

擁有健康知識 · 豐富彩色人生

# HEALTH NETWORK

# 台大醫網

National Taiwan University Hospital

月刊

vol. **147**

中華民國107年2月  
Feb 2018

## 預防中風，從『心』開始— 左心耳封堵心導管手術記者會



### 發燒話題

一次看懂食品包裝標示  
3C愛用者的健康對策



### 專題報導

蜂窩性組織炎  
超級細菌  
社區型肺炎藥物治療簡介



### 兒童專欄

初探兒童腦膜炎  
流行性感冒簡介



中華民國89年9月創刊

# 預防中風，從「心」開始——左心耳封堵心導管手術記者會

公共事務室

心房顫動 (atrial fibrillation, AF) 是中風發生的重要原因之一，且心房顫動是臨床上最常見的心律不整，罹患心房顫動的病友，中風的機率達常人的五倍以上。

心房顫動患者傳統上需使用抗凝血藥物減少血塊形成及降低中風機率，但其帶來的出血問題亦會影響患者的日常生活，往往造成臨床醫師處方上的困難。臺大醫院於 2013 年 8 月自國外引進左心耳封堵這項心導管技術，並建立臺大醫療體系左心耳封堵手術團隊，目前已有超過 50 位病友成功接受這項手術，患者在術後可以脫離服用抗凝血藥物及中風的陰影。

因心房顫動產生的心內血塊，約有 90% 的血塊都形成於大小如一隻手指的左心耳位置，血塊若掉落跟隨血液流入腦中，將阻塞腦血管導致腦中風，故利用心導管手術把左心耳封阻起來，便能降低心房顫動引起中風的風險。使用抗凝血藥物雖然可降低心房顫動患者形成血塊及中風的機率，但約有三分之一的病友因為肝腎功能不佳、年老及過去出血病史的原因，並不適合長期使用此類藥物，或是服用抗凝血藥物仍中風的心房顫動病友，上類病人便可與醫師討論及評估，是否考慮施行微創左心耳封堵心導管手術。

手術約 1 小時，於患者大腿內側的股靜脈伸入導管，以 X 光透視與超音波作為導引，進行心房間隔穿刺術，把封堵器從右心房送至左心房，進一步將封堵器植入左心耳，封堵器儼如一把降落傘堵塞左心耳入口，降落傘張開後會與心臟肌肉相連，宛如一自然屏障，避免血液停留阻滯於左心耳而產生血塊。

出席本次記者會的病友，王女士，約 62 歲，患有高血壓、糖尿病和心房顫動，因屬中風高風險族群而長期服用抗凝血藥物，但因身體瘀青造成生活不便，即使在服用抗凝血藥物仍然發生多次中風，在與病患討論與分析微創左心耳封堵手術後，醫療團隊便為她安排手術，術後結果十分成功且無併發症發生，病友也免於再次中風的恐懼。



臺大醫院左心耳封堵術醫療團隊

# 寒流又來了

■ 婦產部主治醫師 董寶玲

今年入冬後，寒流一波波報到，難得山上又飄雪。但平地冷颼颼，流行性感冒、肺炎也比往常增加。開心過年期間碰到家中老幼因咳嗽發燒住院，總令人擔心。流行性感冒和肺炎有什麼不同？哪些人容易被感染？什麼時候要就醫和住院？如何診斷和治療？最重要的是，如何去預防？在寒冷的冬季，這些學問不可不知！

在感染的領域裡，不只是肺炎感染，小孩的腦膜炎、皮膚表面的蜂窩性組織炎、身體深部的肝膿瘍，同樣也是常見可怕的感染性疾病，不好好處理會危害生命。不要以為抗生素治療細菌感染就萬無一失，聽說過超級細菌嗎？因為抗生素過度使用，造成抗藥性的細菌越來越多，出現了對抗生素治療完全無效的細菌感染，束手無策！

同樣的問題也出現在血品庫存。隨著寒流的到來，花蓮地區發生嚴重地震樓房倒塌，嚴重受傷的民眾需要就醫輸血，卻苦於寒假捐血人潮少而血品庫存不足！在愛惜我們的環境下也得珍惜我們的醫療資源，讓有需要的人得到妥善的治療，得以早日康復。



本期也如大家所期待，發表本院傲人的成就：左心耳封堵心導管手術預防中風。對年輕 3C 愛好者提出健康對策，同時也告訴大家金山分院默默耕耘的好成績。過年過節更不忘提醒大家：如何看懂食品包裝標示，吃得放心愉快。

祝大家身體健康，萬事如意！



# 目錄

擁有健康知識 豐富彩色人生



## 醫療團隊

預防中風，從『心』開始－左心耳封堵  
心導管手術記者會 公共事務室 01



## 編者的話

寒流又來了 童寶玲 醫師 02



## 發燒話題

一次看懂食品包裝標示  
姜至剛 醫師 / 劉宣昕 中級管理師 05

3C愛用者的健康對策 公共事務室 09



## 專題報導

蜂窩性組織炎 盤松青 醫師 11

超級細菌 莊祐中 醫師 13

社區型肺炎藥物治療簡介 陳佑寧 藥師 15



發行人：何弘能

召集人：鄭安理

總編輯：朱宗信

執行編輯：童寶玲

編輯顧問：李美美、孔祥琪、蕭輔仁、  
童寶玲、詹智傑、王振穎、  
詹其峰、吳嘉峯、邵幼雲、  
陳沛裕、蔡紫薰、張奕凱、  
黃俊達

編輯企劃：網頁工作小組  
健康教育中心 蕭靜如

攝影：喬士明、林依伶、洪敏倫

出版者：國立臺灣大學醫學院附設醫院

地址：臺北市常德街1號 健康教育中心

電話：(02) 2356-2114 · 2321-8403

傳真：(02) 2321-8403

網址：<http://www.ntuh.gov.tw> (衛教天地)

設計印刷：加斌有限公司

電話：(02) 2325-5500

傳真：(02) 2706-7272



## 兒童專欄

初探兒童腦膜炎 張圖軒 醫師 / 張鑾英 醫師 17

流行性感冒簡介 胡雅莉 醫師 / 張鑾英 醫師 20



## 保健園地

肝膿瘍 吳秀珊 護理師 / 呂依珊 護理師 /  
龔淑櫻 護理長 22

常見用藥Q&A 張苑真 藥師 24

【檢驗小百科】從「血庫血品庫存  
不足」談限制性輸血策略

劉斐雲 醫事檢驗師暨組長 26



## 台大花絮

【金山快訊】在社區裡默默耕耘，守護在地  
民眾健康 姜士中 醫師 28



## 健康營養補給站

團圓腎利獅子頭 孫萍 營養師 30



本印刷品使用環保油墨印製，  
採用符合FSC環保紙印製。



# 一次看懂食品包裝標示

口述／資料提供：臺大醫學院毒理學研究所副教授暨腎臟科主治醫師 姜至剛

採訪／撰稿：公共事務室中級管理師 劉宣昕

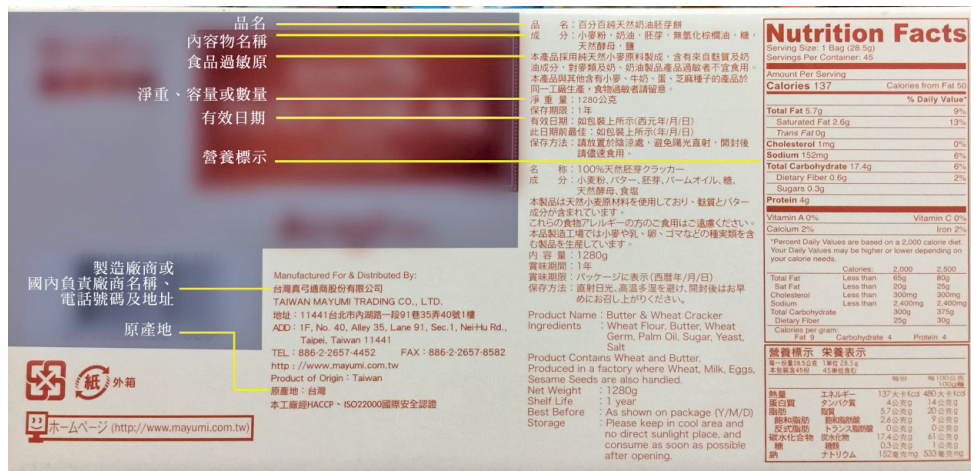
根據 2015 年衛福部公布之國民營養健康狀況變遷調查顯示：以 BMI 值大於 24(大於 24 為過重，大於 27 為肥胖) 有肥胖風險來看，肥胖率有其城鄉差距，超過該值的比例以偏遠人口居多；熱量攝取過多、運動量少的生活型態，易造成肥胖；因此不同的消費型態、有無運動習慣、獲得食物的便利性、是否瞭解或懇切的知道吃進去的食物的營養成分、熱量等，都是影響身體健康的可能因素。不論城鄉，民眾對於飲食都應該要建立正確概念。此次，帶大家一同認識食品包裝標示，看懂這些可以讓我們知道吃下多少熱量、營養成分各占多少，讓我們更容易進行自我健康管理。

### 管理食品標示之「食品安全衛生管理法」

現行食品安全衛生管理法第 22 條規定，食品及食品原料之容器或外包裝，

應以中文及通用符號，明顯標示下列事項（如圖一）：

1. 品名。
2. 內容物名稱。
3. 淨重、容量或數量。
4. 食品添加物名稱。
5. 製造廠商或國內負責廠商名稱、電話號碼及地址。
6. 原產地（國）。
7. 有效日期（延伸閱讀：詳第 140 期，乳瑪琳～啊！過期再製？）。
8. 營養標示。
9. 含基因改造食品原料。
10. 其他經中央主管機關公告之事項。（如：阿斯巴甜使用注意事項、蒟蒻成分應加標警語、咖啡因含量、素食、減鈉、食品過敏原、食用鹽中氟及碘等之標示）。



圖一 食品包裝依現行食品安全衛生管理法第 22 條規定標示

## 針對「營養標示」規定之必要項目及標示方式

其中針對上述第 8 項「營養標示」規定，包裝食品營養標示方式，須於包裝容器外表之明顯處依格式提供下列標示之內容：

1. 「營養標示」之標題。
2. 熱量。
3. 蛋白質含量。
4. 脂肪、飽和脂肪、反式脂肪含量（指食品中非共軛反式脂肪（酸）之總和）。
5. 碳水化合物（即醣類，指總碳水化合物）、糖含量（指單醣與雙醣之總和）（延伸閱讀：詳第 121 期，減糖大作戰）。
6. 鈉含量。
7. 出現於營養宣稱中之其他營養素含量。
8. 廠商自願標示之其他營養素含量。

自願標示項目如為膳食纖維，得列於碳水化合物項下縮一排，於糖之後標示；膽固醇得列於脂肪項下縮一排，於反式脂肪之後標示。

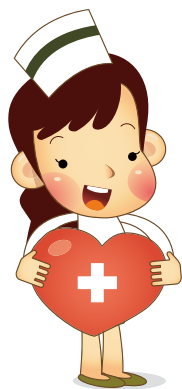
且包裝食品之熱量及營養素含量標示，應依下列規定擇一辦理：

營養標示		
每一份量 24.0公克		
本包裝含 3份		
	每份	每100公克
熱量	124 大卡	518 大卡
蛋白質	2.6 公克	11.0 公克
脂肪	6.6 公克	27.5 公克
飽和脂肪	3.0 公克	12.7 公克
反式脂肪	0 公克	0 公克
碳水化合物	13.6 公克	56.7 公克
糖	0.2 公克	1.0 公克
鈉	167 毫克	695 毫克

圖二 營養標示範例

(一) 以「每一份量（或每份）」及每 100 公克（或毫升）」標示，並加註該產品每包裝所含之份數。

(二) 以「每一份量（或每份）」及其所提供「每日參考值百分比」標示，並加註該產品每包裝所含之份數。對訂定每日營養素攝取參考值之營養素，應另註明所標示各項營養素之每日參考值；對未訂定每日營養素攝取參考值之營養素，應於每日參考值百分比處加註「\*」符號，並註明「\*參考值未訂定」字樣。



營養標示		
每一份量 400 毫升		
本包裝含 1 份		
每份 每100毫升		
熱量	146.4大卡	36.6大卡
蛋白質	2.0公克	0.5公克
脂肪	2.4公克	0.6公克
飽和脂肪	1.6公克	0.4公克
反式脂肪	0公克	0公克
碳水化合物	29.2公克	7.3公克
糖	28.4公克	7.1公克
鈉	92毫克	23毫克

咖啡因含量20mg/100mL以下

(a)

營養標示		
每一份量22公克		
本包裝含1份		
		每日參考值 百分比
每份	每份	
熱量	90 大卡	4%
蛋白質	3.3 公克	6%
脂肪	1.3 公克	2%
飽和脂肪	0.9 公克	5%
反式脂肪	0 公克	*
碳水化合物	16.3 公克	5%
糖	14.3 公克	*
鈉	39 毫克	2%

每份咖啡因含量79毫克  
\*參考值未訂定  
每日參考值：熱量2000大卡、蛋白質60公克、脂肪60公克、飽和脂肪18公克、碳水化合物300公克、鈉2000毫克  
有效日期：西元 年/月/日  
20181006

(b)

圖三 (a) 包裝食品之熱量及營養素含量標示標示方式一  
(b) 包裝食品之熱量及營養素含量標示標示方式二

### 哪些食品需要進行營養標示

目前，散裝食品並未強制規範要有營養標示，包裝食品才須進行營養標示。市售完整包裝的食品皆必須有營養標示，除非是符合免除提供營養標示規定之包裝食品，像飲用水、生鮮蔬果、蛋品、水產品、沖泡且未含其他原料或添加物之茶葉或咖啡、非直接食用之調味香辛料或滷包、非直接售給消費者之食品原料等；以上可自願標示。另外包裝維生素礦物質類之膠囊狀食品，因產品特性另有規定之營養標示格式；食品添加物、基因改造食品也另有規定標示應遵行事項。

### 食品廠商之努力

因民眾對於食的安全越來越重視，食品廠商也開始不遺餘力在生產端、製造端、產出端著力於各種標示。比如買蔬菜，可以透過二維條碼看到該蔬菜之生產履歷；買零食，可以透過二維條碼看到零食製作過程的原料產地、送檢資訊等；這些種種作為也可以讓消費者在購買時更加安心。

作業日期	作業種類	作業內容	備註
2017/12/02	耕地管理	整地	
2017/12/04	種植/種苗繁殖	播種	
2017/12/11	病蟲害防治	施用防治資材	
2017/12/13	田間栽培管理	疏苗(間拔)	
2017/12/14	田間栽培管理	灌溉/澆水	
2017/12/15	病蟲害防治	施用防治資材	
2018/01/02	採收	採收	

圖四 農產品二維條碼認證追溯生產履歷



圖五 透過網路可查到該產品生產履歷及送檢資訊

## 身為民眾的我們該如何更進一步自我管理

有政府、食品廠商的努力後，我們也學會了看懂上述的食品標示，接下來還有什麼能做的呢？

我們可以視情況多選擇低糖、低鈉、低油的產品。世界衛生組織於 2015 年 3 月 4 日發布「Guideline: Sugars intake for adults and children」，建議游離糖（free sugar，也就是「營養標示」中的「糖」）攝取量應低於攝取總熱量的 10%；並建議各國在經過社會各界討論有共識下，將游離糖攝取量降低至攝取總熱量的 5%。以成人每日攝取熱量 2,000 大卡計算，經由糖所攝取之熱量若低於 10%，應低於 200 大卡，換算成一天糖攝取量應少於 50 公克；若控制在

總熱量的 5%，則應少於 20 ~ 25 公克。根據國健署調查，「全糖」珍珠奶茶若一杯 700 毫升，含糖量近 62 公克，幾乎一天一杯就糖量爆表，如果要進行自我健康管理，對每天或偶爾要來杯飲料以提振精神的許多學生、上班族，應該會需適應一段時間。

活動活動活著就要動，每個人每天都在動、都應該要動，才能消耗熱量，熱量的消耗包括基礎代謝率及活動量造成的消耗。當出現肥胖狀況時，往前回推絕不是吸空氣、喝水就會胖，而是飲食量太多或運動量不足，故需適當的熱量消耗及飲食控管，才可降低肥胖，也才能降低肥胖可能帶來的疾病問題；健康是一輩子的課題，為了您好、為了家人好，現在開始不晚！



# 3C愛用者的健康對策

## 公共事務室

國發會「106年數位機會發展現況調查」的資料顯示，臺灣每100人持有122個門號，平均10人有8.2人擁有智慧型機，年輕人更是人手一機。而根據臺大醫療團隊所開發的精算個人手機使用時間的App-「Know Addiction」調查發現，「使用手機實際時間比自覺多五成」：自認每週用手機20小時的大學生，「Know Addiction」實測使用時間比自覺多5成，達30小時，而且手機使用時間越長，低估實際使用的程度越大。

紀錄每天使用手機的在實務上有非常多的困難，「Know Addiction」獨特之處為它是在背景全自動運作，極低耗電的App，安裝設定後不需要再開啟App，就會自動分析並繪成圖表，可作為自我管理，也可分享給指定的家人、朋友或醫師。手機使用行為的大數據，還能解讀各種行為。

長時間使用手機的對於健康造成的危害，從最早期的擔憂使用行動電話會不會得腦瘤？到現在的研究發現長期使用3C產品確實會影響健康，包括肌肉、視力傷害，以及不當的手機使用更會影響行的安全。

- 一、**安全問題**：行走、開車、騎車當中使用手機，非常容易造成意外。
- 二、**肩頸與上肢疼痛**：手機族常有頭頸部過度前屈與聳肩等不良姿勢，根



臺大醫院 3C 愛用者的健康對策



臺大醫院年終記者會

據我們研究，常用的手機使用姿勢下，頸部前屈角度比電腦使用增加了15度，此外，手機使用時手臂彎曲、沒有支撐，因此，斜方肌以及二頭肌的肌肉活動都會上升。

**三、視力傷害：**平板顯示器、LED 霓虹燈、螢光燈、電腦顯示器、手機螢幕等 3C 產品，都有背景光源，其光譜中含有異常的高能藍光，藍光是可見光中能量最強的，破壞力比起其他波長的光線要強，在長時間藍光刺激下，容易產生許多過氧化物的「自由基」，傷害視網膜細胞，尤其增加黃斑部病變的機會。

### 健康對策

**肩頸肌肉保護：**使用電腦可以調整電腦桌與椅子來改善姿勢，手機族的姿勢調整反而困難，拿到與眼睛同高時，頸部姿勢改善，但斜方肌跟二頭肌的肌肉活動會顯著上升，把手肘靠在膝蓋上，肩臂肌肉可以休息，但背前彎角度則上升。如果需要使用手機大量輸入時，大拇指的重複性活動則可能造成累積性傷害，尤其是單手握持使用。要減

少疼痛問題，沒有一種使用姿勢是完美無害的，減少使用才是上策，如果有較大量的輸入，儘量不要使用單手操作，改以電腦輸入、調整好的姿勢才是較佳選擇。

**視力保護：**黃斑部位於視網膜中心，含高密度感光細胞，是視力最敏銳的部位，一旦黃斑部有所損傷，就會對視力造成重大影響。黃斑部病變是中老年人視力殺手。我們平時應注意眼睛保護，如白天出門時應盡量配戴太陽眼鏡，不要長時間使用電腦或 3C 產品。另外可以補充有益眼睛的維他命，如葉黃素及玉米黃素、茄紅素、維他命 C、E 等以保護眼睛健康。

**Rhythm App：**我們最新開發的 App「作息足跡」(Rhythm)即是延續「Know Addiction」技術：全自動地從手機使用行為，推估睡眠時間以及作息穩定度。希望將生理時鐘(Circadian Rhythm)這項今年諾貝爾獎的主題，從動物研究拓展到手機時代大家都有感的自我覺察。使更多的疾病，不但能診斷、治療、還能「自療」！



# 蜂窩性組織炎

內科部主治醫師 盤松青

《黃帝內經》說：「寒邪客於經絡之中，則血泣，血泣則不通，不通則衛氣歸之，不得復反，故癰腫。寒氣化為熱，熱勝則腐肉，肉腐則為膿。膿不瀉則爛筋，筋爛則傷骨，骨傷則髓消……。」

在古時候，即有依照各個感染部位而定義的各式皮膚軟組織感染，如：發於肛門處的，名曰銳疽、發於足趾的，名脫癰，不勝枚舉。

而近代醫學則依照皮膚由上而下影響的範圍，來幫皮膚軟組織感染命名：表淺的可能有青春痘這一類，有膿產生的為毛囊炎；深一些的為蜂窩性組織炎；再深到表皮下的筋膜，則為筋膜炎或壞死性筋膜炎；或更深到關節為關節炎；到骨頭則為骨髓炎。

日常生活最常見的皮膚軟組織感染應該是蜂窩性組織炎，尤其是每年的夏季末，為蜂窩性組織炎的好發時期，大多數的病友乍聽蜂窩性組織炎的第一反應都是：「我沒有外傷啊？」但其實人並不是無菌的絕緣體，在平時我們的皮膚上即帶有一些細菌聚生（colonization）在皮膚上，即使是剪指甲剪到、香港腳的一些脫皮，都有可能讓細菌有機會往我們體內跑。

所以最常看到的表現是：「紅、腫、熱、痛」，即感染的部位發紅、腫脹、摸起來是發熱且疼痛的，但是其實有一些疾病也有類似的表現，例如痛風，或是靜脈栓塞，仍然需要醫師進一步的鑑別診斷。

接下來我們可以看一位病友的切身經驗：36歲的許小姐在8月間來到我們的門診，因為右小腿發紅、腫、痛二至三天，由於許小姐本身有糖尿病及濕疹的問題，醫師的診斷為蜂窩性組織炎，並開立抗生素之後，為她在小腿上一個小小的膿疱處做了細菌培養，特別叮嚀她如果紅腫範圍快速蔓延，或是有發高燒的現象，就可能需要住院治療。很不幸的，許小姐果然在第二天看到了除了小腿原本發紅的區域外，有一條紅色區塊往大腿蔓延，而且發燒到耳溫38°C，因此她就來到了我們的急診。

許小姐的細菌培養結果為鏈球菌感染，在把口服抗生素改為針劑之後，發紅的區域逐漸變小，除了出現了一個清澈的水泡之

外，沒有其他的狀況，水泡在接下來的療程逐漸變小，兩週的抗生素治療後許小姐就順利地出院回家了。

許小姐在住院期間問了我們一些重要的問題，可能也是其他病人想知道的，讓我們跟大家分享一下：

**病友：**「其實我在7月就得過一次蜂窩性組織炎，在另外一隻腿，為什麼還會一得再得呢？」

**醫師：**「根據美國2014年皮膚軟組織治療指引指出，有5大原因可能會導致復發性蜂窩性組織炎，包括：水腫、肥胖、糖尿病、濕疹、靜脈回流不佳。因此除了控制上述可能造成反覆感染的共同疾病之外，如果的確因反覆蜂窩性組織炎所苦（如一年超過3~4次以上），也可以考慮長期抗生素預防性治療（4~52週）。」

**病友：**「鏈球菌是什麼？為什麼我會得到鏈球菌感染？」

**醫師：**「人的皮膚表面不是無菌的，有一些常在細菌會共生在我們的體表上，如鏈球菌（即在顯微鏡下細菌是一顆顆排在一起，看起來像項鍊一樣）。所以微小的傷口，如香港腳或濕疹等造成的體表傷口，就可能導致感染。」

**病友：**「那何時需要住院？何時可以口服抗生素治療呢？」

**醫師：**「治療指引上建議，如果經口服抗生素後患處仍持續變大，是一個需要住院的指標。其二，如果病友一開始就合併有全身性的症狀，如：發高燒、心跳加速、喘，也可以考慮住院治療。」

**病友：**「住院期間出現了一個清澈的水泡，

這樣有沒有關係？」

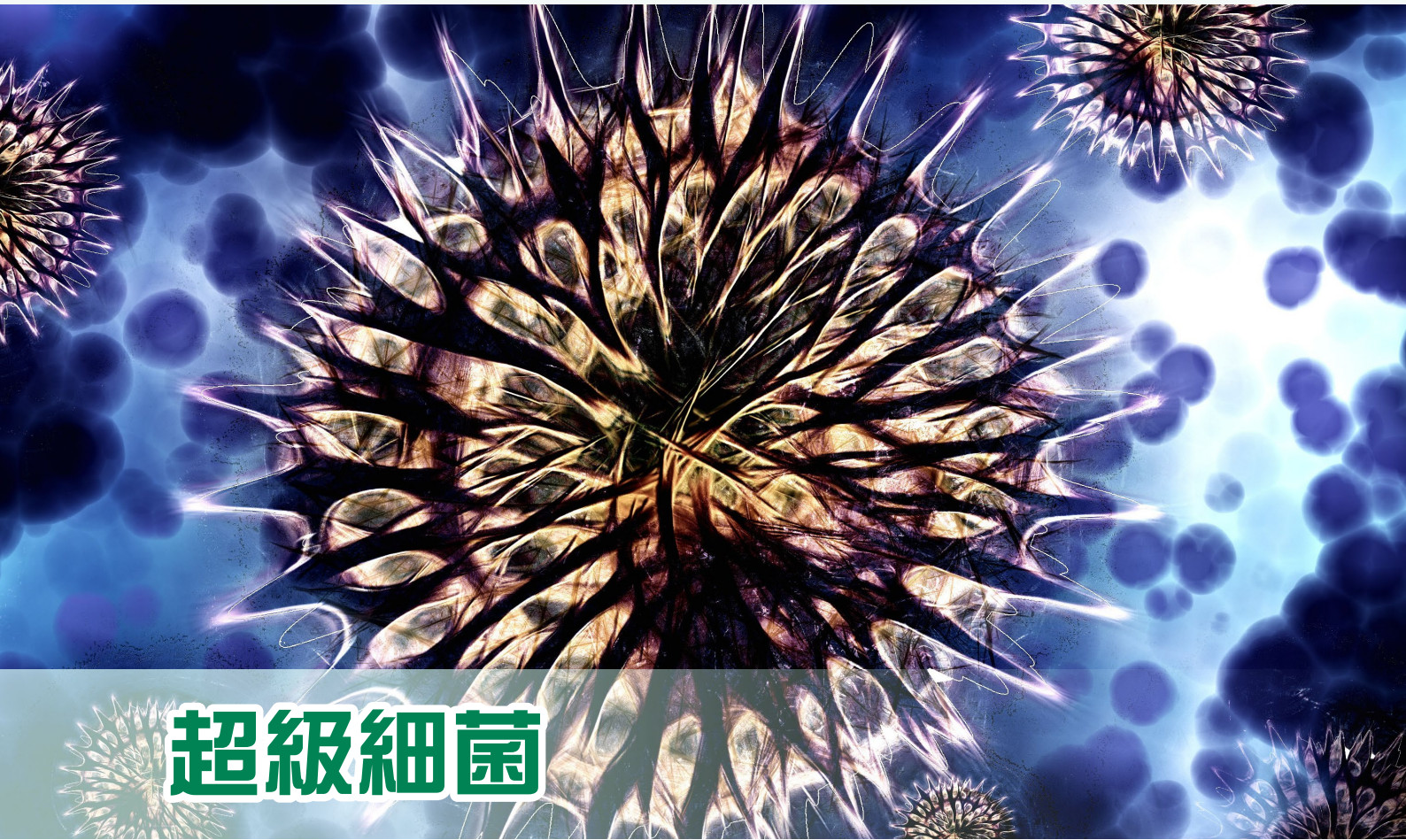
**醫師：**「在治療期間出現清澈的水泡，或療程快結束時出現患處發癢或脫皮都是疾病的正常變化，一般代表一開始的感染較為嚴重，而導致皮膚的變化，並不代表治療無效。但如果出現出血性的水泡，則表示感染造成局部組織缺氧，可能是壞死性筋膜炎，則不可小覷。若病友尚未住院需立即求診，若住院中醫師會做相關檢查以確定是否真的為壞死性筋膜炎，並判定是否需外科手術。」

### 結論

蜂窩性組織炎雖然是局部性的感染，但是特殊菌種或免疫力不全患者仍可能有生命的危險。若發高燒、或有其他全身發炎反應則可能需住院治療，日常應注意保持皮膚清潔及保養，以避免因為小小傷口就造成重大的感染！



圖為蜂窩組織炎



# 超級細菌

內科部主治醫師 莊祐中

「超級細菌」，意思上指的是細菌有多重抗生素的抗藥性。這樣的超級細菌可能對於市面上多數的抗生素都產生有抗藥性，甚至對所有的抗生素都有抗藥性，以致於感染的病患會面臨沒有藥物可以治療的狀況。超級細菌，這個名詞大概是在 2000 年左右開始有這樣的說法，從一開始的超級金黃色葡萄球菌開始，到 2009 年曾經占據新聞版面的 New Delhi metallo- $\beta$ -lactamase 1 (NDM-1) 抗藥性腸內菌。這樣的多重抗藥性細菌越來越受到科學界、醫學界及社會大眾的重視。

抗生素在人類的歷史上是一個很偉大的發明，感染性疾病在過去一直是很重要的死因，第一個抗生素盤尼西林 (Penicillin) 在 1928 年被發現以後，感染性疾病的患者開始得到良好的藥物治療，而減少了感染性疾病的相關死亡率，像是心內膜炎的死亡率就從有抗生素年代前的將近 100%，下降到有抗生素年代後的 25%。可是隨著盤尼西林的發現，很快的就先在醫院當中發現盤尼西林抗藥性的金黃色葡萄球菌，接下來在社區當中也就接著出現盤尼西林抗藥性

的金黃色葡萄球菌。雖然科學家們努力的研發出新的抗生素，但是對於新研發抗生素所產生抗藥性的狀況，仍就如同過去的歷史般持續的再發生。

而多重抗藥性細菌的感染者因為沒有適當的抗生素可以治療，使得病人又回到了類似抗生素發明前年代的治療。多重抗藥性細菌之所以重要，還有因為它可能會從帶菌病患傳染給健康的接觸者；它會將抗藥性基因傳遞給原本對抗生素具有感受性的細菌；感染到多重抗藥性細菌會造成病患較高的死亡率。然而目前這個多重抗藥性細菌感染的問題顯得重要，是因為抗生素的研發出現了瓶頸，在 2004 年美國感染病學會發出了嚴重的警告，其中指出新抗生素研發短缺的問題讓多重抗藥性細菌感染的問題顯得更加嚴重。在警告中指出在 1983 ~ 1987 年中有 16 種新抗生素問世，但到了 2003 ~ 2004 年，只剩下 3 種新抗生素推出，在 2002 年所有問世的 89 個新藥中，沒有任何一種是抗生素。然而這樣的警告並沒有讓抗生素的研發得到更大的進展，在 2008 ~ 2012 年間，問世的新抗生素種類更只剩下 2 種。

因此如何在抗生素有限的狀況下處理多重抗藥性細菌，就成為了一個很重要的課題。除了政府及學界的努力

外，對抗多重抗藥性細菌，還有許多事是一般大眾可以做的。首先，雖然多重抗藥性細菌的產生是由很多因素所造成的，但是抗生素的不適當使用肯定一定是其中一個很重要的因素。因此，第一個重要的事就是抗生素的適當使用。在農、漁、畜牧業，避免不需要的抗生素使用。在生病時不要自行購買抗生素使用，只在需要抗生素治療的細菌性感染才服用抗生素治療，遵從醫囑使用足夠劑量及療程。其次就是防止多重抗藥性細菌的散布，減少不必要的醫院探訪，如果到醫院探訪或是照顧病患，要遵從醫院感染管制措施，包括對於多重抗藥性帶菌病患的接觸隔離措施，勤洗手，尤其是在接觸病患前後跟接觸病人週遭環境後。

也許未來不會有太多新的抗生素問世，又或許抗生素未來的研發會有突破性的進展，但是即使如此，在相對應的在抗生素的篩選下，可以預期的也一定會有相對應抗藥性的細菌產生。多重抗藥性細菌已經是我們目前就面臨急需處理的問題。希望從抗生素的適當使用開始，減少多重抗藥性細菌的產生，再加上遵從醫院感染管制措施，減少多重抗藥性細菌的散布，讓我們能減少超級細菌對病患造成的傷害。



## 社區型肺炎藥物治療簡介

藥劑部藥師 陳佑寧

肺炎是指急性下呼吸道感染，常見的症狀包括有痰的咳嗽、胸痛、發熱及呼吸困難，有些人會伴隨發燒、打寒顫或其他症狀。依照病人受到感染的環境分為社區型肺炎（community acquired pneumonia，簡稱 CAP）與院內型肺炎（hospital-acquired pneumonia，簡稱 HAP）。社區型肺炎是肺實質急性感染，意指病人在日常生活（如社區活動或家中）所得到的感染。院內型肺炎指住院 48 小時後發生的肺實質急性感染。可能引起肺炎的病原菌包括細菌（最常見）、病毒或黴菌。引起典型社區型肺炎最常見的致病菌是肺炎鏈球菌（*Streptococcus pneumoniae*），約占 50% 以上，其他常見之病原菌還有流行感冒嗜血桿菌（*Haemophilus influenzae*）、卡他莫拉菌（*Moraxella catarrhalis*）、金黄色葡萄球菌（*Staphylococcus aureus*）或其他較少見的細菌。非典型肺炎的致病菌包括黴漿菌（*Mycoplasma pneumoniae*）、披衣菌（*Chlamydia pneumoniae*）及嗜肺性退伍軍人桿菌症（*Legionella pneumophila*）及病毒性肺炎等。

### 社區型肺炎好發危險族群

1. 大於 65 歲成人或小於 2 歲的幼兒。
2. 菸癮病人。
3. 潛在肺部疾病病人，如：氣喘、慢性阻塞性肺病、肺部纖維化。

4. 免疫力低下病人，如：後天免疫缺乏症候群、接受器官移植使用抗排斥藥物、長期使用類固醇等。

### 社區型肺炎藥物治療

肺炎治療的首要目標以感染痊癒和減少併發症為主，以社區型肺炎為例，醫師會依病情嚴重程度決定門診或住院治療。評估完病人狀況與可能的致病菌之後，醫師會給予經驗性抗生素治療，大部分的病人在接受經驗性療法後，病況即會有改善。

抗生素的選擇主要是依病人疾病和用藥狀態以及可能感染的菌種而定，再依據各地區細菌對抗生素的抗藥性有所調整。肺炎的療程也會因菌種、嚴重度和過去三個月內是否曾使用過抗生素而有所不同。社區型肺炎常用的抗生素包括有青黴素類（penicillins）及頭孢子菌素類（cephalosporins）抗生素，若懷疑有非典型致病菌感染，則會使用巨環類（macrolides）、四環黴素類（tetracyclines）或氟奎諾酮類（fluoroquinolones）抗生素。大多數的病人需要服用 7 ~ 10 天的療程。值得注意的是，病人一定要依照醫師指示按時服藥，切勿自行調整藥物劑量，或是因為症狀改善而擅自停藥，必須將療程服用完畢。如此一來才能確保療效及避免抗藥性菌種的產生。用藥期間也要注意是否有腸胃不適、腹瀉、嘔吐、心跳過速、心律不整、顫抖等藥物副作用產生，即時與醫師聯絡。

常用於社區型肺炎感染的口服抗生素有：

類別	藥物	副作用、禁忌、注意事項
青黴素類 (Penicillin)	安蒙西林膠囊 (Amoxicillin)	偶有腸胃不適、皮膚發疹、呼吸困難、嚴重腹瀉。
	安滅菌 (Augmentin)	
頭孢子菌素 (Cephalosporins)	喜華膜衣錠 (Cefuroxime)	偶有腸胃不適，如有皮膚發疹，呼吸困難或嚴重腹瀉，請儘速告知醫師。
	喜復黴素膠囊 (Cefixime)	
	協復鼎膠囊 (Ceftibuten)	
巨環內脂類 (Macrolides)	開羅理黴素錠 (Clarithromycin)	如有嚴重腹痛，或皮疹、呼吸急促、排尿困難現象，請儘速告知醫師。
	日舒錠 (Azithromycin)	有嚴重腹痛，或皮疹、心悸、黃疸現象，請告知醫師。
四環黴素類 (Tetracyclines)	多喜黴素膠囊 (Doxycycline)	八歲以下不得使用。偶對光敏感應防曬。如有過敏反應應就醫。應喝足量的水以免食道發炎。
氟喹諾酮類 (Fluoroquinolone)	可樂必妥膜衣錠 (Levofloxacin)	<ol style="list-style-type: none"> <li>常見副作用為：噁心、腹瀉、頭暈頭痛。偶有心律不整，或不正常出血。</li> <li>和胃藥、鈣片、含金屬離子制酸劑、牛奶需間隔至少兩小時以上以免影響藥品吸收。</li> <li>18歲以下兒童使用氟喹諾酮類抗生素時，應審慎評估其臨床效益及風險並注意不良反應發生。</li> </ol>
	速博新膜衣錠 (Ciprofloxacin)	
	威洛速膜衣錠 (Moxifloxacin)	

除了抗生素之外，醫師可能也會開立以下藥品作為症狀的緩解：

- 止咳去痰劑**：例如 dextromethorphan 可止咳；acetylcysteine，可稀釋痰液，促進痰液排出。
- 支氣管擴張劑**：降低呼吸困難程度。
- 止痛退燒藥**：降低發炎反應所引起之疼痛及緩解發燒所帶來的不適。常見的如 acetaminophen、ibuprofen，兼具退燒及止痛的作用。

### 病人在家中日常照護注意事項

- 藥物方面**：應依照醫師指示按時服藥，即便病情好轉，也不可自行調整藥物劑量或是自行停藥，用藥期間並注意觀察有無出現副作用，例如：嘔吐、腹部不適、腹瀉、心跳過速、皮膚發疹、胃腸不適等藥物副作用，一經發現請立即告知醫師。
- 飲食方面**：良好的營養可以幫助呼吸順暢，並可增加身體抵抗力。病人可以採用高蛋白、高熱量飲食，若因同時罹患其他疾病需限制飲食時，則需與醫師或營養師討論，同時須注意補充水分。

### 三、其他注意事項

- 在感冒流行時或身體抵抗力較弱時，可戴口罩，勿到公共場所，儘量避免和感冒的人接觸。
- 打噴嚏、咳嗽時用衛生紙掩口鼻，注意個人衛生勤洗手。
- 保持室內空氣流通。
- 維持良好的營養狀況、充足的睡眠及適度運動，以增加抵抗力。
- 天氣變化時，應適時添加衣服避免受寒。
- 如發生痰量增加、顏色變黃、變黏稠、發燒、咳嗽、呼吸困難加劇、意識混亂、或嗜睡等肺部感染之症狀，應立即就醫。
- 肺炎的高危險病人，可以在醫師指示下施打肺炎雙球菌疫苗。

### 結語

肺炎的治療會依照可能的致病菌選擇經驗性抗生素治療，病人一定要依照醫師指示服用藥物，切勿自行停藥或擅自增減。同時，定期接受肺炎疫苗接種、出入公共場所時戴口罩、注意個人衛生、勤洗手、適度睡眠和運動都有助於降低肺炎的發生。在感染接受治療期間，若發現痰量增加、顏色變黃、變黏稠、反覆發燒等症狀，請儘速就醫。



## 初探兒童腦膜炎

小兒部醫師 張圖軒

審核：小兒部主治醫師 張鑾英

### 案例 1：

14歲的連小弟之前沒有特別疾病，發燒一天後，出現頭痛、嘔吐、視力模糊、全身疲倦、肌肉痠痛等症狀，由於身體不適，無法上學，連小弟在家人陪同下至急診求助，在急診的身體評估中，無局部神經功能缺陷（no focal neurological signs），但是頸部僵硬明顯，醫師判斷為腦膜炎建議住院。住院後，抽血數據一切正常，於病房執行腰椎穿刺，發現白血球上升至 254 顆，淋巴球占 85%，脊髓液中蛋白質稍微上升至 62mg/dL，葡萄糖濃度正常，染色沒有看到細菌，研判為無菌性腦膜炎，在給予支持性療法之後，體溫恢復正常，頭痛嘔吐逐漸緩解，連小弟弟在三天後出院，脊髓液病毒最後的培養報告是腸病毒，在家休養數日後，順利回到學校上課，沒有相關後遺症。

### 案例 2：

廖小姐產檢一切正常，於晚間產下一女，外觀、餵食、活動力皆正常，然而女嬰在出生 15 小時後開始呼吸窘迫，食慾力下降，十分躁動，合併高燒至 39 度，抽血檢查發現白血球及發炎指數都非常高，執行腰椎穿刺後採檢的脊髓液成黃濁狀，其中白血球 12,467 顆，中性球占 97%，蛋白質 196mg/dL，葡萄糖 21mg/dL，在上述處置後，隨即給予抗生素治療，3 天後的脊髓液以及血液細菌培養都長出了乙型鏈球菌，診斷為乙型鏈球菌造成的菌血症合併腦膜炎，在積極治療及密集生命徵象監測下，女嬰的食慾體溫逐漸恢復，於 2 週的治療後平安出院，沒有任何併發症，後續門診追蹤生長發育皆正常。

## 什麼是腦膜炎？

在大腦以及脊髓的外圍，有一層薄膜包覆，保護我們的神經系統，這個構造就是腦膜，腦膜及神經系統之間的空間，富含脊髓液，一旦腦膜受到感染，引起發炎反應，就稱為腦膜炎。

## 為什麼我的小孩會得到腦膜炎？

正常的脊髓液內是無菌的，然而環境中隨時都有各種細菌病毒，甚至潛藏在人體的呼吸黏膜或是腸胃道，這些病原，在免疫力下降（如感冒，嬰幼兒免疫力尚未成熟時），或是身體嚴重感染（如敗血症），會突破原本的防衛，進入脊髓液中，造成腦膜炎。

## 是什麼病原造成腦膜炎？

任何病原皆有可能造成腦膜炎，細菌、病毒、黴菌等等都是可能的原因。兒童的腦膜炎和成人最大的不同，在於不同年齡盛行不同的病原菌，從上述兩個案例可以看到明顯的差異。新生兒腦膜炎以細菌為主，最常見為乙型鏈球菌、大腸桿菌、李斯特氏菌等產道常見的菌叢，隨著年齡漸長，免疫功能逐漸成熟，細菌性腦膜炎比例逐漸降低，無菌性腦膜炎（表示脊髓液細菌培養陰性，代表是細菌以外的病原，多數為病毒性腦膜炎，在少數個案中，黴菌、寄生蟲亦可能為致病菌）比例漸增，腸病毒為目前兒童無菌性腦膜炎最常見的病原菌。

## 什麼樣的狀況我該懷疑孩子得到腦膜炎？

腦膜炎表現多樣，於嬰兒症狀常常不具特異性，單純的發燒、哭鬧、躁動、食慾下降，都可能是腦膜炎的徵

象，故四個月以下嬰幼兒發燒，均建議至醫院就診，由小兒科醫師評估；年紀較大的兒童則以發燒，以及腦壓上升導致的頭痛、嘔吐、畏光、頸部僵硬為主，甚至癲癇發作，意識改變，都是腦膜炎可能的表現。

## 如何確認我的小孩得到腦膜炎？

腰椎穿刺，俗稱抽龍骨水，是腦膜炎唯一的診斷方法，抽血、電腦斷層，甚至核磁共振，都無法取代腰椎穿刺的準確性。

## 腰椎穿刺怎麼進行？會不會有危險性？小孩的身體會不會受不了？

腰椎穿刺並沒有想像中那麼可怕，執行方法就如同半身麻醉或是無痛分娩一樣，醫師會在適當安撫或是鎮靜後，讓小朋友側躺，彎曲成蝦米狀，定位完畢下針，取少量的脊髓液進行各種培養以及生化檢查，這是一個簡單安全的步驟，少有併發症，此外，對於精確診斷和及早治療，也是一個不可或缺的工具。成人一天會生成 500 毫升的脊髓液，就算是新生兒一天也會製造 50 毫升的脊髓液，不停地代謝與循環，相較之下，檢查需要的量幾乎都可以忽略，不至於對孩子造成傷害，父母毋須擔心。

## 取脊髓液到底在檢查什麼？

醫師會將取得的脊髓液分裝在很多試管中，進行不同檢查，可能包含細胞的計算，格蘭氏染色檢查有無細菌，生化檢驗其中葡萄糖及蛋白質的含量，細菌培養，病毒培養，並綜合以上判讀得到診斷。

## 腦膜炎該如何治療？

針對不同的病原，有不同的治療方式，所以經過腰椎穿刺確立診斷非常的重要。細菌性腦膜炎需要靜脈抗生素治療，針對不同的菌種，療程可能需要二至三週，所以孩童需要較長的住院時間；而無菌性腦膜炎中最常見的病毒性腦膜炎，一般是症狀治療以及支持性療法，除了少數病毒（如水痘，皰疹病毒）外無特殊藥物，住院是為了觀察病童臨床情況，臨床症狀緩解後就可以出院。

## 會不會造成任何後遺症？

細菌性腦膜炎中，大約一到二成的病人可能會死亡，也較常造成神經方面的後遺症，如聽力受損，認知功能異常，運動功能失調，發展遲緩等，一旦發生，可能需要長期的復健和加強照護，病毒性腦膜炎通常預後較佳，較少後遺症，但依據病原及個人病程，亦有少數預後不佳的案例被報導。

## 腦膜炎有辦法預防嗎？

### (1) 細菌性腦膜炎

最好的預防方法就是預防接種，在兒童普遍接受肺炎鏈球菌以及 b 型嗜血

桿菌疫苗的年代，造成較多後遺症的細菌性腦膜炎案例已大幅減少，故按照規定時程接種疫苗是預防腦膜炎最經濟實惠的做法。新生兒常見的乙型鏈球菌腦膜炎，則必須依靠產前篩檢，以及事前治療作為預防，我國於民國 99 年後開始推廣及補助孕婦篩檢，相關案例也逐年下降。

腦膜炎雙球菌目前亦有疫苗上市，然而僅涵蓋四種血清型，並未包含臺灣盛行的 B 型，因此如非至疫區旅遊，不建議常規施打。

### (2) 病毒性腦膜炎

針對病毒性腦膜炎，目前臺灣相關的疫苗只有流感及水痘疫苗，並未包含病例數最多的腸病毒，故目前大多數的病毒性腦膜炎無法預防。

## 結語

腦膜炎在兒童並不少見，可能造成嚴重的神經學後遺症，因此兒童發燒合併嗜睡、頭痛、嘔吐、癲癇發作等，或是三個月以下嬰幼兒不明原因發燒，務必讓兒科醫師評估，必要時進行腰椎穿刺確立診斷，早期診斷，早期治療，才能避免遺憾發生。

兒童常見腦膜炎的比較與判讀如下表：

	細菌性腦膜炎	病毒性腦膜炎
流行病學		
好發年紀	隨年紀增加而遞減	各年齡均可能發生
常見病原	嬰幼兒： 乙型鏈球菌、大腸桿菌、李斯特氏菌 兒童： 肺炎鏈球菌、B型嗜血桿菌、腦膜炎雙球菌	腸病毒（包含伊科病毒及克沙奇病毒）、 流感病毒、單純皰疹病毒、水痘、EB病毒
治療		
抗生素	必要	不必要
抗病毒藥物	不必要	少數病毒可使用

# 流行性感冒簡介

小兒部醫師 胡雅莉

審核：小兒部主治醫師 張鑾英

流感為具有明顯季節性特徵之流行疾病，疫情的發生通常具有週期性，臺灣地區位處於熱帶及亞熱帶地區，過去以秋、冬季較容易發生流行，流行高峰期多為每年 12 月至隔年 1、2 月。近年來由於氣候變遷與暖冬現象，疫情流行週期性略有變化，臺灣在春至夏季仍有許多流感病患。

感染人類的流感病毒分為 A、B 及 C 三型。病毒的外表有一層脂肪包被，上面有兩種抗原分別為血凝集素（hemagglutinin，HA）與神經氨酸酵素（neuraminidase，NA），根據這兩種抗原，又可將 A 型流感病毒分成幾種亞型（例如：H1N1、H3N2 等）。A 型流感是三型病毒中對人類感染力最強的一種，且此病毒的 RNA 節段會在不同病毒株之間發生交換重組的現象，引起抗原的重大變化（即抗原移型，antigenic shift），成為一個新的病毒亞型。歷史上在 1859、1918、1957、1968 及 1977 年都曾經因為此種重大抗原變異而發生過全世界的大流行。

## 流感是如何傳染的？

流感主要藉由咳嗽及打噴嚏等飛沫傳染方式傳播病毒，接觸到汙染物上的口沫或鼻涕等黏液，再觸摸自己的口鼻亦可能被傳

染。潛伏期約 1 至 4 天，在發病前一天至症狀出現後的 3 至 7 天皆具有傳染力。流感病毒容易發生抗原變異，因此能夠不斷地感染侵襲人類，每個人的一生中可以有多次流感病毒感染，無法在感染過一次之後獲得終生免疫。

## 臨床症狀與一般感冒有何不同？

一般感冒常見由腺病毒、鼻病毒以及冠狀病毒等引起，主要症狀為咳嗽、流鼻水及鼻塞等上呼吸道症狀。而流行性感冒症狀特色為發高燒（體溫可能超過 39°C）、頭痛、倦怠與全身肌肉痠痛。此外，喉嚨痛、上呼吸道症狀、腹瀉與嘔吐也是常見症狀。多數患者在發病後會自行痊癒，少數患者可能出現嚴重併發症，例如：肺炎、腦炎、心肌或心包膜炎及繼發性細菌感染。高危險族群包含嬰幼兒、罹患氣喘或腦性麻痺之兒童、孕婦、老年人、肥胖者、免疫功能不全者或慢性疾病患者（例如：先天性心臟病、心臟衰竭、慢性肺疾病及代謝性疾病）。

## 一直高燒不退該怎麼辦？

流感可能會高燒 2 至 3 天，若退燒後精神活力回復正常或顯著改善，可規則給予

退燒藥改善高燒引起的身體不適。若患者在退燒後精神活力仍明顯變差、嗜睡、意識改變、持續性嘔吐、呼吸困難或發紺，這些症狀皆可能是重症前兆，須及早就醫回診。

### 流感如何診斷？

流感診斷主要根據臨床症狀，如有明顯接觸史或出現高燒伴隨肌肉痠痛等典型症狀即可診斷。流感快速篩檢亦可協助診斷，但其準確度約為 5 成至 7 成左右，若病毒量較少、在剛發病時篩檢或採檢方式有誤差等因素皆會造成偽陰性，因此不能單純就流感快速篩檢的結果診斷是否為流感感染，喉部病毒培養或藉由聚合酶連鎖反應（PCR）檢測流感病毒 RNA 可幫助確診。

### 流感有藥物可以治療嗎？

流感治療藥物有三種劑型，分別為口服克流感（Tamiflu）、吸入型瑞樂沙（Relenza）及注射型瑞貝塔（Rapiacta）。口服克流感（Tamiflu）為孕婦及哺乳中婦女的首選藥物。5 歲以上之兒童與成年人可使用瑞樂沙（Relenza）治療，以經口吸入方式投入呼吸道。流感重症之病人，若因昏迷等原因無法使用克流感或瑞樂沙，經醫師評估及病人家屬同意後可改用瑞貝塔（Rapiacta）治療。常見藥物副作用為頭暈、噁心嘔吐或類似感冒之症狀，一般並不嚴重。流感藥物治療療程為 5 天，研究顯示，症狀開始後 48 小時內開始治療，療效最佳。但也有些研究認為住院病人在症狀超過 48 小時後才投藥，仍有縮短住院天數或減低死亡率的助益。

### 流感疫苗注射與副作用？

流感疫苗種類分成保護兩種 A 型加一種 B 型流感病毒的三價疫苗，以及保護兩種 A 型加兩種 B 型流感病毒的四價疫苗。公費疫苗為三價疫苗，施打對象包含：滿 6

個月以上至國小入學前幼兒、國小／國中／高中／高職／五專一至三年級學生以及少年矯正學校及輔育院學生、50 歲以上成年人、具有潛在疾病者（含高風險慢性病人、BMI>30、罕見疾病患者及重大傷病患者）、機構對象、醫事及衛生防疫相關人員、禽畜業及動物防疫相關人員、孕婦及 6 個月內嬰兒之父母與幼兒園托育人員及托育機構專業人員。流感疫苗只能預防流感病毒感染或降低罹患流感時的疾病嚴重度，對於一般感冒病毒是沒有防護力的，施打流感疫苗也不能百分之百避免流感之感染。

接種後可能會有注射部位疼痛或紅腫，少數的人會有全身性的輕微反應，例如：發燒、頭痛、噁心、蕁麻疹或肌肉痠痛等症狀，一般會在發生後 1 至 2 天內自然恢復。嚴重的副作用為立即型過敏反應，臨床表現可能出現頭昏、眼睛或嘴唇腫脹、沙啞、呼吸困難、心跳加速甚至過敏性休克，通常在接種後數分鐘至數小時內即發生。

### 施打流感疫苗之禁忌？

急性感染伴隨有發燒症狀時不適合施打流感疫苗，此外，已知對蛋或對疫苗的成分過敏者為施打之禁忌，若過去注射流感疫苗曾發生嚴重不良反應者也不應接種。不知道對蛋有無過敏者可直接施打疫苗，並在注射後觀察 30 分鐘，若沒有不適症狀才能離開。

6 個月以下兒童亦不能施打流感疫苗，為了預防此年齡層幼童感染，孕婦及 6 個月內嬰兒之父母和幼兒園托育人員及托育機構專業人員也是公費施打的對象。

### 結語

流感為一具有高度傳染力之病毒，在流行期間應盡量避免出入人潮擁擠或空氣不流通的公共場所。此外，注意個人衛生防護，例如：勤洗手並注意咳嗽禮節，亦有助於減少被病毒感染的風險。



# 肝膿瘍

■ 護理部護理師 吳秀珊／呂依珊

■ 護理部護理長 龔淑櫻

肝臟是人體內最大的代謝器官，代謝後會形成膽汁。膽汁會經由膽管系統運送到十二指腸內來幫助脂肪消化。如果膽管因為結石或腫瘤導致膽汁滯留的情形，來自腸內的細菌會在膽汁內增殖，而造成膽管炎。膽管炎一旦形成，細菌將會進一步沿著膽管經由肝門靜脈、肝動脈及膽管系統進入肝內，而造成肝膿瘍。

細菌或其他微生物經各種感染途徑侵入肝臟，引發局部組織壞死及溶解等炎症反應，均會造成肝臟蓄膿，肝內產生化膿性發炎。引發肝膿瘍的三大原因為細菌（最常見占 80%）、阿米巴原蟲（占 10%）及黴菌（占 10%）。肝膿瘍可藉由腹部超音波診斷出來，而肝膿瘍的分類如下：

## 一、細菌性肝膿瘍（pyogenic liver abscess）

**感染途徑：**（1）經血液循環感染：糖尿病者特別容易被克雷白氏菌感染，另闌尾炎、憩室炎或個人免疫力差（例如：糖尿病、白血病、使用類固醇、或 HIV 感染患者）等亦容易被感染。（2）經膽道上行感染：

如膽道結石、狹窄或癌症引發的膽道感染。（3）附近器官化膿直接侵襲：如腎膿瘍、胰臟膿瘍。（4）外傷，直接經表皮帶入。

## 二、黴菌性肝膿瘍（fungal liver abscess）

**感染途徑：**主要是由念珠菌所引起，好發於長期使用抗生素、血液惡病質、接受器官移植需服用抗排斥藥物、或免疫不全的患者。

## 三、阿米巴肝膿瘍（amoebic liver abscess）

**感染途徑：**由原蟲所致，阿米巴原蟲進入腸道後，最常感染的部位為大腸，引起大腸發炎或潰瘍，經由血液循環蟲體可在大腸導致阿米巴赤痢或無症狀，再經門靜脈血流造成腸道外感染。最常見是糞口傳染，與環境衛生有關。

肝膿瘍有哪些症狀呢？初始可能僅是腹部不適、食慾減退、疲勞倦怠，而後期最常見的是發冷和發熱。發燒時，體溫可能高達 39°C 至 40°C，也可能伴隨有右上腹痛、肝腫大等症狀。若為克雷白氏菌所致肝膿瘍，可能會伴有眼內炎的情況，視力衰退、眼球疼痛、結膜紅腫等症狀，往往暗示視力恢復

的預後不佳。如果合併膽道方面的疾病時，黃疸的症狀也會發生，例如：眼白或全身泛黃、灰白便及茶色尿。另外膿瘍對於橫膈膜的刺激或是擴散至肺部感染可能會造成咳嗽、肋膜積水甚至膿胸，其他非特異性的症狀像是體重減輕、疲倦，嚴重的則有敗血症或是破裂造成需要緊急開刀的狀況。

肝膿瘍的診斷，若以抽血檢查會有白血球上升、肝功能指數異常的情形，若進行細菌培養（血液或肝臟抽吸膿液培養）則會有出現細菌等情形，也可利用腹部超音波、電腦斷層及磁振攝影檢查來發現肝內膿瘍，這也是最容易診斷的方式。

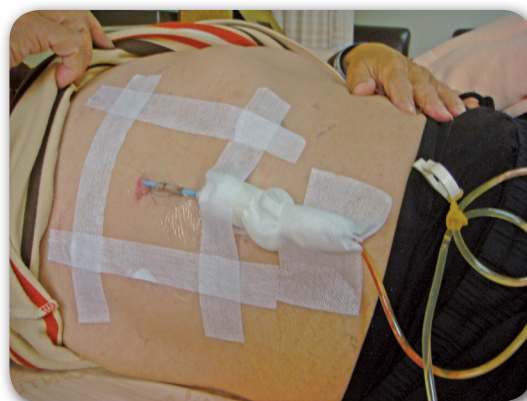
肝膿瘍的併發症最為常見的是敗血症，其次是膿瘍破裂引起腹內膿瘍或廣泛性腹膜炎，另外眼內炎、糖尿病患者更容易發生細菌轉移他處，造成其他器官感染。

### 肝膿瘍治療原則：

1. 膿液抽取（必須）合併抗生素治療，靜脈注射 2 週，治療目標為肝膿瘍小於 3 公分，其後改口服抗生素 3 ~ 6 週。
2. 膿瘍引流方式包括超音波或電腦斷層導引的細針抽吸及引流管放置（如圖一、二）。

### 放置照顧引流管應注意事項：

1. 剛放置引流管時，引流液會略帶紅色是正常現象，若引流液一直呈紅色且量多時，應告知護理師。
2. 引流袋要放低，以利引流，但不可垂地，以免造成感染。
3. 保持管路引流通暢，避免壓到、扭結，翻身或活動時拉扯管子，造成引流管位置改變或脫落。
4. 維持良好固定，黏貼的膠布若脫落，請醫護人員更換。



圖一、二 肝膿瘍引流管

5. 保持傷口清潔乾燥，洗澡時避免浸濕傷口，若浸濕應立即更換敷料。
6. 引流液變少或沒有量時，醫師會安排照超音波，視狀況拔除引流管。

### 肝膿瘍病人日常生活應注意以下事項：

1. 飲食少量多餐，攝取高蛋白質、高熱量、高維他命及低脂肪食物，維持營養並避免辛辣油膩、刺激性食物、避免生食。
2. 依醫囑按時服用抗生素，多休息，除非醫囑限水，每天宜補充水分約 2,000 ~ 3,000 C.C.。
3. 有發冷、發熱、黃疸、食慾不振、倦怠、嚴重不適，立刻返院檢查。

# 常見用藥



藥劑部藥師 張苑真

**Q：**請問 13 價肺炎鏈球菌結合型疫苗（PCV13）與 23 價肺炎鏈球菌多醣體疫苗（PPSV23）有什麼不同嗎？我現在 65 歲可以施打嗎？

**A：**13 價肺炎鏈球菌結合型疫苗（PCV13）與 23 價肺炎鏈球菌多醣體疫苗（PPSV23）皆是對於肺炎鏈球菌有預防效果的不活化疫苗，一般民眾或是免疫低下患者都可施打。而兩者主要差別在於其涵蓋的血清型、疫苗類別、保護力與價錢的差異。23 價肺炎鏈球菌疫苗涵蓋較多血清型，但其保護力不如 13 價肺炎鏈球菌疫苗的持久。

依據疾管署 2008 ~ 2012/2013 年統計，侵襲性肺炎鏈球菌在 5 歲以下孩童常見為血清型 19A, 14, 23F, 19F, 6B；而在全年齡中常見則為 14, 19A, 3, 23F 和 19F。不管是哪一種的肺炎鏈球菌疫苗都是有涵蓋感染常見的血清型。

由於肺炎鏈球菌好發於高危險群患者（註一）、65 歲以上長者及 0 ~ 4 歲孩童，美國疾病控制與預防中心及臺灣疾管署皆建議 65 歲以上民眾施打肺炎鏈球菌疫苗。臺北市於 106 ~ 107 年執行 65 ~ 74 歲長者接種肺炎鏈球菌疫苗計畫，因此符合資格的臺北市市民可公費施打一劑。若民眾已 65 歲設籍於臺北市且過去從未施打肺炎鏈球菌疫苗，可至臺北市合約醫療院所施打。設籍於其他地區的民眾，若尚未 75 歲，則可自費施打肺炎鏈球菌疫苗。

	PCV 13	PPSV 23
商品名	Prevenar 13	Pneumovax 23
學名	Pneumococcal 13-Valent Conjugate Vaccine	Pneumococcal Vaccine, Polyvalent
類別	結合型，不活化疫苗	多醣體，不活化疫苗
血清型	1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F	1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9B, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F, 33F
施打對象（註二）	年齡在兩個月大以上	兩歲以上
保護力	終生	5-10年
施打日程（註三）	1. 幼童於2, 4, 12-15月大施打，共三劑完成施打療程 2. 其餘年齡施打皆為一劑	施打一劑，必要時可經醫師評估再追加第二劑
費用	約3,125元	約1,000元
公費對象	1. 104年起已列入我國幼兒常規疫苗接種 2. 99年以後出生到五歲之補接種（該計畫已完成）	1. 75歲以上長者從未接種肺炎鏈球菌疫苗者 2. 106-107年65歲以上臺北市市民從未接種肺炎鏈球菌疫苗者

\* 註一：高危險群包含：

1. 脾臟功能缺損或脾臟切除
2. 先天或後天免疫功能不全（含括愛滋病毒感染者）
3. 人工耳植入者
4. 慢性腎病變（含括腎病症候群）
5. 腦脊髓液滲漏
6. 接受免疫抑制劑或放射治療的惡性腫瘤及器官移植者

\* 註二：2歲以下兒童無法對23價肺炎鏈球菌疫苗內含的夾膜有完全的免疫反應，因此不建議施打該品項。幼童皆是施打13價肺炎鏈球菌疫苗，一般為兩個月大時施打第一劑，在特殊情況必要時可在出生滿6週注射第一劑。

\* 註三：如民眾於65歲前已施打其中一種肺炎鏈球菌疫苗或65歲以後計畫施打兩種肺炎鏈球菌疫苗，建議兩種疫苗施打間隔至少一年。



# 從「血庫血品庫存不足」 談限制性輸血策略

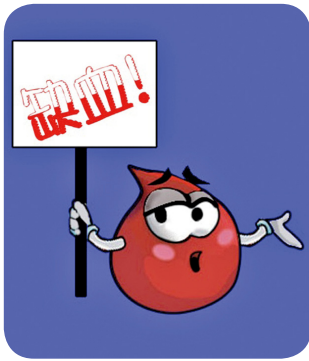
檢驗醫學部醫事檢驗師暨組長 劉斐雲

醫療科技雖日新月異的進步，但是血液至今無法以人工血品或人工製品取代，所以輸血治療仍然是無法取代的醫療措施；在某些生命危急情況，輸血治療是重要而關鍵的救命醫療，但是輸血具有潛在的風險，包括因輸注錯誤引起的溶血性輸血反應、肺損傷、循環過載及輸血引起的感染。由於有著這些潛在的風險，應要避免過度使用和使用不足輸血治療所導致之不適當醫療。由於新興感染症的持續發生，衛福部修訂捐血者健康標準，規範從病毒流行區返國、罹病痊癒後等相關暫緩捐血措施，限縮可捐血人數及捐血時間，血液來源將因此逐漸緊縮，又因為全球少子化及人口老化趨勢，血液來源的壓縮將益形嚴重。所以應儘量減少不必要的輸血，以有效降低醫療成本，保留珍貴的血品來源，運用在有效輸血治療時機。

學生是重要而為數眾多的捐血人，每年寒暑假，血源就會較為吃緊，一如往常，2017年的6月下旬開始，我們血庫就開始感受到這股血源緊縮的狀況，血小板

的情況更形吃緊，因為一般固定或機動捐血車上沒有配置分離機，血小板的捐血者需至有分離機的捐血站捐血。而血小板效期短，無法大量收存，庫存及用量後勤管理相較其他血品困難許多。於是對於血小板血品開始採取減量發血的措施，7月30日妮莎颱風更是打亂我們的工作，原預訂26袋血小板，只來了一袋，一整個月發血時間監控看板都呈現紅通通的一片，臨床護理師也因此擔心未達醫囑要求之輸血量對病人出血風險是否會有影響。因血品來源縮減，從用量後勤管理的觀點出發來討論各種血品的限制性（restrictive）輸血，限制性輸血是在較嚴格血液學表現情況才給予輸血治療。

過去幾十年來，醫界教導學生和住院醫師每次輸注兩單位紅血球，儘管大家其實並不清楚這種做法背後的理由。事實上每單位血液成品產生的輸血效果，會因患者的身材、與麻醉相關的血容量的變化、流體動態變化的不同而有相當的差異，由於這些原因，其實建議指引很難囊括所有



輸血狀況，所以可將一次輸 2 單位改為每次輸 1 單位，每個單位間於評估輸注效果後（包括血色素和心臟呼吸狀態），再作下一步的輸血決策主張。

限制性輸血策略其實就是說「能不輸，就不輸，缺什麼，輸什麼」，相對於限制性

輸血則是開放性輸血( liberal )。近 20 年，有許多研究透過隨機對照試驗設計針對這兩種輸血策略進行對比，結果顯示限制輸血組死亡率顯著低於開放組；不輸血患者比輸血患者器官功能不全有較大改善，限制性輸血策略優於開放性輸血。透過這些實證醫學的證據，醫界普遍對輸血治療、輸血帶來的風險及輸血價值有較一致的見解，以這些見解制訂最佳化輸血決策血液檢驗閾值，其實就是以病人為中心輸血治療管理，根據病人血液檢驗實證資訊，精確設計病人輸血治療計畫，也是精準醫學切切實實的呈現。

### 最佳化輸血決策

血品種類	最佳化輸血決策血液檢驗閾值
紅血球類	一般沒有症狀的病人血色素值低於7g/dL，建議輸血。 有心臟病危險因子病人血色素值低於7-8g/dL，建議輸血。 (血色素值高於9g/dL且無其他出血危險因素時，不建議輸血。)
血漿	預防性治療：PT或PTT高於正常範圍的1.5倍 治療性輸注：凝血因子缺乏
血小板類	沒有出血的狀況，血小板少於10,000/uL給予預防性輸注 有出現明顯出血徵兆，血小板少於50,000/uL給予預防性輸注 重要部位如CNS有出血風險時，血小板少於100,000/uL給予預防性輸注
冷凍沉澱品	用於纖維蛋白原補足，以血中纖維蛋白原濃度檢測值為參考依據，濃度必須在50-100mg/dL的範圍內，可以維持必要的止血功能，但在大量出血或急遽纖維蛋白源消耗的瀰漫性內因性凝血病變（DIC）的情況，應提早在纖維蛋白原濃度接近臨界點100mg/dL時，給與冷凍沉澱品治療。

美國加州的一家大型醫院為降低醫療成本，在 2010 年導入最佳化輸血決策資訊警示計畫，臨床醫師開立輸血醫令時，資訊系統搜尋最近檢驗數據，當檢驗值未達輸血標準時，電腦屏幕上會顯示警告信息，提醒醫師遵守限制性輸血指引策略，並要求醫師提出充足輸血理由。這個計畫有非常顯著且引人注目的成果，三年內紅血球血品輸血量減少了 24%，每年能節省 160 萬美元的血液成本，而且隨著輸血頻率的下降，死亡率、平均住院日和 30 天內需要重新入院的病人數也在下降。該醫院僅是在醫師開輸血

醫囑的同時提醒醫師仔細考慮病人輸血需求，就為醫院節省了大筆成本，同時也改善了病人的治療效果及狀況。

輸血是普遍而無可取代的醫療程序，可以挽救生命，但並非所有的輸血治療都是必要的，有時反而對病人有傷害，越來越多醫師對輸血治療的態度有巨幅的調轉，主張能不輸、就不輸的限制性輸血。而利用資訊警示系統導入最佳化輸血決策，也已證實可以有效管理對病人的精準輸血治療。

金山快訊

# 在社區裡默默耕耘， 守護在地民眾健康

| 金山分院醫療部家庭醫學科主治醫師 姜士中

自臺大醫院金山分院成立至今，一直在北海四區（萬里、金山、石門、三芝）持續耕耘，完善的門診支援，急診與病房的照護，更讓民眾不用奔波太遠，就近接受充足的醫療服務，讓偏鄉的醫療水準長足提升。在歷任院長的努力之下，更把眼光放遠，逐步推行醫療服務深入社區與角落，讓更多行動不便與需要醫療的民眾能更簡單地接受醫療，並推廣安寧服務與在地老化的理念，努力讓北海四區的社區民眾更加健康。

「金健康辦公室」於民國 101 年 10 月成立，就是藉由整合院內有限的資源，連結社區既有力量與在地社團的熱忱，在北海四區進行多樣化的健康促進與預防醫學的活動，並藉由院內同仁與志工的熱情付出，帶動社區健康環境的發展與改善，簡言之，就是醫院醫療與社區民眾的重要溝通橋樑。

創立之初，藉由全院同仁投入社區，進一步探索與了解民眾特性，體認在地的文化與宗教背景，以一股為民服務的熱情，逐步建立彼此的互信與良好互動，並在金山與萬里區廣設健康小站，配合在地民眾的活動需求，定時服務鄉里與推廣健

康資訊，包括：兒童發展、新住民疾病篩檢、高齡族群各項健康促進與預防保健、慢性病整合照護、健康講座…等，培養社區自主的健康照護能力，以期能永續發展健康社區。由於院內同仁人力資源有限，因此先將金山依地理位置特性劃分為六區，分別為海港區、健康區、田園區、文藝區、中心區 A 及中心區 B，並交由對當地文化特性較為了解的同仁分區認養，深入社區各角落，讓醫療的服務遍及各區。由於各區同仁是混雜行政與醫療專業人員，因此藉由各成員間的能力與互動，激盪出各區的照護創意，並自行規劃各區活動，金健康辦公室則是他們的強力後援，可隨時提供活動規劃的支援與協助。此外，健康小站的據點選擇，也是與各區民眾、鄰里長、宮廟團體幹事、社區協會等協調，在有限的人力與時間中選擇最能高效率曝光的地點，來加強衛教宣導與服務，像是里長辦公室、聖德宮、朝天宮、承天宮、區立圖書館、鎮天宮、慈護宮及昭應侯廟等，並於每月特定時間，如宮廟祭典期等，舉行健康知識推廣、健康知識諮詢、醫院與衛生福利政策推廣、及各項生理量測等。

除此之外，也與各區衛生所合作，並配合政府的預防醫學政策，每年於各地定期進行許多活動，包含：流行性感疫苗施打、學齡女童 HPV 病毒疫苗施打、糖尿病視力篩檢、四大癌症篩檢、糞便潛血篩檢轉介服務、急慢性疾病的轉診服務等，以期扮演好社區醫療的輔助支援角色，提供足夠的備援醫療力量。

在現任譚慶鼎院長的帶領之下，在社區服務這一塊，除了導入現有長期照護 2.0 所希提供的服務之外，譚院長更將醫療照護的目標放得更遠，希望能結合現有的醫療資源與社區服務的能量，提升在地居民的健康與延緩退化，讓北海四區在面

對人口老化嚴重的威脅之下，能有效達成健康老化的過程，而讓社區更加健康。

臺大醫院金山分院在這幾年裡，一直默默地在社區耕耘奉獻，藉由金健康辦公室的成立，規劃整合全院同仁、在地社區資源、與臺大醫療體系資源，為周邊社區民眾的健康努力付出。並與金山的在地社區資源結合，更讓金山地區成為 WHO 國際安全社區（Safe Communities Network Members）的一員，我們將會努力灌溉與推廣，並結合醫療資源與在地力量，成為北海岸民眾最信賴的健康守護者，讓金山區的環境更為安全與健康。



圖 1 感染管制護理師對國小學童進行洗手衛教



圖 3 協助與評估學齡女童接受 HPV 病毒疫苗接種



圖 2 健康小站定期服務民眾與量測血壓



圖 4 定期舉辦社區民眾團體衛教課程，讓民眾接受正確觀念



# 團圓腎利獅子頭



營養室營養師 孫萍

我們的生活中隱藏著「磷」攝取過量的風險，由於腎臟病患者容易發生高血磷的狀況，因此，腎友們該如何降低磷的攝取量呢？我們可以從食物的選擇與調整烹調方法，來減少不必要的磷攝取。

對腎友來說，磷的排出量較少，若飲食中未稍加注意，容易攝取過量造成血磷過高，影響骨骼健康、心血管鈣化、腎功能的衰退，所以對腎友來講，必須非常注意飲食中磷的控制。

## 團圓腎利獅子頭（4人份）

### 食材：獅子頭（8顆份量）

豬里肌肉 260g、板豆腐 120g、洋蔥（1/3-1/2個）100g、木耳（2-3片）40g、紅蔥頭（6-8瓣）40g、荸薺（8個）240g、太白粉 150g、鹽 1/4茶匙、醬油 2茶匙、胡椒粉 2茶匙、香油 1湯匙、橄欖油 2湯匙

### 紅燒獅子頭鍋底：

大白菜（1顆）800g、胡蘿蔔 1條、蔥 2把、香菜 1把、醬油 2湯匙、鹽 1/4茶匙、香油 1茶匙

### 做法：

#### < 獅子頭 >

1. 里肌肉切小段、豆腐切塊、洋蔥去皮與木耳去蒂後切丁。
2. 荸薺去皮，拍碎後剁細備用。
3. 紅蔥頭切碎，起油鍋將紅蔥頭炒至金黃色。
4. 將里肌肉放入食物調理機，加鹽打成泥狀。
5. 然後依序將豆腐、洋蔥與木耳及炒過的紅蔥頭末與調味料醬油、香油及胡椒粉倒入食物調理機，與肉泥一起混合均勻。
6. 將調理機內的肉泥倒入鋼盆中，加入荸薺丁與太白粉混合均勻，捏成 8 顆獅子頭（肉團）。
7. 滾水中放入獅子頭，煮至定型。

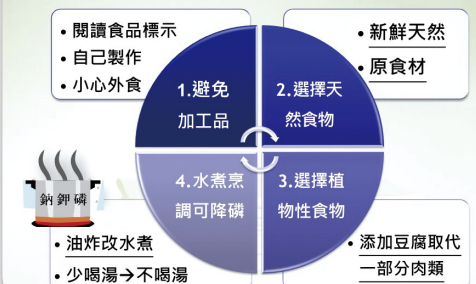
#### < 紅燒獅子頭 >

1. 蔬菜材料洗淨，胡蘿蔔切片，蔥、香菜切段備用。
  2. 大白菜與胡蘿蔔片擺入鍋中，加入適量水先煮軟。
  3. 加入調味料，再放入已定型的獅子頭，燜煮約 30 分鐘。
  4. 加入香菜與蔥段後蓋上鍋蓋，加熱 30 秒即成。
- ※ 獅子頭燉的時間越長越入味，起鍋前可再淋點香油。

### 營養成分分析

蛋白質（公克）	10.5
脂肪（公克）	6.6
碳水化合物（公克）	25.2
鈉（毫克）	254
磷（毫克）	136
熱量（大卡）	202

### 磷風險：改變食物選擇與烹調法



# 台大 Health Network 醫網

我們的願景：

健康守護  
醫界典範

我們的核心價值：

正直誠信  
創新卓越  
團隊合作  
健康尊嚴

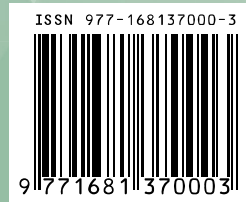


國立臺灣大學醫學院附設醫院  
National Taiwan University Hospital

- 兒童醫療大樓：台北市中山南路8號
  - 住院急診服務（東址）：台北市中山南路7號
  - 門診住院服務（西址）：台北市常德街1號
- 網址：<http://www.ntuh.gov.tw>（衛教天地）  
中華郵政台北雜字第95號執照登記為雜誌交寄



臺大醫院全球資訊網



GPN:2008900602