



中國醫藥大學附設醫院 醫療體系
CHINA MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL SYSTEM

宗旨 促進人類健康基本人權

價值 以病人為尊、以員工為重、以醫院為榮

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

願景 成為世界一流的、中、西醫學中心

目標 建立全人、優質、安全之醫療環境

成為急難重症及癌症醫學中心
強化管理、建立中國醫療體系
發展全人醫學教育，培養全員學習能力
結合大學資源，致力本土化及優質化研究
發展國際醫療服務，提昇國際醫療地位



■中國醫藥大學附設醫院



■中國醫藥大學



■北港附設醫院



■地利門診部



■中國醫藥大學兒童醫院



■虎尾農會附設中西聯合門診



■豐原分院



■臺灣臺中監獄附設培德醫院



■豐原醫務室



■臺南市立安南醫院



■臺中東區分院



■草屯分院



■臺北分院



■中科員工診所

中國醫訊 158

蔡長海題

看醫療之廣 · 取健康之鑰 · 品生命之美

健康 · 關懷 · 創新 · 卓越 | 2016 9月

中國醫藥大學超強

一舉躍進上海交大「世界大學學術排名」前**200**大

全臺第**2** 私校第**1**

胸懷隱憂

不可小覷的肺炎
認識氣管造口術
敗血症切莫延遲治療
肺結節與肺癌的愛恨情愁
控制氣喘可別只是自我感覺良好
罕見的慢性血栓栓塞性肺動脈高壓
慢性阻塞性肺病APP掌握病情最及時
尚好喘病友應援會陪著病友往前走
給末期病人善終的權利

中國醫訊 第一五八期

September 2016

中國醫療體系月刊

發行人 蔡長海
社長 周德陽
副社長 林瑞俊 吳錫金
顧問 許重義 陳明豐
總編輯 沈茂忠
副總編輯 方信元 李文源 孫茂峰
楊麗慧
主編 陳子倫
編輯委員 田 露 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 蔡吉璋 蔡敦仁
劉孟麗 劉淨儀
美術編輯 盧秀禎
美術設計/印刷 昱盛印刷事業有限公司
創刊日期 民國92年8月1日
出刊日期 民國105年9月1日
發行所 中國醫藥大學附設醫院
地址 404 台中市北區育德路2號
電話 04-22052121轉4923
網址 <http://cmuh.tw>
投稿/讀者意見信箱 a4887@mail.cmuh.org.tw

cmuh.tw



編輯檯

《中國醫訊》發行了13年，若以每期推出10篇醫藥類文章計算，累積迄今已將近1600篇，主題涵蓋各專科領域，有衛教，有新知，唯一目的就是幫助讀者們以正確的態度維護健康與面對疾病。

這一期是由內科部胸腔暨重症系擔綱，感謝涂智彥主任的規劃，醫師們撰寫的文章極具可讀性，在曾有相同境遇的病患或家屬看來，應是心有戚戚焉。

例如陳鴻仁醫師的「胸痛，肺結節與肺癌的愛恨情仇」，沈宜成醫師的「別堅持上死亡套餐，給末期病人善終的權利」，陳章成醫師的「認識氣管造口術」、吳秉儒醫師的「不可小覷的肺炎」、陳家弘醫師的「控制氣喘，可別只是自我感覺良好」、陳致宇醫師的「敗血症會奪命，切莫延遲治療」等，原本嚴肅沈重的主題，透過病例解說，格外令人感同身受，從而也提高了衛教效益。

書到用時方恨少，與我們生活息息相關的醫學常識，尤為不可或缺，最起碼在有問題發生時，多參考相關資訊，多請教專業意見，更能引導你度過徬徨的黑暗期。

鑑於任何疾病都是預防勝於治療，我們整理了國民健康署發布的兩則新聞在醫訊發表，一是減少吃糖，二是勤量腰圍，期盼大家一起朝此目標努力。

十年修得同船渡，醫事人員流動率高，能在同一家醫院共事直到退休是相當不容易的。中國醫藥大學附設醫院成立36年來，共有197人退休，其中85人最近應邀參加了「回娘家」活動，與有著共同回憶的老同事們齊聚一堂，美好自不待言。醫訊對此做了詳細報導，這是中國附醫不斷向前發展中的另一溫馨片羽。

正顎手術、人工植牙 讓您展開自信的笑顏

本院治療特色：

- 3D列印輔助
- 使用超音波骨刀
- 手術精準、失血量少
- 住院時間短、恢復快速

正顎手術適應症：

- 骨性咬合不正(戽斗、暴牙、笑靨、下顎後縮...)
- 顏面歪斜、國字臉
- 阻塞性睡眠呼吸中止症

案例1 下顎發育不足



治療前：
下顎發育不足合併
睡眠呼吸中止症



治療後：
術後臉部輪廓及呼吸
道容積同步顯著改善

案例2 因意外造成多顆牙齒缺失



治療前

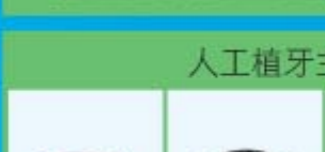
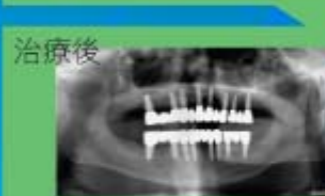


治療6年後

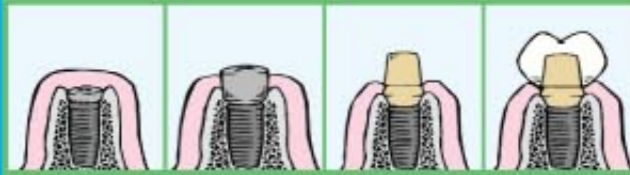
案例3 全瓷冠提供更自然和美麗的笑容



案例4 因為嚴重蛀牙和牙周病造成牙齒周圍骨頭嚴重喪失，牙齒無法保留



人工植牙主要4部曲



歡迎洽詢復健醫療大樓5樓 牙醫部 口腔顎面外科
預約專線04-22052121轉2580



輝耀中國

- 03 中國醫藥大學超強
一舉躍進上海交大「世界大學學術排名」
前200大

文／編輯部

- 04 十年磨一劍
回溯中國醫藥大學不斷攀越高峰的歷史

文／陳于媯

醫療之窗：胸懷隱憂

- 06 胸痛 肺結節與肺癌的愛恨情愁

文·圖／陳鴻仁

- 10 不可小覷的肺炎

文·圖／吳秉儒

- 12 無故喘又咳？

原來是慢性血栓栓塞性肺動脈高壓作祟

文／廖偉志

- 14 認識氣管造口術

文·圖／陳韋成

- 17 慢性阻塞性肺病APP 掌握病情最及時

文·圖／陳家弘

- 20 控制氣喘 可別只是自我感覺良好

文／陳家弘

- 22 尚好喘病友應援會 陪著病友往前走

文·圖／陳家弘

- 24 敗血症會奪命 切莫延遲治療

文／陳致宇

- 27 別堅持上死亡套餐
給末期病人善終的權利

文／沈宜成

中醫天地

- 30 體質巧調理 慢性咳嗽好得快

文／鍾岳軒

亮點特搜

- 33 我們是一起推動歷史的人
喜迎中國附醫退休人員回娘家

文／陳于媯

陽光筆記

- 36 南投內湖國小生活育樂營 志工義煮趣

文·圖／秦嗣宏



人物春秋

- 39 天使醫師的夢想從來不是當醫師！
口述／陳安琪·撰文／郭婉吟

體系風雲

- 41 中醫兒童優質門診治療區
孩子們的專屬天地
文／中國醫藥大學附設醫院
- 42 北港附醫8科聯手搶救
車禍重傷男子順利出院
文／北港附設醫院

飲食養生

- 43 以茶代水，不行嗎？
文／侯雅苓
- 46 維生素D加持 明天「肺」更好
文／吳素珍

藥物園地

- 48 戒菸也要有幫手 輔助藥物拉一把
文／謝婉怡

新聞集錦

- 50 近視造成弱視 誤以為閱讀困難
文／編輯部
- 51 針灸搭配西醫治療
為中風患者解僵除痛
文／編輯部
- 52 腋下溼答答 微波止汗終結煩惱
文／編輯部

衛福情報

- 53 不當大「腹」翁 攔腰一抱好輕鬆
文／編輯部
- 55 嗜甜易招病 看清飲食中的糖陷阱
文／編輯部



世界大學學術排名出爐

中國醫藥大學超強

一舉躍進上海交大「世界大學學術排名」前200大

文/中國醫訊 編輯部

上海交通大學8月15日公布「2016世界大學學術排名」，中國醫藥大學火力全開，一口氣進步164名，全球排行199名，高居全臺第2，私校第1，成功挺進世界大學200大，提前達成蔡長海董事長設定的目標。全校師生與體系醫院同感振奮，校友聞訊也與有榮焉。

中國醫藥大學在臺排名，僅次於臺大

上海交通大學「2016世界大學學術排名」，在全球領先的500所研究型大學中，臺灣共有7所大學上榜。臺灣大學第163名，全臺第1；中國醫藥大學去年是363名，今年199名，在臺排名僅次於臺大，是全臺進步最多的大學。

中國醫藥大學暨醫療體系蔡長海董事長感謝全校師生與醫院同仁的努力，期許大家再接再厲，繼續朝國際一流大學的目標努力。蔡董事長日前也在校務諮詢會議中宣布「2021中國醫大射月專案」，預計投入大筆資金網羅人才，在水滄新校區打造世界級最先進的生醫研究團隊與健康照護體系，擴展生醫事業，為社會與國人健康做出更好的貢獻。

「30億元百師」計畫，教學與研究並重

「這是得來不易的榮譽！」中國醫藥大學李文華校長說，中國醫藥大學為造福人群，近年來致力於癌症腫瘤醫學、中醫暨針灸、中草藥、免疫醫學、腦神經疾病、整合幹細胞等6大特色研究；董事會更推動「30億元百師」計畫，決定延攬100位國內外一流的

醫學人才，現已增聘美國辛辛那提大學腫瘤權威王紹椿等9位知名教授，充實師資陣容，並積極針對年輕學生及教授進行「菁英人才培養」。在國際化方面，持續與美國德州大學安德森癌症中心合作，以及與加州大學系統的舊金山、聖地牙哥、爾灣等分校與杜蘭大學等校學術交流合作，期使國際學術地位再攀高峰。

中國醫藥大學蔡輔仁副校長說，中國醫藥大學從2012年即不斷引進優秀教師，提升教學能量，新血輪的加入，使研究新風氣在校園中擴散，有效引領學生向上，成為臺灣培育醫療相關人才的學術重鎮。

蔡長海董事長亦為中國醫藥大學兄弟校亞洲大學的創辦人暨董事長，他表示，亞洲大學雖僅創校15年，但成長迅速，已在英國泰晤士報高等教育專刊評選的全球800所最佳大學中排名第670名，現在又有醫學暨健康學院，亞洲大學附屬醫院也開始營運，期望亞洲大學能在5年內進入全球500大，使「中亞聯大」的發展更加恢宏。

上海交通大學「2016世界大學學術排名」

國際排名	臺灣排名	學校
163	1	臺灣大學
199	2	中國醫藥大學
362	3	清華大學
384	4	長庚大學
456	5	成功大學
458	6	高雄醫學大學
473	7	交通大學



中國醫藥大學去年舉辦「3百大共識營」，宣誓要挺進上海交大世界學術排名前300大，如今直接躍進200大，表現卓越！（攝影/游家鈞）

十年磨一劍 回溯中國醫藥大學 不斷攀越高峰的歷史

文／陳于嬌

中國醫藥大學在上海交通大學最新公布的「2016世界大學學術排名」，大幅躍升為第199名，排名之高，在臺灣僅次於臺大。得知此一喜訊，搜尋《中國醫訊》曾刊登的相關報導後，「十年磨一劍」5字赫然湧上心頭。中國醫藥大學暨醫療體系大家長蔡長海董事長的高瞻遠矚，以及校院的執行力，再一次得到印證。白紙黑字，歷歷在目，節略如下：

2006年11月，中國醫藥大學附設醫院院慶

蔡董事長：上海交通大學今年列出世界排名前500所的大學，名單裡沒有中國醫藥大學，但是與其空自嗟歎，不如急起直追。學

校要躋身500大，必須具備良好的研發能力，採校院合作模式，齊頭並進，強化臨床教學水準，並致力基礎研究。我相信事在人為，只要董事會、學校和醫院充分配合，中國醫藥大學在7年內必能躋身世界排名前500所大學之林。

2007年11月，中國醫藥大學附設醫院院慶

蔡董事長：為了把學校推進世界前500大，並將醫院推向世界一流的中西醫學中心，扮演推手的我們儘管壓力沈重，但投資教學研究和醫療依舊毫不手軟。大家或許會問，這就是我們的終極理想嗎？不是的！我們揚帆出航才到中途，眼前雖然平靜，但接

下來的行程會捲起千堆浪，必須把穩舵，看清方向，才能找到渴望中的桃花源。我做事一向低調，但是長久以來，我要做的一定就會做到，因為我相信自己的夢想，清楚自己的目標，而且絕不坐著空等。

2008年6月，中國醫藥大學50週年院慶

蔡董事長在感恩餐會中許下三願，其中一願是學校再過5年便能成為世界前500所頂尖大學之一。

2008年9月，校院「登峰500實踐營」

蔡董事長再度重申中國醫藥大學在3-5年內進入世界500大的心願，並提出「雁行理論」，勉勵大家群策群力完成任務，同時必須學習老鷹，拒當鴨子，因為老鷹眼光寬廣，行動果決，隨時隨地在尋找目標，發現獵物就主動出擊，而鴨子等人餵食，喜歡空談，整天只會嘎嘎叫。

2012年，首度進入500大

中國醫藥大學首度進入上海交通大學「世界大學學術排名」前500大，排名第453名。

2013年，再度進入500大

中國醫藥大學在上海交通大學的「世界大學學術排名」，第446名。

2014年2月，中國醫藥大學校長交接

第17任校長交接，為推動學校發展鞠躬盡瘁的黃榮村校長卸任，中央研究院李文華

院士接任校長。蔡董事長在交接典禮上期許中國醫藥大學在3年內進入世界大學排名前300大。李文華校長當場表示責任重大，會頂著鋼盔往前衝。

2015年，進入400大

中國醫藥大學在上海交通大學的「世界大學學術排名」，第363名。

蔡董事長在「300大共識營」中公布了校院新的發展目標。他希望中國醫藥大學明年在上海交大的「世界大學學術排名」，從363名進入350大；2019年進入300大；2022年進入250大。發展需要經費，他說：「你們只管去拚，要什麼子彈，我來提供！」但他也強調「我有這種魄力，你們也要顯現出你們的能力。」

2016年，進入200大

中國醫藥大學在上海交通大學的「世界大學學術排名」，第199名！

有歷史軌跡為證，從蔡董事長於2006年公開宣示中國醫藥大學要進入上海交大「世界大學學術排名」前500大的願景並著手推動迄今，剛好10年。並且，中國醫藥大學不僅按他預定的時程進入500大，現在更超前達標，今年就直接躍進200大，比去年預定的「2022年進入250大」，早了6年。

十年磨一劍，有志者事竟成。誠不虛言！🙏

胸痛

肺結節與肺癌的愛恨情愁

文·圖／胸腔暨重症系 主治醫師 陳鴻仁

幾乎每一次門診都會看到因為胸痛而就醫的病患，他們常常懷疑自己是罹患了肺癌才會胸痛。當我告知從胸腔X光片看不到任何不正常的陰影，他們總是半信半疑，有的甚至會出言挑釁，經典對話如下：

病患：「我的胸痛斷斷續續有半年了，請問醫師，究竟是什麼原因？」

醫師：「這種和姿勢相關的牽引刺痛感，最可能是肌肉神經引起的。」

病患：「真的嗎？你要不要再確定一下？我沒撞到哦！只是整天坐辦公室批公文會神經受傷？我不相信。會不會是肺腺癌啊？」

醫師：「不可能！肺泡沒有痛覺神經，所以早期的肺癌沒有任何症狀。你的胸痛幾乎不可能是肺癌引起的！」

病患：「我的同事只是背痛了3個月，醫師要他接受骨刺手術，他不願意。問了第二意見，才知道根本是末期肺腺癌在作怪。但是說也奇怪，不是都照了X光片了嗎？為什麼沒有發現？」

醫師：「我們的胸廓因為存在有骨頭、心臟，血管等視覺死角，小於2公分的肺

癌，確實很難從胸腔X光片早期偵查出來。然而，當肺癌出現了喘促、慢性咳嗽、體重減輕以及轉移疼痛等癥候時，通常是末期了！」

病患：「那我是不是需要做進一步的精密檢查？」

醫師：「但是神經痛通常檢查不出所以然來。」

病患：「醫師你不是說早期的肺癌，胸腔X光照不出來嗎？」

醫師：「你如果這麼擔心，我建議你接受自費的『低劑量電腦斷層掃描』來進行肺癌篩檢。」

病患：「我都胸痛不舒服了，也繳了健保費，為什麼要自費檢查？」

醫師：「但是你擔心的問題和你的症狀根本是兩回事啊！」

病患：「你能保證我的肺部沒有任何病症嗎？」

……

接下來的對話就是鬼打牆，不斷的重覆。之後，不歡而散。

早期肺癌靜悄悄，不會造成胸痛

要強調的是，胸痛不是早期肺癌的徵兆，因為肺癌常起始於沒有痛覺神經的周邊肺泡，所以早期肺癌總是無聲無息的來臨。早期肺癌也很難從胸腔X光片偵查出來，那肺癌究竟該如何篩檢呢？

實證醫學顯示，胸腔X光、腫瘤指數以及痰液檢查，對於篩檢早期肺癌沒有任何助益，唯有「低劑量電腦斷層掃描」對於高危險族群的早期肺癌偵測具有明確效益。依據研究，此項檢查利器約可減少重度吸菸者20%的肺癌死亡率（圖1）。那麼，沒抽菸卻有肺腺癌家族史的人，是否該列為高危險族群呢？按臨床上的觀察，的確有此必要。因此，臺灣肺癌學會結合衛生福利部補助發展計畫於全國各大醫學中心，正進行相關的研究案，相信在不久的將來，會為此議題提供有力的證據。

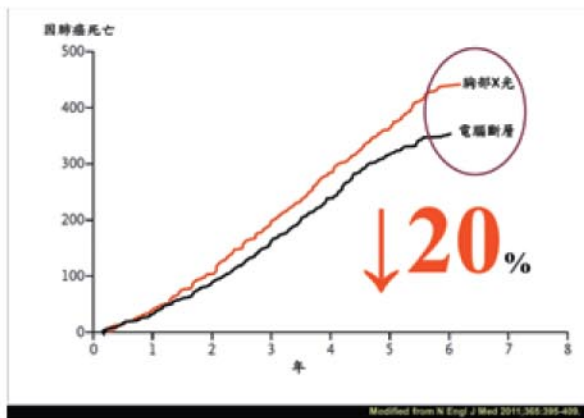


圖1：低劑量電腦斷層掃描相較於胸腔X光檢查，可減少重度吸菸者20%的肺癌死亡率。

以4姊妹為鏡，有家族史的要小心

林家4姊妹，都沒有抽菸喝酒等不良嗜好。老大數年前因肺癌過世，老四今年7月開始咳嗽，9月仍未改善，經由切片及影像檢

查確診為第4期肺腺癌，進而接受標靶藥物控制。因為有著強烈的肺腺癌家族史，老二雖然沒有症狀，仍然接受檢查。檢查結果為：胸腔X光正常，然而電腦斷層卻於右上肺發現一處約10毫米的結節（圖2）。老二六神無主，抽血檢查的結果顯示腫瘤指數並無異常，求神問卜，神明指示也為「良性」……

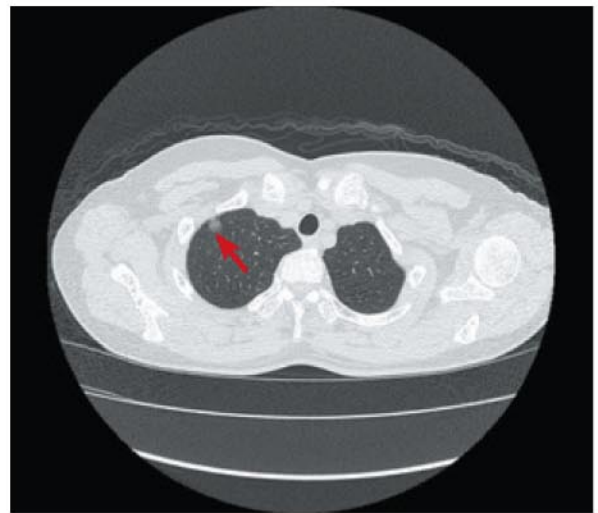


圖2：右上肺結節（箭頭指示），證實為極初期的肺腺癌。

肺癌可區分為「小細胞肺癌」及「非小細胞肺癌」兩大類。「非小細胞肺癌」又簡單分為「大細胞肺癌」、「鱗狀上皮癌」和「肺腺癌」。大細胞肺癌發生的比率很低。鱗狀上皮癌則與抽菸有顯著的因果關係。而肺腺癌之所以格外受到重視，是因為肺腺癌的發生率近年來急遽上升，但是多數罹患肺腺癌的女性並沒有抽菸。那麼肺腺癌的危險因子究竟是什麼呢？空氣污染物質細懸浮微粒（PM2.5）被高度懷疑。炒菜的油煙呢？食用油加熱到攝氏250度就會產生致癌物，所以讓廚房通風良好，以及安裝一台性能卓越的抽油煙機，應是送給樂於下廚者的最佳禮物。另外，家族基因應該也是脫不了關係。

雖然小於1公分的肺結節，常常無法在手術前就確認良性或惡性，我還是建議林家老二接受摘除手術，避免夜長夢多。一來姊妹們的血淚教訓殷鑑不遠，二來胸腔鏡的手術傷口很小，術後1星期內就可以痊癒出院。至於腫瘤指數，應是治療有效與否的參考依據，拿來篩檢並不恰當。最後在老四的強力遊說下，老二進了手術房，1週後病理報告出爐，果真是極初期的肺腺癌。

出院後，她送了1杯咖啡到我的診間。我借花獻佛，轉送給當天恰好也就診的林家老四，請她無論如何要加油，繼續勇敢面對癌症的挑戰。

肺癌並非黑又醜，本尊是個小肉片

王老太太就診是因為嚴重咳嗽伴隨夜間有喘鳴聲，在服用了3天類固醇治療急性氣喘後，咳嗽約好了9成。然而，王老太太卻悶悶不樂，經常有意無意的交待後事，即使不再夜咳喘促，卻輾轉難眠，儼然是重度憂鬱症患者。

1週後，她兒子先至診間偷偷詢問：「我媽媽的憂鬱會不會是藥物副作用呢？」我探查了電腦紀錄，解釋這種藥物劑量不可能出現這些併發症的。王老太太隨後進來，起初一語不發，在門診護理師的連哄帶騙下，才指著螢幕上的X光片說：「我肺裡的腫瘤都比柳丁大了（圖3），為什麼要騙我只是嘎龜而已？」



圖3：胸腔X光片無異常陰影。箭頭指示處為胃裡的空氣。

王老太太指的那一顆黑黑大大的「腫瘤」，其實只是胃裡的空氣而已。這正是我們的直覺及成見：癌症是絕症，一定長得又大又黑又醜。殊不知切下來的肺癌就像尋常的小肉片，它只不過是因為細胞生長失去了控制，才被稱之為「癌」；因為不受控制，癌細胞才會入侵相鄰組織，或轉移到肝臟、骨頭以及腦等器官。而在X光片裡，肺癌不大也不黑，常常是一團小小的「白色」影像（圖4）。

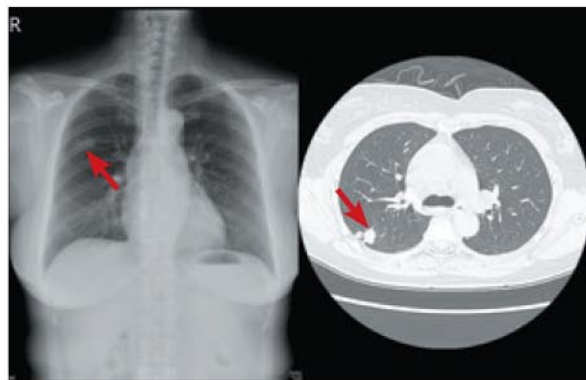


圖4：右上肺隱藏在肋骨下的白色結節（箭頭指示），為肺腺癌所造成。

必要時應自費篩檢，耐心配合追蹤

聞癌色變，像王老太太這樣，自己嚇自己的不在少數。「低劑量電腦斷層掃描」的好處如前所述，它能探查早期肺癌，我在門診也常建議高危險族群（如：重度抽菸者、有肺腺癌家族史、廚師……），即使胸腔X光片正常，也有必要接受自費篩檢。然而花錢就安心了嗎？事實上並非如此。舉個例子，用「白玉無瑕」來形容電影「羅馬假期」中的奧黛麗赫本應不為過吧！然而，拿放大鏡檢視這可愛小公主的臉頰，難道沒有任何粉刺凹洞？

電腦斷層的壞處就在於這個「放大鏡」把肺部看得「太清楚」了，因為太清楚，所以我們看到的「電腦斷層肺癌篩檢」報告總是這樣：右上肺1個4毫米結節，右中葉也來1個，左下肺再來個毛玻璃樣病變……。這些如螞蟻大小的結節，究竟是肺癌「小時候」？還是肺結核感染（圖5）？或只是之前發炎留下來的痕跡而已？因為無從判定，只好詢問第二，第三，第四意見。醫師們的判斷結果不一，最後可能以手術來確認，有時就白挨一刀了；或用影像檢查來反覆追蹤這些小結節，卻也留下輻射累積的壞處。有病患告訴我，本來是花錢買安心，結果領了厚厚一本健檢報告，變成要吃安眠藥才能睡覺。

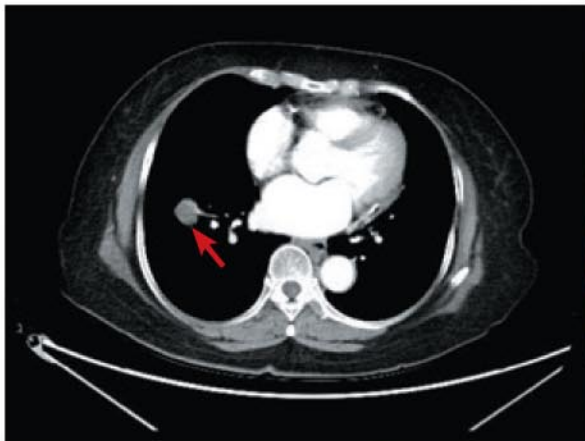


圖5：右下肺結節（箭頭指示），切片證實為肺結核。

所以，影像檢查可為我們揪出所有可能的微小病灶，這是之前的診斷技術所辦不到的。但是在良性肺結節及惡性腫瘤之間，的確還有著「剪不斷，理還亂」的模糊地帶，必須仰賴醫師豐富的臨床經驗和患者的耐心配合追蹤，才能理出一個清晰的輪廓。

抽血可以找出肺癌嗎？此路迢遙！

病患：「科技這麼進步，難道無法藉由抽血來探查體內有沒有癌症在發生？」

醫師：「分子生物學已經進步到抽取周邊血液即可知道體內有無某一特定的作怪基因，然而造成癌症的機轉實在太過複雜，想光靠抽血就篩檢出所有的癌症，還有一大段路要走。」



不可小覷的肺炎

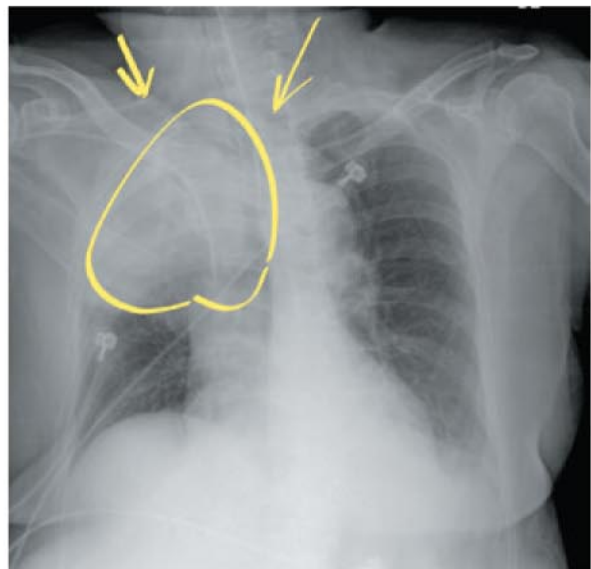
文·圖／胸腔暨重症系 主治醫師 吳秉儒

加護病房的會客時間。「醫師，醫師，我媽媽得了什麼病？」一個中年女子向正在查房的陳醫師追問著，陳醫師看了一下病人資料，不疾不徐地說：「妳母親罹患肺炎，我們團隊正盡力救治，未來幾天是關鍵期，如果有什麼變化，會隨時與妳討論。」女子接著問：「肺炎，那是第幾期，不是感冒而已嗎？怎麼會這樣？她還有救嗎？」陳醫師把女子帶到電腦前，把她媽媽的X光片點了出來，沈穩地說：「賴小姐，請先別緊張，妳母親所罹患的右上肺葉肺炎與肺癌不同，與一般感冒也不同，如果及時接受適當的治療，是有機會好起來的。我來幫妳釐清一些關於肺炎的誤解…」

肺炎高居國人十大死因第4位

正常肺部的功能是交換氧氣提供人體所需，並排出細胞代謝所產生的二氧化碳。肺炎是指肺實質發炎，造成上述功能的暫時性損傷而產生症狀，嚴重者可能引起各種程度的失能而影響日常生活。引發肺炎的原因，有些是感染、有些則是非感染的發炎。若是感染造成，病原菌大多是呼吸道或環境中的病毒、細菌或黴菌等等。

When You Can't Breathe Nothing Else Matters



吳女士胸部X光，圖左上標示處為肺炎病兆，位於右上肺。

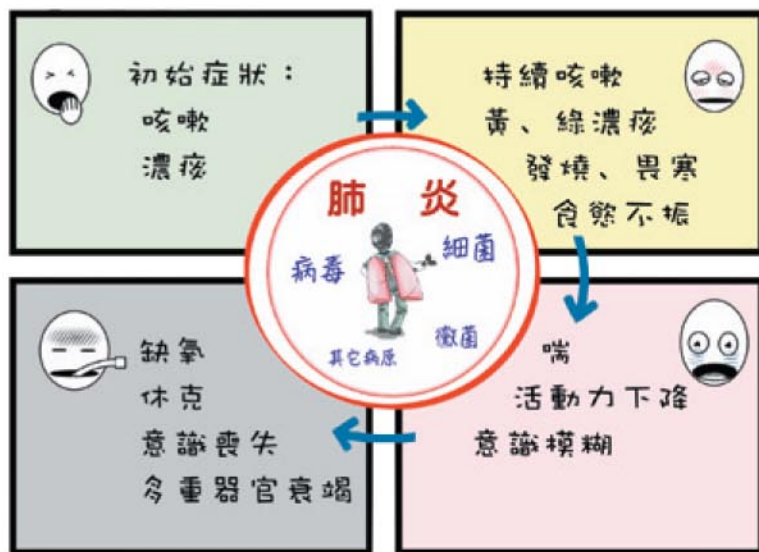


當今醫學雖然發達，肺炎仍在世界各地造成人類健康以及經濟上巨大的衝擊。在臺灣，衛生福利部的統計資料顯示，肺炎高居國人十大死因的第4位，每年造成近萬人死亡與數十萬個家庭的憂慮，以及龐大的健保醫療支出。

肺炎的症狀演變

肺炎的症狀，起初是咳嗽，隨著疾病進展，開始伴有濃痰、發燒、畏寒、痰液變黃變綠等現象，進而影響食慾，活動時會喘，活動力也因而下降。若沒有及時診斷並給予適當的治療，情況將繼續惡化，常會導致呼吸困難、意識改變、器官衰竭，甚至休克。

因此萬一有了上述症狀，應儘快就醫。醫師經由問診與身體理學檢查，若懷疑罹患了肺炎，一般會開立胸腔X光檢查、抽血檢查和細菌培養，以確立診斷，接著展開治療。



治療藥物以抗生素為主

臨床醫師還會依病人的發病時間及過去數個月內就醫的情形，給予肺炎初步的診斷區分，一般來說，可分為社區型肺炎、醫院型肺炎以及醫療照護相關肺炎。因為肺炎常見的致病菌不同，這樣的分類再加上病人的年紀、慢性疾病等危險因子，可以作為選用治療藥物的依據。

治療肺炎的藥物以廣效性抗生素為主，醫師會針對不同病原菌與其藥物感受性測試結果，為病人選用適當的抗生素，並佐以一些止咳、化痰、退燒、止痛等等的藥物，來緩解病人不舒服的症狀。大多數治療肺炎的抗生素療程約為5-10天之間，其餘治療藥物則視症狀持續與否而定。咳嗽通常是最晚消失的症狀，有時甚至會持續數月之久，這並不是肺炎沒有治好，病人無需太過緊張，若有疑慮，可與醫師討論。

肺炎治療的成功與否，關鍵除了抗生素的使用之外，患者自己的免疫功能也扮演了很重要的角色。尤其年長患者在治療過程中，除了配合醫囑用藥，也需要積極從事各種程度的復健活動。

醫師的叮嚀

肺炎是有高度機會治癒的疾病，不同程度肺炎的預後也不盡相同，部分患者痊癒後沒有留下任何後遺症，部分患者卻會因而造成肺功能永久性的損傷。

肺炎是相當常見的疾病，民眾需要了解肺炎的症狀，一旦自身或家人不幸罹患，才能及早警覺並接受適當治療，以縮短病程，減少後遺症。🌐



無故喘又咳？ 原來是慢性血栓栓塞性 肺動脈高壓作祟

文／胸腔暨重症系 主治醫師 廖偉志

60歲的吳先生，最近幾個月在運動時越來越喘，這幾天甚至連稍微爬個樓梯都覺得呼吸困難，此外除了偶爾乾咳，別無不適。他為此看過心臟科，心臟科醫師說沒有明顯心衰竭或冠狀動脈疾病；也看了胸腔科，胸腔科醫師說胸腔X光及肺功能檢查都無明顯異常。

但他實在喘得快要受不了，於是造訪另一位胸腔科醫師，醫師經過抽絲剝繭的一系列檢查，發現他罹患的是十分少見的慢性栓塞性肺動脈高壓疾病，但評估他的情況不適合開刀，所以為他申請以健保新藥治療。吳先生的症狀終於逐漸緩解，得到控制。

什麼是「慢性血栓栓塞性肺動脈高壓」？

慢性血栓栓塞性肺動脈高壓（chronic thromboembolism pulmonary hypertension，簡稱CTEPH）是一種急性肺栓塞的罕見併發症，可能導致失能並危及性命。歐洲登錄系統的資料顯示，其發生率大約是每年每百萬

人口有5人左右，臺灣目前並無自己的相關統計數據。

慢性血栓栓塞性肺動脈高壓的成因是肺動脈持續堵塞及漸進性血管重塑，但並非所有病人都有臨床明顯的肺栓塞病史，故診斷極為困難。病人隨著血管堵塞後的變化，肺動脈壓力會慢慢增加，呼吸困難的症狀也隨之惡化。

症狀：喘、漸進式呼吸困難

依據世界衛生組織（WHO）的定義，肺高壓可分為5大類：

1. 肺動脈高壓，包含了原發性肺動脈高壓
2. 左心臟疾病引起的肺動脈高壓
3. 肺臟疾病或慢性缺氧引起的肺動脈高壓
4. 慢性血栓栓塞性肺動脈高壓或其他肺血管阻塞相關肺高壓
5. 多重相關因子引起的肺高壓，如系統疾病、代謝疾病、血液疾病等。

不管是哪一類肺高壓，在臨床症狀上，病人都容易有喘及漸進式呼吸困難的表現，但無其他特異性明顯的症狀。若非有經驗的醫師安排特定檢查，診斷並不容易。



早期診斷的困難度極高

慢性血栓栓塞性肺動脈高壓在早期沒有特定的症狀和病徵，或是毫無症狀，一直到晚期才會出現右心衰竭，因此早期診斷相當困難。在醫學中心，從病人出現症狀到確定診斷的時間，約為14個月。

多年來，肺動脈高壓已發展出許多診斷方法並逐漸改進，醫界一致的建議是慢性血栓栓塞性肺動脈高壓應使用放射性核種通氣/灌注掃描（V/Q scan）來篩檢。雖然電腦斷層（CT）及磁共振造影（MRI）不斷進步，但V/Q掃描仍然是較適合篩檢慢性血栓栓塞疾病的檢驗方法。下一步則是以胸前心臟超音波作為篩檢肺動脈高壓的工具。如果兩項檢查都有問題，再做進一步檢查（包括右心導管或高階電腦斷層肺動脈攝影），以評估後續要選擇外科治療或內科治療。

手術及藥物治療的選擇

手術治療對慢性血栓栓塞性肺動脈高壓十分重要，一個有經驗的慢性血栓栓塞性肺動脈高壓團隊，若認定病人適合開刀，再由有經驗的外科醫師進行手術，病人將有機會獲得痊癒。

早期全球對此疾病不甚認識，故開刀死亡率不低，但隨著經驗增加，手術成功率已經提升。因為判斷手術可行性對慢性血栓栓塞性肺動脈高壓的治療是一大關鍵，故必須由經驗豐富的慢性血栓栓塞性肺動脈高壓團隊來執行。至於無法手術的慢性血栓栓塞性肺動脈高壓及手術後的殘留疾病，則建議使用藥物治療。針對這些適應症，已有臨床試驗證實藥物治療的療效顯著。

醫師的叮嚀

醫學界如今對慢性血栓栓塞性肺動脈高壓有了更進一步的認識，其盛行率、危險因子以及治療方式也逐漸明朗。除了手術的進步，更有令人興奮的研究結果發現藥物能有效控制此病。

雖然慢性血栓栓塞性肺動脈高壓的治療已不成問題，但在診斷上仍有進步的空間。疾病表現無特異性，加上醫師對此病欠缺足夠了解，是造成早期診斷困難的原因。醫病雙方都必須要有更高的警覺性，才能及早找出病痛根源並加以解決。🏥

認識氣管造口術

生命的長短不能決定，
但生活的品質值得努力

文·圖／胸腔暨重症系 主治醫師 陳韋成

46歲的阿雄原本身強體壯，年初卻因流行性感冒併發肺炎與呼吸衰竭而插管治療，和死神拔河兩週後，狀況漸趨穩定。但氣管內管放置一段時間後，喉頭的異物感加上口腔和舌頭潰爛，讓已清醒的阿雄難受極了，又因肺部損傷，每次呼吸訓練就喘得不行，以致短期內無法脫離呼吸器。在醫師的建議下，他接受了氣管造口術，拿掉氣管內管，口腔衛生獲得改善，異物感也解除。此外，氣切管長度減為氣管內管的1/3，呼吸訓練更加順利，使他得以脫離呼吸器。出院後換成可以講話的氣切管，再過3個月，氣切管拿掉，阿雄終於恢復了過去的生活。

70歲的阿公中風後意識不清，臥病在床。半年來，他因肺炎合併呼吸衰竭插管，進出加護病房3次，其中一次併發敗血症，在鬼門關走了一遭。阿公的痰量很多，加上意識不清、不會咳痰，這才反覆導致肺炎與呼吸衰竭。家人經過討論，同意讓阿公接受氣管造口術，之後很快就脫離呼吸器，順利返家休養。阿公現在只要平時能好好拍背抽痰

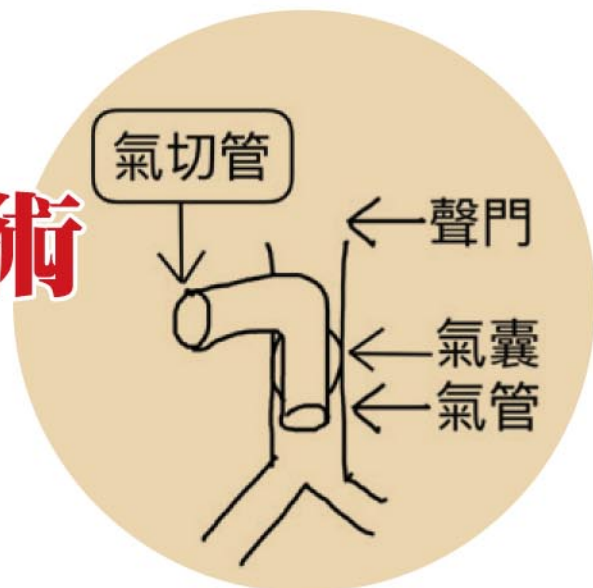


圖1：氣管造口術示意圖

就僅需門診追蹤，不再是急救區的常客了。

什麼是氣管造口術？

氣管造口術，又稱氣管切開術，俗稱氣切，也就是提供穩定的人工氣道來維持呼吸。早在西元前3000多年的埃及文物，就可見到關於氣切的描繪。16世紀的醫師為扁桃腺膿瘍阻塞呼吸道的病人做氣切，是第一個成功案例的紀錄。現代醫療的很多臨床情境需要氣管造口，長期仰賴呼吸器的病人做氣管造口者更不在少數。

氣管造口術的位置是在聲門（約男性喉結的位置）之下、胸骨之上的氣管，做一個2公分左右的切口，置入氣切管，使呼吸的氣體經由造口進入氣管再到肺部（圖1），可保有上方的聲門，阻擋口水與分泌物進入氣道。因為不經過口腔，口腔的衛生和舒適度提高，對仰賴呼吸器的病人而言，生活品質大大加分。



圖2：放置氣管內管示意圖

比起插管，氣管造口術的優勢何在？

一般所說的插管，多指放置氣管內管。在呼吸衰竭等緊急情況下，氣管內管經口腔、咽喉，穿過聲門直達氣管，可維持氣道暢通，便於提供病人即時救護（圖2）。但長期放置氣管內管的影響是：門戶洞開的聲門無法阻擋從咽喉下來的口水，可能引發肺炎；整天張嘴含著氣管內管，氣管內管又壓迫喉頭，會造成病人疼痛不適；口腔衛生不易維護，嘴唇、舌頭容易因而潰爛；由於使用膠布固定管子，嘴巴附近的皮膚不易保持完整；插管時間一久，甚至會造成氣管的軟化。因此，如果當初插管的原因能夠解決，儘早拔管當然是比較好的。

然而，對於仰賴呼吸器維持生命的病人而言（例如呼吸衰竭，短時間內無法脫離呼吸器的阿雄），或是需要穩定氣道來幫助痰液排出的病人（例如因中風而意識不清，痰量多，需要反覆插管的阿公），做一個安全穩定的長期人工氣道就非常重要了！

相對於長期插管，氣管造口術的優勢是：可維持聲門阻擋口水的功能，減少併發肺炎的機率；氣切管長度僅為氣管內管的1/3，可減少呼吸訓練時的阻力，提高拔管機率；對於維持口腔清潔、減少喉頭疼痛和增加舒適感，以及提高病人的生活品質，也都很有幫助（表1）。

氣管造口後是不是就無法講話了？

說話，是利用胸部擠出氣體，經氣管到聲門，摩擦產生聲音。插管的病人因聲門洞開，加上有個防止漏氣的氣囊，氣體無法經過聲門摩擦，以致無法說話（圖2）。至於做了氣管造口的病人，有的可以說話，有的不能，這就要看使用氣切的原因了。

像是意識清楚的頸部腫瘤病患，為了維持氣道暢通而使用沒氣囊、有側孔的氣切管，這種情形是可以說話的。若是腦外傷、中風、腦部感染等意識不清的病患（例如中風阿公），因為語言功能來源的大腦已失去作用，所以本來就不能說話。至於仰賴呼吸器維生的患者，和插氣管內管一樣，為防止輸往肺部的氧氣漏氣，並減少口水進入肺部，使用的是有氣囊的氣切管，這時也會因為阻擋氣流經過聲門而不能說話。

再以前述的阿雄為例，他剛做氣管造口時仍需呼吸器，使用的是有氣囊的氣切管，故而沒辦法說話。隨著訓練的順利，脫離呼吸器之後，暫留氣切管作為抽痰的管道，這時因意識清楚，不需呼吸器，改換成無氣囊、有側孔的氣切管，如此便可以講話了。



當肺炎和呼吸衰竭改善，氣切管順利拿掉，過了1週，氣管造口就自行癒合。

由此可知，能不能講話，病會不會好，決定的是本身的疾病，而不是氣管造口術喔！

支氣管鏡輔助經皮氣管造口術

全民健保給付重症病患在加護病房接受氣管造口術。本院的內科加護病房與亞急性呼吸病房，均可在病床邊，利用支氣管鏡為病人執行經皮氣管造口術。相較於傳統外科手術方式，支氣管鏡輔助下的經皮氣管造口術，可在加護病房監測病患的生命徵象，不需轉送到開刀房，不但減少轉送的風險，並

且傷口小，恢復也快。這對一般需要做氣管造口的病患來說，是個不錯的安排。

必要時做氣管造口，可改善病況

柯文哲醫師說：「園丁不能改變春夏秋冬，只是讓花草在四季之間開得燦爛一些。同樣的，醫師也無法改變生老病死，只是讓人在生老病死之間活得快樂一些、舒服一些而已。」生病不是我們願意的，但若遇到了，需要醫療團隊和病患一同面對。長期仰賴呼吸器或是需要維持氣道暢通的患者，在適當時機改成氣管造口，免於長期放置氣管內管的不適與傷害，是提升生活品質和改善病況的必要手段。🌍

表1：放置氣管內管與氣管造口術的比較

	放置氣管內管	氣管造口術（氣切）
適應症	狀況緊急時，為病人建立穩定的呼吸道。	提供長期穩定的呼吸氣道，例如長期仰賴呼吸器的患者等。
兩者差異	長期插管的缺點： 1.聲門洞開，可能產生肺炎 2.口腔衛生維持不易 3.嘴巴周圍皮膚破損 4.喉頭異物感、疼痛 5.氣管軟骨軟化等	改做氣管造口術的優點： 1.可保有聲門阻擋口水的功能，維持口腔衛生，避免嘴巴周圍皮膚破損，減少喉頭的不適。 2.每日需更換紗布與清潔氣切口 3.每月可更換，以減少痰液卡在管內。相較於氣管內管的更換，危險性較低。
發聲功能	因聲門洞開，氣囊阻擋氣流通過聲門而無法說話。	依使用氣管造口的原因而定： 1.病人意識清楚，為維持氣道暢通，使用無氣囊有側孔的氣切管，可發聲。 2.意識不清，需造口維持氣道暢通，無法說話是因為腦部功能受損。 3.仰賴呼吸器維生的患者，需使用有氣囊的氣切管以防漏氣，故無法說話。

慢性阻塞性肺病APP

掌握病情最及時

文·圖／胸腔暨重症系 主治醫師 陳家弘

仲夏午後，一個正好眠的時刻。慢性阻塞性肺病個案管理師紫茵的手機突然發出一連串警示音，拿起手機一看，有則訊息：「病人陳XX，CAT評分（慢性阻塞性肺病測試評分）31分，上次105/04/18為15分」。紫茵知道這名病人應該是有問題了，立刻找到他的電話，並拿起手機打給他：

「陳伯伯，這裡是中國醫藥大學附設醫院，我是胸腔科個案師紫茵！陳伯伯最近是不是不舒服？」

「喔！是紫茵啊！我這星期突然痰變好多，黃黃稠稠的，而且走沒幾步路，就覺得好難受，想要休息一下，睡眠品質也開始變差。對了，妳怎麼知道我不舒服？」

「陳伯伯，你有加入我們胸腔科的個案管理系統，你剛填完慢性阻塞性肺病測試評分，回傳給我們。我看分數明顯變差，知道你一定不舒服，所以趕快打給你。」「你要回來看一下陳醫師喔！你應該是出現了慢性阻塞性肺病的急性發作，需要趕緊接受進一步的評估和治療。」

「但是我離回診的時間還有兩個星期，而且沒有發燒，本來想著把剩下的這些藥繼續吃完就好了。真的有需要馬上回診嗎？」

「有需要喔！我已幫你掛好明天早上的門診，46號，記得要過來，我們明天見！」

胸腔科個案管理系統問卷

MMRC問卷(2分)

慢性阻塞性肺病評估(7分)

管案, 就診前記錄等), 中國醫藥大學 更多服務(就醫行事曆, 我的用藥, 我的

「中國醫點通」之下的胸腔科個案管理系統，可以提供病人填寫兩種不同生活品質的問卷。

日期	時間	MMRC	慢性阻塞性肺病評估
104/04/17	11:20	2	40
104/04/17	11:07	2	16
104/04/17	11:06	1	8

中國醫點通 3分鐘前
病人:0000442220陳紫茵
104/05/18 11:55 CAT評分:
40分, 上次104/05/18
11:50為8分

問卷填寫完即自動儲存，一旦CAT評分較前一次的數值增加3分或是絕對值高於20分，便會自動推播訊息給個案管理師。

以APP填寫問卷，若出現異常即傳送個管師

中國醫藥大學附設醫院胸腔科個案管理系統，是胸腔科與資訊室共同合作開發的APP。這個APP掛在「中國醫點通」下面，開放對象為所有在中國附醫診斷出慢性阻塞性肺病（COPD）的病人。病人必須先註冊成為中國附醫的會員，經個管師登錄之後，即可填寫胸腔科所提供的兩種不同生活品質的問卷。若填寫的分數與之前的紀錄相比，差距過大，系統會自動推播訊息至指定個管師的手機，個管師隨即根據病人所留的聯絡方式，主動致電關心。如果發現病人狀況真的變差，就會主動幫病人掛號，請他們提早回診。

這樣的主動出擊，可以避免病情突然發生變化的病人，因為延遲回診導致病情加重，醫病之間的關係也因而更加緊密。

兩種評量問卷，讓你知道自己是否無恙

針對慢性阻塞性肺部疾病患者，有許多不同的評量方式可以幫助醫師知道他們在接受治療之後生活品質的改變。目前使用率最高的生活品質問卷有兩種：修改過的英國醫學研究會問卷（the modified British Medical Research Council，簡稱mMRC）、COPD

評估測試（COPD Assessment Test，簡稱CAT）。mMRC問卷只評估呼吸困難造成的失能，CAT問卷則廣泛涵蓋病人日常生活及身心健康受疾病影響的程度。

表1是mMRC問卷，可供慢性阻塞性肺病患者評估呼吸困難的程度，總共5個級距，呼吸困難最輕微是0級，最嚴重是第4級。此問卷與病人健康狀態的測量結果有良好相關性，並可預測未來的死亡風險。

表2是CAT問卷（COPD評估問卷），這是一種包含8個項目的單向問卷，用以評估COPD病人健康狀態受損的情形。每個項目的分數從0分到5分，各項目的分數最後一起加總，總分落在0-40分之間，總分愈高，代表病人的健康狀態愈不穩定。此問卷所評估的健康狀態，可信度與敏感度皆相當優異。

陳伯伯的感謝，說出許多COPD病人的心聲

今早，陳醫師照例又開始忙碌的門診，由於有了個管師紫茵的事先提醒，他看到陳伯伯時並不覺得意外。經過一系列的問診及檢查，陳醫師確定陳伯伯出現了慢性阻塞性肺病的急性發作，除了開給他抗生素及類固醇，也囑咐他下星期要再回來門診追蹤。

表1：mMRC問卷

請勾選最符合的方格。（限填一格）	
mMRC 0級：我只有在激烈運動時才感覺到呼吸困難。	<input type="checkbox"/>
mMRC 1級：我在平路快速行走或上小斜坡時感覺呼吸短促。	<input type="checkbox"/>
mMRC 2級：我在平路時即會因呼吸困難而走得比同齡的朋友慢，或是我以正常步調走路時必須停下來才能呼吸。	<input type="checkbox"/>
mMRC 3級：我在平路約行走100公尺或每隔幾分鐘就需停下來呼吸。	<input type="checkbox"/>
mMRC 4級：我因為呼吸困難而無法外出，或是穿脫衣物時感到呼吸困難。	<input type="checkbox"/>

表2：CAT問卷

The form consists of eight rows, each representing a question. Each row has a left statement, a central scale from 0 to 5, and a right statement. The rows alternate between blue and green backgrounds. To the right of each row is a score input box. At the bottom right, there is a blue button labeled '點擊此處以計算總分' and a white box for the total score.

Question	Scale	Score Box
我從不咳嗽	0 1 2 3 4 5	我一直在咳嗽
我胸腔裡一點痰也沒有	0 1 2 3 4 5	我胸腔裡有很多很多痰
我一點也沒有胸悶的感覺	0 1 2 3 4 5	我胸悶的感覺很嚴重
當我在爬坡或爬一層樓梯時，我並不感覺喘不過氣來。	0 1 2 3 4 5	當我在爬坡或爬一層樓梯時，我感覺非常喘不過氣來。
我的居家活動不會受到限制	0 1 2 3 4 5	我的居家活動受到很大的限制
儘管我有肺部疾病，我還是有信心外出。	0 1 2 3 4 5	因為我的肺部疾病，我完全沒有信心外出。
我睡得安穩	0 1 2 3 4 5	因為我的肺部疾病，我睡得不安穩。
我活力旺盛	0 1 2 3 4 5	我一點活力都沒有

點擊此處以計算總分

1星期後，陳醫師剛推開診間大門，映入眼簾的是紫茵與陳伯伯。原來陳伯伯在治療後，症狀大幅好轉，呼吸喘促也明顯減少，因此起個大早，從家裡走至醫院，專程先來向紫茵道謝。

「紫茵，謝謝妳，要不是妳的及時提醒，我可能還不知道自己的狀況變差了，說不定還會在家等一兩個星期才來就診。若是這樣，搞不好就不是吃吃藥可以處理的問題了！」陳伯伯滿心歡喜的向紫茵道謝。

「陳伯伯別客氣，幸好你當初有加入這個系統，我才知道你不舒服，也因此才能建議你提早回診啊！」

在資訊爆炸的年代，沒想到智慧型手機也可以這樣幫助病人。「將來若是使用此一APP的病人更多，我們就能及時掌握更多病人的狀況，相信對病人的病情控制會更有幫忙。」陳醫師想到這裡，不由得開心起來。





控制氣喘 可別只是自我感覺良好

文／胸腔暨重症系 主治醫師 陳家弘

張先生，26歲，幼教老師。因為他的兩個眼眶總是掛著黑眼圈，小朋友喜歡叫他「熊貓哥哥」，他在就醫時也常戲稱自己越來越像熊貓了。

他是一名氣喘患者，1年前因為呼吸喘促，白天持續咳嗽，在我的門診診斷出氣喘，開給他吸入性類固醇及支氣管擴張劑之後，症狀改善，固定每3個月會回診1次。

他每次回診，都說氣喘控制得很不錯，白天生活、教學或與小朋友玩樂，都沒有明顯症狀，但他也總會要求再開一罐氣管擴張劑給他。對此我一直心有疑慮，直到有次他妻子陪同看診，才知道他每天晚上都會咳醒，吸了氣管擴張劑才能入睡，他覺得這是正常現象，不以為意，回診時也絕口不提。

於是我恍然大悟，原來他的熊貓眼是因為他從來沒有睡好過。他的氣喘其實並沒完全控制好！

治療氣喘的最大問題：病人自我感覺良好

每年5月第1週的星期二是「世界氣喘日」，今年訂在5月3日，主題為「你可以控

制你的氣喘」。這有兩個重要的含意，第一，氣喘是可以控制的；第二，控制好氣喘不是單方面靠醫師，病人本身也很重要。

大部分的氣喘為外在因子所引起，例如塵蟎、蟑螂、花粉或是溫度刺激不同發炎細胞引起免疫反應，導致氣管腫脹、收縮及出現分泌物，因而引發咳嗽、有痰及喘不過氣來的症狀。氣喘在我國成人的盛行率約為10%左右，亦即大約230萬人有氣喘問題。

我們目前在治療氣喘時碰到的最大問題，就是患者誤以為自己的病情控制良好，因而沒有繼續接受治療。氣喘控制自我感覺良好的情況有多嚴重？根據亞太呼吸學會專屬期刊「Respirology」所公布的呼吸流行性病學研究顯示，400名臺灣受試者中，就有84%的患者自認氣喘控制良好，但事實上僅有6%達到良好控制，相差將近8成。

氣喘控制好不好，從4個評估標準找答案

判斷氣喘是否控制良好，醫師會按4個標準來評估病人過去4個星期的症狀，包括：
1.1 星期內是否超過兩天以上有氣喘症狀？

2. 是否曾因氣喘不適症狀而影響正常生活作息？
3. 是否曾因氣喘症狀（喘鳴、咳嗽、呼吸急促、胸悶或胸痛）而在半夜或是提早醒來？
4. 每週是否需使用2次以上的短效支氣管擴張劑？

如果有其中2項，表示氣喘只受到部分控制；如果4項都沒有，才表示氣喘確實控制良好。

氣喘患者在治療過程中，最怕的就是因為自我感覺良好而自行停藥。在此提醒所有患者務必要規律用藥，並依照氣喘檢測4步驟來自我評估氣喘狀況，才能有效控制氣喘。



可以針對特殊表現型的氣喘病人提供最好治療，使氣喘得到理想控制。

病人說：一覺到天亮，我已不再是熊貓

「熊貓，這個月有沒有好一點？」今天，照往例，又是熊貓哥哥回診的日子，我打趣的說，只見他突然靦腆了起來。

「陳醫師，你最近的藥物調整，讓我半夜不再猛咳，可以一覺到天亮，所以我的熊貓眼消失了。現在我不叫熊貓，改叫黑熊。」

望著這位說話中氣十足，已由熊貓蛻變成黑熊的年輕人，我最想告訴大家的是：誰說氣喘無法控制好？

個人化醫療模式，可使氣喘得到最佳控制

若氣喘只是部分受到控制，那就需要繼續接受治療了。目前氣喘的治療主要以使用吸入性類固醇及長效乙二型支氣管擴張劑為主，若仍控制不好，即屬嚴重型氣喘，可再加上抗膽鹼製劑治療。前年的「氣喘治療指引」已將使用吸入性類固醇及長效乙二型支氣管擴張劑合併吸入型抗膽鹼製劑，納入治療準則，這些用藥於去年獲得健保給付，因其氣霧式裝置，藥物噴出速度緩慢，有利於患者將藥物吸入肺部。

此外，氣喘已開始進入個人化醫療的時代，新發明的氣喘標靶藥物，包括抗過敏免疫球蛋白抗體以及最新的介白質拮抗劑，都

醫師的叮嚀

很多患者認為氣喘是慢性發炎而不以為意，事實上，氣喘若控制不好，會造成支氣管功能受損、變形而失去彈性，使治療效果便差，最後可能引發呼吸衰竭而死亡。除了氣喘之外，同時合併過敏性鼻炎、胃食道逆流及肥胖等共病者，尤屬高危險族群，更要積極治療，並經常按本文所列的4個標準來檢視氣喘是否已得到良好控制。萬萬不可輕忽啊！📢

尚好喘病友應援會 陪著病友往前走

文·圖／胸腔暨重症系 主治醫師 陳家弘

近年來，罹患慢性氣道疾病的人愈來愈多，疾病嚴重的程度也愈來愈複雜。這些病人大多沒辦法在門診好好接受衛教，聽取醫師的建議，有鑑於此，中國醫藥大學附設醫院胸腔科涂智彥主任於2013年成立了「尚好喘病友應援會」，希望拉近病人與醫師和衛教師之間的距離，讓病人有個可以諮詢的地方，更加了解自己的疾病，也建立更好的醫病關係。

在病友會找到自己的小確幸

2013年10月19日，尚好喘病友應援會第1次舉辦，當天共有109位病友與家屬到場，聽我們講解疾病相關知識以及吸藥裝置的衛教，也有病友們分享對抗病魔的心路歷程。

自此，尚好喘病友應援會每年都會分別在5月的「世界氣喘日」以及11月的「世界慢性阻塞性肺病日」前後，各舉辦一次病友會，每次總能吸引上百位病友參加。

病友們可以趁著這樣的機會聚在一起，聊聊自己用藥的心得，談談治療上碰到的一切，甚至是向個案管理師打聽看診醫師的小八卦。在這一刻，大家不分彼此，沒有高高在上的醫師，沒有唯命是從的病人，就像是好久不見的朋友，在閒話家常中找到屬於個人的小確幸。

病友的笑容是最好的肯定

今年5月21日更是尚好喘病友應援會的一大創舉，因為今天我們決定要帶病友們離開



2013年10月19日，第1次病友會的宣傳海報及工作人員

醫院，走入南投鄉間，跳脫死板板的教室，沒有醫師跟病人的框架，這樣或許可以更親近病人，讓病友會的成效更好。說實在話，與個管師紫茵討論時，我們從來沒有把握能做到，但她也從來沒拒絕過我們。所以那天，我們成功地走出去了！很棒！病人平時在門診，只能分到醫師的5分鐘，但那天，我們總算可以好好傾聽他們。他們的笑容，給了我們最好的肯定。

個管師紫茵的感言：

病友會辦了好多次，每次都希望能讓大家有不一樣的收穫，而這次更是突破，決定要帶病友及胸腔科的好朋友們到郊外走走。

雖然很開心能帶大家去走走，希望讓大家放鬆一下，但老實說我們很緊張、很忐忑，很怕大家覺得無趣，更怕沒辦法好好照顧大家。

每次病友會都期望能呈現不一樣的節目，地點、活動、流程、細節…，總是絞盡腦汁，想了又想，改了又改，希望找到所有不滿意的地方，能修得更完美，準備得更完備。這次，更為謹慎，花費的時間是平時病友會的好幾倍，這一來一往，病友會就步步逼近，當一切準備就緒，發出邀請函之後，

超怕參加的病友比工作人員還少。但真的太謝謝大家，活動雖然邀約得突然，卻仍是那麼的支持我們，讓我們的第1次戶外病友會那麼成功。

籌備期間，每天壓力都好大，怕設想不周全，怕沒辦法每一位都能照顧到，隨著日子越接近，精神越是緊繃，團隊的每個人每天回家都好累。但那一天看到大家開心的神情，這一切的忙碌、疲憊都消失無蹤，瞬間像裝了金頂電池一樣的有精神，有活力，現在想來仍覺得幸福。

每一次病友會，總是勞煩大家填寫回函，而大家的建議與鼓勵，我們都銘記在心，成為進步的最大動力。希望下一次病友會，我們可以再想出更精彩的節目和活動，也希望能有更多好朋友一起來參加。

謝謝總是支持我們的每一位；謝謝來參加的每一位；謝謝一路上幫忙我們、鼓勵我們的每一位；更謝謝總是義不容辭相助的你們。有你們，很幸福！

對，有你們，我們很幸福。尚好喘病友應援會將會繼續走下去，與每位支持我們的病友，一起往前走。☺



2014年11月22日的病友會，我們請來臺中市知名的瑜珈老師，帶著病友們一起做運動，同時教導病友們運動的重要性。



2016年05月21日，尚好喘病友應援會開跋到南投，帶給病友們更多不同的感受。

敗血症會奪命 切莫延遲治療



文／胸腔暨重症系 主治醫師 陳致宇

65歲的黃先生患有攝護腺癌，由於解尿困難，需長期使用導尿管。他於住院前2天發燒，並伴隨倦怠及血尿等症狀，家人曾帶他去診所治療，剛開始使用抗生素及退燒藥時，症狀會緩解，但效果漸漸變差，並出現意識不清、呼吸喘促及小便量減少等症狀，於是家人趕緊叫救護車送他到醫院掛急診。

檢查發現，黃先生的血壓偏低，白血球、發炎指數-C反應蛋白及乳酸數值均明顯上升，尿液常規檢查發現有膿尿及血尿，診斷確認為泌尿道感染合併敗血性休克。因為他呼吸喘促及持續性血壓偏低，醫師緊急插管，一度宣告病危並轉至加護病房，期間接受了升壓強心藥物及抗生素治療，同時由於腎功能惡化而接受了血液透析治療。經過治療，黃先生的狀況逐漸改善，腎功能也恢復正常，順利拔掉氣管內管，2週後出院返家。

敗血症定義的沿革

敗血症是會致命的疾病。古希臘時代就有關於敗血症的命名與描述，但因過去缺

乏有效的抗微生物藥物及器官支持治療，敗血症患者常常在患病初期尚未出現器官功能障礙前就已死亡，故一直到20世紀末，醫藥相對進步後，敗血症的定義才開始被深入探討。

早在1991年，敗血症被美國胸腔學院及重症照護醫學會（ACCP／SCCM）定義為因感染所導致的全身性炎症反應症候群（SIRS），隨著疾病連續演進惡化，更可能會出現嚴重敗血症及敗血性休克，最後導致死亡。2001年，雖然嘗試將定義更新，但因對於敗血症症狀及徵候的描述過於冗長，不利臨床使用，故仍持續沿用舊版的全身性炎症反應症候群。

以全身性炎症反應症候群作為敗血症的診斷標準，其敏感性及特異性早已備受質疑。另外，全身性炎症反應症候群、敗血症、嚴重敗血症及敗血性休克，是屬於單一疾病的連續過程，抑或是不同的疾病，目前也仍有爭議。2016年，歐洲急重症及重症照護醫學會（ESICM／SCCM）針對敗血症及相關症候群發表了最新共識（Sepsis-3），其重要改變如下：



- 關於全身性炎症反應症候群及嚴重敗血症的描述及使用，已被廢止。
- 新的敗血症定義為針對感染而產生失調的宿主反應，進一步造成致命的器官功能障礙。
- 新的器官功能障礙定義為相繼器官衰竭評分（SOFA），與原本相比，上升2分以上。
- 敗血性休克為在部分的敗血症狀況下，出現嚴重的循環及細胞代謝失調，這種狀況常導致最後的死亡。定義為儘管給予適當的輸液治療，仍出現持續性低血壓，需要以升壓強心藥物來維持平均動脈壓 >65 mmHg，且血中乳酸數值 >2 mmol/L（18 mg/dL）。

流行病學與危險因子

近40年來，由於人口老化，敗血症發生率也明顯上升。根據美歐最新的估計，敗血症的發生率大約介於千分之0.4-1之間。更重要的是，由於治療的進展，敗血症的住院死亡率已從28%下降到18%。

根據現有人口統計資料，男性、非裔美國人種及年齡大於65歲，皆是敗血症的危險因子。一個蒐集了美國500家醫院相關資料的研究報告指出，65歲以上病患僅占全部出院病患的12%，然而在敗血症的病例中，65歲以

上病患卻占了近65%，相對風險高達13.1。扣除其他共病及嚴重程度的干擾後，敗血症病患若年齡大於65歲，其死亡風險可能較一般患者高出2.3倍。

任何可能壓抑免疫功能的狀況，譬如癌症、移植術後、人類免疫不全病毒感染、肝硬化、無脾症及自體免疫疾病等，皆是敗血症相關的危險因子。癌症病患不管是癌症本身或是相關治療，皆會造成免疫功能壓抑，一個分析了美國6個州診斷碼的研究報告指出，癌症病患相較於一般患者，出現敗血症的相對風險將近4倍，死亡風險上升52%，住院天數也延長3倍，而其中又以血液性癌症及肺癌的影響最大。

常見感染源與病原菌

2009年發表的加護病房病原菌盛行率調查研究（EPIC II）顯示，在7000多個確認感染的病患中，最常見的感染源為肺部（64%），以下依序為腹腔（20%）、血流（15%）及泌尿生殖系統（14%）等。

而在感染病患中，約70%的微生物培養結果為陽性，其中47%為革蘭氏陽性菌，62%為革蘭氏陰性菌，19%為黴菌。若再按

地區劃分，亞洲地區最常見的病原菌為綠膿桿菌（29%），以下依序為克雷伯氏肺炎菌（21%）、鮑氏不動桿菌（19%）、大腸桿菌（17%）、金黃色葡萄球菌（16%）及念珠菌（16%）等。

敗血症的治療方式

敗血症的傳統治療包括：

●及早且有效的抗微生物藥物治療

一個在1989-2004年間蒐集2700位加拿大病患的研究報告指出，僅有50%的患者在出現低血壓後的6小時內接受有效的抗生素治療，而治療每延遲1小時，與存活率下降近12%有關。最新的戰勝敗血症（SSC）治療指引，建議在確認敗血症後的1小時內，經靜脈給予有效的抗微生物藥物治療。

●適當的復甦治療

藉由大量輸液、升壓強心藥物及輸血，以維持中央靜脈壓、氧氣飽和度及平均動脈壓等目標，自從2001年發表以來，早期目標導向治療（EGDT）早已被全世界廣泛採用。

然而在最近2年內，3篇集合總數超過4200位病患的多中心隨機控制試驗，證實了早期目標導向治療本身與一般照顧相比，無法有效降低住院死亡率，也間接證實了預後的改善或許與近年來支持治療的進步有關。

●其他相關治療

包括採用肺部保護通氣策略、初步復甦後謹慎給予輸液、避免造成不需要的鎮靜治療、移除不必要的管路、器官支持治療、營養及血糖控制等。

醫師的叮嚀

敗血症奪命事件時有所聞，在此提醒大家一定要注意自己或家人是否有與敗血症相關的感染及發炎症狀（發燒及畏寒等），以及有無相關的器官功能障礙徵候（意識改變、血壓偏低及呼吸喘促）。若有懷疑應及早就醫，避免延誤診斷與治療時機。🏥

別堅持上死亡套餐 給末期病人善終的權利

文／胸腔暨重症系 主治醫師 沈宜成

「**醫**師，救救我爸爸，不管用什麼方法。他**西**人這麼好，算命的說過他可以活到100歲，我相信他一定可以活到100歲！」王小姐站在她爸爸身旁，以堅定的眼神且帶著有點命令的口吻對我說。

她爸爸86歲，因嚴重的肺炎合併敗血性休克，靠著升壓劑勉強維持血壓，也靠著鎮定藥物和肌肉鬆弛劑，才能使他配合呼吸器維持血氧濃度。然而連日來抽血檢查的結果告訴我，他的器官已經開始步入衰竭。

「嚴重的敗血性休克進展到多重器官衰竭，有時就跟癌症一樣，過了那一條線之後，就無法回頭了。若企圖想強硬地拉回，是要付出慘痛代價的，並且通常還是徒勞無功。這樣妳還是堅持要救到底嗎？」我以委婉的口氣問她。

器官功能全被機器取代，還算活著嗎？

以前學生時代常聽學長姐們說起「死亡套餐」，死亡套餐就是心臟按摩、電擊和氣管插管，病人支撐不住就死亡了。現在因為科技進步，葉克膜可以取代心肺功能，連續性腎替代性治療的機器可以取代腎臟功能，定期大量的血漿交換可以取代肝臟功能，全靜脈營養輸注可以取代胃腸功能。但是，當一個人主要的器官功能全部被機器取代，全身被管線圍繞，沒有意識地躺在床上，這樣還算活著嗎？

在臺灣，過去的醫療教育沒有強調生命倫理和生死學等相關課程，只教導醫學生將來如何治療病人，如何急救病人，這使得許多醫師將「不放棄」的信念深深烙印腦海，在戰場上非得戰到最後一兵一卒才肯放棄，

以致常常只看到「病」，而沒有看到「病人」。儘管遇到無法醫治的病人，即使知道插管只是拖延死亡，許多醫師還是會問「要救嗎？要救就要插管，不插管會死喔！」家屬聽到沒救會死，當然就會說「一定要趕快急救，趕快插管！」但醫師卻沒有告訴家屬急救的後果只是延長死亡的過程，病情是不可能好轉的。常有家屬在事後看到病人變成植物人或是腫脹變形的遺體都很後悔，因為這樣的結果，並不是他們想要的。

放開手，讓注定要走的人平靜離開吧！

按目前的統計，葉克膜、呼吸器和洗腎等設備的使用率，臺灣是全世界最高的，為什麼會這樣呢？原因之一就是因為健保有給付，加上錯誤的醫療觀念及行為所造成的。健保原本是要保障國民的就醫權利，促進國人健康，但是卻沒有良好的規範來限制無效的醫療。因此在救治過程中，家屬認為應當使用健保有給付的機器救命時卻沒用上，就指責醫師沒有盡力，而「死人不會告你，活人才會」，醫師怕惹上醫療糾紛，只好紛紛用上全套菜單，直到病人死亡為止。

在這個時候，健保反而成了剝奪病人善終的最大禍首。明明是善終，卻可能演變成虐待屍體，形成不忍卒睹的慘狀。過度無謂的急救，不但耗用了寶貴的醫療資源，更

重要的是，當我們看到病人全身插滿管路，接著維生設備時，是否遵循了醫學倫理中的「不傷害原則」？若病患表示他在臨終時不願意接受如此折磨，我們又是否遵循了「尊重病患自主原則」？或許對生命末期的病患而言，一個注定要走的人能平靜地離開，是最圓滿的結果。

在生命末期得以善終，是最大的祝福

有鑒於對生命的尊重和死亡的尊嚴，針對無效醫療，何時該考慮撤除維生設備，部分先進國家開始有一些明文條例和法院的判例。紐西蘭高等法院有一判例中提及，呼吸器不是生命所必須，即便病人在醫師將呼吸器撤除後死亡，這個死亡也與醫師無關，死亡是源於疾病本身，醫師沒有義務去繼續

已被證實是沒有效益的醫療。美國胸腔醫學會也說，醫師沒有義務提供無效益的維生系統，即使病人或其家屬有所要求亦然。美國腎臟科醫師協會2010年共同決策適當起始與停止透析治療的臨床指引中提到，因為其他非腎臟疾病造成生命末期，或75歲以上慢性腎臟病第5期且預後不良者，考慮不予或終止透析治療。

這也是為什麼國內最近積極推動安寧緩和醫療條例，讓人民保有自然死的權益。條例中明確指出，末期病人除了可以事先選擇不被執行心肺復甦術，不使用維生設備外，



原先已施行的急救，維生設備也是可以「撤除」的。因此當病情加重確定藥石罔效時，就應該及早採用安寧療護照顧模式。

安寧療護照顧模式不是以治癒疾病為目的，而是以減少病人痛苦為主要訴求，讓病患減少痛苦，能交代後事，能從容地離世，而不是以電擊、插管、心臟按摩，增添病患無止境的痛苦。讓生命末期的患者保有善終，我想是醫療人員和家屬給予病人最大的禮物與祝福。

園丁照顧花草，花草枯榮也度化了園丁

曾經有一位病人讓我印象非常深刻。65歲的陳先生，從年輕時就做打石工，因此得到塵肺病，到了晚期，只要稍微動一下就呼吸困難，導致生活品質下降，因肺功能持續惡化，漸漸開始頻繁住院。在某次住院中，病情急速惡化，被插管送進加護病房，且因肺部狀況太差，只能使用鎮定藥物讓他沈睡以配合呼吸器治療。

我心裡非常明白，這管子一插下去，他注定無法脫離機器而活。隔幾天，他太太在情緒比較平穩後告訴我，其實他們之前就預料可能會有這麼一天，她先生個性外向活潑，曾說真到了這一天，他不希望往後的人生是插著管子靠著機器而活著。她眼看先生這幾年因疾病惡化活得那麼累，也不忍心再讓他受苦，因此問我有沒有辦法可以讓他醒來，讓他能夠好好表達他的想法。

因此在陳先生狀況相對穩定的時候，我們調整鎮定的藥物，讓他短暫醒來。他醒來之後，雖然還是有點喘但意識清楚，用筆寫下他希望拔除管路的意願，也一一寫下和家屬的道別。當天，移除了管路也移除了痛苦，最後這一段路走得平和安詳。

我很喜歡柯文哲醫師講的一段話「人生花園之中，醫師只不過是一個園丁吧！我們不能改變春夏秋冬的循環運行，卻可盡力讓生命的花朵更加燦爛。有時雖是園丁照顧花草，有時反而是花草的枯榮在度化園丁。」

最理想的照顧，不等於給予最大的治療

我後來召集了王小姐所有的家屬，和他們開了一個家庭會議，告知王伯伯的病情，分析後續處置的利與弊，也分享了自己對生命末期的看法。他們先是相擁而泣，待情緒沈澱之後，做出了希望爸爸能夠善終的決定。

我想，最理想的照顧並不等於給予最大的治療，而應是一個完整且符合生命醫學倫理的醫療抉擇，這往往是透過持續性的溝通所產生的結果。重症安寧是一條艱辛的路，期盼所有醫療人員和社會上的每一個人，都能夠認真看待生命末期的醫療問題，就維生設備的不給予和撤除做深度的了解，以期當面臨抉擇時能保有生命倫理的核心價值：「尊重自主、行善與不傷害原則」，讓有限的醫療資源得以合理的分配。☺





體質巧調理

慢性咳嗽好得快

文／中醫部 中醫診斷科 醫師 鍾岳軒

「咳 咳咳…咳 咳咳…」老王坐在辦公室，不停咳嗽，已經咳了好幾天，吃了藥仍反反覆覆的咳，一吹到風或多講幾句話，更是咳到不行。同事們紛紛獻上關懷以及各式秘方，舉凡冰糖燉雪梨、獨家枇杷膏、老菜脯燉雞都試過了，但都沒效。戴著口罩的老王，掩不住內心的擔憂：「我到底是怎麼啦？不會是…」

不少人像老王一樣咳咳不休，究竟什麼樣的咳嗽可以配合食療？什麼樣的咳嗽適合尋求中醫治療？什麼樣的咳嗽需要做進一步的檢查與治療呢？

導致慢性咳嗽的原因

一般的急性咳嗽，通常在3週內就會緩解，若是持續到8週以上，即可歸類為慢性咳嗽。

慢性咳嗽的原因很多，常見的有鼻涕倒流（過敏性鼻炎的常見症狀）、胃食道逆流、氣喘、使用血管增壓素轉換酵素抑制劑（ACEI，常用於治療高血壓）、感冒後的敏感性氣管炎、外在刺激因子（如：有刺激性的化學物質、粉塵）等。支氣管擴張症、肺結核、肺癌等，也是可能原因之一，但所占比例較小。

從西醫的生理機轉來看，慢性咳嗽往往不只與呼吸道問題有關，中醫的體質辨證更不是單看肺系來診斷與治療。

調理體質可加速痊癒

中醫治咳嗽，可以先粗分為外感咳嗽與內傷咳嗽。外感咳嗽指的是受外邪（風邪）影響，例如急性感冒症狀與急性咳嗽；內傷咳嗽，經常是因為體質影響作咳、未必有急性感染，也或者是體質造成容易感受外邪而急性發作，抑或是感受外邪後體質影響致風邪流連不去，而呈現慢性反覆的急性症狀。這樣的咳嗽正是中醫辨證論治的專長。

中醫除了可以用藥緩解急性症狀，更可配合體質調理，加速咳嗽痊癒的時程，也增強未來再次感受風邪時的抵抗力和免疫力，避免短時間內反覆發生。

舉例來說，咽癢而咳，就是中醫所言風邪流連最明顯的表現。這類病人有可能咽乾



或不乾，喝熱水或吞喉糖可以暫時緩解咽癢咳嗽，但不是每次都會見效。很可能剛喝完熱開水，咳嗽停了幾分鐘，一吹到風或是溫度改變又開始咳嗽；或是因喉糖甜度影響，癢咳稍止，卻生痰，越是想忍，越是咳得厲害。

風邪可以再分為風寒或風熱，但都需要處方相對應的藥物。若是單用止咳藥物而未祛風解表，往往會因咳久而造成後續的胸悶緊繃感、無法出力咳嗽、咽乾痰黏等變化，無法收到好的療效。

某些情況尤需中醫治療

至於鼻涕倒流所造成的咳嗽，常常在晚上躺下來睡覺時特別明顯，也常常會覺得咽中有痰梗住，不時想要清清喉嚨。這類病人屬於水分的代謝分配出了問題，常會合併消化功能失常，更需要中醫全方位的體質調理。

在中醫生理系統裡，水液代謝的調節需要靠脾的功能運化水液，通過升清轉輸作用，將津液輸佈到全身；肺主行水的作用，在上位通過宣發肅降，通調水道，掌控完成津液的輸佈；腎主水液的作用，是依靠腎的蒸騰氣化作用，作為全身津液輸佈的根本，調節人體津液的平衡。中醫肺、脾、腎等整體觀的生理功能調整，是治療過敏性鼻炎的重要依據，能兼收治療與預防的功效。

肺癌與肺結核的警訊

若是慢性咳嗽反覆持續，並且在晚上才咳，伴有潮熱盜汗、體重減輕等症狀，再加上近日曾前往肺結核盛行地區，或與肺結核患者接觸，就應考慮感染肺結核的可能性，接受相關檢查。



若是有肺癌家族病史或有抽菸習慣的人，對於經久不癒的慢性咳嗽更要提高警覺，儘快就醫。即使是肺結核與肺癌，在開始接受治療後，仍可善用中醫藥調理體質，以加強藥物療效和減少藥物副作用。

吃錯食物更難止咳

黃帝內經：「五臟六腑皆令人咳。」熬夜晚睡、經常外食與環境壓力大，都容易造成體質寒熱錯雜，坊間流傳的食療法未必適用，因此在未經中醫師診察前就自行服用冰糖燉梨、枇杷膏、老菜脯燉雞等，若與體質相違，很可能非但無法紓緩咽癢咳嗽，還會導致痰量變多，甚至使得原本已經因病瀕臨崩潰邊緣的腸胃系統負擔更重，如同火上加油，造成消化功能失常。

慢性咳嗽患者除了不可亂用食療成方之外，還必須避免過度攝取冷飲與生冷瓜果（如：西瓜、哈密瓜、冬瓜、苦瓜、小黃瓜、梨子、葡萄柚等水分含量多的寒性蔬果），也不宜食用甜度高的水果（如：蓮霧、芒果等），否則症狀會更加惡化。烤、炸、辣的食物（如：炸雞、餅乾、洋芋片

等），喉嚨易有鎖緊感，咳嗽也益發劇烈，避之為宜。

胃食道逆流造成的咳嗽，則要注意飽食後不應平躺，並且減少攝取過度油膩的食物或甜食，同時避免喝酒喝咖啡，以及少吃酸性水果、醋等。

中醫的強項在於調整陰陽氣血平衡及改善整體免疫系統，在治療咳嗽時也能強化全身生理功能，預防下次疾病的發生。另有多篇醫學研究證實，中醫藥可輔助治療肺癌等疾病。民眾如果有相關問題，請向合格的中醫師諮詢。

適合尋求中醫治療的咳嗽類型：

- 感冒後咳嗽反覆，咽癢不止。
- 咳嗽後胸悶，有一股氣提不上來的感覺，說話說多了也容易咳嗽。
- 時常有一股氣衝上來，總要大力狂咳一陣才舒服，止咳藥止不住。
- 咳嗽影響食慾，或是咳嗽後容易吐。
- 喉嚨乾乾癢癢，喝水喝不停卻無法解決。
- 久服止咳藥，症狀反覆，從多痰轉為痰乾黏難咳出。🚫

我們是一起推動歷史的人 喜迎中國附醫退休人員回娘家

文／陳于嫻

一起推動歷史的回憶宛若甘泉！中國醫藥大學附設醫院職工福利委員會7月22日邀請退休人員回娘家。85位回娘家的退休人員中有不少是創院元老，再聚首話當年，滿是說不出的感慨和歡喜，或驚呼相擁，或開心合影，臉上的笑容幾乎沒有斷過。他們說：「中國附醫越來越強，曾經身為其中一份子，顏面有光啊！」

撫今思昔，以中國附醫為榮

前總務室專員徐凱伯伯，高齡87歲，是與會者中最年長的一位，講起醫院成立的歷史如數家珍。他說，中國附醫當初只有1棟醫療大樓，1週年院慶時，員工總數還不到100人，雖是慘澹經營，但大家默默耕耘，毫不保留的付出，那種攜手面對各種挑戰的精神是最美好的回憶。

穿著打扮素有個人風格的前護理部副主任劉寶貞，戴著寬邊帽，亮麗現身，活潑開朗的像個發光體，一出場就緊緊抓住每個人的視線。她是中國附醫第1位護理長，於1980年3月1日到職，參與籌備事宜，而醫院於同年11月正式開幕。



87歲的徐凱伯伯講起醫院剛成立時的艱辛，感慨萬千。（攝影／游家鈞）



久違的前護理部副主任劉寶貞，渾身散發陽光般的熱力。（攝影／游家鈞）



中國附醫退休人員回娘家，與現職同仁相見歡。（攝影／游家鈞）

66歲的寶貞姐說，她有時會回院就醫，從就醫過程的點點滴滴中發現中國附醫不但醫療水準高，硬體建設和軟體服務品質也不斷提升，每次看完病去批價時，總是二話不說地按下「非常滿意」按鈕，因為櫃台人員的服務態度真的很好，這是她最真實的感受。她還舉了一個例子，她曾經覺得第一醫療大樓眼科門診前的空間規劃不太理想，但後來再就醫時，醫院已做了調整，就是這種在改變中求進步的精神，讓醫院越變越好，她真的好以中國附醫為榮！

叮嚀老友，好好照顧自己

中國醫藥大學林正介副校長和周德陽院長、楊麗慧副院長，都熱情地前來與老同事們敘舊。林正介副校長說，他於1989年7月1日到中國附醫任職，包括寶貞姐（劉寶貞）、劉大哥（前醫行室專員劉驥）在內，在座的老同事逾半數都比他資深，也給過他很多幫忙。林副校長1995年擔任中國附醫副院長，2001年接任院長，當了8年半，幾乎半生歲月都在這塊土地和大家一起努力，感情之深不言可喻。

林副校長也是老五老基金會的董事長，積極關懷社會上的弱勢長者，他以「老身、老本、老友、老伴、老居」這「五老」叮嚀退休的夥伴們，注意健康，別亂投資，好好維繫親情和友誼，還要有間可以安居的房子，好好照顧自己的晚年。

歡迎回家，共事就是緣分

周德陽院長當天雖忙，但一開完會馬上興沖沖地趕到會場，看到一張張熟悉而久違的面孔，笑得合不攏嘴。他說，能夠共事就



前醫行室顧問楊瓊珠退休後仍勤學不輟，以第1名佳績取得亞洲大學財經法律碩士學位。（攝影／陳于嬌）

是緣分，各位退休同仁都對醫院發展付出過重要貢獻，並且在這段共同打拚的日子建立起深厚感情和美好回憶，才會回娘家來看看昔日夥伴們，他要向大家致上由衷的感謝和歡迎。

楊麗慧副院長感謝所有退休同仁為醫院累積了那麼好的基礎，她說醫院能有現在的規模，大家都是功臣。楊副院長在中國附醫由護理人員做起，後來擔任總務主任，如今成為行政副院長，很多老大哥老大姊都是看著她從漂亮幹練的白衣天使一路成長，緬懷過往，恍如昨日。

終身學習，退休依舊精彩

與會退休人員來自醫事、藥劑、護理與行政等各個部門，包括前會計室主任孔繁

銘，前西藥局主任許雅晴，前醫事室顧問許淑珍，前護理部護理長吳玲謨、舒月華、王裕雯、傅櫻梅、陳慧珊，前公關組專員張廣漢，以及轉送中心的顏楊蘭、魏莊阿邁、卓劉玉珠等多人，大家在退休後各有不同的生涯安排，甚至越過越精彩。例如原任職於醫事室的于煥忻小姐領有街頭藝人證照，當天以歌舞與老友同樂，贏得如雷掌聲。

最特殊的是去年才退休，笑稱自己是「退休一年級新生」的前醫行室顧問楊瓊珠女士。楊顧問是活到老學到老的典範，64歲那年在亞洲大學財經法律系攻讀碩士，縱有腰疾，仍強忍不適，用行李箱拖著書本和資料去上課。第1年每學期都是第1名，第2年因病開刀，但勤學不輟，今年6月以第1名成績取得碩士學位，榮獲蔡進發校長頒發「創新智育獎」。

已有3個孫子的楊顧問說，她在中國附醫先後擔任護理長、總務室主任與醫行室主任，自2000年開始處理醫療糾紛，在工作中深感學海無涯，這才決定去念研究所。由於兼具護理與法律的專長與實務經驗，她已應聘到亞洲大學護理系當兼任講師，教「護理與法律」，在此同時也繼續補修法律系的大學學分，既當老師也當學生，毅力驚人。

推動歷史，往事並不如煙

今年11月，中國附醫成立就滿36年了，36年的歲月，得到無數員

工的青春和心血滋養，而所有曾經一起推動歷史的人，回首過去，應會發現凡走過必留下痕跡，往事並不如煙。

福委會洪秀慧總幹事表示，根據人事室的最新統計，中國附醫已退休同仁共197人，福委會依據同仁退休時所留資料逐一打電話邀請回娘家，其中有些無人接聽或是空號，若能順利找到並確認地址，福委會隨即以掛號寄發邀請函，然而有些邀請函又因收件人搬遷或住址改編而被退回。儘管尋人任務困難重重，但令人欣喜的是，有些原本聯繫不上的退休同仁，從好友口中得知訊息即主動打電話給福委會，令人難過的則是在聯繫過程中得知有幾位老同事已因疾病或意外往生了。

回娘家活動溫馨落幕，大家離去時依依不捨，互道珍重，因為今日一別，不知何時能夠再見。福委會也提醒大家，健康是幸福的根源，醫院對退休同仁備有健檢優惠專案，別忘了善加運用。☺



林正介副校長、楊麗慧副院長、洪秀慧總幹事與多位已退休的護理師們。
(攝影/游家鈞)

南投內湖國小生活育樂營

志 工 義 煮 趣



與內湖國小學童共渡美好時光

文·圖／志工隊 隊長 秦嗣宏

偶然由朋友口中得知，臺北教育大學一群學生打算替偏鄉兒童舉辦快樂夏令營，但是囿於經費，活動無法順利舉行。與活動領隊陳璿小姐取得連繫後，我們決定為南投縣鹿谷鄉內湖國小生活育樂營養煮一餐，期能減輕他們的負擔，也為偏鄉教育盡點心力。

7月5日早上7時30分，中國醫藥大學附設醫院志工隊與企業志工隊的夥伴們，在第一醫療大樓集合，當自購的蔬菜、水果、醬料

等物資一一送達，我們就出發前往內湖國小囉！

志工化身廚師，炒菜煮湯分工合作

抵達內湖國小後，為了方便作業，夥伴們分成米粉組、炸醬麵組、炒豆干組、素魚（豆腐腦）組、香湯組和洗菜組等組別，由各組組長各自帶開，開始烹飪。

有人說一個廚房容不下兩個女生，在這當下，我卻看到一群愛心洋溢的夥伴，忙碌

而和樂的為大家準備豐盛午餐，廚房中不時爆發出歡笑聲、驚呼聲，原來分工合作更有樂趣啊！

志工夥伴們認真的洗洗切切，用心的下鍋烹煮食物，炎熱的氣候，煮菜的高溫，廚房裡既熱又濕，置身其間，個個汗如雨下，衣服似乎都被濕透了，但大家仍面帶笑容，忙得好起勁。快樂奉獻的精神令人動容！

1個多小時後，大功告成，熱騰騰的佳餚上桌了。在等候小朋友下課用餐的短暫時間，夥伴們得以稍事休息，順便來個校園巡禮，欣賞森林小學的生態環境。

孩子吃得開心，所有辛苦化為蜜糖

下課鐘響，小朋友一窩蜂的衝向餐廳，在專人指引下，排隊打餐，並且很有禮貌的說「謝謝叔叔」、「謝謝阿姨」。看到他們開心的吃著餐點、喝湯和大口啃西瓜，先前所有的辛苦都化成蜜糖，融入心中。



中國附醫志工隊與企業志工結合，送愛更給力。



內湖國小美麗的校園



仔細清洗蔬菜，讓小朋友吃得安全又健康。



用心煮出媽媽的味道

活動尾聲，夥伴們將廚房整理乾淨，即將踏上歸途時，陳璿領隊略帶哽咽的說：「謝謝你們今天的熱情協助，幫我們度過了難關。這份情、這份愛，我們會傳遞下去，謝謝大家！」這群準老師要將志工之愛傳遞下去，同樣的，志工夥伴們也因為付出而獲得滿滿的心靈回饋，成為未來繼續送愛心的動力。

企業志工楊凱玲便以一首打油詩來表達她此行的心得：中國附醫送愛心，內湖國小義煮趣，志工團隊有熱情，企業志工齊響應，歡迎大家來參與，協助弱勢我和你。另一位企業志工劉金蓉則說，很高興能參加此次有意義的活動，志工們的熱情、互助，讓活動圓滿成功。付出是快樂的，付出是開心的。🍵



好菜上桌，讚啊！



小朋友很有禮貌的排隊取餐



我們是一群快樂志工



永遠保有童心的陳安琪主任

天使醫師的夢想 從來不是當醫師！

口述／兒童醫院 兒童腸胃科 主任 陳安琪

撰文／兒童醫院 研究助理 郭嫻吟

活動中，印象最深刻的是有個小男生不想摺紙鶴，他要摺飛機，在一旁安靜地等我摺完紙飛機，看到他那高興的模樣，我也覺得十分開心。後來我還在紙飛機上簽名，他說要把紙飛機帶回家當紀念。

治病和修理東西都要有不放棄的精神

醫院最近舉辦了「千人千鶴牽希望」的院內志工服務，這個活動很有意義，讓我想起「小燈泡」事件，我們曾經失去了一個孩子，不願意再失去更多。在病人眼中，醫師就是在「醫治病人」，可是當醫師願意走到第一線，跟家長坐在一起，教孩子摺紙鶴的時候，便拉進了彼此的距離，以後幫這些孩子看病，他們就不會害怕了。

「你這個大主任怎麼有空坐在這裡？」活動當天，我客串教摺紙鶴的志工，許多經過的家長都不約而同發出這樣的疑問。顯然他們認為醫師應該是忙著醫療的事情，這兩個小時對醫師來說是很珍貴的，怎麼會來教孩子摺紙鶴呢？但我還是想辦法把時間挪出來，因為我覺得在互動中，不管是小朋友或是家屬，都會因此對中國醫藥大學兒童醫院的醫師產生不一樣的看法。

醫師的工作壓力很大，若沒有抒壓管道或興趣嗜好，恐怕撐不下去。我是一個對各種事物都很感興趣的人，除了遊山玩水，也很喜歡修理東西，把壞的變成好的，那是一種成就感。根據我爸媽的描述，在我小時候，家裡的東西只要能拆的，都會被我拆光光，舉凡手錶、時鐘、唱盤、音響等，從生活用品到電器，我都會修。有一次太太說電鍋壞了，一般人都是送到電器行修理，我呢！找個下班時間把電鍋拆解，拿三用電表量一量所有線路，發現只是電熱阻壞掉而已，去電子街買個零件換過，就能再用10年了。

有些朋友會說醫師的時間「很貴」，不如去買一台新的電鍋吧！但我認為替病人治病的態度和修理東西有著異曲同工之妙，不管花再多的心力，都要找出問題加以解決，



兒童醫院舉辦的「千人千鶴牽希望」活動，陳安琪主任也客串教孩子摺紙鶴的志工。



五彩繽紛的紙鶴，五彩繽紛的希望。

幫病人恢復健康，讓物品恢復功能，這是一種疼惜，一種呵護，其中也蘊含著不放棄的精神。

當了小兒科醫師之後就愛上了小兒科

其實，我的夢想從來不是當醫師。決定當醫師之前，我想當科學家，準備去美國留學，學基因工程，研究人類疾病。有位學長在大學擔任助教，他帶我到他宿舍，鼓勵我行醫，他的宿舍裡掛滿了解剖圖、骨頭及所有的資料，一副像在當醫師的樣子向我說教，邀我走醫師這條路。正在迷茫中，我去找我的高等生化教授談，他說如果真的對基因工程有興趣，當了醫師，再去美國學基因工程吧！想想他說的也對，但在考上醫學系之後，我才發現當了醫師就再也沒有力氣去美國念研究所了。

坦白說，在醫學系畢業選科的時候，我最討厭的就是小兒科，因為小兒科醫師很難當。從孩子還在媽媽肚子裡、早產兒到18歲，都屬於小兒科醫療的範疇，而各個年齡發展的狀況不同，所用的藥物也不一樣，從頭到腳的疾病種類非常多，嬰兒不會講話，幼兒不會明確表達，無法讓醫師在診斷時有個參考的依據，一切都要靠醫師自行去探索。所以在我當時的思考中，完全沒有把小兒科列入選項。

我後來會選擇小兒科，是因為聽了媽媽的話。媽媽說：「你身體不是非常好，也不是運動健將，不要走外科，人家某某親戚的

孩子當小兒科醫師就很好啊！」我的成績不錯，很多科都會優先錄取，但「媽媽的一句話」讓我放棄了其他選項，開始培養自己對小兒科的興趣與專長。更神奇的是，在用心鑽研之後，我發現我竟然愛上了小兒科。

愛小孩的人才能成為優秀的兒科醫師

治好一個小朋友，使他能夠健康活潑的成長，救活一個小朋友，使他的生命得以延長，這是多大的快樂和成就啊！尤其是孩子的反應很直接，不舒服的時候病懨懨的，等你幫他醫好，一見面就高興的叫著「醫師哥哥！」「醫師叔叔！」到現在的「醫師伯伯！」隨著叫聲，你會感覺到一陣陣強韌的生命力撲面而來，灌注你的全身。所以，很多人都說小兒科醫師好像比較年輕，比較有活力，這是其來有自啊！

陪伴著病兒們，一路走到現在，我最深刻的感想是要成為優秀的小兒科醫師，先決條件是必須很喜歡小孩子。我大概就是因為很喜歡小孩子，才會培養出對兒科的熱愛。

人生在每個階段都會有不同的選擇，每一次的選擇都決定了你下一步的方向。回首過去，我很慶幸自己當初改變了原有的想法，果斷地跨進了小兒科的大門。改變就是機會，只有勇敢去嘗試，才有機會看見大門後的風景，才不會錯過那令你意想不到的甜美滋味。（本文轉載自中國醫藥大學兒童醫院院訊）

中醫兒童優質門診治療區

孩子們的專屬天地



文／中國醫藥大學附設醫院

中國醫藥大學附設醫院中醫兒科最近開闢「中醫兒童優質門診治療區」，除了望聞問切等中醫診察，並有口服中藥、傳統針灸、雷射針灸、穴位推拿、穴位敷貼、中藥藥浴包、中藥臍敷、中醫衛教等醫療服務，並可利用中醫診斷儀器輔助評估病情，以及加強與西醫的合作治療，提供兒童優質的健康照護。

過敏兒是主要的治療對象之一

中醫兒科顏宏融主任說，根據統計，過敏性鼻炎在臺灣的盛行率約為30-50%，氣喘的盛行率約為15-20%，異位性皮膚炎的盛行率為8-10%。隨著生活環境改變，細懸浮微粒（PM 2.5）的威脅與食安問題，以致這些過敏疾病的盛行率仍在逐年上升中。

中醫兒科主治醫師賴琬郁表示，氣喘病兒同時接受中醫治療的比例已達57.95%，過敏性鼻炎病兒同時接受中醫治療的比例更高達63.11%，中醫兒科為此開辦了「中醫小兒氣喘優質照護門診」，並於今年7、8月開辦「兒童三伏貼特別門診」。

小兒氣喘與三伏貼門診的特色

「中醫小兒氣喘優質照護門診」的治療對象是12歲以下氣喘病兒，並與兒童醫院的兒童胸腔科、兒童過敏免疫風濕科合作，可安排過敏原檢測、肺功能檢查等服務，讓病兒接受更全面性的治療與定期評估氣喘控制程度。賴琬郁醫師的研究顯示，接受氣喘優質照護治療的病兒，氣喘多能獲得穩定控制，生活品質因而改善。

「兒童三伏貼特別門診」是根據冬病夏治的原理，在一年當中最炎熱與陽氣最旺盛的時候，使用適合兒童與青少年的三伏貼配方，進行中藥穴位貼敷，提前防治好發於冬天的過敏性鼻炎、氣喘等疾病，以及幫忙體質虛弱容易感冒的孩子增強抵抗力。

顏宏融主任說，兒童醫療並非成人醫療的縮小版，中醫也是如此。中醫兒科在診療上有其專業性與獨特性，「中醫兒童優質門診治療區」整合了中醫內治與外治療法，給看中醫的孩子全方位照護。☺





北港附醫8科聯手搶救

車禍重傷男子順利出院

文／中國醫藥大學北港附設醫院

嘉義縣一位64歲的林先生，騎機車撞
到電線桿受傷昏迷，送往中國醫藥
大學北港附設醫院搶救，會診了8個不同的
醫療科別與歷經4次手術，在9位醫師通
力合作之下，他終於在住院28天後順利出
院，家屬稱謝不已。

林先生於4月26日早上騎機車至北港逛
牛墟，不慎撞到電線桿，當場意識喪失，
右上肢、右大腿和右膝都有開放性傷口，
腫脹變形，傷勢十分嚴重。北港附醫急診
醫師緊急處置後，旋即安排腦部、胸部、
腹部斷層掃描及右上肢、右大腿的放射科
檢查，腹部斷層掃描顯示骨盆腔內有出
血，於是會診泌尿科醫師評估骨盆內器官
損傷程度，並請放射科白玉林主任緊急施
行骨盆腔血管栓塞。

在這段救治過程中，北港附醫充分
展現了團隊戰力，先後會診外科賴光啟醫
師、骨科何堃淵醫師、骨科馮逸卿醫師、
身心科吳佳錚醫師、神經外科莊皓宇醫師
及復健科等8個不同醫療科別，歷經4次手
術，9位醫師合作無間。

北港附醫馮逸卿副院長表示，偏鄉道
路人車較少，駕駛人若車速過快，易導致車
禍事故。北港附醫為中度級急救責任醫院，
設置有外傷緊急啟動機制，各科互相會診支
援，還有專科護理師、急診、開刀房、加護
病房及病房臨床護理師細心照護，共同守護
雲林沿海地區民眾的健康。🙏



以茶代水， 不行嗎？

文／臺北分院 營養師 侯雅苓

喝茶喝咖啡，1天不宜超過600 ml

茶，尤其大家熟知的綠茶中，茶多酚是重要的活性物質，許多研究也已證實它是促進健康的最主要因子，有預防癌症及消脂瘦身的功能，然而茶葉中所含的茶鹼、咖啡因、植酸等成分，對身體的影響甚大。茶汁中最多的是「茶鹼」，結構與咖啡因很像，具有擴張血管及利尿的作用，有研究指出，茶鹼干擾人進入睡眠狀態的能力比咖啡因還強。茶葉中所含的植酸，則會抑制鈣質及鐵質吸收，影響營養素在身體的吸收率。

「營養師，我不喜歡喝沒味道的水，我都把茶當水喝。喝茶還可以抗癌，對吧！」

「我都喝無糖的茶喔，應該可以吧？」
的確很多民眾都有這樣的想法。盛夏的氣溫高到一出門就要融化，沿路隨手可得的茶、飲料和號稱黃金比例的搖搖杯，不管有糖無糖，事實是，用來代酒是可以的，但若長期以茶代水，恐怕健康會出現問題。

很多人除了茶以外，早上還習慣來杯咖啡提神，殊不知在茶鹼及咖啡因的雙重利尿作用之下，有可能讓你一整天的淨水量變成「負」的喔！身體細胞在缺水情況下是無法正常運作的，對於高血糖、高血脂的病人來說，缺水會使得血液更加濃稠，對心臟、腎臟造成更沈重的負荷。一般建議，茶及咖啡的飲用量1天最好不要超過600 ml。

建議飲水量，每天每公斤體重30-40 ml

水就不一樣了！水被列為6大類食物中的一項，足以表示它的重要絲毫不亞於每日每餐所攝取的其他食物。水是人體必需的成分，人體60-70%都是水，身體足夠的水可以促進全身循環、維持血液及體液不會過於濃稠，有利於排除身體的水溶性毒素，是最經濟有效的「排毒」利器。

但，水喝越多越好嗎？其實也不是，健康的提升絕非靠單一食物。每日建議飲水量為每公斤體重30-40 ml，以體重60公斤的健康人為例，每日至少要飲水1800-2400 ml。建議飲水量也需視身體情況來微調，例如體虛者、老年人、重病患者、心臟或腎臟疾病患者，都要避免攝取過多水分，以免病情雪上加霜。

喝水喝得對，可以讓你更健康

以下提供健康飲水的方法：

- **一起床就喝水**，可改善便秘，幫助排除夜間積留在體內的毒素。
- 上班族可找1個容量1000ml的瓶罐，每天上班時、午休時，裝水放在桌上，**規定自己每天喝2瓶**。

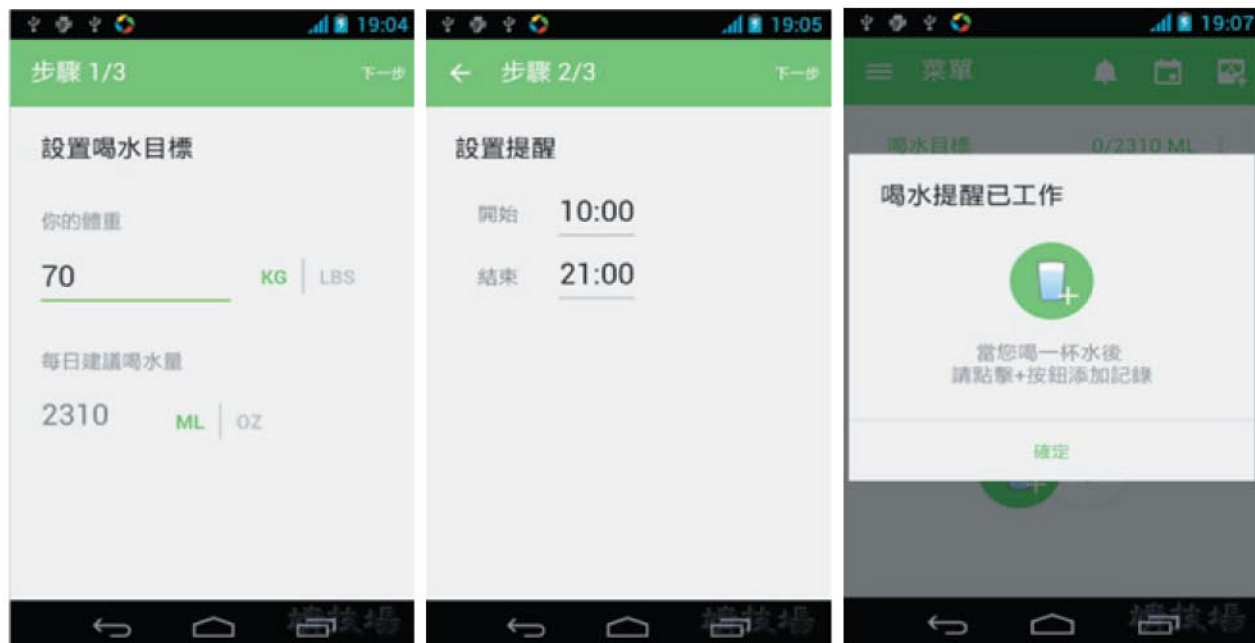
- 如果覺得不渴或喝不下，原因常是身體排水量不夠。簡單來說，舊水不出，新水就很難持續裝入。其實，身體排水主要靠皮膚流汗，再來才是排尿，但上班族普遍運動量不足，導致流汗量不夠多。因此，**一定要想辦法流汗**，平常多做有氧運動或做三溫暖等，這些活動都能幫助體內排出大量水分。
- 大口喝水等於沒喝，**切記要小口喝**。不管是不是在大量流汗之後，只要喝水，都要小口小口的喝，因為一次灌下太多水，腎臟收到進水太多的訊號，便會加快排尿的速度，反而讓喝下去的水立刻流失，沒有足夠時間送到身體各處。
- **避免喝市售的瓶裝水**，只要是瓶裝飲料，開封後都很容易長細菌，最好的方式還是自己帶水壺。
- 入夜後，身體循環趨緩，可減少水分攝取，**睡前1小時內最好別再喝水**。

飲品取代水，飲用時注意事項

最後針對常見用來取代水的飲品，飲用時應注意事項，提供大家參考。

檸檬水

除了檸檬水以外，國外最近流行自製水果水，把五顏六色的水果和香草丟進開水裡放置冰箱一晚後飲用，除了無糖零熱量，還宣稱兼具減重排毒的功效。事實上這麼喝，喝進去的營養素不多。因為水果中的纖維以及脂溶性的維生素A不溶於水，只有水溶性營養素如維生素C、B群和植化素、花青素等會釋放到水中，但水果只浸泡沒有擠壓出汁，釋出成分很少，且目前缺乏實驗證明浸泡水



手機也可下載「提醒喝水」APP

(圖片引用來源: google)

果的營養素溶出率。若想達到減重或排毒的效果，不如直接吃水果來攝取完整的營養素。

就喝水的立場來說，水果水沒什麼不好，切片水果不接觸空氣而是浸泡水中，也能減緩氧化速度。只要注意水果的酸度，避免刺激胃酸過度分泌即可。

蜂蜜水

蜂蜜水最為人所知的作用就是潤腸道、通便排毒。每天早晨喝1杯蜂蜜水，養成習慣，不僅潤腸通便，還能快速消除疲勞與飢餓感。需要注意的是，蜂蜜是小分子的糖，可以直接被人體吸收，如果一次吃進大量蜂蜜，會使血糖快速上升，空腹飲用也會刺激胃酸分泌，長時間過量食用，則易導致血糖、血脂異常及體重增加、腸道潰瘍。因此不建議用蜂蜜水全部取代一日飲水。

機能水（電解水、鹼性離子水…）

電解水是透過電極分解出來的水，分

解後會產生酸性水與鹼性水。一般用於飲用並被認為有益健康的是鹼性離子水，常被強調有消除自由基的功能，或是可以改善體質甚至多種疾病。但此一說法目前並無人體實驗證實，而人體血液的酸鹼值是恆定的，唯有生理代謝有特殊異常，才會影響血液酸鹼度，若補充過多鹼性水，會帶給腎臟額外的負擔。

此外，電解水及鹼性水若與空氣接觸，酸鹼度會逐漸下降，而不再是所標示的鹼性。所以機能水無須過度補充，也不可取代一日飲水。

智慧型手機也能提醒你喝水喔！

拜科技之賜，現在喝水也有提醒工具。智慧型手機可下載許多程式，包括設定每日飲水量，並規劃每日飲水的進度，設定提醒鬧鐘（上圖）。忙碌的大家，別再忘了喝水喔！☺

維生素D加持 明天「肺」更好



文／臨床營養科 營養師 吳素珍



你是否有這樣的經驗，就算自己不抽菸，還是常常受到外在二手菸的傷害？你是否也會因為空氣品質惡劣，細懸浮微粒（PM2.5）過高而不敢出門？無論長期或短期暴露在二手菸與PM2.5的汙染之下，都會提高罹患呼吸道疾病的風險，這也使得肺癌、支氣管炎、氣喘等疾病近年來的發生率節節上升。2011年美國營養學會發表的維生素D和慢性肺部疾病多項臨床研究結果，很值得我們參考。

大家應該非常熟悉維生素D，維生素D可以促進鈣的吸收與維持骨質密度，最近的研究還發現，維生素D可能與一些呼吸道疾患及癌症、自體免疫疾病、感染、心血管疾病等的發生有關。但令人憂心的是，過去幾十年來，維生素D缺乏症在成人和兒童卻有明顯增加的趨勢。

研究證實維生素D有益肺部健康

美國所做的第1次全國健康及營養調查發現，高濃度的維生素D可以改善肺部功能。雖然維生素D如何影響肺功能，機轉仍不清楚，但有可能是它可以調節肺部發炎反應，或是增加呼吸道免疫功能。

已有許多研究觀察維生素D與哮喘、慢性阻塞性肺病、肺部囊性纖維化和呼吸道感染等多種肺部疾病的關聯性，這些研究並已證實維生素D缺乏者，肺部疾病的發生率較高。另有研究顯示，婦女在懷孕期間，若維生素D攝取不足，會增加孩子日後發生氣喘的機率；慢性阻塞性肺病和肺部囊性纖維化患者若維生素D缺乏，肺功能會降低；維生素D缺乏還會增加肺部感染結核分枝桿菌及上呼吸道感染的風險。

維生素D與氣喘

氣喘是一種呼吸道的急性或慢性發炎，會引發呼吸道過度免疫反應，造成呼吸道阻塞。美國哥斯大黎加一項研究發現，兒童血清中若有較高濃度的維生素D，在住院期間可以減少消炎藥物的用量。其他國家的維生素D缺乏和氣喘研究則顯示，血清中維生素D濃度較高，可以減少類固醇的用量，亦即正在使用類固醇治療的氣喘患者應加強維生素D的攝取。

維生素D與孕婦、幼兒

一項針對美國、芬蘭、蘇格蘭和日本的5000名孕婦所做研究發現，母體攝取的維生素D是否足夠和孩子日後的氣喘發生率呈負相關，也就是說，懷孕期間攝取足夠的維生素D可降低孩子日後罹患氣喘的機率。其他研究則發現，孕婦的飲食中缺乏維生素D，會增加孩子日後罹患呼吸道發炎的風險；如果兒童的飲食缺乏維生素D，亦會增加過敏性鼻炎與哮喘的發生率。

維生素D與肺部囊性纖維化

肺部囊性纖維化為西方人最常見的遺傳性呼吸障礙，這是由於基因缺陷使得身體產生過多的黏液，對呼吸系統的影響尤其劇烈，濃稠的分泌物可能會阻塞氣管，甚且導致呼吸衰竭。許多研究已經證實囊性纖維化與骨質密度降低的相關性，低骨質密度會增加椎骨、肋骨和胸骨骨折的風險，從而導致降低清除呼吸道分泌物的能力。

另一項針對肺部囊性纖維化患者的研究證實，缺乏維生素D和肺部囊性纖維化患者發炎的程度有關聯。未來的研究將試圖確定維

生素D如何改善肺功能，降低肺部囊性纖維化惡化的速度與增加對抗肺中細菌的能力。

維生素D與呼吸道感染

迄今已有許多研究探討呼吸道感染、結核病等與維生素D的關係，研究發現維生素D可以對抗呼吸道病菌並增強免疫功能。維生素D缺乏不僅與上呼吸道感染有關，另有研究顯示，學齡兒童在冬季補充維生素D，可以減少感染A型流感病毒的機率，為肺炎患者補充維生素D則能降低肺炎復發的風險。

從以上國外諸多研究結果可知，維生素D與各種慢性肺部疾病有關，但到底是維生素D缺乏而導致肺部疾病，或是因為疾病而導致維生素D的缺乏，仍需要更多的研究來確定。

如何才能攝取足量的維生素D？

維生素D的食物來源有蛋黃、鮭魚、沙丁魚、奶品、魚肝油、酵母、青菜等，足量攝取，有益維護肺部和呼吸道的健康。適度曬太陽，也能從陽光的紫外線獲得維生素D，但分寸要拿捏好，以免曬傷。☀

參考資料：

Vitamin D and Chronic Lung Disease: A Review of Molecular Mechanisms and Clinical Studies. 2011 American Society for Nutrition. Adv. Nutr. 2: 244-253.



戒菸也要有幫手 輔助藥物拉一把

文／藥劑部 藥師 謝媿怡



縷輕煙裊裊升起。拉遠一點看，煙是從白色的香菸尾部飄起的，而那菸夾在某人的指間。拉近一點看，緩緩飄起的煙呈白色，了解它的人都知道，裡面混雜著超過4000種的化合物，又以焦油、尼古丁、一氧化碳為大宗。

正面來看，尼古丁會刺激交感神經，使人心情愉快，精神振作。反面言之，尼古丁會使人成癮，焦油則會損害肺部纖毛，其他數百種化合物都會帶來各式各樣的傷害。當然，這些狀況並非立即發生。

以速度而言，欣快感是抽菸當下的感受，至於因而衍生的各種疾病則要好幾年以後才會顯現，所以在短期內不太容易有具體的感受。一旦抽菸抽上了癮，要戒菸必須克服生理及心理的雙重依賴，所以縱使有了戒菸的念頭，若要單靠意志力來戒菸，實屬不易。

所幸隨著醫藥發達，已有許多「戰友」可與欲戒菸者並肩作戰，在戒菸一役中，增加抵達終點的成功率。這些戰友包括專業人員的諮詢、身旁親朋好友的鼓勵，以及戒菸輔助藥物。其中，戒菸輔助藥物可分成「尼古丁替代藥物」和「非尼古丁藥物」兩大類。

尼古丁替代藥物

香菸內含的化合物雖多，但造成上癮的根本元凶是尼古丁。尼古丁雖是上癮的主因，卻非致癌主因。癮君子一旦停止抽菸，體內沒有了尼古丁的來源，會讓戒斷症狀（如：易怒、憂慮、神經質等）變得明顯，因此在藥物協助下逐漸減量尼古丁，可提高戒菸成功率。要注意的是，使用尼古丁替代藥物時須徹底戒菸，不然失敗率會升高。

尼古丁替代藥物的劑型有貼片、咀嚼錠、口含錠、吸入劑等，皆為「指示藥」，在藥局就可以買到。

貼片

尼古丁會經由皮膚吸收，貼片可貼於背部、腹部、手臂兩旁等乾燥、無毛髮處。

使用貼片注意事項

1. 尼古丁有揮發性，使用前再將包裝打開。
2. 洗澡時可以不將貼片撕下，但不能刻意擦洗貼片，以免脫落。

- 貼片不能重複貼在同樣的地方，每天要換位置貼。
- 撕下的廢片對折後丟棄。
- 因為貼片含有鋁箔，做磁振造影檢查（MRI）前，要撕去貼片，以免皮膚灼傷。

常見副作用：皮膚紅腫或刺痛感，通常短時間內就會消失。

口含錠

顧名思義就是含在口中（輪流含在口腔兩側），讓它慢慢溶解，不能咀嚼，也不能吞下去。尼古丁是經由口腔黏膜吸收，而非由腸胃道吸收，因為若從腸胃道吸收，會經由肝門靜脈送到肝臟，導致尼古丁在產生作用前就被代謝掉而失效。

常見副作用：噁心

咀嚼錠

咀嚼錠和口含錠類似，都是經由口腔黏膜吸收。兩者不同的地方在於，口含錠會慢慢溶解，咀嚼錠則是咬一咬之後，味道會變強並釋放尼古丁，此時把它含在牙床和臉頰間，等味道變淡才再次咀嚼。咀嚼完畢後丟進垃圾桶。

常見副作用：口腔和喉嚨痛、下頷肌肉痛、腸胃不適。

口腔吸入劑

口腔吸入劑的尼古丁也是由口腔黏膜吸收，使用方法與吸菸不同，吸入劑要

淺吸，若深吸容易刺激喉嚨與氣管導致咳嗽。使用吸入劑時也不能由嘴吐氣，而要從鼻子吐氣，不然藥物跑掉就沒有效果了。

常見副作用：口腔和喉嚨痛、腸胃不適。

非尼古丁替代藥物

非尼古丁替代藥物皆為處方藥，需經醫師看診才能使用。目前有兩種：Bupropion及Varenicline，這兩種藥物需要慢慢調高劑量，所以服藥的第1週還不需戒菸，第2週開始就要完全不能抽菸了。

Bupropion

Bupropion作用在腦部，能降低因尼古丁減少而導致的戒斷症狀。

常見副作用：失眠、頭痛、厭食。

Varenicline

作用原理在於Varenicline會與尼古丁受體高度結合，同時避免尼古丁與受體結合，故可讓人變得不想吸菸，即使吸菸，也不會有以前那麼好的感覺。

常見副作用：腸胃不適、頭暈等等。

戒菸藥物雖多，但如何選擇以及詳細使用方法要諮詢專業醫療人員，本院也有戒菸門診可供諮詢。戒菸最重要的是決心，再加上專業人員及藥物的輔助，成功指日可待！🍀

近視造成弱視 誤以為閱讀困難



文／中國醫訊 編輯部

睿睿是一個5歲的小男孩，幼稚園老師說他平常表現都還好，但是全班一起讀故事書時，他讀得比較慢，學習新字也比其他小朋友困難。爸媽原本以為是睿睿懶散不專心，可是再怎麼認真教他，情況還是一樣，甚至越來越不喜歡上課，這讓爸媽非常擔心他以後上小學怎麼辦？也擔心他會不會像愛因斯坦一樣是閱讀困難啊？

後來在幼稚園例行性的視力檢查中，赫然發現睿睿的視力比同年齡的小孩差。到眼科檢查，他雙眼構造正常，但雙眼的最佳矯正（給予足夠度數）視力僅0.1，散瞳後的驗光度數分別為右眼350度及左眼400度，屬於近視造成的弱視。在給予足夠度數的鏡片及訓練治療約半年後，睿睿的雙眼最佳矯正視力已進步到0.7，不只學習生字較慢的現象有改善，也比較喜歡上學，不再被誤會是不認真和貪玩了。

造成孩子弱視的3種原因

中國醫藥大學兒童醫院兒童眼科主治醫師謝宜靜表示，弱視是指大腦掌管視力的區塊，在發育過程中接受的視覺刺激不夠，因而導致發育不良，也就是俗稱的「懶惰眼」（lazy eye）。弱視的原因可分為下列3種，治療方式隨之而異。

- 1.斜視性：**雙眼一起看東西時，一眼落在目標上，一眼落在目標旁，久而久之，大腦便會抑制斜視眼視力的發育。有的患者需儘早手術，有的需合併遮眼治療或是戴眼鏡矯正。
- 2.雙眼不等視，或雙眼高度數的近視、遠視或散光：**患者看東西時的影像落在視網膜的前方或後方或多點，無法在視網膜上清楚成像。這時必須配戴度數正確的眼鏡，若是雙眼不等視還要合併遮眼治療。
- 3.視覺剝奪型：**例如先天性白內障或是嚴重的眼瞼下垂，擋住光線進入瞳孔的路徑，無法清楚在視網膜上成像。大部分患者都需要儘早接受手術。

治療弱視要把握黃金時期

弱視治療的黃金時間是在7、8歲之前，但直到10歲都還有治療的機會，一旦錯過這個階段，長大後即使給予度數正確的眼鏡或是施行手術，視力也已無法改善了。

謝宜靜醫師說，弱視有無及早發現與治療，是會影響小朋友一輩子的事，不僅對學習和課業，乃至日後開車、工作甚至人際關係都很重要，千萬不能輕忽。

她也強調，視力的預防及治療應從學齡前開始，因為近視度數會隨年齡而增加，之後可能演變成高度近視，而這正是導致弱視的原因之一。👓

針灸搭配西醫治療 為中風患者解僵除痛

文／中國醫訊 編輯部

中風後最常見的后遺症為肢體功能出現障礙，除了肢體無力外，因肢體張力產生的僵硬疼痛，也帶給患者很大的痛苦。中國醫藥大學附設醫院中醫部近兩年完成的隨機雙盲臨床試驗證實：針灸加西醫治療，改善中風後肢體張力疼痛的效果，超過純西醫治療。

臨床試驗證實，針灸相助效果好

針灸科主治醫師廖先胤說，國際期刊過去發表的中風與針灸相關研究，較側重神經功能變化及日常生活表現，單獨探討肢體疼痛僵硬的較為少見。中國附醫這項證實針灸療效的臨床試驗，可供醫界及患者參考。

此一臨床試驗先篩選出條件相仿的60位初次中風患者，分為兩組，一組接受針灸加西醫常規治療，一組只做西醫常規治療。所謂西醫常規治療，包括復健、服用肌肉鬆弛劑、注射肉毒桿菌、穿戴復健副木。針灸則以局部取穴搭配頭皮針來放鬆肌肉，緩解疼痛。

結果發現，經過3個月的療程，在西醫治療之外，還陸續做了24次針灸的患者，肢體張力疼痛改善的程度明顯優於純西醫組。

中風患者見證，多管齊下最聰明

廖先胤醫師說，中風初期出現的半身無力，只是一部分症狀，待病情穩定，有些人肢體肌肉的力量雖逐漸恢復，但因腦部上運動神經元受損，會導致肢體張力及僵硬疼痛增加，直接影響日常活動和復健，患者常因無助而陷入憂鬱。

他表示，針刺局部穴位無法放鬆的肌肉，輔以頭皮針的刺激，能夠疏通經絡、調暢血氣、活絡筋骨，進而改善肢體功能障礙。此外，原本數百元的治療費用，在衛生福利部提供中風住院患者相關的中醫補助後，患者1次只需負擔50元，壓力大幅減輕。

一位患者也為中風病友打氣。他說，3年前，他的右中大腦動脈出血，開刀後撿回一命。之後靠著針灸、服藥及復健，加上每天運動40分鐘，現在已可如常人般快走，並且生活一切自理。☺





腋下溼答答

微波止汗終結煩惱

文／中國醫訊 編輯部

影像創作團隊「Webtvasia Taiwan」整理出夏天最讓人崩潰的10件事，第1名是到處散發濃濃的汗臭味，第10名則是腋汗沾溼衣服。可見多汗真擾人。

中國醫藥大學附設醫院美容中心主任張長正說，正常人即使在低強度活動的狀態下，一天的排汗量也至少有半公升。多汗症患者的排汗量，則超出正常值5倍之多。如果腋下老是溼答答，應如何解決？非侵入性的多汗症治療系統，克服了傳統療法的缺失，應是目前CP值最高的療法。

微波治療與傳統療法的比較

張長正主任指出，造成多汗的小汗腺分布區域，位於真皮層與皮下脂肪層交接處。多汗症治療系統是利用微波提供熱能，破壞小汗腺與部分頂漿腺，達到止汗甚至除臭的效果。好處是此一區域可獲得全面性治療，卻不會傷害皮膚，由於被微波熱能破壞的汗腺無法再生，1-2次療程後，腋下出汗量平均減少8成。治療過程中採局部麻醉，沒有傷口，隔天即可上班。可說是安全有效、副作用低、恢復期短的長久性治療。

多汗症治療原本分為兩大類。以非侵入性治療來說，症狀輕微者，只要加強腋下

清潔，勤用止汗劑，就能善加控制。症狀嚴重者，須注射肉毒桿菌，抑制神經末梢釋放乙醯膽鹼，以達到止汗效果，缺點是無法一勞永逸，每半年要回診繼續新的療程。至於侵入性治療，是以交感神經節切除術根絕後患，但腋下不流汗了，身體其他部位卻會代償性出汗，所帶來的困擾可能遠大於治療前的問題；手術留疤及術後照顧的麻煩，也常令患者打退堂鼓。

非侵入療法可大幅減少腋汗

張長正主任表示，非侵入性的多汗症治療系統，歐美及臺灣均已核准使用，它並非將小汗腺破壞殆盡，而是在門診先以澱粉測試，標記出易出汗部位，再以微波進行治療，既能明顯改善腋下多汗的問題，又能防止其他部位代償性的出汗。

至於如何判斷自己是否有多汗症，張主任建議幾個觀察重點：1.稍微活動，腋下便多汗且產生異味；2.在冷氣房內仍會出汗；3.一緊張，腋下就出汗，連帶在衣袖留下黃漬。此外，若有狐臭或多汗症的家族史，也易有多汗現象。👉



不當大「腹」翁 攔腰一抱好輕鬆

文／中國醫訊 編輯部

許多爸爸期待孩子給自己一個大大的擁抱，但是爸爸如果有個啤酒肚，可能讓孩子無法攬牢牢。依據衛生福利部國民健康署2014年成人預防保健服務檢查結果，40歲以上男性29%腰圍超標。2013-2015年「國民營養健康狀況變遷調查」實際測量1153位18歲以上男性，發現腰圍過粗情形隨年齡增加而逐步攀高，18-44歲腰圍超標比率為12%，45-64歲為54%，65歲以上則高達83%。

大「腹」翁是慢性病的候選人

國健署表示，腰圍過粗（男性腰圍 ≥ 90 公分，女性腰圍 ≥ 80 公分）反映腹部脂肪堆積造成的腹部肥胖，也間接反映內臟脂肪的堆積，會影響身體代謝，導致血液三酸甘油酯濃度增加與血糖升高，罹患心血管疾病和糖尿病的風險上升。

國健署去年的「健康行為危害因子監測調查」，訪問了2226位18歲以上男性，其中接近6成超過半年沒量腰圍（59%），更有11%的受訪者從未量過腰圍。這種可能因為不想面對逐年累積的腹部脂肪，有意無意拒量腰圍的習慣，一不小心就容易變成大「腹」翁。

腰圍過粗者逾6成有代謝症候群

國健署表示，腰圍是代謝症候群關鍵指標之一。2014年的調查顯示，40歲以上男性屬腹部肥胖者（腰圍 ≥ 90 公分），有代謝症候群的比率高達62%。代謝症候群的診斷標準是「三高加兩害」：血壓高、飯前血糖高、三酸甘油酯高，再加上腰圍過粗與高密度膽固醇偏低，若上述5項中有3項以上異常，即屬代謝症候群。患有代謝症候群的民眾，未來罹患糖尿病的機率比一般人高6倍、罹患高血壓的機率高4倍、罹患高血脂的機率高3倍、罹患心臟病及腦中風的機率高2倍。

請善用免費的成人預防保健服務

因此，國健署提供40歲以上民眾的預防保健服務，內容即涵蓋代謝症候群的免費檢測。40-64歲民眾每3年檢測1次；55歲以上原

住民，罹患小兒麻痺且年齡在35歲以上者，以及65歲以上民眾，每年檢測1次。若有代謝症候群，方可及早發現。

今年父親節，國健署便呼籲太太或兒女們每天給先生或爸爸一個「健康抱」，「健康抱」的方法是從先生或爸爸的背後，以他們的肚臍為中心，雙手抓住自己的手腕內側來環抱，一般來說，這樣大約是90公分的長度（會隨著抱的人身高而有差異，家人可自行測量）。如果不能攬牢牢，就要小心了。

減腰圍，有5招

第1招：聰明選、健康吃

以白開水取代含糖飲料，餐餐八分飽，多吃高纖維質食物，少吃富含飽和脂肪酸及膽固醇的食物，避免攝取反式脂肪酸。

第2招：動動手、動動腳

飯後散步半小時，或者假日安排健走、打球、騎單車等戶外休閒活動。

第3招：不吸菸、少喝酒

有吸菸習慣者請參加二代戒菸門診，由專業醫師協助戒除菸癮，並要少喝酒。

第4招：壓力去、活力來

壓力過大時，可以試試泡個熱水澡、運動、聽音樂、和朋友聊天。培養正當的個人興趣，紓解壓力。

第5招：做檢查、早發現

多利用國健署提供的免費成人預防保健服務，並自行定期量腰圍、量血壓等，以便發現自己是否有肥胖或代謝症候群等問題，及早改正不良的生活習慣，降低對健康的威脅。（資料來源：國民健康署）

嗜甜易招病

看清飲食中的糖陷阱

文／中國醫訊 編輯部



消暑解渴，民眾常選擇含糖飲料及冰品，但是這些飲料冰品不但無法解渴，反而會攝取過多的熱量及糖分，造成健康負擔。

衛生福利部國民健康署表示，根據我國2013-2015年的「國民營養健康狀況變遷調查」，89.6%的國中生、85.5%的高中生、77.9%的19-44歲成人，每週至少喝1次含糖飲料；26.7%的國中生、31.7%的高中生、24.4%的19-44歲成人，每週至少吃1次冰品。

國健署提醒民眾，糖分攝取過量不但會造成肥胖、代謝異常與齲齒，也可能增加代謝症候群及心血管疾病風險，加速身體老化。

甜飲冰品中驚人的糖含量

世界衛生組織2015年3月曾發布有關成人及兒童的糖分攝取指引，建議控制游離糖（製造商、食物製備者或消費者額外添加至食品中的單糖及雙糖，以及蜂蜜、糖漿、果汁中天然存在的糖分）攝取量。譬如體重60公斤，屬於輕度工作者的成人，每日所需熱量約1800大卡，按游離糖攝取量最好不要超過攝取總熱量的5%來計算，相當於1天攝取量應不超過90大卡，也就是22.5公克的糖（約4-5顆方糖，每顆方糖含5公克糖，每公克糖可產生4大卡熱量）。

國健署以手搖飲料為例，大杯紅茶（約650-700ml）若為全糖，糖的添加量可能有

40-54公克（熱量約160-216大卡），已超過每日上限的1倍。又以1罐330ml的碳酸飲料為例，其中含有35公克的糖；1份100公克的牛奶風味冰淇淋，則含有22.7公克的糖；分別都超過1天建議量的攝取上限。

常見的含糖飲料及冰品，包括咖啡、奶茶、運動飲料、優酪乳、發酵乳飲料、調味乳、碳酸飲料（如：可樂、汽水及蘇打水）、奶昔、冰沙、冰淇淋、冰棒、雪糕等。國內已有業者推出無糖配方（如：無糖豆漿、無糖優酪乳或無糖茶飲等），以及低糖配方或減糖配方，提供消費者另一選擇。

國健署設有免費諮詢管道

民眾若有相關問題（含飲食、運動及健康管理），國健署有3個免費諮詢管道：市話健康體重管理諮詢專線0800-367-100（瘦落去、要動動），網路電話撥入（網址：http://210.59.250.202/HPA_WebCall/），或搜尋LINE ID：@call0800367100，亦可上國健署「肥胖防治網」或「We fit!-國健署FB粉絲專頁」查詢。

國健署表示，健康體重管理諮詢時間為每週一至週六上午9時至晚上9時，提供國、台語服務，即使在服務時間以外來電，亦可透過語音留下問題，將有專人回覆。

少吃糖，靠4招

第1招：看清糖含量

包裝食品的營養標示通常以「每一份量」（或每份）及「每100公克」（或每100ml）來標示，並加註該產品每包裝所含的份數。例如1罐481ml的茶飲，標示每份含16.8公克的糖及每100ml含7公克的糖，並加註每1份量是240.5ml，該包裝含2份。經換算，1罐含有33.6公克的糖。

第2招：多喝白開水

隨身攜帶環保壺，提醒自己每天至少喝1500ml白開水，並應分次喝、慢慢喝，尤其從事戶外活動時，更應隨時補充水分以預防中暑或脫水。

第3招：天天原味乳

適量飲用原味乳品（每日1.5-2杯），不但可獲得豐富鈣質、蛋白質及維生素，也不必擔心攝取了過多的游離糖。原味乳品營養標示的糖含量主要來自乳糖，目前並無證據顯示乳品中的乳糖對健康有不良影響，但調味乳常添加額外的糖分，不宜過量攝取。

第4招：果然好好喝

為豐富白開水的口感及增添喝水的樂趣，可在開水中加入少量檸檬片及各種新鮮水果來簡單提味，或加入茶葉泡製冷泡茶。民眾不妨試著在家製備並裝入環保壺中，隨時飲用。（資料來源：國民健康署）

