



中國醫藥大學附設醫院 醫療體系

CHINA MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL SYSTEM

宗旨 促進人類健康基本人權

價值 以病人為尊、以員工為重、以醫院為榮

使命 1. 提供卓越及全人醫療服務
2. 發揮大學醫院教學、研究功能
3. 推廣中國醫療特色，促進中醫藥現代化

願景 成為世界一流的中、西醫學中心

目標 建立全人、優質、安全之醫療環境

成為急難重症及癌症醫學中心

強化管理、建立中國醫療體系

發展全人醫學教育，培養全員學習能力

結合大學資源，致力本土化及優質化研究

發展國際醫療服務，提昇國際醫療地位



■中國醫藥大學附設醫院



■中國醫藥大學



■北港附設醫院



■地利門診部



■中國醫藥大學兒童醫院



■虎尾農會附設中西聯合門診



■豐原分院



■臺灣臺中監獄附設培德醫院



■豐原醫務室



■臺南市立安南醫院



■臺中東區分院



■草屯分院



■臺北分院



■中科員工診所

中國醫訊 172

蔡長海題

看醫療之廣 · 取健康之鑰 · 品生命之美

健康 關懷 創新 卓越 | 2017 11月

蔡長海董事長

迎接醫療新時代挑戰 為人類創造更好未來

周德陽院長

跨出改變一大步 邁向壯闊新願景

心 · 新療法

中國附醫引進治療心血管疾病的最新方法
經導管二尖瓣逆流修補術、無導線節律器
可即時打通急性血管阻塞的EKOS溶栓術
能兼治心房顫動與預防中風的二合一手術
心臟幹細胞再生醫學臨床試驗也在規劃中
心臟血管系醫療團隊用心為您護心與救心



本院南投縣信義鄉地利門診部

到宅醫療服務播撒溫情滿原鄉



中國醫藥大學附設醫院
China Medical University Hospital

中國醫訊

November 2017 No.172

中國醫療體系月刊

發行人 蔡長海
社長 周德陽
副社長 林瑞模 吳錫金
顧問 許重義 陳明豐
總編輯 沈茂忠
副總編輯 方信元 李文源 孫茂峰 楊麗慧
主編 陳于嬌
編輯委員 田霓 李育臣 呂孟純 何茂旺 林彩玟 林聖興 洪靜琦 陳安琪 陳素靜 陳靜儀 莊春珍 張美滿 黃郁智 蔡彥璋 蔡教仁 劉孟麗 劉淳儀
美術編輯 盧秀禎
美術設計/印刷 昱盛印刷事業有限公司
創刊日期 民國92年8月1日
出刊日期 民國106年11月1日
發行所 中國醫藥大學附設醫院
地址 404 台中市北區育德路2號
電話 04-22052121轉4923
網址 <http://cmuh.tw>
投稿/讀者意見信箱 a4887@mail.cmuh.org.tw

cmuh.tw



中國醫訊

編輯檯

時間從來不會為誰停留，很快的，又到了中國醫藥大學附設醫院37週年院慶。彷彿不久前才說醫院的成長就如同人的成長，「三十而立」，未料一轉眼，不惑之齡已迫在眉睫。

中國附醫每年院慶，蔡長海董事長都會透過本刊對同仁多所期勉，並揭櫫校院與機構的願景及未來目標，鼓勵大家攜手奮進；周德陽院長也會說明醫院過去一年來的努力成果與當前的發展重點，讓忙碌於本身工作的同仁不致與團隊脫節，今年自不例外。在編輯時，重溫董事長、院長近幾年來的院慶談話，清楚可見中國附醫與時俱進的軌跡，也不由得好奇在「10年500億」的鴻圖偉略之下，10年後的中國醫藥大學暨醫療體系又會創造什麼樣的奇蹟？

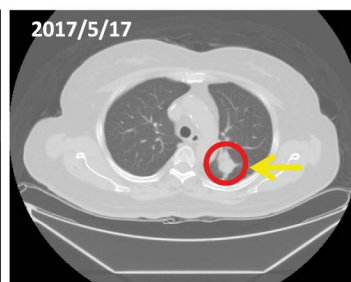
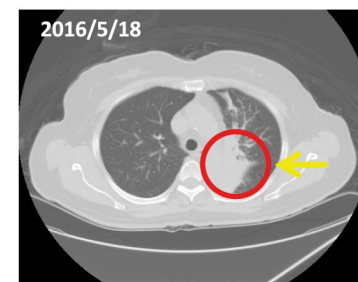
「以醫院為榮」，是很多同仁共有的感受，當民眾一有病痛就想到中國附醫，這是中國附醫的榮耀，也是所有員工的榮耀，而任職於此一守護生命與健康的醫療重鎮，即使只是小小螺絲釘也必須確實拴緊，注意每個細節，才能發揮應有的功能與貢獻。

這次的醫療衛教是以心臟血管疾病為主軸，內科部心臟血管系的醫師們介紹了多種最新療法，可突破瓶頸改善預後。時間的洪流足以改變一切，所以大家切莫因病而絕望，柳暗花明又一村的故事在醫療這個領域早已不勝枚舉。

另有多篇文章極具可讀性，例如本院地利門診部對南投縣信義鄉居民的到宅醫療服務，以及醫院發起認購水梨幫助梨山果農，有志工又把所購水梨分贈弱勢民眾等等，都讓人心底暖洋洋的。此外，本刊總編輯沈茂忠醫師分享他年滿65歲的幸福感，也提醒了我們一定要健康的老化、優雅的老化。歲月匆匆，請提早開始準備吧！

精準醫療打敗肺癌 肺癌團隊肺盡心思

- 以低輻射劑量電腦斷層篩檢肺癌明察秋毫
- 支氣管鏡檢中心獲SNQ國家品質標章認證
- 個人化精準醫療訂做專屬優質的治療計畫
- 整合多專科團隊提供病友專業親切的照護
- 投入全球新藥研究助病友尋求治療新契機



精準醫療使肺部腫瘤縮小



胸腔鏡手術 (傷口小、恢復快) 標準開胸手術 (傷口大、恢復慢)



達文西機器人手臂手術

胸腔腫瘤科：癌症中心大樓291、292、293診
胸腔內科：立夫醫療大樓223、225診



領航珠璣：董事長的話

- 03 迎接醫療新時代挑戰
為人類創造更好未來

文／蔡長海

37週年院慶：院長感言

- 05 跨出改變一大步 邁向壯闊新願景

文／周德陽

榮耀之路

- 07 本院4位醫療人員
榮獲中國醫藥大學「臨床醫學教育貢獻獎」

文／吳嵩山

醫療之窗：心・新療法

- 09 修補破損的心 幹細胞療法眾望所歸

文／蕭連城、張坤正

- 11 經導管二尖瓣逆流修補術
免開心瓣膜手術的新進展

文／張詩聖、傅雲慶

- 14 裝置無導線節律器 併發症大幅減少

文・圖／吳宏彬、林國宏

- 16 EKOS溶栓術 即時打通急性血管阻塞

文・圖／徐中和

- 18 冰與火的戰爭 解決心房顫動兩大絕招

文・圖／林晏年

- 20 房顫消融+左心耳封堵
二合一手術突破治療瓶頸

文／林晏年

體系大觀

- 21 本院地利門診部到宅醫療 播撒溫情滿原鄉

文・圖／胡松林、全曉雯、全詩潔

陽光筆記

- 26 愛在颱風後 梨梨都是愛

文・圖／蔡教仁、秦嗣宏

- 28 老吾老的一天 陪獨居長輩歡樂用餐

文・圖／秦嗣宏

- 30 手牽手 不放手
本院志工關懷瑪利亞的朋友們

文・圖／秦嗣宏

中醫天地

- 33 我的孩子是性早熟嗎？

文／林怡君

- 35 針灸參與安寧療護 陪末期患者最後一程

文・圖／洪瑞鴻



分享平台

- 37 無極之美：趙無極回顧展
視覺與心靈的豐富饗宴
文／編輯部

- 38 65歲的幸福感
文・圖／沈戊忠

身心迷思

- 40 吃老有三壞？
老化的自然生理變化與調適
文・圖／谷大為

新聞集錦

- 43 中國附醫直腸癌卓越團隊
微創手術保肛率高達95%
文／編輯部
- 44 對抗大腸癌 中醫搭把手
文／編輯部
- 45 跟著基因突變走 肺癌標靶治療更有效
文／編輯部
- 47 3D電燒終結心房顫動 婦人換心重獲新生
文／編輯部

藥物園地

- 48 治療先天性心臟病 用藥應注意事項
文・圖／陳淑姿

飲食養生

- 50 醃與糖之間 怎麼吃才對？
文／劉上宇

樂活生醫

- 53 護佑人類健康 精準醫療銳不可擋
文／莊逸涵

衛福情報

- 55 女嬰罹患先天性德國麻疹症候群
給育齡婦女的警示
文／編輯部
- 56 吃的下・吃的夠・吃的對
銀髮族的營養3大目標
文／編輯部



迎接醫療新時代挑戰 為人類創造更好未來

文／中國醫藥大學暨醫療體系 董事長 蔡長海

37年，1萬3500多個日子，是中國醫藥大學附設醫院陪伴中部民眾一起走過的歲月。臺中市已躍升為臺灣第2大城，278萬人口中，有多少人是本院出生，又有多少人曾經接受我們的醫療處置與健康照護？這是難以估算的數字，在日復一日的守護中，我們必須變得更強大，才能承載今後更多的託付，也才能為民眾打造一個更理想的醫療後盾。

因此，在中國附醫37歲生日的這一天，我要向全體同仁經年累月的辛勞付出致上由衷感謝，也請大家繼續用心守護病人，要建立醫療特色，要發展尖端醫療，要加強友善服務，要成為更卓越優秀的國際一流醫學中心。同仁們一定要記住，這個機構是我們的安身立命之所，機構好，大家都會跟著好，而共創團隊榮耀，不僅是工作價值的體現，也是幸福感與成就感的來源。

勇敢改變快樂創新才能實現夢想

在追求卓越的道路上，因循守舊是最大的絆腳石，多年前，我就不斷提醒同仁置身於科技發展一日千里的時代，必須勇敢改變，快樂創新，改變可讓我們與時俱進，立於不敗，創新能讓我們超越今天，實現夢想。

我最近參加了「2017醫療機構CEO論壇」，論壇主題是醫療4.0的整合與契機。所謂醫療4.0，也就是醫療產業的第4次革命，是運用科技彌補傳統醫療照護的不足之處。按醫療的演進歷程，醫療1.0是消毒與殺菌，醫療2.0是微創治療，醫療3.0是電腦斷層、磁共振造影及導航儀引導治療，醫療4.0則是物聯網、大數據、人工智慧（AI）、雲端運算與基因定序的結合。臺灣目前正處於由醫療3.0銜接醫療4.0的階段，從醫院對改善軟硬體設備所投注的心血，同仁們應不難發現，智慧化的發展將為醫療開啟一個嶄新的局面，這也是我們今後在創新之路必須面對的挑戰。

建構智慧化的服務、醫療與診斷

近幾年來，我們建構智慧醫院的成果豐碩。在服務方面，從醫院大廳、智慧病房、智慧護理與智慧藥局到相關的監控感測等，已連續兩年榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會的「智慧醫院標章」。在治療發展、輔助診斷、醫療器材方面，我們也一再提升團隊戰力，包括成立精準醫學中心、大數據中心、人工智慧中心，以及推動幹細胞治療與免疫細胞治療等。

精準醫學中心的全外顯子基因體定序基因檢測人體的2萬多個基因，可據以分析罹

患癌症、罕見疾病與各種遺傳疾病的機率；大數據中心整合臨床資料，發展創新照護模式；還有3D列印醫療器材、將醫療影像分析系統應用於手術導航機器人，以及結盟多家科技廠商分別研發的前瞻性智慧復健產品等，都可為人類健康帶來更大的福祉。

我們規劃中的新竹健康產業園區，主要設備也將導入智慧系統，例如可主動蒐集每分鐘用電量資訊的雲端化數位電表，具備監視器與Wi-Fi無線上網功能且採用太陽能供電設計的智慧路燈，對電力、空調、給水與鍋爐的全方位智慧環境監控，以及智慧停車管理、智慧尋車系統等，便捷科技無所不在。位於新竹健康產業園區內的中國醫藥大學新竹附設醫院，預定明年12月之前開幕，亦全盤採取智慧化升級，涵蓋智慧門診導航、智慧醫療、智慧護理、智慧病房、智慧藥局等，將是一所用新思維與新設計建構而成的最先進的智慧醫院。

大家要緊跟科技的腳步用心學習

人工智慧潛力無窮，對醫療與生活都會產生很大的影響，如今風雲初起，推估10年後的醫療，可以預見的是看病更方便，診治更精準，住院設備更好，住院時間更短，出院回家後的遠距健康照護更周全，相對的結果則是病人更滿意，醫療人員的時間更能有效運用、工作更穩定也更有成就感。大勢所趨，醫院的每一份子都無法置身事外，必須緊跟科技的腳步，用心學習，醫院也應加強員工的再教育，追求共同成長。

傑出的管理學大師彼得聖吉曾說：「人抗拒的不是改變，而是被改變」，其理在於一般人害怕改變，認為改變是痛苦的，但成

功的人不但勇於改變，並且能夠適時改變，因為他們相信這世界唯一不變的就是變，有改變才有機會。這就是我經常提醒大家的，不要安於現狀，唯有想要改變且能切實執行，才有辦法超越現在的自己，並在團隊中創造獨特的價值。

同仁的待遇及福利都會越來越好

由於醫療品質廣受民眾信賴，中國附醫的病人一年比一年多，同仁們的忙碌與壓力，我都看在眼裡也放在心上，因此我們的「10年500億」計畫，除了用於水湳國際健康產業園區、新竹健康產業園區、國際癌症醫院的開發興建，以及人才的遴聘培訓與創新研發的推動之外，還包括員工待遇與福利的提升。

行政院宣布軍公教明年調薪3%，我們也會跟進，但調薪並非人人有獎的齊頭式平等，而須視個人工作表現而定，表現優異的同仁調薪幅度將高於3%，以收激勵之效。

共同為機構及人類創造美好未來

37年前的11月16日，中國醫藥大學附設醫院正式開幕，原本孤立在育德路上的一棟8層醫療大樓，現已擴張為連綿廣闊的院區並帶動四周繁榮商圈，各體系醫院與水湳國際健康產業園區、新竹健康產業園區等兩大願景工程，未來都會對國家社會做出更大的貢獻。

我們一步一步地創造了屬於自己的歷史，也在臺灣的醫療發展史上留下燦爛的一頁，期盼全體同仁團結合作，群策群力，為中國醫藥大學附設醫院創造更輝煌的成績，也為人類創造更美好的未來。🌟

跨出改變一大步 邁向壯闊新願景

文／中國醫藥大學附設醫院 院長 周德陽



中國醫藥大學附設醫院正值轉型期，為了強化體質，完善制度，提升成長能量，近一年來在內部做了大幅度的溫和改革，一是薪資校正，二是組織再造。相信在改革完全就緒，波瀾歸於平靜的時候，我們必能在這個新的框架上，放飛夢想，催動願景，與中國醫藥大學暨醫療體系穩健同行，並做其最堅強的後盾。

薪資雙重校正，建立標準制度

在薪資校正方面，本院隨著人事更迭，員工日增，總數已近5000大關，再加上體系醫院，如同「千軍萬馬」，過去的基本薪資核定方式已出現亂象，必須使其統一化與制度化。有了標準平台，體系醫院之間若有人員調動，才能暢行無礙，減少無謂的困擾。

薪資校正的另一重點是參考市場行情進行調整，即使未能高於同儕，至少也要旗鼓相當。如此一來，醫院財務支出難免大增，

但這是留才育才的必要之舉，更何況提高員工待遇一直是我們的重點政策。

推動組織再造，打破扁平結構

在組織再造方面，37年來，中國附醫由小而大的過程中，有不少單位是因應業務發展而機動增設，致使原本的組織結構太過扁平化，不僅影響工作效能，升遷機會有限，中間主管容易斷層，也可能造成責任負擔輕重失衡。以護理部為例，有的病房超過80床，這麼大的單位只設一位護理長當然是不夠的，必須要有副護理長及小組長的協助，照護品質才能讓病人滿意。

我們的組織再造就是要打破扁平化的結構，重塑為金字塔化，明確劃分各層級的職責，晉升則依工作表現與實際需求而定，同事如果離職，也立即有人可以接手，避免青黃不接。實施至今，有些部門已增加小主管的缺額，長年原地踏步的同仁因而獲得擢升，也讓新進同仁覺得未來是有指望的。

兩大改革並行，成效明顯可見

薪資校正與組織再造相輔相成，是個大工程，不能躁進，我們推動一年多來，成效相當明顯。以藥劑部為例，藥師薪資參考市場行情予以校正之後，今年的藥師招聘格外順利，幾乎沒有什麼缺額，人力充裕，藥事服務品質自然跟著提高。此外，護理師的流動率也已顯著減緩，人事安定，是改善臨床照護品質的一大助力。

然而，醫院內部行政升遷的空缺畢竟不會太多，同仁應做好自己的職涯規畫，目前多項醫療專業都訂有職級進階辦法，大家若能先從技術進階來充實本身條件，再加上敬業樂群，勇於任事，那麼就如囊中之錐，機會一到必可脫穎而出。

充裕菁英人才，當前關鍵任務

無論薪資校正或組織再造，都是我們留住人才、延攬人才很重要的一步。眾所皆知，中國醫藥大學暨醫療體系在蔡長海董事長的領導下呈現飛躍式的成長，經營版圖早就跳脫了單純的醫療，正大舉進軍生醫產業、大數據、3D列印醫療器材與人工智慧等等，新竹健康產業園區與臺中水湳國際健康產業園區蓄勢待發，尤其新竹附設醫院再過1年即將開幕，所以真的是求才若渴，而且求的是跨領域的人才，期能集眾人之力幫助機構乘風破浪航向未來。

中國附醫身為體系醫院的龍頭，對人才的培訓、延攬與支援都背負著重責大任，為了廣尋人才，經營團隊已卯足全力，日後還將實施科部主任的任期制，以活絡人事的新

陳代謝，表現優秀者可獲連任，而評估要點之一就是3年任內培訓與延攬人才的成果，以及對科部未來發展的規畫，相關的配套措施仍在研擬中。

感謝同仁努力，我們必能更好

改變制度雖有風險，但只要熬過陣痛期，能量就會爆發。我是不畏改變制度的人，深知要從「自然成長」演進為「快速成長」，就必須勇於改變，並且是大幅度的改變，否則只是根據現有框架修修補補，就像小孩長大了，已經嫌小的衣服再怎麼放寬拉長，穿上身仍是捉襟見肘。感謝蔡董事長，他的支持讓我們有勇氣改變，也有資源可以改變，越變越好則是我們必須交出的成績單。

時值本院37週年院慶，各位同仁，謝謝你們的合作，謝謝你們的努力，醫院朝著正確的方向走，相信到了40院慶的那一天，迎接我們的必將是更加壯闊的美景。🌍



本院4位醫療人員 榮獲中國醫藥大學 「臨床醫學教育貢獻獎」



文／中國醫藥大學 公共關係中心 主任 吳嵩山

中國醫藥大學2017年「臨床醫學教育貢獻獎」評選揭曉，在專業領域表現優異的張穎宜醫師、陳泮耀醫師，謝右文藥師及廖惠娟護理師等4人脫穎而出，李文華校長於9月13日行政會議上公開表揚，各頒發獎杯1座及獎金10萬元。

4位得獎人的傑出事蹟如下：

●張穎宜醫師

本院實證醫學中心主任及婦產部微創內視鏡科主任。張穎宜主任多年來積極推動院內實證醫學，每週親自指導不同科別的醫師，協助他們了解如何將實證醫學導

入臨床。在臨床教學的課程設計上，以啟發式教學為主體，藉由臨床實際個案引導學生思考，並融入基因科技與新的醫療診斷與治療方式、醫學倫理，以及各國醫療系統的差異，讓學生理解全人照護與個人化醫療的精神。

張主任也參與醫學臨床技能訓練、實習醫學生客觀結構式臨床技能測驗（OSCE）訓練及考試作業，並擔任婦產部出題委員與評分考官，同時參與國家臨床技能訓練的題庫建置，亦為國家臨床技能訓練的評分考官。



李文華校長（左4）、陳偉德校務顧問（左1）與4位得獎人：謝右文主任（左2）、廖惠娟督導（左3）、張穎宜主任（左5）、陳泮耀醫師（左6）。（攝影／吳嵩山）

●陳宏耀醫師

本院內科部消化系主治醫師與醫學系臨床助理教授。陳宏耀醫師自學生時代就對醫學人文教育深感興趣，擔任主治醫師後，接受戴正德教授邀請，在醫學系一年級通識教育課程「生命意義學」授課，以TED演講平台為教材，與學生討論人生的意義。此外，他在大二的通識課程「醫師與社會」，加入醫療實務的元素，並和戴教授共同與學生討論醫師在社會的角色，思考並探討醫療與社會的議題。

2012年消化內科訓練結束後，陳宏耀醫師取得OSCE國家考官認證，開始參與OSCE考題開發與審題的工作，並於次年獲頒教學優良獎。2014年接手標準化病人訓練，規劃進階課程。2016年接受楊義明教授的邀請加入臨床推理課程，帶領大四學生以實際病例做臨床推理。今年7月與腎臟科張志宗醫師合力在內科部推動臨床推理教學，教導總醫師如何利用晨會的病例討論來教導學生臨床推理。

●謝右文藥師

本院藥劑部主任及藥學系兼任副教授。謝右文主任擔任醫學教育委員會委員期間，協助推動醫事人員教學，主持或協同主持「建立指導藥師進行新進藥師之教學評估與回饋的標準作業流程」等7項教學相關計畫。在藥學系授課及擔任班導師期間，帶領藥學系同學了解專業藥學領域及職涯發展，不斷優化藥學系學生在附醫的臨床實習。2010-2014年擔任藥學系臨床藥學科主任，推動臨床藥學教育發展，並促成藥學系與藥劑部緊密的教學合作。

2007年迄今，擔任財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會教學醫院評鑑委員，協助研

修全國教學醫院評鑑條文及實地輔導推動國內醫院的教學，對提升醫事人員的教育有莫大助益。2011年起爭取使本院成為衛生福利部「正確用藥教育資源中心」與「反毒教育資源中心」，推展社區及病人的衛生教育成果豐碩。

●廖惠娟護理師

本院護理部教學督導。廖惠娟督導負責各職級護理人員教育訓練及急重症護理、腫瘤護理的專科訓練，是培植各專科護理專才的重要推手。她致力於護理教育的推動與改革，規劃新進人員、在職人員教育訓練內容，並擔任授課講師，訓練學員數每年達700人。此外，在護理部推動「翻轉式教學」，迄今已協助完成22部自學教材，激發學員自我學習。2015年更運用「ASSURE策略發展Port-A導管植入與照護翻轉教學法」，榮獲全國性教學策略比賽銀獎，獲邀至多家醫療院所分享經驗。

廖惠娟督導推展跨領域合作訓練，規劃於護理進階課程中加入「各職類角色介紹」、「跨領域團隊合作課程」，以跨領域團隊手法介入專案改善，成果顯著。她也用心培育臨床教學師資，持續辦理「基礎臨床教師訓練」、「進階臨床教師訓練」，至今年4月止，已協助護理部培育412位護理師取得臨床教師資格。

中國醫藥大學臨床醫學教育基金會由校務顧問陳偉德講座教授、簡慧麗夫婦創辦，同時設置「臨床醫學教育貢獻獎」，藉以激勵臨床教師投入教學活動，迄今已邁入第11年。📍

修補破損的心 幹細胞療法眾望所歸

文／內科部 心臟血管系 主治醫師 蕭連城、主任 張坤正

5年前的一個清晨，劉先生在爬山時，突然感覺胸口悶痛，接著冒冷汗且喘不過氣來，朋友發現不對勁，立即叫救護車把他送到醫院急診室，經過急診醫師處理，心電圖顯示為急性心肌梗塞。心臟科醫師會診後，為他施行緊急心導管手術將梗塞的血管打通，幸運救回一命。劉先生在加護病房住了幾天，恢復良好，轉進普通病房，1星期後順利出院。

出院後，劉先生定期在心臟科門診追蹤，狀況一直相當穩定，然而近1年來，他開始覺得活動時會喘，有時下肢還會水腫，心臟超音波檢查證實他已出現心臟衰竭的徵候。

急性心肌梗塞常會併發心臟衰竭

根據世界衛生組織的統計，心臟血管疾病是威脅人類健康的頭號敵人，每年奪走大約1700萬人的生命，預估到了2030年，全球1年更將有2300萬人會死於心臟相關疾病。我

國衛生福利部的報告也顯示，心臟血管疾病高居國人十大死因的第2位，其中又以冠狀動脈心臟病所占比例最大，一旦發生急性心肌梗塞，常會併發嚴重的心律不整及心臟衰竭。

急性心肌梗塞的主要原因是冠狀動脈完全或幾近完全阻塞，進而造成血液（內含氧氣及養分）的供應中斷，持續的阻塞缺氧會導致心臟肌肉細胞受損，若未儘快打通阻塞的血管，心肌細胞將不可逆的永久死亡，變成結疤組織，失去收縮能力。

目前治療冠狀動脈阻塞的標準方式是施行緊急心導管，以及合併抗凝血劑、抗血小板凝集劑等藥物的使用。不過，血管阻塞時間愈久，心臟肌肉受損的範圍愈大，發生心臟衰竭的風險愈高，預後也就愈差，帶給個人及家庭的影響自不待言。

幹細胞再生醫學帶來救心新契機

心臟衰竭是各類心臟疾病患者最後的不歸路，現有的藥物治療只能延緩病情惡化，

無法讓受損的心臟肌肉恢復如初。流行病學研究也發現，心臟衰竭患者的存活率比大部分癌症患者更差。到了心臟衰竭末期，心臟移植是唯一有效的治療，然而心臟的器官捐贈來源不足，嚴重限制了心臟移植手術的進行。這種現象不僅見於臺灣，而是舉世皆然，推估全球目前約有200萬人為重度心臟衰竭所苦，遺憾的是，每年只有3000-5000人有機會得到心臟捐贈而接受移植手術。

幸好，幹細胞已被證實具有修復組織及使其再生的能力，幹細胞再生醫學的研究，為心臟血管疾病帶來新的治療契機。由於急性心肌梗塞會使心肌細胞缺血死亡，細胞死亡即無法再生，理論上，找尋一種可以提供再生新細胞的方法是根本治療之道，因此幹細胞移植成為治療急性心肌梗塞合併心臟衰竭的重要突破。

研究已證實幹細胞療法安全可行

以幹細胞治療急性心肌梗塞的策略之所以為當前希望所繫，乃因急性心肌梗塞的動物實驗已發現，幹細胞能增進心臟及血管細胞新生，縮小梗塞範圍，進而改善心臟功能。從西元1900年起，全球陸續進行了非常多的動物實驗，這些實驗運用各種不同種類的幹細胞，例如骨髓細胞、骨髓間質細胞、脂肪間質細胞、臍帶血幹細胞、臍帶間質幹細胞等，分別採用冠狀動脈注射、周邊靜脈注射或外科方式，將幹細胞直接注射到心肌梗塞動物（小鼠、大鼠、豬…）的心肌中，結果發現每一種方法都能使心肌梗塞動物的心臟功能獲得相當程度的改善。

基於動物實驗的正向結果，自2000年以來，已有多項以幹細胞治療急性心肌梗塞的

臨床試驗在全球如火如荼地展開，包括第1期及第2期的臨床人體試驗。大部分的臨床人體試驗均證實幹細胞移植治療是一個安全可行的技術，目前在歐美進行的大規模第3期臨床試驗，正針對其療效做進一步確認。

中國醫藥大學附設醫院最近也正在規劃幹細胞的臨床試驗，將使用臍帶間質幹細胞治療急性心肌梗塞，希望能藉此改善甚至預防之後併發的心臟衰竭，以造福廣大患者。

心臟的幹細胞治療極具發展潛力

根據研究，罹患急性心肌梗塞之後，高達20-40%的病人會發展成心臟衰竭，並且在診斷後的5年內，有半數病人會死亡。注射幹細胞來修復心肌梗塞造成的受損心臟，極具發展潛力，目前許多國家正在進行臨床試驗，希望幹細胞移植能成為心肌梗塞的輔助療法。雖然在此之前，仍有一些疑問需要靠基礎研究及臨床試驗進一步探討與釐清，但我們相信，幹細胞再生醫學未來將可為心臟病患者提供一個創新的治療方式。🔗

參考資料：

- 1.Lien-Cheng Hsiao, Carolyn Carr, et al. Stem cell-based therapy for ischemic heart disease. *Cell Transplant* 2013;22(4):663-675.
- 2.Lien-Cheng Hsiao and Carolyn Carr. Endogenous cardiac stem cell therapy for ischemic heart failure. *J Clin Exp Cardiol* 2013. S11: 007. doi:10.4172/2155-9880.S11-0073.
- 3.Miruna Mihaela Micheu and Maria Dorobantu. Fifteen years of bone marrow mononuclear cell therapy in acute myocardial infarction. *World J Stem Cells*. 2017 Apr 26;9(4):68-76.

經導管二尖瓣逆流修補術 免開心瓣膜手術的新進展

文／心臟血管系 心臟介入治療科兼心導管室主任 張詩聖
兒童醫院 院長 傅雲慶

攝影：盧秀禎

72歲的陳先生是一位末期心臟衰竭合併嚴重二尖瓣逆流的患者，自從3年前首度因為心臟衰竭惡化導致肺積水住院之後，就經常因為心臟衰竭產生嚴重的呼吸困難而從急診住院治療。鑑於他有糖尿病、中風與慢性腎衰竭等多重合併症，開刀修補二尖瓣逆流的風險極高，因此醫療團隊不建議安排外科治療，陳先生與家屬更不願意冒這個風險。在接受積極的藥物控制以及心臟復健療程之後，陳先生的心臟衰竭惡化次數明顯減少，可是平常的活動仍然會讓他覺得呼吸困難，因而行動受限。陳先生與家人對未來感到相當無助，希望有新的不開刀療法能夠改善他的心臟病。

二尖瓣逆流的症狀與併發症

二尖瓣逆流是最常見的成人瓣膜性心臟病之一，患者可能因為瓣膜退化、先天異常、感染或其他潛在的心臟疾病，二尖瓣瓣膜無法完全閉合，以致血液異常地由左心室逆流回到左心房，不但增加心臟的工作負擔，甚且會影響肺部血流回到心臟，因肺積水而引起嚴重的呼吸困難。

嚴重二尖瓣逆流的患者通常會有呼吸困難、倦怠與胸悶等症狀，甚至容易併發心律不整與中風。若未給予適當的治療，長期下來可能造成心臟擴大，並演變為心臟衰竭。醫師通常會藉由聽診與心臟超音波來診斷二尖瓣逆流，評估逆流的嚴重度，以及有無其他潛在的心臟問題。



圖1：經導管以二尖瓣夾合術進行二尖瓣逆流修補，術後將二尖瓣夾留置並固定於二尖瓣上，使二尖瓣閉合更完全，重建左心正常血流機制。（圖片引用來源：Abbott Vascular公司）

治療方法要視病情輕重而定

心臟科醫師會依據二尖瓣逆流的嚴重度與整體心臟功能，為患者訂定治療計畫。原則上，輕度到中度的患者會先以內科藥物治療為主，著眼於改善症狀，減輕心臟負擔，延緩心臟衰竭，並定期安排心臟超音波追蹤二尖瓣逆流與心臟功能。重度的患者通常需要安排外科開心手術修補甚至置換瓣膜，但是如果心臟科醫師判斷患者不適合接受開心手術，可能原因包括年紀過大、屬於重度心臟衰竭或有多重合併症等，中國醫藥大學附設醫院可藉由經導管微創治療來修補二尖瓣逆流。

經導管二尖瓣逆流修補術相較於開心手術

利用經導管二尖瓣夾合術修補二尖瓣逆流，2003年執行第1次人體試驗後，歐洲及美國分別於2008年、2013年核准使用，到今年7月為止，全球已經有5萬人接受過此一治療，臺灣則是自2016年正式開始施行經導管二尖瓣夾合術。

經導管二尖瓣逆流修補術是以穿刺微創技術，將導管從患者大腿的股靜脈送達左心房及左心室，以二尖瓣夾合術進行二尖瓣逆流修補，因而不需要外科手術打開心臟，也不需要使心臟暫時停止跳動，但因在手術中需要經食道超音波的評估與指引，所以患者要做氣道插管並全身麻醉。（圖1）

二尖瓣夾合術使用的二尖瓣夾，是一個小型的鈦合金裝置，長約1.5公分，手術後會固定於二尖瓣上，使二尖瓣閉合更完全，大幅減少二尖瓣逆流，可重建正常的心臟血流機制。（圖2）



圖2：二尖瓣夾是一個小型的鈦合金裝置。（圖片引用來源：Abbott Vascular公司）

成功率極高但有些患者不適用

根據全球統計，經導管二尖瓣夾合術的成功率在95%以上，患者平均只需住院3天。

藉由有效且立即的二尖瓣逆流改善，患者會感覺症狀有明顯減輕，平均可減少73%的心衰竭住院次數。由於經導管微創治療通常在術後即可拔管並於隔天即可下床走路，復原所需時間明顯比外科開心手術要短，並且高達86%的患者在1年後仍然能夠維持二尖瓣逆流為輕到中度。

即使是不適合外科手術的虛弱患者，經導管二尖瓣夾合術仍然是相當安全的，手術相關死亡率小於1%。可能的併發症包括：出血與穿刺部位血腫（3.8%）、二尖瓣瓣膜損傷（0.7%）、心包填塞（0.7%）、心肌梗塞（0.4%）與中風（1.3%）等。

值得注意的是，並不是每一個嚴重二尖瓣逆流的患者都適合經導管二尖瓣夾合術。原則上，嚴重鈣化、一定程度的二尖瓣狹窄、二尖瓣穿洞破裂與二尖瓣閉合間隙過大等患者，較不適合循此治療途徑，但仍需由心臟科醫師評估後再決定。

手術後是否還需要服藥？

患者在手術後需要服用一段時間的抗凝血劑，原先的心臟衰竭藥物仍需服用，並由主治醫師視狀況調整。

以經導管二尖瓣夾合術進行二尖瓣逆流修補，是嚴重二尖瓣逆流且不適合外科手術患者的一個安全有效的新療法，不但有很高的手術成功率，併發症發生率也很低，並且術後復原迅速，多數患者的症狀會立即改善，大幅減少因心臟衰竭而住院的機率，可以說是重度二尖瓣逆流患者的一大福音。🌟

參考資料：

1. Schäfer U, Deuschl F, Schofer N, Lubos E, Blankenberg S. Critical evaluation of the MitraClip system in the management of mitral regurgitation. *Vascular Health and Risk Management*. 2016; Volume 12:1–8.
2. Attizzani G, Ohno Y, Capodanno D, Cannata S, Dipasqua F, Immé S, Mangiafico S, Barbanti M, Ministeri M, Caggegi A, Pistrutto A, Giaquinta S, Farruggio S, Chiarandà M, Ronsivalle G, et al. Gender related clinical and echocardiographic outcomes at 30 day and 12 month follow up after MitraClip implantation in the GRASP registry. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*. 2015;85(5):889–897.
3. Mauri L, Foster E, Glower D, Apruzzese P, Massaro J, Herrmann H, Hermiller J, Gray W, Wang A, Pedersen W, Bajwa T, Lasala J, Low R, Grayburn P, Feldman T, et al. 4-Year Results of a Randomized Controlled Trial of Percutaneous Repair Versus Surgery for Mitral Regurgitation. *Journal of the American College of Cardiology*. 2013;62(4):317–328.
4. Whitlow P, Feldman T, Pedersen W, Lim S, Kipperman R, Smalling R, Bajwa T, Herrmann H, Lasala J, Maddux J, Tuzcu M, Kapadia S, Trento A, Siegel R, Foster E, et al. Acute and 12-Month Results With Catheter-Based Mitral Valve Leaflet Repair The EVEREST II (Endovascular Valve Edge-to-Edge Repair) High Risk Study. *Journal of the American College of Cardiology*. 2012;59(2):130–139.
5. Feldman T, Wasserman H, Herrmann H, Gray W, Block P, Whitlow P, Goar F, Rodriguez L, Silvestry F, Schwartz A, Sanborn T, Condado J, Foster E. Percutaneous Mitral Valve Repair Using the Edge-to-Edge Technique Six-Month Results of the EVEREST Phase I Clinical Trial. *Journal of the American College of Cardiology*. 2005;46(11):2134–2140.
6. <http://mitraclip.com/>

裝置無導線節律器 併發症大幅減少

文・圖／心臟血管系 主治醫師 吳宏彬
心律不整科 主任 林圀宏

醫師：「心臟裝了節律器，記得不要手提重物，也不要做激烈運動喔！」

但是，一段時間之後……

病人：「醫師，我怎麼裝節律器這邊的手常常會腫腫脹脹的？」

病人：「醫師，我的節律器電池傷口怎麼腫得那麼大？要多久才會好一點？」

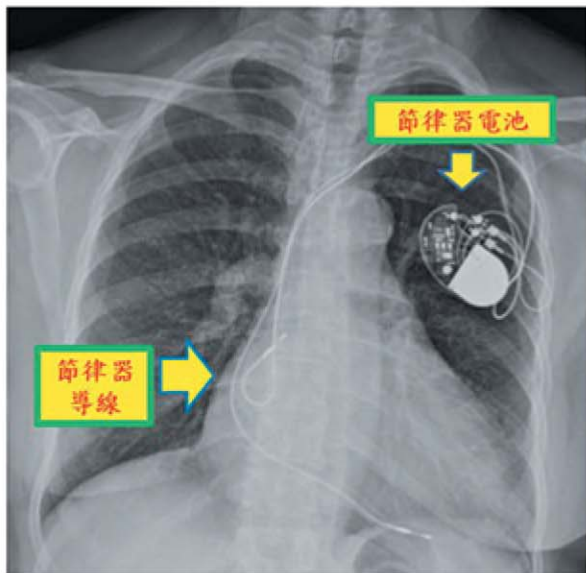


圖1：置放傳統的節律器，需將節律器電池埋在病人肩膀下，再將導線送至心臟內固定。

傳統節律器可能產生的併發症

上述對話在心律調節器門診不斷出現。傳統的節律器手術要在病人的肩膀放置電池，再經血管將節律器導線送至病人的心臟並加以固定（圖1），因此常會導致電池放置

處及導線相關的併發症。按已知的臨床研究結果，長期追蹤下來，放置傳統節律器的病人，高達9.5%會有相關的急性併發症，包括手術中的氣胸、傷口感染、血腫、心臟破裂等等；另有血管狹窄阻塞、導線脫落或功能不佳、節律器感染等早期或晚期併發症（表1）。此外，裝置節律器同側的手不能提重物及做激烈活動，對生活品質也有一定的影響。

表1：

傳統節律器常見併發症	併發症發生率（%）
立即的手術併發症	
氣胸	0.6-0.9
心臟破裂	0.1-0.3
傷口血腫	0.2-0.7
早期的術後併發症	
導線脫落	0.4-1.7
因電池置放的傷口併發症需重新手術	0.4
晚期的術後併發症	
導線功能不佳需做重置手術	1.7-2.4
節律器感染	每年發生機率为千分之1.8-1.9

無導線節律器不必限制肢體活動

隨著科技及節律器製造技術的進步，無導線節律器的發展已漸趨成熟，現行的無導線節律器主要有下列兩種（圖2）：

- Nanostim leadless cardiac pacemaker (LCP)
（Abbott Laboratories，亞培）
- Micra transcatheter pacing system (TPS)
（Medtronic，美敦力）

Micra TPS已於2016年4月獲得美國食品暨藥物管理局（FDA）核准，並於今年年中引進臺灣。



圖2：Micra TPS與Nanostim LCP無導線節律器（圖片引用來源：TRENDS IN CARDIOVASCULAR MEDICINE）

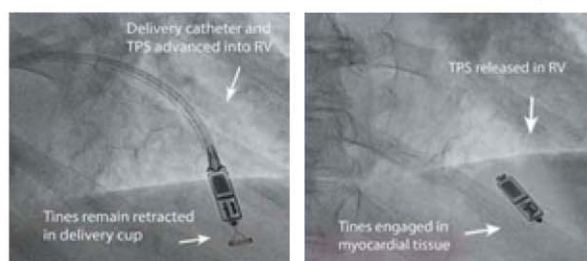


圖3：左圖為傳送導管經由腹股溝的股靜脈，將無導線節律器送至右心室；右圖為無導線節律器固定於右心室心肌上，達到起搏調節心律的功能。（圖片引用來源：Fleur V.Y. Tjong, and Vivek Y. Reddy Circulation.2017;135:1458-1470）

無導線節律器如Micra TPS，大小約26×6.7毫米，重量2公克，雖然體積如此輕巧，但其使用年限可長達9.6年，並可接受磁共振造影（MRI）掃描。其裝置方式主要是從病人腹股溝的股靜脈進入，將無導線節律器沿著血管送入右心室，最後將其固定在右心室，可達到起搏調節心律的功能（圖3）。病人只在腹股溝留有局部導管進入的傷口，且傷口復原快，術後不需限制肢體活動，也免除了傳統心臟節律器需要在肩膀置入永久性

外物的不適感，電池傷口與導線的相關併發症自然也不會存在。

年齡是裝置無導線節律器的重要考量

不過，無導線節律器並非樣樣完美，相較於傳統節律器，無導線節律器只能提供單腔起搏功能，如果病人需要雙腔起搏功能，那就仍需裝置傳統節律器。此外，無導線節律器置入心臟內，經過一定時間之後，心臟會增生將電池包覆其中而無法取出，年輕病人如預估平均餘命還有20-30年以上，必然會面臨電池電量耗盡而需再次放置新電池的問題，因此在選擇上要更加謹慎。一般而言，臨床適應症會以心房顫動合併心跳過慢且年齡較大的病人為優先考量（表2）。

表2：

無導線節律器常見的適應症與禁忌症	
●適應症	慢性心房顫動合併心跳過緩或停止 竇性心律合併高度房室傳導阻斷且病人活動度低 竇性緩脈但不常發生心跳停止 暈厥病人合併不正常電氣生理表現如H-V延長
●禁忌症	已裝置機械性三尖瓣膜 體內已裝置節律器或去顫器導線 曾裝置下腔靜脈過濾器 對藥物Dexamethasone acetate過敏 股靜脈解剖異常 過度肥胖導致機器無法無線讀取無導線節律器 有嚴重肺高壓

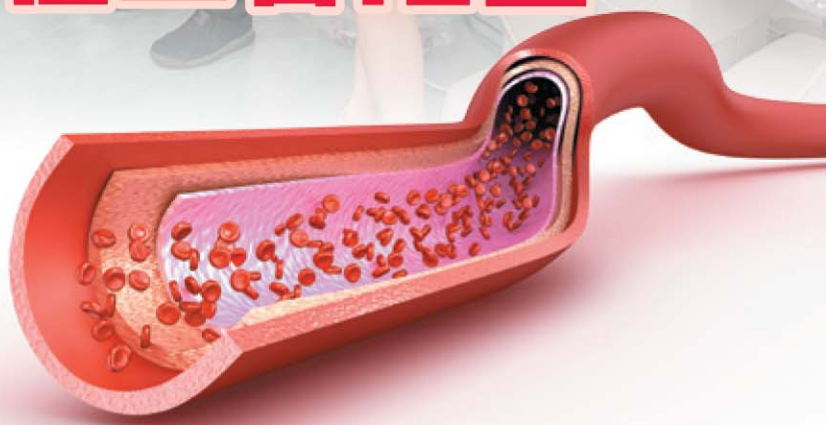
雖然無導線節律器無法適用於每一位需要裝置心臟節律器的病人，但其術後的舒適度及生活品質高、無傷口及導線併發症、手術時間短且恢復時間快等優點，的確為病人提供了一個不錯的選擇。隨著電子科技不斷進展，如果節律器的無線溝通能達到心臟協同起搏，或者電池壽命能成功延長，取代傳統節律器或許是指日可待。🌐



本院的急性溶栓治療團隊經驗豐富

EKOS溶栓術 即時打通急性血管阻塞

文・圖／心臟血管系 周邊血管科 主任 徐中和



57歲的沈女士，原本健康情形良好，但在就診前3個月，她開始出現走路會喘及胸悶等症狀，看過幾次門診，照過幾次胸部X光和心電圖，卻都找不出病因。後來喘的症狀加劇，到中國醫藥大學附設醫院掛急診，當時血氧濃度較低，胸部電腦斷層檢查發現雙側肺動脈有大量血栓，心臟超音波則顯示有肺動脈高壓（58毫米汞柱）合併右心擴大的現象。經緊急置放雙側EKOS超音波震碎血栓導管治療，在加護病房密切觀察後，雙側肺動脈栓塞順利清除，肺動脈壓力也降到40毫米汞柱，1週後出院於門診固定追蹤，持續服用抗凝血劑，運動能力恢復良好。

62歲的于女士，之前患有高血壓與慢性心房顫動，但未規則服用抗凝血劑。她因為突發性的左手冰冷疼痛來到中國附醫急診

室，當時發現她左手從左鎖骨下動脈一直到左上臂及左下臂動脈有大量血栓，面臨截肢風險。經緊急置放EKOS超音波震碎血栓導管治療，在加護病房觀察，左手動脈栓塞順利清除，1週後出院於門診固定追蹤，持續服用抗凝血劑，復原得很不錯。

血栓清除率逾9成，腦出血的風險極低

這兩位女士都是面臨了急性血栓的威脅。沈女士是因為深層靜脈血栓打到肺部，造成致命的肺動脈栓塞，開刀取血栓的死亡風險高達5成以上，其他治療選項包含靜脈

注射溶栓藥，不過血栓清除率較低，也有引起腦出血的風險。另一個治療選項則是新一代的EKOS超音波震碎血栓導管治療，在局部麻醉下，經由靜脈將導管直接置放在肺動脈，以超音波的能量配合溶栓藥物來震碎血栓，血栓清除率超過9成，施打的溶栓藥物劑量約傳統治療的1/5，腦出血的風險極低，是相對安全又有效的治療。

藉由EKOS溶栓術，成功化解截肢厄運

另一位女士發生了急性動脈血栓，一般的急性動脈血栓，靜脈注射抗血栓藥物或溶栓藥物的效果極差，常常仍然會以截肢收場。過去都是在全身麻醉後，以外科手術將血塊撈出，但有一定的風險。本院先是引進了專門溶栓的噴泉導管（Fountain catheter）（圖1），能有效地以低風險局部麻醉的方式，將血栓溶解；現在更引進最新的超音波震碎血栓（EKOS）機器（圖2），與國際的先進治療接軌，讓病人在不必要全身麻醉的情形下，低風險地去除血栓。與傳統導管溶栓方式比較，後者更能大幅減少施打溶栓藥物的劑量及時間，以降低出血風險。

本院使用EKOS超音波震碎血栓導管治療的經驗，超過140次，是亞洲最大的溶栓中心，現已成立24小時的急性溶栓治療團隊，為患者救急也救命。🏥

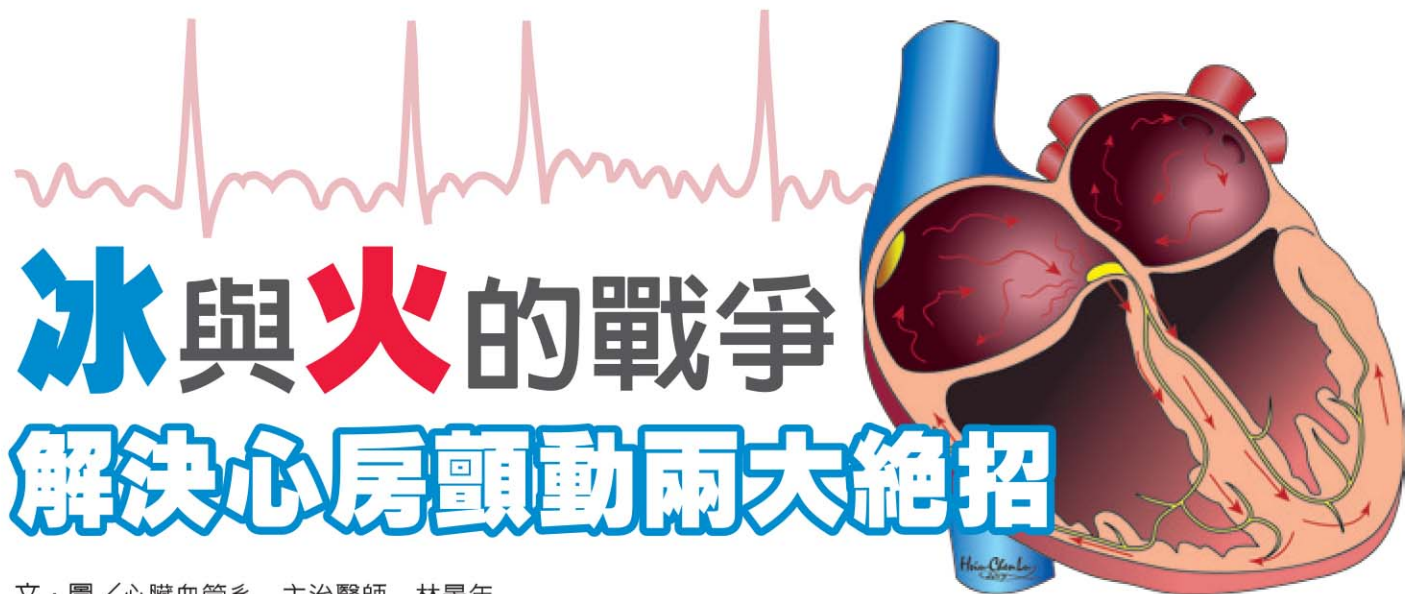


圖1：上為專門溶栓的噴泉導管（Fountain catheter），下為噴泉導管注射藥物時的影像。



圖2：上為超音波震碎血栓（EKOS）的機器，下為導管在血管內發射超音波的情形。





文・圖／心臟血管系 主治醫師 林晏年

李小姐是35歲的上班族，過去一直很健康，兩年前罹患甲狀腺機能亢進，接受藥物治療獲得穩定控制。但是自此之後，一波波心悸總是不定時來襲，心臟跳得又快又亂，她為此相當困擾，到中國醫藥大學附設醫院做了一系列檢查，醫師的診斷是「心房顫動」。

年輕人有心房顫動，中風風險高於同儕

李小姐很詫異，心房顫動不是年長者才會有的疾病嗎？事實上，心房顫動有相當的比例發生在年輕人，患者甚至可能沒有其他共病。雖然這類心房顫動發生併發症的機率較低，但並非零機率，相較於沒有心房顫動的年輕人，中風風險會高出4倍之多。值得注意的是，年輕人一旦有了非偶發性的心房顫動，未來需要服藥治療的時間較長，發生藥物副作用的可能性隨之升高，倘若出現心房顫動併發症，所帶來的身體、心理以及經濟負擔都相當大。

服藥即可或是應做心導管介入治療？

聽了醫師的說明，李小姐細細思量：「藥物治療固然好，不必接受侵入性的治療，但估計未來大概要吃40年的藥，必須長期承受藥物副作用的風險。此外，儘管吃

藥，心房顫動發作的機率仍有50%，若希望維持心律穩定，最終還是需要依賴非藥物治療。何況心房顫動是一個有進展性的疾病，心房會不斷的『退化擴大』，早期介入治療的效果絕對比拖到心房有病變再治療更好。」基於上述考慮，她決定現在就接受心導管介入治療，即電燒或冷凍治療。

兩大核心治療：射頻消融術與冷凍消融術

心房顫動介入治療的核心技術，就是阻隔4個肺靜脈所產生的異常電訊號，因為心房與肺靜脈間的肌肉纖維亂放電是心房顫動的罪魁禍首（圖1），點對點射頻消融（radiofrequency ablation）搭配3D立體定位技術，是目前主要的治療方式。簡言之，就是使用電燒導管經股靜脈穿過心房中膈，以穩定的電

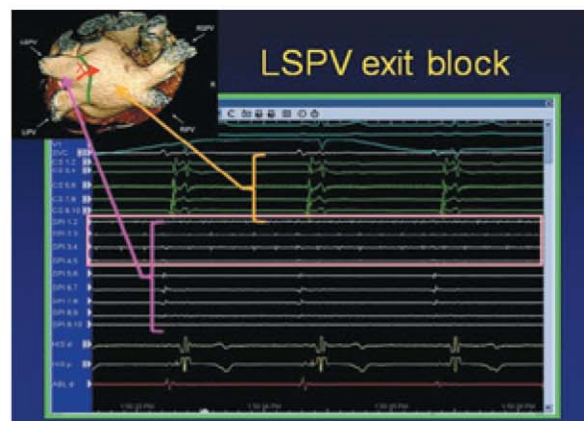


圖1：心房顫動源於心房與肺靜脈間的肌肉纖維亂放電

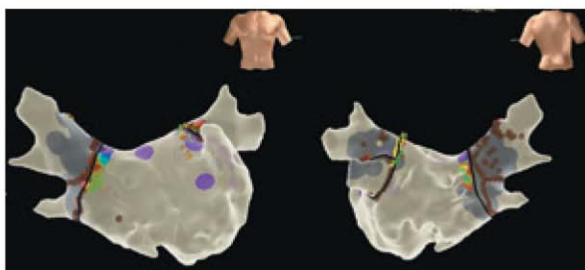


圖2：射頻消融術可清除肺靜脈內局部異常電訊號的發源處

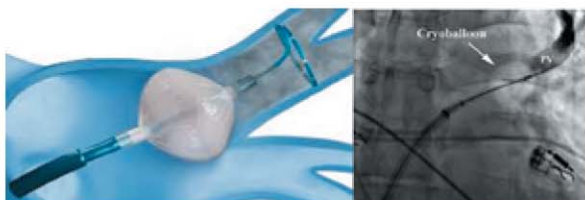


圖3：冷凍消融術是將球囊塞入肺靜脈與心房接合處，依次加以冷凍封堵。

熱能一點一點的方式，將左右肺靜脈周圍心房組織電燒一圈，接著再將上下肺靜脈連接處電燒分隔，最後清除肺靜脈內局部異常電訊號的發源處（圖2）。由於每一個電燒點需要逗留20-30秒鐘，電燒時間較久，所以近年來隨著醫療技術進步而有了新的冷凍消融術（cryoablation）問世。

冷凍消融術有別於過去的電燒，它是使用降溫冷凍的方式，搭配特殊設計的球囊塞入肺靜脈與心房接合處（圖3），每次兩三分鐘地依次冷凍封堵4個肺靜脈的心房區域，可大幅減少治療時間，成效快速而顯著。

冰與火的戰爭，實證醫學的答案

射頻消融（火的概念）或冷凍消融（冰的概念），究竟孰優孰劣，目前的大型臨床試驗已經告訴我們答案。

冰與火的戰爭結果，分別發表在醫學界兩個相當知名的期刊，包括2015年的FREEZE AF試驗以及2016年的FIRE and ICE試驗。答案非常簡單：在療效方面，冷凍消融可以媲美射頻消融，1年的心房顫動控制率，兩者都

是7成多左右。關於試驗的終點結果，包括死亡、心血管事件、導管治療併發症的發生率，兩者也相當。但是，在手術時間上，冷凍消融所需的時間較射頻消融短。

2016年稍晚，FIRE and ICE試驗又公布了兩次分析研究的結果，在追蹤過程中顯示，冷凍消融相較於射頻消融，患者的再住院率和再介入治療機率都比較低。

李小姐的選擇……

經過醫師詳盡的分析，李小姐了解射頻消融與冷凍消融這兩種治療的效果都很好，不過考量到手術時間，她最後還是選擇了冷凍消融治療。整個治療過程相當順利，術後長期追蹤沒有復發，也不需要使用任何抗心律不整的藥物。術後兩年追蹤時，她好奇地詢問醫師哪些患者容易復發？萬一復發了該怎麼辦呢？

其實心房顫動與其他疾病一樣，越早發現，越早治療，效果越好，甚至可以痊癒。假使拖到不得已才接受治療，效果就會打折，復發率相對的會比較高，也無法脫離藥物控制。不過，即使心房顫動復發也千萬不要灰心，透過藥物的調整以及再次的心導管介入治療，仍然可以提升心房顫動的控制率，大幅改善生活品質，有些病人的心臟功能也會變得比較好。

無論射頻消融或冷凍消融，都是治療心房顫動的利器，在某些病情複雜的患者，更需要冰火同時交替治療。最重要的是，心房顫動應盡早接受介入治療，不要耽擱。倘若你正被這個問題困擾，請與你的心臟科醫師討論對策。🌐



房顫消融+左心耳封堵 二合一手術突破治療瓶頸

文／心臟血管系 主治醫師 林晏年

近年來隨著3D立體定位技術的成熟，房顫消融術已經成為治療心房顫動不可或缺的利器，實證醫學紛紛指出房顫消融術的心房顫動控制率顯著高於藥物，今年歐洲心臟學會發表的CASTLE AF試驗結果更顯示，房顫消融術用於心臟衰竭患者，可以降低總死亡率以及心臟衰竭再住院率。

左心耳封堵術也在同一時間發展到成熟階段，根據PROTECT AF試驗的5年追蹤分析，以及今年稍早在美國心律學會所公布的EWOLUTION登錄資料可知，左心耳封堵術預防中風的療效不亞於傳統口服抗凝血劑，並且導管手術的安全性也顯著提升。

在這兩種技術各自成熟的狀態下，雖然目前尚無隨機分派的大型臨床試驗來探討它們是否適合合併為單一術式，但已有許多醫學中心的研究報告證實，房顫消融與左心耳封堵二合一手術是可行的，未來可望造福許多民眾。

房顫消融與左心耳封堵為何要合併施行？

絕大多數患者接受房顫消融術，並非在心房顫動剛發生的初期，目前的治療指引主張若藥物控制不良再做房顫消融治療即可，因此患者接受房顫消融術的時候，心房已經產生病變。根據統計，施行單次手術後1年的心房顫動控制率約為7成左右，而按另一個觀點來說，心房顫動患者術後仍不能停藥，因

為心房已有病變且房顫的復發率約有3成，所以必須持續使用抗凝血藥物才能預防中風。

無奈的是，有些患者可能是受到先天遺傳影響，也可能是有後天的共病因素，無法長期使用新型或舊型抗凝血劑，以致不得不活在梗塞中風與出血的風險夾縫之間。左心耳封堵術就是用來保護這些患者，心房顫動導致中風的栓子，有9成以上是發生在左心耳內，待左心耳封堵器上皮完全新生之後，便可以達到預防中風的功效，不必長期依賴抗凝血藥物。

總結來說，房顫消融術與左心耳封堵術同時進行，可以改善症狀、裨益臨床預後與預防中風，最適合用於治療兼具高梗塞中風風險與出血傾向的患者。

二合一手術可滿足心房顫動的治療目標

治療心房顫動的3大目標就是控制心律不整的速度、整理心律不整的亂度與預防中風的發生，房顫消融與左心耳封堵二合一手術，可以一次滿足這些目標，使患者不必擔心因為長期用藥而發生副作用。

醫療技術的進步，為我們解決了治療心房顫動的許多瓶頸，也讓我們能夠兼顧較脆弱的患者，給予更好的照顧。隨著實證醫學的進展，相信二合一手術將可擴大提供給更多患者，為心房顫動治療打開嶄新的一頁。🌐

本院地利門診部到宅醫療 播撒溫情滿原鄉

文・圖／地利門診部 負責醫師 胡松林
護理師 全曉雯、全詩潔

雙龍部落（攝影／盧秀禎）

中國醫藥大學附設醫院自1998年起，與衛生署南投醫院合作，提供南投信義鄉濁水線地利村等4村居民24小時的駐診醫療服務，之後為更加落實山地醫療保健工作，自2000年7月15日起，承接主辦山地整合醫療計畫（Integrate Delivery System，簡稱IDS），並於2001年7月起將服務範圍擴大實施至信義鄉全鄉，成員包括中國附醫附設的地利門診部、信義鄉衛生所及社區診所，以積極負責的態度協助解決信義鄉居民的健康問題。

地利門診部營運現況

地利門診部隸屬於中國醫藥大學附設醫院，屬於診所性質，提供民眾醫療諮詢及健康服務，包含急性與慢性病診治，以及24小時全天候的醫療照護，符合家庭醫學3C2A的全人醫療概念（周全性Comprehensive、持續性Continuing、協調性Coordinated、可近性Accessible、負責性Accountable）。目前的門診服務量，每月約1100人次，並備有自動體外心臟去顫器（AED）等急救設備，藥物品

項與必要的鎮靜藥物相當齊全，可滿足廣大患者的需求。

為落實預防勝於治療的理念，地利門診部也增加了流感疫苗注射、戒菸與成人預防保健服務，並定期舉辦團體衛教。在公共衛生方面，地利國小學童的頭蝨盛行率一度相當高，經地利門診部協助進行頭蝨防治宣導與投藥治療，成果斐然，事後仍持續追蹤長頭蝨的學童有無復發。

此外，信義鄉民高齡化的趨勢十分明顯，地利門診部提供行動不便的長者「到宅醫療」服務，有效提高醫療的可近性，使他們能獲得更好的照顧。以下是地利門診部護理師分享的到宅醫療個案溫馨紀實。

全曉雯護理師的分享 雪中送炭的故事

我從2008年開始加入地利門診部的到宅醫療團隊，為有需要的村民服務，此一到宅醫療服務給偏遠的原鄉部落增添了幸福與圓滿，以下這4位村民就是見證。

● 45歲的田大哥

田大哥在工作中發生意外造成下半身脊髓損傷，全家5個小孩和他只能靠妻子做臨時工賺錢養家。地利門診部提供每3週1次定期的到宅醫療服務，不但減輕了他就醫不便的困擾，還可以讓他更了解自己的病情，家人也得以學習如何才能有效率地協助他提升自我照顧的能力。

短短的3個月，田大哥已經能夠自行從床上移位到輪椅，雙上肢肌力也從無法對抗阻力進步到關節可移動且可對抗部分阻力，他還每天幫自己按摩及訓練雙下肢，以預防肌肉攣縮和加強雙下肢肌力。我們對他的到宅醫療持續了7個月，他的巴氏量表評估也從嚴重依賴的25分提高到中度依賴的65分，他和妻子都非常感謝。

● 41歲的田弟兄

田弟兄因為痛風及工作意外受傷，臥床在家，由於沒有家屬照顧以及住家偏遠就醫不便，導致雙下肢原本的小傷口惡化為大範圍的蜂窩性組織炎，經社工協助轉介就醫治療，返家後，雙下肢仍有 $15 \times 18 \times 1.5$ 公分及 $13 \times 12 \times 1.1$ 公分清創後的傷口需要照顧。



備受信義鄉居民信賴的胡松林醫師，在地利門診部看診。

到宅醫療團隊申請每週到他家訪視，追蹤傷口情況，護理師至少每兩天前往加強他傷口自我照顧的能力，並協助轉介社區的社會資源，安排居家服務員幫他整理清潔環境，同時提供經濟補助購買高蛋白牛奶給他補充營養。經過6個月積極的傷口護理，他的雙下肢傷口未再感染並逐漸好轉，傷口縮小為 $4 \times 6.2 \times 0.4$ 公分及 3.4×4 公分。收案8個月後，傷口完全癒合，回到職場工作。

● 74歲的幸阿公

幸阿公獨居，因糖尿病導致雙眼失明，又因腦中風造成右側肢體偏癱，兩個女兒皆嫁到異鄉，大約每兩個月才會回家探視一次。雖有社區的社會資源介入，使阿公得到每兩天1個小時的居家服務，有人幫忙整理環境及沐浴，但是他的個性孤僻不喜與人互動，糖尿病及高血壓都控制不好，確認原因為飲食不正常及經常忘記服藥。

到宅醫療團隊收案後，先討論他的用藥計畫，將原本複雜的用藥型態在可有效控制病情的前提下加以調整。接著與他女兒討論，女兒決定自費增加居家服務時數為每天至少1小時，居家服務員每天都會協助確認他



賴冠宇醫師到行動不便的患者家中訪視診察

早上有無進食及服藥，並且在每兩天協助他沐浴的時候，觀察他的身體有無傷口。護理師也每週到他家追蹤血糖血壓控制、飲食及用藥情況。

經過3個月的努力，到宅醫療團隊終於將阿公的血糖及血壓控制穩定。收案第4個月，適逢中國醫藥大學學生舉辦暑假關懷活動，我們與阿公溝通取得同意後，將他列入學生關懷個案之一。學生連續兩個月的陪伴與關懷，使阿公臉上的笑容變多了，也比較願意說出自己內心的需求。收案7個月後，大女兒將他接到臺中就近照顧，他為此高興了許久。

● 88歲的幸阿嬤

幸阿嬤罹患肝癌末期並合併多重慢性病，她與家屬討論後，立下遺囑，不要接受積極治療，希望餘年可以安然在家度過，同時申請到宅醫療服務，以減少坐車往返醫院的疲憊。

到宅醫療服務雖然只維持了7個月，但在這段期間，阿嬤每次得知醫護人員要來家裡看她，都會很開心的期待著。她曾說過：「來家裡的醫生都很好，每次都會聽我講話，摸摸我的手、聽聽我的身體（聽診），還會要我加油。雖然我還是不知道他們的名字，可是他們都對我很好！」到宅醫療提供阿嬤安寧居家護理的專業照顧，讓她能夠依照自己的意願在家安祥往生，家屬在醫療團隊協助下也感到無憾。

加入到宅醫療團隊近10年來，很慶幸可以返鄉照顧族人，奉獻我的護理專業，也慶幸有「到宅醫療」這樣的偏鄉服務，讓有需要的患者在享有良好的醫療照顧之餘，還能夠為生活增添不同的幸福記憶。

全詩潔護理師的分享 一個難忘的約定

和她的相遇，是在有著暖暖夕陽的冬天！她臉上的緋紅不知道是因為餘暉的映照，還是因為主動要求我把她收為到宅醫療的個案……

她說，你們也來照顧我嘛！

記得那天下午要送藥給她，她坐在輪椅上，蓋著薄薄涼被，置於腿上的雙手，因為痛風石而變形。在她身旁不遠處有位阿公，臉上掛著淺淺的容容，安靜地坐在小小的木椅上，看著她跟另一位接受到宅醫療的案主聊天。她見我向案主解釋用藥和衛教，先問案主我是哪裡人？有了答案之後，主動說她認識我母親，接著話鋒一轉：「你們也來看我嘛，反正就住隔壁！」我還搞不清楚她的意思，她又說：「其實我羨慕我的表弟很久了，每個月都有醫生和護士來看他。你們也來照顧我嘛，我行動不方便，老公又這麼老了！」她指著身邊的那位阿公，原來他們相差近20歲。

當時的案主，也就她的表弟，先是希望我們評估她是否符合收案條件，因為她就醫真的很不方便，再打趣她這陣子常來串門子，原來就是在等這一刻呀！語畢，我們所有人都大笑不已，包括臉頰羞紅的她。笑聲中，我發現她蓋在薄薄涼被下的雙腳，也因佈滿大大小小的痛風石而腫脹變形，腳背和腳後跟還有著已經結塊的白色晶體。離開時允諾，下次來看她表弟，會順道和醫師去她家幫她評估和檢查。

再怎麼難都不想拖累兒子

收案的開始很可愛，想不到照護過程卻是膽顫心驚，甚至曾經相當火爆。

雖然她痛風病史已有十多年了，但收案前3年在屏東工作時，痛風才開始日益嚴重。疾病造成的疼痛和行動不便，使她無法正常工作，陸陸續續進出醫院診所將近1年後，決定搬回山上老家，家中所有開銷和小兒子上學的費用，僅靠其夫的老人津貼3000元以及在外地工作的女兒們偶爾寄的一點錢來維持。由於她老公仍有土地等不動產，無法申請低收入戶補助，土地又因故無法農作，對家庭經濟的實質幫助根本就等於零。所以，原本固定在南投醫院治療的她，長期積欠保費導致無法繼續就醫。

我曾問她為何不向住在隔壁的大兒子求助，她總是用力搖頭，還要我們別跟她大兒子說。她表示她和大媳婦的文化及生長背景不同，對家庭認知的觀念也不同，因此她不想讓大兒子為難，不管發生什麼事，她寧可自己想辦法，也不要向大兒子求助。

可以多給我一些止痛藥嗎？

在健保停用將近2個多月的時間裡，她每天服用其他痛風患者推薦的一種不知名藥物，號稱可以降低疼痛感的「一包見效」。我打開一看，裡面有十來顆藥丸，有些是止痛藥、類固醇、抗生素，其他則不明。其實她對痛風的認知不是不清楚，但疼痛發作時，還是會做出不該做的選擇，以致收案後雖然沒再繼續服用那「一包見效」，但身體對於疼痛的耐受度已變得更低，常常要求我們加重止痛藥的劑量，或者不按照醫囑而超量服用。

她很愛開玩笑，只要心情好，每次訪視總是充滿笑聲。最怕的就是訪視當天剛好痛風發作，我們又不順她意加重止痛藥劑量，她就會板著臉，即便是醫師再三解釋她的腎功能已經無法負荷，她還是會大聲斥責醫師對她沒有幫助。奇怪的是，她再怎麼生氣卻從未對我吼過，最多就是叫我讓醫師出去！

在診所無理飆罵想幫助她的人

印象最深刻的一次，就是她在診所裡用難聽的字眼大聲飆罵中國附醫的顧問許國敏醫師。那天我們正準備去訪視患者之際，她被推進診所，她可能看出我的疑惑，便說她從昨晚就開始牙痛，剛好今天有人可以載她下來，想看看牙科。許顧問那天也要一起去到宅訪視，我告訴顧問她是誰。之前在做個案報告時，曾提到她因為經濟困難，在疾病治療及就醫機會、生活品質上都有非常大的問題，當時許顧問提到日後若和老五老基金會成功合作，可以思考如何對這樣所謂的醫療邊緣人給予實質幫助，所以許顧問對她並不完全陌生。

我向她介紹許顧問時，她可能因為疼痛只是點了點頭，許顧問趨前關心她的痛風，她突然整個抓狂，夾雜著一些不雅的詞句說她是看牙齒又不是來看痛風，都快痛死了，怎麼還沒輪到她，然後叫她老公趕快推她出去。在場所有人都被她莫名的舉動嚇到，尤其是許顧問。我連忙跟出去，用母語告訴她：「妳剛剛罵的那位先生，就是上次我說要幫妳想辦法的人！」她看我一眼，沒有回應，然後叫她老公快走，她要下山去看牙科。

日後雖然還是照常到宅訪視，甚至許顧問也會一起去，但見她總是沈著臉，似乎



護理師到宅照護，本院許國敏顧問（左）生前也常前往探視患者。



護理師教導鄉民呼吸道被異物阻塞時的哈姆立克急救法

任何人任何事，都已被她隔絕在心門之外。原因是主要照顧她的老公中風倒下，家中經濟擔子更重了。雖然我也請教了不少社福單位，想為她尋找一些資源，卻永遠卡在土地不動產和還有兒女等問題而無法順利申請。

相約年終聚餐她卻永遠的缺席了

直到確認與老五老基金會合作之後，許顧問要我向社工小姐說明她的狀況，並且請社工下次跟我一起去訪視，以便深入瞭解。由此可見，許顧問對偏鄉地區醫療照護及在地居民的關心，是多麼積極和深切！與社工聯絡好的隔兩天是星期日，我放假，因為她沒有聯絡電話，於是我特意騎車去找她，告訴她這個好消息。

她說她有點害怕，畢竟之前的申請都沒通過，不過她還是抱持著希望，但願這次申請能夠成功。她不但向我道謝，也向我道歉，說她的情緒控制不佳，隨便亂罵我的長官，讓我很丟臉，希望我代她向許顧問轉達，她對當時的無禮和無理深感愧疚。還說這樣一個視病猶親的長官很難得，要我好歹追隨呢！最後，我約她參加老五老基金會

下禮拜在地利村舉辦的歲末年終聚餐。說真的，我那時很開心，好像終於可以為她做些什麼了。

沒想到在聚餐時只看到她老公和她表弟夫婦，我問她老公她怎麼沒來，他紅著眼眶說她前幾天突然生病住院，不久就因敗血症過世了。我十分震驚，拍拍他的背，安慰他，在整個餐會的過程中，我雖帶著笑容，但內心很難受，才說要一起努力的，怎麼就半途而廢了呢？我發現我開心得太早了，原來我什麼事都沒有為她做過！

每個患者都是我們的家人！

照護她的時間，只有短短的4、5年，但我謝謝她在最後那次見面時所給予的肯定和打氣。我知道在偏鄉地區跟她相同際遇的人很多，所以我要更加努力來延續她的希望。就像向許國敏顧問承諾的，許顧問生前在病榻上仍不忘山上的一切，他留給我的最後叮嚀是：「要照顧好家人！每個患者都是我們的家人！」

夕陽，緩緩沒入寂靜的群山間，星空下的思念，輕輕…柔柔…

愛在颱風後 梨梨都是愛

文・圖／社工委
志工隊長 秦嗣宏
副主任 蔡教仁

最近我們買了好多梨子，也送出好多梨子，你知道為什麼嗎？

話說梨山果農在9月上旬因為擔心泰利颱風來襲而提前搶收水梨，搶收了近70萬顆，沒想到颱風突然轉向，不僅無風無雨，還出大太陽，果農望著倉庫內堆滿的水梨，欲哭無淚。

中國醫藥大學暨醫療體系蔡長海董事長得知農友困境，旋即打電話給楊麗慧副院長，希望能號召同仁向梨山果農買梨以降低他們的損失，周德陽院長發起全院認購活動，志工隊也在臉書PO文呼籲志工夥伴為農友盡份心力。



好吃的水梨，好美的愛心。



志工夥伴把自家栽種的香蕉也捐出來了

水梨禮盒堆如山，為農友盡點心力

為了喚起社會大眾一起關心梨山果農，本院還於9月18日召開「疼惜農友記者會」，當天一早從梨山出發的卡車，將400多盒新世紀梨送抵第一醫療大樓，準備發放給首批認購的同仁，禮盒擺在大廳堆得像小山一樣，看診民眾紛紛好奇詢問那麼多梨子是哪來的？是否可以購買？

楊麗慧副院長表示，這個活動除了可以幫果農稍微度過難關，也可以喚起民眾支持在地農業。藥劑部謝右文主任訂購了25盒分送親友，他說，水梨的甜度、口感及風味都很棒。志工隊發出愛心召集令之後，行動力一向超強的志工夥伴們也認購了150多盒。

認購水梨又捐出，與弱勢同胞分享

令人感動的是，有志工夥伴捐出認購的水梨，要與弱勢同胞共享，因而促成志工隊的二次愛心轉送活動。還有一位志工夥伴說，他家種了許多有機香蕉，志工隊把愛心梨送給弱勢同胞時，是否可以順道連同香蕉一起轉贈？

因此在記者會結束後，我們忙著將40多盒水梨與香蕉分送到本院美德（安寧）病



送水梨到光音育幼院

房，以及臺中育嬰院、光音育幼院、慈馨兒少之家、慈愛智能發展中心、瑪利亞霧峰教養家園等公益慈善團體。接獲水梨的單位都對本院與志工隊的愛心，以及疼惜農友的用心，給予最大的感謝與鼓勵。

愛在沸騰時會互相感染，真心感謝所有參與此次活動的愛心人士，感謝大家願意為臺灣這塊土地盡點心力。🙏



送水梨到本院安寧病房



在繽紛逗趣的彩繪牆前，留下開心的回憶。

老吾老的一天

陪獨居長輩歡樂用餐

文・圖／志工隊 隊長 秦嗣宏

中國醫藥大學附設醫院的志工隊、企業志工隊與愛互聯團隊，原本預計於7月30日為獨居長輩送愛心，但因尼莎颱風來襲，為了長輩安全，活動暫停。好事多磨，這讓我覺得對長輩有點愧疚，經過慧芬個案管理師的穿針引線，咱們的愛心團隊決定8月17日重啟活動，讓獨居長輩過個歡樂的一天。

為了讓任務圓滿，經過多次討論，我們決定先陪長輩們觀賞石岡九房童話世界的3D立體彩繪牆，接著由美美樂團與金合園舞蹈團帶活動，另外也準備了炒麵、菜頭粿、鹹粥、西瓜、水蜜桃、布丁、飲料等佳餚請長輩享用。

貼心陪伴，讓長輩忘記孤單

8月17日上午8點，所有夥伴在第一醫療大樓門口集合，由於這次準備的東西較多，顧及行動不便長輩的需求，還多帶了5台輪椅，所以費了好一番功夫才將所有物資與輪椅都搬上車。夥伴們分工合作認真搬運的神情，令一旁指揮的我好感動。

遊覽車開抵石岡九房活動中心，因為巷弄狹窄，車子無法進入，夥伴們頂著大太陽，用「扶老攜物」的方式（有4位長輩與我們同車），將長輩及物資送達會場，路途中怕長輩們曬到中暑，還要分出手來幫長輩撐傘。就在一長串人龍的同心協力之下，所有食材搬入烹飪區，長輩也由夥伴陪同去觀賞3D立體彩繪牆。



分工合作搬運食材與物資



志工們頂著烈日扶老攜物走到會場

準備餐點，大夥忙得強強滾

烹飪區由金珠志工指揮，分成3大區塊，一區是用大鍋炒的炒麵、鹹粥區，一區是菜頭粿與煎蛋區，另一區則是洗青菜與鍋碗的清洗區。工作分配完成，夥伴們便開始大展廚藝，就連男生也撩落去，拿起鍋鏟與菜刀，雖說他們平常在家很少下廚，但在這個緊要關頭，無分男女全部上陣。

在烹飪區忙得「強強滾」的同時，活動區的長輩也逛完立體彩繪牆，由志工夥伴陪同坐在大樹下閒話家常，還有幾位長輩被志工攙扶著先進入會場，等待觀賞表演。

熱情招呼，令長輩胃口大開

10點半，活動在美美樂團的薩克斯風演奏「快樂出帆」中展開，望春風、雨夜花、小城故事與多首懷舊老歌，彷彿將長輩帶回年輕時光，他們大聲唱著屬於自己年代的歌，志工夥伴則以熱烈掌聲回應長輩們的歌聲，歌聲、掌聲與歡呼聲交織，響徹活動中心。接著是金合園舞團上場，隨著「煙花三月」的優美舞曲，4位舞者翩翩起舞，曼妙舞姿在扇子與絲巾的烘托下，真是美極了，其後的勁歌熱舞使氣氛更high，掀起了一波波高潮。

表演結束，用餐時間到，夥伴們接力將美食端上桌，不但忙著為自己服務的長輩備



一手把長輩牽牢牢，一手為長輩撐傘遮陽。



克難的烹調，誠意的款待。

餐，更有夥伴大力推銷各式餐點，熱情的笑容讓長輩們胃口大開，眼看他們吃得開心，夥伴們也感受到付出的喜悅。待長輩們用完餐並稍事休息，我們將長輩送上交通車互道再見，隨即用最快的速度，將活動現場與烹飪場地恢復原狀便踏上歸途。

阿嬤說：我好想邀請姐姐一起來

活動結束前，有位阿嬤問：「你們何時會再舉辦活動啊？我想邀請我的姐姐來參加，她先生剛過世，整天獨自關在家裡，我好想邀她一起來，希望她在大家的關懷之下，能夠早點振作……」聽完阿嬤的話，我心中泛起淡淡的感傷。獨居長輩需要的是有人陪伴與問候，哪怕只是陪他們吃吃飯，他們都會很開心。但願上天賜給我們更多能量，得以繼續幫助更多獨居長輩。☹



手牽手 不放手

本院志工關懷瑪利亞的朋友們

文・圖／志工隊 隊長 秦嗣宏

中秋節前，接到瑪利亞霧峰教養家園的伊媚兒，信中提到他們照顧的身心障礙青少年受到交通、自身障礙等因素的限制，多半只能做些靜態的室內活動，較少參與體育活動，因此希望能藉由路跑促進他們的健康與激發好心情。瑪利亞霧峰教養家園為幫助園生順利完成路跑，特地招募志工陪跑，期盼在讓園生融入社會的同時，也能增加民眾對園生的了解與關懷。

我立即與瑪利亞社工人員聯絡，探詢當天行程與需要協助的事項，待所有訊息均已確認，與楊麗慧副院長、福委會洪秀慧總幹事討論後，當天便發動本院的企業志工及志工夥伴給予人力支援。另外，企業志工隊與

志工隊還協助認養冰皮月餅費用、跑步後的獎勵品（麵包餐盒）費用，秀慧總幹事並提議在園生路跑結束休息時，請他們品嚐古早味的叭噗冰淇淋，增添歡樂氣氛。

做月餅，好開心

9月29日上午，楊副院長率隊前往瑪利亞霧峰教養家園，除了捐贈當天活動費用，也代表醫院捐贈大批民生用品給園生過節。接下來的熱場活動是製作冰皮月餅，園生與志工夥伴對此一竅不通，正苦惱著該如何下手之際，幸好有主持人適時提醒，我們才清楚製作流程，開始比照辦理。隨著時間流逝，歡呼聲與尖叫聲此起彼落，原來是月餅陸續



志工指導園生製作冰皮月餅



這款冰皮月餅多加了一個餡料叫「愛心」

大功告成，園生與志工夥伴們開心地拿著月餅展示炫耀，楊副院長也到各桌預祝大家中秋快樂。

陪路跑，真溫馨

冰皮月餅製作完成，緊接的重頭戲當然就是路跑了！全體人員往路跑集合地點移

動，做完暖身操，個個蓄勢待發，響炮聲一傳來，馬上衝出起跑線。在蜿蜒的上山步道，只見園生與志工夥伴手牽著手或跑或走，一步一腳印地朝目標前進。艷陽高照，汗水很快就溼透了衣裳，但每個人都是笑容滿面，還有志工夥伴與院生一邊散步一邊聊天，畫面十分溫馨。



「瑪利亞霧峰青年杯」路跑即景

當參與路跑的園生在志工陪同下返回基地，迎接他們的是啦啦隊喝采的掌聲，在大廳集合完畢，叭噗冰淇淋甜美登場，一嘗到那冰涼的滋味，園生的眼神在瞬間亮了起來，疲累似乎一掃而空。這個叭噗的安排果然正確啊！

最後是心得分享時間，多位園生雖然口齒不清，仍然用最大誠意說出他們的感謝，感謝工作人員也感謝志工阿姨、志工叔叔，一聲聲謝謝把志工們易感的心都融化了，還有志工在臨別前，給園生一個大大的愛的擁抱。



志工這麼說

麗鶯：對我們來說很容易就可以參加的一些活動，對園生來說卻是個不容易實現的夢。今天來這裡幫忙，感受到付出的喜悅與幸福。

菁玉：這是我第一次一對一的陪著園生到戶外吹風、曬太陽與奔跑。很開心！

靜儀：我陪伴的園生一路緊緊握著我的手，兩人一起完成路跑行程。今天真的是收穫滿滿也感動滿滿。🕒



志工隊阿宏隊長與坐輪椅的園生客串啦啦隊

我的孩子是性早熟嗎？

文／中醫部 兒科 主治醫師 林怡君



性早熟的醫學定義

「性早熟」是指兒童出現第2性徵的時間過早，按醫學定義，8歲以前胸部開始發育的女童與9歲以前睪丸開始變大的男童，即稱為性早熟。一般女童進入青春期的年齡約10歲，亦即10歲左右胸部開始發育，整個青春期約從10歲開始至16歲結束；一般男童進入青春期的年齡約12歲，也就是說，12歲左右睪丸開始變大，整個青春期約從12歲開始至18歲結束。

性早熟對身心的影響

青春期的孩子外觀會有很多改變，心理狀態也會出現變化。性早熟意謂著青春期提前到來，而外觀第2性徵的過早出現，往往會使心智還不夠成熟的孩子對自己的身體產生

「我女兒6歲多胸部就開始長了！」「我女兒小學三年級月經就來了！」「孩子提早發育會怎麼樣？」「該不該花錢打針抑制發育？會不會有副作用？」「中醫可以治療性早熟嗎？」這些是現代父母在對話間經常會出現的疑惑，顯示孩子性早熟的現象已經不再是偶發事件了。

疑惑，以及造成與同儕相處的困擾，增加校園生活的壓力。並且，過早進入青春期的，體內性荷爾蒙的增加容易伴隨骨齡超前（骨齡大於實際年齡），日後骨骼生長板提前閉合將導致最終身高不理想。另外，許多研究已顯示，性早熟不僅對兒童的心理與身高有負面影響，也會增加日後發生代謝性疾病或肥胖的機率。

性早熟也可能是疾病引起

青春期是兒童生理及心理轉變的重要階段，一般是可預期的，在特定的年齡發生，並且需要生理心理一定狀態的支持才會進行，生理荷爾蒙的變化尤其重要。當孩子進入青春期的時間提早，意謂著他們可能發生了什麼事情，例如性早熟在男孩有很高的比



例與疾病有關，包括腦部腫瘤、腦部損傷、內分泌疾病（如：肥胖）等，而不論男孩或女孩，青春期開始的年紀越小，疾病引起的機率越高。有時候疾病症狀還未出現，但孩子的發育已經出現異常，從中悄悄顯露端倪，所以父母只要多留意孩子的發育狀況就能儘早發現他們的健康問題。

須由醫師診察以確定病因

研究顯示，引起兒童性早熟的原因有很多，例如基因遺傳、營養狀態、身體疾病、心理問題、環境荷爾蒙等，然而目前仍無法清楚解釋所有兒童性早熟的病理機轉。若是疾病造成的性早熟，一般可以藉由小兒內分泌專科醫師診察後確認病因，但是絕大多數女孩的性早熟原因不明。

男孩與女孩的青春期的特徵

進入青春期的兒童，外觀會出現很多改變，例如身高突增、皮膚腺體分泌增加、肌肉與脂肪分布改變、鼠蹊和腋下毛髮及第2性徵出現等。男孩與女孩的表現不盡相同，其中以第2性徵的變化較具臨床判斷意義。女孩進入青春期初期的第2性徵為胸部發育，常見的表現有單側或雙側乳暈下方出現腫塊，觸摸有彈性；男孩進入青春期初期的第2性徵變化為睪丸發育，常見表現為睪丸的容積增加或直徑變大。

何時需要尋求專業的評估？

- 女孩8歲前出現胸部發育、陰毛、腋毛或初經來潮。
- 男孩9歲前出現睪丸增大、陰毛、腋毛或變聲。

- 女孩10歲前初經來潮。
- 男孩女孩的身高突然大幅增加。
- 家長對孩子第2性徵的出現有疑慮，不確定孩子是否已進入青春期。

中西醫學採取的治療方式

不論中西醫學，當確診孩子有性早熟之後，都必須先排除疾病因素，唯有疾病獲得治療與控制，才能確實延緩性早熟的進展。排除疾病因素後，非疾病因素引起的性早熟，可再區分為中樞性性早熟及周邊性性早熟，針對中樞性性早熟，目前西醫主要的治療方式為定期注射「性釋放素類似劑」（GnRH analogue），此藥物在臨床上已使用約20年，出現副作用的機率小，可能的副作用如注射部位皮膚搔癢或腸胃不適等，平均治療療程為1年以上。

而從中醫角度出發，中醫理論認為性早熟是身體陰陽失衡偏亢的結果，所以中醫治療著重在兒童整體生理機能的調整，對其相對偏亢的機能表現，主要使用口服中藥來治療。已有多篇國際期刊文獻指出，部分中藥有助於改善兒童性早熟。本院中醫兒科針對性早熟臨床療效的評估是採取西方醫學的評估標準，具有客觀依據。

給家長的建議

中西醫學對於處理兒童發育問題各有所長，懷疑孩子有性早熟傾向的家長，可向小兒內分泌科醫師諮詢，藉由西方醫學檢查找出確切病因所在，排除疾病因素後，再依需要來尋求西醫或中醫的治療。🌿

針灸 參與安寧療護 陪末期患者最後一程

文・圖／中醫部 針灸科 醫師 洪瑞鴻



秋風蕭颯，生而為人活而在世，我們在家人的期望與歡笑中來到這個世界，卻也在親友的不捨與淚水中撒手人寰，而要怎麼面對生老病死，一直是醫療與倫理非常重要的課題。特別是，當病人邁向人生結局之際，身為醫護人員或家屬，如何才能滿足他們最後的需求？如何才能避免他們在已可預期的未來承受不必要的負擔？以及如何幫助他們在臨終之前，依然活得像個人，能走得有尊嚴？這些都是安寧療護中，非常看重的一環。



安寧療護可減輕末期患者的痛苦

根據世界衛生組織及臺灣安寧照顧基金會的介紹，安寧療護不僅要提供末期患者身心靈的全人照護，也要提供病人家屬身心安頓的全家照護，希望讓病人及家屬能夠安然平順地度過這個階段。安寧療護包括門診安寧、居家安寧、安寧病房與安寧共照等模式，可滿足不同狀況病人的需求，而其主要照顧的十大類患者中，又以癌症末期居多。

在醫界前輩的努力之下，安寧涵蓋率從早期不到2成，現已逐漸成長至6成左右，並

且逐年上升，癌症末期患者接受安寧療護的比例，更維持在將近7成。安寧療護可帶給末期患者的協助，包括減輕不適症狀、減少醫療處置及降低醫療支出。

末期患者常見的症狀如疲倦、疼痛、噁心、嘔吐等，是醫護人員及家屬在臨床照顧時經常遇到的挑戰，對於這些症狀，現代醫學已有不少方法能給予患者所需要的治療。至於針灸醫學，在安寧緩和醫療領域扮演著什麼樣的角色呢？



為末期患者針灸是醫療新趨勢

不少報導及國際期刊均指出，目前已有許多醫療單位提供末期或癌症患者針灸治療，即使在非東亞文化圈的歐美，也有越來越多單位可為各類疾病及末期患者針灸。國際期刊Acupuncture in medicine：journal of the British Medical Acupuncture Society指出，英國約有6成的安寧療護中心提供針灸治療，其餘未提供針灸治療的單位，原因多為缺乏針灸醫師。另一期刊American Journal of Hospice & Palliative Medicine也提到，美國華盛頓州的安寧單位，約有8成可提供替代醫療，1/3可提供針灸治療。此外，美國一些頗負盛名的癌症醫學中心，包括安德森癌症中心，梅約診所、哈佛大學醫院、斯隆－凱特琳癌症中心（MSKCC）等，針灸治療也未缺席。

臺灣各醫學中心除了原有的針灸門診及癌症住院病人的中醫會診之外，現在也漸漸多了一些針對安寧療護患者所特別開設的門診或安寧聯合團隊，針灸更是常見的醫療選項。

研究已證實針灸的安全與療效

無論海內外，醫界都希望能研究出更好的治療，提供患者更多的選擇。不少醫學期刊已指出，針灸的實證醫學已證實其對癌症與末期患者的療效，包括改善棘手的癌因性疲憊、癌因性疼痛、藥物導致的噁心嘔吐、睡眠障礙、焦慮情緒等。另有研究指出，針灸可以減輕某些癌症治療的副作用，例如熱潮紅、口乾、關節疼痛等。大致說來，針灸的好處在於安全、副作用少與簡便有效，在許多情況下還能輔助西醫治療或減緩副作用，可一併改善病人多種不適的症狀。

當人生終曲響起，「善終」是每一個人的期待，也是醫療人員長期努力的目標，現代醫學有許多治療方式都能取得不錯的效果，而針灸醫學立基於古人的智慧與經驗，正以實證醫學的方式加以證實與推廣，希望能給予患者最好的治療，幫助患者安穩度過人生最後的階段，真正達成生死兩相安。☯

無極之美：趙無極回顧展

視覺與心靈的豐富饗宴

文／編輯部

亞洲大學現代美術館與趙無極基金會、元大文教基金會合作舉辦「無極之美：趙無極回顧展」，展出趙無極大師的67件作品，這不僅是在亞洲地區睽違近30年的趙無極作品大規模展覽，也首度集結法國及國內美術館、臺灣收藏家的精選收藏，其中不乏創下拍賣紀錄及首度亮相的作品。展期至明年3月4日止。

亞洲大學創辦人、中國醫藥大學暨醫療體系蔡長海董事長指出，趙無極大師的藝術成就卓越，不但是舉世聞名的抽象畫大師，也是第一位因西方繪畫藝術成就而被列入西洋藝術史的華裔藝術家。亞洲大學現代美術館自開館以來，已陸續舉辦羅丹、竇加等17

場國內外重量級藝術展覽，「無極之美」是另一場豐盛的心靈饗宴。

「無極之美」以趙無極各階段的創作風格演變為分題，分成6個展區：「遊藝於美」、「美的覺醒」、「藝簡言賅」、「藝猶未盡」、「藝氣萬千」、「藝」，民眾參觀時可逐步領略趙無極是如何徜徉於藝術創作，如何內化環境與人事無常所帶來的衝擊，並於畫布上盡情揮灑。

亞洲大學蔡進發校長表示，趙無極大師的畫作，巧妙融合東方水墨筆觸及西方浪漫色彩，獨樹一格的畫風，可說是「無界、無距、無限、無象、無極」，觀者可解放想像力，不受限的自由解讀。🌀



靜靜欣賞無極之美（亞洲大學提供）

清晨打球真是最好的享受

65歲的幸福感

文・圖／放射線部 主治醫師 沈茂忠

1995年，蔡長海董事長接任本院第2任院長之後，開始積極對外延攬人才。同年8月，我及現今的北港附醫吳錫金院長是第一批被延攬回來的校友，同一時間報到的還有資訊室楊榮林主任。過了不久，周德陽院長、楊美都副院長也離開臺中榮總到中國附醫，他們雖非中國醫藥大學校友，但只要是人才，都是蔡董事長網羅的對象。

校院兩棲，回歸母校後的豐富職涯

我一到中國附醫，就被指派擔任放射線部主任與醫學系副教授。1997年，醫院規模只有700多床，學術水準不高，但在蔡董事長銳意精進之下，通過了準醫學中心評鑑。猶記當年我臨危受命，兼任醫教會主任，負責準備教學及研究領域的評鑑工作，一度累得我甲狀腺功能亢進發作。

此後我一直身兼放射線部主任及醫教會主任，直到2001年，學校醫學系要接受醫學院評鑑委員會（TMAC）的評鑑，課程與招生方式都必須大幅度改革，而我在這時被任命為醫學系主任，任期中真是非常辛苦。接著，我又擔任1年學校主任秘書，1年教務長，3年醫學院院長。

2007年，蔡董事長要我回中國附醫擔任副院長，副院長3年任內是我學習醫院經營最有收穫，但也最勞累的階段。2012年，學校健康照護學院院長出缺，我因年紀已近60，體力不堪負荷醫院副院長重責，乃改換跑道



退而不休，每天都有打不完的影像檢查報告。

重回學校。在健康照護學院這5年，我對護理系、物理治療系與醫院相關部門的校院資源整合，學到非常多，尤其對長期照護領域的認識更深。

廉頗老矣，珍惜臨床醫療與教學之樂

3年前，中央研究院院士李文華博士接任校長之後，延攬來更多國際級菁英，學校在世界大學的學術排名也一再躍進，而我則逐漸體會到「廉頗老矣」的滋味，覺得自己的學識與體力都已跟不上這些新進的學者。

因此在今年屆滿65歲時，我決心從學校退休，希望能專心在醫院做我專業的放射線臨床工作及對醫學生的教學，也期望有較多時間陪太太及孫子們。

但在校長和林正介副校長的慰留之下，我只卸下了健康照護學院院長的職務，現在我是學校的陽春教授和醫院的陽春主治醫師，外面機構的評鑑委員及理監事也都辭掉了。

滿懷感恩，小確幸充實了銀髮歲月

8月退休以來的新生活，讓我體會到自己真是個有福報的老人！以下是我的一些小確幸：

✿ 仍有工作讓我非常忙碌

我是個沒有什麼生活情趣的人，如果完全退休，真的不知如何打發時間，所幸臺灣的放射科醫師不足，本院亦然，我現在每天有打不完的X-ray、CT、MRI報告，尤其暑假期間，年輕醫師輪流請長假帶家人出國旅遊，我承接了更多工作，每天忙得不亦樂乎。另外，我每週仍帶領醫學生練習閱片判讀，學校開學後還有大堂課，我也正在籌備一個磨課師（MOOCS）課程。

可以忙，但要有壓力，這正是我要的生活。

✿ 清晨打網球

每週有3、4天，天剛亮，我就到球場，跟一群球友打網球，7點前回到家，沖個澡，吃早餐。1個小時的運動，全身大汗，讓我整天筋骨舒暢，工作更有精神，我也相信這樣一直動下去，我應該可以不失能、不失智，做個健康老化的老人。

✿ 賢內助準備的豐盛早餐

據說，男人最怕的是老了在家太太不理你，內人則擔心我因年紀大造成肌肉流失。她堅持早餐最重要，因此1碗高營養粥、1個大饅頭、1大杯她親手打的高蛋白果汁，是我一整天精力的來源。

✿ 每天清晨讀經

每天5點多天一亮就要去打球，我4點醒來就睡不著了，這1個小時是我讀經的時間，包括佛經及聖經。

內人是佛教徒，這幾年誘導我學佛，研讀「菩

提道次第廣論」。而我女兒、女婿是虔誠的基督徒，送給我聖經、詩歌，希望我也能領納上帝及耶穌的恩典。

這真是奇妙的經驗！這幾年來，我深深體會到一個凡人如果願意謙卑的讀經，不管是佛教或是基督教，才有智慧理解世間人所不了解的心靈世界，可以享受到佛菩薩和上帝基督的愛，讓自己的心靈更善良、更純潔、更快樂。

✿ 處處受到禮遇

搭捷運被讓座，對於頭髮早白的我來說，這兩三年早就習慣了。8月9日搭高鐵去臺北開會，第一次購買敬老票，享受半價及在快速窗口購票的方便。

65歲，常被認為該退休了，是個象徵老的關卡，剛剛跨過這個關卡的我，馬上就體會到以上這些幸福感。希望在剩下的有生之年，我會是個幸福快樂的老人，可以健康老化、優雅老化。經由宗教，我也認知，自己有暇滿人身，享有福報，更需要布施，努力利益眾生。☸



沈戊忠醫師帶的最近一批實習醫學生

吃老有三壞？

老化的自然生理變化與調適

文・圖／北港附設醫院 身心內科 主治醫師 谷大為

「谷醫師，我聽人家說『吃老有三壞』，什麼『站著無元氣、坐著打哈欠、躺下睡不去』，這幾年我好像也變成這樣呢！」小李憂心忡忡地在門診說著他的擔心。小李是另一位病人「老李」的兒子，幾年前老李因為失智症合併有妄想的症狀，在家裡吞服過量安眠藥物自殺獲救，轉來門診之後，發現他的認知功能顯著退化，家人才意識到他的失智症原來這麼嚴重。



作者與北港附醫身心內科吳佳鈺主任（右），吳主任使當地許多高齡長輩得到妥善的心靈照護。

不良的人格特質可能影響老年的生活品質，往往只要退一步就能海闊天空（圖為晴空下的日本福岡港）



適當的社會參與是健康老化的要件之一（圖為日本的福岡巨蛋，許多高齡人士相邀到現場觀看職棒比賽）

雖然為了便於區分，我們私下將這對父子取了「老李、小李」的代號，不過老李第一次來到門診的時候已經95歲，小李也已經70歲了，兩位都是「法定」的高齡人士。雲嘉海線一帶，人口外流嚴重，老李雖有妄想症狀，但每天自理生活並無障礙，小李也在自家經營的薑蒜行打拼，每天開車載貨到西螺果菜市場批發販售。

隨著年紀增長，身體各個系統都會有變化

我看著小李儘管焦慮卻仍表情豐富，完全看不出已年逾7旬的臉說：「年紀大了，身體會有一些變化是很自然的啦！你說的三壞，嚴格說起來，變化可能還不只這些。」我接著說：「年紀大了，身體各個系統都會

有所變化，比方說，年紀越大，身體的肌肉會逐漸被脂肪取代，心臟會因為沈積了脂肪而變得肥大，關節也會因為長年使用而使表面的軟骨磨損，整體來說，確實比較容易『站著無元氣』。而且老了之後，深睡期減少，變得比較淺眠，睡眠相位則會前移，也就是早睡早起，再加上可提升男性體能的睪固酮濃度下降，而對安定情緒有助益的雌激素在女性體內也減少，這會讓很多人覺得自己『躺下睡不去』。老年帶來的變化令人容易疲憊，生活習慣也在不知不覺間改變，或許就是因為有了這些改變，不免會更在意一些其他大大小小的變化。」

小李聽完我的說明，對於老化有了一些了解，但還是非常焦慮，他急切地說：

「谷醫師，聽你這麼講，老了之後不就真的有很多壞處，那我該怎麼辦？你有什麼好辦法嗎？」我安慰他：「別擔心啦，身體很奇妙，對於年齡帶來的這些變化，身體自有調適的方法。例如剛剛提到變得比較淺眠，容易早睡早起，這樣的變化除了會使你『覺得』好像沒有睡著之外，其實並沒有研究發現這樣子的睡眠變化會帶給健康不良的影響。除此之外，雖然隨著年紀增加，學習新事物需要花更多時間，心智運作的速度也會變慢，但是智力及口語表達能力等重要的功能，至少在80歲之前是不會降低的。也有人發現，大腦中的血清素含量會隨著年紀增加而上升，在某種程度上，這也表示人的年紀越大，心境越平和，就算有這些變化，也不會讓人因此變得焦慮或煩躁。」

與其擔心老化，不如積極面對自己的改變

我想起小李年輕的時候，家裡曾經歷過好幾次重大的打擊，於是繼續說：「近年來，精神醫學界非常重視『Resilience』，這個字在醫學上一般用來表示生病之後能夠恢復的程度，或者受到挫折打擊之後，能夠再站起來的能力。像你這樣，過去遭遇過那麼多的風風雨雨，現在還能夠把生意經營得那麼好，讓一家老小都安居樂業，真的很不簡單。我覺得，你與其擔心自己老化之後的改變，不如積極面對這樣的改變，做一些調整。」

「那我可以怎樣調整呢？」小李問。

「你不是到現在都還維持晨跑的習慣嗎？這就很好啊！既然早睡早起，不如就把握清晨的時間做點運動，很多專家認為運動不足可能加速老化，足夠的運動則可能具有抗發炎與調節免疫的效果。此外，如果你的睡眠已經變成早睡早起的模式，那麼不妨調整一下晚上的生活，例如減少劇烈運動，晚上8、9點過後就強迫自己把電視、手機、電腦都關掉，減少藍光對眼睛的刺激，這些都可能提高睡眠品質。」

個性也要調整，否則容易陷入憂鬱或焦慮

我也提醒他：「倒是你的個性要改一改，你真的太投入工作了。其實，七十多歲了，可以放手給兒孫做的事，就要慢慢放手。你知道嗎，有一種病叫做『強迫性人格』，這種人過度專注於細節和規則，事事要求完美，甚至過度熱衷於工作，缺乏彈性、對自己甚至別人的道德、倫理或價值觀也一絲不苟地過度要求，這種狀況容易讓自

己在年紀大了之後出現憂鬱、焦慮的症狀喔！」

追求健康老化，需要適時尋求醫療的協助

小李得到了普同感，又找到人生可以調整的方向，看起來似乎放心不少，於是我問他：「說到這，你父親最近還好嗎？雖然像你這樣的睡眠變化可能是正常的，但像你父親那樣已經出現退化、妄想，甚至需要靠安眠藥才能入睡的情況，背後可能都合併有其他問題，例如憂鬱症、焦慮症、物質濫用等，第一步應該是到精神科或者神經內科門診，由醫師鑑別診斷，再給與對應的治療。」小李回答：「他還好啦，吃了你開的藥之後，最近作息已經恢復正常，也不再懷疑別人偷他的東西了。」（普同感：得知某種行為、想法或態度，並非自己獨有，而是普遍存在時的感受。）

「那就好，美國1988年開始的『麥克阿瑟研究（MacArthur Studies of Successful Aging）』發現，能夠健康的老化，一般需要3個條件，也就是『避免疾病與失能』、『社會參與』和『維持理想的認知與生理功能』，臺灣已邁入高齡社會，雲林北港的老年人口比例更因為青壯年外流嚴重而居高不下，這幾年的統計已經超過20%，醫院裡的病人，年長者所占比例更高，甚至已經到了40%左右。正因如此，醫院對於高齡長輩的服務非常重視，你如果發現自己有越來越退化的跡象，要記得趕快跟我說，我們可以安排一些檢查和評估，希望可以讓你健健康康地再活2、30年！」

中國附醫直腸癌卓越團隊 微創手術保肛率高達95%

文／編輯部

大腸直腸癌位居國人十大癌症之首，中國醫藥大學附設醫院國際醫療中心副院長暨外科部主任陳自諒表示，本院治療大腸直腸癌是整合相關各科，經團隊討論後為患者擬定最適合的治療計畫，微創手術保留肛門的比例高達95%。

本院微創手術保肛率，遠高於美國平均水準

大腸直腸癌患者對手術最擔心的問題就是肛門切除，甚至因為害怕下半輩子只能用人造肛門排便而諱疾忌醫。大腸直腸外科柯道維主任說，保留肛門比例是治療大腸直腸癌的重要指標，中國附醫以微創手術治療大腸直腸癌，95%的患者可以保留肛門。根據美國癌症資料庫，美國治療大腸直腸癌的保肛率平均水準為64%，因此本院已將此一成功的治療經驗投稿國際期刊。

柯道維主任強調，大腸直腸癌只要積極治療，不但可以保留肛門，2期腸癌的5年存活率高達9成以上，3期的5年存活率也有8成，所以患者一定要對醫師對自己有信心。

直腸癌病人經微創治療，不僅保肛且未復發

64歲的林先生說，他在2年半前因排便不順而就醫，診斷是罹患了低位直腸癌，腫瘤有13.6公分大，距離肛門口僅6公分。醫師安排他先做了5週的放射線與化學治療，使腫瘤縮小之後，再以達文西機器手臂輔助切除直

腸但保留肛門，術後追蹤至今病情穩定，沒有局部復發或轉移。

55歲的蕭先生5年前在他院確診有直腸癌，腫瘤距離肛門口5公分，醫師告訴他「肛門必須切除」，他沮喪極了，輾轉到中國附醫以微創手術切除腫瘤，不僅保住了肛門，術後追蹤5年也未復發。

直腸癌卓越團隊表現優異，設備與世界接軌

陳自諒副院長表示，中國附醫的直腸癌卓越團隊在「術後快速恢復路徑」與「經自然孔洞微創傷口手術」兩大領域，均已榮獲SNQ國家品質標章，不但整合放射影像科與核子醫學科，可藉由磁振造影和正子攝影提供準確清晰的影像檢查判讀，並定期舉辦病例討論會，由腫瘤內科、大腸直腸外科、一般外科、放射腫瘤科與病理科共同擬訂每位病人的治療流程，有效提高癌症治療預後、執行微創手術比例和保留肛門比例，大大降低癌症局部復發和轉移的機率。此外，中西醫整合治療模式還能減輕病人化療的不適，提高療程中的生活品質。

中國附醫直腸癌卓越團隊打造了「照護一條龍」的優質醫療服務，每年腸鏡檢查人數超過5000位。醫師、內視鏡護理師、傷口與造口護理師、專科護理師專業分工，所採用的3D腹腔鏡、4K腹腔鏡及達文西機器手臂，完全與世界最新的微創手術發展接軌。🌐

對抗大腸癌 中醫搭把手

文／編輯部



中西醫整合療法是中國醫藥大學附設醫院治療大腸癌的一大特色，中國醫藥大學附設醫院中醫內科主治醫師葛正航專精於大腸癌手術及化療、放療後的體質調理，他說，服用適當的中藥可以幫助患者緩解不適，有體力繼續完成治療而提高預後。

在不同的療程選用不同的中藥

葛正航醫師舉了兩個實例，59歲的曾女士在大腸癌手術後接受化療時，常感腹脹、噁心和疲倦，排便也不正常，搭配中藥服用後，這些症狀大幅緩解，5年來持續追蹤治療，狀況穩定。另一位50歲的潘先生剛罹患大腸癌，開刀後做化療，過程中嚴重嘔吐腹脹，身體燥熱，經調配中藥服用，不適症狀明顯改善，得以順利進行化療。

葛正航醫師說，大腸癌的治療以手術切除為主，術後再依病情輔以化學治療或放射線治療，治療過程中若能搭配中醫診察，在不同階段給予不同的中藥治療，可以調整臟腑的陰陽氣血而減輕不適。例如手術後傷口疼痛，身體虛弱，食慾較差，可用黃耆、白朮等中藥來扶正補氣；化療、放療期間，容易覺得腹脹、噁心、嘔吐和口乾舌燥，可用陳皮、枳殼、柴胡等中藥來理氣。此外，在

療程中還可視病人身體狀況，適當使用半枝蓮、白花蛇舌草等中藥來清熱解毒。

患者的生活及飲食都要多用心

癌症患者除了可在中醫門診治療之外，健保對住院手術、化療或放療的患者接受中醫治療也有給付。根據健保資料統計，臺灣約有2成患者在術後合併中藥治療，這還不包括自費治療的部分，可見對中醫藥的接受度相當高。

除了中西醫合併治療，葛醫師提醒大腸癌病人要為自己多努力，包括生活規律，適當運動，飲食尤應注意，要盡量選擇天然未加工的食物，食用新鮮的肉類、魚類和蔬菜水果，蔬果的攝取可多些，而肉類油脂則要減少，經過醃製、煙燻、發酵製作的食物及過度精緻化的食物更應避免，烹飪則宜採取蒸、煮等方式，遠離油炸燒烤。🍴



跟著基因突變走 肺癌標靶治療更有效

文／編輯部

肺癌末期患者不要絕望，現在的標靶治療不但可以根據基因突變來精準換藥，使病情獲得有效控制，醫師更能透過大數據資料庫，為病人選擇適合參加的新藥臨床試驗。一位肺腺癌末期的蔡女士，癌細胞已轉移腦部，原本預估存活期只有18個月，但她配合醫師的精準醫療策略，治療至今已逾4年，病情穩定。

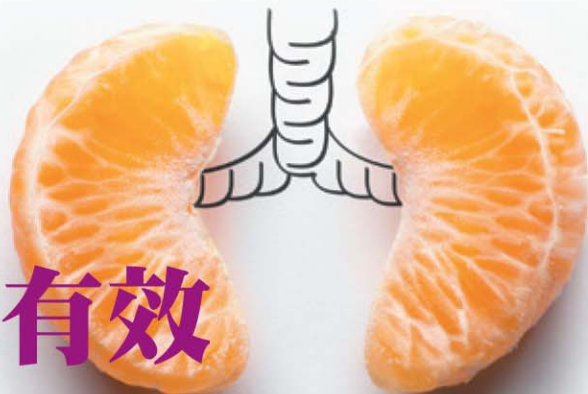
標靶治療要根據基因突變調整用藥

中國醫藥大學附設醫院內科部夏德椿副主任表示，肺癌患者中有55-65%都是肺腺癌，因為早期症狀很不明顯，導致患者被確診時往往已屆晚期，晚期治療的5年存活率不

到15%，好在精準醫療的發展使肺癌末期患者可以得到更有效的治療。

他說，目前治療肺癌末期的方法包括化學治療、放射線治療、標靶治療和免疫治療，化學治療若是根據病人肺癌的細胞型態來選擇藥物，反應率在40%左右，放射線治療則多半只能使症狀改善，也就是所謂的局部治療。

至於標靶治療，肺癌末期病人對此約有75%的反應率，但必須先檢測肺癌組織，確定有相關的基因突變，使用該類藥物才能見效。不過，藥物有效的時間往往只有1年左右，甚至不到1年就會再度產生癌細胞的基因突變，因而必須定期檢測基因突變的模式，然後依據結果調整治療方案。





蔡女士勇敢抗癌成功地向老天爭命

49歲的蔡女士說，4年前，她咳嗽1年未癒，直到一次感冒嚴重到呼吸困難，送醫急救，竟發現罹患肺腺癌第4期，癌細胞已從左肺擴散到右肺，甚至轉移到腦部。當時預估她的存活期只有18個月，而她母親在20年前發現肺癌後半年就走了，這令她相當恐慌，想到要離開摯愛的家人便心如刀割。

因此，她勇敢面對一連串的治療過程，在醫師建議下，除了以加馬刀治療腦癌，還定期抽血做基因檢測了解癌細胞有無突變，3度改換不同的標靶藥物治療，同時合併化療與服用中藥輔助，至今控制得不錯，病情相當穩定。

精準醫療為患者開創更佳治療模式

夏德椿副主任指出，在標靶治療過程中要確定癌細胞有無基因突變，過去需要重覆

做肺癌組織的切片檢查，但切片檢查未必能取到適當的檢體，病人也會承受癌細胞擴散的風險，所幸現在已經發展出以病人血液或體液來檢測基因突變的方法，並可藉由次世代基因定序的概念，抽血偵測肺癌有無復發以及幫病人量身訂作更精準的治療。此外，醫師還可以透過大數據，得知有哪些新的臨床試驗正在進行中，挑出適合病人參加的臨床試驗，並結合次世代基因定序的結果，為病人選擇最好的治療模式。

中國附醫已成立精準醫學中心，結合檢驗、病理專家和臨床醫師，為肺癌病人提供完善治療，夏德椿副主任期待未來能有質子或重粒子治療介入，為肺癌末期患者爭取更多生機。蔡女士則以自己的親身經驗提醒肺癌病友們不要輕言放棄，以醫學的突飛猛進，只要配合醫師好好治療，縱使在絕望中仍可能找到希望。🕊

3D電燒終結心房顫動

婦人換心重獲新生



文／編輯部

58歲的羅太太心臟衰竭，必須長期服藥控制，但藥物療效不彰，她仍反覆出現胸悶、心悸與無力等症狀，後因嚴重呼吸困難送中國醫藥大學附設醫院急診，檢查顯示有心房顫動合併急性肺水腫，2天內做了20多次心臟電擊。醫師為她做了3D立體電燒治療，成功阻隔左右肺靜脈，消除心房顫動的源頭，使心臟功能暫獲穩定。

羅太太在3D電燒治療1年後，順利接受心臟移植，現在心跳相當穩定，活動力恢復良好，仍繼續在門診追蹤。她說，想起那段密集接受心臟電擊的日子，至今心有餘悸，感謝中國醫藥大學附設醫院心臟血管系張坤正主任所領導的醫療團隊，讓她有機會等到換心機會而重獲新生。

心房顫動併發中風的機率相當高

張坤正主任說，心房顫動是成年人心律不整最常見的原因，在臺灣的盛行率已超過全人口的1%，大約23萬人都有這個問題。心房顫動的表現非常多樣化，從沒有症狀到心悸、胸悶、頭暈、無力、呼吸困難等都有可能發生，久而久之，心臟功能不但會越來越差，中風機率也是一般人的5倍。

心房顫動3D電燒屬於複雜性的電燒治療，過去只能依據X光透視導引再搭配心臟內的電訊號來進行，拜科技發展之賜，如今醫師已可結合3D定位與心臟內電訊號的立體成

像，洞悉心律不整的病理機轉，研擬適合的電燒策略，精準操作每一定點的電燒，成功為患者去除難纏的心房顫動。

3D電燒治療可明顯改善心房顫動

張坤正主任提醒有心房顫動問題的患者，必須先從自身做起，設法改善生活作息與維持良好的睡眠品質，避免吸入二手菸，不吃有刺激性的食物。治療上，可使用一些抗心律不整藥物來控制，然而若是藥物治療效果不彰或是無法適應藥物副作用，3D電燒治療是很好的選擇。

目前的研究顯示，3D電燒治療相較於傳統藥物治療，穩定心律的效果較佳，症狀改善也比較明顯，可以考慮作為第1線治療的方式。🏥



曾飽受心臟病折磨的羅太太，感謝張坤正主任及醫療團隊助她重拾健康。（攝影／吳芬玫）



治療先天性心臟病 用藥應注意事項

文・圖／藥劑部 臨床服務組 藥師 陳淑姿

胎兒的心臟在發育過程中，如果某些環節出了問題，造成心臟結構或心臟跳動方面的異常，便會罹患先天性心臟病。先天性心臟病通常在產前或出生不久就會被發現，可是有些先天性心臟病患者因為沒有明顯的心雜音或症狀，直到長大後才在無意間檢查得知。

先天性心臟病的治療目標是要有足夠的心輸出量，以充分供應身體各器官的血流及氧氣，並且減輕心臟過多的負擔。常用的心臟藥物有強心配醣體、利尿劑、血管擴張劑等多種。

► 強心配醣體中的地高新

毛地黃類藥物地高新（Digoxin）堪稱是治療心臟衰竭歷史最悠久的藥物。18世紀末，英國鄉村有位老婦人以一種家傳祕方治療水腫病，有些曾經多方延醫治療卻無效的病人，竟被她的祕方治好，此事引起蘇格蘭

醫師威瑟林（William Withering）的注意，他發現老農婦的湯藥中加了一種毛地黃植物，於是對毛地黃展開深入研究，不僅比較毛地黃花、葉、莖等部位在不同生長時期經過煎煮或製成藥丸後的效果，也拿毛地黃的葉子泡茶來改善鬱血性心衰竭病人的水腫症狀。

現已證實在所有的強心配醣體藥物中，地高新是最有效的，但因其化學合成困難且費用較高，所以至今仍是從毛地黃來提煉。毛地黃為2年生或多年生草本植物，生長在海拔1200-1800公尺的山區，因為布滿茸毛的莖葉及酷似地黃的葉片而得名，又因它來自遙遠的歐洲，所以又稱洋地黃。

毛地黃的花雖美麗卻全株有毒，其毒性在醫學上有著重要的藥用價值。臨床上是作為強心藥，可興奮心肌、增強心肌的收縮力與改善血液循環，主要用於治療慢性充血性心衰竭。由於毛地黃的藥性會蓄積，患者使



治療心臟衰竭的地高辛（Digoxin），分成針劑、酏劑及錠劑。



利尿劑Furosemide，分成針劑、酏劑及錠劑。

用時必須注意心律有無異常變化。至於毛地黃常引起的中毒反應包括消化道症狀：食慾不振、噁心嘔吐、厭食等；神經系統症狀：頭痛、無力、視力模糊等；心臟毒性：各種心律異常，例如心跳過速或過慢、心室顫動。

▶ 利尿劑

利尿劑的作用是排除體內過多的水分，以減輕心臟負擔，適用於有症狀的心臟衰竭患者，又可分成3類：磺胺類利尿劑（如：Furosemide）、噻嗪類利尿劑（如：Hydrochlorothiazide）、保鉀利尿劑（如：Spironolactone等）。

利尿劑應在白天服用，最慢也要在傍晚之前服用，以避免夜間頻尿而影響睡眠品質。患者還要定期量體重並記錄，回診時提供醫師參考，讓醫師知道體內的水分變化情況。服用利尿劑會使電解質（如：鉀離子）隨著水分排出體外，故在飲食上可適量補充含鉀食物（如：香蕉、柳丁或橘子等水

果）。若出現抽筋、頭暈、噁心等症狀，請儘快回診。

▶ 血管擴張劑

血管擴張劑會擴張周邊動脈與靜脈，減少血管阻力，進而降低心臟負擔。治療心臟衰竭所併用的血管擴張劑是血管收縮素轉換抑制劑（ACEI），主要是藉由降低血管收縮素的作用而保護心臟，並具有降低血壓的功效。

此類藥品最常見的副作用是乾咳，若經常乾咳要告知醫師，由醫師評估是否改用其他藥品來減少副作用。服藥期間，血液中鉀離子的濃度可能會增加，如果出現心律不規則、手腳發麻等症狀，很有可能是體內鉀離子濃度過高所致，必須儘快回診。

萬一孩子被診斷有先天性心臟病，家長不要慌，應找專業的心臟科醫師治療，千萬不可聽信偏方。治療期間，請定期回醫院檢驗血中的藥物濃度、電解質及腎臟功能等，以作為後續治療的參考。⊕



人們有許多飲食觀念，可能來自父母教導，可能來自就學後的環境影響，甚至可能來自連作者是誰都不清楚的網路文章，而一些人云亦云、似是而非的說法，其實隱藏著風險，若真的照做，長此以往，對健康是極為不利的。

醣與糖之間怎麼吃才對？

文／臨床營養科 營養師 劉上宇

澱粉與醣是身體能量來源

以醣與糖來說，講到它們，就會令人聯想起肥胖與血糖。就大腦而言，由澱粉代謝所產生的葡萄糖是主要的能量來源，如果澱粉類食物（富含碳水化合物的食物，例如饅頭、米飯、五穀根莖類食物等）吃得太少，大腦攝取不到足夠的葡萄糖，便可能導致精神不繼、工作效率降低，甚或開車時注意力不集中而提高風險。

澱粉吃起來不一定會覺得有甜味，它需要透過體內管道及酵素將其消化代謝，才能轉變為身體能夠利用的型式，例如葡萄糖。正因如此，攝取澱粉後不會馬上吸收，血糖不會急遽上升，這時候體內分泌的胰島素不會明顯升高，血液循環中才有足夠的葡萄糖讓大腦好好吸收利用，鬱悶的情緒也較能獲得改善。

糖的過量攝取是健康大敵

但是，如果長期攝取太多的「糖」，又不均衡攝取其他種類的食物，包括富含膳食纖維及礦物質（如：鋅、鎂）的蔬果等，就有可能導致胰島素失去原本的作用，以及胰臟分泌胰島素的能力降低，而這些都是足以引發糖尿病的潛在因子。過量攝取的糖，還會轉化成脂肪，致使脂肪堆積造成肥胖。



尤其是糖尿病患者，若對糖份攝取缺乏節制，除了血糖會高低振盪，長期下來還會加速其他器官的慢性傷害，例如腎臟衰竭、白內障、心血管疾病等，代謝症候群（腹部肥胖、血壓高、空腹血糖高、三酸甘油脂高、高密度脂蛋白膽固醇過低）亦將隨之而來。

使血糖控制穩定的10個方法

為了健康著想，民眾如果要讓血糖控制穩定，避免起伏太大，有幾個方法可以參考：

- 多選用低升糖指數（低GI）的食物，例如糙米、全麥饅頭等，這些食物所提供的飽足感能減少過度攝食。
- 餐前先吃含纖維質較高的食物，例如葉菜類、瓜果類蔬菜等，能夠延緩食物的消化，包含碳水化合物的吸收與代謝。
- 進食細嚼慢嚥，如果狼吞虎嚥，在覺得有飽足感的時候，可能已經吃了過多的澱粉類食物。
- 少量多餐，可以考慮增加正餐與正餐之間的點心，但正餐的量必須適度減少且要注意飲食種類的均衡。必要時，請向專業營養師諮詢，以免因為餐次增加而攝取過多熱量。
- 由於水果富含碳水化合物，糖尿病友應將水果與正餐分開食用，至少要間隔1-2小時，避免一口氣吃進大量的碳水化合物而導致血糖急遽上升。
- 6大類食物要均衡攝取，6大類食物包括奶類、五穀根莖類、豆蛋魚肉類、油脂類、蔬菜類、水果類，各類的營養成分大不相同，均衡攝取可截長補短，食材選擇也應力求廣泛。
- 避免吃含糖類零食與飲品，糖尿病友如果要吃，最好請教營養師如何注意分量與代換方式，或是選用低熱量的食物，例如低熱量可樂（健怡可樂）、無糖綠茶、洋菜膠、白木耳、仙草、愛玉等，以及避免使用含糖量較高的烹調方式與醬料，例如蜜汁、茄汁、糖醋等。
- 若是外食，最好不要光顧吃到飽餐廳，並要熟悉自己每餐能夠食用的醣量份數與種類，如有疑問可請教營養師。
- 要規律運動，所謂運動並非工作時的「勞動」，而是慢跑、游泳、騎腳踏車等等，若行動不便，可以考慮放慢行走速度或是原地踏步來增加每日活動量。
- 要按時服藥，糖尿病友應謹記降血糖藥物的服用頻率與份量，注射胰島素的患者更要注意，以免因為忘記施打胰島素而導致血糖起伏較大。



不可以完全不吃澱粉喔！

不少民眾因為怕胖而完全不吃澱粉，或是只吃一些澱粉含量極低的食物（如：生酮飲食），殊不知當大腦得不到該有的能量來源，身體便會啟動「保護機制」，將肌肉分解釋出胺基酸，經由血液循環到肝臟，轉換成葡萄糖再釋放至血液循環給大腦利用。這個過程會造成身體肌肉減少，胺基酸的代謝廢物增加，肝腎負擔也相對提高，所以絕非長久之計。特別是糖尿病患者，每天若未適量補充所需的碳水化合物，易因血糖過低而引發不適，嚴重時可能昏迷。

糖尿病友與生酮飲食的迷思

網路上還有人鼓吹以生酮飲食（高脂肪、適量蛋白質與低碳水化合物的飲食方式）來治療糖尿病，這讓許多醫師及營養師感到憂慮，紛紛提醒糖尿病友切勿自行嘗試。當身體因為低澱粉飲食而分解脂肪，或是因為生酮飲食的高脂肪而產生過多酮體，都會讓糖尿病友暴露在酮酸中毒的危險中。酮酸中毒是嚴重而急性的糖尿病併發症，若未及時妥善治療，恐危及生命。

飲食與健康息息相關，民眾（特別是糖尿病友）在決定採取生酮飲食等特定的飲食計畫之前，最好先詢問醫師或營養師的意見，可別偏聽偏信而令自己處於危險之中！🍴

澱粉、醣與糖的世界

- 富含「澱粉」或「醣」的食物（宜多元攝取）：

米飯、胚芽米、全麥類、薏仁、紅豆、綠豆等五穀根莖類；地瓜、芋頭、馬鈴薯、南瓜、玉米、蓮藕等及其加工品；麵條、饅頭、米粉、碗粿、粿仔條、湯圓、芋圓、粉圓等。

- 富含「糖」的食物（不宜過量食用，糖尿病友若血糖控制不穩定應避免食用）：

含有黑糖、砂糖或果糖的甜飲（如：碳酸飲料、果汁含量低的飲品）、蜂蜜、西式糕點、甜甜圈、冰淇淋、非使用代糖的糖果等。



護佑人類健康 精準醫療銳不可擋

文／長新生醫 研究員 莊逸涵

美國前總統歐巴馬於2015年推動個人化及精準醫學，並為此投入2.15億美元，蒐集100萬個分屬於各年齡層與不同族群者的基因資訊，研究遺傳性變異對人體健康和疾病的影響，短期目標是突破傳統醫療障礙，找到治療癌症更好的方法，長期目標則是為多種疾病的個人化治療提供有價值的訊息。

精準醫療可創造巨大效益

美國政府希望能開創「人類基因組醫學」的新時代，為研究腫瘤基因與推動新藥開發建立規範及準則，以確保未來數據共享且不侵犯隱私與個資安全。在政府的加持之下，結合資訊、製藥、生技、基因檢測產業及醫療機構等各領域的努力，精準醫療的發展趨勢銳不可擋，被視為提升醫療成效的一大關鍵。

精準醫療能為醫療創造巨大的社會效益和經濟效益，美國醫學研究所主席Victor Dzau所率團隊利用仿真模型，對癌症、心臟病、糖尿病、中風、高血壓、肺病等6種疾病的風險進行評估，評估結果指出，若能減少50%的

心臟疾病發生率，可在50年內創造6070億美元的經濟效益；若能降低10%糖尿病及癌症的發生率，則可創造960億美元及700億美元的經濟效益。但，什麼是精準醫療呢？從傳統醫療與精準醫療的對比，大家會有更清楚的認識。

傳統醫療VS.精準醫療

✚ 傳統醫療

病人到醫院尋求治療，服用醫師開立的藥物之後，所產生的療效有時不如預期，甚或可能出現傷害身體的副作用。這種現象的形成乃因大部分藥物是為大多數病人所設計研發的產品，而對「少部分病人」其實是不適用的，療效發揮不到60%。

並且傳統醫療往往是講求「標準療程」，治療流程與方式大同小異，一般是先由病人描述症狀，加上血液、超音波、X光等常規檢查，再由醫師按個人經驗來判斷是什麼疾病，並對相同的疾病與症狀採用相同的治療方式與藥物。當有多種藥物可以使用時，由於不見得第一線用藥適合每一個人，所以必須透過不斷換藥的方式來找出最適合

的藥物。有時候不同的症狀看似屬於同一疾病，但經不斷換藥皆不見療效，則需再做進一步檢查，才能確定真正病因。這些狀況使得傳統醫療容易發生藥物副作用或錯失治療的黃金時間，造成醫療資源的浪費。

✚ 精準醫療

從標靶治療到個人化醫療，都屬於精準醫療的概念，其內涵在於持續而準確地了解疾病發生與進展的機轉，有效探究其因果，並結合醫學科學研究及跨領域科技，讓疾病的預防與診療更為精準。「精準醫療」不僅挑戰傳統的藥物治療方式，也讓醫界與藥界更加了解為何某些藥物只對特定族群有反應。

精準醫療的診斷依據，除了患者的症狀描述及常規檢查之外，還必須加上生物醫學檢測（如：基因檢測、蛋白質檢測、代謝檢測），並將個人資料（如：性別、身高、體重、種族、過去病史、家族病史、生物醫學檢測、臨床資料等），透過人體基因資料庫進行比對與分析，再從中篩選出最適合患者

的治療方法及藥物，同時避開可能引發副作用風險的一些特定藥物。簡單的說，精準醫療是為患者量身打造最適合的治療計畫，可提升治療反應率。

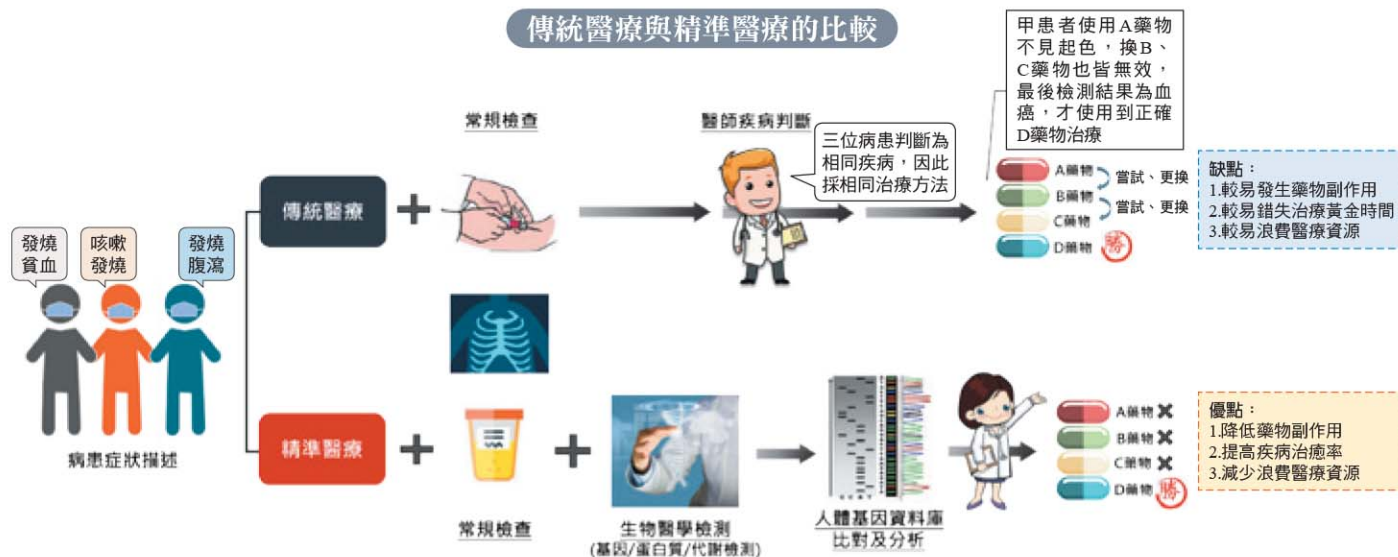
臺灣精準醫療的發展瓶頸

精準醫療從基因檢測、基因定序到臨床應用，需要投入大量人力與資金，而臺灣的精準醫療發展腳步緩慢，需做更多整合以利推展。臺灣生物產業發展協會李鍾熙理事長指出，臺灣人體生物資料庫與健保資料庫可以相互比對，然而這兩個資料庫目前並未連結，亟待政府加強跨領域與跨部會的整合，才能有所突破。🌐

參考資料：

1. 健康醫療網 <http://www.healthnews.com.tw/news/article/29507/>
2. 股感知識庫：精準醫療 <https://www.stockfeel.com.tw/>
3. Victor J Dzau et.al, Aligning incentives to fulfil the promise of Personalised medicine. Lancet Lancet. 385(9982):2118-9, 2015.

傳統醫療與精準醫療的比較



給育齡婦女的警示 女嬰罹患先天性德國麻疹症候群

文／編輯部

衛生福利部疾病管制署10月初公布，一名未滿週歲女嬰患有先天性德國麻疹症候群，嬰兒若罹此病，後果相當嚴重，因此疾管署提醒育齡婦女若檢驗發現沒有德國麻疹抗體，即應接種麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗（MMR），以保護自身與未來懷孕時的胎兒健康。

疾管署表示，在預防接種政策普及下，先天性德國麻疹症候群在臺灣已相當罕見，這是9年來首度出現的確定病例。根據疾管署的監測資料，我國2001-2017年共有6例先天性德國麻疹症候群確定病例，包括2例本土病例，3例是境外移入（越南、印尼、中國大陸），1例感染地不明，其中2名患者已經死亡。

這次發現的罹病女嬰，母親來自中國大陸，無特殊病史，疫苗接種史不明。她去年6月約懷孕12週時曾在臺灣做了首次產檢，當時即發現德國麻疹抗體呈陽性反應，但她其後的產檢均在中國大陸的醫院進行，去年12月才再度來臺，並於月底產下女嬰。女嬰出生時的體重、身長、頭圍等生長指標均小於正常範圍，後來陸續發現有聽力缺損及白內障，確診為先天性德國麻疹症候群。

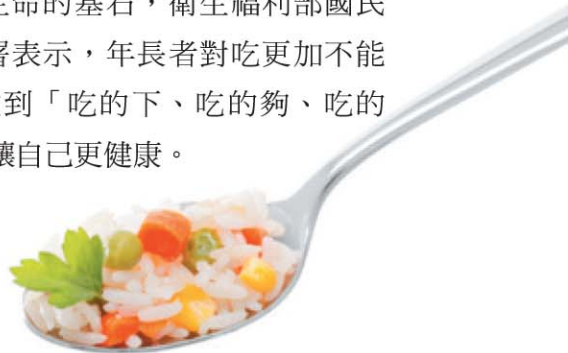
疾管署推測這位母親在懷孕早期即感染德國麻疹，而孕婦於懷孕早期感染德國麻疹，可能會造成死產或自然流產，所產下的嬰兒則可能因為先天性德國麻疹症候群而出現耳聾、青光眼、白內障、小腦症、智能不足及先天性心臟病等先天性缺陷，嚴重者甚至會導致死亡。

疾管署呼籲計劃懷孕的婦女若檢驗發現沒有德國麻疹抗體，一定要去接種麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗（MMR），並且要盡量避免帶未滿1歲及未完成MMR疫苗接種的嬰幼兒前往德國麻疹流行地區。如果必須帶孩子前往，可於出發前2週之前自費接種1劑MMR疫苗。相關資訊請撥打免付費防疫專線1922（或0800-001922）洽詢。📞



營養是生命的基石，衛生福利部國民健康署表示，年長者對吃更加不能

馬虎，一定要做到「吃的下、吃的夠、吃的對」3大目標，才能讓自己更健康。



銀髮族的營養3大目標 吃的下・吃的夠・吃的對

文／編輯部

●吃的下

國民健康署2016年做了一項調查，發現10%的年長者有咀嚼困難的問題，而隨著年紀增長，咀嚼和吞嚥能力會越來越差，腸胃消化功能也漸弱，如果有獨居或無人備餐、共餐等情況，更容易造成營養不良。許多人對於老人餐食的印象多半停留在只能吃剝碎的食物和液態食品等，其實食物的軟硬度和外觀都會影響食慾，因此國民健康署正在研發適合年長者的日常飲食指引，完成後將在社區關懷據點和長照服務據點全面推廣。

●吃的夠

除了吃不下，年長者還可能吃不夠。依據國民營養健康狀況變遷調查結果，2013-2014年長者的飲食，熱量攝取不足的盛行率為42%，前5大缺乏的營養素為鈣（76.3%）、維生素E（73.1%）、維生素D（60.0%）、鋅（51.5%）及鎂（49.6%），攝取不足的比率高達5-7成。2013-2015年的調查結果則顯示，在6大類食物中，年長者攝取不足盛行率最高的前2名為奶類（81.6%）及水果類（72.9%）。

●吃的對

年長者經常因為養生、疾病、網路傳言等原因，採取少油、少吃的飲食型態，甚至自設多重飲食禁忌，例如認為營養均在湯汁中，所以只喝湯不吃料等等，自然無法達到應有的營養標準。國民健康署建議年長者每天均衡攝取6大類食物，其中包括多樣化的蔬果，肉類以魚、雞肉等白肉為主，並搭配全穀類與堅果，烹調使用天然調味料與遵循低鹽、低糖的原則。🍽️