

資已付
同許可證
1279號

編輯一
嚴鋒
編輯一
林小玲

委員
王天祥
王審之
王國揚
朱建榮
吳姿瑩
林宏鑫
林永慧
洪煥程
黃啟原
黃峻鳴
陳克華
陳正彥
陳三奇
張誌剛
梁慕理
楊振昌
葉奕廷
劉慕恩
霍德義
賴姿婷
謝伊晴
關尚勇
邵文

影一
功喬
助理一
鳳佩
助理一
台雁

※人工電話(專人接聽)：02-2871-2151 / 服務時間：08:00-17:00 / 限預約7日內，額滿為止 / 午間無休 週末及假日暫停服務 /
當日 複診掛號(限08:30以後)
※口語電話(需掛卡)：02-2872-2151 [12線] / 服務時間：00:00-24:00 / 限預約2日內，額滿為止。



消費者票選 讀者文摘 信譽品牌
2007~2017
連續11年榮獲金獎

榮總人



397 榮總人月刊
第34卷第1期

發行人：張德明 社長：李發耀 副社長：吳建利
總編輯：許淑霞
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.vgthpe.gov.tw/~tpvghb
電子郵件(e-mail):vgghbul@vgthpe.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



106年6月

1. 血管攝影抓漏 腦部瘻管治療免擔心
2. 專家 + 電腦機器 = 神預測 藥到見效
3. 子宮內膜癌概論與治療
4. 母乳與蛀牙的關係
5. 無蛀牙性齒顎病灶 成因、預防及治療
6. 短牙弓的治療與應用
7. 認識成人神經膠質瘤及照護
8. SNQ 國家品質標章認證 榮譽榜

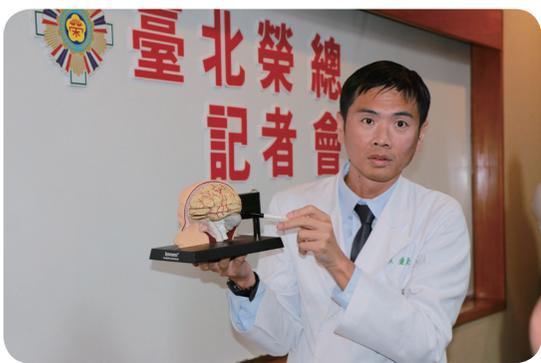
我們的宗旨

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。

血管攝影抓漏 腦部瘻管治療免擔心



▲ 林重榮醫師。

手部人工瘻管可幫忙腎衰竭病患做血液透析，但腦部病理性瘻管卻可能出血要人命！放射線部林重榮醫師表示，本院利用最新微創導管及定量血管攝影技術，成功治療 51 位腦部瘻管病患，包括複雜型(合併遠端靜脈狹窄)患者 14 位，優異成果已發表於美國神經放射科期刊和放射科學期刊等國際知名期刊。

說明案例是一名 24 歲男性，10 歲起右眼開始凸出至眼科檢查，查不出原因，大約一年前因劇烈頭痛、右眼不適、耳鳴，至他院就醫，經磁振造影(MRI)檢查結果「腦血管內有異常」，轉診至本院。今年 3 月經血管攝影檢查確診為「動靜脈管」，4 月進行栓塞治療，術後至今恢復

良好，頭痛、右眼不適及耳鳴狀況完全不見。

腦部瘻管的發生率約為萬分之一，常常是經由健康檢查發現，其風險從最輕微的無症狀，到最嚴重的經年累月頭痛至腦溢血都有可能。林醫師說，大部分腦部瘻管患者會有跳動式的耳鳴，嚴重會影響到睡眠，有些病患則有眼部的症狀，例如紅腫、不能對焦、眼皮不自主地下垂等；病情較嚴重者會影響到腦循環，進而產生頭痛、記憶力減退、癲癇發作等；最嚴重則會造成腦部靜脈逆流、血管擴張，成為腦部的未爆彈，隨時都有可能破裂造成腦出血的風險。

正常的腦循環是由動脈到微血管，再由微血管供應腦細胞養分，然後血液再回流到腦靜脈，最後到心臟再次循環。腦部瘻管則是腦動脈直接灌到腦靜脈，這樣的情形不僅腦細胞得不到養分，靜脈也不易承受高壓力的動脈血液而流通到

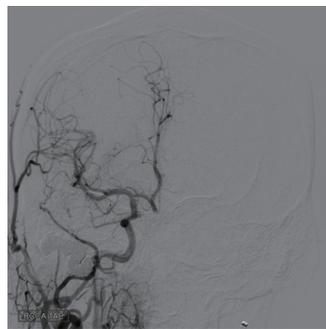
耳朵、眼睛造成上述的症狀，更嚴重者靜脈管腔破裂形成腦出血。

定量血管攝影能準確估算腦血流淤積的程度，可先準確預測腦部瘻管嚴重度，再以栓塞術和支架置放術治療，安全又有效。

(報導/公關組 吳建利)



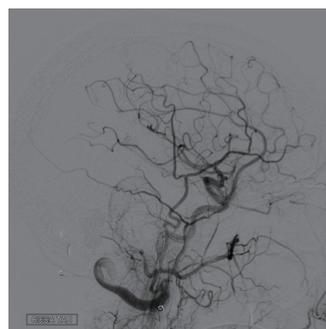
▲ 治療前影像 (AP)



▲ 治療後影像 (AP)



▲ 治療前影像 (Lateral)



▲ 治療後影像 (Lateral)



我英語邦交國(聖文森、諾魯共和國、吉里巴斯、貝里斯、聖克裡斯多福及尼維斯、索羅門、吐瓦魯、聖露西亞共

和國、帛琉共和國等)共 9 位媒體從業人員，日前由外交部陪同蒞臨本院參訪，醫務企管部李偉強主任代表接待。

李主任表示本院優質醫療除造福國人，更配合國家政策，分別支援友邦諾魯共和國「太平洋友邦及友我國家醫療合作計畫」，及聖克裡斯福及尼維斯「慢性腎臟病基礎防治體系建構計畫」，嘉惠友邦人民，充分展現我國醫療實力，提昇我國在國際衛生上的影響力。簡報會議中雙方進行廣泛意見交

流，並於會後安排參訪本院血液透析中心。(報導/公關組 吳建利)



1 110H 醫新聞

專家＋電腦機器＝神預測 藥到見效

口述：精神部主治醫師 李正達 / 整理：吳佩芬



「藥到見效」是精準醫療的終極目標。本院精神部主治醫師李正達領導的醫療團隊，利用電腦預測，在重度憂鬱症病患用藥前進行大腦評估，預測病患腦部對藥物的反應。結果發現，利用電腦程式機器輔助，早期而客觀地預測治療療效，確實能幫助醫師精準用藥，病患能「藥到見效」。相關論文榮獲本院 105 年醫學創新改良獎第二名，並刊登在國際知名《大腦皮質 Cerebral Cortex》期刊。

憂鬱症病患明明吃了百憂解，還是不斷產生自殺念頭。本院精神部主治醫師李正達指出，西方學者發現，三分之一重度憂鬱症是藥物頑固性憂鬱症。也就是 1 次抗憂鬱劑服藥療程約 1-2 個月，病患反覆用藥服用 4-5 次療程，還是治療無效；同時，有一半以上重度憂鬱症病患服用抗憂鬱劑後進步幅度低於 50%，而且不僅是藥物，心理諮商、及其他非藥物治療等也都面臨到同樣窘境。

為了不讓重度憂鬱症病患浪費約 1 年在摸索治療的成效，避免病患長期處於情緒低落、凡事沒有興趣、失眠、食慾差、有想自殺的負面意念等極度憂鬱

狀態下，降低病患在等待過程中放棄吃藥治療的比率，減少病患對西藥無效論的信念，李正達醫師醫療團隊展開一連串針對重度憂鬱症病患早期偵測治療療效的相關研發計畫。

文獻資料已證實，位於頭部前額內部約 4-65 公分深度的前扣帶迴，是調控人類快樂、憂傷情緒處理的橋樑，也和注意力掌控、工作記憶力、複雜運算有關。前扣帶迴結構功能越好，也就是該部位的血流狀態、對葡萄糖的代謝效率越佳；對藥物、非藥物、心理諮商治療反應就會越好，抗憂鬱治療的療效就越佳。

李正達醫師醫療團隊從 2013 年開始，花了半年到 1 年研發電腦程式，研發出空間圖像變化的簡單認知功能測試，讓重度憂鬱症病患進行大腦內前扣帶迴的功能評估。同時，讓病患量測 EEG 腦電波、PET 正子攝影等。研究結果發現，電腦的簡易認知功能測試和影像攝影變化結果一致，證實利用電腦程式設計出來的電腦畫面可刺激腦部，確實可評估前扣帶迴結構功能狀態。也就是，重度憂鬱症病患在用藥前，藉由電腦簡易認知功能測試，先預測藥物或治療對病患的療效，可降低吃不對藥、進行沒有療效治療機率，提高用藥及治療的精準性。

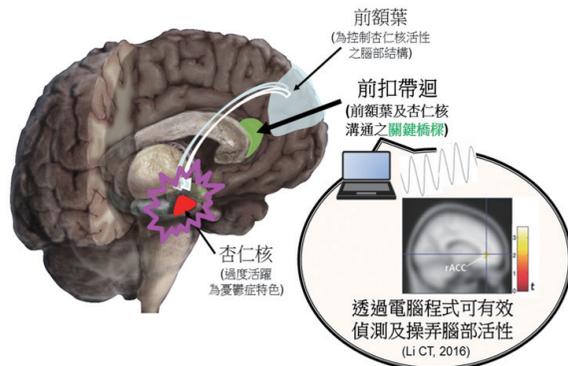
這項全球第一個開發出電腦程式，希望能廣泛用於臨床上，不僅提高精準醫療治療正確度，也可減少進行 PET 正子攝

影、MRI 磁振造影等昂貴影像儀器的使用數量及花費。

李正達醫師醫療團隊過去曾針對健保資料庫中的憂鬱症就醫病患分析，發現難治療的重度憂鬱症病患中約有 5-10% 合併有躁鬱症，一旦憂鬱症病患合併有躁鬱症，抗憂鬱藥物療效就大打折扣。

重度憂鬱症認定是每天都感到憂鬱，而且持續二星期以上，全球重度憂鬱症盛行率約 5-15%，歐美國家則高達 10% 以上，臺灣 1-3%，但應該是低估，因臺灣自殺的比率比韓國、大陸高。

通常憂鬱症一發作，沒有到非死不可的強度，或不會整天都沈浸在憂鬱情緒中（還是有情緒好的片刻）的輕型憂鬱症病患，經由生活方式改變的壓力排解、心理諮詢、輔導等，都能達到很好療效；對經常抱持自殺念頭的重度憂鬱症病患，只要找出明確腦部相關問題，積極治療，用對藥物及治療方法，都可以獲得控制及緩解。



2 承先啟後 醫心相傳——良醫訪談錄



腎臟病人感冒了可以吃藥嗎？

慢性腎臟病個管師 江玲芳 / 王友仁 / 林秀雯

常有腎臟病病人表示：感冒了都不敢吃藥！害怕傷害腎臟影響腎功能！

目前醫學上對於一般感冒病毒並無直接有效治療方法，大部分感冒時只需多休息、多喝水，往往都能在一星期內自癒。若因喉嚨痛、流鼻水、鼻塞、咳嗽等症狀明顯，臨床都是以減輕症狀為主的症狀治療。腎臟病人感冒了並非不可吃藥，如果感冒症狀造成明顯身體不適，影響生活作息或睡眠，甚至引發血壓偏高不穩或嚴重合併症，反而影響腎臟功能更甚。此時若能適時給予症狀緩解，就醫時主動告知看診醫師腎功能狀況，避免使用經由腎臟代謝或導致腎毒性藥物，亦不可自行服用未經醫師處方

用藥，平穩度過感冒週期才能將腎臟損傷降到最低。

若秋冬季節的流行性感冒，對於抵抗力較弱的老人、嬰幼兒或慢性病患者，如免疫疾病、心臟病、腎臟病等，這些族群因抵抗力較差較易受到感染，或因感染後容易引發嚴重合併症，最終導致身體器官快速惡化，產生足以致命的危險，故建議每年接受流感疫苗施打。對於感冒期間提供以下建議，希望能幫助腎臟病人在最低傷害下度過感冒週期：1. 充足睡眠：建議每天儘量睡足 7-8 小時，讓身體器官得到充足休息與修復；2. 水分補充：除非有水腫症狀或心臟疾病被醫師告知須限制水分攝取外，建議腎臟病人平時水分攝取應達

到 2000 - 3000 西西，感冒期間更應確實執行；3. 適量蛋白質攝取：腎臟病人平時被教導低蛋白質攝取，若感冒期間食慾不振情形下，可適時放寬飲食限制，如魚、肉、黃豆製品、蛋、奶等適量優質蛋白質攝取，避免魚湯、肉湯或雞精等高磷、高鉀食物攝取導致胸悶、心臟不適，甚至停止心跳；4. 規律運動：簡單的步行對於體力不佳的腎臟病人，就是最好且最容易執行的運動，一方面可加強心肺功能，另一方面增強身體防禦能力，防止感冒再次找上門。

臺北榮總慢性腎臟病整合照護中心關心您！

本報內容... 願密意見箱：設置於本院第一門診一樓服務臺、第二門診一樓服務臺、中正樓一樓服務臺、思源樓一樓、長青樓一樓、中正樓二樓服務臺等共計六處。

子宮內膜癌概論與治療

婦女醫學部主治醫師 溫國璋



子宮內膜癌是歐美發生率排行第四名的腫瘤（婦產科排名第一），臺灣近十年來，子宮內膜癌雖尚未居於領先地位，但數目也逐步上升，已成為臺灣最常見婦科癌症。

臺灣發病率節節升高原因可能有以下幾點：1.高齡化婦女群人口佔比增加，內膜癌是好發於停經前後婦女；2.雌激素沒有制衡使用造成內膜異常增生；3.生育率節節下降、高齡產婦越來越多；4.食物與環境荷爾蒙因素，飲食及生活型態日漸西化。

子宮內膜癌的致病因子，除雌激素沒有制衡使用，造成內膜異常增生、生育率下降、食物與環境因素外，尚有肥胖、糖尿病、使用乳癌抗荷爾蒙藥物 Tamoxifen、多囊性卵巢與長期不排卵及遺傳性非癌肉結直腸癌綜合症的家族性遺

傳患者等；若有以上危險因子，合併陰道出血症狀（為子宮內膜癌常見症狀），就要小心並注意。

子宮內膜癌無一理想有效的篩檢方法，子宮內膜癌約只有三成至五成患者會出現異常抹片；腫瘤指數 CA-125，對子宮內膜癌也不是好方式；超音波測量子宮內膜厚度，對停經婦女比較有用，對生育期婦女較難監測與統一規定多厚才算是異常厚度。懷疑子宮內膜癌有二種診斷方法可用：一為在門診直接子宮內膜取樣細胞學檢查，經由未過擴張子宮頸，直達子宮內腔來取樣內膜細胞做檢查，同時也可取出部分組織，做組織學化驗；如果取樣適當或合併超音波導引下，則正確診斷率可達 80-90%；至於標準診斷方式是用子宮內膜搔括術做病理學檢查；子宮內膜搔括術須在麻醉藥物使用下，擴張子宮頸口，取出子宮內膜細胞送病理組織學檢查，這是最有效診斷方法。

治療以分期手術為主要治療，手術包含收集腹水細胞學化驗、子宮全切除、兩

側卵巢輸卵管切除、骨盆腔與主動脈旁淋巴腺取樣。尚未生育年輕病患，做子宮內膜刮除手術分析是第一期且分化良好；核磁共振分析無子宮肌肉層侵犯，可做子宮保留手術，或考慮保留卵巢，術後施予高劑量黃體素治療。

預後大體而言，由於子宮內膜癌大多發現在第一期（因早期出血症狀，本院統計資料顯示約 70% 病患是第一期），所以預後極佳；五年存活率都相當好（第一期約 97%、第二期 86%、第三期 75%、第四期 63%）。但還建議平日注意自身月經情形與相關危險因子，以便早期發現、早期治療。

溫國璋醫師檔案：

現職：1. 臺北榮總婦女醫學部主治醫師

2. 國立陽明大學部定講師

學歷：1. 國防醫學大學醫學系畢業

2. 美國德州休士頓安德森癌症中心進修

專長：婦癌與腹腔鏡手術、婦女泌尿、一般產科、一般婦科

門診時間：

星期一、四上午婦產科第8診（診間代碼：08208）

星期五上午婦產科第1診（診間代碼：08201）

淺談帶狀疱疹疫苗

家庭醫學部醫師 李翊鳳 / 主治醫師 吳彬源



帶狀疱疹俗稱「皮蛇」，和水痘一樣的病毒引起。水痘通常出現在兒童或青少年期，第一次感染水痘痊癒後，病毒非活化狀態的潛伏在神經節內，之後在免疫系統衰弱時發作，則為「帶狀疱疹」。50 歲以上中老年人因免疫力下降，容易發作；年輕人如有免疫疾病、癌症、HIV 感染，或身心壓力大、重大手術，帶狀疱疹也容易發作。根據統計，約有 50% 的帶狀疱疹患者年紀超過 60 歲。

帶狀疱疹是指出現在身體或臉部單側，依神經節分佈、區域性疼痛的紅疹，紅疹會轉為水泡，約 7 到 10 天結痂，在 2 到 4 週內痊癒。通常在水泡出現前三天，患者就會在患部感到疼痛，

其中胸部及腰部皮節神經是最好發的部位。若帶狀疱疹出現在三叉神經眼分支的分佈區域，則會引起更嚴重的帶狀角膜炎或帶狀疱疹眼症；嚴重時，可能會導致失明。

帶狀疱疹最常見的併發症是疱疹後神經痛，即曾患有帶狀疱疹的部位，在皮膚病灶痊癒後仍有神經痛，通常定義為帶狀疱疹患者於皮膚病灶消失後 90 天後仍感到疼痛，大多數可在數週或數月後改善，但有部分患者神經痛持續數年。疱疹後神經痛發生率、疼痛程度隨著年齡增長而上升，在 60 歲以上未接受治療的疱疹患者，約有三成出現疱疹後神經痛。

預防帶狀疱疹，目前最有效的方式是疫苗接種。疫苗為減毒活性疫苗，雖然和水痘疫苗會相同的病毒株，但強度高出水痘疫苗 14 倍以上，因此可誘發較高的特異性免疫反應。研究顯示，帶狀疱疹疫苗用於 50 到 79 歲的成人接種，整體可減少 67% 的疱疹後神經痛。

不建議施打此疫苗的包括：在接受抗病毒藥物治療的病患；免疫功能異常的特殊族群，如患有白血病、淋巴瘤、曾接受過器官移植的患者或 HIV 患者；癌症患者如果正在使用免疫抑制劑，必須先停藥二週，在注射疫苗後，也必須停藥四週。帶狀疱疹疫苗如與流感疫苗同時或不同時接種，兩種疫苗所引發的抗體反應大致相當。不過，建議與肺炎鏈球菌疫苗施打應間隔至少四週。

對於 50 到 79 歲之成人接種帶狀疱疹疫苗，雖無法完全預防帶狀疱疹的發生，可降低疱疹後神經痛的發生率。要預防帶狀疱疹，一定要維持正常作息，可多攝取富含抗氧化物的蔬果等食物，維持充足睡眠、避免情緒壓力累積，注重日常的保養，才能避免皮蛇上身。

李翊鳳醫師檔案：

現職：臺北榮總家庭醫學部住院醫師

學歷：國防醫學院畢業

專長：家庭醫學

3

家庭醫療寶鑑

專題企劃

口腔

母乳與蛀牙的關係

口腔醫學部兒童牙科總醫師 吳富雅



世界衛生組織及美國兒童醫學會都建議：單純餵食母乳至少要超過6個月。由於母乳內含許多營養成分，在各項研究中發現單純餵食母乳，可保護嬰兒免於呼吸道疾病、腸胃道疾病、過敏等；另一方面對母親也有許多好處，如減少產後出血、抑制排卵、幫助避孕。在口腔健康方面，「母乳的致齲性是如何呢？」，一直是大家很想知道的答案。

造成蛀牙跟細菌、口水流量及碳水化合物都有關係，目前認為致齲性最高的細菌為變型鏈球菌。研究發現：在出生3個月的孩童口中發現：有餵食母乳的組別中可培養出乳酸菌，而餵食配方奶的組別則沒有；同時還指出有餵食母乳與沒有餵食母乳的口腔菌叢組成是不同的，且乳酸菌叢對兩種致齲菌有抑制的效果。更進一步指出母乳中含有特定蛋白

質可抑制變型鏈球菌鍵結到牙齒上。

利用不同溶液做致齲性實驗，分別是可樂、蜂蜜水、牛奶、母乳、蔗糖水及蒸餾水。實驗結果發現：在平滑面齲齒的部分，母乳造成蛀牙嚴重程度大於牛乳，我們臨床上的奶瓶性齲齒就是在前牙平滑面的齲齒，呼應到臨床上觀察到單純餵食母乳的孩子，如沒有適當的潔牙，會出現蛀牙。

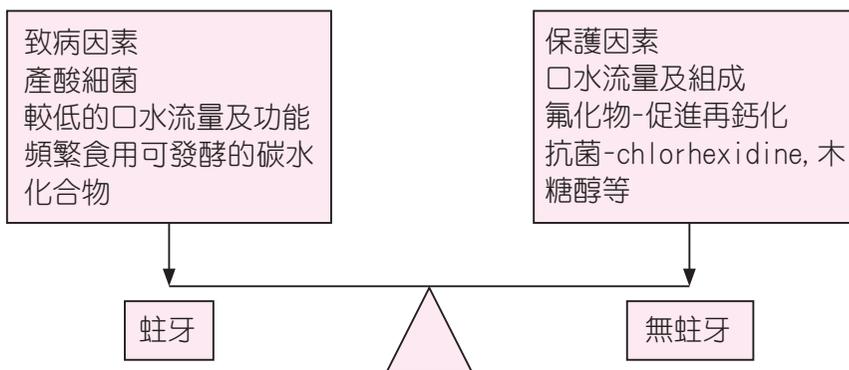
在體外研究中，發現當唾液與母乳在培養皿中高達7.5小時，會使得酸鹼值大幅下降，可推論到當孩子一直處在一個隨時可取得母乳環境時，口腔中的酸鹼值也會偏低，這時就會更有利細菌存活及繁殖。

接下來針對牛乳、母乳及配方奶的致齲性來做比較，配方奶是比母乳更容易造成蛀牙。在成分分析也指出：配方奶含有乳糖、蔗糖、葡萄糖及果糖；母乳跟牛乳中都只含乳糖。因此如果就嬰幼兒最常食用的營養來源相比 - 母乳和配方奶，母乳

仍是具有較低致齲性，但往往造成家長誤會，以為母乳不會導致蛀牙。

從餵食時間來討論，餵食母乳大於12個月，會提高蛀牙的盛行率。另外有夜間餵奶習慣會提高蛀牙風險。另外如果沒有規律的餵食時間，而是孩子想喝就喝的餵食習慣，也會增加蛀牙的盛行率。

就目前文獻資料：並無直接證據指出，餵食母乳與蛀牙有直接關係，雖餵食母乳達12個月較有預防蛀牙效果，但由於母乳中高乳糖含量，因此建議長出第一顆乳牙後，就要開始使用含氟牙膏做口腔清潔，以及到專業牙科院所做預防性塗以及飲食保健諮詢。



▲圖1：蛀牙的致病因素與保護因素間的關係

癲癇病患的牙科照護

口腔醫學部醫師 劉子綸



臺灣約有10萬個癲癇病患，大部分患者在藥物或非藥物的治療下都能獲得良好的控制。僅有一成患者屬不易控制的癲癇症，在生活起居上較難自理，自行維持口腔清潔能力較差，執行牙科照護和其他身心障礙者一樣需要醫療團隊花更多的心力。

癲癇治療以抗癲癇藥物為主，常見口腔副作用包括口乾、牙齦炎、骨質流失、骨髓抑制、顏面部水腫、味覺改變及牙齦增生等，少數病例有嚴重皮膚症狀史蒂芬-強森症候群。其他治療方式，如外科手術介入或迷走神經刺激裝置置入。

臨床上接觸癲癇症病患，必須先了解他的病史，包括發作類型、第一次及上一次發作時間、是否有刺激原、發作前是否

會有預兆、用藥情形、有無開刀史、其他系統性疾病、身心狀況等。口乾通常伴隨著高蛀牙率可考慮密集塗氟；牙齦增生程度若是導致牙菌斑嚴重堆積引起牙齦炎，可施行牙齦切除術。假牙部分，原則是要讓病患在癲癇發作時，因震復物可能產生的傷害最小化，固定震復物優於可拆式震復物、材料上金屬優於陶瓷，以及可拆式震復物在設計時要特別考慮固持性，並且要在假牙基底內加上金屬支架提昇震復物之整體強度。實際在替癲癇症病患進行牙科治療時，除要避免讓病患接觸到刺激原外，治療以簡單迅速為原則，注意病患的情緒及意識變化，和兒童牙科的行為管理策略類似；若行為難以控制，則可考慮藥物鎮靜或全身麻醉輔助。

當病患在治療椅上進行治療中癲癇發作，失去意識開始抽搐，緊急處理原則以保護呼吸道為主，首先要停止一切治療，儘量將病患口內和周圍的器械移開，但不要限制或約束病患或拿東西撐開病

患的嘴巴；讓病患側躺避免嗆到，造成吸入性肺炎；在旁監控好病患，記錄發作時間。發作時間超過1分鐘，意識仍沒有恢復，先給予氧氣面罩、靜脈注射鎮定劑繼續觀察；發作超過3分鐘或開始出現發紺現象，立刻轉送急診。如果3分鐘內病患發作結束恢復意識，先評估生命徵象，再檢查是否有因發作產生的創傷；如是第一次發作，則協助會診神經內科做進一步評估。

癲癇病患的牙科照護是相當重要，但常被忽略的一環。在平常照顧上除仰賴醫療團隊的通力合作，病患和家屬也應培養足夠的認識和警覺，才能使病患生活品質更好。



▲圖：牙齦增生

無蛀牙性齒頸部病灶、預防及治療成因

口腔醫學部醫師 何嘉祥



病患李先生，40歲，無牙周及蛀牙問題，1天刷牙3次，定期看牙科，但病患主訴最近牙齒很敏感懷疑是蛀牙求診。

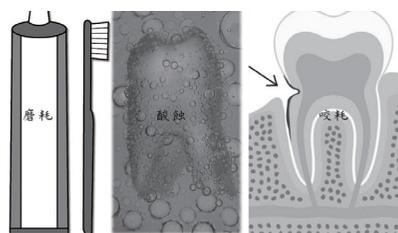
「醫師，好奇怪喔？為什麼我的牙齒好多顆外面凹進去耶，而且那邊碰到冷熱都好敏感喔！是蛀牙嗎？」李先生疑惑地問。

「經過檢查後是牙齒沒有蛀牙，而您的牙齒外側凹陷的現象叫做無蛀牙性齒頸部病灶。」我回答。

無蛀牙性齒頸部病灶 (Non-cariou cervical lesion) 是從青少年到老年人都有可能出現的牙科疾病 (圖1)，形狀常見為V型或蝶狀，發生率隨著年紀



會越來越高。根據定義的不同，發生率大概是27-85%不等，在老人家當中是相當常見，最常發生位置在下顎小白齒外側。牙本質 (象牙質) 由於結構較牙釉質 (琺瑯質) 脆弱，而齒頸部為兩結構之交界處，因此病灶多半出現在這區域；



▲圖2：造成無蛀牙性齒頸部病灶的三種原因

另外根據統計，45%左右病患會在病灶處出現牙齒敏感現象，少數病患會因病灶過深導致牙髓發炎需根管治療。

發生成因主要有以下三種：1. 磨耗；2. 酸蝕；3. 咬耗。(圖2)

「磨耗」是牙齒結構因機械性或摩擦力所造成的喪失，主要來自於牙刷及牙膏不當使用所造成。一般來說，刷牙的力道必須低於200g，牙刷也儘量選擇軟毛牙刷為主，也不應過於重複刷洗同一區域太多次，來回15下即可；牙膏也應選擇「非美白性」牙膏，因美白牙膏會添加研磨度較高顆粒，提高牙齒磨耗的機會。

「酸蝕」是牙齒結構因化學性溶解所造成的喪失，主要是口內酸性過強導致，PH值低於5.5情況就會導致牙齒軟化，抵抗磨耗或咬耗的能力就會降低，導致齒頸部病灶發生。酸蝕又分有內因性及外因性兩種，外因性，如可樂、紅酒、果汁、運動飲料等，都有可能PH值過低而導致酸蝕，都不宜過量飲用；內因性，如胃酸進入口腔而導致牙齒酸蝕，常見在有胃食道逆流病患。

「咬耗」是牙齒結構因咬合力的原因所造成的喪失，目前還無直接證據可證實此觀點，比如說磨牙或咬合力較大的病患不一定會出現齒頸部病灶，但咬合力過強確實會造成齒頸部結構的擠壓，進而引發齒頸部結構的裂紋或破壞，若加上「磨耗」跟「酸蝕」極有可能會產生無蛀牙性齒頸部病灶。

通常齒頸部凹陷病灶深度小於1mm並有敏感現象時，可長期使用抗敏感牙膏 (需數週或數個月)，或使用抗敏感塗劑作控制；若病灶深度大於1mm (圖3)，不管有無症狀，都建議需進行牙科材料的填補。

您有牙齒齒頸部凹陷並有敏感的現象嗎？趕快到牙科尋求醫師協助診斷吧！



▲圖3：無蛀牙性齒頸部病灶深度>1mm

人工植牙的術前評估及治療



病患時常在遇到缺牙問題時，會詢問醫師哪種治療是最好的？其實這個問題沒有一定的答案。每個病患缺牙位置、缺牙數目、缺牙區域軟硬組織條件、身體狀況、對治療結果的期望、治療時間及經濟考量等因素不同，都會影響這問題的答案。

人工植牙是於缺牙區齒槽骨置入鈦合金人工牙根，日後於上方製作假牙的治療方式。人工植牙的治療，最終的假牙設計可能為固定式或活動式設計。關於缺牙區廣復選擇，大致可分人工植牙、活動假牙及固定牙橋，治療的優缺點如下方 (表1) 所示。

關於人工植牙前的術前評估注意事項如下：

全身病史評估

如果病患有糖尿病、高血壓、心血管疾病、肝腎疾病、鼻竇炎、接受過放射線及化學治療，或有其他全身系統性疾病史，需先獲得良好控制，術前會診相關科別醫師後，視情況才可進行植牙術前評估。如有服用抗凝血劑病患，術前需會診是否有停藥之必要，以減少術後出血風險。如病患曾經注射或口服抗骨頭吸收藥物 (如雙磷酸鹽類、骨質疏鬆相關藥物)，務必要告知手術醫師注射或服藥的藥名、次數、時間起始及服藥的原因。術前抽血檢查可了解病患是否有凝血或血液相關疾病；吸菸患者會影響植牙成功率，術前應儘可能戒菸或減量。

牙科病史評估

了解病患之前牙科相關治療病史、潔

口腔醫學部牙周病科醫師 歐恩智

牙習慣、缺牙原因、拔牙時間、是否有磨牙或顛顎關節相關問題等。植牙手術前應先教導病患正確潔牙方式，以及治療牙周相關問題，減少植牙日後發生併發症之風險。

人工植牙可能之風險

術後顏面腫脹、瘀青、疼痛、流血、感染、注射局部麻醉藥相關之不良反應、手術區鄰近牙術後鬆動、敏感、活性喪失、植體鬆動、嘴唇舌及顏面麻痺、過敏反應、骨折、鼻竇炎、異物吞入。預計植牙部位及個別病患條件不同，相關風險也會不同，術前應與手術醫師充分討論。

進行人工植牙治療前，醫師與病患應先討論治療計畫及進行詳細的評估。如有進一步相關問題，可至本院牙周病科門診進行評估與治療。

	人工植牙	活動假牙	固定假牙(牙橋)
費用	較高	相對較低	相對較低
治療時間	較長	相對較短	相對較短
手術風險	✓	×	×
修磨自然牙	×	✓ (相對少量)	✓

短牙弓的治療與應用

口腔醫學部醫師 謝嘉瑩



隨著牙科技術演進，假牙、植牙技術越趨成熟，缺牙患者的修復選擇也變得更加多元，即使因齲蝕、牙周病而造成多

顆牙齒缺失，也有機會恢復一定的美觀與功能。在此同時，牙醫師也必須重新面對一個爭論以久的問題；病患到底需要多少牙齒？乳牙僅有20顆，恆牙28至32顆。臨床上經常看到多顆牙齒缺失的病患，卻依然保有足夠的功能，牙科治療計畫也在「是否補滿」的是非題，漸漸轉變成「要補幾顆」的選擇題。

「短牙弓」(shortened dental arch)最早用來描述後牙因齲蝕、牙周破壞、智齒埋伏等原因拔除，因而縮短的牙弓。鑒於每顆牙齒型態不同，荷蘭學者Kyser以小白齒與小白齒對咬為一個咬合單位(occlusal unit)，因大白齒對咬面積約等於兩顆小白齒，算做兩個咬合單位，藉咀嚼紅蘿蔔評估咬合單位與咀嚼效能的關係，發現只要超過四個咬合單位，且兩側對稱，即可維持足夠功能，並認為可以成為短牙弓族群的另一個治療選項。接著就進一步了解此觀念在咬合穩定度、咀嚼功能及顫顎關節狀況。

咬合穩定度

咬合穩定度來說，Witter等學者對咬合單位大於二的短牙弓族群進行長期追蹤，發現不論在齒列、咬合、磨耗狀況、牙周支持組織等各面向與完整牙弓皆沒有顯著差異；但在長時間使用下，還是會有較多牙齒喪失。但無法證實，牙齒喪失來源是原先牙齒及周邊組織破壞較嚴重，或咬合單位喪失所造成。

咀嚼功能

Sarita等學者對坦桑尼亞大於20歲族群進行咀嚼狀況評估，則認為若要具備正常咀嚼功能，需5個以上咬合單位；對僅剩3到4個咬合單位的族群，可維持基本飲食，但咀嚼較硬的食物就會有困難；若咬合單位低於2，咀嚼功能會嚴重受損。

雖短牙弓族群咬合力與咀嚼效能與完整牙弓相比較低，並不會對食物選擇造成影響，依舊能維持正常營養攝取及身體狀況。

顫顎關節狀態

和完整牙弓相比，Witter等學者發現短牙弓族群，在顫顎關節的彈響、關節疼

痛、張口限制及下顎移動度上並沒有顯著差異；但在40歲以下族群，偶爾會有關節疼痛的情形。在Sarita等學者研究發現，後牙完全喪失的族群，不論是單側還是雙側喪失，即使咬合單位足夠，還是有較高機率出現顫顎關節相關症狀。

總結來說，在缺牙患者重建正常咀嚼功能，一直是我們努力的方向。對年齡較長、身體狀況較差、經濟情形不理想的族群，若能以短牙弓為治療方向，以重建至第二小白齒為目標，也能提供一個更簡單、快速，經濟而堪用的治療計畫，給這些族群患者一個新的選擇。



牙科恐懼與焦慮的克服及治療

口腔醫學部醫師 易婕安



雖然牙科治療技術不斷進步，仍有許多患者對牙科治療感到害怕。根據各國學者調查，高度牙科恐懼與焦慮在歐美地區盛行率約10-20%，在亞洲地區更高

達20-40%，尤其好發於年輕人、女性、教育程度較低者，以及具有負面牙科經驗者。牙科恐懼與焦慮會使病患迴避牙科治療，使得口腔健康較差，產生咀嚼、發音或美觀問題，甚至生活品質或社交生活也會受到影響。另外，這類患者通常只在嚴重腫、痛時前往就診，除增加治療困難度及就診時不適外，也會加劇對牙科的恐懼

與焦慮，形成惡性循環。

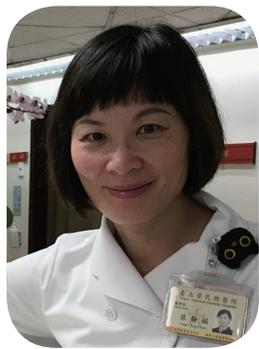
對這類患者，目前已發展出多種評估量表，可根據嚴重程度的不同，選擇適合的治療方式：成人牙科恐懼與焦慮的治療方法主要分兩大部分。第一部分為「行為控制」，多用於輕、中度牙科恐懼與焦慮病患，主要目的在於分散注意力、幫助放鬆及減輕壓力。臨床上常用的方法，包含播放音樂或影片、施放香氛、引導深呼吸或肌肉放鬆、依照治療侵犯性從低到高漸進式治療等；第二部分為「藥物控制」，多用於中、重度以上的牙科恐懼與焦慮，又細分為口服藥物、鎮靜麻醉及全身麻醉。鎮靜麻醉及全身麻醉是以靜脈注射藥物，兩者差別在於麻醉深度不同，皆需受過嚴謹訓練的醫護人員，全程監測病患的呼吸、心血管等系統性功能。此外，罹患

系統性疾病(如心血管疾病、糖尿病、高血壓、肝功能異常、腎功能異常)，以及特定情況(如懷孕、藥物過敏)病患，不論是使用口服或靜脈注射藥物，在接受治療前也須要經由牙醫師、內科醫師或麻醉科醫師詳加評估，以增加治療安全性。

在經適當治療，減緩牙科恐懼與焦慮程度後，可提高患者對牙科治療的接受度及參與度、促進口腔健康、改善患者生活品質，也可減少術後疼痛及疼痛引起的相關反應(如高血壓、心跳過速、腸蠕動減慢、胃酸分泌增加等)，減少全身性影響。因此，建議不要因對牙科的恐懼而逃避治療，讓牙醫師作進一步評估，選擇適合的治療方式，才不會影響到口腔及整體健康。

認識成人神經膠質瘤及照護

神經外科病房護理長 梁靜娟



惡性腦瘤 (brain tumor) 是指局部腦組織發生不正常的細胞分裂，影響其他正常腦組織，以致造成臨床身體症狀。腦部神經膠質瘤 (glioma) 是最主要的原發性腦瘤，且 81% 為惡性腫瘤。依病理學型態分四期：第一期與第二期為低惡性神經膠質細胞瘤、第三期與第四期為高度惡性神經膠質細胞瘤，其中含分化不良性星狀細胞瘤與多型性神經膠質母細胞瘤。第四期惡性腦瘤分化速度很快，為神經系統惡性程度最大之致命性疾病。

惡性腦瘤的症狀因病灶大小、位置及分布的型態而不同，腦水腫是影響身體各項功能最主要原因。頭痛、肢體無力、行為改變、人格改變、言語障礙、長期的情緒不穩、嗜睡、食慾減低、笨拙、步態不穩、生長遲緩或視力視野變化為最常見症狀。腫脹的腦組織壓迫到腦幹會出現暈眩、嘔吐、行動笨拙、步態不穩、臉部肌肉無力、吞嚥困難等，在晚期也會出現顱內壓升高症狀。以上臨床症狀的出現與腫瘤生長位置、惡性分化程度、其對周邊組織影響程度、病程惡化速度有著相當大的關係。認知功能改變與病人思考方式、人格及行事型態緊密相關；最重要的是病人獨立生活能力降低，嚴重影響生活品質。

外科手術移除惡性腦瘤，搭配化學治

療及放射線同步治療 CCRT (concomitant chemo-radio-therapy) 是目前的標準治療方式。腦部的腦血管屏障會阻止一般藥物分子進入大腦，因此需要特殊的化學標靶治療藥物治療；標靶治療是針對某些腫瘤細胞表現，與正常細胞不同之表面抗原或蛋白質所設計之治療藥物；目前 Avastin 與 Tarceva 這兩種就屬近年來新的標靶治療藥物。Avastin (Bevacizumab)，是一種對抗血管內皮細胞生長因子 (vascular endothelial growth factor, 簡稱 VEGF) 的單株抗體，能夠抑制腫瘤的血管新生，達到抑止腫瘤生長的目的；Avastin 目前已被核准使用於成人之高度神經膠質細胞瘤治療，對於控制腦水腫以維持病人生活品質有相當療效。

惡性腦瘤照護重點，必須注意病人因顱內高壓所產生的意識混亂或抽搐、肢體無力及感官功能的改變。因腦部病灶影響之人格改變、智力降低及溝通困難，家人及朋友必須能了解病人因功能缺損所造成的症狀，以接受及陪伴的態度，協助處理及適應生活中的不便之處。病人在接受手術及放射線治療病況恢復穩定後，還是可以正常活動、返回工作崗位。雖然疾病過程中，病人及家人將面臨病況時好時壞的起伏，生活品質多少受影響；真切的活在當下，能儘量完成自己想做的事情，將會在與疾病共存的生活歷程中，使生活充實並且充滿希望。面對惡性腦瘤最重要的態度，就是早期診斷並且配合治療，將能獲得最大生命的延續性。

臺北榮總樂活午茶營養講座

主 題：「遠離腦中風，護腦 Let's Go」
日 期：106年07月19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

【課程一】遠離腦中風 - 認識腦中風的成因與治療

神經內科主治醫師 林浚仁

【課程二】護腦 Let's Go - 護腦飲食聰明選

營養部營養師 董萃英

【下午茶】提供『護腦餐點』及食譜

營養部營養師 許薰云

洽詢電話：(02) 2875-7472 (敬請事先報名，額滿為止)

歡迎踴躍報名參加！



財團法人 惠眾醫療救濟基金會 105年11份捐款芳名錄

公益信託苗氏基金 600,000 元；財團法人純青社會福利基金會 300,000 元；王清江 200,000 元；祈富諾 130,000 元；財團法人全聯慶祥慈善事業基金會 100,000 元；劉雪妃、吳宗霖、高崇蔚、黃源和各 50,000 元；陳珠仙 30,000 元；洪瑋濃、陳學琳各 20,000 元；無名氏 12,000 元；合作金庫 11,638 元；文陳桓、台北內湖碧霞宮、朱彥潔、朱盈如、朱韻婷、江天龍、金淼、胡湘貞、陳建興各 10,000 元；無名氏 9,176 元；停車場 6,192 元；陳秀枝 5,000 元；吳金等 16 名、袁育銓陳秀枝等各 4,000 元；王黃月麗等 7 名 3,500 元；王玉雲、張俊欽各 3,000 元；施伊坪、陳阿月、陳連招、無名氏、黃素嫻、黃款、劉王素玉、鄭詩璇鄭羽桐鄭淳陽吳嘉莉等各 2,000 元；無名氏 1,500 元；黃振德 1,200 元；王大桶 1,080 元；方俊雄、江謝阿里、吳易薇吳易凡等、吳添福吳陳美雲等、李孔和、李欣憶、李惠齡高啟哲高筠絜高志聖等、周維朋、林育永、林孟璇、林啟忠洪寶瓊等、林通榮、邱慶宗、邱寶愛、郎明寬、徐雷、許貴雄、郭純美、陳俞傑、陳彥山、陳彥中、陳彥文、陳萱潔陳奕秀等、曾純瑛、無名氏、楊承翰、廖勇廖振祺廖林秀霞等、蔣家綺、謝睿炎、顏創喜各 1,000 元；謝雅宇 900 元；王煙中、張政彥各 800 元；無名氏、楊閔心各 700 元；王阿雄、王智偉、古蕙珠、李怡、周恬予、員工消費合作社、張素姬、許憲煌、陳郁潔、黃素盈、楊博翔、蔡霽柔各 600 元；王木欣洪清香等、成廷焄、朱迪、何金蒿、吳玉梅、李明亮、邱宜濤、莊天財、莊素珍、許吳金玉、許清愈、連宏昌、郭日昇、陳玉美 + 女兒、陳麒文、無名氏、黃湘喻、楊敏、蕭家興、賴信惠、簡序和各 500 元；王小姐、李欣美、鄭韋、鍾佩玲、鍾明鎔、鍾昱璟、羅旭豐各 400 元；溫瑞鵬 350 元；牛昱潼、朱孝篤、林郁芹、林榮鏞、徐好山、高世杰、康興邦、張子亞吳秀美張庭禎等、莊玉珠莊禮福等、許運枝、陳怡蓉、陳怡璇、陳怡靜、陳林珠、陳奕如、陳美蓮、曾昭娣、黃瑞寶、塗貴美、楊程凱、劉家倫、歐閔修、鄭淑娟各 300 元；楊秋雲 250 元；王天海、吳陳水雲、林家瑜、林瓊櫻、唐先見、唐先媛、唐亞岐、唐啟國、翁富仁、張婕、張靜莉、陳許冬菜、楊照英、劉桂蘭、鄭品妍、鄭雅惠、蕭世光各 200 元；周馥蘭、廖慧穎各 100 元；臺北榮民總醫院員工愛心百元捐款 55,600 元，捐款總計 1,892,386 元。

SNQ 國家品質標章認證 榮譽榜

外科部一般外科-胰臟移植



臺北榮民總醫院於 2001 年通過衛生署胰臟器官異體移植人體試驗許可後，在一般外科主任石宜銘教授與器官移植小組的努力下，成為「臺灣第一個通過胰臟移植人體試驗計畫的醫學中心」。且於 2007 年 8 月 31 日成為「第一個獲得衛生署認可具有資格進行胰臟移植、屍體胰臟摘取手術的醫院及醫師」。

臺北榮民總醫院自 2003 年 9 月 19 日起至 2017 年 2 月 5 日止，已成功完成 134 例的人體異體胰臟移植。

胰臟移植在器官移植領域中屬於較困難且複雜的手術，在臺灣甚至亞洲皆屬於罕見醫療技術，臺北榮民總醫院是亞洲少數有能力執行此手術的醫學中心。本院胰臟移植在質與量方面一直領先，本院胰臟移植量佔臺灣胰臟移植總數的 89.4% (126/141)，為臺灣胰臟移植數量最多之醫學中心。

神經醫學中心-「小腦萎縮症」的診療與研究



▲ 神經醫學中心周邊神經科主任宋秉文教授(左)

臺北榮民總醫院於 1995 年開始進行一系列有規模的「小腦萎縮症」的診療與研究，在神經醫學中心周邊神經科主任宋秉文教授、李宜中教授、廖翊筑副教授與本院放射科凌憬峰主任、核醫科劉仁賢主任、護理部、營養部、社工室與陽明大學同仁的努力下，成為臺灣診療 75-80% 小腦萎縮症案例的醫學中心。

透過一條龍式的服務，本團隊為病患提供世界第一流的臨床照顧、基因診斷、遺傳諮詢，對於診斷困難的家族，更提供標的基因診斷、全外顯子定序、全基因體定序等高端的加值診斷研究；歷年來在團隊成員共同無私的努力之下，我們發現了新的致病基因，建立了新的轉殖基因模式動物，創新發現基因治療的途徑，更完成世界第一的異體脂肪間葉幹細胞第一期人體臨床試驗，證明異體脂肪間葉幹細胞輸注是安全的。

藥學部-用藥資訊

臺北榮總藥學部致力於提供即時且便利的藥品資訊，包括在醫師處方系統、護理條碼輔助給藥安全查核系統、藥師條碼輔助調劑複核及發藥系統中同步連結處方集，提供多元化的查詢管道服務。推出 App 版超級功能處方集，提供 Android 版及 iOS 版供院內醫師、藥師、護理人員下載使用，其主要功能包括「搜尋、藥品分類、化療組套、缺藥替代、外觀查詢、臨床計算機、藥訊等」共計 19 項，未來仍秉持本部核心價值，繼續努力提供本院臨床醫療人員更便利、即時用藥資訊。



▲ 藥學部調劑科主任 王斯郁(左)

資訊室-跨領域醫療團隊協同作業系統

2009 年起臺北榮民總醫院資訊室，與腫瘤醫學部蕭正英醫師進行癌症資料庫與癌症資訊系統平臺之建立，並在 2016 年以無縫接軌癌症多專科團隊臨床診療整合資訊平臺、2017 年跨領域醫療團隊專家會議系統獲得國家級品質標章 (SNQ)。

本平臺內建專家邏輯以輔助數據輸入與臨床決策，配合同儕審查機制，以確保臨床與轉譯研究所需各項參數與成效終點的完整與正確性，提昇癌症研究能量；並藉由自動化監測診療品質核心指標，及時協助多專科醫療團隊自我監控診療品質，並作為癌症委員會及醫院管理階層評估與決策的依據。



▲ 資訊室主任 李中原(左)

賀！施養性主任 榮獲106年 退輔會模範公務人員



本院神經醫學中心，為國內神經內外科學界重鎮，尤其在頭痛、失智、癲癇、腦瘤、腦血管病變、兒童神經外科、功能性神經外科等領域，執亞太地區神經學界之牛耳。

施主任所主持的癲癇手術治療團隊，迄今手術已超過 1000 例，數量全國第一。104 年榮獲 SNQ 國家品質標章【銀牌獎】，105 年榮獲 SNQ 國家品質標章【銅牌獎】，另有多項癲癇手術治療領域，榮獲 SNQ 國家品質標章認證。

兒童醫學部 國小學童體重管理門診 暑假招募中

50% 體重過重的兒童長大後會變成肥胖的成人，造成許多慢性疾病。兒童減重和成人不同，必須兼顧生長發育，需要專業的兒科醫師團隊進行綜合評估，結合營養師及復健治療師，指導其建立健康的生活型態與行為模式，達到減重的目的。同時針對特殊的個案建議服藥及手術治療，安全有效的改善學童肥胖問題。

我國兒童體重過重的定義		
年齡	男生 BMI ≥	女生 BMI ≥
7	18.6	18.0
8	19.3	18.8
9	19.7	19.3
10	20.3	20.1
11	21	20.9
12	21.5	21.6

時間：星期二下午 13:30 - 17:00

「學童減重護心」門診

地點：臺北榮總湖畔門診

諮詢/聯絡人：田怡清護理師

聯絡電話：0938590680

負責醫師：陸振翹醫師