

編按：本專欄園地公開，歡迎北醫人就各專業領域之研究經驗、心得或醫學新知，踴躍賜稿，與眾分享，每篇字數請勿超過 2000 字，若有照片、幻燈片、圖、表尤佳，內容深度定位在一般學術文章與類似「健康世界」雜誌文章之間，請勿以「轉載稿」或「一稿數投方式」投稿，投稿處請見第 5 頁之表格說明，謝謝！

# 杏林天地



## 醫藥分業認知調查

■北醫公共衛生學系暨外傷防治中心

所謂的醫藥分業 (Dispensing away from physicians) 是由醫師負責診療、開立處方，而由藥事人員負責調劑及藥物諮詢的醫療型態。根據藥事法第 102 條規定：「醫師以診療為目的，並具有本法規定之調劑設備者，得依自用處方，親自為藥品之調劑。全民健康保險實施二年後，前項規定以在省（市）衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限。」此為藥事法規定下之強制性醫藥分業。

本校公共衛生學系於八十五年五月底進行 200 人樣本的前導研究，目的在於對台北市民眾對醫藥分業的目的及認知的了解程度作調查。以台北市地區電話號碼簿之住宅部為抽樣母體，採隨機抽樣之方式，以電話進行問卷訪問。

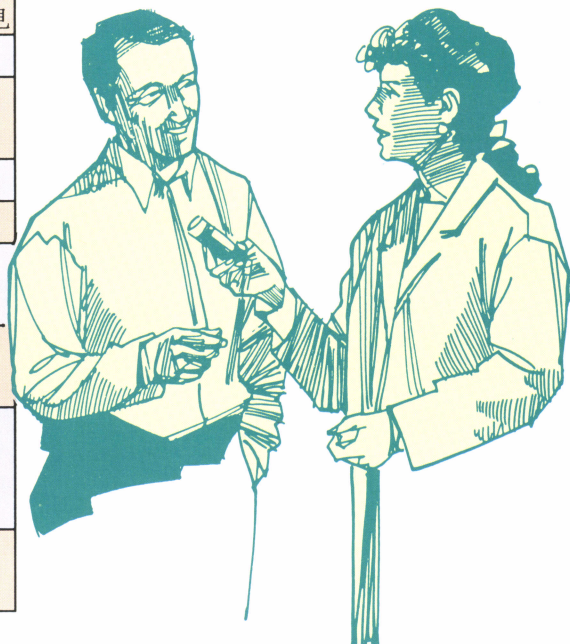
受訪者年齡分佈 20 歲以下有 17 人、20 歲~30 歲有 50 人、30 歲~40 歲有 80 人、40 歲~50 歲有 36 人、50 歲以上有 17 人。性比率為 1.08。職業分佈中公務員 7 人、教師 2 人、學生 20

人、工 15 人、商 87 人、無 16 人、其他 53 人。

而影響受訪者是否願意到社區藥局調劑的最主要原因，有 44.5 % 會因距離遠近而願意到社區藥局調劑，有 37.5 % 因領藥時間的長短會願意到社區藥局調劑，只有 12 % 因醫師、藥師的專業力而願意到社區藥局調劑，有 3.5 % 因是否為長期處方箋而願意到社區藥局調劑，還有 29 % 因其它原因會願意到社區藥局調劑。

受訪結果如下：

	是(人)	否(人)	無意見
是否知道何謂醫藥分業	71.5%	28.5%	
是否知道政府將實施醫藥分業	0.5%	49.5%	
是否贊成醫藥分業	58.0%	18.5%	4.5%
是否知道健保特約藥局	67.5%	22.5%	
是否知道政府將藥品分處方藥、指示用藥、成藥	29.5%	70.5%	
是否知道未來民眾看病指示用藥及成藥需自費	20.0%	80.0%	
是否知道贊成病人有自由選擇要在醫院或社區健保藥局調劑	84.5%	9.5%	6.0%
實施醫藥分業後是否願意到社區藥局調劑	67.5%	22.0%	10.5%



在社區藥局調劑時，若無醫師指定的藥品時，29.5%受訪者會接受藥師的建議換別種同療效的藥品，不接受佔55%，有15%無作答。當藥師反應醫師所開處方有疑問時有85%的受訪者會向醫師反應，3%會請教別家藥局意見，2%會到別家藥局調劑，7%會換醫師，3%無作答。而醫師要求親自調劑時，61.5%會讓醫師調劑，15.5%仍然會到藥局調劑，有14.5%無意見，9%無作答。若由醫師開立處方、藥師調劑而發生問題時，有11%認為醫師要負責，有3%認為藥師要負責，38.5%認為兩者皆要負責，36%選其他，11.5%無作答。對於未來實施醫藥分業後，對醫療品質的影響有37.5%認為會提升醫療品質，33%認為不會變，5%認為會下降，24%無意見。

從本調查發現有58%的受訪者贊成醫藥分業，有67.5%的受訪者願意到社區藥局調劑，但醫師若要求調劑則有61.5%的受訪者會讓醫師調劑。若藥局無醫師指定藥品時，55%的受訪者

不接受藥師的建議換別種同療效的藥品。當藥師反應醫師所開處方箋有疑問時，有85%受訪者會再向醫師反應。由以上可看出民眾對醫藥分業後由藥師調劑雖能接受，但依然有許多不信任之處，尚可針對此點繼續調查研究，以了解原因並解決民眾之疑慮。

健保門診中心於84年早以開辦醫藥分業，可能因宣導不足，許多病患再拿到處方箋之

後，不知所以然，便直接拿給藥局，也有病患為求方便寧願直接在門診中心藥局等候調劑，所以處方箋真正流出的比率少得可憐。對於醫藥分業，醫師、藥師之間縱然有許多歧見，但最重要的是民眾的權益。醫藥分業到底可保障民眾那些權益呢？政府機關應加強宣導民眾對醫藥分業的意義與實際做法，讓民眾可自由選擇調劑處所。





# 「旅遊醫學」……

## 連續假期怎麼玩才健康

■謝瀛華主任 台北醫學院家庭醫學科

### 一、前言

**本**文是謝瀛華醫師於中華民國旅遊醫學會成立之後應邀對醫師團體公開演講的重要內容，謹提供參考，期盼「連續假期」來臨時，供銀髮族和一般民眾全家外出旅遊和春節旅遊須知，但願能玩出健康，玩的愉快。

### 二、溫泉之旅

溫泉之旅，凡自地下自然湧出或人工開採的礦泉，含有 1g/L 以上的可溶固體，或含有特殊氣體，或含有一定量的微量元素，或具有 34℃ 以上的溫度，可提供保健與醫療應用的稱為醫療溫泉。

溫泉可用於洗浴、口服及漱口等。旅遊中常用洗浴治療。不同的溫泉治療不同的疾病。

**我們地球上的溫泉有：**氫泉、碳酸泉、硫化氫泉、碳酸氫鈉泉、碳酸氫鈣泉、酸鈉泉、酸鈣泉、酸鎂泉、氯化鈉泉、鐵泉、碘泉、溴泉、珪酸泉、淡溫泉等。

**溫泉適應症：**心血管病、周圍和中樞神經系統病、婦科病、皮膚科病、外科病等。作用較溫和，老年病患者亦可浴。

**CO<sub>2</sub> 浴適應症：**輕度的心血管病、I、II 期高血壓、低血壓、血管痙攣、雷諾氏病、腦血管意



外後遺症等。

**禁忌症：**較嚴重的心血管病，骨關節損傷的早期、周圍或中樞神經系統病、III 期高血壓、急性冠心病、早期心肌梗死、嚴重的全身動脈硬化。

**H<sub>2</sub>S 泉浴適應症：**慢性骨關節及肌肉疾病、中樞和周圍神經系統病、婦科生殖系統病、皮膚營養不良性疾病等。

**禁忌症：**炎症的急性並急性期、急性風濕發作後 6 個月內、慢性肝炎、膽囊炎、腎病、肺結核、嚴重冠心病等，不宜洗太多溫泉浴。

**結論：**溫泉是大自然的產物，對健康有一些助益，但仍有些慢性病患不可洗的禁忌，小孩要提防燙傷等，至少它可以促進血液循環，亦是現代人（尤其是

銀髮族）保健的方法之一。

### 三、登山之旅

登山活動不僅可欣賞美麗的山光水色，而且對人體健康有很多好處。國內有許多可供遊覽的山景勝地如玉山、阿里山、太平山等，吸引著旅遊愛好者。但登山的運動量較大，比較消耗體力，應該量力而行。

1. 先了解遊覽路線，計劃好休息和進餐地點，最好有熟悉道路的人帶領。防止盲目地在山中亂闖，造成既多走了路，又浪費了時間。
- 2 休息時不要坐在潮濕的地上和風口處，出汗時可稍鬆衣扣，不要脫衣摘帽，以防傷風受寒。進餐時應在背風處，先休息一會再進飲食。

- 3.要儘量少帶行李，輕裝前進。穿布底或膠底鞋為宜。山間常地濕苔滑，謹防滑跌。
- 4.老人登山應帶手杖，省體力並有利於安全。行路要穩，時刻留神腳下，防絆倒或踩翻石塊等，過小橋、狹窄道路時尤其要小心。
- 5.高山頂上往往比山下冷，與山下溫差大。所以上山前最好了解一下山頂氣候特點。若在山頂過夜，更應了解旅館有足夠的防寒設備。自己也可帶些防寒衣物，以防受涼感冒。

#### 四、森林之旅

多姿多采的森林往往是風景區的重要景觀之一，特別是遊覽林區或是山區林地，常常要在密林中穿行，看喬木參天，聽松濤風聲，這些獨特的景色會給遊客留下難以忘卻的印象。在森林中旅行應注意如下幾點：

- 1.防止迷路 → 初入森林的人由於方向難辨、道路不熟、容易迷路，特別是陰雨大霧天氣。因此，在密林中應結伴而行，不要單獨行動，尤其不要到密林深處，不要讓小孩隨便亂跑或追逐小動物。在密林中一旦迷路，應沿自己的腳印往回走，若找不到腳印可按來時的方向往回走。簡單的辨識方向方法：樹冠較大的一側是南；看樹幹斷面，年幹較寬的一側是南方；看螞蟻窩邊的積土，土多的一側是北方，看樹幹，陰濕多苔蘚的一側是北方。
- 2.防止松毛蟲病 → 松毛蟲是生活在松樹上的一種毛蟲，每條蟲身上有萬條毒毛，毒毛

內含有毒素，毒毛上有尖刺，碰到人體就會刺人，使人產生毒性及過敏反應，引起過敏性皮炎，進入眼睛可引起流淚、怕光、刺痛不適等；毒素進入皮膚或隨呼吸進入肺內，還會引起變性反應性關節炎。松毛蟲毒毛散落最多的時間是在秋、春季，這時在松林中旅行應防止在樹下逗留或進餐，出林後要抖掉衣帽上的毒毛，洗手、洗澡、換衣服。

- 3.防止有毒的蜘蛛類咬傷 → 毒的蜘蛛類動物，比如像壁虱(俗稱草爬子)，一般大小如臭蟲。每當夏季(五月份開始)

你步入森林時，它們或在樹木枝上，或在林下草尖上，用最前面一對步足鉤掛在你的衣物上，然後設法鑽入裡邊，找尋皮膚柔軟和神經不敏感處叮咬、吸血，常常不被人知。這種動物，如全洵蟬，能傳染森林胸炎，被叮咬的人發病率為 0.1-0.2%。感染上此病後，發病初期酷似重感冒，往往誤診，一旦診出已成不治之症，即使被治癒，多數也成癡呆。預防的辦法首先在裝束上。上衣最好穿夾克式三緊身服(領、袖口和下邊都緊口)，下衣一定要穿長褲，並紮緊褲腳，如果穿長統靴，也一定要把褲腿塞入長統靴中。其次是走出森林後，應立即找一合適去處，先自己脫掉外衣，檢查一下是否爬有

壁虱，這樣做，一

般來說可保安全。

檢查時若發現已被叮咬上了也不必

驚慌，可先用手

指彈一彈壁虱

，使其麻痺，

然後用指甲

緊緊捏住它，

快速一拔，便可除掉

之，而後在患處抹上

優碘等消毒藥水即可。





## 五、怎樣克服水土不服

有些人初到異地他鄉，開始總感到不舒服，有的出現噁心、食欲不振、乏力、睡眠不好或有腹脹、腹瀉、皮膚騷癢等，俗稱「水土不服」。這主要是由於對新的環境不適應造成的不良反應，一般過些時間身體適應後，這些症狀會自然消失，可以不作治療。但在生活上若加以注意，可以預防或減輕。如注意勞逸結合、控制飲食、不要吃得過飽、進食稀軟易消化的食物，尤需避免進食生冷辛辣等刺激胃腸的食品和飲料，可適當多喝些溫開水或茶水、山楂片、柳橙汁等。

## 六、怎樣解除旅遊疲勞症候群

經過一天的遊山玩水，晚上回來飯店或住宿地時往往感到疲憊不堪，如周身困乏、腰膝酸軟、兩腳麻木等。有人飯也不想吃，倒頭便睡，這是不利於健康的。可用以下幾種方法緩解疲勞。

1.用溫熱水洗腳，慢慢浸洗 5 ~ 10 分鐘，用手反復按摩腳心、腳腕。洗腳不僅能改善局部血液循環，解除疲勞，還有清除腳上污物、臭味及預防微生物感染的作用。



2.自我放鬆術，仰臥床上，放鬆腰帶，做深長緩慢的腹式呼吸，同時默念「放鬆」二字，讓四肢、軀四肢、軀幹、頭頸各部的肌肉都放鬆下來，約 10 ~ 20 分鐘即可。千萬不要入睡，若有睡意應馬上坐起來清醒一下。

3.舒適坐下，慢慢喝溫茶水，若炎熱天可適量用些冷飲料。進餐最好吃米飯、麵條，細嚼慢嚥，飯後散步。

4.特別疲累時可在飯後漱口完畢後，早些入睡。一定要脫衣解

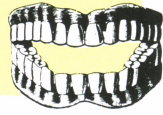
帶，和衣而眠不易解除疲勞。

5.有流汗的時候，旅遊一天回來可洗一次熱水澡。不僅能清除身上的汗水塵垢、使毛孔、汗腺通暢，還能通過增強血液循環、調節神經系統起到改善組織營養，較快地緩解身心疲勞等作用。

## 七、參考文獻

1. Year Book of Geriatrics and Gerontology 1994
2. 世界旅遊醫學會「年會論文報告」，1994 ☼





# 漫談齒槽骨保持術

## Ridge Retention

你口腔內已經有見不得人的煩惱嗎？

**於**人類口腔中常犯之兩大疾病：齶齒與牙周病，於最終皆會導致牙齒喪失。繼而牙齒周圍之齒槽骨，會因缺乏牙周膜傳導咬合力之功能性刺激，而隨著時間日漸萎縮，於口腔中形成永久性的骨性缺損。因此病人於發音與美觀方面產生問題，臉部下三分之一輪廓呈現垂直高度喪失，嘴形塌陷，並現出老年化之外觀。因此如果能於拔牙之際，同時考慮齒槽骨之保持，則可避免上述各種問題。

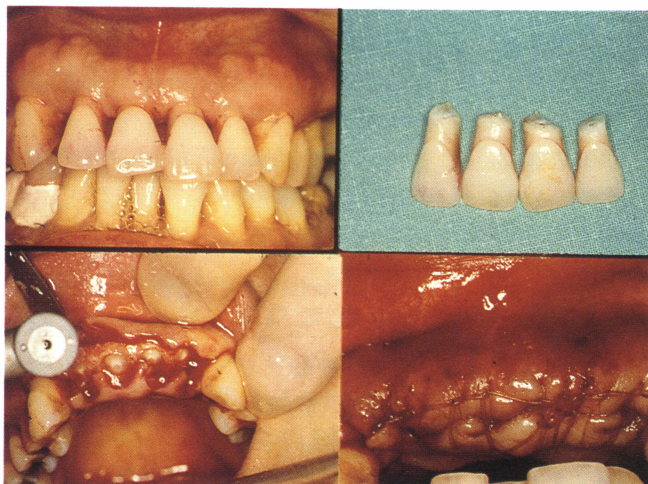
目前於臨床上有幾個比較先進的方法可以保持齒槽骨之健康外形；在此筆者依個人之臨床案例，分述方法如下：

### (一) 活性牙根深埋術 root submerged operation)

此方法最適用於罹患重度之牙周炎而必須拔牙之病患。

例 1. 病人前上門齒區因罹患嚴重之牙周炎，必須予以拔除，然而我們考慮在此區拔牙，於半年後將造成此區齒槽骨吸收殆盡，因此於治療過程中，使用牙根深埋術，將牙齒感染之牙根上半部於手術中切除，僅留下齒槽骨中健康之牙根部份，再於手術區硬組織（包括齒槽骨與牙齒）整型修復以後，將口腔黏膜以第一級縫合的方式處理（如圖一），俟手術後兩週拆線。於手術後追蹤六年之臨床圖片顯示（如圖

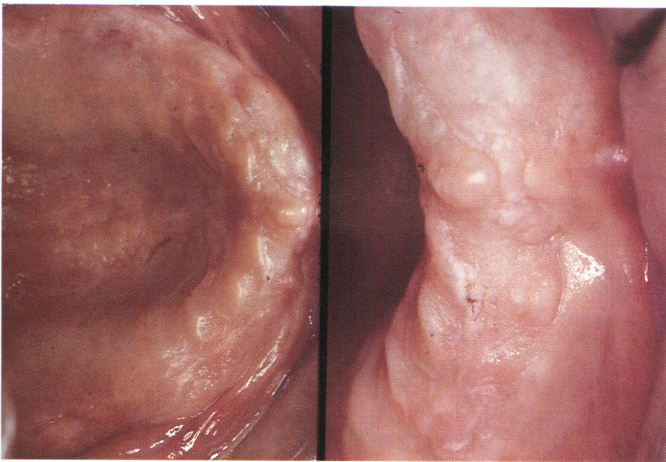
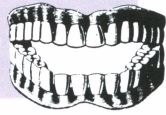
二），病人之上顎正前方牙齦於長期配戴活動義齒之下，仍保持健康；四個門齒之活牙根深藏於齒槽骨中，因而仍能維持此區豐隆之外形，避免日後齒槽骨產生嚴重吸收，並免除於病心理上及口腔生理上造成創傷。同時也完全符合此病人經濟力之考量。例 2. 中年男性，長期 IDDM 病患，糖尿病仍然受控制當中。此例早期即因罹患嚴重之牙周炎，導致大部份的齒已被拔除，並於左上頷造成槽骨急速萎縮，無法承載活動齒。經適當診療以後，筆者於上頷以活性牙根深埋術的方式於齒槽骨中留下兩顆門齒與一



(圖一)



(圖二)



(圖三)

犬齒之活牙根，以圖維持現有齒槽骨之豐隆度。由圖示可見手術區（右邊）與對照區（左邊）於臨床手術一年後所呈現之差異性（圖三）；右邊齒槽骨仍保持健康豐隆的外形，可長期改進配戴活動義齒之固持力與穩定度（圖四）。

## (二)骨質促進術(osteopromotion)

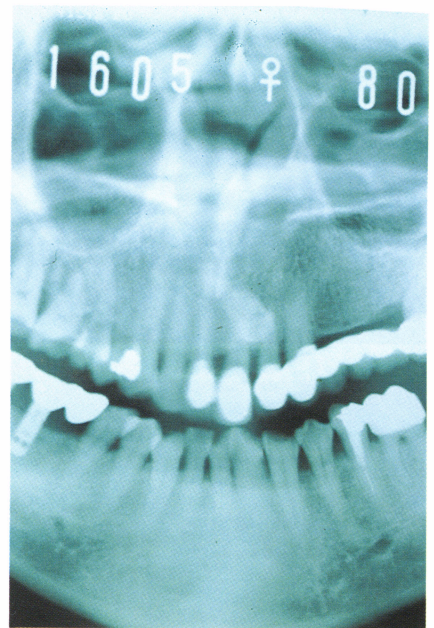
這種技術是沿用牙周病學組織導引再生手術 (guided tissue regeneration, GTR) 的理論，生物相容性較佳之生醫材料製成再生膜，以覆蓋於骨質缺損區外圍，以引導缺損內部新骨質之生長。



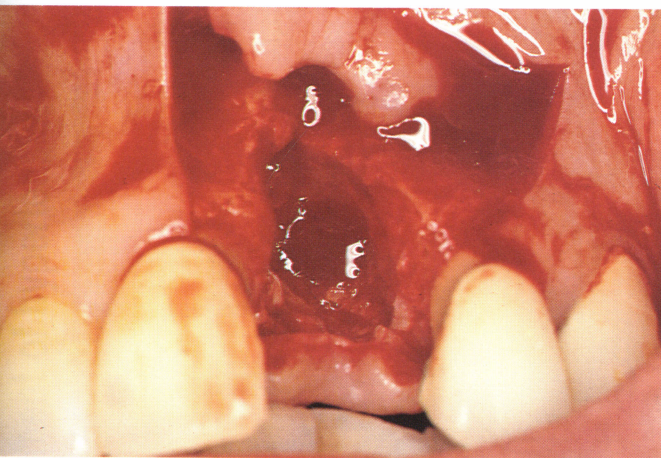
(圖四)

例 1. 病人為女性，因曾為中國名伶，因此高度要求口腔美觀之條件；她的左上正中門齒罹患中度牙周炎，於牙根中段同時具有一個複合性牙瘤 (complex

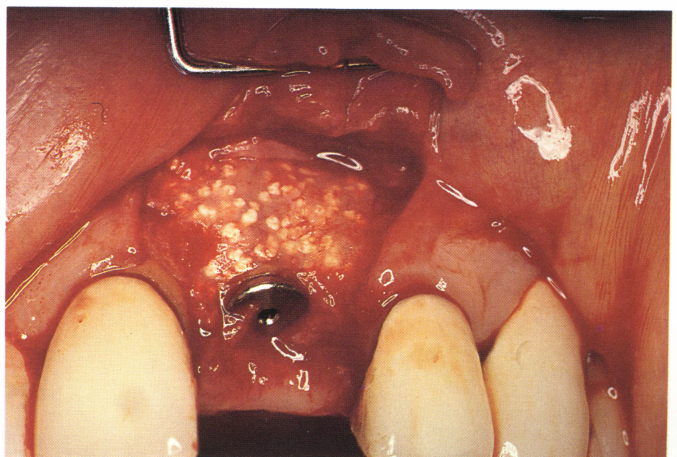
composite odontoma) (圖五)。由於此瘤與牙周囊袋相通，為牙周囊袋內之細菌所感染，因此導致必須拔除左上正中門齒，同時摘除此瘤。基於考慮手術後，於此區可能造成相當大的骨性缺損 (圖六)，為免日後造成病人心理上之困擾，筆者於手術中同時採用人工移植骨 (hydroxyapatite, HA) 與異體脫鈣冷凍乾燥骨粉 (demineralized freeze-dried bone



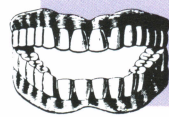
(圖五)



(圖六)



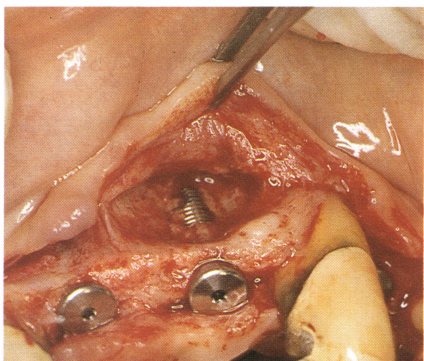
(圖七)



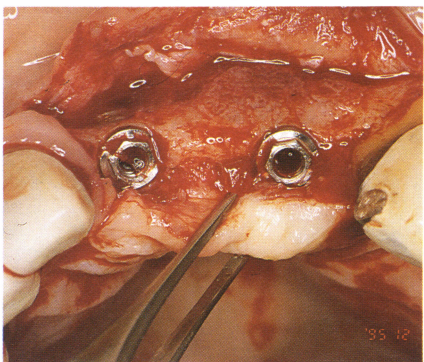
(圖八)



(圖九)



(圖十)



(圖十一)

allograft,DFDBA),以 1 : 1 體積混合,移植於此骨性缺損中,上方再以鐵弗龍再生膜覆蓋此區,以引導新骨質之形成,並維持此區於日後不致於塌陷。於手術後等待八個月,俟新骨形成以後,筆者再以旋入式純鈦植體,植入該區(圖七),並於八個月後完成贖復之工作,並成功的維持個人門齒區的功能與美觀(圖八)。

例 2.骨質促進術亦可使用於因拔牙後骨質吸收之區域,以建立足夠之齒槽骨,提供牙科植體植入時所須之骨質。本例為一中年婦女,因罹患牙周炎而導致前上門齒區必須拔除(圖九)。

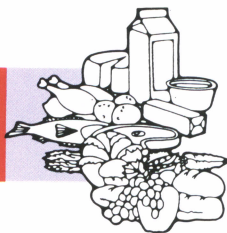
俟牙齒拔除後三個月,齒槽骨即迅速吸收,於頰側之皮質骨板產生凹陷,不足以提供植體所須之骨質,因此於植體手術中,植體之螺紋穿破頰側之骨板(圖十)。筆者復於頰側以鐵弗龍再生膜覆蓋暴露之植體螺紋,以確保日後植體能被健康之骨質所整合。於手術後八個月,可見植體頰側之骨缺陷於鐵弗龍再生膜覆蓋下,新骨已完全生長(圖十一),並達到我們於臨床上所預期之效果,因此提供豐隆之骨質,讓我們完成理想之植體手術,改善病人生活之品質(圖十二)。

**結語:**處於一個新新入類的現代社會,人們開始講求生活品質,因此除了講究個人的外在美以外,對於個人的內在美也不能忽略,因此您的口腔內是否已有見不得人的缺陷?我們可以提供各種口腔復健醫療的服務,來改善您的生活品質;現代牙醫是一門集科學與藝術於一身的綜合學問。



(圖十二)





# 減肥之道



減肥  
熱量學

「減肥」這個名詞與話題不管是在何時、何地總是最引人話題、最熱切關心的。「減肥」說穿了其基本原理不過是「少吃、多運動」。但，如何做，如何做得對，如何能持續卻是有因人而異、因時而異等等的多變性及富挑戰性！

「吃」？怎麼吃？吃得正確否？談到吃，每個人少說都有十幾年，幾十年的經驗。但是到底吃得正不正確也許該好好的研究一下。在臨床上，我經常碰到有些想瘦身的病人都會大聲嚷嚷地說「營養師，我剛才什麼都沒有吃，只吃了一個菠蘿麵包及一盒鮮奶……。」多麼地有決心但

卻作得不恰當，怎麼說呢？一個普通大小的菠蘿麵包其熱量在三百五十卡左右；一盒鮮奶如果是低脂的八十卡，全脂的有一百五十卡。如此一餐吃下來也就有了四百三十卡到五百卡。一碗飯二百八十卡加個二兩的燒肉一百四十卡，再加盤涼拌式燙煮的青菜也增加不了多少熱量，飯後來盤水果四十卡，結果是四百六十卡。即吃得飽又吃得好也不委曲。但是前者可能可以維持個幾天，後者卻可以持續一輩子。減

**飲食原則的第一要點是三餐必須正常**，因為在餓了一餐之後的結果，可能是在下一餐尋求補償作用，雖不是大餐卻



台北醫學院附設醫院營養室  
編著

## 中式點心類

減肥熱量學



●分類／中式點心類  
品名／魚酥羹  
份量／一碗  
熱量／400 仟卡  
蛋白質／11 克



●分類／中式點心類  
品名／米粉湯  
份量／一碗  
熱量／185 仟卡  
蛋白質／4.0 克



●分類／中式點心類  
品名／炒米粉  
份量／一盤  
熱量／275 仟卡  
蛋白質／4.0 克



●分類／中式點心類  
品名／臭豆腐  
份量／一份  
熱量／370 仟卡  
蛋白質／21.0 克

總也會多吃一些。如果，中午飢餓，晚上大餐則多餘的熱量就會堆積在自己身上。而且一下子餓、一下子飽的除了容易攝取過多熱量也會使得生理機轉及荷爾蒙分泌容易錯亂。

**飲食原則的第二要點是改變進餐順序**，尤其是吃那種「吃到飽」的餐點，又不想便宜了商家卻餓了荷包的心情。最怕一餐吃下去胖了三公斤。這時吃餐的順序一定要特別注意：先吃蔬菜或湯、再而飯等主食最後吃肉類等高熱量主菜類。以往多半是先建議喝湯，但現在很多餐廳都提供高熱量的濃湯，所以可能是以先吃蔬菜為佳。但很多人吃生菜沙拉時特別喜愛加很多很多的沙拉醬；沙拉醬是用油製成的，所以吃沙拉醬等於是吃油也是宜儘量少沾，少吃為原則。如果有水煮、燙青菜等可能就比較理想。唯須



注意的是燙煮好的青菜加點醬油或油膏就很好吃了，不需要再加一堆的油蔥或豬油來增加熱量。再而談到肉、魚、豆、蛋類主菜食品則以豆類含油量最低，蛋白質品質也不差。魚的油脂品質較良好，唯須注意魚背肉含油量遠低於魚腹肉。所以選擇吃魚可得棄「甘肚」就魚背哦！肉品則以雞的油脂含量較低。選擇瘦肉遠比三層肉、五花肉來得好！但是再如何瘦得肉塊，肉片放到水中一煮，都可以煮出一鍋鮮美味道的油湯，所以瘦肉內含的油量不可以忽視。

**飲食原則第三點：選擇合宜的烹調方法**。「不加油」的烹調方法都是比較理想的方法，如：燒、煮、烤、燉、涼拌等皆宜。如果不喜歡這類的作法則不妨考慮用不沾鍋作菜，可以減省油量。

## 中式點心類

減肥熱量學



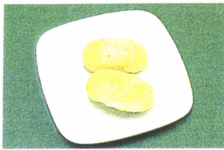
●分類／中式點心類  
品名／肉圓  
份量／一粒  
熱量／365 仟卡  
蛋白質／11.0 克



●分類／中式點心類  
品名／春捲  
份量／二條  
熱量／320 仟卡  
蛋白質／9.0 克

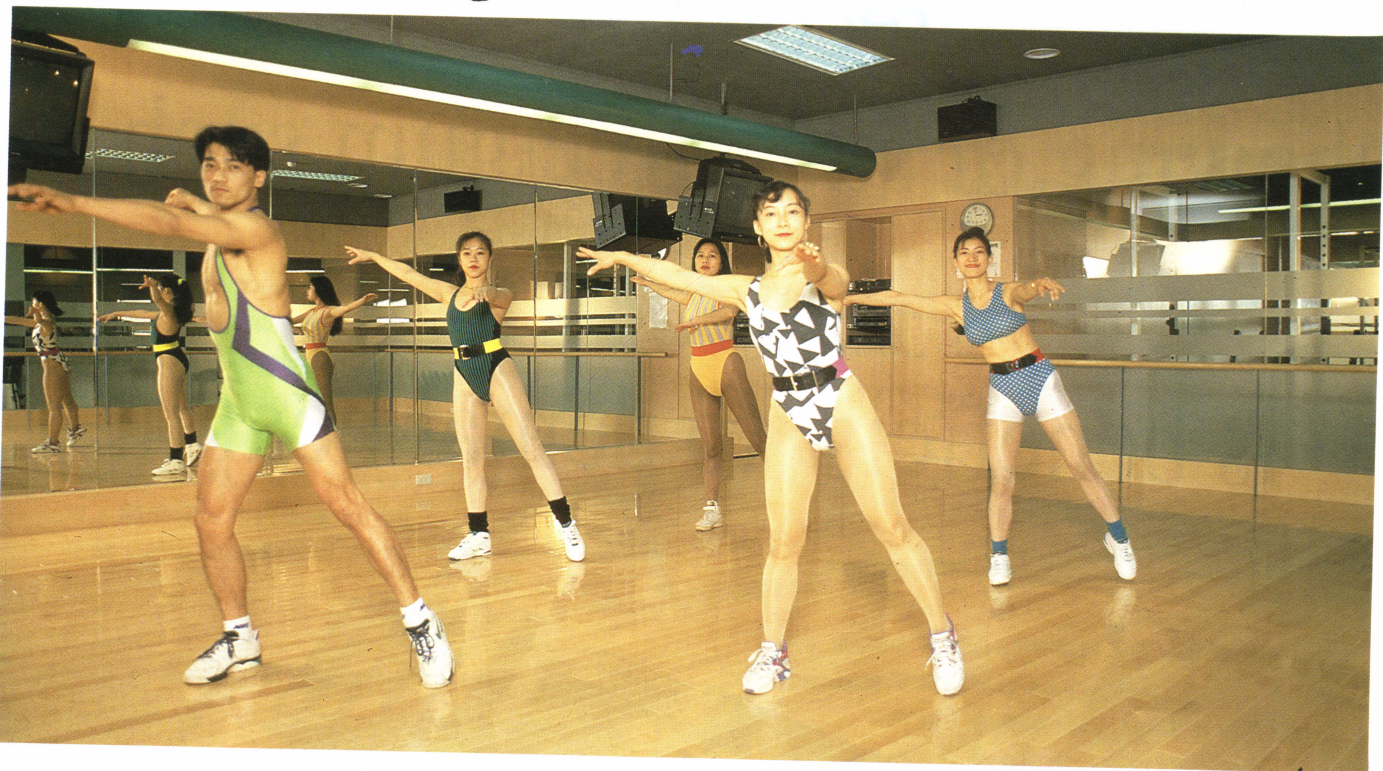


●分類／中式點心類  
品名／馬蹄條  
份量／二個 / 50 克  
熱量／155 仟卡  
蛋白質／微量



●分類／中式點心類  
品名／炸椰子餅  
份量／二個 / 50 克  
熱量／250 仟卡  
蛋白質／4.0 克

**飲食原則第四點：吃飯要細嚼慢嚥，專心地吃**。身體內的飽食與餓食中樞都是以血糖值為呈現反應。食物吃得太快造成血糖反應來不及而可能吃下太多的食物。而如果又是三五好友聚餐吃火鍋或「辦桌」時，一邊聊得開心，一邊吃，吃下去多少都不知道，每次一回想都覺得剛吃下得不多，於是再吃又吃，吃得又胖了幾公斤。減重者吃飯應該要專心而且最好是把當餐要吃得主菜先夾到自己的餐盤上，把可以吃的份量主食裝到碗裡，然後專心享用。之後可以再挾的菜就只能選擇蔬菜類等不太具熱量的食物。飯後的水果也是同樣的將可以食用的份量取出然後安心享用。譬如：葡萄可以選最大顆的八顆；橘子、柳丁不要搾成果汁，以剝皮、切片的吃法最適宜，因為一杯柳丁汁少說都要五、六顆柳丁才能擠出一杯。如果只用一



顆柳丁擠壓只有五分之一杯，喝下去沒有滿足反而留下了遺憾。此時就犯了減重大忌—減重者在吃餐時沒有心滿意足的感覺時或留下了某些遺憾都會造成下餐過食的危機存在。

**飲食原則第五點：寧可多估熱量，不可以少估。**許多醫院的減重門診或瘦身中心多半會以六大類食物群及食物份量與熱量教授給求診民眾，希望能靈活運用於各式餐食的熱量估算。但是，有時食物可能不是很容易分清楚其類別。這時候如果以相似食品取代時，一定要估算稍微多一點免得低估了後又多進了些熱量而長胖了。台北醫學院附設醫院營養室為了解開民眾為食物熱量的疑慮，我們收集了七百多種市售食品作其熱量與蛋白質的分析出版了「**減肥熱量學**」，有興趣的

讀者可以洽詢本室。

**飲食原則第六點：藉助冥想加強自己的信心與毅力** 減重者在整個減重過程中，最重要的是信心與毅力。信心和毅力的養成，端賴個人修為也可以藉助親朋好友的一臂之力。把減重的訊息告訴週遭的親朋好友，請求他們幫忙監督，並在轉達過程中加強自己的信念。另外，找一個自己非常欣賞、身材嫵妙的明星作為減重偶像，隨時觀想自己瘦身的模樣，觀想身材婀娜多姿的你，吃飯時的從容、優雅、怡然的進食。如此必可以幫助自己早日達成減重願望。

當然減重的另一項法則是**多運動**。所謂的「運動」不是只有跑、跳、碰等劇烈動作。二手上舉揮動；坐在椅子上二腳打直抬高；對牆站立伏地挺身等等雖然

都是不太費力的動作，但就像儲蓄一樣積少成多也可以有些幫助。不過，最好的還是每星期有個固定三天作運動的計劃會比較理想的狀況。理想的運動以有氧型態為佳。有氧運動是指長時間且持續性的運動，可以消耗身體中貯存的脂肪，或者是飲食中攝取的過多熱量。因為在代謝途徑中產生的能量如果有氧氣供給，可以使體內的葡萄糖及脂肪經過代謝後產生二氧化碳及水而達到減肥的效果。運動的過程須要注意避免運動傷害。所以運動前宜作個 5 到 10 分鐘的暖身。包括頭部搖擺、擴胸、伸展、彎腰、旋轉手與腿來幫助身體適應激烈動作。

好了！有了以上的行動與毅力，相信窈窕淑女及翩翩君子的目的必然離您不遠了！☺



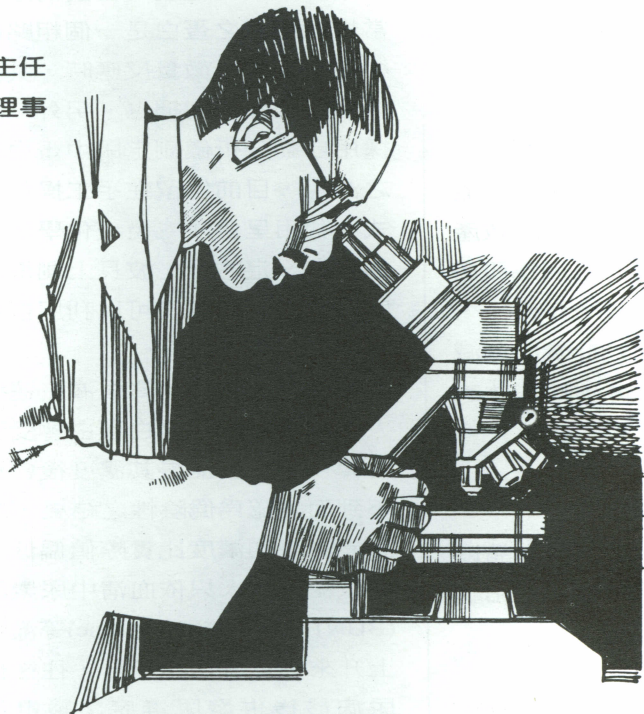
# 一種檢驗分析方法的改良

■謝銘松 醫技學系第 17 屆校友  
臺北醫學院萬芳醫院檢驗科主任  
教育部部定講師、校友總會理事

## 一、前言

**尿**中可測得蛋白質之一的人類血清白蛋白(Human Serum Albumin, HAS)在偵測腎疾病的早期階段，有臨床上之重要意義。受到胰島素依賴之糖尿病(IDDM)和非胰島素依賴之糖尿病(NIDDM)之苦的病人有高百分比最終會分泌高於正常人之上限的 HAS 含量，「微量白蛋白尿」(microalbumin urine)階段會逐漸變惡，最後導致腎病。因為在微量白蛋白尿階段可控制腎臟之損壞或經由適當投藥治療而逆轉。需了解的是測量微量白蛋白尿是所有 IDDM 和 NIDDM 非常重要檢查項目。

尿液所產生之其它蛋白質，例如 IgG,  $\alpha$ -1- 球蛋白(2-1-microglobulin)、本瓊氏蛋白(Bence-Jones Protein)和 N-乙醯-6-D-胺基葡萄糖甘脲。用來當為偵測和鑑別腎前、腎小球和腎後形式的蛋白尿。尿液中的蛋白質濃度若大於 30 毫克/分升則稱為蛋白尿。常為不同種類之腎臟疾病之共同特徵。因此，對腎病專家、糖尿病學家和心臟學家而言、需要有敏感、專一的和定量的測試方法以量測尿液中的蛋白質。



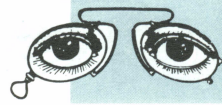
為了增加尿蛋白分析法敏感性及專一性和減低尿液稀釋所產生之高尿液流速的問題，因此，在尿蛋白分析法中使用蛋白質/肌酐酸比，以使尿液濃度合於標準。在臨床化學(Clin. Chem.) 32/8.1544-1548(1986); 瓦次(Watts)等人討論四種測量低濃度尿蛋白之免疫化學法(放射免疫分析法、散射免疫擴散法、免疫比濁法和酵素連結免疫吸附法)，其指出糖尿病之腎病是胰島素依賴糖尿病之死亡主因，而臨床化學實驗室需要一種對白蛋白敏感、專一、且實用之檢驗方法；瓦次等人繼續在實用糖尿病(Practical Diabetes) Vol.9, No3, pp.84-86 指

出超過正常量的微量白蛋白尿是糖尿病患之早期腎病和心臟血管疾病之有力標幟。

## 二、目前之分析方法

### (一) 蛋白分析法：

1. 放射性免疫分析法  
(Radio Immuno Assay)
2. 酵素免疫分析法  
(Enzymimmunoassay)
3. 乳液輔助免疫分析法  
(Latex Immunoassay)
4. 免疫比濁分析法  
(Immuno Trubidity Method)
5. 免疫化學分析法  
(Immuno Chemical Method)



## (二) 肌酐酸分析法

1. 鹼性捷非法(Jaffe Method)
2. 貝耐狄克德-貝爾法(Benedict-Behre Method)

在高 pH 值下反應，典型是從 11.5 到 12.5 的範圍，現今一般臨床實驗室一般的作法是個別分析蛋白質和肌酐酸，再將這些分析法所得值結合一起以獲得蛋白質肌酐酸比值。因為有高尿液流速之病患由於尿液之稀釋以致產生人為之低蛋白質，也因為肌酐酸是一個很好之尿液稀釋標幟，因此使用蛋白質／肌酐酸比可減低尿稀釋的問題而得到較正確的真正蛋白質分泌率。

## 三、測定方法之改良

利用相同部分之尿液樣品以單一反應容器來量測尿蛋白和肌酐酸的方法。

步驟是：

- (一) 準備含有蛋白質和肌酐酸之尿液樣品，並以任何順序；
- (二) 調整尿液樣品之 pH 值到適合進行蛋白濃度免疫分析的程度再用免疫分析技術測量蛋白質濃度；和
- (三) 調整尿液樣品之 pH 值到適合實行肌酐酸分析的程度再量測尿液樣品之肌酐酸濃度。
- (四) 量測個體蛋白質和肌酐酸濃度後，計算其比值。

四、根據第三項之改良方法，若將其中步驟的(二)及第(三)項反應順序對調亦可達同樣之結果。

## 五、討論

前述已提到糖尿病併發腎臟病變的嚴重性。而尿中微量白蛋白的早期測定可以事先測得而推得腎臟病變的程度。目前的尿液常規所測得之蛋白是一個粗略的結果，若測得微量反應時，其實腎功能已經受到損傷。另外，若採用自動分析儀測定尿中蛋白質之測定，目前停留在手工操作方式，利用呈色法或免疫化學法，然後在一定的分光波長上測得濃度。尿中肌酐酸值可以利用自動上機方法獲得結果。

我們都知道，高尿液流速病人之尿液檢體中之白蛋白會受到稀釋，所以要測得其濃度後會測不到而誤認為偽陰性之結果，或許能測得的濃度比實際值偏低，導致糖尿病人只依血清中尿素氮(BUN)，肌酐酸(Creatinine)等濃度上升來判定腎功能不全，往往糖尿病最後併發尿毒症之嚴重地步，只好進行血液透析罷了。

利用同一階段之尿液檢體測定其中之白蛋白及肌酐酸濃度，並且做成白蛋白／肌酐酸之比值，可以利用肌酐酸將白蛋白濃度校正回來而得到一個真正的數值。雖是同一階段之尿檢體，但是分別測定，還是不如在同一試管中或同一反容器中(Homogenous Assay)同一個波光長，同時測得這兩個值，其優點是省時，干擾因素少，直接獲得正確比值，只不過中間必須變換酸鹼 pH 值，而使混濁蛋白質之反應液變清澈。

另外一個優點是同一試管中，其測定白蛋白或肌酐酸之順序不受限制。因此，本方法應該是最新的方法，有別於目前臨床實驗室之分別測定法。除了精確與準確掌握之發現或腎功能變化外，進而幫助早期糖尿病之發現或腎功能變化情形診斷指標；在此預祝此改良法能廣泛被臨床檢驗廣泛採用，並且研究發展於自動分析儀上，或為臨床檢驗之常規項目，造福更多之糖尿病或相關腎功能不全之病人。☉





# 健康 · 環境 · 生活品質

## ..... 音樂治療 .....

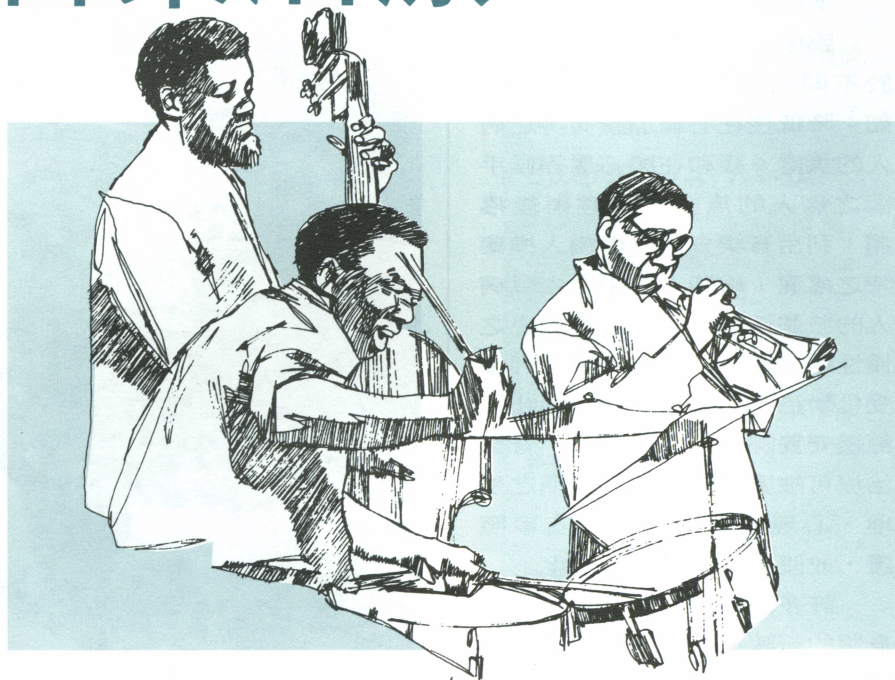
### 一、前言

**音**樂早在遠古的中國及西方社會時代拿來當作治療之工具 (Chen, 1993; Cook, 1981)。西方文藝復興時代, 開始對音樂是否具療效產生了濃厚的興趣。西班牙、英格蘭、巴伐利亞等王室用音樂來治療憂鬱。十八世紀至今, 更多的醫療界人士研究音樂治療之於生理或心理層面的影響 (Cook, 1981)。

中國的遠古時代一本著名的醫學著作—「黃帝內經」, 記載著音樂可調和人的身心, 達到治癒之療效 (Chen, 1993)。然而, 台灣有關音樂治療方面之研究並不多, 不過不難發現音樂常被實際用於臨床上, 像牙科門診、日間照護門診等。

### 二、音樂治療之文化觀

Cook (1986) 曾述「音樂... 早就被認為是一種不具威脅性之溝通, 它能打破文化、教育、語言或情緒上之隔閡」 (P.23)。然而 McClelland (1979) 認為個人對音樂之反



應, 可能受其文化、地理環境或語言因素之影響。李選博士於民國七十九年介紹西方的音樂治療概念至護理領域; 她並建議從事臨床工作的護理人員可以把音樂治療用於照護上 (李, 民 79)。在台灣, 護理領域有關音樂治療的研究是探究精神科病患經音樂治療後是否改善了精神症狀與人際互動 (李、葉、劉, 民 82)。研究者在此研究中不僅使用西方音樂, 也使用了中國及台灣音樂。音樂治療之研究在台灣並不普遍, 因此參考西方社會的音樂

治療是必要的。但千萬勿忽略社會與文化之背景差異。當音樂被公認為國際性語言, 為病人 (個案) 所熟悉、放鬆、輕柔、娛悅的音樂, 更能達到所想要之治療效果 (Fisher, 1990)。

### 三、概念架構

在早期的護理時代, 南丁格爾 (1969) 曾建議護理人員使用音樂來調合醫療環境。今日的健康照護愈來愈強調人與環境之統合 (Davidson & Ray, 1991; Parse, 1981, 1992)。運用音

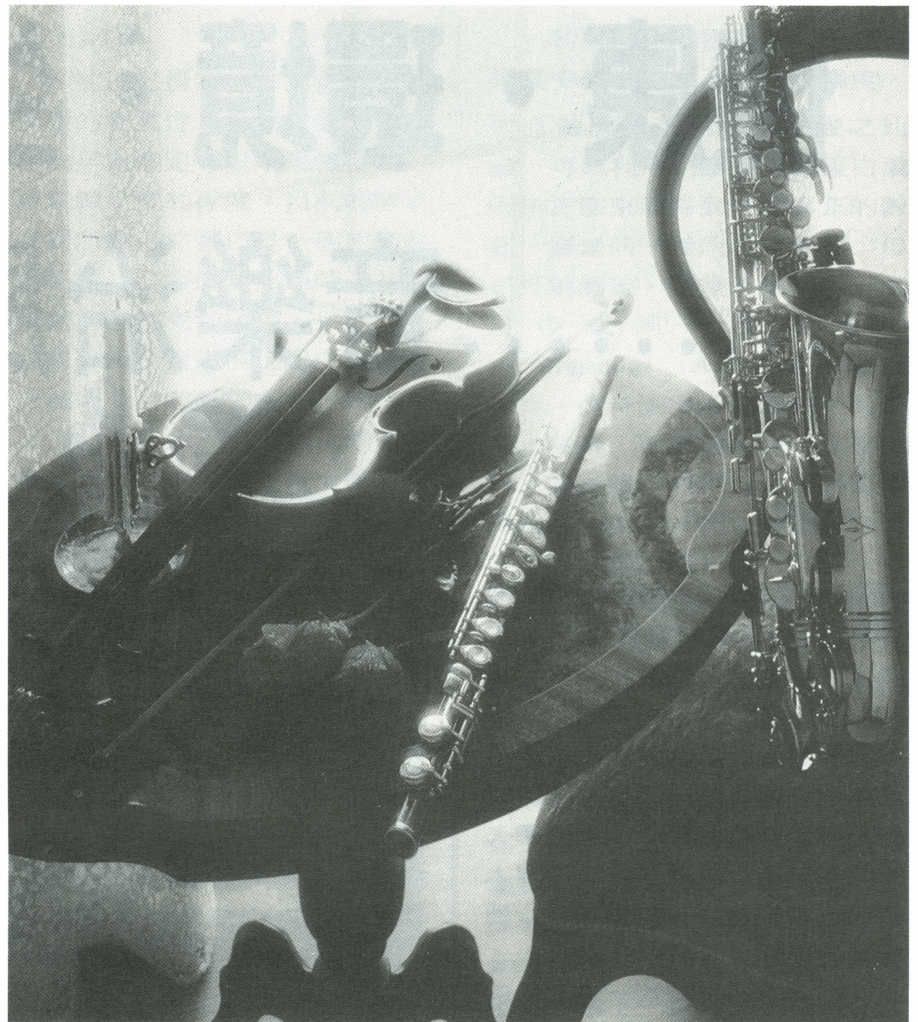


樂治療創造一個和諧的環境、維護健康或減輕不適，護理目標旨在追求生活品質（見圖一）。

#### 四、音樂治療的臨床應用及研究

臨床上，音樂治療曾被應用於不同的專科及治療目的。例如：降低住在心臟加護病房之病人的焦慮；緩和在開刀房等候手術之病人的焦慮；減輕術後疼痛；利用音樂分散燙傷病人換藥時之疼痛；增強復健中之中風病人的肢體協調；減緩癌症病患之慢性疼痛或慢性疲倦；降低因接受化學治療而引起的噁心嘔吐；舒緩安養院老人的憂鬱等。音樂治療可被廣泛應用於急性期之生理、心理護理與治療或安寧照護，並使得護理更具人性化。

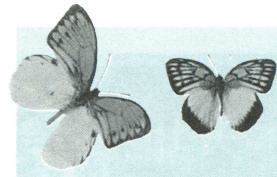
許多研究者指出音樂可影響身體的新陳代謝、呼吸速率、心跳、內分泌、消化、血液循環、肌肉強度（Cited in Cook, 1981）。許多研究調查音樂治療對心臟加護病房病人的影響；Guzzetta（1989）及 White（1992）研究放鬆音樂對急性心肌梗塞病人的效果。這兩個研究結果顯示：有聽音樂的實驗組個案能降低心跳、呼吸速率及焦慮。然而另兩個類似之研究，Davis Rollans&Cunningham（1987）及 Zimmerman, Pierson, & Marker（1988）的研究結果表示聽音樂與否，在生理



方面之變項並無差異。但聽音樂的個案主觀上認為，聽音樂有益於心理層面。同樣是音樂治療，Beck（1991）和 Zimmerman, Pozehl, Duncan, & Schmitz（1989）分別研究聽音樂對癌症末期病人之疼痛的影響，研究結果均顯示病人的疼痛緩解。在不同專科、不同領域裏，音樂治療之研究很多，評價多是正向的。以臨床照護而言，探究音樂治療之奧妙有賴臨床護理的伙伴們的經驗及研究。

#### 五、結語

音樂治療者是一位操縱大師，應用音符組合成的樂章，並讓這些悅耳的聲音幫助需要它們的人進行生理、心理、情緒之統合——這就是音樂治療。當現代醫療焦點放在科技設備、病理、疾病診斷時，別忘了我們的病人更需要人性化的照護。音樂治療是非侵入性護理措施的其中一種，它可使醫療環境變得不再那麼冷漠，多一點點藝術化，提升病人的生活品質。☉



## 六、參考資料

- 1.李選(民79)·音樂治療與應用·長庚護理,1(1),62-71。
- 2.李選、葉美玉、劉燦榮(民82)·音樂治療對改善住院精神病患精神症狀與人際互動之成效·護理研究,1(2),145-157。
- 3.Beck, S.L.(1991)·The therapeutic use of music for cancer-related pain.Oncology Nursing Forum,18(8),1327-1337
- 4.Chen,S.Y.(1993).Music therapy and modern civilized diseases.Journal of Musical China,6,2.
- 5.Cook,J.D.(1981).The therapeutic use of music:A literature review.Nursing Forum,20(3),252-266.
- 6.Cook,J.D.(1986).Music as an intervention in oncology setting.Cancer Nursing,9(1),23-28.
- 7.Davidson,A.W.& Ray,M.A.(1991).Studying the human-environment phenomenon using the science of complexity.Advances in Nursing Science,14(2),73-87.
- 8.Davis-Rollan,C.& Cummingham,S.G.(1987).Physiologic responses of coronary care patients to selected music.Heart & Lung,16(4),370-378.
- 9.McClelland,D.C.(1979).Music in the operating room.Journal of the Association of Operating Room Nurses,29(2),252-260.
- 10.Parse,R.R.(1981).Man-living-health:A theory of nursing.New York:John Wiley & Sons.
- 11.Parse,R.R.(1992).Human becoming:Parse's theory of nursing.Nursing Science Quarterly,5(1),35-42.
- 12.Zimmerman,L.,Pierson,M.,& Marker,J.(1988).Effects of music on patient anxiety in the coronary care units.Heart and Lung,17(5),560-566.
- 13.Zimmerman,L.,Pozehl,B., Duncan,K.,& Schmitz, R.(1989).Effects of music in patients who had chronic cancer pain.Western Journal of Nursing Research,11(3),298-309.



在這塊曾是稻田的土地上  
北醫人築起了一幢幢的校舍  
熙熙攘攘中  
不知有多少莘莘學子走過

「我們不是最大，  
但追求卓越的企圖心最大」

立是於台北市的心臟地帶  
兼具優雅古樸及現代化學府風貌的  
臺北醫學院  
已沈穩的踏過了三十六年的歲月

第一位北醫人「風龍伯」  
已在去年退休  
念舊的我們望著這幾棟「清水模板」  
過去的影像歷歷躍然

念舊是我們的天性  
創新卻是我們的希望  
告訴前人我們在他走過的土地上茁壯了  
讓另一棟綜合醫學大樓及學生活動中心  
作為我們的成長見證

親愛的北醫人  
發起認捐就在此時







# 臨床藥學雜想

去年八月由陳繼明老師推薦回到北醫執教，受到許多老師、學長（姐）及學弟（妹）的支持與鼓勵，非常感謝大家。至今半年多的時間中，在許多的場合，課堂上和會場內，有機會和許多不同背景的人接觸，老師和學生、藥師與醫師，在這些互動關係中，使我對國內的藥學教育及至藥師專業有更深一層的了解與思考。

我是北醫藥學系第廿九屆畢業生，民國八十年畢業後進入長庚服務，翌年赴美國愛荷華大學攻讀臨床藥學，八十三年取得碩士學位後，又獲指導教授的推薦進入 Pharm.D. Program，八十五年五月取得 Pharm.D. 學位，八月回北醫擔任講師，主授臨床藥學與治療學、臨床病例討論、抗生素之臨床應用等課程。

影響我朝臨床藥學發展的關鍵，應該是升大四暑假到台北榮總實習的那兩個月。在這之前我已經知道自己並不適合走基礎研究，而機械性的調劑工作似乎沒什麼發展性，但是醫院實習讓我接觸到藥學的另一面，原來藥師的工作是可以如此活潑而具挑戰性，更重要的是透過與醫生們的巡房，你真真實實地面對生命，因此當你調劑時，你看到的是一



個向你求救、生病的生命而不只是冷冰冰的藥丸。七、八年前，以病人為導向的醫療照護觀念才傳入國內；「臨床藥事服務」還在啟蒙階段，極少數願意推動這項工作的醫院靠得僅是送少數幾個較資深的藥師到美國醫院內接受三個月到一年不等的短期訓練，因為那時國內的大學藥學教育還是以傳統藥學為導向，研究所程度則根本沒有這個學門，因此讓我有到國外進修的念頭，希望學成之後能在這方面盡一點心力。

臨床藥學的涵意為如何在應用藥物知識時謀求病人的最大利益，同時兼顧到病人的疾病狀態及病人對了解藥物治療的需求。

這種執業態度須要藥師與病人、醫師、及其他健康照護（health care）提供者建立一種緊密的互動關係。簡而言之，臨床藥學乃是一種以病人、疾病、藥物治療為導向的藥事服務，同時，在實際操作時，它也是一種以各學科之間合作為導向的藥學專業。臨床藥師獨特而重大的任務乃在增進並確保合理、安全的藥物治療，相對於其他健康照護提供者，這只是他們的使命之一。

傳統的健康照護體系由各個獨立的系統所組成，主要包括醫師、護理部及藥劑部。在過去，藥事從業人員經常將自己排除於病人及其他醫療人員之外。但是現在整個健康照護體系面臨一項



們藥師專業知識、訓練的質疑，認為我們學藝不精，實習時數遠低於美國的標準（一千五百個小時），至少要等到藥學教育能拉到和美國一樣的水準才能實施醫藥分業。事實上，只要對美國臨床藥學發展稍有了解的人都知道，當初美國一些藥學先進倡導臨床藥學時曾提到藥師是受到「過度訓練」且「且低度利用」（underutilized）的一群專業人士，也就是說我們在學校時接受了多樣化的藥學訓練，但在臨床上我們未被充分利用。另一方面，美國的醫療制度很早就是醫藥分業，而藥學教育的改革乃是為了因應社會對藥師專業功能的要求，這是二回事，其間並沒有因果或先後的關係。

## 藥學教育之改革

台北醫學院藥學系為因應醫藥分業實施後，社會大眾對藥師功能的要求，於二年前即著手規劃，調整過去以製藥、劑型研發為導向的教育方向，逐步增加學生臨床知識訓練的選修課程。更於八十五學年度實施新課程，受限於修業年限、總學分數的限制，新課程特色為：（一）將選修科目粗分為製藥類、生藥類、藥事管理類及臨床藥學類，學生可依自己的興趣選擇某一類的選修科目，如此可幫助他們獲得較完整的專業知識。（二）大幅增加實習時數，自現行的 300 小時增加到 500 ~ 800 小時，八十五



年及以後入學之新生將於大四下學期，接受一整學期的臨床實習訓練。另外，為追上美國藥師取得執照前即接受 1000 小時以上實習時數的水準，我們正在研究將臨床實習訓練提早於大三升大四的暑假及大四寒假實施。

除了大學部的教育改革外，本系也將於今年開始於藥學研究所內增設臨床藥學組招收藥學系畢業生及在職藥師，提供他們接受臨床藥學教育的機會，受限於師資的限制，今年只提供二個名額，因此我們也非常希望各界校友能多加舉薦具 Pharm.D 學位或已接受過臨床藥學訓練並具實務經驗的校友回校服務。

台灣的藥學發展於沈潛一陣子後，經過許多先進前輩的努力，重新受到社會的重視與支持，唯有不斷地自我策勵精進，才能繼續獲得肯定，身為藥學教育的工作者之一，於本文最後，希望以「體察社會潮流，培養符合社會需求，進而領導社會的藥學人才」，與各位先進、前輩共勉。✿

