）生命末期病人臨終照護目的：

（一）提昇生命末期病人醫療照護之品質與效率。（二）提昇生命末期病人臨終照護家屬滿意度。安寧療護推手－趙可式博士於近幾年內針對安寧療護的議題舉辦「康泰安寧療護傳愛種子」課程希望將安寧的理念傳達每一位人員。衛生署目前將安寧療護推展到新安寧療護運動-非癌疾病末期安寧療護；依據世界衛生組織（WHO 1990）對緩和醫療所下的定義為：「對治癒性治療已無法獲益的末期病患之整體積極的照顧。此時給予病患疼痛控制及其他症狀的緩解，再加上心理、社會、及靈性層面之照顧，目標是協助病患及家屬獲得最佳的生活品質」。根據 2008 年的衛生署統計，前十大死因依序為惡性腫瘤、心臟疾病、腦血管疾病、肺炎、糖尿病、事故傷害、慢性下呼吸道疾病（慢性阻塞性肺病、支氣管炎、氣喘）、慢性肝病及肝硬化、自殺、腎病（腎炎、腎病症候群及腎病變），因慢性病惡化而死亡仍占最多，對國家健康政策將是一筆可觀的支出，所以新安寧療護運動是刻不容緩的事，但還是要依循生命倫理達到臨終照護品質。建議整合安寧療護服務、教育與研究人才需積極投入安寧療護師資培訓人才，才足以教育現今的新安寧療護運動推行減少醫療資源浪費。

安寧療護、生命末期或是臨終照護在護理的反思中是希望護理臨床照護者能夠給予臨終病人有好的舒適照護；藉由輔大護理系的“3C”精神發揮於臨床實務中。3C 即 care、concern、compassion 應用臨終照護病人，是希望護理人員尊重生命的意義與其生命倫理將心比心能站病人立場、了解病人及家屬需要用體會、體恤與感受仔細傾聽病人聲音視病人為夥伴關係。談到臨終病人的靈性照護對臨床實務者是一種耐心與考驗如何將靈性照護介入於臨終末期病人全隊照護讓臨終者：善終、讓失親者：善別、讓在世者：善生的境界。

參考文獻

行政院衛生署(2009,10月1日)·97年度死因統計·2010年1月19日取自 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2_p02.

趙可式(2008)·安寧緩和療護·於王秀紅總編輯,護理,台灣(73-85頁)·台北:行政院衛生署.

趙可式(2010,1月)·讓非癌末期病人享安寧·於財團法人天主教康泰醫療教

育基金會主辦,康泰安寧療護傳愛種子進階班·台北:天主教耕莘醫院.

顧乃平、李從業(2002)·預立指示及倫理考量·護理雜誌,49(6),18—25.

Peter A. Singer(2004).臨床生命倫理學蔡甫昌編譯.財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會出版.

張稟宜(2008)·護理倫理·未發表的碩士論文,台北:國防大學國防醫學院護理研究所.

李國箴、方慧芬、邱豔芬(2009)·緩和醫療之研究法討論及省思·護理雜誌,56(6),81—84.

曾翠華、林佳靜(2008)·癌症疼痛·護理雜誌,55(2),16—19.

宣崇愛(2009)·運用安寧理念照護一位肝癌末期病人的護理經驗·護理雜誌,56(5),98—103.

Henderson, V. (1966). The nature of nursing :A definition and its implications, practice, research and education. New York:Macmillan.

Meldrum, M. (2005). The ladder and the clock :Cancer pain and public policy at the end of the twentieth century. Journal of pain and Symptom Management ,29(1) , 41—54.

Woodward, D. (2005). Developing a pain management program through continuous improvement strategies. Journal of Nursing Care Quality, 20(3), 261—267.

洗腎病人使用注射鐵劑的安全

劉素理 藥師

通常腎性貧血中，約有25%~30%的人的鐵質是不夠的。缺鐵的病人通常可以看到血清中的鐵質、運鐵蛋白(transferrin)和鐵蛋白(ferritin)的濃度是偏低的，而且是低著色性的、縮小的紅血球。當腎衰竭尚未接受透析的病人，每天接受口服一百公克的元素鐵(elemental iron)是足以補充和維持鐵質的需求。但是，當開始接受透析和使用合成紅血球生成素[EPO]治療時，鐵質的需要量便增加，因此口服的元素鐵的含量就必須增加到兩百公克以上。若是出現絕對性缺鐵(ferritin小於100 ng/ml)，而且同時需要合成紅血球生成素[EPO]治療時，就必須以注射鐵劑來補充鐵質的不足，才足以達到紅血球生成素的治療效果。

注射劑Iron dextran、sodium ferric gluconate和sodium ferric saccharate (sucrose)都是目前常見用於洗腎病人補充鐵劑藥品。因為身體鐵的儲存量約800至1200毫克，而為了提升血比容所需的紅血球生成時所需的鐵約是500至1000 毫克不等，因此，矯正缺鐵性貧血所需的鐵質每次大約1000毫克左右。原則上，鐵的補充應該在十二週內補充約250至1000毫克，不管是一週三次、二次或是一次。在美國透析品質臨床指引準則(NKF-DOQI guideline)中提到，鐵的含量最少應每三個月測量一次。對於絕對性缺鐵的血液透析病人，在每一次透析後，以100毫克的iron dextran注射十次或以125毫克的iron gluconate注射八次；而在治療和預防功能性缺鐵的透析病人中，則建議每週注射25至100毫克的iron dextran，連續十週或每週注射31.25至125 mg的iron gluconate，連續八週以達到療效。此外，當注射了一千毫克以上的鐵質之後，必須間隔兩週以上的時間再來監測運鐵蛋白的飽和度和血清中鐵蛋白的濃度，才不至於造成誤差。原則上，希望維持透析病人鐵蛋白的濃度大於100ng/mL，但不希望超過800 ng/mL，而運鐵蛋白的飽和度則希望大於20%，而不要超過50%。當鐵蛋白超過800 ng/mL或運鐵蛋白的飽和度超過50%時，可能會增加血鐵質沈著症和細菌感染的機率⁽⁷⁾。

一篇Iron dextran、Iron gluconate及Iron sucrose 的review文章⁽¹⁾，比較三種鐵劑針劑過敏反應的發生率，以Iron dextran之發生機率較高(見表一)

表一、Iron dextran、Iron gluconate 及 Iron sucrose 發生過敏機率之比較

	Iron dextran	Iron gluconate	Iron sucrose
Severe hypersensitivity reactions	<1%	Nearly nonexist	Nearly nonexist
Non-life-threatening adverse reactions	5%-40 %	<5%	<5%

Iron dextran 若是以 total dose IV 方式給予，發生過敏反應的機率更可高達 40%，而這些過敏反應可能是立即發生或延遲幾天後才發生。因此建議在注射此藥時先 IV 或 IM 給予 25 mg 成分鐵當 test dose(注射速度小於 50 mg/min)，給完 test dose Iron dextran 若是以 total dose IV 方式給予，發生過敏反應的機率更可高達 40%，而這些過敏反應可能是立即發生或延遲幾天後才發生。因此建議在注射此藥時先 IV 或 IM 給予 25 mg 成分鐵當 test dose(注射速度小於 50 mg/min)，給完 test dose 一小時後，若無過敏反應發生，再給予剩餘的鐵劑。

若患者使用 Iron dextran 之後曾經發生過危及生命的過敏反應，則不建議再使用 Iron dextran，若只是輕微的過敏反應，則可再使用 Iron dextran，並以考慮投予鐵劑前 30 分鐘先注射 50 mg diphenhydramine 減低過敏反應的產生。雖然缺乏文獻指出 corticosteroid 可預防鐵劑所造成的過敏反應，但仍建議當嚴重過敏反應發生時使用

steroid 及 epinephrine 來治療。此外，將所需要的 total dose 分成較小的劑量每天給予，以及限制鐵劑的給藥速度為每分鐘 50 - 100 mg 都可減低過敏反應的發生機率。

目前 Iron dextran 造成過敏的機轉仍不清楚。Hanson⁽³⁾認為 Iron dextran 的 dextran 部分是 antigen，會刺激 mast cells 釋放過敏物質。Newcombe⁽⁴⁾則認為過快的打針速度或濃度過高也會增加過敏的發生機率。廠商⁽⁵⁾則建議一天的鐵劑用量不要超過 100 mg，給藥速度限制為 50 - 100 mg/min。雖然 IM 給予 Iron dextran 對於曾經使用過 IV Iron dextran 而過敏的患者可能會比較安全，但 IM 給予仍會有 ANAPHYLACTIC REACTIONS⁽²⁾，而且也沒有因 IV 給予 Iron dextran 的致死案列報告，但卻有因 IM 給予 Iron dextran 而造成 soft tissue sarcomas 的案例報告⁽⁶⁾。

Iron dextran 發生過敏機率較高，一定要記得給予 test dose，減低輸注速度及劑量，必要時給予 antihistamine 減少過敏發生機率，以確保患者生命安全。

References:

1. George R. Bailie, PharmD, PhD, Curtis A. Johnson Pharm D, and Nancy A. Mason, Pharm D. Parenteral iron products for anemia in end-stage renal disease: comparative considerations. Formulary 2000; 35:498-513.
2. Becker CE, MacGregor RR, Walker KS et al: Fatal anaphylaxis after intramuscular iron-dextran. Ann Intern Med 1966; 65:745-748
3. Hanson DB & Hendeles L: Guide to total dose intravenous iron dextran therapy. Am J Hosp Pharm 1974; 31:592-595.
4. Newcombe R: Precautions in the intravenous use of iron-dextran. Postgrad Med J 1967; 43:372-375.
5. Product Information: Infed(R), iron dextran. Schein Pharmaceutical, Inc., Florham Park, NJ, 1996.

6. Weinbren K, Salm R, & Greenberg G: Intramuscular injections of iron compounds and oncogenesis in man. *Br Med J* 1978; 1:683-685.

7. 腎臟與透析：民國 94 年 17 卷 1 期

放鬆身心單車行

臨床心理師 柯曉帆

一個人騎著單車御風而行，兩個人踩著單車悠遊自在，全家大小共騎出遊歡樂滿懷。騎鐵馬出遊不僅達到運動的功效，還有更多有益身心的副加價值！

放鬆身心 快樂生活

心理學家發現，運動能使身體分泌腦內啡，讓人產生幸福及愉悅感，穩定情緒，協助身心放鬆；也可減少疼痛，調節免疫功能。每週固定的單車運動，不僅可以調節生活作息，增加動力；完成運動後的成就感，亦可以增加自信與自我形象，提高自我效能。假日呼朋引伴，騎鐵馬出遊，也可以增加與人群接觸的機會，彼此分享、抒解情緒，建立人際支持的網路。

提升挫折忍受度 建立自信

從小小四輪車晉升到搖搖晃晃的兩輪車，對孩子來說是一大挑戰。學會騎單車，需要不斷地嘗試，跌倒後再站起來！孩子在跌倒再爬起的過程，培養了勇於冒險的能力，提升了挫折忍受度，並可從中獲得成就感、建立自信心。父母在學習過程中的陪伴與鼓勵，亦可提供孩子勇於接受挑戰的安全感與勇氣。此外，對於過動、精力旺盛的孩子，單車運動可以讓他們發洩活動力，增進專注力。

培養計畫能力 增進親子感情

單車環島是寒暑假的熱門活動，父母可帶著孩子一同參與活動，從事前的準備工作增加孩子計畫的能力：蒐尋單車環島的注意事項，查詢路線與景點，規畫行程，條例必備的物品…。環島過程中，面對不同的路況與氣候，孩子可以學習忍耐並克服不同的困境，增加問題解決能力，品嚐達到目標後的興奮與成就感。與父母一同完成任務的辛苦過程，再回首一定充滿回憶與感動。

簡單的單車運動，可以讓人自信快樂，增進身心健康，亦可促進人際互動與親子關係。幫自己在繁忙的生活中，踩踏出一條「心」的道路，放鬆身心單車行，出發！

四季狂想曲

kao

序曲：我的假期

夏天，炎熱的夏天，
我總是在體育館展現熱血。
夏天，炎熱的夏天，
冰棒和冷氣快要把我凝結。
夏天，一年一年過去，
看似一如往常，然而總有不同。
以前小的時候，鬼混很久，
現在比較成熟，汗流很多，
但我認為還是不夠，
因為夢不落，熱血也不停的流。
說我熱血多，
但地球的熱血一定比我多很多，
過熱之後，世界末日，
就在爆裂之時。
我們大家假期好過，
但太陽會發燒頭痛。

第一樂章：四季

大太陽用盡了力氣，
造就了炎夏。
北風用盡了力氣，
造就了寒冬。
白雲用盡了力氣，
造就了涼秋。
花草用盡了力氣，
造就了暖春。
走過四季，
全都不同，
一年一年走過，
是否全都相同？

第二樂章：城市

有座城，
在群山中生存，
四百年來都獨自的站在那。
台北，我的家鄉，
台北，是許多人的夢想，
台北，你累了嗎？

應該累了吧？
過度的在你身上，
亂墾亂伐。
對不起啦！
對不起啦！
我的家。

第三樂章：Day

日子天天天天的過，
路也天天天天的走，
夢也天天天天的夢，
從春天到夏天，
從長袖到拖鞋，
從夏天到秋天。
韋瓦第不停作曲，
不停走過四季，
冬季也即將來臨，
心是充實過，
但是我從來沒懂過。
天天的天天，
月月的月月，
還有年年的年年，
以及自己能不能自己。

第四樂章：晴、陰、你、我

陰天，暗暗的，
晴天，亮亮的。
天空的臉孔倒映在上頭，
太陽昨天很亮，天空笑了吧！
太陽昨天普通，天空很閑吧！
狂嵐昨日侵襲大地，
天空，它不爽了吧！
如同月亮照耀一樣，
天空也有陰晴圓缺。
而且人的表現也一樣，
天地所有的東西都一樣，
你一樣，我一樣，
天也一樣，
但我只想愛晴不想陰。

終曲：Today

今天，是個冬天，

今天，宛如寒冷的夜。
再過三天，就要和 2009 年說再見，
我想紀念，或想留念，
還是無所謂？
年初和年終的改變，
小六升國一的改變，
都差不多嗎？
今天，是個冬天。
今天，快跨年的體會。
今天，後三天，要改變。
改變似乎不只全世界，
除了我，
還有誰？

爲什麼我們看不到孩子的無所事事

林郁宜 特教老師

這次在德國的參訪過程，我們參觀的不同年齡的機構與蒙氏治療教育，由於自己擔任特教育工作已多年，很敏銳的可以察覺這當中存在的問題，事後 Anderlik 老師也和我們一一討論我們所看到的每一機構狀況，。

我們常常看到創辦者的精力旺盛與企圖心，所以辦理了很多的機構，但是，我們是不是常常被這樣的「假象」所矇蔽，我記得我的搭檔初期和我同班的時候，他最沒有辦法適應我的作法，即是在接到各單位來班參觀時，仍然一如往常的教學模式，似乎大家都會在有人來參觀時先做一個教學演示，假設我們把每天都是爲有人來參觀的狀態，這些情況就不會發生了。

我們經常在爲孩子選擇一個就學單位，包括幼稚園或托兒中心，甚至於是發展中心，常常藉由友善的外表或感覺溫馨的氣氛，這樣的模式，常常讓我們覺得可能對孩子很好，但對一個有經驗的老師來說，可以感覺到我們眼前所看到的模式，並不是真正的全貌，重要的是應該思考眼前這個孩子現階段的目標與未來二十年的學習目標是什麼？而我們所提供的模式與環境真正的可以幫助孩子達到他二十年後應該要達到的學習目標嗎？所以，到現場參觀的人也應該避免自己被外表的狀況所矇蔽。

當我們爲了孩子的療育，選擇一個適當的環境，無論是教學者或父母都應該清楚，我們對於現場「被陳列」在我們面前的孩子，你要提供他什麼學習的內容？對一個重度學習困難的孩子，他往往只是觸動我們引發同情的工具，甚至於激起人們願意捐出更大的款項罷了，我們應該思惟，孩子在這個階段，他被「善待」的模式是什麼？「展示這個機構對孩子的包容？」或是提供「陳列這個生命模式的櫥窗？」而孩子在這個情境下，他扮演的又是什麼角色？

對一個重度、極重度的孩子而言，我們應該知道自己對這個孩子應該提供的目標是什麼，所以，我們如果將重點放在孩子生活自理能力的提升，就會發現我們很難去開展孩子這些能力，也就是說，教學者在這個過程中會一直無法達到教育目標而屢遭挫折，對孩子來說，也只不過是被列爲「沒有希望的個體」，但是，孩子真正的是這樣嗎？他真正的甘心被如此的對待嗎？我們有沒有注意到，當我們面對孩子的肢體受到極大限制時，孩子潛藏在自我內心的心智活動有沒有被真正的照顧到，對於這樣的孩子，我們常常寄望於孩子有一天他能走能跑，當這些希望都被判決「不可能」時，我們有沒有想過這個時候孩子還能夠做什麼？

我這次在德國，也呈現了我在花蓮的教學對象，這個沒有語言、沒有移位能力、被大醫院宣判「放棄」的個案，我們如何用孩子有限的視覺眼神來做溝通，我們如何用孩子有限的聲音來讓他表達「好」與「不好」，我們如何讓孩子用他的緩慢的速度來完成我們認為微不足道的動作與事件，這些孩子生命最後的價值，表達出他內在最重要的自我心智活動，對他們而言才是重要的活動，才是生命最重要的尊嚴。

現在的人，常常覺得「外表的美麗」是何等的重要，但是對於一些「內在的努力」卻往往忽略他的價值，如果，孩子這一點點努力的價值都不能被看見，孩子生命最後的吶喊都無法被聽見，他往後的生命會過的如此漫長而不知所措。當我們看到孩子的不能時，有沒有想過我們的「能」可不可以去轉化他的「不能」，如果，這個孩子的各種能力，已經告訴我們，他的動作與口語已經無法發展得更好，我們是不是還讓孩子花很多時間去面對「無聊」，去處在「無所事事」的情況中，孩子的眼神，他需要的是什麼，你看到了嗎？

詠春暉 頌慈母

媽媽！請讓我牽著您的手

張麗卿 小姐

小時候，都是爸媽牽著我的手：因為有父母溫暖而有力的手牽著，讓我無畏、無懼的成長！犯錯時，父母會及時伸出援手指正過失，要求改過；表現好時，遇到假期，爸媽也會帶我們去玩---我們小小的腳踏車，乘客有五人呢！警察都放假了！

小時候，都是爸媽牽著我的手。在清寒的日子裡，雖沒有山珍海錯（最美味的只是豬油醬油拌飯、是菜脯蛋），卻擁有世上最棒的親情！---爸媽的手永遠都是溫暖有力的！

人云：花無百日紅！去年五月媽媽生病了，原本快樂的日子矇上了陰影。媽媽！請讓我牽著您的手渡過每一天！這一整年有八個月，我都苦候在加護病房外，期待那一道門的開啓！就爲了能牽著媽媽的手！

感謝上天的恩賜，今年一月媽媽轉到私人醫院，探訪不再有時間限制，我每天都可以陪著媽媽，我牽著媽媽唯一能動的手訴說思念之情！病榻上無聲的慈母努力鼓動雙唇對我說話，我噙著淚水期待奇蹟！其實眼前已是奇蹟，因為媽媽是主動脈剝離，加開心臟換瓣膜，試問有幾人能脫離險境？

五月的康乃馨，花香滿人間！慈母的愛比山高比海深，做爲子女的一輩子都報答不完！

媽媽！請讓我再牽著您的手！

送給媽媽

佚名

五月花香滿人間！康乃馨---母親的代名詞。從我懂事就看見愛種花的雙親，隨著季節種著各式各樣的花朵，就這樣耳濡目染下，我愛上五月的康乃馨，因為她有著母親的柔美，甚至散發出慈母身上的清香，我怎能不爲她著迷？

五月花香滿人間！偉大的，全天下的慈母！子女們歌頌著、讚美著，誰知這當中付出了多少代價？女人最美的歲月給了自己的子女，子女長大了雖然極力回報，但這宛如詩人孟郊所言：誰言寸草心，報得三春暉？媽媽，您如陽光般給了我們生命，用一生照護我們，雖只是母親，但沒有您，我們不可能有今日的幸福！

五月花香滿人間！金針花開滿園，爸媽家園整齊開放的金針花，一朵接一朵，迎著五月的和風綻放著，她又名忘憂草。媽！希望您不要有太多的煩惱憂愁，如金針花天天迎風綻放！

媽媽！當女兒拿起教鞭的那一刻起，您叮嚀再叮嚀，不可以打學生，對學生要有愛心、有耐心。媽媽，在您千叮萬囑之下，女兒終於完成了這項艱巨的任務，我不但桃李滿天下而且個個成材，這都得歸功慈愛的您呢！

三十三年歲月中，我最引以爲傲的是：孟子所言人生三樂事---父母俱存、兄弟無故、一樂也；仰不愧於天，俯不忤於人，二樂也；得天下英才而教育之，三樂也！媽媽，女兒送給您的是：無愧的我！媽媽！女兒永遠敬愛您！媽媽！加油！

健保速訊

健保局配合費率調整 提出加強節流措施

為穩定健保財務及永續發展，健保局除持續爭取公共衛生支出由公務預算支應，加強醫療院所違規查核、醫療服務費用審查等作業外，已積極進行多項醫療改革措施，如 TW-DRGs 支付制度、慢性病門診整合照護方案、縮小藥價差及實施總額支付制度等作業，以減緩醫療總額支出之成長率，縮小健保財務短絀。

配合本次費率調整方案，健保局將再加強相關節流措施如下：

一、 特約醫療院所端：

(一) 「詐領健保費用，從總額中扣除」

自 97 年起協商年度總額醫療費用時，已將違規查處扣減之金額，列為協商下一年總額成長的減項，本局將提議醫療院所詐領之醫療費用，皆從總額中扣除。

(二) 「累犯違規醫師，永不特約」

為落實管理目的，對不能改善而累犯違約之醫療院所或醫師，將修法明定永不特約。

(三) 「多次違規醫療院所，同址永不特約」

對於停約或終止特約之醫療院所，於同址變更負責醫事人員後再遭停約或終止特約者，將修法明定永不特約。

(四) 「未實際執行醫療業務且有違規之高齡醫師，永不特約」

鑑於高齡醫師常為密醫或雇用人頭醫師之藏鏡人所覬覦，對於超高齡醫師，有被當作人頭違規紀錄者，將修法明定永不特約。

(五) 「啓動第 7 次藥價調查」

為擷節用藥支出，持續縮減藥價差，將即刻啓動第 7 次藥價調整作業，要求藥品供應商即日起按季申報市場交易資料，未申報者依法辦理。未來健保藥價將朝「同成分、同品質、同價格」方向訂定。

(六) 「中醫民俗調理不給付」

中醫醫療院所施行推拿業務，必須由中醫師親自為之，未由中醫師親自施行的推拿或民俗調理，健保不給付。

二、 民眾就醫端：

(一) 「慢性病患就醫，需攜帶藥袋」

為避免民眾因重複用藥或藥品交互作用，影響民眾用藥安全，對於慢性病人，將要求就醫時攜帶載有目前服用藥物資訊之「藥袋」或藥品處方明細，供診治醫師參考。

(二) 「鼓勵多重慢性病人，主動要求醫院提供整合性門診」

持續推動「建構整合照護模式並逐步朝促進醫療體系整合計畫」，有多重慢性病的民眾，應主動要求醫院提供整合性門診，整合開立慢性病連續處方箋。

(三) 「超高就醫次數民眾，限制就醫場所」

擴大門診高利用對象輔導措施，對於全年門診就醫次數大於 100 次以上的民眾，列為輔導對象並限制就醫場所(重大傷病患者除外)。

(四) 「藥事人員主動居家輔導高診次民眾，正確用藥」

擴大辦理高診次民眾「藥事人員居家照護試辦計畫」，藉由用藥關懷，促使醫療資源的合理使用。

換補發健保 IC 卡，到郵局申請方便又快速！

中央健康保險局表示，今年農曆春節假期有 9 天，預估春節假期過後民眾因健保 IC 卡遺失、毀損等原因申請換補卡之件數將比平日多。健保局提醒民眾，如需要申請換補發健保 IC 卡，可就近至各地郵局櫃檯辦理，大約在 5-6 個工作天內就可收到新的健保 IC 卡；如急需使用，亦可至健保局各分區業務組現場申請。

民眾已向各地郵局辦理換補卡手續，尚未領到新卡者，如有急需就醫時，可持身分證明文件並出示 14 日內申辦換補卡收執聯，到健保局特約醫療院所填具「例外就醫名冊」，即可以健保身分就醫，不會影響任何權益。

如想進一步瞭解申請換補發健保 IC 卡手續相關資訊，請至健保局網站([http:// www.nhi.gov.tw](http://www.nhi.gov.tw))「健保 IC 卡」專區查詢。

訂定 DRG 不適當出院狀態，全民共同監督醫療品質

爲了提升病人的照護品質及醫院的醫療效率，全民健康保險從今年 1 月起開始實施 155 項住院論病例計酬的 DRGs 支付制度，目前更公布 7 項病患病情不穩定狀況不得要求病患出院的原則，由全民共同監督醫療品質。

在 DRG 推動過程中，財團法人台灣醫療改革基金會、民間監督健保盟等長期關心民眾就醫權益的團體，支持衛生署推動支付制度改革，在住院實施 DRG 之制度，認爲透過 DRG 的實施，鼓勵醫院提供病人最適當且有效率的照護，同時避免感染、併發症等問題發生，讓民眾早日康復出院，但也擔心病人被不當要求提早出院。

健保局非常重視病患就醫的權益及品質，希望落實 DRG 鼓勵提升醫療效率的目的，醫院以最有效率的醫療服務改善病人的健康，已於 DRG 案件審查注意事項訂定下列 7 項不適當出院狀態，供民眾參考，與醫師共同討論適當的出院時間。對於不適當的出院狀態，健保局將藉由專業審查之機制，監控與確保民眾的醫療權益。上述 7 項不適當出院狀態的原則如下：

- 1、出院前 24 小時內生命徵象不穩定。
- 2、尙有併發症(complication)未獲妥善控制。
- 3、傷口有嚴重感染、血腫或出血現象，但屬輕微感染、血腫或出血，可以在門診持續治療者除外。
- 4、排尿困難或留置導尿管情況仍不穩定者(洗腎之病患除外)。
- 5、使用靜脈點滴、手術傷口引流管未拔除者；但特殊引流管經醫師認定引流液量及顏色正常，可出院療養、門診追蹤處理者除外。
- 6、非因醫療需要之轉院。
- 7、其他經醫療專業認定仍有必要住院治療者。

以上七項爲判斷原則，病患出院狀態仍宜由醫師依個案專業認定。

中央健康保險局呼籲，為維護醫病信任關係，病患住院時，醫師應充分告知病患住院治療計畫，使病患在住院期間獲得有效率之醫療照護，適合出院時間亦請醫病充分溝通，以保障病患應有之權益。

編者的話

鄭悅承 主任

當疾病持續六個月以上，我們將其稱為慢性病，其特性包含：病程是長期性或永久性的、會留下殘障的後遺症、起因於不可逆的變化、視病情需要進行不同的復健並需長期的醫療指導。常見的慢性病有高血壓、高血脂、糖尿病、腎臟病、腦中風、氣喘、癌症、肥胖症、骨質疏鬆、慢性肝炎等等，雖好發於老年人身上，但因年輕時期生活型態的不健康及飲食內容的不均衡，發病年齡已逐漸下降，嚴重危害國人健康。為減少龐大醫療費用的支出，並促進國家社會各項發展，政府更是全面投入慢性病的防治工作。

本院發行醫刊多年，配合政府政策致力於提升民眾健康自主管理的觀念，除了宣導各項醫療訊息與衛教新知，舉辦健康飲食及體重控制營養教室，並鼓勵進行定期健康檢查，找出可能罹患慢性病的高危險群，提供「定期追蹤、早期診斷、早期治療」的醫療服務，歡迎各位讀者多加利用！

本期醫刊為慶祝即將到來的母親節，以「詠春暉、頌慈母」文章集錦向偉大的媽媽們獻上感恩與感激的心，同時「老年婦女疾病的種類及照顧」一文也提供兒女們如何察覺媽媽們的生理變化並給予良好的健康照護，本院全體員工在此祝福每一位媽媽幸福健康，平安喜樂！