

中國醫訊

蔡長海題

184

看醫療之廣 · 取健康之鑰 · 品生命之美

健康 關懷 創新 卓越 | 2018 11月

中國醫藥大學附設醫院 38週年院慶

蔡長海董事長：

向標竿學習

我們要做「臺灣的梅約醫學中心」

周德陽院長：

以梅約為師 千里之行始於足下

耳鼻喉之亂

耳鼻喉要通暢

一竅不通就會天昏地暗

從容易混淆的問題到大小疾病

醫療團隊為您剖析這3大通道的各種亂象



中國醫訊

November 2018 No.184

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 沈戊忠
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 蔡岑瑋 蔡教仁
劉孟麗 劉淳儀
美術編輯 盧秀楨
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107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
電子期刊 cmuh.tw/web/cmuh_health.php
或掃描QR code



中國醫訊

編輯檯

11月16日是中國醫藥大學附設醫院38週年院慶，蔡長海董事長念茲在茲的是如何才能建立更豐富卓越的醫療特色，強化國際競爭力，提供病人最滿意的醫療服務，期許中國附醫未來能成為「臺灣的梅約醫學中心」。周德陽院長呼應蔡董事長的訴求，提醒全體同仁「以梅約為師」，見賢思齊。

中國醫藥大學附設醫院最令人稱道之處，在於以一所沒有政府或任何財團奧援的私立醫院，卻能由小而大，日新又新，長年穩居全臺備受民眾信賴與肯定的醫學中心之列，更在體系中扮演領頭羊的角色，不斷扶持新血輪，包括即將開幕的新竹附設醫院在內，中國醫藥大學醫療體系迄今已繁衍出5家學校的附設醫院，7家分院以及4家診所，版圖壯盛，對學校及衍生企業的貢獻也有目共睹。

衡諸國內外有百年歷史的醫院，38歲的中國醫藥大學附設醫院年富力強，積極推動中的尖端細胞治療、精準醫學及人工智慧醫療診斷，其勢沛然，再加上生醫科技能量的源源灌注，美好前景令人期待。

在醫療衛教方面，本期醫訊邀請耳鼻喉部的醫師們介紹多種耳鼻喉疾患，包括聲音沙啞、吞嚥困難、聽力受損、耳石症、下咽癌、睡眠呼吸中止症，以及感冒與過敏性鼻炎或鼻竇炎的區別、鼻息肉與肥厚性鼻甲的差異，藥師也對過敏性鼻炎的中西藥物治療有詳細說明。

網路當道，長時間使用3C產品對視力的影響，屢有醫師提出警告，按月發行的紙本《中國醫訊》便於傳播醫學知識又無傷眼顧慮，是我們對衛教宣導的一大堅持。祝福所有讀者開卷有益，長保健康。

董事長的話：領航珠璣

- 03 | 向標竿學習
我們要做臺灣的梅約醫學中心
——蔡長海

院慶感言

- 06 | 以梅約為師 千里之行始於足下
——周德關

輝耀中國

- 08 | 英國泰晤士報世界最佳大學排名
中亞聯大雙雙上榜
中國醫藥大學穩居全臺私立大學第一
——編輯部

醫療之窗：耳鼻喉之亂

- 10 | 我感冒好久了！
其實…可能是過敏性鼻炎或鼻竇炎
——施亮均、戴志展
- 15 | 鼻息肉？下鼻甲肥大？
別再傻傻分不清
——黃得韻、戴志展
- 17 | 鼾聲大如雷
睡眠呼吸中止症強勢壓境
——邱建仁、鄧永恩
- 20 | 音聲手術與語言治療 幫你重拾好聲音
——林子傑、辜雅瑄
- 23 | 耳石症導致眩暈 姿勢療法可不藥而癒
——王堂權

- 27 | 逃離無聲世界
植入式聽覺輔具最給力
——鍾雄光

- 29 | 吞嚥困難原因多 別讓美食從此絕緣
——盧建吉

- 32 | 下咽癌 嗓音與吞嚥功能的殺手
——黃純性

中醫天地

- 35 | 別忽視更年期症候群
——張家豪



- 38 | 婦女尿失禁 中醫對證止漏
——張尹人

樂活生醫

- 41 | 下肢缺血麻煩大了
幹細胞修復且看明朝
——張其皓

陽光筆記

- 43 | 用愛點亮希望
及時的醫療救助 讓他們安心就醫

— 社會工作室



分享平台

- 46 | 出院準備銜接長照服務
照顧者的減壓指南

— 邱瓊慧



藥物園地

- 49 | 如果鼻子像關不緊的水龍頭

— 涂慶業

飲食養生

- 53 | 預防黃斑部病變
護眼大將：葉黃素

— 江宗謙

新聞剪影

- 56 | 腦深部刺激術
助巴金森氏病患者擺脫困境

— 編輯部



向標竿學習

我們要做臺灣的梅約醫學中心

文／中國醫藥大學暨醫療體系 董事長 蔡長海

生命因夢想而偉大，夢想因行動而實現，個人如此，企業亦然。中國醫藥大學今年6月創校一甲子，我為中醫大立下的願景是成為「臺灣的史丹佛大學」；而在中國醫藥大學附設醫院迎接38歲生日的此刻，做「臺灣的梅約醫學中心」則是我最深切的期許。這兩大夢想是我們今後前進的燈塔，要破繭成蝶，飛向美麗新世界，亟需一雙更強勁的翅膀，也就是企圖心與執行力。

校院的兩大學習標竿：史丹佛與梅約

英國泰晤士報高等教育特刊最新公布的2019世界大學排名，美國史丹佛大學高居第3，史丹佛不僅擁有崇高的學術聲譽，所孕育的創新研發能量及創業氛圍，更為人所津津樂道，對世界的影響力自不待言。梅約醫學中心為世界頂尖的醫院，也是醫療服務品質最具指標性的聖地，百年如一日地要求員工在行動和態度上完全落實「以病人為中心」的精神。

中國醫藥大學暨醫療體系橫跨教育、醫療和生醫產業，經過團隊孜孜不倦的努力，奠定了穩固的基礎，創造了獨特的價值，但學無止境，要更上一層樓，史丹佛大學和梅約醫學中心都是我們學習的標竿。

中國附醫多項醫療特色得到國際肯定

把梅約醫學中心當成學習標竿，除了從文化與制度著手，我認為醫院的核心任務不外提供民眾最好的醫療，充分滿足其醫療需求，因此目前最重要的就是積極發展醫療特色，全方位的創新改變並追求卓越，迎風直上，讓自己變得更強大，才能成功打造更優秀卓越的機構。

中國附醫在周德陽院長和經營團隊的帶領下，守護著廣大民眾的健康，許多醫療特色口碑卓著，得到國際肯定。舉例來說，急症暨外傷中心對重大與極重大外傷的診療照護；癌症中心結合精準醫療、細胞治療與先進的放射線治療；腦中風中心全人全方位多專科的醫療及矩陣式照護模式；器官移植中心的活體肝臟移植與心臟、肺臟、角膜內皮細胞移植；心血管中心24小時的緊急心導管醫療與多項特殊技術；微創內視鏡中心的高

品質微創手術；國際醫療中心的顯微重建手術與參與國際醫療救援行動；人工關節中心以機器手臂精準執行人工關節置換；國際代謝形體醫學中心的創新單切口經臍腹腔鏡代謝減重手術；風濕免疫中心是全國難治性風濕免疫疾病的診療中心；高危險疑難妊娠及母胎醫學中心為高危急重症孕產婦施行精準的產前診斷與治療等等，均救人無數，並有效提高患者的生活品質。

尖端醫療與精準醫療點亮了希望之燈

生命有極限，但醫療的極限已隨著科技躍進而一再被突破。例如美國學者艾利森（James Allison）與日本學者本庶佑，他們發現如何利用與操縱免疫系統來對抗癌症，這項研究促使可大幅改善療效的癌症免疫療法問世，肺癌和惡性黑色素瘤變得比較容易治療，也從根本上改變了某些晚期癌症病人的結果，因而榮獲今年的諾貝爾醫學獎。

這種為人類健康謀福祉的尖端醫療，正是我們目前積極研發的重點之一，屢有令人驚喜的進展，無論是幹細胞療法、免疫細胞療法或基因療法，都為癌症、腦中風及細胞損傷需要再生治療的病人點亮了一盞又一盞希望之燈。經過技術轉移，這些尖端的細胞醫療正在我們的關係企業高速前進，例如長聖生技的樹突狀細胞腫瘤疫苗製備技術已獲臺灣2項專利及歐盟、美國、日本各1項專利。

尖端醫療與精準醫療密不可分，我們自2013年起開始推動精準醫療，去年更投入逾1億元成立精準醫學中心，開辦精準醫學門診，這是全國最完整的服務系統，透過個人化的基因檢測，可對癌症轉移的機率與用藥



預後進行分析，並根據抽血檢測血液中是否仍有微量癌細胞循環來安排適合的治療，以預防癌症轉移或復發。

全力打造臺灣第1家AI模範醫院

人工智慧（AI）將改變全世界，我們去年已成立人工智慧醫學診斷中心，將協助體系醫院邁入智慧醫療、行動醫療、遠距醫療與雲端輔助的新紀元。數月前，本院參加美國輝達公司（NVIDIA）在臺灣舉辦的醫療競賽，榮獲兩項頭獎，一是兒童骨齡的評估，以及肝癌的電腦斷層影像辨識與預測、乳癌超音波影像的AI辨識；二是以正子造影診斷子宮頸癌及其轉移器官與治療方法，這對我們在人工智慧醫學診斷的研發是最好的肯定。

迎接AI浪潮來襲，世界各國都在訂定AI發展戰略，超高齡化的日本已預定在2022年之前建置10家AI醫院。今年8月，日經新聞的報導指出，日本政府宣布2018-2022的5年內預計斥資1億美元以上，與企業和學術界合作，由政府領頭建置10家引進自動輸入病歷、圖像診斷、為病人選擇最適合治療方法的「AI醫療示範醫院」，協助AI醫療的創新研發與應用，讓醫師有更多時間照顧患者，也有更多時間與患者討論病情。在AI的輔助下，不僅可以減少不必要的治療與抑制醫療支出，還可以憑藉AI力量強化醫療產業的國際競爭

力。根據「富士經濟」調查公司指出，AI醫療相關的日本國內市場規模，到了2025年將成長為150億日圓，大約是2016年37億日圓的4倍。

由此可見，面對AI、大數據分析、機器人等新技術，全球最早面臨快速高齡化社會的日本，正積極以AI建構日本成為世界第一的醫療技術先進國及照護技術先進國。AI是未來的國力展現，我們不能落後，一定要迎頭趕上，全力建構AI Smart Hospital，希望能打造臺灣第1家AI模範醫院，而當務之急就是網羅和培育AI人才，積極推動AI醫療，造福廣大病人，讓臺灣的AI醫療站上國際舞台，提升臺灣醫療產業的發展。

以教育、醫療及生醫產業回饋國家社會

史丹佛大學與梅約醫學中心都有百年歷史，與其相比，中國醫藥大學和附設醫院還算年輕，在向標竿學習的路上，有董事會的宏觀布局與全力支持，校院只要拿出「有為者亦若是」的企圖心與執行力，未來必能以更高品質的教育、醫療與生醫產業來回饋臺灣這塊孕育我們的土地。

最後，我要向全體同仁的付出與貢獻致上最大的感謝，因為您們的努力，中國醫藥大學附設醫院才有今天的成就，也因為您們的用心，維護了無數民眾的健康。我以您們為榮！



以梅約為師

千里之行始於足下

文／中國醫藥大學附設醫院 院長 周德陽

今年校院共識營，我們的願景是中國醫藥大學附設醫院未來要成為「臺灣的梅約醫學中心」。梅約醫學中心（Mayo Clinic）是美國最好的醫學中心，不僅醫術精湛，並且服務一流，每年有無數疑難雜症患者從世界各地前來尋求痊癒的希望。已屹立百年的梅約醫學中心能夠歷久彌新，關鍵在於他們永遠心懷病人，每天做的每一件事和每一個決策，都以滿足病人的需求為前提。

「以梅約為師」是蔡長海董事長對中國附醫的期許，也是在中國附醫歡度38週年院慶之際，為全體同仁訂立的目標。雖然我們距離這個目標還有一段距離，但「合抱之木，生於毫末；千里之行，始於足下」，每跨出一步，就朝目標靠近一步，為了給病人更高水準的醫療照護，我們應該有這樣的雄心壯志。

強化醫療品質，重視病人感受

向梅約醫學中心看齊，首重醫療品質。JCI國際醫療評鑑認證最注重的就是醫療品

質與病人安全，中國附醫今年再度通過JCI評鑑，我們深知評鑑不是通過就算了，必須將評鑑條文落實於日常工作中，因此不僅在設備與人員訓練方面持續加強，也特別成立了評鑑維持小組，強化實地稽核，若有病人死亡或出現併發症及醫療爭議，都要完成檢討報告，透過層層機制來互相學習，減少錯誤。

每天有上萬名病人在本院接受各種診治，事繁責重，其中有些地方做得還不夠理想，而病人及家屬是最好的監督者，難免會抱怨或申訴。我們分析申訴內容發現造成病人不滿或有不舒服的感受，多半來自同仁的態度問題，無論是一個無心的舉措、一句不恰當的話語或者作業上的疏忽，都可能引爆負面情緒。

「視病如親」4字，知易行難，我知道在緊張忙碌的工作中，同仁的壓力都很大，但病人因為信賴我們，才會把健康交付到我們的手上，但願大家都能把每位病人及家屬當成正在做服務品質調查的「神祕客」，發揮同理心，盡己所能地協助他們解決問題，讓中國附醫成為名副其實的友善醫院。

建立醫療特色，全力救病扶傷

打造醫院品牌必須建立醫療特色，救病扶傷，止於至善。本院現有的多個中心，包括器官移植中心、腦中風中心、癌症中心、心臟血管中心、預防醫學中心、精準醫學中心、內視鏡中心與微創內視鏡中心等，均有相當優秀的表現，期盼每個中心都能再接再厲尋求突破，務必做到全國醫學中心的前3名。

高齡化社會對脊椎醫療的需求大增，本院神經外科脊椎手術量高居全國第2，近5年的成長驚人，所以我們決定結合骨科、神經外科、復健部及疼痛科，再加上神經再生幹細胞治療的臨床應用，成立脊椎醫學中心。此外，我們還將積極發展傷口小、復原快的機器人神經外科手術，期使本院成為機器人微創手術治療的重鎮。

在器官移植新技術方面，小腸移植、胰臟／胰島移植、子宮移植、活體肺臟移植及多臟器移植，本院正全力推動中，目前已有極大進展。今年3月，衛生福利部通過本院可施行胰臟移植手術，不久我們將再向衛福部申請核定小腸移植手術醫院的資格。

應用細胞治療，開啟病人福音

衛福部制定的「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法修正案」（簡稱特管辦法）業已上路，本院同時因應生醫產業5+2產業創新計畫，準備成立產學部，發展跨領域的生醫產業，其中的癌症免疫細胞治療與幹細胞治療是病人引頸企盼已久的一大福音。

免疫細胞治療是癌症在手術、化學治療、放射線治療與標靶治療之外的另一個新選擇，對於一般治療效果不彰或復發的癌症，效果相當好，副作用也非常低，先前因為臺灣尚未開放使用，不少癌症病人轉赴日本或中國大陸治療。本院對癌症的免疫細胞治療研究了很長一段時間，技術臻於成熟，如果進展順利，很快就會向衛福部申請進行臨床應用。

屬於再生醫學的幹細胞治療，國外許多臨床試驗已證明它對腦中風、退化性關節炎、下肢缺血、燒燙傷乃至脊髓損傷，都有一定的療效，這些疾病帶給病人極大的痛苦，我們也將向衛福部申請啟動幹細胞治療，儘早讓病人受益。

人工智慧醫療，實現美好願景

人工智慧（AI）在醫學上的運用廣泛，本院研發至今已小有成績，例如AI影像輔助診斷可評估骨齡、檢測乳房腫瘤與肝癌等等，參加美國晶片大廠輝達公司（NVIDIA）的競賽榮獲頭獎，其他多項智慧化系統也在陸續建置中，包括醫院管理、品質管理、流程精實，以及對教學研究與治療的輔助等，朝智慧醫院的建置展開全方位攻略。

中國附醫擁有強大的經營團隊，在蔡董事長的卓越領導與全體同仁的共同努力之下，攀越一座又一座高峰，實現一個又一個夢想，不但飛得更高也看得更遠，而幫病人實現美好的醫療與健康願景，是我們始終不變的初心。親愛的同仁們，請秉持初心，繼續學習創新與追求卓越！🌟

英國泰晤士報 世界最佳大學排名

中亞聯大雙雙上榜

文／編輯部

中醫大、亞大
攜手闖國際

全球最佳大學 中亞聯大入榜

THE 英國泰晤士報高等教育特刊
2019 世界最佳大學排名

世界排名	全臺排名	私校排名	臺灣32所大學入榜
170	1		國立臺灣大學
401-500	2		國立清華大學
	3		國立臺灣科技大學
	4	1	中國醫藥大學
501-600	5	2	臺北醫學大學
	6		國立交通大學
	7		國立陽明大學
	8		國立成功大學
	9		國立臺灣師範大學
601-800	10		國立中山大學
	11	3	長庚大學
	12		國立中央大學
801-1000	13		國立政治大學
	14	4	高雄醫學大學
	15		國立東華大學
	16		國立臺北科技大學
	17		國立臺北大學
	18	5	輔仁大學
	19	6	亞洲大學
	20		國立臺灣海洋大學
	21	7	中原大學
	22		國立中興大學

另有10所大學入榜（國立4所，私立6所），詳細名單請見官網。

資料來源：亞洲大學提供／英國泰晤士報高等教育特刊排名官網<http://www.timeshighereducation.com/> 2018.09.26

【記者趙容寬／台中報導】英國泰晤士報高等教育特刊今年公布2019全球最佳大學排行榜，其中結盟「中亞聯大」的中國醫藥大學、亞洲大學亞洲大學雙雙上榜，中醫大第505名，全臺第4名、私立大學第1名，副校長18年的亞洲大學第934名，全臺第19名、私立第6、私立非醫學院排名第1，兩校辦學績效受國際肯定。

泰晤士報高教特刊2019全球最佳大學排行榜是從全球80個、1萬7千多所大學中，評選出1258所最佳大學，台灣有32所大學入榜，前3名分別是台大

、清大、台灣科技大學等國立大學，第4名為中國醫藥大學；亞洲大學連3年名列全球最佳大學榜名，是全臺榮獲國際排行最年輕大學，備受矚目。亞洲大學研發長黃志揚指出，亞洲大學重視教學研究，成立AI人工智慧研究、智慧輔具暨復健醫學、大數據、金融科技與區塊鏈等12個研究中心，跨國跨校尖端科技研發，強化國際學術研究。

他舉例，人工智慧研究中心與美國史丹佛大學合作；精準醫療研究中心與美國密蘇里大學、美國Beckman公司合作；

大數據研究中心與美國史丹佛、密蘇里大學、新加坡南洋理工大學合作；3D列印醫療研究中心與美國俄亥俄州理工學院合作；生醫語言計算研究中心與美國加州大學合作；銀視光中心與美國紐西蘭奧克蘭大學合作；展現亞洲大辦學特色，展現能在國際學術排名更上層樓。亞洲大學校長蔡進登強調，中醫大、亞大獲教育部核准為中亞聯合大學系統，簡稱中亞聯大，兩校學生享有跨校課程、輔系、雙主修的交流生等特遇，也分享兩校研究、教學、國際化特色資源，兄弟校能互

相砥礪，也能各自努力，分別衝高在國內外學術排名。亞大國際學院院長陳英輝說，校長蔡進登前天帶領亞大團隊到新加坡國立大學參訪，簽訂學術合作、學生交換事宜，全力推動師生國際化，招收新南向東南亞國家全英語授課的外籍生更成為重點項目。這學期亞大共有606名外籍生，包括26名印尼、菲律賓、越南大學老師在職進修的博士生。

英國泰晤士報高等教育特刊（Times Higher Education，簡稱THE）最新公布的2019世界最佳大學排行榜，「中亞聯大」的中國醫藥大學與亞洲大學雙雙上榜。中國醫藥大學第505名，全臺第4名、私立大學第1名；亞洲大學第934名，全臺第19名、私立大學第6名、非醫學院的私校則為第1名。兩校辦學績效再度受到國際肯定。



中國醫藥大學穩居全臺私立大學第一

世界大學學術排名是實力的證明

泰晤士報高教特刊的世界最佳大學排名，是依照教學、研究、論文被引用數、國際化發展及新創收入等5大面向的13項指標，從86國的1萬7千多所大學中，評選出1258所最佳大學。臺灣這次有32所大學上榜，前3名都是國立大學，中國醫藥大學排名第4，而亞洲大學也連續3年躋身世界最佳大學排名，是全臺進入此一國際排行榜最年輕的大學。

中國醫藥大學暨醫療體系蔡長海董事長，也是亞洲大學的創辦人兼董事長，他一再強調「一流的城市要有一流的大學，一流的國家更需要一流的大學」，並曾說明他重視世界大學學術排名的原因，在於辦學成果不是自己說好就是好，必須參考世界指標，了解自己應該努力、檢討和調整的方向，從而證明自己的實力並自我激勵，這是成為世界一流大學的必經之路。

中亞聯大各自努力拚出亮眼成績

蔡董事長說，全球現有幾個不同機構每年都在進行大學學術表現的調查，中亞聯大目前主要聚焦於上海交大與英國泰晤士報高教特刊的排名。中國醫藥大學在上海交大的2018世界大學學術排名是第244名，他期盼4年內（2022年）能進入世界前150大，9年內（2027年）進入世界前100大。此外，亞洲大學今年首度進入上海交大的排行榜，位居世界第888名，在全臺為第14名、私立大學第5名、非醫學私校第1名。

中國醫藥大學與亞洲大學獲教育部核准為「中亞聯合大學系統」，簡稱「中亞聯大」，兩校學生有跨校學程、輔系、雙主修的交流生等待遇，也分享兩校研究、教學、國際化特色等資源，兄弟校互相合作且各自努力，分別在國內外的學術排名拚出亮眼成績。🌐

我感冒好久了！

其實… 可能是過敏性鼻炎 或鼻竇炎



文／耳鼻喉部 主治醫師 施亮均、耳鼻喉部 鼻科 主任 戴志展

張先生感冒了，自行到藥房購買成藥，服藥後仍持續有鼻塞、黃鼻涕及鼻涕倒流的症狀，他以為是感冒尚未痊癒所致，再加上平日就有過敏性鼻炎，因此不以為意，但是鼻塞、黃鼻涕、鼻涕倒流及臉部壓痛等現象時好時壞，令他相當難受，這才求助住家附近的耳鼻喉科診所，經藥物治療依然沒有顯著改善，直到最後確定是慢性鼻竇炎而轉診至醫學中心。

醫師詳細診視後說：「你這些症狀持續的時間超過3個月，已達到慢性鼻竇炎的診斷標準，並且診所曾給你長期使用抗生素及鼻噴劑等治療，症狀還是沒有太大好轉，所以現在要安排鼻竇電腦斷層檢查，評估是否需要手術介入治療。」

「蝦米？電腦斷層？手術治療？這個不就是鼻子過敏或感冒沒好，怎麼會這麼嚴重？」

醫師安撫憂心忡忡的他，並告訴他感冒、過敏性鼻炎與鼻竇炎的區別，以及3種疾病正確的治療方式。

感冒、過敏性鼻炎與鼻竇炎的差異

感冒

感冒是上呼吸道病毒感染所致，最常見的是鼻病毒，不僅影響鼻子及咽喉，有時還會造成眼睛發炎。主要症狀為噴嚏、鼻水、鼻塞，也可能出現發燒、頭痛、身體痠痛、喉嚨痛、咳嗽、倦怠、活動力變差等症狀。感冒的理學檢查，常見喉嚨紅腫，鼻黏膜也

偏紅。通常約7-10天會緩解，但有時鼻竇會因續發性細菌感染而導致急性鼻竇炎，免疫力低下的病人也可能會併發病毒性肺炎或細菌性肺炎，不能輕忽。

過敏性鼻炎

過敏性鼻炎的典型症狀包括清澈水狀鼻涕、陣發性噴嚏、鼻塞、鼻子癢及眼睛癢等。鼻涕若倒流會刺激喉嚨產生乾癢的感覺，常發出清喉嚨的聲音及慢性咳嗽。病人往往也伴隨過敏性結膜炎而造成結膜及眼瞼發癢、眼睛紅腫、流淚、畏光，有些小孩還會併發中耳積水。病人也常因鼻塞而張口呼吸，容易導致喉嚨發炎，如果從小就習慣張口呼吸，可能造成臉型發育異常。

鼻竇炎

鼻竇炎的成因及分類較感冒及過敏性鼻炎複雜。大部分的急性鼻竇炎都是濾過性病毒感染，只有0.5-2%的急性病毒性鼻竇炎會形成續發性急性細菌性鼻竇炎，最常見的細菌為肺炎鏈球菌（20-34%），其次為流感嗜血桿菌（22-35%）、卡他莫拉菌（2-10%）。

典型鼻竇炎會出現黃綠色膿鼻涕、兩頰或前額脹痛、黃鼻涕倒流、咳嗽等症狀，不同於過敏性鼻炎的清澈水狀鼻涕。鼻竇炎依發病時間可分為急性（4週內痊癒）、亞急性（病程大於4週而小於12週）、復發性急性（1年發作4次以上）與慢性（症狀持續12週以上）等4種。若依病理特徵分類，則可分為急性細菌性鼻竇炎、慢性鼻竇炎不合併鼻息肉、慢性鼻竇炎合併鼻息肉及黴菌性鼻竇炎。

如何診斷感冒、過敏性鼻炎與鼻竇炎？

感冒

- 有喉嚨痛、咳嗽、濃痰、發燒、鼻塞、打噴嚏及流鼻涕等上呼吸道症狀。
- 有時會伴隨肌肉痠痛、疲勞、頭痛、眼窩脹痛或食慾不振。
- 理學檢查常見咽喉黏膜紅腫、鼻腔黏膜腫脹充血及鼻涕。

過敏性鼻炎

- 有流鼻水、打噴嚏及鼻塞等症狀，常於晚上或接觸到過敏原時加劇。
- 可能會合併氣喘、異位性皮膚炎等過敏疾病。
- 理學檢查常見鼻黏膜蒼白腫脹並有水狀分泌物，鼻黏膜腫脹會阻礙血流使下眼瞼靜脈血鬱滯，下眼瞼因而顯得淤黑。長期揉或皺鼻子，會使鼻梁附近的皮膚出現橫向皺褶。
- 鼻分泌物抹片可能會看到許多嗜伊紅性白血球。
- 症狀發作期，血中可出現嗜伊紅性白血球增加的現象。
- 過敏原皮膚搔抓試驗。
- 皮膚針刺試驗或特定過敏原免疫球蛋白E測定（如：CAP、MAST）。

鼻竇炎

- 主要症狀：**膿鼻涕、鼻塞、鼻涕倒流、濃痰、臉頰疼痛或壓力感、嗅覺減退或喪失，以及非氣喘咳嗽（僅見於小兒）。
- 次要症狀：**咳嗽、頭痛（顏面疼痛、壓力感）、發燒、口臭、疲倦、牙痛及耳部症狀。

- 理學檢查及鼻竇內視鏡可見膿鼻涕或中鼻道、上鼻道有息肉，鼻咽及口咽部可見倒流的鼻涕。
- 鼻竇X光及電腦斷層可見鼻竇腔內有氣液面交界或充斥軟組織密度的顯影。

如何治療感冒、過敏性鼻炎與鼻竇炎？

感冒

臨床治療以緩解症狀為主，常用藥物為消炎藥、退燒藥、抗組織胺、祛充血劑及咳嗽藥。感冒還是需要靠病人自己的免疫力來抵抗病毒感染，所以多休息、多喝水或是用溫鹽水漱口對康復都有幫助。

過敏性鼻炎

●遠離過敏原是基本原則

過敏性鼻炎基本的治療原則是先找出引發疾病的特定過敏原，並有效避免接觸過敏原。病人的居住環境應勤於清理，不要鋪地

毯和擺布沙發，也盡量不使用布窗簾，移除填充絨毛玩具；若對狗或貓皮屑過敏者，應避免飼養寵物或將寵物飼養於戶外。另外，非特異性的刺激物（如：香水、香菸、芳香劑或除臭劑）雖然不是過敏原，也要避免接觸，以免因為刺激而加重鼻炎症狀。

●過敏性鼻炎的常用藥物

1.抗組織胺

目前廣泛使用的為第2代長效型抗組織胺，1天1次或2次的服用方式，增加了病人服用藥物的方便性與順從性。第2代H1抗組織胺對H1受體的選擇性增加，比較不會影響到其他易引起副作用的受體，提高了用藥安全性，也比較不會通過腦血管障壁而導致嗜睡。

2.類固醇鼻腔鼻噴劑

類固醇鼻腔鼻噴劑是治療過敏性鼻炎的首選藥物，長期使用是相當安全的，目前只有孕婦或2歲以下幼兒尚未被美國食品暨藥物管理局核准使用。類固醇鼻噴劑主要作用在

一張表秒懂感冒、過敏性鼻炎與鼻竇炎

症狀	感冒	過敏性鼻炎	鼻竇炎
清鼻涕	+	+++	-
鼻塞	+	+++	++
打噴嚏	+	+++	+/-
黃膿鼻涕	+/-	-	+++
鼻涕倒流	+/-	+	+++
眼睛癢	-	++	+/-
黑眼圈	-	++	+/-
發燒	++	-	+
頭痛	++	+/-	+
四肢肌肉痠痛	++	-	-
臉部脹痛	+/-	+/-	++
時間長短	通常小於2週	數週至數年	急性：1個月內 亞急性：1-3個月 慢性：超過3個月



鼻腔黏膜，進入身體血液循環的藥物非常微量，因此不像口服或注射劑型若長期使用可能會導致月亮臉或水牛肩等副作用，病人大可放心。類固醇鼻噴劑持續使用3-6個月，通常就能將過敏性鼻炎控制得很好，並且有效減少復發。少部分病人可能會有局部鼻黏膜乾燥及出血的現象，但一般在停藥後即可改善。

3.鼻黏膜血管收縮噴劑

坊間藥局可買到的鼻噴劑多屬鼻黏膜血管收縮劑，由於可使鼻黏膜血管快速收縮，所以能很快消除鼻塞。不過長期使用此類藥物有潛在風險，鼻腔黏膜在藥物持續刺激下會發炎而引發反彈性腫脹，造成所謂的藥物性鼻炎。在此提醒大家，使用向藥房購買的

鼻噴劑之前應先諮詢醫師，在醫師指示下使用，並且禁止連續使用超過7天，1天噴的次數限制在2-3次以內。

4.減敏治療

症狀嚴重且經過適當的藥物治療及過敏原控制仍未改善的病人，可考慮施行減敏治療，但是減敏治療的療程常需3-5年，且有引發下呼吸道嚴重過敏反應甚或休克死亡的潛在風險，必須在醫師嚴密監控下才可進行治療。

5.手術治療

病人若是合併有鼻息肉或鼻道結構異常（如：鼻中隔彎曲、慢性肥厚性下鼻甲、腺樣體肥大），且對藥物治療反應不良者，可輔以手術治療鼻道阻塞問題，使症狀改善。



鼻竇炎

●鼻竇炎的治療依致病機轉及時間長短而有不同

1.急性病毒性鼻竇炎

採症狀療法，以緩解病人目前症狀為主，包括用消炎止痛藥來解熱鎮痛，以鼻內類固醇噴劑消除發炎及緩解腫脹黏膜，用生理食鹽水洗鼻來沖洗膿性分泌物及腫脹黏膜。鼻內去鼻黏膜血管收縮劑僅可短暫幫助鼻黏膜消腫，切記不可連續使用超過7天，避免造成反彈性鼻充血。抗組織胺目前認為只有合併嚴重過敏性鼻炎的病人才需要適度使用，一般細菌性鼻竇炎使用抗組織胺反而會有反效果。

2.急性細菌性鼻竇炎

除了上述症狀療法外，尚需加上廣效性抗生素，治療週期為10-14天。

3.慢性鼻竇炎（細菌性、黴菌性或合併鼻息肉）

鼻竇炎藥物治療3個月無效，且膿鼻涕等症狀持續，即需內視鏡手術介入治療，主要目的為移除阻塞鼻竇的異生組織或鼻息肉，擴大鼻竇開口，提供鼻腔及鼻竇足夠的通氣與引流。

●鼻竇內視鏡微創及導航手術

鼻竇內視鏡手術近幾年來快速進展，相較於傳統開放性鼻竇手術（翻嘴唇方式），內視鏡手術可大幅縮小開刀傷口及提升準確度。內視鏡手術藉由鼻竇黏膜功能的恢復來改善疾病，手術過程使用立體導航精準定位，佐以高科技微創刀頭快速移除病灶或腫瘤，可顯著降低術中失血量及縮短手術時間；術後再輔以高科技溶解鼻塞條，免除傳統手術必須將鼻填塞物移除而造成病人疼痛的缺點，顯著提升術後照護的品質。

醫師的叮嚀

雖然感冒、過敏性鼻炎及鼻竇炎這3種疾病的區分並不困難，但民眾若有類似的相關症狀，建議盡量不要自行購買坊間成藥使用，應及早就醫，尋求專業耳鼻喉科醫師的正確診斷並接受適當的治療。因為如果未能獲得正確診斷及治療，常會造成病情日趨嚴重甚至可能引起併發症。🏥

鼻息肉？下鼻甲肥大？ 別再傻傻分不清

文／耳鼻喉部 鼻科 主治醫師 黃得韻、耳鼻喉部 鼻科 主任 戴志展

陳小姐：醫生，我有鼻息肉，每天都鼻塞，實在很不舒服。

黃醫師：請問妳是如何發現鼻息肉的？

陳小姐：我照鏡子就可以看見鼻腔裡有個很大的紅紅的息肉……

鼻腔通暢很重要，它可以讓我們呼吸到新鮮的空氣，擁有更好的睡眠品質，並且因為睡飽了而精神煥發。但是，並非所有人都這麼幸運，在鼻科門診就常常有病人因為鼻息肉的問題來求助。

鼻息肉和下鼻甲肥大常被搞混

鼻息肉其實是一種透明的發炎組織，它不是鼻腔裡本來就存在的東西，而其形成多與慢性鼻竇炎有關。下鼻甲則是每個人鼻腔內都有的正常生理黏膜組織，只要將鼻孔輕輕撐開，即可看見左右鼻孔各有一個粉紅色的下鼻甲。我們常常描述鼻息肉是像透明果凍一樣的外來物，而下鼻甲肥大就是鼻腔黏膜或鼻甲骨變胖了，所以下次可別再把肥大的下鼻甲當成鼻息肉喔！

引發鼻塞的根源及相關診治

鼻塞有很多原因，常見者包括：鼻竇炎、鼻息肉、各種鼻炎造成的下鼻甲肥厚（肥厚性鼻炎）、鼻中隔彎曲、鼻部腫瘤或空鼻症（手術將鼻甲修除過度致使鼻腔過度通暢）等。

▶ 鼻息肉（鼻竇炎）

想要知道鼻腔裡是否有透明果凍狀的鼻息肉，需要仰賴耳鼻喉科醫師的診斷。鼻息肉的發生與鼻竇炎及過敏有關，患者會有黃鼻涕、鼻塞或黃痰的症狀，檢查時可發現中鼻道或上鼻道有不透明的黏稠鼻涕，有時還會伴隨透明狀的鼻息肉。小的鼻息肉不一定會造成鼻塞，較大的鼻息肉則會鼻塞，鼻息肉有時也會導致鼻腔出血。

由於鼻息肉的形成與鼻竇炎有關，因此鼻竇炎特別是慢性鼻竇炎如果藥物治療效果不佳，應考慮手術治療。慢性鼻竇炎合併鼻息肉的手術治療，需要全身麻醉，目前是使用鼻竇內視鏡手術，外觀不會留下傷口，內視鏡從鼻孔進入，打開鼻竇通道，清除裡面的鼻息肉。

鼻竇炎、鼻息肉經鼻竇內視鏡手術治療後，約有15%的復發率，所以手術後需做積極的鼻部生理食鹽水沖洗，並在手術後3個月內定期回診，才能降低復發率。

下鼻甲肥大（肥厚性鼻炎）

下鼻甲肥大又稱肥厚性鼻炎，就像是鼻腔的黏膜或骨頭變胖了，常見症狀為鼻塞，可能是左右鼻腔都鼻塞或輪流鼻塞，比較不易有黃鼻涕的現象，檢查可發現下鼻甲黏膜呈現不同顏色的肥大。下鼻甲肥大多與各種鼻炎有關，與慢性鼻竇炎較無關係，過敏細胞也會刺激下鼻甲黏膜增厚，造成下鼻甲肥大。

下鼻甲肥大或肥厚性鼻炎的治療可先以藥物為主，若藥物治療效果不佳再考慮手術。手術治療一般是在局部麻醉下執行，可以做一般的下鼻甲黏膜電燒、雷射或射頻手術，亦可選擇傳統的下鼻甲成型手術或新的下鼻甲微創手術。手術後需按病人的鼻炎特性，適當地加入藥物治療。

鼻中隔彎曲

鼻中隔彎曲是指鼻中隔軟骨或硬骨有彎曲的現象，可能是單側彎曲，也可能是雙側彎曲，因而導致鼻塞，通常以單側的鼻塞較為明顯。

若病人長期有鼻塞的困擾，可做鼻中隔成型手術來改善。手術在局部麻醉下執行，治療器械從鼻孔進入，外觀沒有傷口。

鼻部腫瘤

鼻部腫瘤可以分為良性腫瘤及惡性腫瘤，患者除了較明顯的單側鼻塞之外，惡性腫瘤通常還伴隨鼻涕帶血絲，檢查會發現鼻腔內有不規則且易出血的組織腫塊，良性腫瘤的邊緣較為規則且比較不易出血。

對於鼻部腫瘤，要先做腫瘤切片確認腫瘤細胞型態，接著做腫瘤分期，再安排手術、放射線治療或化學治療。

醫師的叮嚀

鼻息肉的形成與慢性鼻竇炎有關，慢性鼻竇炎是持續3個月以上有症狀的鼻竇炎。民眾若有黃鼻涕達10天以上，就要儘早尋求耳鼻喉科醫師的檢查與治療，在急性期把鼻竇炎治療好，才不會拖成慢性鼻竇炎。

此外，如果常常有打噴嚏、流鼻水、鼻塞的症狀，也應找耳鼻喉科醫師確認是不是過敏性鼻炎或其他鼻炎。過敏性鼻炎的診斷主要根據臨床症狀及鼻腔黏膜檢查，或是加上抽血檢查過敏原。過敏性鼻炎必須積極治療，才能避免過敏原一直刺激下鼻甲黏膜細胞而導致下鼻甲肥大。📖

鼾聲大如雷

睡眠呼吸中止症強勢壓境

文／耳鼻喉部 主治醫師 邱建仁、耳鼻喉部 喉科 主任 鄒永恩



鄒先生48歲，身高165公分，體重85公斤，身體質量指數（BMI）31.2，因打鼾、白天嗜睡、夜間覺醒及睡眠品質不佳而就醫，安排了多項生理睡眠檢查，發現他的呼吸中止指數（AHI）高達111.3/hr，屬於重度呼吸中止症患者，於是建議他使用陽壓呼吸器治療。治療幾個月後，他覺得每晚使用陽壓呼吸器，臉部被蓋得很不舒服，而且會口乾舌燥，故來門診詢問是否可以接受手術。經過評估，醫師決定幫他施行懸壜垂顎咽整型手術及機器手臂舌根手術，術後追蹤其呼吸中止指數（AHI）已降至32.7/hr，因為睡眠品質改善，白天的精神狀況明顯好轉。

睡眠呼吸中止症對身心的影響

根據10年前臺灣所做的醫學報告，我國男性打鼾盛行率為51.9%，女性為42.5%；5年前，台灣睡眠醫學會調查國人打鼾的盛行率卻已高達近7成。以上結果顯示，打鼾盛行率不但相當高，且有可能是逐年攀升的一種睡眠問題，打鼾者中更有大約3成罹患了阻塞型睡眠呼吸中止症。

顧名思義，阻塞型睡眠呼吸中止症是由於睡眠時咽部呼吸道狹窄導致氣流降低乃至完全阻塞的一種疾病，從小兒至成人及老年人都可能會有這個問題。阻塞型睡眠呼吸中止症患者可能會出現打鼾、夜間覺醒、夜尿、白天嗜睡、疲累、頭痛、注意力無法集中、記憶力衰退等症狀，甚且可能影響心理

層面。在小兒族群，往往還會合併過動、侵略行為、注意力不足、學習能力退步、成長緩慢等問題。

中年肥胖是很重要的危險因子

就統計來說，阻塞型睡眠呼吸中止症的發生率隨著會年紀而增加，在50-60歲之間達到最高峰。除了年紀之外，肥胖是非常重要的危險因子，因為呼吸道軟組織增加，將導致呼吸道在睡眠時塌陷得更厲害。男性BMI大於30、頸圍大於17吋、腰臀比大於0.9，以及女性BMI大於30、頸圍大於14.5吋、腰臀比大於0.85的族群，罹患阻塞型睡眠呼吸中止症的機率將隨之上升。其他危險因子還有高血壓、抽菸、喝酒、下巴後縮、扁桃腺肥大、睡眠呼吸中止症家族史，以及其他會造成呼吸道解剖構造異常的疾病等。

若未治療容易引起各種併發症

診斷阻塞型睡眠呼吸中止症，必須安排多項生理睡眠檢查，以各種連接於身上的監測儀器，記錄病人睡眠時的生理變化，讓醫師了解病人在睡眠中呼吸中止的狀況及其他重要參考數據。除了藉由生理睡眠檢查確立診斷外，醫師還需了解病人呼吸道阻塞的位置與嚴重程度，最常見的是透過基本的身體檢查或X光，評量口咽部扁桃腺大小、軟顎及懸壅垂的長度、舌根厚度、牙齒咬合、下頷骨是否後縮、下咽空間、小兒腺樣體大小等等。耳鼻喉科門診還可用內視鏡模擬病人睡眠時呼吸道可能塌陷的部位，以進階藥物誘導進行睡眠內視鏡檢查（drug-induced sleep endoscopy，簡稱DISE），若需手術介入時，

能精準描繪呼吸道阻塞部位。若有必要，也可能安排電腦斷層掃描或磁共振造影。

根據統計，患有睡眠呼吸中止症的病人高達9成沒有被診斷出來，可能原因是病人對於自身問題不夠警覺而未就醫。若有睡眠呼吸中止症卻未接受治療，久而久之易產生心血管併發症及代謝性疾病，例如高血壓、冠心症、心律不整、肺高壓、肺心症、心衰竭、中風、糖尿病等。所以，及時的診斷與治療對睡眠呼吸中止症患者來說至關重要。

睡覺戴陽壓呼吸器是標準配備

睡眠呼吸中止症的治療目標，著重於改善病人睡眠中的呼吸道空間、提升血氧濃度、降低併發症及改善生活品質。目前的標準治療為使用陽壓呼吸器，可減輕打鼾、血氧濃度、白天嗜睡、生活品質及心血管併發症，可惜的是，許多病人往往因為各種因素，無法長期使用陽壓呼吸器，轉而尋求其他治療方式。至於非手術治療還包括睡姿療法、口內裝置、呼吸道肌肉訓練、行為改善（如：戒酒）。當然，不要忘了還有減重，根據研究，減重10%可降低呼吸中止指數26%。

適合的手術可助患者一夜好眠

如果病人對保守治療的反應不佳且合併有明顯的呼吸道阻塞，則可考慮以手術治療來矯正阻塞，增加呼吸道氣流。阻塞型睡眠呼吸中止症的肇因常是多個解剖構造的狹窄，所以根據每個病人不同的狀況，從鼻腔乃至於下咽，以及骨骼結構的調整，都是可能選擇的手術部位，成人最常施行的是懸壅

垂顎咽整型手術，小兒最常施行的是腺樣體及扁桃腺切除手術。

另外，鼻腔手術可以改善陽壓呼吸器的使用舒適度，增加病人的順從度。如果第1階段的各式軟組織手術未能達到滿意的改善效果，可視病人狀況選擇第2階段的骨架手術，例如上顎及下顎前移術。

針對舌根部位阻塞的最新療法

舌根也是最常見的呼吸道阻塞部位之一，近年來針對舌根部位阻塞的治療方法一直在進步，例如藉由舌根冷觸汽化手術來減少舌根體積，可為呼吸道創造更多空間。植入式舌下神經刺激器是新興療法，藉由植入一個類似心臟節律器的微小裝置，刺激舌下神經，病人在吸氣的時候，舌部肌肉會跟著

收縮而增加呼吸道空間。美國在這方面已有不少治療經驗，將來若能引進臺灣，勢必可為病人帶來更好的治療結果。

機器手臂舌根手術的效果良好

機器手臂手術蓬勃發展，在睡眠醫學也有很好的應用，經口達文西機器手臂手術可說是臺灣治療睡眠呼吸中止症的新星。傳統舌根手術是由手術醫師裸視或將解析度較低的內視鏡經口伸入，在狹窄的空間內施行手術實在是非常困難的，但是經口達文西機器手臂手術克服了以上缺點，其3D立體的清晰影像，以及在下咽仍可靈活運動的關節，讓醫師更能掌握手術部位，達到良好的治療效果。



醫師的叮嚀

打鼾很常見，但不要忽略了背後可能隱藏著睡眠呼吸中止症的問題。如果總覺得怎麼睡都睡不飽，白天注意力不集中，容易頭痛和疲累，記憶力也無故衰退，請趕快就醫，別讓健康在如雷的鼾聲中溜走了。

參考資料：

1. Prevalence of Snoring and Witnessed Apnea in Taiwanese Adults, 2008
2. Does This Patient Have Obstructive Sleep Apnea? The Rational Clinical Examination Systematic Review, 2013
3. Estimation of the clinically diagnosed proportion of sleep apnea syndrome in middle-aged men and women, 1997
4. Longitudinal study of moderate weight change and sleep-disordered breathing, 2000.



音聲手術與語言治療

幫你重拾好聲音

文／耳鼻喉部 主治醫師 林子傑、語言治療師 辜雅瑄

張女士長期洗腎，因而罹患繼發性的副甲狀腺增生，導致體內鈣磷離子失衡，乃於1年半前接受副甲狀腺手術。術後發現說話有氣音，無法發聲，喝水也容易嗆到，需以鼻胃管灌食，經轉介耳鼻喉科門診，診治為左側聲帶麻痺，在排除肺部、腦部與食道的病變之後，做了喉部閃頻攝影檢查與喉肌電圖檢查，確認為代償不良的喉閉鎖不全症。她在接受甲狀軟骨成形術及喉返神經吻合術之後，立即可以發出聲音，經過一段時間的語言治療及吞嚥治療，成功地移除鼻胃管，且後續並未發生吸入性肺炎，她終於可以開心的與家人溝通及經口進食了。

聲音是如何形成的？

人類是除了會說話的鸚鵡之外，唯一可以把話說得很清楚的高等動物。其聲音的來源在於喉嚨是由許多軟骨及喉內外肌所構成，而聲帶本身就是一條肌肉，喉內外肌和軟骨會藉由精細動作來控制聲帶的長短、鬆緊度，以及聲帶的打開及閉合。兩條聲帶之間的空隙稱為聲門，吸氣時聲帶打開使聲門擴大，發聲時則聲帶靠攏使聲門閉合，當肺部呼出的空氣通過聲門產生震動便會發出聲音。

聲音沙啞的可能原因

如果聲帶有病灶或彈性變差，說話就會變音走調；如果聲門閉合打開的動作有了異常，說話就會出現漏氣音，甚或在進食時，

食物可能誤入聲門而掉進氣管。造成聲音沙啞的原因有很多，例如上呼吸道感染或胃酸逆流會使聲帶發炎、水腫或有肉芽增生；聲音工作者如歌手及老師，在聲帶長期過度使用的情况下，聲帶表面黏膜會因過度磨擦而突起，也就是長結節或息肉；長期抽菸喝酒嚼檳榔則會使聲帶表面過度角質化形成聲帶白斑，嚴重時更有演變成喉癌的可能性。

如果聲帶不會動或動得不好而引發聲門開合的問題，稱為聲帶麻痺。聲帶麻痺的原因，常見者如控制聲帶運動的喉返神經因為手術、腫瘤壓迫或插管而受損；不常見的原因包括腦幹病灶或自體免疫骨關節疾病等等，也都可能造成聲帶麻痺，聲帶麻痺除了失聲，更嚴重的是異物容易掉入氣管而引起吸入性肺炎。

聲音沙啞的診斷與治療

一旦有了聲音沙啞的症狀，可以先從減少聲音的使用量著手，盡量避免清喉嚨或咳嗽，也不要抽菸喝酒嚼檳榔，只要保養得當，或許可以不藥而癒。但若聲音沙啞超過2週仍未改善甚至持續惡化，就要尋求耳鼻喉科醫師的診治。

本院耳鼻喉部有專業的喉閃頻攝影，可用慢動作的方式詳細觀察聲帶表面黏膜的細微變化，藉以診斷是聲帶發炎、水腫、息肉、肉芽組織、白斑、腫瘤或聲帶麻痺。一般而言，初期或是可逆性的病灶，醫師依照專業判斷會給與抗胃酸逆流藥物、消炎消腫藥物，必要時再安排語言復健治療。萬一病況惡化或預期無法改善或有癌化的可能性，就有必要以手術介入。音聲手術的種類不少，最常見的是處理聲帶黏膜表面病灶的喉部顯微內視鏡手術，以及改善喉部聲門閉合的喉部成形手術。

兩種音聲手術的施行方式

喉部顯微內視鏡手術

喉部顯微內視鏡手術是在全身麻醉的情況下，經患者口腔插入硬式喉鏡抵達喉部，醫師以顯微鏡放大直視喉部，並以顯微器械移除聲帶表層病灶使聲帶恢復平整。

喉部成形手術

喉部成形手術以改善聲門閉合為目的，最常見的類型有喉部注射手術及甲狀軟骨成形手術。接受喉部成形手術的病人多為聲帶麻痺造成聲門閉鎖不全或聲帶萎縮，手術原理是在聲帶與甲狀軟骨之間放入填充物，使

麻痺或萎縮的聲帶突起，藉以閉合聲門。兩者的不同點在於喉部注射手術是以注射方式置入填充物，甲狀軟骨成形手術則是把甲狀軟骨切開1個洞，再把填充物置入。

這兩種手術的目的皆為使聲帶隆起，各有優缺點。喉部注射手術較不具侵犯性，注射物有自體脂肪及玻尿酸等不同的選擇，而這些注射物的共同缺點都在於它們的可吸收性，因此治療效果會隨時間消退而需要再次施行注射手術。甲狀軟骨成型手術的過程複雜，要在甲狀軟骨側面切出約5公分的傷口，再植入經過雕塑的矽膠片，矽膠片的大小及形狀由醫師決定，因為病人在手術中需保持清醒，較有不適感，術後在發聲或吞嚥時也可能會有異物感，但效果比較持久。

語言治療可改善發聲問題

經由門診醫師轉介來接受語言治療的患者，多為聲帶疾病的高危險群，包括老師、業務員和客服人員等需要大量使用聲音的職業。他們的主訴多為說話感到吃力、聲音沙啞一段時間都沒好轉、喉嚨有異物感或感覺喉嚨緊緊的，經醫師以喉內視鏡檢查找出的原因，主要是聲帶結節、聲帶息肉或有其他聲帶病灶，例如聲帶萎縮、聲帶麻痺等。

聲帶結節

聲帶結節俗稱聲帶長繭，若症狀輕微，多建議以語言治療取代手術治療。語言治療是透過語言治療師的指導和協助來調整說話方式及生活作息，讓結節自行消退。多數聲帶長了結節的患者若能配合適當的禁聲、休



養，以及調整發聲習慣，症狀可能在幾週或數月之內獲得改善。

聲帶萎縮

對於輕度聲帶萎縮的患者，建議先接受語言治療，透過呼吸調節及指導正確省力的說話方式，可減少說話時不舒服的感覺，並可增加說話量。若治療成效不佳，醫師可能會考慮在聲帶肌肉注射玻尿酸或自體脂肪。

聲帶麻痺

聲帶麻痺是因為控制聲帶活動的神經受損，造成聲帶無法執行打開與閉合的動作。其影響包含說話會漏氣、音量較小，甚至會造成容易嗆咳的吞嚥問題。如果聲帶麻痺並未造成嗆咳或是平時對使用聲音需求較低的患者，亦可先接受語言治療，藉由聲帶功能的運動練習來刺激、活化神經功能，但若持續觀察半年至1年，症狀仍未改善或痊癒，可考慮手術治療。

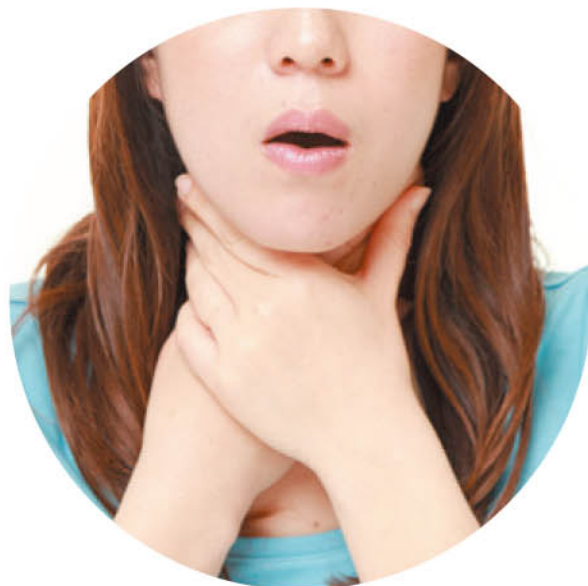
嗓音訓練與聲帶保養要訣

不需要手術或手術後的患者可接受嗓音訓練，所謂嗓音訓練是在語言治療師指導下，利用頭頸部的放鬆運動、聲帶運動、呼吸調整（如：腹式呼吸）、共鳴練習等方

式，訓練聲帶肌肉及學習正確的發聲方式，以減少嗓音濫用及誤用。不同的聲帶疾病要採取不同的嗓音訓練，治療師會依照病人的症狀及嗓音問題採取適當的治療處方，而病人必須要與治療師充分配合，確實改掉不良習慣及使用正確方式發聲，治療才會看見效果。

生活中處處都需要與人溝通，說話的機會實在很多，那麼該如何保養聲帶呢？以下有幾點建議：

- **多喝水**：使聲帶處於滋潤狀態，減少聲帶過度震動。
- **調整說話方式**：講話時切記音量和力量都不宜過大、速度不宜過快、時間不宜過長。
- **少攝取刺激性食物**：菸、酒、濃茶、咖啡、油炸、甜膩及辛辣的食物，都要盡量避免。
- **讓聲帶適度休息**：斟酌自己聲帶的狀況，在喉嚨感到不舒服前就應閉口不言，以免聲帶被過度使用。🚫



耳石症導致眩暈 姿勢療法可不藥而癒

文／耳鼻喉部 主治醫師 王堂權

病例

1

一名45歲女子主訴近兩週來在變換姿勢時會突然一陣天旋地轉，時間持續約數十秒，有時甚至有噁心想吐的不適感，還曾因而掛急診接受藥物注射，醫師也開了止暈藥給她回家服用。她有梅尼爾氏症的病史，由於注射及口服藥物都無法減輕眩暈症狀，故來耳鼻喉科就診。醫師在檢查時觀察到她有典型耳石症所特有的眼振現象（眼球不自主的運動），施以耳石復位術後症狀緩解。兩天後回診時，已不再抱怨眩暈，眼振也消失了。

快速診斷耳石症的方法

良性陣發性位置性眩暈（Benign Paroxysmal Positional Vertigo，以下簡稱BPPV）是耳鼻喉科最常見的眩暈疾病，約占所有眩暈原因的3成。臨床症狀為頭部轉到某一個角度就會出現數十秒的眩暈發作，但沒有聽力障礙、耳鳴等症狀。

此時藉由頭位變換眼振檢查（Dix-Hallpike maneuver）可快速診斷耳石症。檢查方法是讓病人採坐姿且頭轉向患側耳45°，令其快速躺下呈頭懸位30°，若出現向患側的迴旋眼振即可考慮BPPV。BPPV被認為是原本位於橢圓囊的耳石脫落至半規管內淋巴液，刺激了半規管神經接受器「頂帽」而誘發眩暈。耳石脫落的原因有頭部外傷（最常

見）、病毒感染、慢性中耳炎、耳科手術、老化、梅尼爾氏症、偏頭痛體質等。

耳石復位術的治療過程

Epley醫師於1992年提出以耳石復位術（canalith repositioning procedure，簡稱CRP）治療BPPV。耳石復位術是讓病人坐在診療床上，醫師在病人後方，病人將頭轉向患側45°（圖1A）後，令其躺下呈頭懸位30°（圖1B），待眼振消退，等候1分鐘，再緩緩轉向健側45°（圖1C），待眼振消退，續等候1分鐘。接下來，再一次要病人頭部向健側轉90°，即面朝健側耳朝下135°（圖1D），待眼振消退，等候1分鐘，最後讓病人坐起，直到完全不暈了，再等候1分鐘即完成所謂的耳石復位術。

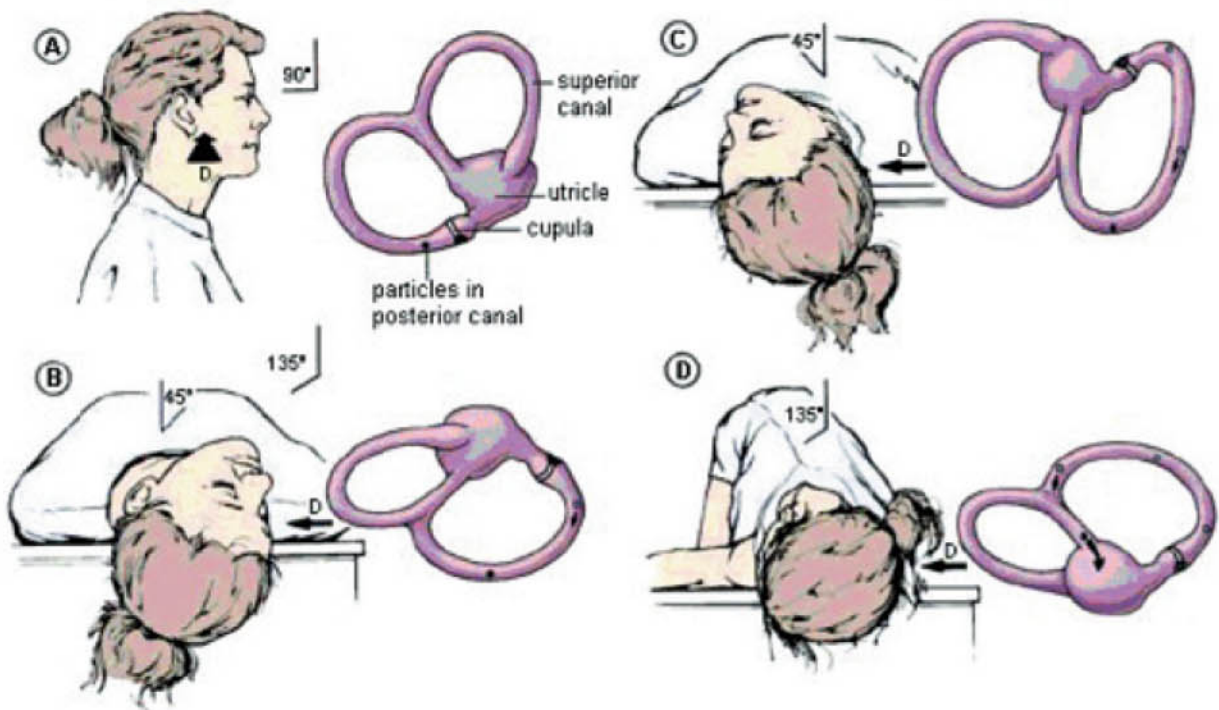


圖1：耳石復位術（圖片引用來源：<https://www.ent-surgery.com.au/ent-resources/ear/epley-maneuver-exercises-for-vertigo/>）

病例

2

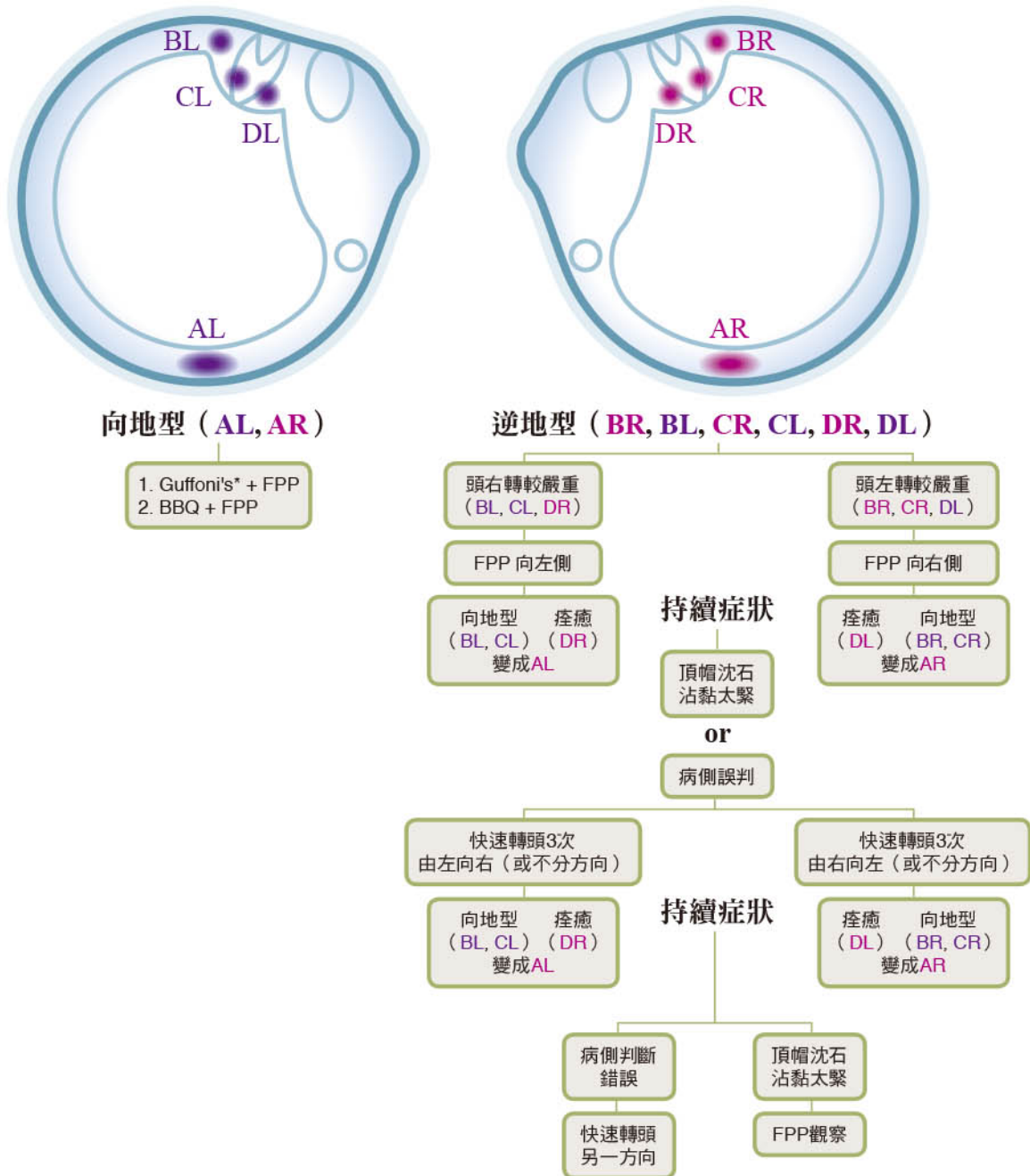
一名60歲男子，幾年前曾被醫師診斷為後半規管耳石症，接受過幾次耳石復位術，效果甚佳。但是近3週來，他躺臥床上左右翻身時，每每會產生眩暈感，並且在躺向右側之際，眩暈感較為強烈。此次發作，他曾到耳鼻喉科接受耳石復位術治療，可惜無法像過去一樣不藥而癒，故來醫院求診。經由擺頭檢查（head roll test）發現他有兩側向地型眼振，右側眼振比較強烈，叮囑他回家睡覺時要躺向眼振較弱的左側10小時。兩天後回診，他不再抱怨眩暈，眼振亦消失。

擺頭檢查找出問題真相

BPPV以後半規管耳石症（PC-BPPV）居多，約佔7-8成，而這名男子所罹患的水平半規管BPPV（HC-BPPV），約佔2-3成，以擺頭檢查可快速診斷。擺頭檢查的過程如下：病人平躺於檢查床上且頭部抬高 30° （這麼做可使水平半規管和地面呈垂直），再由正

中位依序向右、向左轉頭各 90° 。若出現兩側陣發性水平性向地型眼振或持續性水平性逆地型眼振，即可診斷為HC-BPPV。向地型或逆地型眼振，可初分為管耳石型HC-BPPV（HC-Can）和頂帽沈石型HC-BPPV（HC-Cup）。HC-Cup又依耳石附著於頂帽的橢圓囊側（utricle-sided）或管側（canal-sided），分別簡稱為Cup-U或Cup-C。

水平半規管良性陣發位置性眩暈的建議診斷／治療流程圖



AL：左邊水平半規管後臂管耳石
 BL：左邊水平半規管前臂管耳石
 CL：左邊水平半規管側頂帽沈石
 DL：左邊水平半規管囊側頂帽沈石

AR：右邊水平半規管後臂管耳石 (posterior arm canalolithiasis)
 BR：右邊水平半規管前臂管耳石 (anterior arm canalolithiasis)
 CR：右邊水平半規管側頂帽沈石 (canal side cupulolithiasis)
 DR：右邊水平半規管囊側頂帽沈石 (utricle side cupulolithiasis)

圖2



持續姿勢法簡單又有效

HC-BPPV各種亞型的眼振方向可依「頂帽偏移之方向即眼振慢向」的原則觀察而得，HC-Can躺向患側時，若頂帽向囊側偏移會有較強眼振。治療以持續姿勢法（forced prolonged position，簡稱FPP）最為簡單有效，也就是讓病人返家後躺向眼振較弱側10-12小時，這麼做可使耳石由水平半規管的非壺腹端返回橢圓囊。如果無效，亦可採取翻滾治療法。

HC-Cup則無法將眼振較強側視為患耳，比如右耳的Cup-U（圖2：DR）或左耳的Cup-C（圖2：CL）在擺頭檢查時，皆呈右

側較強烈的逆地型眼振，惟不論何種亞型均可掌握持續姿勢法的精神，讓病人躺向眼振較弱的左側10-12小時。回診時，若眼振已消失，則可推測為右耳的Cup-U（耳石已由非壺腹端返回）；若眼振轉為向地型且左側較強烈，則可推測為左耳的Cup-C（圖2：耳石由CL掉落至AL），這時再一次進行持續姿勢法，躺向眼振較弱的右耳，可令耳石由非壺腹端返回橢圓囊。

快速轉頭法助一臂之力

頂帽沈石沾黏太緊致持續姿勢法治療無效者，可施以快速轉頭法（由眼振較弱側快速轉向眼振較強側）來鬆動沾黏的頂帽沈石。如果難以辨識眼振強弱側，則不分方向快速轉頭，藉此改變現狀並觀察到可辨識強弱方向的眼振，以利後續治療。

醫師的叮嚀

醫界以往對耳石症不太瞭解，有時甚至需要使用昂貴儀器來排除中樞性病變的可能，治療上也只能以保守的藥物治療來減輕症狀。現在就不同了，由於對良性陣發性位置性眩暈（BPPV）的各種亞型已有全面認知，通常能正確判斷病灶位置，只要給予適當治療和醫囑，病人症狀不但會獲得戲劇性的改善，並且復發率不高，BPPV誠屬可不藥而癒的疾病。👩⚕️

逃離無聲世界 植入式聽覺輔具最給力

文／耳鼻喉部 主治醫師 鍾雄光

陳小弟弟被父母抱進診間，已經1歲的他迄今仍無法開口叫爸爸媽媽，祖父母帶他去廟會時也驚訝於他對震耳欲聾的鞭炮聲竟完全沒有反應，輾轉檢查才發現他有雙耳先天性聽障。焦急的父母不希望他一輩子與聲音隔絕，只能就讀特殊教育學校，因此醫師建議陳小弟弟接受人工電子耳植入手術以儘早恢復聽力。

另一位王奶奶從年少時就有慢性中耳炎的症狀，雙耳不時流膿，天氣變化感冒時更嚴重，聽力也逐漸變差，近來已無法和一般人交談，無形中關入了孤獨自閉的世界。醫師檢查發現她的聽小骨歷經多次手術早已腐蝕殆盡，看來配戴助聽器是唯一的選擇。

外掛式助聽器未必適合每位聽障者

聽力受損是老化常見的症狀之一，但並非只有年長者才會產生聽力障礙，幼童的先天性聽障以及青壯人士因噪音曝露的聽損也很常見，根據統計，臺灣約有200萬人正面臨聽力受損的問題。當聽力受損到一定的程度，無法應付日常生活需求，導致與人的溝

通不順暢，甚至造成心理陰影，就需要聽覺輔具的協助了。隨著科技發達，各式聽覺輔具的進步一日千里，足以幫助大多數聽力損失病人重拾自信。

聽覺輔具中，最為大家熟知的就是外掛式助聽器，這種助聽器可分成麥克風、擴大器和接受器3個部分，麥克風負責接受外界的聲音，將聲音增強到可以被聽到的程度，然後傳送到接受器。依據外型與放大功率，又可分成耳掛式、耳內式、耳道式與深耳道式等等，患者只需訂製好耳模即可穿戴。然而此類助聽器的活動範圍僅止於耳道與鼓膜，放大的音量與清晰度有其極限，且易有悶塞感，若外耳有病變如耳朵流膿、耳道閉鎖、小耳症等，外掛式助聽器就不大適合。

植入式聽覺輔具是聽覺治療新選擇

對於嚴重聽損、中耳有嚴重病變或單側聽力受損的病人來說，傳統式助聽器無法符合他們的需求，更先進的「植入式聽覺輔具」則是聽覺治療的最新選擇。

什麼是植入式聽覺輔具？它分成體外機與體內植入體，體內植入體由醫師親自操作手術植入耳朵內，不同的聽覺輔具植入的部位不同。植入之後，病人戴上體外機，裡頭的麥克風便會把接收到的聲音轉換成數位訊號，經由無線傳輸傳送到體內植入體，刺激植入體置放的耳朵結構，即可聽到聲音。目前的植入式聽覺輔具有4類：

中耳植入器

為不能配戴傳統助聽器的病人而設計。醫師將鈦金屬固定器和基座植入中耳的聽小骨，可免除傳統助聽器配戴時耳道的悶塞不適感。不過，小孩的頭骨較軟且薄，5歲過後的頭顱骨厚度才適合手術，在未能接受手術前，有專門的軟質頭帶提供使用。

骨傳導植入式助聽器

經由手術將植入體固定在頭骨，體外語言處理器會讓聲音透過電磁波傳送至植入體，重新振動頭骨，而將聲音傳入內耳。適用對象為外耳道閉鎖、狹窄或中耳畸形、反覆化膿性中耳炎、重度以下傳導性與混合性聽損患者。值得一提的是，因為梅尼爾氏症、突發性耳聾、聽神經瘤、外傷或手術等原因所導致的單耳耳聾（感音性聽障）患者，也適用骨傳導植入式助聽器。

人有兩邊耳蝸，雖然一側失聰，但另一側仍保有功能，所以只要巧妙地讓頭骨振動，良側的耳蝸便能接受到患側耳邊的訊息。由於兩側聲音會有輕微的延遲差別，配戴者可據此分辨聲音方向，重回立體聲的懷抱。

人工電子耳

針對重度至全聾，或者配戴助聽器無效的病人，特別是先天性聽障的孩童，我們推薦使用人工電子耳。醫師會以高超技巧將精細的電極裝入內耳耳蝸，並將接受器固定在頭骨，病人戴上體外機後，外界的聲音轉成電能，會直接刺激聽神經，再傳送到腦幹與大腦的聽覺中樞。

人工電子耳堪稱目前最終的聽力解決方案，可讓聾友再次感知到有聲世界，也可讓先天性聽障的小朋友接觸聲音，進一步學習語言。幼兒期是兒童學習言語溝通的黃金時段，如果錯過了，大腦發育定型，將會增加日後語言復健的困難。若能把握這段時間，孩子就能融入一般學校正常學習，不必接受特殊教育。

腦幹植入體

如果聽神經有缺損或異常，最新的科技是將植入體置放在腦幹，讓聲音刺激跳過聽神經，直接從腦幹傳入大腦。此一手術必須與神經外科醫師合作，臺灣尚屬試驗階段。

陳小弟弟接受人工電子耳手術之後，在聽語師的耐心教導下，終於開口說出了有意義的字句，還能從1數到10，令家屬與醫療人員都開心極了。王奶奶因耳朵仍處在慢性發炎狀態，不適合配戴傳統助聽器，因此接受醫師建議安裝了骨傳導植入式助聽器，聽力明顯改善，現在可以戴著體外機與家人一同看電視追劇，共享天倫之樂。各式的聽力輔具能夠滿足不同狀況的聽障人士，歡迎有此需求的民眾向本院耳鼻喉部專業的耳科醫師詢問，我們會就您的情況給予建議。📞



吞嚥困難原因多 別讓美食從此絕緣

文／耳鼻喉部 主治醫師 盧建吉

55歲的吳先生，長期抽菸喝酒愛嚼檳榔，兩三個月前開始覺得喉嚨有異物疼痛感，並且在吃固體食物時，常常會卡卡地不太好吞。他起初以為是感冒或胃食道逆流造成的，但是近1個月來，吞嚥困難的症狀變本加厲，固體食物已經吞不下去了，只能改吃稀軟的粥或流質食物，體重也明顯減輕。他到耳鼻喉門診，醫師幫他安排內視鏡檢查，赫然發現下咽部長了腫瘤，難怪食物阻塞難行。

吞嚥困難不同於吞嚥疼痛

民以食為天，享受美食是人生一大樂事，但品嚐美味的簡單動作，對於吞嚥困難的人來說，卻是一種折磨，即使美食當前，也只能猛吞口水，不敢妄動。何謂「吞嚥困難」？基本上，食物從嘴巴進入胃的過程中，只要任何一個環節出現問題，即可稱為吞嚥困難。

民眾常常將「吞嚥困難」和「吞嚥疼痛」混淆。「吞嚥困難」通常是表現出東西卡住的異物感，有時會合併噁心、嘔吐等症狀；「吞嚥疼痛」則是吞嚥時會引起疼痛感，多是喉嚨發炎、扁桃腺發炎或潰瘍等問題所致，病人主要是因為疼痛而不想進食，並不會有食物卡住無法上下的情況。

一般來說，吞嚥疼痛只要受傷或發炎部位好轉即可改善，恢復正常進食，影響時間比較短；相對地，吞嚥困難的影響時間較長，是食物在輸送過程中真正遇到阻礙，此





時病人的反應往往是多喝湯或喝水以利食物下達胃部，或者會自行改變食物性質，例如從吃乾飯（固態食物）改成吃稀飯（半液態食物）或再改成喝牛奶（液態食物）。

食物進入口腔後，經過喉嚨、食道，然後進入胃，這個過程大致可分為4個階段。第1階段是口腔準備期：食物進入口腔後，嘴巴必須緊閉並進行咀嚼。第2階段為口腔期：利用舌頭將食物頂上去，送至後方咽喉。第3階段是咽喉期：透過一連串吞嚥反射的神經肌肉運動，氣管會閉合以避免食物誤入氣管而嗆到，食物才能順利地從咽喉抵達食道。第4階段是食道蠕動期：食道藉由一節節縮放蠕動，就像擠牙膏一樣，直到下括約肌放鬆，食物從贛門進入胃部。上述過程只要不順暢、食物不易通過或出現阻塞等狀況，就會造成吞嚥困難。

造成吞嚥困難的可能原因

概略來說，造成吞嚥困難的原因可歸為兩大類：神經肌肉功能異常及結構性因素。

神經肌肉功能異常

包括吞嚥肌肉輸送或蠕動不全，以及神經調配失調所引起的症狀，例如腦中風病人容易嗆到而導致吸入性肺炎；巴金森氏病、食道弛緩不能（又稱食道失弛症）、口水分泌減少（如：自體免疫疾病攻擊唾液腺、鼻咽癌接受放射線治療後）等等，都發生吞嚥困難。

結構性因素

食物進入胃部的路徑出現異常。食道從入口算起，總長約20-24公分，管徑寬度2-3公分，若食道某些區段有先天性狹窄或食道兩側受到壓迫，便會發生吞嚥困難。其中，最嚴重的因素是癌症，尤以下咽癌、喉癌與食道癌最為常見。

癌症患者在腫瘤變大後，起初會無法吞嚥固體食物，接著連半液態或液態食物也吞不下去，再加上受到化療的噁心嘔吐或放射線治療的唾液黏稠變少等副作用影響，食慾變差而導致體重減輕與身體虛弱。一般良性腫瘤如平滑肌瘤、甲狀腺腫瘤或縱膈腔腫瘤壓迫等，也會造成吞嚥困難。另外，吞食強酸強鹼而使食道腐蝕，組織結疤癒合後引起狹窄，或因魚刺骨頭異物等傷害造成結疤，都可能出現吞嚥困難的問題。

吞嚥困難原因探索與治療

由於吞嚥困難的原因複雜，在治療前必須先藉由鼻咽內視鏡、胃鏡或上消化道攝影進行鑑別診斷，找出真正禍首，才能給予適當的治療。

鼻咽內視鏡與胃鏡是較常使用的診斷工具，可檢查口腔、口咽、咽喉與食道、胃是否有腫瘤、狹窄等情況。若發現有腫塊或不規則的隆起表面，則須安排切片病理化驗來確認，之後再進一步利用影像包括電腦斷層（CT）或正子攝影檢查（PET）來了解有無轉移擴散，以擬定後續治療計畫。

如果做了鼻咽內視鏡或胃鏡檢查並無明顯異常，可做食道X光鋇劑吞嚥攝影看看食道管徑是否狹窄，以及周圍有無其他器官組織或腫瘤的壓迫。若排除結構性因素後，吞嚥困難依然故我，則須考慮是不是自主神經失調或有心因性因素，包括巴金森氏病、腦中風或食道弛緩不能等，須安排食道壓力檢測等檢查來確認。

如果鼻咽內視鏡或胃鏡發現腫瘤，並經切片證實為癌症，應接受的治療包括手術切除、化療及放射線治療等。食道弛緩不能的治療方式有手術、氣球擴張術及藥物（鈣離子阻斷劑等），雖然手術和氣球擴張術的療效較佳，但治療方式的選擇仍須視病人年齡與身體狀況而定。

醫師的叮嚀

治療吞嚥困難要對症下藥，特別是下咽癌、喉癌及食道癌等重大疾病，必須早期診斷才能及早採取對策。民眾若出現體重無故減輕、痰中有血絲、突然聲音沙啞、吐血、一吃就吐等情形，有可能是腫瘤導致，請立即就醫。

還要提醒大家，平日應盡量避免攝取刺激性食物，也切勿抽菸喝酒與嚼檳榔，好好保護咽喉與食道，預防下咽癌、喉癌及食道癌上身，才不至於因為吞嚥困難而讓後半輩子失去品嚐美食之樂。



下咽癌

嗓音與吞嚥功能的殺手

文／耳鼻喉部 頭頸外科 主治醫師 黃純惟

42歲的楊先生是一位房仲業務，動不動超過12小時的工作是他的日常，由於工作中需要長時間與客戶交談與溝通，以致當嗓音開始變得沙啞，他卻以為只是說話太多的緣故。此外，三餐不正常讓他長期有著胃食道逆流的困擾，即使喉嚨有卡卡的疼痛及異物感，也都被他當成慢性咽喉炎，吃吃成藥就算了。

3個月前，他發現左頸部冒出腫大的硬塊，不得不到大醫院就診。在門診接受鼻咽內視鏡檢查時，只見有個潰爛的腫塊位於左側下咽部的梨狀窩並已造成左側聲帶麻痺，頸部觸診也發現左側頸部有1顆3×3公分偏硬的腫塊，當時便高度懷疑是下咽癌合併頸部淋巴轉移。住院做了喉直達鏡切片檢查，果然證實是來自下咽部的鱗狀上皮細胞癌，經過一連串的分期檢查，診斷為下咽癌第4期。面對後續治療，楊先生十分不安，「我真的要成為無喉者了嗎？未來的工作與生計該如何維持？」他反覆自問，無助極了。

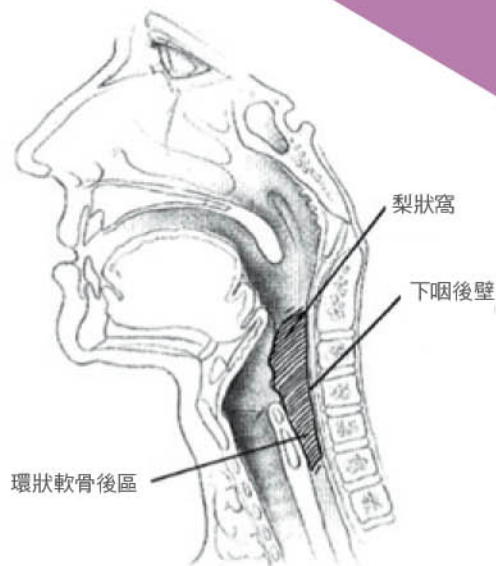
下咽的構造

解剖上，咽、喉是兩種不同的器官，咽可分為鼻咽、口咽、下咽；喉部則是藉由聲帶區分為聲門上、聲門及聲門下。

下咽的上方界線是以舌骨下緣與口咽來區別，下方的界線則是以環狀軟骨下緣與食道做分界，是消化道與呼吸道的匯集處。下咽又可細分為梨狀窩、環狀軟骨後區、下咽後壁等3個次分區（右圖）。

下咽癌發生率越來越高

下咽癌的發生率在全部頭頸癌中，原本排名第4，次於口腔癌、鼻咽癌和喉癌，但近20年來下咽癌



下咽解剖位置（圖片引用來源：Bailey's Head and Neck Surgery: Otolaryngology, 5th Edition）



的新診斷病例數逐漸增加，現已超越喉癌，上升到第3名。一般來說，下咽癌的預後較其他頭頸癌差，主要是因為下咽癌不易早期診斷，且下咽處富含淋巴組織，通常在發現時已有淋巴轉移而進入較嚴重的期別。

下咽癌在男性的發生率遠高於女性，患者年齡多在50歲以上。根據統計，約有65-75%的下咽癌發生在梨狀窩，20-30%發生在下咽後壁，環狀軟骨後區的發生率最低，不到5%。下咽癌最常見的細胞型態為鱗狀上皮細胞癌，超過95%的惡性腫瘤都是這種型態。

拒絕壞習慣即可遠離下咽癌

下咽癌的危險因子不外乎抽菸、喝酒、嚼檳榔等不良嗜好，而這些嗜好也是引發其他頭頸部（如：口腔、口咽、喉）及食道惡性腫瘤的元兇，所以下咽癌常合併上述癌症同時發生。研究指出，約有20%的下咽癌病人同時患有食道癌，可見兩者的高相關性。此外，人類乳突病毒可能也是造成下咽癌的原因，但是在頭頸癌中，人類乳突病毒還是與口咽癌的關聯性較高。

醫生，我得了下咽癌嗎？

早期的下咽癌症狀不是很明顯，像是喉嚨異物感、咽喉疼痛等，因為這些症狀較無特異性，所以常常被當成上呼吸道感染或慢性咽喉炎等疾病來治療。隨著腫瘤增長，臨床症狀會不斷加重，當出現聲音沙啞、吞嚥困難、吞嚥疼痛、痰中帶血絲、轉移性耳痛、頸部腫塊、體重減輕，甚至是呼吸困難等現象時，往往表示腫瘤已經有相當程度的侵犯了。

下咽癌的潛在高危險群

長期抽菸喝酒或嚼檳榔
聲音沙啞超過2週以上
吞嚥時喉嚨疼痛或卡卡的
痰裡常出現血絲，甚至咳血
脖子出現硬塊，且硬塊不斷增大
耳朵不明原因的疼痛
呼吸困難，吸氣時有雜音
體重持續下降
被診斷為反覆感冒、慢性咽喉炎，但服藥後沒有明顯改善

（若出現以上症狀應至耳鼻喉科進一步檢查）



對抗下咽癌的4種武器

手術治療

下咽癌的手術以全咽喉切除合併頸部淋巴廓清手術為主，切除範圍相當大，包含舌骨、會厭軟骨、聲帶、甲狀軟骨、杓狀軟骨、氣管上段（第1、2環）等，所以通常需要與整形外科合作進行游離皮瓣重建手術，以修補缺損的咽喉。手術後，病人的呼吸道與消化道會完全分家，頸部低處有個永久的氣切造口，負責呼吸功能；原本咽喉的位置將在皮瓣重建後成為新的咽喉，負責吞嚥功能；由於聲帶也被移除，病人必須藉由食道語或人工助講器來說話。手術後的患者被稱為「無喉者」，對生理及心理都會造成極大改變，所以雖然手術的治療效果較好，但多數病人仍會選擇能保留咽喉的治療方式。

放射線治療

較早期的下咽癌，有機會單獨使用放射線治療就將腫瘤細胞殺死，但大多數下咽癌

被發現時，至少已是第3期以上，所以通常必須合併放射線及化學治療同時進行。放射線治療也用在手術後病理報告發現有危險因子時的追加治療。

化學治療

除了合併放射線及化學治療外，化學治療也用在誘導性化療及姑息性化療。誘導性化療是指癌症的期別過於嚴重，先注射藥物使腫瘤初步縮小，再搭配後續的手術或放射線治療。姑息性化療用於癌症末期，目的是減輕腫瘤出血、呼吸道阻塞等症狀，而非治癒癌症。

標靶治療

標靶治療屬於化學治療的一種，可以更精確地殺死腫瘤細胞，減少傳統化療藥物的毒性及副作用。目前的標靶藥物無法證實能夠單獨用於治療下咽癌，通常需要併用其他傳統治療方式，例如放射線治療。🌐

別忽視更年期症候群

門診常有45-55歲左右的女性患者訴說自己的種種不適，內容不外「我明明不想生氣，但氣偏偏就會找上我」、「我猛吹冷氣，身體卻還是熱烘烘地不停出汗」、「體力沒有以前好，腰腿常常酸軟無力」、「月經滴滴答答要來不來要走不走，常常沒來幾個月之後又來了」、「孩子總抱怨我愛碎碎念而不想和我親近」等等，殊不知這些令她們飽受困擾的問題，就是常見的更年期症候群。

樂觀面對生命必經的更年期

對於更年期症候群，西醫療法主要是補充荷爾蒙，但因荷爾蒙是一種激素，在治療的同時，也會令身體產生一些變化，例如情緒容易波動、增加新陳代謝、產生飢餓和口渴之感，以致很多婦女轉向中醫求助。

《黃帝內經 素問篇》中提到：「七七任脈虛，太沖脈衰少，天癸竭，地道不通，故形壞而無子也。」其意是，婦女在49歲天癸竭，天癸竭就是停經，停經是每個女性到了一定年齡都會出現的自然生理反應，無需惶恐和擔心，這就和機器用久了會罷工而需要經常維修是一樣的道理。此時應保持樂觀的心態，順應自然，但要設法別讓上述症狀嚴重干擾自己的生活，特別是停經女性的骨質流失會加速，失眠多夢，肥胖、高血壓及糖尿病等問題也可能相繼出現。

文·圖／中醫部
中西醫結合科 主治醫師 張家豪



適用的中藥茶飲與穴位按摩

中醫治療更年期症候群，通常要透過體質調理，以調理肝、心、腎的方式減緩生理下滑速度，如此不僅可將不適感降到最低，甚至還能使妳成為凍齡美女。現以兩種體質為例，說明更年期症候群的調理之道：

這類體質的人，形體瘦小，比較內向，不愛與人接觸，心事多但常憋著不願向人傾訴，火氣大，情緒波動也大，易有潮熱及盜汗。到了更年期，由於腎虛及腎水不足，常會腰酸背痛，腎水不足導致心火偏旺，所以會失眠多夢。

調理茶飲：

杜仲、枸杞、山藥、桑寄生等中藥適量，每天以500ml水煮開後當茶喝，除可補充荷爾蒙和減少潮熱感之外，還能保肝固腎，減緩筋骨不適（需先請醫師辨證，不宜盲目使用）。（圖1）



圖1：適合陰虛火旺體質者的茶飲，由杜仲、枸杞、山藥、桑寄生組成。

穴位調理：

所用穴位有合谷、太衝、神門等。合谷穴（圖2）：一手的拇指第1個關節橫紋正對另一手的虎口邊，拇指屈曲按下，指尖所指處就是合谷穴。神門穴（圖3）：位於腕部，腕掌側橫紋尺側端，尺側腕屈肌腱的橈側凹陷處（也就是手腕橫紋處，從小指延伸下來到手掌根部末端的凹陷處）；太衝穴（圖4）：腳的拇趾與第2趾夾縫向腳背方向2橫指後，即是太衝穴。操作方法是用指端或掌根揉約2-5分鐘，也可以用掌心或四指輕輕按摩約5-10分鐘。



圖2：合谷穴



圖3：神門穴



圖4：太衝穴

臉上沒血色而顯得恍白，貧血，常常容易感冒、上氣不接下氣、心悸、心慌、出汗、睡眠不佳及做夢。有這種體質的人比較不容易適應環境變遷或身體變化，常為更年期症候群所困。

調理茶飲：

每天取當歸、黃耆、黨參、枸杞、紅棗等中藥適量，以500ml熱水沖服。（需先請醫師辨證，不宜盲目使用）（圖5）



圖5：適合氣血虛弱體質者的茶飲，由當歸、黃耆、黨參、枸杞、紅棗組成。

穴位調理：

所用穴位有中脘、足三里、三陰交等。中脘穴（圖6）：肚臍上正中線4寸，約5橫指處。足三里穴（圖7）：用左掌心按左腿膝蓋頂部，五指朝下，中指頂端向外1指的位置就是左腿足三里，換右手用同樣方式可以找到右腿足三里。三陰交穴（圖8）：內踝尖上直上3寸，約4指幅寬，按壓有一骨頭為脛骨，此穴位於脛骨後緣靠近骨邊凹陷處。操作方法是用指端或掌根揉約2-5分鐘，也可以用掌心或四指輕輕按摩約5-10分鐘。



圖6：中脘穴



圖7：足三里穴



圖8：三陰交穴

及早加強養生可延緩衰老

預防勝於治療，切勿到了更年期才有危機意識，婦女朋友應及早開始注重養生，才能延緩衰老。養生之道包括平日就要妥善管理情緒，練習放慢腳步，別為雞毛蒜皮小事斤斤計較。此外，平日還要均衡攝取各種營養素，儲備水分與膠質，因為膠原蛋白會隨著老化而逐漸流失，最明顯的影響就是膚質變差，包括粗糙鬆弛長皺紋，骨頭密度也會

降低而較易發生骨折，故需適當補充膠原蛋白，例如豬皮、豬腳、豬耳朵、豬尾巴、豬蹄筋、雞腳、雞皮、牛筋、山藥、馬鈴薯、秋葵、黑白木耳等，均可適量攝取。

運動也是中醫養生很重要的一環，運動可使氣血循環順暢，增加身體含氧量，並釋放多巴胺，減輕潛在的壓力。臨床發現，更年期婦女若持續運動兩個月，不必依靠藥物，就能減輕30%的不適症狀，而運動最大的原則就是要規律且持之以恆。🌿



婦女尿失禁 中醫對證止漏

文／中醫部 醫師 張尹人
審稿／泌尿部 主治醫師 鄒頡龍

尿失禁是指尿液不受自我意志控制而不自主漏出的現象，女性發生率高於男性，並且發生率會隨著年齡增加呈現上升趨勢。根據統計，接近50%的成年女性有尿失禁的困擾，但因害羞或諱疾忌醫，只有25-61%的患者會主動尋求治療；而20歲以上非妊娠婦女尿失禁的整體發生率，大約也有10-17%，可見問題的普遍性。許多病友因為擔心漏尿被旁人聞到異味，既不敢出遠門，也逐漸遠離原先喜愛的社交活動，生活圈變得狹窄，心情更是低落，嚴重影響生活品質。

4種尿失禁症狀與好發族群

尿失禁可分成4大類型，包括應力性尿失禁、急迫性尿失禁、混合性尿失禁、滿溢性尿失禁。

- 應力性尿失禁是最常見的類型，好發於產後與更年期女性。主要症狀是咳嗽或打噴嚏時會漏尿，原因與骨盆底肌肉鬆弛或尿道外括約肌缺損有關，所以只要咳嗽、打噴嚏、大笑或提重物，腹壓一增加就會漏尿。
- 急迫性尿失禁是指尿急忍不住而漏尿，好發於年長女性，以及腦中風、脊椎神經損傷等中樞神經系統疾病或膀胱過動症患者，主要是逼尿肌過動所致。
- 混合性尿失禁是指兼具應力性尿失禁與急迫性尿失禁的症狀，包括咳嗽漏尿，並且會因尿急憋不住而漏尿。
- 滿溢性尿失禁是指膀胱無力，由於剩餘尿液太多，致使膀胱過分飽脹而漏尿。好發於糖

尿病引發膀胱神經病變，膀胱收縮無力的患者。

中醫如何看待尿失禁？

尿失禁在中醫古籍屬於「遺尿」、「小便不禁」等範疇，病位在膀胱，與肝、脾、肺、腎、三焦等臟腑功能失調有著密切關係：

- 中醫所稱的腎，有主閉藏（封閉、儲藏）以及司二便（大小便）的生理功能，腎的封藏固攝功能失常，就會造成漏尿；腎氣的蒸化作用失常，也會影響膀胱的開合與約束功能（儲存尿液與排出尿液）而致漏尿。
- 中醫的脾氣功能之一為主升清，脾氣虛使脾不升清則清陽不升，由於清濁不分，精氣混合下注，會出現腹脹、腹瀉等現象，久瀉則身倦無力懶言，動則漏尿。
- 中醫的肺主治節，肺氣虛則治節失司，肺氣的約束功能下降，造成全身水液的輸布和排泄異常，出現頻尿、漏尿等症狀。
- 三焦是體內水液上下輸布運行的通道，三焦氣化失常則會使肺脾腎對體內水液的代謝調節異常。

- 中醫的肝有調暢氣機的功能，氣行則水行，水液代謝易受肝氣影響，肝氣疏瀉失常易使膀胱過動而尿急。

應力性尿失禁常見中醫證型

應力性尿失禁好發於產後與更年期女性，常見的中醫證型如下：

腎陽虧虛型

常見症狀有咳嗽或大笑時漏尿、頻尿、甚至一喝完水就想尿、夜尿多次、偶有餘尿感、疲倦無力、腰痠、膝蓋無力、怕冷、手腳冰冷，白帶量多透明無味。中藥治療以固腎縮尿、托氣升陽為原則。

脾氣不足型

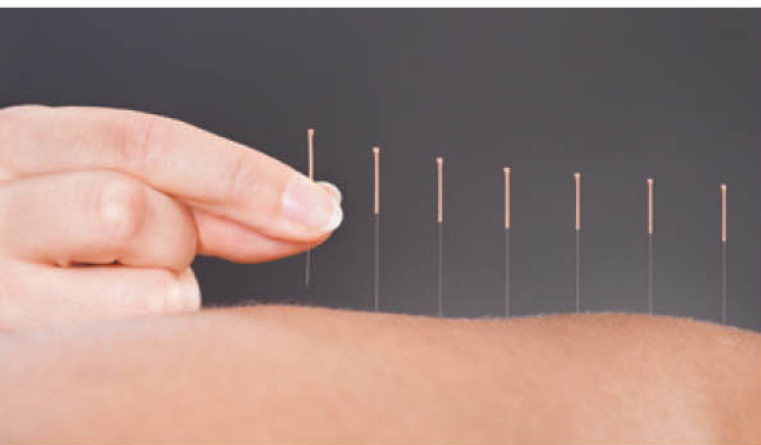
常見症狀有咳嗽或大笑時漏尿、頻尿、偶有餘尿感、食慾差、脹氣、大便軟散容易拉肚子、有腸鳴漉漉聲、疲倦無力、偶有骨盆腔下墜感。中藥治療以健脾益氣、升陽止漏為原則。

氣血虧虛型

常見症狀有咳嗽或大笑時漏尿、疲倦無力、說話聲小偶喘、臉色萎黃不紅潤、頭暈、心悸、胸悶、易受驚嚇、健忘等。中藥治療以補氣養血、收斂固澀止漏為原則。

濕熱下注型

常見症狀有咳嗽或大笑時漏尿、頻尿、常有餘尿感及身體沈重感、口乾但不想喝太多水、胸悶、肚子脹氣、食慾差、陰道分泌物黃稠偶有味道等。中藥治療以化濕清熱、行氣降濁為原則。



針灸及電針的療效已被證實

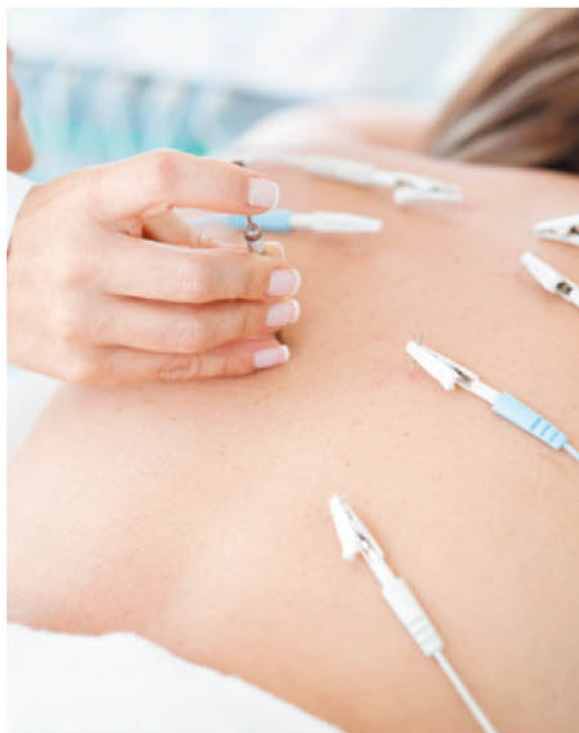
應力性尿失禁除了可以服用中藥來改善，針灸與電針也是中醫經常使用的治療方式。已有研究證實，針灸能調節與膀胱有關的腰骶部神經的功能，可使尿道括約肌張力升高與尿道阻力增加，增強骨盆底肌肉的收縮，因而減少漏尿，緩解尿失禁的症狀。

國際頂尖期刊《美國醫學會雜誌》2017年刊登一篇由中國大陸學者發表的研究成果「應力性尿失禁女性使用電針治療後改善漏尿的隨機臨床試驗」，研究方法是將504位應力性尿失禁女性隨機分成兩組，一組是電針組、一組是假電針組，電針組每週接受3次電針治療，持續6週總共18次，而假電針組只刺激偏離穴道的位置，沒有穿透皮膚。實驗結果在第6週揭曉：電針組的「平均漏尿量」比假電針組降低很多，達到統計上的顯著差異；電針組的「72小時平均漏尿次數」比假電針組減少，且在結束治療後（第15-30週）持續追蹤，電針組維持的效果與假電針組相比是有顯著差異的。

這個研究再次證實以電針治療應力性尿失禁有一定的療效，有效程度與骨盆底肌肉的鍛煉不相上下。至於電針治療組使用的穴位其實很單純，只有兩個穴位：膀胱經的中髎穴與會陽穴。可能的機轉是電針透過中髎穴刺激薦神經叢，透過會陽穴刺激陰部神經，可促進骨盆底肌肉的縮放而改善漏尿症狀。

不同程度尿失禁的因應之道

應力性尿失禁患者的漏尿症狀若屬於輕度到中度，可考慮中西醫結合治療，以縮短



療程，提高療效；但若漏尿情況嚴重，屬於重度尿失禁，即應根據實際情況選擇適合的手術方式。臨床上，常有患者從50歲就開始漏尿，卻忍耐到8、90歲，直到受不了才願意就醫，這數十年來所承受的身心痛苦不難想像。所以，有了尿失禁，請別拖延，果斷地向醫師求助吧！🙏

參考資料：

- 1.UpToDate-Evaluation of women with urinary incontinence
- 2.魏俊英，徐立然，鄭志攀，女性壓力性尿失禁中醫辨證施治，中醫學報，2010年，第151期。
- 3.哈斯葉提古麗，葛旻堯，趙建華，女性壓力性尿失禁的中西醫治療進展，醫學綜述，2014年，第21期。
- 4.Liu Z, Liu Y, Xu H, et al. Effect of Electroacupuncture on Urinary Leakage Among Women With Stress Urinary Incontinence: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2017;317(24):2493-2501.

下肢缺血麻煩大了 幹細胞修復且看明朝

文／長新生醫 品保部 經理 張其皓
審稿／轉譯醫學研究中心 副院長 徐偉成

下肢缺血，正式名稱為下肢周邊動脈阻塞。這是一種循序漸進的疾病，初期並無明顯症狀，慢慢地會出現間歇性跛行而造成行動不便，接下來即使休息也無法緩解疼痛，末期還可能引發下肢潰瘍或壞死，一旦演變到了這個地步往往只有截肢一途。因此，患者若有疑似症狀，除了要儘早就醫，如何規劃後續的治療也十分重要。

下肢缺血的危險因子

下肢缺血是一種常見的「致殘性」疾病，根據全球的統計數據，每30秒鐘就有1位下肢缺血患者被判定必須施行截肢手術來保

命。造成下肢缺血的危險因子包括高血糖、高血壓、高血脂、不良的生活習慣（如：吸菸、酗酒）等，這些因子有非常高的機率會誘發下肢缺血。

下肢缺血，顧名思義就是下肢動脈阻塞，周圍組織因缺氧而壞死，嚴重者必須截肢來防止細菌感染持續惡化。至於最常造成下肢動脈阻塞的原因，首推動脈粥狀硬化斑塊。

兩大元凶：動脈硬化與糖尿病

動脈所以會形成粥狀硬化斑塊，最主要的關鍵就是血液中膽固醇含量過高以致血液變得過度濃稠，進而使血管壁破損，釋放出發炎因子吸引巨噬細胞前來患部。聞訊前來的巨噬細胞必須將膽固醇清除乾淨，但是巨噬細胞在大量吞噬膽固醇後會走向死亡並釋放出更多的發炎因子，也就吸引更多的巨噬細胞，陷入惡性循環。當患部聚集了大量膽固醇及巨噬細胞的屍體，形成斑塊，斑塊愈來愈大，就會將動脈血管阻塞而導致患部組

織的缺氧及壞死。根據此一致病機轉，罹患下肢缺血的高風險患者，也會有極高的風險罹患心肌梗塞、腦中風及腎病變等與粥狀硬化斑塊相關的疾病，需要多加留意。

另一個高風險族群就是糖尿病患者，因為糖尿病患者的血糖濃度過高，血液非常濃稠，當血液從心臟送達下肢末梢時，回流力量不足，容易阻塞而引發下肢缺血。這也是為什麼糖尿病末期好發足部潰瘍（糖尿病足）的原因。

下肢缺血的治療重點

根據上述致病機轉，下肢缺血的治療有幾個重點：

- **戒菸**：香菸中的尼古丁會加速血管收縮及抑制血管新生，對於下肢缺血的患者會帶來更大的風險，而下肢患部血管重建緩慢不但增加未來治療的困難度，也會提高復發機率。
- **降血糖、降血壓、降血脂**：血糖、血壓、血脂與血管疾病息息相關，唯有將這3大因子控制好，才可降低任何血管疾病發生的機率。
- **使用抗血小板及抗凝血的藥物**：這些藥物可以降低血液中血小板及血塊的形成，保持血流通暢。
- **重建下肢血管**：可用外科手術進行血管重建，或是藉由氣球擴張及放置支架使血管恢復暢通。

幹細胞治療正在進行臨床試驗

幹細胞對於修復受損組織有很大的幫助，有研究指出，幹細胞有降低發炎反應，以及促進血管與組織新生的功能。將幹細胞注射至下肢患部，幹細胞就會降低該處的發炎反應，並分泌大量的生長因子誘使血管新生，進一步重建其血液循環，緩解下肢缺血現象。幹細胞所分泌的細胞激素，也會吸引患者本身的幹細胞移至患部，進行組織重建。

臺灣已有生技公司展開「異體間質幹細胞治療下肢缺血」的第1期臨床試驗，預計將收案18位下肢缺血患者，如果進展順利，幹細胞治療未來或許有機會成為下肢缺血的治療首選。🌐

參考資料：

THE JOURNAL OF TAIWAN PHARMACY Vol.30 No.3
Sep. 30 2014
<http://www.taiwan-bio-thera.com>



用愛點亮希望

及時的醫療救助 讓他們安心就醫

文／社會工作室

中國醫藥大學附設醫院重視企業社會責任，整合院內資源與外部資源，長期致力於公益。自2013年起，與南山人壽慈善基金會合作，共同協助經濟弱勢民眾得到所需要的醫療，截至今年（2018年）9月中旬，共協助999人就醫，補助金額高達1887萬元。

南山人壽慈善基金會的醫療關懷計畫

南山人壽深耕臺灣近半個世紀，投入社會公益不遺餘力，2006年5月成立「南山人壽慈善基金會」，期能有效整合及運用企業的資源與人力，用愛點亮希望。初期工作包括陪伴弱勢孩童成長，助其勇敢度過難關，並給予身心障礙或獨居貧困長輩溫暖與關懷。

近期有感於在弱勢族群陷入就醫急難困境的時候，及時的支援可以改變一個生命乃至一個家庭，因此又推動「醫療關懷計畫」，為急需就醫但因貧困或突遭變故而無力支付醫療照護費用的民眾提供補助，協助他們安心就醫。

自2013年7月至今年8月，南山人壽慈善基金會透過全臺198家合作醫院，已捐助2.8億元以上，並協助2.4萬個弱勢病人得以順利就醫，而中國附醫正是重要的合作對象之一。

溫暖扶持不同困境的病人及家屬

除了及時的醫療救助，溫暖的陪伴也是扶持病人和家屬面對困境的一大力量，南山



南山人壽捐贈本院緩和醫療居家照護車資補助費用，減輕家屬負擔。（社工室提供）

人壽各地志工夥伴因而積極支援醫療關懷行動，自2015年迄今，已有南山志工逾1萬700人次走進醫院或深入社區，參與關懷服務。現在就來看看一些實際的例子吧！

獨居的阿福爺爺

第1次見到阿福爺爺是在加護病房，護理師說爺爺是在居家服務員例行前往家中時發現他呼吸短促不適而協助送醫，入院至今無人前來探視。後來，爺爺用虛弱的氣音跟我說了他的故事。

原來，阿福爺爺曾有一段婚姻並育有一子，但離異後沒有來往，原生家庭的兄弟姐妹多已去世，僅存的手足也住在其他縣市，

因年事已高加上距離較遠，平日鮮少聯繫。他早年經商，經商失敗後無財產，入院前主要依靠低收入戶的生活津貼維生，獨居於租屋處，行動可自理，尚可維持部分生活，也是長照中心居家及送餐服務的協助對象。

阿福爺爺說：「我一直都把自己照顧好，不麻煩別人，可是這次我沒有辦法了」。我輕輕握著他的手說：「爺爺放心，你好好的配合治療，這次住院我會陪著你幫忙你，一點都不麻煩。」

醫師告知，阿福爺爺有高血壓、糖尿病及慢性腎臟疾病，過去還有腦動脈血栓病史，固定在門診追蹤。這次入院，診斷為心

肌梗塞，因病情需要，建議施行心導管手術，由於入院十分倉促，他的健保卡遺失，接下來的照顧需求亦恐無人可以處理。

醫院社工及時介入，為阿福爺爺申請了南山人壽慈善基金會的急難、醫療及看護費用等補助，並幫他申請補發健保卡，以及協助住院期間購買耗材、聘請看護及伙食訂餐等事宜，並與居家服務單位主責社工、臺中市北區家庭福利服務中心等單位共同討論後續安置事宜，讓阿福爺爺能順利完成醫療處置。阿福爺爺出院前紅著眼眶，不停喃喃說著：「謝謝幫忙，有你們真好！」

不斷與生命拉鋸的阿昆

「社工師，妳說我該怎麼辦，醫生說我先生這個病不好治，說要自費7、8萬元，我還有兩個小孩要養，哪有那麼多錢啦，是要拖垮整個家嗎？」她嚎啕大哭地說著。

原來，她先生阿昆在年輕時就因為心臟疾病無法維持穩定的工作，2015年6月更因心因性休克入院急救，裝置葉克膜及進行心導管手術後，終於檢回一條命，但在同年12月再次因缺血性腦中風就醫，中風後，影響語言、生活及行動自理能力。2016年及2017年，阿昆也都分別因為肺炎、交通性水腦症等病症住院治療，太太要兼顧家庭及住院中的阿昆，實在是疲於奔命。

近年來，阿昆因健康因素沒有工作，家中經濟主要依靠太太在市場賣雞肉來支撐，太太娘家也會給予一些經濟支援，而阿昆的母親行動不便接受機構照顧、妹妹則有精神方面的問題住在護理之家，因此每當阿昆住

院，太太就要放下手邊工作去醫院照料他，兩個就讀高中的孩子則委由娘家照顧。

多次反覆就醫，令阿昆相當沮喪，看著太太為了醫療費用如此擔憂更是自責，原本無論社工怎麼問，他都不發一語，後來看見太太哭泣也忍不住流淚說：「我…我…我…不要…不要…治…療了…」。

社工師告訴阿昆：「生病不是你們願意的，但遇到了就要想辦法面對跟處理，這一路走來，你很努力地配合治療才走到今天，醫師不會因為沒有錢而不治療你，你更不能因為這樣就放棄治療。」聽了社工師的勸導，阿昆才願意繼續接受治療。經與主治醫師確認，阿昆有肥厚性心肌病變，病情複雜，醫師建議施行電燒手術，手術過程中使用的管路材料必須自費負擔，醫師知道他家經濟困難，已協助免除需要自費的貼片耗材支出。醫院社工瞭解狀況後，請阿昆的太太提供相關資料文件，好盡量將此次自費治療的費用以及對生活經濟的影響降到最低。

最後，治療圓滿完成，由於太太的細心陪伴與照顧，阿昆恢復得很好也很快，沒再鬧脾氣拒絕治療。醫院社工為阿昆向南山慈善基金會申請到5萬元的醫療補助，令阿昆及太太的焦慮及壓力大為減輕。

出院前，阿昆太太向社工師說：「真的很謝謝你們的幫忙，你可以讓我知道我們是申請哪個基金會的補助嗎？以後我們有了能力，也想要幫助別人。」眼看受助者懷抱著感恩的心，這是社工工作中最美好的風景了。🙏

出院準備銜接長照服務

照顧者的減壓指南

文／護理部 長期照護科 護理長 邱瓊慧

中國醫藥大學附設醫院已通過衛生福利部「銜接長照2.0出院準備友善醫院」認證。什麼是「出院準備」？簡單的說，這是一項能確保需要長期照顧的病人，在醫院完成治療後，可以放心出院並持續獲得完整照顧的服務，而且相關措施從一住進醫院就開始介入。



本院通過衛生福利部「銜接長照2.0出院準備友善醫院」認證

政府連結醫院的完善長照體制

隨著生育率與死亡率雙雙下降，臺灣的整體人口結構快速趨向高齡化，致使有長期照顧需求的人數同步增加，又因家庭的照顧功能逐漸式微，個人與家庭的照顧壓力日益加重，連帶衍生不少社會與經濟問題。為建立完善的長照體制，行政院2016年12月19日核定長期照顧10年計畫2.0，期能發展「以服務使用者為中心」的多元連續性服務模式，滿足不同族群對長期照顧服務的需求。

為了讓失能者於出院後能立即取得長照服務，縮短等待時間，衛生福利部於2017年4月公告「銜接長照2.0出院準備友善醫院獎勵計畫」，由縣市政府照管中心連結醫院出院準備服務的專業醫療團隊共同評估病人身



體、經濟、心理或情緒上的照護需求，並按目前出院後需求最高的「居家服務、居家護理、居家復健、喘息及簡易生活輔具」5個項目，研發「因地制宜」、「在院創新」的出院準備銜接長照服務流程，協助病人在最需要的關鍵點與長照服務無縫銜接。

出院往往是真正挑戰的開始

出院是一件開心的事，但很多家屬反而會覺得緊張或不知所措。我們在接觸家屬時，家屬的第一句話通常是「媽媽現在無法動彈，翻身、吃飯都需要人幫忙，回家後要怎麼照顧啊？」「醫師說爸爸過幾天就可以出院了，我們做子女的都要上班，很煩惱接下來該怎麼辦呢？」

對照顧者而言，如果完全沒有任何準備就接病人出院，返家後將是真正挑戰的開始。所以請別忘了，許多醫院都有提供「出院準備」服務，並且在住院期間已經啟動，病人及家屬住院時多一分準備，出院後就能少一分擔心。

本院所提供的出院準備服務

「出院準備服務」自病人住院即需介入，由醫院各專業人員和病人家屬合作，透過社區資源的協調與連繫，在住院期間就按部就班地完成出院準備事項，以便不久之後能順利地從醫院轉至另一個照護環境，持續獲得所需的完整照顧。

每家醫院所能提供的出院準備服務，會因醫院規模而略有不同。其實本院早從1995年便已推出貼心的「出院準備服務」，但為什麼大多數人都不知道呢？因為傳統作法是將出院後的服務需求，轉介給政府的「長照

管理中心」，長照中心要等病人出院返家後才能進行訪視評估與擬定照顧計畫，而等到長照相關資源派案下來，距離出院日已經有14-21天了。

發展至今，「出院準備服務」的流程大幅改良，本院針對所有住院病人於入院24小時內即進行評估與篩選，再根據病人的個別需求，與病人和家屬一起擬訂適合的出院計畫，協助家屬在出院前就準備好出院相關事宜，出院後便可得到適切照顧，以減輕照顧者的負擔，不致陷入徬徨無助與害怕。

出院準備的服務對象與服務項目

服務對象

包括預期需要長期照顧者、機構安置需求者、輔具或用物準備需求者、社區或社會資源需求者等，給予後續的照顧計畫及資源安排與轉介。

服務項目

- 住院期間評估病人出院後的照顧需求，擬訂適合的照護計畫。
- 協助提供出院後照護所需的知識與指導照護技能。
- 轉介院內醫療照護團隊，例如社工師、營養師、藥師、復健師等。
- 出院後照顧所需輔具或用物的準備與諮詢。
- 提供適當的後續照護資源諮詢與轉介，例如居家護理、慢性病醫院、護理之家、養護機構或其他長期照護社區資源。
- 出院後進行電話追蹤關懷與諮詢。

出院準備與長照服務無縫接軌

本院於2017年8月24日經衛生福利部審查通過「銜接長照2.0出院準備友善醫院獎勵計

畫」，透過此一計畫的執行，病人在住院期間，可先與醫院的出院準備人員討論出院後有哪些需要協助的地方，若有長照需求，經病人或家屬同意，出院前3天由出院準備人員完成「照顧管理評估量表」後，再協助轉介長期照顧管理中心，這樣的無縫接軌，可讓病人一出院就及時與長照資源取得銜接。

出院準備銜接長照服務的流程如下：

- 1.於住院病人出院3天前完成長照服務評估。
- 2.與照管中心合作，確認病人意願並填寫同意書後，將長照評估結果與所在地照管中心完成接洽，擬定長照2.0之17項服務項目的銜接流程及銜接方式，所銜接的服務項目包含居家服務、居家護理、居家復健、喘息及簡易生活輔具等5項。
- 3.照管中心應於病人出院後1個月內完成複評。

另外，今年8月起，因應新制長照給付及支付基準的施行，以及讓病人出院後能快點取得長照服務，衛生福利部開放參與「銜接長照2.0出院準備友善醫院獎勵計畫」的醫院，銜接服務內容擴及長照給付及支付基

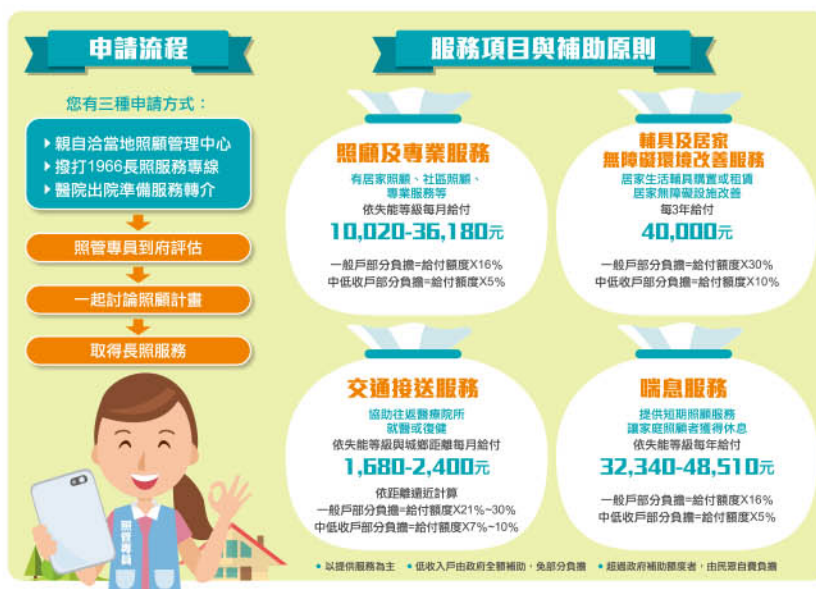
準的照顧及專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙環境改善服務、喘息服務等。

期待透過這個計畫，醫院與照管中心能建立良好的合作模式，在出院前完成評估作業，讓有長照需求的病人出院後，不僅能順利地返回家中接受照顧，取得長照服務的時間，亦可由原來的14-21天縮短為1-7天。

長期照顧是看不到盡頭的馬拉松

長期照顧是一場「看不到盡頭的馬拉松」，病人出院後是否需要延續照護與長期照顧，或是避免短期照護惡化為長期照顧，都必須整合出一套完整的「出院準備服務」，將「照護服務」延伸出去，並將「生活照顧服務」容納進來。

提醒可能需要長照的病人家屬，在病人住院期間就可諮詢相關醫護人員，了解出院後可能會遇到的問題及對策，事前準備充分，心無煩憂，才有精神來照顧病人和照顧自己。同時，別忘了善用政府所建構的各種長照服務資源與補助，共同打好長照這場硬仗。☎



如果鼻子像關不緊的水龍頭

每當黑板樹在秋天開花而散發異味，或是木棉樹在春天結果而四處飄絮，很多人就開始覺得不對勁了。早上起床「哈啾、哈啾」地噴嚏打個不停、鼻塞流鼻水也來湊熱鬧，面紙用了一包又一包，眼睛癢得一直揉，甚至皮膚都猛冒紅疹，這些都是過敏的症狀。

過敏性鼻炎患者由於頻繁地打噴嚏、流鼻水、鼻塞、鼻涕倒流、咳嗽、鼻子癢、眼睛癢，容易導致疲倦、頭暈、記憶力減退和注意力不集中，更因鼻塞使得晚上難以入睡，嚴重影響情緒及學習與工作的效率，鼻腔旁的循環不良還會引發黑眼圈，也可能因為長期鼻塞張口呼吸而形成暴牙。此外，常伴隨的過敏性疾病包括支氣管哮喘、異位性皮膚炎、過敏性結膜炎等。

臺灣屬於海島型氣候，天氣原本就潮濕，再加上環境汙染的惡化及飲食習慣的改變，過敏性鼻炎患者快速增加，在兒童尤為明顯。根據統計，過敏性鼻炎有很強的遺傳因素，父母親中1人有過敏體質，孩子有1/3的機率也有過敏體質，若父母均有過敏體質，則小孩有6成的機率成為過敏兒。

文／藥劑部 藥師 涂慶業





過敏性鼻炎的原因及症狀

接觸過敏原後，鼻黏膜表現出的非感染性炎症疾病，稱為過敏性鼻炎。過敏性鼻炎可分為季節性過敏性鼻炎和常年性過敏性鼻炎；常年性過敏性鼻炎又可分為血管運動性鼻炎和嗜伊紅性白血球過多性非過敏性鼻炎。略述如下：

- **過敏性鼻炎**：對某些過敏原的敏感性高，會突然出現陣發性的鼻塞、打噴嚏、流鼻水以及鼻子癢，最常在早晚發作，症狀來得快，去得也快。
- **血管運動性鼻炎**：與神經支配失調有關，導致血管舒縮反應的異常改變，常有間歇性鼻塞、鼻流清涕但比較黏稠，鼻黏膜慢性充血。
- **嗜伊紅性白血球過多性非過敏性鼻炎 (eosinophilic nonallergic rhinitis, 簡稱ENR)**：

與氣溫、濕度變化、氣味、煙霧等非過敏性刺激有關。交感神經低下但是副交感神經功能亢進，臨床症狀和過敏性鼻炎相似，不過程度較為輕微。

- **急性鼻炎**：俗稱「傷風」或「感冒」，以鼻塞、流鼻水、噴嚏為主，且常伴有輕微發熱、肌肉酸痛無力等症狀。

以上4種鼻炎的臨床表現相當接近，都會鼻塞、打噴嚏、流鼻水，差別在於急性鼻炎患者沒有過敏病史；過敏性鼻炎患者的血清免疫球蛋白E (IgE) 抗體呈陽性反應；過敏性鼻炎及嗜伊紅性白血球過多性非過敏性鼻炎患者有多量的嗜伊紅性白血球呈陽性反應。

過敏性鼻炎與感冒、流感的差異

過敏性鼻炎與普通感冒、流行性感感冒症狀相似，主要差異如下表：

症狀 病名	打噴嚏	流鼻涕	鼻塞	眼睛乾澀眼睛癢	發燒喉痛 肌肉酸痛	傳染性	發作病程
過敏性鼻炎	連續3-5個或以上	大量清水樣鼻涕	間歇	有	無	無	常年、不定期
普通感冒	間歇、不連續	初為少量清水樣，其後轉為黃綠色膿鼻涕	嚴重	無	輕微	有	7-10天
流行性感感冒	間歇、不連續	黃綠色膿鼻涕	嚴重	無	嚴重	強 季節性爆發	10-20天

如何避免過敏發作與藥物療法

過敏性鼻炎目前無法根治，從致病機轉來看，確認過敏原進而避免接觸是第1道防護，適當的藥物治療也有助益。日常生活中常見的過敏原有：

- **吸入性**：灰塵、塵蟎、皮屑、棉絮、花粉等。
- **食入性**：魚、蝦、蟹、蛋類、牛奶、花生、豆類等。
- **接觸性**：香精類、酒精、汽油、油漆等。
- **其他**：體液酸鹼平衡或內分泌失調及藥物（如：抗生素、退燒藥等）的使用。
- 以上多種因素可能同時存在。

藥物治療的最大原則是在過敏發作時緩和或減輕傷害，改善病人的生活品質，進而增進工作或學習效率，因此治療方式要視症狀嚴重度而定，包括使用口服或鼻內局部治療的抗組織胺、去充血劑及類固醇或多種藥物同時使用。一旦症狀穩定及環境獲得有效控制，即可慢慢減少用藥種類或劑量，以達成日常生活不受影響及降低藥物副作用的目標。

所用藥物大致分為口服及鼻內局部噴劑兩大途徑，鼻內局部噴劑的好處包括：可在局部達到較高濃度的劑量，降低全身性的副作用；某些藥物局部使用的吸收效果可能較口服為佳；局部使用藥物開始作用的時間較短（如：去充血劑、抗組織胺鼻噴劑）。但鼻內局部噴劑也有壞處：可能造成鼻內結痂及出血現象；當鼻黏膜過度腫脹時，可能無法有效作用於鼻內黏膜；長期使用鼻內去充血劑比口服藥容易導致藥物性鼻炎。

中醫對不同證型鼻過敏的治療

過敏性鼻炎在古代中醫並無定名，常見的相關中醫病名包括鼻鼽、鼻嚏、鼻淵等，如《素問》：「鼽者，鼻出清涕也」、「嚏，鼻中因癢而氣噴作於聲也」。中醫對於鼻病病理變化的認知是非常錯綜複雜的，所有病症發生皆以五臟六腑的病理變化為學理基礎，在診斷上有自己的分類法則，一般並不是針對某一個特定過敏原，而是結合患者的體質因素與致病的病因病機，主要分為肺氣虛寒型、脾肺氣虛型、脾腎陽虛型、陰虛肝肺熱型與肺經鬱熱型等等，再依不同證型選用藥物：

● 肺氣虛寒型

突然發病，鼻內刺癢酸脹，繼則噴嚏頻作，鼻塞不通，流涕清稀且量多，嗅覺暫減；可兼見感冒症狀，氣短乏力，聲低懶言，自汗惡風，舌質淡紅，苔薄白，脈虛弱或浮大無力等。所用藥方如玉屏風散、桂枝湯加減。

● 脾肺氣虛型

反復纏綿發作，鼻內酸楚悶脹，刺癢較輕，陣發噴嚏，鼻涕稀白微黏，鼻塞較重，嗅覺減退，倦怠乏力，納呆腹脹，脛悶便溏，舌質淡胖，舌邊有齒痕，苔白，脈濡弱等。所用藥方如補中益氣湯或合麻杏薏甘湯加減。

● 脾腎陽虛型

反復發作，經年不愈，冬季尤甚。病發時鼻內冷楚，癢嚏不已，鼻涕清稀如水且量多不止，鼻塞，嗅覺減退，可兼見頭腦冷痛，耳鳴耳聾，喘息氣短，腰膝冷痛，精神不振，舌淡苔白，脈沉細弱等。所用藥方如桂附地黃湯合麻黃附子細辛湯加減。

陰虛肝肺熱型

清晨起床易噴嚏，鼻涕黃稠，鼻癢，鼻塞，痰白或黃，量少而黏，鼻黏膜充血明顯且腫脹，口乾咽燥或苦，面色潮紅，目赤失眠多夢，煩熱汗出，小便黃赤，便秘，舌質紅，苔薄黃，脈弦細數。所用藥方如沙參麥冬湯或生脈飲加減。

肺經鬱熱型

鼻塞，鼻脹，酸癢不適，噴嚏頻作，鼻涕黃稠，頭痛，可見咳嗽咽癢，鼻黏膜充血，鼻甲腫大，面紅目赤，口乾煩熱，小便黃赤，便秘，舌質紅，苔薄黃或苔黃燥，脈浮數或滑數。所用藥方如銀翹散或蒼耳散加減。

針灸與穴位敷貼可改善鼻過敏

中醫對過敏性鼻炎另有外治療法，包括針灸、局部外用藥，推拿按摩法、熏洗療法、穴位貼敷法等，這些治法都是中醫治療的特色，均可單獨運用或合併使用內服藥物。

- **針灸取穴**：取穴要根據患者具體情況，常用穴位如：肺俞、大椎、大杼、腎俞、脾俞、印堂等。
- **穴位敷貼（三伏貼）**：根據「冬病夏治」的原理，選在夏季最熱的「三伏天」施行。此時人體陽氣旺盛，皮膚腠理完全開泄，藥物容易滲透皮膚，在背部穴位敷以辛溫逐痰走竄的白芥子、細辛、甘遂、元胡等中藥，具有刺激穴位、疏通經絡、調節臟腑的功效，可達到溫陽利氣、驅除肺中內伏寒邪的作用。



預防鼻過敏與日常調理的重點

過敏性鼻炎患者對不利於自己的致病因素要提高警覺，重視飲食調理，加強身體抗病能力，才能避免一再復發。

- **防範致病因素**：注意溫度變化的影響，不要驟然進出冷熱懸殊的環境，特別是在夏天進出冷氣房或冬天進出暖氣房，以及秋冬氣溫變化劇烈之際，慎防因溫差變化過大而發病。必要時可戴口罩以避免接觸各種可能的過敏原，例如花粉、灰塵、羽毛、棉絮、蟑螂、油漆及刺激性氣味等。此外，必須保持室內環境清潔，減少灰塵。
- **注意飲食調理**：盡量避免食用冰品、生冷、油炸、辛辣的食物，尤其是已知可能致敏的食物，像是蝦、蟹、雞蛋、花生等，避之為宜。
- **加強抗病能力**：日常生活應起居有時，要有充分的睡眠，避免熬夜，並且養成適當運動的習慣，以增強身體抵抗力，減少發病機率。🕒



預防黃斑部病變 護眼大將：葉黃素

文／臨床營養科 營養師 江宗謙

黃先生因為母親的眼睛有老年性黃斑部病變，視力急速衰退，已接受雷射治療，他很擔心自己未來也會遭遇同樣的問題，因而諮詢營養師，日常飲食要怎麼吃才對眼睛有益？是否需要補充葉黃素，又該補充多少劑量才適合？



老年性黃斑部病變有失明之虞

老年性黃斑部病變是一種隨著年齡增長，視網膜中央部位退化的疾病。患者會漸漸發現有視物模糊變形、看直線扭曲等現象，發展到最後可能失明。黃斑部病變通常是兩側發作，單眼喪失視力的年齡平均是65歲，以後每年約有12%的人另一眼也受到侵犯，到了70歲，大約有60%的病人達到失明的程度。

老年性黃斑部病變依其有無產生脈絡膜新生血管，分為乾性和濕性兩種：

● 乾性老年性黃斑部病變

未形成脈絡膜新生血管，通常對視力影響較小，但時日一久，仍有惡化為濕性老年性黃斑部病變的可能。

● 濕性老年性黃斑部病變

可能因為脈絡膜新生血管而產生黃斑部水腫、出血等現象，造成視力嚴重減退。

眼睛黃斑部病變的相關研究

- 年齡增長與基因遺傳是眼睛黃斑部出現病變的兩大高危險因子。
- 流行病學調查發現，抽菸者的罹病機率是不抽菸者的2-5倍。
- 研究顯示，喜歡吃魚、乾果、深綠色蔬菜（富含葉黃素）、β-胡蘿蔔素、水果的人，比較不易罹患黃斑部病變。
- 美國國家衛生院眼科研究中心所主持的AREDS研究發現，每天服用維生素C 500毫克、維生素E 400單位、β-胡蘿蔔素15毫

克、氧化鋅80毫克、氧化銅2毫克，可減少中度老年性黃斑部病變在5年內惡化成重度病變的機率達25%，也可減少中度視力喪失的機率達19%。

- 研究顯示抽菸者服用大劑量口服胡蘿蔔素反而有害健康，因此建議以葉黃素取代β-胡蘿蔔素。

足量葉黃素可預防多種眼疾

葉黃素是組成視網膜及黃斑部最重要的物質，是視網膜主要的色素來源，也是一種抗氧化物，它就像天然的太陽眼鏡，可以阻擋陽光的危害，並可吸收藍光、紫外線等有害光線。流行病學研究發現，多攝取富含葉黃素的食物，對眼睛健康的正面效益如下：

- 預防黃斑部病變。
- 降低藍光對眼睛的傷害。
- 降低對視網膜的傷害。
- 降低白內障的發生率。
- 維持眼睛良好的血液循環。

葉黃素的益處



富含葉黃素的食物有哪些？

很多食物都含有豐富的葉黃素，含量最多的依序是菠菜、豌豆、花椰菜、南瓜、玉米、蛋黃。葉黃素為脂溶性，所以蔬菜用一些油拌炒，可讓身體吸收到更多的葉黃素。

蛋黃富含葉黃素及玉米黃素，身體對其葉黃素的吸收率比深綠色蔬菜還高，也就是更容易被人體吸收，因此血中膽固醇正常的人，其實可以每天可以吃1顆蛋；但若有高膽固醇血症（>200mg/dl），尤其是糖尿病患者（心血管疾病高危險群）合併高膽固醇血症，兩天吃1顆蛋就夠了。

食物來源



葉黃素每天攝取多少才好？

美國食品暨藥物管理局建議的葉黃素攝取量是每天6-10毫克，臺灣目前沒有建議量，但上限攝取量是30毫克。那麼需要吃多少蔬菜才能攝取到6-10毫克的葉黃素呢？答案是1天吃1碗半深綠色蔬菜即可達標，再搭配富含維生素C的水果（如：芭樂、柑橘類、奇異果、木瓜等）及1顆蛋，便能維持眼睛健康。

複方葉黃素的護眼效果更好

葉黃素大量攝取，目前並未發現毒性副作用，但因其為脂溶性的關係，須由肝臟代謝，若長期大量補充會出現皮膚泛黃的現象，這時只要減少攝取，一段時間就會自然消退。偏食的民眾或外食族，對深綠色蔬菜



的攝取量如果不足，可搭配葉黃素補充劑，建議選擇葉黃素與玉米黃素含量為10：2的補充劑，這個比例與天然食物來源比較相近，並且玉米黃素也是護眼好幫手。

此外，複方組合的葉黃素要比單一葉黃素適合，因其具有完整的營養協同作用，更能有效護眼，例如：

- 葉黃素加鋅是視網膜與黃斑部需要的營養素，可降低黃斑部病變與視網膜問題。
- 添加維生素C、E，可保護角膜細胞，增加濕潤度，降低乾眼症及緩解乾眼症嚴重程度，維生素E還可以延緩葉黃素的氧化，加強效果。
- 搭配魚油，魚油也是護眼的一大利器，可延緩黃斑部病變的形成及減輕乾眼症。
- 搭配黑醋栗與枸杞，可避免水晶體退化，有助於預防白內障、改善畏光及提高視野明亮度。
- 搭配山桑子，山桑子為視神經的營養素，能促進眼部血液循環，降低眼壓與罹患青光眼的機率。

- 搭配小米草與硒，能改善睫狀肌彈性，減輕疲勞，避免老花度數增加。

葉黃素應長期而適量的攝取

葉黃素的補充時機為飯後服用，這與烹煮富含葉黃素的蔬菜要用點油的道理相同，既然葉黃素為脂溶性，飯後服用當然會吸收得比較好。

葉黃素補充劑通常每天1顆即可達到建議攝取量，若1日服用2顆，必須錯開在不同餐次吃，以提高吸收利用率，一次性的大量攝取對於保健助益不大。葉黃素要長期而適量的攝取，雖然腸道吸收後血液濃度隨即提高，但眼睛黃斑部捕獲葉黃素的速度非常慢，大約要持續攝取2個月才會有意義的增加，並且要持續攝取6個月才會呈現穩定狀態（葉黃素在血中約2週即可有意義的增加），所以持之以恆的攝取是護眼關鍵。🌿

參考資料：

行政院衛生署健康九九網

腦深部刺激術

助巴金森氏病患者擺脫困境

文／編輯部

巴金森氏病是國人常見的神經退化性疾病，若藥物治療無法達到預期的療效，「腦深部刺激術」可以幫助病人擺脫長期病痛帶來的不便，獲得較好的生活品質。

腦深部刺激術能緩解僵硬顫抖

中國醫藥大學附設醫院神經部呂明桂主治醫師說，巴金森氏病的主要症狀包括漸進性的動作遲緩、肢體僵硬、靜止性顫抖及平衡障礙等，在疾病早期以藥物治療的效果通常不錯，但隨著疾病進展，藥效持續的時間會逐漸縮短，病人甚至可能出現難以控制的肢體扭動，此時單靠藥物已無法有效改善。

呂明桂醫師表示，自從法國神經外科Benabid醫師發現，以微電極刺激腦深部特定神經核可有效緩解巴金森氏病的症狀之後，許多先進國家都已核准這項手術為巴金森氏病的輔助治療。我國衛生福利部也於2015年起將刺激器納入給付範圍，嘉惠不少病友，但其餘部分仍須自費負擔。

患者接受治療後症狀獲得控制

以一位沈先生為例，他於6年前發現自己的左側肢體動作遲緩且會顫抖，起初經由藥物調整尚能維持工作及日常活動，但經過5年，開始面臨藥物療效縮短而無法應付工作的困境，後來在中國附醫神經內、外科醫師的評估和建議下，接受腦深部刺激術的治療，術後狀況良好，搭配藥物使用已能達到

令他滿意的程度，他也學會如何使用體外遙控器讓症狀得到更好的控制。

另一位擔任廚師的洪先生，8年前出現炒菜時手會顫抖的現象，他原本不以為意，但過了兩年，竟惡化到口齒不清與步態不穩，就醫確診為巴金森氏病。服藥控制4、5年後，藥效慢慢變差，整個人就像斷電一般，嚴重時幾乎不能動彈。受益於腦深部刺激術，如今他已回到職場，重拾鍋鏟，繼續為顧客料理美食。

本院已完成百例腦深部刺激術

神經外科部鄭宇凱主治醫師說，腦深部刺激術是在精準定位之下，將電極片置入巴金森氏病患者顱內兩側的視丘下核，透過微電流刺激來抑制腦部的過度放電。

神經部蔡崇豪主任表示，中國附醫採跨科合作方式，自2004年迄今已完成100多例腦深部刺激術，累積了豐富的經驗，病人在治療後的反應相當好，可惜仍有許多巴金森氏病患者因為對腦深部刺激術不了解而失去了改善生活品質的機會。🌐



沈先生（中）感謝本院醫療團隊，他指著置放在左胸下的脈衝電池說，腦深部刺激術助他克服障礙重回職場。（吳芬玫提供）

2018
Healthcare
EXPO · TAIWAN

台灣醫療科技展 INVITATION

2018.11.29-12.02 台北南港展覽館一樓

中國醫藥大學附設醫院 攤位編號 J506

中國附醫產學跨界整合 細胞治療尖端醫學引領風騷

尖端醫學的進展日新月異，細胞治療成為聚焦亮點。中國醫藥大學附設醫院結合產、學跨業合作模式，研發治療技術領先業界，在惡性腫瘤、腦中風、心肌梗塞等重大疾病有突破性進展。配合衛福部近日發布的六項細胞治療技術修正條文，本院的臨床治療易掌握先機，提供病人尖端醫療服務，引領醫療產業向前邁進。

此次中國醫藥大學附設醫院將帶領醫療菁英，以及細胞治療、智慧醫療、智慧輔具、健康養生等產業優秀人才，參與2018年台灣醫療科技展，於2018年11月29日至12月2日，在台北南港展覽館一樓，展開為期四天的策展活動。中國醫藥大學附設醫院誠摯的邀請您，前來與我們共同體驗尖端醫療智慧之旅。

》 尖端醫學，日新又新

細胞治療
全基因體定序、Waston基因體人工智慧分析平台
脂肪間質幹細胞儲存
臍帶間質幹細胞儲存
免疫細胞儲存
CIK細胞儲存
腫瘤細胞儲存
精準醫學暨基因檢測服務
3D列印醫療服務與應用

》 智慧醫療，無限可能

人工智慧醫療輔助診斷系統
智慧醫院
智抗癌 癌症智能機器人
智慧臥床管理系統
智能鞋墊
智慧輔具及復健機器人
立可走機器人腳
下肢肌力訓練機
神經感測機器人與虛擬實境科技輔具 - 「希望之手」
Reogo智能手 上肢復健機器人

》 健康養生，病人為尊

全方位健康管理，打造完善健康計畫
亞大T8銀耳Tremella Fuciformis 8
學鼎機能性保健食品

》 人才培育，跨越國際

與世界一流大學或機構合作
進階顯微重建手術
減重治療與形體雕塑

》 亞洲醫療科技創新論壇

2018
Healthcare
EXPO · TAIWAN



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



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，致力本土及優質化研究

發展國際醫療服務，提升國際醫療地位

