



長庚醫訊

五期五期題

月刊

第四卷第二期
72年5月份

中華郵政臺字第四四三六號執照登記為第一類新聞紙

發行人：范宏二
總編輯：曾凱元
執行編輯：陶大基
出版所：財團法人長庚紀念醫院
台北市敦化北路199號
電話：7135211
印刷所：天宏印刷事業有限公司
地址：台北市八德路4段245巷32弄24號

目錄

- | | |
|--------------------------|----|
| □中部地區醫學護理演講會..... | 2 |
| □胸膜腔積水..... | 3 |
| □老年人之周邊血管疾患——簡介 | 4 |
| □非侵襲性診斷技術..... | 5 |
| □冰凍肩的物理治療..... | 7 |
| □癲癇發作時的處理..... | 7 |
| □核醫電腦應用之四..... | 8 |
| □漫談新生兒手術..... | 9 |
| □你吃得够營養嗎？談均衡飲食..... | 12 |
| □牙齒可以漂白嗎？..... | 13 |
| □端正醫學視聽——從B型肝炎的根治談起..... | 14 |
| □澳洲飛鴻..... | 15 |
| □獨白..... | 16 |

金門地區罹患心臟病之患者，因限於該地區醫療人員及設備不足，必須長途跋涉，前來台灣本島接受診斷及治療，由於兩地交通不便，往返至為費時，使民眾深以為苦。金門縣政府為嘉惠戰地民眾，曾對金門地區實施普查，得知疑罹患心臟病之患者達三百餘人，乃邀請本院派遣醫師前往協助診療。

仁醫師及護士、技術員、社會工作人員等五人。

張院長等一行，係於本(五)月七日上午搭乘軍機抵達金門，金防部參謀長、縣政府民政科科長翁志勳，金門衛生院院長李振范等曾親在機場迎接，並對本院義診人員的來訪表示歡迎與感謝之意。

義診人員一行在縣政府民政科、衛生院、各地衛生所及學校的密切配合下，深入烈嶼、金城、金寧、金沙、金湖等地區為民眾義診，由於縣政府事先妥善安排及準備，使義診工作進行順利，在短短三天義診時間內，接受診察民眾多達四五百人。經初步診斷結果，計有九位兒童及四位成人須接受進一步檢查及手術。對於這四十三位病患，本院將優先安排住院，其家境清寒無力負擔醫療費用者，本院將以社會工作基金從優補助，如仍有不足，將另請慈善團體及人士共同捐助，期能結合社會力量，幫助他們擺脫疾病枷鎖，重過健康快樂的生活。

張院長率醫療人員赴金門 為戰地心臟病患實施義診

暇親自率隊前往，隨行的計有小兒科主任蘇文鈺醫師，心臟內科方柏

洪瑞松主任走訪東南亞

中華民國心臟科醫學會將於今年十一月廿七日至十二月二日，在圓山大飯店舉辦第八屆亞太地區心臟醫學會議，這是該會首次在我國舉辦，亦是我國有史以來最大的國際性醫學會議，預計將有一千五百人參加。本院內科系洪瑞松主任，將榮膺此次大會之學術組主席，此誠為洪主任及本院之榮幸。洪主任為廣為宣揚，曾於四月二十日至廿九日，分別走訪新加坡、馬來西亞、泰國及香港等地，作禮貌性邀請，並在各國心臟科醫學會上，以「鈣離子阻斷劑對陣發性上心室頻脈之作用」作專題演講，贏得與會人士普遍讚譽，為我國醫學界爭光不少。

護士節活動報導

為使一年一度的護士節更具意義，本院護理部特舉辦了一連串的慶祝活動其中包括：

△演講比賽：為提供更佳的服務，此次主題以推展禮貌運動及發揮護理專業精神為主。優勝人員為：6C病房徐菊容第一名、9C病房張庭婷第二名及10A病房劉蓉蓉第三名。

△角色扮演競賽：舉辦此競賽之目的在於藉由表演體驗病人及家屬的心境，並使護理部之間及其他部門有更好的溝通與連繫。經評

審結果：外科組五樓區病房獲得冠軍、內科7樓區病房亞軍、8樓區病房季军。

△燭光晚會：會中恭請王董事長及夫人蒞臨致詞並表揚優良護理人員。

△插花展及手工藝品展：展出之作品均為護理人員利用工作餘暇巧排製作之精品，吸引不少員工及訪客佇足觀賞。

「特訊」：恭賀護理部楊麗珠主任膺選為七十二年度台北市優良護士。

時 間	題	主講人	時 間	題	主講人
8:00 8:00 8:00 8:00	簽到	張昭雄院長	9:45 9:50 10:00 10:05	引言	楊麗珠
8:40 8:45 8:50 9:00	主持人致詞	王董事長永慶	9:10 9:15 9:20 9:25	頭部外傷的緊急處理	吳素娥
8:50 9:00 9:10 9:20	致歡迎詞		9:25 9:30 9:35 9:40	意識評估方式	郭瑞珍
9:20 9:30 9:40 9:50	來賓致詞		9:40 9:45 9:50 10:00	休息(茶點時間)	邱素圓
醫學演講部份 福利大樓			護理演講部份 行政大樓		
10:00 10:05 10:10 10:15	鈣離子阻斷劑於頻脈治療之運用	洪瑞松	10:00 10:05 10:10 10:15	頭部外傷手術後的護理	何汾美
10:15 10:20 10:25 10:30	甲狀腺癌	王佩文	10:15 10:20 10:25 10:30	頭部外傷病患常見問題及照顧	高文文
10:30 10:35 10:40 10:45	糖尿病處置之最新方法	黃鴻碩	10:30 10:35 10:40 10:45	頭部外傷的復健	
10:45 10:50 10:55 11:00	免疫細胞化學法——外科病理學診斷之應用	郭承統	10:50 10:55 11:00 11:05	午餐	梁玲惠
11:00 11:05 11:10 11:15	休息(茶點時間)		11:00 11:05 11:10 11:15	脊髓損傷的緊急處理	許惠貞
11:15 11:20 11:25 11:30	攝護腺肥大症之經尿道切除術	黃敏雄	11:15 11:20 11:25 11:30	頸椎損傷牽引病患的護理	許惠貞
11:30 11:35 11:40 11:45	顯微手術在婦科之應用	張聰琳	11:30 11:35 11:40 11:45	脊髓損傷病患的小便訓練	許惠貞
11:45 11:50 11:55 12:00	骨盆腔子宮內膜異位症——不孕症及骨	謝燦堂	11:50 11:55 12:00 12:05	休息	
12:00 12:05 12:10 12:15	盆腔疼痛在一〇六例不孕症婦女之分析		12:00 12:05 12:10 12:15	脊髓損傷的復健	高文文
12:15 12:20 12:25 12:30	初生後一個月內之手術	林哲男	12:15 12:20 12:25 12:30	重建	陳秋音
12:30 12:35 12:40 12:45	腦波檢查在腦瘤診斷之應用	莊錦豪	12:30 12:35 12:40 12:45	綜合討論	許玲女
12:45 12:50 12:55 13:00	大型醫院設立脊椎外傷病房之好處	張承能	12:50 12:55 13:00 13:05		
13:00 13:05 13:10 13:15	午餐		13:00 13:05 13:10 13:15		
13:15 13:20 13:25 13:30	急性硬腦膜下血腫九六病例分析報告	(光田) 顏精華	13:15 13:20 13:25 13:30		
13:30 13:35 13:40 13:45	前行性腎盂攝影與經皮下腎造瘻術在超	(秀傳) 黃明和	13:30 13:35 13:40 13:45		
13:45 13:50 13:55 14:00	音波控制下診斷治療之應用	謝輝龍	13:45 13:50 13:55 14:00		
14:00 14:05 14:10 14:15	動脈栓塞——四八病例報告	周逢復	14:00 14:05 14:10 14:15		
14:15 14:20 14:25 14:30	鼻咽癌之治療	王桂良	14:15 14:20 14:25 14:30		
14:30 14:35 14:40 14:45	鼻出血五〇〇例報告	林芳仁	14:30 14:35 14:40 14:45		
14:45 14:50 14:55 15:00	慢性中耳炎之治療	楊光榮	14:45 14:50 14:55 15:00		
15:00 15:05 15:10 15:15	封閉性痔切除術之臨床經驗二五六〇病例	(彰基) 余文儀	15:00 15:05 15:10 15:15		
15:15 15:20 15:25 15:30	一般常見之兒童過敏性疾診斷與治療	王正儀	15:15 15:20 15:25 15:30		
15:30 15:35 15:40 15:45	癌症疼痛之處理	許洸瑜	15:30 15:35 15:40 15:45		
15:45 15:50 15:55 16:00	胞子絲菌症——二九例之臨床病理診斷	許汝寧	15:45 15:50 15:55 16:00		
16:00 16:05 16:10 16:15	抗焦慮症藥物之探討	曾興隆	16:00 16:05 16:10 16:15		
16:15 16:20 16:25 16:30		李世模	16:15 16:20 16:25 16:30		

胸膜腔積水（肺積水）簡介

內科主治醫師 黃賢慶

某甲抱怨咳嗽已有半年的時間，有時候咳的厲害時還會帶有血絲，但是，他只在藥房買些成藥吃，直到最近因為覺得走路會喘，呼吸有點急促，所以才正式的找醫師看病，並且照了一張X光片，發現有左側胸膜腔積水現象，經過抽水及切片檢查，診斷是肺結核，他定時服藥一年之後痊癒，某乙是個老煙槍，抱怨咳嗽多年，但是最近幾個月，除了咳嗽加劇之外，有時候還會咳血，而且體重減輕相當多，X光片檢查，也發現左側胸膜腔有積水現象，但是他就沒有那麼幸運了，經抽水及切片檢查，發現竟然是腺癌。事實上，胸膜腔積水的原因。還有很多，而且被發現有這種情形的患者，也都非常驚慌失措，本文的目的，就是要簡單地加以介紹，希望有這種情形的患者，在面對它的時候，有比較正確的態度。

胸膜腔是由臟層、壁層兩層胸膜包被而成，健康的人本來就有少量的液體，使兩層胸膜隨著呼吸移動時，有潤滑的作用，但是量很少，一般不能夠以X光攝影或理學檢查測出，如果超過以上的範圍時，就稱為有胸膜腔積水的現象。一般說來，胸膜腔積水，分成滲透液及滲出液兩大類；滲透液是指胸膜的

微血管壁仍然完整，但是因為血液滲透壓的減少，或是血液水力壓的增加，而造成胸膜腔積水，這種情形最常見的原因，有心臟衰竭、肝硬化併腹水、腎病症候羣、營養不良、蛋白質缺乏及其他如縮狹性心包膜炎，上腔靜脈阻塞，腹膜透析，鹽份滯留症候羣等等。滲出液則是指當胸膜的微血管壁受到疾病破壞，因此帶有豐富蛋白質的液體，過量地滲入胸膜腔中，或是淋巴的再吸收，受到阻礙，蛋白質大分子物質沒法再吸收，滯留胸膜腔中，而造成的胸膜腔積水。它的原因就非常的多了，感染、腫瘤、外傷、肺動脈栓塞、結締組織病變、腹部疾病、內分泌疾病、淋巴管病變等等，都可以造成滲出液。而比較常見的還是感染（台灣特別是結核病），腫瘤及外傷等三大原因。

一般胸膜腔積水的臨床症狀，和其他肺部病變的症狀一樣，並不具特定性，病人可能的抱怨包括發燒、咳嗽、咳血、胸痛（吸氣時會加劇，則較具特定性），呼吸困難，氣喘、全身倦怠、疲乏、食慾不振或體重減輕等等，理學檢查則可能發現患側肺部呼吸音減弱或聽不到（需兩側比較），而且患側胸廓，隨著呼吸的移動也較慢不對稱，

叩診濁音增加，觸診震實減少，這時候如果再照個X光攝影檢查，就可以發現患側積水處，形成一片白色的影子（如圖），而且可以從白色影子處，抽到積水。

醫生在診斷胸膜腔積水的原因時，和所有的疾病一樣，都先要有可靠的病史，病人的資料（如性別、年齡、職業、嗜好）及作詳盡的理學檢查，例如在醫院勤奮工作的年輕護士，因為工作關係，常常接觸結核病的患者，如果不幸有胸膜腔積水的現象，則暗示結核性胸膜腔積水的可能；又如車禍被送到急診處，發現有胸膜腔積水，則暗示可能是因為外傷而導致血胸（血液性胸膜腔積水）；又如胸膜腔積水，併有高燒畏寒等急性感染症狀，X光攝影又發現有肺炎陰影，則暗示細菌感染的可能；又如五〇多歲的老煙槍，長年咳嗽，最近體重急劇減輕，檢查有胸膜腔積水現象，也發現右上鎖骨窩有硬且不痛的淋巴結腫大及有杵狀指，則癌性胸膜腔積水的可能，就幾乎確定了。當然，最後要作鑑別診斷時，一定要抽取積水作血球，生化、酸鹼度、培養、細胞學等各種檢驗，有必要時，還要作胸膜切片檢查，以期獲得組織學上的診斷，其他如支氣管鏡檢查，腫大淋巴結的細胞學檢查，切片檢查，及核子醫學的檢驗等等，也都是醫生可能賴以作鑑別診斷的一些工具。

胸膜腔積水，只是一種疾病的表現，它的治療，當然是要針對潛

在病因對症下藥，至於胸膜腔積水本身，大部分的病例都會隨著潛在病因的控制而消褪，但是，少數情形如化膿性胸膜腔積水，大量的外傷性血液性胸膜腔積水，或無法痊癒的癌性胸膜腔積水等等，則需要加以引流，或注射一些化學藥物進入胸膜腔以減少後遺症的發生，或減輕患者的痛苦。

胸膜腔積水，一般又俗稱為肺積水，如果是滲出液時，鑑別診斷通常都需要作切片檢查，一般民眾聽到要作切片檢查時，很多人會恐慌而且不合作，有些人甚至認為切片檢查會讓疾病擴散或加重，事實上，這些都是不正確，沒有根據的說法。再就患者的立場來說，滲出液作胸膜切片檢查，應該是有利而且必要的，因為可能因而獲得確定的組織學診斷，以利治療的施行。另外，根據筆者的經驗，因為胸膜切片的傷口很小，實際上只是一隻小針插入以獲得標本，通常只要局部麻醉適當，患者都不會有任何的痛苦，門診都可以作這種檢查。胸膜腔積水的原因很多，我們需要患者與家屬的合作及瞭解，才能得到正確的診斷與治療。



患側積水處的白影

老年人之周邊血管疾患

簡介非侵襲性診斷技術

內科主治醫師 林芬琮

以往，要確實診斷周邊或頸部血管疾患，唯一的方法，仍是依賴動脈血管攝影，這是一種侵襲性的步驟，雖然可能發生的併發症機會不大，但偶爾還會有致死的情形。雖然，從解剖學上，要確定血管疾患範圍，動脈血管攝影仍舊是最佳的方式，然而，在過去八年來，非侵襲性診斷技術的發展，已能更進一步的評估血管疾患了。近年來，各種非侵襲性測驗的進步，可以提供循環血行力學狀態中「量」的測定，也能提供血行力學上可靠的基礎數據，再經過規則的定期追蹤，重複測驗，對了解動脈疾患的自然病史過程，有很大的幫助。同時在主觀上，這些測驗，也可以評定內科或外科治療方法的成功與否。所以近年來，現代化非侵襲性的診斷技術，已經成為血管疾患的診斷方法中，除了病史及理學檢查以外，一種很重要的輔助技術了。目前，已有很多醫院也設立了各種各樣的血管疾患診斷實驗室，大體上，它們可分為對周邊血管；包括動、靜脈；及頸動脈疾患的診斷兩方面。

用於周邊血管疾患方面

一般因為腿部的症候，在臨床

上最常見，所以重點放在腿部血管疾患。通常，由詳細的詢問病史及完全的理學檢查，很容易診斷出腿部的動脈硬化性阻塞疾患，如腿部靜止時疼痛或跛行，腿部皮膚顏色或溫度變化，靜脈的回流範圍，周邊動脈搏動的性質，或是有否雜音(Bruit)的出現，都可提供診斷的線索。但這些都是只具敘述性，對於下肢動脈阻塞疾患的血行力學狀態，要做較準確的質與量上的決定，則需要非侵襲性試驗的幫助，以便於做正確的處理。

臨床應用方面，以杜卜勒(Doppler)超音波的設計最為實用。它是使用兩片壓力電流變化晶體做成一個探頭，一片晶體發射出一道超音波束，經過流動中血液裏的細胞反射回來，由另一片晶體接收。血液流動速率不同，會引起超音波束頻率的改變，此種改變，與血流速率成正比，把頻率的改變放大，而且變成一個聽得見的信號，如此檢查者就可以決定該血管的收縮壓力了。一般在腳踝處的壓力測量，對想很快的檢查和診斷周邊血管是否阻塞，是很實用而且簡單的方法。在腳踝上方綁一壓力袖筒(Cuff)，如同上肢測量血壓時一樣，探

頭置於遠處動脈，如後脛(Posterior Tibial)動脈，或腳背(Dorsalis pedis)動脈，把壓力袖筒從高於收縮壓處逐漸放鬆，一面用探頭測量血流的恢復與否，在測得血流恢復當時袖筒上的壓力數目，就是腳踝的收縮壓，用腳踝壓力指數表示，等於踝收縮壓除以心臟收縮壓，在正常無下肢血管阻塞性疾患的人，踝壓指數大於或等於一。測量不同部位的壓力，可以確認出狹窄或阻塞的部位，大約量三處：大腿上方、膝上方、及小腿肚。在同一下肢的不同部位，或是不同肢體的相同部位之間，壓力差若是大於30 mmHg，則表示存在有某種程度的動脈疾患。但是要注意的是，某些糖尿病患者，動脈管壁硬化，導致彈性喪失，會引起假的高壓，這是因動脈太硬，不易受袖筒壓迫所致。

在測得靜臥狀態的肢體壓力以後，進一步可以用運動前後，踝壓反應的不同，來評估動脈的循環狀況。一般使用踏板(Treadmill)運動，速度為每小時3哩，角度變化10°，做到跛行發生，或五分鐘為極限，立刻測量踝壓，在正常人壓力不會下降，對動脈硬化血管阻塞性疾患，則壓力下降與疾病的嚴重程度成正比。

對於有心臟功能不全，或有潰瘍疼痛病灶，或步伐不穩及其他原因不能做踏板運動的病人，則可以用阻塞——變紅試驗(Occlusive-Hyperemic Test)，或是趾搏動

再現時間(Toe Pulse Reappearance Time)來評估下肢動脈疾患。還有Volume Plethysmography (Pulse Volume Recorder or PVR)，也是一種實用的工具，可以在一般醫院或辦公室使用。但是有一些情況下，很容易被誤為是下肢動脈缺氧而引起的試驗結果異常，如：慢性靜脈疾患，腰椎關節炎，退化性膝或髖關節炎，椎間盤引起的神經壓迫，以及糖尿病或酒精性周邊神經疼痛等，都可以使檢查結果呈陽性，必須要注意。

用於顱外頸動脈疾患方面

內頸動脈的粥狀硬化阻塞，及栓塞，最使老年病患困擾了。大部份腦血管缺血的病患，具有內頸動脈病灶，而且可用手術來改善的。近年來，對腦血管缺血的病人，用非侵襲性方法來探測顱外頸動脈系統血行力學上變化的評估，發展的很快。臨床上使用的方法有頸動脈聲波血管攝影，眼窩上超音波試驗、頸動脈波型分析，眼窩上方血流照像法，眼動脈血流壓力試驗(OPG)，以及頸動脈掃描。

頸動脈聲波血管攝影分為視聽分析及光譜量頻率分析，前者較簡單，但若在頸動脈無雜音出現，就不能為準了，必須與眼動脈血流壓力試驗合併評估才可。後者則附有迷你電流壓力試驗腦，可分析雜音的強度和頻率，以決定血管狹窄的程度。

眼窩上超音波試驗則是較廣泛

使用的方法，用8 Mega Hertz的Doppler探頭，來測眼窩周圍血管，即眼動脈的各分支的血流速率。若內頸動脈有百分之五十以上的狹窄時，眼窩周邊血管，即眼窩上及額鼻血管的血流方向會反向，此試驗的準確性依檢查者的技術、耐心及經驗而有不同，可由百分之六十到百分之九十四。

頸動脈波型分析，則是使用持續波方向性Doppler探頭，放在總頸動脈處，若內頸動脈有某程度以上的阻塞時，總頸動脈處的舒張速度會變慢，而且收縮及舒張的血流會有變化。有人報告準確性高達百分之九十五。

眼窩上方血流照像法，為使用紅外線光放射的兩極真空管，輕輕貼在眼窩上方，一面逐次壓迫兩側外頸動脈及總頸動脈，若內頸動脈有病灶，則測得的血流搏動會減少百分之三十以上。準確性可達百分之九十五。

OPG是由眼球處，角膜的側方，局部麻醉後由鞏膜上測得的眼動脈收縮壓，眼動脈是內頸動脈的第一條分支，除非少見的情況下眼動脈發生阻塞，一般由眼動脈的壓力即可反應出內頸動脈的壓力，準確性也可以達百分之九十以上。將充滿液體或者空氣的OPG儀器置於鞏膜處，造成一個負壓，然後逐漸減少負壓，至眼動脈搏動再出現的當時壓力，即是眼動脈的收縮壓。兩側眼球的壓力或搏動波型來分析，即可判斷是否有內頸動脈狹窄。

頸動脈掃描，有使用B型超音波掃描，持續或搏動波型的Doppler超音波，及雙倍掃描系統等的不同。搏動波型Doppler，對百分之四十以上的內頸動脈狹窄病灶，診斷率高達百分之八十九。而持續波型Doppler掃描器，則用不同顏色來表示出不同的血流速率。Doppler加上B型掃描合併成一種雙倍掃描系統，可以從血行力學及解剖學上來評估內頸動脈的情況。

當病人有腦血管缺血，但非侵襲性檢查各種結果却是正常時，則仍然需要做動脈血管攝影。大部份的病人，有腦血管缺血症狀出現者，含有兩側頸動脈病灶，若由非侵襲性診斷技術判定其狹窄不嚴重，則可以只用藥物治療，不需再做動脈血管攝影，而且可規則定期追蹤，重複試驗，評估是否再發或完全阻塞。對沒有症狀出現但有頸動脈雜音的病人，則可以每六個月做一次追蹤，或在其他外科手術之前先評估手術後中風的可能性。

直到目前，非侵襲性試驗及研究，最大的障礙，就是它們無法測到血行力學上不明顯但會引起腦栓塞的病灶，對於高度狹窄或完全阻塞的頸動脈，診斷率非常的高。一般使用這些技術，也都合併各種試驗結果，綜合起來小心的判讀，才能增加準確性。將來對各種試驗工具及技術方面更精準更進步的話，可能可以診斷出只有潰瘍尚未造成狹窄的病灶。

冰凍肩的物理治療

前言

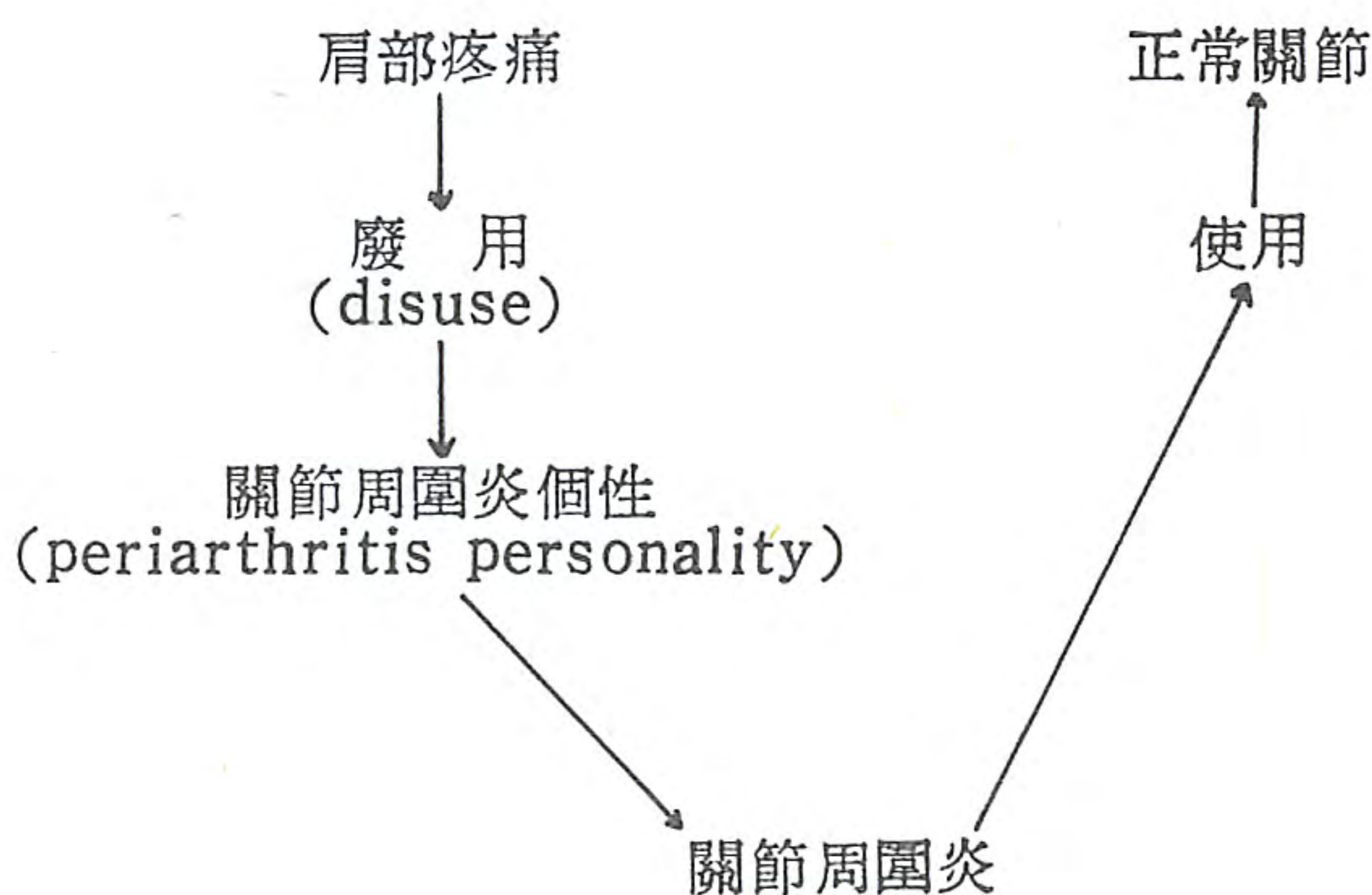
「冰凍肩」即俗稱之「五十肩」，又可稱為「關節周圍炎」，是中、老年人常見的疾病之一。患者的肩關節活動度受到限制且有酸、痛、肌肉痙攣、無力及麻痺等現象產生，使患者在日常活動上倍受干擾。然而，針對冰凍肩的治療方法相當多，本文僅介紹物理治療供大家參考。

肩關節的功能性解剖

解剖構造上，肩關節共包括七個關節，一般所指的肩關節則是指肱盂關節而言。這個關節是杵臼型關節，由於其關節盂較淺，且關節周圍的關節囊較鬆，能使肱骨牽離關節達二、五、三公分之遠，所以肱盂關節的活動範圍非常大，可符合人類生活活動作的需要。至於肩關節的正常活動範圍包括前屈、後伸、外展、內轉及外轉。

冰凍肩的發生原因及臨床特徵

西元一九五三年柯文垂（Coventry）認為冰凍肩的形成原因是（如附表）：



因此，僅是肩部疼痛一個因素並不足以引起冰凍肩，常須合併較神經質的個性，及肩關節廢用這兩個因素，才會形成冰凍肩。

臨床上，冰凍肩的患者年齡多在四十、六十歲之間，女性多於男性，且左邊發生率高於右邊，若兩側皆患病，則大多是先後發生而非同時發生。

大部分病人的疼痛部位在肩關節一帶，但也有的會沿上肢外側往下延伸至腕關節，或往上延伸至頸

部及後頭部。有的病人會合併有頸椎症候羣，但大多數病人則因肩胛肱關節僵硬，舉高手臂時不得不以肩胛骨轉動來帶動上肢，以致使後頸背部肌肉過度使用而受傷，受傷後的肩膀因不敢動，更加深了肩關節的僵硬程度，致使肩——頸部疼痛異常。

冰凍肩的病人有一特徵，就是在晚上會感到特別疼痛，臨床上稱之為夜間疼痛，這種夜間疼痛會令病人睡眠倍受干擾，同時也由於疼痛難耐，病人多不敢躺於患側。

在關節活動度受限方面，則因人而異，但由於肩關節疼痛及長期廢用，部分病人的肌力會有減弱的現象。

冰凍肩患者常會呈現焦慮、不安、疼痛耐力低及對外界漠不關心等關節周圍炎個性。

治療方法

對冰凍肩的治療目標主要在減除疼痛、增進及恢復活動度及增加肌力。但事實上，預防勝於治療。

冰凍肩的治療方法包括休息、固定、藥物治療、物理治療與手術治療。只要病人狀況許可，應盡量減少休息及固定的時間，使肩關節早日活動。藥物治療常須配合物理治療，才能使活動度增加並恢復其正常功能。若經四、六個月的保守治療無效後，才考慮手術治療，但手術後仍需有良好的物理治療。

物理治療

物理治療的方法包括熱療、冷療及運動治療。

當病人肩痛得相當厲害但尚未產生冰凍肩的這段時間，稱之為急性期。這時，病人會因痛及肌肉痙攣而減少肩關節的活動度。此時治療的首要目的在解除疼痛。讓肩關節休息是最需要的。可用肩部吊帶托住上肢以減少上肢的活動及降低疼痛的程度。此時，冰敷比熱敷有效，每次冰敷的時間約二十分鐘即可。

當病人在肩部靜止不動時不再感到疼痛，且可稍稍增加肩關節活動度時，即可給予運動治療。在做運動治療之前，須先給其熱療以增進血液循環，減少因不動及肌肉痙攣所造成的局部缺血性疼痛，並可使肌肉放鬆。

在給予運動治療時，須先注意下列幾項原則：

1. 運動之頻率與強度：所有的運動治療項目皆須在不使肩關節產生疼痛的情形之下進行才有效。一般而言，可由高頻低度 (high frequency, low intensity) 到低頻高度 (low frequency, high intensity)。
2. 運動之速度：由快而慢，如此，肩部肌肉才能真正用到力。
3. 運動開始之方向：通常由於前屈及後伸的動作受限較小，故運動由此開始。
4. 外轉角度之加強：因為完全的前屈及外展須合併肩關節外轉才能完成。

5. 運動之準確性：由於肩關節是一構造複雜的關節，故稍一不注意，則極易有假動作出現，如此，便不能得到治療的效果。

6. 動機之加強：病人的精神狀態及合作程度都是影響治療效果的重要因素。

7. 輔助器之運用：以器具幫忙來增加運動的效果，例如肩輪、高低桿、滑輪……等。

以下介紹幾種運動治療的方法：

1. 柯德曼鐘擺運動 (Codman pendulum exercise)：

下身彎曲，兩腿分開吉弓步，患側上肢自然下垂，待完全放鬆後，再開始運動。運動之方向包括前屈——後伸、水平外展——內收、內外旋轉、與環行運動。在疼痛厲害時，可利用身體的動作帶動上肢，然後再漸漸減少身體的動作，使動作完全由肩部肌肉收縮造成。可以讓病人拿重物做運動，利用重力增加肩關節間隙，減少運動產生之疼痛及增加角度。

2. 肩胛骨活動運動：

讓肩膀做聳肩及繞圈的動作，以增加肩胸關節、胸鎖關節及繞鎖關節的活動度。

3. 利用輔助器之運動：

(1) 肩輪：將肩輪的中心對準病人的肩關節，依病人需要來調節肩輪轉動的磨擦力以做為阻力的大小，病人面向或側向肩輪並轉動之，以進行肩關節各方向之運動。

(2) 滑輪：利用健側拉動或牽張

患側，可增加患側的動作角度。
(3) 棍棒或布條：兩手一同做運動，可使健側給予患側助力、阻力或牽張力。

其他如以手抓高低棒：利用身體轉向各個方向之時，達到自我牽張的目的。利用桌子可進行對肩關節各個方向的牽張運動。以指梯幫助肩關節前屈及外展角度的增進。手扶門框，移動身體以牽張肩關節各個方向的動作角度。

4. 神經肌肉本體感受易化技術 (Proprioceptive Neuromuscular Facilitation, 簡稱 P.N.F.)：

這是物理治療師用來治療病人的專門技巧之一。對於冰凍肩的病人，使用 P.N.F. 的主要目的在於利用 P.N.F. 的基本技巧，使病人在降低痙攣與疼痛下，達到增加角度與肌力的效果。

一般而言，經過六、八週的物理治療後，百分之七十的病人的疼痛都能減輕到最低程度，而且也能得到一相當令人滿意的肩關節活動度。

結論

由於冰凍肩會帶給病患不少的麻煩，故給予適當的治療是非常重要的。而在各種治療中，物理治療乃不可或缺之一項，其他治療若欲達到良好效果，一定要合併物理治療才行。



癲癇發作時的處理

本院神經科

當我們看到癲癇病人發作時，常會驚慌的不知所措，尤其是癲癇大發作，病人突然地昏迷不醒，手脚僵硬的抽搐，躺在地上，雙眼直瞪，口吐白沫；在這種情況下，身為旁觀者，無論朋友或親戚，總是希望他（她）很快地停止抽搐，恢復神志。其實祇要您瞭解癲癇是怎麼回事，就不至於如此驚慌了。

癲癇發作，它只是一種腦部過度漏電所造成的臨床表現而已，此種腦部漏電的現象，通常會自己停頓的，除非少數情況，可能會漏電一陣子或停止一陣子後，再度連續的漏電，斷斷續續地不斷漏電，才會影響生命的危險，這種現象在一般癲癇發作中是較少見的。

一旦我們剛好碰到癲癇病人癲癇發作時，首先我們必須先鎮定自己，然後視病人發作是否有倒下之傾向，若有應儘快扶住他，且將病人周圍可能會發生傷害的物品移去，例如尖銳物品包括有桌角、椅角、或其他尖銳之金屬。當病人昏迷不醒時，我們應將病人處於側臥之姿勢，以防唾液倒流而造成呼吸道阻塞。另外，應注意病人口內是否有其他物品或假牙等，避免病人

因發作時吞入而阻塞呼吸道，通常病人在剛開始發作時，都會將口張開，此時旁觀者應隨手拿出手帕或較軟的東西，放置病人的牙間，防止病人在發作期間或是發作後段，病人用力咬牙時，咬傷舌頭或嘴唇，若是周圍有鉛筆或竹片，更可利用手帕將竹片或鉛筆包起來，放在臼齒之咬合面間，不可放在門牙處，若是放在門牙則可能因為病人抽筋時，用力過猛而咬斷門牙。至於病人手脚用力抽筋時，我們不須硬將他手脚拉直，有時硬拉直病人手脚反而扯斷骨頭，造成更進一步的傷害。通常癲癇大發作，時間約半分鐘至數分鐘之內即會自動停止。主要原因是漏電以後，腦部神經細胞疲乏，而停止過份漏電，癲癇發作也就自然停止。當病人癲癇發作時必要須解開病人上衣，以防止病人因穿著窄小衣服或衣領過緊而造成呼吸上困難；此外，病人有結領帶或打圍巾時也應將其解開或剪斷，防止束緊脖子而窒息。

在病人發作過後，少數病人會繼續維持睡眠狀態，（此時應置病人於側臥姿勢較好，並將脖子擺成上仰之位置，讓呼吸通順）有些病

人則馬上醒過來，但是其意識尚未很清楚，可能會漫無目的的遊蕩，此時應避免病人走到可能發生危險的地方，例如大馬路、樓梯口、懸崖邊或河流邊等；另外，有些病人因神志不很清楚，可能會發生暴力行為，此時，我們通常並不須特別限制病人自由走動，如此，病人則不會有反抗性的暴力行為出現。病人發作後其神志約在三十分鐘內會自己恢復過來，這時病人可能會疲倦、嘔吐、頭痛等，我們不妨讓病人平躺休息，暫時停下他目前所做的工作。如病人未醒過來，則小心注意腕部之脈搏是否規律或有微弱或其他不正常，觀察呼吸是否平穩，嘴唇有否發紫，瞳孔變大等，必要時則速送醫院緊急處理，但這些現象通常很少發生。

前面所述是癲癇大發作，是一般人所常到見的發作型態，也是較容易發生傷害的一種類型，至於其他類型之癲癇發作，是較不會發生危險性傷害，除非某些病人如顯葉性癲癇發作，臨床上之發作型態有類似夢遊症之無意識動作或是行為；這些不自主的行為包括：1. 傻笑或不自主的吞嚥動作。此時，在可能範圍內應將口內東西取出。2. 不自主的拍手或比手劃腳。如果病人正好手中持有刀子或危險物品，如刀片、玻璃碎片應立即取開。若正好在吃火鍋及熱湯類時，應儘快移開或將火熄滅，以防止病人在發作狀況下燙傷；有些工廠工人在大火爐邊工作，則應利用人牆或大布將

病人與危險之火爐隔開，以免病人不自覺地靠近火爐而灼傷。3. 不自主走動，這時應避免病人靠近危險地方，防止病人遭遇傷害。這種顯葉性不自主運動的發作，通常也是持續幾分鐘後就會停止，但是也有少數病人發作時間持續至一、二小時，而他所表現出來的只是一種奇怪行為，有時發作甚至在公共場所脫衣，這種情況應設法儘快將病人與羣眾隔離，以避免病人在發作過後醒來，發現自己的難堪行為，造成心理上負擔。還有若是在駕車中，應立即關掉油門，減低車速等，以防止危及生命之情況發生。

另外，點頭小發作（此種現象大部份是小孩子發生），由於他的點頭發作或失神發作，可能會造成周圍朋友或同學對他奇怪的行為，產生嘲笑或竊笑現象，這時當老師或主管的，就應該對那些嘲笑者加以制止，以免在病人心理上產生自卑感而使病人畏縮，不敢參與一些團體活動，從而發生人際關係上的困難。當然，一旦癲癇發作頻繁起來，間隔僅幾分鐘或甚至一直持續發作時，應儘快送醫院，運用積極的藥物注射治療來控制癲癇發作。總之，當發覺周圍有人發生癲癇發作時，應處變不驚的小心處理，不可亂了手脚而造成對病人進一步之傷害，更不可以看好戲的態度圍觀，而應立即的幫忙與處置，以防止病人因為突然的發作而造成身體其他範圍的傷害。



核醫電腦應用之四

核子醫學科主治醫師 曾凱元

目前，已有許多核醫顯像之技術可用來作左右心室功能之定量或定性分析。當然，這在電腦介入之前幾乎是不可能的。有了核醫專用電腦之引進，許許多多心臟功能之變數皆可輕易的計算出來。在此，先談談放射性核種心血管攝影檢查 (radionuclide cardiography) 或簡稱之為首度穿流檢查 (first-pass study)。

所謂首度穿流檢查之意思即是，利用少量放射性製劑由靜脈系統注入，當這些製劑第一次穿過右心房、右心室、肺動脈、左心房、左心室、主動脈等之過程中，記錄下其顯像資料，作電腦資料分析處理之意。事實上，也就相當於利用放射線製劑作心血管攝影。

此項檢查與分析於一九七二年首度由范代克氏創出。經過十來年各個研究機構不斷的改善，經過許多電腦程式師不斷的改進程式，目前已可進行多項變數之分析。

變數之一是各個房室及肺臟平均穿越時間 (MTT, mean transit time) 之計算。左、右心室及肺臟，皆有其正常之穿越的時間值，一旦病人之數值超過了這個限度就表示病人有心室機能衰退之現象。此外，用肺臟穿越時間之增加配合其時間活性曲線，尚可用以計算

是否有左側心臟至右側心臟之分流，以及分流之嚴重性的評估。最近，本科也作了一些左心室至右心室分流病人肺部放射性曲線圖分析的病例。凡由吾人之計算算出有分流者，皆在心臟功能上，心血管導管攝影檢查上發現有意義的分流證據。然而，有兩例雖然心導管之檢查證實有一相當小型分流，但是，尚未足以造成有意義之功能變化者，則不會在吾人之計算中顯現出來。這是一相當有趣之現象。這再一次指出核醫檢查在功能評價上遠超過結構評價上之價值。

其他的變數則都與左、右心室之功能有關，當放射性製劑穿過四個房室時，受到心搏之影響，在左、右心室內之放射線活性會呈現周期性之變化。當心室舒張時，內部之血量增加，相對的，放射活性上升；反之，當心室收縮時，內部之血量減少，同樣的，放射活性也下降，如此週期循環變化，利用其放射性計數之差別便可計算出心臟射出分率之高低，由而判斷其功能之好壞。此外，這種週期性之變化在心室與心房兩方來說，恰好是呈一百八十度之差別。心室之收縮與舒張曲線可以由餘弦函數圖形表示，相反的，心房之變化則可用正弦函數圖形表示，彼此之相位完全相反

，利用此種相位之差別，又衍生出了所謂「相位圖形」之分析。這種分析可以促使吾人對於心室收縮順序一致性與否之分別。

除了數字與靜態之關係而外，吾人尚可利用電腦之程式重新組合病人心室收縮之資料以組成動態之表現。吾人可任選三個具有代表性之心搏（不論左、右心室皆可，多半是左心室），利用電腦之程式將每一心搏自心舒至下次之心舒期內分割成十六段影像，將這三個心搏之每一對稱的十六分之一影像加在一起，一共形成一組十六張自心舒至心縮，又由心縮至心舒之分段影像。然後利用電腦之程式將這十六段影像，如同電影一般的連續展示，即可在電視之螢光幕上看到病人之心室在眼前搏動，這豈非令人「怦然心動」之檢查？

本科這方面之檢查雖然才開放不久，不過已有不少病例由這一簡單、安全、迅速之檢查裏獲致相當滿意之結果。一些臨床上有呼吸急促，懷疑是右心室衰竭或肺臟疾患的病人，在吾人之檢查之後，大致上可由右心室之射出分率上得一概略的瞭解，凡是右心室射出率下降者（往往其左心室射出分率仍正常），大概都可推測是右心室衰竭，凡右心室射出分率正常者，也大多可推測其肺臟是疾病之主因。另外，當臨床上懷疑病人有急性心肌梗塞時，以往皆可應用鎝-99m標記之焦磷酸鹽製劑看出梗塞發生之區域。不過，由於各種病人之病情不

同，有的病人在一次的檢查上還看不出梗塞的區域，要經追蹤一次或兩次才能看出，由於國情之不同，我們的病人大半只同意作一次檢查而不願作系列之檢查，因此，檢查之陽性率也就相對的降低了。甚至有些十分嚴重的梗塞，根本無法利用鎝-99m焦磷酸鹽掃描看出，此時，左、右心室局部收縮之影像檢查便顯得十分重要了。我們也連續作了二十多例疑急性心肌梗塞進行焦磷酸鹽掃描之症例同時作首度穿流之電腦分析，一般效果相當不錯，大部分病例之兩項檢查皆可配合，少部分病例其焦磷酸鹽掃描陰性者，可以由首度穿流檢查之電腦分析中得知心室收縮之狀況，也因此，吾人減少要病人追蹤掃描之建議，反過來建議臨床醫師送病人來作鎝-99m焦磷酸鹽心肌梗塞掃描時也別忘了在申請單上加註心室功能電腦分析檢查。有一個相當有趣的病例是這樣的，由於常有胸口疼痛之病史，臨床醫師為他申請了焦磷酸鹽之掃描檢查，在這同時，我們也為他同時作心室功能分析檢查，赫然發現病人有左心室壁收縮之問題，射出率也下降。比對之下，焦磷酸鹽之檢查亦為陽性，由此，吾人更為肯定該病例確實患了心肌梗塞症而非無病呻吟。

近年來，化學藥物療法在腫瘤疾患之治療上愈來愈顯重要。然而，某些藥物，例如 Adriamycin，可致心肌毒性，減少心臟之功能。國外已有許多論文作這方面之探討

這麼小開刀行嗎？

漫談新兒生手術

小兒外科醫師 莊錦豪 林哲男

與研究，我們最近也開始作這方面之分析。利用首度穿流之程式分析，吾人可區分到底病人是否心室功能尚未受到影響，左心室功能減低，或兩側心室功能減低。事實上，

小孩子，特別是新生兒，幾乎無例外的，都是細皮嫩肉，一副惹人憐愛的模樣，過去，由於對新生兒的瞭解有限，稍有問題的就束手無策，更不用說送到開刀房去妙手

塊，腸子暴露在外面的嬰兒，都是死路一條。可是今天同樣的病例，却有百分之八十至百分之九十的活命希望。十五年前因各種病接受手

這項檢查最重要之觀念乃在於給藥前之基礎檢查，給藥後之定時追蹤，一旦發現心室功能下降時便可予臨床醫師警告，以免讓病人受害或治療不足。

術之新生兒，一百個裏面祇有三十個活下來，可是今天却有八十個以上可以救回來。小兒外科在短短的十幾年間，却有如此顯著的改變，這其中原因，值得我們去探討。

小兒科醫師常說：「小孩子並不是大人的縮影，不能拿大人的一套，照尺寸縮小，就可以應付過去。」而新生兒學更是小兒科學裏最難精通的一部份，困難的原因就是因為我們對他們的了解太少。我曾聽麻醉科譚主任對護士小姐說：「小孩子是另外一種生物，妳不能把「它」當做一般人（指成人）看待。」這觀念很新穎，而且很有意思。

任何手術的進行，都免不了要麻醉，新生兒手術的成敗，麻醉扮演了非常重要的角色。不論是上呼吸道的構造，或生理的調節，新生兒都不同於大人，往往體溫的維持不當，或液體的補充不足，就會白白送走一條小生命。小兒外科韋路藍縷，以啓今日之山林，與麻醉的演進息息相關。本院的麻醉，在該科同仁的努力下，對新生兒的掌握，在台灣可稱得上數一二，也因此得力於麻醉的幫助，使本院小兒外科之開展順利。

消化道阻塞

新生兒需要動手術治療的病例

也許您會懷疑，屢次作這種首度穿流檢查以追蹤病人是否會對病人造成危險，事實上，根據統計，其放射線量非常的低，還不到零點幾個崙目。

，約有百分之九十以上是小兒外科的病例，其中又以種種原因造成消化道阻塞為最多，我們就從它談起吧？

我們一些醫生的朋友說，生一個心臟沒問題的，給父母省了一、二十萬，生一個有肛門的，又省下幾萬元。這當然是一個苦澀的笑話。不過肛門閉鎖的確是最常見的新生兒外科病例，也是外行人可瞧出的問題。肛門閉鎖，視直腸盲端離正常肛門口位置之長短，可簡單區分為高位型和低位型。前者大多有瘻管通到陰道（女）或尿道膀胱（男），後者則常有瘻管通到會陰或甚至女孩子之陰道前庭處。前者之處理大多在出生後一兩天內先做個人工肛門，到六個月以上才重建正常之肛門。不過目前由於手術技術的精進，肛門成形術之施行年齡已漸提早。至於後者之處理就簡單多了，大多數可在新生兒期，利用往後切回或移位的方法，重新塑造正常的肛門。由於外行人就可看出肛門閉鎖，所以延誤就醫的情形比較少見，直接因為這種病而死的也很少。不過大家須明白一點肛門閉鎖不是一種單純的病，有一半以上的病例，伴發其他先天性異常，譬如先天性心臟病，腎泌尿系統異常，多一隻手指或少一根橈骨，甚至食道閉

首度穿流檢查在臨床上之應用實在還不止於此，臨床醫師在其執業中，舉凡考慮病人有心臟病症之可能時，便應作這種檢查，以造福吾人之病患。

鎖或十二指腸閉鎖。往往這些伴發的異常，即足以使人致命。所以我們檢查病人時，得格外小心，免掛一漏萬。

巨結腸症

其次要談的就是巨結腸症了。這是直腸或遠端結腸缺神經節，失去共濟運動，使近端結腸或小腸不能有效地把腸內的東西送下去，而瀦積在裏面，致近端腸子變大變厚而得名。此病症較典型的症狀就是在出生二十四小時內，不排胎便，然後在幾個星期內發生便秘，並致腹脹。不過必須小心的是此種典型症狀並不佔絕對多數。有的一出生就因腸阻塞找醫生，有的則因厲害之腹瀉、嘔吐、脫水，而被當做急性腸炎治療。如果仔細點觀察，仍可發現一點共通性，就是腹脹和營養不良。再做肛診可發現肛門口很緊，直腸壺部是空的，要更深入裏面，才有大便跟著手指噴出來。但要確定診斷仍有賴銀劑灌腸，量直腸肛門壓，或活體切片。巨結腸症的處理，須視無神經節結腸的長短，在新生兒期給予做結腸或迴腸的造口，或簡單的切掉一片直腸後壁的肌肉。有人工造口的，大多可等到六個月，才把有神經節的腸子拉到肛門吻合。這種病也會合併其他先天性異常，特別是伸舌樣愚鈍

(Down's syndrome)不過，這種病症的死因，仍以其本身引起之腸結腸炎併敗血症者最多。所以一個腹瀉又腹脹的小孩，如果病史告訴我們胎便一天以後才排出，就得當心，可能是巨結腸症之病例，止瀉劑絕對不能給。

腸阻塞

引起新生兒腸阻塞的諸多原因中，很有趣的是愈下端的佔的比例愈大，所以我們的討論，就從肛門往回溯。現在要談到小腸，空腸迴腸閉鎖是第三位會造成腸子不通的病，也許直覺會告訴我們，這種病應不難診斷，因為小腸閉鎖，東西通不過，家屬很快就會找上門來。不過和我們想像相反的是，很多病例是餵了吐，吐後又餵，搞到脫水乾瘦，甚至奄奄一息了，家屬才摸對門路，原因是部分小孩會解胎便，而且雖然腹脹，小孩一再嘔吐，還是很能吃。所以第一線的小兒科醫師很重要，必須牢記一點，任何新生兒如吐出來的東西有膽汁，不管量多少，第一要考慮的是可能必須緊急處理的腸阻塞，不宜等閒置之。空腸迴腸閉鎖極少伴發腹部以外的異常，所以，只要處理得當，將來這種小孩子的生長發育和一般正常小孩是沒什麼兩樣的。

再下來就是十二指腸阻塞，引起十二指腸阻塞原因有三，(一)是十二指腸本身閉鎖或狹窄，(二)是胰臟環繞十二指腸併十二指腸狹窄或閉鎖，(三)是小腸旋轉不良。它們有一共通症狀就是嘔吐，而且大多含膽汁，同時腹部不脹。如果是完全阻塞如十二指腸閉鎖，腹部X光片可看到兩個大氣泡，此外就是一片灰白。如果不是完全阻塞，診斷上就較困難，可藉助鋇劑做上消化道系列攝影予以確定。小腸旋轉不良是四個須緊急手術處理的阻塞病因之一，因為上腸系膜動脈的血行會阻斷，造成腸子大量壞死，病人可因此斷送生命。至於十二指腸閉鎖，有百分之三十之病例併有伸舌樣愚鈍，其他先天性異常也甚常見，所以治療這種病的同時，也需一併發掘併處理其他合併之異常。

替胃把關的幽門，也會因先天性肌肉肥厚造成狹窄，而令食物難以通過去。這種病例通常在出生第二週後才開始吐，大多是餵食後嘔吐，吐出來的東西絕不含膽汁。較細心的父母，有時可透過肚皮，看到脹大的胃蠕動如波浪般。病人因吐得厲害，往往很嚴重的脫水，而且缺電解質，所以術前必須補充妥當。這種病例，常常可以在上腹部側摸到一塊像瘤的東西，這就足以確定診斷。如非必要，上消化道之鋇劑攝影宜避免，免術後阻塞幽門。這種病的手術很簡單，祇要分開肥厚的肌肉就可以。病人在術後十二小時即可餵食，這是最簡單、有效，令父母滿意，令醫師歡喜的手術。

和幽門狹窄相反，最令小兒外科醫師頭痛的就是食道閉鎖併食道氣管瘻管了，這種小孩從出生的第一分鐘起就得跟病魔拼命。因為口

水吞不下，常常會跑到肺部，引起肺炎，同時因為有食道氣管瘻管，胃酸也有機會反芻到肺部，引起更嚴重的傷害。如果加上醫護人員不小心給予餵食，讓他們嗆到，這小命要保住就更難了。民國五十五年以前，在台灣這種病人沒有一個活的，即使到現在雖然生存率已提高到百分之八、九十，但在人員、物力的投入方面，還是構成相當嚴重的問題。生命的第一步，對於這種病例，仍然是最重要的。所以第一線的醫護人員，特別是嬰兒室或早產兒室的護士、醫生，遇到小孩子唾沫橫溢，呼吸有一點點問題，就要懷疑這種病，如果再加上母親懷孕時羊水過多，更不宜遲，馬上插一條鼻飼管（最好是較大較硬，不易打轉的），通常放到九至十二公分深，就會遇到阻力，再照一張胸部連腹部之X光片，就可以診斷了。這根鼻飼管，現在就用來抽積在食道盲袋內的液體，病人也宜立即轉送到加護室照顧。至於小兒外科如何處理這種病例，就不是三言兩語能說清楚。一般而言，如果可能，儘量用病人之上下截食道接回去，如果辦不到，就可能要藉助結腸或空腸，插補在上下截食道間。

還有一種會引起腸阻塞，又很容易被忽視的病，就是嵌頓性疝氣。疝氣是小兒外科最常見的病，也是一般人認為沒有什麼大不了的病，甚至很多人認為吃藥或用疝氣帶就可以治癒。也因為這種以訛傳訛的觀念，致使許多家長對於是否讓

他們的孩子，在這麼小的年紀就接受疝氣修復術，往往越趨不前，而很不幸的是，嵌頓性疝氣須急診處理的，却多發生在一兩歲以下的小孩。雖然因它而喪命的病例，目前已絕少，但給家屬的心理威脅，病人體力的打擊，仍不可忽視。此種無謂的人力、物力的損失原可以避免，只要記住一個觀念，疝氣是不會自己癒合的病，任何時候看到它就宜修復它。以目前麻醉手術之進步，安全的顧慮是多餘的。對醫生而言，宜隨時切記，疝氣也是會引起腸阻塞病因之一，特別是幼兒，此原因隨時要列入鑑別診斷，多看腹股溝一眼，也許就可讓病人少受一分鐘的痛苦。

腹壁缺損

談完了引起消化道阻塞的問題，接下來該羅列的是最教人觸目驚心的腹壁缺損了。試想想看，一個從來接觸的，都是體有完膚的正常人，突然有一天，看到這麼一個腸子外溢，甚至連肝臟或膀胱外翻的異形體，會是什麼樣的光景。作為父母的，看到如此「不成器」的子女，又會有什麼樣的反應。最糟糕的是，一般第一線的產科醫生或產婆雖身歷其境，由於「史」前無例，往往手足無措。稍有知識的也許會將小孩子包紮好才轉送。最莫名其妙的是直到目前，還有產婆告訴父母，這種小孩活不了四個時辰，結果徒然讓父母延誤了轉送的時間，而白白喪失一條小生命。這種病可怕嗎？絕不可怕！這種病有望嗎？

？絕大多數有望！而且大多數的生長發育和一般正常小孩沒兩樣，只要他們不鑄下錯誤的第一步！

腹壁缺損有兩種，一種是有一層膜蓋的叫臍膨出，另一種則連這層膜也沒有，在娘胎內，腸子泡在羊水裏，一出生則露在體外，我們叫它腹裂畸型。前者由於有那層膜蓋住，除非它不小心破裂，否則在處理上就不用太急迫。後者則不然，由於腸子露在外面，散熱面積大，病人體溫體液的喪失非常驚人，第一位遇到他的醫生，等於掌握了他的生命之鑰。要讓他有機會活下去不難，只要用消毒的棉花或紗布，厚厚的蓋在露出的腸子上，如果可能，外面再罩一層密封的塑膠布，病人放在保溫箱裏，最好能插上銀管，這樣才轉送到有小兒外科醫生的醫院，病人就有百分之九十的生存希望，如果能打上點滴，那當然更好，但轉送時間，仍是愈快愈好。生個腹裂畸型兒，雖然不幸，但這種病很少有其他異常併生，又沒有什麼後遺症，這可算是不幸中大幸了。同樣是腹壁缺損，臍膨出在第一步較佔便宜，可以比較從容的處理，不過也一樣須包紮好免覆膜破裂，臍膨出的小孩，至少有百分之三十會合併其他先天性異常，故檢查病人須很仔細。如果合併之異常，危及生命極難處理，或有染色體十三或十八等之異常，病人將來黯淡，基於人道立場，須先讓家屬明白，也許要忍痛放棄太積極的處理，這牽涉到人倫之常的問題，

也是小兒外科醫師最難處理的。幸好，這樣的病人並不多，而絕大多數救活的，將來必定是健康有用的人，一樣可能成為社會的中堅。

腹膜炎

大人偶而會碰上腹膜炎，小孩也一樣會遇上，不過引起大人腹膜炎的原因，通常很明白，如穿孔性闌尾炎或十二指腸潰瘍穿孔。引起新生兒腹膜炎的原因則相反，雖然從胃到大腸都有，總括一句：「莫名其妙」，所以常冠上「自發」(spontaneous)或「特發」(idiopathic)，如自發性胃穿孔，或自發性結腸穿孔。另外有一些原因半解的病，如壞死性腸結腸炎，則可能和新生兒在生產前後受到某種壓力，致腸道自我犧牲缺血，再引發細菌入侵造成。雖然大多數原因不清楚，但處理則不能含糊。新生兒缺大網膜，一處出問題，很快就會殃及整個腹腔，不必兩下子，病人就會敗血休克而去。幸好新生兒肚皮薄，裏面有什麼變化藏不住，仔細一點觀察，往往不難找出腹膜炎之蛛絲馬跡，譬如腹鼓如蛙，皮膚發紅、浮腫。不過到變化如此明顯的地步，病人就危險了。一個新生兒，奶吃不下，腹部開始發脹，或有嘔吐，呼吸轉快，變得不活潑時，寧可想得壞一點，從壞死性腸結腸炎、胃腸穿孔，或敗血症等診斷著手，給予迅速確實的處理。多一分用心，病人就多一分希望。一個人解決不了時，宜立即另請較有經驗的幫忙。總之，快而準是對付

變化迅速之新生兒腹膜炎之不二法門。

呼吸道疾病

人從嚙啣出世，呱呱墜地，就得呼吸，既快不得，也慢不得。呼吸一有困難，可立即要命，診斷和治療，往往要雙管齊下，分秒必爭。病人如有喘鳴(stridor)最可能是呼吸道的問題，宜從鼻孔舌頭一路看到氣管，查查舌頭是不是太大，下巴是不是太小，使舌頭往後掉，有沒有喉嚨氣管軟化、狹窄，看看外面有沒有長東西壓到氣管，如果不是呼吸道的問題，那麻煩可能就在胸腔裏。和小兒外科最有關係的莫過於橫膈膜疝氣。這是橫膈膜的先天性缺損，使腹腔裏的胃、腸、脾、甚至部份肝臟，在出生前就擠到胸腔裏，壓迫肺臟，使它發育不良。此病重則一出生，喘不了兩口氣就入地府，輕則活到十幾二十歲，也沒什麼呼吸方面的症狀。一般在出生幾小時，至多一兩天即有明顯的呼吸困難。細心一點的醫生，往往在患側(百分之九十在左邊)胸腔上可聽到腸子蠕動的咕嚕聲，再對照X光片上胃腸之空氣顯影，八九不離十，是橫膈膜疝氣了。處理的第一步除了給氧氣，保持呼吸道通暢，可不能忘了給病人插根鼻胃管。理由很明顯，病人胃腸在胸腔內，而幾乎無例外，每個小寶寶都善吞空氣，而致「脹氣迴腸」，充塞胸膈，更進一步壓迫肺臟，若有鼻胃管及時抽出胃腸內的分泌液體和空氣，多少可改善病人的

呼吸。萬一病人不行，須急救，千萬要記住，不要開口罩灌氣，須插氣管內管，否則氣通胃腸，病入膏肓矣！此病之手術不難，將橫膈膜缺損補回即可。唯病人是否回天有術，就要看他肺部的造化了。愈早發生呼吸困難，通常肺部發育愈差，活的希望也愈小。

結語

除了上述種種急死人的問題，小娃兒也會長瘤，如骶尾畸胎瘤、腰骶脊髓膜膨出，以及頸部囊狀水瘤等。這些病雖不如前述種種那般急，但也怠慢不得。惟限於篇幅，不克再漫談下去。至於心臟病雖也不時在新生兒期動手手術，但非小兒外科醫師所能越俎代庖，宜由心臟科專家介紹。

總結本文套用蘇東坡的一首詩：「廬山煙雨浙江潮，未到千般恨不消，及至到來無一事，廬山煙雨浙江潮。」病人的病痛，千古如一。解決的方法，日新又新。二十年前在台灣，要給不滿一個月小孩開刀，沒人敢說有五分把握。今天國內二十幾位小兒外科醫生，却有十足的信心，解決大多數新生兒外科病例的苦痛，醫學水準的進步，家屬觀念的提升，社會福利的改善，樣樣都促使後浪遠越前浪，年齡已成過去的難題。如何使今天的好，變成明天的更好，還有賴第一線的醫生護士們更密切的配合。

「這麼小開刀，行嗎？」相信您已得到肯定的答案。



你吃得夠營養嗎？

談均衡飲食

營養師 陳立梅

「民以食爲天」，「吃」是民生第一件大事，一般人多以爲祇要能吃就有營養，却忽略了營養的「質」與「量」的要求。營養是什麼呢？有何重要性呢？

「營養」最簡單地說，就是吃該吃的東西，達到使身體健康的目的。營養有兩種功效：

第一種是「生活力」。吃了食物，我們才能獲得每天活動所需的能力。即使每天躺著不動，仍要呼吸，心臟要跳動，血液要流動，這些都要靠營養。

第二種是「抵抗力」。吃了食物，我們才有抵抗各種疾病的能力，也才能在患病後很快地痊癒。不吃食物祇喝水是不會有抵抗力的。

現代人的營養問題

近年來，隨著工商發達、經濟繁榮，我們的飲食方式也隨著改變。外出吃飯、應酬的機會增多，少不了大吃大喝一番。吃得太多且浪費，却不見得吃得營養、合乎健康，反而造成許多營養問題。國人大死亡原因中的腦中風、高血壓、心臟病、癌症等多與飲食不當有關。過多的動物性脂肪、膽固醇、糖及鹽造成營養過剩；而過分的重視色、香、味，以致烹調處理不當，

又造成某些營養素的損失，尤其是維生素、礦物質。

據台大醫院黃伯超教授所作的全省飲食調查，發現一般人的維生素B₂、維生素A、鈣、鐵的摄入量仍未達身體需要量。這些營養主要是在牛奶、肝臟、酵母（即健素）、和深色蔬菜中。營養過剩與不足，都會妨礙身體健康。

怎麼吃才營養？

常有人問：「青菜、水果有沒有營養？」、「飯沒營養、那麵呢？」

首先，應確立一個觀念：就是每一種食物都有營養，而我們需要各種不同的「營養素」來維持健康。沒有一種食物可以提供我們身體所需的一切營養素。這些營養素包括醣類、蛋白質、脂肪、礦物質、維生素、及水。它們在各種食物中的量、種類各不相同，而使得每種食物都有其營養價值。

我國將各種食物依其所含主要營養素來分類成五大類食物。如果每人每天都能從這五大類食物中，每類選吃一兩樣，就可達到均衡營養的「質」的要求。這五大類食物是：

一、水果類：本省所產的水果

，如：橘子、柳丁、蕃石榴（芭樂）、芒果、木瓜等都含有豐富的維生素。

二、蔬菜類：深綠色蔬菜，如：菠菜、空心菜、青江菜、油菜等。深黃色蔬菜，如：蕃茄、南瓜、胡蘿蔔等。其他蔬菜，如：瓜類、筍、菇等。深色蔬菜所含的礦物質、維生素比淺色蔬菜多。

三、油脂類：動物油有豬油、牛油、雞油等。植物油有沙拉油、黃豆油、花生油、麻油等。主要提供脂肪（油）。最好採用植物油，因其所含多元不飽和脂肪酸較多，爲人體所必須。

四、五穀類：飯、麵、米粉、冬粉、甘藷、馬鈴薯、芋頭等。主要提供醣類和少許蛋白質。

五、肉、魚、豆、蛋、奶類：肉（豬肉、牛肉、羊肉、雞肉、鴨肉、鵝肉等）、魚（各種魚、蝦、蟹、烏賊、花枝、魷魚、牡蠣、蛤、蚌等）、豆（豆腐、豆干、油豆腐、豆漿、麵筋、麵腸、花生、紅豆、綠豆等）、蛋（雞蛋、鴨蛋、皮蛋、鹹蛋等）、奶（牛奶、羊奶），主要提供豐富的蛋白質。

水果類、蔬菜類含有豐富的維生素、礦物質，可以調節生理機能。油脂類、五穀類含有豐富的脂肪、醣類，可以產生身體的活力。肉、魚、豆、蛋、奶類則含有豐富且品質極佳的蛋白質，即高生理價值蛋白質，可以供應細胞的生長。有了這些食物的營養，才能進行正常的新陳代謝。

「1.2.3.4.5.簡則」

有了營養的「質」還不够，還要求「量」的均衡，也就是該吃多少才够？行政院衛生署以正常成年人的身體需要量，參照國人的飲食習慣和營養素建議量，提出了「1.2.3.4.5.簡則」作爲「中國人每日飲食指南」。此簡則簡明、易記。其內容如下：

1. 水果類——一個。每天至少吃一個水果，最好是維生素含量豐富的蕃石榴、橘子、柳丁。

2. 蔬菜類——兩碟。每天至少吃兩碟蔬菜（每碟約三台兩，煮熟約半碗），其中一碟必須是深綠色蔬菜。

3. 油脂類——三湯匙。每天三湯匙的油（每湯匙約十五公克），炒菜時用之。

4. 五穀類——四碗。每天吃四碗飯，其量可依男女性別、年齡、及工作量的不同而增加或減少。若換成麵食品亦可。一碗飯約相當於一又三分之一碗煮熟的麵條、麵線、米粉、或冬粉，亦相當於一個饅頭或四片土司。

5. 肉、魚、豆、蛋、奶類——五份。每天肉一台兩、魚一台兩、豆腐一塊（一斤六塊）、蛋一個、牛奶一杯（一百八十西西），共五份。普通排骨飯所用的排骨肉約二台兩。雞腿飯或魚排飯所用的雞腿、魚排也相當於二台兩。豆腐一塊約相當於五香豆干兩小塊。以上的舉例旨在說明同類食物間可相互取

代。

上述的份量，可供給熱量一千九百五十卡，蛋白質六十六公克，大致已足可供給體重六十五公斤輕度工作的成年人每日所需。由於性別、年齡、生理狀況和工作量的不同，每個人的營養素需要量也有不同。但是每天仍應由五大類食物中來選食，每類都要有，祇是份量的

多少有變動。例如：青春期的男女、孕婦、產婦的所需量較大，每份的份量要增加；而小孩、老年人所需量較少，每份的份量可稍減。

此外，尚有一些應注意的

飲食選擇原則：

1. 多吃蔬菜、水果和全穀類食物（如糙米、黑麥麵包等未經精製

者）。蔬菜、水果和全穀類所含食物纖維較多，可降低血糖、血膽固醇，並可減少便秘、憩室炎的發生，減少大腸癌的罹患率。

2. 避免吃太多鹽和太鹹的食物。鈉是鹽的主要成分，而據統計，高血壓的罹患率與鈉的攝取量成正比關係。在平常就應該養成淡食的習慣，最好是從小就培養。



牙齒可以漂白嗎？

牙科醫師 黃娟娟

「阿姨，我左上的大門牙本來是白色的，最近却變成粉紅色，是不是被太陽晒紅了？」一個七歲大的小男孩天真的問着。「醫生，我上面兩顆門牙一個月之前曾『抽筋』治療過，不知怎麼搞得牙齒顏色越變越黑？」；「我從小整口牙齒就呈黃褐色，由於很不美觀，所以我不喜歡與人交談，更不敢露齒大笑，是否有辦法使我的牙齒變白？」……，在牙科門診我們常會遇到病人滿懷疑惑，詢問着這方面的問題。到底牙齒為什麼會變色？

引起牙齒變色的原因很多：一、壞死的牙髓組織腐爛後會產生一些引起牙齒變色的物質，這是導致牙齒變色最主要的因素。二、牙齒受到撞擊引起牙髓腔內血管破裂，或是在除去牙髓組織時，髓腔內發生大量出血，血液擴散進入象牙小管內使得牙齒呈暗粉紅色；當血紅素

中的鐵離子遇到硫化氫時，會形成黑色的硫化鐵，使得牙齒顏色變黑。

三、有些齒內治療的藥物例如硝酸銀、碘化物等；以及一些牙齒充填物例如銀粉，均會引起牙齒變色。

四、在牙齒象牙質進行鈣化的期間，服用四環黴素，由於四環黴素分子進入鈣化的齒質內，使將來萌發出來的牙齒呈黃色、黃褐色或灰色。由上述幾個因素造成牙齒變色，大都可以考慮使用漂白法來恢復美觀，但是若因金屬鹽引起的變色，則使用漂白法的效果較差，所以欲使用漂白法必須選擇適當的病例，以達到預期的目的。

牙齒漂白的方方法 衣服變色可以漂白，難道牙齒變了顏色也可以漂白嗎？答案是肯定的，只是使用的漂白劑與方法完全不同。牙齒的漂白法主要有兩種：第一種是加熱法，通常使用紫外線照燈來活化漂

白劑（百分之三十的過氧化氫），但是這種方法須花費較長時間（每次治療至少需時三十分鐘），並且要保護病人的眼睛，避免受到紫外線強光與高溫的傷害，而漂白後顏色的穩定性也較差，牙齒容易再變色。另一種方法是在牙齒做完齒內治療後，移去牙髓腔內之部分根管充填物，放入漂白劑——百分之三十過氧化氫與過硼酸鈉的混合劑，病人約每隔五至七天回來觀察一次，直到牙齒顏色達到理想程度。這種方法的好處是簡單、方便，病人可免做牙套，而且漂白後顏色很穩定；但是其使用範圍是有限制的：

1. 只適用於前牙。2. 牙齒須有良好的齒內治療。3. 牙冠有斷裂、牙釉質發育不全或是由金屬鹽類引起牙齒變色，則不可以使用這種方法。

選擇適當的治療 針對變色的牙齒欲改善其美觀，漂白並非是唯一的方法，尚有其他各種不同的處理方式，只是無論那種方法均各有利弊，最重要的是根據牙齒狀況的不同以及病人的需求，選擇最適當的治療方法，如此才能達到最理想的效果！

3. 避免吃太多的糖。糖吃太多，容易造成齲齒，且易發胖。另外，吃太多糖也會影響正常的食慾，而導致其他營養素的攝取不足。尤其是小孩子喜歡吃零食，糖果、汽水、果汁吃得太多影響到正餐吃不下，造成蛋白質不足，熱量太多的假胖，影響正常的生長發育。

4. 避免吃太多的脂肪。脂肪吃太多，容易發胖，且易造成心血管疾病。尤其是動物油最好少吃，平常可用植物油如沙拉油、黃豆油等。為了要減少油脂的吃入量，少吃油炸、油煎、油酥的食物。可改用蒸、煮、燒、烤、炒等烹調方法。

營養的好壞、身體的健康與否，決定於自己所選擇的食物。具備一般的營養知識，不挑食，知道如何正確地選擇富於變化的食物，就可維持身體的健康。預防勝於治療，而均衡飲食就是最好的營養保健之道。



“有種！！”



端正醫學視聽—— 從B型肝炎的根治談起

內科主治醫師 賴基銘

最近報紙一連串刊登有關根治B型肝炎的文章，在中西醫界掀起不少的爭論，由於雙方立論不同，各有所執，帶給民衆很大的困惑；加上衛生署提出有些中醫經營的「近視治療中心」為不合法，以及喧囂一時的中藥摻雜西藥，成為輿論交責的焦點，使得中西醫療問題，再度成為熱門的話題。

首先，我們應認清大部分的急性肝炎（包括A型、B型及非A非B型），及一部分慢性B型肝炎（慢性持續性或慢性小葉性）經過一段時間，均可以自然痊癒的，因此中醫在肝炎已根治之認定上，如完全歸功於中醫藥的療效，統計上就有問題，換言之，有些肝炎病人純粹是不藥而癒的，與使用中藥無關。

四月中旬，全國中醫藥聯合公會曾發表聲明，強調中醫藥治療肝炎「絕對」有效，並引用國際東洋醫學會臨床報導，提到約一百例抗原陽性的B型肝炎患者，經十二週的中藥醫治，有四十五人症狀消失且抗原消除。值得注意的，這些B型肝炎患者是否皆為急性肝炎（可依病史，B型病毒之抗原抗體或病理切片作區別），如是，則其症狀消失及抗原消除無法排除自然痊癒

的可能性，與治療與否無關，此其一。此外肝炎根治的認定，是否全以症狀消失及抗原消除為依據，有些病人雖符合上述條件，但仍有起伏性肝功能異常的變化，如慢性持續性肝炎，若就此認定為根治則大有問題，此其二。若一百例抗原陽性的B型肝炎均為慢性肝炎，經中醫藥治療，而有近一半可以症狀消失且抗原消除，不啻為肝炎治療上的一大突破，可惜報導中未提及有對照組（即不給藥病人）作觀察比較，有違科學辨證的條件，無法就此肯定中醫藥的療效，此其三。因此，所謂中醫藥根治B型肝炎「絕對」有效，應該抱持相當程度的保留。

目前很多根治B型肝炎的中醫藥廣告，均強調以肝功能恢復正常或數據的降低為佐證，這是相當可怕而錯誤的觀念。根據現代醫學的觀點，肝功能的變化與肝炎的活動性是有某些程度的關連，而持續帶原狀況（B型肝炎表面抗原及e抗原）才是肝炎活動性的主要決定者，此時其肝功能可以正常，因此肝功能檢查只能作為治療反應的參考，不能作為衡量根治的依據，但持續帶原狀況仍有轉為活動性的可能。此外肝功能的高低起伏，在慢性

肝炎的病人是相當常見的，不能完全據此作為療效的指標，若以此廣為宣傳，就如民生報醫藥版杏林走筆專欄，石震先生所指「不僅是假充內行，而且有欺騙病人之嫌了」。

本院胃腸科主任廖運範大夫，曾指出一部分成年的B型急性肝炎，在發作時雖然表現出急性的各種症狀，後來却演變成慢性，這類病人在發病初期大都服過中藥；由於類固醇（俗稱美國仙丹，一種免疫抑制劑）可以暫時抑制免疫，使發作初期症狀減輕及肝功能比較接近正常，因此根治肝炎的中藥的製劑中可能摻有這種藥物，這是令人憂心的現象。由於肝炎的急性症狀代表正常的免疫力用來撲滅B型肝炎病毒，一旦遭受免疫抑制劑的壓制，免疫力無從發揮，病人往往轉為帶原者及慢性肝炎，而慢性肝炎有逐漸進行到肝硬化或肝癌的可能，其後果遠比急性嚴重；而帶原者的增加，勢必成為公共衛生肝炎防治上一項沈疴的負擔，因此如何清查根治肝炎的特效藥是否含有類固醇，以及遏止誇大不實的廣告，以免民衆盲信誤從，實已到刻不容緩的地步。

在台灣B型肝炎表面抗原陽性率約佔成人人口的一五—二〇%，其中有很高的比率為健康的帶原者，目前醫學上還無法肯定這些健康帶原者將來會發展到什麼病況，唯有長期的追蹤觀察才能了解；患者實不必惶恐而四處求醫，聽信中醫

藥廣告而勞神傷財，最好的求治態度，就是與醫師保持長久的聯繫，定期肝功能檢查及追蹤B型肝炎病毒抗原與抗體的變化。由於民衆的一知半解，往往助長誇大不實廣告的氾濫及不守醫道者的猖獗，因此我們特在此重新呼籲，當您有B型肝炎抗原，請與醫師保持聯繫，不要盲信中醫藥的宣傳，若無處諮詢時，請與長庚醫院肝病中心連絡。

最近監察委員林榮三先生，因總統府資政陳立夫先生提供一帖「秘方」，而治癒其慢性肝炎痼疾，遂慨然捐贈中國醫藥學院一千萬元研究經費，成為台灣醫界一項大新聞；我們對陳資政的先見與雅量及林委員的勇氣表示敬意，畢竟現在已是整理中藥秘方及整頓浮誇不實中藥廣告，到了必需起而行的時候了。陳資政率先提出秘方的雅量，值得任何刊登祖傳秘方廣告的中醫診所學習與汗顏，也希望病家的感謝廣告能化為資助醫學研究的金錢力量，如林委員的義行，使得科學化的中醫研究能綿延不斷。

林委員的病例，在醫學上僅能算是一種個案報告，是否這帖藥方對所有慢性肝炎的治療有廣大效果，就必需經過嚴格的科學性試驗。希望所有的秘方均能經由這樣的整理肯定，進而發揚光大，亦可使不實的廣告消聲匿迹。

在此我們謹提示一項建設性的作法，來求證中醫藥對B型肝炎的療效，我們建議只選取慢性活動性肝炎來作試驗，乃因慢性持續性及



澳洲飛鴻

急性肝炎均有自然痊癒的可能性，按理不予考慮列入試驗；此外病人應有肝切片病理檢查，然後分為三

組，一組為控制對照組，一組使用中藥處方，第三組則使用目前西醫應用的藥物，如免疫抑制劑或抗病

婦產科主治醫師 王誠

一九八三年，二月二十四日早晨，頂著斜風細雨，滿載著親朋好友的祝福，陳主任的叮嚀與三大箱行李，與內人帶著兩個小孩，登上國泰航空公司的飛機經香港直飛澳洲雪梨。下機後，稍事休息並把一家大小安頓妥善以後，就開始與我的指導教授們連絡，並到新南威爾斯州的醫師公會辦理臨時醫師執照註冊，因為我的邀請函是澳洲皇家婦產科醫學會發的，所以給我的名銜是 OFFICIAL VISITOR。在這次進修中，雪梨這一部分，共安排了兩所大學醫學院的教學醫院。這兩所大學是雪梨大學與新南威爾斯大學，而這三家教學醫院是：喬治國王五世婦幼醫院，亨利王子醫院與聖文生醫院。從三月一日起，我就開始輪流在這三家醫院的婦科與泌尿科，參加他們的臨床工作。

氣一晒而光。從去年底到今年初的台北，又雨又冷，內人笑著說；我們真的有點像來避寒似的，對一個在台灣土生土長的人來說，到外地避寒，可說是相當新鮮的事。趁還沒有開始上班之前，到雪梨附近幾個著名的海灘去觀光與游泳。試想在攝氏高達三十五度的氣溫下，有什麼事，會比泡水更舒服的？兼之海濱風光旖旎，或三點或上空，燕瘦環肥，真叫人目不暇給，有時還得趕緊輕移目光，眺望一下清澈的海水，與蔚藍的天空，以調整一下眼睛的焦距，以免視覺疲乏。我總覺得這裡海水的溫度，似乎比福隆、白沙灣的高一點，不知何故？

澳洲是由六大州組成，土地是台灣的二百倍，而人口與台灣差不多，光是一個新南威爾斯州就比台灣大。物產豐富，資源雄厚不說，還有煤有油與各種金屬。其產品更是豐富，每年羊毛、羊皮、羊肉、牛皮、牛肉、奶粉等的輸出，即佔外匯的大部分，與我國的貿易總額達六百四十億台幣。她的政治體系與社會制度秉承英國，稅捐稽征很

毒劑等，然後予以長期觀察追蹤，如此才能有根據地斷定中藥對根治B型肝炎的地位，而取信於人，在嚴格，但社會福利很好，十八歲以下的小孩有牛奶錢，學生不但免學費，還有零用錢，大學生的學費亦低，退休者有退休金，失業者有失業金，老年人有養老金。各州政府對於人民，身心健康的重視，更是不遺餘力。這裡的醫療是採個人向保險公司投保的制度。工業區有特別的規劃，而且生產的原料大多外銷而不在國內加工，因此環境污染與公害，可減輕至最低之程度。食物管制嚴格，舉一例，所有肉類在牲口屠宰之後，馬上加以處理，殺菌再行販賣。因為污染與公害少，地廣人稀，建築法規定，每棟房屋的建築，必須保留一定比例的空地，而且不能擋住隣居的風景視線，因此，住宅區的居住環境，相當的好。以雪梨一地來說，公園保留地處處可見，光是雪梨，就有八十幾個高爾夫球場，兼之，一年平均下雨的日數不超過三十天，天氣晴朗而稍乾燥，大家可以想像，他們的生活環境是好到什麼程度。當然，不是所有的州，都像新南威爾斯有那麼好的環境。不過，一般來說，在這樣一個政治動盪不安，危機四伏，種族歧視日深的時代，澳洲人可謂得天獨厚。但近年來，全球性經濟萎縮，在此也造成了很多失業。

現在來介紹一下，我工作的三個醫院。雪梨大學是一所私立大學，創立至今已有一百多年，其醫學未得證之前，實不應再讓浮誇不實的廣告充斥，或過度肯定性的聲明，混淆視聽，讓民眾無所適從。院頗負盛名，創立於一八八二年，圖書館藏書非常豐富，在此發現，許多前所未見的期刊，雜誌與教科書。醫學院的教學醫院之一，喬治國王五世婦幼醫院，是新南威爾斯，首屈一指的婦幼醫院，每月生產人數約三百五十人。此院是一棟七層的建築物，共有婦產科與小兒科病床二百。婦產科有十三位主治醫師，科內各專科分得很細，我在婦女泌尿組工作。這一組，有一個專用的X光室，供他們作錄影機膀胱尿道攝影。這種檢查，可以一面觀察膀胱頸、膀胱、尿道與下段輸尿管的解剖型態，並可一面做尿動力學的測驗。對膀胱機能異常的診斷，相當有幫助。希望本院在不久的將來，亦能採用。指導教授，巴金醫師是一位很和氣的典型英國紳士，每週總有與他一起手術或看病人的機會，他對我這個來自台灣的醫生的臨床經驗與表現，感到相當的驚奇，我想這是因為本院病人多，可多看多做所致。他們每週五有一次全科討論會，分別是婦癌，周產兒，及內分泌的討論會，分別由各組主任主持，會中大家討論熱烈，而且坦白，頗能引人入勝。

英畝，有六百五十個病床，大部分的建築物都是三層左右，最高七層，這在台灣是極難想像的事。該院創立於一八八一年，泌尿科由凡思教授主持。凡思教授約五十出頭，精力充沛，昂首闊步，是典型澳洲男士的作風。手術時動作迅速，刀品亦佳，病人極多。該科有一個設備完善的門診開刀房，佔地約六百坪，有兩套X光設備，暗房、恢復室、準備室、及一套錄影機膀胱

尿道攝影設備。我在該科，主要學習內視鏡，尿動力學與手術。該科還有一位米勒醫師，專門從事膀胱訓練的工作，這對我來說，更是一件夢寐以求的事，因為從我開始從事婦女下泌尿道疾病的診治以來，累積的經驗告訴我，部分下泌尿道的功能性疾病，如不嚴重的話，藉訓練即可收不藥而癒之效，自己雖然有研擬一份訓練流程計劃，但苦於沒有詳盡的資料，現在可以好好

的向米勒醫師討教。

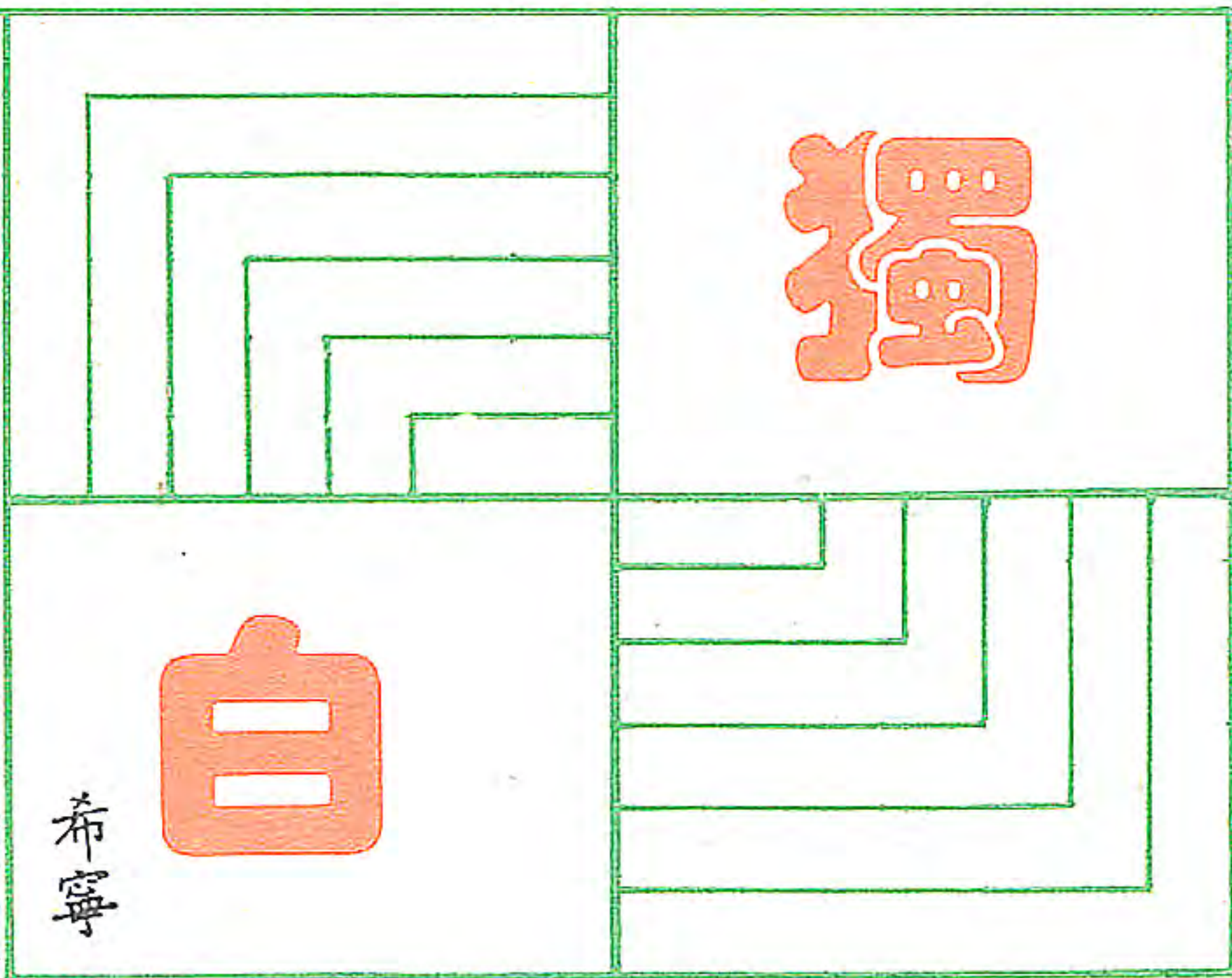
聖文生醫院是一所教會醫院，創立於西元一八五七年，是澳洲第二所最古老的醫院。醫院的建築雖古老，但設備仍跟得上時代。泌尿科的高樂斯基教授，是我來此以後，所遇到最會關切，最會為人着想的外國人。我跟他素昧平生，僅憑一封介紹信，我的履歷與數日的相處，就把我照顧得無微不至，使我這個異鄉人，感激得不知如何以爲報

房門又被關起來，那個Miss臨走時告訴我；如果我安靜休息一下，下午就可以和大家一起跳土風舞，哈！誰稀罕！！

門外吵雜的聲音一定是Miss在集合大家，讓他們在庭院和家人相聚，不知媽咪會不會來？

「喂——Open the door! please! I must go to toilet。」「暖呀！你們這些人聽不懂是不是？我已經說「請」了，快開門，我要上廁所，我不要在這裡，讓我出去！！」

我又被關起來了！爲什麼每次我打了人就會被關呢？爲什麼住進屋子後，我就再也不能打人呢？記得小時候我不是也常和鄰居春娥她們打架，却從來沒有人把我關起來，但是現在那些穿著白衣服的人一看到我打人，就把我關在這小房間裡，這是爲什麼呢？尤其是那帽子兩條黑線的Miss，老是不准我說英語，我知道她一定是妒忌我大學畢業，國立外文系可不是好唸的哩！媽咪和親友一直說我非常聰明美



健康教育座談會

，這真可謂「海外存知己，天涯若比隣」。在這個醫院，所學的內容與上述兩所差不多，但動手的機會較多。我一週五天輪流在這三家醫院跑，可說相當的忙碌。但——我想這一定是值得的。

日期	題目	主講人
6月4日	談不明原因發燒	蔡東岳醫師
6月11日	您所關心的眼角膜疾病	蔡瑞芳醫師
6月18日	冠狀動脈疾病與心臟梗塞	傅懋洋醫師
6月25日	人工心肺甦醒術	護理部 吳淑珍護理長
7月2日	糖尿病治療新趨勢	新陳代謝科 黃鴻碩醫師

時間：每週六下午二時至四時
地點：台北門診中心12樓大會議室

