

※院務動態	
專科醫師介紹 旅遊醫學特別門診 身心科失眠門診 2011 年第一季糖尿病宣導活動預告 2011 年度營養科健康飲食新文化講座 2011 年營養科 1824 減重講座	
※醫療新知	
漏斗胸治療的演進 應用荷爾蒙的影響 認識 C 型肝炎 睡不好該怎麼辦 末期肺疾病的安寧療護	朱志純 院長 孟憲傑 醫師 譚健民 醫師 林耿立 醫師 許如蓉 護理部督導
※衛教園地	
淺談各種泌尿道感染與藥物治療 眼睛動的好 學習少煩惱(下)	許孟真 藥師 王亮云 職能治療師
※杏林花絮	
生活故事書應用在電話技巧的教學 創作詩集	林郁宜 特教老師 Leo
※溫馨掌聲	
好在有宏恩	王女士
※健保速訊	
※編者的話	洪千婷 主任

漏斗胸治療的演進

朱志純院長

在西方醫學文獻中最早的漏斗胸記載大概是 16 世紀 Johan Schenck (1531-1590) 蒐集的文獻報告。Bauhinus 於 1594 發表了一位因凹胸造成呼吸喘及咳的病例。在 1820 年，Coulson 也發表了一個家庭中有三位兄弟皆有漏斗胸的報告，1872 年 Williams 也發現一家中父子三年皆有漏斗胸。其後，報告病例逐漸增加，但在治療上則是：新鮮空氣、運動及側壓胸部；當然，都沒效，但是當時在外科技術上，仍無法克服胸部手術會造肺塌陷及麻醉技術不成熟，對凹胸的治療仍是一籌莫展。

到了 20 世紀初，終於有了進步，但一開始時並不順利，Meyer 在 1911 年（民國前一年）為一位患者移除了第 2 及 3 肋軟骨，但顯然並沒什麼效果。1913 年，Sauerbruch 在負壓室中為一位因漏斗胸而有嚴重呼吸困難的病患切除了包含第 5 對到第 9 對肋軟骨的部分胸壁，術後，病患能工作了，並在三年後結婚。很難想像以當時的科技如何能完成這項手術，也令我對外科前輩感到十分敬佩。

到了 20 年代，Sauerbruch 更將手術發展到切除雙側肋軟骨並將胸骨橫斷以抬高前胸壁技術，他在手術後的六週內，將病患的胸骨鈎高，也就是說，病人將在床上不能翻身要六週之久，雖然很痛苦，但這項技術畢竟提供了一個以前無法到達的治療方法，於是便很快地在歐美地區流行起來了。

1939 年，Ochsner 及 DeBakey 發表了他們用了 Sauerbruch 的手術經驗。同年，Lincoln Brown 也發表了他的兩位病人的治療經驗，並提出了漏斗胸是因為橫膈膜肌腱短而持續拉扯胸壁所造的。Ravitch 讀了這文章，採信了這個論點，將手術修改，將胸骨橫斷外，並將所有連在胸骨上的肌肉組織均切斷，也切除了胸骨劍突部分。並認為如此一來，胸骨將不會再被拉扯而凹下；而不必在手術後把病人由外在設備將胸骨吊高。這就是目前所謂傳統手術中最常用的 Ravitch procedure。

到了 1956 年，Wallgren 及 Sulamaa 首次介紹了內支撐的技術。他們用不鏽鋼板穿過胸骨而將凹陷的胸壁由內撐起。1961 年，Adkins 及 Blades 採用了相同的概念，但將鋼板置於胸骨下方，而不是穿過胸骨。

由 1958 年起，著名的小兒外科醫師如 Welch 及 Pena 等，皆對漏斗胸的治療提出改善方法，並都認為應避免切除生長期兒童的肋軟骨。Haller 並發表了 Ravitch 手術後胸壁會失去彈性，對呼吸功能有影響的情形（“Acquired Asphyxiating Chondrodystrophy；可譯為後天性呼吸不良軟骨病變），並認為應發展出不用切除肋軟骨的手術方式來矯正漏斗胸。

1986，Nuss 在一次進行 Ravitch 手術時，因肋軟骨的彈性而引發了為何不利用它的彈性，而不是切除它的想法。Donald Nuss 以 U 形的不鏽鋼板穿過兩側腋下的小切口，穿過胸骨下方，並做 180 度翻轉，將胸壁頂起。於是，漏斗胸革命性的改變發生了，不用切除任何組織，不用切斷胸骨，而正式進入了微創手術時代。

在 1997 年，Nuss 在閉門研究了十年後，發表了他的手術方式，就是 Nuss procedure。他也申請了專利。由於矯正板只是一條金屬，醫師必需根個別病人的情形撰擇長度，製作不同曲度，進入肋間等等。因此，各醫師除早期學習這項新手術之外，也都逐漸發展出個人風格及特色，可以說，沒有兩位醫師會做出相同的矯正板，也都有不同的結果，因此，這項手術，對醫師來說，仍有相當的考驗。

2005 年，Nuss 應邀來台，同時也將這項手術介紹給台灣。我有幸能受他的指導，並將台灣的漏斗胸手術能發揚提升，讓我們的病友們不必要渡海求醫，實際上，目前已有許多美、港、紐西蘭、澳洲、澳門等等國家的病友們來台灣治療了。

傳統 Ravitch 手術的主要內容是在於切除將胸骨頂入的肋軟骨及胸骨橫向切斷，以胸大肌縫合於胸骨上，以肋軟骨膜再生而再形成前胸壁。但是胸壁上的再生軟骨易骨化，生長方向也往往會向內凹，除了復發率高外，對胸部彈性差，對肺功能的改善也有限。與傳統 Ravitch 手術不同，Nuss 手術不用切除任何組織，在加上胸腔鏡的輔助，可以由胸部兩側的小切口置入矯正板，將矯正板翻轉把凹陷

的胸前壁向前頂出，到達矯正的目的。

目前，在美國已超過 80% 的漏斗胸矯治手術是採用 Nuss 手術，在日本少於歐美，約是一半。在台灣雖然不及美日，但至少不必如在香港的朋友要來台治療，若日後能有健保給付，那就更是國民之福了。

應用荷爾蒙的影響

孟憲傑醫師

很多措施或服用任何藥品，有其優點，但常有弊端，這是公認的事實，以動情素(Estrogen)來講，對保護及預防靜脈栓塞，故有其當有的價值，尤其因外傷所引起的為然，然因長期服用避孕藥丸而引發者，就要多加考慮了，如果一昧的採用，就有助紂為虐的可能性了，很容易導致醫療糾紛，不可不慎。對於下述情形，採用動情素時，應多加評估：

- (1) 肝功能障礙
- (2) 血管栓塞疾病
- (3) 三酸甘油脂過高 (Triglyceride)
- (4) 偏頭痛
- (5) 疑似胰臟炎患者 (Pancreatitis)

(I) 荷爾蒙對子宮內膜的影響：

在通常情況下，如果服用動情素，而沒有抑制劑共同使用（像黃體素），可有促發子宮內膜間接分裂 (mitotic growth) 的影響，因而有可能使之發生單純性的增生變化 (Hyperplasia) ——> 複雜增生 (Complex hyperplasia) ——> 變態增生 (Atypia hyperplasia) 進而引發早期子宮內膜癌。此種論述，非危言聳聽，但也非一成不變，應與用量的多少，服用時間的長短，有著絕對的關係。

根據長期追蹤的認知，下述的預估，大概很接近事實：每天服用 0.625 公絲或以上的動情素，連續一年，可使正常的子宮內膜，約有 20% 的機會，變為單純性的子宮內膜增生 (simple hyperplasia)，如果情況繼續，三年後約有 30% 的患者變為變態的增生 (Atypia hyperplasia)，其中 10% 一年後可變為子宮內膜癌。因此病理學家認為變態的子宮內膜增生，可視為子宮內膜癌的前兆。一般而論，單純的子宮內膜增生，未經處理（如拮抗劑的共同服用），且繼續單獨使用動情素時，約須五至十年，有機會可能變為子宮內膜癌，婦產科醫生對更年期前後其間的婦女處方時，須多加考慮斟酌。但對絕經期的婦女，因子宮內膜已完全萎縮，對動情素已無此敏銳的反應，也應一併考慮，不要因噎廢食。

(II) 荷爾蒙與乳房癌的關係：

這是一個很有討論空間的題目。在台灣有的統計，乳房癌位居婦女癌之首，有的統計是子宮頸癌獨占鰲頭，但兩者之間差距甚微。美國的報告，每八個婦女就有一個罹患乳房癌。在婦女癌中佔 32%，略遜於肺癌，期發病率高出於子宮內膜癌十倍以上。何以乳房癌如此之多，頗多文獻歸咎於婦女於停經後濫用動情素有關，但缺乏確實證據，很難驟下斷語，目前仍處於人云亦云，模糊地帶。這又與用量多寡，使用期間長短有關。無論如何，縱然不知其底細，但其間確存在有不可置疑的關係。有的文章披露，僅增加 1.1 的機會，有的報告斷然否認其間的因果。不管怎樣，醫師處方時，應對個別案例，審慎思考。

目前從事於癌症研究者和臨床醫師們，泰半都不諱言荷爾蒙與乳房癌的微妙關係，但又找不出真憑實據，但若干情況，卻有些蛛絲馬跡可尋：

- (A) 乳房癌多發於女性，男仕甚屬少見。
- (B) 女性有複雜的荷爾蒙演進和變化，男性付缺。
- (C) 月經來的早，絕經發生的遲，月經持續年代久，其罹患率則較高。
- (D) 中年時代（具生殖能力期間），因其他原因，而將卵巢割除者，其發生率則降低。
- (E) 產後以母乳哺育者，又較非哺育者為少。

基於上述五項莫須有的實例，早生貴子，母乳哺育嬰兒，可能為預防乳房癌的措施之一。

由於以上的陳述，我們約略的可以得到一個概念，即長期大量使用動情素，有可能促進子宮內膜

癌的產生。但對乳房癌的影響，目前仍處在霧煞煞的模糊地帶，沒有結論。有人倡議，設若黃體素與動情素合併使用，是否有不同的影響或較佳的結果，答案是懸殊而迥異的。兩者合併使用，對預防子宮內膜癌及不規則的出血，確有卓著而被肯定的效果，但對乳房癌的產生與否，則無明顯的不同。

(III) 絕經後荷爾蒙的應用

最近由於一位美國臨床醫生發表一篇“動情素致癌論”的文章，掀起了台灣朝野醫界如雨後春筍般的熱烈討論。討論歸討論，乏人敢驟下結論，因其牽扯大、影響遠，一個沒有結論的結論是“斟酌情形，自行取捨”。

在利弊的衡量下，更年期後使用動情素，是一個天經地義，放諸四海皆準的措施。因其可以治療和預防骨質疏鬆症的發生，有利於心臟血管的健康，並可有效的解除冷汗淋漓，臉面潮紅及失眠的現象。不論年紀輕（四十歲左右）或完全絕經之婦女，為安全計，仍以動情素，黃體素合併使用為妥。至於皮膚或陰道塗抹藥膏及注射途徑之是否適當，當視個別情況而定。

長期應用黃體素，可能引起若干輕微的副作用，如乳房脹痛、面部粉刺、體重些許增加和情緒低潮等。用量減少後，可獲得改善。

一般而論，動情素並無絕對禁忌症，但有子宮內膜癌傾向時，如子宮內膜肥厚超過 5 公厘 (5mm) 以上，經切片結果有變態增生者 (Atypia hyperplasia)，或疑似有乳房癌時，應予避免。前已介紹，對肝功能有障礙者，有急性血栓患者，或三酸甘油脂過高者。使用動情素，應多加考慮。

(IV) 避孕藥丸的常識：

避孕藥丸於 1956 年問世，是一個劃時代的創舉，大幅度改善了避孕的問題，避孕的效益可高達 98-99%，在美國使用者甚為普遍，生殖時期之婦女使用者，約為 30%。

避孕藥丸有兩種不同的型態，或者說是內容，因為型態（內容）不同，其避孕的機轉也不一樣。一種是混合型 (Combination)，含有動情素和黃體素，作用是混亂荷爾蒙正常的順序，以阻止卵巢釋放卵子，而達到避孕的目的。另一種是迷你型 (mini pill)，僅單純的含有黃體素 (Progesterone)，該藥丸的作用並非阻止排卵發生，而是增加子宮頸分泌粘稠度，和子宮內膜的狀況，使受精精子不易穿過子宮頸而進入宮腔內，並因子宮內膜之變化，使受精的卵子不易著床。

避孕藥丸有兩種包裝；一係廿一粒包裝，每日服用一次/每次一粒，連續服用廿一天，至廿九天時，發生類似月經之出血。另一種是廿八粒，其中廿一粒含有有效的藥丸，另外七粒不含任何荷爾蒙藥品，可能僅有少許鐵劑。

服用避孕藥丸的附加優點：

- (A) 月經規則。
- (B) 經痛消失。
- (C) 對子宮內膜異位症有止痛及抑制作用。

服用避孕藥丸之可能缺點：

- (A) 臉上長粉刺。
- (B) 頭痛、偏頭痛。
- (C) 偶有間歇性子宮出血。
- (D) 停止服用藥丸後，有少許服用者發生無月經情形。

避孕藥丸與乳房癌間之關係：

- (A) 一般而論，動情素等類似荷爾蒙，對乳房可能產生不正常的成長。
- (B) 經常久之觀察，避孕藥與乳房癌之間，沒有絕對的關係。
- (C) 避孕藥使用者，多係年輕族群，是乳房癌少發的年齡。
- (D) 小量的動情素可能對隱現的乳房癌有促進的弊端，但大量的動情素，對乳房癌則有抑制功效。

動情素與大腸癌直腸癌的關係：

應用動情素，由於膽汁酸（**Bile acids**）減少，飽和膽固醇增高（**saturated cholesterol**），容易產生膽結石症，但可減少直腸大腸癌的發生率。

老年婦女是否可用動情素：

六十五歲以上的婦女，如果從前採用了動情素，其後仍可照服無誤，設若以往從未使用過該類製劑，即便到了老年，仍可開始服用，因可改善骨質疏鬆症，減少股骨頸骨折發生率，並可調整血液膽固醇含量的比例。至於對心臟血管疾病的獲益，則無肯定的論述，但對患有心肌梗塞症歷史者，可能有減少復發的機會。

認識 C 型肝炎

～被 B 型肝炎病毒邊緣化的慢性病毒性肝炎～

家醫科 譚健民醫師

前言

在 1989 年以前，有一群慢性肝炎被歸類為「非 A 非 B 型肝炎」，主要是因為這一群慢性肝炎已被排除是由 A 型肝炎病毒、B 型肝炎病毒以及其他常見的肝炎性病毒如巨大細胞病毒以及 EB 病毒，甚至藥物或酒精所造成的肝炎；由於這群「非 A 非 B 型肝炎」絕大部份是經由輸血後所感染的，因此亦稱之為「輸血後肝炎」。直到 1989 年美國凱倫 (Chiron) 公司的朱 (Choo) 以及郭 (Kuo) 兩位研究者才發現「非 A 非 B 型肝炎」的主要病毒基因體為 RNA 病毒顆粒，而正式稱之為「C 型肝炎病毒」(Hepatitis C Virus)。基本上，隨著新生兒 B 型肝炎疫苗的全面接種，台灣地區 B 型肝炎帶原率必然會逐年下降，由此可以預測未來 C 型肝炎將取代 B 型肝炎成為台灣慢性肝炎的主流。

流行病學

C 型肝炎病毒是屬於黃熱病毒科，人類為其主要宿主，而在實驗室中亦可以感染黑猩猩。C 型肝炎病毒與 A 型及 D 型肝炎病毒同樣是屬於核糖核酸 (RNA) 病毒，其病毒大小約為 30~50 nm (nm=千萬分之一毫米)，比 A 型及 D 型病毒稍大，潛伏期約為一~五個月 (平均 1.5~2.0 個月)，比 B 型肝炎潛伏期稍長。

根據 RNA 系列研究，C 型肝炎基因型可以分為六種以上的基因型及 100 種以上的亞型，而其中有四種基因型是 C 型肝炎病人的主要類型。依據 Okamoto 氏的分類四型分別稱為 I、II、III 及 IV 型。在美國 70% 的 C 型肝炎病毒基因型是屬於 Ia 型及 Ib 型，而其他 30% 則是屬於 II 型及 III 型。在台灣，則以 II 型佔大多 (約為 73%)，其餘 III 型與 IV 型各佔 13% 與 11%，而約 3% 為混合型，I 型則較為少見。根據臨床經驗，干擾素對於 III 型及 IV 型較為有效，而對 II 型及 I 型效果較差，不同基因型具有不同的臨床病程以及特殊抗原性，使得 C 型肝炎的自然病程亦有不同的預後；因此，在使用干擾素以前應先測知 C 型肝炎基因型才是最明確的。

近年來，由於「聚合酶連鎖反應」(PCR) 分子檢查技術的進步，由此偵測血中 C 型肝炎病毒核糖核酸 (HCV RNA) 的存在，使得 C 型肝炎病毒的構造更為清楚明瞭。全球 C 型肝炎病毒的感染率約在 0.5~1.5 之間 (約一億七千萬人)。事實上，C 型肝炎是台灣地區肝病僅次於 B 型肝炎的第二號兇手。根據台灣慢性 C 型肝炎流行病學調查，在台灣地區約有百分之 2~4% 的人口 (約四十至六十萬人) 感染 C 型肝炎，其中北部地區罹患者佔全人口群的 1.5~2%，但在中南部沿海地區的盛行率竟亦高達 20~60%。事實上，在台灣 HBsAg 陰性的慢性肝炎罹患者中，60% 是因 C 型肝炎病毒感染而來的。十五歲以前人口群的 C 型肝炎病毒感染率較低，而隨著年齡的增長而增加，絕大部份陽性個體是發生於開發中國家或社會經濟水準較低的地區。

在臨床上，絕大部份 C 型肝炎在被發現時，都已處於慢性感染狀態。自從台灣地區捐血中心從民國八十一年七月開始篩檢捐贈血液中的 Anti-HCV (C 型肝炎抗體)，受血者遭遇到 C 型肝炎病毒感染機率大約減少 30~40%，而「輸血後肝炎」的發生率降至不到 1%。

在病毒結構上，C 型肝炎病毒是一種核糖核酸病毒 (RNA)，在實驗室中可以經由測試「C 型肝炎病毒抗體」來診斷個體是否正存在或曾經感染過 C 型肝炎病毒。根據流行病學的探討，C 型肝炎主要是經由非胃腸道途徑感染，亦即經由輸血及打針注射。雖然，C 型肝炎病毒絕大部份是經由打針注射等體液途徑感染的，但其中卻有 40% 的個體未能找到特定的感染途徑。在臨床上，C 型肝炎病毒的高危險群包括有靜脈藥物注射成癮者及經常需要輸血者，血友病及靜脈藥癮者 C 型肝炎感染率竟高達 90%；根據流行病學探討，由性行為感染 C 型肝炎的機率並非很高，但周產期的垂直感染並不像 B 型肝炎病毒所佔的比率那麼高，其中母親垂直感染的機率亦僅在 5~10% 左右；此外，C 型肝炎病毒是否亦經由飲食傳染，目前來說，尚未有很明確的支持理論來證明。

病因及致病機轉

根據臨床觀察，C 型肝炎病毒在愛滋病罹患者以及某些長期靜脈藥物使用者，有較明顯及嚴重的症狀，而 C 型肝炎病毒除了 B 型肝炎病毒一樣會經由宿主免疫系統反應來導致肝細胞的傷害之外；亦有學者根據研究發現 C 型肝炎病毒本身對肝細胞也有直接殺害現象。

C 型肝炎病毒感染的潛伏期，通常在 6~10 個星期左右，甚至某些感染個體會長達四~五個月。在診斷上，可以利用免疫酵素分析法偵測 C 型肝炎特定抗體來確定診斷 C 型肝炎病毒的感染，而 C 型肝炎抗體通常是在急性感染三個月後才會出現；但 C 型肝炎抗體本身並不具有中和 C 型肝炎病毒的作用，即其並非表示罹患個體對 C 型肝炎有免疫保護的能力。

急性 C 型肝炎罹患者中大約有百分之五十至七十會步入慢性肝炎的階段 (意指其肝功能在連續六個月的追蹤時仍然呈現異常的現象)，而慢性 C 型肝炎中大約有百分之三十左右的罹患者會演變成肝硬化；根據流行病學的探討，C 型肝炎病毒所形成的肝硬化罹患者中，每年有百分之二的肝硬化罹患者會發生肝癌。在慢性 C 型肝炎罹患者的長期追蹤中，發現慢性 C 型肝炎進行到肝硬化的階段約需十三年至十八年，而形成肝癌的時間則需要二十到三十年；其中 C 型肝炎所產生的肝癌中，幾乎百分之百其肝臟都存有硬化的現象；相對來說，B 型肝炎表面抗原陽性的肝癌，其合併肝硬化的比率卻在 85% 左右。因此，慢性 C 型肝炎一旦進入肝硬化的階段，其衍生肝癌的機率會較慢性 B 型肝炎帶原者高。

臨床症狀及表徵

事實上，C 型肝炎病毒感染者絕大部份都不具有任何臨床症狀，而其中僅有四分之一與輸血有關的 C 型肝炎病毒的感染，在臨床上會出現黃疸、全身倦怠、低度高燒以及右上腹脹等典型的急性肝炎症狀；但事實上，絕大部份的症狀都是輕微的，而絕少會導致猛爆性肝炎的發生；甚至某些個案在發現時已併發生成肝硬化，但卻絲毫沒有半點臨床症狀；而大部份個體則經由捐血篩檢時，才發現自己是一個 C 型肝炎病毒的帶原者。

檢驗與診斷

急性 C 型肝炎的肝功能檢查 GOT 或 GPT，通常小於每百毫升一千國際單位以下，而僅有 10% 的個案，其 GOT 或 GPT 會大於每百毫升二千國際單位；而血清總膽紅素很少超過每百毫升 10~15 毫克；因此，C 型肝炎病毒較少出現嚴重的肝功能異常現象。一般來說，急性 C 型肝炎很少會進行衍生猛爆性肝炎，而肝功能檢查中的 GOT 及 GPT 通常都在正常上限的兩倍左右起伏；但某些個案甚至在 G

OT及GPT幾乎接近正常時又再次引發另一次急性發作。因此，並非GOT、GPT正常就表示C型肝炎已經痊癒了。

在臨床上可以經由偵測血清C型肝炎特有的抗體來確定診斷C型肝炎病毒的感染，根據流行病學的探討有65%的C型肝炎感染者在症狀出現兩個星期內，便可偵測出C型肝炎病毒抗體；但經過三個月後，C型肝炎抗體陽性率則高達90%，而其餘10%感染者則需要較長的時間，才會出現C型肝炎抗體；也就是說C型肝炎的「空窗期」較B型肝炎為長。事實上，目前對於空窗期的C型肝炎感染，在臨床上可以利用聚合酶連鎖反應（PCR）來早期偵測急性C型肝炎病毒感染，但可惜的是這項檢查的費用及步驟，都較為昂貴及複雜。此外，在臨床上可以施行肝穿刺組織病理切片檢查，來作為選擇干擾素治療的參考依據以及治療預後的追蹤。

治療與預後

只要C型肝炎罹患者接受支持性治療，再加上適當的休息以及營養的調理，在數星期至數個月左右，其臨床症狀及肝功能都會逐漸恢復正常，而在感染罹患者中有10~30%個案都會自然緩解，並能將病毒排除體外，但不幸的卻有70~90%的罹患者會步入慢性肝炎的階段。

事實上，慢性C型肝炎在臨床上絕大部份是不具有任何症狀的，而罹患者在經過十年以上的病程之後，通常都會出現不等程度的合併症。而在此慢性感染的階段，慢性C型肝炎中的GOT或GPT，都呈現接近正常上限異常的起伏。根據病理組織學的探討，發現慢性C型肝炎的1b基因型有較差的預後，而事實上25%慢性C型肝炎罹患者，其GOT、GPT無法恢復正常範圍以內者，在十年後都會衍生「肝硬化」；此外，C型肝炎病毒的慢性感染亦跟B型肝炎帶原者一樣，有較高的比率被發現罹患肝細胞癌。

目前來說，干擾素是治療慢性C型肝炎首選的藥物，而干擾素的作用主要是針對C型肝炎病毒來加以直接消滅，其標準療程是每週接受三次300萬單位的干擾素注射，而在六個月的療程後，大約有一半左右個案的肝功能會恢復到正常範圍以內，但很不幸卻有一半的個案在六個月後，其肝功能再次呈現異常；因此，根據臨床治療經驗，發現干擾素治療C型肝炎長期效益大約在20~25%之間；因此，有些學者建議對於慢性C型肝炎給予較高劑量以及較長時間治療，或許可使其肝功能恢復正常的療效提升。

慢性C型肝炎尚未合併肝硬化、感染時間較短、治療前HCV-RNA濃度較低或非1b型基因亞型，均可預估有較高干擾素治療的長期持續療效。臨床上，若使用干擾素3-4個月，血清GPT值未降至正常或血清HCV-RNA未明顯下降或消失，則應停藥考慮使用合併抗病毒藥物(如ribavirin)及干擾素的組合治療。近年來發現，同時使用干擾素注射及口服抗病毒藥物(ribavirin)治療慢性C型肝炎的療效遠較優於單獨使用干擾素治療；使用干擾素加上ribavirin(每天1000-1200公克)為期六個月，其持續療效可達40%以上，是目前治療慢性C型肝炎療效較佳的治療方式。但在治療過程中，亦需要知道干擾素所可能產生的副作用，其中包括有類似感冒症狀(如發燒、肌肉酸痛、頭痛)、全身倦怠、掉頭髮、體重減輕、白血球或血小板計數目減低、注意力不集中、憂鬱甚至免疫功能變異(如產生自體免疫抗體)，故C型肝炎罹患者應在專科醫師密切追蹤下使用干擾素注射治療。再者，Ribavirin的每日劑量為1000-1200mg，服用六個月，Ribavirin本身的少數副作用有貧血、咳嗽、搔癢、紅疹、失眠。

近年來，干擾素經由聚乙二醇化(pegylated)後，其半衰期長達 40 小時，為傳統短效干擾素的十倍，血中濃度比傳統干擾素來的高，只要每週注射一次即可。根據國外研究，單獨以長效型干擾素治療慢性 C 型肝炎，其療效就可達 40~45%，若合併口服 Ribavirin 合併治療二十四週，其療效亦可達 60~65，比傳統短效干擾素合併 Ribavirin 之療效略高，尤其是在較難治療的病毒基因型 1b 及血清病毒濃度較高的病患，其療效顯著較傳統干擾素為高。

至於那些治療失敗者，大部份是由於已經存有潛在肝硬化現象或是肝細胞本身含有過多鐵成分；在干擾素治療當中，所引起的不良反應，跟 B 型肝炎一樣。在臨床上，某些慢性 C 型肝炎罹患者並不適合干擾素治療，其中包括臨床上已有明顯肝硬化現象並伴隨精神病症狀者，甚至有白血球過低現象的 C 型肝炎罹患者，因為這些個案在接受干擾素治療，或許會引起突發的肝臟衰竭。

事實上，對於已發生肝硬化合併症的慢性 C 型肝炎罹患者如肝性腦病變、頑固性腹水以及食道靜脈曲張破裂出血，其最根本的治療就是「肝臟移植」，而慢性 C 型肝炎罹患者患者在肝臟移植後，較不會引起免疫排斥反應。

截至目前為止，預防 C 型病毒的散播唯一就是做好輸血者的篩檢，因 C 型肝炎病毒本身基因體的核苷酸序列變異較快，在疫苗的製造上尚未能突破，因此目前尚未發展出 C 型肝炎病毒疫苗接種。

睡不好該怎麼辦？

身心科 林耿立醫師

目前討論最熱烈的就屬 FACEBOOK 了，不管是透過尋友工具找到好久不見的老同學，或是熱烈參與上面的互動遊戲（例如開心農場），相信各位讀者應該都對於這個新平台不陌生，特別是年輕一點的族群。

近來醫療界也發現，隨著大家參與網路社群的比率增高，慢慢出現了廢寢忘食的情況，也造成因為失眠問題而求診人數增多。睡不著或睡不好都是讓人苦惱的事，許多人都苦惱的詢問「怎麼樣才能睡得好呢？」

這樣算是失眠嗎？

首先我們要先知道何謂「失眠」？每當到了入寢時間，躺在床上卻遲遲無法入睡；或是總是很淺眠，一點聲音就會醒來，覺得自己怎麼都睡不飽；或者是早上（甚至半夜）總是過早醒來，之後卻一直無法再進入睡眠，這些我們都稱為「睡眠困難」。

睡眠不足的原因與影響

造成失眠的因素很多，常見的原因包括壓力產生的憂鬱、焦慮；睡眠環境或時間的改變（例如認床、時差），或是部份的慢性疾病、特定的身體狀況影響、使用藥物的干擾等。

而睡眠困難不但會造成精神不濟，影響工作或學習表現，也會導致體力衰退，造成身體抵抗力下降，衍生許多疾病。更可能因為意識不佳，在行車或操作器具上產生一些危險。這些都是因為睡眠不足（或不佳）而可能產生的狀況。

幫助入睡的方法

輕度失眠的患者可以使生活規律化，養成固定時間入寢及起床的習慣，並避免在睡前從事劇烈運動或過於勞心的工作，也須減少飲用帶有刺激性或影響睡眠的飲料（如茶、咖啡、酒精等）。此外，飢餓也會干擾睡眠，可適度吃點蘇打餅乾或喝牛奶。更重要的是臥房必須保持安靜、隔離噪音，避免在床上進行閱讀、看電視等容易干擾睡眠的活動。

睡不著不單只是影響日常生活，也影響情緒跟身體狀況，每個人心理所感受到的失眠程度不盡相同，當您自覺已經為失眠狀況所苦時，隨時都可與身心科醫師聯繫，在排除身體可能的疾病之後，配合助眠藥物與學習適度的放鬆技巧，可有助於改善睡眠品質及失眠困擾。

末期肺疾病的安寧療護

～應用出院準備服務之轉銜概念～

摘 要

本文敘述一位呼吸器依賴長期臥床老人，由某醫學中心出院準備服務轉介入住呼吸器照護中心，照顧期間為99年6月28日至99年7月13日，個案面臨身、心、靈及社會衝擊；以出院準備服務之轉銜概念提供病人連續性照護，透過護理問題評估，擬出病人有皮膚完整性受損—褥瘡、心理上的不平安為病人害怕死亡、家屬猶豫無法簽署DNR。筆者在照護期間，主動關懷病人、陪伴病人、傾聽家屬主訴等方式，在與病人及家屬建立信任感後，以善終的照護概念幫助病人及家屬共同面對無可避免的死亡事實；希望藉由此篇報告的心得，[描述照顧過程及與個案/家屬間互動，以及個人心得與反思提供臨床護理人員照護臨終病人的參考。](#)

關鍵字：出院準備服務、轉銜、呼吸器依賴、褥瘡、善終

由於醫療科技的進步，人們不少病人在瀕臨死亡時，藉由維生機器來維持生命，毫無尊嚴可言；或者是運用CPR急救後，卻也回天乏術，而白白受苦。如果科技未有進步，當人表面心肺的停止，應該是最終的判斷準據，但是人們不斷試圖延續生命的長度，使得這些維生系統最終只是在維持著人的呼吸與心跳，人的生命力的判定便移轉至這些科技的儀器之上。呼吸器依賴病人常因疾病因素而導致人際退縮、社交互動障礙、自我照顧能力減低等社會功能障礙問題，加上需要有人在旁照顧，如醫療團隊、社工，或者常因病人病況不同而反覆發病入院，無形中增加家屬照顧壓力及醫療上的花費。

衛生署為了確保長期醫療照顧的病人，於出院後能夠得到持續、妥善的照顧，於民國83年推行「出院計畫」(discharge planning)，而衍生出出院準備服務概念，出院準備服務是指醫療團隊的合作，協助病人在所需要的治療完成時，可以順利且及時的由醫院回到社區或轉介到其他機構接受照顧，意即是在病人一住院，即持續評估病人重返社會時，若要維持良好的健康和生活品質，所需要哪些照顧和資源(蔡，2001)。轉銜(transition)照護目的為提供病人連續性照護、提昇病患及家屬之生活品質以及費用之控制。出院準備服務項目包括下列事項：1. 疾病知識指導2. 照護技巧指導訓練3. 醫療諮詢4. 家庭協商5. 心理支持。若能以有組織、有系統的決策行動，協調整合健康照護資源，將可讓個案成功回歸家庭及社區，亦可節省醫療資源，得到持續性的照顧(行政院，2001)。本文即應用出院準備服務之轉銜概念照護一位呼吸器依賴病人善終。

文獻查證

病人為末期肺疾病依賴呼吸器病人，在照護過程中，常會出現有皮膚完整性受損—

褥瘡、心理上的不平安為病人害怕死亡、家屬猶豫無法簽署 DNR (Do not resuscitate, 簡稱 DNR), 筆者應用善終概念指引照護。以下針對末期肺疾病依賴呼吸器的病人因出現有皮膚完整性受損—褥瘡、心理上的不平安為病人害怕死亡、家屬猶豫無法簽署 DNR 與善終的概念分別進行文獻探討。

一、出院準備服務之轉銜概念照護

「出院準備服務計劃」統合了醫療、社會、財務資源，利用個案管理的轉銜概念照護概念，所謂轉銜(transition)是指從一種型式、狀態或活動轉變到另一種型式、狀態或活動的一個歷程，其重點是在這個過程中所發生的種種變化，因此轉銜可能發生在任何狀態改變的時刻（白、陳，2006）。其服務目的為提供病人連續性的護理照護；包括了評估、計劃、執行與評價的完整過程；是以病人的健康問題當作組織計畫的軸心；為病患及家屬出院後下一階段的轉銜照護而準備。為讓「出院準備服務計劃」，持續性照護得以延續的重要性；此服務包括了病人和各種健康照護團隊所組成的團體，透過有組織、有系統的決策行動，協調健康照護資源，將病人由一個照護單位安全、滿意、順理成章地轉往另一個更為適切適所的照護單位、設施、機構、環境或體系，維持或提昇最佳的健康狀態與生活品質（張、丁、許，2007）。

二、長期使用呼吸器與皮膚完整性受損照護問題

當病人因呼吸衰竭被插上人工氣道接上呼吸器輔助呼吸，一旦病人多次嘗試失敗或因病程惡化，而致無法脫離呼吸器時，病人與家屬必須面對終生依賴使用呼吸器的事實，適應長期使用呼吸器帶來種種不方便，使用呼吸器病人因生理方面受到制動常常會引發皮膚完整性受損—褥瘡；是因固定姿勢不動而使局部皮膚受壓，阻礙血流供應，使組織缺氧、靜脈回流受阻致細胞損傷或死亡。誘發因素有：大小便失禁、意識

不清、感覺功能受損等。好發部位為骨突處及皮膚皺摺處。預防褥瘡應勿維持同一姿勢太久，因為治癒的褥瘡依然是很脆弱且易受傷害而惡化(陳，2002; Lindgren, Unosson, & Ek, 2000)。褥瘡對病人、醫護人員都是一個大問題；而社會則必需為褥瘡付出一筆龐大的費用(Lewis, Pearson, & Ward, 2003)。褥瘡之護理措施每二小時翻身一次，評估受壓處皮膚顏色，在易受壓處使用軟枕頭、氣墊床、脂肪墊協助緩衝壓力；衣服及床單應保持平整，避免皺摺。翻身或移動病患應利用床單抬舉，勿以拖拉的方式。補充高蛋白及維生素C的食物。對失禁者應勤換尿布；為病人更換敷料時，用生理食鹽水以最小的機械力清洗，敷料應選擇可以保持傷口濕潤、防止周圍皮膚浸漬，敷料應輕輕的將所有洞填平，可減少一些死角(張、劉、盧，2002; Lindgren, et al., 2000)。

三、末期肺疾病的安寧療護 - 善終

中央健保局2009年新增納入健保給付對象範圍之八類非癌症重症末期病患的安寧療護，這八大類包括：1. 老年期及初老期器質性精神病態，2. 其他大腦變質，3. 心臟衰竭，4. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者5. 肺部其他疾病，6. 慢性肝病及肝硬化，7. 急性腎衰竭，未明示者8. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者(趙，2010)。近幾年來，人們已經開始意識並思索著，對於將臨終者這樣延續生命的方式，是否有其意義？人的尊嚴何在？但是死亡又是象徵醫療的失敗，在有能力的治療情況下，誰能夠決定放棄救治病人呢？種種的問題與反省，便開始出現所謂的緩和醫療或安寧醫療，其目的是在自然死(放棄治療)與強制醫療(傳統醫療信念)之間，取得平衡點。

末期病人指罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒者。2000年5月23日制定通過

「安寧緩和醫療條例」，該條例的目的為減輕或免除末期病人痛苦之痛，施予緩解性、

支持性之安寧醫療照護，或不施行心肺復甦術，提供「四全照顧」—全人照顧、全家照顧、全程照顧、全對照顧（趙，1997）。

科技的應用，有效雖然表面上延續了生命長度，實質上卻可能讓人在死亡的路上，失去了尊嚴；而中國人對於人生，傳統上追求所謂的五福「壽、富、康寧、修好德、考終命」，其中最後的終命之福，乃是一種善終的希求（吳，2006）。善終指出生命末期的照護目標應朝向好的生命品質來維持功能狀態以達成；當走到生命的終點，醫護人員所作的一切努力，應以善終為最終目標。趙可式老師以質性研究即提出善終的概念，期望在死亡時達到身體、心理及思想三平安的境界；因此出院準備服務在「安寧共同照護」中視為是一項相當重要的議題，而臨床的出院準備品質監測也相對的有其必要性與重要性（劉、王、湯、胡、王，2009）。

四、選擇 DNR 是病人的權力；“DNR” 不代表「放棄」

現在的醫療（包括安寧緩和醫療）便主張希望病人能夠於瀕死之刻，自主決定是否願意接受急救，也就是簽屬所謂的DNR（Do-Not-Resuscitate；DNR）。但是這樣自主決定的方式，在國內卻只限於某些絕症無法治癒的病患，尚未落實到所有的人；而且如果病人簽署DNR，並無法條強制執行的規範，卻往往出現當臨終時是否急救時，由於家屬的反對，而醫護人員害怕糾紛，而予以急救，讓病人無法尊嚴的離去。（Blackhall, 1987）就目前的醫療而言，對於臨終的病人，醫療科技措施的介入程度可依序分為：

1. 急救處置，指心肺復甦術（CPR）或高級救命術（Advanced Cardiac Life Support, ACLS）
2. 維生系統（life sustaining），包括呼吸器的使用、血液透析術/洗腎、升血壓藥物的使用、全靜脈營養（Total Parenteral Nutrition, TPN）等
3. 一般性醫療，如輸血、化學藥物治療或抗生素的使用等
4. 緩和性療法以提昇生命之品質（life

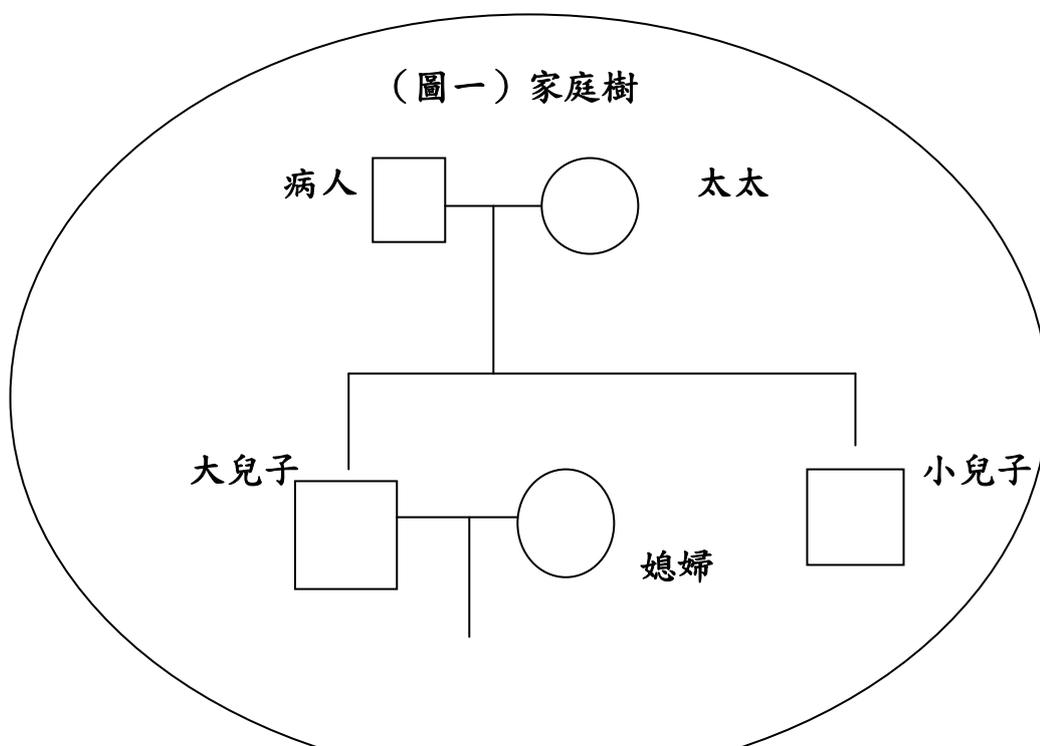
enhancing)，如止痛藥物、營養或水分的補充等舒適為主的療護。

台灣推展緩和醫療照護常見的二個困境為「末期病情告知」與「預立照顧計畫」。末期病情告知必須透過動態的溝通過程，包括告知前之評估與準備，決定告知的方式與內容，與家屬進行溝通，以及告知後的支持與追蹤。所以為了提升生命末期自主權尊重病人對其生命權與人性尊嚴之價值，讓病人有機會參與選舉符合自己意願之生命末期預立醫囑指示，達成病人自主簽署DNR意願書之目標。病人的死亡，並非醫療的失敗，未能協助病人安詳往生，才是醫療的失敗（陳，2008）。延長死亡的過程，實際是增加病人痛苦；一般病人或家屬常擔心，一但簽署DNR之後就代表「放棄了」，甚至會被誤解為不孝、不盡力，因此給病人與家屬正確清楚的醫療訊息[可以減輕家屬的虧欠趕，這是很重要的。](#)

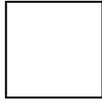
護理過程

病人簡介

陳爺爺，81歲，已婚，育有二子，教育程度為大學畢業，溝通語言為國語，宗教信仰為道教，十年前發現有攝護腺癌，於某醫學中心治療後已控制良好。



孫子



此次疾病過程

於今於99年1月29日因心臟不適，至急診就醫為心律不整，與注射Digoxin藥物後即發生心跳停止，經急救後轉入加護病房接受重症照護，因無法脫離呼吸而轉至某社區醫院呼吸照護中心繼續接受治療（如表一）。

（表一）疾病過程

時間	過程
89.1	發現高血壓，即接受藥物治療
95.2	有輕微腦中風，但不影響生活作息
95.4	發現攝護腺腫大，接受泌尿系統治療
96.3	術後病理切片組織為攝護腺癌，開始接受化療
99.1.28	發現排尿時為血尿，量多，至某泌尿科診所就醫後取藥回家 在家中被家人發意識不清，嘔吐，呼吸困難故緊急送醫治療於急診室發現病人心律不整；生命徵象如下：
99.1.29	T/P/R：36.3/96/20、BP：142/63mmHg Cardiac enzymes (Troponime I 0.83)、PT/INR 12.7/1.27 CXR showed cardiomegaly. EKG showed Af Brain C-T scan NO finding 因心律不整，無脈搏與CPCR 插入氣管內管呼吸器使用 移除氣管內管自行呼吸，氧氣2L輔助
99.1.30	轉至一般病房

99.2.4	發燒疑似尿路感染，照會感染科，Augmentin使用
99.2.8	開始心臟復健
99.2.12	Tarry stool OB (++++)，予禁食72小時
99.2.23	EKG showed asystole，予CPCR轉至加護中心
99.3.10	無法脫離呼吸器與氣切手術併呼吸器訓練
99.3.26	轉至一般病房，使用T-Piece
99.4.8	辦理呼吸器重大傷病
99.4.13	辦理出院，轉至呼吸照護中心治療
99.4.30	
99.5.13	

護理過程

筆者照護病人期間為99年6月28日至7月13日護理期間，藉由觀察、會談、身體評估等方式收集資料，每次到病室探視問候病人及家屬，並記錄照護日誌，因為病人及家屬都是接受過高等教育者，二個兒子經常出國，一位是工程師、另一位小兒子是律師，對於病人狀況都很瞭解及自我主見。由於筆者的照護角色除了生理外，特別著重心靈層面的照護，依趙可式老師提出善終的觀念，評估出病人在「身體」、「心理」及「思想」上有不平安，進而提供相關照護。

護理計畫、措施與評值

(一)、身體上的不平安來自於皮膚完整性受損—褥瘡

相關資料	主觀資料：
------	-------

	<p>6 /28個案之家屬主訴：病人長期臥床，使用呼吸器，尾底骨有傷口並不知道，直到發現皮膚表面紅腫及少許黃黃的滲液，經檢查傷口為褥瘡。而且，使用成人紙尿褲包住並不感覺疼痛不適，直到到呼吸病房看到專科護理師換藥時才發現傷口有潰瘍及滲液才知越來越糟糕並做了擴創手術清理傷口。</p> <p>客觀資料：</p> <p>6/28 尾骶骨傷口 3x2x3.5 cm，紗布覆蓋，未有滲出液</p>
<p>護理目標</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 傷口各縮小1公分。 2. 住院期間無出現新的傷口。
<p>護理措施</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 三班護士評估、記錄皮膚受損部位、大小、有無發紅及感染。 2. 協助個案每二小時變換姿勢，在骨突處及皮膚皺摺處，放置水球支托骨突處避免壓迫、摩擦。 3. 協助個案擦澡更換衣物，保持身體清潔乾燥，床單保持平整，氣墊床使用。 4. 幫助個案更換姿勢時，不要以拖拉法以減少摩擦與剪力之形成，並用翻身枕維持個案舒適臥位。 5. 照會營養師評估個案之需求，攝取高蛋白食物如魚湯、肉汁及高維生素C的食物如奇異果、柳橙等以利傷口癒合，並請家屬會客時幫忙將食物打碎便於鼻胃管

	<p>罐食。</p> <p>6. 維持傷口乾淨，有滲液時立即換藥，換藥時觀察傷口外觀、組織、味道、分泌物及顏色。</p> <p>7. 依醫囑予生理食鹽水濕敷並必要時予換藥。</p> <p>8. 評估病人疼痛時給予止痛藥物。</p>
評 值	<p>1. 6/30尾骶骨3x2x3.5cm；傷口無滲液；四周肌肉為紅色；罐食熱量由1400cal增加為1600cal。</p> <p>2. 7/2尾骶骨4x3x5cm；傷口無滲液；四周肌肉為紅色。</p> <p>3. 7/4尾骶骨5x4x4cm、傷口有黃色滲液；反抽未消化液約100cc；故1600calr減為1200cal。</p> <p>4. 7/5到手術室執行擴創手術、其他部位沒有新傷口；1200cal餵食反抽無未消化液。</p> <p>5. 7/8尾骶骨8x10x4cm；四周肌肉為黃色；使用NEOMYCIN藥膏塗於傷口。</p>

(二)、心理上的不平安舒適為病人害怕死亡—善終

相關資料	<p>主觀資料：</p> <p>6/28家屬代訴，雖然我父親有攝護腺癌但都撐過去了，沒想到這次會如此嚴重並且還靠呼吸器呼吸，真的病倒了，身體狀況都沒改善，很無奈。</p> <p>7/1病人之太太，兩手緊握住病人雙手，哽咽的不知道如何說話，現在住在醫院裡什麼都不能做，只要是能夠</p>
------	--

	<p>讓爺爺舒適就可以了。</p> <p>7/2訪視病人時，病人正在抽痰（表情痛苦），雙手抓住衣服並且搖頭，這一次我再怎麼努力也是不會好轉了。</p> <p>7/5病人比手劃腳，覺得自己很沒用，會死，害怕拖累奶奶每次要來來往往，用手勢說會死在醫院，不能回家了。</p> <p>客觀資料：</p> <p>7/5 每次探視病人總是搖頭，不愛說話，常閉眼休息，有時會出現死亡的手勢</p>
<p>護理目標</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 希望病人能用紙筆寫出對自我感受及擔心、牽掛的事情。 2. 請家人錄音必要時拿出來給病人聽
<p>護理措施</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 6/28解釋身上所用的呼吸器，及當儀器聲響時，會儘快予處理。 2. 7/5筆者利用訪視時，教導家屬多與病人溝通、陪伴，請病人把想說的話先寫下，表達關懷並引導家屬，對病人說出關心及鼓勵的話語。 3. 當翻完身後務必把錄音機放置病人身旁
<p>評 值</p>	<p>7/1家屬來訪時，奶奶會說：「很快就會好了要有信心」。</p> <p>7/6病人要求護士放佛經來聽，並希望能看到全家福的照片，表示思念與不捨。</p>

	<p>7/7病人向家屬要求要回家，<u>家屬</u>探視時病人體力越來越差無法呼吸訓練。</p>
--	--

(三)、思想上的不平安—家屬猶豫無法簽署 DNR。

<p>相關資料</p>	<p>主觀資料：</p> <p>7/7 病人是道教但住院期間會要求想聽佛經</p> <p>7/8病人向家屬要求要回家，拒絕抽痰，表示抽痰痛苦，四肢末端有水腫（++）。</p> <p>客觀資料：</p> <p>7/7腎功能檢查報告：BUN：90、Creatine：6.5、I/O：（每日+200~250ml）</p> <p>7/8 醫師向家屬解釋病情，因有水份積蓄於體內，慢慢引起全身腫脹，腎功能變差必要時會血液透析。</p>
<p>護理目標</p>	<p>1. 希望家屬能夠利用病情告知與病人談論簽署DNR，讓病人選擇如何離開。</p>
<p>護理措施</p>	<p>1. 先與家屬談論簽署 DNR，<u>避免決定肺末期的急救是否採行？</u></p> <p>2. 尊重病人對醫療處置的決定權利，並非放棄病人而停止侵入性治療以減輕病人的不適</p> <p>3. 告知家屬簽署 DNR 並不影響病人所得到的照護</p> <p>4. 筆者傾聽家屬的想法及病人意願</p>
<p>評 值</p>	<p>1. 7/9 家屬簽署 DNR</p>

2. 7/10 病人堅持帶呼吸器回家，故與辦理自動出院
3. 7/13 電訪家屬，告知病人在家屬的陪伴下往生，安祥離開人世。

結論與討論

生命的存在，在於其價值與意義，而並非長度（吳，2006）。科技的進步，或許改善我們的生活上物質的品質，但對於在生死分野的迷思上，卻讓人們於瀕死之刻，表面上讓生命似乎延續著，然而實際上卻只是沒有尊嚴的死亡之延長。人們更應該深思我們傳統的「壽終正寢」的善終觀念之現代意義，如何讓我們親人，在面對死亡那一刻時，不再只是讓生命的延續抑或死亡的延長，而是能有自主的權利（DNR）決定，並且能此有不同面向的思考及處置，坦然且有尊嚴的面對死亡，是我們所企盼的（陳，2008）。

本文應用出院準備服務概念照護一位呼吸器依賴病人善終，此病人照護過程中，筆者引導家屬向病人說明病情並討論DNR，雖家屬最後簽署書面DNR，讓病人在最後的期待中回家完成善終。

筆者運用3C「關懷、關心、憐憫」的精神與病人及家屬做良好的互動，確立護理問題、同理心及一致持續性的照護態度接納其不適應，即時提供改善病人身、心上的不平安護理措施，增加其因應能力，減少負向行為，此病人照護過程中最沒有遺憾乃因病人住院期間家屬錄製好想說的話讓病人聽其家屬所表達的愛；特別是病人的太太把鵝鶩情深感性話語留在錄音帶上留下紀念。

參考文獻

- 白玉珠、陳美蓉（2010）· 榮民病人的福音——『北榮轉銜服務』· 2010年5月3日取自 www.vghtpe.gov.tw/admin/File/doc
- 吳志鴻（2006）· 科技是延續生命抑或延長死亡，哲學與文化，33（4），4—10。

張俊郎、丁國珍、許研鈺(2007)·出院準備服務後續照護評估模式—人工智慧之輔助運用，中華民國品質學會第43屆年會暨第13屆全國品質管理研討會。

張虹珠、劉淑娟、盧玉贏(2002)·一位營養不良合併壓瘡病患之居家護理經驗·*長期照護雜誌*，5(2)，90-99。

陳榮基(2008)·以拒絕臨終急救預約善終·*臺灣醫學*，12(4)，470-472。

陳美妃、葉淑惠(2002)·皮膚及足部護理—老人照護指引(93-94)·台北：偉華。

趙可式(1997)·台灣癌症末期病患對善終意義的體認·*護理雜誌*，44(1)，48-55。

趙可式(2010)·十字路口何去何從~按醫學倫理做不悔的醫療抉擇，讓非癌症末病人享安寧，財團法人天主教康泰醫療教育基金會。

蔡閻閻(2001)·出院準備服務未來的展望，財團法人嘉義基督教醫院九十年年度出院準備服務訓練研習會資料，2-4。

Lindgren, M., Unosson, M., & Ek, A. C. (2000). Pressure sore prevalence within a public health services area. *International Journal of Nursing Practice*, 6(6), 333-337.

Lewis, M., Pearson, A., & Ward, C. (2003). Pressure ulcer prevention and treatment: Transforming research findings into consensus based clinical guidelines. *International Journal of Nursing Practice*, 9(2), 92-102.

淺談各種泌尿道感染與藥物治療

藥劑科 許孟真藥師

前言

相信大部分成年女性曾有過泌尿道感染(UTI)的經驗，據統計 40~50%的女性在一生中至少會發生一次泌尿道感染，且 24 歲以前的女性每三個就有一個會患上 UTI。然而，泌尿道感染的定義是指人體泌尿道的微生物感染，從尿道、膀胱、輸尿管、腎臟至攝護腺，都可能遭受到細菌感染而發炎。以下將針對各種泌尿道感染做介紹。

急性無併發症膀胱炎 Acute uncomplicated cystitis

較常見於生育年齡的女性，致病菌種大部分為大腸桿菌(*E. coli*)，其他有腐生性葡萄球菌(*staphylococcus saprophyticus*)等，雖然比例少，但是其侵襲力很強，會導致較高的復發率，很多女性第一次性行為會感染此菌，因其藏在男性的生殖道內。通常表淺黏膜感染可藉由 3~5 天的治療痊癒。藥物治療並不建議使用 Amoxicillin 與磺胺類(sulfonamides)藥物，因大腸桿菌對其有抗藥性。

有症狀之無菌尿症 Symptomatic Abacteriuria

亦稱為急性尿道症候群，臨床症狀方面，女性會有排尿困難的症狀，但卻發現尿液培養的細菌量，未達判定為 UTI 的標準。若是病人最近有過性行為，則要考慮是否為披衣菌(*Chlamydia*)的感染，若確實為此菌感染，則其性伴侶也必須一起接受治療，因為披衣菌會一直帶原在男性身上，治療藥物為 Azithromycin 1gm(單一劑量)；或 Doxycycline 100mg 一天兩次 X 7 天。

無症狀之菌尿症 Asymptomatic bacteriuria

與上剛好相反，其連續兩次以上，同一菌種在尿液培養檢驗出含量 $> 10^5$ 個/ml。此症較常見於老年人、女性或懷孕婦女，復發或再次感染的情形很常見，若其為慢性，亦難以完全治癒。

急性腎盂腎炎 Acute pyelonephritis

會有發高燒的情形(大於 38°C)，嚴重腰後兩側腹痛，可能伴隨噁心、嘔吐、嚴重脫水致需要住院治療。一般來說需要兩週的積極性治療，病情嚴重者採 IV 注射給藥，藥效較強的藥(Baktar)給 7-10 天。

孕婦泌尿道感染 UTIs in Pregnancy

婦女應在產前及懷孕 28 週時進行篩檢(檢測尿液細菌含量是否 $> 10^5$ bacteria/ml)。無症狀之菌尿症在懷孕婦女的發生率為 4-7%，而 20-40%懷孕婦女將發展成急性腎盂腎炎，如果沒有積極治療可能造成早產、新生兒體重過低、死產。通常會進行為期 7 天的抗生素治療，但四環黴素類(Tetracycline)藥物勿用、磺胺類藥物(Sulfonamides)在懷孕第三期(第 7~9 個月)也勿用，會造成胎兒核黃疸；而 Fluoroquinolones 類藥物可能影響新生兒軟骨與骨骼的發育也不能使用。在療程結束後 1-2 週應進行尿液培養檢測，如沒問題則變為每月一次檢測，直至分娩結束。

Q&A

(1) 做尿液檢查時何謂取"中段尿"?

指前 20-30ml 的尿液不要收集，收集接下來的尿液。然而民眾施行上仍有其困難度。

(2) 導致尿液呈橘紅色的藥物?

此為尿道止痛劑 phenazopyridine(Pyridine)所致，常用於門診病患，其顏色亦會沾染布料。

(3) 女性泌尿道反覆感染?

反覆性泌尿道感染最常見的原因還是憋尿，其他在女性身上常發現的還有錯誤的便後衛生習慣，以及性行為時將細菌帶入尿道，若發生性行為後，隔天建議大量喝水以避免感染。如果上述的原因皆已排除，仍反覆泌尿道發炎，則須考慮泌尿道系統本身的問題、或免疫系統的問題，如泌尿道結石，泌尿系統逆流，泌尿道腫瘤，糖尿病....等，需找泌尿科醫師作進一步的檢查。

我，自己

愛作夢。愛幻想。愛靜寂。
愛將自己冰封在自己心裡的小小世界裡。
愛將堡壘建築在世界的小角落裡。
愛將音樂放進自己的耳朵裡，
愛將小說放進自己的夢裡，
愛將電影放進自己的場景裡，
愛將一切煩躁的事情放進垃圾桶裡。

五柳先生

五柳先生，與世隔絕。
心淨土上，與世隔絕。
隱居田園，與世隔絕。
不想米稻，與世隔絕。
不亦樂乎，與世隔絕。
淡泊名利，與世隔絕。
求 ，與世隔絕。

旅人，心界

飄流的雲，沒有終點。
湛藍天空，沒有疆界。
漂流的心，沒有終點。
灰暗的內心層面，沒有疆界。
直到有人畫清界線。
天空的疆界，有了定位
但，內心層面，尤如從前。
飄流的雲，通過終點。
但，漂流的心，卻回到原點。
無風、有風。造就天空一切事情。
無人、有人。也造就旅人心界一切事情。

心•靈

夜，出奇的寂靜。
貓，出奇的安靜。

人，內心卻無法平靜，
漣漪，撥動不停。
心，如止水，是千百前的記憶。
但，人卻不惑已，
卻，如同千年之靈。
多了，橫越千年的記憶•••••
暮光，即將來臨，
他，卻隻眼未閉，
如，躺了千年的軀體。

Fever

球鞋在球場上摩擦，
聲音正對著天空直響。
熱血，是這電影的第一場。
衝勁，是這電影的第二場。
我們，帶著汗水，
將熱血與拚勁，送往天際。
找尋，散落在天際的第三場。

喉

天空又黑了，
他們又蠢蠢欲動了，
他們無視於狼嚎，
無視於女人的哀求，
吸血 放縱自己近半世紀的理性。
讓自己解放名為衝動的靈魂，
破曉之時刻來臨，
卻還是無法自拔。
直到天空真的變回晴朗 太陽高掛，
才驚覺、獸性、是如此可怕，
但卻還是，
對自己的內心無法抵抗。
放縱的如往常。

悔恨之徒

飄流於流亡之界，
心禁錮於此地。
本曰澳大利亞之新世界，
卻入許多白人之臉。
臉中，藏有罪惡。

罪大惡極的自島上帶走，
越非、過歐、至澳。
縱然悔恨之感已出•••••

獨孤求勝

人情是非落於此，
跌落山崖續重出。
求在社會獨奪勝，
勝敗於世無可挪。

天灰

毫無湛藍的天空，
只閃耀著灰濛濛，
落下一滴滴細雨，
是誰的淚珠？

狂、敗、勝、傲

信手拈來，是勝。
無可救藥，是傲。
遭逢敵手，是敗。
孤獨求敗，是狂。

回憶公車

身心俱疲的我，
在通往心深處的車站徘徊，
坐上一班名曰「回憶」之公車。
一上車，還無法擺脫都市喧譁，
直到第一站抵達。
傾刻，我回到童年，老榕樹垂掛的枝條依舊，
我回想，這是段無憂無慮的童年。
過了兩個紅綠燈，離家，還剩兩站。
下車鈴響起，有人下了車•••••
或許，他回家了，又或許，
他，止不住懷念。
第二站，似乎名為青春。
站牌上的站名令我再次沉入青春。
考場裡意外的寧靜，連時鐘的滴答聲都一清二楚。
外頭的蟬不停鳴叫，自己看著自己，被考試給籠罩。

或許，考試籠罩的，不只是人，還有內心。
當時心裡的不甘心，如今依舊溫存。
又到下一站了，叫快樂。
到站了，我才發現，已進入了郊區，我心的郊區。
因為，悲傷總大於快樂。
唯一的場景，在外面飄散。
讓我意識，長大後的快樂，已蕩然無存。
我到站了，下了車。
最後一站，叫家。
或許所有的公車，終點都在這裡。

健保速訊

骨質減少症亦可得到健保給付

全民健保的宗旨就是在財務可負擔的情況下為全民健康做最大的服務，因此，如何讓民眾的保費得到最佳利用是健保局的責任。

骨質疏鬆症這幾年成了國人的文明病，藥品也陸續上市，因此健保局對藥品的使用規定依醫療證據作全面檢討後，這次修訂重點在於把骨質減少症(Osteopenia)納入給付，同時對骨質疏鬆症(Osteoporosis)作明確定義，以利客觀認定。

過去健保給付的藥品大都以骨質密度值小於-2.5 之因骨質疏鬆引起之骨折患者為限，未來將放寬第一線藥物（如：福善美錠等）亦可給付於骨質減少症（骨質密度值介於-1.0 及-2.5 之間）引起兩次或兩處骨折病患。同時，活性維生素 D3 製劑為治療骨質疏鬆症必要之輔助藥物，先前因價格昂貴而限制不得與骨質疏鬆治療藥物同時給付，目前該類製劑價格已較為低廉，本次修正亦放寬可不再限制同時給付。

另外，過去藥品給付規定並未對骨質疏鬆症及其檢驗方法作明確規定，本次修訂採用世界衛生組織（WHO）對於「骨質疏鬆症」的定義（骨質密度值 T score 小於等於-2.5），並考量一般使用之超音波簡易測定的數值並不精準，以雙能量 X 光吸收儀（DEXA）檢測特定部位之骨密度值較為準確，因此規定骨質密度值以 DEXA 檢測，可避免診斷及用藥浮濫。誠如醫界所言，骨鬆藥物長期服用有後遺症，因此仍應謹慎為之。如果民眾在甲醫院作 DEXA 檢驗，但因故轉換醫院治療，只要將檢驗報告副本或影本交給乙醫院貼在病歷上，一樣可以得到給付。

這幾年來骨質疏鬆藥物陸續上市，藥品支出大幅增加，健保 98 年用於治療骨質疏鬆之藥物費用已高達約 28 億元，醫界及民眾應共同愛惜健保資源。許多骨質疏鬆都是因為生活或飲食習慣所引起，調整自己的步調(如含鈣質之飲食以及適當之日照與運動)，才能確保健康。藥物只是給予輔助，並非萬靈丹，長期服用也有副作用，近年來陸續有服用第一線骨質疏鬆藥物來預防骨折，卻造成非典型骨折或食道炎（癌）等之案例，服用前最好與醫師充分討論。

依照國民健康局教導民眾如何預防骨質疏鬆症的日常保健方法，內容包括：

一、增加鈣質攝取

國人膳食營養素每日鈣質參考攝取量，一般成人為 1000 克，可以於小魚（連骨進食）、魚乾、蝦類、蛤及牡蠣等食物中攝取。

二、適當的運動

選擇適合自己運動（如游泳、太極拳、……等），避免需要碰撞或快速移位的運動。有些負重運動(如慢跑、騎單車、步行、提重等)能增加骨質，但患有關節炎者，應避免負重運動。

弱勢民眾安心就醫

行政院衛生署表示，為保障弱勢民眾健保就醫權，約有 37 萬健保欠費的弱勢民眾，健保 IC 卡將可以解卡。衛生署進一步表示，該署係依照行政院吳院長指示，並參照二代健保修法精神，研訂「弱勢民眾安心就醫方案」，使弱勢民眾健保就醫無障礙。

近貧戶、特殊境遇受扶助家庭及 18 歲以下兒少就醫無障礙

衛生署表示「弱勢民眾安心就醫方案」所指的弱勢民眾為下列三種，弱勢民眾健保就醫將無障礙：一、近貧戶，也就是全家每人每月所得未逾低收入戶最低生活費 1.5 倍、全戶不動產未逾低收入戶標準及全戶利息收入未逾 1 萬元。

二、經縣（市）政府依「特殊境遇家庭扶助條例」審查通過之受扶助家庭。特殊境遇家庭依該條例係指喪偶、離婚、家庭暴力受害者、未婚懷孕婦女、非自願性失業等家庭，其全家每人每月所得未超過低收入戶最低生活費 2.5 倍，並經縣（市）政府核定為受扶助的家庭。

三、18 歲以下有就醫需求之兒童及少年

此外，衛生署特別再提醒，民眾遇有緊急傷病需門診或住院治療者，只要持有村里長出具的清寒證明或醫療院所認定清寒無力繳納保費，就可以用健保身分就醫。

誰合乎弱勢資格，健保局主動協助民眾不須申請

衛生署更進一步表示，據健保局多年來協助弱勢輔導措施多年經驗，弱勢民眾其實多十分矜持，非到不得已，不會主動出來請求協助，因此「弱勢民眾安心就醫方案」將採取同理心及貼近民意的作法，有關近貧戶及特殊境遇受扶助家庭成員名單，由健保局主動洽相關機關提供資料逕予核定解卡。同時並建立與各縣（市）社政單位及高中、國中、小學校通報機制，使弱勢民眾都可以健保身分就醫。衛生署並籲請與社區住民關係密切的村（里）長、社工、警察、以及醫院診所，如發現弱勢民眾個案，立即向社政單位或健保局通報，來共同發揮愛心協助周遭弱勢民眾，即時得到生活的扶助及就醫的協助。

有錢不繳健保費，不鎖卡無法符合社會正義期待

近來有部分團體或個人表達，凡是參加健保的保險對象縱然有健保欠費應一律給予他們健保就醫權，不應該對欠健保費的人予以鎖卡之意見。然而基於健保是採自助互助的保險原則，民眾繳納健保費是健保財務穩定及永續經營的基石。當然對於繳不起健保費且有健保就醫需求之弱勢民眾，在健保就醫的權益上，政府應予特別協助與照顧。但是如果是有能力繳納健保費而不繳費的民眾，如果不鎖卡，而仍然給予健保就醫保障，對於按時繳納保險費的絕大多數民眾的確不公平，亦不符合社會正義之期待。所以對於有能力卻不繳健保費之民眾落實依法暫行拒絕給付，促使其善盡繳納健保費之義務，仍然有其必要。

衛生署表示，據健保局提供健保欠費民眾資料中的確有有錢的人，不願繳納健保費的案例。例如：甲先生及乙先生前一年所得，分別為 4 百餘萬及 120 餘萬元，但他們在投保期間分別積欠健保費 1 萬 3 千餘元及 3 萬 3 千餘元未繳納，健保局在他們欠費達 3 個月即依法予以鎖卡，嗣經催繳無效而移送行政執行。這種有能力繳費卻不繳費的民眾，對其鎖卡，促使其善盡繳納健保費之義務，是合乎社會正義之合理期待且必要的。

安心就醫服務專線，主動告知協助措施

健保局已強化健保諮詢服務專線（0800-030-598），由專人提供弱勢民眾就醫相關諮詢及協助措施。衛生署最後表示，除了提供弱勢民眾醫療保障外，健保局對於健保欠費的民眾也提供紓困基金無息貸款、分期繳納欠費以及轉介公益團體協助繳納健保欠費等服務項目，請有需要的民眾儘速洽健保局各分區業務組或各地聯絡辦公室申請。

健保局持續提高兒科相關支付金額，明年起更針對發展遲緩兒童之早期療育提高支付，以重視對國家未來主人翁的醫療照顧

健保局為照顧國家未來主人翁，並回應兒科給付偏低之議題，歷年來在兒科醫療費用持續加成給付，重點摘要說明如下：

自 84 年健保開辦以來，針對 6 歲以下兒童之急診及住院診察費、住院護理費、檢查、處置、手術及麻醉費等支付項目予以加成 20%~60% 不等，97 年起 2 歲以下兒童就醫，門診診察費得加成 20%，健保因本項加成每年增加支出 5.69 億點，98 年更將本項加成提高至 3 歲以下兒童，每年增加支出 2.18 億點，預計於 100 年時本項加成將再提高至 4 歲以下兒童。

另 99 年實施之全民健康保險住院診斷關聯群(DRG)支付制度相關規定中，兒科的診療項目皆有一定比率的加成，係將實施前的兒科費用成長 15% 後(預估約 0.48 億點)，並依年齡層及 DRG 類別訂定其加成比率，其中最高可加成至 91%，且 99 年醫院總額亦編列 1 億點作為調整新生兒中重度病床護理費、新生兒中重度病床診察費及嬰幼兒處置費之用，其中新生兒中重度病床護理費依原支付點數調高 17%，新生兒中重度病床診察費調高 6%，部分嬰幼兒處置費如新生兒光線治療、嬰兒保溫箱及嬰幼兒抽血等依原支付點數調高 30%-37% 不等。

考量發展遲緩兒童之早期療育所需花費的時間及人力較一般成人為高，健保局於 99 年 11 月 11 日召開之「全民健康保險醫療給付協議會議」獲得通過，將於支付標準復健治療及精神醫療治療費通則新增兒童加成，年齡在未滿二歲者支付點數加計 30%，年齡在二(含)歲至六歲者，支付點數加計 20%，總額編列 2.31 億預算，預估全年受益兒童 8.7 萬人，預定於 100 年實施，以提升發展遲緩兒童之醫療照護品質。

編者的話

洪千婷 主任

在過去，醫學對於健康的照顧主要是在疾病問題的預防、診斷與治療，普遍來說，民眾是將自己的健康控制權交付給醫療人員，醫學仍著重於治療層面。在第一次公共衛生革命後將預防醫學做了很大的發揮，利用疫苗及特效藥品有效控制住危及人類生命的傳染病。然而，近年來影響人類生命品質與長度的危險因子日益增多，舉例來說：環境汙染、社會文化、生活方式以及心理衛生等等因子，傳統的臨床醫學已無法解決眼下的諸多健康問題，於是更積極的健康促進觀念逐步地推展開來，各國政府也研擬相關健康政策及服務方向，促使人民能擁有正向積極的健康狀態。

宏恩綜合醫院自民國五十四年創立來已正式邁入第四十五個年頭，一路走來始終如一地守護著社區民眾的健康。隨著環境社會與生活的轉變，以及配合政府各項衛生政策的推動，我們也由以診療為主的傳統醫學模式，更積極投入預防醫學的工作中，期許自己能成功「扮演推廣社區預防保健的角色」，因此宏恩醫刊成為我們傳達醫學知識以及衛教觀念的最佳傳聲筒。我們期待也歡迎各位讀者給予回饋，您的指教是本刊也是本院最佳的進步動力！