



高雄市立小港醫院

(委託高雄醫學大學經營)

Kaohsiung Municipal Siaogang Hospital

2016

夏季刊

港醫健康通訊

神經內科專刊



CONTENTS



夏季號 目次

1 | **悼念陳前院長章義教授** /高雄醫學大學 劉景寬校長

3 | **本期內容介紹** /陳思仔 執行編輯

4 | **副院長的話** /賴秋蓮 副院長

5 | **醫學知識網**

常見的檢查及其應用 /陳俊鴻主任

失智症之全方位治療及長照簡介 /李建勳醫師

失眠的非藥物治療 /謝升文醫師

頸動脈狹窄與支架置放 /黃柏穎醫師

貝爾氏麻痺 /曹維珈醫師

15 | **醫學Q&A**

腦中風Q&A /周品吟醫師

糖尿病神經病變Q&A /洪志憲醫師

19 | **健康生活圈**

保養頭腦延緩老化～漫談失智症照護 /護理部 鍾欣伶護理師

談【貝爾氏麻痺】(Bell's palsy)藥物治療與類固醇用藥

迷思 /藥劑科 林瑛鈴藥師

24 | **社區互動情**

港和國小兒童多元文化體驗暨教學參觀日活動 /管理室 鍾明姑組員

青山國小駐校藝術家家用愛妝點港醫杏林藝廊 /社會服務室 李庚恕主任

港醫院總動員 響應健康第一 珍愛健保e起來 /醫療事務室 蔡蕙如主任

生蓮港醫慶端午 抗癌淡定5撇步 /社會服務室 李庚恕主任

29 | **港醫書香飄**

看漫畫了解腦神經科學 /教學研究中心 林玟娟組員

港醫健康通訊

發行人 / 侯明鋒

編審主委 / 傅尹志

編審委員 / 莊捷翰、陳永鴻、李佳玲
李威德、吳素英、江秀珠

執行編輯 / 陳思仔

編輯小組 / 陳俊鴻、林起翎、李佳玲
龔育民、劉錦茹、陳秀珊
李庚恕、侯孟伶、林敬程

美編設計 / 德昌印刷廠股份有限公司

發行所 / 高雄市立小港醫院

(委託高雄醫學大學經營)

院址 / 高雄市小港區山明路482號

電話 / 07-8036783

傳真 / 07-8065068

網址 / www.kmhc.org.tw



悼念陳前院長章義教授

文/高雄醫學大學 劉景寬校長

我們高醫人最熟悉的陳章義教授、陳院長，是在民國77年到79年擔任高醫附設醫院院長。陳教授不僅是我所敬愛的老師，更因為他的公子陳立宗教授是我們高醫第23屆的同學，陳章義教授對我們班而言，也是親愛的父執輩。從我們在高醫求學至行醫服務、參與行政管理工作，陳教授都隨時給我們指導、忠告與勉勵。

今天，我謹代表高雄醫學大學，悼念與追思我們敬愛的陳教授、陳院長。陳教授才學淵博，畢業於台大醫學院醫學系，並獲得日本東京大學醫學博士。他是在民國46年受到杜聰明院長與鄭金松教授之邀請來到高醫，當時只有34歲，擔任內科學教授，自此奉獻一生精華歲月於高醫。

首先，我要引用他在附設醫院50周

年時接受訪問時說的話：「我是為了要幫助老師杜聰明達成在高雄成立醫學院的夢想，才來到高醫服務的，既然是自己甘願來，當然就要歡喜做、認真做，全力為醫院來打拼。我幾乎是將自己的一生都給了高醫，從三十幾歲一直待到今天已經八十四歲了，從未離開過！」捨棄台大、南下高雄開疆闢土，陳教授說：「唯一的信念，就是要全力協助杜聰明校長，辦好高雄醫學院。」

陳教授與鄭金松教授建立了高醫內科，成立內科醫療與教學團隊，同時也是台大與高醫的連結。早期陳教授積極邀請台大的年輕醫師南來高醫，直至高醫第一屆畢業生進入醫院。也由於陳教授與台大的淵源，在他擔任內科及醫院領導者的三、四十年間，高醫持續獲得台大的支援。

陳教授擔任陳振武院長時期長達9年的附院副院長並繼任為院長2年，與陳振武教授共同將高醫附院營運轉虧為盈，並且招募培育財務、教學、研究人才，使高雄醫學院與附設醫院快速發展，奠定轉制為高雄醫學大學的基礎，更是高醫附院品質提升的關鍵。由於他親身經歷高醫發展的關鍵期，他有非常深刻的感觸，因此他常常強調，高醫的發展是「歷年所有『高醫人』的刻苦耐勞奮鬥之下，未得國家或社會財團之補助之下自力更生，從無到有，且能得第一屆醫院評鑑時之『四大醫學中心』之一，其中高醫是唯一私立的，其他三中心全是國立的，最為高醫人之驕傲。從此以後一直保持著『醫學中心』的榮譽，應該歸功於『高醫是高醫人的』之一體感所賜。」

在醫學教學理念方面，在高醫，他是最早提出「醫即藝術」的教授（今天我們看到告別會場上也懸掛著這個他最重要的理念）。他認為醫療是藝術，是關係著學問、學術、人格、思想之綜合；不僅是醫療的技術，還包括對患者的態度、和患者對醫師的信賴度等等。他對病患十分親切，言談幽默，視病如親。他認為醫學、醫術、醫德要三足鼎立，才是醫者；以現在醫學教育所重視內容的流行的用語「ASK」，即態度、

技術、知識。陳教授數十年前就有如此信念，可謂真知灼見。

晚年的他擔心醫療商業化，與健保制度偏重服務量、而輕忽品質與醫學內涵的傾向，並質疑在自由世界的台灣推動統制式的社會醫療制度，會產生的衝突與不適。當高醫也進行推動績效制度，期增醫院競爭力與盈餘時，他也很擔心是否過度功利而成為商業化醫院。我曾有機會向他說明，我們產生的合理盈餘應可用來促進學校的教學研究，就如同宗教慈善醫院如馬偕醫院，將盈餘用來補助弱勢、推動偏遠志工醫療一樣，他才比較放心。後來我們更清楚，陳院長一直認為附設醫院除了提供良好的教學環境、研究題材外，其盈餘協助學校發展就是最重要的社會回饋，他是誠心堅持附設醫院使命的典型高醫領導者。

陳院長在天之靈，請安息。您一生奉獻協助高雄醫學院成長的志業、您言談間常說的「高醫的精神，高醫的傳統」高醫要靠全體高醫人的努力，自立自強；我們高醫年輕的一代一定會秉持您的教誨繼續努力。今日高醫不僅擁有完整的醫療體系，更秉持創校以來的理想與價值，我們將發揚您們苦心孤詣所建構的高雄醫學大學。

編著：陳章義教授二公子陳立宗醫師為高醫醫學系23屆校友、現任國家衛生研究院特聘研究員兼癌症研究所所長，曾任高雄醫學大學教授兼附設院副院長

文/港醫健康通訊 陳思仔執行編輯

本 期 內 容 介 紹



2016年港醫通訊-夏季號邀請本院神經內科團隊為大家介紹常見的神經內科疾患。一般民眾選擇神經科就醫時，常會被其疾病名稱及相關檢查所混淆，大致上醫師診斷每一種疾病都會安排相對應的檢查，以更精準掌握病情。因此神經內科陳俊鴻主任於「常見的檢查及其應用」一文中，有詳盡的說明。

在逐漸邁入高齡化社會，老年人口增加的台灣，失智症的人口也快速上升。失智症的症狀不單純只有記憶力的減退，還會影響到其他認知功能，同時可能出現干擾行為、個性改變、妄想或幻覺等症狀，這些症狀的嚴重程度足以影響其人際關係與工作能力。因此失智症的治療照護，要有全方位的醫療護理及長期照顧服務才能完善，神經內科李建勳醫師於「失智症之全方位治療及長照簡介」、護理部鍾欣伶護理師於「保養頭腦成功老化~漫談失智症照護」一文中皆有詳盡的說明。

現代人在生活工作壓力下，許多人都有失眠困擾。根據統計，在台灣幾乎有三分之一到四分之一的人口有睡眠障礙的問題。一部份人解決失眠的問題，不外乎靠安眠藥，但這也造成安眠藥濫用和依賴的情形愈來愈嚴重。因此，神經內科謝升文醫師撰寫「失眠的非藥物治療」，透過其他非藥物的方法，有效改善失眠問題。

在神經科的門診經常會看到因為長期頭痛治不好，直到友人介紹，才來到神經科門

診求助，也有些人則是常常喝咖啡來治療頭痛，對於每天咖啡不離手的人，反而可能是飽受頭痛之苦的主因，一旦缺少咖啡，他們就會出現頭痛、疲倦、沮喪等症候群。

腦中風高居國人十大死因的第三位，根據國民健康局的調查統計，六十五歲以上的國人中約每十二人就有一人發生過中風，所造成的語言障礙或肢體行動不便，往往讓患者與家屬生活品質大受影響。因此，神經內科黃柏穎醫師於「頸動脈狹窄與支架置放」、周品吟醫師於「腦中風Q&A」一文中，皆有詳盡的說明與介紹。

糖尿病是引起周邊神經病變最常見的原因，也為構成糖尿病殘障及症狀受苦的主要原因之一。因此，神經內科洪志憲醫師於「糖尿病神經病變」一文中，有詳盡的說明與介紹。

貝爾氏麻痺是顏面神經麻痺各類型中最常見的，目前致病原因不明，臨床顯示可能是神經受到病毒感染或壓迫而引起的發炎現象。神經內科曹維珈醫師於「貝爾氏麻痺」、藥劑科林瑛鈴醫師於「談【貝爾氏麻痺】(Bell's palsy)藥物治療與類固醇用藥迷思」一文中，皆有詳盡的說明與介紹。

本期港醫書飄香推薦給讀者的讀物為2015年7月4日由商周出版，書名為「看漫畫了解腦神經科學」，希望讀者都能達到開卷有益的效果，對大腦神經的問題及其相關疾病都能快速的認識與理解。

從“頭”開始做個健康快樂的人

文/賴秋蓮 副院長

揮別陰霾的冬天，時序已入生意盎然的仲夏，你的身心感受到了嗎？在目前台灣因景氣低迷、暴戾之氣盛行的社會氛圍下，不安、焦慮、憤怒、憂鬱及無力感等的負面情緒，容易讓生理調控失衡，甚或威脅到健康。如何正面思考，讓操控情緒的大腦多分泌快樂的神經激素，緩解疼痛、降低壓力，做個健康快樂的人，是你我努力的目標。

人口老化問題考驗著我們，時間對大家是公平的，每個人一天都是24小時，隨著時間的流逝，我們都會變老。身體老化過程中，近年來醫療界常提出警訊的是神經系統的疾病，因它容易導致失能，造成家庭與社會極大的照護負擔。本期港醫通訊以神經科常見疾病之檢查與治療為主軸，以頭部而言，從超急性腦中風的治療建議，到退化型失智症的長期照護問題；另外，也包含了會影響生活品質但較少危及生命的神經疾

病，如失眠及周邊神經病變等問題的處理，相信能提供大家相關領域的最新資訊。

「預防勝於治療」預防醫學是醫學界及政府相關單位發展的重點，健康不再只是狹隘的身體正常生理運作而已，也包括了身、心、靈各方面。情緒是會互相影響的，面對困難時，以正向情緒處理問題，若能常常維持快樂的情緒，有利於個人身體的健康，也讓周遭的人有幸福的感覺。

面對老齡化的台灣，長生不老的迷思早已破除，我們要的是「老的優雅」、「老的有尊嚴」，如何達成常常在於我們的一念之間，讓我們從“頭”開始做個健康快樂的人。

常見的檢查及其應用

文/神經內科 陳俊鴻主任

醫師專長：神經學、腦中風、神經重症



人類的神經系統極其複雜所涵蓋的疾病亦包羅萬象。一般常見的疾病有頭痛、頭暈、手腳麻痺、四肢痠痛等。如腦中風、腦腫瘤、癲癇、中樞神經感染、退化性腦病變（失智症、巴金森氏症）、睡眠障礙、周邊神經及血管疾病等，都屬於神經科疾病的範疇。

一般民眾選擇神經科就醫時，常會被其疾病名稱及相關檢查所混淆，大致上醫師診斷每一種疾病都會安排相對應的檢查，以更精準掌握病情。本文即要介紹神經科裡常見的幾種檢查，讓大家能更清楚各項檢查工具的用途。

一、影像檢查：

1.X光：常用於下背痛、四肢痠痛、坐骨神經痛的檢查，依其不同部位而開立，確定是否因骨骼病變所引起之疼痛。

2.電腦斷層掃描（CT）：一般在急診用於腦中風或頭部外傷的初步

診斷，有時會加入顯影劑以得更清晰的影像。

3.磁振造影（MRI）：是較先進的檢查工具，無輻射線，是腦中風、腫瘤、脊髓神經壓迫的診斷利器，但耗時較久，需住院時安排。

4.血管攝影：對於動脈瘤、動靜脈畸型、瘻管可提供診斷及治療，另外針對急性缺血性腦中風及頸動脈狹窄的病人都可提供介入性療法。

二、頸動脈及顱內血管超音波：提供腦動脈及腦部血管硬化程度的評估，早期腦血管病變之預防，亦可作為治療的參考。

三、周邊動脈血管檢查：透過上臂及下肢血壓的比值，可用來測試四肢血管硬化的程度，作為腦中風、心血管疾病危險因子的指標。

四、腦電圖：記錄大腦的電氣活動來幫助診斷是腦部結構性病變（腦中風、腫瘤）或功能性病變（癲癇、失智），也可用於睡眠障礙的檢查。

五、神經傳導檢查：可檢測周邊神經及神經叢的病變，一般用在下肢神經痛、坐骨神經痛、糖尿病引起的周邊神經病變、腕隧道症候群、顏面神經麻痺等。

六、肌電圖：診斷肌肉疾病及其病程變化，配合神經傳導檢查可區隔是肌肉或神經病變。

七、誘發電位：

1.體誘發電位：偵測周邊至中樞神經的傳導有無障礙，判斷是否有脊髓相關病變。

2.腦幹聽覺誘發電位：有助於釐清暈眩病患的病因是由耳朵或腦幹所引起，也可測試有無聽力障礙。

3.視覺誘發電位：對於視神經引起之視力障礙有其重要性。

八、神經心理測驗：可用於評估一個人的智能狀態，用於失智症的診斷及藥物申請，亦是殘障失能鑑定、外勞申請不可或缺的工具。

九、腦脊髓液分析（腰椎穿刺）：當中樞神經（腦或脊髓）有感染（細菌、病毒）或發炎時所必須。採集少量檢體分析，確定病源體加以治療。

以上介紹均為神經科常見的檢查，當民眾求診時，醫師會根據患者病徵及相關適應症安排檢查，以釐清病灶、對症下藥，進而減少不必要的醫療浪費，提早疾病治癒，促進身體健康。



失智症之全方位 治療及長照簡介

文/神經內科 李建勳醫師

醫師專長：一般神經醫學、腦中風、失智症、頭痛



現代世界針對失智症(dementia)的研究與了解，距離由德國阿茲海默醫師(Alois Alzheimer)首先完整報告失智症病例的時間已經將滿110年。經過這百年來的抽絲剝繭及涓滴成海，大家方才大略窺其全貌，也更驚覺“他及她”已是一個複雜又不可迴避的全球難題。它是一種失去智能及精神健康的疾病症候群，可由很多病因造成。其中最常見包括腦神經退化型(如：阿茲海默症)及血管型，病程大多是逐漸惡化緩慢持久的。其影響層面不止病人及照顧者家庭，整個社會國家也會牽連。因此失智症的治療照護，要有全方位的醫療護理及長期照顧服務才能完善。

目前關於醫療方面，已有多種藥物及非藥物性治療發展出來。首先要對造成失智症的病因有正確的診斷，才能針對主要的病因及病情程度進行治療。本科於過去三年至今已收治了超過370病人次，通過使用健保失智症專案藥物治療(包含阿茲海默症及巴金森病失智症

的病患)。每年新增加使用健保失智症專案藥物治療的平均個案數高達42人，平均每個月有約4位新診斷的退化型失智症病人，積極給予療效性的藥物治療。對於血管性失智症，就要治療腦中風及危險因子，並輔以促腦循環藥物等等。

針對最常造成困擾及負擔的行為及精神症狀，也都有對應的非藥物性療法及照護技巧可以採用，比如音樂療法、運動及懷舊治療等等，再視病情輔以藥物控制。而本科及高醫神經科的失智症研究團隊，在近幾年也針對音樂療法及運動治療的臨床應用進行相關研究，部分研究成果也已發表在國際神經學相關期刊，以及在失智症與音樂治療國際研討會提出論文報告。研究結論建議可以依照各個醫療院所或照護機構的設置情況及條件，再根據患者本身的意願及病情發展，採用適合的音樂治療來輔助臨床治療，以達到最大的改善臨床及生活品質效益。關於養生運動療法也可應用

於臨床及居家失智症的醫療照護上，有助於預防老年人失智的效果，同時有助於年長者之情緒穩定度，間接對腦功能健康有正面的影響。

為了加強對失智病友及家屬之服務，本科將計劃成立失智症日照中心及特色病房為理想目標。本院並已著手擘劃籌建國際(第二)醫療大樓，規劃設置示範等級之長期照護機構(護理之家)，以及與周邊優質之社區長照機構中心(療養機構和安養中心)合作，以延續失智症的中後期之全面生活照顧，可提供最完善周延的急慢性醫療及照護服務。

針對較為輕度的失智症長者，本院也積極配合新政府長照政策之「居家療護」及「社區安養」的規劃，與高醫大附院的遠距健康照護中心合作，提供24小時不間斷的在宅健康守護相關服務，參與者並提供最新式之數位生理徵象紀錄設備及具GPS定位的智慧手錶，提供高走失風險之失智病友使用，以降低走失之風險及提高慢性疾病的周全照顧，進而健全失智症之全方位治療和提升病患及家屬的生活品質。

除了醫療院所提供的處置之外，也要善用不同專業領域如心理師及復健師所發展的輔助治療或社區協會的學堂活動。有證據顯示針對早期失智症患者的心理社會介入可以改善失智症患者的生活品質，減輕照護者的負擔，甚至延緩將來失智症患者入住長期照護機構的時機。因此我們也主動提供資訊，以及鼓勵病友和家屬積極參與高雄市和台灣失智症協會的相關衛教成長活動和團體，

如已經實施相當一段時間的早期、輕度失智症患者的介入團體瑞智學堂。

接而失智症的長期照顧就如同是一場與時間的拉力拔河比賽，沒有整個家庭的心力及社會國家的助力投入，我們將注定落入輸掉生活品質及生命尊嚴的一方。其中家屬即是扮演了連結長期照護服務最重要的角色，所以我們對於家屬及照護提供者的成長及訓練教育也是相當重視的。除了社會上相關協會及基金會提供的服務活動之外，也要輔導病友與家屬善用政府機關提供的長照福利及資源，更能周全及穩定照顧者及受照顧者的權益和品質。家屬可以向當地長期照顧管理中心申請相關補助，其項目大致包括：一、居家式長照人員。二、社區式照顧設施。三、機構收住式全日容留。四、家庭照顧者支持服務。五、其他相關配套設置。由於種類繁多且適用性各有不同，主要照顧者要先深入了解及評估失智長者的個別需求才能發揮最大的效益。本院更積極邁開大步地多次派出長期照顧考察團，與市政府和議員代表遠赴日本及歐美等先進國家參訪學習，帶回寶貴的實戰經驗和建議，讓我們對失智症的長期照顧規劃及措施更加健全與完善，不僅與世界同步且符合國際醫療照護水準的要求，更期待能有超水準的創新設置和領先服務。

現在及不久的將來，本科及全院號稱國際級的醫療服務團隊，已經準備好為失智症病友的醫療健康及長期照護，攜手走出一條康莊大道。



失眠的非藥物治療

文/神經內科 謝升文醫師

醫師專長：一般神經科、腦中風

失眠，指無法入睡或無法保持睡眠狀態，導致睡眠不足，是一種主觀的感覺，並影響白天社會功能。失眠會造成人的不安、疲勞感、全身不適、無精打采、反應遲緩、頭痛、注意力不集中等症狀。現代人在生活工作壓力下，許多人都有失眠困擾。根據統計，在台灣幾乎有三分之一到四分之一的人口有睡眠障礙的問題。一部份人解決失眠的問題，無外乎靠安眠藥，但這也造成安眠藥濫用和依賴的情形愈來愈嚴重。睡眠不好不僅造成個人身心困擾，也可能造成第二天精神注意力不集中而導致意外事件頻傳，比如車禍、公安意外，讓社會付出極大的代價。所以失眠是一個不容忽視的問題。

心理學治療大師法蘭科(Viktor Frankl)對失眠有一個比喻：“睡眠有如一隻停在手邊的鴿子，如果不注意牠，牠會一直停在手邊，如果你要伸手抓牠，牠反而很快就會飛走了。”人們對失眠的焦慮，有時反而會愈想睡，卻愈睡不著。相信這是很多人共同有的經驗。

解決失眠的問題，使用安眠鎮靜藥很快就會有療效，但除了藥物之外，還可以有其他非藥物的方法，這裡介紹幾種失眠的認知行為治療：

(1)睡眠限制法：很多失眠的患者都抱怨躺在床上的時間很久，經常躺床超過八小時，但實際的進入睡眠的時間不長，而影響了睡眠的品質。許多失眠的人總認為睡眠不足，所以要趕快上床睡覺，增加躺床的時間，最後反而因睡不著而減少睡眠的效率。睡眠限制法的原則正好和這種法相反。睡眠限制法的應用是找到自己最佳的躺床時間長度，將躺床的時間壓減到目前能睡著的睡眠量，其他時間讓自己維持清醒，累積足夠的入睡能力。先立求睡眠的效率品質紮實，再增加睡眠時間。

(2)刺激控制法：原理本要是根據制約學習，目的是使睡眠相關刺激能夠和睡眠做良好連結，而不是跟清醒、焦慮形成連結。具體做法的有：(1)想睡的時候才上床睡(2)躺床15-20分鐘還睡不著，就先離開床(3)感覺有睡意才回到床入睡(4)在床上不要從事和睡眠不相關的活動，如看電視或看書。

(3)睡眠認知重建法：對於失眠會過度擔憂者，會對睡眠產生不正常的信念，特別是在輾轉難眠的深夜裡，這種悲觀想法就會出現，往往造成更加難入睡。找出這些不正確的負向睡眠信念，用正向思考的方式取代之，在睡前多多提醒自己。

睡眠衛生教育：正確的睡眠衛生教育有助於解決失眠問題。如儘量避免午休、避免在早晨以外的時間飲用咖啡、不抽煙不飲酒、保持規律的睡眠習慣、固定起床入睡時間、臥房保持安靜、規律運動。

頸動脈狹窄與支架置放



文/神經內科 黃柏穎醫師

醫師專長：腦中風、神經科急重症

60歲王先生先前已因冠狀動脈狹窄而接受心臟血管支架置放。近來因常常頭暈而至神經科門診就診。經安排頸動脈超音波發現，左側內頸動脈已有嚴重狹窄，因此建議放置頸動脈支架以降低未來發生缺血性腦中風或暫時性腦缺血的機會。經頸動脈支架置放後，頭暈症狀顯著改善。

腦中風高居國人十大死因的第三位，根據國民健康局的調查統計，六十五歲以上的國人中約每十二人就有一人發生過中風，所造成的語言障礙或肢體行動不便，往往讓患者與家屬生活品質大受影響。而在台灣有超過四分之一以上的缺血性中風患者，是因頸動脈狹窄或阻塞所造成，且多半與動脈硬化危險因子如高血壓、糖尿病等相關。

動脈是從心臟運送含氧量高的血液到全身的血管，如果膽固醇等脂肪物質在動脈內壁積聚，動脈管徑就會逐漸狹

窄，血液流通便無法順暢。若狹窄處發生在頸動脈，已變窄的血管無法提供足夠的血液流量，就會引起患者輕則頭暈、眩暈，重則發生短暫性腦部缺血，甚至中風，造成半身不遂或單眼失明。頸動脈狹窄發生後，雖然有時會有側枝的血流循環來供應受影響的大腦，但患者仍然處於中風的危險下。在尚未造成中風之前，如能經由頸部超音波診斷出頸動脈有狹窄的情況，適時安排頸動脈支架置入手術，讓頸動脈恢復原有的暢通度，就可降低或避免之後可能發生的腦中風或暫時性腦缺血。

血管支架是一種高科技的不鏽鋼管狀物，設計有各種不同長度與直徑，可依病患需要，置放在因動脈硬化而狹窄的血管中。而支架一旦置入血管，一個月到三個月後會被新生的血管內膜覆蓋，不再暴露於血管中，因此不需取出，而可以永久留在接受血管支架置放

的病患體內。

目前健保已開放給付頸動脈支架置入手術，使用規範如下：

1. 無症狀的頸動脈狹窄大於80%以上。
2. 有症狀的頸動脈狹窄大於60%以上。
3. 放射線治療後之頭頸部動脈狹窄（含頸動脈、椎動脈及鎖骨下動脈）。
4. 頸動脈或椎動脈剝離所引起之狹窄或剝離性動脈瘤。
5. 因嚴重心肺疾病，不適合外科頸動脈內膜剝離術或全身麻醉者。

頸動脈支架手術在國外行之有年，基本上危險性低，住院療程較短，一般約二、三天，是治療頸動脈狹窄與預防

腦中風的重要利器。但頸動脈支架置入手術並不是完全沒有風險的，還是有可能因頸動脈支架手術而發生中風、出血、血管受損、感染甚至死亡等併發症。因此在進行頸動脈支架手術前須經醫師審慎評估看是否適合。

由於頸動脈狹窄可能會沒有症狀，民眾也不可能自我檢測，目前主要是藉由頸動脈超音波檢查才能有效偵測。因此，眩暈發作或可視為腦部短暫缺血的症狀之一，如有心血管疾病危險因子像是高血壓、糖尿病、高血脂或抽菸習慣者，或家族遺傳，又時感頭暈目眩，最好定期到腦神經內科來安排接受頸動脈超音波檢查，才有機會趁早發現嚴重的頸動脈狹窄，進而避免腦中風的悲劇發生。



頸動脈嚴重狹窄 (箭頭)



置放支架後恢復血流通暢 (箭頭)

貝爾氏麻痺



文/神經內科 曹維珈醫師

醫師專長：一般神經科疾病

Bell's palsy

53歲的王先生早上起床，洗臉刷牙卻發現口水從左邊嘴角流出，左眼無法閉合。王先生懷疑自己是否中風，迅速來到醫院就診，所幸經神經內科醫師檢查判定是良性的顏面神經麻痺，藥物治療跟數週復健後左眼可以閉合，歪曲的嘴角也逐漸復原。

原發性顏面神經麻痺又稱為「貝爾氏麻痺 (Bell's palsy)」，是根據英國外科醫師貝爾 (Robert Charles Bell, 1774-1842) 的姓氏來命名的，但貝爾氏麻痺最早的病例報導並非來自貝爾。17世紀，一位荷蘭醫師，就發表過醫學論文討論一名剛生產完的婦女發生臉部扭曲。稍早於貝爾，另一位非常有名的德國醫師弗里德里希 (Nikolaus Anton Friedreich, 1825-1882) 已經提出致病的假說，並且嘗試用電刺激的方式治療。貝爾真正的成就並非病情描述，而是經過解剖觀察，正確描繪出





X

顏面感覺與運動神經的走向。永恆呈現貝爾氏麻痺的或許是「蒙娜麗莎的微笑」這幅畫，她若隱若現的笑容是來自缺門牙、中風等等說法都有，亦有一說是蒙娜麗莎是一名剛生產完的孕婦，正從貝爾氏麻痺中復原，右臉稍微沒力，想要微笑卻稍不對稱的肌肉在畫中成了謎樣的笑容。

一般認為貝爾氏麻痺可能與顏面神經發炎或病毒感染有關，但到目前為止發生原因不明，多發生於壓力勞累或是免疫力下降的時候，病患會出現同側嘴角歪斜、口水外流、眼睛閉不緊或流淚等現象，通常在發作後的三天內病程會進展到最嚴重，有些病患同側耳內或耳後會有輕微疼痛，有些有味覺變化，這些都是顏面神經所支配的功能損傷所致。

貝爾氏麻痺症是排除性診斷，也就是說確診需要排除其餘疾病。最需要與貝爾氏麻痺區分的就是中風和帶狀皰疹病毒感染所造成的顏面神經麻痺，中風除面癱外，還會伴隨手腳無力、眼睛複視和吞嚥困難等現象，而帶狀皰疹則會在患部出現刺痛感的水泡，但由於水泡可能出現在顏面神經麻痺之後，有時臨床上不容易區分。對貝爾氏麻痺患者的治療，認為在發生面癱三天內給與類固醇有助於顏面神經復原，嚴重的病患可以併用抗病毒藥物。七成患者可以在三星期內完全恢復正常，但少數患者無法完全復原。因眼睛無法緊閉，宜多休息並使用人工淚液（膏），避免角膜潰瘍。物理性治療像是嚼口香糖、做鬼臉，也可以促進神經恢復。

腦中風

Q&A



醫師專長：一般神經內科、腦中風、周邊神經病變、頭痛

文/神經內科 周品吟 醫師

腦中風是國人十大死因的第三名，中風的後遺症也是國人慢性殘障的主要原因，因此越來越多民眾開始關心起這個議題。以下整理幾個關於腦中風常見的問題，幫助讀者認識腦中風，若有疑似腦中風徵兆應盡速送醫，以免延誤病情。

民眾問：我後頸部常僵硬痠痛，請問我快中風了嗎？

醫師答：神經內科門診中，經常會遇到病人主訴後頸部悶痛或酸痛，無法靈活的轉動，有時甚至抽痛至後枕部，而擔心自己是不是中風了。其實，這種後頸部不舒服的徵狀通常不是腦中風的預兆，而是因為肌肉緊繃、無法鬆弛所造成，常見於重勞力工作者、過度操勞、坐姿或睡姿不良、睡眠不足或焦慮緊張等等。但假使長期或反覆的覺得後頸部很緊、疼痛、轉動困難，則應注意有無頸椎退化性病變，如退化性關節炎或椎間盤突出，而應接受X光檢查。

但是有一種不常見的中風病因：頸或椎動脈剝離，可能會因血管內膜剝離而驟然產生頭頸部的劇痛，此種疾病除了頭頸部劇痛外，常合併急性意識改變、步態不穩、肢體麻痺無力、言語或吞嚥困難等神經徵狀。

後頸部緊繃不適是一種常見的症狀，但若沒合併意識障礙、步態不穩、肢體麻痺無力、言語或吞嚥困難等神經徵狀，則通常和腦血管疾病無關。

民眾問：如果身邊的人有疑似中風的症狀，我該怎麼辦呢？

醫師答：一般民眾對疑似腦中風病人的緊急處理包括：

- [1] 迅速撥打119緊急醫療救護系統送往醫院。
- [2] 切記！勿立即給予降血壓藥物及餵食任何食物。
- [3] 將麻痺的那一側朝上側臥，以免嘔吐嗆到導致吸入性肺炎。
- [4] 解開緊身衣物，如皮帶、胸罩、領帶等，助病患呼吸。
- [5] 仔細監測注意病患的意識程度及上下肢、左右側運動與感覺的狀況。
- [6] 紀錄中風症狀及徵候發生的時間，這個計時動作對後續的評估及治療很重要。

民眾問：如果中風了，能否立刻把阻塞的血管打通？

醫師答：急性缺血性腦中風的病人，在症狀發生3個小時內，其腦部電腦斷層顯示無腦出血及大範圍腦梗塞現象，則可用靜脈注射血栓溶解劑治療。血栓溶解劑英文名字叫做rt-PA，中文名字叫做胞漿素原活化劑。目前沒有其他藥物可以像胞漿素原活化劑一樣，能有效地治療急性缺血性腦中風。罹患腦中風的病人只有不到三分之一的機會，可恢復到正常的功能。若使用這種血栓溶解劑將會增加百分之三十三復原的機會。雖然胞漿素原活化劑是目前所能建議的最好治療方式，但有其危險性，相對於不用這種血栓溶解劑治療的病人，接受治療者將會有十倍可能引起腦部出血的危險，也可能會因而死亡。因此胞漿素原活化劑有相當嚴格的施打條件，病患情況必須完全符合這些條件，醫師才會使用此種治療方法。

糖尿病神經病變

Q&A



醫師專長：一般神經內科、頭痛

文/神經內科 洪志憲醫師

民眾問：糖尿病神經病變的症狀是什麼？發生的機會高嗎？

醫師答：神經病變是糖尿病主要慢性併發症之一，因為初期症狀不明顯，甚至有些患者沒有症狀，所以很容易被忽視。早期的糖尿病神經病變以手指尖、腳趾尖端的麻木感來表現；有些症狀不明顯的，則會覺得皮厚厚的，感覺不太靈敏。有些病人會覺得走路不穩，特別是在光線不好的地方，像喝醉酒一樣。這些症狀都有可能是糖尿病周邊神經病變的表現。

糖尿病是引起周邊神經病變最常見的原因，也為構成糖尿病殘障及症狀受苦的主要原因之一。一般來說，有糖尿病病人併有周邊神經病變的流行率約為7.5%。糖尿病發病8年後，約有一半的病人都會發生周邊神經病變。

民眾問：我除了覺得四肢末端手腳麻木，也會有刺痛及觸電的感覺，這也是糖尿病神經病變的症狀嗎？

醫師答：有一類周邊神經病變的病人，會以"神經痛"來表現。病人在手指及腳趾末端，表皮會覺得像刺痛、燒灼感，有些是以觸電感及麻痛的感覺。這種感覺在夜晚，太熱或太冷的天氣會更厲害。

除了自發性疼痛外，也可出現刺激引起的異常疼痛（對平時不會造成疼痛的刺激，例如輕微碰觸，感覺到疼痛），或是對痛覺的過份敏感。

民眾問：除了糖尿病之外，有沒有什麼原因也會造成我的症狀呢？

醫師答：臨床經驗來說，糖尿病為造成周邊神經病變最常見的原因，

但有些其他疾病也可造成神經病變。要下糖尿病神經病變診斷前，需先排除其他疾病。可能會造成類似的疾病包括維生素B12缺乏、酒癮、使用藥物或接觸毒品甲狀腺低能症、愛滋病、尿毒症物。有時候，慢性發炎性去髓鞘性多發性神經病變及單株免疫球蛋白病也可能會造成周邊神經變病。大約有10%的糖尿病病人合併有周邊神經病變者，其實並不是由糖尿病所引起，因此皆需由專科醫師做進一步檢查及診斷。

民眾問：醫師要怎樣確定我是否有糖尿病神經病變呢？

醫師答：診斷糖尿病多發性神經病變主要靠病史與理學檢查。詢問病史時除要了解糖尿病發病的時間、平時血糖控制情形之外，也會特別注意疼痛/感覺異常出現的狀況。理學檢查時會用評估病人在肢體末端的針刺感覺、溫度感覺、及振動感覺，來判斷是否有異常。檢查時還會注意是否有足部動脈血流減少的跡象。神經科專門的電生理學檢查，可以測定周邊神經的神經傳導速率及強度，以幫助診斷神經病變。

民眾問：聽起來我可能真的有周邊神經病變，如果我去門診就診，門診的醫師會怎麼幫我呢？

醫師答：對於糖尿病神經病變，目前而言，預防與治療最基本且有效方法，是良好的血糖控制。最佳的血糖控制可減少神經病變的發生，減緩神經病變的惡化，但可能無法恢復已發生的神經傷害。

約有16-26%糖尿病病人會出現慢性神經病變性疼痛，此種疼痛可影響日常活動，使生活品質變差。糖尿病多神經病變合併疼痛時，一般止痛藥(acetaminophen, NSAID)效果不好。遇到這樣的狀況，可以請神經科專科醫師詳細評估及調藥治療。三環抗憂鬱藥物、部份的抗癲癇藥物及新一代抗憂鬱藥物可改善疼痛，不過也要注意這些藥物可能的副作用。有關於治療的方式及可能的副作用，請教神經科及新陳代謝專科醫師是不二法門。





保養頭腦延緩老化~ 漫談失智症照護

文/護理部 鍾欣伶護理師

預計至2060年，台灣老化人口將會佔總人口的40%。老年人罹患失智症，不單純只是記憶力下降而是腦部功能嚴重退化，導致出現方向感迷失、憂鬱及幻想等精神行為問題，容易增加家屬照顧的負擔，因此對於失智症之早期診斷及早期介入，是重要的。

一、何謂失智症

失智症不是單一疾病，而是一群症狀的組合，它的症狀不是只有記憶力的減退，還會影響到其他認知功能如：語言能力、計算力、判斷力、抽象思考能力等各方面的退化，同時可能出現干擾行為、個性改變、妄想或幻覺等症狀。

二、失智症的分類

1.退化性失智症(原發性)：又稱 Alzheimer's Disease(阿茲海默症)，原因不明，大部分病人均屬此型。退化是進行性且不可逆性。

2.血管性失智症：為腦中風或慢性腦血管病變導致腦部血液循環不良、腦細胞死亡造成智力減退，是失智症的第二大原因。

3.其他因素導致之失智症：此類型經過治療之後可能有機會可恢復。分別為：

- (1)營養失調：如缺乏維他命B12、葉酸等。
- (2)顱內病灶：如常壓性水腦、腦部腫瘤等。
- (3)新陳代謝異常：如電解質不平衡等。
- (4)中樞神經系統感染：如梅毒、愛滋病等。
- (5)中毒：因藥物、酗酒等。

三、失智症早期八大症狀

- (1)重複相同的問題和陳述。
- (2)記住約定的時間有困難。

- (3)忘記正確的月分和年分。
- (4)有持續思考和記憶方面的問題。
- (5)判斷力上的困難。
- (6)學習如何使用工具和設備上有困難。
- (7)處理複雜的財務上有困難。
- (8)對活動和嗜好的興趣降低。

四、失智症的病程

1.初期（症狀期）：

持續時間1-3年，尚能過著獨立之日常生活，症狀為短期記憶喪失，如：忘記是否付過帳單，做重複的事。

2.中期(混亂期)：

持續時間2-10年，會缺乏方向及空間感，記憶衰退混淆，常呈現認不出熟朋友或家人，晚上不睡覺或半夜遊走，也有產生幻覺或攻擊性行為。

3.末期（痴呆期）：

持續時間2-8年，無自我照顧能力。症狀為不認得人，無法下床，呈現臥床狀態。

五、失智症的臨床診斷

阿茲海默症 (Alzheimer's Disease)的確立診斷是經由淘汰過程來去除的，必須先排除其它可能的因素後才可確立診斷。臨床上，醫師可利用量表輔助來診斷失智症：

1. Mini-Mental State Examination(MMSE)：總分小於23分。

2.整體知能評估量表 Global Deterioration Scale(GDS)：第四級以上。

3.Blessed Dementia Rating Scale：總分大於4分以上。

4.臨床失智量表Chinical Dementia Rating Scale(CDR)：1分以上。

5.心智功能下降並足以影響其生活、工作等。

六、失智症之照護

目前沒有任何方法可以治癒或完全停止疾病的惡化，因此早期發現早期治療是非常重要的。

1.藥物治療：

- (1)按時服藥是十分重要的。
- (2)老年人的用藥易受病情（高血壓、糖尿病及心臟病等慢性疾病）、藥物或與食物間交互反應所影響，所以患者若有任何健康上的變化，都需告訴醫師。
- (3)服用藥物時請飲用白開水。
- (4)於日常用藥時可利用藥盒、用藥日曆或日記輔助記錄。

2.日常照顧：

- (1)與失智症患者交談時，應以正面接近並有眼神的接觸，咬字應放慢，多採簡短句子，並讓患者有足夠時間表達。
- (2)鼓勵親友多來探望，維持定向感。

(3)若患者出現混亂或有睡眠障礙時，可予肢體按摩以利入眠，維持生活作息正常及規律運動。

(4)分散注意力是處理失智症患者因疾病症狀(如：記憶力降低、認不得人等)產生挫折感、焦慮的最佳方法。

3.居家及環境部分：

(1)床旁及浴廁加設防護(扶手、照明呼叫設備及止滑墊)。

(2)懸掛可分頁日曆、大指針的時鐘，幫助提升定向感。

(3)維持熟悉的環境，避免過多的刺激。

(4)危險物品收藏如：刀子、打火機等。

(5)必要時於家中增設安全瓦斯爐、煙霧偵測器。

(6)社會局申請愛心手鍊或隨身佩帶識別卡。

(7)遠距照護服務 (Telecare) 的使用：讓患者待在熟悉的環境裡，由服務端提供生理量測、衛教、訪視等服務，免除患者奔波於醫院與住家的不便。

4.非藥物治療(懷舊治療)：

懷舊治療是提供一懷舊的擺設和環境，讓失智患者彷彿回到過去，輔助復健活動執行以改善患者精神行為症狀及提高其自我照顧的能力，如：社區日間照顧中心。

七、如何預防失智症

(1)趨吉：多動腦多運動，鼓勵老人家接觸新事物並保持好奇心。並維持健康的體重，體重過重及過輕發生阿茲海默症的風險亦提高。

(2)避凶：三高(高血壓、高血糖、高血脂)會增加阿茲海默症的風險。持續抽菸的人每年認知功能退化的速度較快，故鼓勵戒菸及按時治療三高疾病。

(3)地中海飲食：地中海飲食已被證實對於阿茲海默症發病相對風險下降約7成。地中海飲食特點建議可多食非精緻性穀類、吃大量的蔬菜水果、食用橄欖油及適量的起士和白肉等。

(4)早期發現早期治療。

人人都會變老，然而面對失智症，我們均可以盡一份力，從現在開始多用心、多動腦學習、營養攝取均衡等，就可以大大的預防失智症的發生。

談【貝爾氏麻痺】(Bell's palsy)

藥物治療與類固醇用藥迷思

文/藥劑科 林瑛鈴藥師

2014年曾有影視新聞報導，知名漂亮女明星出席活動時被記者發現表情僵硬，嘴巴歪斜...聲稱是罹患了「貝爾氏麻痺」，貝爾氏麻痺是什麼？有沒有藥物可以治療？讓我們來一一揭開它的面紗。

貝爾氏麻痺(Bell's palsy)好發年齡於15~45歲之間，臨床上常以顏面神經麻痺分級系統(House-Brackmann grading system)做臨床嚴重性指標及疾病進展客觀記錄。貝爾氏麻痺可以藥物治療，藥物治療選擇主要以口服類固醇為主。針對特發性面神經麻痺(貝爾氏麻痺)或懷疑病毒性面部神經麻痺患者，建議儘早給予口服類固醇(prednisone，如文末藥品外觀介紹所示)治療，最好在症狀發作後3天內給藥。類固醇有助於改善貝爾氏麻痺的腫脹。既然可能是病毒感染所引起，是否應使用抗病毒藥物治療，臨床上並沒有證據顯示加入抗病毒藥物治療，對面部麻痺程度有改善效果。因此，目前僅針對嚴重面神經麻痺者，建議給予口服類固醇(prednisone)合併抗病毒藥物(

valacyclovir)治療。由於嚴重情況的貝爾氏麻痺，會因眼瞼閉合不佳及淚液減少，因而導致角膜有乾燥和磨損危險，因此，眼睛照護上，可考慮使用人工淚液(有液體，凝膠和軟膏形式)，並且應該配戴防護眼鏡或眼罩作保護。病人常關心臉部是否會回到正常狀態，大部分人於貝爾氏麻痺的症狀開始3個星期內，可以獲得改善，但也可能長達六個月才完全恢復正常，至少數人可能恢復不完全。至於是否會再發生，約有1成的患者會有復發發作可能性。若民眾發現有表情僵硬，嘴巴歪斜...等類似情況發生，都應該儘早就醫診治，一般民眾可能無法分辨貝爾氏麻痺與中風症狀，而且兩者治療上的共同的特點是，都應儘早診斷治療並完成藥物療程，切勿拖延而誤了黃金治療時機。

類固醇用藥迷思





常在接受民眾用藥物諮詢談話當中，發現大多數民眾對於類固醇，有無莫名的恐懼。追溯原源應該是，用藥教育中告訴大家不要吃【來路不明藥物】，因為【來路不明藥物】常添加美

國仙丹(類固醇)來加強療效，長期不當使用使病患產生藥物副作用，如月亮臉、水牛肩...。大多數民眾不知不覺便把【類固醇】視為不好的不能吃的藥物，今日藉此主題簡單說明，希望能釐清大家對於類固醇的偏見。類固醇對於某些特定的疾病治療，確實是扮演相當重要的角色，像是【貝爾氏麻痺(Bell's palsy)】或者是過敏性疾病的氣喘、蕁麻疹、自體免疫性疾病...等。類固醇藥物是人造形式的體內自然生成激素"皮質醇激素"，醫學上稱類固醇藥物為"糖皮質激素"。服用類固醇主要作用為減少或控制炎症反應，亦可以用來預防嚴重噁心和嘔吐、減少自身免疫反應、防止

器官排斥反應、補充體內缺少荷爾蒙等。口服類固醇應注意，若為長期使用者切勿突然中斷服藥，以免影響病況，若有服藥的疑慮欲停用藥物時，請務必先與主治醫師討論過後，由醫師來調整劑量再停用，通常需要一段時間。

一般疾病在醫師專業診斷，及時的藥物治療，正確的用藥觀念，多數疾病是可以受到控制與改善的。民眾若是有慢性疾病藥物使用的疑慮，應該與醫師或藥師討論，切勿任意自行停藥。若是過度恐慌藥物副作用而錯失治療時機，將可能造成病程延長，或因疾病延誤造成額外花費及身體傷害，可能造成得不償失的後果。

本院口服類固醇藥品外觀介紹

商品名/規格/中文藥名	學名	藥品圖示
Kidsolone Oral Solution 1 mg/mL, 60 mL/Bot 必爾生口服液	Prednisolone	
Donison 5mg/Tab 樂爾爽片	Prednisolone	
Cortisone 25mg/Tab 乙酸可體松錠	Cortisone acetate	
Rinderon 0.5mg/Tab 臨得隆錠	Betamethasone	



一封來自病友及家屬的感謝...

感謝人：徐O彤

日期：2016/3/30

內容：

TO 7A小兒護理病房的醫師與護理師們：寶寶因為泌尿道感染入院12天，多虧有妳們!!謝謝妳們，自入院後有任何狀況和報告都會馬上打電話通知我們，讓我們放心。

謝謝妳們當我們撥電話到護理站詢問寶寶狀況好不好時，總是不厭其煩的回答我們。謝謝妳們，在家屬探病的時候，會主動來告訴我們寶寶的情形、奶量、活動力。感謝妳們用心照顧，辛苦了!祝各位順心!

感謝人：林O蘭

日期：2016/4/12

內容：

TO骨科黃士豪醫師，謝謝你高超的醫術，對我的腳膝關節醫治的效率很棒。也謝謝你看診細心、噓寒問暖，讓我感覺如家庭感覺，黃醫師，謝謝您!

感謝人：廖O芬

日期：2016/4/22

內容：

本人廖O芬感謝居家護理師潘卉蕤真誠幫我解說教導很多照護爸爸的事宜，讓我感激不盡，希望貴院給予服務熱忱之人員肯定，僅獻上我的感恩。

感謝人：曾O賢

日期：2016/4/22

內容：

院長您好!

我是病患家屬，感謝醫院對我們的照顧，再這特別感謝李孟頻護理人員對病人細心，使我們家屬能放心的把家人留在9A，放心的去工作。謝謝!

感謝人：曾O賢

日期：2016/4/30

內容：

非常感謝陳思嘉醫師和助理小姐的熱心，積極的照顧，講解手術後的復健及防護措施。

感謝人：孫先生

日期：2016/5/18

內容：

高雄市政府轉知：一位長期慢性病患者，於5/18至小港醫院慢性病專門掛號窗口掛號欲看診，一早要開始掛號前，服務人員先至櫃檯外向所有人鞠躬並打招呼，此舉令其極為感動。

感謝人：李O琴

日期：2016/5/23

內容：

侯院長您好!

本人在貴院復健將近9個月了，與以前相比，改善很多，醫療團隊一句的親切問候、一句的細心叮嚀、一句的關心狀況，這些發自內心的話，身為病友的我，感到被受尊重，無論是一次的服務或無數次的服務，非常棒，有你們真好。

港和國小兒童多元文化體驗 暨教學參觀日活動

文/管理室 鍾明姑組員

港和國小透過系列活動規劃，展現學校本位課程實施成果，增加學生對校園環境的認識，增進學校與社區交流，促進親師合作，凝聚小港社區的情感。提供多元、健康、快樂、充滿樂趣的兒童節活動，寓教於樂，促進兒童身心均衡發展。當天港醫團隊以「護理部-愛腎大富翁」、「感染管制室-流感防治」、「牙科-蛀牙終結者」為主題，設計學童健康促進闖關活動，港醫與學校師資團隊為小港的孩子們共同打造最優質、最健康的學習環境。

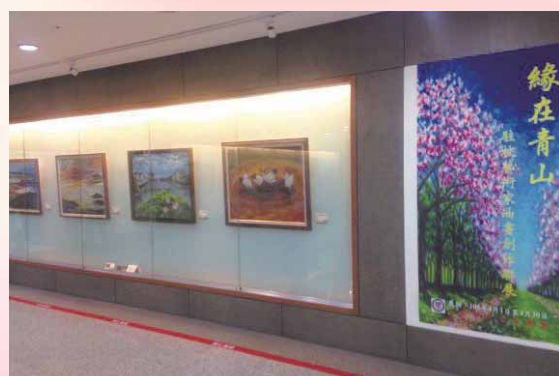


青山國小駐校藝術家用愛妝點港醫杏林藝廊

文/社會服務室 李庚恕主任

小港醫院於104年10月份開始與社區中的各級學校合作，致力於推廣健康促進概念，希望透過醫療團隊的進駐與衛教活動，來讓健康的想法深植於學童腦海中，一路走來受到各校熱烈的響應與配合；除了走出醫院與學校合作之外，醫院也特別邀請學校將師生的藝術創作品帶至醫院展覽，希望能為醫院增添溫暖的氛圍，此次舉辦之『緣在青山~駐校藝術家油畫創作聯展』，就是由我們的鄰居青山國小所展出，這是一所位在飛機場邊的小學校，但是卻擁有國際化的大視野，在歷任校長的努力灌溉下，儼然已成為高雄市現代畫成員的基地，學校邀請藝術家駐校教學，每個藝術家在校內皆有各自開放的工作場域，熱鬧的像個藝術市集，不但讓學生有機會和藝術家近距離對話，也得以親眼目

睹藝術家熱力揮灑創作的過程，有助於孩子未來的思考與創作發展，同時還結合視覺藝術與環保概念，教導孩子們利用多元媒材創作，使作品除了充滿童趣，更深具環保意識，駐校藝術家成員雖然不多，卻創作不斷，在社區相關單位中展出也屢受好評與肯定，引領孩子在國小六年的學習生活中，認識探索梵谷、達利、畢卡索、高更等知名藝術家的創作世界，成功啟發孩子們的藝術欣賞能力，也培植深厚的人文素養！此回透過雙方在健康學園合作的機緣下，讓藝術走出校園走入醫院，藉由青山國小駐校藝術家的作品展出，來活絡豐富醫院的人文藝術空間，同時也為正在遭受病痛折磨的患者帶來滿滿的正向祝福能量！



小港醫院總動員 響應健康第一 珍愛健保 e 起來



文/醫療事務室 蔡蕙如主任

小港醫院院長侯明鋒於105年4月30日上午帶領員工及眷屬共百餘人響應健保局在蓮池潭辦理的「健保二十一 健康第一 珍愛健保e起來」健走活動，並協助強化民眾自我健康管理的觀念與用藥安全，宣導下載健康存摺作法，提供有效整合各界團隊資源以助弱勢民眾解決加保問題，引發現場及社區民眾熱烈的響應。

小港醫院於四年前即申請成為國際健康促進醫院網絡團體會員，成果豐碩，曾榮獲高雄市政府衛生局「高雄市健康促進醫院獎項評選獲獎單位-健康促進醫院職場健康典範獎」、「高雄市健康促進-醫院職場健康績優獎」、榮獲國健局「健康促進醫院典範」優良獎與友善職場獎。小港醫院侯明鋒院長表示，醫療過程不能再侷限於疾病上治療，亦要醫心，更要醫觀念。為全力落實健康促進觀念，深入社區民眾健康觀念，更要從學校紮根做起，侯明鋒今年提出打造「小港健康學園」計畫，獲得教育局長范巽綠全力支持，與小港區十八位校長共同簽署「健康校園守護承諾書」，整合醫院與學校資源，共同提升孩童健康照護工作，成為良好的典範。

今天的健走活動，小港醫院並在現場辦理健康衛教宣導活動，提供進行心肺復甦術(CPR)與自動體外心臟去顫器(縮寫AED)的教學宣導，在現場除了倡議健康樂活新觀念外，透過互動式教學，強化民眾急救觀念，有別於過去的衛教活動。





生蓮港醫慶端午 抗癌淡定 5 撇步

文/社會服務室 李庚恕主任

小港醫院與財團法人生蓮慈善公益基金會為慶祝端午佳節，105年6月1日院內一樓大廳舉辦「生蓮港醫慶端午，抗癌淡(蛋)定5撇步」健康闖關活動，期望讓社區民眾能清楚瞭解預防勝於治療及定期篩檢之必要，以營造健康樂活的人生。

活動現場除了安排象徵淡定抗癌的立蛋宣誓儀式外，另有規劃健康防癌5步驟的趣味闖關活動，在醫護專業團隊及志工的努力宣導下，除了讓民眾提前感受到端午佳節即將來臨的歡樂的氣氛外，也增添了不少防癌保健康的知識。

「健康闖關活動」共設有七個衛教站，內容包括有「癌症篩檢」、「營養飲食」、「健康運動」、「戒菸衛教」、「骨質密度檢測」、「健康小站」及「器官捐贈」等攤位，民眾在與醫護團隊互動的對話中除了提升防癌相關知識，認識癌症、也更瞭解為何需要定期篩檢的重要性。

此外，社區民眾熱烈參與活動，200張闖關卡短短一個多小時內即索取一空，也顯示民眾對自身健康之重視性已日益提高。後續每月也將持續辦理社區慈善健康講座，以守護社區民眾的健康生活。



看漫畫了解腦神經科學

作者：漢娜·羅斯

原文作者：Hana Roš

譯者：楊晴

繪者：馬泰歐·法瑞內拉

出版社：商周出版

出版日期：2015/07/04

語言：繁體中文

文/教學研究中心 林玟娟組員



大腦像一座森林，有關腦部結構和神經元功能給人一種複雜且難以理解的印象。神經元像樹一樣形成網狀結構而構成神經系統。為什麼人被稱為是萬物之靈，因為我們大腦具有能思考、理解、感受、認知與語言等功能。在頭顱內這麼狹小的空間裏，竟然存在羅織密結的腦與神經元。大腦有多重要？它操控著我們精細複雜的連結運動，每當神經元被啟動時，其中相關的連結就會強大起來；若從未一起受到刺激的神經元，它們彼此之間的連結就會變弱或消失。我心想一般人大腦使用率差不多是5%，如果腦潛能完全被啟動的話，腦就是您，您試想這將會產生多大的驚人力量阿！您一定可以遠大於現在的您。

這次介紹一本書，書名為『看漫畫了解腦神經科學』，作者是英國牛津大學神經科學家漢娜·羅斯。這是漫畫與科學首度跨界結合，精彩的專業混搭。這是一本通俗易懂的腦神經科學的書，讓有興趣的民眾參考外也可提供家中孩子進一步探索腦神秘科學研究的入門

書。作者將深奧難懂的腦神經科學化為簡，趣味的故事介紹複雜的大腦與神經元之間的運作。故事是一場有趣的大腦冒險之旅，作者利用圖文相襯的形式來吸引讀者理解腦神經科學，作者利用圖像故事帶領讀者掉進人類的大腦中，讓讀者對大腦一探究竟。

本書因為有趣能讓讀者在輕鬆愉快的心情下閱讀，希望讀者都能達到開卷有益的效果，對大腦神經的問題及其相關疾病都能藉由本書快速的認識與理解。大腦是全身性的主控中心，大腦分成左右兩半球各有其功能，中間有一層相隔做為相互交流的管道，我們的大腦若交流不良或神經元受到干擾或迷失了便會引起問題。其實大腦也須要花時間保養與愛護的，所以我們要落實正確生活觀來養腦，讓我們的左右腦能正常交流，大腦神經元能正常運作才可以提高我們的各方面能力表現及生活品質。若真的腦神經出狀況了一定要找腦神經科的醫師妥善的治療，讓我們的大腦恢復成一座充滿生氣的森林神經大地。

105年10月01日起，新增小港醫院至小港捷運站專屬接駁車！

接駁車時刻表

小港醫院正門口 ⇄ 小港捷運站4號出口

醫院發車時間	捷運站發車時間(車程約7分鐘)	抵達醫院
01	07:00	07:08
02	07:25	07:33
03	08:15	08:23
04	08:40	08:48
05	09:05	09:13
06	09:30	09:38
07	10:20	10:28
08	10:45	10:53
09	11:10	11:18
10	11:35	11:43
11	14:00	14:08
12	14:30	14:38
13	15:00	15:08
14	15:30	15:38
15	16:00	16:08
16	16:30	16:38
17	17:50	17:58
18	18:20	18:28

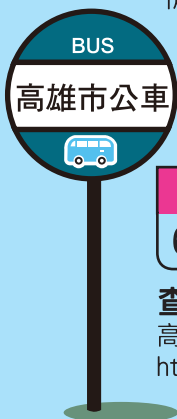
交通車沿途停靠站

高醫 ⇄ 小港醫院

高醫附院-啟川門口→捷運後驛R12站→七賢路口→捷運美麗島R10站→大同醫院→五福路口→四維路口→新光路口→民權路口(獅甲國中)→捷運五甲R5站→捷運小港R3站→小港醫院第三停車場側門



備註：本院大門口前兩側及正後方均設有停車場，歡迎就醫民眾善加利用



高雄市公車資訊：

小港捷運站至小港醫院公車

62.69.紅1.紅2.紅3.紅8

查詢路線及時刻網址：

高雄市公共汽車管理處
http://epage.khbus.gov.tw/bin/home.php

交通車時刻表



【本時刻表僅供參考，實際情形以小港醫院當日發車為主】

星期一~星期六

高醫→小港醫院	小港醫院→高醫
06:50→07:35	※ 06:50→07:38
07:05→07:50	※ 08:10→08:58
※ 07:20→08:10	※ 09:30→10:18
07:40→08:25	※ 12:20→13:08 (週六12:40→13:28)
※ 09:30→10:20	※ 13:10→13:58
※ 12:20→13:10 ※(週六12:40→13:30)	※ 16:10→16:58
※ 13:10→14:00	17:20→18:05
16:10→17:00	※ 17:45→18:33
※ 17:10→18:00	※ 18:10→18:58
※ 18:10→19:00	19:40→20:25
19:00→19:45	

星期六下午1點後之班次停開

※經大同醫院

星期日增開兩班次，發車時間如下：

高醫→小港醫院	小港醫院→高醫
07:20→08:05	08:20→09:05

星期日班次皆不停靠大同醫院

高醫→旗津(到旗津醫院請於小港醫院換乘)

高醫 啟川大門	大同醫院 急診門口	小港醫院 第三停車場	旗津醫院 大門
06:50→	不停靠→	07:45(到達) 07:50(發車)→	08:20
12:20→	12:35→	13:10(到達) 13:20(發車)→	13:50

旗津→高醫(到高醫請於小港醫院換乘)

旗津醫院 大門	小港醫院 第三停車場	大同醫院 急診門口	高醫 啟川大門
12:20→	13:10→	13:45→	13:58
17:20→	18:10→	18:45→	18:58

周六中午12點後之班次停開

註：

1.行駛時間：

星期一至星期五 6:50~19:40 星期六 6:50~12:40

國定假日不發車(本院公告放假日)

2.靠站時間、到達時間為預估時間，請搭車者自行注意時間，若遇特殊交通狀況則依實際情形為主。

3.高醫自101年6月1日起新增啟川大樓與捷運後驛站之間接駁車。



高雄市立小港醫院

(委託高雄醫學大學經營)

Kaohsiung Municipal Siaogang Hospital

院址：812高雄市小港區山明路482號

專線：07-8036783

傳真：07-8065068

網址：http://www.kmhk.org.tw

週一至週五 門診時間：上午診08:30~12:00 下午診14:00~17:00 夜診18:00~21:00 (週六僅上午診，週日全日休診)