第十五卷第一期　　中華民國八十三年八月二十日

中山醫訊

周汝川



護理科同仁慶生會合影

目　錄

1.淺談小兒發燒…… 2
2.淺談嬰兒猝死症…… 3
3.淺談大腸水性超音波及大腸水性超音波用於檢查血便兒童及大腸息肉…… 4
4.以人類基因重以紅血球生成素防治早產兒貧血…… 6
5.蕁麻疹…… 7
6.早產兒視網膜病變…… 8
7.小兒泌尿道感染…… 9
8.育兒問答…… 11
9.兒童對B型肝炎疫苗之免疫反應…… 12
10.兒童癲癇…… 13
11.痛風病之產生及營養飲食治療法…… 14
12.人類血中RRE-ALBUMIN的單離精製及營養上評估之利用…… 16
13.GSH的生理功能…… 16
14.油脂在營養中所扮演的角色…… 16
15.本院「護理人員專業能力進階制度」簡介…… 17
16.恆心與毅力…… 18
17.居家護理受訓感言及本院實施居家護理之介紹…… 19
18.銀髮族之未來…… 20
19.來自SHAKE的靈感…… 21
20.八十三學年度上半年度全院性特別演講…… 22
21.八十三年5、6月到離職員工名單…… 23
22.編　後　語…… 24

淺談小兒發燒

小兒部醫師　張家強

在家裡小孩子突然發燒，應怎麼辦？發燒是最常見的病徵，沒有人沒有發燒的經驗，尤其當小孩發燒時，發燒有沒有退是家長最關注的問題，往往以醫師的處方對於退燒的快慢來評量醫師醫術的好壞，我曾遇過一位家長在一天之內連跑三家醫院，只因發燒沒有退。大部份人對於發燒的意義模糊不清，認爲發燒會燒壞腦子，常常要求醫師打針退燒，令小孩子挨針受苦，甚至常常換醫院診所，醫師沒法掌握病情，以致廷誤病情。這些觀念是不對的，這些錯誤的觀念如不糾正，最大的受害者是台灣的小孩子。

發燒是正常對於病原的一種防禦機能，發燒能抑制微生物的繁殖及其毒素的釋放，加強身體對抗細菌的能力。人類是恆溫的動物，我們的體溫是由腦部下視丘的體溫調節中樞來管理，維持體溫在一定的範圍之內。但不是說我們的體溫從早到晚都不會變動，一般在早上體溫是最低，到了晚上體溫是最高，一天之內的溫差在0.5℃至1℃之間。正常小孩子體溫範圍在36.2℃至37.8℃肛溫。所謂發燒是指口溫高於37.3℃或肛溫高於37.9℃以上。

引起發燒的原因很多，最常見是感染症，如細菌、濾過性病毒、徵菌，其它如惡性腫瘤、內分泌疾病、預防接種、自體免疫疾病、脫水、藥物引起的過敏反應等。只要侵襲人體的病原被控制，發燒自然會消退，所以發燒是生病的結果，而非原因，所以要查明病因，對症下藥，而非一味盲目退燒。

5%至20%發燒的小孩都沒有特別的臨床症，但不要掉以輕心，根據統計在沒有治療的小孩裡，30%會惡化爲菌血症，5%爲變爲腦膜炎，所以應找小兒科醫師診察。但是在少於二個月的嬰兒發燒體溫超過38℃、或六個月大至二歲的幼兒發燒超過38.9℃及血液檢查白血球計量大於15,000MM^3，或持續發燒、體溫超過41.1℃以上，或鐮刀形貧血及胰腺切除的小孩，都應立刻找醫師診察，並需積極的治療。

確定小孩子發燒，一定要正確量體溫，最常用測量方法，有三種：肛溫、腋溫及口溫。肛溫是將溫度計大約插入肛門2.5cm，不要插太深，屁股要緊夾，溫度計量二分鐘，此方法常用於五歲以下小孩。腋溫是將溫度計於腋下夾緊四分鐘，常常用五歲以上小孩。口溫是將溫度計放於舌下三分鐘。口溫比腋溫高0.5℃，而肛溫又比口溫高0.5℃。目前在市面上溫度計大致上有二種，傳統的水銀溫度及電子式溫度計，此二種溫度計又可爲量肛溫用及口溫用。如用水銀溫度計要注意將水銀柱面甩到36℃以下，在運動後半小時內及進食後一小時內，都不宜量體溫。如有腹瀉者不宜量肛溫。

小孩發燒如何處理：帶病兒給醫師診療，並按時服用醫師的處方，萬一發燒不退，可以給予水枕，衣服儘量少穿，幫助散發身體的熱量，並且可用溫水拭浴，但不可以用酒精拭浴，因爲酒精會使肌肉顫抖，皮膚微血管收縮，體溫反而會上升。希望透過簡單的介紹，讓大家明白發燒只要查明病因，對症下藥，自然會藥到病除。

淺談嬰兒猝死症

小兒部醫師　黃傑銘

嬰兒猝死症(SIDS：Suddent Iufont Oeath Sydrsme)是新生兒頭一年常見的死亡原因，在歐美平均每一千名活產嬰兒中便有兩名死於嬰兒猝死症，約占死亡嬰兒中的五分之一。其定義是指原本正常的嬰兒，突然地，意外地發生臨床上無法解釋的死亡，且死後經由病理解剖詳細地檢查，也無法找出明確的死因。

典型的嬰兒猝死症好發於看似十分健康的二至三個月大的嬰兒，少數病例在二週前或六個月大後出現，常在餵完牛奶，置於嬰兒床平靜安睡後，父母親感覺與平日甚無異樣，可是一段時間後卻發現嬰兒全身發黑，呼吸心跳全無，突然毫無緒由般地死亡。這種無聲無息的隱形殺手，常令家屬悲痛不已，也是兒科醫師在急診最不願意見到的病例。從流行病學而言，一般男嬰比女嬰略多，發生的季節以冬天及初春寒冷的時間較多，尤其是在流行性感冒盛行的時期。午夜至清晨九點前發生的機率比白晝多。許多基因、環境，或社會因素都會伴有嬰兒猝死症的危險性增高，包括早產，尤其是有窒息的病史時；出生體重不足者、年輕的媽媽、低收入家庭、母親有抽煙、貧血，或服用麻醉劑的病史。家中有過嬰兒猝死症過往史的家庭，下一胎發生嬰兒猝死的機會平均高出5倍之多(即千分之五～十)。

至於嬰兒猝死的原因，一百年前，大多數的人將之歸因於可能是被褥覆蓋太多，使得嬰兒窒息。在現今此種因素雖未能完全被排除，但估計其可能性遠小於百分之十。而且目前有許多研究指出，發生嬰兒猝死症的嬰兒並不如表面看似〝健康而無異樣〞，多數嬰兒可能有以下一至數種的異常：一腦幹中樞控制心跳及呼吸有異常的反應；二頸動脈體對血中二氧化碳濃度增加的敏感度反應降低；三舌根後垂及頸部向下彎曲時壓迫喉部造成上呼吸道阻塞(尤其病毒感冒造成呼吸道疾病時更加重阻塞)；四食道逆流時，胃部液體逆流至食道造成喉部肌肉緊縮痙攣，引起副交感神經興奮，造成心跳次數減緩及窒息。然而目前的研究，並無法肯定何者確切是引起嬰兒猝死的主因。

當醫生碰到一個〝SIDS〞的嬰兒，必須同時面對醫療上，法律上及心理上的問題。假如能有效地，積極地施行急救甦醒術時，有時可成功地將生命挽救回來，叫〝嬰兒瀕死症〞，其將將來再次發生嬰兒猝死症的機會顯著增高許多。當嬰兒無法復甦或四肢已冰冷，就可確認嬰兒死亡已久，一般必須作屍體解剖來確立診斷。因爲父母親受到突然失去小孩的打擊、悲傷，可能無法作善後的處理，所以必須有相關的諮詢中心，社會工作人員及精神醫師的輔導。

對於曾有過嬰兒猝(瀕)死症過往史的家庭，嬰兒的居家照顧，無疑是父母親精神上一種無比的壓力與負擔，因此醫師均會建議家長購置所謂的〝窒息監視儀〞，以敏感的電極感應片黏貼於嬰兒的胸或腹部，監測其呼吸，當嬰兒呼吸修正超過20秒時，便可能出警訊，以供家長作緊急反應處理。對於一般無危險因子的嬰兒，亦建議在頭六個月應予仰睡，以避免壓迫到其呼吸道，尤其是在寒冷的冬季及初春季節。

淺談大腸水性超音波及大腸水性超音波用於檢查血便兒童及大腸息肉




□小兒胃腸科主治醫師　林文豹

淺談大腸水性超音波

大腸水性超音波是最新的超音波檢查直結腸疾病的方法，傳統腹部超音波或大腸鏡超音波應用於許多大腸疾病有它們的優缺點。同時這兩種檢查不能用來診斷直結腸息肉，因爲息肉沒有對腸壁的侵犯。大腸水性超音波是可以把腸內空氣推開，使腸內及腸壁的病變清楚的檢查出來；同時也可以對直結腸蠕動異常做初步的評估，對先天性巨腸症的診斷特別有幫助 。

記得第一次用大腸水性超音波來治療小兒科病人的腸套疊時，曾經受到不少批評和反對。記得剛開始用大腸水性超音波對疑似先天性巨腸症的嬰兒及兒童型大腸息肉時，也有些醫師批評爲這些檢查「課本上沒有！」，「把病人當實驗品！」，「對您這些檢查我們有點怕怕！」，「很好……但是」等等。

一年多之後的今天，國內外醫界都肯定本院這些沒有輻射性、低侵犯性的治療或診斷方法，認爲大腸水性超音波應用於兒童大腸疾病是一項突破。今年七月中旬，曾帶兩篇論文「大腸水性超音波用於兒童型大腸息肉的檢查」及「直結腸動力水性超音波用於診斷先天性巨腸症的價值」參加第七屆世界超音波醫學及生物聯盟國際會議，在會中獲得國際學者普遍的興趣及贊同。

本著拓荒者的精神獲得國際學者普遍的興趣及贊同。希望國內外有更多年青的醫師一起來努力，使小兒科病人的大腸疾病的診斷與治療能夠日新月異，不斷的進步。

以下談談水性超音波應用在直結腸息肉。

兒童型大腸息肉簡介：

一、發生率

大腸息肉是嬰幼兒童血便最常見的原因之一。好發於三歲到六歲的小朋友，但是也不少有發生在國中和國小的兒童。大略一百個幼稚園到國小六年級的兒童有一個患有大腸息肉有百分之一的機會。

二、症狀

最常聽到的主訴是父母親指稱他(她)的孩子斷斷續續有鮮紅的血便，常發生在排便中或排便後馬上發生，而且血是散在大便中或在大便的尾端，在大便的外面或混合在分泌物裡。如果息肉剛好在直腸，排便後很可能會有水滴狀出血。有不少的病人也因此有息肉跑到肛門口。十個有息肉人中有一個可能在一兩年內在排便時把息肉排出來。有些人可能同時伴隨偶發的腹痛、腹瀉或便秘。

便秘本身可以造成血便。但是有很大的不同： 1.沒有便秘時不會發生。 2.血便量非常少，大部份只有在衛生紙上看到一些紅色的血，或在大便表面。 3.吃了軟便的藥就消失。

三息肉大部份是多顆的，大部份在大腸比較高的部位

根據最新的文獻報告(Mestre在美國腸胃學雜誌1986，81期312頁到314頁)大腸息肉發生的部份40%在直腸及乙狀結腸，60%在大腸更高的地方。假如用手指去摸，可以診斷兩三成的息肉。另外，因爲有大腸鏡，發現息肉的數目有兩個或更多者有53%，而且四個有息肉的兒童中有一個(四分之一)會有兩個或更多的息肉。因此，在大腸較低的地方找到一個息肉，就有可能在更高的部位找到其他的息肉。

四兒童型息肉及腫瘤……並非所有小兒大腸息肉是良性的

大腸的息肉一般來講可以分爲腫瘤及發炎性的。而兒童的大腸息肉絕大部份是發炎性的，也就是說是良性的。但是有百分之五到八的兒童型大腸息肉是腫瘤；可以是腺體腫癌，或有惡性變化。假如有多個息肉(三個或更多)或有息肉或腺體腫癌家族史，那會在往後數年發生腺體性息肉或惡性腫癌的可能性就增加了很多。也就是說目前所被認爲是良性的兒童大腸息肉並不是所有的都是良性的。腺體腫瘤長久了會有惡性變化。另外，單顆的兒童型息肉做一生追蹤是不會有大腸腫癌的。因此有懷疑大腸息肉時要做確定檢查，並做定期追蹤。

五舊式的檢查是用具輻射性的X－光鋇劑攝影，再做大腸鏡。對小兒科病人鋇劑影對息肉的診斷幫助不大。

息肉的存在及數目以前是在大腸鏡前先用鋇劑灌腸的X－光檢查來診斷，確定有幾個，在那一部位，再用大腸鏡來做診斷及息肉的切除。對兒童，目前知道鋇劑攝影沒有辦法把大部份位於大腸較高部位的息肉檢查出來。這大大減少了鋇劑攝影檢查的價值。(根據Mestre 1986在美國腸胃學雜誌，81期312頁至314頁)

六大腸水性超音波……最先進的，非輻射性的非侵略性，簡單的方法：可以取代鋇劑攝影做整個大腸的檢查。

目前本院引進世界最新的技術：大腸水性超音波來檢查大腸息肉。根據新英格蘭雜誌1992年提出的報告，大腸水性超音波可以診斷息肉的能力跟大腸鏡是一樣的，除非是小息肉，小於0.7公分。同樣的，對小的息肉或部位較高的息肉，鋇劑攝影診斷率很低。因此水性大腸超音波可以取代具輻射性的鋇劑攝影檢查來做大腸鏡前的息肉數目及部位的確定。(根據新英格蘭雜誌1992年327期65頁至69頁)。

當息肉藏在糞便水中或大腸急彎及死角時，息肉是不會被大腸鏡檢查到的。大腸鏡可能忽略了10%的息肉。這是大腸鏡前要先做檢查的目的。

七水性超音波的方法：

水性大腸超音波就是用溫的生理鹽水灌腸，把大腸中空氣推開，使超音波可以清楚的把直腸及整個大腸掃瞄，去找息肉或其他腫癌。根據文獻的報告，對0.7公分以上的息肉，水性超音波的診斷跟大腸鏡是一致的。

目前大腸息肉的診斷可以利用水性超音波來找出有機個息肉及它們在那個部位。大腸鏡前的診斷使大腸鏡的診斷率更完美，因爲單單大腸鏡會忽略了10－12%的息肉，因爲大腸鏡有10－36%沒辦法檢查到右邊的大腸息肉。

水性超音波讓小兒胃腸科醫師在小朋友沒有受X－光輻射之下對有血便的孩童做檢查。有時家長會拒絕讓孩子接受大腸鏡檢查。也

有的是以前有腹部手術過，造成大腸鏡程序性失敗。這些時候水性超音波就可以派上用場。

八水性大腸超音波可以簡便的用於追蹤

包括拒做大腸鏡者的一年期的選擇性追蹤，息肉的復發，以及危險群的長期追蹤

息肉切除後還有可能會再發生。兒童型大腸息肉追蹤久一點的個案可以發現10－20%的病人再發生血便。水性超音波可以取代反復的鋇劑攝影來做追蹤。

九目前對息肉處理

本院目前對有血便的病人或懷疑有息肉的病人，除了先從病史及身體檢查了解病情之外，進一步是做水性超音波對整條常腸做檢查，再根據症狀做大腸鏡檢查。因爲血便的原因除了息肉之外，還包括大腸潰瘍、自管瘤、直腸破皮及外傷、肛裂、感染性大腸炎、過敏性腸炎或腸胃急診疾病像腸套疊、美克耳氏憩室等等。如果水性超音波有發現息有息肉，知道其部位及數目後，最好是用大腸鏡來確定和把息肉切除。如果不選擇馬上做大腸鏡，而症狀少於一年，可用超音波做定期的追蹤，假如一年後息肉還在或是有明顯腹痛，貧血或血便增加，在這段期間就做大腸鏡切除。除此之外，對有息肉切除者做定期追蹤，對危險群(家族有兒童型息肉者或有多個息肉者：≧3個) 做長期的水性超音波追蹤。

十結論

息肉的診斷及追蹤都可以用水性超音波來做，大大減少了輻射性的大腸鋇劑攝檢查的需要。水性超音波是一種安全的檢查，病人的接受度高，可以重複做。這對小兒科界是一大喜訊。

以人類基因重之紅血球生成素防治早產兒貧血

兒童科部主任　陳家玉

早產兒容易在出生後四至十二週時有貧血的現象，這是由於早產兒出生後身體快速地成長，早產兒體內紅血球的壽命較短，血液及生化檢查抽了太多的血，早產兒體內之紅血球生成素值較低有關。早產兒貧血容易有心跳過速，呼吸急促、厭食、活力不佳、呼吸暫停、體重成長不良等臨床症狀。以前多以輸血來治療早產兒貧血，但輸血容易引起B型、C型肝炎病毒或巨大病毒的感染。

自1985年起由於用基因工程的方法可大量合成人類基因重組之紅血球生成素，簡稱爲r Hu EPO，它首先被用於成人慢性腎衰竭而長期須作血液透析的病人，發現長期須洗腎的病人使用r Hu EPO後會血的情況可獲得改善。

由於早產兒貧血的病人體內紅血球生成素值較低，於是人類基因重組之紅血球生成素被嘗試用來防治早產兒貧血。近年來許多的研究報告顯示人類基因重組之紅血球生成素經靜脈或皮下注射均可注射均可使早產兒網狀紅血球增加、血色素、血容增加因而可減少輸血的次數，或可避免輸血。

所以目前認爲以人類基因重組之紅血球生成素可防治早產兒貧血，可減少輸血的次數，可避免輸血所引起之合併症。

蕁麻疹

呂克桓醫師

在過敏疾病中，最常見要算是蕁麻疹，根據統計一生中大約有20%的人都曾得過蕁麻疹。它的特徵是皮膚上出現不規則，大小不一的紅色隆起疹子，有時候是單獨出現，有時候是幾塊連接著一起，皮膚會有搔癢感。大部份都是急性，在四十八小時內自動消失，很少持續幾天以上。如果持續出現超過六週，就算是慢性蕁麻疹。在男女比例方面，女生略多於男生。

蕁麻疹大部分是抗原抗體反應，過敏原進入體內，可經由腸胃道、呼吸道或直接接觸皮膚進入體內，引起淋巴細胞生成特異性IgE抗體，隨後IgE抗體會附著到肥胖細胞(Mast cell)，如再次遇到過敏原，它會與過敏原交互連接，引起肥胖細胞的去顆粒作用，釋放出發炎介質，包括組織胺(histemie)、白三烯素(Leukotene)、前列腺素(Prostaglandius)及血小板凝集活性因子，引起急性發炎。組織胺與H.接受器(H.teceptor)結合，引起平滑肌收縮及增加血管的通透性，皮膚便出現紅色疹子。因爲IgE抗體可以附著在身體任何地方的肥胖細胞，所以按著附著的部位，引發在身體的不同症狀。如在皮下或在呼吸道或在腸胃道的黏膜下組織，會引起身體某部份腫大，稱爲血管神經性水腫，更嚴重可引起全身過敏反應，造成猝度性過敏，甚至會致命。其機制是過敏原進入體內，引起預先與IgE抗體結合的肥大細胞及嗜鹼性白血球，釋發介質造成全身性過敏反應、氣管痙攣、支氣管收縮造成呼吸困難；血管萎陷、心跳加快、循環衰竭造成休克。其它如補體C_{3a}及C_{5a}，Kinin及Acetylcholim都不用依賴IgE抗體，直接激治肥胖細胞，造成相同的反應。

引起蕁麻疹的原因非常多，在台灣最常見是藥物及食物引起。藥物最常見是盤尼西林、磺胺劑、退熱藥、血清、疫曲及輸血等。食物的過敏原最常見是巧克力、蛋、水果、食用黃色5號染料、酵母、酒精及海鮮等。其它如濾過性病毒(B型肝炎病毒、Ebvirus等)、黴菌、寄生蟲、惡性腫瘤，或內分泌疾病等，在台灣很少引起本病。

根據引起的原因，以下簡單介紹幾種蕁麻疹：

㈠丘疹性蕁麻疹，常見於幼兒，好發於四肢，多由昆蟲叮咬引起。

㈡膽素激導性蕁麻疹，由運動、熱水淋浴及焦慮引起，好發在頸部皮膚，可給多hydroxyzine治療。

㈢著色性蕁麻疹，常見於嬰幼兒，是由於皮膚上有過多的肥胖細胞引起。

㈣日光性蕁麻疹，是由先天性缺乏ferrochelatage，造成原紫質Ⅳ形(protoporhyrinⅣ)沒法代謝，過度堆積在內，它本身又對光十分敏感，在波長280至500nm的光源下，能致活補體反應釋出C_{5a}。治療可給多β-carotene。

㈤凍傷性蕁麻疹，不是由溫敏原引起，是由物理性因子引起，病童身體某部分暴露在冷凍環境下，如冰塊，會引起局部的搔癢、疼痛或燒灼感，更嚴重可引起全身性低血壓，甚至休克，有這種疾病的小孩，千萬不可以游泳。治療可給Gproheptadiae。

蕁麻疹的治療方針，最主要是設法找出過敏原，儘量避免接觸過敏原，及找出原因，給予適當的治療。如果在急性發作時，可使用類交感神經藥物，抗組織胺和短期使用腎上腺類固醇。假如是慢性蕁麻疹，可給予腎上腺類固醇治療。

早產兒視網膜病變

小兒科醫師　蘇本華

近年來，隨著早產兒加護醫療的突飛猛進，大大地提高了早產兒的存活率；就以本院新生兒科而言，已陸續救起許多瀕臨生死邊緣的早產兒，使得原本面臨喪失愛兒痛苦的父母親重拾歡笑。而最近又有一位出生僅六百五十公克的極低體重兒，在四個月的努力救治下，已於日前出院；望著這原本巴掌大的身軀，如今褪去全身所有的管子和監視器，投入母親溫暖的懷抱，真令所有曾爲他付出血的醫師和護士們感到無限的安慰。

但是也因爲早產兒存活率的提高，使得早產兒的合併症也更加受到重視，因爲父母親及醫護人員都盼望，早產兒在得以存活之餘，也要有良好的生活品質。因此，在這裡特別提出早產兒視網膜病變(Retinopathy of Prematurity)簡稱ROP，以供參考。這是一種增生性的網膜病變，眼底視網膜部位發生血管的攣縮、擴張、扭曲、增生及纖維化，最後導致視網膜剝離、玻璃體內出血、青光眼等，而致視力喪失。大部分的病例，在發生纖維化之前，均爲可恢復性的，但若進展到末期，可能導致失明，影響生活至鉅，非常值得重視。

本病可說爲一多發因子的疾病，它與出生體重及妊娠週數有關連，如果出生體重在七百五十公克以下者，其罹患的比例高達50%，而其他如使用呼吸器的時數、重脈氧氣分壓、血碳酸過多或過少症、缺氧、酸血症，都有影響，甚至最近研究顯示未成熟的網膜所含的抗氧化劑量較少，因此聚積在早產兒網膜的氧基，亦是致病原之一，由此可知，儘量避免危險因子可能是最重要的一環。

因此，美國小兒科醫學會建議：凡出生體重小於二千公克(特別是小於一千五百公克)，妊娠週數三十三週及使用過氧氣的早產兒，必須在出生第七週至第九週時，或第四週至第七週時檢查眼底，若有異常或本身爲高危險群者必須繼續追蹤。

早產兒視網膜病變依據國際統一分類可分爲五期：

第一期：分界線－劃分血管區和無血管區可見。

第二期：揀－突出於網膜平面，呈粉紅白色。

第三期：揀合併網膜外纖維血管增生。

第四期：部份網膜剝離(滲出性、牽引性或兩者兼具)

第五期：完全視網膜剝離，成漏斗狀。

plus disease：指網膜血管擴張、扭曲、虹彩血管充血、瞳孔僵直和玻璃體混濁或出血。

最後談到治療方面，通常在第一、二期及第三期的早期，多數會自然消退，是所謂可逆性早產兒視網膜病變，目前所使用的冷凍療法或光凝固療法是將冷凍或雷射光施用於第三期早產兒視網膜病變之周邊揀與網膜鋸齒緣間的無血管區。而玻璃體切除術則適用於第四期及第五期早產兒視網膜病變，將玻璃體增生組織切開及剝除，再加上鞏膜扣環術，使剝離的網膜歸位。

預防勝於治療，對於早產兒視網膜病變而言，最重要的預防之道就是預防早產的發生及避免前述的危險因子，其次，審慎地評估及追蹤早產兒眼底的變化，以及配合適當的治療，亦是非常重要的一環。希望由於醫護人員的努力，能使這些提早來到人世的小寶寶，在熬過生死的關卡之後，也能享受到真正〝光明〞的人生。

小兒泌尿道感染

小兒科醫師　陳溫華

臨床小兒門診的病歷，如果依照人體構造上下所有器官的I／O(In & Out)開口位置，其常見的感染症狀依序爲上呼吸道感染、腸胃道感染和泌尿系統的感染。共同的症狀除了發燒以外，上呼吸道系統感染的症狀可以因咽喉部的紅、腫、熱、痛，而引起食欲不振，再者可因嚴重的咳嗽或大量呼吸上皮細胞的分泌排泄物(所謂的痰)，而產生嘔吐現象。甚至治療時，抗生素的投用使腸內菌叢失衡而造成腹瀉。儘管上呼吸道感染發生和治療的過程，可以有上述和腸胃系統感染雷同的症狀，但是基本上兩者間臨床是有絕對不同的特質，不容易混淆。

但是泌尿道的感染時，因其生理位置和對痛的反射區和腸胃系統相近，因此臨床上的症狀，小孩因語言學習表現上的問題，常因解尿困難或腰部酸痛而訴諸於腹痛。此外，因感染所造成的疼痛刺激或抑制腸胃蠕動，可以有不同的症狀；如厭食、腹脹、腹瀉、腹痛等，特別是在小小孩子甚至表現出活動力差(lethargy)、哭鬧不安(irritable crying)、體重增加不良等胃腸問題常見的類似症狀。

臨床上，血液常規在各種的感染是經常的一種檢查，而尿液常規會被忽視，或雖已開檢查單但因小孩小便採取不易，遲遲未能獲得正確的資料，故不能正視泌尿感染的問題。理論上，對此問題一個簡單的尿液常規，即能獲得相當的診斷意義。

§ 發生普級率和致病因

有症狀的泌尿道感染發生率約2%，在新生兒以男性居多，可能和包皮有關。此後感染以女性爲主。綜合各家之說，泌尿道感染細菌的發生率以大腸菌Escherichia coli爲第一，次爲Klebsiella和Proteus等。最近的文獻，二例有關急性腎盂腎炎由Staphylococcus epide rmidis引起的報導，建議醫生對尿液培養出此一菌屬時，不應該自動的將此常見的菌屬視爲培養過程中污染所造成結果。

小兒期間的泌尿器官的感染，常常是基於腎臟－輸尿路的奇型構造有關，因此也會造成頻頻再發的例子。故無論性別五歲以下的小孩，任何病歷初次泌尿道感染治療後，均應接受檢查以確定無尿路的奇型。五歲以上的小孩，特別是女孩，有二次以上的泌尿道感染時，也應該接受放射線造影等檢查。

§ 感染途徑

造成泌尿道的感染有種種原因，基本上有幾種感染途徑①上行性：即有下而上依泌尿器官的構造由外尿道口、尿道、膀胱、輸尿管、腎盂、腎臟依序感染，②下行性：即由上而下感染多屬血行性，③淋巴行性，或④平行性：因腹腔內鄰近組織的炎症而波及。在新生兒期，幾乎以血行性爲主，之後的感染則以上行性居多。此外，造成泌尿感染好發的原因和泌尿器官尿路基本的構造異常及全身性的疾患有關。

§ 膿尿(pyruia)

膿尿的定義是指尿液的檢查中有白血球的存在，一般指10ml尿在1500rpm離心5分鐘，捨棄上清取其沈殿在顯微鏡高倍(X400)下，一個視野有5個以上的白血球則爲陽性。或不離心放入直接計算盤，以全視野計算之。男孩有25個，女孩50個以上也視爲陽性。一般尿液有白血球存在時必須做細菌培養檢查，但未必能檢查出。有時尿液中有白血球存在的異常，並非都和細菌有關(參考鑑別診斷)。在小兒科有兩個特殊疾患有膿尿場合，但並非都和感染有關。

A.腎病症候群(nephrotic syndorme)：素來類固醇(steroid hormone)的投用便能造成尿中白血球數的增加。大約50－65%的MCNS在治療的過程中特別是再發時，可以產生一過性、無菌性的膿尿。

B.川崎病(KAWASAKI disease)：川崎病常合併以淋巴球爲主的一過性膿尿，且並無頻尿、排尿

障害等感染症狀。由於此疾患以侵犯血管內皮細胞著名，故可以尿路系統微小血管炎症的發生來了解其病理原因。

因此單靠尿液中的白血球即要診斷泌尿道感染，其信賴度並不如想像高。故尿中白血球數的診斷有用度，實存在於下列幾種場合：①尿液中有白血球圓柱出現時，②無症狀性的細菌尿，③疑合併有細菌感染時，④尿液的細菌培養尚未判明前。綜合以上狀況，唯有確實的做好細菌培養，才能確定有否感染或感染的菌種，以其對藥物敏感試驗的結果，以供治療參考。

§ 診斷方法

細菌培養用採尿方式有：

①集尿法：特別是對小小孩，外陰消毒後再以集尿袋收集。

②取中間尿法(midstream void technique)：特別是對女孩，外陰消毒後再取中間的尿液。

③恥骨上方經皮膀胱穿刺法(suprapubic aspiration)。

④直接導尿法(urethral catheterization)。

§ 診斷基準

小兒泌尿道感染的診斷基準

1.急性泌尿道感染

a.臨床症狀懷疑具有泌尿道感染，並有膀胱內的細菌陽性(10^5／ml以上)

b.臨床症狀懷疑具有泌尿道感染，並以中間採尿或清潔採尿連續兩次以上，都有同樣的細菌10^5／ml以上陽性(如幼兒膀胱內留尿5時間以上，培養結果10^3-10^4／ml時須再檢)

2.無症狀性細菌尿

清潔方式採尿培養連續3次，同一細菌陽性10^5／ml以上。

3.慢性泌尿道感染

早期：

a.疑有慢性尿路感染的臨床症狀

b.尿濃縮能力降低，攝水16時間後尿濃縮能700mosm／1以下

c.經X放射線、超音波等檢查，尿路有異常現象。

d.腎機能呈有意義障害、血清肌干酸(creatinine)值＞2mg／100ml

末期：

a.除疑有慢性尿路感染的臨床症狀，合併有意義的細菌尿(10^5／ml)，尿中沈著物中有白血球10／視野，或有白血球圓柱、不明淡染細胞等。

b.單側或兩側的細尿管、腎絲球的機能不平行(eg；renogram)

c.經X放射線、超音波等檢查，腎臟、尿路有機能性、器質的變化現象。

d.依腎臟組織切片的診斷

§ 造影檢查

小兒泌尿道感染診斷的利器有VCUG(voiding cystourethrography)、DMSA(2，3-dimercaptosuccinic acid)、IVP(intavenous pyelography)、CAT nephrotomography 和腎臟超音波等。在急性泌尿道感染時，不論用那一種的檢查方法均可發現有明顯的膀胱輸尿管逆流VUR(vesicoureteral reflux)現象，而言種現象隨著感染的治療和時間，可以慢慢的回復正常。在感染期間VCUG的檢查，常會造成錯誤的判斷實非必要。因此於治療完成約3－4週後，再實施此檢查同樣具有診斷的意義。DMSA對全體腎臟組織痕跡化(scarring)、腎臟外型影欠損等具有相當解像力，因而對急性腎盂腎炎更可精確診斷。持續的VUR現像，往往是造成感染的原因，在小兒科的泌尿道感染合併VUR 有50％，成人有10％。在泌尿道感染時，VCUG的檢查固然可以發現VCR，但就全體的意義來論時，上泌尿的異常是更嚴重的併發症。如VUR出現時，兩側腎臟的大小、腎盂輸尿管等的擴大與否如水腎(hydronephrosisi)、泌尿道的阻塞部份，則有賴IVP、CAT和超音波等進一步來評估。

§ 鑑別診斷

請詳見〝表一的膿尿鑑別診斷法〞內容。

§ 治療

泌尿道感染一般治療有①水分的充分供給②局部的清潔③予防殘尿、儘量二次排尿④多攝取含維他命C多的食物使產生酸性尿，以抑制細菌的繁殖。內科治療最適當的抗生素選擇是以細菌培養的敏感試驗爲主。臨床的藥物使用以Trimethioprim sulfamethoxazole和Nitrofurantoin爲最常用。針對VUR的外科治療則要考慮種種因素。雖然議論多，但反複感染、嚴重逆流、甚至腎內逆流引發腎臟痕跡化、高血壓、蛋白尿等併發症時，則應接受外科治療。小病人有泌尿道感染類似問題時(如尿布或內庫前面有異類染色分泌物、頻尿、排泄痛等症狀)，患者家屬應該和醫師合作，接受詳細檢查和治療。

§ 結語

小兒泌尿道感染的特徵有：

①發生率次於上呼吸道和消化器官的感染。

②症狀多彩多姿，依年齡症狀有所差異。

③發炎菌以大腸多。

④新生兒以男性多，學童則女性多。

⑤新生兒期間多血行性，常合併敗血症。

⑥思春期女性，再發機率高。

⑦容易膀胱輸尿管逆流，常合併尿路奇型。

泌尿道感染如不適當檢查治療，反複的感染一旦造成泌尿器官痕跡化時，經常是日後形成慢性腎衰竭的原因之一。

育兒問答

小兒科　游煥昌

問題一：媽媽是B型肝炎帶原者，可不可以餵母奶？

解　釋：可以！事實上母乳中的病毒含量很少，帶原母親從母乳把病毒傳給嬰兒的機會，可說微乎其微。倒是新生兒從母親產道經過，可能因破皮、吞嚥母親血液、分泌物等因素，接觸更多的B型肝炎病毒。有報告指出，同是B型肝炎帶原母親，餵食母乳的嬰兒，其感染B型肝炎的比例，並不比餵食配方奶粉的嬰兒來得高。這樣的結果表示，餵不餵母乳，事實上並不影響肝炎的感染率，加上目前政府大力推廣B型肝炎疫苗預防接種、B型肝炎免疫球蛋白的使用，更增加了新生兒對B型肝炎病毒的抵抗力。B型肝炎帶原母親，只要稍加留意，(例如乳頭破皮流血，就停止患側孔頭的餵食，只餵食另一側；不替嬰兒嚼碎食物餵食；勤洗手等。)仍可享受哺乳之樂！

問題二：餵母乳的媽媽可否服用藥物？

解　釋：餵母乳期間，除非絕對必要，儘量不吃任何藥物。在理論上，藥物吸收代謝後多少會經由乳汁分泌而進入嬰兒體內，大多數嬰兒沒有任何症狀，但某些藥物則可能對嬰兒有副作用，以下列舉說明：

一止痛退燒劑：避免使用阿斯匹靈，該種藥物易導致新生兒有出血傾向，應選擇普拿疼等安全性高的藥物。

二抗生素：禁用氯黴素、四環素、磺胺藥。上述藥物對新生兒有較大的副作用。

三內分泌藥物：服用抗甲狀腺素者不可餵母乳，否則可能抑制嬰兒的甲狀腺功能。糖尿病藥物可以安心服用，事實上，哺乳本身就有抗糖尿作用，甚至可防止小孩將來得糖尿病。口服避孕藥中含女性荷爾蒙，餵食母乳的媽媽應避免服用。

四感冒藥：咖啡因可能令嬰兒精力旺盛、吵鬧不安；咳嗽藥水者含有碘化物，會產生抗早狀腺素的效果；長效型的抗組織胺易致嬰兒嗜睡、胃口降低。感冒的媽媽，切記勿自行購服成藥，感冒求診時，應主動告知醫師餵母乳，處方時可免除對嬰兒不當的藥物。

最後談到吃藥時間，應先餵完奶再吃藥，不要吃完藥馬上餵奶，在母親服藥期間，應隨時注意嬰兒有無特殊的變化！

問題三：米麥粉的添加，直接泡在奶瓶裡，與牛奶一起吃？

解　釋：最好不要。米麥粉加在奶瓶裡，和牛奶一起餵食，對照顧嬰兒的媽媽或保姆而言，不失爲方便、快速的好方法。不過讓嬰兒吃米麥粉，是爲了讓他適應穀類及其它副食品，做斷奶前準備。米麥粉直接泡在奶瓶裡，一來量太少(泡太濃會塞住奶嘴，嬰兒無法吸吮)而失去適應穀類食品的意義，二來持續使用奶瓶餵食就無法練習固體食物的吞嚥。因此正確的方法是把米麥粉放在碗或碟中，再加上泡好的奶或肉湯調成糊狀，以湯匙餵食，如此米麥粉量可以逐漸增加，同時亦能及早訓練嬰兒吞嚥動作，爲以後多樣化的副食品餵食鋪路！

兒童對B型肝炎疫苗之免疫反應





■小兒部醫師　吳宗松

一、兒童B型肝炎感染之概況：

嚴重影響我國人健康之各種肝病包括慢性肝炎、肝硬化和肝癌均與B型肝炎感染有密切的關連。在1979年的研究指出，約百分之九十的成年曾感染過B型肝炎，更值得重視的是一歲至三歲的幼兒年齡族群中約有三分之一的人口已感染過B型肝炎，而且兒童期的B型肝炎帶原者爲百分之十七至廿一，可見年齡愈小，感染B型肝炎後成爲帶原的比例愈高。

在台灣人口中約有三百萬人爲B型肝炎帶原者，而這些感染主要發生在兒童期，其途徑有二

㈠母子之間的垂直感染：

若孕婦帶有B型肝炎病毒，在生產時會將病毒感染給嬰兒，經過二至四個月的潛伏期後，變成帶原者，下列因素影響嬰兒的感染率：

⑴孕婦爲nBs Ag(+)、nBe Ag(+)：80～90%嬰兒會受到感染而成爲帶原者。

⑵孕婦爲nBs Ag(+)、nBe Ag(-)：5－10%嬰兒會受感染而成爲帶原者。

⑶孕婦血清中含高濃度之nBs Ag以RPH方法檢驗時，其濃度≧2560，這些血清亦常爲nBe Ag陽性。

⑷孕婦血清中含有HBV ONA時，則幾乎所有嬰兒會感染。

另外哺育母乳並不增加傳染機會，因此帶原母親不宜一律禁止哺育母乳。

㈡水平感染：

與齡前兒童每年之感染率爲5%，感染者有20～25%成爲帶原者，相反青年之每年感染爲2%，感染者僅1～2%成爲帶原者。

二、B型肝炎病菌之免疫性及預防效益：

對nBe Ag陽性的孕婦所生的嬰兒給予B型肝炎疫苗或和nBIG之混合接種後，抗體產生率約爲80～90%，也就是說母親爲nBe Ag陽性之帶原者而言，只給疫苗注射，嬰兒成爲NBS Ag陽性者(19.4%)比疫高加nBIg者較差(8～11.1%)。故出生時多注射一劑nBIG加上疫苗可見效益更爲提高。

長時間之追蹤達三年以上者，絕大部分仍有良好之抗體效價，至於抗體能維持多久，據Goudeau之研究，至少可維持6年以上，所以必要時可考慮在入小學時追加一齊，小學畢業時再追加一劑，如此可提供成年前免於nBV之感染。(副作用如表1)

表1　B型肝炎疫苗之副作用與其它疫苗之比較

注射疫苗種類 / 副作用	B型肝炎疫苗(685注射人次)	三合一疫苗(白喉、百日咳、破傷風)(537注射人次)	麻疹疫苗(119人次注射)
發燒	2.8%	38.4%	26.1%
腹瀉	0.5%	1.3%	0%
紅腫	6.6%	2.6%	10.9%
不安	⊙22.2%	7.8%	1.7%

⊙註：注射B型肝炎疫苗組之嬰兒在注射前因抽血，故可能造成嬰兒不安比例增高。

三、疫苗注射前是否應先仍篩檢，先考慮：

⑴未經篩檢即行注射是否有礙健康：

a. 從未感染B型肝炎－這類爲疫苗適用對象。

b. B型肝炎帶原者－這類病人已帶有nBS Ag，再注射nBS Ag之疫苗不會有助益，但亦無礙。

c. Anti nBS陽性－這類人已有免疫

力，再給予nBS Ag刺激時，會產生追加(Booster)之效，使抗體更爲昇高。

d. Anti nBC陽性、nBS Ag陰性、Anti nBS Ag陰性－這些人曾感染過B型肝炎或在「育隙期」(Core window)或爲Anti nBS溫度太低無法測出。若給予疫苗刺激可能會有(a)primary response－抗體逐漸昇高，(b)Anamnestic response－抗體迅速昇高，此時表示原具有免疫力之記憶。

(2)是否經濟上的浪費

(3)技術上的問題：

如抽血技術困難，兒童怕痛，費時。另外先以Anti nBC爲篩檢時，若爲陽性，又要抽血檢查才能判別爲帶原者或具有免疫力者。

最後，吾人深信在政府與民間，醫師及病患的密切配合下，以後對國人威脅甚劇的B型肝炎，將消聲匿跡，永不構成國人的心腹大患，加油！

兒童癲癇

小兒部主治醫師　陳俊宏

正常人一百個就有一個是癲癇的患者，其中大部份在兒童或老年時發病。但有些症狀輕微容易被忽略。又因家屬對癲癇的錯誤觀念，認爲癲癇是可恥的病，不治之症而不敢就醫，以致廷誤病情，因而造成遺憾。

癲癇的定義是在沒有急性腦症的情況下有二次或二次以上沒有發燒的發作。所以因短暫的電解質不平衡、低血糖、腦膜炎、腦炎、腦震盪引起之急性期抽筋皆不能稱爲癲癇，因爲上述病因治癒後可能終生都不發作。但如果上述疾病造成腦部的永久傷害，以致於在病因解除之後仍有慢性反覆性的發作就可以診斷爲癲癇。

癲癇的症狀可分爲泛發型發作及部份發作，最爲大家所熟知的大發作就是俗稱的羊癲瘋是屬於泛發型發作的一種，發作時會兩眼上吊、口吐白沫、全身僵硬，繼而手腳抽搐。其它的泛發型作還有小發作(失神發作)，肌抽躍、失張力發作等等。失神發作通常發生在學齡兒童，因爲發作時間大多少於十五秒，非常短暫，所以不容易察覺，常常只是因爲學校成績突然退步，繼而發現小孩子會有兩眼無神的短暫發呆現象，才到醫院求診。肌抽躍則是肌群的突然收縮，有如受到驚嚇時的反應。失張力發作則全身突然無力，跌坐地上，有時甚至會造成頭部的外傷。

部份發作依腦部異常放電位置而有不同的症狀，主要運動發作：如半身抽搐。感覺發作：如手腳突然有刺痛的感，或頭痛、肚子痛等等。自主神經發作：如心悸、嘔心、流汗。精神發作：如意識模糊、有似曾相識的感覺等等。但部份發作也有可能因放電焦點之電流傳導到全部腦部而引發二次型泛發型發作。所以要判別泛發型或部份發作有時要靠腦波檢查來區別。

癲癇的原因有缺氧、感染、腦出血、腦梗塞、遺傳等等。其中有遺傳傾向的病人，大多是良性者，到一定的年齡便會自動痊癒。而爲了查出病因，往往需要做電腦斷層或核磁共振的檢查。但仍有些病人是不明原因的。

癲癇的治療目前仍以抗癲癇藥物爲主，因個人體質及癲癇型態之不同而各有適用藥物。服用藥物一個月到六週時要接受血中藥物濃度的測定及有無副作用的檢查。若服藥兩年不發作，腦波正常者就可以慢慢停藥。但如藥物控制不良發作頻繁者則需進一步做電腦斷層或核磁共振探查腦部構造的異常，以便考慮手術治療。

能夠長期規律的服用抗癲癇藥物的病人，有百分之六十可以治癒，停藥後也不再發作，百分之二十的病情可以控制，但仍有百分之二十治療效果不良，需要特殊治療。所以癲癇並不是可恥的不治之症，只要有耐心，仍有很好的預後。

痛風病之產生及營養飲食治療法

營養科學研究所所長　蘇國雄

一、前言：

痛風病是一種令人心煩的疾病。根據醫學文獻得知，它是由於人體內尿酸代謝作用異常而引發尿酸在體內蓄積，促成血清尿酸濃度上昇，所產生高尿酸血症之疾病。由於尿酸是一種難溶性之有機物質，當它從組織內析出時，會引起特異性，發作性之關節炎。在痛風發生過程，常會引發腎障害、尿路結石、痛風節炎等疾病，更會引發高血壓症、動脈硬化症，心肌障害症等疾病，最後導致全身衰弱而死亡。

二、痛風病之症狀及特徵：

要知道如何以營養性飲食來預防或治療痛風病之前，必須要先了解此病之症狀及特徵。根據文獻得知，痛風病之症狀有如下六點：

1.關節炎發作：下肢小關節，特別是母趾跟關節有突發性發紅、腫脹局部發熱，激痛、發炎。需一至二週才會消失。以上症狀之關節炎每3個月至二年期間，反覆發生，而且發病間隔，會越來越短縮。

2.痛風節炎：肘關節後方，母趾跟部生出粘性小節，呈集團狀。初次發作一次，不算是痛風節炎。須經數年內不斷發作，才算是。

3.高尿酸血症：通常血清尿酸之正常值爲4～6mg/dl。隨病症輕重之血清尿酸值多少會有上昇現象。

4.腎障害：大部分痛風病患，其尿酸排泄機能會低下，而且會引發腎炎、腎內痛風節炎，尿路結石等病症。

5.病狀骨折：引發骨內痛風節炎，並逐漸擴大症狀至骨折。

6.併發症：容易引起併發症，如尿路結石，高血壓症，動脈硬化症，心肌障害症等疾病。

三、痛風病之治療：

通常可分成二種方法來治療。一是藥物治療法，二是飲食治療法。前者又分尿酸排泄促進劑服用法及尿酸產生抑制劑服用法等兩種，由臨床醫師主導。後者可分低普林攝取法，多量飲水法及鹼性食物攝取法等三種，由營養師主導。藥物治療法之反應速度較快，效果較明顯，但副作用及引發其它症狀較多。飲食治療法，費時較長，作用緩慢，但併發症之產生較少。最佳方法是兩者併用治療法最爲有效，病狀較能控制，或不至於發生惡化。

四、痛風病之營養飲食治療法：

1.低普林攝取法：痛風症之飲食，普林攝取，可能的話，盡量減少。正常人一天體內所生成之尿酸量爲平均700mg。痛風患者一天體內所生成之尿酸量，通常都在700mg以上，甚至在1000mg以上。這是由於三餐攝取的食品中含有普林的量太多所致。因此要預防痛風病或擬治療罹患此病者，其三餐所用之食品，必須嚴格挑選含普林較少之飲食，才是上策。但臨床上嚴格限制低普林飲食，會增加病患之精神負擔，也會加重病患日常飲食之痛苦。而且一天中所生成尿酸量，並無法如預期地減輕很多，在治療效果上看不出其成效，反而有導致，其他營養物或成分攝取

偏向之跡象。因爲從臨床實際檢驗值發現，低普林飲食一天可減少之血清尿酸值，最多只有1.0～1.5 mg/dl而已。雖然臨床上之發現是如此結果，但並非飲食中之普林量，可以不用限制。過量攝取，還是有害。以下是提供攝取之原則及要領：

①食品中之普林（Purine）基，是以核酸型存在。含核酸量高之組織細胞，其分裂生殖能力強（如骨髓、發芽組織），又如細胞密集之臟器、腦部，及分泌腺旺盛之肝、脾臟等之食品，須盡量避免攝食。另外，豆類中如大豆因含普林量多，宜盡量少吃。相反地要，盡量多攝取穀類、蔬菜、水果、蛋、牛乳、乳製品等食物。因爲上述食物中含普林量較少，對尿酸生成量之降低有效。

②因核酸是水溶性，較難溶於油脂中。可利用此化學性質來攝食含普林較少之飲食。例如含核酸量較多之食品，經充分水煮後，食品本身含有的普林量大致移往水煮溶液中。病患只要攝食食物而不要攝取水煮湯，則可達到減低普林飲食之目的。同樣，油炸含核酸量多之食品，由於核酸對油之難溶性。因此大部分之普林仍殘留於食物中，而非殘留於炸油中。因此攝取油炸含核酸多之食品，其尿酸生成量之增加機會，就會增多。對痛風之預防及治療是有害的。

③痛風病患發現比正常人在核酸體中存在多之胺基酸，導致尿中尿酸之增加。因此推測人體內尿酸之生成，胺基酸是扮演促進功能之角色。因此痛風病患，宜盡量避免攝取過量之蛋白質。

2.多量飲水法：痛風病患，常發現如腎機能障害，腎炎、尿路結石等併發症。這是由於尿酸是水溶性之關係。當尿酸由尿管中析出而發生尿管閉塞，引起腎臟變性、導致析出尿酸融合，形成節炎而最後變成結石。這是推測由尿道感染所產生的。因此有需要從尿道或尿管防止尿酸之析出。採取防止的措置是：

①降低尿道中尿酸之濃度，限制普林攝取量及增加水分攝取量以降低尿酸之濃度。

②提高尿道中尿酸之溶解度，使尿液變成鹼性。因爲水份是中性，多喝水，尿量會增加，此時尿酸排泄量也會增加。病患一天須保持二公升尿量之排泄。對於病患體內生成尿酸過多者，更有必要增加其每天之喝水量。

③鹼性食物攝取法：提高尿酸溶解度，須盡量攝取鹼性食品如蔬菜、水果、穀類、牛乳等而盡量限制攝取酸性食品如酒類、肉類、油脂類等，使尿液變成鹼性。常飲酒的人，血中乳酸濃度會上昇，因乳酸生成量之增加，導致尿中尿酸排泄量降低。另外，多量撮取油脂的病患，也同樣有發現尿中尿酸排泄量減低之現象。這是由於體內貯存的脂肪在代謝時，會生成酸性代謝物質。此代謝物質會抑制尿酸之排泄，導致血清尿酸值的上昇。因此多攝取鹼性食品及多喝水量，對預防或治療痛風病是有益的。

五、結語：

痛風病之治療及預防，最重要的關鍵，是如何降低血清中或尿中尿酸濃度的上昇，以及如何防止尿酸因代謝作用之異常而在體內產生蓄積的現象。這些防止要靠病患赴醫院定期作診斷或檢查，而後經由醫師綜合評估，交由營養師作飲食治療，才是有效的作法。但前面已提過，飲食治療法作用緩慢，也並非萬能。也許藥物治療法與飲食治療法，兩合併使用，才是正途。但要提醒病患的是，營養飲食治療法實施期間，病患必須要有耐心及持之以恆的毅力，才會有效。否則中途而廢，將導致病情惡化，甚至無法治療。根據醫學文獻得知，早期痛風病患，得病者之年歲較大，近幾年卻發現年歲較輕（四、五十歲）之罹患者增多，這不是一種好現象。要矯正此現象，只有從日常三餐食做起，才可防止。

人類血中RRE-ALBUMIN的單離精製及營養上評估之利用

□營養系　徐成金　博士

Prealbumin 分子量 54980～61000含糖量約0.4% ，血中半衰期約爲1.9日，健康成年人的血中濃度約爲12-30mg/dl，其代謝量10mg/kg/day此約爲albumin 的1/20 ，由肝臟所合成，含tryptophan 較多的蛋白質之一，與Retinobinding protein （RBP） vitamin A的血中輸送有極密關切係且也可以與RBP結合，使較分子的RBP防止從腎臟的流出。同時也是血中內因性的Tyroxin 結合的Protein，對於有關Tyroxin 的研究亦有很大的發展空間。

在於蛋白質攝取不足所成的營養不良及嚴重性肝障礙及其它疾病之病人，血中之albumin 及prealbumin 均呈下降現象，故往往利用此二種或其它Rapid trunover protein 來評估其疾病程度及癒後狀況，但由於albumin 的生物半衰期約爲20日，太長同時血中濃度很高，較不易在疾病初期顯出其量的變化，且敏感性也差，而prealbumin 其敏感性較albumin 高，之外prealbumin 也與許多血中物質有極好的親和率，近幾年也愈來愈引人注目。

本研究是以 Humam serum 利用蛋白分劃法經由抽出、分離、精製後，利用SDS-PAGE分析，但仍無法完全單離出pure prealbnmin，再次經由等電點電泳分離分析，即成功地純化了Prealbnmin 的band ，經由兔子免疫之後，製造出抗血清（mono-specific antibody anti-serum），並利用此來定量出正常人血中含量約爲25.6mg/dl，同時也利用糖尿病人的尿來觀察其含有量是否與糖尿病性尿腎症的發現有無其相關性。

GSH的生理功能

營養系　李宗賓　博士

GSH是一由三個胺基酸：Glycine Cysteine 和 Glutamate（r-Glu-Cys-Gly）所組成的胜肽。至目前爲止，此分子及其類似物已在很多動植物細胞中發現，在動物細胞中，GSH濃度甚且高達0.5到10mM之多。很多實驗證據顯示，GSH在細胞內所扮演的是一非常多樣化的角色，它可保護細胞免於氧化傷害，可參與細胞中藥物的代謝（Xenoliotic Biotramformation ），可保護細胞免於紫外線照射傷害，可減少癌細胞的產生，同時GSH 也可扮演很多細胞內酵素活性的調節者，維持細胞正常分裂，維持細胞正常功能，扮演細胞胱胺酸（Cysteine ）的貯存形式等，所以如何維持或提高體內GSH的濃度，似乎可帶來很多處，目前研究的重點之一是期望藉由飲食或添加的方式來提高GSH在體內的濃度。

油脂在營養中所扮演的角色

營養系　陳暉雯　博士

飲食中的脂肪酸是構成細胞內脂質的主要來源，細胞內脂質不僅是提供熱量的主要來源它更是構成細胞的主要成分，某些脂肪酸是合成固醇類爾蒙的前驅物質，或是它可以用來合成具有高度生物活性的前列腺素。

飲食中的油脂含有多種脂肪酸，例如：n-9、n-6及n-3 不飽和脂肪酸，根據以往實驗結果我們知道脂肪酸成分與一些疾病的發生有絕對的關係，n-6多元不飽和脂肪酸根據報導與心血管硬化有關，它可能是由以下途徑來導致血管硬化。(1)引起不正常脂質代謝，導致VLDL 和 LDL濃度下降。(2)增加血小板凝集引起血栓形成。(3)增高血壓。

另外在 1980 年代，科學家發現住在格林蘭島的愛斯基摩人與西方界的人們比較有較低心臟血管疾病的發生率，根據研究，人們發現愛斯基摩人飲食中含有高量 N-3 多元不飽和脂肪酸（C 20：5 n-3 及 C 22：6 n-3），而且他們會使血小板凝集時間延長。

根據以上結果我們知道飲食中的油脂與我們切身健康有非密切的關係。

本院「護理人員專業能力進階制度」簡介



護理科　推行小組

由於社會結構的變遷及人口組成的改變，已使全民保健之工作，由醫學治療（CURE）走向照顧（CARE），因此護理人員的角色與功能愈來愈重要。自民國七十七年以來，臨床護理人力嚴重的流失與短缺而使得護理問題備受各醫療機構主管的重視。隨著科技的發達，醫療衛生事業的日超精進及朝向專科化發展的衝擊，因此思考護理人員如何因應這變遷，並建立一種制度以留住有工作熱忱及臨床專業能力之護理人員來參與病人的直接照顧，以提升護理服務品質實乃當務之急。行政院衛生署有鑑於護理人員在職進修的管道狹窄，且缺乏有系統性專業能力成長的制度，基於滿足護理人員求知需求，提升護理素質，穩定人力，使人適才適所，以保障病人權益，而推展護理人員專業能力進階制度實驗計劃。

本院爲衛生署評鑑合格的區域醫院，未來更朝向醫學中心邁進，故於民國七十九年加入此計劃，並於民國八十年八月成立推行小組，希望能建立優良之護理基層人力基礎，更希望能藉此而降低離職率進而提升護理的服務品質。茲採本院「護理人員專業能力進階制度」簡介如下：

所謂「護理人員專業能力進階制度」是一種專業的成長階梯，依護理人員臨床能力區分成四個層級（即N_1、N_2、N_3、N_4、），每一層級訂有不同的發展計劃與訓練目標，並賦予不同的工作職掌及能力要求，再依護理人員的專長與志趣發展成行政管理者或專科護理師。

㈠進階層級：

共分爲：一級（N_1），二級（N_2），三級（N_3），四級（N4），四個層級；凡新進人員於三個月試用期滿後即以（N1）認定，於本院服務滿一年者可申請晉升N_2，滿三年者可申請晉升N_3，而於升等爲N_3後需再繼續服務滿五年者方可申請晉升N_4。也就是說如果晉升皆很順利的話則需於本院服務滿八年者方可朝護理行政（即護理長、督導等）或專科護理師（SPN）發展。

㈡層級規劃及能力區隔：能力區隔依層級不同而漸增

N_1：佔20%，能力設定在一般護理。

N_2：佔50%，能力設定除一般護理外，增加重症的護理。

N_3：佔16%，能力設定除具N_2能力外，增加團體衛教及臨床教學。

N_4：佔10%，能力設定除具N_3能力外，增加行政業務。

SPN：佔4%，能力設定除具N_4能力外，增加護理研究，並需護理學系以上畢業。

㈢訓練的重點：

N_1：常見疾病、檢查治療、藥物、護理技術、護理問題、護理記錄、形象塑造及禮儀、法律倫理、問題的分析與處理（Ⅰ）。

N_2：重症及困難病人的護理、護理生涯與規劃、護理與法律、問題分析與處理（Ⅱ）。

N_3：品質保証（Ⅰ）、教與學、危機處理、問題分析與處理（Ⅲ）。

N_4：品質保証(Ⅱ)、護理行政、研究概論、問題分析與處理(Ⅳ)。

㈣晉升要求：

各層級人員晉升時須具有足夠的年資，並完成各級層之訓練，且依不同的層級而分別送審各種特殊之報告，如中英文讀書報告、問題

解決方案、個案報告、專案設計、研究報告等，經審核通過後再經晉級測驗，通過後方可晉升。目前N_1、N_2由本院自行鑑定，而N_3、N_4則必須經由中華民國護理學會鑑定。

自籌組推行小組、擬定辦法、宣導、安排訓練課程至今已近一年，且於七月二十日行第一次的晉級N_2測驗，同時也有三篇的個案報告送至護理學會審查，通過了二篇，通過率達66%。推動這一制度是一個辛苦的過程，但確使我們學到了許多事務，目前此制度尚未規劃完整，期望透過不斷的努力，凝聚本科護理人員的智慧，在院長、副院長的支持下制定可行的辦法，並藉由系統的訓練，達到學理與臨床的配合，使人員朝專科護理邁進，更希望藉由此制度的落實、鼓舞工作士氣及喜愛這個環境，進而留住護理人力，提高護理服務品質。

恆心與毅力

護理科　劉玲娟

人生於世，有順境也有逆境，有得意也有失意。有的人胸懷坦蕩，恬淡自適，雖在憂患之中，依然能有以自處。我想不管我們面臨人生中的何種處境，只要我們能夠抱定宗旨，立定目標，持之以恆，天下沒有做不到的事，沒有解決不了的問題。

目前，本院護理部大力推行實施「護理人員專業能力進階制度」，而這個制度即是促使我們每一位護理人員同仁邁向專業的一個成長階梯，它依護理人員臨床能力分成四個層級（$N_1 \rightarrow N_2 \rightarrow N_3 \rightarrow N_4 \rightarrow$），而於每一層級訂有不同的發展計劃與訓練目標，並賦予不同的工作職掌及能力要求。本院自從開始實施此度以來，反應聲浪中最大的莫過於有很多人都認爲要通過護理學會認定的N_3個案報告，是件非常困難且不易達成的事，所以，對於邁向護理人員專業能力最高層次的專科護理師階段更是視之爲”比登天還難”的事。其實，古人曾說：「萬事皆是起頭難」，所以，只要我們願意去做，對自己要有信心，不要先揣測個案報告會不會被學會接受，而是應該抱持著”只問耕耘”，”先不要問收獲”的精神去做它，那麼就算沒有通過護理學會的認定，也算是對得起自己了，更何況失敗了，沒關係，只要再重新開始而已。

筆者僥幸於今年五月間通過護理學會認定的N_3個案報告，很高興，能有這個機會與大家分享此次寫個案報告的經驗與感想。其實要寫好個案報告並不難，只要做好下列幾項準備工作就可以了，(1)選擇具有護理研究價值的個案；(2)選好個案後，在研擬主題時，必須與專家討論；(3)能善用身邊的資源，例如：請教專家、圖書館等，以及平常應養成翻閱雜誌的習慣，將有助於能順利完成文獻查證的工作；(4)在整個寫作過程必須不斷的修正更改，應多聽、多看、多問；(5)投稿後，要有被退稿的心理準備，當遭受退稿時，千萬不要認爲是自己能力差，而輕易有放棄的念頭出現，因爲這只不過是所有初次投稿的人所必經的過程而已，此時，必需以恆心與毅力去克服萬難，冷靜仔細思考審查者的意見與建議，若不是自己能力所及，則可找專家討論。

王陽明曾說：「破山中之賊，易；破心中之賊，難」一個人最不容易認識的，就是自己。要多想自己「能做些什麼」，而不要先存偷懶之心，「天生我才必有用」，因爲，每一個人都有他的潛能與才能，所以，不管面對任何的考驗與挑戰，只要憑著恆心與毅力，就能把才能充份發揮出來。

居家護理受訓感言及本院實施

居家護理之介紹

護理科　林忠鈴

去年12月份懷著又緊張又興奮的心情，來到人生地不熟之台北，其目的是接受爲期二個月的居家護理訓練，二個月期開密集的上課及臨床實習，期間還舉行期中考、期末考，結訓前每人要報告一篇個案報告，這才完成訓練，上課內容皆是有關於慢性病人的護理，及目前台灣居家護理的現況，便得原本對居家護理陌生的我，終於能了解其重要及未來發展的趨勢。故受訓回來後即計劃著手推廣居家護理業務，故在此簡單介紹本院居家護理實施之計劃。

一、首先談到成立居家護理之目的：

㈠建立以醫院爲中心之居家護理，提供不需要住院但仍需接受醫療和護理服務的患者連續性的照顧。

㈡指導居家患者及照顧者所需要的照顧技能，協助患者適應疾病，重建生活。

㈢縮短患者住院日數，節省患者醫療費用。

㈣有效的運用醫療資源，爲社區民眾服務。

㈤符合改制醫學中心評鑑需要。

二、服務對象：

㈠本院住院病人出院後仍需繼續治療之病人如高血壓、糖尿病患者、

㈡長期居家醫療之病人如：中風，背髓損傷的患者。

㈢重症居家醫療之病人如：癌症末期，臨終患者。

三、個案來源：

㈠本院出院患者

㈡院外轉介患者

㈢本院門診患者

四、轉介辦法：

㈠本院出院患者：

1.於出院前三天，由醫師填寫轉介單，並聯絡居家護理師，到病房熟悉患者。

2.居家護理師接受轉介單後，隨即親自探訪病人，說明服務範圍、收費標準，並了解個案病情及一般情況資料。

3.填寫同意書，以證明接受居家照護條件。

4.居家護理師決定收案時，必須填寫回覆單，送回原來轉介單位。

5.病人在收案管理期間，如有病情上需要，居家護理師可聯絡醫師出診，病情惡化可直接至急診室求治。

㈡門診患者：由門診醫師填寫轉介單，並聯絡居家護理師。

㈢院外轉介者：由院外合格之專科醫師填寫轉介單，居家護理師協同該院指派之醫師作第一次訪視，評估後的情形收案。

五、服務項目：

㈠注射（皮下、皮內、肌肉、靜脈注射）

㈡導尿

㈢更換導尿管

㈣大小量灌腸

㈤肪胱灌洗

㈥導尿拔除後的膀胱訓練

㈦更換拔除鼻骨管

㈧鼻胃管灌食指導及衛教

㈨更換消毒氣管內管及護理指導

㈩一般身體檢查

(十一)一般傷口護理

(十二)抽血檢驗及代採檢體受檢

(十三)營養指導

(十四)復健運動指導

(十五)護理計劃

(十六)衛生教育及提供衛生資料

(十七)返診聯繫

(十八)簡便醫療器材出租與消毒

(十九)產後護理

(二十)嬰兒沐浴

六、服務距程—台中縣市（車程50分鐘內）

本院預計8/1開始實施居家護理，屆時若單位有需此項服務時，可提供此訊息，最後感謝郭主任的推薦，便得我有機會到台大研修中心接受訓線，希望自己能發揮所學，並多方面的學習，以服務病患。

銀髮族的未來

護理科護理師　劉玉珍

—參加全國護理人員研修中心「老人護理訓練」課程後心得－－

走在路上是否發現周圍漸漸增多傴僂著背、舉著蹣跚腳步的同胞愈來愈多，是的，台灣地區於82年9月65歲以上老年人口佔總人口的7.02%（約一百四十七萬二千人），已正式邁入了所謂的老人社會。未來老年人口有逐漸升高的趨勢，而如此廣大的群體是值得我們重視的。尤其老人的生理、病理、社會心理及發展方面和一般成人有所不同，醫界也開始重視老人醫學。探討與老人護理有關之生理、心理和社會概念，並透過護理過程協助臨床護理人員評詁和判斷老人對住院疾病 的身心反應、計畫和執行護理措施，以評價護理成果即成爲全國護理人員研修中心開辦第三期老人護理學訓練之目的。

此項訓練課程是衛生署和台大醫學院護理系合辦，台大護理系代訓，爲期八週的密集訓練不論在課業、實習及壓力感上均是一大負荷，每天上午於台大醫院病房實習，下午於研修中心上有關老人護理之課程。

於病房實習中自行挑選65歲以上個案做護理，於照顧病人期間成數篇個案行爲過程記錄及護理計畫報告，並於實習結束後完成一份N_3形式之個案研究報告，包含書面及口頭報告。於實習期間不定期及視需要與指導老師討論護理上遇到的困難及問題，如此可於實習當中了解護理病人之重點並可很快解決在護理上之問題。對受訓學員來說這是一個很好的學習方式，並可深入學習。

在上課內容方面，全都是與老人有關，包括生理、病理、社會心理及發展上探討及如何與老人溝通和護理措施。對正常的老人身心發展、老人功能性評詁、生理評詁、心智狀態評詁、及重要之老人護理，如溝通技巧、醫療遵從行爲、骨質疏鬆問題、皮膚完整性維護、睡眠與休息問題、住院之壓力與調適、老人癡呆之照顧及居家安全之維護等重要之老人護理論題均做了一番探討，當然，目前常見的老人健康問題亦於上課內容中，例如：用藥準則、心血管疾病、糖尿病、神經系統、骨骼肌肉、泌尿系統、精神、腦血管、呼吸疾患等之治療、及口腔、聽力、視力之保健，還有運動保健之重要性。這些內容幾乎包含了所有老人的照護問題，使所有學員都對老年人之護理有了初步而正確的概念。此項受訓亦接受了不少新概念，比如最近很熱門的骨質疏鬆症其原因、高危險群及預防和治療方法。老年癡呆患者之照顧及照顧者負擔。常令護醫人員頭痛之老人用藥問題及遵從性等等，是受訓一大收穫。

一般人對老人或多或少都有某些程度的刻板印象，如：固執、虛弱、無法獨立、嘮叨、記憶力及判斷力差。認爲與老人相處是困難的，也常以自認爲是的想法去解釋老人的行爲及需求，但我們不是老人，無法真正了解老人的想法，而根據研究指出：一般人認爲老人行爲及需求和老人自認行爲及需求卻有所不同，所以與老人溝通，深入了解老人問題是值得醫學界再研究探討的。

慢性病一直是影響老人健康及生活品質的問題，許多慢性病造成老人日常生活活動（ADL）功能的減退，必須有一些照護系統的幫助才可維持其生活品質。目前工商業社會中，子女忙於工作，住院期老年病人照顧者之安排及身心壓力是影響老人是否願意就醫之重大因素。而待於家中之老產生了許多安全性及照顧上之問題。所以未來長期照護（LTC）系統（包含護理之家、社區服務及居家照顧）的發展是老人健康照顧系統之重要一環。此不但可解決老人照顧之一部份問題，更可開拓護理的領域。

八週的密集訓練是充實的，對老人之生理、心理及社會問題都有了一番新的認識，也引發我們對老人護理的興趣。企盼未來台灣醫學界對老人之醫學及照護能更受人重視、更蓬勃發展，使老人們的生活品質不因疾病之影響而降低，得以安享天年。使台灣不但是小孩、成人的天堂，也是老年人的天堂。

來自SHAKE的靈感



護理科

在內科病房裡，每當肝硬化的病患血中Ammonia數值偏高時，經常會有意識欠清，躁動不安的情況發生，這稱之爲肝性腦病變。此時常用的治療方法是給予Neomycin 這種藥物以口服或存留灌腸的方式來抑制腸內細菌繼續製造Ammonia，以降低其濃度。由於口服後藥物到腸道的時間比較久，爲了避免病人肝性腦病變的症狀加劇，故會先以存留灌腸的方式來矯治。但是Neomycin在溶液中呈懸浮狀，不易拌勻，會一小撮一小撮的粘在一起，或附著在容器的邊緣，除了會造成藥物劑量的不準確外，又攪拌費時，無法爭取療效，往往使得護理人員心浮氣躁，怨言四起，視此項治療工作爲畏途。但病房內卻常有此類病患，爲了避免工作人員的心理壓力及減少醫護、醫病間的不愉快，所以引發了改良此項治療技術的動機，期能使現有問題獲得改善，以提高工作的效率與品質。

首先我們先去收集相關的文獻資料，做爲尋求問題改進的理論依據及思考線索：

1.依高中化學實驗指出，利用攪拌、搖動、加熱可使溶質更易溶解於溶液中。

2.依簡明藥理學中記載，Neomycin具酸、鹼中安定之特性，亦不被破壞，在血清、膽汁及消化道分泌液內亦然，不刺激粘膜和皮膚。

3.依82年版藥品手冊中指出，Neomycin幾乎不不被腸道吸收，在腸道內可保持97% 的高濃度殺菌作用。

4.羅氏護理原理與技術指出，保留灌腸溶液量應限制爲90－180ml，以使腸道不致膨脹，產生便意。溫度要在華氏105度（約攝氏40度）以下，並保留在腸內30分鐘以上才有效果。

接下來就由病房內的同仁集思廣益，提供各種可行的方法，並將這些構想一一的予以實地的試行操作，同時記錄其操作技巧及困難之處，然後再依照記錄內容，加以分析整理後選擇出最好的，並建立其安全品質管制的操作程序，於病房會議中公佈及教導新方法，經由半個月的教育試行期後，再重新評估修正後，正式推廣應用。

這個經由病房同仁腦力激盪而產生的新方法是：

首先選擇一個大於300ml容積的有蓋空瓶，將灌腸溶液按醫囑的劑量倒入瓶中，再把Neomycin按醫囑的劑量放入，蓋上瓶蓋，以”Shake”方式搖約30秒，即可混合均勻，最後把這溶液與灌腸器、肛管……等所有灌腸用具一起攜至病人處，以時溶液中的泡沫也已消失，即可進行灌腸工作。

藉由這個新方法，讓我們在準備這項治療技術時的不耐與焦躁都不見了，它不但可以節省準備的時間，寓娛樂於工作，簡化了效果不佳的攪拌工作，更可及早提供病患治療，並控制藥物的準確劑量。而更讓我們得意的是”Shake”使用的空瓶，是利用也是經常用在治療這類病患的一種合併使用藥物的瓶子，不僅不需要訂購新的容器，還能廢物利用，資源再生，這點子不賴吧！不過它也有個小小的缺點，就是由於病房設備的限制，無法將溶液加溫到合宜的溫度，只能以室溫灌腸。但瑕不掩瑜，我們仍願意與您一起爲這個奇妙的靈感Shake一番！！

本科自八十二年起在前任陳主任的領導下，即運用「問題解決法」的模式，培養臨床護理人員具有觀察、計劃及處理問題的能力，由單位同仁群策群力共同解決臨床上護理病人或護理技術上的問題，這篇文章只是我們護理業務上的一個小小實例，人人發揮小智慧，即能提供大貢獻，願與本科護理同仁共勉之！

私立中山醫學院附設醫院

八十三學年度上半年度全院性特別演講

時間：週一下午4時30分—5時30分

地點：七樓教室

日　　期	科　別	演講者	服務醫院及職務	題　　目
八十三年				
8月08日	外　科	曹賜斌	高雄長庚醫院 整型外科主任	臉部整型重建 Plasty and Reconstructyve Surgery on face
8月13日	內　科	黃勝雄	花蓮門諾醫院院長	台灣神經外科的現況
（週六10：30）				
8月22日	婦產科	蔡宏志	本院婦產科主任	子宮頸陰道抹片
8月29日	小兒科	葉純甫	成大醫院副院長 兼小兒部主任	Prevention of Neonatal Chronic Lung Disease and Update
9月05日	眼　科	蔡顯揚	台中榮總	糖尿病視網膜病變
9月12日	ＥＮＴ	陳宗琨	本院耳鼻喉科	慢性鼻竇炎最新治療趨勢
9月19日	放射科	王理輝	本院放射科	Introduction of Bone Radiology
9月26日	外　科	吳秋文	台北榮總一般外科	胃癌外科治療現況
10月01日	內　科	李源德	內科醫學會理事長	高血脂症
（週六10：30）				
10月17日	婦產科	李茂盛	本院婦產科	不孕症
10月24日	小兒科	陳溫策	本院小兒科	小兒腎病和脂質的代謝
11月07日	眼　科	李文浩	台北長庚醫院	虹彩炎
11月14日	ＥＮＴ	蘇茂昌	本院耳鼻喉科主任	中耳炎、中耳積水、膽脂瘤
11月21日	骨　科	江清泉	台大骨科教授	膝關節振動圖譜
				Vibration Arthrography of
				injoint disorders
11月28日	復建科	畢柳鶯	本院復健科	內外婦產科常見神經性排尿障礙之處理

私立中山醫學院附設醫院民國八十三年
到離職員工名單

五月份

一、到職員工共計2名
㈠醫事部：1.護　士：1名—柯惠婷。
2.醫檢師：1名—吳惠華。
二、離職員工共計3名
㈠醫事部：1.護　士：1名—蔡惠君。
2.醫　師：1名—蔡文雄。
3.醫檢師：1名—張雅芬。
三、目前員工人數共計856名。
㈠醫　師：143名。
1.外　科：21名。
2.骨　科：6名。
3.麻醉科：5名。
4.泌尿科：4名。
5.家醫科：4名。
6.內　科：27名。
7.神經內科：6名。
8.放射科：2名。
9.腫瘤科：2名。
10.婦產科：20名。
11.小兒科：16名。
12.耳鼻喉科：10名。
13.病理科：4名。
14.復健科：1名。
15.眼　科：8名。
16.核醫科：2名。
17.皮膚科：5名。
※外科黃志堅醫師於83.5.1轉耳鼻喉科第一年住院醫師。
※復健科蔡素如醫師於83.5.31執照轉復健醫院。
㈡牙醫師：41名。
㈢護理科：331名。
牙科護士：5名。
麻醉科護士：19名。
體檢組護士：4名。
合　計：359名。
㈣醫事部—合計：127名。
1.檢驗科：50名。
細胞遺傳室：11名。
體檢組：1名。
2.營養科：5名。
(1)門診營養指導組：3名。
(2)餐廳組（廚師）：2名。
（藥　生）：2名。
3.藥劑室：27名。
事務組藥師：1名。
4.病理研究室：3名。
5.技術員：13名。
(1)聽力檢查室：2名。
(2)腦波室：1名。
(3)核醫科：4名。
(4)膀胱功能室：1名。
(5)超音波室：1名。
(6)肺功能室：1名。
(7)尿失禁室：1名。
(8)呼吸治療室：1名。
(9)碎石機室：1名。
6.X光室技術師：12名。
7.放射腫瘤科技術師：3名。
8.牙科部放射師：1名。
㈤管理部：1.職　員：119名。
2.書　記：28名。
3.工　友：33名。
4.工讀生：3名。
5.約雇工友：1名。
6.約聘職員：2名。
總　計：186名。

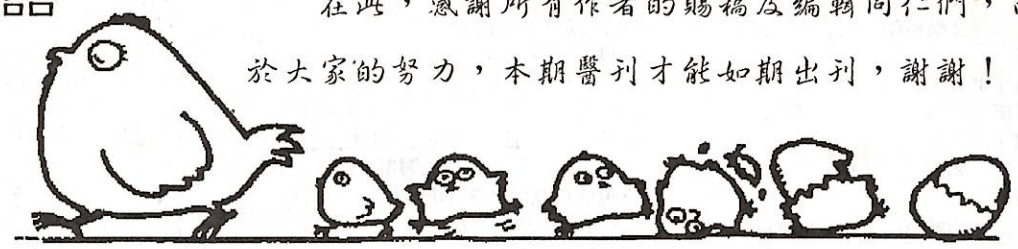
六月份

一、到職員工共計3名
㈠醫事部：1.護　士：1名—陳麗蘭。
2.醫　師：1名—伍世杰。
㈡管理部：1.職　員：1名—林素貞。
二、離職員工共計7名
㈠醫事部：1.護　士：4名—林佑真、賴世雯、林春美、王素絹。
2.牙醫師：1名—郭文芳。
㈡管理部：1.工讀生：1名—林曉憶。
※牙科醫師蘇俊碩於6月18日病逝。
三、目前員工人數共計852名。
㈠醫　師：144名。
1.外　科：21名。
2.骨　科：6名。
3.麻醉科：5名。
4.泌尿科：4名。
5.家醫科：5名。
6.內　科：27名。
7.神經內科：6名。
8.放射科：2名。
9.腫瘤科：2名。
10.婦產科：20名。
11.小兒科：16名。
12.耳鼻喉科：10名。
13.病理科：4名。
14.復健科：1名。
15.眼　科：8名。
16.核醫科：2名。
17.皮膚科：5名。
㈡牙醫師：39名。
㈢護理科：328名。
牙科護士：5名。
麻醉科護士：19名。
體檢組護士：4名。
合　計：356名。
㈣醫事部—合計：127名。
1.檢驗科：50名。
細胞遺傳室：11名。
體檢組：1名。
2.營養科：5名。
(1)門診營養指導組：3名。
(2)餐廳組（廚師）：2名。
（藥　生）：2名。
3.藥劑室：27名。
事務組藥師：1名。
4.病理研究室：3名。
5.技術員：13名。
(1)聽力檢查室：2名。
(2)腦波室：2名。
(3)核醫科：4名。
(4)膀胱功能室：1名。
(5)超音波室：1名。
(6)肺功能室：1名。
(7)尿失禁室：1名。
(8)呼吸治療室：1名。
(9)碎石機室：1名。
6.X光室技術師：12名。
7.放射腫瘤科技術師：3名。
8.牙科部放射師：1名。
五、管理部：1.職　員：120名。
2.書　記：28名。
3.工　友：33名。
4.工讀生：2名。
5.約雇工友：1名。
6.約聘職員：2名。
總　計：186名。

編後語

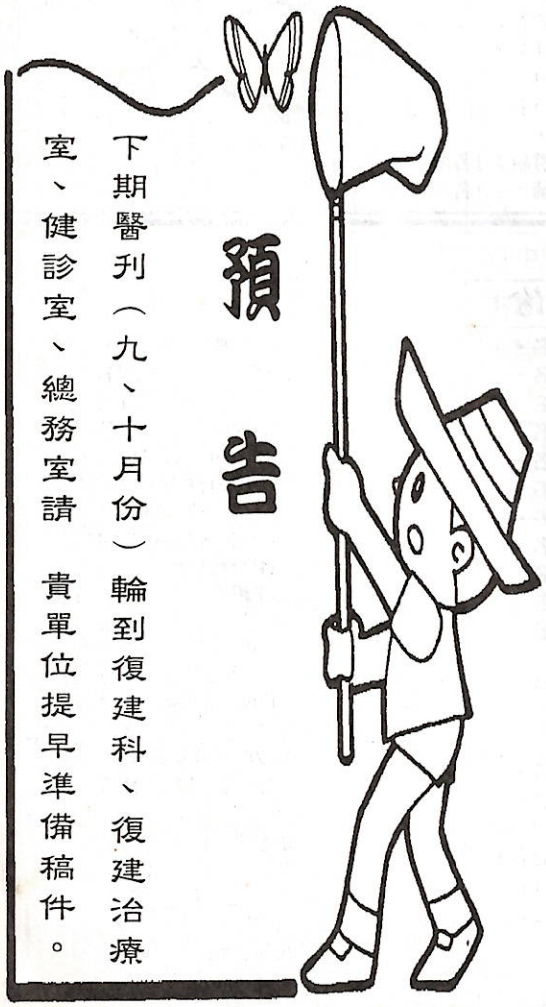
本期中山醫刊由小兒科、護理科、營養科擔任主編、承蒙同仁們熱心參與，踴躍賜稿使本期醫刊內容豐富，提供更多醫學常識。

在此，感謝所有作者的賜稿及編輯同仁們，由於大家的努力，本期醫刊才能如期出刊，謝謝！



預告

下期醫刊（九、十月份）輪到復建科、復建治療室、健診室、總務室請 貴單位提早準備稿件。



中山醫刊　第十五卷第一期　編號：No.062

Chung Shan Medical News

董事長：周汝川

發行人：周明智

編輯委員會：

主任委員：周明智

主　　編：陳家玉、郭碧照、陳肅霖

執行編輯：江　濤

編　　輯：江　濤、朱怡靜、賴津美

美術編輯：朱怡靜

發行業務：周明仁、江　濤、朱怡靜、賴津美

中華民國八十三年八月二十日出版

院　址：台中市台中港路一段23號

行政院新聞局發記證局版台誌第4483號

印刷廠：穎弘文具印刷有限公司

廠　址：台中市建成路670號

電　話：(04)2818934

排　版：平詮文具打字行

地　址：台中市建成路670號(2F)

電　話：(04)2861610