



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 169

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 | 2017 8月

臺灣服務業大評鑑

中國附醫連續兩年榮獲「醫療類」金牌獎

亞太地區大學最新排名 中亞聯大雙雙上榜
中國醫藥大學是臺灣唯一榮登百大的私立大學

中國醫訊 第一六九期

減痛，看招

人性化的醫療就是盡量別讓病人那麼痛
無痛腸胃鏡檢查、癌症的介入性疼痛治療
手術後的多元止痛策略、產婦的減痛分娩
兒童牙科的舒眠麻醉、中醫的揸針止痛
改善下背痛、三叉神經痛、肩關節疼痛與疱疹後神經痛
有助於舒緩頭痛經痛關節痛的飲食調理
怕痛，就別錯過！

陽光筆記

中國附醫志工隊與企業志工隊合力捐贈百台輪椅助人

August 2017

中國醫療體系月刊

發行人 蔡長海
社長 周德陽
副社長 林瑞模 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 陳于嬌
編輯委員 田霓 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 蔡彥璋 蔡教仁
劉孟麗 劉淳儀

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106年8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



中國醫訊

編輯檯

中國醫藥大學醫療體系宛若巨輪，承載著使命感，不斷駛向更理想的境界，因此《中國醫訊》幾乎每個月都能有好消息或最新發展動態向讀者報告，讓大家對這個全年無休日夜守護你我健康的醫療重鎮有更清楚的認識。

此一醫療體系的龍頭中國醫藥大學附設醫院，去年已在工商時報舉辦的「臺灣服務業大評鑑」拿下醫療類金牌獎，今年再度奪魁。從得獎事蹟中不難發現本院正將友善服務與醫療專業同步提升，希望能帶給患者更滿意的就醫感受。這樣的努力持續不輟，日新又新，或許明年此時又能再創一番美麗風景。

這次醫療衛教的主題是疼痛。凡是血肉之軀，沒有不怕痛的。按《三國志》的記載，關公遭毒箭射穿左臂，創傷癒後，每至陰雨仍感骨痛，因當時欠缺有效的麻醉藥，不得不在清醒狀態下刮骨療毒，痛絕亦勇絕。相較之下，現代人可就幸福多了，因為有了麻醉醫師、麻醉團隊和各種疼痛療法的護佑，得以免除或減輕各種疼痛的威脅。

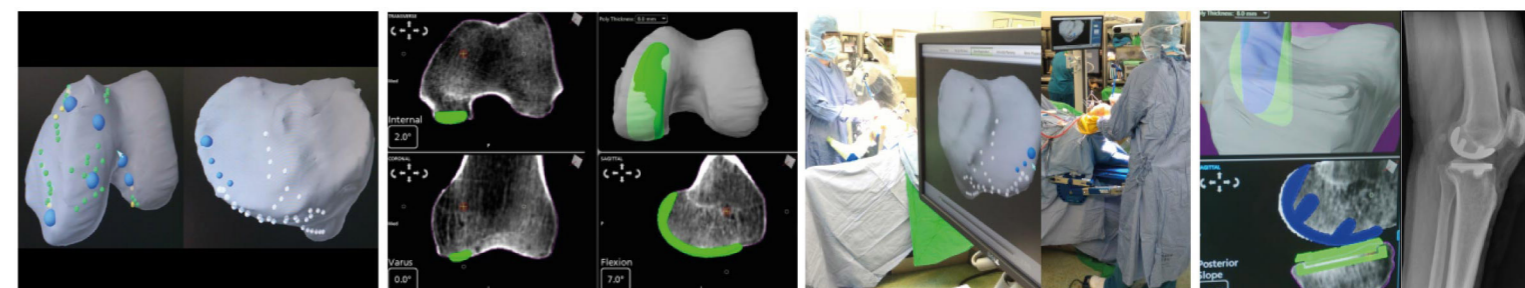
感謝麻醉部陳坤堡主任協助規劃，醫師們分別撰文介紹手術後疼痛、癌症疼痛、分娩痛、三叉神經痛、下背痛、肩關節疼痛、帶狀疱疹後神經痛的治療或改善方式，以及無痛腸胃鏡檢查、兒童牙科的舒眠麻醉等等。讀者擁有這些資訊，萬一日後有所需求，就知道可以如何幫助自己了。

另外，我們分享了法務部前部長施茂林講座教授在中國醫藥大學演講的內容，他提醒每位醫療人員都應培養同理心，要能設身處地的為病人著想，理解病人的心情。無論是醫院的友善服務或者幫病人減輕疼痛的醫療，其實也都是同理心更廣義的實踐啊！

骨科機器人手臂 置換人工關節

蹲轉走跳 俐落有風

- 精緻微創
- 傷口小、疼痛少、復原快
- 延長人工關節壽命
- 術前完整3D規劃
- 植入置換手術精準
- 植入的人工關節符合病人需求



術前客製化3D立體骨頭模型

以電腦定位計劃
人工關節最佳尺寸與擺放位置

術中導航系統
準確定位病人關節位置

術中電腦定位及術後X光顯示
人工關節尺寸及位置恰到好處

人工關節中心特別門診

時間：每週二上午

地點：急重症中心大樓地下1樓011診

詳情請洽本院骨科部門診



輝耀中國

- 03 **亞太地區大學最新排名**
 中亞聯大雙雙上榜
 中國醫藥大學是臺灣唯一榮登百大的私立大學
 文／編輯部
- 05 **臺灣服務業大評鑑**
 中國附醫連續兩年榮獲「醫療類」金牌獎
 文／編輯部

醫療之窗：減痛，看招

- 08 **無痛腸胃鏡檢查 一覺醒來大功告成**
 文・圖／陳坤堡
- 10 **癌症的止痛大師 介入性疼痛治療**
 文・圖／溫永銳
- 13 **三叉神經痛真磨人 可別誤當牙痛偏頭痛**
 文・圖／溫永銳
- 17 **多元止痛策略 減輕術後疼痛就靠它**
 文／江易穎
- 20 **改善慢性下背痛**
 內視鏡硬脊膜外沾黏分離術的效果好
 文・圖／陳孟超

- 23 **下背痛要覺悟 姿勢不良易復發**

文／歐陽欣漢

- 26 **待產可以輕鬆些**
減痛分娩更合妳意

文／劉時凱

- 29 **讓孩子免於恐懼 兒童牙科舒眠麻醉**

文・圖／劉時凱・陳坤堡

- 31 **肩關節好痛 多種療法與你並肩作戰**

文・圖／劉玉成

- 34 **帶狀疱疹恐留後患 神經痛虎視眈眈**

文／歐陽欣漢

中醫天地

- 37 **小小揸針有大用 皮內埋針可止痛**

文・圖／黃敬軒

陽光筆記

- 39 **用愛助行**
 本院志工再捐100台輪椅

文・圖／秦嗣宏

- 41 **愛不止息**
 關懷瑪利亞霧峰教養家園的憨寶貝們

文・圖／秦嗣宏



分享平台

- 44 法律風險控管應從診間對話做起
法務部前部長施茂林教授給醫療人員的提醒
文／吳嵩山

樂活生醫

- 46 卵巢早衰及不孕 幹細胞療法尋生機
文／莊逸涵·審稿／徐偉成

藥物園地

- 49 防治疱疹後神經痛
疫苗注射與中西藥物的運用
文／經縉

飲食養生

- 52 舒緩頭痛經痛關節痛 飲食也來幫個忙
文／林韋孜

衛福情報

- 55 肺炎去年奪走萬餘人命
高危險群長者要小心
文／編輯部
- 56 出國旅遊前
先查詢當地疫情並妥為預防
文／編輯部



亞太地區大學最新排名

中亞聯大雙雙上榜 中國醫藥大學是臺灣唯一 榮登百大的私立大學

文／編輯部

英國泰晤士報高等教育特刊（Times Higher Education，簡稱THE）7月初公布2017亞太地區排名前200所大學，結盟「中亞聯大」的中國醫藥大學與亞洲大學雙雙上榜，中國醫藥大學第84名，全臺排名第6，也是臺灣唯一搶進百大的私立大學；亞洲大學則在171-180名之間，在全臺上榜的大學中位居第14、私立大學第7。兩校辦學績效同受國際肯定！

蔡董事長：
中亞聯大今後將更加合作，共同提升

中國醫藥大學暨醫療體系董事長、亞洲大學創辦人蔡長海教授表示，中國醫藥大學與亞洲大學3年前結盟「中亞聯大」，在教學研究、產學合作、國際化等領域一起努力，已分別於國際學術界嶄露頭角。中國醫藥大學將斥資30億元聘請優秀的國際人才，投入生醫事業；亞洲大學的附屬醫院去年開始營運，同時進行5年百師計畫；今後「中亞聯大」將更加努力合作，共同提升兩校在教學、研究、醫療及國際化方面的表現。

中醫大表現突出，亞太是最年輕的上榜大學

英國泰晤士報高等教育特刊是首次評比「亞太地區大學排名」，依據教學、研究、引文（研究影響）、國際展望、產學收入（知識轉移）等5大指標，評比東亞、東南亞、大洋洲地區38個國家的大學，從中選出200所最佳大學，臺灣共有26所大學上榜，7校擠進前100名。

在這項評比中，中國醫藥大學的表現極為突出，在亞太地區排名第84，全臺排名第6，私立大學排名第1；亞洲大學創校僅16年，卻能在亞太地區排名171-180之間，是最年輕的上榜大學，全臺排名第14，私立大學排名第7。

英國泰晤士報高教特刊負責調查的主編巴提（Phil Baty）表示，臺灣在「知識轉移」方面表現優異，較弱勢的指標是「國際觀」，如果臺灣能夠向外聚焦，吸引更多國際學生及師資，並擴大與海外學者的合作，將有助於排名提升。

兩校持續加強國際交流與學術研究

中國醫藥大學李文華校長表示，中國醫藥大學為強化學術研究動能，近年來積極與多所世界頂尖大學及知名研究機構合作，諸如美國安德森癌症中心、喬治亞理工學院、新加坡國立大學、新加坡南洋理工大學、澳洲紐卡索大學等。中醫大這次與英國泰晤士報高等教育特刊聯合舉辦的「2017 THE亞太地區卓越研究高峰會」，有來自20個國家50所大學的代表150餘人參與交流，彼此分享如何達到卓越研究的寶貴經驗，可進而建立新的國際研究合作關係。

亞洲大學蔡進發校長說，此次泰晤士報高等教育特刊的排名，增加澳洲、紐西蘭兩個高教強國，亞洲大學還能在逆境中突破，要歸功於全體師生的努力。亞洲大學將持續提升學生職場就業力與推動學生國際移動力，並加強與中國醫藥大學合作，推動跨校選修、輔系、雙主修，進而爭取「中亞聯大」雙聯學位。尤其在兩校師生跨國研修方面，是當前努力目標，期望能獲得國際更高肯定。

THE 英國泰晤士報高等教育特刊 2017亞太區200大最佳大學 Best universities in the Asia-Pacific region

亞太區 排名	全台 排名	私大 排名	學校
33	1		臺灣大學
47	2		清華大學
53	3		交通大學
57	4		臺灣科技大學
65	5		成功大學
84	6	1	中國醫藥大學
99	7		臺灣師範大學
101-110	8		中山大學
101-110	8	2	臺北醫學大學
111-120	9		中央大學
111-120	9		陽明大學
121-130	10	3	長庚大學
141-150	11	4	逢甲大學
151-160	12	5	高雄醫學大學
151-160	12		臺灣海洋大學
161-170	13	6	中原大學
161-170	13		中正大學
161-170	13		中興大學
171-180	14	7	亞洲大學
171-180	14		臺北科技大學
171-180	14	7	元智大學
200+	15	8	輔仁大學
200+	15	8	義守大學
200+	15	8	銘傳大學
200+	15		政治大學
200+	15	8	淡江大學

資料來源：英國泰晤士報高等教育特刊官網
<https://www.timeshighereducation.com/>

2017.07.04

2017亞太區200大最佳大學

臺灣服務業大評鑑

中國附醫連續兩年榮獲 「醫療類」金牌獎

文／編輯部

工商時報今年舉辦的「臺灣服務業大評鑑」，中國醫藥大學附設醫院再度榮獲「醫療類」金牌獎，這已是中國附醫連續兩年獲此殊榮。周德陽院長表示，在此一調查中，全院5000名員工隨時都可能受到「神祕客」的考驗，尤其是患者在病痛中仍能給予醫院肯定，這些都是十分困難的任務，但是中國附醫真金不怕火煉，成功通過挑戰。



► 陳建仁副總統（左）頒發給周德陽院長的金牌獎座，是對全院同仁用心服務的肯定。（攝影／游家鈞）

以病人為中心，建立關懷文化

工商時報在「臺灣服務業大評鑑」評選結果揭曉後表示，中國附醫不僅是臺灣最好的醫學中心之一，來自病人和家屬的認同，也使得中國附醫即使在競爭激烈的醫療環境中，病人成長率仍高居全臺醫療院所之冠，近1年來的平均每月門診人次已從18萬人次增加到19萬人次。

周德陽院長說，「以病人為中心」一直是蔡長海董事長對醫院的期盼，在這個明確的方針之下，醫院持續加強醫療服務水準與環境設備品質，這兩年更全力推動智慧醫療，希望能讓病人有更滿意的就醫感受，全體員工的努力有目共睹，他深為感謝。

周院長認為，中國附醫除了醫療專業獲得民眾信賴之外，也用心打造友善的職場環境與員工福利，積極參與社會公益活動，建立溫暖關懷的醫院文化，讓員工樂在工作，從而在各領域提供良好的醫療服務，是中國附醫病人數量逐年攀升的重要關鍵。

推廣友善服務，小故事見真章

楊麗慧副院長指出，中國附醫自2015年2月起成立「友善服務小組」，由院長、副院長分別擔任召集人及副召集人，成員亦由醫事、醫技、護理及行政等一線單位的主管擔任，定期開會提出優良與待改善案例，互相學習互相分享，每年辦理多場友善服務教



以病人為中心，我們要做到最好！（攝影／游家鈞）

育訓練，至今受訓人次已超過3000人，期能將「以病人為中心」的精神內化於日常工作中，每季並推舉「最佳友善大使」以激勵同仁的榮譽心，病人滿意度因而不斷提高。

社工室以一位年長的伯伯為例，他獨自來院就醫，突然想不起回家的路，身上沒錢，肚子又餓，只能虛弱地坐在門診區的椅子上。服務台人員及志工查覺情況不對，主動上前安撫，幫他買了簡單的午餐，再根據證件及他透露的訊息，費了一番工夫查詢，終於聯繫上他的女兒。他女兒接到醫院電話，自責萬分，哽咽著不斷向工作人員道謝。

還有一位民眾每週固定送家人到醫院復健，他長期觀察發現保全人員羅正雄先生十分盡責，因而向院方表揚。他說，每當他接送家人復健，在復健大樓門口靠邊臨停，羅先生總是主動協助開車門和攙扶病人，若下雨還會幫忙撐傘。他也誇讚羅先生把附近交通動線管制得很好，不但會勸阻紅線臨停和汽車並排的行為，若有廠商下貨，也主動指揮倒車，避免造成擦撞或塞車。

中國附醫經常收到來自病人或家屬的讚美信與感謝信，一位病人在信中表示，她到中國附醫看病，從櫃台人員到醫師的態度都十分親切，幫她治療的血液腫瘤科連銘淪醫師既溫柔又有耐心，令她相當感動。

號召企業志工，體現利他精神

楊麗慧副院長說，中國附醫去年3月成立「企業志工隊」，這是全國第1個由醫院成立的企業志工隊，與蔡長海董事長所闡揚的利他精神相呼應，將助人無私的種子播撒在許多同仁心中。此外，醫院與台積電合作推動「愛互聯」，並結合臺中市政府「托老一條龍」政策，持續關心獨居長者、啟明學校盲生及其他弱勢團體，透過社會服務培養同理心，在院內逐漸形成一股樂為他人服務的善的循環。

建構智慧醫院，讓病人更滿意

品質的追求永無止境，近兩年來，中國附醫結合最新的醫療技術與科技設備，自行開發最適合醫護與病人的各類資訊軟體，再

搭配3C產品，建構智慧醫院，包括智慧建築、智慧大廳與智慧病房，提供民眾便捷舒適的就醫環境，病人滿意度高達95%，2015年及2016年均榮獲醫策會頒發智慧醫院標章，也是全臺唯一榮獲「智慧病房」金獎的醫院。

智慧建築

建置智慧型停車場，以攝影偵測系統辨識車牌。各醫療大樓均有溫度、溼度和二氧化碳的自動平衡控制器，讓民眾及病人隨時都置身於健康舒適的環境。

智慧大廳

醫療大樓在大廳設有導覽機，6大功能包括院區導覽、掛號服務、病人查詢、就醫服務、交通資訊及周邊介紹等，尤其是在導覽指引部分，只要選取目的地取得導覽路線圖，透過QR code掃描下載至個人手機，隨走隨看，便能循正確方向抵達醫院各處。

智慧病房

住院病人可透過平板電腦來控制窗簾開合、冷氣開關、溫度調整及電視選台，亦可利用平板電腦上的APP聯繫護理師及取得衛教資訊。病床上的智慧型床墊有偵測病人動態的功能，護理師透過隨身的智慧型行動裝置，可立即接收病人訊息，護理站也設有智慧型電子看板，隨時掌握護理人員及病人動態。目前全院的智慧病房已有7、80間，仍繼續增設中，另將開辦「24小時客服中心」與發展「健康物聯網」。

臨床警示系統

中國附醫於2014年6月在病房建置臨床警示系統，可及早篩檢出可能發生非預期心跳

停止的高危險病人，給予即時的醫療照護。此一系統建置完成後，一般病房非預期急救事件發生率大幅度降低43%。

醫院關懷員工，帶動優良服務

周德陽院長說，中國附醫以病人為尊，也以員工為重，因此不僅善用資訊科技減少員工的工作負荷，也積極增聘各類人力，2016年相較2015年，員工數增加了6.5%，同時整修行政辦公室與員工餐廳，營造和諧舒適的職場環境。

員工照顧病人，醫院照顧員工，除了加強員工福利，員工健康一直是中國附醫最重視的，在執行法令規定的員工健檢項目之外，2013-2016年每年均提撥醫院盈餘的3-5%，用於員工健康促進活動、員工進階健檢以及各項福利措施。周院長強調，健康快樂的員工是提供優良醫療服務的基石，這是中國附醫能夠蟬聯「臺灣服務業大評鑑」醫療類金牌獎的關鍵因素之一。



中國附醫越來越好的服務品質，來自各單位的共同努力。(攝影/游家鈞)

無痛腸胃鏡檢查 一覺醒來大功告成

文·圖／麻醉部 主任 陳坤堡

大腸直腸外科A醫師在手術中感慨地嘆了一口氣說：「這位病人我真替他惋惜啊！」

麻醉科醫師：「怎麼了？發生了什麼事嗎？」

A醫師：「他5年前因為血便去別的醫院就診，醫師當時為他做了大腸鏡並發現有腫瘤，切片後病理診斷是良性的。」

麻醉科醫師：「那還好啊！」

A醫師：「但是他有大腸癌的家族史，主治醫師曾提醒他務必要再做大腸鏡追蹤，可他覺得大腸鏡檢查的疼痛實在是太恐怖了，因此一拖再拖，沒有再做大腸鏡，結果這次發現時不僅腸阻塞而且已經淋巴轉移了。」

再回首，悔不當初，對這位病人來說，應該就是這樣吧！

本院做無痛腸胃鏡健檢的滿意度近100%

衛生福利部最近公布2016年國人十大死因，惡性腫瘤已連續35年蟬聯榜首。就惡性腫瘤而言，大腸癌的總病例數是最多的，如果再加上胃癌，那人數真是不可小覷。有鑑於此，衛生福利部國民健康署不斷呼籲民眾加強預防腸胃道癌症，胃鏡、大腸鏡的檢查需求也因而日益增加，然而檢查過程的不適卻令很多民眾望之卻步。

中國醫藥大學附設醫院麻醉部自2005年起，在國內許多醫院都還沒開始做無痛胃鏡、大腸鏡的麻醉時，就已提供健檢民眾此一服務，病例數自第1年的322例起不斷成長，到了2015年，全年病例數已經超過7000例（表1），服務量在醫界名列前茅。更難能可貴的是，健檢民眾整體滿意度幾乎是100%，這是民眾對我們的努力所給予的最好回饋。



表1：本院健檢民眾做無痛腸胃鏡的人數逐年上升

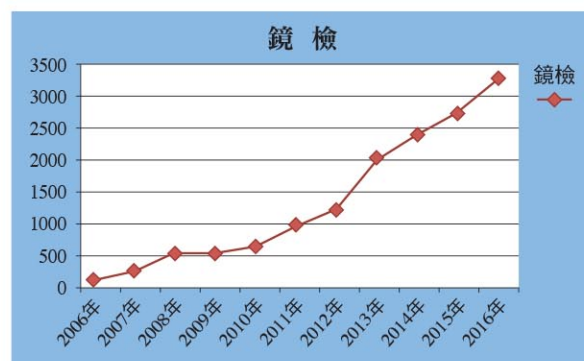


表2：本院非健檢病人的鏡檢麻醉人數去年已超過3000例

年長者做鏡檢麻醉更需細心照顧

除了服務健檢民眾之外，本院麻醉部自2006年起也提供非健檢病人的無痛鏡檢麻醉，去年已超過3000例（表2）。這些病人不同於健檢民眾，大多是因為有異常症狀才來就診並由醫師安排檢查，其中以年長者所占比例較高。年長者往往合併身體上的其他疾病，例如高血壓、糖尿病、心臟病、貧血等等，因此在進行麻醉時要考慮其共病因素，由麻醉科醫師細心的給藥與照顧。

麻醉團隊全程守護受檢者的安全

腸胃鏡檢查帶來的疼痛經常是受檢者所難以忍受的，而麻醉團隊的專業可以提供受檢者最好的無痛服務，讓他們在舒適與相對安全的環境下完成相關的醫療處置。執行麻醉前的評估十分重要，麻醉醫師要了解受檢者的內科疾病病史、手術麻醉病史與用藥紀錄，並做基本的理學檢查，判定受檢者的身體狀況屬於哪一等級。

無痛腸胃鏡麻醉是一種經由靜脈的全身麻醉，麻醉人員會先以鼻腔導管讓受檢者吸入氧氣，之後持續監測心電圖與動脈血氧飽和度，血壓計每3-5分鐘測量1次，打上靜脈導管並接上點滴。接下來，麻醉醫師在點滴加入麻醉藥，受檢者很快就會睡著，再由腸胃科醫師進行檢查。在這段過程中，麻醉團隊會持續密切注意受檢者的心跳、血壓、呼吸與血氧飽和度，一有異狀隨即採取有效的對策。



麻醉醫師經由點滴注射麻醉藥，讓病人睡著。

麻醉隱藏的細節與風險不可輕忽

這種看似平常無奇的麻醉，其實隱藏許多需要注意的細節。首先要注意的是呼吸道的處理，可能產生的狀況包括因呼吸不順導致的低血氧、高碳酸血症，更嚴重的是呼吸中止。這些問題都需要麻醉醫師以其專業手法及時化解，避免造成不可預期的後果。

在檢查過程中，還可能因為藥物作用而引發低血壓、心跳異常、心律不整、心肌抑制或藥物過敏，嚴重時可能有生命危險，而本院麻醉部已累積數萬例經驗，在麻醉團隊細心專業的嚴格監測下，可讓受檢者得到最好的照顧。

在此必須提醒民眾，無論接受何種需要麻醉的醫療處置，麻醉醫師都是你安全的守護者。無痛的鎮靜麻醉雖然可以提供受檢者人性化的醫療照顧，但這也是有風險的醫療行為，一定要在有麻醉醫師在場的情況下才能執行，否則萬一發生意外，有可能危及生命，不可不慎。⊕



病人睡著之後，腸胃科醫師以內視鏡檢查腸胃道。

癌症的止痛大師 介入性疼痛治療

文·圖／疼痛中心 主任 溫永銳

醫 療的進步使癌症治療方法日新月異，標靶化學治療、免疫治療、腫瘤熱療及放射治療等的發展，雖然延長了病人的壽命，卻可能因為疼痛問題沒有良好處理，導致生活品質低落，造成病人及家屬長期的身心困頓。

依據世界衛生組織癌症疼痛處置指引，大部分的癌末疼痛可用類鴉片藥物減輕，但有少部分的疼痛（約占10-15%）因其性質或強度，連高劑量的嗎啡類藥物都難以緩解，或因嗎啡的副作用太大而無法提高藥量。在這種情況下，「介入性疼痛治療」會是另一種選擇。歐洲癌症學會已將介入性疼痛治療列為癌症處理的建議流程之一，不僅可以減緩疼痛，也能明顯改善病人的精神狀態及活動功能。

介入性疼痛治療可阻斷主宰疼痛的神經

介入性疼痛治療（神經阻斷術），是泛指利用不同注射技術來抑制神經傳導的統稱。美國介入性疼痛治療醫師學會對此的敘述是：「一種對疼痛或疼痛相關病症做診斷或治療的特定醫療專業，藉由介入性技術在脊椎部位對亞急性、慢性、持續及困難疼痛進行處置，可獨立或合併其他的治療方式。」簡言之，就是以不同的打針技術，利用藥物或物理方式（如：電或熱）來阻斷主宰疼痛的神經。雖然定義中只針對脊椎部位

進行處置，但實際上還涵蓋了胸腹或四肢的神經，是相當廣泛的醫療領域。

神經阻斷術包括「神經（暫時）阻斷」、「神經破壞」及「神經調節」等。「神經（暫時）阻斷」是以局部麻醉藥減弱或暫停疼痛訊號傳導，效果往往只能維持幾小時到幾天；「神經破壞」是以化學藥物（高濃度酒精或酚）或高溫（一般大於60°C）破壞神經細胞，屬於真正的中斷傳導，因為可能會引起慢性神經炎，一般使用在預期壽命只有半年的末期病人。至於「神經調節」，是以電場或磁場減弱神經細胞間的訊息傳遞或軸突傳導來抑制疼痛，卻不改

變非疼痛感覺（如：觸覺、壓力感覺、身體的平衡感覺等）及運動能力。

另外，介入性疼痛治療需要以影像輔助（如：高解析度超音波、X光引導及電腦斷層等）來提高精準度、減少併發症及減少注射用藥，因此需要在特定的治療場所（如：手術室、血管攝影室或電腦斷層室等）進行，醫師會依實際情況採用不同的介入性疼痛治療方式。

哪些患者適合以此療法減輕疼痛？

適合介入性疼痛治療的對象除了癌症末期疼痛，還有末期疾病、老年退化、神經損傷等造成的慢性疼痛，這些都可以考慮先以神經阻斷方式減輕疼痛及減少用藥。以癌症疼痛為例，過去依照世界衛生組織3階梯原則，認為必須是鴉片藥物無法處理的止痛才考慮介入性疼痛治療，但現在的觀念認為，可以提早執行介入性疼痛治療，包括小區域的疼痛（如：上腹腔、胸腹部某條神經皮節

或四肢某條神經支配部位等）、內臟性疼痛、脊椎轉移或腫瘤侵犯神經痛、口服或靜脈嗎啡治療無效已考慮脊髓給藥、腫瘤侵犯脊髓、下半身疼痛合併下肢癱瘓且大小便已無法控制、手術或化學治療等造成的神經損傷型疼痛、帶狀疱疹、缺血性疼痛、三叉神經痛等。

治療時不可完全停用止痛藥

介入性疼痛治療雖然控制了周邊神經系統，可明顯減輕疼痛，但原先使用的口服類鴉片藥物也不可以完全停用，只能在治療後逐漸減量。一方面是避免戒斷症候，一方面是配合介入性疼痛治療的長期療效。根據美國安德森癌症中心對腹腔癌症的研究顯示，患者施行腹腔神經叢或內臟神經破壞後1個月的明顯止痛（疼痛分數減少超過30%）比率為44%，口服嗎啡用量在手術後幾乎沒有減少，而改善最多的是憂鬱、焦慮等症狀，並且提高了生活品質。



癌症患者接受介入性疼痛治療實例

腹腔神經叢治療（圖1）、內臟神經介入性治療（圖2）

適應症：上腹腔腫瘤（如：胰臟癌、肝癌、胃癌）、腹膜轉移癌、化療或手術後、或其他疾病造成上腹腔深層內臟疼痛等。此一技術已被大多數的國際腫瘤醫學會認可，而且特別適合嗎啡效果不好的病人。

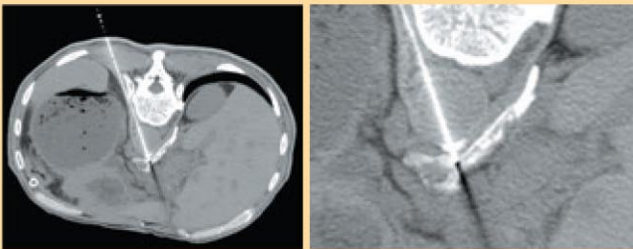


圖1：62歲男性胰臟癌病人，進行電腦斷層引導腹腔神經叢破壞術。（左）為避免穿過肺、肝及胃臟，採用經「主動脈穿刺術」；（右）可見顯影劑分布於主動脈前、並包覆腹腔動脈旁。

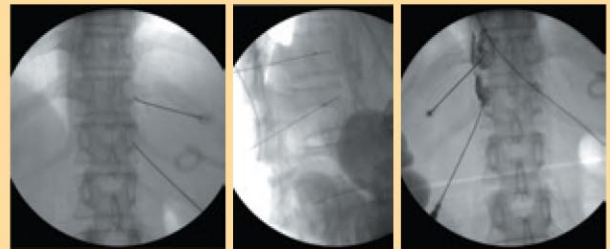


圖2：45歲女性胰臟癌病人，進行兩側內臟神經破壞術（合併高頻熱凝治療加高濃度酒精注射）。（左）為正面透視圖：先在右側T11、T12節進行高頻熱凝針注射；（中）為側面透視圖，針尖前進至椎體前外側；（右）接著對左側T11、T12節高頻熱凝針注射顯影劑確認定位。

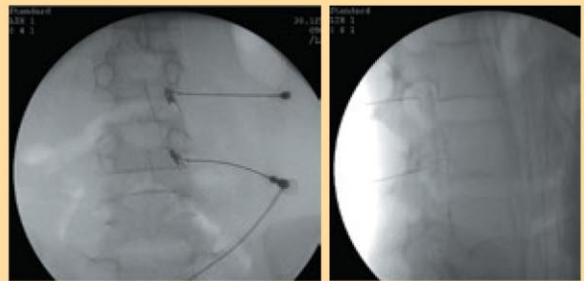
上下腹腔神經叢介入性治療

適應症：腫瘤引起骨盆腔深層器官（如：膀胱、子宮、卵巢、陰道、攝護腺、直腸）的內臟痛。

經椎間孔背根神經節介入性治療（圖3）

適應症：腫瘤轉移至脊椎壓迫神經根、脊椎退化狹窄壓迫神經根、糖尿病神經病變、併發帶狀疱疹神經痛等，造成頸、上肢、下肢、上背、下背的放射性疼痛。

圖3：11歲男童直腸癌合併骨盆腔轉移及大腿放射性神經痛，以脈衝式射頻治療。（左）為正面透視影像，以顯影劑確認神經節部位；（右）為側面影像確認針尖位置。



半月神經節或蝶腭神經節介入性疼痛處置

適應症：腫瘤壓迫、電療、化療或手術後造成頭部、臉部三叉神經或其分支的疼痛，以及三叉神經痛等（可參考下一篇「三叉神經痛」）。

進行治療前需有良好溝通建立共識

在為病人進行介入性疼痛治療前，必須會同安寧緩和醫師、疼痛科醫師、病人及家屬，共同擬定疼痛控制計劃書，把未來的止

痛用藥、介入性疼痛治療、復健，甚至癌症末期的治療規劃，都納入考慮。唯有先建立良好的溝通及共識，才能正確處理疼痛問題及達到良好的止痛成效。🕒



三叉神經痛真磨人 可別誤當牙痛偏頭痛

文·圖／疼痛中心 主任 溫永銳

幾位陸續走進診間的病人，
面部表情都很僵硬，神色也怪
怪的。

阿嬤說：「牙醫要我過來，因為牙齒都拔
光了，嘴巴還是很痛。」

某少婦說：「我以前不知道神經痛會這麼
痛，痛起來沒辦法吃東西，也沒辦法說話。」

阿公說：「已經痛了5、6年，加馬刀
和手術也做過了。這種痛是不是不會
好？」

他們罹患的都是三叉神經痛！

三叉神經痛，其實診斷並不困難，常常
只憑症狀表現，就明明白白顯示它的存在。
但是因為有太多類似的顏面部疼痛容易與其
混淆，醫生如果沒有在第一時間意識到三叉
神經痛的存在，就有可能忽略，因此誤拔了牙
齒或一直得不到適當診斷及治療的病人並不
少見。

什麼是三叉神經痛？

三叉神經痛是一種在三叉神經分布區域
內出現的、會反覆發作的陣發性劇痛。三叉
神經是支配臉部最重要的感覺神經，因為發
作時多伴有患側面肌抽搐，所以國外又將其
稱為「痛性抽搐」。基本上，它屬於頑固型
的神經病變性疼痛，診斷雖容易，但治療不
一定容易，不同病人對藥物或手術的治療反
應往往有很大差異，再加上常會反覆發作，
病人誤以為治不好，造成極大的困擾，過去
還曾有病人因而自殺的新聞報導。

三叉神經痛的病因

三叉神經痛分為原發性三叉神經痛和
繼發性三叉神經痛。原發性三叉神經痛的病
因相當複雜，雖然許多臨床研究及微血管減
壓手術報告發現，腦動脈壓迫三叉神經是誘
發三叉神經痛的主要原因，但近年來由於電
腦影像學技術的進步，已提出更多不同的理
論，包括三叉神經脊束核內或中樞其他部位
感覺性癲癇樣的放電、動脈硬化引起三叉神
經供血不足、多發性硬化或自發性脫髓鞘疾

病、家族性三叉神經痛等。繼發性三叉神經痛的病因就比較明確了，大多是由於三叉神經節和後根受到附近病變或腫瘤（如：聽神經瘤、三叉神經鞘瘤、腦膜瘤、血管畸形、顱底轉移瘤）或炎性組織（蛛網膜炎、三叉神經炎、顱內結核等）的壓迫和侵犯所致。

正因為影像證據對三叉神經痛的診斷及治療有極大幫助，所以當病人被懷疑是三叉神經痛的時候，儘管是昂貴的顱部磁振造影檢查（MRI），醫師也會按常規開立，以協助擬定最好的治療方針。

發病年齡多在40歲以上

原發性三叉神經痛常發生於成年人及老年人，70-80%的病例發生於40歲以上，高峰年齡為50歲以上，並以女性略多，大多數是單側發病，右側多於左側，5%以下為雙側發病。三叉神經在臉部分成眼支、上顎支及下顎支，分別支配臉部分上、中、下的部位（分別為第1、2、3支），最後匯聚於顱內的半月形三叉神經節，故名半月神經節。臨床上，以第2支、第3支最多，第1支最少，但更多的是合併第2支及第3支的疼痛。

臉部疼痛的特徵及表現

典型的三叉神經痛，發作前常無預兆，而是突然出現閃電樣短暫而劇烈的疼痛，感覺為尖銳的、電灼樣、針刺樣，刀割樣或撕裂樣的劇烈跳痛。患者常以手掌或毛巾緊按患側臉部分或用力擦臉以期減輕疼痛。有時還會伴隨臉部分發紅、皮膚溫度升高、結膜充血、眼淚與唾液分泌增多、鼻黏膜充血、流

鼻涕等症狀。隨著時間拉長，疼痛發作次數漸趨頻繁，在緩解期間也會有低強度的持續性疼痛，這時病人的表現變成長期處於程度不等的慢性臉部分疼痛，有時會被診斷為「典型性臉部分疼痛」或新的命名「持續原發性臉部分疼痛」，在治療上就更加困難了。

因為病人可能會在三叉神經分布的某小區塊特別敏感，一接觸就誘發疼痛，稱為「觸發點」，所以下頷動作、碰到冷熱水，以及刷牙、吃飯、談話或洗臉等日常動作，都會成為很痛苦的刺激，嚴重者亦可能通宵頻繁發作以致不能成眠或睡後痛醒。這樣的疼痛已經完全影響生活品質，病人合併憂鬱、焦慮，甚至出現自殺念頭的情況很常見，必須馬上安排積極治療。

易與三叉神經痛混淆的疾病

三叉神經痛的診斷常常依賴臨床症狀、過去病史及治療史，至於X光、血液檢查或理學檢查的幫助不大。最重要的是顱部的MRI，除了可以診斷血管壓迫性的原發性疼痛，還可以排除其他繼發性的三叉神經痛及顱底腫瘤，並了解血管變異程度及手術難度等訊息。其他有些誘發電位的檢查，也可以提供部分的證據。

前文提及有許多的臉部分疼痛容易與三叉神經痛混淆，包括牙痛、三叉神經炎、非典型性顏面痛、血管性神經痛、偏頭痛、叢集性頭痛、三叉神經帶狀疱疹神經痛、蝶顎神經節綜合症或蝶顎神經痛、舌咽神經痛、多發性硬化、各類顱底腫瘤等，因此即使臨床表現相似，也不可等閒視之。

三叉神經痛的治療

藥物治療：Carbamazepine、Oxcarbazepine

主要的治療方式有藥物和侵入性手術兩種。發病早期以藥物治療為首選，如果因為藥物療效差或長期服藥而出現嚴重的副作用或藥效減退，令患者難以忍受，這時就需要改以手術治療。

傳統藥物以抗癲癇類藥物為主，可抑制三叉神經系統的不正常放電。其中，Carbamazepine（Tegretol）是經典的三叉神經用藥，臨床顯示有極佳的止痛效果，但是此藥也惡名昭彰，名列「藥害救濟」中「十大惡藥」前幾名。它的副作用是可能造成嚴重的「史蒂芬強生症候群」（SJS），在東方人（尤其是黃種人）的比率偏高，曾引起不少醫療糾紛及意外。所幸，由臺灣醫療團隊解碼的HLA-B*1502基因被辨識出來之後，發現帶有這個基因的人服用Carbamazepine而引發史蒂芬強生症候群的機率，會比未帶基因者升高60倍，這是世界級的重要醫療成就，也是建立在病人血淚慘痛經驗上的一大突破。因此，依據衛福部的規定，現在所有病人服用此藥前必須先檢驗是否存在此一基因，以避免不可逆的風險。還好，目前已有新一代的抗癲癇藥物Oxcarbazepine（Trileptal）可以替代，能達到類似的療效但是不會有嚴重的副作用。

另類治療：針灸、中藥、理療、按摩等

除藥物治療外，尚有針灸、中藥、理療、按摩等方法，但這些另類治療的效果均不確定。因此，對於初發的患者，治療上應先以抗癲癇藥物加上協同藥物為主，再輔以其他另類治療，如果無效或不能忍受服藥後的副作用，即應考慮進行手術治療。

手術治療

手術是重要的治療手段，可以分成微創的介入性疼痛治療、加馬刀治療，以及開顱侵入性的微血管減壓手術。前者可由疼痛科執行，後兩者可由神經外科執行。

● 微創的介入性疼痛治療

目前本院疼痛科可施行多種三叉神經痛相關介入性治療，包括三叉神經周邊分支的「局部阻斷術」或是「脈衝式射頻治療」，以注射局部麻醉藥物、酚、甘油或高頻電刺激等方式，達到神經阻斷的效果。操作簡單安全，雖療效不夠持久，一般約維持數週至數月，需要反覆注射，但因可以快速診斷、快速減痛，若合併口服藥能達到長期療效，病人滿意度極高。

當周邊神經阻斷效果不佳，疼痛科醫師會考慮進行「經皮半月節後射頻療法」（圖1），亦即採用一種能量精確的熱源

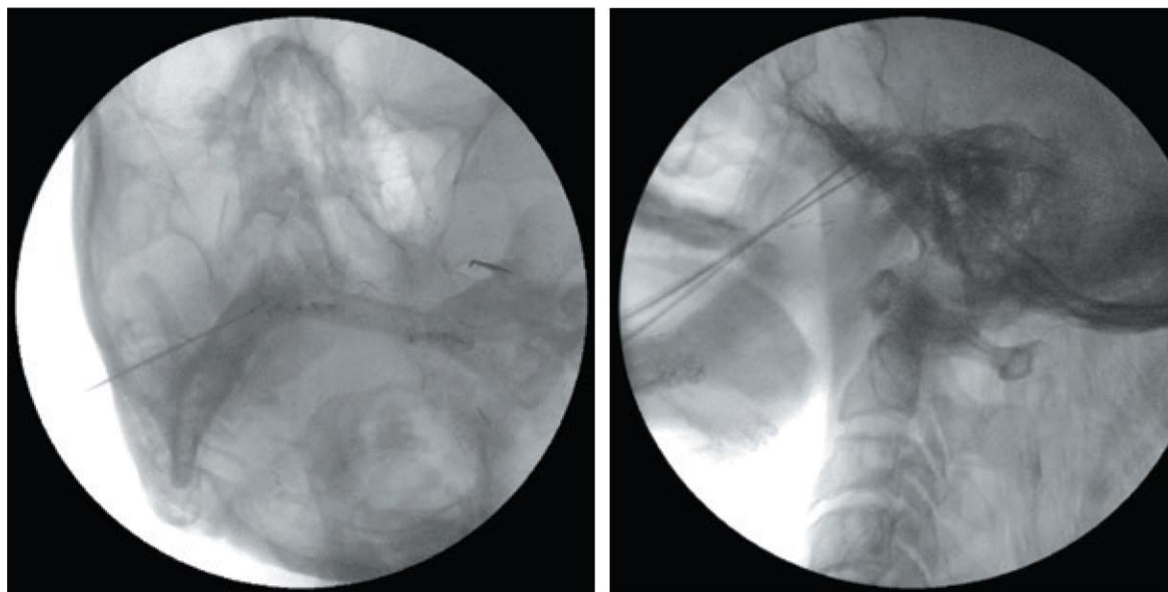


圖1：50歲男性舌癌病人出現手術後三叉神經痛，進行半月神經節高頻熱凝治療。（左）左下頷透視影像顯示左側針穿過卵圓孔；（右）為側面圖，顯示兩側針尖接近顱底神經節部位。

來破壞三叉（半月）神經節。因為在X光影像下操作，可以客觀精準地做神經定位，選擇性的破壞單一條神經甚至其中某一小部位，大幅減少神經的破壞範圍及術後併發症。此法適用於有原發性神經痛但不適合開顱及拒絕開顱手術者，也適用於術後復發及口腔、鼻咽癌致臉部疼痛者，手術有效率75-85%。

● 微血管減壓手術

如果顱部MRI診斷有明顯血管壓迫，一般會建議直接開顱做微血管減壓手術，手術近期療效可達80-95%，其中4-15%的患者疼痛顯著減輕，因而能減少服用止痛藥物。長期追蹤的復發率在5%以下，5年

復發率約20%。此一手術的死亡率低（0-1%），優點是可以保留三叉神經的功能，較少遺留永久性的神經功能障礙；缺點是手術需要開顱，仍有一定的風險性和開顱手術固有的併發症。

● 加馬刀手術

加馬刀手術是另一項接近外科手術的治療。以加馬刀的能量鈍化敏感的三叉神經，具有不動刀，皮膚無傷口的優點，但是療效出現較慢，快則1、2天，慢則需要3個月才會覺得疼痛減輕。手術方法的選擇，一般是由神經外科醫師視病人狀況來決定。☺

多元止痛策略

減輕術後疼痛就靠它

文／麻醉部 主治醫師 江易穎

隨著醫療進步，外科手術傷口越來越小，伴隨傷口而來的疼痛也往往變得比較輕微，復原時間因而縮短，使患者能夠更快出院。但令人擔心的是，會不會因為外表傷口變小了，反而容易忽略在手術過程中，內視鏡或達文西機器手臂等工具於體內完成的鉅作，可能導致手術後疼痛加劇。



在微創之下，病人可能還承受了什麼？

事實上，內視鏡手術為了達到微創目的，所造成的刺激有時會比傳統手術還要大。例如為了替內視鏡爭取空間，手術時必須在腹腔灌氣，把肚皮撐開，才有足夠的空間來操作器械，而腹腔灌氣不免會刺激橫膈膜，難怪有人說手術後腰背肩頸痠痛得好像跑了20圈操場一樣。

此外，內視鏡手術受限於傷口的大小與數量，不是所有人都能夠出手幫忙，有時為了不讓腸子擋住視線，手術檯甚至必須呈現雲霄飛車的極限角度，醫師只得在這個「雲霄飛車」上，用不可思議的角度慢工出細活，這樣的手術時間並不比傳統手術來

得短。（幸好大部分的醫師好像不會因此暈車！）。

少了皮肉痛，但體內疼痛並未消失！

還有，在某些狀況下，微創手術為了達到美觀要求，會把傷口藏在不起眼的地方。例如甲狀腺或乳房手術，可以從腋下開進去，如果不說，術後傷口很難被發現，但手術時需要在皮下穿出長長的隧道。

再以腹部手術為例，術後的疼痛來源有兩大部分，一部分是皮肉痛，與傷口的大小及數量有關，這個部分可以因為內視鏡手術的普及而大大減輕；另一部分是腹腔臟器的疼痛，這個部分則與微創與否沒有很大的相

關。然而，你有過胃痛或腸絞痛的經驗嗎？真的痛起來，那難過的程度恐怕不亞於肚皮上挨一刀。

止痛有竅門，運用得當效果會更好

在追求更小更美的傷口與更快速地恢復的同時，術後疼痛也是相當受到重視的指標，它往往可以反映出醫療機構的照護品質。中國醫藥大學附設醫院常用的止痛方式，約莫分成以下3大類：

● 消炎止痛劑

這一類的藥物安全有效，在藥局便可以買到，算是很生活化的止痛方法，但有消化性潰瘍病史者、腎功能不佳或凝血功能異常者，使用上應注意。本院已引進新型的靜脈注射劑，在消化性潰瘍與凝血功能方面的副作用較低，不僅增加了安全性，使用也相當方便，只需從點滴注射即可，不會受限於術後能否進食的問題。

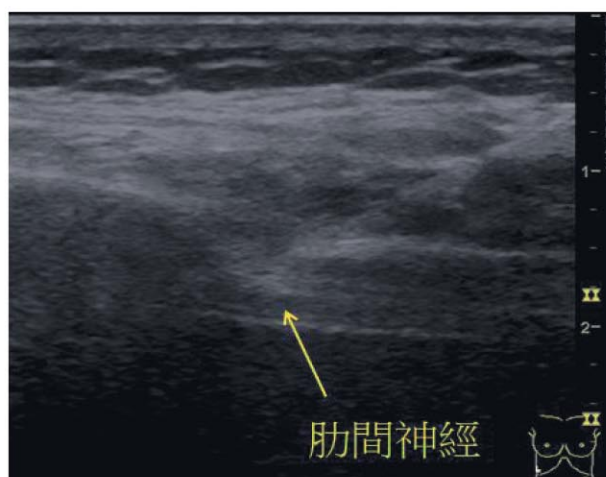
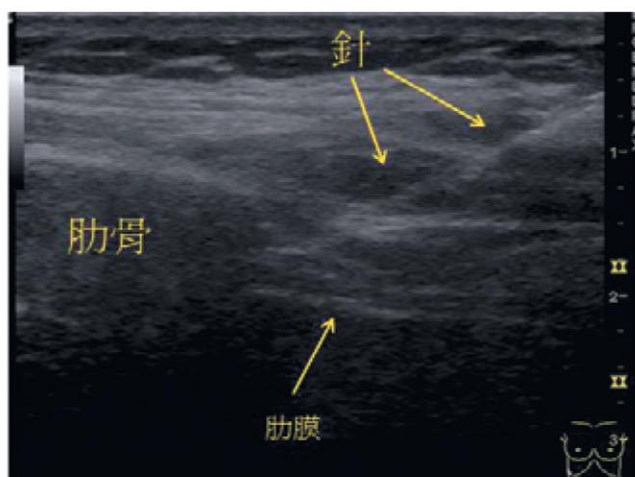
值得一提的是，手術傷口的發炎與疼痛，從手術一開始就發生並會逐漸升高，因此等到麻醉醒來感到疼痛時才治療的效果，遠遠不如在手術展開前就預防性的給藥。

● 神經阻斷劑

看牙時，醫師所謂的打麻藥，打的就是神經阻斷劑。面對疼痛之王「生產痛」，減痛分娩是目前最安全有效的止痛方法之一，神經阻斷劑在此也發揮很重要的功效。半身麻醉的手術，麻醉科醫師在脊椎注射的也是這一類藥物，可以想見神經阻斷劑具有近似於麻醉的強大止痛效果。

理論上，凡是疼痛，必可以透過阻斷其感覺神經來止痛，然而神經的阻斷，除了阻斷感覺功能之外，還伴隨著或多或少的運動功能減弱。實務上，手術後的疼痛，可施以低濃度的神經阻斷劑來達到感覺功能阻斷的「減痛」，但要盡可能減少運動功能阻斷所造成的「無力」。這點對於骨科人工關節手術後便需要開始復健的病人來說，當然是格外重要。

本院已行之有年的神經阻斷止痛術，是由麻醉科醫師在超音波與神經定位儀器的引導下施針，將主宰手術傷口部位的神經或脊椎節段予以阻斷。一次的注射，通常可以協助病人度過傷口最痛的關鍵期，讓術後首夜好眠。若手術傷口較大，預計疼痛期會較長者，也可與醫師討論是否在神經或脊椎留下



對於肋骨骨折、胸腔內視鏡手術後的傷口、肋骨癌症轉移等原因造成的疼痛，肋間神經阻斷可以有效改善，並降低因疼痛導致肺活量下降進而引起肺炎的風險。（江易穎醫師提供）

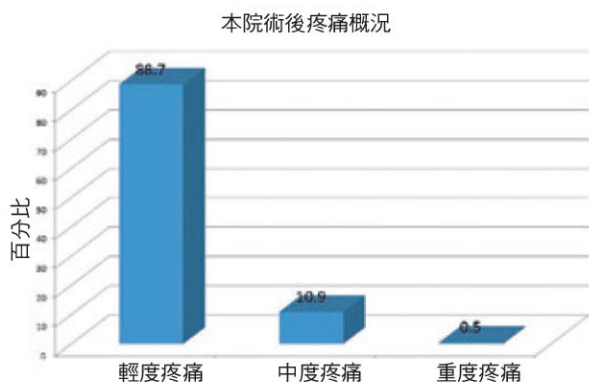
點滴管路，作為術後幾天內反覆施打神經阻斷劑的便捷途徑。



急性疼痛小組實施神經阻斷術為病人止痛（吳亭馨護理師提供）

● 嗎啡類藥物

2016年底上映的電影「鋼鐵英雄」，講述一位醫務兵在槍林彈雨間穿梭，拯救受傷同袍的故事，而面對疼痛哀嚎的戰友，他最有效的武器就是嗎啡。嗎啡一直是最有效的止痛藥物之一，在全身麻醉的手術中，幾乎沒有不用到嗎啡類藥物的。正因嗎啡的藥效強烈，若由護理站一次給予4-6小時的劑量，患者容易產生暈、吐、昏睡等副作用，所以最安全的方式就是「少量多餐」，並且輔以如前述兩類的其他止痛方式，做為終結疼痛的最後手段。



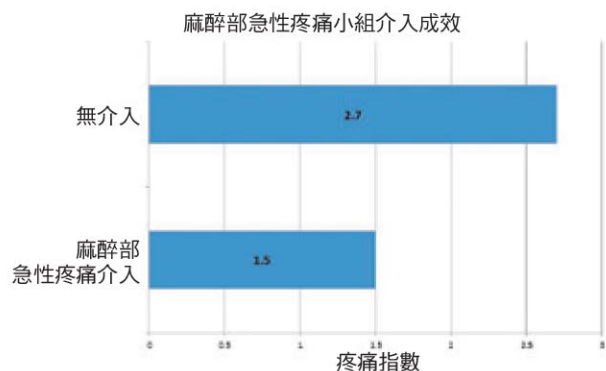
2017年5月的麻醉部品管資料顯示，只要遵從醫療團隊擬定的止痛計畫，在本院手術後（不包含局部麻醉的手術）的第1天，絕大多數病人的疼痛問題都可以得到良好控制。（按疼痛量表評估，疼痛分數在3分以下為輕度疼痛，屬於可接受的疼痛；中度疼痛為4-6分；重度疼痛為7-10分。）（王育祺護理師提供）

本院提供的病人自控式止痛（PCA），由病人自己感覺疼痛的變化，透過手上按鈕，啟動每次少量的給藥。PCA給藥幫浦設有安全控制，短時間內不會重複給藥，累積的藥量也可以控制在安全範圍內，讓病人能自己幫自己的及時止痛。

不想那麼痛，多元止痛策略讓你如願

以上3大類止痛方式，其實並不僅限於術後疼痛的控制，若是受傷、骨折等手術前就存在的疼痛，或是不需要手術的急慢性疼痛，都可以請醫師建議適當的疼痛處置。

研究顯示，在進步的國家、大型醫院或教學醫院，多元止痛策略的運用較為普及，並且手術經驗越豐富的醫師，治療結果越好，同時也更重視術後的止痛。我自忖，這或許是一個雞生蛋、蛋生雞的循環，是不是因為我們對於術後疼痛的重視，建立了好品質與好口碑，口耳相傳之下，吸引越來越多患者慕名而來，於是拜大家所賜，造就我們成為一個經驗越來越豐富的醫療團隊，而能為民眾帶來更好的手術經驗。🌐



以本院膝關節置換手術為例，在手術團隊的止痛計畫之下，病人術後第1天的疼痛分數平均為2.7分（滿分為10分），屬於輕度疼痛的範圍。本院以持續追求無痛為目標，對病人的每一分疼痛都極為在意，因此麻醉部組成的急性疼痛小組，由疼痛專責醫師及疼痛專責護理師依照病人意願，透過病人自控式止痛或神經阻斷止痛的方式，可讓疼痛進一步下降至1.5分。若對麻醉部急性疼痛小組所提供的服務有任何疑問，均可向醫療團隊或麻醉人員詢問。（郭聖薰護理師提供）

改善慢性下背痛 內視鏡硬脊膜外沾黏 分離術的效果好

文·圖／中國附醫臺北分院 神經外科 主治醫師 陳孟超

神經外科門診的病人，有不少是為下背痛所困擾。下背痛每年的發生率大約是5%，終其一生，大約有6-9成的人會出現下背痛。



下背痛的原因

下背痛可以簡單區分為「神經性來源」及「物理性來源」兩種類型。神經性下背痛以神經受到壓迫與神經根病變為主，所謂神經根病變，是指各種不同原因造成的神經根功能異常，患者除了下背痛之外，還可能合併坐骨神經痛、麻木、感覺異常與肢體無力，這是屬於較為嚴重的下背痛類型。另一種物理性下背痛，又名「肌肉骨骼型下背痛」，亦可稱之為「非特定性下背痛」，是最常見的下背痛類型，多因肌肉、肌腱、韌帶拉傷或扭傷、姿勢不良或小面關節退化發炎等原因而引起。

對於有下背痛困擾的病人，神經外科醫師通常會安排一系列影像學檢查，包括腰椎X

光、電腦斷層、磁振造影及神經傳導與肌電圖等來確定診斷，先排除脊椎內腫瘤或感染等較嚴重的問題。除此之外，退化性脊椎病變如脊椎滑脫、狹窄和椎間盤突出造成神經壓迫，也都是慢性下背痛常見的成因。

有的慢性下背痛需要手術才能改善

慢性下背痛的治療方式，包括藥物治療、物理治療、疼痛介入治療，以及手術減壓治療。若下背痛持續治療3個月，仍未改善，即屬慢性下背痛，慢性下背痛如果採取非手術治療一段時間後依然未見好轉，可能就要考慮手術治療了。

在手術治療方面，患者若有椎體不穩定的現象，醫師會考慮融合內固定手術；若單就椎間盤突出導致神經壓迫的問題，則會考慮椎間盤切除減壓等外科手術。此時，神經外科醫師會詳細評估各種手術的適應症、施行方式、手術效益與手術風險，與病人及家屬溝通後，再為其選擇最適當的治療方式。

內視鏡硬脊膜外沾黏分離術的侵入性最小

許多患者因為藥物與復健治療效果不佳，又害怕動刀，因而對治療卻步。以一位6旬婦人為例，她因工作長期久站引發下背痛

合併雙下肢放射性疼痛，夜晚總是痛到無法入睡。檢查發現，她是腰椎狹窄造成神經壓迫合併慢性下背痛，需動手術減壓才能緩解疼痛，但她不願接受傳統手術，所以經過解釋，我們為她做了微創的內視鏡硬脊膜外沾黏分離術。

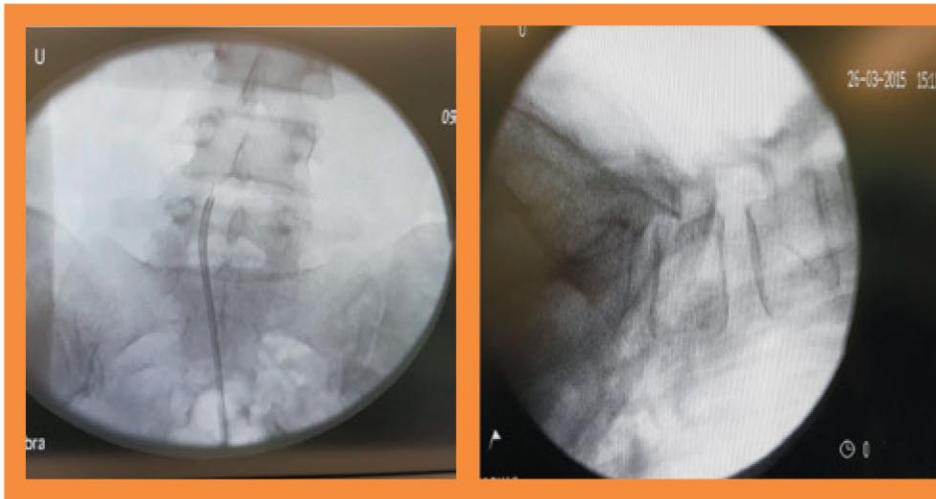
內視鏡硬脊膜外沾黏分離術是用一個能配合內視鏡的可彎式導管，由尾椎孔導進脊椎硬脊膜外空間，利用食鹽水的物理力量，使神經根與沾黏處分離，並施打消炎藥物在神經旁。此一治療只需局部麻醉，相對於全身麻醉，較無副作用，傷口也僅有0.2公分，為侵入性最小的手術。



左圖是醫師為下背痛患者施行內視鏡硬脊膜外沾黏分離術，右圖是手術中配合內視鏡使用的可彎式導管。



前段為可彎式導管，後上方為藥物或雷射入口，後下方為內視鏡光源線入口。



手術過程中使用即時X光（包含正面與側面）來定位，以確定導管是否在預定要治療的位置與硬脊膜上空間。

手術過程與可能出現的副作用

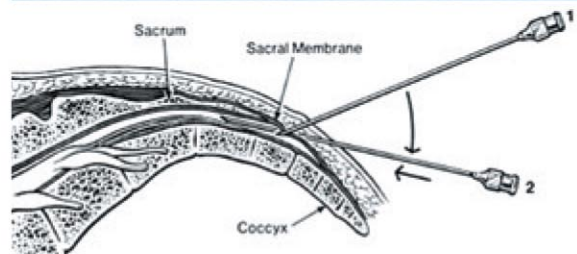
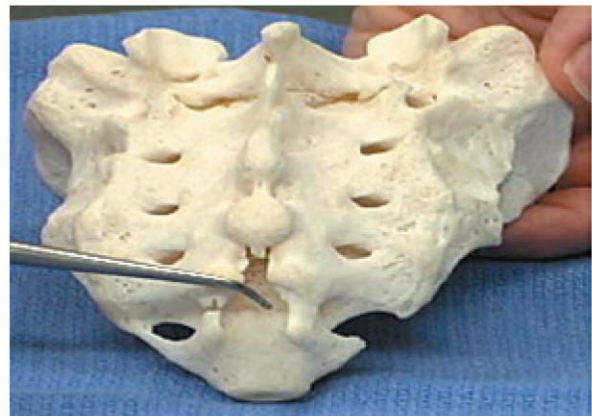
內視鏡硬脊膜外沾黏分離術的手術過程如下：

1. 採用局部或靜脈麻醉。
2. 在X光定位與內視鏡影像系統導引下，由尾椎孔將導管植入沾黏與神經壓迫處，以水壓進行沾黏處分離，並視情況搭配雷射椎間盤減壓。手術時間約40分鐘至1小時。
3. 手術後進入恢復室觀察40分鐘至1小時，之後回普通病房平躺3小時，即可下床。
4. 傷口僅有0.2公分大小，術後住院1個晚上觀察，隔天即可出院。

任何侵入性治療皆可能存在某些副作用，上述手術可能的副作用包括治療中有輕微的灼熱感或刺痛感，以及有些患者在治療中及治療後會出現頭痛症狀等，但手術風險比起傳統手術是極小的。內視鏡硬脊膜外沾黏分離搭配雷射椎間盤減壓，手術時間較短，傷口也小，可降低患者對開刀的恐懼，疼痛舒緩程度可達5-8成。這名婦女藉由此一手術，成功地緩解疼痛與改善生活品質。

如何預防下背痛？

要預防下背痛，姿勢很重要，切勿久坐及久站，若固定姿勢超過1小時，至少需休息5-10分鐘，並要避免運動傷害。一旦出現下背痛的症狀，應與疼痛科和神經外科等醫療團隊密切合作，正確診斷，提早接受治療，方能重拾無痛人生。🏠



示意圖：1、2為Tuohy穿刺針由尾椎孔進入



下背痛要覺悟 姿勢不良易復發

文／麻醉部 主治醫師 歐陽欣漢

下背痛的分類與成因

下背痛的成因非常多元，由於背部解剖結構複雜，常常必須與神經肌肉骨骼系統疾病加以鑑別，也正因如此，迄今還沒有一套公認的下背痛分類方式。較為簡易的分類是初步先分為機械性、非機械性與臟器來源。

● 機械性下背痛

在這三者中居大宗，又可分為多項，其一是肌肉骨骼性下背痛，常因肌肉、肌腱或

下背痛，也有人稱為「腰痛」（low back pain），泛指身體軀幹後方，腰部附近至臀部上方的疼痛症狀。病灶處雖然以軀幹後方的腰部為主，但也可以區分為有明確特定壓痛點的疼痛，或是大面積範圍且定位較為模糊的疼痛。疼痛的性質可從輕微的緊繃感到尖銳如刀割般的疼痛感，甚至往臀部或腿部延伸的痠麻燒灼感，可說是包羅萬象。

下背痛發生的頻率與時機也非常多變，有些人在清晨較為嚴重，有些則是在搬舉重物或彎腰扭腰之後更加明顯。疼痛嚴重者可能影響步行、穿衣、沐浴等日常生活，甚至會影響工作能力與生活品質。

韌帶拉傷、扭傷所引起。其他成因包括椎間盤突出、椎間盤源性疼痛、小面關節退化或發炎、脊椎狹窄、脊椎滑脫、脊柱骨折等。

● 非機械性下背痛

可細分為腫瘤（如：多發性骨髓瘤、脊椎內腫瘤）、發炎性疾病（如：僵直性脊椎炎），或是腰椎附近發生感染現象（如：骨髓炎、椎間盤炎、硬膜外膿瘍、肺外結核等）。

● 臟器來源的下背痛

體內臟器的疾病表現，例如腎盂腎炎、腎結石、主動脈剝離、膽囊疾病、骨盆腔疾病等等。

若以症狀為分類依據，則可區分為：

● 非特異性下背痛

此分類占絕大多數，疼痛僅侷限在下背部，不因特定動作引起，也不會延伸至臀部。

● 脊神經根病變

起因於脊神經根被壓迫而造成的疼痛，疼痛會延伸至膝蓋以下甚至是腿部。可能是單側疼痛（常見於椎間盤突出）或雙側疼痛（常見於脊椎腔狹窄），並且特定姿勢可能會加重疼痛。

● 其他類型

下背痛合併外傷、發燒、嚴重下肢無力或癌症病史，代表可能有較嚴重的潛在原因，須緊急就醫接受治療。

必要時需做進階影像檢查確定疼痛根源

診斷下背痛，除了詳細的病史詢問與身體檢查之外，往往需要以進階的影像檢查（電腦斷層、磁振造影）做為輔助診斷的工具。屬於肌肉肌腱韌帶拉傷扭傷所致的下背痛，患者經過數週的休息，大多可以康復，比較不需要進一步檢查。若是持續有逐漸加重的神經學症狀，甚至出現各類危險徵象，例如發燒、懷疑感染、合併體重減輕、明顯運動或感覺障礙、大小便失禁等等，便應迅速安排影像學檢查。對於椎間盤病變的影像檢查，磁振造影要比電腦斷層有更佳的偵測能力。

另外，某些影像顯影較為困難的腰椎內關節病灶，可利用神經阻斷術來阻斷掌管關節疼痛感覺的神經，也可對背痛來源加以定位。此一檢查方式稱為診斷性阻斷（diagnostic block），乃將局部麻醉藥注射至關節附近的神經，若疼痛達到一定程度以上的緩解，則可推論該關節是所謂的疼痛來源。至於腰椎的小面關節、薦髂關節，亦可利用關節內注射做診斷性注射，若症狀有明顯改善，即可診斷此關節為病灶。

治療方式視患者狀況而定

下背痛的治療原則與背痛的成因息息相關。針對輕微至中度的症狀，治療目的為減輕疼痛，使患者能早日回到工作崗位，恢復日常生活。治療的選項包含藥物治療、物理治療、外科手術、介入性治療。

● 藥物治療

藥物治療的第1線選擇為對乙醯氨基酚（Acetaminophen）或非類固醇消炎止痛藥（NSAIDs，但不包含阿斯匹靈），也可以加入口服的肌肉鬆弛劑，這對於大部分非特異性下背痛，例如腰部肌肉肌腱韌帶的拉傷，已能產生不錯的治療反應。

若患者對於非類固醇消炎止痛藥有使用上的禁忌症，則可改用第2型環氧合酶抑制劑（COX-2 inhibitor）作為取代選項。假使疼痛仍無法緩解，則可考慮使用鴉片類藥物（Opioids），但因鴉片類藥物有成癮、暈眩、噁心、嘔吐等副作用，僅建議使用於急性嚴重疼痛的短期處置，若用於慢性下背痛則須經由醫師審慎評估後再開立處方。

● 物理治療

包含按摩、針灸、低能量雷射治療、運動治療、腰部牽引、電療與熱療等。

● 外科手術

外科手術對於由椎間盤或脊椎狹窄所引發的背痛，有較佳的治療效果。患者應與骨科醫師或神經外科醫師詳細討論手術適應症、施行方式、手術效益及手術風險。

● 介入性治療

當前述口服藥物與復健等方式無法產生立即止痛效果，而患者又對手術有所疑慮或尚無手術適應症時，介入性治療可做為短效且立即的選項。

兩種介入性治療的優勢

● 脊神經背根神經節注射

在X光螢光透視導引下，將注射用長針放置到引發疼痛的背根神經節附近，注射少量的局部麻醉藥及類固醇，可以減輕疼痛與抑制發炎。此一處置兼具診斷、定位疼痛來源以及治療的作用。

● 高頻熱凝療法

這是一種微創的治療技術，利用高頻電流所產生的溫度，燒灼破壞支配關節的神

經。雖然不是新觀念，但近年來卻被廣泛使用，主要是因為在溫度控制及放電強度上的進展，以及注射技術更精準，使其具有明顯的止痛效果，再加上治療時間短、破壞小、不需住院，對小面關節疼痛症候群這類由脊椎關節造成的背痛，提供了另一種有效的治療。

姿勢不正確易使舊疾復發

急性下背痛的預後，總體來說是正向的，只要配合良好的藥物治療與物理治療，患者可以在數週內減輕疼痛與恢復日常活動。但因半數以上患者有再發的機率，所以生活中必須維持良好姿勢、減少背負重物、避免腰椎及附近承受過多重力壓迫、避免快速改變腰部姿勢與避免長時間久坐，才可預防肌肉、韌帶、肌腱等軟組織受傷，不讓下背痛捲土重來。

對於綿延不去的下背痛，除了使用止痛藥物與物理治療之外，更應積極尋找造成疼痛的原因，配合專業醫師的指示，必要時接受進一步檢查或相關治療與手術，才能真正遠離背痛。Ⓜ





待產可以輕鬆些 減痛分娩 更合妳意

文／麻醉部 主治醫師 劉時凱

「護理師！護理師！我老婆好痛，可以請醫生幫我老婆打無痛分娩嗎？」這是產房經常聽到的要求，比起待會兒即將出生的寶寶，這件事似乎更是爸爸媽媽希望「現在」就能得到的醫療處置。

一個不算短，但通常也不會超過兩天的待產過程，充滿著人生的喜怒哀樂，只不過順序不是這樣的，一般都是「樂」將得子、「哀」疼產痛、「怒」未施打、「喜」獲寶寶，而對於所有的醫護人員來說，這可不僅僅是一個「止痛」這麼簡單的工作。下面就來好好聊聊什麼叫「無痛分娩」吧！

減痛，不是無痛！

跟所有的醫學名詞一樣，我們要還原 Labor Analgesia (painless labor) 正確的稱呼，應該稱之為「減痛分娩」，而非俗稱的「無痛分娩」。因為若以無痛作為處置的依據，除了施作的難度外，其實最重要的是會造成產程延遲，甚而增加剖腹產的機率，其主要原因也是因為把藥物的劑量加重，想藉此達成「無痛」，卻也讓剖

腹產的機率增加。多年前，麻醉科及產科醫師已經達成共識，施作減痛分娩時，調整劑量及配方組成必須以不影響產程為原則，藉以達到既「減痛」又可讓產婦順利生產的目標。

坊間助分娩減痛的方法多半效果有限

很多人以為，減痛分娩就只有一種，叫做「硬脊膜外麻醉」或「半身麻醉」，

這，也對，也不對！減痛分娩的方式很多，只是目前公認最有效的方式為硬脊膜外麻醉。其實，只要能夠讓產婦達到減緩產痛的方式，都可以稱之為減痛分娩，諸如針灸、呼吸調整、氣功、瑜伽、按摩……，也都算是減痛分娩。然而就如前段所言，這些方式的止痛效果有限，要讓產婦獲得真正的休息，幾乎是不可能的，也因此以硬脊膜外麻醉來減痛自然成為減痛分娩的代名詞或是同義詞了。

隨著藥物的發展，原先用於麻醉的靜脈止痛藥Remifentanil也被國外拿來用於減痛分娩，為何特別提到靜脈止痛藥呢？我們知道，嗎啡類止痛藥目前仍被認為是最強效的止痛藥，但用於產婦身上，有著相當大的疑慮，其疑慮在於嗎啡會穿透胎盤，進而影響胎兒，造成新生兒的呼吸抑制作用，所以甚少用於減痛分娩，使用上的限制也甚多。但，Remifentanil為一超短效嗎啡類藥物，半衰期只有1分鐘，被認定不足以影響胎兒的呼吸，所以近5年來，在減痛分娩領域已有為數不少的研究報告被發表，只是相較於傳統的硬脊膜外麻醉，效果仍有一小段差距。

現在的硬脊膜外麻醉減痛分娩更加理想

傳統的硬脊膜外麻醉減痛分娩，是利用麻醉的硬脊膜外軟管為加藥途徑，可以由此路徑持續加藥，因為產程要持續多久，只有上帝知道，沒人可預測，從打完減痛後的1分鐘到超過48小時，都有可能。（題外話，少數產婦在打完減痛分娩後，立刻就被告知「已經要生了，推進產房，準備用力」，不知這些媽媽心中想的是：哇！好貴喔！只加了1劑藥就要收錢；抑或是：老天爺！我終於要解脫了！這些思緒起伏，我們無從得知，只能留給這些媽媽當做永遠的祕密了）

從學理上來說，初期的產痛是分布在腹





部，也就是約莫T10（胸椎）的皮節神經，到後期則是S2-S4（薦椎）的皮節神經。早期施作上，為了能夠涵蓋如此大的範圍（T10-S4、S5），有人放置兩根硬脊膜管，一根向上擺、一根向下擺，向上的可以涵蓋早期疼痛（T10），向下的可以涵蓋後期疼痛（S2-S5），解剖學上似乎合理，不過這也增加了引起併發症的機率。因為硬脊膜外麻醉屬於高侵入性的處置，多一次的施作，就多一次的風險，故目前已經沒有常規使用如此的處置模式。現今施打位置都在L2-L4（腰椎），於劑量8-10ml之下，均能夠達到止痛效果。

隨著時代演進，個人化醫療處置已是趨勢。硬脊膜減痛分娩也從間歇性單次給藥、持續幫浦給藥、自控式給藥，演變到最近的「間歇性合併自控式給藥」；藥物的配方，也從高濃度的局部麻醉藥，演變成低濃度局部麻醉藥合併嗎啡類藥物。這樣的組合，除了可以大幅降低局部麻醉藥造成的副作用與產程延遲之外，嗎啡類藥物的強效止痛也可以提升產婦的滿意度，更因為降低局部麻醉藥濃度而讓產婦可以自由活動，這就是國外所稱的「walking epidural」（可行走的硬脊膜外麻醉）。

該不該做減痛分娩？事前請多和醫師溝通

「我聽人家說打了會腰酸背痛！」「我媽媽說打了會生不出來。」「鄰居說，上次做了……」這些都是偶爾會出現的對話，每當聽到這些，我們只能莞爾一笑，跟產婦說：「這些目前都沒有任何科學證據可以證實，雖然每個人的感受會有所差異，但通常做過一次，第二次就會上癮。」這當然是玩笑話，雖是玩笑，不過的確如此，除了經濟考量外，絕大部分做過減痛分娩的產婦，在生下一胎的時候，都會再度考慮施作。

另外，何時可以施作，也是常被討論的話題。根據美國婦產科醫學會最新的建議，施打減痛分娩的條件就是「當產婦想要施打」（前提是扣除一些相關禁忌症）！相對於以往要等子宮頸開了3-4公分等等的條件，著實寬鬆許多，也更符合人性。

不過，產婦是在產科醫師的照顧下待產、生產，現今的醫療環境，還是以產科醫師作為啟動的key man。產婦可以在事前多和產科醫師溝通，讓自己可以有個「舒服」的待產過程。☺

本院執行硬脊膜外麻醉減痛分娩後不舒服感覺的發生率

2014~2016（共3010例）	硬脊膜穿刺後頭痛	解尿困難	噁心	嘔吐
發生率	0.4%	1.5%	2.3%	2.4%



讓孩子免於恐懼 兒童牙科舒眠麻醉

文·圖／麻醉部 主治醫師 劉時凱、主任 陳坤堡

醫療走向精緻化，讓病人得到早期診斷與有效治療是醫師的期望，而在相對安全的情況下，無痛與舒適同樣是醫療發展的目標。在以麻醉醫師為主的麻醉團隊努力下，很多不同狀況的病人已經可以在舒眠狀態下進行檢查或治療，更有麻醉醫師走出開刀房，與牙科醫師合作，提供自費的兒童牙科舒眠麻醉，這對視看牙醫如畏途的孩子來說，真的是一大貢獻。



在治療中，麻醉醫師維持兒童呼吸道的通暢。

有些孩子一看牙就哭鬧不安

許多人對躺上牙科治療椅有著莫名的恐懼感，對於牙科的電鑽治療更是難以忍受，成人都如此，何況是兒童，因此替容易緊張的孩子治療牙疾，不但會造成牙醫師的壓力，也使得父母親極度憂慮。

少數比較缺乏經驗的牙醫師為了順利完成治療，有時可能會採取近似嚇唬的語氣，此舉容易為兒童的心理帶來陰影，日後更不敢看牙，成為惡性循環。雖然經驗豐富的兒童牙科醫師擅長以行為控制的方式讓兒童願意配合治療，但還是有些兒童會出現異於常態的恐懼與哭鬧，令醫療團隊與家長相當困擾。幾年前，臺灣曾有一名7歲兒童在看診時

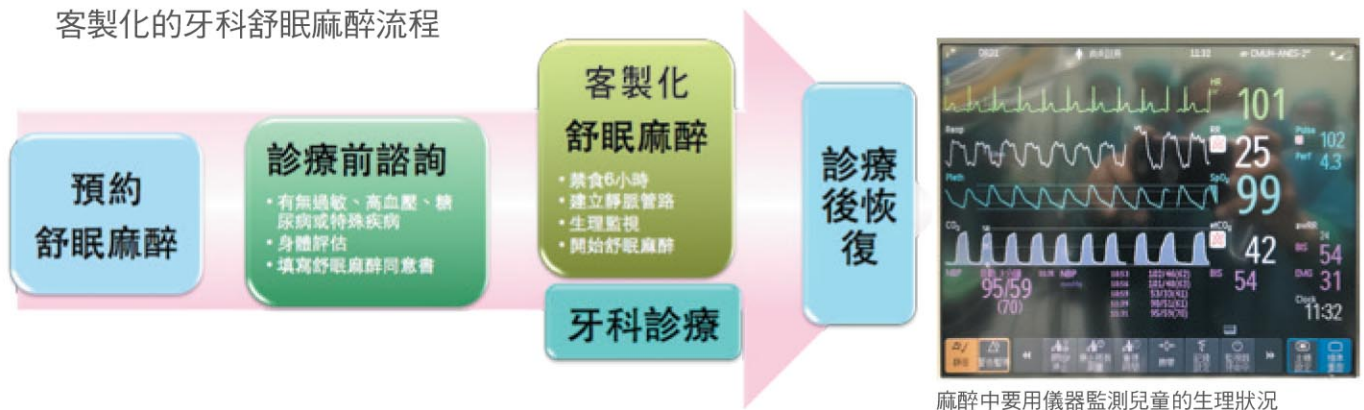
哭鬧，牙科醫師屢次規勸無效，一時失控打了他一耳光，雖然孩子因此不再哭鬧，勉強接受治療，但家長事後以影響孩子的心理發展為由，要求醫師賠償20萬元，成為備受討論的醫療糾紛。

牙科舒眠麻醉講求安全與舒適

臺灣的麻醉醫師過去針對兒童牙科所做的鎮靜麻醉不多，但隨著有此需求的兒童日增，已陸續有麻醉醫師與醫院的牙科門診甚至牙科診所合作，推出自費的牙科舒眠麻醉，頗受歡迎。

兒童的生理與成人大不相同，呼吸道處置也和成人有極大差異，因此兒童麻醉的確

客製化的牙科舒眠麻醉流程



有相當程度的風險，不論是解剖構造上、生理上甚至心理上，都需要麻醉團隊高度專業的處置，才能讓牙科治療達到安全與舒適的目標。

尤其牙科醫師的治療操作範圍和呼吸道是相同的一個區塊，如何兼顧牙科處置與維持呼吸道暢通，除了麻醉團隊的細心照護之外，還必須加上儀器的精密監測，例如心電圖、血壓計、動脈血氧飽和度等基本監測均不可或缺，吐氣末端二氧化碳濃度與腦波的監測也十分重要。

治療也能換個輕鬆的流程

有麻醉就有風險，因此兒童牙科醫師會先篩選條件適合的兒童，本院麻醉團隊則會有專人在施行舒眠麻醉日的前2週與前1天，與家長以電話溝通，了解兒童的過去病史以及呼吸道是否有特殊疾患，並且給予家長飲食方面的指引，確保麻醉時的最大安全。

兒童牙科的舒眠麻醉，不同於一般到手術室進行的治療，我們期望提供更舒適更輕鬆的流程，而非冷冰冰的「手術麻醉」，故在人員訓練上，在既有的專業之外，還必須加入更多兒童心理層面的要素，不僅有牙科團隊與麻醉醫師參與，還會由麻醉護理師協

助麻醉醫師，在麻醉誘導前幫兒童適應陌生的環境，例如陪伴兒童或讓他們與喜愛的玩偶戲耍、看卡通、聽音樂等等，都是可以有效降低兒童焦慮的方式。

牙科處置結束後，孩子會先送進恢復室觀察，待完全清醒，由麻醉醫師檢查確定安全無虞，才會讓家長帶他們回家。

讓孩子從此不再害怕看牙醫

兒童牙科舒眠麻醉是透過兒童牙科醫護團隊、麻醉醫護團隊與家長的配合，一起創造牙科病童的最大福祉。期望透過我們的努力，為兒童治療牙疾不再是兒童哭鬧、家長不安與牙醫師壓力的綜合體，如果能讓孩子不再害怕看牙醫，從小就好好照顧牙齒，落實口腔衛生保健，那麼長大後擁有一口健康好牙絕對不是夢。🦷



團隊合作完成兒童牙科治療

肩關節好痛

多種療法與你並肩作戰

文·圖／麻醉部 主治醫師 劉玉成

李先生是45歲的上班族，平日相當注重養生及運動，經常與家人及同事打羽毛球，殺球技術令人折服。但是近兩個月來，他經常覺得右肩痛痛的，夜間睡眠也受到干擾，漸漸就連穿脫衣物都有點困難，羽球成績更是一落千丈，因而總被之前的手下敗將取笑。李先生非常沮喪，來到門診時，他懷疑自己是否得了五十肩？在診治李先生前，讓我們先認識一下肩關節的正常結構吧！



認識肩關節

肩關節是人體活動度最大的關節，它是一個球窩關節，分別由上臂肱骨的圓頭及肩胛骨的凹窩（肩胛盂）所構成。在健康的肩關節中，球和窩融合在一起，並且被軟骨所覆蓋。為了使肩關節具有良好的支撐和穩定度，除了骨性結構外，還必須仰仗圍繞在肱骨頭周圍的4條肌腱，才能將肱骨頭穩定於肩胛盂上，並讓肩關節得以完成多方向的運動，例如伸展、彎曲、內外旋、內收、外展等。這羣肌腱組織被稱為旋轉肌，又稱肩袖。

一旦關節損傷，致使這些結構單獨或合併產生問題時，就可能造成肩關節疼痛及活動受限，因而帶來生活上的諸多不便。原發

性的肩關節疼痛多肇因於組織退化發炎或肩關節活動太少；次發性的肩關節疼痛則主要是源自意外、運動傷害（李先生即是因打羽毛球引起）、過度使用、類風濕疾病等，由於肩膀周圍的肌腱、韌帶、滑囊等發炎，導致肩關節的結構變化而引發關節疼痛。

會引發肩關節疼痛的疾病

▶ 肩峰夾擊症候群

外傷或過度使用肩關節，導致肩關節在上舉、外展過程中，肱骨頭反覆撞擊肩峰下端，促使肩關節滑囊與肌腱發生損傷、老化，甚至肌腱斷裂，因而引起肩關節疼痛的現象，稱為肩峰夾擊症候群。

► 肩袖損傷

因急性外傷或多次的慢性損傷，使肩袖破裂，這會使得肩關節外側常有明顯的壓痛感，並放射至頸部與上臂部。患者夜間常感疼痛加劇，肩膀上抬會覺得吃力，需要另一隻手幫忙才能完成上抬的動作，有時肩關節還會發出「咯噠、咯噠」的響聲。如果損傷嚴重造成肩袖完全破裂，那麼即使由別人幫忙把患肢抬起來，一旦撒手，上肢又會迅速下落，無力支撐。

► 肩周炎

即俗稱的五十肩、冷凍肩。肩關節上抬逐漸受限，主要表現為抬不高也轉不動，不但自己抬不起來，就算別人拿著你的胳膊，照樣抬不起來。

► 肩關節炎及肩鎖關節炎

以上的肩關節疼痛大多可以經由過去的病史、醫師的理學檢查及影像檢查而得到正確診斷。限於篇幅無法在此多作說明，只能提醒大家若有以下問題：1.肩關節僵硬，手臂的正常活動有困難；2.肩關節不穩定或有錯位感；3.肩關節疼痛並有夜間加劇的現象；一定要儘快去醫院診治，不要相信民間偏方或親朋好友善意的建議而自行處理，以免延誤病情。



解決肩關節疼痛的4大法寶

肩關節疼痛經醫師診治後，若非手術適應症，大約有以下4種治療方式：

- **藥物治療**：使用非類固醇消炎藥，降低急性期的發炎及疼痛程度。
- **物理治療**：運用深層的熱療及電療，增加肩關節修復及止痛的效果。
- **運動治療**：肩關節的運動如鐘擺運動、手指爬牆運動及毛巾操等，皆可增加關節活動度及恢復正常功能。
- **注射治療**：例如肩關節腔擴張術、注射高濃度葡萄糖或自體血小板到肩關節周邊受傷的肌腱、韌帶及滑囊等。

以上治療通常都是合併進行，一段時間後大多會有不錯的效果。尤其是注射治療，不僅能迅速減輕疼痛的程度，並且可讓患者更能配合運動復健而得以回復正常功能。

可有效止痛的肩關節注射治療

► 肩關節疼痛的注射治療

此一注射治療必須在精準的前提下，才能達到預期的成效。建議每一位病人在接受注射治療前，都應詢問醫師是否需要採取影像輔助的方式，例如超音波、X光等，以便正確的將針及藥品或修復液送達要治療的結構上。

► 肩峰夾擊症候群的注射治療

肩峰夾擊症候群的治療主要還是以復健為主，雖然大部分病人對復健療程都有不錯的反應，但是可能要耗時3-4個月。在治療期

間，少數病人無法忍受復健過程的疼痛，這時就可以安排肩峰下滑囊類固醇注射來減輕疼痛（圖1），再讓病人回到復健療程。若經復健及肩峰下滑囊類固醇注射3個月後，症狀仍未改善，則可考慮接受手術處置，或者注射高濃度葡萄糖及自體血小板。



圖1：肩峰下滑囊類固醇注射，在超音波定位下注射，可清楚辨識針與結構的關係。圖中箭頭所指為針正確進入肩峰下滑囊。

▶ 肩袖損傷的注射治療

病人若被診斷是肩袖完全破裂，應先至骨科作肌腱修補的手術評估。若被診斷是肩袖的不完全破裂，則可合併復健及肩峰下滑囊類固醇注射，以達到短期止痛及配合復健療程的目的。如此處置3個月後若仍不見改善，再考慮手術清創或修補。另外，可以考慮注射高濃度葡萄糖或富含血小板的血漿（platelet rich plasma，簡稱PRP），以刺激軟組織進行修復。PRP含有大量濃縮的生長因子，能幫助各種結締組織再生修補，因此藉由PRP注射的強化效果可改善肩關節疼痛和活動度。

▶ 肩周炎及肩關節炎的注射治療

主要是在肩關節內注射類固醇、玻尿酸、葡萄糖水與生理食鹽水等等，以達到止

痛功效及擴張沾黏的肩關節囊（圖2），接著再配合復健療程，使關節鬆解和增加活動程度。若效果不佳，則考慮手術處置。少數病人需借由肩胛上神經阻斷注射低濃度葡萄糖或自體血小板來穩定神經及降低急性期的疼痛，也可以使用脈衝式射頻來緩解肩胛上神經的興奮程度，從而達到減緩肩關節疼痛的目的。

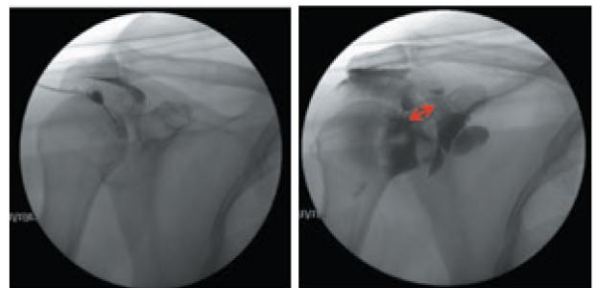


圖2：沾黏的肩關節囊擴張前（左）後（右），可見肩關節囊已明顯變大（箭頭）。

多管齊下的治療效果會讓你更滿意

肩關節疼痛影響日常生活非常大，現代人講求效率，常常無法配合漫長的復健治療，又怕長期服藥會產生副作用，這時不妨考慮合併做肩關節的注射治療、徒手治療與運動治療，三管齊下，以儘早減輕肩關節疼痛，使肩關節早日活動自如。🌐

參考資料：

- 1.Subacromial injection of autologous platelet-rich plasma versus corticosteroid for the treatment of symptomatic partial rotator cuff tears. *Eur J Orthop Surg Traumatol* (2016) 26:837–842
- 2.Ultrasound guided platelet-rich plasma injection for the treatment of rotator cuff tendinopathy *Adv Biomed Res* 2016, 5:200

帶狀疱疹恐留後患 神經痛虎視眈眈

文／麻醉部 主治醫師 歐陽欣漢

相信許多民眾對於「水痘」並不陌生，這是一種由水痘帶狀疱疹病毒所引起的疾病，透過飛沫傳染，具有高度傳染力。當人體初次被此一病毒感染，體表會冒出皮疹，皮疹特徵是會合併小水泡，可見於顏面部，軀幹，四肢等處，其他症狀還包括發燒、倦怠、頭痛等。症狀大約持續數天至10日，也可能引發肺炎、腦炎、皮膚傷口的細菌感染等併發症。



帶狀疱疹引發的疼痛感很多樣化

那麼，水痘與帶狀疱疹又是什麼樣的關係呢？過去一直認為水痘痊癒後可以終身免疫，但現已發現原來水痘病毒並未完全消失，而是以不活化的方式潛伏在我們身體內的某些神經節。當免疫系統出了問題，免疫力下降，病毒就會再次活躍而造成體表的症狀，這就是所謂的帶狀疱疹，俗稱「皮蛇」。

當病毒再度活化，可沿著被感染神經的體表呈現帶狀分布，長出皮疹。此外，受侵犯的神經損傷後會導致強烈疼痛，疼痛的性質非常多樣化，可如針刺、有燒灼感或是電擊般抽痛，即使只是輕微觸摸、穿著衣物，

甚至吹風都能引發疼痛。這種痛，有患者描述如蟲蟻爬行，也有患者說患部較為麻木及冷熱感覺異常。其他可能合併出現的症狀則有疲倦、全身不適、腸胃失調、發燒、病發部位變硬（病發部位會反覆發作，通常是有大量神經的地方）與腫脹。

帶狀疱疹後神經痛可能會持續數年

引起病毒活化的危險因子包含高齡、免疫力低下，以及出生未滿18個月就罹患水痘，而病毒如何滯留於人體或再次活化的詳細機轉，目前仍不清楚。當帶狀疱疹發作，在2-4個星期內會逐漸痊癒，若體表症狀痊癒，疼痛卻持續存在，這種情形便稱為帶狀

疱疹後神經痛，一般可持續3-6個月，有的甚至長達數年。

帶狀疱疹後神經痛的診斷主要依據的是臨床症狀以及病史。它通常發生在軀幹的單一側，也有發生在顏面部的案例（若侵犯三叉神經的第1分支，甚至有失明風險）。由於帶狀疱疹後神經痛主要發生在免疫力低下的患者，因此需要針對免疫系統或是神經相關的疾病加以鑑別診斷，包括以基本的血液與尿液檢查來確認是否有糖尿病及其他自體免疫疾病，另可利用神經學檢查（各種感覺、反射、對疼痛與震動的反應）及神經電生理傳導檢查，與胸部神經根病變或周邊神經病變加以區別。必要時，可對神經與皮膚做切片，以確認神經纖維處是否有病變產生。

帶狀疱疹急性發作應積極治療

治療帶狀疱疹後神經痛，是疼痛處置中非常重要且棘手的課題，它所以被稱為「百痛之王」，主因在於其症狀會帶給患者極大的困擾。另一方面，市售止痛藥及非類固醇消炎藥，治療神經痛的效果十分有限，若是在帶狀疱疹急性期無法善加治療，日後約有近3成的機率會發展成為帶狀疱疹後神經痛。

另有文獻指出，在帶狀疱疹急性發作時及早介入治療，可以有效降低日後出現神經痛的機率。因此，一旦帶狀疱疹急性發作，務必要積極尋求正確的診斷與適當的治療。

帶狀疱疹後神經痛的治療對策

目前對於帶狀疱疹後神經痛的治療方向，分為藥物治療、神經阻斷術與復健。

● 藥物治療

第1線為抗癲癇藥物（Antiepileptic drugs、Anticonvulsants，簡稱AED），包含Gabapentin、Carbamazepine、Pregabalin，它們對於神經發炎的神經痛具有較好的療效，但也容易有其他副作用（如：頭暈），需從最低劑量開始使用並視情況調整。三環抗憂鬱劑（Tricyclic antidepressants，簡稱TCA）也可以作為第1線選擇，包含Amitriptyline、



Imipramine。嗎啡類的止痛藥則作為第2線選擇，因其對於神經痛的緩解程度不如前述藥物有效。另外，以長效型藥物定時投藥，止痛效果會比需要時才投藥來得好。

至於外用藥，可以考慮5%Lidocaine貼布，此為局部麻醉藥，能減少周邊神經的活性。治療疱疹病毒的抗病毒藥物Acyclovir，對於急性發作的皮疹有療效，5天以內投藥的效果最佳，但止痛效果較不明確。

● 神經阻斷術

神經阻斷術是將局部麻醉藥與類固醇施打至與體表皮節對應的神經根，透過螢光透視法，將長針由軀幹後方脊椎旁置放於神經根的附近，並透過顯影劑來確認位置。比起口服藥物，神經阻斷術可以更快速地緩解症狀，但因每次阻斷的效果僅能維持數日，所以在急性期症狀嚴重時需反覆注射。

● 高頻熱凝療法

若已進展為帶狀疱疹後神經痛，則可考慮針對背根神經節的高頻熱凝療法，其做法類似神經阻斷，但注射藥物的部分改由高周波能量來取代，將能量傳導至針尖，產生的電磁波磁場可誘發組織細胞進行分子運動，進而產生熱凝效應，達到阻斷疼痛的效果。

● 其他復健療法

熱敷、水療、蠟療、熱療、經皮神經電刺激治療、肌肉電刺激、運動、按摩等，屬於復健醫學範疇，有助於減輕疼痛。

● 帶狀疱疹疫苗

國內已引進帶狀疱疹疫苗，接種後約可產生10年以上的保護力，可以防範帶狀疱疹以及降低神經痛的發生。

增強免疫力是最好的預防之道

帶狀疱疹與自身免疫力息息相關，大家只要維持正常作息、適度運動、充分睡眠、均衡飲食、適量補充維他命和水分、多攝取含有抗氧化物的蔬果等食物，即可增強免疫力，減少帶狀疱疹與其後遺症上身的機率。

一旦懷疑罹患了帶狀疱疹，切忌聽信民間偏方，把握黃金時間找有經驗的專科醫師（疼痛科、神經科、皮膚科等）治療，對減輕症狀及縮短病程都大有助益。🌐



小小揸針有大用 皮內埋針可止痛

文·圖／中醫部 針灸科 主治醫師 黃敬軒

皮內針療法的歷史悠久

「小小揸針不起眼，皮下埋針淺刺法，安全無痛風險小，搭配毫針療效長」，這4句話可說是揸針最真實的描述。中醫典籍《黃帝內經》就有關於淺刺法的敘述，例如浮刺、毛刺、揚刺，皆屬於淺刺法的一種，因施針數及直刺斜刺的不同而有不同名稱。現代的皮內針刺法即屬「浮刺法」的演變。

依照《中醫大辭典》的敘述，皮內針是一種淺刺皮下，埋置留針的專用小型針具，常用者分為顆粒式及揸釘式兩種。皮內針療法，則是將皮內針淺刺於穴位皮下並留置較長時間以治療疾病的方法。《素問·離合真邪論》中提到「靜以久留」，就是這樣的概念。

按壓揸針即可刺激穴位

揸針的尾部繞成圓形，故又稱圖釘型的皮內針，使用時垂直按入，痛感少，且不影響肢體活動。也因為這樣的優點，臨床上常使用於容易固定的背部、四肢或耳部的穴位。留置天數視個人情況而異，一般可以留置1-7天，夏季因為氣溫較高，出汗較多，故留置時間較短。揸針留置期間可以自行按壓，1天大約3-4次，每次持續約30-60秒，加強刺激穴位，兩次刺激的間隔時間約4小時。

根據臨床研究的結果，揸針對於痛症、功能性疾病及神經系統疾病的療效較佳，包括神經性頭痛、高血壓、胃痛、自律神經功能紊亂或五官科的症狀等，都可用揸針施治。

淺刺之處與經脈氣血相通

本院針灸科採用的揸針是由日本清鈴（SEIRIN）公司製作的無菌針具，共有兩種規格，直徑都是0.2mm，長

23歲的沈小姐剛從學校畢業，在設計公司上班，工作時離不開電腦，這幾週因為要趕案子，總是加班到晚上8、9點，回到家又抱著平板電腦追劇，捨不得上床睡覺。某天早晨醒來，頸部痛得不得了，連轉動都有困難，趕快就醫掛急診，診斷為筋膜炎。醫師認為應當是她經常熬夜，工作時又一直維持特定姿勢，時間一長，頸部周圍的肌肉就發炎了。

沈小姐服藥之後，覺得頸部肌肉還是緊繃繃的，決定到中醫門診接受針灸治療，但她從小就怕打針，這下該怎麼辦呢？於是針灸醫師拿出既細又短，小得近乎毫毛的揸針，貼在她耳朵及肩膀的幾個穴位，說也奇怪，揸針一貼，她頸部轉動的角度就變大了，疼痛不適感似乎也輕微多了。

度分別是1.2mm以及1.5mm。雖然刺入的深度很淺，但淺刺的部位是經絡系統中的十二皮部，也就是十二經脈在體表特定皮膚部位的反應區，與經脈的氣血相通。腧穴是人體臟腑經絡之氣輸注於體表的部位，也就是施行針灸治療的部位，所以在皮膚的淺表部留針做較長時間的小幅刺激，不僅由來已久，現代研究也已證明它對於某些特定疾病的療效相當好。

揷針的安全設計與無菌操作



傳統的揷針



日本清鈴公司的揷針

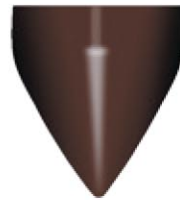
清鈴公司的揷針從包裝到設計，在美國與日本都是有專利的。單個包裝可大幅減少污染的風險之外，特殊的剝離紙設計亦可確保醫師在執行過程中都能維持無菌操作。傳統的揷針針尖較粗，較易有刺痛的不適感；新型針尖則是改良型獨立研磨的松針狀針尖，痛感較少。

此外，傳統揷針底部環型結構會壓迫周圍皮膚，留針時易讓患者有不適感；新型揷針將針體改良為L型，底部嵌入丙烯酸樹脂體，且和特殊膠布形成一個平面，長時間留針不易有壓迫感，也比較不易脫落，並且在操作過程中完全不會接觸到針體，可減少感染的風險。

將揷針黏貼在皮膚上的膠布是另一重點，以往都是先將揷針針體刺入皮下，再撕取適當長度的透氣紙膠布，將揷針固定。而新型揷針已將膠布與揷針先黏貼在一起，並

用剝離紙隔開黏貼面，如此一來，取下揷針時就不會污染到針體。材質則是選用無致敏性，透氣良好，舒適防水的微孔無紡膠布。

所以，新型的揷針不是只有外觀更新，而是從設計到材質都做了全面優化。



傳統的針尖



改良式的松針狀針尖

揷針治療是怎樣進行的？

1. 選定穴位
2. 以75%的酒精局部消毒
3. 依照施術部位選定揷針的長度
4. 拆開單個包裝的無菌揷針
5. 以拇指及食指夾緊供握持用的剝離紙，取下揷針針體。
6. 貼在選定的腧穴表面，確定貼妥，去除剝離紙。

揷針與毫針併用的效果更好

當然可以！傳統毫針對穴位的刺激作用強，但是留針一般只有15-30分鐘左右，刺激的時間短。揷針作用位置是在穴位的皮內或皮下，最少可以留針2-3日，累積刺激量，以時效換取療效。此一療法不僅適合怕痛的患者，更適合無法經常接受毫針治療的患者，若能搭配毫針一起治療，療效能夠更加延長。

揷針常用於治療疼痛

根據國際期刊的研究，揷針較常使用在痛症的治療，除了治療肌筋膜炎疼痛、慢性頭痛、偏頭痛、胃痛以外，國外還有學者用於憂鬱症、失眠、慢性耳鳴，以及腦中風後遺症的輔助治療。🌿



本院志工隊與企業志工隊再度
聯手，捐贈百台輪椅。

用愛助行

本院志工再捐100台輪椅

文·圖／志工隊 隊長 秦嗣宏

志工隊曾於2年前捐贈70台輪椅給中國醫藥大學附設醫院，經過歲月消磨，許多輪椅已不堪使用必須淘汰，為了讓友善服務延續，方便行動不便的病人就醫，志工隊與企業志工隊最近聯手募集了100台輪椅，捐贈給醫院及院外有輪椅需求的單位。

我想做件事，您要參與嗎？

當初一有這個發想，為了號召更多夥伴一起投入，我便在志工隊臉書發布以下訊息，主旨是：「我想做一件傻瓜事情，您要參與嗎？」「捐食讓人充饑、捐衣讓人避寒、捐棺讓人安葬、捐輪椅讓人方便來往！夥伴們，做善事的形式不同，但同樣都是善與愛的展現。為了讓有輪椅需求的民眾免於



百台輪椅陣仗驚人！



周德陽院長（左）感謝志工隊秦嗣宏隊長（右）發起愛分享行動



周德陽院長讚賞企業志工隊的愛心！（左為企業志工隊洪秀慧副隊長）

無輪椅可用的窘境，阿宏發起輪椅捐贈愛心活動，若數量夠多，將把愛心輪椅捐贈給更多有需求的單位。期盼我們的愛心能照亮社會各個角落，為臺灣這塊土地做點事情。歡迎大家邀請親朋好友共襄盛舉。」

訊息發出後，得到眾多志工夥伴的熱情響應，在大夥兒的踴躍捐輸之下，愛心輪椅數量直線增加，很快就達到100台的目標。

周院長感謝志工的愛心奉獻

6月6日，在急重症大樓地下2樓，我們舉辦了「愛分享」百台輪椅捐贈儀式，周德陽院長、企業志工隊洪秀慧副隊長與社工室蔡教仁副主任都親臨會場，在志工隊夥伴與企業志工隊夥伴的共同見證下，我們再度完成愛的任務。

周德陽院長致詞時說，醫院的腳步一直在前進，各項指標與成績都名列前茅，過程中十分感謝志工的協助，志工平時在醫院服務病人，忙碌之餘還注意到病人的需求，捐贈輪椅讓病人就醫時更無障礙，這種推己及人的精神實在令人感動。他讚揚志工為醫院加入了豐沛的愛心元素，並分別致贈感謝狀

給志工隊、企業志工隊及捐贈輪椅的志工夥伴們。

在輪椅捐贈儀式完成前，服務台志工好瑄妹妹說明服務台消毒輪椅的方式，為大家上了一課。

一起把這份情傳下去！

有人問我，為何要發起捐贈輪椅？其實會這麼做，是因為我常在服務台看到家屬、病人著急的等待輪椅（服務台輪椅被借光了），這一幕總會把我的思緒帶回20多年前，哥哥因為肺炎掛急診，高燒不退，等待醫師看診時，體力不支，整個人都快要倒下去了，就在家人緊張慌亂之際，幸好有護理人員推著輪椅前來神救援。

當時我看見輪椅上寫著某某某捐贈的字樣，心中很感謝捐贈者，也不禁想著「以後如果我有能力，一定要把這份情傳下去，幫助其他有需要的人。」我的想法就是如此簡單、如此單純。最後謝謝所有響應「愛分享」百台輪椅捐贈活動的夥伴，你們的愛已讓更多人受惠。🙏

愛不止息

關懷瑪利亞霧峰教養家園的憨寶貝們

文·圖／志工隊 隊長 秦嗣宏

端午節之前，想著要如何為弱勢同胞送愛心，就在腸枯思竭的時候，突然憶起曾經參訪過瑪利亞霧峰教養家園，當時為憨寶貝們募集了許多物資，時隔5年，是該再去關懷他們的時候了。

致電瑪利亞霧峰教養家園，接電話的恰好是5年前接待過志工隊的宛儒社工，向她詢問大致狀況後，決定為憨寶貝們舉辦音樂歡唱慶生活動與製作精緻中餐（漢堡、水餃、鬆餅、蛋糕、飲料）。方案一確定，立即聯絡金珠、瑞真、塗田、惠菁等多位志工、尋求需要的支援，其他夥伴在志工隊臉書看到訊息也踴躍報名參加，人數爆表。

我們要帶給憨寶貝美好的一天

5月24日上午，志工隊與企業志工隊的夥伴準時集合，懷著愉悅的心情出發，抵達家園之後，兵分二路，一路前往廚房準備中餐，另一路則前往2樓音樂歡唱現場。兩路人馬的任務不同，但目的相同，都是要帶給憨寶貝們美好的一天。

為了讓慶生活動更加熱鬧，志工隊邀請安琪拉、利百加兩樂團共襄盛舉，當憨寶貝們集合完畢，樂團開始吹奏大家熟悉的音樂，在「小蘋果」等多首動感舞曲響起之



樂團演奏炒熱氣氛



志工們忙著搬運物資



同心協力的背影

際，安琪拉樂團義孝團長熱情搖擺，憨寶貝們也跟著手舞足蹈，雖然動作不太靈活，但看他們全神貫注認真的扭動肢體，那樣的生命力真是令人動容啊！

一聲謝謝令志工所有辛勞煙消雲散

接著，5、6月的壽星相繼出場，生日快樂的歌聲不絕於耳，壽星們也開心地接受眾人祝福。慶生會後，是憨寶貝的作品宣傳時間，功能較健全的憨寶貝，在老師指導下，動手製作蝶谷巴特成品（零錢包、手提包…）與小盆栽等物資義賣，除了訓練生活能力，也可賺些公積金。志工夥伴看到這些精美小物，愛不釋手，紛紛掏錢購買。搶購結束，已近午餐時間，為了讓憨寶貝們維持正常作息，志工夥伴隨即協助將他們帶往餐廳用餐。

憨寶貝們到了餐廳，看到豐盛的中餐，笑瞇瞇地與志工握手，用力說出「謝謝你們」等詞彙，這讓負責準備餐點的夥伴們所有辛勞頓時煙消雲散，尤其看到他們津津有



用心製作可口午餐



憨寶貝自製的小盆栽等待有緣人

味得將自己的餐點吃光光，夥伴們更是非常有成就感。

憨寶貝們用完餐，瑪利亞霧峰教養家園園長分享了家園經營的甘苦談。她說，霧峰教養家園的服務對象是15歲以上重度或極重度身心障礙者，志工今天的到訪，讓他們過

了很開心的一天。園長還說，曾有團體送來小漢堡，憨寶貝們一口就吃完了，覺得很不過癮，今天志工隊送的大漢堡，正好滿足了他們的渴望，安琪拉、利百加樂團的勁歌熱舞，也使他們的生活增加了變化與驚喜。園長再三致謝，希望我們有空能再度光臨。

後記

在勁歌熱舞時間，一位憨寶貝突然拉起我的手，努力地用咬字不清的聲音說了好幾次：「阿伯，謝謝你們、謝謝你們…」用餐時，我正忙著服務他們，一位憨寶貝用手指著牆壁，比著我不懂的手勢，彷彿有事要告訴我，我坐下來與他互動，與老師確認後才知道他在提醒我時間晚了，要快點吃飯！憨寶貝的貼心，當下令我的眼睛出汗了。

這一天，我看到了憨寶貝們殘缺的身體下，有著一顆需要被愛的柔軟心，也有著一顆能夠關懷他人的溫暖心，就如同「瑪利亞天使」的歌詞：

有一些天使急著來到這個世界
飛得太快，飛得太快，他的頭兒暈了，他的翅兒彎了
有一些天使急著來到這個世界
勇敢前進，努力飛翔，不怕風雨阻擋，心中有愛都一樣
喔，喔噢，不一樣的天使，需要比別人更多愛
喔，喔噢，不一樣的天使，牽他的手走向未來
瑪利亞的天使，瑪利亞的天使，讓愛永不止息



陪憨寶貝同樂



我們的愛心列車開進瑪利亞霧峰教養家園

法律風險控管應從 診間對話做起

法務部前部長施茂林教授 給醫療人員的提醒



文／中國醫藥大學 公共關係中心 主任 吳嵩山

臺灣的醫療人員壓力很大，臨床工作既忙且累，醫療場所的暴力事件卻又層出不窮，何以如此？法務部前部長、中華法律風險管理學會理事長、亞洲大學講座教授施茂林彙整司法案例和實務經驗指出，「態度」是醫療糾紛形成的關鍵所在，法律風險控管應從診間的對話做起，若能發揮感同身受的同理心，再加點柔軟心和包容心，就能建立和諧的醫病關係。

中國醫藥大學通識教育中心與教師發展中心最近舉辦「博雅經典講座」，邀請施茂林講座教授以「醫病關係與法律風險控管」為題發表演講，希望能對醫療人員與醫學生有所啟發。

每位醫療人員都應做好風險控管

立法院於今年4月21日修正通過「醫療法」部分條文，以遏止層出不窮的醫療場所暴力事件。另一值得關注的是，最高法院6月5日有新判例，對於重大的醫療疏失，由於醫病雙方的醫療專業不對等，依法改由醫師負責舉證無因果關係責任。施茂林教授表示：「司法實務上有句話，誰舉證誰敗訴，在這種情況下，法律風險就來了！」

他說，中華民國法律規定得很清楚，誰要求賠償對自己有利的事，就應負舉證責任，患者要求醫師賠償，首先必須證明醫師有疏失，然而今後就不一樣了，變成醫師要負責舉證，證明沒有因果關係，才不必為醫

療糾紛負責。舉證責任的轉換，醫療機構的預防性醫療和醫療耗費成本必然增加。

但是，施茂林教授也請醫護人員安心，因為醫療糾紛不代表醫療過失，這是兩碼事。他說，根據法務部從1950年以來的所有資料，臺灣醫護人員發生醫療糾紛被判的最多是緩刑或易科罰金，到目前為止，沒有一位醫護人員是因為醫療糾紛去坐牢的，但因而帶來的身心煎熬難以言喻，唯有盡量做好風險控管才能保護自己。

了解法律風險才能避免醫療糾紛

什麼叫做風險？「天這麼黑，風這麼大，爸爸捕魚去，為什麼還不回家。」施茂

林教授說，這就叫做風險，有風險就有危險，有危險怎麼辦呢？當然要妥為預防。醫療人員必須了解的是，醫病之間有哪些法律風險，並且在事前就設法加以管理不讓它發生，而不是等到糾紛發生之後，再請律師或醫院的關懷小組介入處理。

在日常生活裡，風險幾乎無所不在。施茂林教授分享幾個實際案例，有位機車騎士被控肇事逃逸，他無辜的說「哪有？我把傷者送到醫院，醫療費用都付了，我才回去的啊！」檢察官說因為你沒有報案，所以你是肇事逃逸，這就是法律。還有一位日本華僑，一大早趕到機場check in，機場人員問他行李裡裝了什麼？有沒有危險物品？他回稱沒有啦，只有炸彈1顆，接著馬上說是開玩笑的，機場人員點點頭就讓他通關了。沒多久，大批荷槍實彈的警員出現，把他帶走。他無奈地說他已經講了是開玩笑的，他卻不知道中華民國的民用航空法新增一項條文，任何足以影響飛行安全的行為都會構成犯罪，因此在檢察官沒結案前，他回不了日本。

發生糾紛的關鍵往往在態度問題

古有明訓：「刀傷易好，口傷難治。」施茂林教授匯整醫療院所急診室和診間醫病互動不良的多起案例，提供大家省思。他說，面對緊張惶恐不安的患者和家屬，如果醫師一直忙著看電腦，無暇搭理患者，或是嫌患者囉嗦，應答態度讓人覺得不舒服，或者護理人員的動作不到位等等，這些和醫療與手術不相干的行為，卻可能為醫療糾紛埋下種子，增加法律風險。

施茂林教授從醫療消費者的角度觀察，醫療糾紛的關鍵往往就是態度問題，很多患者或家屬其實不是真的要告醫師，而是氣醫師的態度很差，提出控訴的目的是想把醫師傳到法院「教育一下」。他提醒醫護人員在忙碌的工作之餘，加強修身養性，甚至練練防身術，同樣是對醫療風險的控管。

除了醫療專業還要有同理心

他說，諮商輔導課應是醫療人員的必修課程，否則醫療專業再強，卻拙於溝通，欠缺同理心，不知道哪些不得體的話不能講，而醫療過程又急又要搶時間，不知何時就可能出問題。所謂同理心，他認為很簡單，就是設身處地的為病人著想，理解病人的心情，有了理解才能體貼對方，用一顆柔軟的心和包容的心做到柔性醫療。

施茂林教授再次強調，醫療專業很重要，對患者心理的撫慰也很重要，只要能把握說話要領，注重溝通技巧，並且將病情解釋得越清楚越好，這些做到了，一定可以建立良好的醫病關係，有了良好的醫病關係，未來的醫療生涯就能過得比較輕鬆愉快。🕒





卵巢早衰及不孕 幹細胞療法尋生機

文／長新生醫 研究員 莊逸涵
審稿／轉譯醫學研究中心 副院長 徐偉成

女性的生命過程中有不同階段的煩惱，20歲怕未婚懷孕，30歲怕不孕，40歲怕卵巢早衰。卵巢早衰還會引起不同程度的焦慮抑鬱、潮熱多汗等更年期綜合症狀，對生活品質的影響相當明顯。



不少年輕女性有卵巢早衰的問題

卵巢早衰意指卵巢功能衰退導致女性不到40歲即提早出現閉經的現象。在正常情況下，女性在45-55歲之後，卵巢功能才開始逐漸衰退，然而現代女性因為生活壓力越來越大，再加上所處環境惡化，經常暴露於電腦輻射及空氣汙染，以致不少女性年紀還輕却有了卵巢早衰的煩惱。

卵巢是女性的生命之巢，是生命的起源，是女性最為重要的器官之一，其主要功能是製造、儲存卵子及排卵，並會分泌雌性素、黃體素等荷爾蒙。如果卵巢沒有保養好，將會使得皮膚衰老、身材發胖、毛髮乾枯，甚至影響生育。全世界約有1%的育齡期女性發生卵巢早衰，這個問題已成為女性不孕的重要因素之一。

卵巢早衰的兩大類型

卵巢早衰主要分成兩種類型，一是卵泡數量缺失，二是卵泡功能消失。

- 卵泡數量缺失型**：可分為初始卵泡的數目不足及卵泡閉鎖加速。
- 卵泡功能消失型**：包括自身免疫、酶缺陷、信號缺失、醫源性、特發性等5種類型。

卵巢早衰的可能原因

卵巢早衰病因複雜，其中之一是多種病因的綜合症，但大部分的病因尚不明確，主要分為以下幾種：

遺傳影響

大約10%的患者有卵巢早衰家族史，X染色體異常一直被認為是引起卵巢早衰的重要病因，最常見的為透納氏症（Turner syndrome），患者天生沒有月經，外觀表現為身材矮小、成蹼狀的頸部、乳房不發育且不孕。

免疫干擾

研究發現，9-40%的卵巢早衰患者合併其他內分泌腺體或自體免疫性疾病，例如紅斑性狼瘡、甲狀腺炎、類風濕性關節炎、糖尿病、重症肌無力等。

醫源性因素（化療、放療）

卵巢周圍組織手術，可能損傷卵巢血液供應或直接損傷卵巢組織而導致卵巢早衰，例如子宮切除術、子宮內膜異位症手術、卵巢腫瘤剝除術等。此外，化學藥物治療用的烷化劑易造成卵巢早衰，放射線則會破壞卵巢功能。

環境影響

頻繁接觸劣質染髮劑或化妝品，其中含有的苯、汞化合物會透過皮膚黏膜吸收，導致女性卵巢損害。環境中的毒物如殺蟲劑、抗氧化劑、橡膠及塑膠製品的代謝物4-乙烯環己烯等，均會促使卵巢功能減退。

菸草危害

菸草中的尼古丁、多環芳烴類等有害物質會毒害卵巢，影響卵巢功能，導致成熟的卵母細胞及雌激素生成減少，進而提早停經。

酶缺陷

體內幾種特殊的酶缺陷會破壞雌激素合成，導致青春期延遲並出現卵巢早衰的症狀。例如因為缺乏半乳糖磷酸尿甘轉移酶所引起的半乳糖血症，易使腎臟、肝臟細胞與神經系統受損，約81%的患者會出現卵巢早衰。

負面情緒

若長期處於焦慮、恐懼、憂傷等負面情緒中，強烈的情緒波動會影響調控神經內分泌系統的「下丘腦－垂體－卵巢軸」，致使內分泌紊亂而改變月經周期，最終發展成卵巢早衰。

特發性因素

部分尚未找到病因的可歸類為特發性卵巢早衰。

卵巢早衰對健康的影響

月經紊亂

經期規律為卵巢功能正常的重要指標，當卵巢功能不正常，常會出現經期提早或經血量減少等月經紊亂的現象，此為卵巢早衰最明顯的特徵之一。

外觀表現

皮膚蠟黃無光澤、皺紋增多、冒出黃褐斑、乳房鬆垮、身材變形等，也是卵巢功能開始衰退的徵兆。

尿道問題

很多婦科疾病都會引起頻尿、尿滯留或尿失禁等症狀，卵巢早衰也會因為雌激素減少導致膀胱和尿道萎縮，進而造成前述不適。

精神症狀

卵巢早衰患者會提早出現更年期症狀，例如記憶力減退、失眠、注意力不集中、焦慮多疑及喜怒無常等，尤其過去有精神狀態不穩定病史的人，症狀更加明顯。

不孕

此為卵巢早衰患者最大的苦惱。卵巢早衰會使卵巢功能降低，所產生的卵子品質極差甚至不能排卵，沒有排卵即無法受孕。

相關治療的發展現況

荷爾蒙補充療法

此為卵巢早衰的常規治療，採用雌激素和黃體素的人工周期療法，可緩解病情並部分恢復或改善卵巢功能，但因治標不治本，荷爾蒙必須長期補充，潛在的藥物副作用不容忽視。有血栓風險（如：有抽菸習慣）、正處於急性期（如：有足部靜脈栓塞等），或是罹患乳癌、子宮內膜癌、子宮肌瘤、巧

克力囊腫、急性肝炎、慢性肝病等疾病的女性，都不建議接受荷爾蒙補充療法。

免疫治療

針對免疫因素造成的卵巢早衰，可用口服糖皮質激素、注射免疫疫苗等方式治療，但免疫治療常會引起嚴重副作用，對人體的傷害極大，所以除非病情明確、嚴重而難以控制，一般不建議採用。

促排卵治療

如果患者卵巢發育成熟但不排卵，可採用促排卵治療。

手術治療與其進展

針對卵巢血管因素導致卵巢養分供給不足而造成的卵巢早衰，在患者卵巢功能完全喪失前，可儘早實施血管搭橋手術，恢復卵巢血流供應。有些國家對於卵巢缺失或卵巢早衰晚期患者，正在發展卵巢移植手術。

幹細胞療法為不孕婦女帶來曙光

中國上海研究團隊移植雌性生殖幹細胞至卵巢早衰的小鼠體內，結果顯示雌性生殖幹細胞與其他幹細胞一樣具有歸巢作用，且幹細胞能分化為成熟卵母細胞，從而恢復卵巢功能。

傳統的治療方式多以激素替代治療為主，透過激素類藥物雖可增加患者體內的雌激素，但仍無法恢復生育功能，甚至可能有增加血栓及罹患乳腺癌、子宮頸癌等惡性腫瘤的風險。現在藉由幹細胞治療，可助患者生成有功能的卵母細胞和卵泡細胞，修復受損的卵巢上皮細胞，恢復卵巢自身功能，從根本上解決這個難題。簡言之，幹細胞療法有望治療卵巢早衰，為不孕婦女帶來一線曙光。

如何預防卵巢早衰？

● 避免輻射暴露

若長期使用電腦和手機，輻射暴露易致女性卵巢早衰，應盡量避免。

● 避免人工流產

多次人工流產不僅會造成子宮內膜變薄，還會干擾人體正常的內分泌，進而影響卵巢功能，容易導致卵巢早衰與習慣性流產。

● 避免久坐不動

長時間坐著會妨礙卵巢、子宮等生殖器官的血液循環，卵巢的營養供應若出現問題，日久便可能影響卵巢的正常功能，造成卵巢早衰。

● 注重飲食營養

攝取足量蛋白質，多補充維生素C及E、葉酸、肌醇（維生素B8），以及攝取高鈣食物。美國所做研究顯示，充分攝取高鈣食物能降低46%卵巢癌的發生率。

● 做好情緒調適

社會節奏越來越快，工作和生活壓力也越來越大，遇有挫折或不如意，應學會自我調適，不要一直沈溺在負面情緒中。

● 睡眠品質良好

睡眠品質良好是消除身體疲勞及延緩卵巢早衰的方法之一。🌙

防治疱疹後神經痛

疫苗注射與中西藥物的運用

文／藥劑部 藥師 經綺

帶狀疱疹是潛伏在神經節的水痘病毒再度活化所導致的疾病，由於疱疹會像海洋上帶狀群聚的島鏈分布而得名，閩南語俗稱「皮蛇」或「飛蛇」，中醫則稱「纏腰火龍」、「纏腰火丹」，又稱「串腰龍」。

帶狀疱疹發作初期，病毒會環繞身體表面的感覺神經而引發刺痛感，並伴隨倦怠、肌肉痠痛、頭痛甚至發燒等症狀，持續2-3天後，皮膚的帶狀紅色皮疹上會出現水泡，大多位在肋間神經支配區，頭頸部次之，上下肢與手足較為少見，但身體各部位都有可能發作。



帶狀疱疹最怕併發神經痛

帶狀疱疹好發於40歲以上，曾經長過水痘者每3人就有1人會罹患，並且即使痊癒了，病毒仍會潛伏在背根神經節或腦感覺神經節，待身體免疫力低下及季節變換之際，可能伺機再度活化。根據美國衛生部追蹤12年的研究結果，帶狀疱疹確實在某些人身上會捲土重來，女性有7.2%的機率再得一次，男性再發的機率約為5%。

帶狀疱疹引起的嚴重併發症就是「神經痛」，皮疹發生後持續超過90天以上的疼痛

可稱之為「疱疹後神經痛」，發生頻率及嚴重度會隨年齡增加而升高，60歲以上患者出現疱疹後神經痛的機率為50%，50歲以上患者有25-50%可能會因併發疱疹後神經痛而使症狀更加惡化。疱疹後神經痛的感覺，就像無數螞蟻在體內爬行，這種難以承受的刺痛、灼熱、抽痛、觸痛與針扎之感，可能持續數月或數年，使用一般的非類固醇消炎止痛藥療效不佳。以下是帶狀疱疹的預防和治療原則，提供民眾參考。

可緩解帶狀疱疹後神經痛的藥物

藥物	可能的副作用	健保規範及注意事項
Gabapentin	暈眩、嗜睡、運動失調	使用於帶狀疱疹皮膚病灶後神經痛，並符合下列條件： 1. 使用其他止痛劑或非類固醇抗發炎劑（NSAIDs）藥品治療後，仍無法控制疼痛或有嚴重副作用者。 2. Gabapentin成分口服製劑，每日最大使用劑量限制為3600mg，如果每日劑量超過2400mg，需於病歷記載理由。當臨床症狀改善，應逐步調低劑量。
Pregabalin	頭暈、嗜睡、周邊水腫	使用於帶狀疱疹皮膚病灶後神經痛，並符合下列條件： 1. 使用其他止痛劑或非類固醇抗發炎劑（NSAIDs）藥品治療後，仍無法控制疼痛或有嚴重副作用者。 2. 每日最大劑量限制為600mg。
Lidocaine patch	局部紅腫	1. 每日最大劑量限制為3片。若每日劑量使用超過2片，需於病歷記載理由。當臨床症狀改善，應逐步調低劑量。 2. Lidopat貼片劑不得與gabapentin或pregabalin成分口服製劑併用
Amitriptyline	口乾、嗜睡、視力模糊、尿液滯留、姿態性低血壓	視力失調和視覺模糊、青光眼患者禁用
Tramadol	噁心、暈眩、嗜眠	用於非癌症慢性頑固性疼痛（疼痛期超過6個月）的病人，需同時符合下述條件： 1. 服用NSAIDs仍無法控制疼痛或有嚴重副作用者。 2. 需檢附疼痛評估報告，內容需包括疼痛強度及疼痛緩解的VAS與VRS兩種評估量表。
Morphine	噁心、嘔吐、心悸、低血壓、便秘、口乾、呼吸抑制	隨病患不同狀況而漸進式調整劑量，且需考慮長期服用的有效性及安全性。

注射疫苗可大幅降低發病率

皮下注射的Zostavax[®] 活性帶狀疱疹疫苗，為內含活性減毒Oka/Merck株水痘帶狀疱疹病毒的冷凍乾燥製劑，我國衛生福利部在2013年10月核准上市，適應症為預防50-79歲成人罹患帶狀疱疹，接種2-4週後會產生抗體，至少有4年的保護效果。

帶狀疱疹疫苗常見副作用為頭痛、四肢疼痛，以及注射部位出現紅斑、疼痛、搔癢、腫脹。美國預防接種專家委員會建議50歲以上健康民眾及曾經得過水痘的人，都應施打帶狀疱疹疫苗，做好防範措施，也可預防再發。根據統計，疫苗施打後，可明顯降低51%罹患帶狀疱疹的機率及67%引發疱疹後神經痛的風險。

西醫的藥物治療

在帶狀疱疹發病的最初72小時之內，服用抗病毒藥物可緩和病情縮短病程，但目前尚無證據顯示抗病毒藥物或類固醇對疱疹後神經痛有治療效果。疱疹後神經痛的發作常是不可預期的，可能很短暫，也可能持續一整天，有時會合併不同程度的感覺異常。目前治療神經痛的藥物主要以抗癲癇類藥物、抗憂鬱類藥物及局部麻醉劑貼片為主，若是頑固性疼痛，醫師可能會考慮給予鴉片類止痛藥或施行介入性治療。

中醫的藥物治療

帶狀疱疹最早見於中醫典籍《諸病源候論》：「僧帶瘡者纏腰生，狀如僧帶，因此

中藥的臨床應用及注意事項

臨床辯證	主要症狀	治療原則	常用方劑	注意事項
肝經熱盛	水疱成串珠、口苦咽乾、脇痛苦滿、煩躁易怒、食納不佳、苔薄黃或黃厚、脈弦滑微數	清瀉肝火、利濕涼血	龍膽瀉肝湯加減，有血疱者加赤芍、槐花、牡丹皮，活血涼血；疼痛劇烈者加延胡索、三棱、川棟子等。	多飲水保持排便暢通，宜食清熱解毒的絲瓜、苦瓜之品。中藥湯劑宜涼服。
脾虛濕盛	局部皮損淡紅、口不渴或渴不欲飲、飯後腹脹便溏、苔白厚或白膩、脈沉緩或滑	健脾利濕、清熱解毒	除濕胃苓湯加減，水疱大而多，加車前草、土茯苓，利水去濕；腹脹者，加大腹皮、枳殼、木香等。	宜食冬瓜、扁豆、綠豆湯、薏米粥等健脾利濕之品。中藥湯劑宜溫服。
氣滯血瘀	皮疹消退後局部疼痛不止，舌質暗苔白、脈弦細	理氣活血、通絡止痛	柴胡疏肝散合桃紅四物湯加減，心煩失眠者，加牡蠣、酸棗仁，養心安神；疼痛劇烈者，加乳香、沒藥；活血化瘀與行氣止痛，加全蠍、地龍	宜食絲瓜湯、洋白菜、陳皮、茴香等清解餘毒、行氣通絡之品。

為名」。辯證分型有肝經熱盛、脾虛濕盛、氣滯血瘀等型。

必要時可做神經阻斷術

當藥物治療無法達到滿意的疼痛控制時，可實施神經阻斷治療，在水疱結痂後兩週到1個月前，注射麻醉藥物，主要作用在阻斷疼痛傳導路徑，可緩和肌肉的緊張和血管攣縮症狀，改善血液和淋巴循環，加強消炎，促進受傷神經的修復。

針灸止痛的效果也不錯

針灸對疱疹後神經痛的療效已逐漸被證實，按照皮疹部位循經取穴，沿皮疹邊界圍刺，可緩解急性疼痛症狀，常用穴位有內關、曲池、合谷、三陰交、足三里等。

◎火針：

以圍針法用於疱疹區及病損的神經根，以熱引熱，快速去除蘊滯的溫熱火毒。

◎灸法：

以艾條在帶狀疱疹局部迴旋熨熱。

◎梅花針（皮膚針）：

在帶狀疱疹局部針刺，使皮膚發紅但不出血為止。

患者的日常自我照護

- 營養均衡，睡眠充足，有助增強免疫力而緩解疼痛。
- 不要抽菸，香菸中所含的尼古丁可能會增加對疼痛的感受程度。
- 避免飲酒過量，過度飲酒會使疼痛惡化。
- 規律運動，做經皮電刺激（TENS）與按摩，有助減輕疼痛。🌐

參考資料：

1. J Chin Med 27 (2) : 2702009,8 pages, 2016
2. The New England Journal of Medicine 2014 ; 371 : 1526-1533
3. 疼痛中藥外治奇術大全，李柏，中國中醫藥出版社 2003
4. 臺灣疼痛治療資訊網



舒緩頭痛經痛關節痛 飲食也來幫個忙

文／臨床營養科 營養師 林韋孜

在生活中，你是否曾經歷過各式各樣的疼痛呢？有些只是隱隱作痛，想著就忍耐一下吧！但這惱人的疼痛卻使得一整天工作不順，心情不佳，影響了睡眠品質。

雖然我們可以輕易地在藥局買到止痛藥，但看到架上五花八門的藥物，除了求助它們的幫忙之外，你是否想過自己有可能在無意間吃到了會引發疼痛的食物？又或是希望能透過飲食來緩解這些疼痛呢？

預防偏頭痛的飲食方針

小心3C食物

巧克力（Chocolate）、發酵的起士（Cheese）和柑橘類（Citrus），這些富含酪胺酸的食物容易誘發頭痛或使症狀加劇。此外，煙燻肉品、啤酒、味精、阿斯巴甜，也容易引起頭痛。所以，下次吃披薩配啤酒前，若你原本就有偏頭痛，可要慎重考慮一下了！

鎂

醫界已發現偏頭痛患者體內的鎂含量普遍偏低。對於一些偏頭痛之前會出現預兆的

人，攝取足夠的鎂能夠預防皮質傳播性抑制而降低偏頭痛發生的機率，且能減少大腦神經釋放會引起疼痛的化學物質，同時鎂也有助於避免月經前偏頭痛的發生。研究發現，每天服用600毫克的鎂錠，有助於降低頭痛頻率及天數。在食療方面，1碗紫米紅豆湯就有超過100毫克的鎂，每天攝取3份（300公克）地瓜葉，也可以補充約100毫克的鎂。堅果類、豆類、深綠色蔬菜與紫菜，都是鎂的良好來源。

Q10

有些病人的偏頭痛是源自於粒線體的缺陷。粒線體是人體產生能量的工廠，在產生能量的過程中，所需酵素之一就是Q10。人體雖可自行製造Q10，但隨著年紀越大，製造的Q10數量會逐漸降低。肉類、魚類（沙丁魚和鯖魚）、菠菜、花椰菜、油脂類等都含有Q10，只是單由食物攝取Q10還是稍嫌不足，可另由保健食品來補充。衛生福利部建議每天攝取Q10不宜超過30毫克。

維生素B

偏頭痛病人體內可能有粒線體的缺陷，導致能量產生異常。維生素B2會參與體內能量代謝循環，所以每天服用200毫克維生素B2能改善此一症狀。牛奶、蛋、肉類、深綠色蔬菜等，都是維生素B2的良好來源，但要攝取到如此高的劑量，可能還是需要搭配服用維生素B2補充劑。

小叮嚀：經常偏頭痛的人，應就醫徹查病因喔！

緩解經痛的飲食方針

月經來潮，總是令人情緒煩躁，經痛更是許多女性的困擾，除了經期那幾天不舒服之外，有些人還會出現噁心、嘔吐、腹瀉等症狀，嚴重時需要吃止痛藥。

維生素D

維生素D是一種固醇類荷爾蒙，除了可以透過飲食獲得，皮膚也可以藉由照射陽光來合成。經痛通常是因為子宮內膜細胞釋放前列腺素所造成的，研究顯示，維生素D可以降低子宮內膜前列腺素的產生及使前列腺素失去活性，因而緩解經痛不適感。富含維生素D的食物有乳品、乳酪、蛋類、海鮮、瘦肉。

維生素B1

缺乏維生素B1會引起疲勞、肌肉痙攣、疼痛和降低疼痛忍受度，這些症狀聽起來是不是與經痛很像呢？胚芽、全穀類、豆類（紅豆、花豆）、瘦豬肉等等，皆是良好的維生素B1來源，加工程度越少者，所含維生素B1就越多。每天服用100毫克維生素B1即可

緩解經痛，許多市售的維生素B1錠劑都有達到這個劑量。

維生素E

脂溶性的維生素E除了有抗氧化作用，也可抑制前列腺素的前體—花生四烯酸，1天2次200IU維生素E能改善經痛。深綠色蔬菜、小麥胚芽、植物油（大豆油、葵花油、棕櫚油等），都是不錯的來源。

魚油

富含 ω -3脂肪酸的魚油，可影響前列腺素代謝，參與疼痛發炎相關反應，因而緩解經痛。每天大約2公克魚油，便能改善經痛。富含 ω -3脂肪酸的食物來源還有橄欖油、亞麻仁油、堅果類、鯖魚、秋刀魚、鮭魚、奇亞籽。按美國食品藥物管理局的建議， ω -3脂肪酸無論是由食物攝取或額外補充，每天不宜超過3公克。

維持情緒要穩定

經期維持情緒穩定，有助於預防經痛。多走動多接觸陽光，能幫助身體合成血清素，擁有好心情。至於攝取富含色胺酸的食物（如：香蕉），其所合成的血清素不能穿過腦血屏障，所以是無法調節情緒的。

吃巧克力能舒緩經痛嗎？

經痛會讓人想吃甜食，巧克力的確有助心情愉悅，但是對於消除經痛的效果並不是很明確，也要當心吃多了會攝取過多熱量。另有研究顯示，巧克力可使周邊動脈疾病患者減輕行動時的疼痛。

改善退化性關節炎的飲食方針

隨著年紀增加，關節間的軟骨逐漸退化，因骨頭摩擦而造成疼痛，是年長者常見



的疾病。若是促進發炎的物質分泌過多，對關節軟骨也有不利影響，因此善用抗發炎物質是減輕關節疼痛的關鍵。

ω -3脂肪酸

ω -3脂肪酸可以降低體內促發炎因子，達到減輕關節痛的功效。同樣屬於多元不飽和脂肪酸的，除了 ω -3脂肪酸，還有 ω -6脂肪酸，但是飲食中 ω -6脂肪酸的攝取增加，反而會產生較多的促發炎物質。偏向西方的飲食模式，會讓我們攝取的 ω -3脂肪酸偏低。魚油、亞麻仁油、堅果類、鮭魚、鯖魚，皆是 ω -3脂肪酸的良好來源。

維生素C


維生素C可幫助生成膠原蛋白，是維護軟骨的好幫手。富含維生素C的食物有奇異果、柑橘類、芭樂、青椒等。雖然維生素C是水溶性維生素，安全性高，但有研究發現，攝取過高劑量的維生素C，對關節炎沒有更大的益處，因此只要維持國人膳食營養素參考攝取量，每天攝取100毫克即可。100公克的芭樂就含有81毫克的維生素C，所以多吃蔬菜水果便可獲得足夠的維生素C。

補充膠質或葡萄糖胺有用嗎？

有人說顧好筋骨就要多吃豬腳補充膠質，其實我們體內有自行生成膠原蛋白的能力，並不是多吃膠質就能增加生成。也有臨

床研究顯示，並非每個人補充葡萄糖胺都能減輕關節炎的疼痛。

酪梨與大豆的萃取物ASU

來自天然酪梨與大豆中的非皂化萃取物（ASU），可透過降低發炎反應而抑制軟骨破壞，並增加膠原蛋白生成，促進軟骨修復，減輕關節炎患者關節的疼痛及僵硬感。一些顧關節的保健食品中常會添加ASU，美國關節炎學會建議攝取劑量為每天300毫克。

參考資料：

- 1.食品營養成分資料庫
- 2.American headache society.
- 3.Arthritis Foundation.
- 4.Mayo clinic.
- 5.Role of Magnesium, coenzyme Q10,riboflavin,and vitamin B12 in migraine prophylaxis.
- 6.New strategies to treat primary dysmenorrhea.
- 7.Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline
- 8.Effectiveness of vitamin E as a treatment of primary dysmenorrhea in pubertal adolescents.
- 9.The effect of vitamin D on primary dysmenorrhea with vitamin D deficiency: a
- 10.randomized double-blind controlled clinical trial.
- 11.Supplementation with omega-3 polyunsaturated fatty acids in the management of dysmenorrhea in adolescents.
- 12.The Effects of Vitamin B1 on Ameliorating the Premenstrual Syndrome Symptoms.
- 13.Review Article Cocoa Polyphenols and Their Potential Benefits for Human Health.
- 14.Osteoarthritis and nutrition. From nutraceuticals to functional foods: a systematic review of the scientific evidence.

肺炎去年奪走萬餘人命 高危險群長者要小心

文／編輯部

衛生福利部統計處公布去年的國人死因統計，去年死於肺炎者共有1萬2212人，其中9成為65歲以上的年長者。相較2015年的肺炎死亡人數，增加1451人，排名則上升1位，在國人十大死因中位居第3。

衛福部疾病管制署表示，去年年初國內爆發流感疫情，流行規模大於往年，重症死亡人數達431人，比2015年的147人，增加了1.9倍，為近5年最高。疾管署推論去年肺炎死亡人數上升，除了受到1月下旬霸王級寒流及人口結構高齡化影響之外，流感疫情也可能是原因之一。慢性阻塞性肺病、心臟病、氣喘、糖尿病等慢性病，亦為造成肺炎死亡的潛在風險因子。

保護自己，別忘了注射疫苗

為了預防感染導致肺炎死亡，疾管署除了每年針對重症高危險群及高傳播群執行流感疫苗及肺炎鏈球菌疫苗接種計畫外，去年10月已將公費流感疫苗數量由往年的300萬劑擴增至600萬劑。新增接種對象包括：50歲以下高風險慢性病患者、高身體質量指數（BMI）者、產後6個月內的婦女、50-64歲成人、國中生、高中高職及五專一至三年級學生等，並於流行季提供公費流感抗病毒藥劑給重症高風險族群。

疾管署表示，要預防流感及肺炎

鏈球菌感染重症危害健康，最有效的方法就是接種疫苗。除了符合公費疫苗接種條件的民眾每年應按時至合約院所注射疫苗之外，衛生福利部也建議65歲以上未曾接種過肺炎鏈球菌疫苗的長者可自費接種，以獲得足夠的保護力。如果出現發燒、畏寒、胸痛、咳嗽、呼吸急促、呼吸困難等疑似肺炎症狀，務必儘速就醫。⊕





出國旅遊前 先查詢當地疫情並妥為預防

文／編輯部

暑假已過了一半，很多人正準備出國旅遊，由於全球各地有不同的傳染病流行，建議民眾出國前，先至衛生福利部疾病管制署全球資訊網查詢當地疫情狀況及健康旅遊資訊，必要時可前往國內27家旅遊醫學門診合約醫院諮詢，並採取適當的預防措施。

欲往之地有何疫情風險？

疾管署彙整的全球疫情資訊如下：

- **中國大陸**：大多數的省級行政區仍有新型A型流感病例發生，當地亦屬麻疹警示區域。
- **東南亞及南亞**：為登革熱流行區域。菲律賓、泰國、越南、印尼、馬來西亞、柬埔寨、寮國、馬爾地夫、新加坡等國，為茲卡病毒警示區域。印尼、泰國及印度有麻疹疫情。巴基斯坦及阿富汗有小兒麻痺病例發生。
- **中東**：沙烏地阿拉伯、伊朗、約旦、科威特、阿曼、卡達及阿拉伯聯合大公國，為中東呼吸症候群冠狀病毒感染症疫情警示區域。
- **中南美洲**：為茲卡病毒、黃熱病、登革熱及屈公病流行區域，尤其是巴西、秘魯及玻利維亞等國。
- **歐洲**：東歐羅馬尼亞及南歐義大利為麻疹警示區域。
- **非洲**：瘧疾普遍存在於非洲。由於衛生條件較差，非洲也經常發生腸道傳染病疫情，其

中有部分國家為茲卡病毒及麻疹警示區域。奈及利亞為小兒麻痺症發生國家。

根據疾管署監測資料顯示，2015年迄今，我國發現的境外移入急性法定傳染病個案共861例，以印尼（131例，15.2%）、越南（102例，11.8%）、菲律賓（101例，11.7%）居前3位。若按感染疾病種類來看，以登革熱（526例，61.1%）、急性病毒性A型肝炎（137例，15.9%）、桿菌性痢疾（37例，4.3%）居多。

這麼做讓旅途更平安！

為確保旅途平安健康，疾管署提醒出國民眾遵循下列「健康旅遊5大要訣」：

- 出發前於疾管署「國際旅遊與健康>旅遊醫學處方箋」網頁，檢視最新傳染病疫情及預防方式。
- 如需使用預防性藥物或接種疫苗，應於出發前4-8週至旅遊醫學門診諮詢。
- 旅途中注意飲食及個人衛生，妥善防蚊，避免接觸及逗弄動物。
- 旅途中或返國途中出現發燒、咳嗽、腹瀉、出疹等症狀，應於入境時主動向機場、港口的檢疫櫃檯報到，由檢疫人員協助及衛教。
- 返國後21日內，如出現疑似傳染病症狀，應立即就醫並告知醫師旅遊史。📍