



全球資訊網

<http://www.kmuh.org.tw/www/kmcj>

<http://www.kmu.edu.tw/~kmcj>

高醫門診醫療系統APP行動裝置暨多元化服務
行動掛號APP線上繳費功能、門診自助繳費機、
便民系統；慢性病處方箋取號、自助掛號、就醫
指南、看診狀態查詢、交通時刻表、領用藥查詢
、醫師簡介、APP繳費收據列印等功能，歡迎民
衆多加利用。

發行人：賴文德

社長：周以和

執行編輯：許超群、鍾飲文

編輯委員：林瑞泰、陳國璽、李家和、

林高田、陳武宗、戴天亮、

林盈慧、蔡文展、顏學偉、

林子堯、邱怡文、許超群、

蕭惠樺、林俊祐、胡晃鳴、

林育志、陳鴻昇、陳秀玲、

楊品珍、黃書鴻、蘇裕峯、

張丞賢、林威辰、曾于娟、

簡怡光

幹事：陳淑貞、張碧燕

攝影：蘇伯欽

封面設計：胡依甯

出版者：高醫醫訊雜誌社

社址：高雄市三民區自由一路100號

高雄醫學大學附設中和紀念醫院

電話：(07) 3121101轉5372

印刷：德昌印刷廠股份有限公司

電話：(07) 3831238

▶▶▶「肺癌」專刊

第35卷第2期 2015年7月1日

【肺癌專刊】

- 03 | 認識肺癌 / 洪仁宇 鍾飲文
- 04 | 罹患肺癌的可能危險因子 / 楊志仁
- 05 | 肺癌篩檢新利器－低劑量電腦斷層 / 許瑞昇
- 06 | 評估肺癌期別的重要工具－胸部電腦斷層 / 洪仁宇
- 07 | 運用支氣管鏡診斷肺癌 / 張維安
- 08 | 骨骼掃描於肺癌分期的應用 / 張晉銘
- 09 | 肺癌手術切除主流－胸腔鏡手術 / 蔡東霖
- 10 | 肺癌手術之後的胸腔復健 / 許端容 蔡忠榮
- 12 | 肺癌放射線治療的新進展 / 黃鈞民 黃志仁
- 13 | 肺癌之化學治療 / 吳承翰
- 14 | 化學治療之外的另一選擇－肺癌之標靶治療 / 洪仁宇 黃明賢
- 15 | 肺癌病人之護理照護 / 許智翔

【醫學倫理】

- 16 | 藥袋保健康，亂丟看光光 / 藥劑部

【醫護園地】

- 18 | 醫師的爸爸 / 陳志鏗

【美食風情】

- 19 | 印度美食－品嚐你所不知的指尖滋味 / 王晏祺 高佳麟

【圖片與故事】

- 20 | 「蛋蛋的哀傷」：小孩睪丸扭轉急症 / 李政學 周以和

【訊息】

- 21 | 因為有您 因為有我 / 本社

【攝影天地】

- 22 | 愛河夜景 / 李家和

【醫學與藝術】

- 23 | 溪遊記 / 賴慧娟

原登載於本刊之捐款捐贈徵信錄，移至高醫網頁
「社會服務」項目，感謝社會大眾的愛心善行。



認識

肺癌

胸腔内科 洪仁宇副教授 鍾飲文主任

「請問醫師，我得的肺腺癌跟肺癌是一樣的嗎」，這是在對罹患肺癌的病患作病情解釋的時候，病患及家屬常問的問題。實際上，肺癌在組織型態上一般區分為小細胞肺癌及非小細胞肺癌兩大類，非小細胞肺癌主要包含肺腺癌、鱗狀細胞肺癌及大細胞癌，大約佔了所有肺癌病人數的85%以上。會如此區分是因為治療方式與選擇藥物不盡相同的關係。小細胞肺癌的治療主要以化學治療為主；而非小細胞肺癌的治療，如果是早期發現的話，建議以手術將腫瘤完全切除；若是疾病已經擴散或是無法切除乾淨時，就考慮藉著放射線治療與化學治療兩種方式來控制癌症的進展。近十年來，陸續有肺癌的標靶藥物發展出來，對於這類藥物治療的反應，以肺腺癌為最好。目前，台灣的肺癌病患，不論男女，皆以肺腺癌佔多數。

「醫師，我為什麼會得到肺癌呢？」是另外一個常聽到的問題。最常見導致肺癌的原因是吸菸，就算只是二手菸的暴露，也會增加得到肺癌的機會。跟吸菸比較有關係的是小細胞肺癌與鱗狀細胞肺癌。目前肺腺癌雖與吸菸沒有直接的關係，但是罹患肺腺癌之病患，吸菸族群與非吸菸族群的治療結果差異甚大，即非吸菸族群的治療效果優於吸菸族群。因此，無論就預防與治療來說，戒菸絕對是必要的。另外可能導致肺癌的原因尚包括職業上之暴露，例如礦冶業、合成塑膠業、石棉接觸者、油漆製造業及金屬業等。過度暴露於有放射線或是空氣污染之環境，將升高罹患肺癌的風險。但是在台灣，仍有一大族群的肺癌患者，是不吸菸也沒有

職業上的暴露，這些人為什麼會得到肺癌的原因，目前尚在研究中。

肺癌要如何診斷？一般是需要取出病患腫瘤的組織，請病理科醫師在顯微鏡之下，藉由特殊染色，來確認肺癌這診斷，及進一步的組織型態。至於如何取出腫瘤組織？也就是一般我們所說的切片，主要分成①支氣管鏡切片，②電腦斷層導引下細針切片，③胸腔鏡手術切片。要選擇那一種方式，需要評估病患腫瘤在肺中的位置，並和主治醫師討論不同的切片方式對於病患可能的風險之後再來決定。

確認病患罹患肺癌之後，下一個步驟就是要確認肺癌的期別。確認期別須經由腫瘤之大小，是否侵犯周圍的組織，是否侵犯腫瘤附近的淋巴結，及是否有遠處器官的移轉來決定。下列檢查，就可能是在確認期別的時候所需要安排的，如全身骨骼攝影確認是否有骨骼之轉移，腦部磁共振掃描確認是否有腦部之轉移，腹部超音波確認是否有肝臟之轉移，其他還有像是全身的正子攝影等檢查。而目前針對晚期(第3B和4期)肺腺癌的病患，會增加腫瘤組織是否有表皮生長因子受體(EGFR)變異的基因檢測，以確認標靶藥物是否有效。

確認肺癌的組織型態、期別或基因檢測的結果之後，再與醫師討論治療計畫。在充份瞭解不同的藥物或是治療方式可能帶來的好處、治療的風險以及藥物可能的副作用之後，由醫師、病患及家屬一起來決定最適合病患的治療。

罹患肺癌的可能危險因子

大同醫院胸腔內科 楊志仁副教授

門診常常會看到一些生活規律也不抽菸的的中年婦女，最近做家事或爬樓梯會覺得呼吸困難，輾轉來胸腔內科門診檢查，照X光片發現有大量的肋膜積水，經過穿刺抽水檢查，最後證實是肺癌末期，病患及家屬往往很傷心，為什麼是她呢？那到底是什麼因素造成肺癌呢？

①**抽菸**：迄今抽菸還是被認為是最大的肺癌危險因子，抽得越多越久，罹患肺癌的機會就越高，一天抽一包抽三十年以上，罹患肺癌的機會多了20至50倍，更糟的是抽菸者一旦罹患肺癌，對藥物的反應普遍不佳。自己不抽菸，卻長期吸入家人或同事的二手菸，罹患肺癌的比例也比較高，甚至有些研究也指出，吸菸者的太太罹患肺癌而致死的機會也是比較高的。然而不同於歐美國家肺癌之成因多和抽菸有關，國內肺癌病人至少有8成女性及3成男性的肺癌患者完全沒有抽菸，也就是說還有其他因素造成。

②**油煙**：廚房油煙和二手菸一直都被認為是女性肺癌的重要因子，有些研究顯示下廚的次數越多，肺癌風險似乎越高，但這尚無定論。高醫先前的研究顯示如果婦女在沒有開抽油煙機的情況下烹調，罹患肺癌的機會比較高。

③**家族病史**：有肺癌家族病史者，罹患肺癌的風險也比一般人高。包括高醫在內的一個跨國研究團隊指出，有些病患帶有肺癌易感基因也許是沒有抽菸的女性罹患肺癌的因素之一。亦有研究發現若家中父母或兄弟姐妹有1人罹患肺癌，則其他成員罹患肺癌的機

率比一般人高出2倍，若三等親內有超過2人罹患肺癌，罹患肺癌的機率比一般人高出14倍。國衛院的報告也指出一等親有肺癌的人，其風險會高出1.59倍。

④**空氣污染**：一般而言，較大的空氣懸浮粒子會被鼻腔擋住，但細懸浮微粒(PM2.5)則可以穿越細支氣管壁直達肺泡，造成慢性發炎甚至續發癌症，國衛院的研究指出在台灣空氣汙染物細懸浮微粒PM2.5每立方米增加10微克，女性肺癌死亡率就增加16%，推測台灣女性對於PM2.5可能比較敏感，也許也會續引發某些基因受損而導致肺癌發生，這些空氣汙染造成肺癌的問題在追求經濟發展的中國更是嚴重。

⑤**肺結核及其他慢性肺病**：曾有肺結核病史的人，罹患肺癌的風險會比一般高出1.94倍，也就是即使結核病已經完治的病患仍需定期到胸腔內科門診追蹤。其他慢性呼吸道疾病如肺纖維化、支氣管擴張症、慢性阻塞性肺病等患者罹患肺癌機率也都比較高。

⑥**石棉暴露**：石棉是具有隔熱隔音及防火等特性，廣泛地用在建材，若長期暴露在石棉纖維汙染的環境中，可能會在三、四十年後引起肺癌或間皮瘤。

石化廢氣中的鎘、砷、放射性氬氣、鎳化合物、鉻化合物、氯乙烯、柴油燃燒物、焦油化合物等，也都可能導致肺癌。

罹患肺癌是誰都不願意見到的，雖然仍有些原因不明，如果在日常生活中多注意這些可能的危險因子，或許能避免肺癌的發生。



肺癌早期診斷新利器 — 低劑量電腦斷層

影像醫學部 許瑞昇助理教授

衛福部2014年6月25日公布102年國人十大死因，惡性腫瘤連續第32年蟬聯十大死因榜首，每100人就有29人死於癌症，其中肺癌依舊奪去最多人性命。肺癌和其他種癌症一樣，是由不正常的細胞不斷地分裂增殖，並破壞周圍正常組織而形成。但若能早期發現，在腫瘤很小的時候予以切除，病人可以有很高的存活機會。那麼如何早期發現肺癌呢？傳統上使用胸部X光來篩檢肺癌。統計過去胸部X光偵測肺癌的平均大小為3公分，直到今日仍然沒有一個大型的研究顯示胸部X光肺癌篩檢有助於降低肺癌的死亡率。使用低劑量電腦斷層於肺癌篩檢時所偵測到的肺癌平均大小為1.2公分，大幅地強化了惡性腫瘤的偵測率。美國國家綜合癌症網絡(NCCN)大型研究顯示低劑量電腦斷層來篩檢肺癌有助於肺癌高危險群的患者降低20%肺癌的死亡率。由於電腦斷層可以偵測到很小的病變，因此NCCN建議小於等於5 mm以下的小結節每年例行追蹤檢查即可。6-10mm的小結節建議每3至6個月追蹤，持續追蹤兩年。如果追蹤期間發現結節變大，則建議採取組織檢體進行病理分析。至於大於1公分的結節則建議採取組織檢體進行病理分析。

以低劑量電腦斷層來篩檢肺癌時，受檢者所接受到的輻射劑量是大眾所關切的問題。目前有關輻射劑量風險的共識是年紀愈輕，器官對輻射傷害愈敏感，而且餘命愈長，愈有時間將輻射對身體的傷害表現出來。美國食品藥物管理局對輻射傷害有以下總結：每接受10毫西弗(mSv)的輻射曝露，一生得到致命癌症的機會為1/2000。這個數字看

似頗高，但如果理性的解讀，其實每2000人中本來就大約有400人左右會罹癌。所以接受10毫西弗的劑量，只會將罹癌人數由400人增加到401人。而經由電腦斷層檢查結果的輔助，幫助病患得到更好的診療而痊癒或延命的人更是數倍於此。美國醫學物理協會(2011)聲明醫療行為中單次檢查輻射劑量低於50毫西弗或短期內多次檢查輻射劑量低於100毫西弗不至於造成身體的傷害。一個人每年平均約從自然環境中吸收到3毫西弗的輻射量。照一張胸部X光約0.05至0.1毫西弗。一次低劑量胸部電腦斷層檢查吸收的輻射量約1.3至3.4毫西弗與一次乳房攝影的輻射量相似。民眾不應該因此而害怕做放射性醫學檢查，以免延誤病情。因為這類檢查，對健康的好處遠多過其所造成的輻射風險。此外，低劑量電腦斷層檢查對於肺氣腫及支氣管擴張等吸菸常見病變也能夠提供絕佳診斷。因此對近親有肺癌病史或長年抽煙的高危險群朋友而言，若經濟能力許可，低劑量胸部電腦斷層檢查無疑是一項篩檢肺部疾病不錯的檢查工具。

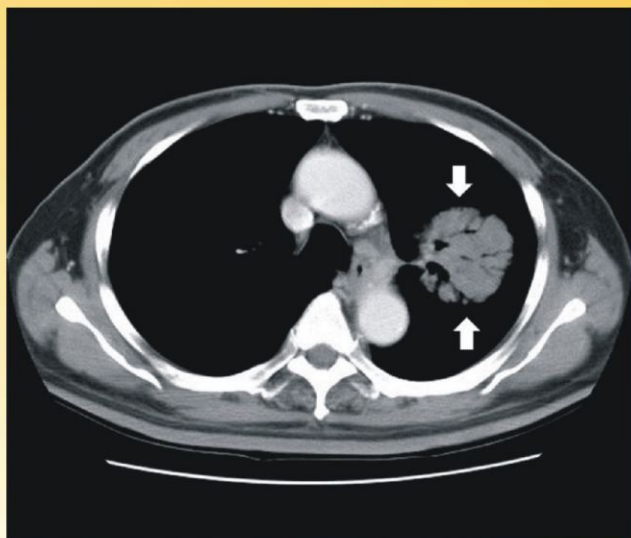


65歲男性罹患鱗狀上皮細胞肺癌。(A) 低劑量高解析度肺部電腦斷層時發現0.5公分的結節。(B) 六個月後追蹤結節變大了。手術後證實是鱗狀上皮細胞肺癌。(Chong S. J Korean Med Sci 2005;20:402-8)

評估肺癌期別的重要工具— 胸部電腦斷層

胸腔內科 洪仁宇副教授

胸部電腦斷層為肺癌診斷過程之中最主要的影像學檢查。它除了能確定胸部X光片上所見到的不正常影像之外，還可以進一步發現到胸部X光片上無法顯現的病灶，例如肺野中較小的轉移結節病灶、縱膈腔淋巴結的評估與是否有腎上腺或肝臟的轉移等，因此在肺癌的分期上扮演著重要的角色。一般而言，胸部電腦斷層在胸腔影像之解析度優於磁共振攝影檢查(MRI)。



電腦斷層圖像，箭頭所指處為肺部腫瘤的切面



醫療團隊討論，為病人確立肺癌之期別

運用支氣管鏡診斷肺癌

胸腔內科 張維安主治醫師

在胸腔內科的檢查中，支氣管鏡是較為侵入性的檢查，其適應症包括取得腫瘤檢體、移除氣管內異物、檢驗咳血原因、抽取氣管內血塊、檢驗肺部感染、放置氣管內支架以及其他治療和診斷的目的。

支氣管鏡在肺癌的診斷裡扮演了相當重要的角色。雖然針對肺癌有許多的影像學檢查，例如胸部X光、電腦斷層、正子造影等等，但是這些檢查只能讓我們得知腫瘤位在什麼地方以及腫瘤和周圍組織的關聯；若要知道該腫瘤究竟是何種癌症就要取得檢體做病理化驗。支氣管鏡則是取得肺內腫瘤檢體的重要方法之一。

支氣管鏡的檢查方法是經由口腔或鼻腔放入氣管中，在鼻腔及咽喉的局部麻醉後便開始檢查。當支氣管鏡接近病灶時，除了以正常光源檢視病灶外，仍有其他輔助方法幫助評估病灶：

一、氣管內視鏡超音波：為一極細的超音波探頭，可通過支氣管鏡內的管腔到達病灶，用來探測病灶的構造，可更深入支氣管鏡無法到達的部位檢查。

二、螢光支氣管鏡：螢光支氣管鏡內有一般的白光光源，另外還有一特殊的藍光光源。螢光支氣管鏡內的特殊光學濾鏡可以把由上皮反射回來的光線過濾，再呈現在螢幕上。正常的氣管上皮是呈現綠色；而異常的氣管上皮，就會呈現紫紅色。

三、窄波影像內視鏡：利用特定的雙窄波長的光學影像可以強調影像對比的原理

（415nm藍光，540nm綠光），將這雙窄波長照射在黏膜上，能夠凸顯出表層黏膜微細血管分佈情況，藉此增加發現早期病變的機會。

四、經支氣管針吸法：以細針進入支氣管鏡的管腔，在氣管或支氣管內穿刺到氣管或支氣管外，用來取得縱隔腔內的腫瘤或淋巴結之檢體。

除了支氣管鏡之外，仍有其他的方法可以取得肺部腫瘤的檢體，例如電腦斷層導引切片以及外科手術。臨床上應根據腫瘤的位置以及和周邊構造來判斷以何種方式來檢查較佳，若腫瘤的位置較靠近中央，則支氣管鏡是較好的方法，因為支氣管鏡是由氣管進入肺部，到達中央部位的路程最短。每種方法都有其優點和風險。以支氣管鏡來說，其優點是不一定需要住院、檢查時間短以及不會在體表造成額外的傷口。而其風險包括出血、氣胸、感染、無法完全預期之併發症，甚至死亡。雖然發生嚴重併發症的機會很低，但支氣管鏡並非是零風險的檢查，要選擇何種方式檢查仍需和醫師討論。



骨骼掃描於肺癌分期的應用

核子醫學科 張晉銓主治醫師

六十五歲的林先生最近三個月受到下背痛困擾，原本不以為意，但是疼痛感覺持續增加，範圍並往兩側坐骨大腿蔓延。透過傳統X光影像檢查以為是退化性關節炎，先後接受口服藥物與復健治療，症狀仍未改善。骨科醫師為他安排了核子醫學科全身骨骼掃描，結果發現有許多骨骼病灶，經詢問最近並無骨折外傷或發炎病史，進一步的檢查因而發現了相關的肺部惡性腫瘤，證實下背痛為肺癌造成多發性骨骼轉移現象。

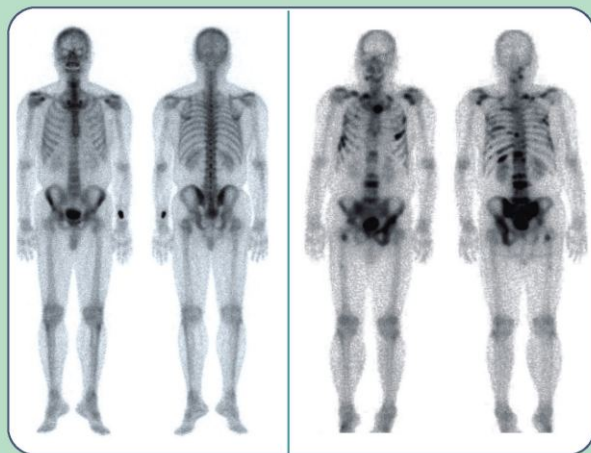
惡性腫瘤為國人十大死因第一位。根據衛生福利部102年資料，其中氣管、支氣管和肺癌更是佔了國人不分性別癌症死因的第一位。當肺癌一旦確診，正確的臨床分期是相當重要的，因為臨床期別影響了治療的方法及病患的預後。除了胸部電腦斷層，腦部磁共振造影之外，核子醫學科的骨骼掃描，在肺癌的分期上亦扮演了相當重要的角色。

骨骼掃描是針對全身骨骼癌症轉移之篩檢相當重要且最常用的工具。目前最常使用的骨骼掃描造影藥物為銨-99m亞甲基雙膦酸鹽（Tc-99m MDP）。Tc-99m MDP會與骨質成份中的鈣磷化物結合，因此在成骨活動（也就是骨頭生成）增強的病灶，就會有較大量的Tc-99m MDP聚積現象。另一方面由於Tc-99m MDP經由血液運送，當某個病灶處呈現血液灌流狀態增加時，亦會累積較多的Tc-99m MDP。而Tc-99m為一放射核種，會衰變放出能量140KeV伽馬射線，經由閃爍造影機器收集訊號強弱，轉為可判讀影像，我們便可以在影像上判斷Tc-99m MDP異常累積的位置，進一步依據病灶的分佈樣態，判定是否

出現骨骼轉移。若有骨骼轉移，臨床上便屬於第四期肺癌，治療方式與沒有骨骼轉移的情況迥然不同。

骨骼掃描其敏感度比傳統X光高約30至40%，發現病灶的時間可以比X光提早3至6個月。X光必須要骨質密度改變多至50%左右才會顯示出異常，而骨骼掃描因反應血流增加和成骨活動，可以在疾病相當早期就偵測出。檢查過程簡單，先靜脈注射Tc-99m MDP放射藥物，注射後約3個小時回核醫科進行造影，造影時間約15至30分鐘。檢查完成後體內會殘留微量輻射，但物理半衰期短，多喝水可加速將多餘藥物排除體外。

隨著近年來核醫儀器的進展，傳統閃爍造影機可與X光電腦斷層進行影像結合，提供解剖定位更精確之單光子電腦斷層/電腦斷層（SPECT/CT）融合影像，更提高骨骼掃描判讀的正確性。而骨骼掃描正因為有著簡單、方便、安全、非侵入性等特點，一直是核醫科最常使用、受檢人數也最多的檢查。



正常骨骼掃描

骨骼掃描呈現多處肺癌骨轉移



肺癌手術切除主流— 胸腔鏡手術

胸腔外科 蔡東霖主治醫師

肺癌是一種十分致命的癌症，在美國，不分男女，肺癌都是位居癌症死亡率的首位。而在台灣，女性死亡率第一名也是肺癌，而男性則是由肝癌跟肺癌並列領先。近年來，隨著許多新藥的發明以及不同的治療策略發展，不管是化學治療、放射線治療、標靶藥物、手術或是結合上述兩或三種的治療，都會依病人的身體狀況以及肺癌的嚴重度作調整。但以早期肺癌來說，手術仍然是治療的首選。

胸腔鏡手術

胸腔是一個非常適合利用內視鏡手術的環境，因為胸壁有天然的肋骨支撐，不必像腹腔鏡手術需使用二氧化碳打氣，就可以有充足的空間進行手術。並且大部分的標本也可經由這微小的傷口取出，所以胸腔鏡手術就漸漸變成現今肺癌手術的主流。

胸腔鏡手術並不是一個嶄新的技術，早在1912年，Jacobeus醫師就開始在臨床醫學上使用胸腔鏡，而手術的方法主要如下。首先，內視鏡鏡頭會經由一個1厘米的皮膚切口來放入，接著依病灶的位置以及手術的需求，我們再增加1-3個小切口來置入其他內視鏡的器械以供醫師進行肺組織及淋巴腺的切除手術。最後當手術結束時，就會在之前的切口放置引流管來引流術後的血水及空氣。

胸腔鏡手術的優點

- 傷口小，以小傷口（1至2公分）取代傳統大傷口（30至40公分）
- 降低術後疼痛及因疼痛引起的併發症（如肺擴張不全及肺炎等）
- 手術視野較好（內視鏡系統可提供放大的影

像以及多種的角度）

- 術後恢復快
- 減少住院天數
- 美觀

胸腔鏡手術的侷限及缺點

- 肋膜嚴重粘黏時不易使用
- 肺門部有淋巴結粘黏時手術的風險較高
- 內視鏡影像缺乏立體感，但在新的3D立體影像普及後，應該會有所改善
- 沒有觸覺感，需要較高的手眼協調能力
- 無法快速做複雜之動作，如綁線等。
- 需使用特殊的內視鏡自動縫合器，此類器械比較昂貴且健保不給付。

胸腔鏡手術在肺癌上是十分安全且可靠的治療方式，並且在術後的癌症治癒率及復發率也都跟傳統的手術沒有明顯差別。而隨著科技不斷的進步，創新且實用的內視鏡輔助器械越來越多，將可幫助更多非早期肺癌的病人來治療他們的疾病。所以病患在經過胸腔內科及外科醫師評估身體條件及肺癌情況之後，便可以決定是否接受這種精細的微創手術，以達到最佳的醫療及生活品質。

肺癌手術之後 的 胸腔復健

胸腔內科呼吸治療小組 許端容組長 蔡忠榮主任



在國人常見癌症死因中肺癌一直高居前幾位。雖然近年來醫學發達，使癌症治療增加了許多選擇，然而截至目前為止，手術切除仍是肺癌最有效的治療方式，但手術潛藏風險，除肺功能損害外，術後傷口疼痛常導致患者不敢深呼吸及咳嗽，進而容易造成痰液累積，引發術後肺部併發症，如：肺擴張不全、肺部感染，嚴重者甚至會引發成人呼吸窘迫症，稍有不慎即可能導致病人呼吸衰竭或死亡。

依據統計，胸部手術後之併發症發生率約為5%，其中因而發生死亡則約有20-50%。

「胸腔復健」的目的除教導患者如何做有效的深呼吸、咳嗽，協助其痰液排除外，透過呼吸訓練器或簡易復原運動訓練，亦可預防肺塌陷或肺擴張不全發生；同時，呼吸肌肉的訓練可強化患者心、肺功能，促進術後的復原，因此對於接受手術治療的肺癌病患，術後的胸腔復健極為重要。

臨床中對於一位接受手術治療的患者，會依據患者疾病狀況擬定胸腔復健計畫，包含有術前、術後的評估與治療，並隨時依患者情形做治療計畫的調整。常見的胸腔復健治療項目：

1 誘發性深呼吸訓練：可協助保持良好肺部擴張，預防術後肺部併發症發生。做法是於術前教導Triflo II 正確吸法訓練，術後每小時十次Triflo II 訓練。

2 呼吸運動：如腹式呼吸(圖一)、噘嘴式呼吸，透過深吸氣動作可達到橫膈肌運動及

肺下葉擴張，這也是手術患者術後重要呼吸運動之一。

3 間歇正壓呼吸(IPPB)使用：透過間歇正壓功能可預防或降低肺部擴張不全。術後IPPB治療可每小時進行一次，每次約10-15分鐘。

4 氣道清潔技術：教導患者執行胸腔物理治療的重要性(圖二)，運用姿位引流、扣擊並配合咳嗽運動，可促使痰液鬆動並引流至較大氣道，以利痰液藉由咳嗽動作排出，從而降低因怕傷口疼痛而不敢咳嗽可能衍生危險。通常於術後每天執行2-4次胸腔物理治療，並配合咳嗽運動來促進痰液的清除。

5 術後早期下床活動：可增加肺部換氣容積，利於痰液排除，進而減低肺部併發症發生。

6 運動訓練：可以促進全身循環，幫助肺部擴張，有利患者康復。這些運動訓練包含上肢、下肢運動訓練(圖三、四)、漸進式步行、耐力訓練等，建議病患在體力允許範圍下於手術後儘早開始執行。

7 對於有吸菸習慣病人強調戒菸之重要性。

簡而言之，適度胸腔復健將有助於避免術後併發症的發生，達到快速的復原。透過上述的介紹與分享，希望能讓肺癌病友於接受手術治療後，重視胸腔復健的重要，及早康復。

腹式呼吸

目的

呼吸控制

方法

1. 採輕鬆的姿勢
 2. 用鼻子緩慢深呼吸，胸部與上腹部向外擴張。
 3. 由嘴巴緩慢吐氣，上胸部與上腹部向內收。
- (以上為一次完整的腹式呼吸)
4. 吸氣與吐氣比例約為1:2(吸氣3秒、吐氣6秒)



吸氣 腹部凸出



吐氣 腹部內凹



側面
吸
腹部凸出



側面
吐
腹部內凹



胸腔物理治療

拍痰的方法

- 一、手部姿勢呈杯狀(如圖一)，或使用拍痰杯(如圖二)，扣擊時手腕關節應自然活動彎曲，扣擊的力量應穩穩地觸及胸壁，避開腰部、肩胛骨、脊椎及傷口部位。
- 二、使用拍痰震顫器拍痰，拍痰震顫器上箭頭向大氣管，依病人忍受度調強度大小(如圖三)。



1. 手掌呈杯狀

2. 以叩擊方式拍背(圖一)



使用拍痰杯(圖二)



使用震顫器(圖三)

如何擺位

依照病灶部位，採取適當臥位以利痰液引流，並依箭頭指示方向重複拍擊胸壁，使該部位的痰液被鬆動。



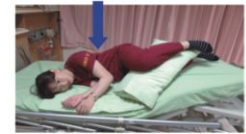
肺上葉



肺下葉



肺中葉



肺中葉



簡易肺復原運動

上肢強度訓練

上肢伸展訓練

雙手套進拉力環兩端，緩慢拉開拉力環並用鼻吸氣，直至雙手完全展開，然後再慢慢放鬆吐氣，回復原本姿勢。



雙手套進橡皮拉力環兩端



拉開橡皮雙手完全伸展



吐氣放鬆 回復原本狀態

水瓶負重訓練



雙手伸直平舉



雙手伸直向左右拉開 吸氣



回復原本姿勢並吐氣



吸氣 雙手伸直向上伸展



吐氣 雙手伸直放下平舉



簡易肺復原運動

下肢強度訓練

臀部彎曲運動

坐直，大腿彎曲向上舉並用鼻吸氣，放下時用嘴吐氣。重複5~10次。若許可，可在腳上加阻力。



挺胸坐挺呈放鬆狀態



背部向後 雙手扶椅背 舉起右腳 左腳亦同

腿部伸直運動

坐直，膝蓋伸直舉起並用鼻吸氣，放下時用嘴吐氣。重複5~10次。若許可，可在腳上加阻力。



挺胸坐挺呈放鬆狀態



背部向後 雙手扶椅背 舉起右腳伸直 左腳亦同





肺癌放射線治療的新進展

放射腫瘤科 黃鈞民主治醫師 黃志仁主任

王先生，65歲男性，是個40多年的老菸槍，最近幾個禮拜常常咳嗽不止，偶有胸部悶痛的症狀，並漸漸感覺有吞嚥困難的現象。經家人陪同到醫院檢查，發現原來是肺癌在作祟，電腦斷層檢查發現肺腫瘤有縱膈腔及食道的侵犯，診斷為第3B期肺癌（圖一）。在肺癌多專科團隊評估後，該病患接受放射線合併化學治療，於治療結束二個月後檢查發現，肺癌併食道的侵犯已經獲得控制（圖二），目前患者正接受後續的治療。

在過去，放射線治療在肺癌的治療效果並不好，所以多應用於遠端轉移後的緩解性治療。主要原因在於以往的放射線照射難以只集中在病灶處，因此肺癌的照射範圍總是很大，導致很多周邊正常組織的傷害，讓病患承受很大的副作用。

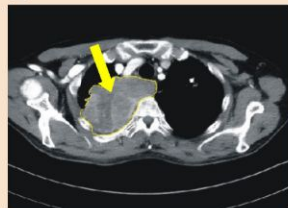
現代放射技術在精準度上已有顯著的提升，加上能精確掌握隨呼吸移動的腫瘤的設備，目前我們可以針對肺部腫瘤執行「光子刀」的治療，稱之為身體立體定位放射治療（stereotactic body radiotherapy, SBRT）或立體定位消融放射治療（stereotactic ablative radiotherapy, SABR）。該療法適用於原發性早期肺癌患者且病灶之最大徑為5公分或以下者。第1期肺癌接受手術切除，雖有7至8成的長期存活率，但若病人年紀大、肺功能差或是手術有高風險，則不適合接受手術，對於無法手術治療的早期肺癌病人而言，身體立體定位放射治療提供了手術之外的另一個救命的選擇。國外文獻報告指出針對無法進行手術、腫瘤小於5公分、沒有淋巴轉移的早期肺癌病人，進行3次20葛雷的立體定位消融放射治療，3年的局部控制率超過9成，3年的存活率也超過5成。立體定位放射線治療的療程

約一到兩週，利用聚焦的原理與弧形多角度照野，可以達到高劑量的形成。這樣照射的好處是腫瘤的劑量很高，而週邊組織的劑量極低。高醫最新引進的放射治療新利器「6D全身立體定位放射線治療儀」便能執行這種高精準度的放射療法。

除了上述的早期肺癌患者，因體力較差或是年齡太大的緣故無法開刀，可以採用身體立體定位放射治療來處理之外。肺癌病患需接受放射治療的適應症尚有：**1** 手術治療後發現縱膈腔淋巴結有轉移，或是腫瘤侵犯到淋巴結以外的軟組織或是癌細胞距離手術切除的邊界很近時，可以用放射治療來降低復發的風險。**2** 局部晚期肺癌無法以手術治療的患者，可採用放射治療合併化學治療來增加腫瘤控制率與存活率。**3** 若肺癌發生骨轉移、腦轉移、咳血或壓迫大血管等狀況，可用緩解性放射治療來減輕病患的症狀。

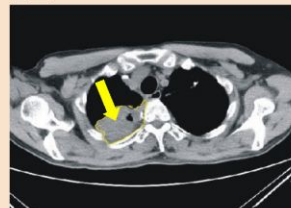
肺癌的治療需要各種不同領域醫師的合作方能有最大的治療效益，放射治療為其中不可或缺的一部份。從不能開刀的早期肺癌到無法切除的局部晚期肺癌，甚至於遠端轉移的末期肺癌，放射治療都有角色。目前本院放射腫瘤科的治療儀器，皆能提供最先進的放射治療技術，給肺癌病患最佳的醫療服務。

圖一



電腦斷層呈現7公分的肺癌合併有縱膈及食道的侵犯，導致患者吞嚥困難（如箭頭所示）。

圖二



經放射線合併化學治療後，壓迫食道的腫瘤縮小，病患恢復吞嚥功能（如箭頭所示）。

肺癌 之 化學治療

血液腫瘤內科 吳承翰主治醫師

肺癌一直都是台灣最常見的癌症死因之一，肺癌令人感到畏懼和惶恐的原因在於，往往在發現時皆已發生了轉移。轉移常發生於局部淋巴結、肋膜積水、骨頭、腦部、肝臟、或是其他肺葉。而一旦肺癌產生了轉移的現象，全身的系統性治療，無論是標靶治療或是化學治療就不可避免了。

即使在這個標靶醫學日新月異的時代，化學治療在肺癌的治療上依然有著不可動搖的地位。肺癌在下列幾種狀況，標靶藥物仍是無法取代化學治療的：①第二期和第三期肺癌在手術後的輔助治療；②第四期的鱗狀細胞肺癌和小細胞肺癌；③EGFR（表皮生長因子接受器）基因無突變的肺癌；④經標靶藥物治療後仍持續惡化的肺癌；⑤具有標靶藥物抗藥基因表現的肺癌。

其實說明白一些，在肺癌的治療中，若想使用標靶藥物，必須符合幾項臨床和基因條件，方能篩選出能夠從標靶藥物治療得到效果的患者，而化學治療則不需要考量肺癌基因的狀況。另一方面，當標靶藥物失去效果時，化學治療也能夠扮演著救援投手的角色，接續後續的抗癌治療。

當然，如同大部份病友所擔憂的，病體是否能夠承受化學治療本身所帶來的副作用？的確這也是臨床上醫療團隊與患者面對

的挑戰。肺癌的化學治療藥物有相當多種，諸如鉑類、健擇、愛寧達、紫杉醇類、溫諾平、滅必治等等，在使用的選擇上可以合併兩種藥物或單一藥物使用，而不同藥物副作用就不相同，體內代謝途徑也不同，而健保對這些藥物也有不同的支付條件。故在藥物的選擇上必須因應每位病友的體力狀況、肝腎功能、腫瘤的組織型態、副作用的容忍度、健保是否有給付等等來選擇適合的藥物，這個決策的過程是相當複雜的，而也最考驗每一位臨床醫師的經驗與智慧。

筆者常跟患者比喻，化學治療常在傷敵一千前先自傷三百，也常常跟病友討論，體力與營養狀況會決定了化療副作用的大小，所以想要避免化學治療的副作用最重要的還是增強自己的體力和照顧好自己的營養狀況。最簡單的營養指標為每週測量一次的體重變化，而正常地進食三餐和多攝取高熱量高蛋白的食物正是最好培養體力和營養的方式。

化學治療一直在肺癌的治療上都有其無可取代的地位，而藥物的選擇以及如何避免副作用的發生，建議能夠多與醫療團隊多商量討論，而在高醫每一位醫師、護理師、個管師、或營養師都能夠提供良好的諮詢和建議。

化學治療之外的另一選擇 肺癌之標靶治療

胸腔內科 洪仁宇副教授 黃明賢教授



無法開刀的非小細胞肺癌病患，化學藥物的治療是一個將疾病控制下來的治療方式。只是傳統化學治療藥物的作用機轉，主要是干擾細胞的分裂增長來破壞癌細胞，但是除了癌細胞之外，身體的正常細胞也可能受到傷害，如骨髓造血細胞、口腔黏膜細胞或是毛囊細胞等。也因此，患者在接受化學治療後，比較容易會有口腔潰瘍、掉髮、免疫低下等副作用。

近十年來，醫界已發展出針對癌細胞量身訂做的「標靶治療」，意即選擇好癌細胞內的特定目標，用專一性的藥物攻擊這些特殊的目標來殺死癌細胞，但對正常細胞則不造成或是只有很低的傷害。

目前肺腺癌的標靶治療藥物主要針對的目標有二類，一是以抑制表皮生長因子受體酪胺酸活化酵素(EGFR-TKI)活性的藥物為主，另一類則是以抑制間變性淋巴瘤激酶(ALK)的藥物。

第一類抑制表皮生長因子受體酪胺酸活化酵素的藥物，台灣目前有三種：分別為艾瑞莎(Iressa)，得舒緩(Tarceva)及妥復克(Giotrif)。這三個藥物都是口服，一天一顆。目前只要是第3B期，或是第4期的肺腺癌病人，腫瘤切片檢體經EGFR基因檢測，結果呈現基因突變時，即可依此結果向健保局申請標靶藥物，在獲得允許之後，病患就可以使用該藥物。台灣的肺腺癌病患，約有60%左右的病人會有這一類藥物有效的EGFR基因突變。使用此類藥物後，對於有反應的患者，一般在兩個星期左右的治療，患者會感覺到症狀減輕，緩解因肺癌造成不適症狀的速度

較傳統化學藥物要快。這一類的藥物常見的副作用包括腹瀉、皮疹、皮膚癢、甲溝炎以及肝功能異常等。但這些副作用幾乎都是可逆性的，也就是在停止使用藥物之後症狀可以改善，甚至一些患者在繼續使用此藥物的情形下，副作用也會減緩甚至消失。

第二類抑制間變性淋巴瘤激酶的藥物，目前有標靶藥物，截克瘤(Xalkori)，也是口服的藥物，早晚各一顆，目前尚未有健保給付，病患須自費使用這一類的藥物。同樣的，如果病患腫瘤檢體的基因檢測，發現有ALK的基因突變時，對於這一類的藥物治療，就可能有會有效果。台灣的肺腺癌病患，約有5%左右的病人，會有這一類藥物有效的ALK基因突變。接受截克瘤治療的患者最常見的副作用包括視力異常、噁心、腹瀉、嘔吐、水腫和便秘。

另外一種是以抑制血管新生之機轉，進而抑制腫瘤細胞生長的藥物--癌思停(Avastin)，它已經被證實當與現行第一線化學藥物合併使用時，可以增加非小細胞肺癌病患對於治療的反應率與延長病患存活的時間。

雖然標靶治療可以有效控制癌細胞，但卻不是對所有的病患都有同樣的療效，甚至一開始治療有效的病人，肺癌細胞也有可能在治療一段時間之後會產生突變而重新生長，腫瘤變大甚至轉移。因此建議病患在接受治療之前，一定要先與醫師詳細討論，仔細評估基因檢查的必要性，及基因檢查的結果，來決定病患適用的藥物，尋找最適合的治療方式，達到控制癌症的目的。



肺癌病人之護理照護

護理部 許智翔個管師

根據衛生署資料，肺癌目前為癌症死亡原因第一位。肺癌治療日益月新，傳統的化學治療已經不是癌症治療惟一的選擇，目前肺癌常見的治療有化學治療、放射線治療、化學治療合併放射線治療、標靶治療，不同期別的肺癌會有不同的治療方式，目前所有的治療皆強調個人化治療。

當接受化學治療時，難免有不舒服的情形，常見的副作用有噁心、嘔吐、食慾不振、神經麻刺、骨髓抑制、腹瀉、掉髮、味覺改變等，居家照護可採少量多餐，飲食可以選擇自己愛吃的食物，避免高油脂（如肥肉）或辛辣，烹調方式也可以依照病人喜好作調整，勿食用生食，如生魚片或生菜沙拉等；若有腹脹的情形則應避免食用產氣性食物，如洋蔥、豆類、牛奶等食物。接受化學治療後，易造成免疫力下降，容易導致感染，建議避免出入人多的公共場所，外出時最好戴上口罩，同時應維持家裏整潔，並經常保持手部清潔，以減少感染的機會。

接受化學治療後亦應定期監測體溫，若有發燒的情形，可就近至醫療院所求診；定期接受門診血液追蹤，常白血球下降至一定程度時，醫師會開立白血球生成激素治療，以降低感染的危險性。若有腹瀉的情形發生，建議多攝取水份，減少體液流失，在沒有糖尿病、限水的情形下可以攝取運動飲料補充流失的體液。掉髮方面建議可以使用齒距較大的梳子，梳頭髮時可以減少拉扯，減少因拉扯而增加掉髮的情形。

標靶治療相較於化學治療有較少的副作用，目前標靶藥物選擇性很多，原理分為抑制表皮生長因子接受器(epidermal growth factor receptor, EGFR)及針對間變性淋巴瘤激酶突變

(anaplastic lymphoma kinase, ALK) 及抑制血管內皮細胞生長因子(vascular endothelial growth factor, VEGF)。目前健保給付標靶治療規範為IIIB期及IV期EGFR有突變之肺腺癌病患，健保有給付之標靶藥物有艾瑞莎(Gefitinib)、得舒緩(Erlotinib)、妥復克(Afatinib)，此類藥物常見的副作用為皮膚乾燥、紅疹、膿皰、腹瀉、甲溝炎、眼睫毛倒插的情形，較少見的副作用有肝功能異常、間質性肺炎等。

主要照護為皮膚護理，全身需定期擦拭保濕性高的乳液，減少皮膚乾燥導致皮膚乾裂的情形。保養產品也需視環境、天氣的不同而更換，以使用起來舒適為主。若皮膚發生膿皰的情形，可與醫師討論使用藥膏或至皮膚科門診求診；若有腹瀉的情形，可與醫師討論是否使用止瀉藥物，減少高油脂食物，以減少腹瀉情形。若發生肝功能異常時則需與醫師討論接下來的治療計畫。

放射線治療之副作用大部分為皮膚有乾燥或敏感的情形，嚴重的話會有破皮的現象。在放射線治療期間也會有吞嚥困難、喉嚨疼痛的情形。以上副作用也因目前醫療的進步而漸漸的受到控制，發生率也大為降低。居家照護於放射線治療後可以適時以乳液作皮膚保養，使用毛巾時輕輕的以按壓的方式擦拭，勿用力來回擦拭增加皮膚的傷害性。若有吞嚥困難、喉嚨疼痛的情形可適時的飲用冰涼果汁或水分，以減輕疼痛的情形。

雖然肺癌治療隨醫學的進步已由標靶治療取代傳統的化學治療，不僅增加了肺癌的存活率，也大大的提高肺癌病患的生活品質，但家人的支持與陪伴還是仍然是肺癌病患最期望的。

藥袋保健康，亂丟看光光

藥劑部

您曾打電話到藥局詢問關於藥品的相關問題嗎？聰明的您知道嗎？其實除了診間醫師或護理師有特別交代的藥物用法外，當您領藥時所拿到的藥袋上面也清楚標示了許多用藥相關訊息喔！

藥袋上標示著藥品訊息包括：「藥名」與「用法」告訴我們此藥品該何時吃？要吃幾顆？「用途」說明這藥品常見的適應症；「警語」提醒我們吃藥時要注意的事項，像嗜睡、頭暈、注意力不集中等，此時就應避免開車或操作精密儀器；「副作用」請不要過度地擔心害怕，因為藥品的副作用並不是每個人都會發生，只是提醒大家若服藥時有任何不適，儘快與您的醫師或藥師聯繫；「藥品外觀」記得在服藥前再次確認藥袋上藥品外觀的描述與藥品是否相符，並請在每次用完藥後將藥品放回原藥袋中，讓您可以為自己與家人的用藥把關。

藥袋上也標示著您的「姓名」、「年齡」、「性別」、「病歷號碼」、「看診時間」、「科別」與「醫師姓名」，在藥師核對您的健保卡與確認身份後，請再次自行核對一下，以保障自我的服藥安全。但近年來詐騙集團猖獗，有不肖人士利用民眾看診後隨手丟棄的就醫資訊，進行電話詐騙，為了保護個人隱私不被竊取，建議您在藥品用完

後，將藥袋上個人相關資訊進行銷毀。

此外，為了維護環境衛生，請勿將未用完或過期的藥品任意丟棄，請採取自行居家廢棄藥品處理：

- ① 廢棄藥水及沖洗藥罐的水倒入夾鏈袋中。
- ② 取出藥丸(去除鋁箔包裝及藥袋)放入夾鏈袋中。
- ③ 將泡過的茶葉、咖啡渣或用過的擦手紙或報紙與藥水藥丸混合。
- ④ 確實將夾鏈袋封口後丟入垃圾桶中，隨一般垃圾處理丟到垃圾車。
- ⑤ 乾淨的空藥瓶進行垃圾分類處理。

高雄醫學大學附設中和紀念醫院藥劑部為了能提供更多元的用藥資訊，除了於候藥區舉辦民眾用藥安全講座與播放自行拍攝的用藥安全宣導影片外，更配合院方宣導保障病人隱私之倫理海報活動，由藥師們共同精心製作了這張看似簡單卻有豐富訊息的海報，榮獲倫理海報評選第一名的殊榮。就是現在，請拿起您身邊的智慧型手機或平板電腦掃描QR code，除了明白保護個資安全不被看光光的重要性外，也讓我們一起探訪保障自己與家人健康的用藥相關資訊吧！

文字說明：陳宗賢

海報製作：陳宗賢、李佩育、侯吉蓮、曹惠良、許郁笙、黃仁治、蘇玉惠、游松益、吳佳德、楊瓊瑜



藥袋保健康 亂丟看光光

高雄醫學大學
KAOSIUNG MEDICAL UNI
地址：高雄市三民區

姓名：春天之子願
年齡：7個月 性別：男
科別：1502 家庭醫學
調劑時間：12/26 10:4

藥名/含量/單位：
■ Befon # (Baclofen)
中文藥名：倍鬆(美時化學)

用法：口服藥
每1天1次，每次1片
早飯後

用途：脊髓和大腦疾病或損傷
警語：可能引起嗜眠，避
副作用：意識混淆、頭暈
藥品外觀：圓形、白色、錠

4 連續處方箋調劑藥師：

注意事項：
(1)請核對藥袋姓名，並當
(2)請保留藥袋至藥品服用
(3)藥物諮詢及其他注意事項



藥您袋健康，資訊不可少
預防欺詐騙，隱私要做好

印度美食—品嚐你所不知的指尖滋味

國際事務處 王晏祺助理 高佳麟組長

近年來本校來自印度的外籍生陸續增加，常常可以在校園中看見他們成群結伴，乃藉由介紹印度當地的飲食文化，從生活飲食的角度剖析印度人的生活方式，拉近臺灣人與印度人的距離。

印度是世界上最古老的古文明之一，也釀造出豐富的印度飲食文化，印度特別的飲食常讓初來乍到的外國人驚訝不已。

印度人做菜喜歡用調味料，例如咖哩、辣椒、黑胡椒、豆蔻、丁香、生薑、大蒜、茴香、肉桂等，其中用得最普遍的是咖哩粉。印度的咖哩粉是用胡椒、薑黃和茴香等二十多種香料調製而成，每道菜的調味料都不下十種，舉凡日常所食幾乎都會使用，咖哩雞、咖哩魚、咖哩飯、咖哩湯等，在印度人的生活中，他們早已在日常的烹飪中熟練使用各種繁雜的調味料，造就出印度菜神秘而豐富的味道。

在印度飲食中，時常以米飯或是印度烤餅為主食，米飯較台灣米細長，顆粒也較小；烤餅有分北印度跟南印度，南印度喜愛吃甩餅(Roti)，北印度則以吃拉餅(Naan)為主，看似平凡無奇的餅皮，卻有超過四、五十種的烹調方式，搭配其他料理一同食用，是在印度非常普遍的吃法。

若首次想挑戰品嚐印度料理，以下幾類料理可以嘗試看看，例如開胃小吃(Papad)、印度爐燒烤(Tandoor)、甜品(Gahi)等，每類料理變化多端，每每讓人無從選擇。吃完之後，印度人最後都喜歡點上一杯印度拉茶(Masala Chai)。印度拉茶也稱作印度香料奶茶，主要制作方法是在熱水加入紅茶、薑和羊奶一同燒開，最後放入馬薩拉調味料即可飲用，在的印度餐廳常常可以看到愛作秀的廚師，將茶水在兩個茶杯間來回傾倒，展示拉茶的動作，除了增添趣味，也能更加提升拉茶的香味，被奉為印度的國民飲料。



印度由於宗教的原因，讓擁有九億人口的印度其各地區的飲食習慣不盡相同。虔誠的印度教徒絕對不吃牛肉，因為牛被印度教奉為神牛，回教的穆斯林不吃豬肉，但可以吃牛肉，因此殺牛和吃牛肉常常成為印度教徒和穆斯林衝突的導火索。印度教徒占印度人口的大多數(82%)，吃牛肉是禁忌。

很多人聽說過印度人用手吃飯的印象，如果去印度人家裡做客，都想要體驗手抓飯的樂趣。雖然目前在許多正式場合，印度人已經開始用刀叉吃飯，但在私底下，他們仍然習慣用手抓飯吃，手抓飯是印度人長久以來的用餐習俗，吃飯前他們會先將手洗乾淨，再準備用餐，也正因為這特別的習慣，使得印度菜大部分都被製作成糊狀，方便於用手抓餅卷著或是抓米飯拌著吃。過去印度曾經是英國的殖民地，受到英國文化影響，英式飲食習慣也融入日常生活之中，現今的印度菜已演化成「印西合璧」。

印度飲食在世界上獨具特色，若有機會能踏上這個眾神居住的神奇國度，一定要把握機會去品嚐、體驗及感受印度的飲食魅力，豐富多變的印度美食如同一場視覺與味覺交錯的冒險嘉年華，與眾不同的印度香料每每讓嘗試過的外國訪客烙印下深刻的指尖滋味。

醫師的爸爸

骨科部 陳志鎧醫師

「最近起床的時候，頭好像都有些暈暈的，不知道是什麼毛病？你有空，陪我去看個醫生？不然我都聽無醫生在說什麼。」在小周末夜，爸撥了通電話給我。

「嗯……」，我看著桌上下週晨會要報告的案例，以及長長待入院和已住院的病人名單，我推算著下週，什麼時候可以偷閒一下。

爸媽的教育程度不算高，但從小就很重視孩子們的教育。家裡開公司的，不過爸媽在忙總會空出一個人，載著我去趕七點半的上課；五點的下課鈴一響，也老遠就見他們在校門口等著了。去才藝班修習，課堂上所

沒有教的才藝，去戶外採集完成暑期作業；到了我北上重考醫學系，每隔幾個周末就上來，看我適應的好不好？他們總希望能陪著我長大，從不假手他人或「他車」。

有人說，當醫師的爸媽很幸福，因為好像有了台自動提款機？也有人說，當醫師的爸媽很特權，因為碰到生病，總有個人可以幫忙？但你可曾想過，每一位醫師也有「兒子」、「女兒」的身分，而終日奔波在門診、開刀房和病房之間，他們究竟何時能稱職的擔綱演出呢？「今之孝者是謂能養，至於犬馬皆能有養。」而這些竟是身為醫師的我們，也是為人子女最多也是最卑微能做到的「孝道」。

「哈！沒關係啦！不要擔心！我是醫師的爸爸，比醫師更厲害的。」爸感覺到我的遲疑，在電話那頭，朗朗的笑說著。

也許，爸爸需要的不是一個當醫師的孩子，只希求個能陪他通通電話，在身體微恙時，能陪他去看病的孩子。

無奈，當醫師的我卻給不得！



爸依舊精神奕奕，但髮鬢已斑駁



六年前，從高醫畢業，爸神采飛揚的笑著



「蛋蛋的哀傷」：小孩睪丸扭轉急症

文／泌尿科 李政學醫師 攝影／周以和教授

「醫生，我的蛋蛋好痛！」在急診聽到病人這樣的主訴，醫師往往會提高警覺，因為「睪丸扭轉」是泌尿科的急症，必須盡早處理，反則不僅會傷了蛋蛋，更可能影響將來的生育能力！

發生睪丸扭轉的原因仍未十分明確，除了先天的構造異常之外，也和青少年時期睪丸的快速成長、提睪肌收縮較強有關。常發生在激烈活動後，但也有人是在睡覺中發生。當懸掛睪丸的精索發生扭轉，裡面的血管會受到壓迫而阻塞。常見的症狀包括陰囊疼痛、噁心、嘔吐等等。

泌尿科醫師除了利用理學檢查作初步的診斷之外，抽血驗尿也可以幫助排除其他的問題，例如睪丸發炎。彩色都卜勒超音波仍然是診斷的最重要工具，在睪丸扭轉時，血流量會降低，甚至偵測不到血流，特異性與敏感性約在85%至95%之間。另外還可執行睪丸核醫同位素掃描，但並非作為第一線的檢查工具。

如果高度懷疑是睪丸扭轉，則必須馬上進行陰囊探查手術，盡早將扭轉矯正回來，則保有睪丸功能的機會愈大。若是睪丸已經因為缺血而壞死，就必須要進行睪丸切除手術。

所以，當小朋友睪丸疼痛的時候，父母要提高警覺，盡快至泌尿科就醫，早期診斷、早期治療，才能避免「蛋蛋的哀傷」！



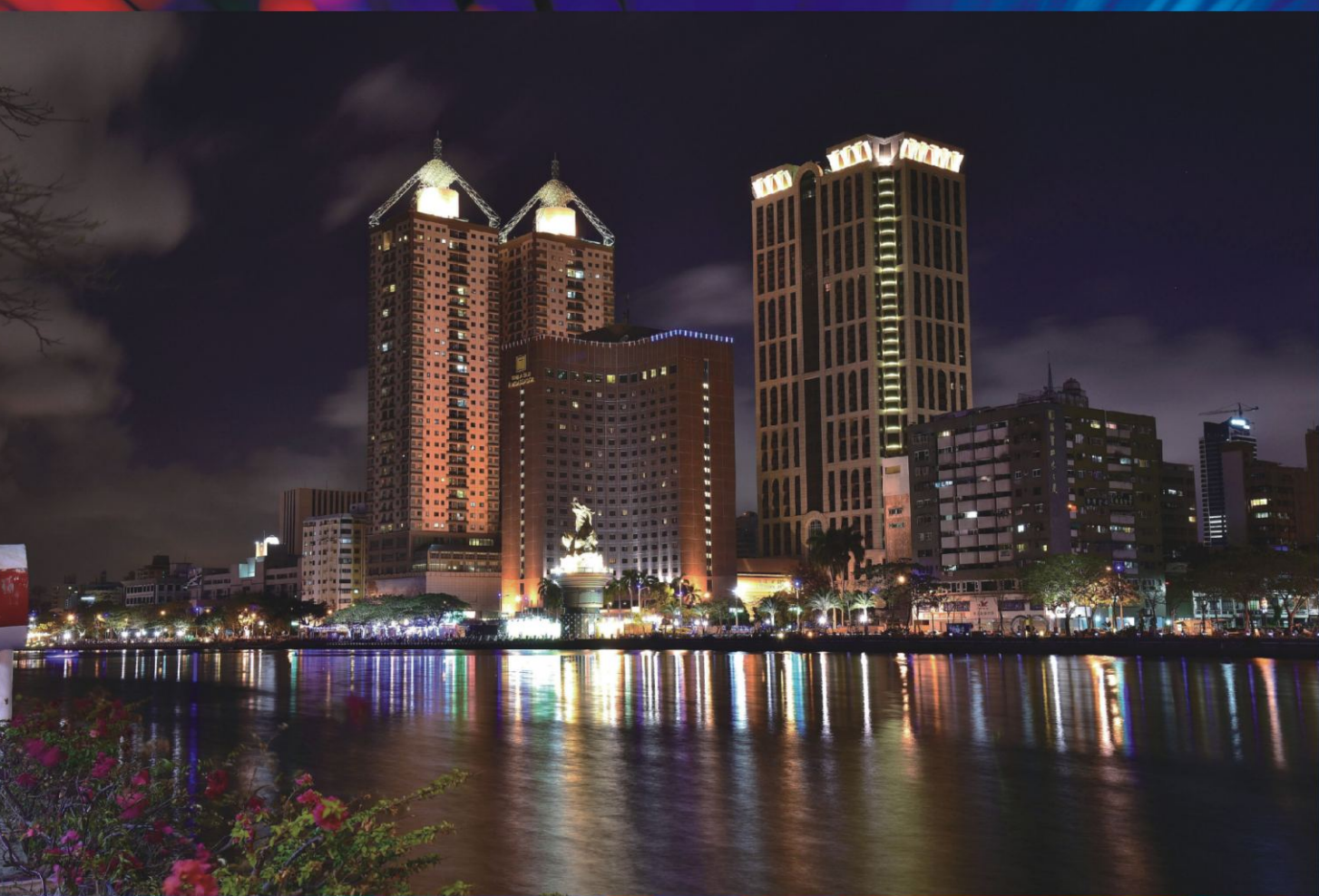
高醫賴文德院長及四位副院長在104年6月16日附設醫院58週年院慶典禮中，共同演唱著名歌手蘇芮的歌曲「因為你因為我」，藉此代表全院同仁答謝國家、社會、長官及同事對高醫的疼愛。如歌詞所述「就讓一切因為您、因為我，用雙手編織夢，就讓一切因為您、因為我，讓世界充滿更多愛的感動」，就讓一切因為您、因為我，讓高醫的未來更美好！



世界知名美國哈佛大學「鱷魚合唱團」，應高醫邀請於6月2日蒞校進行巡迴演唱。當天下午在附設醫院大廳，以男聲a cappella(無樂器伴奏音樂形式，僅由人聲來哼唱出旋律與節奏)，配合自創輕快舞步，表演膾炙人口的中英文歌曲，讓現場民衆一飽耳福。

愛河夜景

攝影/文字 耳鼻喉科李家和副教授



高雄市的愛河歷經多年整治，已脫胎換骨成為充滿生命力的地標。尤其五福路橋出海口一帶至七賢橋河段景緻秀麗，夜間坐太陽能動力船遊河，是本市最具吸引力的活動之一；晚上的愛河沿岸有咖啡座，沿岸羅曼蒂克之步道也成了情侶及市民們的最愛。夜間攝影利用能見度佳之時間及地點，抓住了愛河最嫵媚的時刻。

(Nikon D750, Nikkor 24-120, F11, 13秒)

溪遊記

夏日炎炎，溪中捕魚蝦是許多人的小時候快樂回憶，
現在此景象已經愈來愈稀少了，
希望借由此畫喚起大家快樂的回憶。
本圖是用自然的真花真葉構圖而成的。

押花創作／賴慧娟 校友



歡迎來函索閱

國內郵資已付
高雄郵局
許可證第25號
南台字第23號



高醫總機電話：07-3121101 服務台 轉5252 • 5255 • 5257 網路掛號網址：www.kmuu.org.tw
24小時電話語音掛號：07-3218753 • 07-3208181 健康檢查專線：07-3208269 (日)
病友服務室：轉診轉檢檢體代檢專線：07-3208143