



第 22 卷

90年2月1日出刊

第 2 期

長庚醫訊

五九慶題

封面故事

全年無休，
24小時服務——

林口消化系
內視鏡治療中心

醫學報導

子宮肌、腺瘤一定要開刀
嗎？

早到的不速之客——
動態性皺紋

高雄院區報導

如何選配普通眼鏡

母乳——是新生兒最珍貴的
見面禮



打造新希望迎接21世紀 馬拉威合唱團溫暖長庚

馬拉威——一個特殊又陌生的非洲國家，黝黑的皮膚、開朗的個性與對音樂的熱愛，是那兒人民的特色。由馬拉威25位兒童所組成的「祈美美合唱團」與6位文達學院青年等一行人，於12月27日下午3時在林口長庚兒童醫院12K會議廳舉行一百分鐘的演唱與風俗民情的介紹。

到院後下車的那一刻，發現這群外交小天使臉上呈現著焦慮與害羞，語言的隔閡無法訴出他們的期待，而僅以微笑與握手來表達他們的感激，這樣的場面是預料中的事，然而協助接待的4位在本院見習的馬拉威籍醫師，卻化解了這群小天使的不安。節目一開始先是連續演唱三首歌曲，用著當地的語言與簡單的樂器吸引著工作人員及病患、家屬的新鮮好奇，畢竟從未見過這麼多僅能以穿著來分辨男女的黑人小朋友，更別說是那嘹亮的嗓音與奔放的舞蹈動作，而歌曲旋律更是令在場所有人士蠢蠢欲動；於是接下來的幾首歌曲有大半的在場人員是跟著這些活潑的小天使手舞足蹈，現場一片瘋狂，我們知道這

一切都是這些小天使用心唱出希望感動人心所造成，也讓我們透過影片介紹對馬拉威這個國家有更深切認識。

最後，所有合唱團的小朋友全部下臺來與所有人員握手，再度引起一陣騷動，更有人忙著與這群天真的小天使合照。思念故鄉的心，總是離鄉背井的遊子最為難受的一件事，而能在異鄉見到自己國家的人民更是備感親切，這樣的溫馨依樣在本院的4位馬拉威籍醫師身上發現，在整個演唱過程他們不但全程參與、隨之起舞，更在會後花了好一段時間來與這群「同鄉」做經驗分享，為本院協助國民外交與善待客精神劃下完美句點。✕

關懷獨居長者新春圍爐 長庚與獨居長者溫馨團聚

87年11月林口長庚社服處的社工員及志工，第一次敲響了龜山鄉一位獨居長者的家門，從此展開關懷社區獨居長者的服務。關懷服務的志工每週深入龜山及林口鄉各地，到每一位獨居長者家中嘘寒問暖，提供關懷訪視、文書服務、協助就醫、電話問安及健康監測等服務。接受服務的獨居長者已超過2,000人次，有許多

的長輩們因此恢復了健康、歡笑，生活及居住環境也得到改善。而歲末寒冬正是家人團圓的時節，為此於元月5日中午，本院為獨居長者們舉辦了新春圍爐及摸彩活動，並依照他們的需求及健康狀況，準備日常生活用品贈送給他們，希望他們可以過一個溫馨而快樂的年。

活動當天共有46位居住在龜山鄉、林口鄉各地的長輩們，或是乘著醫院的專車、或是由志工安排交通工具接運、或是自行前來，滿心歡喜的到達新春圍爐的現場。由大家組成的迎接隊伍，一面攙扶著每位到場的長輩，一面為他們別上名牌、登錄摸彩券，待長輩們坐定後，更有專人為他們測量血壓，志工們也隨坐在長輩旁陪大家話家常。而院長夫人首先致詞，感謝所有獨居長者一起圍爐團圓，並祝福他們新年快樂，希望大家都能盡興吃頓團圓飯。之後，院長夫人也致贈一臺電子血壓計給獨居長者中最年長，高齡94歲的劉桂貞婆婆，希望她永遠身體健康，並將她的養生之道傳授給大家。之後菜一道一道的送上桌，圍爐活動的節目也精彩展開，由院長夫人、社服處文處長及文宣組陳高專將包含旅行皮箱、健康止鼾枕、高級圍爐火鍋等獎品陸續送出，志工媽媽們也賣力

的穿插各項表演。活動進行到一半時，居住在林口南勢村的羅木春伯伯要求上台訴說感言，他謝謝長庚這2年來持續的安排志工及社工關懷他的生活，也感謝大家讓他有機會在年節裡與所有人擁有一個溫暖而難忘的聚會。

活動就在獨居長者下樹紅伯伯的歌聲及院長夫人抽出最大獎——電動按摩椅的熱鬧氣氛中，順利落幕了。臨別，本院發給每一位參加長輩紅包及由不願具名的善心人士捐贈的毛毯。而所有的獨居長者也互道新年快樂，愉快的踏上歸途。✕

103歲人瑞接受癌症手術 王蘇老太太歡喜出院

創下長庚開院以來最高年齡的癌症手術病患——103歲人瑞王蘇秀英女士，去年底在林口院區婦產科順利地完成陰癌手術，並於元月3日康復出院。出院當天，陳昱瑞院長、宋永魁副院長、婦產科張廷彰醫師、麻醉科黃樹欽醫師及負責照護老太太的護理人員，皆親自送她到門口，院長並親自獻上一大束花向她表達本院無限的祝福，而精神奕奕、容光煥發的王蘇老太太直說「很歡喜」。

橫跨三個世紀的人瑞王蘇老太太，去年12月底因會陰部出血轉診至本院婦產科，經詳細檢查發現為左側會陰部有一4公分向外突出的腫瘤，左側鼠蹊部則有1.6公分的腫大淋巴腺，子宮、子宮頸及兩側子宮附屬器並無異常情形，臨床檢查幾可確定是會陰癌。於此，跨科系的醫療團隊展開縝密的醫療計劃，由婦產科張廷彰醫師主刀，並照會麻醉科黃樹欽醫師及心臟內科王俊力醫師等，以達充分的術前準備及周延的術中、術後照顧。而手術前更詳細向家屬說明病患可選擇的治療方式，經家屬成員開會後決定採用手術治療。王蘇老太太12月27日接受了90分鐘的手術，術後狀況良好，並於元月3日出院。✕

兒童醫院跨年聖誕晚會 歲末年終與病童同樂

為讓在醫院與病魔對抗的小英雄，能夠分享節慶的喜樂，89年12月18日晚上於林口長庚兒童醫院舉辦一場熱鬧的、溫馨的「希望聖誕節晚會」。活動在大專志工帶著一群可愛的動物玩偶舞動下展開，有許多坐著輪椅前來的小朋友也樂得隨之起舞，展開笑容。而平日最關心小朋友的護

士阿姨與醫師叔叔，合唱「普世歡騰」及「平安夜裡真平安」等祝福的歌曲，願所有病童能在每一天都平安。另外還有「新白雪公主」的話劇表演、以及小兒科夏紹軒醫師的小提琴演奏等，更有住院病童組成的小小合唱團高唱「當我們同在一起」，希望大家珍惜共同擁有的每一刻。

為彌補無法到會場的病童，兒童醫師的大家長林泰延院長扮起小朋友期待的聖誕老公公，還有護理部廖美南主任打扮成小朋友少見的聖誕老婆婆，帶著聖誕禮物前往病房探望及報佳音，躺在病床上的小朋友都開懷的笑了，一時之間忘了病痛，搶著與聖誕老公公老婆婆握手、拍照。小朋友捧著甜甜的糖果與神秘的聖誕禮物露出滿足的微笑，家長們看著小朋友開心的笑容也暫時拋去焦慮，陪小朋友度過一個快樂的聖誕節日。✕

周產期醫學會進行改選 劉瑞德醫師榮任理事長

中華民國周產期醫學會理監事改選，本院婦產科劉瑞德醫師當選理事長。謝景璋、邱宗鴻醫師當選常務理事，謝燦堂、徐振傑、鄭博仁、張舜智、許德耀醫師當選理事，羅良明醫師當選監事。✕

消化系內視鏡治療中心 一年有成

消化系內視鏡室主任 陳邦基醫師

1999年10月林口長庚醫院全台首創「消化系內視鏡治療中心」開始成立為病患服務。一年多來，高品質的服務水準，博得病患與同儕的廣大好評，科內同仁皆感到無比的欣慰！

回顧消化系內視鏡的發展歷史，始於1868年的硬式胃鏡，至1958年纖維內視鏡問世，內視鏡的改良及發展進步神速，1968年胃的息肉切除，開展了內視鏡治療的歷史，80年代電子內視鏡時代來臨，進步更是一日千里，新的配件及技術陸續發明出來。

本院1976年在台北成立，時值軟式纖維內視鏡時代，以診斷為主，2年後林口長庚開幕，初始亦以診斷為主，後來陸續實施息肉切除、異物取出、雷射止血及燒灼息肉、腫瘤、注射藥物止血、熱探針止血、靜脈曲張硬化劑注射、胃腸道狹窄氣球擴張、支架置放、華特氏乳頭切開、膽道置管引流、膽管碎石及取石、靜脈曲張結紮、黏膜切除、止血夾及套圈止血、肉毒桿菌素注射等，不斷添購各種內視鏡的配件，陸續展開各種內視鏡治療的服務。

內視鏡治療的作業，在「內視鏡治療中心」成立以前，早已行之有年，只是原

來的作業方式，診斷與治療是混合著交替施行。由於治療時須使用到較多不同的配件、藥物以及較長的操作時間，併發症出現的可能性亦較高，因此往往會造成工作上的壓力，多少會影響服務的品質。本科有鑑於此，乃思突破國內內視鏡室作業的一般現況，特將「治療性內視鏡」由內視鏡室獨立出來，自成一單位，並委由年輕有幹勁的邱正堂醫師擔任主任一職，負責規劃及作業事宜。

此一發展計劃在廖運範系主任、吳正雄科主任的規劃下，歷經前任張昭雄校長及現任陳昱瑞院長的大力支持，乃能在原內視鏡室對面，緊臨急診室設立此治療中心，配備多項先進精密儀器、高層次內視鏡消毒設備、無障礙操作空間、術後臥床休息場所，加上20位學有專精的消化系內視鏡專科醫師、數位專任護理技術人員，以陣容堅強的服務團隊，提供全年無休的待命服務。

2000年1月15日在內視鏡治療中心成立3個月之際，即舉辦一場「國際治療內視鏡研討會暨現場操作」，邀請國際知名3位日本專家蒞臨，由工藤進英與董水義、蘇銘堯作大腸鏡的診治，木田光廣與林淳榮作內視鏡超音波的診治，向井秀一

消化系內視鏡治療中心 的過去與未來

消化系內視鏡治療中心主任 邱正堂醫師

與李青松、劉乃仁作ERCP方面的診治，現場示範操作，即時影像傳輸，與會場來賓、聽眾作雙向溝通，由於籌劃得宜，影像清晰、音效逼真，在3位主席吳正雄、陳邦基及邱正堂的主持下，博得大家一致的讚賞與喝彩，會議圓滿成功。當

天到場致詞的陳院長會後表示值得再繼續辦理此項會議。因此2001年的到來，另一場研討會亦在邱正堂主任的籌劃下，將於不久的將來再度登場。

本人有幸目睹「消化系內視鏡治療中心」的誕生，日漸成長茁壯，並能在作業

為因應未來21世紀日益蓬勃的內視鏡微創治療的優勢與提供病患更優良的治療品質和人性化服務，並減少非必要性的開刀或探查手術，本院於一年前在院長大力支持與本科系同仁共同協力之下成立了全台首創的「消化系內視鏡治療中心」，為民衆提供優質的人性化的內視鏡治療。回想籌備、成立、運作的過程，雖然不是華路藍縷也是十分辛苦的，其中來自院方與各系同僚的幫助，在此敬表謝意。

成立之初，本中心為了提供病患更佳的、更富人性化與精緻化的治療，我們組成了最優良的醫療服務團隊，內含20位各有專精的消化系內視鏡專科醫師、數位專職內視鏡護理技術人員，在吳正雄與陳邦基兩位教授帶領下，細分為四大治療組：

一、非膽胰性內視鏡治療與新技術研發組。

二、膽胰管內視鏡治療組。

上貢獻一己之力，有如兒女長大成人，外出打拼，自創一片天空，感到無比的欣慰。在此滿週歲之際，衷心祝福治療中心的潛力無窮，發展無限，不僅能為有需要的病患提供最好的服務，更能為長庚醫院增添光彩，樹立良好名聲。

三、內視鏡超音波組。
四、大腸鏡組。

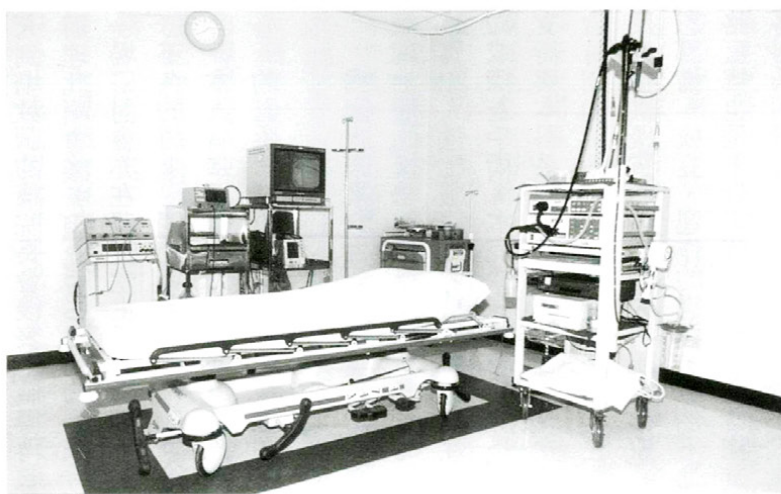


主辦國際治療內視鏡研討會，獲各界一致好評

分別由李青松醫師、劉乃仁醫師、林淳榮醫師與董水義醫師專司其職，帶領各團隊。在溫馨的各別診間內，藉由多項先進的精密儀器、高超的內視鏡治療技術，為病患治療。過去一年間，非膽胰性內視鏡治療組共實施了將近1,000人次的治療，大多為潰瘍止血、食道、胃靜脈曲張出血結紮注射治療、或食道擴張與特殊鼻胃管置放；膽胰管內視鏡組共做了約800人次的檢查，80%為膽胰管的治療；內視鏡超音波組則有約600例的成績，包含細針抽吸與黏膜切除術；而大腸鏡組則約有1,800人次的檢查，其中約60%為息肉切除與黏膜切除，總體成效甚佳，皆歸因於整體團隊的同心協力、院方的鼎力支持與病患們對我們的信任。

過去的日子裡，內視鏡治療中心在服務上依然秉持著廖運範主任與本科系同仁向來引以為傲的「T-eleven 的精神」，為緊急的病患提供24小時的治療與全年無休的待命服務，這是一貫風格。在治療品質上，也要求必須達到公認的最高水準。在教學上，對科內年輕主治醫師及總醫師進行一對一的實際內視鏡治療操作指導，做了最佳的經驗傳承，以縮短醫學摸索的過程。在研究上，各個內視鏡治療領

域中，都有項目在進行，如放大鏡式大腸鏡以染色法診斷腺腫性息肉、氫漿流止血術(Argon plasma coagulation)及細管腔內視鏡超音波(intraductal ultrasound; IDUS)等，在一定的時間內會有成果展現出來。這段期間在院方的支持下，內視鏡治療中心也舉辦了第一次的國際研討會及現場操作表演，把我們的水準推展出去。



先進精密的儀器

展望未來，我們希望藉由初步的成果，在下類三項主軸上再求精進：

一、病患服務層面：待診室與術後休息室的擴大與舒適性的提昇，另外更加強調衛教與追蹤，以提昇更佳的服務品質與更優質和諧的醫病關係。

二、教學層面：以人才培育與教育訓練為本，經由一對一現場觀摩與操作，另佐以定期性開會研討，來提昇教學水準與品質管制。藉由第二期擴建工程的視聽轉播會議室成立，能提供現場示範教學與訓練的最佳場所，也可提供為國內各醫院內視鏡醫師的最佳教學與討論的場所。

三、研究層面：藉由實證醫學的精神，經本中心做整合性計劃並長期追蹤，分析治療成效以提昇治療水準，內容有：

1. 消化道早期癌症的診斷與內視鏡治療。
2. 膽胰管細徑內視鏡超音波的研究與發展。
3. 內視鏡超音波導引下的細胞病理學檢查與治療。

4. 早期胃癌與大腸癌的內視鏡超音波的局部分期研究。
5. 針對大型的膽道與胰管結石實施ESWL碎石術的研究。

談消化系治療性內視鏡

肝膽胃腸科系主治醫師 李青松

胃腸科內視鏡的起源很早，開始時只運用於診斷胃腸道的病灶，隨著內視鏡與其附件器械的進步，經由內視鏡進行治療已有數十年之久。近年來由於「微創性治療」(minimal invasive therapy)觀念的發展，內視鏡的治療已在某些領域裡，甚至取代了傳統的外科手術治療，這是一股擋不住的潮流趨勢。

一、食道靜脈瘤的治療

食道靜脈瘤的治療方法，包括去除食道靜脈瘤以及降低門脈高壓。以內視鏡進行去除食道靜脈瘤，包括內視鏡注射硬化治療(EIS)和靜脈瘤結紮(EVL)兩種方式。目前內視鏡治療已是對肝硬化病患食道靜脈瘤急性出血，與預防再次出血的標準治療。EIS是以23號針將硬化劑注入靜脈瘤，使靜脈硬化；EVL是將橡皮圈綁住靜脈瘤，阻塞靜脈血流，使血管消失。EIS因針頭插入食道黏膜較深，引起的潰瘍較深，併發症也較多；EVL因只有綁住黏膜層，而併發症較少。由於靜脈瘤結紮擁有較快速除去靜脈瘤及較少的併發症，是目前較被接受的治療方式。

早期的EVL器械，每次只能綁一條橡皮筋，需要多次進出食道，以進行多處

靜脈瘤結紮，甚為不便。近年來使用外套管(over tube)架著口至食道的入口，以保護口腔與咽喉，以方便內視鏡多次進出。多發式的EVL，一次進入食道可連續釋放4~6條橡皮筋，然而健保給付價格上的落差以及效果上與多次單發一致，所以使用上受限制。detachable snare由內視鏡working channel，利用特殊設計來綁靜脈瘤，不必重覆進入食道，簡稱EVLsc。本科目前靜脈瘤的治療，主要以改良EVL原始設計的氣動式結紮器，使用改良過較軟的over tube，施行靜脈結紮。大抵上，靜脈結紮後所形成的潰瘍約須要3週時間才能癒合，所以會選擇3~4週後進行第二次結紮。原則上，以根除靜脈瘤為目標，但是不容易達成；另一方面只要靜脈瘤沒有紅色斑點其再出血率與根除相仿，所以目前只要達到後者就可以了。當然，內視鏡治療靜脈瘤失敗的情況下，我們可以考率以降低門脈高壓方式來減輕靜脈瘤，其中方法包括有B-blocker、vascular shunting等。在較佳的liver reserve (Child criteria A/B)、且重覆內視鏡治療下仍會有靜脈瘤出血情況時，應考慮做血管造瘻以減輕靜脈瘤。

二、食道擴張

食道狹窄的擴張，須依據食道狹窄的成因、形狀、位置與病患的治療計劃，來選擇擴張的工具。食道弛緩不能 (achalasia) 大部分可以 achalasia balloon catheter (ccm) 氣球擴張術得到不錯的效果，但年輕人的療效較不佳。近來本科也有使用肉毒桿菌素局部注射在下食道擴約肌上的治療計畫，目前仍須需要更進一步觀察。狹窄可由胃酸逆流、開刀術後接口、放射治療後產生，通常狹窄較短，可經由氣球擴張術擴張。目前的氣球有經內視鏡置入者 (through the scope balloon; TTS) 和沿導線置入者 (over the wire balloon; OTW)。使用 OTW balloon，須在 X 光透視下操作，本科目前多以 OTW balloon 作氣球擴張，以求精準的擴張狹窄部位。較長的、較高位的狹窄 (如腐蝕性食道炎及腫瘤引起的狹窄)，氣球擴張比較不容易，本科會利用內視鏡與 X 光透視的導引，穿過狹窄部位放入導線，再沿著導線將通條由細到粗，逐步擴張食道。這比耳鼻喉科使用的 Maloney dilator 確實，因為所有的動作都沿著導線，並在 X 光透視下操作，可以

有效的擴張狹窄區域。

三、食道餵食性鼻胃管及食道支架

同時放射及化學治療 (concurrent chemo-radio therapy; CCRT) 對於食道癌有良好的局部治療效果，在接受治療 1~2 月後，幾乎所有的患者都可以進行半固體或者以上的飲食。在這段進食困難期間，有效又便宜的供給養份就是鼻胃管餵食。當然，就是食道癌造成的食道狹窄使得鼻胃管放置失敗，在內視鏡與 X 光透視的操作下，先行以導線穿過狹窄後，鼻胃管再延著導線進入胃中。至於食道自張性金屬支架呢？目前運用於復發食道癌併狹窄，以及併有食道、氣管造瘻的食道癌這兩種情況。唯目前在做完 CCRT 後的復發食道癌併狹窄接受自張性金屬支架，併發症太高，往往有食道出血的狀況，這是尚待努力改進之處。

四、非靜脈瘤上消化道出血的治療

這一類的消化道出血，雖有多種病因，然而 90% 以上與消化性潰瘍有關，若治療失敗都是應該送外科治療的。基本上

維持病患的生命象徵及呼吸道暢通，為治療成功的關鍵。潰瘍出血，經內視鏡的治療已成為主流，治療的原理分為壓迫性止血和凝固性止血。壓迫性止血的方法，包括局部注射生理食鹽水、腎上腺素注射、止血夾等；凝固性止血的方法，包括純酒精注射、熱探頭止血、雷射止血、氫氣流。兩類的止血方法可以並用，原則上血管性病灶宜經過凝固性止血的處理，減少其再出血。

五、內視鏡黏膜切除

食道、胃與大腸的早期癌症，局限於黏膜層內，可以內視鏡將腫瘤切除。各器官的適應症，因癌細胞淋巴轉移的機率不同，而有所不同。施行時先以電燒將病灶範圍界定，決定切除大小後，將生理食鹽水注射病灶下的黏膜下層，使之隆起而與肌層分開；使用息肉切除圈，以電燒將黏膜病灶切除。近年來有許多方法，可以使這些步驟更有效率。有人用雙腔治療用內視鏡，一個管腔用鉗子夾住拉起黏膜，另一管腔用套圈圈住黏膜；也有用套圈套好帽蓋的內視鏡，將特殊的套圈，先行環圈的帽蓋中，將黏膜病灶吸入帽蓋中，再將套圈拉緊電燒，切下黏膜，簡稱

EMRC。

EMR (endoscopic mucosal resection) 可以是診斷的方法，對特定早期癌症，更是最不具侵襲性的治療。然而最重要的是發現這些早期癌症，及發現後的正確分期，以定位黏膜侵犯，讓患者接受最適當的治療。前者有賴內視鏡醫師的細心檢查，而後者須發展內視鏡超音波，本科對此極端重視，目前對此正積極發展中。

六、腸胃道息肉切除

息肉可在整條消化道中生長，腺腫性息肉才需要治療。以息肉切除套圈套住息肉後收緊，電燒後將息肉切除。難度較高的息肉，如大型息肉或地毯式的息肉，則需要一片片的切除 (piecemeal polypectomy)。至於小的無莖性息肉，本科也可採用熱能切片鉗子切除。

七、經皮內視鏡胃造瘻及小腸造瘻

經皮內視鏡胃造瘻是利用內視鏡的幫忙，將胃充氣脹起，貼近腹壁，將導針、導線，在內視鏡觀察下，插入胃腔，在沿導線擴張針孔後，放入灌食管，病患可免

開刀和麻醉的步驟。目前已有整組器械的商品上市。施行條件以轉移性進食困難者，如中風後的患者，口腔食道仍然暢通（以容內視鏡通過），而須管灌者為對象。因國人對腹壁灌食管的排斥，適應症不多、健保未給付等因素，本科雖尚未引進常規施行；但如病患有需要，仍可以照會本科醫師施行。



消化系內視鏡治療中心堅實的團隊

八、其他

經內視鏡食道或者胃內異物取出，必須透過外套管或者水管的操作，以避免取出異物時傷及食道，這樣的檢查比較需要高度耐心與技巧，本科已行之有年。在急性胰臟炎病患，放置鼻小腸餵食管既營養又便宜，其它腸道支架置入，可經由大腸鏡與內視鏡施行，然因國內尚在萌芽階段，本中心也密切注意其發展。

展望

經由內視鏡進行完美的治療是每個操作內視鏡醫師的心願，這樣的成功來自於合作的患者、熟練的技術、充足的設備以及能力高超的技術人員。感謝醫院的支持，在本科的內視鏡均已經過高層次的消毒，這是日後的標準程序。在追求更好的未來，如何有效和醫院的配合使得資料貯存電腦化，是努力的方向。在醫療方式的統合，在醫療人員的訓練，是本中心近期的目標。總之，內視鏡治療中心是一個團隊醫療的單位，他已經發芽，更需要各位關心以成長、茁壯。✕

治療性內視鏡膽胰管攝影

胃腸肝膽科系主治醫師 劉乃仁

本中心的一大特色是結合了內視鏡與X光攝影，提供各項需準確定位的內視鏡治療。其主要應用於內視鏡膽管攝影，其他如消化道狹窄的擴張、金屬支架的放置、困難鼻胃管的插入、小腸鏡的定位，都需在X光透視下操作才能完成。治療性內視鏡膽胰管攝影(therapeutic ERCP)在1970年代，隨著華特氏乳突切開術的發明而蓬勃發展，乳突切開後，不流通的膽汁可以排出，結石可以取出，較大型的器械可以進出膽道，從事各項治療。隨著內視鏡器械的進步，這些治療也有日新月異的進展，值得為大家介紹。

膽道結石

內視鏡膽道取石的先決條件是結石必需在總膽管而無明顯狹窄者。取石前需將乳突切開，以方便器械進出與膽石的取出。小膽石可以氣球導管或取石網捕捉後拖出，大型的結石也可以先行碎石後取出。近年來由於腹腔鏡膽囊切除術的發明，對於膽囊與總膽管結石病患由本科先行取石再由外科用腹腔鏡摘除膽囊，可縮短住院日數與避免術後T形管的放置。本中心每年約為200位病患施行這項治療，累積相當的經驗，對總膽管取石的成功率

可達90%以上。

膽道引流

內視鏡膽道引流是用來暫時性解決膽管阻塞的方法。主要的適應症有膽石症併急性膽管感染、良性或惡性膽管阻塞、外科術後膽汁滲漏等。依引流所用的導管，可分為內視鏡鼻膽管引流、膽道塑膠支架、膽道金屬支架，分述如下：

一、內視鏡鼻膽管引流：是用6F或7F的長塑膠引流管，我們在內視鏡與X光透視下，先將導線放到理想的部位(超過膽石、狹窄部位或膽道滲漏處)，再將引流管沿導線進入膽管，引流阻塞部位或滲漏部位的膽汁。引流管經口鼻轉換後，引流管如鼻胃管般的經食道由鼻而出。在急性膽管炎，需緊急膽管減壓病例，是救命的利器，其侵襲性低，更適合在重症病患施行。在診斷仍不很明確病人，可經由引流管注入顯影劑重覆造影，並可記錄引流膽汁量，確定導管暢通，都是它的好處。因引流導管由鼻而出，病患較不舒服，也較不美觀為其缺點。本科自1990年引進本技術後，外科緊急的膽道減壓手術已顯著減少。本中心目前全天可以施行緊急膽道導引流，使急性膽管炎病患較

好的照護。

二、膽道塑膠支架的置入：是將塑膠支架沿導線推入膽管，一端引流狹窄部位上游，一端開口於乳突，使膽汁直接流入十二指腸。塑膠支架的內徑較鼻膽管引流管為大，較不易阻塞，一般狀態可維持3至4個月。通常用於診斷治療方向清楚的病患，如對於腫瘤的姑息治療病患、年老膽管結石或狹窄而不開刀病患、外科膽汁外漏需較長期引流病患。

三、膽道金屬支架：是使用不銹鋼或記形金屬絲織成網狀金屬管，因其彈性極佳，可被拉長壓縮，以外套管包住，形成8Fr管狀導管。當這導管進入膽道穿過狹窄處，在適當位置，將外套拉除後，記形金屬立刻回復原形，成為10mm管徑的支架。當支架張開後，即無法收回，上皮與肉芽組織會長入網狀縫隙，支架便無法取出了，如要取出只有開刀一途。所以支架並不適用於良性狹窄，而主要用於惡性腫瘤所引起的膽管阻塞，金屬支架一般可維持6個月的暢通，對存活期不長的姑息治療病患，可得較長的膽道暢通。支架的阻塞主要是由於腫瘤長入支架內，或腫瘤的長度超過了近端支架的開口。惡性腫瘤所引起的膽管阻塞，多半不會只有總膽管阻

塞，通常肝內膽管的許多分支的侵犯，不能讓每一膽管有效引流；腫瘤或轉移淋巴結也會侵犯十二指腸，造成腸道阻塞，引流的膽汁也無處可去，療效也就大打折扣了。目前健保並不給付這昂貴的支架(約新台幣6萬元)，但金屬支架的確能改善癌症病患的生活品質。

胰臟疾病

利用治療性內視鏡膽胰管攝影來治療胰臟疾病，在技術與適應症上仍未成熟，許多治療報告的病例數不多，還需累積更多的經驗，來檢驗目前報告的治療方法是否恰當。

慢性胰臟炎引起的臨床表現，有由於消化液分泌不足引起的油性便與營養失調(10~20%)、慢性的上腹疼痛(大於70%)與內分泌不全引起的糖尿病(3~37%)。根據可能的疼痛機轉是由於胰管狹窄後引起的胰管高壓所引起，內視鏡可能可以藉由引流的減壓而治療的部分慢性上腹疼痛病患。吾人可行胰管乳突切開術，以氣球擴張其狹窄部，並置入塑膠支架引流達到減壓的目的。某些胰管結石也可取出。值得注意的是慢性胰臟炎引發疼痛的機轉仍未明確，胰管高壓只是一可能的機轉而

已。本科目前的對策是先對這種病患施行內視鏡胰鼻管引流減壓，如有顯著症狀上的改善，才進行內視鏡治療。

胰臟的慢性偽囊腫雖大部分可以自行吸收，但如引起症狀，存在超過6週，大於6公分，則病患應接受偽囊引流。以往這種併發症大都仰賴外科作體內引流，內視鏡治療是經內視鏡，由胃內直接由偽囊鼓出部位作穿刺，置入導線後擴張穿刺部位後置入1至2條塑膠支架，維持1~2個月，保持造口部位的暢通。部分與主胰管相通的偽囊可以經由乳突與主胰管，置入引流管引流偽囊。偽囊因為是由發炎反應所引發，其壁上的血流豐富，容易出血是最大的挑戰。

內視鏡治療並非萬能，但精巧的內視鏡技術的確可以增加其成功率。隨著技術的成熟，會有越來越多的創意。本中心的膽道內視鏡小組由李青松醫師、唐瑞祥醫師、魏國良醫師、楊峻醫師、宋崢峰醫師與筆者組成，每天在所有治療完成後會與放射科洪建福醫師，討論當日病例的適應症與治療，檢討每一操作與治療的環節，以改進與修正內視鏡治療的方法。唯有不斷的檢討、創新、進步，才能使本中心為病患提供最佳的醫療服務。❖

認識內視鏡超音波

肝膽胃腸科系主治醫師 林淳榮

內視鏡超音波(EUS)的研發與應用，可追溯於1980年代早期，利用內視鏡將超音波探頭伸入胃管以掃描胰臟病變；近10年來，EUS已廣泛用於消化道黏膜下腫瘤鑑別診斷、癌症(食道、胃、直腸、胰)TNM分期、和各種膽胰病變。隨著光電科技工藝的精進，EUS由與內視鏡一體的設計，發展至可經由內視鏡管腔的高頻細徑超音波探頭(簡稱mini probe)，以及線狀平行掃描的內視鏡超音波，可提供安全與精準的細針抽吸與注射。EUS在美日歐等內視鏡科技先進國家，已從單純影像診斷工具，提升為介入性消化系治療利器。臺灣地區EUS的發展限於儀器昂貴、保險給付偏低、人才培訓問題，僅有少數醫學中心可純熟操作並提供此服務。

本科早期曾由胃鏡室陳邦基主任引進Olympus 1基本型內視鏡超音波儀器，因解析度較差和故障維修率高，僅零星應用於食道與胃等黏膜下病灶的診斷掃描。5年前，本科添購新一代Olympus GF-UM200 (EU-M30) Video 內視鏡超音波機種，並由簡榮南醫師、邱正堂醫師、和林淳榮醫師為主要操作者。在彼此觀摩學習，與陸續至美日等國見習培訓下，

EUS在本院已可提供更廣泛的臨床研究與應用。去年本科消化系內視鏡治療中心成立時，在胃腸科吳正雄教授大力支持發展下，又增購GF-UMP230 (7.5MHz), GF-UMQ240 (7.5MHz, 20 MHz), Ultrasonic probe-UM2R (12 MHz), UM3R (20 MHz)，及用於細針抽吸的GF-UM30P等內視鏡超音波儀器。所謂「工欲善其事，必先利其器」，內視鏡治療中心因擁有全國最新、最齊全的內視鏡超音波設備，在消化系內視鏡的教學與研究可謂「如虎添翼」。過去一年內，已有超過600人次的EUS檢查，堪稱全國之冠。而近年來EUS在臨床研究方向與成果如下：

一、食道癌化學電療法的療效追蹤

與本院腫瘤科張獻崑醫師合作下，食道癌術前術後分期判定，與早期偵測癌復發的追蹤，EUS皆佔舉足輕重的地位。

二、上消化道黏膜下腫瘤內視鏡切除術

EUS可判定黏膜下腫瘤真實大小、血管多寡與起源層次，故可當作內視鏡切

除術前指引。本科林淳榮醫師已累積近50例1.5 cm以下黏膜下腫瘤切除經驗，並於消化系醫學會發表成果。

三、胃癌的診斷分期應用

依據過去3年統計，胃癌手術前分期中T期有85%、N期有70%正確率，與國外醫學中心幾乎不分軒輊。但早期胃癌病例較日本少，值得本科同仁努力作內視鏡篩選，並應用細徑超音波探頭辨識出黏膜期癌，以利內視鏡黏膜切除術治療。

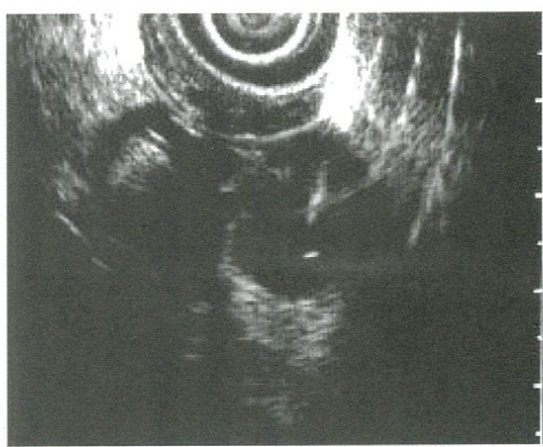
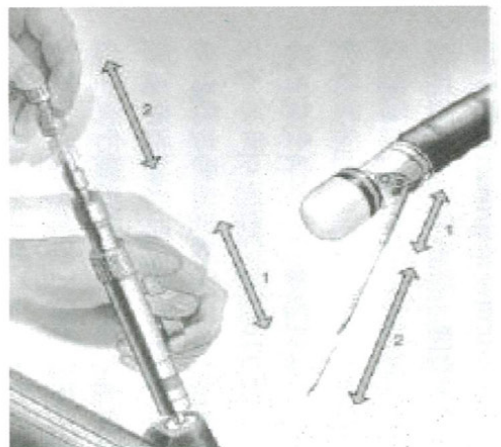
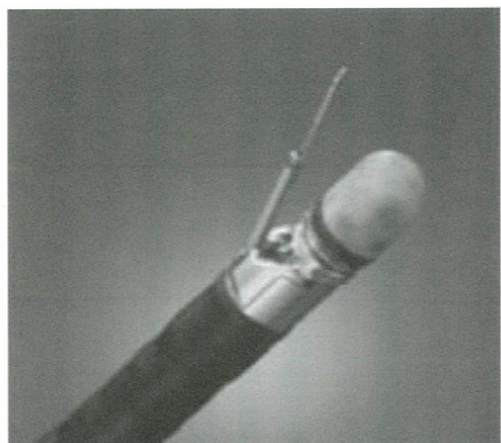
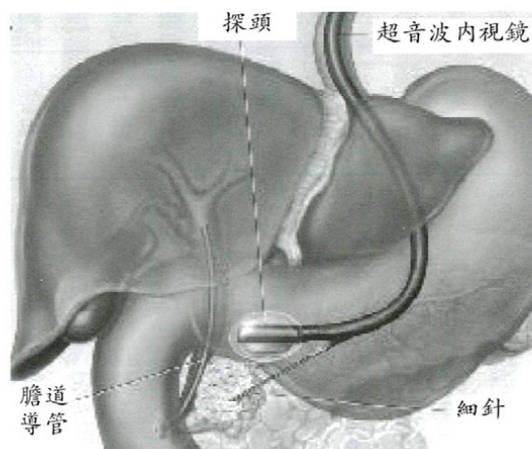
四、胰臟腫瘤或囊腫的細針抽吸術

本科在邱正堂主任指導下，已發展出獨步全國的內視鏡超音波指引下細針抽吸術(EUS-FNA)，並累積有20餘例胰臟腫瘤或囊腫的診斷成功經驗。除國內消化系醫學會首度發表外，並曾現場示範分享經驗予消化系同仁。未來將朝腫瘤疼痛的腸神經阻斷術與癌細胞分子生物學發展。

本科內視鏡超音波能在短期內有突破性進步，除小組成員長期競業努力外，仍要感謝日本北里大學木田光廣博士(Dr. Kida)多次蒞臨本中心技術指導，以及美國猶他大學醫學院長 Dr. David J.

Borkman (現任美國內視鏡醫學會秘書長) 訪台期間，對本中心工作方向的肯定與引導。冰冷的尖端儀器無法取代熱忱的

醫療使命，在邁入21世紀之際，期待長庚醫院內視鏡治療中心能為台灣消化醫學界立下高品質的服務標竿。❖



左上：Olympus GF-UM30P及22G NA-10J-1細針；左下與右上：內視鏡超音波指引下胰臟癌細針抽吸術(EUS-FNA)的圖解；右下為胰臟黏液性囊腫病患於本院接受EUS-FNA的實例

大腸內視鏡的診治

肝膽胃腸科系主治醫師 蘇銘堯

大腸癌；因此，早期診斷出腺腫性息肉的存在，並加以切除及術後定期追蹤，是防止大腸癌產生的最好方法。

以往的大腸鏡檢查只要發現有息肉的存在，都要將它切除或作切片檢查，以辨別是否是腺腫性息肉。本治療中心自成立以後即引進 Olympus 公司最新的放大鏡式大腸鏡，配以銥洋紅染色法，用以觀察息肉上的黏膜變化，以型態來鑑別診斷腫瘤性及非腫瘤性息肉。一年來，我們觀察了270個大腸息肉，並且每一個息肉皆施行了息肉切除或是切片檢查。結果病理檢查報告為腫瘤性息肉者（腺腫性息肉及大腸癌）有164例，而非腫瘤性息肉有106例。如果根據型態學上觀察所得來預測其是否為腫瘤性息肉，敏感度為95.1%、專一度為86.8%、陽性預測率為91.8%、陰性預測率為92%、診斷準確度為91.9%。此項結果顯示，我們使用放大鏡式大腸鏡加上銥洋紅染色法，可以有效鑑別腫瘤性與非腫瘤性息肉，而對腫瘤性息肉施以息肉切除術，並加以追蹤檢查，以防止大腸癌的發生，並可減少某些不必要的息肉切除術，以減少併發症的發生。大腸鏡除了可作診斷外，尚可進行一些腸道疾病的治療。除了前述的息肉切除外，如果發現有早期大

腸癌病變或是一些扁平的大腸息肉，也可以施行內視鏡黏膜切除術來加以治療。某些下消化道出血的患者，我們也可經由大腸鏡檢視其出血位置與原因，並施以注射或是燒灼處理，以作止血治療。

痔瘡，是另一種常見的大腸直腸疾病，其中有1/3患者曾經有過血便或肛門疼痛的症狀。以往，此類患者如果使用藥物控制無效，皆須接受手術方式治療，費時且須冒一定的風險。目前本科自日本引進一新式內痔治療法——大腸鏡內痔結紮術（EHL），渴望為廣大內痔患者提供另一無痛、簡便的方法。根據日本秋田赤十字病院工藤進英博士的統計數據，EHL施行於39名男性及29名女性患者，患者主訴血便者有16名、脫肛者有26名、合併有出血及脫肛者26名。臨床上痔瘡的嚴重性以Goligher分類法表示，第一度患者有19名、第二度患者有21名、第三度患者有26名、第四度有2名。平均每位患者治療約1.4回，平均結紮數目為1.7個。治療成果顯示，以出血來評估，有98%的患者術後一年內無再出血的跡象，而脫肛的患者皆無併發症或後遺症產生。由工藤博士的成果顯示，以EHL來治療內痔，是一種方便、無痛且有療效的治療方法。



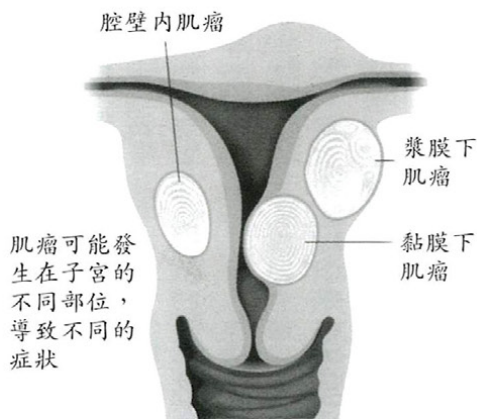
子宮肌、腺瘤一定要開刀嗎？

林口院區放射診斷微創治療專科主治醫師 饒啓明

子宮肌、腺瘤可能會引起經血過多，使子宮變大壓迫大腸影響排便、壓迫膀胱造成頻尿、經痛引起下腹脹疼不適或不孕等症狀，以往最常用的治療方法是開刀將長肌瘤的子宮切除。想到開刀可能會有全身麻醉的危險、手術後可能會引起腸子沾黏和下腹部留下疤痕，許多婦女就會擔心害怕。因為子宮肌瘤為良性腫瘤，如果有某種治療方法能改善患者的症狀，那麼肌瘤是不一定要拿掉的。因此能不開刀就能治癒子宮肌瘤是許多女性的願望。近年來有不少年輕(25~35歲)尚未生育過的女性或是一些中年(40~45歲)婦女想保留子宮以備萬一自己想懷孕時可用，因為沒有子宮而想要受孕只有剩借腹生子一途了。最近歐美婦女自我意識高漲，也有一些接近停經期(45~50歲)身心健康、除了子宮肌瘤引起的症狀外無不適的婦女，也不想因開刀而造成身上疤痕影響自己的身材美觀，她們想在許多治療子宮肌瘤方法中挑選最適合自己的。以上各年齡層婦女的夢想在最近可實現了，那就是利用「子宮動脈栓塞」。子宮動脈栓塞使子宮肌瘤自然萎縮，不必開刀把子宮肌瘤或整個子宮切除！

說到其他不開刀的微創治療方法，以

前可連續幾個月，在每個月月經中期由皮下注射一劑昂貴(一劑高達一萬台幣)的自費藥物(促性腺激素釋放激素的同族體 Gonadotropin realizing hormone-GnRH agonist)抑制腦下垂體荷爾蒙分泌(Luteinizing hormone-LH, Follicle stimulating hormone-FSH)來減少女性荷爾蒙(雌激素-estrogen)的血中含量，讓受到女性荷爾蒙支配的子宮肌瘤自然縮小達50%之多。這類荷爾蒙抑制劑因副作用不少，不能長期使用，而且一旦停藥，子宮肌瘤會長的更大！不希望做傳統子宮切除手術留下一個大疤痕的愛美婦女來說，另一種微創開刀手術是腹腔鏡子宮肌瘤切除，如果肌瘤數量少於3顆每顆小於

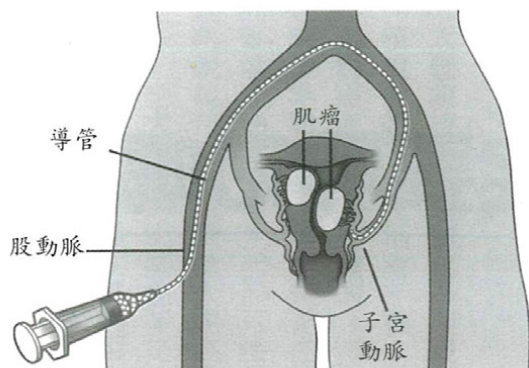


子宮肌瘤分成腔壁、漿膜下及黏膜下3種，以黏膜下肌瘤引起月經過多是為最常見的症狀

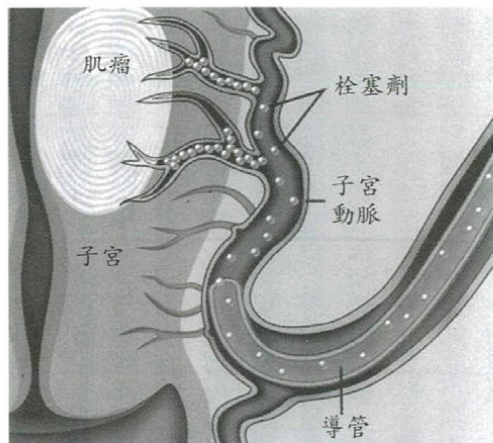


5公分，婦科醫生可由下腹壁骨盆腔處開3個1公分大的小洞，利用腹腔鏡來將肌瘤切除保留子宮，但是腸子沾黏的副作用可能還是無法完全避免。很不幸的是，一般子宮肌瘤以多發性為最常見而且常常長得很大才有症狀，所以只有少數的子宮肌瘤適合這種保留子宮的手術。

子宮肌瘤栓塞療法是一種非開刀的微創治療。最近一兩年來流行於歐美(尤其是美國)的子宮肌瘤最新療法，副作用少，使肌瘤萎縮的效果非常好。X光血管微創治療專科醫師只要由右側鼠蹊部位的股動脈送入一條直徑只有1.3mm細小導管到子宮動脈內，注入栓塞劑直到血流停



細小的導管由患者右邊鼠蹊部位的股動脈進入兩邊的子宮動脈



栓塞劑經由導管阻斷了營養肌瘤的動脈血流，致使肌瘤慢慢萎縮

滯，就可達到治療子宮肌、腺瘤的目的。因為沒有打開骨盆腔刺激到腹膜，所以不會有骨盆腔沾黏的副作用。經血過多或膀胱及直腸壓迫症狀90%會改善，因長肌瘤而肥大的子宮及子宮肌瘤會縮小70%左右，而且肌瘤壞死縮小後很少再長。這種新手術很簡單，大部分患者經過子宮動脈栓塞後，只需住院1到2天觀察如無不適即可出院。上班族可在星期五做子宮肌瘤栓塞，經過週末休息之後大部分患者在下星期一就可以上班了。雖然美國作過子宮肌瘤栓塞手術的患者對這種新手術的反應不錯，但我們必須提醒台灣婦女，每種治療都有可能發生併發症。子宮肌瘤栓塞手術約有1%的機率讓接近停經期的婦

女月經永久停止，或不幸引起嚴重的子宮感染，以致需要作子宮切除手術。但是經過這3年來(1998~2000年)美國5,000例子宮肌瘤栓塞所得到的經驗顯示，栓塞方法尚有改良的空間，希望未來子宮肌瘤栓塞手術的副作用會降到最低。

林口長庚醫院放射診斷一科微創治療專科，引進子宮肌瘤栓塞手術來幫助不想動刀的患者。我們希望有興趣的患者可上 www.taconet.com.tw/knyeow 中文網站或由 pcheme.net 網站上直接搜尋「子宮肌瘤」即可。英文能力不錯者可上 <http://sevir.com> 美國X光血管微創專科(Society of Cardiovascular & Interventional Radiology)英文網站，查詢有關子宮肌瘤栓塞手術的參考文獻。有症狀的子宮肌、腺瘤患者，如荷爾蒙治療失敗、肌瘤開刀後復發、健康狀況不適全身麻醉或開刀、自己不想開刀、想保留子宮的婦女及未婚女性，敬請和放射診斷微創治療專科醫師討論，看是否適合進行子宮動脈栓塞手術。

要看診，請電林口長庚03-3281200
請總機呼叫饒啟明醫師，或03-3281200
接2585放射診斷一科總機再轉分機210，
請秘書廣播饒啟明醫師。❖

早到的不速之客—— 動態性皺紋

皮膚科主治醫師 翁雯柔

我一邊向病人解釋該如何保養皮膚以避免冬季癢，一邊瞄了一眼陪她來的男士，這位先生眉頭深鎖，靜靜地站在一旁，似乎對等待過久的候診時間作無言的抗議。感受到他的不耐煩，我說話的速度也不禁快了起來，以免他等了太久。「醫師！我可以再請教妳一個問題嗎？」病人拉了一旁的男士問我：「我先生才40多歲，小時候近視眼鏡度數沒有配好，總是皺著眉頭看書，久而久之，眉頭間就形成這麼深的皺紋，平常看起來就像在生氣。很多不熟的朋友到我家，都以爲我先生在下逐客令呢！我每次提醒他不要皺眉了，可是他好像不由自主的又皺了起來，有沒有什麼方法可以去掉這種皺紋呢？」

這位男士的皺紋是屬於「動態性皺紋」，主要是因爲臉部表情肌過度收縮所造成。我們臉部的所有表情都是藉由表情肌的收縮所構成。當肌肉放鬆後，皮膚中的彈性纖維會被牽動的皮膚皺摺彈回原來的位置，以撫平皺紋，但是如果習慣性使用某些表情肌，造成局部肌肉過度收縮，久而久之彈性纖維失去彈力，就會形成動態性皺紋。動態性皺紋紋路的走向恰好和肌肉的走向垂直，比如說上額的肌肉是垂直走向，抬頭紋就是平行的；眼睛及

嘴周圍的肌肉是輪狀的，魚尾紋及口角的紋路就是放射狀的。

皺紋在多數人的印象中，是一種「歲月」的痕跡，然而動態性皺紋，卻常常在較年輕的時候就產生。尤其是一些習慣性皺眉頭、愛笑或愛說話的人，和年紀不相稱的抬頭紋、皺眉紋、魚尾紋或笑紋就早來報到，有些人甚至因此不敢盡情的笑。以往對這些讓人看起來比實際年紀還老的動態性皺紋，幾乎是無技可施，只能任其發展，要等到上了年紀，再以拉皮手術來治療，直到約10年前，肉毒桿菌素皮下肌肉內注射引進皮膚美容醫學領域。

肉毒桿菌素是由細菌分泌的外毒素。當我們的肌肉要收縮前，須由神經發出訊息傳給肌肉。這種毒素可以阻斷「神經」與「肌肉」間的神經衝動，藉以癱瘓肌肉的收縮。在1973年史考特醫師(Dr. Alan Scott)首先發表文章，將肉毒桿菌素應用在醫治疾病上。當初所治療的疾病是眼斜視，將毒素打入控制眼球動作的眼外肌，鬆弛病態性收縮的肌肉，在他的文章中還預言了這種毒素在醫學上將大有用處。這短短不到30年的時間，肉毒桿菌素已經安全且有效廣泛應用於許多眼科疾病及神經疾病，例如：肌緊張不全引起眼瞼痙攣



(某政要總是不自主眨眼睛的毛病，就是用此種毒素注射治療的)、半面痙攣、斜頸症及腦性麻痺引起的肌肉痙攣。至於用於美容方面，則是在1930年代後才開始發展的。因為此毒素主要作用是癱瘓肌肉的收縮，可以對抗過度收縮的表情肌，因此可以有有效的治療動態性的皺紋。

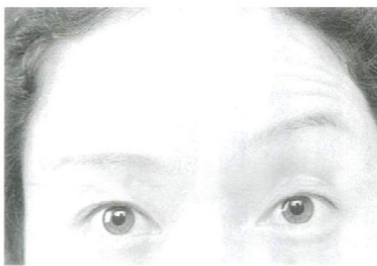
以肉毒桿菌素進行除皺的步驟很簡單，只要將少量的劑量以細針頭選擇性的注入過度運動的表情肌中，約5~7天內，動態性皺紋就會變平。其他的表情肌還是可以收縮自如，在外觀上不會有不自然的情形。因為臉部表情肌很薄，相較於一些神經疾病的患者，肉毒桿菌素使用的劑量極少，因此是相當安全的。最主要的副作用，是打針時可能引起的出血或暫時性的瘀青。另外在極少數的病人，因為藥物移動的關係，使得某些重要的肌肉也麻痺了，造成眼瞼下垂或表情肌不平衡的情形，但肉毒桿菌素的作用大約只能維持6個月，因此這些副作用都是短暫的。當然在有經驗的醫師執行下，通常可以將副作用的可能性減到最低。不過相對的，此毒素抑制動態性皺紋的療效也是短暫的，一年要打2~3次才能繼續維持，而且對於60歲以上病人，因為皮膚的彈性纖維也已

經失去作用，所以藥效較差。有一些人因為職業上的需求(如演員)，常需要誇張的使用臉部肌肉；或一些眼皮下垂，需要利用抬高額頭肌肉來撐開眼皮的人，都不適合使用肉毒桿菌素。

除了這種動態性皺紋以外，臉上的皺紋還可分為下列幾種：一、自然老化過程引起或稱內因性老化：這通常是一些細紋，主要因為皮膚中的腺體老化後，分泌



37歲抬頭紋(深紋)



右半部注射後第7天

功能減低造成角質細胞乾燥形成的。這種過程無可避免，但可以藉由保濕保養品的幫忙來改善。二、因重力造成的皺紋：因為地心引力不斷的拉扯加上彈性纖維老化，會使皮膚鬆垮造成像眼袋、哈巴狗臉頰、及鵝脖子等大型的皺摺，要改善這種情形，只能用外科手術割除過多的皮膚。

三、因日曬引起的皺紋：陽光中的紫外光是引起皮膚皺紋的最大元凶。短波紫外光會引起角質細胞乾燥、增厚或變性；長波的紫外光還會深入真皮層，引起膠原纖維及彈性纖維的變性。大家只要比較一下手背和肚皮的皮膚、或漁夫和室內工作者的皮膚，就可一目了然。這些林林總總的皺紋，因為和肌肉的過度收縮無關，肉毒桿菌素對他們都沒有幫忙。其他因素引起的皺紋就須要以不同的方式來治療，像內因性老化引起的細紋可以用果酸換膚；日光性老化則可以用磨皮、脈衝雷射、高濃度果酸換膚或三氯醋酸換膚來治療。

撫平歲月痕跡，重現往日風華，可能是人人嚮往的美夢，但是在接受任何手術以前，一定要由專科醫師仔細評估，正確的診斷，選擇最適合您的治療方式。當然術前須和醫師作好溝通，以避免過度的預期及無謂的失望。

低血糖的防範

林口院區新陳代謝科 衛教師 施良珠
主治醫師 陳光文 校閱

糖尿病一旦被診斷出來且開始接受治療時，必定包括了如何防範低血糖的衛教一項，因此一般民衆常會有一個疑問「糖尿病是血糖偏高的疾病，怎麼會低血糖呢？」其實糖尿病有時也會低血糖，而且如果發生嚴重的低血糖是相當危險的，甚至可能導致植物人或死亡的悲劇，所以一定要瞭解低血糖發生的症狀及預防和處理之道。糖尿病的衛教也一再強調低血糖的防範。

什麼是低血糖？

正常狀況下，血液中葡萄糖濃度應該保持在一定範圍內，若是因為某種原因，使得血糖降低至某種程度而產生各種症狀時，稱之為低血糖反應。一般而言，血糖值低於70mg/dl 以下的話，就應該警惕到有發生低血糖的可能性。

低血糖有哪些症狀呢？

病患或家屬在平時應該怎樣去判斷低血糖的發生呢？首先我們要瞭解低血糖的症狀，一般可分為三類：

一、交感神經興奮的症狀：如心悸、蒼白、冒冷汗、寒顫、饑餓、頭痛、頭暈、易怒、虛弱、疲勞等。

二、中樞神經低血糖反應：如反應遲鈍、精神恍惚、注意力不集中、口齒不清等。

三、合併中樞神經及交感神經興奮的症狀：如意識喪失、昏迷等。

有些長期第一型糖尿病病人(15年以上)、年老糖尿病患或最近曾經發生低血糖的嚴格控制血糖者，發生低血糖時，自主神經症狀並不明顯，而直接發生中樞神經缺糖症狀，此稱為「無警覺性低血糖」。對於無警覺性低血糖的糖尿病患者而言是相當危險，平常要多測量血糖，家屬及朋友亦要瞭解其情況且能處理，並與醫師、衛教人員多溝通，請教因應之道。

低血糖的原因

一般而言，發生嚴重的低血糖幾乎都是藥物引起的，所以平日糖尿病人服藥應格外小心，以防低血糖發生；另外，在使用胰島素及口服降血糖藥物劑量調整要緩和，不可自行增加太多，而導致低血糖危險。以下則是糖尿病患發生低血糖的常見原因：

1. 腸胃道疾病，如腹瀉、厭食、嘔吐，或延誤既定餐飲時間，或糖尿病罹病已久導致自律神經障礙而影響胃排空食



物。

2. 因運動過度，以致肌肉使用過多葡萄糖，或注射的胰島素吸收加快，而引起低血糖。

3. 使用胰島素注射患者，需特別注意：

(1) 是否注射過量。
(2) 胰島素因注射部位不同而產生不規則的吸收。

(3) 是否因長久注射胰島素而產生抗體所致。

4. 使用口服降糖劑，則需考慮：

(1) 是否服用過量口服降糖劑。

(2) 腎臟功能惡化了，導致藥效增強作用。

(3) 是否因肝臟疾病，而沒有足夠的肝醣貯存。

(4) 是否其他併用藥物的協同作用使得血糖降低，例如某些降血壓藥物一併服用。

5. 酒精會抑制肝臟葡萄糖的製造及輸出，易造成低血糖。

6. 避免白天過度運動或於晚上激烈運動，而導致半夜延遲性低血糖的發作。

7. 其他的情形也會合併有低血糖。如在月經來潮的時候，血液中助孕酮

(progesterone) 濃度急速下降，以及其他生理變化，會使胰島素需要量減少，所以增加了發生低血糖的危險性。

8. 在生產過後的產褥期間，低血糖的危險性會增加，此種危險性是由於產後的胎盤荷爾蒙，例如胎盤激乳素(placental lactogen) 急速減少。胎盤激乳素會抗胰島素的作用。

如何治療低血糖

在家中發生低血糖而意識尚清醒的患者，應立刻吃 5mg ~ 15mg 的含糖食品，如方糖 3 ~ 4 顆、汽水或果汁 120 至 180 CC。且於 10 ~ 15 分鐘後再測量血糖變化，若症狀未改善時，可再吃一次，如果超過 30 分鐘或超過 2 次治療仍持續低血糖，應立即送醫。

若意識障礙且吞嚥困難的患者，最好立刻肌肉注射 0.5 ~ 1mg 的升糖素，待意識稍回復後再服食含碳水化合物化的食品，以防血糖再度下降。

病人發生低血糖時可謂「救人優先」，但也可能「誤人一命」，所以有幾項非常重要的工作不容忽視。首先，要把握處理時機，發生低血糖必須先及時按上述方式處理，必要時再送醫院治療，而不是

不予處理就逕行送醫，否則可能耽誤時機而導致不可逆的後果，甚至昏迷。低血糖警告症狀常因人而異，應注意病患自己的症狀表現是那些，以便及早處理。最好每位病患應該隨身攜帶識別卡或糖尿病護照，一旦發生低血糖神智不清時，別人可以很快認知，及時處理。

低血糖的預防

首先務必要：

1. 按時且定量進食三餐和點心。

2. 瞭解自己的「警示徵狀」，因低血糖症狀很多，且每個人不一樣。

3. 勿空腹運動，做額外運動時應補充碳水化合物，運動後應偵測血糖。

4. 規律的藥物治療。

5. 隨身攜帶糖尿病護照，並備急救糖以防低血糖時服用。

6. 告知親友於特殊狀況時，緊急應變的措施。

7. 定期的自我血糖監測，以便了解血糖的狀況。

最後仍鼓勵所有糖尿病患者，應定時門診追蹤檢查，接受糖尿病衛教，充實低血糖防治的知識和技能，將低血糖的危險性減到最低。❖

如何選配普通眼鏡

醫師 郭明澤
高雄院區眼科 主 鄧美琴 醫師 校閱

在當下這個時代裡，使用眼睛且過度使用眼睛機會實在太多了。從小開始，愛音樂的家庭裡可能鼓勵小朋友練鋼琴，而且一練就超過一個小時，豆芽般小小音符在不知不覺中使小朋友的眼睛做了過多的近距離工作。在目前，電腦電玩如此普及的時代，更無法不過度使用眼力。有人希望配隱形眼鏡來取代普通眼鏡，可是，配隱形眼鏡仍需要一副備用的普通眼鏡，否則眼睛不舒服時還勉強戴隱形眼鏡，那就容易出問題了！需要戴眼鏡來矯正視力的機會實在太多了，因此選擇一副適合自己的普通眼鏡實在是一個不容忽視的課題，而選配一副普通眼鏡必須注意以下幾個重點。

由合格的眼科醫師開立眼鏡度數處方箋

如果大人有視力模糊，看近物無法持久而易酸痛，小朋友有眯著眼睛看東西，看電視喜歡離電視距離很近來看，這有可能是眼球屈光上的問題，此時，應向合格的眼科醫師求助。尤其是小朋友眼球調節能力很強，往往必須要點睫狀肌鬆弛劑才能由電腦驗光測得真正的度數。得到真正的度數後，再嘗試配戴試片，如果發現有

斜視或弱視的問題，則可早期發現、早期治療，如果是可以矯正的近視眼，在不降低矯正視力的情況下給予最低度數，遠視眼在不降低矯正視力的情況下給予最高度數，並且測量正確的瞳孔間距，試戴一段時間能適應且不產生頭暈等症狀，再拿醫師所開的眼鏡處方箋，到醫院的配鏡室或至外面的眼鏡行選製眼鏡。

鏡框的選擇

首先來談談鏡框的材質。鏡框的材質有塑膠的、金屬的、及其它特殊材質的。

塑膠材質目前用的較多的是以醋酸纖維為原料的塑膠框（俗稱板料框），它是用壓克力板下去打洞，打出形狀的塑膠框。還有以丙酸纖維為原料的塑膠框，它是用液狀的原料打入模子這種射出成形的方式來製作。還有以前曾經流行過一陣子，以碳纖維為原料的塑膠框，缺點是看起來較不透明，有點黑黑暗暗的。還有用聚碳酸酯（Polycarbonate; PC）為原料的塑膠框，這種原料通常用來做鏡片，俗稱太空鏡片，優點是能防子彈打破的耐衝擊特性。

金屬材料的框，較常用到的是含鎳的合金框，因此若是皮膚對鎳會過敏的人，

應選擇不含鎳的框。而不含鎳的鏡框，最大的便是鈦框及鋁框。1970年代末日本發展出世界第一副超彈性的鈦框，它的優點是質量很輕，比傳統合金框輕了一半；其次，它具有超彈性以及永不變型的特性，並且其化學穩定性好，能夠抗腐蝕，但其缺點是很脆、不易焊接、價格不便宜，市面上有一、兩百塊的鈦框，不是假冒的，就是其材質內只加了一點點鈦來魚目混珠。因此，要購買比較好的鈦框，也就是純鈦的框，選擇知名有信譽的大廠比較不容易上當。鋁框的優點是強度大、質量輕，可是其缺點是無法焊接，因此在鼻架或腳架的部份必須以鎖螺絲的方式固定，而無法以焊接的方式固定。此外，鋁框還有一個優點就是可以鍍上美麗的彩色，而不像鈦框很難鍍上色彩，顏色看起來都鈍鈍的。此外，還有一種既便宜、又耐用、又抗腐蝕的金屬材料框，那就是不銹鋼框，其缺點是質感較硬。

特殊材質的框，以前有玳瑁框，但因為違反動物保育，且前已沒人願意戴了。還有一些很特殊的框，有木材做的、蜜蠟做的等等。

接著來談談鏡框的標示，因為這有助於我們選擇適合個人尺寸及瞳孔間距的鏡

框。鏡框的臂上都有該鏡框尺寸的標示，目前大多採用Boxing system，像筆者的眼鏡是(56-15 140)意思是鏡圈寬56mm，鼻樑5mm，而鏡框的臂長140mm。無法符合瞳孔間距的鏡框尺寸會造成「鍍鏡效應」，使人易出現頭暈、視力模糊等症狀。那何種尺寸的鏡架符合瞳孔間距的要求呢？以上述尺寸的眼鏡為例，如果所用的鏡片直徑是常用的70mm，而自己的瞳孔間距是59mm，那我們可以簡單的用尺測量鏡圈的最大直徑(鏡圈內緣上頂點至鏡圈外緣下頂點距離)，假設是61mm，簡單計算一下：(1)鏡片最大可內移量(鏡片直徑2—鏡圈的最大直徑2) = (35-30.5) = 4.5 mm。(2)鏡片所需內移量 = (鏡圈寬2 + 鼻樑2—瞳孔間距2) = (28+7.5-29.5) = 6mm。因為(1)小於(2)，所以內移量不成立。這也告訴我們瞳孔間距小的人不可選大鏡框的原因。

接下來是要談如何選擇適合自己臉型的鏡框樣式。如果臉型是圓圓的，選擇有角的框似乎比較好看；而如果是方形臉，選圓框似乎可以使臉看起來較不那麼方形。但也有人持相反的看法。更要注意的是高度近視或高度遠視的情況，最好選擇較小鏡圈的框。為什麼呢？因為若是高度

近視者戴大鏡框，我們若透過眼鏡看他臉的邊緣，會發現他臉的邊緣陷入與上下臉的邊緣不成一直線。如果是高度遠視，用的鏡片是凸透鏡，框太大會造成鏡片太重，戴起來是一種負擔，加上鏡緣太薄，在鎖螺絲時易造成崩牙，造成鏡片易鬆動。另外，高度近視的人應儘量避免無邊框，但若希望跟著流行走，也並非絕對不可。無邊框在製作上若將鏡緣拋光，光線會從旁邊射入眼睛，戴起來會覺得暈暈的，可能要花一段時間來適應。如果近視度數較高可選塑膠框，因為框緣較厚，可以將原厚的鏡緣隱藏一下。總之，鏡框的選擇原則是不宜用太大的鏡框，避免無邊框。

鏡片的選擇

鏡片的選擇，一般而言可分成三類，即玻璃鏡片、樹脂鏡片、以及聚碳酸酯鏡片。玻璃鏡片最便宜，鏡面最不易被刮傷，透光度佳，但缺點是太重、易破裂。樹脂鏡片質量輕，比玻璃耐撞擊，價格中等，但易刮傷，厚度較厚，耐衝擊力不若聚碳酸酯鏡片。而聚碳酸酯鏡片，俗稱太空鏡片，耐衝擊力最強，可擋住子彈，且質量輕，厚度中等，但價格最貴，鏡面較

易被刮傷，而且其色散係數很低，如果度數超過400度，戴起來可能會頭暈等不適症狀。

此外，鏡片尚可做一些附加處理，像多層膜、抗刮傷、除霧、抗UV、及染色的處理。多層膜鏡片可以減少反射光線射入眼睛的強度。在紫外線暴露機會甚多的台灣，請眼鏡從業人員在鏡片上加上抗UV的處理是一種不錯的選擇。目前市面上流行染色的鏡片，如綠色及藍色鏡片有吸收紫外光及紅外光的防護作用，紅色鏡片可使影像最不易被扭曲，棕色鏡片可使外觀看起來較溫暖，而粉紅色鏡片可令臉部看起來較不蒼白，而黃色鏡片則可增加夜視的效果。至於其它顏色的鏡片，則多半屬於化粧性質，並無特別的效果。

以下來介紹較特殊的鏡片，多焦點鏡片。由於年齡的增加會使水晶體逐漸失去彈性而使眼球的調節能力愈來愈不足，而出現看近模糊的老花眼。因此，常需要看近及看遠兩副眼鏡，但這樣換來換去頗為麻煩，於是有了雙焦點眼鏡的設計，但缺點是視野變小，進行看近看遠轉換時，交界處會有跳躍現象，中距離的東西看不清楚，於是有了多焦點鏡片的問世。戴多焦點鏡片雖然也會有跳躍現象，但中

距離的東西看得清楚，而且別人也不知道配戴者有了老花眼，不會直接將配戴者與「老」字做聯想，但是目前此種鏡片較為昂貴。應用相同的設計原理而加以修改，而有所謂的兒童近視控制片的出現。因為兒童產生近視的原因，除了遺傳之外，主要就是做了過多的近距離工作，造成過度使用眼球的調節能力，透過一些機轉，而使眼軸逐漸增長。利用多焦點鏡片來控制近視所持的理由是使小朋友做近距離工作時，能較少使用到調節能力，進而避免近視的產生。

取鏡時的注意事項

如果要取回新配好的眼鏡，除了要檢查鏡圈與鏡片有無密合，螺絲有無鬆動之外，最主要還是要看看戴起來有無不適的症狀。如果戴起來很不舒服，有可能是瞳孔間距不準確、兩邊鏡片中心點不等高、甚至是左右鏡片裝相反、或是散光軸差90度、鏡圈與鏡片夾角未加以調整等問題，務必請配鏡從事人員再仔細檢查，不必勉強戴。

總結

選配普通眼鏡第一步是找合格的眼科

醫師先排除造成其他造成視力模糊的原因，然後開立眼鏡度數處方箋，之後再去醫院附設的配鏡室或至外面的眼鏡店選擇適合的鏡片及鏡框，如果在取回新配好的眼鏡之時發覺戴起來很不舒服，一定要請該配鏡從業人員再仔細檢查一些配製眼鏡常出現的錯誤，並加以矯正。



選配一副合適的眼鏡是相當重要的

母乳是新生兒最珍貴的見面禮

高雄長庚兒童醫院兒童內科加護病房護理長 李桂英

1990年7月全球高峰會議強調哺餵母乳是兒童的基本權力。1991年6月世界衛生組織及聯合國兒童基金會提出嬰兒親善醫院的方案中，哺餵母乳已成為兒童生存保護和發展的重要指標。為實現2000年5歲兒童死亡率降至預定的目標，世界衛生組織提出GOBIFFF，其中G為促進生長(growth promotion)、O為口服液(oral rehydration)、B為哺餵母乳(breast feeding)、I為預防注射(immunization)、F為家庭計劃(family planning)、F為食物(food distribution)、F為女性教育(female education)，由此可知哺餵母乳對人口品質提昇的重要性。

世界衛生組織及聯合國兒童基金會建議，出生後純哺餵母乳4到6個月之後，才開始添加適當的食物，並建議能持續哺餵母乳至2歲以上。但是許多母親卻在其患有B型肝炎、疱疹病毒、感冒及其他病毒感染及寶寶黃疸時，誤認為無法繼續哺餵母乳，因而輕言放棄了哺餵母乳的機會。針對這些情形於下列逐一解說澄清：

B型肝炎

母乳中雖可分離出B型肝炎病毒，但

國內外的醫學研究都已確定，只要嬰兒出生後即注射B型肝炎球蛋白及B型肝炎疫苗常規注射，哺餵母乳不會增加嬰兒感染的機率。

疱疹病毒

母乳不會傳染疱疹病毒，除非乳頭、乳暈附近有明顯水泡病兆，否則皆可哺餵母乳。母親若屬活動性病兆時，接觸嬰兒時應加強洗手。

感冒及其他病毒感染

母親感冒時，嬰兒不論哺餵母乳與否，都可能經由空氣感染，但是從母乳中可得到母親體內產生的抗體，使症狀減輕，在這個時候更要哺餵母乳。照顧嬰兒應先洗手，避免口沫、噴嚏接觸嬰兒。如果是巨細胞包涵體病毒感染，可於母乳中分離出此病毒，但是母親常無感染症狀，嬰兒體內亦有經由母乳提供的抗體，對嬰兒沒影響，可安心哺餵母乳。

黃疸

哺餵母乳期嬰兒產生的黃疸有兩種可能：第一種為早發性黃疸，主要是發生在生理性黃疸期，除了高峰期的膽紅素較高

外，與生理性黃疸很難區分。造成的因素多是因哺餵次數太少，嬰兒排便次數因而減少，體重也降較多。已有文獻報告確定餵奶次數越多較不易有黃疸，出生後越早及越多次哺餵母乳，是預防早發性黃疸的最好方法。第二種為晚發性黃疸，多發生在嬰兒10到12天皮膚仍然黃黃的，這種皮膚泛黃的情形可維持到1個半月至2個月時才完全消退。如果嬰兒黃疸持續到2週還很明顯時，最好驗個膽紅素值，若直接膽紅素值不高時，可能是母乳所引起的，膽紅素值17~18mg/dl以下可放心繼續哺餵母乳，超過則可考慮暫停哺餵母乳1、2天，通常膽紅素值即會下降，之後仍可哺餵母乳。

母乳是上天賜給嬰兒最美好的食物，它最好消化吸收利用，含免疫物質，可幫助嬰兒抵抗疾病，又可避免牛奶蛋白過敏所造成的傷害，它不但經濟、方便、且衛生又安全。母親與嬰兒藉著哺餵母乳，增進彼此的感情，更可幫助母親子宮收縮，甚至減少受孕機率及乳癌的產生。這是大自然所賜給人類嬰兒的權益，也是母親應享的權力及應盡的義務，更是為人父母者應為下一代兒童所爭取的基本權利，勿再輕言放棄哺餵母乳。❖

淺談消化性潰瘍的護理

高雄院區胃腸科 護理長毛麗珠、N3陳玉對
主治醫師 胡琮輝校閱

消化性潰瘍可區分為胃潰瘍和十二指腸潰瘍，通常是指消化道黏膜受到嚴重的損害。早期醫界將之歸為潰瘍的攻擊因子（胃酸、藥物、菸、酒）及防衛機轉失去平衡所致，但近幾年來，由於幽門螺旋桿菌的發現，直竄升為消化性潰瘍的主角，在治療消化性潰瘍上，有了更進一步的突破，也使消化性潰瘍的復發率降至最低的程度。

一般診斷胃潰瘍或十二指腸潰瘍的患者，醫師會為其安排上消化道內視鏡檢查，以了解潰瘍所在及病灶位置，有時可藉著內視鏡作尿素酵素試驗（CLO test）或者呼吸試驗，看是否為幽門螺旋桿菌所感染，進而對症下藥。

在治療幽門螺旋桿菌感染上，目前臨床上使用「三合一療法」，質子pump阻斷劑（Omeprazole）或H₂阻斷劑（Tagamet, Gaster）再加上2種抗生素（Amoxicillin, Tinidazole or clarithromycin），按時服藥約14天，然後再定期追蹤，在幽門螺旋桿菌根除後，一般病患對藥物治療反應良好，復發率亦大為降低。除了幽門螺旋桿菌根除外，其他因子亦必須列入臨床考慮，針對可能致病的原因去加以預防。

住院期間

一、疼痛處理：

1. 視疼痛情形安排舒適臥位休息。
2. 若有嘔吐情形予禁食，並協助給予腸道外營養補充。
3. 若無嘔吐則給予進食，採少量多餐，勿吃太多、太熱，少吃纖維性食物及刺激性食品與煙酒。

4. 安排溫馨氣氛下從容進食，教導細嚼慢嚥，每餐進食15~30分鐘。
5. 按時予以服藥，如制酸劑、H₂阻斷劑、黏膜保護劑等。
6. 學習放鬆技巧轉移注意力，例如深呼吸、聽音樂。
7. 必要時協助給予止痛劑。

二、對潰瘍疾病治療的衛教處置：

1. 正確評估病人對疾病嚴重度、治療、預後、合併症的了解度。
2. 減少及去除學習的障礙：
- (1) 安排合宜的學習環境，儘量採一對一的方式。
- (2) 做檢查及治療前簡明扼要解釋整個程序，使病人有安全感。
- (3) 對疾病有關的知識，如致病原因、症狀、處置方式、飲食、藥物、居家照顧，給予計劃性、持續性的教導。

- (4) 若病人或家屬有很高的焦慮或身體不適時，避免一下子給予太多的資料及訊息。
3. 經常給予鼓勵及回饋。

居家期間

一、食的方面：

1. 營養要均衡，多吃高營養、卡路里的食物。在不刺激潰瘍的情況下，應多吸收營養，以增加胃黏膜的抵抗力。
2. 不可暴飲暴食，少吃纖維多的食物、刺激性食品及酒、香菸等。太冷、太熱的食物也會刺激胃黏膜，食物的溫度最好和體溫相近。
3. 吃飯要定時，上班、上學的人最好早起15分鐘，從容吃早餐。
4. 蛋白質的食物具有中和胃酸的作用，能減少游離酸。牛奶可以緩衝酸性，可安排在兩餐之間飲用。
5. 用餐時可用和用餐者聊些輕鬆的話題，避免聊有壓力的話題，因壓力也會促進胃酸的分泌。

二、藥物：

1. 指導病人按時服藥，可以告訴他藥物的作用，以得到病人積極接受藥物治療的意願。
2. 勿亂服成藥，尤其是阿斯匹靈及容易傷胃的藥。

- 三、日常生活：
1. 避免工作過度勞累。
2. 每天有一定的休息時間，睡眠、運動及飯後應有短時間的休息。
3. 每天有適當的娛樂，以放鬆緊張心情。
- 四、教導觀察復發症狀：
- 若有胃痛厲害、吐酸水、解黑便或吐血等症狀時，應迅速就醫。
- 五、定期門診。

自我保健，養生之道是不容忽視的。一旦被診斷有消化性潰瘍時，就應遵照醫師的指示與醫師配合，按時服藥及勇敢地向菸、酒及不明藥物說「不」。

俗語說：「預防勝於治療」，這句話大家都耳熟能詳，但有多少人真的做到了呢？爲了您的健康，各位不妨善用您的保健之道，多多注意自己的身體，讓逐年增加的病例，變爲逐年下降，更冀望藉由本文，大家對消化性潰瘍有更進一步認識，盼能減少消化性潰瘍的病例。✕

定量吸入噴霧劑的使用方法

胸腔內科病房護理長 范慧萍
高雄院區內科二組督導 李英春
呼吸治療科主任 吳沼
校閱

為何使用定量吸入噴霧劑？

近年來隨著抽菸人口的增加、二手菸的吸入、空氣的污染及污穢的工作環境，逐漸增加了罹患慢性阻塞性肺疾病及氣喘病的人口。然而慢性阻塞性肺疾病是一種需要長期治療及小心照料的疾病，門診常見的居家照護患者所使用的藥物，係以口服氣管擴張劑及定量吸入噴霧劑的治療為多。

口服藥物經服用後，需要2~4小時才能達到最大藥效，而定量吸入噴霧劑於吸入氣霧後，有75%於5分鐘後即可達到最大的藥效，作用比較快、藥效持續也比較久，故於急性氣喘發作時使用，能夠達到最佳的支氣管擴張效用。另對於氣喘病患者定期的使用定量吸入噴霧劑，能夠抑制支氣管的發炎及收縮的療效，進而減少急性發作的機會。

定量吸入噴霧劑的種類及其使用時機

定量吸入噴霧劑依照裝填藥物種類不同可分為兩種：一種是支氣管擴張劑，另一種是類固醇劑。若內含藥物為粉狀者，則稱為乾粉吸入劑。在使用時如果方

法錯誤，不但會使藥物的作用降低也可能造成某些副作用，因此在使用此類噴霧劑時，應按照醫師指示的劑量及正確的操作方式，如此必能減少發生急性發作的機率，而發揮最大的療效。針對定量吸入噴霧劑的種類及使用時機，分述如下：

一、支氣管擴張噴霧劑：

使用對象主要為慢性阻塞性肺疾病的病人，因其常會受到一些外在因素的影響而產生呼吸道的阻塞，支氣管擴張劑可減輕部份的阻塞，使支氣管及肺擴張並減少充血現象，由於是局部給藥故降低了發生副作用的機會，適用於斷斷續續發作者。使用時機為急性氣喘發作時使用。

二、類固醇噴霧劑：

使用對象主要為慢性氣喘的病人，其藥物作用於支氣管黏膜上，減低支氣管的分泌與腫脹，並抑制其發炎與收縮。因口服的類固醇藥物會有全身性的副作用，而局部的使用噴霧劑可免去這些煩惱，可逐漸減少口服類固醇的服用劑量及減少全身性的副作用的產生，吸入後如由鼻孔吐氣並可同時治療過敏性鼻炎。類固醇噴霧劑必須長期性的規律使用，一般於使用幾天後才會出現效果，因此急性氣喘發作時使用，並無法使症狀馬上得到緩解。

定量吸入噴霧劑的正確操作方式

1. 移去護蓋，罐底朝上。(圖1)
2. 將吸入輔助器與噴霧液罐含口器連結。(圖2)

3. 上下搖動噴霧液罐。(圖3)

4. 先呼氣後，以食指壓噴霧液罐底部，並深深吸飽一口氣。(圖4)
5. 吸完藥後，閉氣5~10秒。(圖5)

使用注意事項

- 一、使用後要蓋上護蓋，以保持通氣

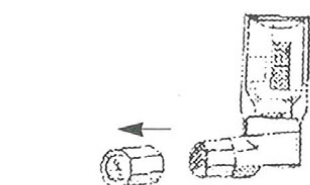


圖1

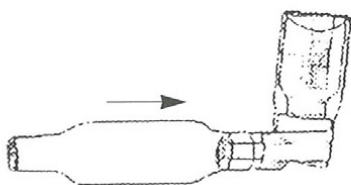


圖2

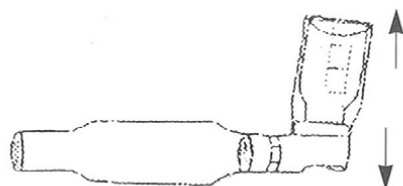


圖3

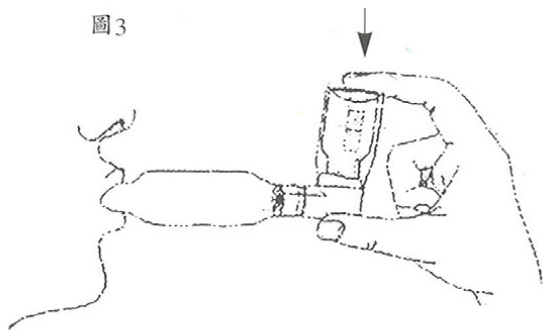


圖4

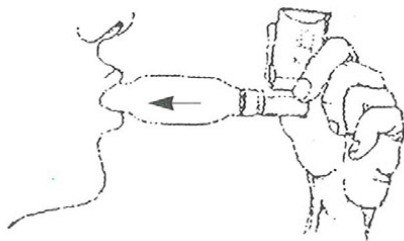


圖5

口的清潔。

- 二、噴霧劑及吸入輔助器每天一次用溫水清洗、晾乾，以維持噴霧口的暢通。

三、如果使用多種噴霧劑時，應先使用支氣管擴張噴霧劑，再使用類固醇噴霧劑，才能達最大藥效。

四、支氣管擴張噴霧劑注意事項：

1. 如吸入5分鐘後，急性氣喘症狀未改變，可吸第2次，如仍未改善，請要立即就醫。

2. 請要依照醫師指示定期使用，每天的吸入總次數不超過8次。

五、類固醇噴霧劑注意事項：

1. 正常的維持劑量為每天2~4次，依醫師指示每次按壓吸入一或二口，每口應間隔30秒。

2. 副作用很少發生，常見的有口腔的念珠菌、喉嚨痛、聲音嘶啞、咳嗽等，因此使用後一定要嗽口，以避免發生副作用。

3. 如使用時哮喘症狀變得更厲害，或喉頭疼痛時，應儘快請教醫師。

談中風照護

高雄院區10B護理長 蔡麗琴

最好的預後，是每位家屬所期望的。

腦中風常見的併發症，有腸胃潰瘍出血、肺部感染、壓瘡及肢體僵硬變形等。所以中風病患在急性時期最基本的照護，包括壓瘡的護理及翻身、姿勢引流及拍背、患側的肢體運動及鼻胃管的灌食，以上是非常重要的且不可忽視的。

一、壓瘡的護理及翻身：

壓瘡是因皮膚在長時間受壓迫，導致血液循環不良、組織缺血缺氧而壞死、潰爛不易癒合，以骨突處最容易發生。

預防皮膚的破皮和潰瘍的照護如下：

1. 保持床單的平整。
2. 使用紙尿褲或尿片時要勤加更換，並保持皮膚的清涼及乾燥。
3. 至少每2小時更換病患的臥姿，輪流以左側、右側及平躺三種臥位。
4. 攝取高維他命及高蛋白質食品。

二、姿勢引流及拍痰：

拍背可幫助痰液咳出，並避免肺炎的發生。每次翻身時做拍痰動作，雙手成杯狀於背部做叩擊，有「ㄅㄅㄅ」聲出現，每次叩背3至5分鐘，脊椎及腰椎禁叩擊。

三、患側肢體運動：

主要目的是預防肌肉萎縮或關節僵硬

所造成屈曲和伸展的困難，所以每天務必協助病患做4次的肢體活動（每次每個關節做20下），可預防關節硬化、肌肉萎縮，並且可促進全身血液循環。

四、鼻胃管灌食法：

當病患無法由口進食，需使用鼻胃管由鼻孔經食道至胃部，提供充足營養。管灌餵食所準備用物，有灌食空針、管灌飲食（需是流質食物）及溫開水。

灌食時的步驟如下：

1. 先將病患頭部抬高30至40度，空針筒反抽以確定其消化狀況。
2. 以緩慢速度灌食，若病患有咳嗽、不安或皮膚顏色改變時應馬上停止灌食，並通知護理人員。
3. 每次灌食後，以溫開水30至50西西沖洗，使管灌飲食能完全流入胃部。
4. 灌食後，將管子套好並維持頭部抬高姿勢1個小時以上，將灌食器以冷水沖洗乾淨。

另外，鼻胃管除了灌食外，尚可做為病患腸胃潰瘍出血時引流之用。

對於急性期腦中風基本照護有了正確的認識，在面對突發中風的親人，於照顧上不僅可降低心中的恐慌及焦慮，亦可使病患獲得最佳的照護及預後。❖

面對突如其來的肢體癱瘓——中風殺手！手足無措的家屬該如何在親人遭逢中風時，給予其最適當的照顧，而得到

長庚大學社團社會服務紀實

長庚大學校長室顧問 張秋雄
學務長 劉祖華教授校閱

長庚大學自民國89年9月1日新任校長郭南宏教授到任以來，郭校長秉持創辦人王董事長辦學願景，努力將長庚大學帶領成世界知名的研究型學府，由於本校已有優秀的師資陣容、新穎的設備、健全的財務以及嚴謹的行政制度等，除此之外關係機構如長庚紀念醫院擁有豐沛醫學資源及台塑集團累積的實務與管理經驗，這些得天獨厚的條件是其他大學所無法比擬的，所以只要全校教職員工生大家不分彼此、同心協力的話，將有助本校早日躋身一流大學。

囿於本校地理環境較為特殊，所以學校提供了100%住宿床位，本校大學部的住宿率已高達96%，是國內其他大學所不及的，因此同學之間的感情深厚，白天大家都在各教學大樓內上課，到了傍晚校內各社團的活動陸續展開，才是校園內熱鬧的開始。

長庚大學多年來在學務處的努力耕耘下，目前已有各類社團74個，而每個社團都有他們獨立的辦公室，使一些志同道合的同學得以聚集一起切磋課業，一起成長，所以，多姿多彩的社團生活成為許多同學恣意散發青春熱力的美好時光。尤其，在74個學生社團中，行之有年的中醫

義診及輔導鄰近國中、小學社團發展工作，是學校較具特色之社團之一。

國醫社以研習中國傳統醫學及社會服務為宗旨，近數年來足跡遍佈全省資源落後及衛生知識缺乏的偏遠鄉村。他們利用寒暑假，至各地推展義診服務及基本衛生教育，將學識理論與實際服務結合，貢獻一己在校所學回饋社會。國醫社醫療服務隊由北到南，從城市到鄉村，從量血壓、測血糖等的服務及衛教，至反毒、防菸害的宣傳，並結合長庚醫院中醫醫師從事



國醫社醫療服務隊至偏遠鄉鎮推展衛生教育工作



懷安社同學至「北區兒童之家」做課後輔導



扶青團學生擔任愛心園遊會志工

義診服務，造福了數以萬計的鄉民，因而贏得各縣市鄉鎮民衆的讚許。

現任國醫社新任社長，喜歡照顧別人的鄭宇純認為，下鄉服務不但可以讓自己深入瞭解許多偏遠地區民衆生活情形與居家環境及衛生條件等，亦能讓自己見識及學習成長不少，尤其在為病童服務時更能體認到「互敬互助」與「施比受更有福」。

學務處課外活動組為培養學生服務及關懷社會情操，鼓勵學生社團多多參與社會服務工作。所以，近年來學生社團大多投入社會服務工作，以中、小學社團輔導工作為例投入的人力、時間最多，每當他們出隊服務工作，都必須先接受一套完整嚴格的教育訓練，以幫助社員在心態上建立良好的溝通、建設，培養隨機應變的服務反應，如此一來，社員出去外面從事各項

服務工作時才有能力自動自發去行善，發揮熱忱，確實照顧需要照顧、需要協助的弱勢團體。

輔導鄰近國中小學社團發展工作活動，已經持續多年，今年輔導對象以鄰近林口地區的林口國中、麗園國小、大崗國小及麗林國小等為主，並定期於每週三晚上由懷安社安排60~70位社員至位於桃園南坎的「北區兒童之家」為病童做課後輔導；89學年寒暑假也有50~60位同學參與羅慧夫顱顏基金會舉辦的唇顎裂兒童夏令營。弦樂社則利用兒童節、聖誕節等節日，支援聖誕晚會、兒童節晚會的活動籌畫及進行。扶青社針對龜山鄉龍壽國小原住民小朋友做課後輔導，也與樂善社區合作於假日舉辦社區各項親子活動，配合長庚兒童醫院社服組織為病童帶領團體康遊戲等。長庚大學以好鄰居的角色自我期許，勉勵同學成為鄰近國中、小學生的大哥哥、大姊姊，幫助這些國中、小學社團能蓬勃發展並茁壯，使其有正當的休閒活動培育健全的身心，透過服務與奉獻讓參與的社員體認到自我實踐和幫助他人成長的快樂。



烏松鄉健康營造中心 89年紀事

高雄院區社服課社工員 江大宇

高雄長庚紀念醫院自89年7月起，承辦行政院衛生署的烏松鄉社區健康營造三年計劃。至今半年，原本預計達到85%的家戶參加社區健康營造活動，現達成率已到15.43%。預計其中5%能實踐健康生活，現已有5.22%。規劃262戶接受健康問題追蹤，也已經做到1,981戶，比原

先的計劃遠遠超前。能夠有現在的成果，烏松鄉社區健康營造中心的顧問與志工們居功厥偉。如果不是烏松鄉代會、鄉公所、縣衛生局、教育局、自來水第七區管理處、澄清湖風景區管理處觀光課、青年活動中心、那魯灣公司、衛生所、烏松國中、烏松國小、大華國小、仁美國小、圓山飯店、大華村環保志工隊等的全力配合，是不會有現在的成績的。

回顧89年10月6日，營造中心與烏松鄉公所合辦「烏松鄉重陽敬老暨社區健康營造中心揭牌儀式」，邀請了鄉公所陳秋東鄉長、鄉代會陳麗惠主席、衛生局黃芳安技正、本院楊崑德副院長，共同為健康營造中心揭牌，並由本鄉兩千名長輩見證，正式宣佈營造中心成立，要為本鄉盡一份心力、為鄉民的健康做最大努力。

為進一步了解鄉民的健康行為，以為進行活動設計的參考，同時作為日後成效評估的基準，於是社服課及家醫科，經由高雄醫學大學陸洛教授的指導，設計一份「烏松鄉社區成人健康行為調查表」，以烏松村、大華村、夢裡村的成年居民為對象，由志工每日早、中、晚排班，兩人一組至樣本對象的住所，進行家庭訪視、問卷調查，就是因為志工們認真付出，

1981份的問卷調查才得以進行。

此外，營造中心為提供社區民眾相關醫療資訊，也於去年辦理了14場內、外科衛教講座，講題內容有貧血的診斷與治療、慢性腎衰竭、蜂窩性組織炎、類風濕性關節炎、胃炎與胃潰瘍、甲狀腺疾病、常見乳房疾病、認識高壓氣治療、洗腎與副甲狀腺的關係、尿路結石、膽道結石、胃腸道腫瘤、肝臟腫瘤等。並將相關訊息上網，刊登於院內外的網頁上，開放給所有民眾參加。我們還辦理了健行活動、戒菸班、社區醫療服務（血糖、血壓檢測、口腔癌、子宮頸檢查）、體適能講座、小醫師之旅、社區學童繪畫比賽、急救訓練，進行健康議題宣導、營造中心志工訓練，並召開營造中心顧問會議。

經過了半年的努力，民眾現都知道鄉內有一個社區健康營造中心，正守護著鄉民的健康，我們的辛勤付出，開始得到迴響，這些都是眾人努力而來的。然而擺在眼前的兩年半，是一段更漫長的路途。但是為了鄉民的健康、為了社區的發展、即使再困難的工作，都不是問題。因為每個人心中都有一個美麗的夢，而這個希望烏松鄉可以變得更好的夢，就是大家永遠不變的原動力。✕