

<b>※院務動態</b>	
新進專科醫師介紹 旅遊醫學特別門診 身心科失眠門診 2011 年第三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	
<b>※醫療新知</b>	
漏斗胸患者的心肺功能問題 鉗穿法輸精管結紮 慢性 B 型肝炎治療的策略思考 如何規劃個人化健康篩檢 失眠人生～談失眠的成因與治療	朱志純 院長 楊聯勝 醫師 譚健民 醫師 賴盈燕 醫師 林佳洋 醫師
<b>※衛教園地</b>	
洗腎腎友飲食之道 放射碘與碘片	劉怡君 營養師 王逢俊 藥師
<b>※溫馨掌聲</b>	
宏糖會病友心得 漏斗胸病友心得分享	奚伯泰 來自澳門的女孩
<b>※杏林花絮</b>	
如何發現我的孩子是遲緩兒(一) 媽媽像什麼 文字	芳芳媽媽 蟀鴿楷 Leo
<b>※健保速訊</b>	
<b>※編者的話</b>	洪千婷 主任

# 漏斗胸患者的心肺功能問題

朱志純院長

隨著嬰兒生長，肋軟骨逐漸骨化而失去彈性，胸壁前方的肋軟骨生長速度較快，而將胸骨向內推，減少了胸腔容量，壓迫心臟及肺，造成心瓣膜異常，也影響心臟的血液充灌注及泵出。心及肺的生長空間受限，肺容量亦降低。日常活動或許沒有明顯的影響，但在持久的運動時或年紀老大時，則可能會影響會變得明顯。可能的日常表現或症狀：凹胸，突腹，垂肩，駝背，呼吸短促；運動耐受性差，胸痛，感冒持續久；往往這些症狀年紀越大越明顯。許多病患都是為了外觀問題而求診，但我想要說明，除了外觀外，心肺功能的考量也是很重要的。

我把多年來經手的病例做了一些統計，發現 18 歲以上的漏斗胸患者在心臟超音波檢查中發現：伴有二尖瓣脫垂佔 65%；伴有三尖瓣脫垂佔 30%；伴有輕微三尖瓣逆流佔 76%；伴有輕微肺動脈瓣逆流佔 76%；伴有輕微二尖瓣逆流佔 41%(註:二尖瓣是位於左心房及左心室之間之瓣膜；三尖瓣是位於右心房及右心室間瓣膜)。而在肺功能檢查中發現 35%的患者有限制性功能不良的情形(restrictive：表示胸腔容積小)。許多人甚至有些醫師，對漏斗胸都不甚了解，往往誤認為漏斗胸只是單純外觀問題，其實只要仔細評估，多會有心肺壓迫的情形，主要多是右心的三尖瓣及肺動脈瓣逆流及二尖瓣脫垂等等。

更有研究指出，漏斗胸可能的原因是結締組織的問題，在 17 位病患中，65%有二尖瓣脫垂，53%在電子顯微鏡檢查發現病人皮膚之膠原纖維及彈性蛋白不正常，所以漏斗胸可視為一種身體結締組織異常的表現。漏斗胸患者常合併心臟瓣膜逆流及脫垂，或許除了胸壁直接的壓迫心臟以外，心臟瓣膜本身的膠原及彈性蛋白成份的異常，也應是原因之一。在臨床病患的觀察中，我發現許多病患除了心臟瓣膜的問題外，也常合併有許多結締組織的疾病，如神經纖維瘤，軟骨組織疾病等等。

有研究提出了接受手術後的療效報告：心二尖瓣逆流是漏斗胸主要心臟併發病之一，可因逆流惡化而造成日後心衰竭，本研究觀察了 43 位病患(3~24 歲)Nuss 手術前後均以心超波評估。一半(46.5%)病患在 Nuss 手術前被發現二尖瓣逆流，其中 7 位在手術後二尖瓣逆流消失，有 2 位改善。結論：Nuss 手術不只能矯治漏斗胸，也會改善心臟二尖瓣逆流。

另有一篇研究提出說明，一位 15 歲男性漏斗胸病人在俯臥姿勢接受脊柱側曲手術時，發生嚴重之低血壓，經食道內心臟超音波檢查發現右心室(直接在凹陷的胸骨後方的心臟部分)受到壓迫。右心室最高及平均血流入梯壓分別為 7 及 4 毫米汞柱，但平躺時心受凹陷胸骨壓迫的情況即復原。謹建議，嚴重漏斗胸患者要儘量避免俯臥姿勢。

最近我與心臟科醫師合作研究，發現許多廿多歲的年輕漏斗胸病友們心臟已有缺血性變化及心右側傳導束阻斷；其實在 1998 著名的醫學雜誌 Circulation 中已有德國的一篇病例報告，一位 56 歲漏斗胸之女性近兩年來右側臥時有漸漸加重的胸痛。心電圖在右側臥時呈現 ST 段升高，但仰臥時則恢復正常。胸部電腦斷層顯示漏斗胸嚴重胸骨凹陷，壓迫至上行段主動脈。心冠狀動脈造影顯示仰臥時正常，但右側臥時則呈現心臟右冠狀動脈近端被壓迫。手術治療後，病人不再有心絞痛。

Eastern Virginia Medical School and the Children's Hospital of the King's Daughters in Norfolk, Virginia(即 Nuss 手術發明人 Dr. Donald Nuss 所服務的醫院)報告了罹患漏斗胸兒童在手術後運動耐受性差、呼吸喘、易累、胸痛及 8/9 精神社會指標(包含自體形像滿意，隔離等)與被同儕嘲弄等等情形在手術後均有明顯的改善。父母親則在分開的問卷中呈現其子女有進步，在關心其子女的生活品質方面，他們由在手術前的經常(very often)到手術後的有時(sometimes)；表示了父母的憂慮在手術後亦有進步。而本研究的目的是在於測量病人對手術結果的滿意度，及精神心理的影響，所使用的問卷是由精神科醫師及臨床專家所設計。Donald Nuss 醫師說：雖醫師相信大部份的兒

童因手術而受益，但進步的情形則從無文獻記錄。常聽到父母親說：『我的孩子以前很內向，但現在則是完全不同了。』但終是口說無憑，要能客觀評量，因而設計了此研究。另一作者 Robert Kelly 說『年幼者多不在意，直到他們長大後或別的孩子指出他們胸部的異常。』，『當他們 14 或 15 歲以後，多半不肯脫下襯衫，這種心理影響可到 50 歲以上』，參與的兒童及家長們皆循追蹤會談，確定本問卷之效度。

數年前，Nuss 手術第一次介紹到台灣來時，當時我並不支持這一項新技術。但有幸地，Dr. Nuss 及 Dr. Park 兩位最有經驗的醫師先後被邀請來台，並指導我做了幾例手術，這才讓我發現，原來，漏斗胸的答案，就在這麼簡單的道理中！這項手術因為不用切除變形的肋軟骨，而只是將它撐起來，等二至三年穩定後，再移除。“就如同齒列矯正一樣” Dr. Park 告訴我，就是因為原理簡單，所以每位醫師都可以有很大的發揮空間。我則是利用電腦的繪圖程式，我將此項技術套上電腦斷層圖形，讓治療的結果更大幅提升了許多，也縮短了手術時間及降低了風險。

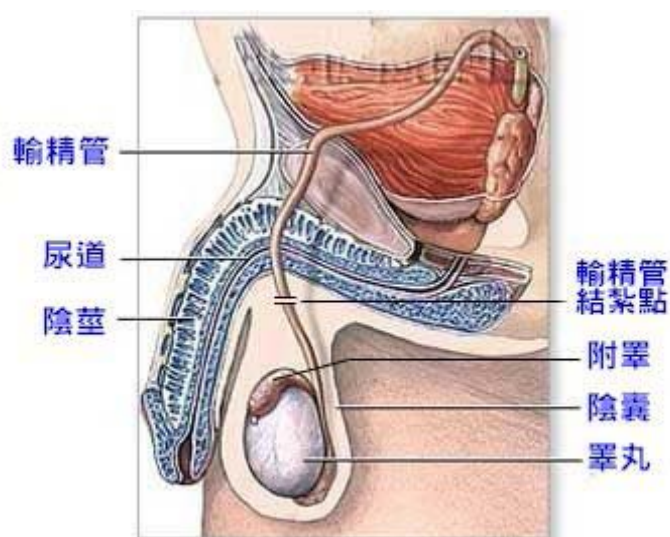
感謝這兩位大師，這幾年間，簡簡單單的一條矯正板，讓我發揮了許多創意，讓 Nuss 手術為漏斗胸的治療開了一扇門。

## "鉗穿法"輸精管結紮

### —不減雄風又確實的避孕

泌尿外科 楊聯勝醫師

在事業繁忙，工作緊張的當前現實生活，妥善安排家庭生活與性愛關係就顯得十分必要。避孕除了戴保險套，服避孕藥，上子宮內避孕裝置外，若想達到永久的避孕效果（多子女負擔，身體健康情況不宜再生育）則男性結紮比女性結紮簡單、容易且併發症少。



傳統的男性結紮須做切開、傷口大，易出血，分離中會傷到精索內結構，有的還會有發炎症狀反應、血腫、要縫合、須拆線較痛苦。

鉗穿法將輸精管以手法固定在陰囊皮下注射少許麻藥後以特製尖頭鉗戳開一小孔約0.5cm 再以套環鉗夾套輸精管拉出陰囊外仔細分離，結紮兩端剪除一小段，電灼封閉殘端，包埋之放回陰囊傷口不必縫，只要10分鐘即可成完成。一至二日便封口，無痛不出血，併發症比傳統低得多。恢復時間快，當日可以上班照常生活。日後若想再生小孩，重新接回輸精管成功率達80%懷孕率約60%。

由於術後無避孕失敗煩惱，性生活滿意度增加，醫療研究指出，結紮與前列腺癌、心血管病無關。

男性輸精管結紮術的原理：精子是在睪丸裏產生的，性生活時，精子自睪丸釋出，經過輸精管抵達精囊，與前列腺分泌出來的黏液混合成為精液，然後排在陰道內，上行遇到卵子，就會有受精作用，逐漸發育成胎兒。男性輸精結紮法只是將左右兩道輸精管切斷及結紮。睪丸裏雖然繼續產生精子，但已不能從輸精管排出體外，在性交達到高潮時，射精過程仍然照常進行，只是精液中沒有精子，當然不會使女方懷孕，達到永久避孕的目的。不過，亦有極少數人在結紮手術後仍有生育能力(1%的復通率或者沒有紮好)。

怎樣進行輸精管結紮術：男性的兩道輸精管就在陰囊肉膜下面，手術前醫生在手術部位施以消毒及局部麻醉，以免有痛楚感覺。輕巧地以手法固定以特製精細器械，再在陰囊兩邊各開一小孔，將兩側輸精管結紮及切斷，手術後，精子已不能從輸精管排出體外。輕柔切口不必縫合出血極少安全可靠，便完成了整個手術。

由此看來，這種手術是非常簡單的，但是需要熟練的技巧並不會造成傷害。只在麻醉藥力消失(一般在手術後兩小時)，少數比較敏感的人，會感到酸脹及輕微疼痛，隔日即消除。

手術後，精子不能循輸精管排出體外，便會被身體所吸收，這是一個很正常的生理過

程，經常發生在那些沒有性活的男性身上(例如僧侶，部份老年人、獨身漢)。

手術後會有那些合併症？手術後的幾天，有些男性會感到睪丸、附睪有輕微腫脹，稍後便會消失。無論如何，這種手術不會對性能力及健康有不利的影響。事實上很多男性在手術後會感到性生活較美滿，因為已沒有了懷孕的恐懼。

手術後的復元：一般在手術後或在翌日便可照常工作，經過數天之後，而傷口又沒有任何不適現象，便可恢復性交，但剛做了結紮手術的男性，在數星期後仍有生育能力，在此段時間內便要採用其它方法避孕，直至經過檢查，證明所有貯存於輸精管結紮口及精囊間的精子已完全排淨為止，大約一個半月或排精12次。

本院泌尿外科楊聯勝醫師從事此手術已30多年，有10000多例的經驗。歡迎有心做好家庭計劃的夫妻向楊醫師諮商、安排。

# 慢性B型肝炎治療的策略思考

肝膽胃腸科 譚健民醫師

## 前言

目前可用於治療慢性B型肝炎 (chronic hepatitis B, CHB) 的抗病毒藥物主要分為兩大類，即干擾素類藥物以及核苷類似藥物共計7種，其中包括普通干擾素、長效干擾素如聚乙二醇化干擾素  $\alpha$ -2a(pegylated interferon  $\alpha$ -2a) 及聚乙二醇化干擾素  $\alpha$ -2b(pegylated interferon  $\alpha$ -2b)，以及主要以抑制B型肝炎病毒 (hepatitis B, HBV) 複製為主的口服核苷類似藥物(表1)如lamivudine(干安能)、entecavir(貝樂克)、adefovir(平適能)、telbivudine(喜必福)以及tenofovir(泰諾福韋)。基本上，干擾素藥物(尤其是長效干擾素) 本身除了具有核苷類似藥物抑制病毒複製作用之外，更具有調節個體免疫機制的雙重作用，但所有核苷類似藥物則不具有免疫調節作用，而干擾素類藥物本身費用昂貴且副作用常見，是其主要的缺點所在<sup>1</sup>。

本文主要回顧最近歐洲肝臟研究學會 (European Association for the Study of the Liver, EASL)<sup>2</sup>、美國肝病研究學會 (American Association for the Study of Liver Diseases, AASLD)<sup>4</sup> 以及亞太肝臟研究學會 (Asian Pacific Association for the Study of the Liver, APASL)<sup>4</sup> 等世界三大研究病毒性肝炎的主流機構中，所制定的CHB治療指引，並歸納CHB罹患者治療方針的綜述及其探討<sup>2-4</sup>。

表一 FDA已批准上市的口服核苷類藥物

化學分子成份	英文名稱	FDA批准上市時間
胞嘧啶核苷類似物	lamivudine(LAM)	1998年12月
腺嘌呤核苷酸類似物	Adefovir(ADV)	2002年9月
	Tenofovir(TDF)	2008年11月
類胸嘧啶核苷類似物	Telbivudine(LdT)	2006年10月

## CHB抗病毒藥物治療的適應證其臨床評估

綜合世界三大肝臟研究學會所制定的CHB治療指引中，可歸納當前CHB罹患者治療的適應症，其主要內涵包括如下<sup>2-4</sup>：

在CHB罹患者中，一旦呈現血清ALT > 2 x ULN(upper limit of normal, 正常上限範圍)，且血清HBV DNA > 2 x 10<sup>4</sup> IU/ml( 或 10<sup>5</sup> copies/ml) 之 HBeAg 陽性 CHB患者，或ALT> 2xULN，且血清HBV DNA> 2 x 10<sup>3</sup> IU/ml( 或 10<sup>4</sup> copies/ml) 之HBeAg陰性CHB患者，應考慮接受抗病毒藥物治療。

至於ALT正常或異常在2xULN以下者，則建議其暫時不需要接受抗病毒藥物治療，但需每隔4-6個月施行肝細胞癌監測的追蹤檢查；但某些處於此階段病況而年齡大於40歲的CHB帶原者，或許可經由肝切片組織病理學檢查診斷後，來決定是否適宜接受抗病毒藥物治療。

CHB 倘若已伴隨纖維化甚至肝硬化，亦可考慮抗病毒藥物治療，因抗病毒藥物治療可延緩CHB肝纖維化持續的進行，而減少往後可能發生的肝功能失償以及肝細胞癌衍生的併發症。基本上，肝硬化患者本身所殘存的正常肝細胞已大為減少，故當ALT在(1-2) x ULN、血清 HBV DNA> 2 x 10<sup>3</sup> IU/ml即可考慮抗病毒藥物治療。

此外，各指引中均強調在肝功能代償期中可選用干擾素類藥物或核苷類似藥物，而在肝功能失

償期時，則僅可使用口服核苷類似藥物，但不宜接受干擾素類藥物治療。

在臨床上，CHB帶原者在接受抗病毒藥物治療前，應接受某些特定的臨床檢查，以徹底瞭解其本身肝病的嚴重程度，其中最常被採用的生化檢查項目包括AST、ALT、 $\gamma$ -GT、ALP及凝血酶原時間 (prothrombin time, PT)。在長期CHB帶原者中。通常ALT高於AST，但一旦進展至肝硬化階段時，AST/ALT比值反而會出現逆轉 (reverse)，嚴重者甚至會出現血清白蛋白異常降低或凝血酶原時間延長，甚至因脾腫大所導致的脾臟功能亢進所呈現的紅血球、白血球及血小板計數異常減少的現象。

在三大指引中<sup>2,4</sup>，皆推薦使用即時聚合酶連鎖反應(real-time polymerase chain reaction, RT-PCR)檢測法來定量血清HBV DNA<sup>2,3,4,5</sup>；基本上，HBeAg陽性CHB罹患者比HBeAg陰性CHB罹患者的血清HBV DNA載量(load)較高；而HBeAg陰性CHB患者中的血清HBV DNA載量與組織學表現較HBeAg陽性CHB患者有更強烈的相關性。血清HBV DNA載量大於 $2 \times 10^4$  IU/ml的HBeAg陽性CHB患者比病毒載量較低的HBeAg陰性CHB患者，更易衍生急性惡化甚至嚴重的肝病。此外，若血清HBV DNA大於 $2 \times 10^3$  IU/ml 或ALT升高或兩者皆有之，則可建議病患接受肝切片組織病理學檢查，以確定炎症反應甚至纖維化的程度。

事實上，對於存有肝功能異常的罹患者，在臨床上亦應先排除是否存其他導致肝功能異常的病毒性肝炎如D型肝炎(hepatitis D, HDV)、C型肝炎(hepatitis C, HCV)、人類免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus, HIV)或其相互間重覆感染的現象，或是排除是否有非酒精性脂肪肝(non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD)、酒精性肝疾病(alcoholic liver disease)甚至自體免疫性肝炎(autoimmune hepatitis)的存在。

## CHB抗病毒治療藥物的選擇

在臨床上，HBV感染的自然史大致上可分為四個時期<sup>6</sup>，即免疫耐受期(immune tolerance phase)、免疫廓清期(immune clearance phase)，亦即HBeAg陽性CHB、低或無複製期(low or non-replicative phase)以及再活化期(reactivative phase)，亦即HBeAg陰性CHB。CHB罹患者在免疫廓清期以及再活化期中，其血清ALT及血清HBV DNA載量會呈現異常升高狀態，而此時亦是使用抗病毒藥物治療的最適當時機<sup>7</sup>。

在CHB抗病毒藥物治療的選擇中<sup>8</sup>，亦可以干擾素做為首選的治療藥物，即在HBsAg陽性者中可選擇使用聚乙二醇化干擾素 $\alpha$ -2a，如為HBsAg陰性則以選用乙主醇化干擾素 $\alpha$ -2b為原則，其治療時程為48週。

在HBV相關肝硬化失償期罹患者以及伴隨嚴重憂鬱症或精神病患者中，干擾素類藥物治療則屬於禁忌，而在此階段的CHB罹患者，則以選擇核苷類似藥物做為首選藥物治療。

在接受核苷類似藥物治療病患中，HBeAg陽性CHB病患者中的HBeAg血清轉陰常出現於ALT(>3 x ULN)或血清HBV DNA載量低於 $2 \times 10^6$  IU/ml(約 $10^7$  copies/ml)的個體中，而一旦發生HBeAg血清轉陰，則尚需延長治療6-12個月，而此類病患者中亦有80%可以達到持續效應；此外，在一段療程結束後，倘若未達到持續病毒學反應者或是其本身即為HBV相關肝硬化患者，則建議接受長期核苷類似藥物治療。

在臨床使用經驗上，核苷類似藥物治療中的tenofovir或entecavir抗藥性最低，而抗病毒作用最強，且具有較高的抗藥性屏障，可作為首選單藥治療；此外，無論接受何種藥物治療，其最理想的終點目標以能達到持續血清HBV DNA抑制至檢測不到的載量為其終點目標，但此兩種核苷類似藥物的遠期(5-10年)療效、安全性及抗藥性尚不太清楚<sup>9</sup>(表2)，而其中則以干擾素及貝樂克的所費的價格較高。

表2 CHB 抗病毒藥物療之比較<sup>1-5</sup>



種類 項目	干擾素	干安能	干適能	貝樂克	喜必福
HBV DNA 轉陰率	30-37%	45-60%	46-50%	70-80%	60-70%
HBeAg 轉陰率	25-33%	16-35% (1-5年療程)	12-43% (1-3年療程)	26-35	25% (1-5年療程)
HBsAg 轉陰率	3-7.8%	無	無	無	無
治療對象	除了Cirrhosis 外之CHB	CHB	CHB	CHB	CHB
服藥途徑	注射	口服	口服	口服	口服
療程	24-48週	2年以上	2年以上	2年以上	2年以上
不良反應	較常見	少見	少見，需監 測腎功能	少見	少見，需監測肌酸磷酸激酶 (creatine phosphokinase, CPK)
病毒突變率	少見	高	低	低	中等

### CHB抗病毒藥物治療療效的依據

在臨床上，個體在接受抗病毒藥物後，抗病毒藥物治療所產生的療效反應，會根據其所接受治療藥物不同而異。基本上，病毒學反應(virological response)是指在抗病毒藥物治療過程中或療程結束後，血清HBV DNA載量下降至某個期望值而謂之<sup>1-4,10</sup>(表 3)。

**表 3 病毒學反應定義**

學會	病毒學反應定義
AASLD 指引 <sup>4</sup>	血清 HBV DNA 下降至 RT-PCR 也測不到的濃度，且 HBeAg 轉陰者而謂之。
APASL 共識 <sup>3</sup>	包含持續病毒學反應、原發性治療失敗、繼發性治療失敗、病毒學突破以完全反應等多種狀況，均已達到病毒學反應為目的。
EASL 指引 <sup>2</sup>	接受核苷類似藥物治療 48 週內，RT-PCR 也測不到血清 HBV DNA。 在接受干擾素治療時，於治療 24 週時期血清 HBV DNA < 2,000 IU/ml。 部分反應(partial virological response)僅用於核苷類似藥物治療，指 RT-PCR 測量血清 HBV DNA 下降 > 1 log <sub>10</sub> IU/ml。 Lmivudine 及 telbivudine 建議在治療 24 週後才評估。 Entecavir、adefovir，則建議在治療 48 周後才評估。

血清學反應(serological response)是指HBeAg轉陰並伴隨或不伴隨HBeAg/anti-HBe 血清轉換，或是HBsAg轉陰並伴隨或不伴隨HBsAg/anti-HBs血清轉換。在EASL指引中<sup>2</sup>，則僅對干擾素治療的血清學反應定義為HBeAg陽性CHB患者中，出現HBeAg/anti-HBe血清轉換。

生化學反應 (biochemical response)除了EASL指引未出現此術語外，而其他指引的定義則比較一致，即指血清ALT及/或AST恢復至正常範圍以內而謂之。

組織學反應(histological response)是指肝組織壞死性炎症及/或肝纖維化程度得以改善，亦即指肝組織學活動指數(histology activity index, HAI)下降 $\geq$ 2分，同時肝纖維化積分無加重或有所改善而謂

之。

完全反應(complete response)在目前各相關指引對「完全反應」的定義亦存有各自的表述 (表4)。

表 4 完全反應定義

學會	完全反應定義
AASLD 指引 <sup>4</sup>	獲得生化學反應及病毒學反應，且 HBsAg 轉陰者。
APASL 共識 <sup>3</sup>	持續病毒學反應，且 HBsAg 血清學根除者。
EASL 指引 <sup>2</sup>	未提及。

以干擾素治療而言，原發性治療失敗(primary treatment failure response)是指罹患者接受干擾素治療3個月後，其血清HBV DNA載量較基底線(baseline)降低不到1 log<sub>10</sub> TU/ml而謂之。病毒學反應是指接受干擾素治療24週後，其血清HBV DNA載量<2 X 10<sup>3</sup> IU/ml (或<10<sup>4</sup> copies/ml)。血清學反應是指HBeAg陽性CHB患者出現HBeAg轉陰。

以核苷類似藥物治療而言，原發性治療失敗是指治療3個月後，血清HBV DNA較基線降低不到1 log<sub>10</sub> IU/ml。病毒學反應是指治療48週後，檢測不到血清HBV DN。部分病毒學反應是指血清HBV DNA載量降低超過1 log<sub>10</sub> IU/ml，但以RT-PCR仍可檢測到血清HBV DN 的存在。

此外，採用中等強度或抗藥性基因屏障低的藥物(如lamivudine或 telbivudine)治療時，應在24周時評估其是否存在部分病毒學反應，以便做為往後調整治療方案的參考依據。採用強效抗病毒藥物(entecavir、adefovir及tenofovir)治療時，應在48週時評估其是否有部分病毒學反應存在，以便做為調整治療方案的參考依據(表5)。

表 5 抗病毒藥物在療程中所出現的病況<sup>1-5</sup>

生化學突破 (biochemical breakthrough)	治療個體在發生病毒學突破時，其原本正常的血清 ALT 卻突然出現上升跡象，此時亦應排除由其他因素所引起的肝功能異常。
病毒量突破 (virological breakthrough)	在接受治療當中，血清 HBV DNA 載量比治療最低點上升 1 log 值，或由轉陰後又再次轉為陽性(可有或無 ALT 升高)
病毒反彈(viral rebound)	血清病毒載量上升超過治療前的病毒載量。
病毒基因型抗藥 (genotypic resistance)	在抗病毒治療過程中，檢測到與 HBV 抗藥相關得基因突變，稱之為基因型耐藥，表示其已出現抗藥性圖變株。
肝炎急性發作(flare)	治療結束時出現病毒學反應，但在停藥後血清 HBV DNA 重新又再次升高，甚至 HBeAg 轉陽，並同時伴隨著 ALT 異常升高，此時亦應排除由其他因素所引起的肝功能異常。
復發(relapse)	未提及。

### CHB 抗病毒藥物治療療效的評估指標

HBV共價閉合環狀DNA(HBV cccDNA)是HBV在肝組織內的複製模板(replication template)，其

在肝細胞內的含量亦相對穩定(每個肝細胞約含5-50個copies)<sup>11</sup>。基本上，目前所服用的抗病毒藥物均不能有效地完全清除HBV cccDNA，也是導致B型肝炎復發的主要原因。此外，核苷類似藥物的主要作用機制是在細胞質內抑制前基因組RNA反轉錄 (reverse transcription)的模版作用，以阻出其形成病毒DNA負鏈，及以負鏈為模板進行正鏈延伸的複製過程，而在此過程中其HBV cccDNA無法被清除；換言之，倘若能清除細胞核內的HBV cccDNA，才能使肝炎得以痊癒；因此，HBV cccDNA的血清載量亦可預測抗病毒藥物治療療效。此外，HBeAg定量檢測亦是預測抗病毒療效的潛在有效指標，亦即在抗病毒藥物治療過程中，定量HBeAg就可間接地瞭解個體免疫狀態及對抗病毒藥物治療的反應<sup>12</sup>。

在AASLD、EASL及APASL指引中<sup>2-4</sup>，均將HBeAg轉陰做為其治療的終點目標；亦即在接受抗病毒藥物後，其HBeAg會轉陰者，而在往後 HBeAg濃度的追蹤中，亦會維持在極低的濃度；反之，未能發生轉陰者，則在治療期間其HBeAg濃度雖然有所下降，但一旦治療終止後亦會在短期間內快速反彈惡化。

由臨床研究資料顯示，HBeAg定量檢測有助於預測干擾素藥物療效，即血清HBeAg濃度低的病患者，其 HBeAg血清轉陰率高達52%；而血清HBeAg濃度高者，其HBeAg血清轉陰率亦僅有4%。

在2008年APASL的年會中<sup>3</sup>，亦有報告顯示在接受長效干擾素類藥物治療48週時，在49例病患者中有18例(37%)呈現HBeAg轉陰，而31例(63%)則未發生HBeAg轉陰；當在繼續延長治療至72-96週時，其在HBeAg轉陰的18例中則有5例呈現HBsAg轉陰，而未出現HBeAg轉陰的31例患者，亦有8例HBeAg轉陰，即在72-96周所累計的HBeAg清除率高達54%；由此研究結果，顯示長效干擾素類藥物治療在48週時，未發生HBeAg轉陰者，在延長治療時間，亦能提高HBeAg轉陰率。

此外，在理論上HBsAg清除是CHB完全治癒的指標。HBsAg濃度的降低與HBV cccDNA濃度亦有顯著的正向相關性。HBsAg定量可顯示長干擾素類藥物的治療成效。亦即在血清HBV DNA被抑制，且HBeAg發生轉陰或HBsAg被清除，均可視為獲得治療反應，而其中HBsAg定量僅可反映HBV cccDNA濃度，更可用以判斷治療成效的最佳參考依據。

再者，ALT異常上升不僅與肝病嚴重性、炎症反應及壞死活動度呈正向關係，亦可評估抗病毒藥物治療療效；此外，研究亦發現初始治療時的ALT濃度，與核苷類似藥物治療後的HBeAg轉陰率高低相關；亦即ALT>2×ULN者的HBeAg轉陰率高於ALT>1 ×ULN者，而ALT>5-10×ULN者比ALT在1-4×ULN之間者的HBeAg轉陰率高<sup>13</sup>。

### CHB抗病毒藥物療程的終止點

在接受抗病毒藥物的個案中，何時決定其可停止藥物治療，目前尚未有完全一致的共識。基本上，干擾素類藥物療程較為固定，病患在接受長效干擾素類藥物治療中，無論其HBeAg陰陽與否，其平均療程在48週左右，但亦有延長至2年者，而干擾素治療本身在停藥後，仍有後續效應；反之，雖然核苷類似藥物抑制HBV複製的效果較為顯著，且無重大副作用，服用上亦較為安全，但其療程較長，也不易決定何時才適宜停藥<sup>3</sup>。

因此，原則上停藥的終止點主要是針對接受核苷類似藥物治療者而言。2009年EASL會中<sup>2</sup>，亦提出三個主要的治療終止時刻表。理想的治療終止點是指不論HBeAg陽性或陰性CHB患者，其在治療後獲得持續HBeAg陰性(伴隨或不伴隨anti-HBs)，則一旦HBeAg轉陰，甚至HBsAg清除才是停藥的指標。對於HBeAg陽性CHB患者而言，持續的HBeAg轉陰則可謂滿意的治療終止點，此時病理組織學亦證實確有改善變化。對於HBeAg陰性CHB患者而言，經抗病毒藥物治療後，其血清HBV DNA持續檢測不到，也可考慮停止服藥。基本上，在使用各種核苷類治療HBeAg陽性CHB患者而言<sup>2-14</sup>，entecavir在治療2-3年後有80%以上患者達到血清HBV DNA檢測不到的目標，而其他核苷類似藥物治療2-3年後的血清HBV DNA轉陰率在40-60%之間，其HBeAg轉陰率亦在20-30%之間，而5年累計轉陰率達高達50%；此外，由於亞洲地區的CHB患者轉陰率較低，而在血清HBV DNA檢測不到且未發生HBsAg

清除的個案中，有90%的患者在停藥後，會出現反彈甚至肝功能惡化病況；因此，對於此類病患則建議其接受更長期的抗病毒藥物治療。

HBeAg陰性CHB患者在經過抗病毒藥物治療後的1-5年<sup>14,15</sup>，其中有60-90%患者會達到血清HBV DNA檢測不到，而其中則以entecavir有高度的達標率，但絕大部份個案在停藥4-5年後，都會出現反彈甚至復發；因此，在AASLD指引中<sup>4</sup>，亦建議HBeAg陰性CHB患者需要長期接受抗病毒藥物治療，其治療終止點目前則尚未明確。

對HBeAg 陽性CHB患者而言<sup>16</sup>，治療至血清HBV DNA檢測不到或低於檢測下限，且ALT在正常範圍以內，但未出現anti-HBe者，則建議其繼續服藥，直至anti-HBe出現才考慮停止用藥；但在經監測2次(每次至少間隔6個月)仍保持不變者亦可停止用藥。此外，對HBeAg陰性CHB患者而言，治療至血清HBV DNA檢測不到或低於檢測下限時，其ALT在正常範圍以內，並經監測3次(每次至少間隔6個月)血清HBV DNA仍檢測不到或低於檢測下限及ALT在正常範圍以內，則可停止服藥。

## 結語及其未來展望

基本上，核苷類似藥物本身的特點為禁忌較少，不良反應較輕，口服方便，療效也較為肯定，但療程不固定，抗藥率亦高。目前為止，核苷類似藥物治療CHB是採用單藥治療，但其所面臨最重要的問題是在治療過程中，HBV 抗藥突變株的衍生。由於核苷類似藥物具有較高的抗藥出現率以致於影響治療療效，而多數學者認為兩大類藥物聯合應用，或核苷類似藥物聯合應用不僅較不易出現交叉抗藥性，且可延緩或阻止藥物抗藥性突變的發生，且其療效較單藥治療為高<sup>17</sup>。

近些年來，亦有臨床醫師使用序貫用藥(sequential treatment)，比如一旦在接受lamivudine 治療後發生抗藥時 則換用adefovir或entecavir，甚至干擾素<sup>18</sup>。雖然，在組合治療(combined treatment)的臨床使用經驗上，如Lai等人<sup>19</sup>進行的telbivudine與lamivudine聯合應用不僅未出現協同抗病毒作用，反而降低病毒學反應率，但病毒反彈在聯合用藥組明顯低於單藥治療組(分別為12.2% 及21.0%)。此研究顯示聯合用藥即使不能提高抗病毒療效，但也可降低其衍生抗藥突變株的風險，誠如抗 HIV 所用的「雞尾酒」療法，以聯合用藥或許成爲未來口服核苷類似藥物抗HBV的新趨勢。

在2009年的EASL指引中<sup>2</sup>，亦對聯合用藥有些考量依據，亦制定相關的適應症，如有高度抗藥風險的初治患者(如血清HBV DNA高基線者、發生耐藥可能危及生命者(如肝硬化)以及具有高度抗藥性患者，而此類病患、對加用一種無交叉抗藥性位點的藥物組合治療也是一種有效的策略。雖然，聯合用藥是未來CBB抗病毒藥物治療新趨勢，但某些聯合使用的配方或許亦存能潛在性的副作用；此外，具體聯合用藥的方案及其選擇尚未成形，因此有待未來更多的臨床經驗來進一步證實。

此外，在臨床上爲了提高抗病毒藥物治療的效果，亦提出了所謂的抗病毒個體化治療(individual treatment) 的共識，即在CBB抗病毒藥物治療的路線圖中，亦強調對有治療適應證的患者在標準規範治療的基礎上，在治療前確定病情評估，或根據患者對治療反應的程度，認知罹患個體實際的病況，再來決定治療方案、方法及療程，以達最佳治療 (optimal treatment)。這種個體化治療不僅可以提高抗病毒效果以及減少藥物副反應，或許亦是當前CHB 抗病毒藥物治療的一個可採取的最新策略<sup>2-4, 20</sup>。

總而言之，慢性B型肝炎抗病毒藥物治療的選擇，不僅應在實證醫學的基礎大前題下，根據每個病患者的特質以及藥物的不同作用機制，來進行施個體化的治療。

## 參考文獻

1. Morgan M, Keeffe EB: Diagnosis and treatment of chronic hepatitis B: 2009 update. *Minerva Gastroenterol Dietol* 2009; 55: 5-22.
2. European Association For The Study Of The Liver. EASL Clinical Practice Guidelines Management of chronic hepatitis B. *J Hepatol* 2009; 50: 227-42.
3. Liaw YF, Leung N, Kao JH, et al: Asian-Pacific consensus statement on the management of chronic hepatitis B: a 2008 update. *Hepatol Int* 2008; 2: 263-83.
4. Lok AS, McMahon BJ: Chronic hepatitis B: AASLD practice guidelines. *Hepatology* 2007; 45: 507-39.

5. Kapoor D: HBV DNA level--the determinant of clinical spectrum and disease outcome in chronic hepatitis B. *Trop Gastroenterol.* 2008; 29: 59-61.
6. Hyung Joon Vim, Anna SF Lok: Natural History of Chronic Hepatitis B Virus Infection: What We Knew in 1981 and What We Know in 2005. *Hepatology* 2006; 43: 173-81.
7. Dienstag JL: Hepatitis B viral infection. *N Engl J Med* 2008; 359: 1486-500.
8. Keeffe EB, Zeuzem S, Koff RS, et al: Report of an international workshop: roadmap for management of patients receiving oral therapy for chronic hepatitis B. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5: 890-97.
9. Hoofnagle JH, Doo E, Liang TJ, et al: Management of hepatitis B: summary of a clinical research workshop. *Hepatology* 2007;45: 1056-75.
10. Fung SK, Chae HB, Fontana RJ, et al: Virologic response and resistance to adefovir in patients with chronic hepatitis B. *J Hepatol* 2006; 44: 283-90.
11. Guo Y, Li Y, Mu S, Zhang J, et al: Evidence that methylation of hepatitis B virus covalently closed circular DNA in liver tissues of patients with chronic hepatitis B modulates HBV replication. *J Med Virol* 2009; 81: 177 -83.
12. Hass HG, Bock T, Nehls O, et al: Rapid HBV DNA decrease (week 12) is an important prognostic factor for first-line treatment with adefovir dipivoxil for chronic hepatitis B. *J Gastroenterol* 2009;44:871-7.
13. Da Silva LC, da Fonseca LE, Carrilho FJ, et al: Predictive factors for response to lamivudine in chronic hepatitis B. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 2000; 42: 189-96.
14. Lampertico P, Colombo M: HBeAg-negative chronic hepatitis B: why do I treat my patients with nucleos(t)ide analogues. *Liver Int* 2009; 29(Suppl 1): 130-32.
15. Hadziyannis S J, Tassopoulos N C, Heathcote E J, et al: Adefovir dipivoxil for the treatment of hepatitis B e antigen-negative chronic hepatitis B. *N Engl J Med* 2003; 348: 800-07.
16. Leung N, Peng CY, Hann HW, et al: Early hepatitis B virus DNA reduction in hepatitis B e antigen-positive patients with chronic hepatitis B: A randomized international study of entecavir versus adefovir. *Hepatology* 2009; 49: 72-9.
17. 譚健民:慢性B型肝炎治療的困境及其原因之探討。 *生物醫學* 2011; 4: 11-40
18. Chang TT, Gish RG, de Man R, et al: A comparison of entecavir and lamivudine for HBeAg-positive chronic hepatitis B. *N Engl J Med* 2006;54:1001-10.
19. Lai CL, Leung N, Teo EK, et al: A 12 year trial of telbivudine, lamivudine, and the combination in patients with hepatitis B e antigen-positive chronic hepatitis B. *Gastroenterology* 2005; 129: 528-36.
20. 譚健民:慢性B型肝炎治療的今日觀-由2009年EASL肝病世界年會談起。 *台灣醫界雜誌* 2009; 5 2: 3-7.

# 如何規劃個人化健康檢查

家醫科 賴盈燕醫師

現今醫藥及公共衛生的進步已經使得民眾的平均餘命顯著增加，而過去以急性傳染病及急性疾病為人類疾病的型態及主要死亡原因，已轉變成以癌症或慢性疾病為頭號殺手的趨勢，在醫藥常識普及以及就醫便利性增加的情況下，民眾對於健康的期待，也由「有病治病」提升到「治未病」的預防醫學觀念，因此站在家庭醫學醫師的角度，我們鼓勵民眾前來接受健康檢查，早期發現疾病並早期治療。

篩檢(Screening)是針對尚未出現症狀的成人提供健康維護以及諮詢的服務。根據整體評估篩檢和疾病治療的優缺點，目前台灣國民健康局建議實施的篩檢有心血管疾病(抽菸、高血壓、高血脂、運動量少、家族史)、四癌篩檢(包括乳癌、子宮頸癌、大腸直腸癌、口腔癌)，台北市衛生局尚有辦理老人健檢(含憂鬱、失智評估)。

## 如何評估健康檢查項目的必要性

健康檢查需耗費時間以及檢查成本，規劃前需評估哪些疾病可以篩檢、篩檢的目的在哪、篩檢工具的成本跟檢查方式的優缺點。研究顯示具有一定條件的疾病篩檢如果能早期發現早期治療，將可以大幅降低死亡率、改善生活品質，然而究竟哪些疾病篩檢值得我們去做呢？

第一，會明顯影響生活的品質或壽命的疾病是篩檢的主要目標。例如：癌症、心血管疾病、嬰幼兒發展遲緩、老人失智症、老人憂鬱症等。第二，所篩檢疾病已有有效的治療方法，否則將徒增患者心理負擔。例如：早期癌症。第三，疾病發展過程必須有相當的無症狀期，才可能有充足的時間可以篩檢，並且進一步檢查以確定診斷，並且治療之後可以有效減少後遺症或死亡率。第四，疾病在無症狀期的治療效果比已到

發病期才治療的效果好。例如：早期癌症。第五，在無症狀期篩檢的方式與成本可以接受。例如：口腔癌的篩檢方式是做口腔黏膜檢查、大腸直腸癌以糞便潛血檢驗篩檢、嬰幼兒發展量表、老人失智症以及老人憂鬱症問卷。第六、疾病的發生率要夠高值得篩檢。例如：逐年增加的心血管疾病以及癌症罹病率。

以下以台灣國家衛生研究院建議以及國民健康局現行建議內容為例：

## 一般預防保健給付篩檢項目

(一) 成人：每次門診就診可量測血壓、身高、體重。40歲以上者每3年1次、65歲以上每年一次的成人預防保健檢查項目：血壓、身高、體重、聽力、視力、口腔、身體理學檢查，常規血液檢查(血中總膽固醇、三酸肝油脂、白蛋白/球蛋白、肝功能、尿酸、尿素氮、肌酸酐、血糖)、常規尿液檢查。

(二) 嬰幼兒以及青少年：依嬰幼兒月齡、年齡分次於門診評估發育、發展狀況。

(三) 婦科及子宮頸抹片檢查(女性)：30歲以上每年1次(原則上，如果連續3年皆為陰性，可改為3年1次即可)

(四) 固定牙醫就診：每6個月一次洗牙牙齒健康檢查與除牙結石。

## 乳癌篩檢

相較於歐美，台灣屬於乳癌低發生率地區，但罹患年齡層有逐年降低的趨勢且東方婦女乳房較緻密，又受限於文化差異仍諱疾忌醫，所以仍有必要注意各篩檢時程。

何時開始篩檢？

有危險因子(基因、家族罹病史、個人癌症病史、有乳房過量輻射暴露、月經初經早或停經晚、環境污染、服用口服避孕藥或停經後有使用荷爾蒙補充療法等)的婦女，35歲起應接受醫師檢查，必要時安排超音波檢查，40歲做第一次乳房X光攝影，50歲後

篩檢則以乳房X光為主。

如何篩檢？

(1)乳房自我檢查 (self-examination)：每位婦女從20歲開始，應於每月月經週期第5-10天時（此時乳房較柔軟）自我檢查乳房，包含乳頭分泌物、乳房皮膚、雙側腋下淋巴結，雖然最近的文獻報告指出乳房自我檢查對早期乳癌的發現幫助有限、無法降低乳癌的死亡率，但是萬一發生interval cancer就可及早發現。

(2)臨床醫師觸診 (clinical breast examination)：一般建議20-40歲間每三年至少接受一次醫師理學檢查，40歲以上則需每年一次醫師理學檢查。

(3)乳房攝影 (mammography)：台灣目前給付45歲以上有家族史女性可以每兩年一次，50歲以上的篩檢成效最為確定，。

(4)超音波 (sonography)：乳房超音波檢查沒有輻射線暴露量的疑慮，而且檢查時不用擠壓乳房，受檢者不會有疼痛感，常合併彩色度卜勒判讀血流輔助診斷，是近幾年來評估乳房疾病的重要利器，然而用於篩檢的成效仍待證實。

## 子宮頸癌篩檢

世界各國對於子宮頸癌篩檢時程的建議容或有些許差異，然而東方女性由於文化因素子宮頸抹片執行率一直未能有效提高，然而子宮頸癌近年來一直高居台灣女性癌症發生率以及死亡原因的前幾名。

何時開始篩檢？

台灣國家衛生研究院建議有性行為的婦女無論有無危險因子均應每年接受抹片檢查，台灣國民健康局建議滿30歲後每年可以做一次篩檢；美國醫學會建議有性行為者



(sexually active) 三年內或最遲21歲應開始篩檢，每三年一次應接受子宮頸抹片及骨盆腔檢查。

如果有危險因子者（具子宮頸腫瘤病史、曾受人類乳突病毒（Human papilloma virus, HPV）、性病感染者或高危險性行為者等高危險群者）則必須每年做篩檢。至於已接受子宮切除術的患者，但子宮頸頭仍在者，仍應依規定時程做子宮頸抹片檢查，而子宮頸頭不存在者，如開刀原因為惡性腫瘤，則建議繼續抹片檢查，如為良性原因開刀者，可不需再檢查。

需不需要作人類乳突病毒檢驗？

人類乳突病毒（HPV）感染是子宮頸癌相當重要的原因，目前已發展出高敏感度及準確度的檢測工具(HPV DNA檢驗)，作為診斷與預防注射的參考，然而是否可用於子宮頸癌的篩檢，目前仍有部分爭議。

## 大腸直腸癌篩檢

大腸直腸癌因為不易早期發現、已產生症狀時往往錯失治療的良機。

如何篩檢？

國民健康局給付一般40歲以上成人的篩檢項目有：

(1)肛門指診 (digital rectal examination, DRE)：約半數的直腸癌位於肛門指診可檢查出的範圍內。

(2)糞便潛血反應 (fecal occult blood test, FOBT)：早期實驗已證實用糞便潛血反應可檢測到很高比率的早期癌症，陽性反應的原因可能是食物中含有過氧化酵素活性、良性腸胃道出血、痔瘡、憩室、胃腸道息肉或腫瘤出血。陰性反應表示沒有腸胃道出血或出血未超過一定上限或間歇性腫瘤病變出血。

何時開始接受大腸直腸癌篩檢？

大腸直腸癌的危險因子：

- (1)一般危險群：年齡50歲以上，無症狀者，應每五年做軟式乙狀結腸鏡檢查及每年做糞便潛血反應檢查。
- (2)中、高危險群：包括罹患單一腺瘤性小息肉 (<1公分)、多發性息肉或單一腺性大息肉 (>=1公分)、慢性潰瘍性結腸炎、家族性大腸息肉症、幼年型息肉症、大腸癌術後等之患者應按照各疾病的追蹤時程。

哪些特殊家族史有特殊篩檢時程？

- (1)有大腸直腸癌家族史，罹患大腸直腸癌比率比一般人高，有二位第一等親家屬或一位小於60歲的第一等親家屬罹患大腸直腸癌之家屬40歲以前應接受一次大腸鏡檢查，以後則每五年做大腸鏡檢查。
- (2)遺傳性非息肉症大腸直腸癌建議家族親屬於21歲之後每年應做大腸鏡檢查。

## 口腔癌

口腔癌是近年來台灣成年男性罹癌率攀升相當快的疾病，與抽煙、喝酒、嚼食檳榔有很大的關係，台灣本土研究顯示三者(合稱「香、檳、酒」)皆接觸的病患罹癌率高達一般人的123倍！

何時開始篩檢？

目前國民健康局給付30歲以上、75歲以下具有抽煙、喝酒、嚼食檳榔史的成人，可以每兩年作一次口腔黏膜檢查，檢查為醫師肉眼視診檢查口腔黏膜，檢查前請先做好口腔清潔並取下假牙、牙套等。

時代在進步，篩檢工具也越發多元，選擇適合個人的篩檢項目作為個人健康維護的守護者並個別化長期追蹤，才能達到檢查的優點，避免造成資源浪費、甚至錯失提早診斷的黃金時機。

# 失眠人生~~

## 談失眠的成因與治療

精神科 林佳洋醫師

有人一就寢，兩隻眼睛就瞪得大大的，想東想西就是睡不著，「羊」都數到幾千隻了也沒用；有人明明就是睡著了，偏偏一點點風吹草動，就會從美夢中清醒，彷彿一夜起床了好幾遍；有人腦袋像裝了定時器，時間一到自然會醒，可惜這個定時器常常一兩個小時就響一次；有人生平行事光明磊落，但是就像中邪了一樣，每天晚上惡夢連連，該死的是起床後夢的內容還記得一清二楚。

您是否也有類似上述幾個案例的困擾呢？「失眠」其實是病患前來精神科門診最常見的主訴之一，長期失眠不但會造成白天精神不濟、容易疲倦、情緒易怒、和工作效率不佳，更有甚者會出現黑眼圈，影響儀容觀瞻，就如同某知名提神飲料的廣告，一天到晚被同事親友調侃「你累了嗎」。除此之外，失眠也可能會導致內分泌失調、記憶力衰退、免疫功能下降等等嚴重的併發症。所以身為「失眠人生」的男女主角，如何遠離失眠的糾纏，惡夢的糾結，「熊貓眼」的糾葛，您不得不知。

### 生理因素

#### 更年期

更年期的階段身體裡的內分泌會開始大量出現與年輕時不一樣的調整與改變，常常會同時出現自律神經失調或失眠等等的併發症。建議年屆更年期的朋友，如果有上述的困擾，應該主動尋求精神科醫師和婦產科醫師的協助。此外，更年期並不是女性的專利，男性一樣有可能出現類似更年期的轉變，所以在這邊也要提醒所有的男性朋友們千萬別忽略了自己的健康。

#### 睡眠呼吸中止症

體型肥胖者為高風險因子，病患常常會覺得在睡夢中驚醒，白天易疲勞，晚上怎麼睡就是睡不飽。此種失眠類型最忌使用坊間常用的鎮定劑或安眠藥，因為可能會惡化睡眠呼吸中止症的病情，甚至出現呼吸抑制的嚴重後果。建議可以前往神經內科、胸腔內科、家庭醫學科或精神科門診篩檢，切勿自行到藥局購買安眠藥服用。

#### 物質濫用

在台灣最常見的莫過於是酒精，其他如：安非他命、搖頭丸、海洛英、K他命等等，都可能是造成長期失眠的元兇。上述物質的使用者有些在初期會覺得有助眠的效果，但長期來說均會影響到中樞神經，導致睡眠結構的破壞，病患常主訴「睡沒兩個鐘頭就醒了」、「淺眠」、「一直做夢」。所以使用非醫療藥物的物質來幫助睡眠，往往只是「飲鴆止渴」，到後期還會出現成癮或情緒障礙等等的併發症。建議有物質濫用習慣的朋友，應該主動改變生活習慣，甚至諮詢專業醫師協助戒治。

## 心理因素

失眠常常不會單獨出現，情緒障礙是其中最常見的合併症之一，舉凡焦慮症、恐慌症、強迫症、憂鬱症、躁鬱症、精神分裂症等等，都可能是失眠背後的主因。很多人在傍晚時就已經「提前」擔心今晚會失眠，彷彿自己是魔術師，每天都在催眠自己「我會失眠」，光是這種擔心就足以讓人「未戰先怯，未睡先醒」。在台灣，有情緒障礙者往往不好意思向他人傾訴，如果是男性，壓抑情緒的狀況就更為嚴重了。所以如果您自己或您的家人有情緒方面的困擾，一定要尋求專業精神科醫師的協助，接受如抗憂鬱劑、情緒穩定劑、抗精神病藥物等等之藥物治療或各種合適之心理治療療程，絕對不要「頭痛醫頭、腳痛醫腳」，自行長期服用安眠藥往往會導致成癮的後果，安眠藥越吃越多，失眠不見得有改善，反而賠上自己的健康。

## 環境因素

長期失眠的患者常常有不良的睡眠衛生習慣，如果能夠改正回來，失眠有可能會不藥而癒。常見的良好睡眠衛生習慣有以下幾種：一、不在夜間服用刺激性的飲料，例如：茶、咖啡、可樂等等，最好能夠戒除，如果一定要喝，建議最晚傍晚之後就不要再飲用了。二、勿在床上習慣性的看書看電視，以免導致躺床後也沒有睡意。三、萬一失眠，勿在床上躺太久，以免導致一看到床就聯想到失眠，入睡困難超過 30 分鐘，應該起床從事無聊的事情培養睡意，或練習腹式呼吸及肌肉放鬆。四、洗澡完通常精神亢奮，時間不要跟就寢時間太近。五、不在睡前收看容易誘發自身情緒激動的電視節目，例如：政論節目、靈異節目，可以聽聽柔和的音樂放鬆心情。六、不在睡前做仰臥起做、伏地挺身等等健身運動，以免睡意全消。七、午覺不要睡太久，至多不要超過 30~60 分鐘。

# 洗腎腎友飲食之道

營養科 劉怡君營養師

血液透析者，因體內無法自行排出含氮廢棄物及尿液量排泄減少，以致含氮廢棄物、鈉離子、鉀離子，過多堆積在血液中。此時需藉由透析治療，將廢棄物排出。在透析治療的同時，最重要的還是適當的飲食習慣，以預防營養不良及減少血液透析的併發症及提升生活品質並延長壽命。

基本上，透析後飲食與透析前飲食在食物份量上及水份攝取上大不相同，如：蛋白質含量豐富的食物，透析前需要適量限制，而透析後則可以比洗腎前攝取多一些，但並不是毫無限制喔～需藉由血液透析治療的腎友們，該如何吃出健康及享受生活呢？該如何選擇食材，才能料理出一道道色香味俱全的家常菜呢？建議腎友們，要遵循與營養師共同協商的飲食計畫，養成定食定量的飲食習慣，並掌握以下飲食原則：

## (一) 熱量：以維持理想體重為原則

理想體重 = 身高(公尺) × 身高(公尺) × 22 ±10%

由於洗腎患者在飲食上有一些限制，常常會這個不敢吃那個不敢吃，以致身體逐漸消瘦，進而抵抗力變差、併發症增加。因此，充足的熱量攝取是非常重要的。每天每公斤體重 35~45 大卡，以維持理想體重為原則。

## (二) 控制蛋白質：

1. 腎臟病患一旦開始進行透析治療，幾乎不需要限制蛋白質的攝取，應該攝取足夠的高生物價值的蛋白質。因為，透析過程中，透析液在清除含氮廢棄物時，會同時帶走小分子的蛋白質(約 6~8 公克，相當於 1 份的蛋白質類食物)，所以飲食上需要攝取足夠，但避免補充過多，而造成高血磷、高尿素氮。每天每公斤體重 1.1~1.4 公克的蛋白質攝取量。

高生物價值的蛋白質		低生物價值的蛋白質	
黃豆、黃豆分離蛋白	牛肉	綠豆	麵腸
蛋	雞肉	紅豆	烤麩
奶	鴨肉	豌豆	蓮子
魚肉	羊肉	麵筋製品	薏仁

2. 可選用蛋白質含量低而熱量高的食品做為補充，如：冬粉、米粉、米苔目、粉圓、西谷米、愛玉、仙草、蜂蜜等

## (三) 限磷

過多的磷會導致骨骼病變及皮膚發癢，因此限制飲食中的磷含量，可以減緩腎功能的衰退。

1. 含磷高的食物避免食用：

磷含量高的食物					
※透析患者每日建議攝取之總磷量為 1200 毫克以下					
五穀根莖類	蛋白質類		湯汁	堅果類	其它
	乳製品	蛋、肉類、豆製品			
小麥胚芽(1054)	牛奶	動物內臟	濃湯	花生	濃茶
麥片(524)	羊奶	蛋黃	雞精	瓜子	酵母粉

糙米(536)	乳酪	火腿	肉汁	核桃	大豆卵磷脂
薏仁(506)	優酪乳	雞蛋豆腐(1040)		腰果(522)	可可粉
蓮子(667)	乾乳酪	黃豆(494)			巧克力
紅豆(493)		吻仔魚			養樂多
					健素糖

【註：跨號內數字，為每 100 公克含磷量。】

#### (四) 限鉀

腎功能衰竭會減少排除體內鉀離子的能力，血鉀過高會造成手指麻痺、四肢無力、心率不整，嚴重會導致心跳停止而引起生命危險。

1. 蔬菜：切小片以熱水燙過撈起，並丟棄湯汁，再以油炒或油拌可以減少鉀的攝取量。

#### 2. 水果

一般說來，水果均含鉀離子，而非高鉀的水果不能吃。在攝取上注意到攝取的『頻率次數』及其『總量』之下，高鉀的水果也可適量選用。若真想吃含鉀量高的水果，可以切小塊泡水後食用，切記泡水果的水不可以喝。

3. 調味料：勿食用雞精、雞精粉、濃縮高湯或使用肉汁拌飯；市售低鈉或薄鹽醬油或半鹽、低鹽等，含鉀量高不宜任意飲用

4. 飲料：避免飲用咖啡、茶、雞精、運動飲料

含鉀高的食物					
※透析患者每日建議攝取之總鉀量為 2000 毫克以下					
主食類 (>70 毫克/100 公克)	蔬菜類 (>400 毫克/100 公克)	水果類 (>250 毫克/100 公克)		其它	
綠豆	紫菜、海帶	水果乾	硬柿子	毛豆	堅果類
馬鈴薯	菜乾類	香蕉	榴槤	黃豆	
南瓜	榨菜	芒果	櫻桃	愛玉子	人參精
紅豆	木耳	柚子	釋迦	巧克力	菜湯

小麥胚芽	香菇、冬菇	香瓜	哈密瓜	新鮮酵母	中藥湯
甘藷	菠菜	龍眼乾		咖啡	茶
蓮子	莧菜、紅鳳菜			運動飲料	小麥草汁

#### (五) 限鈉

腎功能不全時，無法將體內過多的鈉離子排出，會造成高血壓、水腫、肺積水、增加心臟負擔，日久容易造成心臟衰竭。

1. 避免食用各種加工類食品，如罐頭、醃漬品。
2. 慎用調味用品，如醬油、烏醋等，須計量使用
3. 烹調上改以白醋、檸檬汁及溫和香料(蔥、薑、蒜、五香、花椒..)等來調味。使食物產生不同風味，以減少鹽巴或醬油的使用量。
4. 禁用低鈉鹽(因成分是以鉀取代鈉)
5. 血液透析患者鈉的攝取建議勿超過 3000 毫克，而每日自均衡飲食的食物中可攝取約 500 毫克。因此每日烹調時所添加的鹽，建議勿超過 5~6 公克的鹽(約 1 茶匙)。

含鈉量高的食物				
調味料	沙茶醬(粉)	醃製品	加工及罐頭食品	其他
鹽	味噌	榨菜、酸菜	皮蛋、鹹蛋	油麵、麵線
醬油	辣椒醬	梅干菜	罐頭類	豆腐乳
烏醋	蠔油	筍乾	花生醬	蜜餞
味精	豆鼓	蘿蔔干	雞精	運動飲料
豆瓣醬	蕃茄醬	泡菜	海苔醬	速食米粉、冬粉

#### (六) 控制水分攝取

您每日的體重不可

增加超過 0.5 公斤，前一天的總尿量加 500~750 毫升為下一天的水分攝取量。

1. 避免攝取飲料及湯湯水水的食物。
2. 烹調食物時應減少使用鹽、醬油、味精、沙茶醬 .. 等調味料，以避免口渴現象發生
3. 每日的總飲水量，以前一天的總尿量加 500~750 毫升為下一天的水分攝取量，並且將可飲用的水量平均分配在一天中分批飲用。
4. 分配一部分水(或限量水中滴幾滴檸檬汁)製成冰塊，在口渴時可含在嘴中，解除口渴感。
5. 也可以擦護唇膏，來改善口渴的情形。
6. 可嚼口香糖或硬糖果，以促進唾液分泌。

#### (七) 運動與規律生活

1. 養成規律生活習慣：不熬夜、不酗酒、不抽煙
2. 鼓勵每天運動 30~45 分鐘：如快走、慢跑、騎單車
3. 運動每週三至五天，飯後 1 小時 ~ 1 個半小時，每次至少 30 分鐘。例如：散步、慢跑、騎單車等。

#### (八) 水果禁忌

1. 楊桃，絕對不可以食用，因為其含有未明的神經毒素，食用後易造成不適。
2. 不建議飲用罐裝果汁或新鮮壓榨果汁，以避免鉀離子攝取過高。如吞嚥障礙者，不仿將新鮮水



果磨成「泥狀」，適量攝取即可。

#### (九) 避免偏方飲食

1. 中藥：並不是所有的中藥都會對殘餘腎臟功能有所傷害，但有多種中藥被報告與腎功能傷害有關，所以最好不要使用。
2. 精力湯：精力湯中的材料為堅果類、生青菜、小麥苗草及水果等一起打成汁，因此磷、鉀含量非常高，不建議飲用

以上為洗腎腎友飲食教戰原則，如仍有任何營養問題，歡迎至宏恩醫療財團法人宏恩綜合醫院營養科，與營養師共同協商個人專屬的洗腎飲食計畫，營養諮詢預約專線：02-2771-3161 轉 177。

# 放射性碘與碘片

藥劑科 王逢俊藥師

今年三月，日本發生了驚憾世紀的仙台大地震，造成民眾聞核色變的現象，其中又以放射性同位素碘<sup>131</sup>最為人所知，不過事實上，放射性碘在醫學的領域占有舉足輕重的角色。在現代醫學的應用上，藉由不同放射性碘同位素的特性，如碘<sup>123</sup>用於核醫掃描，碘<sup>124</sup>用於正子造影，至於碘<sup>131</sup>因具有同時會放出貝他及伽瑪射線的特性，且半衰期僅8天(碘<sup>129</sup>可長達 $1.57 \times 10^7$ 年)，因此利用此特性發展於放射治療及核醫造影。在臨床應用上，仍以治療甲狀腺相關疾病為主流，其原理是依據甲狀腺特有的碘有機化作用，將碘<sup>131</sup>以鈉碘共載分子通道進入甲狀腺細胞內，而釋放出穿透力較弱的貝他射線，可在約2毫米短距離內釋放大部份的輻射能量而破壞或影響一定範圍內的腫瘤生存或繁殖能力，可視為近距離的標靶放射治療。不過並不是所有器官都不受碘<sup>131</sup>影響，通常在治療初期，淚腺及唾液腺會因吸收碘<sup>131</sup>，會引發暫時性眼睛乾澀及唾液腺發炎；且被破壞的甲狀腺也會因釋放大量甲狀腺激素，而出現出現短暫的甲狀腺機能亢進。

雖然放射性同位素碘<sup>131</sup>應用在醫學領域治療很多甲狀腺疾病患者，但生活中如果暴露著未知的碘<sup>131</sup>，進入人體正常功能的甲狀腺，除了甲狀腺功能受到影響外，進而可能因穿透力強的伽瑪射線影響四周環境。然而日本核電廠事故，引發一連串搶購碘鹽、詢問碘片的風潮，似乎讓一般民眾產生只要服用碘片，或與碘相關的食品藥品即可以治療及預防無輻射傷害的迷思，但真的是如此嗎？

(1)一般來講，發生輻射緊急事件時，碘片的服用方式成人每日一錠(130毫克的碘化鉀)，而孕婦和三至12歲兒童則須每日半錠，未滿三歲兒童則是每日四分之一錠。而根據法規標準，每1000克碘鹽中應該含有20至30毫克的碘，而輻射預防所需劑量是每日服用130毫克碘化鉀，相當約100毫克的碘元素，而碘鹽所含碘量依上述換算，則相當於5000克至3000克鹽。換句話說，要達到和服用碘片同樣的效果，一個成人必須每天至少吃下高達3000克鹽！如此驚人的數字還是僅供參考吧！依據世界衛生組織(WHO)推薦健康人每日食鹽攝入量是6克左右，而國人膳食營養素參考攝取量中碘的建議值，成人也僅是140「微克」而已。

(2)核能外洩的放射物質大多以銫<sup>137</sup>為主，有些可能會是銻<sup>239</sup>、銻<sup>131</sup>，而碘<sup>131</sup>不但半衰期僅8天，且碘片說穿了成分僅是130毫克的碘化鉀，利用大量的穩定碘競爭性抑制其他放射性碘<sup>131</sup>進入甲狀腺，達到的預防效果遠大於治療效果，但是若一個人長時間暴露放射線的環境下，再服用碘片的效果絕對是有限的，且針對其他放射性物質也無實質保護作用。

不過，也並不是暴露在特定的放射物質就無法處理，像是銻<sup>239</sup>就可以使用靜脈注射Zn-DTPA(Diethylenetriaminepentaacetat)，其原理是藉由螯合放射性同位素將其排出體外；而布魯士藍(Prussian blue)則是適用於銫<sup>137</sup>污染，藉由置換普魯士藍上的鉀離子後形成不溶性物質隨糞便排出，以達到治療效果。

這個也好吃 那個也好吃 吃完了肚子摸一摸

這個不能吃 那個不能吃 看著食物長嘆一聲

這個吃一點 那個吃一點 吃完了起身走一走

當我年輕時 想吃什麼就吃什麼，不以為意。年紀漸長 活動量減少了，仍是喜歡吃。直到有一天 太太說話了，總覺得我飢腸轆轆有問題，但我不疑有他。

有一天看了老人健檢的報告，如當頭棒喝，我的血糖出現了紅字。到醫院看門診，於是我很努力的運動，但三個月後仍高居不下，無奈開始吃藥控制、且到衛教室聽課。原來我前三個月的飲食方式是錯誤的且運動也不用那麼大費周章。從衛教室得知飲食方式、運動時間與體力配合、自己測量血糖的重要性，半年下來我的體重達到了標準的 BMI 值，藥量也在遞減中。

雖然如此，我如今仍是乖乖學生定時去上衛教課，因為在那裡可以認識許多新朋友、互相交換心得隨時提醒自己，終究身體的痛是沒有人可以代替的。

我從看診到現在已有一年多的時間，由自信滿滿到愁眉不展 如今輕鬆自在。除了要謝謝我的主治大夫 薛如彰醫師外，要感謝衛教師沈安小姐、營養師：黃嫚德小姐 彭文欣小姐，有他們的專業及耐心我們才可以開開心心的生活。

# 漏斗胸病友心聲分享

來自澳門的女孩

## 入院前準備

調適好自己的心理狀態，以及盡可能安撫家人及陪同住院之監護人。我是澳門的僑生，正在台中唸大學二年級，高中三年級的時候就發現了我有漏斗胸，可惜澳門跟香港的醫生都力有未逮，因為本人之凹陷指數十分高，而香港跟澳門只能做傳統的胸骨翻轉手術，傳統的這個手術的復發率為50～60%（幸好我沒有在澳門做）而且在美觀上的影響應該蠻大。後來來台就讀大學，經幾番規劃跟考慮後，終於在去年中秋的時候上台北掛朱醫師的門診。

第一次見面，朱醫師已經給我一個肯定的眼神以及承諾，所以早在中秋就知道自己要在這裡動手術，礙於還要上課，所以手術延至今年年初的寒假，當所考完期末考的時候，功課上的壓力沒了，真的一度崩潰，因為我在考完期末考的第三天就要動手術了，真的會很緊張，可以我知道我緊張害怕的時候，擔心我的人會更害怕，所以我很快就調適過來了。希望大家也不要讓家人太擔心，儘管放心相信朱醫師就好了。

由於我在很早就預計會在寒假開刀，所以我都有稍為做一下運動。術前持續做運動的好處有很多，例如提升體能，加速術後康復，減緩對開刀的心理壓力等，因為有在做運動，感覺自己也有提前付出努力，而且有目標在，心理會比較安心積極。建議每週做20～40分鐘的有氧運動，如果身體太累可以分開做，不用持續做20分鐘這麼久，運動強度的話，就是做到有點喘，可是還可以講話，有點累，但不會太累。強度要量力而為，因為大家有這個病，本來就會心肺耐力比別人差，剛開始運動的時候會比較不適應，可以慢慢來，不要太逞強。一週大概做個5天左右，不要以為天天都做就會比較好，天天做可能反而會累壞同一群肌肉群，一定要有休息的時候。家人在這方面除了鼓勵，還可以一同參與，增加運動的動機，不要太嚴厲對小朋友，因為我了解有這個病的時候做運動真的會很吃力，而且又會被比下去，感覺真不好受，家人要多點注意喔！建議可以先訓練一下背部的肌肉，因為之後有矯正板在體內，身體容易前傾，訓練一下，可以保持良好姿勢。

而女生的話，可能會有月經碰上開刀的日子，這樣確實會很不方便，而我原本的月經是在開刀後的幾天來的，可是我怕到時會很麻煩，所以我就在開刀前兩個星期去看婦產科，之後婦產科的醫生有問我想讓經期提早來還是延期，一般延遲會比較容易，可是我還是選了提早來，吃了幾天的藥後，再等了兩天吧，就來了，開刀的那天就剛好完了，可是這個藥效還是因人而異，所以要準備開刀就要提前去婦產科了解一下這方面。

一般梳洗用具，紙內褲（比較方便，但不用太多，因為手術及手術後3天都不能洗澡），拖鞋，抽取式衛生紙（床上放一包備用，廁所&桌上各一包），小餅乾（拔掉點滴之後會肚子餓，我有一天晚上就快餓死了）。

換洗衣服2～3套即可（因為院內有投幣式洗衣機跟乾衣機）（建議帶有扣子或是拉鍊的外套當衣服穿，因為術後手比較不敢抬高，穿不到套頭的衣服，女生的話，可以多帶一條圍巾，因為術後幾天都不會穿內衣），怕冷也可以帶襪子（不要太緊的，可以可至小腿，因為術後幾天都是穿着手術衣而且腳什麼都沒穿會冷冷的）毛巾杯子等。電話，電腦，手機及充電器視個人須要。

因為我爸媽都不在台灣，所以早在之前就有先為媽媽跟學姐訂民宿，表哥借住朋友的宿舍，因為如果只有一個親人照顧自己，幾天下來，他們一定會累慘了，因為晚上都會比較痛，我幾乎每一個小時或兩個小時就會醒來一次，要求喝水或其他的。之後第四天就會比較好，一晚起來兩次而已。

住院的過程，我比較怕痛，所以一直打止痛針跟麻煩到護士姐姐><可是她們真的人超好的，長

的又漂亮(我是住 6 樓的病房喔)，真的，很感謝姐姐們幾天下來的照顧。

## 術後注意

肌肉酸痛這個狀況真的要說一下，躺着的那幾天，真的酸的要命，後來有叫我媽媽他們幫我按摩一下，覺得那樣真的有比較舒服，而且不那麼痛，比較容易進睡。其實按摩真的很不錯，可是按不好很容易會令患者更不舒服或是反應過大而拉扯到傷口。

而按摩就要靠照顧自己的人來幫忙一下，肩頸部分的力道由淺到深，按住 6 秒左右，如果患者是比較怕癢的，力道要注意，用重壓的力道去接觸比較好，避免反應過大。

手腳部分由手掌按摩到手臂，腳按到小腿，大腿比較敏感，盡量不要按。如果想要有促進血液循環的效果，除了從手腳末端往軀幹方向按之外，還可以在按之前先打開淋巴結，淋巴結都在關節處，所以可以先揉一下關節處再進行按摩。

背部按摩須患者可以坐着才可以做，可是患者自己可能會坐不住，所以要注意固定好患者，避免前傾。用拇指，在脊椎旁慢慢的往兩邊方向按過去，不用按到肩胛骨，因為會痛，之後由上而下的按，也不要太往腰部按，因為腰部比較敏感，或是按之前先告知患者，避免反應過大。注意：按摩都應以慢為主，力道以患者感覺為主。

如果只有自己，也是可以做一些簡單的放鬆動作去減緩酸痛。頭頸放鬆動作，側偏一邊時，都會拉到對側的肩頸肌，被拉的肌肉會因為拉扯時間過長（6 秒為佳）而放鬆，拉的時候可配合深呼吸去增加效用。所以頭可以慢慢的轉，把後部的肩頸肌都放鬆一下，背部就沒辦法了，因為身體不能彎，只能靠別人。而早上起來會比較僵硬，一開始那幾天會特別明顯，因此可先做一些暖身，待比較不痛再起來。

呼吸方式建議吸氣 2 秒，閉氣一秒，圓唇吐氣 3 秒。此有助撐開肺部，及呼吸肌，又不會太激烈，適合早上做。或剛剛術後還不可以用 tri-flow(三顆球的玩具)的時候做，而且呼吸有着奇妙的止痛作用，所以痛的時候可以試一下。

也會出現肩關節僵硬的問題，術後躺着不能起來的那幾天，肩關節會很酸，也會比較僵硬，所以每天都須要活動一下，如果自己可以活動當然是最好的，可是那幾天有點滴那些，插着點滴的那只手會比較痛或無力，不能自己抬，所以這個時候又要別人多多幫忙了。而別人幫忙動之後，應該關節會比較鬆，這時候盡量自己也動一下，過程以漸進式為佳，不要一開始就很快，到角度比較大的時候速度應該減慢，時間拉長。在鬆動關節的時候又怕會拉到病患的傷口，可是也有很多人因為怕痛，不敢動，到最後傷口癒合了，可是關節就變得卡卡的，沒以前那麼靈活或是活動角度減少了，所以在這兩者之間要小心衡量，病患要自己多活動，大概在術後第 7 天左右就完全癒合，可以活動的很好了，因此應注意，術後第 7 天手仍不可抬高至正常角度的，應慢慢的拉一下筋，嘗試盡量往上抬。

至於洗澡的方式，在拔掉點滴跟尿管之後就可以洗澡了，洗個熱水澡有效的減緩背部的肌肉酸痛，而一開始胸部的感覺會因為矯正而有不一樣的感覺，而我會覺得比較敏感及有點痛痛，所以洗澡時都會先洗背部先讓肌肉放鬆，適應一下再轉身去洗。而洗頭又是一大挑戰，因為我是長髮，那時怕拉到傷口，手又舉不高，要不就是太久沒舉起來，手抬不了多久就很酸，所以之後每次我洗澡或換要套過頭的衣服之前都會先拉一下筋（平躺，手抬高於頭，手肘要伸直喔，慢慢貼近耳朵，類似投降的姿勢，維持 15 秒，放下來，再重覆做，大概做個 5 ~ 10 次就會很好，而且多做這個，會讓傷口癒合起來比較平整，傷口附近的皮膚延展性也會比較好，疤痕會長得比較好看）

以上都是術後幾天內可以做的事，因為躺着的那幾天真的不太舒服，所以盡可能為大家分享一下可以過的比較舒服的方法。

如果是女生，要注意術後不能再穿以前的內衣囉，因為會升級，不過術後的前半年，比較建議還是穿運動型內衣，其他也是可以啦，但有鋼線的內衣就要注意，先不可以穿，因為會有點痛，而且術

後要多做增強心肺的運動或訓練，如果有鋼線的內衣會阻礙胸廓的發展，儘量不要。

# 如何發現我的孩子是遲緩兒（一）

芳芳媽媽

帶著小芳芳到醫院做療育時，最常遇到的是家長們提到：「您是如何發現您的小孩遲緩的？」。小芳芳目前的實際年齡是 3 歲 7 個月，但她的發展年齡足足慢了一年，這樣的結果還是花了很多心思及小芳芳自己的努力才達到。在小芳芳 3 歲以前，若不是對小孩發展年齡有比較深入了解的人是看不出小芳芳有遲緩的情況。但現在，語言的遲緩及認知能力的落後已可在短時間的相處下，看得出來小芳芳的發展是落後的。

小芳芳是足月出生的，而且出生時還是個巨嬰有 4000g 重，根本不會想到她會有發展遲緩的情況。由於家中有另外一個小天使-大芳芳，讓我很自然的發現小芳芳的翻身有比較慢，但主要的發現還是定期到衛生所打預防針時，護士小姐都會要求我們填發展檢核表，從小芳芳 6 個月以後，我就發現到好像每次填檢核表都有二項沒通過，當時的檢查醫生都有提到要注意一下或觀察一下，但是沒有醫生很主動明確的告知我要轉介，直到小芳芳 8 個多月時，王萱鎮醫師告訴我：「如果要照腦部超音波，要在小嬰兒頭蓋骨還沒完全合起來之前趕快去照…」，那時我才趕緊到醫院去找小兒神經科醫師。

找了小兒神經科醫師也照了腦部超音波，初步的結論是小芳芳是臨介的小 baby，家中有個姐姐，醫師認為應該沒什麼問題，建議「繼續觀察」。一直到小芳芳 9 個多月，有天我在家中接到衛生所的追蹤電話，和來電的衛生所小姐談了一下之後，她告訴我：「醫師沒幫妳轉介，妳自己去民生早療中心，自己帶小孩去一趟才比較安心。」她的話，我聽進去了，與其等待，倒不如實作，多讓一位醫師評估也沒有什麼不好，早一點發現問題，針對問題解決才是我想要的。也是真正的解決之道。

等我打電話到民生早療中心預約時，才知道看個門診要等那麼久，要等大約二個月，所以預約時，我特別拜託了護士小姐，如果後來有人取消預約，可否把我的時間往前挪，後來果真往前排了而且提早看診。

看診時，小芳芳已經 10 個多月，我還記得我帶小芳芳到診間報到時，護士小姐還不經意的提了一句話：「她還這麼小，妳覺得她有問題嗎？」，我當時心裡想，我也不希望有問題啊，但總是要先找答案，所以我就笑了一下說：「看醫生怎麼說…」，等我和小芳芳進了診間，醫師看了小芳芳後，〈其實醫師當時是如何判斷我也不太了解，也看不太懂，一開始只是拿玩具給小芳芳〉最後，醫師要我讓小芳芳自己扶著站著，這個畫面我的印象很深刻，醫師摸摸小芳芳的背及腰的地方說了一句話：「她的 trunk 太軟了，像是 5 個月而已。」當時，醫師就立即開了團體評估的單子，我也不太記得我當時的反應是什麼，只知道事情遇到了，就要解決。

# 媽媽像什麼？

蟋鴿楷

媽媽像什麼？

媽媽像管家婆，  
一天到晚管我們。

媽媽像什麼？

媽媽像不公正的法官，  
我和弟弟吵架，  
她就會罰我。

媽媽像什麼？

媽媽像不倒翁，  
身體圓圓的，  
跌倒了又爬起來。

媽媽像什麼？

媽媽像彈力女超人，  
不管我在哪裡，  
她都會用有彈力的手把我抓去寫評量。



媽媽像什麼？

媽媽像測謊器，

總是知道我有沒有說謊。

媽媽像什麼？

媽媽像善變的母老虎，

一下子高興，

一下子生氣。

媽媽像什麼？

媽媽像女王，

全家人都得聽他的。

總之，

媽媽擔任了好多人物，

但也因為這樣，

才讓我們的生活更一

**多采多姿!**

# 文字

Leo

人類在剛出現的時候，僅能靠肢體語言和自己的同伴交流、溝通，直到發明了——語言。

可是日漸進化的人類擁有更多的腦容量（至今人類的腦已有 1500 毫升的容量，相當於 3 杯六合夜市 500 毫升的三杯木瓜牛奶。）要記得的事也日漸增多。

在腦袋記憶體容量不敷使用的情形之下，聰明得人類只好再動動腦筋，想個好方法。最後腦力激盪出的產物便是——文字。

在華夏文化當中，普遍都認為文字是由倉頡所發明的。相傳黃帝治理繁複國事，但卻也跌入了記不得事情這自古以來人類的死胡同，甚至還得打繩結表示一件事情，但卻常忘了那個結是哪件事。有天，皇帝叫擔任宰相的倉頡來解決記不住東西的困擾。倉頡在苦思多日之後，終於發明以事物樣貌為雛形的象形文字，也讓發明歷史推進了一個新的里程碑。

光陰如箭，歲月如梭。文字的進化也未曾停下腳步。在倉頡發明了似畫非畫的象形文字以後，中文字又歷經了篆書、隸書（又稱漢書。）草書、楷書等不同樣貌的字體。以好壞來說，各種字體各有千秋，但我們可以確定的是，以現代華人世界當中，書寫時普遍是採用楷書（不論是繁體中文或是簡體中文。）

楷書，至今發展超過一千年。在隋唐兩代十分盛行，書法名家有王安石、王羲之等人。而現今的華人社會中，最常使用的兩種字體（繁體中文和簡體中文。）也就是從楷書分支出來的（但部分學者認為，簡體中文是由繁體中文衍生出來的。）

眾所皆知，中國大陸在民國三十八年成立人民解放軍政府（台灣俗稱共產政府。）在當時，中國文盲人口佔了中國全國將近五、六成左右，中國當局為了改善文盲問題（同時也減少城鄉差距過大等問題。）而發明了簡化式的中文後稱簡體中文。原來所使用的繁體中文則隨著遷台的國民政府來到台灣，保留了中華文化特有的繁複字體。

至今，台灣仍舊使用繁體文字。而報章雜誌等也在台灣解放報禁之後蓬勃發展。在學校，學生也以此學習，拿來作文及閱讀。

但是這個留傳將近千年的工具和藝術，卻也被身在慘綠青春的學生們所漸漸討厭，因為日漸沉重的課業壓力，和教育機構的胡搞瞎搞，不但無法讓這門「實用的藝術」被學生們了解，反而可能讓學生更無法認同、接受子己的文化。

在現代不斷傳出哈日、哈韓的潮流中，希望教育專家們可以自我檢討一下，別再自欺欺人，使得台灣在國際中的生存能力受到打壓，這不但嚴重影響了未來，同時，也影響了過去的文化該如何延續下去的問題。

希望各位能夠三思，畢竟您當專家可能是三、五十年的時間，但在您於事無補的改造方針之下，敗掉的可能是五千年來所一步一步，以聚沙成塔、集腋成裘的方式所累積出來的中華文化。別忘記，羅馬不是一天造成的，但龐貝城卻在不到一天的時間就全毀了。真的希望各位能夠三思。

# 健保速訊

## ※健保局呼籲，大家珍惜急診資源，輕病不要到醫院急診部看診

急診依健保支付之定義，須立即給予患者緊急適當之處理，以拯救其生命、縮短其病程、保留其肢體或維持其功能。

行政院衛生署為加速醫院急診部門檢傷分類作業，參採各國的經驗，於 99 年公告施行急診五級檢傷分類基準，期快速檢定病人病況危急與嚴重度，讓真正急重症患者，能及時獲得緊急醫療服務，挽回寶貴的生命，其中

- **第 1 到第 3 級～屬危急或緊急重病**

主要包括休克、心跳停止、吐血、持續胸痛、抽搐、血壓偏高或是呼吸短促等生命徵象危急狀況者，醫師須立即或至少半個小時內提供緊急照護。

- **第 4 級～為次緊急病況**

生命徵象正常，僅體溫大於 38。C 或臟器或五官與肢體疼痛，醫師可於 1 小時內提供照護。

- **第 5 級～為非緊急**

僅源自皮膚、軟組織、骨骼或眼、耳、鼻之表皮疼痛，醫師可於 2 小時內照顧病人。

許多民眾不瞭解醫院急診醫療的內容，常以為一般感冒或是意外的輕度外傷，到急診就可以馬上獲得醫療服務，因而時常造成急診部門壅塞，除加重急診醫護人員的負荷外，且影響到急重症病患的醫療照護品質。

實際上，被檢傷為第 4 或第 5 級病況較不嚴重的病人，就算急忙趕到醫院掛急診，極可能因急診病人甚多而需等待許久，才有醫師前來看診，若同時間有前往提供門診之院所，應可得到更快速與合理之治療。

急診的健保部分負擔區域醫院為 300 元，醫學中心為 450 元，較診所部分負擔 50 元及醫院一般門診部分負擔介於 80~360 元為高，健保局建議，各位民眾如有急診檢傷分類第 4 級或第 5 級的病況時，請先行至診所或醫院看門診，除可減少自付部分負擔費用外，也可做功德，讓急重症的患者能獲得周全的急診照護。

## ※自費就醫超過 7 日於 6 個月內可向健保局申請退費

健保局提醒您，如因院所電腦系統故障或其他不可歸責於您之事由，以致未能於就醫日起 7 日內(不含例假日)回到原就醫院所補證退費者，可在急診、門診或出院之日起 6 個月內備齊核退申請書、收據正本等相關單據，向就醫院所所在地之下列健保局轄區業務組申請退費。

不可歸責之事由如：天災、異地就醫、新生兒、新聘外勞、卡片毀損遺失已申請換發但就醫日起 7 日內未收到新卡、院所電腦系統故障等。

各業務組	地 址	就 醫 轄 區 範 圍	聯絡電話
臺北業務組	台北市公園路 15 之 1 號	台北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣	(02)25232388
北區業務組	桃園縣中壢市中山東路 3 段	桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗	(03)4339111

	525 號	縣	
中區業務組	臺中市市政北一路 66 號	台中市、彰化縣、南投縣	(04)22583988
南區業務組	臺南市公園路 96 號	雲林縣、嘉義市、嘉義縣、台南市	(06)2245678
高屏業務組	高雄市三民區九如二路 157 號	高雄市、屏東縣、澎湖縣	(07)3233123
東區業務組	花蓮市軒轅路 36 號	花蓮縣、台東縣	(03)8332111

健保局再次提醒您，就醫時請隨身攜帶健保卡，因自費就醫超過 7 日退費是有條件上的限制，為維護您自身權益，自費就醫日起 7 日內應請儘速回原就醫院所辦理退費。

## ※協尋無保的健保孤兒 家長的問題不應由小孩承擔

雖然全民健保納保率已高達 99%，但健保局在輔導過程中發現，未在保的 1%人口中，18 歲以下的兒少占有很高的比率。雖然去年開始實施的「弱勢民眾安心就醫方案」，18 歲以下兒少已全面不控卡，不會有欠費不能持卡就醫的問題，但上述自始不在保或長期斷保的兒少，卻因未加保無法製發健保卡，而成爲健保保護傘外，最無助的族群，亟需大家給予關注和幫助。

這些未成年、無經濟能力的兒少大都來自結構特殊或複雜的家庭，有的係父母行蹤不明、入監服刑；也有的是遭父母棄養、隔代教養或照顧扶養者非其法定代理人，一旦爲小孩加保，則要爲其負擔健保費，往往因此卻步，而任憑其沒有健保，成爲輔導上的難題。

健保局中區業務組最近處理一位就讀國小 4 年級的小妹妹案例，她一直沒有健保，是外籍生母所生，目前生母已不知去向，雖生父接續扶養，但因經濟狀況不佳，始終躲在健保的保護傘之外。該組發現後，除協助她獨立加保並製發健保 IC 卡外，也以愛心捐款協助繳納追溯加保的 3 萬多元的健保費，這位小妹妹寄給該組的感謝函說道：「以前生病爸爸總是買成藥給我吃，很幸運沒吃出大問題，現在我有健保卡了，這是我收到最好的新年禮物！長這麼大以來第一次領到健保卡，終於跟大家一樣正常到醫院看病，也能定期檢查眼睛跟牙齒，...你們的愛心讓我能健康成長，這溫情我永遠記得，長大後我有能力會將這愛心傳遞下去，溫暖需要幫助的人。」讓人看了無比的感動。

健保局中區業務組方組長志琳引用陳樹菊女士的話說：「沒錢看病的人最窮」，也最需要大家的幫忙。這位小妹妹因爲有學校老師的關心和通報，能夠得到幫助，可以說是幸運的個案，但我們社會還有許多處境堪憐和堪慮的孩童，需要我們協助找到。方組長進一步表示，其實民間善心人士非常多，就以最近衛生署楊前署長的「好膽愛心包」爲例，響應捐款的人非常踴躍。最近該組就收到已超過 30 萬的捐款，有人一口氣捐 6 萬，也有的人表示要每個月自動扣款捐獻，就希望弱勢家庭可以得到及時的溫情協助。

如果您發現身邊也有類似的弱勢兒少沒有健保，請熱心通報給健保局，因爲您的關心，可能會改變一個小孩的境遇，也歡迎踴躍捐款，讓大家的力量來彌補他們的坎坷和無助，幫助他們可以健康茁壯，成爲社會的新希望！

## ※網路申辦公司設立，健保投保同步完成，省事便利！

中央健康保險局表示，為提升我國經商環境競爭力，由經建會推動，經濟部、財政部、勞委會、勞保局、健保局等共同規劃的「公司設立一站式線上申請作業網站」(網址為 <http://onestop.nat.gov.tw>) 於 100 年 5 月 30 日起正式上線。即日起，新公司可於該網站同時申辦公司設立、勞健保加保、營業登記及工作規則核備等業務，不須再分別到各機關臨櫃申請辦理手續，有利加速企業開辦，並提升商工行政服務效率。

目前新公司須先向經濟部申請設立後，再檢附核准設立等相關證明文件影本並填寫投保單位成立申報表及保險對象投保申報表，以書面方式向健保局申辦投保手續，所須工作天數為 5 日。如透過「公司設立一站式線上申請作業網站」辦理，由經濟部直接傳輸核准資料至健保局，無須檢附相關證明文件影本，且工作天數可縮短為 1 日。

健保局呼籲，透過「公司設立一站式線上申請作業網站」申請成立健保投保單位，除縮短受理工作日數外，亦可節省填寫申請書表的時間及郵寄申請書表的成本，且案件處理情形可直接於該網站查詢，非常便利，請多加利用，如有該網站的相關疑義，可洽經濟部商工服務客服專線 412-1166 或健保局諮詢服務電話 0800-030-598。

## ※以健保業務為名進行電話詐騙之常見態樣

近日有民眾反應歹徒以健保業務為名，進行電話詐騙。健保局整理歹徒所用之理由如下：

- 一、謊稱健保局人員以電話通知民眾其健保卡異常可能將無法使用，並請民眾回電某號碼，以遂行其套取個資並進而詐騙目的。
- 二、詐騙集團成員以電話語音致電民眾，謊稱民眾濫用健保資源，將予鎖卡，企圖套取個資或詐騙財物。
- 三、假稱健保局人員電洽民眾，誑稱渠違規使用健保卡或積欠醫療院所費用，企圖套取個資。
- 四、以健保局人員名義，致電民眾要求核對個資。
- 五、冒用健保局同仁姓名及聯絡電話，致電民眾告以渠個資外洩，遭他人冒辦健保卡而涉有刑責，須與疑似冒充警察人員者聯繫。
- 六、操大陸口音人士來電查詢民眾投保資料，無來電顯示且通話品質不良，或來電顯示號碼為網路電話代表號。

提醒民眾，健保局不會利用電話來詢問任何有關投保及就醫資料，民眾若接到類似電話，請勿上當，可撥健保局 0800-030598 免付費專線查證，或撥打 165 防詐騙電話報案。

# 編者的話

洪千婷 主任

約在二三十年前，部分廠商就開始以價格低廉、保存時限較長的工業用塑化劑取代以棕櫚油製作的可食用起雲劑加入食品中，再加上法律對於食品添加物的管制寬鬆，食品廠商往往礙於行銷廣告及通路成本不斷提高的壓力，只好壓縮產品成本改用便宜但穩定性高的塑化劑。自「塑化劑」事件爆發後，國人無不對飲食的安全與家人的健康憂心忡忡，對於我國的國際形象更是極大的負面影響。眼下最重要的是我們必須守護自己與家人，衛生署在六月中提出了「五多五少減塑撇步」來教導民眾如何少塑多健康，以下列出重點再次提醒各位讀者—少塑膠、少香味、少吃不必要的保健食品或藥品、少吃加工食品、少吃動物脂肪油脂類與內臟；多洗手、多喝白開水、多吃天然新鮮蔬果、多運動以及喝母乳。

國民健康的議題不再侷限於疾病的預防與治療，有更多必須深入關注的環境因子例如菸害、檳榔、藥毒癮等，以及災難事件例如海嘯、地震等所引致的健康問題，都是我們必須同心協力去改變的！在本期醫刊中邀請到專科醫師介紹「如何規劃個人化健康篩檢」，並為洗腎病友說明正確飲食，也為聞”核”色變的的讀者介紹碘片的使用，更有病友現身說法分享血糖控制的過程與心得，以及接受漏斗胸術後的生活照護點滴，希望能協助各位讀者釐清關於醫藥問題的諸多疑惑！