

義大醫院

外科部訓練課程

義大 100

外科部 編制

101年05月31日

榮譽主編

杜元坤

主編

蔡淳娟、鄭勝峯、余燦榮

副主編

陳耀聲、盧康、顏政佑

編輯委員

葉明倫、洪朝明、馮冠明、林嘉祥、
陳興保、盧麗芬、鄭裕仁、梁正隆、
黃致錕、游博欽

執行編輯

王浩洸

義大核心課程目錄

一般外科

1. 輸液
2. 低血鈉
3. 高血鉀
4. 高血鈣
5. 低血容休克
6. 神經性休克
7. 心音性休克
8. 敗血症
9. 輸血
10. 營養
11. 傷口造護
12. 縫線
13. 麻醉
14. 止痛
15. 鎮靜
16. liver laceration

17. pancreas injury

18. 肝移植

19. 乳房疾病

20. 惡性乳房疾病

21. 甲狀腺疾病

22. 惡性甲狀腺疾病

23. 副甲狀腺疾病

24. 胰臟炎

25. 胰臟癌

26. 腎上腺疾病

27. Hiatal hernia

28. GERD

29. 疝氣

30. acute abdomen

31. 腸胃道出血

32. 胃癌

33. 胃潰瘍

34. 胃穿孔

35. 腸炎

36. 盲腸炎
37. 肝病
38. 良性肝腫瘤
39. 惡性肝腫瘤
40. 膽結石
41. 脾臟腫大
42. 脾臟破裂
43. 減重手術
44. 動物實驗
45. AIDS

直肛科

1. 血便
2. 痔瘡
3. 肛門膿瘍
4. 結腸造口
5. 大腸癌

小兒外科

1. 先天食道閉索
2. 先天膽道閉索
3. 先天腹裂畸形
4. 先天橫隔疝氣
5. 疝氣和隱辜症
6. 巨大結腸症和無肛症
7. 尿道下裂

泌尿科

1. 血尿
2. 尿結石
3. BPH
4. 泌尿道感染
5. 泌尿道腫瘤
6. kidney rupture
7. 腎臟移植
8. 性功能障礙

心臟外科

1. 冠心症
2. ASD
3. VSD
4. 主動脈剝離
5. 周邊動脈阻塞
6. 二尖瓣和主動脈瓣疾病
7. 葉克膜
8. 心臟移植

胸腔外科

1. 氣胸
2. 膿胸
3. 喝鹽酸
4. 肺部腫瘤
5. 食道癌
6. 呼吸衰竭
7. 呼吸器使用

骨科

1. 橈骨骨折
2. 股骨骨折
3. 骨盆骨折
4. 股骨頭缺血
5. 膝關節退化
6. 臂神經叢重建

整形外科

1. 手外傷
2. 顏面骨折
3. 頭頸部腫瘤
4. 兔唇
5. 燒傷
6. 重建手術
7. 美容

神經外科

1. 頭部外傷
2. 腦出血

3. 下背痛

4. 頸部酸痛

5. 骨質疏鬆

6. 腦瘤

7. 腦死

一般外科

輸液

1. 你認識那些輸液 如何分類
2. 你如何決定你要用那些輸液

輸液治療法是指經靜脈直接輸注水分、營養物或藥物，以提供維持生命的功能，是目前醫療措施上不可或缺的一部分。矯正原先存在之水電解質不足，並儘快補充血管液體容積，以防休克脫水，供給體液電解質營養成分血液，或給予藥物治療，維持酸鹼平衡。

一般可將靜脈輸液分為低張性輸液、等張性輸液及高張性輸液三種。

(一) 低張性輸液

輸入人體後，液體會自血管移至細胞內與組織間隙，適於細胞脫水時，過量會引起水中毒，每小時給液量不得超過 400 ml。

(二) 等張性輸液

輸入人體後會留在血管內增加細胞外液的量，適用於血量不足時；若過量會引起循環負荷過重。

(三) 高張性輸液

增加血漿滲透壓，使細胞組織間隙的液體流入血管中，可幫助水分之排泄，有利利尿作用，亦可用來治療水腫，若過量會引起細胞脫水及循環負荷過重，每小時給液量不得超過 200 ml，最好能選擇大靜脈給予且緩慢輸注，心臟、腎臟及血管系統功能不佳者，因無法負荷，故不宜使用。

輸液	滲透壓 mmol/L	Na(mmol/L)	Cl(mmol/L)	Glucose(g/L)
0.9% NS	308	154	154	0
1/2 NS	154	77	77	0
D5W	278	0	0	50
D5S	586	154	154	50
D50.225S	355	38.5	38.5	50
D50.5S	432	77	77	50

低血鈉

1. 如何表現
2. 發生的原因
3. 如何分類
4. 要如何診斷 檢查
5. 如何處理

低血鈉症 (hyponatremia) 是體液及電解質失衡的一種症狀，以致血漿內鈉 (sodium) 的濃度不正常地低於 135 微摩爾 / 公升的水平。持續的低血鈉水平會影響腦部的滲透壓 (osmotic pressure)，導致水分急促地湧進腦部，造成腫脹及一系列的神經紊亂 (神智不清、昏迷)，嚴重者腦幹亦會受到破壞，造成死亡。

當血漿[Na⁺]小於 135mmol/L 時，若無低血糖的情形，通常表示身體為低滲透壓狀態且 ECF 量增加。人體為了維持平衡性及正常的血漿[Na⁺]，即使喝下不含溶質的水分最後還是會流失等量不含電解質的水分。腎臟排除水負荷 (water load) 的步驟有三：(1) 腎小球過濾並把水和電解質運送至腎元的稀釋處，(2) 在亨耳氏曲管 (loop of Henle) 的粗上昇管活化 Na⁺及 Cl⁻的再吸收，而水分則不被再吸收，(3) 在沒有血管加壓素 (arginine vasopressin, AVP; 抗利尿激素 (ADH)) 的情況下，因為集尿管對水分的不通透性而留下稀釋尿液。上述任一步驟的不正常都會損及游離水 (free water) 的排除而造成低血鈉。

低血鈉症的評估包括：1. 病史詢問：是否使用利尿劑或大量體液流失，補充過多低張水份，過去有無心臟衰竭、肝硬化、腎病症候群和腎衰竭等病史。2. 理學檢查，主要在血壓、脈搏變化、皮膚彈性、黏膜是否乾燥、頸靜脈是否怒張、有無水腫。3. 實驗室檢查則有血清滲透壓，尿液滲透壓及尿鈉濃三個重要項目應檢驗。根據上述檢查可將低血鈉分為高張性(hypertonic)等張性(isotonic)與低張性(hypotonic)三種。最常見的為低張性低血鈉，須以尿液滲透壓進一步區分為高容積性(hypervolemic)等容積性(euvolemic)或低容積性(hypovolemic)來做為診斷上的依據。

治療方面有三要點：1. 限水或是增加水分排除來增加血鈉濃度；2. 補充缺少的鈉與鉀；3. 矯正潛在病因。無症狀慢性低血鈉症，治療以保守漸近為原則，根本目標為治療潛在病，有症狀慢性低血鈉症，原則上為每小時加鈉 0.5~1.5mmol/L 治療，目標為神經學症狀解除或是使血鈉達到安全程度即可(一般為 120mmol/L 以上)。急性低血鈉若有神經症狀就需要立即的積極治療，以解除低血鈉的症狀為目標，避免血鈉上升過快導致張力性去髓鞘症狀群(osmotic demyelination syndrome)。以快速靜注高張鈉離子溶液(3% saline 1-2ml / kg / hr)，輔以靜注 furosemide 以促進水份排除。

高血鉀

1. 如何表現
2. 發生的原因
3. 如何分類
4. 要如何診斷、檢查
5. 如何處理

1. 現象：血漿中鉀離子濃度大於 5.5meq/L 時就被稱為為高血鉀。

2. 常見造成的原因：

- * 腎臟衰竭，則維持平常的攝取量就可能引起
- * 腎的排出減少
- * 細胞遭破壞（例如燒燙傷）鉀離子由細胞內轉移至細胞外液
- * 使用誘發高鉀血症的藥物

3. 造成的影響：

- * 在心血管系統：血壓降低、心律不整、心電圖改變、心室纖維顫動、心跳停止。
- * 在神經肌肉系統：早期會有肌肉震顫、抽筋、感覺異常等，到晚期則會有肌肉無力、弛緩性麻痺、呼吸停止。
- * 在消化系統：噁心、嘔吐、腸蠕動增加、腹瀉、腹絞痛等。
- * 在泌尿系統：少尿、甚至無尿等。

4. 診斷方式：

- * 測量血清中鉀離子的濃度，大於 5.5meq/L 即為高血鉀症。
- * EKG 變化：一般會有尖峰狀 T 波 ($K^+ > 6.0\text{mEq/l}$)；QRS 和 P 波變寬 ($K^+ > 7\text{mEq/l}$)
- * 心室纖維顫動 ($K^+ > 8\text{mEq/l}$) 等現象。

高血鈣

1. 如何表現
2. 發生的原因
3. 要如何診斷 檢查

4. 如何處理

血漿中的鈣有 48% 為離子形式，46% 與蛋白質結合，3% 為複合物形式（Complex），還有 3% 未被確認。血漿中鈣濃度大約為 10~11 mg/100 mL，無年齡、性別差異。鈣離子對神經組織有特殊且重要的影響，如果血鈣離子濃度下降，神經組織會過度興奮，導致手足抽搐；另一方面，高血鈣抑制神經興奮。血鈣的濃度相當穩定，由副甲狀腺素（PTH）精密控制，使骨鈣和血鈣處於平衡之中。血鈣濃度低，則由骨鈣補充；反之，血鈣濃度高，則將鈣沉積於骨中儲存，或經腎臟於尿中排出體外。

低血容休克

1. 如何表現
2. 發生的原因
3. 要如何診斷 檢查
4. 如何處理
5. 如何向家屬解釋

組織血液循環灌流不足，造成組織氧氣供應與需求不平衡 circulatory insufficiency that creates an imbalance between tissue oxygen supply and oxygen demand

四種 1.低血容休克 2.心因性休克 3.分佈性(血管擴張)4.阻塞性休克 four categories: 1.hypovolemic 2,cardiogenic, 3 distributive 4, obstructive

一般原則

- 輸液治療(晶體液、膠質液、血液)為優先考量
- 盡量維持中央靜脈壓至少10~14 cmH₂O (使用呼吸器病人尚需考慮 PEEP)
- 停止所有降壓效果的藥物
- 小心使用升壓劑

輸液治療是否足夠與否，可由臨床上觀察生命徵象、理學檢查、輸入及輸出量的測量、體重、尿量、血清電解質及必要時侵襲性的監測如中央靜脈壓力測量來瞭解。不管休克的原因是什麼，處置的優先順序常有一定的原則。快速心肺評估、暢通呼吸道、給予足夠呼吸和輔助氧，嚴重休克的需立即放氣管內管，以減輕呼吸道所做的功和增加氧氣的給予，設立監視器，建立靜脈通路。

神經性休克

1. 如何表現
2. 發生的原因
3. 要如何診斷 檢查

4. 如何處理

5. 如何向家屬解釋

神經性休克是使神經損傷導致血管阻力喪失，影響腦部及心臟血流供應，導致休克，原因常與外傷有關。最常見的狀況是脊髓損傷，治療須緊急送醫，大量補充水分，拉高血壓。

- 單純的腦部受傷不會引起休克
- 應尋找其他可能的原因
- 脊椎性休克是因為交感神經張力的喪失。
- 典型的症狀是：低血壓但無頻脈或是皮膚收縮，脈搏壓不會變窄。

心音性休克

1. 如何表現

2. 發生的原因

3. 要如何診斷 檢查

4. 如何處理

5. 如何向家屬解釋

由於心肌唧壓收縮功能衰弱，或者由於心律不整而出現收縮不協調，以致心臟所唧壓的有效血液輸出量不足以供應全身需要的血液量，結果造成個體周邊組織或內臟器官因氧氣及養分供應不足而產生壞死現象，進而使得器官造成不能恢復的傷害，甚至導致生命危險；此種因心臟功能缺失而導致循環發生休克的症候群便稱之為心因性休克（Cardiogenic Shock）。

引起心因性休克最常見的病症是急性心肌梗塞，少數則由於原發性心肌病變所引起。臨床上，心因性休克會出現血壓降低、臉色蒼白及冒冷汗、眩暈、前胸悶痛以及脈搏微弱，甚至感觸不到腕部脈搏之跳動；嚴重者可能會導致無尿而合併腎衰竭。心因性休克的死亡率在百分之八十五至九十之間。

治療心因性休克時，須盡早給予適當的藥物，例如加強心臟收縮的藥物及血管擴張劑等。此外，主動脈內氣球幫浦在血流動力學上亦有所幫助；再者，對適當的病患做「血流再灌注治療」，如血栓溶解劑或冠狀動脈氣球擴張術，甚至心臟繞道手術等，都是積極的治療方法，目的是及早打通血管，改善受損的心肌。

敗血症

1. 如何表現

2. 發生的原因

3. 要如何診斷 檢查
4. 如何處理
5. 如何向家屬解釋
6. 你知道 sepsis guideline

所謂敗血症(sepsis)，簡單來說，是指厲害的感染所引發的全身性發炎反應。感染的病源可以是細菌、病毒、黴菌，甚至寄生蟲。任何感染症最終都可能失控而發展成敗血症，尤其是革蘭氏陰性桿菌的感染最容易引發敗血症。肺炎及泌尿道感染是最常見引發敗血症的前置病因。

症狀

敗血症發生時，患者會因厲害的感染發炎而有發燒、畏寒、心跳加快、呼吸急促的症狀，患者的意識也可能出現混亂、訛妄。隨著全身性發炎反應及及血栓的到處形成，患者會開始出現腸胃、肝、腎功能失常的症候，若得不到有效的治療，最後患者尿量會開始減少、血壓降低、終致休克、死亡。

一、早期目標之治療

對於嚴重敗血症或敗血性休克患者之早期，應給予積極性治療，包含輸液、輸血及強心劑之使用。以達到中心靜脈壓 8-12 mmHg、平均動脈壓大於 65 mmHg 及中心靜脈之氧氣飽和度達於 70%之目標。藉由這樣的治療方式，其死亡率可由對照組的四十六·五%下降到三十·五%。

二、嚴格的血糖控制

人體之血糖在面對一些身體重大變化時，會相對性增加。然而高血糖卻可能對身體產生某些程度的傷害，因此積極的使用胰島素去控制血糖，對患者之預後有極大的幫助。根據研究，若能把血糖控制在 80-110 mg/dl 比控制在 180-200mg/dl 之間，其死亡率可下降(29.5%↓12.5%)。

三、活化蛋白質 C

蛋白質 C 為存在於體內之自然物質，具有抗凝血與抗發炎之效果。藉由人工合成方式製造出此物質，再施打到敗血症患者，發現可減低死亡率 (30% ↓22%)；

但是須注意下列幾點：其主要副作用為出血，因此有凝血問題者須小心使用。另外此藥物十分昂貴，目前僅建議使用在嚴重敗血症合併多重器官衰竭患者。

四、類固醇

根據統計，約有六至七成之重症患者會出現可體松(cortisol)不足，因此對於敗血性休克患者給予補充適量類固醇，可提供足夠應變能力，根據研究給予七天類固醇可有效減低死亡率。且類固醇之併發症並未增加。但類固醇之使用劑量與時間則需進一步研究。

輸血

1. 你知道那幾種血品
2. 你如何決定用那幾種血品
3. 有什併發症
4. 如何處理併發症
5. 如何向家屬解釋

輸血是一種治療措施，可算是一種支持性與代償性的療法。出現場合包括了外科手術備血以防術中失血過多、嚴重貧血等等。輸血可以針對不同血液成分（或稱「血品」）進行輸入，包括了全血（whole blood）、紅血球濃厚液（packed RBC）、洗滌紅血球（washed RBC）、白血球濃縮液（WBC concentrate）與血小板濃縮液（platelet concentrate）等，視病人需求做出選擇。

現今的輸血療法是盡可能在血型相同的個體間進行。在輸血治療前，血液一般已經過基本傳染病化驗，證實安全，才可使用。但沒有絕對安全的血液，任何方式的輸血療法，都有可能產生感染和出現併發症之危險。

輸血反應在分類上可分為立即型以及遲發型兩大類，所謂的立即型輸血反應是輸血反應在輸血時或輸血後立刻發生，醫護人員必須要能迅速地察覺出來，在多數情況下這時必須要立刻停止輸血，直到其他的評估完成，特別是發生急性溶血性輸血反應時，限制輸入的血量，可使病人免於不可逆的腎衰竭。

立即型輸血反應，依症候可分為四種：1. 發熱和發冷 (fever and/or chill)；2. 蕁麻疹/發癢 (hives and itching)；3. 呼吸困難 (dyspnea)；4. 低血壓 (hypotension)。

營養

1. 你知道那幾種營養途徑
2. 你如何決定用那幾種營養途徑
3. TPN, PPN from central line or peripheral line
4. 有什併發症
5. 如何處理併發症

營養供應途徑主要有二類，(一)為經腸道營養法，又分為由口進食及管灌食；(二)為非腸道營養法，包括中央靜脈營養法及周邊靜脈營養法。

採用何種營養供應途徑及給予方式，端視病人情況而定。一般而言，以符合正常的生理供應途徑，也就是由口進食最為合適；但病患無法經口攝食或攝食不足時，可採用管灌食來提供營養。腸道營養法不能達到病患營養需求時，可同時使用靜脈營養法。若因腸道阻塞，無法使用腸道供應營養時，則採用非腸道營養法。

對於短時間內需要補充營養素或代替經口給食的病人，可用低濃度、等張的營養製劑，經周邊靜脈注射液滴注，此種容液可以維持病人電解質及液體的平衡，其所含熱量有限，故仍須鼓勵病患經口進食或儘早建立管灌飲食。

周邊靜脈營養法多用在短期（7-10天）內需要靜脈營養輸液補充的病患，一旦病患的能量需求增加或預期二星期內仍無法建立起腸道營養者，則需考慮進一步的全靜脈營養療法

當病患腸道營養不能或不足的病人，而需積極性的投與靜脈營養以改善病情者，全靜脈營養療法能提供較高的營養素及能量。

完全靜脈營養療法又名經中心靜脈的高滋養療法（Central Venous Hyperalimentation），主因全靜脈營養製劑為一高滲性營養液，故其投予途徑必須經中心靜脈才不致發生靜脈炎。

傷口造護

1. 你如何觀查傷口表現
2. 要如何診斷 檢查 傷口
3. 如何處理
4. 一定要縫合嗎
5. 如何向家屬解釋

6. 你知道人工敷料嗎 如何使用

傷口癒合或創傷癒合 (Wound healing) 是創傷後人體皮膚和表皮組織再生的自然過程。正常來說，皮膚的表皮 (最外層) 和真皮 (內部或深層) 存在於一個平衡的狀態，以形成一個保護傷口的屏障。而當焦痂破裂，正常的傷口癒合過程便會迅速地開始。其基本過程包括以下階段：□止血期、□炎症期、□增生期、□成熟及重塑期。

當皮膚受損後，一套複雜的生化程序將修復其損傷。在受傷後的幾分鐘內，血小板將在創傷附近處形成纖維蛋白凝塊，以用作止血。

縫線

1. 你知道那幾種

2. 你如何決定用那幾種

依來源可分為天然與人工合成，依吸收性可分為可吸收與不可吸收，依結構可分為單股線與多股線。不同縫線的張力、硬度、線結穩定度及組織發炎反應性可能不同。人工合成縫線相較於天然縫線，一般具較大張力及較少組織發炎反應。單股縫線相較於多股縫線，雖然其表面光滑不容易造成組織的傷害與細菌堆積，但常具高硬度而不利於縫線的操作與打結。目前仍未有合適所有應用之理想縫線，臨床上應依周圍組織形態、縫線置放時間及手術的特殊需求，選擇適當的縫線，以獲致良好之組織癒合。

麻醉

1. 你知道那幾種
2. 你如何決定用那幾種 還是麻醉科決定
3. 有什併發症
4. 如何處理併發症
5. 如何向家屬解釋

麻醉學是一門運用藥物和其他方法來令病人對手術或者一些會導致病人不適甚至帶來痛苦的醫用診斷或治療手段失去知覺的醫學科目，通常用於手術或急救過程中。

中國在東漢時期就已經對麻醉學問有研究。相傳華佗就是第一位採用印度傳來的草藥進行麻醉的醫師。他利用麻沸散來減輕接病人的痛覺，然後為病人進行外科手術。

常用的麻醉方式有全身麻醉、脊髓麻醉、硬膜外麻醉(俗稱半身麻醉)、神經阻斷術、與局部麻醉等等。而麻醉方法的選擇，主要是依據手術部位的深淺，位置，時間來做決定。以下就一些較常使用的麻醉方法作介紹。

局部麻醉主要是在要手術的部位施打局部麻醉藥，比較建議使用在傷口淺層的手術。局部麻醉危險性不高，但是對於較深層部位手術的止痛效果可能不是那麼理想。

脊髓麻醉、硬膜外麻醉(俗稱半身麻醉)：所謂的半身麻醉，指的是下半身的麻醉，主要是藉由脊髓神經根的阻斷，來達到止痛的效果，醫師會在脊椎骨(龍骨)的骨縫之間注入藥物，達到麻醉的效果，適用於下肢，泌尿科，疝氣手術，以及剖腹生產，半身麻醉好處是術後較不會有噁心，嘔吐的情形，也沒有實驗顯示，腰酸背痛和半身麻醉有直接關係。如果身體情況許可，也可以藉由鎮定安眠藥物的輔助，降低術中的焦慮且不需要插管。

區域麻醉：是將支配手術部位的神經利用藥物做阻斷，達到麻醉止痛的效果，一般適用於肢體的手術，例如前臂的手術可以使用臂神經叢麻醉。

面罩吸入性麻醉以及靜脈麻醉：是全身麻醉的一種，藉由靜脈注射或由面罩吸入麻醉藥讓患者睡著，不需插管，適合使用在刺激不大，時間較短的檢查或手術。

全身麻醉：喉頭面罩麻醉和氣管內插管麻醉也是屬於全身麻醉，主要是經由點滴或是呼吸管將麻醉藥物導入體內，使病患睡著(產生安眠、止痛及肌肉鬆弛的效果)，再置入喉頭罩或氣管內管來維持呼吸，除了產科及患者需清醒配合的手術之外，幾乎可以適用於所有的手術。一般適合使用於一些刺激較大，手術姿勢特殊需求(長時間側臥或俯臥)或需要肌肉較鬆弛的手術。而喉頭罩麻醉，比起氣管插管，對呼吸道的刺激比較小，術後喉嚨痛的情形也比較不嚴重，若不是頭頸部，胸腹部，或需要俯臥的手術，是一個不錯的選擇。

止痛

1. 你知道那幾種
2. 你如何決定用那幾種
3. 有什併發症
4. 如何處理併發症
5. 如何向家屬解釋

外科手術的發展是醫學進步的重要指標，但是手術後疼痛是所有病人不願忍受的。良好的術後止痛不但可以降低因疼痛造成之許多合併症的發生，早日康復出院，同時也是病人享有的權利。我們施行術後止痛術的目的為：(一)優於傳統方法的止痛效果；(二)減少術後併發症；(三)減短住院天數；(四)減少照護人力；(五)發揮醫療系統的最大容量。

術後止痛屬於麻醉品質重要的一環，有多種止痛方式可供選擇，包括傳統靜脈或肌肉給予止痛藥、止痛藥與局部麻醉藥由硬膜外腔給予，或施行神經阻斷術。近年來醫藥界開發出多種新藥允許不同的給藥途徑，為病患提供更多選擇性，如 Butaro 鼻噴劑、經皮電解給予 Fentanyl(IONSYS)等。其中經輸液靜脈建立止痛藥專用幫浦，病人自行按鈕從裝置器內持續定量流出止痛藥注入病人靜脈內，這種方法最為普遍，稱之靜脈式病人自控式止痛法(IVPCA)，是目前臨床上處理術後急性疼痛的主流，適用於大部份手術，包括腹部、胸腔、脊椎手術等。而在硬膜外腔導管中，裝好止痛藥專用幫浦，則特稱硬膜外自控式止痛法(PCEA)，常用於無痛分娩或剖腹生產手術。另外針對骨科或整形外科四肢的手術，目前較新的

觀念是配合週邊神經阻斷術(Peripheral Nerve Block)，輔助術後止痛，加快復健療程，並減少止痛藥用量。

鎮靜

1. 你知道那幾種藥
2. 你如何決定用那幾種
3. 如何觀察病人

接受加強照護的病人可能因疾病的本身、侵入性管路帶來的不適及加護病房環境的刺激源，而常發生躁動的現象。躁動可能進一步導致合併症，甚至死亡，因此，鎮靜照護對病危病人更顯得重要。

Morphine 及fentanyl 是加護病房內最常被用於止痛及鎮靜的兩個藥物，fentanyl 比morphine 作用快，效力強且劑量低，對血流動力學影響較小。加護病房內的疼痛控制，使用fentanyl 優於morphine。

liver laceration

1. 你什麼時候要懷疑
2. 急診如何診斷
3. 你知道那幾種分類
4. 有什併發症
5. 如何處理併發症
6. 開刀的時間點
7. 如何向家屬解釋

意外事故佔2007年台灣十大死因中第五名，其中又以車禍佔大宗，比例近六成。肝臟是此種損傷中最容易出血之臟器。雖然，腹部鈍傷有時候並無明顯之症狀與徵象，但常常容易導致內出血、低血容性休克甚至死亡。所以，當患者嚴重的腹部鈍傷生命徵象不穩定時，必須經由電腦斷層檢查確認是否有內出血。kristi指出肝臟撕裂傷由輕度至重度共分成六級；第一級撕裂，表肝臟實質撕裂<1公分；二級撕裂，表肝臟實質撕裂深度1-3公分，長度<10公分；三級撕裂，表肝臟實質撕裂>3公分；四級撕裂，表肝臟實質撕裂25-75%；五級撕裂，表肝臟實質撕裂>75%，單一肝葉撕裂；六級表整個肝臟嚴重撕裂。對血流不穩定之嚴重肝臟撕裂傷及大量內出血患者，臨床普遍使用非外科手術透過導管動脈栓塞術，將栓塞物打入所選定器官之血管內，造成血管阻塞來緩解患者出血。

pancreas injury

1. 你什麼時候要懷疑
2. 急診如何診斷
3. 有什併發症
4. 如何處理併發症
5. 開刀的時間點
6. 如何向家屬解釋

脾臟是一個血供豐富而質脆的實質性器官。它被與其包膜相連的諸韌帶固定在左上腹的后方，儘管有下胸壁、腹壁和膈肌的保護，但外傷暴力很容易使其破裂引起內出血。根據不同的病因，脾破裂分成兩大類：□外傷性破裂，占絕大多數，都有明確的外傷史，裂傷部位以脾臟的外側凸面為多，也可在內側脾門處，主要取決于暴力作用的方向和部位；□自發性破裂，極少見，且主要發生在病理性腫大的脾臟；如仔細追詢病史，多數仍有一定的誘因，如劇烈咳嗽、打噴嚏或突然體位改變等。

脾破裂的臨床表現以內出血及血液對腹膜引起的刺激為其特征，并常與出血量和血速度密切相關。出血量大而速度快的很快就出現低血容量性休克，傷情十

分危急；出血量少而慢者癥狀輕微，除左上腹輕度疼痛外無其他明顯體征，不易診斷。隨時間的推移，出血量越來越多，才出現休克前期的表現，繼而發生休克。由于血液對腹膜的刺激而有腹痛，初起在左上腹，慢慢涉及全腹，但仍以左上腹最為明顯，同時有腹部壓痛、反跳痛和腹肌緊張。有時因血液刺激左側膈肌而有左肩牽涉痛，深呼吸時這種牽涉痛加重，此即 Kehr 征。實驗室檢查發現紅細胞、血紅蛋白和紅細胞壓積進行性降低，提示有內出血。當前脾破裂的處理原則雖仍以手術為主，但應根據損傷的程度和當時的條件，盡可能采用不同的手術方式，全部或部分地保留脾臟。

肝移植

1. 適應症
2. 有什併發症
3. 如何處理併發症
4. 開刀的時間點

肝病是我國最重視的疾病之一。由於 B 型肝炎的盛行，導致由 B 型肝炎引發的肝硬化或肝癌，也跟著普遍。在社會變遷下，C 型肝炎及酒精性肝炎引起的肝病變也日漸增多。根據行政院衛生署民國九十一年度的統計資料，肝癌為國內癌症死因的第一位，慢性肝病及肝硬化為十大死因之第六位。雖然隨著不斷研究與新藥物的開發，肝硬化及肝癌的治療已有長足的進步，對於末期肝病、代謝性肝病、猛爆性肝衰竭及某些肝癌的病患，肝臟移植可能是這些患者最後的救命良策。

在末期肝病的患者身上，常會出現有黃膽、腹水、上消化道出血、反覆腹水感染、肝昏迷等問題。病人通常會在保守治療效果不彰的情況下，轉而尋求肝臟移植手術治療。肝臟移植手術被視為最後的治療方法，主要的原因是器官來源有限、術後需長期服用抗排斥藥物、抗排斥藥物可能出現副作用，且移植手術為重大手術，有其一定的風險存在。肝病末期病患來到本院一般外科肝臟移植門診時，移植團隊的外科醫師會先詳細詢問病史，以了解病患的問題所在及初步評估肝臟移植的適應症。此時，若病患能將之前在外院的病史資料(含抽血報告或影像檢查資料)交代愈詳細，對醫師瞭解病況上幫忙愈大。若病患無法提供最近的

身體狀況資料，則移植外科醫師會先檢查患者的肝臟功能，必要時安排影像學檢查，待資料收集完整後，於下次門診時，再予以重新評估。

乳房疾病

1. 如何自我檢查
2. 要如何診斷 檢查 健檢要做那些 echo or mammography
3. 如何處理 biopsy or OBS

乳房自我檢查方式

女性應該瞭解自己乳房的情況，建議定期作乳房自我檢查。檢查時站在大鏡子前，雙手下垂然後高舉，注意兩側乳房是否對稱？表面是否有不正常凹陷？皮膚是否有橘皮樣變化？乳暈周圍是否有類似濕疹的病灶？輕捏乳房看是否有紅色或是咖啡色的分泌物？然後在乳房上塗抹肥皂，利用指尖和指腹依照一定方向繞著乳暈滑動，檢查是否有不正常硬塊

養成定期檢查乳房的習慣對女性相當重要，尤其是四十歲以上的女性應該特別注意，一旦發現乳房有異狀，應該立即到醫院就診，避免延誤治療良機。

惡性乳房疾病

1. 你什麼時候要懷疑
2. 如何診斷
3. 開刀的術式
4. 如何向家屬解釋 全切除 乳房保留 重建手術
5. 有什併發症
6. 如何處理併發症

乳癌的發生率為女性癌症的第二位，僅次於子宮頸癌。

民國八十五年後乳癌的死亡率已超越子宮頸癌，為女性癌症的第四位。

乳癌好發年齡在 40~50 歲之間，較歐美國家提早十歲。

乳癌的診斷

乳癌最重要的臨床表徵為可觸摸到的乳房腫塊，因此可摸到的任何乳房腫塊（lumps），即應由專科醫師作詳盡的評估，包括仔細的觸診，及進一步檢查。如乳房超音波、乳房 X 光攝影，甚至需要作細針抽取細胞學檢查及病理組織切片檢查。茲介紹如下：

（1）乳房超音波檢查：使用儀器由探頭傳送超聲波，再收集反射後的回音合成的影像，藉以分析其特性；此項檢查無放射線疑慮，35 歲以下婦女應優先考慮。

（2）乳房 X 光攝影：可以不同的角度對整體乳房成像，特別對觸摸不到的腫塊明顯呈現的顯微鈣化及不規則腫塊的偵測有高價值的診斷值，對於 50 歲以上無症狀之乳癌篩檢，應優先考慮。

（3）細針抽取細胞學檢查：當影像學檢查若懷疑是乳癌，即應以細胞學檢查或組織切片檢查確定其診斷。其方法乃用針刺入腫塊，取得細胞檢查，診斷率高，但仍有偽陰性（乳癌，卻診斷為良性）及偽陽性（良性腫塊，卻診斷為乳癌）的可能性，需小心配合臨床診斷。

（4）組織切片檢查：即以手術方式將整個腫瘤全部切除或部份切除，取得組織，在顯微鏡下，作病理診斷；作為乳癌診斷的黃金標準，所有治療方式需以組織切片結果為依據。

甲狀腺疾病

1. 如何自我檢查
2. 有那些原因

3. 要如何診斷 檢查
4. 如何處理 biopsy or OBS

甲狀腺疾病通常會引起甲狀腺外觀上的變化，甲狀腺腫是最常見的現象，俗稱「大脖子」。“地方性甲狀腺腫”造成的大脖子常見於六十歲以上的人，與四十年前台灣民眾普遍缺碘有關，這種現象目前已因食鹽加碘而消失。

甲狀腺位於頸部前方，喉頭下方兩側，正常情況觸摸不到，摸得到或肉眼看得到表示有甲狀腺腫。位於頸前方或側面上的腫塊不一定是甲狀腺腫，有可能是肌肉肥厚、淋巴腺腫、血管瘤、骨、軟骨、或先天性囊腫等。鑑別診斷時醫師會要求病人吞嚥，若腫塊會隨吞嚥上下移動，表示此腫塊是甲狀腺產生。

甲狀腺腫由觸摸及掃描大致可分成瀰漫性腫與結節性腫。瀰漫性腫表示兩側甲狀腺都均勻腫大，而結節腫則是在腫大的甲狀腺內有單一個或多個腫塊，稱單一結節或多發性結節。瀰漫性腫的原因有可能是“單純性甲狀腺腫”、“原發性甲狀腺機能亢進症；或稱葛瑞夫茲氏症”、“橋本氏甲狀腺炎”造成。結節腫可由“囊腫”、“膠體結節腫”、“地方性甲狀腺腫”、“橋本氏甲狀腺炎”、“亞急性甲狀腺炎”、“腺瘤”、或“甲狀腺癌”所造成。

甲狀腺腫是一形態學名詞，需要了解伴隨著它的機能是過高?正常?或者過低?。雖有甲狀腺腫，但是抽血檢驗發現甲狀腺機能正常時，主要評估是否為惡性腫瘤?是否有頸部或氣管壓迫症狀?是否有礙美觀?而決定是否需積極以外科手術治療。若有機能過高或過低的問題，則需再往機能障礙方面考慮，才決定治療的步驟與方法。

惡性甲狀腺疾病

1. 你什麼時候要懷疑
2. 如何診斷
3. 那幾種分類
4. 開刀的術式
5. 如何向家屬解釋 全切除 部份保留
6. 有什併發症
7. 如何處理併發症

用“最友善的敵人”來稱呼大部份(分化良好型)甲狀腺癌很恰當，因為它們是“最不像癌症的癌症”。如果經過完整適當的治療，預後非常良好，大部份病人都是因為別的疾病去逝。甲狀腺癌的發生率約每年每十萬人有三到十人，因此在台灣每年有六百到二千人得甲狀腺癌，通常女性較多。可是屍體解剖時發現有甲狀腺癌的機率高達百分之十左右，因此可說，有很多人一生中有甲狀腺癌存在，但卻沒有任何症候，甚至因而引起死亡。

甲狀腺癌依組織型態主要分成“分化良好型”癌包括乳突癌與濾泡癌、髓質癌、與

未分化型癌。乳突癌有如下特徵：約佔甲狀腺癌之百分之七十，兩側甲狀腺裡可能有多發性病灶，半數病人於診斷時已有局部淋巴轉移，生長緩慢，原發病灶很小，常意外被發現，預後與發現年齡與腫瘤侵犯程度有關，二十年之淨死亡率只約百分之二十，乳突癌對放射性碘之攝取與聚積不佳。濾泡癌的特徵：約佔百分之十，細胞與組織病理學診斷不易，常被誤為良性，有些因有局部侵犯或轉移是唯一惡性徵兆，生長緩慢但趨向局部侵犯與遠端骨、肺及腦轉移，有攝取與聚積碘的能力，適合放射性碘-131治療，預後比乳突癌差，侵入性濾泡癌之十年淨死亡率約百分之六十。未分化型癌大部份發生於老年人，預後很差，很少活過一年。分化良好型甲狀腺癌之治療方法爭議多，但仍有一定規

則可循：小於二公分之單一個腫瘤且無侵入性時，可做單葉及峽部切除，術後以甲狀腺素治療即可。若有多發性病灶、侵入性、腫瘤大於二公分，則需依下列步驟進行治療：甲狀腺全切除，術後可口服甲狀腺素(T4)兩週，停用甲狀腺素，並吃低碘飲食，四星期~六星期後驗血甲促素(TSH)，TSH大於30 μ U/mL時做碘-131全身掃描，掃描結果發現無轉移時使用七十五至一百毫居里(75-100 mCi)，或二十九毫居里(29 mCi)碘-131做殘留組織之摘除治療，若有功能性之組織轉移時則需用較大劑量一百五十至二百毫居里治療，終生以甲狀腺素T4做補充及抑制性治療，與醫師密切配合做追縱檢查，每三到六個月抽血檢驗甲狀腺球蛋白，一年後做碘-131或鈾-201全身掃描。追蹤碘-131掃描前，須停甲狀腺素4~6週或使用基因重組成人類甲促素。

分化良好型甲狀腺癌如經過治療三部曲：全切除、放射性碘治療、甲狀腺素抑制性治療，必可大大降低復發率，提高存活率。其它的治療方法如體外放射治療(電療)適用於不攝取碘的甲狀腺癌、未分化型癌、或遠端轉移有明顯症狀時使用。化學治療適用於甲狀腺惡性淋巴瘤。

副甲狀腺疾病

1. 你什麼時候要懷疑
2. 如何診斷 那幾種分類
3. 什麼時候要開刀 開刀的術式
4. 如何向家屬解釋 全切除 部份保留
5. 有什併發症
6. 如何處理併發症

副甲狀腺並不是甲狀腺，它與甲狀腺是兩個截然不同的器官，分泌不同的賀爾蒙，負責不同的功能；相同的是兩者都同屬內分泌系統，副甲狀腺之所以得名，原因是它的位置與甲狀腺非常接近。副甲狀腺一般是四個像豆般大的腺體，藏於頸部甲狀腺的後面，也有些人的副甲狀腺埋於甲狀腺、胸腺或胸部等其他位置，雖然位置會有不同，但功能一般是正常的。

胰臟炎

1. 有些什麼症狀
2. 好發於那些人
3. 如何診斷
4. 那幾種分類 CT stage
5. 開刀的術式
6. 有什併發症 如何處理併發症

急性胰臟炎為以腹痛為表現，血液、尿液或腹腔液胰臟酵素濃度上升，且組織學上胰外分泌腺體被破壞之臨床病症。臨床表現上，輕微的急性胰臟炎發作，病人經過幾天的禁食及靜脈輸液後，症狀即可緩解，無任何併發症。然而嚴重的病人可能併發急性腎衰竭、呼吸衰竭，甚至有生命危險。

引發急性胰臟炎的原因相當多，其中膽結石與酗酒是最主要的原因。膽結石會造成急性胰臟炎是因有些膽結石會掉落到總膽管，進而塞住總膽管的出口，也就是十二指腸的華特氏乳頭的位置。然而，此處也正是主胰管的出口處，所以也可能阻塞胰液的排放，進而造成胰臟炎。酗酒造成急性胰臟炎的原因，一般認為酒精可能會使胰管產生蛋白栓子而阻塞胰管，從而導致胰臟炎的發生。另外，造成急性胰臟炎的原因，包括高血脂症、高血鈣症、服用某些特殊藥物、某些特別的感染症、胰臟腫瘤、腹部外傷或手術後、消化性潰瘍穿孔、或血管炎。此外，有部分的病人是在接受內視鏡逆行性膽胰道攝影(ERCP)之後發生，但發生率相當低。

急性胰臟炎最常見的主訴是腹痛。其疼痛常在上腹部，為持續且強烈之疼痛，常常必須用到嗎啡類之止痛劑才能緩解。疼痛常反射至背後，病人常會彎腰曲膝來減輕疼痛，這是因為胰臟位於後腹腔之故。因為胰臟位於胃的後面，故會有噁心或嘔吐之情形。胰臟發炎範圍會向腸繫膜，腎臟周邊擴散，前者造成麻痺性腸阻塞而有腹脹感，後者造成兩側或單側腰酸。

胰臟癌

1. 有些什麼症狀
2. 如何診斷
3. 活多久
4. 開刀的術式
5. 有什併發症 如何處理併發症

胰臟癌為一緻密及纖維化性腫瘤，常見的原發性腫瘤為腺細胞癌，來自胰管或腺房的上皮細胞；另一類則來自內分泌細胞，例如胰島細胞瘤(islet cell tumor)、升糖素細胞瘤(glucagonoma)、體制素瘤(somatostatinoma)、VIPoma...等。胰臟腫瘤約70%好發於胰頭部位，胰體及胰尾則佔其餘的30%。且因胰臟是為後腹腔之器官，並鄰近肝門區、十二指腸、胃、和橫結腸，故易發上述器官轉移；而胰尾腫瘤則比較會轉移至腹膜腔和脾臟。由於附近血管、淋巴管、及神經分布密集，所以也容易遠端器官轉移。

臨床症候

胰臟癌的症狀，常呈現非特異性之腹痛、背痛、厭食、體重減輕、瀉痢、消化吸收不良、黃疸、及腹部腫塊。理學檢查方面，對大多數病人助益不大，主要表現為上腹壓痛、黃疸、膽囊腫大、上腹腫塊等。因此要早期診斷胰臟癌，需注意有以下臨床徵兆：(1)上腹痛或背痛，疑似來自後腹腔，且上腸胃檢查卻無特殊發現，(2)體重明顯減輕，(3)漸進性黃疸，(4)不明原因性胰臟炎、糖尿病，(5)慢性瀉痢及脂肪便者。

胰臟癌所採取的治療方法，端賴胰臟癌之分期；第一期僅侷限於胰臟，第二期侵犯至鄰近組織，第三期擴散到局部淋巴結，第四期已轉移至肝或更遠處器官。但不管採行任何治療，接受積極支持性和營養照顧是必然需要的，面對這疾病，情緒的調適對病人和家屬都是極沉重的負擔。

目前主流治療方式分為三種，(一)外科手術，(二)化學藥物治療，(三)放射性照射治療。就外科手術而言，最著名即是Whipple resection，它包含胰頭、遠端胃、十二指腸、膽囊、上端空腸切除，及胰、空腸吻合，胃、空腸吻合、迷走神經截除等。但手術死亡率達12-21%，五年存活率也僅5-7%。至於姑息性手術有，膽道繞道手術、腹腔神經叢阻斷等。化學藥物治療，可依臨床分期不同，選擇單一或多種組合藥物方式治療，而藥物有5-FU、carmustine(BCNU)、lomustaine(CCNU)、Stretozotocin，初步治療反應率約20-30%，而整體治療效果卻很低，估計5%以下。放射線照射治療僅用於輔助性治療，目前仍無法治癒非切除性胰臟腫瘤，一般性照設計量約為4000-5000 rads，若配合化學藥物治療，可提昇治療成效，但一切治療方針，應和醫師密切溝通，才能獲得最大益處。

腎上腺疾病

1. 有些什麼症狀
2. 如何診斷
3. 開刀的術式
4. 有什併發症 如何處理併發症

庫欣氏症候群，是一種內分泌或賀爾蒙障礙。大部分患者皆有滿月臉(臉圓如月)、軀幹性肥胖(身體肥胖四肢不胖)、肌肉無力(特別是大腿)、背痛、高血壓、血糖增加、皮下容易瘀青、以及腹部暗紫色條紋等。女性患者可有月經不規則、體毛增加之現象。這些臨床特徵的表現，因人而異，可以是不同致病原因所引起，我們通稱為庫欣氏症候群。

腎上腺皮醇的分泌和功能

庫欣氏症候群，乃由於長期持續性腎上腺皮醇增加所引起。腎上腺是位於腎臟上方的小腺體，外面稱皮質，內面為髓質，左右各一，可分泌多種賀爾蒙。腎上腺皮醇乃由腎上腺皮質所分泌的一種賀爾蒙，可以影響身體所有組織器官，是身體中極重要的賀爾蒙。

腎上腺皮醇有上百種的功能，當中主要的功能包括調節蛋白質、醣類及脂肪之新陳代謝、維持血壓及心臟血管功能、減緩免疫發炎反應，並可幫助平衡或對抗胰島素代謝葡萄糖之能力。此外，腎上腺皮醇最主要的功能是幫助身體應付壓力，當身體有壓力時，腎上腺皮質會分泌大量腎上腺皮醇。

正常狀況下，腎上腺會針對身體所需，精確地分泌適量的腎上腺皮醇。這種生理控制機轉是需要腦部的下視丘、腦垂腺(腦下方的小腺體)和腎上腺的緊密合作。首先，在需要腎上腺皮醇時，下視丘會發出指令(分泌皮釋因)告訴腦垂腺，腦垂腺再發出指令(分泌腎上腺皮促素)告訴腎上腺分泌腎上腺皮醇，血中的腎上腺皮醇上升後，會抑制腦垂腺分泌之腎上腺皮促素。這種調節機轉稱為回饋控制，如果下視丘、腦垂腺或腎上腺出了問題，使得腎上腺皮醇的分泌增加，便會發生庫欣氏症候群。

病因

皮醇過高原因很多，可分為外源性及內源性二種。

外源性一如服用類固醇藥物(俗稱美國仙丹)，來治療一些免疫疾病，如類風濕性關節炎等，時間一久，也會產生庫欣氏症候群。又或者是一些密醫為了加強配方的療效，暗中加入類固醇藥物，病人在不知情的情況下長期服用。

內源性—則由於腎上腺分泌腎上腺皮醇過量；或腦垂腺分泌腎上腺皮促素過量，刺激腎上腺皮醇增加引起，這些原因包括：

腦垂腺瘤—佔所有患者 2/3 以上，分泌腎上腺皮促素之腺瘤一般為良性、單一性。此類患者特稱為"庫欣氏病"，好發於中年女性，女與男比例為 5:1。

異位性腎上腺皮促素症候群—約佔所有患者 12%，男與女比例為 3:1。腎上腺皮促素之分泌由其他部位之腫瘤而來，這些腫瘤大部分為惡性。最常見的為肺癌，尤其是燕麥或小細胞性肺癌。其他比較少見的為支氣管類癌、胸腺癌、胰島細胞癌。

腎上腺腫瘤—約佔所有患者 19%，腫瘤可分為良性或惡性。良性瘤一般只過度分泌腎上腺皮醇，惡性腫瘤較少見，好發於小孩，它除分泌腎上腺皮醇外，常伴隨雄性素過度分泌。

Hiatal hernia

1. 有些什麼症狀
2. 如何診斷
3. x ray 有何特點
4. 開刀的術式
5. 有什併發症 如何處理併發症

是所有橫膈膜疝氣中最常見是一種退化性疾病，主要原因下食道括約肌的肌肉弱化，需特別注意年長者、肥胖與身材壯碩之病患有較高之發生率，往往只有 5% 較嚴重食道裂孔疝氣病患，外加上有胃食道逆流症，有上腹悶熱感及心灼熱、溢酸、吞嚥疼痛、甚至吞嚥困難；大部分 95% 病患只有輕微胸口悶痛、心灼熱感與食物停滯感之不適。

GERD

1. 有些什麼症狀
2. 如何診斷
3. 要開刀嗎

逆流性食道炎 GERD(Gastroesophageal Reflux Disease)是近幾年相當流行的一個疾病，因為常常被誤診，所以實際發生的比例更高，逆流性食道炎是胃裡面的內容物，因為壓力或者擠壓等其他因素之影響，而逆流至食道，因為這些內容物的酸性太強，進而引起食道黏膜受損、發炎，甚至有潰瘍或出血之現象。

胃液返回至食道的的原因，與一個位於食道與胃接處的肌肉環有關，稱之為"下食道括約肌(LES)"；它的功能只有單向，即能開放允許食物及口水進入胃部，當不是進食或吞嚥狀態，下食道括約肌以緊密的狀態維持著，使得胃內容物不致返流。會引起逆流性食道炎的原因甚多，最常見的還是胃酸分泌過多的疾病，或者是下食道括約肌功能不良、裂孔 赫尼亞(hiatal hernia)、食道蠕動障礙、長期放置鼻胃管或是服用阿斯匹靈等藥物引起。在臨床上常見之逆流性食道炎的症狀有心口灼熱(一種燒灼般的疼痛感)、反胃、胸骨後疼痛、打嗝及腹脹。

疝氣

1. 有些什麼症狀
2. 如何診斷
3. 開刀的術式 open or endoscopy
4. 有什併發症 如何處理併發症

腹股溝疝是指發生在腹股溝區的腹外疝，即腹腔內的器官或組織連同腹膜壁層形成的疝囊通過腹股溝管內口或腹股溝三角進入腹股溝管或陰囊。可分為**腹股溝斜疝**（簡稱斜疝）和**腹股溝直疝**（簡稱直疝）兩種。腹股溝疝主要表現為腹股溝區的突出腫塊，腫塊增大可進入陰囊，常伴有脹悶不適，偶有疼痛。腫塊常在站立、行走時出現，多引起活動不便，咳嗽、體力勞動時常加重，平臥或手托可使腫塊向腹腔回納而消失。如果疝囊內容物不能回納，則為嵌頓性疝，如果嵌頓的是腸祥，則有明顯疼痛，並有嘔吐、腹脹、便秘等機械性腸梗阻表現，若不及時處理，終將發展為絞窄性疝，出現腸祥壞死、穿孔、感染。**傳統疝修補術**

在疝囊高位結紮的基礎上，再加強腹股溝管前壁或後壁稱為疝修補術。

- **Bassini 術式**：在精索後方將腹內斜肌下緣和聯合腱與切開的腹橫筋膜上下兩頁共同縫合至腹股溝韌帶上，即加強腹股溝管後壁。由義大利外科醫生 Edoardo Bassini 於 1887 年所開創，這是最經典的疝修補術。

- **McVay 術式**：在精索後方將腹內斜肌下緣和聯合腱縫合至**恥骨梳韌帶**上，可同時封閉**股管**入口，防止**股疝**的發生。最初由 Lotheissen 所創，而由 McVay 加以推廣。
- **Shouldice 術式**：將腹橫筋膜切開後多重重疊縫合，再在精索後方將腹內斜肌下緣和聯合腱縫合至腹股溝韌帶上。由**加拿大**醫生 Edward Shouldice 所創，已成為最受推崇的傳統腹股溝疝修補術。^[9]
- **Nyhus 術式**：前述的幾種術式都是腹股溝管前進行手術操作，即前進路（anterior approach），而利用腹膜前間隙進行手術操作的後進路（posterior approach）則在臨床上使用較少。這一方法最早由英國 Annandale 於 1886 年提出，一直未引起重視。Nyhus 對該技術做了改進並大量應用於臨床，於 1960 年做了相關報導。Nyhus 提出，這一方法特別適合曾經採用前進路進行手術，後又復發的患者，因為後進路可以避開前次手術形成的癥痕組織。

腹腔鏡疝修補術

1979 年，Ger 首次將**腹腔鏡**技術引入疝外科，在 90 年代後，隨著腹腔鏡膽囊切除術的普及，也推動了腹腔鏡疝修補術的發展。但目前仍處於探索階段，相對傳統疝修補術，尚無明顯優勢。

- **單純內環口關閉法**（Ring Closure Technique, RCT）：由 Ger 於 1982 年完成，是腹腔鏡疝修補術的最初術式，其實質是腹腔鏡下的疝囊高位結紮術，現已很少人採用。
- **經腹腔內法**（intraperitoneal onlay mesh technique, IPOM）：Fitzgibbons 於 1991 年首先報導。其方法是將補片放入腹腔的腹膜內面，直接覆蓋缺損。由於補片與腹腔內臟器、組織直接接觸，容易導致腸粘連，現已很少採用。
- **經腹膜前法**（transabdominal preperitoneal approach, TAPA 或 TAPP）：經腹腔在腹股溝缺損上方切開腹膜，置入補片後縫合腹膜。
- **完全經腹膜外法**（totally extraperitoneal approach, TEA 或 TEP）：利用腹膜前間隙進行操作，不進入腹腔。

acute abdomen

1. 有些什麼症狀
2. 如何診斷
3. 開刀的時間點

急性腹痛 (abdominal pain) 是指病人自覺腹部突發性疼痛，常由腹腔內或腹腔外器官疾病所引起，前者稱為內臟性腹痛，常為陣發性並伴有噁心、嘔吐及出汗等一系列相關症狀，腹痛由內臟神經傳導；而後者腹痛是由軀體神經傳導，故稱軀體性腹痛，常為持續性，多不伴有噁心、嘔吐症狀。【發病原因】

1.腹膜急性發炎

最常由胃、腸穿孔所引起，腹痛有下列特點：疼痛定位明顯，一般位於炎症所在部位，可有牽涉痛；呈持續性銳痛；腹痛常因加壓、改變體位、咳嗽或噴嚏而加劇；病變部位壓痛、反跳痛與肌緊張；腸鳴音消失。

2.腹腔器官急性發炎

如急性胃炎、急性腸炎、急性胰腺炎。

3.空腔臟器梗阻或擴張

腹痛常為陣發性與絞痛性，可甚劇烈，如腸梗阻、膽道蛔蟲病、泌尿道結石梗阻，膽石絞痛發作。

4.臟器扭轉或破裂

腹內有蒂器官（卵巢、膽囊、腸系膜、大網膜等）急性扭轉時可引起強烈的絞痛或持續性痛。急性內臟破裂如肝破裂、脾破裂、異位妊娠破裂，疼痛急劇並有內出血病徵

5.腹腔內血管梗阻

甚少見，腹痛相當劇烈，主要發生於心臟病、高血壓動脈硬化的基礎上如腸系膜上動脈栓塞、夾層主動脈瘤等。

6.中毒與代謝障礙

如鉛中毒絞痛、糖尿病酮中毒，常有下列特點：腹痛劇烈而無明確定位；腹痛劇烈，但與輕微的腹部體征呈明顯對比；有原發病臨床表現與實驗室檢查特點。

7.胸腔疾病的牽涉痛

肺炎、肺梗塞、急性心肌梗塞、急性心包炎、食管裂孔疝等，疼痛可向腹部放射，類似“急腹症”。

8.神經官能性腹痛

腸胃道出血

1. 有些什麼症狀
2. 如何診斷
3. 開刀的時間點 endoscopy, angiography, or operation
4. 開刀的術式
5. 有什併發症 如何處理併發症

消化道出血是咽至直腸之間任何部位的**消化道出血**。消化道出血有多種成因，該病的主要形式可以經由**病史**及**身體檢查**區別。出血的程度有小至幾乎探測不到，也有大至急性大量出血及危及生命者。

消化道以**屈式韌帶**為界，其上為上消化道出血，其下為下消化道出血，消化道短時間內大量出血稱為急性大量出血。

口腔、食道、胃到十二指腸，其中任一器官發生病變而導致出血，稱為上消化道出血，俗稱**胃出血**。

上消化道出血常見的原因包括：消化性潰瘍、糜爛性胃炎、食道或胃靜脈瘤、食道胃接合處黏膜撕裂、全身性疾病、和其他。

十二指腸以下到直腸部分的出血稱為下消化道出血。

下消化道出血常見的原因包括：痔瘡、結腸炎、出血性直腸潰瘍、大腸癌、良性息肉、感染性腸炎、憩室炎、血管異常增生、和其他。

胃癌

1. 有些什麼症狀
2. 如何診斷
3. 開刀的術式
4. 有什併發症 如何處理併發症

胃癌是指發生於胃粘膜的**惡性腫瘤**，為**消化道**常見的癌症，一般多見於中年以後的男性。在**台灣**地區，胃癌發生率尤其偏高，每 100,000 人口約有 8.52 人至 9.68 人，胃癌名列 2006 年癌症死亡原因第 5 位，約有 2500 人死於胃癌，每 100,000 人口死亡率為 11.4%。胃癌的分類可分為**早期胃癌**及**進行性胃癌**，臨床表現症狀則是模糊且不具特異性。大部份診斷出胃癌的病人被發目前都已經是進行性疾病來呈現。統計發現超過 50% 的病人會進行手術，但是手術之後，大約 60-70% 的病人發生轉移。轉移性的胃癌仍然是一種無法治癒的疾病。一般而言，胃癌病人平均五年的存活率大約 22% 左右，而晚期胃癌患者的五年的存活率更小於 5% 以下。化學療法已經成為胃癌治療不可缺少的方法之一，緩和的化學療法已經被證明能提高存活率或末期生活品質。

胃潰瘍

1. 有些什麼症狀
2. 如何診斷
3. 要吃那些藥
4. 有什併發症 如何處理併發症

胃及十二指腸潰瘍是指胃壁、幽門或十二指腸發生潰瘍病變。

潰瘍多為單個，病發於胃時稱為胃潰瘍（gastric ulcer），出現在十二指腸則稱十二指腸潰瘍（duodenal ulcer）。臨床特點為慢性、周期性的上腹疼痛，胃潰瘍的痛多發生在進食後半小時至一小時，胃酸增多或正常；十二指腸潰瘍的痛則多出現於食後三至四小時，胃酸一般顯著增多。

輕微者有反胃、嘔吐、疼痛等症狀，嚴重者可因消化道大量出血（嘔血或便血）導致休克。

近年發現幽門螺旋菌才是最主要的致病原因，1981年兩位澳洲醫師巴裡·馬歇爾（Barry J. Marshall）和羅賓·沃倫（Robin Warren）發現幽門螺旋桿菌才是造成胃潰瘍病因，而非過去熟知的壓力或生活不正常等因素。這些病菌進入體內之後，寄生在胃和十二指腸的保護黏膜內，削弱黏膜層的保護作用。為了證實胃潰瘍因細菌而起，馬歇爾喝下含幽門桿菌的飲料，結果導致嚴重胃潰瘍。不久就治好了。

這個重大發現使得人類重新認識潰瘍病成因，使患者真正獲得有效治療。

發現者因此獲諾貝爾醫學獎。治療本病可對上述病理因素，對因治療，具體可使用「制酸劑」、「胃粘膜保護劑」、以及抗幽門螺桿菌的藥物。

胃及十二指腸潰瘍本身對人體並無大礙，只有極少數胃及十二指腸潰瘍可能發展為癌症，引起消化道出血、胃穿孔、幽門梗阻等嚴重的繼發證。「胃癌」與「胃潰瘍」之臨床有相似表現，但可以用胃鏡、鉬餐透視尤其病理切片診斷鑒別，以免延誤最佳治療時機。

胃穿孔

1. 有些什麼症狀
2. 如何診斷
3. 開刀的術式

4. 有什併發症 如何處理併發症

胃穿孔是潰瘍病患者最嚴重的併發症之一，它的嚴重之處在於穿孔之後大量胃腸液流入腹腔，引起化學性或細菌性腹膜炎以及中毒性休克等，如不及時搶救可危及生命。其症狀為腹痛，為突發性腹痛，疼痛劇烈，多在上腹部和右上腹部，漸波及全腹，變動體位疼痛加劇；患者有噁心、嘔吐、煩躁不安、脈搏快、血壓下降等休克症狀；胃穿孔後，胃內的氣體和液體溢入腹腔，腹部 X 綫透視，可見“膈下遊離氣體”，血液檢查發現患者白細胞及中性粒細胞上升異常等。除潰瘍病外，胃穿孔也常繼發於胃腸道的腫瘤、炎症、外傷、傷寒等。年齡在 40 歲以上的患者，既往無明顯潰瘍病史，貧血、進行性消瘦、黑便史、臨牀症狀與潰瘍病穿孔相似，則應考慮胃癌急性穿孔。

胃穿孔一旦確診，大多須立即手術，特別像飽餐後的穿孔，常合併有瀰漫性腹膜炎，需在 6—12 小時內進行急診手術。

腸炎

1. 有些什麼症狀
2. 有些什麼分類
3. 如何診斷
4. 何時要開刀
5. 有什併發症 如何處理併發症

臨床表現有噁心、嘔吐、腹痛、腹瀉、稀水便或粘液膿血便。部分病人可有發熱及里急后重感覺，故亦稱感染性腹瀉。腸炎按病程長短不同，分為急性和慢性兩類。慢性腸炎病程一般在兩個月以上，臨床常見的有慢性細菌性痢疾、慢性阿米巴痢疾、血吸蟲病、非特異性潰瘍性結腸炎和限局性腸炎等。腸炎極為普遍，全世界每年發病約 30~50 億人次，尤以發展中國家發病率和病死率為高，特別是兒童。根據世界衛生組織統計，在發展中國家中，感染性腹瀉是兒童發病率最高的傳染病，病死率約為 20‰，僅在亞、非、拉地區，每年就要奪去約 460 萬嬰幼兒的生命。

盲腸炎

1. 有些什麼症狀
2. 如何診斷
3. 何時要開刀 可以不開嗎
4. 如何開
5. 有什併發症 如何處理併發症

闌尾炎，又作**盲腸炎**，是指由闌尾（盲腸）發炎而引起的急性消化系統疾病。如不治療，死亡率會很高，主要原因是因為會引致腹膜炎和休克。它已被公認為全世界最常見嚴重急性腹部疼痛的原因。闌尾炎並不是一種傳染病或是遺傳疾病，發生前不會有徵兆。一旦闌尾發炎，患者腹部會突然出現劇烈的疼痛。傳統的觀

念認為闌尾炎是因為在飯後做激烈運動，使得食物的碎粒就會掉到闌尾裡，但是這種說法沒有根據。

闌尾炎發生的主因通常是盲腸腸道屈曲、腫脹及受阻塞，會造成盲腸阻塞的東西包括果核、糞石、寄生蟲等等都有可能，如果此時再加上微菌侵染，就可能引發闌尾炎，而一般急性闌尾炎都比慢性的來的快速及嚴重。

治療闌尾炎的最有效方法是手術割除。如果屬急性闌尾炎，必須在 48 小時內割除，否則會甚至令闌尾化膿破裂，引致腹膜炎。而慢性患者亦應儘快安排入院做手術，以免耽誤病情致演變成急性。

近年來有人提出用微創手術方法治理闌尾炎，聲稱傷口細小，只要在下腹部開三個小孔便能進行手術，每個傷口約五毫米，只需 30 分鐘至 90 分鐘，若能及早切除，手術成功率達 90%。但實際上，經過改良的傳統手術，單純性的闌尾炎手術腹部切口僅 2 至 5 厘米不等，手術時間約 15 分鐘至 30 分鐘，相對於腹腔鏡手術，不需要向腹腔注入二氧化碳氣體形成氣腹，也極少會引起術後腹部粘連。

肝病

1. 要如何診斷 檢查 健檢要做那些
2. 如何處理 biopsy or OBS

肝炎 (Hepatitis) 是肝臟因病毒、藥物、酒精或是代謝異常引起的發炎症狀。肝炎的原因可能不同，依照表現症狀不同，又分慢性肝炎及急性肝炎二種。世界肝炎日為五月十九日。由病毒造成的肝炎能引起肝臟細胞腫脹，是世界上流傳廣泛，危害很大的傳染病之一。

1908 年，才發現病毒也是肝炎的致病因素之一。1947 年，將原來的傳染性肝炎 (infectious hepatitis) 稱為 A 型肝炎 (Hepatitis A, HA)；血清性肝炎 (serum hepatitis) 稱為 B 型肝炎 (Hepatitis B, HB)。1965 年人類首次檢測到 B 型肝炎的表面抗原。

此外，病毒性肝炎還有 C 型肝炎、D 型肝炎、E 型肝炎和 G 型肝炎。過去被定為 F 型肝炎 病毒的病毒現在被確定為 B 型肝炎病毒的一個屬型，因此「F 肝」的稱呼已很少沿用。

在病毒肝炎的疫苗，A 型、B 型、D 型的疫苗已研發成功；C 型、E 型、G 型的目前無疫苗。

良性肝腫瘤

1. 要如何診斷 檢查
2. 如何處理 biopsy or OBS

肝臟的良性腫瘤非常普遍，往往因為沒有任何症狀，不被察覺，直到做健檢才得知。肝臟的良性腫瘤，最常見的就是肝血管瘤。它是由一堆血管組織所構成的腫瘤，因為成因尚不清楚，所以對於什麼樣的人比較容易罹患並不知道；且因為對生命、生活不構成影響，所以也沒有所謂的危險因子。

肝血管瘤大多沒有症狀，也不會有併發症，懷孕更不會增加它產生併發症的風險，所以有許多人到了很大年紀，仍不知道自己的肝臟中有一顆或多顆的肝血管瘤。許多人的肝血管瘤是在健檢時發現、或肝功能異常而進行超音波檢查時意外發現，但即使如此，肝功能異常與肝血管瘤並不相關。在影像學上，肝血管瘤有很典型的影像學特徵，通常用抽血檢查是無法判斷的，但在超音波檢查下則非常典型；除非有特殊的影像特徵，才需要再藉由電腦斷層掃描、或核磁共振造影等檢查來確診，幫助正確診斷。在少數的狀況下，連電腦斷層掃描、或磁振造影等檢查也不易區別，或擔心有肝癌的可能時，則可考慮在超音波的引導下，做細針穿刺檢查。

若不想做細針穿刺檢查、或不適合做細針穿刺檢查的患者，例如凝血功能異常、腹水多、意識不清等，則可改為定期追蹤，觀察腫瘤的變化。

惡性肝腫瘤

1. 有些什麼症狀
2. 如何診斷
3. 何時要開刀
4. 有其他治療方式嗎
5. 有什併發症 如何處理併發症
6. 可換肝嗎

肝癌病人的病狀通常開始感覺累、疲倦、無食慾、體重減輕、無力、肚子痛、想吐或黃膽發生。有肝硬化的病人忽然病情加重，腹部肝部摸到硬塊、腹水、靜脈瘤惡化發燒，有時大量內出血。

肝癌如何診斷呢？ α -Fetoprotein(aFP)Carcinoembryonic antigen(CEA)和 Des- γ -CarboxyProthrim(DCP)是三種常用的血液檢查。如果指數一旦大量上升，或大量不斷上升，表示肝癌病發，可是 20—30%的 c 型肝炎病人無法製造 aFP，因此需要其它檢查如 Ultrasonogram(超音 60 波)，價格便宜，準確度也高；Computed

Tomography(CT)，對檢查轉移性肝癌 準確性高達 90%，可是原發性肝癌因有肝硬化的背景，只有 70%而已；最近使用 Helical CT，可以看出(一)動脈期(二)門靜脈期(三)延遲期，第三期，而傳統的 CT 只能看出門靜脈期。肝癌細胞接受幾乎 100%的肝動脈血液，而肝細胞則 75%的血液從門靜脈來，小心分析可以分別出是原發性或轉移型肝癌的。最後是 Hepatic

Arteriogram 肝血管射影術更可直接看出肝癌充血現象，血管受壓迫、轉向等現象，用血管與肝癌相關位置做為開刀的指標。高度危險性病人，例如有慢性 B 型或 C 型肝炎者，加上有肝硬化傾向者，應每三月抽血一次，每年做一次超音波檢查，如有懷疑用肝針切片檢查，局部麻醉由病理肯定是否肝癌。

外科手術是唯一能根治肝癌的黃金標準療法，正常的肝臟可以忍受 65%—75% 的切除，最近一位中年病人切除 50%，在三個月後肝完全增生復原。可惜的是只有 35%的原發性肝癌，25%轉移陸肝癌因沒肝硬化現象也較早診斷可以接受手術。肝癌分成四期。第一期是指單一腫瘤小於二公分，可作肝切除或換肝移植，效果預後很好。第二期到第三期指腫瘤大於二公分，在右肝葉或左肝葉，大多數病人乃會再發，記得 Yanke 職業棒球名星 Mantoe 在換肝之後就不久於世的事件，開刀醫師受到醫界的責備。因此病人大都接受非手術治療。第四期肝癌已轉移到肝以外的器官，只能以化療，死馬當作活馬醫，盡人事而已。

過去幾年來麻醉精進，手術、儀器發達，開刀死亡率下降，美國肝手術龍頭權威的 Pittsburgh 醫院的報告指出肝切除手術平均手術死亡率約 15.8%，第一期的生存率 86.6%(一年)，61%(三年)或 41.9%(五年)平均約活 47.9 月。第一、二期合起來則下降至 72.7%(一年)，44.9%(三年)或 29.2%(五年)，平均約活 27.2 月。而換肝移植的手術死亡率約 14%，生存率則為 72.3%(一年)，57.5%(三年)或 49.1%(五年)，平均約活 58.1 月。換肝手術比切除手術大，但效果不錯，乃是因為捐肝者很少，因此外科醫師在選擇合適的病人就比較小心嚴謹。就手術本身而言，那一種較好，較有效果，乃未定論。到二零一五年預計有 30,000—45,000 病人等著換肝，現在平均要等二到四年，等待時以非手術補助治療。基於(一)捐肝者稀少(二)死亡率類似(三)生存率與再發率相近的原因，手術切除是第一選擇，而換肝則保留給癌病肝腫位於血管附近，肝功能不好或高度肝硬化者。

非手術的治療方法包括(一)由 X 光引導肝癌內酒精注射(Ethanol)，酒精造成肝癌細胞蛋白壞死，可以多次注射，有些報告，一年、三年的生存率比美手術的結果，五年的生存率幾乎零。(二)肝動脈選擇性化療或肝血管血栓阻塞治療，以切斷血液營養為手段達到治癌的目的。效果不保證，三年生存率約 26%、上二種可以

合併使用效果較好。(三)冷凍(Cryo Therapy)肝癌胞療法，也可作為開刀前的補助，提升手術效果。(四)Radio High Frequency Tumor Ablation，則直接把 Nicrowave 的高頻能量由針頭以 CT 引導插入肝腫瘤造成細胞壞死，一年生存率有高達 91% 的報告。肝癌病人治療後再發率的機會很高約 50%—60%，因此追蹤病人很重要，千萬不能大意。

膽結石

1. 有些什麼症狀
2. 如何診斷
3. 何時要開刀
4. 有其他治療方式嗎
5. 有什併發症 如何處理併發症

在臨床上，大多數膽道疾病所表現的症狀都是非特異性的；換言之，其中包括有消化不良、燒心感、脂肪食物耐受性不良，腸內空氣過多，腹脹、放屁以及打嗝等等。

膽囊雖然有結石形成，不一定有症狀，如果膽結石阻塞到膽囊管時，膽囊管會收縮想將膽結石推擠出去，病患常在飯後 15 分鐘到 2 小時間感覺上腹部及右上腹部腫脹疼痛，有時會痛到右肩胛骨及右背部，可持續數分鐘到 1~4 小時，有時伴隨著噁心、嘔吐等症狀；若膽囊管阻塞持續，膽囊因壓力過大，會腫脹誘發發炎反應，而引起急性膽囊炎，除了上腹部疼痛，會有發燒、噁心、嘔吐、右上腹部壓痛等症狀；如果膽結石由膽囊管掉到總膽管內，阻塞造成黃疸、急性膽道炎，除了上腹部疼痛，會有黃疸、發燒等症狀。

診斷：除了臨床上表現的症狀外，腹部超音波是最方便，而且精確性相當高的診斷工具，典型的表現為高回音病灶後有音響陰影(acoustic shadow)，且病灶會隨著姿勢變換而移動。電腦斷層掃描、逆行性膽胰造影術亦有不錯的診斷率，但病人較不舒適。口服靜脈膽囊造影術因精確性、特異性較差，目前已少使用。

治療：

無症狀的膽結石患者：根據一項研究報告，無症狀的膽結石患者，最初五年每年只有 2% 會出現疼痛症狀，而且追蹤愈久，出現症狀的比例愈低。對於無症狀的膽結石患者，通常建議採取非手術療法或追蹤即可。但以下這些患者，即使無症狀也應該接受選擇性膽囊切除術，包括：糖尿病患，鐮狀紅血球貧血病患，磁器樣膽囊(porcelain gallbladder)病患。

有症狀的膽結石患者

大約三分之二有症狀的膽結石患者，在第一次膽石症發作後 1~2 年內會反覆發作，為了避免反覆發作及嚴重的併發症，需要接受治療。

(A) 手術療法

(1) 腹腔鏡膽囊切除術(Laparoscopic cholecystectomy)

1987 年腹腔鏡膽囊切除術的引進，對膽結石患者不啻一大福音，此技術的操作方法如下：病患在全身麻醉後，在腹壁上開四個小洞，將二氧化碳灌注在腹腔內，裝有迷你攝影機的腹腔鏡由其中一個切口插入，放大手術視野，操作器械將膽囊管和血管夾住後，把膽囊切除移出。此技術不僅傷口小，美觀，術後 1~2 天即可出院，1 星期後即可正常生活，且傷口感染和心肺併發症的機率也降低，死亡率小於 0.1%，已成為膽囊切除術的優先選擇方式。但有下列情況不適合接受腹腔鏡膽囊切除術：侵襲性膽囊癌(invasive GB cancer)，凝血病變，腹腔內沾粘。

脾臟腫大

1. 有些什麼症狀
2. 什麼狀況會脾臟腫大
3. 如何診斷
4. 何時要開刀
5. 有其他治療方式嗎
6. 有什併發症 如何處理併發症

引發脾臟腫大的原因有造血系統異常，例如：罹患血癌、淋巴癌，或地中海貧血等先天性貧血症；此外，脾臟循環的問題也會引發脾臟腫大，例如：肝硬化導致脾靜脈流向肝臟的血流阻力增加，脾臟淤積血液引發脾臟腫大；心臟衰竭、細菌感染也都會引發脾臟血液循環受阻，導致脾臟腫大；人體代謝功能異常也是脾臟腫大的原因之一，例如：罹患肝醣儲積症的病人，因為代謝功能異常導致蛋白質、碳水化合物等物質堆積在脾臟，進而引發脾臟腫大。

脾臟破裂

1. 有些什麼症狀
2. 何時要開刀
3. 有其他治療方式嗎
4. 有什併發症 如何處理併發症

脾臟實質甚為脆弱，且血運豐富，當受到外力作用時，極易引起破裂出血。臨床上，將由直接或間接外力作用所造成的脾臟損傷或破裂，稱之為外傷性或損傷性脾臟破裂。外傷性脾破裂又可分為開放性和閉合性。此外還有自發性脾破裂和醫源性脾破裂。外傷性脾破裂其開放性者多由刀戳或彈片傷等所致，往往伴有其他的內臟損傷，而閉合性者則由傾跌、拳擊、車禍等直接或間接的暴力所造成，為臨床上最為常見的一種腹部損傷。

減重手術

1. BMI 怎麼算
2. 何時要開刀
3. 有其他治療方式嗎
4. 有什併發症 如何處理併發症

胃繞道手術在 1967 年即出現，這是利用胃部份切除病人體重易減輕的原理，將一部分的胃給縫合起來，只留下一個小胃袋，如此可大幅減少食量；而且，這個小胃袋連著小腸下半段，食物會繞經這個小胃袋，直接進入小腸，熱量吸收將明顯減少。由於食物直接導入腸子，患者如果為求飽足感，進食大量的高熱量液體食物，小腸會被擴大，引發飽脹感、惡心、腹絞痛、心悸、出冷汗、頭暈等所謂「傾倒症候群」，所以應防止病人因食量變小、轉而尋求液體食物，導致減重失敗。根據現有文獻，在幾種肥胖外科治療中，胃繞道手術的減重效果最好，但其手術併發症及後遺症機率也較高（死亡率約 2-3%）。

胃隔間及胃束帶手術原理類似，都在減少胃容積，強制進食量變小。胃隔間最早採橫向結紮，形成葫蘆狀的胃，上端通常較小，但假以時日，可能逐漸被撐大，效果遞減；後來發展出垂直的胃隔間術，效果雖改善，但 2、3 年後仍有復胖的可能。

動物實驗

1. 你知道赫爾辛基宣言

2. 如何設計實驗
3. 選擇那些動物
4. 何時停止

《**赫爾辛基宣言**》是於 1964 年提出的一個**醫學倫理學**宣言。其內容是圍繞**醫學**研究運用於人體時歸立了六項基本原則。

- 接受測試者需要在清醒下同意。
- 接受測試者需要對實驗有概括了解。
- 實驗目的是為將來尋求方法。
- 測試前須先有實驗室或以動物作試驗。
- 由於是為將來尋求方法，若實驗對人體身心受損，需立即停止實驗。
- 要先擬好測試失敗的補償措施，才可在合法機關的監督下，再由具備資格者進行實驗。

除此亦提出「**告知後同意**」法則（**informed consent**），即接受測試者外，還包括所有病患及身體因測試的反應，有說「不」或選擇的權利。

AIDS

1. 如何表現
2. 發生的原因
3. 要如何診斷 檢查
4. 台灣發生率
5. 如何保護自己
6. 術後如何照顧

後天免疫缺乏症候群，**英語**：**Acquired immunodeficiency syndrome, AIDS**，音譯為**愛滋病**），是一種由**人類免疫缺乏病毒**（簡稱 HIV）的反轉錄病毒感染後，因**免疫系統**受到破壞，逐漸成為許多伺機性**疾病**的攻擊目標，促成多種臨床症狀，統稱為**症候群**，而非單純的一種疾病，而這種症候群可通過直接接觸**黏膜組織**（mucosa）的**口腔**、**生殖器**、**肛門**等或帶有病毒的**血液**、**精液**、**陰道分泌液**、**乳汁**而傳染，因此各種**性行為**、**輸血**、**共用針頭**、**毒品的靜脈注射**都是已知的傳染途徑，而懷孕的母體亦可藉由**胎盤**或胎兒出生後的**哺育動作**傳染給**新生兒**。另外所有帶有創傷性（比如洗牙和補牙）的和需要進入人體內部的醫療檢查（比如腸鏡和胃鏡），如果醫療器械消毒不徹底，則都有**病毒交叉感染**的可能。

直肛科

血便

1. 發生的原因
2. 要如何診斷 檢查
3. 健保提供哪些健檢項目

所謂的血便，指的是由肛門所排出的血液，或者是糞便中含有血液，稱之為血便，或便血，通常是上消化道或者是下消化道的疾病，上消化道病變，比較容易造成吐血的情形，下消化道病變則容易造成血便的情形，通常上消化道的吐血會比較容易伴隨著血便一同出現。

痔瘡

1. 如何表現
2. 發生的原因
3. 如何分類
4. 要如何診斷 檢查
5. 如何處理
6. 術後如何照顧

痔瘡可分為內痔、外痔和混合痔三種，外痔在肛門處可摸到腫塊，故較易察覺，而內痔則要依病患的症狀及檢查來確認診斷，混合痔則是同時合併有內痔及外痔。它們共同的常有症狀包括有：(一)解便疼痛，(二)解便帶血，(三)解便時出現痔瘡脫垂，(四)肛門搔癢感，(五)便秘。

肛門膿瘍

1. 如何表現
2. 發生的原因
3. 要如何診斷 檢查
4. 如何處理
5. 術後如何照顧

在肛門周圍之肛腺如發生出口堵塞，例如被糞便或異物堵塞，或腹瀉時大便流入肛腺內，均會造成肛腺之發炎，形成膿瘍。有時肛門被硬大便弄傷，造成感染也是病因之一。其它較特別的因素如克隆氏症，潰爛性大腸炎，結核放射菌感染等也會形成肛門膿瘍。

當膿瘍形成後，會沿若干途徑擴散開來；一般最常見的是沿著括約肌間空間擴散 (intersphincteric space)，可以向下向皮膚出去或向上沿此空間到提肛肌上空間；也可能在向上途中向直腸內破出去。另外可能穿出外括約肌到坐骨直腸空間 (ischio-rectal space)(圖二)。除向上、下沿伸外也可能向兩旁延伸，尤其是肛門後中線出來的膿瘍，它首先在後肛門空間 (posterior anal space) 形成膿瘍，接著便向兩旁延伸，從左側或右側或兩側向前延伸，造成所謂的「馬蹄形」(horseshoe) 膿瘍。

結腸造口

1. 何時須要
2. 術後如何照顧
3. 多久可放回

如果大腸有病變，可能會需做手術把病變的大腸切除。在某些情況下，會把有病變的直腸和肛門括約肌肉一併切除。剩餘的大腸就必須改道，即是開口在腹壁上並以縫線固定。醫學名辭稱之為 "結腸造口" 或 "大腸造口"，結腸即是大腸，造口即 "口" 或 "開口"，手術後，糞便便經由此造口排出體外。

大腸癌

1. 如何表現
2. 發生的原因 如何預防
3. 如何分類
4. 要如何診斷 檢查
5. 如何處理
6. 術後如何照顧 化療嗎

大腸癌是結腸直腸癌的統稱，在衛生署最新統計大腸癌的罹癌人數已經追過肝癌、肺癌，成為罹癌人數第一名，成為未來國人最大的隱憂。大腸直腸癌發生的原因，目前並不完全明瞭，但一般認為大腸直腸癌與飲食習慣有很大的關係，如常大量食用高脂肪（尤其是動物性脂肪）、肉類、精碾的穀類，吸煙、缺乏鈣及葉酸、低纖維飲食有關之族群、得到大腸直腸癌的機會比較高，可說是現代人的文明病。

大腸癌發生率雖然高，但因為比較容易發現找到病灶，且癌症演變的時間較長，且這種癌症早期大多數是由息肉約經 5~10 年演變成，所以只要定期檢查是否有**大腸息肉**，早期發現，一般也比較好控制，不過**大腸癌症徵兆**早期並不明顯且特异性不高，易被病患及醫師疏忽，至錯過了早期診斷與治療的時機。

小兒外科

先天食道閉鎖

1. 如何表現
2. 發生的原因
3. 如何分類
4. 要如何診斷 檢查
5. 如何處理

食道閉鎖是胎兒發育時，食道及氣管分裂異常所造成的先天性缺陷。此缺陷可分六種不同的形態，但以食道上端為盲端，下端與氣管形成瘻管為最常見。

症狀：出生後無法正常吞嚥唾液，故口鼻分泌很多，常形成泡沫狀。如勉強餵食會噎到，有時會發紺。如食道與氣管間有瘻管，則胃有漲氣現象。常合併吸入性肺炎。有時合併早產及其他先天性異常。

先天膽道閉鎖

1. 如何表現
2. 如何分類
3. 要如何診斷 檢查
4. 如何處理
5. 要換肝嗎

指的是膽道（肝內或肝外）先天上發育異常，導致膽汁無法正常地經由膽道排至十二指腸，而造成膽汁屯積在肝臟的疾病。長期鬱積於肝內，造成阻塞性黃疸，肝臟功能逐漸喪失，最後，轉變為肝硬化的可能性非常的高。

膽道閉鎖發生的原因傾向於發炎或感染有關之進行性、靜態病變。極可能是胎生末期或出生前後因膽道發炎引起膽管的一連串變化，包括破壞、僵化、纖維化、阻塞，或消失等結果。與胚胎發育或染色體異常似乎無明顯的關係。

先天腹裂畸形

1. 如何表現
2. 如何分類
3. 如何處理
4. 術後發育如何

先天腹壁缺損很罕見，它會導致腹部臟器膨出或是外漏，因此外觀上很嚇人。由於有腹部臟器膨出或是外漏，產前超音波大多可以事先偵測出來，因此懷孕的媽

媽會面臨「要不要留住這個孩子」的問題。

先天橫膈疝氣

1. 如何表現
2. 健檢可以看到嗎
3. 如何分類
4. 如何處理
5. 術後發育如何

先天性橫膈疝氣是一種先天的發育異常，通常具可致命，因患有這種疾病會限制肺部生長。這種疝氣一般是發生在原本用於通過消化道的動口左側。有時候會在靠近胸骨的地方發現。這種疾病相當少見，約 2000~5000 名新生兒中會出現一位，死亡率約 40%~69%。

疝氣和隱睪症

1. 如何表現
2. 健檢可以看到嗎
3. 如何分類
4. 如何處理
5. 術後發育如何

隱睪症是小兒外科門診很常見疾病。睪丸是產生男性荷爾蒙及精子的重
要器官，它在胎兒時期位於後腹腔靠近腎臟的地方，在懷孕的第八週起，睪丸開始往陰囊方向下降。睪丸下降的機轉至今仍不十分清楚，可能與荷爾蒙分泌與拉曳睪丸下降的一條引帶(gubernaculum)的收縮有關。大部分嬰兒出生後，可以看到每邊陰囊裡面各有一顆睪丸。如果睪丸停留在腹股溝或者在腹腔內而沒有降至陰囊，則稱為隱睪症。它的發生機率約為每一百個足月出生小男嬰有三人會得到隱睪症，但是在早產男嬰則每一百人有三十三人會得到隱睪症。所幸大部分的隱睪會自己逐漸下降到陰囊，因此滿一歲的男孩只有兩百分之一到一百分之一仍有隱睪症。睪丸自行下降大多在出生後三個月內完成，三個月後仍未下降的睪丸很可能就不會自行下降了。

巨大結腸症和無肛症

1. 如何表現
2. 健檢可以看到嗎
3. 如何分類
4. 如何處理
5. 術後發育如何

巨大結腸症是因為缺少大腸(偶而也包括小腸)神經節，以致腸道經常處於痙攣狀態，無法正常蠕動，所造成的功能性腸阻塞。長期慢性的阻塞使大腸變得又粗又大，因而稱為巨大結腸症，但真正發生病變的卻是比較遠端(通常位於乙狀結腸)的腸道。

症狀：腹漲及便秘。新生兒胎便排出時間較晚(超過 24 小時)。常併發腸炎而發生腹瀉、發燒、嘔吐，甚至出現敗血症而死亡。

尿道下裂

1. 如何表現
2. 健檢可以看到嗎
3. 如何分類
4. 如何處理
5. 術後發育如何

尿道下裂是常見的尿道畸形，發生率約為五百分之一。由於此病在嬰兒時期不會影響生長發育，且三分之二左右之幼兒症狀輕微，所以常被父母忽略未予適當處理。有尿道下裂的小男孩在嬰兒期因包著尿片，父母不會注意其小便姿勢，但滿週歲開始訓練小便時，父母就會發現他們的寶寶只能蹲著小便，否則就會尿濕褲子，且其合併有陰莖彎曲，青春期後無法順利性交，且勃起時陰莖會疼痛。

泌尿科

血尿

1. 發生的原因 有那些
2. 如何分類
3. 要如何診斷 檢查
4. 萬一尿道塞住如何處理 on Foley , cystostomy
5. 是外傷的病人處理方式有一樣嗎

血尿的原因可歸類為下列幾種

- 1.發炎：包括各類腎炎、膀胱炎、泌尿道感染、結核等。
- 2.外傷：如車禍、撞擊等。 結石：如腎結石、輸尿管結石、膀胱結石等。
- 3.血管病變：如腎梗塞、腎血管瘤。
- 4.止血系統疾病：如血小板缺乏症、白血病、血友病等。
- 5.腫瘤：包括良性的多囊腎和惡性的腎細胞癌、輸尿管癌、膀胱癌、前列腺癌、尿道癌或由周圍其他器官的癌症轉移、侵犯到泌尿系統皆屬之。

尿結石

1. 病人如何表現
2. 要如何診斷 檢查
3. 如何處理
4. 何時要開刀 體外碎石現在這麼盛行 外科的角色在那裏
5. 術後尿管塞住 你如何處理

腎結石病因可分為原發性、其他疾病及與飲食習慣有關。已經知道泌尿結石有32種成分，最常見的成份為草酸鈣，一般人的觀念總以為攝取過量的鈣會加速腎結石產生。然而有充份的證據指出，對許多腎結石患者而言，低鈣飲食和高結石率有關聯，反之亦然。腎結石的患者大多沒有症狀，除非腎結石從腎臟掉落到輸尿管造成輸尿管的尿液阻塞。常見的症狀有腰痛、盜汗、痛到目眩、噁心、嘔吐（這是因為腎臟內壓力升高，影響到胃腸道的反應）、煩躁不安、腹部悶痛、血尿等。如果合併尿路感染，也可能出現畏寒、發燒等現象。急性腎絞痛常使患者痛不欲生，有人認為是最難以忍受的一種痛。

有時候患者完全沒有疼痛，只有血尿，或者血量極微，肉眼看不出來。健康檢查時大多包含尿液檢查，並且用顯微鏡檢查尿液離心後的沈渣，如果看到紅血球數目過多就表示有血尿，有時正是腎結石的早期徵兆。

BPH

1. 病人如何表現
2. 要如何診斷 檢查
3. 如何處理 有可能是惡性腫瘤嗎
4. 何時要開刀 open or endoscopy
5. 術後尿管一直有血 你如何處理

良性前列腺增生症（英文：Benign prostatic hyperplasia，縮寫 **Bph**），俗稱**前列腺肥大症**，以前列腺中葉增生為實質改變而引起的一組徵候群，是老年男性的常見病。良性前列腺增生症起病隱匿而緩慢，多數患者無法回憶出確切起病時間；常因急性尿瀦留，明顯尿流變慢等原因就診時，方明確診斷；或常規體格檢查時發現前列腺增生。常見症狀可分為兩大類：阻塞性症狀：如尿流細小、解不乾淨、排尿後段滴瀝、尿柱斷續、需用力方能解尿等；刺激性症狀：包括頻尿（排尿後不到兩小時又想尿）、尿急（尿意強烈，甚至憋不住）、夜尿等。

泌尿道感染

1. 外科病人 為何會泌尿道感染
2. 病人如何表現
3. 要如何診斷 檢查
4. 如何處理
5. 什麼病人須長期使用尿管

泌尿道感染（英文：Urinary tract infection, UTI）是指泌尿道任何一部份受細菌感染。雖然尿液中含有各種液體、鹽以及廢物，但在健康的膀胱中，尿液是沒有細菌的。當細菌進入膀胱或腎臟並在尿液中繁殖，便引起尿道炎。最常見的泌尿道感染是膀胱感染，這通常也被稱為膀胱炎。另一種尿道炎是腎臟感染，稱為腎盂腎炎（pyelonephritis），是比較嚴重的感染。雖然會引起不適，只要及時就醫，泌尿道感染通常是迅速而容易治療的。

泌尿道腫瘤

1. 你知道泌尿道腫瘤是第一常見的腫瘤
2. 病人如何表現
3. 要如何診斷 檢查
4. 如何處理
5. 何時要開刀 open or endoscopy
6. 我想要電療 可以嗎

2003 年台灣地區死於泌尿道癌症合計約有一千九百人，其中男性以攝護腺癌、膀胱癌以及腎臟癌為主；而女性以膀胱癌及腎臟癌為主。

膀胱癌

依據民國九十二年衛生署的統計，膀胱癌在台灣為男性之第 13 大、女性的第 12 大癌症死因。台灣膀胱癌患者分布情形，在南部較多，男女比率為三比一，老人比年輕人多。

泌尿系統〔腎臟、輸尿管、膀胱、和尿道〕內層黏膜細胞稱為移行上皮細胞 (transitional cell)。90%膀胱癌細胞屬於移行上皮細胞癌，8%為鱗狀細胞癌，而腺癌只佔膀胱癌的 1%~2%。這三種膀胱癌對治療方法的效果不同，而後兩型很容易深入膀胱的較內層，因此治療方式應該依病情而決定。

腎臟癌

腎臟癌約佔腎臟腫瘤的 1~5%。依據民國九十二年衛生署的統計，在台灣男、女性均為第 14 大癌症死因。任何年齡均可發生，但最常發生在 50 至 70 歲間，男性與女性比例為 1.5：1。

吸菸與腎臟癌的關係十分明確，而且發生的比率與吸菸的量成正比。據統計，30% 的男性與 24% 的女性腎臟癌，是直接由吸菸所造成；肥胖亦是腎臟癌發生的危險因子，這種關連在女性尤其顯著。此外，藥物濫用也與腎臟癌的發生有關；環境及職業的因素，如皮革業所使用的化學藥劑、石棉、鎘，此外在動物實驗中也發現汽油及其附產品，亦可增加腎臟癌的發生率，但在人體是否如此則尚不清楚。

腎臟癌最典型的症狀為血尿、疼痛、腹部腫塊，其他症狀有體重減輕、貧血、發燒等。然而同時出現血尿，疼痛及腹部腫塊三種症狀的機會只有 10%，而且有 10%的腎臟癌在診斷時毫無症狀，因此定期健康檢查對早期診斷十分重要。

腎臟癌可分為兩類，一種是腎細胞癌，其產生血尿的比例為 60%；另一種是腎盂移行上皮癌，因為從腎盂的黏膜表皮上面長出來，所以產生明顯血尿比例約為 80%，至於腰痛等其它症狀較為少見。一旦有血尿的現象，應當就醫做尿液檢查。尿液細胞檢查，對於腎盂移行上皮癌的病人常能發現癌細胞。

kidney rupture

1. 有分那幾種
2. 要如何診斷 檢查
3. 如何處理

腎破裂大出血的後果有腹膜炎，血腫，失血性休克，有可能危及生命。

腎臟移植

1. 適應症有那些
2. 活體移植有那些限制
3. 術後有那些併發症
4. 排斥如何預防 診斷 治療
5. 去大陸買腎 花很多錢 你會做嗎

了解什麼是『腎臟移植』。簡單的說法就是，由外科醫師為腎衰竭病患植入一顆足以承擔淨化血液功能的新腎而進行的手術。腎臟移植通常可分為兩種，一種是由受腎者的近親(三等親以內)所捐贈的『活體移植』，另一種則是由無親屬關係的腦死病患所捐贈的『屍腎移植』。活體腎臟移植手術的成功率高於屍腎移植手術，因為活體移植手術屬於常規手術，而且捐贈的腎

臟較少發生損害，因此手術成功率較高。但是先決條件為：捐贈者必須是血型相符而且身體健康的成人，術後也還要長期追蹤腎功能。而近年來腎臟移植的技術已進步不少，這也大幅提升了屍腎移植的成功率。但是因為捐贈的器官來源匱乏，使得大多數想要接受腎臟移植的病友必須耐心等待與自己基因相配合的腎臟早日出現。

那些人不適合接受腎臟移植呢？例如年齡太大的病患、癌症患者、控制不良的精神病患、部份慢性 B 型及 C 型肝炎合併肝功能不良的患者、或是有活動性感染或發燒的患者，就比較不適合接受腎臟移植。

性功能障礙

1. 有分那幾種
2. 要如何診斷 檢查
3. 要吃那些藥
4. 有那些人不能吃藥
5. 可以開刀 你知道嗎

早期性功能障礙(俗稱陽萎)大部分被認為精神因素引起,直到近二十年來觀念上才有了大突破,精神障礙不再是主要因素,生理解剖之障礙,或生理合併心理(屬混合性),才是性功能障礙的主因。更簡單的分法,年輕人的性障礙精神因素引起者較多,上了年紀則以器官因素為主因。**性功能障礙**引發原因很多,除了精神因素(以性行為不安 performance anxiety 居多)器官因素佔了大部分的主因,又可細分為內分泌因素(如性腺功能低下.甲狀腺功能過高過低.糖尿病...)神經因素(如脊髓受傷.大腦傳導障礙...)動脈因素(血管粥狀硬化.醫原性動脈受損...)靜脈因素(原發性靜脈異常.海綿體肌肉破壞...等),藥物.手術.放射線治療引起的併發症。雖然原因有那麼多,當下最被認定四大殺手(1)糖尿病(2)高血壓(3)血管粥狀硬化(4)抽菸。

心臟外科

冠心症

1. 要如何診斷
2. 須做心導管嗎
3. 何時要開刀 心導管現在這麼盛行 外科的角色在那裏
4. 術前要做那些評估 你知道取什麼 graft
5. 危險性如何
6. 預後如何

診斷冠心症的心絞痛，最重要的依據是病人所提供的病史和症狀，加上評估危險因子。典型的心絞痛的症狀，病人於勞動時、飯後、受寒、情緒激動時，感受前胸悶痛或壓迫感，休息後可迅速緩解症狀。心絞痛也可以呈現非典型的發作，讓病人只感後前頸或下顎繃緊或酸痛，在靜止時或睡眠中發作。身體檢查少有特殊異狀，但是有助於排除其他會引起胸痛的疾病，嚴重冠動脈疾病病人，可引起急性心肌梗塞、心臟擴大和肺臟鬱血徵象。

冠動脈突然發生阻塞，斷絕心肌血液供應超過 15-30 分鐘，心肌即因缺血而壞死，即是急性心肌梗塞，其症狀有疼痛加劇而且延長，可擴散至左臂內側或頸頸部，常伴隨冒汗、呼吸困難、無力、及恐慌。急性心肌梗塞發作早期可因心不整律而猝死，晚期可併發休克或心衰竭。死亡率約 10%，發病第一小時死亡率最高，以後遞減，5 天後漸趨穩定。

ASD

1. 要如何診斷
2. 須做心導管嗎
3. 何時要開刀 如果是你的小孩有
4. 術前要做那些評估
5. 危險性如何
6. 預後如何

心房中隔是人體心臟中，心房部位的分隔板，胎兒期中，左右心房相通，出生後大都自行完全閉合，僅有少部分人(約每千人中有 5-6 人)尚存在細小的卵圓孔，發生少許左心房流到右心房的分流，不易造成心臟負荷過度血流，如果心房中隔發生缺損產生破洞，我們稱為心房中隔缺損或簡稱房缺，就會造成大量左心房含氧回左心室的血流分流流到右心房，造成右心房及右心室血流量過度負荷，導致右心擴大。

VSD

1. 要如何診斷
2. 須做心導管嗎
3. 何時要開刀如果是你的小孩有
4. 術前要做那些評估
5. 危險性如何
6. 預後如何

心室中隔缺損(Ventricular Septal Defect ,VSD)，是最常見的先天性心臟病之一。VSD 佔所有先天性心臟病的 25%，而且在新生兒的比例中，每一千名活產兒中就有一個嬰兒有 VSD 的情形。在臨床上，病人所表現的症狀和心臟中隔缺損的大小有明顯的關係存在，但約有五十%到七十%的病人，其 VSD 有可能在六到十二個月大時，會慢慢地變小或完全地閉合起來，而隨著年紀的增長，閉合的可能性就愈來愈小。因此病人是否要接受開刀及何時接受開刀，其 VSD 的大小、病人的年齡及臨床症狀的表現，都是外科醫師評估的依據。

主動脈剝離

1. 病人會如何表現
2. 要如何診斷
3. 有那些分類
4. 何時要開刀 何時不用
5. 心導管現在這麼盛行 心導管的角色在那裏

急性主動脈剝離雖然不是一個常見的疾病，發生率低，大概十萬個人才有一人，但是急性主動脈剝離是一種複雜而致死率很高的心血管疾病，有些人在疾病開始即發生猝死。當主動脈血管壁的中層因各種原因(如高血壓或結締組織缺陷)受損後，遇到上血管壁內膜破裂時，血液經由該內膜的裂孔，進入血管壁中，將血管內膜和中層撕開，形成所謂的「假腔」，且血流可以在此撕裂開的空間中流動。這有可能造成幾種嚴重結果：一、由於「假腔」的形成，主動脈的管腔一分為二，可能會造成身體各處的血液供應不足，形成肢體或腦部的缺血現象。二、因為假腔的外圍不是完整的血管壁結構，較為脆弱，容易破裂造成大出血。三、可能併發心包填塞，將使心臟無法正常舒張，以致死亡。

周邊動脈阻塞

1. 那些病人容易會動脈阻塞

2. 要如何診斷
3. 有那些分類
4. 何時要開刀 何時不用
5. 如何預防

Peripheral arterial occlusive disease (簡稱 PAOD)病人會合併有心臟冠狀動脈、大腦動脈、腸動脈及腎動脈等的病變同時存在，因此在評估此類肢體動脈阻塞的病人時，須要合併這些器官血管的檢查。一般動脈粥狀硬化會侵犯的血管是全身性的，包括(1)腦部血管及頸部動脈造成腦中風(2)心臟的冠狀動脈，造成冠心病及心肌梗塞(3)下肢的動脈，造成周邊動脈阻塞疾病(4)腸動脈，腎動脈及胸、腹部之大血管。周邊動脈阻塞疾病的臨床表現，一般可分為四個等級，稱為 Fontaine Classification：Stage I：無症狀。Stage II：間歇性跛行。Stage III：休息或夜間疼痛。Stage IV：皮膚壞死及壞疽。

二尖瓣和主動脈瓣疾病

1. 病人會如何表現 你會聽心雜音嗎
2. 要如何診斷
3. 何時要開刀
4. 豬瓣膜或機械瓣膜 有何利弊
5. 可以用 beat heart 處理嗎 你知道達文西機械手臂嗎

由于先天性或後天性因素致主動脈瓣病變或主動脈瓣環擴張，使主動脈瓣在舒張期不能完全關閉時稱為主動脈瓣關閉不全 (aortic insufficiency)。單純主動脈瓣關閉不全患者多發生于男性，大部分屬非風濕性病變所致。先天性者可由于瓣葉發育異常、先天性乏氏竇動脈瘤、馬凡綜合征等引起。后天性者以風濕熱及慢性心瓣膜炎最常見，急性感染性心內膜炎、胸部外傷、梅毒、長期嚴重高血壓伴主動脈硬化及擴張、主動脈夾層動脈瘤累及主動脈瓣等均可致該病。慢性起病者可長期無癥狀，顯著關閉不全者也常可耐受10年或以上而無癥狀，急性者則耐受力十分有限，常致突然左心衰竭。內科治療可緩解病情，外科手術可根治。

主動脈瓣關閉不全主要由風濕性主動脈瓣膜炎造成，也可由感染性主動脈瓣膜炎，以及主動脈粥樣硬化和梅毒性主動脈炎等累及主動脈瓣膜引起。此外，梅毒性主動脈炎、類風濕性主動脈炎及 Marfan 綜合征均可引起瓣膜環擴大而造成相對性主動脈瓣關閉不全。

由于瓣膜口關閉不全，在心舒張期，主動脈部分血液返流至左心室，使左心室因血容量比正常增加而逐漸發生代償性肥大。久之，發生失代償性肌原性擴張，依次引起肺淤血、肺動脈高壓、右心肥大、右心衰竭、大循環淤血。

葉克膜

1. 那些病人須要 那些病人不須要
2. 有那些種類
3. 有那些併發症
4. 何時要停止
5. 如果是你的家人 你要用嗎

體外膜氧合(Extra-Corporeal Membrane Oxygenation, 縮寫 **ECMO**, 音譯俗稱「**葉克膜**」) 是一種醫療急救設備，用以暫時協助大部份醫療方法皆無效的重度心肺衰竭患者進行體外的呼吸與循環。葉克膜除了能暫時替代患者的心肺功能，減輕患者心肺負擔之外，也能為醫療人員爭取更多救治時間。葉克膜用於孩童患者因容易產生併發症，所以可用輔助期遠一般僅約一週至十數日而已，而用於成人患者的輔助期則較長，台大醫院有病人曾經在 2008 年 1 月 30 日創下 117 天使用葉克膜仍存活的世界紀錄。

心臟移植

1. 適應症有那些
2. donor heart 有那些限制
3. 術後有那些併發症
4. 排斥如何預防
5. 低死亡率 高存活率 但花很多錢 是否該推展

心臟移植俗稱換心手術，簡單來說，就是摘除病人原本不好的心臟，然後植入一顆好的心臟。

只要沒有特別的禁忌症，所有末期心臟衰竭的病人都應接受心臟移植評估。移植前的評估主要是瞭解病患適不適合接受心臟移植手術，並提供病患必要的資訊。檢查及評估的項目大致包括以下數項：

1. 病史的記載
2. 抽血檢查
3. 心電圖
4. 胸部 X 光
5. 心臟超音波
6. 心臟功能檢查
7. 心導管、肺功能的測試

此外，還須經過精神科大夫的會診，以評估病患的心理狀態是否適合接受心臟移植。

胸腔外科

氣胸

1. 那種身材會容易氣胸
2. 要如何治療
3. 何時要開刀
4. 可以不開嗎
5. 何時要考慮張力性氣胸

氣胸（又稱**肺膜穿、爆肺**，中醫病名為**胸痹、喘證**）是指氣體不正常地進入**胸膜腔**，導致**肺葉跟胸壁分離**，形成積氣狀態，更可能影響患者呼吸。

氣胸可以分為**原發性氣胸**跟**繼發性氣胸**兩種。^{[2][3]}前者一般並無明顯原因，而後者則通常因現存肺部的病理問題而誘發，例如**慢性阻塞性肺病**，又或者**胸腔**受到外在的物理創傷所引致。在特定的情況下，當胸膜腔內的壓力高過外界的大氣壓力時，並將縱隔推向健側，使健側肺亦受壓縮，從而使通氣面積減少和產生肺內分流；同時，心臟及大靜脈和肺血管受到壓迫，造成回心靜脈血流受阻，減少**心排出量**，導致患者缺氧、**休克**，這種情況稱為**張力性氣胸**。張力性氣胸是一個醫療緊急情況，除非通過有效的治療方法逆轉，否則患者會因為供氧不足和低血壓而不斷惡化，甚至死亡。

一般而言，氣胸可以從仔細的病史調查和檢查診斷出來，而**X光造影**則可以確認診斷；**電腦斷層掃描**亦可以監視體積較小的氣胸。輕微的氣胸一般不需要特別治療，但需要連續地以胸部X光片監察狀況。較嚴重的情況，就可利用**胸腔穿刺**或**胸廓造口術**把胸膜腔內空氣引流至體外。如果氣胸是重複發生的，則需要進行治療或進行預防措施，例如**肋膜黏連術**。

膿胸

1. 那種病人容易膿胸
2. 造成的原因
3. 要如何治療
4. 何時要開刀
5. 可以不開嗎

膿胸 (empyema)是肋膜腔內有膿液聚積。膿胸多數是繼發性的，病原體來自胸腔內或胸腔附近臟器或組織間隙感染，如細菌性肺炎、支氣管擴張感染、肺

膿腫破潰或肝膿腫、膈下膿腫、縱隔膿腫、腎膿腫破潰穿入胸腔等。兒童膿胸多因肺炎引起。由於盤尼西林類抗生素的濫用，以致許多對盤尼西林已有抗藥性的肺炎雙球菌肺炎更難控制，最後更容易造成膿胸。

膿胸在病理上可分成三個階段：首先是早期變化，只有的組織溶液在胸腔內。早期以大量滲液為主，稱為滲出期。在此期排除滲液，控制感染，膿胸可獲得治癒，肺可獲良好複張。其次是化膿期，大量的白血球和纖維蛋白聚集。最後的階段為纖維化，組織滲液變得十分粘稠，形成纖維化的表殼(peel)。嚴重的肺炎會造成肺的壞死和肺膿瘍的形成。

喝鹽酸

1. 到院的緊急處理
2. 要插管嗎 要放鼻胃管嗎
3. 要會診精神科嗎 何時要會
4. 預防那些併發症
5. 何時要開刀

肺部腫瘤

1. 抽煙會增加多少比例
2. 要做那些檢查
3. 病理分幾類， stage 怎麼分
4. 何時要開刀？ 何時要化療
5. 什麼病人要考慮 target therapy

肺癌指的是肺部組織內細胞生長失去控制的疾病。這種細胞生長可能會造成轉移，就是侵入相鄰的組織和滲透到肺部意外。絕大多數肺癌是**肺部惡性上皮細胞腫瘤**，由上皮細胞病變而造成。肺癌是造成男性和女性癌症相關死亡的最主要原因。全球每年有 130 萬人死於肺癌。^[1] 最常見的癥狀包括呼吸急促，咳嗽 (咳血)，和體重減輕^[2]

肺癌主要分為**小細胞肺癌**和**非小細胞肺癌**。這個區別對採取不同治療手段有非常重要意義。非小細胞肺癌是通過肺癌手術；而小細胞肺癌常常對化療和放療的反

應比較好。^[3]肺癌最常見的原因是長期吸煙^[4]。不吸煙者，占肺癌患者的15%^[5]，患病的主要原因包括基因^{[6][7]}、氬氣^[8]、石棉、空氣污染（包括二手煙）^{[9][10]}。

肺癌可以在胸部攝影(CR)和X射線斷層成像(CT)上看到。診斷通過活組織檢查確認，通常通過纖維支氣管鏡或CT做活組織檢查。治療和預後方案基於癌症的組織學類型，癌症階段，和病人狀況。可能的治療方案有手術，化療，放療。

食道癌

1. 有那些 risk factor
2. 和頭頸部腫瘤的關係
3. 要做那些檢查
4. stage 怎麼分
5. 何時要開刀？ 何時要化療 電療

食道癌為食道腫瘤，存在許多亞型。食道的腫瘤長會導致吞嚥困難(Dysphagia)，疼痛和不舒服，並需要靠活組織切片檢查做診斷。小的且沒有轉移的腫瘤可靠外科手術治療。而侵犯性強的腫瘤則須靠化學療法、放射線療法或合併使用治療。此病的預後要看病症不同的程度而定，但普遍來說都是極差的。^[1]

呼吸衰竭

1. 你如何確定病人是呼吸衰竭
2. 呼吸衰竭一定要插管嗎
3. 如何減少術後呼吸衰竭
4. 你會插管嗎
5. 插管要備那些藥物
6. 你會緊急氣切嗎

當呼吸系統發生障礙，使氣體交換異常，身體組織就無法獲得足夠氧氣，執行正常的

生理功能，而二氧化碳的廢氣也無法排出，造成呼吸酸中毒，結果引起一連串生理和

代謝功能失調，病理、生理改變的臨床綜合症狀，這就是「呼吸衰竭」。

呼吸器使用

1. 你會用那些呼吸治療功具
2. 何時可以移除呼吸器
3. 何時要氣切
4. IDS 是什麼
5. RCC、RCW 是什麼

造成病人需長期使用呼吸器的原因非常多，但主要可分為三大類：

(一) 第一大類：心肺疾患，例如慢性阻塞性肺疾病與慢性鬱血性心臟病及冠狀

動脈疾病。

(二) 第二大類：內科或外科問題導致多重器官衰竭。

(三) 第三大類：神經肌肉疾病，包括小兒麻痺症候群、脊椎損傷、肌肉萎縮症、
脊柱側索硬化症、多發性硬化症、兩側橫膈麻痺、中樞性通氣障礙，神經肌肉
疾病多屬於漸進性疾病或造成不可逆性的傷害，病程進展至末期通常引起呼吸衰
竭，病患無法自己呼吸時，終其一生都需要仰賴呼吸器。

骨科

橈骨骨折

1. open fracture 和 close fracture 處理方式不同嗎
2. 要用預防性抗生素嗎？
3. 何時要開刀
4. 可以不開嗎
5. 新的鋼板有何特異之處

老人家由於行動遲緩，平衡感較差因而容易跌倒；再加上骨質疏鬆，因此在跌倒後很容易造成手腕橈骨遠端發生骨折。整體而言，不管是右手或是左手橈骨遠端的骨折，在骨折發生時，一定要趕緊就醫治療，拖延愈久對手術和術後復健的效果就會較差。

股骨骨折

1. 到院的緊急處理、小心大量出血、傷到血管
2. 如何牽引
3. 預防那些併發症
4. 何時要開刀
5. 可以不開嗎

股骨骨折的發生，若不是極大的外力造成那就是骨頭本身有疾病。正常股骨骨折最常見的原因包括有車禍及從高空墜落。另外骨骼的常見疾病有骨質疏鬆症，腫瘤或感染，而這些情況可能導致所謂的病理性股骨骨折。

股骨折，一般分為三大類：

- 近端股骨骨折 近端股骨骨折或 髖部骨折，涉及到大腿骨最上面的部分，與髖關節相鄰。這些骨折可在進一步細分為不同類型的髖部骨折以下就是這些分類：髖部骨折，股骨頸骨折，股骨粗隆間骨折。
- 股骨幹骨折 股骨幹骨折是一種嚴重的傷害，通常發生在高速車輛碰撞和高處跌落。股骨幹骨折的治療幾乎是手術治療。最常見的方法是從股骨頸部位向下插入一根空心金屬鋼管至大腿骨內這稱之為 髓內鋼釘 (intramedullary nail)。其他較不常用的治療方法包括股骨骨折鋼板螺釘或外固定支架。
- 股骨遠端骨折(股骨髁上骨折) 股骨髁上骨折是一個不常見的股骨骨折，大部分都發生在膝關節上方的股骨。股骨髁上骨折的患者往往會發展成退化性膝關節炎。

股骨髁上骨折較常見於有嚴重骨質疏鬆及曾接受全膝關節置換手術的患

者。在這些患者的膝關節上方可能會比正常的人骨質脆弱，因此也更容易發生骨折。

骨盆骨折

1. 到院的緊急處理、小心大量出血、傷到血管
2. 要做那些檢查
3. liver laceration, spleen rupture, kidney rupture, bowel perforation, anal injury, and bladder rupture
4. 何時要開刀 angiography embolization, or open packing
5. 可以不開嗎

骨盆是身體最強韌的關節之一，意外事故若是能造成骨盆的骨折，其狀撞擊力道之大可見一斑；骨盆腔內保護的是泌尿生殖系統以及下消化道，因此一旦骨盆腔受到高能量衝擊，經常伴隨的是膀胱與腸道等骨盆腔內器官的受傷，更增加了治療的困難度與病患的危險。骨盆腔內更有多條由主動脈分支的大血管注入，因此骨盆骨折經常造成這些血管的破裂與出血，一開始會以腹部的血腫來表現，在受傷之初往往不易診斷，經常得等到病患因嚴重出血發生了休克，才會注意到這個致命的問題。

股骨頭缺血

1. 抽煙、喝酒、嚼檳榔 會增加多少比例
2. 要做那些檢查
3. 何時要開刀？
4. 可以半身麻醉嗎
5. 健保現在要報備嗎

股骨頭缺血性壞死是造成年輕人髖關節病變最常見的疾病之一，由於在發生嚴重關節破壞之前病人通常只有一些輕微症狀，例如輕微髖關節疼痛、鼠蹊部酸痛、或膝關節酸痛，同時伴有輕微跛行現象，而這種症狀並非持續不斷，常可利用休息或一些藥物來緩解，因此容易被忽略而延誤治療時機，待發生嚴重之股骨頭變形或關節破壞，才求醫治療，已然太遲，因此如何早期診斷、早期治療，更顯得重要。

膝關節退化

1. 有那些危險因子
2. 要做那些檢查
3. 何時要開刀？
4. 須要開第二次嗎

根據統計五十歲以上的人至少有一半以上，可以從X光片檢查發現關節退化性病變，不論脊椎或四肢關節一半以上均有關節痛的病史，只是當事人常常不在意，而忽視了早期的診斷與治療。退化性關節炎的症狀為關節痛、僵硬，剛開始活動時疼痛加劇，活動持續一段時間疼痛會逐漸減輕，但活動過久又會加重。膝關節退化的早期症狀為鈍痛或痠痛，上下階梯疼痛加重，休息後感覺關節僵硬，勞動過度或氣候變化均感膝痛加重，關節活動不靈活，繼而出現各種響聲，嚴重者可呈跛行，上下階梯困難，寸步難行，甚至連站立都很困難。

臂神經叢重建

1. 有分成那些 type
2. 要做那些檢查
3. 何時要開刀？
4. 開刀會好嗎
5. 修補後如何照顧如何復健
6. 如何對家屬解釋

大人臂叢神經傷害(adult brachial plexus injury)是一嚴重性之上肢肢體傷害。就解剖學而言，臂叢神經是由第五、六、七、八頸椎神經及第一胸椎神經(C5、C6、C7、C8 & T1)的前支組成的神經叢(後支走後，支配脊髓兩旁的肌肉群，不屬於此神經叢)。有肌皮神經、正中神經、尺神經、腋神經、橈神經，及上臂內側皮神經、前臂內側皮神經。胸長神經、肩胛上神經、胸肌內外側神經、肩胛下神經、胸後神經等。

整形外科

手外傷

1. 要做那些檢查
2. 有那些的狀況？肌腱斷裂、血管斷裂、神經斷裂
3. 何時要開刀？小指斷了要接嗎？
4. 有何併發症？超過多久不建議接
5. 如何對家屬解釋

手部外傷的治療與一般疾病或手術的情形略有不同，臨床上常常遇到一般民眾的觀念有所誤解，而容易造成誤會。因為手部的構造非常精細複雜，所以才有雙手萬能之稱，手部受傷之後第一次的處置得宜與否往往對其最後的結果具有決定性。若傷口受到污染，其黃金時間為八小時，在黃金時間之內仔細地清洗傷口，移除異物，細心止血，切除壞死組織，並以抗生素治療就可以避免細菌感染。若有血管損傷，肢體循環不足，對組織缺氧而言，其黃金時間為六小時；肌肉等組織對缺氧特別敏感，超過六個小時就會發生不可逆的變化而大量壞死，因此對於有血管損傷的病例，必須要在六小時之內讓血流重新灌注，否則將會導致組織壞死難逃截肢的命運。除此之外，手部包含骨頭、關節、肌腱、神經、皮膚等組織，初步的處置不得宜會使得以後的重建更複雜。

顏面骨折

1. 到院的緊急處理
2. 要做那些檢查
3. 如何分類
4. 何時要開刀？
5. 有何併發症？
6. 如何對家屬解釋

顏面創傷骨折除了可能合併致命性的顱內出血，或顏面血管大出血外，其他合併症包括：(1)眼睛相關的傷害，嚴重如眼球破裂、眼球外血腫壓迫或間接外傷壓迫性視神經受損，皆有可能致視力受損眼睛失明；(2)牙齒相關的傷害如牙齒斷裂、脫落、齒槽骨的骨折，或伴隨上下顎骨折而致咬合不正，有些牙齒脫落可能掉入鼻竇鼻腔中，甚至可因氣管插管意外推入氣管內而致呼吸道阻塞；(3)耳朵的傷害可能因下顎顳顎關節骨折而致耳道破裂或耳膜破損，因此治療顏面骨折前，相關專科醫師的會診及檢查是非常重要的並可適時給予治療。

頭頸部腫瘤

1. 抽煙、喝酒、嚼檳榔 會增加多少比例
2. 如何預防
3. 健保有何健檢的方式
4. 要做那些檢查
5. 何時要開刀？

頭頸部腫瘤有良性及惡性，範圍涵蓋顏面、鼻咽腔、鼻腔、口腔、咽喉及頸部。正常人頸部淋巴腺約有二、三百個，約半顆米粒大小，有發炎反應時則會變大，但一般不超過兩公分。一般人常因感冒、牙齒痛、扁桃腺發炎等而有頸部淋巴結腫大現象，此為正常之反應，不用太緊張，但最好能請教一下醫師。

惡性腫瘤常會造成頸部淋巴之轉移，所以若有三公分以上之頸部腫塊，則應高度懷疑是惡性轉移癌。有一著名的「三個八十定律」即是「三公分以上之頸部腫塊，有百分之八十是惡性的，此惡性腫塊有百分之八十是轉移癌，此其中又有百分之八十是由鼻咽腔、鼻腔、口腔、咽喉等原發癌轉移而來」。

兔唇

1. 和媽媽有關嗎
2. 和媽媽抽煙、喝酒、嚼檳榔 有關嗎
3. 你認識羅慧夫嗎
4. 要做那些檢查
5. 何時要開刀？要一次或階段性處理

唇顎裂 (Cleft lip and palate) 是常見的一種先天性缺陷，亦是最可治癒的一種，大致可分為唇裂（或俗稱**兔唇**，**兔瓣嘴**）、顎裂和唇顎裂。在[亞洲](#)地區每約 500 至 600 名新生嬰兒便有一名患者。

1. 唇裂—上唇的地方有裂縫，並可分為：
 1. 單側性唇裂
 2. 雙側性唇裂
2. 顎裂—口腔內之硬顎或更內部的軟顎裂開
3. 唇顎裂—裂縫由上唇延伸至口腔內硬顎或軟顎部份

燒傷

1. 到院的緊急處理
2. 燒傷面積如何計算？大人小孩一樣嗎
3. 如何使用輸液
4. 如何分類 電傷有一樣嗎
5. 何時要開刀？
6. 有何併發症？
7. 如何對家屬解釋

灼傷在醫學上是指皮膚及皮下組織由於高溫、電擊、接觸腐蝕性化學品、輻射（包括太陽輻射）受到的傷害。

燒傷和其他的病症一樣，有輕微和嚴重之分，深度和面積是其程度判斷的依據。將燒傷分為一度燒傷、二度燒傷、三度燒傷以及四度燒傷。

重建手術

1. 有那些 flap
2. flap 要監測那些項目
3. 1 stage or 2 stage 重建
4. donor site 有何併發症？
5. 如何對家屬解釋

顯微重建手術過程可能會經歷十個小時以上，手術後病人直接被送回整形外科加護病房照顧。目的除了維持病人生命徵象穩定，確保呼吸道通暢之外，主要是觀察重建皮瓣的血液循環及傷口的癒合狀況，一般觀察重建皮瓣的血液循環情況穩定後，則轉至普通病房接受後續照顧。

美容

1. 什麼資格可以作美容
2. 韓國為何會很成功
3. 手術前的評估
4. 何時要 stop

靠美容手術來達到改變自己變美的方式，已經是目前台灣流行的風潮之一了，透過手術的方式來快速的改變自己，不過，在快速變美的同時無形中也增加了許多風險，無論是自己本身或者是醫院、醫師等，都是有可能讓您變

美不成反受到傷害與危險

神經外科

頭部外傷

1. GCS 如何使用
2. 要做那些檢查
3. 有那些出血的狀況
4. 何時要開刀
5. 有何併發症
6. 如何對家屬解釋

意外事故在台灣仍然是很重要的死因，頭部外傷雖然在安全帽法實施後大量減少，然而嚴重頭部外傷發生後之死亡率仍然高達 35%，如何使嚴重頭部外傷發生後得到最好的照顧實為當務之急。

腦出血

1. 要做那些檢查
2. 有那些出血的狀況
3. 何時要懷疑動脈瘤破裂
4. 如何對家屬解釋
5. 何時要開刀
6. 長照機構的認識

腦出血系指腦實質內的血管破裂引起大塊性出血所言，約 80%發生於大腦半球，以底節區為主，其餘 20%發生於腦幹和小腦。

下背痛

1. 什麼狀況下會發生
2. 有那些鑑別診斷
3. 要做那些檢查
4. 如何對家屬解釋
5. 何時要開刀

根據文獻報告指出，國人約有百分之六十到八十的人，一生中會經歷下背痛。下背痛 (Low Back Pain) 僅是一個症狀，可能的原因很多

頸部酸痛

1. 什麼狀況下會發生
2. 有那些鑑別診斷

3. 要做那些檢查
4. 如何對家屬解釋
5. 何時要開刀

雖然脖子痛比下背痛少見，但全世界仍然有上百萬的人有著脖子痛的困擾，大部的脖子痛會自動好轉，只有下列情形需要進一步求醫和治療：

1. 有神經學上的病變或缺失時（例如手腳無力或感覺喪失），可能表示神經有受損。

2. 持續疼痛合併胃口不好、體重減輕、噁心嘔吐、發燒畏寒等現象時。

許多脖子痛是找不到原因，大部份是一般肌肉扭傷引起的，也有一部份是可以找出診斷，例如頸椎狹窄或頸椎間盤凸出。

骨質疏鬆

1. 什麼人比較會發生
2. 要做那些檢查
3. 如何對家屬解釋
4. 有那些藥可以用
5. 何時要開刀

骨質疏鬆症(osteoporosis)的字義是「多孔的骨頭」(porous bones)。

骨質疏鬆症是一種鈣質由骨骼往血液淨移動的礦物質流失(demineralization)現象，骨質量減少，骨骼內孔隙增大，呈現中空疏鬆現象，速率取決於破骨細胞(osteoclast)和成骨細胞(osteoblast)活性的消長。此需和軟骨症(osteomalacia)有所區別，軟骨症的成因是維生素 D的缺乏所導致。

骨質疏鬆症的表面症狀為骨質流失和骨組織破壞，從而導致骨質變得脆弱，大大增加骨折的可能性。根據世界衛生組織的指引，骨質疏鬆症的定義為當一個人的骨礦密度 (Bone Mineral Density) 比一個健康女性的骨骼礦質密度低於 2.5 個標準差。

腦瘤

1. 你認識那些腦瘤
2. 要做那些檢查
3. 如何對家屬解釋
4. 何時要開刀
5. 如果病人不想開刀你，如何處理

腦瘤包括由腦或其相關細胞長出的原發性腦瘤以及由身體其他部位癌細胞而來的轉移性腦瘤。台灣原發性腦瘤的個案數一年約為一千八百至二千例，其中約有一、四〇〇例死亡；轉移性腦瘤隨著癌症病患的增加，治療效果的改善而有逐漸增加的趨勢，其發生率約為原發性腦瘤的十倍。

腦瘤發病過程一般較為緩慢，由數週至數十個月不等，其症狀包括噁心、頭痛或意識障礙等腦壓升高現象、癲癇發作、荷爾蒙異常和腦局部功能障礙症狀，如判斷力低下、失語症、肢體無力、感覺異常、視力、視野缺失等，這些警告信號的出現，督促我們尋求專科醫師的診療，腦部電腦斷層或磁振掃描是確定診斷的最佳檢查。

無論原發性或轉移性腦瘤有其不同的治療方式和療效，必須針對每一病患作謹慎的全盤檢討，包括身體、家庭狀況等和預後評估，以決定其治療方針

腦死

1. 什麼狀況下會發生
2. 腦死判定條例，你了解嗎
3. 要做那些檢查
4. 如何對家屬解釋
5. 何時要 sign DNR

傳統上，死亡的判定是根據呼吸停止、心跳停止及瞳孔對光反射消失。然而，根據這樣的定義判定後的「死者」，其毛髮可能繼續生長，角膜及皮膚一天之內仍可移植，骨骼兩天之內仍可移植，動脈血管三天之內仍可移植；這代表著並非所有器官、組織或細胞都在同一瞬間一起「死亡」。