

目 錄

理事長的話..... 2

重症醫療交流園地

- 彰化基督教醫院內科部重症醫學部簡介..... 3

- 血糖監測專題簡要..... 5

聯甄課程通知..... 9

理事長的話

親愛的會員您好，

重症會訊自民國 88 年初刊時以課程宣傳及各項規則公告為主，並在 93 年與國際同步取得授權引進 ICM (Intensive Care Monitor) 雙月刊的最新實證文獻服務會員。

自今年起，會訊將增加台灣各醫學中心重症團隊的簡介，介紹各大醫院重症醫療現況，每期將以一個專題作摘要式新知報導，提供會員資訊參考。

經理監事會議決議，改版後的第一期會訊仍以紙本寄送，並自下一期開始全面改為電子會訊，學會將以電子報型式通知您最新一期會訊內容，您可自學會網站直接觀看或下載各期會訊。

今年民國一百年年會適逢與亞洲靜脈與腸道營養醫學會大會 (PENSA) 共同舉辦學術研討會，再次感謝學術主委居中協調規劃及各位理監事、會員的鼎力協助，始能順利圓滿籌辦，本會將持續加強國際參與及兩岸互動，並藉由交流將臺灣經驗帶至國際，請各位會員一起為臺灣重症醫療努力。

最後，再次通知您，專科醫師尚未辦理換發聯甄證書的會員，學分計算期限只到今年 12 月 31 日止。學會已再加辦聯甄課程以符合會員需求，敬請把握時間累積學分。

歡迎會員 您任何寶貴的意見，敬請不吝賜教。

理事長  敬啓

2011.10

彰基內科部重症醫學科簡介

國內加護病房最早於民國 56 年（1967）由羅慧夫醫師成立於馬偕醫院。本院加護病房設立也很早，民國 58 年（1969）即開始籌設重症患者中心於中華院區。民國 62 年 9 月成人加護病房正式啓用為綜合性加護病房共 7 床。民國 71 年 2 月（1982）澳籍重症醫學專家陶阿倫醫生來院服務，主持重症醫學科暨相關業務。因內科病患需求增加，於民國 75 年 7 月另成立內科加護病房於中華院區，直屬內科部。民國 81 年 11 月隨院區遷移，加護病房亦由中華院區移至南郭院區一期 3 樓並成立新的外科加護病房，由重症醫學科陶阿倫醫師統一管理。因應重症床位嚴重不足，於民國 85 年 8 月另成立呼吸加護病房 7 床於一期 7 樓。民國 85 年起因應加護病房分級評鑑專責醫師暨空間規劃要求，內科加護病房和呼吸加護病房轉為內科部管理，內科加護病房並調整為符合甲級標準的 18 床。民國 87 年三期擴建完成後，呼吸加護病房遷移至緊臨胸腔內科病房的三期 7 樓並擴為 12 床。隨著重症床位需求急遽增加，93 年起歸劃九樓為加護病房專區。民國 93 年 1 月 2 日內科加護病房由一期 3 樓遷至一期九樓，並由 18 床擴增為 24 床（含 6 床為神經內科重症床位）。同期呼吸加護病房由三期 7 樓移至二期 9 樓擴為 17 床。民國 94 年 3 月一期九樓擴充為加護病房專區規劃完成，原規劃的 40 床空間因法規問題重新分割。其中 10 床規劃成神經內科加護病房，其餘空間為內科加護病房。於民國 96 年 2 月 16 日改為第一內科加護病房，因護理人力培訓先開 26 床，97 年 2 月增為 28 床，97 年 12 月開滿 29 床（第 30 床因空間不足為保留床）。96 年 2 月呼吸加護病房再由二期 9 樓遷移至一期 3 樓與原緊鄰心導管室的心臟加護病房合併為第二內科加護病房共 26 床，原址規劃為第二呼吸照護中心。至此內科系加護病房的遷移擴建暫告一段落。

為強化重症醫療的專業性及建立特色醫療，在前醫療副院長張正雄醫師支持下，整合所有內科系重症資源，於九十五年七月本科正式成立，名為內科部重症醫學科為內科部次專科之一，期望成為中部主要重症醫療中心。為避免混淆，原重症醫學科更名為外科部重症醫學科。本科成立初期成員主要來自原隸屬於胸腔內科專司重症醫療的主治醫師，其後陸續有完成重症醫療訓練的其他次專科同好加入，期望更多或有興趣的年輕同好加入。

目前本科負責業務範圍包括第一內科加護病房二十九床，第二內科加護病房（原呼吸加護病房和心臟加護病房）二十六床，暨神經內科加護病房十床共六十五床。編制共有八位主治醫師規劃來自於合理的工時（每月 180 小時），合理的工作量（每位主治醫師最多十床），完備的照護品質（不論假日與否，每天有主治醫師查房）。現有八位主治醫師，皆為重症專科醫師。另外有胸內、感染、神內、麻醉、及急診專長。另有醫療人力為三位研究醫師、一位總醫師、九位專科護理師。本科薪資結構的設定為避免業務導向，影響醫療品質，採用固定薪制。讓單位同仁無後顧之憂，全心全意為醫療品質的提升而努力。未來將陸續支援體系加護病房，朝整合並提升彰基體系重症品質，提供彰雲投二百六十萬鄉民最佳最便利的重症醫療服務。

林楷煌

民國 100 年 5 月 18 日

彰化基督教醫院內科部重症醫學部

項 目		
重症加護病房床數	第一內科加護病房	29
	第二內科加護病房 (CCU+RCU)	26
	神經內科加護病房	10
	總計	65
人力編制	專責/專任重症專科醫師	8
	研究醫師	3
	總醫師	1
	專科護理師	9
	總計	21

Activated Protein C Use in a Medical Center ICU

蕭瑤娟

彰基內科部重症醫學科主治醫師

Background: The purpose of this study was to review cases of severe septic patients who received activated protein C (APC) therapy in a tertiary medical center in Taiwan, and to search the possible predictors for APC treatment failure.

Patients and Methods: In a 55-beds medical ICU, from January 1, 2006 to December 31, 2010, 36 patients with severe sepsis and received activated protein C therapy were included in this study. The following data were recorded: demographics, clinical diagnosis and septic pathogen, severity score, laboratory findings, treatment method, and outcome.

Results and Conclusions: The study population consisted of 24 survival and 12 non-survival patients, and the overall survival rate was 24/36 (66.67%). There were no significant difference between survival or non-survival in age, underlying comorbidity, diagnosis, APACHE II, SOFA score, initial blood pressure, the ratio of arterial oxygen pressure over inspired oxygen (PaO_2/FiO_2), renal function or liver function laboratory data. In the univariate analysis, male seems had high mortality risk than female but no significant statistically difference ($OR= 5.500$, $p= 0.132$). About micro-organism pathogen, in univariate analysis, it seems had high mortality risk if patients with *Klebsiella pneumoniae* sepsis (compared to without *Klebsiella pneumoniae* infection, $OR=11.000$, $p=0.011$), but no significant in multivariate analysis. There was no significant difference between survival or non-survival in coagulation status, except platelet counts ($p=0.032$), which also showed no difference after logistic regression analysis ($OR=1.000$, $p=0.054$). In the multivariate analysis, the “complete 96 hrs APC treatment course” was the only one independent factors ($OR=25.215$, $p=0.009$). In survival group, the hospital surviving day, length of ICU stay and ventilator using day were all significantly longer than mortality group ($p<0.001$). Only four bleeding events (11.1%) were recorded, and all events were minor and easy controlled.

加護病房的血糖監測

林世鐸

彰基內分泌暨新陳代謝科主治醫師

加護病房裡積極的血糖控制對於病人的預後是有幫助的，但血糖控制的目標卻一直是個爭議的問題。從各個研究發現，當使用積極的胰島素治療把血糖值控制在較理想的範圍時，卻同時會發生較多的低血糖及嚴重的血糖值波動，而這兩者對病人的預後皆有不良的影響。因此如何在降低血糖值同時，兼顧安全性與方便性，是仍須努力的方向。在積極的血糖管控中，血糖監測是非常重要的環，從血液的來源，如動脈血、靜脈血或微血管血，測定血糖值的儀器或採用血漿血糖值或全血血糖值等，都會有不同的血糖值結果，進而影響臨床醫師的判斷，造成低血糖事件或劇烈血糖的波動。增加血糖監測的頻率，或許可降低這類事件的發生，但卻須要大量的護理人力，增加人事費用的支出。現今加護病房的血糖監測，大都利用指尖作間歇式的採血，除了準確度的問題外，也無法知悉一連串的血糖變化，無法預測或回顧血糖值變化，作為當下胰島素注射劑量的參考。若某個案的身上同時裝置有連續型血糖監測儀器，不但得知當下的血糖值高低，還可清楚看出過去幾小時來的血糖值變化，併預測將來的血糖趨勢，協助臨床醫護人員對於胰島素劑量作更精確的調整。這類的連續型血糖監測儀器，須把血糖感應器打入皮下組織方能作用，屬於半侵入性裝置，目前只被核准使用於非住院的病人，在加護病房中的使用，因其準確度及種種的干擾因素，尚未正式使用於病人身上。雖然如此，因其在血糖監控方面的優越性及必要性，仍有許多侵入性或非侵入性的血糖監測儀器不斷的在開發，如果準確度能夠提升至可接受範圍，再配合電腦軟體提供胰島素的須要量，未來將會成為加護病房中，血糖值管控的主流治療方式。

重症病患的血糖控制

王竹賢

彰基內科部重症醫學科主治醫師

住入加護病房的重症病患，不論原來是否有糖尿病，常因疾病狀況與身體機制產生高血糖情況，此稱為壓力性高血糖。臨床觀察研究發現重症病患不論病因為何，只要高血糖發生就會增加死亡率，且血糖平均值愈高死亡率愈大¹。另一臨床觀察研究更發現非糖尿病重症病患發生壓力性高血糖時，死亡率會明顯增加。而原有糖尿病患發生重症時，出現血糖偏高時反而死亡率並無增加²。由此兩研究發現重症病患發生壓力性高血糖時需積極控制血糖。如原沒有糖尿病病史發生壓力性高血糖時，負面影響更大更需積極控制。

壓力性高血糖會增加死亡率原因除重症疾病本身影響外，高血糖症本身會影響體液電解質平衡、器官血流灌注、噬中性白血球功能異常、血管內皮細胞功能異常、補體功能被抑制、細胞粒線體受損與過氧化物形成壓力傷害³。

西元 2000 在比利時的一個外科 ICU 進行的臨床試驗⁴，對術後使用呼吸器的病患用連續性胰島素灌注來嚴格控制血糖 (80-110 mg/dl)。結果發現，比起對照組 (180-200 mg/dl)，嚴格控制血糖可減少病患死亡率。之後，原比利時團隊再以內科加護病房的病患為對象重複其研究⁵，結果顯示實驗組在呼吸器使用時間、加護病房居留時間與住院時間分析均顯示有意義的改善，但在死亡率並無有意義之差別。雖然在亞族群分析之後，可以顯示在加護病房停留 3 天以上的病患，實驗組的死亡率是有意義的改善。根據此研究結果，對內科加護病房的病患嚴格控制血糖 (80-110 mg/dl) 仍是正向有益的，死亡率在嚴格控制血糖組是較低的，雖然沒達到統計上的意義差別。如果病患在加護病房活過 3 天的情形，嚴格控制血糖 (80-110 mg/dl) 死亡率是有意義改善的。

自西元 2000 後，發現嚴格控制血糖 (80-110 mg/dl) 可能減少重症病患死亡率。世界各地進行了眾多類似的研究，但死亡率幾乎都無法達到統計上的意義差別，反倒是嚴格控制血糖 (80-110 mg/dl) 發生低血糖得機會明顯較多。

西元 2004 至 2008，一個紐澳加跨國研究團隊 (NICE-SUGAR Study) 進行大規模研究⁶，針對內外科加護病房的病患用連續性胰島素灌注來嚴格控制血糖 (81-108 mg/dl)。結果發現，比起對照組 (< 180 mg/dl)，嚴格控制血糖會增加病患死亡率與發生低血糖的機會。此研究組病患血糖平均值是 107 mg/dl，對照組病患血糖平均值是 142 mg/dl。由於此研究規模龐大，此結果也大大影響之後的統合分析研究 (meta-analysis)^{7,8}。這些統合分析顯示嚴格控制血糖 (80-110 mg/dl) 不會減少重症病患死亡率，但發生低血糖的機會明顯較多。但針對外科加護病房的病患，嚴格控制血糖 (80-110 mg/dl) 是會減少死亡率。

考量眾多研究結果，敗血症生存教戰守則 (Surviving Sepsis Campaign Guide-

line) 西元 2010 建議血糖控制目標 (< 150 mg/dl)。血糖控制 (< 150 mg/dl) 應是臨床醫護人員可接受的目標，但實際臨床狀況要控制重症病患血糖並不容易，一來是病人本身病情發展與治療使病情本就時時變化，會明顯影響血糖變化，自然使的胰島素劑量也應時時調整，血糖也要密切監測。以目前國內情形重症病人血糖控制困境有：(1) 醫護人員未能深切體認血糖控制的重要性，放任病人血糖 150-300 mg/dl，當作是病情評估監測指標；(2) 醫護人員認為重症病人血糖高是壓力性高血糖是正常的身體保護機制，所以不需積極控制血糖。尤其當病人原來沒有糖尿病史時，醫護人員常會很猶豫給病人胰島素。殊不知病人沒糖尿病史，當血糖高時更需積極控制血糖；(3) 測血糖次數多增加護理人員工作負擔，如是針扎手指用血糖機測血糖，一天扎十多次，如病人意識清醒可能也會拒絕；(4) 目前國內並無公認適合國人的血糖胰島素調整規範積極控制重症病人血糖，各醫院各醫師自求良方，如果此胰島素血糖間調整設計不好，縱使積極測血糖也無法理想控制血糖，最後可能放棄回歸原樣（消極控制）；(5) 健保核刪，一天測十多次血糖，雖然健保一次給付 50 元（點）不多，但數天下來，測血糖總數將很可觀，很可能被健保不合理大幅刪減。醫護人員為病人好，增加工作負擔，最後得到的是懲罰，情何以堪！（血汗健保！）

依據現有的研究，血糖控制可降低病人死亡率，重症病人血糖控制 (< 150 mg/dl) 應是我們努力的目標。臨床醫護人員既然知道就要做，做還要做得好，才能真正幫忙病人。實務操作面上會有很多艱辛困難，是一項知易行難的任務，有待醫護人員大家一起努力。

References

1. James Stephen Kinsley. Association Between Hyperglycemia and Increased Hospital Mortality in a Heterogeneous Population of Critically Ill Patients Mayo Clin Proc. 2003;78:1471-1478.
2. Moritoki Egi, Rinaldo Bellomo, Edward Stachowski, Craig J. French, Graeme K. Hart, Colin Hegarty, Michael Bailey. Blood glucose concentration and outcome of critical illness: The impact of diabetes. CCM 2008;36:2249-2255.
3. Brian P. Kavanagh, and Karen C. McCowen. Glycemic Control in the ICU. NEJM 2010;363:2540-2546.
4. Van den Berghe G, Wouters P, Weekers F, et al. Intensive insulin therapy in critically ill patients. N Engl J Med 2001;345:1359-1367.
5. Van den Berghe G, Wilmer A, Hermans G, et al. Intensive insulin therapy in the medical ICU. N Engl J Med 2006;354:449-461.
6. Finfer S, Chittock DR, Su SY, et al. NICE-SUGAR Study Investigators. Intensive versus conventional glucose control in critically ill patients. N Engl J Med. 2009; 360(13):1283-1297.
7. Donald E.G. Griesdale, Russell J. de Souza RD, Rob M. van Dam, et al. Intensive insulin therapy and mortality among critically ill patients: a meta-analysis including NICE-SUGAR study data CMAJ 2009;180(8):821-827.
8. Paul E. Marik and Jean-Charles Preiser. Toward Understanding Tight Glycemic Control in the ICU: A Systematic Review and Metaanalysis. Chest 2010;137:544-551.

中華民國重症醫學專科醫師聯合甄審委員會 公告

事由：公告聯甄所屬三學會所發有效之重症專科醫師證書換發聯甄證書。

- 依據：1. 中華民國急救加護醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會和中華民國重症醫學會組成「中華民國重症醫學專科醫師聯合甄審委員會」，簡稱「聯甄」之組織章程
2. 依據 93.06.25 聯甄會議紀錄
 3. 依據 95.10.20 聯甄會議紀錄
 4. 依據 100.06.17 聯甄會議紀錄

- 說明：1. 節錄 93.06.25 聯甄會議紀錄「自民國 100 年 1 月 1 日起三學會核發之重症醫學專科醫師證書自動失效，並停止核發重症醫學專科證書，改由本委員會(意指聯甄)統一核發
2. 節錄 95.10.20 聯甄會議紀錄：
 - 「1.會員於母學會原證書效期到期日時，符合聯甄換證規定，直接換發聯甄證書
 - 2.會員於母學會原證書效期到期日時，未符合聯甄換證規定，則
 - (1)先依母學會規定保有原證書之有效
 - (2)於99年12月31日聯甄換證截止日前符合規定聯甄換證(積分之認定：於99年12月31日往前推6年之聯甄認證積分60及母學會積分60)。」
 3. 100.06.17 會議紀錄：重申聯甄換證規定如說明 2

- 辦法：1. 依據說明2聯甄換證之規定：已符合聯甄換證之會員，請向母學會提出換發聯甄證書(如同時為三學會會員，請僅向其中一學會提出申請)。
2. 換發聯甄證書需：母會積分60分，聯甄認證課程積分：60分。積分計算自99年12月31日往前推6年，即：93年1月1日至99年12月31日。援依衛生署「專科醫師分科及甄審辦法」規定：專科醫師如因故無法在效期內提出展延申請---需於一年內補齊不足之積分，未補足積分前喪失專科醫師權益---)為了您的權益請於100年12月31日前補足上述積分以完成聯甄換證。
 3. 上述換證證書效期為：100年1月1日-105年12月31日
 4. 教育積分查詢：可在各學會網站『會員專區』或『聯甄積分查詢』或各學會秘書處查詢。

中華民國急救加護醫學會

中華民國重症醫學會

台灣胸腔暨重症加護醫學

王宗倫

唐高駿

蔡熒煌

重症醫學專科醫師聯合甄審委員會

2011 重症專醫聯甄會認證學分課程簡章

承辦單位：中華民國重症醫學會

《課程對象》

民國 100 年 1 月 1 日起，證書展延統一由重症專科醫師聯合甄審委員會辦理，**聯甄三學會不再單獨換發重症專科醫師證書。**

已取得重症專科醫師之會員（含證號 SC，聯專）欲換證展延者，及欲報考重症專科醫師之會員，請**務必**累積重症專醫聯甄課程學分以符合換證或考試資格。

歡迎聯甄所屬三學會會員或對本課程有興趣之醫護人員，踴躍報名參加。

《聯甄學分規定》

1. 已取得重症專科之會員換證須累積：所屬母學會學分 60 分，聯委會學分 60 分
 2. 欲報考重症專科之會員須累積：所屬母學會學分 30 分，聯委會學分 30 分
- 母學會學分、聯委會學分不能合併計算喔。**

專醫聯甄會學分查詢方式：

www.tscdm.org.tw => 重症專醫聯甄會 => 積分系統 => 輸入姓名及身分證號

< 若無法進入代表未取得該項積分，若有問題請電洽學會 >

《報名方式》

- 1) 線上報名（請多利用）：www.tscdm.org.tw => 學術活動 => 聯甄課程：
- 2) Email（請多利用）：三天內（工作天）必以 email 回覆。
- 3) 傳真報名：請於傳真後一天內（工作天）以電話向學會確認報名。

未收到確認函者視同未報名。

名額：每場 200 名。報名截止日：課前三日（不含假日），**座位有限**，若提前**額滿**將截止報名。

《課程費用》(含講義、點心、午餐)：

重症，胸腔，急救三會會員：全天場次 800 元，

全天場次課程不得拆成二個半天場次上課。

非聯甄三學會醫師：全天 1200 元，半天 800 元

非聯甄三學會其他人員（護理呼吸治療師等）：全天 1000 元，半天 800 元

未註明會號及身分證者，視同報名無效！

如欲取消或更改場次請必於課前三天告知，否則恕不予受理，每人每場只限更改一次。

無故缺席者 限制半年內報名資格。

《繳費方式》

只接受課程當天現場繳費，請自備零錢！

《學員通知》

確認報名後于課前二星期以郵寄或 email 寄發報到編號及須知。

未收到者，最遲請於課前 3 天與學會查詢。

《重症專醫聯甄學分》

請閱課表。各場課程授課內容不同，認證學分數可累計。

《上課方式》

講課及討論。

《參加證明》(須報到簽退)：

全程參加課程之學員於課程結束時現場發予。

《聯絡學會》

電話：(02) 23713319，23713831 傳真：(02) 23708338

Email: tscm@ms32.hinet.net; ccmcommittee@mail2000.com.tw

中華民國重症醫學專科醫師聯合甄審委員會

急重症照護系統與醫院空間規劃研討會

主辦單位：中華民國重症醫學專科醫師聯合甄審委員會

承辦單位：中華民國重症醫學會

時間：2011年11月05日（六）

地點：台大公衛學院101講堂（台北市徐州路17號）

課程籌劃人：尹彙文

重症專醫聯委會積分：8分

時間	題目	講師
08:30-09:00	報到	
09:00-09:40	複合式緊急災難的醫院處置 ---- HICS 與實務	蔡維謀 主任 (急診醫學會理事長) (馬偕醫院新竹分院急診醫學科主任)
09:40-10:20	院內大量傷患的醫院處置 --- 未來需求的設計與實務	石富元 主任
10:20-10:40	Break	
10:40-11:20	醫院非臨床空間因應緊急災難的 規劃設計	尹彙文 醫師
11:20-12:00	重症單位感控的評鑑規範 2011 與實務	陳宜君 醫師
12:00-13:30	Lunch	
13:30-14:10	醫院建築與療癒環境的實証設計 ---- 策略地圖 (2020)	吳啓誠 醫師
14:10-14:50	美國建築與重症學會聯合 ICU 病房設計 競賽 ---- 1992-2011 優勝實例介紹	蘇理盈 醫師
14:50 -15:10	Break	
15:10-15:50	未來急診與加護病房的空間規劃 --- 未來需求及 JCI 評鑑	阮駿逸 建築師
15:50-16:30	綜合討論： 未來台灣醫院重症單位需求的規劃 ---- 2020s	全體講師
16:55 -17:00	閉幕	

中華民國重症醫學專科醫師聯合甄審委員會

主辦單位：中華民國重症醫學專科醫師聯合甄審委員會

承辦單位：中華民國重症醫學會

時間：2011年11月06日（日）

地點：台中榮總研究大樓第二講堂

課程籌劃人：洪芳明

重症專醫聯委會積分：8分

Speakers will be advised soon.

時間	題目
08:30-09:00	報到
09:00-09:40	Hemodynamic Monitor in the ICU Patients
09:40-10:20	Fluid Management for the ICU Patients:
10:20-10:40	Break
10:40-11:20	Nutritional Support for the ICU Patients
11:20-12:00	Acute Renal Failure and Renal Replacement Therapy for the ICU Patients
12:00-13:30	Lunch
13:30-14:10	Sedation for the ICU Patient
14:10-14:50	Antibiotic Use for the ICU Patient
14:50 -15:10	Break
15:10-15:50	Mechanical Ventilation and Trouble Shooting; Weaning for the ICU Patient
15:50-16:30	End of Life Care for the ICU Patient
16:30-17:00	閉幕

中華民國重症醫學專科醫師聯合甄審委員會

2011 年多器官之重症照護研討會

主辦單位：中華民國重症醫學專科醫師聯合甄審委員會

承辦單位：中華民國重症醫學會

協辦單位：亞東紀念醫院

時間：2011 年 11 月 13 日

地點：亞東紀念醫院 14 樓國際會議廳

重症專醫聯委會積分：8分

Speakers will be advised soon.

時間	題目
08:20- 08:30	Registration and Opening Remarks
Severe Trauma with Hypoxemia and Low GCS	
08:30-09:00	ER Dr's Opinion
09:00-09:30	Trauma Dr's Opinion
09:30-10:00	NS Dr's Opinion
10:00-10:15	Multi-discipline Discussion: Q & A (以上講師、學員)
10:15-10:30	Coffee Break
Pulmonary Hemorrhage with Hypoxemia How Can I Do	
10:30-11:00	CVS Dr's Opinion
11:00-11:30	CS Dr's Opinion
11:30-12:00	ICU Dr's Opinion
12:00-12:15	Multi-discipline Discussion: Q & A (以上講師、學員)
12:15-13:00	Lunch
I Got Refractory Tissue Hypoperfusion And Severe Sepsis. How Can The Dr. Help Me?	
13:00-13:30	ID Opinion
13:30-14:00	Nephro Dr's Opinion
14:00-14:30	Nutrition Opinion
14:30-14:45	Multi-discipline Discussion: Q & A (以上講師、學員)
14:45-15:00	Coffee Break
I Got Brain Stem Injury and Need Long Term Ventilation Support in the Possible Vegetarian State. What's the Adequate Treatments Strategy for My Life?	
15:00-15:30	Neuro Dr's Opinion
15:30-16:00	Chest man Opinion
16:00-16:30	Ethic Challenge
16:30-16:45	Multi-discipline Discussion: Q & A (以上講師、學員)
16:45-17:00	Closing Remarks

中華民國重症醫學專科醫師聯合甄審委員會

重症研究專題研討會 (I)

Sepsis Study in Taiwan: Campaign and Activated Protein C

主辦單位：中華民國重症醫學專科醫師聯合甄審委員會

承辦單位：中華民國重症醫學會

時間：2011年12月04日(日)

地點：台大醫學院101講堂

課程籌劃人：尹彙文

重症專醫聯委會積分：8分

時間	題目	講師
08:30-09:00	報到	
09:00-09:40	Design Our ICU 2020 in Taiwan	唐高駿
09:40-10:20	Taiwan Sepsis Study Group Protocol Sharing	林恕民
10:20-10:40	Break	
10:40-11:20	Activated Protein Current and Future Scope	王圳華
11:20-12:00	The Optimal Strategy of Severe Sepsis	丁良文
12:00-13:30	Lunch	
13:30-14:10	The Management of Vibrio Vulnificus Infections	王志文
14:10-14:50	The Novel Treatment of Sepsis Related ARDS	陳欽明
14:50-15:10	Break	
15:10 -15:50	Activated Protein C & Sepsis (The Beginning of the End or The End of the Beginning)	黃煜為
15:50-16:30	The Management of Septic Shock --- Experience Sharing	張厚台
16:30-17:00	Round Table Discussion Surviving Sepsis Campaign: Where to Go?	尹彙文

中華民國重症醫學專科醫師聯合甄審委員會

Update in Neurocritical Care & ICU Infection

主辦單位：中華民國重症醫學專科醫師聯合甄審委員會

承辦單位：中華民國重症醫學會

時間：2011年12月25日（日）

地點：高雄榮民總醫院

課程籌劃人：謝凱生 主任

重症專醫聯委會積分：8分

Speakers will be advised soon.

時間	題 目
08:30-09:00	報 到
09:00-09:10	Welcome
09:10-09:40	Brain Tissue Oxygen-guided Therapy after Traumatic Brain Injury
09:40-10:20	Continuous EEG Monitoring in the Critically Ill
10:20-10:50	Coffee Break
10:50-11:20	Glycemic Control in Critically Ill Neurologic Patients
11:20-12:00	The Role of Decompressive Craniectomy in Diffuse Traumatic Brain Injury
12:00-12:30	Discussion
12:30-13:30	Lunch
13:30-14:10	Current Status of Antimicrobial Drug Resistance
14:10-14:50	Clostridium Difficile Infection – What's New in Diagnosis and Treatment
14:50-15:30	Time to Blood Culture Positivity in Bacteremia/Catheter-related Infection
15:30-16:00	Discussion

線上報名：www.tscdm.org.tw => 學術活動 => 聯甄課程

報名表若不敷使用請自行 Email 或影印傳真：

場次： <input type="checkbox"/> 11/05 台大公衛		<input type="checkbox"/> 11/06 台中榮總	<input type="checkbox"/> 11/13 亞東醫院
<input type="checkbox"/> 12/04 台大醫學院		<input type="checkbox"/> 12/25 高雄榮總	
姓名：		身分證號(必填)：	
會號：請勾選參與學會並填上會號			
<input type="checkbox"/> 重症醫學會		會號 _____	
<input type="checkbox"/> 胸腔暨重症醫學會		會號 _____	
<input type="checkbox"/> 急救加護醫學會		會號 _____	
<input type="checkbox"/> 非三會會員，學會：		_____	
服務醫院/科別：		職務：	
聯絡電話或手機：		傳真：	
Email: (必填)		點心： <input type="checkbox"/> 葷食 <input type="checkbox"/> 素食	
※請留白天可聯絡地址電話，並於傳真報名表當日來電確認！ (E-MAIL 報名者，將於收到報名表後回函)			

《聯絡學會》電話：(02) 23713319，23713831 傳真：(02) 23708338

Email: tscdm@ms32.hinet.net; ccmcommittee@mail2000.com.tw

