

※院務動態

台北市 101 年計程車駕駛人免費健康檢查
 身心科失眠門診
 旅遊醫學特別門診
 101 年第二季糖尿病宣導活動預告
 101 年度營養科健康飲食新文化講座
 101 年度營養科 1824 減重講座
 本院週邊停車場示意圖

※醫療新知

患者如何明確地描述病情	譚健民 醫師
管理妳的經前症候群	林耿立 醫師
心臟血管健康新知	陳啓源 醫師
腹瀉	謝從閏 醫師

※衛教園地

瘦肉精、氣喘藥知多少?	許孟真 藥師
慢性阻塞性肺部疾病合併自發行氣胸之護理經驗	徐則芸 護理人員
如何遠離家庭暴力	鄭家仔 社工員

※溫馨掌聲

感謝函	徐良昶 先生
我在宏恩，有點忙	林佩儀 實習學生

※杏林花絮

我與小芳芳在宏恩的日子	芳芳媽媽
短文集錦	Kao
為什麼才藝要學得那麼辛苦	鄭苑穎

※健保速訊

※編者的話	洪千婷 主任
-------	--------

只是失眠嗎？



睡眠占了你一生的三分之一，你的生活品質是依睡眠品質而定，約 15% 的人口有失眠的困擾，但是你知道嗎，失眠不只是失眠，可能有精神科、神經科或內科問題。

失眠的症狀

白天

精疲力竭、疲勞

難以集中注意力、

記憶力不佳、容易發怒

晚上

難以入睡、經常醒來、

早上過早醒來

睡眠難以令人精神飽滿甦活

失眠會造成下列後遺症

增加憂鬱症發生機率

以及酒精藥物的使用

增加心血管疾病如高血壓問題

增加倦勤怠工的情況影響工作表現

降低職場安全性



身心內科 失眠門診 關心您！

旅遊醫學特別門診~「高山症防治」特別門診

民眾以後可以不必再為「懼病」而不敢出國遠遊了！

近年來，國人出國旅遊已蔚為風氣，但卻有為數不少的人，因為本身罹患某些慢性疾病如高血壓、糖尿病、冠心病(狹心症)，或在高原區旅遊而擔心罹患「高山症」，而不敢冒然地搭乘飛機出國旅遊。因此，為了因應社會大眾的需要，本院家庭醫學科譚健民醫師特別開闢的「旅遊醫學特別門診」，希望針對某些罹患慢性疾病的旅遊者，在出國成行前，能夠預先做好「健康規劃」，使其一旦在旅遊期間，發生急性病症時，能夠自我察覺及做好第一時間的急救處理，使得每位旅遊者能夠擁有一個「健康快樂逍遙遊」。

【診療對象】

長期罹患慢性疾病者如高血壓、糖尿病，冠狀動脈硬化性心臟病(狹心症)、心律不整、陳舊性腦中風、貧血、癲癇、慢性心臟衰竭、痛風、慢性支氣管炎及肺氣腫合併氣喘、慢性關節炎、腎臟病、慢性消化性潰瘍、慢性鼻竇炎及過敏性鼻炎、青光眼、攝護腺肥大、尿失禁、腎結石、慢性腎衰竭或尿毒症、骨質疏鬆症、慢性肝炎、肝硬化、慢性胰臟炎、膽結石、痔瘡、子宮內膜異位、激躁性腸道症候群、便秘、下肢靜脈曲張、各種癌症病患。或者其他急性病病，如急性上呼吸道感染(即感冒傷風)、急性胃腸炎、急性病毒性炎、動暈症(暈車、暈機、暈船)、「急性高山症」、急性潛水夫病、熱衰竭或中暑、急性尿路感染、皮膚過敏症、皮膚曬傷、急性關節扭傷、各種急性感染症(包括性感染病)，經痛及相關月經問題、疫苗預防注射以及「時差」之認知及預防。

【診療內容】

- 1、病史詢問。
- 2、理學檢查。
- 3、疾病診斷。
- 4、治療規劃。
- 5、風險評估。
- 6、急症預防。
- 7、急症處理。
- 8、醫援安排。
- 9、安心保證。
- 10、歸國回診。

【看診時機】至少在出國成行前兩個星期以內。

【看診時間】譚健民醫師門診時間

【預約掛號】(02) 2771-3161#9。

101 年度第二季糖尿病宣導活動預告

一、糖尿病團體衛教講座：

本院糖尿病衛教室定期於每個月的第二、四週舉辦糖尿病團體衛教活動，此課程有專業的糖尿病衛教師及營養師，免費為病友及民眾介紹糖尿病的相關知識，歡迎有興趣的民眾前來參加。

☆ 此類課程皆為免費且不需報名，歡迎院內外民眾前來參加

日期	課程大綱	地點	時間	主講人
101-04-10	糖尿病人日常生活保健 外食原則-中式	地下7樓餐廳	14:00~15:00 15:00~16:00	糖尿病衛教師 營養師
101-04-24	糖尿病人自我監測 外食原則-西式	地下7樓餐廳	14:00~15:00 15:00~16:00	糖尿病衛教師 營養師
101-05-08	認識糖尿病 六大類食物	地下7樓餐廳	14:00~15:00 15:00~16:00	糖尿病衛教師 營養師
101-05-22	糖尿病急慢性併發症 糖尿病飲食原則	地下7樓餐廳	14:00~15:00 15:00~16:00	糖尿病衛教師 營養師
101-06-05	糖尿病人之藥物治療 食物份量代換	地下7樓餐廳	14:00~15:00 15:00~16:00	糖尿病衛教師 營養師
101-06-19	節慶飲食-端午	地下7樓餐廳	14:00~15:00 15:00~16:00	糖尿病衛教師 營養師

二、糖尿病友特別活動：

本院糖尿病衛教室及營養科不定期會舉辦節慶飲食聚餐活動，活動內容除營養師、護理衛教師專業衛教外，另準備節慶食物動手做、健康餐點開心用(午餐)、餐前餐後血糖檢測等一連串活動，讓糖尿病病人過節也能吃的開心吃的健康。歡迎有興趣之民眾或病友及其家屬們前來報名參加。

☆此類活動皆名額有限，須提前 2 週向糖尿病衛教室報名。

☆非本院糖尿病病友團體者，需酌收成本費用 200 元整。

節慶飲食聚餐活動	活動日期	活動時間	節慶飲食動手做	主講人
端午特別活動	100 年 6 月 19 日	11:00 ~ 15:00	健康粽 DIY	糖尿病衛教師 營養師

詳情請洽：(02) 27713161 # 179、177 糖尿病衛教師

101 年度

營養科健康飲食新文化講座

日期	星期	活動主題	時間	地點	主講者
4/10	二	天天五蔬果	10:00 13:00	一樓大廳 九樓會議室	王琇稜營養師
6/12	二	健康粽重健康	10:00 13:00	一樓大廳 九樓會議室	林晏如營養師
9/11	二	月餅與柚子的甜蜜戀曲	10:00 13:00	一樓大廳 九樓會議室	林晏如營養師
12/11	二	補冬如何健康吃	10:00 13:00	一樓大廳 九樓會議室	林晏如營養師

101 年度 營養科 1824 減重講座

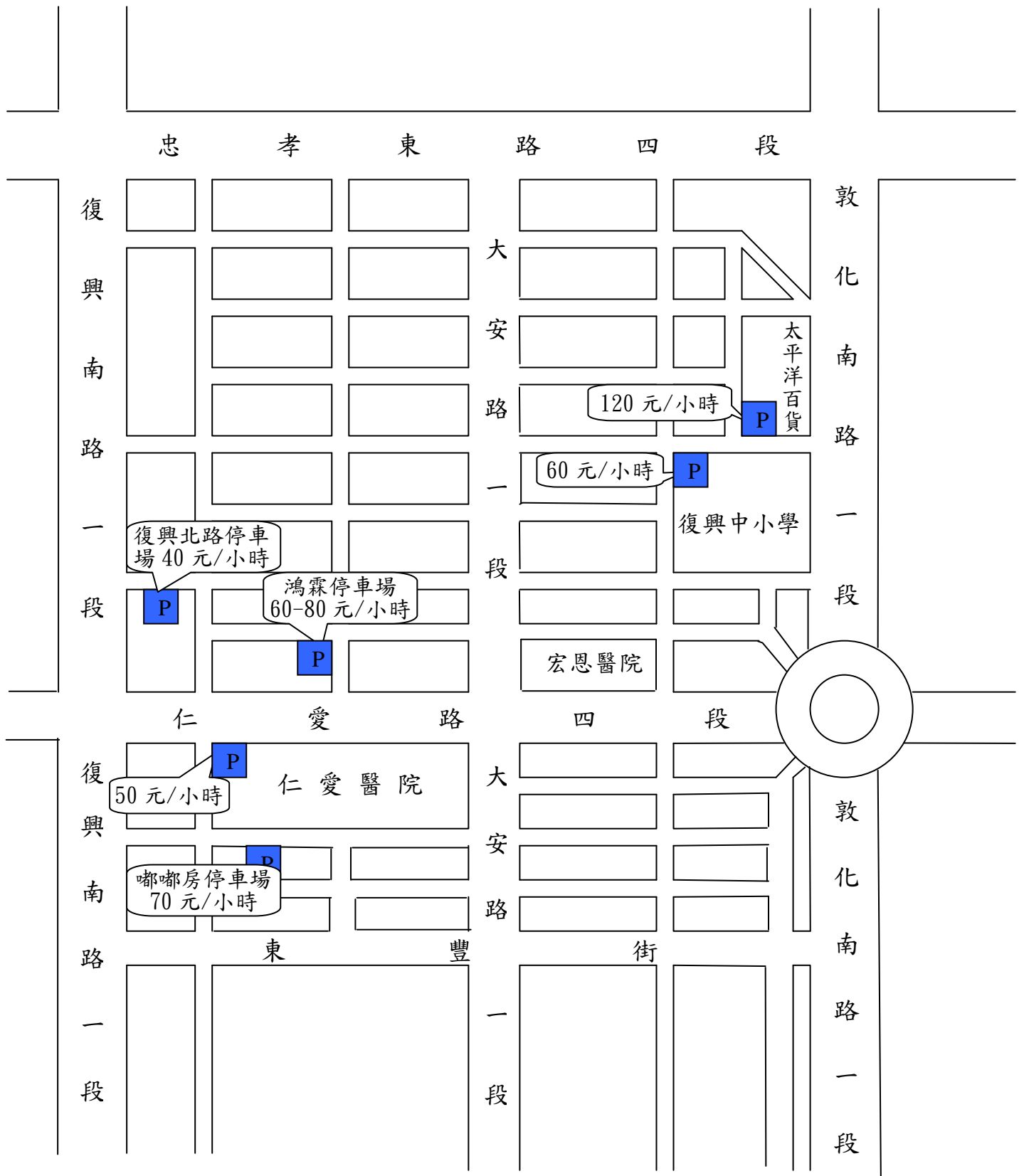
因應政府提倡「健康體位 1824」，本科將教導學員如何自我體位評估，檢測是否已經達到需要減重的門檻，了解各式各樣的減重方法，哪一種才是最健康有效的減重方法。認識食物的種類及分類，並讓飲食內容富於變化，且可多方面攝取各種營養素，以符合均衡飲食的原則。幫食物添加燈號，能夠在飲食時「停、看、聽」，更謹慎地選擇食物，並教導中、西式飲食外食選擇技巧，學習如何選購市售商品，教導運動對減重的幫助，除了強化心肺功能、將肌肉恢復結實與彈性，更可達到塑身的功效。教導減重如何持續維持，渡過停滯期。所有課程均為免費且不需報名，歡迎院內外民眾參加。

活動時程：

日期	星期	活動主題	時間	地點
4/18	三	<ul style="list-style-type: none">● 我一天應該吃多少？● 健康窈窕動一動	12:30	一樓大廳
5/16	三	<ul style="list-style-type: none">● 肥胖的隱形殺手● 健康窈窕動一動	12:30	一樓大廳
6/20	三	<ul style="list-style-type: none">● 五花八門減重法● 健康窈窕動一動	12:30	一樓大廳
7/18	三	<ul style="list-style-type: none">● 享受外食● 健康窈窕動一動	12:30	一樓大廳
8/15	三	<ul style="list-style-type: none">● 認識食品標示● 健康窈窕動一動	12:30	一樓大廳
9/19	三	<ul style="list-style-type: none">● 持續窈窕非夢事● 健康窈窕動一動	12:30	一樓大廳

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

宏恩醫院鄰近收費停車場示意圖



患者如何明確地描述病情

家醫科 譚健民醫師

任何人一旦發生病痛就醫時，都希望醫生能夠盡快地將其病況做一明確的診斷，以便能即時接受特定的醫治；但某些病患往往在身體不舒服時，都無法有系統，以及正確地將其「主訴」來跟醫生描述；雖然大多數的民眾都認為醫生給予病患診治的時間不夠，但一旦本身在就診時卻未能充分地把握短短的時間，將病況描述清楚，甚至某些人反而在病急時「避重就輕」，盡說些與病情無關的症狀，因而混淆醫師診斷的思路，因此，在臨床上便不乏常見誤診的個案。

在此，姑且不論醫師個人的專業素養，網友本身應學習懂得如何向醫生描述病情的技巧；唯有如此，才能減少醫生對於疾病認知的誤差，同時也可減少發生「醫療糾紛」的憾事。

「完整的主訴」可以快速引導醫生正確的診斷所謂「主訴」是指病患主觀地向醫生描述身體上感覺到痛苦或不舒服的症狀及表徵。當病患主訴腹痛症狀時，應該要很清楚病明確地告知醫生腹痛發生的時間、腹痛的位置（位於肚臍上面或下面，左腹部或右腹部）、腹痛的程度及性質（悶痛、絞痛、隱隱疼痛、持續疼痛，甚至出現壓痛）、腹痛是否伴隨其他症狀（嘔吐、腹瀉、體溫上升、畏寒、冒冷汗、血壓不穩定、血尿、月經延後等等）。因此，一般來說，主訴應該包括症狀發生的時間、主訴的解剖位置，以及主訴的嚴重程度；而事實上，「完整的主訴」就已經能夠顯出正確的診斷。

由頭部往下循序做主訴

或許網友的主訴並非只有一種，而可能涉及到其他系統的病變；因此，就會出現兩種或兩種以上的主訴，雖然網友對於身體的系統分類不會很詳盡。因此，網友在向醫師講述病情時，不妨由頭部往下到腳逐一做有次序性的敘述，例如頭痛、視力模糊、鼻塞、耳鳴、咽喉痛、頸部酸痛、手麻、胸口悶痛、心悸、上腹痛、腹部觸摸有硬塊、腹瀉或便秘、小便疼痛、解黑變或血變、下肢靜脈曲張、香港腳等等，如此由上至下的描述可以避免遺落某些較為次要的主訴，也使得醫生會更輕易地從網友系統性的主訴中歸納出其所罹患的是何種系統的疾病。

詳細說明所曾罹患的疾病

事實上，絕大部分的病症都被歸納為慢性疾病的急性發作，因此，某些主訴只不過是疾病的先兆而已；因此，網友一定要記得向醫生表明從出生開始所罹患過的疾病及其治療內容，例如血壓高、血糖偏高、心雜音、血脂肪過高、消化性潰瘍、肝功能異常、不明原因的便秘或血便，或者因生產而接受剖腹手術等等，這些既往病史都應該一五一十的跟醫師交代清楚，因為詳細的既往病史可以提供醫生診斷的蛛絲馬跡。

在臨床上，很多疾病的發生或主訴多多少少都會跟個人的工作職業、居家環境、生活習慣、婚姻狀況（生育與性生活），甚至不良飲食習慣及嗜好（抽菸、酗酒），互為疾病發生的因果關係，因此對於上述有關的個人資料及背景，應該主動全盤告知醫生以做為疾病診斷的參考依據。

家庭成員的健康狀況也應告知

在臨床上絕大多數的疾病，都具有遺傳的傾向，像血友病、高血壓、糖尿病、精神疾病、冠狀動脈硬化性心臟病、消化性潰瘍、痛風，甚至某些常見的癌症，例如胃癌、乳癌、腸癌、肝癌、肺癌、子宮頸癌……等等，其子代癌症的罹患率，較常人高出二~十倍；因此，病患再就診時應該將父母兄弟姊妹，甚至子女的健康疾病狀況一一告知醫生，以便篩檢出是否有某些可疑的遺傳性疾病。

網路問診並非大專聯考出題

網路問診並非出題目來考醫生，某些網友所諮詢的問題，過於籠統或者簡單，例如：「何謂肝炎？」或者「何謂心臟擴大？」……等等，使得醫生不知從何談起，不僅浪費醫生的時間，而網友也無法得到其想知道的答案，這又何苦呢？

網站問診並非門診看病

如今由於網路通訊的發達，使得網友更能經由網路來尋找醫生的專業服務，但卻有為數不少的網友將網路問診當作是看門診，而希望在網路問診中得到醫生的診治；畢竟網路問診不比上醫院就診來得實際，最主要是由於網路問診無法做到醫病雙向互動的討論，因此對於網友而言，或許並沒有得到其心中的需求，長久以往也就無法引起網友的持續興趣，這也是未來網站發展中或許必需要克服的瓶頸，而也是網路經營者需要好好深思的問題。

「醫病本是一家人」

事實上，疾病並非單獨是病患本身的問題或痛苦，有道是：「一人病痛，多人受罪」，是一種很現實的寫照，因此醫病之間在診治上一定要有很好的默契，如此才能使得疾病快速的痊癒；此外，醫生本身的天職就是解除病患的痛苦，希望能在「醫病本是一家人」的大前題之下，來共同營造一個健康和諧的醫療生態環境；在其中也唯有「好病人」才能夠襯托出「好醫生」的表現。

管理妳的經前症候群

身心科 林耿立醫師

妳一定或多或少經歷過以下這些狀況…「明天有重要的會議要跟大老闆報告，可是姨媽快來了根本睡不好，小腹漲的要命，整個人跟大象一樣腫，腦袋也靜不下來好好準備，剛剛又不小心對隔壁同事和男友大發雷霆，好像連我都跟自己作對…到底是怎麼了？」

女性在更年期前，每個月會有無可避免的生理期，因此在生理跟心理上都會有些許的改變。日前新聞報導生理痛會導致身體的敏感度增加，且造成情緒上面的不穩定，但不論是生理期的前後，對女生或多或少都有因人而異的不同影響。

一個對自我身體敏感度較高的女性來說，察覺自己的身體有變化是很容易的，常見的徵狀像水腫、偏頭痛、胸部或腹部脹痛、情緒起伏很大、不斷地想要吃東西、失眠以及煩躁感之類，**當這些症狀開始對你的生活與情緒造成困擾時，女性朋友便要留意，您可能已經出現「經前症候群」的徵兆，建議應該提早尋求身心科醫師的協助。**

什麼是經前症候群?

「經前症候群」是一種常見的婦女身心症，常出現於年輕女性或 35 歲之後的女性，大約在月經前 7 天，出現生理、心理及行為症狀包括：焦慮、憂鬱、易怒、失眠、疲憊、健忘、暈眩、胸悶、心悸、腰痛、體重增加、四肢水腫、胃口改變、胸部及下腹腫脹、頭痛等症狀，月經來後幾天症狀便會消失。以上特徵可視為月經來臨前的提醒，但有些症狀甚至仍會延續至經期之後。

有月經的女性中約有四成至八成曾經出現上述症狀，但只有約百分之五的女性，會因此而嚴重影響到工作、學業、一般社交活動及人際關係等，對於女性朋友造成很大的困擾。

如何自我檢測

(一)在過去一年中，大部分月經週期裏，在月經來潮前一星期內，出現下列症狀，並在月經出血後幾天內消失：明顯的憂鬱心情、明顯焦慮及煩躁、常突然感覺悲傷而哭泣、易怒或人際衝突增加、平日活動(如工作、學校、朋友、嗜好)的興趣減少、覺得注意力不集中、易疲累、胃口顯著改變、嗜睡或失眠、覺得即將失控的感覺、乳房壓痛或腫大、頭痛、腹脹感覺、體重增加。

(二)出現上述症狀且嚴重到無法上班或上學，就可能是「經前不悅症」。此時若可以每天評量自己的症狀並加以紀錄，至少連續紀錄兩次月經週期，更有助於證實自己是否有「經前不悅症」。

為何會出現經前症候群

大約五到八成女性曾經歷輕至中度的經前症候群，3~10%會影響到日常生活功能，需要治療介入。

好發危險因子包括：

- (1) 飲食不均衡，有抽煙、喝酒者;
- (2) 生活繁忙壓力大，長期缺乏運動者;
- (3) 月經不規則，曾懷孕、流產者;
- (4) 曾罹患憂鬱症、焦慮症，或婚姻關係不和諧者;
- (5) 母親或姐妹有類似經前症狀者。

妳的選擇...

(一)自我治療

- 1.觀察並記錄自己的症狀至少兩個週期，找出主要症狀及症狀出現的時間(月經來前幾天開始，到月經來後幾天結束。)
- 2.排定重要會議、面談或社交活動時，儘量避開身心最難過的日子。
- 3.少量多餐、食物輕淡、減少鹽分、咖啡、酒精的攝取，減少抽菸。
- 4.盡量保持作息正常，避免熬夜，平日培養固定運動的習慣。

(二)藥物治療

- 1.若疼痛狀況難以忍受，可以藉由止痛劑減輕症狀，水腫狀況則可由醫師處方利尿劑改善。
- 2.抗焦慮劑：若有焦慮不安、煩躁易怒等症狀，可以藉由身心科醫師處方使用短期及低量的抗焦慮藥物來幫助妳減輕月經來潮前的困擾。
- 3.低量抗憂鬱劑：有研究發現嚴重的經前症候群可能跟某些神經傳導物質失調有關，因此使用低劑量的抗憂鬱劑對於改善經前症狀有相當好的治療效果。目前抗憂鬱劑治療以 SSRI（選擇性血清素再吸收抑制劑）為首選，根據臨床研究，這類藥物安全又無成癮危險，可以每日低量服用，再逐漸改成有經前症狀出現時再服藥即可。

長時間工作是否對心臟有害？

長時間的工作，究竟會不會增加冠狀動脈心臟病的風險呢？

一篇英國的研究，就倫敦公務人員每天的工作時數進行調查，並配合 Framingham 心臟病風險評分（Framingham risk score），研究分析工作時數的與 10 年內發生冠狀動脈心臟病風險的影響。

首先，已經有冠心病的人先排除在外，另外，有兼職工作，或工作時間缺乏明確數據的也排除。總共納入研究分析的人共 7095 人，其中每天工作 7 至 8 小時的人佔 54%，每天工作超過 11 個小時佔 10%。

在平均追蹤 12.3 年之間，總共發生了冠狀動脈心臟病 192 事件。使用 Framingham 心臟病風險評分調整分析，與每天工作 9 小時的人來相比，每天工作 7 至 8 小時的人，冠心病的危險比(hazard ratio)為 0.90。每天工作 10 小時的人冠心病的危險比為 1.45。每天工作超過 11 個小時的人冠心病的危險比則顯著增加為 1.67。

這篇研究，以每天工作時間長短，與冠狀動脈心臟病風險來作關連分析。結果確實是工作時間愈長，冠狀動脈心臟病風險愈高，特別是每天工作 11 小時以上的人。當然，只單就工作時間長短，與冠狀動脈心臟病的因果關係仍然有待進一步探討。然而，至少提醒我們，長期過勞、超時的工作，確實對心臟病風險有害。

補充維生素 D 和鈣是否能預防心血管事件

服用鈣質補充錠，加上維生素 D，可以改善骨質疏鬆，已經確實被肯定。

但是也有聽說鈣質補充錠，加上維生素 D，也能預防心血管疾病？這些營養品的補充真的對於心血管疾病（CVD）的預防有幫助嗎？為了找到答案，最近一篇研究發表，統整分析了 1966 年到 2009 年總共 17 個相關的研究（9 個前瞻性觀察研究和 8 個臨床隨機試驗），給我們一些訊息。

9 篇前瞻性觀察研究，其中有 5 篇的研究對象是血液透析(洗腎)患者。血液透析(洗腎)患者本身是心血管疾病的高風險族群，在這 5 個研究中，有補充維生素 D 的心血管疾病死亡率，確實比沒有使用維生素 D 的心血管疾病死亡率降低。顯示洗腎患者補充維生素 D，可以降低心血管疾病風險。另外 4 篇觀測研究，對象則是健康的人補充鈣質，發現補充鈣質並沒有對心血管疾病預防有顯著好處。至於 8 篇臨床隨機試驗，設計本身並非直接用來研究維生素 D 和鈣對心血管疾病的影響，只是藉由其資料提供的後續統計分析結果，發現高劑量的維生素 D 補充(每天約 1000 IU)，有稍微減少一點點心血管疾病風險，但是很不顯著。(相對風險 0.90)。

期待有更大型的臨床試驗，直接研究補充維生素 D 和鈣，對一般人的心血管疾病預防，是否真有好處？依現有的研究資料，間接證據說明，對於預防心血管疾病而言，一般人補充維生素 D，有一點點不顯著的好處。至於補充鈣劑則對心血管疾病沒有任何好處。

魚油預防心臟病效果不大

理論上魚油中的 Omega-3 脂肪酸可有效降低血管硬化，由於人體不能自行製造 Omega-3，近年愈來愈多人服用魚油丸，希望多吃魚油可以預防心臟病、中風、甚至防癌…等。近幾年來許多標榜含 Omega-3 的保健食品紛紛推出市場。但「魚油預防心臟病」的說法，可能不如預期。

英國科學家將過去至少八十九個有關 Omega-3 的研究綜合分析。研究也包含治療組和控制組，甚至也研究 Omega-3 服用過量的影響。結果顯示沒有確實證據證明魚油有預防心臟病、中風、甚至防癌…等的效果。甚至 2003 年有一個 3000 人的研究，發現服用魚油丸的人死於心臟病的機率，反而比沒有服魚油丸的高。這些事實，推翻了二十多年來「魚油有益健康」的普遍認知。

生產魚油相關產品的製造商當然不希望「魚油有益健康」觀念就此幻滅。有學者指出，Omega-3 可能在不同人身上有不同效用，需進一步研究才可下定論。也有科學家認為，現今的海水污染，令魚類的水銀含量上升，不僅影響了 Omega-3 的效用，過量食用魚類提煉製成的魚油，甚至有害。

醫學界目前普遍的共識是：「無論你吃多少魚油，減低心臟病的效用，始終比不上戒煙、減少油脂飲食、和定期運動。」

腹瀉

感染科 謝從閻醫師

有位年輕的美女形容焦急的來到急診室說從前一天晚上十二點多就開始又吐又瀉，到早上已有七八次了，開始還有些成形或散散的便，後來幾乎都是噗的一聲放出一灘水，人幾乎都要虛脫了！經檢查檢驗結果如下：口咽乾燥、腹部無壓痛、但腸蠕動增加，白血球未增加，鉀離子稍低，大便檢查無潛血。

一位中年人，因發燒腹瀉而來急診，病患主訴剛從東南亞旅行回來，在國外待了五天回來兩天多，今天早上開始腹瀉為血便，怕冷發抖後又發燒而前來就醫，就診時病患明顯虛弱無力，發燒 38.6°C，仍一直要上廁所，無腹痛但腸蠕動增加，大便中紅血球 5~10、白血球 40~50，判斷為侵犯性感染性腹瀉，故建議住院隔離治療。

另一位老人家，因中風而不便於行，胃口不佳，大便習慣並不好，但是這兩個多星期一直拉肚子，沒發燒也沒有明顯腹痛，檢查中發現腹部有些疙瘩，但並不會壓痛，照了張腹部 X 光後發現其腸內堆了一堆大便。

還有一位學生，身材清瘦，一直神情焦慮，說每天不知道要上多少次廁所，尤其是吃過東西後、考試前更是頻繁難以忍受，十分痛苦，生活影響很大，人一直消瘦，深怕得了甚麼不治之症，但檢查都正常。

造成腹瀉的原因很多，上面只是舉了幾個常見的狀況為例，跟大家談談如何面對。首先我們應了解腹瀉只是一個現象，並不是病因，醫生應該找出病因針對病因治療，而不是頭痛醫頭、腳痛醫腳，因為病因治好了症狀自然就會改善！

一般人直覺的反應就是趕快用強力的止瀉藥加上禁食，以期得到改善。但是想想為什麼會腹瀉呢？因為腸子受到了刺激，無論是食物中毒、細菌病毒或寄生蟲感染、或是腫瘤刺激、或藥物引起、或內分泌不良、或免疫疾病、或情緒影響…等等，必然有個原因，貿然止瀉反而可能引起更嚴重的併發症，或續發成敗血症休克，或器官衰竭而死亡。

大腸裡面充滿著各種細菌，在其中會成爲一個互相牽制的平衡狀況，而且有許多菌種不但無害反而可以產生維生素，或幫助我們消化食物，現代飲食西化後，動物肉品大量增加，養殖、畜牧業爲了成本及賣相，所以養殖過程中絕大多數都加了抗生素、荷爾蒙、瘦肉精或其他藥品在飼料中，以促進成長減少成本。這些東西在動物體內常未完全代謝掉或根本無法代謝掉。但在成本的考量下就宰殺上市出售了，這些殘留的化學物都到了人的身上，無形中我們身體的微生物環境也遭到破壞，尤其是存活下來的微生物反而認識了抗生素而產生抗藥性，這些細菌也會教導其他沒有接觸到藥的細菌得到抗藥性的能力，以至於往後再發生真正感染時就沒藥可用了！

所以我們應該先取得病人大便的檢體，看其中是否有血球出現，如果沒有就給予水分電解質的補充，或給予一些大便收斂劑。如果看到很多白血球，甚至白血球裡有細菌，其意義就更不同了！這代表腸黏膜被破壞了，是侵犯性的腹瀉。便會考慮到沙門氏菌或志賀氏菌，若從國外回來如前文提及的第三位患者，或野外生飲了溪水，就要考慮到是阿米巴痢疾，此時就要評估應該要給予抗生素或是抗寄生蟲的藥物，並應適當的予以隔離，做好排泄物的消毒，病人不可以從事烹飪的工作，直至檢查確定不再帶有病原爲止。

我們排便常是一種習慣或自主神經的活動狀況，食物進入大腸時呈泥巴狀，往肛門移動中會慢慢吸收水分，到降結腸時已經成爲半固體，其移動速度受很多因素影響。但最基本的就是要有「東西」才能刺激腸子蠕動，如果食物太精緻，則產生渣渣的量就少。渣少，腸的活動就少，使得腸壁受到的

刺激少，腸蠕動也就減少，排便自然不佳。如果長期以後，經小腸末到大腸末端的時間延長了，到腸子末端的水分少了，便便會成爲硬塊黏在腸壁。當成爲又黏又硬的糞塊也會刺激腸壁蠕動，反使得原本要潤滑的腸壁的腸液排出而不是排便，如此反而更像腹瀉。這就是所謂的便秘性腹瀉！第三位病患就是這種問題，此時我們反該爲其清腸。

最後一位年輕人也是長期爲病所苦，根據他的陳述，每當有較大壓力時就會鬧肚子，而且是忍不住的急迫，但是每次排出的量只有一點點。這是因爲自律神經過度活躍，使得腸子蠕動異常增加，造成食物的消化吸收都不好；故而一直消瘦、神經緊張、寢食難安。一般而言都會給予一些安神、抗焦慮的藥物，但大多效果不彰，最主要的是要讓病人學習知道如何面對與接受。我們所遭遇到的壓力都是可以度過的，無論喜怒哀樂、悲歡離合、榮辱、功敗、譽貶、貪富、愛惡…都是暫時的。如果病患深刻體會，並將念頭轉一下，很快的病就痊癒了！

以上拉拉雜雜講了那麼多，只是要強調身體出了問題要找醫生一起探討病因，將病因解除了，病自然就好了，症狀治療真的不是最好的！

瘦肉精、氣喘藥知多少？

藥劑科 許孟真藥師

前言：

最近一直被熱烈討論、也令人聞之色變的瘦肉精，大家究竟了解多少呢？亦有某位政府官員表示，其實國內早已在氣喘藥中使用比培林毒性更高的乙型瘦體素，克倫特羅（Clenbuterol）。將氣喘藥與瘦肉精作比較，是否恰當呢？接下來將為各位說明，到底瘦肉精與氣喘藥存在什麼樣的差異。

瘦肉精是什麼？

瘦肉精是在畜牧業中的俗稱，為乙型受體素的一種，添加於動物飼料中可以增加動物的瘦肉量、少長脂肪，使肉品提早上市，降低成本。大家看到「乙型受體素」一定一頭霧水，到底什麼是乙型受體素？其實它就是類似交感神經刺激劑，種類非常多，在動物體內之代謝時間及作用也有不同差異。

部分國家核准添加在動物飼料中的為萊克多巴胺（Ractopamine），其添加於豬飼料的商品名稱為「培林（Paylean）」，牛飼料則稱「歐多福斯（Optaflexx）」。經過多項動物實驗，萊克多巴胺具人類中毒劑量遠高於肉品殘留量和代謝快等優點，而准許使用，並為其訂定殘留量標準。合乎殘留量標準的肉品，尚未出現危害跡象，但無法確認不會造成長期危害。

萊克多巴胺殘留在肉品中會影響人體健康嗎？

依據日本、澳洲及 JECFA 評估，成人每公斤體重之萊克多巴胺每日安全攝食量為 1 微克（即天天吃，吃一輩子也是安全的劑量），換算成 60 公斤成人的每日最大安全攝取量為 60 微克（ 10^{-6} 克），因此正常飲食下，應不致於超出所建議之安全攝取量。根據下表，每天要吃到 5.6 公斤以上的肉類，或者是 36 客 6 盎司以上的牛排才會超過每日安全攝取量。然而，萬一不慎吃進非常大量的萊克多巴胺，才有可能立即出現噁心、肌肉顫抖、血壓上升、心悸、乏力及頭暈等症狀。

■日本所訂殘留容許量及 CAC 草案，估算成人每天可容許最大攝取量如下：

食物種類	每天可容許最大 攝取量(公斤)
牛肉	6 (約 36 客 6 盎司牛排)
豬肉	6
豬肝	1.5
豬腎	0.67

氣喘藥跟瘦肉精有什麼不一樣？

治療氣喘藥品，大致上可分為兩大類，第一類型為支氣管擴張藥物，第二類型為抑制發炎藥物。而我們剛提到的「乙型受體素」的藥理作用，即屬於第一類型。那我們會有疑問，氣喘藥跟瘦肉精不就是一樣的嗎？

事實上，乙型受體素有很多種，但並不是每種都適合當成藥物拿來治療氣喘。能夠拿來治療氣喘的乙型受體素，必須具備高選擇性，能夠準確作用在氣管平滑肌，達到氣喘迅速緩解。其藥理作用與瘦肉精培林有很大的差別！

且每一種治療的藥物，不管針對任何疾病，都需經過嚴格的控管，在動物及人體各個器官去進行短中長期的毒性測試，完全無害後，才能上市用在病人身上。所以針對某位政府官員表示「氣喘藥的毒性更勝於瘦肉精」，此說法是不具學術意義的。無論是一般民眾、或是正使用氣喘藥的病患，皆須毋須過度恐慌。當然，政府方面更須致力於使進口的每批肉品都必須附上檢驗報告、並標示瘦肉精殘餘量，才能使民眾安心食用各項肉品，維持均衡飲食型態！

參考資料：

1、行政院衛生署食品藥物管理局

http://www.fda.gov.tw/content.aspx?site_content_sn=2717&showview=1#Q1

2、台灣兒童過敏氣喘免疫疾風濕病醫學會

<http://www.air.org.tw/air/newsView.aspx?itemID=20120220161434>

慢性阻塞性肺部疾病合併自發行氣胸之護理經驗

加護病房 徐則芸

壹、摘要：

本個案報告主要在敘述一位 78 歲男性的患者，於重症期間住院照護的護理經驗談。筆者採用加護中心病患身體評估表為護理評估架構，藉由觀察、溝通及會談等方式來收集資料。經過評值分析後，發現個案護理問題為-低效性呼吸型態改變。個案於離開加護病房時，已使用非侵襲性呼吸器訓練，因此護理人員對病人使用非侵入性呼吸器時，應給予病人適當的衛教，以預防合併症的發生，促使病人的病情獲得改善及良好的生活品質。

貳、前言：

慢性阻塞性肺部疾病是 99 年世界衛生組織 (WHO) 人口統計，死亡原因的第四位，推估未來數十年盛行率和死亡率預期仍持續上升。慢性阻塞性肺病常源於長期的吸菸或空氣污染等因素，引起呼吸道之慢性發炎而造成氣道阻塞，這種氣流的阻塞通常是緩慢的進行性發生，患者的肺臟會隨時間進展逐漸惡化，由於肺部的傷害多為不可逆性，一旦罹病，將造成日常生活的不便，嚴重患者亦可能致命。由於慢性阻塞性肺病的早期表徵易與氣喘混淆，且病人多半在四十歲以後，才逐漸出現症狀，往往被歸因於老化所致而延誤治療時間。據調查台灣 40 歲以上成人，平均每六人就有一人罹患中重度的慢性阻塞性肺病，盛行率達 16% (內政部統計處，2010)；而吸菸便是其主要危險因子。慢性阻塞性肺部疾病不僅降低患者的生活品質、威脅其性命，對家庭、國家醫療給付易造成健保財務沈重的負擔。因此慢性阻塞性肺病若能早期診斷，獲得正確的治療，不僅能有效控制疾病，更可減少健保費用支出，提升患者的生活品質。此一個案分析報告是針對一位慢性阻塞性肺疾病因自發性氣胸，導致低效性呼吸型態，於住院期間之護理照護，提供大家參考。

參、文獻查證：

一、慢性阻塞性肺部疾病臨床症狀與照護

慢性阻塞性肺部疾病 (chronic obstructive pulmonary disease; COPD; 或稱為 chronic obstructive lung disease; GOLD) 亦稱為慢性氣流限制疾病 (chronic airflow limitation; CAL)，是一非特定性的名詞，表示慢性的、不可逆的呼吸道最大氣流量減少的過程。在臨床上有許多種不同的肺部疾病都可能引起類似的呼吸困難，也就是氣體的流動受到限制，尤其是表現在呼氣時阻力增加，這個變化是不可逆的。部分學者建議，將氣喘涵蓋於內，也有部分專家仍建議將其分開，因臨床上氣喘病患的病理變化為可逆的反應，其肺功能正常，並且對藥物的治療反應也不同，故當慢性長期氣喘病患，其肺功能的變化為不可逆時，將其納入慢性阻塞性肺部疾病的範圍 (何，2008)。

在流行病學上，慢性阻塞性肺部疾病是為全球性的問題，隨著抽菸人口的增加，空氣污染日益嚴重，疾病的發生率也越來越高，事實上，慢性阻塞性肺部疾病之罹患率所造成工作能力的喪失，臨床疾病中僅次於心臟疾病。在美國，該病為十大死因的第五位，在 45 歲以上之成年人中，每 14 人中約有 1 人被診斷為慢性阻塞性肺部疾病，且每年約有 10000~20000 人死於慢性阻塞性肺部疾病。在臺灣，慢性阻塞性肺部急病的病患約佔所有門診人數的 3.5%，死亡人數中的 3.2% 為此疾病，是亞洲地區的第一位，遠高於日本及新加坡。造成此疾病之病因目前並不十分確定，但無論如何，抽菸是最重要的因素，其他如吸入刺激物、空氣品質日益惡劣也有關。另外，長期反復的呼吸道感染、遺傳因素、社會經濟地位、呼吸道的過度反應、職業的傷害等亦可能會導致慢性阻塞性肺部疾病 (李、林、

吳等，2008)。

其臨床表徵；咳嗽 (cough) 是慢性阻塞性肺部疾病病人常見的一種症狀，且病患會主訴在咳嗽時伴隨有痰的產生；呼吸困難 (dyspnea) 最明顯的臨床症狀，是在急性發作期更為嚴重，其出現的症狀，呼吸困難表現於下列三方面：

(1) 運動性呼吸困難 (exercise dyspnea)：此為較早出現的症狀，意指病患對於運動的耐受力變差。其程度與病患之 FEV₁/FVC 比例有關，此比例越低，病患在臨床上所表現出的呼吸困難也就越嚴重。一般來說，當病患的 FEV₁/FVC 為 50%，病患就會明顯的經歷到運動時呼吸困難；只有 20~30%時，病患可能坐著不必特別的活動也會覺得喘。病患起出會經歷到在較劇烈的運動時的體力大不如前，之後隨這病情變壞，甚至會連十分輕微的日常活動，如梳頭、穿衣等，也會覺得呼吸困難。

(2) 端坐呼吸 (orthopnea)：此乃是非常典型的特徵，大部分的病患無法躺平休息，必須將床頭搖高或在睡覺時身後墊數個枕頭，更嚴重的病患會保持坐姿，將雙側肩膀向前，手往前撐在桌上，此稱為端坐呼吸。

3. 呼吸過速：病患平時的呼吸速率就較同年齡的正常人為快，尤其在即興發作時更為明顯。在疾病的早期每年約只有 1~2 次的急性發作 (acute exacerbation; AE)，但發作的頻率越來越頻繁，甚至到了末期時，病患會主訴一直很喘，根本感覺不到有復元的時候。

當實驗室血液檢查報告中，病人動脈血氧分壓及動脈血二氧化碳分壓改變時，會出現一些中樞神經之症狀，如：不安、躁動、嗜睡、頭痛，嚴重者甚至會昏迷 (何，2008)。

二、使用非侵入性呼吸器的照護

(一). 心理支持

因病患的身體狀況日益衰退，對工作及活動的能力逐漸變差，所以病人會感到抑鬱、失落及無力感，此時應多給予病人鼓勵，配合日常作息為病人訂定活動計劃，並常給予正向的回饋。

(二). 避免接觸刺激物 教導病患戒菸，並且勿暴露在空氣污染嚴重的環境中。

(三). 除去危險因子

1. 戒菸：此為最重要的一項措施，但施行起來成效卻不理想。戒菸不能將已減退的肺功能恢復，但能延緩其惡化的速率，現在許多醫院有戒菸的課程，亦有尼古丁貼片 (nicotine transdermal patch) 可供使用，醫護人員可提供相關資訊給病患。

2. 預防感染：慢性阻塞性肺部疾病病患因為長期呼吸氣流受阻，且呼吸道的防衛措施功能變差，導致他們會經常反復的受到感染，尤其是重度氣道阻塞的病患更是明顯。所以一般建議病患避免到人多擁擠的公共場所，尤其是在感冒流行時，注意自己的營養狀況，以增加抵抗力及維持較好的呼吸功能。另外，在必要時可給予感冒疫苗或肺炎疫苗，不過因為流行性感感冒的濾過型病毒種類極多，所以必須每年注射一次，且其純度及效力尚待商榷；部分常見的肺炎雙球菌目前有疫苗可以注射，雖安全可靠，且效果也被認定，但仍必須 3~5 年注射一次。

(四). 病人使用居家氧氣治療的條件

1. 動脈血氧分壓 (PaO₂) 小於 55mmHg。
2. 氧氣飽和度 (SaO₂ 或 SpO₂) 小於 88%。
3. 動脈血氧分壓介於 55~59mmHg 之間，但已有明顯的肺心症症狀或紅血球增多出現。
4. 因低血氧所造成的中樞神經障礙。
5. 活動耐受力明顯降低。

(五). 適度的營養

營養不良對慢性阻塞性肺病的病患而言，是一相當普遍但又不易處理的問題，因病患長期處於呼吸困難的情形下，常感疲累且又影響食慾。營養不良會使病患的呼吸肌肉無力，且肺部表面張力素的合成減少，會讓病人呼吸越發困難。因此，一般建議提供病患每日 30~35 大卡/公斤的熱量，少量多

餐，以維持身體所需。

肆、個案簡介：

梅XX先生，78歲，家中經濟尚可，無特殊宗教信仰，已婚，並與家人同住，育有一男一女。此次入院因慢性阻塞性肺部疾病反覆惡化造成低效性呼吸型態。

過去病史：

個案患有高血壓約10年的時間，皆定期在固定某醫院門診就醫，以降血壓藥物控制病情。個案本身有呼吸道疾病，因有多次住院經驗，此次住院之前也因為氣胸緊急插過胸管，經醫師診斷為肺炎合併呼吸衰竭及呼吸器依賴；於出院時攜帶非侵襲性呼吸器返家療養。

家族史：

個案父母親已過世多年，對家族疾病不是很清楚。

此次入院治療經過：

7月11日因喘不過氣，呼吸34~36次/分而入院求治，因動脈血氧報告偏低（PH：7.32、PO₂：130 mm Hg、PCO₂：60mmol/L、HCO₃：30.5mmol/L、BE：3.0 mmol/L，SatO₂：98%）故入住加護病房治療，7月12日插上氣管內管-Fr. 7.0，7月14日照胸部X光發現右下肺有氣胸的情形，醫師診視後當天放置胸管-20Fr.，7月16日開始呼吸器訓練，7月18日將呼吸器和胸管拔除，並開始使用非侵入性呼吸器（BiPAP），7月25日病情穩定經醫師許可辦理出院。

伍、護理評估：

本篇個案報告依加護中心病患身體評估表為護理評估架構，護理期間為100年7月11日至100年7月25日。住院期間，經由直接照顧、溝通、觀察與會談方式，收集個案生理、心理、社會及靈性等方面資料並加以分析。

1. 意識評估

病人意識清楚，GCS評估為E4M6V5。

2. 心臟血管評估

病人心率不規則，心電圖監視器顯示80~115次/分。橈動脈脈壓程度約++。全身無水腫情形，周邊顏色，四肢末稍有輕微發紺，溫度偏冷的情形。

3. 呼吸系統評估

呼吸音為喘鳴音，淺促而且費力，痰液顏色偏黃量中微稠，於7/12~7/18使用侵襲性呼吸輔助器（7/12~14使用FiO₂40%，7/14~16使用FiO₂30~35%，7/16~18使用FiO₂25%），7/18之後開始使用非侵襲性呼吸器，7/21長期呼吸照護聯盟之呼吸治療師教導居家使用非侵襲性呼吸器。

4. 腸胃系統評估

腸蠕動約7~12次/分，腹部觸診為柔軟無腹脹之情形，排便正常平均1次/天，大便量中黃軟成型。

5. 泌尿系統評估

個案平時每天排尿次數為7~8次，排尿順暢、無疼痛不適之感，顏色淡黃、清澈、無異味。

6. 骨骼肌肉評估

可自行在床上活動。

7. 皮膚完整性

皮膚較乾燥，身上無破皮或壓瘡等情形。

8. 口腔粘膜評估

口腔粘膜完整。

陸、問題確立：

經由病人護理評估之資料整理與分析後，確立主要之護理問題為低效性呼吸型態。

柒、護理計劃：

護理問題-低效性呼吸型態/疾病

見資料	客觀資料	護理診斷	護理目標	護理措施	評 值
呼吸困難 咳嗽有痰 咳出痰液 。有力氣 。	01.呼吸音異常，出現喘鳴音。 02.呼吸速率增加，呼吸淺快，RR:34~36次/分。 03.痰液黏稠、量多、色黃。 04.外觀倦怠，皮膚濕冷，臉部潮紅，採端坐呼吸姿勢。 05.動脈血液報告： PH: 7.32、PaCO ₂ :60、PaO ₂ : 130、HCO ₃ : 30.5 06.血液生化報告： WBC：11420/ μ l、NEUT：83.9% 07.長期抽煙習慣1天約1/3包。	低效性呼吸型態/ 疼痛、認知障礙、精力減退或疲倦、炎症反應過程、肺擴張不全、呼吸道阻塞和焦慮	1.減輕呼吸工作負荷。 2.維持正常的呼吸型態。	1.評估痰液顏色、黏稠度、味道。 2.教導有效深呼吸、咳嗽。 3.監測呼吸輔助肌的使用及是否出現奇異呼吸。 4.給予氧氣治療 5.需要時監測A.B.G變化。 6.採適當舒適姿勢。 7.監測生命徵象。 8.傾聽、陪伴並給予心理支持。 9.必要時，使用呼吸輔助器。	7/18 病人拔除氣管內管並給氧氣鼻導管濃3L和非侵襲性呼吸器使用。 7/18 個案能自行把痰液咳出。 7/20 呼吸音已有明顯改善，ABG報告改善並請呼吸治療師，評估呼吸訓練。 7/21 個案能主動自行正確使用非侵襲性呼吸器。

捌、討論：

照護一位慢性阻塞性肺部疾病合併低效性呼吸型態的病人，除了給予生理上的照護外、也應該注意病人的心理反應和知識上的衛教。對於慢性阻塞性肺部疾病合併低效性呼吸型態的病人而言，除使用呼吸器的認知、態度與遵從行為是值得探討。個案心理上反應會有焦慮的產生，擔心害怕喘不過氣來而致死的危機，因此於照護期間給予病人充分的心理層面的支持，接受其情緒反應，並且主動的關懷及傾聽，以減少其焦慮與不安。慢性阻塞性肺部疾病是屬於慢性病的一種，並且有許多併發症的產生，一旦長期使用非侵襲性呼吸器，對病人及其主要照顧者，的衛教是非常重要的。

玖、結論與心得：

慢性阻塞性肺疾病是一種漸進性且目前無法治癒的肺部疾病，即使接受治療，病情仍會持續發展，

但可經由適當的醫療與照護處置來延緩病情惡化及增加自我照顧功能。慢性阻塞性肺疾病的病人，疾病過程易發生呼吸衰竭的問題，必須使用到呼吸器維生，針對使用呼吸器的病患而言，呼吸照護最大目標；希望可讓病人在最短時間內脫離呼吸器及協助病人預防發生會延長使用呼吸器的情況。

本個案報告主要目的在探討一位慢性阻塞性肺部疾病合併低效性呼吸型態患者的護理經驗。在個案住院期間運用護理過程，於重症期間照護生理和心理的問題，並給予個案和家屬疾病指導及非侵襲性呼吸器的使用，以達到病人態度、行為的改變。個案最後由加護病房離開返家，並藉由長期呼吸照護聯盟所提供之呼吸器繼續在家接受照護，以達到居家照顧，在地老化政策。

最後，在臨床照護過程中若能強化臨床護理與社區照護間的轉介與連結，不因時間與空間的限制，則能使病人有更完善的醫療品質照顧及完整性的居家護理，亦可減少不必要的醫療資源再度浪費。

拾、文獻參考：

李華鎮、黃英傑、陸希平 (2010)·原發自發性氣胸：診斷與治療之文獻回顧，現況與展望。

[李兆殷](#)、[林哲暉](#)、[吳宗樺](#)、[吳皓璋](#)、[葉家成](#)、[楊雅雯](#) (2008)·病患特性之探索與醫療資源耗用—以慢性阻塞性肺部疾病患者為例·[醫務管理期刊](#)，9 (3)，159 -173。

[蔡琇如](#)、[林秋燕](#)、[蔡鳳玉](#)、[林明憲](#)、[余美嬋](#)、[郭雅慧](#) (2010)·提升慢性阻塞性肺部疾病住院病人的肺復健率·[嘉基護理](#)，10 (1)，15 -25。

中華醫學會呼吸病學分會慢性阻塞性肺疾病學組(2007)·慢性阻塞性肺疾病診療指南·[中華結核與呼吸雜誌](#)，30(8)，17-18。

Nicholas S. Ward, MD; Kevin M. Dushay, MD. Clinical concise review: Mechanical ventilation of patients with chronic obstructive pulmonary disease Crit Care Med 2008 Vol. 36, (5):1614-1619

Nicholas S. Ward, MD; Kevin M. Dushay, MD. Clinical concise review: Mechanical ventilation of patients with chronic obstructive pulmonary disease Crit Care Med 2008 Vol. 36, (5):1614-1619

如何遠離家庭暴力？

鄭家仔社工員

6 號凌晨三點多，台北市文山區的這間住戶，家裡的三歲吳姓男童突然沒呼吸心跳，被緊急送往醫院急救，卻宣告不治，但醫院卻在男童的臉上和四肢，發現有多處瘀青和傷痕，懷疑是虐童案件……

民國 82 年 10 月 27 日，一名長期遭受家庭暴力及性侵害的女子殺了自己的丈夫，而後請親友協助向警方自首。「鄧如雯殺夫案」在當時因「法不入家門」等觀念而未被重視，但在婦女團體的協助及倡議下，家暴議題逐漸被受重視，於中華民國 87 年 6 月 24 日頒訂家庭暴力防治法，做為亞洲第一個頒訂家暴法的國家，台灣開始向家暴說「不」。

到底何謂家庭暴力呢？根據家庭暴力法第二條之定義，家庭暴力指家庭成員間實施身體或精神上不法侵害之行爲。較常爲民眾所知的包括：肢體傷害、口語及情緒傷害、心理傷害、經濟支配控制、迫使家人人際關係孤立以及性侵害，上述這些都能被定義在家庭暴力的範圍中。根據統計，每一年經各單位通報的家庭暴力案件平均高達 10 萬起，但未通報的案件卻無法估計，每一起家庭暴力案件都代表著一個或數個家庭問題，許多受害著爲了顧及家庭的完整，選擇不斷的隱忍或一次次的原諒，最終造成無法抹滅的傷痕。

要如何避免或降低家庭暴力的發生？以下提供幾個簡易的做法：

(一) 彼此尊重的爭執原則：意見可以不同，但目標一致，一起生活、一同分享

1. 雙方都同意那是爭執的時機，若一方自認壓力太大而難以理性處之，則另一方不應一味爭執下去。
2. 針對目前事件而不翻舊帳。
3. 鎖定一主題而不是丟進各種不相干的問題。
4. 不攻擊對方弱點。
5. 絕不是放棄溝通，而是設法協調。
6. 不要一味只想贏。
7. 尊重對方有哭泣的權利而不因此轉移話題。
8. 絕不使用暴力。
9. 請多用肯定的字句，例如：我很抱歉……、我需要你……、謝謝你……、我愛你……
10. 切勿使用的字眼，例如：你從不……、我告訴你就是這樣……、你總是……、我不想討論……、你什麼時候才學得會……、我告訴你多少次……

(二) 如何使自己冷靜下來

1. 立刻告訴你的伴侶，有時候你需要一些時間或而要冷靜以便放鬆下來談事情。也讓對方知道你何時會回來決定一個比較有利的溝通時機。而對方也可能正有此相同的需求。
2. 只要一感覺到自己的身體或情緒已經逐漸緊繃，則趕快離開現場或當事人，以便有時間冷靜下來。
3. 不要發誓或提高音調說話，或揚言要採取某種恐嚇行爲。
4. 走到別的地方放鬆下來並想想你自己的優點。提醒你自己這項溝通的目標。也許走路、跑步或深呼吸都能幫你減低心中壓力。千萬不要開車、喝酒或吸毒。
5. 當你冷靜下來並再次面對當事人時，雙方一起決定一個較好溝通的時間，有雙方信任的第三人在場或許可以幫忙。

※婦幼保護專線：113※

貴院洗腎臟室范咸得醫師為人忠實，為人對來院洗腎臟的病人服務態度親切。另洗腎臟患者楊書芬、莊玉梅、林玉菊，三人每月週四下午要到國泰看心臟醫治，范醫師又為楊書芬等三人以電話與國泰張釗堅聯絡請賜與關照，實在是處處為病人設想，而且不收任何禮物。范賢得服務熱心、服務勤勞，可堪謂宏恩醫院之優良模範醫師，特此呈奉意見懇請賜予表揚，以示鼓勵。

徐良昶 12.31

貴院環境衛生管理處負責人季儒，每日上午 6:30 到院。到院時先查看院方基層環境，事後再由下而上到各樓巡視，事後如有不清潔之處即派員工迅速處理。該員為宏恩醫院建立環境衛生清潔第一美譽，該員工作努力實有優良之處、功不可沒。如此優良人員，特此建議貴院應予鼓勵表揚之。另該員管理雜役分配適宜，而且不浪費人力，確為貴院之優良人才，希重視之。

建議人 徐良昶 呈

徐良昶用箋

貴院環境衛生管理安負責人李儒每日上班
時上午6.30到院，到院時先查看院方基層環境事
後再由下而上到各樓巡視，事後如有不清潔之處
即派員之迅速處理，該員為宏恩醫院建立
環境衛生清潔第一之美譽，該員工作努力實
有優良之處，功不可沒，如此優良人員，特此建
議貴院应予鼓勵表揚之。

另該員管理親役分配適宜，而且不浪費人力，
確為貴院之優秀人才，希重視之。

建議人 徐良昶



呈

箋用昶良徐

一、貴院洗腎臟室范成得醫師為人忠實
為人對本院洗腎臟的病人服務態度親
切。另洗腎臟患者楊書芬、莊玉梅、林玉菊
三人每月週四下午要到國泰看心臟主治
范醫師又為楊書芬等三人以電話與國泰
張劍監連絡請賜予回診。實在是方便
為病人設想而且不收任何禮物。范成得服
務熱心服務勤勞。可堪謂宏恩醫院之優
良模範醫師。特此呈奉意見懇請賜予表
揚以示鼓勵。

徐良昶



12.31

我在宏恩，有點忙

台北醫學大學學生 林佩儀

七月一日一大早八點就到了宏恩醫院，集合時間其實是八點半，可是我卻早到了半個小時，帶著忐忑不安的心情來到了我這兩個月的第二個家。

一開始坐在餐廳裡等的這半個小時，時間凝固了，空氣凝固了，好像一切都靜止了，漫長得過了一世紀般，大家都陸續的來了，可是我卻不好意思和即將共室兩個月的夥伴們開口聊天，也不知道要說些什麼，最後是主任化解了這一切的尷尬，開始介紹起宏恩醫院營養科，營養師、師傅、阿姨、衛教師們，營養師在做什麼？怎麼做？該注意什麼？好多好多的事，加上發下來的行事曆，裡面寫滿了這兩個月要做什麼？該交什麼作業、有什麼活動，一切的一切排山倒海而來，都快記不得到底要做什麼？但卻深深的感受到主任所說的宏恩營養科是什麼地方：積極、主動、像個大家庭。

當天下午就開始了我們的實習之路。第一週，臨床組。一開始真的不知道要說些什麼，看學姊們講的如此流暢、專業，心想我還要多久才會和學姊們一樣，但沒想到之後卻是我們要衛教病人，第一次的衛教，緊張的都不知道要說什麼，幸好有學姊的幫忙，練習了一下，才不會結結巴巴。每天早上去六樓看病人，第一次看病歷，這是什麼呀？雖然裡面寫的都是英文和中文，不過好像我從來沒看過一樣，記錄寫得也不是很順利，光找個 lab data 就找了好久，研究了好久，才敢進去衛教病人。而每個星期一、五又要跟門診，病人一個接著一個，沒什麼時間研究病人的 data 就要衛教病人了，這對我們來說真的好難，很多的突發事件、奇奇怪怪的問題，有時候真的有點不知道要說什麼，啞口無言，但學姊卻都能輕鬆的化解，經驗真的有差，那時候都很想回家好好的看個書，充實一下自己，衛教完病人才是痛苦的開始，開始寫記錄，抄 data，寫下病人說了什麼，自己說了什麼，有時候超過了跟診時間，我們都還沒寫完，大家都埋頭苦幹。不只如此，還會有一些預約的病人來營養科這裡營養諮詢，一些糖尿病、腎臟病照護網的患者，每三個月固定衛教一次，每個人大概半個小時，有時候病人多到下午 1 點到 4 點都是滿的，當然，衛教完就有很多病歷等著我們去寫呢！

第二週，機動組。大大小小的雜事就交給機動組的，接電話，訂便當，確定便當數目給師傅、阿姨，加訂單全靠機動組的人接電話，雖然這麼說，但第一次當機動組還是有一定的難度，畢竟我們還對醫院不是很熟悉，很多問題不是我們能解決的，還是需要學姊的幫忙。機動組還有關大家午餐吃不吃的到，是不是收對了錢，有沒有訂對便當，師傅是不是知道要加便當，病人是否開伙，病人的帳要記得寫，營養師才好 key 帳，好多好多的環節，只要遺忘了一個地方，可能都會造成嚴重的後果，可能因為我們問不清楚，讓病人吃到不是他們所訂購的餐點，營養師可能就會被抱怨，學姊就要主動和他們道歉，那時候真的很不好意思，因為我們的不小心，卻要學姊們來承擔，這讓我們倍感壓力，絕對不能出錯的，這可關係到醫院的各個單位，絕對不能讓營養科丟臉。

第三週，團膳組。最早到的一組，已經很久沒有這麼早起了，早上七點二十分以前就要到營養科，每次去營養師學姐都會比我們在早到一點，一到營養科就要趕快確定一下病人的餐點有沒有改，或是出院，就得趕快去監餐，看看病人的餐點是否正確，試吃糖尿病人的餐點是否有做到低油低鹽，看看半流粥是否合宜，還有病人們各式各樣的要求與禁忌都要檢查。終於出完餐之後就得開始配胃罐了，配完就要開一天的菜單了，菜單對我們來說也是一個高難度的挑戰，每一個不一樣的病人都有不一樣的要求，都是第一次碰到，雖然之前學姊有教過，聽起來好像很簡單，實際做起來卻不是這樣，有很多的小細節要注意，一不注意就會出錯餐，師傅就會做錯，病人也可能不適合吃，影響病人的食慾或根本吃不下，要以病人的狀況來做優先考量。開完菜單大概才早上 9 點 10 點我們好像就做了很多事，每次給學姊檢查都很刺激，很想要零錯誤，才不會拖到學姊的時間，因為營養師們真的很忙，有很多事要處理。之後，中午又要進廚房監餐了，中午因為有減重餐和健康餐數量比較多，我們也要幫阿姨

打菜，出餐，大家這時候就會來營養科領便當，這時候就更忙了，又要打菜又要給便當，有時後如果出餐時間稍微晚了一點，可能就會忙成一團，大家可能都在等便當，所以這也是絕對不能出錯的，所以營養師們都會比較晚吃中餐，等大家拿的差不多了才會去吃飯，可是學姊們都會趕我們去吃飯，自己卻很晚吃，有時候真不好意思，想多幫點什麼。

輪完這三組，也對營養科有了些許的認識，才知道營養科真的很忙，我們有六個實習生，每一組有兩個人，臨床、機動、團膳，這些工作在我們還沒來之前都只有兩個營養師在做的，好難想像學姊們是怎麼做到的，我們光兩個人一組就手忙腳亂了，但學姊們做起來卻游刃有餘，雖然如此，也沒看營養師們閒過，他們除了我們做的這些，還有要做帳、整理資料、叫明天的菜、統計一周的定便當人數、有時候甚至還會出去教課……感覺他們有做不完的事，看著營養師們每天忙進忙出的，跟我以前想像的好像不太一樣，我以為營養師只要坐在那等病人來，和他聊個幾句話，建議他該怎麼吃就好了，事實好像不是如此，一個營養師需要瞭解很多事，也需要做很多事，對他們來說衛教病人只是工作的一小角而已，廚師、阿姨也是歸營養師管的，還有成本問題，攸關營養科會不會虧錢，菜單的設計、病人的狀況也都是營養師最清楚了，好多好多的事都是營養師的工作範圍，難怪營養師們都沒有空閒時間，好佩服學姊們一個人可以當十個人用，工作效率超高，而且毫不馬乎，不只把事情做完，更把事情做到好或更好，大家都同心協力想要營養科更好，這讓我們更想把他們交給我們做的事做得讓他們不需要來分神來照顧我們，大家都很努力的把事情做好的感覺，為了同一個目標前進，感覺真好。

不只如此，學姊們對我們也是很用心的，都教的很仔細，深怕我們被罵，也教了我們很多課本上學不到的事，尤其是態度。最令我印象深刻的就是那時候我們來到這一個月的時候，主任把我們集合起來，問了很多問題：想想你當時到營養科的心情？想得到什麼？你有沒有進步？之後一個月想要提升自己的什麼？和夥伴們相處這一個月、在營養科待了一個月有什麼感想……好多好多的問題，捫心自問。我很開心能到宏恩醫院實習，這裡真的像一個家一樣，師傅都會關心我們餓了沒，營養師們也教了我們很多，夥伴們也都會互相幫忙打氣、說說笑話，有時吵吵鬧鬧，但感情還是很好。在這兩個月來，我懂得什麼是團結合作，不再只是紙上談兵，大家好才會更好；我懂得和病人的溝通，該教他些什麼他才聽的進去；我懂得營養師需要做的事堆積如山，我們不懂的還很多，需要學習的更多，營養這條路很漫長的，但我想試試看，看著學姊們的背影，心想哪一天會和他們一樣專業、能幹，現在就要開始努力了。

『我們可以為宏恩醫院營養科貢獻什麼？』第一天，主任問我們的問題，那天大家都回答的文不對題，現在，雖然還稱不上什麼貢獻，但我想這兩個星期不要增加學姊的工作量，可以讓他們放心的交給我們。而這些日子以來，真的很開心，雖然一開始來的時候真的很不知道在做什麼，好像做什麼都錯，但一步一步的做，一天一天的過，第一次大廳衛教，民眾有在回應你，第一次糖尿病團衛，伯伯們都熱情的回答你，第一次菜單沒有錯誤，真的真的好有成就感喔！好像自己真的是個營養師，很專業的感覺，但這一切的一切都要感謝學姊們和夥伴們的幫忙以及他們的鼓勵，沒有學姊們的幫忙，可能會帶給民眾錯誤的知識，沒有上台前的試講，我想我不會說得這麼流利，沒有大家的檢討，我不會做得更好，沒有夥伴們的加油打氣，我想我會緊張的不知道要說什麼吧，沒有大家幫我檢查菜單，我不會菜單零錯誤，很謝謝大家，讓我在宏恩醫院的這段日子這麼開心，收穫這麼多，得到的不只是知識，更多我覺得別家醫院學不到的寶貴經驗，謝謝。

我與小芳芳在宏恩的日子

芳芳媽媽

小芳芳是在民國 98 年 6 月開始到宏恩醫院兒發中心療育，當初選擇到宏恩醫院是因為其語言老師資源相對於其他醫療院所是比較豐富。而且交通上對我們而言是一班公車即可到達，所以在 2 年多前選擇來到了宏恩醫院，這是經過仔細評估及衡量下所做的決定。

早期療育資源一直都是很寶貴的，媽媽我一直都很認真地看待此資源，不輕易請假。一個蘿蔔一個坑，今天我們使用了某段療育時間，這段時間這位治療師即被我們 booking 了，如果我們有事不能來最好也要提早請假，這樣這段療育時間資源或許有機會讓其他有需要的小朋友來使用。若臨時有事也要通知一下治療師。

記得小芳芳剛到宏恩醫院時，物理治療師會帶小芳芳爬樓梯，剛開始也看不懂老師使用的技巧，但我一直知道的一件事情是「**不能讓治療師孤軍奮鬥。**」因為一直會在小芳芳身邊的是媽媽我和姐姐大芳芳。身邊的學校老師和治療師會因著時間的轉移而更換，**重點還是我們自己。**與其等待老師們給我們「魚」吃，倒不如我們積極地學習「如何釣魚」。

哈哈！所以被我們遇到的治療師會比較辛苦，因為媽媽會問的問題很多。一般媽媽會問的問題還是逃脫不了 how、what and why 這三大原則。以上下樓梯為例子來說：

- 為什麼治療師會選擇上下樓梯這個活動來讓小芳芳做練習呢？
- 什麼是正確地上下樓梯活動練習呢？
- 要如何練習才能真正達到活動目的呢？

為了進一步了解上下樓梯活動練習，找了一些資料，發現在嬰幼兒早期療育課程網要的評估手冊中，把粗大動作上下樓梯區分成：

學習目標	發展年齡參考值 (單位：歲)
會雙手扶著手上樓梯	1.0~1.5
會雙手扶著手下樓梯	1.5~2.0
會單手扶著手上樓梯	2.0~2.5
會單手扶著手下樓梯	2.5~3.0
不需扶持，會兩腳一階上樓梯	2.0~2.5
不需扶持，會兩腳一階下樓梯	2.0~3.0
不需扶持，會一腳一階上樓梯	3.0
不需扶持，會一腳一階下樓梯	3.0~4.0

物理治療師教我要確認小芳芳是**單手扶著扶手**，而且必須是**正面上樓**而不是側身上樓。**如果小芳芳會害怕**，媽媽可以用手指稍微拉一下她後面脖子下方的衣服讓她有**安全感**。上樓時，腳要全部踩在階梯上以避免不穩，如果小芳芳在腳踩要上一階時會不穩的話，媽媽要利用拉小芳芳背部後方衣服時，協助小芳芳重心往前，讓小芳芳依經驗來體會上樓時，**重心要往前**。重心轉移是很重要的！等小芳芳上樓重心轉移沒問題後，拉小芳芳背部後方衣服要慢慢地變成只是輕輕的碰觸到，重點變成是讓小芳芳有安全感而已，讓她覺得我們是「**一起**」做而不是她一個人孤軍奮鬥。

當年在等候上課時也曾聽到一位阿嬤帶孫子來療育，在等待其孫子上課時抱怨著(大意如下)：「上一次老師就已經帶他爬樓梯了，我都沒有說話，今天還是帶他爬樓梯…真是的…要爬樓梯…我不會自己帶他爬哦！還要老師帶…氣死了…等一下要跟她們組長講…」

當時，我好想跟這位阿嬤解釋。可是當年才剛成爲早療媽媽不久，想解釋可能也說不出一個所以然，怕事情被我弄得更糟，所以還是留給辛苦的組長處理。有時候我常在想，我們常常重視的是小孩的學習動機，不可誨言的這很重要，但是家長的觀念溝通這個區塊也是相當的重要。以我本身的例子來說好了，我是在小芳芳約3歲半時才驚覺體能的基本盤很重要，肌力很重要但肌耐力更重要。如果小朋友的力氣是不足的您一直要她練習一些技巧性的東西，她一定學不好。所以在練習時項目的比重分配是很要的。

例如，小朋友的手上臂力氣不足，連手舉高到耳朵旁邊的力氣都沒有，您如何要求她丟沙包丟得好呢？手上臂力氣不足也會影響到手的穩定度，當小朋友手的穩定度不足時，您要求練習拿剪刀做剪紙練習，可能小孩會很辛苦。當然技巧性的東西還是要練習，只是時間分配及比重的問題。

小芳芳現在的實際年齡是4歲6個月，她現在上下樓梯的能力穩定在：

動作表現	發展年齡
會單手扶著手上樓梯	2.0~2.5 歲
會單手扶著手下樓梯	2.5~3.0 歲

現在正朝著下列目標前進：

動作表現	發展年齡
不需扶持，會兩腳一階上樓梯	2.0~2.5 歲
不需扶持，會兩腳一階下樓梯	2.5~3.0 歲

我們目前的上下樓梯練習方式是讓小芳芳**手拿增強物**，亦即左手、右手各拿一個玩具讓她没法用手扶扶手。小芳芳目前在練習時，在上樓梯部份是穩定在兩腳一階上樓梯，以正常挑高的樓梯來說一層樓的樓梯會分成二段，以一段來說，小芳芳在穩定地兩腳一階上樓梯後，在快完成每一段的最後4~5階小芳芳會改成不需扶持一腳一階上樓梯。而在下樓梯部份是則是穩定在會單手扶著扶手下樓梯，我想是我不忍心讓她練習**手拿增強物**下樓吧，這一點我要改進一下。只要把她保護好，給她練習的機會這樣才是真正愛她的方式。

小芳芳目前在宏恩醫院的物理治療師是陳詩詠老師，小芳芳在叫詩詠老師時，都會叫詩詠~還會「牽絲」…很有趣，詩詠老師會要我們到宏恩上課的當天，上到七樓報到時，要爬樓梯上樓，下課後再爬樓梯下樓。原則上只要小芳芳是醒著到宏恩，我會就會爬樓梯上樓，而下課後爬樓梯下樓我們一直有做到，只是都是**單手扶著扶手下樓梯**，想想這個部份應讓要改成**手拿增強物**下樓吧。

小芳芳每次下完課爬樓梯下樓到一樓後，會跑到一樓志工櫃台去跟奶奶們問好說：「奶奶好。」，其中一位奶奶都還會特別準備糖果或餅乾給小芳芳吃。我想和奶奶們問好已成爲小芳芳爬樓梯下樓的動機之一吧，之後我們會把手洗乾淨享用奶奶的愛心以及媽媽準備的鼓勵餅乾。

其實只要治療師敢開口要求我們練習，原則上在我們能力所及範圍內會認真配合。**我們不會讓治療師們孤軍奮鬥的。**

第一篇：以動物為師

動物，是當今地球上的主宰生物。包括人爲主的哺乳類，以及控制大海的魚類等，但，他們是一開始就稱霸這顆星球的嗎？當然不！那麼，他們是憑藉什麼，才稱霸地球的呢？

首先，先讓我們分地區來看，因為每個地區的動物頭頭（類似部落酋長或是黑幫老大）都不同，成名招式也都不同。先看一下非洲草原之王——獅子，牠號稱百獸之王，雖然非洲草原上有著許多強力的肉食性動物，像是速度飛快的豹、兇猛的老虎等，但獅子卻以非凡的霸氣打敗了牠們；而位於亞洲的彈丸之地——台灣，也有著和獅子一樣利用自身的霸氣來剋敵的大型動物——黑熊，雖說一開始也有速度型的台灣雲豹和牠競爭，但最後雲豹卻跑到不見了，所以，黑熊也就名正言順的當上老大了。

看！不論是廣大的草原，還是小小的森林，都有動物用霸氣作為武器搶奪地盤，這和人類在封建時期搶奪皇位和江山的情形十分的類似，像是秦始皇、楊堅等結束亂世的皇帝一樣，他們都是擁有過人膽識和霸氣的人才，並也利用了自己的長處成功，連古人都會向動物們請益、效仿了，那你呢？

第二篇：校園一景

自去年九月開始，我已經來到萬芳一年又四、五個月了，還真是光陰似箭、歲月如梭啊！

還記得國一時，連忠孝樓、和平樓哪個在前、哪個在後都搞不清楚，去個教務處都會迷路，當然沒辦法欣賞校園啦！但現在可不同，學校哪裡有樹、有花，我可以算熟門熟路囉！

由於教室位於科學樓，所以平常活動的範圍也都在附近。而在科學樓的中央，便是合球場和童軍野炊場，四周圍著各種不同品種的植物。向童軍野炊場的旁邊一望，便會看見一叢又一叢的花花草草以及高聳入天的大王椰子樹，花有紅有白，草青的像顏料，而那椰子樹便像隻手，在它之下便能感到何謂「隻手遮天」了。然而在合球場的一端，有著向上攀登到操場附近的林道，順沿攀登而上時，便會看見四周綠草如茵，大樹枝葉茂密，生機無限。

在每次見到這美麗景象時，心頭都會感到一陣輕鬆。

啊！芬多精的力量就是這個嗎？

第三篇：不可或缺的小人物

現代的社會裡，能夠妥善運作不只是單單因為主要角色，像行政首長、達官顯要等。最重要的其實是在社會中下層的那些市井小民——那些不可或缺的小角色。

古人曾說過「一齣偉大的戲劇並非因主角而偉大，能成其大是因一旁的綠葉——配角們的襯托。」在現實生活中也是如此。譬如總統出遠門時，旁邊那些人高馬大的保鑣，人們只會看見被他們包圍住的總統，並不會在意他們長怎樣？叫什麼？被媒體「圍剿」時，有沒有受傷？但，你認為他們不重要嗎？當然不，你試想，如果總統獨自一人在團團人龍當中的話，安全問題會受到多大威脅？要是有人攻擊總統的話呢？後果不堪設想。你現在覺得，他們，是不是不可或缺了呢？

可能有人聽人保鑣的故事，還不認為這群「小人物」是真的不可或缺，因為有些人根本不管政治這檔事的。可是，只要是個人，必定都會吃、喝、拉、撒、睡的，其中，負責「撒」這檔事的那群小

人物，想必是比所有的小人物都還要辛苦！請你試著想每天在馬桶上製造出來的「東西」被沖進下水道之後，是甚麼情況，是飄流在臭氣薰天的下水道中嗎？那可不！這些小人物在持續容忍我們所製造的那些「東西」好一段時日後，終於將污水下水道全部都改造過了，飄到水管向外，會曬到太陽的地方時，看起來就和一般的水無異。這種偉大的豐功偉業，全體國民都用的了！

現在我在問你一次，他們是不是真的不可或缺？還不快向他們至上最高的敬意！

爲什麼才藝要學的那麼辛苦

鄭苑穎

還記得，我剛要開始學吉他時，是抱著那種又興奮又期待的心情！看到有人在街頭表演，也都一定衝第一！〔以後的我，也要向他們一樣厲害！〕看著他們可以自彈自唱，可以自己用吉他作詞、作曲、可以演奏出優美的旋律、流行的節奏、作出好聽的音樂給大家聽！感覺真的很棒！台上的每一位吉他手，手指都在弦上不停的靈活波動！每一個合弦、每一個音符，都直接彈入人心啊！但是，天真的我，卻不知他們會有今天的這番成就，都是用努力換來的…

「回家時，甚麼和弦要個按幾次，每天練習！」這句話現在已經成為我的恐懼了！手指按到麻、按到瘀青、按到硬皮，但是！彈不出聲音！彈不出聲音，還是彈不出來！失落到谷底！而且每天都要練習按著又粗又硬的吉他弦，手指的前端腫的跟甚麼一樣，碰到、壓到就有一股噁痛！且破皮，碰到水又會刺痛，天啊！爲什麼學個才藝感覺那麼的痛苦，天啊？

不過強忍了一關又一關，今天的我終於知道了，要站上檯面真得不容易！就因為過程中有夾帶汗水也有淚水！才會讓我更珍惜這得來不易的經驗！我終於知道爲什麼學才藝要那麼辛苦了！因為你會想讓觀眾看一場精采的表演，就算只有幾分鐘也好！雖然辛苦，但也值得！「台上十分鐘，台下十年功」這句話真的講入心坎裡了！

以後的我，一定是一位可以演奏出神入化的音樂給觀眾欣賞的吉他手！

健保速訊

健保局從未販售個人資料，健保研究資料庫有助提升國內醫療衛生發展

本署中央健康保險局辦理全民健保業務，而蒐集有全國民眾的納保與就醫之保險資料。為規範個人資料蒐集、處理及利用，以避免人民權益受到侵害，並促進個人資料合理使用，政府訂有「電腦處理個人資料保護法」。依據該法第 8 條規定，公務機關對個人資料之利用，應於法令必要職掌範圍內為之，其中第 7 款規定，為學術研究而有必要且無害於當事人之重大利益者，公務機關得為特定目的外之利用。本署健保局為促進國內全民健康保險相關研究，以提升醫療衛生發展，並依前開法律規定，將健保資料經過匿名等去個人化處理後，對外提供學術研究利用。

另本署健保局自 89 年起，為應學術研究團體與日俱增之需求，辦理公開招標委外建置管理「全民健康保險研究資料庫」，提供健保資料增值服務供學術研究使用。自委外辦理以來，均委由國衛院負責，國衛院於提供健保資料增值服務時，向服務使用者收取服務工本費，例如資料量 600MB 收費 500 元，而收取之增值服務費僅係為提供本項服務之人事、軟硬體設備建置與維護等必要成本之費用，並無販賣健保資料之情事。

「全民健康保險研究資料庫」之健保資料增值服務，均在確保民眾隱私權益及資料安全前提下，提供學術研究使用，並有嚴格之資料管理措施，以保障增值研究資料被合理使用。目前國內醫藥衛生研究人員也多運用該增值資料，發表相當多學術研究成果並刊載於國內外期刊，有助於國內醫療衛生及全民健保之發展。

至於本署現行之健康資料增值應用協作中心，目的是要將本署健康資料統整，朝單一窗口整合，將健康資料予以增值以產生具應用價值之集體統計資訊，以促進公共衛生決策品質、相關學術研究及醫療保健服務業等研發創新。目前該協作中心由本署依政府採購法委託中國醫藥大學管理，其個案資料庫皆未置放網路，上網之資料皆屬指標或統計資料。申請於協作中心使用資料者，需事先經審查再依其研究需要提供其必要欄位之資料庫，並僅能於協作中心之獨立作業區執行，僅可攜出統計結果，攜出資料需先經本署審查，是否符合研究目的及有無個別資料。

另外有關媒體報導日前行政院科技會報於 1 月 18 日召開之「公開資料增值(Open Data)推動策略會議」，討論有關由健保局提供健保資料，台大、成大提供就醫資訊，建構醫療雲端運算中心，經瞭解尚屬研議溝通階段，本署健保局並未提供任何資料。

99 年「個人資料保護法」雖已立法通過，但尚未施行，另「人體研究法」剛於 100 年 12 月底立法通過，「全民健保研究資料庫」之資料提供與管理，會依未來「個人資料保護法」之實施及「人體研究法」及相關規定，慎重地予以執行各項資料保密措施，本署健保局亦將配合相關新法實施，適時檢討現行各項作業規範及收費標準，並做好各項資料保密措施，避免各界疑慮。

提醒您~通過國門「蓋」一下，以確保您的權益！

提醒您，若您是採內政部入出國及移民署於 100 年 8 月起新試辦之「自動查驗通關系統」的民眾，因護照上已無入出國查驗章戳，為免日後申請全民健保緊急傷病自墊醫療費

用核退，需提供入出境證明文件之困擾，建議您可於通關查驗「當日」於內政部入出國及移民署「查驗公務櫃台」請求人工補蓋當次入出國查驗章戳，以避免事後補正費時又花錢！因為依據內政部入出國及移民署之規定，申請入出境日期證明，需要申請人或法定代理人親自申請並繳交工本費 100 元！

健保局近來接獲民眾反映，因採「自動查驗通關系統」入出國境，事後申請全民健保自墊醫療費用核退，無法提供入出境證明，但依據全民健保自墊醫療費用核退辦法規定，境外（包括國外及大陸地區）發生不可預期之傷病或緊急分娩，應自急診、門診治療當日或出院之日起六個月內提出自墊醫療費用核退申請，並須檢附(一)醫療費用核退申請書、(二)醫療費用收據正本及費用明細、(三)診斷書或證明文件，如為外文文件時，應檢附中文翻譯、(四)當次入出境證明文件影本或服務機關出具之證明，所以提醒您可於通關查驗「當日」於內政部入出國及移民署「查驗公務櫃台」請求人工補蓋當次入出國查驗章戳，作為當次入出境證明。

全民健保自墊醫療費用核退規定及申請書表格，可至健保局全球資訊網站 <http://www.nhi.gov.tw/>一般民眾/自墊醫療費用核退的網頁查詢及下載。

癌症注射化療藥品5-FU，不必住院可在家施打

健保局為提高病患接受醫療服務時之生活品質，自 99 年 7 月 1 日起，已將 5-FU 居家化療所使用之「攜帶式輸液器」納入健保給付範圍。

以往臨床上需使用 5-fluouracil (簡稱 5-FU)作為化學治療的病人，如大腸癌、胃癌、頭頸癌及食道癌等病人，須住院 1~2 日。目前已有居家化療使用的輸液器，可帶在病患身上，不必動手操作，就可自動將藥品定量定速打到血管中，且可減少因需要用點滴注射 24 小時的 5-FU 而必須住院的不便，可減少住院的相關費用並給病患很大的便利性。

該項居家化療使用之輸液器，納入健保給付範圍之前，病人需自費購買約 1,500 元，健保局為減輕民眾負擔，自 99 年 7 月 1 日起納入給付範圍，輸液器因不同流速分為 1 日型及 2 日型兩種規格，健保給付價格 1 日型每支約 1,000 元，2 日型每支約 1,100 元。

病人是否可使用「攜帶式輸液器」，仍須由醫師判斷，例如對 5-FU 有嚴重副作用者，仍以住院較適宜。若醫師判斷可使用，則病人於醫院由醫師裝上輸液器及化療藥品後，即可回家，輸注完成約 24 小時再返回醫院拔除。

據健保局統計：自 99 年 7 月至 100 年 10 月共計約有 2 萬 5 仟人次病患使用該項「攜帶式輸液器」，每次可節省病房費約 537 元，住院護理費約 643 元，住院注射費約 1,676 元，扣除攜帶式輸液器約 1,100 元計，共計約可減少醫療費用支出 4,390 萬元。

懷孕婦女安心就醫，一律不鎖卡

中央健康保險局表示，政府鼓勵生育政策，在健保方面自即日起推動懷孕婦女可以安心就醫、產檢及分娩的措施，即縱使有欠費一律不鎖卡，以維護懷孕婦女的健康。

懷孕婦女可以安心的接受產前檢查，並以健保身分就醫，也是保障母親與胎兒在懷孕及生產期間，母嬰均安，健保局已洽請健保特約醫療院所，給予孕婦就醫協助，如果有健保 IC 卡遭鎖卡的問題，立即通報健保局辦理解卡。因此，健保局呼籲，孕婦朋友請安心到健保特約醫療院所去作產前檢查、就醫及分娩。健保局亦表示已函請各縣市社政單位轉

知所屬社工人員或社工團體提醒孕婦安心就醫，如有轄區孕婦健保 IC 卡遭鎖卡時，即刻通知健保局各地分區業務組解卡。健保局免費諮詢暨解卡專線電話為 0800-030-598。

此外，健保局已實施弱勢民眾安心就醫方案，18 歲以下兒童及少年一律不鎖卡，所以懷孕婦女朋友，不但在懷孕期間可安心就醫、產檢及分娩，連新生的寶寶一直到 18 歲，也都一併給予安心的就醫保障。