彰化縣醫師公會醫師繼續教育課程

一、時間：**110**年**5**月**30**日（星期日）13：30～18：00

二、地點：彰化縣農會14樓會議室(彰化市中山路二段349號)

三、指導單位：彰化縣衛生局

四、協辦單位：彰化縣防癌協會

五、課 程 表：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 時 間 | 內 容 | 主 持 人 ／ 講 師 |
| 13:30～13:55 | 報 到 |  |
| 13:55～14:00 | 致 詞 | 彰化縣醫師公會連哲震理事長主持人：林峯文醫師 |
| 14:00～15:00 | 疝氣手術的新發展 | 彰基體系 外科部主任張宏基醫師 |
| 15:00～16:00 | 淺談嬰幼兒與益生菌 | 彰濱秀傳紀念醫院小兒科張日錦醫師 |
| 16:00～17:00 | 肺癌新進展 | 衛生福利部彰化醫院急重症部 林澤宏部長 |
| 17:00～18:00 | 精神疾病的照護轉介 | 吳潮聰精神科診所院長吳潮聰醫師 |

|  |
| --- |
| ※下次演講時間預告：110年7月18日（星期日）14：00彰化縣農會  |

張宏基醫師學經歷

學歷：

中山醫學大學醫學研究所碩士班畢業2006/9~2009/1

私立中國醫藥學院中醫系畢業1980/9~1987/6

經歷:

彰化基督教醫院 一般外科主治醫師 1992/7~1996/6

彰化基督教醫院 一般外科主任 1996/7~2003/6

南基醫院 院長 2003/7~2005/6

現職：

彰基體系 外科部主任

中華民國消化系外科醫學會理事(現任)

中華民國內視鏡外科醫學會理事(現任)

台灣疝氣醫學會理事(現任)

專長：

乳房腫瘤

腹腔鏡手術

週邊血管外科

腫瘤外科

甲狀腺外科

胃腸肝膽胰外科手術

疝氣手術的新發展

History of Hernia Repair(Non-surgical)

The anatomy of the groin

History

Edoardo Bassini

Dr. Bassini, Italy - 1887

In 1950 E. Shouldice

performed the

hernioplasty which

bears his name

Tissue repair-Tension Hernia Repair

Key Benefits

Inexpensive

Ideal for contaminated case

Does not require general anesthesia

Disadvantages

Most painful technique

Highest risk of recurrence (10-25%)

Nerve injuries are possible

Analgesia requirements

limitation of daily activities

Longer duration of absence from work have been reported

Lichtenstein repair

Advantage:

 very low learning curve, local anesthesia.

3,019 repairs from 5 sites have demonstrated a 0.5% recurrence rate and an overall 0.6% infection rate.

History of Hernia Repair
(Mesh repair)

In 1958, Usher- hernia repair using Marlex mesh

 the benefit was that it was a “tension eliminating” repair

In 1986, Lichtenstein repair is considered the “gold standard” against other repairs

Gilbert umbrella plug- inverting the hernia sac and plugging the defect with a prosthetic mesh

Rutkow and Robbins- refined the Gilber umbrella plug with the addition of onlay patch over the triangle of Hesselbach

Kugel patch- bilayer of polypropylene patch

Prolene Hernia System (PHS)- “3-in-1” repair (underlay patch, an overlay patch, and an intervening connector)

Laparoscopic inguinal herniorrhaphy- Ger, Shultz et al, Corbitt, and Filipi et al.

History review

Concept from Stoppa(GPPVS in 1975)

Lichtenstein(Tension free repair in 1984)

Trans-abdominal preperitoneal approach (TAPP): Arregui in 1992

Totally extraperitoneal approach(TEP): Mckernan and Laws in 1993

Plug and patch (Schultz, 1994) : bowel obstruction and high recurrence

TAPP

Through intraabdominal space

TAPP

Peritoneal incision (window) should be closed

TEP Herniorhraphy

Indication for Lap surgery

Contraindication for Lap

Trend

Complication of Groin Hernia Repair

Mesh Contraindications

Applications in infants or children, whereby future growth will be compromised by use of such mesh material

Placement in sites where infection exists

張日錦醫師學經歷

學歷：

高雄醫學大學醫學系畢業

中山醫學大學醫學研究所碩士

現任：

彰濱秀傳紀念醫院小兒科主治醫師

經歷：

台中榮總埔里分院 小兒科主治醫師

台中榮總兒童醫學部 新生兒科研究醫師

台中榮總兒童醫學部 住院醫師

台灣新生兒科專科醫師

中華民國兒科專科醫師

題目：淺談嬰幼兒與益生菌

摘要：

A.談益生菌：益生菌定義、分類、功效

B.嬰幼兒與益生菌：特殊族群用益生菌

C.使用益生菌注意事項

林澤宏醫師學經歷

學歷：陽明大學醫學系

 中山醫學大學醫務管理系碩士

現任：衛生福利部彰化醫院急重症部部長

經歷：台灣大學附設醫院胸腔內科研究醫師

 衛生福利部彰化醫院胸腔內科主治醫師

 衛生福利部彰化醫院急重症部部長

題目：肺癌新進展

 台灣地區的肺癌死亡率在四十年來增加近12倍，是國人最重要的癌症。吸菸是肺癌最重要的危險因子，二手菸暴露也被證實為肺癌之危險因子。職業及居家之氡氣暴露及其他化學致癌物如:石綿、砷、多環芳香的暴露，以及遺傳之易罹癌 性如疾病史、代謝異質性、DNA修復基因的變異，營養攝取不足也是重要的致 病因子。不吸菸率的女性之肺癌危險因子包括烹調油煙、二手菸、遺傳之易罹癌性、性荷爾蒙。肺癌是好發且預後差的癌症，預防之道首重禁菸和戒菸，早期發現癌症也是防治肺癌的新方向。

 肺癌是高度惡性的癌症，大部分的人被發現時都已經是末期，死亡率很高。過去發展的肺癌篩檢方法，例如：胸部X光加上痰液檢查，並不能降低肺癌病人的死亡率。低劑量電腦斷層掃描是新發展的肺癌篩檢工具，它針對容易罹患肺癌的抽菸高風險族群，能降低肺癌的死亡率20%，降低所有死因的死亡率7%。但篩檢的過程中會衍生肺結節的肺癌假陽性過高、長期追蹤的輻射暴露、過度診斷的問題出來。

 晚期肺腺癌病患透過基因檢測找出EGFR、 ALK、 ROS1、BRAF等基因突變，其中EGFR基因突變治療上已有第三代標靶藥物，國外臨床研究證實，第一線治療採用第一、二代標靶藥物，疾病無惡化存活時間約10至12個月，而使用第三代標靶藥物的疾病無惡化存活期可達18個月。如果沒有基因突變，檢測PDL-1來考慮是否可以用免疫療法、化療或合併療法。第一線用藥的選擇關乎病患的預後，朝向個人化醫療，在標靶藥物、免疫療法陸續問世後，晚期肺癌的第一線用藥，會針對治療反應率、疾病控制率及藥物副作用等考量，來進行選擇。

吳潮聰醫師學經歷

學歷：高雄醫學院 民國64年6月畢業

現職：吳潮聰精神科診所院長

經歷：草屯療養院 副院長

 倫敦大學聖喬治醫院 精神科醫師

 彰化基督教醫院精神科 主任

 台大醫院 兼任主治醫師

精神疾病的照護轉介

照顧「精神疾病」的人是誰？

§何謂「精神病」

　　各種不同病因造成腦功能的急性慢性障礙，使得患者在知覺、思想、情緒、言語、行為等各方面出現明顯異常造成整體功能大幅下降。

這類病人通常沒有病識感而排斥就醫，其臨床表現已超出一般人的經驗所能理解，所造成的心理社會各方面的功能損害也更嚴重。

　　依照病因及症狀之不同，精神病可以大致分為「功能性精神病」及「器質性精神病」。前者的腦部並沒有明顯的結構性異常，但腦功能已出現障礙，後者的腦部已有結構性病變，可能是因為身體其他疾病已明顯影響腦功能，或因物質使用或臨床藥物影響腦部運作。

§何謂「精神官能症」

　　精神官能症是憂鬱症、焦慮症、恐慌症、強迫症、畏懼症、厭食(暴食)症等的統稱，俗稱「自律神經失調」，病因夾雜了先天體質腦細胞功能的脆弱與「後天生活環境的社會心理因素」。一般來說這類病人都具有強烈的不安與緊張，而且嚴重到引發自律神經失調。

　　這類病人有病識感，人格完整，現實感仍好，通常被稱為「精神衰弱」或「腦神經衰弱」。

精神衛生條法

◎３２條

◎警察機關或消防機關於執行職務時，發現病人或有第三條第一款所定狀態之人有傷害他人或自己或有傷害之虞者，應通隻當地主管機關，並視需要要求協助處理或共同處理；除法律另有規定外，應即護送前往就近適當醫療機構就醫。

社會秩序維護法

◎72條

◎有左列各款行為之一者，處新臺幣六千元以下罰鍰：

　一、於公共場所或公眾得出入之場所，酗酒滋事、謾罵喧鬧、不聽禁止者。

　二、無正當理由，擅吹警笛或擅發其他警號者。

　三、警察職權行使法

◎１９條

◎警察對於有下列情形之一者，得為管束：

　一、瘋狂或酒醉，非管束不能救護其生命、身體之危險，或預防他人生命、身

 體之危險。

　二、意圖自殺，非管束不能救護其生命。

　三、暴行或鬥毆，非管束不能預防其傷害。

　四、其他認為必須救護或有害公共安全之虞，非管束不能救護或不能預防危害

 。警察為前項管束，應於危險或危害結束時終止管束，管束時間最長不得

 逾二十四小時；並應即時以適當方法通知或交由其家屬或其他關係人，或

 適當之機關(構)或人員保護。

 警察依第一項規定為管束時，得檢查受管束人之身體及所攜帶之物

§罹患精神疾病之照護

　　雖然近年來政府及學術單位一直推動精神疾病去污名化，但社會上仍有許多民眾對精神疾病不太了解，而產生誤會與偏見，以致讓精神疾病患者受到了歧視與排斥，使這群病友之人生之路坎坷起伏，重返社區之路備加艱辛。

　　由於藥物及各種生理治療之突飛猛進，精神疾病為一種「腦部病變」已然確立，所以罹患精神疾病應該接受規律、持續的藥物治療。此外，精神疾病之照護與轉介也無法揚棄心理、社會因素，讓病人回歸社區或在社區復健已是重要的趨勢。也應該享有生活在社區中的權利及被平等對待。至於精神官能症的患者更需要體認「精神官能症」並不可恥，應該面對現實，趕緊接受診斷和治療。

幾位專家委員的討論，歸納目前台灣精神病人社區化照護有六大困境：

(1) 由醫院到社區之間的照護沒有連續性，缺乏個案管理平台，衛政、勞政、社政

 各種資源整合不足。

(2) 社區復建機構照護品質需加強，健保給付、評鑑條文須重新修定，避免社區復

 健機構的再機構化。

(3) 現行社區化照護仍非以病人與家庭需求為中心，在賦權增能、鼓勵自主及家庭

 支持上仍是不足。

(4) 污名化誤解仍然存在，使得精神病人抗拒與不敢就醫，而穩定者仍無法被社區

 或雇主友善接納。

(5) 家屬仍承受長期照顧精神病患責任與負擔,無法得到完整社會支持與資源協助

 。

(6) 身心障礙鑑定與需求評估並未完整落實，無法與後續需求與福利資源銜接。

社區疑似精神病人滋擾問題

社區精神病患常見問題