消費者票選 讀者文摘 信譽品牌 本院榮獲2007年金牌獎 2008年再度榮獲金牌獎

第 2395

·于立文

、 王瑋書

顧鳳儀

助理:

助理·

長:雷永耀 副社長:張建城 總編輯:劉仁賢 發行所: 榮總人月刊計

Taipei Veterans General Hospital Bulletin 中華民國七十三年六月創刊

地址:臺北市北投區石牌路二段二〇一號 電話:(02)2875-7321 傳直:(02)2873-7870 榮總人月刊網址:

http://www.vghtpe.gov.tw/~tpvghb 電子郵箱(e-mail):pphsu@vghtpe.gov.tw 行政院新聞局出版事業登記證 局版北市誌字第一〇二九號

臺灣北區郵政管理局北臺字一 執照登記為新聞紙類(雜誌)交寄 印刷: 致琦企業有限公司

地址:235台北縣永和市中和路345號6樓之2

電話: (02)2232-4168



本期

■本院重大發現--「法布瑞氏症」導 致肥厚型心肌病變......

- ■居家危機知多少?本院毒物科出 書告訴您!......
- ■流行性感冒和肺炎的交互作用....3
- 腹腔鏡手術在大腸直腸癌應用....4

國是世

- 大腸癌治療的現況與展望.....
- ■子宮頸癌防治新觀念......6
- 新生兒甲狀腺不見有黃疸怎麼辦

高齡失能患者福音

■認識榮總-放射線部......

我們的宗旨

配合國家醫療政策,提供榮民、榮眷及一般民 眾最優質的醫療服務。

我們的願景

全民就醫首選醫院,國際一流醫學中心。

↑李思慧醫師(右)指導患者接受治療

界第二高齡人□國家,僅次於日本,活的久 固然好,活的健康更重要,因為它所影響的 層面既深又廣,因此如何提昇年長者生活品 質、自立能力,已是當前重要議題之一。

本院早在民國47年便曾設有老年醫學科 (64年取消),後於95年2月,率先國內成 立第一所高齡醫學中心,積極推動整合性的 醫療服務,復健醫學便是其中重要的一環。

本院復健部在今年七月,引進國內第一 套『能力回復復健運動』設備,按照國人需 求,加以改良,治療已逾80餘人,約1千3百 人次,成效良好。

復健部詹瑞棋主任表示,「能力回復 復健」是針對老化利用機器低負荷反覆運 動,使不活動的神經肌肉系統再次活化。 高齡者因缺乏運動、甚或跌倒骨折臥床不 起,造成身體虛弱、肌力衰退,嚴重影響 生活品質,這套設備能有效回復因老化或 器質性傷害造成的活動力低下,經由訓練 後,提昇其生活品質、日常活動功能及獨 立生活能力,以減少後續併發症及生活照

顧等之醫療及社會經濟成本。

本院復健醫學部主治醫師李思慧自英國 蓋茲及聖湯姆思醫院進修高齡復健醫學返國 後,積極發展高齡復健工作。李醫師表示, 依照高齡者特別需要加強訓練的動作,歸納 為6種形式,分別由6台機器(水平腿部推蹬 機、腿部伸展屈腿機、臀部外展內收機、軀 幹伸展彎曲機、坐姿划船機、胸部推舉機) 協助達到重新啟動因衰老而不活化的肌肉 群。李醫師說,不活動的肌肉增加,使得原 本可以動的關節運動就變得狹隘,漸漸地神 經肌肉系統就變得不再活動了。若能在正確 的時機下,反復承受低負荷的運動,可以改 善協調運動能力抑制肌肉分泌疲勞物質,並 且促進其分泌有益的神經傳導物質,提昇患 肉系統再次活化。

訓練套組為每週2次、每次約1小時、 3個月為一期。經測試統計,訓練後無論站 立行走、握力、平衡感、柔軟度、耐力等 均有增加,跌倒次數減少,記憶力、表達 及溝通能力皆有提昇。總體而言,有進步 者佔28%,維持現狀者佔55%,退步者佔 17%。其中有6位最初完全無法行走仰賴輪 椅或臥床的患者,經過3月訓練後已能使用 助行器行走;有14位患者由一開始使用助行 器或攙扶行走,經過3月訓練後已能獨自行 走。此外,因體力與動作性的改善,心理層 面也能獲得提昇,使能重拾信心,再度參與 過去喜愛的活動。(報導/公關組 張建城)

李思慧醫師門診時間:

星期二下午復健科第1診(診間代碼:14101) 星期四下午復健科第2診(診間代碼:14102) 星期五下午高齡醫學整合門整科聯合看診

電話諮詢專線:02-28757361 星期一至星期五 上午8:00-12:00、 下午14:00-17:30

者動作的韻律及協調性,使不活動的神經肌 本院重大發現:

「法布瑞氏症」等致肥厚型心肌病變

← 布瑞氏症是一種家族性遺傳疾病,會導 //___致肥厚性心肌病變的發生。本院兒童醫 學部經由新生兒篩檢,發現此一疾病及其致 **俩機轉與冶獠万法。**

本院遺傳諮詢中心最近藉由新生兒篩檢 研究發現,台灣心臟型的法布瑞氏症發生率 高達1/1600,目前為全世界發生率最高的區 域。負責此項研究計畫的本院兒童醫學部主 治醫師牛道明表示,因此症初期無症狀,約 在中年後出現肥厚性心肌病變、心律不整、 心絞痛、心肌梗塞,甚至猝死。

本院心臟內科林幸榮主任說,心臟肥大 分先天、後天因素。後天因素多由高血壓、 肥胖、糖尿病、氣喘等造成,若未能對症治 僚,曾造风心衰竭,走上等待心臟移植的个 歸路。此項研究成果,確實可挽救許多不明 原因心臟肥大的患者。

法布瑞氏症,是負責製造α-半乳糖甘酵 素的基因缺陷,造成脂質無法代謝,堆積在 全身許多細胞內的溶小體中,造成各種器官 的傷害,如心臟、腎臟、腦血管及周邊神經 病變。牛醫師說,心臟變異型比較不容易被 ↑兒童醫學部主治醫師牛道明 (左)與心臟 内科林幸榮主任(右)接受媒體採訪

早期診斷,因此類患者體內的α-半乳糖甘酵 素尚有部分活性,會幫助脂質代謝,因此在 青幼年期症狀反不明顯,通常在40-50歲左 右心臟的問題才會浮現。

此症目前已可有效治療,牛醫師呼籲 有此項基因缺陷新生兒之家長,應速至醫 院檢查,避免錯失治療時機,造成不可挽 回之遺憾。(報導/公關組 張建城)



居家危機知多少? 本院毒物科出書告訴您

你的居家安全嗎?家中有多少物品會導致中毒?從有形的到無形的,從固體到液體,小如鈕扣大的鋰電池、大到室內的裝潢,都隱藏著危機。

據行政院衛生署暨本院毒藥物防治諮詢中心過去20多年的統計資料,在急性中毒個案中,居家毒物相關的中毒佔了約20%的比例。且以幼兒及老年人為高危險群,這是一個不容忽視的嚴重問題,為加強民眾對於各類居家毒物有更正確的瞭解,避免類似的不幸意外中毒事件一再發生,本院毒藥物防治諮詢中心最近編寫完成居家中毒預防手冊「居家中毒怎麼辦?」,分為客廳篇、臥室篇、廚房篇、浴室篇、陽台篇,詳細介紹各類有毒物品不慎接觸的標準處理程序。

本書集毒物科全體同仁多年累積之經驗, 由楊振昌醫師主編。楊醫師表示, 居

家中毒意外種類相當多,譬如誤用暖暖包、咬破水銀體溫計、吞下鈕釦大小的鋰電池、誤食防蟲劑及乾燥劑,甚至舔食殺蟑藥,或不慎被強鹼性水管疏通劑灼傷等,皆非罕見的事件,嚴重者甚至會致死。然而根據本院毒藥物防治諮詢中心歷年處理中

毒諮詢個案的經驗,一般民眾對於這些意 外事件,或因恐慌、或因對毒物欠缺瞭解, 而無法立即做出最佳的處置,譬如因催吐而 導致吸入性肺炎,有可能使病情更加惡化。

本書以簡潔的文字說明各類日常用品的成分、導致中毒的原因、如何預防及中毒的處理,讓家真正成為一個安全、溫暖的避風港。(報導/公關組 張建城)

免費贈閱 索書專線:台北榮總臨床毒物科賴珮瑜小姐 Tel: (02) 28757525-603

↑猜猜看,那一杯是可飲水?

本院毒物科編撰「居家中毒怎麼辦?」舉辦新書發表會,本書主編楊振昌醫師教大家如何防範居家中毒。

質陳玉枝副主任榮升護理部主任

院護理部喜事連連,前主任尹祚芊榮 膺監察委員,所遺職務由副主任陳玉 枝升任,12月3日生效。

陳主任民國56年到院服務,從基層做起,74年1月升任護理部副主任;民國90年本院接管署立宜蘭醫院,陳副主任奉派調任副院長之職,襄助院長積極推動各項改革,使醫院快速成長,轉虧為盈;92年榮調退輔會第六處副處長職,參與規劃醫療體系的整合計畫,當時第一個整合成功的「榮

民醫院醫學資源數位化合作網」便是出自其 構想與推動。

陳主任由護校畢業後,於工作之餘,繼續進修及至獲得美國南卡羅萊納大學醫療管理博士,目前尚兼任國立台北護理學院及台北醫學大學助理教授,其努力進取、力爭上游的精神,堪為表率。

陳主任熱愛護理工作,有關護理服務品 質的提昇、制度之建立、人員之訓練,建 樹良多、績效良好,相信在她的領導下, 今後本院選 理領域與 作內紹與, 務品層樓 見 報導/公關 組 張建城)



學成歸隊

姓名楊盈盈單位一般内科進修起迄日2008/06/01-2008/09/30

進修地點加拿大亞伯他省之卡加利 性質 中央慢性肝病相關的心血管及肌肉

性 名 洪煥程

 單
 位
 婦產部

 進修起迄日
 2008/01-2008/09

進 修 地 點 1.美國佛州克里福蘭醫學中心 2.美國亞特蘭大北區醫學中心

1.微創尿失禁手術

2.新筋膜縫合及生物網膜脫 進修内容 垂手術 3.顯微腹腔鏡脫垂手術

3.顯微腹腔鏡脫垂手術4.子宮鏡結紮簡易手術

姓名余文鍾單位心臟内科進修起迄日2007/12/01-2008/11/30

進 修 地 點 美國巴爾的摩歐翰霍普金斯 大學 進 修 内 容 心臟血管磁振造影超音波

串起生命的緣 -- 「愛匯聚 生命長流」

院中正樓一樓大廳左側牆面掛著 三百餘位器官捐贈者的名牌,這是 一塊充滿慈悲大愛的聖地,永遠受到人們 的崇敬與懷念。

今年的器官捐贈感恩會是由本院與台北市政府衛生局、台大醫院、三軍總醫院聯合舉辦。11月22日上午,本院中正一樓大廳,有來自一百多個捐、受兩方家庭三百餘位成員,齊聚一堂,共同見證器捐者的的善行義舉。感恩會由本院雷永耀副院長主持,台北市政府衛生局邱文祥局景流會頒贈器捐家屬感謝狀,會中播放器捐者的故事專輯,捐贈者家屬及受贈者代表發表感言,全體來賓並向捐贈者名牌前獻花行禮,場面溫馨感人。

雷副院長表示,傳統的民間信仰保留 全屍觀念,依然是推動器官捐贈意願的最 大阻礙,呼籲更多人能響應器捐活動,讓 生命延續,讓愛長存。

(報導/公關組 張建城)



↑來賓向捐贈者獻花行禮

The Interaction between Influenza Virus and Pneumococcus **協行性感冒和肺炎的变互作用**

之。 染流感病毒後,因呼吸道上皮黏膜細胞 受到損傷,原本在鼻咽腔內的細菌易藉 此機會侵入黏膜造成二次感染。上呼吸道病毒 感染也經常會因為續發性的細菌感染,而引發 更嚴重的疾病,所以流感病毒是引起兒童和成 人續發性細菌感染的主要危險因子。

流感病毒可分為A、B、C型三種,A型 病毒所引起的症狀最為嚴重,是造成全球大 流行主要型別,且很易發生變異;B型流感 病毒引起的症狀一樣嚴重,一樣是屬於流行 性病毒,但不會發生全球大流行;而C型流 感病毒引起的症狀不明顯,較少造成流行。 A型流感病毒依表面抗原血球凝集素及神經 胺酸酶可分成不同亞型,HA有1~16種亞 型,NA有1~9種亞型。

一旦受病毒感染,病毒進入到鼻咽腔或 支氣管,病毒表面的血球凝集素會和鼻咽腔 或支氣管上皮細胞的唾液酸 (sialic acid)結合 形成一複合物,會讓細胞將病毒複合物吞噬 入細胞內,病毒的RNA進入細胞核後,會開 始進行複製,新病毒表面的神經胺酸酶(NA) 會切斷上皮細胞的唾液酸,釋放出病毒, 使得病毒在呼吸道黏膜細胞間擴散,並造成 上皮細胞死亡。現在所用抗病毒藥物有二 類:一類是adamantanes,如amantadine、 rimantadine只能治療A型病毒感染;另一類是 神經胺酸酶抑制劑,如oseltamivir、zanamivir 可治療A和B型病毒感染。抗病毒藥物通常使 用在病毒感染初期(即在發病48小時內)使用 才有效果,持續用5天。

中耳炎是兒童最常見續發性細菌感染所 引發疾病,中耳積水培養,最常見的是肺炎 鏈球菌,肺炎鏈球菌也是引起社區性肺炎和 鼻竇炎最常見病原菌;上呼吸道病毒感染(如 influenza · RSV · adenovirus · parainfluenza · measles、rhinovirus) 也經常會因續發性細菌感 染(如S. pneumoniae、S. aureus, H. influenzae、 S. pyogens、M. pneumoniae)而引發更嚴重疾 病,而流感病毒是引起兒童和成人續發性細菌 感染的主要危險因子。病毒感染會讓呼吸道發 生變化,如小氣道阻塞、影響纖毛功能、降低 清除細菌能力等,而使得細菌更容易侵入。

在不同國家、不同地區,流行感染呼吸道 病毒和細菌都有明顯不同,引起社區性肺炎病 原菌,則以細菌感染比例較多,其中又以肺炎 鏈球菌和黴漿菌佔多數。

流感疫苗和肺炎鏈球菌疫苗效果

觀察1990~2000年美國施打流感疫苗的 成效,在713,872名老年人中施打疫苗的有 415,249人,施打流感疫苗的老年人雖較高比 例原本就具有高風險的病症,如糖尿病、心臟 疾病、腎臟疾病、肺部疾病等,但施打流感疫 苗後卻降低了27%流感和肺炎住院率、死亡率 也降低48%。

到目前為止,還沒有兒童同時接種流感疫

苗和肺炎鏈球菌疫苗研究報告,但是兒童接種 流感疫苗、肺炎鏈球菌疫苗,也都是根據預防 接種委員會和世界衛生組織的建議來施打。流 感疫苗必須要每年接種,每年根據世界衛生組 織規定疫苗株,十月開始施打;南半球則因冬 天流感流行期不同,於四月才開始接種。肺炎 鏈球菌疫苗則根據年齡時程來接種,5歲以下 兒童還是建議施打七價肺炎鏈球菌疫苗。

流感病毒和肺炎鏈球菌雙重感染

流感病毒和肺炎鏈球菌是對人類健康影 響最大的二種病原菌。在流感病毒流行期 間,由肺炎鏈球菌所引起肺炎是造成罹病 率和死亡率大增主因。肺炎鏈球菌會移生在 人類的鼻咽腔內,健康的兒童帶菌率約有 20~50%,健康的成人帶菌率約有8~30%。 肺炎鏈球菌是引起社區性肺炎、細菌性腦膜 炎、中耳炎和敗血症的主要禍首;肺炎鏈球 菌同時也是引起感冒後肺炎主要病原菌。在 1935年Andrewes等人首次證明,續發性的 細菌性肺炎是隨著流行性感冒感染而引發。 在接下來的數十年的研究當中發現,A型和B 型流感病毒會造成人體易受細菌的感染,尤 以肺炎鏈球菌和金黃色葡萄球菌為最嚴重。

續發性細菌性肺炎的感染機制

續發性的細菌性肺炎是造成流行性感冒 引發死亡的主要原因,流感病毒會讓宿主易 受肺炎鏈球菌侵入並引發肺炎,因為病毒會 讓上皮黏膜受損增加細菌感染機會;流感病 毒具有神經胺酸酶會使得上皮黏膜上的接受 器暴露出來,增加肺炎鏈球菌黏附和侵入機 會,肺炎鏈球菌也具有神經胺酸酶,所以在 二者的交互作用下會使得感染情況更嚴重; 此外病毒感染會因啟動黏膜復原機制和免疫 反應,可能因而使得宿主清除細菌的能力下 降,或因一連串的發炎反應而使感染的程度 更嚴重。

社區性肺炎的流行病學與臨床症狀

Michelow等人在美國未全面施打七價接 合型肺炎鏈球菌疫苗前,以血液培養、肋膜 積水培養、肺炎球菌溶血素聚合酶連鎖反應 (PCR)、病毒螢光抗體法、病毒血清學試 驗、黴漿菌血清學試驗、披衣菌血清學試驗 等方法,分析1999至2000年間兒童罹患下 呼吸道感染狀況,發現在154名因下呼吸道 感染而住院的兒童中,有23%兒童同時受到 急性病毒和細菌的感染;而有79%兒童被檢 驗出受到一種病原菌感染,其中細菌感染就 佔60%(73%肺炎鏈球菌感染、14%黴漿菌感 染、9%披衣菌感染)。

在所有因肺炎而住院兒童當中,受細菌 和病毒合併感染病例佔四分之一,但沒有任 何臨床或實驗證據,可用來區分合併感染或 單一感染。兒童在受到典型呼吸道細菌感染 和同時受病毒和細菌感染一樣,都會有很明 顯發炎現象,通常在住院後會有發高燒、肋

兒童醫學部一般兒科主任 宋文舉

膜積水、桿狀核嗜中性白血球比例增加、降 鈣素原含量等現象。其中尤以住院後72小 時內會有發高燒(≥38.4℃)和肋膜積水與細 菌性肺炎最為相關。此外,釐清不同年齡兒 童罹患肺炎的病原資料,可幫助醫師選擇合 適的抗生素(age-appropriate antibiotic selection),來治療肺炎和評估肺炎鏈球菌疫 苗的效果。

宋文舉主任檔案:

- 職:1.台北榮總兒童醫學部一般兒童科主任兼小 兒加護病房主任
 - 2.國立陽明大學小兒科醫學系副教授
 - 3.國防醫學院小兒科學系兼任副教授
- 歷:1.國防醫藥學院醫學系畢業
 - 2.美國紐約哥倫比亞大學醫學中心新生兒 加護中心研究員
 - 3.美國波士頓哈佛大學兒童醫院急診加護 醫學及毒物中心 研究員
 - 4.美國洛杉磯南加州大學新生兒醫學中心
- 長:新生兒學、小兒肺臟學、重症醫學、小兒胸 腔呼吸學、幼兒耳鼻喉醫學

門診時間:

星期一上午一般兒科第3診(診間代碼:06303) 星期二上午小兒胸腔疾病第5診(診間代碼:06305) 星期六上午一般兒科第1診(診間代碼:06301)

財團法人惠衆醫療救濟基金會 97年9月份捐款澂信録

財團法人杜萬全慈善公益基金會300,000元;合作 金庫35,746元;慈行慈善會侯益藤30,200元;金 淼、陳明德全家各20,000元;王秀雀、劉坤琦各 18,000元;邱潔芳、財團法人萬海航運社會福利 慈善事業基金會各15,000元;莊思筠12,000元; 台北內湖碧霞宮、吳秋文、施喜代、莊鴻江、無 名氏、楊堂森、詹進益各10,000元;無名氏9,584 元;台北市士林區愛心服務隊9,000元;張文樹 8,500元; 黃瑞明黃國隆等7,000元; 李祖振全家、 陳明珠、陳張寶玉、勝豐茂記織造廠股份有限公 司、黃建文各5,000元;黃瑞明3,600元;王旭統 3,200元;方文良3,000元;唐美月2,100元;王正 斌、周志達、林美惠、張子建、張幸三、張雪珍、 雷嘉韻各2,000元;王曼鈺許瑋宏許湘羚等、黃國 隆各1,800元;員工消費合作社1,396元;柯雅慧、 許向雲、陳鉉明各1,200元;吳秋菊、呂尚哲、李 黃秀燕、林育永、林靖軒盧雨晴等、韋美華、陳盈 秀、陳寶月、黃茂村、劉素蘭、劉照子、蔡懷慈 各1,000元;施方800元;曾薇樾、黄州瑞各600 元;王天海、卓秀玉、林瓊櫻、洪秀蓁、唐先見、 唐先媛、高家慧、張靜莉、曹國顯、曹黃麗華、連 李嬌妹、連李嬌妹、陳阿慧、陳俞傑、陳許冬菜、 黃詩雅、黃繼正、韓麗君、簡序和各500元;停車 場400元;張振宇、黃靜芳、雷玉其、潘玉梅、蔡 良宗蔡良和邱秀敏等、韓賜惠、鐘麗霞各300元; 江變、吳陳水雲、林金標、林淑美、林雲臻、胡鳴 岐、唐亞岐、唐啟國、高玉鳳、張麗峰、張婕、楊 淑娥、雷嘉偉各200元;吳李黎芳、吳培慧、無名 氏、鍾富雄、隱名氏各100元;台北榮民總醫院員 工愛心百元捐款88,800元,捐款總計765,426元。

腹腔鏡手術在大腸直腸癌的應用

_ 腸直腸方面的腹腔鏡手術,經過多年的 演進,加上多項器械的突破,已經在臨 床使用的選擇上佔有某種地位。許多文獻顯 示,腹腔鏡技術與傳統開腹式在切除大腸癌 方面比較:短期方面,病人傷□較小,疼痛 程度可減輕,恢復較快,二者有類似的安全 距離,類似的淋巴腺廓清數目及手術相關併 發症;長期方面,病人存活並無差別。但在 直腸癌則缺乏多機構、前瞻性、隨機分配的 直接比較證據,現在只有level II的研究證據 支持,初步結果與大腸癌相似,未來幾年將 會有更好的研究發表。

腹腔鏡手術的缺點,在於手術時間會比

開腹式手術長,所需麻醉的時間也拉長;氣腹 (pneumoperitoneum)會引起一些相關併發症, 例如血中氣栓(air embolism),肺部受壓迫而引 起的肺塌陷(atelectasis)及腹部器官因二氧化碳 正壓壓迫引起的器官血流灌注減少。腹腔鏡手 術的禁忌,為病人心肺功能無法承受二氧化碳 所造成氣腹、腫瘤太大、凝血功能不佳、腫瘤 侵犯至週遭器官、太過肥胖、明顯腹腔內有轉 移(peritoneal seeding)、懷孕婦女及之前接受過 腹部手術,而有相當之腹膜內粘連之病人。

腹腔鏡技術在大腸直腸癌手術方面已趨 成熟。但腹腔鏡技術仍無法完全取代傳統開 腹式手術;大腸癌方面,其可行性在實證醫

外科部大腸直腸外科主治醫師 楊純豪

學的證據方面已達第一級(level I),直腸癌方 而是第二級(level II)。它提供某臨床手術治療 多一種選擇。所以謹慎選擇病人,就能獲得 此項技術的好處。

楊純豪醫師檔案:

職:1.台北榮總外科部大陽直陽外科主治醫師

2. 國立陽明大學助理教授

歷:1.國立陽明大學醫學系畢業

2. 國立陽明大學臨床醫學研究所醫學系博士

長:大陽直陽肛門疾病診斷治療、腹腔鏡手術

星期三下午直腸外科第16診(診間代碼:14416) 星期四下午直陽外科第15診(診間代碼:14415)

大腸直腸癌之篩檢

外科部大腸直腸外科主治醫師 王煥昇

二幾年國人大腸直腸癌症罹病人數不斷攀 計,92年約有8,238人罹患大腸直腸癌(為我 國國人癌症發生率第三位),到了94年大腸 直腸癌症發生人數為9,604人,成為僅次於肝 癌, 並躍升癌症罹病人數排名第二位。同時 94年有4,111人死於大腸直腸癌,也高居癌症 死亡人數第三位。如果能早期診斷早期治療, 大腸直腸癌的死亡人數不會一直居高不下。因 此,如何找到早期沒有任何徵狀(流血或腹 疼)的大腸直腸癌病人,是提高治療成效和降 低大腸直腸癌病人死亡關鍵。

大腸直腸癌篩檢,希望從沒有任何徵狀 一般大眾中,找出可能發生大腸直腸癌的病 人,接受進一步的檢查和定期追蹤。對已有 徵狀的人,則不需篩檢,應立即接受詳細的 診斷檢查。

大腸直腸癌篩檢的方式常用的有:1.直 腸指診;2.糞便潛血檢驗;3.乙狀結腸纖維

鏡檢查;4.大腸鏡檢查;5.大腸雙相鋇劑攝 影檢查。

那些民眾該接受篩檢?根據過去的研究顯 示,有以下危險因子的民眾,發生大腸直腸癌 的機會顯著增加,需要優先接受篩檢:1.年齡 50歲以上; 2.高脂肪、高熱量和低纖維含量 的飲食習慣;3.有大腸直腸息肉病史;4.罹患 卵巢、子宫、或乳房方面癌症的女性;5.大腸 直腸癌病人更要預防第二次罹患大腸直腸癌; 6.家族成員有大腸直腸癌病史;7.潰瘍性結腸 炎病患。

衛生署國民 健康局自民國93 年開始補助各縣 市衛生局,提供 50-69歲民眾每 2年1次的糞便 潛血檢查。糞便 潛血檢查陽性的

受直腸指診、大 腸鏡檢查或大腸 雙相鋇劑攝影檢 查。至於有其它 危險因子的民 眾,也建議定期 主動到醫院尋求 大腸直腸癌的篩 檢,以早期發

現、及早治療。

民眾再進一步接

王煥昇醫師檔案:

職:1.台北榮總外科部大陽直陽外科主治醫師 2. 陽明大學外科學系兼任助理教授

歷:中山醫學大學醫學系畢業

門診時間:

星期三、星期五下午大腸直腸外科第15診

(診間代碼:14415)

專題企劃

大腸直腸癌之一般治療原則

1 多人在得知自己或親友得到大腸直腸癌時,第一個想問醫師的問題就是嚴不嚴 重?要不要做化學治療?一定要開刀嗎?有需 要做放射治療嗎?還有其他的替代療法嗎?

大腸直腸癌一般治療原則,首先要瞭解大 腸直腸癌分期。第一期和第二期是指腫瘤侷限 在腸壁或侵犯到腸壁旁的組織或器官,但沒淋 巴結轉移;第三期是有淋巴結轉移;第四期是 轉移至遠處器官,如肝臟及肺臟等。天腸直腸 癌治療方式中,只有手術治療能夠達到完全根 治的效果。一般在診斷出大腸直腸癌後,醫師 會根據各種影像學檢查來得到臨床分期,再根 據此分期決定治療計畫。原則上不管臨床分期 是那一期,只要有機會藉由根除性手術來達到 完全切除腫瘤的目的,都會建議先接受手術治 療。當然這原則也有些例外狀況,例如直腸癌

是第三期或局部侵犯的第二期,也可先做術前 放射和化學治療,使腫瘤縮小後再手術,以降 低局部復發率或增加肛門保留機會。另一個需 要較多考量的是第四期的病人,先接受全身性 化學治療或先接受手術治療並沒有定論,可和 臨床醫師溝通討論後,再個別選擇較有利的治 療方式。

那麼開完刀後,還要接受其他的治療 嗎?在手術治療後,外科醫師會將手術切除 的腸道含周邊的淋巴組織送去病理化驗,化 驗的結果就是病理分期。同樣的只要有淋巴 結的轉移,甚至其他遠處器官的轉移,包括 腹腔內轉移,就是第三期以上,原則上第三 期以上的大腸直腸癌,術後都建議要接受後 續化學治療。某些高危險復發的第二期病患 也會建議術後化療。目前大腸直腸癌化療世

外科部大腸直腸外科主治醫師 藍苑慈

界各國都有共識,細節都可和臨床醫師加以 討論。而第一期及大部分第二期病患在根治 性手術治療後,只要按照醫師追蹤計畫,定 期回診複查即可。

大腸直腸癌並不可怕,只要早期診斷、 早期治療,不是沒有治癒的機會。多和臨床 醫師溝通,按照原則來進行治療,才不會錯 失治療的黃金時期。

藍苑慈醫師檔案:

現 職:1.台北榮總外科部大腸直腸外科主治醫師

2. 教育部部定講師,國立陽明大學外科學科兼 任講師

學 歷:國立陽明大學醫師系畢業

專 長:肛門疾患及手術治療,大腸直腸癌診斷及治療

星期二下午大腸直腸外科第16診(診間代碼:14416)

百

大腸癌治療的現況與展望

- 腸癌是國人第三常見癌症。每年約有 八千餘人發病,其中約一半病人可治 癒。大腸癌治療最先要區分病人病灶是在 結腸或直腸及病人是否有遠處轉移癌。直 腸是位於肛門上方至骨盆腔內約15公分長 的腸道,而結腸是指腹腔內約150公分左 右腸道。直腸可細分為在骨盆腔腹膜轉折 上方的上段直腸及轉折下方的下段直腸, 通常結腸癌或上段直腸癌治療,以手術切 除為主。下段直腸癌治療,須考慮手術 前先給予放射治療。如影像學檢查發現腫 瘤已侵犯超過腸壁外層或有淋巴腺轉移病 人,建議病人先接受手術前放射治療,手 術後再給與化療藥物治療。

但近幾年由於化學藥物及標靶藥物的進

腸癌的

步,在切除原發部位大腸癌之前先行給與化 學藥物治療,甚至再加上標靶藥物治療,也 逐漸被醫師採用。一般是在2至3個月內給與 4至8個療程後,再評估腫瘤對藥物治療反 應。如腫瘤有明顯縮小,且轉移處腫瘤(大 部分轉移至肝臟)可完全切除時,可同時考 慮切除原發腸癌及肝臟轉移。而肺轉移通常 須於切除原發腸癌-個月後,再行切除手 術。同時合併有肝及肺轉移癌的病人,如果 都能手術切除時,五年存活率仍約有20%。

瞭解大腸癌一般治療原則後,現在再介 紹最近幾年來在治療大腸癌時的兩個重要觀 念:一是「多重學科的治療」,另一是「量 身訂定的治療」。多重學科治療中,最主要 精神是整合腫瘤內科、外科、放射治療科、 放射診斷科、病理科、專科護理師、營養 師、社工師等專業人士組成一個工作團隊, 且定期聚會討論病人病況及治療。通常團隊 會共同制訂一個大腸癌治療準則。病人治療 及追蹤必須依據治療準則確實執行,本院大 腸癌治療團隊多年來運作良好。

所謂的量身訂定治療,狹義是指針對腫 瘤分子生物學標記選擇適當藥物治療;廣義 是針對病人狀況(包括性別、年齡、活動 力、治療意願及病人藥物基因學分析等)及 腫瘤分類(包括組織學特性、腫瘤分期及腫 瘤分子生物學標記等),經由多重學科團隊 討論後,選擇一個適合治療程序,並定期追 蹤治療成效及檢討治療方式改變。治療過程 中也可考慮使用輔助性療法,如中醫藥等以 減輕治療副作用或提昇療效。最後採用治療 是經由病人與醫師充分溝通後的選擇,治療 過程中也要考慮到病人的生活品質與治療成 本效益。

大腸直腸外科主治醫師 林資琛

上述有關病人化學藥物基因學分析, 大多是在研究階段,尚未在臨床上大量應 用。常用分析項目主要針對病人預後及藥 物反應預測。有些病人基因上特定多型性變 異,可能對某些化療藥物有較差療效或較強 副作用。其他兩種大腸癌常用的化學藥物 Oxaliplatin及Irinotecan也有一些預測因子, 如ERCC1及UGT1A1等,可預測治療效果 及副作用。而標靶藥物,如Erbitux(爾必得 舒)常被用於治療轉移性大腸癌,如果腫瘤 K-ras基因發生突變,則腫瘤對爾必得舒的治 療並無助益,這時可優先考慮使用另一種標 靶藥物Avastin(癌思停)。

目前已有數十種標靶藥物在臨床試驗 中,且化學藥物研發也日新月異。口服型化 學藥物及口服型標靶藥物的使用,也提高病 人就醫便利性與接受度。放射治療進步,如 順形性治療、正子或重子放射治療等,都顯 著提昇治療效果及降低治療併發症。病人罹 患大腸癌時,應保持樂觀心情與積極態度, 與治療團隊充分溝通配合。本院希望能提供 病人最完善、最適合治療。

林資琛醫師檔案:

職:1.台北榮總外科部大陽直陽外科部主治醫師

2. 國立陽明大學外科臨床副教授

歷:國立台灣大學醫學院醫學系畢業

長:大陽直陽外科

門診時間:

星期一上午直腸外科第16診(診間代碼:04416) 星期四下午直腸外科第16診(診間代碼:14416)

CCRT與直腸癌

坐 直腸癌治療,原則上是以根治性手術切除為主。在1000年以上一 切除為主。在1980年代,國外有學 者統計,如果單純以手術治療局部侵襲性較 高的直腸腫瘤(T3-4:腫瘤侵犯深度超過 直腸肌肉層或侵犯到鄰近的器官組織;亦 或N1-2:有局部淋巴結之擴散轉移),術後 追蹤發現此類病患局部腫瘤復發機會較高, 約四分之一的病患有可能會局部復發。因此 有醫師嘗試在術後同時加做放射線及化學 治療(CCRT: Concurrent chemoradiation

接著在1990年代,有醫師學者開始將術 後放射線及化學治療,移用在手術前的輔助 性治療,希望能對病患更有幫助。其間隨著 化學藥物、放射線治療及手術器械及技巧進 步,於是有許多不同的治療策略方法被提出

therapy),以期改善此一情形。結果顯示,

此輔助性治療有助於降低局部復發機會。

來。根據新英格蘭醫學雜誌在2004年10月 的一篇文章,德國醫師針對八百多位局部侵 襲性較高的直腸癌患者,隨機選取接受手術 前或手術後輔助性放射線及化學治療,加以 追蹤分析並比較。研究結果顯示,接受術前 輔助性放射線及化學治療患者,局部復發率 較低,化學藥物毒性較小,肛門括約肌也能 保有更好功能,整體存活率方面則無差異。

目前對直腸癌患者,術前電腦斷層、 核磁共振或直腸內超音波等影像學上檢 查,判斷為局部侵襲性較高腫瘤,一般的 共識會先安排術前輔助性放射線及化學藥 物治療,然後再安排根治性手術,作為標 準的治療流程。

臨床上,接受術前輔助性放射線及化學 治療患者,約七成五的病患腫瘤會縮小,局 部擴散轉移之淋巴結數目會減少;近六成的 病患可保留肛門。但此輔助性治療也有副作 用,包括放射線治療可能會引起照射部位之 外科部大腸直腸外科臨床研究員 徐宇宸

皮膚炎、小腸受放射線影響而腹瀉或腹痛。 另外化學藥物治療,則可能包含有白血球及 血小板數目下降、貧血、腹瀉、排尿疼痛、 噁心、嘔吐等副作用。

目前本院直腸癌患者在接受完整的檢查 及評估後,如需接受手術前輔助性放射線及 化學治療,我們會與癌病中心的醫師合作討 論,安排其接受4至5週放射線治療,並同時 接受口服或靜脈之化療藥物。而病患需等待 此治療之完整效果,約放射線治療結束後4 至6週內,再安排其接受根治性手術。

總而言之,輔助性放射線及化學藥物治 療可以降低直腸癌術後的局部復發率,肛門 保留機會較高,提供病患手術以外更完整的 治療。

徐宇宸醫師檔案:

職:台北榮總外科部大腸直腸外科臨床研究員

歷:國立陽明大學醫學系畢業

長:大陽直陽手術

康

子宮頸癌防治新觀念— 子宮頸抹片檢查及人類乳突病毒疫苗接種

婦幼門診護理長 潘玫如

宮頸癌是全球婦女排名第二癌症(僅次 → 乳癌)。據衛生署統計,子宮頸癌是台 灣婦女的頭號殺手,每年約有五千多名新病 例,近一千人死於子宮頸癌,且患者年齡有 逐年下降趨勢。因此國民健康局提供30歲以 上婦女每年可免費做1次子宮頸抹片檢查,早 期偵測子宮頸細胞異常變化,發現子宮頸癌 及癌前病變最有效方法,減少60~90%子宮 頸癌的發生和死亡。但台灣婦女每年做抹片 檢查只有30%,三年中曾接受篩檢的也只有 60%,所以國民健康局鼓勵各級醫院建置門 診子宮頸抹片檢查主動提示系統,本院於93 年6月始透過主動提示系統。提醒婦女接受篩 檢。本院在子宮頸癌防治工作上績效優良, 民國96年通過國民健康局「子宮頸癌防治健 康關懷醫院」之認證(圖一),並受頒「子 宮頸癌防治績優醫院」(圖二)。

何謂子宮頸癌

子宮頸癌是由子宮頸上皮病變慢慢發展 而成的,在初期大都不會有症狀。一般而

言,從正常子宮頸細胞發展到子宮頸原位癌, 約需5至15年;發展到侵犯性的子宮頸癌,甚 至需要20年以上的時間;尤其到子宮頸癌後 期,常因膀胱或直腸受到侵犯,而產生排尿或 排便上的問題。所以當自覺有症狀時,往往已 較嚴重侵犯性子宮頸癌症。

子宮頸癌發展過程

醫界發現99.7%的子宮頸癌患者均感染人 類乳突病毒(以下簡稱HPV病毒),主要是經由 性行為傳染,至少有50%性行為感染HPV病 毒,多數情況下人體可自動清除病毒,不會有 任何不適症狀,只有少數持續多次感染會導致 子宮頸癌發生。HPV病毒有多型,70%是由 16型和18型HPV病毒所引起。目前衛生署已 核准含這兩型病毒的HPV疫苗上市,但要注意 的是懷孕婦女不要施打。

如何接種HPV疫苗

本院於96年12月開始提供HPV疫苗接種 服務及相關諮詢,共需施打三劑,理想的方式 為6個月內完成三劑接種。最適合接種的年齡

為12-26歲,9~11歲女童則由醫師及家長討 論後決定是否施打;另為太早有性行為、多重 性伴侶、早婚、生育子女較多或曾受HPV病毒 感染者。估計接種HPV疫苗可有效降低70%罹 患子宮頸癌風險,仍有30%的致病機會,故仍 需靠定期做抹片檢查,預防子宮頸癌的發生。

維持單一性伴侶,注意安全性行為,如 此則可遠離子宮頸癌威脅,讓婦女生活更健 康、更美好。

圖一:子宮頸癌防治健康關懷醫院

圖二:子宮頸癌防治績優醫院





?!!

疾病 🛭 🗞 🗛

問:在身體檢查時,驗血發現肝功能指 數(ALT、AST)有上升現象,怎 麼辦?

答:首先要說明的是一般人所謂的肝功能,包 括ALT及AST(或SGOT、SGPT),並不是真 正反應肝臟「功能」的指標。ALT和AST在很 多情況都會上升,包括各種病毒性肝炎、藥物 性肝炎、酗酒、糖尿病、心臟病、肥胖、各種 感染症等,無法一一列舉。以台灣地區而言, 最常見肝功能指數異常的原因則是包括B型或 C型肝炎、肥胖及糖尿病。然而值得注意的 是,所謂的肝功能指數(或指標)並非僅限於 ALT及AST,其實還有許多其它的重要指標來 供判讀,只是這些數據的判讀比較複雜,一般 人不易了解,因此需請教專門的胃腸肝膽科醫

師來進一步診斷,才能確定肝功能異常的 原因。另外,可能經常需要安排一些其他 的檢查,例如腹部超音波,來看是否有別 的異常情況。許多人發現自己有肝指數異常,

通常是在身體例行檢查時才發現,臨床上往往 不會有特殊症狀,此時不需過分憂慮,只要去 請教您所信任的肝膽科醫師安排一些必要的檢 查以確定原因即可,切忌自行亂服成藥、或相 信坊間流傳的一些「補藥」可以改善肝功能, 反而會影響醫師的診斷,或增加肝臟額外的負 擔,帶來反效果而得不償失。

內科部胃腸科主治醫師 霍德義答覆

霍德義醫師檔案:

職:1.台北榮總內科部胃腸科主治醫師

2. 國立陽明大學醫學系內科副教授

歷:1.國立陽明大學醫學系畢業

門診時間:

星期二、星期五上午胃腸科第2診(診間代碼:00402)

問:羊膜腔穿刺安全嗎?

答:目前建議羊膜腔穿刺的施行時間在妊娠 16-18週。在進行羊膜腔穿刺前,醫師藉由超 音波的掃描,先觀察胎盤、羊膜腔及胎兒位 置,儘可能尋找一個不會穿過胎盤或能避開胎 兒重要部位,如頭部地方下針,進行穿刺。羊 膜腔穿刺術在超音波影像導引、監視及定位下 進行,整個穿刺過程刺針的走向,均能清楚被 監測,基本上可說是相當安全的小手術。在羊 膜腔穿刺術進行時,孕婦本身可能會有輕微腹 痛。有非常少數約1-2%產婦,在接受羊膜腔穿 刺術後會有陰道出血或羊水滲漏情形。至於羊

膜腔穿刺術會不會影響到寶寶呢?過去研究報 告指出,和羊膜腔穿刺過程有關的自發性流產 率約1/(0.5%)。那這長長的針會不會扎到胎 兒呢?由於羊膜腔穿刺術整個過程都在超音波 的影像導引下進行,刺到胎兒的機會可說是微 婦產部主治醫師 鄭敏慧答覆 乎其微。

鄭敏慧醫師檔案:

現 職:1.台北榮總婦產部主治醫師

2. 國立陽明大學婦產學科講師

學 歷:1.台北醫學大學醫學系畢業

2. 美國密西根大學婦癌科觀察員 3. 美國加州大學舊金山分校遺傳細胞研究室

專 長:婦產科



子宮頸抹片檢查

子宮頸抹片檢查是對子宮頸癌的一 種篩檢工具。藉由抹片棒或細胞刷取得子 宮頸上皮細胞,經過固定在玻璃片上與染 色後,由細胞病理學家在顯微鏡下判讀細 胞是否出現病變。抹片有問題可能是指細 胞正常,但有感染、發炎、萎縮等現象; 也可能是指細胞有些異常但無法確定其意 義,當然也可能是出現低度或高度的子宮 頸上皮病變,甚至子宮頸癌。對細胞異常 或出現病變者,接下來應使用陰道鏡做組 織切片,以確定診斷,再視病變程度做適 當治療。

骨盆腔黏連

卵巢、輸卵管、直腸及各韌帶、血管都 有它獨特功能及一定位置。所謂「骨盆 腔黏連」是這些器官彼此靠近,固定在 一起,甚至使原有器官功能喪失。造成 骨盆腔黏連原因很多,如骨盆腔發炎、 子宮內膜異位、惡性腫瘤、闌尾炎及 手術都有可能造成黏連。會引起慢性下 腹痛、性交時下腹痛、月經痛、輸卵管 阻塞,嚴重時可導致腸阻塞。預防方法 包括避免不必要的手術,採取安全性行 為避免感染,身體一旦有症狀要儘快就 醫,及早治療。(編輯小組)



新生兒體弱,甲狀腺不見了!又有黃疸,怎麼辦?

₩ 狀腺低能症」屬一種因甲狀腺分 泌甲狀腺激素減少之一種臨床症 狀。此症嚴重程度可從完全沒有症狀到致命 黏液水腫昏迷。過去由於地區食物中缺碘造 成兒童生長智障矮小、面貌粗腫俗稱「呆小 症」,現在因國家政策不再稱呼此病。估計 此症發生率大約三千分之一,會隨年齡上升 而有增加的趨勢。

致病原因

一、甲狀腺發育不全:屬甲狀腺低能症 最常見原因, 臨床擔心找不著甲狀腺體組 織、甲狀腺生長不良、甲狀腺只生一半或甲 狀腺跑出異常位置;另有一種由產婦自體抗 體透過胎盤破壞其組織,發生暫時性甲狀腺 低能現象說法。

二、暫時性甲狀腺功能不良:大致由母 親因素而來,少於6% 婦人生完嬰兒可能有 母親懷孕時碘缺乏,妊娠後甲腺炎屬暫時性 甲狀腺低下症,大概於產後4至8個月發病日 維持2-8週。

三、其他罕見原因:如甲狀腺素合成中有 缺陷(dyshormonogenesis)屬一種體染色體隱性 遺傳疾病。下視丘或腦下垂體疾病機能障礙, 抗甲狀腺藥之使用,或身體對甲狀腺激素有拮 抗性及不明原因。

臨床症狀

小兒科專家從外觀注意到身體上持續黃 疸、表情呆滯、哭聲沙啞、皮膚毛髮乾燥、腹 脹、便秘、且偶見臍疝氣、餵食不足和精神、 活動力、智能性皆降低。另外像自體免疫所引 發低能症者通常甲狀腺會腫大。缺碘性低能 症、先天性甲狀腺激素合成中有缺陷通常也會 呈現腫大甲狀腺體。皮膚中附屬器官汗腺、皮 脂腺分泌降低亦使皮膚較乾燥、粗糙;若胡蘿 蔔素堆積顯得皮膚看來較黃;神經系統方面, 通常出現功能不足;另外肌肉易酸、僵硬動作 笨拙遲緩。由於黏液性水腫造成鼻子充血聲音 沙啞,且有的舌頭腫大或中樞刺激減緩易有暫 時停止呼吸現象。低能症者腸胃道蠕動比較緩 慢;又因微血管通透性異常出現少許腹水的可 能,甚至於讓造血系統的紅血球數亦比正常人 少,紅血球生成素不足也有關係。

區分甲狀腺低能症是肇因於甲狀腺或中樞 裡的腦下垂體和下視丘的疾病所引起, 甲促素 (TSH)的測定,可作為實驗室診斷參考原發性 甲狀腺低能症。前者血中甲促素濃度絕對是上 升的,後者甲促素(TSH)測定濃度可能正常或 下降。在其他實驗室檢查,亦可參考存在對抗 甲狀腺過氧化氫抗體,表示病患為自體免疫引 起。甲狀腺低下症病人,查其甲狀腺對碘攝取

核醫部臨床 免疫分析室主任 朱力行

和血中甲狀腺球蛋白濃度通常亦降低的。

診察、治療與追蹤

目前嬰兒潮出生率遞減,在剛生下的baby 作出生後優生保健制度中,針對甲狀腺存在 否、大小亦屬重要線索靠甲狀腺掃描或超音波 檢查;嬰幼兒可借助核子醫學作微量肌肉注射 99mTco4-過鎝酸鈉造影,確認甲狀腺存在、 大小的檢查(輻射安全遵循原能會準則);另外 針對黃疸問題,核醫IDA膽道造影亦可幫助鑑 別先天性膽道閉鎖(不出現腸道活性屬外科阻 塞性黃疸)與新生兒肝炎(會出現腸道活性屬內 科非阻塞性黃疸),造影尚稱安全無慮,併與 濾紙血片檢樣篩檢偵測臨床免疫血清甲狀腺功 能套組分析中之主角甲促素(TSH)之評估,可 協助小兒科專業醫師作出較精密診斷,進而做 適當與及時補充甲狀腺素(L-thyroxine)處置, 暫由0.0125毫克開始使用,讓甲狀腺血液濃 度平衡成正常狀態。病患在1歲內,則每三個 月循TSH監測,俾益調整藥量,效果不錯。1 歲以上則每半年循TSH監測與評估,可減低社 會成本與健保經濟支付。

朱力行緊師檔案:

職:台北榮總核醫部臨床免疫分析室主任

學 歷:國防醫學院醫學系畢業

長:核醫內分泌

淺談急性呼吸窘迫症候群 外科部加護病房總醫師 林世斌

967年醫學史上第一次提及「急性呼吸窘迫症候群」這個名 詞,代表臨床病人肺部產生快速浸潤且血中缺 氧情形。儘管醫學進步,這類病人死亡率仍高 達25%~40%。

目前疾病診斷仍沿用1994年專家會議討 論結果之標準,臨床上必須符合四項定義: 1.急性發作; 2.胸部X光呈現兩側肺浸潤(可合 併肺水腫或是肺積水);3.氧合指數(血氧濃度 /呼吸器的氧氣濃度)小或等於300為急性肺傷 害;小於或等於200則為急性呼吸窘迫症候 群;4.肺動脈楔壓若有測量,須小或等於18毫 米汞柱;若無資料,則以臨床上排除左心房高 壓現象即可(排除心臟原因)。

引起呼吸窘迫原因可分成直接和間接原

因,直接原因可能有肺炎、吸入性肺炎、溺 水、肺泡出血、吸入濃煙或有毒氣體、肺移 植、創傷等;間接原因可能有敗血症、輸血反 應、休克、胰臟炎、嗎啡類藥物過量等。大部 分急性呼吸窘迫症候群病程約7到10天,疾病 變化的速度快且急,一半病人可脫離呼吸器, 另一半病人則無法存活。

目前醫療目標主要是治療原本疾病,並且 期望能有效控制,其他的多屬支持性療法,避 免併發症發生。病人大多需要氣管內插管,並 使用呼吸器,只有少部分比較輕症的病人,可 使用非侵襲性的正壓呼吸器支持病人呼吸。支 持療法部分,包括避免深部靜脈栓塞產生、避 免壓力性潰瘍、頭高30度以減少產生肺炎產 生機率、避免院內感染、血糖監控、使用腸胃 道營養、適當的使用鎮靜劑、止痛劑及肌肉鬆 弛劑、儘量保守輸液使用等。呼吸器設定在這 類病人顯得很重要。其他治療還有俯臥姿勢、 類固醇、葉克膜機器的使用,不過目前研究結 果都不盡理想,對病人存活率無法有效改善, 但可增加血中氧合狀況。臨床醫師都會全盤考 量,並與家屬充分溝通使用各種療法的利弊。 急性呼吸窘迫症候群對重症醫師仍是一大挑 戰,目前有許多的醫學研究正如火如荼進行, 期待一天能有效治療此一病症。

林世斌醫師檔案:

職: 1.台北榮總麻醉部醫師

2.台北榮總外科部加護病房住院總醫師

學 歷:台北醫學大學醫學系畢業 長:重症加護、一般麻醉

麻醉部醫師 黃世友

王,五十多歲上班族,工作之餘跟朋友 *打打球或從事一點戶外活動,平時身體 狀況不錯,體力也很好,沒定期做身體檢查的 習慣,平常吃東西也從不忌口,食量不小,只 要聽說那裡有什麼美食,一定會找機會去嘗一 嘗。一直以來,他的腸胃也都還蠻聽話的,可 以讓他盡情滿足□腹之慾,沒有特別問題,排 便習慣都正常,少有拉肚子或便秘情形。

然而在這半年來,他開始偶而出現便秘 又有時腹瀉情形,或常常覺得想上大號,坐 上馬桶後卻又沒上出什麼來,下了馬桶沒多 久就又有便意了;有幾次啊,他還發現大便

裡還帶了點血,看到時自己都嚇了一跳,回 想起在報章雜誌或電視上有關大腸癌介紹, 他想會不會也得了大腸癌。在猶豫多時後, 他決定要好好接受一次身體檢查,尤其腸胃 道更是要徹底看看,所以一定要包含有胃鏡 及大腸鏡項目。只要想到了這裡,他又開始 猶豫了,因先前他就聽朋友說過接受胃鏡跟 大腸鏡檢查是很痛苦的,還有人跟他說整個 檢查過程簡直可以用「生不如死」來形容。 所以啊,只要想到要把一條那麼粗又長的內 視鏡塞到身體裡去,他就想打退堂鼓了。後 來在他繼續努力詢問與查資料做功課後,他

才發現原來現在很多醫院早就都有標榜「無 痛」胃鏡跟大腸鏡檢查,像本院就有這項服 務,且是由麻醉專科醫師來負責,藉由從靜 脈給予鎮靜及止痛藥物,減少在檢查時的疼 痛、不舒服及緊張情緒,使得整個檢查過程 更舒適、更人性化,而且專業醫師負責,使 得整個檢查過程的安全及品質更有保障。看 了這些資訊,小王才知道麻醉科醫師不只是 在接受手術時可提供麻醉服務,原來在他做 檢查時,也可提供很大幫助,讓他不用因檢 查時的不舒服而擔心受怕,勇敢地去接受檢 查,為自己身體的健康更努力。

榮

張誌剛

北投第

許淑霞



我們的宗旨

配合國家醫療政策,提供榮民、榮眷及一般民 眾最優質的醫療服務。

我們的願景

我們的核心價值

全民就醫首選醫院,國際一流醫學中心。

視病猶親、追求卓越、恪遵倫理、守法守信。

我們的目標

- 一、提供以病人為中心的安全優質醫療。
- 二、成為國際醫事人才培育與尖端醫學研究之 卓越中心。

Commission of the land of the

三、活化管理,永續經營。

院放射線部可說是國內放射線醫學界中分科制度最健全、人才最完整、設備最新穎、儀器最多,且服務量與品質皆須兼顧的超大型醫療部門,每天約有2000人次的患者接受診療。

在設備方面:一般診斷及移動型X光機共有29台、高解析超音波掃描儀有12台、先進的電腦斷層掃描儀5台、磁振造影儀7台(4台臨床服務、2台自費體檢、1台研究教學用)、15套數位化影像處理設備、3台數位血管攝影X光機、6台數位透視X光機、2台乳房攝影X光機、2台數位骨質密度掃描儀、2套專業三維影像重組工作站;並自92年起全面實施數位化影像儲傳系統及無片化作業環境。

在影像診斷方面:力求創新與改良,有 三維影像重組虛擬內視鏡、電腦斷層心臟冠 狀動脈鈣化及血管影像分析、磁振造影胎兒 篩檢,快速提供清晰正確影像,以高效能的 設備與專業,對各器官功能之探討,提供優 質準確的診療服務來嘉惠病患。

放射線部

醫療團隊:

部主任:張政彦

神經放射線科主任:郭萬祐 消化系統放射線科主任:邱怡友

呼吸循環放射線科主任:許明輝 骨骼關節放射線科主任:邱宏仁 超音波科主任:周宜宏

磁振造影科主任:凌憬峰

泌尿生殖放射線科主任:王家槐 兒童放射線科主任:刁翠美

在介入性診療方面:經微創手術進行的有經皮椎體成形術、管腔支撐架置放術、血管擴張術、顱內動脈瘤及動靜脈瘻管之栓塞術、肝臟動脈化學栓塞介入性治療、熱射頻(RFA)滅除肝臟腫瘤、釔90放射線肝腫瘤治療、肝膽管引流術治療阻塞性黃膽、腎造瘻術治療阻塞性尿路疾病,並以超音波或電腦斷層導引取活體組織生檢,可使病人免除不必要之手術及得到最適當治療。

教研方面:同儕中教學師資陣容最堅強,有4位教授、5位副教授、8位助理教





授,提供全身各系統醫療專業諮詢、科際臨床病例及學術討論,並重視落實各層級之實用教學與放射醫學科技創新研發,同時全面性的鼓勵參與國際會議並做研究報告、論文撰寫及大學教職升等。

成立「珍愛婦女醫學影像中心」,首 創整合型女性自費健檢服務,提供優雅、舒 適、高水準、高品質的頂級醫學影像專業診 療及獨立的隱密性諮詢服務,為婦女常見疾 病的影像檢診預防醫學中心。



政<u>風</u> 園地

論醫事法律上之醫療行為(5)

一由法制面談起一

四、實務上承認之醫療行為

何者屬於醫療行為,何者並非醫療行為, 應從行為之實質,而非就行為人之名義認定 之。在此所謂實質,主要係指各該行為是否以 診斷、治療為目的或者是否對人之身體具有侵 入性,只要具備其中一項特徵,通常在實務上 即會被認定為醫療行為。

衛生署針對司法、檢察機關、衛生醫療單位請求釋示案件,向均視個案之事實作成解釋,數十年來該署在實務上明確加以承認之醫療行為,臚列如下:

- (一)實務上衛生署明確加以承認之醫療行為
- 1、有關給藥方面:書寫處方、開給方劑、換 9、有關中醫方面:接骨、整脊、復健、把藥、敷藥、開給中藥處方、依照舊有處方 脈、脈診、舌診、目診、以艾草醫治病 抓藥。 人、用針頭將拔罐後所產生之水泡刺破、
- 2、有關外科方面:取出子彈、縫合傷口、縫合 切口、拆除縫線。
- 3、有關牙科方面:洗牙、拔牙、磨牙、補牙、 鑲牙、植牙、裝置義齒、裝置假牙、固定假 牙、整修假牙、清除齒垢、拆除牙齒矯正鋼

線、假牙製作過程之咬模、試模及安裝。

- 4、有關眼科部分:洗眼睛、點眼藥、眼腺手術、砂眼檢查、縫製雙眼皮、裝配隱形眼
- 鏡、以儀器設備為視力之矯治。 5、有關婦產科方面:接生、裝置避孕器、子宮 內膜刮除術、絨毛採檢術、羊膜腔穿刺術。
- 6、血液檢驗方面:抽血、放血、洗血、刺血、 驗血、驗孕、驗尿。
- 7、有關檢查方面:體格檢查、心電圖檢查、超 音波檢查、以X光機為檢查。
- 8、有關針灸方面:針灸、電子針灸、以雷射代 替針灸、使用任何儀器為人針灸、針灸加電 後之推拿、按摩或拔針。
- 9、有關中醫方面:接骨、整脊、復健、把脈、脈診、舌診、目診、以艾草醫治病人、用針頭將拔罐後所產生之水泡刺破、從事腳底按摩為人治病、從事病理按摩為人治病、使用針刺穴道與經脈、以手指深入肛門治療骨刺。
- 10、有關美容方面:小針美容、磨平臉部疤痕、除皺拉皮、抽脂、臉部或身體各部整

形及藥物服用事實、以雷射「除斑、 去除胎記、除痣、去除刺青」或治療 皮膚再以消炎藥膏敷其患部、為隆乳 而於胸部注射針劑、以紅外線烤照燈 照射病人患部。

- 11、使用器械方面:用機器為病人抽洗鼻涕、 以金屬製之採檢棒深入喉嚨採取檢體、為 人除痣、去斑、去刺青後,使用藥品消除 腫脹、以聽診器診察有無感冒、以手電筒 看喉嚨以觀察感冒之程度、拿病人之手以 觀看其皮膚過敏之情形、以減壓艙治療潛 水病、以發波器照射頭部治療失眠、以真 空吸引陰部、以燈光照射腹部並用導電物 品電擊(療)及穴道按摩治療性無能。
- 12、<mark>其他</mark>:麻醉、灌腸或大腸水療、注射針劑、預防接種、病歷記載。

(作者/郭吉助,現任法務部法規會首席參事,本 文徵得其同意後轉載)

98年1月1日(星期四)元旦 國定假日,台北榮總停診一日,1 月2日(星期五)上、下午及1月 3日(星期六)上午,台北榮總、 大我新舍門診、健檢及各項檢查 (驗)均照常,急診仍全天候為 民眾服務。

8 第295期 97年12月25日出刊