



長庚醫訊

五期版題

第四卷第三期
72年6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：李美瑛
出版所：財團法人長庚紀念醫院
地址：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

本院舉辦中部醫學護理演講會 王董事長親臨會場致歡迎詞

本院為推展臨床醫學的研究，以及促進護理學術的交流，已於六月五日假彰化市台灣化學纖維公司福利大樓，舉辦「中部地區醫學護理演講會」。中部地區之醫療界專家、學者如彰化秀傳醫院黃明和院長、彰化基督教醫院吳院長、沙鹿光田醫院王院長等均應邀參加，使此一盛會增光不少。

演講會是在張昭雄院長主持下展開序幕，隨即恭請王董事長親臨會場致歡迎詞。王董事長首先感謝與會醫護界先進及專家學者的蒞臨，及近年來對本院的支持與指導。尤其對於醫護界人士均能在繁忙工作之餘，共同推動臨床學術研究，提高國內醫療水準，深感欽佩。

王董事長認為，政府全力發展經濟建設，已大大提高國民物質生活水準，為求整個生活素質的提高

，近幾年來已著重改善醫療保健工作，例如「榮民總醫院」已着手「翻新工作」，將漸漸地躋身於世界一流醫療機構。「台大醫院」也計劃動用九十多億元的預算，使現有的醫院及醫學院達成現代化。但光注重這些「醫療硬體」也就是用錢可以買到的醫療設備或建築，尚嫌不足，如何培養足量具有「精益求精」及「博愛」精神（醫療軟體）的醫護人員，才是重要課題。

對於醫療水準如何更上一層樓，王董事長亦提出了精闢的見解。他認為政府決定在成功大學設立醫學院，成為振奮南部醫療界的好消息。而成功大學夏漢民校長曾主動提出與本院建教合作計劃，本院誠懇地歡迎，認為可協助打通本院「高雄醫學中心」醫師從事研究教學之管道。對於今後聘請國外學者、



王董事長 致歡迎詞

專家回國服務，提高醫學水準，更為有利。但對於本院未來在「林口醫學中心」、「台北門診急診中心」、「基隆門診中心」等約三百位主治醫師，仍未有研究教學管道，深以為憾，並殷切希望成立一所醫學院。此外也希望與「榮總」、「台大」共同合作推動醫療收費合理化及健全分級轉介制度，使國內醫療水準能早日與歐美先進國家並駕齊驅。

演講會在來賓代表致詞後，即

目錄

白班症——容貌的挑戰.....	3
我怕看牙.....	4
漫談續發性高血壓.....	5
乙型肝炎免疫球蛋白在臨床上 的應用.....	6
臉部傷殘病患的情緒問題及其 重建.....	7

慢性鼻炎、慢性咽喉炎.....	8
淺談眼科用藥.....	9
手術後的呼吸復健.....	10
聖路易行腳.....	11
簡介長庚醫院新的產程記錄圖.....	12
核醫電腦應用之五.....	13
患了癲癇症的進一步檢查.....	14
我當病人的時候.....	16
飲食.....	16

健康教育座談會

分成醫學和護理二大部份舉行，由本院、「秀傳醫院」、「彰基」等醫護人員報告專題研究成果，因內容新穎、立論中肯，深得與會人士之迴響與好評，並期盼此類演講會能定期舉辦，使醫護業務能更趨進步。

本院亦因此次演講會普受各界的重視與支持，今後當更努力以赴，期能貢獻社會。

日期	題目	主講人
7月16日	斜視的治療及弱視的訓練	眼科 林淑妍醫師
7月23日	肌無力的問題	神經科 徐崇瑛醫師
7月30日	中風——腦出血	腦神經外科 許達夫醫師
8月6日	談藥物使用常識	藥劑科 楊行健主任
8月13日	談血液疾病——紫斑症	血液科 鄧波醫師

時間：每週六下午二時至四時
地點：本院台北門診中心12樓大會議室。

簡

訊

■本院心臟內科主任李英雄醫師新近完成「游離肺基底膜之分子結構」的研究工作，該篇論文已為美國電子顯微鏡學會所接受，而且這是來自台灣的唯一論文。

所謂「游離肺基底膜之分子結構」(Molecular structure of isolated lung basement membrane)是以化學方法將肺細胞的基底膜分離出來，然後利用穿透性電子顯微鏡X光微分析來分析各種化學元素，再加以組織化學染色，在電子顯微鏡下可以看出基底膜的分子結構成規則的柵狀排列一如晶體，而其所帶陰電核具有固定位置，是真正能代表肺基底膜的自來模型。

這項研究是李醫師近年來最嘔心瀝血的創作，而論文能為美國電子顯微鏡學會接受，李醫師表示，這是他從事電子顯微鏡工作以來最高的榮譽。該論文即將於八月八日在美國亞利桑那鳳凰城所舉行的年會中發表。

■牙科根管治療學權威，美國紐約哥倫比亞大學教授奈道夫、艾文及金、辛考克於六月六日蒞臨本院牙科參觀訪問。奈道夫教授為根管治療學雜誌之總編輯。金教授則為國際知名學者，其齒髓生理學之研究聞名於世，早年並曾隨著著名之學者錢照博士作生理學之研究。

當天由薛金全醫師向來訪之二位教授作簡報，並介紹本院牙科設立之經過，目前的設備及成員，教學概況等。薛醫師並以臨床病例介紹本科根管治療的近況。二位教授並參觀本科設施，對本科擁有最現代化之設備及完善制度極為稱譽，認為本院牙科具有最佳之發展潛力，必將臻於世界一流之水準。二位教授並給予本科日後在教學及發展方面許多寶貴之意見。

■本院邀請南非共和國非利浦·米納(Philip C. Minnar)教授到院指導有關放射醫學及醫學工程課程。

米納教授現年五十六歲，出生於南非布魯多利亞，二十五歲取得布魯多利亞大學物理學碩士學位，三十三歲時曾到英國及西德進修醫用放射同位素三個月，四十歲取得博士學位，四十一歲到美國休士頓、舊金山與波士頓參加放射治療直線加速器之進修課程，四十四歲膺選為University of the Orange Free state 醫學系之生物物理科主任，同年升為教授，該科下分五大部門，掌管醫學物理、生物工程之研究與教育，他曾發表三十五篇論文。

近期將在本院作一系列有關放射醫學之演講、講題與時間表可向醫教會索取。

Best V.S. Best R.

本院經由各實習醫師、住院醫師遴選之七十一年度最佳主治、住院醫師及護理站名單如下：

一、實習醫師選出結果：

1. 最佳主治醫師：洪瑞松、陳敏夫、廖運範、陳啓文、宋永魁、賴明坤、賴基銘、鄭隆賓、施茂雄、陳明憲。
2. 最佳住院醫師：鄭惠信、廖宗琦、邱正堂、鄭乃仁、程文俊、張承能、李宗料、吳基銓、張仁平、陳維藩。

3. 最佳護理站：林口6A及7D病房。

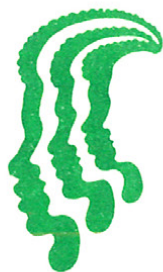
二、住院醫師選出結果：

最佳主治醫師：洪瑞松、陳敏夫、洪朝和、費宏德、廖運範、張昭雄、施茂雄、范宏二、郭承統、施麗雲。

本院舉辦糖尿病病友座談會 討論糖尿病治療的新趨勢

本院社會服務組於七月二日下午一點半至四點，在台北門診中心十二樓第一會議室，舉辦「糖尿病病友座談會」討論主題為「糖尿病治療的新趨勢」。會中邀請新陳代謝科主治醫師黃鴻碩，及眼科主治醫師陳清煌做專題演講，教導糖尿病病患，如何在家中自行測試血糖，並介紹胰島素幫浦(又稱人工胰臟)的使用，以及糖尿病患者對於靈魂之窗——眼睛如何保護等。另又邀請營養師、社會工作員、護士，與病患及家屬共同討論有關糖尿病患者之家居生活照顧問題，使參與病患及家屬均感受益良多。

目前在台灣的糖尿病患者約占總人口數之一二%。由於糖尿病是一種長期慢性病，若控制不適宜，將併發各種合併症，因此如何增進糖尿病患者對自己的照顧能力，成為刻不容緩的課題。本院為了提高糖尿病患者對疾病的重視及了解，將於今年八月份，成立「糖尿病病房」採團隊工作的方式為病患服務。醫療團隊工作人員包括：新陳代謝科醫師、外科足部醫師、眼科醫師、精神科醫師、營養師、社會工作員、護士等。病人在住院期間，醫療團隊人員將舉辦糖尿病講座，做疾病衛教、飲食指導、心理輔導……等，至出院時再做一次測驗，以明瞭病人對疾病的了解程度，使病患在住院期間即已學會最好的自我照顧，而能在良好的醫療照顧及自我調適下，過著與正常人一般的生活。



白斑症——容貌的挑戰

皮膚科醫師 陳世岳

神情緊張的媽媽拉著唸小學的女孩匆匆走進診療室，女孩還沒坐定，媽媽開口急急說道：「醫生，她臉上長了白白的斑，兩三個月了，在外面看也看不好，而且愈來愈多，是不是白斑？」，媽媽越說越急：「女孩子，臉上長白斑怎麼辦？怎麼辦！」，醫生彎身低頭仔細看看女孩的臉——界限不清楚的淡白色斑，帶粉細的落屑——「不要緊，是白色糠疹」，醫生抬起頭看一臉焦急的媽媽。「真的不是白斑？不要緊？」，「白色糠疹，小孩子常有的。」，「真的不是？」，媽媽再問，「不是白斑，放心！」，媽媽這才吐口氣，用手擦擦額頭，口中喃喃的說「還好不是白斑」——這是皮膚科門診常見的例子，身上長白色的斑塊，尤其臉上，人們往往直覺想到會不會是白斑症而驚懼不安。

其實白斑症是非常古老的病，歷史可追溯到公元前數千年，聖經上有將白斑誤為癲瘋病，人人畏懼的記載。以前對白斑症有相當的誤解，即使在現代，在落後的地方，如印度和巴基斯坦，白斑仍視為不治的惡疾或傳染病。患者工作、社會地位和婚姻上遭受很大的挫折。

在印度，病人不辭勞苦千里朝聖，只為祈求除去惡疾。傳統上缺乏有效的白斑療法，使病人輾轉尋求偏方，不死心的一家換過一家，花了錢財仍然失望而同。台灣也有同樣的情形。

白斑症，俗稱白癩，是一種皮膚脫色素病，起因於皮膚黑色素細胞的逐漸破壞，至於色素細胞為何會破壞，真正病因仍然不明。大約每百人口中有一至二個白斑病人，男女都會患，女性因容貌的關係積極求醫，門診病人多於男。白斑並非天生即有，從出生幾個月的嬰兒到七八十歲的老人都會患，家族中可能數人同患。病人最關心的是遺傳可能性多大，依據統計若家族中同時有白斑症，或甲狀腺疾病，或糖尿病時，下一代出現白斑的機會大於常人。

臨床上依白斑的多寡分佈，可分為局限型和廣泛型，廣泛型又分為幾個亞型，每一型對治療的反應有所差別。當我們看到皮膚白色斑時要考慮幾種常見的病，如前述的白色糠疹，常見於小學生臉上；變色糠疹（汗斑），在成人的背部胸部常看到；另外可能混淆的是皮膚發炎或受傷後局部變白的小斑，稱

之為發炎後脫色斑。並非皮膚出現白色斑塊就是白斑症。

數千年以來，儘管世界各地有千百種草藥方劑，白斑症却一直沒有好的治療。可笑的是，上蒼造人時烘烤恰到好處的黃種人，白斑對棕色的皮膚，對比分明而深受其害，反倒是上蒼造人時火候不足的白種人，白斑對淺白的膚色，毫不起眼，連帶的歐美醫學界對白斑治療的研究也不太用心，進展緩慢。四〇年代才開始有人分析民間藥草成份，到五〇年代發展出 psoralen 加上日光照射的治療法，白斑治療才有了起步，但是效果難以預測，病人多半失望。一直到近幾年，經過歐美和印度廣泛持久的對照試驗，對 psoralen 療法的藥物、劑量、照射時間、治療總時間等大幅度改進後，搖身一變成了有效而可預期的治療。此法簡稱 PUVA，P 表示 psoralen，UVA 表示長波紫外線，屬於光化學治療（1）。psoralen 現在已被更有效而副作用少的衍生物 8-MOP 或 TMP 取代。太陽光含有長波紫外線，也可用高能量紫外線激發器來照射，比曬太陽更方便可靠。患者口服定量 8-MOP 兩小時後照射紫外線，每週二至三次。初期反應較慢，治療兩個月後色素開始從毛囊周圍出現，逐漸擴大，時間愈久，恢復愈多。依照統計，照射兩百次以後，百分之八十以上的白斑消失。雖然 PUVA 的治療期間較長，但效果是可以預期的。信心和耐心是治療成功的基石，只要

持續兩年以上，白斑會消失到患者滿意的程度，而且完全恢復的膚色可持續長久不會再褪去。

PUVA 療法並沒有特別的副作用，除了少數人有輕微的胃腸不適和皮膚角化很少發生，可適當調整照射量來預防，或局部塗藥治療。

PUVA 治療初期可輔以防曬藥膏防止白斑受陽光灼傷，臉頰和手臂露出部位白斑可用調至相同膚色的蓋斑膏，以維持容貌的美觀。PUVA 不適於十二歲以下的小孩、懷孕和授乳的產婦，指端——口唇型的白斑症，和沒有耐心接受長期治療的患者。

另外要注意的是，研究發現白斑症並非僅僅是皮膚病而已，可能併發內部器官疾病，如：甲狀腺病、糖尿病、腎上腺機能不足，惡性貧血、自體免疫病等，但是臨床上多半沒有症狀，因此白斑症治療之前，應詳細檢查身體，早期發現可能存在的內部疾病，早期治療。

可以肯定的是，白斑症不再是令人畏懼難以治療的病，只要有耐心長期 PUVA 治療，膚色的恢復是可以預期。醫生面對病人不再是攤攤手說「是白斑，可是沒什麼治療！」的無奈，或徒勞的安慰病人「我不看怎麼明顯，不理它就好！」。患者自卑的心理，工作交際的挫折，甚至婚姻破裂的陰影，在新 PUVA 治療下，可以恢復信心，正常生活。



我怕看牙？

牙科醫師 杜國興

在牙科門診時，常看到病情較重的病患，都是拖了一段很長時間，直到忍受不了的時候才來牙科就醫，當問到他們為什麼不早來就診時，大部份的人都會說：「我怕看牙！」到底這種懼怕心理是怎麼造成的？他們都怕些什麼呢？據我們的觀察，不外乎是：怕痛、怕打針、怕照X光、怕拔牙、怕面對現實，怕花錢。就這幾種不必要的懼怕，我們在此逐項做一解說，希望對牙科的患者有所幫助，克服心理上的障礙，日後能坦然而愉快的接受牙科治療。當然，人們對於不瞭解的事物產生懼怕是正常的現象，但是由於莫名的懼怕而延誤了治療，使病情加重，就太不明智了。

痛

怕痛，是每個人都會有的自然反應，但是看牙會痛嗎？其實，牙科的治療過程非但不會疼痛，相反的，牙科的治療內容包括解除已存在的任何疼痛。目前牙科麻醉技術進步，所有的醫療過程都可在無痛的狀況下進行，所以牙疼不要緊，只要安心的躺在治療椅上，醫生打一針麻藥就不痛了。

打針

提到打針，又有人會緊張了，

打針不是很痛嗎？其實不然！根據我們的臨床觀察，一般人在打麻藥時都不怎麼痛，只有針插入口腔黏膜的剎那，感到極短時間的微痛，開始注射時就不痛了，如果仍然無法忍受微痛的不適，那麼，我們還有更好的處理方法，其一是在進針位置的口腔黏膜上塗佈表面麻醉劑或用冷凍麻醉，待口腔黏膜麻痺後，再緩緩進針慢慢注射，中間過程幾乎感覺不出任何的不適，目前在兒童牙科，我們就是使用這個辦法，另外，對於特別敏感的病人，我們可以用藥物控制，使病人痛覺閾值提高，而降低對疼痛的感受性，同時可使病人在穩定的心情下接受治療，笑氣麻醉在某些情況下也是很有效而安全的麻醉方法。很多病人在未打麻藥前都會怕痛，在體驗了打針的過程，根本就不想像中那麼疼痛時，甚而會在以後的治療，主動要求打針了。的確，不要讓錯誤的恐懼害了你，像牙科麻藥這麼方便好用而能讓你舒適的東西，不用它實在可惜，何必忍受痛苦的煎熬呢？

照X光

相信有許多人在牙科門診照X光檢查的時候，心裏頭都會嘀咕：

「X光照多了不是對人體有害嗎？怎麼牙科動不動就照X光？」。當然X光照多了對人體有害的想法是對的，然而就在牙科X光的劑量非常少，何況全身都在鉛衣的保護下，對X光敏感的生殖系統更不會受到照射，因此，過份恐懼是不必要的。根據統計，照一次全口十四張的牙科X光片（65KVP—10mA）曝露量只有5~6倫琴，而到達生殖系統的，只有萬分之五倫琴，一個人活在地球，每一天。受到地球本身所放出的輻射線照射，就有萬分之五倫琴，所以人體在大自然之中是無可避免的會受到輻射，只要曝露的劑量在安全範圍之內，就不必就心身體會受到損害。坐一次飛機，在海灘上曬太陽，看幾個鐘頭的電視，都可能比照一張牙科X光片受到更多的輻射，你還就心什麼呢？而X光是牙科診斷不可或缺的工具，不論是口腔診斷，口腔外科、牙周病、根管治療、矯正、兒童牙科、牙體復形、牙科補綴都需要X光的鑑定，沒有了X光，幾乎所有的牙科醫療都不能進行，因此，下同照X光片別再嘀咕了，在這麼低劑量的照射下，再穿一件鉛衣，所有可能發生的危險都已經在我們的控制之下，因此，照牙科X光片是再安全不過了。

拔牙

怕拔牙實在不能怪病人，我想只要是正常人都喜歡拔牙，然而在治療計劃上要拔除的牙齒，必然

是無可救藥，留在嘴裏有害無益的牙齒。一顆牙齒的拔除，往往是經過牙科各專科醫師會診之後才決定的，所以不到最後關頭絕不輕言犧牲，再好的牙齒都比不上自然健康的牙齒，拔牙、做假牙都是不得已的事。因此，如果醫師告訴你拔牙，固然你心裏免不了會難過一陣，但是想到這是拔除嘴裏的病灶時，就不必惋惜了。挽回不了的牙齒，任它留在嘴裏只會使病情加重，痛苦延長，還不如早日將這顆定時炸彈拆除才是。當然，拔牙就如同所有的牙科治療一樣，是在麻醉的狀況下進行的。對於美觀的維護及咀嚼功能的重建，早在醫師計劃之中，所以不要再猶豫了，醫師的診斷及治療對你一定是有利的。

面對現實

有的人自知口腔衛生不良、刷牙方法不當，滿口的爛牙及牙周病，一直不敢找醫師診治，他就是怕醫師指出他以往的錯誤，而且會怪他為何不早來診治，其實他早就想看牙了，只是一抽不出空、經濟能力不允許，又在密醫那兒做了不少令他口臭加重的假牙，而且牙痛總是斷斷續續的不能使他下決心，止痛藥又好買，又聽某人說看牙是一件很恐怖的事情……總之，種種原因，使得他又困惑又慚愧，他會想：「唉！反正牙齒已到這種地步了，就拖一天算一天吧！」其實這種觀念是大錯特錯，往者已矣，只要早日回頭，面對現實，立即開始

診治，則重拾口腔健康就指日可待了。以前的種種錯誤是一般人所不能免的，早日覺醒才是脫離苦海的第一步。

花錢

怕花錢也是一般人看牙時的心理障礙，花錢要看用在什麼地方，如果是對健康有必要的，持久性的，影響深遠的，就不該省下來，因為口腔疾病是不會停止的，它會逐漸惡化而嚴重，今天省下補牙的錢，過一兩年會因蛀牙太深而付出更多的根管治療及做牙冠的費用；今天缺一顆牙而不做牙橋，過幾年鄰

近的牙齒會東倒西歪，造成牙周的疾病及補綴的困難而牽扯到更多的牙齒；今天牙齦發炎不去管它，過幾年會因牙周炎而開刀治療甚或拔除牙齒；今天為了省幾千元做一套比較粗劣的牙橋，過幾年會因牙周炎，牙根尖病變而必須將它拆除重建，另外還要加上牙周炎，牙髓炎的治療；今天乳牙蛀了不去管它，將來長大就可能因恒牙的排列不整而做矯正治療；今天的牙齒排列不整，不但去管它，將來會發現牙齒排列不整，不但去管它，將來會發現牙齒周病、蛀牙、及咀嚼發音的困難，以上所言都不是危言聳聽，而是常

常在牙科門診看到的事實。也許會有人問，為什麼牙科的治療不便宜呢？我想有兩個字——「精密」能解釋它的價值，由於精密的工作必須仰賴精密的儀器材料，精巧的手藝及製作過程，還要加上豐富的學識和經驗，最重要的還是——「一絲不苟的工作態度」。很遺憾地，牙科的儀器材料幾乎全部自國外進口，因此，台灣的材料成本比國外高，然而目前台灣的牙科治療費用却比歐美、日本等地低很多，舉例來說，美國的一顆臼齒根管治療費用要台幣一萬兩千元，台灣的治療費用

是一千八百元，這就是為什麼很多的人，在出國前急得像熱鍋上的螞蟻，趕著看牙科，將口腔整理好了之後才敢出國，因為以國人的經濟能力實在難以負擔國外昂貴的醫療費用，而國內一流的醫療水準却不輸外國，由日本觀光客及十月慶典歸國僑胞在各大醫院牙科門診大排長龍的情形就可瞭解到在台灣看牙的費用實在不高，因此，別為了一時省小錢，將來要付出數倍的代價，平時就應該多注重口腔的保養，早日發現早日治療，有了潔白健康的牙齒必會帶給你真正的口福。

漫談續發性高血壓



心臟內科醫師 方柏仁

高血壓是一種常見的疾病，據統計在美國約有百分之十九的成年人患有高血壓，而在台灣約有百分之十五的成年人患有高血壓。約有百分之九十的高血壓患者其原因不明，稱之為原發性高血壓或本態性高血壓，另外百分之十的患者因為有其他的疾病而引起高血壓，稱之為續發性高血壓，其中有一部份的原因可藉外科手術將病灶切除或矯正而使血壓回復正常，所以當一個人被發現患有高血壓時首先就得考慮其是否為續發性高血壓。續發性

高血壓的原因很多茲簡單介紹較常見的幾種原因：

(甲) 腎臟疾病：

(1) 急性腎絲球腎炎：此種疾病常有蛋白尿，血中尿素氮或肌酐酸值常上升。

(2) 慢性腎盂腎炎：尿中常有細菌，腎臟多萎縮變小，嚴重者腎功能衰退。

(3) 多囊性腎：腎臟腫大，腹部觸診常可摸到腫大的腎臟，常有蛋白尿。

(4) 腎血管狹窄：二分之一至三

分之一的患者腹部可聽到雜音，檢查方法為快速靜脈腎盂攝影，腎動脈攝影，腎靜脈腎素定量。

(乙) 內分泌疾病：

(1) 原發性腎上腺留鹽激素分泌過多症 (Primary aldosteronism)，此病特點為血中鉀離子降低，檢查方法為測定血中留鹽激素及腎素值，腎上腺靜脈攝影，核子醫學腎上腺掃描。

(2) 庫欣氏症候羣 (Cushing's syndrome)：此類病人臉部分呈月亮形肥胖，軀幹肥胖但四肢瘦小，腹部常可見紫色條紋，如為女性則體毛增多，檢查方法為測定血中腎上腺素值，腎上腺動脈攝影。

(3) 嗜鉻細胞瘤 (pheochromocytoma)：病人常有頭痛、心悸、冒汗等症狀，檢查方法為測定二十四小時尿中 VMA 值，腎上腺動脈攝影。

(4) 甲狀腺機能亢進症：病人常有心悸、冒汗、體重減輕等症狀，檢查方法為測定血中甲狀腺素值。

(5) 副甲狀腺機能亢進症：病人常有倦怠、多尿、便秘、腹痛、甚至意識障礙等症狀，血中鈣值上升。

(丙) 其他疾病：

(1) 主動脈狹窄症：此種病人上肢動脈搏動正常，下肢動脈搏動減弱，有時胸部可聽到雜音，檢查方法為主動脈攝影。

(2) 服用口服避孕藥。(3) 系統性狼瘡症。(4) 鞏皮症。(5) 急性間歇性紫質症。(6) 妊娠毒血症等。

總之，當續發性高血壓的診斷確定後，有些可藉外科手術將病灶切除或矯正，血壓便可回復正常，但有些則非手術所能幫助，這類病人便須接受降壓藥物的治療。

乙型肝炎免疫球蛋白 在臨床上的應用

肝病中心 吳鴻結

一、前言：本院有鑑於本省爲乙(B)型肝炎病毒感染的高流行地區(帶菌者佔本省人口中約十五%~二十%)，故於七十一年十二月下旬正式成立「肝病中心」，以便結合各部門的力量，共同對廣大的乙型肝炎帶原者提供服務，從而減輕乙型肝炎病毒所造成的危害。

感染乙型肝炎病毒後，多爲無症狀，部份病人病毒持續存在體內，具有傳染力又富變化；有些帶菌者會演變成慢性肝炎、肝硬化、肝癌等，而台灣十大死因中佔第二位者爲惡性腫瘤其中肝癌佔一九·七%，第六位是肝硬化，小兒科腫瘤中亦有一三%是肝癌；在肝癌病人中八〇%以上爲乙型肝炎帶菌者，由此可見乙型肝炎病毒感染對健康之威脅。

近幾年來醫學研究者細心研究下，乙型肝炎病毒之種種已明朗化。如何來預防及消滅病毒是衆人關心的焦點，但至今尚無消滅體內乙型肝炎病毒的特效藥，只能針對病毒所引起的疾病施予治療。因此預防爲目前唯一有效阻止乙型肝炎蔓延的方法。目前本省使用的HBIG(乙型肝炎免疫球蛋白)及乙型肝炎疫苗；前者可使感染者減輕或延遲症狀，後者可預防感染乙型肝炎病毒，因疫苗尚屬研究階段，故本院現只使用HBIG；於此作個簡介。

二、乙型肝炎病毒傳染途徑：
可分垂直感染與水平感染兩種。

甲、垂直感染：在乙型肝炎病毒感染高流行地區，垂直感染是主要感染途徑。

母子傳染約佔帶菌人口四十%，即具高度傳染力的母親(HBsAg陽性和HBeAg陽性)，可能於分娩過程中母親的血從新生兒口腔、皮膚黏膜傷口感染，加上新生兒體質及免疫系統未發育成熟，較易感染而演變成乙型肝炎無症狀慢性帶原者。

孕婦於懷孕第三期或生產後三個月內患急性乙型肝炎時，其新生兒易發生感染。

乙、水平感染：除垂直感染外，帶乙型肝炎病毒的人也可能是一種傳染源，反覆密切接觸，如經口嚼咬食物餵食，共同使用牙刷、剃刀等感染。除此外輸血、預防接種及其他醫療用注射使用污染的針頭、醫師、護士、檢驗人員，經注射意外刺傷含帶原病人的血或帶乙型肝炎病毒的物質由皮膚、黏膜的傷口進入體內等感染。

三、乙型肝炎免疫球蛋白的免疫方式：

乙型肝炎免疫球蛋白是從帶有高價Anti HBs供血人血清中，獲得含高價“Anti-HBs”免疫球蛋白，在理論上利用免疫球蛋白阻礙乙

型肝炎病毒使不進入肝臟；來預防乙型肝炎病毒感染。根據美國榮民醫院以“HBIG”注射預防被刺傷醫護人員的研究，其結果顯示多數人經“HBIG”預防注射後不發生急性肝炎，其中七%人血中有

“Anti-HBc”顯示曾感染過乙型肝炎病毒，所以“HBIG”並不預防感染，只是減輕疾病或延遲感染。另英國醫藥研究協會於退伍軍人中以“HBIG”作爲意外刺傷之乙型肝炎病毒感染預防注射，其發病率低於三%，證明了“HBIG”的保護作用。由於在被注射人身上所發生的免疫法仍無法區分故稱爲被動—自動免疫法(Passive-Active IMMUNIZATION)。

四、HBIG注射後副作用的發生：

“HBIG”肌肉注射副作用發生率約〇·七~一·一%，即注射後該部位有疼痛、血腫、關節痛、蕁麻疹、皮疹、發燒等。理論上帶乙型肝炎表面抗原者若接受“HBIG”可能發生免疫複合體疾病，在英國曾將“HBIG”注射於帶原者結果並未發生嚴重反應，但也有帶原者接受“HBIG”注射後發燒，可能是免疫複合體疾病，所以帶原者最好不要注射。

五、在B型肝炎病毒感染高流行地區“HBIG”使用的對象及用法：

甲、帶乙型肝炎病毒表面抗原之產婦所生嬰兒感染的預防：產婦帶HBeAg陽性或HBeAg陰性而

Anti HBe也陰性者，於新生兒出生時體重 ≥ 11000 公克及Apgar Score ≥ 9 分時，十分鐘內(最慢48hrs)注射第一劑量HBIG 0.5cc並於嬰兒三個月及六個月大時各追加一次HBIG 0.5cc肌肉注射。這種注射法比其他注射法可減少變成帶原者約七五%的預防效果。

乙、對急性乙型肝炎產婦所生之嬰兒的預防：建議嬰兒於出生後立刻給予200mg HBIG肌肉注射或產後三個月內母親患急性乙型肝炎的嬰兒盡早給予相當劑量，往後每個月給一次HBIG直到六個月。

丙、對乙型肝炎病人家庭內接觸感染的預防及醫護人員針刺傷感染的預防：

1. 患乙型肝炎病人配偶及患急性乙型肝炎母親的小孩或嬰兒，如經檢驗未曾感染過乙型肝炎病毒者，建議予“HBIG”兩個劑量，每公斤體重給0.06cc肌肉注射，兩次間隔二五~三〇天。

2. 醫護人員本身HBsAg和Anti HBs陰性時，被含有

HBsAg陽性血針刺傷，可能感染者，於刺傷七天內(最慢十天)越早越好，注射HBIG，用法同1。並追蹤檢查到六個月止。(以上每種情況仍需依專科醫師建議。)

六、預防勝於治療，維護健康平時要注意保健：

甲、不用別人的牙刷、刮鬍刀。
乙、避免不必要的打針和輸血。
丙、懷孕時要驗血，以確定是否帶乙型肝炎病毒。

份，是人們常藉以傳達思想的工具

臉的社會意義

臉，是人類唯一無法隱藏的部分，是人們常藉以傳達思想的工具。臉部畸形的患者雖然不像其他殘障者，例如眼盲、耳聾、啞吧、喪失肢體等感官或四肢功能不健全，可是他們在社交及人際關係上，在心理上却已呈殘障。一個臉部傷殘的病人悲傷的哭訴：「我是犯了什麼罪？我有健全的雙腿、雙手、雙眼，我能走路、思想、工作，可是只因我的臉部畸形，我却被摒絕於正常生活之外，我無法找到工作、無法在餐廳吃飯、無法搭車四處旅行，人們用奇異的眼光注視我，大部份時間我部躲在自己的房間，我真是生不如死！讓我死了算了！」是的，這是一個高度競爭的社會，擁有一張富有吸引力的臉對於尋找配偶、尋求工作、或追求成就，是具有非常重要的影響力，例如政治家的命運就常受其外表所左右，所以一個臉部傷殘的人在社交人際關係上，以及在經濟上所遭受的殘障比一個失去一條腿或一隻手的殘障者要來得嚴重。

臉部傷殘病患的情緒問題及其重建

丁、避免食物嚼碎後再餵給孩子吃。
戊、乙型肝炎帶菌者避免捐血。
己、如廁後、飯前、準備食物

前，用肥皂洗淨雙手。
庚、工作運動避免過勞，注意均衡營養並忌酒。

備註：

1. HBsAg 即乙型肝炎病毒表

社會工作員 王金英

之一，它可以代表一個人的認同、自我個性、人格特質，它可以一顰一笑表示其喜、怒、哀、樂、嫌惡與同情，人們可以藉著臉部所呈現的符號去搭起彼此間的心橋，達到溝通的目的，可是一個臉部傷殘的人，他臉部的功能喪失了，他無法用臉部的符號去與人溝通，也拉長了他與其他他人之間的距離。

臉部傷殘患者的情緒反應和適應

一、羞耻、喪失、自我無價值感

因為一般的社會價值觀常界定：「您的臉，就是您的命運。」，因此當一個人的臉部遭受了意外傷害，無論是輕微或嚴重，他都會充滿了羞耻和喪失感，他希望能隱藏其受傷的部份，不要被看到；不幸人們常投出憐憫、好奇、驚嚇、或厭惡的眼光，這些奇異的眼光將嚴重的傷害了他的自我，更強化了他臉部的畸形，也更加深了他的自我無價值感和喪失感。

喪失二、心痛、悲傷以及冗長的沮

面抗原。

2. HBeAg 即乙型肝炎病毒感染的一種產物，代表病毒仍在繁殖，亦表示具有感染力。

3. Anti HBc 即乙型肝炎病毒核心抗體。
4. Anti HBs 即乙型肝炎病毒表面抗體具有保護作用。

一個臉部嚴重受傷的女病人哭訴著：「我知道我的臉被毀了，因為我偷聽到護士及我的家人、朋友以充滿憐憫的語調說：可憐的女孩！毫無疑問的，我知道發生什麼事了！我覺得我的心碎了！」，當一個人臉部受到傷害時，他的第一個情緒反應是心痛，接下來是悲傷以及冗長的沮喪，他認為別人會歧視他、看不起他，他也期待被摒棄、隔絕，或被同情，而每一個人的性格特質，心理社會背景不同，他所表現的情緒反應，以及所選擇的適應方式也會有所不同，大致說來，可分為三種類型：

1. 經常會有自殺的念頭，或完全改變生活的計劃或生活的方式：一個因為車禍造成臉部畸形的女病人訴說：「當我第一次照鏡子時，我就知道我只有三個選擇：第一，我可以自殺，第二，我可以從這個社會隱遁起來到修道院去，第三，我可以重新回到社會，以一個醜陋的女人的角色繼續生活下去。」

2. 表現不平常的勇敢，不在乎其外觀的畸形，決定要照從前的生活方式繼續活下去：這類病人通常所使用的心理防禦機轉，如否定、幻想，或認為自己是全能的，不自憐，可是一旦他離開了醫院的保護牆，他的防衛機轉即受到嚴重的考驗，而難以維持。有一位臉部灼傷的男病人，充滿了希望離開醫院，回到家裏，想要繼續過正常的生活，他說：「我並不自憐，我知道只要再接受重建手術治療及穿戴緊縮衣，外觀將有所改善，可是第一次在餐桌上，妹妹她以含著眼淚的眼光注視著我，雙親的神情是那樣的沮喪，我的自信心一下子就崩潰了！尤其在街上行走，我無法細數人們所投過來好奇的眼光，我雖然試著不去在乎他們的注視、同情與好奇，可是一連串不愉快的事情，逼得我只好躲在家裏了。」

重建

當病人一踏進醫院，就是重建的開始，重建計劃不只包括整形外

科的手術治療，尚須包括矯治牙科、再教育和職業訓練，重建的最終目標是希望他能回到家裏，回到工作崗位，回到社會。可是重建手術的過程是非常冗長複雜，且須分多階段完成，因此病人在接受重建手術的過程中，經常會有一些情緒問題出現例如：

一、生理的疼痛：手術無論大小，總會帶來傷口的疼痛，且須躺臥病床，無法移動，身體不舒服，且行動不便。

二、在希望與失望之間徘徊：因為傷口的痊癒，以及外觀的改善，是需要時間來治療，或許病人在住院期間看到剛手術後的自己，並不比手術前好看，常會患得患失，擔心手術失敗，外觀無法改善，擔心對未來的期待將變成泡影。

三、心理的疼痛：臉部一旦損傷，就很難再完全恢復到原來的樣子，而再高明的整形外科手術亦有它的極限，當手術只是改善一小部份，而無法戲劇性的完全改善病人的外觀時，病人常感到極度的失望和挫折，當醫師建議須再一次手術治療，病人却已經心灰意冷，沒有勇氣繼續完成整個治療計劃了。

結論

總之，臉部傷殘的病患，常因為不同的社會、文化、心理背景，而有不同的情緒反應，他來到醫院，不需要生理的重建，也需要心理的重建，醫療人員，包括醫師、治療師、社工員、護士等，須與他

建立良好的信任的關係，不只要治療他生理的疤痕，更要治療他心理的疤痕；瞭解他的恐懼、心理的需要

慢性鼻炎

自有記憶以來，「感冒」好像早就成了我們生活的一部分。海島型潮濕多變的氣候再加上空氣污染、生活緊張，使我們敏感的上呼吸道很容易受到感染；鼻塞、流鼻水、打噴嚏、咳嗽、喉嚨痛都是家常便飯。反覆感染幾次以後，如無適當治療，這些症狀就會持續下來，變成慢性疾病，甚至會與你終生為伍。雖然這些鼻子、喉嚨的病並不是什麼要命的病症，但是確曾帶來人們很多生活上的不便。根據我們的經驗，前來耳鼻喉科門診應診的病人，十之七、八都是這些煩人的小毛病，所謂的「慢性鼻炎」，「慢性咽喉炎」。

我們的呼吸道，由上往下，分別是鼻、咽、喉、氣管、肺；而呼吸道主要是指鼻、咽及鼻子周圍的黏膜組織，有些地方還有纖毛分佈，用來幫忙排出髒東西。所謂呼吸道，顧名思義就是空氣進去的通道；外界含氧的空氣經過呼吸道的溫暖、濕潤、淨化處理以後，進入肺臟行氣體交換，再將含二氧化碳的空氣排出體外。如果這個通道的任何一部分受到感染或阻礙，就會

，對手術的期待，情緒狀態；分擔他內心的焦慮，並協助他接受自己外觀的缺陷，鼓勵他勇敢的面對並

慢性咽喉炎

耳鼻喉醫師 張肇雄、賀自立

造成鼻塞、疼痛、異物感、分泌物增多，甚至呼吸困難的症狀出現。通常我們說的「感冒」，「上呼吸道感染」，就是指在鼻子、咽喉部這些較表淺的呼吸道毛病，症狀比較輕微。如果是較深部的感染，像氣管炎、肺炎、那就比較嚴重了。

急性的上呼吸道感染主要是受到濾過性病毒或細菌的侵犯，其中又以濾過性病毒佔絕大部分。病人的症狀，不外是倦怠無力、喉嚨痛、咳嗽、流鼻水。如果加以適當的治療，通常在發病後三到五天痊癒。如果急性期的症狀持續下來，超過二、三個月以上；或是反反覆覆的發作，我們就稱為慢性感染。病人的症狀不像急性期那麼明顯；有的人是經常性鼻塞，鼻涕倒流，有的人是喉嚨乾燥，異物感，有的人只是咳嗽或聲音沙啞而已。症狀不是很嚴重，却都很令人懊惱。有的病人只覺得天天吃藥，天天看醫生，但是病症都沒有明顯的改善。這種病人在最近工商繁忙的社會上更是多見。

為什麼現在這種慢性上呼吸道感染的人會這麼多呢？最主要的原因當然是空氣污染，生活緊張不

完成煩悶、冗長的治療計劃，能夠順利走過漫漫長路，重新回到社會，過正常的生活。

規律，再加上抽煙、喝酒、嚼檳榔等等。值得一提的是，「成藥」泛濫，使得很多急性感染沒有得到適當的治療。抗生素（特效藥）的濫用，無形中降低了病人自身的抵抗力，更助長了慢性鼻炎、慢性咽喉炎的發生。

萬一得到慢性鼻炎，慢性咽喉炎應該怎麼辦呢？因為這些都是屬於慢性疾病，一般都以症狀治療為主。定期請教有經驗的耳鼻喉科醫生作適當的檢查、治療是需要的，但不要隨便服用成藥，抗生素。因為這種慢性感染如果被疏忽了，有可能會進一步惡化或出現其他併發症。更可怕的是，有些癌症的初期症狀可能就只是鼻塞、喉嚨異物感而已。所以，我們千萬不可掉以輕心。但是反過來講，如果醫生檢查以後並沒有發現癌症的現象，就應該放鬆心情，不要整天疑神疑鬼。因為這樣只會更加重病況，造成咽喉部緊縮感及前胸部悶壓感。使得在鼻子、咽喉的毛病外，又多了一層身心症，所謂「咽喉神經症」。

「預防」是最重要，最有效的治療。平時多注意呼吸道的衛生，養成規律的生活起居，少抽煙，少喝酒，少吃刺激性的東西，少到空氣不好的場所。相信這些都是很容易做到的。如果大家都能多花點心照顧自己，再加上早期適當的治療，一定可以避免這些鼻子、咽喉的煩惱。

淺談眼科用藥

藥劑科藥師 莊鳳至

您注意到嗎？當您去看醫師時，他們常用眼底鏡作例行的眼睛檢查，這是為什麼呢？由於視網膜的一部份是腦的延伸，而眼球是可以直接看到血管的唯一器官，有些疾病的初步徵兆往往能由眼球的變化查覺出來，（例如高血壓患者的眼睛，會產生特殊的血管病變），依據眼底檢查得到的訊息，對更進一步的診斷可提供很大的幫助。我們常說：「眼睛是靈魂之窗」，而這句話也許尚難以完整描繪眼睛的重要性呢！

接着，介紹與眼睛息息相關的——眼科藥物。眼藥的劑型一般分為溶液與軟膏兩大類，用來治療表淺性眼疾（亦即外眼器受微生物感染所致），像是針眼、結膜炎、角膜炎皆是，溶液劑因為使用方便，且不會造成視力模糊，所以比較合理想些。若是眼睛深部受到感染，則需藉結合膜下注射，甚至全身性療法才能根治。依照作用範圍的差異，可將眼藥分為下列幾類：

● 抗感染類——又可細分為（a）抗細菌性：常見的如四環黴素（Tetracycline），見大黴素（Garamycin）等。四環黴素可解除因過敏、感染或外傷引起的眼睛發炎，對砂眼特別有效；見大黴素則可治療由綠膿桿菌導致的眼疾。一般來說，抗生素的副作用不小，

但由於局部使用，濃度小且組織穿透力低，比較安全，不過仍會延長角膜癒合的時間，而長時間頻繁使用，也一樣會產生全身性副作用，如使用氯黴素將導致骨髓發育不全。此外，過敏現象也極為普遍，包括灼熱感、紅斑、疱疹皮膚炎等。因此需謹慎使用！（b）抗病毒性：這一類藥物的作用機轉是阻礙病毒合成核酸，而達抗菌效果，是治療單純性疱疹的理想選擇，而且如與抗生素或類固醇併用，副作用不會增加，這也是一大優點。

● 類固醇（Corticosteroids）——具消炎消腫作用，可消除水腫、減少血管新生，更可避免因角膜灼傷，特別是四奇性鹼引起的損傷後結疤的形成，以免影響視力。類固醇藥物對結膜炎，或因藥物過敏導致的眼瞼炎皆有效，但副作用不少，多半是由於未經選擇而濫用的結果，長時間使用將導致危險的併發症，如青光眼、白內障、單純疱疹等，應格外注意。

● 青光眼治療藥物——這一類眼藥具有縮瞳及有效降低眼內壓的功能，可因瞳孔的縮小，使眼房水從前房流出，緩解青光眼患者的臨床症狀；由於亦同時使調節肌痙攣，因此用藥後兩小時只能看近物。

● 血管收縮劑、散瞳劑——可控制出血，並有迅速散瞳作用，常

用於外科手術。此外，也可用於眼睛屈光度的檢查，並能緩和痛感。比較常見的副作用是視力模糊、對光比較敏感。

● 診斷用藥——包括睫狀肌麻痺的散瞳劑及局部麻醉劑等，可測量眼內壓值，作眼底檢查、眼底血管螢光攝影術，或可確知角膜是否有受傷、潰瘍或糜爛的現象。另外局部麻醉劑也可用於移去角膜上異物及作為白內障、青光眼患者開刀之用。

● 人工淚液及潤滑劑——可以有效緩解眼睛受刺激所造成的不適，或因淚液分泌不足而伴隨的乾澀感，常作為隱形眼鏡配戴者的潤滑液或保存液。它們的成分包括鹽類（可維持眼液等張度）、粘稠劑（可以延長與眼睛接觸的時間）、緩衝溶液（可調整淚液酸鹼值），因此能發揮預期的效果。

那麼，應如何正確地使用眼藥水、眼藥膏呢？

首先，應讓頭部向後仰，藥物便不致經淚管由鼻部流出；點眼藥水時，需將上、下眼瞼儘量拉開，然後依醫師或藥師指示的用量，順著下眼瞼讓藥物滴入眼睛內，滴管應與眼睛保持一吋的距離，注意絕對不可以使滴管直接碰到眼球。最後將眼睛閉上一至二分鐘，以免眼藥水流出，同時使藥水能由眼睛完全吸收。

至於眼藥膏的使用方法與眼藥水大同小異：輕輕拉開下眼瞼，將薄薄一層眼藥膏點入下眼瞼，讓眼

睛閉上一至二分鐘，使藥膏於眼部有著較長久的接觸與吸收；同樣地，點眼器也不可沾著眼球。

不管是眼藥水或眼藥膏，每次使用後都必須將滴管或容器尖端部分擦拭乾淨，並將蓋子蓋緊，以避免污染，這是很重要却常為我們所忽略的一點。

最後來談談，使用眼藥應注意的事項：

我們都必須有一個觀念，即不管多麼小心地保存眼藥水，一旦開啓，短期內儘早使用，不要放置過久，否則很容易受到污染，特別是綠膿桿菌（眼睛之大敵）的繁殖滋生，非但未達到治療效果，反而因再度感染而造成眼睛的損傷。此外，應該養成閱讀說明書的習慣，尤其得注意所使用眼藥之有效期限，過期絕不再使用。

幾乎所有的眼藥水都是均勻、無色透明溶液，如果暴露於光或空氣中，往往其中的成分會氧化而變質、變色、失去療效，這也就是為什麼需將眼藥水貯存於冰箱，或者置於避光處的理由。當您發現眼藥水轉變為棕色，或由清澈轉為沈澱時，便不應再保存它了。

最重要的一點是，不管是那一種劑型，那一類眼藥，為避免副作用的發生與加深，應依醫師或藥師指示的用法與用量點眼，期能達到最佳的治療效果。絕對不能自行購買眼藥，任意使用，否則若使病原擴散或深侵，破壞角膜組織，便得不償失了。

手術後的呼吸復建

呼吸治療科治療師 江玲珍

雖然外科手術及麻醉技術在過去幾年中進步甚多，胸腔或上腹手術後肺部併發症仍常見。被診斷為有肺部併發症者佔全部手術患者的百分之十，而佔胸腔及上腹手術的百分之二十。研究報告表示出有慢性肺疾者其手術後的併發症，甚至高達百分之二十六。此併發症極易造成生命危險或延長住院時間，增加病患的痛苦及治療費用，亦為外科醫師最引以為憾的事。

最常見的手術後併發症是因病人失去部份的肺容積及功能肺餘量 (Functional Residual Capacity) 造成肺不張 (Atelectasis) 及低動脈血氧氣分壓。造成此併發症是由於下列的因素：①傷口疼痛造成傷口附近的肌肉自然固定不敢動 (splinting)，尤其是上腹部傷口大部份位於橫膈膜的高度，影響呼吸甚大。②麻醉藥物的使用，會抑制部份的呼吸，而且氣管插管會刺激氣道黏膜的分泌及減少纖毛的運動，而增加痰液量。③手術的方式會使正常的呼吸肌肉受到影響，如胸腔手術時肋間外肌受傷，其深呼吸轉自然較差。上述的因素造成手術後病人常出現快又淺的呼吸型式，且失去正常的深呼吸轉。(正常人一個小時有八~十次的深呼吸)。

直至最近有許多設計都是強調

病人儘量作深呼吸(為正常呼吸量的兩倍)，這些技術包括吹氣瓶，間歇性正壓呼吸，誘發性深呼吸運動，及胸腔物理治療。雖然吹氣瓶能維持一吐氣正壓或許比間歇性正壓呼吸或誘發性深呼吸運動較有效，但由於其達到真正深吸氣的效果並不顯著，現已較少被採納。一般而言，間歇性正壓呼吸對一些較衰弱的病人，的確可以被動的給予一正壓以幫助肺泡擴張，且可藉它的噴霧器同時給病人稀釋痰液藥物及支氣管擴張劑；但其成本費用較高，且因其為一正壓呼吸，病人感覺較不舒服。除上述的利弊外，間歇性正壓呼吸為一正壓的呼吸較不合自然呼吸的生理原則。

近幾年來，間歇性正壓呼吸已漸被誘發性深呼吸復健器取代之，主要是因為此復健器可達到誘導病人作一合乎生理的持續最大吸氣 (Sustained maximal inspiration) 的效果，除此之外它有下列優點：①能設定一目標，有鼓勵性且病人易學。②有固定的空氣流速，可算出肺吸氣量，如流速為600 c.c./sec，吸氣後能握住1秒，則肺吸氣量有 $600 \times 2 = 1,200 \text{ c.c./sec}$ 。此數據可作為評估病人進步的比較。③單一病人使用，可避免呼吸道的感染。④操作簡單，且因其為一合乎生理的自然呼吸，病人較舒服

。⑤裝置輕便且成本費用較低。⑥可以裝置手控噴霧器，同時吸入藥物。因有許多不同廠商，誘發性深呼吸復健器的設計都不盡相同，本院提供的有三種：①三球式 (Frit-Flo) ②單球式 (Air-see) ③電動式 (spirocare)。其使用方法如下：先吐氣後口含緊口銜處，作一深吸氣並儘量握住氣(一般鼓勵病人握至2.5秒)，而後吐氣放鬆。(必須強調病人握住氣，以達到維持持續最大吸氣的效果。)治療師應記下手術前病人的最大吸氣量，手術後即可以此作為標準：第一天目標訂在50%最大吸氣量，第二天訂在60%最大吸氣量，第三天訂在75%~80%最大吸氣量。除此標準外仍需評估病人當時的情況，隨時變更設定，以達到鼓勵病人作深呼吸的目的。

上述的三種技術主要是增加肺活量，而非功能肺餘量。自從Gregory GA. MD. 使用持續性呼吸道正壓於新生兒呼吸窘迫症，Andersen JB. MD. 亦於手術後的病人每隔一小時給予十分鐘5cm~10cm的持續性呼吸道正壓，以預防手術後的肺不張。由於此種技術可以保持病人的功能肺餘量，的確可以有效的避免手術後的肺不張。對作過上腹或胸腔手術且原先就有慢性阻塞性肺疾者，使用此種持續性呼吸道正壓效果最顯著。當然，若病人仍有可回復性的氣道阻塞亦需使用氣管擴張劑。

預防手術後肺部併發症的工作

，至少應從手術前三日就開始。手術前的治療工作如下：①評估病人的肺功能，以供手術後作比較。②教導病人正確的呼吸方式及有效的咳嗽方法。若對有肺疾且痰多的病人，應作姿勢引流。③教導病人間歇性正壓呼吸器及誘發性深呼吸復健器的正確使用方法。④勸導病人至少於手術前二個星期就需戒煙，並適當的降低過胖的體重。⑤假設時間允許的話，應作些簡單的健身運動。治療師於手術前就與病人接觸，手術後可獲取病人良好的合作，並增進病人手術後呼吸復健的動機。對下列肺部併發症機率較高者如①高年紀②有吸煙習慣者③肥胖者④有肺疾者⑤有心臟疾病者⑥胸部有畸形者，更可早期加強呼吸治療，使病人更能適應手術後的狀況。

目前本院呼吸治療科選擇這些不同技術的原則如下：①手術後清醒且已脫離呼吸器的病人，應馬上給予間歇性正壓呼吸，並每隔一小時作十次正壓呼吸；同時教導及協助病人作有效的咳嗽。②手術後第三日而病人情況良好者，則改用誘發性深呼吸復健器，每隔一小時作十次深呼吸，直至病人出院；但仍應鼓勵病人出院後繼續作此深呼吸運動。作過胸腔手術患者，於作深呼吸運動時應同時加上舉手運動，以能於出院時仍維持良好的姿勢。雖經手術前呼吸教育及手術後呼吸復健而病人仍有無法避免的肺不張併發症，除了藥物治療外亦需加強胸腔物理治療。



聖路易行腳

核醫科主治醫師 曾凱元

遠在今年三月間，美國核子醫學學會（以下簡稱核醫學會）所發佈的新聞裏，即已提到今年六月七至十日的核醫學會第三十屆年會的籌備情形。自從兩年前拉斯維加斯第二十八屆的大會之後，就再沒有機會出去重新「充電」。實在很希望這次的大會得以成行。

四月間，接到通知，送審之論文已獲通過，聖路易之行即成定局矣！根據核醫學會之新聞資料顯示，今年一共有九百八十五篇論文摘要送審，核准的一共五百六十篇。

本院有廖運範醫師與黃妙珠醫師之論文一篇，本人與黃妙珠醫師之論文一篇獲通過。因而，我們三人皆前往參加。能發表論文固然高興，更高興的是能再出去「充電」一次。

六月五日，在大雨傾盆之下，前往桃園中正國際機場登機前往美國，暫時丟下忙碌的臨床工作，希望回來之後能做得更有效，更進步。一路上歷經二十四個鐘頭由東京、洛杉磯而到美國密蘇里州聖路易城。一下飛機，也見傾盆大雨，雖然煩人，但是却不失一股親切之感。這是三度來美，已無初次的好奇，也無二次携內子來的興奮，有的只是疲憊的感覺，不知是老了還是麻木了？

六月六日，一大早便趕去大會

核醫科主治醫師 曾凱元
會場註冊、領資料，更重要的是去佔位置，因為，那是一整天的課程。不好好佔個位置，太可惜了。這回我參加的課程是核醫心臟學應用。由於本科去年底購入電腦裝置之後，開始應用於心臟疾病之研究與分析。極需看看目前最新之局勢如何。從早上八點半到下午四點，紮實實的上了七個小時的課。核醫學之進步已够快，核醫心臟學之進步更快。一天下來已感這趟聖路易之行已值回票價矣！

六月七日，核醫學會第三十屆大會正式開始，特別演講是由喬治華盛頓大學醫學中心埃克曼醫師發表，題目是有關接受體特異結合之研究。埃克曼氏指出，在許多的疾病裏，都會有接受體濃度改變之現象，目前已有若干放射性微跡物質用於接受體之研究，最常見的便是乳癌之女性動情激素與黃體激素接受器定量之探討，目前，本科已有這方面的檢查。十點鐘起，展覽會開幕，各項論文研討也分別由六、七個會場展開，由於已兩年沒有參加大會，有許多題目都是值得去聆聽的，因此，沒有停一分鐘，每節討論都在前一天晚上精挑細選過，併命參加不希望遺漏任何一節重要之討論。有時，還得周旋在各個會場間趕來趕去，不亦苦乎，亦不亦

樂乎，中間休閒時間，則去參觀美國各廠商的展示品以及買書。前者可供日後本科擴展之參考，後者則是直接購買最新知識所不可或缺。在十萬平方呎大的展覽會場，大致可分成三大類，儀器展覽，放射性藥劑展覽，其他雜項（包括書商、電腦廠商等）。其中，佔最大面積的是儀器展覽，今年之重點在單光子射出性電腦斷層掃描。各家皆使出渾身解數。再有便是磁核共振顯像掃描機。現場事實上是展示的多，成交的少，有關目前核子醫學最新之論文觀點，由於比較專業化，在此不介紹，有興趣的可以參閱本人在當代醫學所寫之專文。

六月九日晚，美國約翰·霍普金斯大學核醫科主任、亨利·尼可拉斯、華格納先生邀請校友們聚餐，這是到聖路易以來首度能以輕鬆的心情參加一項聚會。晚餐是在密西西比河岸邊的一個船形餐廳舉行的。密西西比河便是以往馬克吐溫所著頑童流浪記，頑童歷險記故事發生所在地。傍晚夕陽西下之際，與以前之主任、同事，相聚一「船」，喝酒、聊天，真是不亦快哉。華格納醫師也與我談了一下我所作有關鼻咽癌骨骼、肝臟掃描之研究。飯後約九點多快十點才散，席中，華格納醫師頒一獎牌給校友傑出論文著作者，但願，以後也能有這個機會得獎。回來得多加油了。

六月十日，這是大會最後一天的討論會，從早上八點半到下午三點的分科討論會與別的日子一樣，

但是，下午三點半到五點之間，是華格納醫師對整個大會所有論文之總評，並且，提出核醫將來發展的看法。這是他一連六年來，每年都做的壓軸好戲。由於每個時間都有四至七個會場在進行討論，個人自然無法完全顧到。聆聽這最後的壓軸戲，也算對遺漏未能參加的重要論文有一概略的瞭解。

由於班機的安排時間並不十分嚴密。十日大會結束後得在聖路易再待一晚。也因此，而有幸參觀著名的聖路易拱門。從大會會場走去，大約只要十五分鐘的時間，這個拱門是一九六三年二月開始建，花了兩年半才建好的（見圖）。美國在傑佛遜總統時代，便併命向西部拓展，穿過了著名的密西西比河。十九世紀是美國人向西部拓荒的世紀，由於許多人都經過聖路易西行，因此，聖路易便以向西拓展的門路而著稱。一九四七年，在衆多建築師的競爭之下，芬蘭出生，十三歲遷居美國的伊洛、沙利能的设计脫穎而出。當時他才三十七歲。不



過，他在一九六一年去世，這個拱門在一九六三年才開工，他沒有機會看到拱門落成。這個拱門高一百九十公尺，底部同寬。拱門的兩個腳都可進入，花一塊五美金即可搭乘纜車上升。剛開動時有如亞洲樂園裏的鬼屋，一旦上升後，又好像搭乘紐約的地下鐵。約莫三、四分鐘，便可到達頂部，在那裏可以瞭望聖路易的景觀，非常雄偉。不過，這個拱門也是我所觀過光的聖路易了，一方面由於開會的時間表非常緊湊，一方面也由於當地治安也不甚高明，為了平平安安回家起見，還是少觀光為妙。說到了開會與治安的安全性，大會發給每一位參加者一份安全手冊，詳讀之後，你會發覺，聖路易簡直是個「危城」！例如：「你的行李不可一刻離開你的視線」，「不要在大庭廣眾之下說出你的房號」，「進電梯時若有可疑人物在內請搭下班」，「出電梯時請先看看走廊有無可疑閒雜人等」，不一而足。因此，一個星期的緊張下來也蠻吃不消的，看了這本說明真是又好氣又好笑，天下竟有這麼恐怖的城市，也有這麼天真的美國人不怕家醜外揚！

一個星期的上課，大會，終於結束了，兩年來美國，以及世界在核醫學上之進步，也能在短的時間內有一瞭解，剩下的是，如何利用這次開會的心得提高吾人之研究水準，服務品質與項目。但願明年的大會中會有本院或本科更多的論文提出發表。

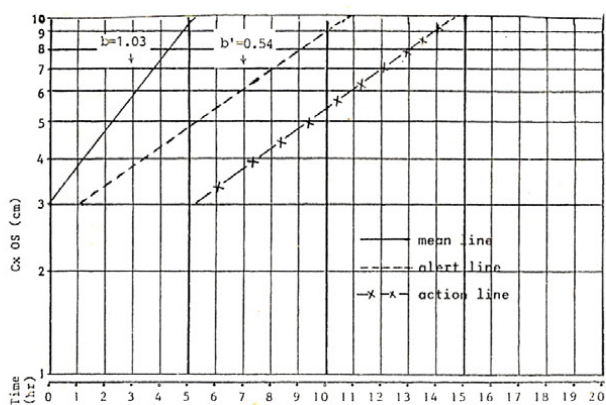
簡

介

長庚醫院新的產程記錄圖

婦產科醫師 陳維藩

過去我們對於產程遲滯及日漸上升的剖腹產率，總有一股無奈，過去傳統的生產曲線無法提供我們對於這些病人採取行動的時間。長庚醫院自去年起針對這個問題重新設計了一個新的產程記錄圖（New partogram）以便對一些難產的病人提供更完善的臨床處理。這項設計係針對舊有的生產圖加以改進——橫軸仍採取小時為單位的时间；縱軸則由原來的子宮口開啓公分數改成公分數對數值的十倍。（圖一），同時可記錄宮縮情形及胎頭下降的情形，另外標上臨床處理的事項可達到一目了然。



圖一

首先我們收集了一六七名初產婦的數值，記錄則自宮口達三公分的活動期後開始；以獲得國人的標準值。然後我們取了自三公分起至十公分止，每增加一公分所須的時間的平均值及標準差共七組。先將七個平均值分別繪於產程圖上可得到七個線段，取各線段中點再求它們的線性回歸可得到一個斜率為一·〇三的平均線。此外把各段均再加上一個標準差，依上法得到一個斜率〇·五四的警覺線（Alertline），而距此線四小時後且與此線平行的線定為行動線（Action line）。臨床上一條警覺線及一條行動線即構成了所謂的「雙線產程記錄圖（Double line partogram）」（圖一）。亦即日後我們對產程遲滯案例採取行動的依據。

以下我們對於此三種線分別加以說明：

(A) 平均線（mean line）——主要是提供我們產程時間的預估；將其結果用公式表示即得下列三種：

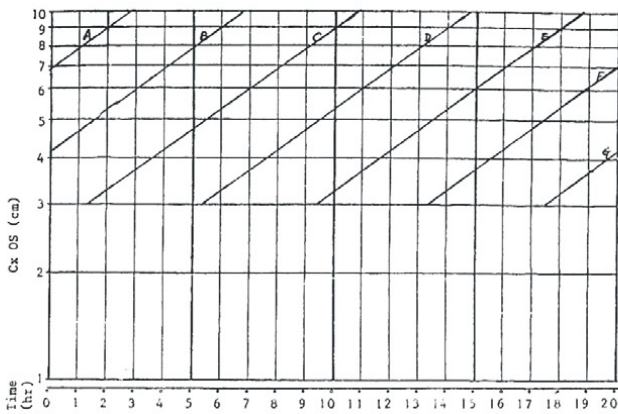
$$I) 10 \log y_i = 1.03x_i + 10 \log 3$$

$$II) x_i = \frac{10(\log y_i - \log 3)}{1.03}$$

其中 x 表示時間， y 表示子宮口開啓情形。譬如由公式 II 可清楚

看到：宮口自 3 公分到全開須時多少？我們只要將 y 值用 10 代入即可順利求出。又如公式 III 表示宮口開到 3 公分後自 x_1 增至 x_2 所須時間，如果病人現在是 5 公分則到全開須時多少？我們只要將 y_2 代以 10， y_1 代以 5，則時間可得。臨床上我們利用這三個公式來預估產程，確實獲得很大方便，即使是平常人，你的親屬要生產，你不妨也可套入這類公式，來決定你何時須返回醫院呢！！

(B) 警覺線及 (C) 行動線是一組而不可分的。原則上，當產程未超出警覺線前，我們所採的態度應是保守的——例如隨時評估其宮縮情形，子宮頸成熟度及胎心音的監視；同時可由於藥物投與；人工破水……等方法來促進產程。然而當超出警覺線時，顧名思義，我們須對這些臨床情形予以重新評估了，同時一些處理如骨盆腔攝影，其他藥物的使用……在這個時期是適當的，以便找出難產的原因，並對症療法。臨床上我們有四個鐘頭的時間來處理這些問題。當宮縮良好且子宮頸亦已成熟，而產程却超出行動線時，我們相信在一些子宮口未開全的產婦，絕大部份是無法免於剖腹產的；不過對於子宮口已開全者或可用產鉗等來幫忙。同國外的文獻報告相同，宮口開啓停止於七公分以上時，若屬於頭位不正時，自然生產幾乎是不可能的。對於任何的產婦在整個生產過程中，不同的時刻，其警覺線及行動線亦不同，因此只



圖二

有二條線是不足以適用所有情形的，於是我們將圖一的兩條線擴充成圖二一系列的平行線以配合不同情況。譬如說一個產婦入院時宮口開三公分，則警覺線是C，行動線是D；經過二個鐘頭後進展到六公分時則警覺線變成B，行動線是C；依此類推。當產程進展超出行動線時由於將近百分之九十的案例均有潛在因素，因此我們相信此時採取行動是合適的。

至於利用這種雙線產程圖來採取行動及處理時，其結果確實是令人滿意的。我們回顧本院近四年來，產程遲滯的一百二十五例。發現：當超出警覺線時，最後接受剖腹產者只五五%；而當超出行動線後，手術率高到八九%，而這些案例的手術發現，多半屬於頭位不正如橫枕位，後枕位：及骨盆狹窄等。

顯然的只要我們好好利用這段時間評估產程進展並加以適當處理，則可以將不必要之手術減到最低。不過四個鐘頭對胎兒安全是否適當呢？我們曾經將這些新生兒出生的情形加以評估，同時追蹤其是否有合併症？結果在超出警覺線及超出行動線這兩羣在統計上無大意義。

從以上我們相信目前本院採用的新產程記錄圖有下列的優點：

- (1) 易於使用——只須每半個小時或一個小時仔細記錄及描繪。
- (2) 只要未出警覺線則保守態度足矣。
- (3) 提供充分的時間來作處理，以減少不必要之開刀；同時又在兼顧胎兒的安全下也獲得令人滿意的結果。本院自使用此種產程記錄圖後，對於產程記錄後，產程遲滯之產婦的處理也有令人激賞的效果，咸信再配合充實中的醫院完整之設備，必將使結果在可見的未來更臻理想。



溝通困難

腎臟的功能是多方面的，除了排泄體內的代謝物和異物外，又有分泌荷爾蒙和調節體內酸鹼，電解質的平衡作用，一般在瞭解腎功能之好壞，以及不論急性或慢性腎疾造成腎功能障礙時，最簡便的方法是測定體內各種經由腎臟處理之物質，諸如尿素氮（BUN），肌酐（Creatinine），電解質，荷爾蒙的高低量來反應功能之好壞。但是，除非腎功能惡化到相當的程度，否則此些物質之量不見得會有所異常，因此，輕微之腎功能變化是不能利用此等方法偵測出來。所以更靈敏之檢查方法，如利用 Creatinine 經腎臟清除之速率（即 Creatinine clearance）以瞭解腎臟之腎小球濾出率（GFR），或利用馬尿酸（PAH）之清除率以顯示經腎臟之有效血漿流量（ERPF）等等，雖然程序繁瑣，但仍被當為瞭解腎疾所造成之功能影響，在尚未造成臨床症狀及血中BUN, creatinine 含量改變之前，便可見其變化的一種好方法。然而在其檢查過程中，需精確之尿量收集，生化手續測定血液中之 Creatinine 及 PAH，左右兩腎功能分別測定時，尚須介入導管至各自輸尿管等等，往往會產生無可避免之偏差和麻煩，最重要的是 Creatinine 除了自腎小球濾過以外，尚會自腎小管



核醫電腦應用之五

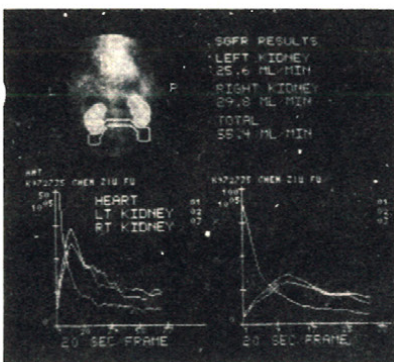
核醫科主治醫師 黃妙珠

細胞分泌，因此不能很精確地反應腎小球之濾出率，尤其是慢性腎疾者，與其真正之腎功能偏差更大，因此，臨床在採用這些檢查結果時，常有半信半疑之嫌。

腎臟形態上的變化，目前可以用傳統之X光血管攝影術，靜脈注射之腎盂攝影術（IVP）及超音波檢查來看出腎臟解剖學上的異常，但並不能直接反應功能之變化。造影劑本身除了有病人發生過敏的現象以外，本身對慢性腎病變如糖尿病慢性併發腎疾，老年人的腎臟或其他諸因造成時，會產生不良影響，使已經不好的腎功能更為惡化。如是，求一精確、簡便、安全而且傷害性小之檢查方法是非常迫切需要的。核子醫學之臨床運用，便是本者簡便易行，極少產生病人痛苦之原則下，利用帶同位素之追蹤劑偵測各器官之生理功能的變化，因此整個腎泌系統，始自腎臟灌注，腎小球濾出率（GFR），有效血漿流量（ERPF），腎小管細胞之功能，腎盂之通暢與否以至膀胱之排泄機能等等，恰是利用核醫原理，可發揮至極致之一個領域，可以很靈敏地早期偵測腎功能變化及形態上之異常。本院核醫在性能極佳之伽瑪閃爍攝影機加上電腦參與之後，各項腎功能檢查皆可利用許多寶貴經驗所結晶之程式，以非常

簡便的方法，便可很精確地求得臨床所需之資料，提供診斷及治療之根據。

核醫在腎功能方面之測定已運用多年，與身體其他器官一樣，也是利用同位素標化於特定之製劑來做檢。特此簡介如下：(一)在腎臟之灌流方面，可以使用 $^{99m}\text{TcO}_4^-$ 或其標化物，靜脈注射後，快速記錄放射性進入腎臟之變化，便可得知腎臟灌流之正常與否。(二)腎臟之ERPF，一般是用碘-131標化於馬尿酸(OIH)，由於OIH是特定地經由腎臟排出，因此在靜脈注入體內之後，隨血流很快地進入腎臟，三~五分鐘之內便自腎小管細胞分泌出來，而隨尿液排出，所以由血液中放射性減少之速度配合尿液中放射性之增加，利用電腦程式可以計算出經腎臟之有效血漿流量(ERPF)。(三) ^{99m}Tc 標化在D.T.P.A.或E.D.T.A.等製劑，靜脈注入後，短短三分鐘內很快地由腎小球過濾出來至尿液中，所以在此片段時間內，腎臟內放射性之變化，即代表其濾過率。吾人甚至可以區域性地分別記錄左右兩腎之放射性量之變化，不需導尿管之助便得到個別腎功能的資料，確知單側或雙側之腎疾。(四)利用D.M.S.A.製劑在靜脈注射後，約十五~二十%會留置於腎小管之細胞內，僅僅微量出現於小便中，因此可以將 ^{99m}Tc 標化於此劑之後，利用來偵測腎皮質之功能，及其形態上有無異常，是否有佔位性病



灶等等。Dr. Taylor 提出報告認為腎臟攝取 ^{99m}Tc -DMSA之多少與ERPF及GFR等腎功能呈正比之關係，因此有時可以僅用此劑之攝取量便可窺視腎功能之一般。(五)利用I-131 OIH，或 ^{99m}Tc -DTPA，抑或 $^{99m}\text{TcO}_4^-$ 本身會經尿液排出之原理，可利用來檢視腎泌尿系統之通暢與否，諸如功能性通暢不良或結石所造成之阻塞及功能之破壞，皆利用I-131-OIH及 ^{99m}Tc -DTPA之檢查獲得一箭雙鵰之效。尤其是腎功能相當不好時其BUN, Creatinine 皆高出正常者，利用I.V.P. 已無法得到可供判讀之理想影像，甚至會加重傷害，此時利用核醫之I-131 OIH腎功能檢查仍可以得到放射性多寡之變化，換算出來之數據得知腎血流量之變化，及由尿液排出情形而推測阻塞之嚴重程度。

在臨床不同的要求下，選擇特定之製劑來檢查病人之外，檢查方法及結果之顯示也須有所配合，方能使病人之腎功能結果一目了然，達到簡便靈敏之效，因此，結果由



患了癲癇症的進一步檢查

本院神經科

電腦處理後分別可用圖形、曲線、數值表示(如圖)，ERPF, GFR皆可以數值，明確表示其個別腎臟及總和功能。一般而言，左右二腎灌流之比較以曲線表示，較易得到直接的印象，若加上以曲線斜率之變化，更可提高靈敏度，另外因灌流不佳而造成腎臟之萎縮時，也可以腎臟大小，放射性之密度來表示其嚴重程度，美國哥倫比亞大學Dr. Keim等便是利用這些資料來診斷腎血管性高血壓症(Renovascular hypertension)。阿拉巴馬大學Dr. Tauxe等則運用I-131-OIH求得ERPF，之後加上配合尿液中之含量的多寡，計算出排出率(Excretion index)，可以分辨在腎臟移植後各種臨床變化如急性腎小管壞死(ATN)，排

斥現象(Rejection)……等等，而關於由結石導致腎泌尿系統阻塞情形，在開刀前可先預知尚存多少有用之腎臟組織及其殘餘功能，開刀後更可由其排泄曲線之變化得知恢復之情形。至於腎臟外形，大小，有無異位，及佔位性病灶等等則可用靜態圖形，不同的角度拍攝記錄而得知，惟此核醫之運用雖很靈敏地偵測其變化，但缺乏特定性及解剖上之細節資料，倘若與超音波檢查或X光斷層攝影配合，則在傷害最小的情況下，形態及功能上的資料可以獲全而無慮。總結，對人體之腎臟在運轉其功能時，利用核醫腎功能之檢查與X光，超音波檢查各以其優缺點相輔相成，得到完整無缺，靈敏準確的瞭解，以做進一步之措施，達到臨床預期的目標。

在以往的觀念裡，總認為「癲癇」是種見不得人的疾病，癲癇患者往往被家屬或親友所隔絕，甚而關閉他們而任其自生自滅；隨著醫學知識的進步發展，人們對於癲癇症漸漸地有所認識，家中若有人罹患癲癇症，都會想到醫院去檢查看看，到底是什麼原因造成癲癇。

當一位癲癇病人到醫院求醫時，通常都存有一種「要檢查以確定自己是否真的患有癲癇症為目的」的心理。事實上，要確定病人是否患有癲癇症時，最重要的依據是確定而且詳細的病史，如果病人或病人親友能夠提供確實而清楚的發作情形，則百分之九十五的病人就可確定是否有癲癇症，此外要確立癲癇症，亦可藉助其他儀器的檢查，以視癲癇症的存在，也可進一步查出導致癲癇症的病因是什麼？至於有那些輔助性的儀器可以加強臨床診斷的深度與準確性呢？將各項檢查簡述如下：

一、腦電圖檢查：(費用約一

千元)此儀器乃是記錄腦細胞活動的狀態，記錄出來的波型即俗稱的「腦波」，而全本記錄圖稱為「腦電圖」，由於記錄時間平常僅三十分鐘左右，因此一旦在此三十分內正好腦細胞活動正常，沒有漏電，則記錄出來之腦波(腦電圖)結果就正常，如是癲癇患者，則此正常之腦電圖即表示病人之「癲癇發作」乃是起因於局部小病變所引起，而非因腦炎、腦瘤或其他可能導致健康問題或生命危險的疾病。

如果發現異常則可依據不正常的各種變化加以判斷，再視情形決定是否須進一步做檢查，如有些僅表現出漏電現象，證實為癲癇症，有些則另外表現出其他不正常，提醒臨牀醫師再作進一步的其他儀器檢查，早點找出導致癲癇的病因。

二、腦部誘發電位檢查：(費用約二千五百元)此步驟類似腦電圖檢查，在頭皮上記錄，腦細胞對外界刺激反應的活動情形，經電腦分析後可得到腦部對外界刺激的反應情形，再視檢查結果來判定腦部機能狀態，瞭解神經生理狀況是否正常。此項檢查靈敏但具特定性，須配合其他檢查才能明瞭疾病性質，檢查過程中，病人並不會痛苦，而且全無副作用。

三、頭部X光檢查：(費用約一千元)它可以告訴我們包圍在腦部外面的頭顱是否有正常的發育或有其他異常的變化，如骨折、骨質侵蝕等，此外亦可看看腦質內有無異常鈣化現象(如腦膿腫、腦瘤、

腦血管畸形)，以提醒臨牀醫師，再積極地進一步檢查，以期早日診斷導致癲癇的病因，此類檢查是安全度高，又不痛苦的基本檢查。

四、電腦斷層檢查：(費用約九千元)此乃利用頭部X光透視配合電腦計算而照出頭顱內某一層面的結構，以告訴臨牀醫師，頭顱內的解剖學變化，是否腦部結構正常或有異常結構存在，如腦內出血、腦部缺血、腦瘤、腦血管畸形、腦膿腫等，而一般腦結構似正常的疾病如腦炎、腦膜炎等則可能仍呈現正常之檢查結果，此項檢查對臨牀診斷上的幫忙很大，如有腦部結構異常者診斷率可高達百分之九十，除非病變範圍仍很小而查不出來，它也是一種具安全又沒副作用的高診斷率之儀器。

五、核子醫學檢查：(費用約四千元)它是利用同位素打入靜脈，隨血液循環經心臟循環到腦部，再由外面儀器偵測同位素的活動能量，如有異於正常之血液灌輸區域，則可藉此檢查出來，包括有腦瘤、腦血管阻塞、腦內出血、動靜脈畸形、腦膿腫、腦炎(?)、腦膜炎(?)等它可達百分之六十至八十的偵察率，檢查步驟上是安全、又不痛苦且副作用少。

六、腦脊液檢查：(費用約二千五百元)此項檢查可以瞭解腦脊液的壓力(腦壓)以便偵測腦脊液流動情形概況，此外，亦可再進一步分析腦脊液，區分顏

色、紅血球、白血球、蛋白質及糖分等是否異常，則可依變化情形來看是否有出血、發炎等現象。此檢查步驟是經腰椎第四、第五椎間刺入長針(稱腰椎穿刺術)，取得腦脊液，進行壓力及各項分析檢查，同時也可進一步藉腰椎穿刺術，打入藥物(如造影劑、或同位素物質)進一步做其他檢查。此項檢查步驟，須小心衡量再進行，不可輕易草率決定，以減低併發症之發生。檢查過程中，病人略受一點痛苦，一般病人都可忍受，通常是病情上需要才會安排此一檢查。

七、造影劑脊髓透視術：(費用約五千元)此乃利用腰椎穿刺術將造影劑(一種製劑)打入脊椎中蜘蛛網膜下腔再經X光透視照射，以取得脊髓、造影劑與骨髓之相對關係，而判斷病情。此項檢查着重於脊髓結構的診斷，以判定脊髓是否長瘤或其他病變。

八、氣腦室攝影檢查：(費用約需五千元)藉腰椎穿刺術打入氣體(空氣、氧氣或二氧化碳)則氣體浮遊上升到腦室內或蜘蛛網膜下腔，再以X光透視照出氣體所在位置，而將頭顱內之腦結構的相關位置顯現出來，經此可判定腦部近中央部份的細微結構與腦室是否正常，則可以判斷出疾病的存在與否。此項檢查也是須經醫師判斷病情，需要時再特別安排，檢查過程中，病人所受痛苦較多，但這點也只好要求病人合作，才能有理想而準確的結果，以輔助臨牀診斷。

九、腦部血管攝影：(費用約一萬元)藉造影劑打入腦血管之動脈(頸動脈或脊椎動脈)隨血液循環沿血管之走向經快速放射線(X光)照像後以便判定腦血管之位置及形態是否異常，血流是否有阻斷或側枝循環或異常循環存在，此項檢查可以間接地判定出腦內是否有佔位性病變(如腦瘤、腦化膿、腦內血腫、外傷後硬腦膜下出血)動脈瘤、動靜脈畸形及水腦症之可能原因。

十、肌電圖與神經傳導速度測量：(費用約二千元)肌電圖乃是利用接有電線之特製小針頭插入肌肉中，再藉電線記錄下肌肉之活動電位，則可以判斷肌肉是否有病？而神經傳導測量則利用電來刺激末梢神經再量其傳導速度，此測量可以知道末梢神經是否有病變，神經傳導是否阻斷等，此項檢查也是須視病人病情而安排。

以上是神經學上各種檢查的方法，每一項檢查的結果都有不同的輔助診斷的角度，有時候僅進行一項檢查即可得到結論，但也有可能須要進行多項檢查綜合起來才能有結論性的診斷。如果仍無結論，那通常表示沒有嚴重性疾患，這是更值得高興的；但有不少病人不能接受一切檢查都正常的結果，這只表示癲癇症只是一種一時性的生理狀態異常，在各項檢查皆正常之下，長期的藥物治療以防止「漏電」還是需要的。因此，有病不須慌，按步檢查就好了。

我當病人的時候

牙科醫師 鄭彩幸

人生如舞台，每個人扮演不同的角色，不論是演什麼角色，各個角色都很重要，一定要盡力把它演好，才能使整個劇的演出成功，相信要演好每個角色，都不是容易的事。就我個人而言，過去在長庚醫院牙科扮演兒童牙科醫師的角色，我盡全力去「演」，演得好不好，只有讓觀眾來評估。約半年前，由於職業造成運動傷害，我的右手大姆指得了肌腱炎，到骨科許文蔚醫師及復健科楊效齡醫師處求診，讓我有機會扮演「病人」的角色，也使我深深體會到被看病的滋味。

許醫師及楊醫師的經驗豐富，對於我的病，他們並不因為個案病情的「平凡」而草草敷衍，當然此病最好的治療方法是強迫休息，但因為職責在身，只好利用醫療輔助器材來減少手指的過度運動，除了二位醫師熱心的診治外，我還接受

職能治療師為我做手指固定器及物理治療師為我做超音波的治療，其實許多病的治療，復健工作有相輔相成的作用，不能忽視。本院工作人員的工作效率及熱心服務的態度是有口皆碑，此次我親自體會到也受到他們如此親切地為我服務，實在非常感動。

談到醫護人員對病人的態度，病人是有病才求醫，實在事非得已，況且在這個工業社會，大家工作都很忙碌，時間就是金錢，有時若能在小事上多為病人着想，節省病人的時間與痛苦，雖然是多施捨「一點點」但對病人而言，却是「很多很多」。據我所知，台北各大醫院中，有不少醫院的工作人員，態度極為惡劣，有些醫院的某些醫師甚至不送「紅包」就難以治病。但對長庚醫院而言，病人大可放心，「送紅包」是多餘的，只要做一個合作的病人，醫師及護理人員必定會盡全力來為病人服務。

病人一旦到醫院求診，最希望能夠早日康復，親切的醫師容易贏得病人的信心，能夠讓病人有信心，已是治療成功的一半，無論病人或醫護人員，雙方若能本着「多為別人想一想」，則做起事來必會事半功倍。長庚醫院醫護人員熱心服務的精神（我以旁觀者的地位而言）是值得欽佩與讚賞，我們應該多發揚它，使不限於某些醫院，更希望能普及至所有的醫院，帶動整個社會風氣，讓更多的人能享受第一流完善的醫療服務。



軟食

營養師 蔡美慧

軟食乃是治療飲食中的一種，顧名思義就是食物的質地要軟，便於咀嚼、容易吞嚥消化者。此種飲食的用途，主要適合於急性感染、腸胃失調、消化不良、復原期之患者；以及咀嚼不便的患者食用。

食物選擇

豆類	肉類	蛋類	奶類	食物類別
經加工過的各種豆製品，如豆腐、豆漿、豆干、素雞、豆包、豆花等。	除去筋的嫩肉，切成肉絲或剝成肉末；凡煮爛易消化的肉、魚均可。	除油煎、油炸外的各種烹調法。	所有奶類與奶製品。	可食禁食
	油炸或燻烤太硬的肉類食品，帶筋膠的肉。	油煎、油炸的蛋。	無。	

主食類	蔬菜類	水果類	油脂類
精製的五穀類，如白米煮的軟飯、稀飯、麥片、麵包、麵條、冬粉、米粉等。	經煮軟切碎而含纖維少的蔬菜、菜泥。	煮熟的水果、罐頭水果或熟軟的水果、果汁等。	均可食用。
糙米或全穀類的製品，油炸的五穀類食品。	粗硬、纖維多的蔬菜，如芹菜、竹筍、空心菜梗、芥藍菜梗。	粗纖維多之水果，如蕃石榴、芒果；未成熟之水果。	無。各種油炸食品，強烈的調味品及刺激性食品。

以上這些軟質的食物可配合其他各種營養素不同之要求加以變化，如一般軟食、糖尿軟食、低塩軟食、高蛋白軟食或低蛋白軟食等。必要時，每日三餐外，可以另外增加二次或三次點心，以提高其營養素之攝取量。