



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 152

蔡長海題

看醫療之廣 · 取健康之鑰 · 品生命之美

健康 關懷 創新 卓越 | 2016 3月

精神變奏曲

戒癮 一場長期的戰爭
焦慮 令我似乎渾身是病
躁鬱 情緒坐上雲霄飛車
憂思如焚 身心健康的暗敵
憂鬱 身體莫名不適是危險訊號
心理治療 解開心結的一把鑰匙
整合性的治療 有效對抗憂鬱症
駕馭網路 突破「迷網」與「迷惘」
思覺失調症 必要時可申請居家治療
身不由主的莉莉 一位強迫症患者的困境

獨居長者的暖暖包 「愛·互聯」長大了

中國醫訊 第一五二期

March 2016



中國醫療體系月刊

發行人 蔡長海
 社長 周德陽
 副社長 林瑞模 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 陳于媯
 編輯委員 田霓 李育臣 呂孟純
 何茂旺 林彩玫 林聖興
 洪靜琦 陳安琪 陳素靜
 陳靜儀 莊春珍 張美滿
 張桂薰 黃郁智 蔡岑璋
 蔡教仁 劉孟麗 劉淨儀
 美術編輯 盧秀禎
 美術設計·印刷 昱盛印刷事業有限公司
 創刊日期 民國92年8月1日
 出刊日期 民國105年3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2987
 網址 <http://www.cmuh.cmu.edu.tw>
 電子報訂閱
 院內員工投稿 a4887@mail.cmuh.org.tw
 讀者意見信箱

編輯檯

本期醫訊的醫療衛教以「精神變奏曲」為主題，精神醫學部的醫師們在百忙中撥空撰文介紹多種常見的精神疾患，包括憂鬱症、躁鬱症、焦慮症、強迫症、成癮、沈迷網路、思覺失調症與心理治療等，在編輯時，從醫師們冷靜的分析與專業的論述中，也能深深體會那種因心靈枷鎖而來的痛苦，是何等巨大而沉重。

尤其看到吳博倫醫師寫的「身不由主的莉莉」，他以第一人稱筆法分別從莉莉、家人和旁觀者的自白，如實呈現了一位強迫症患者的困境，感受更是深刻。很多人美好的外表下，隱藏著一顆脆弱扭曲而無助的心，所衍生出的失控行為，不但摧毀了自己的人生，令家屬跟著受累，也可能影響第三者。

但這些問題並非無法解決，只要能勇敢面對，積極就醫，醫師是有辦法把你從困境中救出來的。例如一般精神科蘇冠賓主任提到針對憂鬱症的整合性療法，張俊鴻醫師提到對思覺失調症患者的居家治療，成癮防治精神科黃介良主任提到對成癮者不同階段的醫療處置，洪崇傑醫師提到各種心理治療技巧，王明鈺醫師提到防治網路成癮的策略等等，都能讓患者在山窮水盡疑無路之際，看見柳暗花明又一村。

我們同時報導了在農曆春節前，中國醫藥大學附設醫院與企業及公益團體共同關懷獨居長者的活動，串愛互聯是「愛·互聯」平台的宗旨，而疼惜弱勢，投入公益，把對病人的關懷擴展到更多需要的地方，善盡企業社會責任，也正是本院今後戮力發展的方向之一。

因為有人，因為有愛，因為有行動，無論是醫療的巍巍巨塔或企業的鋼筋鐵骨，都會散發出溫柔美麗的光輝，而這正是善的彰顯。

胸腔鏡微創手術 外科手術新契機

傳統胸腔手術傷口長達2、30公分，除了難以忍受的疼痛之外，經常引發病人呼吸功能的障礙，甚且導致肺部感染。

胸腔鏡微創手術僅需利用2-3個1公分左右的傷口，即可切除腫瘤，減少出血及術後不適。

胸腔鏡手術應用於多科整合團隊治療

- 自發性氣胸手術
- 縱膈腔腫瘤手術
- 肺部手術
- 食道癌手術

詳情請洽中國醫藥大學附設醫院 胸腔外科



愛·互聯

- 03 **獨居長者的暖暖包 「愛·互聯」長大了！**
文／陳子為

- 07 **以台積電志工社為師**
文／行政管理室

醫療之窗：精神變奏曲

- 09 **整合性的治療 有效對抗憂鬱症**
文／蘇冠賢

- 12 **戒癮 一場長期的戰爭**
文／黃介良

- 15 **焦慮 令我似乎渾身是病**
文／廖俊惠

- 16 **躁鬱 當情緒坐上雲霄飛車**
文／廖俊惠

- 18 **憂鬱 身體莫名不適是危險訊號**
文／陳逸婷

- 20 **心理治療 解開心結的一把鑰匙**
文·圖／洪崇傑

- 23 **駕馭網路 突破「迷網」與「迷惘」**
文／王明鈺

- 27 **思覺失調症 必要時可申請居家治療**
文／張俊鴻

- 30 **身不由主的莉莉 一位強迫症患者的困境**
文／吳博倫

中醫天地

- 33 **憂思如焚 身心 康的暗敵**
文·圖／陳亮宇

體系風雲

- 36 **本院神經精神醫學中心林欣榮院長
榮膺美國科學促進會院士**

- 37 **中國附醫家庭日 義賣圓夢做夥來**
文／陳子為

陽光筆記

- 39 **志工關懷行動派 緩和醫療病房添暖意**
文·圖／葉嗣宏

分享平台

- 40 **學生的筆記**
文·圖／沈成忠



樂活生醫

- 41 改善退化性關節炎 幹細胞研究的新進展
文／蔡榮廣 審稿／徐偉成 圖像設計／林世豪

健康情報

- 45 軟組織超音波功能強大
檢查與介入性治療的臨床應用
文·圖／吳威廷

藥物園地

- 48 老來焦慮真難過 妥善用藥有訣竅
文／張敏桂

飲食養生

- 52 緩解經前不適 維生素 B1、B2 是益友
文·圖／吳素珍

新聞集錦

- 55 乾癬性關節炎 乾癬病人另一大患
文／編輯部

- 56 心律不整亂亂跳 電燒終結老毛病
文／編輯部

病人安全

- 57 105-106 年臺灣病人安全 8 大目標
推行策略與現
文·圖／洪千惠·彭碧怡

心情電波

- 60 世界精神醫學的未來
參與活動籌備後記
文·圖／張倍穎

- 62 我們在馬拉邦山與雪相遇
文／洪靜瑋



「愛·互聯」長大了！ 獨居長者的暖暖包

文／陳于嬌 攝影／盧秀禎



讓我們以溫暖的心迎接五福臨門

台積電志工社發起「愛·互聯」，由中國醫藥大學附設醫院，由鉅建設林增連慈善基金會、老五老基金會與牙醫師公會攜手成立的中區平台，展開積極行動，今年農曆春節前，舉辦了關懷獨居長者與育幼院院童的「一日祖孫情·一生傳世愛」活動。台積電志工社社長張淑芬女士也前來向長者們賀年，看到長者們被照顧得無微不至，她感動地說：「社會上有愛心的人這麼多，讓『愛·互聯』長大了。」

「一日祖孫情·一生傳世愛」活動1月28日在中國醫藥大學附設醫院舉辦，為了投長者所好，營造懷舊氣氛，醫院人員絞盡腦汁將會場布置成臺灣早期過年的喜氣洋洋，春聯、燈籠、字畫，仿磚牆設計，甚至還出現張貼著老電影海報的「中國大戲院」，鋪天蓋地的紅，令人彷彿跌進了時光隧道。

這天的貴賓是住在臺中市北區、石岡區的30多位獨居長者，以及育幼院院童，主辦單位不僅以專車挨家挨戶的接送，還出動了兩百多位志工和護理師，每位長者身旁至少都有一位志工陪伴，醫院附近的奧克蘭幼稚園也帶著小朋友來表演逗趣的舞獅，唱唱跳跳，活潑可愛的模樣，令阿公阿嬤們笑開懷。



「一日祖孫情」活動是無數愛心的結合



長者們需要的是關懷與陪伴

本院將持續對獨居長者加強照護

中國醫藥大學附設醫院周德陽院長表示，張淑芬社長3年前發起「愛·互聯」之後，在她的領導和規劃下，已經開花結果。「愛·互聯」中區平台的夥伴們十分用心，如今在臺中收案服務的長者已達303位，占大臺中獨居長者人數的11.6%。中國附醫繼去年提供獨居長者到宅訪視、24小時健康諮詢專線、接送行動不便者就醫與住院醫療協助、緊急狀況處置與後送、優免掛號費及部分負擔費用、補助醫療費及看護費等措施之後，今年將持續加強全方位的照護，只希望他們平安健康。

林增連慈善基金會是「愛·互聯」中區平台的重要推手，由鉅建設林嘉琪董事長說，

企業有其應負的社會責任，剛決定參與「愛·互聯」時，她十分惶恐，不知如何著手，但是投入之後，她發現能與醫護人員、志工和個案管理師一起為共同的目標努力，是十分美好而快樂的。

讓和諧與溫暖在社會上散播開來

「愛·互聯」的源起是台積電員工於2013年12月捐贈愛心到宅車給華山基金會，台積電志工社社長、張忠謀董事長的夫人張淑芬女士在贈車典禮上發現幾位高齡長輩沒有牙齒卻無錢就醫，於是積極串聯企業、醫界與社福單位，要讓獨居長者獲得更多更好的醫療服務。2014年8月，「愛·互聯」中區平台成立。



幼稚園小朋友充滿童趣的表演



「中三三小集」合唱祝編長者新年快樂

張淑芬社長先向所有獨居長者拜年，她說她的心中充滿了感恩，因為社會上有愛心的人這麼多，讓「愛·互聯」長大了。她形容這就像母雞在臺中生了一個蛋，林嘉琪董事長不僅親身參與，也找來醫院等熱心人士來幫忙孵育，當小雞長大了，生出更多的蛋，也將有更多需要幫助的人因而受惠。

她表示，大家在電視上經常看到一些亂象，其實很多有愛心的人正在各角落默默付出，就像這次活動一樣，長者與小孩在一起，分享快樂分享愛，顯得格外動人，希望這種和諧與溫暖的氛圍能夠在社會上散播開來。

集眾人之力使小火苗長成大火炬

老五老基金會游麗裡執行長說，基金會志工穿著紅色背心，寓意是要以火熱的心做善的事，她相信在眾人扶持下，小火苗必有茁壯成大火炬的一天。

臺中市社會局廖宗侯主任秘書表示，林佳龍市長上任後就推動「志工臺中」、「志工首都」，呼籲企業與民間團體共同幫助有需要的人，「一日祖孫情·一生傳世愛」活動就是很好的印證，證明社會上充滿了愛的活力。

一日祖孫情將暖流注入長者心中

楊麗慧副院長表示，每年農曆春節，老五老基金會與中國醫藥大學附設醫院都會為獨居長者送年菜，今年募集了1500份，除夕前一天就會把熱騰騰的年菜送到長者家中。她認為孝道日趨式微，「愛·互聯」中區平台將到每一所國小透過愛心媽媽工作隊，向小朋友弘揚孝道觀念，為此已製作了可愛的動畫，此外醫院還有開辦日間托老中心的構想，但空間難覓，要拜託社會局協助解決。



醫師也在會場幫長者解答醫療方面的問題。



「愛·互聯」帶給獨居長者滿滿的感動



周德陽院長：「請放心，醫院會好好照顧你們的健康！」



楊麗慧副院長：「阿嬤！看到您開心，我們更開心。」



世間最美的風景就是利他之愛！

亞洲文化藝術協會臺灣基金會中部三三小集（簡稱中三三）一向熱中於慈善活動，當天以優美的歌聲為「一日祖孫情」活動注入暖流，張淑芬社長和林嘉琪董事長也加入合唱行列，祝福長者們新年快樂。

到了中午，獨居長者、育幼院院童與志工及工作人員一起在醫院圍爐，享用營養師精心製作的可口餐點，周德陽院長與張淑芬社長、林嘉琪董事長逐一與長者及院童寒暄問好，並發給紅包添喜。當他們即席對著長者高唱「月亮代表我的心」，長者們眉開眼笑地跟著打拍子。一位阿嬤說：「今天真的很幸福，我好久不曾這麼笑得這麼開心了！」🍵

以台積電志工 為師



1月28日，屬於「愛·互聯」中區平台的中國醫藥大學附設醫院與林增連慈善基金會、老五老基金會，共同舉辦了關懷獨居長者的『一日祖孫情·終生傳世愛』活動。愛互聯公益平台是由台積電張忠謀董事長的夫人張淑芬女士發起，為的是讓獨居老人獲得更多社會的關愛與醫療服務，台積電志工社不僅列入專案執行，並在臺北、新竹、臺中與花蓮設置據點，與當地公益團體及醫療院所合作，共同照護獨居長者。

組織如此完善且富執行力的企業社團，足為楷模，很值得正積極發展企業志工的本院學習。台積電志工社李正凱經理當天下午應邀為同仁分享「台積電志工快樂行」歷程時，我們從中看到今後可以努力的方向。

台積電志工型態，多元而豐富

李正凱經理說，台積電鼓勵員工參與社會公益活動，張淑芬女士更出任台積電志工社社長，在她的帶領下，志工社除致力於推廣教育文化、援助弱勢、推動節能環保及落實社區關懷，並提供多元管道，鼓勵擁有高科技水準的員工投入服務，其志工型態包含導覽志工、導讀志工、節能志工、社區志工、生態志工及廠區專案型志工。

導覽志工 推廣科學教育

台積電鼓勵員工帶著就讀中學以

上的孩子，共同投入志願服務，成為推廣科學教育的種子推手，進而增進親子關係，也讓回饋社會的精神向下扎根。台積電文教基金會後來又陸續邀請企業夥伴加入志工行列，包括世界先進、采鈺科技等，為導覽志工增加另一批生力軍。現在導覽志工人數為5660位，總服務時數逾6萬個小時。

導讀志工 散播知識種子

台積電每年號召逾百名志工進入校園說故事，共有2444位志工與眷屬參與，累積服務時數約4萬個小時，



發展企業志工，台積電志工社的經驗可供借鏡。(攝影/游家鈞)



同仁認真聆聽，從中學習。(攝影/盧秀敏)

服務學生近 1 萬 5000 名。此外，持續贊助天下雜誌教育基金會「希望閱讀」計畫，每年捐贈 2 萬本書至 200 所偏遠小學，共計捐贈 13 萬冊圖書，為弱勢學童搭起通往世界的橋梁。無私的熱情服務，深受學生歡迎，也多次受邀到其他團體分享導讀實務與方法，將導讀的種子散播到社會各角落。

節能志工 守護地球資源

節能志工於 2008 年至今，服務時數總計超過 3100 小時，共提出 258 項環境安全改善建議。近期除提供重點式的節能檢測及改善方案外，亦新增教育宣導，以活潑互動的方式向學童傳達環境保護與珍惜能源的概念。節能志工並到大型教學醫院，提供用電安全與電量節能建議，本院也受惠良深，在節能用電方面為地球盡一份心力。

社區志工 關懷社會弱勢

社區志工至今已有 1913 人次投入社區志願服務，總服務時數達 1 萬 8976 小時。社區志工以服務榮家老人及德蘭兒童中心的小朋友為主，透過定期活動，志工與榮家長輩、德蘭孩童緊密結合。

生態志工 推動自然保育

台積電號召對生態環境有高度興趣的員工擔任生態解說導覽員，將豐富的生態環境與知識介紹給偏鄉孩童、鄰近學童與參觀民

眾，為自然生態維護付出心力。

廠處專案志工

台積電各廠處規劃了多元豐富的公益活動，無論環境保護、節能推廣、弱勢關懷、教育推廣、助農助工、愛心捐助等，都能看見台積電志工的身影。各廠處與時俱進，不斷提供更好更創新的服務。

在別人的需要上，看見自己的責任

藉由李正凱經理的經驗分享，我們從影片中看到台積電員工參與各項志工活動時，每個人都顯得快樂與滿足，是「助人為快樂之本」的最佳寫照。楊麗慧副院長說，有一顆快樂溫暖的心，才能創造自己和別人的幸福，每位同仁若能拿出自己小小的力量，便可聚沙成塔，發揮群體之力，讓愛延續下去。

周德陽院長勉勵同仁效法台積電志工的精神，密切合作，發展更多元的志工服務，在服務中，自己也能學習與成長。他期許同仁自動自發地參與志工行列，在別人的需要上，看見自己的責任，這種無私的愛正是提升社會向上的力量。🌱

參考資料：

http://www.tsmc.com.tw/chinese/csr/volunteer_fab.htm

整合性的治療 有效對抗憂鬱症

文／精神醫學部 一般精神科 主任 蘇冠賓

媒體大幅報導，在去年暑假的兩個月內，有4位臺灣科技菁英英年早逝，其中2位疑似自殺，且年齡都未滿50歲。美國知名影星及喜劇天才羅賓威廉斯前年自殺身亡，震驚世界，事實上，羅賓威廉斯儘管積極延醫，仍無法治癒他的憂鬱症。顯然，目前醫學對「治癒憂鬱症」仍束手無策。

根據全世界最大規模的憂鬱症臨床研究 STAR*D 的結果顯示：4000 多位憂鬱症病患在為期3個月的第1線抗鬱劑嚴謹治療下，只有27%病情緩解；而且當病患很合作地接受為期1年「4階段、合併藥物及非藥物的治療」之後，竟仍有1/3未獲改善！

接受適當治療的憂鬱症病患 <1/10

憂鬱症是21世紀的「健康殺手」。根據世界衛生組織的報告，憂鬱症、癌症與愛滋病是本世紀戕害人類健康，造成人類失能的3大疾病。憂鬱症比糖尿病或高血壓來得更「流行」，但卻常常被忽略，也很少被早期發現。憂鬱症會造成患者自尊的喪失、酒精及藥物的濫用、身體健康的惡化，以及人際關係與生活品質的破壞。根據統計，約有2/3的憂鬱症患者曾經企圖自殺，而1/10的憂鬱症患者不幸死於自殺。

儘管憂鬱症有很高的盛行率和死亡率，對患者及家屬造成巨大的身心傷害，令人

意外的是，接受適當治療的患者竟然不到1/10。憂鬱症很少被正確診斷及治療的原因很多，包括：1. 患者常常不覺得自己「憂慮」，反而較常以「非特異性的身體症狀」，例如胸悶、疼痛、失眠、疲勞等來表現；2. 憂鬱症患者儘管處在「崩潰」邊緣，仍能努力維持一般生活運作，使得周遭親友無法察覺；3. 憂鬱症的病理特質常被誤解，有時甚至就連精神科及心理衛生工作人員也會有不正確的觀念及態度，包括「憂鬱症是壓力造成的」、「意志力不夠堅強的人才會得憂鬱症」、「重鬱症患者不應該從事高度壓力性的工作，例如老師、醫護人員」等等，這些都是一般人對於憂鬱症很常見的誤解及迷思。

不要以為心情不好才是憂鬱症

「心情不好」是一般人遇到重大壓力或失落的「正常」反應，隨著事過境遷，內心的傷口多能順利復原。根據英國的研究，「心情不好」的受試者多半不是臨床上的憂鬱症，但令人驚訝的是，在一個涵蓋 15 國的跨國性研究中顯示，有半數的憂鬱症受訪者表示自己只有身體上（而非心理上）的不適。

憂鬱症的診斷並不容易，需由受過精神醫學專科訓練的醫師，評估病患的精神病理，再以國際診斷標準來佐證，過程相當嚴格。簡單來說，在憂鬱症發作時，有些病患會覺得情緒極度低落，幾乎一整天都感到心情鬱悶；有些病患並不覺得心情不好，只是對日常活動失去興趣或感受不到樂趣；有些病患會體重減少，有些則用暴飲暴食來發洩情緒，導致體重大幅增加；有些病患睡眠障礙，晚上失眠，白天卻嗜睡；有些病患精神和活動都變得遲滯，有些則是變得很躁動。

在東方社會，非常多病人是以身體症狀來表現（如：疼痛、胸口沈重、全身痠緊、腸胃躁動等），他們往往會覺得疲累或失去活力，無法專心或集中注意力。比較嚴重的病患則有「無價值感」或莫名的罪惡感，想到死亡或反覆出現自殺意念，甚至擬訂具體計畫。

患者發病時，身心會有極嚴重的不適，足以影響到工作及生活功能，造成思考及行為上的障礙，可能出現自傷或傷人的危險。他們除了無故心情低落外，生活也好像束縛在無形的牢籠之中，喘不過氣來，對外界的



蘇冠賓主任（後排左 4）和國際傑出學者在 2012 年成立國際營養精神研究學會（蘇冠賓提供）

看法就像戴上墨鏡一般，看凡事盡皆黑暗，沒有一件事能引起他們的興趣，以致度日如年。

改善憂鬱症要從日常生活做起

很多病人會問醫師：「除了吃藥，還有沒有其他輔助的方法可以改善病情？」「運動、陽光、吃魚，到底對憂鬱症有沒有幫助？」

正統醫學首重實證，在所有憂鬱症的治療中，以抗鬱藥物的實證研究資料最為豐富，再加上臺灣在健保制度的限制下，現行治療也大多集中在藥物的使用。然而，憂鬱症是複雜的疾病，藥物常常無法提供令病患滿意的治療成果，為了改善療效，當前世界趨勢已經朝向憂鬱症的整合性治療，包括合併心理（壓力管理、認知重建）、社會（人際互動）及生活型態改變（光照療法、運動、營養療法）的多方位介入。

營養療法的臨床研究成果豐碩

在營養療法方面，筆者所領導的「身心

介面研究室」，是國際間研究 n-3 脂肪酸（俗稱深海魚油）用做抗鬱療法的知名團隊，已率先發表數個「證實深海魚油抗鬱療效」的研究，分別發表在著名的《分子精神醫學》、《生物精神醫學》、《臨床精神醫學》及《歐洲神經精神藥理學》期刊，這些研究至今已被引用超過 1000 次，並為歐美憂鬱症治療指引所引用，成為國際間深海魚油在憂鬱症治療上的先驅。

近年來，「營養精神醫學研究」極受重視，筆者和這個領域的國際傑出學者，在 2012 年成立國際營養精神研究學會，並在 2015 年成立臺灣分會，目的在推動營養科學在精神醫學上的應用，以提供病患更多有效的療法。除了魚油之外，維生素中的 B1、B9、B12 及維生素 D、S-腺苷基甲硫氨酸

（S-adenosylmethionine，簡稱 SAMe）、膽鹼、鐵質、鋅及鎂，也都有充分的研究支持其抗鬱功能。

本院正在進行多項抗鬱臨床研究

本院身心介面研究室的團隊，不但利用 n-3 脂肪酸做為創新療法，更進行多項抗鬱臨床研究，例如傳統醫藥針灸療法、生活型態計畫、經顱磁波刺激術等，但是受限於國內健保制度及衛生法規，治療大多僅能在實驗計畫中進行。期待臺灣的學術界和衛生主管機構，儘速推動「整合性、全面性」的治療模式，讓醫療人員有更充足的武器和病患共同對抗難纏的「憂鬱殺手」。



本院身心介面研究室舉辦第 5 屆國際研討會，30 多位國際知名學者來台交流分享憂鬱症的整合性治療研究成果。（蘇冠賓提供）

戒癮

一場長期的戰爭

文／精神醫學部 成癮防治精神科 主任 黃介良

戒菸是世界上最簡單的事，我知道，因為我已經戒了幾百次了！

(Giving up smoking is the easiest thing in the world. I know because I've done it thousands of times.)

美國文豪馬克吐溫這句看似幽默的名言，卻真實的描述出成癮者面對戒癮的可能困境。成癮者可能有 100 次的戒癮，而這代表了 99 次的復發以及不甚樂觀的前景，就連第 100 次都可能以失敗作結。復發在成癮者當中是十分常見的現象，也會造成非常大的影響，家屬常常覺得患者的癮很難戒掉，有一大部分的原因是成癮會一再復發。每一次接受治療，成癮者及家屬總希望這一次能夠百分之百戒癮，但在不斷復發之下，一再的期待換來一再的失望，往往使得成癮者及家屬最後索性放棄治療。

醫學上所謂「成癮」，可以視為一種行為失去控制的情形。以酒精相關的行為為例，酒精會有耐受性，以致酒越喝越多；會有戒斷症狀，不喝酒就不舒服；花費大量時間用以取得酒、喝酒或處在酒醉的狀態；因喝酒而減少或放棄重要的事務；對於酒精持久的渴求已失去控制；即使出現生理或心理不適，

仍然持續喝酒；家庭、學業、工作等各方面的功能，因喝酒而下降等等。

成癮是諸多因素匯集的結果

成癮的原因非常複雜，涉及生理、心理與社會層面。在生理方面，比如很多人早上就需要來一杯香濃的咖啡（或茶）才能提振精神，有些人則需要更多咖啡（或茶）來滿足身體需求，還有少數人必須隨時有咖啡在手，否則血中咖啡因濃度下降，就會出現不愉快或難以忍受的焦慮、易怒、坐立不安、渴求咖啡等症狀。

在心理方面，成癮物質本身有特定的藥理效果，會帶給使用者愉快的感覺，不僅是處於緊張、煩悶、憂慮等情境，會產生想使用成癮物質的念頭，即使是在心情大好的時候，照樣會使用成癮物質來助興，久而久之便成為習慣。很多成癮者還會合理化自己的成癮行為，或是拖延戒癮的行動，因此我們





常常聽到成癮者說：「讓我再用最後一次」、「我明天開始戒酒，今天是喝酒的最後一天了」、「我喝一點點不會有人發現」等等拖延之語。更甚者，有些成癮者如果不使用成癮物質就會產生戒斷症狀，這種心理壓力使得他們不敢採取戒癮行動。

在社會方面，吸菸行為包含了很多複雜的因素，例如聚會與交際應酬等社交場合、朋友的邀約、從眾的壓力（大家都用）等社交互動需要，也會導致菸癮難以戒除。

別讓你的大腦被成癮物質綁架了！

成癮被視為一種慢性而容易復發的大腦疾病，成癮物質會直接引發大腦獎勵神經路線，因而增加成癮物質的使用。當使用此一成癮物質越來越多，大腦會開始改變對成癮物質的敏感度，變得需要靠它來感到正常，一段時間過後，不管使用多少成癮物質都不能帶來快感與心理的平靜，上癮的腦就需要更多成癮物質來維持其功能。這種狀況有一種說法：大腦被成癮物質綁架了！

總之，一旦成癮，腦細胞的化學、生理與基因都會變得不一樣。從大腦神經生理學的觀點來看，成癮其實就是大腦的生理疾病，患者需要以藥物、心理與其他方式來協助治療。

不同階段有不同的醫療處置

成癮者的醫療臨床處置模式如下：

急性介入期 穩定病情與停止惡性循環以達初步禁絕，約 1-2 週

目標

預防戒斷期與急性精神症狀的危險，提供環境隔離以打破惡性循環，建立關係以增強動機，進行整體性評估以處理真正的問題。

方式（依成癮物質的成癮性而定）

全日住院：醫療介入以短期全日住院較為理想

部分時間住院：目前有一些方案嘗試以此方式進行急性解毒工作

門診：在門診以藥物或心理治療方式進行

內容

去毒（Detoxification）及處理戒斷症狀、生理心理及社會功能評估、復健評估、心理支持、環境安排。





恢復期

積極復健與預防復發以延長禁絕期間，約6個月至2年

目標

進行持續性評估、增強動機、發展個別性預防復發的計畫以減少復發危機、學習與建立新的生活技巧（由外控而內控）、支持當事人自我功能的運作、改善自我調適能力、處理內在問題以預防復發。

方式

持續門診追蹤、部分時間住院或長期居住性治療。

內容

建立復健目標及計畫、教育及指導、預防復發、支持性心理治療與輔導（個別、團體、家庭）、安置（治療性社區）、自助（互助性團體）、危機介入。

追蹤輔導期

建立健康與調適的生活型態，約1-3年

目標

回歸社區與恢復正常生活型態，追求終生健康，確保一個「免於藥物」的生活。

醫師的叮嚀



成癮是慢性疾病，成癮者需要長期治療。舉例來說，如果罹患高血壓，患者需要長期穩定的藥物治療之外，食物控制、生活型態改變與運動也是很重要的治療步驟。成癮如同高血壓，同樣需要長期的藥物、心理與社會治療。

會令人成癮的物質不論是日常飲食中的咖啡、茶，抑或是可能影響社會秩序、健康與生命的菸草、酒精，乃至更嚴重的海洛因、甲基安非他命、K他命及其他成癮藥物，或是網路成癮、賭博成癮等行為，若要戒除，成癮者和家屬都應積極面對，只要做好長期抗戰的心理準備並配合長期治療，必能成功達陣。🎯

焦慮

令我似乎渾身是病

文／精神醫學部 主治醫師 廖俊惠

幾乎每個人都曾經有過焦慮的情緒，適當焦慮是健康的，它會轉為發揮潛力，完成任務（如：考試或報告）的動力。類似焦慮或自律神經失調的症狀，也會受到壓力、飲食及生活不正常等外來因素的影響。

焦慮症發作時，常有雙手發抖、冒汗、容易緊張、失眠、體重減輕等症狀，也可能出現胸痛、心跳急促、呼吸困難的現象。患者會認為自己健康出了問題，因而頻頻向腸胃科、內分泌科和心臟科等報到，也做了許多檢查，結果檢驗數字都正常，但這個「檢查正常」的告知，卻讓他們更為焦慮，由於容易慮病，一點不舒服就立刻跑醫院，卻又找不出毛病。

焦慮症大致包含以下 5 種：

● 廣泛性焦慮症

不論什麼事，患者都會異常焦慮、過度擔心，並且伴隨不耐煩、不能專心、易生氣、疲倦、肌肉緊繃及睡眠障礙。當焦慮症狀持續 6 個月以上，就算是焦慮症了。

● 畏懼症

這是一種病態的害怕，例如社交焦慮症，在公眾場所會擔心別人在看他或可能嘲笑他，講話可能結結巴巴，無法同時對著多人說話，嚴重時還會心悸、頭暈、胸悶、呼吸窘迫、汗流浹背等。

● 強迫症

包括強迫的行為或意念，總是重覆想到一些擔心的事並因此出現反覆檢查、排列或清潔等行為，直到放心才會停止。

● 恐慌症

平常好好的，會突然強烈感到特別焦慮，就好像快要死掉一樣恐怖的生理感覺。

● 壓力創傷症候群

反覆回溯有關自己或家人生理創傷或死亡的記憶，難以入睡，過分警覺，嚴重者甚至會產生幻覺。

醫師的叮嚀



焦慮症常會反覆發生，有些可藉由藥物改善，重點是衡量服藥的利與弊，過與不及都是不好的。導致焦慮的原因多在於個性與調適技巧，以及所承受的壓力源。在用藥控制症狀後，如果個性與調適能力有相當的改善，那麼再復發的可能性就小多了，也比較可能減少藥物的使用。🌱

躁鬱

當情緒坐上雲霄飛車

文／精神醫學部 主治醫師 廖俊惠

雙極性疾患又稱躁鬱症，顧名思義就是患者一生中會有某些時期躁症發作或鬱症發作。與憂鬱症的區別是，躁鬱症會有躁症或輕躁症的表現，並且有些患者可能終生都不會發生鬱症。

躁期的症狀

在躁期，患者會產生極度高昂的情緒，這樣的情緒可能被當事人形容為愉悅的、興奮的、衝動的或易怒的。此時通常會伴隨自信心膨脹，言行舉止自大；睡眠需求減少，可能一天只睡3小時就活力旺盛；話多，甚至無法克制；思考飛躍、思緒奔馳，易出現跳躍式的話題，甚至無法加以解釋來讓對方理解；注意力分散，所以無法完成進行中的事；

增加目的取向的活動（如：性活動、政治活動、宗教活動等）或精神激躁不安，可能會影響公共秩序；過分參與極可能帶來痛苦後果的活動（如：瘋狂採購、魯莽駕駛等）；有些患者會出現幻覺或妄想。

通常這些症狀須集結4-5項，發生在同一期間，持續1週以上，並且不是由藥物或生理因素所引發，即可診斷為躁症。躁症發作時，患者通常不會有病識感，往往是因為症狀影響到親友而被帶來就醫，甚至須由警消協助就醫，還可能因而產生犯罪行為。若為輕躁，上述症狀較為輕微，也比較不會影響生活及工作。

鬱期的症狀

在鬱期，患者會受到非藥物或生理因素的影響，導致情緒低落或明顯對事物失去興趣，此外還包含以下7種症狀中的至少4種，並且持續2週以上：1. 胃口改變，體重明顯

增加或減少；2. 失眠或嗜睡；3. 疲倦或失去活力；4. 動作遲緩或因不安而活動量增加；5. 無價值感或有過強的罪惡感；6. 無法有效思考、注意力不集中或猶豫不決；7. 有自殺的念頭，並有計畫或行為出現。此時的症狀與重鬱症無異。

如何治療？

大多數躁鬱症患者一開始會表現憂鬱症狀，之後經歷躁期與鬱期的交替發作，並且10-20%的患者只有躁期症狀。治療以維持正常生活功能為目標，由於每次的再發作都會影響功能與預後，所以預防性的藥物治療也相當重要。

躁鬱症的藥物治療包括情緒穩定劑、抗精神病藥物、抗憂鬱藥物等。藥物選擇需依照診斷與病程變化，治療中尚須考量用藥安全、病人的順服性及病識感等，並希望穩定

後能維持正常生活功能。對於處於嚴重躁期或自殺意念強烈的患者，有時必須強制住院協助治療。

醫師的叮嚀



就像糖尿病或高血壓一樣，躁鬱症也是一種慢性病，但只要配合治療，在親友的扶持下，大多數患者還是可以過著正常的生活。🌍

參考資料：

Sadock BJ, Sadock VA: Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.



憂鬱

身體莫名不適常是危險訊號

文／精神醫學部 主治醫師 陳逸婷

A 女士，67歲，已婚。便秘、胃食道逆流、高血壓及重度憂鬱症約1年多。近1個月來足不出戶，合併身體多處不適，先前曾在外院就診，均無明顯改善，由於服藥順從度不高，故安排住院檢查治療。

住院期間，她的服藥順從度提高，但經抗憂鬱劑及認知行為治療，未能完全緩解，還曾出現意識狀態起伏與局部神經學症狀，並且注意力、短期記憶及執行功能都有缺損。腦部檢查發現她有輕微腦部萎縮，伴隨腦室旁及皮質下白質高信號的表現，無出血、梗塞或腫瘤，診斷為血管性憂鬱症。

很多患者就如同這位臺灣傳統社會中常見的年長女性一般，並未表達自己情緒低落，而是以內科醫師都無法解釋的身體多處不適來表現。因為害怕被貼上精神病患的標籤，病人往往不會在第一時間尋求精神科醫師診治，而是在家庭醫師或內科醫師細心診治之後，才轉診到精神科就醫。

憂鬱症病人經常處於高度焦慮狀態，對藥物有自我想法，導致出現「假性副作用」（將身體症狀歸因於藥物的副作用）而降低服藥的順從度，因此醫師必須於用藥前，多向他們解釋相關作用、副作用及因應措施。

老年憂鬱症可能是失智的前驅症狀

A 女士首次出現重度憂鬱症狀的時間較晚（大於 65 歲），她的臨床表現中，較少激躁也較少憂鬱的想法，但有較明顯的精神運動遲緩、缺乏主動性、較冷漠、無罪惡感，且有較多的認知功能障礙（注意力、短期記憶及執行功能缺損）、病識感不好、對抗憂

鬱劑反應不佳、有血管危險因子，腦部影像檢查也出現腦室旁及皮質下白質高信號的表現，目前病程比較像是血管性憂鬱症。

值得一提的是，她的情緒表現仍以低落和焦慮最為顯著，可能因而干擾到注意力、短期記憶及執行功能。由於老年憂鬱症患者有較高比率會在憂鬱症緩解後得到真正的失

智症，就如同她出院前第2次認知功能障礙篩檢量表的分數，比先前明顯下降，且因認知功能明顯缺損是出現在第2次病程稍微緩解時，故憂鬱症很有可能是阿茲海默氏失智症的前驅症狀，需要密集追蹤評估，以釐清「情緒」、「認知功能退化」兩個因素的影響程度為何。

憂鬱與心腦血管疾病互為危險因子

一般來說，血管危險因子包括不可矯正的（性別、年齡、種族、家族史），以及可矯正的（高血壓、高血脂、糖尿病、肥胖、高同胱胺酸等）。A女士目前已無高血壓，但仍有年齡這項心血管危險因子，再加上停經後婦女因雌激素缺乏，冠狀動脈血管內皮的生長因子降低，這在發展成冠心病的分子病理中扮演著重要角色，故須保持規律的生活作息及運動，注意飲食均衡，以減少心血管及腦血管疾病的發生。憂鬱症也與腦血管、心血管疾病互為危險因子，所以要注意兩者的關聯。

病人焦慮及慮病的症狀，可能會增加憂鬱症的嚴重度，以及使得治療反應不佳、容易復發及失能，還有自殺風險，因此需要加以治療和衛教，並增加他們的病識感與服藥的順從度。

醫師的叮嚀



當家中長輩同時出現多種身體不適的症狀，若經各相關科的醫師規則治療仍不見改善，應將憂鬱症納入考慮，儘快到精神科求助，才能對症醫治，幫助他們早日遠離憂鬱，迎向陽光。☀

參考資料：

1. Clinical Textbook of Geriatric Psychiatry (Second Edition), 2011, 黃正平醫師（前台灣老年精神醫學會理事長）編著。





心理治療

解開心結的一把鑰匙

文·圖／精神醫學部 主治醫師 洪崇傑

小菁（化名）是位有著青少年邊緣性人格（情緒起伏不定、無自我認同感、衝動控制差、常自傷及自殺的一種人格疾患）的老病號，頻頻因為壓力以及蓄意自傷而來急診外科縫合傷口。

第一次在急診看到她時，她表情木然地拒絕會談，接下來在門診時段接受「藝術治療」3個多月後，她原本愛畫的灰貓圖像，漸漸有了色彩的層次。有一次，她在門診啜泣，面容解凍，出現喜怒哀樂的情緒。她說：「我喜歡的男孩拒絕了我的告白！」就從那次治療開始，她在心理治療時，會主動地娓娓道來她是如何看待自我這個龐大的小宇宙。

小欣（化名）是另一位青少年邊緣性人格患者，首次就診，我請她畫一個「人」，她不喜歡畫人的正面或五官，後來她說不喜歡自己，如果要畫「人」，她第一個想到的是背面的自己，獨自站在曠野發呆，望著遠方。

「我是學校的定時炸彈，而我爸媽是一對請都請不走的神主牌，煩死了！」她很願意談她理智層面的喜怒哀樂，但是心理層面更深一層的內容，是怎麼挖也挖不進的大理石花崗岩。

打開心門，探索內在的世界

目前國內的「心理治療」是由訓練合格並取得相關證照的諮商心理師、臨床心理師以及精神科醫師操作。其來源按歷史發展，可以簡單的區分成「動力取向心理治療」以及「行為治療」，前者是延續佛洛伊德的理論再加以變化，後者則是以俄國科學家巴夫洛夫有名的「學習制約實驗」開始發展。兩者最大的區別在於動力取向心理治療是「認識你的心理內在」，而與行為治療相比，行

為是可以從外部用科學儀器量化的，所以現在的心理治療常被詬病不夠科學，甚至在生物精神醫學的領域裡被戲稱為「夕陽工業」。

精神疾病是腦部的疾病，而且身心會互相影響，由於「腦神經科學」的進展，抗憂鬱劑、情緒穩定劑、抗精神病藥等藥物治療，對精神科患者是一大福音。然而除了開藥以外，能抓住病人的心以及讓精神科醫師與其他科醫師最大的不同點，就在於「心理治療」。

善用技巧，尋找改變的契機

隨著時代演進，百家爭鳴，精神醫學出現了各種不同的心理治療形式，但內涵換湯不換藥，仍舊是以諮商與心理層面的深入了解為主。除了治療上有多樣化的選擇以外，治療對象也從精神疾病與身心患者，延伸到一般民眾的內心自我探索。以下簡介臨床上經常用到的心理治療技巧，以及筆者所專長的藝術治療：

認知行為治療

從畢昂（Bion）治療師開始，把人類的情緒、思想及行為以3階段先後分類的方式來檢視，並歸類其自動化想法。比如「我今天看見小明，跟小明打招呼，他卻不理我。我的感覺是他討厭我，我的心情因此而悲傷。」這就是很典型的自動化想法，當我們找出可能是源於偏執的想法之後，即可緊接著採取替代性思考：「小明可能生病沒力氣打招呼」、「小明可能沒看到我，所以沒打招呼」或者「小明可能正專注在某件事情上，所以沒跟我打招呼」。

認知行為治療因其執行的方便性以及快速有效性，加上實證醫學顯示它對於腦部神經元有保護作用，所以心理治療經常使用此一方式。

精神動力取向心理治療

自佛洛伊德開始萌芽的「精神分析」，受到後世學者不斷的批判，批判它不夠完備，甚至嘲弄佛洛伊德是文學家而非科學家，但是佛洛伊德在「夢的解析」裡列舉的意識與潛意識分析方法，對後來的心理治療師影響甚鉅。



灰貓：僅有貓型而沒有更細緻的顏色或情感表達。



木頭貓：用木頭雕成的貓在陽光下，以水彩筆速寫而成。儘管是無生命的木頭，仍有層次與明暗對比，宛如人的情緒光譜。



生氣蓬勃的貓：象徵個案的情感細膩與生氣蓬勃。



背影少女：「我討厭我自己，我向刺蝟一樣地背對這個世界！」

（備註：圖片為洪崇傑醫師所繪。）

我們平時靠著意識作用來處理日常工作以及從事各式各樣的活動，潛意識則躲藏在很多被我們忽略、不喜歡甚至討厭的感覺或想法裡，如果以神經解剖學來說，那就是海馬迴、杏仁核以及大腦顳葉灰質深層的区域。

當潛意識要浮上冰山時，必須通過一道又一道人腦已構築良好的柵門，但「情緒」與「思考」也符合物質不滅定律，當潛藏的情緒困擾或思考障礙無處可去時，它會偽裝及轉變成各種「防衛機轉」。這些調適的機制最常見於被轉介來精神科門診的疑難雜症，其內涵莫過於否認、此地無銀三百兩與身體化等等。

動力取向心理治療講究的是治療師與案主兩造之間，此時此刻在治療室發生的故事，透過言語互動來碰觸案主的防衛機轉，並延伸到案主過往成長的生命歷程，探究這些潛意識與防衛機轉是如何生成的，再從中尋找改變的契機與可能。

藝術治療

「夢的解析」終究分崩離析，不再為科學界重視，轉而像文學經典名著克拉瑪（Kramer）發展出「藝術，即治療」這樣的概念，以人類所創作出來的作品與人類心象的直接反射物，當作夢的替代品，並進行精神心理分析。

這裡所稱的「藝術」定義廣泛，舉凡音

樂、舞蹈、戲劇及遊戲都包含在內。由於患者的語言表達能力有限，甚至會防衛與對抗權威，如果沒有一個良好的抒發管道或安全的涵容空間，將會讓患者的情緒像刺蝟般持續攻擊。藝術治療便是透過安全的創作過程，逐步解決他們內心的困擾。

醫師的叮嚀



當代的心理治療學派不勝枚舉，但其目的都是為了服務更多民眾，而民眾對精神衛生服務的需求也與日俱增。如果你有精神方面的困擾，除了藥物以外，心理治療會是助你卸下精神負擔的一帖良方。



駕馭網路 突破迷網與迷惘

文／精神醫學部 主治醫師 王明鈺

快到中午了，一名婦人帶著睡眠惺忪的兒子小華（化名）來到門診，她憂心忡忡地敘述兒子如何廢寢忘食的玩著網路遊戲，功課無法完成，也常常不去上學。她不停的講，而一旁的小華始終都是一副滿不在乎的樣子。

她說小華從小好動、不專心、不愛閱讀、不愛唸書，一有空就喜歡看電視。升上小學6年級的暑假，小華要求不去安親班，因此她決定送他回鄉下由奶奶照顧，沒想到爺爺奶奶農忙時，小華就打開電腦，起初只是下載一些影片，漸漸開始玩起線上遊戲，後來索性一整天都掛在電腦前面，好幾個小時都不動，要他關機睡覺，他還會對爺爺奶奶生氣，乃至日夜顛倒，根本無法制止。

國中3年級的阿銘（化名）看到很多同學都有手機，一直要求爸媽買給他，求了好久，爸媽覺得他年紀夠大了，於是如他所願。爸媽起初限制阿銘晚上做完功課才能玩手機，阿銘也能配合，但是後來爸媽發現有了手機以後，越來越難催阿銘去睡覺，只好強制他晚上11點過後就要關手機。第一次段考，阿銘的成績退步，沒多久，老師打電話通知說阿銘在上課時玩手機，所以手機被沒收，學期末才能拿回去。

沒有手機的阿銘，回到家就找盡理由借家人的手機上網，如果爸媽不借，他會生氣的踢門、摔東西，有一次還說要跳樓。阿銘在門診時，眼神幾乎不與醫師交集，說起話來有氣無力，並且對自己沉迷網路的問題不以為意。但當醫師問到現實生活中的他與在玩網路遊戲的他有何不同時，他突然精神百倍，說起在遊戲中會用有力的拳頭制伏敵人，他坦承那讓他覺得自己很厲害，不像現實中的自己，功課挫敗，人緣也不好。

網路的吸引力之大，超過任何流行

使用手機、平板電腦及網路已達到成癮程度的孩子，在門診越來越常見，有的甚至嚴重到寧可逃家流連網咖。不只是小孩有越來越多的網路成癮問題，如今在公車上，你幾乎看不到有人在閱讀報紙或書籍，幾乎是人手一機，各個低頭滑手機或盯著平板螢幕，

即使走在路上，視線仍離不開那小小的液晶世界；在餐廳也會看到不少爸爸媽媽為了「拜託」小孩好好吃頓飯，只能祭出平板電腦放卡通讓孩子乖乖坐好；也常聽到年輕男女說如果忘了手機出門就心慌慌，唯恐會錯過什麼重要訊息。

事實上，青少年過度沈迷某種興趣並不是新鮮事，不同年代的青少年都有對事物著迷、無法自拔的情形。例如，過去有漫畫、小說吸引他們半夜偷偷躲在被窩裡看完，苦苦等著每週漫畫一出刊就要看到最新的情節，或者買回去在同伴間傳閱，還曾有電子寵物機使得孩子心神不寧，沒法專心上課。但是，沒有一種流行會像今日的網路成癮這般快速蔓延，原因很簡單，第一是這些電子產品完全與生活功能結合，不容易分開，並且更加隨手可得；第二是隨著技術的進步，網路遊戲或社群軟體的設計更精美、更擬真，聲光、情境、音效與氣勢更吸引人，讓參與者更能即時體驗到自己的操作與結果的變化，並且更容易滿足現實中「想要卻做不到」的境界。

沈迷網路的同時，犧牲的是什麼？

現在的年輕族群是網路世代，他們與電腦、網路一起長大，從小就習慣使用電腦、手機、平板。對他們而言，3C 產品輕鬆就能上手，也視網路為生活必需品，是工具，也是最熟悉的玩具。長期使用下來，使得他們喜好閱讀視覺圖像，而不耐冗長的思考及等待的過程，又常常在同一時間並行多重工作，導致注意力短暫，無法持續專注完成一件事。他們也習慣輕易對別人的言論給予評價，想說就說，不需要受限於目前的身分，也不認為需要被誰來允許或考慮對方身分。

這些現象在在影響到兒童青少年自我的角色認同與人際關係，一旦養成習慣，不僅犧牲了對平淡、低刺激度事物的興趣與持久力（如：紙本書籍的閱讀等），也犧牲了需要耗費體力的運動及戶外活動，減少了對團體的參與，減少了人與人面對面的接觸與溝通，更喪失了在團體中練習合作與磨合的機

會。

網路成癮的特徵，你「中」了幾個？

教育部去年委託成功大學及亞洲大學研究團隊調查網路使用情形，發現國高中職學生9成以上最常使用的網路社群是臉書，而國高中生逾1成是網路及線上遊戲沈迷、成癮的重風險群。調查顯示，學生玩線上遊戲、使用臉書或智慧手機及平板電腦，多半都是在無聊或考完試或寒暑假想放鬆時，最難抗拒。而且，隨著年級越高，沈迷或成癮的盛行率越高，其中12.6%的國中生與13.9%的高中生屬網路成癮重風險群；12.1%的國中生與11.5%的高中生是線上遊戲沈迷、成癮的重風險群。

如同酒精或毒品成癮，網路成癮者往往會出現以下特徵：

- 一心一意思著網路上的一切。
- 覺得上網的時間要一次比一次久，才能滿足上網的需求。
- 無法控制自己上網的時間，上了網就停不下來。
- 當離線或不能上網時，會不安、易怒、沮喪或是變得暴躁。
- 在網路上的時間常較原來預估的久。
- 因為上網使得重要的人際關係、課業或工作陷入困境。
- 對家人或醫師隱瞞自己對網路涉入的程度。
- 利用網路來逃避問題或平復煩躁不安的情緒。

在精神科的診斷手則中，以下9點症狀若符合6點以上，我們就會認為可能已經達到了成癮的程度：

- 整天想著網路上的活動。
- 多次無法控制上網的衝動。
- 耐受性：需要更長的上網時間才能滿足。
- 戒斷症狀：產生焦慮、生氣等情緒，並需接觸網路才能解除。
- 使用網路的時間超過自己原先的期待。
- 持續的想要將網路活動停止或減少，或有多次失敗的經驗。
- 耗費大量的時間在網路活動或離開網路。
- 竭盡所能來獲得上網的機會。
- 即使知道網路已對自己造成生理或心理的問題，仍持續上網。

若危險因子環伺，孩子易被網路俘虜

國內曾調查國中生網路成癮的相關因子，將之分為4個面向，包括身心症狀、人格特質、心理健康、環境因素。調查發現：在精神症狀中，「憂鬱」、「注意力不足及過動」、「敵意」，均可能是網路成癮的危險因子。在人格特質方面，「高快樂追求」與「低挫折忍受」為網路成癮的主要危險因子。在身心健康方面，「低生活滿意」、「低家庭關懷」、「低自尊」是網路成癮的危險因子。此外，「以電腦為主要休閒活動」、「未與父親同住」、「父母親間的衝突」、「家庭抽菸」亦為網路成癮的重要危險因子。

在臨床上，我們所看到的個案，確實會與上述研究呼應。有一些孩子長期以來就不

愛念書，學業成就低，加上家庭缺乏管教與適當的休閒，線上遊戲就成了他們最大的寄託與重心。在遊戲中，他們可以盡情打殺、攻城掠地，滿足稱王及駕馭的成就感，再加上線上遊戲往往需要許多網友結盟才能得到好的戰績，以致玩家會有被人需要的感覺，以及不能離棄戰友的正義感，這往往都是他們現實生活中難以獲得的。

就連不是「魯蛇」的孩子，也淪陷了！

但近幾年來，我們看到越來越多的個案不是那種被視為「魯蛇（網路用語，意即 loser、失敗者）」的孩子。他們往往來自非常照顧孩子的家庭，父母對孩子盡力呵護，很注重孩子的功課，孩子生活中最重要的就是學業和補習，他們的成績在國小階段多半還可以被督促到不錯的程度，然而到了國中，功課變難了，或者需要的注意力更高了，功課漸漸跟不上，挫折增加，原本還能以成績維持自信的優勢也消失了。或者是隨著年齡成長，人際的複雜度提高，他們又只會唸書，不善於社交，在同儕友誼中一旦受挫，更容易衍生憂鬱的情緒。

這時，網路遊戲和社群軟體就成了這些孩子的避難所或快樂天堂。在那裡，努力很快可以看到成果，可以打倒比自己弱的，於是自信又回來了。在那裡，有人會對你按讚，有人會邀約見面，有人會對你有興趣，既然易於「取暖」（網路用語，意即得到安慰），誰還會想面對現實生活？離開了電腦，要面對的是不斷被要求的煩心，努力卻不容易立即看到成果的灰心，以及難以融入人群的傷心。這樣下去的結果，就是花更多的時間在網路世界、更少的時間在現實世界，兩條路越離越遠。

在醫療上，我們雖能藉由仔細了解成癮的過程，找出孩子網路成癮的原因，辨別出孩子是否有潛在的「精神疾病」並加以治療，但從前面所說的例子，大家不難理解，要成功的治療或預防網路成癮，絕對不能單靠醫療端，而是需要家長、學校與社會的多方合作。

防治網路成癮，每個環節都有責任

在孩子成長的過程，父母需要替孩子的「自尊」及「自我調適」奠基，從小培養多元的興趣、生活經驗與價值觀，建立好的休閒、抒壓方式及人際關係，以身作則讓孩子養成閱讀與運動的習慣，從中建立穩定的親子關係，讓孩子習慣與父母談心及尋求協助，日後若遇到挫折，便能帶領孩子一起設法化解。

倘若父母也是手機不離身或者總是藉酒澆愁，孩子就沒有辦法從父母身上學習到良好的生活方式及習慣。同時，父母應在孩子小的時候就對電腦網路的使用訂定明確原則，釐清生活目標與使用網路目的，以及教導孩子學習自我時間的管理。倘若，孩子因為使用網路而使生活作息或是學校的參與表現產生變化，那就表示他還不能自主管理，也沒有自行使用網路的權利。

在校園中，學校也應重視學生的多元發展與價值，不應只以升學為導向，同時積極處理霸凌問題，協助學生改善人際關係。政府則應努力充實正當的休閒設施、鼓勵家庭一起參與戶外活動或親子共讀，並且嚴格控管網路遊戲的行銷及分級。



醫師的叮嚀

冰凍三尺非一日之寒，兒童青少年會發生問題，往往是「屋漏又逢連夜雨」，因為他們的心理素質就像房子的屋頂，需要好好搭建，而隨著成長，不免會承受許多挑戰與挫折。這便如同大雨侵襲，如果房屋本身是堅固的，自然不怕；如果屋頂有破損，就得及早修補，提防下雨；若是真的下雨了，眼看就要漏水，必須趕緊找到可以遮蔽的防護，待度過危機之後，還要好好檢修漏洞，日後才能高枕無憂。

身處網路時代，我們不可能不用網路，但聰明的父母應該在孩子小的時候，就學習如何帶領孩子正確的使用網路、駕馭網路，避免孩子陷入「迷網」與「迷惘」。

思覺失調症

必要時可申請居家治療

文／精神醫學部 主治醫師 張俊鴻

「張醫師，我們今天居家治療的路線，第一站到阿明（化名）家。」

「好快又1個月了，不曉得今天會是什麼農作收穫？」

「對啊！每次到他們家，不是採收芋頭，就是橘子、鳳梨，好像各種農作物都有，真的滿有趣的。」

車子經過低矮的房舍，繞過曲折小巷，雞犬相聞，來到一間小小四合院。阿明的媽媽正戴著斗笠整理芋頭，看見我們，她隨手在褲管擦了擦，熱情地招呼我們進入客廳。

「阿明！張醫師王護士來看你囉！」

皮膚黝黑，矮小精壯的阿明趕緊從倉庫走出來，我和莉亞便在客廳裡幫阿明做身體檢查和打針。阿明媽從廚房裡端出滿滿一盤切好的梨子和鳳梨，笑著說：「鄉下地方沒什麼好招待的。」

「您太客氣了，每次都準備這麼多水果。」我和莉亞連忙道謝。

「該說謝謝的是我，謝謝你們每個月都來看他，幫他打針，不然他以前症狀發作起來，一會兒說有人要害他，躲在房間不吃不喝，一會兒又說看到鬼魂追他，我都不知道該怎麼辦。自從你們來幫忙打針後，他現在穩定多了，還會幫我做家事。」

「聽到您這樣講，我們也很開心。」

阿明為何需要居家治療？

阿明是思覺失調症病友，思覺失調症以前稱為精神分裂症。根據阿明媽的描述，阿明小時候都還正常，但是到了高中就越來越內向，沒什麼朋友，成績總是吊車尾。他高中畢業去當兵，沒多久便開始出現症狀，例如站哨的時候自言自語，說是有外星人跟他講話，或是說他腦袋裡被裝了追蹤器，晚上

也不睡覺，對著空氣比手畫腳。他後來被退訓停役，家人見他怪怪的，起初以為是邪靈附身，到處求神問卜吃中藥，但是病情始終沒有好轉。有一天，阿明半夜在家燒東西燒傷自己，家人嚇得帶他到醫院掛急診，診斷為思覺失調症。

經過1個月的治療，症狀慢慢好轉，可惜出院之後，阿明覺得自己沒事了，於是自



精神醫學部的居家治療會排定行程，醫師與護理師準備出發囉！（張俊鴻提供）



病人在家亦可得到適切的治療，圖為護理師正在為病人打針。（張俊鴻提供）

行停藥，家人也不勉強他繼續治療。很快地，他又恢復原狀，半夜不睡覺，喃喃自語，還跑出去遊蕩，3天後在廢棄工寮找到他的時候，他滿身髒汗，瘦得皮包骨，家人再度帶他就醫。

考量到阿明不肯規律吃藥，家人又要工作沒辦法盯緊他吃藥，剛好醫院引進新的藥物，可以每兩週或1個月打1次長效針劑，和他家人討論後，我們便每個月到他家探訪和打針。經過這半年來的居家治療，阿明的

症狀改善許多，被害妄想消失了，只有偶而會聽到幻聽的雜音，但是可以試著不理它，或用聽隨身聽的方式蓋過幻聽。另外，他開始可以幫忙掃地和幫忙採收農作物。

「張醫師、莉亞護士，這兩個芋頭送你們，一點小心意啦！」

推卻不了阿明媽的熱情，我和莉亞相視一笑，只好一人拿著一個大芋頭前往下一個居家治療的地點。

思覺失調症的症狀

思覺失調症目前診斷的標準，是參考美國精神醫學會制定的精神疾病診斷及統計手冊第5版（DSM-V），依據 DSM-V 的診斷標準，患者至少須符合下述標準中的2項：

- 妄想
- 幻覺
- 言語混亂
- 混亂或僵直的行為
- 其他負性症狀，例如無適當情感表達。

此外，再配合明顯的社交職業功能退化，而且這些症狀持續6個月以上才屬之。依據症狀群，又可分為5種次型，分別為妄想型、混亂型、僵直型、未分類型及殘餘型等。

男女的好發年齡不同

根據國外調查，思覺失調症的終生盛行率約為1%，在臺灣的流行病學調查，終生盛行率為0.3%。臺灣2300多萬人口中，患者高達6萬名，男女發病比率相同，男性好發於10-25歲，女性好發於25-35歲，所以男性常在當兵的年紀發病，而女性常在結婚後發作。

基因是致病機轉之一

致病機轉複雜不明，研究顯示與多基因遺傳（如：DISC-1、GRM3、COMT、NRG1、RGS4、G72）造成的神經傳導物質（如：多巴胺等）失調有關，另有研究顯示與神經迴路、腦部代謝、神經內分泌、心理社交等也有關聯。

患者應接受多元治療

隨著醫藥科技進步，約有7成的病友經過藥物治療後，症狀改善。目前治療主要以第2代抗精神藥物為主，若輔以心理治療、職能復健治療及社會功能治療等，進步會更明顯，甚至可望維持學業與工作。

半數患者的病程慢性化

首次發病住院後5-10年，約有10-20%病人的預後良好，但有超過50%的病人預後不佳，病程慢性化。有些病友的體質容易受某類抗精神病藥物影響，口慾明顯增加，因而造成肥胖、代謝症候群或糖尿病等併發症，故應適當飲食、監控體重與規律運動。本院有營養師幫病友做飲食諮詢，也有復健老師帶領病友運動，對病友有極大助益。

何種情況可申請居家治療？

申請條件：

- 凡符合下列診斷為「重大傷病」的精神疾病患者：思覺失調症、其他器質性精神病態、妄想狀態、情感性精神病、老年期及初老年期器質性精神病態、亞急性譫妄、源自兒童期的精神疾病。
- 符合下列情形需復健職能治療者：精神疾病症狀明顯干擾家庭及社區生活，且拒絕就醫；無病識感且有中斷治療之虞；無法規則接受治療，再住院機率高；精神功能、職業功能或日常生活功能退化，須居家照顧；年老、獨居或無法自行就醫、須予以心理支持或協助其接受治療者。

諮詢連絡電話：

- 中國醫藥大學附設醫院 04-22052121 轉 1183
- 中國醫藥大學附設醫院陽光分院
04-26202949 轉 64

希望我們可以幫更多的「阿明」回歸正常工作與家庭生活。

醫師的叮嚀

思覺失調症患者本身的病識感常常不足，因服藥合作度不佳，導致病情惡化和預後欠佳。建議家屬定期帶患者回診，並追蹤有無併發症，必要時可以申請居家治療。🌐



身不由主的莉莉 一位強迫症患者的困境

文／精神醫學部 主治醫師 吳博倫

超商店員：

初次見到這名女子，我便十分好奇。她佇立良久，伸出的手一再縮了回去，似乎為了是否要拿起一袋衛生紙而猶豫躊躇。終於，她從架上拎起了一袋衛生紙，卻彷彿怕被別人察覺到她的不安，低頭細細端詳著袋身各處，那種端詳不是一般人察看成分或保存期限的方式，倒像是懷疑袋子沒封緊還是長了細菌似的地毯式搜索。直到走向櫃台付費，這袋衛生紙已經折騰了她半個多小時。

莉莉（化名）的丈夫：

回家看到太太，知道她為出一趟門已經精疲力竭。我若沒有立刻將身上從頭到腳的衣物脫下來，照她的規矩一一放置，免不了要被她嘮叨。她覺得我搭公車上下班，身上已不知從座椅或把手上沾染到多少別人的分泌物或排泄物。她認為陌生人除了汗水和毛髮很髒，如廁後可能沒有將雙手洗乾淨，鞋子也可能踏到地面汙物或衣服沾到排泄物，在他們使用公用物品的當下，公用物品就可

能被這些髒東西沾染了，所以她限制我沒洗澡前，只能坐在沙發一個角落，不可越界。

太太認為已被弄髒的東西她不管，而是將其堆滿了整個牆緣。等到家人準備就寢，她就開始將家人用過的家俱物品和地板一一擦拭過，經常忙到午夜才結束，那時她已累得無力洗澡，倒在所謂「髒的沙發椅」上便呼呼睡去。

莉莉的兩個女兒：

媽媽最近心情越來越不好。原本每天是她開車載我們去上學的，但是自從兩個月前開車途中聽到有救護車呼嘯而過，她開始變得很沒信心，只要行車路面稍有巔簸或者有人按了喇叭，媽媽就會緊張得減速，擔心自己撞到行人。

1個月前，媽媽決定改騎機車載我們，說是萬一撞到人比較不會那麼危險，可她還是擔心地繞了大老遠的路，堅持不肯經過市場人多的地方。而且，她無法相信自己的判斷，常常問我們剛才她有沒有撞到人，有時甚至會調車回頭去檢查剛才經過的地方是否有人被撞到，於是我們經常會遲到。

媽媽現在連機車也不敢騎了，連走路都四處張望，彷彿自己隨時都有可能撞傷長者或小孩。至於家事，因為她不管是用菜刀、煮開水或盛湯，都怕不小心會誤傷我們，所以很多家事都不敢做了。

莉莉：

我知道自己生了孩子以後就比一般人有着明顯的潔癖，可是這幾個月越來越不對勁，我越來越不能相信自己的判斷力了！我無法確認自己是否會不小心或失控傷了人，切菜時，家人從旁邊經過，我的腦海裡就出現影像，好像我下刀時傷到了他們；洗米時，聽到家人說話，我便擔憂自己一分心，沒將米洗乾淨，或者流理檯濺起的水花可能噴進了裝米的鍋子，將米污染了，於是我更專注地再洗一次，然而這樣的念頭讓我懷疑還是沒洗淨，只好既焦慮又懊惱地告訴自己「再洗一次吧」。後來，唯有將米洗過9次，我才能安心煮飯。

我每天早上還會跪求佛祖1個小時，保佑我不要傷到人，沒有完成儀式前，我出不了門。我知道自己很多的擔心似乎過度不合理，先生跟孩子的安慰也讓我愧疚，然而他們如果不讓我好好的檢查或清理，我就幾乎無法思考下一件事，如此一來，所有的秩序都亂了，我會撐不下去。

對我來說，凡事必須按照順序不能出錯，以致清理東西像是作戰般的辛苦，譬如先沖洗馬桶、如廁、再刷洗馬桶、洗手、清洗浴室，清理完還要再洗個澡把自己弄乾淨，光是如廁一次就要花掉我3個多小時，之後才能開始做別的事。我覺得自己的生活空間被越綁越緊了！」

醫師解析

莉莉是典型受強迫症狀困擾的患者。「強迫症」過去被認為是焦慮症的一類，但它與一般焦慮疾患如廣泛焦慮症和恐慌症不同，廣泛焦慮症和恐慌症的發生率是女性高於男性數倍，強迫症的發生率則是男女相當，並且男性發病年齡（常於國中、高中時期）往往早於女性患者（常於成人初期）。

有些成年患者擔心自己「龜毛、怪僻」的行為或要求，是否會影響孩子；青少年患者的父母有時也會自責是不是自己教養孩子過於嚴格，因而導致孩子生病。其實這些並非全貌，流行病學研究顯示，強迫症有相當高的家族聚集性，亦即會受到體質遺傳因素的影響，同卵及異卵孿生子都發生強迫症的機率，分別在8成及4成左右。

強迫症常合併其他精神障礙

強迫症患者有較高的機率罹患憂鬱症、其他焦慮症（如：廣泛焦慮症、恐慌症，社交畏懼症等），以及飲食疾患（如：暴食症等）。強迫症亦被認為是典型的神經精神疾患，例如妥瑞氏症患者有3成以上會表現出強迫症狀，其症狀出現高峰期約在國中年齡。國內外研究顯示，躁鬱症患者也有相當高的比率於發病期間表現出強迫症狀。故強迫症的治療，需整體考量上述因素。

醫界對強迫症致病原因的了解仍在進展中，有研究顯示，患者腦部特定區域的活性在誘發強迫意念的背景中，表現異於常人。目前可透過藥物治療或心理治療來改善強迫

症狀，隨著療效出現，患者功能性腦影像的活性也會改變。雖然目前還無法以腦影像檢查作為個別患者診斷或治療的評估工具，但新興的神經影像技術仍具潛力，可在未來結合基因表現偵測技術等，為強迫症的診治帶來新的面貌。

藥物治療：僅半數患者有明顯療效

強迫症的藥物治療，首選是以調節血清素功能為主的抗憂鬱劑，其特質是產生療效所需劑量，要比用於治療一般焦慮症或憂鬱症的劑量更高，且耗時更久，若醫病溝通未達共識，可能導致患者服藥順從性不佳，因治療劑量或治療時程不足，誤判為藥物治療無效。根據統計，僅 50-60% 的強迫症患者對這類藥物有明顯療效，其餘患者可能僅有部分療效或療效不彰，因此「換藥」或增加「輔助治療藥物」是進一步的選擇。

認知行為治療：逐步擺脫強迫情境

以「讓患者暴露在強迫意念產生的背景情境」方式來進行認知行為治療，亦為有效的治療方式，只是有經驗的心理治療師並不普遍。由於患者會被焦慮及不確定感所鎖定，或與之對峙以求擺脫，或習慣性地逃避以降低焦慮感，這些習慣反應並無助於改善強迫迴路。當患者能面對強迫症的習慣反應，設定暴露強度的位階，逐步執行「想像情節」或「實境」挑戰，則能從原本「抵銷焦慮的強迫儀式行為」或「躲避誘發強迫意念的情境」中逐步獲得解放。

醫師或心理師在治療過程，會檢視患者「非黑即白」、「過度責任感」、「有了意

念即視同已經有了行動」、「有了浮現腦海的影像即認為害怕或不幸的事情已經發生」的認知過程，並設法使其從面對的過程中產生新的學習經驗，從而採取異於過往的新反應方式。

醫師的叮嚀



故事中的莉莉是一些強迫症患者的縮影，強迫症在治療過程中，家人的接納是非常重要的力量。除了治療以外，醫療團隊也會協助家人練習不被患者的強迫儀式納入或捲入的因應方法，同時協助家人尊重患者擬訂計畫的速度，而不去指責患者的進展緩慢。治療過程對醫療團隊、患者與家屬來說，都是成長與改變的契機。🌱





憂思如焚

身心健康的暗敵

文·圖 / 中醫部 針灸科 醫師 陳亮宇

「醫師，我最近都睡不好，很難入睡，聽到一點聲音就醒了，然後再也睡不著。食慾也很差，總覺得肚子脹脹的，這兩個月體重已經減了5公斤，家人都很擔心，要我去腸胃科檢查，但是檢查結果都沒有問題啊！」35歲的吳小姐很憂慮的說。

「而且，因為整個人很不舒服，常常請假，躺在床上不想出門，也沒有辦法好好照顧小孩……」吳小姐低著頭，眼眶泛淚。

「兩個月之前，生活上有遇到什麼狀況嗎？」醫師問

「前陣子公司換了新的主管，他給我很大的壓力，不斷找我麻煩，或是在大家面前責罵我。我每天心情都很不好，好怕去上班，覺得同事們都在說我壞話，對我議論紛紛。」

身體不適當與情緒困擾有關

人們生活在社會網絡中，必然會受到環境與人際的影響，從而產生相對應的生理及心理反應。過去，西方醫學著重於「生物醫學模式」，從分子、生物、細胞等生理、病理學的觀點來認識生命與疾病，然而醫療面對的是完整的人，有思想、有情感，並有著非常豐富的心理活動與複雜的人際社會關係，這與單純的「生物醫學模式」是不同的。

近年來，醫學越來越重視社會、心理等因素對人體健康和疾病的影響，漸漸由生物醫學模式轉變為「生物心理社會醫學模式」（bio-psycho-social model），並把「健康」定義為身體上、精神上及社會適應上的完善狀態。

東方人較為保守，比較不會因為情緒問題而求助，因此在中醫門診遇到不少和吳小姐狀況類似的患者，他們只訴說著身體的不適，但當醫師繼續深入了解，才發現原來他們情緒上也承受很大的困擾。

情緒困擾並非單一致病因素，而是許多面向的影響所導致，進而引發健康障礙，因此生理問題、心理問題及社會環境問題這三方面都必須完整評估，才能擬定治療策略，並且提供個人化的生活建議。這樣的想法正是傳統中醫「整體身心觀」在治療上的理論及概念。

生病是多重因素作用的結果

傳統中醫的治療理念是由天人合一的整體觀出發，認為人與自然、生活環境、社會為一個「整體」，並將有形肉體與精神靈魂相互連貫為整體的系統，互相協調，互相影響，互相依存，達成一個「平衡」的狀態。

換言之，疾病的發生是多重因素相互作用的結果，大致可分成內因、外因、不內外因。外因包括6種外界自然因素（風、寒、暑、濕、燥、火），也與內傷七情（情緒：怒、喜、憂、思、悲、恐、驚）等有密切的關係。這些因素最終會影響臟腑氣血系統，並導致相對應症狀的表現。

中醫將心、肺、脾、肝、腎合稱五臟，每個臟腑各有其功能活動，透過經絡、氣血等相互協調平衡以維持生命。五臟也分別和5種情緒（怒、喜、思、悲、恐）相對應，並為正常情緒的物質基礎，若五臟的生理功能不足，則會造成異常的心理及情緒變化。

中醫對調整脾胃功能的建議

吳小姐有腹脹、食慾減低、體重下降等腸胃不適的現象，按中醫理論，「脾」主「思」，過度的憂思，首先影響的常是脾胃功能，因而出現一些消化道的症狀。在傳統中醫的思想裡，脾胃為「後天之本」，不僅會影響營養物質的吸收，並且可將好的精微物質向上運輸至腦，產生清明的思考與知覺功能，因此調整脾胃功能常是中醫治療情緒障礙的首要之務。



三陰交穴



合谷穴



足三里穴

穴位按摩保健

● 足三里穴

位於胃經，為人體重要的強壯穴，可以幫助脾胃消化。

● 陰陵泉穴

為脾經重要穴位，可以加強身體水濕的代謝，增進脾胃功能。

● 三陰交穴

為肝、脾、腎經的重要交會穴，對於改善脾胃功能低下有很大的幫助。

養生食補範例

● 四神湯

將有健脾補氣功效的蓮子、茯苓、山藥、芡實等 4 種藥材，加入川燙過的肉或豬肚同時燉煮，能改善腸胃吸收。

● 生薑紅棗豬肚粥

將紅棗切開洗淨，先與生薑同煮，再加入川燙過的豬肚及白米燉煮，可滋養脾胃，顧護後天之本。

● 紅棗百合銀耳湯

選取乾淨、未漂白過的藥材，先將百合、紅棗各半加水煮沸，再加入適量銀耳燉煮至湯汁呈稍黏稠狀即可。有健運脾胃、養心安神的功效。



飲食生活建議

- 少吃冰冷食物。脾胃腐熟食物需要熱量與溫度，冰冷食物會影響腸胃功能，不利營養的消化吸收。
- 三餐盡量定時，且須細嚼慢嚥。
- 養成規律運動的習慣。
- 做腹式呼吸、氣功、太極拳、靜坐等放鬆練習。🧘



本院神經精神醫學中心林欣榮院長 榮膺美國科學促進會院士

中國醫藥大學附設醫院神經精神醫學中心林欣榮院長榮獲美國科學促進會（American Association for the Advancement of Science，簡稱 AAAS）院士的殊榮，2月13日在美國華盛頓特區所舉辦的美國科學促進會年會中接受表揚和頒獎。

林欣榮院長是以他在幹細胞治療神經疾病的轉譯醫學研究及研發標靶新藥透過中草藥治療惡性腦瘤方面，得到高度肯定而獲頒此一榮譽。入選院士的名單刊登於2015年11月最新一期的科學雜誌「Science」。

美國科學促進會是世界最大的非營利科學組織，下設24個專業分會，包括數學、物理、化學、天文、地理、生物、醫學等，也是科學雜誌「Science」的出版者。美國科學促進會今年選出347位院士，都是在專業領域對發明創新、教育和科學有卓越貢獻的頂尖人才，對豐富人類生活質量及促進科學發展與教育，有顯著貢獻和深遠影響。

林欣榮院長為國內神經外科與幹細胞研究的權威，更是臺灣將胚胎幹細胞成功移植在巴金森氏症患者身上的第一人。由於他在幹細胞領域的貢獻，2010年榮獲美國神經治療及再生學會最傑出獎殊榮。在神經科學領域，林院長致力於將基礎研究轉譯至臨床應用，共發表150餘篇相關文章。在新藥研發方面，針對惡性腦瘤研發標靶新藥HK-001，相較於過去傳統非標靶抗癌藥物（Gliadel Wafer），動物實驗顯示，新藥治療延長壽命的效果可高達1.7倍，且毒性更低，預期可降低惡性腦瘤再復發的可能性。此研究也獲得生策會第11屆國家新創獎-學研新創組的肯定，目前正在申請美國FDA第1期臨床試驗。

林院長希望幹細胞與新藥研究能儘早走向臨床應用，以造福更多病患。🌐



中國附醫家庭日 義賣圓夢做夥來

文／陳于嬌

中國醫藥大學附設醫院職工福利委員會 1 月 27 日在中正公園廣場，舉辦「中國附醫家庭日暨圓夢愛心義賣」活動，五花八門的攤位吸引了大批人潮，同仁捐贈的二手物品，出售所得全數捐給醫院為啟明學校學生發起的圓夢愛心專案，在寒風中更添暖意。

買買買，送送送，還能抽福袋

中國附醫每年歲末都會舉辦「家庭日」，同仁可藉此機會添購物美價廉的年節用品，福委會為了鼓勵大家踴躍參與，購物滿 200 元就能兌換保冷保溫袋，購物滿 500 元另送福袋抽獎券，而所謂福袋竟是內裝神秘禮物的行李箱，在台上一字排開，極具誘惑力。

抽獎時間安排在午休時段和傍晚下班之際，同仁紛紛到此一遊，更顯得熱鬧滾滾。不少路過民眾也好奇的加入選購隊伍，看到同仁買東西還能摸彩換贈品，直說「你們醫

院的福利真好！」

來來來，來義賣，一起做好事

今年「家庭日」的壓軸是義賣，中國附醫積極投入社會公益，為啟明學生圓夢的愛心專案，需要充裕的經費支援，因此福委會很早就著手募集義賣物品，同仁捐贈踴躍，琳琅滿目的義賣攤位，不失為尋寶良機。更特別的是，福委會還準備了幾大袋糖果提供義賣，同仁把糖果買回家，甜了嘴也暖了心。

為了炒熱氣氛，護理部許原山督導和志工隊秦嗣宏隊長客串「叫賣哥」，不斷聲嘶



「家庭日」即景，人氣超旺。(攝影/游家鈞)



工務室同仁也擺攤助陣，生意強強滾。(攝影/游家鈞)

力竭的義賣保鮮盒，原價 500 元只賣 200 元，賣到激動處，秦隊長頻頻高喊「救人喔！」令人莞爾。

福委會洪秀慧總幹事說，隨著醫院發展，中國附醫的員工越來越多，大家平日工作忙碌，同事們趁「家庭日」結伴購物，不僅可以紓壓聯絡感情，還可以一起做好事，感覺更是溫馨。



義賣開始，同仁熱情響應。(攝影/游家鈞)

志工關懷行動派 緩和醫療病房添暖意

文·圖／志工隊 隊長 秦嗣宏



志工送音響，菁玉護理長感謝志工對病人的關懷。



愛的行動力，讚！



但願蒸汽能提高芳香療法的效果

癌症末期，住進本院緩和醫療病房的一名女性患者，四肢水腫嚴重，因為身體不適，多日無法入睡，經過舒壓按摩後，水腫明顯改善，也享受了難得的好眠。

在傳統醫學以外，愈來愈多的輔助療法被運用在臨床，而芳香療法正是其一，常見於精神科及緩和醫療病房。緩和醫療病房為減輕末期病人的不適，每個星期三上午都會安排芳香療法，包括手足護理及肢體按摩，住院病人及家屬對此極為讚賞，對於提供服務的志工夥伴，更有著滿滿的謝意。

某日，菁玉護理長提到想要提升芳香療法的效益，她曾去其他醫院參訪，發現有些醫院在進行手足護理前，會先用蒸汽促進病人肢體的血液循環，如此一來，按摩效果會更好。

捐贈訊息公告後，志工熱情回應

與菁玉護理長談過之後，當下決定替緩和醫療病房添購一台蒸汽機，讓患者能享受更有效更舒適的芳香療法。剛好病房的手提音響壞了，或許是佛、菩薩所示現的善緣，期望更多人為臨終病患做些事情，於是在添購蒸汽機之外，兩台手提音響也成為我們的捐贈目標。

當我將捐贈訊息公告後，馬上得到志工夥伴彭愛華，以及蔡榮振、何琇琴賢伉儷的熱情回應，他們表示願意捐贈蒸汽機及音響，行動順利得就好像上天美妙安排。

蒸汽機及手提音響送到當天，在緩和醫療病房徐華穗主任、黃柏綜醫師、林靖淳醫師、菁玉護理長、之玉社工師、慧哲法師見證下，由本人代表捐贈。真心期待它們對末期病人的照顧能有所幫助，也讓病人天天都有好聽的音樂陪伴。☺

學生的筆記

文·圖 / 中國醫藥大學 健康管理學院 院長 沈戊忠

中國醫藥大學醫學系 5 年級及中醫系雙主修 5 年級的學生，都要到醫院實習，分成小組在各科邊實習邊上課。由於所有大堂課都取消了，所以核心課程全部由教師們（也就是臨床醫師）錄影後放在醫院院內網路（但在家裡用電腦或平板、手機也可以 App 上網看），學生先上網讀完，到了病房就有基本知識可直接看臨床病例了。

醫學系學生做筆記各顯神通

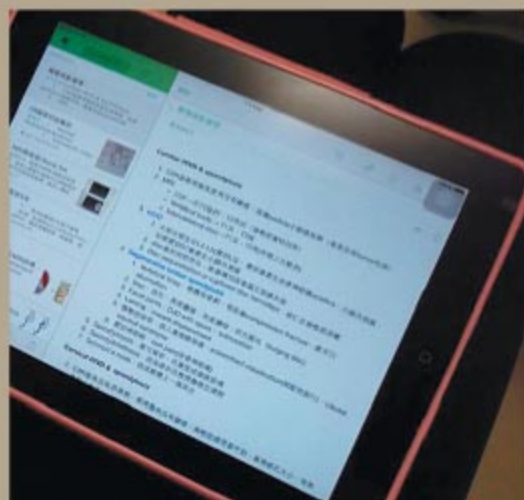
為了確保學生有預先上網看核心課程，在帶學生時我會先做前測，提出一些問題，就可以知道他們有無預習。最近我發現許多學生會邊看教學錄影邊做筆記，並且做筆記的方式很多樣化，有人是寫在紙上；有人把網站上的講義列印出來，在上面做筆記；也有不少擅用 3C 的學生，直接把講義下載到平板電腦，筆記記在 Evernote、Goodnote、Adobe reader，或其他筆記 App 上。我深刻體會到，只要老師肯認真帶學生，根本不必擔心學生偷懶不預習。

醫管系學生的筆記令人驚艷

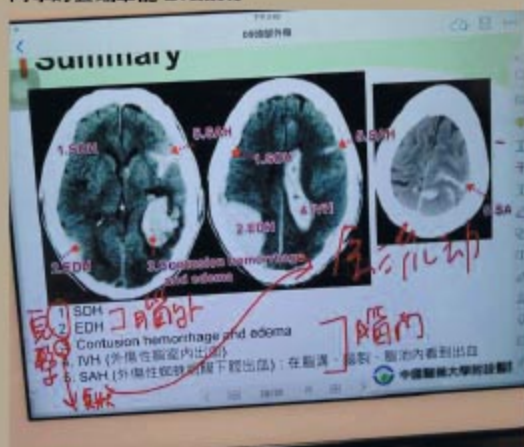
我在學校仍有不少大堂課，上次去醫管系 2 年級為他們上一堂「醫學概論」中的「醫學影像簡介」。排課程的教授希望老師做臨考以提供學生成績，但我不想用考試的方式，改為要求學生上課時邊聽講邊記重點，如此我就能了解他們聽懂多少，也順便給分數。因為在兩個小時之內要介紹 X 光、特殊攝影、電腦斷層攝影、超音波、血管攝影、核醫掃描等多種儀器的運用，真擔心他們是否聽懂了？又能了解多少？

結果，看了學生下課後交來的筆記，我大為驚艷。這些醫管系學生，筆記竟然做得相當好，字體工整，條目分明，而且上課講的重點都聽懂了。

從筆記就可以看出本校的學生多麼優秀！



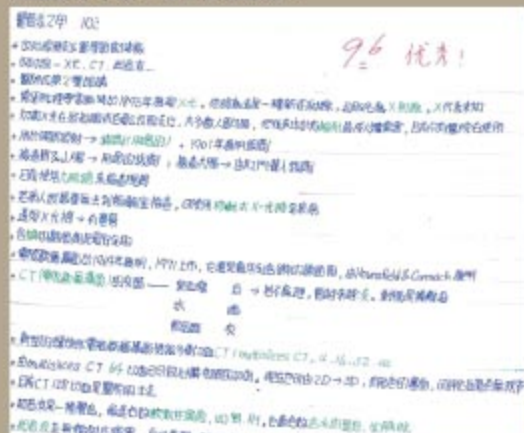
同學的雲端筆記 Evernote



有同學把講義下載到 i-Pad，以 Goodnote 或 Adobe reader 做筆記。



把講義印下來，在上面做筆記。



醫管系的學生，筆記好得令人驚艷。

改善退化性關節炎 幹細胞研究的新進展

文／護理師 蔡秉宸

審稿／神經精神醫學中心 主任 徐偉成

圖像設計／林世豪

人體關節的軟骨若使用過度，容易導致磨損或變形甚至退化，因此骨關節炎又稱退化性關節炎，是最常見的一種關節病變，運動員及老人為兩大好發族群。根據統計，退化性關節炎在臺灣 65 歲以上長者的發生率，約為 20-30%，亦即每 100 名長者就有 2-3 人為其所苦。

退化性關節炎中，又以膝關節炎最為普遍，患者的膝關節軟骨磨損，骨對骨的關節內部產生摩擦，因而引發關節僵硬、腫脹及燒灼疼痛感等症狀。病人常因怕痛而減少運動，活動量減少所帶來的負面結果將逐漸影響其他器官，並增加跌倒的風險。

現行醫療雖能減輕或延緩退化性關節炎的惡化，卻無法有效治療軟骨損傷，所幸近年來幹細胞的發展研究，對於促進細胞增生頗具斬獲，其方法是由患者自體脂肪組織提取幹細胞，待增生到足夠數量，即可移植到骨關節，稱得上是再生醫學最新型態的療法。



罹患關節炎尚未經治療的膝蓋

經移植自體脂肪幹細胞後的膝蓋

關節炎常見部位



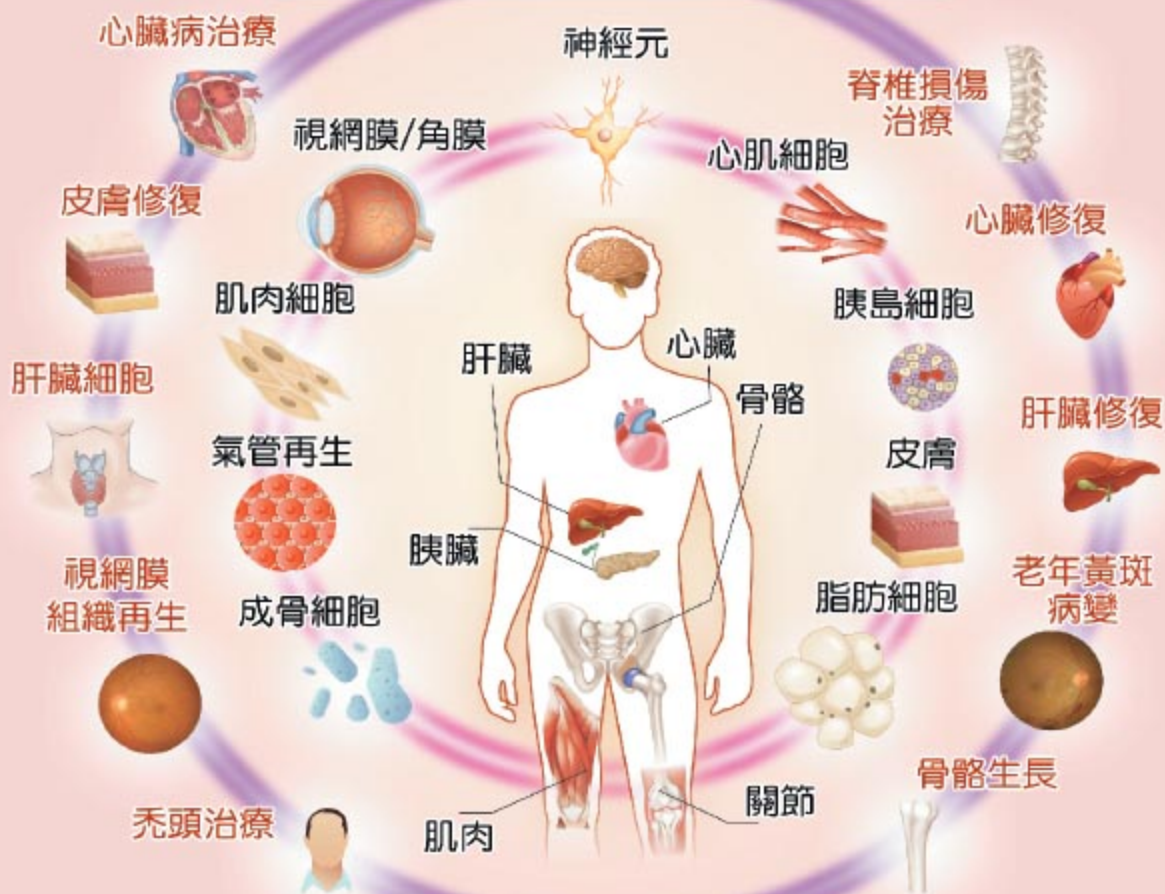
認識幹細胞與間質幹細胞

幹細胞是原始且未特化的細胞，具有再生與分化的能力，可以增殖為與來源相同的細胞，亦可分化成為其他功能的細胞。因為具有以上特性，所以幹細胞可用來修補受損的組織或器官，甚至可以建構出完整的器官。

間質幹細胞除了具備自我更新、增生和

分化成不同組織細胞的功能以外，也可以自行驅動至組織受損的地方進行修補。間質幹細胞的取得來源包括骨髓、臍帶、胎盤、脂肪等不同組織，可分化為成骨細胞、軟骨細胞、肌腱、心肌細胞、神經元和脂肪細胞等，在細胞治療、組織工程與再生醫學上的應用，具有相當大的潛力。

間質幹細胞的應用與發展



www.ever-health.com.tw

什麼是 IGF1R 間質幹細胞？

但並不是每一個間質幹細胞都具有相同的增生、分化與治癒的能力，有些幹細胞的增生分化治癒能力強，有些幹細胞的增生分化治癒能力弱。根據長新生醫研究團隊的分析，在幹細胞表面具有胰島素生長因子 1 號受體 (IGF1R) 的幹細胞，其增生能力是不具備該受體之幹細胞的 10 倍；分化為其他細胞或組織的能力，是不具備該受體之幹細胞的 3-5 倍；對於某些疾病（如：腦中風）的治癒能力，是不具備該受體之幹細胞的 5 倍。

然而，具有 IGF1R 受體的幹細胞，在整體幹細胞所占比例不到 5%。增生分化治癒能力如此強大的細胞，含量卻這麼稀少，不免限制了幹細胞的儲存與應用效果。為此，長新生醫成功研發出可以增加 IGF1R 表現的培養液，能培養出具有 IGF1R 受體的幹細胞高達 34.3-50%，如此便能儲存最原始最年輕的第一代間質幹細胞，未來取出應用時，這些

間質幹細胞也因同樣具備高度的增生分化治癒能力，而擁有較佳的醫療效果。

下圖為經過 90 天的培養，具有 IGF1R 的間質幹細胞增生數量 (●符號)，比起完全沒有 IGF1R 的間質幹細胞 (○符號) 與一般的間質幹細胞 (▼符號)，增生數量可增加 10 倍。這代表只要設法增生具有 IGF1R 的間質幹細胞，就能在最小代數內達到所需使用的量。

退化性關節炎應及早採取對策

預防勝於治療，膝部退化性關節炎也是如此。沒有任何一種藥物可使嚴重受損的膝關節軟骨完全恢復正常，患者要減輕膝關節炎的症狀，在發病早期就應聽從復健科醫師指導，建立正確的生活習慣及從事適合的運動，並配合藥物治療，好好保養膝關節，應可獲得相當程度的改善。但若膝關節炎已發展到後期，往往就只有依賴手術（關節鏡或人工關節置換）來減輕疼痛了。

增生能力

► 經過 90 天的培養，具有 IGF1R 的間質幹細胞的增生數量 (●符號)，比完全沒有 IGF1R 的間質幹細胞 (○符號) 與一般間質幹細胞 (▼符號) 的增生數量多 10 倍。



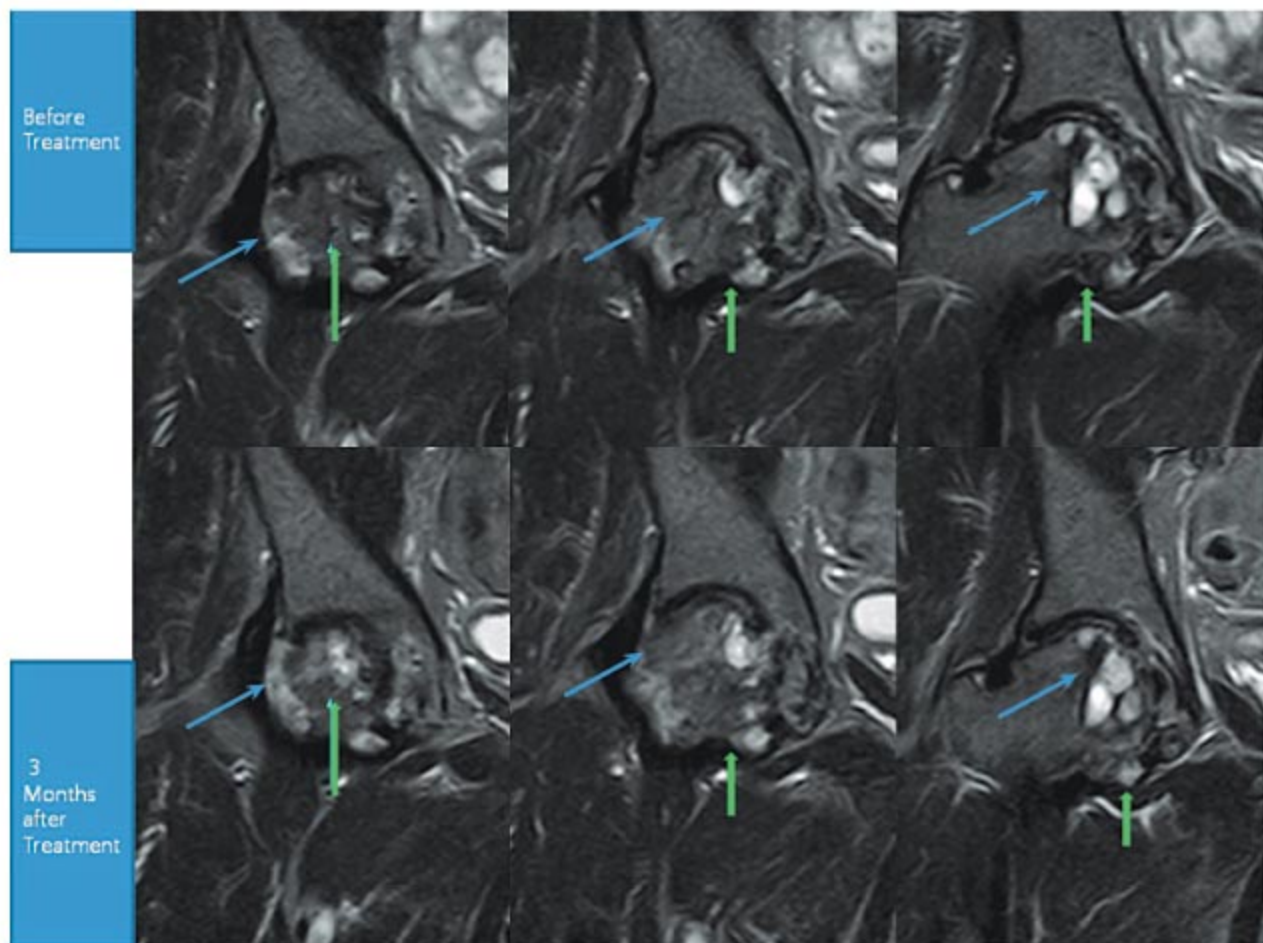


Figure 2 MRI of the right hip; T1 sequential coronal views. The blue arrow shows the pattern of probable bone regeneration. The green arrow shows probable bone consolidation.

運用自體脂肪幹細胞治療髖關節壞死，治療前後的磁振造影（MRI）對照圖。藍色箭頭表示骨頭已再生，綠色箭頭表示骨頭已實質化。
（圖片來源：<http://www.jmedicalcasereports.com/content/pdf/1752-1947-5-296.pdf>）

拜再生醫學技術突破所賜，Jaewoo Pak 於 2011 年成功地將病人自體脂肪幹細胞注射於患部，經過 5 週之後，受損組織順利增生且可減少或停止服用止痛藥；8 個月後，軟骨損壞區塊大幅減少，膝蓋下的水腫癒合；追蹤到最後的報告更顯示，病人的膝關節功能改善，不僅恢復正常生活，甚至能夠跑步。此一研究意味著使用自體幹細胞修護受損細胞及部位，並非遙不可及的夢想，而是人類醫學一個新的里程碑。

自體幹細胞應用於治療退化性關節炎，是根據再生醫學理論輔以臨床實證的結果，軟骨組織的修復和再生需要各種細胞要素，才能幫助病人軟骨增生與再造，也唯有給予骨頭再生性的修復細胞和健康的軟骨細胞，

才能真正達到治療退化性關節炎的目的，提升老年的生活品質。所以，當您發現膝蓋疼痛不適，務必要儘快就醫，防止關節炎持續惡化，否則拖到舉步維艱的那一天，可就後悔莫及了。🌐

參考資料：

1. 長新醫藥國際股份有限公司網站：www.ever-health.com.tw
2. Jaewoo Pak(2011) · Regeneration of human bones in hip osteonecrosis and human cartilage in knee osteoarthritis with autologous adipose-tissue-derived stem cells: a case series · Pak Journal of Medical Case Reports · 5:296
3. <http://www.jmedicalcasereports.com/>

軟組織超音波功能強大 檢查與介入性治療的臨床應用

文·圖／復健部 主治醫師 吳威廷

肌肉、肌腱、韌帶、皮下組織等軟組織，屬於身體較表淺的結構，若因運動傷害或外傷需要檢查，臨床主流是使用軟組織超音波，骨骼和關節則可仰賴 X 光等儀器。雖然電腦斷層與磁振造影等檢查會更加精確，但一來機器龐大且費用甚高；二來對軟組織的區辨力，電腦斷層的解像度遠不及超音波與磁振造影，也較有輻射暴露的疑慮。

隨著超音波儀器的進步，現在的軟組織超音波解像度已近似磁振造影，能清楚區分皮下組織、肌肉層、血管、神經與骨骼。此外，超音波擁有可進行動態掃描與同時使用金屬針具進行研究的優勢，花費較為低廉，儀器體積也小多了。

軟組織超音波如何明察秋毫？舉例說明

軟組織超音波在確認媽媽手（圖 1）、網球肘、高爾夫球肘、腳踝的前距腓韌帶、韌帶扭傷或撕裂傷（圖 2）、肩膀的滑囊炎與鈣化性肌腱炎（圖 3）、肩膀的旋轉袖肌腱撕裂（圖 4）、足底筋膜炎（圖 5）、阿基里斯腱發炎受傷、新生兒斜頸症與髖關節脫位等的確診上，扮演極重要的角色，近年來更延伸出周邊神經卡壓的檢查等。

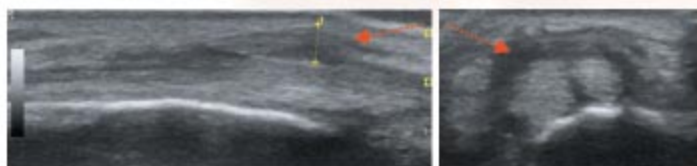


圖 1：紅色箭頭所示乃外展拇長肌與伸拇短肌腱鞘腫脹的縱切面與橫切面，為媽媽手的表現。

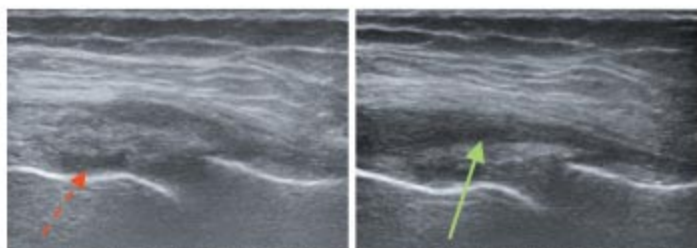


圖 2：紅色箭頭所示為內側肘關節積水，綠色箭頭為內側副韌帶深層部扭傷腫脹。

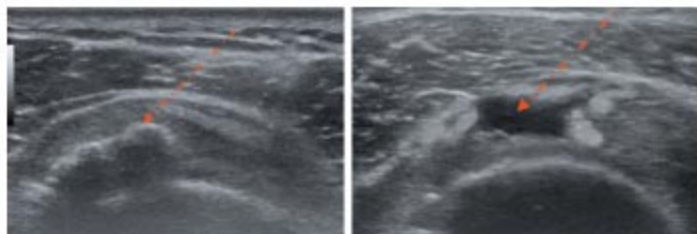


圖 3：喙上肌的鈣化性肌腱炎，許多病患會半夜痛醒，且治療需要較長時間。紅色箭頭所示，在喙上肌內出現高回音病灶，伴隨後方出現的音影，可以推斷是鈣化性結構。

圖 4：紅色箭頭所示為喙上肌全層撕裂。

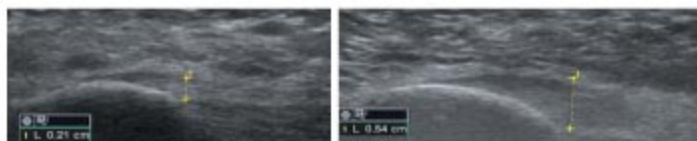


圖 5：左圖為正常的足底筋膜，右圖腫脹模糊，為足底筋膜炎的表現。

檢查精準度之高有時不輸電腦斷層

年輕人若在外傷後出現細小的線性骨折，做 X 光檢查有時會看不出來，這種情形以往得仰賴電腦斷層來確認，其實骨頭面出現斷面和不規則，基於超音波不太能透視骨骼的特性，用超音波掃描即可確診，精準度絲毫不亞於電腦斷層，且可在極短的時間內完成，不必經過漫長的等待。

對於肌腱韌帶撕裂，軟組織超音波亦可準確判別程度，從而決定是使用一般復健治療即可，還是要介入性給藥處理或者開刀。軟組織超音波還可以評估治療前後一定時間內的組織修復程度，特別是對於風濕免疫疾病，可以評估治療前後血流情形、軟骨侵蝕、骨頭侵蝕和滑膜增生的程度。

此外，肢體腫脹時做軟組織超音波所得到的影像，只要與正常邊的血流比較，即可判斷是急性發炎或單純的水腫。許多血友病患者亦能利用超音波來觀察關節腔積液與侵蝕情形，協助兒科醫師辨別是否需要增減藥物。

介入性治療用其導引定位更安全

介入性治療以往較偏重於血腫、膿瘍、積水的抽吸，以及關節腔和肌肉、肌腱的注射，但在進行介入性治療時，多半由身體體表結構來定位，而實際下針的位置有無到達病灶則全憑醫師經驗來判斷。這時若能藉由超音波定位，可以準確避開不必要的神經與血管穿刺傷，在危險處扎針時，也能避免傷及臟器，並且準確判定給藥位置，提升療效與安全性。

近年來，介入性治療如增生療法等高濃度葡萄糖注射、血小板萃取製劑注射（PRP）與滑囊炎可用的類固醇注射等日益發達，許多病人也希望在進行髖關節全置換術前，能有更多可以嘗試的選擇。利用超音波導引，在髖關節注射玻尿酸或血小板萃取製劑來緩解疼痛（圖 6、7），已解決不少病人的問題。



圖 6：超音波導引下，在髖關節注射玻尿酸。

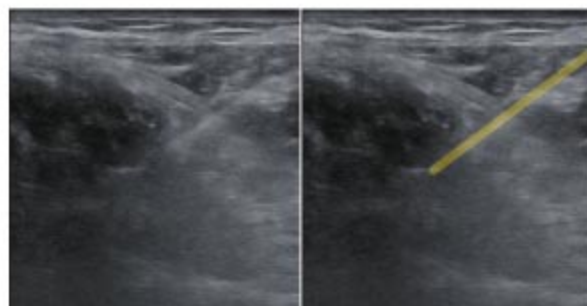


圖 7：在超音波導引下進行髖關節玻尿酸注射的影像，黃色圖示為針身。

此外，針對嚴重的膝蓋骨刺，傳統在膝關節注射的方式可能會遇到阻礙，若能利用超音波導引注射，將玻尿酸直接打到與關節腔有連通的髌骨上滑囊，注射治療時會更加順利。

有五十肩的病人常抱怨在活動時，關節

會劇烈疼痛，越痛就越不敢動，致使關節受限日益嚴重，而長久不動所衍生的制動症候群（immobilization）也會導致肌肉萎縮等後遺症。要解決他們的問題，可以考慮在關節腔內注射玻尿酸、類固醇或合併麻醉劑，或者以複合劑型進行關節囊撐開術。

超音波的協助提高了多種疾病的療效

至於梨狀肌症候群等極深層的肌肉腫脹，若能利用超音波導引給予注射治療，在搭配復健治療下，效果會更好。藉由肉毒桿菌素注射來治療肌肉攣縮等問題，若有超音波協助導引，成效亦往往更為顯著。

在軟組織腫瘤方面，超音波能快速區辨腫瘤性質，雖然腫瘤的確診須仰賴切片，但超音波可以初步判定腫瘤的大小、性質，以及與周邊血管神經的相對位置，提供醫師切除前的參考依據，比如界定是脂肪瘤或血管瘤等。單純的水腫與囊腫，在超音波定位下進行抽吸，往往可以快速改善症狀與減少病人在治療時的不適感。



圖 8：超音波導引下，在肩關節注射玻尿酸

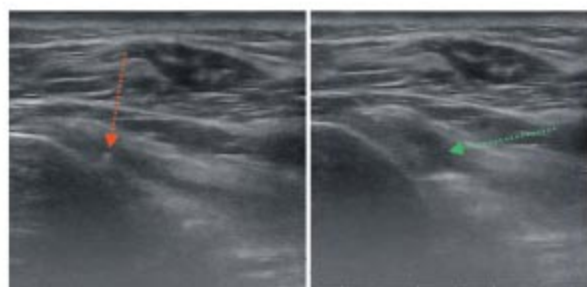


圖 9：在超音波導引下進行肩關節玻尿酸注射，此為剛注射時與注射後肩關節囊鼓起的對照圖，紅色箭頭為針頭處，綠色箭頭為脹起的肩關節囊。

民眾若有相關需求，可在復健科門診由醫師評估後安排檢查，正確診斷病灶與提升治療效益。🏃





老來焦慮真難過 妥善用藥有訣竅

文／藥劑部 藥師 張敏桂

臺灣已邁入高齡社會，65歲以上人口占總人口數的7%以上，其中有許多長者經歷過時局動盪物資缺乏的年代，胼手胝足開創臺灣的經濟奇蹟之後，以為終於苦盡甘來，誰知道還有另一個巨大的磨難在暗處潛伏，它就是老年焦慮症。

銀髮族所以比年輕人更容易罹患焦慮症，主要原因有三，一是退休後無所事事，常會衍生無用感、自卑、焦慮、恐慌等心理問題；二是過度擔憂健康，一些本有慢性病的長者，常年為此擔憂緊張，身邊如有老朋友去世，更會引發焦慮；三是對社會、對周圍環境或家人的不信任，也會加重他們焦慮的程度。這種情況尤其好發於兒女經常不在身邊或者獨居長者的身上。

老年焦慮症的症狀包括長期失眠、容易疲倦、無法安靜、易發脾氣和肌肉緊繃等，若出現上述3項病徵，應及時就醫治療，並尋找心理支援。

治療老年焦慮要多管齊下

治療焦慮症，主要是使用可調整腦內血清素與正腎上腺素的藥物，並適時佐以能放鬆或舒緩自律神經系統的藥物，直接將失調的自律神經系統調整回來，身體的不適與焦慮感就會同步改善。其他非藥物的處置，包含心理治療、認知治療與行為治療，可引導患者察覺自身的焦慮，設法調適壓力與學習放鬆技巧。

如此多管齊下，便能逐漸進入良性循環，身體症狀緩解會讓焦慮減輕，而焦慮減輕會讓自律神經恢復得更快更好，身體症狀也隨之減輕，到了各方面都恢復時，焦慮問題即可解決。

常用的藥物及應注意事項

老人和成人不同，憂鬱合併焦慮的症狀會較為嚴重，病程較久，對藥物的反應也較慢。老年焦慮症經常和憂鬱、身體疾病及失智症共存，因而造成診斷與治療的困難。老年焦慮症雖可藉由放鬆治療或認知治療來改善，但必要時應服用抗憂鬱藥，特別是以選擇性血清素再回收抑制劑（SSRI）和選擇性血清素正腎上腺素再回收抑制劑（SNRI）為首選，其次是三環抗憂鬱劑（TCA）及苯二氮平類（BZD）等。

選擇性血清素再回收抑制劑（SSRI）

其藥物機轉為選擇性的抑制血清素再吸收，而使神經細胞之間的血清素濃度增加，能夠有效降低焦慮，減少恐慌發作與社交畏懼現象，甚至能抑制強迫性思考與強迫性行為，是治療焦慮症的第一選擇。

用藥建議由低劑量開始，慢慢增加劑量。藥效出現的時間因人而異，但平均大約需 4 星期才會見效，因此在藥效出現前可併用苯二氮平類（BZD）來緩解 SSRI 藥效出現前的焦慮與情緒激動。

此藥常見副作用為噁心、腹瀉、頭痛、失眠等，通常於服藥後 2 星期會逐漸好轉，若因而導致性功能障礙，影響生活品質，請於回診時與醫師討論，但不要貿然停藥。此外，SSRI 也可能造成體重增加、激動以及高血壓等副作用。

本院使用的此類藥物有：禧濱膠囊（Fluoxetine）、除憂定膜衣錠（Paroxetine HCL）、憂必晴膜衣錠（Sertraline）、得緒安膜衣錠（Escitalopram）等。

請注意

1. 症狀獲得改善可能需要幾個星期，未向醫師查詢前，請勿自行增減劑量或突然停藥。
2. 可能會有眩暈或嗜睡情況，改變姿勢時宜緩慢，以避免突然暈眩。
3. 在適應藥物的反應前，開車或操作機械時，應格外小心。
4. 若需使用止痛藥物，請先諮詢醫師或藥師，並請留意有無異常出血狀況（如：不明瘀青、血便、黑便或鼻出血等）。
5. 用藥期間請勿喝酒。
6. 藥物可能影響血糖值，糖尿病患者要定期量測血糖。

選擇性血清素正腎上腺素再回收抑制劑 (SNRI)

主要作用為抑制血清素與正腎上腺素的再吸收，治療焦慮症的效果和耐受性與 SSRI 相似，副作用也與 SSRI 相似，常見的有噁心、胃不適、腹瀉、失眠、性功能障礙。異常出汗的副作用是所有抗憂鬱劑中發生率最高的，主要與劑量有關。

此類藥品亦可能導致高血壓，有高血壓病史者，應監測血壓。本院使用的藥物有：速悅持續性藥效膠囊 (Venlafaxine)、千憂解 (Duloxetine) 等。

請注意

1. 症狀獲得改善可能需要幾個星期，請遵照醫師處方按時服藥，勿自行增減劑量或突然停藥。
2. 可能會出現眩暈的情況，在確知藥物造成的影響之前，請勿開車、操作機械或從事具潛在危險性的工作，並且改變姿勢時宜緩慢，以避免頭暈而發生危險。
3. 服藥期間應避免飲酒，因飲酒會增強藥物鎮靜作用。
4. 使用速悅膠囊時必須整粒吞服，不可剝半、咀嚼或磨粉，但可打開膠囊將內容物與開水混合後服用。
5. 使用千憂解時若出現異常疲倦、嚴重食慾不振、深色尿或皮膚眼睛變黃、眼睛脹痛、排尿困難等現象，請與醫師聯絡。
6. 千憂解可能影響血糖值，糖尿病患者須定期監測血糖。

苯二氮平類 (BZD)

主要作用機轉為活化抑制性的神經傳導物質 (GABA) 活性，增加對神經系統的抑制，產生鎮靜安眠、抗焦慮、抗痙攣以及肌肉鬆弛的效果。副作用包括鎮靜、頭痛、暈眩、肌肉不協調、嗜眠等，長期服用易產生耐藥性及依賴性，若驟然停藥可能會發生反彈性失眠及戒斷症狀，可藉由漸進式減量再停藥來改善。

本院使用的藥物有景安寧錠 (Alprazolam)、當立平 (Diazepam)、安定文錠 (Lorazepam)、律靜膠囊 (Oxazolam) 等。

請注意

1. 治療建議由低劑量開始慢慢增加，並且剛使用時必須慎防跌倒、嗜睡或發生意外等，特別是用於長者與兒童更要注意。
2. 長者長期服用，可能會影響記憶與認知功能，易被誤以為是失智症。
3. 若連續服用超過 1 星期，不可突然自行停藥，以免發生戒斷症狀。
4. 服藥期間請勿飲酒且避免攝取葡萄柚相關食品，以防發生不良反應。

非苯二氮平類 (Non-BZD)

例如百事隆錠 (Buspiron)，為較新的抗焦慮藥，可以治療廣泛焦慮症，但療效不及苯二氮平類藥物那麼明顯。可能的副作用有頭昏、頭痛、噁心。

請注意

1. 百事隆錠必須要持續服用至少 2 週，才會達到抗焦慮的效果。
2. 避免與酒精併用。
3. 服藥後，開車或操作危險機器時要小心。

三環抗憂鬱劑 (TCA)

在 SSRI 與 SNRI 未上市前，三環抗憂鬱劑如靜安膜衣錠 (imipramine) 曾用於治療廣泛性焦慮症與恐慌症等，但因副作用大，用藥時必須慢慢調整劑量。目前除了在其他藥物皆無效的情況下，已很少用它來對抗焦慮。

常見副作用為嗜睡、體重增加、噁心嘔吐、頭痛暈眩、錐體外症狀 (巴金森氏症、震顫、運動失調等)。

心理治療可幫助長者抗壓

對老年焦慮症的治療應是綜合性的，除了藥物治療之外，還要考慮到銀髮族發病往往比青壯年有著較多的心理因素，例如生活單調、寂寞等，若無子女在身旁，孤獨感更甚，生活上的困難也可能成為誘發因素。

焦慮症的非藥物治療包含放鬆訓練、認知行為治療、生物回饋治療等，可引導患者誠實面對自己，將過去導致自律神經失調的壓力程度與生活習慣，控制在自己可以承受的範圍內，以及積極從事一些能提升抗壓性的活動。子女若能做到以下幾點，也可以緩解長輩焦慮的情緒：

1. 多陪伴，多探視，常回家看看，一起聊聊家常或吃頓飯，都會讓他們放鬆下來。
2. 鼓勵長輩發展自己的愛好，例如書法、打太極拳、唱歌、跳舞等，不僅可以鍛鍊身體，還可以活化心智，充實生活。
3. 協助長輩嘗試新鮮事物。許多老年人會對新家電與公共場所的新設施一籌莫展，可教導他們如何使用而減少挫折感。
4. 鼓勵長輩多交朋友，若有幾個要好的朋友，有高興的事情一起分享，有不開心的事情互相傾訴，可分憂解愁。

鎮靜安眠藥不可重複使用

長者慢性病多，常跨科、跨醫院看病領藥，醫師在不知情的情況下，可能重複開立鎮靜安眠藥，長者服藥之後，容易出現昏昏欲睡、肌肉無力及跌倒等副作用，再加上常見的認知、溝通、獨居、乏人照顧等問題，更將加重此類藥物可能導致的危險性。

鎮靜安眠藥對於治療長者的失眠及焦慮等精神疾患扮演著重要角色，重複用藥或用藥劑量過高，攸關病人安全，藥師應介入評估處方的適切性，並提醒長者使用鎮靜安眠藥的正確知識。🌐

參考資料：

1. 藥物仿單
2. 臺灣憂鬱症防治協會
3. 老年人鎮靜安眠藥處方型態分析第 28 卷第 1 期 Mar. 31 2012
4. 藥學雜誌第 28 卷第 1 期



緩解經前不適 維生素 B1、B2 是益友

文·圖／臨床營養科 營養師 吳素珍

經前綜合症（PMS）又稱經前緊張症（PMT），是一種與女性月經週期有關的身體、心理及情緒綜合症狀的疾病，特徵是在月經來潮的前兩週，表現出生理和心理的不適（腹脹、心悸、焦慮、失眠、情緒波動），這些症狀可能會在月經來潮之前或之後消失。雖然經前綜合症的實際罹病率目前仍未知，但據美國一項研究估計，生育年齡婦女約 15% 有經前綜合症的困擾。

治療經前綜合症的方式包括服用避孕藥、抗憂鬱藥和促性腺激素釋放激素，但這些治療都有顯著的副作用，因此如果可以用天然食物來取代藥物，真是再好不過了。

維生素 B 群和經前綜合症的關聯

經前綜合症的機轉可能與卵巢激素和腦部神經傳遞物質有關，例如血清素和 γ - 胺基丁酸（GABA）的相互作用。維生素 B 群包括維生素 B1、B2、B6、B12 和葉酸、菸鹼酸，藉由通過不同機制的代謝，可參與神經傳遞物質。其中，維生素 B2 可以活化維生素 B6，而維生素 B6 是參與色氨酸轉變為血清素所產生的輔因子；菸鹼酸若缺乏則會導致色氨酸枯竭，從而減少其可用性，造成血清素的量減少；維生素 B1 是葡萄糖和 γ - 胺基丁酸（GABA）代謝所需要的輔因子；維生素 B6、B12 和葉酸與 S- 腺苷甲硫氨酸和吟的形成有關。簡言之，維生素 B 群和血清素、多巴胺的代謝都有關聯。

以往的研究大多僅限於以不同劑量的維生素 B6 來治療經前綜合症，其中某些研究已經發現補充維生素 B6，可以減少經前期綜合症的發生和嚴重程度。雖然一些臨床試驗評估認為以這些維生素（B1、B2、B6、B12）作為治療經前症狀的補充劑可能是有益的，但較少探討攝取維生素 B 群是否可以預防經前綜合症，因此美國臨床營養期刊（Am J Clin Nutr）有篇研究對此做了探討。

維生素 B1 與 B2 可預防經前綜合症

此一研究是郵寄問卷給 11 萬 6678 名美國註冊護士（年齡 25-42 歲），收集其生活方式、食物攝取量和醫療狀況，再評估維生素 B 群攝取量、其他因子與經前綜合症的相關性。研究顯示，只有從食物攝取到豐富的維生素 B1 和維生素 B2，對於降低經前綜合症的發生有顯著差異，因此建議攝取富含維生素 B1 和維生素 B2 的天然食物來預防經前綜合症。

依照國人膳食營養素建議攝取量，維生素 B1 廣泛存在於全穀類、莢豆類、核果類、種子類及豬肉中，種子的外皮和胚芽，如米糠和麩皮的含量尤為豐富。維生素 B2 最佳的食物來源為牛奶，1 杯（240 毫升）牛奶就含有 0.36 毫克維生素 B2，但須注意的是，維生素 B2 容易受到光照破壞，所以要用不透明容器盛裝，以隔絕光線。此外，家禽、魚類、核果類、全穀類及蔬菜，也含有豐富的維生素 B2，例如蘆筍、花椰菜、草菇、菠菜等。

單位 年齡	毫克 (mg)		毫克 (mg)	
	男	女	男	女
0-6 月	A I = 0.3		A I = 0.4	
7-12 月	0.6		0.7	
1-3 歲	0.9	0.8	1	0.9
4-6 歲	1.0	0.9	1.2	1.0
7-9 歲	1.1	1.1	1.3	1.2
10-12 歲	1.3	1.1	1.5	1.3
13-15 歲	1.4	1.1	1.6	1.2
16-18 歲	1.2	0.9	1.3	1.0
19-30 歲	1.2	0.9	1.3	1.0
31-50 歲	1.2	0.9	1.3	1.0
51-70 歲	1.2	0.9	1.3	1.0
71 歲 -	1.2	0.9	1.3	1.0
第一期 懷孕	+0		+0	
第二期	+0.2		+0.2	
第三期	+0.2		+0.2	
哺乳期	+0.3		+0.4	

維生素 B1 和維生素 B2 建議量

如何從飲食攝取維生素 B1 與 B2 ？

生育年齡婦女如何才能從天然食物中有效且輕鬆地攝取到每日建議量的維生素 B1（0.9 毫克/天）和維生素 B2（1.0 毫克/天）呢？

- 每天攝取 1-2 杯牛奶或優酪乳（每杯 240 毫升）。
- 早餐或下午茶的主食，選用全麥麵粉或堅果類製作的餐點，如全麥麵包、全麥吐司、全麥餐包、核桃麵包等，或是麥片、穀物片、五穀粉。
- 午餐及晚餐的主食，選用五穀飯、紫米飯、糙米飯或地瓜飯，少吃精製的白米飯。剛開始若不習慣全部以五穀飯類為主食，可以採取 1：1 的比例，加入白米混合烹煮，待漸漸適應後再全部以五穀飯類為主食。
- 肉類攝取每日可達 2-3 份（1 份 35 公克），可選擇魚肉、豬肉、雞肉。
- 每天至少 3 碗深綠色蔬菜，蘆筍、花椰菜、菠菜都是不錯的選擇。



食譜 範例

如果妳也有經前綜合症的困擾，不妨試試於生理期後開始食用富含維生素 B1 和維生素 B2 的食物，以下食譜提供參考！

早餐：全麥蔬菜土司

低脂鮮乳 1 杯（240 毫升）

堅果 2 湯匙

大番茄 1 顆

水煮蛋 1 顆



午餐：紫米飯 1 碗

青菜 1 盤

豆製品或肉 1 份

水果 1 份



晚餐：紫米飯 1 碗

紅糟豬肉 1 份（35 公克）

青菜多樣

牛蒡排骨湯



點心：低脂牛奶或優酪乳 1 杯（240 毫升）

參考資料：

1. Am J Clin Nutr. Dietary B vitamin intake and incident premenstrual syndrome 2011;93:1080-6.

2. 營養學（華格納出版）

乾癬性關節炎

乾癬病人另一大患

文／中國醫訊 編輯部

乾癬固然惱人，但患者更要提防它可能併發會嚴重破壞骨頭與關節的乾癬性關節炎，42歲的黃先生就身受其苦。中國醫藥大學附設醫院風濕免疫科主治醫師蔡嘉哲提醒乾癬患者務必要注意自己的關節變化，一有異狀應立即就醫，切莫亂用偏方。

黃先生被乾癬纏身已有30年之久，他說童年剛發病時，只是局部皮膚起紅疹和搔癢，久治不癒，後來惡化到全身皮膚脫屑乾裂，嚴重時甚至會流血。7個多月前，左側膝關節以下及大腳趾腫痛不堪，走路一跛一跛的，就醫診斷為乾癬性關節炎，令本已備受煎熬的他，更是烏雲罩頂。

乾癬不僅侵犯皮膚，也會殃及多處器官

蔡嘉哲醫師指出，乾癬在臺灣的發生率約為0.5-1%，患者總數相當於類風濕性關節炎，而其中約有3成的乾癬病患會遭到乾癬性關節炎侵犯，可以說是一種相當常見的關節炎。

傳統認為乾癬與乾癬性關節炎都只是局部病變，其實兩者均為免疫系統失調造成的全身性發炎。乾癬除了會侵襲皮膚，令患者痛苦不堪，大片紅斑對外觀的衝擊，更會嚴重影響人際關係，病情持續發展下去，連眼



經過蔡嘉哲醫師妥善治療，黃先生的症狀有了顯著改善。（攝影／吳芬玫）

睛、關節、骨頭、指甲也難以倖免，還可能引發心臟與腸道的病變。

新發展的生物製劑，可用於第2線治療

治療乾癬與乾癬性關節炎，一般治療方式有塗抹煤焦油、紫外線照光治療、使用抗發炎藥物（NSAIDs）、局部類固醇注射與免疫調節劑（DMARDs）等，即使治療碰到瓶頸，如今也有新發展的生物製劑抗腫瘤壞死因子、抗細胞激素17等可以運用，早期治療有很好的成效。

蔡嘉哲醫師給黃先生服用抗發炎藥物和免疫調節劑之後，療效明顯。他表示，如果療效不佳，還有第2線的生物製劑可以支援，所以患者不要灰心，更不要亂用偏方，只要好好與醫師配合，問題是可以解決的。☺

心律不整亂亂跳 電燒終結老毛病

文／中國醫訊 編輯部

一位經常來往兩岸的電子工程師，正值壯年，卻被越來越頻繁的心律不整搞慘了。工作時，莫名的疲累總讓他難以全神貫注，不時還會心悸胸悶，連在閒暇時打打球活動筋骨，都曾因體力無法負荷而昏厥。

眼看事態日益嚴重，他轉赴中國醫藥大學附設醫院檢查，檢查發現他全天心律不整的次數竟接近總心跳次數的5成，心臟明顯擴大，心臟收縮力也降低。經過三度空間立體定位電燒治療，醫師找到他心律不整的源頭，很快就化解糾纏他數年的困擾。這位工程師現已回到工作崗位，也再度成為球場上的一尾活龍。

電燒治療心律不整，成功率明顯提高

心臟內科張坤正主任指出，我國約有50萬人心律不整，治療方式依病情程度不同，有服用藥物、植入去顫器與電燒等3種選擇。其中的心室電燒屬複雜性治療，過去只能依賴X光透視導引，搭配心臟內電訊號來進行。三度空間立體定位技術問世後，診斷與治療的難度明顯改善。

醫療團隊透過空間與心臟內電訊號的立體成像，即可洞悉心律不整的病理機轉，從而設計相對應的電燒策略，並仔細操作每一定點的電燒，以確保治療成功。

心律不整拖延不理，嚴重時可能猝死

張坤正主任說，心律不整分為心房和心室兩大類，這位工程師的病因是心室早期收縮，合併陣發性心室頻脈。心室心律不整的原因很多，90%屬於結構性心臟病，包括動脈心臟疾病、心肌病變、離子通道病變等，另10%原因不明。無論致病原因是什麼，隨著藥物和電燒技術的進步，心律不整不再是棘手的問題。

必須注意的是，心律不整也可能毫無症狀，或者只有輕微的心悸、胸悶、頭暈，若拖久沒處理，心臟亂跳的次數過於頻繁，將導致心臟擴大和收縮力降低，最嚴重的情況是引發昏厥甚至猝死，千萬不可掉以輕心。⊕

105-106 年 臺灣病人安全 8 大目標 推行策略與現況

文·圖／醫療品質部 管理師 洪千惠、副管理師 彭君怡

「病人安全」是醫療品質的根本，也是醫療照護人員和病人間最基本的共同目標。為凝聚所有醫療機構對病人安全工作推展的共識，並將有限的醫療資源做最有效的運用，衛生福利部委託醫院評鑑暨醫療品質策進會，邀集國內病人安全相關領域專家，參考美國評鑑聯合會（JCAHO）的年度目標做法及相關資料，每兩年研擬並更新臺灣病人安全的工作目標、執行策略、一般原則與參考作法，期能透過醫療照護人員與病人、民眾的齊心努力，共同維護照護品質，建構安全的醫療環境。今年和明年的「臺灣病人安全 8 大目標」如下：

目標 1 提升醫療照護人員間的有效溝通

執行策略

- 落實訊息傳遞的正確、完整與及時性。
- 落實轉送病人的風險管理與標準作業程序。
- 落實放射、檢查、檢驗、病理報告的危急值，或其他重要結果的及時通知與處理。
- 加強團隊溝通技能。

重點執行原則

- 訂定醫療照護人員交接班標準作業程序。

- 訂定醫療照護人員轉送病人的標準作業程序，包括轉送風險評估、人力、設備與運送流程，確保訊息傳遞的正確性與轉送途中的病人安全。
- 訂定並監測檢驗危險值，以及檢查重要結果通報與回覆的流程與時效性。
- 建立醫療團隊間溝通模式（尤其是跨領域團隊溝通），強化團隊合作的概念與行動。
- 【新增】建立儀器及設備「警示系統」的安全管理規範。
- 【新增】醫療資訊系統應避免發生數據不完整或錯誤的情況。

目標 2 落實病人安全事件管理

執行策略

- 營造病安文化，並參與臺灣病人安全通報系統（TPR）。
- 分析病安事件並推動改善方案。
- 訂定病安事件管理計畫。

重點執行原則

- 向同仁加強宣導病人安全概念，針對不同單位給予不同內容的教育訓練。
- 積極參與全國性病人安全通報，主動與其他醫院分享經驗以達到共同學習的目的。

- 參與病人安全文化調查，定期分析檢討，並積極營造病人安全文化。
- 訂定不良醫療事件處理機制，定期檢討院內病人安全通報事件，並根據異常事件分析結果提出具體可行的改善措施。

目標 3 提升手術安全

執行策略

- 落實手術辨識流程及安全查核作業。
- 提升麻醉照護品質。
- 落實手術儀器設備檢測作業。
- 避免手術過程中造成的傷害。
- 建立適當機制，檢討不必要的手術。

重點執行原則

- 落實病人辨識及手術部位標記。
- 訂定手術安全查核機制與項目，包括術前準備、轉送交班、感染管制、衛材計數、儀器設備、給藥、檢體處理及運送等作業。
- 由麻醉專科醫師負責或在其全程指導下完成麻醉前評估、麻醉中生理監控以及手術後的恢復，並訂定標準作業流程。
- 訂定麻醉機、各類監視器與麻醉藥物的管理及使用標準作業程序。
- 手術儀器及設備應定期保養並留有紀錄，使用前需確認功能良好。手術器械應有手術前後清點及交班機制。
- 依病人特性、術式及手術時間給予適當減壓措施。
- 手術過程中，熱源及易燃物應有適當防護，



手術部位標記（如箭頭所示）

盡可能避免使用高濃度氧氣。

- 醫院應有適當機制定期檢討手術的適當性。



目標 4 預防病人跌倒及降低傷害程度

執行策略

- 落實跌倒風險評估及防範措施。
- 提供安全的照護環境，降低跌倒傷害程度。
- 跌倒後檢視及調整照護計畫。

重點執行原則

- 向醫院工作人員、病人、家屬及其照顧者提供跌倒預防的宣導教育。
- 運用風險評估工具儘早篩檢出屬於跌倒高危險群的病人。
- 針對不同屬性病人提供不同與個別性的跌倒防範措施。
- 提供安全的醫療照護環境。
- 跌倒後重新檢視照護計畫並適時調整預防措施。
- 醫療團隊應全面評估跌倒發生率，並調整預防措施。



防跌告示牌

目標 5 提升用藥安全

執行策略

- 推行病人用藥整合。
- 落實用藥過敏及不良反應史的傳遞。
- 加強高警訊藥品及輸液幫浦的使用安全。

重點執行原則

- 訂定用藥整合的明確政策與程序，病人及家屬共同參與用藥整合過程。
- 醫療人員主動詢問病人目前用藥情形、過敏史及不良反應史，確實登錄並有效傳遞。
- 訂定高警訊藥品的使用管理規範，主動監測高警訊藥品療效與副作用。

目標 6 落實感染管制**執行策略**

- 落實手部衛生遵從性及正確性。
- 落實抗生素使用管理機制。
- 落實組合式照護措施，降低醫療照護相關感染。
- 【新增】定期環境清潔與監測，並建立消毒、滅菌管理機制。

重點執行原則

- 建置完善的洗手設備以提高人員落實執行手部衛生。
- 透過各種方式宣導落實確認必須的洗手時機及方式。
- 建立抗生素管理機制，包含門診及預防性抗生素的使用。
- 中心導管、留置性導尿管以及呼吸器，建議推廣組合式照護介入措施。
- 【新增】建立醫院環境清潔管理政策，並落實醫材與器械消毒、滅菌以及管理政策。

目標 7 提升管路安全**執行策略**

- 落實管路使用的評估及照護。
- 提升管路置放安全及減少相關傷害。

- 加強團隊合作，提供整合性照護。

重點執行原則

- 確實執行管路放置、留置照護以及移除的標準作業程序。
- 醫療人員能正確置放管路，並有確認機制。
- 高危險管路系統或多重輸液管路應建立標準作業程序，以防止錯接。
- 建置管路照護品質管理及異常事件通報機制。
- 訂定管路意外事件的預防和處理機制。
- 【新增】訂定需進行操作前確認（Time out）的侵入性管路放置項目。



管路安全應小心維護

目標 8 鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作**執行策略**

- 鼓勵醫療人員主動與病人及家屬建立合作夥伴關係。
- 提供民眾多元參與管道，並通報所關心的病人安全問題。
- 主動提供病人醫療安全相關資訊，推行醫病共享決策。

重點執行原則

- 將病人及其家屬納入照護團隊，並蒐集病人及家屬意見。
- 主動邀請病人及家屬表達所關心的病情照顧與安全的問題，並說出對治療與處置的任何疑問。
- 【新增】醫療團隊提供所有治療選擇和病人進行互動性討論，並協助病人決定最適宜的治療方式。



醫療團隊主動與病人及家屬溝通

世界精神醫學的未來

參與活動籌備後記

文·圖 / 精神醫學部 主治醫師 張倍禎

去年 11 月 18 日至 22 日參加在臺北舉行的世界精神醫學會國際大會 (World Psychiatric Association International Conference, WPAIC)，會議中為年輕精神科醫師規劃的「世界精神醫學的未來活動」十分精彩，身為臺灣年輕精神科醫師團體 (TYPO) 的核心成員，我很榮幸有機會參與籌備過程。

「世界精神醫學的未來活動」包含 2 場重量級的「與專家見面」工作坊、4 場口頭論文研討會和 10 篇壁報論文展示。這 4 場口頭論文研討會的主題為身心症、神經影像學、思覺失調症，以及成癮醫學與流行病學。

活動共有大約 40 位年輕精神科醫師參與，分別來自加拿大、印度、香港、俄羅斯、

日本、英國、新加坡、泰國、南韓、蒙古、土耳其、埃及、亞美尼亞、印尼和臺灣等 15 個國家。

一個向前輩學習的好機會

第 1 場「世界精神醫學的未來活動」工作坊，由前任世界精神醫學會主席 Norman Sartorius 教授揭開序幕。Sartorius 教授和年輕精神醫師面對面互動，討論職業生涯和人生規劃，並分享他很寶貴的經驗。第 2 場工作坊則是由「分子精神醫學」(Molecular Psychiatry, 精神醫學一流的國際期刊) 總編 Julio Licinio 教授和現任世界精神醫學會主席 Dinesh Bhugra 教授，分享論文寫作和精神醫學工作生涯的寶貴意見。當天晚上也安排一個小聚會，讓大家可以比較輕鬆的場合討論合作和夢



與專家見面工作坊，會後與 Norman Sartorius 教授合影。

想。

接下來兩天的議程以研討會形式進行，讓大家了解當前年輕精神科醫師在臨床研究上的表現和突破。「世界精神醫學的未來活動」在大會晚宴畫上完美句點，醫師們同樂並為獲獎的同伴們歡呼。

個人獲得多方面的成長

參與這次活動，收穫很多，有機會聽到幾位大師精闢的演講並和他們近距離互動，不僅讓自己的臨床研究工作更有方向，對精神醫學領域的視野變得更寬廣，也結交了許多世界各國的朋友。我還很意外地發現多位不同國家（如：烏克蘭、韓國等）的年輕精神醫學研究者，不約而同的選擇在新加坡發

展他們的研究生涯，原因有待探討。

最讓我感動的是 Sartorius 教授和 Licinio 教授挪出時間趕場，在參加總統晚宴前先參與年輕精神科醫師的聚會，顯然非常重視與年輕後輩的交流。Bhugra 教授更排除萬難地在 WPA 執行委員會會議和年輕精神科醫師工作坊間奔走，為的只是要多與年輕精神科醫師互動。

許多與會來賓都給這次活動極高評價，很开心聽到他們說這是他們近年來收穫最多的會議。最後要感謝世界精神醫學會與台灣精神醫學會前輩們的支持，精神醫學部藍先元部主任和蘇冠賓科主任的栽培與指導。最後更要謝謝所有國內外年輕精神科醫師們的參與與支持，尤其是年輕精神科醫師團體（TYPO）成員們的參與。也要特別謝謝科內同仁鄭婉汝醫



年輕精神科醫師聚會，相見歡！

我們在馬拉邦山 與雪相遇

文／婦產部 產科衛教護理師 洪靜琦



楓樹、綠葉與白雪，美景醉人。(洪靜琦提供)



吳博倫醫師帶著妻兒，大手攜小手，幸福一百分。(洪靜琦提供)



樹也結冰了。(洪靜琦提供)

去年年底就跟學姐學妹約好，一起參加今年1月23日醫院登山社舉辦的兩天一夜苗栗馬拉邦山活動，隨著時間逼近，我開始注意電視新聞中的氣象預報，當確定1月23日起會有超級寒流來襲，我的心也涼了半截。

「那麼冷又下雨，妳還要去登山嗎？」

「你們社長沒有說要把登山活動延期嗎？」

「真搞不懂你們這群人，那麼差的天氣還要去爬山，跟颱風天跑去泛舟有什麼兩樣？」

朋友擔心我的安危，極力勸阻我參加此次登山活動，措詞也越來越強硬，我逃避似的不敢在早餐時跟他一起看新聞，怕氣象預報超低溫寒流的消息，又會挑起他阻止我去登山的話題。

「好啦！我明天再去跟社長確認活動有沒有要延期…」

「我們社長有很豐富的登山經驗，他說如期舉行，一定是經過審慎評估。我們都相信他！」

「社長說不一定要攻頂，如果天氣惡劣，在山莊附近活動就好。」我心底其實是打定主意要去的，但顧及朋友愛護關懷我的心意，還是採取緩兵之計。

頂著雨水寒風，往馬拉邦山出發

終於到了活動當天，雨從夜裡一直下到清晨，驟降的低溫加上雨水寒風，讓臺中週末的街頭變得十分冷清，想必大家都窩在家裡不敢出門吧！我們約好中午 12 點半在本院第一醫療大樓門口集合，一行人浩浩蕩蕩分成 4 部車往苗栗馬拉邦山出發。

經過 2 個小時的車程，抵達苗栗大湖，今晚投宿地點是位於馬拉邦山登山口的「錦雲山莊」，我們計劃今天先在山莊過夜，明早再登山攻頂。大夥兒聚在山莊 1 樓客廳喝茶聊天，窗外的雨一直沒停過，門口溫度計顯示目前溫度是 5 度。這次不畏風雨寒流來參加登山活動的同仁與眷屬共 16 位，其中還有 1 個 5 歲的小男孩。山莊客廳電視的新聞台不斷播放這次的低溫特報，據說這是 10 年來最嚴峻的「霸王級寒流」，不少人已經湧上清境、合歡山等候雪景降臨。

這麼冷的天氣，是不是有可能看到雪？」大家圍著客廳烤爐取暖，七嘴八舌的跟山莊主人聊天。

「呵呵…這裡海拔還不夠高，不會下雪啦！至少我住了 20 年還沒看過下雪。」山莊主人笑著回答。

半夢半醒之間，有人驚呼下雪了

吃完晚餐聊一下天，大夥兒就鋪床準備就寢，男女分開睡 2 間大通舖，因為氣溫越晚越低，山莊房間又沒暖氣設備，躺在床上只蓋著棉被，手腳還是感覺冰冷，於是每個人都穿著外套襪子，載著帽子手套睡覺。我在夜裡醒來好幾次，冷冽的低溫逼得我強忍尿意，不願起床如廁，因為真的不想離開溫暖的被窩啊！窗外，風呼呼的吹，雨水打在屋簷的聲音，讓山裡的深夜更顯得蕭條而冰冷。就在半夢半醒之間，突然聽到有人驚呼：「雪！下雪！外面下雪了！」

「怎麼可能下雪？我還在做夢嗎？」我蜷曲在被窩裡，腦海記憶還停留在夢境中，恍惚感覺呼喊聲音來自夢裡。

「小琦姊，趕快起來，外面在下雪了，好美喔！」學妹見我還賴在床上，撲過來把我拉離溫暖的被窩。

天還不是很亮，看看手錶不過清晨 6 點，大家驚喜於窗外下雪的情景，全都起床衝到外面看雪，山莊主人也是驚呼連連：「你們實在太幸運了！我住在這裡快 20 年，第一次



冰封草莓，農民無語問蒼天。（洪靜琦提供）



每輛車都穿上厚厚的雪衣（洪靜琦提供）

看到下雪。」門口溫度計顯示現在溫度是 0 度，雪應該已經下了一陣子，我們停在停車場的 4 部車，已覆蓋上一層白色雪衣，綠色植物也佈滿冰雪，草莓園遭到冰封，偶有幾顆紅色的草莓勉強探出頭來，在白雪襯托下更顯得鮮豔欲滴，只是不知道還能不能採收販賣？我想農田主人看到這種景象應該笑不出來吧！

飄雪踩雪賞雪，新奇美妙的登山體驗

吃完熱呼呼的稀飯，雪依舊斷斷續續飄著，社長決定不畏風雪帶領大家登山，採自由參加方式，不想攻頂的人可以留在山莊等候大家。沒人想錯過在飄雪中登山的美妙感覺，所以個個都穿上外套和雨衣，義無反顧的往山上走去。真的是做夢也沒想到，有一天我會在臺灣的山裡，踩著皓皓白雪，感受雪在身旁飄落的美景，我想我永遠不會忘記這一天。

約莫 2 個小時路程，我們就登上了標高 1406 公尺的馬拉邦山，一路上雪還是斷斷續續飄著。因為我們算是早鳥登山客，所以沿路看到的雪景還沒被人群破壞，非常的晶瑩美麗。到了下山時，許多聞風而至的人群正要上山來，這時地上的白雪都已變成了黑糖剉冰，泥濘難行。

學妹雨褲太長，竟在雪地連跌 3 跤

首度登山的學妹穿著雨衣雨褲手持登山杖走在我前頭，不斷轉頭叮嚀赤手空拳的我：「學姐，這裡很滑，要小心喔！」說時遲那時快，她就在我面前狠狠的滑了一大跤，我趕緊過去扶她起來，她起身後揉揉直接著地

的屁股，自我陶侃的說：「還好我肉多，應該沒關係！」誇張的是就在 200 公尺內，她以 3 種不同姿勢連跌 3 跤，後來才發現是她穿的雨褲太長，被腳後跟踩到而打滑，我幫她把褲管捲高，才沒繼續釀成悲劇。學妹一再摔跤的畫面，停留在我的腦海裡好久，這是雪景驚奇之外，第二難忘的回憶，好在她沒有因而受傷，也算是不幸中的大幸了。

回到山莊和大家會合，時間約莫是下午 2 點多，客廳電視播報著臺灣各地下雪奇景，六福村下雪了，大坑也降雪，新聞畫面不斷放送各地令人驚奇的雪景，而鏡頭一轉又是低溫造成農漁業損害慘不忍睹的畫面。這波霸王級寒流的來襲，有人驚喜有人傷心，在全臺灣民眾的心底都留下很深刻的印象。

這回與雪相遇，下次登山又會有何美景？

我喜歡登山，雖然總是最慢攻頂最後下山，但在山裡踩著一步步台階專往往上爬的過程，可以暫時忘卻塵世煩惱。我也很愛攻頂後俯瞰腳下群山，感受征服高山的成就感，當然能和醫院同事一起出遊也是讓人開心的一大誘因。

這次，在苗栗馬拉邦山意外與雪相遇，不知道下次走入山裡會遇見怎樣美景？我期待著。☺

踏雪而行，新奇的登山體驗。（洪靜璋提供）

