

第二一期



LinShin
Medical Annual Report

2023

林新醫學年報 JANUARY



中華民國 113 年 01 月份醫教會編製

目 錄

	名 稱	發表人	頁碼
1	編輯委員	委員名單	1
2	序-院長的話	林仁卿	2
3	編輯委員的話	張光遠	3
4	無免疫功能低下之趨菌感染	陳宜芳	4-6
5	支氣管異物造成胸口疼痛之案例	游順翔	7
6	騎機車自摔右頸部鈍傷血腫併右頸動脈破裂之案例	游順翔	8-9
7	新型冠狀病毒肺炎併發急性呼吸窘迫症候群使用肺保護性策略病人之呼吸照護經驗	黃安琪	10-12
8	112 年腎臟病健康促進機構壁報成果展示發表	郭雅雯	13-15
9	嬰幼兒按摩對於發展遲緩幼兒成效之案例分享 Case report: Effectiveness of infant massage in children with developmental delay	沈文婷	16-17
10	巴西奴卡氏菌 <i>Nocardia brasiliensis</i> 軟組織感染之案例報告	許荻靈	18-19
11	尿化學試紙 UACA/UPCR 項目在健檢中心及門診單位篩檢統計及效能評估	李孟鳳	20-24

林新年報

林新年報為收集院內醫師、醫事人員及行政人員，最近一年的論文，其來源來自於投稿林新年報的論文及已刊登於國內外雜誌論文，期待本院同仁儘量發表，提高本院醫療、護理及醫管專業的水準。論文的電子稿，請 E-mail 至教研部秘書。

發行者：林仁卿
主編：張光遠
編輯委員：黃永鎮
湯榮興
李懿訓
楊曉君
簡雅莉
李建國
林湧達
李宜蓁
趙秀文
朱彥紅

Publisher : Jen-Ching Lin
Editor-in-Chief : Qwang-yuen Chang
Editorial Board : Yung-Cheng Huang
Alan Tang
Yih-Shiunn Lee
Yang-Hsiao Chun
Chien- Ya Li
Chieng-Kuo, Li
Yung-Ta Lin
Yi-Zhen Li
Hsiu-Wen Chao
Yen-Hung Chu

住址：台中市南屯區惠中路三段 36 號 林新醫院

電話：(04)22586688 傳真：(04)22582960

網址：www.lshosp.com.tw

教研部秘書 E-mail：ls5951@lshosp.com.tw

序

林新醫院自民國 88 年遷院以來，以「創新、溫馨、效率、品質」的理念，於三年內由地區醫院升格為區域教學醫院，全體同仁的努力有目共睹。醫院的角色也由「全方位的社區醫療服務」另須兼顧「教學的任務」。

「全面醫療品質提昇」及「以病人為中心的服務導向」為本院既定的方針，院方希望全體同仁能提升自己專業的能力，除接受繼續教育訓練外，更鼓勵將寶貴的經驗、想法寫成論文發表。因此除了本院原已制定的論文獎金制度外，更於民國 91 年開始籌劃成立林新醫學年報～LinShin Medical Annual Report～，鼓勵全院同仁投稿。

很欣慰的林新醫學年報創刊號終於出版了。

一種高水準雜誌的形成是非常不容易的，林新醫學年報創刊號，不論其內容水準如何，畢竟是大家努力的心血。我很誠心的希望「林新醫學年報」能夠長久持續下去，內容更豐富，水準更高。

最後我要感謝全院同仁的支持，在我們共同的努力之下，使夢想成真，踏出了第一步。同時也希望全院同仁共同努力，持續將研究成果投稿於林新醫學年報。

林新醫院 院長 林仁卿

JAN.16, 2024

編者的話

林新年報自民國 92 年創刊以來，如今已進入了第 20 年。回顧過去，在院長、歷任副院長、部主任及所有院內同仁的努力下，這本屬於林新醫院的年報，終能按時一期又一期的出版。在院長的帶領及鼓勵下，每一年投稿的件數及論文的品質皆有顯著的進步。希望藉著林新年報，能提高院內同仁論文寫作的動機，將臨床寶貴經驗及想法付諸文字，以達流傳保留目的，提升同仁專業水平，並為醫院留下重要的醫學資料，以利後進學習。希望有朝一日，這份年報能成為同儕審查的醫學期刊，這是我們的目標，也將是林新醫院向醫學中心水平邁進的重要里程碑之一。

106 年起我們已將林新年報電子化，取消紙本印刷，除了響應環保議題外，亦可讓員工在院內任何一台電腦經院內網路讀取年報資料，增加閱讀可近性。

最後我們感謝院內同仁在忙碌的醫療服務之中，還能踴躍的寫作及投稿，才能使這份年報順利出刊。期望未來每一年的年報，都能有更豐富的內容。

林新醫院教研部副院長 張光遠

JAN.16, 2024

**Don't Ignore Aspergillus Infection in the Non-Immunocompromise
-Case Report**

無免疫功能低下之麴菌感染 - 案例報告

陳宜芳¹、陳嘉銘²、吳卓擎²

Chen, Yi-Fang^{1,2}、Chen, Chia-Ming²、Ng, Cheuk-King²

¹ 臺中科技大學護理系碩士在職專班

² 林新醫療社團法人 林新醫院加護病房

Abstract

Aspergillus is a common mold found in the environment. Typical risk factors include severe and long-term neutropenia, receiving long-term or high doses of glucocorticoids, and other drugs or conditions that lead to impaired chronic cellular responses (e.g., treatment for autoimmune diseases and organ rejection reaction prevention, immunosuppressants, AIDS). Aspergillus infection cannot be ignored even in patients without a history of

immunosuppression. We report a 69-year-old male patient with no history of immunocompromised who was admitted to the intensive care unit with pneumonia, respiratory distress, suspected heart failure, and pulmonary edema. As the disease progressed, we checked for Aspergillus antigens and treated him. Although he had no risk factors for Aspergillosis, we should have considered the possibility of Aspergillus infection earlier.

Introduction

A 69-year-old man with a history of hypertension, dyslipidemia, and valvular heart disease s/p mitral and aortic valve replacement (biological valve) presented to the emergency department with dyspnea, orthopnea, and hemoptysis. CXR(Fig.1) images showed both lungs diffuse infiltrates.

Pulmonary edema and bilateral pneumonia were considered. During hospitalization, anticoagulants were discontinued. His dyspnea was supported with a non-invasive ventilator (BIPAP). Diuretics were given for suspicion of pulmonary edema. Suspected pneumonia was treated empirically with Subacillin. Echocardiography

showed LVEF: 55%. Pulmonary hemorrhage was suspected on chest CT(Fig.2), and immune-related diseases could not be ruled out. Autoimmune function, Mycoplasma pneumonia IgM, ANA, acid-fast stain, anti-dsDNA, ANCA, Anti-GBM Ab, and HIV Ag/Ab all showed negative findings.

On day 10 in the ICU, mechanical ventilation through an endotracheal tube was used for respiratory distress and vasopressor infusions were used

for persistent hypotension. Due to clinical deterioration, Aspergillus Ag was checked and showed a positive result. He was treated with Amphotericin B (liposomal complex); meropenem and tigecycline were also given for sputum culture showing Acinetobacter baumannii (CRAB). Bronchoscopy and lung specimen collection were not possible due to unstable conditions. The patient died of septic shock two days after the administration of Amphotericin-B.

Discussion

Aspergillosis is atypical and difficult to diagnose, occurring mainly in immunocompromised patients. Clinical manifestations are often asymptomatic or nonspecific symptoms such as cough, dyspnea, and chest discomfort. Currently, computed tomography images are the most sensitive diagnostic tool, and typical signs on imaging include the halo sign of Aspergillus pulmonary and the air crescent sign. The patient had a poor response to strong antibiotics and diuretics. Bacterial pneumonia and pulmonary edema were not very likely. Autoimmune diseases that might lead to pulmonary hemorrhage were excluded.

Although he had neither risk factors for Aspergillus infection nor typical imaging findings, we had highly suspicious of atypical lung disease and eventually found positive for Aspergillus antigen. Unfortunately, the patient still died two days after the treatment. As the patient's immune function was normal, Aspergillus infection was not considered initially.

After reviewing the treatment course and the literature, Aspergillus infection can still be considered in non-immunocompromised patients. In stable cases, bronchoscopic biopsy and bronchoalveolar lavage should be performed as soon as possible to confirm the Aspergillus

infection. It should be kept in mind that Aspergillus infection should be considered if pneumonia was not improved after

anti-bacterial treatment, even patients are immunocompetent people.



Figure 1

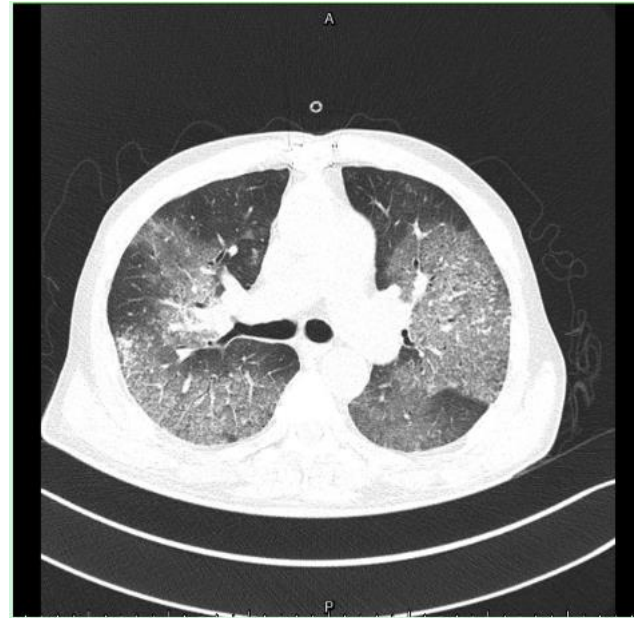


Figure 2

Reference

Badheeb, A., Al Gharem, N., Al Hammadi, S., Elsagheer, S., Badheeb, M., & Ahmed, F. (2022). Primary pulmonary leiomyosarcoma with coexistent pulmonary aspergillosis: A case report. *The Pan African Medical Journal*, 42, 135.

Fortún, J. (2022). Diagnostic and therapeutic approach to fungal pneumonia in the critically ill patient. *Rev Esp Quimioter*, 35 Suppl 1(Suppl 1), 97-103.

支氣管異物造成胸口疼痛之案例

A case of chest pain caused by bronchial foreign bodies

游順翔¹、蘇柏熙²、洪銘聰²、李建國¹

1. 林新醫院急診醫學科
2. 烏日林新醫院急診醫學科

Shun-Shiang YU¹、Po-Hsi SU²、Ming-Cong HONG²、CHIEN-KUO LEE¹

1. Department of Emergency, Lin Shin Hospital
2. Department of Emergency, Wuri Lin Shin Hospital

Introduction

Swallow a foreign body is a common occurrence in Emergency Department. Most through the gastrointestinal, stuck in the bronchi is rare.

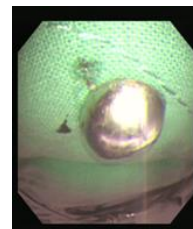
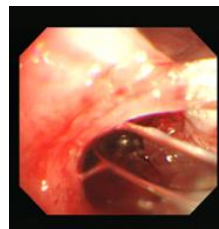
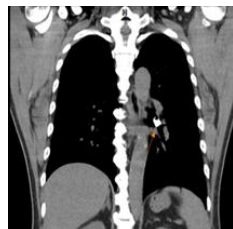
Care report:

A 58 y/o male suffered from chest pain, sore throat and difficulty swallowing after accidentally swallowed dentures while the dentist's treatment since 30 minutes ago before arrived ER While he arrived the ER with his family ambulate. E4M6V5, BP:156/96, P:89, R:20 BT:36.9, SPO2:100%. Localized severe stab pain persisted . He didn't have fever, chilliness, nausea, vomiting nor cough. Physical examination : breath sound clear no wheezing nor rale. chest X-ray : The artificial tooth was superimposed with left main bronchus area. EKG revealed sinus rhythm. Chest CT showed the metallic foreign body was in the left

main bronchus. First gived intravenous antibiotic ROLES 1gm and Panole 40mg stat, Emergency consulted CM and CVS doctor, and suggest emergency bronchoscopy for remove foreign body in Left bronchus. Due to dentures are removed under general anesthesia and bronchoscopy, thus, he transferred to ICU for future evaluation and intensive care. In ICU, antibiotic Cephalexin 1g/Q6H tx. after condition stable , he was discharged 2 days after ER visit.

Discuss:

Swallow a foreign body is a common case in ER. Most through the gastrointestinal, stuck in the bronchi is rare , It may also result in further aspiration pneumonia or other injury of lungs. A specialist should be consulted early and early bronchoscopy intervention to exclude foreign.



LinShin Medical Annual Report 2023

騎機車自摔右頸部鈍傷血腫併右頸動脈破裂之案例

Case of motorcycle crash right carotid contusion with right carotid rupture

游順翔¹、蘇柏熙²、吳志豪¹、黃鳳虹³、朱彥紅³、李建國¹

1. 林新醫院急診醫學科
2. 烏日林新醫院急診醫學科
3. 林新醫院護理部

Shun-Shiang YU¹、Po-Hsi SU²、Zhi-Hao WU¹、Feng-Hong HUANG³、
Yah-Hong ZHU³、Chien-Kuo LEE¹

1. Department of Emergency, Lin Shin Hospital
2. Department of Emergency, Wuri Lin Shin Hospital
3. Department of Nursing, Lin Shin Hospital

Introduction

Aortic injury is one of the most time-sensitive, life-threatening conditions. It is second only to head injury as a global leading cause of death. Most commonly, Blunt force trauma is more common. This involves rapid deceleration mechanisms such as motor vehicle accidents or falls from great heights, but it is also caused by penetrating injury (Engelhardt M et al., 2018). The mortality associated with traumatic aortic injury is about 30 percent within the first 24 hours (Senst B et al., 2021). Aortic trauma can also be caused by penetrating traumas, such as stab injury and firearm injury.

Care report:

A 76-year-old man suffered from right neck contusion due to a traffic accident and lost control while riding a motorcycle. He ambulated walked into the emergency room accompanied by his family.

E4M6V5, BP:164/88, P:78, R:20
BT:36.3, SPO2:95%. Physical examination: breath sound clear no wheezing nor rale. EKG revealed sinus rhythm. For his zone II of right neck swelling, thus neck CT was arranged and the image shows: Hematoma was overlying right medial clavicle area with bleeding.

After antibiotic and Transamine treatment first, followed Emergency consulted GS and CVS doctor, and suggest emergency operation for neck exploration with suture ligation of intramuscular artery of right-side sternocleidomastoid muscle.

Post surgery he transferred to ICU for future evaluation and intensive care. In ICU, antibiotic Cephalexin 1g/Q6H treatment and close observation. After the condition stable, he was discharged on the third day after ER visit.

Discuss:

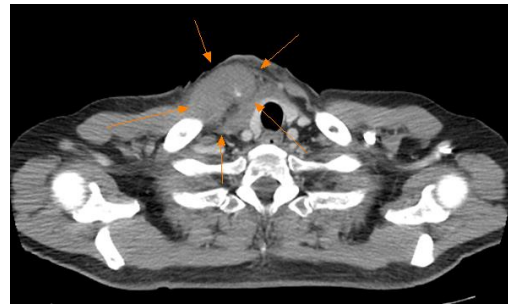
Carotid trauma is an uncommon

LinShin Medical Annual Report 2023

presentation in the emergency department. Because of the risk of rupture and high mortality, once diagnosed the two options for repair include open surgery or an endovascular procedure. The condition is best managed by an interprofessional team that includes an emergency department physician, trauma surgeon, thoracic surgeon, interventional radiologist, vascular surgeon, and intensivist.

References

- Sens B, Kumar A, Diaz RR. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL): Sep 12, 2022. Cardiac Surgery.
- Engelhardt M, Elias K, Debus S, Zischek C. [Management of Vascular Trauma in Military Conflicts and Terrorist Attacks]. Zentralbl Chir. 2018 Oct;143(5):466-474.



新型冠狀病毒肺炎併發急性呼吸窘迫症候群使用肺保護性策略

病人之呼吸照護經驗

Respiratory care experience of a patients with COVID-19 complicated with acute respiratory distress syndrome using lung protective strategies

黃安琪、王愉涵、陳沛璇

目的

新型冠狀病毒肺炎 (COVID-19) 是一種具有高度傳染性疾病，最初 2019 年 12 月開始於全世界流行，至 2023 年 7 月全球報告確診病例超過 7.68 億，確診病人中在加護病房治療中急性呼吸窘迫症後群 (ARDS) 的發生率為 61.7%，死亡率約 26.0%-61.5%；而典型 ARDS 導致的 ICU 死亡率為 35.3%，依據數據顯示因 COVID-19 而導致 ARDS 比典型 ARDS 死亡率高出許多。本文個案為 COVID-19 造成 ARDS，而使用低潮氣容積高吐氣末正壓的肺保護策略的呼吸照護經驗分享。

呼吸治療評估

42 歲男性，身高：185 公分，理想體重：74 公斤，過去病史：腸胃道出血、充血性心衰竭、酒精性肝硬化及高血壓。因呼吸喘至本院急診求治，診斷新型冠狀肺炎，而收入隔離病房，並使用抗病毒、抗生素及類固醇多項藥物治療；因呼吸困難及低血氧，而插管並使用呼吸器轉入加護病房，胸部 X 光：嚴重雙側浸潤，使用鎮靜劑並以肺保護性策略設定呼吸器，痰液培養：Candida、CRAB，使用抗黴菌及抗生素藥物，因快篩陰性，胸部 X 光：雙側浸潤有明顯改善，予解除隔離，但因病患本身有多項

慢性疾病合併症而導致死亡。

問題確立

1. 氣體交換障礙
2. 呼吸道清除功能失效

呼吸治療措施

- 1-1 給予侵入性呼吸器支持，並使用肺保護通氣策略，潮氣容積：4-6ml/kg，PEEP：8-14，保持 Ppl_t < 30，避免肺損傷，並使用鎮靜藥物。
- 2-1 每兩小時及需要時使用密閉式抽痰管抽痰及翻身拍背。
- 2-2 維持床頭抬高 30-45 度。
- 2-3 定期追蹤胸部 X 光及 P/F ratio 變化。

結果評值

1/5 呼吸困難及低血氧插管至加護病房。胸部 X 光：嚴重雙側浸潤，呼吸器設定為 PRVC mode，個案理想體重 74 公斤，給予潮氣容積 370 ml(5ml/kg)，PEEP：14，keep Ppl_t < 30，合併鎮靜劑藥物使病人與呼吸器同步，P/F ratio:127.6。1/9 胸部 X 光雙側浸潤有明顯改善，P/F ratio:199.6，於使用肺保護策略期間

無出現肺部損傷，痰液呈中量淡黃略稠，由於鎮靜劑使用無法將痰液咳至氣管內管。

結果與討論

COVID-19 引起 ARDS 患者分成 L 型及 H 型，L 型病患在新冠肺炎引起呼吸窘迫後不久發生，雖然氧合差，但患者仍保持相對較佳的順應性，沒有明顯的呼吸困難，胸部 X 光為輕微間質水腫，呼吸器設定建議使用高潮氣容積及低吐氣末正壓；但若個案本身有需多慢性疾病或治療不佳導致病況進展嚴重，轉變為更典型 ARDS 特徵的臨床表現，且胸部 X 光呈雙側嚴重浸潤，則為 H 型，建議使用肺保護性策略，低潮氣容積及高吐氣末正壓，並維持肺內高原壓(Pplt) <30cmH₂O。

本篇個案為 H 型，因此採用與典型 ARDS 相同的肺保護策略，並給予抗病毒、抗生素、抗黴菌及類固醇藥物治療，肺部亦有明顯浸潤改善，但因病患本身有多項慢性疾病合併症而導致死亡；由於兩型的呼吸器設定截然不同，藉此個案報告予以臨床上呼吸治療師做參考，可評估 COVID-19 引起 ARDS 病患為 L 型或 H 型，並給予合適的治療處置。

參考資料

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Retrieved July 21, 2023, from <https://www.who.int/publications/item/clinical-care-of-severe-acute-respiratory-infections-tool-kit>
2. 衛生福利部疾病管制署。嚴重特殊傳染性肺炎疾病介紹。2023 年 7 月

22 日取自

<https://www.cdc.gov.tw/Category/Page/vleOMKqwuEbIMgqaTeXG8A>

3. Lars Mizera , Dominik Rath, Anna Schoellmann, Alvaro Petersen-Urbe, Alban Avdiu, Monika Zdanyte, Philippa Jaeger, David Heinzmann, Karin Müller, Meinrad Gawaz, Christian Eick MD& Martin Duckheim. (2021). Deceleration capacity is associated with acute respiratory distress syndrome in COVID-19. *Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care* , 50(6), 914-918.
4. 陳柏豪、朱建民、吳黃平、林麗梅、許佑明、趙偉如、陳淑馨、林亭慧、覃紹凱、許秀玲、李苾甄、洪明銳、謝文斌 (2022)。重度急性呼吸窘迫症之處置。台灣醫界，65(8)，14-20。
5. World Health Organization. (2022). Acute respiratory distress syndrome(ARDS). *Clinical Care for Severe Acute Respiratory Infection—Toolkit—Update 2022*, 176-177.
6. Chung-Sheng Shi, Shih-Hsing Yang³, Chieh-Mo Lin, Chin-Kuo Lin, Tzu-Hsiung Huang. (2021). Progression of Ventilator-Induced Lung Injury in COVID-19-Related Acute Respiratory Distress Syndrome, and Therapeutic Strategies. *Thoracic Medicine*, 36(2), 60-70.
7. Nuala J Meyer, Luciano Gattinoni,

LinShin Medical Annual Report 2023

- Carolyn S Calfee .(2021). Acute respiratory distress syndrome. the lancet, 398(1), 622-632. [-00092-9](#)
8. 劉旺達、潘玫燕、葉乙臻、陳誠萱 (2021)。COVID-19 臺大醫院診治及照護經驗。金名圖書有限公司。
9. John J. Marini, Luciano Gattinoni. (2020). Management of COVID-19 Respiratory Distress. JAMA, 323(22):2329-2330. doi:10.1001/jama.2020.6825
10. Inna Krynytska, Mariya Marushchak, Inna Birchenko, Alina Dovgalyuk, Oleksandr Tokarskyy. (2021). COVID-19-associated acute respiratory distress syndrome versus classical acute respiratory distress syndrome (a narrative review). Iran J Microbiol. 13(6), 737 - 747. doi: 10.18502/ijm.v13i6.8072
11. 行政院衛生福利部疾病管制署・新型冠狀病毒 (SARS-CoV-2) 感染臨床處置指引・2023 年 8 月 9 日取自 <https://www.cdc.gov.tw/File/Get/bJH50c3ypM-iFnSUlqptpQ>
12. Aslan, A., Aslan, C., Zolbanin, N.M. et al. Acute respiratory distress syndrome in COVID-19: possible mechanisms and therapeutic management. Pneumonia 13, 14 (2021). <https://doi.org/10.1186/s41479-021>

112 年腎臟病健康促進機構照護成果

郭雅雯、李婉慎、朱彥紅、許惠琛、陳惠貞、黃嘉宏、李冠璋、徐國雄

目的

本院於民國 106 年開始加入國民健康局之「腎臟病健康促進機構」，並成立慢性腎臟病（CKD）照護醫療團隊，本團隊包括腎臟科醫師 3 人、衛教師 1 人、營養師 2 人、藥師 1 人及安寧共照師 1 人，進行以病人為中心的全人、全程、全隊、全家的服務。本團隊今年協辦一場初期治腎「愛腎護腎、腎利人生園遊會」，及舉辦三場門診團體衛教及一場病友會，盼藉由活動提高民眾對腎臟健康的認識和重視，掌握保護腎臟健康的方法，並愛護腎臟，降低腎臟病的發生率。

研究方法

本研究採對象為中區某地區醫院腎臟內科門診病人，經醫師主診斷為 CKD 之病人，且接受 CKD 保健推廣機構計畫收案病人為研究對象。本篇採橫斷式研究，收集自計畫執行前（民國 112 年 1 月 1 日至民國 112 年 10 月 31 日間），進行統計分析。

結果

一、基本資料

本研究共收集 571 位 CKD 病患，其中有 268 位病患接受 Early CKD 照護及 303 位病患接受 Pre-ESRD 照護(表一)。

表一：CKD 照護人數資料

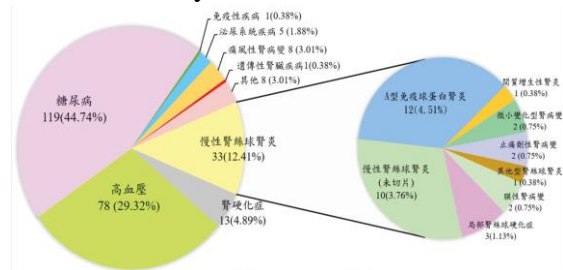
	初期慢性腎臟病 Early-CKD	末期腎臟病前期 Pre-ESRD
收案總人數	268	303
男	160 (59.70%)	159 (52.48%)
女	108 (40.30%)	144 (47.52%)
分期照護人數		
Stage 1	43 (16.04%)	4 (1.32%)
Stage 2	102 (38.06%)	12 (3.96%)
Stage 3a	123 (45.90%)	41 (13.53%)
Stage 3b	-	107 (35.31%)
Stage 4	-	105 (34.65%)
Stage 5	-	34 (11.22%)

二、原發病

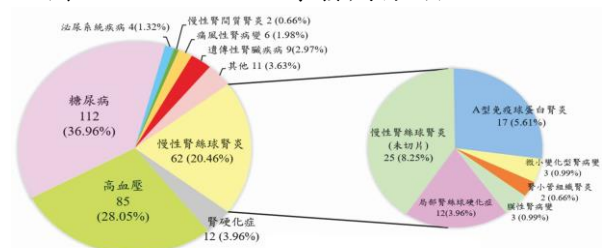
在 268 位接受 Early CKD 病患原發病分析(圖一)，糖尿病 119 人(44.74%)，高血壓 78 人(29.32%)，慢性腎絲球腎炎 33 人(12.41%)，腎硬化症 13 人(4.89%)。

在 303 位接受 Pre-ESRD 病患原發病分析(圖二)，糖尿病 112 人(36.96%)，高血壓 85 人(28.05%)，慢性腎絲球腎炎 62 人(20.46%)，腎硬化症 12 人(3.96%)。

圖一：Early-CKD 原發病分類



圖二：Pre-ESRD 原發病分類



三、腎絲球過濾率衰退速度

四、腎臟病替代療法之醫病共享(SDM) 決策落實情形

本研究接受 Pre-ESRD 持續照護一年以上的病患有 233 位之腎絲球過濾率衰退速度(表二) (圖三)。

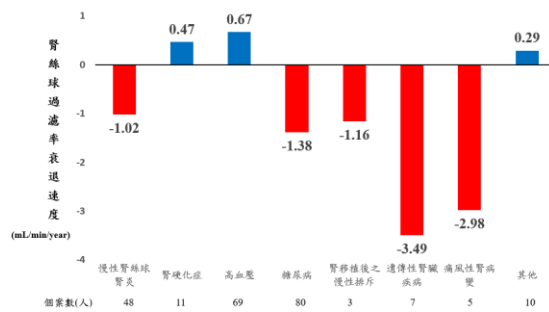
LinShin Medical Annual Report 2023

表二：各疾病個案之腎絲球過濾率衰退速度分析

	個案數 (人)	追蹤時間(年) (Mean±SD)	腎絲球過濾率衰退速度 (mL/min/year)	
			(Mean±SD)	(Median)
慢性腎絲球腎炎	48	3.40±2.31	-1.02±5.78	-0.9
腎硬化症	11	3.18±1.33	0.47±3.35	-0.09
高血壓	69	3.01±2.23	0.67±7.35	-0.10
糖尿病	80	3.55±2.11	-1.38±4.91	-0.64
腎移植後之慢性排斥	3	1.33±0.58	-1.16±7.27	-0.10
遺傳性腎臟疾病	7	3.86±3.39	-3.49±2.38	-3.67
痛風性腎病變	5	3.40±2.19	-2.98±8.03	-1.54
其他*	10	4.50±4.25	0.29±7.83	-0.38

*慢性腎間質性腎炎(臨床診斷未有病理切片者)、快速進行性腎絲球腎炎(臨床診斷未有病理切片者)、心臟病、其他系統性疾病引起之腎衰竭、腎結石、不明原因之腎衰竭

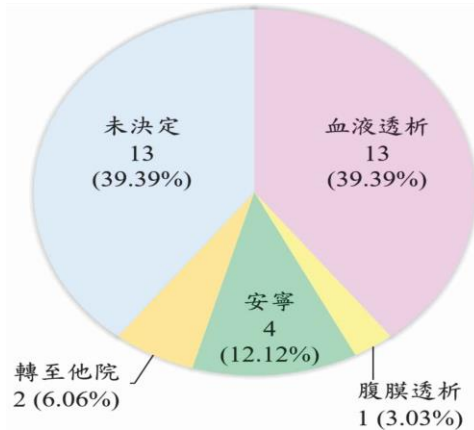
圖三：各疾病個案之腎絲球過濾率衰退速度



五、腎臟病替代療法之醫病共享 (SDM) 決策落實情形

照顧團隊自民國 112 年 1 月 1 日至民國 112 年 10 月 31 日，啟動 SDM 共 33 人，治療方式仍以血液透析佔比最高(圖四)。在照護團隊提供優質的照護及衛教指導與病友相互討論，並與主治醫師進行會談，滿意度呈現非常足夠及足夠為主(表三)。

圖四：SDM 決策情形



表三：SDM 滿意度分析資料

滿意度題目	選項	百分比
1.您覺得衛教的時間足夠嗎?	非常足夠	93.9%
	足夠	6.1%
	普通	0.0%
	不足夠	0.0%
	非常不足夠	0.0%
2.您對衛教的方式滿意嗎?	非常足夠	93.9%
	足夠	6.10%
	普通	0.0%
	不足夠	0.0%
	非常不足夠	0.0%
3.您對衛教內容瞭解嗎?	非常足夠	84.8%
	足夠	15.2%
	普通	0.0%
	不足夠	0.0%
	非常不足夠	0.0%
4.整體而言，您覺得衛教對您選擇末期腎衰竭治療模式是否有幫助?	非常足夠	90.9%
	足夠	9.1%
	普通	0.0%
	不足夠	0.0%
	非常不足夠	0.0%

腎臟病健康促進相關活動

民國 112 年 1 月 1 日至民國 112 年 10 月 31 日止，共辦理 1 場園遊會、3 場門診團體衛教及 1 場病友會。

112.3.5 園遊會



112.6.5 門診團衛



112.10.7 病友會



112.10.7 病友會



嬰幼兒按摩對於發展遲緩幼兒成效之案例分享

沈文婷¹ 吳毓萱

¹ 林新醫院 職能治療科

背景與目的

按摩(massage)在中國、印度、希臘、日本以及羅馬等古文化中都有用於治療的記載，而 1976 年薇蔓拉·馬可蘿(VimalaMacClure)成立國際嬰幼兒按摩協會(International Association of Infant Massage, IAIM)並推廣一套完整的嬰幼兒按摩(infant massage)手法，期望經由人類的手，讓嬰幼兒接受有目的、溫和、有節奏、有系統性(tactile)及運動(kinesthetic)的刺激，來達到生理及社會心理上的正向影響。

此套嬰幼兒按摩建議在 IAIM 認證的講師指導下由與嬰幼兒親近的照顧者進行，指導內容包含按摩情境佈置、按摩油選擇、如何覺察並回應孩子在按摩中所拋出的線索(如:眼神接觸、哭泣、說話、微笑)以及腿部、腳部、腹部、胸部、手臂、手部、臉部、背部以及舒緩運動等手法。

經由文獻搜尋，目前按摩對於發展遲緩幼兒的療效探討仍較缺乏，因此，本文目的便是分享如何利用嬰幼兒按摩作為發展遲緩幼兒介入方法，協助個案及其家長有更好的環境適應及互動狀況。

方法

本案例為一名 1 歲 8 個月診斷為發展遲緩的兒童，因對環境改變敏感，多以強烈哭鬧表達需求直至被滿足，對於環境探索慾望低，整體動作及認知發展皆落後於同齡，在治療室中不願離開媽媽的懷抱，媽媽亦不知如何回應孩子的情緒反應，在初期治療介入時，我們利用教導媽媽嬰幼兒按摩的方式進行，由治療師以娃娃示範動作，讓媽媽在較安靜的治療室替孩童進行按摩，於治療室的巧拼地面鋪上毛巾，將溫度保持在 28°C，過程中使用冷壓、無添加香味的植物油，並以 IAIM 所建議的手法進行，依序教導家長按摩下肢、腹部、胸部、上肢、背部、臉部等部位，此介入為一周一一次，每次 30 分鐘，持續 6 週，亦鼓勵媽媽在家中每天皆可使用此手法替孩子進行按摩。而後 6 週則由媽媽在個案接受職能治療前先替其施行按摩後再由治療師進行認知及動作訓練等介入。

結果

研究對象經過 12 週的嬰幼兒按摩介入之後，在職能治療室所觀察到的情緒穩定度、環境探索慾望皆有提升，對於其他治療性活動之接受度提高。藉由 PDMS-II 評估後動作發展商數(TMQ)亦由 22 增加至 30。

結論

根據文獻指出按摩治療可有效的促進發展遲緩兒童的認知、語言、動作等發展以及感覺處理問題，於此案例中亦對於穩定情緒、增加環境探索意願以及動作發展有正面效果，故面對情緒反應強烈且分離焦慮嚴重之個案在介入初期可嘗試使用在治療室教導家長嬰幼兒按摩手法之方式進行。由於按摩為一種安全性高、花費低且易學簡單的介入方法，也適合不擅與孩子互動的家長作為居家親子活動，進而強化親子連結及改善互動，並增進家長的親職勝任感、改善親職壓力。

參考資料

1. Mrljak, R., Arnsteg Danielsson, A., Hedov, G., & Garmy, P. (2022). Effects of Infant Massage: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(11), 6378.
2. Lu, W. P., Tsai, W. H., Lin, L. Y., Hong, R. B., & Hwang, Y. S. (2019). The Beneficial Effects of Massage on Motor Development and Sensory Processing in Young Children with Developmental Delay: A Randomized Control Trial Study. *Developmental neurorehabilitation*, 22(7), 487–495.
3. Day J. (2014). Benefits of infant massage. *The practising midwife*, 17(5), 18–21.
4. Lu, W. (2011). Effects of Massage Therapy on Infants and Toddlers with Developmental Delay.
5. Erçelik, Z. E., & Yılmaz, H. B. (2023). Effectiveness of infant massage on babies growth, mother-baby attachment and mothers' self-confidence: A randomized controlled trial. *Infant behavior & development*, 73, 101897.

巴西奴卡氏菌 *Nocardia brasiliensis*

軟組織感染之案例報告

許荻靈¹, 劉倩怡¹, 林書仔¹, 李丞平¹, 翁青筠²

林新醫療社團法人林新醫院, 檢驗科¹, 感染科²

A case of *Nocardia brasiliensis* skin and soft tissue infection

TI LING HSU¹, CHIEN YI LIU¹, SHU YU LIN¹, CHENG PING LI¹, CHING YUN WENG²

Department of laboratory¹, Division of infectious Diseases², Lin shin Medical Corporation Lin Shin Hospital

前言

巴西奴卡氏菌(*Nocardia brasiliensis*)是一種革蘭氏陽性分支桿菌、弱抗酸需氧菌,分類歸於 Actinomycetota,廣泛存在環境土壤、灰塵、水、腐爛的植物中,通常感染常見對象為免疫功能不全的病患,如 HIV、癌症、長期使用類固醇等,近期文獻發現免疫功能正常的病患,也會造成感染。最常見的感染部位是皮膚、肺部和中樞神經系統,因此會引起蜂窩性組織炎、皮下淋巴炎(沿淋巴腺向上延伸產生多個紅斑皮下結節)、支氣管肺炎、腦炎。臨床上此菌種生長緩慢,培養時間約 2~3 天才能看到極微小菌落,培養時間 5-7 天,菌落表面會出現皺褶(圖 1、圖 2),菌落會有泥土味。

案例描述

個案為一名 58 歲女性,在家修剪花草樹木時,不慎造成右下肢受傷,傷口出現紅腫熱痛症狀,至外科診所看診,有口服抗生素治療,但紅腫熱痛未改善,且右下肢紅腫熱痛加劇,範圍向上跳躍紅腫至右大腿及鼠蹊部,而前往急診室就醫,經評估為右腳蜂窩性組織炎,而收住院治療(圖 3)。入院時用藥: Gentamycin 及 Cefazolin,採檢傷口膿進行培養。膿培養 24 小時未發現菌落,48 小時再觀察, BAP 上出現極小的菌落, Gram stain 結果為分支狀 GPB (圖

4), Acid fast stain: Not found 排除結核菌屬的可能, modified Acid fast stain: 陽性(圖 5), 初步推斷為 *Nocardia spp.*, 以 BRUKER MALDI-TOF 進行鑑定, 鑑定結果為 *Nocardia brasiliensis*(分數為 2.11), 因此改以 Sulfamethoxazole-Trimethoprim 治療。

討論

Nocardia spp. 菌屬感染在臨床上並不常見,本院一年可分離 2-3 株,實驗室在傷口膿瘍、痰液、支氣管沖刷液、腦脊髓液及腦膿瘍等均有可能分離到 *Nocardia spp.*, 培養 48-72 小時,細心觀察任何微小的菌落,如有懷疑染色結果可提供實驗室鑑別的方向,加上質譜儀的鑑定,能快速診斷出菌種,提供臨床治療的方針。除了實驗室診斷外,臨床 TOCC 問診、病患過去病史,花草樹木土壤相關的生活習性,感染症狀、有無皮下淋巴炎,都有助用臨床醫師診斷,提供用藥參考。

案例照片

圖 1 *Nocardia brasiliensis* 菌落生長情形(on CHO)

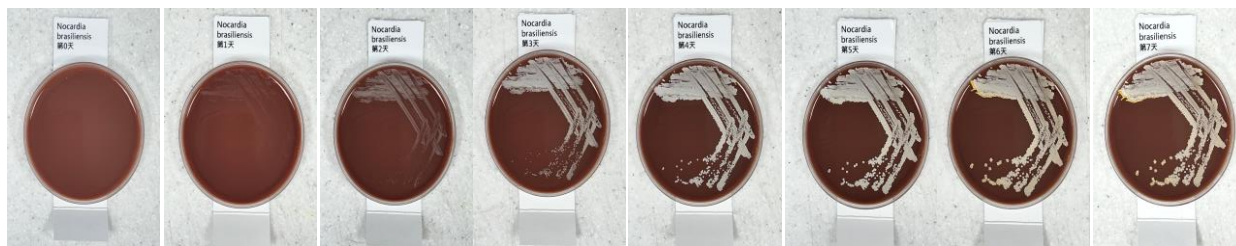


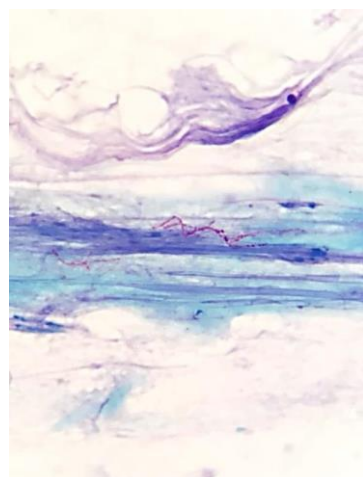
圖 2 菌落特徵(on CHO)

圖 3 患者傷口照片

圖 4 Gram stain



圖 5 modified Acid fast stain



尿化學試紙 ACR/PCR 項目在健檢及門診單位之

篩檢統計及效能評估

李孟鳳，陳筱茜，林冠呈，李宜蓁

目的

根據 2019 年健保署之全民健康保險統計動向資料顯示，108 年門診重大傷病醫療費用當中，慢性腎衰竭須定期透析費用為 497 億點占比 41.3% 排名第一¹。此外根據 2015 台灣慢性腎臟病臨床診療指引，建議在隨機尿液樣本的臨床檢測中，應包括微量白蛋白/肌酸酐比值 (urine albumin-creatinine ratio, UACR) 及尿蛋白 / 肌酸酐比值 (urine protein-creatinine ratio, UPCR)²。

健保署推動之初期慢性腎臟病醫療給付改善方案 (Early-CKD)，亦將 UACR>30mg/gm 或 UPCR>150mg/gm 列為收案條件之一³。除了生化分析儀之外，新型尿液試紙亦可提供 UACR、UPCR 之半定量報告⁴⁻⁵。

本研究利用 SYSMEX UC-3500 新型尿液試紙 (Meditape UC-11A) 之報告結果進行下列兩項評估：(1) 尿化學試紙 UACR/UPCR 項目在健檢及非健檢單位之報告統計評估其篩檢效能 (2) 尿化學試紙 UACR 報告與生化法檢測 ACR 報告之一致性分析，評估其篩檢微量白蛋白尿之效能。

實驗設計及收案對象

110 年於林新醫院檢驗科收集同時有尿化學試紙 PRO，UPCR、UACR 報告之尿液報告。篩選出尿化學試紙 PRO 報告正常 (PRO=陰性~微量) 但 UPCR 報告異常 (UPCR>=1 價, UPCR>150mg/gm 或 UACR>=1 價, UACR>30mg/gm) 之檢體報告，進行進一步統計分析。分別針

對健檢單位/門診單位統計上述條件之分析結果，並探討 UPCR、UACR 在不同單位及科室之篩檢效能。此外，針對上述收集統計之尿化學試紙報告，利用生化儀器分析 UACR 定量報告與尿化學試紙報告進行相關性分析，探討尿化學試紙 UACR 報告與生化法檢測 UACR 報告之一致性。

結果

1. UPCR、UACR 於健檢單位之分析

【UPCR 分析】：篩選 PRO=陰性~微量但 UPCR>=1 價 (UPCR>150mg/gm) 之檢體結果 (見圖一)。在 PRO=陰性~微量之 2499 支檢體中，UPCR>=1 價之比例為 61 支 (占比為 2.4%)

【UACR 分析】：篩選 PRO=陰性~微量但 UACR>=1+ (UACR>30mg/gm) 之檢體結果 (見圖二)。在 PRO=陰性~微量之 2499 支檢體中，UACR>=1 價之比例為 201 支 (占比為 8.0%)

2. UPCR、UACR 於門診單位之分析

【UPCR 分析】：篩選 PRO=陰性~微量但 UPCR>=1 價 (UPCR>150mg/gm) 之檢體結果 (見圖三)：在 PRO=陰性~微量之 5641 支檢體中，UPCR>=1 價之比例為 746 支 (占比為 13.2%)

【UACR 分析】：篩選 PRO=陰性~微量但 UACR>=1 價 (UACR>30mg/gm) 之檢體結果 (見圖四)：在 PRO=陰性~微量之 5641 支檢體中，UACR>=1 價之比例為 1484 支 (占比為 26.3%)

LinShin Medical Annual Report 2023

3. UACR 於不同科室之篩檢效能分析
篩選 PRO=陰性~微量但 UACR \geq 1 價
(UACR $>$ 30mg/gm)於不同科室之統計，
排名前 10 之科室結果(見圖五)。前 5 名
科室分別為門診泌尿外科(26.6%)、急診
內科(21.2%)、門診婦產科(17.1%)、門診
腎臟內科(10.4%)、門診肝膽腸胃科
(3.4%)。

4. 尿化學試紙法與生化法檢測 UACR
報告之一致性分析
尿化學試紙法與生化法兩方法學 UACR
報告以 \pm 1 Rank 視為吻合之一致性分析

結果(見圖六)。兩方法學 UACR 報告之
吻合率為 100.0%

結論

根據分析結果顯示，在 PRO=陰性~
微量之報告中，均可篩檢出 UPCR、
UACR 報告超過正常值之狀況，且門診
單位之異常比例高於健檢單位。此外，
尿化學試紙 UACR 報告與生化法檢測
UACR 報告之一致性相當高。實驗室針
對尿化學分析若能提供 UPCR 或 UACR
報告，以期早期發現慢性腎臟病之高危
險群，積極治療與介入。

LinShin Medical Annual Report 2023

圖一、UPCR於健檢單位之篩檢效能分析

計數 - UCPC3 欄標籤						計數 - UCPC3 欄標籤					
列標籤	Dilute	<150	150-500	>500	總計	列標籤	Dilute	<150	150-500	>500	總計
Neg	144	2183			2327	Neg	5.6%	84.8%	0.0%	0.0%	90.4%
+/-		111	61		172	+/-	0.0%	4.3%	2.4%	0.0%	6.7%
1+		8	44	8	60	1+	0.0%	0.3%	1.7%	0.3%	2.3%
2+			1	12	13	2+	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.5%
3+				3	3	3+	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%
總計	144	2302	106	23	2575	總計	5.6%	89.4%	4.1%	0.9%	100.0%

圖二、UACR於健檢單位之篩檢效能分析

計數 - UCAC3 欄標籤						計數 - UCAC3 欄標籤					
列標籤	Dilute	<30	30-300	>300	總計	列標籤	Dilute	<30	30-300	>300	總計
Neg	143	2069	114	1	2327	Neg	5.6%	80.3%	4.4%	0.0%	90.4%
+/-		86	86		172	+/-	0.0%	3.3%	3.3%	0.0%	6.7%
1+		5	44	11	60	1+	0.0%	0.2%	1.7%	0.4%	2.3%
2+			7	6	13	2+	0.0%	0.0%	0.3%	0.2%	0.5%
3+				3	3	3+	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%
總計	143	2160	251	21	2575	總計	5.6%	83.9%	9.7%	0.8%	100.0%

圖三、UPCR於門診單位之篩檢效能分析

計數 - UCPC3 欄標籤						計數 - UCPC3 欄標籤					
列標籤	Dilute	<150	150-500	>500	總計	列標籤	Dilute	<150	150-500	>500	總計
Neg	1412	3338			4750	Neg	19.5%	46.0%	0.0%	0.0%	65.5%
+/-		145	607	139	891	+/-	0.0%	2.0%	8.4%	1.9%	12.3%
1+		11	376	475	862	1+	0.0%	0.2%	5.2%	6.6%	11.9%
2+			6	602	608	2+	0.0%	0.0%	0.1%	8.3%	8.4%
3+				125	125	3+	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%	1.7%
4+				14	14	4+	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.2%
總計	1412	3494	989	1355	7250	總計	19.5%	48.2%	13.6%	18.7%	100.0%

圖四、UACR於門診單位之篩檢效能分析

計數 - UCAC3 欄標籤						計數 - UCAC3 欄標籤					
列標籤	Dilute	<30	30-300	>300	總計	列標籤	Dilute	<30	30-300	>300	總計
Neg	1287	2778	560	125	4750	Neg	17.8%	38.3%	7.7%	1.7%	65.5%
+/-		92	656	143	891	+/-	0.0%	1.3%	9.0%	2.0%	12.3%
1+		4	381	477	862	1+	0.0%	0.1%	5.3%	6.6%	11.9%
2+			59	549	608	2+	0.0%	0.0%	0.8%	7.6%	8.4%
3+			10	115	125	3+	0.0%	0.0%	0.1%	1.6%	1.7%
4+				14	14	4+	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%	0.2%
總計	1287	2874	1666	1423	7250	總計	17.8%	39.6%	23.0%	19.6%	100.0%

LinShin Medical Annual Report 2023

圖五、篩選PRO=陰性~微量 但UACR>=1價(UACR>30mg/gm)於不同科室之統計

計數 - 科別 列標籤	欄標			計數 - 科別 列標籤	欄標		
	Neg	+/-	總計		Neg	+/-	總計
門診泌尿外科	200	195	395	門診泌尿外科	13.5%	13.1%	26.6%
急診急診內科	128	187	315	急診急診內科	8.6%	12.6%	21.2%
門診婦產科	120	134	254	門診婦產科	8.1%	9.0%	17.1%
門診腎臟內科	69	85	154	門診腎臟內科	4.6%	5.7%	10.4%
門診胃腸肝膽科	28	23	51	門診胃腸肝膽科	1.9%	1.5%	3.4%
門診心臟血管科	26	21	47	門診心臟血管科	1.8%	1.4%	3.2%
住院胸腔內科	11	22	33	住院胸腔內科	0.7%	1.5%	2.2%
住院婦產科	10	16	26	住院婦產科	0.7%	1.1%	1.8%
住院小兒科	11	12	23	住院小兒科	0.7%	0.8%	1.5%
門診小兒科	14	6	20	門診小兒科	0.9%	0.4%	1.3%

圖六、尿化學試紙法與生化法檢測UACR報告之一致性分析

A/C	尿生化分析			總計
	<30	30-300	≥300	
UC-3500	Dilute			0
	normal	20		20
	1+	3	4	7
	2+		1	2
總計	23	5	2	30

±1 Rank吻合率 100.0%

審核 判讀

■合格 □不合格

Very high agreement

LinShin Medical Annual Report 2023

參考資料

1. 全民健康保險統計動向-2019年
(<https://www.nhi.gov.tw/ch/dl-16545-66cda85fc6b440bab742baa538efc807-1.pdf>)
2. 2015台灣慢性腎臟病臨床診療指引
(<https://www.tsn.org.tw/archive/20210906/0eacf2b1-c5e0-4a56-aaa3-33032a382d43/0eacf2b1-c5e0-4a56-aaa3-33032a382d43.pdf>)
3. 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案 (Early-CKD)
(<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-5948-c0861-2827-1.html>)
4. Delanghe, J. R., Himpe, J., De Cock, N., Delanghe, S., De Herde, K., Stove, V., & Speeckaert, M. M. (2017). Sensitive albuminuria analysis using dye-binding based test strips. *Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry*, 471, 107–112.
5. Salinas, M., López-Garrigós, M., Flores, E., Lugo, J., Leiva-Salinas, C., & PRIMary Care-LABoratory (PRIMLAB) working group (2018). Urinary albumin strip assay as a screening test to replace quantitative technology in certain conditions. *Clinical chemistry and laboratory medicine*, 57(2), 204–209.