

資已付  
同許可證  
1279號



消費者票選 讀者文摘 信譽品牌  
2007~2016  
連續10年榮獲金獎

# 榮總人



389 榮總人月刊  
第33卷第5期

發行人：張德明 社長：劉建麟 副社長：吳建利  
總編輯：劉仁賢  
發行所：臺北榮民總醫院  
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 傳真：(02)2873-7870  
榮總人月刊網址：http://www.vghtpe.gov.tw/~tpvghb  
電子郵件(e-mail):vghbul@vghtpe.gov.tw  
行政院新聞局出版事業登記證  
台北雜字第一三九二號、板橋字第一二七九號  
執照登記為新聞紙類(雜誌)交寄  
印刷：台灣身心障礙人福利促進協會  
地址：23644 新北市中和區中正路988巷15號  
電話：(02)2222-7689

## 本期要目



105年10月

- 1 賀！施俊哲、李士元  
榮獲2016醫療器材創新研發貢獻獎
- 2 開創跨科暈量聯合門診  
不用暈頭轉向逛醫院
- 3 寶貝『大』事知多少？
- 4 手麻腳麻的診治
- 5 癩癩面面觀(術前評估)
- 6 二尖瓣脫垂不等於逆流！
- 7 新生兒聽力篩檢
- 8 賀！本院榮獲【檔案管理金檔獎】

## 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。

# 賀！施俊哲、李士元 榮獲2016醫療器材創新研發貢獻獎



▲施俊哲主任(右2)、李士元醫師(右3)

衛福部食藥署為鼓勵醫師運用自身臨床醫療經驗，參與醫材設計和研發，解決臨床醫療需求，今年特別舉辦「醫療器材創新研發貢獻獎」，以鼓勵醫師投入基礎研發，今年有4位醫師得獎，其中2位是臺北榮總心臟血管外科施俊哲主任、口腔醫學部李士元醫師，9月22日假財團法人張榮發基金會國際會議廳舉行頒獎典禮。

施俊哲主任研發「金屬材質血管支架表面處理技術」，可將市面上血管支架表面覆蓋的多晶型氧化物奈米化，完全轉變成非晶型氧化物，使氧化物顆粒變得微細，且可以均勻覆蓋在金屬支架的表層，讓支架表面不會產生腐蝕，不易形成血栓，且可以抑制血管內膜增生，可望降低血管支架的再狹窄。

李士元醫師研發「紅外光口腔斷層掃描系統」與「牙科三維列印專家系統」而獲此殊榮。紅外光可穿透一定厚度的牙齦，顯示牙齦下的牙結石和疾病，比牙周探針檢查牙結石的方式更精確、舒適，有助牙周病的預防與治療，同時提昇病患舒適度。(報導/公關組 吳建利)

## 治療輸尿管嚴重狹窄 微創達文西效果佳



▲(左起)：病友、泌尿部林登龍主任、婦幼泌尿科盧星華主任、病友。

唐老師，47歲女性，5年前曾於他院接受骨盆腔手術，之後右側後腰窩劇烈疼痛，經診斷為右側輸尿管狹窄合併腎臟和輸尿管積水。每隔3個月必須在麻醉下接受輸尿管內視鏡手術，並放置雙J導管作為輸尿管支架，導致不舒服，無法繼續工作，長年為此所苦。經介紹至本院看診，醫療團隊決定以腹腔鏡微創手術，並以達文西機械手臂為輔助，進行輸尿管狹窄部位切除及輸尿管修補手術。手術後6週移除雙J導管，不再有腎和輸尿管積水，也

沒有後腰部不適情形，同時腎功能獲得改善，並重新開始從事她喜愛的運動。

于小姐，46歲，2010年曾於外院接受婦科手術，之後右側後腰窩劇烈疼痛並多次復發，右側腎臟和輸尿管嚴重積水、輸尿管結石和急性腎盂腎炎，且曾經多次在麻醉下接受輸尿管內視鏡手術，並放置雙J導管。經泌尿系統攝影及電腦斷層檢查發現，右側腎臟和輸尿管嚴重積水，由於長期疼痛不已，來院看診。就診時還發現腎功能減弱，醫師安排腹腔鏡微創手術，並以達文西機械手臂為輔助，進行輸尿管狹窄部位切除及輸尿管修補手術，手術後腎和輸尿管積水消失，腎功能獲改善，後腰部疼痛情形從此不再出現，重新過著快樂的生活。

泌尿部婦幼泌尿科盧星華主任表示，輸尿管狹窄可分為先天性與醫源性，輸尿管狹窄會造成後腰窩或腹部疼痛、血尿及腎功能受損。輸尿管狹窄時間越久，腎功

能減弱會越嚴重；若不能及時治療，甚至會造成無功能腎而無法恢復。治療若以輸尿管鏡方式切開輸尿管狹窄處再放置雙J導管，往往會復發輸尿管狹窄，病患也會因雙J導管長期存在於體內造成不適和不便。若要完整重建輸尿管，傳統上必須施行剖腹手術，傷口大，手術後恢復較慢及必須住院時間較長。

腹腔鏡微創手術治療輸尿管狹窄，只需在肚子上打幾個小洞，以腹腔鏡微創手術將輸尿管狹窄部位切除，並將健康的輸尿管縫合修補，手術後恢復時間短，手術後1至2日即可出院，傷口美觀。由於人體的輸尿管極為細小，手術中輔以達文西機械手臂進行手術，機械手臂提供優良三度空間視野，較一般腹腔鏡手術靈活，可以在狹小空間進行360度旋轉，針對輸尿管等細小組織完成絕佳的切割與精確縫合效果。(報導/公關組 吳建利)

1 HON 醫新聞

※人工電話(專人接聽)：02-2871-2151 / 服務時間：08:00-17:00 / 限預約27日內、額滿為止 / 午間無休 週末及假日暫停服務 / 臺北榮總(臺北中)：02-2872-2151【12線】 / 服務時間：00:00-24:00 / 院區：27010 國泰醫院



耳科主任  
杜宗陽 醫師

# 開創跨科眩暈聯合門診 不用暈頭轉向逛醫院



腦血管科主任  
林永煬 醫師

口述：耳鼻喉頭頸部耳科主任 杜宗陽、神經醫學中心腦神經科主任 林永煬 / 整理：吳佩芬

頭昏、眩暈、頭暈……頭腦昏昏搞不清楚、說不明白，耳鼻喉科、神經內科、神經外科、心臟內科……到底要掛那一科？也讓人頭昏眼花無法分辨。本院將於10月起每星期三下午於本院第二門診中心5樓耳科門診開辦跨科眩暈聯合門診，畢其功於一役，由2位經驗豐富的熱血專科醫師同時會診，幫頭腦昏昏病患搞清楚、說明白該看那一科，不需要暈頭轉向四處逛醫院，每科都掛，亂槍打鳥，延誤就醫時機。

本院耳鼻喉頭頸醫學部耳科主任杜宗陽表示，曾在門診碰過幾位病患，抱怨頭暈，最後卻演變成腦部的中樞神經疾病。他說，多年前有位女病患主述頭暈、頭痛，杜宗陽看了老半天覺得不像耳科疾病，只好請女病患轉掛本院神經內科及神經外科門診，進行影像檢查才發現她腦部有血管瘤，且隨時有破裂出血的風險，趕緊讓病患住院接受神經放射科醫師緊急施行血管瘤栓塞治療，女病患幸運逃過一劫，倘若沒有及早發現，一旦血管瘤破裂，恐有生命危險。

杜宗陽主任說，頭暈病患的症狀表現往往錯綜複雜，瞬息萬變。臨床上有些病患，就像這位女病患一樣，一開始只是以很模糊的頭暈症狀呈現，如果一

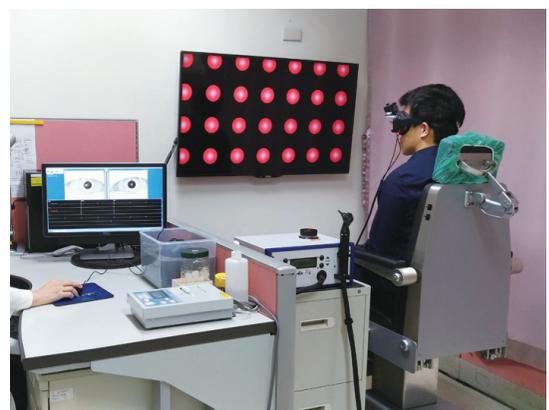
開始沒有及時得到正確診斷，在各科之間遊蕩、尋求解答時，病患病情有可能突然產生變化。無奈的是，臨床上光靠單一的專科醫師也不見得可以很快就能診斷出病情，馬上對症下藥；或幫忙轉診到確切的就醫科別。

本院腦血管科、腦中風中心主任林永煬指出，因頭暈、眩暈而求診的病患非常多樣，有些病患本身就罹患腦中風、高血壓、糖尿病等多種疾病；有的病患會合併有走路不穩或協調性不佳等症狀；有些病患血壓控制不穩、或服用某些藥物也會出現疑似頭暈的症狀；這些都需要有經驗的相關專科醫師討論、釐清病因。

病患只要覺得暈，都可以掛眩暈聯合門診。到眩暈聯合門診就醫，病患只要掛號1次，就可以連看2名專門看眩暈的專業資深醫師，由林永煬檢視腦神經相



▲腦血管科檢查的頸及腦動脈功能儀



▲耳科聽力師為病患進行內耳平衡功能檢查

關功能，杜宗陽檢查耳部的內耳平衡器官功能，以安排適當的檢查及後續治療，如果疑似其他專科的問題，也會協助轉診治療。

杜宗陽主任和林永煬主任分別於1988、1989年進入本院擔任醫師，年齡相仿的兩位醫師在差不多時間進入本院，擁有25年以上的耳科及腦神經科臨床經驗。也都擁有陽明大學臨床醫學博士學位，並任教於陽明大學。過去因會診、轉診的緣故而經常互動，默契絕佳，剛好星期三在本院第二門診5樓杜主任門診旁有空診間，兩位熱血醫師決定落實構思已久的跨科聯合門診計畫，並於今年10月付諸行動。



## 高血壓易加速腎功能變差！

慢性腎臟病個管師 林秀雯 / 江玲芳 / 王友仁

高血壓一直是國人常見的慢性疾病，也是慢性腎臟病及末期腎臟病的危險因子，不僅容易加速腎功能變差的速度，也會增加心血管疾病發生率，最終導致死亡率上升。但它經常沒有症狀，因此病人常無自覺而忽略。

瞭解自己的血壓值是發現及控制高血壓的首要步驟，一旦血壓超過140/90mmHg就應諮詢醫師；生活型態的改善對高血壓的控制相當重要；飲食清淡少油鹽、規律運動（建議每週5次，每次30分鐘以上的運動；近來天氣逐漸變冷，若早起出門運動，要注意身體保

暖，以免血壓升高）、戒菸、保持適當體重及充足睡眠等。

若經由調整生活型態仍無法維持理想血壓，就須要藥物治療來控制血壓；當進行藥物治療時，需配合醫師處方按時服藥，並養成規則量測血壓的習慣。在家量到的血壓可記錄並攜帶至診間，供醫師做為調整用藥之參考。藉由醫病合作，可讓血壓控制在理想範圍內，進一步降低慢性腎臟病罹病率和腎功能變差的速度。

臺北榮總慢性腎臟病整合照護中心關心您！

## 得獎訊息

- 內政部空中勤務總隊感謝本院協助該總隊NA-107直升機飛航事故受傷機組員搶救照護，特致感謝狀乙幀。
- 本院IRB行政中心葛謹主任獲頒臺北市醫師公會第一屆「好書獎」，得獎著作：「醫學與法律—從醫學角度省思司法判決的盲點」。
- 國民健康署為鼓勵104年度參加癌症篩檢/診療品質提昇計畫之醫療院所，推動癌症篩檢的績效，本院經評比獲頒「縣市最佳合作夥伴獎」獎座乙座。

# 寶貝『大』事知多少？

兒童醫學部醫師 陳朝敏



便秘是指大便變硬不易解出，嗯嗯時間拖長就算天天有排便，只要排便過程困難都算是便秘：若2、3天解1次，排便過程順暢，沒有出現哭鬧不安，則不算是便秘。據統計3-6歲學齡前小孩便秘比例最高，形成便秘原因其實有很多，舉凡嬰兒配方奶的更換、感冒造成身體不適、開始學習使用馬桶、對公共廁所恐懼、飲食中缺乏纖維、水分攝取不足、運動量不足，甚至是如先天性巨結腸症等疾病，都是可能原因。幼兒排便障礙有多種可能原因：

一、腸胃功能問題：小兒疾病中，有一種「先天性巨大結腸症」，特性為自幼即有排便困難、腹脹現象。確切診斷需藉助於特殊消化道攝影、腸黏膜切片及腸動力學方面檢查。如確定為巨結腸症，就須以手術切除有問題的一段腸子。

二、肛門異常：肛門開口位置異常，使得大便出路拐彎抹角的很不順，而排便

困難。此問題需看醫師來發現，必要時以手術矯正。

三、飲食不當：寶寶吃的食物偏重高蛋白，缺乏碳水化合物及纖維，若加上水分攝取不足，低殘渣食物或飲食量太少，都可能造成便秘：較大幼兒多吃蔬菜水果，可改善大便質料，促進大腸蠕動，加速排便順暢。

四、遺傳問題：爸媽如容易便秘，寶寶也會有遺傳便秘的傾向。

五、專注排便：尤其幼兒因貪玩，沒有在有便意時解大便，使得大便變硬，容易將肛門口黏膜撐裂，每次排便都會疼痛，孩子就更不願意解大便。如此惡性循環，便秘情形會更加嚴重。

六、感染疾病或發燒：發燒不舒服食慾下降，導致脫水，數天後所排大便較硬，不易排出。

## 便秘的治療

一、當小孩有排便困難症狀持續1個月時，儘速就醫，找出造成便秘可能疾病，並加以治療。

二、糞便嵌塞解除：長期便秘或症狀

嚴重時，給予積秘藥物治療，排除造成阻塞的硬大便。

三、維持治療與預防復發：症狀改善或輕微時，從日常生活以及飲食著手。

日常生活—養成正常排便及使用馬桶習慣，鼓勵小孩1天3次在馬桶上坐著，每次至少5分鐘，可利用三餐飯後時執行，此時食物進入胃後，會產生反射促進大腸蠕動將大便往肛門推送，幫助排便；另外養成運動習慣，也可幫助腸胃蠕動。

飲食：4-6個月大寶寶，可開始餵食副食品。多攝取富含纖維及益生質食物，如全麥麵包、糙米、高纖餅乾、豆類、蔬菜類、柑橘類、木瓜、水梨、葡萄、黑棗汁等(水果儘量別打成汁，纖維會被過濾掉)；另外，要補充足夠的水分。

四、記錄小孩大便狀況，並多以鼓勵或獎勵方式，讓小孩不再對大便這件事感到不舒服或有壓力；定時回門診追蹤，評估小孩便秘改善的情形。

五、治療失敗最常見原因，是過早在症狀改善時就停止所有藥物，以及在症狀復發時沒有及時介入。

## 陳朝敏醫師檔案：

現職：臺北榮總兒童醫學部住院醫師  
學歷：國防醫學院醫學系畢業  
專長：一般兒科

# 淺談巴金森氏症

家庭醫學部醫師 鄭博仁 / 主治醫師 張曉婷



巴金森氏症最早是在1817年由英國的巴金森醫師首先報導。歷史上記錄患有巴金森氏症的名人不少，如臺灣音樂家李泰祥、拳王阿里、美國總統杜魯門、麥克阿瑟將軍、前教宗若望·保祿二世、希特勒、鄧小平等。巴金森氏症的盛行率隨年齡增長而增加，如40到49歲之間盛行率約0.041%，大於80歲的盛行率則達1.9%。

## 病因及症狀

目前認為，這是一種慢性神經退化疾病。病理特徵為中腦的多巴胺細胞退化，使得腦內多巴胺的分泌減少。

臨床上主要的症狀，包括1.顫抖：典型表現為靜止性顫抖，即肢體在自然放鬆的不自主地顫抖，約可見於八成的病患；2.僵直：常為單側，一般與顫抖的肢體同一邊，在將近九成的患者身上出現；3.運動遲緩：幾乎在所有病患的病程中都會出

現。手部表現，可能有難以扣扣子、綁鞋帶、打字等；腿部表現，可能有小碎步、拖著腳走路、難以從椅子上站起或下車；4.姿態不穩：姿勢不平衡及容易跌倒，大多在病程後期才出現。

## 診斷

診斷巴金森氏症，主要依靠臨床症狀及神經學檢查。當病患表現為單側、靜止性顫抖時，應懷疑巴金森氏症；另外，對多巴胺治療能有良好的反應時，也能支持該診斷。抽血檢查、腦部電腦斷層掃描，甚至腦部核磁共振掃描，都無法幫助確診巴金森氏症。

## 治療

疾病初期的治療以藥物為主，如左旋多巴胺或其他多巴胺受體催動劑、抗膽鹼類藥物等。然而，巴金森氏症會隨時間惡化，並導致藥效變差，並出現副作用，如幻覺、噁心、腸胃不適、藥效波動、異動症等。

在疾病晚期，藥效波動或異動症嚴重的病患，可考慮手術治療，如腦部深層

電刺激，將電刺激器植入腦部深層的視丘下核或蒼白球內核。經由電刺激，動作遲緩的情況會大幅改善。但可惜的是姿態不穩、吞嚥困難等症狀反應不佳，也無法減緩退化速度。

## 照護巴金森氏症病人的注意事項

病患可能因顫抖和動作遲緩需較長的時間著裝，所以可以提早開始著裝，並使用拉鍊或魔鬼氈代替鈕扣、鞋帶；使用電動刮鬍刀增加安全，以沐浴乳代替香皂，使用握柄較大的刀、叉、湯匙等。為避免病患跌倒，家中走道要保持通暢並加裝扶手、準備有靠背及扶手的椅子、浴室地板放置防滑墊等。另外，適度運動可減緩關節的僵硬或變形，增加自我照顧的能力。最後，病人會心情沮喪、情緒不穩，家人朋友應適時地同理心並傾聽，且多給他一些鼓勵。經過生活方式的調整，及家人的協助，病患仍可維持良好生活品質，享受人生。

## 鄭博仁醫師檔案：

現職：臺北榮總家庭醫學部住院醫師  
學歷：國立陽明大學醫學系畢業  
專長：家庭醫學

# 手麻腳麻的診治

神經醫學中心神經內科主治醫師 林恭平



因手麻腳麻前來求診的門診病患，最擔心的是會不會是中風前兆。如果沒有糖尿病、高血壓、高血脂等三高危險因子，中風的機率就少。當然沒有上述兩種危險因子，引起中風個案也有，如抽菸、吸食安非他命、先天血管異常、血管炎等。從病患病史及家族史陳述，就可略知和中風是否相關。另外解剖學上，在腦中供應手部及舌頭血流有同一血管根源，如果手部麻痺而講話仍然流暢，從神經學檢查角度，也不會認為是中風前兆。不過，凡事皆有例外，如果病患仍有疑慮，請就教神經科醫師，讓專家為您釋疑。

手麻症狀，有些病患會擔心神經受到壓迫，在手臂最常見手部神經壓迫是正中神經壓迫，也就是所謂腕隧道症候群。睡覺時，手掌下垂，或者是騎踏車或機車時，腕隧道受到壓迫，手麻症狀也隨之產生。有腕隧道症候群病患，穿戴腕關節固定帶，使腕隧道管徑擴大，可緩解症狀。然而，手麻症狀，不必然是正中神經受壓迫的原故，有些狀況是斜角肌症候群 (scalene syndrome)。不過斜角肌症候群造成手部感覺症狀，和神經受壓迫產生神經症狀不同，它會有好好壞壞的起伏變化，不像神經壓迫症狀可能 24 小時都在，持續困擾您。

如果雙手麻木合併兩下肢僵硬難以行動，頸椎脊髓病變就需考慮。病因如椎間

盤凸出症、頸椎異位等。這樣的病患有時會合併頸部疼痛、解便困難或者是失禁等症狀。

腳麻的症狀，如果雙腳趾對稱性麻木，末梢神經病變可能性最大。在臺灣最常見病因，是糖尿病；其他病因，如神經發炎、血管炎、營養缺乏、中毒、異常蛋白血症等。如果不是雙腳而是單一腳麻木，有可能是腰椎椎間盤凸出壓迫神經根，神經根壓迫的麻木主要在小腿下二分之一，而不會延伸到掌；如果麻木只在掌前二分之一，就需考量坐骨神經或脛骨神經病變。另外，也有臀部酸痛沿大腿至小腿腳掌麻木的病患，這種情況需考量臀部梨狀肌症候群，我們坐下時就壓梨狀肌，如果久坐不動，如搭長程飛機、開車塞在高速公路上等，梨狀肌症候群很容易誘發出來。

人體是很精細的構造，它有奇妙的自癒能力，縱使我們身體有時會出些狀況，只要我們飲食均衡、適度運動、充分休息，大多數的病痛都能自我療癒。以上說明，希望對病友有幫助。

## 林恭平醫師檔案：

現職：1. 臺北榮總神經醫學中心神經內科主治醫師  
2. 國立陽明大學醫學系助理教授  
3. 國防醫學院臨床教授  
學歷：1. 高雄醫學大學醫學系畢業  
2. 美國德州大學 休士頓醫學中心研究員  
3. 英國倫敦大學皇家自由醫院臨床神經科學部研究員  
專長：神經病變  
星期三上午神經內科第 9 診 (診間代碼：01309)  
星期四上午神經內科第 7 診 (診間代碼：01307)  
星期五下午神經內科第 9 診 (雙週，診間代碼：01309)

## 專題企劃：神經內科

# 我該做失智症的

神經醫學中心



前一陣子有一部得到很多關注的關於失智症的電影《我想念我自己》，這是改編自哈佛大學神經科學莉莎·潔諾娃博士的同名小說，因祖母罹患阿茲海默症

過世而寫下此故事。故事主角愛麗絲在診斷出為早發性阿茲海默症後，醫師就建議她做基因檢測，而且在確定確實帶有相關遺傳基因後，醫師立刻建議愛麗絲應讓子女也做基因檢測，於是有許多病患或家屬都在詢問：「我也需要做失智症基因檢測嗎？」

大部分失智症和基因遺傳相關性不高，和遺傳關係較大的是早發性（也就是發病年齡小於 65 歲）失智症。以阿茲海默症為例，若家族內有長輩得到阿茲海默症，但發病年齡大多是 65 歲以上，這種情形下因帶有致病性突變基因，而得病的機率非常低（1%）。唯有在三代內都有早發性阿茲海默症的家人或一等親中有 2 人（含）以上患病，且發病年齡均小於 60 歲，才需考慮是否要做這家族遺傳性突變基因檢測。晚發型阿茲海默症至今還未發現特定致病基因，但已發現多個會增加罹病風險的基因變異。其中最重要的是位第 19 號染色體上 E 型脂蛋白基因

經濟層面影響都相當大。

目前認為基因在偏頭痛發病與否可能扮演重要角色。過去研究顯示，若父母一方有偏頭痛，則小孩子有偏頭痛機會是 46%；若父母雙方都有偏頭痛，則小孩子有偏頭痛機會則高到 66%。近幾年歐美國家大規模研究，已找到 38 個跟偏頭痛有關的基因位點。推測可能因這些基因，讓偏頭痛患者神經活化的閾值比常人低，也因此易受外界、生理時鐘、荷爾蒙或情緒影響。榮陽頭痛研究團隊與中研院合作，目

# 偏頭痛之病因與治療

神經醫學中心一般神經科 陳世彬



「醫師，我腦袋裡會不會是長了什麼東西？要不然為何會頭痛得如此厲害？」很多病患因頭痛求診時，往往會提出這樣的疑問；也有些病患一開口，就要求做神經影像檢查。會有這樣的疑問或想法，不是沒有

道理，頭痛患者本身或其週遭親友，都會深刻感受到頭痛的影響和衝擊，有些頭痛患者甚至以「生不如死」來描述頭痛發作時的感受。然而，絕大多數患者，都屬原發性頭痛，往往做了各式各樣檢查都不會看到任何問題。原發性頭痛中又以偏頭痛 (migraine) 來得最為重要，因嚴重程度及盛行率高，不論對個人、醫療體系或社會

## 的基因檢測嗎？

學中心一般神經內科主治醫師 王培寧

(Apolipoprotein E, APOE)，帶有 APOE 第四型變異型的人，得到阿茲海默症危險性較沒有此基因型的人大幅提高。

額顳葉失智症是退化性失智症中和基因遺傳相關性較高的疾病，發病年齡也較早，有三分之一的患者有家族史，目前已發現多個基因和額顳葉失智症相關。

此外，建議大家不要在未做任何心理準備下冒然接受基因檢測。基因檢測和接受一般常規性醫療檢查不同，受測者在檢測前必需對受檢基因的遺傳性、疾病的病程和治療性，心理上可能受到的影響，以及個人和家庭可能受到的衝擊都要有所了解。在對一切有充分了解後，仍確定自己想要在未得病狀態下，得知是否帶有致病基因，才開始接受檢驗。檢驗後仍可再選擇是否要得知結果，知道結果後也應繼續接受諮詢，才能對檢查結果做出合適的對應處理。

### 王培寧醫師檔案：

現職：1. 臺北榮總神經醫學中心一般神經內科主治醫師  
2. 國立陽明大學醫學系教授  
學歷：1. 國立陽明大學醫學系畢業  
2. 美國加州大學舊金山分校記憶及老化研究中心進修  
專長：失智症、神經退化性疾病  
門診時間：  
星期二、四上午神經內科第 10 診（診間代碼：01310）  
星期五上午神經內科第 8 診（診間代碼：01308）

前也已找到 4 個臺灣本土偏頭痛病患的可能危險基因，正著手進行其病生理機轉研究。

偏頭痛治療，分急性治療與預防治療。急性治療有許多種選擇，大致可分為專一性和非專一性藥物。專一性藥物，包括翠普登類與麥角胺類，以及非專一性藥物中非類固醇抗發炎藥物為證據等級較高藥物，應考慮優先使用。預防治療藥物目前也有許多選擇，包括乙型阻斷劑、鈣離子阻斷劑、三環抗憂鬱劑與抗癲癇藥物

# 癲癇面面觀(術前評估)

神經醫學中心癲癇科主治醫師 陳倩



直至目前，癲癇病患即使在藥物治療下，仍有三成飽受發作之苦。對所謂「頑性」癲癇病患，手術常是藥物外首要考慮治療方式。在進行手術前評估前，必須先符合以下條件：

1. 經詳細病史詢問、症狀描述及神經學檢查，可對病患癲癇型態作出初步診斷；2. 針對病況篩選出合適的手術術式；3. 病患沒有嚴重精神症狀（如憂鬱）或明顯退化性徵候；智商低於 70 的病患，通常不宜接受局部切除手術，但胼胝體切開或兒童大腦半球切除手術則不在此限。

病患一旦進入術前評估，首先應考慮非侵入性的方法，包括腦波、影像學檢查、正子攝影等。若非侵入性方法無法確認癲癇病灶所在，則需進一步使用侵入性措施進行診斷。

完整審慎的術前評估，是癲癇手術成功與否的決定性因素。成功的癲癇手術，目的不僅在於治療癲癇，更希望能保持病患功能的完整。為作到這點，進行術前評估時，必須整個癲癇小組，包括神經內外科、放射科、核醫科、精神科，乃至於心理師等專業人員通力合作，才能為病患進行成功治療。

現在的癲癇小組有這份認知，其實來自前人失敗教訓。描述癲癇病患術後生平最為詳盡的書「永遠的現在式」便是最重要的例子。西元 1953 年，27 歲的亨利

(H.G.Molaison)，在為疾病所苦十餘年後，下定決心接受一項「實驗性手術」-雙側內側顳葉切除手術。手術雖然解決了癲癇發作，但也帶來了「毀滅性」的結果：亨利的記憶永遠留在 27 歲前，正如書名，他從此活在「永遠的現在式」。

無庸置疑這不是個令人愉快的故事，不過它也給了後人最寶貴的啟示：「如何在不破壞腦部功能前提下，可以切除引起癲癇發作的病灶。」我們也因此了解，兩邊顳葉同時切除才會出現像亨利一樣嚴重記憶損傷；只切除單側顳葉，並不會出現如此破壞性的結果。所以在衡量病患利益情形下，單側顳葉切除還是可行的癲癇治療。

說到這裡，大家應該能了解：為什麼癲癇科醫師在這故事後，仍然致力於發展更完善評估方式和改良不同手術術式。因我們從這故事中學到：「有了更好術前評估，更能正確有把握定位癲癇病灶，而且知道病灶和腦部各重要功能區的關係；有了更精良手術術式，我們可以依照病患情況量身打造適合方式，減少對腦部損傷。」

### 陳倩醫師檔案：

現職：臺北榮總神經醫學中心癲癇科主治醫師  
學歷：長庚大學醫學院學士後醫學系畢業  
專長：一般神經科、癲癇、腦電圖、癲癇手術評估  
門診時間：  
星期二下午神經內科第 12 診（診間代碼：11312）  
星期三上午神經內科第 10 診（診間代碼：01310）  
星期四上午神經內科第 11 診（診間代碼：01311）

等。近年來一些新的治療不斷開發，比如說肉毒桿菌素注射已成為慢性偏頭痛患者臨床治療常規之一；此外，各種神經刺激術（如大枕神經刺激術、迷走神經刺激術、經顳磁刺激術、經顳直流電刺激術等），以及最新發展的 CGRP 單株抗體等療法，對於偏頭痛治療在初期臨床試驗已有不錯的表現。本院也有相關臨床試驗進行中，將來可能做為偏頭痛患者治療上新的選擇。

隨著科學日新月異的進展，偏頭痛病生理機轉完全解密，將不再只是夢想。許多因應病生理機轉設計的新治療也正快速發展中，或許離偏頭痛「根治」仍有一段

距離，但根據個人「體質」量身訂做最適宜的偏頭痛治療計畫的精準醫療將指日可待。

### 陳世彬醫師檔案：

現職：1. 臺北榮總神經醫學中心一般神經科主治醫師  
2. 國立陽明大學醫學院神經學科副教授  
3. 國立陽明大學臨床醫學研究所兼任副教授  
學歷：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  
3. 哈佛醫學院麻州總醫院神經血管研究室博士後研究員  
門診時間：  
星期一上午神經內科第 3 診（診間代碼：01303）  
星期六上午神經內科第 9 診（診間代碼：01309）

# 二尖瓣脫垂不等於逆流！

外科部心臟血管外科主治醫師 黃竣暘



最近來門診求診的病人最常問到的問題是「醫師，我有二尖瓣脫垂，是不是要開刀？」首先，我們先來釐清什麼是「二尖瓣脫垂」及「二尖瓣逆流」？

二尖瓣又稱僧帽瓣，位置在左心房及左心室間，是血流從心房流到心室閘門，當瓣膜關閉時就不再逆流回心房。構造有兩瓣，分為前葉及後葉，並有腱索與心室相連，就好比一個降落傘，傘帽被許多繩子拉緊，才能夠成為一個完美且有功能的形狀。這形狀有助於心臟在收縮時有支撐線拉住，使得心臟收縮更有效率而不易衰竭。然而，就像每個人的手指頭一樣，長短粗細各不同，二尖瓣也是一樣。「脫

垂」就好比有的人可能二尖瓣葉片大，有的人可能腱索粗，在瓣膜閉合時有部分構造變形，但只要瓣膜可關得緊而不逆流，就沒關係。只是這樣的病患比較容易有非特異症狀，如心悸、胸口不適或疲倦，經由簡單藥物控制便可緩解。所以二尖瓣脫垂是解剖構造上的差異，而非功能上的缺陷。事實上，有二尖瓣脫垂的病患滿多的，只是症狀不嚴重，都沒有求診。另外一個名詞是二尖瓣逆流，這名詞是二尖瓣功能出問題。

二尖瓣逆流，依程度分為輕度、中度及重度三種。形成原因，包括瓣膜葉片損壞、腱索斷裂、左心室衰竭擴大等，皆會造成二尖瓣關不緊，使得血液倒打回心房。一方面，左心房長期充飽著由左心室倒打回來的血液，所以左心房會慢慢擴

大，逐漸引起血栓及心律不整；另一方面，左心室也要花更多力氣把血液向前打到主動脈，時間長久會引起慢性心衰竭。所以重度二尖瓣逆流，需治療才得以使惡性循環終止。目前二尖瓣手術方式，包括修補及置換兩種。以長期預後來說，二尖瓣修補術比置換還要來得好，因修補後的二尖瓣就和原來自已的一樣；如要置換新瓣膜，原本瓣膜葉片及腱索構造就要去除，維持降落傘的形狀便不再，這長期下來心臟就容易衰竭。不過每一位病人狀況不同，適合方法也不同。最重要是民眾可以了解二尖瓣脫垂及逆流的的不同，在醫師作解釋時更清楚自己狀況，以避免不必要的緊張及擔心！

## 黃竣暘醫師檔案：

現職：臺北榮總外科部心臟血管外科主治醫師  
學歷：臺北醫學大學醫學系畢業  
專長：成人心臟繞道手術、瓣膜手術、主動脈手術、周邊血管手術，洗腎瘻管手術  
門診時間：星期六上午心臟外科第2診（診間代碼：03402）

# 牙科鎮靜（舒眠）麻醉簡介

麻醉部  
主治醫師 胡耿華



到牙科診所看牙齒，是很多人心中的恐懼。坊間許多標榜舒眠麻醉的牙科門診鎮靜麻醉，究竟是一種怎樣的麻醉技術呢？首先，先提在醫院所說的全身麻

醉，一般常指的是合併靜脈跟氣體麻醉，並且有進行氣管內插管，需要使用麻醉機的混合式麻醉。而不管所謂的舒眠麻醉、睡美人麻醉、清醒止痛等，則都屬於全靜脈麻醉技術。跟傳統全身麻醉的差異除不使用氣體麻醉外，還有減少使用鴉片類止痛藥物，並不進行侵入性的氣管內插管動作，維持病患自發性呼吸。

牙科舒眠麻醉可以分為三個不同的領域：1.成人牙科鎮靜；2.兒童牙科鎮靜；3.特殊需求者（身心障礙）鎮靜。這只簡單介紹成人牙科舒眠麻醉，兒牙跟特需者麻醉深度及目的設定與成人不同，需要專章介紹。

與一般手術麻醉不同，牙科麻醉有幾個特殊之處：第一、麻醉的深度

不同，一般手術麻醉深度越深越好，病人不會動，外科醫師最好開刀，可是牙科一旦超過深度麻醉，病患睡著嘴巴就閉起來，雖然可以使用張口器，但有些需要配合張口的治療相對會比較難處理；第二、牙科手術會在口腔內噴灑大量的水，且呼吸道在治療時，不在麻醉醫師掌控中，有嗆咳及呼吸道阻塞的風險；第三、一般手術止痛主要靠靜脈的嗎啡類止痛藥物，而牙科止痛主要靠局部麻醉。

成人舒眠麻醉深度屬輕度到中度鎮靜，病人心臟血管功能抑制小，有自主性的呼吸，完整的咳嗽反射，並能夠對於聲音及醫師指示有所反應，一般在這個麻醉深度範圍內，風險很小，一旦超過深度麻

醉以上，風險會明顯上升。

舒眠麻醉目前主流是使用TCI (Target control infusion) 標靶控制輸注幫浦系統，基礎藥物為異丙酚(Propofol)，輸入病患資料後，藉由電腦計算出預設麻醉深度所需藥物劑量，能減少藥物使用，讓病人可以快速鎮靜及快速甦醒，並能儘早離開醫院。

牙科舒眠麻醉治療技術在美國、德國、英國及日本等先進國家的牙醫院所內已相當普遍，然而在臺灣僅發展將近5至6年左右的時間。現已有許多醫院及牙科診所進行相當數量的手術。本院麻醉科支援的金門醫院也完成第一例舒眠治療，但目前本院牙科受限於人力，尚未提供這項服務。

牙科舒眠麻醉需麻醉專科醫師與牙醫師一同來合作，給予病人更舒適、更人性化的醫療環境。讓看牙焦慮及恐懼的病患，得到最好的照護及治療。

## 胡耿華醫師檔案：

現職：臺北榮總麻醉部主治醫師  
學歷：1.中國醫藥大學醫學系畢業  
2.國立陽明大學生物醫學資訊研究所醫學資訊組碩士  
專長：一般麻醉、重症麻醉、鎮靜麻醉



▲本院麻醉科目前支援金門醫院，圖為牙科洪主任完成金門區域第一例牙科舒眠治療。

# 新生兒聽力篩檢

新生兒病房  
護理師 劉姿妤



在臺灣每 1000 名新生兒中，約有 1-2 位可能有雙側中重度或永久性的聽力損傷；若無合併其他障礙，通常不容易被發現。因此常會在孩子已 2-3 歲時，才會被確診為先天性聽力損傷，造成語言、社會技巧與行為發展遲緩！若能透過新生兒聽力篩檢，早期發現、早期治療，則日後無論語言、認知或溝通發展上，幾乎能與正常小孩相當，因此聽力篩檢的重要性不容忽視。

國民健康署自 101 年 3 月起開始推廣全國新生兒聽力篩檢，凡本國籍、出生 24 小時後、未滿 3 個月新生兒，均可免費接受篩檢。本院為負責篩檢醫療院所之一，並於 103 及 104 連續二年榮獲北市衛生局評選「新生兒聽力篩檢」及「新生兒聽力篩檢於 3 個月內完成確診率」冠軍。

自動型聽性腦幹反應儀 (automated Auditory Brainstem Response, aABR)，可在不干擾聽覺功能情況下，安全地於 10-30 分鐘完成聽力篩檢，為目前國民

健康署指定使用新生兒聽力篩檢工具。篩檢結果若通過，代表聽力在正常範圍內的可能性極高，但並不代表終生沒有問題，家長仍需注意可能會導致聽力受損的危險因子，如中耳炎、外傷、腦膜炎、感染等，有疑慮時應至醫療院所重新評估。若篩檢結果為不通過，可能為外耳道殘存胎脂或羊水、中耳腔仍殘存液體、生理性噪音（呼吸聲或肌肉緊張），或檢查時寶寶持續哭鬧，儀器無法有效記錄反應等原因導致，請父母親暫勿驚慌，本院將於新生兒滿月時，協助轉介至耳鼻喉科門診執行聽力複檢。聽力複檢未通過者，需進一步安排診斷性檢查或轉介，再依據個別情況，建議配戴助聽器或人工電子耳等輔具，並進行聽語療育。

出生體重低於 1500 公克、高膽

紅素血症(黃疸過高)、曾經長期使用呼吸器或加護病房住院大於 5 天、母親懷孕時有特殊感染(如德國麻疹、巨細胞病毒、弓漿蟲感染等)、小耳症、顱顏異常及有聽損家族史等新生兒，屬聽力受損高危險群，這些孩子即使初期通過聽力篩檢，仍需定期追蹤聽力。建議家長持續觀察寶寶每個成長階段的聽語能力發展，可參考簡易居家聽力語言行為發展評估表(表1)進行評估。新生兒聽力篩檢可提早發現「先天感覺神經性聽損」及「先天傳導性聽損」，早期療育可讓寶寶能聽又能說，將聽損的遺憾降到最低。

表一、簡易居家聽力語言行為發展評量表

### 出生至二個月

- 是 否 有無聽力篩檢
- 是 否 巨大聲響(如：拍手或關門聲音)會令其驚嚇或眨眼睛。
- 是 否 淺睡時會被大的說話聲或噪音干擾而扭動身體。

### 三個月至六個月

- 是 否 當你對著他說話時他會偶爾發出咿唔聲或有眼神接觸。
- 是 否 在餵奶時會因突發的聲音而停止吸奶。
- 是 否 哭鬧時聽見媽媽的聲音會安靜下來。
- 是 否 對一些環境中的聲音有興趣(如：電鈴聲、狗叫聲、電視聲)。

### 七個月至十二個月

- 是 否 開始牙牙學語(如：ㄇㄚ、ㄅㄚ、ㄉㄚ)。
- 是 否 喜歡玩會發出聲音的玩具。
- 是 否 開始對自己的名字有回應，並了解「不可以」和「掰掰」的意思。
- 是 否 當你從背後叫他，他會轉向你或者有咿咿唔唔的聲音。

### 一歲至二歲

- 是 否 可以說簡單的單字(如：爸爸、媽媽)。
- 是 否 可以了解簡單的指示(如：給我)。
- 是 否 兩歲左右時能夠重複你所說的話、片語(如：不要、沒有了)或是短句子。

表一資料來源：行政院衛生署國民健康局編印之兒童健康手冊

7 護師齊把關 全民保健康



問：家有中風病患，目前病況穩定，改為門診復健治療，請問居家照護需注意事項？

答：進入較穩定期時，要記得每日定時測量血壓並記錄、控制體重、維持適當運動、飲食少鹽少油，規則回診並按醫師指示服藥。要注意 1. 避免因疲勞、低血壓或暈眩導致跌倒；2. 行走時，注意路面是否平整；3. 家中要裝合適扶手或貼止滑貼片，並改善浴廁濕滑；4. 觀察病患無患側視覺忽略的現象，以避免碰撞意外；5. 飲食若為經口進食，要配合吞嚥能力調整食物質地，以減少食物嗆入或吸入性肺炎；6. 經常檢查感覺異常的患側，以免受傷或破皮造成感染；7. 與病患互動時，儘量在其患側邊，以提供較多患側刺激及活動機會；8. 對有溝通困難病患，除積極接受語言復健外，在各階段也可花些心思設計溝通工具，如圖片或常用文字板等。

一旦家中有人發生中風，家屬須開始規劃長期安置、環境改造及復健工作；人力或經濟的衝擊，應及早評估且預作準備。若無法立即作出適當計畫或資訊不足，可尋求社工部門協助，可減少很多心力的無謂消耗。

復健部醫師 盧怡君答覆

盧怡君醫師檔案：

現職：臺北榮總復健部住院醫師  
學歷：臺北醫學大學醫學系畢業  
專長：一般復健科

## 財團法人惠眾醫療救濟基金會 105年4月份捐款芳名錄

財團法人三花棉業公益教育基金會 200,000 元；喬觀潔 50,000 元；張克廉、陳高玉櫻各 30,000 元；林依晨、陳學琳、邱顯裕、金淼、關小姐各 20,000 元；合作金庫 12,184 元；王冠勛、曾美瑛各 12,000 元；郭泉軫 11,000 元；臺北內湖碧霞宮、張毓甄、梁漢章、詹進益、劉麗枝、羅秋分各 10,000 元；志工隊 9,390 元；無名氏 8,592 元；停車場 8,184 元；翔明停車事業有限公司 6,000 元；李愛薇、孫懷澤、晨堡有限公司、陳沛緹、陳明德全家、陳美雲、陳彭錢、黃昭祺、薛世卿、薛余瓊英各 5,000 元；黃麗珠 4,500 元；袁育銓陳秀枝等 4,000 元；陳桂美 3,800 元；王黃月麗等 7 名 3,500 元；金彭正 3,319 元；施純鑑 3,200 元；徐信郎、張明超、無極誌旨三鳳宮、廖曼娜、賴國強各 3,000 元；無名氏 2,280 元；神龍社、張奕宏各 2,000 元；趙連仲趙杜秀文趙幸懿等 1,500 元；鄧百毅 1,400 元；方俊雄、張雀玲、吳易薇吳易凡等、吳惠芬、李欣珉、李惠齡高啟哲高筠潔高志聖等、周萍、林育永、林盈宗、林通榮、邱木榮、邱垂興、邱慶宗、郎明寬、員工消費合作社、高如萍、涂秀蘭、張修誠、郭小菁、陳向傑、陳萱潔陳奕秀等、黃美伶、雷嘉偉、廖勇廖振祺廖林秀霞等、趙國丞、蔣家綺、謝清鎮、謝睿炎各 1,000 元；蔡志豪 860 元；俞寶妮 800 元；洪淑芬、溫瑞鵬各 700 元；張凱鈞 625 元；古蕙珠、宋天合、謝昀恩各 600 元；尤姿樺、王麗富、朱雪年、江謝嘉芬江謝政達等、吳玉梅、呂幸雄、李明亮、李俊杰、李紹岑、李翊宏、林孟璇、林美蓉、邱宜濂、邱寶愛、洪秀蕓、徐若嵐、徐惠齡、徐雷、張文興、張沅鈞、張淑緘、曹訓誌、曹國顯、曹悖惠、曹黃麗華、莊天財、莊素珍、許吳金玉、許宗駿、許秋烘、許清愈、連宏昌、陳玉美 + 女兒、陳孝璋、陳蕊妘、陳學威、陳麒文、彭秀容、楊敏、廖家良、鄭金貴、鄧桂蓉、賴永豐、簡序和各 500 元；王天海唐先媛等、王秀珍、王曦、阮慶華、林淑容、邱玉文、莊玉珠莊禮福等、彭林碧英、馮瑩瑩、馮蘊宜、黃佳秀、蕭玉英、衡筠瑄、羅旭豐各 400 元；朱孝篤、余大薇、余敏敏、李秋娥、林榮鏞、花起璘、范珈菱、康興邦、張世宗、郭麗卿闔家、陳怡蓉、陳怡璇、陳怡靜、陳林珠、無名氏、童淑華、黃淑貞、楊清雲、楊博翔、歐閔修、蔣宇泳、鄭淑嫻各 300 元；吳陳水雲、李欣美、林家瑜、林瓊櫻、唐先見、唐亞岐、唐啟國、張婕、梁幼明、陳許冬菜、曾昭娣、黃正義、黃俊傑、黃美珠、黃庭茜、黃穎豪、甄祉婷、鍾明鏞、鍾昱璟各 200 元；周馥蘭、徐偉博、許瑋鏞、曾德勇、楊秋雲、廖慧穎各 100 元；臺北榮民總醫院員工愛心百元捐款 56,400 元，捐款總計 774,334 元。

# 賀！本院榮獲 【檔案管理金檔獎】



第14屆機關檔案管理金檔獎，10月13日在國家圖書館舉行，由國家發展委員會高仙桂副主任委員代表行政院長頒獎，本院由劉建麟副院長代表領獎。

▲高仙桂副主任委員、劉建麟副院長(右)

總務室文書組101年10月接獲通知後，隨即積極準備，提昇檔案管理品質，曾至8個得獎機關及檔案管理局進行標竿學習，除增建及改善庫房設施外，15,000卷檔案全面更換為無酸紙質容具，同時編製檔案管理中長期計畫與年度計畫、進行檔案編目資料校對、辦理檔案海報展及Logo設計競賽、製作檔案應用推廣紀念品、辦理文書檔案講習、全面實施公文線上簽核，並多次赴所屬分院輔訪檔案管理業務，溝通檔管觀念與做法，各項評選項目準備周全，終獲得獎榮耀。

(報導/公關組 吳建利)

## 榮譽榜

本院榮獲臺北市政府衛生局頒發「104年度流感疫苗接種」-醫學中心組【熱心貢獻獎】及【品質考核績優獎】。



## 臺北榮總樂活午茶營養講座

主 題：終結石頭，痛痛不再  
日 期：105年11月30日(星期三) 14:00-16:00  
地 點：臺北榮總中正一樓營養部 營養講堂

主辦單位：臺北榮總營養部

歡迎踴躍報名參加!

【課程一】石話食說！預防泌尿道結石

營養部營養師 楊子穎

【課程二】石在好痛！結石的成因與治療

泌尿部主治醫師 林志杰

【下午茶】提供『化石危機』點心及食譜

營養部營養師 徐嘉徽

洽詢電話：(02) 2875-7472 (敬請事先報名，額滿為止)



與。藥學部藥師講授正確用藥觀念，並開放現場民眾提問。

黃信彰副院長主持病人安全週宣導，10月12日於中正樓一樓大廳舉辦「病人安全我會應」活動，現場邀集住院與門診病人家屬、志工及本院同仁共同參



## 醫療生力軍 - 新進主治醫師



蔡尚聞醫師檔案：

現 職：1.臺北榮總骨科部關節重建科  
主治醫師

2.國立陽明大學部定講師

學 歷：國立成功大學醫學系畢業

專 長：微創人工膝、髌關節置換術；人工膝、髌關節再置換術；骨骼肌肉系統腫瘤治療；骨轉移及病理性骨折治療；一般骨折創傷手術



趙勻廷醫師檔案：

現 職：臺北榮總耳鼻喉頭頸部鼻頭頸科主治醫師

學 歷：1.臺北大學醫學系畢業

2.德國德勒斯登大學嗅味覺中心訓練結業

3.美國匹茲堡大學醫學中心鼻竇顛底手術訓練結業

4.美國哈佛醫學院麻州眼耳鼻喉醫院鼻竇、耳咽管及中耳內視鏡手術訓練結業

5.美國賓州大學鼻整形手術訓練結業

專 長：鼻中膈鼻道成形手術；鼻竇炎及鼻息肉之診斷與治療；鼻竇及顛底內視鏡手術；鼻淚管阻塞之內視鏡手術；鼻塞、打鼾及睡眠呼吸中止症之診斷與治療；嗅覺異常之診斷與治療；鼻咽癌、鼻竇癌診斷與治療；腮腺及頸部腫塊之診斷與治療；功能性鼻整形手術

門診時間：

星期五上午鼻頭頸科第5診(診間代碼：08005)



黃德光醫師檔案：

現 職：1.臺北榮總眼科部視網膜科  
主治醫師

2.國立陽明大學眼科學科助理教授

學 歷：國防醫學院醫學系畢業

專 長：葡萄膜炎、視網膜疾病、黃斑部病變

門診時間：

星期二下午眼科第7診(診間代碼：11007)