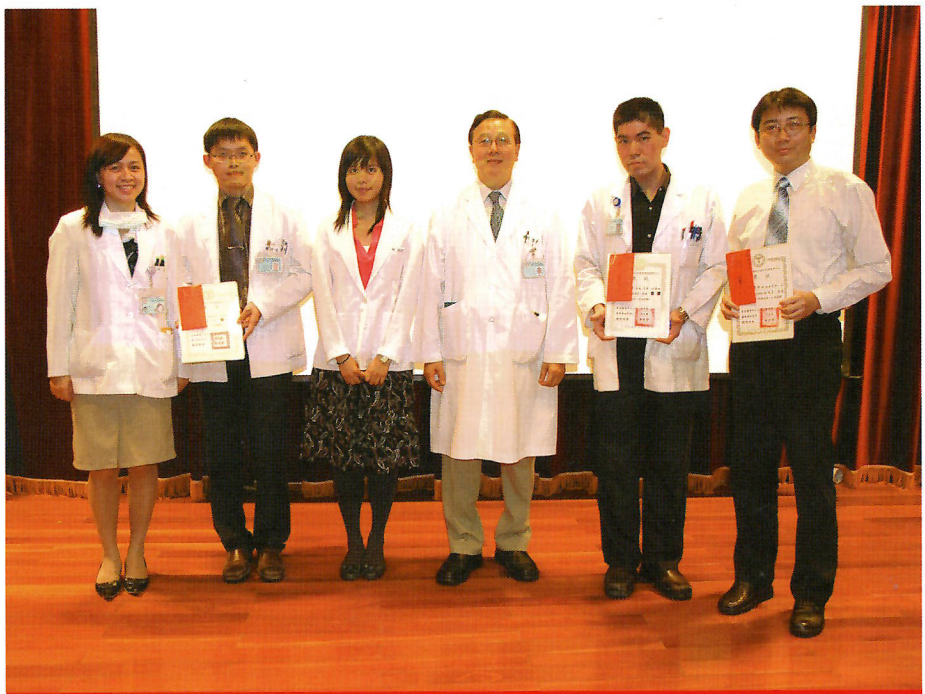
中山醫訊

周汝川



第一屆實證醫學(EBM)競賽頒獎典禮

1.搖頭晃腦--妥瑞氏症…… 1
2.常感冒是不是免疫不全？…… 5
3.新制醫院評鑑核心價值--病人安全…… 6
4.配合婦幼節關懷社區民衆活動…… 8
5.以控制為導向的氣喘治療……10
6.健康吃粽零負擔……13
7.腦血管病患飲食建議……15
8.先天性心臟病科十周年病友慶生會……17
9.中山附醫實證醫學(EBM)競賽得獎感言
冠軍--皮膚科……19
亞軍--中興醫院睡眠醫學中心……21
季軍--內科部……23
10.志工自強活動：九斗村生機農場一日遊……26
11.腰酸背痛不一定是骨刺壓迫神經……27
12.紅斑性狼瘡造成的血管炎……28
13.安寧病房巨幅嬰兒照為癌末奶奶加油……29



搖頭晃腦--妥瑞氏症

小兒神經科 蔡政道醫師

妥瑞氏症（Tourette Syndrome）是一種以「tic」為主要症狀的神經生理疾病，通常在兒童時期便已發病（通常不晚於二十一歲）；所謂的「tics」，意指不自主、短暫快速、重複性且固著的動作（movement）。Tics 就如同其短暫的英文發音一般，最常見的為快速而短暫的眨眼睛、嘴巴、扮鬼臉、聳肩膀以及搖頭晃腦等，這些動作可以是肢體動作的、聲語的、簡單形式的或是複雜形式的。

妥瑞氏症早在 1885 年由法國的妥瑞醫師（Gilles de la Tourette）提出，後擴充其定義並簡化名稱為「妥瑞氏症」。目前有許多證據指向此症狀是源於腦基底核多巴胺（Dopamine）的高反應性，因而導致慢性且反覆不斷出現不自在的動作及聲語上的「tic」。根據台灣妥瑞氏症協會的資料，妥瑞氏症是一個普遍性的兒童疾病（患病率約每一萬人中有五到十人，1990 年的報告更高達 1/200），所有種族、社經階層都有可能罹患妥瑞氏症，男生比女生更容易有妥瑞氏症（男女比約為 3～4：1），妥瑞氏症的親人也有較高的機率罹患妥瑞氏症或是與 tic 相關的動作疾病。妥瑞氏症的病程呈現時好時壞，在緊張、焦慮、興奮、生氣時會惡化，而睡眠時則會消失，且可被本身短暫的抑制。

妥瑞氏症的症狀

由 tics 症狀可分為動作 tics（Motor Tics）及聲語 tics（Vocal Tics）。

(1)簡單動作型

突然的、快速的、短暫且無意義的動作，例如：眨眼睛、扮鬼臉、抽動鼻子、嘛嘴、聳肩、搖頭晃腦、腹部緊繃、磨牙、把下巴或手指弄出聲響或是快速抽動身體的某一部位等。

(2)複雜動作型

緩慢、時間維持較久、看起來好像有目的性的動作，很像強迫性質的動作，例如：四處碰物體或他人、上下或左右轉動眼珠等。關於寫字的 tics 則包括：重複寫某個字、寫字時一再放下筆中斷再來、撕課本或紙。此外，還可能做出猥褻不雅的動作或模仿別人的動作等。複雜動作型的 tics 可能會影響學校課業表現，他可能上課時一直瞪著簿子發呆，或一直寫著某個字，另外他可能會產生一些傷害他人或自傷的行為，例如咬自己的嘴唇或用頭猛撞。

(3)簡單聲語型

快速發出沒有意義的聲響或噪音，例如：清喉嚨、咳嗽聲、吹口哨、咯咯聲、尖叫聲、像狗叫的聲音、像豬呼嚕的聲音或吸吮聲等。

(4)複雜聲語型

突然的、短暫的發出一些較有意義的詞彙，可能是一個音節或慣用語，會突然改變自己說話的音調、音量、速度、節奏、重複自己說過或別人剛才說過的話（回音現象）。此外，患者也有可能會不由自主地口出穢言，包括髒話、猥褻或是具有攻擊性的字眼。

妥瑞氏症的成因

一、神經醫學方面：

妥瑞氏症源於發展中的基底核出現多巴胺的高反應性。神從造影研究(包括 PET 及 MRI 等）顯示，我們除了發現妥瑞氏症患者相較於控制組，其基底節的代謝或局部區域的血流量有異常的現象外，從放射性受體的研究我們也發現，他們的神經傳導物質多巴胺也有過度反應的現象。妥瑞氏症患者在紋狀體的 dopamine decarboxylase 及 dopamine transporter levels（DAT）都比一般人要高，而突觸後的多巴胺受器 D2 receptor 的 binding 在某些妥瑞氏症病人身上也是較高的，這些神經迴路除了部分和掌管運動功能的腦皮質相接才有「tic」的產生外，也和掌管行為或情緒的邊緣系統相接，才會出現強迫症、易分心及過度活動的問題。

二、遺傳方面：

根據美國妥瑞氏症協會的資料顯示，妥瑞氏症是一種與遺傳有關的疾病，妥瑞氏症的親人有較高的機率罹患妥瑞氏症或相關併發症(例如：強迫症、注意力缺陷)，帶有此基因的父母遺傳下一代（自體顯性遺傳），但依性別而有不同的罹患率（男大於女）。

三、鏈球菌感染──熊貓症：

近年來，研究發現妥瑞氏症的成因可能由免疫機轉造成的妥瑞氏病因，稱為「合併鏈球菌感染的兒童自體免疫神經精神異常（Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal Infection）」，根據六個字母的開頭剛好組成「PANDAS」，因而暱稱為「熊貓症」。只要妥瑞氏患者的症狀很明顯的在感冒時（特別是鏈球菌感染時）急遽加重者，都會被懷疑，加上患者血清中可驗出自體抗體或特殊的淋巴球標記就可確立診斷。但此種病因仍占妥瑞氏患者中的少數，體質

上必須有特定免疫反應才會發生。

診斷標準

根據 DSM-IV1994 年美國精神學會第四版的診斷和統計手冊，必須符合以下五個條件：

1. 多重運動性抽動及一種或更多聲性抽動。
2. 這些抽動會同時出現或分別在病程中不同時段出現，抽動每日發生多次，在一年以上期間幾乎天天出現。
3. 在此期間內從無一次超過連續三個月以上的無抽動時期。此障礙造成明顯痛苦，或嚴重損害社會、職業或其他重要領域的功能。
4. 通常在十八歲以前出現症狀。
5. 此抽動並非由於物質使用（如精神刺激劑）或一般性醫學狀況（如 Huntington 氏舞蹈病或病毒感染後腦炎）的直接生理效應所造成。

易併發症狀

妥瑞氏症除了有動作以及聲語型的症狀外，也可能有以下一項或多項狀況並存，其中包括強迫症、專心注意度不足、過度活潑好動、學習困難、自我傷害行為或其他非情緒性問題。

以下我們將介紹其可能併發的症狀：

(1)強迫症

強迫症狀指的是病患會一直進行那些重複的、非自主的行為，可能是思想或是行為層面。他們雖知道這樣的行為是非理性的且和別人不一樣，但多數無法完全自主控制這些念頭或阻止行為反覆發生。雖然強迫症患者一般都發病於青春期，但也有少數會出現在孩童期。許多妥瑞氏症患者都伴隨有強迫症狀，強迫症狀的出現時間可能會比 tics 出現的時間稍晚，但他們反而會對妥瑞氏症者在生活適應上造成更大的損害。

(2)注意力缺陷過動症

一部分妥瑞氏症孩童會遭遇到注意力缺陷或是過動的問題，他們表現出的樣子像是：專心在一件事情的時間太短、容易分心、容易衝動、過度好動等。注意力的問題大約在妥瑞氏症開始有 tics 的症狀時家長便可察覺到，且 tics 若開始惡化後，注意力的問題也會隨之變得更嚴重，這可能反映的是大腦關於「抑制」的生物機制之運作不正常所致。如果孩童有注意力缺陷的症狀時，很可能會影響到他們的

學業成就，他們容易因外來的刺激分心、在課堂中無法專心聽講、坐立不安並在座位上動來動去、回家後可能也忘記有哪些功課要做或是無法遵照學校的要求完成回家作業。一般此行為多發生在兒童四～六歲之間，而要確定妥瑞氏症兒童患有注意力缺陷過動症，則至少需持續六個月以上出現過動徵兆，才算符合。

(3)情緒不穩定、衝動或是侵略性的行為

部分妥瑞氏症也伴隨有情緒不穩定、衝動或是侵略性的行為，例如：攻擊別人、撞擊、用踢或咬東西來發洩，甚至會有自傷的行為。這些症狀使他們常成為學校中的頭痛人物，他們的人際關係也不好，常被同學排擠或拒絕。這些行為的矯正除了認知及行為治療外，必要時還要藉助藥物治療來輔助。

(4)睡眠異常

有學者注意到有許多妥瑞氏患者有各種不同程度的睡眠問題，例如難以入眠、淺眠的困擾、夢遊、夜晚驚悚以及尿床等問題產生。

妥瑞氏症的治療

妥瑞氏症的治療並無藥物可治癒，而其治療目標是抑制其臨床症狀，使其日常生活影響最小。適用於妥瑞氏症的藥物有：Haloperidol、clonidine、pimozide 等或是合併其他治療強迫症狀、注意力不集中等藥物。

妥瑞氏症的發病時間多半是在學齡階段，如何讓學校中的師生正確瞭解妥瑞氏症，並對妥瑞氏症孩童的學習及教學有正確的認識及健康的態度，幫助妥瑞兒擁有健全的發展及樂觀的人格，協助並引導他們建立良好的人際關係，比藥物治療更為重要。如果當 tics 的症狀非常輕微且在不影響到妥瑞兒的生活機能、學業表現及人際關係的前提下，也許家長及老師採取適當的觀察及監控，也不失為一個恰當的處理方式。

【參考資料】

1. 有愛無礙（http://www.dale.nhctc.edu.tw/index1.htm）
2. Text book of Pediatric Neurology, K. Swamain, 4th edition.

常感冒是不是免疫不全？

小兒科 顧明修醫師

「我的小孩常感冒，是不是有先天性免疫不全的疾病？」在小兒科門診，時常見到家長帶著常感冒、拉肚子的小孩前來，提出上述疑問。這些小孩是不是免疫不全？什麼是免疫不全？以下的內容可給家長們一些解答。

首先，必須瞭解為什麼小孩（特別是剛讀幼稚園時）較容易生病。嬰兒出生六個月大以後，來自母親的抗體逐漸減少，而自體免疫功能要到國小以後才會逐漸成熟。因此從出生六個月後到就讀國小這段時間，是最容易感染的時期。特別是小孩剛進入幼稚園時，接觸各種病菌，因此特別容易被感染。此時的感染包括感冒、發燒、腹瀉等，次數一年平均可達十次之多。到了國小以後，感染次數就會隨年紀逐漸減少。因此，小朋友（尤其是剛讀幼稚園的小朋友）特別容易生病。

「先天免疫不全症」是身體的免疫系統發生缺失，導致使免疫力降低的疾病。它的成因複雜，有些是淋巴球異常，導致抗體缺乏；有些是白血球功能低下，無法吞噬細菌。這些小孩常有嚴重的感染，以及許多併發症，預後通常不佳。當小孩出現以下的情形時，醫師就會考慮是否為免疫不全。

1. 小孩曾出現兩次或兩次以上，包括敗血症、腦膜炎、骨髓炎等的嚴重全身感染。
2. 一年之內出現三次或三次以上嚴重的呼吸道或嚴重的局部感染，包括肺炎、蜂窩性組織炎、淋巴腺炎等。
3. 較不易被感染的地方如肝臟、腦部出現肝膿瘍、腦膿瘍等。
4. 一些不常引起感染的病源菌引起小孩的感染。
5. 一些小孩常見的感染病菌，在正常小孩只引起小病，但免疫缺失的小孩卻會造成嚴重的感染症狀。
6. 免疫不全的小孩可能出現發育不良、慢性腹瀉、慢性皮膚病等疾病。某些免疫不全也有遺傳傾向。

讀到這裡，各位家長可以評估一下自己的小孩是否有上述情形；相信大部分小孩都沒有這些情況。一看到小孩容易生病，就緊張的以為有免疫不全的毛病，大多是想太多了。其實先天免疫不全症的發生率很低，大部分的小孩常生病只是因為營養不良、喜歡吃垃圾食品導致抵抗力較差，或個人衛生不好以致於較易生病而已。

鍛鍊身體、均衡且充足的營養、做好個人及環境衛生等，皆可提升小孩的抵抗力，如此才能減少感染次數。若懷疑小孩免疫功能不佳，應至醫院就診並及早治療。

新制醫院評鑑核心價值--病人安全

護理部 黃麗華督導

經歷北城醫院打錯針、崇愛診所給錯藥等醫療錯誤，賠上病人性命後，衛生署於民國九十二年初成立「病人安全委員會」，之後更委託醫院評鑑暨醫療品質策進會（簡稱醫策會）訂定相關的病人安全工作目標及執行策略。而醫策會在九十三年開始推動的「台灣病人安全通報系統」（Taiwan Patient-safety Reporting），英文簡稱「TPR」，身為護理師的我，剛聽到 TPR 直接聯想便是臨床上代表病人的體溫、脈搏和呼吸（加上血壓便成了臨床上的生命徵象），所以 TPR 背後更隱藏人類生命徵象重要的涵義，突顯通報系統在病人安全中不可或缺的角色。

「台灣病人安全通報系統」包含了給錯藥、化療藥物滲漏、跌倒事件、手術事件、輸血事件、醫療、檢查、針扎、壓瘡、治療及照護措施相關之異常事件公共意外、治安事件、傷害事件、管路事件、院內不預期心跳停止事件等。九十七至九十八年度更是將「鼓勵異常事件通報」這個年度目標增加了「資料的正確性」，因為唯有透過通報正確性、完整性的資料，TPR 系統才能分析出有意義的資訊，有助於病人安全的提升。

為通過新制醫院評鑑，各家醫院無不卯足了勁、全力衝刺，且以「病人為中心」的核心理念已凝聚了共識，並按照評鑑基準，以 PDCA 方式呈現。**以醫院方面來看**，新制醫院評鑑第三章「病人權利與病人安全」，開宗明義規定須尊重病人權利及建立良好的醫病關係中，3.1.1.1 處便明文規定必須明定病人權利的政策或規定，並讓病人及家屬充分瞭解其權利。所以本院歷經多次討論、病人票選、主管會議通過，制定了病人的權利、病人的責任、病人就醫流程、住院收費相關事宜、申請診斷書流程、提供申訴管道等具體內容，且定期檢討修訂相關規範內容，於病人辦理入院時給予病人「病人權利與義務」說明書，到病房後，由護理師向病患及家屬說明內容，且定期稽核執行成效，針對稽核結果進行檢討與改善。期待我們能落實到臨床照護面，讓每位病人享有同等權利。

以護理人員來看，護理人員是醫院中與病人關係最密切，也是接觸病人最頻繁的第一線人員，對於病人的病情變化，需要有獨立思考、判斷的能力，但部分新進護理人員臨床應變及處理能力不足，所以在一次醫療品質與病人安全研討會中，醫策會楊漢泉顧問提到某一家醫院制定 CAS 臨床警訊系統九項標準，覺得非常受用，本院護理部參考研習會內容訂定了「臨床警訊十項標準」，讓護理同仁明確知道病

患的臨床警訊標準並確保病患安全，以護理人員班別的每一班為基礎，前一班裡沒有發生，這一班裡新發生的十項變化。

一、四種生命徵象：

❶病人口唇發紺（cyanosis）或偵測到的血氧飽和度（SpO2）低於 90%。

❷心博速率低於每分鐘五十次或高於每分鐘一百二十次。

❸呼吸次數小於每分鐘十次或大於每分鐘三十次。

❹動脈收縮血壓低於 90 mmHg 或高於 220 mmHg 且經治療後無法改善。

二、神經症狀

❺突然發生意識不清狀況，無論發生時間多短，或是否已經恢復。

❻Seizure 發作或發生任何不正常的肢體動作。

三、其他狀況

❼新發生的心律不整。

❽突發胸痛合併臉色蒼白或盜汗。

❾每班尿量少於 4 ml/Kg。

❿家屬對治療質疑。

愈來愈多的案例顯示，醫療異常事件是在溝通上出現問題，所以若家屬對治療提出質疑，應通知醫師，避免演變成醫療糾紛事件。當出現臨床警訊十項狀況，請護理人員一定要通知醫師。藉由「臨床警訊十項標準」的制定，提高護理同仁對警訊的認知強化病人安全。

以病人方面來看，病人安全除了仰賴醫療團隊從執行過程中尋求改善解決方案外，病人的參與在改善作為中更扮演相當重要的推手。民國九十三年開始首度舉辦病人安全週活動，至今已進入第五個年頭，多數醫院都非常支持這項活動，藉由政府、醫療體系、媒體及民眾的參與，共同營造安全的就醫環境而努力。如：給藥、治療、任何檢查前會使用兩種以上方法確認病患身分：先生（女士），請問您的名字是？出生年月日是？接著核對病患手圈或病歷，確認病患身分無誤，才進行給藥、治療、檢查等動作，這個就必須仰賴病人的參與、配合，否則病人會問為什麼老是問我的姓名？還有從去年到今年以「手部衛生運動」為主軸，推廣「全民洗手運動」，宣導病人、陪病者、探病者皆需維持自己的手部衛生，才能保護病人也保護自己。以上種種，都須靠民眾的配合，才能真正落實。

推動病人安全，不光是衛生主管機關和醫院的責任，病人參與也是重要的一環，讓「病人安全是我的責任」這樣的理念深植每個人心中，請大家一起為打造優質的就醫環境而努力。

配合婦幼節關懷社區民眾活動

護理部社區健康照護組
婦產科諮詢室 林碧美、黃敏菁、張靜儀護理師
小兒漸教室 陳素珍、詹靜惠護理師

護理部社區健康照護組配合婦幼節關懷社區民眾，舉辦一系列婦幼節關懷活動，小兒衛教室舉辦「活力寶貝爬行比賽」活動，活動內容包含：寶寶爬行比賽、生長及過敏評估與諮詢，希望藉此活動提升家長對寶寶生長發育、過敏症狀預防與日常生活照顧之認知。婦產科諮詢室舉辦「小手牽大手～女性照顧女性健康照護篩檢總動員」活動，活動內容包含：活動現場提供測血糖、血壓、動脈硬化檢測、骨質密度檢測、大腸癌篩檢、子宮頸抹片檢查、乳房攝影檢查及宣導乳房自我檢查，鼓勵婦女重視自身健康觀念，增加婦女對健康生活化之認識，做好更年期全方位的保健。

本系列活動過程氣氛熱烈溫馨，圓滿成功，針對篩檢後需進一步轉介之個案，亦由相關科室協助民眾進行後續追蹤與治療。本次活動心得分享將列為明年度婦幼節舉辦活動的改善方向，最後感謝各單位之協助，讓此次活動能圓滿達成。

～護理部社區健康照護組關心您～
婦產科諮詢室 聯絡電話 04-24739595 轉 32204
小兒科諮詢室 聯絡電話 04-24739595 轉 32204



▲乳房自我檢查宣導



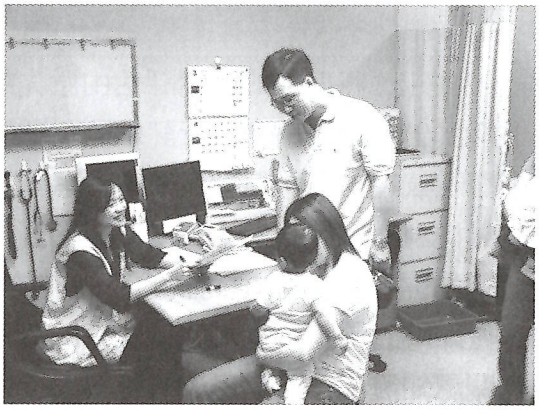
▲健康篩檢檢測



▲工作人員（婦產科活動）



▲長官致詞



▲生長評估



▲「活力寶貝爬行比賽」實況



▲工作人員（小兒科）

以控制為導向的氣喘治療

護理部社區衛教組 賴怡伶護理師

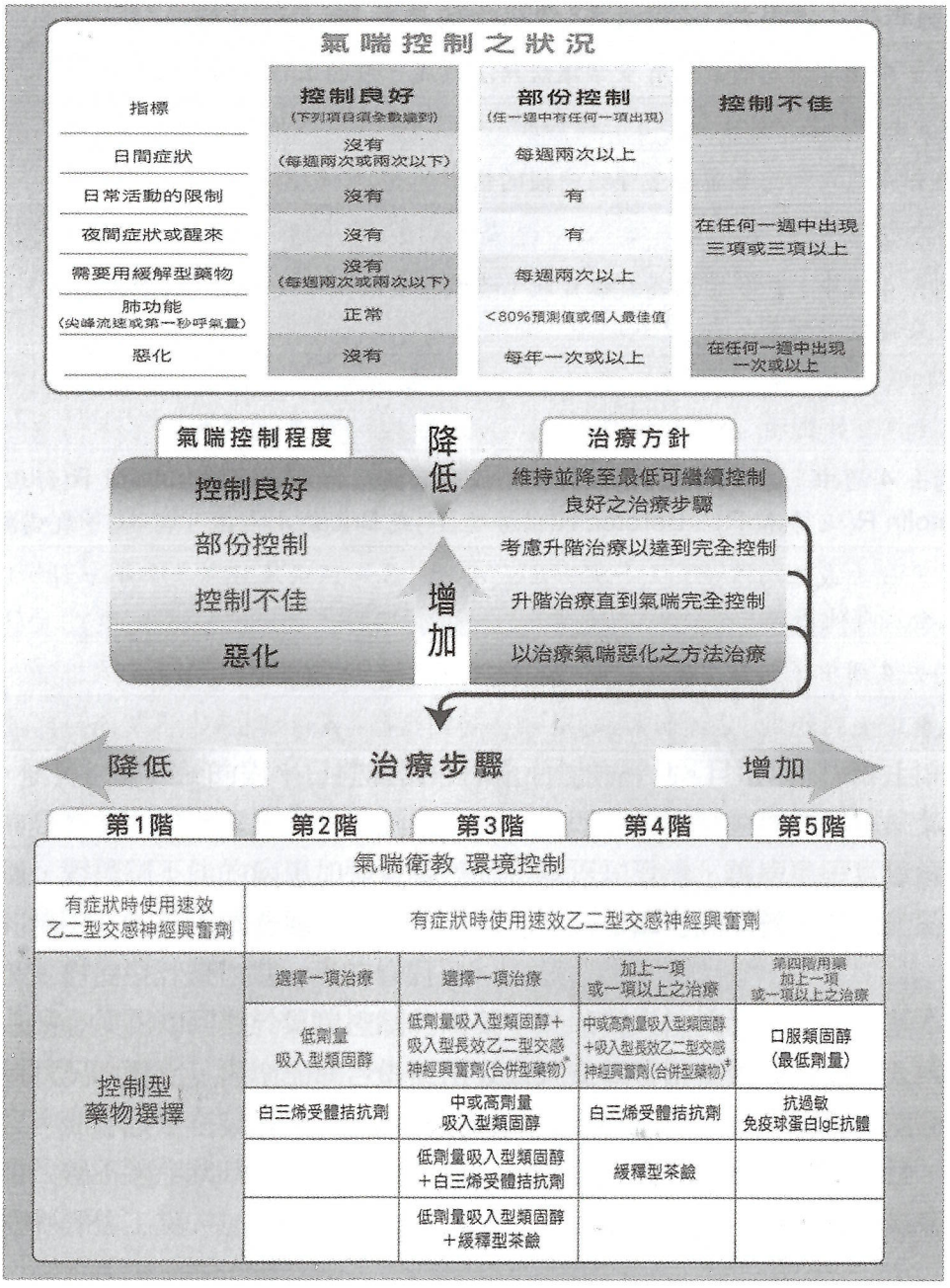
過去氣喘的控制結果以嚴重度為依據；病患的氣喘治療依據其嚴重度，必須依序進行降階或升階治療。降階治療要進入下一階段前，需維持三個月的疾病狀態穩定期，以重度持續性氣喘為例，若病患想達到輕度間歇性氣喘而不需再持續吸藥，必須歷經中度持續性、輕度持續性共四個階段，也就是持續一整年的時間不間斷地使用氣喘控制吸入藥，且氣喘無再惡化或發作，同時若考慮季節變換因素及病患本身受損肺功能因素，持續吸藥時間就會更長或遙遙無期，加上病患對吸入藥物的既有不正確認知，大多數病患通常在症狀稍獲改善時即自行減藥甚至停藥，使得氣喘控制成效一直無法再有重大突破。

在 2006 年 GINA 為氣喘治療評估作了一重大修正，將病患的控制評估由原先的嚴重度評估改為以控制為導向的氣喘治療，並發展出一套由病患自行評估的氣喘控制測試，測試項目包括：氣喘對日常生活的影響、氣喘呼吸急促發生頻率、氣喘症狀對夜眠影響、氣喘急救用藥使用情形及對氣喘控制滿意度。病患經由這五個簡單的項目，便可快速簡便的對平日控制情形作全面性的評估。且這項測試的目的在於：用適當的分數範圍可篩選出未受控制的病患、做即時的治療藥物加強以使氣喘獲得良好控制、對控制不佳的病患加強氣喘控制相關認知澄清、讓病患確實瞭解未受控制面臨的風險、能被大眾普遍接受。所以醫師及病患都可簡單經由測試確認病患的控制結果並對治療計畫作進一步的修訂。

病患還必須認知到對於氣喘控制的用藥，是以吸入性抗發炎藥物為基本，針對疾病控制狀況的變化，再增加或合併使用吸入式支氣管擴張劑或其他吸入式藥物。而口服藥物則應該是在吸入藥物使用一段時間後，症狀仍未有明顯改善或急性發作時要盡速改善不適症狀時使用。所以有氣喘控制調整用藥的相關知識背景，及一份簡易的控制評估工具，加上平時妥善的氣喘照護，相信獲得全面控制的氣喘將指日可待。

氣喘控制測驗（適用於 12 歲或 12 歲以上的患者）

Q1	在過去 4 週中，您的氣喘有多常讓您無法完成一般的工作、課業或家事？
	1.總是如此　2.經常如此　3.有時如此　4.很少如此　5.不曾如此
Q2	在過去 4 週中，您多常發生呼吸急促的情形？
	1.一天超過一次　2.一天一次　3.一週三至六次　4.一週一或二次　5.完全沒有發生過
Q3	在過去 4 週中，您多常因為氣喘症狀（喘鳴、咳嗽、呼吸急促、胸悶或胸痛）而讓您半夜醒來或提早醒來？
	1.一週四次或四次以上　2.一週兩次至三次　3.一週一次　4.一次或兩次 5.完全沒有發生過
Q4	在過去 4 週中，您多常使用急救性藥物或噴霧式藥物（例如 Albuterol R(舒坦寧 R)、Ventolin R(泛得林 R)、Berotec R(備勞喘 R)或 Bricanyl R(撲可喘 R)等氣喘藥物）？
	1.一天三次或三次以上　2.一天一次或兩次　3.一週兩次或三次　4.一週一次或更少 5.完全沒有使用過
Q5	在過去 4 週中，您對您氣喘控制程度的評價為何？
	1.完全沒受到控制　2.控制不好　3.稍微受到控制　4.控制良好　5.完全受到控制



（以上氣喘控制測驗及以氣喘控制為導向表格取自氣喘衛教諮詢委員會網頁）

健康吃粽零負擔

營養科 林杏純營養師

我國飲食文化源遠流長馳名中外，且變化多端，而節慶活動更是五花八門。在過去以農業為主的時代，農民除了保有中國傳統的文化外，更是按照一年的二十四節氣播種、收割，因此民間皆有不同的節慶飲食。其中，端午節也是國人一年當中非常重要的節慶，且粽子在端午節這一天更是家家戶戶必備的應景料理，而吃粽子的習俗早在魏晉時代已很盛行，其由來眾多，最普遍的說法是為了紀念屈原。傳說屈原忠心愛國，曾多次上書楚王，無奈楚王卻聽信小人遠離屈原，屈原因感懷局勢動盪、國事不振，在農曆五月五日那天投江自盡，以死相諫，當時的老百姓聽到消息後十分悲痛，紛紛把煮熟的米飯裝入竹筒或用葉子包起來，做成粽子投入江中，希望魚蝦吃飽粽子後就不會再去吃屈原的屍體，以使屈原能保全屍。而後來所包的粽子除了糯米外，還會加入豬肉、花生、鹹蛋等內餡。

此外，端午節吃粽子的記載早在東漢就有了，當時的名稱為「角黍」，是用黍米包成牛角狀，用於夏至祭祀用。直到晉代，粽子才被正式當作端午節食品，同時也有加料粽出現。南北朝時有雜粽，唐代有糯米粽，宋代有艾草粽子，元代粽子則有季節限制，明代又出現了加料的豆沙、豬肉、松子仁、胡桃等粽子，清代則出現火樹粽子……。而台灣現有四種傳統粽，分別為：台灣粽子，又叫「燒肉粽」，也叫「八寶肉粽」；鹼粽，在台語叫「粳粽」，煮熟後放在冰箱冷藏又稱「冰粽」；粄粽，即客家粿粽；素粽，又稱菜粽。

現代人吃的好、動的少，造成慢性病的人口數不斷上升，且隨著一年一度的端午節即將到來，粽子更為端午佳節應景食品，但因地方習俗不同，粽子內餡各異，熱量及營養素差異極大，所以慢性病友對粽子的攝取需特別注意，提醒大家粽子健康飲食原則為「均衡攝取」、「吃得適量」、「搭配高纖」，選擇「少油」、「少鹽」、「少糖」、「多纖」的健康粽子。此外，提供下列小技巧，讓今年端午佳節在享受美味之餘，又能兼顧健康。

一、如何選購粽子

(1) 選購有廠名、廠址、生產日期的粽子。

(2) 若購買真空包裝的粽子，要查看是否有漏氣或鼓氣現象，如果有漏氣或鼓氣現象則不要購買。

(3) 觀察粽子形態。粽角端正，紮線鬆緊適當，無明顯露角，粽體無外露。剝去粽葉，粽體具有應有的色澤。無雜質，無夾生，不得有霉變、生蟲和其他外來污染物。

(4) 食用時若感到口味不正，即不要食用。粽子應具有粽葉、糯米及其他穀類食物應有的香味，不得有酸敗、發霉、發餿等異味。

二、粽子的鑑別

購買粽子時不要貪圖顏色鮮綠好看，用傳統風乾粽葉包製的粽子雖然顏色陳舊暗淡，但更加自然、安全。選購時，一要看外觀，「返青粽葉」色澤青綠，看上去很漂亮，然正常粽葉在製作過程中因經過高溫蒸煮，故顏色會發暗發黃才是；二要聞味道，「返青粽葉」包的粽子煮後粽香味不濃，反而有淡淡硫磺味；三可以看一看煮粽子的水，「返青粽葉」煮後水變綠，正常粽葉煮後水則會呈現淡黃色。

三、粽子的正確食用

(1) 粽子不好消化，因此食用粽子應注意適量，不要一次大量進食。

(2) 對於糖尿病人等特殊人群，可以根據身體情況選擇適合的品種。

(3) 對於散裝粽子應注意少量購買，或現吃現買，避免粽子變質，影響健康。

(4) 對於真空包裝類和速凍類粽子，購買後注意按照標籤所示保存方式保存，並按照標籤指示的食用方法加工食用。

中國的歷史悠久、文化綿長，傳統節慶的飲食也遠比其他國家來得繁複。雖然現代人總是忙於工作而忽略了飲食的重要，但端午節吃粽子、中秋節要吃月餅……等，這樣約定俗成的節慶飲食顯然已成為國人闔家歡度佳節的方式之一，除了延續中國優良節慶飲食文化，也更拉近了家人之間的情感。

腦血管病患飲食建議

營養科 陳曉茉營養師

根據行政院衛生署九十六年死因統計資料，腦血管疾病居十大死因的第三順位，腦血管疾病的介紹及飲食建議如下。

什麼是中風？

腦血管破裂或阻塞使血液無法輸送氧氣及養份至腦部，導致局部腦組織受損產生各種神經症狀，包括半側臉部或肢體麻痺、失去平衡、眩暈、神智不清、昏迷、說話困難、嘴歪、眼斜、流口水、劇烈頭痛、嘔吐。如有上述情形，應盡速就醫。

腦中風的起因



（本圖資料來源：行政院衛生署）

中風時的飲食

一、急性期飲食：

病患有昏迷或意識障礙，不能正常由口進食時，必須以鼻胃管管灌食供應營養。

應遵守營養醫囑上的灌食配方灌食。

二、恢復期飲食：

經吞嚥評估可以咀嚼、吞嚥的患者，酌情給予半流質飲食或軟質飲食，再逐步恢復為正常的飲食。

恢復為一般飲食之建議

一、控制體重

中風病患常因行動不便以致活動量降低，每天消耗的熱量減少，應限制熱量的攝取，維持體重、避免肥胖。

二、均衡的飲食



廣泛攝取六大類食物，包括五穀類、魚肉蛋豆類、奶類、水果類、蔬菜類及油脂類。均衡食用各類食物，「適量而不過量」。

三、少吃鹽份高的食物

過量的鹽份攝取會使體內水份滯留，引起血壓上升。食物調味宜清淡，勿太鹹，少吃罐頭及醃漬品。

四、減少飽和油脂攝取

多食用脂肪含量較少的魚肉、雞肉、瘦肉、豆類製品。烹調用油宜選擇植物油，避免使用豬油、牛油等動物性脂肪。

五、多吃高纖維的食物，養成良好的排便習慣

多吃富含纖維的食物，如各種蔬菜、水果、糙米、全穀類及豆類，可幫助排便、預防便秘、穩定血糖及降低血膽固醇。

六、適量水份攝取

避免脫水，造成血液濃縮而使腦循環變差。

七、不抽煙、不吸二手煙

香菸中的尼古丁會導致微血管收縮、阻礙血液循環，增加再度中風的機率。

八、節制飲酒

適量飲酒能幫助血液循環，但酗酒會影響正常飲食，導致營養不均及併發症。

九、少飲用含咖啡因飲料

咖啡、茶類、可樂等都是含大量咖啡因的飲料，應避免飲用。

結　語

腦血管疾病患者除以上飲食建議外，平日飲食原則必須依其疾病發病主因去作適當飲食調整，以預防疾病復發。

先天性心臟病科十周年病友慶生會

先天性心臟病科 陳豐霖主任

十年前，本院首先成立先天性心臟病科，來結合不同年齡層的先天性心臟病患。眼看打從胎兒診斷，出生後立即治療（有的在出生後二至五小時內），病發後搏命的新生兒，病弱的孩童，不吃肉、好動、智弱的學童，到心悸、心雜音、腦膿瘍的成人及心衰竭的老人，可以說先天性心臟病的發生是不分年齡的。多年的從醫經驗，使我深刻體驗早期診斷、早期治療，才是避免不好預後的好方法。

這十年來最小的患者是在出生後五小時即接受心導管進行肺動脈瓣擴張的寶寶，經由懷孕產檢時的胎兒心臟超音波診斷，出生後即立刻治療，無需開刀；現在該寶寶已經五歲了，是個健康、活潑的小美女。年紀最大的病患是七十八歲的老先生，他因心房中膈缺損造成心悸而接受心導管栓塞治療，不用麻醉而且手術風險小。而最有趣的情況是在「樂透彩」八億開獎聲中，我們同時檢查出病人罹患嚴重的主動脈弓中斷及心室中膈缺損，那一刻真是幾家歡樂幾家愁。



▲先天性心臟病科十周年病友慶生會（圖左一為陳豐霖主任）



▲病友慶生會實況

病情的反應，往往是醫生行醫的收穫。我們病友的媽媽常問我們：不吃肉是不是病？但經由手術將纏繞的血管鬆開後，患者竟主動要求要吃肉，這種轉變實在是太神奇了！而吃不吃肉、吃肉時會不會有哽喉的感覺等，也成為我問診的重點之一。

說到在校學習方面，我們的發現更難令人相信。當完整性血管環

的患者其智力竟會受到影響，而藉由手術治療可改善其學習能力及專心程度，此結果真是令人不可思議，但也是事實。

以上的經驗，給了我們相當多的學習，全體醫護人員也不斷求知求新，提升整個醫療團隊的水準。這十年間，我完成了博士學位，並受邀於外國演講、論文發表在專門的醫療期刊，更感光榮的是獲得美國心臟學院（American College of Cardiology）的認可，成為院士之一。

十年過去，經由服務病童與家屬的過程中，獲得許多寶貴的經驗與心得。企盼未來十年，在醫院大力支持與病患家屬支持下，我們能更趨向國際化，為社會大眾提供國際級的服務。

中山附醫實證醫學(EBM)競賽得獎感言

冠軍--皮膚科
參賽代表：蕭玉屏醫師、葉玉霖醫師、田佳平醫學生

蕭玉屏醫師

這次本科很幸運地在比賽中獲獎，大家心中的喜悅真是無以言喻！猶記當時楊仁宏教授以 e-mail 通知這項活動，我們還猶豫否認了幾天，後來在圖書館又遇到實證醫學中心張慧瑾副主任，心想既然逃避不了只好硬著頭皮報名參加。回想這次賽事，除了獲獎的雀躍外，最重要的是更深入學習到實證醫學文獻的搜尋及評讀！另外要特別感謝實證醫學中心用心舉辦這次活動，除了有好吃的點心及便當，在評審林隆堯院長、蔡崇弘主任、台中榮總謝祖怡醫師、曾立年醫師的意見中，我們學習到更多實證醫學的批判精神，頗有醍醐灌頂之感，在此分享一些參賽經驗。

競賽前兩週，每組都會先拿到兩個情境題，規定要設想三個以內的 PICO 表在比賽前繳交；今年的情境題一個是顱內血管瘤，另一個是披衣菌感染的相關問題。我們把握下班時間對情境題做各種可能的提問及初步背景資料查詢，並在實證醫學文獻搜尋，使用圖書館的學習知識平台，補足一些平時來不及參加的實證醫學資料庫教學，田佳平學妹也拿出實證醫學的上課講義作參考，葉育霖醫師則負責試算統計分析數據，團結力量大，我們嘗試在賽前多練習幾回對實證醫學資料庫文獻搜尋。

比賽前兩天，張慧瑾副主任還熱心地打電話給每一組，問我們在準備上有沒有問題（可能是怕我們開天窗吧！嘻嘻～）。然而，因我們不確定能否猜中指定的臨床問題，所以沒有事先製作 power point，以致競賽當天有點慌，因為要在短短一個半小時備齊資料並上台報告，其實是很趕的。我們的做法是，先擬好指定臨床問題的 PICO 表後，每個人先利用四十分鐘分別查詢所有實證醫學文獻資料庫並製作 power point，接著再利用十分鐘彼此交換意見，決定如何呈現找資料的過程、提出有用的文獻並嘗試評讀比較、嘗試外展查詢實證醫學資料庫外的 guideline 等，並盡量以圖表分析作結論，最後四十分鐘大家分工合作共同完成檔案，並嘗試以口語話的方式回答病患的問題。

今年本院共有九組參加競賽，大家皆全力以赴專注查詢資料，氣氛頗為緊張。我們也從其他各組的表現中學習到許多優點，如「睡眠中心」相當厲害，他們的內容幾乎都以圖表呈現，且會清楚地對文獻作一分析及批判，相當有條理；「內科組」

由實證醫學文獻的結論到對病人口語話解說上，表達相當流暢；「藥劑部」是唯一一組注意到要建議披衣菌感染病患的另一半也需接受抗生素治療;「護理部」的power point 圖文並茂，且對病人的衛教仔細親切；「耳鼻喉科」詳細解說查詢實證醫學文獻的過程分析；「骨科」對於檢查方式的比較分析相當具有邏輯性；「外科」在實證醫學文獻結論的決策分析上非常明確；「小兒科」在搜尋實證醫學文獻涉獵廣泛。

除此之外，評審的意見更是我們學習最多的地方，像林隆堯院長建議我們 PICO 的設定一定要有邏輯性，在決策分析上可嘗試以多種角度（如病人、病人家屬、健保局等等）來分析探討，也可部分參酌自己的經驗給予病人不同的建議強度；蔡崇弘主任幽默地建議大家在文獻的評讀上仍需多些批判的精神；榮總謝祖怡醫師建議 PICO 的 P 不要寫出歲數，要以病人的條件去搜尋文獻，且要查更新的文獻（因很多實證醫學次級文獻都是半年前或一年前的內容，需要更新到最新一兩個月的內容），對於文獻也要注意有無贊助的廠商，有贊助廠商的試驗結論也需要更多批判精神；榮總曾立年醫師也同樣建議我們不能全然接受實證醫學文獻內容，仍需多些嚴謹的批判。

這次我們都是第一次參加實證醫學競賽，因此仍有不少進步改進的空間。感謝實證醫學中心舉辦這個活動，也感謝科內平時就有一些實證醫學文獻評讀的訓練。期望我們未來能繼續努力，能更加熟悉應用實證醫學資源在臨床醫療上服務病人。



▲各科室報名踴躍

亞軍--中興醫院睡眠醫學中心
參賽代表：林朝加醫師、陳明輝臨床心理師、鍾瓊卉護理師

陳明輝臨床心理師

幾年前即聽過實證醫學，但真正接觸實證醫學則是從去年九月開始。

一開始我接觸實證醫學是有些猶豫的，畢竟在自己的專業領域裡，所接觸的訊息多數也來自實證研究的結果，在這醫療體系裡，又何需再創造個實證醫學，增加臨床工作者的負擔？在猶豫與好奇心的交戰下，好奇心暫且獲勝，畢竟實證醫學能在這滿是聰明人的醫療體系中占有一席之地，就值得一窺究竟，親自體驗一番。

就這樣，在好奇心的驅使下，我於去年九月參加某醫院舉辦的實證醫學研討會暨運用工作坊，接著於去年十一月參加亞太實證醫學聯盟研討會，後續也參加本院實證醫學中心種子教師的訓練迄今，這段約半年的時間，從一開始的好奇心到後來的謙卑學習，其過程與結果著實令我獲益良多。

實證醫學被簡單地定義為：「謹慎、明確、公正地使用現有的最佳證據來決定個別病患的照護決策。」這過程包括五個步驟：提出可以回答的問題、搜尋最佳證據、評讀證據、臨床應用及評估前面四個步驟。我頗為欣賞實證醫學的地方，其中之一就在於它提出了這五個簡單的步驟，藉由該步驟可達到引用實證資料來照顧病人的目的。在提出問題方面，實證醫學教導了 PICO 的提問步驟，這四個步驟分別為 P（病人或問題）、I（介入或暴露）、C（比較）及 O（臨床結果），藉由這四個步驟，可快速地提出適當的待解決問題，引導問題解決方向。在搜尋最佳證據方面，採實證醫學概念所建構的相關資料庫頗多，如何快速找到所要的證據是實證醫學訓練的另一個重點。目前院內實證醫學中心已經建立實證醫學資料庫（http://www.csh.org.tw/into/medline/default.htm），並將該資料庫內容分類，以利臨床工作者快速地找到所要的實證資料。

然而，我認為現在網路這麼發達，如果有相關議題的研究被發表，要找到該證據並不難，反而是如何評讀證據並整合所蒐集到的證據應用到臨床上才是較難的部分。臨床工作者常閱讀和自己專業有關的期刊研究報告，但可能因不同研究之間的研究方法不同、樣本不一或結論不一致，以致於不易將該研究結果應用於臨床工作上，例如：在一場工作坊中，唐金陵教授報告他發表於英國醫學雜誌（1994;308:21-6）的一篇研究，該研究整理了二十八個尼古丁口膠隨機對照試驗研究結果，綜合二十八個研究結果來看，使用尼古丁口膠的效果相對於對照組的率差從－3%至 26%不

等，這表示尼古丁口膠的治療效果在不同的研究中結果並不一致。如果我們僅依照研究等級來確認研究結果的可信度，可能會做出錯誤的判斷，例如：在治療方面，我們可能會認為隨機對照試驗（randomized controlled trial，以下簡稱 RCT）優於世代研究（cohort study），因此僅從一篇 RCT 研究的結果作為臨床處置的依據，誤判的可能性仍高。實證醫學訓練提醒我們，如果臨床工作時間不夠的話，可以從 Summaries 相關的資料庫找起（例如：ACP EBM solution、First consult 或 Clinical evidence），這些資料庫已有許多專家事先幫我們做好文獻評讀，並提出結論，我們只要取其結論應用於臨床即可（當然仍得抱持著謹慎、明確及公正的態度）。此外也可進一步參考 System review（例如：Cochrane Library 實證醫學資料庫）或尋找原始文獻（例如：MEDLINE 或 PubMed）。

實證醫學係站在科學的基礎上，協助我們解決臨床上的問題。在我的理解中，雖然實證醫學無法告訴我們真理為何，例如：什麼是絕對的對與錯、是與非，但它至少提供了一個工作平台，在這個工作平台中，我們用科學的方法與態度來檢驗搜尋到的證據。無效的治療方法，很難通過實證的考驗變得有效；反之，有效的治療方法也不易因某些人為或其他因素變得無效。事實上，有些過去被認為有效的治療方法，在實證醫學的平台上漸漸失去光環，有的甚至還成為有害的治療方法，例如：在另一場工作坊中，唐金陵教授報告臨床上常用的三千多種治療方法中，僅 15%肯定有益，23%很可能有益，8%利害相當，5%不太可能有益，4%很可能無益甚至有害，另外的 45%則效果不明；換句話說，這三千多種治療方法中，僅約四成的治療效果具實證支持，其餘六成要不就是效果不明，甚或可能有害。

實證醫學仍是個持續發展的領域，其影響力正逐漸擴大到不同的專業領域，包括護理界或法律學界等。今年三月台灣臨床心理學會年會也以「實證基礎的服務」為主題，探討臨床心理學實證基礎研究與服務的相關議題。我很感謝本院實證醫學中心提供有關實證醫學的訓練課程，包括：實證醫學概念與技巧、實證醫學資料庫的使用，以及如何整合病人的期待或價值觀，並將實證醫學應用於病人身上。這些專業技能一直是我過去學習中所欠缺的，很高興有這機會可以補足這方面的訓練。最後，實證醫學整合了多方面的技能，除了不斷熟習這些技能外，更重要的是將這些技能應用於自己的專業生涯之中。從提問→搜尋證據→批判證據→應用於臨床病人身上→再提問……的循環中，讓自己的專業持續地成長，也讓病人獲得更有保障的服務。

季軍--內科部
參賽代表：陳依伶醫師、崔東霖醫師、梁培英醫師

崔東霖醫師

九十七年四月十二日是中山醫學大學附設醫院實證醫學中心舉辦第一屆實證醫學（Evidence-Based Medicine, EBM）競賽的日子，也是我結婚宴客的大喜之日，這次幸運獲得季軍，鑑於 EBM 已是醫院發展重點項目，在此提出自己的心路歷程與大家分享。

比賽之前

四月初，內科部黃建寧主任詢問我是否願意隨同組隊參賽，抱著好玩又能與同伴並肩作戰的心態，便一口答應，未料到報名截止後才發現當天也是我結婚宴客的大喜之日。

在公告的競賽辦法中，發布了兩個臨床情境題，初看這兩個臨床情境，凡看過者都覺得要再好好想想，經過幾天醞釀，以假設自己是患者的心情，透過腦力激盪及組員之間的互動，初步就各情境擬定三個問題，隨著比賽日接近，我和組長陳依伶醫師以及另一位組員梁培英醫師進行多方討論，撇開值班、開會以及籌備我的婚禮，能抽空約齊大家見面討論的機會並不多，不過還是盡量挪出空檔聚會，不斷就情境的描述模擬、討論、修改並制定檢索策略。

我負責將簡報的題綱與整個架構設立，並就兩個情境各擬定三個問題，後來實證醫學中心張慧瑾副主任才告知到時候只需就其中一個情境加以探討。我們討論過後，決定選擇顱內血管瘤的臨床情境來深入研究。陳依伶醫師將可能的關鍵詞搜尋語法串聯，並利用各種資料庫作搜尋與整理，找出所需資料並進行評讀；梁培英醫師則不斷嘗試最佳搜尋策略與模式，把預設的三個 PICO 各自進行演練。

在賽前不到兩週的實況模擬練習中，我們不時相聚討論或以電子郵件互相聯繫，彼此檢視檢索方式、修正檢索語彙及解決在資料庫檢索過程中的困惑。大家都曾因所設的 PICO 無法找到直接契合的文獻，難以取捨相當接近的文獻導致士氣低落。儘管如此，我們仍抓緊時間聚集討論，在賽前一兩天密集確認簡報架構、檢索策略、詞彙及所擬定的 PICO。在比賽前的那個星期五，我們甚至不回家，把握最後一晚不斷研讀文獻，將報告進行修改、潤飾與佈局；為免萬一，我們決定各自帶著自己的隨身硬碟，備份所有整理收集的文獻資料檔案。

比賽中，外展蒐尋突破

比賽當天起了一個大早，從值班室出發到醫院行政大樓四樓的比賽會場，結果我們竟然還不是第一個到達比賽現場的，早有一些參賽選手正如火如荼熱烈討論著，等到可以進入電腦教室時，本組已全員到齊。



▲競賽現場戰況激烈

由於在賽前我們已將所擬的三個 PICO 繳出，比賽開始公布競賽指定的兩個情境以及相對應的 PICO，我們如賽前策劃選擇了顱內血管瘤的臨床情境，在一小時內完成檢索及簡報製作。一就定位後，我們便開始確認題目及作答，先以 up-to-date 作為整個疾病與症狀的綜觀後，再以 PubMed、Medline 與 Cochrane Library 三大資料庫為主，選擇內有疾病陳述的 PICO 並確認所要使用的檢索詞彙後，便分頭至資料庫中搜尋；當所設定的顱內血管瘤、死亡、頭痛和基因遺傳的相關語彙的交集為零後，我們將條件外展為顱內血管瘤及預後，以對於顱內血管瘤大規模流行病學研究與預後分析及建議的相關文獻為報告所依，將書目資料仔細統整參考文獻呈現，在結束前數分鐘，審視一遍所要繳交的簡報檔。先有一個綜觀後，再深入探討並提出證據解答指定的 PICO 問題，最後以病人口吻來解釋及回答病人的問題，以循序漸進的方式完成整個 PICO 的分析。

上午十點起開始報告，每組十分鐘，在第七、九及十分鐘時響鈴提醒，超過十分鐘仍未結束以零分計算。本組第三個上場，我盡可能以清楚流利地語氣講述文獻查證的步驟及結果，最後一分鐘以病人口吻解釋與回答病人的問題，以及病人應注意的問題和病人所擁有的選擇。

十組報告完畢，評審進行講評，隨即宣布優勝組別。首先公布第三名，就是我們這一組；當得知獲得第三名的一刻，心情是平靜的，很高興獲獎卻也不會因未獲

冠軍或亞軍而感到失望，因為在聽完所有組別的報告後，我與組長及另一位組員大致有共識，且我們預測的冠亞軍名單竟與公布的名次完全相同。

很高興我們的努力成果獲得評審認同，付出有了回報。在這次的經驗中，我們知道要怎樣在實證醫學界中追求完美，整個團隊精神也讓人深受感動。下一屆實證醫學競賽我還要參加，因為我相信以實證為基礎的臨床決策，則其個人照護將是醫療品質最佳化！

志工自強活動：九斗村生機農場一日遊
心情小詩

志工 蔡榮杉

中年少年手牽手　山川水秀賞悅目
安平出遊樂返家　寧靜新身放萬緣
志願服務用真心　工作平等無高低
旅遊一程瞬眼過　遊悠自在心寬量
桃花櫻梅艷陽天　園裡綠青古民風
新人舊人皆同心　屋上天蓋本一家
九九常常為病患　斗膽心細愛患者
休身修心神秉舒　閒來無事悟理路
有朋千里來相會　機緣成熟當志工
農忙用心健康餐　場合一歡永銘心



腰酸背痛不一定是骨刺壓迫神經

公關室

腰背疼痛幾乎是每個人都曾有的經驗，大都是姿勢不良所造成的，只要稍作休息即可緩解。然部分病患在休息後症狀並無改善，則需考慮是否已有腰椎病變或骨刺所導致的坐骨神經痛，此類病患可接受藥物或復健治療，嚴重者才需進行手術。但也並非所有的坐骨神經痛均是骨刺壓迫所造成，有些病患是因血管狹窄造成下肢循環不良，如此也會有類似坐骨神經痛的症狀出現，特徵是無法長距離行走，甚至步行少於五十公尺下肢即出現如刀割般的疼痛，需以輪椅代步，造成日常生活上的困擾。

本院即有位病例治療的結果值得提供參考。一位五十八歲的中年婦女，三年前因長期下背及右下肢麻痛、無力導致無法行走，曾至兩家醫院應診後，皆被診斷為骨刺壓迫神經，最後接受腰椎固定手術，然術後症狀並無改善，反而更行嚴重，終究還是無法行走須以輪椅代步。由於患者右下肢冰冷的症狀在夜間更為明顯，臀部至大腿之間甚至還出現有如刀割般疼痛、無法入眠並有憂鬱症之傾向，最後轉至本院求診，院方安排進行核子醫學造影檢查，才發現疼痛是因右下肢缺血所致。院方運用中樞神經刺激手術，將電極片置入脊髓部位予以治療，目前患者不但可自行走路，也可做家事，以往有如刀割之疼痛也消失了！由於中樞神經刺激除了直接抑制疼痛訊號的輸入，並增加血流量，進而改善下肢循環不良的症狀，將可避免日後截肢的悲劇。

隨著飲食之西化，血管硬化人口比例增加，導致周邊動脈阻塞，造成病患肢體缺血，輕者無法長距離行走，重者疼痛甚至組織壞死而截肢。周邊動脈阻塞依程度的不同分為四級，從第一級肢體冰冷、酸麻，第二級即有行走上的困難，第三級連休息時也會疼痛，尤其在夜間睡覺時更加明顯，最嚴重者出現不可逆性的壞死及潰瘍，此時則必須截肢。不管是哪一個階段，都會造成病人及家屬相當程度的困擾及痛苦。而本院此案例屬第三級，而經治療後患者幾乎已完全復原。

紅斑性狼瘡造成的血管炎

公關室

四十二歲賴小姐，從二十幾歲開始，每到冬天就容易手腳指尖暗紅發紺，甚至變成暗紫色。天冷時，手腳血管紋路會像蜘蛛網一樣特別明顯，時常月經出血量過多，檢查後只知道血小板較低，拖了好多年查不出原因，直到後來出現典型的臉頰紅斑、水腫及尿蛋白，才被風濕過敏免疫科醫師查出原來是紅斑性狼瘡造成的血管炎所致。

本院風濕過敏免疫科魏正宗主任表示，紅斑性狼瘡好發於年輕女性，病人常隨著天氣有不同的症狀表現，冬天時特別容易出現手腳暗紅發紺的「雷諾氏現象」與「網狀青斑」，夏天曬太陽後則容易出現光敏感及臉頰紅斑。最近寒流頻頻，許多病症紛紛現形，特別是血液循環不好、指尖暗紅發紺、手腳皮膚會出現花花的蜘蛛網狀的血管紋，常常是發病的前兆，嚴重時可能導致皮膚潰瘍、壞疽。

全身性紅斑狼瘡臨床表現非常詭異多變，每個患者的情況都不一樣，因此常被病人本身甚至臨床醫師忽略或誤診。常見的症狀及病徵為臉部及皮膚紅斑、口腔潰瘍、血管炎、紫斑、掉頭髮、關節痛、發燒、貧血、白血球偏低、水腫、蛋白尿、雷諾氏現象（手指末梢遇冷時改變顏色），甚至侵犯腦部、心肺……等等。此病的特徵就是會造成全身上下多種器官的侵犯，像是關節、血管、腎臟、神經系統等，所以稱為「全身性紅斑狼瘡」或「系統性紅斑性狼瘡」。

紅斑狼瘡的治療以免疫調節劑為主，免疫調節劑中，奎寧（必賴克瘦）是治療紅斑狼瘡最基本的藥，但在急性期仍需使用類固醇與免疫抑制劑。除了免疫調節，病友需注意生活型態的調整，如生活規律、避免曬太陽、避免壓力、健康飲食、適度運動、絕對戒煙等。近年來，針對自體免疫疾病特有的免疫訊息或分子，科學家設計出的各種生物製劑相繼問市，這些新藥可以有如定向導彈般精確地描準異常的免疫分子，而不會傷害正常細胞，稱為免疫標靶療法，是治療紅斑狼瘡及其他自體免疫疾病的新希望。

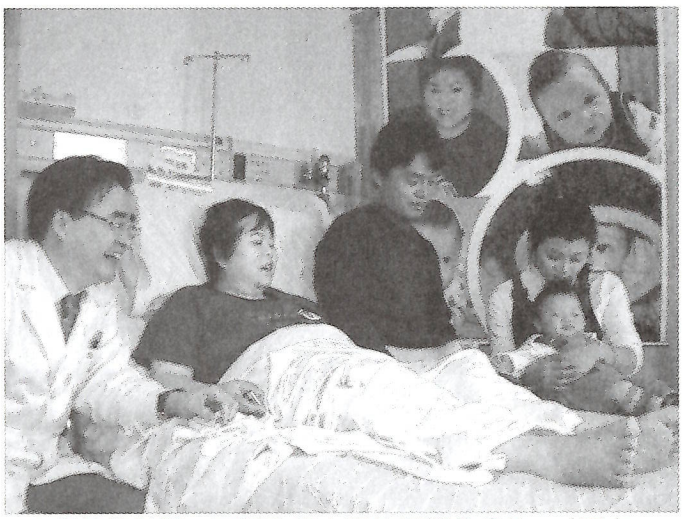
安寧病房巨幅嬰兒照為癌末奶奶加油

公關室

最近在中山安寧病房十一樓健保病房裡，懸掛起一大幅高約二米、寬九十公分的可愛嬰兒照片，乍看下還以為是嬰兒奶粉廣告，讓人納悶這怎會出現在安寧病房內！原來是安寧病房癌末病人李梅菊女士去年曾許下心願，希望在有生之年能看到長子結婚、生子，結果願望一一實現，她也很快升級當上奶奶，而年後李女士因敗血症再度住進安寧病房，住院期間對這寶貝孫子分外想念，孝順的長子遂以此方法稍解母親的思孫之情。

李梅菊是 1960 年出生，為雙側乳癌及子宮頸癌病人，於民國九十至九十一年接受開刀治療，九十四年七月因左側乳房疼痛厲害，至本院急診求治，經過安寧共同照護會診後，轉安寧緩和病房接受疼痛控制，之後陸續入住安寧緩和病房，每次住院大約一至二星期左右，症狀一緩和就出院接受安寧居家照護。期間並於一般病房住院三次，當中有兩次從鬼門關前被拉了回來。最嚴重的一次是子宮頸癌舊傷口突然大量出血，經過緊急送入開刀房止血後才救回一命。

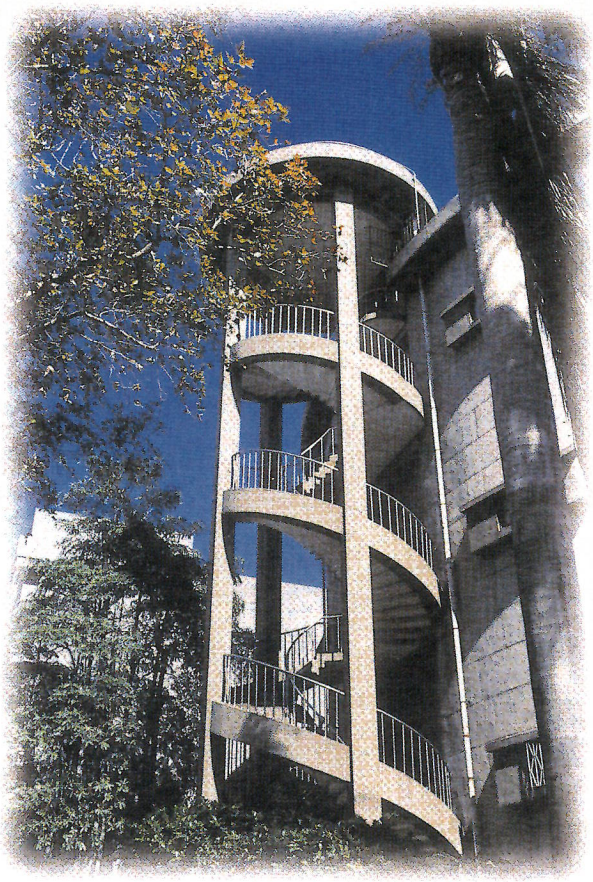
李女士生病後，家中長子便一肩扛起家計，平日在廣告公司上班，雖收入有限，但他看到母親日夜思念孫子，於是將寶貝兒子精采可愛的照片放大輸出成巨幅廣告看板，然因母親住的健保病房空間有限，於是他想到將巨幅照片從天花板懸吊垂掛下來，如此即可讓母親天天看到愛孫，安慰母親的病痛。此舉吸引很多病人與護理人員前來參觀，大家也極力稱讚李女士兒子的創意與孝心。



▲親情的鼓勵，可幫助病人抵抗極端的痛苦。（圖左一為本院安寧病房周希誠主任，右為李梅菊女士及其家屬。）

事實上，李女士在確定罹患癌症後，即因心情惡劣導致鬱悶加重而患有重度憂鬱症。慶幸一路走來皆有親人陪伴走過低潮，並協助到醫院陸續求診，改善不適症狀。這些親人都是李女士今生最大的貴人，也是她這輩子最愛、最感激的人。

本院安寧病房周希誠主任指出，根據他照顧過一千多名癌末病人的經驗，「幸福的感覺」對病人來說非常重要，因為可以協助病人抵抗極端的痛苦，並讓病人覺得活得有價值，就像李女士的兒子所做的事情，讓病人除了接受醫療外，還有親情的鼓勵，使得李女士這次又從「敗血症」的鬼門關前繞了一圈回來，終於準備高高興興出院回家了。



中山醫刊　第四十二卷第三期
Chung Shan Medical News
董事長：周汝川
發行人：陳家玉
編輯委員會：
主任委員：蔡宗博
主　　編：許績男、游顯妹、姜秋月、蔡敏鈴
執行編輯：中山醫學大學教務處研教出版組
中華民國九十七年六月二十日出版
中山醫學大學附設醫學中心
◆大慶院區
台中市402南區建國北路一段110號
◆中港院區
台中市403西區台中港路一段23號
◆文心院區
台中市402南區建國北路一段110號
◆中山醫學大學復健醫院
台中市406北屯區太原路三段1142號
行政院新聞局登記證局版台誌第4483號
印刷廠：精明事業有限公司
電話：(04)24756462
研教出版組聯絡電話：(04)24730022分機11100轉51
E-mail：cs11172@csmu.edu.tw