



我們的精神
誠勤樸慎創新

我們的理念

宗旨：持續提升醫療品質

善盡社會醫療責任

願景：成為民眾首選的
醫學中心

亞東院訊

2017年9月號 | 第214期
ISSN 2310-9696



失智共同照護中心
讓長輩安心照護



手機掃描
亞東院訊
QR Code



亞東院訊

www.femh.org.tw

總編輯的話



214期 · Sep 2017

發行人／林芳郁

發行所／醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會
會亞東紀念醫院
院址／220 新北市板橋區南雅南路二段
21號

總編輯／鄭國祥

發行單位／秘書處

執行編輯／涂晏慈

編輯委員／劉穗儒 周繡玲 廖俊星
許秀卿 吳文毅 鄧仲仁
黃裔貽 楊建昌 賀珍
孫淑慧 熊蕙筠 謝淑惠
徐永芳 陳韻靜 許舒婷

※本刊物照片均經當事人同意後刊登

『亞東醫院社服基金』

劃撥帳號：05758585

戶名：醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會
亞東紀念醫院

歡迎訂閱亞東院訊電子報

<http://www.femh.org.tw/message/message.aspx>

手機掃描
亞東院訊
QR Code



高齡社會時代來臨，失智人口逐漸增多，在少子化的現在，往往造成年輕人生活及經濟的壓力。本期主題「失智共同照護中心，讓長輩安心照護」。失智照顧不只是一個家庭的事，更是整個社會的責任。新北市估計有三萬多人，也是全台失智人口最多，為配合新北市政府整合轄區醫療與長照的資源，於今年3月成立失智症共照網絡，聯合轄內七大醫院共同建置失智防護網。本院在8月3日亞東醫院舉行失智共同照護中心揭牌，正式營運，是全國及新北市第一個全方位的失智共照網，扮演領頭羊的角色。

本院失智共同照護中心由失智症個案管理服務制度與社區失智防護網相互連結建構。失智症防護網由遠傳電信提供，並捐贈20台BoBee守護寶的定位裝置，提供「長照樂智社區服務據點」及本院記憶特別門診的病人，讓家屬運用智慧裝置追蹤長者位置，不再擔心家人走失。新北失智共照網，則與其他醫院共享資源，無論在醫療專業發展、人才培育、臨床研究、網絡合作上，更積極促成全面合作，聯合地方里長、友善社區、商店，建立基層醫療與醫院間的失智症綠色通道。透過衛生局個案管理資訊系統，積極提供失智症患者與家屬失智症相關服務，以「同村協力」為新北失智共照網的核心精神。失智症防護網除定期舉辦失智症社區篩檢，也宣導社區民眾如何面對失智症者之家居相處，同步推動失智友善社區活動。

心臟相關疾病和中風死亡的人數有逐年增加趨勢，在許多國家，心臟疾病是死亡的頭號殺手。高膽固醇、吸菸、肥胖症、生活緊張、糖尿病和高血壓均影響心臟病之發生，由於生活習慣及飲食改變，造成心臟疾病年輕化。在時事話題中特別介紹「心律不整及心臟衰竭疾病」，本院心臟血管內科團隊及心衰竭中心，在今年的2月及4月都各收治一名40歲過去有心律不整的病史及一名36歲因心肌梗塞休克，卻導致心臟衰竭急救治療後倖存的案例。所以心律不整及心臟衰竭不再是老年人的專利，很多年輕人也會碰到。

在此呼籲大家留意，一旦有症狀立即治療，若能接受團隊治療及衛教、適時藥物調整、復健、均衡飲食、適量水份及體重的控制，並由專人指導辨識惡化徵兆處理及自我疾病照顧，就可有效改善疾病。

目 錄

CONTENTS

醫療聚焦

2 年長者的福音 新北市第一家失智共照中心在亞東

神經醫學部 / 一般神經科 甄瑞興主任

4 徹底檢查沒煩惱 談肌電圖檢查 神經醫學部 / 吳進安醫師

6 腸胃道『黏膜下腫瘤』與『膽胰疾病』的診斷與治療利器

超音波暨內視鏡中心 / 鍾承軒主任

8 安心健檢『無痛、無感』內視鏡檢查

時事話題

9 『心衰竭』找上青壯男 心臟衰竭中心 / 曾炳憲主任

10 心律不整也會腦中風？談『心房顫動』與『腦中風』 心臟血管內科 / 莊文博醫師

醫學專欄

12 從耳鼻喉頭頸外科看『甲狀腺腫瘤』 耳鼻喉頭頸外科 / 廖立人醫師

16 達文西機器手臂是頸部腫瘤切除手術利器 耳鼻喉頭頸外科 / 羅武嘉醫師

18 有口難言 食不下嚥 頭頸部癌症患者的嗓音及吞嚥復健

耳鼻喉頭頸外科 / 高藝珈語言治療師

衛教天地

20 腎臟問題大解密 徐醫師的Q&A時間 腎臟內科 / 徐愷翔醫師

22 『糖尿病腎病變』知多少 腎臟內科 / 曾博郁醫師

藥師說藥

24 疼痛來襲 『腎』使用止痛藥 藥學部 / 李文婷藥師

預防保健專欄

26 四癌篩檢好處多 你/妳今年做了沒!? 家庭醫學科 / 林致堅醫師

活動花絮

28 戒菸戒檳動起來！ 爸爸健康跟著來 社會工作室 / 許雅婷社工師

社區園地

30 失智症綠色通道 照護諮詢專線守護您的家人 社區健康發展中心 / 許舒婷

活動看板

31 婦產科團體衛教

社區保健諮詢服務

CPR+AED急救訓練課程 即日起開放招生

衛教課程

32 9月衛教講座課程



新北市第一家失智共照中心在亞東醫院掛牌成立。左起：新北衛生局長林奇宏、衛福部護理及健康照護司司長蔡淑鳳、亞東醫院院長林芳郁

年長者的福音 新北市第一家失智共照中心 在亞東

神經醫學部 / 一般神經科
甄瑞興主任

失智症(Dementia)是什麼？

失智症（Dementia）是一群疾病導致的症候群，可由多種不同的疾病造成的不正常的老化現象，不僅包括了記憶力的減退，還會影響到其他認知功能，包括：語言能力、空間感、計算力、判斷力、抽象思考能力、注意力等各方面的功能退化，同時可能出現一些行為問題和精神症狀。家有一老如有一寶，假如家中有一位失智老人同時有妄想及幻覺行為時，造成家庭照顧問題就不是一般人可以理喻的了。隨著年齡增長，年老者在記憶及行為能力方面開始稍微變慢，但對失智症病人來說，除了記憶減退忘東忘西以外，語言、理解力、反應力等均出現問題，甚至發生性格改變、妄想或幻覺、懷疑老婆有外遇、看到已過世的親人回來等情形，嚴重者更會迷路走失，無法自理日常生活。

新北市第一家失智共同照護中心

失智老人的問題早已受到全世界的注意，全台灣約有26萬失智老人，新北市是全台灣失智人口最多的縣市，有超過三萬的失智人口，約1/3之失智老人常伴隨妄想、幻覺及急躁不安的行為，易造成家屬及照顧者產生照顧壓力，

故失智症的照顧極需要一個整體性的照顧。本院在眾多醫院爭取下取得新北市第一家的失智共照中心，8月3日在本院舉行授牌典禮，由衛福部蔡淑鳳司長代表授牌給亞東醫院，即日起正式掛牌營運。受邀的來賓有新北市衛生局林奇宏局長、社會局林昭文副局長，綠色通道的樞紐人物各里里長、提供失智病人活動據點的亞東技術學院黃茂全校長，以及研發失智產品BoBee的遠傳電信，同台出席典禮宣示貫徹失智長照政策的決心。

本院失智共同照護中心由林芳郁院長帶領下結合神經內科、精神科、復健科、家醫科、傳統醫學科及核醫科的醫師、專科護理師、臨床心理師、社工師所組成，神經內科開設失智症記憶特別門診，以讓所有疑似記憶障礙的民眾可以掛記憶門診來確診是否失智。若是患有失智症會由共照中心個管師收案納入管理服務，並根據病人及家屬的生活需求協助取得該有的社會福利及資源。同時亞東醫院失智共照中心設有日間關懷諮詢熱線：(02)7728-2533為社區民眾解答失智照顧相關問題。個案管理服務制度，可協助家中若有疑似失智症患者的家屬，從患病初期的認知障礙確診到後續的醫療照護，提供持續性的追蹤管理。並連結社會資源，除了可減緩退化，也支持患者家屬在照護病人過程有所依循、依靠，減輕壓力。失智共照中心更聯合地方里長、友善商家、基層醫療院所建立綠色通道、失智症防護網，定期舉辦失智症社區篩檢及訓練活動，宣導社區民眾如何面對與處理失智症。



典禮大合照

表一、正常老化與失智症比較說明

	正常老化	失智症
記憶力衰退	偶爾忘記，過後會再想起	經常忘記，再也想不起來。 初期可能需要筆記，或發展出特別方式幫助記憶，維持正常生活社交功能
筆記或提醒	偶爾需要	初期依賴筆記，漸漸不會使用筆記
喪失方向感	突然想不起來接下來路該怎麼走，過一下又可正常規劃路線	在熟悉的環境迷路。初期可能無法走複雜的路，會選擇走幾條簡單自己記得的路，甚至因此繞遠路。
喪失時間感	偶然忘記日期或約會	時間錯亂，包含季節錯亂
判斷能力	正常	減退。例如：冬天穿夏天的衣服。無法合理安排事物。
口語或字面上的指令	可以正確完成	無法正確完成
計算能力	尚可	常出錯，或無法計算
性格轉變	無	迷惑、多疑、害怕。 行為出現異常。
把東西放在不適當的地方	不會發生	經常發生，甚至會藏東西，怕被偷走
語言表達	正常	使用簡單的詞語表達，或無法清楚表達語意。初期會因此表現少話，靜默。
病勢感	知道有健忘現象	否認
自我生活的照顧	不受影響	需要人協助個人衛生、穿衣。

為了減緩失智輕症病人心智功能退化，亞東醫院、明倫基金會與亞東技術學院更共同成立板橋區第一間長照樂智社區服務據點。每週一至五早上提供非藥物治療管道，由職能治療師、物理治療師、社工師等跨專業團隊提供懷舊課程、園藝治療、認知訓練、運動促進等課程，讓失智長輩在小團體課程中獲得人際互動與感官刺激，快樂學習。失智長輩上課的同時，家屬也可在隔壁教室學習失智症照顧技巧與知識，例如：失智症用藥安全、膳食調配、居家環境調整，透過重要且實用的資訊傳遞，來降低家屬照顧壓力。另外，據點還提供創新的互助家庭模式，讓失智症患者家屬間不僅在心靈上可以互相支持，想喘口氣時也可實質相互幫助。

何時應該就醫，尋求醫療諮詢？

如果您身邊的朋友或親人出現上述的認知功能問題時，應該尋求協助。因疾病退化的時間不一定，初期的失智症有時很難與正常老化分別，需要家人朋友細心的觀察。您可在網路上搜尋「AD-8極早期失智症篩檢量表」，該量表(如：表一)均可用於民眾自我評估。如周遭親友有罹患失智症疑慮，也可撥打服務專線：(02)7728-2533取得相關諮詢。



徹底檢查沒煩惱 談肌電圖檢查



神經醫學部 吳進安醫師

火肌電圖檢查前，先了解人體神經系統：神經系統分為中樞神經系統及周邊神經系統，其實兩者在結構上密不可分，但在生理病理方面有所差異。中樞神經系統包含：大腦、小腦、腦幹和脊髓；周邊神經系統則指12對腦神經和31對脊神經，以及伴隨的自主神經系統（交感和副交感神經），脊神經在上肢先合併成臂神經叢再延伸並分出正中神經、尺神經、橈神經等；在下肢脊神經先合併成腰薦神經叢再延伸分出坐骨神經、脛骨神經、腓骨神經、股神經等。大多數的周邊神經都具有感覺及運動纖維，感覺纖維將接受到的信號傳入中樞神經系統，運動纖維與肌肉相連結，管控肌肉動作，肌肉與周邊神經密不可分，所以肌肉或周邊神經的病症統稱為神經肌肉疾病（Neuromuscular Disease），是肌電圖檢查的對象。神經肌肉疾病常見症狀為麻木感、觸電般疼痛感、肌肉無力或萎縮，但中樞神經系統的疾病也會有相同的症狀，所以申請肌電圖檢查前，得先由醫師診察確認非中樞神經系統的問題，懷疑是神經肌肉疾病才需肌電圖檢查。

常見的神經肌肉疾病

■壓迫性神經病變

正中神經在手腕部位受到壓迫出現的症狀，稱為腕道症候群。橈側三個半手指（即拇指、食指、中指及半根無名指）麻木疼痛為其

主要症狀，睡覺或手腕用力時症狀加重，多因手腕重複動作所致，好發於家庭主婦，所以又稱媽媽手或阿嬤手。另外，尺神經路過手肘的內側，介於皮骨之間，缺乏肌肉保護，常因手肘彎曲太久或姿勢不良，直接被壓迫導致尺神經麻痺，或稱肘道症候群，造成小指及無名指的內半側麻痛。因常見於打麻將的病人，又稱麻將手。麻痛是壓迫性神經病變之早期症狀，嚴重者會有肌肉無力或萎縮的現象。

■神經根病變

頸椎退化或椎間盤突出會導致神經根壓迫，稱為頸神經根病變，輕者上肢麻痛，重者上肢肌肉無力或萎縮。腰椎退化或椎間盤突出會導致腰薦神經根病變，或稱坐骨神經痛，早期病人下肢麻痛，嚴重者下肢肌肉無力或萎縮。

■多發性周邊神經病變

以肢體的末端麻痛為其主要症狀，先腳麻再手麻，其分布如同穿襪子戴手套，常見糖尿病、尿毒、化學治療、酗酒及自體免疫疾病之患者，嚴重者亦會出現肌肉無力或萎縮。

■顏面神經麻痺

主要症狀為顏面肌肉無力，嘴歪流口水，講話漏氣，眼睛閉不緊，通常急性發病，可因外傷造成，但多數原因不明，可能與病毒感染有關，又稱貝爾氏麻痺。

■肌肉病變、運動神經元疾病及肌無力症

以肌肉無力或萎縮為主要症狀，通常上下肢都會受到影響。肌肉病變常與自體免疫、基因遺傳或藥物有關；肌無力症亦因自體免疫所致。運動神經元疾病又稱漸凍人，至今病因不明。

肌電圖檢查(Electromyography, EMG)

可分為神經傳導檢查(Nerve Conduction Studies, NCS or NCV)及針極肌電圖(Needle EMG)兩個項目。

■神經傳導檢查

神經傳導檢查是用電刺激周邊神經，測試神經的反應大小及傳導時間和速度，這項檢查屬於非侵襲性，可在醫師的指導下由技術人員完成，病人只有局部被電到的感覺，因電量低沒有其他的不舒服，所需時間因檢查部位而異，大約每個案例15-30分鐘。電刺激周邊神經的反應大小表示神經纖維的數量與傳導的一致性。一般而言，反應減低或消失表示神經纖維減少或喪失；傳導速度減慢則表示神經纖維的傳導功能不良。

■針極肌電圖

針極肌電圖是以針當記錄電極，每回檢查的針都是全新的，使用過的針就拋棄不再使用，避免傳染肝炎或其他疾病。檢查時將針插入肌肉內，如同肌肉注射或針灸之扎針，記錄

肌肉纖維的活動電位，因使用的針很細，通常病人都可以接受這種針刺的疼痛，但使用抗凝血劑的病人請記得告知檢查醫師，減少針刺後瘀青的現象。針極肌電圖檢查屬於侵襲性，須由醫師親自操作判讀，所需的檢查時間因病情而異，每個案例約需15-30分鐘。肌肉纖維由運動神經支配，肌肉纖維的活動電位可以反應肌肉及運動神經的功能，所以針極肌電圖有助於肌肉及周邊神經疾病的檢測。針極肌電圖檢查前醫師會再次詢問病史及身體診察，並參考神經傳導檢查的結果，在對病情已經完全瞭解的情況下，以最少的針數得到可靠的診斷。

肌電圖檢查是一種醫療會診，它採用電生理檢查來輔助肌肉及周邊神經疾病之診斷。我們應當把肌電圖檢查視同身體診察的延伸，與病史密不可分。換句話說，肌電圖檢查就是引用電生理的技術，來作肌肉神經方面的身體診察。因肌電圖檢查正是一種醫療會診，所以檢查者必須是具備神經及肌肉疾病專長的醫師，通常由神經內科或復健科醫師執行。肌電圖檢查有助於周邊神經或肌肉疾病的定位，並顯示病變的嚴重程度，還可偵測病程的發展，推斷疾病的預後。肌電圖檢查雖為診斷神經肌肉疾病的一大利器，但其檢查結果並不具專一性，也無法反應出周邊神經的所有功能，需配合臨床病史、身體診察與其他檢驗結果共同判讀，才能得到正確的診斷。

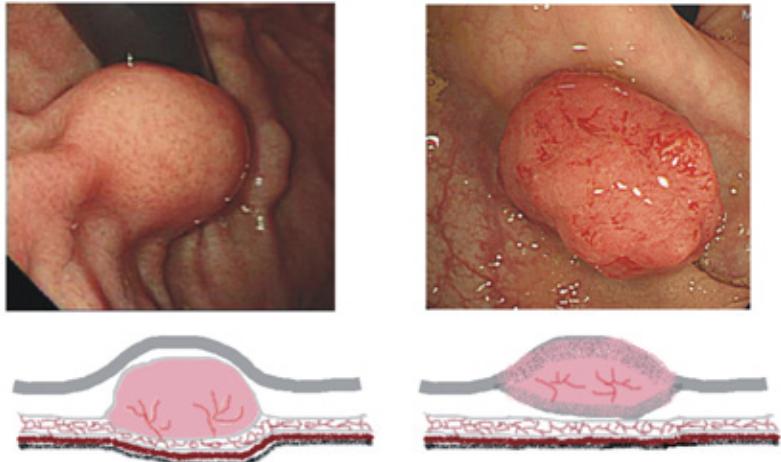
腸胃道『黏膜下腫瘤』與『膽胰疾病』的診斷與治療利器



超音波暨內視鏡中心 鍾承軒主任

近年來腸胃道「黏膜下腫瘤」(如：圖一)以及「膽胰疾病」的發現率隨著影像檢查科技的進步及腸胃道內視鏡檢查的普及而增加，這些病灶的型態與侵犯範圍需要內視鏡超音波 (endoscopic ultrasound, 簡稱 EUS, 如：圖二) 來確診，此內視鏡工具是利用內視鏡前端的超音波探頭，將發射超音波透過腸胃道壁來觀察病灶，取代彌補曝露輻射線風險的電腦斷層及傳統經腹壁超音波可能因腸氣遮蔽而無法觀察的缺點。另外，內視鏡超音波也可以利用特殊細針經過內視鏡管腔，來做腫瘤穿刺取得組織以供病理化驗，以及其他治療(內部引流、胃腸造瘻)之用，在某些特殊疾病可取代傳統開刀與經體表皮壁穿刺的治療，達到體表無傷口的微創手術以增進病患生活品質。

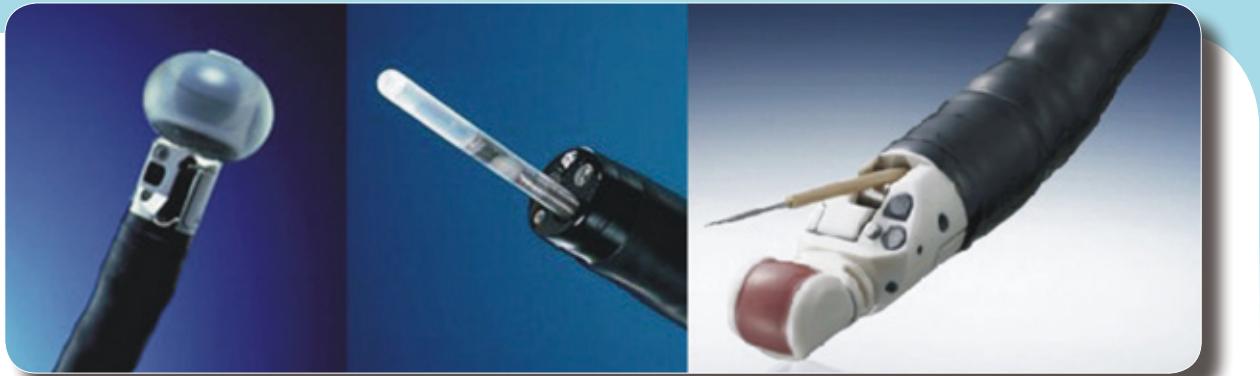
藉「超音波內視鏡」執行胰臟假性囊腫引流術或是腫瘤細胞採檢，醫師可藉由執行內視鏡超音波鏡檢查，定位出胰臟中的假性囊腫 (pseudocyst) 或是腫瘤 (tumor)，並確定標定位置、距離及大小。當事前準備皆完成，即可使用內視鏡超音波採檢針於胃部十二指腸對假性囊腫或腫瘤做穿刺細胞採檢或是建立內引流管道。如為內引流術式，醫師在穿刺後會使用消



圖一、左圖為黏膜下腫瘤，與內視鏡下觀察黏膜表面完全正常，無法分辨是黏膜下胃壁哪一層構造長出，且一般切片無法取得腫瘤組織。右圖為一般黏膜腫瘤，表面黏膜明顯發紅且血管性增加

化道導引線放入囊腫內部，先順著導引線使用小型擴張氣球或是電刀，執行局部內引流腸壁開口微擴張，再置入引流管(塑膠雙頭引流管或是金屬支架)，引流管將置放於假性囊腫中視情況放置約3-6個月。待假性囊腫萎縮和無分泌物後，即可移除雙頭引流管，達到不須開刀也可以治療的效果。目前由於此技術新穎未納入健保給付，因此耗材與麻醉內視鏡費用需自費。

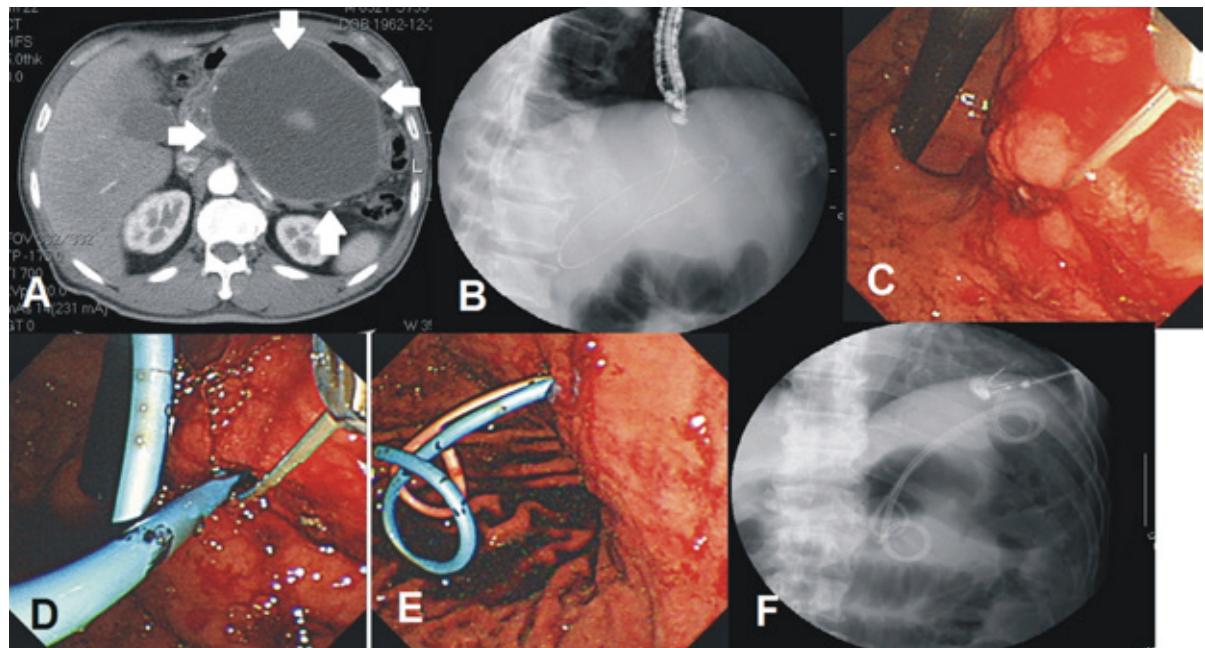
一位63歲男性，長期酗酒造成近5年反覆急性胰臟發炎，導致慢性胰臟炎合併偽囊腫 (pseudocyst) 糖尿病及慢性腹部疼痛。長年依賴嗎啡類止痛藥，生活品質極差，且因疼痛及反覆求醫住院無法工作，與家人及朋友的相處也因此而不睦，與病患討論後，使用線性掃描內



圖二、左側兩種為環狀掃描(radial scan)型，右側為線性掃描(linear scan)型內視鏡超音波

視鏡超音波及穿刺針，將塑膠引流管一端放置在偽囊腫內，另一端放置於胃部腔室內，讓偽囊腫內的液體可以內部引流到胃腸道(如：圖三)，過去針對胰臟偽囊腫的治療方式為，傳統開腹清創或是經腹壁外引流管穿刺，病人常常

需要照顧腹壁外引流管與裝盛袋子，生活品質較差且容易細菌感染，現在，病患可以選擇體表無傷口的微創方式，藉由內視鏡超音波在腸胃道管腔內，進行腫瘤治療與內引流手術。



圖三、A-箭頭所指為胰臟偽囊腫，位於體腔深部隱藏在重要器官之間。B(X光透視鏡)與C(內視鏡影像)-內視鏡超音波以及透視X光導引下，抽吸針經由胃壁刺入囊腫內。D與E-在內視鏡影像下放入2支塑膠引流管。F-透視X光下2支內引流管位置確認無誤，達到體表無傷口之偽囊腫內部引流治療



安心健檢 『無痛、無感』內視鏡檢查

近年來腸胃道惡性腫瘤，包括：食道癌、胃癌及大腸直腸癌，仍名列國人十大癌症死因，其中尤其大腸直腸癌的發生率上升幅度更是驚人！

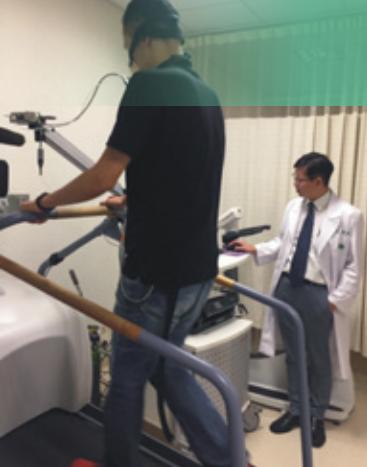
內視鏡檢查與治療

- 仍為腸胃道惡性腫瘤診斷最精準的診斷工具，配合光學與醫材科技的進步。癌前以及早期癌黏膜變化都逃不過有經驗的內視鏡醫師眼睛，可以在腫瘤相關症狀出現以前確立診斷。
- 進一步經由技術純熟的腸胃科醫師，利用各種內視鏡腫瘤切除技術將黏膜病灶切除，達到體表無傷口之微創手術。
- 內視鏡在微妙黏膜變化的檢查，常需要比一般內視鏡檢查耗時更久，需要病患的忍耐配合，倘若病患不斷作嘔噯氣或是躁動不安，會影響內視鏡醫師在細微的內視鏡檢查以及腫瘤切除術中感到困擾，甚至因為作嘔頻繁使得腸胃蠕動加快皺褶扭曲收縮，病灶藏於其中而不察，或是精密內視鏡腫瘤切除術無法進行。

全身靜脈注射藥物麻醉優點

- 可以讓患者在無感的情況下，進行內視鏡檢查與治療。
- 本院目前在內視鏡中心每日皆有麻醉專科團隊，針對一般以及進階內視鏡診斷及治療術進行全身靜脈藥物注射麻醉服務。
- 可以讓內視鏡醫師與病患在沒有壓力、沒有感覺以及痛苦的情況下，進行內視鏡檢查或治療。
- 無感內視鏡施行前仍需要麻醉科醫師針對病患身體狀況做全盤評估，並且針對麻醉藥物之副作用與病家仔細講解，倘若麻醉風險過高仍建議做清醒內視鏡。

此外，全民健保目前對於內視鏡檢查的靜脈注射藥物並沒有給付，因此，針對不同內視鏡術式麻醉相關費用需要自費，並視內視鏡時間以及特殊術式而調整藥量與收費，本院目前每個月施行無感麻醉內視鏡大約550至600個檢查，在麻醉前審慎評估之下是非常安全的。



心衰竭 找上青壯男



心臟衰竭中心 曾炳憲主任

心臟衰竭主要症狀為疲倦、呼吸喘及水腫，確診5年內近半數的人因病死亡，傳統治療只有醫師與病人一對一治療方式，未必達到最佳效果；最新歐美心臟衰竭治療指引，強調跨領域團隊治療。本院近年整合醫師、專科護理師、藥師、復健師、營養師與個案管理師成立心臟衰竭中心，以提升心衰竭照護品質及療效。

本院心臟衰竭中心，於去年2月，成功照護一位因心肌梗塞休克急診治療後倖存，但心臟衰竭卻來報到的案例。謝先生36歲，已婚男性，現居臺中，育有二子。於過年前夕返台北過節，因身體不適在2016年2月8日由家人陪同下入急診，自述無特殊病史，發病當日，跑步去挪車，距離約800公尺，返家後自覺呼吸喘，胸部不適就醫。在急診檢傷區等待時突然意識改變，雙眼上吊，心電圖顯示心肌梗塞合併心室頻脈及心因性休克，立即給予施行心肺復甦術，放置葉克膜、主動脈氣球幫浦置放術及安排心導管手術，心導管發現冠狀動脈中段完全阻塞，予放置支架後轉入加護病房；於2月12日移除葉克膜、2月13日移除主動脈氣球幫浦。2月14日轉至普通病房。心臟超音波顯示左心室

射血分率37%，2月20日病情穩定出院。在門診治療，半年後追蹤心臟變大、功能仍持續下降且心臟衰竭症狀變明顯，導致無法工作，心衰竭個案師進一步安排心衰竭門診與居家心臟復健指導、安排運動心肺功能測驗評估治療效果及藥物調整、並進一步用新的心衰竭藥物治療；同步還有個管師的遠距健康照護服務，在心衰竭跨領域團隊積極的照護下，病情明顯改善並順利於今年開始返回工作崗位。

心臟衰竭不是老年人的專利，很多年輕人也會碰到此問題，多數人即使聽過心臟衰竭，但對疾病沒有正確認識，呼籲大家留意心臟衰竭症狀及早治療，若能接受跨領域團隊治療給予足夠衛教、適時藥物調整、復健運動、做好飲食水份及體重的控制，並由專人指導學會辨識處理惡化徵兆及自我疾病照顧，那麼心臟衰竭症狀更可以有效改善，生活品質也會有所提升。

本院成立心臟衰竭中心進行跨領域團隊治療後，心臟衰竭6個月再住院率已逐年減少，由2015年11.8%、105年6.4%降至2017年第一季0.8%，將持續推動跨領域團隊治療望能減少心衰竭死亡率。



記者會上，謝先生當場示範運動心肺功能檢測；定期追蹤心肺功能，可供醫師評估狀況並調整藥物



謝先生與亞東醫院林芳郁院長及心衰竭醫護團隊手牽手，象徵感恩

心律不整也會腦中風？ 談『心房顫動』與『腦中風』

78歲的王先生長期有高血壓，上個月因為突然之間左手左腳沒力住院，檢查發現是缺血性腦中風。不僅如此，醫師還說他有特別的心律不整有心房顫動的問題。便告訴他未來長期治療會和一般的中風不同，因為這樣的心律不整應該要服用抗凝血劑來預防再次中風。王先生才想起來，從好幾年前就覺得自己的心臟老是會忽快忽慢的亂跳，近幾年看診時，醫師便提及年紀大有高血壓的他具有這樣的心律不整。當時也建議雖然他會有些微嚴重出血的可能性，整體而言，長期服用抗凝血劑預防中風的利大於弊。他希望亡羊補牢，有一次教訓就可以啦，未來決定要好好服藥和醫師配合，預防人生再度從彩色變成黑白。

心臟病也會造成中風嗎？

由心臟造成的栓塞型中風大概佔缺血性中風的百分之二十到三十，有許多的心臟疾病都與中風相關，例如：心房顫動、心房撲動、心臟內部有血栓、機械性心臟瓣膜、風濕性風臟病及心房黏液瘤等。其中，心房顫動最為普遍且重要，最特別是一般的缺血性腦中風會以抗血小板劑治療。而心房顫動引起的腦中風，則以抗凝血劑為首選。此外，即便在住院中詳盡的檢查，仍然會有百分之三、四十的缺血性中風病人查不出栓塞的原因。如果當我們利用植入式監測器長期追蹤這些不明栓塞原因的中風病人三年時，會發現有百分之三十病人具有心房顫動，進而改變了病人的治療方式。

什麼是心房顫動？

心房顫動(atrial fibrillation)是一種常見的心律不整。隨著年齡的上升，患有心房顫動的患者比例就越高，在八十歲的人中，甚至每十個人就有一位患有心房顫動。此外，患有各種心臟病、高血壓、糖尿病、肥胖、甲狀腺疾病，和肺部疾病等疾病的病友也很容易出現心房顫動。

人的心臟是由四個腔室（左右心房和左右心室）所組成。左右心房分別收集來自肺臟和全身的充氧血和缺氧血，將血液分別推送到左心室和右心室。作為人體主要幫浦的左右心室，再將血液擠送到全身的器官和肺臟。

整個過程需要心房和心室依照正常的時序依序收縮才能達成。心臟內其實具備了自己一套傳令的系統，在正常心律的時候，整個心臟就像是一個球場的波浪舞一般，非常有秩序地依序收縮，將血液由心房送到心室再送往全身。

當病友出現心房顫動的時候，心房就像是群蟲蟲在蠕動，完全不會同步進行收縮，和心室之間本來有的默契（心房先收縮完後，換心室收縮）也完全消失而心臟的功能會下降。不僅如此，由於缺乏有效的收縮，血液會在心房內部打轉。停滯不前的血液容易會有血塊形成，因而可能成為造成嚴重中風的兇手。

心房顫動常見的症狀

■ 心悸（指的是感覺到心臟的跳動）也可能感



心臟血管內科 莊文博醫師

受到心臟跳動異常快速且不規則。

- 可能會喘，運動時體力變差，或感到疲累。
- 胸悶或是胸痛。
- 感到頭暈，頭昏目眩甚至昏倒。

但是也有相當比例的人完全不覺得自己已經有心律不整的情形。

心房顫動的治療方式

藥物治療除了可以使用嘗試恢復或是維持正常心律之外，更重要的是中風的預防。不論病友的心房顫動是持續性的或是間歇發作，中風的風險都高於正常人。由於心房顫動造成中風的原因是心臟內出現不該出現的血塊，因此預防中風的方式以使用抗凝血劑為主軸。當醫師評估各項危險因子後，如果使用抗凝血劑的保護效果遠大於可能的出血風險時，便建議使用抗凝血藥物。傳統的抗凝血藥物Warfarin (Coumadin ,可邁丁)，由於作用起始較慢，半衰期長，容易與藥物和食物出現交互作用，因此需定期抽血監測治療濃度是否適當，太高怕容易出血，太低又怕沒有達到預防的療效。使用上相當不便。雖然在特定的病人身上，例如：腎功能極差、二尖瓣瓣膜狹窄和二尖瓣手術後等，這類抗凝血劑仍是首選。但目前有數種新型的抗凝血藥物(如：Pradaxa 普栓達、Xarelto 拜瑞妥、Eliquis 艾必克凝、Lixiana 里先安)通過臨床試驗的考驗，若使用在合適的病人身上，證實效果至少與傳統藥物相當，但是出血的風險顯著下降，臨床使用上也較無藥

物和食物交互作用的問題。

心房顫動的心導管治療

臨牀上確實會有些人無法忍受抗凝血藥物，甚至只要一吃藥會容易會出現嚴重出血的情形。也有一些人即使吃了抗凝血藥後仍然反覆出現栓塞中風等情形。對於這樣無法長期使用抗凝血劑或是使用抗凝血劑後仍有全身栓塞症狀的病人而言，利用心導管置入左心耳封堵器 (LAA occluder) 則是另一種治療的選項。

針對希望維持正常心律並且會因為心房顫動出現明顯不適症狀的病友，心導管消融治療確實是一種重要的治療選項。當病友在服用一種以上的抗心律不整藥物後，仍無法有效減少因心房顫動所引起的症狀或是完全無法忍受抗心律不整藥物時，便可以考慮這種侵入性治療。然而仍然必須了解心導管治療可能的風險（例如：中風、橫膈肌麻痹、食道破裂等）以及可能的侷限（例如：心房顫動可能復發等）。必需了解目前的觀念(2017年HRS/EHRA/ECAS/APHRS/SOLAECE consensus)認為不應為了想要停用抗凝血藥物而進行心導管消融手術。

利用抗凝血劑預防再中風

總結而言，具有心房顫動的病友當已經出現腦中風，或雖未中風但經醫師評估為高度中風風險的病友，就應該與醫師討論抗凝血劑治療可能帶來的好處與風險，一同對面最佳的治療方式並迎向未來。



從耳鼻喉頭頸外科 看『甲狀腺腫瘤』



廖立人醫師
耳鼻喉頭頸外科

甲狀腺腫有越來越多的趨勢

在一般沒有病狀的人裡面，如果用手做觸診約有百分之四至百分之二十會發現甲狀腺有異常腫大，如果以超音波檢查則可能有一半的人會發現有甲狀腺腫(即甲狀腺結節)。在這些甲狀腺結節裡面大部分都是良性無害的節結，但也有約百分之四到七會是惡性的甲狀腺癌。

在亞洲的鄰國南韓，近10年來甲狀腺癌是女性最盛行的癌症，2010年報告指出年齡標準化發生率為每年萬分之11，發生率可以說世界第一高，同為亞洲生活型態類似的國家，台灣也有相同的情形更值得注意，目前在女性已經是十大發生的癌症之一了。

本院耳鼻喉頭頸外科於2014年11月15日舉辦的第97屆台灣耳鼻喉醫學會提出研究報告，對於頸部沒有理學檢查異常之成人，以高解析頸部軟組織超音波配合高頻之線型探頭，在頸部兩側軟組織以及甲狀腺進行篩檢檢查。約一年研究期間，共有143名無症狀成年人接受超音波頸部檢查，其中有67名成人可發現無症狀之甲狀腺結節，推估無症狀之甲狀腺結節之盛行率約為47%。其中有4例因此提早發現甲狀腺癌，估計對於頸部沒有理學檢查異常之成人，台灣甲狀腺癌之盛行率高達3% (4/143)以上。這麼高的發生率，推估可能與超音波普遍使用有關，超音波目前被認為是探查頸部腫塊的重要工具。

頭頸部超音波檢查

現代超音波的發展到比0.2公分大的結節都可以檢查出來，超音波可以用來幫忙分辨甲狀腺結節的良惡性。在超音波下如果出現微小鈣化，前後徑大於左右徑，周圍界線不清或是異常的血流型態，會懷疑是惡性甲狀腺癌，於是醫師會在超音波即時導引下，用細小的針頭，穿刺抽取結節中的細胞化驗，以確定診斷。至於結節大小則與良惡性沒有相關。

本院耳鼻喉科針對甲狀腺結節，發表一個針對國人開發的即時超音波惡性甲狀腺結節預測評估系統，結合幾個超音波的特點可以幫助評估惡性甲狀腺，此結果於國際期刊 Eur Arch Oto-Rhino 發表(參見圖一 QR code)。最近我們更進一步於中華民國超音波醫學會及期刊發表彈性超音波用來評估惡性甲狀腺結節。

過去我們知道惡性的甲狀腺癌的硬度會較良性的甲狀腺結節硬，但沒有明確的測量指標，近年來由於科技的進步彩色彈性超音波也應用於檢查甲狀腺，彈性超音波可用於分析組織中的彈性，並以顏色標示，或者直接量化硬度的剪力彈性超音波，例如：硬的組織，彈性較差，一般以藍色表示，軟的地方以紅色表示，中間部分則以綠色表示。如果甲狀腺結節的整體呈現藍色，就表示惡性機會很高，彈性超音波可以幫助臨床醫師診斷病情，為近10年來超音波醫學的大進步，並將超音波從黑白，紅藍對色進展為彩色的世界。

超音波導引下甲狀腺細針穿刺細胞學檢查

評估甲狀腺結節特性的首選影像學工具是超音波檢查，近年來有越來越多耳鼻喉頭頸外科醫師運用超音波幫病患進行甲狀腺結節診察。如果超音波發發現有明顯的甲狀腺結節，經過評估覺得需要進一步檢查，我們會進行超音波導引下甲狀腺細針穿刺細胞學檢查，另外根據最新的甲狀腺癌指引，所有甲狀腺癌都建議同時進行頸部超音波淋巴檢查。如果手術前就



圖一、本院耳鼻喉科針對甲狀腺結節，發表一個針對國人開發的即時超音波惡性甲狀腺結節預測評估系統，結合幾個超音波的特點可以幫助評估惡性甲狀腺，此結果於國際期刊 Eur Arch Oto-Rhino(2)014，掃描此 QR code 可以看到我們開發的甲狀腺結節預測評估系統。

已經確定是甲狀腺癌，就可以計劃以兩側全甲狀腺切除外加中心淋巴擴清手術，避免因為等待診斷甲狀腺切除手術的病理報告，才又再進行另一次手術的狀況。

然而甲狀腺細針穿刺細胞學檢查其最大的限制來自於對診斷報告術語的分歧與差異。2007年美國國家癌症研究院(National Cancer Institute)在美國的馬里蘭的貝賽斯達(Bethesda, Maryland)，集合超過150位來自各方對甲狀腺疾病有興趣的細胞病理學家、外科病理學家、內分泌專家、放射線科專家、與外科醫師一起開會提出一種現代細胞學分類 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology (BSRTC)，以整合目前甲狀腺細胞診斷系統之依據。

依甲狀腺細胞學現代細胞學分類(BSRTC)分類報告系統，分類為 I 到 VI 類 (如：表一)。現

表一、現代細胞學

類別	分類	惡性比例(%)	建議處置
I	無法診斷或檢體不良(Unsatisfactory)	1~4	重複超音波導引下穿刺
II	良性(Benign)	0~3	臨床追蹤觀察
III	無法決定意義的不典型細胞或無法決定意義的濾泡病變(Atypia of Undetermined Significance or Follicular Lesion of Undetermined Significance)	5~15	重複超音波導引下穿刺
IV	濾泡腫瘤或懷疑是濾泡腫瘤(Follicular Neoplasm or Suspicious for a Follicular Neoplasm)	15~30	甲狀腺單葉切除手術
V	懷疑惡性(Suspicious for malignancy)	60~75	甲狀腺全/或單葉切除手術
VI	惡性(Malignant)	97~99	全甲狀腺切除手術



代細胞學BSRTC分類系統第一類為無法診斷惡性或檢體不良(Unsatisfactory)，這定義是細胞病理科醫師的診斷，是在一個玻片下不足六群、每群10個以上的濾泡細胞群可用來診斷的檢體，歸類為第一類：可能原因是單純良性的囊腫(thyroid cyst)抽到囊腫裡的血水或膠體，而沒有濾泡細胞，或者是技術不好穿刺時出血較多，都是紅血球凝固，而掩蓋到濾泡細胞導致無法判讀。判讀細胞學片子的人如果和做超音波且做細針吸引細胞學的是同一個人，那麼發報告就能肯定是囊液或膠體，如此就可知道並不是真的無法診斷或檢體不佳，而是囊腫而已。但安排超音波檢查和執行超音波檢查，若不是同一人，單單看到細胞病理科醫師的報告，就無法確定抽到囊液，或者部份實心結節，實心的部分沒有抽到，只是抽到液體部份，或是確定抽時真的有膠體。

所以檢查最好由醫師親自做，不然就是看細胞學報告時要看超音波的影像，才不會明明是囊腫，看細胞學報告時跟病人解釋檢體不良，讓病人以為白挨一針導致糾紛。另外通常有經驗的醫師看超音波畫面就大概知道結果為何，例如：囊腫或膠體腫，細胞學檢查為佐證判斷。但若是抽到很多血而產生凝結，這時就真的是檢體不良，通常處理的方法就是在超音波導引下再重做一次細針吸引細胞學檢查。

現代細胞學BSRTC分類系統第二類處置是比較沒有爭議的，例如：看到多核濃染又小的良性腺瘤、淋巴球為主的橋本氏甲狀腺炎(Hashimoto's thyroiditis)，或是多核巨細胞併退化性濾泡細胞的亞急性甲狀腺炎。雖然如此，惡性的機會仍有。在我們的病人裡面發現14%(6/44)仍然術後診斷是甲狀腺癌(5例乳突癌及1例濾泡癌)，5例乳突癌裡面有三例是結節外伴隨的微小乳突癌，微小癌(micro-carcinoma)在超音波可能沒注意而細針沒有穿刺到那個微小

乳突癌，因此在解釋病情時還是會謹慎小心。

現代細胞學BSRTC分類系統第三類報告的機會，各實驗室差異很大(0.7-18%)，而惡性的機會也差異很大(6-48%)，主要是判讀者的歸類問題。可能看到細胞有一點，就認為異常(atypia)，或是有些濾泡細胞較大，聚集成團，但又不夠多，這時就會歸類在此項。有可能也是採樣不足，處理方法可以再抽一次，如果多次都如此，只好手術切除。在我們手術的病人裡面發現30%術後，才診斷是甲狀腺癌。

現代細胞學BSRTC分類系統第四類通常抽到很多濾泡細胞，核較大，染色質較明顯，且濾泡細胞可以圍成一圈，中間可能有膠體，這時可以下診斷為濾泡腫瘤，或可能懷疑是濾泡腫瘤。由於甲狀腺濾泡腫瘤是無法用細胞學確定為癌症，當然這時診斷還是要靠手術，取得腫瘤，看細胞是否有超過被膜，或是細胞侵犯血管，因此常是先做切除單葉(Ilobectomy)。在我們的病人裡面發現30%術後診斷是甲狀腺癌。

現代細胞學BSRTC分類系統第五類在這當中，乳突癌和髓質癌其實是不容易弄錯的，不過若取樣不足時，或判讀者的經驗不足，甚或癌細胞不典型時，是可能只下懷疑的診斷，這時惡性的機會高達60-75%，當然手術的方法可能為了一勞永逸，會做得比較積極，也就是採用near-total thyroidectomy，或是保守一點，只是先做單葉切除來確定，以免弄錯了，要一輩子吃藥來補充，因此各有優缺點。在我們的病人裡面發現92.3%術後診斷是甲狀腺癌。

現代細胞學BSRTC分類系統第六類在這裡指的是判讀者一看，就很自信可以下診斷，例如：典型的乳突癌、髓質癌、未分化癌等，當然惡性的機會就可以高達97-99%，而手術的方法，正統的是兩側全甲狀腺切除加上中心淋巴擴清手術(Bilateral total thyroidectomy and central neck dissection)。

一旦細胞學檢查發現可能是惡性甲狀腺癌，就需要進一步治療。除了惡性度極高的未分化癌外，甲狀腺癌的治療是以外科手術將甲狀腺癌及所有甲狀腺組織切除，術後輔以放射性碘的治療，因為甲狀腺組織及癌細胞都會吸收碘，所以利用此特性將殘存的癌細胞殺死，另外也去除所有的甲狀腺組織。

甲狀腺手術的動力器械及喉返神經監測

甲狀腺手術最重要的部分是腫瘤及淋巴腺的擴清，其次是返喉神經的保留，再其次是副甲狀腺的保留，因此需要由有經驗的醫師親自動刀，但畢竟醫師是人、不是神，多多少少還是會分神，科技的進展也讓我們對手術的安全性提高，近年來最重要的進展就是手術中返喉神經監測儀的使用(如：圖二)。

過去我們會碰到甲狀腺手術後喉嚨聲音沙啞的病人，大部分是單側的返喉神經手術中受傷引起，若是雙側的反喉神經受傷，則需要氣管切開，以確保呼吸道。氣管切開對於甲狀腺疾病的病人是很嚴重的併發症，而單側返喉神經受傷引起的聲帶麻痺更是歐美醫療糾紛的主要原因，在美國紐約的老師 Jatin Shah 說在紐約只有頭頸外科醫師敢開甲狀腺手術，因為沒有良好的術前評估跟溝通引起醫療糾紛是很嚴重的。

兩側聲帶的運動，主要是由返喉神經來支配，返喉神經是第十對迷走神經的分支過來的。當要發聲的時候腦部的訊號經由迷走神經，返喉神經的作用，控制聲帶的活動，藉由肺部呼吸振動聲帶而發出聲音，如果神經受傷聲帶關不起來發聲會漏氣而產生沙啞的聲音，甚至會將口水嗆進氣管裡面，引發吸入性肺炎。

左側返喉神經的路徑很固定，右側返喉神



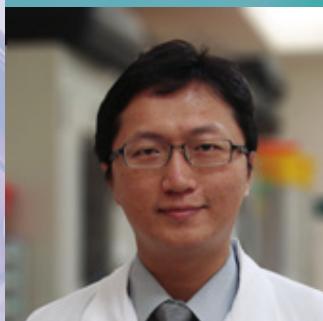
圖二、手術中返喉神經監測儀的使用

經在部分的人是沒有正常的路徑，手術前用超音波可以評估右側返喉神經是否有走正常路徑，如果沒有走正常路徑，神經受損的機會就會增加，手術前知道解剖的變異可以降低神經受損的機會。另外為了保護聲帶神經在手術的過程中比較不會受傷，近年來有返喉神經監測儀的應用，原理就是利用電刺激迷走神經或返喉神經會引起聲帶收縮(如：圖二)，在麻醉的呼吸管接上電極就會獲得反應，當手術的範圍接近神經的時候就會預先知道，防止神經受傷。

在這重重的保護下，我們才敢說我們會盡力保護病人的喉返神經。當然我們也不是萬能的，萬一在術中發現一側的神經沒有反應，手術就應將病灶那側切除下來，另外一側待下次再手術，以防止同時兩側麻痺，需要氣管切開的慘事發生。在甲狀腺手術中，使用神經監測儀已經是世界很多國家的臨床指引(Guideline)，進行手術前應讓病人知道有這項選擇。針對越來越多的甲狀腺癌，國人應可不用太過擔心，台灣無論在檢查與治療的能力與國際並駕齊驅，儘管在談癌色變的年代，我們仍有信心守護國人的健康。



達文西機器手臂 是頸部腫瘤切除手術利器



耳鼻喉頭頸外科
羅武嘉醫師

什麼？幫我開刀的不是人？

什麼時候開始，主刀醫師不是在病人旁邊全神貫注地看著病人做手術，反而是舒適的坐著但專注地看著螢幕不停的動著手腕，好像在打電動玩具，而且還不需要戴著無菌手套(如：圖一)，主刀醫師操作的同時在病人端有機器手臂設備做著同樣且極度精細的動作在幫病人動手術(如：圖二)，這在20年前還很難想像，但是在現在隨著科技的進展這已經是每天都在發生的真實情況，這得歸功於結合高科技所創造出來的機器手臂手術系統。

80年代期間，機器手臂已經被創造出來用在深海進行探勘和挖掘，以及用來執行太空任務；到了90年代，機器手臂開始試著運用在戰場上希望能為受傷的士兵進行遠距的手術醫療；截至今日，已經正式進展至機器手臂手術的時代，目前由直覺手術公司 (Intuitive Surgical Inc.) 所製造的「達文西手術系統」最受世人所接受。它有多隻手臂，一隻裝備附有兩個鏡頭之內視鏡，可提供立體的三維(3D)影像，並可放大10倍，讓操作的醫生更能清晰觀看手術部位，其它的兩到三隻手臂上裝備有適合各種用途之微創器械，可旋轉540度和彎曲270度，即使在狹窄空間也能靈活操作，並且進行手術時完全不會有任何由人手操作所產生的顫抖，使手術更快捷也更安全。

在耳鼻喉頭頸外科領域已被證實可用於經口治療上段消化呼吸道疾病以及進行頸部腫瘤的手術。經口處理上段消化呼吸道疾病的機器人手臂手術顧名思義就是將鏡頭和機器手臂深入病人的



圖一、主刀醫師位於機器手臂手術控制室，就像是無敵鐵金剛的控制室

口內，用來處理鼻咽部、口咽部、下咽部乃至喉部的各式腫瘤。另外一類為經由腋下或髮際線後的皮膚做一切口放入機器手臂所進行的各種頸部腫瘤切除手術。對於上段消化呼吸道的腫瘤手術來說，過去這些部位由於位置較深，要進行這些部位的手術往往需要切開很長的正常組織以達到病灶，才能有較清楚的手術視野，因此會有很大的傷害，這是

第一代的手術；後來有人利用內視鏡或顯微鏡來克服傳統手術視野不夠清楚的限制，然而這類的器械往往過長而且不夠精巧，例如：雷射顯微手術的雷射很難轉彎達到手術部位，這時候的手術雖然是微創手術但似乎還是不夠，這是第二代的手術；時至今日的機器手臂手術被視為是第三代且為劃時代的微創手術。

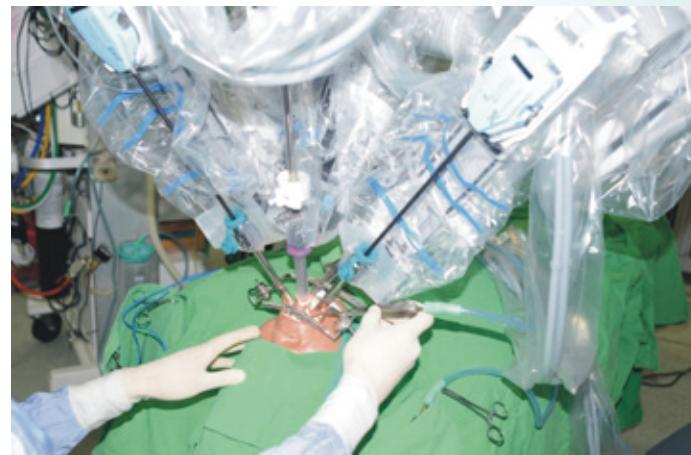
傳統的咽喉腫瘤切除手術

因為切開了很多的正常組織，因此術後往往遺留吞嚥困難的後遺症。

機器手臂手術切除咽喉腫瘤

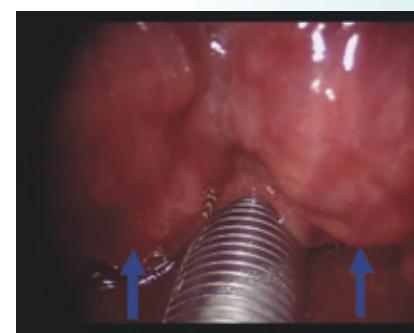
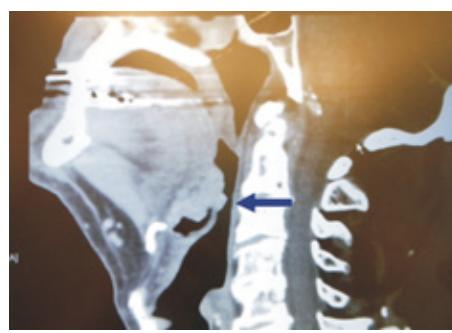
所有的病人在六週內都可以恢復正常飲食，如果術後需要進行放射線治療，則可以降低劑量，大大減少治療後吞嚥困難的比例。另外針對下咽與喉部腫瘤的切除，利用機器手臂手術也大大提供器官保留的機會，以及降低氣管切開手術的比例，使的患者術後還能保有說話的功能。至於咽喉癌復發的治療，機器手臂手術也提供了一項新的治療途徑，因為復發後若進行二度的放射線治療，往往療效不佳且會造成骨頭或軟組織壞死等等更大的後遺症。除了腫瘤的疾病以外，這項技術也可應用在打呼和阻塞性呼吸中止症的患者身上，用經口機器手臂手術可輕易完成過去手術器械無法完成的舌根扁桃體(如：圖三)微創切除，已有文獻報告顯示單單進行舌根扁桃體微創切除可以有效讓呼吸中止的次數平均減少六成，並且成效遠優於現行的舌根部射頻燒灼手術。

科技不斷進步，或許就像數位相機取代傳統底片相機一樣，數位手機取代傳統手機一樣，未來機器手臂手術可能會全面取代傳統器械手術。根據統計，機器手臂手術的市場會以近三成的年成長率不斷成長。然而價格



圖二、架設於病人端的3D立體內視鏡及機械手臂

昂貴是目前這個手術最大的缺點，但是對病人而言，少了幾公分的傷口以及多了幾個百分比的功能都是跟著一輩子的事，如果以經濟成本的概念來看，若是能恢復較快、更快出院，及早回到工作崗位或著是照護家人，整體來看可能不見得這樣的手術費用是很大的支出。最後仍要提醒大眾目前台灣口腔、口咽以及下咽癌引起的死亡是男性癌症死因的第四位，這些病人以往有菸、酒、檳榔的高危險習慣，如果發生頭頸癌，則需要及早就醫，目前也可多多利用國民健康局所提供之免費口腔篩檢，以收早期發現、早期治療之功效。因為即便是靈巧的機器手臂手術，針對嚴重的病情仍是無法手術的。

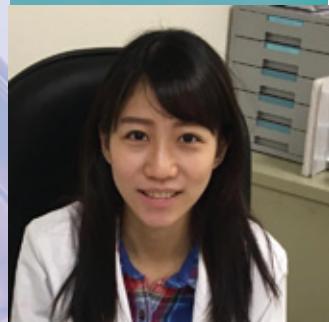


圖三、左圖為磁振造影顯示舌根扁桃體造成的呼吸道狹窄(箭頭處)，右圖則為手術中所見之肥厚舌根扁桃體(箭頭處)



有口難言 食不下嚥

頭頸部癌症患者的嗓音及吞嚥復健



高藝珈
耳鼻喉頭頸
語言治療師
外科

頭頸癌患者常見的治療方式有手術、放射治療、化學治療等，由於罹病之鼻、咽、喉和口腔位處要津，肩負呼吸、說話以及吞嚥的重要生理功能，許多患者在接受治療後出現「有口難言、食不下嚥」等後遺症。近年的研究發現：若能於手術或放射治療時搭配語言治療師進行言語吞嚥之復健，可顯著降低醫療處置副作用的發生機率，大幅提升患者生活品質。

說話功能及復健

說話功能包含「構音」及「嗓音」兩部分；構音包含唇、齒、舌頭、顎互相移動接近，以發出清晰精確的語音；嗓音則指發出聲音的品質好壞(是否沙啞、微弱無力等)。手術及放射、化學治療導致各構音部位缺損或協調不佳，以及聲帶功能變差，都會影響整體說話的清晰度，造成生活中的困擾。

語言治療師能協助患者進行口腔、喉部、咽部、頸部及聲帶肌肉的活動度和力量運動，教導說話時的代償策略，還有建議替代性溝通工具，提升整體言語清晰度和溝通功能。



吞嚥功能及復健

「吞嚥」指食物或液體由嘴巴經由食道進入胃中的一個複雜過程。吞嚥問題是因為機能、構造或心理的因素造成食物不易咀嚼、下嚥或容易哽嗆。頭頸癌病患除了腫瘤本身破壞正常構造，手術、放射線及化學治療都會影響正常之生理機能，進而於治療中或治療後造成吞嚥問題。常見的成因包括：嘴唇功能不良，口水、食物由嘴唇溢出；兩頰張力不足：食物散落到牙齒外側，不易形成食團；舌頭無力或控制不佳，食物無法由前向後推送；顎咽功能障礙，使食團逆流到鼻腔；口腔感覺敏感度降低，延遲吞嚥反射；舌根與咽壁收縮不足，易感覺吞不下去或吞不乾淨；呼吸道關閉不良，導致容易嗆到；唾液減少，固體食物易黏於口中等。

語言治療師執行吞嚥訓練的目的是能恢復由口進食，並避免食物進入呼吸道。透過教導增加口腔及喉部活動度和肌肉強度的運動、改變吞嚥的姿勢、改變食物的質地、味道或量，以及一些特殊的吞嚥手法，能夠有效降低病人吞嚥時的嗆咳，以及提升能吃的食種類和量，進而幫助病人攝取足夠的營養。

頭頸癌病患需要家人、親友的支持，陪伴他們承受手術、放射線及化學治療等帶來的痛苦。耐心的傾聽與溝通，協助他們克服內心恐懼及沮喪。也需要不斷的鼓勵，並為他們準備合適的食物，叮囑他們持之以恆的復健治療。更需要醫師及跨專業復健團隊幫忙，讓延續的生命，擺脫說話及吞嚥方面的困擾。



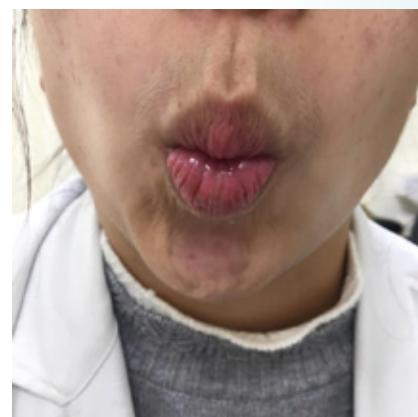
氣動式人工助講器



口腔功能運動(一)



口腔功能運動(二)



口腔功能運動(三)

腎臟問題大解密

徐醫師的Q&A時間



腎臟內科 徐愷翔醫師



在腎臟內科的診間裡，總要面對來自四面八方的病友前來求助。由於腎臟這個特殊的器官，似乎不像其他疾病那麼容易直覺了解（咳嗽→胸腔科；喉嚨痛→耳鼻喉科；頭痛→腦神經科等等…），再加上人人耳聞「洗腎」而色變，徐醫師感受到病友們的惶恐與疑問，因此在這邊整理幾個大家可能會常有的問題，希望讀者能對腎臟病有更多的認識。

Q：腰痛是腎臟不好嗎？

A：腎臟在閩南語中稱為腰子，因此徐醫師的門診，總是有不少腰痛的病友前來詢問！腎臟在人體的位置，位於後背到後腰部左右的位置，確實也有某些腎臟疾病，會有腰痛的症狀。當談到腎臟疾病時，徐醫師常常告訴病友，腎臟的「好壞」通常指的是腎臟能否發揮正常生理功能，也就是調節體內環境、排除毒素「功能上」的狀況。因此，單以「腎臟功能」不好這樣的狀況而言，多半並不會腰痛！如果您跟徐醫師一樣，常常會碰到洗腎的腎友，就會知道，絕大多數並不是以腰痛來表現！

除了腎臟外，後腰部的人體組織，

包括：脊椎骨、脊椎附近的神經、以及表淺的肌肉、肌腱、皮膚，都有可能是腰痛的來源，請由醫師替您傷腦筋，究竟哪個器官才是腰痛真正的兇手！

Q：我該看泌尿科還是腎臟科？

A：腎臟（內）科跟泌尿（外）科的關係，徐醫師自己覺得，就好像是分別分工在處理腎臟的「軟體」與「硬體」。假如手機的螢幕摔裂了（外觀看到問題了），修硬體；假如手機卡卡的當機了（但是外觀正常），就是軟體的問題。腎臟也是！如果腎臟裡頭長了腫瘤、長了膿包、長了石頭，都是屬於「硬體」也就是結構性上的疾病，通常我們會請泌尿科醫師幫忙。如果是腎臟的排毒功能下降，體內的尿毒上升，可以看作是「軟體」也就是功能上的異常，這時候請由腎臟科醫師來傷腦筋。

Q：醫師如何檢查腎臟？

A：前面徐醫師提到，可以將腎臟疾病，大致分作功能不佳與結構異常。對於腎臟的結構，醫師常會安排超音波檢查，在沒有輻射線的狀況下，大致了解是否有結構的異常。針對腎臟的功能部份，由於排毒是腎臟的重要功能，因此醫師可能會檢驗您血液當中的尿毒素含量（如：「肌酸酐」），一旦尿毒素上升，可能就是腎臟怠忽職守了！

此外，醫師也常會安排驗尿檢查，

其中一個目的是檢查尿液當中，是不是有「尿蛋白」，出現「蛋白尿」的現象。蛋白質是體內的有用物質，不應該在尿液中當成廢物排出去。一旦出現尿蛋白，同樣代表著腎臟可能已經出現問題。

不論是驗血、驗尿、超音波檢查，靠這些線索，有時醫師仍無法確認腎臟病的原因，這時候醫師會建議您住院，接受超音波導引腎臟切片檢查，直接在顯微鏡底下看看，傷害腎臟的兇手究竟是誰！也可以由病理科醫師協助了解，腎臟細胞的傷亡狀況，作為腎臟科醫師用藥調整的參考。切片所取出的腎臟組織，大小大概跟「半截」自動鉛筆筆芯相近，一般會取出兩段送化驗。目前腎臟內科是由小徐醫師替您執行這項檢查！

Q：腎臟壞掉會好嗎？

A：「冰凍三尺非一日之寒」，當徐醫師被問到這件事時，通常會調出病友在亞東醫院的腎功能指數（腎絲球過濾率）長期記錄。如果腎功能的變化，是在十年、二十年間逐漸緩步下降，這樣的「慢性腎臟病」，通常醫師會盡量控制減緩下降的速度。事實上，人體在老化的過程，平均一年腎絲球過濾率也會下降1-2分，想要回復長時間下降損失的腎功能，目前可能只能等待是否有回春變

年輕的新科技，非常困難。

但是！有一些狀況，徐醫師會發現，過去幾年當中的腎功能都正常，唯獨最近一次檢驗發現異常，尿毒素爬高（所以才被轉來腎臟科門診），這種突然發生的「急性腎損傷」，如找到加害腎臟的兇手加以排除（例如：停用具有腎毒性的藥物），則腎功能有回復到急性發病前的機會！

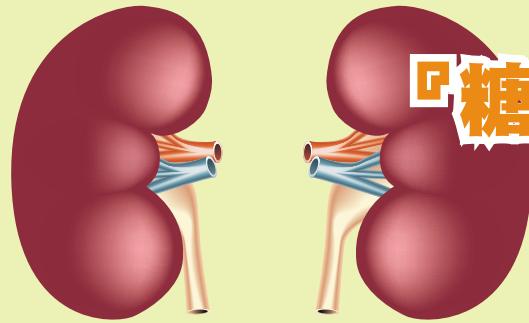
Q：可以不要洗腎嗎？

A：腎臟排除體內的毒素，也排除體內過多的水份。當腎臟的功能惡化，造成體內毒素的累積、或是水份過度累積時，腎臟科醫師就會嚴肅的告訴您，毒素、水份的累積已經影響了身體的正常機能，若不立即排除，甚至會造成生命危險。因此，是否能夠不用洗腎，端看當下體內毒素、水份的狀況，如果已經使用大量藥物仍無法矯正，這時候如果不洗腎幫忙身體排毒，醫師是會很擔心的！目前除了洗腎之外，也有接受大愛捐贈的腎臟移植、以及親屬間的腎臟移植，由一顆新的腎臟肩負排毒的功能，作為洗腎之外的另一種治療方式，腎臟科醫師也會與您好好討論！

對於腎臟的問題一定不只這些，無奈篇幅限制，三言兩語難以交待完全，有疑問務必向您的腎臟科醫師充份討論詢問。歡迎有疑問的病友來徐醫師的診間諮詢，當然更希望人人腰子勇健，身體健康！



逐年下降的「腎絲球過濾率」



『糖尿病腎病變』 知多少



腎臟內科 曾博郁醫師

門診常常會有病人問我們說：「醫師，我的血糖都控制很好，為什麼腎臟會有問題？要吃什麼藥才會好？」

根據世界糖尿病協會的統計，至西元2015年，每11位成人中即有一位為糖尿病病人，其中更有約略40%的病人合併有糖尿病腎病變。2016年台灣腎病年報指出統計至2014年已有75,422人正在接受透析治療，其中有49%的病人合併糖尿病。比例之高，令人不得不好好重視糖尿病腎病變這個議題。

糖尿病是什麼？

糖尿病是一種糖類代謝異常引起的疾病。主要是因為人體內胰臟所分泌的胰島素不足或作用不良，而使得血糖無法被人體細胞正常的利用，因此造成血糖持續偏高。當血糖超過180mg/dl時，尿液中就會出現糖份，因此被稱為糖尿病。

糖尿病腎病變

糖尿病腎病變為糖尿病最主要的併發症之一，其最主要的戰場在腎臟裡的腎絲球，腎絲球為腎臟工作最小的單元。在疾病初期，因高血糖造成腎絲球過濾速率增加，長久下來導致腎絲球結構改變，造成原有的屏障破壞，使血中蛋白質漏出至小便中排出，因此出現蛋白尿，我們可利用這種現象透過檢查而得知早期

的糖尿病腎病變。當進行至較後期時，腎臟的過濾功能逐漸損害，最後導致腎臟功能衰竭，因為無法從尿液清理身體中有害的尿毒素，便會造成血中尿素氮及肌酸酐的上升，而導致尿毒症狀產生，終將走向洗腎人生。以下為糖尿病腎病變的五個階段：

■第一期 高過濾期

血液流經腎臟和腎絲球的過濾量增加，腎臟體積大於正常體積，腎絲球過濾率會增加。

■第二期 靜止期

此時腎絲球過濾速率已下降至正常，但是腎絲球組織開始出現病理變化，但未出現白蛋白從尿液中流失。

■第三期 微白蛋白尿期

腎絲球過濾率仍維持在正常值之上，但是腎絲球持續受到損害，開始有微量的白蛋白會流失到小便裡，稱做微量白蛋白尿期。當尿液白蛋白增加到每天30毫克到300毫克時，就稱為微量白蛋白尿時期，也因此如要早期偵測糖尿病腎病變，就必須檢測尿液白蛋白。

■第四期 明顯尿蛋白期

腎絲球過濾率開始低於正常值，尿中白蛋白流失率將大於每天300毫克。這時大部分的病人會產生高血壓。

■第五期 末期腎臟病變

稱為腎衰竭時期，腎絲球過濾率低於每分

鐘10ml，腎衰竭的症狀產生，此時腎臟已無法有效排除身體中有害物質，病人將依賴血液或腹膜透析以維持生命。

糖尿病腎病變的預防和治療

■血糖控制

研究顯示控制血糖可以減少糖尿病腎病變的發生，目前建議的目標為糖化血色素7%，不過也不用嚴格控制到7%以下，因為會增加低血糖發生的風險。

■血壓控制

當腎病變產生時，絕大多數病人會同時合併高血壓，血壓控制已證實可以減少蛋白尿及延緩腎功能的惡化，因此高血壓的控制在糖尿病腎病變的預防和治療也是非常重要。目前認為糖尿病病人若合併蛋白尿，血壓控制的目標應在130/80毫米汞柱以下。且應使用血管張力素轉化酶抑制劑(ACEI) 或其受器阻斷劑ARB這類的高血壓藥物，除了有降低血壓及蛋白尿的功效外，對腎功能也有直接的保護作用。

■血脂異常的治療

糖尿病病人血脂異常者，有較高的機會發生腎功能異常或衰退，所以應避免高脂飲食，建議低密度脂蛋白膽固醇控制在100mg/dL以下。

■限鹽及低蛋白飲食

限鹽及低蛋白飲食皆能減少腎臟的負擔，延緩腎臟的惡化。

■戒菸

已有許多臨床研究證據顯示，戒菸對糖尿病腎病變有好處。

■避免使用傷腎的藥物

避免使用到會傷腎的藥物，例如：消炎止痛藥、特定抗生素及來路不明的藥物。

結論

一旦診斷糖尿病腎病變最重要的治療原則即為規則的追蹤，配合醫師的治療，藉由血壓、血糖、血脂的控制及生活模式的改變，包括：飲食控制、規律運動及戒菸，透過以上全方面的治療才可以有效地延緩腎功能的惡化。





疼痛來襲 謹『腎』使用止痛藥



藥學部 李文婷藥師

現代人上班生活壓力大，步調又快，常常頭痛、腰痠背痛；或者女性朋友們每個月總是會有經痛纏身，疼痛儼然變成了每個人習以為常的存在。大多數人通常都會自行到坊間購買止痛藥來舒緩疼痛，認為只要吃了止痛藥不痛就好了，但市面上可供民眾選擇的劑型跟品牌百百種，有速效錠、加強錠、膜衣錠等，民眾購買時如果沒有睜大眼睛，很有可能吃下重複成分的止痛藥！

常見的止痛藥有哪些？

市面上止痛藥成分的種類繁多，可大略分為中樞性的止痛藥乙醯氨酚(Acetaminophen)，非類固醇抗發炎止痛藥(Nonsteroidal anti-inflammatory drugs - NSAIDs)兩大類；另外還有

鴉片類止痛藥(Opioids)，目前為限由醫師處方的管制藥品。

■乙醯氨酚(Acetaminophen)

也就是大家耳熟能詳的普拿疼，作用在中樞神經系統，可以調控身體對疼痛的感受以及體溫的調節，進一步達到止痛跟退燒的效果。本藥品比較需要注意肝臟方面的副作用，尤其是不可以和酒精性飲料併服，否則可能會提高肝損害的風險；也不可以在短時間內大量使用，建議健康成人的每日最大劑量不超過4000毫克，並且須以4到6小時的間隔分次服用。

■非類固醇抗發炎止痛藥(NSAIDs)

通常使用在骨關節的發炎疼痛、喉嚨痛、痛風急性發作或發燒等等的症狀。最主要的作用

本院口服非類固醇抗發炎止痛藥

非選擇性抑制COX	Aspirin(阿斯匹靈)	目前多以低劑量阿斯匹靈做為抗血小板劑使用，較少做為止痛消炎藥用
	Diclofenac(克他服寧)	併用藥品時須注意
	Acemetacin(艾斯美特膠囊)	膠囊不建議咬碎吞服
	Sulindac(賜力痛克錠)	腎結石病人應謹慎使用，多喝開水
	Aceclofenac(痛停錠)	一樣須注意腸胃、肝、腎的副作用
	Mefenamic acid(博疏痛膜衣錠)	通常短期用在急性疼痛或經痛，抗發炎的效果較弱
	Meloxicam(美息炎錠)	長效型止痛藥，且對COX-1的抑制比較弱，比較少有嚴重皮膚過敏的副作用
選擇性抑制COX-2	Celecoxib(希樂葆膠囊)	能減少腸胃方面的副作用，心血管及腎臟方面的副作用仍須注意
	Etoricoxib(萬克適錠)	性質與Celecoxib相似

兒童專用製劑則有Ibuprofen Oral Susp.(速熱寧液)、Diclofenac Sodium supp(非炎栓劑)等；除了吃的止痛藥之外，還可以考慮選擇外用製劑，像是消炎止痛凝膠Diclofenac Sodium Gel(非炎凝膠)、貼片Flurbiprofen patch(富帝芬貼片)，透過局部吸收可緩解局部疼痛，也可以減少全身性的副作用發生。

用是抑制體內的環氧化酶(Cyclooxygenase-COX)合成前列腺素。環氧化酶又可分為兩種—COX-1 跟COX-2，COX-2合成的前列腺素主要跟發炎反應有關，COX-1 則跟身體其他內臟功能運作有關。而NSAIDs透過抑制環氧化酶來減少發炎反應，達到消炎止痛的作用；但同時也抑制了其他內臟運作需要的前列腺素，導致腸胃、腎、肝方面等副作用的發生。建議可以飯後服藥以避免腸胃不適的副作用，如果已有胃潰瘍、十二指腸潰瘍或是肝、腎功能不佳的病史應調整劑量並謹慎使用。使用NSAIDs需注意心血管方面的風險，為減少心血管不良事件潛在風險，建議儘可能使用最短治療時間及最小有效劑量；如有併用抗凝血藥品更應該主動告知醫師及藥師。

止痛藥會如何影響腎臟？

腎臟是一個調控人體內多種功能的重要器官之一，位在後腰的兩側。主要是藉由排尿的方式，將血液中多餘的廢物以及水分排除掉，還可以維持體內的酸鹼值及電解質的平衡、調節血壓、釋放紅血球生成素幫忙製造紅血球等等。

當腎臟的前列腺素被抑制時會使腎臟血管收縮，內部血流量減少，缺血導致內部構造壞死，而演變成急性腎損傷或是間質性腎炎。特別是老人或患有慢性腎臟病、心衰竭、肝硬化的人，以及合併使用其他可能對腎臟有負擔的藥品，發生腎功能損傷的風險也會大增，因此用藥期間也要特別注意是否有水腫、排尿情形改變或其他身體異狀。

要如何安全使用止痛藥？

■ 避免自行長期使用止痛藥

止痛藥通常用在緩解突然發生的短暫疼痛，不找出長期疼痛的原因，只是治標不治本，很可能會延誤病情。

■ 避免自行加量

服藥之後如果疼痛沒有改善，應該盡速就醫，切勿自行加重劑量或同時使用兩種以上不同成分的止痛藥，可能會讓副作用發生的風險大增。

■ 除了止痛藥之外的選擇

依醫師診斷可配合非藥物治療，例如冷、熱敷、伸展、運動復健治療等來幫助減輕疼痛，減少用藥。在壓力或某些刺激下可能比較容易引起偏頭痛，可以透過練習放鬆及避免特定刺激來減少偏頭痛發作次數，也可以減少用藥的頻率。

疼痛其實是身體保護防衛的一種本能，讓我們感知到身體出現異狀，但同時卻也十分的惱人，嚴重者甚至會影響到平日的生活品質。當疼痛來襲時，不妨先留意自身疼痛的型態，別忘了向醫師或藥師諮詢，務必選擇有衛生福利部核准字號的藥品，不購買標示不清或成分不明的產品，遵照指示用藥，服用後如果有發生副作用、過敏反應，或者疼痛依舊無法消除時，應諮詢藥師並盡速就醫。

參考資料：
衛生福利部國民健康署
Uptodate線上醫學資料庫



四癌篩檢好處多 你/妳今年做了沒!?



家庭醫學科 林致堅醫師

每當有名人罹癌，甚至之後的巨星殞落，門診常會看到慌張的民眾，訴說著因為某某某因癌病逝，所以要做精密檢查，也常常總會在此刻，民眾才會開始關心自己的健康，甚至過份誇大自己的不安，但其實您可能有所不知，政府早就為民眾設定該年齡所需安排的癌症篩檢，其實在癌症防治層面功不可沒！

依據衛福部國健署之公告，2014年癌症新發生人數為10萬3,147人，較2013年增加4,004人，以年齡標準化發生率來看，每10萬人中有303.8人罹癌，平均每5分6秒就有1人發現癌症，癌症時鐘比前一年快了12秒。發生人數(男女合計)依序為大腸癌、肺癌、乳癌、肝癌、口腔癌；其中男性癌症發生排名為大腸癌、肝癌、肺癌、口腔癌、攝護腺癌；女性癌症發生排名則為乳癌、大腸癌、肺癌、肝癌、甲狀腺癌。男性整體癌症發生率為女性的1.3倍；其中與吸菸、飲酒、嚼檳榔息息相關的口腔癌與食道癌兩種癌症皆發生在男性居多，分別為女性

的10.9倍與16倍。

政府多年四癌篩檢的結果顯示，在大腸癌方面藉由調整飲食習慣、運動與避免肥胖達到預防目的。而定期接受糞便潛血檢查也可有效降低大腸癌死亡率2-3成，且早期發現大腸癌，其存活率都相當好。若經篩檢發現，有95%以上仍屬於癌前病變及0-2期的早期癌症，預後非常好，5年存活率可達7成以上，但若不是經篩檢所發現的癌症，則早期比率不到5成(僅45.6%)，預後較差。

子宮頸抹片檢查已使子宮頸癌發生率及死亡率皆下降6成以上，其可提早發現無症狀的0期子宮頸癌。國外研究顯示可降低60-90%子宮頸癌發生率及死亡率。依據國民健康署資料顯示，抹片篩檢陽性之女性中，每2人就有1人為癌

前病變或癌症個案。此外，篩檢的好處也可由以下數據得知，早期子宮頸癌個案中，經由篩檢發現的比例為97.6%，相較非經由篩檢發現的比例來的高，且本著早期發現早期治療，早期子宮頸癌(0-1期)的5年存活率近9成。由以上資料可知，子宮頸抹片檢查可有效早期發現子宮頸癌及癌前病變，子宮頸癌治癒率相當高，只要即時接受治療就可重獲健康。

乳癌為我國婦女癌症發生率第一位，死亡率第四位，每年約有10,000萬多名婦女罹患乳癌、約2,000名婦女死於乳癌，必須確實保持健康生活型態是關鍵，遠離菸、酒、飲食均衡及規律運動的生活態度，來預防乳癌外，四十五歲後應定期乳房X光攝影檢查，研究支持其早

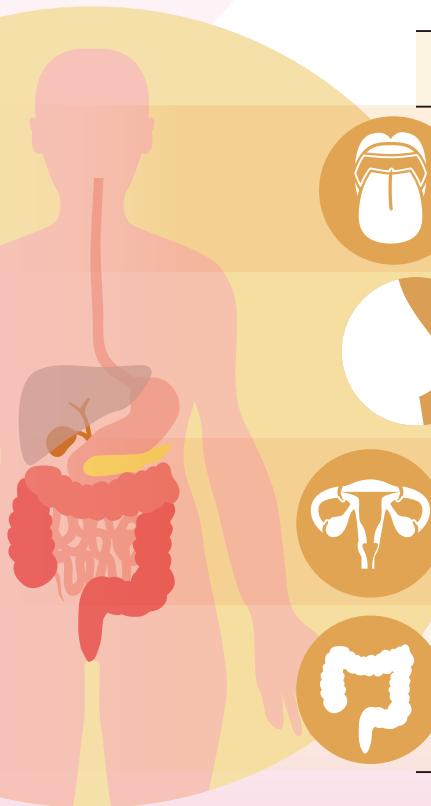
期發現乳癌的效果最好，有異狀者必須儘速就醫，才能減少乳癌所導致的傷害。

以上國健署的資料在證明癌症可經由簡單的早期篩檢，進而早期治療，改善存活率。多家醫院目前均有執行「癌症醫療品質提升計畫」，每年可提供上百萬人次的篩檢服務量，發現數萬名癌前病變及癌症者，讓民眾能儘早接受治療、重拾健康與生活品質，也減少後端龐大醫療費用之支出。

切勿聽信坊間偏方，否則將會錯過治療黃金期，也不須因為一些名人罹癌而搞得人心惶惶、自亂陣腳，相信養成良好生活及運動習慣、體重控制，定時做癌症篩檢，相信你我必能把癌症時鐘調得更慢些！

參考資料：衛生福利部國民健康署

項 目	檢 查 資 格	檢 查 內 容
口腔癌	30歲以上嚼檳榔者或吸菸者及18-29歲原住民有嚼檳榔者，每2年1次	口腔黏膜檢查
乳癌	45歲以上未滿70歲； 40-44歲二等親內有乳癌家族史，每2年1次	乳房攝影檢查
子宮頸癌	30歲以上有過性經驗之女性，建議每年要做一次	子宮頸抹片檢查
大腸癌	50歲以上至未滿75歲民眾，每2年1次	糞便潛血檢查





戒菸戒檳動起來！ 爸爸健康跟著來

社會工作室
許雅婷社工師

歡慶父親節-推廣無菸無檳醫院暨口腔癌防治宣導活動

「大家知道明天是什麼日子嗎？」「父親節！」亞東紀念醫院於8月7日父親節前夕與長期關心「檳榔戒治、口腔癌防治」的明倫基金會以及維康醫療用品（亞東店），一同舉辦「戒菸戒檳動起來 爸爸健康跟著來」推廣無菸無檳醫院暨口腔癌防治宣導活動，除了關心爸爸的健康，更期待透過多項活動使民眾對於菸、檳榔與口腔癌有更多的認識。

首先，由三峽區插角國小金敏分校帶來動感又充滿活力的熱舞表演，一位位小小年紀卻充滿自信地展現俐落舞步的表演，紛紛吸引現場民眾駐留欣賞，為今日的活動揭開了序幕！

歡慶父親節並簽署響應戒菸、戒檳

活動當天邀請鄭國祥副院長親臨會場提醒民眾戒除菸檳、定期篩檢與自我檢查的重要，並邀請社工室熊蕙筠主任一起將拒菸、拒檳的標誌貼在造型氣球上並簽名響應，隨後亦邀請現場民眾一同簽署響應。

接下來邀請病友－蔡明志先生進行戒菸、戒檳歷程的分享，蔡先生自述早年因工作關係，菸、酒、檳榔是工作社交上的「好朋友」，卻在某日得知久未聯繫的朋友因口腔癌病逝而決定戒除，蔡先生近八年的時間將菸、酒、檳榔視為拒絕往來戶，後來因工作環境的因素，再度與菸、酒、檳榔有了來往，2016年下旬被診斷罹患口腔癌，於2017年03月完成治療，目前已回到職場上工作。

蔡先生由自身經驗分享戒菸、戒檳的過程實屬不易，過程中特別感謝家人、本院醫療團隊、明倫基金會的照顧與支持，也強調因自己罹癌後，更深刻體會三不政策－不抽菸、不喝酒、不嚼檳榔才是善待自己與家人。

活動當天，蔡太太亦親臨現場獻花與帶來女兒寫的卡片表達對父親滿滿的祝福與感謝，接著，邀請社工室熊蕙筠主任代表本院頒獎以茲肯定及鼓勵；最後，由插角國小的小朋友帶來烏克麗麗演奏，祝福現場民眾父親節快樂，並呼籲「戒菸戒檳一起來」。





現場民眾一同簽署響應戒菸戒檳



家庭醫學科蔡政豪醫師進行衛教講座

「戒菸、戒檳」衛教講座

當天配合活動主題，邀請家庭醫學科—蔡政豪醫師為民眾進一步說明檳榔的構造與香菸的成分其對人體的影響，蔡醫師強調檳榔子即為致癌物的觀念，並呼籲吸菸幾乎傷害身體的每個器官，即使不直接造成死亡，對於吸菸者的生活品質也多少會有影響，例如：呼吸困難、工作不便、呼吸系統疾病、消化性潰瘍、骨質疏鬆等。研究更顯示，每天吸2包菸，罹患肺癌率增為20倍。

在癌症部分，抽菸除了引發肺癌外，還包括鼻咽癌、口腔癌、喉癌、食道癌、胰臟癌、膀胱癌等。也會造成口腔疾病，包含：口臭、齲齒、牙周病、牙齦流血等，甚至會造成男性生殖功能障礙。蔡醫師指出，動物實驗發現，尼古丁會造成勃起功能障礙，甚至引發陽痿；

也會對女性生殖功能帶來危害、影響內分泌功能，造成亂經、提早停經、早產、流產等。

最後，蔡醫師提醒民眾可自我檢查口腔黏膜，若出現顏色或外表改變、超過兩週以上未癒合的口腔潰瘍等異狀時，建議速至醫院做口腔檢查。藉由醫師的臨床經驗分享，使民眾留意自身健康的變化與篩檢的重要性。

闖關活動抽好禮

為使民眾對檳榔、菸與口腔癌議題有深刻的認識，此次活動特別製作立板，以闖關問答互動的方式使民眾了解檳榔子即是致癌物、澄清對電子菸的誤解以及了解口腔癌的相關觀念。另外，現場亦設有「安寧宣導」及「一氧化碳檢測」攤位，使民眾進行篩檢與對自身醫療權益有更多的了解。過程中亦邀請參與民眾簽名響應戒菸、戒檳，完成闖關者即可獲得摸券乙張。

參與闖關的民眾絡繹不絕，收穫滿滿，活動的尾聲，由社工室熊蕙筠主任抽出40位幸運得主，將現場多項好禮歡喜抱回家；期待透過此次活動，民眾將衛教觀念落實於生活中，守護自己與家人的健康。



插角國小金敏分校熱舞開場表演

失智症綠色通道

照護諮詢專線守護您的家人

社區健康發展中心 許舒婷

2015年8月國際失智症協會發佈全球失智症報告，全世界失智症人口於2015年為4,680萬人，預計2050年將達1億3,150人，每20年呈現雙倍成長，每年新增990萬人，平均每3秒就有一人罹患失智症。依據台灣失智症協會的資料顯示，估計台灣失智症人口在2041年將逾66萬人，代表每100位台灣人有超過3位失智者。失智症人口快速增加，當前首要任務就是建立民眾對失智症的正確認知、透過教育降低罹患失智症風險。並提升基層或社區醫療在失智症照護的責任，提高失智症確診率，使失智者得以早期診斷、早期治療。同時去除社會對於失智症污名化及負面標籤，為失智者及其家庭營造友善安全的社區環境。

新北市目前有超過三萬的失智症人口，是全台灣失智症人口最多的縣市，新北市政府首創「失智症個案管理服務制度」與「社區失智防護網」，希望能讓失智者獲得最好的照護。有鑑於此，衛生福利部於今年五月核定本院建立新北市第一家「失智共同照護中心」，透過

個案管理服務制度，從初期認知障礙、失智症確診、到後續的醫療照護，提供持續性的追蹤管理，並提供不同階段所需要之生活照顧與醫療照護之諮詢、服務、協調、轉介與追蹤；協助家屬於失智個案急症狀之諮詢與安排轉介，減輕其照護壓力。



本院失智共同照護中心亦聯合地方鄰里長、友善社區、商店、基層院所建立綠色通道，建構失智症防護網，除了定期舉辦失智症社區篩檢，也宣導社區民眾如何面對與處理失智症。當家屬有諮詢需求時，可尋求鄰里長、社區照顧關懷據點獲得服務轉介相關資訊，同時可撥打失智症照護諮詢專線，由個案管理師協助約診、轉介失智症記憶門診，提供治療與資源轉介服務。

除了提供失智者醫療資源外，為了減緩失智輕症病人心智功能退化，本院與明倫基金會、亞東技術學院共同成立板橋區第一間「長照樂智社區服務據點」。每週一至週五早上由職能治療師、物理治療師、社工師等跨專業團隊提供懷舊課程、園藝治療、認知訓練、運動促進等非藥物治療課程，讓失智者在團體課程中獲得人際互動與感官刺激。據點同時提供「家屬照顧技巧課程」、「家屬支持團體」等活動，期望透過各項服務資源的介入，使失智者及家屬能獲得可近性、可及性、整合性、可負擔性、可接受性的福利資源，並減緩家屬的壓力、增進其生活品質。



社區照顧關懷據點上課現場情形

■失智症照護諮詢專線：(02)7728-2533

■服務時間：上午8點-下午5點(國定假日除外)

婦產科團體衛教

日期	時間	課程內容	主講人	地點
9月15日(五)	14:00-15:30	溫柔生產及新生兒沐浴	護理部 陳玫君護理師	B1媒體中心
9月23日(六)	10:00-11:00 11:00-12:00	準爸媽共同生產訓練：(拉梅茲呼吸法、產前運動、放鬆技巧) 懷孕併發症及妊娠迷思	護理部 彭文亭護理師 婦產部 孫序東 醫師	

■一律採網路報名，每月25日開始報名下個月活動，手機掃描QR-Code圖檔立即線上報名。

■若有相關問題，歡迎來電洽詢：(02) 8966-7000轉1374

星期一-五 9:00-12:00；14:00-17:00

星期六 9:00-12:00



社區保健諮詢服務

活動的主要目的是在教導社區民眾透過簡易的自我健康檢測（血糖、血壓、體重、腰臀圍），落實自我健康管理，提供醫師保健諮詢和用藥安全諮詢服務，歡迎社區民眾踴躍參與。

日期	時間	活動地區	活動地址	檢查項目
9月2日	09:00-11:00	板橋四汴頭	板橋區信義路150巷43號之1(信義活動中心)	血壓、血糖、AD8檢測、醫師諮詢
9月2日	09:30-11:00	土城安和里	土城區延和路88巷10弄3號(安和市民活動中心)	血壓、血糖、骨質密度、醫師諮詢
9月5日	09:00-11:00	鎮南宮	新北市樹林區千歲街2號	
9月6日	09:00-11:00	板橋埤墘社區	板橋區莊敬路179號 (埤墘社區活動中心)	血壓、血糖、AD8檢測、醫師諮詢
9月9日	09:00-11:00	土城日新里	土城區裕生路100巷5號	
9月12日	18:00-20:00	土城學成里	土城區學成路97巷8號	血壓、血糖、骨質密度、醫師諮詢
9月24日	09:00-12:00	土城運動中心	新北市土城區金城路二段247-1號	血壓、血糖、骨質密度、醫師諮詢、癌症篩檢

諮詢專線：(02) 7728-1403許小姐

CPR+AED急救訓練課程 即日起開放招生!

場次	日期	時間	地點
一	09月23日	8:30-12:30	6F 第六教室
二	11月04日	8:30-12:30	10F 第二教室

若有相關問題，歡迎來電洽詢 (02)7728-2000 吳小姐
(週一至週五 上午8:00-12:00、下午13:00-17:00；
週六 上午8:00-12:00)



9月衛教講座課程

課程時間表 網址：www.femh.org.tw

日期	星期	時間	講題	主辦單位	主講人	地點
9月8日	五		糖尿病血油高怎麼吃？		施淑梅營養師	北棟一樓 思源一廳
9月11日	一	10:00-10:30	癌症病患的飲食迷思	營養科	張昱凡營養師	B1 放射腫瘤 科門診候診處
9月12日	二	09:30-11:30	癌友呼吸瑜珈班	癌症資源中心	莊學琴老師	南棟14樓 第一教室
9月13日	三	10:00-11:00	不容忽視的醫療潛在風險：淺談 藥物安全	癌症資源中心	王明賢藥師	北棟一樓 思源一廳
			頭頸癌病友營養迷思		孫文蕙營養師	北棟三樓 第四會議室
		13:00-14:00	正確使用指示藥與成藥	藥學部	田昇達藥師	北棟一樓 思源一廳
		15:00-15:30	高纖防癌祕招大出擊	營養科	林郁珊營養師	
9月14日	四	10:00-11:30	乳癌與淋巴水腫-物理治療與復健	癌症資源中心	吳柳嫻 物理治療師	南棟十樓 第二會議室
9月15日	五	09:00-10:00	轉移性乳癌的藥物治療新知		謝佩穎醫師	
9月16日	六	10:00-11:00	淺談重鬱症疾病與治療	精神科	黎美嫻醫師	北棟一樓 思源一廳
			家屬的相處及照顧		黃瓊慧社工師	
9月19日	二	10:00-10:30	高血壓防治~認識得舒飲食	營養科	欒家菁營養師	
9月21日	四	10:00-11:00	如何戰勝白血病	癌症資源中心	余垣斌醫師	
9月22日	五	10:00-10:30	怎樣吃才健康-談均衡營養	營養科	吳詠如營養師	
9月26日	二	09:30-11:30	癌友呼吸瑜珈班	癌症資源中心	莊學琴老師	南棟14樓 第一教室
9月27日	三	13:00-14:00	常見藥物交互作用	藥學部	周嘉湉藥師	北棟一樓 思源一廳
9月28日	四	15:00-15:30	無「油」無慮過中秋	營養科	孫文蕙營養師	

本月健康講座須知：

- 參加癌症資源中心講座，報名電話：(02)7728-1709或親洽北棟二樓癌症資源中心。
- 實際課程如有異動請以當天的海報公告為準。
- 若您對其他衛教課程有興趣，歡迎您告訴我們。
- 聯絡電話：(02) 7728-2316。



24小時電話服務專線：(02)8966-7000
24小時藥物諮詢專線：(02)7728-2123
24小時自殺防治專線：0917-567-995 (你就一起567救救我)

特約門診專線：(02)7738-5577、7728-1099 (週一至週五 8:00-17:00)
 客服中心專線：(02)7738-7738 (週一至週五16:30後轉總機服務)
 營養諮詢專線：(02)7728-2046 (週一至週五 8:00-12:30；13:30-17:00)
 顧客意見反映專線：(02)7728-1091 (週一至週五 8:00-17:00)
 青少年健康中心專線：(02)7738-0025 (週一至週五 8:00-17:00)

各樓層諮詢服務 週一至週五 8:00-17:00；週六 8:00-12:00

服務諮詢項目	地點	電話
一般諮詢服務	一樓服務台	(02)8966-7000轉2144、2124
福利諮詢暨輔具租借	一樓社福櫃檯 (週一至週五 8:00-17:00)	(02)8966-7000轉1277
藥物諮詢 (正確用藥教育資源中心)	一樓門診藥局旁 (週一至週五 9:00-17:30)	(02) 7728-2123
慢箋預約回院領藥	網路預約領藥 每日：7:30-21:00	專人服務：(02) 7738-6056 (週一至週五 8:00-12:00；13:00-17:00 ；週六8:00-12:00)
轉診服務	一樓轉診中心	(02)7728-1116、1329
免費癌症篩檢	一樓整合式預防保健中心	(02)7728-2209、2101
牙科身心障礙特約服務	二樓牙科門診櫃檯	(02)7728-2201
眼科準分子雷射	二樓眼科門診櫃檯	(02)7728-1376
早期療育服務	四樓兒童發展中心	(02)7728-2297
試管嬰兒	四樓生殖醫學中心 (週一至週五 10:00-16:00)	(02)7728-4032
形體美容醫學中心	六樓形體美容醫學中心櫃檯	(02)8966-6206
高階菁英健檢中心	六樓健康管理中心櫃檯 (週一至週五 10:00-16:00)	(02)7728-4665、4667
居家服務	地下一樓社會工作室	(02)7728-2243
一般健康檢查	地下一樓健康管理中心櫃檯 (週一至週五 8:00-12:00；13:00-17:00)	(02)7728-4617、4635

來院地圖



捷運 ■搭捷運板南線往頂埔或南港展覽館方向，於亞東醫院站下車往3號連通道出口

公車 ■亞東醫院站下車(南雅南路)：51號、99號、F501號、805號、812號、843號、847號、848號、889號、藍37號、藍38號

■亞東技術學院站下車(四川路)：57號、796號、234號、265號
656號、705號、810號、1070號(基隆-板橋)

■桃園機場乘車：1962號(大有巴士)、9103號(大溪-台北)

火車 板橋火車站轉乘捷運板南線往頂埔方向，於亞東醫院站下車往3號連通道出口

停車服務 機車：室外收費停車場
汽車：室內B3-B4收費停車場(電梯廳設有全自動繳費機)

代客停車服務 服務時間：早上8點至晚上10點
收費方式：每小時30元(每次酌收30元服務費)
服務電話：(02) 7728-2075

新北市政府復康巴士資訊(須領有身心障礙手冊)

預約服務專線：(02) 2257-3688、(02) 8258-3200

無障礙計程車資訊(大都會車隊)

預約叫車服務專線：手機55178

市話4499-178按9轉客服人員

新北市民
有福了！

國內甲狀腺、內分泌權威
台大名醫張天鈞教授
10月在亞東醫院特約門診
為民眾服務



張天鈞 教授 簡歷

科別：
新陳代謝科

學歷：
臺灣大學醫學院醫學系畢業
臺大臨床醫學研究所醫學博士

經歷：
臺大醫院內科主治醫師
當代醫學月刊總編
中華民國內分泌學會理事長
臺大醫院代謝內分泌科主任

專長：
甲狀腺疾病
甲狀腺眼病變
內分泌疾病

台大醫院新陳代謝科醫師張天鈞教授是國內甲狀腺、內分泌權威，患者大排長龍，門診量在名醫如林的台大醫院名列前茅，中南部許多病友不辭辛勞北上，半夜排隊掛號。敏銳的觀察力是張天鈞教授看病的利器。甲狀腺、內分泌疾病的患者常表現在外觀，以因生長激素過量導致的「肢端肥大症」為例，病徵包括：芭蕉手、大鼻子等，不少患者在病徵還不明顯時，他一眼看出且正確診斷，讓病人及早治療。

特約門診專線：(02) 7738-5577及(02) 7728-1099

攝護腺肥大是男人後半輩子心中的刺

攝護腺肥大的手術

■攝護腺肥大傳統的標準手術

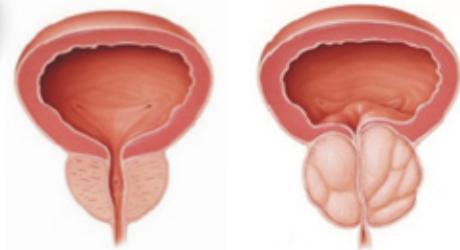
是「經尿道膀胱鏡攝護腺刮除手術」，就是將膀胱鏡放進尿道，使用電刀將肥大的攝護腺組織刮除，刮除阻塞部分就可以舒緩尿道以及膀胱的阻塞症狀。

■攝護腺雷射手術

比傳統手術的好處是比較不出血，又可以縮短手術後復原的時間。

■攝護腺多波光雷射手術

目前最新的多波光雷射是採用兩種雙波長雷射光用於治療攝護腺肥大，可以分別調控或同時混合兩種雷射光束對肥大的攝護腺組織進行切割汽化或凝固止血，集目前雷射的好處於一身，相信必能對接受手術的病患帶來更多的幫忙。



正常大小的攝護腺

肥大的攝護腺
塞住膀胱，堵住尿管

各種治療攝護腺肥大雷射手術方式比較

治療種類	「多波光」雙波長雷射	傳統二極體雷射 (波長範圍810-980奈米)	傳統鉺雷射 (波長範圍1900-2100奈米)
雷射波長	1940奈米 + 1470奈米	僅有單一波長	僅有單一波長
切割汽化使用的波長	1940奈米，切割效率高	切割效率普通	切割效率高
凝固止血使用的波長	1470奈米，止血層深度(2-3公厘) 最適中，止血效果最佳，手術併發症最少	止血層深度(5-8公厘)太深，止血效果雖佳，但對周圍組織的熱傷害太深，術後復發率較高	止血層深度(0.2-0.5公厘)太淺，止血效果較差，手術中及手術後出血情況較嚴重，容易引發感染等併發症
雷射產生方式	可同時產生兩種波長雷射光，達到同步切割汽化與凝固止血功用	僅能產生單一波長雷射光	僅能產生單一波長雷射光
術中及術後出血	幾乎沒有	幾乎沒有	有，較多
周圍組織熱傷害	幾乎沒有	有，較多	幾乎沒有
術後復發率	極低	較高	低

諮詢服務：請洽泌尿外科門診